

جامعة حسبية بن بوعلي الشلف  
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير  
قسم العلوم التجارية



أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث

الشعبة: العلوم التجارية  
تخصص: تسويق الخدمات

العنوان

دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية  
-دراسة حالة -

إشراف:  
الأستاذ: بن نافلة قدور  
أعضاء لجنة المناقشة:

إعداد الطالب:  
حجّو يوسف

| الصفة        | الجامعة الأصلية                  | الرتبة        | اللقب والاسم   |   |
|--------------|----------------------------------|---------------|----------------|---|
| رئيسا        | جامعة حسبية بن بوعلي الشلف       | أستاذ محاضر أ | أنساعد رضوان   | 1 |
| مشرفا ومقررا | جامعة حسبية بن بوعلي الشلف       | أستاذ         | بن نافلة قدور  | 2 |
| ممتحنا       | جامعة خميس مليانة                | أستاذ         | ختير محمد      | 3 |
| ممتحنا       | المدرسة العليا للدراسات التجارية | أستاذ محاضر أ | خري عبد الناصر | 4 |
| ممتحنا       | جامعة حسبية بن بوعلي الشلف       | أستاذ محاضر أ | مديوني جميلة   | 5 |
| ممتحنا       | جامعة حسبية بن بوعلي الشلف       | أستاذ محاضر أ | معموري صورية   | 6 |

السنة الجامعية: 2022/2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «مَنْ سَلَكَ طَرِيقًا يَطْلُبُ فِيهِ عِلْمًا سَلَكَ اللَّهُ بِهِ طَرِيقًا مِنْ طُرُقِ الْجَنَّةِ، وَإِنَّ الْمَلَائِكَةَ لَتَضَعُ أجنحتَها رِضًا لِطالِبِ العِلْمِ، وَإِنَّ العالِمَ لَيَسْتَغْفِرُ لَهُ مَنْ فِي السَّمَاوَاتِ وَمَنْ فِي الأَرْضِ وَالْحِيَتانُ فِي جَوْفِ المائِ، وَإِنَّ فَضْلَ العالِمِ عَلَى العابِدِ كَفَضْلِ القَمَرِ لَيْلَةَ البَدْرِ عَلَى سائِرِ الكواكِبِ، وَإِنَّ العُلَماءَ وَرِثَةُ الأنبياءِ، وَإِنَّ الأنبياءَ لَمْ يُورثُوا دِينَارًا وَلَا دِرْهَمًا، إِنَّمَا وَرِثُوا العِلْمَ، فَمَنْ أَخَذَهُ أَخَذَ بِحِظِّ وَافِرٍ».

كَلِمَةُ شُكْرِ

وَإِهْدَاء

## إهداء

### ○ إلى الوالدين العزيزين الكريمين:

إلى أطيّب قلب.. وأرجح عقل.. وأعز مخلوق.. قدوتي  
في الأخلاق بعد الرسول صلى الله عليه وسلم.. ومثلي  
الأعلى وفخري الأكبر.. إلى من يعلوا به اسمي.. وتزهو  
به نفسي.. إلى من أعطاني ولم يزل يعطيني بلا حدود  
إلى الغالي.. أبي.. أبي.. أبي.

إلى أحق الناس بحسن صحبتي ... إلى فيض الحنان  
وينبوع المحبة... إلى من تهنأ حياتي بقرّبها.. ويبتهج قلبي  
بعنوبة صوتها.. إلى الحضن الدافئ... إلى التي الجنة  
تحت أقدامها... إلى من حملتني كرها ووضعني  
كرها... أمي... أمي... أمي.

### ○ إلى الأبوين العزيزين الكريمين:

- إلى اللذان رَبَّيَانِي وَرَعَيْانِي صغيرا وكبيرا، إلى الذي علمني الصبر ودرّسني وكان سببا في عودتي إلى  
الدراسة الثانوية بعدما طَرَدُونِي... جدي "بُوي"، وإلى من علّمتني الحياء والصبر، ورعتني بِحِلْمِهَا... "جدتي".
- إلى حبيبة الروح، وصديقة العشرة، إلى سكن نفسي وأم أولادي، إلى مرآتي حبيبتي الغالية "زوجتي".
- إلى فَلِدَتِي كبدِي، وَقُرَّتِي عيني، ابنتي رفيده، وولدي رائد صلاح، رعاكما الله وَخَلَقَكُمَا بالقرآن الكريم.
- إلى الشجرة المباركة التي أستظل بظلالها (العائلة الكريمة كلُّ باسمه)، خاصة قدوتي في العلم عمي  
الوحيد عبد الرحمان، وَعَضُدِيَّ وَأخويا (مسعود وبلال)، إلى كل الأقارب والعائلة الكبيرة.
- إلى عائلة زوجتي دون استثناء، خاصة عمي عامر وخالتي خديجة. فشكرا لدمكم ودعائكم وفرحكم.
- إلى آباء وَالِدِيَّ وَأَبَاء وَالِدِيَّ وَالِدِيَّ، رحمكم الله وغفر لكم جميعا، إلى جدي الذي اسمي على اسمه  
"يوسف" الذي كان "جَوَّالاً بالقرآن" في مناطق عديدة، فاللهم اجعلي أحذو حذوه بالعلم.
- إلى أهل الرباط "إخواننا في فلسطين" وكل المظلومين والمستضعفين في الأرض. نصركم الله وثبتكم على  
الحق والإيمان.

○ إلى كل من علمني حرفا، وأعطاني درسا، ومنحني فكرا...

إلى هؤلاء جميعا أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع، وأدعوا الله العلي القدير أن يحظى بالقبول وأن  
ينفع به من قرأه، وأن يجعله في ميزان حسنات الوالدين والأبوين.

**حجّو يوسف**

## كلمة شكر

الحمد لله نحمده ونستعينه ونستغفره ونستهديه ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ومن سيئات أعمالنا،  
وأشهد أن لا إله إلا الله وأشهد أن محمدا رسول الله. أما بعد...

اللهم لك الحمد كله، ولك الشكر كله، علانيته وسره

فالشكر البليغ لكل أفراد العائلة، والزملاء والأصدقاء خاصة "جدادو عبد الحق" والدكتور  
"شمامي محمد"، شكرا على دعمكما المتواصل.

ولا يسعني بعد إتمام هذه الأطروحة، إلا أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير لكل من ساهم وساعد  
على إتمامها، وفي مقدمة هؤلاء الأستاذ قدور بن نافلة، الذي أفاض عليّ بتوجيهاته السديدة، ومرافقته  
المستمرة، وحرصه على إتمام هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل الأساتذة في كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير  
بجامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، وعلى وجه الخصوص: (الأستاذ مجاهدي فاتح الذي منحني مفتاح  
التحضير لمسابقة الدكتوراه، الدكتورة مديوني جميلة وزوجها الأستاذ الكريم، الدكتور رضوان أنساعد).

شكر خاص إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة كل باسمه وصفته. فتح الله عليكم.

والشكر موصول أيضا من باب الاعتراف بالفضل إلى: من تعلمت عنهم القرآن، ولكل من أفادني بعلم  
وعلمي حرفا، من الابتدائي إلى الجامعة وكل أساتذة المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة،  
والأساتذة والمشايخ والمدرسين "من داخل الجزائر وخارجها".

وتحية تقدير واحترام إلى كل زملاء المهنة في قطاع الصحة، وبالخصوص المدراء والمسؤولين والموظفين  
والأطباء والممرضين والمهنيين النزهاء. خاصة السيد عر في محفوظ، على دعمه وحرصه على إتمامي دراستي  
في الماستر والدكتوراه.

وأخيرا...أوجه شكري إلى كل من شجعني وأراد لي الخير، وإلى كل قلب أراد لي النجاح، وإلى كل من دعا لي  
بظهر الغيب.

حجّو يوسف

## الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى إبراز دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمة الصحية - دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف - ولإثبات هذا الدور اعتمد الباحث في الجانب النظري على عرض مفاهيم الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية ومحاولة الربط بينهما، أما في الجانب التطبيقي حاول معرفة آراء المبحوثين ذوي المناصب العليا في هذه المؤسسات نحو مدى استخدام هذا الأسلوب (الإدارة بالأهداف) وانعكاساته على جودة الخدمات الصحية.

حيث تم استخدام أسلوب المقابلة مع مدراء هذه المؤسسات، بالإضافة إلى توزيع 112 استبياناً تم استرجاع منها 94، ومن أجل تحليل النتائج وتفسيرها تم اخضاعها إلى التحليل الإحصائي على برنامج (SPSS version 26).

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

- هناك تأثير موجب دال إحصائياً للإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف؛
- يوجد ارتباط موجب دال إحصائياً بين الإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات محل الدراسة؛
- هناك أهمية كبيرة في استخدام الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية من عدة جوانب (تحسين الأداء، تحقيق الرقابة الذاتية، فرض التسيير التشاركي المبني على الأهداف، التقييم المستمر، انعكاسها الإيجابي على جودة الخدمة الصحية).

## Summary:

This study aims to showing the role of management by objectives in the quality of health service – a case study of public hospital institutions in Chlef- and to improve this role, the researcher relied on the theoretical side, presenting the concepts of management by objectives and quality of health services and trying to link them, as for the practical side, try to know the opinions of the respondents with high positions in there institutions about the extent to which this method is used ( management by objectives ) and its Impact on the quality of health services.

The interview method was used with the managers of these institutions, in addition to distributing 112 questionnaires, of which 94 were retrieved, in order to analyses and interpret the results, they were subjected to statistical analysis on the -SPSS version 26-.

The results of the study came to

- There is positive statistically significant relationship between management by objectives and improving the quality of health services in public hospital institutions in the state of Chlef.
- There is a positive statistically significant relationship between management by objectives and improving the quality of health services in the institutions under study.
- There is great importance in the use of management by objectives in hospital public institutions from several aspects( improving – performance achieving self-censorship, imposing participatory management based on objectives, continuous evaluation, and its positive impact on the quality of health service).

قائمة

المحتويات



| الصفحة | العناوين   |
|--------|--|
|        | شكر  |
|        | إهداء  |
|        | الملخص   |
| V-I    | قائمة المحتويات  |
| VI     | قائمة الجداول  |
| IX     | قائمة الأشكال  |
| أ-ظ    | مقدمة  |
| 1      | الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف                              |
| 2      | تمهيد  |
| 3      | المبحث الأول: ماهية الإدارة بالأهداف                                     |
| 3      | المطلب الأول: نشأة وتعريف الإدارة بالأهداف                               |
| 3      | الفرع الأول: نشأة الإدارة بالأهداف                                       |
| 4      | الفرع الثاني: تعريف الإدارة بالأهداف                                     |
| 6      | المطلب الثاني: تطور فلسفة الإدارة بالأهداف                               |
| 7      | الفرع الأول: مرحلة تقويم الأداء.   |
| 8      | الفرع الثاني: مرحلة نظم التخطيط والتقييم                                 |
| 8      | الفرع الثالث: مرحلة المفهوم الشامل للإدارة بالأهداف                      |
| 10     | المطلب الثالث: مبادئ الإدارة بالأهداف.                                   |
| 10     | الفرع الأول: المبادئ وفق دراسات سابقة                                    |
| 12     | الفرع الثاني: شرح لمبادئ الإدارة بالأهداف                                |
| 16     | المطلب الرابع: مميزات الإدارة بالأهداف                                   |
| 16     | الفرع الأول: المزايا العامة للإدارة بالأهداف                             |
| 18     | الفرع الثاني: المزايا بالنسبة للمنظمة والرؤساء والمرؤوسين                |
| 20     | المبحث الثاني: منهجية الإدارة بالأهداف                                   |
| 20     | المطلب الأول: الإدارة بالأهداف كنظام.                                    |
| 20     | الفرع الأول: شكل نظام الإدارة بالأهداف                                   |
| 22     | الفرع الثاني: الاعتبارات الأساسية التي يتركز عليها نظام الإدارة بالأهداف |
| 28     | المطلب الثالث: نماذج الإدارة بالأهداف                                    |
| 28     | الفرع الأول: النماذج الأجنبية للإدارة بالأهداف                           |

|           |   |
|-----------|---|
| 34        | الفرع الثاني: النماذج العربية للإدارة بالأهداف                        |
| <b>38</b> | <b>المطلب الرابع: نحو نموذج مقترح للإدارة بالأهداف</b>                |
| 38        | الفرع الأول: مقارنة بين النماذج السابقة                               |
| 42        | الفرع الثاني: النموذج المقترح للإدارة بالأهداف.                       |
| 45        | خلاصة الفصل   |
| <b>46</b> | <b>الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية</b>                   |
| 47        | تمهيد   |
| <b>48</b> | <b>المبحث الأول: ماهية الجودة في الخدمة الصحية</b>                    |
| <b>48</b> | <b>المطلب الأول: التطور التاريخي للجودة</b>                           |
| 48        | الفرع الأول: مفهوم الجودة.  |
| 51        | الفرع الثاني: المدخل التقليدي للجودة                                  |
| 53        | الفرع الثالث: المدخل الحديث للجودة                                    |
| <b>56</b> | <b>المطلب الثاني: مفهوم الخدمة الصحية</b>                             |
| 56        | الفرع الأول: مفهوم الخدمة وخصائصها                                    |
| 58        | الفرع الثاني: تعريف الخدمات الصحية.                                   |
| 60        | الفرع الثالث: خصائص الخدمات الصحية                                    |
| <b>63</b> | <b>المطلب الثالث: أنواع الخدمات في المنظمات الصحية</b>                |
| 65        | الفرع الأول: الخدمات الصحية ومستوياتها                                |
| 69        | الفرع الثاني: الخدمات الإدارية في المنظمات الصحية                     |
| 71        | الفرع الثالث: الخدمات اللوجستية في المنظمات الصحية                    |
| <b>72</b> | <b>المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية، أبعادها وطرق قياسها.</b>       |
| <b>72</b> | <b>المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية</b>                        |
| 72        | الفرع الأول: تعريف جودة الخدمات                                       |
| 73        | الفرع الثاني: تطور مفهوم جودة الخدمات الصحية                          |
| 76        | الفرع الثالث: تعريف جودة الخدمات الصحية.                              |
| <b>78</b> | <b>المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها</b> |
| 78        | الفرع الأول: أبعاد جودة الخدمات الصحية.                               |
| 83        | الفرع الثاني: العوامل الداخلية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية        |
| 85        | الفرع الثالث: العوامل الخارجية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية        |
| <b>86</b> | <b>المطلب الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية</b>                        |
| 88        | الفرع الأول: قياس جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى                 |

|            |  |
|------------|--|
| 92         | الفرع الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية من الجانب المهني                                |
| 95         | الفرع الثالث: قياس الجودة ضمن برنامج متكامل للتحسين المستمر للجودة                     |
| 97         | الخلاصة  |
| <b>98</b>  | <b>الفصل الثالث: متطلبات تطبيق الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات</b> |
| 99         | تمهيد.   |
| <b>100</b> | <b>المبحث الأول: مقومات نجاح الإدارة بالأهداف في المستشفيات</b>                        |
| <b>100</b> | <b>المطلب الأول: الإطار الملائم لنجاح الإدارة بالأهداف في المستشفيات</b>               |
| 100        | الفرع الأول: عوامل متعلقة بالعاملين في المستشفى  |
| 101        | الفرع الثاني: عوامل تتعلق بإدارة المستشفيات  |
| 103        | الفرع الثالث: عوامل تتعلق بالإدارة المركزية الوصية على المستشفيات                      |
| <b>105</b> | <b>المطلب الثاني: انعكاسات الإدارة بالأهداف على إدارة المستشفيات</b>                   |
| 105        | الفرع الأول: الإدارة بالأهداف ومهمة (رسالة) المستشفيات                                 |
| 108        | الفرع الثاني: دور الإدارة بالأهداف في صناعة القرارات وتحقيق الرقابة ونظام المعلومات    |
| 112        | الفرع الثالث: أثر الإدارة بالأهداف على قيادة وتحفيز الموارد البشرية                    |
| <b>116</b> | <b>المطلب الثالث: معوقات تطبيق الإدارة بالأهداف في المستشفيات الجزائرية</b>            |
| 116        | الفرع الأول: معوقات ناتجة عن البيئة الداخلية   |
| 119        | الفرع الثاني: معوقات ناتجة عن البيئة الخارجية الجزئية.                                 |
| 122        | الفرع الثالث: معوقات ناتجة عن البيئة الخارجية الكلية                                   |
| <b>124</b> | <b>المبحث الثاني: الإدارة بالأهداف وعلاقتها بتطبيق الجودة في المستشفيات</b>            |
| <b>124</b> | <b>المطلب الأول: تطبيق الجودة في المستشفيات الحكومية</b>                               |
| 124        | الفرع الأول: أهمية تطبيق الجودة في المستشفيات  |
| 125        | الفرع الثاني: مكانة المريض (كقيمة جوهرية) في جودة الخدمة الصحية                        |
| 127        | الفرع الثالث: القيم الجوهرية الأخرى للجودة في المستشفيات                               |
| <b>131</b> | <b>المطلب الثاني: مراحل ومتطلبات تطبيق جودة الخدمة الصحية.</b>                         |
| 131        | الفرع الأول: المراحل الخمس لتطبيق الجودة في الخدمات الصحية                             |
| 135        | الفرع الثاني: متطلبات تطبيق جودة الخدمات الصحية  |
| <b>134</b> | <b>المطلب الثالث: العلاقة التفاعلية بين الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية</b>      |
| 134        | الفرع الأول: مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية                             |
| 139        | الفرع الثاني: استقراء في مبادئ الإدارة بالأهداف ومبادئ إدارة الجودة الشاملة            |
| 141        | الفرع الثالث: نموذج مفاهيمي للعلاقة بين مبادئ (إدارة الجودة الشاملة والإدارة بالأهداف) |
| 145        | الخلاصة  |

|     |   |
|-----|---|
| 146 | الفصل الرابع: دراسة وصفية تحليلية لواقع الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر                                |
| 147 | تمهيد   |
| 148 | المبحث الأول: التطور التاريخي للمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية   |
| 148 | المطلب الأول: تقديم النظام الصحي في الجزائر   |
| 148 | الفرع الأول: مفهوم المنظومة الصحية  |
| 149 | الفرع الثاني: النظام الصحي في الجزائر قبل الاستقلال (قبل 1962)  |
| 150 | الفرع الثالث: النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال   |
| 160 | المطلب الثاني: تطور تنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية.   |
| 161 | الفرع الأول: مرحلة إنشاء القطاع الصحي   |
| 162 | الفرع الثاني: مرحلة تجديد القطاع الصحي  |
| 164 | الفرع الثالث: مرحلة المؤسسات العمومية الاستشفائية   |
| 167 | المطلب الثالث: الخصائص الناتجة عن تنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية  |
| 167 | الفرع الأول: مبادئ المؤسسات العمومية الاستشفائية  |
| 169 | الفرع الثاني: مميزات البنية التنظيمية للمؤسسات العمومية الاستشفائية   |
| 171 | المبحث الثاني: ملامح ممارسة الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر.   |
| 171 | المطلب الأول: المقاربة الجديدة لإعادة هيكلة المؤسسات العمومية الاستشفائية   |
| 172 | الفرع الأول: الهيكل الوظيفي للمقاطعة الصحية.  |
| 172 | الفرع الثاني: الهيكل التنظيمي للمقاطعة الصحية.  |
| 176 | المطلب الثاني: عقد الأهداف والنجاعة.  |
| 176 | الفرع الأول: مفهوم عقد الأهداف والنجاعة.  |
| 177 | الفرع الثاني: محتوى عقد الأهداف والنجاعة.   |
| 182 | المطلب الثالث: مشروع المؤسسة ومخطط النشاط   |
| 183 | الفرع الأول: مشروع المؤسسة.   |
| 186 | الفرع الثاني: مخطط الأنشطة  |
| 188 | الخلاصة   |
| 189 | الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف. |
| 190 | تمهيد   |
| 191 | المبحث الأول: المؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف  |

|            |  |
|------------|--|
| <b>191</b> | <b>المطلب الأول: تقديم عام للمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف</b>  |
| 191        | الفرع الأول: الإمكانيات البشرية والمالية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف                               |
| 194        | الفرع الثاني: معوقات التسيير المالي والإداري في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف                           |
| <b>195</b> | <b>المطلب الثاني: تشخيص المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف</b>   |
| 195        | الفرع الأول: المؤسسات العمومية الاستشفائية (الأختان باج، أولاد محمد، الشرفة)   |
| 206        | الفرع الثاني: المؤسستين العموميتين الاستشفائيتين (الشطية والصبحة)  |
| 214        | الفرع الثالث: المؤسستين العموميتين الاستشفائيتين (أحمد بوراس، زيغود يوسف) بتنس                                       |
| <b>219</b> | <b>المطلب الثالث: نحو نموذج مقترح للإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية.</b>                             |
| 220        | الفرع الأول: إعداد وشرح النموذج  |
| 222        | الفرع الثاني: الأبعاد الناتجة عن تطبيق النموذج   |
| <b>223</b> | <b>المبحث الثاني: أثر الإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف</b> |
| <b>223</b> | <b>المطلب الأول: الإطار المنهجي للدراسة وأساليب التحليل الإحصائي</b>   |
| 223        | الفرع الأول: مجتمع وعينة الدراسة وخطوات إعداد (تصميم) الاستبيان  |
| 226        | الفرع الثاني: أدوات التحليل الإحصائي للاستبيان   |
| 227        | الفرع الثالث: ثبات أداة الدراسة واتساقها الداخلي   |
| <b>230</b> | <b>المطلب الثاني: وصف وتحليل نتائج الدراسة</b>   |
| 230        | الفرع الأول: خصائص عينة الدراسة  |
| 234        | الفرع الثاني: التحليل الإحصائي لمبادئ الإدارة بالأهداف   |
| <b>250</b> | <b>المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة</b>  |
| 251        | الفرع الأول: اختبار الفرضية الأولى (الفرضية الفرقية)   |
| 255        | الفرع الثاني: اختبار الفرضية الثانية (الفرضية السببية)   |
| 263        | الفرع الثالث: اختبار الفرضية الثالثة (الفرضية الارتباطية)  |
| 268        | الخلاصة  |
| <b>271</b> | <b>خاتمة.</b>  |
|            | <b>المراجع</b>   |
|            | <b>الملاحق</b>   |

قائمة الجداول

والأشكال

## قائمة الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول   | الرقم   |
|--------|--|---------|
| 10     | مبادئ الإدارة بالأهداف وفق بعض الدراسات السابقة  | (1-1)   |
| 12     | تكرار مبادئ الإدارة بالأهداف وفق بعض الدراسات السابقة في الجدول (1 - 1)  | (2 - 1) |
| 40     | مقارنة بين نماذج الإدارة بالأهداف  | (3 - 1) |
| 67     | أنواع الخدمات في المنظمات الصحية   | (1-2)   |
| 83     | أبعاد جودة الخدمة الصحية   | (2-2)   |
| 89     | نماذج قياس جودة الخدمة   | (3-2)   |
| 96     | نماذج قياس جودة الخدمة بدلالة العمليات   | (4-2)   |
| 138    | متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة   | (1-3)   |
| 141    | تكرار مبادئ الإدارة بالأهداف وفق بعض الدراسات السابقة  | (2 - 3) |
| 142    | استقراء مكتبي لأهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة  | (3 - 3) |
| 157    | تطور وحدات العلاج القاعدية في الجزائر بين سنة 2000 وسنة 2006   | (1-4)   |
| 159    | تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر بين سنة 2008 إلى سنة 2018  | (2-4)   |
| 161    | تطور عدد الأطباء وشبه الطبيين العاملين في قطاع الصحة العمومي بالنسبة لعدد السكان في الجزائر بين سنتي 2008 و 2018 | (3-4)   |
| 195    | المصالح الصحية والموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف                                    | (1-5)   |
| 196    | الموارد المالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف لسنة 2022، الوحدة: (دج)                               | (2-5)   |
| 199    | المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج  | (3-5)   |
| 204    | المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليب بأولاد محمد                                    | (4-5)   |
| 207    | المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشرفة  | (5-5)   |
| 210    | المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عابد بالشطية  | (6-5)   |
| 215    | المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالصبحه  | (7-5)   |
| 218    | المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس  | (8-5)   |
| 221    | المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس  | (9-5)   |
| 225    | عملية توزيع وجمع الاستبيان واستجابة المبحوثين  | (10-5)  |
| 226    | يبيّن الدرجات وفق مقياس ليكرت  | (11-5)  |

|     |   |        |
|-----|---|--------|
| 228 | معامل ثبات الاتساق الداخلي (Alpha Cronbach)   | (12-5) |
| 229 | الاتساق الداخلي بين مبادئ الإدارة بالأهداف والفقرات المكونة لها   | (13-5) |
| 229 | الاتساق الداخلي بين أبعاد جودة الخدمة الصحية والفقرات المكونة لها   | (14-5) |
| 230 | خصائص عينة الدراسة  | (15-5) |
| 235 | استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ المشاركة  | (16-5) |
| 237 | استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ تحديد الأهداف   | (17-5) |
| 238 | استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ وضع خطط العمل   | (18-5) |
| 241 | استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ دعم الإدارة العليا  | (19-5) |
| 242 | استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي"   | (20-5) |
| 244 | استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة"  | (21-5) |
| 247 | استجابة عينة الدراسة حول مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز   | (22-5) |
| 250 | نتائج حساب t لاختبار الفروق في متغير الإدارة بالأهداف حسب متغير الجنس   | (23-5) |
| 251 | نتائج اختبار t لاختبار الفروق في متغير جودة الخدمات الصحية حسب متغير الجنس  | (24-5) |
| 253 | نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في متغير الإدارة بالأهداف حسب متغير المستوى التعليمي؛  | (25-5) |
| 254 | نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في متغير جودة الخدمات الصحية حسب متغير المستوى التعليمي؛   | (26-5) |
| 256 | نتائج تقدير الانحدار الخطي البسيط لاختبار دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف                 | (27-5) |
| 259 | نتائج تقدير الانحدار الخطي المتعدد لاختبار دور المبادئ السبعة للإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف | (28-5) |
| 264 | درجة الارتباط بين الإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف   | (29-5) |
| 265 | درجة الارتباط بين المبادئ السبعة للإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف                              | (30-5) |



## قائمة الأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل   | الرقم |
|--------|---|-------|
| 21     | نظام الإدارة بالأهداف   | (1-1) |
| 28     | مراحل وخطوات تطبيق الإدارة بالأهداف   | (2-1) |
| 31     | نموذج Odiorne للإدارة بالأهداف  | (3-1) |
| 33     | نموذج كارول للإدارة بالأهداف  | (4-1) |
| 44     | نموذج مقترح لخطوات تطبيق الإدارة بالأهداف   | (5-1) |
| 92     | نموذج جودة الخدمة (نموذج الفجوات SERVQUAL)  | (1-2) |
| 93     | النموذج الموسع لجودة الخدمة   | (2-2) |
| 107    | مثلث أبعاد الرسالة  | (1-3) |
| 113    | مسار المراقبة   | (2-3) |
| 144    | نموذج مفاهيمي للعلاقة بين مبادئ (إدارة الجودة الشاملة والإدارة بالأهداف) في المنظمات الصحية | (3-3) |
| 169    | الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الاستشفائية   | (1-4) |
| 224    | نموذج الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية                                     | (1-5) |
| 264    | التوزيع الطبيعي للبواقي   | (2-5) |
| 264    | الرسم البياني لاختبار تجانس تباين البواقي   | (3-5) |
| 269    | التوزيع الطبيعي للبواقي   | (4-5) |
| 269    | الرسم البياني لاختبار تجانس تباين البواقي   | (5-5) |

# مقدمة

### 1- توطئة

تشكل المنظومة الصحية وكيفية إدارتها ونوعية خدماتها من المجالات ذات الاهتمام البارز للحكومات والهيئات والعاملين والباحثين، وذلك لعديد الأسباب منها: أهمية صحة الفرد ومدى مساهمته في التنمية، الارتفاع المتزايد في التكاليف الصحية، التحولات الوبائية والديمغرافية باستمرار، استعانتها بالتطور التكنولوجي المتجدد، كثرة وتعدد تخصصات العاملين في مجال الرعاية الصحية، تعقد خصوصيات المنظمات الصحية، وتعدد علاقاتها بالمتدخلين؛ حيث اتخذت تجارب عالمية مختلفة أنماطا متعددة لإدارة منظمات الصحة العامة، تختلف بحسب مكانة الدول وتوجهاتها الاقتصادية والاجتماعية، واعتمدت كثير من الأنظمة الصحية على مبادئ التسيير العمومي الحديث المبني على مقارنة النجاعة والأهداف والمشاركة.

وفي هذا السياق، شهدت المنظومة الصحية بالجزائر العديد من التحولات التنظيمية والتسييرية عبر فترات زمنية مختلفة، سعت إلى تحقيق الأهداف الوطنية للصحة. ولأجل ذلك عمدت الدولة الجزائرية بعد الاستقلال مباشرة إلى استحداث وزارة للصحة مهمتها تنظيم وتسيير وتقييم قطاع الصحة، ومنذ عام 1973 بدأت تصدر تباعا النصوص القانونية التي أسست للنظام الصحي الجزائري، فكان الحدث الأول تأسيس الطب المجاني (الأمر رقم 73-65، 1973) في الهياكل الصحية الموجودة، وفي عام 1981 تحولت هذه الهياكل الصحية إلى قطاعات صحية (المرسوم رقم 81-242، 1981) يسيرها مجلس مديرية برئاسة مدير القطاع الصحي. وبعدها في 1997 عرفت القطاعات الصحية تعديلا من حيث التسيير والتنظيم، أهمها استبدال مجلس المديرية بمجلس إدارة، وإلغاء عضوية مدير القطاع الصحي وراثسته للقطاع، وأصبح يتولى أمانة المجلس بصوت استشاري فقط (مرسوم تنفيذي رقم 97-466، 1997) وهو الأمر بالصرف والمسؤول على التسيير الإداري والمالي. واستمر الأمر إلى غاية سنة 2007 أين عرفت القطاعات الصحية تغييرا جذريا من حيث التنظيم والتسيير من خلال تقسيمه إلى مؤسستين مستقلتين، الأولى تدعى المؤسسات العمومية الاستشفائية والثانية تسمى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، ولكل منها مجلس إدارة، ويحضر مدير المؤسسة اجتماعات المجلس بصوت استشاري ويتولى أمانة المجلس، ويساعد المدير أربعة مدراء فرعيين مكلفين بما يلي: «الموارد البشرية، المالية والوسائل، نشاطات المصالح الصحية، وصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة» (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007).

تعد المؤسسات العمومية الاستشفائية المحور الرئيسي داخل المنظومة الصحية، لأنها تعتبر الهيكل الاستشفائي القاعدي الأول حسب منطق تسلسل العلاج، وهي تتولى تقديم خدمات صحية من الناحية الوقائية والعلاجية والتشخيصية والسريية، والمشاركة في التربية الصحية والتوعية، والبحث والتطوير والتكوين، ومختلف النواحي المتعلقة بصحة وسلامة المجتمع. ذلك كله في ظل تأثير القوانين واللوائح التنظيمية بخصوص تحديد الأهداف والقيام بالأنشطة، وضمان التمويل والتجهيز والتوظيف. مما طفى على السطح العديد من مشاكل التسيير التي أصبحت تواجهها نتيجة عدم مسايرة طرق إدارتها للتطورات الحاصلة في بيئتها. فتضاعفت بذلك الضغوط على هذه المؤسسات بسبب زيادة عدد المرضى المطالبين بالاستجابة السريعة لاحتياجاتهم، والعمل على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، مما حتم بالقائمين على إدارة الخدمات الصحية البحث لإيجاد السبل والوسائل الكفيلة لتلبية هذه

## مقدمة

الرغبات، الأمر الذي أدى بهم إلى محاولة تبني مفاهيم وأساليب إدارية حديثة ضمن إطار التسيير الاستشفائي. والواقع أن تطبيق الأساليب الحديثة للقيام بالأعمال الإدارية، أمر مهم وضروري لرفع كفاءة العمل في المستشفيات، ولا يكون التطبيق ذا فاعلية إلا إذا كان هناك اختيار جيد لعناصر أجهزتها الإدارية باعتبار أن نجاح أي منظمة يتوقف على الطريقة التي تدار بها، ومدى قدرتها على توجيه النشاطات نحو تحقيق الأهداف والعمل باستمرار على تحسين جودة الخدمات التي تقدمها.

وتعتبر المؤسسات العمومية الاستشفائية من أكثر المنظمات حساسية ومطلبا لتطبيق الجودة، لأنها تهتم برعاية أعلى ما تمتلكه المجتمعات، وهو الانسان باعتباره محور عملية التنمية. إن تطبيق الجودة في المستشفيات يحث العاملين "مقدمي الرعاية الصحية" على المشاركة واتهاج الاجراءات اللازمة لتلبية احتياجات متلقي الخدمة الصحية وإشباع رغباتهم. ويمكن النظر إلى مفهوم الجودة في مجال الرعاية الصحية من ثلاثة جوانب رئيسية: الجانب الأول وظيفي مهني (أي تلك الأبعاد التقنية والفنية والتنظيمية من وجهة نظر مقدمي الخدمات الصحية)، أما الجانب الثاني فيتعلق بمدى تلبية احتياجات وتوقعات متلقي الرعاية الصحية "مرضى ومرفقين" والتي بها يتحقق الرضا وتحدد الفجوة بين التوقعات ومستوى الإدراك ثم قياس مستوى الأداء الفعلي، أما الجانب الثالث فهو يتعلق بالمنظومة الصحية وطرقها في تنفيذ السياسة الصحية ونظرة المجتمع من حيث توفر خدمات صحية شاملة ومستمرة بكل كفاءة وعدالة.

فتعدد نشاطات المؤسسات العمومية الاستشفائية، وتعقد أعمالها الإدارية والتقنية، وكثرة عدد المتدخلين فيها وفي قطاع الصحة عموما، أثرت على إدارتها وجودة خدماتها. لذلك فإن سعي هذه المؤسسات لتحسين جودة خدماتها من خلال تحقيق أهدافها يتوقف على فاعلية الأساليب المستخدمة في تسييرها، وبحكم أنها تختلف على الكثير من المؤسسات من حيث الأهداف والأنشطة والقيم والبناء التنظيمي والتقييم، الأمر الذي يستدعي أن تُدار بفلسفة إدارية مغايرة تماما لما هي عليه الآن، وتتبنى أساليب حديثة في إدارتها تتيح لها تحسين جودة خدماتها الصحية لتساهم في النهاية في التنمية الاجتماعية بشكل أفضل.

ومن بين أهم هذه الأساليب، هو أسلوب الإدارة بالأهداف الذي عرف فاعلية في تحسين جودة الخدمات في مختلف المجالات التي طبق فيها. فهو أسلوب إداري يتميز بالبساطة ويمكن تطبيقه في المؤسسات العمومية، لأنه يركز على الأهداف والنتائج بدلا من الإجراءات والنمطية في الممارسات، حيث يقوم على أساس مشاركة الرؤساء والمرؤوسين في تحديد الأهداف والخطط وتنفيذها وتقييمها بكل مرونة عن طريق التعاون والتشاور، مع مراعاة البيئة المحيطة وخصوصية الخدمة الصحية. ويعتبر "بيتر دراكر" أول من نادى بأسلوب الإدارة بالأهداف الذي يفسح المجال للفرد لتحقيق الالتزام الذاتي، والتحلي بالمسؤولية وفي نفس الوقت يعطي وحدة شاملة، كما يساهم في تنشئة روح الفريق ضمن أهداف عامة مشتركة، ويزود الإدارة بأسلوب جيد لتقييم الأداء.

### 2- إشكالية البحث

في ظل المتغيرات البيئية المتسارعة في قطاع الخدمات الصحية، وتشابك الأنشطة والممارسات الصحية فيها، أنتجت معطيات ومتطلبات لأفعال وتصرفات جديدة، لذلك لا بد أن تدار المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية بأسلوب إداري هادف، كي تستطيع التحرك في سياق مقصود يُمكنها من تجاوز واقعها الحالي المثقل بالكثير من المشاكل والعقبات وعدم الرضى، وينقلها إلى مرحلة تمكنها من تحقيق أهدافها والقيام بأنشطتها وتحسين جودة خدماتها، وهذا الأسلوب يطلق عليه "الإدارة بالأهداف". حيث تبين لجميع الأطراف (مقدمي الخدمات الصحية، المرضى، المجتمع، وزارة الصحة والسلطة السياسية) وجود اختلالات عديدة من حيث التسيير والتنظيم أدى إلى استياء كبير لديهم دون استثناء وبالأخص عدم رضى المرضى على الخدمات التي يتحصلون عليها في المؤسسات العمومية للصحة، والتي من أسبابها عدم قدرة الأساليب الإدارية المعتمدة على اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين جودة الخدمات الصحية.

مما سبق، وجب التفكير بضرورة اعتماد نموذج الإدارة بالأهداف كمدخل يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف، وعلى ضوء ما ذكر، تبرز مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

**ما هو الدور الذي يمكن أن تلعبه الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات**

**العمومية الاستشفائية بولاية الشلف؟**

ولتسهيل معالجة هذه الاشكالية، يتطلب منا الإجابة على الأسئلة الفرعية التالية:

- هل لدى المسؤولين الإداريين في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف دراية بمفاهيم الإدارة بالأهداف ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية؟
- ماهي العلاقة بين الإدارة بالأهداف المستخدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية على جودة الخدمات الصحية؟
- إلى أي مدى تؤثر ممارسة مبادئ الإدارة بالأهداف على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف؟

### 3- فرضيات البحث

بعد القراءة المسحية الأولى للموضوع، وبغرض تقديم إجابات أولية ومؤقتة للأسئلة السابقة، وبناء على خلفية الباحث العلمية الأكاديمية والعملية المهنية، نقدم الفرضيات التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابة الباحثين حول تطبيق الإدارة بالأهداف ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف تعزى للبيانات الشخصية التالية (الجنس المستوى التعليمي، المنصب العالي).
- يوجد تأثير موجب دال إحصائيا للإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا بين الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

### 4- أهمية الموضوع:

تأتي هذه الدراسة لتبين أهمية استخدام الإدارة بالأهداف، بعد أن أثبت نجاحه بتطوير الأداء الإداري في مختلف المجالات التي طبق فيها. وتزداد أهمية هذه الدراسة في إبراز قدرة الإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية، ولفت انتباه مسيري المؤسسات العمومية للصحة بضرورة تبني هذا الأسلوب الإداري الحديث، اعتمادا على مشاركة العاملين في تحديد الأهداف واتخاذ القرارات، بغية تقديم أفضل الخدمات الصحية للمرضى وتحقيق رضاهم. كما قد تساهم نتائج هذه الدراسة في إقناع إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف، بضرورة تبني تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدمها. وتبدو أهمية الموضوع أيضا في التطور الذي شهدته المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر، مما أوجب سن قوانين تنظمها وتسييرها محاولة منها مواكبة التطور الحاصل في إدارة الصحة العامة والأساليب الإدارية الحديثة التي يجب أن تنتهجها. كما تعتبر هذه الدراسة الأولى من نوعها - حسب علم الباحث - التي سعت إلى إبراز دور أسلوب الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة.

### 5- أهداف الموضوع:

يكمن الهدف العام للبحث، في إبراز القيمة الحقيقية المرجوة من استخدام الإدارة بالأهداف، وأثرها على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف خصوصا والمؤسسات العمومية للصحة عموما، وتوضيح حجم المشكلة ومحاولة إيجاد تفسيرات وإجابات لها، وتبرز الأهداف الفرعية من خلال ما يلي:

- محاولة دراسة تأثير الإدارة بالأهداف والدور الذي يمكن أن تلعبه في تحسين جودة الخدمات الصحية، إذا ما تم تطبيقها وتوفير لها البيئة المناسبة في المؤسسات العمومية الاستشفائية.
- معرفة مدى إمكانية تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية التي تتمتع بخصوصيات متعددة ومعقدة.
- إثراء المكتبة العلمية ببحث قد يكون في متناول باحثين آخرين لإنجاز دراسات أخرى أكثر تخصصا؛
- إثراء المراجع العملية التي يمكن أن يعتمد عليها المشرفين على إدارة المؤسسات العمومية للصحة في تطوير مهاراتهم الإدارية.
- تقديم توصيات ومقترحات عملية قابلة للتطبيق في المؤسسات العمومية للصحة.
- التعرف على آليات ومتطلبات الممارسة الجيدة للإدارة بالأهداف التي تؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية.
- الوصول إلى نموذج للإدارة بالأهداف يمكن تطبيقه في المؤسسات العمومية الاستشفائية بما يتماشى مع خصوصياتها، الهدف منه تحسين الخدمات الصحية.

### 6- أسباب اختيار الموضوع:

تتمثل دوافع اختيار موضوع البحث، في سببين رئيسيين يعبران عن مجموعة من الدوافع، نذكرهما كما يلي:

أ- الأسباب الذاتية: كان اختيارنا لدراسة هذا الموضوع انطلاقا من الأسباب الذاتية التالية:

## مقدمة

- انتمائنا الوظيفي "المهني" لقطاع الصحة، مما تراكم عندنا العديد من الانطباعات، وخوض تجارب كثيرة دفعتنا للبحث في هذا الموضوع، وحرك رغبتنا الشخصية لتناوله لما يمثله من أهمية بحكم وظيفتنا ذو منصب عالي "مدير فرعي، ثم مدير" لمدة أكثر من ثماني سنوات، حيث مارسنا وعايشنا يوميا العديد من المشاكل والحوادث والقواعد العامة كمسؤول، وما لاحظناه من اختلالات ومفارقات في المنظومة الصحية عموما وفي العملية الإدارية للمؤسسات العمومية الاستشفائية خصوصا. فأردنا أن نخوض تجربة معرفية تمزج بين الجانب الأكاديمي والجانب المهني، محاولة منا المساهمة في إيجاد حلول وتقديم مقترحات من شأنها أن تحدث نقلة نوعية في التسيير الاستشفائي.
- مواصلة الخوض في الإطار العام للبحث في هذا الموضوع، بهدف التوسع والتخصص والتمكن فيه أكثر، بحكم أن تخرجنا في الماستر وإجازتنا من المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة، كانتنا بمدكرتين تحت عنوانين على التوالي: (مساهمة أداء مكتب الدخول في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج بالشلف من وجهة نظر المرضى)، و(الإدارة بالأهداف كأداة للتغيير في إدارة المستشفيات دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بالبوية).

### ب- الأسباب الموضوعية:

- المشاكل التسييرية التي تعاني منها المؤسسات العمومية الاستشفائية باعتمادها على أساليب تؤدي إلى الخمول والجمود والبيروقراطية... الخ.
- تزايد الإدراك في معظم دول العالم بالأهمية الكبيرة التي تلعبها الأساليب الإدارية الحديثة في فعالية وكفاءة المنظمات الصحية، ودورها الفاعل في تحسين جودة الخدمات الصحية فيها؛
- التغير الحاصل في قطاع الصحة بالجزائر المكرس في القانون رقم 18-11 المؤرخ في 02 جويلية 2018 المتعلق بالصحة، خصوصا ما تعلق بالأبعاد التالية:
  - ✓ من حيث التنظيم: (تنظيم المنظومة الوطنية للصحة، الخريطة الصحية ومخطط التنظيم الصحي)؛
  - ✓ من حيث التسيير: (المناجمت الاستشفائي والتسيير المبني على الأهداف "عقود النجاعة والأهداف"، والتكوين المتخصص، مخطط مسعى الجودة)
  - ✓ من حيث التمويل: تمويل قطاع الصحة، الآليات الجديدة للتسيير المالي "محافظ حسابات"، النهج التعاقدية)؛
  - ✓ من حيث التعاون والشراكة في مجال الصحة: العمل القطاعي المشترك في تنفيذ السياسة الوطنية للصحة، التكامل بين القطاع الصحي العمومية والقطاع الخاص، مساهمة الحركة الجمعوية والتعاضدية.

### 7- منهج البحث وأسلوب الدراسة:

- محاولة منا لدراسة الموضوع من كافة جوانه الأكاديمية والتطبيقية، والإجابة على إشكالية الدراسة، وتأكيذا لصحة الفرضيات أو نفيها، استخدم الباحث المناهج التالية:
- بصدد جمع وتلخيص المفاهيم والبحوث النظرية المرتبطة بالإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية؛ استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي في الجانب النظري من الدراسة، معتمدا على المسح المكتبي (المراجع العربية

والأجنبية، المجالات والدوريات، المصادر الرسمية الممثلة في القوانين واللوائح التنظيمية لقطاع الصحة، مواقع إلكترونية، محاضرات ومدخلات ومقالات)؛

■ أما في الجانب التطبيقي قام الباحث باستخدام أسلوب دراسة حالة، بغية معرفة الدور الذي يمكن أن تلعبه الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث تم تجميع المعلومات عن طريق أداتي الاستبيان والمقابلة الشخصية والاحصائيات المتعلقة بقطاع الصحة بولاية الشلف، ومعالجتها باستخدام برنامج الحزم الإحصائية النسخة (SPSS version 26).

### 8- الدراسات السابقة:

أ- دراسة (شرقي، 1998-1999) بعنوان: «نظام التسيير عبر الأهداف وتطبيقاته على المؤسسة الصحية» مذكرة تخرج لدراسات ما بعد التدرج في إدارة أعمال منظمات الصحة،

هي دراسة أقيمت في المدرسة الوطنية للصحة العمومية سابقا - حاليا المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة- ضمن متطلبات الحصول على شهادة ما بعد التدرج في إدارة أعمال منظمات الصحة، حيث شخخص الباحث البنية التنظيمية للمؤسسة الصحية عموما مع إبراز خصائصها، كما حلل الدليل القانوني لمنحة الأداء في هذه المؤسسات كنمط تسيير توقعي، وشخص الدوافع التي أدت إلى تدني الخدمات الصحية، هذا في القسم الأول. أما في القسم الثاني فتحدث عن نحو ارساء نظام تسيير توقي يعتمد على تسطير الأهداف وتقييم النتائج، وتناول كذلك عملية التقييم في مثل هذه المؤسسات ثم تكلم عن التحفيز المادي والمعنوي الذي ينسجم ونظام التسيير بالأهداف.

ب- دراسة (جودة، 2002) بعنوان مبادئ إدارة الجودة الشاملة - مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية - دراسة تطبيقية على بعض المستشفيات الحكومية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الشرقية، منشورة في مجلة البحوث التجارية، كلية التجارة بجامعة الزقازيق.

هي دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الحكومية التابعة لمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الشرقية، حيث اقتصرت على دراسة التباين في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة (التركيز على العميل، التركيز على العمليات، دعم الإدارة العليا، اتخاذ القرارات المرتكزة على المعلومات والحقائق، التعاون والعمل الجماعي، تحفيز القوى العاملة، التحسين المستمر)، وما يميز هذه الدراسة هي خصوصية مجتمع وعينة الدراسة المتمثلة في مستشفيات حكومية بمحافظة الشرقية، وفي الغالب فإن جميع المستشفيات العمومية في أغلب البلدان العربية تشترك في أمور عديدة خاصة ما تعلق بالممارسات والسلوكيات والثقافة التنظيمية السائدة فيها.

ومن أبرز نتائج الدراسة، أن هناك قصورا واضحا في مفاهيم الجودة بالمستشفيات، فالنظام الذي تتبعه المستشفيات العمومية محل الدراسة لا يخرج عن كونه مجرد نظام لتفتيش والرقابة على الأداء مدعم نسبيا بمفهوم الرقابة على الجودة، وهو بكونه منهجا غير متطور بالمقارنة مع نظام إدارة الجودة الشاملة، كما أن الثقافة التنظيمية السائدة في الحدود الزمنية التي أجريت فيها هذه الدراسة لا تتناسب مع متطلبات التطبيق الناجح لمفهوم إدارة الجودة الشاملة. وقد أوصت الباحثة بضرورة تقديم مفاهيم حول إدارة الجودة الشاملة لجميع العاملين بالمستشفيات الحكومية، والاهتمام بتغيير وتطوير ثقافة القيادات في المنظمات الصحية.



## مقدمة

وقد استفدنا من هذه الدراسة أيما استفادة خاصة في المسائل المتعلقة بتناول مفاهيم جودة الخدمات الصحية وطرق قياسها وأبعادها وتحليل تطبيقاتها في المستشفيات الحكومية، ومحاولة صقل بعض منها في دراستنا مع مراعاة خصوصية المستشفيات الحكومية الجزائرية.

**ت - دراسة (سعد الحري، دور الإدارة بالأهداف في تطوير الكفايات لمديري المدارس في منطقة تبوك التعليمية من وجهة نظرهم، 2008) مذكرة ماجستير**

حيث هدفت الدراسة للتعرف على دور الإدارة بالأهداف في تطوير كفاءات مديري المدارس في منطقة تبوك التعليمية من وجهة نظرهم. تكون مجتمع الدراسة من 301 مديرا، وتم اختيار عينة منه بلغت 261 مديرا في منطقة تبوك التعليمية للموسم الدراسي 2008/2007، واستخدم الباحث أداة الاستبيان. وقد خلصت نتائج الدراسة إلى أن دور استخدام الإدارة بالأهداف لتطوير كفاءات مديري المدارس التعليمية كانت بدرجة عالية، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المتوسطات حول دور أسلوب الإدارة بالأهداف عند مديري المدارس تعزى لصالح الخبرة والمؤهل العلمي والتفاعل بينهما، وأوصى الباحث بضرورة تهيئة المناخ الإداري المناسب لتطبيق فاعل للإدارة بالأهداف وتوفير السبل اللازمة لنجاحه على مستوى إدارة المؤسسة.

**ث - دراسة (عدمان، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، 2008) أطروحة دكتوراه غير منشورة كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 2008/2009.**

انطلقت هذه الدراسة من الإشكالية التالية: ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة؟ وتوصل الباحث إلى جملة من النتائج من خلال الدراسة الميدانية باختلاف وجهات النظر، كما يلي:

### ■ وجهة نظر المرضى:

- عدم تكفل الطاقم شبه الطبي بالمرضى بشكل كاف على مستوى كل المؤسسات الصحية.
- طول مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة.
- عدم رفاهية الأسرة ونظافة الغرف. عدم جودة الأكل المقدم.
- طول مواعيد إجراء العمليات الجراحية.

### ■ وجهة نظر الطاقم شبه الطبي:

- قلة فرص التكوين المستمر.
- عدم ملائمة التكوين لاحتياجات المتكويين.
- ضعف التأطير.
- عدم وضوح نسبي للمهام.
- عدم الرضا عن ظروف العمل.
- انخفاض مستوى النظافة.

### ■ وجهة نظر الطاقم الطبي:

- قلة إمكانيات التكوين المستمر.
- قلة توافر وسائل العمل.
- قلة التنظيم.
- انخفاض مستوى الأجر.
- رداءة مستوى النظافة.
- وجود التهابات مكتسبة في المستشفى.
- شكل نقص النظافة السبب الأول في وجود الالتهابات المكتسبة في المستشفى.
- ضعف التوعية بمشروع الإصلاح.

### ج- دراسة أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة

دكتوراه غير منشورة كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر. 2008/2009

انطلقت هذه الدراسة من الإشكالية الآتية: "إلى أي مدى يمكن اعتبار الإصلاحات المراد تطبيقها في قطاع الصحة بصفة عامة وعلى المستشفيات بصفة خاصة، هي تطبيق وإرساء لمبادئ وأسس التسويق الخدمي في هذا القطاع؟"، كما أرجع الباحث أهمية هذه الدراسة إلى أهمية التسويق الخدمي في القطاع الصحي، وضرورة العمل بقواعده كأحد الوسائل الفعالة، لمواجهة المنافسة ورفع التحديات، وتم التوصل إلى جملة من النتائج نوجزها فيما يلي: النظام الصحي في الجزائر يواجه عدة قيود تحد من فعالية وأداء الخدمات الصحية المقدمة والتي تعود لعدة أسباب منها:

- قديم خدمات علاجية بطرق عشوائية، وتكرار الانقطاعات من حين لآخر في تقديم الخدمات؛
- عدم التحكم في النفقات الصحية غير المبرر لها؛
- نظرا للتزايد المستمر في الطلب على العلاج وخاصة العلاج المتخصص والذي يعود لعدم التوزيع العقلاني للأطباء الأخصائيين؛
- غياب ثقافة الاتصال سواء بين المريض والطبيب أو بين المريض والطاقم الشبه الطبي، أو بين الطاقم الطبي والشبه الطبي.
- يمكن إجمال الطرق والمؤشرات الممكن استعمالها لتقييم الأداء في المستشفيات في أربع مجموعات رئيسية، وهي تتعلق بتقييم أداء الموارد البشرية لمعرفة أداء كل من الطاقم الطبي والشبه الطبي... الخ، أما المؤشرات المتعلقة بتقييم أداء الموارد المادية المتاحة للمؤسسات الصحية بالإضافة إلى تقييم الموارد المالية المتوفرة لديها والتي تعتبر محدودة وفق النظام المعمول به في القطاع الصحي العمومي، كما أن هناك مؤشرات تتعلق بتقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية والتي من خلالها يتمكن من معرفة معدل الإصابات بالمرض... الخ، ومؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال تقييم معدل الوفيات خلال السنة.

### ح- دراسة عيسى 2014 بعنوان، درجة ممارسة مديرية التعليمية في وكالة الغوث الدولية للإدارة بالأهداف،

وعلاقتها بدرجة أداء مديري مدارس وكالة الغوث من وجهة نظر المديرين، قطاع غزة بفلسطين.

حيث هدفت هذه الدراسة التعرف على درجة ممارسة مديري المناطق التعليمية في وكالة الغوث الدولية للإدارة بالأهداف وعلاقتها بدرجة أداء مديري المدارس وكالة الغوث من وجهة نظر المديرين، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وأعدت الاستبانة كأداة للدراسة، وتكون مجتمع الدراسة من جميع المدراء بالمدارس التابعة لوكالة الغوث الدولية في محافظات غزة للعام الدراسي (2013-2014) والبالغ عددهم (245) مديرا، حيث تكونت عينة الدراسة من (215) مديرا فقط. وتوصلت الدراسة إلى ان درجة ممارسة مديري المناطق التعليمية بوكالة الغوث الدولية للإدارة بالأهداف في محافظة غزة كانت بدرجة مرتفعة، وعدم وجود فروق بين أفراد العينة لدرجة ممارسة مديري المناطق التعليمية في وكالة الغوث الدولية في مجال تحديد الأهداف والتخطيط تعزى إلى متغير سنوات الخدمة، وكذلك بينت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة لدرجة ممارسة مديري المناطق التعليمية في وكالة الغوث يعزى إلى (الجنس، المؤهل العلمي، الخبرة).

**خ- دراسة (الرشيدي، 2014) بعنوان أثر استخدام طريقة الإدارة بالأهداف في أداء العاملين. رسالة الماجستير في إدارة الاعمال**

هدفت الدراسة إلى اختبار أثر استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف في أداء العاملين في مؤسسة البترول الوطنية بالكويت، وحددت عينة الدراسة ب (380) موظفا واستخدم الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وجاءت النتائج بأن استخدام طريقة الإدارة بالأهداف من وجهة نظر العاملين كان متوسطا، وكان مستوى أداء العاملين من وجهة نظر العاملين في مؤسسة البترول الوطنية في الكويت كان متوسطا. كما نتج بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لاستخدام طريقة الإدارة بالأهداف بأبعادها (الثقة بين الرئيس والمرؤوسين، المشاركة في تحديد الأهداف، التزام العاملين في تحقيق الأهداف، التغذية الراجعة بين الرئيس والمرؤوسين) في أداء العاملين عند مستوى الدلالة 0.05. كما أشارت نتائج التحليل إلى أن بعد التزام العاملين في تحقيق الأهداف كان الأكثر تأثيرا في أداء العاملين في مؤسسة البترول الوطنية في الكويت.

**د- دراسة (شبير، 2015) بعنوان: واقع تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في الجامعات الفلسطينية بغزة وأثرها على مشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات. مذكرة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال.**

حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في الجامعات بقطاع غزة وأثرها على مشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتكون مجتمع الدراسة من العاملين في الجامعة (الإسلامية، الأزهر، فلسطين، والأقصى) والبالغ عددهم (2439)، واعتمدت الاستبانة كأداة رئيسية لهذا الغرض لتطبيقها على عينة من الدراسة تكونت من (400) مفردة، حيث قام الباحث بتحليل (377) استبانة بنسبة (95%) واستخدم برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) وتوصلت الدراسة إلى أن أسلوب الإدارة بالأهداف لدى الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة مستخدم بنسبة (73,71%) وإلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مكونات الإدارة بالأهداف ومشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات، كما أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المفحوصين حول واقع تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف وأثرها على مشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة تعزى إلى

## مقدمة

الجامعة، وكانت الفروق لصالح الجامعة الإسلامية وجامعة الأزهر، وكذلك خلصت الدراسة إلى وجود ذات دلالة إحصائية بين (نظام تقييم الأداء والاتصال الإداري الفعال، ومشاركة المرؤوسين في وضوح الأهداف، ووضوح مرونة الأهداف) من ناحية مشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات من ناحية أخرى. وقد اوصت الدراسة إلى إطلاع الإدارة العليا على الأهداف التي تحققت أولاً بأول ومشاورتهم في أي مشكلة تعترض طرق تحقيق الأهداف من خلال مشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات التي تساعد على تجاوز العقبات، بالإضافة إلى تعزيز إشراك المرؤوسين في مهارات (تحديد الأهداف، التخطيط، الرقابة، التقييم، مهارات الاتصال، المشاركة في اتخاذ القرارات)، كما أوصى الباحث في دراسته إلى ضرورة تكوين فريق عمل استشاري يقوم بتصميم برنامج أولي لتطبيق الإدارة بالأهداف ويقع على عاتقه مهمة نشر هذا الأسلوب بالتدرج على المستويات التنظيمية بشكل أفضل.

ذ- دراسة (شتات، 2017) بعنوان: واقع تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف وعلاقته بتقييم أداء الموظفين في

مصلحة مياه محافظة القدس. عمادة الدراسات العليا، جامعة القدس، رسالة ماجستير

حيث هدفت الدراسة إلى واقع تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف وعلاقته بتقييم أداء الموظفين في مصلحة مياه محافظة القدس، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتألف مجتمع الدراسة من جميع الموظفين العاملين في مجال الإدارة في مصلحة مياه محافظة القدس في شهر سبتمبر 2017 والبالغ عددهم (54 موظفاً) باستخدام أداة الاستبيان.

وخلصت الدراسة إلى أن درجة تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف لجميع المجالات الخمس (تحديد الأهداف، مرونة الأهداف، وضوح الأهداف، المشاركة في وضع الأهداف، التغذية الراجعة وتقييم الأهداف) جاءت بدرجة عالية بحيث بلغت الدرجة الكلية لكافة المجالات 73%. كما أظهرت الدراسة بأن درجة محور واقع تقييم الأداء الموظفين جاء بدرجة متوسطة وبلغت الدرجة الكلية لجميع الفقرات الخاصة به 68%. كما توصلت إلى أنه توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف وتقييم أداء الموظفين في مؤسسة الدراسة، وأيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين واقع تطبيق الإدارة بالأهداف لدى الموظفين تعزى إلى متغيرات البيانات الشخصية.

ر- دراسة (بن فرحات، 2017-2018) بعنوان: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر

على نوعية الخدمات - دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة - رسالة مقدمة لنيل شهادة

دكتوراه علوم - تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة

حيث تناولت هذه الدراسة انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات وذلك من خلال دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، وقام الباحث بالاستعانة ببعض الإحصائيات حول بعض المؤشرات الكمية للخدمة الصحية، إضافة إلى استمارتين تناولتا المتغيرين الرئيسيين: نمط التسيير والخدمة الصحية وإخضاع الفروض لاختبارات التحليل الإحصائي بواسطة برنامج SPSS ونتجت عن هذه الدراسة، بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على جودة الخدمة الصحية، وسيطرة النمط التقليدي البيروقراطي في تسيير المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر رغم محاولة الاخذ ببعض أدوات النمط التعاقدية، واهمية التفويض والتسيير التشاركي في تحسين

## مقدمة

نوعية الخدمة الصحية، وكذا أهمية المصالح المركزية في التحكم والعدالة في توزيع الإمكانيات البشرية والمادية بين مختلف المؤسسات العمومية للصحة.

ز- دراسة شرف الدين زديرة بعنوان: (دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الصحية - دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية)، (2016-2017)، والتي كانت ضمن متطلبات الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، تخصص مناجمت المنظمات بجامعة بسكرة.

حيث هدفت الدراسة إلى تحليل وتشخيص الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية، وتوضيح أهمية توفر مبادئ إدارة الجودة الشاملة لتحسين جودة الخدمات الصحية. بالإضافة إلى محاولة الباحث الوقوف على مدى إدراك مقدمي الخدمة الصحية لضرورة تبني إدارة الجودة الشاملة كمنهج إداري جديد، يمكن من خلاله تحقيق خدمات صحية تقارب المستوى المطلوب من طرف متلقي الخدمة.

كما أظهرت الدراسة بعض المشاكل التي تواجهها المؤسسات الصحية من سوء التسيير وضعف الرقابة الجادة من قبل الإدارة، وعدم استخدام الأساليب الحديثة لتدعيم الإجراءات الإدارية من نظم معلومات وإجراء الإحصائيات وضعف أنظمة التحفيز. ومن أهم النتائج المتوصل إليها في الجانب التطبيقي من هذه الدراسة هي أن مقدمة الخدمة الصحية (أطباء، ممرضون، إداريين) يتفوقون على ضرورة توفير أرضية تسمح بتطبيق أبعاد الجودة ومفاهيم إدارة الجودة الشاملة للحصول على خدمات صحية ترقى إلى تطلعات متلقي الخدمة.

وبناء على النتائج أوصى الباحث بضرورة تبني الوصاية وإدارة المستشفيات لبرامج إدارة الجودة الشاملة كمنهج شامل لتحسين جودة الخدمات الصحية، مع إلزامية اعتماد المستشفيات لبرامج تدريبية لكل فئات الموظفين بما يتوافق مع منهج إدارة الجودة الشاملة.

### 9- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

تختلف دراستنا عن الدراسات السابقة من حيث اختلاف الحدود المكانية والزمانية، وكذا التطرق إلى مفاهيم الإدارة بالأهداف وجودة الخدمة الصحية، ومحاولة إيجاد علاقة بينهما من خلال (مبادئ الإدارة بالأهداف) والأبعاد الخمس لجودة الخدمات الصحية. وهو الأمر الذي غاب على جميع الدراسات السابقة، ناهيك عن الوصف الدقيق والمنهجي للإدارة بالأهداف، ومحاولة تلخيص واستنتاج وتجميع وإعادة ترتيب بعض المفاهيم المتعلقة بها.

بالإضافة إلى حداثة المعلومات المتعلقة بالمتغيرين، وهذا ما يثبته أغلب المراجع التي اعتمدنا عليها. وما يميز هذه الدراسة كذلك كونها تحاول لفت الانتباه إلى ضرورة الاهتمام بالجانب التسييري، لأن أي مشروع لتطبيق أو تحسين جودة الخدمات الصحية إلا ويجب أن ينطلق وينتهي إدارة المؤسسات الصحية.

كما تناولت معظم الدراسات السابقة التي ادرجناها كدراسات سابقة في المقدمة العامة أو تلك الدراسات التي اعتمدنا عليها كمراجع للبحث في موضوع واحد فقط، إما الإدارة بالأهداف في قطاعات خارج الصحة العمومية، أو جودة الخدمات الصحية وما يماثلها إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات. أما دراستنا فجاءت تكملة للدراسات السابقة لكن من زاوية أخرى، وهي أثر الإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة، وفي رأي الباحث - في حدود علمنا - لا توجد ولا دراسة سابقة في هذا المجال بهذين المتغيرين.

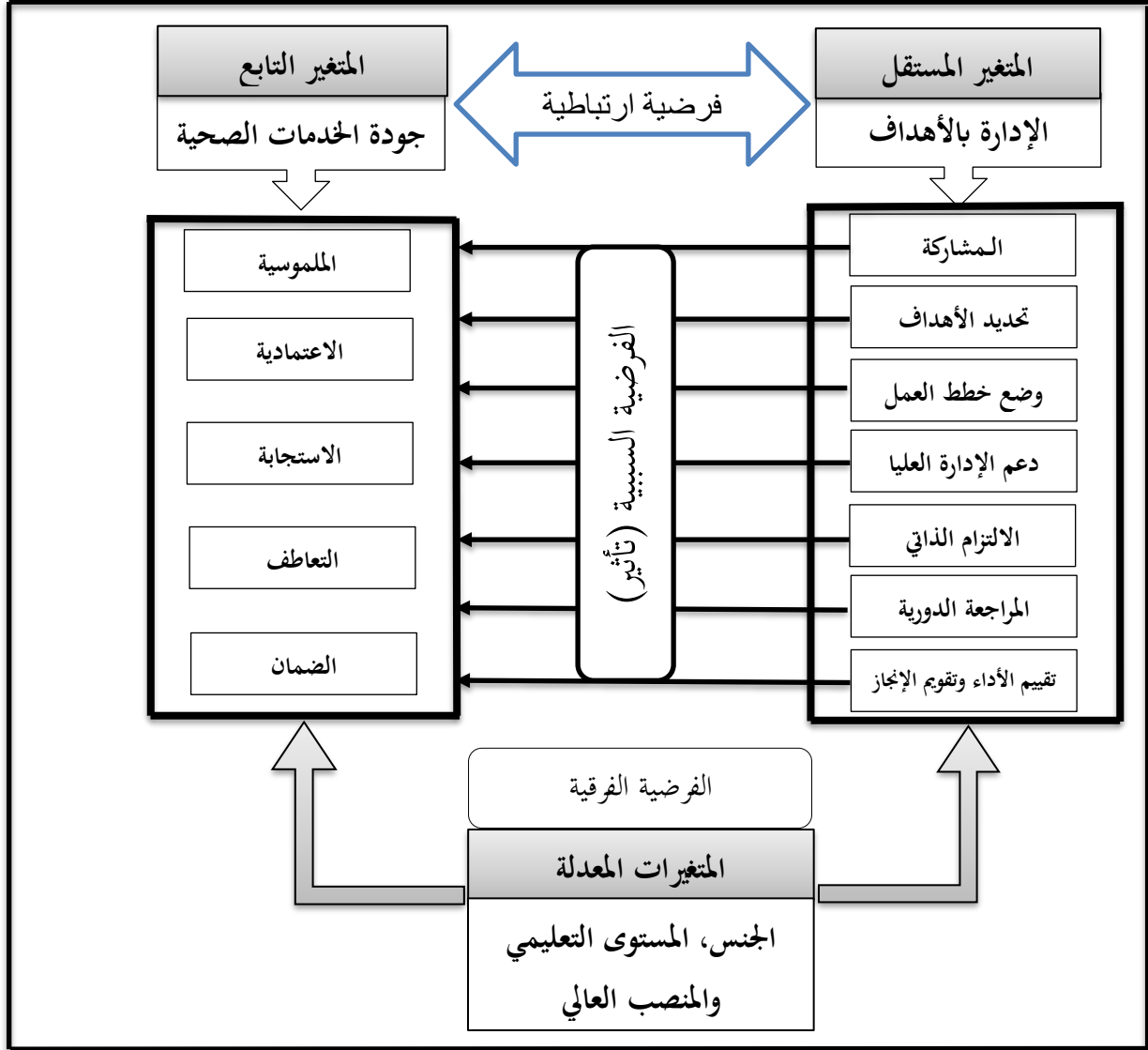
## مقدمة

إضافة إلى التركيز على دراسة الوضعية الحالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف كعينة نموذجية للمؤسسات العمومية للصحة بالجزائر، والتي لها نفس الخصوصيات، والوقوف على واقعها واقتراح بعض التوصيات والاجراءات التي يمكن أن تؤدي إلى ترقية أدائها وتحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدمها بالاعتماد على آليات عملية للإدارة بالأهداف.

### 10- أنموذج الدراسة:

يبين الشكل رقم (1-1) أنموذج الدراسة، من خلال المتغير المستقل والمتغير التابع. فالأول هو الإدارة بالأهداف، والذي يضم المبادئ التالية: (المشاركة، تحديد الأهداف، وضع خطط العمل، دعم الإدارة العليا، الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي"، المراجعة الدورية "الرقابة"، تقييم الأداء وتقييم الإنجاز). والثاني هو جودة الخدمات الصحية، والذي يضم الأبعاد التالية: (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان)

الشكل رقم (1-1): المخطط الفرضي للعلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع



المصدر: من إعداد الباحث

### 11- حدود الدراسة: تتمثل حدود هذه الدراسة فيما يلي:

- **الحدود العلمية:** اعتمد الباحث على متغيرين هما: الإدارة بالأهداف كمتغير مستقل، وجودة الخدمات الصحية كمتغير تابع.
- **الحدود البشرية:** اقتصر البحث على الموظفين الإداريين الذين يشرفون على استخدام وانجاح أسلوب الإدارة بالأهداف، والمتمثلين في المسؤولين الإداريين (مدراء، نواب مدراء، رؤساء مكاتب)، الذين يشتغلون في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف (مستشفى الأختان باج، مستشفى أولاد محمد، مستشفى الشرفة، مستشفى الشطية، مستشفى الصبحة، مستشفى أحمد بوراس بتنس، مستشفى زيغود يوسف بتنس).
- **الحدود الزمانية:** يمتد المجال الزمني لهذه الدراسة بشقيه النظري والتطبيقي على مدار أربعة سنوات (2018/2022). بداية من تاريخ جمع المواد العلمية النظرية حول الموضوع شهر أكتوبر 2018 وقراءتها وتلخيصها والاستنباط منها إلى غاية شهر جانفي 2022، ثم تجسيد الدراسة الميدانية التي دامت ثلاثة أشهر (فيفري، مارس، وأفريل) من سنة 2022.
- **الحدود المكانية:**

أجريت هذه الدراسة على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف وهي:

- المؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج بالشلف؛
- المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خطيب بأولاد محمد بالشلف؛
- المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشرفة - الشلف؛
- المؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عابد بالشطية؛
- المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس؛
- المؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس؛
- المؤسسة العمومية الاستشفائية بالصبحة.

### 12- صعوبات الدراسة:

ما من بحث ناجح إلا ويجب أن تتوفر له المقومات الأكاديمية والميدانية للبحث. ففي الجانب الميداني حقيقة لم يتلقى الباحث أي صعوبة - في أغلب الأحوال - في جميع المؤسسات محل الدراسة، وهذا بسبب كون الباحث موظف كمسؤول في مستشفى الشطية، مما دفعه بضرورة استخدام علاقاته المهنية خدمة للبحث. غير أن الوضعية الوبائية (كوفيد 19) أثرت بشكل معتبر على مجريات البحث والحدود الزمنية التي تمت فيه، فكان من الصعوبة بمكان التوفيق بين العمل المهني والبحث العلمي.

أما الصعوبات في الجانب النظري الأكاديمي، تمثلت حصرا في غياب المراجع التي تناولت موضوع الإدارة بالأهداف في قطاع الصحة العامة، مما أوجب على الباحث محاولة بذل جهد منقطع النظير لإسقاط هذه المفاهيم على قطاع الصحة، وبما يتماشى وخصوصيات المؤسسات العمومية الاستشفائية.

**13- هيكل الدراسة:** من أجل التحكم في الموضوع والإلمام بجوانبه، قسمنا البحث إلى خمسة فصول، تناول الفصل الأول والثاني والثالث الدراسة النظرية، أما الفصل الرابع والخامس فيعتبران تطبيقيين، إضافة إلى مقدمة وخاتمة بكل عناصرهما.

■ **المقدمة:** اشتملت على تمهيد للموضوع، وإعداد فرضيات للإجابة على الأسئلة التي توضح الإشكالية، ثم تحديد أهمية الموضوع وأسباب اختياره، وإدراج ملخص للدراسات السابقة المعتمدة من الباحث وما يميز هذا البحث عنها.

■ **الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف**

جاء هذا الفصل، ليستعرض مفهوم الإدارة بالأهداف، بداية من نشأتها وتطور فلسفتها ومميزاتها والمبادئ التي تركز عليها، ثم نعرض على هذا الأسلوب الإداري - الإدارة بالأهداف - كنظام له مكوناته وأجزائه، ونذكر مراحل وخطوات تطبيقه، وتتناول في الأخير أهم النماذج الغربية والعربية له.

■ **الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية**

حيث سنتناول في هذا الفصل مبحثين، الأول نبين فيه ماهية الجودة في قطاع الصحة من خلال مفهوم الجودة، والخدمة الصحية والخصائص التي تتميز بها عن باقي الخدمات، ثم نتناول أنواع الخدمات الصحية ومستوياتها. وفي المبحث الثاني نستذكر مفهوم جودة الخدمة الصحية وتطورها التاريخي، ثم نستعرض الأبعاد المتعددة لها، والعوامل المؤثرة فيها. ثم نختتمه بطرق قياسها من خلال ثلاثا مداخل: (من وجهة نظر المرضى، من وجهة مهنة الصحة "أي المنظمة والعاملين"، في إطار برنامج شامل لتحسين جودة الخدمة الصحية).

■ **الفصل الثالث: متطلبات تطبيق الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات**

سيتم التطرق في هذا الفصل إلى أهم المواضيع المتعلقة بتطبيق الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات في المنظمات الصحية كما يلي:

- المبحث الأول: مقومات نجاح الإدارة بالأهداف في المستشفيات، والذي سنعرض فيه الإطار الملائم لنجاح هذا الأسلوب في هذا النوع من المنظمات، ثم نتحدث عن انعكاسات تطبيقه على إدارة المنظمة الصحية، وأخيرا نحاول أن نستقرأ معوقات تطبيق الإدارة بالأهداف بالنظر إلى واقع المستشفيات الجزائرية.
- المبحث الثاني: سنبين العلاقة بين مبادئ الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية، كما نعرض على متطلبات ومراحل تطبيق الجودة في المستشفيات.

■ **الفصل الرابع: دراسة وصفية للإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر**

في هذا الفصل سنحاول تشخيص واقع تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، ومعرفة التطور التاريخي الذي مرت به وفق ثلاث مراحل تزامنت مع صدور القوانين المنظمة لها وذكر مبادئها والخصائص الناتجة عن بنيتها التنظيمية.

ثم نعرض المقاربة الجديدة التي تحاول وزارة الصحة تطبيقها لتسيير وإعادة تنظيم هذه المؤسسات، من خلال انتهاج المقاطعة الصحية وأساليب إدارية حديثة تتمثل في عقد النجاعة والأهداف ومشروع المؤسسة ومخطط الأنشطة.



### ■ الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

في هذا الفصل سنحاول تشخيص واقع تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية السبعة (07) محل الدراسة والموجودة في ولاية الشلف، من خلال إبراز إمكانياتها المادية والبشرية، وكذا تقديم تشخيصا لها بالاعتماد على التحليل الرباعي (SWOT).

كما سيتم التطرق إلى تحليل بيانات الدراسة الميدانية، التي جمعناها من مصادر متعددة، للوقوف على ممارسة الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية، ثم سيتم اختبار الفرضيات بالاعتماد على برنامج التحليل الاحصائي SPSS version 26، وبناء عليها نبين نتائج الدراسة، ونحاول تقديم بعض التوصيات والمقترحات التي يمكن أن تساهم في التطبيق الجيد للإدارة بالأهداف وتفعيل هذه المقاربة التسييرية في المستشفيات الجزائرية بهدف اعتمادها كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية.

■ الخاتمة: وشملت أهم النتائج المتوصل إليها والتوصيات والاقتراحات، وذكر بعض آفاق للبحث.

# الفصل الأول

الإطار النظري للإدارة بالأهداف

### الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

#### تمهيد

تواجه المنظمات العديد من التحديات، مثل زيادة تكاليف الانتاج ومحدودية الموارد وظهور التكنولوجيا المتطورة باستمرار، والبعض منها مازال يتبنى أساليب إدارية غير فعالة لتحقيق الأهداف المنشودة، الأمر الذي ينتج عنه تدني مستوى الرضا الوظيفي، وولاء العاملين ورضا الزبائن أو المستفيدين.

وعليه، فقد أصبح من الضروري على المنظمات فهم واستيعاب التطورات التي تحدث باستمرار، وتنسجم معها في إطار بيئة إدارية صحيحة قادرة على العمل والتعامل بمرونة، واعتماد أفضل الأساليب الإدارية، كون هذه المنظمات تسعى لتحقيق أهداف لا تتحقق إلا إذا كانت محددة من قبل منفذيها والعاملين عليها، واعتماد التقييم على أساس ما تم تحقيقه من أهداف ونتائج، وليس على الأنشطة والاجراءات؛ الأمر الذي يتطلب أسلوبا خاصا بالإدارة يجعل الاهتمام بالأهداف وتحديدها في المركز الأول، وهذا الأسلوب موجود، وهو ما يطلق عليه " بالإدارة بالأهداف".

وفي هذا الإطار، جاء هذا الفصل، ليستعرض مفهوم الإدارة بالأهداف، بداية من نشأتها وتطور فلسفتها ومميزاتها، والمبادئ التي تركز عليها، ثم نعرض على هذا الأسلوب الإداري - الإدارة بالأهداف - كنظام له مكوناته وأجزائه، ونذكر مراحل وخطوات تطبيقه، ونتناول في الأخير أهم النماذج الغربية والعربية للإدارة بالأهداف.

### المبحث الأول: ماهية الإدارة بالأهداف

تعتبر الإدارة بالأهداف من المواضيع التي حظيت بدرجة كبيرة من اهتمام الباحثين والممارسين الإداريين، إذ يمكن القول أنها أصبحت بمثابة القاسم المشترك في عملية البحث عن تطوير الإدارات والمنظمات في كافة أنحاء العالم، التي بادرت نحو تطبيق الإدارة بالأهداف، وذلك بعد أن تبين لها أن الإدارة بالأهداف يمكن أن تؤثر وبقوة في تقرير مستقبل المنظمات، ولما لها من دور فعال في تحسين الأداء الإداري، والمساهمة الكبيرة في تطوير العملية الانتاجية، إضافة إلى دورها الفاعل في خلق بيئة أعمال تسمح بممارسة المهام والصلاحيات في كافة المستويات الإدارية بالاعتماد على المشاركة وروح عمل الفريق، والالتزام والرقابة الذاتية.

### المطلب الأول: نشأة وتعريف الإدارة بالأهداف

يعد مدخل الإدارة بالأهداف من مدارس الفكر الإداري الحديث، وقد وضع اللبنة الأولى لهذا المدخل " Peter Drucker" وذلك عام 1954، وقد كانت وجهة نظر "Drucker" من خلال أبحاثه ودراساته أنّ نشأة الأعمال بحاجة ماسة إلى مبدأ يفسح المجال للفرد لتحقيق القوة الذاتية والمسؤولية، وفي نفس الوقت يعطي توجيهها بوحدة الرؤية الشاملة، كما ينشئ روح الفريق، وينسق أهداف الفرد في أهداف عامة مشتركة (الشمخي، 1998، صفحة 127). وتم تطوير هذا الأسلوب الإداري بشكل أكبر من قبل العديد من علماء النظريات الإدارية ومن بينهم " Douglas McGregor, George Odiorne, and John Humble" (Thomson، 1998، صفحة 1).

### الفرع الأول: نشأة الإدارة بالأهداف

لقد صاحب التغيير المستمر للعالم في مختلف المجالات، تطور في إدارة المنظمات حتى تكون قادرة على التعامل والتفاعل بكل مرونة؛ وباختلاف الأساليب الإدارية وتنوعها وتطورها عبر التاريخ يبقى الهدف واحداً، وهو الحصول على أفضل مردود ممكن من الإمكانيات المتوفرة (الرفاعي، 2009، صفحة 4). فظهرت المدرسة الكلاسيكية بمختلف نظرياتها، بنظرها المحدودة للعامل واعتباره وحدة انتاج يمكن التأثير في سلوكه عن طريق التحفيز المادي المتمثل في الأجور فقط. ثم ظهرت مدرسة العلاقات الانسانية التي نادى بتحسين العلاقات في بيئة العمل، من خلال التحوار والاتصال. ثم ظهرت المدرسة السلوكية التي تركز على اشباع حاجات العاملين، وأن سلوك العامل ما هو إلا محصلة عوامل نفسية واجتماعية ومادية. ثم بعدها جاءت المدرسة الحديثة بمختلف نظرياتها، أبرزها نظرية الإدارة بالأهداف.

ظهرت الإدارة بالأهداف نتيجة الدراسات التي أجراها "دراكر Drucker" في شركة جنرال إلكتريك عندما كان يعد مفهوم الشركة هناك، حيث كان كل رئيس قسم في "جنرال إلكتريك" مسؤولاً عن مركز ربح، وكان عليه الوصول إلى أهداف معينة: 7٪ من الهوامش التجارية و 20٪ من عائد الاستثمارات، تم تطبيق هذه القواعد بشكل صارم، وأي فشل يعاقب عليه تسريح العمال (Kennedy، 2008، صفحة 184).

مع نهاية الستينات وبداية السبعينات، توسع مجال الإدارة بالأهداف ليصل إلى مجال التخطيط الإستراتيجي والقيادة الإدارية، وكل الجوانب الإدارية والتسييرية، وبذلك أخذت الإدارة بالأهداف عدة تسميات، لعل أشهرها (غنيم،

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

2001، الصفحات 295-296) الإدارة بالأهداف والنتائج، الإدارة بالأهداف والأولويات، الإدارة بالالتزام، الرقابة الذاتية، الإدارة بالإنتاجية، الإدارة بالعقود، الإدارة بالجهد الجماعي لتحديد الأهداف.

في عام 1975 وضع "Douglas McGregor" بالاعتماد على طرح "Drucker" مدخلا جديدا لتقييم المرؤوسين وأدائهم، من خلال مراجعة المرؤوسين والرؤساء للأهداف المقترحة إلى أن يتم الاتفاق على الصورة النهائية للأهداف التي تكون بمثابة معيار يتم على أساسه الأداء والسلوك، بالتالي يظهر التقييم بواسطة الرؤساء، والتقييم الذاتي للمرؤوسين، مما ينشئ لديهم حافز لتحقيق الأهداف المطلوبة (المصري، 1999).

إن المبادئ الأساسية الخمسة التي ذكرها "Drucker" بين عامي 1954 و 1974 والمتمثلة في تحديد الأهداف، وتنظيم العمل، والتحفيز والتواصل، وإجراء مقاييس الأداء، وتدريب الأفراد؛ ما زالت ذات صلة بمفهوم الإدارة (Kennedy, 2008, p. 184).

### الفرع الثاني: تعريف الإدارة بالأهداف

أصبحت الإدارة بالأهداف اليوم منهجا واسع الانتشار، يشير إلى ذلك تزايد أعداد الكتب والبحوث التي تناولت هذا الموضوع من عدة جوانب: نظرية وفلسفية، وعملية وتطبيقية. (الوهاب، بدون سنة النشر، صفحة 28). وقد اختلف الباحثون حول تعريفهم للإدارة بالأهداف، حسب زاوية نظرهم لهذا الأسلوب الإداري كأداة للتخطيط، أداة لتقييم الأداء، فلسفة مهمة للإدارة، نظام متكامل، ولهذا من الصعب أن نجد تعريفا شاملا لها بسبب تعدد جوانبها، وهذا ما يظهر من خلال التعاريف التي سنعرضها كما يلي:

- يعرفها "Drucker" على أنها: «العملية التي يتم فيها تحديد الأهداف ووضع الأولويات وتصميم بنية الإدارة من أجل أهداف محددة للمنظمة»
- يعرفها "Samuel Adekunle" بأنها: «تشكل فلسفة الإدارة بالأهداف من خلال ثلاثة عناصر رئيسية: صياغة الأهداف، وعملية التنفيذ، وملاحظات الأداء» (Abekunel, Without publication year, p. 2).
- يركز "Samuel" في تعريفه على أن الإدارة بالأهداف فلسفة إدارية تبنى على ثلاث ركائز أساسية: الأهداف والتنفيذ والأداء، ولم يبين كيفية صياغة هذه الأهداف والطريقة المثلى لتجسيدها، وعلى أي أساس يلاحظ الأداء؟
- ويرى "Morrisey" بأنها: «إدارة تحتوي أهدافا أو نتائج متوقعة واضحة ومحددة، كما تحوي وضع برامج واقعية لتحقيق تلك الأهداف وتقييم الأداء في ضوء قياس النتائج» (RONALD G, 1991، الصفحات 225-230).
- نلاحظ أن هذا التعريف أكثر توضيحا من سابقه، إذ بين كيفية صياغة الأهداف من خلال تبيان مواصفات الأهداف (الواقعية، الوضوح، والدقة في التحديد)، وأن عملية التنفيذ تتم من خلال وضع برامج واقعية بناء على تلك الأهداف، وعملية ملاحظات الأداء مقارنة بالنتائج المتوقعة والتي كانت محل تخمين مسبقا.
- أما "Humble" فينظر إليها على أنها: «نظام ديناميكي يربط بين حاجة الشركة لتحقيق أهدافها الخاصة بالربحية والنمو مع حاجة المدير للإسهام ولتطوير نفسه ذاتيا» (RONALD G, 1991، الصفحات 225-230).

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

لقد جاء هذا التعريف بنظرة جديدة للإدارة بالأهداف، باعتبارها نظام ديناميكي، أي هي نظام يحتوي على مدخلات وعمليات تكون متغيرة من فترة لأخرى، لكنه يمزج بين مخرجات هذا النظام (الربحية والنمو) مع التطوير الذاتي للمدير، وهو بذلك يهمل باقي موظفي المنظمة في مختلف مستوياتهم الإدارية.

- ويعرفها "Humble" في تعريف آخر: «الإدارة بالأهداف تحاول توضيح أهداف الإدارة، بحيث يتم توزيع المسؤولية بهدف تحقيق هذه الأهداف بشكل معقول داخل فريق الإدارة، ومن ناحية أخرى، التحقق من معايير الأداء لقياس فعالية الإدارة» (Kennedy, 2008، صفحة 184).

- أما "Magonky" فيقول أن: «الإدارة بالأهداف هي طريقة للتخطيط الإداري» (الشمخي، 1998، صفحة 127) يقتصر هذا التعريف على كون الإدارة بالأهداف أداة للتخطيط الإداري فقط، وكأنه يحاول أن يقول إن الإدارة بالأهداف هي طريقة لممارسة وظيفة التخطيط في الإدارة أو المنظمة.

- أما "Reddin" فيعرفها على أنها: «إنشاء مجالات فعالية ومعايير فعالة للمناصب الإدارية، وتحويلها دوريا إلى أهداف قابلة للقياس محددة زمنيا، ومرتبطة ببعضها البعض أفقيا ورأسيا ومع التخطيط في المستقبل» (RONALD G, 1991، الصفحات 225-230).

نلاحظ أن هذا التعريف يركز على إعادة تصميم للمناصب الإدارية من خلال معايير ومجالات فعالة وترجمتها إلى أهداف متناسقة فيما بينها، كل ذلك وفق إطار زمني محدد ومتفق عليه.

- «الإدارة بالأهداف هي أداة الإدارة التي تسمح بزيادة الأداء من خلال التركيز على النتائج، وليس على العمل نفسه، وتوفير سلسلة من الأهداف، ومواءمة أهداف المنظمة مع الأهداف الفردية للموظفين الذين هم على مستويات مختلفة داخل المنظمة» (FÄRCAS & Roxana , 2015, p. 112).

جاء هذا التعريف ليبين أن الإدارة بالأهداف تركز على النتائج وليس على إجراءات العمل، بداية من التحديد المشترك للأهداف، وضرورة توافقها بين الفرد والمنظمة في مختلف المستويات؛ وهذه النظرة مهمة للمرؤوسين فهي تحفزهم في أداء أعمالهم بشكل جيد لأنهم سيعرفون أين سيصلون. بمعنى إنها فلسفة في الإدارة تقوم على تحقيق الأهداف والنتائج وأن المدير يوجه جهوده نحو تحقيق الهدف بالتركيز على نتائج أكثر من كيفية تحقيقها، طالما أن الوصول إليها كان مشروعا وليس فيه مخالفات قانونية أو أخلاقية.

- «الإدارة بالأهداف هي مجال مليء بافتراضات مبسطة تتعلق باستخدام مقاييس الأداء» (Traberg, 2011).

- ويعرفها "Odiorne" بأنها: «طريقة يقوم بموجبها كل من الرئيس ومرؤوسيه معا بتحديد الأهداف العامة للمنظمة، وتحديد مجالات المسؤولية الرئيسية في شكل نتائج متوقعة، واستخدام تلك المقاييس كموجهات في تشغيل الإدارات وفي تقييم إسهامات أفرادها» (RONALD G, 1991، الصفحات 225-230).

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

يتضح جلياً من التعريف، أن الإدارة بالأهداف تعتمد في تطبيقها على إشراك العاملين في تحديد الأهداف التي يجب أن يبلغوها في عملهم، وأن يحدث قدر من الاتفاق بين كل رئيس ومرؤوسيه أياً كانت مستوياتهم حول الأهداف والنتائج المطلوبة، فهي تعبر عن المشاركة وتمكين العاملين للسلطات والصلاحيات، واستخدام تلك النتائج في التقييم.

- وعرفت بأنها: «هي أسلوب من أساليب الإدارة، يمكن للمنظمة من خلاله تحديد أهداف معينة والعمل على الوصول إليها، وهذا من خلال المجالات الأساسية للاختصاص، وكذا تحديد مسؤولية هذه الإدارة والأقسام والأفراد خلال فترة زمنية محددة» (أحمد، 2011، صفحة 174)

ينطوي هذا التعريف على أن الإدارة بالأهداف هي أسلوب إداري لممارسة وظائف الإدارة، مع التوضيح الدقيق لمسؤولية كل فرد وكل قسم انطلاقاً من رسم الأهداف إلى غاية تحقيق النتائج في إطار زمني محدد مسبقاً.

- «الإدارة بالأهداف هي عملية أو نظام مصمم لمديري الإشراف حيث يجلس المدير ومعاونيه ويضعون أهدافاً مشتركة ليتم إنجازها ضمن إطار زمني محدد، والذي يتحمل المرؤوس المسؤولية المباشرة عنه.» (Thomson، 1998، صفحة 1)

بين هذا التعريف أن الإدارة بالأهداف هي عبارة عن أسلوب لتوجيه سائر جهود الموظفين بالمنظمة وفي جميع المستويات لتحقيق الأهداف العامة بأحسن كفاية وأقل التكاليف، وإشراك المرؤوسين في تحديد الأهداف وتحمل النتائج. من خلال استقراء التعاريف السابقة، لاحظنا أنها ركزت على الأفكار التالية:

- أن الإدارة بالأهداف تنطلق من الأهداف في مختلف المستويات الإدارية بناء على مقتضيات واقع المنظمة؛
- الفكرة الثانية: أن الإدارة بالأهداف يجب أن تنصهر فيها أهداف الفرد المرؤوس مع أهداف المنظمة، ويتم اشتقاق هذه الأهداف من الأهداف العامة للمنظمة، من خلال مشاركة الرؤساء والمرؤوسين، على أن تكون الأهداف قابلة للقياس، ومحددة بزمن، ويمكن تحقيقها، ومرضية للجميع بما فيها البيئة المحيطة.
- تقوم الفكرة الثالثة للإدارة بالأهداف على مبدأ المشاركة بين الرئيس والمرؤوسين، في تحديد الأهداف ووضع الخطط والبرامج، وتقييم الأداء وتحسينه، وتحمل المسؤولية المشتركة، وتشجع على الرقابة الذاتية لدى الرؤساء والمرؤوسين؛
- أما الفكرة الرابعة فتشير إلى درجة التنسيق بين مختلف المستويات والأقسام في المنظمة نتيجة لتطبيق الإدارة بالأهداف، وأنها تؤسس على ترابط الأهداف وتكاملها لكافة مستويات المنظمة؛

### المطلب الثاني: تطور فلسفة الإدارة بالأهداف

تقوم فلسفة الإدارة بالأهداف على مجموعة من الافتراضات والمسلمات والمفاهيم، التي تطورت على مدى زمنية تفوق نصف قرن، تزامناً مع تطور الفكر الإداري؛ وأن هذه الافتراضات ساهمت في تشيبتها مجموعة من النظريات في مجالات متعددة، تشمل (نماذج الإنسان Human models) وكذلك نظريات الدوافع والخوف، ونظريات الفاعلية، والانتاجية وسواها من النظريات (مرار، 1981).

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

بناء على التجربة التي خاضها المديرون في تطبيق مبادئ الإدارة العلمية والعلاقات الانسانية، وبناء على الفشل والنجاح النسبيين اللذين تحققا؛ وكذلك تجارب ومرئيات الباحثين والنظرين، ثم تغير الزمان وتقدم العلوم الإنسانية والتكنولوجية وفروعها. بدأ البحث عن أسلوب جديد، فكان الإدارة بالأهداف، والتي تحاول أن تفيد من مزايا نظريتي الإدارة العلمية والعلاقات الانسانية، وتتفادى أخطأئهما، فهي تبنى على أساس فلسفة معينة تعززها وتسهل نجاحها وتساعد المديرين على حسن تطبيقها؛ وتتكون هذه الفلسفة من مجموعة المبادئ والقيم، هي نفسها التي يبنى عليها التطوير التنظيمي والأساليب والاتجاهات الحديثة في الإدارة بوجه عام (الوهاب، بدون سنة النشر، صفحة 28).

### الفرع الأول: مرحلة تقويم الأداء

في عام 1954 ظهر إلى الوجود كتاب (الأداء الإداري) لبيتر دراكر "P. Drucker"، صاحب فكرة الإدارة بالأهداف والملقب بأب الإدارة الحديثة، أوضح فيه أن هناك تدمرا من قبل المديرين على الأساليب المستخدمة في تقويم أدائهم، والتي تمثلت في قياس الدرجة التي يتمتع بها المديرون ببعض المواصفات أو عدم تمتعهم بتلك الصفات. ففي هذه المرحلة، بدأ التحول التدريجي في أسباب تقويم أداء المديرين، وذلك من خلال تزويدهم بأهداف يسعون إلى تحقيقها والاعتراف بالإنجازات التي يحققونها، مع مراعات أن هذه النتائج والأهداف التي تكون قابلة للقياس (عبوي ز.، 2006، صفحة 28). حيث نشأت الإدارة بالأهداف لتساعد الإدارة في الوصول إلى تقويم واقعي موضوعي لأداء الأفراد، يضمن حصولهم على حقوقهم، ويحقق زيادة الانتاجية في نفس الوقت، ومن ثم فإن الإدارة بالأهداف تعبر عن نظام لتقويم الأداء يستخدم معايير محددة لقياس الأداء، قوامها النتائج المتوقع من الأفراد تحقيقها، ولكي يؤدي هذا النظام مهمته بنجاح، يلجأ الرؤساء إلى اشراك الأفراد في تحديد النتائج المستهدفة والاتفاق على الطرق التي يمكن تحقيقها من خلالها (الوهاب، بدون سنة النشر، صفحة 28).

اعتبرت الإدارة بالأهداف من الأساليب الحديثة لإدارة المنظمة، وتعتمد على تعريف الأهداف لكل موظف، وبعد ذلك المقارنة بين أهداف المنظمة والموظفين، ثم توجيه اهتمامهم نحو الأهداف التي حددت لضمان الأداء الأفضل من قبل الجميع، حيث تتضمن الرقابة المستمرة للأنشطة ومراجعة ردود الأفعال للوصول للأهداف وتقييم الأداء (شبير، 2015).

ومن أهم الأفكار التي اقترنت بتقويم الأداء نتيجة تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في هذه المرحلة ما يلي:

- تنطلق الإدارة بالأهداف من النتائج وليس الأنشطة، ذلك لأن النتيجة هي الرابط الذي يجمع الأفراد ويوحد جهودهم ويوجه أفكارهم نحو بلوغها (هبة، 2014، صفحة 13)؛
- ليست هناك طريقة مثلى للأداء، ولكن يجب على الرؤساء والمرؤوسين البحث عن الطرق المناسبة للأداء في إطار الإمكانيات والظروف والمتطلبات (هبة، 2014، صفحة 13)؛
- إن الإدارة بالأهداف سوف تساعد في فاعلية الأداء الإداري، لأن أساس العمل في هذا الأسلوب هو تركيز العاملين على النشاطات التي تساهم في بلوغ الأهداف (الشمخي، 1998، صفحة 127).



## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

- أنه كلما ازداد التركيز على النتائج التي ينبغي للفرد أو التنظيم الوصول إليها من خلال فترة زمنية معينة، ازدادت احتمالات النجاح في الوصول لتحقيق هذه الأهداف، وأنه كلما ازدادت أوجه المشاركة في تحديد هذه الأهداف وخطة العمل للوصول إليها من القائمين بالتنفيذ، ازدادت حوافزها لتحقيق هذه النتائج (هبة، 2014، صفحة 13).

### الفرع الثاني: مرحلة نظام للتخطيط والرقابة

تنطلق فلسفة الإدارة بالأهداف من القاعدة التي تقول: أن الغاية من كافة النشاطات الإدارية التي تقوم بها إدارة المنظمة هو تحقيق الهدف العام للمنظمة، والذي يكون ناتج مجموعة أهداف فرعية تشمل الأطراف التالية: (أهداف المالكين؛ أهداف العاملين؛ أهداف القائمين على إدارة المنظمة؛ أهداف المتعاملون مع المنظمة)، وهذا يفرض على الإدارة العليا أن تختار الأهداف التي تعكس إلى حد مقبول القاعدة المشتركة لأهداف كافة الأطراف، أي الموازنة بين الأهداف الفرعية، وعدم تحقيق هدف على حساب الآخر، وبالتالي تختار الأهداف الأكثر واقعية واحتمالية للتحقيق (عبوي، 2006). في هذه المرحلة كانت عملية الإدارة بالأهداف يقوم بها كلا من الرئيس والمرؤوس بوضع أهداف محددة ولفترة زمنية، وتحديد طرق تحقيقها ومعايير قياس النتائج. فالتخطيط المشترك وما يتطلبه من تغذية راجعة مستمرة، وتقييم مستمر، يتطلب اتصال دائم ومستمر بين الرئيس والمرؤوس.

كما شهدت هذه المرحلة، عقد ندوة حول فلسفة الإدارة بالأهداف سنة 1971 في معهد الإدارة الفدرالي، وبيّن المشاركون فيها، أنه تم استخدام فلسفة الإدارة بالأهداف من قبل عدد من الدوائر الفدرالية الأمريكية مثل: دائرة الضريبة على الدخل، ومكتبة الحسابات العامة.

ومن أهم الأفكار التي اقترنت بالتخطيط والرقابة نتيجة تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في هذه المرحلة ما يلي:

- تزيد مساهمة الرؤساء والمرؤوسين في تحقيق أهداف المنظمة إذا ما فهموا تلك الأهداف وأدركوا أنها لا تتعارض مع مصالحهم الشخصية (هبة، 2014)؛

- كان أهم أثر لمدخل الإدارة بالأهداف هو على العملية التخطيطية ضمن العملية الإدارية داخل التنظيمات (الشمخي، 1998)؛

- الإدارة بالأهداف أداة تخطيطية وإشرافية ورقابية، فهي أسلوب يضم كل وظائف الإدارة وينسق بينها ويعمل على تكاملها. (محمد شبير، 2015، صفحة 19)

### الفرع الثالث: مرحلة المفهوم الشامل للإدارة بالأهداف

في هذه المرحلة يتم النظر إلى الإدارة بالأهداف على أنها تمثل أسلوب وطريقة شاملة وجديدة للتفكير، لهذا اعتبرت نظام حركي مستمر يتكون من مجموعة من الأنشطة التي يؤديها المدير لتساهم في بلوغ الهدف الرئيسي للمنظمة.

ويقول (دودين، 2012) بأن الفلسفة التي ارتكزت عليها الإدارة بالأهداف تتلخص في:

- نظرية تؤمن بأن الانسان يجب العمل ومبتكر، إذا توافرت له الظروف والطريقة الفعالة لتحفيزه؛

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

- الإيمان بالإدارة كمنهج ديمقراطي يركز على المشاركة والتعاون؛
- الإدارة بالأهداف ليست مبدأ جديداً، بل هو أسلوب عمل تطبيقي يركز على النتائج من خلال الاستفادة الفعالة من جميع الموارد؛
- فلسفة الإدارة بالأهداف جامعة شاملة لمفاهيم مدارس الفكر الإداري، سواء كانت المدرسة العلمية أو مدرسة العلاقات الانسانية؛
- وتقوم الإدارة بالأهداف كما يقول (العمرو، 2013، صفحة 13) على فلسفة أو مبدأ آخر مستمد من المدرسة السلوكية مفادها، بأن أهم مكونات المنظمة هي الإدارة والموارد البشرية، باعتبارها الدعامة الأساسية لتحقيق الأهداف، وندرك أيضاً بأن السلوك الانساني يشير إلى نشاط غرضي هادف يقوم به الفرد، ولهذا النشاط دوافعه ومبرراته التي يجب أن تكون واضحة للفرد ليكون على قناعة بها، لذلك فتحقيق الأهداف يتطلب سلوكاً ونشاطاً وأداءً من قبل الأفراد.
- إن الإدارة بالأهداف تشكل فلسفة إدارية قائمة بذاتها، لأنها تطرح تصوراً مميزاً عن وظيفة الإدارة والسلوك الإداري، فهي فلسفة تقوم على افتراضات أساسية توجه حركتها وكيفية تطبيقها في المنظمات، وهذه الافتراضات هي (درة، 2004):
- يميل الأفراد في المنظمات إلى معرفة وفهم النواحي المتوقعة منهم أن يقوموا بها؛
- أن الأفراد في المنظمات لديهم رغبة قوية بالاشتراك في عملية اتخاذ القرارات التي تؤثر على حياتهم ومستقبلهم؛
- يرغب الأفراد في الوقوف على أدايتهم في المنظمات وهل كان أداءً مُرضياً أو أداءً رديئاً.
- وتشير الإدارة بالأهداف إلى منهج متكامل يجمع عمليات ووظائف الإدارة المختلفة، وهناك مجموعة من العمليات التي تشمل عليها الإدارة بالأهداف، لعل من أبرزها عملية تحديد الأهداف الخاصة بالمنظمة التي يشرفون على إدارتها، والتخطيط، والتنظيم، والإشراف والتوجيه، واتخاذ القرارات، والتقييم، والمتابعة؛ والإدارة بالأهداف تتضمن هذه العمليات جميعها في إطار من المشاركة وتعزيزها، والعمل الجماعي التعاوني القائم على الفهم المشترك من قبل المشاركين (العميرة، 2012، صفحة 11). ومن أهم الأفكار التي اقتترنت بالتخطيط والرقابة نتيجة تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في هذه المرحلة ما يلي:
- أن هناك نظاماً جيداً للاتصالات بما يساعد على المفاهيم ويزيل الغموض وسوء الفهم، وبالتالي توجه طاقات الأفراد جميعاً نحو خدمة الهدف المطلوب (هبة، 2014)؛
- تولي الإدارة بالأهداف مفهوم النضوج والرقابة الذاتية وتحمل المسؤولية، مفهوم أساسي، وهو قابلية الانسان للتقدم والتطور، وقدرته على الابتكار والتجديد (الوهاب، بدون سنة النشر).

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

في هذه المرحلة تم النظر إلى الإدارة بالأهداف على اعتبار أنها نظام حركي مستمر، يتكون من مجموعة من الأنشطة والمجهودات التي يؤديها المدير لتساهم في بلوغ الهدف الرئيسي للمنظمة، وبالتالي فهي تعتبر بمثابة: (أسلوب شامل للتطوير، طريقة جديدة للتفكير، عملية ديناميكية تجمع وظائف المدير في التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة) (عبوي، 2006).

### المطلب الثالث: مبادئ الإدارة بالأهداف

لقد حظيت الإدارة بالأهداف باهتمام العديد من المفكرين، وصاحب هذا الاهتمام عرض مجموعة كبيرة من المبادئ والمميزات التي استنتجها هؤلاء المفكرين.

### الفرع الأول: المبادئ وفق دراسات سابقة

لاحظنا مما سبق، أن هناك العديد من التعريفات للإدارة بالأهداف، وكذا مبادئها، إذ لا يوجد اتفاق واضح بين المفكرين، غير أنه هناك شبه اتفاق بينهم على مجموعة من المبادئ؛ ويحظى مبدئي المشاركة وتحديد الأهداف بشبه إجماع لدى هؤلاء المفكرين (أشرف، 2017، صفحة 15).

وضع "بيتر دراكر" مبادئ أساسيين لطريقة الإدارة بالأهداف، تعتمد على مشاركة فاعلة من الجميع في صياغة الأهداف، حيث يجب تعديل جميع أقسام الإدارات وجميع مستويات المنظمة بشكل منفصل وفقاً للأهداف المستقبلية لأهداف المنظمة، وذلك لأنه يوجد ترابط بشكل عام في المنظمات وأهدافها التشغيلية، كما يتطلب تحديداً واضحاً للأهداف التي يجب على الرؤساء والمرؤوسين تحقيقها، وهذين المبدئين هما (Konstantina، 2012، الصفحات 68-79):

- الأول، هو تحديد الاستمرارية بين الرؤساء ومرؤوسيه؛

- والثاني، يتمثل في التغذية المرتدة المستمرة للنظام، والتواصل بين الرؤساء والمرؤوسين.

وبالنظر في العديد من الدراسات السابقة سجلنا العديد من المبادئ حسب كل دراسة نذكرها في الجدول التالي:

### الجدول رقم (1-1): مبادئ الإدارة بالأهداف وفق بعض الدراسات السابقة

| الرقم | الدراسة              | المبادئ التي تناولتها   |
|-------|----------------------|---|
| 01    | (Evans-obinna، 2016) | تحديد الأهداف، المشاركة في وضع الخطط والبرامج، الرقابة الذاتية والمراجعة الدورية، تقويم الإنجاز   |
| 02    | (شبير، 2015)         | وضوح ومرونة الأهداف، المشاركة في وضع الأهداف، دعم الإدارة العليا، مساهمة الاتصال الإداري الفعال في الإدارة بالأهداف، الاستراتيجيات والسياسات والبرامج الداعمة للإدارة بالأهداف، التخطيط والرقابة، نظام تقييم الأداء (تقييم الإنجاز) |
| 03    | (الرشيدي، 2014)      | المشاركة، الالتزام، الثقة بين الرئيس والمرؤوس، التغذية الراجعة، تم إدراج مبدأ دعم الإدارة العليا ضمناً في المجالات الأخرى.  |
| 04    | (عيسى، 2014)         | تحديد الهدف، التخطيط، التنفيذ، تقويم الإنجاز والمراجعة الدورية، تم إدراج مبدأ   |

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

|   |  |    |
|---|--|----|
| المشاركة ودعم الإدارة العليا ضمنياً في المجالات الأخرى.   |  |    |
| تحديد الأهداف، وضع خطة تنفيذية، تغذية عكسية، تقييم الأداء، وقد تم إدراج مبدأ المشاركة في المجالات.  | (قطان، 2014)                           | 05 |
| تحديد الأهداف، المشاركة، الالتزام الذاتي ومراقبة الأداء، تقييم الأداء بناء على الإنجاز.   | (Ifedilichukwu, 2012)                  | 06 |
| تحديد الأهداف، وضع خطة، المراجعة الدورية، تقويم الإنجاز، تم تضمين مبدأ المشاركة ودعم الإدارة العليا ضمنياً في المجالات الأخرى.                                  | (النوح، 2011)                          | 07 |
| تحديد الأهداف والاستراتيجيات، المشاركة في تحديد الأهداف ووضع الخطط، الرقابة الدورية، التقييم بناء على الإنجاز.  | (Kralev, 2011)                         | 08 |
| تحديد الأهداف، التخطيط، الرقابة الإدارية، تقييم الأداء، تم تضمين مبدأ المشاركة ودعم الإدارة العليا ضمنياً في المجالات الأخرى.                                   | (الغويرين، 2010)                       | 09 |
| تحديد الأهداف، وضع خطة عملية، المراجعة الدورية، تقويم الإنجاز السنوي، تم تضمين مبدأ المشاركة ودعم الإدارة العليا ضمنياً في المجالات الأخرى.                     | (الأسطل، 2008)                         | 10 |
| تحديد الأهداف، التخطيط، التنظيم والتنسيق، التنفيذ والمتابعة، التقويم، العلاقات الإنسانية، تم تضمين مبدأ المشاركة ودعم الإدارة العليا ضمنياً في المجالات الأخرى. | (الحري، 2008)                          | 11 |
| وضع الأهداف، خطة عملية، المراجعة الدورية، تقييم الإنجاز السنوي.   | (الجهضي، 2005)                         | 12 |
| تحديد الأهداف، وضع خطة عملية، المراجعة الدورية، تقويم الإنجاز السنوي.   | (الشبول، 1995)                         | 13 |
| تحديد الأهداف، المشاركة في تحديد الأهداف، معرفة النتائج وربطها بالأهداف.  | (Thompson, Luthans, & Terpening, 1981) | 14 |

المصدر: أشرف عدنان محمد الهندي، واقع تطبيق الإدارة بالأهداف في المنظمات الحكومية وأثرها في تأهيل قيادة بديلة "دراسة حالة: وزارة الداخلية والأمن الوطني -قطاع غزة"، مذكرة ماجستير، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، فبراير 2017،

ص ص 17-18

نلاحظ من الجدول (1-1) أن هناك شبه اتفاق بين الكتاب على بعض مبادئ الإدارة بالأهداف، من خلال عدد تكرارها، والتي نذكرها في الجدول التالي حسب عدد التكرارات.

الجدول رقم (1-2): تكرار مبادئ الإدارة بالأهداف وفق بعض الدراسات السابقة في الجدول (1-1)

| الرقم | المبادئ   | عدد التكرارات |
|-------|---|---------------|
| 01    | مبدأ تحديد الأهداف                              | 14            |
| 02    | مبدأ المشاركة بين الرؤساء والمرؤوسين            | 12            |
| 03    | مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز                | 12            |
| 04    | مبدأ وضع خطة للعمل                              | 09            |
| 05    | مبدأ المراجعة الدورية                           | 09            |
| 06    | مبدأ دعم الإدارة العليا                         | 07            |
| 07    | مبدأ الرقابة والرقابة الذاتية (الالتزام الذاتي) | 07            |

المصدر: من إعداد الطالب يوسف حجوج بالاعتماد على الجدول رقم (1-1) أعلاه.

نلاحظ من خلال الجدول (1-2) أعلاه، أن مبدأ تحديد الأهداف هو الأعلى تكراراً في الدراسات السابقة التي ذكرناها، ثم يليه مبدأ المشاركة ومبدأ التقييم بنفس التقدير، ولعل تفسيرنا لهذا يمكن أن نرجعه إلى ما وصل إليه الباحثون، حيث تستند الإدارة بالأهداف على اتفاق رسمي بين الرئيس والمرؤوس، في تحديد الأهداف التي يجب تحقيقها في فترة معينة، والخطط المرسومة لها، ومعايير الأداء المتبعة وإجراءات تحليل النتائج والرقابة.

### الفرع الثاني: شرح مبادئ الإدارة بالأهداف

نرى أنه من المناسب التعرض بنوع من التفصيل لشرح مبادئ الإدارة بالأهداف، والتي قمنا بإدراجها في الجدول رقم (1-2) حسب عدد تكراراتها في بعض الدراسات السابقة، كما يلي:

**أولاً: مبدأ تحديد الأهداف:** أحسن ما يمكن معرفته هو إلى أين نريد أن نصل، فالأهداف هي النتائج المطلوب تحقيقها بالجهد الجماعي في المستقبل، وبالتالي على المنظمة أن تضع أهدافاً لها مواصفات معينة، وذلك بمشاركة جميع الأطراف، حتى تستطيع أن توجه نشاطاتها وتضمن استمرارها، ليس من أجل البقاء، وإنما الاستمرار لغرض تقديم أحسن الخدمات كنتيجة لتحقيق تلك الأهداف، وما يندرج تحتها سواء من أهداف عامة للمنظمة وأهداف جزئية للوحدات الإدارية، أو الأهداف الشخصية للمرؤوسين. بحيث يخلق أسلوب الإدارة بالأهداف مواءمة بين الأهداف الشخصية للمرؤوسين والأهداف العامة والجزئية للمنظمة ككل.

تعرف الأهداف على أنها: «صورة لحالة مستقبلية مرغوبة تحاول المنظمة تحقيقها» (الركابي، 2004، صفحة 183). والأهداف هي أساس هذا الأسلوب الإداري، حيث يتم تحديد النتائج المراد الوصول إليها، وطرق وأساليب الوصول للنتائج، وهذا يتطلب وضوح الأهداف، ويتفرع هذا المبدأ إلى (أشرف، 2017، صفحة 15):

- التمييز بين الغايات والوسائل؛
- وضوح الهدف النهائي حتى يتم تحديد الأهداف الفرعية الموصلة إليه؛

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

- التدرج في تحقيق الأهداف الفرعية إلى العامة؛
  - المرونة في صياغة الأهداف؛
  - الاعتماد على الوسائل والأساليب المناسبة وفق سياسات واستراتيجيات المنظمة لتحقيق الأهداف؛
  - التشعب والتكامل في الأهداف بحيث يراعى مستويات تحقيق الأهداف، والتكامل بالنسبة لهذه المستويات.
- كما أن الأهداف يجب أن توضع في ضوء عدد من العوامل المؤثرة فيها هي: علاقات التأثير والتأثر بين البيئة الخارجية والداخلية للمنظمة، كمية ونوعية الموارد المتاحة، ثقافة وقيم الأفراد، علاقة السلطة والمسؤولية بين الأفراد، أسلوب اتخاذ القرارات الإدارية، واتجاه تدفق المعلومات. (سعد غالب، 2002، صفحة 57)
- تعتمد كفاءة الإدارة بالأهداف إلى حد كبير على كيفية تحديد الأهداف، وهي: (FARCAS & Roxana, 2015, p. 116)
- يجب أن تكون الأهداف محددة وقابلة للقياس؛
  - في إعلان الأهداف يجب أن تتضمن العنصر الزمني؛
  - يجب أن تكون الأهداف واضحة ولا لبس فيها؛
  - يجب أن تكون جميع الأهداف موجهة نحو النتائج؛
  - يجب أن يكون هناك اتفاق بين سياسات وأهداف المنظمة.
- ثانياً: مبدأ المشاركة بين الرؤساء والمرؤوسين:** ويقصد به إتاحة الفرصة للمرؤوسين المشاركة باقتراحاتهم بما يتعلق بأعمالهم، بداية من محاولة صياغة الأهداف، والمساعدة على تحديد الوسائل والعمليات الواجبة للتنفيذ، ومن ثم طرق التقييم المناسبة، الأمر الذي يتطلب ضمناً إعداد برامج تدريبية وتكوينية للمرؤوسين في مجال التخطيط والتنفيذ والرقابة حتى يطوروا من مهاراتهم؛ ونتيجة لتطبيق هذا المبدأ يمكن أن تتحقق الأمور التالية:
- إضفاء المشاركة الإيجابية في الأوساط العمالية، وهذا يجعلهم يشعرون بالفخر والانتماء؛
  - نتيجة لتطبيق هذا المبدأ يتحقق بصفة ضمنية مبدأ التفويض، من خلال ممارسة الصلاحيات التي يمنحها الرئيس للمرؤوس؛
  - تجسيد المسؤولية المشتركة، وهو ما يترتب عنه الممارسة بشفافية، والتزام كل من الرئيس والمرؤوسين. فعندما يشارك المرؤوسين رئيسهم في صياغة الأهداف وتحديدها، ويتم الاتفاق على تحقيقها بعدما يوزعون الأدوار بينهم، من شأنه أن يجعل كل فرد في المنظمة مسؤولاً عن أهدافه ونتائجه؛
  - إن مشاركة الرئيس لمرؤوسيه في تحديد الأهداف، يجسد فعلياً التزام جميع الموظفين نحو تحقيق هذه الأهداف؛
  - رفع الروح المعنوية، وهذه نتيجة هامة للمشاركة في وضع الأهداف، فعندما يتشارك المرؤوسين والرؤساء معاً في التخطيط لمنظمتهم، فإنما يساعد ذلك على أن يحقق أعضاء المنظمة ذاتهم، بالإضافة إلى إكسابهم الشعور بأهمية ما

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

يقومون به من عمل، وأن ما ينجز من أعمال هو نتيجة إخلاصهم. (الزيات، 2010، صفحة 164). وعليه، فإن هذا النمط من الإدارة يعمل على تنمية العلاقات بين أعضاء المنظمة، ويرفع الروح المعنوية لدى العاملين من خلال مساهمتهم في الإدارة، والاتصال المباشر والمستمر مع الرؤساء الذين يعملون على توفير الظروف المناسبة للعمل.

- رفع مستوى الكفاءة من خلال المشاركة يعطي اتجاهًا مشتركًا للرؤية والجهد، ويؤسس العمل الجماعي ومواءمة أهداف الفرد مع النفع المشترك. (MOLANDER, 1972, pp. 74-81)

### ثالثًا: مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز

تبنى الإدارة بالأهداف على ضوء معايير محددة لقياس أداء الرؤساء في إنجاز الأهداف، خلال الفترة الزمنية المحددة للوصول إلى النتائج المتوقعة، ثم التغذية الراجعة ومعالجة السلبيات التي تظهر. (العجمي، 2008، صفحة 337) والواقع أن الإدارة بالأهداف بمختلف مستوياتها وتتعدد مبادئها، يجب أن يتم وضعها من خلال المشاورة والمشاركة الفعالة، والحوار بين الرؤساء والمرؤوسين، لتكون هذه الأهداف واضحة للجميع ومحددة ومعروفة تعريفًا دقيقًا، وعلى مستوى الفرد، وأن المقاييس والمعايير هي التي تقيس وتفحص مستوى الإنجاز الذي تم تحقيقه، إضافة إلى أن إشراك الفرد في صياغة الأهداف العامة، من خلال إشراكه في المناقشات والمشاورات المتبادلة، تساهم في تعزيز الفرد مكانته كأحد عناصر صنع القرار، بحيث هناك احتمالية قوية في أن الأهداف الشخصية للعاملين قد تحققت ضمن الأهداف العامة، مما يقلل من فرص ظهور الصراع، وينعكس إيجابًا على نشاط العاملين وحماسهم وانتمائهم للمنظمة. (كلالدة، 2002، صفحة 274)

### رابعًا: مبدأ وضع خطة للعمل

الخطة هي برنامج عمل لتحقيق هدف أو أهداف معينة، والخطة جزء هام للإدارة الفعالة، إذ أن الهدف بدون خطة لتحقيقه ما هو إلا حلم أو توقع، ولذا يجب أن يكون لكل هدف خطة وجدول زمني يبين ما يجب القيام به لتحقيق الهدف. ويتوقف تحقيق الأهداف والنتائج المتوقعة على تحديد النشاطات التي ينبغي ممارستها لتحقيق هذه الأهداف، وكذلك تحديد الموارد المالية والبشرية والفنية اللازمة، ويتطلب رسم خطة محكمة وواقعية.

### خامسًا: مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة"

عندما يتم وضع الأهداف ورسم الخطط، تأتي المرحلة التالية في عملية الإدارة بالأهداف، وهي إنشاء نظام للرقابة، وذلك للتأكد من أن المنظمة تسير على الطريق المرسوم والمرغوب، والتأكد من أن الأعمال سوف تؤدي إلى النتائج والأهداف التي سبق وضعها. إن عناصر نظام الرقابة الجيد هي معايير يمكن قياس النتائج في ضوءها، بالإضافة إلى نظام التغذية الراجعة. وفي المنظمات التي تمارس الإدارة بالأهداف تصبح الأهداف هي الأنماط التي يمكن للإداري قياس الإنجاز بالمقارنة معها، ولا يتم قياس الإنجاز في نهاية الخطة فقط، بل يجب أن تكون عملية القياس مستمرة؛ وتكون عن طريق التغذية الراجعة المستمرة التي تتم على فترات زمنية جنباً إلى جنب مع تنفيذ الخطة، وتفعيل التغذية الراجعة في إجراء التعديل سواء في الخطة نفسها أو في الأهداف؛ ولذا يجب وجود معايير تقيس مدى تحقق الأهداف، لأن دقة

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

القياس ومصادقته تعكس قدرة المنظمة على تحقيق الأهداف المنشودة وتوضح الانحرافات التي قد تحدث أثناء التنفيذ، وبالتالي يمكن وضع الخطط العلاجية.

### سادسا: مبدأ دعم الإدارة العليا

بالنظر إلى تعريف "Humble" للإدارة بالأهداف، والذي يعتبرها «نظام ديناميكي يربط بين حاجة الشركة لتحقيق أهدافها الخاصة بالربحية والنمو مع حاجة المدير للإسهام ولتطوير نفسه ذاتيا» (RONALD G، 1991). فلا شك أن الإدارة العليا تمثل عنصرا أساسيا وهاما في كل مراحل العملية الإدارية بصفة عامة، حيث تمثل محور العملية في جميع جوانبها وأبعادها، فبدون مساهمتها الفعالة لا يمكن بأي حال من الأحوال تطبيق النظام وجني ثمار أي من فوائده المتعددة، وتتوقف فعالية نظام الإدارة بالأهداف على قدر التزام وتأييد ودعم الإدارة العليا للمنظمة والمؤوسين.

ويرجع السبب إلى قيام الإدارة العليا بوضع أهدافها في المنظمة بواسطة المديرين والمؤوسين حسب أسلوب الإدارة بالأهداف، يتطلب دعم قوي من الإدارة العليا، ويأتي الدعم في مرحلة وضع الأهداف، وأيضا متابعة تنفيذها للتأثير على اتخاذ القرارات وتحديد الأهداف. ولا يقتصر الدعم على الدعم المادي الذي يشمل على توفير الموارد لتحقيق الأهداف الموضوعية، بل يتعداها إلى دعم معنوي ومساندة فعالة، وبذلك تكون الخطوة التالية هي تحديد الاستراتيجيات والسياسات والبرامج اللازمة لتحقيقها. (شبير، 2015، صفحة 15)

لذلك إن دعم الإدارة العليا ومشاركتها يعتبر شرطا جوهريا لنجاحها، وإن مجرد الالتزام الشفوي أو الفكري ليس كافيا، بل يجب أن يكون هذا الدعم واضحا لجميع المستويات في المنظمة، ويجب أن تكون أهداف الوحدات مربوطة بالأهداف الأعلى منها في التسلسل التنظيمي.

وكما ذكر (عيسى، 2014، صفحة 51) أنه يتطلب من الإدارة العليا أن تقوم بمجموعة من الخطوات في ظل نظام

الإدارة بالأهداف، هي:

- السعي الجاد للتنسيق بين أهداف المؤوسين وأهداف الإدارة العليا وأهداف المنظمة ككل؛
  - أن تكون أهداف (المؤوسين، والإدارة العليا، والمنظمة) محددة وواضحة ودقيقة وقابلة للقياس؛
  - متابعة الأهداف بشكل دوري ومراجعتها أولا بأول، وإجراء التعديلات والتغيرات والإضافات، وحتى الحذف حسب حاجة المنظمة، وأن يكون المؤوسين على إطلاع دائم على الانجازات المتحققة؛
  - مراعاة الموضوعية والشفافية في تقييم المؤوسين؛ وتقديم المكافآت والجوائز مثل الترقية والتقدير والأجور؛
- ومن أجل أن تكون الإدارة العليا قادرة على إيجاد بيئة داعمة لتطبيق الإدارة بالأهداف، يجب أن تتصف ببعض الصفات والخصائص، لذلك على الإدارة العليا أن تتسم بالديمقراطية، من خلال إتاحة الفرصة للمؤوسين للمشاركة في اتخاذ القرارات، وبأن يكون لهم دور استشاري فقط في عمل المؤوس، وألا يتدخل إلا بناء على طلبه، ويراعى في ذلك العلاقات الانسانية، وأن يتمتع بالكفاءة العالية في الإدارة والقدرة على التخطيط، وأن يسمع الجميع ويقرب المجتهدين والأذكياء والمبدعين ويحفز المتفوقين. (شبير، 2015، صفحة 21)



### سابعاً: مبدأ الرقابة الذاتية (الالتزام الذاتي)

عندما يقارن المديرون النتائج المرغوبة بالنتائج الفعلية، ويتخذون الإجراء التصحيحي اللازم، فإنهم يبقون الأمور على المسار الصحيح من خلال وظيفة الرقابة، وبالتالي يجب مراعاة الانحرافات عن الخطط السابقة عند صياغة خطة جديدة. (KREITNER, 2009, p. 14).

ربما كانت أهم مزايا الإدارة بالأهداف أنها تمكن المدير من الرقابة على أدائه، والرقابة الذاتية تعني دافعا أقوى، ورغبة في أداء الأفضل وعدم الاكتفاء بالأداء العادي، وحتى لو لم تكن الإدارة بالأهداف ضرورية لتحقيق وحدة المنظمة وتحديد توجهها وجهود الفريق الإداري، فإنها ضرورية من أجل جعل الإدارة ممكنة من خلال الرقابة الذاتية. (IVANCEVICH, DONNELLY, & LYON, 1970, pp. 139-151). وتعني الرقابة الذاتية كما يعرفها "Drucker" على أنها «القدرة على توجيه الشخص لذاته ولعمله» (دراكر، 2013، صفحة 158).

ويتحقق من تطبيق مبدأ الرقابة والرقابة الذاتية الذي يعتبر مرتكزاً تطبيقياً للإدارة بالأهداف، أن كل فرد في المنظمة يكون رقيباً على نفسه، أثناء عمله ومشاركته، وهذا يسهم في فاعلية الإنجازات، من غير رقابة خارجية، ومن ثم الإخلاص والجدية والإتقان في العمل.

### المطلب الرابع: مميزات الإدارة بالأهداف

من خلال معالجة فلسفة ومبادئ الإدارة بالأهداف، تمكن الباحثون من التوصل إلى عدد من المزايا، التي تتميز بها نظرية الإدارة بالأهداف عن غيرها من النظريات والأساليب الإدارية سواء بالنسبة للمنظمة أو الرؤساء أو المرؤوسين.

### الفرع الأول: المزايا العامة للإدارة بالأهداف

لقد ذكر العديد من المفكرين مزايا عامة للإدارة بالأهداف، ونقصد بالمزايا العامة، تلك المزايا التي يشترك فيها كل من الرؤساء والمرؤوسين والمنظمة معاً، والتي نذكرها كما يلي:

أشار (حسين، 2004) إلى العديد من المزايا عند تبني الإدارة بالأهداف، منها:

- الإسهام في تحقيق الاتصال الفعال؛
- تحسين الأداء وزيادة الإنتاج؛
- المساعدة على تحديد الأفراد الذين يحتاجون إلى التدريب، للوصول إلى معايير الإنجاز المطلوبة؛
- توفير الوقت للتفرغ لعمليات الإدارة، عن طريق تشجيع تفويض السلطة لبعض المهام؛ لأنها محددة؛
- المساهمة في الكشف عن الأفراد الجديرين بالترقية، بناء على استيفاء البيانات المحددة لكل موظف؛
- إيجاد أسس موضوعية لتقييم الأداء، والمساهمة في تعزيز الانتماء للمنظمة من قبل العاملين؛
- العمل على تشجيع المرؤوسين لتطوير أنفسهم، من خلال تحديدهم لنقاط القوة والضعف لديهم، ومن ثم معرفة ما يجب فعله.

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

وقد بين (الطويل، 1999، صفحة 87) أن ميزات نظرية الإدارة بالأهداف، تتمثل في:

- أن نظام الإدارة بالأهداف يعمل على رفع الكفاءة الإنتاجية للمنظمة، ويعزز الرقابة الذاتية، والالتزام، والشعور بالمسؤولية؛
- أن الإدارة بالأهداف هي الأنسب لتفويض السلطة، وتوزيع العمل والمسؤوليات؛
- أن الإدارة بالأهداف تعتمد على أهداف النشاط الإداري والغايات المرغوب في تحقيقها، أكثر من اعتمادها على الوظائف الإدارية أو عناصر الإدارة.
- كما أورد (توفيق، 2008) بعضاً من مزايا نظرية الإدارة بالأهداف، تتلخص في الآتي:
- تنمية القدرة التخطيطية لكل من الرؤساء والمرؤوسين، وتسهيل مهمة الإشراف والتوجيه؛
- المساعدة في التعرف على المشكلات الفعلية للعمل، والمساعدة على رفع درجة رضا العاملين وروحهم المعنوية؛
- تساهم في اكتشاف المهارات الصالحة للترقية، واكتشاف المقصرين لعدم تمكنهم من تحقيق الأهداف الموكلة إليهم؛
- السماح بحرية التصرف للمدير في عمل ما يراه مناسباً لإنجاز أهداف المنظمة.
- تتميز الإدارة بالأهداف بعدة خصائص أهمها (FARCAS & Roxana , 2015):
- تتميز بتعقيد كبير، نظراً لأنها تطبق لتغطية جميع المكونات الهيكلية والإجرائية للمنظمة، وفي سياقها يمكن أن تستخدم العديد من الأساليب وتقنيات الإدارة وفقاً للمشاكل التي تثيرها المكونات الأساسية وتحقيق الأهداف؛
- **البعد الإداري**، لا سيما الإدارة اللامركزية داخل المنظمة، نظراً لظهور "جهات فاعلة" جديدة، تسمى مراكز الإدارة، تتميز بالمهام والمسؤوليات والمهارات في الأقسام التنظيمية (الأنشطة أو المختصة)؛
- **البعد الاقتصادي**: تضمن باستخدام الميزانية كأداة إدارية مهمة؛ وهي تطلق وتطور وتنفذ في كل مستويات المنظمة لتسهيل الانطلاق على أذرع اقتصادية أخرى، مع التكافؤ التحفيزي المتميز (الربح، الأجور، الأسعار... إلخ)؛
- **البعد التشاركي**: مما يعني أنه مطلوب في تطوير الأهداف ومكونات الميزانية الأخرى، ويسهل المشاركة النشطة والمسؤولة من قادة مراكز الإدارة وغيرهم من المديرين والتنفيذيين؛
- **البعد التحفيزي**: يتجلى في ارتباط المكافآت والعقوبات مع درجة تحقيق الأهداف الفردية وفي المراكز الإدارية والمنظمة ككل، وكذلك درجة إشراك ومشاركة كل موظف لتحقيقها.

