

كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم

تخصص تسيير

بعنوان:

الرضا الوظيفي وأبعاد جودة الخدمات من منظور تسيير الموارد
البشرية في الوظيفة العمومية
قياس وتقييم الخدمات في المركز الاستشفائي الجامعي
ومستشفى الأم والطفل بتلمسان

تحت إشراف:

د / شليل عبد اللطيف

من إعداد:

مزيان التاج

أعضاء اللجنة المناقشة

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د: بندي عبد الله عبد السلام
مقررا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	الدكتور: شليل عبد اللطيف
ممتحنا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	الدكتور: فرواني بلقاسم
ممتحنا	جامعة سعيدة	أستاذ محاضر	الدكتور: صوار يوسف
ممتحنا	جامعة معسكر	أستاذ محاضر	الدكتور: بن عبو الجيلالي
ممتحنا	جامعة معسكر	أستاذ محاضر	الدكتور: ثابتي حبيب

السنة الجامعية: 2013-2014

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اللهم انفعني بما علمتني

وعلمني ما ينفعني

وزدني علما.

الإهداء

إلى والدتي الحنونة أطل الله في عمرها،

إلى روح والدي الذي يستحيل أن أرد له الجميل

وأدعو له بالرحمة والمغفرة.

إلى نتاج وأمل المستقبل نهال وفزلات فاطمة الزهراء،

إلى زوجتي التي أعانتني على مصاعب الحياة

وهي نعم الرفيق.

إلى جميع أفراد عائلتي وأخواتي و أولادهم،

إلى جميع الزملاء في العمل.

كلمة شكر وعرفان

قبل كل شيء أشكر الله سبحانه و تعالى على نعمه اللامتناهية ، ثم

أتقدم بجزيل الشكر

إلى أستاذ التعليم العالي المحترم بندي عبد الله عبد السلام،

وكذا الدكتور شليل عبد اللطيف

الذين أشرفا على هذه الرسالة،

الدكتور صوار يوسف، الدكتور بلعربي عبد القادر

والسيد معلاش عبد الرزاق،

الآنسة ددوش نعيمة.

و إلى كل من أمدني بيد المساعدة من قريب أو من بعيد

في انجاز هذا العمل.

قائمة المحتويات

III.....	الإهداء
IV	الشكر
V.....	قائمة المحتويات
VI.....	قائمة الجداول
VIII.....	قائمة الأشكال
IX.....	قائمة الملاحق
أ.....	مقدمة عامة
02.....	الفصل الأول: إستراتيجية تسيير الموارد البشرية في الوظيف العمومي الجزائري
03.....	المبحث الأول: التعريف بالوظيفة العمومي الجزائري
12	المبحث الثاني: المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية
23.....	المبحث الثالث: كيفية استغلال المناصب المالية، حصيلة الشغل ومخطط التكوين
48.....	المبحث الرابع: الآفاق المستقبلية للوظيفة العمومية الجزائرية على ضوء التنظيم الحديث
64.....	خلاصة الفصل الأول
69.....	الفصل الثاني: الرضا الوظيفي في المؤسسة
70.....	المبحث الأول: الرضا الوظيفي و أبعاده:
85.....	المبحث الثاني: المداخل النظرية لدراسة الرضا الوظيفي
108.....	المبحث الثالث: دراسات لمستوى الرضا في بعض المؤسسات العمومية الصحية الجزائرية:
116.....	الخلاصة الفصل الثاني:
119.....	الفصل الثالث: أبعاد الجودة في قطاع الصحة
120.....	المبحث الأول: الخدمة، الرعاية وتسويق الخدمات الصحية
132.....	المبحث الثاني: قياس الجودة، الأبعاد الرئيسية للخدمة
155.....	المبحث الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
167.....	خلاصة الفصل الثالث:
170.....	الفصل الرابع: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة قياسية في المركز الإستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل بتلمسان).
170.....	المبحث الأول: تنظيم قطاع الخدمات الصحية لولاية تلمسان
183.....	المبحث الثاني: المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل
199.....	المبحث الثالث: الاستبيان، نتائج وتحليل
217.....	الاستنتاجات و التوصيات
222.....	خاتمة العامة:
228.....	قائمة المراجع
240.....	الملاحق
256.....	فهرس المحتويات

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
09	يبيّن حصيلة التشغيل في الوظيف العمومي لسنتي 1991 و 2012 على المستوى الوطني.	الجدول رقم 1-1
20	يبيّن نسب وأنماط التوظيف.	الجدول رقم 2-1
34	يبيّن مزايا وعيوب المصادر الداخلية والخارجية لاستقطاب اليد العاملة.	الجدول رقم 3-1
46	يبيّن إيجابيات وسلبيات التكوين داخل وخارج مكان العمل.	الجدول رقم 4-1
49	يبيّن توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب الطبيعة القانونية لعلاقة العمل.	الجدول رقم 5-1
49	يبيّن توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب المستويات المؤسسية.	الجدول رقم 6-1
50	يبيّن توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب القطاعات.	الجدول رقم 7-1
50	يبيّن توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب مستويات التأهيل.	الجدول رقم 8-1
51	يبيّن توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب المستويات المؤسسية ومستوى التأهيل.	الجدول رقم 9-1
52	يبيّن تعداد العنصر النسوي في الوظيفة العمومية.	الجدول رقم 10-1
52	يبيّن توزيع العنصر النسوي حسب قطاعات النشاط.	الجدول رقم 11-1
52	يبيّن توزيع الموظفين والأعوان العموميين حسب هرم السن.	الجدول رقم 12-1
151	مقارنة الأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية.	الجدول رقم 1-3
152	أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسة الصحية.	الجدول رقم 2-3
174	يبيّن توزيع عدد السكان عبر دوائر ولاية تلمسان لسنة 2012.	الجدول رقم 1-4
180	يبيّن تعداد المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين للولاية سنة 2012.	الجدول رقم 2-4
180	يبيّن عدد الإداريين التقنيين، أعوان المصلحة، عمال مهنيون، سائقوا سيارات الإسعاف، المؤقتون والمتعاقدون حصيلة موقوفة في 2012/12/31.	الجدول رقم 3-4
181	يبيّن مقارنة لنشاط الموارد البشرية بين سنتي 2011 و 2012 ومؤشر الاتجاهات.	الجدول رقم 4-4
186	يبيّن توزيع أسرة المرضى حسب الأقسام الجراحية.	الجدول رقم 5-4
187	يبيّن توزيع أسرة المرضى حسب الأقسام الطبية.	الجدول رقم 6-4
187	يبيّن توزيع الأقسام الطبية حسب التخصص.	الجدول رقم 7-4
189	يبيّن توزيع وحدات الجناح الطبي - التقني حسب التخصص.	الجدول رقم 8-4
190	يبيّن إجمالي أقسام عدد الأسرة لمصالح ووحدات المؤسسة.	الجدول رقم 9-4
191	يبيّن مؤشرات للإطار الطبي وشبه الطبي لسكان الولاية بعنوان سنة 2012.	الجدول رقم 10-4
194	يبيّن الأقسام والمصالح والوحدات الجراحية لمستشفى الأم والطفل تلمسان حسب التخصص.	الجدول رقم 11-4
194	يبيّن الأقسام الطبية لمستشفى الأم والطفل تلمسان حسب التخصص.	الجدول رقم 12-4
195	يبيّن المجموع العام لأسرة المؤسسة الأم والطفل - تلمسان.	الجدول رقم 13-4