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

### الفرع الثاني: المزايا بالنسبة للمنظمة والرؤساء والمرؤوسين

أشار (أشرف، 2017، الصفحات 23-25) نقلا عن بحث صلاح السيد 1978 بعنوان "الإدارة بالأهداف دليل المديرين نحو فعالية النتائج ووفرة الأرباح"، أن هناك مزايا عديدة تعود على المنظمة عند تطبيقها لأسلوب الإدارة بالأهداف وللعاملين فيها من رؤساء ومرؤوسين، نذكرها كما يلي:

#### أولا: مزايا الإدارة بالأهداف بالنسبة للمنظمة

- تؤدي إلى زيادة فرص تحقيق غايات المنظمة من خلال تحديدها الدقيق للأنشطة التي تسهم في تحقيق الأهداف؛
- تمد المنظمة بأدوات الرقابة عبر معرفة الخطط بالإضافة إلى قياس وتقييم الأداء من خلال الإعداد السليم للأهداف الذي يمكن من خلاله تقييم أداء كل قسم وتحديد الإنجاز والنجاح لكل منها؛
- تتيح معلومات تفصيلية عن جميع عمليات المنظمة، ومتابعتها مما يساعد على تحسين الإنجاز؛
- تكتشف العاملين المقصرين بسرعة، نظرا لأنهم لا يتمكنون من تحقيق الأهداف المنوعة بهم، مما يساعد على علاج وتقييم سلبية أدائهم، ولو تطلب ذلك نقلهم أو الاستغناء عنهم؛
- ترتفع الانتاجية إذ يصبح بالإمكان تكليف الذين لم تكن تستعمل مواهبهم على أكمل وجه بمهام إضافية تدفعهم لزيادة انتاجهم ونتاج المنظمة بشكل عام؛
- يتحسن التنسيق والعمل الجماعي بين أفراد الوحدات الإدارية، وينخفض معدل دوران العاملين، ويرتفع معدل الرضا الوظيفي من خلال التماس العاملين مزايا الاسهام المتبادل في تحقيق الأهداف المشتركة بينهم؛
- تيسر عدالة توزيع الأجور الإضافية والمكافآت على العاملين من خلال ربطها بالإنجاز والنتائج؛
- تزود المنظمة بأساليب موضوعية لتقييم أداء المديرين؛
- تحديد أهداف واضحة، قوة التخطيط والرقابة، وخلق الاحترام لدى المشرفين، واكتساب الخبرة (SHELL, 2002, p. 269).

#### ثانيا: مزايا الإدارة بالأهداف بالنسبة للرؤساء

- يصبح لدى المرؤوسين فكرة واضحة عما هو مطلوب منهم، مما يدفعهم لأخذ وتحمل المسؤولية اتجاه ذلك؛
- زيادة وتحسن الاتصال المتبادل بين الرؤساء والمرؤوسين؛
- يصبح للرئيس إطارا فكريا وقاعدة يستطيع من خلالها أن يقوم بالتغذية الرجعية للمعلومات الخاصة بتقييم الأداء؛
- تساعد الرئيس على إنجاز مهام عمله واستثمار أوقاته بالشكل الأمثل، وذلك من خلال تشجيع عملية تفويض السلطات بناء على توزيع النتائج المطلوبة؛
- تساعد الرئيس على تحسين توجيه موارد المنظمة من خلال المعرفة الواضحة لما هو مطلوب؛

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

- توفر للرئيس أداة ذاتية لتحفيز العاملين على أداء أعمالهم نظرا لوضوح آلية التقويم القائمة على النتائج المحددة؛
  - تركز الادارات على النتائج بدلا من التركيز على الأنشطة كأنشطة؛
  - تيسير اكتشاف الأفراد الجديرين بالترقية، نظرا لتوفر البيانات المحددة المتصلة بكل عمل عند التفكير في ترقية الأفراد؛
  - تقوم بتنمية ورفع قدرات الرئيس على تأدية عمله والممارسة الفعالة لدوره كمدير، وتنمية روح الابتكار لديه، وذلك لإنجاز النتائج المطلوبة منه؛
  - تخفيف حدة المعارضة وخاصة في أوساط التنظيمات غير الرسمية؛
  - التفويض الفعال، وتوفير الوقت، والتواصل في اتجاهين، ومعايير تقييم أفضل، والحصول على التزامات من المرؤوسين.
- (SHELL, 2002, p. 270)

### ثالثا: مزايا الإدارة بالأهداف بالنسبة للمرؤوسين

- يمكن الحكم على أداء المرؤوسين بطريقة موضوعية دقيقة من خلال نتائج أعمالهم، بعيدا عن الأهواء الشخصية؛
- يتكون لدى المرؤوسين فكرة واضحة عما يتوقعه منه رئيسه، وهذا الوضوح يحفز لأداء عمله بصورة مناسبة؛
- يسهل النقاش مع الرؤساء بسبب وضوح النتائج المطلوبة من المرؤوس ومعرفة بها؛
- يظل المرؤوس على علم دائم بمشاعر رئيسه اتجاه أداءه للعمل نتيجة للرقابة والمراجعة الدورية للتقدم اتجاه الأهداف والنتائج المطلوبة؛ والمقدرة على اختيار أفضل الوسائل لتحقيق الأهداف والنتائج المطلوبة؛
- يتولد لدى المرؤوس احساس بالجهد اليومي الذي يبذله، ومدى التقدم الذي يحرزه اتجاه الأهداف والنتائج المناطة به، مما يؤدي للارتقاء بمستوى أدائه؛
- ارتفاع الروح المعنوية للمرؤوس من خلال انجازاته وملامسته لثمرة جهوده، وأثره على نتائج المنظمة ككل؛
- يتشجع المرؤوس على تطوير نفسه، ويصبح لديه المقدرة على تحليل نقاط قوته وضعفه كي يتطور؛
- ارتفاع كفاءة التنسيق بين جهود العاملين، وذلك من خلال معرفة المرؤوس بالصورة والأهداف الكلية المنظمة ومدى ترابط الأهداف والنتائج المطلوبة من كل فرد على حدى؛
- تتوفر فكرة واضحة لدل المرؤوس عما قام به من انجاز، وقيمة ذلك الانجاز بالنسبة للمنظمة؛
- يتزايد شعور المرؤوس بقيمته وأهميته لدل المنظمة، من خلال شعوره بمدل تأثير انجازاته في أهداف المنظمة ككل.
- تحسين التوجيه والارشاد، وتوفير الرقابة الذاتية يوفر الحكم الذاتي، والمشاركة ويحسن المعنويات. (SHELL, 2002, p. 270)

أكبر ميزة للإدارة بالأهداف هي أنها تتيح للمدير التحكم في أدائه، الرقابة الذاتية " Self-control " التي تعتبر الدافع الأقوى والرغبة في القيام بالأفضل، بدلاً من القيام بما يكفي فقط من خلال أداء الأهداف على رؤية أوسع.

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

وكما يقول (Drucker، 1993) : حتى لو لم تكن الإدارة بالأهداف ضرورية لمنح المنظمة وحدة التوجيه والجهد لفريق الإدارة، سيكون من الضروري جعل الإدارة ممكنة عن طريق الرقابة الذاتية.

### المبحث الثاني: منهجية الإدارة بالأهداف

مما سبق يمكن القول إن الإدارة بالأهداف عبارة عن نظام حركي يسعى إلى دمج أهداف العناصر المكونة له مع أهداف المنظمة، من خلال تحديدها للتنتائج التي تصبو للوصول إليها، مع تحديد مسارات العمل الفعالة وحدود المسؤولية. أي أن الإدارة بالأهداف تركز على المشاركة والتعاون بين كل أعضاء المنظمة، رؤساء ومرؤوسين. حيث سنتناول في هذا المبحث، الإدارة بالأهداف كنظام، ثم نعرض مراحل وخطوات الإدارة بالأهداف، وأخيرا نعرض على أهم نماذج الإدارة بالأهداف.

### المطلب الأول: الإدارة بالأهداف كنظام

استخدمت نظرية النظم في الإدارة كوسيلة للتفكير بالنظم العامة والفرعية التي تحكم الوظائف، أو التي يمارس المدبرون أعمالهم في إطارها. حيث يعرف النظام "System" على أنه: «كيان كلي منظم ويتكون من مجموعة من الأجزاء المتفاعلة والمتداخلة مع بعضها البعض، حيث تكون في مجموعها كيان كلي متناسق» (بربر، 1996، صفحة 48). وستنطلق في هذا المطلب إلى الإدارة بالأهداف كنظام وفقا لمدرسة النظم في الإدارة، ثم نعرض على أهم الاعتبارات الأساسية التي يركز عليها هذا النظام.

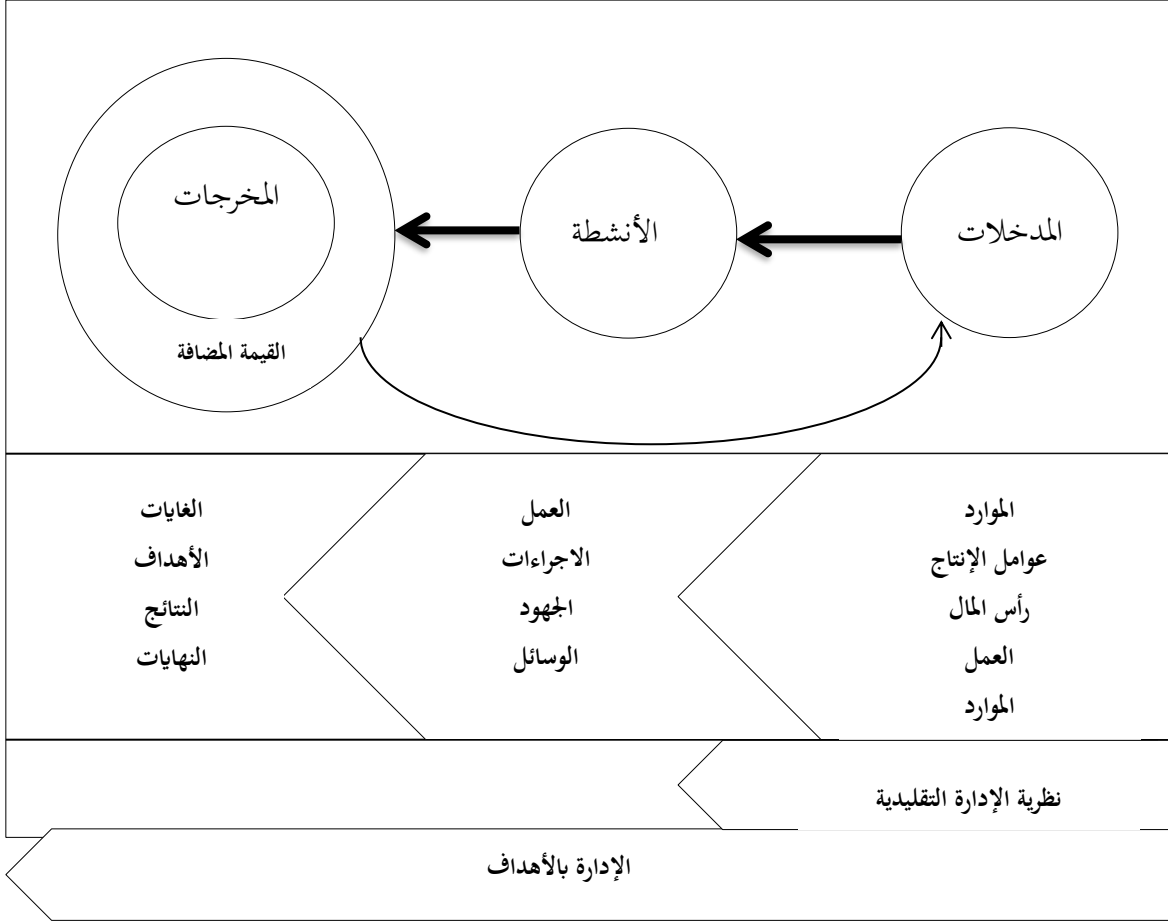
### الفرع الأول: شكل نظام الإدارة بالأهداف

يمثل نظام الإدارة بالأهداف تجميعا وتكاملا لكافة نظم العمل في المجالات الإنتاجية والتسويقية والمالية والإدارية بشكل عام، ويحقق الترابط بين الأنشطة المتعددة في كل المستويات، بحيث تتناسق الجهود وتتوحد بما يؤدي إلى مستويات أفضل من الأداء في كل القطاعات، وبذلك فإن نظام الإدارة بالأهداف يعتبر قمة في البناء التخطيطي والرقابي للمنظمة (السلمي، 1999، صفحة 87).

إن البعد الإداري للإدارة بالأهداف الذي يمكن استخلاصه من نظرية مدرسة النظم، يتمثل بضرورة استيعاب المديرين أو الرؤساء والمرؤوسين على حد سواء للمناخ العام للمنظمة، حيث يمارس كل منهم مهامه في إطار اختصاصاته الإدارية باعتباره يشكل جزءا من نظام كامل، بالإضافة إلى الفهم الحقيقي لوظائفهم التي يمارسونها، باعتبارها أنظمة فرعية تعمل بانسجام وتتفاعل وتتكامل وتتشارك فيما بينها، وبالتالي فإن عملية الإدارة بالأهداف تضمن وفقا لهذا البعد تحقيق الأهداف العامة للمنظمة كنظام مع الأخذ بعين الاعتبار الأنظمة الجزئية لكل وحدة إدارية.

الإدارة بالأهداف هي نظام يبدأ بتحديد المخرجات ثم يطبق بيانات المخرجات هذه كمعايير للحكم على جودة النشاط (السلوك) التي تحكم إطلاق وفعالية المدخلات. (Odiome، 1974، صفحة 5)

الشكل (1-1): نظام الإدارة بالأهداف



Source: Odiorne, George S. management by objectives and the phenomenon of goals displacement, Human Resource Management, spring, USA, 1974, p5.

نلاحظ من الشكل السابق (1-1) أمرين هما:

- أن نظام الإدارة بالأهداف يشبه أي نظام من حيث عدد الوحدات المكونة له، والتي تتمثل في أربع وحدات وهي (مدخلات، مخرجات، عمليات أو أنشطة، وتغذية راجعة).
- أن نظام الإدارة بالأهداف أشمل وأوسع من نظام الإدارة التقليدية الذي يقتصر على المدخلات دون مراعات لباقي أجزاء النظام، في حين نظام الإدارة بالأهداف هو مجموعة أجزاء تتكامل فيما بينها باتساق وانسجام.

#### أولاً: المدخلات

هي الموارد المخصصة لفكرة الإدارة بالأهداف لجعلها مصدر قلق مستمر في المنظمة ككل، وهي تشمل حسب الشكل (1-1) أعلاه عوامل الإنتاج (رأس المال، والعمل، والمواد)، ويمكن أن نضيف إليها العامل التكنولوجي؛ ويتم في هذا الجزء بناءً على مكونات المدخلات في الشكل أعلاه، كما يذكر (SHELL، 2002، صفحة 264) تحديد أهداف واضحة المعالم للمنظمة ككل والوحدات التنظيمية المعنية، عادة ما يتم ذلك عن طريق العمل مع المدراء الرئيسيين عن

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

طريق مبادئ توجيهية للسياسات التي وضعها المستوى التنفيذي مع المستوى الأعلى بموافقة مجلس الإدارة، ووضع أهداف لكل مدير ومرؤوس، وأنه عندما تتحقق هذه الأهداف سيسهم في تحقيق الأهداف العامة للمنظمة بأكملها، يتم تأسيس هذه الأهداف من خلال عملية يشارك فيها الرئيس والمرؤوس.

### ثانياً: الأنشطة أو العمليات

هي سلوكيات العاملين "رؤساء ومرؤوسين"، وتصميم العمل، وأنشطة الصنع، وإجراءات البيع وغيرها من الأنشطة التي تمارس في وظائف المنظمة، والتي من المفترض أن تضيف قيمة للمدخلات؛ وتتم في هذه الوحدة الوسطى من النظام تطوير الخطة العملية، كما ذكر ذلك (الخطيب، الخطيب، و الفرح، 2000، صفحة 62) أن تطوير الخطة العملية هي خطوة تتعلق بتخطيط الأهداف، أي عند وضع الأهداف يجب أن تحظى الأهداف الموضوعية من قبل المديرين والمرؤوسين على دعم الإدارة العليا، ولا يقتصر الدعم على الدعم المادي، الذي يشمل على توفير الموارد لتحقيق الأهداف الموضوعية بل يتعداها إلى دعم معنوي ومساندة فعالة، وبذلك تكون الخطوة التالية هي تحديد الاستراتيجيات والسياسات والبرامج اللازمة لتحقيقها.

### ثالثاً: المخرجات

هي السلع والخدمات والأجهزة والبرامج التي تخرج من النظام. هذه المخرجات أكثر قيمة من جميع المدخلات التي تم استخدامها، ويمكن حساب القيمة المضافة كما أورد (SHELL، 2002، صفحة 265) من خلال التقييم الدوري للأداء حيث سيعرض الرئيس والمرؤوس مناقشة ما تم إنجازه، وتفسيرات لأي فشل قد يقع. بلغة أكثر اعتيادية، الإدارة بالأهداف هي نظام يجلس فيه المدير والمرؤوس في بداية كل فترة، ويتحدثان حتى يتم التوصل إلى اتفاق على أهداف العمل، يتم منح المرؤوس خلال فترة معينة مجال واسع في اختيار الطريقة، وفي نهاية الفترة تتم مراجعة النتائج الفعلية بشكل مشترك مقابل الأهداف المتفق عليها، وتقييم درجة النجاح الذي تم تحقيقه، ثم الشروع في عملية أخرى. (Odiorne، 1974، صفحة 5)

### رابعاً: التغذية الرجعية

بعد القيام بالمراجعة الدورية للأهداف والخطط والبرامج، من خلال تقييم الإنجاز السنوي عن طريق معايير لتقييم الأداء المحددة والموضوعية على أسس واضحة وعملية، بالإضافة إلى الرقابة الذاتية، ثم تحديد أهداف جديدة وخطط أخرى لنظام الإدارة بالأهداف، أو تعديل الموجودة من قبل، وهكذا تبدأ دورة جديدة لهذا النظام.

### الفرع الثاني: الاعتبارات الأساسية التي يركز عليها نظام الإدارة بالأهداف

إن الخبرة المكتسبة من التطبيق العملي لطريقة الإدارة بالأهداف في المنظمات إلى جانب مختلف النظريات تكشف عن الحاجة إلى مزيد من التحسين والتبني، ولا يجب إضافة هذه الطريقة مع نظام العلاقات الإنسانية في الإدارة، لأن كلاهما يكون أساس نظام الإدارة بالأهداف، كما يجب أن تكون هناك مبادئ أساسية وافتراسات مسبقة لتطبيق هذا النظام (Boulouta، 2012، p. 37).

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

لذلك يجب أن يركز نظام الإدارة بالأهداف على بعض الاعتبارات. حيث ذكر (السلمي، 1999، صفحة 92) بعضاً من هذه الاعتبارات، نذكرها كما يلي:

- الاعتداد الكامل بآراء العملاء وضرورة أن تنعكس احتياجاتهم ورغباتهم على كل أنشطة وآليات العمل؛
  - تركيز الموارد والإمكانيات والجهود على الأنشطة والعمليات ذات التأثير والقدرة على تحقيق إنجازات تصل إلى سد الفجوة الاستراتيجية؛
  - الربط بين الموارد والوسائل والأساليب من ناحية، وبين النتائج والإنجازات من ناحية أخرى، والتأكد من إيجابية واضطراد النمو في العلاقة بين الموارد والعوائد؛
  - الالتزام المستمر والتطبيق المتصل لأفكار الإدارة بالأهداف باعتبارها توجه فكري والتزام مبدئي للإدارة، وليس مجرد أسلوب أو تقنية إدارية تستخدم لفترة ثم يخفت الحماس لها؛
  - شمول النظام لكافة مجالات المنظمة ومستوياتها، وخضوع كافة عناصرها للمراجعة المستمرة والتطوير المتصل لتحقيق التوافق بينها وبين متطلبات النظام.
  - يقوم النظام على فعالية وكفاءة نظم المعلومات الداخلية بما يوفر القدرة على تتبع الأداء في جميع مراحل بدرجات كافية من التفصيل والدقة، الأمر الذي يجعل الإدارة قادرة على تقييم الإنجاز المتوقع، استناداً إلى مؤشرات ما تحقق فعلاً، واستنتاج الاتجاه العام للأداء وهل يعد بتحقيق النتائج المستهدفة. (السلمي، 1999، صفحة 89)
  - كما تحدث (العمامرة، 2012، صفحة 152) عن الاعتبارات الآتية لنظام الإدارة بالأهداف:
  - تؤكد الإدارة بالأهداف كنظام إداري على التركيز على النتائج بدلا من التركيز على النشاطات، ومن هنا وصف هذا النظام الإداري بأنه يركز على النتائج ويتمحور حول النتائج، فليست العبرة في النشاطات التي يقوم بها المدير أو تلك المهمات التي يشغل وقته في أدائها، وإنما العبرة في النتائج التي تحققت، وبعبارة أخرى بالأهداف التي تم إنجازها؛
  - الإدارة بالأهداف لا تنجح ولا يمكن تطبيقها في حالة غياب القائد الديمقراطي التشاوري الذي يؤمن بالعلاقات الإنسانية، وضرورة توفير مناخ الأمن والاحترام والثقة بينه وبين العاملين، والعاملين فيما بينهم من ناحية أخرى.
- وكما ذكر (محمد الخضير و المحيمد، 2016، صفحة 341)، أن نظام الإدارة بالأهداف يستند إلى مجموعة من المسلمات هي:

- أن الفرد لديه القدرة على الابداع والابتكار إذا توفرت له الظروف المناسبة والطريقة الفعالة لتحفيزه؛
- لدى الموظفين رغبة قوية للاشتراك في عملية اتخاذ القرارات، خصوصا التي تؤثر في مصالحهم ومستقبلهم؛
- يميل الأفراد إلى معرفة النواحي المتوقع منهم أن يقوموا بها وفهمها؛
- يرغب الموظفون في الوقوف على أدائهم في المنظمات، سواء أكان مرضيا أم غير مرض.



### المطلب الثاني: مراحل وخطوات تطبيق الإدارة بالأهداف

اختلفت الدراسات في تحديدها لخطوات تطبيق الإدارة بالأهداف. فقد ذكرتها (درة، 2004، الصفحات 99-100) في أربع خطوات. وأشار (العمارة، 2012، الصفحات 159-166) إلى سبع خطوات. أما (البناء، 2013، الصفحات 398-399) فحددت خمس خطوات لتطبيق الإدارة بالأهداف. ولكن بعد إطلاع الباحث على العديد من المراجع حاول أن يمزج بين الخطوات السبع وقام بتقسيمها إلى مرحلتين، الأولى تضم خطوات للتخطيط، والثانية تتناول خطوات للتنفيذ والتقييم.

### الفرع الأول: مراحل للتخطيط

ستحدث في هذه الخطوات على المراحل الأربعة الأولى، والتي تعد من الأهمية بمكان في عملية التخطيط لتطبيق الإدارة بالأهداف، بداية من وضع الاستراتيجيات والأهداف العامة، وتجزئتها حسب الوحدات الإدارية، والقيام بعملية تشخيص للموارد البشرية والمادية للمنظمة، ثم توزيع المهام على كل الموظفين ليتحملوا جزء من المسؤولية ولكي يمارسوا صلاحياتهم على أوسع نطاق.

### الخطوة الأولى: وضع الاستراتيجيات والأهداف العامة

تعد هذه الخطوة مرحلة رئيسية في أسلوب الإدارة بالأهداف، حيث تمثل الأهداف والاستراتيجيات العامة المصدر الرئيس للأهداف المرحلية متوسطة وقصيرة المدى، وأن الصياغة السليمة للاستراتيجية التي تراعي كل جوانب المنظمة، وأن التحديد الدقيق للأهداف التي تتماشى مع وضع المنظمة، يبني عليهما كل الخطط والبرامج والإجراءات، وكذلك تبنى عليهما جميع الخطوات اللاحقة اللازمة لتطبيق الإدارة بالأهداف.

تسير الإدارة بالأهداف على أساس منهجي منظم يبدأ بالتعرف على الخطة الكلية للمنظمة، وأن الأهداف الكلية والجزئية للمنظمة ودوائرها وأقسامها، والظروف الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية المحيطة بها، والمواد والإمكانات المتاحة لها، وتوزيعها على الأقسام المختلفة، والطرق التي صممت لاستغلال هذه الموارد، ثم يلعب الرئيس والمرؤوس على مستويات تنظيمية مختلفة دورا بارزا في الإدارة بالأهداف. حيث يحدد المرؤوس تصورا مبدئيا عن الأهداف التي يمكن تحقيقها في الفترة الزمنية المقبلة، ومجالات النتائج الرئيسية، وطرق تحقيق هذه الأهداف والمعايير الملائمة لقياس النتائج. ويناقش الطرفان هذا التصور في كافة الجوه ويعدلانه. (شتات، 2017، صفحة 26)

حيث يبدأ تحديد الأهداف من قبل المستويات الإدارية العليا، بعد ذلك يتم دراسة هذه الأهداف وتنقيحها من المستويات الإدارية حسب التسلسل الإداري. (هبة، 2014، صفحة 16)

### الخطوة الثانية: تشخيص الموارد البشرية والمادية في المنظمة

وتتم هذه الخطوة من خلال المسح الشامل لإمكانيات المنظمة البشرية والمادية ودراسة البيئة الداخلية والخارجية لها، وذلك لمعرفة الاحتياجات اللازمة من الأطر البشرية كمًّا وكيفًا، أيضا الاحتياجات المادية اللازمة، وهذه المعرفة

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

تساعد متخذي القرار على اتخاذ القرار السليم بما يتعلق بالأهداف وتحديد أولوياتها، واختيار الأساليب والوسائل المحققة لهذه النتائج. (أشرف، 2017، صفحة 35)

### الخطوة الثالثة: تجزئة الأهداف العامة والاستراتيجيات

في هذه الخطوة يتم تحديد الأهداف قريبة المدى، ويبرز هنا أهمية مشاركة المرؤوسين الذين سيقومون بإنجاز هذه الأهداف لرؤسائهم في عملية تحديد واشتقاق الأهداف قريبة المدى من الأهداف العامة والاستراتيجيات، والبعض بعد هذه الخطوة مدخلا للإدارة بالأهداف، ويشترط في هذه الأهداف:

- أن تكون هذه الأهداف ملبية لحاجات المنظمة والمرؤوسين؛

- أن تكون مصاغة بشكل دقيق ومحدد؛

- أن تكون هذه الأهداف قابلة للقياس والتقييم؛

- أن تتناسب الأهداف مع الإمكانيات البشرية والمادية للمنظمة.

### الخطوة الرابعة: توزيع المهام والصلاحيات والمسؤوليات على العاملين

بعد أن يتم تحديد الأهداف قريبة المدى، يقوم المدير بتحديد النظم والاجراءات الكفيلة بتوزيع السلطة والمسؤوليات بين العاملين في المنظمة، ويتم ذلك بالمشاركة مع جميع العاملين، بحيث يتعرف كل فرد على الهدف الذي يخصه، كما قد تتطلب بعض الأهداف والأنشطة أن يكون المسؤول عن التنفيذ فردا أو جماعة، فيفضل تحديد هؤلاء بصورة تشاورية، ويستحسن أن تسجل الواجبات والمسؤوليات لكل فرد أو جماعة منعا للتضارب والتعارض أثناء التنفيذ.

وعبر (القيروني، 2009، صفحة 18) عن هذه الخطوة، بالابتعاد عن المركزية وتفويض السلطات للعاملين حتى يتعودون على تحمل المسؤولية بدل الاعتماد المطلق على الإدارة المركزية، وتنويع المهام التي يكلف بها العاملون من أجل اشعارهم وشعورهم بأهمية الأعمال التي يؤدونها، بحيث تكون الأعمال في المرحلة الأولى للتفويض على نفس المستوى "توسيع المهام *Elargissement des tâches*"، ومن ثم يتم تحسينها نوعيا بزيادة الصلاحيات الممنوحة لهم "الإثراء الوظيفي *Enrichissement de l'emploi*" مما يحقق لديهم الشعور بالمسؤولية.

يرى دراكر "Drucker" بأن كل عضو في المنظمة يساهم بشيء نحو هدف مشترك، بحيث تنصب كل الجهود نحو هدف مشترك دون ثغرات، أو صراعات، أو ازدواجية في الجهود، بمعنى أن تكون كل وظيفة في المنظمة موجهة نحو أهداف المنظمة ككل، حيث يتم توزيع السلطات والمسؤوليات بين الرؤساء في الإدارات العليا، بحيث يتعرف كل منهم على الجزء الذي يخصه من الهدف الكلي، ويفضل أن يتم تدوين ذلك حتى لا يحدث تداخل في الاختصاصات، هذا إلى جانب تكليف خط الإدارة التنفيذي بإعداد الأهداف التي سيعملون على تحقيقها على ضوء الإدارة العليا التي يتبعونها، وتحديد هدف كل مرؤوس، والعمل على بناء أهداف الوحدة التنفيذية، وذلك بالتعاون مع وحدته الرئيسية.

(شبير، 2015، الصفحات 25-26)

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

### الفرع الثاني: مراحل التنفيذ والتقييم

وفقاً لهذه الخطوات بعد وضع خطة للعمل يتم تحديد مراحل التنفيذ بدقة، واستخدام التغذية العكسية للتقييم، ثم ختاماً إجراء المكافأة أو العقاب التي تناسب الإنجاز المحقق.

#### الخطوة الأولى: وضع خطة وبرامج العمل: تتطلب هذه المرحلة خطوتين كالتالي:

- وضع برنامج العمل بصورة تتضح فيه الإجراءات الواجب اتباعها لتأمين الموارد البشرية والمادية اللازمة، للقيام بالأنشطة الموصلة للنتائج المتفق عليها في الوقت المحدد؛
- وضع خطة العمل موضع التنفيذ مع التأكد من التزام جميع الأطراف بالواجبات والمسؤوليات المحددة له، وليعمل على إنجازها خلال الوقت المحدد، وبالكمية والجودة المطلوبة، وأيضا ضمن التكلفة المتوقعة؛ وهنا يتم تحويل الخطط إلى برامج تنفيذية، وذلك من خلال عقد لقاءات مباشرة بين الرؤساء والمرؤوسين، ومن ثم تتم عملية التغذية العكسية. (هبة، 2014، صفحة 16)

#### الخطوة الثانية: التقييم والتغذية الراجعة

إن الخطوة ما قبل الأخيرة لتطبيق الإدارة بالأهداف، تتمثل في التقييم السنوي للإنجازات التي تمت ومن ثم الإعداد للعام المقبل، وذلك يعني إعادة النظر في الأداء، حيث يقارن مديري الدوائر الأداء الفعلي لكل موظف مع الأداء المستهدف أو المتوقع تحقيقه (الملائم). إن التغذية العكسية أو الراجعة تتم من خلالها تقييم ومناقشة المديرين والمرؤوسين للتقدم. (هبة، 2014، صفحة 20)

يراجع الأداء للوقوف على التقدم الذي تم إنجازه نحو تحقيق تلك الأهداف، والكشف عن أي انحراف محتمل بين الأداء المخطط والأداء الفعلي، حتى يمكن اتخاذ التصرف التصحيحي "Action corrective" لتصويب المسار، وإعادة الأداء إلى معادلته المرغوبة. (طه، 2008)

تركز الإدارة بالأهداف على تحقيق الأهداف بفعالية، مما يتطلب قياس مدى الإنجاز المحقق من الأهداف المرسومة، ومن خلال هذه الخطوة يتمكن العاملون - الرؤساء والمرؤوسين - من معرفة ما يفعلونه، ومن خلال التغذية الراجعة يمكن تحليل وتقييم النتائج ليتم إعادة النظر في الوسائل والإجراءات والأهداف. ويمكن توضيح هذه الخطوة، من خلال تقسيمها إلى خطوات فرعية كالتالي:

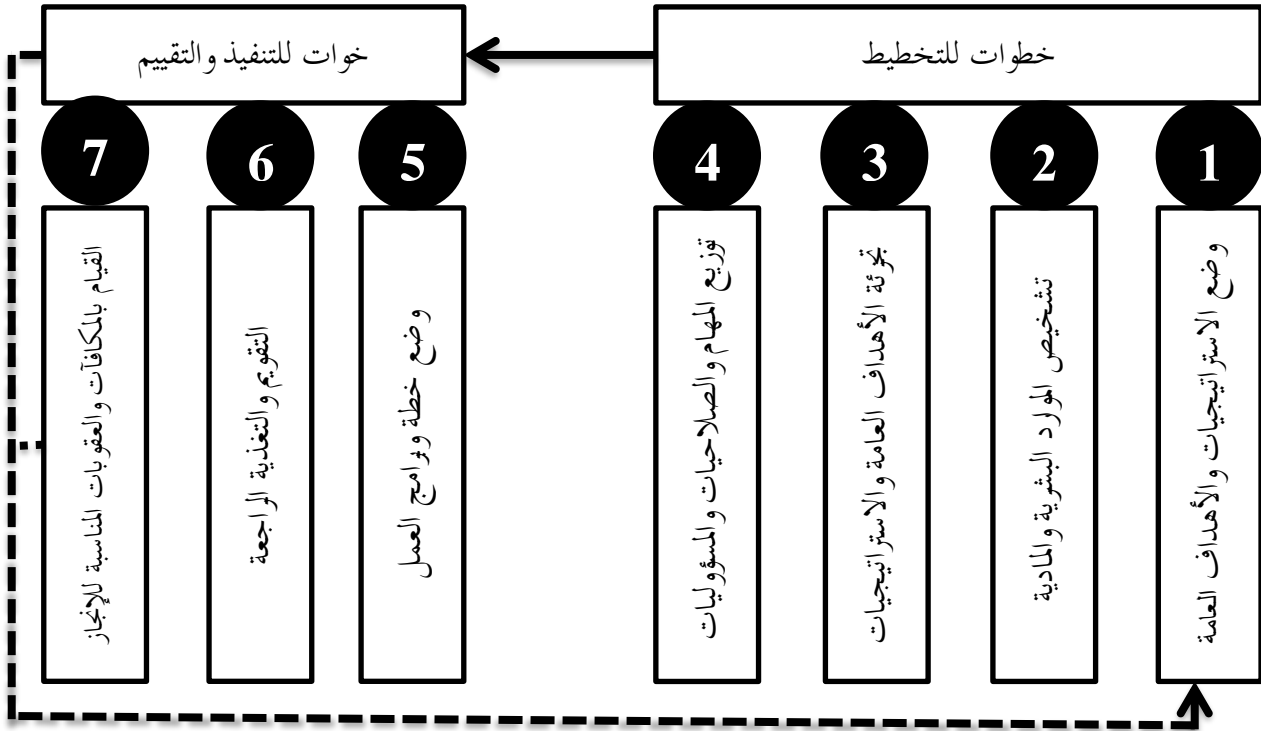
- تجميع البيانات عن سير العمل من أجل تكوين فكرة متكاملة عما وصلت إليه الأهداف من نتائج إنجاز أو اخفاق؛
- تحليل البيانات لتحديد العلاقات السببية التي أدت للنتائج، واكتشاف مواطن القوة والضعف؛
- تفسير البيانات لمعرفة أسباب القوة والضعف، بحيث يمكن معها في ضوء ذلك وضع أهداف مناسبة للمستقبل؛
- تحديد الأهداف مجدداً باتفاق الرؤساء والمرؤوسين على أهداف عمل ومستويات إنتاج محددة للفترة القادمة بما يتناسب مع المتغيرات ونتائج تحليل وتفسير البيانات.

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

### الخطوة الثالثة: القيام بالمكافآت والعقوبات التي تتناسب مع الانجاز

تتضمن الإدارة بالأهداف وجود حوافز من أجل الإنجاز، وهذه الحوافز تكمن في رغبة العامل انجاز الأهداف التي التزم بها، كما أن المكافأة الإدارية في المجال الحكومي لا يمكن ربطها بالربح، إنما يمكن ربطها بالمكافأة على الإنجاز. وبناء على ما تقدم ذكره من مراحل تطبيق الإدارة بالأهداف، يمكن أن نرسم الشكل التالي الذي يعبر بيانياً عن هذه الخطوات كما يلي:

### الشكل (1-2): مراحل وخطوات تطبيق الإدارة بالأهداف



المصدر: من إعداد الطالب حجوة يوسف

يبين الشكل (1-2) مراحل وخطوات تطبيق الإدارة بالأهداف، حيث قمنا بمحاولة وضع الخطوات التي ذكرها الباحثون في شكل رسم بياني، حتى يسهل على الدارسين استيعاب هذه الخطوات السبعة التي تعبر عن تطبيق الإدارة بالأهداف في أي منظمة، أين قمنا بتقسيم هذه الخطوات إلى مرحلتين أساسيتين: المرحلة الأولى تمثل خطوات للتخطيط بوضع الإدارة بالأهداف حيز التطبيق، وتشمل أربع خطوات كما هو مبين في الشكل أعلاه؛ والمرحلة الثانية تشمل خطوات للتنفيذ والتقييم، وتنقسم إلى ثلاث خطوات كما هو واضح. كما يشير السهم المتجه من خطوات التخطيط إلى خطوات التنفيذ والتقييم إلى ضرورة اتباع كل مرحلة بترتيب تسلسلي، بحيث لا يمكن تقديم أو تأخير أي خطوة من حيث المبدأ العام، ويشير السهم المتقطع الراجع " من خطوات التنفيذ والتقييم باتجاه خطوات للتخطيط" إلى التغذية العكسية التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار عند محاولة إجراء أي تغيير على تطبيق نظام الإدارة بالأهداف سواء في إعادة صياغة

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

الأهداف أو رسم الخطط أو توزيع المهام والصلاحيات؛ كما يشير السهم المتقطع أيضا إلى إمكانية العودة إلى أي خطوة من الخطوات التي تسبق الخطوة السابعة.

### المطلب الثالث: نماذج الإدارة بالأهداف

من خلال الاطلاع على أدبيات الإدارة بالأهداف، يمكن تصنيف نماذج الإدارة بالأهداف إلى نماذج أجنبية طرحها العديد من الكتاب الغربيين البارزين، والذين طوروا بشكل لافت نظام الإدارة بالأهداف منذ نشأتها؛ ونماذج عربية قام بها أكاديميين عرب في الإدارة كان منطلقها النماذج الغربية.

**الفرع الأول: النماذج الأجنبية للإدارة بالأهداف:** توجد العديد من النماذج الأجنبية نذكر أبرزها كما يلي:

#### أولا: نموذج المؤسس بيتر دراكر "P. Drucker"

يعتقد "دراكر" أن تطبيق الإدارة بالأهداف ينبغي أن يمر عبر المراحل التالية: (مرار ف.، 1981):

- وضع الأولويات والقرارات المتعلقة بالجوانب التنظيمية المهمة؛
- تقييم جميع الخدمات والنشاطات، من أجل إيجاد المسائل التي يمكن تأجيل البت فيها أو إغفالها؛
- وضع أهداف محددة بأغراض محددة، وجداول دقيقة، واستراتيجيات عميقة، وتتضمن هذه الخطوة تعريفا وتحديد الموارد المطلوبة لتحقيق تلك الأهداف، والمجهودات المطلوبة وتخصيص الموارد المتاحة، وبخاصة الموارد البشرية منها؛
- وضع معايير ومقاييس، لقياس الأداء وتقييمه، ويعتبر التفكير في المقياس الملائم قرار في السياسة العامة، وهو على درجة عالية من المغامرة، وتحدد مقاييس أو مفهومها للأداء؛
- تنظيم عملية وصول المعلومات عن النتائج إلى النشاطات، أي: ما هي المتوقعة وفي أي وقت؟ ومن المهم توكيده: أن وضع خطة ستبقى عملية ناقصة، ما لم يتم اختيار أشخاص أكفاء في العمل والأداء، كما أنه يجب عند التركيز على المقاييس يجب أن تكون مقاييس للأداء وليس الجهد، والمقاييس توجه الجهد والرؤية، وأخيرا ينبغي أن تبني المعلومات العائدة للمنظمة، التي تؤدي إلى مراجعة مستمرة للأهداف والأدوار والأولويات وتخصيص الموارد ضمن العملية الإدارية، فإذا تمكن الإداري في نجاح ذلك فيعتبر هذا من النتائج المهمة لتطبيق الإدارة بالأهداف، وإذا لم يحصل ذلك فالنظام لم يطبق بجدارة وكفاءة.

#### ثانيا: نموذج أوديون 1970 "G. Odiorne"

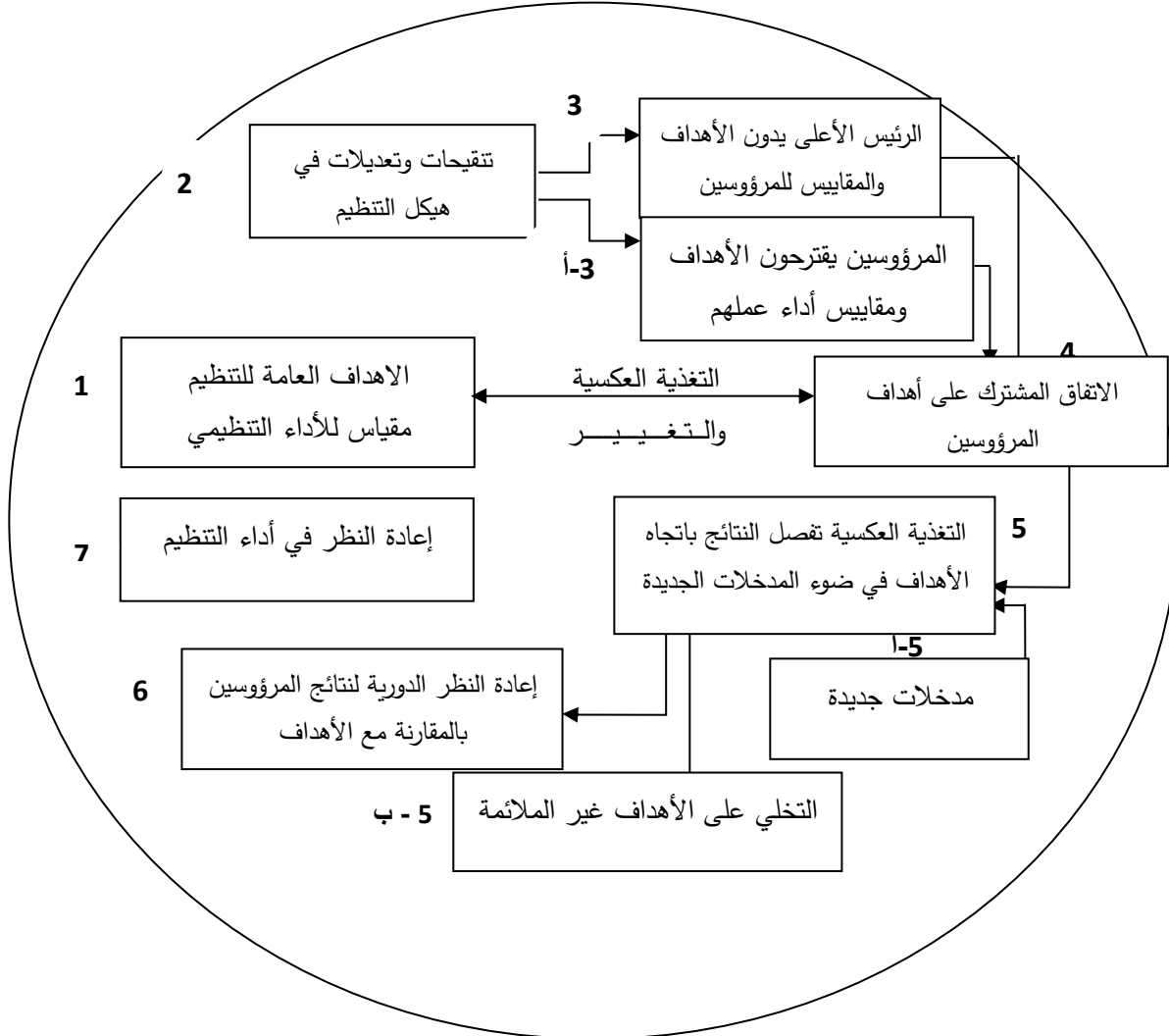
يقول (الشمخي، 1998، صفحة 127): نعتقد أن نموذج "Odiorne" يتصف بالبساطة والسهولة والوضوح في التطبيق، لذلك فإننا نرجحه في المنظمات التي سوف تلجأ إلى هذا النموذج لأول مرة. وفقا لهذا النموذج، يلخص "Odiorne" من خلال أبحاثه المستفيضة حول نظام الإدارة بالأهداف، أسلوب تطبيق النظام في المراحل الرئيسية التالية: (عبوي ز.، 2006، الصفحات 70-71):

- ينبغي البدء بالإدارة العليا في التنظيم، والعمل على تهيئة تلك الإدارة، وإعداد المديرين التنفيذيين لها؛

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

- تقوم الإدارة العليا ببرمجة مقاييس الأداء التنظيمي ووضعها؛
- يجري تحويل أساليب وضع الأهداف إلى المستويات الإدارية المتسلسلة؛
- يصاحب تطبيق النظام، تغييرات ضرورية في أنظمة التقييم والرواتب والتفويض؛
- ينبغي العمل على تحديد الأهداف العامة، قبل تحديد الأهداف الفردية، وذلك لأن أهداف التنظيم العامة من الصعب تجزئتها إلى أهداف فردية على المستويات الإدارية؛
- العمل على وضع معايير للأداء التنظيمي، وذلك قبل تحديد معايير الأداء الفردي وتحديد الحدود والتي من ضمنها السماح فيها للمديرين باقتراح أهدافهم، حيث يجب أن تتكيف الأهداف الفردية مع أهداف التنظيم. والشكل التالي يصور نموذج "Odiorne" للإدارة بالأهداف.

الشكل رقم (1-3): نموذج Odiorne للإدارة بالأهداف.



المصدر: حمزة محمود الشمخي. (1998). الإدارة بالأهداف مفاهيم ونماذج للتطبيق. المجلة العربية للإدارة، المنظمة العربية

لِلعلوم الإدارية، المجلد 18 (العدد 2)، مصر، ص 129.

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

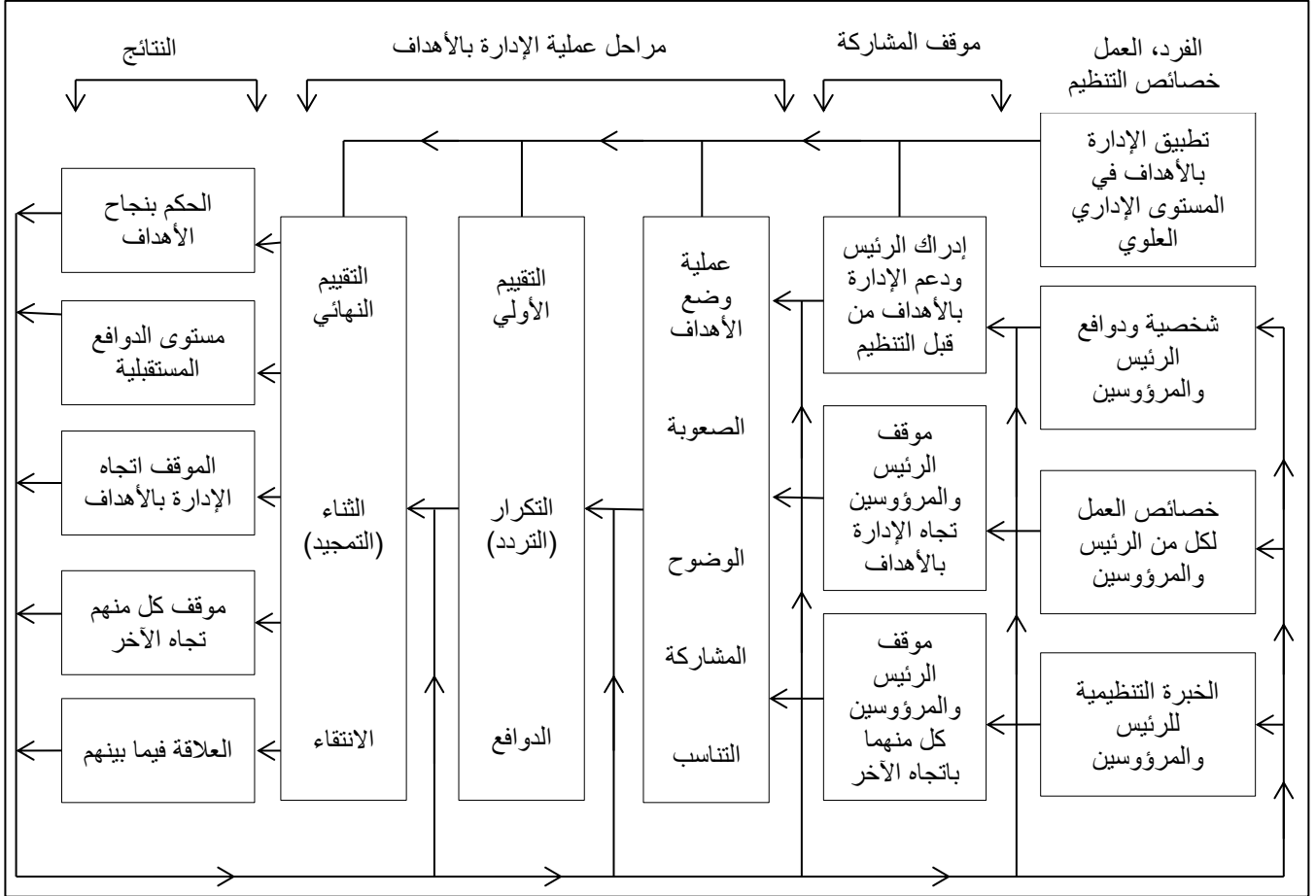
تتضح الخطوات الرئيسية لشكل النموذج لهذه الفلسفة الإدارية مما يتطلب اعتمادها اعتمادا متسلسلا ومنتظما، وذلك بغية الحصول على نتائج إيجابية ومنطقية، ونلاحظ من خلال الشكل (1-3) أعلاه أيضا أن نموذج الإدارة بالأهداف يبدأ من تحديد الأهداف العامة للتنظيم (باعتبارها هي الأساس)، وينتهي بإعادة النظر في أداء التنظيم من خلال هيكل التنظيم ومختلف علاقاته. (الشمخي، 1998، صفحة 127). كما يتضح من شكل النموذج أعلاه أن نظام الإدارة بالأهداف يمر عبر سبع خطوات نوجزها كما يلي:

- **الخطوة الأولى:** هي تحديد الأهداف العامة للمنظمة، ومقياس الأداء لجميع المستويات التنظيمية.
  - **الخطوة الثانية:** إجراء تعديلات على المنظمة، سواء على شكل التنظيم، و/أو استعمال أساليب واتباع نظم جديدة للتقييم، وإجراءات مرنة للعمل، وتكريس مبادئ تسمح بممارسات جيدة.
  - **الخطوة الثالثة:** يقوم كل من الرئيس ومرؤوسيه بتحديد الأهداف ووضع مقاييس للأداء وتوصيف طرق التنفيذ، وهذا تكريس لمبدأ المشاركة الذي يسمح ببناء فريق عمل فعال.
  - **الخطوة الرابعة:** يتفق فيها الرئيس ومرؤوسيه على الأهداف ومقاييس الأداء وطرق التنفيذ التي تم تحديدها في الخطوة الثالثة. ليتحقق بذلك مبدأ التكامل بين أهداف المنظمة وأهداف المرؤوسين من خلال التغذية العكسية بين هذه الخطوة والخطوة الأولى، وينتج عن هذا التكامل مبدأ الالتزام.
  - **الخطوة الخامسة:** نتيجة للتغذية العكسية في الخطوة الرابعة تظهر معطيات ومعلومات جديدة، هذا الأمر يتطلب إعادة النظر في بعض الأهداف أو التخلي عن بعضها، والمرونة في استغلال المعلومات الجديدة لتحقيق الأهداف.
  - **الخطوة السادسة:** يتم في هذه الخطوة التقييم الدوري لنتائج أداء المرؤوسين مقارنة بالأهداف الموضوع مسبقا.
  - **الخطوة السابعة:** تعتبر هذه الخطوة المرحلة الأخيرة والأولى في نفس الوقت، باعتبارها خطوة أخيرة في نظام الإدارة بالأهداف حسب هذا النموذج، أين يعاد النظر في أداء المنظمة ككل بما يتلاءم وجميع الأهداف وتحقيق الأداء "الأداء والأهداف العامة للمنظمة والمرؤوسين معا"، باعتبارها خطوة أولى لدورة جديدة للإدارة بالأهداف وبذلك تصبح مرحلة تمهيدية للخطوة الأولى المتمثلة في تحديد الأهداف العامة للمنظمة ووضع مقاييس للأداء.
- إن نموذج "Odiorne" يصور الإدارة بالأهداف في شكل دورة متكاملة داخل التنظيم، أساسها العلاقة المشتركة والقوية بين أهداف التنظيم وأهداف المرؤوسين داخل التنظيم" (الشمخي، 1998، صفحة 127)

ثالثاً: نموذج ستيفن كارول 1973 "Stephen Carrol"

يستند هذا النموذج على العلاقات المترابطة بين الجوانب المختلفة للإدارة بالأهداف، والتي أساسها العلاقة بين الرئيس والمرؤوسين، والشكل التالي يوضح هذا النموذج.

الشكل (1-4): نموذج كارول للإدارة بالأهداف



المصدر: حمزة محمود الشمخي. (1998). الإدارة بالأهداف مفاهيم ونماذج للتطبيق. المجلة العربية للإدارة، المنظمة

العربية للعلوم الإدارية، المجلد 18 (العدد 2)، مصر، ص 131.

الملاحظ في هذا النموذج أنه يستند إلى أربعة جوانب مهمة، يؤثر ويتأثر كل جانب بالآخر من خلال الترابط وتغذية المعلومات المستمرة بين هذه الجوانب، كما يظهر هذا النموذج أن مستوى تطبيق الإدارة بالأهداف هو مستوى الإدارة العليا داخل التنظيم، وبهذا المستوى سوف تتأثر عملية الإدارة بالأهداف بجانبين مهمين، الأول أساسه الفرد والعمل وخصائص التنظيم، أما الجانب الثاني فأساسه المشاركة داخل التنظيم.

يشير الجانب الأول إلى أن عملية الإدارة بالأهداف كأسلوب إداري سوف تتأثر بجملة من العوامل هي:

- شخصية ودوافع الرئيس والمرؤوسين داخل التنظيم: حيث يشار إلى أن شخصية ودوافع كل من الرئيس والمرؤوسين داخل التنظيم سوف تؤثر على الأسلوب الذي تطبق فيه عملية الإدارة بالأهداف، وكذلك سيكون لها تأثير على



## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

النتائج المتوقعة الحصول عليها من تطبيق نموذج الإدارة بالأهداف، وهذا يعني أن عوامل الشخصية والدوافع سوف تتفاعل مع متغيرات الإدارة بالأهداف.

- **خصائص العمل للرئيس والمرؤوسين داخل التنظيم:** إن طبيعة عمل المرؤوسين داخل التنظيم سوف تتصل بالأسلوب الذي تطبق فيه الإدارة بالأهداف. فالمرؤوس الذي تقتضي طبيعة عمله المشاركة مع الرئيس في تحديد الأهداف وتنفيذها سوف يكون له تأثير بالغ على عملية الإدارة بالأهداف.

- **الخبرة التنظيمية لكل من الرئيس والمرؤوسين:** إن خبرة كل من الرئيس والمرؤوسين الإدارية والتنظيمية داخل التنظيم سيكون لها تأثير بالغ على عملية الإدارة بالأهداف وتطبيقها، خصوصا في المجالات التي تطبق فيها الإدارة بالأهداف لأول مرة، ويأتي هذا التأكيد من القدرة التي يتمكن بها المدراء والمرؤوسين من وضع الأهداف، ومتابعة عملية التنفيذ، فالمرؤوس سوف يقابل الإدارة بالأهداف بكل ايجابية عندما يشعر أن الرئيس المباشر كان ذا كفاءة في عملية تحديد الأهداف السابقة والنجاح في تنفيذها.

أما الجانب الثاني فهو موقف المشاركة عند تطبيق الإدارة بالأهداف، ويدخل ضمن هذا الجانب جملة من العوامل هي:

- **إدراك الرئيس ودعم الإدارة العليا للإدارة بالأهداف:** يشير هذا العامل إلى أن عملية الإدارة بالأهداف سوف تنفذ بفاعلية أكبر عندما يشعر الرئيس بأن التنظيم يدعم وبشكل كامل البرنامج الجديد.

- **موقف الرئيس والمرؤوسين اتجاه الإدارة بالأهداف:** حيث ضمان الموقف الايجابي لنموذج الإدارة بالأهداف، يعني التحمس الشديد لتنفيذ هذا النموذج من قبل المدراء والمرؤوسين داخل التنظيم.

- **موقف الرئيس والمرؤوسين أحدهم اتجاه الآخر:** الملاحظ عمليا أن مستوى تقدير وتثمين الرئيس لدور المرؤوسين في إطار مشاركتهم في وضع الأهداف وتنفيذها، يعني ضمان دعم أكبر لنموذج الإدارة بالأهداف من قبل المرؤوسين، وهذا بالتأكيد سوف يؤثر على عملية الإدارة بالأهداف من خلال تأثيره على مستوى أداء المرؤوسين أثناء عملية تنفيذ هذا النموذج.

### رابعا: نموذج ماكونكاي 1981 "McConkey"

اقترح الباحث "ماكونكاي" سنة 1981 تقسيم فترة تطبيق نظام الإدارة بالأهداف إلى مرحلتين، كل منهما لمدة ستة أشهر وهي: (سعد الحربي، 2008، الصفحات 9-10):

- **المرحلة الأولى:** يتم خلال هاته المرحلة اعتماد الإدارة بالأهداف باعتبارها نظاما، ثم البدء في وضع الأهداف، وبعد ثلاثة أشهر من التدريب يبدأ المدراء في كتابة أهداف بسيطة، مع ملاحظة الارتباط بين الأهداف وإطار التنظيم بشكل عام.

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

- **المرحلة الثانية:** يقوم المدراء بإشعار العاملين بأن عملهم من خلال الأهداف عملية تجريبية، وبأنهم غير مسؤولين عن عدم تحقيق النتائج، فهم لا يزالون في مرحلة التدريب، ويتم الاعتماد هنا على أسلوب تبادل المعلومات حول الأداء المرتبط بالأهداف لتقييم مدى التقدم نحو تحقيقها، ومراجعة مدى صلاحية تلك الأهداف حتى نهاية الفترة؛ وفي نهاية السنة الأولى تتم مراجعة شبه نهائية للأهداف والبرامج والأداء، بعدها ينتقل التطبيق إلى مستوى آخر تبدأ فيه عملية التدريب من جديد، حيث ينبغي وضع تقارير دورية، ويطلب من المدراء إطلاع رؤوسهم على مختلف مراحل عملية التنفيذ.

وقد حدد الباحث ماكونكاي "McConkey" ثلاث مراحل رئيسية للتنفيذ وهي: (هبة، 2014، صفحة 18)

- **مرحلة الإعداد:** ويتم فيها توضيح وظيفة المدير وواجباته، ومسؤولياته ومستويات السلطة لديه؛
- **مرحلة وضع الأهداف:** يطلب من المدير وضع خطة تتضمن تحديد أهداف واضحة للأداء يمكن قياسها وبرمجتها، حيث تتضمن الخطة أهدافا للعمل وأهدافا لتطوير الأفراد، ويمكن تحديد مواعيد إنجازها؛
- **مرحلة التقييم:** يقوم المدير خلال هذه المرحلة بتقييم الأداء من خلال مقارنة النتائج بالأهداف التي تم الاتفاق عليها، ثم يناقش المدير تقييمه الذاتي مع رئيسه، بعدها يتم الاتفاق على تقييم أداء المدير خلال الفترة السابقة.

### رابعا: نموذج سيزلاقي ووالاس 1992 "Wallace & Szilagyi"

حدد الباحثان "سيزلاقي ووالاس" سنة 1992 نموذج أسلوب الإدارة بالأهداف في ثماني خطوات هي (صلواتشي، بودلة، و غيدوش، 2017):

- **التشخيص:** وتشمل هذه الخطوة الأنشطة الأولية الموجهة لمعرفة حاجات الفرد وأداء الوظائف والمهام في المنظمة؛
- **التخطيط:** وتتضمن المسائل المتعلقة بتحديد الأهداف الاستراتيجية، والحصول على التزام الإدارة بنظام الإدارة بالأهداف، وتدريب الأفراد حول كيفية استخدام هذا الأسلوب؛
- **وصف الوظيفة:** تعد هذه الخطوة من بين المراحل الأكثر تعقيدا، حيث يطلب من الموظف وصف وظيفته، ومحتواها وواجباتها ومسؤولياتها، وينبغي أن يكون الفرد مسؤولا وملما بالعمل المراد أدائه قبل وضع الأهداف؛
- **وضع الأهداف:** يتم التفاعل بين الرئيس والمرؤوس باستخدام مجموعة من الأهداف خلال الفترة القادمة، ويتركز الاهتمام على نوع الهدف والمواعيد المقررة لتحقيقها، وكذا طرق القياس؛
- **مراجعة الرئيس للأهداف:** يقوم الرئيس بمراجعة الأهداف الأولية، ويقدم مقترحات حول تطويرها وتحسينها؛
- **الاتفاق المشترك:** يتم تكرار الخطوتين السابقتين حتى يتم التوصل إلى اتفاق بين المرؤوس ورئيسه حول الأهداف المقررة للفترة المحددة؛

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

- **التقييم المبدئي:** يجتمع الرئيس والمرؤوس أثناء تلك الفترة لتقييم سير العمل في اتجاه تحقيق الأهداف، والغرض من هذا الاجتماع ليس الوقوف على مستوى الانجاز وحسب، بل تعديل الأهداف إذا ما استحدثت متغيرات جديدة في بيئة المنظمة؛

- **التقييم النهائي:** يقوم الرئيس والمرؤوس بتقييم النتائج خلال نهاية الفترة، ويكون التركيز هنا على التحليل والتغذية العكسية والمدخلات للفترة القادمة، وتتكرر الدورة لفترة أخرى بعد نهاية هذه الخطوة.

### الفرع الثاني: النماذج العربية للإدارة بالأهداف

لقد ساهم بعض الأكاديميين والإداريين العرب، بوضع نماذج مهمة للإدارة بالأهداف، نذكرها كما يلي:

#### أولاً: نموذج منذر الشبول 1995

- وضع الشبول نموذجاً للإدارة بالأهداف يتكون من الخطوات التالية: (سعد الحربي، 2008، الصفحات 27-28)
- 1- تحديد الأهداف:** يجب أن تغطي الأهداف النواحي المختلفة للوظيفة، وتسعى لتلبية حاجات المنظمة، وحاجات العاملين، كما تحدد الاستراتيجية الخاصة بالمنظمة ككل.
  - 2- وضع خطة عملية:** يشترك الرئيس والمرؤوسين في وضع خطة واضحة ومحددة، وقابلة للتنفيذ، فيتم توزيع المهام على المرؤوسين حسب اختصاصاتهم الوظيفية، وتحديد العلاقات بينهم، وإعداد الميزانية، وإعداد نظام للحوافز ووضع معايير لقياس الأداء، ويمكن تحقيق الاستراتيجيات والسياسات والبرامج اللازمة لتحقيق كل ذلك.
  - 3- المراجعة الدورية:** ويتم ذلك بإنشاء نظام للرقابة، يتابع سير عمل المنظمة، ومتابعة تنفيذ المرؤوسين لأعمالهم ونشاطاتهم، وتنمية الرقابة الذاتية، والتأكد من أن المنظمة تسير وفق الطريق المرسوم.
  - 4- تقويم الإنجاز السنوي:** ويتم في هذه الخطوة مناقشة ما تم عمله، وقياس مستوى أداء المرؤوسين ومتابعة انتظامهم، وتشجيع وتنمية روح الفريق، ومقارنة النتائج المحصلة بما تم الاتفاق عليه في خطة العمل، وملاحظة مدى تأثير الجو الديمقراطي والتشاركي، والعلاقات الانسانية على العمل، ومكافأة المرؤوسين، ثم وضع خطة عمل لعام آخر.

#### ثانياً: نموذج علي محمد عبد الوهاب 1999

- حدد "عبد الوهاب" خطوات تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف فيما يلي: (سعد الحربي، 2008، الصفحات 28-29)
- 1- تحديد الأدوار والمهام:** يوضع إطار تفصيلي وبشكل محدد للأدوار والمهام التي تقوم بها المنظمة، أو الإدارة أو القسم الذي يرأسه المدير؛
  - 2- تحديد مجالات النتائج الرئيسية:** ويقصد بها مجالات النتائج الأساسية للوظيفة التي يؤديها الفرد؛
  - 3- وضع مؤشرات الأداء:** المؤشر هو عامل أو نسبة أو معدل، يمكن من خلاله الحكم على درجة فاعلية الأداء، فمثلاً مؤشرات الانتاجية هي المخرجات لكل ساعة عمل. ويفضل أن يكون لكل مجال من مجالات النتائج الرئيسية من المؤشرات، وأن يوضع المؤشر في صورة معدل أو نسبة بدلا من القيم المجردة.

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

**4- الاتفاق على الأهداف:** هناك نوعان رئيسيان من الأهداف هي: أهداف العمل أو أهداف الأداء، والأهداف الشخصية أو الأهداف التنموية للفرد.

**5- تصميم خطة العمل:** يضع الرئيس والمرؤوس خطة عمل تتضمن:

- البرمجة: تعني تحديد الأنشطة والأعمال اللازمة لتحقيق كل هدف؛
- الجدولة: وهي تحديد الزمان لكل نشاط والزمّن الكلي للهدف؛
- الموازنة: تشمل تخصيص الموارد اللازمة لتوزيعها على الأنشطة المطلوبة لتحقيق الأهداف؛
- المسؤولية: من المسئول عن الأهداف والأنشطة التي يجب أدائها لبلوغ هذه الأهداف؛
- المراجعة: تتضمن اختيار الخطة وتعديلها إذا لزم الأمر؛
- التحسين: يجب أن يراعى في كل الأجزاء السابقة والوصول إلى حال أفضل للتحسين والتطوير؛

**6- المراجعة والرقابة:** بعد أن يتم الاتفاق على الخطة، توضع في ورقة عمل تتكون من:

- أنشطة وواجبات ومهام يقوم بها المرؤوس؛
- مساعدات وإرشادات يقدمها الرئيس؛

كما يتم تحديد نقاط المراجعة الدورية مثل: حسن سير وسلامة الخطة، إجراء التعديل اللازم في الخطة، شحذ همم المرؤوسين وتقوية دافعيتهم. وعند تقويم الأداء يجب مراعاة العناصر التالية: (البعد الكمي، البعد الوضعي، بعد الزمن، بعد ملائمة الزمن المخصص لكل هدف، نوع ودرجة صعوبة الأهداف، الأهداف الجديدة المضافة أو المقترحة).

### ثالثاً: نموذج البابطين عبد الرحمان 2003

حدد البابطين النموذج المقترح للإدارة بالأهداف وفق الخطوات الثمانية التالية (البابطين، 2003):

- **الخطوة الأولى:** التعريف بأسلوب الإدارة بالأهداف لجميع المديرين والمرؤوسين؛
- **الخطوة الثانية:** تحديد مجالات العمل الرئيسية: ويقصد بمجالات النتائج والمسؤوليات الوظيفية التي يقوم بها الموظف؛
- **الخطوة الثالثة:** تحديد الأهداف العامة للمنظمة ككل؛
- **الخطوة الرابعة:** تحديد الأهداف الإجرائية للمنظمة، وهي جزئيات الأهداف الخاصة في مجال العمل المراد تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف عليه؛
- **الخطوة الخامسة:** تحديد الاتفاق المشترك على الأهداف الإجرائية لدى المديرين والمرؤوسين؛
- **الخطوة السادسة:** التغذية العكسية حول نتائج المديرين والمرؤوسين في ضوء بعض المدخلات الجديدة، واستبعاد الأهداف غير المناسبة؛
- **الخطوة السابعة:** المراجعة الدورية لنتائج المديرين والمرؤوسين، وذلك بالمقارنة مع الأهداف الموضوعية سابقاً؛

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

- **الخطوة الثامنة:** التقويم ومناقشة الانجازات التي تمت من قبل المرؤوسين، وقياس مستوى أدائهم، ثم وضع خطة عمل للعام المقبل.

رابعا: نموذج زيد منير عبوي 2006:

اعتمد "عبوي" نموذج لتطبيق الإدارة بالأهداف كأسلوب تقييم إداري، حيث قال: «إن الإدارة بالأهداف أصبح في الوقت الحاضر أسلوبا حديثا يستخدم في عملية التقييم لأداء العاملين، وتعود عملية الإدارة بالأهداف إلى تحديد الأهداف الشاملة على مستوى المنظمة» (سعد الحربي، 2008، صفحة 19). فحددها بأربعة مراحل تعتبر مكونات وعناصر الإدارة بالأهداف كما يلي (عبوي ز.، 2006، الصفحات 57-59):

**1- وضع الأهداف:** أي تحديد أهداف المنظمة، وتأسيس خطة المنظمة للسنة القادمة ووضع أهدافها، إن عملية وضع الأهداف في الواقع تتم في ثلاثة مراحل: الأولى تهتم بتحديد مراكز المسؤولية أو الأنشطة التي تعد ضرورية في تقدم المنظمة على المدى الطويل. والثانية، هي تحديد أساليب لقياس الأفراد وأدائهم في كل جانب، ومن ثم المرحلة الأخيرة وهي تحديد الأهداف التي يمكن استخدامها كمقياس يقاس عليها الإنجاز.

**2- تطوير خطة عملية:** حيث تتعلق وظيفة التخطيط بالأهداف التي سبق وضعها، وبذلك تكون الخطوة التالية المتمثلة في تحديد الاستراتيجيات والسياسات والبرامج اللازمة لتحقيقها. حيث يتم هنا تحديد أهداف الأقسام، إذ يقدم مدراء الأقسام على أخذ أهداف المنظمة مثل تحقيق نسبة ربح معينة كأن تكون 20% ومن ثم وبالتعاون مع المشرفين يتم وضع الأهداف لأقسامهم.

**3- القيام بالمراجعة الدورية:** عندما يتم وضع الأهداف ورسم الخطط تأتي المرحلة التالية في عملية الإدارة بالأهداف، وهي إنشاء نظام للرقابة بغرض التأكد من أن المنظمة تسير على الطريق الصحيح والمرغوب فيه، والتأكد من أن الأعمال سوف تؤدي إلى النتائج والأهداف التي سبق وضعها، وذلك يتم بواسطة مناقشة أهداف الأقسام إذ يجب أن يناقش رؤساء الدوائر أهدافهم مع المرؤوسين، وعادة فإن ذلك يتم في اجتماعات الأقسام الموسعة. حيث يطلب الرؤساء من العاملين تحديد أهدافهم الفردية، وبعبارة أخرى معرفة كيفية استطاعة كل موظف المساهمة في تحقيق أهداف الدائرة التي يعمل فيها. إن عناصر نظام الرقابة الجيد هي معايير يمكن قياس النتائج على ضوءها، بالإضافة إلى نظام التغذية الراجعة، وفي المنظمات التي تمارس الإدارة بالأهداف تصبح الأهداف هي الأنماط التي يمكن للإداري قياس الإنجاز بالمقارنة معها.

**4- تقييم الإنجاز السنوي:** إن الخطوة الأخيرة لنظام الإدارة بالأهداف تتمثل في التقييم السنوي للإنجازات التي تمت، ومن ثم الإعداد للعام المقبل، وذلك يعني إعادة النظر في الأداء حيث يقارن مدراء الدوائر الأداء الفعلي لكل موظف مع الأداء المستهدف أو المتوقع تحقيقه (الملائم). فإذا لم يتم تحقيق الأهداف فإن على الشخص المسؤول ورئيسه المباشر في هذه الحالة أن يعمل على تركيز جهودهما على معرفة الأسباب؛ وهناك العديد من الأسباب الناجمة عن الإنجاز الرديء، إذ لا يعرف المرؤوس ما هو المطلوب منه في شكل نتائج متوفرة، أو أنه لا

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

يستطيع القيام بالمتوقع منه، وذلك بسبب قلة التدريب والتعليم، أو نتيجة لعدم توفر الحوافز التي تحفزه على زيادة فعاليته وإنجازه، أو قد يكون ذلك بسبب نقص الدعم اللازم لتحقيق هذا الإنجاز، أو قد يكون السبب ناجما عن سوء الإشراف، أو أن الأهداف كانت غير واقعية، وغير ذلك من الأسباب. إن التغذية الراجعة يتم خلالها تقييم ومناقشة المدراء والمرؤوسين للتقدم.

### خامسا: نموذج طارق طه 2008

- يحتوي نموذج الإدارة بالأهداف حسب هذا الكاتب "طارق طه" على الخطوات التالية: (طه، 2008)
- 1- **الصياغة المشتركة للخطط:** يشترك الرؤساء والمرؤوسين في صياغة الخطط من خلال وضع الأهداف المختلفة (الاستراتيجية، الميدانية، التشغيلية)، وتحديد معايير قياس الأداء، وتحديد وسائل تحقيق الأهداف المرغوبة.
  - 2- **التنفيذ:** يتم تنفيذ المهام المتعلقة بتحديد الأهداف الموضوعية.
  - 3- **مراجعة التقدم المنجز:** يراجع الأداء للوقوف على التقدم الذي تم إنجازه نحو تحقيق تلك الأهداف، والكشف عن أي انحراف محتمل بين الأداء المخطط والأداء الفعلي، حتى يمكن اتخاذ التصرف التصحيحي "Corrective Action" لتصويب المسار، وإعادة الأداء إلى معادلته المرغوبة.
  - 4- **تقييم الأداء الكلي:** تتمثل الخطوة الأخيرة في عملية الإدارة بالأهداف حسب هذا النموذج، استهداف تقييم الأداء الكلي للتأكد من تحقيق النتائج المطلوبة، والتي يتم على أساسها إثابة (مكافأة) العاملين.

### المطلب الرابع: نحو نموذج مقترح للإدارة بالأهداف

يتضح من المكونات السابقة للنماذج الأجنبية والعربية لنظام الإدارة بالأهداف، أن أسلوب الإدارة بالأهداف يتطلب المرور عبر عدة مراحل وخطوات منهجية مترتبة، ويختلف عدد هذه الخطوات ومضامينها من نموذج لآخر، حيث سنتناول في هذا الجزء إجراء مقارنة بين كل النماذج وأهم الإضافات التي جاء بها كل نموذج، ثم نحاول أن نضع نموذجاً نظرياً آخر للإدارة بالأهداف.

#### الفرع الأول: مقارنة بين النماذج السابقة

من خلال عرضنا السابق للعديد من النماذج الأجنبية والعربية للإدارة بالأهداف، سنحاول إجراء مقارنة بينهم من حيث عدد المراحل وأهم الإضافات التي جاء بها كل نموذج، في الجدول التالي:

الجدول رقم (1 - 3): مقارنة بين نماذج الإدارة بالأهداف

| النماذج الأجنبية                   |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| النماذج                            | عدد المراحل والخطوات  | نقاط التركيز وأهم الإضافات  |
| نموذج دراكر<br>Drucker<br>قبل 1970 | 4 خطوات<br>- تحديد الأولويات<br>- تحديد الأهداف<br>- وضع مقاييس للأداء<br>- التغذية العكسية   | - تحديد الأولويات المتعلقة بالجانب التنظيمي؛<br>- الضبط الدقيق للأهداف؛<br>- اعتبار الإدارة بالأهداف كمعيار لتقييم الأداء.<br>- التغذية العكسية؛  |
| نموذج أوديون<br>Odiorne<br>1970    | 7 خطوات<br>- التشخيص<br>- تحديد الأهداف العامة<br>- تحديد الأهداف الفرعية<br>- وضع مقاييس للأداء<br>- التقييم الدوري<br>- التغذية العكسية<br>- تقييم الأداء الكلي | - البدء في تحديد الأهداف العامة للمنظمة، ثم تحديد الأهداف الفرعية بالمشاركة بين الرئيس والمرؤوسين في إطار فرق عمل متكاملة.<br>- ضرورة التكامل بين أهداف المنظمة وأهداف المرؤوسين.<br>- ضرورة إجراء تعديلات في المنظمة مثل (شكل التنظيم، إجراءات العمل...) وتكييفها مع نموذج الإدارة بالأهداف المعتمد.<br>- التقييم الدوري والنهائي بناءً على التغذية العكسية. |
| نموذج كارول<br>Carrol<br>1973      | 5 خطوات<br>- التشخيص (الفرد، العمل، خصائص التنظيم)<br>- موقف المشاركة   | - يستند هذا النموذج على العلاقات المترابطة بين الجوانب المختلفة للإدارة بالأهداف، والتي أساسها العلاقة بين الرئيس والمرؤوسين، ويظهر هذا النموذج أن تطبيق الإدارة بالأهداف يكون على مستوى الإدارة  |

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>العليا، وهو يتأثر بجانبين هما: الأول أساسه الفرد والعمل وخصائص التنظيم، أما الجانب الثاني فأساسه المشاركة داخل التنظيم.</p>   | <p>- مراحل العملية (وضع الأهداف، التقييم الأولي، التقييم النهائي) النتائج<br/>- التغذية العكسية</p>   |   |
| <p>- في الستة أشهر الأولى يركز هذا النموذج على ضرورة وجود رغبة داخلية للأفراد (مدراء ومرؤوسين) لتبني الإدارة بالأهداف، ثم القيام بتدريبهم على هذا النظام، ثم البدء بوضع الأهداف التي يجب أن تتجانس مع شكل التنظيم.<br/>- أما في الستة أشهر الثانية تبدأ عملية التنفيذ لكن دون تحمل المرؤوسين لأي مسؤولية للنتائج المحققة، مع التركيز في هذه المرحلة على التبادل الآني للمعلومات ومراجعة دورية لمدى صلاحية الأهداف.</p> | <p><b>خطوتين (2) لمدة سنة</b><br/>- مرحلة أولى لستة أشهر: (الاعتماد، تحديد الأهداف)<br/>- مرحلة ثانية لستة أشهر أخرى: (المشاركة، التدريب، التقييم الدوري)</p>                       | <p>نموذج ماكونكاي<br/>McConkey<br/>1981</p>                     |
| <p>أهم الإضافات في هذا النموذج مقارنة بسابقه ما يلي:<br/>التخطيط ضمن الأهداف الاستراتيجية والالتزام الصريح للإدارة بتبني هذا الأسلوب، ثم يقوم كل فرد بوصف وظيفته والمسؤوليات الملقاة على عاتقه، ثم محاولات متكررة للاتفاق على أهداف مشتركة، مع التقييم الأولي لتعديل الأهداف، ثم التقييم النهائي خلال الفترة المحددة لتطبيق هذا النموذج.</p>   | <p><b>8 خطوات:</b><br/>- التشخيص<br/>- التخطيط<br/>- وصف الوظيفة<br/>- وضع الأهداف<br/>- مرحلة الرئيس للأهداف<br/>- الاتفاق المشترك<br/>- التقييم المبدئي<br/>- التقييم النهائي</p> | <p>نموذج سيزلاقي ووالاس<br/>Wallace &amp; Szilagyi<br/>1992</p> |
| <b>النماذج العربية</b>   |   |   |
| <b>نقاط التركيز وأهم الإضافات</b>  | <b>عدد المراحل والخطوات</b>   | <b>النماذج</b>  |
| <p>يركز في الخطوة الأولى ليس على الأهداف فقط، وإنما تحديد هذه الأهداف وفقا لحاجات المنظمة وحاجات الأفراد في ظل استراتيجية المنظمة، ثم وضع خطة محكمة يراعى فيها الميزانية التقديرية للتنفيذ وتحديد العلاقات والاختصاصات، وقياس دوري لعملية التنفيذ، ثم اعتماد نظام مكافآت على أساس النتائج المحققة، وفي النهاية</p>   | <p><b>4 خطوات</b><br/>- تحديد الأهداف<br/>- وضع خطة عملية<br/>- المراجعة الدورية<br/>- تقييم الإنجاز السنوي</p>   | <p>نموذج الشبول<br/>(منذر الشبول)<br/>1995</p>                  |



## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>مقارنة النتائج المحققة مع الأهداف المحددة سابقا، وكل هذه المراحل تكون وفقا لمبدأ المشاركة وروح الفريق والتحفيز المستمر .</p>  |  |  |
| <p>يركز هذا النموذج أكثر على الخطوات الاستباقية قبل وضع الأهداف، وهي توصيف الوظائف بدقة، والتركيز على المجال الأساسي داخل الوظيفة، ثم وضع مؤشرات كمية للأداء. ثم تأتي مرحلة الاتفاق على الأهداف، ورسم خطة عمل تتصف بجدول أعمال وجدول زمني وموارد لازمة للتنفيذ، والمراجعة الدورية للتحسين والتطوير؛ وفي النهاية تقويم الأداء بناء على عناصر الزمن ودرجة الهدف.</p>   | <p style="text-align: center;"><b>6 خطوات</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تحديد الأدوار والمهام</li> <li>- تحديد مجالات النتائج الدراسية</li> <li>- وضع مؤشرات الأداء</li> <li>- الاتفاق على الأهداف</li> <li>- تصميم خطة العمل</li> <li>- المراجعة والرقابة</li> </ul>   | <p>نموذج عبد الوهاب (علي محمد عبد الوهاب) 1999</p> |
| <p>فصل هذا النموذج بين الأهداف العامة التي تحددها الإدارة العليا، والأهداف الفرعية المتفق عليها بين الرؤساء والمرؤوسين، والمراجعة الدورية للأهداف بناء على التغذية العكسية ومقارنة ذلك مع النتائج المحققة، ثم تقييم نهائي لكل الانجازات وضرورة استخدام التقييم النهائي لرسم الخطة القادمة.</p>   | <p style="text-align: center;"><b>8 خطوات</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- التعريف بالإدارة بالأهداف</li> <li>- تحديد مجالات العمل الرئيسية</li> <li>- تحديد الأهداف العامة</li> <li>- تحديد الأهداف الإجرائية</li> <li>- الاتفاق المشترك على الأهداف الاجرائية</li> <li>- التغذية العكسية</li> <li>- المراجعة الدورية</li> <li>- التقويم</li> </ul> | <p>نموذج الباطين (الباطين عبد الرحمان) 2003</p>    |
| <p>يعتمد هذا النموذج كأسلوب للتقييم الإداري بناء على الخطوات الأربعة، حيث يرى أن خطوة وضع الأهداف تتضمن تحديد مراكز المسؤوليات وتحديد الأنشطة ووضع معايير لقياس الأداء ثم تحديد الأهداف، بعدها تحديد الاستراتيجيات والسياسات والبرامج اللازمة لتحقيق تلك الأهداف، ثم تأتي مرحلة مهمة وهي المراجعة الدورية من أجل التصحيح والتصويب، وفي النهاية التقييم السنوي الشامل لكل الانجازات والتحديد الدقيق لأوجه الخلل المسجلة طيلة عملية التنفيذ.</p> | <p style="text-align: center;"><b>4 خطوات</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- وضع الأهداف</li> <li>- تطوير خطة عملية</li> <li>- القيام بالمراجعة الدورية</li> <li>- تقييم الانجاز السنوي</li> </ul>   | <p>نموذج عبوي (منير زيد عبوي) 2006</p>             |

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

|   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| وكأن هذا النموذج اعتمد بصورة ضمنية على وظائف الإدارة، إذ أدرج عملية اشتراك الرؤساء والمرؤوسين في تحديد الأهداف يكون ضمن مرحلة صياغة الخطة بالإضافة على العناصر الأخرى المكونة لها من تحديد الوسائل ومقاييس الأداء والزمن اللازم للتنفيذ، ثم مراجعة دورية عن كل تقدم انجز لتصحيح الانحرافات وتصويب المسار، وفي النهاية تقييم كلي للأداء ومقارنة النتائج مع الأهداف، والتي على أساسها يتم اعتماد نظام المكافآت. | <b>4 خطوات</b><br>- الصياغة المشتركة للخطط<br>- التنفيذ<br>- مراجعة التقدم المنجز<br>- تقييم الأداء الكلي | نموذج طارق<br>(طارق طه)<br>2008 |
|---|---|---------------------------------|

المصدر: من إعداد الطالب يوسف حجو بالاعتماد على النماذج الأجنبية والعربية السابقة

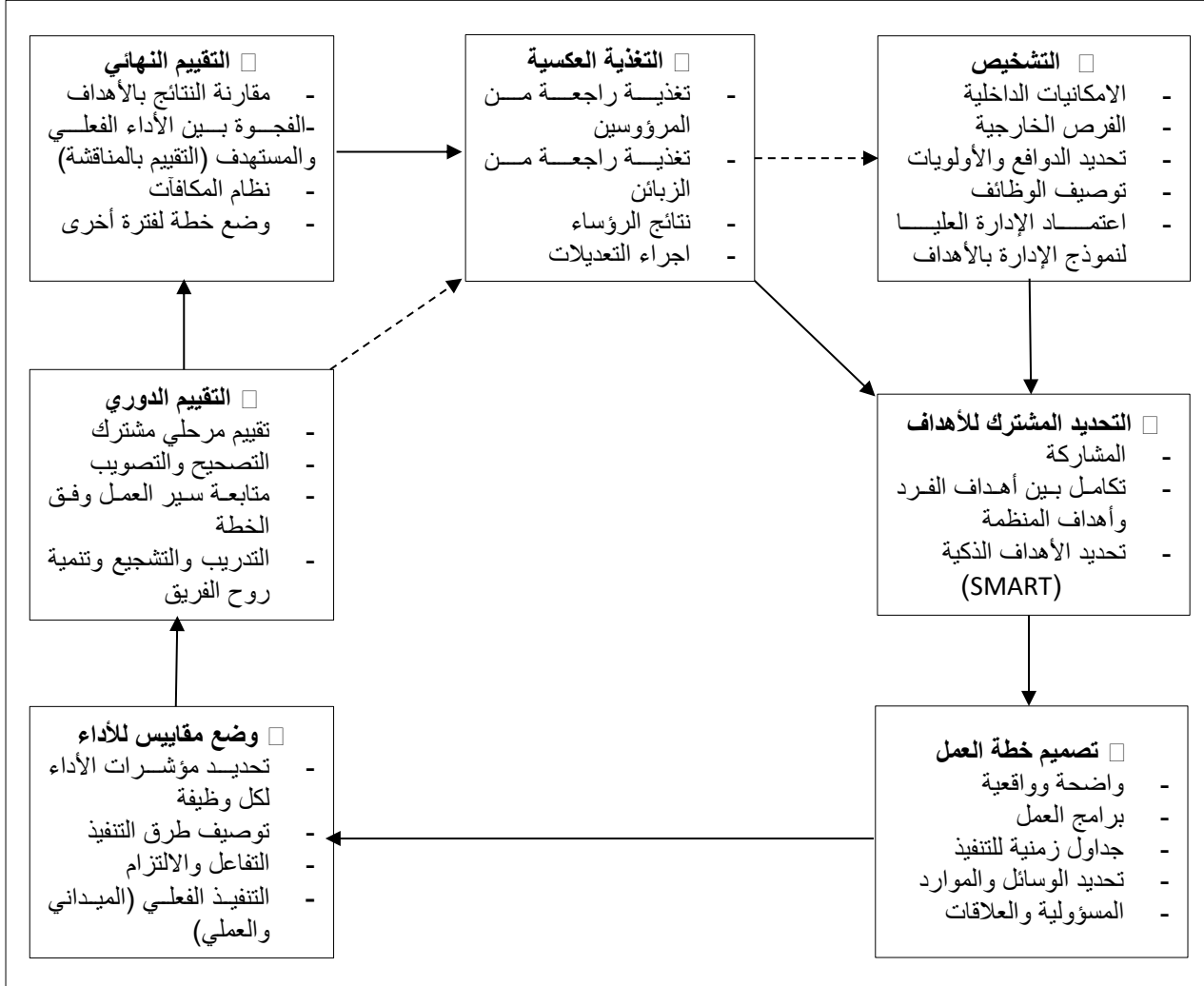
نلاحظ من الجدول رقم (1 - 3) أن هناك نقاط تلاقي واختلاف بين جميع النماذج نذكرها كما يلي:

- النماذج السابقة تمنح الفرصة للأفراد في مختلف مستوياتهم التنظيمية في اتخاذ القرارات، والتصرف في بعض الحدود؛
- تتيح النماذج لكل الموظفين تنمية قدراتهم وتدريبهم على ممارسة الإدارة؛
- كل النماذج تتفق على أن مبدأ المشاركة بين الرؤساء والمرؤوسين ضروري لتطبيق الإدارة بالأهداف، وبالتالي يأخذ هذا المبدأ - المشاركة - شكلا منتظما ومستمر من خلال لعبهم لأدوار إيجابية من بداية وضع الأهداف وتحديد خطة العمل إلى غاية التقييم النهائي وتحقيق النتائج لإضفاء كفاءة وفعالية في الأداء.
- كل النماذج تعتبر التقييم النهائي خطوة أخيرة مهمة لإعادة تبني نظام إدارة بالأهداف جديد؛
- العديد من النماذج التي ذكرناها تشير إلى وضع مقاييس للأداء قبل بدء عملية التنفيذ، والقيام بمراجعة دورية لتصحيح الانحرافات وتصويب المسارات.
- نلاحظ أن خطوة تحديد الأهداف ذكرت في جميع النماذج، وأغلبها وضعت كأول مرحلة لتطبيق الإدارة بالأهداف ما عدى نموذج طارق الذي ربما جعله ضمنا في المرحلة الأولى التي سماها بالصياغة المشتركة للخطط باعتبار أن الأهداف منبع للخطط.
- وردت عدد تكرارات كل مرحلة في جميع خطوات النماذج التي ذكرناها بترتيب تنازلي كما يلي: (تحديد الأهداف "9"، التقييم الكلي "7"، وضع خطة عمل "5"، المراجعة الدورية "5"، التغذية العكسية "4"، التقييم الدوري "4"، التشخيص "3"، وضع مقاييس للأداء "3"، وصف الوظائف وتحديد الأدوار "2"، تحديد الأولويات "2"، الاعتماد والتعريف بالإدارة بالأهداف "2").

الفرع الثاني: النموذج المقترح للإدارة بالأهداف

بناء على النماذج الأجنبية والعربية التي ذكرناها، تجدر بنا الإشارة إلى إمكانية دمج بعض الخطوات مع بعضها البعض باعتبار أن لها نفس المغزى على غرار التقييم الدوري والمراجعة الدورية، وعلى هذا الأساس نقترح النموذج الآتي كخطوات رئيسية يمكن أن يعتمد عليها تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في أي منظمة.

الشكل (1-5): نموذج مقترح لخطوات تطبيق الإدارة بالأهداف



المصدر: من إعداد الطالب يوسف حجوج

نلاحظ من الشكل (1-5) أن هذا النموذج يمر بسبعة خطوات مهمة، وكل خطوة تحتوي على عدة مراحل واعتبارات يجب أن تأخذ في الحسبان، الغرض منها تبسيط ممارسة الإدارة بالأهداف من أجل تحقيق فعالية وكفاءة أكثر لهذا النموذج، والتي نشرحها كما يلي:

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

### - الخطوة الأولى: التشخيص

يعتمد نجاح الإدارة بالأهداف على تحديد الإمكانيات الداخلية للمنظمة وحسن استخدامها، والتعرف على نقاط القوة والضعف، واستفزاز دوافع المدراء والمرؤوسين بضرورة تبني أسلوب الإدارة بالأهداف، وتوصيف دقيق للوظائف من خلال تحديد المهام والصلاحيات بدقة وفصل السلطات، وربط جيد للعلاقات بين مختلف الأقسام أو الأجزاء بهدف ترتيب الأولويات.

### - الخطوة الثانية: التحديد المشترك للأهداف

أحسن ما يمكن معرفته هو إلى أين نريد أن نصل، فالأهداف هي النتائج المطلوب تحقيقها بالجهد الجماعي في المستقبل، وبالتالي على المنظمة أن تضع أهدافا لها مواصفات معينة وذلك بمشاركة جميع الأطراف، مع ضرورة تكامل أهداف الأفراد مع أهداف المنظمة، فيكون تحديد الأهداف العامة كمرحلة أولى، ثم تنبثق منها الأهداف الإجرائية. وللهدف خمس خصائص أساسية مجموعة في كلمة "SMART" وهي :

- Spécifique أي أن يكون الهدف محددًا بدقة؛
- Mesurable أن يكون قابلاً للقياس، أي يمكن التعبير عنه بعدد أو بكمية؛
- Achievable أن يكون قابلاً للإنجاز
- Réaliste أن يكون واقعي يمكن تحقيقه؛
- Temps أن يكون مرتبطاً بإطار زمني.

### - الخطوة الثالثة: تصميم خطة العمل

تعد خطة العمل الخريطة التي تساعد على السير في الطريق الصحيح من أجل الوصول إلى الأهداف، إذ يجب أن يعتمد العمل في الإدارة بالأهداف على خطة دقيقة وواضحة وواقعية، تتضمن الوسائل والموارد اللازمة للتنفيذ، ووفق جدول زمني يحدد فيه بالضبط برنامج عمل كل وحدة إدارية في المنظمة، وبرنامج عمل كل مدير ومرؤوس في إطار علاقات تفاعلية منسجمة ومشاركة.

### - الخطوة الرابعة: وضع مقاييس للأداء

يعتبر موضوع وضع مؤشرات قياس الأداء من أهم الركائز الرئيسية في الإدارة بالأهداف، لأنها تضمن تحقيق الأهداف، وتساعد على التركيز وعدم التشتت. وهي مجموعة من المؤشرات والقيم النوعية والكمية التي يمكن من خلالها تقييم الأداء، سواء أداء المنظمة ككل، أو تقييم أداء الموظفين والأقسام والأهداف والمهام. كما أن تحديد معايير لقياس الأداء يعطي نوع من الالتزام لإنجاز العمل وفق المعايير المحددة.

### - الخطوة الخامسة: التقييم الدوري

يتم في هذه الخطوة تقييم دوري لما تم إنجازه، ويكون هذا التقييم بالمناقشة بين الرؤساء والمرؤوسين، وتحديد مستوى الإنجاز، وأوجه القصور عند كل مرحلة، بهدف تصحيح الانحرافات، وضبط مسارات التنفيذ، وهذا كله وفقاً لما

## الفصل الأول: الإطار النظري للإدارة بالأهداف

تم التخطيط له، كما يتم في هذه الخطوة وبصفة مستمرة، تدريب المرؤوسين وتشجيعهم في إطار عمل فرق متكاملة فيما بينها. حيث يشير السهم المتقطع المتجه من هذه المرحلة إلى المرحلة السابعة "التغذية العكسية" إلى إمكانية استخدام نتائج التقييم الدوري في إعادة صياغة بعض الأهداف أو تهذيب الخطة المنتهجة.

### - الخطوة السادسة: التقييم النهائي

يكون في هذه المرحلة إجراء تقييم نهائي للأداء بما يتلاءم مع الأهداف المرسومة مسبقاً، وتكون عملية التقييم على أساس المعايير ومؤشرات الأداء التي حددت سابقاً، ثم اعتماد نظام للمكافآت والإجراءات التأديبية تراعى فيه درجة مردودية كل فرد وكل قسم في المنظمة؛ كما يمكن اعتبار هذه المرحلة خطوة مهمة لتبني نظام الإدارة بالأهداف لفترة أخرى.

### - الخطوة السابعة: التغذية العكسية

في ضوء النتائج المحققة دورياً قد تظهر معطيات ومعلومات جديدة، هذا الأمر يستوجب إجراء التعديلات اللازمة في الخطة، أو استعمال بعض المدخلات الجديدة لإعادة صياغة بعض الأهداف أو تغييرها أو الإضافة عليها. حيث يشير السهم المتقطع المتجه من هذه المرحلة إلى المرحلة الأولى "التشخيص" إلى إمكانية الرجوع إلى المرحلة الأولى نتيجة اكتشاف خطأ في التشخيص؛ أما السهم الرابط المتجه نحو المرحلة الثانية "التحديد المشترك للأهداف" فمعناه حتمية الرجوع وإعادة النظر في الأهداف.

### خلاصة الفصل:

تم معالجة في هذا الفصل الإطار النظري للإدارة بالأهداف، فعرضنا العديد من التعاريف لأبرز المفكرين المهتمين بهذا الأسلوب الإداري، ووجدنا اتفاقاً واختلافاً بينهم، إلا أن معظمها تتقاطع في أهم المبادئ التي تركز عليها الإدارة بالأهداف مثل المشاركة في وضع الأهداف، واعتماد معايير للتقييم واستخدام التغذية العكسية كأداة لتصويب المسارات واستخدامها مداخلات جديدة لفترة أخرى؛ وأوضحنا أن فلسفتها تطورت بداية من اعتباره كأداة لقياس وتقييم الأداء، ثم كوسيلة للتخطيط والرقابة، حتى أصبحت نظام متكامل وشامل، تركز أكثر على المشاركة بين الرئيس والمرؤوسين، والرقابة الذاتية وتحمل المسؤولية، والقدرة على التطور والابتكار، والتحرك من قاعدة الأهداف المتكاملة بين الفرد والمنظمة، والالتزام بالعمل الجماعي والإبداع في العمل.

كما سجلنا أن الإدارة بالأهداف لها عدة مميزات سواء بالنسبة للمنظمة أو الرؤساء أو المرؤوسين، تشترك جميعها في تمكينهم من تحقيق الأهداف المتفق عليها بكفاءة وفعالية، واعتماد الرقابة الذاتية وتحسين العلاقات، وتمتين وتنمية القدرات والمهارات. كما أن البعد الإداري للإدارة بالأهداف الذي يمكن استخلاصه من مدرسة النظم، يتمثل بضرورة استيعاب المديرين أو الرؤساء والمرؤوسين على حد سواء للمناخ العام للمنظمة، حيث يمارس كل منهم مهامه في إطار اختصاصه والأهداف التي شارك في وضعها، واعتباره جزءاً من نظام متكامل ينقسم إلى أنظمة فرعية تتفاعل فيما بينها.

تسير الإدارة بالأهداف على أساساً منهجي وفق مراحل متتالية، حيث قمنا بمحاولة رسم الخطوات التي وضعها الباحثون في شكل مبسط يحتوي على سبع خطوات، مقسمة على مرحلتين أساسيتين، المرحلة الأولى تمثل خطوات للتخطيط بوضع الإدارة بالأهداف حيز التطبيق؛ وتشمل أربعة مراحل فرعية تتمثل في وضع الاستراتيجيات والأهداف العامة، وتشخيص الموارد البشرية والمادية، وتجزئة الأهداف العامة إلى أهداف فرعية، ثم توزيع المهام والصلاحيات والمسؤوليات. أما المرحلة الثانية فتتضمن ثلاث مراحل فرعية تتمثل في وضع خطة وبرامج العمل، والتقويم والتغذية الراجعة، والقيام بالمكافآت والعقوبات المناسبة للإنجاز.

وبعد ذكرنا لأهم خمس نماذج لأبرز المفكرين المهتمين بالإدارة بالأهداف، وكذلك أهم خمسة نماذج عربية، خلصنا إلى أن أسلوب الإدارة بالأهداف يتطلب تطبيقه المرور عبر عدة مراحل وخطوات منهجية مترتبة، حاولنا تلخيصها في سبع خطوات لنقترح بذلك نموذج آخر للإدارة بالأهداف.

# الفصل الثاني

أساسيات عن جودة الخدمات

الصحية

### تمهيد

عرف فكر الجودة عبر مراحل تطوره نقلات كبيرة، من نظرة محدودة تخص المنتج النهائي وكيفية منع الوحدات غير المطابقة للوصول إلى الزبون، إلى مراقبة العمليات الانتاجية نفسها لمنع الأخطاء، ثم إلى منهجية شاملة للإدارة وفلسفة في المنظمات الحديثة. وزاد الاهتمام به أكثر في القطاع الخدماتي خاصة قطاع الصحة.

إن الحديث عن موضوع جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي شيق وشائك، شيق لأنه يفتح بابا واسعا من البحث النظري العلمي والعملية التطبيقي في مضامين الجودة وأبعادها وطرق قياسها وانعكاساتها على المستفيدين والعاملين، وشائك لأن قطاع الصحة له مميزات وسياسات وآليات تختلف عن باقي القطاعات، بحكم تأثر جودة الخدمة الصحية بالحالات المختلفة والمتعددة للمرضى والأوبئة والامكانيات المرصودة، والتي تبقى فيه قيمة الجودة ناقصة في نظر المرضى الذين لم يتماثلوا للشفاء رغم الاجتهادات والامكانيات وتطور العلاجات.

حيث سنتناول في هذا الفصل مبحثين: الأول نبين فيه ماهية الجودة في قطاع الصحة من خلال مفهوم الجودة، والخدمة الصحية والخصائص التي تتميز بها عن باقي الخدمات، ثم نتناول أنواع الخدمات الصحية ومستوياتها. وفي المبحث الثاني نستذكر مفهوم جودة الخدمة الصحية وتطورها التاريخي، ثم نستعرض الأبعاد المتعددة لها، والعوامل المؤثرة فيها، ثم نختتمه بطرق قياسها من خلال ثلاث مداخل (من وجهة نظر المرضى، من وجهة مهنة الصحة "أي المنظمة والعاملين"، في إطار برنامج شامل لتحسين جودة الخدمة الصحية).



### المبحث الأول: ماهية الجودة في الخدمة الصحية

لقد اقتضى الأمر أن تهتم الدول والمنظمات بموضوع الجودة، وتضعه في سلم أولوياتها بهدف الارتقاء بأدائها وتحسين خدماتها، لما لها من دور فاعل في ربح الوقت وتخفيض التكاليف، والاستجابة لتوقعات المستفيدين وارتياح لدى العاملين. وزاد هذا الاهتمام أكثر لدى المنظمات الصحية، بحكم أنها تلبي حاجيات هي مطلب كل إنسان، ويجب أن تقدم هذه الخدمات في أعلى مستوى من الجودة والاتقان. حيث سنتناول في هذا المبحث ماهية جودة الخدمة ومفهوم الخدمات الصحية وأنواعها.

### المطلب الأول: التطور التاريخي للجودة

يشير الباحثون في مجال الإدارة والجودة إلى أن الجودة معروفة منذ القدم، غير أن التوثيق والتناول الفكري لها لم يظهر إلا مع النهضة الصناعية الحديثة وظهور مدارس الإدارة كنظريات، وقد مرّ في الحضارة البابلية منذ حوالي (1700 عام ق م) أحد نصوص "قانون حمورابي" الذي جاء في أحد بنوده تطبيق أقصى العقوبات على من يقدم منتجاً أقل جودة من المتفق عليها. كما جاء في الحضارة الفرعونية إجراءات وقواعد عمل محددة يجب الالتزام بها، وخير مثال على ذلك بناء الأهرامات وتخنيط الموتى. ثم تطورت الجودة عند بزوغ فجر الحضارة الإسلامية التي جاءت بالحث على الجودة وإتقان العمل. (الهدلق، 2020)

### الفرع الأول: مفهوم الجودة

لقد استأثر مفهوم الجودة باهتمام واسع النطاق في المنظمات من قبل رواد فكر الإدارة، لذلك سنتناول في هذا الجزء المفهوم اللغوي للجودة، ومجموعة من التعاريف التي لاقت رواجاً كبيراً في علم الإدارة المتعلق بالجودة.

### أولاً: الجودة لغة

الأصل الاشتقاقي للجودة في اللغة العربية هو (ج و د)، وهو أصل يدل على التسمح بالشيء وكثرة العطاء والجراد: السخي، وقيل: هو الذي يعطي بلا مسألة صيانة للآخر من ذل السؤال. ومن اشتقاقه: الجيد، ضد الرديء، وجاد الشيء، يوجد جودة، صار جيداً، وقد جاد جوداً، وأجاد: أتى بالجيد من القول أو الفعل. ويقال أجاد فلان في عمله وأجودَ، وجاد عمله يوجد جودة، وبَيَّنَّ الجودة: أي رائع. (ابن منظور، صفحة 720).  
وعليه فإن المعنى اللغوي يتضمن: العطاء الواسع والأداء الجيد الذي يبلغ حداً فائقاً، ومن مترادفات الجودة الاتقان: والأصل الاشتقاقي (ت ق ن) يدل على إحكام الشيء. (بن فارس، صفحة 493)

### ثانياً: تعريفات الجودة

لقد تعددت التعاريف التي تناولت موضوع الجودة، ويصعب علينا إيجاد تعريف شامل لها، بسبب تعدد وجهات نظر الكتاب والرواد المهتمين بموضوع الجودة الذين قدموا لنا التعاريف الآتية:  
- يرجع مفهوم الجودة إلى الكلمة اللاتينية (Qualitas)، التي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة صلابته، وقديماً كانت تعني الدقة والاتقان. (الدرادكة و الشبلي، 2002، صفحة 15)

- أما إدورد ديمينغ "William Edwards Deming" فيعرف الجودة بأنها: «تخفيض مستمر للخسائر والتحسين المستمر للجودة في جميع النشاطات» (حمود و الشيخ، 2010، صفحة 21)
- يعرف جوزيف جوران "Joseph Juran" الجودة بأنها: «مدى ملائمة المنتج للاستعمال» (جودة، 2004، صفحة 19). أي المعيار الأساسي للحكم على جودة المنتج في رأي "Juran" هو القدرة على تقديم أفضل أداء وأصدق صفات. (صغبرو، 2012/2011، صفحة 25)
- وعرفها فيليب كروسبي "Philip Grosby" بأنها: «الالتزام بالمتطلبات، وانعدام العيوب، وأن يعمل كل فرد بشكل صحيح من المرة الأولى» (Bertrand , 1992, p. 23)
- ويعرف أرماند فيجنباوم "Armand Feigenbaum" الجودة بأنها: «هدف متحرك نحو الأفضل، أي تحقيق أفضل الظروف لعميل معين» (جوزيف ، 2005 ، صفحة 62)
- أما الجمعية الأمريكية للجودة والذي أشار إليه الباحثان "Heizer et Render" بأنها: «الهيئة والخصائص الكلية للمنتج (خدمة أو سلعة) التي تظهر وتعكس قدرته على إشباع حاجات صريحة وأخرى ضمنية» (الطائي ، العبادي ، و العبادي، 2009، صفحة 26).
- وفي تعريف آخر لهما بأنها «مجموعة من الصفات والخصائص التي يجب أن تتوفر في المنتج، وبما يتطابق مع صفات وخصائص وضعت لهذا المنتج سابقا وفي معظم الأحيان فإن هذه الخصائص والصفات تتحدد من قبل المنتج ووفقا لظروفه وموارده واعتباراته الانتاجية». (الصبري، 2005، صفحة 18)
- تعرف الجودة حسب (رياض، 2000، صفحة 4) على أنها: «مجموعة الخواص والخصائص الكلية التي يحملها المنتج أو الخدمة والتي تحدد إلى أي مدى تحقق احتياجات ورضا العميل».
- الجودة هي: «الالتزام بالموصفات والشروط بما يحقق تطابق الانتاج مع تلك المواصفات بشرط تحقيق توقعات ورغبات المستهلك» (النجار ، 2007 ، صفحة 2007)
- وعرفت الجودة بأنها: «مجموعة مميزات وخصائص وحدة معينة والتي تؤهلها لتلبية حاجات معلنة أو غير معلنة» (Daniel & Mourice, 1998, p. 19)
- كما عرفها المكتب الوطني للتنمية الاقتصادية ببريطانيا بأنها: «الوفاء بمتطلبات السوق من حيث التصميم الجيد وخدمات ما بعد البيع» (عبد المحسن، 1995، صفحة 13)
- وعرفت المنظمة الدولية للتقييس (ISO 9000) إصدار سنة 2000، الجودة بأنها: «درجة تلبية مجموعة الخصائص الرئيسية المحددة مسبقا في المنتج لمتطلبات العميل» (Saddiki, 2003, p. 23)
- وعرفها دافيد جارفين "David Garvin" بأنها: «درجة الأداء التي يقدمها المنتج طبقا لما يتوقعه المستهلك، أي مدى المناسبة للاستخدام علميا». (حسن هلال، 1996، صفحة 13)
- وعرفها "عمر وصفي عقيلي" بأنها: «انتاج المنظمة لسلعة أو تقديم خدمة بمستوى عالي من الجودة المتميزة تكون قادرة من خلالها على الوفاء باحتياجات ورغبات عملائها بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم، وتحقيق الرضا والسعادة

لديهم، ويتم ذلك من خلال مقاييس موضوعة سلفاً لإنتاج السلعة أو الخدمة وإيجاد صفة التميز» (زكي عبد العال، 2010، صفحة 8)

- «الجودة هي قدرة المنتج على تلبية احتياجات العميل مع احترام متطلباته من حيث الحجم والوقت والمكان والتكلفة».

ويستعير هذا التعريف عناصر مختلفة من أشهر التعريفات «كروسي 1986 Crosby»؛ فيجنباوم 1983 Feigenbaum؛ جوران 1987 Juran؛ كيلادا 1990 Kelada». يمكن أيضاً إضافة سمات أخرى إليها، على سبيل المثال، «تجاوز توقعات العملاء» «كيلادا 1990 Kelada؛ لوغولت 1990 Legault» أو «تلبية الاحتياجات الحالية والمستقبلية» «دومينغ 1988 Deming». (NICOLE، 1992، صفحة 10)

وإزاء هذا التعدد في تعريف الجودة، قام دافيد جارفين "David Garvin" بحصر التعاريف المختلفة للجودة في خمسة مداخل كما يلي (حجازي، 2002، الصفحات 282-283):

- 1- **مدخل المثالية:** أي أن الجودة مفهوم مطلق يعبر عن أعلى مستويات التفوق والكمال، وبالتالي فالجودة لا يمكن تعريفها ولكن يمكن الإحساس بها والتعرف عليها.
  - 2- **مدخل المنتج:** وفقاً لهذا المدخل، فإن الجودة يتم تعريفها على أنها صفات أو خصائص يمكن قياسها وتحديدتها بدقة، فهي تمثل بالنسبة للمنتج مستوى احتوائه على خاصية أو عنصر ما من العناصر والخواص المكونة له.
  - 3- **مدخل المستخدم:** حسب هذا المدخل، فالجودة هي ما يراه ويريد العميل من المنتج، ويميل إلى الأخذ بهذا المدخل رجال التسويق، وكلما كانت رغبات واحتياجات العميل تختلف من شخص لآخر، فإن الشيء الجيد هو ما يحقق الأفضليات التي يراها هذا العميل. وترتكز جودة المنتج من وجهة نظر العميل على ما يلي: (منتج خالي من العيوب، مناسب للاستخدام، عمر استخدام أطول، الحفاظ على خصائصه طول فترة الاستخدام، سعر أقل)
  - 4- **مدخل التصنيع:** وفقاً لهذا المدخل، فإن رجال الإنتاج يرون أن الجودة تعني المطابقة للمواصفات والمعايير الموضوعة للمنتج أو الخدمة، وأن يتم إنتاجها بطريقة صحيحة من أول مرة، فنظرة الصانع إلى الجودة هي نظرة هندسية تصنيعية، ومن هنا فالجودة تعني: (التطابق مع المواصفات، أي يتم صنع الأشياء بطريقة سليمة).
  - 5- **مدخل القيمة:** وتعتمد تعريف الجودة وفقاً لهذا المدخل على التكلفة والسعر، وعليه فالمنتج الجيد هو الذي يحقق المواصفات بتكلفة معقولة، أو هو الذي يوفر أداء معين بسعر مقبول.
- ونستخلص من كل ما سبق، أن الجودة هي: «مجموعة من الصفات والخصائص والمعايير التي يجب أن تتوفر في المنتج أو الخدمة، بما يتطابق مع حاجات وتفضيلات المستهلك أو المستفيد ولبسي رغباته، بتكلفة معقولة وفي وقت محدد»؛ وبالرغم من أنه ليس هناك تعريف موحد متفق عليه للجودة، إلا أنه هناك مجموعة من الأفكار يمكن استخلاصها من التعريفات السابقة:

- أن الجودة هي القدرة على إنتاج السلع والخدمات وفقا للمواصفات والحاجات المعلنة وغير المعلنة التي يرغب بها المستهلك، مع الأخذ بعين الاعتبار شروط التكلفة والوقت والتصميم.
- الجودة هي ترجمة لتوقعات الزبائن؛
- يمكن أن تطبق الجودة على السلع كما الخدمات، ويمكنها أيضا أن تتعدى إلى مقدمي الخدمات والعمليات التي تتم في بيئة معينة.
- الجودة تتجدد باستمرار، وهي عملية ديناميكية، فما من سلعة أو خدمة هي ذات جودة اليوم، قد تصبح غدا ليست ذات جودة.
- تتغير الجودة بتغير الظروف الداخلية والخارجية التي تؤثر في المنظمة.
- الجودة في نظر العميل هي الاستجابة لتوقعاته، وفي نظر المنظمة هي الأداء الجيد.

### الفرع الثاني: المدخل التقليدي للجودة

يتضمن المدخل التقليدي للجودة أربع مراحل متتالية، وليست منفصلة، فالفحص يتضمن الفرز، ومراقبة الجودة تتضمن الفحص، وضمان الجودة يتضمن مراقبة الجودة. (مريزق، 2008/2007، صفحة 05)، ويمكن عرض محتوى هذه المراحل كما يلي:

#### أولاً: مرحلة الفرز (قبل 1918)

بدأ مفهوم الجودة بعملية فرز المنتجات، حيث يقوم بعض العمال التابعين لملاحظي خط الإنتاج بفرز المنتج النهائي لاستبعاد الوحدات المعنية منه. (مريزق، 2008/2007، صفحة 05)

#### ثانياً: مرحلة الفحص (بداية القرن العشرين)

اقتترنت هذه الفترة بمرحلة الإدارة العلمية للعمل "لتايلور" الذي كان يهدف إلى الرفع من مستوى الكفاءة الإنتاجية داخل المصنع عن طريق التخصص والفحص والنمطية وتبسيط العمل وتقسيمه، كما دعا إلى ضرورة الفصل بين وظيفة الإنتاج ووظيفة التفتيش. (يومدين، 2007، صفحة 29).

يجول الفحص دون وصول الوحدات المعنية، والتي لا تلبي رغبات العملاء من نقلها إليهم ووصولها لهم، ولكن لا تمنع وقوع الخطأ، فالخطأ قد وقع فعلا وما على الفحص إلا اكتشافه واستبعاده (مريزق، 2008/2007، صفحة 05).

وشهدت هذه الفترة تطورا جديدا في مجال ضبط الجودة، إذ أصبحت المنتجات والعمليات أكثر تعقيدا، وازداد عدد العاملين مما أصبح معه من الصعب على رئيس العمال السيطرة الدقيقة على العمل المنجز من قبل كل عامل، لذا استخدمت وظيفة المفتش الذي تكمن مهمته في فحص جودة المنتجات بعد انتهاء عملية معينة عليها، حيث يقوم بعزل المنتجات غير المطابقة للمعايير، وأولى الشركات التي أنشأت قسما خاصا بالفحص هي شركة "وسترن إلكترونيك" التي كانت تعود ملكيتها إلى مجموعة شركات (AT&T)، وفي عام 1925 حولت شركة (AT&T) العاملين في ذلك القسم إلى مختبر لفحص أجهزة الهاتف. (زديرة، 2016-2017، صفحة 09)

ثالثاً: مرحلة مراقبة الجودة (فترة 1930-1950)، وتسمى كذلك بمرحلة الضبط الإحصائي للجودة

تركز مراقبة الجودة على جودة سلعة أو خدمة بعد انتاجها، فبناء على وجود بعض المواصفات التفصيلية، والتي يتم استكمالها بتصميم المنتج وبالعملية الإنتاجية التي تهدف إلى مطابقة هذه المواصفات، فإن ما يتم إنتاجه بالفعل يتم مقارنة المواصفات في عملية الفحص، ومن الممكن اختيار درجة التوافق مع المواصفات عن طريق استخدام أسلوب العينات، كما أن تحديد درجة مطابقة المنتج للمواصفات الموضوعه سلفاً يمكن أن يتم عن طريق استخدام أسلوب الملاحظة، أو بعض بحوث مسح المستهلكين. (مريزق، 2008/2007، صفحة 06).

أدخل شيوارت (Walter A. Shewhart) المبادئ الأولية للمراقبة الإحصائية للجودة في 1916، وكان لها الأثر الكبير في فكر وممارسة الجودة بعد ذلك؛ ولدت الفكرة في شركة واسترن يونين "Westrn Union" الأمريكية التي كان يعمل بها "شيورت"، والتي كانت الفرع الصناعي لشركة بيل "Bell" "هذه الشركة بنت محطة كهربائية جديدة لكن تشغيلها لم ينجح بسبب كثرة الأعطال في القطع المكونة لها. لمواجهة الأمر، زادت الشركة من عدد المراقبين حتى صار عددهم أكبر من عدد العاملين المنتجين. لمواجهة ذلك أكد "شيوارت" على فكرة الانتقال من دراسة التالف إلى استخدام الأساليب الإحصائية لدراسة العملية الإنتاجية نفسها لتقليص التالف، وهي الفكرة التي أصبحت أساس الرقابة الإحصائية على الجودة (Statistical Quality Control). ينسب "شيوارت" أيضاً أداة أخرى مهمة، ففي منظمة أخرى (Hawthorne) أصدر توصية باستخدام طريقة لكشف أسباب التالف، وهي المعروفة الآن بمخطط شيوارت (Shewhart Chart) الذي كان له الأثر الكبير على أدبيات مراقبة الجودة. (Fisher & Nair, 2009)

الافتراض الأساسي وراء مراقبة الجودة، أن الأخطاء يمكن حدوثها، وكذلك التباين والاختلاف عن المواصفات وأن جودة المنتج يمكن تحقيقها إلى نقطة محددة وليس 100%. (الحنوي و السيد، 1998، صفحة 176)

وفي هذه المرحلة، أصبح تحقيق مستوى عال للجودة لمنتجات هو ما تسعى إليه جميع المنظمات الصناعية، لتحقيق الثقة بأن كل شيء صحيح وخال من العيوب هي الميزة التي يتمتع بها أسلوب عمل المنظمات، وإن مبدأ التلف الصفري الذي أطلقه واستخدمه بشكل أوسع رائد الجودة "Crosby" دفع المنظمات إلى تحقيق التنسيق بين العاملين والمديرين لحل المشكلات وإجراء التحسينات عن طريق برامج مخصصة لهذا الغرض، فضلاً عن جعل هدف كل فرد عامل في المنظمة تحقيق التلف الصفري من خلال منحهم صلاحيات وتشجيعهم بالمكافآت والحوافز، وبما يدعم عمل الأفراد داخل المنظمة من جهة، وتحقيق الأهداف الاستراتيجية لعملية التخطيط للجودة من جهة أخرى. (زديرة، 2016-2017، صفحة 09)

والمُؤلفُ لانتباه أنه في هذه المرحلة، نضرت المنظمات للجودة كمشكلة مثلما كان الحال في الفترة السابقة (مرحلة الفحص)، إلا أنه بدلا من التفتيش عن كل المنتجات تم استخدام المنهج الإحصائي لاختيار عينات من المنتجات بهدف ضبط الجودة، والاستغناء عن عملية الفحص الشامل لكل الوحدات المنتجة. (مريزق، 2008/2007، صفحة 06)

### رابعا: مرحلة ضمان (تأكيد) الجودة 1950-1970

مع تطور الفكر الإداري أصبح مدخل مراقبة الجودة بمفرده غير كاف لتحقيق الجودة والتحسين المستمر في المنظمة، الشيء الذي أدى إلى التفكير في تبني مفهوم جديد وهو ضمان الجودة. (مريزق، 2008/2007، صفحة 6) حيث عرفت الجمعية الفرنسية للمراقبة الصناعية للجودة AFCIQ\* ضمان الجودة بأنه: «تطبيق مجموعة من الإجراءات المقدمة مسبقا ومنسقة وموجهة لإعطاء الثقة حول الحصول بانتظام على الجودة المناسبة». (Gribbert & Jean, 1986, p. 24)

تعرف مرحلة تأكيد الجودة، بجميع الأنشطة التي تعني بالتخطيط والتنظيم لتوفير الثقة الكافية من أن المنتج سيحقق متطلبات المستهلك، وذلك بإعداد إجراءات وتعليمات (لوائح) لأنشطة العمل ومتابعة تنفيذها، والهدف من ذلك هو ليس منع المنتج المعيب من الوصول إلى المستهلك، وإنما منع تكرار حصوله عند نهاية الدورة الإنتاجية، وتتخلص هذه الإجراءات في النقاط التالية: «إعداد إجراءات العمل؛ اصدرا المواصفات الوطنية والعالمية؛ تطبيق مفهوم إدارة الجودة، تخطيط الجودة، مراقبة الجودة، تحسين الجودة، إعداد وتطبيق أدلة الجودة». (الطائي و قداة، 2008، صفحة 58)

كان اهتمام تأكيد الجودة كمدخل من مداخل إدارة الجودة، أكثر بعدا وعمقا من المداخل السابقة له تاريخيا. فأول مرة يقدم هذا المدخل مفهوم التكامل والتنسيق بين برامج الإدارة، ولأول مرة أيضا يؤكد أن كافة المستويات الإدارية لا بد أن تشارك في تخطيط ومراقبة الجودة. وفي هذه المرحلة تم الانتقال من جودة المنتج إلى جودة النظام وأساسه منع وقوع الخطأ، ويجب ملاحظة أن أي مرحلة تالية من مراحل المدخل التقليدي لم تستبعد سابقتها، ولكنها استندت عليها ولكن بمنظور أوسع وأعمق وأشمل. (بومدين، 2007، صفحة 30)

نستنتج مما سبق، أن الجودة أخذت مكانة رئيسية في المنظمات، وهذا ما أدى إلى تطورها عبر المراحل التي ذكرناها سابقا، وبدأت تظهر مفاهيم جديدة للجودة خاصة مع التجربة اليابانية بعد الحرب العالمية الثانية التي قادها المفكر الأمريكي ويليام إدواردز ديمينغ (William Edwards Deming)، فبعد انهيار الدول الأوروبية وأمريكا من جودة المنتجات اليابانية، أدى ذلك إلى الاهتمام أكثر بالجودة وتوسيع نطاقها على المنظمة ككل، لتصبح مفهوما شاملا تتبناه المنظمة ككل معتمدا في ذلك على رغبات وتوقعات الزبون أو المستهلك، ومن خلال هذا التطور الفكري في مفهوم الجودة ظهر المفهوم الحديث لجودة أو ما يطلق عليه بإدارة الجودة الشاملة.

### الفرع الثالث: المدخل الحديث للجودة

تعد الجودة من المفاهيم الرائجة جدا في عصرنا الحالي، فهي مسألة مهمة في مجال التنافسية والمسؤولية الاجتماعية وأدبيات الممارسات الإدارية، وتتنافس المنظمات المختلفة سواء كانت حكومية أو خاصة في تبني أساليب وتطبيقات الجودة المختلفة، ذلك للوصول إلى منتج بمواصفات تحقق المعايير المطلوبة للجودة، وبما يحقق رضا العميل. (الشكري، 2006، صفحة 142). لذلك تطور مفهومها بشكل كبير كما رأينا سابقا، وأصبحت المنظمات تدرك أنه يجب أن

\* AFCIQ : وهي اختصار للكلمات Association française pour le contrôle industriel et de la qualité، والتي اعتمدت في فرنسا سنة 1976، بهدف إعداد وتوزيع معلومات

لتعزيز الجودة من الزاوية البشرية والتقنية والاقتصادية.

تكون فلسفة إدارية شاملة للجودة تحقق لها التميز في ظل بيئة تنافسية متغيرة باستمرار، وكانت هذه الفلسفة هو ما يطلق عليها بإدارة الجودة الشاملة.

### أولاً: تعريف إدارة الجودة الشاملة

لقد شاع استخدام مفهوم إدارة الجودة الشاملة بين مختلف المنظمات والمفكرين، وأن النظرة لهذا المفهوم تختلف من جهة لأخرى، وفيما يلي مجموعة من التعاريف:

- تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها: «مجموعة من المبادئ والطرق المنظمة في استراتيجية إجمالية، تهدف إلى تجنيد كل المنظمة من أجل الحصول على أفضل إشباع للزبون بأقل تكلفة» (Michel , 1987, p. 72)
- أما تونك "Tunks" فعرّفها بأنها: «اشتراك والتزام الإدارة والموظف في ترشيد العمل عن طريق توفير ما يتوقعه العمل أو ما يفوق توقعاته» (حمود، 2000، صفحة 75)
- كما عرفت بأنها: «نمط إداري يتمحور حول الجودة ويرتكز على مشاركة جميع أعضاء التنظيم، ويهدف إلى النجاح في المدى البعيد عن طريق إشباع حاجات الزبون وتحقيق مزايا لكل أعضاء التنظيم» (Claude , 1997, p. 27)
- ويعرفها "جوزيف جابلونسكي" بأنها: «شكل تعاوني لإنجاز الأعمال، يعتمد على القدرات والمواهب الخاصة بكل من الإدارة والعاملين لتحسين الجودة والإنتاجية بشكل مستمر عن طريق فرق العمل» (جابلونسكي، 1996، صفحة 26)
- أما كول "Cole" فعرّفها: «بأنها نظام إداري يضع رضا العمال على رأس قائمة الأولويات بدلا من التركيز على الأرباح ذات الأمد القصير، إذ أن هذا الاتجاه يحقق أرباحا على المدى الطويل أكثر ثباتا واستقرارا بالمقارنة مع المدى الزمني القصير» (حمود، 2000، صفحة 75)
- في حين عرفت منظمة الجودة البريطانية بأنها: «الفلسفة الإدارية للمنظمة التي تدرك من خلالها تحقيق كل من احتياجات المستهلك "العميل" وأهداف المؤسسة معا» (حمود، 2010)
- وعرفها معهد الجودة الفيديريالي بأنها: «القيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح من أول مرة مع الاعتماد على تقييم العميل في معرفة مدى تحسين الأداء» (ماجدة، 2000، صفحة 42)
- أما برنارد "Bernhard" فيعرفها: «هي خلق ثقافة متميزة في الأداء، تتضافر فيها جهود المديرين والموظفين بشكل متميز، لتحقيق توقعات العملاء، وذلك بالتركيز على جودة الأداء في مراحله الأولى وصولا إلى الجودة المطلوبة بأقل تكلفة وأقصر وقت». (أنساعد و فلاق، 2013)
- عرفها فريد عبد الفتاح زين الدين بأنها: «ثورة ثقافية في الطريقة التي تعمل وتفكر بها الإدارة حول تحسين الجودة، وهي مدخل يعبر عن مزيد من الإحساس المشترك في ممارسات الإدارة، والتي تؤكد على الاتصالات في الاتجاهين وأهمية المقاييس الإحصائية. إنها تغيير مستمر من إدارة تنظر إلى النتائج إلى إدارة تتفهم وتدير العمليات بشكل يحقق النتائج، إنها نتاج ممارسة الإدارة والطرق التحليلية التي تدعو إلى عملية التحسين المستمر، والتي بدورها تقود إلى تخفيض التكلفة». (زين الدين، 1996، صفحة 531)

يتضح من خلال التعاريف التي ذكرت سابقا، أن المفهوم الحديث للجودة، هو مدخل يشكل فلسفة إدارية شاملة تستهدف التحسين المستمر، وتنطلق من العاملين وتصل إلى رضا الزبون في ظل نظام منسجم يعمل باستمرار على إحداث تغييرات إيجابية.

ثانيا: مبادئ إدارة الجودة الشاملة

اعتمدت اللجنة الفنية "ISO/TC176" بعد دراسة متكاملة لأساسيات مفاهيم وفلسفة إدارة الجودة الشاملة، ثمانية مبادئ تعكس أفضل الممارسات الإدارية الواجب تنفيذها، وقد شكلت تلك المبادئ الأساس الذي تم الاستناد إليه عند إجراء التغييرات في سلسلة المواصفات الدولية "ISO 9000"، وهي كالتالي (زيدان، 2010، الصفحات 28-29):

- 1- **التركيز على الزبون:** تعتمد المنظمة على زبائنها في استمرارها ونجاحها، مما يتوجب عليها فهم حاجاتهم الحالية والمستقبلية والعمل على تلبيةها، والسعي بجد لتجاوز توقعاتهم؛
- 2- **القيادة:** تقع على قيادة المنظمة مسؤولية خلق وحدة الغرض والتوجه الكلي للمنظمة، وإيجاد البيئة الداخلية المناسبة التي تسمح للعاملين بالمشاركة الفاعلة في تحقيق الأهداف، والمحافظة على تلك البيئة؛
- 3- **مشاركة الأفراد:** إن الأفراد في جميع المستويات هم جوهر وروح المنظمة، والسماح لهم بالمشاركة الكاملة تمكنهم من إظهار قدراتهم ومواهبهم من أجل فائدة المنظمة؛
- 4- **مدخل العملية:** إن الوصول للنتائج المرجوة يتحقق بصورة أكثر كفاءة عندما تتم إدارة الأنشطة والموارد ذات العلاقة من خلال نموذج العملية؛
- 5- **استخدام مدخل النظام للإدارة:** إن تحديد وفهم إدارة العمليات المترابطة والمتفاعلة ( Interrelated processes) كنظام، يسهم في تحقيق المنظمة لأهدافها بفعالية وكفاءة؛
- 6- **التحسين المستمر:** إن التحسين المستمر للأداء الكلي للمنظمة، يجب أن يكون هدفا ثابتا ومستمرًا؛
- 7- **مدخل الحقائق في اتخاذ القرار:** إن القرارات الفاعلة هي تلك المستندة على تحليل البيانات والمعلومات وليس على الحدس والتخمين أو الخبرة؛
- 8- **علاقات المنفعة المتبادلة مع المجهزين:** تعتمد المنظمة والمجهزون كلا على الآخر، إذ تربطهم علاقة مصلحة مشتركة، تؤدي عند إدارتها بكفاءة إلى تعزيز قدرتهما على خلق قيمة مضافة لكل منهما.



### المطلب الثاني: مفهوم الخدمة الصحية

يرى "الفريد مارشال": «أنه ما كانت السلعة لتظهر إلى الوجود لو لم تكن هناك سلسلة من الخدمات المؤداة لكي يتم إنتاجها وتقديمها إلى المستهلك» (العلاق، 1999، صفحة 19). وانطلاقاً من هذه الأهمية للخدمة، سنبين في هذا المطلب مفهوم وخصائص الخدمات.

### الفرع الأول: مفهوم الخدمة وخصائصها

توجد العديد من التعاريف والخصائص المميزة للخدمة، نذكرها كما يلي:

#### أولاً: تعريف الخدمة

لقد قام الأكاديميون والممارسون بعدة بحوث ودراسات من أجل تحديد مفهوم دقيق للخدمة، حيث سنذكر فيما يلي أهم التعاريف لأبرز المفكرين في مفاهيم الخدمات والتسويق والإدارة.

- عرفه فليب كوتلر "Philip Kotler" الخدمة على أنها: «أي نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون أساساً غير ملموسة، ولا ينتج عنها أية ملكية، وأن إنتاجها وتقديمها قد يكون مرتبطاً بمنتج مادي أو لا يكون مرتبطاً به». (Philip , Kevinr, & Delphine, 2006, p. 462)

- وعرفها "Armstrong et Kotler" بأنها: «نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عليها أية ملكية فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطاً بمنتج مادي أو لا يكون». (الطائي و العلاق، 2009، صفحة 33)

- أما غرونوس "Gronoos" فعرفها عام 2000 بأنها: «هي أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة، ولكن ليس ضرورياً أن يحدث عن طريق التفاعل مع المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة والتي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل» (الضمور، 2005، صفحة 18)

- وعرفتها الجمعية الأمريكية للتسويق "American Marketing Association" بأنها: «النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة» (عزام، حسونة، و الشيخ، 2008، صفحة 249)

- وفي مسعى لتعريف الخدمة، ميزت شوستاك "Shostack" بين الخدمة الجوهر والعناصر المحيطة بها، حيث تقول إن هذا التمييز هو أساس يمكن اعتماده لتعريف الخدمة، فالجوهر في عرض الخدمة هو عبارة عن «المخرجات الضرورية لمؤسسة الخدمة والتي تستهدف تقديم منافع غير محسوسة يتطلع إليها المستفيدون» (الطائي ، الصميدعي، العلاق، و القرم، 2007، صفحة 191) ويكمن أهمية تعريف "Shostack" للخدمة أنها تقارنها مع السلع المادية، فإذا كانت الجوانب غير المحسوسة هي الغالبة أو السائدة في العرض، فإن ذلك يعني أنها خدمة أكثر مما هي سلعة والعكس صحيح.

- وقد عرفت الخدمة على أنها: «جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ». الشيء المميز في هذا التعريف هو الإشارة إلى كون الخدمة لكي تحظى برضى المشتري يجب أن تقدم دون خطأ، ولعل هذا الأمر يبرز بالخدمة الصحية أكثر من أي مجال آخر تقدم به الخدمات، وهذا

يعني تأكيد مسألة الجودة في تقديم الخدمة، وهو بحد ذاته يمثل استراتيجية متقدمة في العمل الإداري للمنظمة الصحية عند تقديمها للخدمات الصحية للمواطنين. (البكري، 2005، الصفحات 56-57)

- وعرف "Stanton" الخدمة بأنها: «النشاطات غير الملموسة والتي تحقق المنفعة للزبون أو العميل والتي ليس بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى، أي أن إنتاج أو تقديم خدمة معينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية» (الطائي و العلاق، 2009، صفحة 34)

- ويعرفها هاني حامد الضمور: «إن الخدمات تمثل أداء أو نشاط غير ملموس يحدث من خلال عملية تفاعل هادفة إلى تلبية توقعات العملاء وارضائهم، وقد تكون هذه العملية مقترنة بمنتج مادي ملموس لكن انتاجها أساسا غير ملموس، وعند عملية الاستفادة منها ليس بالضرورة ينتج عنها نقل للملكية» (الضمور، 2002، صفحة 15) يتضح من خلال التعاريف السابقة أن:

- الخدمة نشاط أو أداء وليس شيء مادي ملموس بحد ذاته، وقد يصاحب الخدمة سلع مادية ثانوية؛
- الخدمة غير ملموسة، ولا يمكن إدراكها بالحواس المعروفة، بل يمكن الشعور بها؛ وغير قابلة للملكية لأنها غير ملموسة، وبالتالي غير قابلة للتخزين؛
- إن الخدمة تتضمن دائما مساندة ومساعدة مادية ذات ميزات قادرة على التأثير في نوعية الخدمة التي يحصل عليها المستهلك. (أوديجه، 2008، صفحة 336)
- وجود طرفين، الأول هو مقدم الخدمة قد يكون فرد أو مجموعة من الأفراد وقد يكون آلة، والثاني المستفيد من الخدمة؛ وهذا يقتضي تفاعل وتعاون في إنتاجها.
- إن استحالة تخزين الخدمة يؤدي إلى الضرورة تزامن العرض والطلب من خلال إدارة سليمة للمقدرات والامكانيات. (أوديجه، 2008، صفحة 336)
- تتألف الخدمة من خدمة جوهر وخدمات تكميلية داعمة لها.

### ثانيا: خصائص الخدمة

تتميز الخدمات عن السلع بمجموعة من الخصائص، نوردتها كما يلي:

- 1- اللاملموسية "Intangibility": تعتبر هذه الخاصية الأكثر تميزا، والتي تمثل الفرق الأساسي والجوهري بين السلع والخدمات، وبالتالي لا يمكن رؤية الخدمة أو تذوقها أو الإحساس بها، أو سماعها قبل شرائها، لذلك فإن مهمة مقدم الخدمة هي جعلها ملموسة بطريقة أو بأخرى. (البكري و الرحموي، 2008، صفحة 78) وللتغلب على هذه الصعوبة وتحويل حالة عدم الملموسية إلى ملموسية، يلجأ مسوقو الخدمة إلى إضفاء أشياء أو رموز ملموسة للتعبير عن جودة الخدمة، مثل الاهتمام بالبيئة المادية أو تقديم أشياء (شوكولاتة، أزهار...) وهذه تعبر عن مدى اهتمام القائمين على تقديم الخدمة بزبائنهم أو عملائهم. (الطائي و العلاق، 2009، صفحة 40). وتترتب على عدم الملموسية ما يلي: (صعوبة تخزينها، تعطيل وظيفة النقل، استحالة المقارنة بين الخدمات

لاختيار الأفضل فالفحص والمقارنة لا تتم إلا بعد شرائها، اقتصر توزيعها على السماسرة والوكلاء بالتاجر ليس له دور هنا لأن التاجر عندما يشتري يجب أن تنتقل إليه الملكية وهذا غير وارد في الخدمة).

2- **عدم التجانس "Heterogeneity"**: بسبب أن جودة الخدمة تعتمد على من يقدمها، ومتى

وأين ولمن، فالخدمات تختلف اختلافا كبيرا عن السلع، حيث أن انتاجها واستهلاكها يتم في وقت واحد، لذا يوجد تباين (عدم التجانس) في أداء الخدمة؛ أي عدم القدرة على تنميط الخدمات، وخاصة تلك التي تعتمد على الإنسان بشكل واضح، ومن ثم يصعب ضمان مستوى جودتها وأن تكون خدماتها متماثلة في كل الأحوال عكس السلع. (الطائي و العلاق، 2009، صفحة 39)

3- **غير قابلة للتخزين**: بسبب الطبيعة غير الملموسة للخدمات، فإنه لا يمكن حصرها أو تخزينها، أو إعادة استعمالها. وتعرض جميع أنواع الخدمات للفناء بمجرد الانتهاء من تقديمها، وهذا ما يجعل من الطلب المتذبذب عليها مشكلة كبيرة. (الضمور، 2005، صفحة 21)

4- **التلازمية أو عدم الانفصال "inseparability"**: هي درجة الترابط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يقدمها، ويترتب عليها ما يلي: (ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها؛ وجود علاقة مباشرة بين مؤسسة الخدمة و المستفيد، أي بين مقدم الخدمة والحاصل عليها؛ ضرورة مشاركة المستفيد في انتاجها، حيث لا تستطيع أي مؤسسة أن تنتج خدمة دون توفر المستفيدين منها عكس السلعة؛ زيادة درجة الولاء إلى حد كبير، أي أن المستفيد يصر على طلب الخدمة من شخص معين طالما أن مقدمي الخدمة يختلفون مثل: الطبيب، المحامي، الحلاق.... الخ. (الطائي و العلاق، 2009، صفحة 39)

5- **هلامية الخدمة/ الفناء "perishability /the demand fluctuation"**: تعرض الخدمات للفناء والزوال حال استخدامها إضافة إلى عدم إمكانية تخزينها، وهذا ما يجعل الطلب متذبذب على بعض الخدمات وغير مستقر، فمثلا يختلف الطلب على الخدمات الفندقية من يوم لآخر وحتى من فصل لآخر، وكذا الحال عند الطبيب أو الحلاق، فوجود غرف فارغة يعني خسارة باعتبارها طاقات غير مستغلة ومعطلة في ذلك الوقت. (الطائي و العلاق، 2009، صفحة 39)

### الفرع الثاني: تعريف الخدمات الصحية

الحديث عن الصحة شيق وشائك، خصوصا إذا تحدثنا عن النظام الصحي بأكمله والقطاعات المتدخلة فيه، وهو متنوع بين العام والخاص، وكلاهما ينقسم إلى أجزاء حسب درجة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة، وفي نفس الوقت هو أمر معقد إذا تحدثنا عن تصنيفات الموارد البشرية العاملة فيه والإمكانيات المالية التي يحتاجها، لكن إذا حددنا الهدف من كل هذا فسوف تسهل المهمة. ويتمثل الهدف أن تكون الخدمات الصحية متوفرة والوصول إليها ممكنا كي تصبح صحة الناس جيدة. فحتى تحفظ هذه الصحة، لا بد من خدمات تتميز بخصائص وتقدم في مستويات متعددة. وهذا ما سوف نتطرق إليه في هذا المطلب، وفيما لي أهم تعاريف الخدمة الصحية:

## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

- عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: «الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا لا مجرد انعدام المرض أو العجز، وهي حق أساسي من حقوق الانسان» (منظمة الصحة العالمية، 2020)
- «الرعاية الطبية تعني الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي، أو العناية التمريضية أو الحكيمة التي تقدمها الممرضة للمريض، أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها المخبر لشخص ما أو لعدة أشخاص، غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل، وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية» (الشاعر، قطاش، و الصفدي، 2000، صفحة 11)
- الملاحظ على هذا التعريف، أنه جاء بأكثر تفصيلا عن المفهوم العملي للخدمة الصحية وإمكانية تقديمها في القطاعين العام والخاص، غير أنه ركز على الطبيب والممرضة فقط في تقديمهم للخدمة الصحية كما أنه نسي بأن هناك خدمات التصوير بالأشعة والتي تعد جزءاً مهماً في مزيج الخدمة الصحية.
- في حين يفضل " فوزي مذكور " استعمال لفظ "المنتج الصحي" بدل "الخدمة الصحية"، ويعرف الأول بأنه: «مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة، والتي تحقق إشباعاً ورضاءً معيناً للمستفيد» (مذكور، 1998، صفحة 198)
- ويعرفها مذكور في تعريف آخر بأنها: «النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى» (مذكور، 1998، صفحة 97)
- وفي تعريف آخر: «الخدمة الصحية ماهي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة، والتي تحقق إشباعها ورضا معيناً للمستفيد» (بوعانة، 2004، صفحة 68)
- الخدمة الصحية هي: «عبارة عن جميع الخدمات، التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية» (كحيلة، 2008-2009، صفحة 37).
- يشير هذا التعريف إلى الخدمات العلاجية والوقائية والمنتجات الملموسة من أجهزة طبية ومنتجات صيدلانية، الموجهة للفرد والمجتمع والبيئة بهدف تحسين المستوى الصحي للمواطنين.
- الخدمة الصحية هي: «العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل» (البكري، 2009، صفحة 168).
- يرشدنا هذا التعريف نوعاً ما إلى أن الخدمة الصحية تتضمن خدمة جوهر وهي تدخل الطبيب، وبعض الخدمات التكميلية المساعدة (العلاج، الإرشاد) من أجل تحقيق المنفعة المرجوة.

- الخدمة الصحية هي: «المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة، والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل» (يچياوي و بوحديد، 2014، صفحة 319)

يتبين من هذا التعريف أنه يعتبر الخدمة الصحية كمجموعة مركبة من الخدمات التي تحقق منفعة متكاملة، وبالتالي تندرج ضمنها خدمات الاستشارة النفسية عند تلقي العلاج، وكذا خدمات التغذية والفندقة داخل المنظمة الصحية. وبحكم مطالعنا البسيطة، وخبرتنا المتواضعة في إدارة بعض المستشفيات العمومية الجزائرية نستطيع القول إن الخدمة الصحية هي: «تلك الأنشطة المتكاملة فيما بينها بالاستعانة على عناصر ملموسة وغير ملموسة، التي تضمن عافية الأفراد البدنية والنفسية، والمحافظة عليها، واستعادتها وتحسينها، من خلال تدابير وقائية وتشخيصية وعلاجية وتأهيلية، تطبق على أفراد المجتمع وبيئتهم، يقدمها أفراد مؤهلين ومؤسسات عامة وخاصة في إطار تفاعل إنساني وأخلاقي»

### الفرع الثالث: خصائص الخدمات الصحية

تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية في وجهين: الأول يعبر عن خصوصية الخدمات بصفة عامة والتي تناولناها فيما سبق، كونها خدمات غير ملموسة، ولا يمكن حصرها أو تخزينها، ولا يمكن فصلها عن مقدمها ومتلقيها وانتهائها في زمن تقديمها؛ أما الثاني فيعبر عن تلك الخصائص التي تتميز بها الخدمة الصحية بحكم طبيعتها، والتي نذكرها كما يلي:

#### أولاً: من حيث البعد الاستهلاكي

- تتميز خدمات المستشفى بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراد أو منظمات أو هيئات (البكري، 2005، صفحة 59).
- صعوبة تقدير حجم المنفعة المتأتية من الخدمة الصحية ومدى جودتها، لكونها ليست سلعة معيارية تستهلك بظروف معيارية كما هو الحال في السلع والخدمات الأخرى (نصيرات، 2008، صفحة 33). كما أن نتائج الخدمة الصحية ليست آنية، وإنما قد تتأخر إلى مدة زمنية معينة قد تصل إلى شهور وسنوات. بالإضافة إلى استثنائية طلب الخدمة الصحية فهو مرتبط بوجود علة "مرض"، وبالتالي فإن نشاط المنظمات الصحية ليس ثابتاً في حجمه فقد يزداد أو ينخفض مع الإقبال على المستشفيات من فترة لأخرى.
- الخدمات الصحية تقتضي ضرورة تقديمها في الوقت الذي يحتاج إليها، سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرار بليغة، بالإضافة إلى ضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية أي اتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة. (كورتل، 2008، صفحة 371)
- الخدمات الصحية تعد إنفاقاً استهلاكياً: إذ أن شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعطي إشباعاً مباشراً، بينما شراء جهاز لقياس السكر أو جهاز لقياس الضغط، يقدم خدمات على مدى فترة زمنية ممتدة. (مذكور، 1998، صفحة 184)

- الخدمات الصحية تمثل شراء ضغط بالنسبة للمستهلك: يعد تلقي الخدمة الصحية من طرف المستهلك أمراً ضرورياً لتخليصه من آلام مرض معين عند الحاجة (الدمرداش، 2000، صفحة 29). فإجراء عملية جراحية أو تلقي لقاح معين أو العلاج عند طبيب الأسنان وغيرها من الخدمات الطبية، هي غير مريحة وليست مستحبة، ولكنها تعد عملية شراء ضرورية للتطبيب والتخلص من الآلام.

### ثانياً: من حيث تنوع الموارد البشرية

إن الموارد البشرية في المنظمات الصحية تتصف بالتنوع والكثافة، وبدرجة عالية من التخصص والتميز، بحيث يوجد الأطباء الذين بدورهم ينقسمون إلى تخصصات عديدة ودقيقة، ووجود ممرضين يتفرعون كذلك حسب تخصص المصالح التي يعملون فيها؛ والإداريين والتقنيين الذين يمتازون عن غيرهم في باقي المنظمات، كونهم يسيرون منظمة معقدة في مواردها البشرية، والخدمات التي تقدمها، وعلاقتها بالبيئة المحيطة بها، والتكنولوجيا المستخدمة فيها، وبالتالي يساهمون بشكل غير مباشر في تقديم الرعاية الصحية؛ بالإضافة إلى نوع آخر من الموظفين الذين لديهم مستوى تأهيل أقل درجة من الأطباء والممرضين والإداريين، وهم الذين يشرفون على الإطعام والحراسة والنظافة والخدمات الفندقية. هذا التنوع والتميز في الموارد البشرية يشكل تحدي للطاقم الإداري في كيفية التعامل مع كل نوع حسب منطق تفكيرهم الناتج عن مكانتهم الاجتماعية ومستواهم الثقافي والتعليمي.

بالإضافة إلى هذا التنوع في الموارد البشرية في القطاع الصحي الذي ينتج عنه نوعين من السلطة؛ السلطة الإدارية وهي السلطة التي يمتلكها أصحاب الإدارة العليا في المستشفى، والمستمدة من الهيكل التنظيمي الهرمي للتنظيم فيه، بالإضافة إلى السلطة الفنية (الطبية) التي يمتلكها القائمون على إدارة العمل الفني في المستشفى، وهم الأطباء بمختلف اختصاصاتهم ومهاراتهم. (عراية، 2009-2010، صفحة 229)

### ثالثاً: من حيث البعد الاجتماعي

تعد الخدمة الصحية سلعة اجتماعية، وهي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع لكل أفرادها، وليس فقط للفرد الواحد الذي يستهلكها، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية، إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط، ولكنه يفيد أسرته، أصدقاءه وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بآثار الانتشار الخارجية الموجبة للخدمات الصحية، وقد يكون من المفيد اقتصادياً تقديم دعم لهذه الخدمات، أو حتى تقديمها مجاناً، فمعظم الدول تعتبر الخدمات الصحية والتعليم من الخدمات الاجتماعية، ومن ثم فإن الدولة تقدمها مجاناً، ولا يكون البديل الوحيد أن تتولى الدولة إنتاج هذه الخدمات بنفسها، إذ يمكنها أن تسمح للقطاع الخاص بذلك، على أن تقوم بدعمه والإشراف عليه وتنظيمه ومراقبته. (مصطفى، 2000، صفحة 33)

### رابعاً: من حيث البعد القانوني

تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المنظمات الصحية عامة والمستشفيات بصفة خاصة، ويتعلق الأمر بتحديد منهج عملها والقواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية، كما يتسم هذا التدخل، لتقوم بالإنتاج المباشر لهذه الخدمات من خلال ملكيتها لأغلب وحدات إنتاج الخدمات الصحية. (البكري، 2005، صفحة 59)

ويتعدى هذا التأثير أيضا إلى عرض الخدمات الصحية، حيث ينتج عنه انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير، بسبب أن بناء المنظمات الصحية وتكوين مهنيي الصحة يحتاج إلى سنوات عديدة، ويدخل في إطار السياسة العامة للدولة أو الحكومة.

بالإضافة إلى التأثير الكبير للبعد القانوني على الأداء الوظيفي خاصة على الطاقم الإداري، الذي يقتصر دوره على تنفيذ السياسات الوطنية والمحلية للصحة والتي قد لا يكون مشاركا في رسمها، وضيق المجال المتاح له - للطاقم الإداري- في تحديد الأهداف والخطط التي من شأنها تساهم في تقديم خدمات صحية بجودة مقبولة.

### خامسا: من حيث البعد التكنولوجي

يعد من أبرز الخصائص ذلك التطور في التكنولوجيا المستخدمة في مجال الخدمة الصحية، نتيجة الأبحاث الطبية المتقدمة في أساليب العلاج والتجهيزات المتعددة، بالإضافة إلى تكنولوجيا العلاج والتشخيص التي أثرت على صناعة الخدمة الصحية، كما ساعدت هذه الاختراعات والاكتشافات الطبية في تقصير فترات العلاج، ومن ثم فإن الطلب على الخدمة الصحية يتأثر بمستوى التغيير في هذا المجال، وخاصة أنه أصبح بإمكان الطبيب القيام بالعلاج أو التشخيص أو القيام بعمليات جراحية عبر الأقمار الصناعية من بلد إلى بلد آخر. (جيلالي، 2008-2009، صفحة 36)

### سادسا: من حيث التكاليف

يمثل احتواء نمو الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها اقتصاديات الدول وقد زاد هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الماضية، ويمثل نحو نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى هذه السنوات. (دريسي ، 2015 ، صفحة 6)

في هذا السياق، تتميز الخدمة الصحية من حيث تكلفتها نتيجة لعدة أوجه: الوجه الأول الخصائص المعرفية للأطباء والفريق التمريضي وضوابطهم الأخلاقية، التي تحتم عليهم عدم وضع نموذج موحد للتشخيص أو العلاج، هذا السلوك يصعب فيه عملية ترشيد النفقات؛ والوجه الثاني هو النسبة الهامة من الإنفاق في المنظمات الصحية الموجهة لمقدمي الخدمة الصحية (أطباء، شبه طبيين، إداريين وتقنيين) المتمثلة في الرواتب والأجور والمنح والعلاوات؛ أما الوجه الثالث هو التطور التكنولوجي في الأجهزة والوسائل الطبية والمنتجات الصيدلانية "الأدوية والملحقات الطبية" والتي لا مناص من شرائها لتقديم أجود الخدمات الصحية، وهو ما يرفع بالضرورة حجم الإنفاق الصحي. (OR, Thomas, & Laure, 2009, pp. 7-8)

ويمكن القول إن زيادة التكاليف المالية للخدمات الصحية، هو ما دفع نحو العمل على احتواء هذه التكاليف في برامج الرعاية الصحية المختلفة، من خلال تغيير نمط رعاية المرضى من التركيز على الرعاية في المستشفيات إلى الرعاية الخارجية، اعتمادا على برامج الوقاية المختلفة والصحة الجوارية. (أوزجان، 2008، صفحة 27)

### سابعاً: خصائص تنفرد بها الخدمات الصحية

- على غرار الخصائص المذكورة سابقاً، تنفرد الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص التي تميزها عن الخدمات كونها مرتبطة بصحة الانسان، نذكرها كما يلي:
- الخدمات الصحية يطلبها كل أفراد المجتمع إما للعلاج أو للوقاية أو للتشخيص، وبغض النظر عن الاختلاف في مستوياتهم وتواجدهم وامكانياتهم.
  - تتعدى الخدمات الصحية المستفيد الذي يطلبها، فهي تهتم أيضاً بالبيئة التي يعيش فيها، وكذا توفير له وسائل التثقيف والتوعية الصحية.
  - مستوى الرقابة في تقديم الخدمات الصحية عالية جداً من الناحية الموضوعية فهي محددة ومضبوطة بقوانين وتشريعات سواء للقطاع العام أو الخاص.
  - تكتسي الخدمة الصحية درجة عالية من التعقيد، كونها مرتبطة بتعدد مقدميها، فمنهم الأطباء بمختلف اختصاصاتهم وشبه طبيين وتقنيين وإداريين، وهو ما يطلق عليه بكثافة استخدام عنصر العمل؛ وهذا ما يجعلها تقدم بمستويات جودة متباينة جداً من مؤسسة لأخرى، ومن منطقتين لأخرى بل حتى داخل المنظمة ذاتها تختلف من مصلحة لأخرى؛ وهذا ما يميز الخدمة الصحية عن باقي الخدمات.
  - تتميز الخدمة الصحية بالآنية والسرعة في أدائها لمن يطلبها، ولا تحتل التأجيل، كما تتطلب الحضور الشخصي للمستفيد (المريض). حيث لا يستطيع المريض القيام بفحص المنتج قبل استهلاكه، وكثيراً ما يجد صعوبة في تقييم جودة الرعاية حتى بعد تلقيها. (ستيفن، ديلفين، و باركين، 2013، صفحة 32)
  - الطبيعة الشخصية للخدمة الصحية: بمعنى أنه لا بد من تكييف الخدمة الصحية وتخطيطها وتقديمها وفقاً لحاجة كل فرد على حدى. فالخدمة الصحية لا يمكن إخضاعها لمفهوم الانتاج الكبير، ومن ثم بيعها كما هو الحال في السلع. إن الطبيعة الشخصية والفردية للخدمة الصحية تجعل العمل اليومي للمنظمة الصحية مختلف ومتشعب، وبالتالي غير خاضع إلا للقليل من الترميط والقياس. (نصيرات، 2008، صفحة 31)
  - لا يمكن للمستفيد من الخدمة الصحية التعلم بسرعة أو بتكلفة قليلة حول الخدمة التي تلقاها، على عكس الخدمات في القطاعات الأخرى.

### المطلب الثالث: أنواع الخدمات في المنظمات الصحية

إن الغرض من وجود منظمات صحية، هو تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية، بهدف الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع بغية توفير مستوى صحي أمثل، ولتحقيق ذلك لا بد من توفر ركيزتين أساسيتين؛ الركيزة الأولى هي ما يطلق عليه "بالكفاية الكمية"، والتي تعني توفر الخدمات الصحية بحجم كاف من حيث الموارد البشرية والهيكل الصحية، وأن تقدم في جميع الأوقات وبعادلة ومساواة بين مختلف المناطق، مع ضرورة وضع النظم المالية والإدارية التي تسمح بتوفير الخدمات الصحية ووسائل التثقيف الصحي بشكل جيد. أما الركيزة الثانية فتدعى "الكفاية النوعية" والتي تعني توفير وسائل ومعدات التشخيص والعلاج بشكل كاف، وكذا تحديد برامج التكوين والتدريب لمختلف موظفي قطاع الصحة، وتحسين



## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

مستواهم باستمرار، واطلاعهم على مختلف الاكتشافات العلمية والطبية والتكنولوجية التي تساعدهم على ضمان خدمات صحية ذات جودة. وينتج عن هاتين الركيزتين ثلاثة أنواع من الخدمات في المنظمات الصحية نذكرها في الجدول التالي:

### الجدول رقم (2-1): أنواع الخدمات في المنظمات الصحية

| المستفيدين من هذه الخدمات  | أمثلة عن أهم الخدمات   | أنواع الخدمات في المنظمات الصحية       |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- المرضى؛</li> <li>- مرافقي المرضى؛</li> <li>- أفراد المجتمع؛</li> <li>- الهيئات والمنظمات الرسمية وغير الرسمية؛</li> <li>- البيئة والمحيط؛</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- الخدمات الوقائية، والتثقيف والتربية الصحية؛ الخدمات الطبية (الرعاية الطبية)؛ الخدمات العلاجية والتمريضية؛</li> <li>خدمات التحاليل المخبرية والبيولوجية؛ خدمات التصوير بالأشعة؛ خدمات إعادة التأهيل الحركي والوظيفي؛</li> <li>- خدمات الصحة النفسية، وتصحيح التعبير اللغوي، ومكافحة الإدمان والأمراض العقلية؛</li> </ul>   | الخدمات الصحية                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- موظفي الصحة بمختلف أسلاكهم (أطباء، ممرضين، إداريين، تقنيين، عمال مهنيين كعمال النظافة والحراسة، والبيضاة والسائقين...)</li> <li>- موردي المؤسسة؛ بعض الهيئات الرسمية؛</li> <li>- منظمات المجتمع المدني، خاصة جمعيات مرتفقي الصحة؛</li> <li>- المؤسسات والهيئات الوصية على المنظمات الصحية (وزارة الصحة، وكالات ومعاهد صحية وطنية...)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- تسيير الميزانية، والمحاسبة؛ التسيير المادي وتسيير المخزونات؛ إدارة نظم المعلومات الصحية؛</li> <li>- تسيير الموارد البشرية؛ التكوين والتدريب وتحسين المستوى وتجديد المعارف والمعلومات؛</li> <li>- الخدمات التسويقية والإعلامية؛</li> <li>- تسيير الملفات الطبية، والأرشفة؛ تسيير المنتجات الصيدلانية؛</li> <li>- وضع نظم لوحة القيادة ومشاريع المؤسسة، وبطاقة الأداء المتوازن، ونظام إدارة الجودة الشاملة، ونظم التحفيز...)</li> </ul> | الخدمات الإدارية (المناجمت الاستشفائي) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- المرضى؛</li> <li>- مرافقي المرضى؛</li> <li>- مختلف الموظفين؛</li> <li>- المصالح الاستشفائية والعلاجية والتقنية؛</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- الخدمات الفندقية (الاستقبال والتوجيه، الإطعام، الأيواء، التنظيف، البيضاة...); تسيير النفايات العلاجية؛</li> <li>- تسيير وصيانة التجهيزات الطبية، والتجهيزات الملحقة (أجهزة التبريد، مولدات الكهرباء...);</li> <li>- التزويد بالغازات الطبية؛</li> <li>- تسيير حظيرة السيارات (الإسعاف، سيارات نفعية...)</li> </ul>  | الخدمات اللوجستية                      |

المصدر: من إعداد الباحث حجوة يوسف بالاعتماد على (جناد، 2018، صفحة 198) و (زديرة،

2016-2017، صفحة 62) و (نوار و قير، 2020، صفحة 355) و (مخيمر و الطعمانة، 2003، صفحة

10) و (حامد و العابد، 2012، صفحة 73) و (جيلالي، 2008-2009، صفحة 124)

يظهر من الجدول (1-2)، أن هناك ثلاث أنواع من الخدمات تختص بها المنظمات الصحية، وتنطوي تحت كل نوع منها مجموعة كبيرة من الخدمات ترتبط بمقدميها ونوعية كفاءاتهم وتخصصاتهم ومستوى تأهيلهم، واتجاهات تقديمها والفئة المستهدفة لتلقيها، فمثلا الخدمات الصحية يقدمها الأطباء والمرضى إلى عملائهم المرضى، والخدمات الإدارية يقدمها موظفي الإدارة الصحية لعملائهم الداخليين (جميع موظفي المنظمة الصحية) وعمالهم الخارجيين (الموردين، بعض الهيئات الخارجية كالضمان الاجتماعي، وغيرهم)، والخدمات اللوجستية يقدمها التقنيين والعمال المهنيين، للعملاء الداخليين (للإدارة والمصالح الاستشفائية والعلاجية) وللعملاء الخارجيين (الخدمات الفندقية للمرضى، ونقل المرضى...).

### الفرع الأول: الخدمات الصحية ومستوياتها

تتفرع الخدمات الصحية إلى مجموعة من الخدمات الموجهة للمجتمع، ويمكن أن نحددها في ثلاثة أنواع من الخدمات، وكل نوع يقدم للمستفيدين في مستويات متعددة ترتبط بخصوصيات مقدمي هذه الخدمات وخصوصيات المستفيدين منها.

والجدير بالإيماءة، أنه قبل التطرق لمفهوم جودة الخدمات الصحية، نرى من الضروري التفريق بين مفهومين وهما (فوزي، 1997، صفحة 230):

- **الرعاية الطبية:** ينصب تركيز الرعاية الطبية على مراجعة العمليات الباثولوجية\*، وتتضمن التشخيص المبكر وإعادة التأهيل الطبيعي وذلك عند الحاجة، ولذا فهي تركز على المرض والملاح الطبية لعمليات الرعاية.
- **الرعاية الصحية:** تذهب الرعاية الصحية إلى ما هو أبعد لأنها تشمل أنشطة المنع، رعاية المريض، الرعاية الطبية، إعادة التأهيل الاجتماعي. فالرعاية الصحية تركز على جودة الحياة بصفة عامة.

### أولاً: خدمات صحية في المستوى الأول

وتتمثل في الخدمات الوقائية والتوعوية الموجهة للمجتمع التي تقي أفرادهم من الأمراض، من خلال تشجيعهم وتوعيتهم على تفهم أهم المشكلات الصحية سعياً للقضاء عليها، وصنّفناها في المستوى الأول لأنها تأتي قبل مرحلة العلاج والرعاية الطبية، بحيث يتطلب من المنظمات الصحية ضرورة القيام بدور فعال في مجال التوعية الصحية، وتنقسم إلى خدمات الصحة العامة، وخدمات وقائية.

### 1- خدمات الصحة العامة:

وهي خدمات موجهة لخدمة المجتمع أو مجموعة محددة من السكان، بهدف الوقاية من الأمراض المعدية والمنتقلة وغير المنتقلة، ومحاولة تطويقها والسيطرة عليها، عن طريق الأبحاث العلمية والإحصائيات الحيوية والصحية، وخدمات الحجر الصحي، ومراقبة المنتجات الغذائية وصلاحياتها واعتمادها. والتي تقدمها منظمات الرعاية الصحية بالتنسيق مع المنظمات والهيئات الحكومية الأخرى بناء على توصيات القطاع الصحي (وزارة الصحة، الهيئات الوطنية للصحة)، وقد تستعين بذلك على منظمات المجتمع المدني. وتنقسم خدمات الصحة العامة إلى نوعين، الأول موجه للأفراد بهدف الارتقاء بالصحة، والثاني موجه للبيئة بهدف خلق بيئة صحية سليمة.

\*الباثولوجية: تعني علم الأمراض أي تعني بدراسة طبائع الأمراض والتغيرات التركيبية والوظيفية التي تفرق بمختلف الأمراض، وما تحدثه الأمراض في الأنسجة من تغيرات.

- أ- خدمات الترقية الصحية: وهي الخدمات التي تعني ببناء سلوكيات صحية إيجابية للفرد والمجتمع، فيما يتعلق بأهمية الغذاء المتوازن وممارسة التمارين، والتثقيف الصحي، والنظافة الشخصية والامتناع عن العادات الضارة كالتدخين والكحول والمخدرات، واتباع أساليب السلامة في قيادة السيارات. (جناد، 2018، صفحة 198)
- ب- خدمات صحة البيئة: وتشمل التخلص من النفايات الصلبة والسائلة والحشرات الضارة والحيوانات الناقلة للأمراض، والرقابة على متاجر تقديم المأكولات والمشروبات، والرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، والسيطرة على تلوث الماء والهواء؛ وتحسين ظروف عملية الاسكان، وغيرها من الأمور البيئية المؤثرة على الصحة، والتي تقع في غالبيتها خارج نطاق ممارسات المنظمات الصحية، لكنها يمكن أن تساهم في إعداد الحملات التوعوية العلمية والمساهمة في تأطير النشاطات المختلفة في هذا المجال.
- ويمكن للمنظمات الصحية تقديم خدمات الصحة العامة (خدمات الترقية الصحية، خدمات البيئة الصحية) من خلال المشاركة في برامج التثقيف الصحي من خلال (زديرة، 2016-2017، صفحة 62):
- برامج التوعية والتثقيف الصحي الموجهة نحو جماعات محددة من السكان، كالأمهات والحوامل وطلاب المدارس للمساهمة في خلق مجتمع واع صحياً، يستطيع أن يساهم في حماية نفسه والمحافظة على صحة أفراد، ويمكن تقديم مثل هذه البرامج من خلال المراكز الصحية المرتبطة بالمستشفى بالنسبة للأمهات والحوامل ومن خلال الصحة المدرسية داخل المدارس بالنسبة للطلاب؛
  - استخدام وسائل الإعلام الجماهيرية من خلال البرامج الصحية الموجهة للتأثير على السلوكيات السلبية للأفراد وبناء السلوك الصحي الإيجابي لديهم؛
  - دعم برامج تنظيم الأسرة والصحة العامة، بالتعاون والتنسيق مع المؤسسات والدوائر الصحية والاجتماعية الأخرى العاملة في المجتمع، والتثقيف الصحي للمرضى الداخليين والمرضى الخارجيين عبر الوسائل التكنولوجية المختلفة.
- 2- الخدمات الوقائية:

تنقسم إلى خدمات وقائية أولية وخدمات وقائية ثانوية، نوردها كما يلي:

- أ- خدمات وقائية أولية: تأتي في المستوى الأول، يجري تخطيطها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين، تقدم هذه الخدمات عن طريق التثقيف الصحي الأولي الذي يهدف إلى رفع الوعي الصحي، والوقاية من الأمراض وتحسين الحياة عن طريق التوجه إلى الأشخاص غير المصابين بالأمراض، وليس لديهم أي عامل خطر ممكن أن يؤدي لإصابتهم. (نوار و قير، 2020، صفحة 355). وتظهر هذه الخدمات أكثر في إحياء المناسبات والأيام العالمية للصحة، حيث تشهد المنظمات الصحية نشاطات مكثفة تتزامن مع هذه الفترات، ومن أمثلتها خدمات الحملات التطعيمية والفحص الدوري للتلاميذ والطلبة وتطعيم المسافرين والحجاج والمعتمرين. (سلطاني، 2015-2016، صفحة 15)
- ب- خدمات وقائية ثانية: وتتمثل في التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها، وبرامج حماية الأمومة والطفولة، وحملات التطعيم الجماعية أو الموجهة لمجموعة من السكان في زمن تفشي وباء معين لكن لم يصابوا

بعد وإنما بهدف تجنيبهم الإصابة به، وهذه الخدمات تقوم بها المنظمات الصحية، وهي تشمل إما المسح الشامل أو عينات من المواطنين لبعض الفئات السكانية الذين لديهم القابلية للإصابة بالأمراض (زديرة، 2016-2017، صفحة 63). تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها (مكيد و بن عياد، 2016، صفحة 12). ويدخل في هذا الإطار ما يسمى بالثقيف الصحي الثانوي والذي يعني: «الثقيف الصحي الثانوي يوجه للأفراد الذين لديهم عامل خطر، لكنهم لم يصلوا بعد إلى مرحلة الإصابة بالأمراض، ويوجه لهم الثقيف الصحي بهدف الحماية منها أو بهدف منع حصولها، فعلى سبيل المثال توجيه الشخص الذي يدخن ولكنه لم يصب بعد بسرطان الرئة. (نوار و فير، 2020، صفحة 355)

### ثانيا: خدمات صحية في المستوى الثاني

وهي تشمل جميع خدمات الرعاية الطبية الموجهة للمرضى، بداية من الأعمال التشخيصية والعلاجية والاستشفائية والتأهيلية، وأدرجناها في المستوى الثاني لأنها مرتبطة بوجود عامل الخطر عند الأفراد، أي تقدم للأفراد الذين أصيبوا بمرض معين، وتتميز بأنها تقدم في أماكن الرعاية الصحية، ويجب أن تقدم من طرف الفرق الطبية والتمريضية، عكس الخدمات في المستوى الأول التي يمكن أن يقدمها أي شخص بناء على توصيات الطبيب. وتنقسم خدمات الرعاية الطبية إلى أربعة أنواع هي (تشخيصية، علاجية، استشفائية، تأهيلية).

أ- **خدمات الرعاية الصحية التشخيصية والعلاجية:** ويطلق عليها اسم "خدمات الرعاية الأولية" وعادة ما يقوم بها الأطباء العامون وفي بعض الأحيان الأطباء المتخصصون، وتحدث عندما يشعر شخص معين بخطر في صحته فيقصد وحدة صحية من أجل تشخيص حالته. وتعتبر هذه الوحدات العلاجية أو المستوصفات صغيرة الحجم، محدودة الامكانيات إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، ولا تحتوي على غرف أو أسرة لإيواء المرضى، وغالبا ما تنتشر في القرى والنجوع والمناطق الريفية المختلفة، وتهدف إلى خدمة المواطنين التابعين لها بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبيا، وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية (مخيمر و الطعامة، 2003، صفحة 10). تشمل على جميع الخدمات الصحية العلاجية الطبية، والتي يتم تقديمها على مستوى المراكز الصحية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ووحدات الصحة الجوارية، ويكون متلقي هذا المستوى من الخدمة الصحية هو مريض بحاجة إلى العلاج بغض النظر عن طبيعة المرض أو العلاج اللازم، ويشمل أيضا هذا المستوى تقديم الخدمة المتكاملة في المناطق البعيدة عن منافذ تقديم الخدمة من خلال عيادات متنقلة ومجهزة. (زهران، 2013، صفحة 77)

إن الوظيفة العلاجية هي أساس وجود المستشفى، وتتضمن كل ما يتعلق بالقيام بالرعاية الطبية للمرضى والمصابين، سواء كان ذلك في الأقسام الداخلية أو في العيادات الخارجية، وتقوم العيادات الخارجية بدور مهم في مجال تدريب الأطباء وهيئة التمريض، وكذلك هي كحاجز يخفف الضغط على أسرة المستشفى، وتشير الإحصائيات على أن تكلفة علاج المريض في منزله تعادل ربع التكلفة داخل المستشفى، إضافة إلى أن العيادات الخارجية تقوي الروابط بين المستشفى و المجتمع المحيط به. (حامد و العابد، 2012، صفحة 73)

**ب- خدمات الرعاية الصحية الاستشفائية:** هي الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة، وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المخبرية) العادية والمتخصصة، وخدمات الاسعاف والطوارئ، وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية؛ ومما لا شك فيه أن الرعاية الطبية تمثل الوظيفة التي تحظى بالاهتمام الأكبر في جميع المستشفيات الخاصة منها والحكومية على السواء (مخيمر و الطعمنة، 2003، صفحة 6). كما يتطلب هذا النوع من الخدمات الصحية التزام المريض بالاستشفاء داخل المنظمات الصحية.

كما أنها تتمثل في العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى، وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل، فهي عبارة إذا عن «المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد، والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل». (قشي، 2019-2020، صفحة 58)

### ت- خدمات الرعاية الصحية التأهيلية:

وهي خدمات متخصصة تقوم على مجهودات فريق متخصص، وتهدف إلى إعادة تأهيل المرضى ومصابي الحوادث، وتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة ومنتجة إلى حد ما، وتعرف لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية للتأهيل الطبي خدمات إعادة التأهيل كما يلي «الاستعمال المنظم والمنسق للمعايير والمعرفة الطبية، الاجتماعية، التعليمية والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من القدرة على العمل»، وقد ازدادت أهمية هذه الخدمات في مجال الرعاية الصحية للأفراد حيث تعتبر المرحلة الرابعة والأخيرة لهذه الخدمات بعد خدمات ترقية الصحة، والوقاية من الأمراض، والخدمات العلاجية. وتقوم المستشفيات بدور هام في مجال خدمات إعادة التأهيل، وذلك إما من خلال مراكز التأهيل المتخصصة، أو من خلال أقسام ودوائر التأهيل الملحقة بالمستشفيات العامة، حيث يعتمد هذا الأمر على مدى الحاجة لمثل هذه الخدمات، ومدى توفر الإمكانيات الفنية والمادية والبشرية اللازمة لها، سيما وأنها تقوم على مجهودات فريق متعدد الاختصاصات من أطباء وممرضات وأخصائيين اجتماعيين ونفسيين وأخصائيي العلاج الفيزيائية والمهنيين وغيرهم، وتسهم هذه الخدمات بصحة الأفراد بطريقتين كما يلي: (زديرة، 2016-2017، صفحة 63)

- مساعدة المرضى وضحايا الحوادث الذين يعانون من إعاقات وعجز محتم على الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من اللياقة والقدرة الجسدية والعقلية والاجتماعية والمهنية، وتمكينهم من الاعتماد على أنفسهم، وممارسة حياة طبيعية منتجة قدر الإمكان؛

- منع حدوث الإعاقات والعجز خلال فترة علاج المرضى في المستشفى، وخاصة الإعاقات والعجز الناتج عن الفترات الزمنية الطويلة من العلاج، مثل تصلب العضلات والهزال الذي يمكن أن ينتج عن الفترات الطويلة من السكون وعدم الحركة، ومنع القلق والتوتر المصاحب عادة لحالة المرض والإصابة.

### ثالثا: خدمات صحية في المستوى الثالث

تسمى كذلك الرعاية الصحية الثالثة، والتي تكون في المستشفيات ذات تخصص عالي يرتبط بها البحوث العلمية في مجالات الطب والتمريض، حيث يتم فيها تقديم خدمات طبية عالية ودقيقة التخصص، وعادة لا تكون في جميع المدن وإنما في محافظة أو منطقة جغرافية واسعة داخل البلد. حيث يوجد نوعين من الخدمات الاستشفائية، النوع الأول تقدم داخل المستشفيات التي تحتوي على بعض التخصصات والأطباء الأخصائيين وتتطلب مكوث المرضى مدة زمنية معينة، أما النوع الثاني وهي خدمات متخصصة وفي غاية التطور، ويتم تقديمها من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة، وعادة يتم توفير هذه الخدمات على المستوى الجهوي أو الوطني، كما هو معمول به في الجزائر بعض المراكز الموجودة في ولايات قليلة وهذا نظرا لكون مثل هذه الخدمات تطلب من فئة قليلة وأن تكلفتها عالية قياسا بخدمات المستوى الأول والثاني. (جيلالي، 2008-2009، صفحة 124)

### الفرع الثاني: الخدمات الإدارية في المنظمات الصحية

تدخل كل من الخدمات الإدارية واللوجستية ضمن صلاحيات ومسؤوليات إدارة المنظمات الصحية، فبالإضافة إلى الخدمات الصحية المتعلقة بالتطبيب والتمريض والتي تناولناها سابقا، هناك قضايا تتعلق بالتخطيط والتنظيم والتنفيذ والتنسيق والتقييم.

تعتبر الإدارة الصحية فرعا متخصصا من العلوم الإدارية والصحية المتميزة، وهي علم تطبيقي اجتماعي يضم مزيج من علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة والعلوم الطبية والصحة العامة، والسياسات الصحية وعلم الأنظمة الصحية، وعلوم أخرى متخصصة في الإدارة الصحية كالبحوث الصحية أو أنظمة البحوث العلمية، والتخطيط الصحي والثقافة الصحية، وتقييم البرامج الصحية؛ والعنصر التنظيمي الذي يشمل مجموعة الإجراءات والترتيبات المطلوبة لتنظيم وتنسيق الأنشطة المختلفة لفريق الرعاية الطبية بهدف ضمان تواجد خدمات الرعاية بالكم والكيف الصحيح وضمان الوصول لها والانتفاع بها. (سعيدان و روشام، 2018، صفحة 353)

ولقد عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارية الصحية بما يلي: «الإدارة الصحية هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات، والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات، والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية، وتوفير البيئة الصحية، وذلك من خلال تقديم هذه الخدمات للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل». (نصيرات، 2008، صفحة 20)

ويمكن القول إنه في الجزائر هناك ثلاث مستويات إدارية في الخدمات الصحية هي:

**1- الخدمة الإدارية على المستوى المركزي (وزارة الصحة):** تتلخص وظائف هذا المستوى في الدراسات والبحوث، والتخطيط والبرمجة، والتقييم وتوفير الموارد، والتدريب واقتراح التشريعات المتعلقة بالصحة، والترخيص والتنسيق مع القطاعات الأخرى، والعلاقات الدولية في مجال الصحة. (قرنفل، وآخرون، 2007، صفحة 40)

وأهم شيء في هذا النوع من الخدمات، والذي يؤثر بشكل كبير على أداء المنظمات الصحية هو الاعتبارات المالية والإدارية؛ التي تتسم بدرجة من البيروقراطية التي تتمثل في النظم والقوانين والقواعد المحددة للتصرف في المستشفى، وتمثل

هذه الممارسات الإدارية قيودا على حرية القرارات التي يتخذها القيادة الإدارية والطواقم الطبية في الرعاية الصحية، وتحد من قدرتهم على الالتزام بالأخلاقيات والمعايير المهنية واستخدام ما يملكونه من معارف وخبرات في تقديم أفضل الخدمات الصحية، كما أنه مع زيادة الاهتمام بالتكاليف يتزايد التهديد بالاستقلالية المهنية نتيجة الاجراءات التي تفرضها السلطات العليا بهدف ترشيد استخدام الموارد المتاحة واحتواء التكاليف في المستشفيات العامة، وزيادة الأرباح في المستشفيات الخاصة، ولا شك أن هذه الإجراءات والضوابط تؤدي إلى وقوع المسيرين في صراع ذو وجهين، الأول باتجاه الأطباء والثاني باتجاه الوصاية، نتيجة محاولتهم الموازنة بين الاعتبارات المهنية والاعتبارات الاقتصادية والإدارية. (مخيمر و الطعامة، 2003، صفحة 58)

إن الخضوع للقرارات الصادرة عن الإدارة المركزية، والحدود المفروضة عن طريق القانون المنظم مجال التدخل والصلاحيات، يجعل من الإطار المسير لا يمتلك حرية المبادرة ولا مجالا كافيا لاتخاذ قراراته وتحقيق أهداف مؤسسته، بحيث تقوده إلى لعب دور المنفذ البسيط للتوجيهات والأوامر الصادرة عن المركز.

**2- الخدمات الإدارية على المستوى الأوسط:** تتلخص وظائفه في تحليل الوضع المحلي وتحديد المشكلات الصحية في المنطقة، وتكوين صلة الوصل بين المستوى المركزي والمستوى المحلي (قرنفل، وآخرون، 2007، صفحة 41). وفي الجزائر مثلا يتمثل هذا المستوى الإداري في مديريات الصحة والسكان بالولايات، والتي تشرف على القطاع العمومي والخاص، الأول "القطاع العمومي" عن طريق توزيع الموارد البشرية والمالية والمتابعة والتقييم، أما في القطاع الخاص من خلال منح الاعتمادات ومراقبة شروط فتح العيادات والمؤسسات الخاصة فقط. بالرغم من ذلك لا تظهر بوضوح أنشطة مديريات الصحة، والتي من المفروض متعلقة بمهام التنشيط والتنظيم والتنسيق والمتابعة والتقييم، بقدر ما هي في كثير من الأحيان أنشطة روتينية تتلقى من خلالها توجيهات من وزارة الصحة فتعيد توجيهها إلى المنظمات الصحية، وبالمقابل تتحصل على معطيات ومعلومات من المنظمات الصحية فتعيد تحويلها إلى الوزارة بكل رتبة.

### **3- الخدمات الإدارية على المستوى المحلي (المنظمات الصحية):**

تتمثل الخدمات الإدارية على هذا المستوى في تحديد الأهداف وتنسيق نشاطات القوى العاملة الإدارية والمهنية والطبية وغيرها، من أجل تحقيق الأهداف المرجوة والمتوقعة في المنظمة الصحية، ويتطلب هذا الأمر من الإداري الصحي أن يكون مخططا، واستراتيجيا في بعض النواحي، ومنسقا وقبل كل شيء قائدا وموجها للعنصر البشري ومحفزا، ومراقبا للأعمال والأنشطة. (حسن، 2000)

وتتبلور مشكلة الإدارة الصحية في هذا المستوى، في أن المسيرين مطالبون بتحقيق أهداف محددة أكثر مردودا وأعلى قيمة من الأوضاع الحالية لمنظمتهم الصحية، أين تكون الموارد المادية والبشرية المتاحة محدودة بطبيعتها، وتكون قدرة الإدارة الصحية في استخدام أو توزيع هذه الموارد ليست مطلقة، بل مقيدة بكثير من القيود السياسية والتكنولوجية والاجتماعية والاقتصادية والانسانية والتنظيمية والسلوكية.

الفرع الثالث: الخدمات اللوجستية (الإمداد الصحي أو الإمداد الاستشفائي)

يتمثل الهدف الرئيسي من الاهتمام بالخدمات اللوجستية في المنظمات الصحية، هو تقديم الدعم التقني، وتوفير جميع الوسائل والخدمات التكميلية، للفريق الطبي والتمريضي والإداري، من أجل تقديم أفضل الخدمات، ولتحقيق الهدف الأسمى لمنظمات الرعاية الصحية، وهو عرض خدمات صحية بجودة عالية.

يمكن تعريف الإمداد الاستشفائي بأنه: «الإمداد الصحي يعتبر كتقنية للتحكم في التدفقات المادية "فندقية، أدوية، أجهزة وأدوات طبية، مرضى وموظفين" عن طريق تدفق المعلومات "الطبية والإدارية"» (Isabelle, Nathalie, & Isabelle, 2000)

ووفقاً لاندري "Landry" الإمداد الصحي هو: «تلك العملية التي تنطوي على مجموعة من أنشطة التصميم والتخطيط والتنفيذ لشراء وإدارة المخزون، وكذا التوزيع الداخلي للسلع والخدمات المحيطة بتقديم الخدمات الطبية للمرضى» (Martin و Sylvain, 2000، صفحة 03)

ووفقاً للجنة الإمداد الصحي التابعة لجمعية الإمداد الفرنسية "ASLOG" فإنها تعرف الإمداد الصحي ب: «إدارة تدفق المرضى والمنتجات والمواد وكذا الخدمات والمعلومات المرتبطة بها، من المورد إلى غاية المستفيد، وذلك لضمان جودة الخدمات المقدمة للمرضى». (بجدادة، 2011-2012، صفحة 92)

من خلال ما تقدم في التعاريف أعلاه، نستنتج أن وظيفة الإمداد الصحي تتمثل في الخدمات التالية:

- التوريد: وتشمل جميع المشتريات، من أدوية وأجهزة ووسائل طبية والغازات الطبية، ومواد غذائية ومواد التنظيف، ووثائق نموذجية وسجلات طبية وإدارية، وسيارات إسعاف وسيارات إدارية وفعالية، وغيرها من جميع المنتجات التي لا يمكن على المنظمات الاستغناء عنها لتقديم أجود الخدمات الصحية والإدارية.
- الإنتاج: ويشمل في إنتاج الوجبات الغذائية المقدمة للمرض والفرق المناوبة، بالإضافة إلى مزج بعض المنتجات الخاصة بالتعقيم بهدف ضمان نظافة استشفائية خالية من التعفنات تفادياً للعدوى الاستشفائية؛ ويدخل في هذا الإطار خدمات صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة مثل المبردات والتي قد تتم عن طريق اتفاقيات أو يتكفل بها فريق الصيانة المتكون من مهندسين متخصصين وبعض المهنيين.
- التوزيع: وتتمثل في توزيع المنتجات الصيدلانية والأجهزة الطبية ومواد النظافة الاستشفائية والسجلات والمطبوعات الطبية والإدارية على جميع الأقسام الإدارية والتقنية والمصالح في المنظمة الصحية، بالإضافة إلى جمع ونقل وتسيير النفايات العلاجية، وتوزيع الوجبات الغذائية... الخ.

وفي هذا الصدد، نميز بين جانبين للإمداد في المنظمة الصحية، الجانب الأول فهو الإمداد الكلاسيكي (la logistique classique) الحامل لنفس طبيعة أنشطة الإمداد في المؤسسات الصناعية من خلال إدارته للتدفقات المادية من سلع ومواد وأجهزة، ويتمثل الجانب الآخر في تدخل الإمداد في إدارة أزمات الاستجابة وهو ما يعرف بإمداد الاستجابة (la logistique de réaction)، فهو يهدف إلى التقليل من وقت انتظار المرضى والتسيير الأمثل



لطاقات إنتاج الخدمات الصحية. كما يدخل في عملية إمداد الاستجابة كل الخدمات المتعلقة بالفندقة والإطعام والصيانة، والنظافة الاستشفائية.

### المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية، أبعادها وطرق قياسها

تعد الجودة من المفاهيم الرائجة جدا في عصرنا الحالي، فهي مسألة مهمة في مجال التنافسية والمسؤولية الاجتماعية وأدبيات الممارسات الإدارية. وتتنافس المنظمات المختلفة سواء كانت حكومية أم خاصة على تبني أساليب وتطبيقات الجودة المختلفة، وذلك للوصول إلى منتج بمواصفات تحقق المعايير المطلوبة للجودة، وبما يحقق رضا العميل. (الشكري، 2006، صفحة 142) حيث سنتناول في هذا المبحث مفهوم جودة الخدمات الصحية وتطورها التاريخي، وأبعادها والعوامل المؤثرة فيها، وتليها طرق قياسها.

### المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

تعد جودة الخدمة الصحية من الموضوعات التي لاقى اهتماما كبيرا من الممارسين والباحثين في المنظمات الصحية وذلك نتيجة التطورات التي يشهدها المجال الصحي، والزيادة المستمرة في الطلب على الخدمات الصحية، فقد أصبح تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية مطلبا مشتركا يخدم أهداف ومصالح جميع الأطراف العاملة والمتعاملة مع المنظمات الصحية.

### الفرع الأول: تعريف جودة الخدمات

- نتيجة لتطور قطاع الخدمات وخصائصه، قدم العديد من الباحثين تعاريف كثيرة لجودة الخدمة، نذكر منها:
- تعرف جودة الخدمة على أنها: «تقديم الأداء اللازم للعميل، والذي يقوم بإشباع وتلبية رغباته وفق سعر تنافسي، وفي الوقت المناسب ووفق الطرق والأساليب المناسبة» (Jocou & Lucas, 1995, p. 22)
  - كما يمكن تعريفها بأنها: «الفارق بين الخدمة المتحصل عليها وبين الخدمة المتوقع التحصيل عليها من قبل المستفيد من الخدمة» (Stéphane & Jan Claude, 2006, p. 111)
  - وقد عرفت منظمة المعايير الدولية الأيزو "ISO 9000:2000" جودة الخدمة بأنها: «درجة تلبية مجموعة من الخصائص في الخدمة المقدمة للزبائن» (جودة، 2004، صفحة 19)
  - وتعرف جودة الخدمة على أنها: «التفوق على توقعات الزبون، أي يقصد بجودة الخدمة في هذا التعريف بأن المؤسسة تتفوق في خدماتها التي تؤديها فعليا على مستوى التوقعات التي يحملها الزبون تجاه هذه الخدمات» (ريتشارد، 1999، صفحة 35)
  - كما عرفها العقيلي بأنها: «تقديم المنظمة لخدمة بمستوى عال من الجودة المتميزة تكون قادرة من خلالها على الوفاء باحتياجات ورغبات عملائها، بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم وتحقيق الرضا والسعادة لديهم. ويتم ذلك من خلال مقاييس موضوعية سلفاً لتقديم الخدمة وإيجاد صفة التميز فيها» (العقيلي، 2001، صفحة 17)
  - وقد عرفت الرابطة الأمريكية لمراقبة الجودة جودة الخدمة من حيث مدركات العميل: «بمعنى مدى وجود مطابقة بين الخدمة والتوقعات أو حتى ظهور مستوى يفوق التوقعات "من وجهة نظر العميل وليس المنظمة"، وهذا الاختلاف

مهم حيث يجبر مسوقي الخدمات على الأخذ بعين الاعتبار وجهة نظر العميل، وتحديد ما هو متوقع من قبل العميل فيما يتعلق بجودة الخدمة أو تقييم الجودة للخدمة ومن ثم تطوير خدمات تتطابق مع هذه التوقعات أو تفوقها» (مصطفى م.، 2003، صفحة 227)

- تعرف جودة الخدمة أيضاً بأنها: «تقديم نوعية عالية وبشكل مستمر وبصورة تفوق قدرة المنافسين الآخرين» (خضير، 2002، صفحة 35)

- يقول بديرا "Badira": «إن جودة الخدمة تشير إلى مستوى متعادل لصفات تتميز بها الخدمة مبنية على قدرة المؤسسة الخدمية على إشباع حاجات العملاء، ويضيف أن مجموعة الصفات التي تحدد قدرة جودة الخدمة على إشباع حاجات العملاء هي مسؤولية كل مستخدم أو عامل في المنظمة، ومن أجل تحقيق الاستمرارية في الجودة يجب أن يكون هناك التزام من قبل المؤسسة الخدمية نحو المستفيدين من خدماتها، فالوصول إلى أداء متميز في الجودة لا يتحقق فقط من إدراك العملاء ما لم تستخدم بطريقة صحيحة» (توفيق م.، 2006، الصفحات 43-44).

وبمراجعة التعريفات السابقة لجودة الخدمة، يمكن أن نحصر هذه التعاريف في مداخل ثلاثة كبرى يبرز كل مدخل تعريفه لجودة الخدمة كما يلي:

- مدخل يركز على طبيعة الخدمة بمد ذاتها وبحكم الخصائص التي تتميز بها عن السلعة، أو حتى بعض الخصائص المميزة لبعض الخدمات عن غيرها؛

- مدخل يركز على نظرة العميل وتوقعاته المستقبلية المبنية على الخبرة والكلمة المنطوقة والتجربة وغيرها، التي شكلت عنده تصور معين حول نوعية الخدمة ومقارنتها بالجودة المدركة فعلياً؛

- مدخل يركز على الأداء الكلي للمنظمة، إذ أن لكل جزء من أجزائها دور مهم في درجة الجودة المحددة للخدمة المقدمة.

### الفرع الثاني: تطور مفهوم جودة الخدمات الصحية

يرجع تاريخ الجودة الصحية إلى عام 2000 قبل الميلاد وإلى قانون "حمو رابي" ملك بابل، حيث يحتوي قانونه على أقدم قوائم عرفها الانسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة، والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية؛ كما تضمن قانون "حمو رابي" بنوداً 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 عُدد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب؛ وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع "أرسطو" قانوناً يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى. وفي عصر الإغريق طلب "أبو قراط" من تلاميذه أن يُقسِّموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية؛ وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليده مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل التاريخ وحتى عصرنا الحاضر. (أشرف عبد الله، 2021، )

وفي مهد رسالة النبي {محمد صلى الله عليه وسلم} كانت ممرضنة تسمى "رفيدة الأسلمية" التي أخذت مهنة التمريض عن والدها الطبيب "سعد الأسلمي" الذي كان طبيباً ماهراً، اكتسبت "رفيدة" الكثير من معرفتها الطبية وهي

تكبر إلى جانبه، واستهوتها حرفة التطبيب ومداواة المرضى. حيث رافقت زُفيدة النبي {صلى الله عليه وسلم} في غزواته وشاركت في معارك كثيرة مثل (بدر وأحد والخندق وخيبر وغيرها). كانت مسؤولة عن رعاية الجرحى والجنود المحتضرين، وإنشاء مستشفى ميداني به نظام من الخيام المتحركة لمساعدة المحاربين الجرحى والمرضى. ركزت بشكل كبير على النظافة والبيئة، كما قادت مجموعة من الممرضات المتطوعات أثناء الحروب (Meleis, 2012, p. 60). وبحسب مقال على مجلة "إس سي آي بلانت SCiPlanet"، كانت "رفيدة" رائدة في مجال التمريض في عصرها، وقررت نقل معرفتها إلى النساء المتطوعات لمتابعة طريقها، سعت في خيمتها إلى تدريب المسلمات على التمريض والإسعافات الأولية والرعاية الطارئة (أحمد ف.، 2020).

أما في أوج الحضارة الإسلامية في مجال الصحة والطب، تحدثت المستشرقة الألمانية "زيغريد هونكه" في كتابها الموسوم بـ "شمس العرب تسطع على الغرب"، في الفصل الثاني المعنون بـ "مستشفيات مثالية وأطباء لم يرى لهم العالم مثيلاً"، حيث تقول في بعض أجزائه، وهي تروي عن وصف أحد أمراء الغرب برسالة إلى أبيه الملك ليطمئنه عن حاله عندما ذهب ليعالج في أحد مستشفيات بغداد في عهد الخليفة هارون الرشيد، والتي كانت جودة الخدمة الصحية آنذاك في أرقى مستوياتها العلمية والتجريبية والتعليمية والانسانية والاجتماعية حيث قال: «أبي الحبيب، تسألني إن كنت بحاجة إلى نقود! فأخبرك بأني عندما أخرج من المستشفى، سأحصل على لباس جديد وخمس قطع ذهبية حتى لا أضطر إلى العمل حال خروجي مباشر... إني الآن في قسم الأورثوبادي orthopédie بقرب قاعة الجراحة، وعندما تدخل من البوابة الكبيرة تعبر القاعة الخارجية الجنوبية وهي مركز "البوليكلينيك poliklinik" حيث أخذوني بعد سقوطي وحيث يذهب كل مريض أول ما يذهب لكي يعاينه الأطباء المساعدون وطلاب الطب، ومن لا يحتاج منهم إلى معالجة دائمة في المستشفى تعطى له وصفته فيحصل بموجبها على الدواء من صيدلية الدار... وأما أنا فقد سجلوا اسمي هناك بعد المعاينة وعرضوني على رئيس الأطباء، ثم حملني ممرض إلى قسم الرجال، فحممني حمماً ساخناً وألبسني ثياباً نظيفة من المستشفى... واليوم صباحاً جاء كالعادة رئيس الأطباء مع رهط كبير من معاونيه، ولما فحصني أملى على طبيب القسم شيئاً لم أفهمه، وبعد ذهابه أوضح لي الطبيب، أنه بإمكانني النهوض صباحاً وبوسعي الخروج قريباً من المستشفى صحيح الجسم معافى، وإني والله لكاره هذا الأمر! فكل شيء هنا جميل للغاية ونظيف جداً، الأسرة وثيرة وأغطيها من الدَّمَقْس الأبيض والملاء بغاية النعومة والبياض كالحرير، وفي كل غرفة من غرف المستشفى تجد الماء جارياً فيها على أشهى ما يكون، وفي الليالي القارسة تُدْفَأُ كل الغرف، وأما الطعام فحدث عنه ولا حرج!! فهناك الدجاج أو لحم الماشية يقدم يومياً لكل من بوسعه أن يهضمه» (زيغريد، 1993، الصفحات 228-229)

ومن أهم المعايير التي أضافتها الحضارة الإسلامية لجودة الرعاية الصحية المعيار الأخلاقي والانساني، إذ يمكننا القول إن صح التعبير أن هناك "جودة أخلاقية في مجال الطب" تتمثل فيما برز به "الرازي" عن غيره من أطباء الغرب القدامى الذي كان سباقاً في إنسانيته القسوى كما كان سباقاً في كثير من الاكتشافات العلمية وتعدى الآفاق الخلقية التي وصل إليها الطب لدى الإغريق. فقد عرف أبو قراط الطب بأنه: «الفن الذي ينقذ المرضى من آلامهم ويخفف من وطأة النوبات العنيفة ويتعد عن معالجة الأشخاص الذين لا أمل في شفائهم، إذ أن المرء يعلم أن فن الطب لا نفع له في هذا

الميدان !» (زيغريد، 1993، صفحة 253). وهذا معناه عدم مساعدة المرضى الذين لا أمل في شفائهم. وهنا برز الرازي، وكان أول من فكر بمعالجة المرضى الذين لا أمل في شفائهم واهتم بهم كل الاهتمام، وهنا كان سبقه الانساني الكبير إذ رأى في هذا العمل واجبا ضروريا، وطالب الطبيب بأن يوهم مريضه بالصحة ويـرّجّيه بها، وإن لم يثق هو بذلك، فمزاج الجسم تابع لأخلاق النفس، وهكذا فإن على الطبيب -حسب الرازي - أن يسعى دوما إلى بث روح الأمل وقوة الحياة في نفس المريض مهما كانت حالته (زيغريد، 1993، صفحة 254).

وفي الحضارة الغربية ظهرت الجودة في المجال الصحي كما يلي: (خالد بن سعد، 1997، الصفحات 10-14)

- في سنة 1518 بالمملكة المتحدة، قام مسؤولون عن الكلية الملكية بتوثيق فكرة أن: (إحدى مهام الكلية تكمن في دعم مستوى الطب لشرف المهنة بحد ذاتها ولفائدة الجمهور) أي الاهتمام بجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى.
- في سنة 1860 قامت البريطانية "فلورنس نابت نجيل" بإعداد دراسة تعد من أقدم الدراسات العلمية واشتمل برنامجها الإصلاحي لتحسين الجودة على النظافة والصحة العامة وتحسين نظم التغذية ووضع أسس تنظيمية للإجراءات اليومية للمستشفى؛
- ويبين (خسروف، 2008، ص 21) بأن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتفيل" والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات (أنساعد و فلاق، الصفحات 61-82).
- وبعد نجاح اليابان في تطبيق مبادئ "دومينغ" في إدارة الجودة، أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام 1913م إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الرعاية الطبية من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية وإعداد والالتزام بما يعرف بروتوكولات العلاج (Clinical Protocols)، وقد انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكيل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام 1951م، والتي تابعت حركة تحسين الجودة في المستشفيات، وذلك بوضعها ضوابط محددة للأداء في المنظمات الصحية (أشرف عبد الله، 2021).
- وقد تابعت جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها جهات التمويل والمنظمات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية. وقد يكون أهم أعمال هذه الحركات فكرة معايير الجودة النوعية أو توكيد الجودة في السبعينيات والثمانينيات الميلادية. وفي التسعينيات الميلادية انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management)، أو التحسين المستمر للجودة (Continuous Quality Improvement)، والتي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة، أمثال "ديمينغ وكروسبي"، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية، ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية. (عباس، 2019، الصفحات 100-101)

### الفرع الثالث: تعريف جودة الخدمات الصحية

إن تحديد تعريف موحد لجودة الخدمة الصحية ليس بالأمر السهل، وذلك بسبب طبيعتها وخصائصها، وتزداد أكثر صعوبة في قياسها مقارنة مع الخدمات الأخرى. ومن الصعوبات أيضا الطبيعة المعقدة لممارسات الرعاية الصحية، المصالح المختلفة للمشاركين في تقديم الرعاية الصحية، والاعتبارات الأخلاقية. لذلك سنبرز فيما يلي العديد من التعاريف:

- يشير "Donabedian" إلى أن: «لجودة الرعاية الصحية محورين المحور الأول الفني، والمحور الانساني؛ حيث يتضمن المحور الفني تطبيق العلم والتقنية الصحيحة في التشخيص والعلاج، بينما يتضمن المحور الانساني تلبية الاحتياجات الانسانية للمريض كالتعاطف والاحترام وتقديم المعلومات اللازمة له، ويتمثل المحور الانساني الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعاية، لذا فهو على نفس الدرجة من الأهمية». (العميرة، 2003، صفحة 30)
- عرفها لبي وجونس "Lee et Jones" في سنة 1933 على أنها: «تطبيق جميع أنواع الخدمات الطبية الحديثة، لتلبية احتياجات الناس» (Jacquerye, 1999, p. 10) يشير هذا التعريف في مضمونه، إلى ذلك الارتباط بين الخدمات الصحية مع البحوث الطبية التي تصدر باستمرار وحينما تطبق ينتج عنه جودة في الخدمات الطبية.
- تعرف جودة الخدمات الصحية بأنها: «مقدار ما تحققه المنظمة الصحية من الأمان لكل من مقدمي الخدمة ومستلميها» (سعد، 2009، صفحة 233). يركز هذا التعريف على بعد مهم في الرعاية الصحية وهو بعد "الأمان" والذي يعني أن يحصل المستفيد على الخدمات دون أخطاء طبية أو علاجية.
- كما تعرفها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بأنها: «درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة» (معزوزي و بن تريح، 2018). حاول هذا التعريف ضبط مفهوم جودة الخدمة الصحية، وفقا لمعايير متفق عليها عالميا، تحدد جميع الممارسات الرئيسية والثانوية للخدمة الصحية.
- تعرف الرعاية الطبية الجيدة على أنها هي: «تلك التي تمارس وتدرس من قبل قادة مهنة الطب في فترة معينة من التطور الاجتماعي والثقافي والمهني في مجتمع معين» (الأحمدي، 2000، صفحة 412) نستنتج من هذا التعريف أنه ربط مفهوم جودة الخدمة الصحية مع تطور المجتمع، وكأنه يقول توجد الجودة الصحية في الدول المتطورة فقط، والحقيقة أن هذا بجانب للصواب، إذ يوجد العديد من منظمات الرعاية الصحية في مختلف دول العالم وعبر العصور، مستشفيات تقدم خدمات صحية راقية وذات جودة عالية.
- وعرفت بأنها: «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» (خالد سعد ، 1997 ، صفحة 65).

## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

بين هذا التعريف خمسة جوانب مهمة في جودة الخدمة الصحية وهي: (المصادقية "أفضل نتيجة ممكنة"، عدم تمييط الخدمة الصحية "خدمة لكل مريض"، التعاطف "الاهتمام بالمريض وذويه"، اقتصاد الصحة "ما أنفقه المريض وما حصل عليه من فوائد"، الاعتمادية "التوثيق للعملية التشخيصية").

- وتعرف اللجنة الطبية في المعهد الأمريكي للطب الجودة الصحية بأنها: «درجة الزيادة المحتملة للنتائج الصحية المرجوة من الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان، والتي تتفق مع المعرفة المهنية الحالية» (Loher, 1990, p. 21)

- جودة الخدمة الصحية هي: «مجموعة الخصائص القابلة للقياس، والتي تمنح لمسار إنتاج المنتجات الوسيطة أو النهائية أو تقديم خدمات وسيطة أو نهائية في المستشفى، والقدرة على إشباع الحاجات الصريحة والضمنية للمستفيد من العلاج» (Hervé & Francois, 2000, p. 175).

- وفي تعرف آخر أورده خيرري الصحة العالمية "ميلتون روم وكارلوس مونتويا" أن جودة الخدمة الصحية هي: «رضا المريض عمّا قدم له من خدمات صحية، والذي يتوقف على مدى التطابق بين مستوى هذه الخدمات من ناحية وتوقعات واحتياجات المريض من ناحية أخرى» (بن نافلة و مريزق، 2010، صفحة 13)

- يمكن تعريف جودة الخدمات الصحية من المنظور المهني والطبي هي: «تقديم أفضل الخدمات، وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، والخبرات ونوعيتها، وطبيعة الخدمات الصحية المقدمة. أما من المنظور الإداري فتعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة، والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة. أما من وجهة نظر المريض أو المستفيد فتعني طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية، التي تشعرهم بالأداء الأفضل» (معزوزي و بن تريخ، 2018).

- وأشار (Nakijima, 1997, pp. 9-10) إلى أن: «جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر».

وتحليل جوانب التعاريف السابقة نستنتج أن كل تعريف ينظر إلى جودة الخدمة الصحية من

وجهة نظر معينة، نلخصها كما يلي:

- من وجهة نظر المستفيد (المريض): درجة الاشباع والفوائد الصحية "سلامة جسدية وعقلية"، وحالة الرضا التي يصل إليها نتيجة تلقيه الخدمة الصحية؛

- المنظمة الصحية: مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها وفق الإمكانيات المتاحة والمعايير المتفق عليها؛

- الجهة الحكومية: مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وفقا للمقاييس العالمية في مجال الصحة العمومية تماشيا مع السياسات المرسومة؛

- مقدمي الخدمة الصحية (أطباء، ممرضين، إداريين، فنيين): تقديم خدمات صحية بكل كفاءة وأمانة واستمرارية؛

- الباحثين والمفكرين: تقديم خدمات صحية متكاملة وفق معايير متفق عليها عالميا نتيجة بحوث طبية متطورة؛

- المجتمع: تزامن تقديم الخدمات الصحية مع تلبية الاحتياجات الانسانية وفق القيم المجتمعية والأخلاقية، مثل التعاطف والاحترام والاستجابة والأمانة والصدق وحفظ النفس.

### المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها

سنتناول في هذا الجزء، أبعاد جودة الخدمة الصحية، وكذا نميز بين العوامل الداخلية والخارجية التي تؤثر في جودة الخدمات بالمنظمات الصحية.

#### الفرع الأول: أبعاد جودة الخدمات الصحية

يوجد العديد من المراجع التي تناولت أبعاد جودة الخدمات، حيث لم يكن هناك اتفاق حول عدد الأبعاد، لكن كل هذه الأبعاد تُكوّن الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة الصحية على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها، ويمكن عرض هذه الأبعاد حسب ما تناولها الباحثون كما يلي:

لقد وضع كل من (Zeithaml and Berry و Gronroos) مجموعة من المعايير التي تستخدم دلائل ومعايير للجودة وهي: (الضمور و بوقجاني، 2012، صفحة 79)

- **الاعتمادية:** تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على أدائها مثلما وعد بها بشكل يمكن من الاعتماد عليها وأيضا بدرجة عالية من الصحة والدقة، فالعميل يتوقع أن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والأداء.
- **مدى توافر الخدمة وإمكانية الحصول عليها:** تتعلق بمدى قدرة ومحاولة المنظمة الإجابة على الأسئلة الآتية، ومعرفة مدى أهميتها من وجهة نظر المرضى المستفيدين والمستهدفين: (هل الخدمة تتوافر في الوقت الذي يريده العميل؟ هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغب فيه العميل؟ هل سيحصل العميل على الخدمة متى طلبها؟ كم من الوقت يحتاج العميل لانتظار الحصول على الخدمة؟ هل من السهل الوصول إلى مكان تلقي الخدمة؟).
- **الأمان:** يستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة ومن يقدمها، أي يتعلق بمدى المخاطر المدركة لنتائج تلقي الخدمة من هذه المنظمة أو من مقدمها أو في كليهما.
- **المصداقية:** ما هي درجة الثقة بمقدم الخدمة، هل هو موضع ثقة، ما هي مصداقية مقدم الخدمة؟ هل يلتزم بوعوده وبما يقول؟ أما المعرفة والإدراك فتشير إلى مدى قدرة مقدم الخدمة على تحديد وتفهم احتياجات المرضى وتزويدهم بالرعاية والعناية.
- **الاستجابة:** تتعلق بمدى قدرة ورغبة واستعداد مقدمي الخدمة في أن يكونوا بشكل دائم في خدمة العملاء، وقدرتهم على أداء الخدمة لهم عند احتياجهم لها. فهل يشعر مقدم الخدمة بالسعادة والحماس في خدمة العميل؟ هل تتوافر لدى مقدم الخدمة الجاهزية لتقديم الخدمة عند طلبها؟
- **الكفاية والجدارة:** تتعلق بكيفية وجدارة القائمين على تقديم الخدمة من حيث المهارات والقدرات التحليلية والاستنتاجية، والمعرفة التي تمكنهم من القيام بأدوارهم بالشكل الأمثل، وفي حالة التعامل مع مقدم الخدمة لأول مرة، فإن العميل عادة يلجأ إلى مثل هذه المعايير كالشهادات العلمية ومصادرها والخبرات العلمية ومواقعها، فقد يفضل بعض المرضى تلقي خدماتهم من أشخاص ذوي مستويات تعليمية عالية ومن مصادر معتمدة ورسمية.

## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

- الجوانب الملموسة: وتشير إلى مظهر التسهيلات المادية المتاحة لدى المنظمة الخدمية، والمعدات، ومظهر أفراد المتعاملين مع العملاء، وأدوات ووسائل الاتصال معهم كالتكنولوجيا المستخدمة في تقديم الخدمة، والمظهر الداخلي وتصميم المحل وديكوره، إضافة إلى المظهر الشخصي للعاملين.
- الاتصالات: تتعلق بقدرة مقدم الخدمة على شرح خصائص الخدمة للعميل، والدور الذي يجب على العميل أن يلعبه للحصول على الخدمة المطلوبة.
- أما (ديوب وهنادي) فقد وضعاً ثمانية (8) أبعاد للجودة في القطاع الصحي، نذكرها كما يلي: (ديوب و عطية، 2005، الصفحات 123-124)
- التمكّن الفني: وتعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدم الخدمة؛
- سهولة الوصول للخدمة الطبية: أي أن الخدمة الطبية المقدمة يجب أن لا يحدّها عائق، وإنما الوصول إليها بسهولة وأن تكون قريبة وتتوافر لها وسائل الاتصال؛
- الفعالية والتأثير: حيث تعتمد الجودة على مدى فعالية وتأثير الخدمات المقدمة على أسس علمية، وأن تقدم بطريقة مناسبة تكنولوجيا مراعية الظروف والمخاطر المحتملة؛
- العلاقة بين الأفراد: وتعني التفاعل بين مقدمي الخدمات الطبية والمستفيدين، وكذلك بين الفريق الصحي والمجتمع برمته حيث تكون العلاقة جيدة بما في ذلك التجاوب والتعاطف وحسن الاستماع والاحترام المتبادل؛
- الكفاءة: وتعني الكفاءة في تقديم الخدمات الضرورية والمناسبة والتخلص من الأنشطة التي تقدم بطريقة خطأ، أو على أسس ومعايير غير سليمة؛
- الاستمرارية: أي تقديم الخدمات على أساس الاستمرارية دون توقف أو انقطاع؛
- الأمان والسلامة: أي تقليل المخاطر لأبعد الحدود ويشمل ذلك مقدم الخدمة والمستفيد منها؛
- الكماليات: وتعني مواصفات الخدمة التي تساعد على إرضاء المرضى واشباع رغباتهم، من توفر غرف للانتظار مريحة ودورات مياه نظيفة ووجود ستائر بغرف الكشف الطبي تحافظ على أسرار المريض وخصوصيته.
- وفي دراسة أجراها كوتلر "Kotler" بخصوص موضوع أبعاد الجودة في المؤسسات الصحية، بينت النتائج بأن المرضى عادة ما يعتمدون في تقييمهم لجودة الخدمة على خمسة أبعاد فقط، وقد اعتبرها أساسية إلا أنها تتفاوت في الأهمية، وتمثل في: (الاعتمادية ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية؛ الاستجابة ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية؛ الأمان: ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية؛ العناية والرعاية: ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية؛ الملموسية: ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية). (بديسي و زويوش، 2011، صفحة 147)
- وقد وُصفت عناصر الجودة المتعددة على مدى العقود الماضية مع ارتباطها ارتباطاً وثيقاً بالمبادئ الأخلاقية حيث تتوافق الآراء الآن بوضوح بشأن ضرورة اتسام الخدمات الصحية الجيدة بما يلي (منظمة الصحة العالمية، 2020):
- الفعالية Efficaces: بإتاحة خدمات الرعاية الصحية المسندة بالبيّنات للمحتاجين إليها؛
- المأمونية Sûrs: بتجنب إيذاء الأشخاص الذين تستهدفهم الرعاية؛



## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

- التركيز على الأشخاص *centrés sur la personne* : بتوفير رعاية تستجيب لتفضيلات الأفراد واحتياجاتهم وقيمهم في إطار خدمات صحية تنظم بالتركيز على احتياجات الأشخاص؛
  - التوقيت المناسب *fournis en temps utile* : بالحد من فترات الانتظار وحالات التأخير المضرة في بعض الأحيان لصالح المستفيدين من الرعاية ومقدميها على حد سواء؛
  - الإنصاف *équitable* : بتقديم الرعاية الجيدة نفسها بصرف النظر عن السن أو نوع الجنس أو العرق أو الانتماء العرقي أو الموقع الجغرافي أو الدين أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي أو الانتماء اللغوي أو السياسي؛
  - التكامل *intégrés* : بتوفير رعاية تنسق على جميع المستويات وعلى مستوى مقدمي الرعاية وتتيح كامل مجموعة الخدمات الصحية في جميع مراحل العمر؛
  - الكفاءة *efficients* : بتعزيز الاستفادة من الموارد المتاحة إلى أقصى حد وتجنب الهدر.
- من خلال ما تم عرضه سابقاً، سنحاول من خلال الجدول التالي دمج بعض الأبعاد مع بعضها البعض بحكم تقارب مفاهيمها، حيث سنركزها في خمسة أبعاد فقط، كما يلي:

### الجدول (2-2): أبعاد جودة الخدمة الصحية

| المؤشرات أو المعايير  | الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية | جميع الأبعاد  |
|---|------------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- جاذبية المباني والتسهيلات المادية، التصميم والتنظيم الداخلي للمباني، تهئية قاعات الانتظار والاستقبال؛</li> <li>- حداثة المعدات والأجهزة الطبية، تطور التجهيزات الملحقة (كالمكيفات، المدفآت، ومولدات الكهرباء، مولدات الأوكسجين... الخ</li> <li>- هندام العاملين (أطباء ممرضين، إداريين، تقنيين ومهنيين)</li> <li>- توفر الأدوات الطبية وتقييمها باستمرار؛</li> </ul>                       | الملموسية                          | الجوانب المادية<br>الملموسة<br>الكماليات  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة،</li> <li>- الدقة وتجنب الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج والتحليل والأشعة؛</li> <li>- توفر حد مقبول من التخصصات الطبية والجراحية؛</li> <li>- الحرص على حل مشكلات المريض، وتلبية طلباته وفقاً لقرارات الأطباء.</li> <li>- التوثيق للأنشطة الطبية والتمريضية والاحتفاظ بملفات المرضى؛</li> <li>- دقة الفواتير والحسابات المالية؛</li> </ul> | الاعتمادية                         | الاعتمادية، المصدقية،<br>الكفاية والجدارة،<br>الكفاءة الفنية، الفعالية<br>والتأثير، الكفاءة |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- السرعة في تقديم الخدمة الصحية، خاصة المستعجلة؛</li> <li>- الاستعداد الدائم للعمل؛</li> <li>- الرد على استفسارات وشكاوى المرضى والمواطنين؛</li> </ul>   | الاستجابة                          | الاستجابة، مدى توافر<br>الخدمة، سهولة<br>الوصول، الانصاف،                                   |

## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

|   |                |  |
|---|----------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- اخبار المريض بكل تفاصيل مرحلة العلاج خاصة المواعيد الطبية والعلاجية؛</li> <li>- توفر سيارات الاسعاف في الوقت المناسب؛</li> <li>- جاهزية المصالح والأقسام والعاملين لأي طارئ؛</li> </ul>  |                | <p>التوقيت المناسب،<br/>الاستمرارية</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- تفهم احتياجات المريض؛</li> <li>- وضع مصالح المريض الصحية في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين؛</li> <li>- ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة؛</li> <li>- مرونة القوانين والأنظمة في ملف انضباط العاملين، لأن الخدمة الصحية ليست محددة بزمن محدد للدخل والخروج؛</li> <li>- حسن التعامل واللباقة في الكلام، وتغليب الحس الانساني والأخلاقي؛</li> <li>- الروح المرحة والصدق في التعامل مع المرضى؛</li> <li>- الثقافة التنظيمية للمنظمة الصحية؛ والصفات الشخصية للعاملين؛</li> </ul> | <p>التعاطف</p> | <p>التعاطف، الوصول إلى<br/>الخدمة، فهم العميل،<br/>العلاقة بين الأفراد،<br/>الاتصالات، التكامل</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- سمعة ومكانة المستشفى عالية؛</li> <li>- اشعار المريض بأهمية متابعة علاجه واستمراره؛</li> <li>- دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة، والتدريب؛</li> <li>- التقليل من مخاطر الاصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية؛</li> <li>- درجة نقاوة عالية ونظافة استشفائية دورية؛</li> <li>- تقديم الوجبات الساخنة وفي الوقت المحدد ومراعات الحالات الصحية للمرضى بتناول او الامتناع عن بعض الأطعمة والمشروبات؛</li> </ul>  | <p>الضمان</p>  | <p>الأمان، الكياسة،<br/>المأمونية</p>  |

المصدر: من إعداد الطالب حجوة يوسف بالاعتماد على دراسة (Zeithaml and Gronroos و

Berry) ودراسة (Kotler) ودراسة (ديوب وهنادي) ودراسة (البكري، 2012، صفحة 213)

ونقدم فيما يلي شرحاً مفصلاً لهذه الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية كما يلي:

**أولاً: بعد الاعتمادية Fiabilité:** تشير الاعتمادية إلى درجة الموثوقية في الخدمة الصحية ومصداقيتها، والتي تتحدد بالتمكن في الجوانب الفنية "الطبية والتمريضية، والإدارية والتقنية" ودرجة كفاءة وجدارة مقدميها، ومستوى التأثير الإيجابي الذي يحدثونه في المريض ومرافقيه، وصورة خدماتهم ومنظمتهم في المجتمع.

ويقصد بالكفاءة الفنية، مجمل المهارات والكفاءات والقدرات الفنية (التقنية)، والأداء الصحيح لمختلف مقدمي الخدمات الصحية (الطاقم الطبي والشبه الطبي والطاقم الإداري)، بحيث يكون مستوى أداء هذا الطاقم مطابقاً للمعايير والمواصفات الفنية المطلوبة والمتفق عليها عموماً، كما يشمل هذا البعد المهارات الإكلينيكية المتعلقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية، والإشراف والتدريب وحل المشاكل. (عياد، 2015-2016، صفحة 52).

ويقصد ببعد الفعالية درجة تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أما معيار الكفاءة يعني تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة، فالعلاقة هنا تربط بين مردودية الخدمة والتكلفة المبذولة. (عياد، 2015-2016، صفحة 53)

### ثانيا: بعد الاستجابة **La serviabilité**

تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم وخلفيتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل الكادر العامل بالمنظمة الصحية مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار الملائم أو المناسب وغير مزعج، وتشمل الاستجابة في مجال جودة الخدمة الصحية العناصر التالية: (دريدي، 2013-2014، صفحة 26)

- السرعة في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة، والاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال؛
- الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض؛
- الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقدم الخدمة والانتهاؤها؛
- التوصل للخدمة (إمكانية الحصول عليها) **L'accessibilité** : إمكانية الوصول هي السهولة التي يحصل بها المرء على الخدمات الصحية المناسبة في الوقت المناسب. يمكن رؤية الوصول من منظور جغرافي أو مالي أو اجتماعي أو نفسي، ويتطلب أن تكون الخدمات الصحية متاحة مسبقاً. كما يعد الإنصاف بُعد وثيق الصلة بإمكانية الوصول وقدرة النظام الصحي على معاملة كل فرد معني بإنصاف، بغض النظر عن العمر والجنس والعرق والموارد المالية. في هذا السياق، يتعلق الأمر بتوزيع الرعاية بين مجموعات مختلفة من السكان بغض النظر عن أوضاعهم الجغرافية والاقتصادية والاجتماعية. كما أن حسن التوقيت هو مفهوم متعلق بالوصول ويشير إلى الدرجة التي يحصل فيها المرضى على الرعاية المطلوبة بسرعة. يشمل الوصول إلى الرعاية في الوقت المناسب وتنسيق الرعاية "مسار الرعاية". (Letaief & Mhamdi , p. 93)
- الاستمرارية **La continuité**: تعني أن يتلقى المريض جميع الخدمات الصحية التي يحتاجها دون أي انقطاع أو توقف أو تكرار غير ضروري للتشخيص أو العلاج، وينبغي تقديم هذه الخدمات على أساس متواصل، وقد حددت (جودة.ي.، 2002، صفحة 405) مجموعة من النقاط التي على أساسها تتحقق فعالية بعد الاستمرارية.

### ثالثا: بعد الضمان **L'assurance**

وهو شعور المريض بالراحة والاطمئنان عند التعامل مع المنظمة الصحية وكوادرها الطبية المختلفة، كما تشمل دعم وتأييد الإدارة العليا أثناء قيامهم بتقديم الخدمات العلاجية للمرضى، وإبداء الاستعداد لتقدير المواقف، وتقدير الجهد المبذول في العمل (النسور، 2008، صفحة 66). ويشمل بعد الأمان أيضا المتغيرات التالية (الشعور بالأمان في التعامل، الأدب وحسن الخلق لدى العاملين، سرية المعلومات الخاصة بالمريض، دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة) (أبو طعيمة، 2016، صفحة 58)

### رابعا: بعد التعاطف **L'empathie**

يعبر هذا العنصر عن مدى إحساس العملاء بالتعاطف والرعاية من جانب المستشفى لهم، وحسن استقبالهم ومدى الاهتمام الشخصي لكل منهم، ويعكس هذا العنصر كذلك مدى رغبة العميل في الحصول على معاملة خاصة

وخدمة متميزة من مقدمي الخدمة، كما يعكس هذا البعد أثر الثقافة التنظيمية للمستشفى في تكوين شعور لدى العاملين بالمستشفى بأهمية جودة الخدمة أو الاستفادة منها (مريزق، 2008/2007، صفحة 56).

إن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها، ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والكياسة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها "المرضى"، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلا عن أن التعاطف يضع مصلحة المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللفظ. (الطويل، الجليلي، و وهاب، 2010، صفحة 18)

### خامسا: الملموسية *La tangibilité*

يقصد بها بعض الباحثين الكماليات (جودة ي.، 2002، الصفحات 405-406)؛ وتعرف الملموسية بوصفها مظهرا خارجيا للتسهيلات المادية والمستلزمات والأشخاص ومواد الاتصال، وهي تشمل على العناصر المادية للخدمة (المقاعد، الأضواء، الكراسي، المعدات، المكائن والآلات، المباني، ملابس العاملين) وكافة عناصر البيئة المادية، وهي تصوير الخدمة ماديا. (هادي الجزائري، محمد، و شتيت، 2011، صفحة 21)

### الفرع الثاني: العوامل الداخلية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية

وتتمثل في العديد من العوامل التي تحدث داخل المنظمة الصحية التي يجب أن تهتم بها، واعتمادها كأحد معايير قياس جودة الخدمة الصحية.

#### أولا: أداء العاملين

عندما تضع إدارة المستشفى المعايير النوعية للخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي والفني في المستشفى، فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للكادر الطبي والتمريضي والخدمي المتصل بالمرضى بأن أدائهم سيكون بالمستوى المناسب والمطلوب، ولا شك بأن نظام التقييم للرواتب والحوافز الذي يستخدم في المستشفى يلعب دورا كبيرا في أداء العاملين، وأن العمل بروح الفريق الواحد، الجهد المبذول تجاه المرضى، اللطف والأدب في الرد على استفسارات المرضى، الاستجابة السريعة لطلبات المرضى وتنفيذها وغيرها، لها أثر مضاف في تحديد مستوى التقييم والحوافز الممنوحة للعاملين ودون أن تخضع لاجتهادات شخصية (هادي الجزائري، محمد، و شتيت، 2011، صفحة 19).

ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لها، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، يكون من الضروري ألا تقدم الإدارة وعودا لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان. (الأسدي، 2015، صفحة 64)

يقيس هذا البعد تجربة المرضى فيما يتعلق بجودة الرعاية المقدمة من قبل الأطباء والمرضات والموظفين الطبيين وموظفي الدعم. تتطلب المواجهة الطبية بين الطبيب والمريض مستويات مكثفة من التفاعل حيث يكون لها تأثير أكبر على رضا المريض. كما ذكر "Bitner" في عام 1990، هناك علاقة طويلة الأمد بين الطبيب والمريض حيث يتمتع

الطبيب بسلطة تقديرية كبيرة في تلبية احتياجات المريض. كما أبرزت العديد من الدراسات المساهمة الحيوية للممرضات في جودة رعاية المرضى. كما تلعب مهارات وسلوك الموظفين المساعدين الطبيين أيضًا دورًا رئيسيًا في قياس الجودة، فيما يتعلق بسلوك الموظفين، مما يؤثر على رضا المريض. (Dhyana & Venkatesh, 2015, p. 3)

### ثانياً: تحديد جودة الخدمات الصحية

عندما تفهم حاجات المرضى فإنه يجب أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة؛ وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطاً بأداء العاملين ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية (ذياب، 2012، صفحة 73). كما أن التزام الإدارة ومختلف مستوياتها بالجودة كهدف يجعلها أنموذجاً لكل العاملين، ولا شك فإن مثل هذا الالتزام سيحفز العاملين وبمختلف التخصصات والمهن على الالتزام بمواصفات الخدمة المقدمة للمرضى الزائرين أو الراقدين في غرف المستشفى (الأسدي، 2015، صفحة 63).

### ثالثاً: البيئة المادية

يحكم المريض ومرافقه على مستشفى في اللحظة التي يرونه لأول مرة وقبل أن تبدأ تجربة الخدمة، عادة ما يكون المريض قد قرر بالفعل ما إذا كان سيعود إلى المستشفى مرة أخرى. عند فهم العلاقة بين الجودة في المرافق المادية ورضا المريض، يمكن للمرء أن يعرف أنه يمكن أن يكون له تأثير دائم على كل من أداء المستشفى وقدرته على تقديم رعاية جيدة. حيث تساهم جودة (الأروقة، والعيادات الخارجية، وغرف المرضى الداخليين، وغرف العمليات، وغرف الفحص والإجراءات، ومناطق الدعم، وقاعات الاستقبال، والمكاتب الإدارية وغيرها) في إرضاء المرضى. (Dhyana و Venkatesh، 2015، صفحة 55)

### رابعاً: خدمات التشخيص

يؤدي التأخير في خدمات التشخيص إلى عدم الرضا بين المرضى. تشمل مرافق التشخيص خدمات المختبرات والأشعة. (Dhyana و Venkatesh، 2015، صفحة 55)

### خامساً: الخدمات الفندقية

يقول مديرو المستشفيات، إن التركيز على الطعام قد اكتسب أهمية أكبر بين المرضى، لذلك يوجد العديد من شركات إدارة الأغذية التي تخصص في مرافق الرعاية الصحية، لأنها تتلقى المزيد من الطلبات من المستشفيات. يلعب الطعام دورًا حيويًا في تغيير قواعد اللعبة في المستشفيات، حيث يكره العديد من المرضى أسلوب الغذاء في المستشفيات لذلك يجب أن تتخذ إدارة المستشفى خطوات جنبًا إلى جنب مع المستشارين الغذائيين من أجل إرضاء ذوق المريض دون الإخلال بنظامهم الغذائي. (Dhyana و Venkatesh، 2015، صفحة 55)

تعتبر النظافة أحد المجالات التي لها تأثير أكبر على جودة المستشفى هو إدراك المريض للنظافة، تشمل النظافة (نظافة البيئة والنظافة وتقنيات غسل اليدين وكل شيء). إن تفاعل المسؤولين مع المرضى سيجعلهم يفهمون الجهود التي

يبدؤها الموظفون للحفاظ على نظافة المستشفى، هذا يساعد في زيادة رضا المرضى عن النظافة التي تعمل كعنصر أساسي في الحصول على خدمات عالية الجودة. (Dhyana و Venkatesh، 2015، صفحة 55)

### الفرع الثالث: العوامل الخارجية المؤثرة على جودة الخدمة الصحية

وتتمثل في العديد من العوامل التي تحدث خارج المنظمة الصحية التي يجب أن تهتم بها، واعتمادها كأحد معايير قياس جودة الخدمة الصحية.

#### أولاً: تحليل توقعات المرضى:

تحتاج المؤسسات الصحية إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية، بحيث يكون هذا التصميم متوقفاً على توقعات المريض، لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية في الخدمة المقدمة. ويمكن للمرضى أن يحققوا ادراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين عدد من المستويات المختلفة للجودة وهي (شبهوي و خليفة، 2017، صفحة 75):

- الجودة المتوقعة *la qualité attendue*: أي الجودة التي يرى المريض أو المستهلك منها وجوب وجودها.
- الجودة المدركة *la qualité perçue*: وهي تلك الجودة في الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى والتي يراها مناسبة للحالة الصحية، والتي اعتاد المستشفى أن تقدم بها خدماتها للمرضى.
- الجودة القياسية *la qualité standard*: هو ذلك المستوى أو الدرجة في جودة الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى.
- الجودة الفعلية *la qualité des performances*: أي الدرجة من الجودة التي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

#### ثانياً: إدارة توقعات الخدمة الصحية:

عن طريق اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المستشفى وكذا الاتصالات التسويقية خارجياً، من أجل التعرف المبكر لتوقعات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المستشفى، وهنا يجب على المستشفى ألا تقدم وعوداً لا تستطيع تحقيقها لأن هذا سينعكس على عدم رضا المرضى عن الخدمة المتوقعة حصولها. (الأسدي، 2015، صفحة 63)

#### ثالثاً: عوامل تتعلق بالمرضى

تتعلق بالمتغيرات الديمغرافية والاجتماعية والوبائية والاقتصادية، التي تؤدي إلى إحداث توازن أو تضارب بين مستوى الخدمات الصحية المعروضة وتلك المطلوبة نتيجة المتغيرات المتواصلة. إذ أن هذه المتغيرات تساهم في تحديد جودة الخدمات الصحية، فمثلاً بينت جائحة كورونا "كوفيد 19" العديد من الاختلالات في النظم الصحية حتى في الدول المتقدمة نتيجة عدم توافق بين العرض والطلب، والذي نتج عنه عدم رضى الشعوب عن جودة التكفل بالرعاية الصحية.

المطلب الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية

يعتبر توفر مقياس يتسم بالدقة والموضوعية أمراً ضرورياً لقياس جودة الخدمات المقدمة، حيث أصبح هذا الأمر ضرورة لازمة لتحقيق أهداف المريض والمنظمة والعاملين والمجتمع. وعليه، فقد وضع الباحثين العديد من النماذج لقياس وتقييم جودة الخدمات، عددها كل من (Nitin و Deshmukh، 2005، صفحة 915) بسبعة عشر (17) نموذجاً نعرضها في الجدول الآتي:

الجدول (2-3): نماذج قياس جودة الخدمة

| السنة | المفكرين  | محددات قياس النموذج  |
|-------|---|--|
| 1982  | ليتينين Lehtinen  | جادل الباحثون في صحة هذا النموذج في الصناعة التحويلية، كما أن النموذج غير قابل للتطبيق في عصر التكنولوجيا حيث أحدثت تقنيات الإنترنت والخدمة الذاتية ثورة في عمل قطاع البيع بالتجزئة.   |
| 1982  | جرونروس Gronroos  | وضع النموذج فقط مكونات جودة الخدمة على أنها تقنية، وصورة وظيفية دون ذكر التقنيات أو الأدوات لقياس هذه المكونات.  |
| 1983  | ليتينين Lehtinen  | أجريت الدراسة في صناعة المطاعم فقط مما حد من قابليتها للتطبيق على الصناعات الأخرى، كما يمكن تطبيق النموذج على مواقف محددة فقط.   |
| 1985  | باراسورامان، بيرى وزيتامل Parasuraman, Berry and Zeitham نموذج SERVQUAL | <ul style="list-style-type: none"> <li>- العديد من الباحثين لا يدعمون وجهة نظر "PZB" لقياس جودة الخدمة باعتبارها الفجوة بين تصورات وتوقعات المستهلكين</li> <li>- وقد قيل أيضاً أن نموذج GAP أدى إلى غموض بين المفهومين: جودة الخدمة ورضا العملاء. لا يستخدم العملاء التوقعات لتقييم الخدمات حيث لا توجد أداة معقولة لقياس التوقعات. أكد كرونين وتايلور (1992) أن النموذج يعتمد على عدم التأكيد بدلاً من نموذج المواقف.</li> <li>- يركز نموذج جودة الخدمة على عملية الخدمة وليس على النتيجة، كما أشار كارمان (1990) إلى أن جودة الخدمة تتمتع باستقرار جيد، لكن العوامل الخمسة ليست مؤشرات محايدة لقطاعات الخدمة المختلفة، وهي غير قابلة للتطبيق عالمياً.</li> <li>- تخلق العناصر السلبية في المقياس ودرجة التصورات والتوقعات ارتباطاً بين المستجيبين مما يخلق عقبة في القياس الشامل لجميع الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة.</li> <li>- تم العثور على درجة عالية من الارتباط بين الأبعاد الخمسة.</li> </ul> |
| 1988  | هايوود فارمر Haywood Farmer   | لا يوفر النموذج المقترح أي معلومات حول مقياس القياس. فشل النموذج في توفير توجيه للإدارة بشأن الطريقة والإجراءات التي يمكن اعتمادها لتحديد مشاكل جودة الخدمة ومن ثم الحفاظ على التحقق من هذه المشكلات   |
| 1990  | بروغويسز وآخرون Brogowicz et al   | تحتاج الأهمية النسبية لكل من العوامل الثلاثة في التأثير على التوقعات إلى إجراء بحث تجريبي.   |
| 1992  | كرونين وتايلور Cronin and Taylor  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- لم يتم تقديم أي تفسير لكيفية الجمع بين الموارد البشرية والمادية بشكل فعال لتحقيق جودة الخدمة الفنية والوظيفية المتوقعة. النموذج ليس عالمياً ويحتاج إلى تعديل لأنواع مختلفة من إعدادات الخدمة.</li> </ul>  |

## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| <p>- لا يحتوي النموذج على ترتيب جيد في مؤشر جودة الملاءمة في حالة وجود ثقافات مختلفة حيث سيكون لدى الأشخاص من ثقافات مختلفة توقعات ونصوص مختلفة عن لقاءات الخدمة. يحتاج النموذج إلى التحقق من صحته في الصناعات عالية المشاركة. لم يتم فحص المقاييس المتعددة للبنى.</p>   | <p>نموذج<br/>SERVPERF</p>  |             |
| <p>- يفتقر هذا النموذج إلى الصلاحية بسبب تصميم بحث ضعيف مع عينة صغيرة جدًا وضيقة مما يحد من قابلية تطبيق النموذج.</p>  | <p>Teas تيس</p>  | <p>1993</p> |
| <p>يقتصر النموذج على تأثير تكنولوجيا المعلومات على جودة الخدمة فقط. لا يوجد وصف حول مستوى استخدام تكنولوجيا المعلومات لإعدادات الخدمة المختلفة. لا يوفر النموذج طريقة لقياس ومراقبة جودة الخدمة.</p>   | <p>بيركلي وجوبتا<br/>Berkley and<br/>Gupta</p>                           | <p>1994</p> |
| <p>- هناك خلاف خطير بشأن عدد العناصر التي سيتم استخدامها في مختلف إعدادات خدمات التجزئة. كما أنه ليس نموذجًا عامًا قابل للتطبيق في جميع مجالات البيع بالتجزئة. جادل الباحثون بأن تأثير عوامل مثل البيئة والسعر والمسافة والترقية وما إلى ذلك لم يؤخذ في الاعتبار.</p> <p>- النموذج به مشاكل تشغيلية حيث لم يتم تطبيقه بنجاح كبير لمعرفة العلاقة بين جودة الخدمة والمتغيرات الأخرى. يتضمن نموذج RSQS إجراءً إحصائيًا معقدًا للغاية بسبب وجود الأبعاد والأبعاد الفرعية. كما أن الهيكل الهرمي للنموذج يفتقر إلى الأدلة التجريبية.</p> | <p>داهولكر وتورب<br/>ورانتز<br/>Dabholkar,<br/>Thorpe,<br/>and Rentz</p> | <p>1996</p> |
| <p>- لا يوفر النموذج أبعاد عمل لكل مستوى من المستويات الثلاثة للسمات.</p> <p>- يفتقر النموذج إلى التحقق التجريبي.</p>  | <p>فيليب<br/>Philip<br/>وهازلت<br/>Hazlett</p>                           | <p>1997</p> |
| <p>النموذج يفتقر إلى التعميم. كما أنه غير صالح في أنواع أخرى من أماكن الإقامة مثل المبيت والإفطار والموتيلات والمنتجعات وما إلى ذلك. يفتقر النموذج إلى الصلاحية عبر مختلف البلدان حيث يقتصر بحث الدراسة على صناعة الضيافة الأسترالية فقط.</p>  | <p>مي وآخرون<br/>Mei et al</p>   | <p>1999</p> |
| <p>تم التحقق من صحة المقياس فقط في إصدار اللغة الفرنسية. تم إنشاء المقياس فقط على أساس النشرات والأدبيات المنشورة، وبالتالي يفتقر إلى التحقق من الصحة. حجم العينة صغير جدًا.</p>   | <p>نانتل<br/>Nantel</p>  | <p>2000</p> |
| <p>يعتمد البحث على تصورات ثلاثة أنواع تنظيمية فقط. تستند الدراسة إلى البيانات التي تم جمعها في وقت معين فقط. العينة منحرفة.</p>  | <p>برادي<br/>Brady<br/>وكرونين<br/>Cronin</p>                            | <p>2001</p> |
| <p>- يفتقر النموذج إلى الصلاحية حيث تم استخدام تقنية أخذ العينات الملائمة.</p> <p>- تم النظر فقط في أبعاد محدودة لجودة الخدمة عبر الإنترنت.</p> <p>- النموذج يفتقر إلى درجات الموثوقية.</p>  | <p>لونج وماكميلون<br/>Long and<br/>McMellon</p>                          | <p>2004</p> |
| <p>- يعتمد البحث على عينة صغيرة فقط في صناعة السيارات.</p>   | <p>سفينسون<br/>Svensson</p>  | <p>2004</p> |
| <p>- النموذج يفتقر إلى الصلاحية.</p> <p>- لم يتطرق البحث إلى قياس الفجوات الإضافية المقترحة.</p>   | <p>شاهين<br/>Shahin<br/>وسميع<br/>Samea</p>                              | <p>2010</p> |

La source : (Prachi & Vijita S., 2015, pp. 131-133)



إلا أن أشهر هذه النماذج وأكثرها تطبيقاً ما سوف نعرضه حسب ثلاثة مداخل (من منظور المرضى، من المنظور المهني، ضمن برنامج متكامل للتحسين المستمر للجودة) كما يلي:

### الفرع الأول: قياس جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى

حسب هذا المدخل، توجد العديد من المقاييس أو المؤشرات التي يمكن الحكم من خلالها على جودة الخدمات الصحية، ويمكننا القول إنها تنحصر في الفرق بين ثنائية (الجودة المدركة، الجودة المتوقعة) ومن أهمها ما يلي:

### أولاً: مقياس الشكاوى Complaints Measure

يتم قياس الشكاوى المقدمة من طرف الزبون خلال فترة زمنية، وتبين هذه الشكاوى عدم تناسب الخدمة المقدمة لهم مع المستوى الذي يطمحون إلى بلوغه (المحياوي، 2006، صفحة 94). تعتبر الشكاوى التي يقدمها المرضى والزائرين لموظف ما أو للمنظمة الصحية، مؤشراً هاماً من المقاييس العامة التي يستدل بها على الجودة المتوقعة. ورغم أن بعض الشاكين قد يسحبون شكواهم بعد تقديمها والبعض الآخر يقدمها شفويًا، إلا أنها تعتبر مؤشراً موضوعياً يجب أن يأخذ بعين الاعتبار في قياس جودة الخدمات الصحية، ونتيجة لذلك يجب على المنظمة أن تضع نظاماً فعالاً لتجميع وتصنيف ومعالجة الشكاوى حتى تتمكن من صناعة قرارات سليمة لتحسين مستوى الجودة.

### ثانياً: مقياس الرضا Satisfaction Measure

هو من أكثر الطرق استخداماً لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية، وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف للمنظمات الصحية طبيعة شعور المرضى نحو الخدمات المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها، وبشكل يمكن هذه المنظمات من تبني استراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات مرضاها وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات صحية. (جودة ي.، 2002، صفحة 408)

### ثالثاً: مقياس الفجوة SERVQUAL

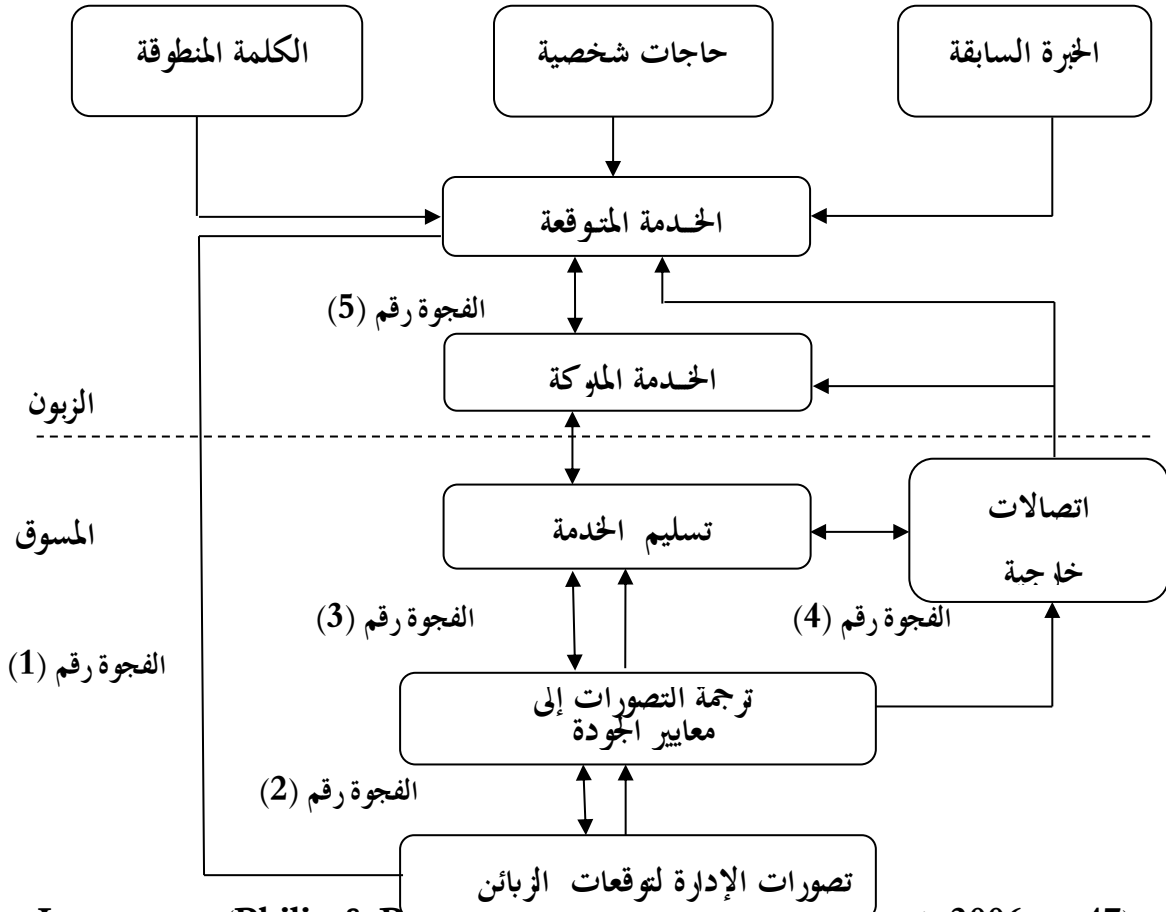
يعود هذا الأسلوب إلى الدراسة الشهيرة سنة 1985 التي قام بها الباحثون الأمريكيون (Parasuraman, Zeithaml, Berry)، هدف الدراسة كان فهما أفضل لطبيعة جودة الخدمة من وجهة نظر كل من الإدارة والمستهلك، من أجل تحديد أسباب مشاكل الجودة واقتراح استراتيجيات لحلها. حيث قاموا بأربعة عشر مقابلة معمقة مع مدراء تنفيذيين، وكانت الأسئلة مفتوحة: ما هي الجودة حسب الزبون؟ ما هي الخطوات المتبعة لتحسين الجودة؟ ما هي مشاكل رفع الجودة؟ كما رتب الباحثون اثني عشر مجموعة متجانسة من حيث العمر والجنس، ثلاثة من كل قطاع (البنوك، بطاقات الائتمان، السمسرة والتصليح). حيث ناقش المشاركون تجاربهم وآرائهم بصفة عامة دون تسمية مؤسسات معينة، وبناء على نتائج هذه المقابلات ومجموعات النقاش قاموا بإعداد نموذجاً مفاهيمياً يعرف جودة الخدمة على أساس خمس فجوات، أهمها الفجوة بين الأداء الذي يتوقعه الزبون من مؤسسات القطاع عموماً والأداء الفعلي للمنظمة المدروسة. الأداء عالي الجودة حسب هذا النموذج هو الذي يفاجئ الزبون، أو يفوق توقعاته، ومن هنا تأتي المعادلة: الجودة = الإدراكات - التوقعات. (بو عبد الله، 2013-2014، صفحة 54)

## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

اقترحوا (Parasuraman, Zeithaml, Berry) أن جودة الخدمة هي دالة للاختلافات بين التوقع والأداء على طول أبعاد الجودة. لقد طوروا نموذج جودة الخدمة بناءً على تحليل الثغرات (الفجوات) المختلفة التي تم تصورها في النموذج الآتي:

- الفجوة 1: الفرق بين توقعات المستهلكين وتصورات الإدارة لتلك التوقعات، أي عدم معرفة ما يتوقعه المستهلكون.
- الفجوة 2: الفرق بين تصورات الإدارة لتوقعات المستهلك ومواصفات الجودة، أي معايير جودة الخدمة غير الملائمة.
- الفجوة 3: الفرق بين مواصفات جودة الخدمة والخدمة المقدمة بالفعل، أي فجوة أداء الخدمة.
- الفجوة 4: الفرق بين تقديم الخدمة والتواصل مع المستهلكين حول تقديمها، أي ما إذا كانت الوعود تتطابق مع التسليم؟
- الفجوة 5: الفرق بين توقعات المستهلك والخدمة المتصورة. تعتمد هذه الفجوة على حجم واتجاه الفجوات الأربع المرتبطة بتقديم جودة الخدمة من جانب جهة التسويق.

الشكل (1-2): نموذج جودة الخدمة (نموذج الفجوات SERVQUAL)

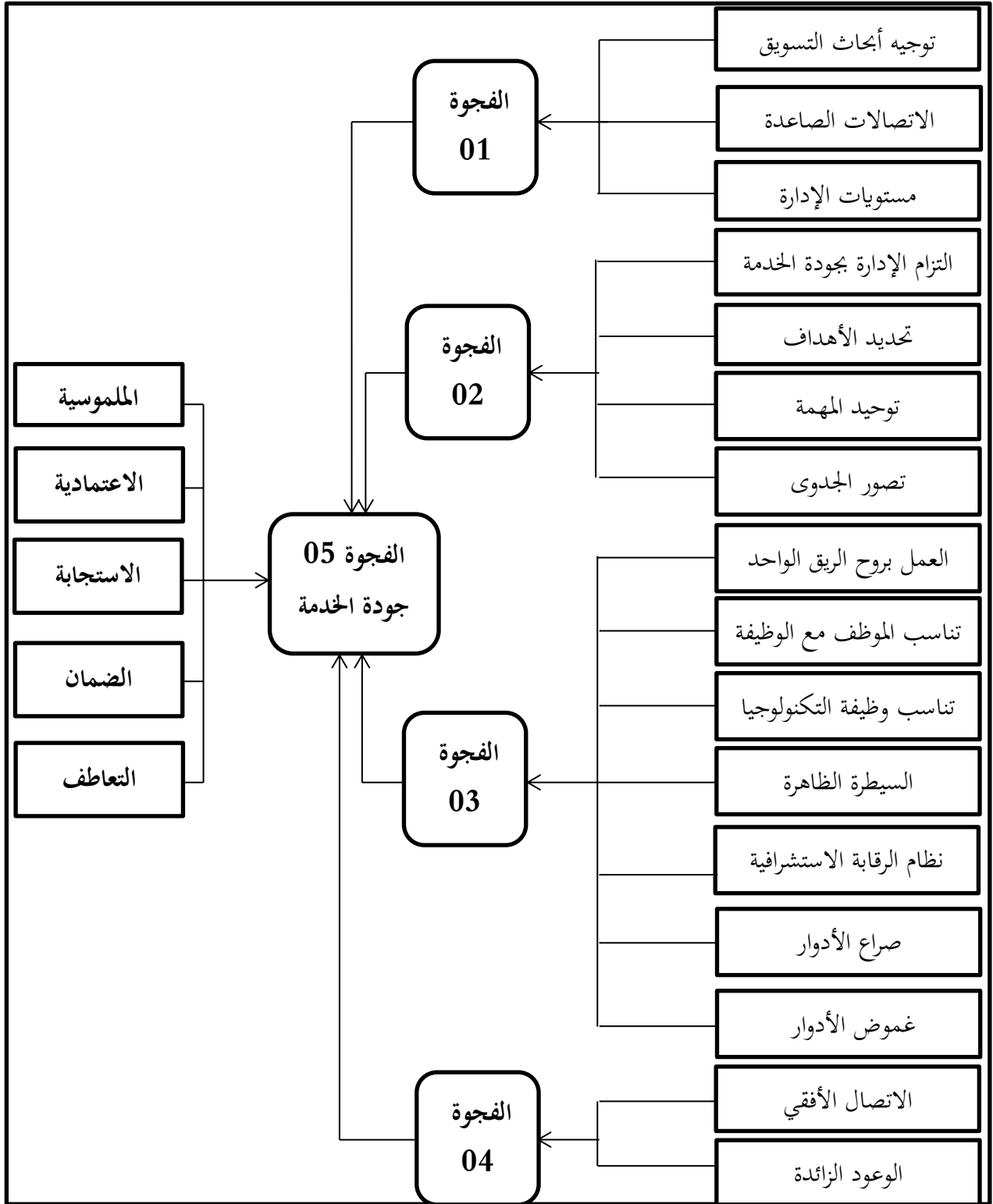


La source : (Philip & Berragu, marketing management, 2006, p. 47)

تم تنقيح هذا البحث الاستكشافي بمقياس لاحق من طرف (Parasuraman, Zeithaml, Berry)؛ في هذه المرحلة تقلصت الأبعاد العشرة الأصلية لجودة الخدمة إلى خمسة أبعاد: (الموثوقية، والاستجابة، الملموسية، والضممان، والتعاطف). ولكن ظل الهيكل الخماسي للأبعاد كما هو، بالإضافة إلى هذا البحث التجريبي، قام المؤلفون

بوصف الثغرات الأربع التي تم تحديدها في بحثهم لعام 1985 وتحديدها بشكل أكبر، وقد أدى ذلك إلى نموذج جودة الخدمة الممتد كما يظهر في الشكل أدناه.

الشكل (2-2): النموذج الموسع لجودة الخدمة



La source : (Nitin & Deshmukh, Service quality models, 2005, p. 918)

وقد تبنت العديد من الدراسات نموذج الفجوة (SERVQUAL)، في محاولتها لقياس جودة الخدمات الصحية أو خدمات المستشفيات، ومن أمثلتها الدراسة التي أجراها " Lam عام 1997" في قطاع الخدمات الصحية في هونج كونج، والتي أوضحت اتسام هذا المقياس بالواقعية والمصدقية، ويمكن الاعتماد عليه في قياس جودة الخدمات الصحية، كما أشارت نتائج هذه الدراسة أيضا إلى ما حصل عليه المرضى من خدمات حتمية لم يرقى إلى مستوى إدراكهم وتوقعاتهم لجودة هذه الخدمات. وفي مسح ميداني في مجال الرعاية الصحية بالمملكة المتحدة على عينة بلغت 182 مريضا تم استقصاؤهم من خلال المقابلة الشخصية قام كلا من (Sargeent et Keehler عام 1998) باستخدام هذا المقياس للحكم على أبعاد جودة الخدمات الرعاية الصحية المقدمة في المملكة المتحدة. (جودة ي.، 2002، صفحة 409)

### ثالثا: مقياس الأداء الفعلي للخدمات SERVPERF

يعتبر هذا المقياس مُنتَقِداً ومُعَدِّلاً عن نموذج (SERVQUAL)، ويستند إلى التقييم المباشر للأساليب والعمليات المصاحبة لأداء الخدمة، بمعنى أنه يعتمد على قياس جودة الخدمة، باعتبارها أحد أشكال الاتجاهات نحو الأداء الفعلي للجودة والمتمثل بالأبعاد الخمسة وهي (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، كما تحتوي هذه الأبعاد على اثنان وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لهذه الأبعاد (Cronin & Taylor, 1992, p. 55)، وبناء على ذلك تم تقديم نموذج (SERVPERF) الذي قام الباحثان باختباره على أربع قطاعات خدمية هي: (المصارف، الصحة، خدمات تنظيف الملابس، والمطاعم) (بن هراوة و حواس، 2021، صفحة 278)

استبعد هذا النموذج التوقعات في القياس والتركيز فقط على إدراك الزبائن لأداء الفعلي للخدمة المقدمة، ذلك أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات، وهي دالة إدراكات الزبائن السابقة وخبرات وتجارب التعامل مع المنظمة، وإذا ما انعدمت هذه الخبرة فإنه يعتمد بشكل أساسي على توقعاته خلال مرحلة ما قبل الشراء، وأن توقعاته المستقبلية حول الخدمة هي دالة لعملية تقييمية للأداء الحالي، بمعنى أن الاتجاه أو موقف العميل من الخدمة يتكيف طبقا لمستوى الرضا عن الأداء الحالي للخدمة. فالرضا حسب هذا النموذج يعتر عاما وسيطا بن الإدراكات السابقة للخدمة والأداء الحالي لها، وضمن هذا الإطار تتم عملية تقييم جودة الخدمة من طرف العميل. ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة

التالية: (عبد المحسن ت.، 2006، صفحة 69) Performance الأداء = جودة الخدمة Quality service

كما إن هذا النموذج كأداة لقياس جودة الخدمات الصحية يتضمن الأفكار التالية:

- يرتكز بالأساس على تقييم الزبون للأداء الفعلي للخدمة المقدمة، دون أن يأخذ بعين الاعتبار توقعات الزبون لجودة الخدمة؛ (خروف ، فرجة ، و بوعزيز، 2021، صفحة 526)
- تعتبر المؤشرات المحددة لمستوى الجودة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الأمان) ركيزة أساسية لتقييم مستوى الخدمة وفق نموذج SERVPERF . (بورقة، مراد، و برحو، 2018، صفحة 126)
- يتميز بسهولة الاستخدام والبساطة، فهو يعد بمثابة مقياس مباشر لاتجاهات الزبائن اتجاه جودة الخدمة. (مراد و عبدوس، 2017، صفحة 8)

- استخدام نفس أبعاد جودة الخدمة في نموذج الفجوات، والعبارات الاثني والعشرين المنقحة التي اقترحها (Parasuraman, Zeithaml, Berry) (الأسدي، 2015، صفحة 74)

### رابعاً: مقياس القيمة Value Measure

يعتبر مقياس القيمة من منظور العميل أحد المقاييس الحديثة لقياس جودة الخدمات، تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس، على أن القيمة التي تقدمها المنظمة الصحية لعملائها تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانبي العميل والسعر (التكلفة) الذي يجب أن يدفعه للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة قياساً بالسعر كلما زادت القيمة المقدمة للعملاء وكلما زاد اقبالهم على طلب الخدمات الصحية. وعلى العكس عندما يزيد السعر المطلوب عن المنفعة فإن القيمة المدركة للخدمات المقدمة تصبح دون المستوى، وقد تدفع طالب الخدمة إلى الإحجام أو عدم التعامل مع منظمة صحية معينة والبحث عن منظمة صحية أخرى تقدم قيمة أفضل، وهنا تصبح مهمة المنظمة هي اتخاذ الخطوات الكفيلة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر حصول العميل على الخدمة، ولا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع منظمات الخدمة الصحية إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة مرضاها بأقل تكلفة ممكنة. (جودة ي.، 2002، الصفحات 409-410)

### الفرع الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية من الجانب المهني

يعبر هذا الجانب عن تلك المقاييس التي يجب أن تعتمد عليها المنظمات الصحية بغرض تقديم الخدمات الصحية والإدارية واللوجستية من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المختلفة، وفي هذا المضمار نبين المقاييس الآتية:

#### أولاً: مقاييس الجودة بدلالة المدخلات

أي البنية والمدخلات والموارد مثل (الحجم، التراخيص، توافر الأجهزة والإمدادات، الالتزام بالضوابط الصحية والشروط المهنية، الترخيص للأطباء والمرضى)، فإذا ما توافر للمستشفى البناء المناسب، والعاملون ذوو المهارات، والقوانين، والأدوات والنظم الكافية، والأهداف المحددة فإن الخدمة ستكون مميزة (الأسدي، 2015، صفحة 85). وهي تلك المقاييس التي تتعلق بالجوانب التالية (جودة ي.، 2002، صفحة 410):

- **كفاءة مقدمي الخدمة:** والتي تنعكس من خلال العديد من المؤشرات (التمكين الفني "المؤهلات، الخبرة، التدريب والتعليم المستمر"، درجة معرفة الفريق الطبي بنظم وإجراءات العمل المتبعة بالمستشفى، قدرة الفريق الصحي على تحقيق المعايير الموضوعية أو المستوى المقبول للرعاية الطبية، جودة العلاقات الشخصية بين المرضى والفريق الصحي).
- **كفاءة الأجهزة والمعدات الطبية:** وتنعكس هذه الكفاءة من خلال المؤشرات التالية: (تكلفة تشغيل الأجهزة والمعدات الطبية، طاقة التشغيل القصوى "عدد ساعات عمل كل جهاز..."، دقة القراءات التي تظهرها أجهزة أدوات القياس، استمرارية الأداء الجيد للألات والمعدات والتجهيزات، نوع ودرجة تكنولوجيا الأجهزة الطبية، درجة وضوح تعليمات الطريقة الصحيحة لتشغيل هذه الأجهزة، معدلات أو نسب الأعطاب).