196	يبيّن أبواب ميزانية المؤسسة (الميزانية الأولية، والميزانية النهائية لسنة 2012 والأولية 2013 (نفقات المستخدمين و نفقات التكوين).	الجدول رقم 4-14
199	يبيّن مؤشرات التغطية الطبية وشبه الطبية لمستشفى الأم والطفل.	الجدول رقم 4-15
200	يبيّن ثبات الأداة ومؤشر الصدق للمتغيرات الرئيسية.	الجدول رقم 4-16
201	يبيّن صفة المستجوب	الجدول رقم 4-17
204	يبيّن المتوسطات والانحرافات المعيارية لإجابات مفردات العينة (الممارسون الطبيون، شبه الطبيون، الموضي ومرافقيهم والموظفون).	الجدول رقم 4-18
206	يبيّن نتائج اختبار فرضيات الدراسة (22 استفسار).	الجدول رقم 4-19
214	يبيّن ترتيب أهمية متغيرات الدراسة بحسب الأوزان.	الجدول رقم 4-20
216	يبيّم مقارنة أهمية المعايير الرئيسية الخمسة.	الجدول رقم 4-21
217	يتضمن ترتيب بعد التعاطف بحسب الأهمية لدى فئات عينة البحث	الجدول رقم 4-22
218	يتضمن ترتيب بعد الثقة بحسب الأهمية لدى فئات عينة البحث	الجدول رقم 4-23
219	يتضمن ترتيب بعد الاستجابة بحسب الأهمية لدى فئات عينة البحث	الجدول رقم 4-24
219	يتضمن ترتيب بعد الملموسية بحسب الأهمية لدى فئات عينة البحث	الجدول رقم 4-25
220	يتضمن ترتيب بعد الاعتمادية بحسب الأهمية لدى فئات عينة البحث	الجدول رقم 4-26

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الأشكال	رقم الجدول
ف	يبين تمثيل محتويات الاستبيان.	الشكل رقم 1-1
23	يبين تخطيط الموارد البشرية لتحديد العجز والفائض منها.	الشكل رقم 2-1
29	يوضح عملية الرقابة على إجراءات تنظيم وسير المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية.	الشكل رقم 3-1
31	يبين مخطط مصغر عن مراحل التوظيف في قطاع التوظيف العمومي.	الشكل رقم 4-1
43	يبين مراحل سياق عملية التكوين.	الشكل رقم 5-1
44	يبين سياق تحليل حاجات التكوين.	الشكل رقم 6-1
70	يبين معالم المشكلة البحثية الحالية (الإستراتيجية والرضا والوظيفي).	الشكل رقم 1-2
82	يبين نموذج دوريو 2000 لرضا الوظيفي.	الشكل رقم 2-2
84	يبين نموذج كلارك 2004 للرضا الوظيفي.	الشكل رقم 3-2
103	يبين عناصر النظام.	الشكل رقم 4-2
138	يبين نموذج الفجوة.	الشكل رقم 1-3
145	يبين جودة الخدمة الصحية.	الشكل رقم 2-3
163	يبين النواتج المتوقعة لتطبيق الجودة الشاملة.	الشكل رقم 3-3
172	يبين سلمية الخدمات الصحية العمومية في النظام الجزائري.	الشكل رقم 1-4
173	يبين خريطة بلديات لولاية تلمسان.	الشكل رقم 2-4
175	يبين التقسيم الإداري لولاية تلمسان.	الشكل رقم 3-4
177	يبين خريطة التغطية الصحية للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)	الشكل رقم 4-4
178	المتضمن مفردات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والتغطية السكانية.	الشكل رقم 5-4
201	يبين صفة المستجوب.	الشكل رقم 6-4

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
240	يبيّن توزيع الأطباء وطنيا على القطاع العام والقطاع الخاص.	الملحق رقم 01
244	التنظيم الهيكلي والإداري للمركز الاستشفائي الجامعي – تلمسان.	الملحق رقم 02
246	التنظيم الهيكلي والإداري للمستشفى الأم والطفل بتلمسان.	الملحق رقم 03
247	مخطط التكوين المستمر المحلي لمستشفى الأم والطفل بتلمسان 2012.	الملحق رقم 04
248	يبيّن حصيلة حركة مرضى مستشفى الأم والطفل لسنة 2012.	الملحق رقم 05
249	يبيّن المؤشرات الديمغرافية و الصحية الرئيسية للسكان.	الملحق رقم 06
250	يبيّن مساهمات قطاع الخدمات في التوظيف	الملحق رقم 07
251	يبيّن استبيان موضوع الدراسة.	الملحق رقم 08

مقدمة عامة:

يعتبر القانون الظاهرة الاجتماعية الوحيدة، التي استطاعت أن تتطور وتنظم نفسها⁽¹⁾، ويتبين ذلك من خلال دورها في حياة الفرد والمجتمع فكريا وعمليا، ومن الواضح على الصعيد المؤسسات الخدمية العمومية أن وجودها ارتبط ارتباطا وثيقا بفكرة وجود قوة لها سلطة تدير من خلالها مجموع المستخدمين، هذه القوة استمدتها أساسا من قوانين العمل والتشريعات التي تصدرها الحكومة والتي لها تأثير عميقا ومباشرا في وضع إستراتيجية إدارة الموارد البشرية وتنفيذها ويتطلب ذلك وضع المتغير القانوني ضمن الاعتبارات الأساسية التي تقوم عليها الإدارة انطلاقا من التغيرات المتسارعة التي وجدها المنظمة، وإن عدم الربط بين النصوص قوانين وتشريعات العمل وعمليات تنمية الموارد البشرية يبعد المنظمة عن تحقيق رسالتها وأهدافها.

ضمن هذا المسعى يعتبر قانون الوظيفة العمومية الجزائرية متغيرا أساسيا ضمن قوانين العمل التي تصدرها الحكومة وتحنينها باستمرار، ذلك أن لها وزنا معتبرا في وضع إستراتيجية لشريحة جد هامة من قوى العمل لأفراد المجتمع.

الوظيف العمومي هو أحد الفروع الرئيسية لتشريعات و قوانين العمل، وقد تعددت التعاريف الخاصة به إذ أصبح من المصطلحات حديثة الاستعمال و التداول رغم اختلاف الدول في تسميته.

عرف في أدبيات التعبير الانجليزي بـ (الخدمة المدنية) و في التعبير الفرنسي بـ (الوظيفة العامة)، وهذا الأخير تبنته أغلبية دول العالم المعاصر بما فيها الجزائر مع أن مفهومه في واقع الأمر يختلف من بلد الى آخر.