- **كفاءة نظام السجلات الطبية والمعلومات:** وتنعكس من خلال المؤشرات التالية: (وفرة السجلات والنماذج الطبية، وضوح السجلات ونظام الفهرسة المتبع فيها، طريقة حفظ السجلات واستخراجها، مدى كفاية البيانات التي توفرها هذه السجلات، درجة الدقة في البيانات التي توفرها هذه السجلات، حداثة البيانات، سهولة الحصول على المعلومات والبيانات الطبية بما يضمن سريتها وخصوصيتها).
- **كفاءة نظام إجراءات وأساليب العمل:** تنعكس من خلال المؤشرات التالية: (التحديد الدقيق والواضح لكل الإجراءات ومراحل الحصول على الخدمات الصحية وأنشطتها المختلفة، التنسيق بين إجراءات الخدمة الصحية. بساطة إجراءات الحصول على الخدمات الصحية، طريقة التحويل بين عناصر الخدمة الصحية، انتظام مواعيد العمل بما يضمن تقديم الخدمة الصحية طوال 24 ساعة يوميا).
- **الكفاءة في خصائص الهيكل التنظيمي:** وتنعكس من خلال المؤشرات التالية: (درجة وضوح الأهداف، وضوح الاختصاصات والمسؤوليات، النظام المتكامل للاتصالات، انسيابية وسهولة تداول المعلومات، جودة القرارات الإدارية التي تضمن تحقيق الخدمة الصحية بالسرعة المطلوبة وبأقل تكلفة، وجود نظام للمساءلة والمحاسبة).
- **كفاءة التسهيلات والامكانيات المادية الأخرى:** والتي تنعكس في المؤشرات التالية: (التصميم الداخلي للمستشفى، النظافة والمظهر الجمالي، موقع المستشفى ومدى قربها أو بعدها من وسائل المواصلات الطاقة الاستيعابية للمستشفى، مدى وجود محارق للنفايات أو مخلفات المستشفى، مدى توافر مطفآت الحريق، مدى توافر مولدات الطاقة الكهربائية الاحتياطية لمواجهة حالات انقطاع التيار الكهربائي، التحديد الواضح لزيارات المرضى).

### ثانيا: مقياس الجودة بدلالة العمليات

وهي تلك المقاييس التي تركز على جودة العمليات أو المراحل المختلفة لتقديم الخدمة الصحية، وهي تنطوي على مجموعة من المؤشرات أو المعايير التي تم تحديدها من قبل الجهات الاستشارية الخارجية ومنظمة الصحة العالمية، وتوضح هذه المؤشرات النسب المعيارية أو المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات الصحية (الوقائية، التشخيصية والعلاجية)، والتي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر لكي يتم تصنيف هذه الخدمات كخدمات صحية جيدة. وبعبارة أخرى تتمثل في حساب العديد من المؤشرات نعرض البعض منها بشكل مختصر في الجدول التالي:

## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

الجدول (2-4): نماذج قياس جودة الخدمة بدلالة العمليات

| مجال القياس                       | المؤشرات                | طريقة القياس أو الحساب   | الهدف من القياس   |
|-----------------------------------|-------------------------|--|---|
| مؤشرات لقياس أداء الموارد البشرية | مؤشرات خاصة بالأطباء    | عدد العمليات الجراحية لفترة زمنية/<br>عدد الجراحين   | قياس مردودية الجراحين   |
|                                   |                         | عدد الفحوصات المتخصصة/<br>عدد الأخصائيين   | نسبة التغطية التشخيصية المتخصصة   |
|                                   | مؤشرات خاصة بالمرضى     | عدد المرضى / عدد الأطباء<br>عدد المرضى / عدد المرضى المقيمين<br>لفترة زمنية<br>عدد الأسرة / عدد المرضى | مدى تطبيق وصفات الأطباء<br>التغطية التمريضية<br>نسبة تكفل المرضى لكل ممرض |
| مؤشرات خاصة بالإداريين            | مؤشرات خاصة بالإداريين  | عدد الأطر الإدارية / عدد عمال الإدارة<br>عدد القيادات / عدد المواطنين المستقبليين                      | كشف نسبة التأطير الإداري<br>مدى الاستجابة للشكاوى                         |
|                                   | معدل شغل الأسرة         | عدد الأيام الاستشفائية / الأيام الممكنة<br>$100 \times$  | مدى استخدام القدرات<br>الاستشفائية بصفة عقلانية                           |
|                                   | مؤشرات حجم النشاط الصحي | المدة المتوسطة للمكوث<br>معدل دوران الأسرة   | تقييم سرعة العمل الطبي ودرجة التكفل بالمرضى                               |
| مؤشرات نوعية "فعالية" النشاط      | معدل دوران الأسرة       | عدد المرضى الداخليين / عدد الأسرة  | قياس حدة استخدام الأسرة   |
|                                   | معدل العمليات الجراحية  | عدد العمليات الجراحية / عدد قاعات العمليات   | نسبة تشغيل قاعات العمليات   |
|                                   | معدل إعادة الدخول       | عدد المرضى العائدين / مجموع المرضى<br>لفترة زمنية ما   | مدى استجابة وكفاءة الفرق الطبية والتمريضية                                |
| مؤشرات الأداء المالي واللوجستي    | معدل الوفيات            | عدد المتوفين / عدد المرضى  | نسبة التكفل الصحي الشامل  |
|                                   | معدل العدوى الاستشفائية | عدد المرضى المعدين / مجموع المرضى  | نجاعة نظام النظافة الاستشفائية  |
|                                   | الصيانة                 | عدد الاصلاحات / عدد الأعطاب  |   |
| مؤشرات الأداء المالي واللوجستي    | نسبة فعالية الدواء      | قيمة الأدوية منتهية الصلاحية / مجموع قيمة الأدوية  | مدى نجاعة نظام تسيير الصيدلية   |
|                                   | معدل البيضاة الفردي     | عمليات البيضاة / مجموع المرضى  | تكلفة البيضاة لكل مريض  |
|                                   | معدل التغذية السليمة    | عدد الوجبات الراجعة / مجموع الوجبات المقدمة للمرضى   | مدى نوعية وسلامة نقاوة والقيمة الغذائية للوجبات                           |
|                                   | الالتزام المالي         | النفقات / مجموع الميزانية  | فعالية صرف النفقات لتحقيق الأهداف المحددة.                                |

المصدر: من إعداد الطالب حجوج يوسف بالاعتماد على مؤشرات قياس مستعملة في المستشفيات الجزائرية

### ثالثا: مقياس الجودة بدلالة المخرجات

وهي تلك المقاييس التي تتعلق بالنتائج النهائية، وتظم الطرق التالية:

- **القياس المقارن:** وفي هذه الطريقة يتم إجراء مقارنات كمية بين المستهدف أو الأفضل "المعدلات المعيارية لعناصر الخدمة الصحية" والأداء الفعلي، بغرض اكتشاف أوجه القصور ومحاولة تلافيها مستقبلا، وقد أكدت الدراسة التي قام بها "Larsen عام 1993" في قطاع الخدمات الصحية أهمية هذا القياس في تحسين الجودة، وزيادة رضا المرضى وتدعيم العلاقة بين المستشفى وكافة المستفيدين من خدماتها. (جودة ي.، 2002، صفحة 413)
- **استقصاء رضا المرضى** بخصوص الخدمات الصحية المقدمة كوضع سجلات للملاحظات واستبيانات في غرف المرضى، وتحليل الحقائق التي كانت دافعا وراء هذه الظاهرة "استقصاء رضا المرضى" بسبب (تأثير رضا المريض بشكل جلي وواضح على سمعة المستشفى في المجتمع، قبول رضا المريض كمقياس مهم لنوعية الخدمة وجودتها، إيلاء الأطباء اهتماما متزايدا برضا المريض بسبب ارتباطه بمدى تقبله للعلاج ومسيرته وكذلك نتائجه العلاجية). (أبو شريعة، عابد، عبد الغني، خالد & مطاوع (3, 2014, p. ),
- **استقصاء العاملين** في المستشفى للوقوف على كافة المشاكل والمعوقات التي حالت دون تحقيق الاداء المنشود أو معدلات الجودة المطلوبة.

### الفرع الثالث: قياس الجودة ضمن برنامج متكامل للتحسين المستمر للجودة

يهتم هذا المدخل بما يجب أن تفعله المنظمات الخدمية عموما للتأكد من استمرارية تحسين الجودة في الأجل الطويل، وكيفية قياس هذا التحسين بشكل متكامل، وذلك من منطلق أن الهدف الأساسي لبرنامج إدارة الجودة الشاملة هو تحسين وتطوير الجودة المستمر لكل من المنظمة الخدمية والعملاء، وبحيث لا يتوقف عند قياس مستوى الأداء الحالي بل اعتبار تحسين الجودة أسلوبا للحياة. من هذا المنطلق حاول العديد من الكتاب والباحثين مثل: (canway 1993, Juran 1979, Crosby 1986, Deming 1989) تجميع وحصر أهم المتغيرات والعناصر التي يمكن الاعتماد عليها لقياس جودة ضمن برنامج متكامل لإدارة الجودة الشاملة أو تحسين الجودة، وتتمثل أهم هذه العناصر فيما يلي: (جودة ي.، 2002، صفحة 414)

- وجود قيادة واعية بأهمية الجودة؛
- التوجيه باحتياجات العميل الداخلي والخارجي؛
- الرؤية المشتركة بالمسؤولية الجودة لدى جميع العاملين بالمنظمة؛
- التركيز على العمليات؛
- العمل الجماعي؛
- التدريب المستمر على الجودة؛
- تنمية العنصر البشري؛
- تنمية اتجاهات إيجابية لدى جميع العاملين بأهمية التطوير والتحسين المستمر؛



## الفصل الثاني: أساسيات عن جودة الخدمات الصحية

---

- النظام المتكامل للمعلومات؛

- اتخاذ القرارات بناء على الحقائق والمعلومات الدافعة؛

- توفير التنظيم اللازم لمتابعة النقاط السابقة.

وفي مجال الخدمات الصحية اعتمد "Groff" على المعايير السابقة في الدراسة التي قام بها عام 1992 لقياس مدى

تبني المستشفيات البريطانية محل الدراسة لبرنامج التحسين المستمر للجودة.

### الخلاصة:

استعرضنا في هذا الفصل المفاهيم النظرية لجودة الخدمات الصحية، حيث بدأنا بذكر المراحل التاريخية التي مرت بها الجودة، وتعريفاتها التي تباينت في شموليتها ووجهات نظر مفكراتها، ثم تناولنا مفهوم الخدمة الصحية، فعرّجنا على مستوياتها وخصائصها، حيث استنتجنا أنها تشترك في خصائص عامة مع باقي الخدمات، إلا أنها تتميز بخصائص أخرى بحكم تنوع الخدمات التي تقدمها، وتعدد القوى العاملة فيها، والغايات التي تصبوا إليها؛ ثم حاولنا تقسيم الخدمات في المنظمات الصحية إلى ثلاث أنواع هي: خدمات صحية تتوزع على مستويات ثلاث نظراً لطبيعتها ومستهدفاتها، وخدمات إدارية، وخدمات لوجستية؛ إن هذا التقسيم لأنواع الخدمات يعني أن المنظمات الصحية تتميز عن غيرها، وبالتالي يجب أن ينظر إلى مفهوم الجودة فيها في إطار متكامل ومتناسق بين هذه الأنواع.

وفي مرحلة ثانية فصلنا في ماهية جودة الخدمة الصحية في أزمنة تاريخية متفرقة، ثم عرّجنا على أبعادها التي طرحها أبرز مفكري الجودة في العالم، وحاولنا تجميعها في أبعاد خمسة هي: (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الأمان) من خلال معايير ومؤشرات عديدة لكل بعد، تعكس الواقع العملي للخدمة الصحية. وبعدها تحدثنا عن العوامل الداخلية والخارجية التي يمكن أن تؤثر في جودة الخدمة الصحية.

وفي جزء أخير، اجتهدنا في تصنيف مقاييس جودة الخدمة الصحية وفق ثلاث مداخل، الأول وفقاً لمنظور المرضى بحكم أنهم المحور الرئيسي للخدمة الصحية ومحاولات تجويدها، أما المدخل الثاني فهو من المنظور المهني (إدارة، أطباء وممرضين وتقنيين)، وأتى المدخل الثالث ليبين ضرورة إدراج جودة الخدمة الصحية في إطار شامل ومتكامل يمس جميع الأطراف (منظمة، موظفين، مرضى، مجتمع).

# الفصل الثالث

متطلبات تطبيق الإدارة بالأهداف  
وجودة الخدمات الصحية في  
المستشفيات

## تمهيد

تزايد اهتمام المنظمات في السنوات الأخيرة بمفهوم الإدارة بالأهداف بعدما تبين تأثيرها على الأداء وبالتالي على الجودة، كما تعتبر هذه الأخيرة "الجودة" من المفاهيم الجوهرية المتعلقة بجميع مناحي الحياة لأنها انعكاس لمدى الرقي الحضاري والإبداع الإنساني في شتى المجالات، حيث أدى ذلك بالعديد من المفكرين والباحثين بالقيام بدراسات علمية على مختلف المنظمات خلصت إلى وضع مقاربات تطبيقية تضمن نجاح تطبيق كل من الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات.

فأسلوب الإدارة بالأهداف يقوم على أساس المشاركة في تحديد الأهداف والخطط للوصول إلى أهداف مشتركة، وهذا الأسلوب لا ينجح إلا بتبني وقناعة القيادات الإدارية العليا به والتطبيق السليم له، كما أنه يتميز ببساطته وإمكانية تطبيقه في المنظمات الحكومية. (عباس، 2011، صفحة 122)

كما أن العديد من المنظمات الصحية تبنت تطبيق مفاهيم الجودة معتمدة في ذلك على مختلف المراحل والمتطلبات التي كانت ضامنة لنجاح تطبيقها، مُنْطَلِقَةً من قيم جوهرية تميز القطاع الصحي عن غيره من القطاعات، وهذا التطبيق لا يمكن أن يكون دقيقا وفعالاً دون أن تلتزم الإدارة العليا به وتمكن العاملين وتشاركهم في تحقيقه في إطار عمل تشاركي داخل فرق عمل منسجمة فيما بينها.

لذلك سيتم التطرق في هذا الفصل إلى أهم المواضيع المتعلقة بتطبيق الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات في المنظمات الصحية كما يلي:

- المبحث الأول: مقومات نجاح الإدارة بالأهداف في المستشفيات، والذي سنعرض فيه الإطار الملائم لنجاح هذا الأسلوب في هذا النوع من المنظمات، ثم نتحدث عن انعكاسات تطبيه على إدارة المنظمة الصحية، وأخيرا نحاول أن نستقرأ معوقات تطبيق الإدارة بالأهداف بالنظر إلى واقع المستشفيات الجزائرية.
- المبحث الثاني: سنبين العلاقة بين مبادئ الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية، كما نعرض على متطلبات ومراحل تطبيق الجودة في المستشفيات.

### المبحث الأول: مقومات نجاح الإدارة بالأهداف في المستشفيات

سنتناول في هذا المبحث العديد من العوامل، سواء المتعلقة بالعاملين أو بالإدارة أو بالبيئة الخارجية للمنظمات الصحية، والتي لها أهمية كبيرة على مدى نجاعة ونجاح استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف، خاصة في المستشفيات الحكومية.

### المطلب الأول: الإطار الملائم لنجاح الإدارة بالأهداف في المستشفيات

من أجل نجاح أسلوب الإدارة بالأهداف في المستشفيات لا بد من توفر مجموعة من العناصر المتناسقة والمنسجمة بينها، وتدخل في إطار نظام متكامل لجميع المتدخلين الذين لهم أهمية في تطبيق هذا الأسلوب الإداري المهم.

### الفرع الأول: عوامل متعلقة بالعاملين في المستشفى

توجد العديد من العوامل التي أدت إلى نجاح الإدارة بالأهداف، والتي تم تطبيقها في العديد من المنظمات الصناعية والخدمية سواء في القطاعات الحكومية أو الخاصة، ولعل من أهم هذه العوامل نذكر ما يلي:

### أولاً: القوى العاملة المطلوبة في المستشفيات لتطبيق الإدارة بالأهداف

يلزم لتطبيق الإدارة بالأهداف بالدرجة الواجبة من النجاح وجود قوى عاملة مدربة متنافسة طموحة، وذلك على المستويات التنظيمية المختلفة، فيلزم وجود مديرين بالأهداف، وأيضاً وجود موظفين بالأهداف. ويدل هذان التعبيران على أن يفكر المديرون والموظفون (القادة والمنفذون) جميعاً في الأهداف والنتائج، قبل التفكير في الأنشطة والواجبات، وأن يكون منطلقهم من أهداف متحركة متطورة، وليس الوصف الوظيفي، وأن تتوفر عندهم القدرة والرغبة اللازمتان لذلك، ولا شك أن أشخاصاً كهؤلاء لا بد أن يكونوا على درجة كبيرة من النضوج. (الوهاب، بدون سنة النشر، صفحة 108)

وفي المستشفيات، ينبغي على العاملين (إداريين، أطباء وممرضين، تقنيين) أن يكونوا على درجة كبيرة من الوعي والنضج الفكري، بتركيزهم على أهداف ونتائج الخدمات الصحية (إدارية، طبية، لوجستية)، بدل التركيز على إجراءات العمل والتنفيذ. فمثلاً يجب أن يهتم جميع العاملين بأهداف تطوير أنشطة المستشفى، وامتلاك أحدث التكنولوجيات في الأجهزة الطبية، وتحسين ظروف الاستقبال والتكفل العلاجي، وتسهيل فرص الحصول على العلاج، واستهداف المناطق النائية، في إطار عمل ممنهج يعتمد على تشخيص الواقع والإمكانيات المتاحة والتي يمكن امتلاكها، ثم تحديد أهداف قابلة للقياس وإعداد برنامج مرحلي لتطبيقها وتقييمها. فبهذا التفكير تتحسن الخدمات الصحية، وليس بتتبع نفس إجراءات السنوات السابقة في صرف الميزانية وتقديم الخدمات.

### ثانياً: دوافع العاملين في المستشفى

يجب على الإدارة أن تفهم جيداً دوافع الأفراد، وتتعرف على أهم الحاجات التي تجعلهم يعملون، وبأية درجة من الكفاءة والإخلاص والالتزام. (الوهاب، بدون سنة النشر، صفحة 110). حيث تعرف الدوافع بأنها: «مجموعة القوى الداخلية التي توجه الإنسان للقيام بنشاط ما أو بذل مزيد من الجهد والعمل لتحقيق هدف معين» (القذافي، 2002، صفحة 63).

ومما يلاحظ في المستشفيات الجزائرية أنه في حالة تقديم الدوافع المناسبة للعاملين مثلاً في شكل اشعارهم بالاهتمام أو تكريم بسيط أو شكر وتقدير، أو ترقية إلى رتب أعلى أو تحفيزات مادية إضافية أو برحة دورات تكوينية وتحسين المستوى أو تنمية الرغبة لإثبات الذات لبعض الموظفين، فإنهم يقدّمون على العمل برغبة والتزام لدرجة تؤدي إلى تحسن أدائهم، أما عندما يصطدمون بالمسؤول المباشر أو بالإدارة بسبب التركيز على الإجراءات والأنظمة والقوانين الجامدة، أو تحيط بهم بيئة عمل مثبطة وغير مناسبة، فإنهم يفقدون تركيزهم ويحتفي لديهم الطموح والرغبة في إتقان العمل. حيث بينت نتائج دراسة (بوالشرش، 2005-2006) حول علاقة الحوافر المادية "الأجر والمكافآت" بأداء العاملين في المنظمة العمومية الصحية بالجزائر، حيث خلصت إلى أن أكثر من 80% وأكثر من 86% من العينة المدروسة عبرت عن عدم كفاية واستجابة نظام الأجور والمكافآت لتطلعات العاملين، بالإضافة إلى ما نسبة 76% من المحوئين عبروا عن عدم اهتمام الإدارة بعملية التدريب، مما ولد تصرفات سلبية لديهم وعدم اتقائهم للعمل.

فبناء على فهم الإدارة لدوافع الأفراد، تستطيع أن تختار لممارسة الإدارة بالأهداف، أولئك الأفراد الذين يتميزون بقدر عال من الطموح. (الوهاب، بدون سنة النشر، صفحة 111)

### الفرع الثاني: عوامل تتعلق بإدارة المستشفيات

نقصد بها تلك العوامل التي يجب أن تأخذها إدارة المستشفى بعين الاهتمام من أجل انجاح اعتماد أسلوب الإدارة بالأهداف، والتي نذكرها كما يلي:

أولاً: لا بد من تهيئة الظروف الملائمة للإدارة بالأهداف باعتبارها تحتوي على درجات متفاوتة من التغيير، من خلال إيجاد إحساس عند العاملين واقناعهم بفاعلية هذا الأسلوب لدفع المنظمة إلى الأمام، وفي هذا المجال لا بد من توفير مجموعة من العناصر: (بوحوش، 2017، الصفحات 281-282)

- وحدة الرؤية والهدف بالنسبة للعمل، والتنظيم الملائم وتحمل المسؤولية المشتركة؛
- علاقة جيدة واحترام متبادل بين الرؤساء والمرؤوسين وتشاور مستمر بينهم؛
- تدريب العاملين على وضع الأهداف وتطبيق خططهم بأنفسهم؛
- وجود التزام مهني ورقابة ذاتية من طرف كل عامل؛
- تصميم الأهداف بطريقة عملية وقابلة للتحقيق، مع المراجعة الدورية لكل الأعمال.

### ثانياً: التدريب

من المهم أن تقوم المنظمة بإعداد برنامج تدريبي حول طريقة وآليات تنفيذ أسلوب الإدارة بالأهداف، أين يتم تحديد الاحتياجات التدريبية بشكل دقيق، وذلك بدراسة الفرد والوظيفة والتركيب التنظيمي، حتى تتم الإجابة عن الأسئلة الآتية: ما الذي يحتاج إليه العامل المراد تدريبه؟ هل يحتاج إلى تعديل سلوك معين؟ هل تنقصه مهارة التعامل مع الآخرين؟ هل تلزمه القدرة على التعاون والعمل مع فريق؟ هل يراد تزويده بقدرات فنية جديدة أو اطلاعه على مجالات تكنولوجية حديثة؟ هل يريد الجهاز أن يعده لوظيفة أعلى من وظيفته الحالية؟ وهكذا حتى يوجه الشخص للتدريب الذي

يسد هذه الاحتياجات، فيقابل بذلك توقعات الجهاز تجاهه، فيكون العائد على الطرفين إيجابيا. (الوهاب، بدون سنة النشر، صفحة 116)

حيث بينت دراسة (موسي، 2019، الصفحات 20-40) أن جودة التدريب تنعكس إيجابا على جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات، فقد أكد المدربون والمتدربون أن التدريب أدى إلى تحسين جودة الخدمات التي يقدمونها في المستشفى.

وبما أن الإدارة بالأهداف تعتبر مدخلا متكاملًا لأي نظام إداري، فهي كذلك في المنظمات الصحية، وهذا يتطلب معه إجراء تدريب جماعي تخصصي سواء على مستوى الكوادر الإدارية، أو الأطباء والمرضى المشرفين على الخدمات الطبية، أو حتى التقنيين المشرفين على تسيير الأجهزة والمعدات والأنشطة التقنية كالصيانة والبيضاة والفندقة والنظافة الاستشفائية، لأن التدريب على نظام الإدارة بالأهداف لا يمكن أن يؤدي نتائجها إلا إذا شمل جميع المتدخلين والفاعلين في المنظمة الصحية.

### ثالثا: تقويم الأداء

ذكرنا فيما سبق، أن الإدارة بالأهداف مرت بثلاثة مراحل، أولها مرحلة تقويم الأداء على أساس موضوعي وواقعي للأفراد، بناء على مواصفاتهم ومجهوداتهم، ويضمن حصولهم على حقوقهم ويحقق زيادة الانتاجية.

إن مفهوم الأداء في المنظمات الصحية لا يختلف من حيث الجوهر عن تقييم الأداء بشكل عام، إذ يرتبط - إلى حد كبير - بمدى قدرة هذه المنظمات في تحقيق أهداف الرعاية الصحية التي تسعى إلى بلوغها من حيث إعداد البرامج الصحية ومستوى وتنوع الخدمات الصحية المقدمة، وعكس استراتيجيتها وأهدافها في النتائج المتحققة من سير عملها، وبعبارة أدق فإن مفهوم تقييم الأداء في المنظمات الصحية ينصب نحو تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة في حدود الموارد المتاحة. (البكري، 2005، صفحة 205)

حيث تركز عملية تقييم الأداء على مجموعة من المؤشرات والمعايير العالمية الكمية منها والوصفية التي أقرتها منظمة الصحة العالمية، من خلال مقارنة النتائج المتحققة مع النتائج المستهدفة لفترة زمنية محددة، وبالتالي الحكم على مدى نجاح أو فشل هذه المنظمات في تقديم خدماتها الصحية (فدي و مديوني، الصفحات 155-181). حيث تنعكس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الإداري والطبي في المنظمات الصحية، وجعلها نظاما ديناميكيا يتفاعل مع المؤثرات الخارجية والداخلية. (عدمان، 2008، صفحة 44)

### رابعا: التشاركية في وضع الأهداف

يعتمد نجاح أسلوب الإدارة بالأهداف على قدرة القائد ومهاراته في وضع الأهداف، وتحليل الإمكانيات الموجودة للتأكد من إمكانية تحقيق الأهداف المرسومة، كما يتطلب أن تكون هذه الأهداف محددة وواضحة، وأن باستطاعة الأفراد تحقيقها، وأن تكون مشوقة وجذابة، وقابلة للقياس، ومحددة بزمن معين؛ بالإضافة إلى ضرورة اشتراك القائد والمرؤوسين معا في وضع الأهداف يجعلهم أكثر تجاوبا معها وبالتالي يحفزهم لتحقيقها، كما أن إشراكهم في وضع الأهداف يجعلهم أكثر ارتباطا بالتنظيم وأكثر التزاما بالهدف الكلي؛ وهنا يظهر إدراك القائد بأنه لا يمكن أن يكون هناك

هدف واحد لأي منصب، ولكن الأهداف يجب أن تكون متعددة، لذا من الضروري تحديد الأولوية للأهداف بحسب أهمية هدف المنصب. (كنعان، 2009، الصفحات 429-420)

### الفرع الثالث: عوامل تتعلق بالإدارة المركزية الوصية على المستشفيات

سنركز في هذا الجزء على تلك العوامل التي تتماشى مع خصوصية المنظمات الصحية الحكومية، التي من أهم مميزاتا عدم استقلاليتها التخطيطية والتسييرية والمالية، لكن إذا أرادت الحكومات انتهاج أسلوب الإدارة بالأهداف عليها أن تعيد النظر في العوامل الآتية:

#### أولاً: انسجام الأهداف مع الحاجات الإدارية والمالية

إن جوهر الإدارة بالأهداف، هي الكيفية التي تتم فيها عملية صياغة الأهداف، التي توضع في ضوء عدة عوامل مؤثرة فيها، منها (سعد، 2003، صفحة 63):

- علاقة التأثير والتأثر بالبيئة الخارجية والبيئة الداخلية للمنظمة؛
- كمية ونوعية الموارد المتاحة للمنظمة؛
- القدرة على تحقيق الموازنة؛
- ثقافة وقيم الإدارة العليا؛
- علاقات السلطة والمسؤولية والصلاحيات بين أفراد التنظيم؛
- أسلوب اتخاذ القرارات الإدارية واتجاه تدفق المعلومات.

#### ثانياً: تحسين نظم اللوائح والتعليمات

من المعلوم أن المستشفيات الحكومية ليست لها الاستقلالية التامة في التسيير بحكم أنها تخضع للسياسات العامة للدول، لكن هذا لا يمنع من تفويض بعض الصلاحيات والمسؤوليات.

وعليه فإن وضع النظم والإجراءات الكفيلة بتفويض السلطات والمسؤوليات بين الرؤساء والمرؤوسين، بحيث يتعرف كل منهم على ذلك الجزء من الهدف الكلي الذي يخصص له كشريك في العمل، ويكون مسؤولاً عن تحقيقه، مسؤولية كاملة ومباشرة. (خيرى، 1975، صفحة 6)

إذ أن نظام الإدارة بالأهداف يكون أكثر فعالية إذا ما اتبع أنصاره نمطاً إدارياً متميزاً يتميز بالمشاركة - كما ذكرنا - ولكنه يفشل إذا ما بني على نمط إداري خاطئ، وأكثر المناهج نجاحاً هو الذي يتسم بنمط متوازن مشارك، وهو الذي يشجع أعلى درجات المشاركة. ولكن ولأسباب لا نحتاج توضيحها، ستكون الإدارة بالأهداف أقل نجاحاً بإدارة أوتوقراطية متسلطة، في حين أن الإدارة بالأهداف يمكن أن تحقق بعض النجاح في جو بيروقراطي إلا أن فعاليتها ستتضاءل في حالة زيادة الروتين والرقابة المحكمة والتركيز على الإجراءات الإدارية المتبعة بما يسمح بإعطاء العاملين حرية أكبر في ممارسة وتأدية أعمالهم. (عبوي ز.، 2006، صفحة 43)



### ثالثاً: العلاقة مع الإدارة العليا (اللامركزية)

ويقصد بذلك هو مدى الصلاحية والاستقلالية التي يتمتع بها المدراء، بالقياس للقيادة العليا في التنظيم، ودرجة تدخل الإدارة العليا بالأعمال اليومية في التنظيم. إذ من الضروري عند تطبيق هذا النظام وجود نوع من اللامركزية التي يسود معها نظام الإدارة بالمشاركة، وهذا سيؤثر بالتأكيد على زيادة فرص نجاح نظام الإدارة بالأهداف، على الجانب المقابل فإن بعد الثقة بين الإدارة بالأهداف وبين النمط الإداري المشارك سوف يكلف نظام الإدارة بالأهداف وقتاً أكبر وجهداً أعظم عند التطبيق. (عبوي ز.، 2006، صفحة 46)

وقياساً على ما سبق، فإن المستشفيات الحكومية مثلما هو الشأن في الجزائر، ليست مستقلة تماماً من حيث الصلاحيات والموازنات، فهي مقيدة بنظم قانونية في إطار القانون الإداري، تحد من صلاحياتها في تسيير أنشطتها، فعادة ما تتدخل الوصاية المركزية "وزارة الصحة" والوصاية المحلية "الولاية ومديرية الصحة" حتى في التسيير اليومي لبعض الأنشطة والموظفين؛ وعياله، إذا ما أردنا تطبيق هذا المنهج "الإدارة بالأهداف" يجب تفويض العديد من الصلاحيات ولا مركزية بعض القرارات المالية والإدارية لمديري المستشفيات. وفي نفس المضمار، يجب على المسؤولين في (الإدارة العليا = وزارة الصحة) و(الإدارة الوسطى = مديرية الصحة بالولاية) و(الإدارة التنفيذية = مدراء المستشفيات) يجب أن يعطوا نوعاً من التفويض بقدر الأهداف لإنجاز المهام، وألا يحاسب إلا بقدر الالتزام بالمسؤوليات في التنفيذ، ويجب أن تعطى للشخص الحرية الكاملة في التصرف والعمل في نطاق السلطة الممنوحة.

ومن المبادئ التي تقوم عليها الإدارة بالأهداف مبدأ اللامركزية، والذي يعني عملية تفويض سلطة القرار للمستويات الإدارية الأدنى من خلال المشاركة، وهذا المفهوم - اللامركزية - هو أحد أهداف نظام مراقبة التسيير التي تعتبر وسيلة قوية لتحقيق اللامركزية ذلك لأنه يسمح ب (دادوي عدون و قويدر الواحد، 2010، صفحة 61):

- تخطيط النشاطات على مستوى المنظمة ككل، وكذلك على مستوى كل مركز من مراكز المسؤولية؛
- يسند لكل وحدة أو هيئة الأهداف المراد تحقيقها والوسائل اللازمة لذلك؛
- إنشاء آلية مراقبة من خلال متابعة الانجازات، بحيث تسمح لكل مركز باتخاذ الاجراءات التصحيحية اللازمة؛
- تمنح للمستويات السلمية العليا ضمان أكبر لتحقيق الكفاءة والفعالية في التسيير؛
- مشاركة أكبر عدد من الأفراد في المسؤولية وبالتالي تحفيزهم.

### المطلب الثاني: انعكاسات الإدارة بالأهداف على إدارة المستشفيات

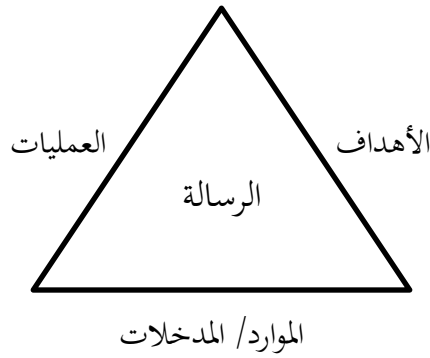
سنتناول في هذا المطلب أثر الإدارة بالأهداف على رسالة (مهمة) المنظمات الصحية وخاصة المستشفيات الحكومية، والعلاقة الموجودة بينهما، والمزايا التي توفرها في صناعة القرارات وتحقيق الرقابة الفعالة، ودوره في تقوية الاتصالات بين الإدارة والعاملين ونشر المعلومات على مختلف المستويات الإدارية والوظيفية، وأخيرا نعرض على مختلف الأنماط القيادية ومدى تناسبها مع الإدارة بالأهداف، ونوع التحفيز الذي توفره.

#### الفرع الأول: الإدارة بالأهداف ومهمة (رسالة) المستشفيات

سنحاول في هذا الجزء إبراز أثر الإدارة بالأهداف على مهمة (mission) المنظمة، من خلال ثلاثة أبعاد (الأهداف، العمليات، الموارد أو المدخلات) ثم نضيف عليها بعدا آخر لاقتترانه بالإدارة بالأهداف ورسالة المنظمة ألا وهو بعد "معايير التقييم"، والتي تسمى بمثلث أبعاد الرسالة (كاظم، 2004، صفحة 173) كما هي ظاهرة في الشكل التالي (1-3):

لكن قبل ذلك، وجب علينا التوضيح بين مفهومي المهمة والمهنة، حيث يقصد بالمهمة (mission) الإطار العام لمجموع نشاطات المنظمة، أما (المهنة) فهي مجموعة الكفاءات التي تملكها المنظمة، وهي لا تقتصر على الكفاءات المرتبطة بالإنتاج فقط، بل تضم كل الكفاءات الأخرى، وبالتالي المهنة تؤدي إلى تحقيق المهمة. (دادى عدون و قويدر الواحد، 2010، صفحة 41)

#### الشكل رقم (1-3): مثلث أبعاد الرسالة



المصدر: كاظم نزار الركابي، الإدارة الاستراتيجية - العولمة والمنافسة -، دار وائل، عمان، الأردن، 204، ص 173

#### أولا: أثر الإدارة بالأهداف على الرسالة من خلال الأهداف

تشمل مهمة (رسالة) المنظمة على الأهداف العامة، التي إن حددت وفق أسلوب الإدارة بالأهداف من خلال المشاركة في تحديد الأهداف، واختيار أفضلها من بين الأهداف المقترحة، فسيكون ذلك أثرا على المهمة في حد ذاتها، فمهمة المنظمات الصحية هي تقديم الخدمات الصحية.

أما الأهداف تتحدد وفق سلم الأولويات، ويكون هذا التأثير - بين المهمة والأهداف - إيجابيا كما قد يكون سلبيا، فنجد أن بعض المسيرين في بعض المستشفيات يميل إلى هدف التكوين في حين يميل البعض الآخر إلى تحسين

الخدمات المقدمة للمرضى، ويظهر ذلك مباشرة في المهمة، فقد تجلب أعضاء لهم نفس سلم الأولوية، كما أنها قد تظهر معارضة بعض الأطراف، وبذلك يظهر الجانب السلبي لأثر الأهداف على رسالة المنظمة. (بهوري ، 2018، صفحة 112) من جهة أخرى، نعلم أن الإدارة بالأهداف تقوم على تحقيق التوافق والتكامل بين أهداف مختلف الأطراف سواء من داخل المنظمة "مسؤولين وموظفين..."، أو من خارجها "الوصاية، الوظيف العمومي..."، وهذا التوفيق يصعب تحقيقه في بعض الأحيان، بالتالي قد تلجأ الإدارة في صياغتها لرسالتها على وضع جملة من الأهداف غير الواضحة "كتحسين الخدمات الصحية"، هذا الهدف غير محدد بدقة ولا يستجيب لمواصفات الهدف الفعال. وهذا ما سينعكس سلباً، لأن الأطراف الخارجية قد ترى في ذلك سوء تسيير أو تقصير من الإدارة، مما يؤثر على صورة المنظمة أساساً وليس فقط على رسالتها، بمعنى آخر كون رسالة المنظمة تعكس جوهر الاستراتيجية التي تساعد في تحقيق أهدافها (الزعي، 2004، صفحة 124).

وبما أن الرسالة هي إحدى مكونات الاستراتيجية، فإن أي خلل في تحديد دقيق للأهداف، أو التطبيق غير الفعال للإدارة بالأهداف، ينعكس سلباً على فعالية الرسالة ومنه على جميع المتدخلين في المستشفيات.

### ثانياً: أثر الإدارة بالأهداف على الرسالة من خلال العمليات

يقصد بالعمليات مجموعة الأنشطة التي تقوم بها المنظمة والتي تميزها عن غيرها من المنظمات، حيث يحقق أسلوب الإدارة بالأهداف التوحد والترابط بين مستويات الأداء ومنه الإنجاز على: (بهوري ، 2018، صفحة 110).

- مستوى الفرد أو جماعة الأفراد؛
- مستوى التقسيم التنظيمي؛
- مستوى المنظمة.

الأمر الذي يضمن توحيد الجهود في اتجاه تحقيق أهداف مشتركة للمستويات الثلاث، وموضوعية وعدالة التقييم، حيث يرتبط أداء الفرد أو المجموعة بما يتوفر للتقسيم التنظيمي الذي يعمل به من إمكانيات وتيسيرات تدعمها الإدارة العليا للمنظمة، وبالتالي تكون هناك مشاركة في المسؤولية كما في العائد. (السلي، 1999، صفحة 88)

بالتالي فالإدارة بالأهداف في صياغتها لرسالتها، تحاول أن تضع الأسباب لاستراتيجية المنظمة على العموم، وعلى مستوى الأداء العملي، ومن ثمة ترجمة ذلك في شكل إجراءات وعمليات وبرامج، إن عملية الترجمة هذه تتطلب التحليل الدائم والمستمر لمناخ المنظمة، ويتطلب ذلك أن تكون مهمة المنظمة بأقصى ما يمكن من المرونة، لأن المراجعة الدورية وما ينتج عنها من تعديلات في الخطط والبرامج والعمليات، لا بد أن تبقى في إطار الرسالة، لأنها إن لم تعكسها فإن ذلك معناه عدم فعالية أو جدوى المهمة، مما قد يفسر إلى عدم مصداقية الرسالة. (بهوري ، 2018، صفحة 113)

من جهة أخرى، إذا كانت المهمة متماشية مع الإدارة بالأهداف، من حيث شمولها للعمليات واستمرار الإجراءات اللازمة لتنفيذ ما تتطلبها الإدارة بالأهداف، فمعنى ذلك أن المهمة صيغت بصورة فضفاضة حتى تستوعب مختلف التغيرات التي قد تطرأ على مختلف العمليات والإجراءات، وهذا ما يتنافى مع الشروط الواجبة لتحقيق لصياغة

مهمة فعالة للمنظمة، وعلى مستوى الأطراف فإن هذه الصياغة الفضاضة، لن تؤدي بالرسالة إلى تحقيق الهدف المرجو منها والخاص بتوجيه الأفراد إلى أداء ما هو مطلوب منهم، كما لا يمكنها من أداء دورها كأداة لتقييم الأداء العام للمنظمة. (الزعي، 2004، صفحة 136)

إن وقوفنا على النقاط التالية لا يعني أن أثر الإدارة بالأهداف على مهمة المنظمة مرتبط فقط بالجانب السلبي، لأنه لا يمكن أن نحمل أثرها الإيجابي، والمتمثل في أن الإدارة بالأهداف تسهل صياغة المهمة، لأن الإدارة بالأهداف أداة لتعبئة جهود وطاقت مختلف الأطراف والمستويات، وتوحيد جهودهم، بالتالي يصبح من السهل على المسؤولين صياغة رسالة المنظمة، وهذا ما يصعب تحقيقه في إطار الأنماط الإدارية الأخرى. (بهوري، 2018، صفحة 113)

### ثالثاً: أثر الإدارة بالأهداف على مهمة المنظمة من خلال الموارد (المدخلات أو الوسائل)

تتمثل موارد أو مدخلات المنظمات الصحية في مجموع الموارد المالية والبشرية، والوسائل ومختلف التجهيزات، ومختلف المعلومات الداخلية والخارجية التي تحتاجها المنظمة لصياغة مهمتها، والتي كلما كانت على درجة أعلى من الجودة كلما انعكس ذلك بالإيجاب على صياغة مهمة المنظمة.

أما عن أثر الإدارة بالأهداف على صياغة الرسالة من خلال الموارد، فيظهر من كون الإدارة بالأهداف تبنى بالأساس على المعطيات الداخلية والخارجية، والإدارة بالأهداف على العموم من الأنماط الإدارية التي تسعى إلى جذب الكفاءات الإدارية والمهارات التنظيمية، وتعمل على توفير المناخ المستقر لأدائها. (بهوري، 2018، صفحة 113)

كما أن طبيعة المدخلات في حد ذاتها تعد هدفاً، فعندما تسعى المستشفيات إلى استخدام أحدث التجهيزات الطبية أو جلب أفضل الكوادر البشرية هذا يسمح لها بتحقيق خدمات ذات جودة، في حين عندما تحمل هذا الجانب فأكد ستكون النتيجة مغايرة. وهذا التحديد لطبيعة المدخلات يظهر بشكل جلي في صياغة مهمة المنظمة، مما قد يكسب المنظمة ميزة للتفوق على المنظمات الأخرى، وهنا يكون المريض أمام اختيار الأحسن طبعاً لأنها حددت مدخلاتها بدقة وهو ما ينعكس على خدماتها.

بالتالي يسهل على ضوء ذلك تحديد طبيعة مخرجات المنظمة بسهولة، لأن الإدارة بالأهداف مبنية على تسلسل وترابط الأهداف وتكاملها، فمن غير الممكن أن يسمح هذا النمط من الإدارة طرح مخرجات منخفضة الجودة من مدخلات عالية الجودة لأن في ذلك تعارض وتضاد. (بهوري، 2018، صفحة 113)

معنى ذلك أن إدارة المستشفيات بسعيها إلى تحقيق الأفضل، تتطلب مدخلات مادية عالية الجودة وبشرية بأكثر كفاءة وفعالية ممكنة، والذي لا يمكن للمستشفيات الحكومية التحكم فيه (إذ أنها ليست مستقلة مالياً، حيث توجه لها ميزانية سنوية من ميزانية الدولة، ونفس الشيء ينطبق على عمليات توظيف الموظفين)، وهذه الميزة تظهر جلياً في صياغة المهمة، بالإضافة إلى أن من ميزات الإدارة بالأهداف المراجعة الدورية والمستمرة التي قد تؤدي إلى تغيير المدخلات أو الموارد، ما يستلزم إجراء تعديلات على صياغة مهمة المنظمة الصحية، وهذا ما لا يمكن أن يجسد ميدانياً في حالة المستشفيات الجزائرية بكل مرونة.

### رابعاً: أثر الإدارة بالأهداف على صياغة رسالة المنظمة من خلال معايير التقييم

أردنا في هذه النقطة المزج بين أثر الإدارة بالأهداف والمعايير المستخدمة للتقييم في المنظمة، حتى يتم تحديد الأثر بصورة أدق وأشمل كما يلي: (الركابي، 2004، صفحة 174)

- فالإدارة بالأهداف تسعى لوضع أهداف في صورة نتائج مسبقة محددة بدقة، وهذا ما تتطلبه المهمة، الدقة والوضوح، مع وجود البعد الزمني لهذه النتائج. كما أن تبني الإدارة بالأهداف كما سبق وأشرنا على التشخيص الجيد للبيئتين الداخلية والخارجية للمنظمة بكفاءة أعلى كما تسمح باختصار الجهد والوقت والمال.
- طريقة الوصول لتحقيق الأهداف تحدد بشكل متسلسل، في شكل إجراءات وعمليات على مستوى كل عضو في المنظمة، مما يجعل رسالتها موجهة فعلاً لأفرادها، كما أنها تكون بمثابة الحافز لهم والأداة المساعدة للتقييم الجيد.
- تسمح الإدارة بالأهداف بالكشف عن العيوب أو الاختلالات التي يمكن أن تحدث في المنظمة كما تتحدد على ضوئها مجالات السلطة والمسؤولية، والعلاقات بين مختلف الأفراد أو الوحدات والموارد اللازمة لأداء أي عملية مهما كانت بسيطة أو معقدة، بالتالي يتم في ضوء ذلك تحديد المكونات الأساسية والعلاقات الرئيسية التي يجب أن تشملها الرسالة .

- لا بد من توفر شرط أساسي سواء في الإدارة بالأهداف أو في صياغة مهمة المنظمة ألا وهي إمكانية التحقيق الواقعية، لكن أثر الإدارة بالأهداف هو الذي يطغى على صياغة مهمة المنظمة، لأنه حتى وإن طرحت أهداف غير قابلة للتحقيق، فمن المفترض أن تتم المفاضلة بين جملة من الأهداف، ومن جملة معايير المفاضلة إمكانية التحقيق من خلال ذلك لأنها هي التي تسمح اختبار إمكانية التحقيق، فإذا تم ذلك بشكل فعال فسينتج لنا صياغة فعالة للمهمة، كما يظهر العكس إذا لم يتم الاختبار بشكل فعال .

في الأخير يمكن القول: أن الإدارة بالأهداف وصياغة المهمة يسيران ضمن خطين متوازيين وبنفس الاتجاه، إن لم نقل إنهما متطابقين في العديد من النقاط، فما تتطلبه الإدارة بالأهداف، تتطلبه أيضاً صياغة الرسالة، إلا أن الإدارة بالأهداف هي صاحبة التأثير على صياغة الرسالة إن كان التأثير إيجابياً أو سلبياً.

### الفرع الثاني: دور الإدارة بالأهداف في صناعة القرارات وتحقيق الرقابة ونظام المعلومات

من خلال استعراضنا في الفصل الأول أهم المزايا التي تحققها الإدارة بالأهداف، نستخلص أنها أعطت الأولوية للجانب الإنساني للعامل، ذلك أن هذا الفرد تحكمه اعتبارات سيكولوجية معينة، وأنه يتصرف بوحى من مشاعره، كما أنها أظهرت بوضوح الحوافز المعنوية للمشاركة، التقدير والاهتمام وفرق العمل، وهذه كلها مفاهيم ركزت عليها مدرسة العلاقات الإنسانية.

فنظرية الإدارة بالأهداف تقوم على أساس المشاركة في اتخاذ القرار، وهي أن نحدد أهداف ونتائج يتفق عليها الرئيس والمرؤوس ليعملوا سوياً على تحقيقها، فهي تقوم على فلسفة المشاركة في اتخاذ القرار، وهي بذلك أسلوب غير تسلطي يأخذ بعين الاعتبار العوامل النفسية والاتجاه السلوكي وما يفرضه المجتمع (داوي عدون و قويدر الواحد، 2010، صفحة 10).

أولاً: التأثير المتبادل بين الإدارة بالأهداف وصناعة القرارات

**1- دور الإدارة بالأهداف في صناعة القرارات:** إن تحقيق الأهداف المنشودة للمنظمة الصحية يتطلب اتخاذ جملة من القرارات، هذه الأخيرة يجب أن تكون في إطار تشاركي، وعلى هذا الأساس حسب رأينا أن جوهر الإدارة بالأهداف يتضمن إشراك العامل في تحديد الأهداف واتخاذ القرارات، وكنتيجة لذلك اشباع الحاجات المعنوية. وهذا ما ذهب إليه أوديون "Odiorne" الذي يعتقد أن جوهر الإدارة بالأهداف يتمثل في نوع العمل الجماعي والمشاركة في اتخاذ القرارات بين القادة الإداريين ومساعدتهم. فهي بالنسبة إليه طريقة لخلق التعاون بين الرئيس والمرؤوس وتحديد الأهداف العامة عن طريق الحوار والنقاش والاتفاق على صلاحيات ومهام الرئيس والمرؤوس، وضبط مقاييس العمل التي يتم على أساسها تقييم النتائج والمساهمات الإيجابية التي قدمها كل مسؤول في منصبه (Odiorne, 1965, p. 55). كما أن من بين تعريفات أوديون "Odiorne" للإدارة بالأهداف على أنها «طريقة للتعاون بين الرئيس والمرؤوسين خاصة فيما يخص صناعة القرار» (حاروش، 2008، صفحة 274)

**2- دور عملية صناعة القرارات في تحقيق أهداف المنظمة:** تعتبر عملية صنع القرارات بأنها الاختيار القائم على أساس بعض المعايير لبدل واحد من بين بديلين محتملين أو أكثر، حيث يرى دعاة مدرسة نظرية القرارات الإدارية أن اتخاذ القرارات إنما هو العمل الحقيقي للمدير، والذي يفترض فيه القدرة على التمييز بين القرار الناجح أو الفاشل، لذلك عملية صنع القرارات يمكن اعتبارها كنظام يحدد الأهداف، ويستخدم مدخلات معينة، من أجل الحصول على المخرجات بعد إجراءات وعمليات متعددة. لذلك عملية صنع القرارات ليست من الأمور البسيطة في الإدارة، فلا بد أن يلم المدير بمختلف الجوانب الظاهرة منها العوامل الضرورية التالية:

- بيئة القرار حيث لا يتخذ بمعزل عن القوى المؤثرة والنظم القائمة داخل المنظمة؛ (غنيم و الشراوي، 1981، صفحة 130)
- يجب أن يؤدي كل قرار إلى نتيجة تساهم في تحقيق الهدف، وإن ذلك يستدعي وضوح الهدف وتحديد بحيث يكون عمليا وقابل للتحقيق؛ (توفيق ج.، 1984، صفحة 83)
- السعي لإقناع الآخرين بسلامة وحيوية القرار، وذلك بتقديم الحجة الدامغة بأن القرار يخدم المصلحة العامة، وقائم على أسس متينة، فإذا تمكن المسؤول من أن يقنع بقية الأطراف المتعاملة معه بأهمية وحيوية القرار بأنه يستطيع أن يعول عليهم في مرحلة التنفيذ ويحصل على ثقتهم وتعاونهم معه قولاً وفعلاً. (بوحوش، 1984، صفحة 165)
- تقييم ومراجعة القرار لمعرفة مدى صلاحية القرار المتخذ في الحاضر، واحتمال نجاحه في المستقبل؛ (حسن، 1998، صفحة 27)
- الاعتراف بجمتية التغيير في جميع الظروف المحيطة الداخلية والخارجية، وكذا من ناحية الموارد المتاحة للمنظمة، وعليه فإن مواكبة التغيير يجعل القرار يسير في إطاره الصائب نحو تحقيق الأهداف المسطرة؛ (الشريف و الصحن، 1980)
- إن السماح للموظفين بالمشاركة الفعلية في اتخاذ القرار أعلى مستوى من الشعور بالالتزام لدى هؤلاء المشاركين، وبناء على ذلك، يصلح هذا الأسلوب في الأحوال التي تستدعي درجة عالية من الالتزام، بالإضافة إلى ذلك يعطيك

اشترك الآخريين في صنع القرار الاستفادة الكاملة من المعلومات المتوفرة لدى أعضاء الجماعة. (الرفاعي، 2009، صفحة 89)

### ثانيا: دور الإدارة بالأهداف في تحقيق الرقابة

كما هو معلوم، أن الرقابة في المستشفيات الحكومية - مثل الجزائر - تعمل عموما على ضمان المشروعية البحتة لأعمال الإدارة، أي رقابة المشروعية، فهي رقابة جامدة لأنها تقتصر على فحص الأعمال من حيث مطابقتها للقواعد القانونية، دون المساهمة في تحسين وتطوير العمل الإداري، وهي بهذه الصفة تشكل عائقا وحدا للاستقلالية الإدارية للمستشفى، أي الحرص على المال العام باعتبار ميزانية المستشفى مصدرها الرئيسي من ميزانية الدولة. هذا لا يعني إغفال أو التخلي عن هذه الرقابة "رقابة المشروعية" بل التخفيف من الاجراءات القانونية، وبالمقابل وجوب اعتماد المسيرين على مفهوم الرقابة من جانب على الإدارة بهدف تحقيق الفعالية والكفاءة بصفة مستمرة، ومعرفة الفارق بين الأهداف المسطرة والنتائج المحققة.

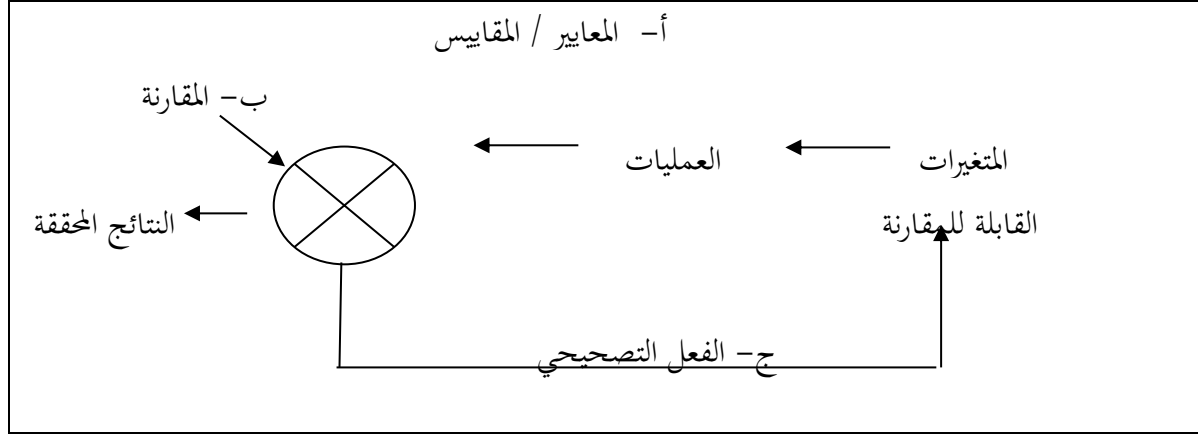
حيث تعتبر الرقابة أمرا مهما وضروريا، لأن غياب الرقابة في المنظمة الصحية يؤدي بالضرورة إلى الفوضى والانحراف عن الأهداف والتخطيط، وتشمل الرقابة في المستشفى على الأشخاص والأعمال على حد سواء، لأن الغرض منها ليس ما يعتقد العاملون، أي الذم والمساءلة، لكن الغرض الحقيقي منها هو التقييم، التصحيح، التوجيه والوقوف على أسباب الضعف وعدم القدرة على إنجاز المهام.

لذلك تعتمد المنظمات الناجحة اليوم (عمومية أو خاصة، انتاجية أو خدمية، التي تهدف إلى الربح أو غير الهادفة للربح) على مفهوم المراقبة وفق مقاربة "cybernétique" التي تعتمد على القيادة والتعديل، أي خلق رقابة ذاتية بفضل استرجاع المعلومات "le feedback"، وهذا عكس التصور الكلاسيكي الذي يعتمد على معالجة وتصحيح الأخطاء بعد ظهورها ومراقبة مدى مشروعية الأعمال، وبالتالي حسب هذه المقاربة تحدد كل مصلحة أو وحدة التعديلات الواجب إدراجها ويتم التصحيح بطريقة آلية، وتعتمد هذه المقاربة على المراحل التالية: (دادى عدون و قويدر الواحد، 2010، صفحة 36)

- تعتمد المعايير والمقاييس؛
- قياس الفارق بين النتائج والمقاييس المعمول بها؛
- الإجراء التصحيحي الذي يقصد به إما البحث عن كيفية لتصحيح النتائج حسب الأهداف المسطرة أو تعديل هذه الأخيرة.

والشكل التالي يوضح هذه المراحل ضمن مسار المراقبة:

الشكل رقم (2-3): مسار المراقبة



المصدر: ناصر دادي عدون وعبد الله قويدر الواحد، مراقبة التسيير في المؤسسة الاقتصادية، دار المحمدية العامة،

الجزائر، 2010، ص 37.

نستنتج من هذا الشكل أن كل عملية رقابية تشمل على ثلاث خطوات (أ- وضع المعايير والمقاييس، ب- المقارنة بين الأداء المحقق والمعايير التي وضعت، ج- اتخاذ الإجراءات التصحيحية). فهذا النموذج قريب جدا من مفهوم الإدارة بالأهداف لأن المعايير التي يعتمد عليها هي الأهداف الخاصة بالمنظمة أو أي مصلحة بها، ثم في مرحلة ثانية قياس الأداء وفقا للأهداف المسطرة، وإذا وجد خلل ما من خلال التشخيص يتم تصحيحه أو إعادة النظر في الأهداف. (دادي عدون و قويدر الواحد، 2010، صفحة 37)

إن الرقابة المبنية على الثقة والتفاهم، والتي عمادها المعاملة الحسنة والعلاقات الانسانية ولا مركزية اتخاذ القرارات ومرونة الاجراءات والقواعد البيروقراطية والخوافز، تؤدي إلى زيادة الرضا الوظيفي وارتياح العامل. (مزبوة، 2008-2009، صفحة 83)

كما أن مفهوم المشاركة ينمي الرقابة الذاتية من خلال غرس تلك القيم إما عن طريق القدوة أو التدريب المتواصل، وكنتيجة لذلك سيقوم الموظف بمراقبة ذاته عن طريق ضبط سلوكه وتصرفاته. وبما أن الرقابة مرتبطة بالتخطيط، فإن مرحلة الرقابة والمتابعة في ظل الإدارة بالأهداف، تستطيع القيادة وكل من ساهم في إعداد الخطط، التعرف على مستوى النشاط، ومدى تطابق الخطط والنتائج مع الواقع وما كان مسطر، وأيضا بمدى التزام الموظفين بالإجراءات الموضوعية التي تعهدوا بتطبيقها وتحقيق الأهداف المرسومة. كما أن المتابعة تسمح للجميع بأن يأخذوا فكرة واضحة عن مدى التقدم في العمل ومدى احترام الجداول الزمنية المتفق عليها، والمشاكل التي تثار على كل مستوى وبالتالي سهولة الاقتراح لتصحيح المسار. (بوحوش، 2017، صفحة 336)

ثالثا: دور الإدارة بالأهداف في دقة نظام المعلومات الاستشفائي

يعد نظام المعلومات المصدر الحيوي الذي يزود المسؤولين أصحاب القرار بالمعلومات التي تساعد في تحديد الأهداف وإعداد الخطط والسياسات. حيث تعتمد فعالية القرارات المتخذة إلى حد كبير على دقة البيانات وصحتها التي



يجمعها نظام المعلومات. هذا الأخير يُؤمّن المعلومات السابقة والحالية للمنظمة ليساهم في زيادة القدرة لدى المسيرين على رسم الخطط والبرامج، وإيجاد التكامل بين البيئتين الداخلية والخارجية وأهداف المؤسسة وإمكاناتها. وعليه فهو يشكل أحد أهم الشروط لبلوغ العلاقة المثلى بين الأهداف والمهام من جهة، والوسائل البشرية والمادية المسخرة لتحقيقها من جهة أخرى. (سايع، 2005-2006، صفحة 79)

إن الإدارة بالأهداف تتطلب وجود نظام سليم للمعلومات، تتم فيه تصنيف البيانات وحفظها بشكل يمكن استرجاعها بسهولة وبسرعة، وبطبيعة الحال فإن المبالغ التي تصرف على وضع نظام للمعلومات يجب أن تقاس بالفوائد العملية التي يحققها هذا النظام. فأسلوب الإدارة بالأهداف يجعل نظام المعلومات نظاما يتكون من مجموعة أجزاء مترابطة تؤثر وتتأثر ببعضها البعض. وبالتالي أي خلل في نظام المعلومات لا بد وأن يسبب انخيارا لنظام الإدارة بالأهداف، خاصة إذا لم تتوفر الدقة في المعلومات وفي وقتها المحدد والتي تؤدي إلى خطورة القرار. (الهوري، 1999، صفحة 118)

### الفرع الثالث: أثر الإدارة بالأهداف على قيادة وتحفيز الموارد البشرية

تلعب القيادة دورا هاما في المستشفيات وفي أي منظمة، حيث تعتبر المحرك الرئيسي في تحقيق أهدافها وزيادة فعالية نشاطها، فبالرغم من تعدد الأهداف فإن وظيفة القائد ودوره هو العمل على تحقيق هذه الأهداف من خلال توضيحها لمرؤوسيه وتحريكهم نحوها، والحيلولة دون تعارض أهداف وحقوق الموظفين من جهة، وبين أهداف المنظمة ككل من جهة أخرى. وبقدر ما تكون القيادة قادرة في المحافظة على التوازن في تحقيق الأهداف بقدر ما يساعدها على تحقيق أهدافها على أحسن وجه، وبما أن القيادة تهدف إلى تحريك الموارد البشرية نحو الهدف، هذه الأخيرة تعتبر من أهم الموارد التي تتمتع بها المنظمات الصحية، لذلك لا بد من تحفيز وتحريك هذه الموارد، وذلك بتحسين أجورهم ومختلف العلاوات إلى مستويات تسمح لهم بالعيش الكريم، والتفرغ كليا إلى المرضى، خاصة وأن عدم رضاهم وغضبهم سببه الرئيسي ضعف مستويات أجورهم كما هو ملاحظ في المستشفيات العمومية الجزائرية مثلا؛ وأن ترتبط الأجور بالعمل المقدم، حتى يمكن مكافأة العاملين الأكفاء بمختلف وظائفهم وبالتالي تشجيعهم على بذل المزيد من الجهود.

### أولا: دور الإدارة بالأهداف على تنمية القيادات في المستشفيات

يعطي المناجنت الاستشفائي أهمية كبيرة لمدير المستشفى باعتباره قائدا له، فهو يدرج القيادة ضمن أهم الوظائف التي يمارسها. وبما أن القيادة بصفة عامة مرتبطة بالقدرات والصفات والسلوكيات لصاحبها، فمن الضروري أن تختلف وتنوع بسبب اختلاف الخصائص والصفات المميزة لكل شخص، حيث اهتم المفكرون بهذه الاختلافات وخلصوا إلى تقسيم القيادة إلى عدة أنماط مختلفة حسب الصفات المميزة لكل قائد. وعليه سوف نتطرق أولا إلى أنماط القيادة، ثم نعرض على وظائف وخصائص القادة في إطار الإدارة بالأهداف، وذلك من أجل استنتاج أفضل الأنماط التي يمكن أن يستعملها المدير في المستشفى الحكومي.

**1- أنماط القادة:** من أهم الأفكار التي قدمتها مدرسة العلاقات الانسانية في مجال القيادة الإدارية، الدراسات التي قام بها "Kurt Lewin"، والتي توصل من خلالها أن أسلوب القيادة الديمقراطي هو الأسلوب الأكثر

فعالية، وأن مشاركة المرؤوسين في الإدارة يساعد في تحفيزهم على الأداء الجيد. (Charron & Sabine, 2001, p. 28)

وفي هذا الإطار، اقترح العديد من الباحثين أنماط القيادة من أبرزها: أنماط "دوجلاس ماك غريغور" وأنماط "لكرت"، وأنماط "بلاك ومتون" وآخرين، إلا أننا سنقتصر في دراستنا على ذكر أنماط "بلاك ومتون" كما ذكرتها (مراح، 2001، صفحة 95). حيث تدور هذه النظرية حول التصرفات المختلفة للقادة، وهي تعبر عن أهم الأنماط لأنها الأقرب إلى الواقع بالمقارنة مع الأنماط الأخرى، معتمدة في ذلك على عاملين أساسيين هما: درجة الاهتمام بالمهام والأهداف، ودرجة الاهتمام بالعاملين أي العلاقات الإنسانية. حيث قام الباحثان بتقسيم كل من العاملين إلى تسع (9) درجات، واستنتجا أن تفاعل هذين العاملين قد أعطى واحدا وثمانين (81) نمطا للقيادة، ولاستحالة دراستهم كلهم ركزا على خمسة أنماط اعتبرها أساسية، والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

**أ- الضعيف:** حسب هذا النمط من القيادة فإن المسير لا يعطي أي اهتمام لا للأهداف ولا للمهام ولا حتى للعلاقات الإنسانية وكيفيات تحفيز العاملين، ويهتم بطبيعة علاقته مع العاملين معه بحيث لا يحاسبهم ويترك لهم كامل الحرية. إن هذا النمط من القيادة قد يخص بعض المسيرين الذين استفادوا من الترقية بالأقدمية والذين تقترب أعمارهم من سن التقاعد، فهم أشخاص غير متحمسين للعمل وإظهار قدراتهم. وبالتالي فإن هذا النمط قد يكون فعالا، وهذا في حالة ما إذا كان المرؤوسين ذوي درجة من الكفاءة والفعالية، بالإضافة إلى ذلك فإن المسيرين الذين يطبقون هذا النمط يمتازون -إلى حد ما- بالخبرة المهنية وبالتحكم في القوانين والإجراءات.

**ب- التعاوني أو الاجتماعي:** في هذا النمط من القيادة يعطي المسير كل اهتمامه للعلاقات الإنسانية ودرجة التفاهم والعمل على جعل ظروف العمل جيدة، دون الاهتمام بالأهداف أو المهام؛ وبالتالي فهذا النمط يساهم في تحسين جو العمل داخل المنظمة، وهو يكون ذا أهمية كبيرة في بعض الحالات مثل مرور المنظمة بظروف صعبة، إلا أن تطبيقه بصفة مستمرة قد يؤدي إلى عواقب وخيمة كعدم تحقيق أهداف المنظمة.

**ت- التسلطي:** وهو عكس النمط التعاوني الاجتماعي، فحسب هذا النمط من القيادة فإن المسير لا يهتم بالعلاقات الإنسانية الناشئة داخل المنظمة إلا بدرجة قليلة، بل يعير كل اهتمامه إلى تحقيق الأهداف ونسبة عالية من الإنتاج، وفي ذلك يلجأ المسير إلى إعطاء الأوامر وإلى مركزية القرارات. إن هذا النمط قد يكون مناسبا في حالة ما إذا كان العمال ذوو إرادة ناقصة وفعالية قليلة، كما أنه قد يكون فعالا في الحالات الاستعجالية التي تتطلب نتائج عاجلة، إلا أن تطبيقه في غير هذه الحالات المذكورة قد ينجر عنه زيادة النزاعات داخل الفريق، ونقص التحفيز، وقتل روح المبادرة والابداع لدى الموظفين.

**ث- التشاركي:** أي الذي يعتمد على المشاركة، حسب هذا النمط فإن المسير يهتم بنفس الدرجة بالنسبة للأهداف وبالعلاقات الإنسانية، بحيث يعتبر المسيرين المنتمين إلى هذا النمط من القيادة أنه لا يمكن تحقيق الأهداف المسطرة إلا بعد تهيئة الجو الملائم للعمل، والعمل على توفير كل ظروف العمل المناسبة. إن هذا النمط هو

الأكثر تحفيزا وديناميكية لأنه يتطلب صرامة كبيرة وكثير من الطاقة، وتكريس الوقت من طرف المسير، وبالتالي فهو مثالي وصعب التحقيق في كل الأحوال.

**ج- الوسطي:** يهتم فيه المسير بتحقيق درجة متوسطة من الأهداف، وفي المقابل يعبر نفس الدرجة من الاهتمام بالعلاقات الإنسانية، وهذا حتى لا يثير غضب العمال وتذمرهم، وبالتالي فهو نمط يمتاز بالمرونة حيث تنقص فيه الصرامة لدى المسيرين.

وتجدر الإشارة، إلى أنه لا يمكن تطبيق نفس النمط على كل الأفراد وفي كل المنظمات كما أقر ذلك "بلاك ومتون"، بل يتحدد النمط حسب متغيرات أخرى كالتابعين "المعاونين" والظروف المحيطة، لذلك يرجع لكل مسير دور تحديد النمط المناسب كما يمكن تطبيق أنماط عديدة في نفس المنظمة.

### 2- نمط القيادة المناسب للإدارة بالأهداف في المستشفيات

انطلاقا من المفاهيم السابقة حول القيادة، فإن أسلوب الإدارة بالأهداف ينطلق من فلسفة القيادة المشتركة، والتي تأخذ أعضاء المنظمة بعين الاعتبار في تحديد أهدافها، حيث يتقبل الرئيس اقتراحات المرؤوس، قبل أن يضع الأعمال موضوع التنفيذ، مما يخلق جو مستقر. (مرغاد و رايس، 2005)

- إن المشاركة في صنع القرارات ركيزة هامة في القيادة بالمشاركة، فلا نعي بذلك أن تكون الوظائف مشاعة بين جميع الموظفين في المنظمة، بمعنى أن يكون لكل موظف الحق في أن يفرض أو يقول كلمته النهائية فيما يتعلق بالنشاطات التي تتم داخلها.

- على المرؤوسين في ظل القيادة بالمشاركة، أن يواجهوا مواجهة فعالة واقعية، حقائق الموقف الذي أدى إلى خلق المشاكل موضوع القرار، وأن يتقبلوا ضرورة الوصول إلى قرار لحلها، وأن يعرفوا حدود حريتهم في اتخاذه، كما أن توضح لهم مطالب الموقف، وتبين لهم أن القيود التي تضعها لا تتعارض مع مشاركتهم في صنع القرار.

- إن إتاحة القائد الفرصة للمناقشة عن طريق الاجتماعات واللقاءات لا تجدي نفعاً، إلا أدت هذه المناقشات إلى اتفاق أو قرار بحد ذاته لا يحقق الهدف من المشاركة في صنعه، إلا إذا كان المرؤوسين للأهداف المتصورة وملتزمين طواعية بالعمل على تحقيقها، وهذا لا يتحقق إلا إذا أحس المرؤوسين أن آرائهم كانت موضع تقدير القائد واهتمامه.

- وأخيرا فإن نجاح القيادة بالمشاركة يتوقف على تحديد الفئات التي يسمح لها بالمشاركة مع المرؤوسين من مختلف المستويات في المنظمة، إذ أن يكون ذلك ممن يعينهم الأمر ويتأثرون بالقرار، وممن يتطلب الأمر مشورتهم، تماشيا وخدمة لأهداف المنظمة.

من خلال ما سبق، نستخلص أنه وخلافا للوضع الحالي للمستشفيات العمومية الجزائرية، والتميز بتقييد حرية المسير في تحديد النمط الملائم لقيادة أعوانه، بجملة من الإجراءات التي تحد من نمط تسييره، حيث أن النصوص القانونية والتنظيمية لا تمكنه من اختيار أعوانه، كما لا تمنح له الوسائل والموارد التي طلبها لضمان مشاركة الأعوان في التسيير وفي اتخاذ القرار.

وعليه، فالنمط التشاركي بمميزاته (وضوح الرؤية، تعزيز مستوى الاتفاق حول القرارات المراد تنفيذها في المنظمة، حل الخلافات بشكل فعال، القدرة على التكيف مع المتغيرات في البيئة المحيطة، المقدرة على التجدد) يعتبر من الأساليب الناجحة، والتي يمكن الاستناد عليها لتطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في المستشفيات الجزائرية. (الرفاعي، 2009، الصفحات 99-101)

### ثانيا: دور الإدارة الأهداف في تحفيز الموارد البشرية في المستشفيات

يفترض أن تكون رغبة الفرد في المنظمة، هي الإسهام بالجهد والإخلاص والتفاني في تنفيذ العمل الذي كلف به تعتبر من أهم الركائز التي يقوم عليها تحقيق أهداف المنظمة، ولعل أهم المتغيرات التي تثير الرغبة، وتبعث في الفرد الحركة والنشاط نجد ظاهرة التحفيز. وكما رأينا سابقا، أن نظام الإدارة بالأهداف وفي مجال التحفيز يحرص في علاقة الرئيس بمرؤوسه، على مراعاة وجهة نظر المرؤوس، فيما يخص شؤون العمل، ومحاولة إدراك مختلف الدوافع المؤثرة في سلوكه واتجاهاته، وعندما تكون الإدارة بصدد اتخاذ موقف معين، فإنه يتعين عليها أن تتحقق من أن مثل هذا الموقف سيؤدي بالعاملين إلى اختيار تصرفات من شأنها تحقيق النتائج المنشودة على مستوى المنظمة.

إن الحوافز تعتبر فرصة استثمار أخرى يمكن أن تستثمرها المنظمة في تحقيق أهدافها وأهداف موظفيها، وأن نجاح نتائج هذا الاستثمار تتطلب الإلمام بكل جوانب السلوك الإنساني وكيفية التأثير فيه، ولقد أثبتت الدراسات أن السلوك البشري تحكمه مبادئ ثلاث هي (حمدي، 1981، صفحة 196):

- مبدأ السببية: فكل سلوك إنساني فهو من نوع من التصرفات الناتجة عن سبب؛
- مبدأ الهدف: فالسلوك مهما كان سببه فهو موجه لسبب معين؛
- مبدأ الدافعية: فوراء كل تصرف بشري نجد دافعا أو رغبة تحكمه وتسيطر عليه.

إن من أهم أساليب التحفيز في ظل أسلوب الإدارة بالأهداف نذكر على سبيل المثال:

### 1- المشاركة في اتخاذ القرارات والإدارة: ولعل هذا الأسلوب من أهم الطرق المعتمدة في نظام الإدارة

بالأهداف، فالعملية ليست حكرا على الإدارة فقط، بل تتم بمشاركة مختلف الأعضاء والأقسام في المنظمة. ويدعم الفكر التنظيمي المعاصر الفكرة القائلة: بأن الإدارة المشاركة يمكن أن تزيد دافعية الفرد نحو تحقيق الأهداف التنظيمية، وتزيد في التفاعل والتداخل المتبادل بين المديرين والمرؤوسين، وتخلق مرونة كبيرة وفاعلية متزايدة ورضا أكبر عن العمل. (مرار ف.، 1981، صفحة 27)

### 2- طبيعة الإشراف: من الأمور المساعدة أيضا على دعم معنويات الفرد تجاه عمله، اهتمام الإدارة بشكواه والالتزام

بالعدالة عند اتخاذ إجراءات تأديبية وعند توقيع الجزاءات، مما يساهم في تحقيق أهداف المنظمة بشكل أكثر فعالية وكفاءة. (توفيق ج.، 1984، صفحة 363)

ولا شك أن تفويض السلطة للمرؤوسين يشبع حاجاتهم إلى الانتماء وإثبات الوجود، وهي عوامل أساسية في رفع الروح المعنوية.

**3-** التشجيع لا التوبيخ: إن توبيخ ولوم الأفراد على الأداء السيء، قد لا يؤدي إلا إلى نتائج عكسية، كذلك فإن هذا الأسلوب "الإدارة بالأهداف" يعتمد على تشجيع الأفراد في تحديد أهداف العمل، وتقويم جهودهم بعد ذلك، وإبلاغهم بنتائج هذا التقويم والثناء والتقدير على من حقق منهم هذه الأهداف. (علاقي، 2000، صفحة 566)

**4-** جاذبية العمل: وهنا يتعلق الأمر بدرجة الرضا عن العمل، بحيث بقدر ما تزيد الفوائد والمنافع التي يحصل عليها الفرد من الوظيفة، بقدر ما يزداد حماس الفرد لبذل جهد مكثف في أدائه للعمل، مع ضرورة توافر ظروف وبيئة عمل مناسبة. (عاشور، 1983، صفحة 91)

#### المطلب الثالث: معوقات تطبيق الإدارة بالأهداف في المستشفيات الجزائرية

تعمل المنظمات الصحية في بيئات ديناميكية ومعقدة، حيث تتفاعل المنظمات الصحية مع مجموعة كبيرة من المتغيرات لها تأثير كبير على ما تتخذه إدارة المنظمة الصحية من قرارات، وبالتالي لا يمكن عند التعرض لمسألة تحديد طبيعة العملية الإدارية في المنظمات الصحية إغفال تحليل وتوضيح المتغيرات البيئية التي تعمل فيها، وتؤثر وتتأثر بها المنظمة الصحية. (الأحمدي، 2011، صفحة 98). حيث تشهد المستشفيات الجزائرية العديد من التداخلات والتفاعلات ذات التأثير المتبادل، والتي يجب أن تشخص -العوامل البيئية الداخلية والخارجية- بدقة إذا ما أرادت أن تنتهج أسلوب الإدارة بالأهداف.

#### الفرع الأول: معوقات ناتجة عن البيئة الداخلية

هناك العديد من العوامل الداخلية التي حالت دون تحقيق المستشفيات الجزائرية لأهدافها، والتي تظهر في تدني الخدمات الصحية، ويتجلى ذلك في بعض المظاهر السلوكية السلبية والثقافة لدى موظفيها، بالإضافة إلى استنزاف خبراتها البشرية. وتتمثل هذه النماذج السلوكية فيما يأتي (شرقي، 1998-1999، صفحة 36):

- عدم التدخل ... «ما يحدث هنا لا يعني» ؛
- انعدام حب الاستطلاع... «من الأحسن ألا نحاول فهم الأحداث» ؛
- الخمول ... «يجب الابتعاد عن أعين الآخرين» ؛
- الجمود ... «يجب الابتعاد عن الحماس والنشاط»
- انعدام روح المبادرة... «سأنتظر الأوامر لكي أبدأ» ؛
- الانطواء على الذات... «لا يجب التعلق بالمرضى... كل شخص يهتم بمصالحه» ؛
- الملل... «انتظار ساعة الخروج بشغف» ؛
- الاتكالية... «اذهب إلى الآخر» ؛
- عدم انتماء العاملين إلى مؤسستهم؛
- عدم وضع الشخص المناسب في المكان المناسب.

إن هذه النماذج السلوكية التي تطبع تصرفات أغلب ممتهني المستشفيات الجزائرية، قد تعود إلى عدة عوامل منها:

### أولاً: نقص التحفيز

يعتبر العنصر البشري أهم الموارد التي تتمتع بها المنظمات الصحية وعنصرها الفعال، حيث تحتل أجور الموظفين الجزء الأكبر من نفقات هذا القطاع، فتمثل ما بين 70% إلى 80% من ميزانيتها، لكن هذا المورد الهام والثروة الدائمة غير مستخدمة بفعالية، وبدون تحفيز وآفاق، نتيجة لضعف الأجور، آفاق غامضة، عدم تحريكهم... إلخ. لا تستطيع الإدارة مكافأة العمال المجدين، مما أدى بهم أن لا يدافعوا إلا عن حقوقهم: الأجور، العلاوات، شروط العمل... إلخ. (عرباوي و بلعراي، 2018، صفحة 103)

إن السياسة التي تنظم الحوافز في المستشفيات لا تتصف بالعدالة والمساواة والكفاءة، فعندما نرجع إلى الحوافز المادية فهي تختلف من منظمة لأخرى، بل حتى داخل المنظمة ذاتها، فما يوجد في مصلحة أو مديرية فرعية من معدات وأدوات وإمكانات لا يوجد في أخرى، ونفس الشيء كذلك بالنسبة لعلاوة المردودية؛ أما من ناحية الحوافز المعنوية فنجد العلاقة بين الرئيس والمرؤوسين مثلاً هي غير ثابتة في أغلب الأحيان اتجاه كل العاملين، وهذا يخلق نوع من العداوة والصراعات الأفقية والرأسية. (شرقي، 1998-1999، صفحة 39)

وحتى تحقق المستشفيات الجزائرية نجاعة تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف، يجب عليها أن تعيد النظر - حسب متطلبات أسلوب الإدارة بالأهداف - لمختلف الحوافز المادية المتمثلة في الأجر والمكافآت والعلاوات والمنح، والحوافز المعنوية كفرص الترقية والتكوين والتدريب، الاعتراف والاحترام، التقدير للجهد والأداء، الحوار والاتصال، المشاركة في تحديد الأهداف واتخاذ القرارات، وفرص التعبير عن الذات وابداء الرأي والاقتراحات.

### ثانياً: اللامبالاة

وهي ظاهرة تفشت في الأوساط العمالية داخل مختلف المنظمات الاستشفائية، واللامبالاة عبارة لا تعني عدم التحفيز ولكنها شعور معقد يتواجد - كما ذكرها هرزبارغ HERZBERG - بين مفهومين اثنين: التحفيز وعدم التحفيز، ومن بين مظاهر اللامبالاة، قلة الاهتمام وقلة الرغبة الشخصية في أداء العمل، وكذا الملل والانطواء على النفس من أجل التقليل من الضغط العاطفي وإعادة تجميع الطاقة النفسية. (شرقي، 1998-1999، صفحة 40)

### ثالثاً: الثقافة التنظيمية في المستشفيات الجزائرية

تعرف الثقافة التنظيمية بأنها: «مجموعة القيم والمفاهيم الأساسية التي يتم إيجادها وتنميتها داخل مجموعات العمل في المنظمة، وتعليمها للعاملين، لتحديد طريقة تفكيرهم وإدراكهم وشعورهم، تجاه بيئة العمل الداخلية والخارجية وتحدد سلوكهم وتؤثر في أدائهم وإنتاجيتهم» (عاشوري، 2014-2015، صفحة 21)

إن للمستشفى أهداف كثيرة ومتعددة، وللتأكيد فإن الهدف الرئيسي هو تلبية حاجيات المريض بالنسبة للمعالجة والعناية الطبية، وبالمقابل نجد أن كل مجموعة من المجموعات المشاركة في التنظيم «في التركيبة البشرية» تفسر وسائل لتحقيق هذه الأهداف من منطلق نظمهم القيمية ومتطلباتهم، والثقافة السائدة داخل المنظمة. (حاروش، 2008، صفحة 226)

حيث تؤدي ثقافة المنظمة دور جوهري في كفاءة سلوك الموظف داخل المستشفى، وهذا من خلال القيم والعادات والتقاليد والقواعد السلوكية والاتجاهات التي تبرز على مستوى المنظمة ذاتها، بالإضافة إلى التحاق الموظفين بها وهم محملون بثقافة معينة من المجتمع، فأهمية الوقت والسلوك المنظم والمثابرة والرغبة في الانجاز ولغة الإدارة، والإرادة واتقان العمل، والأمانة والصدق والاحترام والتكافل، والتعاطف مع المرضى وذويهم... الخ؛ كلها أمور مشكلة في صورة المستشفيات الجزائرية.

هذه الصورة المحملة بهذه الثقافة التنظيمية، غير محفزة على تبني أسلوب الإدارة بالأهداف في المستشفيات الجزائرية، لذلك يتوجب على المشرفين (إداريين، أطباء وممرضين مسؤولي المصالح الطبية) التركيز على هذه النقطة، وإعطائها أهمية بالغة لتغيير مجموعة القيم والمعتقدات السائدة وتحسينها.

### رابعاً: استنزاف الخبرات وصراع الأفراد

**1- استنزاف الخبرات:** لقد فقدت المستشفيات الجزائرية الخبرة الجيدة لأفضل عناصرها الإدارية والطبية، والتي نجد بعضها تحولت إلى الخارج.

- تشير دراسة (حجو و قصاص، 2018، صفحة 2) إلى أنه: في ظل تضارب الأرقام بشأن عدد الأطباء الجزائريين الذين هجروا الجزائر، كشف تقرير سنة 2014 لمجلس عمادة أطباء فرنسا عن أرقام مذهلة بخصوص نزيف الأدمغة الجزائرية من قطاع الطب نحو فرنسا، حيث يمثل الجزائريون وحدهم نسبة 25% من الأطباء الأجانب بفرنسا، بتعداد قارب 5905 طبيب درس في الجزائر في شتى التخصصات.

- تحول بعض الموظفين خاصة الكوادر الإدارية إلى قطاعات أخرى مثل التعليم العالي والقطاع الخاص والضمان الاجتماعي؛

- نزيف هام للأطباء الأخصائيين نحو القطاع الخاص: وذلك بانتقال الكفاءات الطبية خاصة المتخصصة منها نحو القطاع الخاص بحثاً عن ظروف عمل أحسن وراتب أفضل، مما أضر على جودة الرعاية الصحية في القطاع العمومي، وزاد من صعوبة التحكم في مختلف الإصلاحات المتعلقة بهذا القطاع بشكل عام، فعلى سبيل المثال بلغ عدد الأطباء الأخصائيين العاملين في القطاع الخاص سنة 2006 نحو 5913 طبيب أخصائي، ليرتفع إلى 7032 سنة 2009، ويصل إلى 11001 سنة 2015. (بلخيري، بخوش، و قاسمي، صفحة 308)

ومن أبرز الأسباب لهذا العزوف والتحول، هو نتيجة لتدهور ظروف العمل في القطاع الصحي العمومي، والبحث عن آفاق تحسين وضعهم المادي والراحة النفسية في القطاع الخاص أو قطاعات أخرى.

### 2- صراع الأفراد (العاملين):

يأخذ الصراع بين الموظفين في نفس المستشفى أو نفس المصلحة أو بين المصالح عدة صور، منها الصراع بين الأطباء والإداريين، فالأطباء بحكم تعودهم على الاستقلالية في اتخاذ قراراتهم الطبية المتعلقة بالمرضى، ينظرون إلى الإجراءات والتعليمات واللوائح التنظيمية للعمل في المستشفى على أنها قيود روتينية لا طائل من ورائها، وأنها لا تمثل سوى محاولات لفرض النفوذ وتعقيد الأمور بما يعوق أدائهم المهني. وفيما بين الأطباء وبعضهم البعض غالباً 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 الطبية، كما قد يظهر الصراع نتيجة اختلاف التخصصات الطبية كما هو الحال بين الطبيب العام والطبيب المتخصص، وأطباء التخدير والأشعة والتحاليل وغيرها من التخصصات. ونظرا لأن المستشفيات تتميز بالتنظيم التخصصي الواسع، نتيجة وجود العديد من العاملين بالتخصصات الطبية وشبه الطبية والإدارية، مع اختلاف القيم والاتجاهات والثقافات الاجتماعية، فإنها تكون مجالا خصبا للتنظيمات غير الرسمية التي قد يسير في اتجاه عكسي لأهداف إدارة المستشفى. (مخيمر و الطعمانة، 2005، صفحة 20)

### الفرع الثاني: معوقات ناتجة عن البيئة الخارجية الجزئية

نقصد بالبيئة الخارجية الجزئية كل من وزارة الصحة، مديرية الصحة بالولاية، والمؤسسات التابعة لوزارة الصحة كالصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور، بالإضافة إلى مصالح الرقابة الخارجية (مفتشية الوظيفة العمومية، المراقبة المالية والمحاسب العمومي...) والمؤمنين، والشركاء الاجتماعيين.

#### أولا: وزارة الصحة

تلعب وزارة الصحة دورا بارزا في تخطيط وتوجيه وتحفيز المستشفيات، كما إن الحدود المفروضة على هذه المنظمات - القرارات الصادرة عن الإدارة المركزية - عن طريق القانون المنظم لمجال التدخل والصلاحيات يجعل من المسير والمسؤول الأول في المستشفى لا يمتلك حرية المبادرة، ولا مجالا كافيا لاتخاذ قراراته وتحقيق أهداف منظمته، حيث تقوده هذه التوصيات إلى لعب دور المنفذ البسيط للتوجيهات والأوامر والتعليمات الصادرة عن الوصاية. إن هذه الظواهر إذا ما بقيت على وضعها الحالي، لا تؤدي إلى نجاعة تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف. لذلك وجب علينا ذكر بعض العراقيل، مع تركيزنا على بعض المقترحات لعلاجها.

#### 1- قلة وسوء توزيع الكفاءات الصحية

أن القطاع الصحي بالجزائر يشهد عدم كفاية الموارد البشرية في جميع الأسلاك (كوادر إدارية، أطباء أخصائيين، أطباء عامون، شبه طبيين، تقنيين) هذا من جهة، ومن جهة أخرى سوء توزيع الكفاءات الموجودة خاصة في سلك الأطباء الأخصائيين والأطر الإدارية على ولايات الوطن وحتى داخل الولاية الواحدة، وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات:

- دراسة (عدمان و عدمان، 2011، صفحة 11) حيث يقولان: (المجدير بالإشارة، أن عدم التوازن لم يقتصر فقط على اللامساواة في توزيع المنظمات العمومية للصحة، بل شمل أيضا عدم التوازن في توزيع الكفاءات الوطنية، حيث أن معظمها متمركزة في الشمال وبالخصوص في وسط البلاد بنسبة 55% تاركة المناطق الأخرى منكوبة خاصة الجنوبية منها).

- تشهد الجزائر اختلالا في توزيع المنظمات الصحية، والتي نلمسها في سوء توزيع المرافق الصحية عبر التراب الوطني خاصة للمستشفيات الجامعية، فالعاصمة لوحدها تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية، في حين لا يتعدى ذلك في الشرق 22%، والغرب 20%، بينما في الجنوب الشرقي نسبة 2% والجنوب الغربي 1%. إضافة إلى ذلك هناك



فوارق كبيرة في توزيع الموارد البشرية، إذ نجد معدل الأطباء في الجزائر العاصمة طبيب لكل 416 ساكنا، يقابله طبيب لكل 1766 ساكنا في الهضاب العليا، و1 طبيب لكل 2109 ساكنا في الجنوب. (بلخيري، بخوش، و قاسمي، صفحة 306)

- هناك تباين في توزيع للموارد البشرية والمادية بين المناطق وداخلها؛ (جيلالي، 2008-2009، صفحة 185)

### 2- عدم التحكم في النفقات الصحية:

يعود ارتفاع النفقات في المستشفيات إلى عدة أسباب هي: التقدم العلمي في المجال الطبي والذي يؤدي إلى ارتفاع تكاليف اقتناء التجهيزات الطبية والتجهيزات الملحقة والمواد الصيدلانية هذا من جهة، ومن جهة أخرى ارتفاع حاجيات السكان من العلاج بصورة دائمة وسريعة، نتيجة للنمو الديمغرافي والتحول الوبائي، ضف إلى ذلك نقص كبير في الموظفين المختصين في صيانة التجهيزات الطبية.

ويمكن تلخيص أهم العراقيل المرتبطة بتمويل المستشفيات كما يلي (جيلالي، 2008-2009، صفحة 182):

- تخصيص وتوزيع غير ملائم، وغير كاف للموارد المالية؛
- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها؛
- مديونية ثقيلة؛
- غياب التحكم في التكلفة، والنفقات الصحية؛
- امتصاص حقيقي لميزانيات القطاعات الصحية من قبل مستشفى على حساب الهياكل غير الاستشفائية، فهذه الطرق تتسبب في زعزعة المنظومة الصحية وتمس بمبدأ تسلسل العلاج؛
- غياب التحكم في النفقات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وهو ما يفسر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المنظمة الاستشفائية، وفقدان مصداقيتها، والتي تتجاوز في بعض الأحيان 25% من الميزانية. (لوحايدية، 2005، صفحة 16)

إن هذه العراقيل المرتبطة بتمويل المستشفيات، إذا ما أسقطناها على مراحل تطبيق الإدارة بالأهداف، خاصة في مرحلة التخطيط والتنفيذ، أين يجب تحديد الوسائل والموارد اللازمة لتحقيق الأهداف المحددة، وهو ما يتنافى مع -إلى حد ما- مع الوضعية الحالية لهذه المنظمات، حيث اعتماد الميزانيات غير قابل للتفاوض الصريح مع الوصاية المركزية، وبالتالي لا يمكن التخطيط على المدى القصير والطويل.

وعليه، يمكننا القول: أنه إذا أرادت وزارة الصحة ومن خلالها المستشفيات، اعتماد أسلوب الإدارة بالأهداف، أن تعيد النظر في طريقة التمويل، والذي يجب أن يعبر عن الاحتياجات الحقيقية لكل مستشفى خدمة للأهداف المرسومة في إطار عقد نجاعة وجودة بين كل منظمة والوصاية. بالإضافة إلى إعادة تسعير للأعمال الطبية وشبه الطبية، والترخيص لها بإبرام عقود وعروض خدمات مع المنظمات، والتحول من التمويل المبني على النفقات إلى الاستقلالية المالية، والحرية في تعبئة الإيرادات داخل الأطر القانونية.

### ثانياً: تدخل المنظمات التابعة لوزارة الصحة

نميز بين بعض المنظمات التي لها مجال تدخل واسع في تمويل المستشفيات بالأدوية والمنتجات الصيدلانية واللقاحات والأمصال ومواد التحاليل الطبية، وبين مديريات الصحة بالولاية.

أ- إن ارتباط المستشفيات ببعض المنظمات التابعة لوزارة الصحة كالصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باسستور -وهذا أمر لا بد منه-، خاصة في مجال التمويل بالأدوية واللقاحات. لكن أدى في بعض الأحيان، إما تأخر في عقد صفقات الأدوية، أو أن هناك عقود أبرمت لكن هناك تأخر في التمويل بالأدوية واللقاحات والأمصال، وهذا حتماً سيعيق هذه المنظمات في تحقيق أهدافها؛ لذلك يتوجب إعادة النظر في هذه العلاقة التعاقدية في إطار مشروع الإدارة بالأهداف.

ب- دور مديريات الصحة والسكان بالولاية: لا تظهر بوضوح أنشطة مديريات الصحة والسكان المتعلقة بمهام التنشيط والتنظيم والمتابعة والتقييم، بقدر ما هي أنشطة روتينية تتلقى من خلالها معطيات ومعلومات وتوجيهات فتعيد تحويلها بكل رتبة. هذه الفعالية المفقودة في التخطيط والتنظيم والتنسيق، تعود لعدة أسباب أهمها: (القوانين الجامدة التي لا تضبط بدقة طريقة التنسيق والتنظيم، غياب دور الرقابة الفعلية على هذه المنظمات، نقص الكفاءات المسيرة لهذه المديريات ووجود بعضهم من فئة الأطباء والمرضى يفتقرون لأبجديات الإدارة والتسيير المالي، محدودية الصلاحيات الممنوحة لهذه المديريات). هذه الوضعية يجب أن تتحول إلى أدوار (التفعيل، التنشيط، التنظيم، التخطيط، ورقابة الأداء والممارسات) في إطار صلاحيات أكثر وتحفيزات أخرى، في إطار مبادئ الالتزام والمشاركة للإدارة بالأهداف.

### ثالثاً: دور مصالح الوظيفة العمومية

إذا كان قانون الوظيفة العمومية يستمد قوامه من إرادة القوة العمومية لضمان السير الحسن للإدارة، فإن العدد المفرط للقوانين الخاصة التي انبثقت عنه والتعديلات المتتالية لها، أدى إلى انحراف نحو المصالح الضيقة والآنية، هذا التنوع في القوانين الخاصة، إضافة إلى الصلابة التي تميز عملية أداء المهام، أدى إلى تطور ممارسات بيروقراطية ساعدت على زيادة تكاليف التسيير، ونقص الفعالية على مستوى الإدارة المركزية، الإقليمية والمحلية. فهذه الممارسات تؤدي إلى عدم احترام ومحاولة تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها المنظمة الاستشفائية. (شرقي، 1998-1999، صفحة 36)

لذلك من أهم الحلول والتدابير المقترحة لهذه العراقيل هي: (جيلالي، 2008-2009، صفحة 185)

- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين في قطاع الصحة، قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني، وإدراج نظام تعويضي محفز؛
- وضع خريطة صحية لتوزيع الموارد البشرية؛
- إعطاء استقلالية تسيير أكبر للمستشفى؛

- بالإضافة إلى ضرورة الانتقال من الوظيفة العمومية الحالية إلى وظيفة عمومية خاصة بالمنظمات الصحية تتوافق بشكل تام مع طبيعة هذه المنظمات، تعطى من خلالها الحرية والاستقلالية للمسيرين في التوظيف والتقييم والترقية في إطار عقود الأهداف والنجاحة.

### الفرع الثالث: معوقات ناتجة عن البيئة الخارجية الكلية

تمثل البيئة الخارجية الكلية للمستشفيات في كل من المتدخلين في قطاع الصحة، الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية.

#### أولاً: دور المتدخلين في قطاع الصحة

إن الهدف الرئيسي للمستشفيات هو التحكم في المرض والتطبيب لمعالجته، ولا ينفي هذا وجود عوامل أخرى تساهم بشكل أو بآخر في تحقيق أهداف هذه المنظمات، ويقترن ذلك بقطاعات المياه والصرف الصحي، التعليم، البيئة وتهيئة الاقليم، العمران والصناعة وغيرها، لذلك يجب أن تكون مشاركة حقيقية في تسيير الوضع الصحي للمواطنين. فإنشاء مصنع، أو إقامة مسكن، أو إنجاز مشروع المياه الصالحة للشرب، يجب أن يستدعي مراقبة طبية ووقائية قبل وأثناء الشروع في الانجاز وبعده، وذلك لتحقيق مبدأ الوقاية خير من العلاج وتجنب كثير من التكاليف. إن تخلي بعض المتدخلين عن مسؤولياتهم في مهمة الحفاظ وتطوير المستوى الصحي للمواطن، هذا الأمر يثقل كاهل المنظمة الاستشفائية في مواجهة وعلاج الأمراض الناتجة عن عدم الوقاية من نتائج أنشطة القطاعات الأخرى.

#### ثانياً: العوامل الاقتصادية والاجتماعية

تحتل الجزائر حسب تقرير التنمية البشرية لسنة 2020 لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية البشرية المرتبة 91 ضمن الفئة الثانية "تنمية بشرية مرتفعة" (الأمم المتحدة، 2020، صفحة 17). فمستوى الفقر ارتفع بشكل كبير خلال العشرية الأخيرة، وبالتالي تراجع القدرة الشرائية للمواطن ومحدودية الدخل - الفوارق في توزيع الدخل - ويظهر ذلك بوضوح في بداية اندثار الطبقة الوسطى من التقسيم الطبقي، كل هذا يرفع من مسؤولية المنظمة الاستشفائية كوحدة من النظام الصحي في الجزائر اتجاه هذه الفئات، فالفقر يؤدي إلى عدم القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية مما يؤدي إلى تفشي وتعدد الأمراض (بومعياف و عماري، 2009-2010، صفحة 34).

إن انخفاض مستوى التعليم وسوء التغذية، وتوزيع الدخل والبطالة، تعد من دون شك أهم العوامل ذات التأثير المباشر على المستوى الصحي، وكنتيجة حتمية لذلك لا تستطيع المنظمة الاستشفائية تحقيق هدفها الأساسي المتمثل في التكفل الحسن والتام بالمرضى. ما لم تتكفل الدولة بكل عزيمة وإصرار لتغيير هذه الأوضاع.

ثم إن وجود بعض الموظفين في حالات اجتماعية «النساء المطلقات أو الأرامل اللاتي يتكفلن بأولاد، العمال ذوي الدخل المحدود - مع ذلك هم ممنوعين من ممارسة نشاط تجاري حسب قانون التوظيف العمومي -»، كل هذه الحالات وأخرى، تجعل من عملية التسيير والتنظيم صعبة، تتخللها مشاكل. فهل تفرض على هذه الفئات إتباع الخطط المرسومة في ميدان عملهم، أم أن المسير يراعي دائما الجانب الاجتماعي لهذه الفئة...؟ وبالتالي تنساءل حول كيفية

تحقيق الأهداف المسطرة، وعن نوعية المنظمة الاستشفائية في المستقبل ودورها الاجتماعي. (شرقي، 1998-1999، صفحة 54)

### ثالثا: مستوى التجديد التكنولوجي

إن المستشفيات التي تحتوي على أجهزة طبية متطورة، فإنها تستهدف تحسين جودة الخدمات الصحية، والعكس فعدم التحكم في التكنولوجيا الطبية الحديثة، ونقص في التكنولوجيات الجديدة للإعلام والاتصال، وغياب نظام معلومات فعال يربط كل الأطراف المعنية بقطاع الصحة، يضع المنظمة الاستشفائية اتجاه معالجة عرضة لعدم تحقيق أهدافها؛ ظف إلى ذلك عدم استعمال الأجهزة المتوفرة نتيجة سوء التخطيط الذي حدث من خلال اقتناء الوسائل الطبية المتطورة " مثل أجهزة السكاير scanner والرنين المغناطيسي IRM " دون ضمان تكوين كاف للموارد البشرية، يعتبر هذا إهدار للفرص وعدم تحقيق الأهداف.

### رابعا: العامل القانوني

تعاني المستشفيات العمومية الجزائرية من الناحية القانونية إلى الخضوع شبه التام للإدارة المركزية الوصية - وزارة الصحة - فيما يتعلق بتخطيط أعمالها، بالإضافة إلى التقييد التام في ما يتعلق بمنهجية تسيير الوسائل المخولة لها (الموارد المادية والمالية والبشرية)، من قبل التشريع، والمتعلقة بالمستخدمين "الوظيف العمومي" وقواعد المحاسبة العمومية والمراقبة المالية، وهذا بالرغم من تمتعها باستقلالية قانونية تكفلها مختلف النصوص القانونية والتنظيمية الخاصة، من خلال تمتعها بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. (سعيدان و بوهنة، 2014، صفحة 3)

وكما يقول (هنوني، 2011): «الشخصية المعنوية هي الوجود القانوني». والذي يفترض أنّ هذه العبارة - الشخصية المعنوية - يترتب عنها آثارا ونتائج معينة تلقائيا، مثل الذمة المالية، الأهلية القانونية، حق التقاضي... الخ (حسنوي، 2009)

في نفس السياق، نلاحظ أن الأمر لا يخلو من الوصاية المتمثلة في الولاية. وبما أن المستشفى مرفق عام فهو يخضع لقانون المالية والقوانين التي تنظم وتحافظ على المال العام، كما أنه يخضع لقواعد المحاسبة العمومية، وذلك فيما يتعلق بتنفيذ ومراجعة الميزانية. غير أن هذه الاستقلالية المالية تعد نسبية، لأن المستشفى يتمتع بميزانية مستقلة في الظاهر ومقيدة في الواقع، حيث يخضع تحضيرها واعتمادها وتنفيذها ومراقبتها لإجراءات وقيود يتم تحديدها من قبل السلطة الوصية، لأنها تبقى مرهونة باعتمادات الدولة وصندوق الضمان الاجتماعي عوض اللجوء الى الموارد الخاصة.

كما أن صرف ميزانية المستشفيات العمومية الجزائرية يخضع لقيود قانون الصفقات العمومية التي تركز على الإجراءات القانونية بدل الأهداف، وهو ما يتنافى مع خصوصية هذه المنظمات مثل الاستعجال والتي تتطلب السرعة في اتخاذ القرارات وتنفيذها. ولعله يمكننا القول، أن جوهر الإدارة بالأهداف يتحدث عن هذا المبدأ (التركيز على الأهداف والنتائج بدل الإجراءات) وهو ما يتعارض مع واقع هذه المنظمات، لذلك يجب أن تعكف السلطات المعنية على إيجاد صيغ قانونية تراعي خصوصية هذه المنظمات في إطار منهج الإدارة بالأهداف.

### المبحث الثاني: الإدارة بالأهداف وعلاقتها بتطبيق الجودة في المستشفيات

سنحاول في هذا الجزء، إبراز أهمية تطبيق مفاهيم الجودة في المستشفيات الحكومية، وكذا أهم القيم الجوهرية التي تحققها، ثم نعرض على مراحل ومتطلبات التطبيق التي تتماشى وخصوصية المنظمات الصحية الحكومية.

#### المطلب الأول: تطبيق الجودة في المستشفيات الحكومية

لقد اقتنعت المنظمات الصحية في مختلف دول العالم بأهمية تطبيق الجودة، بتركيزها على المريض في تحسين خدماتها وبعض القيم الجوهرية التي سعت لترسيخها بهدف الوصول إلى خدمات ذات جودة عالية، وهذا ما سنبينه في هذا الجزء.

#### الفرع الأول: أهمية تطبيق الجودة في المستشفيات

إن تطبيق مفهوم الجودة في المنظمات الصحية من شأنه مساعدة المنظمة في التعرف على الموارد المهدرة من الوقت والطاقات والقدرات الذهنية المتمثلة في الموارد البشرية والمواد المادية، ومن ثم العمل على التخلص منها. وفي نفس الوقت يعد نظام إدارة الجودة نظام تحفيزي، حيث أنه يتيح الفرصة للعاملين بالتعرف على إمكانياتهم ومنحهم صلاحيات وفق هذه الإمكانيات، ويحثهم أيضاً على التفوق والإبداع.

تدل نتائج العديد من الدراسات على أن جودة الخدمة تعتبر أحد المداخل الأساسية لتحسين أداء المنظمات الحكومية وتحقيق ميزة تنافسية في السوق. ففي الدراسة الشهيرة التي قام بها (KLINE 1993) بخصوص أهم الفوائد التي يمكن أن تحققها المنظمات الحكومية في الولايات المتحدة من وراء تبني برنامج فعال لتحسين الجودة، أكدت النتائج أهمية الجودة في: (زيادة الإنتاجية، التقليل من البيروقراطية، تخفيض التكلفة) فضلاً عن مساعدة الدولة في حماية اقتصادها وكسب تأييد الرأي العام وزيادة الكفاءة وكسب تأييد القطاع الخاص. كذلك في دراسة شملت 50 جهازاً حكومياً في الولايات المتحدة الأمريكية للتعرف عن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذه الأجهزة، أسفرت النتائج عن أن الفوائد المترتبة على تطبيقها مرتبة حسب أهميتها تتمثل في: (تحسين الإنتاجية، والوفاء باحتياجات المتعاملين، وتخفيض النفقات المالية) (عثمان، 2010)

وفيما يلي بعض الفوائد المرتبطة بالجوانب الطبية، والتي حققتها بعض المنظمات الصحية نتيجة لتطبيق إدارة الجودة (المالكي، 2018، صفحة 222):

- تبسيط الإجراءات: يساعد تطبيق فلسفة الجودة الشاملة على تحديد سبل تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها.
- تحسين الإجراءات: يهدف نموذج الجودة الشاملة إلى السعي الدؤوب لتقصي فرص التحسين واغتنامها.
- كفاءة التشغيل: تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم الجودة الشاملة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات، وارتفاع مستوى مهارة العاملين.
- القضاء على اختلافات الممارسة السريرية: ويسهم تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة السريرية واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية.

- الحد من تكرار العمليات: يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل، ومن ثم الحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضا العملاء.
- كما حققت الكثير من المنظمات الصحية، فوائد ومكاسب لا بأس بها، كتحسين الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضا العملاء وتحسين بيئة العمل، نتيجة لتطبيق الجودة الشاملة، حيث تظهر أهمية التطبيق في العناصر التالية (أبو حليقة، 2013، صفحة 26):
- **جودة الرعاية المقدمة:** الهدف من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المنظمات الصحية، والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية، وترشيد النفقات، والاستخدام وتقييم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية، والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- **رضا العملاء:** تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة، وبما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها، وذلك من خلال عملية تستهدف تحسينا مستمرا للجودة بما يتفق ويتفوق على توقعات العملاء.
- **رفع معنويات العاملين:** تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضاءهم.

### الفرع الثاني: مكانة المريض (كقيمة جوهرية) في جودة الخدمة الصحية

ينبغي أن تعزز الخدمات الصحية خصوصية مرضاها، وأن تعمل على إدراك هذه الخصوصية وتجسيدها تحت شعار «خدمة المريض أولاً»، ويتم ذلك عن طريق عملية تخطيط الرعاية الصحية.

#### أولاً: خدمة المريض

(المريض أولاً) قيمة جوهرية، الجميع (عاملين، مرضى، حكومة، مجتمع) يريد أن يتحقق في المنظمات الصحية مهما كانت عمومية وخاصة، هذه القيمة نقرؤها كشعار ترفعه وزارات ومنظمات الصحة للتأكيد على أهمية المريض، وهو يعني أن يكون همها الأول والأخير هو المريض، لأنها في الأساس لم توجد إلا خدمة للمريض، وأخذاً بكل الأسباب التي تضمن له تجاوز وضعه الصحي.

المريض أولاً، هو قيمة تعني "الحق في الصحة" وهي تعبر عن تقديم خدمات للمرضى بغض النظر عن عمرهم، أو جنسهم أو مستواهم الاجتماعي أو الثقافي أو دينهم وعرقهم وجنسياتهم.

وقد تم التأكيد على الحق في الصحة في معاهدات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية، وفي الدساتير الوطنية في جميع أنحاء العالم؛ ويشمل الحق في الصحة، أربعة عناصر هي: (مارغريت، 2017)

**1- التوافر Disponibilité:** القدر الكافي من المرافق الصحية العمومية ومرافق الرعاية الصحية والسلع والخدمات والبرامج.

**2- إمكانية الوصول Accessibilité:** استفادة الجميع من فرص الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية، ضمن نطاق الولاية القضائية للدولة الطرف. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد هي:

- عدم التمييز non-discrimination؛

- إمكانية الوصول المادي l'accessibilité physique؛
  - إمكانية الاقتصادية للوصول (القدرة على تحمل النفقات) l'accessibilité économique؛
  - إمكانية الحصول على المعلومات l'accessibilité de l'information.
- 3- المقبولية Acceptable:** يجب أن تحترم جميع المرافق والسلع والخدمات الأخلاق الطبية، وأن تكون مناسبة ثقافياً وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة.
- 4- الجودة Qualité:** يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة.
- ويفرض الحق في الصحة على الدول الأطراف، شأنه شأن حقوق الإنسان كافة، ثلاثة أنواع من الالتزامات هي:
- الاحترام: أي عدم التدخل في التمتع بالحق في الصحة.
  - الحماية: أي ضمان ألا تقوم أطراف ثالثة (جهات أخرى غير الدول) بإعاقة التمتع بالحق في الصحة.
  - الأداء: أي اتخاذ خطوات إيجابية لإعمال الحق في الصحة.

وعليه، يمكن اعتبار هذا الشعار "المريض أولاً" بمثابة فلسفة العمل في المنظمات الصحية، أو بصورة أدق تحقيق الخدمة الصحية المناسبة التي يتطلع إليها الناس، تستوجب توفير مستلزماتها المادية والبشرية من منشآت، ومن إمكانيات وأجهزة، ومن أدوية وغيرها، لكن العنصر البشري المدرب، والمقتدر يمثل حيز الزاوية، وأهم ما يرتبط بالعنصر البشري وجود ثقافة صحية، وقيم تمثل مراقباً ذاتياً على العاملين في القطاع الصحي من أطباء، وإداريين وممرضين وتقنيين، وكل المتتمين لهذا القطاع. (الطري، 2012)

#### ثانياً: تحقيق توقعات المريض

مع اختلاف المهارات الفردية للأطباء وباقي عاملي المنظمة الصحية، ينبغي عليهم ضرورة اكتساب مهارة البحث الجاد عن أنسب الطرق لمقابلة توقعات زبائنهم والعناية الفائقة بها، لزيادة رضاهم حول الخدمة المقدمة لديهم. (صغيرو، 2011-2012، صفحة 149)

ويمكن الاتفاق بصفة عامة على أن التوقعات ما هي إلا احتمالات يشكلها الزبون، وهي خاصة بظهور أحداث معينة سواء كانت سلبية أو إيجابية، وقد أوضحت الدراسات أن الزبائن قد يلجؤون إلى استخدام أنواع مختلفة من التوقعات، عند قيامهم بتكوين رأي معين عن مستوى أداء خدمة ما مقدما لذلك تتحدد الجوانب الأساسية للتوقع الذي يكونه الزبون عن الخدمة كما يلي:

- توقعات عن خصائص الخدمة (الجودة المتوقعة): هي الخصائص الموجودة في الخدمة في حد ذاتها، والتي يرى الزبون أنها تحقق له المنافع؛
- توقعات عن المنافع أو التكاليف الاجتماعية: وتتعلق بردة فعل الآخرين الإيجابية أو السلبية اتجاه الزبون نتيجة اقتناءه للخدمة؛

- توقعات عن تكاليف الخدمة: هي توقعات عن التكاليف والسعر، الذي يجد الزبون نفسه ملزماً بدفعه للحصول على المنتج، والسعر هنا لا يتضمن مبلغاً فقط، بل كل جهد مادي أو معنوي يبذله في سبيل الحصول على الخدمة، بما في ذلك المعلومات التي يجمعها، وحتى الآثار النفسية والمعنوية التي يتحملها.

تعتبر التوقعات واحداً من الأبعاد الأساسية الثلاثة للرضا بالإضافة إلى (الأداء الفعلي، والمطابقة أو عدم المطابقة) (صغيرو، 2011-2012، صفحة 150)

وتلعب التوقعات دوراً هاماً في تشكيل الرضا، وإلى المدى الذي تشبع فيه الخدمة حاجة ورغبة العميل يتحدد مستوى الشعور بالرضا، حيث أنه كلما تحققت التوقعات يشعر العميل بالرضا، ويزداد مستوى رضائه عندما يفوق الأداء الفعلي التوقعات، نظراً لأن أثر التأكيد وعدم التأكيد المرتبط بالتوقعات يتحدد من خلاله مستوى الشعور بالرضا إيجابياً وسلبياً (سامية، 2017، صفحة 16). ويشير كل من (Parasuraman, Zzithaml, & Berry, 1991, p. 39) بأنه يمكن للعملاء تشكيل توقعاتهم من خبراتهم السابقة ومعلومات من الأصدقاء، نصيحة الزملاء أو الأقارب، أو المسوقين، المنافسين إضافة إلى وعود الشركات مقدمة السلعة أو الخدمة.

وفي هذا المضمار، تشكل توقعات المرضى عن مستوى جودة الخدمات الصحية التي يحصلون عليها من منظمة صحية أو عامل بها، من خلال خبراتهم السابقة، والمعلومات التي قد يحصلون عليها من العائلة والأقارب والأصدقاء ضمن مسمى "الكلمة المنطوقة"، والتي تعكس خبرتهم في التعامل مع أي منظمة أو عامل.

حيث تشير الكلمة المنطوقة "Word of Mouth" إلى التعليقات والملاحظات الإيجابية أو السلبية عن الخدمة الصحية، التي تلقاها في مستشفى ما، وقام بنقلها لشخص آخر عن مستوى الثقة والجدارة في أداء المستشفى، وما تقدمه من خدمات طبية في إطار غير مخطط (عفوي) حيث لا يسعى للترويج للمستشفى. (Moreira & Da Silva, 2016, pp. 152-171)

### الفرع الثالث: القيم الجوهرية الأخرى للجودة في المستشفيات

بالإضافة إلى مكانة المريض (كقيمة جوهرية) في جودة الخدمة الصحية. تتمثل القيم الجوهرية في إنجاز الخدمة الصحية بدرجة جودة عالية فيما يلي (عياد، 2016/2015، صفحة 51):

#### أولاً: تأدية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة

إن البحث عن أسباب الفشل والقيام بالمعالجة الفردية، والتمكن من الزمن من تأدية الخدمة الصحية لشكلها الملائم والصحيح من أول مرة تعتبر قيمة جوهرية عند الحديث عن جودة الخدمة الصحية. (عياد، 2016/2015، صفحة 52)

ويعتبر هذا المفهوم، من المفاهيم التي تعبر عن بعد الاعتمادية ضمن أبعاد الجودة، حيث يشير (الملكاوي، 2020، صفحة 102) إلى أن الاعتمادية تعني أداء الخدمة بالشكل الصحيح وبدرجة عالية من الدقة.

هذا، ويعد الوعي الصحي Health Awareness احتياجاً ضرورياً وعاملاً أساسياً لنجاح جودة الرعاية الصحية، وهو احتياج لمقدمي الخدمات، كما هو احتياج للمستفيدين منها، واحتياج للمنظمة الصحية والمجتمع المحيط



بها، فالوعي الصحي لمقدمي الخدمات وارتباطه بالمستجدات من التكنولوجيا الطبية المتقدمة لتطبيق نظام جيد للاتصالات بالمستفيدين من الخدمات، وبتطبيق التثقيف الصحي والبرامج التدريبية الصحية، يعد مكونا أساسيا في برامج جودة الرعاية الصحية، وتقديم هذه البرامج كجزء من عمليات الخدمات الصحية الطبية للأفراد والمجتمع المحيط. والوعي الصحي للمنظمات الصحية، يرتبط بتغيير الاتجاهات والمهارات، حتى تصبح ثقافة المستشفيات " Hospital Culture" السائدة ثقافة واحدة من تلك الثقافات، التي تساعد على مواجهة التحديات، ومنع حدوث الأعطال وعيوب الخدمات وثقل أداء المهام بشكل صحيح من المرة الأولى. (شعيب، 2014، صفحة 160)

### ثانيا: خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدني جودتها

أي الاستفادة المستمرة من كل جهد ممكن، لتحديد وتقليل تكاليف فشل المنظمة الصحية في تقديم مستوى عال من الجودة. (صغبرو، 2011-2012، صفحة 40)

كذلك فإن خفض هذه التكاليف تعني تحديد تكاليف فشل أداء المنظمة الصحية في تقديم مستوى عال من الجودة، ثم محاولة التقليل منها والتخطيط باستمرار لتجاوزها، والاستفادة قدر الإمكان من مختلف الجهود المادية والبشرية. (عياد، 2016/2015، صفحة 52)

لذلك، يكتسب أخذ التكاليف في الاعتبار كمية متزايدة من اهتمام المديرين في الوحدات الصحية، وعلى المستوى المحلي والاقليمي والقومي للخدمات الصحية، وهذا الاهتمام ينطبق على كل من القطاع العام والقطاع الخاص، وفي 1994 نشرت منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع اليونيسف ومؤسسة (أغا خان) " تحليل التكلفة في الرعاية الصحية الأولية" لدعم إدارة برامج الرعاية الصحية الأولية، ولكن هذه المستشفيات تتلعب معظم الانفاق الصحي في أغلب الدول، وتشير الشواهد إلى أن هناك مجالا كبيرا لتحسين إدارة هذه الموارد. (دونالد، دومينيك، و إيون، 2001، صفحة 7)

ويتطلب تحقيق هذه القيمة الجوهرية " خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدني جودتها" ضرورة التحكم في تكاليف الجودة، والتي تنقسم إلى ثلاثة أنواع رئيسية من التكاليف، نذكرها كما يلي:

1- **تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج:** ويتعلق الأمر خاصة بتكاليف كل نشاط أو تدخل يهدف إلى تحسين جودة العلاج (تكوين أعمال، نشاط فرق الجودة، منهجية العلاج، نشر توصيات الممارسة العيادية أو بروتوكول شراء العتاد والتجهيزات المخصصة للوقاية من عيوب جودة العلاج). (Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé (ANAES), 2004)

2- **تكاليف التقييم:** تشمل هذه التكاليف، الوقت، والتكاليف التي تتحملها الوحدة في عملية تحديد مدى (المطابقة/الموافقة) بين أداء العاملين والمستوى المعياري المتفق عليه أو الواضح (لرعاية/ الخدمة)، والمراجعة الإدارية والسريية، والتفتيش اليومي الظاهر (على سبيل المثال بواسطة ممرضة الجناح، أو بعض العاملين) واختبار الأجهزة. (هيوكوش، 2002، صفحة 223)

- 3- **تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة والمعيبة:** يمكن تقسيم تكلفة الأعمال الخاطئة إلى نوعين هما: (ماجدة، 2000، صفحة 157)
- أ- **تكلفة الخطأ الداخلي:** وتشمل تكلفة تصحيح الخدمات الخاطئة قبل وصولها إلى المرضى أثناء عمليات تقديم الخدمة، وتمثل تكلفة الخطأ الداخلي، التكلفة التي يمكن تجنبها وتشمل:
- الضياع بكل أنواعه: مثل طلب اختبارات أو تحاليل أو أشعة غير ضرورية لحالة المريض؛
  - فحص الاختبارات الخاطئة؛
  - إعادة تأدية الأنشطة غير الضرورية؛
  - وقت الأعيال والوقت الضائع بكافة أنواعه؛
  - إعادة الفحص والتصحيح.
- ب- **تكلفة الخطأ الخارجي:** تحدد بعد تقديم الخدمات الخاطئة إلى المرضى، وهي تكتشف بواسطة المرضى، وتشمل تكلفة تصحيح الأخطاء، أو تخفيض الشعور السلبي لمنع انخفاض المنافع في المستقبل، وتتضمن:
- تكلفة الاستجابة لشكاوى المرضى؛
  - تكلفة فقد العملاء؛
  - التكلفة المترتبة على مخاطر سوء التصرف: مثل إجراء عملية جراحية خاطئة للمريض، وتعرضه بعد ذلك للزيف أو الغيبوبة.

### ثالثاً: دعم الأداء الجيد للموظفين

إن المنظمة الصحية الناجحة، هي التي تكون قادرة على جعل موظفيها يشعرون من لحظة دفعهم على أداء العمل أنهم مقدرون كأفراد، وكأعضاء فاعلين في فرق العمل المشكلة ولديهم دور مهم. (صغبرو، 2011-2012، صفحة 40). أي أن كل منظمة صحية يجب أن تتبنى فلسفة دعم مواردها البشرية وهو ما يسمى "بالدعم التنظيمي". يقصد بالدعم التنظيمي: «بأنه الدرجة التي يدرك فيها الفرد أن المنظمة تهتم به وتضمن مجهوداته ومساهماته، وتعني به وترعاه، كما أن الموظف يميل إلى تقدير الجهود والمكافآت المقدمة من المنظمة، وينظر إلى ذلك بأن المنظمة تقدر مساهمة الموظفين وتهتم برفاهيتهم». (بوخلوة و قمو، 2016، صفحة 5)

وعليه يتمثل هذا الدعم التنظيمي من خلال أبعاده الستة، والتي سنذكرها كما يلي (بوخلوة و قمو، 2016، الصفحات 5-6):

1- **العدالة التنظيمية:** وهي الدرجة التي تحدد بها القواعد والإجراءات واللوائح وتطبيقها، وإعطائه ما يستحق بعدالة تشعر الموظف بالأمان والالتزام في آن واحد. ونظراً لأهمية العدالة التنظيمية ركز علماء الإدارة الحديثة اهتمامهم على الكثير من الظواهر المتعلقة بمفهوم العدالة كاختبارات التوظيف، والأجور المتكافئة، وأدى بهم إلى اعتبار العدالة التنظيمية أحد المكونات الأساسية للهيكل الاجتماعي والنفسي للمنظمة، حيث تعتبر العدالة التنظيمية قيمة اجتماعية وغطاً اجتماعياً، يؤدي غيابه إلى مخاطر جسيمة تهدد المنظمة والفرد معاً، إذ أن إدراك

العاملين لعدم توافر العدالة، يؤدي بهم إلى ممارسات سلوكية سلبية، كنقص الولاء للمنظمة والنية في تركها، وزيادة معدل دوران العمل، إضافة إلى سلوكيات الانتقام الموجهة نحو المنظمة أو قادتها، والتي تنعكس سلباً من دون شك على جودة الخدمات المقدمة.

**2- سلوك القادة لمساندة المرؤوسين:** إن العلاقة التبادلية بين رب العامل والعامل لا تعتمد فقط على الجوانب الشخصية، مثل النقود والخدمة والمعلومات، وإنما أيضاً على المواد الاجتماعية الشعورية مثل الاحترام والتقدير والتوافق والدعم؛ ويشير الدعم القيادي إلى درجة المساندة والاحترام والتأييد التي يدركها التابع من رئيسه الحالي في المنظمة، ويستند هذا المفهوم إلى نظرية مسار الهدف (Path Goal theory)، والتي ترى أن الدعم القيادي يمد التابعين بالإرشاد والتوجيه ومعاملاتهم بحياذ وعدالة، ويأخذ في الاعتبار مدخلاتهم ويقدرها.

**3- المشاركة في اتخاذ القرارات:** عملية اتخاذ القرارات، هي الطريقة المنظمة لمواجهة المواقف والمشكلات في أثناء العمل، عن طريق توفير المعلومات الكافية، وإيجاد البدائل المناسبة واختيار البديل الأكثر مناسبة من بينها، في سبيل تحقيق الهدف المرغوب حسب الموقف وظروفه. وتستمد المنظمة قوتها وتماسكها واستمرارها من مدى مشاركة أفرادها في صناعة القرارات الذي يحقق المنفعة والفائدة لطرفي العلاقة وهي المنظمة والمرؤوس، مع عدم الإخلال بالرؤية المستقبلية للمنظمة، وهذا يعتمد على مدى دعم النظام، وتحريك دوافع الموظفين لتحقيق هذه المعادلة على دافعية العاملين لتأدية هذه العمليات، والسعي إلى إنجازها بأفضل طريقة ممكنة، فإنه لا بد من دعم المنظمة لهم، وتحقيق دافعيتهم للعمل عن طريق إشراكهم في عملية صنع القرارات.

**4- دعم وتأكيد الذات لدى العاملين:** يشير تقدير الذات إلى أي مدى يكون العامل راضياً عن نفسه وعن المهام المكلف بها داخل المنظمة. كما يشير دعم وتأكيد الذات إلى اعتقاد العاملين بالمنظمة أن بمقدورهم تلبية وتحقيق احتياجاتهم عن طريق المشاركة الإيجابية في أدوار متنوعة، كما أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين متغيرات متعدد مثل تنوع المهارات، الاستقلالية، التغذية العكسية، تحديد المهام، أهمية الوظيفة، الهيكل التنظيمي المتكامل، ودعم وتأكيد الذات لدى الأفراد. وخلصت نتائج إحدى الدراسات إلى وجود علاقة هامة وإيجابية بين تأكيد الذات وبين الالتزام التنظيمي، حيث أظهرت أن الموظفين الذين لديهم مستويات عالية من تأكيد الذات هم أكثر التزاماً لمنظمتهم من زملائهم ذوي المستويات المنخفضة من تأكيد الذات.

**5- الثقة التنظيمية:** تعد الثقة التنظيمية من العوامل الرئيسية لنجاح واستمرار المنظمات، وهي مدى ثقة المرؤوسين بشفافية ووضوح وعدالة المنظمة في إعطائهم حقهم كاملاً دون نقصان، وتزايد ثقة المرؤوسين في المنظمة كلما كان هناك دعماً لها يحقق ويشبع الدافعية للعمل والانجاز والإبداع.

**6- الحوافز:**

لا يوجد سلوك دون دافع يكمن وراءه، لذا يجب تحريك تلك الدوافع عن طريق الحث والإثارة من خلال أدوات ووسائل معينة يطلق عليها الحوافز. عادة تستخدم المنظمة أكثر من نوع من الحوافز، ويختلف ذلك بالنسبة للفرد

الواحد حسب تدرجه الوظيفي ومدة عمله ومكانته ومستواه الإداري، وتؤثر أيضا إمكانات المنظمة وفلسفتها في نوع الحافز الممنوحة، وتبقى المسؤولية على إدارة المنظمة لاختيار تصنيفات الحوافز المناسبة.

إن اهتمام المنظمة الصحية بهذه القيمة الجوهرية المتمثلة في "الدعم التنظيمي"، سينعكس إيجابا على العاملين لتحقيق أهدافها، وبالتالي التوجيه الصحيح لمدخل مهم من مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية، ألا وهو مدخل الأفراد العاملين بمختلف مستوياتهم وتخصصاتهم.

وقد ذكر الكاتب فريد توفيق نصيرات في كتابه إدارة منظمات الرعاية الصحية، العديد من نظريات الحوافز الموجهة للموارد البشرية في المنظمة الصحية، أبرزها نظرية وضع الأهداف Goal-Setting theory حيث قال: «إن أساس هذه النظرية التي وضعها "أدوين لوك" يتمثل بوضع أهداف أداء واضحة ومرغوبة للعاملين كأفراد أو مجموعات. وتقوم هذه النظرية على افتراض أساسي هو أن أهداف الأداء يمكن أن تكون ذات قوة تحفيزية عالية إذا تم وضعها وإدارتها بشكل صحيح. فالأهداف هي التي توجه جهود العاملين في ممارستهم لمهامهم وأعمالهم وهي التي توضح توقعات الأداء لكل من الرؤساء والمرؤوسين وأعضاء جماعة العمل وبين الوحدات التنظيمية في المنظمات. كما تعتبر الأساس للإدارة بالأهداف والإدارة الذاتية وخاصة للمهنيين الصحيين في المنظمات الصحية حيث تركز القيم المهنية على الإدارة الذاتية للمهنيين. وعلى ذلك يؤمن رواد هذه النظرية والمتحمسين لها بأن وضع الأهداف يمكن أن يحسن الأداء الفردي والرضا الوظيفي» (نصيرات، 2008، صفحة 266)

### المطلب الثاني: مراحل ومتطلبات تطبيق جودة الخدمة الصحية

يعتبر مفهوم جودة الخدمة حديث نسبيا في القطاعات الصحية، ويستند إلى المبادئ التي وضعها رواد الجودة؛ أمثال "دومينغ" و"جوران" و"كروسبي" وغيرهم، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي ثم امتدت تدريجيا إلى المجالات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية. لذلك سنحاول في هذا المطلب ذكر مراحل تطبيق الجودة في قطاع الصحة، وإبراز أهم المتطلبات التي تساعد على نجاحها.

### الفرع الأول: المراحل الخمس لتطبيق الجودة في الخدمات الصحية

هناك من يعتقد أن الجودة هي آلة عندما تشغل تحقق أهدافها بسرعة، بل على العكس تماما، فتطبيق الجودة في قطاع الصحة يتطلب الوقت الكافي والعمل الدؤوب والمستمر، وفق منهج علمي مدروس مسبقا حتى تأتي أكلها، خاصة ما يعرفه هذا القطاع من خصوصية وتعقيد، لذلك يجب أن تمر عملية التطبيق على المراحل الخمس الآتية:

#### أولا: مرحلة الإعداد (المرحلة الصفيرية)

يتبين لنا بأن بداية تطبيق الجودة في المنظمات الصحية يبدأ من المرحلة الصفيرية، وفي الحقيقة ليست صفيرية بالمفهوم المنطقي، وإنما هي القاعدة التي تنطلق منها جودة الخدمات الصحية.

وفي هذا المرحلة تقرر إدارة المنظمة الصحية رغبتها في تطبيق الجودة، ومن هذا المنطلق يبدأ كبار المديرين بتلقي برامج تدريبية متخصصة عن مفهوم النظام وأهميته ومتطلباته والمبادئ التي يستند عليها. (أبو طعيمة، 2016، صفحة 41)

- إعادة تشكيل ثقافة المنظمة الصحية: إن إدخال أي مبدأ جديد في المنظمة يتطلب إعادة تشكيل لثقافة تلك المنظمة، لأن قبول أو رفض أي مبدأ يعتمد على ثقافة ومعتقدات الموظفين. (المالكي أ.، 2018، صفحة 244).
- حيث يجب أن تتوقع الإدارة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد، وتعمل على تحاشيها، لأنه كلما تفهم الجميع أهمية نظام الجودة كلما انخفضت حدة وحجم المقاومة. (براق و مريزق، 2008، صفحة 23)
- اقتناع الإدارة وتبنيها لفلسفة الجودة: تكمن في المشاركة الفعالة لأعلى قيادات الإدارة العليا في أنشطة الجودة، وإيجاد البيئة التنظيمية الملائمة لذلك، وإزالة الحواجز التقليدية بين مختلف الوحدات التنظيمية، والالتزام بتوفير الدعم في جميع مراحل تنفيذ مخطط مسعى الجودة. ويجب أن تمثل القيادة القدوة والمثل الأعلى للالتزام بمبادئ وأهداف الجودة، واقتناعها العميق بأهمية ومزايا تطبيقها. (المالكي أ.، 2018، صفحة 224)
- تكوين الهياكل التنظيمية للجودة: تختلف المسميات التي تطلق على الفريق الذي يقوم مشروع الجودة، حيث يسمى فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من المسميات؛ وتستند إلى هذا الفريق المهام أدناه: (براق و مريزق، 2008، صفحة 20)

- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها؛
- تكوين حلقات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى، وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها؛
- التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها، وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.

### ثانياً: مرحلة التخطيط

حيث تعتمد هذه المرحلة في المقام الأول على التخطيط السليم الذي يحقق الأهداف المرجوة للمنظمة، وإلى السبب في وجودها في إطار إمكانياتها المتاحة البشرية والمادية من خلال برنامج زمني يتميز بمرونة الإجراءات لتحسين جودة الأداء، وبراعى الارتقاء بقدرة العاملين على استيعاب مفاهيم الجودة وإجراءات التغيير. (نصيرات ف.، 2007، الصفحات 238-257)

وتعتبر مرحلة التخطيط أساس عملية التغيير في المنظمة، ويتم فيها إعداد خطة التطبيق وتخصيص الموارد اللازمة، ثم وضع الخطط التفصيلية للتنفيذ وتحديد الهيكل الدائم والموارد اللازمة للتطبيق. ثم تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية والتقنية، بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة، بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى، (براق و مريزق، 2008، الصفحات 20-21) حيث تبين هذه المرحلة اتباع الخطوات التالية:

- تحليل البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة الصحية؛

- صياغة رؤية ورسالة المنظمة الصحية؛
- التحديد المشترك للأهداف الاستراتيجية؛
- تشكيل حلقات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى؛
- التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بالجودة، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك؛
- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى، واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبارات التالية:

- أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء؛
- مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء؛
- التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية، والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة؛
- التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد؛

### ثالثاً: مرحلة التقييم والتقدير

تشمل هذه المرحلة في جانب التقييم أربع خطوات كما يلي: (حجازي، 2002، الصفحات 343-344)

- 1- التقييم الذاتي:** يبدأ التقييم الذاتي بعدد من التساؤلات المهمة، والتي يمكن في ضوء الإجابة عليها تهيئة المناخ المناسب للمديرين للبدء في التطبيق؛
  - 2- التقدير التنظيمي:** تهدف عملية التقدير التنظيمي إلى توفير أداة ضرورية لفهم المنظمة وجميع العاملين فيها، حيث أنه من الضروري أن يتم تقييم الوضع الحالي للمنظمة، وتقييم العوامل المتعددة، والتي يمكن أن تقود المنظمة إلى الأفعال الإيجابية التي تركز على التحسين المستمر؛
  - 3- دراسة العملاء:** تهدف هذه العملية إلى التعرف على مدى رضا العملاء، وعلى ما يقترحونه من مجالات التحسين والتطوير خلال لقاءات عمل أو من خلال الاتصالات؛
  - 4- التغذية العكسية لتقييم التدريب:** تشكل التغذية العكسية المكتسبة من خلال تقييم التدريب الخطوة الأخيرة لمرحلة التقييم، ويمكن الاستفادة منها في التعرف على ردود أفعال المشاركين في الدورات التدريبية من العاملين والمديرين أعضاء فرق العمل، وآرائهم، واقتراحاتهم في إمكانية تحسين الأداء؛
- أما في جانب التقدير، فتشمل النقاط الآتية: (براق و مريزق، 2008، صفحة 22)
- تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على تقديم آرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات؛
  - إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد؛
  - تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى؛
  - الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي، وتعميق فكرة أن العميل هو الذي يدبر المستشفى ويوجه كافة أنشطتها.

### رابعاً: مرحلة التنفيذ والتطبيق

تعتمد مرحلة التنفيذ والتطبيق السليم لخطة الجودة بالمستشفيات، العديد من المتطلبات، أهمها: (براق و مريزق، 2008، الصفحات 21-22)

- تحليل هيكل العمل الموجود بالمستشفى كما ونوعاً، واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقاً لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية؛
- تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية، وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي، والاتجاهات الإيجابية لدى مختلف فئات العاملين؛
- استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية وشبه الطبية والإدارية والتقنية، وأيضاً أدلة إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها لاحتياجات العمل في مختلف المجالات؛
- تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات اللازمة لتغطية الجوانب الآتية:
  - تلقي وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين والزائرين؛
  - تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على تقديم آرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات؛
  - تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين؛
  - تصميم وتوفير آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات؛
- تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية، والحلقات النقاشية بناءً على تحديد الاحتياج التدريبي بالمستشفى؛
- صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها عن مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.
- تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات، وإعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القرارات التي تتخذها؛
- تصميم وتنفيذ خطة متابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى، والاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقييم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في اتمام عملية الرقابة والمتابعة؛
- التطبيق على مشروعات تحسين تجريبية من أجل استخدام نتائج التحسين والتوسع في تطبيقها على مستوى المنظمة ككل. (عبد الفتاح، 2001، صفحة 25)

### خامساً: مرحلة تبادل ونشر الخبرات

إن إنجاز المراحل السابقة يزود المنظمة بأساس معرفي جوهري، فالسياسة قد حددت والاعتراضات على التغيير قد تم التغلب عليها، وقصص النجاح يمكن أن تتحدث عنها فرق العمل، وحتى هذه النقطة، ومع الخبرة الجديدة المكتسبة، يجب دعوة الأطراف الأخرى في المنظمة للمشاركة، وهذه الأطراف يمكن أن تشمل المنظمات الفرعية ووحدات

الأعمال الاستراتيجية، الفروع، الموردين، البائعين والأقسام المختلفة داخل المنظمة، وتتم التوصية بتبادل ونشر الخبرات. (عبد الفتاح، 2001، صفحة 25). وفي هذه المرحلة تحتاج المنظمة الصحية لإنجاح نظام الجودة في جميع المستويات التنظيمية إلى نظم مساعدة وداعمة أهمها:

- الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المنظمة الصحية أو المتعاملين معها؛
- نظام فعال للعلاقات الانسانية لتبادل الخبرات والتجارب بين مختلف الأقسام، يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في المنظمة الصحية؛
- استثمار الخبرات والنجاحات التي تم تحقيقها من تطبيق نظام الجودة، حيث تدعى جميع الإدارات وأقسام المنظمة وكذلك المتعاملون معها من العملاء والموردين للمشاركة في عملية التحسين وتوضيح المزايا التي تعود عليهم جميعا من هذه المشاركات. (أبو طعيمة، 2016، صفحة 42)

### الفرع الثاني: متطلبات تطبيق جودة الخدمات الصحية

- لقد طور بارتون ومارسون "Barton and Marson" نموذج للجودة الشاملة يتكون من مجموعة العناصر القابلة للتطبيق في المنظمات الحكومية وفقا للخطوات التالية: (أبو طعيمة، 2016، الصفحات 39-40)
- ضرورة تحديد الجمهور المستفيد من خدمات القطاع الحكومي، والتعرف على حاجاته ورغباته وتوقعاته؛
  - تصميم كافة السياسات والإجراءات وطرق أداء الخدمة بشكل يؤدي إلى تلبية مطالب هذا الجمهور وتوقعاته؛
  - تحديد التقنيات الحديثة التي سوف يستخدمها الموظفون في تقديم الخدمة للجمهور؛
  - إخضاع جميع الموظفين لدورات تدريبية مستمرة من أجل شرح الفلسفة التي تقوم عليها الجودة الشاملة؛
  - تبني سياسة لامركزية السلطة وتفويضها إلى جانب لامركزية أداء الخدمة من أجل تسهيل تقديمها للجمهور؛
  - القيام بعمليات مستمرة لاستطلاع آراء الجمهور المستفيد من الخدمة للتعرف على آرائه ومقترحاته؛
  - المقارنة المستمرة بين مستوى الخدمة المقدمة من وحدات الجهاز الحكومي لتشجيع الوحدات ذات الجودة العالية وحفز الوحدات الأخرى لتحذو حذوها؛
  - التحفيز المادي المستمر لموظفي الوحدات ذات الخدمات عالية الجودة.
- وقد بين سيد محمد جاد الرب (كحيلة، 2008-2009، الصفحات 109-110) أن نجاح تطبيق الجودة في المنظمات الصحية، لا بد من توفر مجموعة من المقومات نلخصها فيما يلي:
- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق الجودة الشاملة؛
  - يجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين بالمنظمة بفوائد ومزايا الجودة؛
  - يجب أن تتوقع إدارة المنظمة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكلما تفهم الجميع أهميتها كلما انخفضت حدة المقاومة وحجمها؛
  - ترتفع تكاليف تطبيق الجودة الشاملة في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما فيه من مزايا وفوائد؛



## الفصل الثالث: متطلبات تطبيق الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات

- يتطلب تطبيق الجودة الشاملة في الكثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المنظمات الصحية؛
  - إن إدارة الجودة الشاملة ليست بديلا عن الإدارة التقليدية، ولكنها أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى نهايته ومنع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد؛
- كما أن هناك العديد من الآراء لتحديد متطلبات إدارة الجودة الشاملة في الواقع العملي، وفيما يلي نورد أهم هذه الإسهامات في الجدول التالي:

### الجدول رقم (3-1): متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

| عناصر متطلبات التطبيق  | الإسهامات                          |
|--|------------------------------------|
| تعهد والتزام الإدارة العليا بالجودة؛ العمل الجماعي؛ تحديد احتياجات العملاء والوفاء بها؛ توفر نظام فعال للتحفيز؛ التكوين على كافة النواحي المتعلقة بالجودة؛ المتابعة المستمرة للجهود التحسن.  | إسهامات Sedllak and Burstein       |
| إيمان الإدارة العليا بالتغيير؛ وضع رؤية واضحة للمنظمة؛ وضع معايير للقياس؛ تحديد عوامل النجاح؛ فهم العمليات وتقسيمها إلى أنشطة ومهام؛ تلاؤم العمليات مع التغييرات التي تحدث.  | إسهامات Oakland 1985               |
| توفر ثقافة شاملة عن الجودة؛ تشجيع فرق العمل؛ وجود استراتيجية لإدارة الجودة الشاملة؛ جودة التخطيط؛ مشاركة المورد في تحسين الجودة؛ تحسين نظم قياس الجودة؛ توفر نظام اتصال فعال؛ مشاركة الجميع في تطوير الجودة؛ التركيز على رضا العملاء.  | إسهامات Black and Porter 1996      |
| التزام الإدارة العليا بالجودة؛ وجود سياسة مكتوبة للجودة؛ تعهد الجميع بتحقيق أهداف الجودة؛ الاتصال الفعال بين أجزاء المنظمة؛ إشراك الموردين والعاملين في عملية تصميم المنتج؛ تشكيل فريق لتطوير وتحسين الجودة؛ توفر نظام للتحفيز؛ التكوين والتعليم؛  | إسهامات Thiagarajon and Zairi 1997 |
| وجود رؤية واضحة وأهداف محددة للجودة؛ فهم احتياجات العميل الداخلي والخارجي؛ تكوين فريق عمل لتحسين الجودة؛ تطبيق الأساليب العلمية والإحصائية لحل مشكلات الجودة؛ توفر نظام للتحفيز؛ توفر نظام تكوين فعال؛ العمل على استمرارية تحسين الجودة.   | إسهامات Gunase Karan 1999          |
| وجود قيادة تؤمن بأهمية الجودة؛ توفر نظام لاستمرارية عمل الجودة؛ التعليم والتكوين؛ إشراك المورد في إدارة الجودة؛ التركيز على العمليات؛ قياس أداء الجودة؛ الحصول على تغذية مرتدة؛ توفر موارد بشرية فعالة لتطوير الجودة؛ توفير ثقافة الجودة في المنظمة. استخدام الأساليب العلمية لحل مشكلات الجودة؛ | إسهامات Yosof and Aspinwall 1999   |

المصدر: من إعداد الطالب يوسف حجو، بالاعتماد على (توفيق م.، 2003، الصفحات 154-155)

وقد ذكر نور الدين حاروش (حاروش ، 2012، صفحة 218) الشروط اللازم توفرها لحدوث تطبيق ناجح وفعال لنظم وبرامج الجودة كما يلي:

- الاقتناع التام من قبل القيادات العليا للمنظمة الصحية بأهمية الجودة في العمل الصحي مع الالتزام الكامل بتطبيقها كأداة للارتقاء بالمنظمة الصحية في مختلف المجالات، ولا يجب اعتبار تطبيق نظم الجودة رفاهية وتكاليف وأعباء مالية إضافية فقط؛
- تبني قيادات المنظمة الصحية لمختلف المستويات الإدارية والعلاجية لبرامج الجودة مع توفير دفعة قوية للتطبيق؛
- توفير الدعم المادي والمعنوي وحشد الجهود والطاقات لتطبيق برامج الجودة؛
- وجود إطارات داخل هياكل للجودة تعمل بصورة فاعلة لإدخال البرامج والنظم حيز التنفيذ، والأفضل أن تكون من حديثي التخرج نظرا لحماسهم دون أن ننسى الخبرات لأن لها أهمية في مجال التدريب والتوجيه؛
- وجود خطة سنوية مكتوبة تحتوي على الرسالة والرؤية العامة للمستشفى إضافة للخطوات العملية للتطبيق، وقد تجزأ هذه الخطط إلى أسبوعية وشهرية ليتم التحكم في تنفيذها ومراقبتها عن قرب وتوجيهها في حالة الانحراف؛
- وجود نظام للتوثيق لكافة أنشطة المستشفى؛
- العمل بروح الفريق، حيث إن إدخال الجودة يتطلب الكثير من التعاون والتنسيق بين مختلف الجهات المسؤولة.

### المطلب الثالث: العلاقة التفاعلية بين الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية

سنوضح في هذا الجزء مبادئ الإدارة بالأهداف ومبادئ إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر بعض الكتاب والباحثين، وعلى ضوءها وحسب نسب اتفاق هؤلاء الباحثين حولها سيتبنى الباحث المبادئ الأساسية التي تحصل على أعلى نسبة اتفاق حول أهميتها ومقارنتها بعضها لكلا المفهومين.

#### الفرع الأول: مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

لقد تباينت آراء الكتاب والباحثون حول مبادئ الجودة الشاملة، حيث ساهم العديد من الرواد الأوائل في عرض هذه المبادئ، مثل "إدوارد دومينج Edward Deming" و "جوزيف جوران Joseph Juran" و "فليب كروسبي Philip Crosby". أما فيما يتعلق بمبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فإنها لا تختلف عما سبق أن قدمناه، وإن كان هناك اختلاف بين الكتاب والباحثين حول هذه المبادئ فهو اختلاف ظاهري يرجع أساسا إلى قيام البعض بدمج بعض المبادئ مع بعضها أو التركيز على بعض المبادئ باعتبارها مبادئ أساسية تحب بعضا من المبادئ الأخرى، وفيما يلي سنعرض أهم الدراسات التي تناولت هذه المبادئ في المنظمات الصحية: (جودة، 2002، الصفحات 429-430)

- يرى "Baker and Gelmon" أن هناك سبعة مبادئ أساسية لإدارة الجودة الشاملة في منظمات الرعاية الصحية، وهي: التركيز على العميل، تحسين العمليات، مراقبة درجة الانحراف، الإدارة العليا الداعمة، مشاركة العاملين، الأسلوب العلمي القائم على جمع وتحليل البيانات، والمقارنات المرجعية؛

- في حين يرى " Stamatis " أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية خمس مبادئ هي: التركيز على العميل، المشاركة الشاملة، القياس، المساندة من جانب الإدارة العليا، والتحسين المستمر؛
- يتفق " Stamatis مع AL-Assaf " في عدد مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، إلا أن المبادئ التي ذكرها " AL-Assaf " شملت على: التركيز على العميل، العمل الجماعي ومشاركة العاملين، التركيز على النظام كلية، الإدارة المبنية على البيانات والمعلومات، والتزام القيادة الإدارية ودعمها للتطبيق؛
- يؤكد أيضا "Hynes" على أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة خمسة مبادئ أساسية هي: التركيز على العميل، التزام ودعم القيادة، المشاركة من قبل الجميع، القياس، التحسين المستمر، ويرى أن التزام المنظمة الصحية بهذه المبادئ سيؤدي حتما إلى تحسين العمل ورضا المرضى؛
- كما ذكر "سعيد" أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية تشمل على ست مبادئ أساسية هي: التركيز على العميل، التحسين المستمر، التعاون الجماعي، الوقاية من الأخطاء، المشاركة الكاملة للعاملين، واتخاذ القرارات بناء على الحقائق؛
- أما "الأحمدي" فقد لخصها في ستة مبادئ أساسية هي: التزام القيادة بالتطبيق، نشر ثقافة الجودة، مشاركة العاملين، التركيز على العميل، التركيز على العمليات، والقياس والتحليل؛ وقد ذكر " الأحمدي " أن الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية قد أكدت على ضرورة التزام المنظمات الصحية بالتركيز على الجودة من قبل المنظمة ككل مع مشاركة فعالة من قبل الإدارة العليا، والاهتمام باحتياجات المريض، واتباع مدخل النظم ووصف العمليات، واستخدام القياس لفهم الانحرافات، والالتزام بالتحسين المستمر؛
- كما قدم "ساعاتي" ملخصا لأهم المبادئ الأساسية في نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات وهي: التركيز على المريض، مشاركة العاملين في تطوير خطط العمل وتحسين الخدمات الصحية، تكوين فرق العمل الفعالة، التركيز على العمليات، التحسين المستمر للجودة، الاعتماد على الحقائق والمعلومات عند تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية.

الفرع الثاني: استقراء في مبادئ الإدارة بالأهداف ومبادئ إدارة الجودة الشاملة

أولاً: استقراء مكتبي لمبادئ الإدارة بالأهداف

لقد ذكرنا في الفصل الأول من هذه الدراسة أهم الاسهامات للعديد من المفكرين والباحثين في مجال الإدارة بالأهداف، حيث سجلنا مساهماتهم في الجدول الآتي:

الجدول رقم (3-2): تكرار مبادئ الإدارة بالأهداف وفق بعض الدراسات السابقة

| الرقم | المبادئ   | عدد التكرارات |
|-------|---|---------------|
| 01    | مبدأ تحديد الأهداف                              | 14            |
| 02    | مبدأ المشاركة بين الرؤساء والمرؤوسين            | 12            |
| 03    | مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز                | 12            |
| 04    | مبدأ وضع خطة للعمل                              | 09            |
| 05    | مبدأ المراجعة الدورية                           | 09            |
| 06    | مبدأ دعم الإدارة العليا                         | 07            |
| 07    | مبدأ الرقابة والرقابة الذاتية (الالتزام الذاتي) | 07            |

المصدر: من إعداد الطالب يوسف حجوج بالاعتماد على الجدول رقم (1-1) من الفصل الأول في هذه

#### الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول (3-2) أعلاه، أن مبدأ تحديد الأهداف هو الأعلى تكراراً في الدراسات السابقة التي ذكرناها، ثم يليه مبدأ المشاركة ومبدأ التقييم بنفس التقدير، ولعل تفسيرنا لهذا يمكن أن نرجعه إلى ما وصل إليه الباحثون، حيث تستند الإدارة بالأهداف على اتفاق رسمي بين الرئيس والمرؤوس، في تحديد الأهداف التي يجب تحقيقها في فترة معينة، والخطط المرسومة لها، ومعايير الأداء المتبعة وإجراءات تحليل النتائج والرقابة.

ثانياً: استقراء مكتبي لمبادئ إدارة الجودة الشاملة

الجدول رقم (3-3): استقراء مكتبي لأهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة

| المبادئ                     | التزام ودعم الإدارة العليا | التحسين المستمر الشامل | التركيز على العميل | الاتصال الفعال | التخطيط الاستراتيجي | اتخاذ القرارات بناء على المعلومات | الهيكل التنظيمي | التدريب والتطوير | فرق العمل | مشاركة وتكبير العاملين | مكافئة العاملين |
|-----------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------|----------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------|------------------|-----------|------------------------|-----------------|
| نصيرات 2007                 | ★                          | ★                      | ★                  |                |                     |                                   |                 |                  | ★         | ★                      |                 |
| فضالة 2009                  | ★                          | ★                      | ★                  |                |                     | ★                                 | ★               |                  |           | ★                      |                 |
| السامرائي 2012              | ★                          | ★                      | ★                  |                | ★                   |                                   |                 |                  | ★         | ★                      |                 |
| عبد العال 2010              | ★                          | ★                      | ★                  |                |                     | ★                                 |                 |                  |           | ★                      |                 |
| حبشي 2007                   | ★                          | ★                      | ★                  | ★              |                     |                                   |                 | ★                | ★         | ★                      |                 |
| القحطاني 2010               | ★                          |                        |                    |                |                     | ★                                 |                 | ★                | ★         |                        |                 |
| المهيدي 2009                | ★                          |                        | ★                  |                |                     | ★                                 |                 | ★                | ★         | ★                      |                 |
| أبو عامر 2009               | ★                          |                        | ★                  |                | ★                   | ★                                 | ★               |                  |           |                        |                 |
| الدقي 2006                  | ★                          |                        | ★                  |                |                     | ★                                 |                 | ★                | ★         | ★                      | ★               |
| المصري 2007                 | ★                          | ★                      | ★                  |                | ★                   | ★                                 |                 |                  | ★         | ★                      |                 |
| العاجز 2008                 |                            | ★                      | ★                  | ★              | ★                   | ★                                 |                 |                  | ★         | ★                      | ★               |
| المؤتمر العربي للإدارة 2004 | ★                          |                        | ★                  |                | ★                   | ★                                 |                 | ★                | ★         |                        | ★               |
| بركات 2010                  |                            | ★                      | ★                  | ★              | ★                   |                                   |                 | ★                | ★         | ★                      |                 |
| الخفاجي 2010                |                            | ★                      | ★                  |                |                     | ★                                 |                 |                  | ★         | ★                      |                 |
| نصيرة 2011                  | ★                          | ★                      | ★                  | ★              | ★                   | ★                                 |                 |                  | ★         | ★                      |                 |
| المجموع                     | 12                         | 10                     | 14                 | 4              | 7                   | 10                                | 2               | 6                | 10        | 12                     | 3               |
| النسبة                      | 80%                        | 66,6%                  | 93,3%              | 26,6%          | 46,6%               | 66,6%                             | 13,3%           | 40%              | 66,6%     | 80%                    | 20%             |

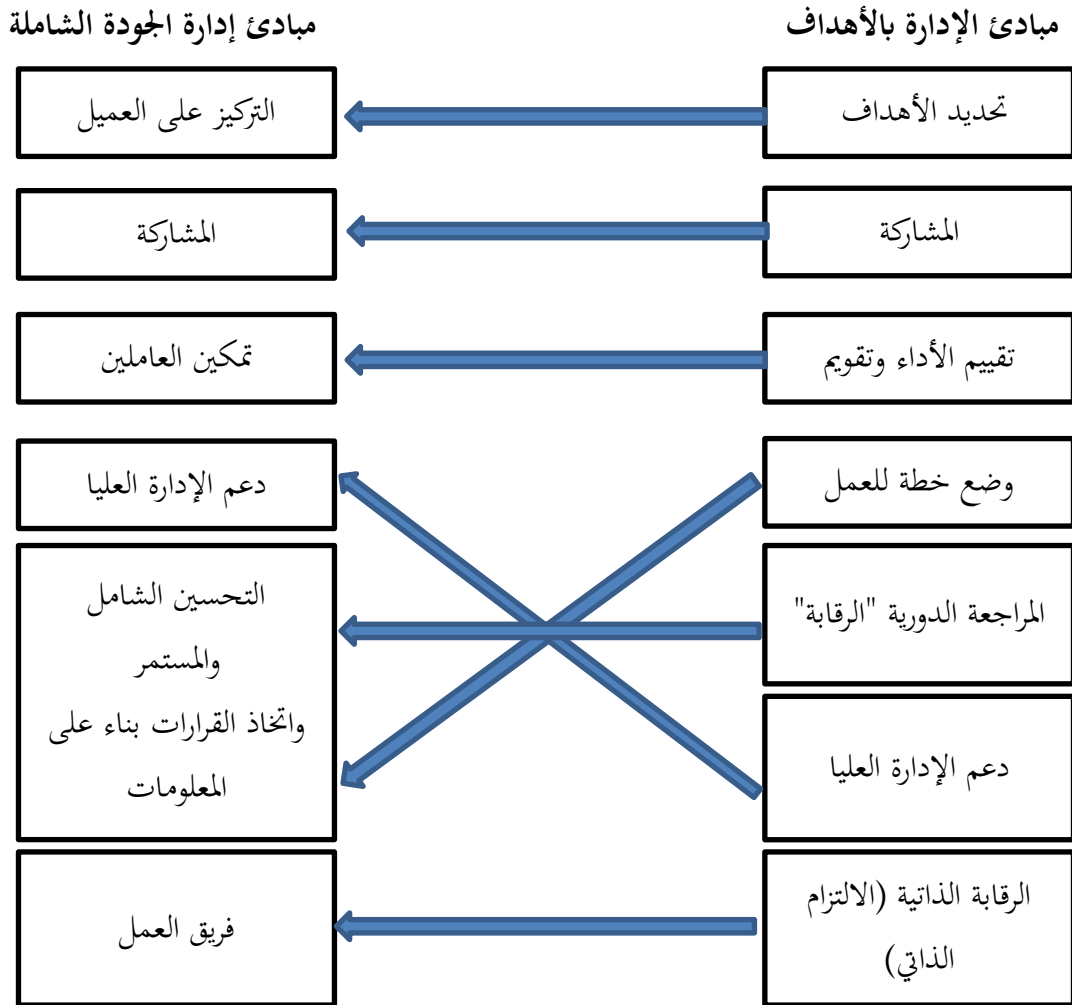
المصدر: (أبو طعيمة، 2016، الصفحات 4-5)

من خلال الجدول السابق، يتضح أن مبدأ التركيز على العميل "الجمهور أو الزبون، المريض" هو الأعلى تكرارات بنسبة 93,3%، ويتقاسم المرتبة الثانية كل من مبدأ دعم الإدارة العليا ومبدأ مشاركة وتمكين العاملين بنسبة 80% لكل منهما، وبعدهما يجل ثالثا كل من مبدأ التحسين الشامل والمستمر ومبدأ اتخاذ القرارات بناء على المعلومات وفريق العمل بنسبة 66,6%، ثم يليهم مبدأ التخطيط الاستراتيجي بنسبة 46,6%، ثم بنسبة أقل نسبيا مبدأ التدريب والتعليم بنسبة 40%.

الفرع الثالث: نموذج مفاهيمي للعلاقة بين مبادئ (إدارة الجودة الشاملة والإدارة بالأهداف) في المنظمات الصحية بناء على ما سبق في عدد التكرارات التي تحصل عليها العديد من المبادئ في مفهومي الإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة، سنحاول رسم نموذج مفاهيمي في الشكل الآتي، لترتيب هذه المبادئ تنازليا، ونحاول أن نعطي تفسيرات منطقية لهذا الترتيب وعلاقة هذه المبادئ مع بعضها البعض في كلا المفهومين (الإدارة بالأهداف والجودة الشاملة) وتطبيقاتها المفاهيمية على المنظمات الصحية.

الشكل رقم (3-3): نموذج مفاهيمي للعلاقة بين مبادئ (إدارة الجودة الشاملة والإدارة بالأهداف)

في المنظمات الصحية



المصدر: من إعداد الطالب، بالاعتماد على الجدولين رقم (3-2) و (3-3)، المذكورين أعلاه.

يتضح من الشكل رقم (3-3)، أن الترتيب التنازلي لمبادئ الإدارة بالأهداف التي ذكرها العديد من الكتاب والباحثون، تقابلها في نفس المستوى أو على الأقل مبادئ إدارة الجودة الشاملة تتشابه معها ضمناً في المفهوم والمحتوى، غير أن الباحث أراد من خلال هذا التجانس أن يحاول التعبير عن هذه المبادئ واسقاطاتها على المنظمات الصحية، من خلال الإحداثيات أو الثنائيات التالية:

### 1- ثنائية (مبدأ تحديد الأهداف، مبدأ التركيز على العميل)

إن الأهداف هي النتائج المطلوب تحقيقها بالجهد الجماعي، وبالتالي على المنظمة الصحية أن تضع أهدافاً لها مواصفات معينة وذلك بمشاركة جميع الأطراف من داخل المستشفى ومن خارجه، ويجب أن تعبر هذه الأهداف عن جميع الطموحات في كافة جوانب المستشفى إدارية أو طبية أو تقنية أو وقائية، حيث يستند تطوير هذه الجوانب على محور أساسي ألا وهو المريض، الذي يعتبر الدافع القوي الذي يجعل من هذه المنظمات أن تحدد أهدافها بناءً عليه، لتسعى من خلالها معالجة مشاكل صحية أو تحسين ظروف تقديم الخدمات الحالية أو للتصدي لمخاطر صحية مستقبلية. بمعنى مختصر وشامل جعل المستفيد أو المستهلك (المريض) هو الهدف والمركز الذي تدور حوله كل الأنشطة بالمنظمة الصحية.

### 2- ثنائية (مبدأ المشاركة، مبدأ المشاركة)

يتحقق مبدأ المشاركة سواء في نظام الإدارة بالأهداف أو نظام الجودة الشاملة عن طريق التنسيق الكامل بين الفرق والأقسام والإدارة والموظفين والمستفيدين، وذلك من خلال تبادل الآراء والأفكار حول مبادرات التحسين الجودة وتطوير الأداء، ومدى التقدم والتطور في مستوى الخدمة، وكذلك معرفة ردود أفعال العاملين والمرضى في هذا الخصوص بقصد الوقوف على أوجه التصور في تنفيذ الخطة الموضوعية ومعرفة احتياجاتهم، ومدى رضاهم عن الخدمة المقدمة، ويتم ذلك باستخدام وسائل الاتصال التالية:

- اجتماعات موسعة ومفتوحة يحضرها جميع العاملين في الوحدة الصحية؛ واجتماعات للإدارة والأقسام؛
  - نشرة الموظفين الدورية؛
  - مراجعة النتائج الإيجابية والسلبية للرعاية المقدمة، وذلك من خلال سلسلة من الإجراءات الخاصة بالمراجعة كالمعالجة الشكاوى، والأخذ باقتراحات المرضى والاستبيانات... الخ.
- إن العاملين هم من يفهم العمل ومشاركتهم تعتبر أساسية في وضع وتطوير خطط العمل وتحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة.

### 3- ثنائية (مبدأ تمكين العاملين، ومبدأ تقييم الأداء)

المنظمات المتميزة تقدر العاملين لديها وتبني ثقافة تسمح بتحقيق المنفعة المتبادلة بين أهداف الموظفين وأهداف المنظمة، كما تعمل على تطوير قدرات العاملين والاعتناء بهم والتواصل معهم ومكافأهم وتقديرهم وتحفيزهم، وتمكنهم من توظيف مهاراتهم ومعارفهم لصالح المنظمة. (مجدوب، 2020، صفحة 25)

إن العاملين هم من يفهم العمل، ومشاركتهم تعتبر أساسية في وضع وتطوير خطط العمل وتحسين مستوى الخدمة، وتحدد مشاركتهم في هذا الجانب بوضع معايير ومعدلات أداء للعاملين في المنظمة الصحية، مثل تحديد مواصفات وخصائص إدارة العمليات الجراحية والعلاجية والكشف الطبي والتحليل والأشعة والخدمات التمريضية.

كما أن نجاح الإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة يعتمد بشكل كبير على مساهمة العاملين، لأن كل منهما ما هو إلا حصيلة جهود هؤلاء الأفراد واقتراحاتهم وأدائهم، فلا يمكن لأي منظمة أن تطبق مفهومي الإدارة بالأهداف والجودة الشاملة بمعزل عن هؤلاء العاملين، لذلك يجب أن تمنحهم الفرصة للإبداع وابتكار طرق وأساليب عمل حديثة نابعة من تجربتهم وخبراتهم في مجالات عملهم المختلفة.

حيث بينت دراسة (موسي، 2019، الصفحات 20-40) أن جودة التدريب تنعكس إيجاباً على جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات، فقد أكد المدربون والمتدربون أن التدريب أدى إلى تحسين جودة الخدمات التي يقدمونها في المستشفى.

#### 4- ثنائية (مبدأ وضع خطة للعمل، ومبدأ التحسين المستمر والشامل واتخاذ القرارات بناء على المعلومات)

يبدأ تطبيق الإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة بوضع رؤية مستقبلية محدودة وأهداف بعيدة المدى تسعى المنظمة الصحية لتطبيقها، وهذا لن يتحقق عن طريق العمل بعشوائية، كما أن تطبيقهما يتطلب مشاركة جميع الأفراد العاملين، وإن كان على درجات متفاوتة، إلا أنه لا يمكن تحقيق ذلك دون وجود الخطة التي تنسق الجهود وتوحيدها. فالقرارات في بيئة إدارة الجودة الشاملة تتم وفق بيانات ومعلومات يتم جمعها وتحليلها بشكل دوري لتجنب الأخطاء والسيطرة على الانحرافات في الأداء، أي إنها قرارات موضوعية لاعتمادها على الحقائق، هذا يتطلب الانتقال من الطريقة التي كانت تتخذ فيها القرارات في بيئة الإدارة التقليدية وفقاً لرغبات الإدارة العليا وما تحمله من قيم ومبادئ وخبرة، إلى بيئة الإدارة بالأهداف التي تتخذ فيها القرارات وفق معلومات يتم جمعها وتحليلها بشكل دوري يتشارك فيها جميع العاملين على مختلف مستوياتهم، بالاعتماد على الحقائق والأرقام في تقييم الخدمة وليس على التخمين، ووضع مواصفات محددة ودقيقة للخدمات والأنشطة الإدارية والمالية والتي تتماشى مع متطلبات واحتياجات المرضى.

كما أن نظام إدارة الجودة الشاملة ليس برنامجاً تعرف بدايته ونهايته سلفاً، بل هي جهود للتحسين والتطوير بشكل مستمر ودؤوب دون توقف، لذلك فهي قائمة على مبدأ أن فرص التطوير والتحسين لا تنتهي أبداً مهما بلغت كفاءة وفعالية الأداء، وهو ما يقابله أن مستوى الجودة ورغبات وتوقعات المرضى ليست ثابتة، وعليه يجب تحسين الجودة بشكل مستمر يتم وفق مفهوم الإدارة بالأهداف التي تسمح بالبحث المستمر على تطوير الأداء وفق مقارنة المشاركة والالتزام الذاتي.

#### 5- ثنائية (مبدأ دعم الإدارة العليا، مبدأ دعم الإدارة العليا)

إن نجاح المنظمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، يعتمد على دعم الإدارة العليا والتزامها وقناعتها بتبني هذه الفلسفة في كل الأنشطة، حيث تقوم الإدارة بدور قيادي لتنسيق الجهود وتوحيدها من أجل تحقيق أهداف المنظمة الصحية، ومن جهة أخرى لتطبيق منهج الإدارة بالأهداف يجب أن تلتزم الإدارة العليا بإنجاح تطبيقه واقناع الآخرين



به، ولا يتم هذا إلا أن يبدأ التطبيق سواء للإدارة بالأهداف أو الجودة في قمة الهرم التنظيمي، ثم ينحدر للمستويات الدنيا، ثم تلتزم هذه القيادة بدعم وتشجيع وتوجيه فريق العمل والعاملين على تبني هذه الأساليب. لذلك إن دعم الإدارة العليا ومشاركتها يعتبر شرطاً جوهرياً لنجاحهما، وإن مجرد الالتزام الشفوي أو الفكري ليس كافياً، بل يجب أن يكون هذا الدعم واضحاً لجميع المستويات في المنظمة، ويجب أن تكون أهداف الوحدات مربوطة بالأهداف الأعلى منها في التسلسل التنظيمي.

### 6- ثنائية (مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي، مبدأ فريق العمل)

إن تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة يعتمد على إتباع أسلوب فرق العمل، من خلال حلقات الجودة، ويتحقق من تطبيق مبدأ الرقابة الذاتية الذي يعتبر مرتكزاً تطبيقياً للإدارة بالأهداف، أن كل فرد في المنظمة يكون رقيباً على نفسه، أثناء عمله ومشاركته، وهذا يسهم في فاعلية الإنجازات، من غير رقابة خارجية، ومن ثم الإخلاص والجدية والإتقان في العمل وهذه المفاهيم الأخيرة هي جوهر الجودة الشاملة، حيث تزداد فعالية الرقابة الذاتية في إطار عمل الفريق ذي الرؤية الواحدة والأفكار المشتركة.

### خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل استعراض كل من عوامل نجاح الإدارة بالأهداف في المستشفيات، وانعكاساتها على إدارة المنظمات الصحية من خلال المهمة "الرسالة" والأهداف والقرارات والرقابة ونظام المعلومات، بالإضافة إلى أثرها على قيادة وتحفيز الأطر الإدارية والأطعم الطبية والتمريضية، ثم عرجنا على بعض العوامل والعناصر التي رأى الباحث أنها من معوقات تطبيق هذا الأسلوب -الإدارة بالأهداف- في المستشفيات الحكومية الجزائرية والنابعة من البيئة الداخلية والخارجية التي تأثر وتتأثر بها.

ثم انتقلنا إلى تطبيقات الجودة في الخدمات الصحية، والتي تحتاج إلى تهيئة وتوفير مجموعة من العناصر والمتطلبات التي تسهم في وضع مبادئها، وفق مراحل خمسة تستلزم الإعداد الجيد والاستمرارية والترسيب بينها.

وأخيرا حاولنا أن نستقرأ -من الناحية الوصفية- تلك العلاقة بين مبادئ الإدارة بالأهداف ومبادئ الجودة ومحركاتها بخصائص المنظمات الصحية.

# الفصل الرابع

دراسة وصفية للإدارة بالأهداف

في المؤسسات العمومية

الاستشفائية بالجزائر

## تمهيد

إن التطور العلمي والتحول الاقتصادي والاجتماعية والثقافية أدت إلى تغيير جوهري في مفهوم الخدمات الصحية ومكونات أنظمتها، وأصبح اقتصاد الصحة والسعي نحو تطوير الأنظمة الصحية من أبرز القضايا التي تتطلب تدخلا حاسما من الحكومات والدول، وبتعدد وتزايد الاحتياجات الاجتماعية والصحية يجب أن تكون السياسات الصحية الوطنية تعبر حقيقة عن الأهداف الرامية إلى تحسين جودة الخدمات الصحية.

فعند دراستنا للتطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري قبل وبعد الاستقلال الذي مر بخمسة مراحل أساسية، لاحظنا أن هناك جهودا متواصلة لإصلاح المنظومة الصحية، من خلال محاولة التركيز في كل مرحلة على جميع الجوانب الوبائية، التنظيمية والتسييرية والتكوينية، والتجهيزات، والتغيرات الديمغرافية؛ بغية تفعيل الدور الذي يجب أن تلعبه للتكفل الأمثل بالرعاية الصحية للمواطنين، إذ تمثل المؤسسات العمومية الاستشفائية دور محوري في هذه المنظومة باعتبارها الوحدة الاستشفائية الأولى القريبة من المواطنين.

في هذا الفصل، سنحاول تشخيص واقع تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، ومعرفة التطور التاريخي الذي مرت به، وفقا لثلاث مراحل تزامنت مع صدور القوانين المنظمة لها، وذكر مبادئها والخصائص الناتجة عن بنيتها التنظيمية، ثم نعرض المقاربة الجديدة التي تحاول وزارة الصحة تطبيقها لتسيير وإعادة تنظيم هذه المؤسسات، من خلال انتهاج المقاطعة الصحية، وأساليب إدارية حديثة تتمثل في عقد النجاعة والأهداف ومشروع المؤسسة ومخطط الأنشطة.

### المبحث الأول: التطور التاريخي للمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية

سنبين في هذا المبحث بإيجاز، المراحل التاريخية التي مرت بها المنظومة الصحية الجزائرية، ونفصل أكثر في المؤسسات العمومية الاستشفائية كمكون رئيس داخل هذه المنظومة من خلال بنيتها التنظيمية، ثم نتحدث عن مختلف أنماط التسيير التي انتهجتها ومدى تجانسها مع مقاربة الإدارة بالأهداف.

#### المطلب الأول: تقديم النظام الصحي في الجزائر

سنقدم في هذا الجزء التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية، ونركز على المؤسسات العمومية الاستشفائية كمكون رئيس داخل هذه المنظومة، وأنماط التسيير التي تعتمد عليها في تقديم وتجويد خدماتها الصحية.

#### الفرع الأول: مفهوم المنظومة الصحية

قبل التطرق إلى النظام الصحي الجزائري ومراحل تطوره التاريخي، يتوجب علينا أن نقف على مفهوم المنظومة الصحية، حيث توجد عدة تعاريف لها، نذكر منها:

- عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 2000 بأنها: «مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية، والنشاط الصحي عبارة عن مجهود يكون هدفه الأساسي حماية وتحسين الصحة، سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في إطار متعدد القطاعات» (OMS، 2000، صفحة 8)

- يعرف " Jean-Francois NYS " المنظومة الصحية بأنها: «مجموعة نشاطات مرتبطة فيما بينها، لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى، التي تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين والتي تنشط داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلة تجانس واستقرار زمني» (Jean-Francois, 1981, p. 18)

- وفي تعريف آخر هي عبارة عن: «أسلوب عمل وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما، بتوفير أساليب عمل وطرق وإجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات والمناطق الصحية لتحقيق الأهداف المسطرة» (ذياب، 2009، صفحة 52)

- وتعرف أيضا بأنها: «المنظومة الصحية عبارة عن مجموع العناصر المتناسقة والمهيكلية بهدف الوقاية، الترقية الصحية وتوزيع العلاج على جميع أفراد المجتمع. يمكن القول إنها منظومة معقدة تسهم في الحماية، الإطعام وتحسين الوضع الصحي للأفراد مما يسمح لهم بالعمل، التفاعل، الاتصال» (Brahmia, 2010, p. 73)

- ويمكن تعريف النظام الصحي بأنه: «جميع المؤسسات والموارد المسخرة لإنتاج التدخلات الصحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي، مراعيًا في ذلك ما يلي: "أن تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة، وأن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن"». (أوشن، 2018/2017، صفحة 187)

نستنتج من التعريفات أعلاه، أن تحديد رؤية موحدة للمنظومة الصحية يتطلب في المقام الأول تحديد الأهداف ومعرفة مختلف الأنشطة والمكونات المتفاعلة داخلها، ثم تنسيق هذه الأهداف مع الجهود والوسائل والموارد بغية تقديم أفضل رعاية صحية للمواطنين.

### الفرع الثاني: النظام الصحي في الجزائر قبل الاستقلال (قبل 1962)

في العهد العثماني، كانت الجزائر تعتبر بيئة صحية خالية من الأوبئة والأمراض المعدية، غير أن المكانة المهمة للجزائر في إطار العلاقة بين أقطار المشرق العربي وبلاد السودان وجنوب المغرب الأقصى وبعض المناطق بأوروبا، عن طريق الرحلات والمبادلات التجارية وحركة السفن، أدت إلى دخول العديد من الأوبئة الفتاكة إلى الجزائر، وما ميز تلك الفترة انتشار الطب البديل لعموم الشعب، أما الحكام فقد عملوا على انتداب أطباء أوروبيين من أجل توفير العلاج والرعاية الصحية، وقد سجلت الجزائر في تلك الحقبة عدة ملاحج ومصححات من بينها ملجأ باب عزون للأمراض العقلية، حيث تم انشاء أول مستشفى سنة 1551 من طرف الراهب سيبيستيان ومستشفى آخر سنة 1575. (زديرة، 2016-2017، صفحة 108)

وفي العهد الاستعماري الغاشم، كان المجتمع الجزائري يعاني من نتائج المستعمر المغتصب كظواهر الفقر والحرمان واللامن والظروف المعيشية السيئة، مما أدى إلى انتشار الأمراض خاصة المعدية منها مثل: الملاريا، السل، الكوليرا والتيفويد والاسهال. وكان ما يميز هذه المرحلة تركز الأطباء والمستشفيات في المدن الكبرى أين تتواجد المستوطنات الفرنسية، أما في المناطق الداخلية والريفية منها ذات الأغلبية الجزائرية، فهي تسير احتياجات مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب الطبية لأنها تفتقد لأدنى المراكز الصحية (حاروش، 2008، صفحة 132). حيث تم في عام 1832 إقامة ثلاثة (03) مستشفيات في كل من الجزائر العاصمة ووهران وعنابة، ثم في عام 1834 بناء مستشفى في بجاية وآخر في الدويرة بالعاصمة، ثم مستشفى مستغانم عام 1835، ثم مستشفى قلمة في عام 1837، وفي البلدة أنشأ مستشفى سنة 1839، وفي عام 1843 سجلت المصححات المتنقلة والمستشفيات المفتوحة للمدنيين وكذا العسكريين (مدينة بوغار بالمدينة حاليا، مدينة تنس بالشلف، مدينة ثنية الحد بتيسمسيلت حاليا)، وفي عام 1845 كانت الجزائر برمتها تحتوي على 38 مستشفى (تيران، 2007، صفحة 17). أغلبها مازال إلى غاية اليوم وللأسف بنفس المواصفات والبنىات.

وقد تناولت مجاهد يمينة (يمينة، 2017-2018) في أطروحة الدكتوراه المعنونة: «بتاريخ الطب في الجزائر في ظل الاستعمار الفرنسي 1830-1962»، معلومات مهمة عن المنظومة الصحية في الجزائر في تلك الحقبة حيث تحدثت عن الأوبئة والأمراض وشبكة المؤسسات الصحية في المدن والأرياف، وانتشار الطب الشعبي التقليدي.

أما بعد اندلاع الثورة التحريرية، مرّ النظام الصحي الجزائري بفترتين متباينتين:

- الفترة الأولى امتدت من 1954 إلى غاية 1956، أين تميزت بالعشوائية وعدم التنظيم، حيث كان النظام الصحي قائما على العلاج الأولي والاسعافات الأولية، وكان في مجمله غير مؤطر وغير مجهز بما فيه الكفاية؛
- والفترة الثانية تمتد من 1956 إلى غاية 1962، حيث تميزت بانعقاد مؤتمر الصومام في 20 أوت 1956 الذي نظم الثورة، بما فيه قطاع الصحة ومنحه طابع المؤسسة أين تم تنظيمه وتقسيمه إلى خمسة مستويات: (القسم، القطاع، الناحية، المنطقة، الولاية)، حيث يعتبر القطاع أساس النظام، في حين أن الناحية تضمن التنسيق بين القطاعات (Bouchrit, Auil, & Toumi, p. 42). فتمثلت هذه المؤسسات في شكل كوخ أو بيوت من الطين ومخابئ مهيأة بتجهيزات بسيطة تأتي أغلبها من أطباء وممرضين جزائريين يعملون في المستشفيات الكبرى

في الجزائر التي يستولي عليها المستعمر، كما ركزت معظم الأنشطة في هذه الحقبة تحت سلطة جبهة التحرير الوطني على: « نشاطات خاصة بتقديم العلاج والفحوصات للمجاهدين، والكشف عن حالتهم الصحية والقيام بعمليات جراحية غالبا ما تكون صعبة، نشاطات خاصة بالوقاية من مكافحة الأمراض المعدية، نشاطات خاصة بتكوين المساعدين الطبيين خاضع لاحتياجات ونشاطات الثورة» (Benatia, Dahleb, & Makaci, 1999, p. 73). وغداة الاستقلال، كان وجوبا على الحكومة الفتية أن تعمل على تغيير هذا الوضع، فكان عليها تحديد الأولويات ومعرفة التحديات والرهنات، عن طريق وضع سياسة وطنية تهدف من خلالها إلى القضاء على الأمراض والأوبئة، ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية والإدارية. (سلطاني، 2015-2016، صفحة 138)

### الفرع الثالث: النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال

لقد عرفت المنظومة الصحية بالجزائر بعد الاستقلال سنة 1962، حقبات صحية تاريخية متباينة من حيث الأهداف والتنظيم، إذ يعتبر إصدار القوانين الحاكمة للمنظومة الصحية منعرجا حاسما في تاريخ تطور قطاع الصحة. وهذه القوانين هي الأساس الذي اعتمدنا عليه في تقسيمنا لمراحل التطور، والتي نذكرها في خمس (05) مراحل كما يلي:

#### 1- المرحلة الأولى: من سنة 1962 إلى غاية 1973

تحدث (chaouch, 2001, pp. 4-5) عن هذه الفترة قائلا: «غداة الاستقلال، كانت الجزائر تملك 5000 طبيب (50% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان، الذين بلغ عددهم 10,5 مليون ساكن. وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز (180 لكل 1000)، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة، وانتشار الأمراض المتنقلة؛ كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الإعاقة والوفاة. ولمواجهة هذه الوضعية، وفي ظل الموارد المحدودة، ركزت الوزارة المكلفة بالصحة على هدفين أساسيين هما: تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي والخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج؛ مكافحة الأمراض والتقليل من الوفاة، وخاصة الأمراض المتنقلة».

تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين، وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، كما فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال. وفي نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني، الاستيراد والتوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية على الخصوص.

كما تم في هذه المرحلة انشاء العديد من المعاهد، نذكرها كما يلي:

- المعهد الوطني للصحة العمومية "L'INSP"، والذي سيتكفل بضمان التكوين المتخصص للأشخاص الذين سيعملون في قطاع الصحة، ووضع النقاط المنهجية لتحقيق الأهداف العامة المحددة من وزارة النشاط الاجتماعي في إطار البرامج الصحية للبلد. (مرسوم رقم 64-110، 1964)؛

- انشاء ثلاثة معاهد تكنولوجية للصحة العمومية سنة 1970 في كل من: المرسي بمدينة الجزائر (مرسوم رقم 70-147، 1970)، والثاني في مستغانم (مرسوم رقم 70-149، 1970)، والثالث في قسنطينة (مرسوم رقم 70-148، 1970)؛

مهمتهم تكوين إطارات التطبيق العليا والمتوسطة اللازمة لتلبية حاجيات القطاع الشبه الطبي، المقررة في المخطط الرباعي، وكذا تكوين وترقية الأعوان العاملين في هذا القطاع.

## 2- المرحلة الثانية: من سنة 1974 إلى سنة 1989

تميزت هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية بثلاثة أمور هي: (SAIHI, 2006, pp. 241-242)

- أ- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية، انطلاقا من جانفي 1974، مما يسمح بتعميم الحصول على الصحة من طرف المواطنين؛ (الأمر رقم 73-65، 1973)
- ب- إصلاح نظام التكوين العالي وبالخصوص الدراسات الطبية، وكذا من جهة تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات؛
- ت- إنشاء القطاعات الصحية، التي هي حجر الزاوية لتنظيم المنظومة الوطنية للصحة، وارتباطها بكل وحدات العلاج الأساسية.

كما شهدت هذه المرحلة تشييد العديد من الهياكل في البنية التحتية للنظام الصحي، تمثلت في:

- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الخدمات، والمراكز الصحية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن؛
- أما على مستوى المؤشرات الصحية، فسجل تراجع لمعدلات الوفاة، وهذا راجع لتحسن مستوى معيشة السكان من جهة، وإلى وضع البرامج الوطنية للصحة حيز التطبيق (محاربة مرض السل، سوء التغذية، وفاة الأطفال، البرنامج الموسع للتطعيم...) من جهة أخرى. بالإضافة إلى ذلك، القيام بمجموعة من النشاطات، هدفها التحكم في الخصوبة وتدعيم الانتقال الديموغرافي، كما لاحظ تراجع ملحوظ في بعض الأمراض المتنتقلة.
- ومن زاوية مغايرة، تميزت هذه الفترة بغياب دراسة جادة في التقسيم الديمغرافي للهياكل المنجزة؛ بالإضافة إلى إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية، والتي مهمتها هي التكوين الموجه للموظفين المسيرين والأطباء والمرضين حول البرامج الوطنية للصحة، ومحاولة تكوين تخصصي مسيري الهياكل الصحية حول مبادئ التسيير الحديث (بن صالح، 2014، صفحة 125). كما تم تسجيل في هذه المرحلة، ما يلي:
- إدراج تخصص الإدارة الصحية، في إطار التكوين المتخصص على مستوى المدرسة الوطنية للإدارة، من أجل تخريج مسيرين يتلقون تكوينا متخصصا حول تقنيات وآليات التسيير الحديث للهياكل الصحية العمومية؛
- إصدار أول قانون يتعلق بالصحة (الأمر رقم 76-79، 1976)، والذي يتكون من الأحكام المتعلقة ب: (تنظيم الصحة العمومية، الحماية العامة للصحة العمومية، مبحث الأسنان والفم، الاسعاف الطبي الاجتماعي، ممارسة الصيدلة، مبحث الواجبات الطبية).
- إلغاء قانون الصحة العمومية لسنة 1976، وإصدار قانون جديد لحماية الصحة وترقيتها سنة 1985، والذي يتكون من الأحكام التالية: «مبادئ أساسية للصحة، الصحة العمومية ومكافحة الأوبئة، الصحة العقلية، أحكام



تتعلق ببعض الأعمال الوقائية والعلاجية، المواد الصيدلانية والأجهزة الطبية التقنية، مستخدمو الصحة، تمويل الصحة، وبعض الأحكام الجزائية» (قانون رقم 85-05، 1985).

- تشييد 13 مركزا استشفائيا جامعيا مكلفين بثلاثة أدوار هي: (العلاج الاستشفائي المتخصص، التكوين التمريضي والطبي والطبي المتخصص والتكوين في التسيير الاستشفائي، والبحث والتطوير في المجال الطبي)؛
  - تحويل هياكل الصحة العمومية من مستشفيات وعيادات متعددة الاختصاصات ومراكز صحية وقاعات الفحص والعلاج وعيادات التوليد ومراكز المراقبة الصحية على الحدود، وتنظيمها في شكل مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المدنية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، حيث تم استحداث 176 مؤسسة في 31 ولاية، تسمى قطاعات صحية (المرسوم رقم 81-242، 1981)؛
  - استحداث 10 مؤسسات استشفائية متخصصة (07 في الأمراض العقلية، 01 في جراحة الأعضاء، 01 في علاج السرطان، 01 في إعادة التربية الوظيفية) مهمتها التشخيص والمعالجة وإعادة تقويم الأعضاء طبيًا والوقاية من أحد الأمراض المعينة أو إصابة جهاز غير عضو أو جهاز عضوي ما بالنسبة ل: (مجموعة أعمار معينة من الأولاد أو الأشخاص المسنين، تشخيص مرض طويل الأمد ومعالجته) (المرسوم رقم 81-243، 1981)  
تأتي هذه الهيكلة الجديدة وفق قانون الصحة لسنة 1985، استجابة لخمسة مبادئ أساسية هي:
  - تطبيق مبدأ ثلاثي الأبعاد: القطاعية، والجهوية، وتدرج العلاج؛
  - مقارنة بين القطاعات تستلزم إعادة تعريف دور ووظائف وزارة الصحة وجميع الوزارات التي تتفاعل معها؛
  - إدماج جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية، واقحامها في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة؛
  - خضوع كل توسعة للشبكة الصحية إلى شكل مدار ومخطط (الخريطة الصحية الوطنية)؛
  - ادخال النشاطات الوقائية والعلاجية في جميع مستويات توزيع العلاج.
  - تحويل المعهد التكنولوجي للصحة العمومية في وهران المنشأ بموجب (مرسوم رقم 70-149، 1970) إلى مدرسة وطنية للصحة العمومية (مرسوم تنفيذي رقم 89-11، 1989) تتولى في إطار المخطط الوطني للتنمية، المهام التالية:
  - التكوين المتخصص لمستخدمي التأطير المكلفين بإدارة المؤسسات الاستشفائية والهياكل الصحية التابعة لقطاع الصحة العمومية وتسييرها، وذلك بغية تلائمهم مع منصب العمل؛ تكوين أطباء الصحة العمومية، يكلفون بتفتيش مؤسسات الصحة العمومية وهياكلها، ومراقبة تلك المؤسسات وتحسين مستواهم وتحديد معلوماتهم؛
  - تقوم بأعمال تحسين المستوى وتحديد المعلومات لفائدة الأطباء والمستخدمين المكلفين بإدارة مؤسسات الصحة العمومية وهياكلها، وتسيير تلك المؤسسات؛ تشارك في تعميم تقنيات التسيير الحديثة، كما يمكنها أن تتولى لفائدة مستعملين آخرين أعمال التكوين التي تدخل في إطار أهدافها.
  - تنجز دراسات ونشريات لها صلة بمهامها قصد تطوير تسيير المؤسسات والهياكل الصحية؛
- حيث قامت هذه المدرسة بتخريج أول دفعة من الإطارات الإدارية سنة 1981 التي تلقت تكويننا متخصصا في الإدارة الصحية بهدف إعطاء نجاعة أفضل وإدخال تقنيات التسيير الحديث في مؤسسات وهياكل الصحة العمومية.

### 3- المرحلة الثالثة: من سنة 1990 إلى غاية سنة 2006

- تزامنت هذه المرحلة إلى غاية 1999 مع الوضع الأمني الذي عاشته الجزائر - ما يسمى بالعشرية السوداء - والذي أثر بشكل كبير على النظام الصحي، حيث تميزت بما يلي: (أوشن، 2018/2017، الصفحات 209-210)
- ارتفاع عدد الأطباء بزيادة قدرت ب 7% من سنة 1979 إلى سنة 1998؛ وهجرة الإطارات الصحية.
  - بلغ عدد المستشفيات سنة 1998 ب 231 بسعة 58207 سرير، 421 عيادة ولادة، و 4390 قاعة علاج؛
  - زيادة الطلب على الخدمات الصحية، وتسجيل عجز في الميزانية، وغلق عديد المنشآت الصحية بسبب غياب الأمن؛
  - وضع "ميثاق الصحة" كنتيجة لانعقاد الجلسات الوطنية لمراجعة المنظومة الصحية بين 26-28 ماي 1998، بهدف تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية العميقة التي عرفتها البلاد، حيث هدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي، كل هذا مُدعمًا بإطار ملائم في مجال التكوين والإعلام والاتصال.
  - إنشاء ووضع حيز التنفيذ هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:
- الصيدلية المركزية للمستشفيات PCH 1994 (مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية)؛ المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية LNSP (مكلف بمراقبة القابلية لكل دواء قبل إدخاله السوق)؛ والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد CNPM (مكلفة بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية).
  - الوكالة الوطنية للدم ANS 1995: مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم؛
  - الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ANDS: مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال في مجال الصحة؛
- إعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية INSP: حيث يتمثل هدفه في تحقيق أعمال دراسية وبحوث في الصحة العمومية تمكن من تزويد الوزير الوصي بالأدوات العلمية والتقنية الضرورية لتطوير البرامج المتعلقة بالعمل الصحي وترقية الصحة العمومية، والتنسيق بينها داخل القطاع وبين القطاعات، بالإضافة إلى الأعمال المتعلقة بالإعلام والتكوين الصحيين. (المرسوم التنفيذي رقم 93-05، 1993)
- استحوذ القطاع الخاص على عدد لا يستهان به من الأطباء الأخصائيين، زيادة على ذلك فإن هذا القطاع بقي مهمشا ولم يدمج بعد في السياسة الوطنية، وللتذكير فإن القطاع الخاص يمثل نسبة 37% من التعداد الطبي حسب إحصائيات سنة 1998. (سنوسي، 2009-2010، صفحة 134)
- بداية التحضير لنهج تسيير تعاقدي، أين تم تشكيل أول لجنة مكلفة بالتعاقد في 10 أبريل 1995 وذلك نتيجة لتوصيات المجلس الوزاري المنعقد بتاريخ 21 مارس 1995، وتتكون هذه اللجنة من «وزارة الصحة والسكان، وزارة العمل والحماية الاجتماعية، وزارة المالية، بعض مسيري المستشفيات، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء، والصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية»، والتي ستعمل وفق مراحل زمنية تقتضي أولويات في التحضير

والتطبيق لهذا النهج الجديد (صيفي، 2005، صفحة 42). حيث أدى ذلك إلى صدور (المرسوم التنفيذي رقم 04-101، 2004) الذي يحدد التزامات كل من قطاع الصحة ومصالح الضمان الاجتماعي.

- انشاء 16 مؤسسة استشفائية متخصصة في صحة الأم والطفل. (سنوسي، 2009-2010، صفحة 142)

نلاحظ في الجدول الآتي، تطور وحدات العلاج القاعدية في الفترة الممتدة بين 2000 إلى 2006 كما يلي:

الجدول (1-4): تطور وحدات العلاج القاعدية في الجزائر بين سنة 2000 وسنة 2006

| 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 | السنة<br>وحدات العلاج |
|------|------|------|------|------|------|------|-----------------------|
| 521  | 517  | 516  | 516  | 513  | 504  | 497  | عيادة متعددة الخدمات  |
| 6278 | 5824 | 5820 | 5697 | 5509 | 5368 | 5216 | مركز صحي + قاعة علاج  |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نشرة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ديسمبر 2006، ص 94

نلاحظ من خلال الجدول (1-4) أعلاه، أن النظام الصحي الجزائري استفاد من الوضع الاقتصادي الذي مرت به الجزائر في فترة ما بين (2000-2006) بسبب الارتفاع الكبير في أسعار البترول، حيث تم إنشاء العديد من هياكل العلاج القاعدية أين ارتفعت ب 24 عيادة متعددة خدمات، و1062 مركز صحي وقاعة علاج، والتي تدخل في إطار سياسة تقريب الصحة من المواطن.

#### 4- المرحلة الرابعة: من سنة 2007 إلى غاية سنة 2018

شهدت هذه المرحلة استمرار المحاولات لإصلاح المنظومة الصحية الجزائرية، حيث تم إصدار قانون جديد لإعادة تنظيم الخارطة الصحية، والانتقال من القطاع الصحي الذي كان يجمع مجموع الهياكل الاستشفائية والوحدات القاعدية للعلاج تحت إدارة واحدة في منطقة جغرافية، إلى مؤسسات استشفائية مهمتها العلاجات المتخصصة ومؤسسات للصحة الجوارية تضم هياكل وحدات العلاج في منطقة جغرافية تضم عدة بلديات. وتميزت هذه المرحلة بما يلي:

- ارتفعت نفقات الصحة من 93 552 966 000,00 دج أي ما نسبته 5,94 % من الميزانية العامة للدولة سنة 2007 (قانون 06-24، 2006)، إلى 392 163 373 000,00 دج أي ما نسبته 8,55 % من ميزانية الدولة سنة 2018 (قانون 17-11، 2017).

- مرت المؤسسات الصحية بوضعية صعبة، حيث كانت محطة لانتقادات عديدة سواء من قبل المرضى المستعملين، أو من قبل المستخدمين الصحيين، هذه الانتقادات مبنية على الإهمال الكبير في هذه المؤسسات التي تكوّن قطاع عام غير منظم، وعدم تحريك والاستعمال السيء لموارد بشرية مؤهلة وبدون تحفيز، مع عطل المعدات والتجهيزات الطبية، في حين تبقى معدات حديثة غير مستغلة إلى جانب تبعيتها التقنية للخارج، الشيء الذي لم يسمح بالتكفل بالمرضى على أحسن وجه. (قاسمي، بلخيري، و بنجوش، 2018)

- إصدار (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007) المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وتنظيمها وسيرها؛ والذي هدف إلى فصل الأنشطة الاستشفائية عن أنشطة العلاج القاعدية والفحص، وهي نوع من تسهيل الوصول للعلاج وتقريبه من المواطنين وتخفيف الضغط على المستشفيات.

## الفصل الرابع: دراسة وصفية للإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر

حيث سجلت المنظومة الصحية الجزائرية، ارتفاعا محسوسا في عدد الهياكل الصحية من سنة 2008 إلى 2018، كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (4-2): تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر بين سنة 2008 إلى سنة 2018

| المؤسسات العمومية للصحة الجوارية |                |                             |       | المؤسسات<br>الاستشفائية<br>المتخصصة | المؤسسات<br>الاستشفائية | المؤسسات<br>العمومية<br>الاستشفائية | المراكز<br>الاستشفائية<br>الجامعية | المؤسسات<br>الاستشفائية<br>الجامعية | الهياكل الصحية<br>السنوات |            |
|----------------------------------|----------------|-----------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------|
| قاعات<br>علاج                    | دور<br>الولادة | عيادات<br>متعددة<br>الخدمات | العدد |                                     |                         |                                     |                                    |                                     | العدد                     | عدد الاسرة |
| 5077                             | 419            | 1419                        | 271   | 57                                  | 04                      | 190                                 | 13                                 | 01                                  | العدد                     | 2008       |
| /                                | 2812           | 1988                        |       | 9932                                | 608                     | 37185                               | 12115                              | 700                                 | عدد الاسرة                |            |
| 5258                             | 427            | 1436                        | 271   | 61                                  | 04                      | 192                                 | 13                                 | 01                                  | العدد                     | 2009       |
| /                                | 2914           | 2791                        |       | 10475                               | 608                     | 37565                               | 12343                              | 700                                 | عدد الاسرة                |            |
| 5350                             | 431            | 1491                        | 271   | 64                                  | 04                      | 194                                 | 13                                 | 01                                  | العدد                     | 2010       |
| /                                | 3200           | 3272                        |       | 10824                               | 679                     | 37775                               | 11889                              | 612                                 | عدد الاسرة                |            |
| 5491                             | 437            | 1551                        | 271   | 63                                  | 04                      | 192                                 | 14                                 | 01                                  | العدد                     | 2011       |
| /                                | 3099           | 3331                        |       | 10816                               | 709                     | 37442                               | 12171                              | 710                                 | عدد الاسرة                |            |
| 5545                             | 409            | 1601                        | 271   | 66                                  | 05                      | 193                                 | 14                                 | 01                                  | العدد                     | 2012       |
| /                                | 2996           | 3314                        |       | 10863                               | 849                     | 37545                               | 12312                              | 759                                 | عدد الاسرة                |            |
| 5634                             | 412            | 1615                        | 271   | 68                                  | 05                      | 194                                 | 14                                 | 01                                  | العدد                     | 2013       |
| /                                | 3167           | 3539                        |       | 11298                               | 876                     | 37769                               | 12500                              | 764                                 | عدد الاسرة                |            |
| 5726                             | 416            | 1637                        | 271   | 71                                  | 05                      | 196                                 | 14                                 | 01                                  | العدد                     | 2014       |
| /                                | 3203           | 3735                        |       | 11499                               | 926                     | 38015                               | 12862                              | 806                                 | عدد الاسرة                |            |
| 5875                             | 415            | 1659                        | 271   | 75                                  | 09                      | 200                                 | 15                                 | 01                                  | العدد                     | 2015       |
| /                                | 3175           | 3889                        |       | 11637                               | 960                     | 38305                               | 13050                              | 810                                 | عدد الاسرة                |            |
| 5875                             | 416            | 1684                        | 273   | 75                                  | 09                      | 200                                 | 15                                 | 01                                  | العدد                     | 2016       |
| /                                | 3142           | 4075                        |       | 11725                               | 1324                    | 38407                               | 12910                              | 818                                 | عدد الاسرة                |            |
| 6003                             | 409            | 1695                        | 273   | 77                                  | 09                      | 205                                 | 15                                 | 01                                  | العدد                     | 2017       |
| /                                | 3056           | 5975                        |       | 11818                               | 1354                    | 40322                               | 12799                              | 869                                 | عدد الاسرة                |            |
| 6003                             | 410            | 1715                        | 273   | 79                                  | 09                      | 206                                 | 15                                 | 01                                  | العدد                     | 2018       |
| /                                | 3046           | 4374                        |       | 12426                               | 1533                    | 40442                               | 12671                              | 1087                                | عدد الاسرة                |            |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على، Office National des statistiques,

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2007-2009, N°40, édition 2010, p20.

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2009-2011, N°42, édition 2012, p23.

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011-2013, N°44, édition 2014, p26.

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2014-2016, N°47, édition 2017, p26.

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2016-2018, N°49, édition 2021, p23.

نلاحظ من خلال الجدول (4-2) أعلاه، أن هناك تطور ملحوظ في إنشاء هياكل صحية سواء كانت استشفائية أو وحدات العلاج القاعدة ضمن المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تظم "عيادات متعددة الخدمات، قاعات العلاج، دور الولادة"، فقد ارتفع عدد الهياكل الصحية الاستشفائية بين سنتي 2008 و2018 بعدد مهم، فمثلا زاد عدد المراكز الاستشفائية الجامعة بمركزين اثنين وبزيادة 556 سرير، كما شهدت المؤسسات العمومية الاستشفائية ارتفاعا مهما ب 19 مؤسسة خلال نفس الفترة وبزيادة 3257 سرير، كما سجلت المؤسسات الاستشفائية المتخصصة تزايدا ب 22 مؤسسة خلال نفس الفترة بسعة 2494 سرير، في حين لم يتم إنشاء ولا مؤسسة استشفائية جامعية أخرى لكن شهدت ارتفاعا في عدد الأسرة ب 387 سرير.

أما عن ارتفاع عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، فقد استفادت كثيرا خلال هذه الفترة (2008-2018) من خلال إنشاء وحدات العلاج القاعدية، أين ارتفعت عدد العيادات المتعددة الخدمات ب 296 عيادة، و926 قاعات العلاج، و09 دور للولادة. ولعل هذا الارتفاع في عدد الهياكل سواء الاستشفائية أو القاعدية يرجع إلى البحوث المالية التي شهدتها الجزائر نتيجة ارتفاع أسعار البترول بالإضافة إلى سعي السلطات إلى إنجاز مشروع إعادة هيكلة المنظومة الصحية تطبيقا لقانون تنظيم القطاعات الصحية الجديد (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007).

كما سجلت المنظومة الصحية الجزائرية، ارتفاعا في عدد الأطباء والمرضين بين سنتي 2008 و2018، كما

هو مبين في الجدول التالي (4-3):

الجدول (3-4): تطور عدد الأطباء وشبه الطبيين العاملين في قطاع الصحة العمومي بالنسبة لعدد السكان في الجزائر بين سنتي 2008 و2018

| الشبه الطبيين       |        | عدد الأطباء - عدد السكان لكل طبيب |       |                           |       |                          |       | السنوات |
|---------------------|--------|-----------------------------------|-------|---------------------------|-------|--------------------------|-------|---------|
| عدد السكان لكل ممرض | العدد  | صيدلي                             |       | جراح أسنان                |       | طبيب (أخصائي، عام، مقيم) |       |         |
|                     |        | عدد السكان لكل صيدلي              | العدد | عدد السكان لكل جراح أسنان | العدد | عدد السكان لكل طبيب      | العدد |         |
| 5554                | 95446  | 4314                              | 8019  | 3248                      | 10649 | 721                      | 47995 | 2008    |
| 5331                | 99438  | 4148                              | 8503  | 3167                      | 11135 | 677                      | 52071 | 2009    |
| 4987                | 104301 | 3962                              | 9081  | 3093                      | 11633 | 640                      | 56209 | 2010    |
| 4654                | 108878 | 3829                              | 9588  | 3036                      | 12092 | 616                      | 59618 | 2011    |
| 4240                | 117590 | 3686                              | 10171 | 3018                      | 12422 | 590                      | 63534 | 2012    |
| 4466                | 123344 | 3634                              | 10538 | 2996                      | 12782 | 578                      | 66236 | 2013    |
| 6730                | 121803 | 3531                              | 11078 | 2970                      | 13168 | 566                      | 69076 | 2014    |
| 7953                | 123458 | 3483                              | 11475 | 2929                      | 13645 | 544                      | 73431 | 2015    |
| 11642               | 127365 | 3435                              | 11888 | 2971                      | 13747 | 545                      | 74937 | 2016    |
| 14359               | 127624 | 3382                              | 12337 | 2925                      | 14263 | 529                      | 78838 | 2017    |
| 14478               | 139232 | 3303                              | 12890 | 2837                      | 15008 | 521                      | 81751 | 2018    |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على **Office National des statistiques**

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2007-2009, N°40, édition 2010, p20.

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2009-2011, N°42, édition 2012, p23.

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011-2013, N°44, édition 2014, p26.

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2014-2016, N°47, édition 2017, p26.

L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2016-2018, N°49, édition 2021, p23.

نلاحظ من الجدول (3-4) أعلاه، أن هناك تزييدا معتبرا في ممتھني الصحة (أطباء مختصين، وأطباء عامون وصيدلة، جراحي أسنان، وشبه طبيين)، فمثلا ارتفع عدد الأطباء بمختلف رتبهم "أخصائيين، عاميين، مقيمين" بنسبة 41,29% أي ب 33756 طبيب من سنة 2008 إلى 2018، وهو ما يفسر انخفاض في عدد السكان لك طبيب حيث تقلص بمقدار 200 ساكن لكل طبيب سنة 2018، أما عدد الصيدلة وجراحي الأسنان فقد ارتفع على التوالي لنفس الفترة "2018/2008" ب 4359 جراح و4871 صيدلي، كما ارتفع عدد الممرضين بنسبة 31,44% أي بزيادة 43786 ممرض، وهذا له انعكاسات إيجابية على مستوى التغطية الصحية والتكفل بالاحتياجات الطبية

للسكان، كما أن تزايد عدد الهياكل الصحية كما رأينا في الجدول (4-2) فرض على الحكومة ضمان تدفق كبير للعمالة في قطاع الصحة لتشغيل هذه الهياكل.

- بالإضافة إلى زيادة عدد المتكونين من الأطباء، من أهم ما يميز هذه المرحلة كذلك هو فتح العديد من كليات الطب عبر الوطن موازاة مع فتح مركزين استشفائيين جامعيين بين سنتي (2008-2018) وفقا للجدول رقم (4-2) أعلاه، وكذا زيادة عدد المتكونين من الشبه الطبيين بمختلف أسلاكهم في المعاهد العليا للتكوين شبه الطبي أو مدارس التكوين شبه الطبي في العديد من ولايات الوطن.

- ومن أبرز مميزات هذه المرحلة كذلك هو تحويل المدرسة الوطنية للصحة العمومية إلى مدرسة وطنية للمناجنت وإدارة الصحة وفقا ل: (مرسوم تنفيذي رقم 09-162، 2009)، والتي تضمن تكوين متخصص في التسيير الاستشفائي وتكوين متواصل للعاملين في إدارة المؤسسات العمومية للصحة، وتشرف على تخريج قرابة 90 متصرف رئيسي للمصالح الصحية سنويا تابعوا تكويننا متخصصا لمدة سنتين في مجالات التسيير الإداري للمستشفيات منها تسعة (09) أشهر كترتبص تطبيقي في المؤسسات العمومية للصحة، وبعد تخرجهم يتم تعيينهم مباشرة لإدارة هذه المؤسسات، وهذا بهدف تطوير الأداء الإداري في مختلف المؤسسات الصحية وتطبيق أساليب الإدارة الحديثة فيها.

- محاولة ارساء أساليب التسيير الحديثة للمنظمات الصحية مثل: (مشروع المؤسسة ولوحة القيادة ومخطط العمل والأنشطة، وعقد النجاعة "عقد الأهداف والأنشطة")، من خلال ارسال العديد من التعليمات إلى جميع المؤسسات العمومية للصحة بضرورة تطبيق هذه الأدوات التسييرية الحديثة، بهدف تجسيد مبادئ اللامركزية في اتخاذ القرارات، والمشاركة وتحديد الأهداف وترشيد النفقات، ومن أهم هذه الأدوات التسييرية نذكر ما يلي:

● التعليمات الوزارية رقم 000003 المؤرخة في 30 جوان 2013، المتعلقة بتفويض سلطة التعيين والتسيير الإداري، لسلكي متصرفي مصالح الصحة والأطباء الأخصائيين للصحة العمومية، حيث كانا هذين الأخيرين تسيير حياتهم المهنية من طرف وزارة الصحة، بحكم أنهما يمثلان نخبه المؤسسات الصحية، فسلك متصرفي مصالح الصحة هو الذي يتحصل على المناصب العليا الهيكلية كالمدرء ونواب المدير والأمناء العامون ورؤساء المكاتب، وسلك الأطباء الأخصائيين يتحصلون على المناصب العليا الوظيفية التي تتمثل في ترأسهم للمصالح والوحدات الاستشفائية والطبية. فتجسد هذا التفويض وعالج العديد من مشاكل التسيير لهاتين الفئتين المهمتين من الموظفين، سواء المعالجة السريعة للمفائهم بخصوص التعيين والترقية، أو متابعتهم مباشرة من طرف مسيري المؤسسات الصحية دون الرجوع إلى الوصاية للفصل في بعض قضاياهم التي تخص مسيرتهم الوظيفية.

● المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أبريل 2014 المتعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع المؤسسة ولوحة القيادة ومؤشرات التسيير؛ حيث تمثل هذه الأدوات التسييرية آليات لتجسيد نهج جديد في تسيير المؤسسات الصحية، والمعبر عنه بعقد إنجاز الأنشطة أو عقد الأداء والنجاعة وفقا للمذكرة رقم 06 المؤرخة في 08 جانفي 2014، والتي هدفت إلى عصرنه تسيير ومناجنت مؤسسات الصحة، من خلال ديناميكية تحديث التسيير التي تسمح بتحديد الأهداف واكتساب وسائل للمتابعة والتقييم وتفادي الأمور غير المتوقعة. حيث كان لزاما على كل مدير مؤسسة

صحية عمومية بإعداد عقد إنجاز الأنشطة يحدد في الأهداف السنوية في مختلف مجالات نشاط مؤسسته طبعاً بالتنسيق مع رؤوسيه الإداريين والطبيين وشبه الطبيين، وإمضائه مع مدير الصحة والسكان بالولاية لتوفير ميزانية التسيير، ويقوم هذا الأخير بتجميع جميع عقود الأنشطة للمؤسسات الصحية العمومية بالولاية وبعد ويمضي عقد مع وزارة الصحة لتدعيمه بالميزانية اللازمة، وفي نهاية السنة تكون جلسات تقييم ومتابعة.

### 5- المرحلة الخامسة: من جويلية 2018 إلى يومنا هذا

- إصدار التعليم رقم 001 المؤرخة في 16 جانفي 2018 المتعلقة بمخطط النشاط، والتي جاءت كتوصية عن اللقاء الذي جمع وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع مدراء الصحة والسكان بالولايات يوم 13 جانفي 2018 بالمعهد الوطني للصحة العمومية، والتي تضمنت هذه التعليم العديد من التوجيهات في مجالات نشاط المؤسسات الصحية، على غرار الوقاية والعلاج والاستشفاء وتسيير الموارد البشرية والتكوين وتسيير الممتلكات والميزانية واتفاقيات التوأمة وتسيير الأدوية والتجهيزات الطبية وغيرها، حيث كان لزاماً على كل مؤسسة إعداد مخطط نشاط تضع فيه أهداف سنوية وفقاً للميزانية المرصودة.
- صدور قانون الصحة الجديد (القانون رقم 18-11، 2018) الذي أعاد رسم الخارطة الصحية في الجزائر مع اتيانه لبعض الإضافات في مجال تنظيم وتسيير ومتابعة الخدمات الصحية، والتي نذكر جزء منها كما يلي:
  - جاء الفصل السادس من (القانون رقم 18-11، 2018) بعنوان: تنظيم المنظومة الوطنية للصحة وترقيتها، والتي تركز على: (الخريطة الصحية ومخطط التنظيم الصحي، المصالح الخارجية التابعة لقطاع الصحة، خدمة عمومية للصحة، القطاع الخاص، العمل القطاعي المشترك في تنفيذ السياسة الصحية الوطنية، التكامل بين القطاع العمومية والخاص، تكامل في نشاطات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل في الجانب الطبي والاجتماعي، اتفاقيات طبية، تنظيم وترقية التكوين والبحث في علوم الصحة، مساهمة الحركة الجمعوية والتعاضدية، شبكات العلاج).
  - يتوجب على كل هيكل ومؤسسة صحية عمومية إعداد مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة، الذين يجب أن يندرجا ضمن الأهداف الوطنية والجهوية أو المحلية في مجال تنمية الصحة. وهذه تعتبر سابقة في قطاع الصحة إذ يدل على ضرورة انتهاج هذه الأدوات التسييرية التي تعتبر كآليات لمنهج الإدارة بالأهداف لأنها تركز على المشاركة في تحديد الأهداف وإعداد الخطط ووضع معايير لتقييم الأداء ضمن رؤية عامة وطنية أو محلية، مما سيولد التزام ذاتي بتنفيذها، وهذه هي مبادئ الإدارة بالأهداف التي رأيناها سابقاً في الجانب النظري.
  - لأول مرة ضرورة إعداد واعتماد ملف طبي معلوماتي وحيد لكل مريض، وهو من مداخل رقمنة قطاع الصحة.
  - استحداث تنظيم جديد، يسمى «المقاطعة الصحية» الذي يضم مجموعة المؤسسات الاستشفائية وهيكل العلاج القاعدية في مقاطعة جغرافية معينة، وهذا سيسمح بتوحيد الوسائل المادية والبشرية تحت غطاء إدارة واحدة مما سيساهم في تقليل الفوارق في تقديم الخدمات الصحية من منطقة لأخرى.



- إلغاء المنح الجزائي لميزانيات تسيير الهياكل الصحية، والذي يجب أن يتم وفق نظام جديد مبني على أساس عقود أهداف ونجاعة بين كل مؤسسة ووزارة الصحة، حيث تحدد في هذا العقد «الالتزامات والوسائل والأهداف» ضمن إطار المخطط الوطني للصحة.
  - أما في مجال التسيير المالي للمؤسسات الصحية العمومية، فقد جاء (القانون رقم 18-11، 2018) بآليات جديدة هي: ( اعتماد النظام المحاسبي المالي وفقا (القانون رقم 07-11، 2007) والذي يعتمد القيد المزدوج في المحاسبة أي المحاسبة التحليلية، زيادة على المحاسبة العمومية ذات القيد الوحيد المتبعة حاليا في هذه المؤسسات، وهو الأمر الذي يسمح بتتبع النفقات وصرفها والسعي نحو ترشيدها؛ بالإضافة إلى اعتماد نوعين من الرقابة على النفقات، الأولى رقابة قبلية بالنسبة للنفقات المتعلقة بالمستخدمين كالأجور والرواتب والمنح والتعويضات، ورقابة بعدية للنفقات الأخرى ك شراء الأجهزة الطبية والأدوية والمستلزمات الأخرى وصيانة الهياكل وغيرها، وهذا سيعطي للمسيرين هامش من المرونة في تسيير الميزانية استجابة للمتطلبات الاستعجالية في المؤسسات الصحية.
  - شهدت هذه المرحلة تفشي وباء كورونا (كوفيد 19) الذي تسبب في عديد الآثار الاجتماعية والاقتصادية ومن بين أهم انعكاساته على قطاع الصحة الجزائري، حسب العديد من الدراسات في هذا المجال ما يلي:
  - تعطل تطبيق أحكام قانون الصحة الجديد الصادر سنة 2018، حيث لا تزال لم تجسد بعد بسبب الوضعية الوبائية التي يمر بها العالم عامة والجزائر خاصة، مع انتظار صدور النصوص التنظيمية المطبقة له.
  - تسجيل مستوى مرتفع من الالتزام الوظيفي، بسبب دعم إدارة المستشفى للعاملين، الذي ظهر في اهتمامها بتنمية مهاراتهم والأخذ برأيهم، بالإضافة إلى شعورهم الطوعي بضرورة تنفيذ أهداف المستشفى واعتبارها من ضمن أهم مسؤولياتهم. (بلخضر، 2021، الصفحات 628-629)، هذا الالتزام يُمكن للسلطات الصحية أن تستغله وتثمنه من أجل تحسين الظروف المهنية لموظفي الرعاية الصحية، والذي حتما سينعكس ايجابا على تحسين جودة الخدمات الصحية.
  - حسب دراسة (بوسمينة و سفاري، 2021، صفحة 227) تسببت جائحة كورونا في العديد من الآثار الاقتصادية والثقافية والاجتماعية على الأداء الوظيفي للعاملين في قطاع الصحة.
  - أدت أزمة كورونا إلى تعطل تقديم الخدمات الصحية الروتينية، بسبب ضرورة الاهتمام الآني بالمصابين بالوباء، فتوقفت وتقلصت الفحوصات الطبية المتخصصة وعمل جراحي الأسنان ونشاط العمليات الجراحية المبرمجة، بسبب تحويل الموارد الصحية للتصدي لتفشي الجائحة.
- المطلب الثاني: تطور تنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية**
- لقد كانت الخريطة الصحية التي تركز عليها المنظومة الصحية الجزائرية تتمثل في المؤسسات العمومية الاستشفائية، والتي شهدت ثلاث نقلات أساسية في بنائها التنظيمي وتسييرها، ابتداءً بالقطاع الصحي، ثم الفصل بين ما هو استشفائي ونشاطات علاجية قاعدية جوارية، ثم العودة إلى القطاع الصحي بمقاربة جديدة تسمى "المقاطعة

الصحية". وبغرض الوقوف على أهم التطورات التنظيمية والتسييرية التي مرت بها المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر، سيتم عرضها حسب انشائها وفقا للقوانين المنظمة لها، والتي مرت بثلاث مراحل هي:

### الفرع الأول: مرحلة إنشاء القطاع الصحي

لقد كان القطاع الصحي هو المؤسسة الصحية الأساسية المكونة للمنظومة الصحية في الجزائر، يتم من خلالها تجسيد مختلف البرامج الوطنية والسياسات الصحية وطنيا ومحليا، هذا القطاع الصحي عرف واقعا في مرحلتين مهمتين من جانب التنظيم والتسيير، كما سنبينه فيما يأتي:

لقد ظهر القطاع الصحي كمؤسسة ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المدنية والاستقلال المالي، تتكون من جميع الهياكل الاستشفائية ووحدات العلاج القاعدية في مقاطعة جغرافية معينة وفقا (المرسوم رقم 81-242، 1981). والتي تسعى إلى تلبية جميع الاحتياجات من الخدمات الصحية للسكان، وتنفيذ البرامج الوطنية للصحة، وتجسيد الأعمال الوقائية وضمان التدريب لجميع العاملين فيه، ويتميز في جانبه التسييري والتنظيمي بما يلي:

**1- الهيكل التنظيمي:** يتكون من مجلس مديرية وإدارة، يشرفان على تسيير الموارد البشرية والميزانية والأملاك المنقولة والعقارية والاتفاقيات والعلاقات الوظيفية داخل وخارج القطاع الصحي. كُلف في إطار اختصاصه كما هو مبين أدناه:

● **مجلس المديرية:** هو أعلى هيئة في القطاع الصحي، تتألف من (مدير القطاع الصحي بصفته رئيسا مفوضا من الوالي، عضو من المجلس الشعبي الولائي، مسؤول عن كل هيكل صحي داخل القطاع الصحي، رئيس المجلس الطبي ونائبه، طبيبين وجراح أسنان وصيدلي، الأمين العام للقسم النقابي، ممثل عن الشبه الطبيين). والذي يجب أن يجتمع في دورة عادية مرة واحدة في الشهر ويمكنه استثناء الاجتماع لأكثر من مرة، ويتم اتخاذ القرارات فيه بالأغلبية، كما يتولى المجلس عن طريق المداولة ما يلي: (برامج الأعمال في ميدان الوقاية والتربية الصحية والاسعافات، المسائل المتعلقة بتسيير المصالح وتسييرها؛ البرامج السنوية لصيانة البنايات والتجهيزات، التدابير الخاصة بتحسين أعمال الصحة والبحث وتطويرها؛ النظام الداخلي، جداول توزيع موظفي القطاع الصحي، مشروع الميزانية، ومشاريع الاستثمارات في الحدود التي يحددها التنظيم، الصفقات وملحقاتها، شراء الأملاك المنقولة والتصرف فيها وعقود الإيجار، الحساب الإداري وحساب التسيير النوعي، حساب تسيير العون المحاسب في القطاع الصحي، قبول الهبات والوصايا دون تبعات أو شروط أو تخصيصات عقارية أو رفضها؛ تسيير المنازعات، ودراسة التقرير السنوي الذي يعده مدير القطاع).

يستعين مجلس المديرية من مجلس طبي، والذي تتمثل مهامه في إعطاء الآراء وتقديم الاقتراحات والتوصيات إلى مجلس المديرية في جميع الأوجه الطبية التي ترتبط بتنظيم القطاع الصحي وعمله مثل: (مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات والمباني وإعادة تهيئة المصالح، إقامة الروابط الوظيفية بين المصالح الطبية، جداول أعداد الموظفين في الميدان الطبي وشبه الطبي، اقتراح أي تدبير كفيل بتحسين تنظيم مصالح الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التربية الوظيفية).

● الإدارة: تظم مدير القطاع الصحي ومقتصد، وعند الاقتضاء، مدير مساعد أو عدة مديرين مساعدين، يحدد عددهم وصلاحياتهم حسب تصنيف القطاع الصحي، حيث يتولى مدير القطاع الصحي جميع التدابير الصالحة لضمان التسيير الفعال للقطاع الصحي سواء للهياكل أو التجهيزات أو الميزانية أو الموظفين، كما يمثل القطاع الصحي أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية، وفي نهاية السنة يعد تقريرا مفصلا عن جميع نشاطات القطاع ويرسله -بعد أن يدرسه مجلس المديرية ويؤديه رأيه فيه- إلى الوالي بصفته الوصي الشرعي عن القطاع الصحي، وارسال نسخة أخرى منه إلى وزارة الصحة للتقييم والمتابعة.

## 2- الهيكل الوظيفي:

● الهياكل والمصالح الصحية: حسب نص المادة 02 من (المرسوم رقم 81-242، 1981)، يتكون الهيكل الوظيفي لكل قطاع من مجموع هياكل الوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة تقويم الأعضاء طبيًا، الواقعة في الدائرة الواحدة، والمعدة مستشفيات وعيادات متعددة الاختصاصات، والمراكز الصحية وقاعات الفحص والعلاج وعيادات التوليد ومراكز المراقبة الصحية على الحدود، وكل هيكل صحي عمومي تابع لوزارة الصحة في نفس المقاطعة الجغرافية للقطاع الصحي.

● المجلس الطبي: يعتبر المجلس الطبي كهيئة استشارية لمدير القطاع الصحي ومجلس المديرية إذ يلزم هذا الأخير وجوبا قبل أي مداولة استشارة المجلس الطبي في المسائل الطبية، ويتكون المجلس الطبي من (مدير القطاع الصحي، الأطباء القائمين بمهام رؤساء المصالح، طبيين وجراح أسنان وصيدلي يختارهم زملائهم في وحدات الصحة الأساسية للعلاج، تقنيين يملكان الشبه الطبيين يعينهما الفرع النقابي)، أما عن مهامه في محددة في المادة 23 من (المرسوم رقم 81-242، 1981)

## الفرع الثاني: مرحلة تجديد القطاع الصحي

بعد مرور خمسة عشر (15) سنة من إنشاء القطاعات الصحية، وتماشيا مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والأمنية والسياسية التي حصلت في إطار التعددية، وبداية التخلي عن الاشتراكية والذهاب تدريجيا إلى الرأسمالية، كان لزاما على السلطة الصحية التفكير في قواعد وآليات جديدة لتنظيم وتسيير القطاعات الصحية حتى تتأقلم مع متغيرات البيئة التي تنشط فيها، فتم إصدار المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيورها.

فالقطاع الصحي هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ويوضع تحت وصاية الوالي، وهو يتكون من جميع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات. (مرسوم تنفيذي رقم 97-466، 1997)

والذي يسعى إلى تلبية جميع الاحتياجات من الخدمات الصحية للسكان من خلال (تنظيم توزيع الاسعافات وبرمجتها، تطبيق نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء، ضمان النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتخطيط العائلي، تطبيق البرامج الوطنية للصحة والسكان، المساهمة في ترقية المحيط وحمانيته في مجالات

الوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم) (مرسوم تنفيذي رقم 97-466، 1997)

حيث حددت القطاعات الصحية حسب نص (مرسوم تنفيذي رقم 97-466، 1997) قواعدا وطرقا جديدة في تنظيمها وسيرها، نذكرها كما يلي:

1- **الهيكل التنظيمي:** يدير القطاع الصحي مجلس إدارة ويسيره مدير ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.

(مرسوم تنفيذي رقم 97-466، 1997) حيث تغيرت تسمية أعلى سلطة إدارية لتسيير القطاعات الصحية من مجلس مديرية يرأسه مدير القطاع الصحي بصفته مفوضا عن الوالي، إلى مجلس إدارة يرأسه ممثل عن الوالي والذي يكون في الغالب مدير الصحة والسكان للولاية، ويتألف مجلس الإدارة من:

• ممثل إدارة المالية "المراقب المالي"، ممثل التأمينات الاقتصادية، ممثل هيئات الضمان الاجتماعي؛ بصفتهم ممثلي الهيئات التي تمول القطاعات الصحية والتي تضمن مواردها؛

• ممثل المجلس الشعبي الولائي، وممثل المجلس الشعبي البلدي مقر القطاع الصحي، بصفتهما هيئة السلطة الشعبية التي تتولى الرقابة الشرعية الانتخابية على نشاط القطاع الصحي، حيث تم إضافة ممثل المجلس الشعبي البلدي كعضو في مجلس الإدارة بعدما كان مقتصرًا لتمثيل الهيئات الانتخابية في مجلس التوجيه للقطاعات الصحية حسب نص (المرسوم رقم 81-242، 1981) على ممثل المجلس الشعبي الولائي فقط؛

• ممثل المستخدمين الطبيين وممثل المستخدمين شبه الطبيين، يتم انتخابهما من زملائهم؛ وهذا - حسب رأينا - إجحاف وتقصير من القانون في ضمان تمثيلية هؤلاء المستخدمين لجميع الهياكل الصحية في مجلس الإدارة، حيث كان في مجلس التوجيه سنة 1981 يشمل كل الأطباء المنسقين المسؤولين عن الهياكل الصحية، وكذا ممثل الشبه الطبيين يعينه القسم النقابي، وهذا تجسيدا لمبدأ المشاركة والشفافية؛

• لأول مرة فتح المجال لممثلي الجمعيات الناشطة في قطاع الصحة للعضوية في مجلس الإدارة؛

• رئيس المجلس الطبي، وممثل العمال الذي ينتخب من طرف جميع المستخدمين ما عدى الأطباء وشبه الطبيين.

• في حين، يتكفل مدير القطاع الصحي بأمانة المجلس ويعتبر صوته استشاريا، وهذا إجحاف كبير في حق المسؤول الأول عن القطاع الصحي، إذ يعتبر أكثر موظف يعرف تفاصيل القطاع وله الرؤية الواضحة والأهداف المحددة والتشخيص الواقعي للقطاع؛

أما عن مهام مجلس الإدارة فهي محددة وفقا للمادة 13 من (مرسوم تنفيذي رقم 97-466، 1997)، والذي يقرها عن طريق التداول في اجتماعين على الأقل في السنة؛ أما مهام وصلاحيات مدير القطاع الصحي ومساعديه فهي المذكورة بالتفصيل في المادة 19 من (مرسوم تنفيذي رقم 97-466، 1997).

2- **الهيكل الوظيفي:** يتكون الهيكل الوظيفي للقطاعات الصحية من جزأين اثنين:

• **الهياكل الصحية:** الجزء الأول يحتوي على مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات؛

● **القطاعات الصحية الفرعية:** تجسيدا لمبدأ اللامركزية التي تهدف إلى تفعيل مبدأ المشاركة في تحديد الأهداف ومتابعة وتقييم لأداء النشاطات الصحية وتنفيذ الخطط، يتمثل الجزء الثاني في استحداث داخل كل قطاع صحي، قطاعات صحية فرعية تؤدي نفس مهام القطاعات الصحية. وذلك حسب المادة 06 من (مرسوم تنفيذي رقم 97-466، 1997). حيث يتولى طبيب عام من أعلى رتبة، مهام وصلاحيات تسيير كل قطاع صحي فرعي من حيث برمجة ومتابعة الأنشطة، ويقترح على مدير القطاع الصحي كل ما يتعلق بتسيير المستخدمين والأموال المنقولة الخاصة بقطاعه الفرعي.

● **المجلس الطبي:** والذي يضم مسؤولو المصالح الطبية والقطاعات الصحية الفرعية، الصيدلي مسؤول الصيدلية، طبيب أسنان يعينه مدير القطاع الصحي، ممرض ينتخبه نظراءه من الشبه الطبيين. ويتولى بصفته جهاز استشاري لمجلس الإدارة ومدير القطاع الصحي المهام التالية: (إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية، مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية، بناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها، برامج الصحة والسكان، برامج التظاهرات العلمية والتقنية، إنشاء المؤسسات الطبية أو حلها، واقتراح كل الإجراءات التي من شأنها أن تحسن تنظيم مصالح العلاج والوقاية وسيرها). وذلك حسب نص المادة 20 من (مرسوم تنفيذي رقم 97-466، 1997)

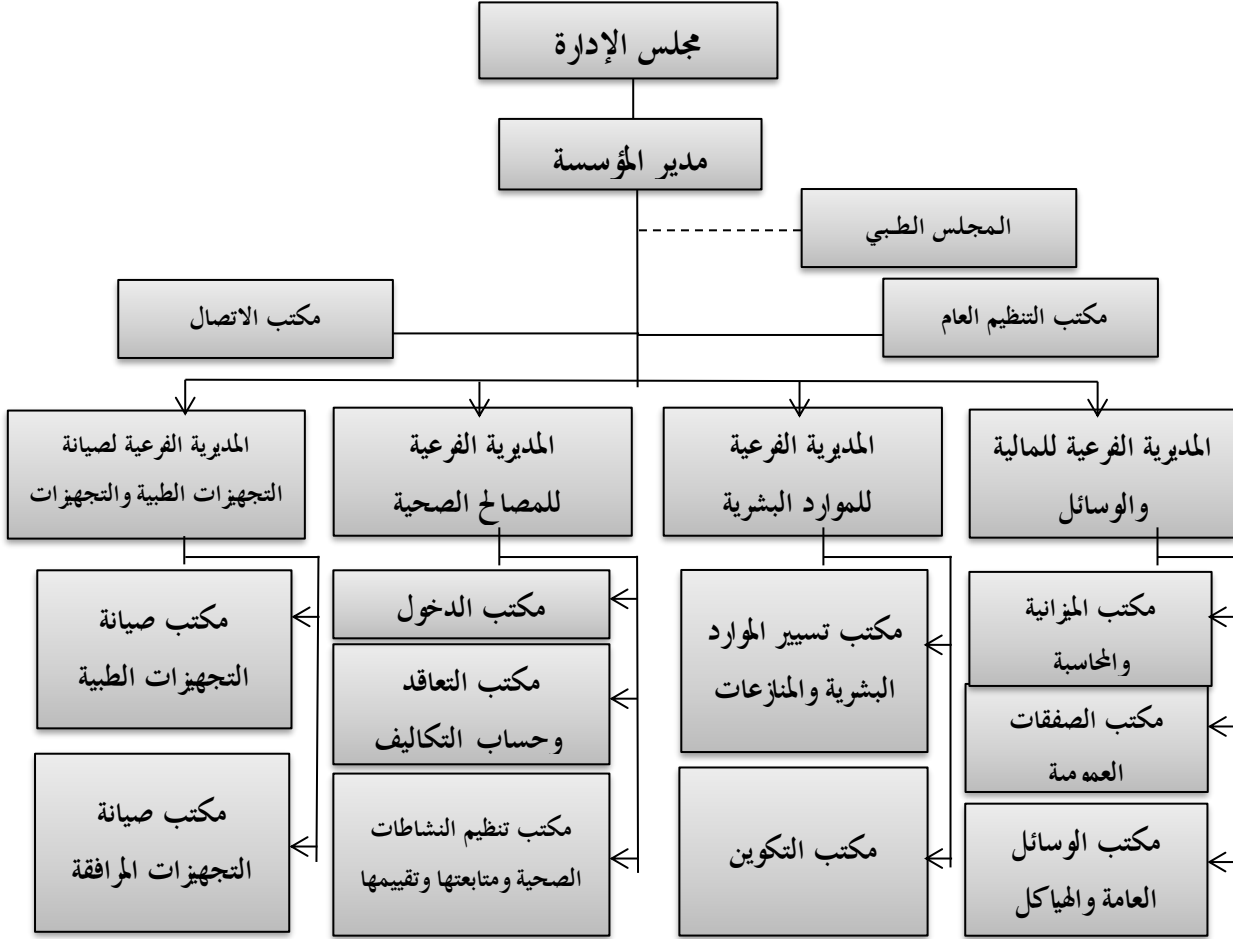
#### الفرع الثالث: مرحلة المؤسسات العمومية الاستشفائية

لعل التقرير الذي تقدم به المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات سنة 2003 (المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، 2003، الصفحات 9-15) يكشف العديد من الجوانب والأبعاد التي أدت إلى التغيير في المنظومة الصحية، بضرورة الانتقال من القطاعات الصحية إلى الفصل بين الهياكل الصحية الاستشفائية وهياكل العلاجات القاعدية والوقاية، وهو ما تجسد فعليا في المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

حيث جاء هذا المرسوم بقواعد جديدة في تسيير وتنظيم هذه المؤسسات، والتي سنذكرها كما يلي:

1- الهيكل التنظيمي: يسير المؤسسة العمومية الاستشفائية مجلس إدارة ويديرها مدير، وتزود بهيئة استشارية تسمى المجلس الطبي. كما يظهر في الشكل (4-1) أدناه.

الشكل (4-1): الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الاستشفائية



المصدر: من إعداد الطالب، بالاعتماد على القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20/12/2009، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية.

يأخذ الهيكل التنظيمي شكل الهرم، وهو موحد بالنسبة إلى جميع المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر، حيث يوجد في القمة هيئة متنوعة التركيبة تدعى «مجلس الإدارة»، والتي تضطلع بمهام التسيير وقراراتها تكون عن طريق المداولة وبأغلبية الأعضاء الحاضرين في الاجتماع، ومن أهم الأمور التي يتداولها هذا المجلس "مخطط تنمية المؤسسة على المديين القصير والمتوسط"، وهذا يبين لنا بأن رسم السياسات ووضع الاستراتيجيات وتحديد الأهداف العامة هي من اختصاص الإدارة المركزية أو السلطة السياسية عموماً، إلا أن هذا لا يعني - من المفروض - مساهمة إدارة المؤسسة في تحديد الأهداف الجزئية التي بتحقيقها يتم بلوغ الأهداف الكلية.

ويجدر بنا التذكير، بأن هذه المداولات يجب أن تخضع لمصادقة السلطة الوصية "الوالي" مما يجعل الأمر عرضة لعدم القبول أو الرفض، والدليل على ذلك الاستثمارات التي يتداولها المجلس، بحيث لا يحق للمؤسسة أن تستثمر بكل حرية، فهي مقيدة بعرض المشروع على هذه السلطة للقبول أو الرفض.

أ- مجلس الإدارة: يضم ما يلي:

- ممثل عن الوالي رئيسا، في الغالب يكون إما مدير الصحة والسكان أو رئيس الدائرة مقر المؤسسة؛
- ممثل عن الإدارة المالية، دائما يكون المراقب المالي للمؤسسة؛
- ممثل عن التأمينات الاقتصادية، وممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي؛
- ممثل المجلس الشعبي الولائي، وممثل المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة؛
- ممثل عن الأطباء وممثل عن الشبه الطبيين، ينتخبهما نظرائهما؛
- ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة؛
- ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة؛
- رئيس المجلس الطبي؛
- ويحضر مدير المؤسسة مداورات مجلس الإدارة بصفته أمين الجلسة ويعتبر صوته استشاريا فقط؛ وهذا في رأينا إجحاف كبير في حق المسؤول الأول عن هذه المؤسسة. لأنه بالنظر إلى مهام مجلس الإدارة المذكورة في المادة 14 من (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007) فإن أغلبها يمارسها فعليا ويتحمل مسؤوليتها الإدارية والمدنية مدير المؤسسة، لأن معظمها ذات طابع تسييري متكرر ومستمر يتنافى مع قاعدة انعقاد مجلس الإدارة مرتين في السنة.

ب- إدارة المؤسسة: يعين مدير لكل مؤسسة عمومية استشفائية بقرار من وزير الصحة، ويساعده أربع مدراء فرعيين، تتولى إدارة المؤسسة المهام التالية:

- المدير مسؤول عن حسن سير المؤسسة، وبهذه الصفة يتولى المهام التالية: ( يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية، هو الأمر بالصرف، يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعد حسابات المؤسسة، ينفذ مداورات مجلس الإدارة، يعد التقرير السنوي عن النشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة عليه، يبرم كل العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات في إطار التنظيم المعمول به، يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته، يعين جميع المستخدمين، يمكنه تفويض إمضائه لمساعديه الأقربين) وهذا حسب نص المادة 20 من (مرسوم رقم 70-147، 1970).

- إذا أعمال الإدارة والتنفيذ هي من مهام المدير الذي يعين بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وبمساعدة أربعة نواب يكلفون بالمالية والوسائل، الموارد البشرية، المصالح الصحية، وصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة، والذين يتم تعيينهم بقرار من الوزير نفسه.

2- الهيكل الوظيفي: لقد ظهرت المؤسسات العمومية الاستشفائية، كمؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي. وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات. وتتمثل مهامها بالتكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان من خلال: (ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الاستشفائي

والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية للصحة، ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم) كما يمكن استخدامها كميدان للتكوين الطبي والشبه الطبي والتسيير الاستشفائي. (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007). حيث تحتوي كل مؤسسة عمومية استشفائية على مصالح علاجية واستشفائية ووحدات تابعة لها، تنشأ بقرار من وزير الصحة حسب الطاقة الاستيعابية من الأسرة لكل مؤسسة.

### 3- المصالح الداعمة:

بالإضافة إلى الهياكل الإدارية والمصالح الاستشفائية، تحتوي المؤسسة على مصالح تقنية ملحقه تساعد في تأدية مهامها بشكل جيد، وتتمثل فيما يلي:

- **المطبخ:** يجب أن يكون مؤثث بمعدات وتجهيزات وأواني وأماكن مخصصة لتقديم وجبات للموظفين، ووسائل لنقل وجبات المرضى، بالإضافة إلى مخزن للمواد الغذائية مع توفره على أجهزة للتبريد؛
- **البياضة:** تتولى مهمة غسل الأفرشة والأغطية وفق برنامج دوري لكل المصالح؛
- **المخازن العامة:** وتتمثل في مخزن للأدوية المكتبية، ومخزن لمواد التنظيف، ومخزن للخردوات.
- **التجهيزات الملحقة:** تتمثل في المولدات الكهربائية، العاكس كهربائي *onduleurs*. مبردات مركزية... الخ.
- **حاضرة السيارات:** تمتلك كل مؤسسة سيارات نفعية تستخدم للتنقل أثناء المهمات الإدارية، وكذلك سيارات إسعاف طبية تستعملهم أثناء إجلاء المرضى، بالإضافة إلى شاحنات لجلب الأدوية واللقاحات ونقل الأجهزة الطبية.

### المطلب الثالث: الخصائص الناتجة عن تنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية

إن الآثار المترتبة عن دراسة الجانب القانوني للمؤسسة الاستشفائية يعد أمراً في غاية الأهمية، حيث تنص المادة 02 من (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007) على أن: «المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي» كما أنها تعد القاعدة الثانية للمنظومة الوطنية للصحة - بعد المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، وهي تعد وحدة جغرافية صحية تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

### الفرع الأول: مبادئ المؤسسات العمومية الاستشفائية

إن هذا النوع من المؤسسات يدخل ضمن ما يسمى بالمرافق العامة التي تُشسؤها الدولة، وتخضع بذلك للسلطة العامة، والغرض منها النفع العام. ولكي تضبط وتحكم عملية التسيير والتنظيم فيها، هناك مبادئ قانونية عامة يجب احترامها، والتي تم تكريسها في القوانين وقانون الصحة، وهذا ما سنتطرق إليه من خلال المبادئ الآتية:

- **مبدأ المساواة:** يعتبر هذا المبدأ أساسياً في مرفق الصحة، وبمقتضاه يفترض في المؤسسة العمومية الاستشفائية أن تقدم خدماتها لمن يطلبها من الجمهور، وبشروط ماثلة وتستبعد أي تمييز لا مبرر له، وهذا ما تؤكدته المادة 27 من دستور 2020: «تضمن المرافق العمومية لكل مرتفق التساوي في الحصول على الخدمات، وبدون تمييز». وكذا



الفقرة الثانية من المادة 63 منه «تسهر الدولة على تمكين المواطن من: الرعاية الصحية، لا سيما للأشخاص المعوزين والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها» (الدستور، 2020)؛ وكذا نص المادة 06 من (القانون رقم 18-11، 2018) التي تقول «تهدف المنظومة الوطنية للصحة إلى التكفل باحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصفة شاملة ومنسجمة ومستمرة، ويرتكز تنظيمها وسيرها على مبادئ الشمولية والمساواة في الحصول على العلاج والتضامن والعدل واستمرارية الخدمة العمومية والخدمات الصحية»، وكذا الفقرة الثانية من المادة 21 من (القانون رقم 18-11، 2018) التي تقول: «لا يجوز التمييز بين الأشخاص في الحصول على الوقاية والعلاج، لا سيما بسبب أصلهم أو دينهم أو سنهم أو جنسهم أو وضعيتهم الاجتماعية والعائلية أو حالتهم الصحية أو إعاقاتهم».

- **مبدأ الاستمرارية:** إن إشباع وتحقيق المصلحة العامة لا يمكن أن يكون إلا مستمر ودائم، وانقطاع عمل أو توقف المرفق العام، شيء خطير للغاية، خاصة إذا تعلق الأمر بحياة الإنسان مباشرة كمرفق الصحة، وفي هذا الخصوص تنص المادة 3 من (القانون رقم 18-11، 2018) «تتمثل الأهداف في مجال الصحة في حماية صحة المواطنين عبر المساواة في الحصول على العلاج وضمان استمرارية الخدمة العمومية للصحة والأمن الصحي».

- **مبدأ المجانية:** إن مجانية العلاج في المؤسسة العمومية الاستشفائية أبعد من أن تكون مطلقة، بل تتطلب مساهمات مالية زهيدة من المنتفعين، ويستمد هذا المبدأ مشروعيته من (الأمر رقم 73-65، 1974) المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، والذي كان يهدف إلى وضع آليات للعلاج في متناول جميع السكان، بغض النظر في إمكانية الدفع لديهم. وفي هذا الإطار أكد دستور 1976 هذا الحق في مادته 67 «لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية، وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية...» (الأمر رقم 76-97، 1976). غير أن دستور 2020 ألغى كلمة مجانية واكتفى بالقول في مادته 63 «تسهر الدولة على تمكين المواطن من الرعاية الصحية، لا سيما للأشخاص المعوزين والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها» (الدستور، 2020)؛ ودعم هذا المبدأ ب(القانون رقم 18-11، 2018) في مادته 13 التي تنص على: «تضمن الدولة مجانية العلاج، وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني».

- **مبدأ التكيف:** ويسمى كذلك مبدأ الموائمة، ويستدعي وجود مرونة دائمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية، التي ينبغي عليها أن تتكيف دوماً وبانتظام أمام متطلبات المصلحة العامة، وبموجب هذا المبدأ فإن للسلطة المنشأة إمكانية تغيير وتعديل قواعد سير وتنظيم هذه المؤسسات، حتى توافق الحاجيات المتغيرة والمتطورة، وذلك بمرور الزمن أو عندما يظهر أنها لم تعد تلي المتطلبات المرجوة منها، أو تبين أن هناك أساليب أكثر فعالية من غيرها في إدارة وتسيير المرفق. وهذا ما تجسد في تغيير البنية التنظيمية لها عبر ثلاث مراحل: (انطلاقاً من القطاعات الصحية وفقاً (المرسوم رقم 81-242، 1981)، ثم الفصل بين ما هو استشفائي وعلاج قاعدي وفقاً (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007)؛ ثم إلى المقاطعات الصحية وفقاً للمادة 298 من (القانون رقم 18-11، 2018)) والتي سنذكرها بالتفصيل لاحقاً. كما أن المرافق الصحية قد قطعت شوطاً مهماً واستطاعت بالفعل التكيف - ولو بصفة نسبية - مع المتطلبات والاحتياجات المتزايدة؛ بيد أن المشكل المطروح الذي تعاني منه ليس

الإمكانات المادية والمالية بل هي متوفرة ويشكل مقبول نسبيا، لكن الاشكال موجود في الثقافة التنظيمية لدى الموارد البشرية التي تعمل وتشرف وتتكفل بتسيير واستعمال هذه الإمكانيات. (سائي، 2012)

### الفرع الثاني: مميزات البنية التنظيمية للمؤسسات العمومية الاستشفائية

إن مفهوم البيروقراطية ينظر إليه بأنه تلك الظاهرة التي ترافق المنظمات العمومية بواسطة بعض الخصائص الهيكلية الأساسية للتنظيم من جهة، ومن خلال بعض السمات والسلوكيات التي تميز أفرادها من جهة أخرى. فقد ينظر إليها بأنها مجموعة الإجراءات التي يجب إتباعها مباشرة العمل العمومي بصفة عامة، كما قد تعني النظام الإداري في مجمله وما يتسم من ضخامة وتعقد في الإجراءات، وذلك كله كنتيجة لتركيز عملية القرار وتكثيف الرقابة على مدى تطبيق القوانين والأنظمة. لكن ومن دون شك إن نموذج البيروقراطية يقوم على عدة مبادئ وضعت لتحقيق أهداف أي تنظيم، وذلك من خلال مجموعة من الإجراءات واللوائح التي تم اختيارها على أساس أنها أفضل سبيل لإنجاز وتحقيق تلك الأهداف. ومن أهم الخصائص التنظيمية للمؤسسات العمومية الاستشفائية ما لي:

- **تقسيم العمل على أساس التخصص:** حيث توزع الأنشطة على الموظفين وفقا لمبدأ «التخصص» الذي من خلاله يتم تحديد الواجبات والمراكز تحديدا دقيقا، فكل فرد في التنظيم يشغل مركزا معيناً يتناسب ومؤهلاته وقدراته الفنية أو الإدارية. وتعتبر الأنشطة المنوطة بمستخدمي المؤسسة مقسمة بما يضمن لكل فرد القيام بمهامه على أحسن وجه، وبهذا يفترض أن تربط الأشخاص علاقات وظيفية محددة وواضحة، لكن ضعف الجهاز الاتصالي قد يؤثر سلبا على معرفة بعض الصلاحيات، ونشأة علاقات غير شكلية قادرة على التأثير في نجاعة النظام كله. ثم إن مبدأ التخصص «الهايكل والمهام» كان يهدف عند "ماكس فيبر" إلى الفعالية والبساطة، ولكن الآن تترجم إلى نزاع في الاختصاصات والصلاحيات لأن العلاقات الموجودة في المستشفى معقدة ومتشعبة جدا. (شرقي، 1998-1999، صفحة 15)

- **تدرج سلطوي واضح المعالم:** يكون كل فرد في التنظيم خاضع لرقابة وإشراف المسؤول الأعلى منه مباشرة في الدرجة، بالفعل إن هذا يحدث تماسكا في التنظيم، إلا أن الاستخدام الخاطيء للتسلسل الإداري الذي يظهر من بعض مواقف المسؤولين واعتقادهم بضرورة تنفيذ أوامرهم وقراراتهم - حتى لو كان خاطئة - واستئثارهم بالفصل في بعض الأمور والقضايا واتخاذ القرارات دون مشاركة واستشارة باقي الموظفين خاصة المعنيين بذلك الأمر، هذا سيحدث خللا في النشاط الإداري أو الطبي.

- **وضع نظام لقواعد ثابتة:** يتم في هذا النظام تحديد مسؤولية كل فرد في التنظيم، وكذا علاقات الموظفين فيما بينهم وفقا للوائح التنظيمية، ويتجلى ذلك في قانون الوظيف العمومي والقوانين الأساسية لمختلف الأسلاك. وإن تصفح هذه الأخيرة يعطي فكرة واضحة حول التحديد الدقيق للوظائف والمهام المنوطة بكل موظف، وهذا ما ينتج عنه توقع نتائج لكل نشاط على حدى، إلا أنه ومن الناحية العملية نلاحظ بعض التداخل في الأنشطة والصلاحيات، وقد يرجع ذلك إلى ضعف جهاز الإعلام والاتصال داخل المؤسسة العمومية الاستشفائية، وتجاهل القوانين أو جمودها في ظل تغير المحيط وتطور الحاجات. وما يلاحظ في هذا الشأن بأن التشبث بحرفية النصوص

واللوائح التنظيمية دون مضمونها، بحيث تصبح هذه الأخيرة هدفا في حد ذاتها وليس وسيلة لتحقيق الهدف (شرقي، 1998-1999، صفحة 13). وهذا ما أكده "R. K Merton" حيث قام بتحليل الجانب السلبي لسلوك ظاهرة الانضباط La discipliné، والسلوكيات الموحدة Les comportements standardisés واستنتج أن هذه الآثار تؤدي إلى تحول قواعد العمل إلى غايات في أذهان العاملين تحد من مردوديتهم مع مرور الوقت. حيث تختلط الوسائل بالغايات، بمعنى أن تلك الإجراءات التي وضعت أساسا كوسيلة لتحقيق أهداف التنظيم تصبح هي الهدف الذي يتمسك به الموظفون في تأدية وظائفهم. (Annie و Cécile، 2015، الصفحات 17-18)

- **الفصل بين الحقوق الشخصية والرسومية:** بمعنى الفصل بين العمل الإداري وملكية ومصالح الموظف الشخصية، وهذا من خلال وجود قاعدة من اللوائح والقوانين التي تضع الحدود الفاصلة بين الجانبين، وهو ما يعطي ضرورة خضوع الموظف للرقابة المنظمة والتدابير العقابية في حالة الإخلال بهذه المبادئ. ويظهر هذا بوضوح في «قانون الوظيف العمومي» خاصة في الباب الثاني منه أين حددت حقوق وواجبات الموظف. (الأمر رقم 06-03، 2006)

- **تركيز عملية القرار:** تعتبر عملية القرار بالمؤسسة العمومية الاستشفائية مقيدة وتتسم بالبطء أحيانا، وباعتبارها غير مطلقة «مقيدة» كونها نابعة من متخذ قرار يخضع لقيود متعددة بعضها قانونية، وبعضها الآخر نابع من الذين لهم إسهام في اتخاذ القرار. إن تعقد الإجراءات وكثرة المراحل التي يجب أن يمر بها القرار من ضرورة مروره بعدد كبير من المستويات الإدارية وفقا للتسلسل الإداري حتى تتم الموافقة عليه، وبذلك فهو يستغرق وقتا طويلا لتقديم الخدمة الإدارية والطبية سواء للموظفين أو للمستفيدين، وهو ما يعكس عدم التقدير الكافي لقيمة الوقت كعنصر حيوي من عناصر العملية الإدارية وارتباطه "الوقت" بخصوصية المؤسسة العمومية الاستشفائية. وهناك قرارات تصدر بقصد معالجة الأمور المعقدة التي تتطلب اهتماما خاصا، ويغلب على هذا النوع من القرارات صفة الشبه الدائمة والالتزام بتنفيذها يكون لفترة طويلة، ومن أمثلة ذلك (إبرام الصفقات العمومية أو التوظيف أو إضافة مصلحة أو غيرها، فهذه تتطلب عدة مراحل ومستويات). لكن ما يعاب على هذا النوع من القرارات أنها تتمتع بدرجة عالية من تدخل المركز، فالقرارات المالية "الميزانية" وتوظيف الإطارات المسيرة والأطباء الأخصائيين وحتى المناصب المالية كله يحدد من الوزارة الوصية «وزارة الصحة»، فهذا يشكل نوعا من الضغط على متخذ القرار في المؤسسة العمومية الاستشفائية بسبب النصوص القانونية والتنظيمية، والتي يتسم بعضها بالجمود وعدم مرونتها بالشكل الذي يساعد على مواجهة متطلبات العمل الإداري والإسراع في اتخاذ القرارات المناسبة لحل المشاكل الطارئة والمسائل العالقة.

- **اشكالية الرقابة:** إن قواعد القانون الإداري تعمل على ضمان المشروعية البحتة لأعمال الإدارة، أي رقابة المشروعية، فهي رقابة جامدة لأنها تقتصر على فحص الأعمال من حيث مطابقتها للقواعد القانونية دون المساهمة في تحسين وتطوير العمل الإداري، وهي بهذه الصفة تشكل عائقا وحدا للاستقلالية الإدارية للمستشفيات ويظهر ثقل الرقابة في عدة مجالات (شرقي، 1998-1999، صفحة 17).

- فبالنسبة للمستخدمين تتدخل الوصاية في مجال إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية بصورتين، فمن جهة نجد الرقابة المتمثلة في المصادقة على مشروع المخطط من طرف الوظيفة العمومية، ومن جهة أخرى نجد الرقابة القبلية والمتمثلة في مدونة المناصب التي تصدرها مديرية المالية بوزارة الصحة موازاة مع ميزانية المستشفيات.
- أما نظام المحاسبة العمومية مركز أساسا على تقييم علاقة المستشفى مع الغير، وليس على أساس القياس التحليلي للنشاط الاستشفائي، وبالتالي فنظام الرقابة المطبق في المؤسسات العمومية الاستشفائية يهدف إلى مدى التحقق من تنفيذ المخصصات المالية مع مبالغ الإنفاق المتعهد بها، وذلك بمقارنة الاعتمادات الممنوحة مع النفقات الفعلية للنشاط الاستشفائي. (طالبي، 2003-2004، صفحة 4)

- **إشكالية ازدواجية السلطة:** إن ظاهرة السلطة في المؤسسة العمومية الاستشفائية تتميز بخاصية يندر وجودها في أغلب المؤسسات، ألا وهي نوعين من السلطة، الأولى تسمى السلطة الإدارية والتي يمتلكها أصحاب الإدارة العليا والمستمدة من الهيكل التنظيمي والنصوص واللوائح التنظيمية. والثانية تدعى السلطة الطبية أو ما تسمى "بالسلطة الفنية" والتي يمتلكها القائمون على إدارة العمل الفني في المستشفى وهم الأطباء بمختلف اختصاصاتهم ومهاراتهم. هذه الازدواجية في السلطة لم تأتي من فراغ، بل إن مصدرها من الخصائص التي يتميز بها المستشفى، وعلى هذا فهي تخلق وضعاً معقداً على جميع النواحي بفعل التقاطع أو الاصطدام المتوقع حدوثه بين هاتين السلطتين.

### المبحث الثاني: ملامح ممارسة الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر

تنفيذا لمشروع إصلاح المستشفيات في الجزائر، حاولت وزارة الصحة إرساء مبدأ اللامركزية وإضفاء بعض الأدوات التسييرية الحديثة التي من شأنها تحقيق الأهداف المراد الوصول إليها، ومن أبرز هذه الأدوات الإدارية عقد إنجاز الأنشطة أو ما يسمى «بعقد الأهداف والنجاعة» الذي يعتبر المرجع الأساس لبعض الأدوات التسييرية الأخرى مثل: مشروع المؤسسة، لوحة القيادة، برنامج 24 نقطة ومؤشرات التسيير ومخطط مسعى الجودة.

وقد تم تمشين هذا التوجه في قانون الصحة الجديد (القانون رقم 18-11، 2018)، حيث نصت المادة 301 بأنه: «يتم تمويل نشاطات المؤسسات العمومية للصحة على أساس عقود أهداف ونجاعة تصادق عليها المصالح المختصة للوزارة المكلفة بالصحة. وتحدد العقود المذكورة في الفقرة أعلاه، التزامات الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة وتنص على الوسائل الضرورية لإنجاز الأهداف المسطرة في المخطط الوطني للتنظيم الصحي. يتعين على كل هيكل ومؤسسة عمومية للصحة إعداد عقود مشاريع مصالح في إطار مشروع المؤسسة». كما نصت المادة 209 من نفس القانون على أنه: «يتعين على كل هيكل ومؤسسة تضمن خدمة عمومية صحية، إعداد مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة اللذين يجب أن يندرجا ضمن الأهداف الوطنية أو الجهوية أو المحلية في مجال تنمية الصحة».

### المطلب الأول: المقاربة الجديدة لإعادة هيكلة المؤسسات العمومية الاستشفائية

إن أهم ما جاء في قانون الصحة لسنة 2018، التنظيم الجديد للخارطة الصحية، وذلك بإلغاء المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، والرجوع إلى مفهوم القطاع الصحي تحت مسمى جديد يدعى «المقاطعة الصحية La circonscription sanitaire»، والذي كان محل مشاورات عديدة شرعت فيها

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في نهاية سنة 2013، حينما راسلت مديريات الصحة والسكان بالولاية لإثراء مشروع تمهيدي لمرسوم تنفيذي يتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية. (المراسلة رقم 1043 عن الأمانة العامة بوزارة الصحة، 2013)

وحسب ما جاء في نص المراسلة (المراسلة رقم 1043 عن الأمانة العامة بوزارة الصحة، 2013) فإن تنظيم وتسيير هذه المقاطعات يكون على النحو التالي:

### الفرع الأول: الهيكل الوظيفي للمقاطعة الصحية

حيث تم التمييز بين المقاطعات الصحية مقر الولاية وبين تلك الواقعة في مقر الدوائر، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تضم هياكل الصحة والوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الحركي وجميع الهياكل الصحية التابعة لوزارة الصحة داخل منطقة جغرافية التي تغطيها المقاطعة الصحية، والمتمثلة حاليا في:

- المؤسسات العمومية الاستشفائية؛
- المؤسسات العمومية للصحة الجوية ووحداتها القاعدية (العيادات المتعددة الخدمات، قاعات العلاج)؛
- هياكل صحية عمومية متخصصة مثل (دار السكري، عيادات جراحة الأسنان، مراكز مكافحة المدمنين، مخبر تحليل ولائية، مراكز حقن الدم... الخ).
- نشاطات عمومية صحية خاصة مثل (نشاطات الكشف في المطارات والموانئ، نشاطات الصحة المدرسية).
- وتوسع كل مقاطعة صحية لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان ضمن مجال (جيو-صحي) يشمل دائرة أو أكثر. وتشمل مهامها فيما يلي:
- تحديد الاحتياجات الصحية للحوض السكاني المطلوب تغطيته، في إطار متكامل ومدمج وهرمي ومستمر؛
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة، وإعداد البرامج المحلية للصحة بعد المصادقة عليها من طرف مدير الصحة بالولاية؛
- السهر على متابعة ومراقبة أنشطة الوحدات الصحية ضمن المقاطعة الصحية؛ والتقييم الدوري للنشاطات الصحية؛
- الالتزام بعقود الأهداف والنجاعة مع المصالح الطبية والتقنوبية ومديرية الصحة والسكان بالولاية، ووزارة الصحة؛
- ابرام والالتزام بعقود التعاون بين القطاعين العمومي والخاص؛
- ضمان حماية وترقية الصحة، وتعزيز ترقية الصحة الجوية خاصة عن طريق العلاج المنزلي والفرق المتنقلة؛
- المساهمة في وضع مخطط جهوي لتنظيم العلاجات، وضمان حاجات العلاج الاستعجالي؛ وتنسيق نشاطات العلاج بين الوحدات المكونة للدائرة الصحية؛
- تنمية التكامل بين القطاعات (العمومي، شبه العمومي، والخاص) فيما يتعلق بنشاطات التشخيص والعلاج؛
- المبادرة والمساهمة في التكوين المتواصل ودورات تحسين المستوى وتحديد المعلومات؛
- المساهمة في التكوين القاعدي عن طريق جعل الوحدات التابعة للدائرة الصحية مجالا للتربصات في إطار اتفاقيات.