في الجزائر، نجد مصطلح (الوظيفة العامة) أو (الوظيف العمومي) الأكثر شيوعا و استعمالا، حيث وضع أول تشريع له بعد الاستقلال سنة 1966 بموجب الأمر الرأسي 66/133 المؤرخ في 1966/06/02 .
الوظيف العمومي هو مجموع النظم العامة التي أنشأتها الدولة و تخضع لسلطتها و إدارتها بقصد تحقيق حاجات جمهور المواطنين.

من هنا جاز اعتبار كل من مرفق القضاء، مؤسسات التعليم، مرافق الصحة و غيرها، من مرافق القطاع العمومي، ذلك لأنها منظمات أنشأتها الدولة بغرض خدمة أفراد المجتمع، و يتميز خضوعه للدولة من حيث تحديد نشاطه و قواعد تسييره، وعلاقته بالمنتفعين، و تعيين موظفيه، وتبين أقسامه و فروعها ضمن قانون مستقل و مميز عن غيره.

(1) رابع تواجبية، قانون العمل وتنمية الموارد البشرية بالمؤسسة الصناعية، دار الهدى، الجزائر، 2012، ص 07

أما الوظيفة العامة فهي نشاط وعمل يتسم بالدوام و الاستقرار في خدمة المرفق العمومي، تديره الدولة عن طريق الاستغلال المباشر.

يشغل قطاع الوظيفة العمومية حاليا 1 907.000 عوناً، وهؤلاء الموظفون يتعبرون المرآة العاكسة للدولة لأنه ببساطة الأشياء يمثلونها من خلال ما هم مكلفون به من واجبات وأعمال إزاء خدمة المواطنين، ولذلك فإن ركنا أساسيا في ضبط السياسات هو تحقيق عوائد وتقديم خدمة أفضل من خلال استقطاب و توظيف العمالة و المساهمة في تنمية مختلف القطاعات الاقتصادية.

في النصوص الاقتصادية فإن: « ... الأداء دائما ما يحدد على أساس قدرة المؤسسة على توفير المصادر الاقتصادية واستخدام هذه المصادر بكفاءة (العلاقة بين المنفق والحصيلة)، وفعاليتها (العلاقة بين الحصيلة والإنتاج)، في تحقيق الأهداف الخاصة بالتحصيل والنائج... »⁽¹⁾، وبالرغم من ذلك فهو في المؤسسات العامة مفهوم متعدد الأوجه لا يبحث فحسب في ما أنتج، ولكنه يتطرق إلى كيفية الإنتاج، ولذلك ففي ممارسة السلطة العامة يشمل العمليات بشكل مباشر، وكذلك التطبيق الصحيح للقوانين والأنظمة الأخرى، وفي مجال الخدمة العامة فإنه يتضمن الوصول إلى الخدمات والإدارة المناسبة للتواصل بين أفراد المجتمع. على المستوى الفردي فإن الأداء ليس معناه الجدل بين المجموعات والأفراد عن فعل الأشياء الصحيحة، أو فعل الأشياء في الاتجاه الصحيح، إنه يشمل الطريقة التي يتصرف بها الأفراد في محيط العمل، وكيف يحسن كل منهم توظيف مكان عمله ومؤسساته.

إن طريقة تصرف الأفراد بصفة عامة و الموظفون في المرفق العمومي بصفة خاصة، يجرنا إلى الحديث عن الإستراتيجية المتبعة في تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية من خلال واقع هذه المهنة ووضعية منتسبيها ودرجة رضاهم ومستوى أدائهم.

إذا تحدثنا عن الأداء فهذا يدفعنا أيضا إلى البحث عن المؤسسات الخدمائية التي تشتهر وتعرف بخدماتها وبأهميتها في إشباع حاجيات طلبات المواطن، لذلك تسعى الكثير من المنظمات ومنه المستشفيات للارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها حتى تصل إلى درجة التميز (L'Excellence) الذي يعد هدفا يبدل فيه كل من مقدمي الخدمات والمستفيدين منها على حد سواء أقصى عناية لبلوغه.

إن الاهتمام بجودة الخدمات والوصول بها إلى هذا الهدف المنشود ليس موضوعا جديدا، لكن ما هو جديد يكمن في عملية استخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية الجديدة لتطبيق برامج إدارة وتقييم الجودة.

(1) المنظمة العربية لتنمية الإدارية، حالة الخدمة العامة، تقرير جامعة الدول العربية، 2011، ص78.

وكذلك في وضع المعايير الملائمة وتقويم مستويات الأداء والمحافظة عليها وتطويرها من خلال تطبيق تلك البرامج، وعليه فإن هذه الدراسة تسعى إلى تبني مقياس التوقعات والإدراكات (ServQual) الذي وضع من قبل "براسورمان"، "زايتامل"، و "بيرى" (Parasuraman, Zeithaml, Berry) في سنتي 1985 و1988، وذلك لقياس وتقييم مستوى جودة الخدمات في المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان (CHUT)، والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS) مستشفى الأم والطفل المتواجدة هي الأخرى بتلمسان.

من خلال ممارستنا في قطاع الصحة والاستطلاعات الميدانية لواقع حال المؤسسات الصحية في عدة ولايات (تلمسان، غليزان، معسكر و سيدي بلعباس) ، تبين أنها تعاني من مشاكل داخلية متعلقة بالمؤسسة الصحية ذاتها من حيث قلة الإمكانيات المادية، المالية والبشرية، وضعف الوازع الأخلاقي والمهني والشعور باللامسؤولية لدى بعض الموظفين لديها، ومشاكل خارجية بعيدة عن إرادة تلك المؤسسات منها قلة الاعتمادات المالية الممنوحة ضمن ميزانية التسيير وضعف الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع وهجرة الكفاءات الطبية المتخصصة إن لم يكن خارج تراب الوطن فإلى القطاع الخاص(أنظر الملحق رقم 01). فضلا عن غياب آفاق الحياة المهنية المحفزة مما أدى إلى ضعف مستوى الخدمات المقدمة للمرضى، هذا ما أثار الرغبة لدينا، لدراسة هذه المشكلة والوقوف على أسبابها ومحاولة المساهمة في إيجاد الحلول المناسبة لها.

أمام هذه المعوقات، وفي ظل خلق ورشات إصلاح هياكل الدولة الجزائرية وإحداث هيئات ووزارة قائمة بجد ذاتها مكلفة بإصلاح الخدمة العمومية تتبلور معالم اشكاليتنا:

هل تحقق الرضا وتحسن أداء الأعوان المنتسبون للوظيفة العمومية بما يتناسب وشروط جودة الخدمات على ضوء إستراتيجيات التغيير الحاصلة في قطاع الخدمة العمومية ؟

ما هو تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة لهم مقارنة بتوقعاتهم وبالأبعاد الرئيسية لجودة الخدمات (الملموسة، الاستجابة، الاعتمادية، الثقة والتعاطف) ؟

إن الإدارة العمومية الجزائرية و أمام التحديات الناجمة عن التحولات التي يشهدها العالم من حولنا، وجدت نفسها في مواجهة رهانات كبرى تفرض عليها باستمرار تجاوز تنظيمها، وطرق تسييرها، ووسائل تدخلها وذلك لتمكين إدراجها ضمن نظام عصري قادر على التكيف مع المحيط الخارجي .