### الفرع الثاني: الهيكل التنظيمي للمقاطعة الصحية

تسير المقاطعة الصحية عن طريق مجلس توجيه، وتدار من طرف مدير عام بالنسبة للمقاطعة مقر الولاية، ومن طرف مدير بالنسبة للمقاطعة مقر الدائرة، كما تزود بمجلس علمي.

#### أولاً: مجلس التوجيه

وهي هيئة تسيير أشغالها وتتخذ قراراتها بالتداول، وتظم ما يلي: (الوالي أو من يمثله رئيساً، عضو من المجلس الشعبي الولائي، عضو من المجلس الشعبي البلدي مقر المقاطعة الصحية، رئيس المجلس العلمي، ممثل عن وزارة المالية، ممثل عن التأمينات الاقتصادية، ممثل عن مصالح الضمان الاجتماعي، رؤساء المجالس الطبية لوحدات المقاطعة الصحية، ممثل عن الجمعيات التي تنشط في قطاع الصحة يعينه الوالي)؛ وتكون مشاركة مدير المقاطعة في أعمال المجلس بصوت استشاري ويتولى أمانة المجلس.

يتداول المجلس المهام التالية: (حصيلة الموارد البشرية، جدول تعداد المستخدمين والمخطط السنوي للتوظيف والتكوين، البرامج السنوية لصيانة المباني والتجهيزات، الاجراءات الخاصة بترقية وتطوير أنشطة الصحة والبحوث التطبيقية، تنظيم وتسيير المصالح، التنظيم الداخلي للمؤسسة، مشاريع الاستثمار ضمن حدود القيود التي تفرضها القوانين والأنظمة، اكتساب والتخلي عن الأملاك المنقولة وعقود الايجار، قبول أو رفض الهبات والوصايا، تسوية المنازعات، دراسة التقرير السنوي للأنشطة الذي يعده سنويا مدير المقاطعة، مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة وعقد الأهداف والنجاحة، حصيلة الأعمال المنجزة في النشاط الوقائي والعلاجات القاعدية والعلاجات الطبية، دراسة مختلف الاقتراحات بخصوص الشراكات "العمومية-العمومية، العمومية-شبه العمومية، العمومية-الخاصة"، المخطط السنوي لدعم وتعزيز الاستعجالات والمناوبة).

#### ثانياً: إدارة المقاطعة الصحية

تضم كل إدارة مقاطعة صحية مدير المقاطعة الصحية ومجلس الإدارة ومدراء الوحدات الصحية.

#### 1- المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية

يسهر على إدارة مجموع الوحدات الصحية التابعة للمقاطعة الصحية، ويستعين بذلك تحت وصاية الوالي بمجلس بين القطاعات للصحة العمومية يضم ممثلين عن قطاعات (الداخلية، الموارد المائية، الفلاحة، البيئة، التجارة، السكن والتربية). ويساعد المدير العام للمقاطعة الصحية مقر الولاية أمين عام ومدراء المندوبيات واللجان التقنية، بينما مدير المقاطعة الصحية فيساعده نواب مديرين، ومديرو الوحدات ومندوبين ولجان تقنية. كما يساعد مديري الوحدات الصحية رؤساء مكاتب ومنسقين للمناطق الصحية. وتمثل مهام مدير المقاطعة الصحية كما يلي:

- تنفيذ مداورات مجلس التوجيه؛
- إعداد الميزانية التقديرية وتنفيذها، من خلال ضمان التوازن الميزانياتي، وتخفيض التكاليف وتنويع موارد المقاطعة ضمن القوانين المعمول بها؛
- تطوير كل عمل تشاوري مع المجلس العلمي للدائرة الصحية، بغرض تحسين كفاءة المقاطعة؛

- ضمان توفير كل الوسائل لحسن التكفل بالمريض؛
- وضع آليات تنفيذ عقد الأهداف والنجاعة، وتنسيق نشاطات الوحدات الصحية؛
- تمثيل المقاطعة الصحية أمام الجهات القضائية والهيئات المدنية؛
- ممارسة السلطة السلمية على موظفي المقاطعة الصحية؛
- إعداد مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة، والحرص على تنفيذها بعد المصادقة عليها من طرف مجلس التوجيه، ويكونان لمدة خمس سنوات؛
- مجلس إداري: للمدير العام أو مدير المقاطعة الصحية مجلس إداري يساعده في أداء مهامه، والذي له مهمة تنفيذية، حيث يضمن تنفيذ القرارات المتخذة في إطار نشاطات المقاطعة الصحية. ويتكون هذا المجلس من:
  - بالنسبة للمقاطعة الصحية مقر الولاية: أمين عام، مديرين، مديري الوحدات الصحية، أطباء منسقين؛
  - بالنسبة للمقاطعة الصحية مقر الدائرة: نواب مديرين، مديري الوحدات الصحية، أطباء منسقين.

## 2- الوحدات الصحية

- تتكون كل مقاطعة صحية من ثلاث وحدات صحية هي:
- وحدة العلاجات الاستشفائية وتدعى "المستشفى العام": وهو منظم عن طريق مصالح طبية وجراحية وتقنية، وتتمثل مهامها في أنشطة العلاج والتشخيص والعلاجات الأولية والثانوية والثلاثية التي تتطلب الاستشفاء.
  - وحدة العلاجات الاستشفائية المتخصصة وتسمى المستشفى المتخصص: وهو منظم عن طريق مصالح طبية وتقنية وجراحية لمرض محدد.
  - وحدة الصحة الجوارية: وهي تضم مجموعة من المناطق الصحية الجوارية، التي تعرف على أنها وحدة جيو-صحية تضم بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، وتشمل مجموع الهياكل الصحية القاعدية المجمع في عيادة متعددة الخدمات والتي تعتبر المقر التقني-إداري للمنطقة الصحية التي يسيرها طبيب منسق.
- كل وحدة يسيرها مدير، ويساعده في ذلك ثلاث رؤساء مكاتب ومنسقين للمناطق الصحية، ويكلف كل مدير وحدة إضافة إلى وظائفه التقليدية كالسلطة السلمية على مجموع الموظفين وحسن سير أنشطة الوحدة، السهر على تنسيق النشاطات والبرامج، وكذا تجسيد تعليمات المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية، والسهر على تنفيذ بنود مشروع المؤسسة وعقد الأهداف والنجاعة.

## 3- المندوبية الصحية

- وهي تمثل مصلحة ذات طبيعة عملية، توكل لموظف من المقاطعة الصحية له كفاءة بغرض مهمة دقيقة ومحددة، حيث تتكون كل مقاطعة صحية من ثلاث مندوبيات تتكفل بما يلي:
- مندوبية الاتصال والاعلام ومرافقة التكفل بالمريض، والشراكة والتوأمة: تكلف بمتابعة طلبات المرتفقين، المرضى وجميعيات المرضى، وتضمن معالجة انشغالهم، والعمل على تطوير كل وسائل الاتصال الممكنة بين المرضى والوحدات الصحية ومرافقة المريض في دوائر وشبكات العلاج، والعمل على وضع آليات للشراكة والتوأمة؛

- مندوبية التنسيق مع الشركاء الاجتماعيين: تكلف بضمان التواصل الدائم مع الشركاء الاجتماعيين، من خلال الاجتماعات الدورية المنظمة تجسيدا للحوار الاجتماعي في إطار التنظيم المعمول به.
- مندوبية الوقاية والسهر الصحي: وتكلف بوضع قيد التنفيذ البرامج الوطنية للصحة وتقييمها، وتنسيق نشاطات الوقاية بين مختلف وحدات المقاطعة الصحية.

#### 4- المجلس العلمي

- يتكون المجلس العلمي لكل مقاطعة صحية من:
  - المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية؛
  - رؤساء المجالس الطبية للوحدات الذين ينتخبون من نظرائهم في المجلس الطبي، الذي يتكون من:
    - بالنسبة لوحدات الصحة الجوارية: الممارسين المنسقين للمناطق الصحية وممثلين (02) للسلك شبه الطبي والمساعدين الطبيين ينتخبون من طرف نظرائهم؛
    - بالنسبة للوحدات الصحية الاستشفائية أو المتخصصة: من رؤساء المصالح وممثلين (02) عن السلك شبه الطبي والمساعدين الطبيين ينتخبون من طرف نظرائهم.
  - اثنان (02) من رؤساء المصالح الطبية للوحدات، ينتخبون من نظرائهم؛
  - الممارسين المنسقين مسؤولي المناطق الصحية الجوارية؛
  - طبيبان (02)، وجراح أسنان وصيدلي ينتخبون من نظرائهم؛
  - ممثلين (02) عن السلك شبه الطبي، ممثلين (02) عن سلك القابلات، ممثلين (02) عن سلك المساعدین الطبيين، ينتخبون من نظرائهم.
  - ممثلين (02) عن المصالح التقنية للدائرة الصحية.
- حيث يعتبر المجلس العلمي هيئة استشارية، تمثل مهمته في إبداء الرأي وتقديم الاقتراحات للمدير العام أو مدير المقاطعة الصحية حول: (جميع القضايا الطبية والتقنية المتعلقة بتنظيم وتسيير العلاجات والأنشطة الصحية، خاصة فيما يتعلق بمشاريع اقتناء التجهيزات الطبية، تهيئة المصالح، تنسيق الوسائل المرتبطة بالمرضى، مشاريع المصالح الطبية).

#### 5- اللجان التقنية

- كل وحدة من الوحدات التابعة للمقاطعة الصحية يزود بلجان تقنية استشارية هي:
  - لجنة المناوبة والاستعجالات وجودة العلاجات؛
  - لجنة النظافة والأمن؛
  - لجنة الأدوية والمنتجات الصيدلانية؛
  - لجنة العلاجات الوقائية؛
  - لجنة مكافحة العدوى الاستشفائية؛
  - لجنة اليقظة الصحية



## المطلب الثاني: عقد الأهداف والنجاعة

في الحقيقة أن محاولة إدراج هذه الأداة التسييرية الحديثة "عقد الأهداف والنجاعة" في المؤسسات العمومية الاستشفائية لم يكن في سنة 2018 من خلال إدراجه في المادة 301 من قانون الصحة التي نصت على: «يتم تمويل نشاطات المؤسسات العمومية للصحة على أساس عقود أهداف ونجاعة تصادق عليها المصالح المختصة لوزارة الصحة، وتحدد هذه العقود التزامات الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة وتنص على الوسائل الضرورية لإنجاز الأهداف المسطرة في المخطط الوطني للتنظيم الصحي، ويتعين على كل هيكل ومؤسسة عمومية للصحة إعداد عقود ومشاريع مصالحي إطار مشروع المؤسسة» (القانون رقم 11-18، 2018، صفحة 30).

وإنما سبقته محاولات قبل ذلك بأربع سنوات، عندما قام الأمين العام لوزارة الصحة بمراسلة مدراء الصحة والسكان بالولايات لإثراء مشروع عقد إنجاز الأنشطة "contrat de performance" (ارسالية الأمين العام بوزارة الصحة رقم 014، 2014). وتجسد ذلك فعليا، حيث التزمت كل مؤسسة عمومية للصحة بإبرام هذا العقد مع مديرية الصحة والسكان للولاية كممثلة لوزارة الصحة، تنفيذًا لرسالية وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (الارسالية 06 وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2014)

## الفرع الأول: مفهوم عقد الأهداف والنجاعة

من أهم ما جاء في تعليمة الأمين العام لوزارة الصحة وفقا (ارسالية الأمين العام بوزارة الصحة رقم 014، 2014): (تهدف هذه المقاربة "الأهداف/الإنجاز/الموارد" إلى التكيف مع المتطلبات الجديدة في مجال التسيير والتي ستشهد الاعتماد ابتداء مع حلول سنة 2014، عقد الأهداف والموارد والتحسيس بالمسؤولية، كما أن كل مورد يتم منحه يقوم على أساس تقييم مسبق وتحديد لنتيجة مرتقبة).

حيث تم العمل بهذا العقد خلال سنتي 2014 و2015 على مستوى كافة المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر ومنها المؤسسات العمومية الاستشفائية، غير أن التغيير الوزاري ورحيل الأمين العام لوزارة الصحة، توقف العمل بهذا العقد. إلى غاية سنة 2018 أين تم إعطائه صبغة قانونية أكثر من زاوية السند القانوني حيث أدرج على سبيل الالتزام في المادة 301 من قانون الصحة لسنة 2018 كما ذكرناها سابقا، أي يجب على كل مؤسسة صحية أن تبرم هذا العقد مع مديرية الصحة والسكان بالولاية ووزارة الصحة.

ويمكن تعريف عقد الأهداف والنجاعة كما يلي: «هو عبارة عن عقد بين كل مؤسسة عمومية صحية ومديرية الصحة والسكان بالولاية، يحدد توجهات كل مؤسسة وأهدافها والتزاماتها، وفي المقابل الموارد التي يجب أن تخصصها مديريات الصحة والسكان بالولايات تحت إشراف وزارة الصحة».

ويمكن تعريفه من الناحية الوظيفية حسب المادة 2 من إطار العقد وفقا (الارسالية 06 وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2014) بأنه: «موضوع العقد هو القيام والالتزام بالتكفل بالأنشطة المرتبطة بمهام المؤسسة المشار إليها في ملاحق العقد». أي أن كل مؤسسة تعد وتبرم عقد الأهداف والنجاعة، تلتزم فيه بتنفيذ الأنشطة التي تدخل في

اختصاصها، والتي يجب أن تحددها بدقة في بداية كل سنة، وأن تضع لها أهدافا واضحة وقابلة للقياس، في المقابل تضمن مديرية الصحة والسكان بالولاية كممثلة لوزارة الصحة بضمان التمويل الميزانياتي اللازم لإنجاز هذه الأنشطة.

### الفرع الثاني: محتوى عقد الأهداف والنجاعة

يحتوي في صفحته الأولى على تبيان أن هذا العقد مبرم بين المؤسسة العمومية للصحة "المعنية" ممثلة بمديرها، ومديرية الصحة والسكان "للولاية" ممثلة بمديرها، ويتكون من ثلاثة أجزاء مفصلة في 18 مادة، والتي نذكرها كما يلي: (الارسالية 06 وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، 2014)

#### أولا: الجزء الأول

تحت مسمى الباب الأول بعنوان "أساس العقد les fondements du contrat" ويظم مادتين هما:

- الإطار العام للعقد **Cadre général du contrat**: يذكر فيه عبارة "يهدف هذا العقد إلى إنجاز مجمل الأنشطة وذلك للسنة المالية ..."

- موضوع العقد **Objet du contrat**: يذكر فيه أن "موضوع العقد هو القيام والالتزام بالتكفل بالأنشطة المرتبطة بمهام المؤسسة المشار إليها في ملاحق العقد"

#### ثانيا: الجزء الثاني

بمسمى الباب الثاني بعنوان "مجال العقد Le champ du contrat"، ويظم المواد من 03 إلى 11 على النحو التالي:

- التوجهات الاستراتيجية: **Orientations stratégiques** وهنا يفترض أن تقوم كل مؤسسة بتحديد دقيق لتوجهاتها الاستراتيجية ضمن مخطط التنظيم الصحي الولائي والجهوي والوطني، ومجالات تطوير أنشطتها الصحية، تماشيا مع المتغيرات البيئية "الاجتماعية، الديمغرافية، الاقتصادية، الوبائية، التكنولوجية والقانونية".

- الالتزام المتعلق بالأهداف التي تم إحصائها والأنشطة في المؤسسة **Engagement concernant les**

**objectifs quantifiés et les activités dans l'établissement**: وهنا يكون التزام

ثنائي الأبعاد، الأول من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية من خلال التكفل بحجم النشاط كما تم تحديده في موضوع العقد، حيث يذكر جميع الالتزامات التي تكون على عاتقها بخصوص نشاطات العلاج والتجهيزات الثقيلة المرخصة من الوصاية بناء على أهداف محددة ومتفق عليها، مع إمكانية مراجعة هذه الأهداف بصفة دورية حسب المتغيرات التي قد تطرأ على مستوى نشاط المؤسسة من جهة، ومشاريع الأنشطة التي تتطلع لتطويرها خلال السنة الموالية من جهة أخرى. بالإضافة إلى تعهد المؤسسة باحترام التزاماتها، وكذا ارسال المعطيات والمعلومات المتعلقة بالعقد وتنفيذه كل ثلاثة أشهر إلى مديرية الصحة ليكون محل تقييم مشترك. وفي المقابل تضمن مديرية الصحة والسكان ممثلة لوزارة الصحة الدعم المالي السنوي مقابل أنشطتها، وكذا الدعم المالي الإضافي السنوي جراء كل النشاطات العلاجية الإضافية التي قد تقدمها المؤسسة زيادة على الأنشطة المحددة في العقد.

**Missions d'intérêt général** مهام المصلحة العامة وأنشطة العلاج المخصصة لأنشطة الوقاية

**et activités de soins consacrées aux activités de prévention**

في هذا الجزء تخصص المؤسسة العمومية الاستشفائية إمكانياتها المادية والبشرية وجوبا إلى ضمان تحقيق وخدمة المصلحة العامة في إطار العلاج الذي تخصصه لفئة معينة من الأنشطة الوقائية ضمن اختصاصها. وهذا توجه مهم نحو مبدأ "الوقاية خير من العلاج" الذي سيسمح بتخفيض التكاليف وتجنب الأوبئة وانتشارها وتخفيض تكاليف استيراد الأدوية والتجهيزات الطبية، من خلال إرساء ممارسات وتربية صحية سليمة لجميع شرائح المجتمع وبيئته عن طريق وسائل التوعية والتحسيس والبرامج الوطنية للوقاية.

**Objectifs en matière de qualité et sécurité** أهداف في مجال نوعية وسلامة العلاج والوقاية

**des soins, de prévention et gestion de risques**

على مشروع المؤسسة، الذي يجب أن يكون مقسم إلى مشاريع مصالح حسب اختصاص المؤسسة، حيث توضع فيه جميع الأنشطة التي تسمح بتقديم أفضل الخدمات الصحية، عن طريق ممارسات مهنية سليمة، لاسيما في مجال مكافحة العدوى الاستشفائية، وتسيير الأخطار، وتحسين نوعية العلاج، والتفكير المستمر بمشروع تحسين الاستعدادات، وذلك بتنظيم العلاج وتدرجه عبر مستويات ثلاثة "العلاجات القاعدية أو الأولية، العلاجات الثانوية، العلاجات ذات المستوى العالي" حسب المادة 18 من (القانون رقم 18-11، 2018)، وتحديد وضبط دقيق للإجراءات التي تساهم في التكفل الشامل والمستمر بالمرضى بهدف ضمان نوعية وفعالية العلاج.

**Gestion des ressources humaines et** تسيير الموارد البشرية وتسيير الموارد المالية

**financières** يجب أن تراعي المؤسسة العمومية الاستشفائية في تسييرها مواردها البشرية والمالية على النجاعة

"L'efficience" والفعالية "L'efficacité".

● فالنجاعة هي "الكفاءة L'efficience" وتعني حسب بيتر دراكر "Peter Drucker": (إنجاز مختلف الأنشطة بطريقة صحيحة) (رياض محمد، 2015، صفحة 7)، وهنا على المؤسسة العمومية الاستشفائية أن تحسن الاستخدام الأمثل لمواردها البشرية "التوظيف، الترقية، التقاعد، الوضعيات القانونية للموظفين، التعيينات والتكليفات، التكوين وتحسين المستوى... الخ"؛ وتسيير مواردها المالية "الميزانية الأولية والميزانيات المعدلة، عن طريق آليات الصفقات العمومية والمشتريات وتسيير المخزونات، واستغلال أمثل للتجهيزات". بهدف تخفيض التكاليف وربح الوقت والجهد والمال.

● أما الفعالية "L'efficacité" حسب بيتر دراكر "Peter Drucker" فتعني أداء الأعمال والأنشطة الصحيحة. (رياض محمد، 2015، صفحة 10) أي أن الفعالية تقيس قدرة المؤسسة على تحقيق الأهداف التي تم تحديدها مسبقا. وهنا على المؤسسة العمومية الاستشفائية أن تقوم بإعداد مدونة معايير إنجاز المهام (أنشطة العلاج، أنشطة عمليات الإدارة، أنشطة التسيير المالي... الخ)، وتوصيف الوظائف بدقة مثل: (وظائف مكاتب مديرية الموارد البشرية، وظائف مكاتب مديرية المالية والوسائل، وظائف مديرية المصالح الصحية، وظائف مديرية

صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة، وظائف المجلس الطبي واللجان التقنية، وظائف مختلف المصالح الاستشفائية والتقنية ومصالح الدعم... الخ)، حتى يسهل لجميع الموظفين تحقيق أنشطتهم بشكل صحيح.

- **تقديم ونقل المعلومات Production et transmission d'information**: تماشيا مع تحقيق الأهداف المحددة مسبقا ضمن التوجهات الاستراتيجية، يجب أن تلتزم المؤسسة العمومية الاستشفائية بوضع وتفعيل جميع دعائم التسيير التقليدية "السجلات والوثائق" و"البرامج الإلكترونية، والأنترنت والأنترانت، البريد الإلكتروني، وسائط التواصل الاجتماعي" من أجل تقديم معطيات ومعلومات إلى مديرية الصحة والسكان ووزارة الصحة وجميع الهيئات حسب الاختصاص بصفة دورية في شكل تقارير، تراعى فيها احترام آجال الوقت وموثوقية وصدق هذه البيانات. مثل (الوضعيات المالية كل ثلاثة أشهر "نسبة استهلاك الاعتمادات حسب طبيعة النفقات، نسبة تحصيل الإيرادات، نسبة الالتزامات، نسبة أوامر الدفع وأوامر الصرف والتصفية المالية... الخ"؛ حصيلة عمليات الموارد البشرية "نسبة الغيابات، عدد مناصب التوظيف، عدد الترقيات الداخلية في الرتب وفي الدرجات، عدد الموظفين الذين تلقوا تكويننا، عدد النزاعات وتسويتها"؛ حصيلة النشاطات الصحية "عدد العمليات الجراحية حسب التخصص لكل طبيب، عدد الفحوصات المتخصصة، عدد المرضى الذين تم استشفائهم، عدد الأنشطة شبه الطبية "التضميد، اللقاح، التجبيس... الخ"؛ حصيلة تسيير المواد والوسائل والتجهيزات "تكلفة يوم التغذية، تكلفة البياضة لكل مريض، استهلاك الوقود اليومي، نسبة حدوث الأعطاب، تكلفة الصيانة الدورية ونسبة المفقودات من الأشياء"؛ حصيلة الاستثمارات "نسبة تحقيق المشروع أو المشاريع طور الإنجاز، مدة التأخر مقارنة بآجال الانجاز، نسبة تقدم الأشغال... الخ"؛ نسبة استهلاك الأدوية حسب كل مصلحة، نسبة نهاية صلاحية المنتجات الصيدلانية، قيمة مخزون الأدوية، أعمال أنشطة الوقاية، أنشطة النظافة الاستشفائية، أنشطة الاستعجالات والمناوبة، أعمال الصيانة الوقائية والصيانة العلاجية، حالة تسيير الأدوية، مؤشرات متعلقة بفعالية الأنشطة العلاجية "عدد الأسرة، نسبة الوفيات، نسبة إعادة القبول، نسبة تحويل المرضى، نسبة انتشار العدوى الاستشفائية... الخ"، ومؤشرات متعلقة بالأنشطة "عدد المرضى المقبولين، عدد الأيام الاستشفائية، نسبة شغل الأسرة، معدل مدة الإقامة الاستشفائية، نسبة دوران الأسرة... الخ").

- **مشروع تسيير Projet de gestion**: تلتزم المؤسسة العمومية الاستشفائية بتحسين أداء وفعالية نظامها، وبالتالي تطوير وسائل التوجيه والمقارنة اللازمين، وتحسين النظافة الاستشفائية والمحيط الداخلي لها. ويتم تحسين الأداء من خلال العمل بخطط تفصيلية لكل مجال من مجالات نشاطها مثل: (خطة تسهيل الحصول على الفحوصات المتخصصة، خطة التكفل بالاستعجالات، خطة التسيير المالي للإبرام الصفقات والاتفاقيات، خطة حساب تكاليف تقديم الخدمات، خطة تسيير المخزونات المختلفة، خطة تسيير الأجهزة وصيانتها، المخطط التوقعي لتسيير الموارد البشرية، مخطط الانضباط، مخطط تسيير الأخطار، مخطط الأمن الداخلي، بروتوكول النظافة الاستشفائية، بروتوكول نظافة المحيط الداخلي، خطة الحوار الاجتماعي، خطة... الخ) حيث يجب أن يعتمد في إعداد هذه الخطط الفرعية على الأبعاد التالية: (تحديد تخصصات النشاط بوضوح، تحديد الصعوبات وتوصيفها

بدقة، الإجراءات التي يجب اتخاذها لفترة زمنية معينة متفق عليها، تحديد المهام والأنشطة للمتدخلين لتحمل المسؤولية، الجدول الزمني للتنفيذ، التقييم الدوري "الفارق/التصحيح"، التقييم النهائي عند انتهاء الآجال الزمني).

### شروط تقديم العلاج والعلاقة بين مؤسسات الصحة **Conditions d'accès aux soins et la relation entre les établissements de santé**

يجب أن تعمل المؤسسة العمومية الاستشفائية جاهدة وباستمرار على اتخاذ جميع التدابير في نطاق مشاركة جميع الفاعلين (إدارة، أطباء، ممرضين...) التي تسمح لها بتقديم خدماتها للمرضى بشكل جيد، سواء تعلق بالخدمة الجوهر المتمثلة في التشخيص والعلاج، أو في الخدمات التكميلية المتمثلة في الفندقية والتحليل والأشعة وتقديم المعلومات للمرضى ومرافقيهم، وبرامج التثقيف الصحي... الخ. بالإضافة إلى ضرورة ضمانها لجميع الإجراءات والخدمات الخاصة بنقل وتحويل المرضى من مصلحة إلى أخرى ومن مؤسسة إلى أخرى مع ضمان إعلامه مسبقا بجميع هذه الإجراءات. كما يجب على المؤسسة العمومية الاستشفائية أن تعتمد في علاقاتها الوظيفية مع المؤسسات الصحية الأخرى، عن طريق العقود التالية:

- **التعاون La coopération**: يعرف هذا النوع من العقود بأنه: «اتفاق ينشأ ضمن أفق بعيد المدى، يحدث تفاعلا بين عنصرين تنظيميين مستقلين، يضعان وسائلهما معا لتحقيق أهداف مشتركة» (بن فرحات، 2017-2018، صفحة 84). أي على كل مؤسسة عمومية استشفائية أن تبحث عن عقود تعاون مع مؤسسات صحية أخرى في نفس الولاية أو خارجها، في إطار اتفاق مشترك يحدد الوسائل المسخرة والأهداف المرجوة لكل منهما، في الاختصاصات والأعمال التي لا يمكنها أن تقوم بها بإمكانياتها نظرا لنقص الأطقم المؤهلة أو انعدام التجهيزات الطبية الحديثة أو قلة الخبرة التخصصية. وهذا ما ذكر في قانون الصحة لسنة 2018 في مادته 265 التي فيما تنص في بعض فقراتها على: «تكامل نشاطات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل في جانبها الطبي والاجتماعي، مساعي تشخيصية وعلاجية تركز على اتفاقات ذات فائدة طبية فعلية مقيمة ومحينة بانتظام» (القانون رقم 18-11، 2018، صفحة 27)
- **التكامل بين القطاع العمومي والخاص**: من خلال تسخير وسائل المؤسسة العمومية الاستشفائية و/أو مؤسسة صحية خاصة للعمل الصحي المشترك في إطار اتفاقات مسبقة تحدد بدقة الوسائل والأهداف وعدد المتدخلين والجانب الاقتصادي لهذا الاتفاق.
- **العمل القطاعي المشترك**: والذي يكون بين المؤسسة العمومية الاستشفائية والقطاعات ذات الاهتمام المشترك مثل قطاع التجارة لمراقبة محلات الأطعمة والمواد الغذائية، قطاع المياه لضمان ومتابعة مستمرة لشبكة المياه، قطاع الداخلية والجماعات المحلية... الخ.
- **مساهمة الحركة الجموعية والتعاضدية**: ويكون ذلك من خلال اتفاقات مبرمة بغرض المساهمة في بعض الأنشطة الصحية خاصة الوقائية والتثقيفية والاجتماعية، من خلال برامج التوعية، والمرافقة الاجتماعية والنفسية للمرضى. ويعتبر هذا من بين الآليات التي تركز عليها المنظومة الوطنية للصحة حسب ما جاء في نص المادة 265 من قانون الصحة لسنة 2018.

● **شبكات العلاج:** تقوم هذه المقاربة على ضرورة اعتماد منظومة الشبكات في تقديم الخدمات الصحية، وهذا أيضا يعتبر من أهم المرتكزات التي تقوم عليها المنظومة الوطنية للصحة، وفقا للمادة 265 من قانون الصحة لسنة 2018، حيث عرفت شبكات العلاج ب: « الشبكة هي شكل تنظيمي لمجموعة من المهنيين من تخصصات وهياكل مختلفة، وبعد تعريفهم بشكل مشترك لمجموعة من الأهداف، عملوا عن طريق التفاوض على وضع قواعد للممارسات والتكيف المتبادل التي تبدوا لهم مسبقا الأفضل ضمانا للنتائج المنتظرة من التكفل بمجتمع ما على حيز جغرافي معين» (Perrot & Deroodenbeke, 2005, p. 345) هذا التعاقد في إطار شبكة العلاج يمكن المريض من الحصول على ممارسات صحية منسجمة وموحدة، كونه لا يتجه في الأصل للممارس الصحي بل إلى الشبكة الصحية في حد ذاتها، وهو ما يضمن له استمرارية التكفل بمتطلباته الصحية المختلفة. (بن فرحات، 2017-2018، صفحة 85)

● **التوأمة Le jumelage:** يقع على عاتق المؤسسات العمومية الاستشفائية خاصة تلك الواقعة في الهضاب العليا وجنوب الجزائر، أن تسعى لعقد توأمة مع المراكز الاستشفائية الجامعية أو المؤسسات العمومية الاستشفائية الواقعة في مناطق الشمال والتي تحتوي على تخصصات عديدة، حيث تشتمل ميادين التوأمة التكفل الطبي بالمرضى والوقاية والبحث، لا سيما في إطار الدراسات الباثية والتكوين المتواصل للمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين والقابلات وأعاون التخدير والانعاش، وكذا إطارات الإدارة والتسيير وصيانة التجهيزات الطبية. وذلك وفقا للقانون (مرسوم تنفيذي رقم 16-197، 2016)

- **الجانب المالي الإضافي للعقد Elément financier additionnel du contrat:** إذا أثبتت أي مؤسسة عمومية استشفائية نجاحها خلال السنة، واستطاعت أن تحقق أنشطة وتقدم خدمات صحية غير تلك التي ذكرتها عند بداية عقد الأهداف والنجاعة، ولكن خلال السنة ارتأت أن تقوم ببعض الخدمات الصحية الإضافية، فإن هذا يكون محل دعم من طرف الوزارة عن طريق ضخ اعتمادات مالية إضافية بعد تقديم المبررات المرتبطة بالأنشطة التي قامت بها.

### ثالثا: الجزء الثالث

بمسمى الباب الثالث بعنوان "وضع العقد حيز التنفيذ La mise en œuvre du contrat" من خلال المتابعة والتقييم والمراجعة والتغذية العكسية، ويظم المواد من 12 إلى 18 على النحو التالي:

- **متابعة العقد Suivi du contrat:** في هذا الجزء تلتزم المؤسسة العمومية الاستشفائية بتقديم تقرير سنوي شامل عن جميع الالتزامات التي عقدتها مع مديرية الصحة والسكان للولاية كممثلة لوزارة الصحة، حيث يفترض أن يذكر في هذا التقرير جميع الأهداف واجراءات التنفيذ والتزامات المسؤولين عن التنفيذ وحجم النفقات والايرادات وتطور الأنشطة المقدمة مقارنة بالتوجهات الاستراتيجية والأهداف المحددة مسبقا.

- **مراجعة العقد Révision du contrat:** نتيجة للتقييم الدوري لتقدم تنفيذ الأنشطة، يمكن مراجعة عقد النجاعة والأهداف سواء من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية أو من طرف مديرية الصحة والسكان، وذلك

كلما ظهرت متغيرات مالية أو وبائية أو تقنية أو وظيفية أو استثمارية جديدة خلال مراحل تنفيذ العقد. وهذا ما يجعل العقد يتصف بالمرونة.

- **توقيف وفسخ العقد Suspension et résiliation du contrat:** بحكم أن مديرية الصحة والسكان للولاية هي الوصاية المحلية الأولى عن أنشطة المؤسسة العمومية الاستشفائية، فعندما تتأكد من وجود تجاوزات خطيرة تمس بسمعة خدمات الصحة العامة أو تجاوزات مالية أو وظيفية، يمكنها أن تلغي عقد النجاعة والأهداف كله أو جزء منه، باستثناء الأهداف التي حددتها مديرية الصحة والسكان ضمن التوجهات الاستراتيجية للخدمة الصحية، وسيكون ذلك محل تقييم يقدم لهيئة مركزية بوزارة الصحة تسمى "المفتشية العامة".

- **انتهاء صلاحية العقد Cessation d'effet du contrat:** بطبيعة الحال وبحكم أن المؤسسات العمومية الاستشفائية هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري، تحكمها السلطة العامة التي تضبطها الميزانية العامة للدولة، والتي من أهم مبادئها "سنوية الميزانية" وبالتالي ينتهي عقد النجاعة والأهداف عند نهاية كل سنة مالية.

- **النتائج المترتبة عن عدم التكفل بالتزامات العقد Les conséquences du non-respect des engagements du contrat:** يبين هذا الجزء مدى احترام الالتزامات التعاقدية من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية مع الوزارة ممثلة في مديرية الصحة والسكان، والتي يجب أن تعد تقريرا مفصلا عن عدم تحقيق الأهداف التي تم تحديدها مسبقا وأسباب الفشل، ويترتب عنه تقييم من طرف وزارة الصحة ويفترض أن تتخذ قرارات ضد المؤسسة أو المسؤولين عن تنفيذ عقد النجاعة والأهداف.

- **تجديد العقد Renouvellement du contrat:** تماشيا مع تنفيذ بنود عقد النجاعة والأهداف يمكن للمؤسسة العمومية الاستشفائية أن تقدم طلبا لدى مديرية الصحة والسكان لتجديد العقد، وذلك بعدما تقوم مديرية الصحة والسكان بتقييم أنشطة هذه المؤسسة ومدى تحقيقها للأهداف المرسومة وتجسيدها للخطط الموضوعة.

- **مدة العقد وبدء سريانه Durée du contrat et entrée en vigueur:** يمكن أن يبرم عقد النجاعة والأهداف لمدة سنة أو أكثر، ويصبح ساري المفعول ابتداء من تاريخ امضائه من طرفي العقد (المؤسسة العمومية الاستشفائية/ مديرية الصحة والسكان بالولاية).

### المطلب الثالث: مشروع المؤسسة ومخطط النشاط

إن من مميزات المناجمنت الحديث ومن بينها الإدارة بالأهداف، الاعتماد على مشاريع المؤسسة في تنفيذ النشاطات المختلفة للمؤسسات، وذلك من أجل تعبئة الموارد والوسائل اللازمة لنجاحها، ونميز ثلاث مجالات أساسية لمشاريع المؤسسة العمومية الاستشفائية وهي: (المشاريع الطبية مثل الاستعجالات الطبية والجراحية وأعمال العلاج والاستشفاء، المشاريع الإدارية المتعلقة بالتسيير الإداري والمالي، والمشاريع التقنية المتعلقة بتسيير التجهيزات والصيانة وغيرها). تهدف هذه المشاريع، إلى تحقيق أكبر تجنيد للموارد البشرية والمادية وضبطها مع الأهداف العامة للمؤسسة.

حيث يعتبر مشروع المؤسسة بالإضافة إلى لوحة القيادة وبعض مؤشرات التسيير آليات أساسية لتجسيد عقد

النجاعة والأهداف "عقد إنجاز الأنشطة". (مذكرة وزير الصحة رقم 01، 2014)

### الفرع الأول: مشروع المؤسسة

ألزمت المادة 290 من قانون الصحة (القانون رقم 18-11، 2018) كل مؤسسة صحية بما يلي: «يتعين على كل هيكل ومؤسسة تضمن خدمة عمومية صحية، إعداد مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة اللذين يجب أن يندرجا ضمن الأهداف الوطنية أو الجهوية أو المحلية في مجال تنمية الصحة».

#### أولاً: تعريف مشروع المؤسسة العمومية الاستشفائية

عرّف دليل إعداد مشروع مؤسسة استشفائية الذي أعدته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في إطار التعاون مع الاتحاد الأوروبي ضمن برنامج دعم قطاع الصحة، مشروع المؤسسة الاستشفائية بأنه: «أداة رؤية استراتيجية لمستقبل المؤسسة، يتم إعداده للتوجه الإيجابي بالاعتماد على البيانات، وتنقسم هذه الرؤية الاستراتيجية إلى خطط سنوية أو متعددة السنوات أو خطط تشغيلية، ويتم إعداده في إطار فرق عمل ولا يمكن أن يكون عملاً معزولاً عن الخبراء». (Ministere de la santé, de la population et de la réforme hispitliere, 2013)

إذاً، مشروع مؤسسة عمومية استشفائية حسب التعريف أعلاه، يتضمن أربعة أبعاد مهمة في التسيير الحديث لهذه المؤسسات، وهي:

- **رؤية استراتيجية:** أي نظرة للمستقبل، إذ لا يجب أن يقتصر دور هذه المؤسسة على تقديم خدمات صحية سنوية فقط، وإنما يجب أن تهتم بالمستقبل حتى تتكيف مع المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والوبائية والديمقراطية والتكنولوجية التي تحدث في البيئة المحيطة بها.
- **خطط وأهداف:** يجب على المؤسسة العمومية الاستشفائية أن تعتمد على تقديم مختلف خدماتها الصحية والوقائية، على خطط سنوية أو متعددة السنوات تحدد فيها الأهداف والمهام والصلاحيات والوسائل بدقة.
- **المشاركة كأحد أهم قيم المؤسسة:** يجب أن يتم إعداد مشروع المؤسسة العمومية الاستشفائية بالاعتماد في الدرجة الأولى على مبدأ مشاركة جميع العاملين والفاعلين، بداية من التشخيص وتحديد الأهداف ووضع نظم العمل وآليات التقييم والمراجعة والمكافأة والتحفيز. ويمكن الاعتماد على ذلك بأهل الاختصاص والخبراء في هذا الميدان.

#### ثانياً: مكونات مشروع مؤسسة عمومية استشفائية

يعتبر مشروع المؤسسة خطوة مهمة للمؤسسة العمومية الاستشفائية، لأنه يرمي إلى تشخيصها وتعبئة مواردها المختلفة، والتكيف مع محيطها الخارجي. وهو عادة ما يعتمد على أساس مشاريع مصلحية، من خلال تحديد الأهداف العامة للمؤسسة في المجال الطبي وشبه الطبي، وفي مجال السياسة الاجتماعية، ومخططات التكوين وتسيير نظام الإعلام والاتصال، فهو يوضح وسائل الاستشفاء، المستخدمين، والتجهيزات بمختلف أنواعها وأشكالها، والتي على المؤسسة توفيرها حتى تحقق الأهداف المرجوة. (تفاح، 2004-2005، صفحة 2)

يتكون مشروع المؤسسة من عدة مشاريع فرعية تحدد مجالات عديدة التي تحدها على النحو التالي: (Ministere de la santé, de la population et de la réforme hispitliere, 2013) مشروع الرعاية الطبية، مشروع الرعاية التمريضية، مشروع التكوين، مشروع البحث، مشروع الجودة، مشروع هيكل المؤسسة



ومشروع التجهيزات والصيانة، المشروع التسييري والموارد البشرية، المشروع المالي، مشروع نظم معلومات المؤسسة، المخطط التشغيلي.

### 1- المشروع الطبي: يجب أن يجيب على الأسئلة التالية

- أليس من الممكن إنشاء مسارات الرعاية الطبية (عن طريق علم الأمراض أو مجموعة من علم الأمراض)؟
- كيفية تحسين التواصل مع طب المدينة؟
- هل للمستشفى دور في الفحص؟
- ألا توجد إمكانية لتوحيد الخدمات أو نقلها أو الاستعانة بمصادر خارجية لأنشطة معينة؟
- هل تطبيق التقنيات الجديدة والعلاجات المبتكرة ممكن؟
- هل يمكننا تطوير المعامل والوحدات البحثية؟
- هل يتوافق الهيكل مع تدفقات المرضى؟
- هل يمكننا إنشاء مستشفى نهارى، وغرفة عمليات نهارية، وما هي العمليات التي تتضمن فترات انتظار، وكيف يمكن تحسينها؟
- هل يمكن تحسين أداء الأقسام التقنية (الأشعة، المخبر)؟
- كيف يمكن أن يتأثر تدفق المرضى في قسم الطوارئ؟
- ويمكن طرح أسئلة إضافية تتعلق بممارسة الأطباء في المؤسسة العمومية الاستشفائية، وعند التفكير في إيجاد أجوبة لها، يعتبر وضع مشروع فرعي طبي ضمن مشروع المؤسسة.

### 2- مشروع التمريض: يتضمن المفاهيم التالية

- تحسين ملف الشبه الطبيين ومحتوياته، وترسيخ مفهوم استلام وتسليم المهام بين الفرق التمريضية؛
- تطوير التعليم المستمر: المهني والتمريض والإدارة (استخدام أدوات تكنولوجيا المعلومات)؛
- تطوير علاج النطق والعلاج الطبيعي والتغذية مع ظهور الأمراض غير المعدية؛
- ترتيب ساعات عمل تتلاءم بشكل أفضل مع احتياجات تشغيل المستشفى واحتياجات المرضى؛
- التنقل اليومي للمرضين حسب الأسرة المشغولة في المنشأة وليس المصلحة.

### 3- المشروع اللوجستي: يجب أن يتضمن على الأقل الاجراءات التالية:

- تحديد أولويات البناء والصيانة وإعادة التهيئة؛
- وضع خطة تجديد لمختلف الخدمات التي سيتم توحيدها من حيث الهندسة المعمارية والوظائف واختيار المواد؛
- اقتراح إعادة توزيع الهياكل بشكل مثالي مع التبادل المحتمل للخدمات. والعمل المشترك مع المشروع الطبي؛
- تحديد إعادة تخصيص الهياكل التي سيتم تحريرها بواسطة الخدمات المطلوبة للتحويل؛
- تحسين تحركات الأشخاص الداخلية في المستشفى مع احترام دوائر المريض؛

**4- مشروع نظام المعلومات الاستشفائي: يدرج فيه النقاط التالية:**

- يعد نظام المعلومات أداة أساسية، ولا يعني تنفيذه نقل الممارسات الحالية في بيئة تكنولوجية، بل يجب أن يساهم في تغيير العادات وتحسين العمليات الداخلية.
- تحديد الاحتياجات من المعلومات؟
- كيف يتم علاجه واستخدام المعلومات لتحسين القرارات الطبية والإدارية والتنظيمية؟
- تطوير الملف الطبي للمريض (ملف مشترك)؛
- خطة التدريب على استخدام الإعلام الآلي والبرامج الالكترونية وشبكة الأنترنت؛

**5- مشروع التسيير: يتضمن ما يلي:**

- استخدام المحاسبة التحليلية، التي ستوفر مختلف البيانات التي تدعم اتخاذ القرار؛
- تدريب مستمر للموظفين الإداريين؟
- تحسن ظروف وشروط استقبال المريض؟
- أمانة مشتركة لعدة إدارات، من أجل التنسيق الجيد والتواصل السريع والفعال؛
- التعامل مع الشكاوى الداخلية والخارجية بجدية؛
- تطوير لوحة القيادة الإدارية؛
- إعداد وتطوير خارطة طريق مصادق عليها من قبل مجلس الإدارة؛
- تفعيل الحوار مع الشركاء الاجتماعيين؛

**6- مشروع الجودة: يمكن أن يحتوي منهج الجودة على 5 محاور رئيسية، ثم ستختار الإدارة بينها المحاور الأكثر صلة**

وذات الأولوية تزامنا مع الوضع الحالي للمؤسسة:

- معايير البنية التحتية والموظفين؛ وهذا يسمى ببعد الملموسية في الدراسات النظرية المتعلقة بالجودة.
- الاعتمادية: والتي تعني التمكن في الجوانب الفنية "الطبية والتمريضية، والإدارية والتقنية" ودرجة كفاءة وجدارة مقدميها، ومستوى التأثير الإيجابي الذي يحدثونه في المريض ومرافقيه، وصورة خدماتهم ومنظمتهم في المجتمع.
- الاستجابة والتعاطف: تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم وخلفيتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل الكادر العامل بالمنظمة الصحية مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار الملائم أو المناسب وغير مزعج.
- التي تؤدي إلى شعور المريض بالراحة والاطمئنان عند التعامل مع المنظمة الصحية وكوادرها الطبية المختلفة، كما تشمل دعم وتأييد الإدارة العليا أثناء قيامهم بتقديم الخدمات العلاجية للمرضى، وإبداء الاستعداد لتقدير المواقف، وتقدير الجهد المبذول في العمل
- وصف مختلف الإجراءات؛
- إدارة المخاطر؛ وهذا يسمى ببعد الضمان في الدراسات النظرية المتعلقة بالجودة.

**7- المخطط التشغيلي:** إنها مهمة إدارية ووثيقة مراقبة وتقييم للتطبيق، وتتألف من:

- مراحل التنفيذ والجدول الزمني والتواريخ؛
- المسؤول (المسؤولون)، والمواعيد النهائية؛
- تقدير التكاليف؛
- تقييم التقدم (مؤشرات الأداء)؛

**الفرع الثاني: مخطط الأنشطة**

مخطط الأنشطة (أو برنامج 24 نقطة) هو عبارة عن خطة التزام، الغرض منها إعادة تأهيل المستشفيات، ويتكون من 24 مجال تلمس أهم المحاور الرئيسية في المؤسسات العمومية للصحة.

يسمى كذلك ببرنامج النشاط Programme d'action، والذي يعتبر الخطة التشغيلية السنوية، المنبثقة من أدوات الإدارة بالأهداف في المستشفيات العمومية (عقد إنجاز الأنشطة، مشروع المؤسسة)، كما أنه يمثل مصدر المعلومات للوحة القيادة ومؤشرات التسيير والفعالية.

ويمكن تعريفه بأنه: "مجموعة الأهداف التي تعبر عن مختلف النشاطات الإدارية والصحية واللوجستية والصيانة المزمع القيام بها خلال سنة".

حيث تم اعتماد هذا البرنامج بعد اللقاء الوطني الذي جمع وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع مدراء الصحة (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2013)، أين أعطى تعليمات مباشرة لهم لتطبيق هذا البرنامج والتي يحتوي على النقاط التالية:

**أولاً: على مستوى مديرية الصحة والسكان:**

- تشمل نقطتين تتعلقان بما يلي:
- تسيق ومتابعة الأنشطة الصحية على مستوى الولاية؛
- ضرورة عقد اجتماعات أسبوعية بين مديرية الصحة والسكان لكل ولاية وجميع مدراء المؤسسات العمومية للصحة، إعداد الخارطة الصحية للولاية.

**ثانياً: على مستوى كل مؤسسة عمومية صحية**

تشمل 22 نقطة مقسمة حسب المجالات الستة (6) التالية:

- مجال استقبال وتوجيه مستعملي مرفق الصحة، شروط الإقامة والتكفل بالمرضى: تشمل النقاط التالية: (ضمان الاستماع الجيد للمواطنين والإجابة على كل الانشغالات المطروحة من طرف المواطنين، إعلام المواطنين من خلال نشر قوائم المناوبة، تنظيم زيارات المرضى، إعداد تنظيم مصلحة الاستعجال، ضمان استقبال مستعملي المرفق الصحي من طرف مختصين وليس من طرف أعوان أمن، التخفيف من الإجراءات الإدارية للتكفل بالمرضى)؛

- مجال تحسين النظافة والمحيط الاستشفائي: تشمل النقاط التالية: (إعادة تهيئة المطبخ حسب مقاييس النظافة الضرورية، ضمان المراقبة الدورية لنظافة الأماكن والأجهزة والموظفين، إعادة تهيئة مواقف السيارات لضمان انسيابية المرور داخل المؤسسات، ضمان إضاءة كافية في جميع أنحاء المؤسسة، الاستعانة بأطراف خارجية لتهيئة الأماكن)؛
- مجال توفر الأدوية والمواد الصيدلانية: تشمل النقاط التالية: (ضمان توفر منتظم للأدوية والمواد الصيدلانية والأمصال واللقاحات، ضمان طلبيات الدواء والأمصال واللقاحات في الوقت المناسب مع الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور، إعداد احتياجات المؤسسة حسب المصالح)؛
- مجال ظروف العمل وأجور الموظفين: تشمل النقاط التالية: (ضمان الألبسة والبطاقات المهنية، الامتثال لأوقات العمل، تنظيم وضمان الرواتب والأجور بشكل دائم، احترام القواعد القانونية التي تنظم النشاط التكميلي، توفر جميع السجلات المحددة عن طريق التنظيم، ضمان السلامة المهنية لجميع العاملين)؛
- مجال المعلومات والإعلام الآلي في مرافق الصحة: وتشمل كل ما تعلق بتطوير رقمنة المرافق الصحية؛
- مجال الحوار الاجتماعي: وتشمل النقاط التالية: (الاستماع المستمر والحوار الدائم مع الشركاء الاجتماعيين، خلق قنوات للمعلومات والاتصالات مع الشركاء الاجتماعيين).

### الخلاصة:

لقد شهدت المؤسسات العمومية الاستشفائية تغييرات جذرية عبر ثلاثة مراحل رئيسية مرت بها، كان الهدف منها تفعيل العمل الإداري بهدف الاستغلال الأمثل للإمكانات المادية والبشرية لكل مؤسسة.

لذلك، تحتاج المؤسسات العمومية الاستشفائية لأدوات إدارية حديثة من أجل أن تبلغ الأهداف التي وجدت من أجلها، فحرصت وزارة الصحة على تكريس بعض آليات حديثة تم إدراجها في قانون الصحة لسنة 2018، تمثلت تحديدا في : (عقد النجاعة والاهداف، مشروع المؤسسة، مخطط الأنشطة)، وتشكل هذه الأخيرة بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة عموما وللمؤسسات العمومية الاستشفائية خصوصا فرصة للتأقلم مع متطلبات المحيط وضغوط وتنامي الحاجات الصحية باستمرار، وبالتالي التوجه نحو إدارة استشفائية حديثة تعتمد على النتائج والأهداف، حيث يجب أن يكون استخدام هذه الآليات بالاعتماد على الإجراءات التالية:

- إن عملية تطبيق عقد النجاعة والاهداف ومشروع المؤسسة ومخطط الأنشطة، تستدعي تأهيل مختلف الأطراف الفاعلة في العملية؛
- ضرورة إجراء تشخيص لواقع كل مؤسسة استشفائية، وتحليل عروض العلاج ومدى توافقها مع احتياجات السكان اعتمادا على مؤشرات صحية وديمغرافية ووبائية؛
- ضرورة مشاركة مسؤولي المؤسسات العمومية الاستشفائية في تحديد التوجهات العامة للاستراتيجية الصحية؛
- وضع نظام تحفيزي فعال، يعتمد فيه التعيين في المناصب العليا على الكفاءة والنزاهة في تجسيد آليات الإدارة بالأهداف؛

# الفصل الخامس

الدراسة الميدانية لدور الإدارة

بالأهداف في تحسين جودة

الخدمات الصحية بالمؤسسات

العمومية الاستشفائية في ولاية

الشلف

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

### تمهيد

في هذا الفصل سنحاول تشخيص واقع تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية السبعة (07) محل الدراسة والموجودة في ولاية الشلف، من خلال إبراز إمكانياتها المادية والبشرية، وكذا تقديم تشخيصا لها بالاعتماد على التحليل الرباعي (SWOT)

كما سيتم التطرق إلى تحليل بيانات الدراسة الميدانية، التي جمعناها من مصادر متعددة (الاستبيان المقابلة، وثائق وتقارير، قوانين وتعليمات)، للوقوف على ممارسة الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية، ثم سيتم اختبار الفرضيات بالاعتماد على برنامج التحليل الاحصائي SPSS version 26، وبناء عليها نبين نتائج الدراسة، ونحاول تقديم بعض التوصيات والمقترحات التي يمكن أن تساهم في التطبيق الجيد للإدارة بالأهداف وتفعيل هذه المقاربة التسييرية في المستشفيات الجزائرية بهدف اعتمادها كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية.

كما سنحاول في هذا الفصل، دراسة أثر استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة كمجتمع للدراسة، ويمكننا القول إن هذه الدراسة في هذه المؤسسات تعتبر عينة جد معبرة لدراسة هذا الموضوع في المنظومة الوطنية الصحية بالجزائر، وذلك لأسباب عديدة أهمها:

- أن كل المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر لها نفس منهج التسيير المعتمد على القوانين واللوائح التنظيمية المبنية على قواعد القانون الإداري؛
- تنتهج هذه المؤسسات نفس قواعد التسيير المالي (المراقبة المالية، المحاسبة العمومية)؛
- تتبع هذه المؤسسات نفس قواعد الأداء الوظيفي أي تقديم نفس الخدمات الصحية على اختلاف التخصصات فقط؛

وهذا يجعل نمط تسييرها موحد ضمينا، فقط تختلف من حيث الهيكل التنظيمي بالنظر للفروقات بين المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية.

### المبحث الأول: المؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

سنعرض تقدما للمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف محل الدراسة، وفي الجزء الثاني سنتطرق إلى معالجة البيانات وتحليلها وتفسيرها، بهدف استخلاص نتائج الدراسة وتقديم بعض التوصيات التي نرى أنها كفيلة بتطبيق جيد لأسلوب الإدارة بالأهداف كأحد مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة بالجزائر.

### المطلب الأول: تقديم عام للمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

تتربع الخارطة الصحية بولاية الشلف على سبعة (7) مؤسسات عمومية استشفائية، وستة (6) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، ومؤسسة استشفائية متخصصة وحيدة في الأمراض العقلية، موزعة عبر تراب الولاية، والتي سنبين من خلالها مستوى التغطية الصحية والموارد البشرية بصفة عامة، ثم نفصل في مكونات وامكانيات كل مؤسسة عمومية استشفائية بولاية الشلف على حدى.

### الفرع الأول: الإمكانيات البشرية والمالية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

تتوفر ولاية الشلف على سبعة (7) مؤسسات عمومية استشفائية موزعة على تراب الولاية آخذة في الحسبان التقسيم الجغرافي، من أجل توفير أهم التخصصات الطبية والجراحة القاعدية مثل: (طب الأطفال، طب النساء والتوليد، جراحة العظام والرضوض، الجراحة العامة، الطب الباطني... الخ)، حيث سنتناول بالتفصيل المكونات البشرية والمالية لكل مؤسسة والمقاطعات الجغرافية التي تغطيها.



الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

الجدول رقم (5-1): المصالح الصحية والموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

| المقاطعة الجغرافية                                      | عدد الأسرة | التأطير الطبي والتمريضي والإداري والمهنيين |         |          |           |         | المؤسسات الاستشفائية                                 | الرقم |
|---|------------|--|---------|----------|-----------|---------|--|-------|
|   |            | الأخصائيين                                 | العامون | المريضين | الإداريين | التمريض |  |       |
| دوائر (الشلف، واد الفضة، الكريمة)                       | 240        | 54   | 68      | 326      | 57        | 79      | المؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج بالشلف      | 01    |
| دوائر (الشلف، وادي الفضة، الكريمة)                      | 178        | 78   | 69      | 271      | 30        | 33      | المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خطاب بأولاد محمد | 02    |
| دوائر (الشلف، واد الفضة، الكريمة)                       | 186        | 72   | 84      | 311      | 45        | 15      | المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشرفة     | 03    |
| دوائر (أولاد فارس، الزبوجة، أبو الحسن)                  | 194        | 100  | 59      | 283      | 41        | 22      | المؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عابد بالشطية     | 04    |
| دوائر (بوقادير، عين مران، تاوقريت، أولاد بن عبد القادر) | 188        | 113  | 76      | 322      | 47        | 31      | المؤسسة العمومية الاستشفائية بالصباحة                | 05    |
| دوائر تنس (تنس، المرسى، بني حواء))                      | 103        | 132  | 41      | 141      | 27        | 10      | المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس         | 06    |
| دوائر تنس (تنس، المرسى، بني حواء))                      | 182        | 133  | 61      | 189      | 34        | 15      | المؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس         | 07    |
|   | 1270       | 682  | 458     | 1853     | 281       | 205     | المجموع  |       |

المصدر: من إعداد الطالب، بالاعتماد على دليل قطاع الصحة لولاية الشلف، مديرية الصحة والسكان، مستلم

يوم 2022/02/13

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

حسب آخر الاحصائيات، فإن ولاية الشلف تضم تعداد سكاني قدره 1 086 910 نسمة (مديرية الصحة والسكان بالشلف، 2021)، وبملاحظة الجدول رقم (5-1) نستنتج أن ولاية الشلف تتوفر على 205 طبيب أخصائي في مختلف التخصصات الطبية والجراحية ما يمثل طبيب واحد 5302/1 ساكن، وطبيب عام واحد 1942/1 ساكن. في حين تمثل نسبة الممرضين ب ممرض 486/1 ساكن، أما التغطية السريرية تمثل نسبة 1,16 سرير / 1000 ساكن. نلاحظ كذلك توزيع الموارد البشرية على المؤسسات له فروقات كبيرة أهمها: (ارتفاع عدد الأطباء الأخصائيين في مستشفى الأختان باج وهذا راجع لعدد الأسرة الموجودة فيه المقدرة ب 240 سرير، كما نلاحظ أن مستشفى أحمد بوراس بتنس ومستشفى زيغود يوسف بتنس يحتويان على التوالي 132 و 133 من العمال المهنيين، بالرغم من أن هاتين المؤسستين صغيرتي الحجم من حيث عدد الأسرة أو من حيث الهياكل مقارنة مع مستشفى الأختان باج مثلا الذي يضم 54 عامل مهني فقط مما يجعل هذا الأخير يتخبط في مشاكل تقديم خدمات الدعم المتمثلة في (الصيانة العادية، صيانة المساحات الخضراء والنظافة والحراسة والأمن والوقاية وخدمة الوسائل العامة، قيادة سيارات الاسعاف). وهذا يدل على سوء توزيع الموارد البشرية بين جميع المستشفيات في الولاية.

الجدول رقم (5-2): الموارد المالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف لسنة 2022، الوحدة: (دج)

| المؤسسات الاستشفائية                                 | نفقات الموظفين       | نفقات التسيير        | مجموع الميزانية      |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| المؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج بالشلف      | 500 370 000          | 418 430 100          | 918 900 100          |
| المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خطاب بأولاد محمد | 428 010 000          | 114 950 100          | 542 960 100          |
| المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشرفة     | 453 060 000          | 132 270 100          | 596 330 100          |
| المؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عابد بالشطية     | 429 260 000          | 163 150 100          | 592 410 100          |
| المؤسسة العمومية الاستشفائية بالصبيحة                | 470 240 000          | 137 170 000          | 608 610 000          |
| المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس         | 230 970 000          | 110 100 100          | 331 070 100          |
| المؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس         | 382 250 000          | 98 028 800           | 480 778 800          |
| <b>المجموع</b>                                       | <b>2 894 160 000</b> | <b>1 174 099 300</b> | <b>4 068 259 300</b> |

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على القرار الوزاري المشترك رقم 43 المؤرخ في 31 مارس 2022 المتضمن التوزيع المفصل للإيرادات والنفقات والتعداد المالي للمؤسسات الصحية لولاية الشلف بعنوان سنة 2022

الملاحظ عن الجدول رقم (5-2) أن نفقات المستخدمين متمثلة في الأجور تقدر بنسبة 71,14% من إجمالي الميزانية لمجموع المستشفيات بولاية الشلف، وذلك من أجل التكفل برواتبهم وكذا المنح والتعويضات المستحقة جراء قيامهم بمداومات ومناوبات خارج أوقات عملهم بهدف ضمان استمرارية الخدمة الصحية ليلا ونهارا. في حين تسجل نفقات التسيير المرتبطة ب (الأدوية، شراء الأجهزة الطبية، المعدات والأثاث، شراء السيارات وصيانتها، إعادة التهيئة، خدمات الوقاية والنظافة الاستشفائية، شراء معدات المكتب وأجهزة الاعلام الآلي، نفقات التكوين...) ما نسبته 28,85%، وهذه النسبة تعتبر قليلة جدا مقارنة مع الاحتياجات الحقيقية لهذه المؤسسات لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، خاصة مع التطور التكنولوجي الحاصل في الأجهزة الطبية، مما يجعل تكلفتها تتعاظم باستمرار.

### الفرع الثاني: معوقات التسيير المالي والإداري في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

حسب تصريحات جميع مدراء المستشفيات بولاية الشلف ونوابهم المكلفين بالمالية والوسائل من خلال المقابلات التي أجراها الباحث معهم، مستأؤون بشكل كبير من النقص الفادح في الاعتمادات المالية المرتبط بالخدمات الصحية والعلاجية والاستشفائية والوقائية، حيث استطعنا تلخيص نتائج هذه المقابلات التي تحدثت عن النقائص والتناقضات والمشاكل والصعوبات المتعلقة بالإدارة والتسيير المالي التي تواجههم مثلها مثل جميع المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر والتي نوجزها فيما يلي:

- طبيعة القوانين التي تحكم التسيير المالي تجعل منه تسييرا محدودا ومقيدا، فأبسط مثال على ذلك وجوب حصول مدير أي مستشفى على موافقة السلطات الوصية عند تحويل أي اعتماد مالي، مما يبطئ الاجراءات وعدم الاستجابة السريعة للاحتياجات المستعجلة لضمان الخدمات الصحية؛
- إن مكونات ميزانية هذه المؤسسات يتم إعدادها مركزيا "وزارة الصحة"، مما لا يترك المجال للمسيرين التفكير والتخطيط والإبداع، حيث جعلت منهم مستهلكين ومنفذين لميزانية محدودة، وكلها متعلقة بنفقات الموظفين والنفقات المرتبطة بالتسيير فقط وغياب تخصيصات مالية للاستثمارات.
- تناقض عملية التسيير المالي لهذه المؤسسات مع قواعد المناجمنت والتسيير الحديث مقارنة مع خصوصيات المستشفيات، فعملية الرقابة المالية واعتماد المحاسبة العمومية المبني على نظام القيد الوحيد بإهماله محاسبة التكاليف والمحاسبة التحليلية، كلها أمور لا تضبط بدقة النفقات، ولا تسمح بتلبية الاحتياجات المستعجلة، لا تسمح بترشيد النفقات، وبالتالي اقتصرها على رقابة الإجراءات والمشروعية القانونية، وإهمالها لمبدأ الأهداف والتطوير.
- انعدام تقييم حقيقي وموضوعي للتكاليف، فالتقديرات الميزانية والتي توضع على أساس اختيارات تقريبية عفوية بناء على تجربة سنوات سابقة، يؤدي عادة إلى اعتماد نفس الميزانية، وفي بعض الأحيان يضاف إليها اعتمادات مالية بسيطة؛

- تتميز الموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بمعدل دوران كبير، خاصة في فئة الإطارات الإدارية والأطباء الأخصائيين، حيث بعد اتمام الأخصائيين لدراساتهم التخصصية يتم تعيينهم مركزيا لقضاء فترة إجبارية "الخدمة المدنية" لكن أغليبتهم يغادرون بعد انتهاء هذه الفترة، قاصدين القطاع الخاص بسبب الحوافز المادية التي يوفرها لهم مقارنة مع القاع الحكومي والتي تفوق هذا الأخير بأربعة (4) مرات. كما أن الإطارات الإدارية خاصة المدراء، فمنهم من يسعى باستمرار للخروج من هذا القطاع المثقل بكثير من ضغوط العمل وأكراهات التسيير وخطر المسؤولية المدنية والجزائية، فتجعلهم يبحثون للخروج إلى قطاعات أخرى أبرزها التعليم العالي، بالإضافة إلى تعرضهم لقرارات من الولاية والوزارة الوصية لتحويلهم من مناصبهم بدون أدنى معايير موضوعية وإنما عادة ما تخضع لأهواء وقرارات غير رشيدة من طرفهم أو ضغوطات من أصحاب مصالح ضيقة.
- رغم أن عملية توظيف الموارد البشرية في هذه المؤسسات، تمنح مجالا ضيقا من التخطيط لهذه العملية، غير أن المناصب المالية يتم منحها من طرف الوصاية، وبالرغم من ذلك تعمل المؤسسة على تخطيط هذه العملية ضمن مخطط تسيير سنوي للموارد البشرية، بحيث تكون عملية الاختيار موافقة للقوانين التي تضبطها بناء على المؤهلات العلمية فقط، وتغيب حرية المسير في الاختيار بناء على معيار المهارات والكفاءة والنزاهة.
- هناك تفاوت كبير بين رواتب موظفي الصحة، خاصة فيما يتعلق بالمنح والعلاوات والتعويضات، فمثلا توجد منحة التوثيق تمنح للأطباء الأخصائيين والأطباء العاميين بسبب توثيقهم للشهادات والتقارير الطبية التي يعدونها، ويحرم من هذه المنحة مدراء المؤسسات ونوابهم، والغريب في الأمر أن أكبر موظف يقوم بعملية التوثيق هو مدير المؤسسة ممثلة في الميزانية وقرارات التعيين والترسيم والتحويل وكل والوثائق الإدارية والمحاسبية والمالية إلا أنه لا يتقاضى هذه العلاوة.
- محدودية اهتمام إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية بالقضايا الصحية الاستراتيجية، بسبب اهتمامها بالمشكلات الروتينية اليومية وانشغالها فيها، وهذا راجع إلى اقتصار عملية الخيار الاستراتيجي في يد وزارة الصحة.

### المطلب الثاني: تشخيص المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

سيتم تشخيص المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف من خلال ابراز المصالح والوحدات الصحية والاستشفائية، ثم نعرض التشخيص الرباعي لكل مؤسسة على حدى.

#### الفرع الأول: المؤسسات العمومية الاستشفائية (الأختان باج، أولاد محمد، الشرفة)

يقع كل من (مستشفى الأختان باج، مستشفى أولاد محمد، مستشفى الشرفة) في وسط بلدية الشلف، التي تعتبر أكبر بلدية في الولاية من حيث الكثافة السكانية البالغ عددها أكثر من (200104 ساكن). حيث سنبين في هذا الجزء مكونات وخصوصيات كل مؤسسة كما يلي:

#### أولا: المؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج بالشلف

المؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 357/11 المؤرخ في 17 أكتوبر 2011، الذي يعدل ويتمم

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء وسير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

هذه المؤسسة الاستشفائية الجديدة ذات 240 سرير أنجزت في وسط الولاية، تحمل اسم الأختين باج تكريما لشهداء الثورة التحريرية، وهما شهيدتان (مسعودة الملقبة بمريم، وفاطمة الملقبة بالعالية) اللتان كانتا ممرضتين في صفوف جيش التحرير الوطني واستشهدتا على التوالي سنتي (مريم سنة 1958 - فاطمة سنة 1960).

يقع على عاتق هذه المؤسسة مجموعة من النشاطات الاستشفائية والمتمثلة في: التشخيص، الكشف، الوقاية والعلاج والاستشفاء، وكذا توفير جزء من التكوين التطبيقي للشبه طبيين والإداريين والأطباء.

### 1- الهيكل الوظيفي للمؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج

الجدير بالذكر، أن هذه المؤسسة تم تصنيفها في الصنف (أ) وفقاً للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 08 ماي 2013 الذي يعدل ويتم الملحق الثاني للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها. وتحتوي المؤسسة على مصالح استشفائية طبية وجراحية، ومصالح تقنية، نذكرها كما يلي:

#### الجدول رقم (3-5): المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج

| الرقم | المصالح                                    | عدد الوحدات   | عدد الأسرة |
|-------|--|---|------------|
| 1     | الجراحة العامة                             | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء<br>قسم العمليات الجراحية (5 قاعات) | 64         |
| 2     | جراحة المسالك البولية                      | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء                                    | 32         |
| 3     | جراحة العيون                               | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء                                    | 16         |
| 4     | جراحة (الأنف والأذن والحنجرة، الفك والوجه) | وحدة الأنف والأذن والحنجرة<br>وحدة الفك والوجه                  | 16         |
| 5     | أمراض القلب                                | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء<br>القسطرة                         | 32         |
| 6     | طب الأورام                                 | استشفاء يومي رجال<br>استشفاء يومي نساء                          | 32         |

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

|          |   |                             |         |
|----------|---|-----------------------------|---------|
| 06       | الانعاش الطبي<br>العناية المركزة بعد الجراحة  | التخدير والانعاش            | 7       |
| 32       | وحدة الطب الباطني<br>وحدة الامراض المعدية<br>قسم غسيل الكلى 12 جهاز   | الطب الداخلي                | 8       |
| /        | وحدة الرجال<br>وحدة النساء<br>وحدة الأطفال  | التأهيل الوظيفي             | 9       |
| /        | المعلومات الصحية<br>النظافة الاستشفائية   | علم الأوبئة                 | 10      |
| /        | علم الاحياء المجهرية<br>الكيمياء الحيوية وعلم الجراثيم<br>علم أمراض الدم<br>مناعة الأمصال<br>بنك الدم       | المخبر المركزي              | 11      |
| /        | التصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير المقطعي<br>الموجات فوق الصوتية والتصوير الشعاعي للثدي<br>الأشعة العادية | التصوير الطبي               | 12      |
| /        | تسيير المنتجات الصيدلانية<br>توزيع المنتجات الصيدلانية  | الصيدلية                    | 13      |
| /        | علم التشريح<br>خبرة الطب الشرعي   | الطب الشرعي                 | 14      |
| 10       | الاستقبال والفرز<br>الوضع تحت الملاحظة  | الاستعجالات الطبية الجراحية | 15      |
| /        | طب النساء<br>أمراض المعدة والأمعاء  | مخبر التشريح المرضي         | 16      |
| 240 سرير | 40  | 16                          | المجموع |

المصدر: القرار رقم 96 مؤرخ في 20 جوان 2016 متعلق بإنشاء المصالح والوحدات التابعة لها على

مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج بالشلف

نلاحظ من الجدول (3-5) أن المؤسسة تحتوي على 16 مصلحة مقسمة إلى 40 وحدة، وحسب تصريحات مديرها في المقابلة التي أجريت معه (هوش، 2022)، أكد بأن بعض المصالح التالية: (كجراحة المسالك البولية، وجراحة الشرايين، وجراحة الفك والوجه، طب الأورام، جراحة العيون، التأهيل الوظيفي) تقدم خدمات صحية لجميع ساكنة ولاية الشلف، ومصالح أخرى (كجراحة المسالك البولية، وجراحة الشرايين وجراحة الفك والوجه) ذات توجه جهوي للولايات المجاورة "غليزان، تيسمسيلت، عين الدفلى". كما أن مصلحة الجراحة العامة تضم بعض التخصصات الجراحية الأخرى مثل جراحة الأوعية والشرايين وجراحة الصدر، بالإضافة إلى أن مصلحة الطب الداخلي تضم تخصصات طب الأعصاب والأمراض المعدية وطب أمراض الدم وطب أمراض الكلى، وطب الغدد الصماء والسكري.

## 2- تشخيص المؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج

تبلغ المساحة الكلية للمؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج ب 11382 متر مربع، شيدت على مساحة تقدر ب 38702 متر مربع (سليمان، 2017، صفحة 1)، وبناء على المقابلة التي أجراها الباحث مع مدير المؤسسة تظهر نقاط قوتها وضعفها والفرص التي يمكن أن تستغلها والتحديات التي يجب أن تتجنبها كما يلي (هوش، 2022):

- أ- **نقاط القوة:** تظهر أهم نقاط القوة التي تتمتع بها المؤسسة فيما يلي:
  - هيكل استشفائي جديد ذي مقاييس عالمية، مما يجعل تقديم خدمات صحية فيه جيدة تعتمد على بعد الملموسية؛
  - معدات طبية متطورة (IRM. Scanner. Échographie. Mammographie. Appareil de radiologie numérisée)
  - تموقعه في وسط مدينة الشلف، مما يسهل إمكانية الوصول إليه من طرف كل مواطني بلديات الولاية؛
  - يضم إدارات إدارية ذوي كفاءات (رئيس متصرفي مصالح الصحة "مدير المؤسسة"، خمسة 05 متصرفين رئيسيين لمصالح الصحة، كلهم تلقوا تكوينا متخصصا لمدة سنتين في التسيير الاستشفائي في المدرسة الوطنية للإدارة والمدرسة الوطنية للمناجنت وإدارة الصحة؛
  - يضم إدارات طبية في مختلف التخصصات الطبية والجراحية (79 طبيب متخصص)؛ مما يسمح تقديم فحوصات طبية متخصصة على مدار الأسبوع في العيادات المتعددة الخدمات، بالإضافة إلى ضمان خدمات تشخيصية واستشفائية وجراحية على مدار الأسبوع داخل المستشفى.
- ب- **نقاط الضعف:** تبرز أهم نقاط ضعف المؤسسة كما يلي:
  - يمثل متوسط عمر الموظفين فيه خاصة فئة الشبه الطبيين 33 سنة، مما يدل على نقص الخبرة في المجال العلاجي والذي سينعكس على جودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى نقص فادح في بعض أسلاك الموظفين مثل أعوان التخدير والإنعاش انعكس سلبا على نشاطات جناح العمليات مقارنة بعدد الأطباء الجراحين (22 جراح)، هذا النقص لا يسمح بالاستغلال الأمثل لجناح العمليات الذي يحتوي على (06 قاعات عمليات).

- نقص في أعوان الوقاية والأمن: مما يصعب في عملية التحكم في تدفق مستعملي المرفق خاصة في أوقات الزيارة وفي مصلحة الاستعجال، إذ تشهد المؤسسة تدفق يومي لمستعملي المرفق أكثر من 1000 شخص يوميا.
- انعدام في سلك المهندسين في صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة: حيث يوجد مستخدمين (02) فقط، وهذا مؤشر خطير خاصة مع التجهيزات التقنية المتطورة التي تحتوي عليها المؤسسة (IRM, Scanner, 02 Onduleurs, Appareil de radiologie numérisée, Échographie, Mammographie centrale, 03 groupes électrogènes, Climatisation centrale, Chauffage central).
- نقص الاعتمادات المالية المرصودة للمؤسسة من طرف الوزارة الوصية، خاصة في مجال الأدوية ومجال صيانة التجهيزات الطبية، فمثلا تستهلك مصلحة طب الأورام لوحدها 25 مليار سنتيم من ميزانية المؤسسة المقدره بعنوان سنة 2022 ب 955 850 100,00 دج، بالإضافة لاستهلاكها (مصلحة طب الأورام) للمبلغ المخصص للمؤسسة من طرف وزارة الصحة المقدر ب 34 مليار سنتيم في إطار الشراء على الحساب لصالح المؤسسة.

**ت- الفرص:** تتلخص أهم الفرص التي يمكن أن تستغلها المؤسسة فيما يلي:

- جهوية بعض التخصصات الطبية الجراحية (كجراحة المسالك البولية، وجراحة الشرايين وجراحة الفك والوجه، جراحة الصدر، جراحة العيون، وحدة القسطرة)، مما يمكن أن تستغل لبناء صورة ذهنية قوية، وإبرام اتفاقيات توأمة مع المستشفيات الموجودة في الولايات المجاورة (غليزان، تيسمسيلت، عين الدفلى) والذي يمكن أن تعتمد عليها كأرضية لإقناع وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي لفتح مصالح استشفائية جامعية مما يمهد الطريق لتحويل المؤسسة إلى مركز استشفائي جامعي.
- يوجد مساحة معتبرة في المحيط الداخلي للمؤسسة غير مبنية، يمكن أن تستغلها في المستقبل لزيادة الطاقة الاستيعابية من الأسرة تلبية للكثافة السكانية المتزايدة في ولاية الشلف؛

**ث- التهديدات:**

- امتلاك المؤسسة لتجهيزات طبية ثقيلة (IRM, Scanner, Mammographie, Salle de Cathétérisme) وبحكم أن توجيه الأطباء الأخصائيين تشرف عليه وزارة الصحة، حيث لا تتوفر المؤسسة على الأخصائيين في التصوير الطبي وجراحة القلب لأكثر من سنتين، هذا الأمر يمثل تهديدا صارخا للمؤسسة بعدم استغلالها لهذه التجهيزات وتسهيل فرص التشخيص والعلاج، وهو ما قد يجعلها عرضة للاهتلاك دون استغلالها وتقادمها تكنولوجيا بسبب اختراعات أجهزة طبية جديدة أكثر من الناحية التقنية والتكنولوجية.
- تزايد بناء السكنات خارج محيط المؤسسة، مما قد يجعلها تشهد ضغطا في حصول المرضى على العلاجات وكذا ظروف الاستقبال والتوجيه التي تنجر عنها، الأمر الذي قد يجعل هناك خنق مروري كبير في مدخل المؤسسة مما يصعب دخول سيارات الاسعاف والمرضى ومرافقيهم.



- نقص النظام التحفيزي للإطارات الإدارية والأطباء الأخصائيين، فحسب تصريحات مدير المؤسسة يقول أن: «عددا معتبرا من موظفي الإدارة يواصلون دراساتهم الأكاديمية بهدف الذهاب لقطاعات أخرى للحصول على مزايا مادية أعلى، كما أن ظاهرة هروب الأطباء الأخصائيين من المؤسسة والتوجه نحو القطاع الخاص يشكل مشكلة عويصة تعاني منها المؤسسة كل سنة، والتي لها آثار تنظيمية ومهنية كبيرة، فعادة ما تجد المؤسسة نفسها في اشكالية وجود عدد معتبر من المرضى لهم مواعيد علاجية وعمليات جراحية كانت قد أعطيت لهم من طرف أطباء انتهت مدة عملهم في إطار الخدمة المدنية»، بالإضافة إلى التذبذب المستمر في تقديم الخدمات الصحية بسبب نفس الظاهرة (خروج الأخصائيين). وهذا يمثل تهديدا للمؤسسة وجميع المستشفيات العمومية والذي يجب أن تنتبه لها الحكومة الجزائرية ومن خلالها وزارة الصحة.

#### ثانيا: المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خطيب بأولاد محمد

المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خطيب بأولاد محمد هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء وسير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

يقع على عاتق المؤسسة تقديم مجموعة النشاطات الاستشفائية متمثلة في: التشخيص، الكشف، الوقاية والعلاج والاستشفاء، المرتبطة أكثر بالتخصصات الجراحية، وكذا توفير التكوين التطبيقي للشبه طبيين والإداريين والأطباء.

#### 1- الهيكل الوظيفي للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خطيب بأولاد محمد

الجدير بالذكر، أن هذه المؤسسة تم تصنيفها في الصنف (ب) وفقاً للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 08 ماي 2013 الذي يعدل ويتم الملحق الثاني للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها. وتحتوي المؤسسة على مصالح استشفائية طبية وجراحية، ومصالح تقنية بطاقة استيعابية 178 سرير موزعة كما يلي:

#### الجدول رقم (4-5): المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خطيب بأولاد محمد

| الرقم | المصالح              | عدد الوحدات  | عدد الأسرة |
|-------|----------------------|--|------------|
| 1     | الجراحة العامة       | استشفاء رجال<br>-<br>استشفاء نساء<br>-<br>قسم العمليات الجراحية (4قاعات) | 64         |
| 2     | جراحة الأطفال        | الكشف<br>-<br>الاستشفاء  | 32         |
| 3     | جراحة العظام والرضوض | استشفاء رجال<br>-<br>استشفاء نساء  | 32         |

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

|          |   |                             |         |
|----------|---|-----------------------------|---------|
| 32       | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء  | طب أمراض الرئة والصدر       | 4       |
| /        | المعلومات الصحية<br>النظافة الاستشفائية                               | علم الأوبئة                 | 5       |
| /        | علم الأحياء المجهرية<br>الكيمياء الحيوية                              | المخبر المركزي              | 6       |
| /        | الأشعة العادية<br>السكانير  | الأشعة المركزية             | 7       |
| /        | تسيير المنتجات الصيدلانية<br>توزيع المنتجات الصيدلانية                | الصيدلية                    | 8       |
| 18       | الاستقبال، الفرز والوضع تحت الملاحظة<br>العلاج المكثف وما بعد الجراحة | الاستعجالات الطبية الجراحية | 9       |
| 178 سرير | 19  | 9                           | المجموع |

المصدر: القرار رقم 63 مؤرخ في 30 مارس 2016 متعلق بإنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على

مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بالشلف (أولاد محمد)

نلاحظ من الجدول (5-4) أن المؤسسة تحتوي على 9 مصلحة مقسمة إلى 19 وحدة، وحسب تصريحات مديرها في المقابلة التي أجريت معه (قروج، 2022)، أكد بأن بعض المصالح التالية (كجراحة الأطفال، جراحة العظام، الجراحة العامة، جراحة الأعصاب، طب أمراض الرئة والصدر) تقدم خدمات صحية لجميع ساكنة ولاية الشلف خاصة في مجال الاستعجالات والمناوبة، ومصالح أخرى (كجراحة الأطفال، وجراحة الأعصاب) ذات توجه جهوي للولايات المجاورة "غليزان، تيسمسيلت، عين الدفلى".

## 2- تشخيص المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خطيب بأولاد محمد

هذه المؤسسة ذات سعة 178 سرير أنجزت في حي النصر المنطقة 11 ببلدية الشلف وتم تشييدها بالبناء الجاهز سنة 1984، تحمل اسم الإخوة خطيب تكريماً لشهداء الثورة التحريرية، وهما شهيدان كانا في صفوف جيش التحرير الوطني، وبناء على المقابلة التي أجراها الباحث مع مدير المؤسسة (قروج، 2022)، وكذا مذكرة تخرج هذا الأخير في الماجستير بعنوان "متطلبات تطبيق الإدارة الاستراتيجية في القطاع العمومي لتحسين خدمات المستشفيات العمومية دراسة حالة ولاية الشلف" والتي سلّمنا نسخة إلكترونية منها، حيث تظهر نقاط قوتها وضعفها والفرص التي يمكن أن تستغلها والتحديات التي يجب أن تتجنبها كما يلي:

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

### أ- نقاط القوة:

- معدات طبية متطورة (Scanner. Échographie. Appareil de radiologie numérisée) وقاعات عمليات جراحية مهيأة بشكل جيد؛
  - ت موقعه في وسط المدينة مما يسهل إمكانية الوصول إليه من طرف كل مواطني بلديات الولاية؛
  - يضم إ طارات إدارية وطبية وتمريضية ذوي كفاءات وخبرة كبيرة في قطاع الصحة، هذا الأمر كون صورة ذهنية مقبولة إلى حد بعيد عن هذه المؤسسة لدى ساكنة الولاية، خاصة في تخصصي الجراحة العامة وجراحة العظام والرضوض وجراحة الأعصاب؛
  - يضم إ طارات طبية في مختلف التخصصات الطبية والجراحية يسمح تقديم فحوصات طبية متخصصة وخدمات تشخيصية واستشفائية وجراحية على مدار الأسبوع في العيادات المتعددة الخدمات؛
  - وجود أجهزة متطورة نسبيا مثل الجراحة بالمنظار ومعدات عمليات العمود الفقري؛
- ### ب- نقاط الضعف:

- قلة مصادر التمويل، ومحدودية الاعتمادات المالية السنوية؛
  - قلة بعض الأطباء الأخصائيين مثل الأشعة، وقلة بعضها الآخر مثل جراحة الأطفال، جراحة الأعصاب؛
  - طول فترة مواعيد العمليات الجراحية، بسبب محدودية القاعات والأطباء الأخصائيين؛
  - ضعف الاستقبال وخاصة في مصلحة الاستعجالات بسبب نقص الموظفين المؤهلين؛
  - نوعية الوجبات غير جيدة بسبب عدم وجود موارد بشرية متخصصة في الطبخ والإطعام؛
- ### ت- الفرص:

- تمتعها بخبرة كبيرة في جراحة العظام وجراحة الأطفال والجراحة العامة، بحكم أنها تعتبر المؤسسة الوحيدة في الولاية التي تضمن المناوبة في هذه التخصصات، وفي بعض الأحيان استقبالتها لمرضى حتى من خارج الولاية؛ هذه الميزة يمكن للقائمين على هذه المؤسسة استغلالها لتكون ميدانا لتكوين الأطباء والمرضى في ولاية الشلف بهدف تحسين أدائهم من ينعكس ايجابا على ساكنة الولاية وبالتالي تخفيف الضغط عنها؛
- ### ث- التهديدات:

- أهم تهديد تواجهه هذه المؤسسة، هو احتمالية مغادرة عدد معتبر من الموظفين خاصة (الأطباء، المرضى، المهنيين) المؤسسة وإحالتهم على التقاعد، مما قد يفقدها الخبرة التي تتمتع بها، الأمر الذي قد ينعكس على كفاءتها وخدمتها في الصورة الذهنية المشككة عنها؛
- قدم هيكل المؤسسة بسبب قيامه على البناء الجاهز منذ الثمانينات، هذا يسبب لها العمل باستمرار على عملية التهيئة مقارنة مع محدودية الامكانيات المالية؛
- زيادة الطلب على الخدمات التي تقدمها يتجاوز امكانياتها وخاصة في مجال الاستعجالات الجراحية؛

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

ثالثاً: المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشرفة

المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشرفة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء وسير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. تتكفل هاته المؤسسة بتقديم مجموعة من النشاطات الاستشفائية والمتمثلة في: التشخيص، الكشف، الوقاية والعلاج والاستشفاء في مجال صحة الأم والطفل فقط واحتوائها على مصلحة غسيل الكلى، وكذا توفير جزء من التكوين التطبيقي للشبه طبيين والإداريين والأطباء.

1- الهيكل الوظيفي للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشرفة

الجدير بالذكر، أن هذه المؤسسة تم تصنيفها في الصنف (ب) وفقاً للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 08 ماي 2013 الذي يعدل ويتم الملحق الثاني للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها. وتحتوي المؤسسة على مصالح استشفائية طبية وجراحية، ومصالح تقنية بطاقة استيعابية 186 سرير موزعة كما يلي:

الجدول رقم (5-5): المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشرفة

| الرقم | المصالح                  | عدد الوحدات  | عدد الأسرة |
|-------|--------------------------|--|------------|
| 1     | طب أمراض النساء والتوليد | طب أمراض النساء<br>التوليد<br>الحمل في غاية الخطورة<br>التخطيط العائلي والكشف<br>الإنعاش<br>قسم العمليات | 110        |
| 2     | طب الأطفال               | الأطفال الكبار<br>الأطفال الصغار<br>حديثي الولادة  | 48         |
| 3     | الاستعجالات الطبية       | الاستقبال، الفرز والوضع تحت الملاحظة<br>العلاج المكثف وما بعد الجراحة<br>تصفية الدم                      | 28         |
| 4     | المخبر المركزي           | علم الأحياء المجهرية<br>الكيمياء الحيوية<br>علم أمراض الدم   | /          |

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

|         |  |          |    |
|---------|--|----------|----|
|         | مركز حقن الدم  |          |    |
| 5       | الأشعة المركزية<br>التخطيط بالصدى                      | /        |    |
| 6       | المعلومات الصحية<br>النظافة الاستشفائية                | /        |    |
| 7       | تسيير المنتجات الصيدلانية<br>توزيع المنتجات الصيدلانية | /        |    |
| المجموع | 22   | 186 سرير | 07 |

المصدر: القرار رقم 76 مؤرخ في 18 فيفري 2016 متعلق بإنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على

مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية الشلف (الشرفة)

نلاحظ من الجدول (5-5) أن مستشفى الشرفة، يقع في مفارقة قانونية، هي أنه مؤسسة عمومية استشفائية والتي يفترض أن تحتوي على تخصصات طبية وجراحية قاعدية عديدة، في حين أنها واقعا تحتوي على مصلحتي (طب النساء والتوليد، وطب الأطفال) وهذه من خصوصيات ما يسمى بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة، لكن من ناحية الاجراءات والممارسات القانونية في الإدارة والتسيير المالي فلا يوجب فروقات بين المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة. وعليه فهي تحتوي على 07 مصالح مقسمة إلى 22 وحدة، وحسب تصريحات مديرها في المقابلة التي أجريت معه (الواحد، 2022)، أكد بأن مصلحتي (طب النساء والتوليد، وطب الأطفال) تقدمان خدمات صحية لجميع ساكنة ولاية الشلف، وفي العديد من المرات استقبال مرضى الولايات المجاورة، حيث ما يتم مفاضلة هذه المؤسسة على باقي مستشفيات الولاية من حيث تدعيمها بالأطباء الأخصائيين في أمراض النساء وطب الأطفال.

2- تشخيص المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشرفة

هذه المؤسسة ذات 186 سرير أنجزت في حي الشرفة ببلدية الشلف وشيدت بالبناء الجاهز سنة 1984، تحمل اسم الإخوة خليف بالشرفة تكريما لهما كشهداء في الثورة التحريرية، حيث كانا في صفوف جيش التحرير الوطني، وبناء على المقابلة التي أجراها الباحث مع مدير المؤسسة (الواحد، 2022)، تظهر نقاط قوتها وضعفها والفرص التي يمكن أن تستغلها والتهديدات التي يجب أن تتجنبها كما يلي:

أ- نقاط القوة:

- استفادة المؤسسة من بناء جناح جديد، يتوفر على كافة التجهيزات والمستلزمات الضرورية سنة 2020، وقاعات عمليات جراحية مهيأة بشكل جيد؛

## الاستشفائية في ولاية الشلف

- تعتبر المؤسسة الوحيدة في الولاية التي تضمن خدمات طب النساء والتوليد وطب الأطفال على مدار الأسبوع دون انقطاع، مما يجعلها قطبا متخصصا في هذا المجال الأمر الذي يعطيها امتيازات من حيث تدعيمها بالقبالات والأخصائيين في التوليد وطب الأطفال.

- تموقعه في وسط المدينة مما يسهل إمكانية الوصول إليه من طرف كل مواطني بلديات الولاية؛

- يتمتع الإطار الإداري المسير لهذه المؤسسة بكفاءة عالية بحكم تكوينهم المتخصص في مجال التسيير الاستشفائي، وخبرتهم المشهودة في التسيير الاستشفائي بولاية الشلف، فمنذ قدومهم للإشراف على هذه المؤسسة قدموا مجهودات جبارة أبانت عن مهاراتهم العالية في التسيير والاستغلال الجيد للإمكانات المادية والبشرية في

المؤسسة خدمة للصالح العام والسعي باستمرار تقديم أفضل الخدمات الصحية؛ (الطبية بونعجة، 2022)

- يضم إدارات إدارية وطبية وتمريضية ذوي كفاءات وخبرة كبيرة في مجالي طب النساء والتوليد وطب الأطفال.

### ب- نقاط الضعف:

- قلة مصادر التمويل، ومحدودية الاعتمادات المالية السنوية؛

- قلة الأطباء الأخصائيين في طب الأطفال وطب النساء والتوليد، مما يتسبب في ضغوطات عمل كبيرة مع المرضى والمجتمع؛

- انعدام نظام تحفيزي مادي يعطي للمدير مرونة في تقديمه للموظفين النشطين؛ بسبب خصوصية هذا النوع من المؤسسات التي تخضع للسلطة العامة وما يترتب عنها من قرارات مركزية.

- قلة سيارات الاسعاف، وحتى السيارات الموجودة قديمة ويتطلب صيانتها باستمرار.

### ت- الفرص:

- تتمتعها بخبرة كبيرة في أمراض النساء والتوليد وطب الأطفال، بحكم أنها تعتبر المؤسسة الوحيدة في الولاية التي تضمن المناوبة في هذه التخصصات، وفي بعض الأحيان استقبالتها لمرضى حتى من خارج الولاية؛ هذه الميزة يمكن للقائمين على هذه المؤسسة استغلالها لتكون ميدانا لتكوين الأطباء والمرضى في ولاية الشلف بهدف تحسين أدائهم ممن

ينعكس ايجابا على ساكنة الولاية وبالتالي تخفيف الضغط عنها؛

- يمكن استخدام هذه المؤسسة كورقة ضغط للحصول على مصلحة استشفائية جامعية في طب النساء والتوليد، خاصة وأن مسؤولي المؤسسة الحاليين قاموا بإعداد ملف كامل بهذا الخصوص؛

### ث- التهديدات:

- أهم تهديد تواجهه هذه المؤسسة هو احتمالية كبيرة لمغادرة الأخصائيين في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وتوجههم إلى القطاع الخاص بعد انقضاء فترة الخدمة المدنية، مما يجعل تقديم خدمات صحية غير مستقرة والتي لها

انعكاسات اجتماعية وتنظيمية وتسييرية لتدفقات المرضى.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

- زيادة الطلب على الخدمات التي تقدمها يتجاوز امكانياتها وخاصة العمليات القيصرية التي تبلغ أكثر من 20 عملية خلال 24 ساعة؛

- قدم جزء من هيكل المؤسسة بسبب قيامه على البناء الجاهز منذ الثمانينات، هذا يسبب لها العمل باستمرار على عملية التهيئة مقارنة مع محدودية الامكانيات المالية؛

**الفرع الثاني: المؤسسات العموميتين الاستشفائيتين (الشطية والصبحة)**

سيتم التطرق إلى تشخيص كل من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالشطية والمؤسسة العمومية الاستشفائية بالصبحة، كما يلي:

**أولاً: المؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عابد بالشطية**

المؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عابد بالشطية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وتنظيمها وسيرها.

يقع على عاتق هذه المؤسسة تقديم مجموعة من النشاطات الاستشفائية المتمثلة في: التشخيص، الكشف، الوقاية والعلاج والاستشفاء المرتبطة بمصالح طبية وجراحية، وكذا توفير التكوين التطبيقي للشبه طبيين والإداريين والأطباء.

**1- الهيكل الوظيفي للمؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عابد بالشطية**

الجدير بالذكر، أن هذه المؤسسة تم تصنيفها في الصنف (ج) وفقاً للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 08 ماي 2013 الذي يعدل ويتم الملحق الثاني للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها. وتحتوي المؤسسة على مصالح استشفائية طبية وجراحية، ومصالح تقنية بطاقة استيعابية 194 سرير موزعة كما يلي:

**الجدول رقم (5-6): المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عابد بالشطية**

| الرقم | المصالح            | عدد الوحدات   | عدد الأسرة |
|-------|--------------------|---|------------|
| 1     | الجراحة العامة     | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء<br>قسم العمليات الجراحية (3 قاعات)<br>قسم ما بعد الجراحة | 32         |
| 2     | طب الأطفال         | طب الأطفال<br>حديثي الولادة   | 32         |
| 3     | الاستعجالات الطبية | الاستقبال والفرز<br>الوضع تحت الملاحظة  | 08         |

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

|          |  |                          |         |
|----------|--|--------------------------|---------|
| 16       | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء   | جراحة العظام والرضوض     | 4       |
| 24       | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء   | الطب الداخلي             | 5       |
| 30       | طب النساء<br>التوليد<br>الحمل في غاية الخطورة<br>التخطيط العائلي والكشف      | طب أمراض النساء والتوليد | 6       |
| 20       | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء   | الأمراض المعدية          | 7       |
| 26       | أمراض الكلى<br>غسيل الكلى  | أمراض وغسيل الكلى        | 8       |
| /        | المعلومات الصحية<br>النظافة الاستشفائية                                      | علم الأوبئة              | 9       |
| /        | علم الاحياء المجهرية<br>الكيمياء الحيوية<br>أمراض الدم<br>المناعة + بنك الدم | المخبر المركزي           | 10      |
| /        | سكانير + الماموغرافي<br>الأشعة العادية<br>التخطيط بالصدى                     | الأشعة المركزية          | 11      |
| /        | تسيير المنتجات الصيدلانية<br>توزيع المنتجات الصيدلانية                       | الصيدلية                 | 12      |
| 194 سرير | 31   | 12                       | المجموع |

المصدر: القرار رقم 74 مؤرخ في 09 ماي 2016 متعلق بإنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على

مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بالشطية

يعتبر مستشفى الشطية حلقة الوصل بين المقاطعات الجغرافية للناحية الشمالية (تنس) بالمقاطعات الجغرافية للناحية الجنوبية (الشلف)، حيث يقع على عاتقه ضمان خدمات صحية طبية وجراحية، مثلما هو مبين في الجدول رقم (5-6)، كما أنها المؤسسة الوحيدة من بين مستشفيات (أولاد محمد، الشرفة، الأختان باج) التي تحتوي على مصلحة



للأمراض المعدية، وهذا ما يجعل هذا التخصص متوفر فيها فقط، إضافة إلى وجود وحدة لجهاز السكانير الماموغرافي لكن واقعيا لا تحتوي المؤسسة على هذان الجهازين المهمين في التشخيص عن الأمراض.

## 2- تشخيص المؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عبد الشطية

هذه المؤسسة ذات 194 سرير أنجزت في المنطقة 9 ببلدية الشطية، حيث تم تشييدها بالبناء الجاهز ووضعها حيز الخدمة سنة 1983، تحمل اسم الشهيد مرواني عابد الذي كان ممرضا رمزا بهذه المنطقة إبان الثورة التحريرية حينما كان في صفوف جيش التحرير الوطني. وبحكم أن الباحث هو نفسه مدير لهذه المؤسسة (حجو، 2022) تظهر نقاط قوتها وضعفها والفرص التي يمكن أن تستغلها والتهديدات التي يجب أن تتجنبها كما يلي:

### أ- نقاط القوة:

- يتوفر المستشفى على إيطارات طبية وتريضية ذوي كفاءات وخبرة كبيرة في قطاع الصحة، هذا الأمر ترك انطبعا مقبولا إلى حد ما عن هذه المؤسسة لدى ساكنة الولاية، خاصة في الجراحة العامة، الولادة، مخبر التحاليل؛
- يضم إيطارات إدارية (مدير المؤسسة، المدراء الفرعيين الأربعة) تلقوا تكوينا متخصصا في التسيير الاستشفائي، مما جعل الممارسات الإدارية تبنى على أسس علمية وقانونية، سمحت بتكوين انطبعا جيدا عند موظفي المؤسسة وعند الوصاية المحلية (الولاية، مديرية الصحة) وأدت إلى خلق ثقافة تنظيمية حسنة؛
- توقعه بين الجهة الشمالية والجهة الجنوبية لولاية الشلف، مما يسهل إمكانية الوصول إليه من طرف كل المواطنين الذين يتنقلوا بين هذين الجهتين، وكذلك سهولة وصول المرضى الذين يقطنون في المناطق النائية المحيطة به؛
- يضم إيطارات طبية في مختلف التخصصات الطبية والجراحية (أمراض الدم، الجراحة العامة، جراحة العظام، التخدير والإنعاش، الأمراض المعدية) يسمح بتقديم فحوصات طبية متخصصة وخدمات تشخيصية ومتابعات علاجية على مدار الأسبوع في العيادة المتعددة الخدمات بالشطية (المنطقة 9)؛
- يتميز الأطباء الأخصائيين في الجراحة العامة بهذه المؤسسة، بتخصصهم وكفاءتهم في الجراحة السرطانية، حيث يسعون إلى تقديم هذه الخدمات لجميع مرضى الولاية؛
- تعتبر مصلحة المخبر بهذه المؤسسة من أفضل مخابر التحاليل في الولاية من حيث حجم أداءات التحاليل المقدمة للمرضى المقيمين والمرضى الخارجيين، وكذا من حيث عدد حملات التبرع التي يقوم بها من أجل ضمان مادة الدم ولواحقه لمرضى المؤسسة وحتى لجميع المرضى بباقي مستشفيات الولاية؛
- تعتبر فئة المرضى أكبر نسبة من العاملين بالمؤسسة المقدر عددهم ب 283 ممرض، من مختلف الشعب التمريضية، حيث يظهر متوسط عمرهم 42 سنة، بمعنى وجود جزء منهم من ذوي الخبرة الكبيرة في مجال التمريض والجزء الباقي من حديثي التوظيف (أقصى تقدير خمس سنوات)، هذا سيسمح بوجود علاقات مهنية تبنى على أساس الاحترام وضمان التأطير والتكوين، ينتج عنه استمرارية الخبرة التمريضية.

- تحتوي المؤسسة على فريق من العمال المهنيين يتكفلون بصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات الملحقة مثل (المكيفات، التدفئة، مولدات الكهرباء، مولد الأكسجين... الخ) بالرغم من أن تأهيلهم العلمي أقل من مستوى الثانوي، إلا أنهم يبذلون جهوداً معتبرة للقيام بهذه الأعمال بحكم خبرتهم، وبالتالي فهم يساهمون في ترشيد النفقات المرتبطة بأعمال الصيانة التي قد تلجأ إليها المؤسسة مع المتعاملين الخواص، والتي عادة ما تكون باهظة الثمن.
- امتلاك المؤسسة لمولد مادة الأكسجين، مما سيسمح لها بالتصدي لبعض الأوبئة التي تتطلب توفير كميات معتبرة من الأكسجين للمرضى مثل ما حدث في زمن وباء كورونا (كوفيد 19)، ومن ناحية أخرى تقليل فاتورة شراء هذه المادة لأكثر من نصف المبلغ المعتاد تخصيصه لشراء مادة الأكسجين سنوياً.

#### ب- نقاط الضعف:

- نقص الاعتمادات المالية المرصودة للمؤسسة من طرف الوزارة الوصية، خاصة في مجال الأدوية ومجال صيانة التجهيزات الطبية، ومجال التجهيزات والوسائل الطبية، فمثلاً تستهلك مصلحة تصفية الكلى وحدها ما يقارب 90 000 000,00 دج سنوياً من الأدوية والمستهلكات، في حين يقدر سنوياً مجموع استهلاك المؤسسة للأدوية والمنتجات الصيدلانية ما يقارب 350 000 000,00 دج، الغريب أن الاعتمادات المالية المرصودة في هذا المجال "الأدوية" قدرت سنة 2022 بـ 88 000 000,00 دج، مما سيجعل المؤسسة في وضعية ديون بمبلغ 262 000 000,00 دج.
- عدد ونوعية الأجهزة الطبية لا يكفي لتقديم خدمات صحية جيدة، حيث تتوفر على بعض الأجهزة الطبية الثقيلة مثل (جهاز تنفس اصطناعي، تجهيزات قاعات العمليات الجراحية... الخ) تقادمت تكنولوجيا وانتهت مدة حياتها المحددة لها تقنياً.
- يتميز هيكل المؤسسة بالبناء الجاهز منذ بداية تشغيله سنة 1983، هذه الخصوصية تتطلب صيانة دورية وتهيئة مستمرة للمنشآت القاعدية فيها (المصالح، شبكة المياه، شبكة الكهرباء... الخ)، يقابلها محدودية الامكانيات المالية، حيث غالباً ما تعتمد على العمال المهنيين للقيام بهذه الأنشطة.
- احتوائه على بعض المصالح مثل (الطب الداخلي، مصلحة أمراض النساء والتوليد، طب الأطفال) دون وجود ولا طبيب أخصائي واحد في هذه التخصصات، مما يشكل خطراً كبيراً على نوعية الخدمات الصحية والتكفل الأمثل بالمرضى؛
- وجود مساحة كبيرة في المحيط الداخلي بالمؤسسة غير مستغلة، حيث عكف الإطار المسير في هذه الفترة على وضع مخطط تهيئته سنة 2021، لكن بسبب نقص الاعتمادات المالية بقي هذا المخطط حبيس أدراج الوصاية المحلية والمركزية التي لم تفصل فيه لحد الآن.
- نقص معتبر في موظفي المخبر (البيولوجيين، مخبريين)، ونفس الشيء في فئة العمال المهنيين.

ت - الفرص:

- يتمتع الأخصائيين الجراحين بهذه المؤسسة بعلاقات جيدة مع أساتذة الطب وبعض الأخصائيين في المركز الاستشفائي الجامعي ومركز مكافحة السرطان بالبلدية، وهذه العلاقة يمكن للمؤسسة أن تستغلها لإبرام اتفاقيات توأمة معها لتحقيق ثلاثة أهداف (إجراء عمليات جراحية معقدة تتطلب حضور أساتذة في الطب، ضمان التكوين لمستخدمي المؤسسة، ضمان فحوصات طبية متخصصة مجانية لساكنة الولاية)، وهذا ما حدث فعلا خلال سنة 2022 بعقدها اتفاقية توأمة مع مركز مكافحة السرطان بالبلدية حسب تصريحات مدير المؤسسة (حجو ، 2022).
- تواجد رئيس مجلسها الطبي والمدير الفرعي للمصالح الصحية كعضوين فاعلين في المجلس الشعبي الولائي بولاية الشلف للعهد (2021-2025)، مما يجعل فرصتها كبيرة للحصول على بعض الامتيازات والمشتريات التي تدخل في إطار الدعم الولائي مثل: (سيارات الاسعاف، جهاز سكانير، أجهزة طبية ثقيلة، أجهزة غسيل الكلى... الخ).
- يمكن للمؤسسة أن تستغل فرصة تواجدها لتغطية مقاطعة جغرافية ذات كثافة سكانية أكثر من 300 ألف نسمة، عن طريق التنسيق مع المنتخبين المحليين ومنظمات المجتمع المدني لدى الجهات الرسمية (الولاية، مديرية الصحة والسكان، وزارة الصحة والحكومة) من أجل تخصيص مبالغ مالية معتبرة لإعادة تهيئتها أو لبناء أجنحة أخرى وفقا للمقاييس الجديدة للبناء.
- بناء على التقسيم الجديد للخارطة الصحية وفقا للمقاطعات الصحية المدرجة في (القانون رقم 18-11، 2018) المتعلق بالصحة، سيسمح لها بحوزة جميع الموارد البشرية والهيكل الصحية والتجهيزات الموجودة فيها، تحت غطاءها القانوني (كمقاطعة صحية بأولاد فارس)، وبطبيعة الحال هذا سيسمح لها سد العجز المسجل في بعض مصالحتها الحالية، وكذا تخفيف العبء عنها في مصلحتي المخبر والأشعة بسبب أنها تصبح هي المسؤولة عن العيادات الخارجية.

ث - التهديدات:

- تغطي المؤسسة مقاطعة جغرافية تحتوي على كثافة سكانية كبيرة تفوق 300 ألف نسمة، مما يتطلب منها العمل باستمرار على تلبية جميع طلبات الحصول على العلاج، يقابله نقص الأطباء الأخصائيين، قلة الإمكانيات المادية والتجهيزات الطبية.
- تدفق كبير للمرضى القاطنين في المقاطعة الجغرافية التي تغطيها لإجراء التحاليل الطبية والأشعة، مما يشكل ضغطا كبيرا على المؤسسة يؤدي إلى عدم تلبية جميع هذه الطلبات التي هي في الأصل من مهام العيادات المتعددة الخدمات بنص قانون تنظيم المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007). وإذا ما قامت المؤسسة برفض إجراء هذه التحاليل والأشعة فإنها تتلقى تدخلات من الوصاية أو بعض الجهات الرسمية للضغط عليها بضرورة تلبيةها تفاديا للضغوطات الاجتماعية واحتجاجات المواطنين التي قد تحدث.

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

- جميع شبكات المياه الداخلية وقنوات الصرف الصحي وشبكة الكهرباء والتدفئة قديمة جداً، وتحتاج إلى صيانة باستمرار، تقابلها قلة الميزانية المخصصة لذلك، مما يجعل المؤسسة تتخبط في مشاكل تقنية تعرقل بشكر كبير أداء المهام بشكل جيد وتنعكس على جودة الخدمات الصحية في بعدي الملموسية والضمان.
- قلة السكنات الوظيفية المخصصة لها من طرف الولاية ومديرية الصحة الواجب توفرها للأطباء الأخصائيين، الأمر الذي يتسبب في رفضهم للتوظيف فيها، ويسعون لإعادة توجيههم من طرف الوزارة إلى مستشفيات أخرى.
- عدم استقرار الكفاءات المسيرة في هذه المؤسسة، فمثلاً خلال السبع السنوات الأخيرة تعاقدت على إدارتها أربع (4) مدراء، مما سينعكس على التوجهات الاستراتيجية والخطط على المدى المتوسط والبعيد.
- تواجدتها في منطقة وسطى تربط بين الجهات الشمالية والجنوبية والغربية لولاية الشلف، يجعلها تشهد ضغطاً وزيادة معتبرة من المرضى خاصة في فترات الصيف وفي الفترات الليلية والعطل بسبب غياب بعض التخصصات في مستشفيات (تنس، والصبحة). هذا التدفق الهائل من المرضى يفوق الطاقة الاستيعابية والامكانيات المادية لها.

### ثانياً: المؤسسة العمومية الاستشفائية بالصبحة

المؤسسة العمومية الاستشفائية بالصبحة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء وسير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية.

يقع على عاتق هذه المؤسسة تقديم مجموعة من النشاطات الاستشفائية المتمثلة في: التشخيص، الكشف، الوقاية والعلاج والاستشفاء، وكذا توفير جزء من التكوين التطبيقي للشبه طبيين والإداريين والأطباء.

### 1- الهيكل الوظيفي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالصبحة

الجدير بالذكر، أن هذه المؤسسة تم تصنيفها في الصنف (ب) وفقاً للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 08 ماي 2013 الذي يعدل ويتم الملحق الثاني للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتصنيفها. وتحتوي المؤسسة على مصالح استشفائية طبية وجراحية، ومصالح تقنية بطاقة استيعابية 188 سرير موزعة كما يلي:

### الجدول رقم (5-7): المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالصبحة

| الرقم | المصالح                  | عدد الوحدات                       | عدد الأسرة |
|-------|--------------------------|-----------------------------------|------------|
| 1     | الجراحة العامة           | استشفاء رجال<br>-<br>استشفاء نساء | 36         |
| 2     | طب أمراض النساء والتوليد | أمراض النساء<br>-<br>التوليد      | 30         |
| 3     | الطب الداخلي             | استشفاء رجال<br>-<br>استشفاء نساء | 38         |

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

|          |  |                             |         |
|----------|--|-----------------------------|---------|
|          | طب الأورام - طب أمراض الكلى                            |                             |         |
| 36       | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء                           | جراحة العظام والرضوض        | 4       |
| 40       | طب الأطفال<br>حديثي الولادة                            | طب الأطفال                  | 5       |
| /        | المعلومات الصحية<br>النظافة الاستشفائية                | علم الأوبئة                 | 6       |
| /        | علم الأحياء المجهرية<br>الكيمياء الحيوية               | المخبر المركزي              | 7       |
| /        | الأشعة العادية<br>التخطيط بالصدى                       | الأشعة المركزية             | 8       |
| /        | تسيير المنتجات الصيدلانية<br>توزيع المنتجات الصيدلانية | الصيدلية                    | 9       |
| 08       | الاستقبال والفرز<br>الوضع تحت الملاحظة                 | الاستعجالات الطبية الجراحية | 10      |
| /        | الرقابة الطبية لعمال الصحة<br>فحص دوري لصحة العمل      | طب العمل                    | 11      |
| 188 سرير | 24   | 11                          | المجموع |

المصدر: القرار رقم 75 مؤرخ في 09 ماي 2016 متعلق بإنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على

مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية الصباحية

نلاحظ من الجدول رقم (5-7) أن المؤسسة تحتوي على جميع المصالح الطبية والجراحة القاعدية على غرار الجراحة العامة وطب النساء والتوليد والطب الداخلي وجراحة العظام والرضوض، كما أنها تتوفر على 40 سرير في طب الأطفال لأنها تغطي جميع الجهة الغربية لولاية الشلف، في حين تفتقر لأجهزة التشخيص الحديثة مثل السكاير والماموغرافي.

2- تشخيص المؤسسة العمومية الاستشفائية بالصباحية

هذه المؤسسة ذات 188 سرير أنجزت في الجهة الغربية لولاية الشلف، حيث تم تشييدها بالبناء الجاهز ووضعها حيز الخدمة سنة 1983، تحمل اسم الشهيد السايح محمد الذي كان ممرضاً إبان الثورة التحريرية حينما كان في صفوف جيش التحرير الوطني. ونتيجة للمقابلة التي أجراها الباحث مع المدير الفرعي للمالية والوسائل لهذه المؤسسة (جدادو، 2022) تظهر نقاط قوتها وضعفها والفرص التي يمكن أن تستغلها والتحديات التي يجب أن تتجنبها كما يلي:

أ- نقاط القوة:

- وجود عدد كافي من الموظفين (أطباء عامين، شبه طبيين، إداريين، المهنيين)؛

## الاستشفائية في ولاية الشلف

- يتمتع موظفيها بحس مهني يتحلون من خلاله بأخلاقيات المهنة، هذا له سببين رئيسيين هما: الأول أن العديد منهم له خبرة كبيرة في العمل، والثاني أن معظمهم يقطنون في نفس المقاطعة الموجودة فيها المؤسسة، وبالتالي ضبط النفس وتذليل الاعتداءات التي قد تحدث في المؤسسة من طرف بعض المواطنين؛
- توفرها على إمكانيات مادية مقبولة، كونها المؤسسة الوحيدة في هذه المقاطعة؛
- توفر مصلحة الطب الداخلي فيها على العديد من الأطباء الأخصائيين (الطب الباطني، أمراض القلب، أمراض الدم، أمراض الكلى، أمراض الأمعاء والجهاز الهضمي، التأهيل الوظيفي، الغدد الصماء وأمراض السكري).
- حسب المقابلة التي أجراها الباحث مع مدير المؤسسة الذي صرح قائلا: " منذ مجيء المدير الفرعي للمالية والوسائل السيد جدادو عبد الحق، استطاع أن يضبط الكثير من جوانب التسيير المالي والمادي، فعلى سبيل المثال قام بالإشراف على إصلاح سيارتي (02) اسعاف كانتا متوقفتين منذ مدة، بالإضافة إلى متابعته المستمرة بهدف تدقيق المعلومات والمعطيات وتوثيقها وفقا للقوانين". (مزيان ، 2022)

### ب- نقاط الضعف:

- نقص الاعتمادات المالية، حيث تسمح بتغطية 50% فقط من الاحتياجات الضرورية؛
- هيكل المستشفى مشيد بالبناء الجاهز مما يستوجب صيانة وإعادة تهيئة البنية التحتية؛
- نقص التأطير الإداري خاصة في المدراء الفرعيين، حيث يعتبر المدير الفرعي للمالية والوسائل هو الوحيد الذي له منصب عالي وتلقى تكوينا متخصصا في التسيير الاستشفائي، في حين بقية مناصب المسؤولية (مدراء فرعيين) مكلف بهم موظفين عاديين.

### ت- الفرص:

- تواجدها كمؤسسة استشفائية وحيدة في المقاطعة الجغرافية بالجهة الغربية لولاية الشلف، مما يسمح لها بتعاطف وتعاون العديد من رجال الأعمال ومنظمات المجتمع المدني، حيث تحصلت خلال سنة 2021 بسبب وباء كوفيد على دعم مالي من بعض الجمعيات قدر ب 7 مليار دينار، خصص لشراء العديد من التجهيزات الطبية وإعادة تهيئة ثلاثة مصالح استشفائية (جدادو، 2022).

### ث- التهديدات:

- إمكانية استنزاف عدد معتبر من الموارد البشرية (أطباء، ممرضين، عمال مهنيين) من طرف الوصاية المحلية، وتعيينهم في المستشفى الجديد (مستشفى عين مران) الذي سيفتح خلال سنة 2022؛
- دخول المؤسسة خلال السنوات الماضية في ملفات قضائية عديدة مع متعاملين خواص بسبب عدم تسديدها لبعض الديون، هذا الأمر يجعلها عرضة لخصم جزائي قانوني من ميزانيتها من طرف المحاسب العمومي. مما سيؤثر بشكل كبير على عدم قدرتها توفير جميع الوسائل والمواد الضرورية لتشغيلها.
- متوسط عمر الكوادر التمريضية (منسقين شه طبيين) يفوق 58 سنة، مما سيهدد التأطير التمريضي.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

الفرع الثالث: المؤسسات العموميتين الاستشفائيتين (أحمد بوراس، زيغود يوسف) بتنس

سيتم في هذا الجزء تشخيص لكل من مستشفى احمد بوراس، ومستشفى زيغود يوسف بتنس، بحكم أنهما المؤسسات الوحيدتان الواقعتان بالمنطقة الشمالية لولاية الشلف.

أولاً: المؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس

المؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء وسير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

يقع على عاتق هذه المؤسسة تقديم مجموعة من النشاطات الاستشفائية المتمثلة في: التشخيص، الكشف، الوقاية والعلاج والاستشفاء، وكذا توفير جزء من التكوين التطبيقي للشبه طبيين والإداريين والأطباء.

1- الهيكل الوظيفي للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس

الجدير بالذكر أن هذه المؤسسة تم تصنيفها في الصنف (ج) وفقاً للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 08 ماي 2013 الذي يعدل ويتم الملحق الثاني للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها. وتحتوي المؤسسة على مصالح استشفائية طبية وجراحية، ومصالح تقنية بطاقة استيعابية 182 سرير موزعة كما يلي:

الجدول رقم (5-8): المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس

| الرقم | المصالح              | عدد الوحدات   | عدد الأسرة |
|-------|----------------------|---|------------|
| 1     | الجراحة العامة       | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء<br>قسم العمليات الجراحية (5 قاعات)         | 32         |
| 2     | طب النساء والتوليد   | الاستشفاء<br>التوليد<br>الحمل في غاية الخطورة<br>التخطيط العائلي والكشف | 40         |
| 3     | الطب الداخلي         | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء<br>أمراض الجهاز الهضمي والاستكشاف بالمنظار | 32         |
| 4     | جراحة العظام والرضوض | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء  | 32         |
| 5     | طب الأطفال           | الرضع   | 32         |

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

|          |  |                             |         |
|----------|--|-----------------------------|---------|
|          | الأطفال الكبار<br>حديثي الولادة  |                             |         |
| /        | المعلومات الصحية<br>النظافة الاستشفائية  | علم الأوبئة                 | 6       |
| /        | علم الدم<br>الكيمياء الحيوية<br>علم الاحياء المجهرية<br>المناعية المصلية وبنك الدم   | المخبر المركزي              | 7       |
| /        | الأشعة العادية<br>التخطيط بالصدى   | الأشعة المركزية             | 8       |
| /        | تسيير المنتجات الصيدلانية<br>توزيع المنتجات الصيدلانية                               | الصيدلية                    | 9       |
| /        | التشريح<br>خبرة الطب الشرعي  | الطب الشرعي                 | 10      |
| 14       | الاستقبال، الفرز والوضع تحت الملاحظة<br>الإنعاش<br>قسم العمليات الجراحية الاستعجالية | الاستعجالات الطبية الجراحية | 11      |
| /        | الرقابة الطبية لعمال الصحة<br>فحص دوري للصحة في العمل                                | طب العمل                    | 12      |
| 182 سرير | 32   | 12                          | المجموع |

المصدر: القرار رقم 119 مؤرخ في 14 جويلية 2016 متعلق بإنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على

مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس

نلاحظ من الجدول (5-8) أن المؤسسة تحتوي على 12 مصلحة مقسمة إلى 32 وحدة، وحسب تصريحات مديرها في المقابلة التي أجراها الباحث معه (بودالي، 2022) أكد أن المؤسسة تعتبر الوحيدة التي تضمن تخصصات طبية وجراحية قاعدية في الناحية الشمالية لولاية الشلف. كما أنه المستشفى الوحيد في الولاية الذي يتوفر على وحدة لمعالجة أمراض الجهاز الهضمي والاستكشاف بالمنظار، مما يجعلها قطب ولائي في هذا التخصص الهام.

2- تشخيص المؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس

تحتوي هذه المؤسسة على 182 سرير أنجزت في الجهة الشمالية لولاية الشلف، حيث تم تشييدها بالبناء الجاهز ووضعتها حيز الخدمة سنة 1986، تحمل اسم الشهيد زيغود يوسف الذي يعتبر رمزا بارزا من رموز الثورة التحريرية.



## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

ونتيجة للمقابلة التي أجراها الباحث مع مدير هذه المؤسسة (بودالي، 2022)، تظهر نقاط قوتها وضعفها والفرص التي يمكن أن تستغلها والتحديات التي يجب أن تتجنبها كما يلي:

### أ- نقاط القوة:

- توفرها على جميع التخصصات الطبية والجراحية القاعدية، مما يسمح لها ضمان التغطية الصحية لساكنة المنطقة؛
- توفرها على خمس قاعات للعمليات الجراحية، تستطيع من خلالها التكفل بجميع الحالات الاستعجالية والمبرمجة.
- استقرار العمالة خاصة (أطباء عامون، ممرضين) يسمح بخلق أعرف وعادات عمل جيدة تسودها العلاقات الوطيدة، والتي تنعكس على بعد الانسجام في تقديم الخدمات الصحية؛

### ب- نقاط الضعف:

- عدم توفرها على سيارات اسعاف كافية لإجلاء المرضى؛
- عدم كفاية الميزانية بهدف توفير جميع الاحتياجات الضرورية من الادوية والمعدات والوسائل؛
- مبنى المستشفى مشيد بالبناء الجاهز، فقد اهتمت مدة حياته الانتاجية؛
- نقص التأطير الإداري بشكل كبير.

### ت- الفرص:

- تواجدها في واجهة البحر، له ايجابيات كبيرة على المرضى، فأما من ناحية المرضى تواجدهم في هواء نقي ذو مصدر طبيعي ويمكن أن تستغل كواجهة للسياحة العلاجية؛
- تواجدها في واجهة البحر، له ايجابيات أخرى عليها، فقد يجعلها محطة أنظار المسؤولين والمصطافين، مما قد يقنع بعض المسؤولين لتدعيمها أكثر ماديا وبشريا.

### ث- التهديدات:

- تغطيتها لمقاطعة جغرافية مهمة (الناحية الشمالية لولاية الشلف)، يتطلب منها العمل باستمرار على تلبية جميع طلبات الحصول على العلاج، يقابله نقص الأطباء الأخصائيين، وقلة الإمكانيات المادية والتجهيزات الطبية.
- التدفق الكبير للمرضى والمصطافين خاصة في فصل الصيف، هذا الأمر يجعلها تعيش ضغط طيلة فصل الصيف؛
- أهم تهديد تواجهه هذه المؤسسة هو احتمالية كبيرة لمغادرة الأخصائيين في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وتوجههم إلى القطاع الخاص بعد انقضاء فترة الخدمة المدنية، مما يجعل تقديم خدمات صحية غير مستقرة والتي لها انعكاسات اجتماعية وتنظيمية وتسييرية لتدفقات المرضى.
- قدم جزء من هيكل المؤسسة بسبب قيامه على البناء الجاهز منذ الثمانينات، هذا يسبب لها العمل باستمرار على عملية التهيئة مقارنة مع محدودية الامكانيات المالية؛

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

ثانيا: المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس

المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء وسير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

يقع على عاتق هذه المؤسسة تقديم مجموعة من النشاطات الاستشفائية والمتمثلة في: التشخيص، الكشف، الوقاية والعلاج والاستشفاء، وكذا توفير جزء من التكوين التطبيقي للشبه طبيين والإداريين والأطباء.

**1- الهيكل الوظيفي للمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس**

الجدير بالذكر أن هذه المؤسسة تم تصنيفها في الصنف (ج) وفقاً للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 08 ماي 2013 الذي يعدل ويتم الملحق الثاني للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها. وتحتوي المؤسسة على مصالح استشفائية طبية وجراحية، ومصالح تقنية بطاقة استيعابية 194 سرير موزعة كما يلي:

الجدول رقم (5-9): المصالح والوحدات التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس

| الرقم | المصالح                    | عدد الوحدات   | عدد الأسرة |
|-------|----------------------------|---|------------|
| 1     | الطب الداخلي               | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء<br>طب الأورام<br>طب أمراض الدم         | 40         |
| 2     | طب أمراض الكلى وغسيل الكلى | طب أمراض الكلى<br>غسيل الكلى  | 15         |
| 3     | طب أمراض الرئة والصدر      | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء  | 20         |
| 4     | الأمراض المعدية            | استشفاء رجال<br>استشفاء نساء  | 20         |
| 5     | علم الأوبئة                | المعلومات الصحية<br>النظافة الاستشفائية                             | /          |
| 6     | المخبر المركزي             | علم الجراثيم<br>الكيمياء الحيوية<br>أمراض الدم<br>علم أمراض التشريخ | /          |

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

|         |                             |  |          |
|---------|-----------------------------|--|----------|
| 7       | الأشعة المركزية             | سكانير<br>الماموغرافي + التخطيط بالصدى<br>الأشعة العادية | /        |
| 8       | الصيدلية                    | تسيير المنتجات الصيدلانية<br>توزيع المنتجات الصيدلانية   | /        |
| 9       | الاستعجالات الطبية الجراحية | الاستقبال والفرز<br>الوضع تحت الملاحظة                   | 08       |
| المجموع | 09                          | 23   | 103 سرير |

المصدر: القرار رقم 118 مؤرخ في 06 جويلية متعلق بإنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على مستوى

المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس

الملاحظ على هذه المؤسسة من خلال الجدول (5-9) أنها تحتوي على 09 مصالح مقسمة إلى 23 وحدة. كلها ذات تخصصات طبية فقط (الطب الداخلي، طب أمراض الكلى وغسيل الكلى، طب أمراض الرئة والصدر، الأمراض المعدية)، وعدم توفرها على أي تخصص جراحي، بالإضافة إلى توفرها على جهاز سكانير الذي يعتبر ضروري في الكشف والتشخيص عن الأمراض، وحسب تصريحات مديرها في المقابلة التي أجراها الباحث معه (زقلي، 2022) بين أن المؤسسة بوقوعها في الناحية الشمالية لولاية الشلف لها العديد من المميزات وتعاني العديد من الاختلالات.

2- تشخيص المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس

تحتوي هذه المؤسسة على 103 سرير، تعتبر أصغر مؤسسة استشفائية في ولاية الشلف من حيث عدد الأسرة الاستشفائية، أنجزت في الجهة الشمالية لولاية الشلف، ودخلت حيز الخدمة سنة 2011، تحمل اسم الشهيد أحمد بوراس الذي كان ممرضا في صفوف جيش التحرير. ونتيجة للمقابلة التي أجراها الباحث مع مدير هذه المؤسسة (زقلي، 2022)، تظهر نقاط قوتها وضعفها والفرص التي يمكن أن تستغلها والتحديات التي يجب أن تتجنبها كما يلي:

أ- نقاط القوة:

- هيكل المستشفى في حالة جيدة، فلا يحتاج إلى الكثير من أعمال الصيانة والتهيئة المستمرة؛
- تتوفر على مساحات داخلية كبيرة في محيطه الداخلي، مما قد يستفيد منها مستقبلا نتيجة للتطورات الديمغرافية أو الوبائية؛
- تموقعه على شاطئ البحر، يمنح له فرصة الوصول إليه بكل مرونة، وكذا نقاوة الهواء وأهمية التنفس للمرضى، خاصة مصلحة طب أمراض الرئة والصدر؛
- توفره على عدد كبير من العمال المهنيين (132 عامل) الذين يشكلون فرق للقيام بجميع أنشطة الدعم دون انقطاع (الصيانة، النظافة، الحراسة... الخ)

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

- توفره على جهاز سكانير؛

- حيازة المؤسسة على جهاز مولد الأكسجين، وحاوية للأكسجين، كانتا قد استفادت منهما في أزمة كوفيد 19 من طرف المتبرعين.