ضمن هذا الإطار، فإن الإشكالية العامة المطروحة أعلاه، تستوجب منا التوضيح و الاستفسار عن أربع مسائل فرعية:

أولاً: من خلال مراحل تطور المرفق العمومي الجزائري، في ما تتمثل إستراتيجية التغيير التي انتهجتها الدولة من أجل عصرنه تسيير الموارد البشرية المنتسبة للوظائف العمومي و تنمية الولاء للقطاع ؟

ثانيا : إذا كان عديد المنظمات لم تستخدم أساليب دقيقة وموضوعية للتعرف على مشاعر العامل ورضاها اتجاه العمل بالرغم من أهمية الرضا الوظيفي وأثره على أداء الأفراد وعلى مردودية المؤسسة، فهل يمكن لنا حصر مداخل الرضا الوظيفي و أساليبه، لتوظيفها و الاستفادة بها إن على مستوى رضا الموظف في محيط المؤسسة وخارجها، أو على مستوى إصلاح هياكل الخدمة العمومية خصوصا وأن الإدارة العليا في الجزائر أحدثت مؤخرا لهذا الغرض وزارة قائمة بذاتها؟

ثالثا : حدد الباحثون في مجال السلوك التنظيمي بصفة عامة وفي قطاع الصحة بصفة خاصة عددا من النتائج المحتملة للرضا الوظيفي على: الأداء، الغياب، و دوران العمل بما في ذلك من آثار على جودة الخدمات؛ على ضوء هذه المفاهيم، الخصائص و المبادئ ، هل يمكننا وضع عوامل نجاح للوصول إلى تحقيق مستوى جودة خدمات تتماثل فيها إدراكات العملاء مع توقعاتهم وتضمحل فيها الهوة بين الإدراكات و التوقعات؟ وما هي فوائد تطبيقات هذه العوامل على مستوى الجودة الشاملة ؟

رابعا : اعتمادا على الأبعاد الرئيسية لجودة الخدمات المذكورة أعلاه ، ما هو واقع و مستقبل الصحة العمومية عامة، وفي مدينة تلمسان خاصة من خلال المركز الاستشفائي الجامعي باعتباره قطبا جهويا لمرضى الناحية الغربية من الوطن من جهة، ومستشفى الأم و الطفل باعتباره مؤسسة استشفائية متخصصة واحدة ووحيدة مفترض أن تقدم خدمات صحية على مستوى الحدود الجغرافية لولاية تلمسان لأزيد من مليون نسمة من جهة أخرى؟

ثانياً: فرضيات البحث

الفرضية الرئيسية:

هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين الأبعاد الرئيسية لجودة الخدمات الصحية (الملموسة، الاستجابة، الاعتمادية، الثقة والتعاطف) ومستوى جودة الخدمة في المؤسسات العموميتين موضوع الدراسة. ينبثق عن هذه الفرضية الرئيسية الفرضيات الفرعية التالية:

1- الأشياء الملموسة: (Tangibles)

1- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين حداثة الأجهزة والمستلزمات والمعدات الطبية المستخدمة حالياً، ومستوى جودة الخدمة.

2- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين طبيعة البنايات، قاعات المرضى قاعات الانتظار، مكاتب الموظفين، ثقافة المحيط ومستوى جودة الخدمات.

3- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين مظهر وهيئة ملابس الموظفين في المؤسسة، ومستوى جودة الخدمات.

4- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية إدارة المؤسسة على توفير المستلزمات المادية ضمن إمكانياتها المادية والمالية المتاحة، ومستوى جودة الخدمات.

2- الاعتمادية: (Fiabilité)

5- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين التزام إدارة المؤسسة بواجباتها وعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والاستشفائية، ومستوى جودة الخدمات.

6- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين استجابة إدارة المؤسسة مع المرضى عند تقديم الشكاوي والاستفسارات، ومستوى جودة الخدمات.

7- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين اهتمام إدارة المؤسسة بتقديم الخدمات الصحية في الوقت المناسب وبشكل سريع، ومستوى جودة الخدمات.

8- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين حالات المرضى ووضعتهم، والثقة في كفاءات ومهارات الطاقم الطبي وشبه الطبي ومستوى جودة الخدمات.

9- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين اهتمام إدارة المؤسسة في تسجيل المعلومات عن المرضى، وحالاتهم الصحية في السجلات وأجهزة الحاسوب ومستوى جودة الخدمات.

3- الاستجابة: (Réactivité)

10- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين إعلام وإخطار المرضى عن مواعيد و أوقات تقديم الخدمات لهم ومستوى جودة الخدمات (Les Rdv).

11- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تقديم الخدمات الفورية من قبل الموظفين للمرضى، ومستوى الخدمات.

12- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين مساعدة المرضى بشكل دائم ومستمر، ومستوى جودة الخدمات.

13- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تجاوب الموظفين مع طلبات المرضى الفورية رغم ضغوط العمل والانشغال، وبين مستوى جودة الخدمات.

4- الثقة: (Assurance)

14- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين ثقة المرضى بالموظفين، ومستوى جودة الخدمات.

15- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين اطمئنان المريض بأنه بين أيادي أمينة (الطاقم الطبي وشبه الطبية) وجودة الخدمات.

16- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تجاوب الطاقم الطبي وشبه الطبي والموظفين مع المريض وتعاملهم بأدب وحسن، ومستوى جودة الخدمات.

17- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين توفر الكفاءات والجدارة لدى الموظفين عند أداء العمل، ومستوى الخدمة.

5- التعاطف: (Empathie)

18- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين اهتمام إدارة المؤسسة بالعناية الشخصية للمرضى، ومستوى جودة الخدمات.

19- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين قدرة الموظفين في المؤسسة على تقديم عناية شخصية للمريض، ومستوى الخدمة.

20- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين معرفة الموظفين لحاجات المرضى، ومستوى جودة الخدمات.

21- هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تقديم إدارة المؤسسة أفضل ما لديها للمرضى ومستوى جودة الخدمات.

22- هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين عمل إدارة المؤسسة بنظام عمل وساعات عمل حسب حاجات المرضى، ومستوى جودة الخدمات.

ثالثاً: مبررات اختيار الموضوع

لم يكن اختيار الموضوع وليد الصدفة، وإنما تم بناءً على جملة من العوامل يمكن تلخيصها في ثلاث دوافع:

أ. **دوافع ذاتية:** متعلقة بممارستنا في قطاع الصحة لمدة عشرينين من الزمن (1991-2011) كإطار مسير في عديد المؤسسات الصحية العمومية بولايات تلمسان، غليزان، معسكر وسيدي بلعباس؛

ب. **دوافع موضوعية:** مرتبطة بضعف مخزون الدراسات الوطنية سيما الرسائل الجامعية التي تختص بتطبيقات مقاييس تقييم الجودة والأداء في مؤسسات الصحة العمومية بغية الاستفادة بها من طرف مسيري هذه المؤسسات، إما على مستوى الإدارة العليا أو التسيير؛

ج. **دوافع متعلقة بالبحث العلمي:** وذلك رغبة منا في المساهمة ولو بجزء يسير في إيجاد مواطن قصور أداء الموظف و عدم رضاه و الذي يعزى في غالب الأحيان إلى الصراعات القائمة على المطالب المادية و فقط وإغفال عناصر أخرى.

رابعاً: أهداف الدراسة وأهميتها:

تتبع أهمية الدراسة من أهمية الوظيفة العمومية في تسيير مصالح وخدمات أفراد المجتمع، ومن ضرورة توفير الظروف الملائمة للانضمام إلى النظام الاقتصادي الجديد وما يتطلبه من إدارة فعالة تعتمد على الأساليب الحديثة في تسيير مواردها البشرية، فضلاً عن أهمية الجودة في الخدمات الصحية، والتي يمكن الاستدلال عليها من خلال المؤشرات التالية:

أ. اعتماد عدد من المقاييس لمعرفة مستوى الرضا المتحقق لدى المستفيد والمستنفع من خلال ربط العلاقة بين الخدمة المقدمة والجودة؛

ب. معرفة مستوى الجودة من خلال الأبعاد الرئيسية كأساس في قياس الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة والتعاطف، ذلك لأن الجودة في القطاع الصحي أضحت خاضعة للاعتبارات الموضوعية، ولم تعد خاضعة للاعتبارات أو الاجتهادات الشخصية البحتة كما كان الحال عليه من قبل؛

ج. وظيفة المستخدمين في القطاع الصحي العمومي لم تعد تنحصر فقط في الموارد البشرية بالمفهوم التقليدي (التعيين، الانضباط، الترقية، إنهاء المهام) وإنما أصبح الوظيف العمومي له مخططات تقدير و تسيير الحياة المهنية،

مخططات التكوين، عوامل التحفيز، تقنيات حديثة لتقييم المر دودية والأداء، أدوات التنبؤ لتجنب الفائض أو الناقص في ملئ المناصب؛

د. وظيفة تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية لم تعد تتميز بطابعها المركزي وتقليص هامش الحركة للمسيرين على جميع المستويات؛

هـ. المساهمة في الدراسات التي تناولت مقياس الـ (ServQual) لقياس جودة الخدمات الصحية، وإمكانية التعرف على الخدمات الأكثر أهمية وقبولاً.

أما الهدف من هذه الدراسة، التعرف على ما يلي:

أ. الإستراتيجية الجديدة للوظيفة العمومية من خلال القوانين واللوائح والانتقال بها من مجرد الرقابة على مدى مشروعيتها إلى النتائج، والأخذ يعين الاعتبار النجاعة والفعالية من خلال تسطير الأهداف والوسائل المتاحة لتحقيقها؛

ب. مدى اهتمام إدارة المؤسسات - موضوع الدراسة - بالرضا الوظيفي وجودة الخدمات الصحية المعروضة؛
ج. تشخيص وتشريح أهم الشروط الواجب توافرها في الخدمات الصحية لضمان جودة خدمات تحقق أعلى درجات رضا المنتفعين من الخدمة العمومية؛

د. الكشف عن أبرز المعوقات التي تواجه إدارة المركز الاستشفائي ومستشفى الأم والطفل أثناء تقديم الخدمات من خلال دراسة وتحليل إجابات الاستبيان وذلك بهدف تذليل العقبات وتقليص آثار الفجوات بما يحقق المنفعة المتبادلة بين المرفق العمومي والمواطن؛

هـ. تقليل حجم الفجوات بين الخدمة المتوقعة للمرضى والحصل عليها فعليا للوصول إلى الخدمة الأفضل؛
و. الوصول إلى ضبط الأساليب الملائمة لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات - موضوع الدراسة-.

خامسا: حدود الدراسة

أ. **الحدود العلمية:** تمحورت الدراسة في قياس وتقييم جودة الخدمات في المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان (CHUT)، والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS) مستشفى الأم والطفل بتلمسان، وذلك من وجهة نظر أربعة زوايا:

1- زاوية الممارسين الطبيين (Praticiens médicaux)؛

2- زاوية الممارسين شبه الطبيين (Para médicaux)؛

3- زاوية الموظفين (fonctionnaires)؛

4- زاوية المرضى ومرافقيهم (Patients et gardes malade)؛

ب. الحدود الزمكانية: جرت الدراسة في المؤسستين المذكورتين آنفا خلال السداسي الأول من سنة 2013.

سادسا: تقسيمات البحث:

سيتم عرض الدراسة من خلال أربعة فصول، ثلاثة منها في القسم النظري والفصل الأخير يندرج ضمن القسم التطبيقي، على النحو الآتي:

الفصل الأول: إستراتيجية تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية من خلال أهم ما ميزها من محطات بداية من التعريف في المبحث الأول، مروراً بمخطط تسيير الموارد البشرية السنوي (P.G.R.H) في المبحث الثاني للوصول إلى كفاءات استغلال المناصب المالية، حصيلة الشغل ومخطط التكوين وذلك في المبحث الثالث، ثم تناولنا الأفق المستقلة للوظيفة العمومية على ضوء آخر النصوص الصادرة في سنوات 2006، 2012 و2013.

الفصل الثاني: تناولنا في الفصل الثاني مداخل الرضا الوظيفي في المؤسسة من خلال أربع مباحث. المبحث الأول: واحتوى على دلالات ومفاهيم تخص الرضا الوظيفي باعتبار أن إستراتيجية أي تنظيم تسعى فيما تهدف إليه إلى تحقيق الرضا وتعزيز الانتماء إلى المنظمة، أما في المبحث الثاني فتناولنا المداخل النظرية للرضا الوظيفي، ثم عرجنا إلى معرفة عناصر الاتفاق والتشابه ومجالات الاختلاف بين النظريات وذلك في المبحث الثالث ووصلنا في المبحث الرابع إلى دراسة لمستويات الرضا في بعض نماذج مؤسساتنا الصحية.

الفصل الثالث: إذا تحقق الرضا تحسن الأداء، من هذه العلاقة ربطنا الفصل الثالث بما سبقه، إذ تناولنا موضوع جودة الخدمات ضمن ثلاث مباحث:

في المبحث الأول تناولنا مفاهيم ودلالات الخدمة بما تتطلبه من استجابة لمتطلبات المرضى في الحصول على الرعاية الصحية. عرجنا في المبحث الثاني إلى الحديث عن تسويق الخدمات الصحية وقياس الجودة وفي المبحث الثالث تناولنا جودة الخدمات الصحية وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وأهدافها، وركزنا على مبررات استخدام أداة (ServQual) لقياس مستويات تقديم الخدمات للمرضى والذي اعتمدنا عليه في دراسة الفصل الموالي والمتعلق بالقسم التطبيقي.