### ب- نقاط الضعف:

- الصراعات التنظيمية الكثيرة الموجودة في المؤسسة، خاصة بعض النقابات التي تستغل هذا الغطاء للضغط على إدارة المؤسسة من أجل تلبية لها مصالح الشخصية؛

- نقص التأطير الإداري، حيث يتوفر على عدد قليل من الموظفين الإداريين الذين يحملون لشهادات جامعة وأغلبهم تنقصهم الخبرة الميدانية؛

- نقص الاعتمادات المالية المخصصة لشراء الأدوية والمنتجات الصيدلانية، فمثلا كل سنة تلجأ المؤسسة إلى استعارة كميات كبيرة من الأدوية والمستهلكات تقدر ماليا بأكثر من 01 مليار سنتيم، من باقي مستشفيات الولاية لتلبية احتياجات مصلحة غسيل الكلى.

### ت- الفرص:

- احتوائها على تخصصات طبية فقط، هذا يسمح لها بالتركيز على أنشطة معينة، ويساهم في التقليل من الصراعات الوظيفية التي تعرف بها المستشفيات (صراعات بين المصالح الطبية والمصالح الجراحية)؛

- تواجدها في الساحل الشرقي للولاية، يجعلها قبلة للمصطافين الذين قد يصابون بوعكات صحية، يمكنها أن تستغلها بالتنسيق مع مصالحي السياحة لتكون وجهة للسياحة العلاجية بامتياز، يمكنها من تحصيل مداخيل إضافية.

### ث- التهديدات:

- خروج العديد من الأخصائيين منها بسبب ضعف الأجور والراتب متوجهين إلى القطاع الخاص؛

- عدم وجود أطباء أخصائيين في الأشعة، ساهم بتضمر كبير عند ساكنة المنطقة، أدى ذلك إلى بقاء جهاز سكانير دون تشغيل مما قد يجعله عرضة للتلف.

- عدم استقرار المدراء في هذه المؤسسة بسبب تجذر أصحاب المصلحة (نقابات، بعض المسؤولين المحليين شراء للسلم الاجتماعي)، هذا الأمر يجعلها تدور في حلقة غير مستقرة تتغير فيها الأهداف وتكبح فيها الطموحات.

### المطلب الثالث: نحو نموذج مقترح للإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية

بناء على النماذج المختلفة للإدارة بالأهداف التي تناولناها في الجانب النظري، ونتيجة لوصفنا لآليات (عقد النجاعة والأهداف، مشروع المؤسسة، ومخطط النشاط) التي ذكرناها في الفصل الرابع من هذه الدراسة، وكذا آليات التسيير التي أقرتها وزارة الصحة سنة 2013 والمتمثلة في (لوحة القيادة، مؤشرات التسيير والفعالية، وبرنامج 24 نقطة) بناء على المذكرة الوزارية رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014، المتعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع المؤسسة، لوحة

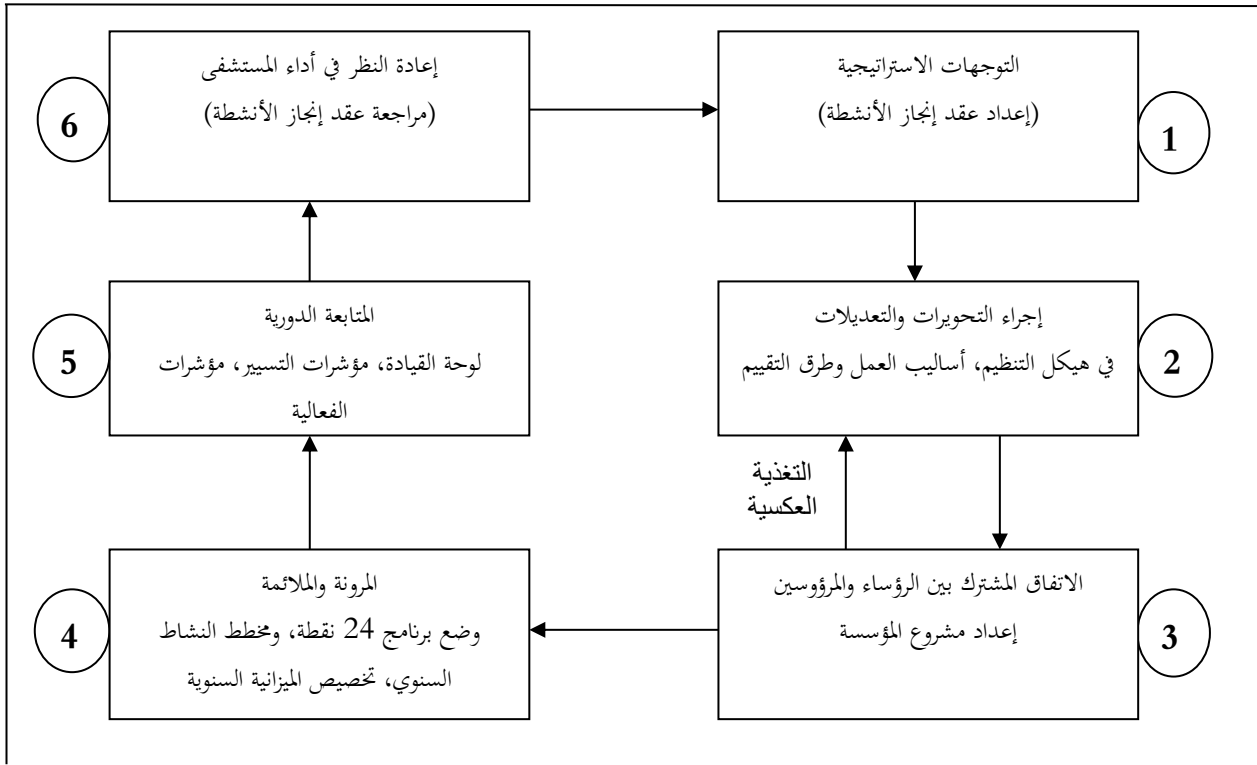
## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

القيادة ومؤشرات التسيير، نقترح نموذج مفاهيمي تطبيقي للإدارة بالأهداف يمكن تطبيقه في المؤسسات العمومية الاستشفائية.

### الفرع الأول: إعداد وشرح النموذج

بالاعتماد على النماذج النظرية للإدارة بالأهداف، وكذا أدوات التسيير التي أقرتها وزارة الصحة سنة 2013 والمتمثلة في (مشروع عقد إنجاز الأنشطة، مشروع المؤسسة، لوحة القيادة، مؤشرات التسيير، برنامج 24 نقطة ومخطط النشاط السنوي). قام الباحث بمحاولة وضع نموذج للإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية، وبحكم أن المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر تكاد تكون لأغلبها نفس الخصائص والمميزات من حيث الأنشطة والوسائل والأهداف، فإن هذا النموذج يمكن أن يصلح للتطبيق في أي مؤسسة صحية، وفق الشكل التالي:

### الشكل رقم (5-1): نموذج الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية



المصدر: من إعداد الباحث حجوج يوسف

لقد حاول الباحث برسم نموذج للإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية، بالاعتماد على أدوات الإدارة بالأهداف التي تناولناها سابقا، حيث يتضح من خلاله أن نظام الإدارة بالأهداف يعتمد على ست خطوات أساسية نوجزها كما يلي:

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

### - الخطوة الأولى: التوجهات الاستراتيجية

يتم تحديد هذه التوجهات بين المؤسسة العمومية الاستشفائية ووزارة الصحة في إطار ما يسمى بعقد الأهداف والنجاعة الذي يعتبر مقياس لأداء المؤسسة، وفيه يتم وضع تصور لعمل المؤسسة من خلال تحديد الأهداف العامة في جميع الأنشطة المنوطة بها في الحدود الجغرافية التي تغطيها. بالإضافة إلى الاتفاق المشترك بين الوصاية ومدير المؤسسة حول طريقة تقييمه في حالة نجاحه أو فشله. كما يتم في هذه الخطوة وضع استراتيجية التعاون المشترك بين المؤسسة العمومية الاستشفائية وباقي المؤسسات الصحية داخل وخارج الولاية خاصة فيما يتعلق بالفحوصات المتخصصة وإجراءات نقل المرضى.

### - الخطوة الثانية: إجراء التعديلات

ويكون ذلك إما في الهيكل التنظيمي الإداري أو الوظيفي كإعطاء أهمية بالغة لمكتب الدخول مثلا، أو فتح وحدات استشفائية جديدة وتوسعة نشاط مصلحة معينة، وإما في أساليب العمل كالاعتماد على المحاسبة التحليلية في تقييم أنشطة المؤسسة، بالإضافة إلى ضرورة تبني مقاييس لتقييم الموظفين تميز بين الراتب والمردودية.

### الخطوة الثالثة: الاتفاق المشترك بين الرؤساء والمرؤوسين

يتم في هذه الخطوة وضع مشروع المؤسسة، التحديد الدقيق لبروتوكول المهام والمسؤوليات ووضع الأساليب الإجرائية لتحديد نوع الأداء اللازم للتنفيذ، وكل هذا يجب أن يتم بالاتفاق بين الرؤساء والمرؤوسين، مع ضرورة الاتفاق الأفقي بين المرؤوسين من حيث الأهداف والأنشطة والموارد البشرية وتبادل المعلومات. وبإتمام هذه الخطوة تحدث عملية التجانس بين أهداف المؤسسة وأهداف الموظفين باتباع أسلوب التغذية العكسية. بالإضافة إلى بناء وتثمين العلاقات مع المؤسسات المتأثرة والمؤثرة في المستشفيات.

- **الخطوة الرابعة: المرونة والملائمة:** في هذه المرحلة يجب التأكد من ملائمة برنامج 24 نقطة مع الميزانية الممنوحة من الوصاية، كما يتم إعادة النظر في بعض الأهداف نظرا لتغيرات قد تحصل في البيئتين الداخلية "كانتهاء فترة عمل بعض الأطباء الأخصائيين" أو في البيئة الخارجية باعتبار تبني الوصاية لبرنامج صحي أو وقائي معين.

### - الخطوة الخامسة: المتابعة الدورية للأداء

من خلال تبني لوحة القيادة ومؤشرات التسيير ومؤشرات الفعالية التي تناولناها سابقا. بالاعتماد على: الاجتماعات الدورية بين المدير والوصاية وبين المدير ومسؤولي المؤسسة، التقارير الدورية، اجتماعات اللجان الاستشارية في المستشفى، تحليل التقارير في المجلس الطبي وبين المدير ونوابه لمقارنة النتائج مع الأهداف المرسومة.

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

### - الخطوة السادسة: إعادة النظر في أداء المؤسسة

من خلال مراجعة عقد إنجاز الأنشطة، ومراجعة أداء المسؤولين الإداريين والطبيين وشبه الطبيين في المؤسسة.

### الفرع الثاني: الأبعاد الناتجة عن تطبيق النموذج

إن تبني هذه الأدوات التسييرية الحديثة كانت مفيدة في أكثر من جانب، نذكرها من خلال الأبعاد

التالية:

- **بعد العمل بروح الفريق:** ويتجلى ذلك في المشاورات واللقاءات الدورية بهدف إعداد (عقد إنجاز الأنشطة، مشروع المؤسسة، مؤشرات التسيير ومؤشرات الفعالية، لوحة القيادة، برنامج 24 نقطة) وهو الأمر الذي يفرض تنسيق كبير وتوزيع الأدوار والمهام في إطار مجموعة تشاورية تشاركية، وهذا يعني أنها جعلت العمل الجماعي أكثر انسجاما وفعالية.

- **البعد التحفيزي:** من خلال اللقاءات التي أجريناها مع بعض المسؤولين والموظفين (إداريين وطبيين) أن اعتماد هذه الأدوات سمحت لهم برفع الروح المعنوية للانتماء للمؤسسة، وبالتالي كونت لديهم قوة تحفيزية جيدة للعمل بجدية.

- **البعد الاستراتيجي:** إن اتباع هذه الأدوات التسييرية في المستشفيات العمومية يسمح للمسؤولين والمرؤوسين على حد سواء (إداريين، طبيين، شبه طبيين، تقنيين) بوضوح الرؤية، وأنهم في الإطار العام لرسالة المؤسسة وأهدافها، كما يساعد المؤسسة على أن تركز نظرتها وأولوياتها في الاستجابة للتغيرات الحادثة في البيئة من حولها وأن تضمن أن أفرادها يعملون باتجاه تحقيق نفس الأهداف، كما يمكن قد تؤدي هذه التوجهات إلى مواجهة حالات الاضطراب الموجودة في بيئة العمل الصحية.

- **البعد التأهيلي:** إن تبني هذه الأدوات الإدارية شكل أثر إيجابي على مهارات ومعارف ومواقف وسلوك كل الموظفين الذين شاركوا في إعدادها، ومن ثم التأثير على الأداء الكلي للمستشفى، وهذا يسمح بتأهيل كوادر جديدة في المؤسسة.

- **البعد المالي والتسييري:** لقد سمح استخدام هذه الأدوات الإدارية الحديثة بتخصيص الموارد بفعالية واتخاذ قرارات مناسبة، كما أن استخدامها يسمح بالتأقلم المالي والالتزام الإداري مع متطلبات المحيط والمرحلة. كما تعتبر هذه الأدوات وسيلة مهمة لتقييم أداء المستشفيات من خلال إمكانية وضع وتحديد وعرض أهداف دقيقة لجميع النشاطات الصحية والإدارية، والقدرة على تحقيقها وتنفيذها بأسرع وقت وأقل جهد وتكلفة.

## المبحث الثاني: أثر الإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

استخدم الباحث في هذا البحث، المنهج الوصفي التحليلي، الذي يقوم بوصف الظواهر والأحداث موضوع الدراسة، من خلال دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية السبعة (07) في ولاية الشلف، لاعتباره "المنهج" مناسباً لهذا البحث لما يوفره من بيانات ومعلومات وملائمته للدراسات الإدارية، بالإضافة إلى استخدام أسلوبي الاستبيان والمقابلة خاصة مع مدراء هذه المستشفيات وبعض نوابهم، ثم استخدام أسلوب التحليل الإحصائي وتحديد برنامج (SPSS version 26) لتحليل البيانات واختبار الفرضيات وتحليل نتائج البحث.

### المطلب الأول: الإطار المنهجي للدراسة وأساليب التحليل الإحصائي

سيتم عرض جميع مراحل اعداد وتوزيع وجمع الاستبيان، ثم أدوات التحليل الإحصائي، والتحقق من ثبات أداة الدراسة ومدى اتساقها الداخلي.

### الفرع الأول: مجتمع وعينة الدراسة وخطوات تصميم (إعداد) الاستبيان

يهدف إعطاء موثوقية أكثر لهذه الدراسة، وجب علينا التذكير بجميع مراحل إعداد ومراجعة وتحكيم الاستبيان وحيثيات توزيعه وجمع استماراته كما يلي:

#### أولاً: مجتمع وعينة الدراسة

تمثل مجتمع الدراسة في جميع المسؤولين الإداريين في المؤسسات العمومية الاستشفائية، ولتحديد عينة الدراسة فقد تم اعتماد أسلوب العينة الملائمة "convenience sample" وهي تلك العينة التي يكون فيها اختيار وحدات المجتمع على أساس السهولة والملائمة من خلال توفر الأشخاص المراد توزيع الاستبانة عليهم، حيث تم تطبيق هذه الدراسة على جميع المؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف والبالغ عددها سبعة، واقتصرت الدراسة على (المدراء، المدراء الفرعيين، ورؤساء المكاتب)، والذين تم اختيارهم على أساس أنهم الأولى بتبني أسلوب الإدارة بالأهداف استناداً على آليات (عقد الأهداف والنجاعة، مشروع المؤسسة، مخطط مسعى الجودة، ومخطط النشاط... الخ).

حيث تم توجيه الاستبيان، للأطر الإدارية التي تتولى تسيير المستشفيات، والتي يقع على عاتقها انتهاج أسلوب الإدارة بالأهداف ومدى مساهمته في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المدراء (الإدارة العليا) والمدراء الفرعيين (الإدارة الوسطى) ورؤساء المكاتب (الإدارة الدنيا) الذين يشتغلون في المؤسسات العمومية الاستشفائية السبعة بولاية الشلف. (07)

#### ثانياً: إعداد وتحكيم الاستبيان (الصدق الظاهري)

يهدف السعي نحو تحسين جودة الخدمات الصحية، توجد العديد من المداخل، من بينها أسلوب الإدارة بالأهداف، وبما أن قطاع الصحة العمومية قطاع خدمي ويدخل ضمن نطاق المرافق العامة ذات خصوصيات معينة، قام الباحث بتصميم استبيان ومراجعته بدقة كمرحلة أولى في شهر فيفري 2022، وذلك بالاعتماد على المسح



## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

المكتبي من خلال الاطلاع على بعض الكتب والأطروحات والمقالات والدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع، ثم عرضه على الأستاذ المشرف لدراسته وتقديم ملاحظاته. وبعد إجراء التعديلات المناسبة عليه أرسل لبعض الأساتذة الأكاديميين الجامعيين وبعض المهنيين العاملين حالياً في قطاع الصحة لتحكيمه، وبعد أخذ آراء جميع المحكمين أثناء فترة التحكيم التي قاربت الشهر "شهر مارس 2022"، حيث كانت معظم آراء المحكمين تؤكد جودة وصلاحيته وشمولية الاستبيان بالإضافة إلى تغيير صيغة بعض العبارات وتصحيح أخرى. كما أثنى معظمهم على جودة وتنظيم الاستبيان وفعاليته في تحقيق أهداف البحث، ونتيجة لذلك تم إجراء التعديلات اللازمة والتصحيحات الوافية التي ذكرت من طرف جميع المحكمين الأكاديميين والمهنيين.

بالإضافة إلى التحكيم الأولي للاستبيان من طرف الأستاذ المشرف، نبين أنه تم اختيار أستاذين من كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية بجامعة الشلف، وراعينا تخصصهما فالأستاذة "مديوني جميلة" متخصصة في جودة الخدمات الصحية، والأستاذ "ترقو محمد" متخصص في برامج التحليل الإحصائي منها برنامج (SPSS)، وكذا اختيار محكم للاستبيان من خارج جامعة الشلف ممثلة في الأستاذة "بويوسف بار جميلة" المتخصصة في المناجنت والتسيير الاستشفائي من مدرسة الدراسات العليا في التجارة بالقلعة، بالإضافة إلى اختيار محكمين اثنين من قطاع الصحة بمحکم خبرتهما المحلية والوطنية كمهنيين ومشتغلين في الصحة العمومية.

ولقد اعتمدنا في إعداد الاستبيان على الجانب النظري لمبادئ الإدارة بالأهداف وأبعاد جودة الخدمات الصحية وربطهما بالسلوكيات والأنشطة والاجراءات التي تمارس بالمؤسسات العمومية الاستشفائية، ويتكون الاستبيان من الأجزاء التالية:

- **الجزء الأول: يتعلق بالبيانات الشخصية للمبحوثين،** الغرض منها معرفة خصائص وصفات عينة الدراسة من خلال (الجنس، السن، المستوى التعليمي، المنصب العالي "الوظيفة"، الأقدمية في المنصب العالي) بهدف معرفة دلالاتها على استخدام الإدارة بالأهداف.
- **الجزء الثاني: يمثل المتغير المستقل بعنوان "مبادئ الإدارة بالأهداف"،** والذي يحتوي على سبعة "07" مبادئ للإدارة بالأهداف كل مبدأ يضم خمسة "05" عبارات، وهي (مبدأ المشاركة، مبدأ تحديد الأهداف، مبدأ وضع خطط العمل، مبدأ دعم الإدارة العليا، مبدأ الرقابة الذاتية، مبدأ المراجعة الدورية والرقابة، مبدأ تقييم الأداء وتقييم الانجاز)؛ بهدف معرفة درجات ممارسة هذه المبادئ في المستشفيات محل الدراسة وتأثيرها على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- **الجزء الثاني: يمثل المتغير التابع بعنوان "أبعاد جودة الخدمات الصحية"،** والذي يحتوي على خمسة "05" أبعاد لجودة الخدمات الصحية كل بعد يضم خمسة "05" عبارات، وهي (بعد الملموسية، بعد الاعتمادية، بعد الاستجابة، بعد التعاطف، بعد الضمان). بهدف معرفة مدى تأثير أبعاد جودة الخدمات الصحية عند استخدام الإدارة بالأهداف والعلاقة بينهم.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

ثالثا: عملية توزيع وجمع الاستبيان

بعد تحديد مجتمع الدراسة وعينة البحث، والضبط النهائي لاستمارة البحث، بدء الباحث في التحضير والترتيب لعملية توزيع وجمع الاستبيان، فكانت أولى الخطوات الاتصال شخصيا بمديري جميع المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف، الذين أبدوا تجاوبا جيدا، وتم تحديد مواعيد توزيع الاستبيان، وتم الاتفاق على عقد مقابلات بين الباحث وهؤلاء المدراء ومدراءهم الفرعيين على أن تكون هذه اللقاءات على مستوى كل مؤسسة على حدى، فبذل الباحث جهدا معتبرا في عملية التوزيع أين تم الانتقال إلى مقر كل مؤسسة واللقاء بمديريها ومساعديه وتوزيع استمارات الاستبيان والاتفاق على تاريخ جمعها.

ويجدر بنا التذكير، بأن هذا الاستبيان، تم توجيهه للأطر الإدارية التي تتولى تسيير المستشفيات، والتي يقع على عاتقها انتهاج أسلوب الإدارة بالأهداف ومدى مساهمته في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المدراء (الإدارة العليا) والمدراء الفرعيين (الإدارة الوسطى) ورؤساء المكاتب (الإدارة الدنيا) الذين يشتغلون في المؤسسات العمومية الاستشفائية السبعة (07) بولاية الشلف، حيث كانت مجريات توزيعه وجمعه كما يلي:

الجدول رقم (5-10): عملية توزيع وجمع الاستبيان واستجابة المبحوثين

| الرقم | المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف |            | الاستبيانات الموزعة |            | الاستبيانات المسترجعة |   | نسبة استجابة المبحوثين % |
|-------|--|------------|---------------------|------------|-----------------------|---|--------------------------|
|       | العدد                                      | التاريخ    | العدد               | التاريخ    | العدد                 | التاريخ   |                          |
| 01    | 16   | 2022/03/22 | 15                  | 2022/03/23 | 93,75                 | المؤسسة العمومية الاستشفائية الأختان باج بالشلف |                          |
| 02    | 16   | 2022/03/27 | 13                  | 2022/03/28 | 81,25                 | المؤسسة العمومية الاستشفائية بالشرفة            |                          |
| 03    | 16   | 2022/03/29 | 14                  | 2022/03/30 | 87,5                  | المؤسسة العمومية الاستشفائية بأولاد محمد        |                          |
| 04    | 16   | 2022/04/03 | 16                  | 2022/04/03 | 100                   | المؤسسة العمومية الاستشفائية بالشطية            |                          |
| 05    | 16   | 2022/04/10 | 11                  | 2022/04/12 | 68,75                 | المؤسسة العمومية الاستشفائية بالصبحة            |                          |
| 06    | 16   | 2022/04/11 | 13                  | 2022/04/13 | 81,25                 | المؤسسة العمومية الاستشفائية زيغود يوسف بتنس    |                          |
| 07    | 16   | 2022/04/11 | 12                  | 2022/04/13 | 75,00                 | المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بوراس بتنس    |                          |
|       |  |            | <b>112</b>          | <b>94</b>  | <b>83,92</b>          | <b>المجموع</b>                                  |                          |

المصدر: من إعداد الباحث

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

يوضح الجدول رقم (4-15) أن الباحث قام بتوزيع 16 استمارة استبيان على مستوى كل مؤسسة، وذلك لأن الهيكل التنظيمي لهذا النوع من المؤسسات موحد في الجزائر، وفقا للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 2009/12/20 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، والذي يبين وجود 16 منصبا عاليا موزعين كما يلي: (1مدير، 4 مدراء فرعيين، 11 رئيس مكتب)، وفي المجمل تم توزيع 112 استمارة استرجع منها 94 استمارة صالحة للتحليل بنسبة استجابة بلغت 83,92% من إجمالي المبحوثين، والتي تعتبر أكبر من المتوسط، وتحقق أهداف الدراسة والتي تم اخضاعها جميعا للتحليل الاحصائي على برنامج ( SPSS version 26 )

### الفرع الثاني: أدوات التحليل الإحصائي للاستبيان

بهدف معالجة البيانات الأولية التي تم الحصول عليها من خلال الاستبيان، استخدم الباحث برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 26) للحصول على نتائج أكثر دقة. ثم قمنا بإدخال جميع البيانات المدرجة في استمارات البحث وفق مقياس ليكرت الخماسي، المقسم إلى خمس اختيارات، أعطيت الدرجات من (5) إلى (1). حيث يمثل الرقم (5) أعلى درجة أي "موافق جدا"، والرقم (4) درجة "موافق"، والرقم (3) درجة "محايد"، والرقم (2) درجة "غير موافق"، والرقم (1) هي أدنى درجة "غير موافق تماما"، مثلما هو موضح في الجدول التالي:

### الجدول رقم (5-11): يبين الدرجات وفق مقياس ليكرت

| التصنيف | موافق جدا | موافق | محايد | غير موافق | غير موافق تماما |
|---------|-----------|-------|-------|-----------|-----------------|
| الدرجة  | 5         | 4     | 3     | 2         | 1               |

### المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي

- أما فيما يخص، تحليل واختبار كل من بيانات ونتائج وفرضيات الدراسة، استخدمنا الأساليب الإحصائية التالية:
- التكرارات والنسب المئوية: لمعرفة تفاصيل الصفات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة، من أجل تحليلها واستنتاج انعكاساتها على ممارسة الإدارة بالأهداف، ومدى قدرتها على التأثير في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات.
- المتوسطات الحسابية للفقرات، والمتوسط الحسابي المرجح لكل مبدأ من مبادئ المتغير المستقل: وذلك لمعرفة اتجاهات أفراد الدراسة نحو كل فقرة أو بعد، كما أنه يساعدنا في ترتيب الفقرات حسب أعلى متوسط لكل فقرة، وأعلى متوسط مرجح لكل بعد؛
- الانحرافات المعيارية لجميع الفقرات: بهدف التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد العينة المدروسة نحو كل فقرة على حدى، بالإضافة إلى معرفة التشتت في استجابات أفراد العينة، والتي تظهر من خلال: (كلما اقتربت قيمته من الصفر يعني ذلك تركيز الاجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمتها تساوي واحد أو أكبر، فذلك يعني عدم تركيز الاجابات وتشتتها)؛

- معامل ألفا كرونباخ لاختبار الثبات والتأكد من الاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان، ويأخذ هذا المعامل قيمة بين الصفر والواحد، حيث كلما اقتربت من الواحد فهذا يعني ثباتاً أكبر للدراسة؛
  - معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لقياس درجة الارتباط: حيث يقوم هذا الاختبار على دراسة العلاقة بين المتغيرين (مبادئ الإدارة بالأهداف، وتحسين جودة الخدمات الصحية)، كما تم استخدامه لحساب الاتساق الداخلي والصدق البنائي للاستبيان بين المتغيرات.
  - تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد، وذلك لتحديد تأثير وشكل العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وكذلك تأثير أي مبدأ من مبادئ المتغير المستقل (الإدارة بالأهداف) هو الأكثر تأثيراً وتفسيراً على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، حيث يعتمد تحليل الانحدار الخطي على قياس المعلمات التالية:
    - $R^2$  لتحديد ما يفسره المتغير المستقل من المتغير التابع؛
    - $t$  لتحديد درجة تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع؛
    - $F$  لتحديد جودة توفيق النموذج.
  - اختبار مدى تحقق فرضيات الدراسة باستخدام بيانات الانحدار الخطي البسيط المتمثلة في معامل الارتباط ومعامل التحديد، ومقارنة قيم  $t$  و  $f$  المحسوبتين بالقيم الجدولية.
- كما اعتمدنا على اختبار  $t$  في حالة عينتين (Teste pour échantillons indépendants) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المتمثل في الجنس. بالإضافة إلى اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) (One Way Analysis of Variance)، لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين ثلاث مجموعات أو أكثر من البيانات المتمثل في المستوى التعليمي والأقدمية في المنصب العالي.
- تم حساب معامل الارتباط لقياس قوة العلاقة بين المتغير التابع (تحسين جودة الخدمات الصحية) والمتغيرات المستقلة (مبدأ المشاركة، مبدأ تحديد الأهداف، مبدأ وضع خطط العمل، مبدأ دعم الإدارة العليا، مبدأ الرقابة الذاتية، مبدأ المراجعة الدورية، مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز).

### الفرع الثالث: ثبات أداة الدراسة واتساقها الداخلي

سنعرض في هذا الجزء ثبات أداة الدراسة، ثم الاتساق الداخلي لمبادئ الإدارة بالأهداف وأبعاد جودة الخدمة الصحية.

#### أولاً: ثبات أداة الدراسة

للتحقق من ثبات أداة الدراسة، لجأ الباحث إلى استخدام معامل "Alpha Cronbach" على درجات أفراد عينة الثبات، ولاعتبار قيم Alpha مقبولة من المفترض أن تكون  $(0.70 \leq \text{Alpha})$ . والذي يستخدم لقياس مدى ثبات أداة القياس من ناحية الاتساق الداخلي لعبارات الأداة، فأداة القياس تتمتع بالثبات إذا كانت تقيس سمة محددة قياساً يتصف بالصدق والاتساق. (جودة م.، 2008، صفحة 298)

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

وعند تطبيقها كانت النتيجة، أن قيمة ألفا المسجلة تساوي (0,946) وكون هذه القيمة أعلى من القيمة التي تقبل عندها درجة الاعتمادية البالغة (0,70)، وعليه فإن الباحث يعتبر أن هذه النسبة مقبولة لأغراض البحث العلمي في مجال الدراسة البحثية الحالية، كما هي ظاهرة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (5-12): معامل ثبات الاتساق الداخلي (Alpha Cronbach)

| العامل                    | مبادئ وأبعاد البحث          | عدد الفقرات | معامل الثبات |
|---------------------------|-----------------------------|-------------|--------------|
| مبادئ الإدارة بالأهداف    | المشاركة                    | 5           | 0,788        |
|                           | تحديد الأهداف               | 5           | 0,732        |
|                           | وضع خطط العمل               | 5           | 0,579        |
|                           | دعم الإدارة العليا          | 5           | 0,643        |
|                           | الرقابة الذاتية             | 5           | 0,615        |
|                           | المراجعة الدورية            | 5           | 0,736        |
|                           | تقييم الاداء وتقويم الانجاز | 5           | 0,730        |
|                           | <b>الإدارة بالأهداف</b>     | <b>35</b>   | <b>0,918</b> |
| أبعاد جودة الخدمات الصحية | الملموسية                   | 5           | 0,692        |
|                           | الاعتمادية                  | 5           | 0,765        |
|                           | الاستجابة                   | 5           | 0,638        |
|                           | التعاطف                     | 5           | 0,813        |
|                           | الضمان                      | 5           | 0,689        |
|                           | <b>جودة الخدمات الصحية</b>  | <b>25</b>   | <b>0,915</b> |
|                           |                             | <b>60</b>   | <b>0,946</b> |

المصدر: من إعداد الباحث بناء على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS version 26)

تدل المعاملات الثبات على تمتع الأداة بصورة عامة بمعامل ثبات عال، بمعنى قدرة الأداة على تحقيق أغراض الدراسة حيث بلغ معامل «Alpha Cronbach» نسبة (0,946). ويتضح من الجدول رقم (5-12) أن معامل ثبات الإدارة بالأهداف بلغ (0,918)، أما ما يتعلق بمبادئ الإدارة بالأهداف فقد تراوحت قيم الثبات بين (0,579-0,788) إذ أن أعلى معامل ثبات لهذه المبادئ كان لمبدأ المشاركة بقيمة بلغت (0,788)، وأن أدنى معامل ثبات كان لمبدأ وضع خطط العمل بقيمة قدرت ب (0,579). في حين بلغ معامل ثبات جودة الخدمات الصحية قيمة (0,915)، حيث تراوحت قيم ثباتها بين أدنى معامل ثبات لبعدها الاستجابة وأعلى معامل ثبات لبعدها التعاطف على

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

التوالي كما يلي (0,638-0,813). وهذا يدل على إمكانية ثبوت النتائج التي يمكن أن يترتب عليها الاستبيان عند تطبيقه.

ثانيا: الاتساق الداخلي لمبادئ الإدارة بالأهداف وأبعاد جودة الخدمة الصحية

من أجل جاهزية البيانات لاختبار الاتساق الداخلي، قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية ما بين كل مبدأ من مبادئ الإدارة بالأهداف والفقرات التابعة له، وكذلك حساب المتوسط الحسابي ما بين كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية والفقرات التابعة له، حيث اعتمدنا على معامل الارتباط لبيرسون في برنامج التحليل الإحصائي (SPSS version 26)، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (5-13): الاتساق الداخلي بين مبادئ الإدارة بالأهداف والفقرات المكونة لها

| المبادئ         |  | مبدأ المشاركة         |               | مبدأ تحديد الأهداف    |               | مبدأ وضع خطط العمل    |               | مبدأ دعم الإدارة العليا |               | مبدأ الرقابة الذاتية  |               | مبدأ المراجعة الدورية |               | مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز |               |
|-----------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-------------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|----------------------------------|---------------|
| الفقرات         |  | من 5 - 1              |               | من 10 - 6             |               | من 15 - 11            |               | من 20 - 16              |               | من 25 - 21            |               | من 30 - 26            |               | من 35 - 31                       |               |
| الاتساق الداخلي |  | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون   | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون            | مستوى الدلالة |
|                 |  | 0,781                 | 0,000         | 0,811                 | 0,000         | 0,659                 | 0,000         | 0,834                   | 0,000         | 0,557                 | 0,000         | 0,843                 | 0,000         | 0,779                            | 0,000         |

المصدر: من إعداد الباحث بناء على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS version 26)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (5-13)، أن كل معاملات الارتباط لجميع مبادئ الإدارة بالأهداف (المشاركة، تحديد الأهداف، وضع خطط العمل، دعم الإدارة العليا، الرقابة الذاتية، المراجعة الدورية، تقييم الأداء وتقييم الإنجاز) لها دلالة إحصائية بمعنى أنها تختلف عن الصفر، كما أنها تعتبر معاملات ارتباط مقبولة جدا بتراوحها بين (0,557-0,843) وهو ما يدل على درجة اتساق مقبولة في جميع المبادئ، أي أن جميع الفقرات لكل مبدأ تمثلها بشكل جيد. من أجل جاهزية البيانات لاختبار الاتساق الداخلي، قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية والفقرات التابعة له ومعامل الارتباط لبيرسون بالاعتماد على برنامج التحليل الإحصائي (SPSS version 26)، وظهرت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (5-14): الاتساق الداخلي بين أبعاد جودة الخدمة الصحية والفقرات المكونة لها

| المبادئ         |  | بعد الملموسية         |               | بعد الاعتمادية        |               | بعد الاستجابة         |               | بعد التعاطف           |               | بعد الضمان            |               |
|-----------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| الفقرات         |  | من 5 - 1              |               | من 10 - 6             |               | من 15 - 11            |               | من 20 - 16            |               | من 25 - 21            |               |
| الاتساق الداخلي |  | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة |
|                 |  | 0,790                 | 0,000         | 0,807                 | 0,000         | 0,864                 | 0,000         | 0,884                 | 0,000         | 0,817                 | 0,000         |

المصدر: من إعداد الباحث بناء على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS version 26)

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

نلاحظ من خلال الجدول رقم (5-14)، أن كل معاملات الارتباط لجميع الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية (الموسمية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان) لها دلالة إحصائية بمعنى أنها تختلف عن الصفر، كما أنها تعتبر معاملات ارتباط مقبولة جدا بتراوحها بين (0,790-0,884) وهو ما يدل على درجة اتساق مقبولة في جميع الأبعاد، أي أن جميع الفقرات التابعة لكل بعد تمثله بشكل جيد.

وعليه، فإن الباحث قام باختبار ثبات أداة القياس واختبار اتساقها الداخلي، وهذا ما يجعلنا نتقل إلى المرحلة الموالية، وهي مرحلة المعالجة الإحصائية للبيانات.

### المطلب الثاني: وصف وتحليل نتائج الدراسة

خلال هذا الجزء، وبناء على نتائج التحليل الإحصائي للدراسة الميدانية، سيتم مناقشة الفرضيات والتأكد من مدى صحتها، وذلك بإجراء عدة اختبارات باستخدام برنامج (SPSS version 26)

### الفرع الأول: خصائص عينة الدراسة

حيث يبين الجدول رقم (5-15) عرض وتحليل النتائج الإحصائية المتعلقة بالخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة والتي تشمل: الجنس، السن، المستوى التعليمي، المنصب "الوظيفة"، والأقدمية في المنصب العالي.

كما يوضح نفس الجدول (5-15)، أن عينة الدراسة تتمتع بخصائص عديدة وفقا للمتغيرات الديمغرافية التالية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، المنصب أو الوظيفة، والأقدمية في المنصب العالي)، والتي نذكرها كما يلي:

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

الجدول رقم (5-15): خصائص عينة الدراسة

| النسبة | التكرارات | الخصائص الشخصية والوظيفية           |                              |   |
|--------|-----------|-------------------------------------|------------------------------|---|
| 58,5   | 55        | ذكر                                 | الجنس                        | 1 |
| 41,5   | 39        | أنثى                                |                              |   |
| 100    | 94        | المجموع                             |                              |   |
| 28,7   | 27        | أقل من 35                           | السن                         | 2 |
| 57,4   | 54        | من 35 إلى 45                        |                              |   |
| 9,6    | 9         | من 45 إلى 55                        |                              |   |
| 4,3    | 4         | من 55 فما فوق                       |                              |   |
| 100    | 94        | المجموع                             |                              |   |
| 02,1   | 02        | ثانوي                               | المستوى التعليمي             | 3 |
| 69,1   | 65        | جامعي                               |                              |   |
| 9,6    | 9         | دراسات عليا (ماجستير/<br>دكتوراه)   |                              |   |
| 19,1   | 18        | خريج مدرسة وطنية<br>(ENMAS-<br>ENA) |                              |   |
| 100    | 94        | المجموع                             |                              |   |
| 7,4    | 7         | مدير                                | المنصب (الوظيفة)             | 4 |
| 27,7   | 26        | مدير فرعي                           |                              |   |
| 64,9   | 61        | رئيس مكتب                           |                              |   |
| 100    | 94        | المجموع                             |                              |   |
| 34,00  | 32        | أقل من 5 سنوات                      | الأقدمية في<br>المنصب العالي | 5 |
| 38,3   | 36        | من 5 إلى 10 سنوات                   |                              |   |
| 18,1   | 17        | من 11 إلى 15 سنة                    |                              |   |
| 8,5    | 8         | من 16 إلى 20 سنة                    |                              |   |
| 1,1    | 1         | من 21 سنة فما فوق                   |                              |   |
| 100    | 94        | المجموع                             |                              |   |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)



## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

### أولاً: الجنس

يتضح أن 58,5% من عينة الدراسة هم من فئة الذكور، و41,5% يمثلون الإناث، ويعزو الباحث ذلك أن أغلبية العاملين الذين يشغلون مناصب عليا (مدير، مدير فرعي، رئيس مكتب) في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة هم من فئة الذكور أكثر من الإناث، وذلك لطبيعة العمل في الإدارة الصحية التي تتطلب العمل على مدار اليوم، وفي العديد من الأحيان يتم استدعائهم خارج أوقات العمل لظروف استعجالية تتطلب إلزامية حضورهم، مما يعود ربما إلى تفضيل إدارة هذه المستشفيات الذكور عن الإناث أثناء عمليات التوظيف.

### ثانياً: العمر

بينت نتائج التحليل أنه فيما يتعلق بمتغير السن، فقد جاء الترتيب التنازلي من الفئة الأعلى إلى الفئة الأدنى كما يلي: أن 57,4% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (35-45) سنة، وأن 28,7% تقل أعمارهم عن (35 سنة) في حين تمثلت أفراد العينة الذين تتراوح أعمارهم بين (45-55) سنة بنسبة بلغت 9,6%، وجاءت الفئة العمرية التي تفوق 55 سنة بنسبة قدرت ب 4,3% أي 4 أفراد فقط من مجموع أفراد عينة الدراسة.

ويعزو الباحث ذلك إلى عمليات التوظيف التي شهدتها هذه المؤسسات خلال السنوات الأخيرة من جهة، وكذا خروج العديد من الموظفين في إطار التقاعد المسبق الذي كان قبل سنوات وتركهم لوظائف شاغرة سمحت بتوظيف أفراد من أعمار الشباب. وهذا يدل على أن هذه المستشفيات ستحقق استقرارا وظيفيا على مستوى إدارتها بسبب أن ما يقارب 81 موظفا في مناصب عليا مختلفة تقل أعمارهم عن 45 سنة وبالتالي احتمالية بقائهم على الأقل مدة 20 سنة في وظائفهم إلى غاية اقترابهم من السن القانوني للتقاعد المعتمدة في الجزائر (65 سنة).

مما سيحقق خبرة كبيرة في التسيير يمكن أن تسمح بممارسات جيدة لتحسين الأداء الإداري لهذه المستشفيات، شريطة ضمان التكوين المستمر والتدريب المتواصل لهم حتى لا يقعون في الروتين الإداري الذي يؤدي إلى ظواهر سلبية مثل الخمول والجمود وانعدام الابداع والانتكالية واللامبالاة.

### ثالثاً: المستوى التعليمي

يتضح من الجدول رقم (5 - 15) أعلاه، أن ما نسبته 69,1% من ذوي مستوى تعليم جامعي، و19,1% من ذوي مستوى تعليمي تخصصي في التسيير الاستشفائي تخرجوا من مدرستين وطنيتين (المدرسة العليا للإدارة ENA والمدرسة الوطنية للمناجنت وإدارة الصحة ENMAS)، في حين بلغت نسبة المستوى الثانوي 02,1%، وبينت الدراسة أن هناك أفراد من العينة لهم مستوى تعليمي ذو دراسات عليا (ماجستير أو دكتوراه) بنسبة بلغت 9,6%.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن الحصول على وظائف في إدارة المستشفيات يخضع لقواعد قانون الوظيفة العمومية الذي يفرض أن الالتحاق ببعض الرتب يجب أن يكون وفق مستوى تأهيلي معين، كما أن شروط الحصول على المناصب العليا في هذا النوع من المؤسسات يخضع إلى أحكام القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يتضمن تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية وشروط الالتحاق بالمناصب العليا التابعة لها وكذا الزيادة الاستدلالية المرتبطة

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

بها. وهذا يتطلب توفر الموظف على مستوى تأهيل جامعي عند توظيفه يجوز على الأقل شهادة الليسانس من إحدى كليات العلوم الاقتصادية علوم التسيير والعلوم التجارية أو من كلية الحقوق، حتى يحصل على رتبة متصرف والتي تسمح له - رتبة متصرف - بعد سنوات من الخبرة أو الترقية ثم الحصول على منصب عال كرئيس مكتب أو مدير فرعي أو مدير وفقا لشروط تولي المناصب العليا المحددة في القرار الوزاري المشترك المذكور سابقا (قرار وزاري مشترك ، 2012).

وهذا مؤشر مهم سيسمح بتطبيق المعارف الأكاديمية على الجانب العملي مما يجعل الممارسات الإدارية تبنى على أساس وظائف الإدارة الأربعة (التخطيط، التنظيم، التوجيه، الرقابة) في إطار القوانين المنظمة لعمل هذه المستشفيات في الجزائر. ومن جهة أخرى يظهر أن هناك 18 موظفا هم من خريجي مدرستين تضمنا التكوين التخصصي في التسيير الاستشفائي وهما (المدرسة الوطنية للإدارة ENA والتي توقفت عن تقديم هذا التكوين سنة 2010 بسبب إنشاء مدرسة متخصصة فقط في تكوين الإطارات الإدارية لقطاع الصحة وهي المدرسة الوطنية للمناجنت وإدارة الصحة (ENMAS).

وهو النهج الذي تسعى وزارة الصحة الاعتماد عليه في سد العجز المسجل في التأطير الإداري للمؤسسات العمومية للصحة، ومن جهة أخرى تحسين كفاءة هذه المؤسسات بما يتماشى مع متطلبات العصر وتحقيق المتغى من الخدمات الصحية، بالاعتماد على المناهج الحديثة في تسيير المستشفيات. بالإضافة إلى أن هناك اتجاه عام لدى مديري المستشفيات لتشجيع التحاق موظفيهم لتكملة دراسات عليا في كليتي الاقتصاد والحقوق بجامعة الشلف وهذا ما كشف عنه هؤلاء المدراء في المقابلات التي أجراها الباحث معهم تزامنا مع عملية توزيع وجمع استمارات الاستبيان.

### رابعا: المنصب "الوظيفة"

جاءت نتائج التحليل حول هذا المتغير بأن هناك (7) من أفراد العينة يشغلون منصب مدير وهم يمثلون جميع المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف، في حين هناك نسبة 27,7% من أفراد العينة يشغلون منصب مدير فرعي، وبقية نسبة 64,9% من العينة يشغلون منصب رئيس مكتب. أي أن البحث قام باستقصاء جميع مدراء المستشفيات السبعة محل الدراسة، بالإضافة إلى 26 مدير فرعي و 61 رئيس مكتب. حيث يجب أن تتوفر كل مؤسسة على 16 منصب عالي مقسمة إلى (1 مدير، 4 مدراء فرعيين، 11 رئيس مكتب) وهذا وفقا لأحكام القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية.

ويعزو الباحث ذلك أنه وُقِّق في الحصر الشامل لجميع مدراء المستشفيات السبعة محل الدراسة وأغلبية المدراء الفرعيين فيها، مما يعطي مصداقية أكبر لهذه الدراسة ومعرفة نتائجها، لأن هؤلاء المستقنين (المدراء والمدراء الفرعيين) يعتبرون مسؤولون وأقدر من غيرهم في تطبيق مبادئ الإدارة بالأهداف في المستشفيات. ويمكن تفسير هذه النتائج في متغير الوظيفة حسب التقسيمات الأكاديمية للمستويات الإدارية كما يلي:

- الإدارة العليا: وفي هذه الحالة يمثلون جميع المدراء السبعة في المستشفيات محل الإدارة، إذ يقع على عاتقهم مسؤولية وضع السياسات العامة، والمشاركة في تحديد التوجهات الاستراتيجية مع الوصية المحلية (مديرية الصحة والسكان بولاية الشلف) والوصاية المركزية (وزارة الصحة)، في إطار عقد النجاعة والأهداف.
- الإدارة الوسطى: وهم يمثلون المدراء الفرعيين، والبالغ عددهم في هذه الدراسة 26 مدير فرعي من أصل 28 مدير فرعي في جميع مستشفيات الولاية محل الدراسة، ويقع على عاتقهم توجيه أنشطة المدراء لتنفيذ السياسات والتوجهات الاستراتيجية والسهر على تنفيذها والمساهمة في تقييمها؛
- الإدارة الدنيا (التشغيلية): والبالغ عددهم 61 رئيس مكتب من أصل 77 رئيس مكتب يمثلون جميع المؤسسات محل الدراسة، والمطلوب منهم توجيه العاملين ومتابعة تنفيذهم للأنشطة ويرفعون التقارير عن مختلف الأعمال.

#### خامسا: الأقدمية في المنصب العالي

فقد أظهرت الدراسة أن أعلى نسبة من المستقنين تتراوح خبرتهم في المنصب العالي بين (5 إلى 10 سنوات) بنسبة 38,3%، تليها نسبة 34,00% للذين كانت خبرتهم أقل من (5 سنوات)، ثم تليهما نسبة 18,1% و8,5% للذين بلغت خبرتهم في المنصب العالي على التوالي بين (11 إلى 15 سنة) و (من 16 إلى 20 سنة)، في حين يوجد موظف واحد فقط تفوق خبرته في المنصب العالي مدة 21 سنة. وهذا يدل على أن أغلب أفراد العينة المدروسة (الفئة الأولى والفئة الثانية) والبالغ عددهم 68 فردا تقل خبرتهم في المنصب العالي عن 10 سنوات. ويعزو الباحث ذلك حسب المقابلات التي أجراها مع المدراء إلى اختيارهم لأفراد يتمتعون بسنوات خبرة قليلة لكنهم أكثر نشاطا وحيوية ومستواهم التعليمي يسمح لهم بتقلد مناصب قيادية.

#### الفرع الثاني: التحليل الإحصائي لمبادئ الإدارة بالأهداف

يهدف هذا الجزء إلى تحليل درجة استجابة المبحوثين نحو مبادئ الإدارة بالأهداف على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف، والبيانات الواردة في كل مبدأ (المشاركة، تحديد الأهداف، وضع خطط العمل، دعم الإدارة العليا، الرقابة الذاتية، المراجعة الدورية، تقييم الأداء وتقويم الإنجاز) توضح المتوسطات الحسابية لتوجهات المبحوثين، وكذلك الانحرافات المعيارية لهذه المتوسطات نحو متغير الإدارة بالأهداف.

#### أولا: اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات مبدأ المشاركة

يمكن أن نستخلص اتجاه أفراد العينة المدروسة نحو الفقرات المكونة لمبدأ المشاركة من خلال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجميع الفقرات، واستنتاج المتوسط الحسابي المرجح وربطه بدرجة التبني، وهذا ما يظهر من خلال الجدول الآتي:

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

الجدول رقم (5-16): استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ المشاركة

| الترتيب | درجة التنبؤ | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي        | الاختبار        |           |       |       |            | التكرارات والنسب المئوية | العبارة  |
|---------|-------------|-------------------|------------------------|-----------------|-----------|-------|-------|------------|--------------------------|--|
|         |             |                   |                        | غير موافق تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |                          |  |
| 4       | مرتفعة      | 1.115             | 3,94                   | 6               | 6         | 7     | 44    | 31         | التكرارات                | تتم الإدارة بإشراكي في تحديد أهداف المستشفى.   |
|         |             |                   |                        | 6.4             | 6.4       | 7.4   | 46.8  | 33,0       | %                        |  |
| 1       | مرتفعة جدا  | 0.582             | 4,48                   | 0               | 0         | 4     | 41    | 49         | التكرارات                | تزداد الدافعية والحماس لدي عند اهتمام إدارة المستشفى بقرارات وأهداف ساهمت فيها.                    |
|         |             |                   |                        | 0               | 0         | 4.3   | 43.6  | 52.1       | %                        |  |
| 2       | مرتفعة      | 0.851             | 4,17                   | 2               | 2         | 9     | 46    | 35         | التكرارات                | العلاقة وطيدة بيني وبين إدارة المستشفى.  |
|         |             |                   |                        | 2.1             | 2.1       | 9.6   | 48.9  | 37.2       | %                        |  |
| 5       | مرتفعة      | 1.076             | 3,70                   | 1               | 15        | 21    | 31    | 26         | التكرارات                | يقوم المدير بتفويض بعض صلاحياته لي، لتنمية مشاركتي في صناعة القرارات وتحديد الأهداف وتقييم الأداء. |
|         |             |                   |                        | 1.1             | 16.0      | 22.3  | 33.0  | 27.7       | %                        |  |
| 3       | مرتفعة      | 0.912             | 4,09                   | 2               | 4         | 11    | 44    | 33         | التكرارات                | يملك مسؤولي المؤسسات الكافية لاتخاذ القرارات.  |
|         |             |                   |                        | 2.1             | 4.3       | 11.7  | 46.8  | 35.1       | %                        |  |
| مرتفعة  |             | 4,0745            | المتوسط الحسابي المرجح |                 |           |       |       |            |                          |  |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نستنتج من خلال الجدول رقم (5-16)، العديد من الملاحظات بخصوص استجابة أفراد العينة حول مبدأ

المشاركة، والتي نعرضها وفقا لفقرات هذا المبدأ كما يلي:

- أن (75) فردا من مجموع أفراد العينة (94) قد وافقوا على أن الإدارة تهتم بإشراكهم في تحديد أهداف المؤسسة العمومية الاستشفائية التي يعملون فيها، وهو ما يمثل نسبة 79.8% من إجمالي العينة، في حين بلغ عدد الذين أجابوا بأن الإدارة لا تهتم بإشراكهم في تحديد أهداف المستشفى بلغ (12) فردا فقط، وهو ما يمثل نسبة 12.8%. وبقي (7) أفراد من العينة عبروا عن حيادهم بخصوص مشاركتهم في تحديد الأهداف، ويعزو الباحث ذلك إلى أن هناك درجة وعي كبيرة من طرف إدارة هذه المستشفيات خاصة عند المدراء ونوابهم بضرورة فتحهم المجال للعاملين معهم في المستويات الوسطى في الإدارة، بالمشاركة في تحديد الأهداف، ومن جهة أخرى يدل على وجود ثقافة تنظيمية تعتمد مبدأ المشاركة؛

- بلغ عدد أفراد العينة الذين تزداد دافعيتهم وحماسهم للعمل عندما تفسح لهم الإدارة المساهمة في الأهداف والقرارات ب (90) فردا أي بنسبة 95.7%، في حين التزم (4) أفراد منهم الحياد، ولا يوجد ولا فرد واحد من أفراد العينة لا

تزداد دافعيته وحماسه في انجاز أهداف وقرارات يكون قد ساهم فيها. وهذا يدل على إدارة هذه المؤسسات محل الدراسة تعتمد في القيام بأنشطتها خاصة تلك المتعلقة بالأهداف والقرارات على فرق العمل، الهدف منها تحسيسهم بالانتماء إلى المؤسسة، ومن جهة أخرى تحفيزهم معنويا لتحقيق أهداف وتنفيذ قرارات ساهموا في تحديدها وصناعتها وهذا هو جوهر مبدأ المشاركة؛

- يتضح أن 81.1% من العينة المدروسة علاقتهم وطيدة بينهم وبين إدارتهم، في حين عبر 4 أفراد فقط أن علاقتهم غير وطيدة بنسبة 4.2% وبقي 09 أفراد محايدين عن هذه الفقرة، وهذا معناه أن هناك توجه عام في المستشفيات محل الدراسة يعبر عن القوة النسبية لانتماء الموظفين لمؤسساتهم.

- عبر 60.3% من العينة أن مدراءهم يفوضون لهم الصلاحيات لتنمية مشاركتهم في صناعة القرارات وتحديد الأهداف وتقييم الأداء، ويوجد ما نسبته 17.1% منهم غير موافقين على هذه العبارة، وبقيت نسبة 22.3% من إجمالي العينة محايدين لم يبدوا بآرائهم حول هذه العبارة، وهذا يدل على أن هناك توجه عام لدى إدارة هذه المؤسسات محل الدراسة يفوق النصف يفوضون صلاحياتهم للسماح بمساعدتهم وببقية الموظفين في تحديد الأهداف وصناعة القرارات وتقييم الأداء، بهدف تنمية مشاركتهم باستمرار؛

- عبر 81.9% من إجمالي العينة، أن مدراءهم يملكون المؤهلات اللازمة لاتخاذ القرارات، ويرى 11.7% منهم عكس ذلك، وبقيت نسبة 6.4% منهم محايدين ولم يعبروا عن رأيهم باتجاه مدراءهم.

في ذات السياق، يظهر أن المتوسط الحسابي للفقرات الخمس المكونة لمبدأ المشاركة محصور بين (3,70 و4,48) وبدرجة تبني مرتفعة. ويعزوا الباحث هذه النتائج، من خلال اجابات المستقصين حول العبارات الخمس لمبدأ المشاركة، أن هذا المبدأ "المشاركة" مطبق من طرف إدارة هاته المستشفيات محل الدراسة بنسبة كبيرة جدا، وهو ما يعبر عن التوجه الجديد في التسيير الاستشفائي والمحاولة المستمرة للانتقال من الأساليب التقليدية إلى الأساليب الحديثة التي تعتمد على المشاركة في إطار فرق عمل. ومن أجل تجسيد أفضل لمبدأ المشاركة في المستشفيات العمومية يجب أن يركز المسؤولين على العناصر التالية: (تفويض بعض صلاحياتهم لمروؤسيهم: المشاركة في تحديد الأهداف، تنمية مهارة القدرة على اتخاذ القرارات، تثمين العلاقة بين الأفراد والمؤسسة، فسح المجال للمروؤسين لاتخاذ قرارات).

ثانيا: اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات مبدأ تحديد الأهداف

يمكن أن نستنتج اتجاه أفراد العينة المدروسة نحو الفقرات المكونة لمبدأ تحديد الأهداف من خلال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجميع الفقرات، واستنتاج المتوسط الحسابي المرجح وربطه بدرجة التبني، وهذا ما يظهر من خلال الجدول الآتي:

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

الجدول رقم (5-17): استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ تحديد الأهداف

| الترتيب | درجة التقييم | الاختلاف المعياري | المتوسط الحسابي | الاختبار               |       |           |                 |           | التكرارات والنسب المئوية | موافق بشدة   | موافق | محايد | غير موافق | غير موافق تماما | العبارة |
|---------|--------------|-------------------|-----------------|------------------------|-------|-----------|-----------------|-----------|--------------------------|--|-------|-------|-----------|-----------------|---------|
|         |              |                   |                 | موافق                  | محايد | غير موافق | غير موافق تماما | التكرارات |                          |  |       |       |           |                 |         |
| 4       | مرتفعة       | 1.100             | 3,61            | 5                      | 9     | 25        | 34              | 21        | التكرارات                | يلتزم المدير بإشراكي في تحديد الأهداف في بداية كل سنة بناء على مساهماتي الفعالة في السنة الماضية.      |       |       |           |                 |         |
|         |              |                   |                 | 5.3                    | 9.6   | 26.6      | 36.2            | 22.3      | %                        |  |       |       |           |                 |         |
| 3       | مرتفعة       | 0.953             | 3,87            | 1                      | 11    | 10        | 49              | 23        | التكرارات                | أتلقي توضيحات وشروحات للأهداف المحددة من طرف إدارة المستشفى.   |       |       |           |                 |         |
|         |              |                   |                 | 1.1                    | 11.7  | 10.6      | 52.1            | 24.5      | %                        |  |       |       |           |                 |         |
| 5       | مرتفعة       | 1.109             | 3,27            | 4                      | 22    | 27        | 27              | 14        | التكرارات                | نحدد الأهداف بناء على مواصفات الهدف الذكي "SMART".   |       |       |           |                 |         |
|         |              |                   |                 | 4.3                    | 23.4  | 28.7      | 28.7            | 14.9      | %                        |  |       |       |           |                 |         |
| 1       | مرتفعة       | 0.866             | 4,12            | 1                      | 5     | 9         | 46              | 33        | التكرارات                | تحديد الأهداف يتم بناء على الامكانيات المادية والبشرية بالمستشفى.                                      |       |       |           |                 |         |
|         |              |                   |                 | 1.1                    | 5.3   | 9.6       | 48.9            | 35.1      | %                        |  |       |       |           |                 |         |
| 2       | مرتفعة       | 0.815             | 4,04            | 2                      | 2     | 11        | 54              | 25        | التكرارات                | تُحدد الإدارة أهدافها وفقا للمتغيرات التي ينشط فيها المستشفى (البيئية والديمقراطية والوبائية والصحية). |       |       |           |                 |         |
|         |              |                   |                 | 2.1                    | 2.1   | 11.7      | 57.4            | 26.6      | %                        |  |       |       |           |                 |         |
| مرتفعة  |              |                   | 3,7809          | المتوسط الحسابي المرجح |       |           |                 |           |                          |  |       |       |           |                 |         |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نستنتج من خلال الجدول رقم (5-17)، العديد من الملاحظات بخصوص استجابة أفراد العينة حول مبدأ

تحديد الأهداف، والتي نعرضها وفقا لفقرات هذا المبدأ كما يلي:

- أظهرت النتائج أن (55 فردا) من المبحوثين كانت إجاباتهم بأن مدراءهم يشركونهم في تحديد الأهداف السنوية، وهو ما يمثل نسبة 58.5%، وعبير (14) فردا بأن مدراءهم لا يسمحون بمشاركةهم في تحديد الأهداف بنسبة بلغت 14.9%، في حين سجل (25) فردا حيادهم عن هذه الفقرة. وهذا معناه أن قرابة نصف الأهداف التي تحدد في المؤسسات محل الدراسة يتم اتخاذها في إطار تشاركي بين الرؤساء والمرؤوسين، وتبقى بقية الأهداف حسب خصوصية كل مؤسسة وعلاقة مدراءهم بمرؤوسيههم.
- بينت الدراسة بأن (72) فردا من أصل مجموع العينة المدروسة (94)، أنهم يتلقون توضيحات وشروحات للأهداف المحددة وهو ما يمثل نسبة 76.6%، وبقية الأفراد تقريبا انقسموا في إجاباتهم بخصوص هذه العبارة بين غير موافقين ومحايدين بنسبة بلغت على التوالي 12.8% و10.6%.

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

- نستنتج أن (43) فردا يمثلون نسبة 43.6% من إجمالي العينة عبروا بأن تحديد الأهداف يتم بناء على مواصفات الهدف الذكي SMART (Specific=S) محدد، Measurable=M قابل للقياس، Achievable = A قابل للتحقيق، Realistic = R واقعي، Time=T محدد بزمن)، في حين انقسم بقية أفراد العينة بين محايد وغير موافق بنسبة بلغت على التوالي 27.7% و 27.7%. ويدل هذا على أن بالتقريب نصف العينة يعرفون مواصفات تحديد الأهداف وبالتالي الاتجاه الصحيح نحو تحقيقها، في نفس الوقت يجب أن يوفر مسؤولي هذه المؤسسات برامج تدريبية حول تحديد الأهداف العام وكيفية تجزئتها إلى أهداف رعية والطريقة السليمة لصياغتها.
- يتضح أن (79) فردا يمثلون نسبة 84% من المستجوبين، أقروا بأن تحديد الأهداف يتم بناء على الإمكانيات المادية والبشرية في المستشفيات، وأجاب 6 أفراد فقط بأنهم غير موافقون على هذه الفقرة بنسبة ضئيلة جدا بلغت 6.4%، وبقي 9 أفراد يمثلون نسبة 9.6% من المستجوبين كمحايدين، بمعنى أن أغلبية الموظفين يدركون تماما بأنه لا يمكن أن تحدد أهداف المستشفى خارج إطار إمكانياته، وهذا مؤشر قوي يبين أن هناك وعي إداري في المستشفيات يدرك تماما بأن تحديد الأهداف يجب أن يكون على أساس تشخيص الإمكانيات البشرية والمادية.
- في هذا الإطار، يظهر المتوسط الحسابي للفقرات محصورا بين 3,27 و 4,12 ، بنسبة إجمالية لمبدأ تحديد الأهداف قدرت ب 3,7809 وبدرجة تبني مرتفعة، في حين حصلت العبارة الرابعة (تحديد الأهداف يتم بناء على الإمكانيات المادية والبشرية بالمستشفى.) على استجابة مرتفعة من المبحوثين وهي أعلى درجة مرتفعة نسبيا من باقي العبارات التي كانت جميعها بدرجات استجابة مرتفعة. ويستخلص الباحث من هذا التحليل، يجب أن يدرك مسؤولي المستشفيات بمختلف مستوياتهم الإدارية على أن تحديد الأهداف في إطار تشاركي يبني أساسا على (التحديد الدقيق للأهداف وفقا للمواصفات العلمية، ثم تبسيط هذه الأهداف لجميع العاملين، على أن تكون هذه الأهداف مبنية على دراسات وبائية وديمغرافية وصحية، وتتماشى مع الإمكانيات البشرية والمادية لكل مؤسسة صحية).

### ثالثا: اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات مبدأ وضع خطط العمل

يمكن أن نستشف اتجاه أفراد العينة المدروسة نحو الفقرات المكونة لمبدأ وضع خطط العمل، من خلال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجميع الفقرات، واستنتاج المتوسط الحسابي المرجح وربطه بدرجة التبنى، وهذا ما يظهر من خلال الجدول الآتي:

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

الجدول رقم (5-18): استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ وضع خطط العمل

| الترتيب | درجة التقييم | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | غير موافق تماما        | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة | التكرارات والنسب المئوية | الاختبار   |
|---------|--------------|-------------------|-----------------|------------------------|-----------|-------|-------|------------|--------------------------|--|
|         |              |                   |                 |                        |           |       |       |            |                          | العبرة   |
| 2       | مرتفعة       | 0.855             | 3,82            | 2                      | 5         | 17    | 54    | 16         | التكرارات                | لدي معارف كافية في استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف.                               |
|         |              |                   |                 | 2.1                    | 5.3       | 18.1  | 57.4  | 17.0       | %                        |  |
| 3       | مرتفعة       | 1.168             | 3,57            | 5                      | 13        | 23    | 29    | 24         | التكرارات                | تحرص الإدارة على اشراكي في إعداد مشروع المؤسسة.                                  |
|         |              |                   |                 | 5.3                    | 13.8      | 24.5  | 30.9  | 25.5       | %                        |  |
| 1       | مرتفعة       | 0.955             | 4,05            | 3                      | 5         | 7     | 48    | 31         | التكرارات                | تلتزم الإدارة بعقد اجتماعات دورية لوضع خطط لجميع الأنشطة في المستشفى.            |
|         |              |                   |                 | 3.2                    | 5.3       | 7.4   | 51.1  | 33.0       | %                        |  |
| 5       | منخفضة       | 1.126             | 2,37            | 22                     | 38        | 14    | 17    | 3          | التكرارات                | تسمح الميزانية المرصودة للمستشفى في إعداد خطط تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية |
|         |              |                   |                 | 23.4                   | 40.4      | 14.9  | 18.1  | 3.2        | %                        |  |
| 4       | مرتفعة       | 0.990             | 3,56            | 6                      | 5         | 24    | 48    | 11         | التكرارات                | تحسنت جودة الخدمات الصحية في المستشفى عند استخدامنا لآليات الادارة بالأهداف.     |
|         |              |                   |                 | 6.4                    | 5.3       | 25.5  | 51.1  | 11.7       | %                        |  |
| مرتفعة  |              |                   | 3,4766          | المتوسط الحسابي المرجح |           |       |       |            |                          |  |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نستنتج من خلال الجدول رقم (5-18)، العديد من الملاحظات بخصوص استجابة أفراد العينة حول مبدأ وضع خطط العمل، والتي نعرضها حسب فقرات هذا المبدأ كما يلي:

- استجابات نسبة 64.4% من أفراد العينة بأن لديهم معارف كافية في استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف، وعلى النقيض تماما، لم يوافق على هذه العبارة 7 أفراد فقط بنسبة 7.4%، في حين سجل 17 فردا حيادهم بنسبة قدرت ب 18.1%، وهذا يبرز بأن أغلب المسؤولين (مدراء، مدراء فرعيين، رؤساء مكاتب) في المستشفيات محل الدراسة لديهم مفاهيم حول الإدارة بالأهداف.
- ظهر من خلال الجدول بأن (53) فردا يمثلون نسبة 56.4% من العينة المدروسة تحرص إدارتهم على اشراكهم في مشاريع مؤسساتهم، و 18 من العينة غير موافقين على ذلك، في حين عبر 24.5% منهم عن حيادهم باتجاه الفقرة الثانية المتعلقة بوضع خطط العمل.



## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

- هناك (79) فردا من إجمالي العينة يمثلون نسبة 84.1% وافقوا على أن الإدارة تلتزم بعقد اجتماعات دورية لوضع خطط لجميع الأنشطة، في حين انقسم بقية الأفراد بين غير موافق ومحاميد بنسبة بلغت على التوالي 8.5% و7.4%، هذا يدل على أن أغلب المسؤولين محل الدراسة يلتزمون بعقد اجتماعات لوضع خطط الأنشطة.
- نستنتج من الجدول أعلاه، أن 60 فردا يمثلون نسبة 53.8% من العينة المدروسة يؤكدون بأن الميزانية المرصودة للمستشفى لا تسمح في إعداد خطط تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية، وهذا مؤشر خطير يعبر عن تحبط هذه المستشفيات في نقص الاعتمادات المالية التي لا تعبر حقيقة عن الاحتياجات الضرورية، مما ينعكس سلبا على جودة الخدمات الصحية المقدمة. في حين تمثل نسبة 21.3% من العينة عن موافقتهم على كفاية الميزانية، ويعزوا الباحث ذلك بأن بعض رؤساء المكاتب لا يعرفون تفاصيل الميزانية، وبقيت نسبة 14.9% عبرت عن حيادها.
- يوجد 59 فردا يمثلون نسبة 62.8% من إجمالي المبحوثين، وافقوا على أن جودة الخدمات الصحية في المستشفى تحسنت عند استخدامهم لآليات الإدارة بالأهداف المتمثلة، وعبر 25.5% عن حيادهم بهذا الخصوص، وقدر الذين لم يوافقوا على هذه الفقرة نسبة 11.7%.
- يظهر من خلال الجدول رقم (5-18)، بأن المتوسطات الحسابية للفقرات المكونة لمبدأ وضع خطط العمل جاءت محصورة بين 2,97 و 4.05 بدرجة تبني مرتفعة، كما أن العبارة الثالثة " تلتزم الإدارة بعقد اجتماعات دورية لوضع خطط لجميع الأنشطة في المستشفى." قد حصلت على استجابة مرتفعة، وأن العبارة الرابعة " تسمح الميزانية المرصودة للمستشفى في إعداد خطط تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية" حصلت على استجابة منخفضة هذا يعني حقيقة أن الميزانية المرصودة لا تكفي لتحقيق أهداف المستشفيات محل الدراسة. بالمقابل يمكن للمسؤولين في هذه المستشفيات أن يستغلوا بعض المؤشرات الناتجة عن تحليلنا لهذه الدراسة في تجسيد مبادئ الإدارة بالأهداف لتحسين جودة الخدمات الصحية، والتي نبرزها كما يلي:
- لدى معظم الموظفين معارف كافية حول مفاهيم الإدارة بالأهداف يمكن استغلالها لتحقيق جملة من الأهداف هي (ضمان تأطير مستخدمي المؤسسة حول الإدارة بالأهداف، وبالتالي سهولة استخدامها وغرس روح العمل بها، ويعزوا الباحث ذلك بأن أغلب المستقيمين هم من خريجي الجامعات، وأن جميع المدراء وعددا معتبرا من المدراء الفرعيين تلقوا تكوينا متخصصا في التسيير الاستشفائي الذي يعتمد على أساليب التسيير الحديثة كالإدارة بالأهداف والجودة الشاملة).
- إن جوهر إعداد مشاريع المؤسسة هو ضمان مشاركة جميع الأفراد، خاصة أصحاب المناصب العليا الهيكلية والوظيفية" لأنهم في النهاية هم من سينفذون هذه المشاريع، وبالتالي تكون لديهم رغبة قوية لتنفيذ الخطط.
- أن إدارة المستشفيات تعتمد بدرجة كبيرة في وضعها لخطط عمل جميع الأنشطة على عقد اجتماعات دورية تتم فيها دراسة ومناقشة جميع المقترحات وترتيبها حسب أولويتها، وإخراجها في شكل خطة نهائية ضمن مشروع المؤسسة وعقد الأهداف والنجاعة.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

رابعا: اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات مبدأ دعم الإدارة العليا

يمكن أن نستشف اتجاه أفراد العينة المدروسة نحو فقرات مبدأ دعم الإدارة العليا من خلال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، واستنتاج المتوسط الحسابي المرجح وربطه بدرجة التنبؤ، وهذا ما يظهر من خلال الجدول الآتي:

الجدول رقم (5-19): استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ دعم الإدارة العليا

| الترتيب | درجة التنبؤ | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | غير موافق تماما        | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة | التكرارات والنسب المئوية | الاختبار  |
|---------|-------------|-------------------|-----------------|------------------------|-----------|-------|-------|------------|--------------------------|---|
|         |             |                   |                 |                        |           |       |       |            |                          | العبرة  |
| 5       | متوسطة      | 1.123             | 3,14            | 9                      | 20        | 20    | 39    | 6          | التكرارات                | تضمن الإدارة العليا برامج تدريبية على مفاهيم جودة الخدمات الصحية  |
|         |             |                   |                 | 9.6                    | 21.3      | 21.3  | 41.5  | 6.4        | %                        |   |
| 3       | مرتفعة      | 1.006             | 3,69            | 2                      | 12        | 18    | 43    | 19         | التكرارات                | تدعمني الإدارة العليا في أداء مهامي، وتضمن التنسيق بيني وبين الموظفين   |
|         |             |                   |                 | 2.1                    | 12.8      | 19.1  | 45.7  | 20.2       | %                        |   |
| 4       | مرتفعة      | 1.160             | 3,55            | 7                      | 11        | 18    | 39    | 19         | التكرارات                | تتكفل الإدارة العليا بإعلامي بمسار حياتي المهنية  |
|         |             |                   |                 | 7.4                    | 11.7      | 19.1  | 41.5  | 20.2       | %                        |   |
| 1       | مرتفعة      | 0.799             | 4,35            | 1                      | 2         | 7     | 37    | 47         | التكرارات                | أنا متيقن بأن تحقيق مبادئ جودة الخدمات الصحية مسؤولية شخصية لكل موظف بالمستشفى مهما يكن مستواه أو موقعه الوظيفي |
|         |             |                   |                 | 1.1                    | 2.1       | 7.4   | 39.4  | 50.0       | %                        |   |
| 2       | مرتفعة      | 0.875             | 4,17            | 3                      | 1         | 8     | 47    | 35         | التكرارات                | يجب أن تقوم الوصاية (وزارة الصحة) بتفويض بعض صلاحيات التسيير لمسؤولي المستشفيات                                 |
|         |             |                   |                 | 3.2                    | 1.1       | 8.5   | 50.0  | 37.2       | %                        |   |
| مرتفعة  |             |                   | 3,7809          | المتوسط الحسابي المرجح |           |       |       |            |                          |   |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نستنتج من خلال الجدول رقم (5-19)، العديد من الملاحظات بخصوص استجابة أفراد العينة حول مبدأ وضع خطط العمل، والتي عرضها حسب فقرات هذا المبدأ كما يلي:

- وافق 45 فردا يمثلون 47.9% من العينة على أن الإدارة العليا تضمن برامج تدريبية حول مفاهيم جودة الخدمات الصحية، وهي نسبة أقل من نصف العينة المدروسة، في حين بلغ عدد المحايدين 20 فردا بنسبة 21.3%، أما عدد الأفراد الذين لم يوافقوا على هذه الفقرة فمثلوا نسبة 30.9%.

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

- أظهر التحليل أن 62 فردا يمثلون نسبة 75.9% أقرروا بأن الإدارة العليا تدعمهم في أداء مهامهم، وتضمن التنسيق بينهم وبين بقية الموظفين، وبلغ عدد المبحوثين الذين لم يوافقوا على دعم الإدارة العليا لهم (14) فردا بنسبة 14.9%، في حين تحلى 18 آخرون بحيادهم وعدم إفسائهم لدعم الإدارة العليا لهم من عدمه.
- بينت الدراسة أن نسبة 61.7% موافقون على أن الإدارة تتكفل بإعلامهم حول مساهم المهني، في حين انقسم بقية المستجوبين بالتساوي بين محايد وغير موافق على هذه الفقرة بنسبة 19.1% لكل واحد منهما.
- جاءت نتائج الدراسة متساوية بالتقريب حول موافقة أفراد العينة على الفقرة الرابعة (أنا متيقن بأن تحقيق مبادئ جودة الخدمات الصحية مسؤولية شخصية لكل موظف بالمستشفى مهما يكن مستواه أو موقعه الوظيفي)، والفقرة الخامسة (يجب أن تقوم الوصاية "وزارة الصحة" بتفويض بعض صلاحيات التسيير لمسؤولي المستشفيات) بنسبة على التوالي 89.4% و 87.2%. كما أن هذا التساوي مس أيضا درجة عدم الموافقة بنسبة 3.2% للفقرة الرابعة و 4.3% للفقرة الخامسة، ونفس الشيء بحداد أفراد العينة سواء للفقرة الرابعة أو الخامسة، حيث بلغ عدد المستجوبين لكل منهما على التوالي 7 أفراد و 8 أفراد.
- يظهر من خلال الجدول رقم (5-19)، أن المتوسط الحسابي المرجح قدر ب 3,7809 ودرجة تبني مرتفعة، وجاءت المتوسطات الحسابية لل فقرات المكونة لمبدأ دعم الإدارة العليا محصورة بين 3,14 و 4,35، وتميزت العبارة الأولى "تضمن الإدارة العليا برامج تدريبية على مفاهيم جودة الخدمات الصحية" بدرجة تبني متوسطة في حين جاءت باقي العبارات بدرجة تبني مرتفعة. وبناء على التحليل أعلاه، يمكن أن نقدم بعض المفاهيم والاجراءات التي يمكن أن تجعل هذا المبدأ أكثر استجابة لموظفي المستشفيات من جهة، واستغلاله لتكريس أسلوب الإدارة بالأهداف من جهة أخرى:
- هناك ضعف في منظومة التدريب في هذه المؤسسات، خاصة حول الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية، ويعزوا الباحث ذلك إلى نقص الاعتمادات المالية المخصصة لهذا الجزء حسب تصريحات المدراء أثناء المقابلات التي أجريت معهم. بالرغم من ذلك يمكن لإدارة المستشفيات أن تفعل أكثر مكتب التكوين "المحدد قانونا في هيكلها التنظيمي كما رأينا سابقا" وإعداد برنامج تدريبي تستعين فيه على مدربين داخليين مثل الأخصائيين والأطباء العاميين ذوي الخبرة الكبيرة وأصحاب المناصب العليا في الإدارة، ونفس الشيء بالنسبة لجميع أسلاك الموظفين، وربطه بمنحة المردودية والترقية والتعيين في المناصب العليا، واعتباره كآلية تحفيز لجميع الموظفين، ولا يتم ذلك إلا إذا تم إدراجه في منظومة الانضباط.
- هناك مستوى تفكير مقبول نسبيا لدى مسؤولي المستشفيات، من حيث دعمهم لمرؤوسيه وتوفير لهم وسائل الاتصال وتنسيق الجهود، هذا يساهم في تفعيل منظومة التحفيز المعنوي، ويساهم في توضيح الاجراءات وتنسيق الجهود بهدف إنجاز العمل على أكمل وجه.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

هناك إقرار واضح وكبير لدى معظم المسؤولين في المؤسسات العمومية الاستشفائية، بأنه يجب على الوصاية المركزية "وزارة الصحة" أن تقوم بتفويض بعض الصلاحيات، خاصة تلك المتعلقة بالتسيير الاستعجالي لبعض الملفات الإدارية أو الأنشطة الصحية إلى مسؤولي هذه المؤسسات مع ضمان المراقبة والتقييم من طرفها، ومثال ذلك عملية توزيع الاعتمادات المالية على أبواب الميزانية، فمن غير المعقول أن يتم ذلك مركزيا لأن مدير المستشفى ومن خلاله نوابه الأربعة، هم الأجدر بحقيقة صرف المبالغ الواجب تخصيصها في كل باب من أبواب الميزانية؛ بالإضافة إلى عملية تحويل أو توسعة أو غلق مصلحة معينة حاليا يتطلب اجراءات معقدة تمتد لأشهر إن لم نقل سنوات، في حين يفترض أن يكون ذلك في إطار اجتماع تنسيقي بين إدارة المؤسسة ومجلسها الطبي وممثلي مديرية الصحة والسكان فقط، ثم إعلام وزارة الصحة بعد ذلك.

خامسا: اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي"

يمكن أن نكشف اتجاه أفراد العينة نحو الفقرات المكونة لمبدأ الرقابة الذاتية من خلال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجميع الفقرات، واستنتاج المتوسط الحسابي المرجح وربطه بدرجة التنبئ، وهذا ما يظهر في الجدول الآتي:

الجدول رقم (5-20): استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي"

| الترتيب | درجة التنبئ | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الاختبار               |           |       |       |            | النسب المئوية | التكرارات   | العبارات |
|---------|-------------|-------------------|-----------------|------------------------|-----------|-------|-------|------------|---------------|---|----------|
|         |             |                   |                 | غير موافق تماما        | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |               |   |          |
| 2       | مرتفعة جدا  | 0,691             | 4,32            | 1                      | 0         | 6     | 48    | 39         | التكرارات     | تزداد الرقابة الذاتية لدي عندما أنفذ قرارات وأحقق أهداف ساهمت فيها              |          |
|         |             |                   |                 | 1.1                    | 0         | 6.4   | 51.1  | 41.5       | %             |   |          |
| 3       | مرتفعة      | 0,752             | 4,19            | 1                      | 2         | 7     | 52    | 32         | التكرارات     | تساهم مشاركتي في تنفيذ الخطط وتحقيق الأهداف في التزامي بالعمل.                  |          |
|         |             |                   |                 | 1.1                    | 2.1       | 7.4   | 55.3  | 34.0       | %             |   |          |
| 5       | مرتفعة      | 0,943             | 3,60            | 2                      | 9         | 29    | 39    | 15         | التكرارات     | الصبغة القانونية للمؤسسة لا تسمح باستقلالية في العمل وتتعارض مع مبادرات الفردية |          |
|         |             |                   |                 | 2.1                    | 9.6       | 30.9  | 41.5  | 16.0       | %             |   |          |
| 4       | مرتفعة      | 0,671             | 4,15            | 0                      | 1         | 12    | 53    | 28         | التكرارات     | عندما ألاحظ أي مشكل أبلغ عن عنه، وأساهم في إيجاد الحلول له                      |          |
|         |             |                   |                 | 0                      | 1.1       | 12.8  | 56.4  | 29.8       | %             |   |          |
| 1       | مرتفعة جدا  | 0,633             | 4,45            | 1                      | 0         | 1     | 46    | 46         | التكرارات     | أحاول باستمرار على تحسين أدائي وتنفيذ مهماتي لأنني أشعر باتمائي للمستشفى        |          |
|         |             |                   |                 | 1.1                    | 0         | 1.1   | 48.9  | 48.9       | %             |   |          |
| مرتفعة  |             |                   |                 | المتوسط الحسابي المرجح |           |       |       |            |               |   |          |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

نستنتج من خلال الجدول رقم (5-20)، العديد من الملاحظات بخصوص استجابة أفراد العينة حول مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي"، والتي نعرضها حسب فقرات هذا المبدأ كما يلي:

توجد ما نسبته 92.6% يمثلون 87 فردا من المستقيمين تزداد الرقابة الذاتية لديهم عندما ينفذون قرارات ويحققون أهدافا ساهموا فيها، و6 أفراد محايدون بنسبة قدرت ب 6.4%، وهناك فردا واحدا فقط غير موافق على هذه الفقرة. وهذا معناه أن الأفراد يجذبون مشاركتهم في تحديد الأهداف وتنفيذ القرارات، لأنه يولد لديهم الشعور بالمسؤولية اتجاه ما ساهموا فيه. كما أن الالتزام بالعمل يزداد عندما يتشارك الأفراد في تنفيذ الخطط وتحقيق الأهداف، وهذا ما وافق عليه 84 فردا من العينة المدروسة يمثلون نسبة 89.3%، وعبر 3 أفراد فقط عن عدم موافقتهم، في حين عبر 7 أفراد يمثلون نسبة 7.4% حيادهم في إجاباتهم. أما بخصوص الفقرة الثالثة (الصبغة القانونية للمؤسسة لا تسمح باستقلالية في العمل وتتعارض مع مبادراتي الفردية)، فقد انقسمت إجابات الأفراد إلى جزأين، الأولى يمثل نسبة 57.5% موافقين عليها، وبالتقريب النصف الثاني بين محايد ورافض لهذه العبارة بنسبة قدرت بجمعهما 42.6%، وهذا يبين بأن خصائص البنية القانونية لهذا النوع من المؤسسات لا تسمح باستقلالية في التسيير وقد تقيد المبادرات الفردية. وعبر أكثر من ثلاثة أرباع من المستجوبين على موافقتهم ومساهمتهم في إيجاد الحلول عندما يلاحظون أي مشكل، وكان 12 فردا محايدا، وفرد واحد فقط لا يبلغ عن المشاكل التي قد يلاحظها، وهو يعتبر حالة شاذة ضمن مجموع العينة المبحوثة. كما أن هناك توافق شبه تام لأفراد العينة بلغت نسبته 97.8% على أنهم يحاولون باستمرار تحسين أدائهم مما يولد لديهم الشعور بالانتماء للمستشفى الذي يعملون فيه، هناك فرد واحد فقط محايد وفردا آخر غير موافقين على هذه العبارة.

من خلال النتائج، كان بعد الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" المتضمن 5 عبارات ذا أهمية نسبية بدرجة موافقة مرتفعة، إذ بلغ المتوسط الحسابي لهذا المبدأ 4,1404، وقد جاءت الفقرة الخامسة في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ 4,45، وانحراف معياري 0,633. وبناء على ذلك، ارتأى الباحث أن يقدم بعض التفسيرات التي يمكن أن تصبح كتوصيات لمتخذي القرار لزيادة الالتزام الذاتي لدى الأفراد، نوجزها كما يلي:

- هناك توجه عام على ان الشعور بالمسؤولية يتعزز عندما يساهم الأفراد العاملين في تحديد الأهداف وتنفيذ قرارات شاركوا فيها، وهذا من جوهر الإدارة الحديثة المبنية على المشاركة والعمل الجماعي والتي تعتمد على العامل كمحور أساسي لأي تغيير أو تحسين أو تطوير أو نجاح، عكس النظرة التقليدية المعتمدة على أسلوب تسلطي يقتل الابداع ويكرس التنفيذ دون الاقتراح؛

- البنية القانونية لهذا النوع من المؤسسات وإن كانت في تعريفها حسب (المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007) لها استقلالية مالية، غير أن الواقع عكس ذلك، لان جميع الممارسات الإدارية فيها مقيدة بإجراءات معقدة وبطيئة تتحكم فيها الوصاية المحلة 'مديرية الصحة، الولاية' والوطنية "وزارة الصحة"، وهو ما لا يدع حرية للمسؤولين بتقديم مبادرات ابداعية في العمل وإنما يجب أن يخضعوا أنشطتهم إلى رقابة المشروعية.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

إن التوجه العام المسجل في الفقرة الخامسة (أحاول باستمرار على تحسين أدائي وتنفيذ مهامي لأني أشعر بانتمائي للمستشفى) بنسبة بلغت 97.8%، تدل على أن أغلب الموظفين بالرغم من اكراهات التسيير الموجودة في المستشفيات العمومية وضعف التحفيز المادي فيها، إلا أنهم يشعرون بالانتماء إلى مؤسساتهم وهو ما يحفزهم باستمرار لتحسين أدائهم، ويعزوا الباحث ذلك إلى أن العمل في هذا النوع من المؤسسات يولد تعاطف كبير لدى الموظفين باتجاه المستفيدين من الخدمة الصحية، بسبب أن هؤلاء المستفيدين تدفعهم حاجتهم ومعاناتهم الصحية، وهذا يدفع بالعاملين إلى السعي باستمرار لتبليتها ويتراكم عندهم تفكير ذهني بمرور السنين بضرورة البقاء في مهنتهم لقضاء حوائج المرضى والنظرة إلى هذا العمل من جانب انساني.

سادسا: اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة"

يمكن أن نبين اتجاه أفراد العينة نحو الفقرات المكونة لمبدأ المراجعة الدورية من خلال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجميع الفقرات، واستنتاج المتوسط الحسابي المرجح وربطه بدرجة التنبؤ، وهذا ما يظهر في الجدول الآتي:  
الجدول رقم (5-21): استجابة عينة الدراسة حول فقرات مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة"

| الترتيب | درجة التنبؤ | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الاختبار               |           |        |       |            | النسب المئوية | العبارة   |
|---------|-------------|-------------------|-----------------|------------------------|-----------|--------|-------|------------|---------------|---|
|         |             |                   |                 | غير موافق تماما        | غير موافق | متساوي | موافق | موافق بشدة |               |   |
| 4       | مرتفعة      | 0.924             | 3,54            | 4                      | 6         | 29     | 45    | 10         | التكرارات     | تقوم إدارة المستشفى على مراجعة مهامي في مخطط العمل السنوي   |
|         |             |                   |                 | 4.3                    | 6.4       | 30.9   | 47.9  | 10.6       | %             |   |
| 1       | مرتفعة      | 0.903             | 3,85            | 2                      | 6         | 16     | 50    | 20         | التكرارات     | يتم مراجعة الأهداف التي تم وضعها نتيجة للمتغيرات التي تطرأ داخل المستشفى أو خارجه                   |
|         |             |                   |                 | 2.1                    | 6.4       | 17.0   | 53.2  | 21.3       | %             |   |
| 3       | مرتفعة      | 0.907             | 3,81            | 2                      | 6         | 19     | 48    | 19         | التكرارات     | تمارس الرقابة الإدارية من خلال متابعة تنفيذ خطط العمل ومدى تحقيق الأهداف، وتصويب الاختلالات المسجلة |
|         |             |                   |                 | 2.1                    | 6.4       | 20.2   | 51.1  | 20.2       | %             |   |
| 5       | مرتفعة      | 0.957             | 3,66            | 5                      | 6         | 16     | 56    | 11         | التكرارات     | تهدف الإدارة من خلال المراجعة الدورية على تشجيع العمل الجماعي في إطار فرق عمل منسجمة                |
|         |             |                   |                 | 5.3                    | 6.4       | 17.0   | 59.6  | 11.7       | %             |   |
| 2       | مرتفعة      | 1.069             | 3,73            | 4                      | 11        | 12     | 46    | 21         | التكرارات     | تقوم إدارة المؤسسة بالمتابعة المستمرة لضمان تحسين الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى      |
|         |             |                   |                 | 4.3                    | 11.7      | 12.8   | 48.9  | 22.3       | %             |   |
| مرتفعة  |             |                   |                 | المتوسط الحسابي المرجح |           |        |       |            |               |   |
| 3,7191  |             |                   |                 |                        |           |        |       |            |               |   |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

- نستنتج من خلال الجدول رقم (5-21)، العديد من الملاحظات بخصوص استجابة أفراد العينة حول مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة"، والتي نعرضها حسب فقرات هذا المبدأ كما يلي:
- بينت الدراسة أن إدارة هذه المستشفيات تقوم بمراجعة دورية لأصحاب المناصب العليا وفق مخطط العمل السنوي وهذا ما أكده 55 فردا والذين مثلوا نسبة 58.5%، في حين عبر 29 فردا حيادهم عن هذا الموضوع، ويوجد نسبة معتبرة تستحق المراجعة تمثل نسبة 10.7% لم يوافقوا على هذه الفقرة أي أن مهامهم لا تخضع لمراجعة دورية من طرف الإدارة.
  - بيّن 70 فردا من المستقيمين بأنه يتم مراجعة الأهداف التي تم وضعها نتيجة للمتغيرات التي تطرأ داخل المستشفى أو خارجه، وهناك نسبة 17% من إجمالي العينة لم يعبروا عن رأيهم باتجاه هذه الفقرة والتزموا الحياد، وبقي 8 أفراد فقط غير موافقين.
  - أما بخصوص العبارات الثالثة والرابعة والخامسة، فكانت درجة موافقة أفراد العينة متساوية لكل فقرة، إذ بلغت نسبتها 71.3% لكل فقرة، وأجاب 15 فردا بأن إدارة المؤسسة لا تقوم بالمتابعة المستمرة لضمان تحسين الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى، وهناك 11 آخرون عبروا بأن الإدارة لا تهدف من خلال المراجعة الدورية على تشجيع العمل الجماعي في إطار فرق عمل منسجمة، وكانت نسبة 17.0% كمحايدين بخصوص الفقرة الثالثة (تمارس الرقابة الإدارية من خلال متابعة تنفيذ خطط العمل ومدى تحقيق الأهداف، وتصويب الاختلالات المسجلة)، و12.8% محايد بخصوص العبارة (تقوم إدارة المؤسسة بالمتابعة المستمرة لضمان تحسين الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى).
  - يتبين من الجدول رقم (5-21)، استجابات أصحاب المناصب العليا على عبارات مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة" كانت ذات استجابة مرتفعة، وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي المرجح للمبدأ المقدر ب 3,7191 وهذا يدل على أن الاجابات مركزة وغير متشتتة بنسبة مقبولة جدا، في حين جاءت المتوسطات الحسابية للفقرات الخمسة محصورة بين أقل فقرة 3,66 وأعلى فقرة 3,85، ويمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من العوامل والأسباب من بينها:
  - في الغالب يقوم مدراء المستشفيات بإتاحة الفرصة للمدراء الفرعيين وبعض رؤساء المكاتب خاصة (مكتب الصفقات العمومية ومكتب الميزانية والمحاسبة ومكتب الأجور والرواتب) بالمساهمة في إعداد مخططات العمل السنوية، بحكم أنهم المسؤولون المباشرون على تنفيذها، لذلك قدرت نسبة موافقة المستجوبين 58.5% ومتوسط حسابي قدر ب 3,54.
  - أن عملية تحديد الأهداف ومراجعتها تكون وفقا لنتيجة المتغيرات التي تطرأ داخل المستشفى أو خارجه، سواء ما تعلق بالميزانية المرصودة وميزانياتها الإضافية، أو نتيجة توجيه الأطباء الأخصائيين من وزارة الصحة في منتصف السنة، أو تنفيذ قرارات لسلطات محلية "الوالي" أو مركزية "وزارة الصحة" لتوسعة أو إجراء تغييرات

لبعض الأنشطة ضمن التوجهات الاستراتيجية التي تحددها الوزارة نتيجة معطيات صحية أو وبائية أو اجتماعية، وهذا يدل على أن رسم السياسات والاستراتيجيات تقع على عاتق الحكومة ممثلة في وزارة الصحة ويقتصر دور المدراء على التنفيذ وإعداد تقارير التشغيل وإرسالها مرتبة إلى الوزارة، وهذا ما يتناقض مع مبادئ التسيير الحديث التي تعطي مرونة أكبر للمسيرين في تقرير مصير المؤسسات التي يشرفون عليها داخل إطار التوجهات الاستراتيجية للخدمة العمومية.

- هناك وعي كاف لدى عينة الدراسة بأن الغرض من الرقابة الدورية هو تصويب الاختلالات وتنمية العمل الجماعي، بهدف تطوير دائم للخدمات الصحية المقدمة بما يتوافق مع احتياجات المرضى، وهذا ما عبر عنه 67 فردا من الأفراد الذين شملهم الاستقصاء، وهذا مؤشر جيد يدفع بالعاملين العمل بأريحية تامة وعدم الخوف من العقاب نتيجة الوقوع في الأخطاء، بل تحويل التفاعل مع هذه الأخطار إلى فرص للتكوين وتحسين وتعزيز العمل في إطار فرق منسجمة، وهو ما يعبر حقيقة عن واقع المستشفيات التي تحتوي على فرق طبية وفرق تمريضية وفرق إدارية وفرق مهنية، فعلى سبيل المثال لا يمكن لأي فرد من الفرق المذكورة أن ينعزل عن بقية الفرق، إذ لا يمكن للطبيب أن يعمل وحده دون أن يوفر له المسير الإداري أدوات ومعدات العمل، ويساعده الممرض في تقديم العلاجات وإجراء التحاليل والأشعة، والمعالجة الجيدة للنفايات العلاجية من طرف عاملة النظافة.

سابعاً: اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز

يمكن أن نستعرض اتجاه أفراد العينة المدروسة نحو الفقرات المكونة لمبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز من خلال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجميع الفقرات، واستنتاج المتوسط الحسابي المرجح وربطه بدرجة التبني، وهذا ما يظهر في الجدول الآتي:



الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

الجدول رقم (5-22): استجابة عينة الدراسة حول مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز

| الترتيب | درجة التقييم | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الاختبار               |           |       |       |            | التكرارات والنسب المئوية | العبارات   |
|---------|--------------|-------------------|-----------------|------------------------|-----------|-------|-------|------------|--------------------------|--|
|         |              |                   |                 | غير موافق تماما        | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |                          |  |
| 4       | مرتفعة       | 0.954             | 3,60            | 2                      | 12        | 21    | 46    | 13         | التكرارات                | تستخدم المؤسسة معايير ومؤشرات واضحة لتقييم الأداء في جميع المستويات (الصحية، الإدارية، اللوجستية)                                    |
|         |              |                   |                 | 2.1                    | 12.8      | 22.3  | 48.9  | 13.8       | %                        |  |
| 5       | مرتفعة       | 1.229             | 3,32            | 12                     | 13        | 13    | 45    | 11         | التكرارات                | تكرم إدارة المستشفى الموظفين المتميزين (إداريين، أطباء، شبه طبيين، مهنيين) الذين ساهموا بشكل فعال في تحقيق الأهداف وتنفيذ خطط العمل. |
|         |              |                   |                 | 12.8                   | 13.8      | 13.8  | 47.9  | 11.7       | %                        |  |
| 3       | مرتفعة       | 0.867             | 3,82            | 3                      | 4         | 15    | 57    | 15         | التكرارات                | يتم عقد اجتماعات لدراسة نتائج الأهداف التي تم تحقيقها والخطط التي تم إنجازها   |
|         |              |                   |                 | 3.2                    | 4.3       | 16.0  | 60.6  | 16.0       | %                        |  |
| 1       | مرتفعة       | 0.934             | 4,14            | 2                      | 5         | 8     | 42    | 37         | التكرارات                | يسمح تقييم أدائي في زيادة خبرتي ويدفعني للإنجاز بإبداع   |
|         |              |                   |                 | 2.1                    | 5.3       | 8.5   | 44.7  | 39.4       | %                        |  |
| 2       | مرتفعة       | 1.104             | 3,83            | 6                      | 5         | 15    | 41    | 27         | التكرارات                | في حالة حدوث أي مشكل، أتخذ الإجراء التصحيحي دون ضغوطات نفسية علي   |
|         |              |                   |                 | 6.4                    | 5.3       | 16.0  | 43.6  | 28.7       | %                        |  |
| مرتفعة  |              |                   | 3,7404          | المتوسط الحسابي المرجح |           |       |       |            |                          |  |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

يلاحظ من الجدول رقم (5-22)، أن استجابة الأفراد نحو مؤشر تقييم الأداء وتقييم الإنجاز كانت منخفضة، وهذا ما بينه المتوسط الحسابي المرجح بقيمة 3,7404، حيث تراوحت نسبة الاستجابة في هذا المبدأ بين متوسط حسابي 4,14 وانحراف معياري 0.934 وهي أعلى قيمة لعبارة (يسمح تقييم أدائي في زيادة خبرتي ويدفعني للإنجاز بإبداع)، تليها عبارة (في حالة حدوث أي مشكل، أتخذ الإجراء التصحيحي دون ضغوطات نفسية علي) بمتوسط حسابي 3,83 وانحراف معياري 1.104، ثم تأتي بعدها فقرة (يتم عقد اجتماعات لدراسة نتائج الأهداف التي تم تحقيقها والخطط التي تم إنجازها) بمتوسط حسابي 3,82 وانحراف معياري 0.867، وبعدها تأتي عبارة (تستخدم المؤسسة معايير ومؤشرات واضحة لتقييم الأداء في جميع المستويات (الصحية، الإدارية، اللوجستية)) في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي 3,60 وانحراف معياري 0.954، والذي يدل على أن الإجابات غير مركزة ومشتتة بنسبة كبيرة،

وحلت عبارة (تكرم إدارة المستشفى الموظفين المتميزين (إداريين، أطباء، شبه طبيين، مهنيين) الذين ساهموا بشكل فعال في تحقيق الأهداف وتنفيذ خطط العمل.) في المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي 3,32 وانحراف معياري 1.229. ويعزو الباحث هذه النتائج إلى التفسيرات الآتية، والتي يمكن أن نستشف منها بعض الاقتراحات والتصورات التي يمكن أن تساعد مسؤولي المستشفيات العمومية بتقييم جيد وموضوعي للأداء الذي يعتمد عليه في تفعيل النظام التحفيزي:

- إن عملية ترمين جهود مختلف العاملين من خلال التكرم والتقدير، تساهم في رفع الروح المعنوية لديهم وتركهم يشعرون بأنهم جزء مهم في المستشفى، خاصة الذين شاركوا في تحديد الأهداف وساهموا في وضع الخطط، الأمر الذي يجعلهم يبذلون قصارى جهدهم لتنفيذ ما قاموا بالتخطيط له حتى يظهروا نجاحهم وتجسيد أفكارهم، وهذا ما أبان عليه نتائج التحليل الإحصائي بالفقرة الثانية احتلت المرتبة الأولى بدرجة تبنى متوسطة. وعليه، من الأهمية بمكان أن يعتمد المسؤولين في وضعهم للخطط ضمان مشاركة جميع الموظفين.

- يظهر من خلال نتائج التحليل الإحصائي أن المستشفيات تستخدم معايير ومؤشرات واضحة لتقييم الأداء في جميع المستويات (الصحية، الإدارية، اللوجستية)، وهذا ما أكدته المدراء الذين قام الباحث بإجراء مقابلات معهم، حيث يعتمدون على مؤشرات صحية مثل (معدل حجز الأسرة، معدل دوران الأسرة، عدد العمليات الجراحية، عدد اداءات التمريض، عدد اداءات المخبر، عدد أنواع الأشعة، عدد الفحوصات المتخصصة حسب كل اختصاص، المدة المتوسطة لمكوث المرضى... الخ)، ومؤشرات إدارية (نسبة التوظيف، معدل دوران العمالة، عدد الغيابات، نسبة المردودية الفردية لكل موظف، عدد وانواع البرامج التكوينية حسب كل سلك أو رتبة... الخ)، ومؤشرات لوجستية (عدد تدخلات الصيانة العلاجية، عدد تدخلات الصيانة الوقائية، عدد الأعطاب، عدد إصلاح الأعطاب، نسبة استهلاك الغاز والماء والكهرباء لكل نشاط صحي... الخ). غير أن هذه المؤشرات يبقى اعتمادها والقيام بها بشكل روتيني دون تفعيلها، حيث يتم ارسالها في شكل تقارير دورية إلى مديرية الصحة والوزارة بكل رتبة. وحتى تستطيع المستشفيات تفعيل هذه المؤشرات وضمان انعكاساتها الإيجابية على الأداء الكلي ومن ثمة تحسين جودة الخدمات الصحية، يجب أن يتم ربطها بالأداء الفردي وعنصر التحفيز المادي لكل موظف ولكل مصلحة وللمؤسسة ككل، وللأسف هذا الأمر لا يندرج ضمن صلاحية مسؤولي هذه المؤسسات وإنما مرتبط بالسياسة الصحية التي تشرف عليها الحكومة ممثلة في وزارة الصحة والتي تم حصرها في نطاق الخدمة العمومية التي تعتمد على مبادئ الوظيفة العمومية الذي يتميز بانخفاض مستوى الأجور.

- حسب إجابات مديري المستشفيات محل الدراسة أثناء المقابلات التي أجريت معهم، أنهم يعتمدون في إعداد الخطط وتقييم مستوى إنجازها في الغالب على اجتماعات دورية، مع مساعديهم المباشرين (المدراء الفرعيين)

وفي بعض الأحيان رؤساء المجالس الطبية، إذا كان التقييم أو تحديد الأهداف مرتبط بشراء معدات وأدوات طبية أو أنشطة علاجية واستشفائية، هذا يدل على أن نسبة التشاركية في عملية التقييم منخفضة، والتي قد يترتب عنها تماطل بعض الموظفين في إنجاز مهامهم، الأمر الذي ينجر عنه حتما انعكاس سلبي على جودة الخدمات الصحية المقدمة عموماً. وعليه يمكن توصية هؤلاء المسؤولين باعتماد اجتماعات دورية متخصصة ومتعددة التخصصات، نذكر على سبيل المثال منها:

- اجتماعات متخصصة: اجتماعات أسبوعية مع المدير الفرعي للموارد البشرية ورؤساء المكاتب في هذه المديرية (مكتب التكوين، مكتب تسيير الموارد البشرية، مكتب الأجور) لدراسة مثلاً عملية التكوين لسلك معين، أو نسبة التقدم في عملية التوظيف حتى يقوم مكتب الأجور بتخصيص الميزانية اللازمة لدفع رواتبهم، ويعمل مكتب التكوين على إدراجهم في برنامج تكوين تأهيلي مسبق حول الوظيفة التي سيشغلونها.
- اجتماعات متعددة التخصصات: كأن يشرف مدير المؤسسة على اجتماع دوري مع المدير الفرعي للمالية والوسائل، والمدير الفرعي للصيانة، ورئيس مكتب الميزانية والمحاسبة ورئيس مكتب الصفقات العمومية والمدير الفرعي للمصالح الصحية ورئيس المجلس الطبي ومسؤول مصلحة الجراحة والمراقب الشبه طبي بها، حول موضوع شراء معدات وأدوات طبية وجراحية لمصلحة الجراحة العامة، حيث لكل موظف له مجال تدخله في الموضوع، فمثلاً رئيس مكتب الميزانية مدى توفر الميزانية أو طريقة تخصيص مبلغ مالي معين، ومكتب الصفقات لمباشرة إجراءات الشراء، ورئيس المصلحة لتحديد نوعية وعدد المعدات والأدوات، ومدير الصيانة لضمان أي نوع من الصيانة يجب توفيرها مستقبلاً.

#### المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة

- من أجل دراسة النموذج المقترح، قام الباحث بطرح ثلاث فرضيات رئيسية، وتدرج نحت كل واحدة منها فرضيات فرعية، حيث نصت الفرضيات الرئيسية على ما يلي:
- الفرضية الرئيسية الفرقية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابة المبحوثين حول تطبيق الإدارة بالأهداف ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية بولاية الشلف تعزى للبيانات الشخصية التالية (الجنس، المستوى التعليمي، المنصب العالي).
  - الفرضية الرئيسية السببية الثانية: يوجد تأثير موجب دال إحصائياً للإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - الفرضية الرئيسية الارتباطية الثالثة: يوجد ارتباط دال إحصائياً بين الإدارة بالأهداف وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

الفرع الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الفرقية الأولى

تقول الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابة المبحوثين حول تطبيق الإدارة بالأهداف ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف تعزى للبيانات الشخصية التالية (الجنس، المستوى التعليمي، المنصب العالي).

أولاً: نتائج حساب t لاختبار الفروق في متغير الإدارة بالأهداف حسب متغير الجنس

من أجل القيام بهذا الاختبار، لمعرفة هل هناك فرق بين جنس الذكور والإناث بخصوص استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف، نقوم بصياغة الفرضيتين التاليتين:

- الفرضية الصفرية  $H_0$ : لا يوجد فروق دالة إحصائية في استخدام الإدارة بالأهداف تعزى إلى متغير جنس الموظف؛
- الفرضية البديلة  $H_1$ : يوجد فروق دالة إحصائية في استخدام الإدارة بالأهداف تعزى إلى متغير جنس الموظف؛

الجدول رقم (5-23): نتائج حساب t لاختبار الفروق في متغير الإدارة بالأهداف حسب متغير الجنس

| المتغير          | الجنس         | التكرار | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|------------------|---------------|---------|-----------------|-------------------|
| الإدارة بالأهداف | ذكر           | 55      | 3,7844          | 0.513             |
|                  | أنثى          | 39      | 3,8608          | 0.458             |
| طبيعة التباين    | اختبار Levene |         | اختبار t        |                   |
|                  | F             | Sig     | t               | Sig               |
| متجانس           | 0.807         | 0.371   | - 0.743         | 0.459             |
| غير متجانس       |               |         |                 |                   |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (5-23)، أن الفئة السائدة هي فئة الذكور ب 55 مقابل 39 للإناث، كما أن المتوسط الحسابي للإناث أعلى من المتوسط الحسابي للذكور بقليل، وهو ما تعبره قيمهما على التوالي 3,8608 و 3,7844 وهما متقاربتان نوعاً ما، بمعنى أن هناك احتمالية بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جنس الذكور و جنس الإناث في استخدام الإدارة بالأهداف، وهذا قرار تحكيمي يحتاج إلى إثبات. كما أن تركز اجابات الإناث أفضل من تركز اجابات الذكور، وهذا ما يدل عليه الانحراف المعياري للإناث المقدر ب 0.458 وهو يقترب من الصفر وأقل من الانحراف المعياري للذكور المقدر ب 0.513

نلاحظ أيضاً، أن التباين متجانس لأن احتمالية إحصائية Levene قدرت ب 0.371، وهي قيمة أكبر من 0.05، كما أن Sig تساوي 0.459 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، كما نستنتج أن اختبار t قدر ب

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

0.743 - وهو أكبر من 0.05، وبالتالي يتم قبول الفرضية الصفرية ( $H_0$ ) التي تقول بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام الإدارة بالأهداف تعزى إلى متغير الجنس، وهذا معناه أن استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف هو نفسه عند الذكور كما الإناث، أي لا توجد أي فروق في استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف بين الذكور والإناث.

ثانيا: نتائج حساب  $t$  لاختبار الفروق في متغير تحسين جودة الخدمات الصحية حسب متغير الجنس من أجل القيام بهذا الاختبار، بهدف معرفة هل هناك فرق بين جنس الذكور والإناث بخصوص استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف، نقوم بصياغة الفرضيتين التاليتين:

- الفرضية الصفرية  $H_0$ : لا يوجد فروق دالة إحصائية في تحسين لجودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير جنس الموظف؛

- الفرضية البديلة  $H_1$ : يوجد فروق دالة إحصائية في جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير جنس الموظف؛  
الجدول رقم (5-24): نتائج اختبار  $t$  لاختبار الفروق في متغير جودة الخدمات الصحية حسب متغير الجنس

| المتغير             | الجنس         | التكرار | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------------------|---------------|---------|-----------------|-------------------|
| جودة الخدمات الصحية | ذكر           | 55      | 3,5593          | 0.605             |
|                     | أنثى          | 39      | 3,6082          | 0.493             |
| طبيعة التباين       | اختبار Levene |         | اختبار $t$      |                   |
|                     | F             | Sig     | t               | Sig               |
| متجانس              | 0.773         | 0.382   | - 0.416         | 0.678             |
| غير متجانس          |               |         |                 |                   |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (5-24)، أن الفئة السائدة هي فئة الذكور ب 55 مقبل 39 للإناث، كما أن المتوسط الحسابي للإناث أعلى من المتوسط الحسابي للذكور بقليل، وهو ما تعبره قيمهما على التوالي 3,6082 و 3,5593 وهما متقاربتان نوعا ما، بمعنى أن هناك احتمالية بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جنس الذكور و جنس الإناث في تحسين جودة الخدمات الصحية، وهذا قرار تحكيمي يحتاج إلى إثبات، كما أن تركز اجابات الإناث أفضل من تركز اجابات الذكور، وهذا ما يدل عليه الانحراف المعياري للإناث المقدر ب 0.493 وهو يقترب من الصفر وأقل من الانحراف المعياري للذكور المقدر ب 0.605.

نلاحظ أيضا، أن التباين متجانس لأن احتمالية إحصائية Levene قدرت ب 0.382 وهي قيمة أكبر من 0.05، كما أن Sig تساوي 0.678 وهي أكبر من مستوى الدلالة المفترض 0.05، كما نستنتج أن اختبار  $t$  قدر ب -0.416 وهو أكبر من 0.05، وبالتالي يتم قبول الفرضية الصفرية ( $H_0$ ) التي تقول بأنه لا يوجد فروق ذات

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

دلالة إحصائية في جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير جنس الموظف. وهذا معناه أن جودة الخدمات الصحية هي نفسها عند الذكور كما الإناث، ولا توجد أي فروق بينهما تخص تحسين الجودة.

ثالثا: نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA لاختبار الفروق في استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف حسب متغير المستوى التعليمي

من أجل القيام بهذا الاختبار بهدف معرفة هل هناك فرق بين المستوى التعليمي لأفراد العينة بخصوص استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف، نقوم بصياغة الفرضيتين التاليتين:

- الفرضية الصفرية  $H_0$ : لا يوجد فروق دالة إحصائية في استخدام الإدارة بالأهداف تعزى إلى متغير المستوى التعليمي؛

- الفرضية البديلة  $H_1$ : يوجد فروق دالة إحصائية في استخدام الإدارة بالأهداف تعزى إلى متغير المستوى التعليمي؛

الجدول رقم (5-25): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في متغير الإدارة بالأهداف حسب متغير المستوى التعليمي؛

| المتغير          | المستوى التعليمي                | التكرار     | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |               |
|------------------|---------------------------------|-------------|-----------------|-------------------|---------------|
| الإدارة بالأهداف | ثانوي                           | 2           | 3,6571          | 0.566             |               |
|                  | جامعي                           | 65          | 3,7723          | 0.453             |               |
|                  | دراسات عليا (ماجستير / دكتوراه) | 9           | 3,8762          | 0.476             |               |
|                  | خريج مدرسة وطنية (ENMAS, ENA)   | 18          | 3,9619          | 0.617             |               |
| مصدر التباين     | مجموع المربعات                  | درجة الحرية | متوسط المربعات  | F                 | مستوى الدلالة |
| بين المجموعات    | 0.590                           | 3           | 0.197           | 0.815             | 0.489         |
| خارج المجموعات   | 21.727                          | 90          | 0.241           |                   |               |
| المجموع          | 22.318                          | 93          | /               |                   |               |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نلاحظ من خلال الجدول (5-25)، أن أغلب المستقيمين من ذوي مستوى جامعي ب 65 فردا، ثم يليهم 18 فردا من خرجي مدرستين وطنيتين (ENMAS-ENA)، ثم هناك 9 موظفين لهم دراسات عليا (ماجستير أو دكتوراه)، وفي الأخير يوجد موظفين فقط من أفراد العينة لهم مستوى ثانوي. يلاحظ كذلك أن فئة خرجي مدرستي (ENMAS-ENA) يطبقون أسلوب الإدارة بالأهداف أكثر من غيرهم بمتوسط حسابي 3,9619 ثم يليهم فئة ذوي مستوى الدراسات العليا بقيمة 3,8762، ثم يأتي بعدهم فئة الجامعيين بمتوسط حسابي 3,7723، وأخيرا فئة الثانويين بمتوسط حسابي 3,6571. ويظهر أن فئة الجامعيين كانت اجاباتهم أكثر تركزا من غيرهم بانحراف معياري

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

0.453، تليها مجموعة دراسات عليا بقيمة 0.476، ثم ثانوي فأقل بنسبة 0.566، وأخيرا خريجي المدارس الوطنية بانحراف معياري 0.617.

نستنتج أن التباين داخل المجموعات (أي بين فئة الثانوي، الجامعي، الدراسات العليا، خريجي مدارس وطنية) ذو مستوى ضعيف قدر ب 0.590 مقارنة مع المجموع الكلي 22.318، في حين قدر التباين خارج المجموعات ب 21.727 وهي قيمة قوية قريبة جدا من المجموع الكلي، وهذا يعطي لنا قراءة أولية، وهي إمكانية وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعات المستوى التعليمي في استخدام الإدارة بالأهداف. نلاحظ كذلك أن مستوى الدلالة الإحصائية يقدر ب 0.489 وهو أكبر من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، وهذا ما يؤدي بنا إلى قبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام الإدارة بالأهداف تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، ويتم استدلالا رفض الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام الإدارة بالأهداف تعزى إلى متغير المستوى التعليمي. بمعنى أن هذا القرار يعطينا انطبعا بأنه لا توجد مجموعات من بين المجموعات الأربع (الثانوي، الجامعي، دراسات عليا، خريجي مدارس وطنية) تختلف في استخدامها لأسلوب الإدارة بالأهداف.

رابعاً: نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA لاختبار الفروق في متغير جودة الخدمات الصحية حسب متغير المنصب العالي

من أجل القيام بهذا الاختبار لمعرفة هل هناك فرق بين المنصب العالي لأفراد العينة بخصوص استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف، نقوم بصياغة الفرضيتين التاليتين:

- الفرضية الصفرية  $H_0$ : لا يوجد فروق دالة إحصائية في جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير المنصب العالي؛
  - الفرضية البديلة  $H_1$ : يوجد فروق دالة إحصائية في جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير المنصب العالي؛
- الجدول رقم (5-26): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في جودة الخدمات الصحية حسب المستوى التعليمي؛

| المتغير             | المستوى التعليمي                | التكرار        | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |       |               |
|---------------------|---------------------------------|----------------|-----------------|-------------------|-------|---------------|
| الإدارة<br>بالأهداف | ثانوي                           | 2              | 0,9200          | 0.962             |       |               |
|                     | جامعي                           | 65             | 3,5022          | 0.563             |       |               |
|                     | دراسات عليا (ماجستير / دكتوراه) | 9              | 3,7067          | 0.595             |       |               |
|                     | خريج مدرسة وطنية (ENMAS, ENA)   | 18             | 3,8689          | 0.358             |       |               |
| مصدر التباين        |                                 | مجموع المربعات | درجة الحرية     | متوسط المربعات    | F     | مستوى الدلالة |
| بين المجموعات       |                                 | 2.912          | 3               | 0.971             | 0,489 | 0.023         |
| خارج المجموعات      |                                 | 26.204         | 90              | 0.291             |       |               |
| المجموع             |                                 | 29.116         | 93              | /                 |       |               |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

نلاحظ من خلال الجدول (5-26)، أن أغلب المستجوبين من ذوي مستوى جامعي ب 65 فردا، ثم يليهم 18 فردا من خرجي مدرستين وطنيتين (ENMAS-ENA)، ثم هناك 09 موظفين لهم دراسات عليا (ماجستير أو دكتوراه)، وفي الأخير يوجد موظفين فقط من أفراد العينة لهم مستوى ثانوي. يلاحظ كذلك أن فئة خريجي المدارس الوطنية (ENMAS -ENA) يطبقون أبعاد جودة الخدمة الصحية أكثر من غيرهم بمتوسط حسابي 3,8689 ثم يليهم مستوى الدراسات العليا بقيمة 3,7067، ثم يأتي بعدهم ذوي فئة الجامعيين بمتوسط حسابي 3,5022، وأخيرا أصحاب المستوى الثانوي بمتوسط حسابي 0,9200. ويظهر أن مجموعة الجامعيين هي الفئة الأكثر تمركزا من حيث الردود والإجابات بانحراف معياري 0,45271، تليها فئة الدراسات العليا بانحراف معياري 0,47552، ثم مجموعة الثانويين ب 0.595، وأخيرا تعتبر فئة خريجي المدارس الوطنية هي الفئة الأقل تمركزا من حيث الردود والإجابات بانحراف معياري قدر ب 0,61747.

نستنتج أن التباين داخل المجموعات (أي بين فئات المستوى التعليمي) ذو مستوى ضعيف قدر ب 2.912 مقارنة مع المجموع الكلي 29.116، في حين قدر التباين خارج المجموعات ب 26.204، وهي قيمة قوية قريبة جدا من المجموع الكلي، وهذا يعطي لنا قراءة أولية وهو إمكانية وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعات المستوى التعليمي في جودة الخدمات الصحية. نلاحظ كذلك أن مستوى الدلالة الإحصائية تقدر ب 0.023، وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، وهذا ما يؤدي بنا إلى رفض الفرضية الصفرية التي تنص على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، ويتم استدلالا قبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي. بمعنى أن هذا القرار يعطينا انطبعا بأنه توجد مجموعات من بين المجموعات الأربع (الثانوي، الجامعي، دراسات عليا، خرجي مدارس وطنية) تختلف في مستوى تحسينها لجودة الخدمات الصحية.

### الفرع الثاني اختبار الفرضية السببية الثانية

سنقوم في هذا الجزء باختبار الفرضية الرئيسية الثانية، وبعدها سنختبر أيضا الفرضيات الفرعية المنبثقة عنها، والمتمثلة في اختبار كل مبدأ من مبادئ الإدارة بالأهداف وأثرها الإحصائي على تحسين جودة الخدمات الصحية. أولا: اختبار الفرضية السببية الرئيسية:

تقول الفرضية الثانية: يوجد تأثير موجب دال إحصائيا للإدارة بالأهداف على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف. وعليه تكون الفرضية الصفرية والفرضية البديلة كما يلي:

- الفرضية الصفرية  $H_0$ : لا يوجد تأثير موجب دال إحصائيا للإدارة بالأهداف على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف
- الفرضية البديلة  $H_1$ : يوجد تأثير موجب دال إحصائيا للإدارة بالأهداف على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف



الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

الجدول رقم (5-27): نتائج تقدير الانحدار الخطي البسيط لاختبار دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

| المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية |                  |        |                        |                        |                         |                |                             |              |                             |
|-------------------------------------|------------------|--------|------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|
| VIF                                 | مستوى<br>الدلالة | قيمة F | معامل<br>الارتباط<br>R | معامل<br>التحديد<br>R2 | مستوى<br>الدلالة<br>Sig | قيمة t         | المعامل<br>المعياري<br>Beta | المعامل<br>B |                             |
| /                                   |                  |        | /                      |                        | 0,033                   | 2,164          | /                           | 0,755        | الثابت                      |
| 1.000                               | 0.000            | 66.603 | 0.648                  | 0.420                  | 0.000                   | 8.161          | 0.648                       | 0.740        | معامل<br>المتغير<br>المستقل |
| مستوى الدلالة                       |                  | قيمة F | متوسط المربعات         |                        | درجة الحرية             | مجموع المربعات |                             | مصدر التباين |                             |
| 0.000                               |                  | 66.603 | 12.227                 |                        | 1                       | 12.227         |                             | الانحدار     |                             |
|                                     |                  |        | 0.184                  |                        | 92                      | 16.889         |                             | البواقي      |                             |
|                                     |                  |        | /                      |                        | 93                      | 29.116         |                             | المجموع      |                             |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

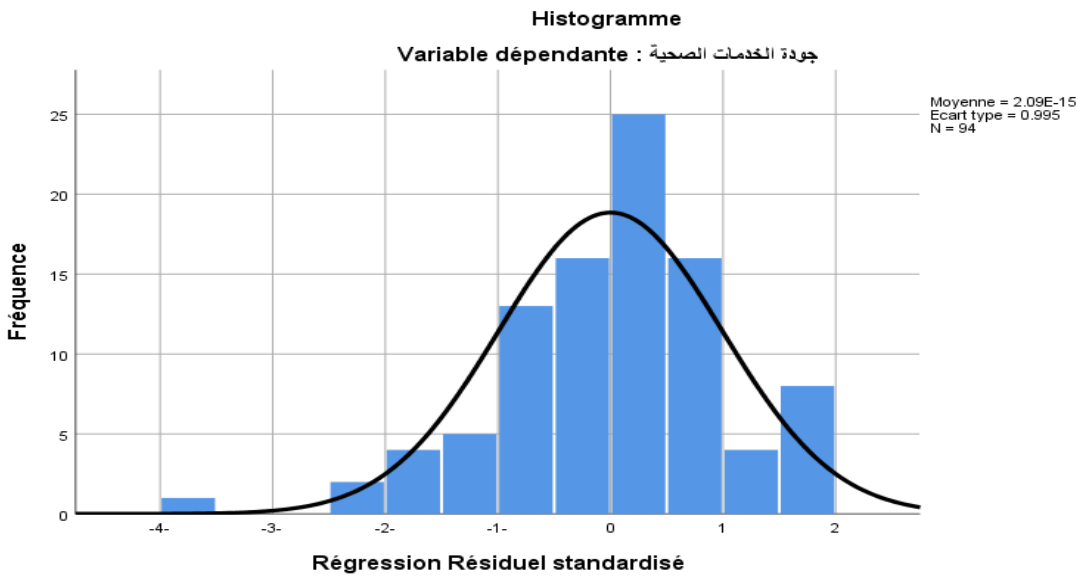
نلاحظ من خلال الجدول رقم (5-27)، أنه إذا تم استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف بدرجة واحدة فإن تحسين جودة الخدمات الصحية سيتغير بأكثر من نصف درجة (بقيمة 0.740 = معامل B)، وهذا معناه أيضا أنه إذا تم استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف بدرجتين فإن جودة الخدمات الصحية تتغير بدرجة ونصف، كما أن مؤشر (معامل B) يشير أيضا بأن هناك تأثير طردي لاستخدام أسلوب الإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية. وبما أن مستوى الدلالة يقدر ب 0.000 وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، هذا معناه بأن هناك تأثير موجب دال إحصائيا للإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية.

ولمعرفة درجة هذا التأثير، نلاحظ أن نسبة معامل التحديد  $R^2 = 0.420$ ، بمعنى أن التغيرات في تحسين جودة الخدمات الصحية مفسرة بالتغيرات في استخدام الإدارة بالأهداف بنسبة 42%، أي أن الإدارة بالأهداف تفسر تحسين جودة الخدمات الصحية بدرجة 42%، أما النسبة الباقية (من 100%) فتعود إلى عوامل خارج النموذج. وهذه الدرجة (42%) هي نسبة تأثير قريبة من النصف، وهذا يدل على الأهمية النسبية لضرورة استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف في المستشفيات الجزائرية لأنه حتما سيؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدمها بنسبة قريبة من النصف، وعلى هذه المستشفيات أن تتخذ عوامل أخرى خارج النموذج حتى تحقق الجودة الشاملة.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

نلاحظ كذلك من نفس الجدول، أن مجموع التباين قدر ب 29.116، وهذا التباين له مصدرين، الأول هو من المتغير المستقل (الإدارة بالأهداف) ويقدر ب 12.227، أما المصدر الثاني والمتمثل في البواقي فتقدر قيمة التباين فيه ب 16.889. وعليه فقيمة  $R^2 = 42\%$  ما هي إلا نتيجة قسمة 12.227 على 29.116، وهو تأثير قريب من النصف، لكنه دال إحصائيا بالإيجاب لأن مستوى الدلالة 0.000 أقل من مستوى الدلالة المفترض 0.05، أي أن هناك تأثير دال إحصائيا موجب للإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية. نلاحظ كذلك من خلال قيمة معامل تضخيم التباين (VIF) المقدرة ب 1.000 وهي قيمة أقل من شرط معامل تضخيم التباين التي يجب أن تكون أقل من 10، وهذا الشرط محقق، وعليه فإنه لا توجد مشكلة التعدد الخطي في هذا النموذج الذي درسناه. وللتأكد أكثر من تأثير الإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية، يمكن استنتاج ذلك أيضا من خلال الرسوم البيانية، من خلال التحقق من اختبار البواقي، والتي سنبينها من خلال الشكل (5-2) والشكل (5-3) كما يلي:

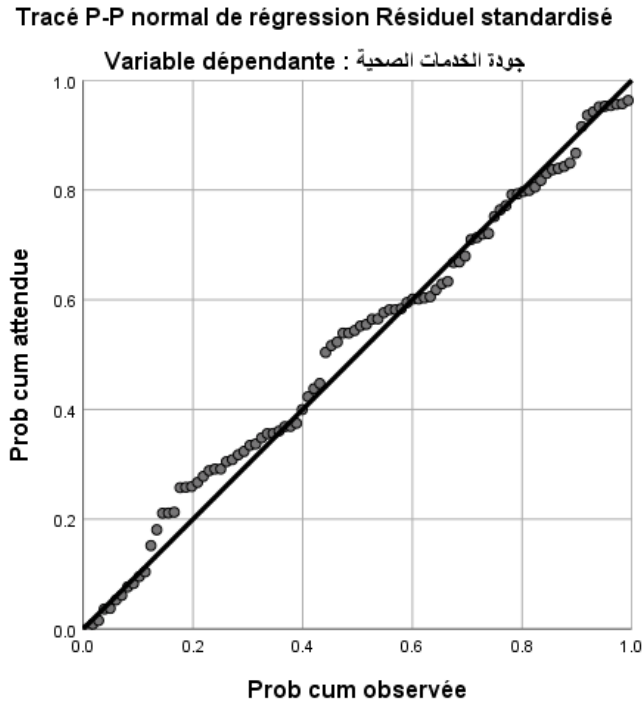
الشكل (5-2): التوزيع الطبيعي للبواقي



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نلاحظ من خلال الشكل (5-2) أن البواقي تتوزع بشكل طبيعي وهو ما يظهر في شكل جرس، أي هناك اتباع البيانات للتوزيع الطبيعي. كما أننا سنقوم باختبار تجانس تباين البواقي وفقا للشكل التالي:

الشكل (5-3): الرسم البياني لاختبار تجانس تباين البواقي



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نلاحظ من خلال الشكل، أن جميع النقاط هي قريبة جدا من خط القطر، وهذا يدل على تجانس تباين البواقي محقق. و خلاصة القول بالنسبة للفرضية الرئيسية الثانية، وحسب نتائج التحليل التي ذكرناها سابقا، نستطيع القول إن النموذج مقبول، وقبول الفرضية الرئيسية الثانية التي نصت على: أن هناك تأثير موجب دال إحصائيا للإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف بدرجة قريبة من النصف.