الفصل الرابع: تناولنا في هذا الفصل دراسة واقع الصحة بولاية تلمسان فضلا عن محاولة قياس وتقييم جودة

الخدمات الصحية ضمن أبعادها الرئيسية المتعارف عليها و ذلك في المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل من خلال ثلاثة مباحث:

المبحث الأول : واقع تنظيم قطاع الخدمات الصحية في ولاية تلمسان؛

المبحث الثاني : تقديم المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل؛

المبحث الثالث: دراسة الاستبيان، تحليل النتائج وتقديم التوصيات.

سابعاً: مرجعية الدراسة:

إن من أهم وسائل تحقيق الأداء الناجح في المنظمات الحديثة، هو القدرة على الاستخدام الجيد للمكونات البشرية والمادية فيها، وإدارة هذه التوليفة من الموارد بأسلوب كفاء وفعال في أنشطتها المختلفة. وإذا كانت الكفاءة معياراً مهماً في الحكم على جودة أداء أي منظمة، فهي تحتل أهمية خاصة بالنسبة للمؤسسات الصحية والمستشفيات على اعتبار أنها مطالبة بتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في الوقت والمكان المناسبين للحفاظ على صحة أفراد المجتمع و حيث تمتاز الخدمات الصحية فيها بالتكلفة المرتفعة مع محدودية الموارد الموجهة إليها. إن المشكلة الأساسية التي أثارها قضايا جودة الخدمة هي كيفية قياسها وتحديد أبعادها الرئيسية (الصرن 2004)⁽¹⁾.

نتناول موضوع البحوث والدراسات السابقة حسب ما يلي:

أ. الدراسات العربية:

- دراسة (سلامة، 1999) بعنوان " إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الأردن: دراسة حالة مستشفى الجامعة الأردنية". هدفت إلى دراسة الفجوة القائمة بين الخدمات الإدارية المتوقعة وبين الخدمات الإدارية الفعلية المقدمة في مستشفى الجامعة الأردنية من قبل المرضى و ذلك من خلال دراسة مدى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم. توصلت الدراسة إلى أن هناك رضا ضعيف عن الخدمات المقدمة من قبل المرضى المراجعين لمستشفى الجامعة الأردنية. وبناءاً على النتائج أوصى الباحث بزيادة الاهتمام بالمرضى والحرص على رضاهم والسعي لتحسين مستوى الخدمات المقدمة لهم في كافة المجالات. وإيجاد قسم خاص للمعلومات في المستشفى يتولى مهمة جمع المعلومات وتصنيفها، ويقوم بالمسوحات الميدانية الدورية للتعرف على احتياجات المراجعين وتقديم المعلومات التي تؤدي إلى تحسين مستوى الخدمة المقدمة.

(1) الصرن رعد حسن، تطوير نموذج الفجوة في قياس جودة الخدمات المصرفية إلى المستوى العالمي، مجلة العلوم الإنسانية، 2004، دمشق، عدد06، ص04.

- دراسة (مطاريد، 1999) بعنوان "تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الاستثمارية في منطقة المعادي في مصر". هدفت إلى تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الاستثمارية وتنمية مقياس موضوعي لقياس عناصر جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العملاء، والعمل على التخلص من فجوات الجودة باقتراح استراتيجيات العلاج المناسبة بغية تحسين رضا العملاء عن هذه الخدمات في الأجل الطويل. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن نموذج فجوات الخدمة وأداة القياس المنبثقة عنه (ServQual) من أفضل النماذج لدراسة الجودة المقدمة، وانخفاض مستوى الجودة الوظيفية للخدمات الصحية المقدمة وخاصة افتقارها لعناصر الجودة.

- دراسة (الحيدري، 2001) بعنوان "تقويم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة تحليلية لآراء واتجاهات المرضى الراقدين في مستشفى الكندي التعليمي في بغداد". هدفت هذه الدراسة إلى قياس رضا المرضى الراقدين، وتحديد العوامل الأكثر أهمية في المسؤولية عن تحقيقه، وأثر العوامل الديمغرافية في تبين مستوياته عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة. وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك اتجاهات إيجابية في تحسين مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة، ورضا المرضى الراقدين عن كفاية إدارة المستشفى ومستوى الأسعار والأجور ونظافة المستشفى ومرافقها، وإجراءات تنظيم زيارات عائلاتهم، وسرعة إجراءات الاستقبال وتلقي العلاج، وكفاءة خبرة الطبيب المعالج والعاملين، وحسن معاملتهم، وتمتعهم بالراحة والهدوء. وقد أوصت الدراسة بضرورة اهتمام إدارة المستشفى بجوانب الخدمة الصحية كافة، ومنها الأخلاق التي قد تتسبب في ضعف أداء الخدمة وتكاملها، وكذلك المراجعة الدورية لمستويات الأسعار، وأجور العلاج، والاهتمام بنوعية الطعام، وتسريع إجراءات الدخول.

- دراسة (عبد الحليم ومرعي، 2001) بعنوان "مستوى الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية". هدفت إلى استطلاع آراء الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية الأردنية في مراكز المحافظات المنتشرة في أرجاء المملكة، وذلك في سبيل الوقوف على الاتجاهات التقييمية المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات الصحية في القطاع الحكومي الصحي في الأردن سواء كانت متعلقة بالمباني ذاتها، والإطارات البشرية، والتجهيزات الطبية وغير الطبية، والعلاجات والأدوية، والإجراءات الإدارية. وقد توصلت الدراسة إلى وجود تبين في آراء أفراد العينة تعزى إلى العوامل الديمغرافية لهم. بالإضافة إلى وجود تبين هام في المستويات المدروسة تعزى إلى موقع المستشفى وحجمه من جهة، وإلى كونه تعليمياً أم غير تعليمي، وتخصيصاً أم غير تخصصي من جهة أخرى.

- دراسة (المحياوي، وادريس، 2006) بعنوان " قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا

المرضى". هدفت إلى قياس جودة أداء الخدمة وتحديد أبعادها الرئيسية في مستشفى سرت التعليمي في ليبيا. وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق أهداف الدراسة. توصلت الدراسة إلى أن مقياس الفجوات الخمس يعتبر طريقة مفيدة للحصول على معلومات عديدة من المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى وأن أهم أبعاد جودة الخدمات الصحية هي الجوانب المادية الملموسة، التعاطف، الاستجابة، الثقة، والاعتمادية. كما أظهرت النتائج أن مقياس الفجوات الخمس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والمصدقية في تفسير تباين الجودة الكلية المدركة للخدمات الصحية، وأوصى بضرورة وضع معايير لقياس إدراك وتوقعات المرضى المستفيدين من الخدمات التي يقدمها المستشفى.

- دراسة (نعساني وآخرون، 2007) بعنوان "قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها

في رضاهم وتطبيق ذلك على المشافي الجامعية السورية". هدفت إلى تقييم أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الجامعية، بالإضافة إلى الكشف عن مستوى رضا العملاء عن جودة الخدمات التي تقدمها المشافي الجامعية، وبيان أثر أبعاد الجودة في رضا المرضى ودراسة العوامل التي تؤثر في مدركات العملاء لجودة الخدمة المقدمة. وقد توصلت الدراسة إلى أنه لا بد من التركيز على جودة الخدمة المقدمة في الأقسام المأجورة في المشافي الجامعية إذ أن المريض لا بد أن يتأثر وبشكل واضح وأكد بالجانب المادي الملموس للخدمة أولاً والذي تجسده وجود أحدث المعدات والآلات التكنولوجية لدى المشفى، وتوفير التسهيلات المادية والمطبوعات المناسبة عن المستشفى والمظهر الطيب لجميع أفرادها. من الضروري توفر درجة عالية من المصدقية والثقة أثناء تقديم الخدمة لكسب رضا المريض وتتجسد بقدرة المستشفى على أداء الخدمات الصحية التي وعدت بها عملائها بدرجة عالية من الدقة والثقة. وأن من أهم العوامل المؤثرة على رضا المريض أيضاً والبعد الجوهري في جودة الخدمة هو بعد التعاطف وكون غالبية مرضى الأقسام المأجورة في المستشفيات الجامعية محل الدراسة من النساء، فإشعار العميل بالاهتمام والعناية الذاتية به، تولد لديها قدراً كبيراً من الرضا والولاء والانتماء للمستشفى الذي تعالج فيه.

- دراسة (هويدي، 2009) بعنوان "قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة دراسة تطبيقية

بمستشفيات شعبية الزاوية". هدفت إلى قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة بالتطبيق على مستشفيات شعبية الزاوية. تكونت عينة الدراسة من (140) مريض. وقد توصلت الدراسة إلى العديد من

النتائج، أبرزها: هناك قصور في جودة خدمات الجوانب المادية الملموسة المقدمة في الخدمات الصحية، وتدني مستوى الخدمات الاعتمادية من حيث تقديم الخدمة في الوقت الذي يطلبها المريض وبالشكل الصحيح من المرة الأولى، وتدني مستوى خدمات الاستجابة المقدمة من حيث سرعة تلبية احتياجات ورغبات المرضى، وانخفاض جودة خدمات الأمان الذي يشعر بها المرضى أثناء تقديم الخدمة لهم، وانخفاض جودة خدمات التعاطف مع المريض من حيث إبداء روح الصداقة والحرص عليه وإشعاره وبأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته.

- دراسة (مستشفى الجامعة الأردنية، 2009) بعنوان "رضا المريض المنومين ومراجعي العيادات الخارجية عن مستوى الخدمات الصحية والرعاية الطبية المقدمة لهم". هدفت إلى بيان مستوى رضا المرضى المنومين ومراجعي العيادات الخارجية عن مستوى الخدمات الصحية والرعاية الطبية المقدمة لهم، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج، أبرزها: ارتفاع مستوى الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى المنومين حيث سجل مستوى الرضا . بلغت نسبة المرضى الذين ينصحون أهلهم وأصدقائهم بالمعالجة في مستشفى الجامعة الأردنية (91.3%)، وقد سجل أعلى مستوى للرضا عن اطار أطباء الاختصاص حيث بلغت النسبة (89.62%) فيما تصدر الرضا عن بيئة المستشفى والخدمات التمريضية المقدمة للمرضى المستويات التي تلي الحاجات، حيث بلغت النسبة (87.3%). كما بينت الدراسة ارتفاعا واضحا حول رضا المرضى المراجعين للعيادات الخارجية في المستشفى بشكل عام وقد بلغت النسبة (80.57%) ورضا الأهل عن المستشفى بشكل عام وعن مستوى النظافة (77.99%) وعن التعامل في العيادات (80.84%).

وقد بلغت نسبة المرضى المنومين المشاركين في الدراسة ومعظمهم أردنيين (99.5%) حيث كانت نسبة (26.5%) منهم من الحاصلين على إعفاء من الديوان الملكي الهامشي، فيما كانت نسبة (59.5%) من مرضى وزارة الصحة، وقد كانت نسبة المرضى الذين أقاموا في المستشفى من (2-7) أيام (60%) حيث بلغت نسبة من استغرقت عملية دخولهم نصف ساعة فأقل (55.2%)، فيما بلغت نسبة من استغرقت عملية خروجهم نصف ساعة فأقل (49.6%).

ب. الدراسات الأجنبية:

- دراسة (Lam, 1997) بعنوان:

" **Opinions of Hospital Quality in Kong ServQual : A tool for Measuring Patient's** " هدفت إلى عرض فوائد استعمال (ServQual) لقياس إدراك المرضى لجودة الرعاية الصحية في " Hong Kong ". تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من المرضى، الأولى من (38) مريض حضرت الحلقة

الدراسية الأولى. والثانية تتكون من (46) مريض حضرت نفس الحلقة الدراسية بعد ستة أسابيع. وقد توصلت إلى العديد من النتائج كان أبرزها: أن إدراك المرضى في المستشفى للخدمة المقدمة لهم ليست بالمستوى المطلوب من حيث الرعاية والاهتمام الفردي.

- دراسة (Westaway, et..al, 2003) بعنوان:

"Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status"

هدفت إلى تحديد أبعاد رضا المرضى وتحديد أثر المتغيرات الديمغرافية والحالة الصحية على أبعاد رضا المرضى. تكونت عينة الدراسة من (263) مريض في جنوب أفريقيا، منهم (174) إناث و (89) من الذكور. وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج، أهمها أن هناك أثر للعوامل الديمغرافية كالجنس، والمستوى التعليمي، والعمر على مستوى رضا المرضى.

- دراسة (Wanzer, et..al, 2004) بعنوان "Perceptions of Health Care Providers"

Communication: Relationships Between Patient-Centered Communication and Satisfaction. هدفت إلى تحديد مدى إدراك مستوى الاتصالات من قبل مزود الخدمة ومستوى رضا المريض على طبيعة هذه الاتصالات. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (195) طفل مريض حول طبيعة الاتصالات من قبل الاطارات التمريضية العاملة في المستشفيات. وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: أن هناك علاقة ارتباط إيجابية بين طبيعة الاتصالات ورضا المرضى المستفيدين من خدمة الرعاية الصحية.

- دراسة (Pakdil & Harwood, 2005) بعنوان "Patient Satisfaction in a Preoperative"

Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions. هدفت إلى دراسة الفجوة بين توقعات المرضى وإدراك مستوى الخدمة المقدمة. أجريت الدراسة في مستشفى Base dpr cooperative. ومن خلال استخدام نموذج (ServQual) تبين أن المرضى و إلى حد كبير جدا يتوقعون الحصول على معلومات كافية حول طريقة التخدير المستخدمة، وأن هناك ود ومجاملة كافية من قبل الممرضين والأطباء العاملين في المستشفى. بالإضافة إلى أن هناك فجوة كبيرة موجودة بين وقت انتظار العيادات والجودة الكلية المدركة. وأن نموذج (ServQual) يعد مفيدا في الكشف عن الاختلافات بين تفضيلات المرضى وتجاربهم الفعلية.