ثانيا: اختبار الفرضيات السببية الفرعية

- تنص الفرضية الفرعية الأولى على أنه: يوجد تأثير دال إحصائيا لمبدأ المشاركة على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- تنص الفرضية الفرعية الثانية على أنه: يوجد تأثير دال إحصائيا لمبدأ تحديد الأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- تنص الفرضية الفرعية الثالثة على أنه: يوجد تأثير دال إحصائيا لمبدأ وضع خطط العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- تنص الفرضية الفرعية الرابعة على أنه: يوجد تأثير دال إحصائيا لمبدأ دعم الإدارة العليا على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

- تنص الفرضية الفرعية الخامسة على أنه: يوجد تأثير دال إحصائياً لمبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - تنص الفرضية الفرعية السادسة على أنه: يوجد تأثير دال إحصائياً لمبدأ المراجعة الدورية "المراقبة" على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - تنص الفرضية الفرعية السابعة على أنه: يوجد تأثير دال إحصائياً لمبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- سنقوم في هذا الجزء باختبار الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسية الثانية، كما يلي:
- الجدول رقم (5-28): نتائج تقدير الانحدار الخطي المتعدد لاختبار دور المبادئ السبعة للإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

| المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية |                  |        |                        |                        |                         |                |                             |              |  |
|-------------------------------------|------------------|--------|------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|-----------------------------|--------------|--|
| VIF                                 | مستوى<br>الدلالة | قيمة F | معامل<br>الارتباط<br>R | معامل<br>التحديد<br>R2 | مستوى<br>الدلالة<br>Sig | قيمة t         | المعامل<br>المعياري<br>Beta | المعامل<br>B |  |
| /                                   |                  |        | /                      |                        | 0.000                   | 4.768          | /                           | 1,049        | الثابت                                       |
| 2.073                               |                  |        | 0.667                  |                        | 0.054                   | 1.953          | 0.202                       | 0,165        | معامل متغير مبدأ المشاركة                    |
| 2.543                               |                  |        | 1                      |                        | 0.086                   | -<br>1.736     | 1.98-                       | -<br>0,164   | معامل مبدأ تحديد الأهداف                     |
| 1.823                               |                  |        | 0.635                  |                        | 0.687                   | 0.405<br>-     | 0.39-                       | 0.35-        | معامل وضع خطط العمل                          |
| 2.527                               | 0.000            | 15.515 | 0.580                  | 0.558                  | 0.002                   | 3.236          | 0.369                       | 0.321        | معامل دعم الإدارة العليا                     |
| 1.314                               |                  |        | 0.309                  |                        | 0.971                   | -<br>0.036     | -<br>0.003                  | 0.04-        | معامل مبدأ الالتزام الذاتي                   |
| 3.038                               |                  |        | 0.478                  |                        | 0.218                   | 1.241          | 0.155                       | 0.130        | معامل مبدأ المراجعة الدورية                  |
| 2.643                               |                  |        | 0.365                  |                        | 0.009                   | 2.669          | 0.311                       | 0.245        | معامل متغير مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز |
|                                     | مستوى الدلالة    | قيمة F | متوسط المربعات         |                        | درجة الحرية             | مجموع المربعات |                             | مصدر التباين |  |
|                                     |                  |        | 2.321                  |                        | 7                       | 16.249         |                             | الانحدار     |  |
|                                     |                  |        | 0.150                  |                        | 86                      | 12.867         |                             | البواقي      |  |
|                                     |                  |        | /                      |                        | 93                      | 29.116         |                             | المجموع      |  |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نلاحظ من خلال الجدول (5-28)، ما يلي:

- أنه إذا تم استخدام مبدأ المشاركة بدرجة واحدة فإن تحسين جودة الخدمات الصحية سيتغير بدرجة تقدر ب  $0,165$  (معامل B)، كما أن مؤشر (معامل B) يشير أيضا بأن هناك تأثير طردي بسيط جدا لاستخدام مبدأ المشاركة على تحسين جودة الخدمات الصحية. وبما أن مستوى الدلالة يقدر ب  $0,008$  وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب  $0,05$ ، وهذا معناه بأن هناك تأثير دال إحصائيا لمبدأ المشاركة على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- أنه إذا تم استخدام مبدأ تحديد الأهداف بدرجة واحدة فإن تحسين جودة الخدمات الصحية لن تتغير لذلك ظهرت نتائجها سلبية بدرجة تقدر ب  $(-0.164)$  (معامل B)، كما أن مؤشر (معامل B) يشير أيضا بأنه لا يوجد تأثير لاستخدام مبدأ تحديد الأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية. وبما أن مستوى الدلالة يقدر ب  $0.086$  وهو أكبر من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب  $0,05$ ، وهذا معناه بأنه يوجد تأثير سالب دال إحصائيا لمبدأ تحديد الأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- أنه إذا تم استخدام مبدأ وضع خطط العمل بدرجة واحدة فإن تحسين جودة الخدمات الصحية لن تتغير لذلك ظهرت نتائجها سلبية بدرجة تقدر ب  $(-0.035)$  (معامل B)، كما أن مؤشر (معامل B) يشير أيضا بأنه لا يوجد تأثير لاستخدام مبدأ وضع خطط العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية. وبما أن مستوى الدلالة يقدر ب  $0.687$  وهو أكبر من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب  $0,05$ ، وهذا معناه بأنه لا يوجد تأثير دال إحصائيا لمبدأ وضع خطط العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- أنه إذا تم استخدام مبدأ دعم الإدارة العليا بدرجة واحدة فإن تحسين جودة الخدمات الصحية سيتغير بأكثر من ثلث درجة (بقيمة  $0.321$  معامل B)، وهذا معناه أيضا أنه إذا تم استخدام مبدأ دعم الإدارة العليا بدرجتين فإن جودة الخدمات الصحية تتغير بدرجة أكبر من النصف، كما أن مؤشر (معامل B) يشير أيضا بأن هناك تأثير طردي لاستخدام مبدأ دعم الإدارة العليا على تحسين جودة الخدمات الصحية. وبما أن مستوى الدلالة يقدر ب  $0.002$  وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب  $0,05$ ، وهذا معناه بأن هناك تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ دعم الإدارة العليا على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- أما إذا تم استخدام مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" بدرجة واحدة فإن تحسين جودة الخدمات الصحية لن تتغير لذلك ظهرت نتائجها سلبية بدرجة تقدر ب  $(-0.004)$  (معامل B)، كما أن مؤشر (معامل B) يشير أيضا بأنه لا يوجد تأثير لاستخدام مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" على تحسين جودة الخدمات الصحية. وبما أن مستوى الدلالة يقدر ب  $0.971$  وهو أكبر من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب  $0,05$ ، وهذا معناه بأنه وجد تأثير سالب دال إحصائيا لمبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" على تحسين جودة الخدمات الصحية.

- أما إذا تم استخدام مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة" بدرجة واحدة فإن تحسين جودة الخدمات الصحية سيتغير ب (بقيمة 0.130 معامل B)، كما أن مؤشر (معامل B) يشير أيضا بأن هناك تأثير طردي لاستخدام مبدأ دعم الإدارة العليا على تحسين جودة الخدمات الصحية. غير أن مستوى الدلالة يقدر ب 0.218 وهو أكبر من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، وبالتالي نقول بأنه لا يوجد تأثير دال إحصائيا لمبدأ المراجعة الدورية "الرقابة" على تحسين جودة الخدمات الصحية. لأن معامل التحديد وحده لا يكفي لتفسير درجة التأثير لذلك في مثل هذه الحالات يتم الاعتماد على مستوى الدلالة.

- أنه إذا تم استخدام مبدأ تقييم الأداء وتقويم الانجاز بدرجة واحدة فإن تحسين جودة الخدمات الصحية سيتغير بأكثر من خمس درجة (بقيمة 0.245 معامل B)، وهذا معناه أيضا أنه إذا تم استخدام مبدأ تقييم الأداء وتقويم الانجاز بدرجتين فإن جودة الخدمات الصحية تتغير بنصف درجة، كما أن مؤشر (معامل B) يشير أيضا بأن هناك تأثير طردي لاستخدام مبدأ دعم الإدارة العليا على تحسين جودة الخدمات الصحية. وبما أن مستوى الدلالة يقدر ب 0.009 وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، وهذا معناه بأن هناك تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ تقييم الأداء وتقويم الانجاز على تحسين جودة الخدمات الصحية.

ولمعرفة درجة هذا التأثير، نلاحظ أن نسبة معامل التحديد ( $R^2 = 0.558$ )، بمعنى أن التغيرات في تحسين جودة الخدمات الصحية مصدرها استخدام مبادئ الإدارة بالأهداف بنسبة 55.8%، أي أن مبادئ الإدارة بالأهداف تفسر تحسين جودة الخدمات الصحية بنسبة 55.8%، أما النسبة الباقية (من 100%) فتعود إلى عوامل خارج النموذج. وهذا يدل على أن هناك تأثير متوسط لجميع مبادئ الإدارة بالأهداف مجتمعة على تحسين جودة الخدمات الصحية، وهذا يدل على الأهمية النسبية لضرورة استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف في المستشفيات الجزائرية لأنه حتما سيؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدمها بنسبة قريبة من النصف، وعلى هذه المستشفيات أن تتخذ عوامل أخرى خارج النموذج حتى تحقق الجودة الشاملة.

نلاحظ كذلك من نفس الجدول، أن مجموع التباين قدر ب 29.116، والذي له مصدرين، الأول هو من المتغيرات المستقلة (المبادئ السبعة للإدارة بالأهداف) ويقدر ب 12.867، أما المصدر الثاني يمثل البواقي فتقدر قيمة التباين فيه ب 16.249، وعليه فقيمة  $R^2 = 55.8\%$  ما هي إلا نتيجة قسمة 16.249 على 29.116، وهو تأثير يفوق النصف، لكنه دال إحصائيا بالإيجاب لأن مستوى الدلالة 0.000 أقل من مستوى الدلالة المفترض 0.05، أي أن هناك تأثير دال إحصائيا موجب للمبادئ السبعة للإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية.

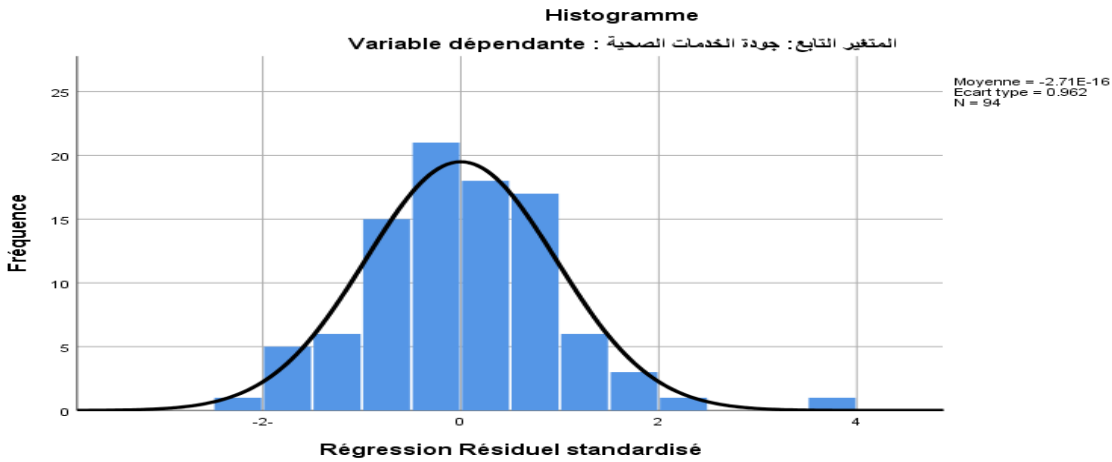
نلاحظ كذلك من خلال قيمة معامل تضخيم التباين (VIF) لجميع المبادئ يقدر ب (مبدأ المشاركة 2.073، مبدأ تحديد الأهداف 2.543، مبدأ وضع خطط العمل 1.823، مبدأ دعم الإدارة العليا 2.527، مبدأ الرقابة الذاتية 1.314، مبدأ المراجعة الدورية 3.038، مبدأ تقييم الأداء وتقويم الانجاز 2.643)، وهي قيم أقل من شرط

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

معامل تضخيم التباين التي يجب أن تكون أقل من 10، وهذا الشرط محقق، وعليه فإنه لا توجد مشكلة التعدد الخطي بين المتغيرات المستقلة في هذا النموذج.

وللتأكد أكثر من تأثير الإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية، يمكن استنتاج ذلك بالرسومات البيانية، من خلال التحقق من اختبار البواقي، والتي سنبينها من خلال الشكلين (4-4) و (4-5) كما يلي:

### الشكل (4-5): التوزيع الطبيعي للبواقي

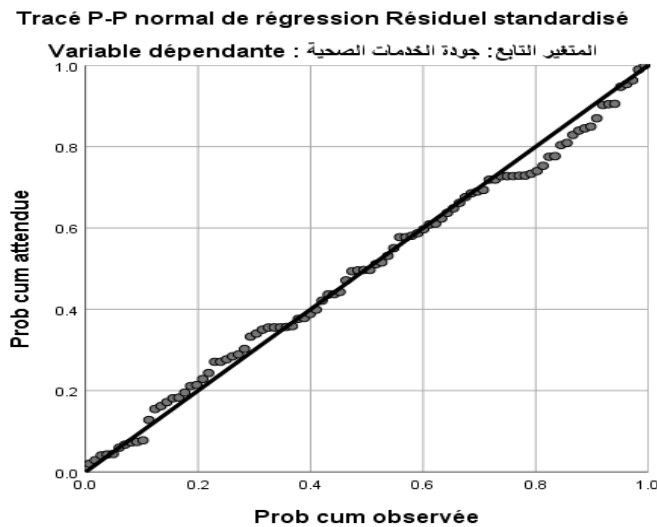


المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج ( SPSS version 26 )

نلاحظ من خلال الشكل (4-5) أن البواقي تتوزع بشكل طبيعي وهو ما يظهر في شكل جرس، أي هناك اتباع البيانات للتوزيع الطبيعي.

كما أننا سنقوم باختبار تجانس تباين البواقي وفقا للشكل التالي:

### الشكل (5-5): الرسم البياني لاختبار تجانس تباين البواقي



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

نلاحظ من خلال الشكل السابق، أن جميع النقاط هي قريبة جدا من خط القطر، وهذا يدل على تجانس تباين البواقي محقق.

وبما أن الاختبارات التشخيصية منها ما تحقق لبعض المبادئ ومنها ما لم يتحقق لبعض المبادئ الأخرى، نستطيع القول إن النموذج مقبول لجميع المبادئ مجتمعة، لكن لا بالنسبة للفرضيات الفرعية فجاءت نتائج اختبارها كما يلي:

- قبول الفرضية الفرعية الأولى التي نصت على: يوجد تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ المشاركة على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- قبول الفرضية الفرعية الثانية التي نصت على: يوجد تأثير سالب دال إحصائيا لمبدأ تحديد الأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف
- قبول الفرضية الفرعية الثالثة التي نصت على: يوجد تأثير سالب دال إحصائيا لمبدأ وضع خطط العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- قبول الفرضية الفرعية الرابعة التي نصت على: يوجد تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ دعم الإدارة العليا على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- قبول الفرضية الفرعية الخامسة التي نصت على: يوجد تأثير سالب دال إحصائيا لمبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- قبول الفرضية الفرعية السادسة التي نصت على: يوجد تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ المراجعة الدورية "المراقبة" على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- قبول الفرضية الفرعية السابعة التي نصت على: يوجد تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ تقييم الأداء وتقييم الانجاز على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

### الفرع الثالث: اختبار الفرضية الارتباطية الثالثة

سنقوم في هذا الجزء باختبار الفرضية الرئيسية الثالثة، وبعدها سنختبر أيضا الفرضيات الفرعية المنبثقة عنها، والمتمثلة في اختبار كل مبدأ من مبادئ الإدارة بالأهداف وارتباطه الإحصائي مع تحسين جودة الخدمات الصحية.

#### أولا: اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة

تقول الفرضية الثانية: يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا بين الإدارة بالأهداف وتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف، وعليه:

- الفرضية الصفرية  $H_0$ : لا يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا بين الإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف



الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية  
الاستشفائية في ولاية الشلف

- الفرضية البديلة H1: يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا للإدارة بالأهداف وتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

الجدول رقم (5-29): درجة الارتباط بين الإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية في

المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

| المتغير التابع: تحسين جودة الخدمات الصحية | المتغير المستقل: الإدارة بالأهداف |     |   |
|---|-----------------------------------|-----|---|
| **0.648                                   | 1                                 | R   | المتغير المستقل: الإدارة بالأهداف         |
| 0.000                                     | /                                 | Sig | مستوى الدلالة                             |
| 1   | **0.648                           | R   | المتغير التابع: تحسين جودة الخدمات الصحية |
| /   | 0.000                             | Sig | مستوى الدلالة                             |
| 94  | 94                                |     | التكرارات                                 |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نلاحظ عن الجدول (5-29) أن درجة الارتباط بين المتغير التابع مع نفسه "جودة الخدمات الصحية" تقدر بالواحد (1)، ونفس الشيء بالنسبة للمتغير المستقل الإدارة بالأهداف فإنه مرتبط بدرجة تامة مع نفسه. كذلك الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع المقدر ب 0.648 هو نفسه الارتباط بين المتغير التابع والمتغير المستقل والذي قدر ب 0.648. وهذا معناه أن معامل الارتباط  $R = 0.648$ ، وهي درجة ارتباط فوق الوسط بين الإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية. نلاحظ كذلك أن مستوى الدلالة يقدر ب 0.000 وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، وعلى هذا الأساس يتم رفض الفرضية الصفرية التي تنص على أن معامل الارتباط يساوي الصفر، ويتم قبول الفرضية البديلة التي تنص على أن معامل الارتباط يختلف معنويا عن الصفر. إضافة إلى أن قيمة معامل الارتباط موجبة، وعلى هذا الأساس يتم قبول الفرضية المطروحة سابقا نظرا لتحقق كل الشروط والمتمثلة في وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين الإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية

ثانيا: اختبار الفرضيات الارتباطية الفرعية

- تنص الفرضية الفرعية الأولى على أنه: يوجد ارتباط دال إحصائيا بين مبدأ المشاركة وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- تنص الفرضية الفرعية الثانية على أنه: يوجد ارتباط دال إحصائيا بين مبدأ تحديد الأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- تنص الفرضية الفرعية الثالثة على أنه: يوجد ارتباط دال إحصائيا بين مبدأ وضع خطط العمل وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

## الفصل الخامس: الدراسة الميدانية لدور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية في ولاية الشلف

- تنص الفرضية الفرعية الرابعة على أنه: يوجد ارتباط دال إحصائيا بين مبدأ دعم الإدارة العليا وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- تنص الفرضية الفرعية الخامسة على أنه: يوجد ارتباط دال إحصائيا بين مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- تنص الفرضية الفرعية السادسة على أنه: يوجد ارتباط دال إحصائيا بين مبدأ المراجعة الدورية "المراقبة" وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- تنص الفرضية الفرعية السابعة على أنه: يوجد ارتباط دال إحصائيا بين مبدأ تقييم الأداء وتقييم الانجاز وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

الجدول رقم (5-30): درجة الارتباط بين المبادئ السبعة للإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف

|  |                        | Corrélations  |                    |                    |                         |  |                                 |                                  |                     |
|--|------------------------|---------------|--------------------|--------------------|-------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------|---------------------|
|  |                        | مبدأ المشاركة | مبدأ تحديد الأهداف | مبدأ وضع خطط العمل | مبدأ دعم الإدارة العليا | مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" | مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة" | مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز | جودة الخدمات الصحية |
| مبدأ المشاركة                          | Corrélation de Pearson | 1             | .667**             | .486**             | .566**                  | .382**                                 | .555**                          | .461**                           | .487**              |
|  | Sig. (bilatérale)      |               | .000               | .000               | .000                    | .000                                   | .000                            | .000                             | .000                |
|  | N                      | 94            | 94                 | 94                 | 94                      | 94                                     | 94                              | 94                               | 94                  |
| مبدأ تحديد الأهداف                     | Corrélation de Pearson | .667**        | 1                  | .635**             | .580**                  | .309**                                 | .592**                          | .478**                           | .365**              |
|  | Sig. (bilatérale)      | .000          |                    | .000               | .000                    | .002                                   | .000                            | .000                             | .000                |
|  | N                      | 94            | 94                 | 94                 | 94                      | 94                                     | 94                              | 94                               | 94                  |
| مبدأ وضع خطط العمل                     | Corrélation de Pearson | .486**        | .635**             | 1                  | .498**                  | .280**                                 | .477**                          | .318**                           | .288**              |
|  | Sig. (bilatérale)      | .000          | .000               |                    | .000                    | .006                                   | .000                            | .002                             | .005                |
|  | N                      | 94            | 94                 | 94                 | 94                      | 94                                     | 94                              | 94                               | 94                  |
| مبدأ دعم الإدارة العليا                | Corrélation de Pearson | .566**        | .580**             | .498**             | 1                       | .393**                                 | .705**                          | .664**                           | .663**              |
|  | Sig. (bilatérale)      | .000          | .000               | .000               |                         | .000                                   | .000                            | .000                             | .000                |
|  | N                      | 94            | 94                 | 94                 | 94                      | 94                                     | 94                              | 94                               | 94                  |
| مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" | Corrélation de Pearson | .382**        | .309**             | .280**             | .393**                  | 1                                      | .357**                          | .428**                           | .335**              |
|  | Sig. (bilatérale)      | .000          | .002               | .006               | .000                    |  | .000                            | .000                             | .001                |
|  | N                      | 94            | 94                 | 94                 | 94                      | 94                                     | 94                              | 94                               | 94                  |
| مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة"        | Corrélation de Pearson | .555**        | .592**             | .477**             | .705**                  | .357**                                 | 1                               | .742**                           | .621**              |
|  | Sig. (bilatérale)      | .000          | .000               | .000               | .000                    | .000                                   |                                 | .000                             | .000                |
|  | N                      | 94            | 94                 | 94                 | 94                      | 94                                     | 94                              | 94                               | 94                  |
| مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز       | Corrélation de Pearson | .461**        | .478**             | .318**             | .664**                  | .428**                                 | .742**                          | 1                                | .655**              |
|  | Sig. (bilatérale)      | .000          | .000               | .002               | .000                    | .000                                   | .000                            |                                  | .000                |
|  | N                      | 94            | 94                 | 94                 | 94                      | 94                                     | 94                              | 94                               | 94                  |
| جودة الخدمات الصحية                    | Corrélation de Pearson | .487**        | .365**             | .288**             | .663**                  | .335**                                 | .621**                          | .655**                           | 1                   |
|  | Sig. (bilatérale)      | .000          | .000               | .005               | .000                    | .001                                   | .000                            | .000                             |                     |
|  | N                      | 94            | 94                 | 94                 | 94                      | 94                                     | 94                              | 94                               | 94                  |

\*\* La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج (SPSS version 26)

نلاحظ من خلال الجدول (5-30) ما يلي:

- أن معامل الارتباط بين مبدأ المشاركة وتحسين جودة الخدمات الصحية يقدر ب 0.487 وهي درجة ارتباط متوسطة، إضافة إلى أن هذا المعامل موجب، وكذلك أن هذا المعامل له دلالة إحصائية تقدر ب 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، إذا يتم قبول الفرضية الفرعية الأولى والتي تنص على أنه يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ المشاركة وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- أن معامل الارتباط بين مبدأ تحديد الأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية يقدر ب 0.365 وهي درجة ارتباط دون المتوسط، إضافة إلى أن هذا المعامل موجب، وكذلك أن هذا المعامل له دلالة إحصائية تقدر ب 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، إذا يتم قبول الفرضية الفرعية الثانية والتي تنص على أنه يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ تحديد الأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- أن معامل الارتباط بين مبدأ وضع خطط العمل وتحسين جودة الخدمات الصحية يقدر ب 0.228 وهي درجة ارتباط ضعيفة، إضافة إلى أن هذا المعامل موجب، وكذلك أن هذا المعامل له دلالة إحصائية تقدر ب 0.005 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، إذا يتم قبول الفرضية الفرعية الثالثة والتي تنص على أنه يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ وضع خطط العمل وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- أن معامل الارتباط بين مبدأ دعم الإدارة العليا وتحسين جودة الخدمات الصحية يقدر ب 0.663 وهي درجة ارتباط فوق المتوسط أي حسنة، إضافة إلى أن هذا المعامل موجب، وكذلك أن هذا المعامل له دلالة إحصائية تقدر ب 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، إذا يتم قبول الفرضية الفرعية الرابعة والتي تنص على أنه يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ تحديد الأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- أن معامل الارتباط بين مبدأ الرقابة الذاتية وتحسين جودة الخدمات الصحية يقدر ب 0.335 وهي درجة ارتباط دون المتوسط، إضافة إلى أن هذا المعامل موجب، وكذلك أن هذا المعامل له دلالة إحصائية تقدر ب 0.001 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، إذا يتم قبول الفرضية الفرعية الخامسة والتي تنص على أنه يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ الرقابة الذاتية وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- أن معامل الارتباط بين مبدأ المراجعة الدورية وتحسين جودة الخدمات الصحية يقدر ب 0.621 وهي درجة ارتباط فرق المتوسط، إضافة إلى أن هذا المعامل موجب، وكذلك أن هذا المعامل له دلالة إحصائية تقدر ب 0.000 وهي

أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، إذا يتم قبول الفرضية الفرعية السادسة والتي تنص على أنه يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ المراجعة الدورية وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

- أن معامل الارتباط بين مبدأ تقييم الأداء وتقويم الإنجاز وتحسين جودة الخدمات الصحية يقدر ب 0.655 وهي درجة ارتباط جيدة، إضافة إلى أن هذا المعامل موجب، وكذلك أن هذا المعامل له دلالة إحصائية تقدر ب 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض المقدر ب 0.05، إذا يتم قبول الفرضية الفرعية السابعة والتي تنص على أنه يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ تقييم الأداء وتقويم الإنجاز وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل عرض التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري، حيث سلطنا الضوء على المؤسسات العمومية الاستشفائية والمراحل التي مرت بها، ثم قمنا بإجراء دراسة ميدانية على جميع المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف وهي (الاختان باج، أولاد محمد، الشطية، الشرفة، الصبحة، زيغود يوسف بتنس، أحمد بوراس بتنس). وهذا من خلال توزيع استمارات استبيان على عينة من موظفي هذه المؤسسات حيث تم التركيز على (المدراء، المدراء الفرعيين، ورؤساء المكاتب) فقط، بحكم أن هؤلاء هم الذين يشغلون مناصب عليا هيكلية ويقع على عاتقهم بالدرجة الأولى أكثر من غيرهم ضرورة تطبيق الإدارة بالأهداف كنهج تسييري حديث تم إقراره في قانون الصحة الجديد لسنة 2018 من خلال آليات عقد النجاعة والأهداف ومشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة.

وتم تحليل نتائج الاستبيان باستخدام برنامج (SPSS version 26)، حيث تم استخلاص ما يلي:

- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام الإدارة بالأهداف تعزى إلى متغير الجنس، وهذا معناه أن استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف هو نفسه عند الذكور كما الإناث، أي لا توجد أي فروق في استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف بين الذكور والإناث.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير جنس الموظف. وهذا معناه أن جودة الخدمات الصحية هي نفسها عند الذكور كما الإناث، ولا توجد أي فروق بينهما تخص تحسين الجودة.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام الإدارة بالأهداف تعزى إلى متغير المستوى التعليمي؛
- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي؛
- هناك تأثير موجب دال إحصائيا للإدارة بالأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف بدرجة قريبة من النصف؛ والتي تقودنا إلى نتائج الفرضيات الفرعية المنبثقة عنها كما يلي:
  - يوجد تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ المشاركة على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - يوجد تأثير سالب دال إحصائيا لمبدأ تحديد الأهداف على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف
  - يوجد تأثير سالب دال إحصائيا لمبدأ وضع خطط العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - يوجد تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ دعم الإدارة العليا على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - يوجد تأثير سالب دال إحصائيا لمبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي" على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

الاستشفائية في ولاية الشلف

- يوجد تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ المراجعة الدورية "المراقبة" على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- يوجد تأثير موجب دال إحصائيا لمبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
- وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين الإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية، وهذا يقودنا إلى نتائج الفرضيات الفرعية المنبثقة عنها كما يلي:
  - يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ المشاركة وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ تحديد الأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ وضع خطط العمل وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ تحديد الأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ الرقابة الذاتية وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ المراجعة الدورية وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.
  - يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا ما بين مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف.

الخاتمة

## خاتمة

من أجل ممارسة المؤسسات العمومية الاستشفائية لنشاطاتها، يتاح لها مجموعة معتبرة من الموارد البشرية والمالية والمادية، ويطلب منها توظيفها عن طريق اللوائح التنظيمية بغرض تقديم خدمات صحية بمستويات مقبولة، الأمر الذي يجعلها عرضة لقيود الإجراءات، والتركيز على مشروعية الأنشطة بدل الأهداف والنتائج. كما أن التطورات التسييرية والتنظيمية التي مرت بها، كانت تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، فسعت بذلك إلى محاولة تطبيق مفاهيم إدارية حديثة، إلا أنّ التناقضات بين الإصلاحات الإدارية المتخذة وواقع هذه المؤسسات، أدى إلى مفارقات جوهرية انعكست على أدائها الإداري وعلى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها.

حيث تشهد المؤسسات العمومية الاستشفائية في الوقت الراهن، العديد من الصعوبات، بسبب اتساع حجمها وتزايد الطلب على الخدمات الصحية وارتفاع تكاليفها، وتزايد عدد العاملين وتنوع تخصصاتهم، وتغير الأوضاع الاجتماعية والتكنولوجية بسرعة، وتضارب المصالح والقيم داخلها، وتأثير أصحاب المصلحة عليها، كل هذه العوامل جعلت من الصعب على مدراء ومسؤولي هذه المؤسسات التحكم في الأعمال والنشاطات بدقة وعناية، وتسببت في ارهاقهم وحالت دون تمكنهم من تحقيق النتائج التي يطمحون لبلوغها.

إن المشاكل التي تعاني منها المؤسسة العمومية الاستشفائية، يمكن إرجاعها كذلك إلى غياب سياسة واضحة خاصة بنمط التسيير والتخطيط والمتابعة والتقييم، وإلى غياب استراتيجية صحية واضحة تجمع كل المتدخلين والفاعلين في قطاع الصحة، بالإضافة إلى عدم فهم وإدراك هؤلاء الأطراف لأهدافها. هذه الوضعية الصعبة التي تمر بها، مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وليس بالنقص في الموارد البشرية والمالية والمادية، فهذه الموارد والقدرات متاحة ولو بشكل مقبول نسبياً، لكنها مستخدمة استخداماً سيئاً، الشيء الذي انعكس سلباً عليها، وعدم قدرتها على حل مشاكل المواطنين الصحية. كما أن المبالغة في تطبيق النمط البيروقراطي وقواعد القانون الإداري، والمتمثلة في جمود النصوص القانونية والتنظيمية التي أصبحت أحكاماً غير ملائمة بشكل جيد لواقعها ومحيطها. كل هذا أدى إلى ظهور مساوئ عديدة للتسيير البيروقراطي كتركيز عملية اتخاذ القرارات، وضعف التخطيط، وانعدام نظام تقييم موضوعي وعادل، وعدم فعالية الاتصال، ووجود صعوبة في التنسيق وتبادل المعلومات، ونقص التحفيز المعنوي، وغياب التسويق لنشاطاتها.

إن إعادة تشخيص المؤسسة العمومية الاستشفائية، من خلال معرفة القدرات الأساسية والأزمات الرئيسية لها مع تحديد الفرص والتهديدات، لتعد مرحلة أولى وخطوة مهمة لرسم استراتيجيتها في إطار نظام مفتوح على المحيط، ومن ثمة



## خاتمة

تحديد الأهداف بالاعتماد على المشاركة، وبرمجة وتوفير الوسائل والموارد الضرورية لتحقيق تلك الأهداف، ثم اعتماد التقييم على أساس النتائج وتحقيق الأهداف، وليس على أساس الأنشطة والاجراءات.

ولقد واجه تطبيق الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية عددا من الصعاب والعراقيل، مما يجعل تجسيدها عملية معقدة قد تستغرق وقتا معتبرا، فعلى سبيل المثال هناك مشكلة الحوافز المادية، حيث لا يتمتع مديري المؤسسات العمومية للصحة بمرونة في استخدام وزيادة الحوافز المادية واقتصارهم على الحوافز المعنوية فقط. ولقد اتضح في الوقت الحالي أن تتبع أسلوب الإدارة بالأهداف يقوم على أساس الواجبات المتعددة، وخلق الظروف الملائمة للعمل، وتكريس الوقت والجهد لتحديد الأهداف، ورسم الخطط والتقييم المستمر، بالاعتماد على المشاركة والعمل الجماعي، الأمر الذي يحقق التفاني في العمل والالتزام الذاتي، والسعي نحو تحقيق الأهداف التي شارك في صياغتها الموظفين.

ومن خلال انجاز هذه الدراسة، توصلنا إلى مجموعة من النتائج واختبار صحة أو نفي الفرضيات المعتمدة، والتي على أساسها يمكننا تقديم جملة من الاقتراحات التي نعتقد أنها مفيدة ليس فقط للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة بل لكل المؤسسات العمومية للصحة، كما أننا قمنا بتقديم آفاقا للدراسة وهي عبارة عن مواضيع للبحث يمكن أن تكون محل دراسات لاحقة.

### نتائج الدراسة:

- تبين من خلال تحليل البيانات الشخصية للمستجوبين، أن أغلبهم من فئة الذكور، ومعظمهم أعمارهم بين (35 و 45) سنة، وهذا يشير إلى أن المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف تتجه نحو تعيين الشباب في المناصب العليا مما سيحقق الاستقرار الوظيفي. وأن هناك 69.1% من المبحوثين ذوو مستوى جامعي بالإضافة إلى 19.1% منهم تلقوا تكويننا متخصصا فوق المستوى الجامعي، و 9.6% منهم ذوو دراسات عليا "ماجستير ودكتوراه"، وهذا يعطي مؤشر إيجابي يدل على أن السياسة المنتهجة في هذه المؤسسات تسيير نحو تعيين أصحاب المؤهلات العلمية في الوظائف القيادية، وهي ظاهرة إيجابية جدا، قد تساهم في زيادة معرفة الإدارة الاستشفائية في هذه المستشفيات لمفاهيم وأساليب الإدارة الحديثة وغيرها من المعارف الإدارية الأخرى التي ستساهم حتما في تحسين الأداء وتمكن من تسيير هذه المؤسسات بكفاءة وفعالية.

- بالفعل، لقد باشرت السلطات المعنية بإصلاحات هامة في قطاع الصحة، لكننا تبقى غير كافية، لأنها تسيير بوتيرة بطيئة، والدليل على ذلك اعتماد مقارنة التسيير عبر الأهداف من خلال إدراج عقد النجاعة والأهداف ومخطط مسعى الجودة ومشروع المؤسسة في قانون الصحة لسنة 2018، لكن إلى غاية سنة 2022 لم يتم العمل بهذه الآليات التسييرية.

## خاتمة

- من أبرز نتائج الدراسة بأن الميزانية المرصودة لهذه المؤسسات لا تكفي لتلبية الاحتياجات الحقيقية من أجل ضمان الخدمات الصحية.
- أن إدارة المستشفيات تعتمد بدرجة كبيرة في وضعها لخطط عمل جميع الأنشطة على عقد اجتماعات دورية، تتم فيها دراسة ومناقشة جميع المقترحات وترتيبها حسب أولويتها، وإخراجها في شكل خطة نهائية ضمن مشروع المؤسسة وعقد الأهداف والنجاحة.
- لقد بينت الدراسة، أن أهم وأكثر فائدة لتطبيق الإدارة بالأهداف هو تحسين أداء مسؤولي المستشفيات، فإذا ما تم إعداد مخطط النشاط لسنة ما، فمثلا ترشيد النفقات المرتبطة بالصيانة العادية للأجهزة والمعدات، هذا يجعل توجيه جيد لعمال الصيانة والموظفين بضرورة الاستعمال العقلاني لهذه الأجهزة والقيام بالصيانة الوقائية قبل العلاجية، فحتما يتحقق هذا الهدف. وإذا وضع المدير الفرعي للموارد البشرية مخطط تكوين لتحسين المستوى مثلا، فإنه يسعى لتجسيده حتما وبالتالي سيتحقق هذا الهدف، مما يساعد في تطوير المهارات الإدارية المتعلقة بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والمتابعة.
- أظهر التحليل أن 62 فردا يمثلون نسبة 75.9% أقرروا بأن الإدارة العليا تدعمهم في أداء مهامهم، وتضمن التنسيق بينهم وبين بقية الموظفين، وهذا مؤشر جيد، يمكن أن تستغله هاته المؤسسات لتنمية روح العمل الجماعي والتشاركي.
- تساهم الإدارة بالأهداف في ترسيخ ثقافة التخطيط الصحي: يقول المدراء والمدراء الفرعيون الذين أجريت مقابلات معهم، أنهم تفاعلوا بشكل جيد مع آليات الإدارة بالأهداف في المستشفيات (عقد الأهداف والنجاحة، مشروع المؤسسة، مخطط الأنشطة)، لأنهم كانوا يفكرون بشكل مستمر في النتائج المطلوب تحقيقها أكثر من تفكيرهم في الأعمال اليومية الروتينية، فتغير مستوى التفكير بداية من التركيز على الأهداف والنتائج ثم التفكير فيما يجب القيام به من أعمال لبلوغ تلك الأهداف، فهذا يعزز مهارة التخطيط لديهم.
- يؤدي تطبيق الإدارة بالأهداف إلى تحسين العلاقة بين الرؤساء والمرؤوسين، وذلك بسبب مشاركة المرؤوسين في تحديد الأهداف ورسم الخطط ومتابعة وتقييم الأداء باستمرار، الأمر الذي يجعلهم يحسنون من أدائهم وعلاقتهم مع الرؤساء وذلك نتيجة تنسيق الجهود وتجانس المهام والصلاحيات والاجتماعات الدورية.
- بالرغم من الأهمية الإستراتيجية لقطاع الصحة الذي يعتبر قطاع حيوي في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية للدولة، وبما أن المؤسسة العمومية الاستشفائية إحدى مكونات هذا القطاع، إلا أن هناك الكثير من المشكلات التي تعترض السير الحسن لها، الشيء الذي انعكس سلبا على أدائها الإداري وبالتالي على نوعية وجودة الخدمات الصحية المقدمة، وذلك لعدم وجود مناخ تنظيمي محفز يسمح للعاملين بالمشاركة في اتخاذ القرارات، وعدم فعالية الاتصالات

## خاتمة

الداخلية، تاركا المجال للغموض والإشاعات، زيادة إلى انعدام دافعية الموظفين نحو العمل وتحسين مستوى أدائهم ذاتيا، وهو ما يؤكد انتشار ظاهرة التسبب والإهمال الناتج عن انخفاض الرضا الوظيفي في محيط العمل.

- إن اكتساب الأطباء للسلطة التقنية، نتيجة مهاراتهم ومؤهلاتهم العلمية والتكوينية، وربما في بعض الأحيان النفوذ الذي يتمتعون به، يسمح لهم باتخاذ قرارات خاصة بالرعاية والمتابعة الطبية ومختلف متطلباتها ومستلزماتها، وبالتالي قد يؤثر على قرارات الإدارة، وربما قد يحدث صراع بينهما، فإذا لم يتم تطويره سيؤثر حتما على أداء المؤسسة ككل.

- إن تغير الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمجتمع الجزائري فرض على قطاع الصحة إجراء تغيير على مستوى الهياكل، وذلك بظهور القانون 18-11 المؤرخ في 02 جويلية 2018 المتعلق بالصحة، وقد صاحب هذا التغير استحداث أدوات إدارية جديدة سيتم تطبيقها في المؤسسات العمومية للصحة.

- هناك مشاكل وعيوب في عملية الاتصال والتنسيق وتبادل ونقل المعلومات داخل المؤسسات العمومية الاستشفائية؛  
- تعتبر الإدارة بالأهداف أسلوب إداري حديث خاصة في مجال المستشفيات العمومية بالجزائر، فهو يحقق اللامركزية في اتخاذ القرارات، وهذا الأسلوب من أهم مبادئه "المشاركة" في تحديد الأهداف العامة أو الأهداف على مستوى كل منصب، والمشاركة في اتخاذ القرارات خاصة المتعلقة بمهام الموظفين، ومبدأ "التركيز على الكفاءات"، ويكون تقييم الموظف من خلال ما أنجز وبالتالي تحقيق الرقابة الذاتية؛

- أسلوب الإدارة بالأهداف يقوي الاتصالات بين مختلف الأطراف وينشر المعلومات على كافة المستويات، كما أنه يضمن تحفيز جيد للموظفين.

- تبين من الدراسة وجود بعض المعوقات والمحددات التي تؤثر على تطبيق وممارسة الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية، لذلك لا بد من معالجتها ووضع الحلول المناسبة لها.

- تشترك الخدمة الصحية في الخصائص العامة مع باقي الخدمات (اللاملموسية، عدم التجانس، الهلامية... الخ)، إلا أنها تتميز بخصائص أخرى بحكم تنوع الخدمات التي تقدمها، وتعدد القوى العاملة فيها، والغايات التي تصبوا إليها.

- إن نجاح الإدارة بالأهداف وتحسين جودة الخدمات الصحية يعتمد بشكل كبير على مساهمة العاملين، لأن كل منهما، ما هو إلا حصيلة جهود هؤلاء الأفراد واقتراحاتهم وأدائهم، فلا يمكن لأي منظمة أن تطبقهما بمعزل عن هؤلاء العاملين، لذلك يجب أن تمنح لهم الفرصة للإبداع وابتكار طرق وأساليب عمل حديثة نابعة من تجربتهم وخبراتهم في مجالات عملهم المختلفة.

## خاتمة

- إن العاملين هم من يفهم العمل، ومشاركتهم تعتبر أساسية في وضع وتطوير خطط العمل وتحسين مستوى الخدمة، وتحدد مشاركتهم في هذا الجانب بوضع معايير ومعدلات أداء للعاملين في المستشفى، مثل تحديد مواصفات وخصائص إدارة العمليات الجراحية والعلاجية والكشف الطبي والتحليل والأشعة والخدمات التمريضية... الخ.
- تسمح مشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرار إلى زيادة الدافعية والحماس لديهم، ويجعلهم يشعرون ويفتخرون بإنجاز ويساهم في رفع روحهم المعنوية، حيث أكد هذا الأمر (90) فردا من العينة المدروسة.
- إن تفويض السلطة من طرف المدير للمدراء الفرعيين، ينمي مشاركتهم في اتخاذ القرارات، ويرفع من شعورهم بالمسؤولية ويزيد من التزامهم الذاتي في رقابة أعمالهم.
- بينت الدراسة أن نسبة 36% من المسؤولين (مدراء فرعيين، رؤساء مكاتب) لا يمتلكون القدرات الفكرية والمهارات حول الإدارة بالأهداف، وهو ما ظهر في التعبير عن وجهات نظرهم على بعض الممارسات، حيث تبين أن هناك عدد معتبر منهم أجابوا بالحيادية حول بعض فقرات الاستبيان.
- إن في المشاركة وتحديد الأهداف والمساهمة في صناعة القرارات، يزيد من درجة الرقابة الذاتية لدى العاملين، لأن مشاركتهم هذه هي تنفيذ للعمل بجودة عالية.

### التوصيات:

- بما أن طرق التسيير المعتمدة حاليا في المؤسسات العمومية الاستشفائية، تعتبر من أهم المشاكل التي تحول دون فعاليتها، وهذا يستلزم إلى تحول عميق لطرق تسييرها، وذلك بأن يترك التسيير البيروقراطي، والتوجه نحو اعتماد أساليب حديثة كإدارة بالأهداف؛ حيث أظهرت نتائج الدراسة بأن المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف تمارس الإدارة بالأهداف بصورة متوسطة تقريبا، وهذا يتطلب تفعيل ممارسة وتطبيق الإدارة بالأهداف في جميع الممارسات وبصفة مستمرة، حتى يتسنى الاستفادة من فوائد تطبيقها التي ستعكس على جودة الخدمات الصحية.
- ضرورة إعادة تشخيص البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية الشلف، هذا التشخيص يسمح لها بوضع استراتيجية واضحة ومعرفة توجهاتها المستقبلية، والاتفاق على إجراءات التكفل بالمريض في إطار متعدد الاختصاصات وفق منظومة تنسيق تتعد عن الجهوية والأنانية المؤسسية.
- إن إعادة النظر في ثقافة الأفراد يعد أمر في غاية الأهمية لتغيير الوضع، لأن التغيير الشامل يوصل إلى توحيد الثقافة الصحية، والهدف منه هو البحث عن ثقافة جامعة شاملة لكل الأطراف دون إقصاء أحد، ظف إلى ذلك تفعيل أو خلق

## خاتمة

علاقات عملية إنسانية بين مختلف الانتماءات الفئوية الموجودة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، عن طريق الدورات التكوينية، إحياء المناسبات الصحية... الخ.

- يتوقف نجاح الإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية الاستشفائية على الفهم العميق لجوانبه المختلفة وأهدافه واقتناع الأفراد به ومشاركتهم فيه؛ كما أن فرص نجاح الإدارة بالأهداف كبيرة جدا، شريطة أن يتم تنفيذها في إطار كلي تنسجم أجزائه جميعا، مثل الموازنة التخطيطية، تطوير نظام الرواتب إلى نظام الحوافز يربط بين الراتب والمردودية الفعلية، بالإضافة إلى طرق توجيه سلوك ممتهني الصحة.
- ترجع أهم أسباب نجاح عملية التغيير في المؤسسة العمومية الاستشفائية، إلى توفر موارد بشرية تتمتع بمجموعة من المهارات الأساسية التي تمكنها تحقيق أهدافها، وكذا مواجهة الصعوبات التي تحول دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها هذه المؤسسة؛
- إن من ضمن بوادر الإصلاح التي يجب أن تعتمد وتنفذ هو إصلاح الإطار القانوني والتنظيمي للمؤسسة من أجل تكيفها مع واقعها، وتتمين وإعطاء استقلالية أكبر لمسيرها في ممارسة دورهم بفعالية وجدارة؛
- يتحتم على المؤسسة العمومية الاستشفائية التزود بتكنولوجيات جديدة ومختصين، مع ضرورة التحكم في التكنولوجيات الحديثة الموجودة من خلال حسن الاستعمال أو الصيانة؛
- على السلطات المعنية أن تعتمد التخطيط الاستراتيجي من خلال إعادة النظر في توزيع الموارد خاصة البشرية منها بين مختلف المؤسسات العمومية الصحية، وعلى مسيري هذه المؤسسات اعتماد تخطيط تشغيلي سليم وذلك بإعادة توزيع الموارد على مصالحها؛
- إعداد مجموعة من البرامج التكوينية والتدريبية المتخصصة في مجال تنمية الكفاءات والمهارات، وذلك لكسب معارف جديدة، وهذا من خلال تصميم برامج متكاملة وفعالة، تستجيب لتطلعات العاملين، مع ربط عملية التدريب أو التكوين بالترقية ومنحة المردودية ونظام الانضباط؛
- ادخال آلية مقابلة التقييم كتنقية معززة لنظام التنقيط، والتي من شأنها ضمان تسيير تشاركي بالأهداف وتتمين الاتصال الداخلي، واعتماد الترقية الموضوعية من خلال الصرامة في التنقيط؛
- تكثيف التوعية والتحسيس بأهمية العمل كفريق واحد، لأن ذلك يساعد على تبادل الخبرات؛

## خاتمة

- إعطاء أهمية أكبر للتكوين الداخلي الذي يمكن أن تبنيه المؤسسة العمومية الاستشفائية، وذلك بالاعتماد على التأطير الداخلي المتمثل في الكفاءات الموجودة، وتشجيع المبادرات والتجديد عن طريق التدريب وتأهيل الموظفين بشكل مستمر على اكتساب المهارات وتنمية القدرات الفكرية والإبداعية لديهم؛
- ضرورة إخضاع المدراء والمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب إلى دورات تدريبية بهدف تنمية كفاءاتهم وقدرتهم على الابداع.
- تفعيل سياسة الاتصال الداخلي والخارجي، بإمكانه أن يوفر المعلومات اللازمة في الوقت المناسب، وذلك من أجل التحكم في النشاط وتحقيق الرقابة الذاتية، وهذا يسمح للمدير من توجيه المؤسسة صوب تحقيق الأهداف المحددة من طرف الجميع واجتناب المخاطر والمعوقات المحدقة بها؛
- ضرورة أن يكون المدير ونوابه والأطباء ذوي المستوى العالي هم القدوة في تبني الابداع والتجديد والسلوك المهني والأخلاقي؛
- إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد؛
- ضرورة إعادة النظر في نمط التعيين في المناصب العليا، والاعتماد على الكفاءة والنزاهة والقدرات الشخصية، وأن تكون مبنية على عقد أهداف، والذي من خلاله يتم تقييم أصحاب المناصب العليا.
- انتهاج العمل بمشاريع المصالح، وإعداد مشروع المؤسسة في إطار تشاركي، يسمح بأداء العمل بشكل منهجي ومنظم يسمح بتحقيق الأهداف المرجوة، وتحقيق الرقابة الإدارية، ويقوي منظومة الاتصال والتنسيق، ويفعل الالتزام الذاتي.
- ضرورة عقد اجتماعات دورية مع الموظفين لمتابعة مدى تنفيذ مخطط النشاط ومراجعتها وتحسينها؛
- تكوين وتدريب عناصر إدارية وطبية وشبه طبية وتقنيين حول مفاهيم الإدارة بالأهداف، وذلك لتطوير قدراتهم حتى يسهل عليهم تجسيد آليات الإدارة بالأهداف بكل مرونة؛
- إن اعتماد آليات الإدارة بالأهداف (عقد الأهداف والنجاعة، مشروع المؤسسة، مخطط النشاط) تساهم في تسهيل وتنظيم عملية الاتصال في كل الاتجاهات بين أفراد ووحدات المستشفيات، وتؤدي إلى توجيه صائب للعاملين، ثم إن تحديد الأعمال والأنشطة في مخطط متفق عليه لفترة زمنية، يساعد في تحقيق المعايير الرقابية التي يتم على أساسها قياس وتقييم الأداء.
- يجب على الوصاية أن تعطي حرية أكبر للمسؤولين للتحكم في جزء من التحفيز المادي؛ وإعادة النظر في نظام الأجور والرواتب لكافة ممتهي الصحة، بما يرفع مستواهم المعيشي ومكانتهم الاجتماعية، بهدف ضمان الاستقرار الوظيفي خاصة للكوادر الإدارية والأطباء الأخصائيين.

## خاتمة

- العمل على إعداد مدونة معايير خاصة بجودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة.

### آفاق الدراسة:

- نحو إرساء نموذج تطبيقي للإدارة بالأهداف في المؤسسات العمومية للصحة؛
- دور الإدارة بالأهداف في تغيير السلوك التنظيمي داخل المؤسسة الصحية؛
- إدارة الجودة الشاملة كمدخل للتغيير في إدارة المستشفيات؛
- أثر الإدارة بالأهداف في تفعيل عملية الاتصال داخل المستشفى.
- عملية اتخاذ القرار في ظل نظام الإدارة بالأهداف بالمؤسسات العمومية للصحة.
- دور الإدارة بالأهداف في تحسين الأداء الإداري بالمؤسسات الصحية.
- انعكاسات استخدام الإدارة بالأهداف على الرضى الوظيفي لدى العاملين في المؤسسة العمومية للصحة.
- مخطط مسعى الجودة كمدخل لإدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية.
- دور الإدارة بالأهداف في تنمية القيادات وتحفيز موظفي الصحة؛

قائمة

المراجع



## قائمة المراجع

### I. المراجع العربية

#### أ- الكتب

1. ابراهيم طلعت الدمرداش. (2000). اقتصاديات الخدمات الصحية (الإصدار الطبعة الثانية). القاهرة، مصر: دار الكتب المصرية.
2. ابراهيم علي العمرو. (2013). الإدارة و الإدارة التربوية (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار البداية للنشر.
3. ابن منظور. (بلا تاريخ). لسان العرب. تأليف المجلد الأول - ح (صفحة 720).
4. ابي الحسن أحمد بن فارس بن زكريا بن فارس . (بلا تاريخ). معجم مقاييس اللغة. 1989: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
5. أحمد إبراهيم أحمد. (2011). الاتجاهات المعاصرة في التطوير التنظيمي "الهندسة الإدارية - الإدارة بالأهداف - إدارة الجودة الشاملة" (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، القاهرة - مصر: دار الفكر العربي.
6. احمد صقر عاشور. (1983). إدارة القوى العاملة " الأسس السلوكية وأدوات البحث التطبيقي". لبنان: دار النهضة العربية.
7. أحمد عباس. (2011). الرضا الوظيفي في تحسين أداء العاملين. عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
8. أحمد محمد غنيم. (2001). أساسيات الإدارة في عصر العولمة. الأردن: دار الجيوشي.
9. أحمد يوسف دودين. (2012). إدارة الأعمال الحديثة - وظائف المنظمة. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع.
10. أديب خلف الملكاوي. (2020). إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات وأثرها على أداء العاملين. عمان، الأردن: دار الخليج للنشر والتوزيع.
11. أمين حسن. (2000). استخدام مفهوم النظم في إدارة المستشفيات. الرياض، معهد الإدارة العامة، السعودية: معهد الإدارة العامة.
12. اياد عبد الفتاح النصور. (2008). أسس تسويق الخدمات السياحية العلاجية "مدخل مفاهيمي". عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
13. إيفون تيران. (2007). المواجهة الثقافية في الجزائر المستعمرة. (محمد عبد الكريم أوزغلة، المترجمون) الجزائر: دار القصة.
14. بشار أوزجان. (2008). الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية. (عبد الرحمان بن صالح الحيدر، المترجمون) المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية: مركز البحوث.
15. بشير عباس العلاق. (1999). تسويق الخدمات مدخل إستراتيجي. الطبعة الأولى، عمان، الأردن، دار زهران.
16. بيتر إف دراكر. (2013). ممارسة الإدارة (الإصدار الطبعة الأولى). (مكتبة جرير، المترجمون) الرياض، المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.
17. توفيق محمد عبد المحسن. (1995). تخطيط ومراقبة جودة المنتجات: مدخل إدارة الجودة الشاملة (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، مصر: دار النهضة العربية.
18. توفيق محمد عبد المحسن. (2006). قياس الجودة والقياس المقارن. مصر، مصر: مكتبة النهضة المصرية إيتراك.
19. ثامر ياسر البكري. (2005). إدارة المستشفيات. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
20. ثامر ياسر البكري. (2005). إدارة المستشفيات. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
21. ثامر ياسر البكري. (2009). تسويق الخدمات الصحية (الإصدار الطبعة الأولى). عمان: دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع.
22. ثامر ياسر البكري. (2012). تسويق الخدمات الصحية (الإصدار الأولى). عمان، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
23. ثامر ياسر البكري، و أحمد الرحومي. (2008). تسويق الخدمات المالية. عمان: دار إثراء للنشر والتوزيع.
24. جمال طاهر أبو الفتوح حجازي. (2002). إدارة الانتاج و العمليات: مدخل إدارة الجودة الشاملة (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، مصر: مكتبة القاهرة للطباعة و التصوير.
25. جمال طاهر أبو الفتوح حجازي. (2002). إدارة الانتاج و العمليات: مدخل إدارة الجودة الشاملة (الإصدار الأولى). القاهرة، مصر: مكتبة القاهرة للطباعة و التصوير.
26. جميل أحمد توفيق. (1984). إدارة الأعمال. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
27. جوزيف جابلونسكي. (1996). إدارة الجودة الشاملة "تطبيق إدارة الجودة الشاملة نظرة عامة". (عبد الفتاح السيد نعماني، المترجمون) مصر: مركز الخبرات المهنية للإدارة "بيمك".
28. حسن علي الزعي. (2004). نظم المعلومات الاستراتيجية - مدخل إستراتيجي - عمان، الأردن: دار وائل.

## قائمة المراجع

29. حميد الطائي ، محمود الصميدعي، بشير العلاق، و ايهاب علي القرم. (2007). *الأسس العلمية للتسويق الحديث*. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
30. حميد الطائي، و بشير العلاق. (2009). *تسويق الخدمات "مدخل استراتيجي وظيفي تطبيقي"* (الإصدار الطبعة العربية). عمان: دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع.
31. خضير كاظم حمود. (2010). *إدارة الجودة وخدمة العملاء*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة.
32. خضير كاظم حمود ، و روان منير الشيخ. (2010). *إدارة الجودة الشاملة في المنظمات المتميزة (الإصدار الأولي)*. عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
33. خضير كاظم حمود. (2000). *إدارة الجودة الشاملة*. عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
34. رداح الخطيب، أحمد الخطيب، و وجيه الفرح. (2000). *الإدارة و الإشراف التربوي - اتجاهات حديثة (الإصدار الطبعة الثالثة)*. إربد، الأردن: دار الأمل.
35. رعد عبد الله الطائي، و عيسى قداة. (2008). *إدارة الجودة الشاملة*. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
36. رمضان محمد القذافي. (2002). *العلوم السلوكية في مجال الإدارة والإنتاج (الإصدار الأولي)*. الاسكندرية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
37. زكريا أحمد عزام، عبد الباسط حسونة، و مصطفى سعيد الشيخ. (2008). *مبادئ التسويق الحديث " بين النظرية والتطبيق"* (الإصدار الطبعة الثانية). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
38. زيد منير عبوي. (2006). *الإدارة بالأهداف (الإصدار الطبعة الأولى)*. عمان، الأردن: كنوز المعرفة للنشر والتوزيع.
39. زيد منير عبوي. (2006). *الإدارة بالأهداف (الإصدار الطبعة الأولى)*. نجران، سلطنة عمان: كنوز المعرفة.
40. سعيد محمد المصري. (1999). *التنظيم والإدارة "مدخل معاصر لعمليات التخطيط والتنظيم والقيادة والرقابة*. الإسكندرية، مصر: الدار الجامعية.
41. سلامة حسين. (2004). *اتجاهات حديثة في الإدارة المدرسية الفعالة*. عمان، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
42. سلمان زيدان. (2010). *إدارة الجودة الشاملة " الفلسفة ومدخل العمل"*. عمان، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
43. سيد الهوارى. (1999). *الإدارة بالأهداف والنتائج (الإصدار الرابعة)*. مصر: دار الجيل للطباعة.
44. صلاح محمود ذياب . (2009). *إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة*. عمان، الأردن: دار الفكر.
45. طارق طه. (2008). *الإدارة (الإصدار الطبعة الأولى)*. الاسكندرية، مصر: دار الفكر الجامعي.
46. طلال بن عايد الأحمدى. (2011). *التنظيم في المنظمات الصحية*. السعودية، معهد الإدارة العامة: مركز البحوث.
47. ظاهر محمود كلالدة. (2002). *الاتجاهات الحديثة في القيادة الإدارية*. عمان، الأردن: دار الزهران للنشر و التوزيع.
48. عادل حسن. (1998). *الإدارة - مدخل الحالات -*. الاسكندرية، لبنان: مؤسسة شباب الجامعة.
49. عاطف محمد علي الزيات. (2010). *الأداء الإداري في ضوء الاتجاهات الفكرية المعاصرة (الإصدار الطبعة الأولى)*. نابلس، فلسطين: دار الفاروق للثقافة والنشر.
50. عبد الباري درة. (2004). *العامل البشري والانتاجية في المؤسسات العامة*. عمان، الأردن: دار الفرقان للنشر و التوزيع.
51. عبد الرحمان توفيق. (2008). *الإدارة بالأهداف السهل الممتنع لتحقيق النتائج*. القاهرة، مصر: مركز الخبرات المهنية للإدارة.
52. عبد العزيز بن سعيد خالد سعد . (1997). *إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي (الإصدار الطبعة الأولى)*. الرياض، المملكة العربية السعودية: بدون دار النشر.
53. عبد العزيز بن سعد خالد بن سعد. (1997). *إدارة الجودة الشاملة - تطبيقات على القطاع الصحي (الإصدار بدون طبعة)*. المملكة العربية السعودية: العبيكان للنشر و الطباعة.
54. عبد العزيز جميل نخيمر، و محمد محمود الطعامة. (2003). *الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)*. القاهرة، مصر: المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
55. عبد العزيز جميل نخيمر، و محمد محمود الطعامة. (2005). *الجوانب السلوكية في إدارة المستشفيات. ملتقى الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات*، صفحة 20.
56. عبد المجيد الشاعر، رشدي قطاش، و عصام الصفدي. (2000). *الرعاية الصحية الأولية (الإصدار الطبعة الأولى)*. عمان: دار اليازوري العلمية.

## قائمة المراجع

57. عبد المهدي بوعانة. (2004). إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية " مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية" (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.
58. علي العنزي سعد. (2009). الإدارة الصحية. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع.
59. علي السلمي. (1999). الإدارة بالأهداف طريق المدير المتفوق. القاهرة، مصر: دار غريب للطباعة والنشر و التوزيع.
60. علي الشريف، و محمد فريد الصحن. (1980). اقتصاديات الإدارة - منهج القرارات - . المكتبة الإدارية.
61. علي محمد عبد الوهاب. (بدون سنة النشر). الإدارة بالأهداف "النظرية والتطبيق". القاهرة، مصر: دار غريب للطباعة.
62. عمار بوحوش. (1984). الاتجاهات الحديثة في علم الإدارة. الجزائر، الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
63. عمار بوحوش. (2017). الاتجاهات الحديثة في علم الإدارة. الجزائر، الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
64. عمر وصفي العقيلي. (2001). المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة "وجهة نظر". عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
65. عمرو غنאים، و علي الشرفاوي. (1981). تنظيم وإدارة الأعمال - الأسس والأصول العلمية "مدخل تحليلي". بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
66. غالب ياسين سعد. (2003). الإدارة الاستراتيجية (الإصدار الطبعة العربية). عمان: دار اليازوري العلمية.
67. غي اودجييه. (2008). التسويق في خدمة المشروع (الإصدار الطبعة الأولى). (العميد الركن، و نبيل جواد، المترجمون) بيروت، لبنان: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع.
68. فريد عبد الفتاح زين الدين. (1996). المنهج العملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية. مصر: دار الكتب.
69. فريد النجار . (2007). إدارة الجودة الشاملة والانتاجية والتخطيط التكنولوجي للتميز والريادة والتفوق. الإسكندرية، مصر: الدار الجامعية.
70. فريد توفيق نصيرات. (2008). إدارة المستشفيات. عمان، الأردن: إثراء للنشر والتوزيع.
71. فريد توفيق نصيرات. (2008). إدارة منظمات الرعاية الصحية (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
72. فريد كورتل. (2008). تسويق الخدمات. الأردن، الأردن: كنوز للمعرفة والنشر.
73. فؤاد علي حمدي. (1981). التنظيم والإدارة - الأصول العلمية والعملية - . بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
74. فوزي شعبان مذكور. (1998). تسويق الخدمات الصحية. مصر: إيتراك للنشر والتوزيع.
75. فيصل فخري مرار. (1981). الإدارة بالأهداف و النتائج (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن.
76. فيصل فخري مرار. (1981). الإدارة بالأهداف و النتائج (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: المنظمة العربية للعلوم الإدارية.
77. كاظم حمود خضير. (2002). إدارة الجودة وخدمة العملاء (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار الميسر للنشر والتوزيع.
78. كاظم نزار الركابي. (2004). الإدارة الاستراتيجية، العولمة و المنافسة. عمان، الأردن: دار وائل للنشر و التوزيع.
79. كامل بربر. (1996). الإدارة عملية ونظام (الإصدار الطبعة الأولى). بيروت، لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع.
80. كيلادا جوزيف . (2005). تكامل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة الشاملة. (علي ابراهيم سرور، المترجمون) الرياض، المملكة العربية السعودية: دار المريخ للنشر.
81. مأمون الدرادكة، و طارق الشبلي. (2002). الجودة في المنظمات الحديثة (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
82. محفوظ أحمد جودة. (2004). إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم وتطبيقات - (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
83. محفوظ جودة. (2008). التحليل الإحصائي الأساسي باستخدام SPSS (الإصدار الأولى). عمان: دار وائل للنشر و التوزيع.
84. محمد الصيرفي. (2005). سلسلة التدريب الإداري الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الإيزو. الاسكندرية، مصر: مؤسسة حورس الدولية للطباعة والنشر والتوزيع.
85. محمد حسنين العجمي. (2008). القيادة الإدارية. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
86. محمد سليمان عبد الفتاح. (2001). الدليل العملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في شركات ومشروعات التشييد. القاهرة، مصر: إيتراك للطباعة و النشر.
87. محمد صالح الحناوي، و إسماعيل السيد. (1998). قضايا إدارية معاصرة. الاسكندرية، مصر: مركز التنمية الإدارية.
88. محمد عبد الغني حسن هلال. (1996). مهارات إدارة الجودة الشاملة في التدريب (الإصدار الطبعة الأولى). مصر، مصر: مركز تطوير الأداء و التنمية.
89. محمد عبد المحسن توفيق. (2003). قياس الجودة والقياس المقارن - اساليب حديثة في المعايرة والقياس - . القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

## قائمة المراجع

90. محمد عبد المحسن توفيق. (2006). قياس الجودة والقياس القارن - أساليب حديثة في المعايرة والقياس - . الاسكندرية، مصر: دار الفكر العربي.
91. محمد عبد المنعم شعيب. (2014). إدارة المستشفيات منظور تطبيقي - الإدارة المعاصرة - تقييم الأداء - الجودة الشاملة - اعتماد المستشفيات. القاهرة، مصر: دار النشر للجامعات.
92. محمد محسن العمارة. (2012). مبادئ الإدارة المدرسية. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
93. محمد محمود مصطفى. (2003). التسويق الاستراتيجي للخدمات (الإصدار الطبعة ال). عمان، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
94. مدني عبد القادر علاقي. (2000). الإدارة - دراسة تحليلية للوظائف والقرارات الإدارية. جدة، المملكة العربية السعودية: مكتبة دار جدة.
95. مضر زهران. (2013). إدارة المستشفيات والرعاية الصحية. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
96. ناسم نايف علوان الميماوي. (2006). إدارة الجودة في الخدمات - مفاهيم وعمليات وتطبيقات - (الإصدار الأولي). عمان، الأردن: دار الشروق.
97. ناصر دادي عدون، و عبد الله قويدر الواحد. (2010). مراقبة التسيير والأداء في المؤسسة الاقتصادية. الجزائر، الجزائر: دار المحمدية العامة.
98. نبيل قرنفل، زهير حلاج ، بلقاسم صبري، أحمد عبد اللطيف، أسامة الخطيب ، سعيد أرناؤوط، . . . نجيب الشرجبي. (2007). الإدارة الصحية. بيروت، لبنان: أكاديميا انترناشيونال.
99. نزار الركابي كاظم. (2004). الإدارة الاستراتيجية - العولمة والمنافسة-. عمان، الجزائر: دار وائل.
100. نواف كنعان. (2009). القيادة الإدارية (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
101. نواف كنعان. (2009). القيادة الإدارية. عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر.
102. نور الدين حاروش . (2012). الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة (الإصدار الأولي). عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
103. نور الدين حاروش. (2008). إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية (الإصدار الأولي). الجزائر، الجزائر: دار كتامة للكتاب.
104. نور الدين حاروش. (2008). إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية (الإصدار الأولي). الجزائر، الجزائر: دار كتامة للنشر والتوزيع.
105. نور الدين حامد، و محمد العابد . (2012). أهمية تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية. *رؤى اقتصادية* (3)، 66-84.
106. هالة مصباح البنا. (2013). الإدارة المدرسية المعاصرة (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
107. هاني حامد الضمور. (2002). تسويق الخدمات (الإصدار الطبعة الأولى). عمان: دار وائل للنشر.
108. هاني حامد الضمور. (2005). تسويق الخدمات (الإصدار الطبعة الثانية). عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
109. هاني عبد الرحمان الطويل. (1999). الإدارة التعليمية مفاهيم وآفاق (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
110. هونكة زيغريد. (1993). شمس العرب تسطع على الغرب "أثر الحضارة العربية في أوربية" (الإصدار الطبعة الثامنة). (فاروق بيضون، و كمال دسوقي، المترجمون) بيروت، لبنان: دار الجيل ودار الآفاق الجديدة.
111. ويليامز ريتشارد. (1999). أساسيات إدارة الجودة الشاملة. (مكتبة جريز، المترجمون) الرياض، المملكة العربية السعودية.
112. ياسين سعد غالب. (2002). الإدارة الاستراتيجية. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع.
113. يوسف بومدين. (31 ديسمبر، 2007). إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز. *مجلة الباحث*، 2007 (5)، 27-37.
114. يوسف حجيم الطائي ، محمد فوزي العبادي ، و هاشم فوزي العبادي. (2009). إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: الرواق للنشر والتوزيع.
115. محمد قاسم القيروني . (2009). مبادئ الإدارة -النظريات والعمليات و الوظائف- (الإصدار الطبعة الرابعة). عمان، الأردن: دار وائل للنشر.

## ب- الأطروحات والرسائل الجامعية

116. ابتسام عاشوري. (2014-2015). الالتزام التنظيمي داخل المؤسسة وعلاقته بالثقافة التنظيمية . *مؤكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل*. بسكرة، كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية - جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
117. أحلام دريدي . (2013-2014). دور استخدام نماذج مصفوفة الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية. *مؤكرة ماجستير*. جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

## قائمة المراجع

118. أشرف عبد الله سليمان أبو حليقة. (2013). أثر الجودة في الرعاية الصحية. قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الجودة. كلية الإدارة - الجامعة العربية المفتوحة لشمال أمريكا.
119. الطيب سايح. (2005-2006). نظام الموازنات التقديرية في التسيير الاستشفائي - دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة. مذكره لنيل شهادة الماجستير في تسيير المؤسسات . قسنطينة، جامعة منتوري بقسنطينة، الجزائر.
120. أمير جيلالي . (2008-2009). محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير - فرع التخطيط - . الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير - جامعة الجزائر -، الجزائر.
121. أمير جيلالي. (2008-2009). محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير ، فرع التخطيط، 36. كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير - قسم العلوم الاقتصادية، الجزائر: جامعة الجزائر.
122. أمير شعيب محمد شتات. (06 ديسمبر، 2017). واقع تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف وعلاقته بتقييم أداء الموظفين في مصلحة مياه محافظة القدس. 26. القدس، عمادة الدراسات العليا، فلسطين: عمادة الدراسات العليا، جامعة القدس، رسالة ماجستير.
123. بلقاسم مزبوة. (2008-2009). السلطة والرضى الوظيفي في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة. مذكره لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع - تخصص تنمية وتسيير الموارد البشرية - . سكيكدة، جامعة سكيكدة، الجزائر.
124. بنت حمزة سعيد قحطان هبة. (لا يوجد لا يوجد، 2014). درجة ممارسة الإدارة بالأهداف بجامعة أم القرى ومدى تحقيقها لمتطلبات الاعتماد الأكاديمي في المعيار الثاني "السلطات و الإدارة". دراسة مكملة للحصول على درجة الماجستير في الإدارة التربوية و التخطيط، 13. المملكة العربية السعودية، كلية التربية، قسم الإدارة التربوية و التخطيط - جامعة أم القرى -، المملكة العربية السعودية: لا يوجد.
125. حبيبة قشي. (2019-2020). أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية - دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
126. ذهبية صيفي. (2005). النهج التعاقدية كأسلوب تمويلي جديد لقطاع الصحة الجزائري. مذكره ما بعد التدرج، تخصص إدارة المنظمات الصحية . الجزائر: المدرسة الوطنية للصحة العمومية.
127. ريمة أوشن. (2017/2018). إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري - . أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل. م. د) في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات . كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة باتنة 1 - ، الجزائر.
128. سليمة مراح. (2001). التسيير الحديث - المناجمت - والإدارة العمومية الجزائرية - . مذكره ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير. كلية الحقوق والعلوم الإدارية - جامعة الجزائر -، الجزائر.
129. شرف الدين زديرة. (2016-2017). دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية). أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير - تخصص مناجمت المنظمات -، 09. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
130. صالح بو عبد الله. (2013-2014). نماذج وطرق قياس جودة الخدمة - دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر - . رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة سطيف -، الجزائر.
131. صفاء علي عيسى. (2014). درجة ممارسة مديري المناطق التعليمية في وكالة الغوث الدولية للإدارة بالأهداف وعلاقتها بدرجة أداء مديري مدارس وكالة الغوث من وجهة نظر المديرين. غزة، كلية التربية بالجامعة الاسلامية، فلسطين: رسالة ماجستير غير منشورة.
132. طارق الأسدي. (2015). تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمات الصحية - دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق. مذكره ماجستير. كلية الاقتصاد - جامعة دمشق، سوريا.
133. طاهر تفاع. (2004-2005). مشروع المؤسسة. مذكره نهاية الدراسة لنيل إجازة المدرسة الوطنية للإدارة - الدفعة الثامنة والثلاثون - فرع إدارة الصحة. المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر: المدرسة الوطنية للإدارة.

## قائمة المراجع

134. عادل طالبي. (2003-2004). دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات. *مؤكرة تخرج لنيل إجازة المدرسة الوطنية للإدارة - فرع إدارة الصحة - المدرسة الوطنية للإدارة - فرع إدارة الصحة -، الجزائر: المدرسة الوطنية للإدارة.*
135. عبد الرحمان البابطين. (2003). برنامج مقترح لتطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في مجال إدارة المدرسة الثانوية في المملكة العربية السعودية. *رسالة دكتوراه غير منشورة. الرياض، جامعة الإمام محمد بن سعود، المملكة العربية السعودية.*
136. عبد المنعم بن فرحات. (2017-2018). انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات -دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة - . *رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم - تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة محمد خيضر بيسكرة، الجزائر.*
137. عدنان محمد الهندي أشرف. (لا يوجد فبراير، 2017). واقع تطبيق الإدارة بالأهداف في المؤسسات الحكومية و أثرها في تأهيل قيادة بديلة. *مؤكرة مؤكرة لنيل شهادة الماجستير واقع تطبيق الإدارة بالأهداف في المؤسسات الحكومية و أثرها في تأهيل قيادة بديلة دراسة حالة وزارة الداخلية و الأمن الوطني قطاع غزة، 15. غزة - فلسطين، كلية التجارة، فلسطين.*
138. علال شرقي. (1998-1999). نظام التسيير عبر الأهداف وتطبيقاته على المؤسسة الصحية. *مؤكرة تخرج لدراسات ما بعد التدرج في إدارة أعمال منظمات الصحة. المرسى - برج البحري -، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر.*
139. علي سنوسي. (2009-2010). تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، آفاق 2010. *أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير. كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير جامعة الجزائر 3، الجزائر.*
140. ليلى عياد. (2016/2015). أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك - دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج امعادلات الهيكلية للفترة (2016/2015). *أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص تسويق. تمسان، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة أب بكر بلقايد بتمسان، الجزائر.*
141. محمد بن عبد العزيز العميرة. (2003). علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض. *مؤكرة ماجستير في العلوم الإدارية. كلية الدراسات الإدارية - أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.*
142. محمد توفيق محمد شبير. (09 ماي، 2015). واقع تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في الجامعات الفلسطينية بغزة و أثرها على مشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات. *استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال - موارد بشرية، 19. غزة، قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة - الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين: قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة - الجامعة الإسلامية بغزة.*
143. عبد الرحمان البابطين. (2003). برنامج مقترح لتطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في مجال إدارة المدرسة الثانوية في المملكة العربية السعودية. *رسالة دكتوراه غير منشورة. الرياض، جامعة الإمام محمد بن سعود، المملكة العربية السعودية.*
144. عبد المنعم بن فرحات. (2017-2018). انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات -دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة - . *رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم - تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة محمد خيضر بيسكرة، الجزائر.*
145. عدنان محمد الهندي أشرف. (لا يوجد فبراير، 2017). واقع تطبيق الإدارة بالأهداف في المؤسسات الحكومية و أثرها في تأهيل قيادة بديلة. *مؤكرة مؤكرة لنيل شهادة الماجستير واقع تطبيق الإدارة بالأهداف في المؤسسات الحكومية و أثرها في تأهيل قيادة بديلة دراسة حالة وزارة الداخلية و الأمن الوطني قطاع غزة، 15. غزة - فلسطين، كلية التجارة، فلسطين.*
146. عبد العزيز عبد العال زكي عبد العال. (ماي، 2010). إدارة الجودة ودورها في بناء الشركات. *أطروحة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراه في إدارة الأعمال. الجامعة الافتراضية الدولية بالمملكة المتحدة، بريطانيا.*
147. محمد حسين الرفاعي. (لا يوجد لا يوجد، 2009). الإدارة بالمشاركة و أثرها على العاملين و الإدارة. *لمتطلبات درجة الدكتوراه في إدارة الموارد البشرية، 4. بريطانيا، جامعة سانت كليمانس العالمية، بريطانيا: جامعة سانت كليمانس العالمية.*
148. محمد حسين الرفاعي. (2009). الإدارة بالمشاركة و أثرها على العاملين و الإدارة. *مؤكرة استكمالا لمتطلبات درجة الدكتوراه في إدارة الموارد البشرية، 89. جامعة سانت كليمانس - بريطانيا، - بريطانيا.*

## قائمة المراجع

149. محمد عبد الحميد جبريل ماجدة. (2000). إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة. رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، كلية التجارة. عين شمس، مصر.
150. محمد عبد الحميد جبريل ماجدة. (2000). إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة. رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه في إدارة الأعمال. عين شمس، كلية التجارة - جامعة عين شمس -، مصر.
151. موسى بن سليمان سعد الحربي. (2008). دور الإدارة بالأهداف في تطوير الكفايات لمديري المدارس في منطقة تبوك التعليمية من وجهة نظرهم. مذكره ماجستير في الإدارة التربوية، تخصص موارد بشرية، 9-10. كلية التجارة، جامعة مؤتة، الأردن.
152. موسى بن سليمان سعد الحربي. (2008). دور الإدارة بالأهداف في تطوير الكفايات لمديري المدارس في منطقة تبوك التعليمية من وجهة نظرهم. مذكره ماجستير في الإدارة التربوية، تخصص موارد بشرية، 9-10. كلية التجارة، جامعة مؤتة، الأردن.
153. ناهض زكي أبو طعيمة. (2016). مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية وسبل تعزيزها. مذكره ماجستير في القيادة والإدارة. أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة - فلسطين -.
154. ناهض زكي أبو طعيمة. (2016). مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية وسبل تعزيزها. قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في القيادة والإدارة. أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا - غزة - فلسطين.
155. نبيلة كحيله. (2008-2009). تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية. مذكره لنيل شهادة الماجستير. قسنطينة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، مدرسة الدكتوراه "اقتصاد -مناجنت"، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
156. نجاة صغبرو. (2011/2012). تقييم جودة الخدمات الصحية - دراسة ميدانية - مذكره مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير - تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير منظمات - كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة الحاج لخضر - باتنة -، الجزائر.
157. نجاة صغبرو. (2011-2012). تقييم جودة الخدمات الصحية - دراسة ميدانية - مذكره مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة الحاج لخضر - باتنة - الجزائر، الجزائر.
158. نجم الدين أحمد محمد مجدوب. (2020). تطبيق إدارة الجودة الشاملة والنموذج الأوروبي لإدارة الجودة في نظام الرعاية الصحية. رسالة دكتوراه مقدمة لجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا للحصول على درجة الدكتوراه في الجودة الشاملة. كلية الدراسات العليا - جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.
159. وفاء سلطاني. (2015-2016). تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة. تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير - جامعة باتنة 1، الجزائر.
160. مجاهد يمينة. (2017-2018). تاريخ الطب في الجزائر في ظل الاستعمار الفرنسي 1830-1962. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في التاريخ الحديث والمعاصر. كلية العلوم الانسانية والعلوم الاسلامية - جامعة وهران 1 أحمد بن بلة، الجزائر.
161. مريزق عدمان. (2008). واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة. أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر. جامعة الجزائر، الجزائر.
162. نبيلة كحيله. (2008-2009). تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية. مذكره ماجستير. قسنطينة، جامعة منتوري، الجزائر.
163. وسام بن صالح. (2014). واقع تطبيق الإدارة الإلكترونية بالقطاع الصحي في الجزائر. مذكره ماجستير. كلية العلوم الاقتصادية، جامعة سكيكدة، الجزائر.
164. نجاة مجدادة. (2011-2012). تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية. كلية العلوم الإقتصادية علوم التسيير والعلوم التجارية - جامعة أبي بكر بلقايد بتلمسان، الجزائر.

## ت- المجالات العلمية

165. أحمد محمد المالكي. (أكتوبر، 2018). متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة. مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية، 4(1)، 210-234.
166. أحمد محمد المالكي. (أكتوبر، 2018). متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة. مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية، 1(4).

## قائمة المراجع

167. أسامة عبد الخليم مصطفى. (يوليو، 2000). تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحي وآثاره الاقتصادية. مجلة البحوث التجارية، 2(1)، 33.
168. أسماء دريسي . (2015). تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فاعليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013). المجلة الجزائرية للعولمة و السياسات الاقتصادية، 6، 6.
169. اسماعيل مراد ، و عبد العزيز عبدوس. (مارس، 2017). قياس مستوى جودة الخدمات الهاتفية النقالة بنموذج SERVPERF دراسة حالة مؤسسة موبيليس. مجلة البشائر الاقتصادية، الثالث(الأول).
170. أكرم أحمد الطويل ، ألاء حسيب الجليلي، و رياض جميل وهاب. (2010). إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية - دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى. مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 6(19).
171. السيد محمود سامية. (2017). استخدام نموذج رضا العميل الأمريكي لقياس محددات ونتائج رضا المرضى عن الخدمة الصحية بالمستشفيات الخاصة - دراسة تطبيقية -. المجلة العلمية التجارة والتمويل، 37(11)، 16.
172. العالية بن هراوة، و مولود حواس. (20 أكتوبر، 2021). تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية الشلف باستخدام نموذج SERVPERF. مجلة المنهل الاقتصادي، 04(02).
173. الهام بجياوي، و ليلي بوحديد. (2014). تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها " دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة عنها، دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة"، مجلة الباحث العدد14/2014، ص319. مجلة الباحث(14).
174. إلياس بومعياف، و عمار عماري. (2009-2010). من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر. مجلة الباحث، 7(7)، 34.
175. أمال بوسمينة، و أسماء سفاري. (ديسمبر، 2021). أثر ضغوط العمل على أداء العاملين في القطاع الصحي في ظل جائحة كوفيد 19 - دراسة عينة من العاملين في القطاع الصحي بولاية أم البواقي -. مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، 08(03)، 210-228.
176. أنس عبد الباسط عباس. (مارس، 2019). أثر إدراك العاملين في القطاع الصحي الحكومي لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بلوغ الأهداف، دراسة ميدانية بوادي الدواسر بالمملكة العربية السعودية. المجلة العربية للإدارة، المجلد 39(العدد 1).
177. باديس بوخلوة، و سهيلة قمو. (ديسمبر، 2016). أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية - دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل بتقרת. المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، 3(5).
178. بختة بورقبة، اسماعيل مراد، و فاطنة برحو. (2018). تقييم جودة الخدمات المصرفية بنموذج SERVPERF دراسة حالة بنك الفلاحة والتنمية الريفية - عين تموشنت -. مجلة البحوث الإدارية والاقتصادية(03).
179. حكيم شبوطي، و أحلام خليفة. (جوان، 2017). تقييم مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات من طرف متلقي العلاج في بعض مستشفيات ولاية المدية. مجلة الاقتصاد الصناعي(العدد 12).
180. حمزة محمود الشمخي. (1998). الإدارة بالأهداف مفاهيم ونماذج للتطبيق. المجلة العربية للإدارة، المجلد 18(العدد 2)، ص127.
181. حنان عبد الرحيم الأحمدى. (أكتوبر، 2000). التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية. مجلة الإدارة العامة، العدد الثالث(40).
182. خديجة عرباوي، و عبد الكرم بلعراي. (2018). أزمة التسيير في المؤسسات الصحية الجزائرية. مجلة الحقيقة، 17(02)، 103.
183. رشيد سعيدان، و بن زيان روشام. (05 أوت، 2018). جودة الخدمات الصحية من خلال آراء المرضى بالمؤسسة الاستشفائية 240 سرسر بولاية بشار. مجلة البشائر الاقتصادية، 4(2)، 346-374.
184. رشيد سعيدان، و علي بوهنة. (2014). واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات. مجلة البشائر الاقتصادية، 01(01)، 3.
185. رضوان أنساعدا، و محمد فلاق. (2013). دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة - مستشفى الجامعة الأردنية نموذجاً -. مجلة الإدارة و التنمية للبحوث و الدراسات، 2(2)، 61-82.
186. رضوان أنساعدا، و محمد فلاق. (01، 12 2013). دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الجامعة الأردنية أنموذجاً. مجلة الإدارة و التنمية للبحوث و الدراسات، 2(2)، 61-82.



## قائمة المراجع

187. رنا بنت عبد الرحمان محمد الخضير، و سعد بن محمد المحميد. (2016). واقع ممارسة الإدارة بالأهداف لدى مديرات مكاتب التعليم بمدينة الرياض من وجهة نظر المشرفات. *المجلة الدولية للتربوية المتخصصة*، 5(4)، 336-386.
188. سمية بلخيري، وليد بخوش، و وفاء قاسمي. (بلا تاريخ). المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية. *مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية*، 12(04)، 308.
189. صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، و بشرى عبد الله شتيت. (2011). قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام بالبصرة. *مجلة دراسات إدارية*، المجلد 04 (العدد 07).
190. صلاح محمود ذياب. (جانفي، 2012). قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية*، المجلد 20 (العدد 01).
191. عامر سليمان ابراهيم أبو شريعة، يحيى عابد، ذو الكفل عبد الغني، محمد يونس خالد، و مصباح منصور مطاوع. (DECEMBER, 2014). رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية (خدمات التغذية وخدمات النظافة نماذج لدراسة مقارنة بين مستشفى الشفاء ومستشفى غزة الأوروبي. *مجلة العلوم الإسلامية*، 14.
192. عبد الرحيم عباس موسي. (ماي، 2019). أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات المملكة العربية السعودية - دراسة تطبيقية على مستشفى الملك عبد الله بمحافظة بيشة. *مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية*، الثالث (الخامس).
193. عبد العظيم الشكري. (2006). الجودة في المصارف التجارية. *مجلة القادسية للعلوم الإدارية و الاقتصادية*، المجلد الثامن(4).
194. عبد العظيم الشكري. (2006). الجودة في المصارف التجارية "المفهوم والتطبيقات". *مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية*، المجلد الثامن(العدد الرابع).
195. عبد المجيد قدي، و جميلة مديوني. (بلا تاريخ). أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية - دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الخاصة "البرتقال" بمدينة الشلف. *مجلة الإستراتيجية والتنمية*، 4(7).
196. علي مكيد، و فريدة بن عياد. (سبتمبر، 2016). واقع اعتماد نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية. *المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية* (6)، 7-29.
197. عيسى معروزي، و بن تريح بن تريح. (جوان، 2018). أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميزدراسة حالة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أمحمد بن عجيل بالآغواط. *مجلة العلوم الادارية والمالية*، 2(1)، الجزائر.
198. فريد توفيق نصيرات. (2007). الجودة الشاملة والأداء المؤسسي : دراسة استطلاعية لآراء الإداريين في بعض مستشفيات القطاع الخاص في منطقة العاصمة. *مجلة العلوم الإدارية*، 34(2)، 238-257.
199. فهيمة بديسي، و بلال زويوش. (2011). جودة الخدمة الصحية "الخصائص، الأبعاد والمؤشرات". *مجلة الاقتصاد والمجتمع* (العدد 7).
200. مباركة جناد. (10 01، 2018). تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء و الممرضين بالمستشفيات الجزائرية - دراسة حالة بعض المستشفيات بولاية سطيف -. *مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية*، 36(1)، 196-209.
201. محمد عباس ديوب، و هنادي رمضان عطية. (09 أكتوبر، 2005). إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس. *مجلة جامعة تشرين للدراسات و البحوث العلمية*، المجلد 27 (العدد 2).
202. محمد براق، و عدمان مريزق. (2008). إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية مراحل التطبيق وعوامل النجاح. *مجلة العلوم الإنسانية* (14).
203. محمد رياض. (2000). دليل تأهيل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الجودة. القاهرة، مصر: بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
204. مسعودة بلخضر. (10 نوفمبر، 2021). أثر ضغوط مهام العمل في ظل جائحة كورونا في الالتزام الوظيفي - دراسة ميدانية على بيئة من العاملين بمستشفى عبد الله نواورية ببلدية البوني بولاية عنابة -. *مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية*، 16(03)، 610-634.
205. نبيل بھوري. (أكتوبر، 2018). أثر الإدارة بالأهداف على صياغة رسالة المؤسسة. *مجلة تنمية الموارد البشرية للدراسات والأبحاث* (الثاني).

## قائمة المراجع

206. هشام سفيان صلواتشي، يوسف بودلة، و فوزي غيدوش. (31 ديسمبر، 2017). - أثر أسلوب الإدارة بالأهداف على أداء وظائف وأنشطة المؤسسات الاقتصادية - دراسة آراء عينة من مدراء الملبات والمجنات في ولايات الوسط الجزائرية. مجلة الاصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، 12 (24)، 106-126.
207. وفاء قاسمي، سليمة بلخيري، و وليد بخوش. (01، 10، 2018). المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية. دراسات اقتصادية، 12 (4)، 301-310.
208. يسرى السيد يوسف جودة. (يناير، 2002). مبادئ إدارة الجودة الشاملة - مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية - دراسة تطبيقية على بعض المستشفيات الحكومية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الشرقية. مجلة البحوث التجارية، 24 (1)، 367-527.
209. يسرى السيد يوسف جودة. (جانفي، 2002). مبادئ إدارة الجودة الشاملة - مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية - دراسة تطبيقية على بعض المستشفيات الحكومية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الشرقية. مجلة البحوث التجارية، المجلد الرابع والعشرون (العدد الأول).
210. عثمان خيرى. (1975). الإدارة بالأهداف. المنظمة العربية للعلوم الإدارية، 6.
211. مذكور فوزي. (1997). مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة (العدد الثالث).
212. منير خروف، ليندة فريجة، و ناصر بوعزيز. (2021). قياس مستوى جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية باستخدام مقياس SERVPERF. مجلة رؤى اقتصادية، 11 (01).
213. موريس ستيفن، نانسي ديلفين، و ديفيد باركين. (2013). التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية. (عبد المحسن بن صالح الحيدر، المترجمون) المملكة العربية السعودية، المملكة العربية السعودية: مركز البحوث.
214. هاني حامد الضمور، و جناة بوقجاني. (2012). أثر جودة الخدمة الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية. سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية (العدد الثالث).

## ث- الملتقيات

215. دعاء رضا رياض محمد. (2015). التأسيس النظري لمفهوم الكفاءة والفعالية وتحليل طبيعة العلاقة بينهما . بحث في تطور الفكر الإداري. كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة - مصر.
216. شهرزاد نوار، و كلثوم قير. (30 جوان، 2020). الثقافة الصحية والوعي الصحي: قراءة في المفهوم والدلالة. مجلة التمكين الاجتماعي، 358-347.
217. عدمان مريزق. (2008/2007). واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية - دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة - 5. كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير - جامعة الجزائر - الجزائر.
218. قدور بن نافلة، و عدمان مريزق. (ديسمبر، 2010). إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات. العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية وعلوم التسيير - جامعة د.الطاهر مولاي سعيدة.
219. لخضر مرغاد، و حدة رايس. (3 - 4 ماي، 2005). الإدارة الأهداف كأداة للتسيير الفعال. الملتقى الدولي الأول حول التسيير الفعال في المؤسسة الاقتصادية.
220. مريزق عدمان، و محمد عدمان. (18-19 ماي، 2011). التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر أنموذجا - . الملتقى الدولي: الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، صفحة 11.
221. هيوكوش. (2002). إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها. (الأحمدي بن عياد، المترجمون) الرياض، المملكة العربية السعودية: معهد الإدارة العامة.
222. يوسف حجوج، و فتيحة قصاص. (14 مارس، 2018). الأطباء الجزائريين بين ثنائية "هجرة الاستغلال" و "إمكانية الاستثمار". اليوم الدراسي حول هجرة الأدمغة "من فكرة التسرب إلى إمكانية الاستثمار" بالمركز الجامعي بغيليزان، صفحة 2.

## ج- القوانين

## قائمة المراجع

223. ارسالية الأمين العام بوزارة الصحة رقم 014. (06 جانفي, 2014). المتعلقة بمشروع عقد إنجاز الأنشطة . الجزائر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
224. الارسالية 06 وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات . (08 جانفي, 2014). المتعلقة بعقد إنجاز الأنشطة. الجزائر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
225. الأمر رقم 03-06. (15 أوت, 2006). يتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 46 مؤرخ في 16 جويلية 2006.
226. الأمر رقم 65-73. (28 ديسمبر, 1973). الأمر رقم 65-73. المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 01 المؤرخة في 01 جانفي 1974 .
227. الأمر رقم 65-73. (01 جانفي, 1974). يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية. الجزائر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية العدد 01.
228. الأمر رقم 76-79. (23 أكتوبر, 1976). يتضمن قانون الصحة العمومية. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 101 مؤرخة في 19 ديسمبر 1976.
229. الأمر رقم 97-76. (22 نوفمبر, 1976). يتضمن إصدار دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجزائر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية العدد 94 مؤرخة في 24 نوفمبر 1976.
230. الحاج عرابية . (2009-2010). إزدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم و الإشكالية. مجلة الباحث، 7، 229.
231. الدستور. (30 ديسمبر, 2020). دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجزائر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية العدد 82.
232. القانون رقم 07-11. (25 نوفمبر, 2007). يتضمن النظام المحاسبي المالي. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: جريدة رسمية عدد 74 مؤرخة في 25 نوفمبر 2007.
233. القانون رقم 18-11. (02 جويلية, 2018). يتعلق بالصحة. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 46 مؤرخ في 29 جويلية 2018.
234. المراسلة رقم 1043 عن الأمانة العامة بوزارة الصحة. (03 ديسمبر, 2013). تتضمن مشروع مرسوم تنفيذي لإنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية. الجزائر.
235. المرسوم التنفيذي رقم 04-101. (01 أبريل, 2004). يحدد كفاءات دفع مساهمات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات مؤسسات الصحة العمومية. الجريدة الرسمية عدد 20 مؤرخة في 04 أبريل 2004.
236. المرسوم التنفيذي رقم 07-140. (19 ماي, 2007). يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها. الجريدة الرسمية عدد 33 مؤرخة في 20 ماي 2007.
237. المرسوم التنفيذي رقم 93-05. (02 جانفي, 1993). يتضمن إعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية المنشأ بالمرسوم رقم 64-110 المؤرخ في 10 أبريل سنة 1964. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 02 مؤرخة في 06 يناير 1993.
238. المرسوم رقم 81-242. (05 سبتمبر, 1981). يتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية رقم 36 المؤرخة في 08 سبتمبر 1981.
239. المرسوم رقم 81-243. (5 سبتمبر, 1981). يتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 36 مؤرخ في 8 سبتمبر 1981.
240. قانون 06-24. (26 ديسمبر, 2006). يتضمن قانون المالية لسنة 2007. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 85 مؤرخ في 27 ديسمبر 2006.
241. قانون 17-11. (27 ديسمبر, 2017). يتضمن قانون المالية لسنة 2018. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 76 مؤرخ في 28 ديسمبر 2017.

## قائمة المراجع

242. قانون رقم 85-05. (16 فيفري، 1985). يتعلق بحماية الصحة وترقيتها. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 08 مؤرخة في 17 فيفري 1985.
243. مرسوم تنفيذي رقم 09-162. (02 ماي، 2009). يتعلق بالمدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة. الجزائر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية العدد 28 مؤرخ في 10 ماي 2009.
244. مرسوم تنفيذي رقم 16-197. (04 جويلية، 2016). يؤسس التوأمة بين المؤسسات العمومية للصحة ويحدد كفاءات ذلك. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 42 مؤرخ في 13 جويلية 2016.
245. مرسوم تنفيذي رقم 89-11. (07 فبراير، 1989). يتضمن تحويل المعهد التكنولوجي للصحة العمومية في وهران إلى مدرسة وطنية للصحة العمومية. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 6 مؤرخة في 08 فيفري 1989.
246. مرسوم تنفيذي رقم 97-466. (02 ديسمبر، 1997). يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيورها. الجزائر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية عدد 81 مؤرخة في 10 ديسمبر 1997.
247. مرسوم رقم 64-110. (10 أبريل، 1964). يتضمن إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية رقم 35 مؤرخة في 28 أبريل 1964.
248. مرسوم رقم 70-147. (أكتوبر 14، 1970). يتضمن إنشاء معهد تكنولوجي للصحة العمومية بالمرسى لمدينة الجزائر. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 88 مؤرخة في 20 أكتوبر 1970.
249. مرسوم رقم 70-148. (14 أكتوبر، 1970). يتضمن إنشاء معهد تكنولوجي للصحة العمومية بقسنطينة. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية رقم 88 مؤرخة في 20 أكتوبر 1970.
250. مرسوم رقم 70-149. (14 أكتوبر، 1970). يتضمن إنشاء معهد تكنولوجي للصحة العمومية بمستغانم. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية عدد 88 مؤرخة في 20 أكتوبر 1970.
251. قرار وزاري مشترك. (15 جانفي، 2012). يتضمن تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية وشروط الإلتحاق بالمناصب العليا لها وكذا الزيادة الاستدلالية المرتبطة بها. الجزائر: الجريدة الرسمية عدد 20 مؤرخ في 04 أبريل 2012.
252. مذكرة وزير الصحة رقم 01. (16 أبريل، 2014). متعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير. الجزائر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
253. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. (10 أكتوبر، 2013). تعليمة خاصة بإعادة تأهيل المرافق العمومية للصحة. الجزائر العاصمة، مقر وزارة الصحة بالجزائر العاصمة.

## ح- التقارير

254. الأمم المتحدة. (2020). مؤشر التنمية البشرية. الأمم المتحدة.
255. المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات. (2003). تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات - الأولويات والإجراءات المستعجلة - الجزائر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
256. س. شبرد دونالد، هودجكن دومينيك، و إ. أنتوني إيون. (2001). تحاليل تكاليف المستشفيات "دليل المديرين". القاهرة، معهد السياسة الصحية - كلية هيلو للدراسات العليا - جامعة برانديز والتهم، مساشوستس - الولايات المتحدة الأمريكية، مصر: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية -.
257. محمد سليمان. (2017). تقديم مستشفى الأختان باج. مستشفى الأختان باج.
258. مديرية الصحة والسكان بالشلف. (2021). تقديم قطاع الصحة. الشلف: مديرية الصحة والسكان لولاية الشلف.
259. يوسف حجوج. (2022). تقرير عام حول المؤسسة العمومية الاستشفائية مرواني عابد بالشطية. الإدارة. الشطية - الشلف - مستشفى الشطية.
260. يوسف حجوج. (05 أبريل، 2022). روبرتاج مع صحفي صوت الشلف حول اتفاقية التوأمة التي قام بها مستشفى الشطية مع مركز مكافحة السرطان بالبلدية. (جورنام الطيب، المحاور)

## قائمة المراجع

### خ- المقابلات

261. الجليلي هوش. (22 فيفري, 2022). مدير المؤسسة. (يوسف حجو، المحاور) الشلف، الجزائر.
262. الطيبية بونعجة. (08 مارس, 2022). مقابلة مع الطيبية بونعجة، رئيسة المجلس الطبي بمستشفى الشرفة. (يوسف حجو ، المحاور)
263. بدر الدين قروج. (29 مارس , 2022). مقابلة مع مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خطيب بأولاد محمد بالشلف. (يوسف حجو، المحاور)
264. عبد الحق جدادو. (20, 04, 2022). مقابلة مع السيد جدادو عبد الحق المدير الفرعي للمالية والوسائل بمستشفى الصبحة. (يوسف حجو، المحاور)
265. عبد السلام الواحد . (27, 03, 2022). مقابلة أجريت مع مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بالشرفة. (يوسف حجو، المحاور)
266. عبد القادر مزيان . (10, 04, 2022). مقابلة أجريت مع السيد مزيان عبد القادر مدير مستشفى الشطية. (يوسف حجو، المحاور)
267. عبد الله زنقلي. (11, 04, 2022). مقابلة أجريت مع السيد زنقلي عبد الله، مدير مستشفى احمد بوراس بتنس. (يوسف حجو ، المحاور)
268. معمر بودالي. (11, 04, 2022). مقابلة أجريت مع السيد بودالي معمر مدير مستشفى زيغود يوسف. (يوسف حجو، المحاور)

### د- المراجع الإلكترونية

269. تشان مارغريت. (29 ديسمبر, 2017). الحق في الصحة. تاريخ الاسترداد 20 نوفمبر, 2021، من منظمة الصحة العالمية: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
270. جميل الشيخ عثمان. (2010). أهمية تطبيق أنظمة إدارة الجودة في المؤسسات الحكومية. تاريخ الاسترداد 28 octobre, 2021، من مدونة القوانين الوضعية: [https://qawaneen.blogspot.com/2020/02/blog-post\\_43.html](https://qawaneen.blogspot.com/2020/02/blog-post_43.html)
271. حصة الهدلق. (1 جويلية, 2020). الأكاديميون السعوديون. تاريخ الاسترداد 01, 07, 2020، من <http://www.saudiacademics.com>: <http://www.saudiacademics.com/article/management-law/item/274-d.html>
272. سليمان أبو حليفة أشرف عبد الله. (12, 06, 2021). <http://www.acocollege.com>. تم الاسترداد من الجامعة العربية المرفقة بوحدة لشمال أميريكا: [http://www.acocollege.com/aouna/index.php?option=com\\_content&view=article&id=361:2014-06-23-02-41-32&Itemid=131&catid=37:2010-05-23-02-41-32&14-01-42-36](http://www.acocollege.com/aouna/index.php?option=com_content&view=article&id=361:2014-06-23-02-41-32&Itemid=131&catid=37:2010-05-23-02-41-32&14-01-42-36)
273. عبد الرحمان الطريزي. (8 ماي, 2012). شعار "المريض أولا" متى يطبق؟ تاريخ الاسترداد 20 نوفمبر, 2021، من الاقتصادية - جريدة العرب الاقتصادية الدولية: [https://www.aleqt.com/2012/05/08/article\\_654650.html](https://www.aleqt.com/2012/05/08/article_654650.html)
274. فريدة أحمد. (05, 08, 2020). رفيدة-الأسلمية-صحابية-بنت-أول-مستشفى. تاريخ الاسترداد 14, 06, 2021، من <https://www.aljazeera.net/>: <https://www.aljazeera.net/news/women/2020/8/5/%D8%B1%D9%81%D9%8A%D8%AF%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B3%D9%84%D9%85%D9%8A%D8%A9-%D8%A8%D9%86%D8%AA-%D8%A3%D9%88%D9%84-%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%89>
275. منظمة الصحة العالمية. (20 جويلية, 2020). الخدمات الصحية الجيدة. تاريخ الاسترداد 18 أكتوبر, 2021، من الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
276. منظمة الصحة العالمية. (26, 12, 2020). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية. تاريخ الاسترداد 26, 12, 2020، من [WWW.Who.int](http://WWW.Who.int): <https://www.who.int/ar/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

### ذ- المحاضرات

## قائمة المراجع

277. زهيرة حسناوي. (2009). مقياس القانون الإداري. محاضرات في مقياس القانون الإداري مقدمة لطلبة معهد العلوم القانونية والإدارية بجامعة يحي فارس بالمدينة. المدينة - الجزائر - .
278. عبد الحق سائحي. (2012). محاضرات في "مناجمت الموارد البشرية". المرسى - برج البحري - الجزائر: المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة.
279. علي لوحايدية. (2005). محاضرات في تسيير المصالح الصحية. محاضرات في تسيير المصالح الصحية، أقيمت على طلبة السنة الرابعة تخصص إدارة الصحة (صفحة 16). الجزائر: المدرسة الوطنية للإدارة.
280. نصر الدين هنوني. (2011). محاضرات في القانون الإداري. محاضرات في القانون الإداري لطلبة المتصرفين الرئيسيين لمصالح الصحة. المرسى - الجزائر العاصمة - : المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة.

## II. المراجع الأجنبية

### أ- الكتب

281. A Bouchrit ,Dj Auild ,M Toumi .Le système de santé durant la guerre de libération national .alger: Ministère de la santé.
282. A Jacquerye .(1999) .*La Qualité des Soins Infirmiers : Implantation évaluation accréditation* .paris ,france: Éditions Maloine.
283. Bartoli Annie ,Blatrix Cécile .(2015) . *Management dans les organisations publiques* 4 ème édition .(PARIS, FRANCE: DUNOD).
284. Brahim Brahmia .(2010) .*Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé* .Constantine ,Algérie: OCDE- Europe de l'est- Maghreb, Bahaeddine éditions.
285. Duret Daniel ,Phhiet Mourice .(1998) .*Qualité en production* .Paris ,France: éditions d'organisation.
286. Farouk Benatia ,Saad Dahleb ,Mustapha Makaci .(1999) .*Les Actions humanitaires pendant la lutte de libération : 1954-1962* .Chihab.
287. George Odiorne .(1965) .*management by objectives "leadership, organisation and administration* . New York: Pitman Publication. Corporation.
288. Hiroshi Nakijima .(1997) .Better Health: Through better life of Recourses . *The Magazine of (WHO)5 ,th edition.*(5)
289. Jambart Claude .(1997) . *L'assurance qualité les normes ISO9000 en pratique* 2<sup>eme</sup> édition . paris ,france: édition Economica.
290. Kotler Philip , Kelle Kevinr ,Dubois Delphine .(2006) .*marketing management* , 12 édition .paris: édition spéciale.
291. Kotler Philip ,Dobois Bernard .(2006) .*marketing management* , 12 édition .(paris ,france: person éducation.
292. Louapre Bertrand .(1992) . *La qualité s'il vous plait !* paris ,France: les éditions d'organisation.
293. Pierre Jocou , ,Frédérice Lucas .(1995) .*Au cœur du changement : une autre démarche de management, la 3<sup>eme</sup> édition* .Paris ,Paris: édition dunod.

## قائمة المراجع

294. PETER F. Drucker .(1993) .*management Tasks, Responsibilities, Practices*, First Edition . New York ،United States of America: Truman Talley Books.
295. Richard SHELL .(2002) .*management of professionals*) 2<sup>eme</sup> édition .(New York ،USA: Marcel Dekker.
296. ROBERT KREITNER .(2009) .*management kreitner* الإصدار) eleventh edition .(NEW YORK: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.
297. Stora Gribbert ، ، Montaigne Jean .(1986) .*la qualité totale dans l'entreprise* .paris ،France: édition d'organisation.
298. Thomas M. Thomson .(1998) .*management by objectives* .*the Pfeiffer Library* ،20 ،P1.
299. nys Jean-Francois .(1981) .*la Santé Consommation ou Investissement* .paris ،france: Edition ECONOMICA.
300. Périgord Michel .(1987) . *Réussir la qualité totale* .paris: les Editions d'organisation.
301. Leteutre Hervé ،Perret Francois .(2000) .*l'essentiel du management hospitalier à l'usage des médecins et des cadre soignants* .paris.
302. Maisonnas Stéphane ، Dufour Jan Claude .(2006) .*Marketing et services* .Canada: chenlière education.
303. Kathleen N Loher .(1990) .*Medicare: a strategy for quality assurance* .*National Academy Press* .1 ،
304. Carol Kennedy .(2008) .*toutes les théories du management "les idées essentielles des auteurs les plus souvent cités*) 5<sup>eme</sup> édition ، édition augmentée .(pars ،france: MAXIMA.
305. Jean-Luc Charron ،Sépari Sabine .(2001) .*organisation et gestion de l'entreprise*) 2<sup>eme</sup> édition .(Dunod ،paris ،france: Dunod.

## ت- المجالات العلمية

306. A Parsu Parasuraman ،Valarie A Zzithaml ، ،Leonard Berry) .january, 1991 .(Understanding Customer Expectations of Service .*Sloan Management Review*.48-39 ،
307. Abdellah Saddiki .(2003) .*management de la qualité* .Alger: office des publication universitaires.
308. Ali chaouch .(2001) .*développement du Système National de Santé: Stratégies et perspectives* .*Le gestionnaire*.(5)
309. Antonio Carrizo Moreira ، ،Pedro Miguel Freitas Da Silva 30) .August, 2016 .(Complaint behaviour by third parties: exploring service quality, customer satisfaction and word-of-mouth in health clubs .*International Journal of Sport Management and Marketing*.171-152 ،(6/5/4/3)16 ،
310. Boulouta Konstantina) .January, 2012 .(The management by objectives in modern organisations and enterprises .*International Journal of Strategic Change Management*.79-68 ،(1)4 ،
311. C. F MOLANDER) .February, 1972 .(management by objectives in perspective .*journal of management studies*.81-74 ،(1)9 ،

## قائمة المراجع

312. George S Odiorne .(1974) .management by objectives and the phenomenon of goals displacement . *Human Resource Management*.7-2 ،
313. GREENWOOD RONALD G .(1991) .management by objectives: as developed by Peter drucker, Assisted by Harold Smiddy . *Academy of Management Review*.230 -225 ،(2)6 ،
314. Jain Prachi ، Aggarwal Vijita S) .october, 2015 .(service quality models: a review . *Journal of Management Research*.(2)7 ،
315. Jean Perrot ، Eric Deroodenbeke .(2005) . *la contractualisation dans les systèmes de santé – pour une utilisation efficace et appropriée* .paris: KARTHALA.
316. Joseph Cronin ، Steve Taylor .(1992) .Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension . *Journal of Marketing*.(4)56 ،
317. Konstantina Boulouta) .January, 2012 .(The management by objectives in modern organisations and enterprises . *International Journal of Strategic Change Management* ،(4)4 ،P37.
318. Seth Nitin ، S.G Deshmukh .(2005) .Service quality models: a review . *International Journal of Quality & Reliability Management Article information*.(09)22 ،

## الرسائل الجامعية

319. Ross Dhyana ، Venkatesh) .Februray, 2015 .(An Empirical Study of the Factors Influencing Quality of Healthcare and Its Effects on Patient Satisfaction . *International Journal of innovation esearch in science*.(2)4 ،
320. Samuel Abekunel) .Without publication year .(The Philosophy And Practice of Management By Objectives . *EMBA Program Taiwan, Troy State University*) P2 .(Taiwan: Troy State University.
321. Andreas Traberg .(2011) . *management by objectives in Healthcare* .Denmark ،Department of Management Engineering Technical University of Denmark ،Denmark: The presented dissertation is part of the acquisition of a Ph.D. degree.
322. FĂRCAS, A.-M., & Roxana ، D. (2015, Novembe 5th 6th 2015). the management by objectives –tool used for remodeling the romanian organizations' managerial system. *proceedings of the 9th international management confèrence "Management and Innovation For Competitive Advantage"*, bucharest, romania, p. P112.
323. LABERGE NICOLE) . décembre, 1992 .(élaboration d'un modèle d'amélioration continue de la qualité de service . *mémoire présenté à l'université du québec à chicoutimi comme exigence partielle de la maîtrise en gestion des pmo* .10 ،université du québec à chicoutimi au canada .canada.
324. Landry Sylvain ،Beaulieu Martin) .Avril , 2000 .(L'étude internationale des meilleures pratiques de logistique hospitalière . *CR 00-05* .Montréal QUEBEC ،Ecole des Hautes Etudes Commerciales.



## قائمة المراجع

### الملتقيات والمدخلات العلمية

325. Guerrero Isabelle ,Sampieri Nathalie , Bongiovanni Isabelle 11-10-9) .Mai, 2000 .(les pratiques logistiques ont-elles un impact sur la structure financiere ? le cas de l'hôpital public français, *3eme Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL)*.
326. JOHN M IVANCEVrCH ,JAMES H DONNELLY ,HERBERT L LYON .(1970) .a study of the impact of lyianagement by objectives on perceived need satisfaction .*Personnel Psychology*.151-139 ,(2)23 ،
327. Alina-Maria FARCAS ,Daniela Roxana 6-5) .novamember, 2015 .(the management by objectives tool used for remodeling the romanian .*proceedings of the 9 international management confêrence "Management and Innovation For Competitive Advantage"*.page.116
328. ABD EL HAK SAIHI) .AVRIL, 2006 .(le système de santé publique en Algérie .*Gestions hospitalières*.142-241 ,(455)

### التقارير

329. OMS .(2000) .*rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant* .Genève.
330. Zeynep OR ,Renaud Thomas , Com-Ruelle Laure) .mai, 2009 .(les écarts des couts hospitaliers sont-ils justifiables .*document de travail* ,(25) page .8-7

### المواقع الإلكترونية الأجنبية

331. Mondher Letaief ,sana Mhamdi .) . *la qualité des soins et la sécurité - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIC* ,2021 ,10 16 .<https://solidarites-sante.gouv.fr/>: <https://solidarites-sante.gouv.fr/spip.php?page=recherche&recherche=la+qualit%C3%A9+des+soins+et+la+s%C3%A9curit%C3%A9+-+MINISTERE+DE+LA+SANTE+PUBLIC+PDF>
332. N. I .Fisher ,V. N .Nair 16) .January, 2009 .(*wiley online library* 11 July, 2020 , [www.onlinelibrary.wiley.com](http://www.onlinelibrary.wiley.com): <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/asmb.756>
333. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hispitliere .(2013) .*programme d'appui au secteur de la santé, Mnuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier* 07 .aout, 2019 ,[www.pass.ue.dz](http://www.pass.ue.dz).
334. Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé (ANAES) 1) .juillet, 2004 .(*les coûts de qualité et de la non-qualité des Soins dans les établissements de la Santé: états des lieux et Propositions* 28 .octobre, 2021 ,<https://www.has-sante.fr/>: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1499622/en/couts-de-la-qualite-et-de-la-non-qualite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante-etat-des-lieux-et-propositions](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499622/en/couts-de-la-qualite-et-de-la-non-qualite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante-etat-des-lieux-et-propositions)

# قائمة الملاحق

الملحق رقم 01

قائمة الأكاديميين والمهنيين المحكمين للاستبيان

| الرقم                                    | الاسم واللقب                           | الصفة / مكان العمل  | تاريخ ارسال الاستبيان | تاريخ استقبال تحكيم الاستبيان |
|--|--|---|-----------------------|-------------------------------|
| <b>(الأكاديميين) الأساتذة الجامعيين</b>  |  |   |                       |                               |
|  | بن نافلة قدور<br>(المشرف على الأطروحة) | أستاذ التعليم العالي بجامعة الشلف - كلية العلوم الاقتصادية علوم التسيير والعلوم التجارية                                      | 2022/02/26            | 2022/02/28                    |
| 01                                       | بويوسف بار<br>جميلة                    | أستاذة التعليم العالي بمدرسة الدراسات العليا التجارية بالقليلة - تيبازة - أستاذة مكونة بالمدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة | 2022/03/02            | 2022/03/13                    |
| 02                                       | مديوني جميلة                           | دكتورة بجامعة الشلف - كلية العلوم الاقتصادية علوم التسيير والعلوم التجارية  | 2022/02/28            | 2022/03/18                    |
| 03                                       | ترقو محمد                              | دكتور بجامعة الشلف - كلية العلوم الاقتصادية علوم التسيير والعلوم التجارية   | 2022/02/28            | 2022/03/08                    |
| <b>المهنيين (العاملين في قطاع الصحة)</b> |  |   |                       |                               |
| 04                                       | عربي محفوظ                             | مدير الصحة والسكان لولاية تيارت سابقا<br>رئيس متصرفي مصالح الصحة بمستشفى الشطية حاليا   | 2022/02/29            | 2022/03/07                    |
| 05                                       | بريش محمد عبد<br>المنعم                | نائب مدير للصحة الإنجابية والتنظيم العائلي بوزارة الصحة   | 2022/02/28            | 2022/03/01                    |

المصدر: من إعداد الباحث

# الملحق رقم 01

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة حسيبة بن بوعلي - بالشلف

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم التجارية

استبيان

دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية  
دراسة حالة على المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية  
الشلف

سيدي الفاضل، سيدي الفاضلة، تحية طيبة وبعد.

يقوم الباحث بإجراء دراسة علمية بعنوان دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية "دراسة حالة على المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية الشلف" كمطلب لنيل شهادة الدكتوراه (ل م د) في العلوم التجارية. لذا فإننا نضع بين أيديكم هذا الاستبيان، راجيا منكم قراءة فقراته بعناية، والإجابة على عباراته بصدق وموضوعية، لما ذلك من كبير الأثر في نجاح الدراسة وتحقيق أهدافها.

هذا وستحاط إجاباتكم بكل سرية وأمانة، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، شاكرا لكم مسبقا حسن تعاونكم مع خالص وافر التحية والتقدير.

ملاحظة: يرجى وضع علامة x في الخانة المناسبة.

إشراف الأستاذ الدكتور:

بن نافلة قدور

إعداد الطالب:

حجو يوسف

السنة الجامعية 2022/2021



|    |   |
|----|---|
| 06 | يلتزم المدير بإشراكي في تحديد الأهداف في بداية كل سنة بناء على مساهمتي الفعالة في السنة الماضية.        |
| 07 | أتلقي توضيحات وشروحات للأهداف المحددة من طرف إدارة المستشفى.  |
| 08 | نحدد الأهداف بناء على مواصفات الهدف الذكي "SMART".  |
| 09 | تحديد الأهداف يتم بناء على الامكانيات المادية والبشرية بالمستشفى.                                       |
| 10 | تُحدِد الإدارة أهدافها وفقا للمتغيرات التي ينشط فيها المستشفى (البيئية والديمقراطية والوبائية والصحية). |

**مبدأ وضع خطط العمل:** الخطة هي مجموعة البرامج الزمنية التي تحتوي على الأهداف والوسائل والمعنيين بالتنفيذ.

|    |   |
|----|---|
| 11 | لدي معارف كافية في استخدام أسلوب الإدارة بالأهداف.  |
| 12 | تحرص الإدارة على اشراكي في إعداد مشروع المؤسسة.   |
| 13 | تلتزم الإدارة بعقد اجتماعات دورية لوضع خطط لجميع الأنشطة في المستشفى.   |
| 14 | تسمح الميزانية المرصودة للمستشفى في إعداد خطط تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.   |
| 15 | تحسنت جودة الخدمات الصحية في المستشفى عند استخدامنا لآليات الادارة بالأهداف (مشروع المؤسسة، عقد النجاعة، لوحه القيادة، مؤشرات الكفاءة والفاعلية، برنامج 24 نقطة). |

**مبدأ دعم الإدارة العليا:** هو درجة التزام الإدارة العليا بتقديم الدعم المادي والمعنوي لجميع المستويات في المنظمة

|    |  |
|----|--|
| 16 | تضمن الإدارة العليا برامج تدريبية على مفاهيم جودة الخدمات الصحية.  |
| 17 | تدعمني الإدارة العليا في أداء مهامي، وتضمن التنسيق بيني وبين الموظفين.   |
| 18 | تتكفل الإدارة العليا بإعلامي بمسار حياتي المهنية.  |
| 19 | أنا متيقن بأن تحقيق مبادئ جودة الخدمات الصحية مسؤولية شخصية لكل موظف بالمستشفى مهما يكن مستواه أو موقعه الوظيفي. |
| 20 | يجب أن تقوم الوصاية (وزارة الصحة) بتفويض بعض صلاحيات التسيير لمسؤولي المستشفيات.                                 |

**مبدأ الرقابة الذاتية "الالتزام الذاتي":** تعني قدرة الشخص على توجيه نفسه وعمله والالتزام بتقديم أداء أفضل.

|    |   |
|----|---|
| 21 | تزداد الرقابة الذاتية لدي عندما أنفذ قرارات وأحقق أهداف ساهمت فيها.               |
| 22 | تساهم مشاركتي في تنفيذ الخطط وتحقيق الأهداف في التزامي بالعمل.                    |
| 23 | الصبغة القانونية للمؤسسة لا تسمح باستقلالية في العمل وتتعارض مع مبادراتي الفردية. |
| 24 | عندما ألاحظ أي مشكل أبلغ عن عنه، وأساهم في إيجاد الحلول له.                       |
| 25 | أحاول باستمرار على تحسين أدائي وتنفيذ مهامي لأني أشعر بانتمائي للمستشفى.          |

**مبدأ المراجعة الدورية "الرقابة":** إنشاء نظام للرقابة، وذلك للتأكد من أن المنظمة تسير على الطريق المرسوم والمرغوب، والتأكد من أن الأعمال سوف تؤدي إلى النتائج والأهداف التي سبق وضعها.

|   |  |  |  |  |    |  |
|---|--|--|--|--|----|--|
|   |  |  |  |  | 26 | تقوم إدارة المستشفى على مراجعة مهامها في مخطط العمل السنوي بصفة منتظمة.  |
|   |  |  |  |  | 27 | يتم مراجعة الأهداف التي تم وضعها نتيجة للمتغيرات التي تطرأ داخل المستشفى أو خارجه.   |
|   |  |  |  |  | 28 | تمارس الرقابة الإدارية من خلال متابعة تنفيذ خطط العمل ومدى تحقيق الأهداف، وتصويب الاختلالات المسجلة.                                 |
|   |  |  |  |  | 29 | تهدف الإدارة من خلال المراجعة الدورية على تشجيع العمل الجماعي في إطار فرق عمل منسجمة.  |
|   |  |  |  |  | 30 | تقوم إدارة المؤسسة بالمتابعة المستمرة لضمان تحسين الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى.                                      |
| مبدأ تقييم الأداء وتقييم الإنجاز: هو وضع معايير ومؤشرات دقيقة وواضحة لتفحص وقياس مستوى الإنجاز. |  |  |  |  |    |  |
|   |  |  |  |  | 31 | تستخدم المؤسسة معايير ومؤشرات واضحة لتقييم الأداء في جميع المستويات (الصحية، الإدارية، اللوجستية)                                    |
|   |  |  |  |  | 32 | تكرم إدارة المستشفى الموظفين المتميزين (إداريين، أطباء، شبه طبيين، مهنيين) الذين ساهموا بشكل فعال في تحقيق الأهداف وتنفيذ خطط العمل. |
|   |  |  |  |  | 33 | يتم عقد اجتماعات لدراسة نتائج الأهداف التي تم تحقيقها والخطط التي تم إنجازها.  |
|   |  |  |  |  | 34 | يسمح تقييم أدائي في زيادة خبرتي ويدفعني للإنجاز بإبداع.  |
|   |  |  |  |  | 35 | في حالة حدوث أي مشكل، أأخذ الإجراء التصحيحي دون ضغوطات نفسية علي.  |

### الجزء الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية (المتغير التابع)

| الرقم  | العبارات   | درجة توافقك مع العبارات |       |       |           |                  |
|--|--|-------------------------|-------|-------|-----------|------------------|
|  |  | موافق جداً              | موافق | محايد | غير موافق | غير موافق تماماً |
| بعد الملموسية: وهو تشمل العناصر المادية للخدمة الصحية مثل (المقاعد، الأضواء، الكراسي، المعدات والتجهيزات، المباني، ملابس العاملين) وكافة عناصر البيئة المادية الموجودة داخل المستشفى ومحيطه الخارجي، والتي تعطي نظرة جيدة عنه. |  |                         |       |       |           |                  |
| 01   | يتوفر المستشفى على (التجهيزات الطبية والتجهيزات الملحقة والأدوية والمنتجات الصيدلانية، التحاليل، أدوات التشخيص، الأشعة الضرورية) لتقديم خدمات صحية جيدة. |                         |       |       |           |                  |
| 02   | يهتم المستشفى بتوفير جميع الوسائل الفندقية (الإطعام النقي والشهي والساخن، الأفرشة والأغطية النظيفة، غرف مهياً بوسائل الراحة... الخ) التي يحتاجها المرضى  |                         |       |       |           |                  |

|   |  |  |  |  |   |    |
|---|--|--|--|--|---|----|
|   |  |  |  |  | يتوفر المستشفى على جميع التسهيلات الارشادية التي يحتاجها المريض والوافدين إلى المستشفى (لوحات ارشادية، قاعات انتظار مريحة، مرآب لركن السيارات... الخ)     | 03 |
|   |  |  |  |  | هيكل وموقع المستشفى ومرافقه (من مكاتب الفرق الطبية والتمريضية والإدارية، والمساحات الخضراء) حديثة تعطي انطباع جيد.  | 04 |
|   |  |  |  |  | تحرص الإدارة على ظهور جميع الموظفين (أطباء، ممرضين، أعوان الوقاية والأمن، عاملات النظافة، الإداريين، أعوان الصيانة) بهندام لائق ومظهر جيد.                | 05 |
| <p><b>بعد الاعتمادية:</b> تشير إلى درجة الموثوقية في الخدمة الصحية ومصداقيتها، والتي تتحدد بالتمكن في الجوانب الفنية "الادارية والطبية والتمريضية، والتقنية" ودرجة كفاءة وجدارة مقدميها، وصورة المستشفى ومستوى التأثير الإيجابي الذي يحدثونه في المريض ومرافقيه والمجتمع.</p> |  |  |  |  |   |    |
|   |  |  |  |  | هناك حرص من قبل إدارة المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة.   | 06 |
|   |  |  |  |  | تدرس الإدارة انشغالات المرضى والمرافقين بجدية.  | 07 |
|   |  |  |  |  | تطلب الإدارة من الفرق الطبية والتمريضية على تقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة (برنامج العمليات الجراحية، الفحوصات المتخصصة، المناوبة الخ... الخ)   | 08 |
|   |  |  |  |  | تتم إدارة المستشفى بمتابعة الحالات المرضية على أجهزة كمبيوتر وسجلات رسمية منظمة.  | 09 |
|   |  |  |  |  | تحرص الأطقم الطبية والتمريضية على تجنب الأخطاء الطبية والعدوى الاستشفائية.  | 10 |
| <p><b>بعد الاستجابة:</b> تشير إلى أن موظفي المنظمة الصحية مستعدون للعمل ويقدمون الرعاية الصحية بسرعة مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار الملائم للمرضى، وأن الرعاية الصحية متاحة للجميع باستمرار.</p>  |  |  |  |  |   |    |
|   |  |  |  |  | تسمح الامكانيات البشرية للمستشفى بتقديم جميع الخدمات الصحية وفق مدونة المصالح الاستشفائية باستمرار.   | 11 |
|   |  |  |  |  | يحرص الأطقم العاملة بالمستشفى على إعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم.   | 12 |
|   |  |  |  |  | يسيطر المستشفى إجراءات العمل لضمان سرعة وسهولة تقديم الخدمات الصحية والاستجابة للحالات الاستعجالية والمرضية.  | 13 |
|   |  |  |  |  | ييدي الطاقم الطبي والتمريضي والإداري استعدادا دائما لإنجاز الأعمال المطلوبة وفي الوقت المناسب.  | 14 |
|   |  |  |  |  | تضمن الأنظمة الإلكترونية المستخدمة في المستشفى ( SIRH, EPSTAT, DAMO, MDO PATIENT, ... ) بمعالجة واستغلال البيانات والمعلومات التي يحتاجها جميع المسؤولين. | 15 |
| <p><b>بعد التعاطف:</b> ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والكياسة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها "المرضى".</p>  |  |  |  |  |   |    |



|  |  |  |  |  |   |    |
|--|--|--|--|--|---|----|
|  |  |  |  |  | تقتنع الإدارة بأن الموظفين يولون اهتماما شخسيا بكل مريض من خلال مراعاة مشاعره.  | 16 |
|  |  |  |  |  | يتسم العاملون باللباقة والسلوك الحسن في تعاملهم مع المرضى ومرافقيهم.  | 17 |
|  |  |  |  |  | تضع إدارة المؤسسة مصالح المرضى في مقدمة اهتماماتها، وتعمل على ترسيخ ذلك عندي.   | 18 |
|  |  |  |  |  | يعطي مقدمي الخدمة الصحية (أطباء وممرضين) الوقت الكافي لرعاية كل مريض.   | 19 |
|  |  |  |  |  | تتعاطف الفرق الطبية والتمريضية مع المرضى، ويوضحون لهم حالاتهم المرضية بطريقة سهلة وبسيطة.                                     | 20 |
| <p><b>بعد الضمان:</b> هو الشعور بالأمان في التعامل، والأدب وحسن الخلق لدى العاملين، وسرية المعلومات الخاصة بالمريض، ودعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة. بالإضافة إلى تقليل مخاطر الإصابة أو العدوى المتعلقة بتقديم الخدمة الصحية.</p> |  |  |  |  |   |    |
|  |  |  |  |  | إدارة المستشفى راضية على خبرة ومهارة العاملين.  | 21 |
|  |  |  |  |  | مبدأ السر المهني محترم من طرف موظفي المستشفى.   | 22 |
|  |  |  |  |  | يحرص المستشفى على احترام بروتوكول النظافة الاستشفائية وتعقيم الأماكن والتجهيزات والأدوات الطبية بهدف تجنب العدوى الاستشفائية. | 23 |
|  |  |  |  |  | أشعر بأمان في تسيير حياتي المهنية، مما يدفعني لبذل قصارى جهدي في أداء عملي.   | 24 |
|  |  |  |  |  | يحرص الطاقم الطبي والتمريضي والإداري على خدمة المرضى بغض النظر عن العلاقات الشخصية والوساطة.                                  | 25 |