- دراسة (Senarath, et.. al, 2006) بعنوان "Factors determining client satisfaction". هدفت

إلى بيان مستوى رضا الأمهات عن الرعاية الصحية المتلقاة في المستشفيات بمدينة (Puttalam district) بسيرلانكا.

تكونت عينة الدراسة من (446) أم. وقد توصلت الدراسة إلى أن مستوى الرضا كان عاليا لدى الأمهات، وأن عوامل الرضا المحددة ساعدت في تحسين مستوى جودة الرعاية الصحية لهذه الأمهات.

- دراسة (Sheard & Garrud, 2006) بعنوان " **Evaluation of generic patient information: Effects on health outcomes, Knowledge and satisfaction**". هدفت إلى تقييم معلومات المريض العامة وتأثيرها على النتائج الصحية ومستوى الرضا. تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: (54) مريضا تمثل مجموعة قبلية، و(55) تمثل مجموعة بعدية. وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج، أبرزها أن المجموعتين كان مستوى الرضا لديها عن المعلومات عاليا.

- دراسة (Vinagre & Neves, 2008) بعنوان " **The Influence of Service Quality and Patient,s Emotions on Satisfaction**". هدفت إلى تطوير واختبار العوامل الرئيسية المؤثرة على رضا المرضى بالإضافة إلى توضيح طبيعة العلاقة بين جودة الخدمة وطموحات وتوقعات المرضى. تكونت عينة الدراسة من (317) مريض من مركز الرعاية الصحية العام البرتغالي. وقد تم استخدام مقياس كل من (ServQual) لتقييم جودة الخدمة و تقييم طموحات المرضى. وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة دالة بين جودة الخدمة الصحية ورضا المرضى المنعكس على طموحاتهم وتوقعاتهم.

- دراسة (Badri, et..al, 2009) بعنوان " **Health care Quality and Moderators of Patient Satisfaction: Testing for Causality**". هدفت إلى تقديم معادلة هيكلية شاملة بالاستناد إلى نموذج جودة الخدمة ورضا المرضى مع الأخذ بالاعتبار مواقف المرضى قبل وبعد التقييم. تكونت عينة الدراسة من (244) مريضا من المستشفيات العامة في دولة الإمارات العربية المتحدة. وقد تضمنت الدراسة ثلاثة متغيرات تتمثل في جودة الرعاية؛ العمليات والإدارة؛ والمعلومات. أما متغيرات الدراسة لحالة المرضى فقد تكونت من الحالة الصحية قبل وبعد التقييم. وقد توصلت الدراسة إلى نموذج المعادلة الهيكلية أعطى صورة واضحة وشاملة مكنت من اختبار العلاقة بين جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى، وأن اختبار الموائمة دعمت نموذج جودة الرعاية الصحية وحالة رضا المرضى.

- دراسة (Naidu, 2009) بعنوان " **Factors affecting Patient Satisfaction and Healthcare Quality**". هدفت إلى بناء نموذج مفاهيمي شمولي لفهم وقياس المتغيرات المؤثرة على رضا المرضى بالاعتماد على جودة الرعاية الصحية. وقد استند الباحث في بناء نموده إلى (24) دراسة سابقة ترتبط بموضوع دراسته من خلال مراجعة العوامل المحددة لرضا المرضى وجودة الرعاية الصحية. وقد توصلت الدراسة إلى أن رضا

المرضى هو مكون للرعاية الصحية متعدد الأبعاد ويتأثر بالعديد من المتغيرات، وأن جودة الرعاية الصحية تؤثر برضا المرضى والتي من الممكن أن تنعكس على الولاء.

- دراسة (Teng, et..al, 2009) بعنوان " **Professional Commitment, Patient Safety, and Patient-Perceived Care Quality** ". هدفت إلى بيان كيف أن الالتزام المهني يؤثر على سلامة المريض وجودة الرعاية الصحية المقدمة للمريض. تكونت عينة الدراسة من (348) مريضة ومريض في مركزين صحيين في تايوان. وقد توصلت الدراسة إلى أن الالتزام المهني يؤثر بشكل إيجابي على مستوى سلامة المريض بشكل عام، بالإضافة إلى تأثيره على جودة الرعاية الصحية المقدمة.

- دراسة (Parasurman, A. Zeithaml, and Berry, 1985)⁽¹⁾ بعنوان " **المقاييس الكمية لجودة الخدمة** ". هدفت الدراسة إلى أن هناك أسلوبين لقياس جودة الخدمات، تنسب أولهما لهؤلاء الباحثين الذين استندوا على توقعات العملاء لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن تم تحديد التطابق أو الفجوة بين هذه التوقعات والادراكات وذلك باستخدام عشرة أبعاد ممثلة فيما يلي: الفورية (Access) أو بسهولة الوصول إلى الخدمة في الموقع المناسب وبغير انتظار طويل، الاتصالات (Communication) أو دقة وصف الخدمة باللغة التي يفهمها العميل، المقدرة (Competence) أي امتلاك العمال للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة؛ الثقة (Credibility) حيث ينظر العمال في المنظمة إلى العميل بوصفه جديرا بالثقة؛ الاعتمادية (Reliability) حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها، الاستجابة (Responsiveness) حيث يستجيب العمال بسرعة وبشكل خلاق لطلبات العميل ومشكلاته، الملموسة (Tangibles) ويركز هذا العنصر على الجانب المنظور من الخدمة كالمباني، الأجهزة ملابس العمل والأدوات التي تستخدم، الأمان (Security). بمعنى أن تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة والشك؛ فهم ومعرفة العميل (Knowing / under standing) أن يبذل العمال جهدا لتفهم احتياجات العميل وأن يمنحوه اهتماما شخصيا؛ المجاملة (Courtesy). بمعنى التعامل مع العميل بصدقة واحترام وتقدير.

بعد هذه الدراسة بثلاث سنوات، أي في سنة 1988 وبكثير من التطبيقات في المجالين الصناعي والخدمي، اختصرت الأبعاد العشرة من قبل الباحثين أنفسهم إلى خمسة أبعاد هي: الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة

⁽¹⁾ Parasurman, A. Zeithaml, and Berry, L.L.A. **Conceptual model of service Quality and its implications for Future Research**, 1985, Journal of Marketing No 49, P.41-50.

والتعاطف، واعتمدوا في تحديد هذه الأبعاد الخمسة التحليل العاملي لمقياس يتألف من (22) وحدة طورت من خلال المقابلات ومن تطبيقات متعددة درست بشكل كافي.

يختلف موضوع معالجتنا لهذه الرسالة مقارنة بما تم عرضه في محورين أساسيين:

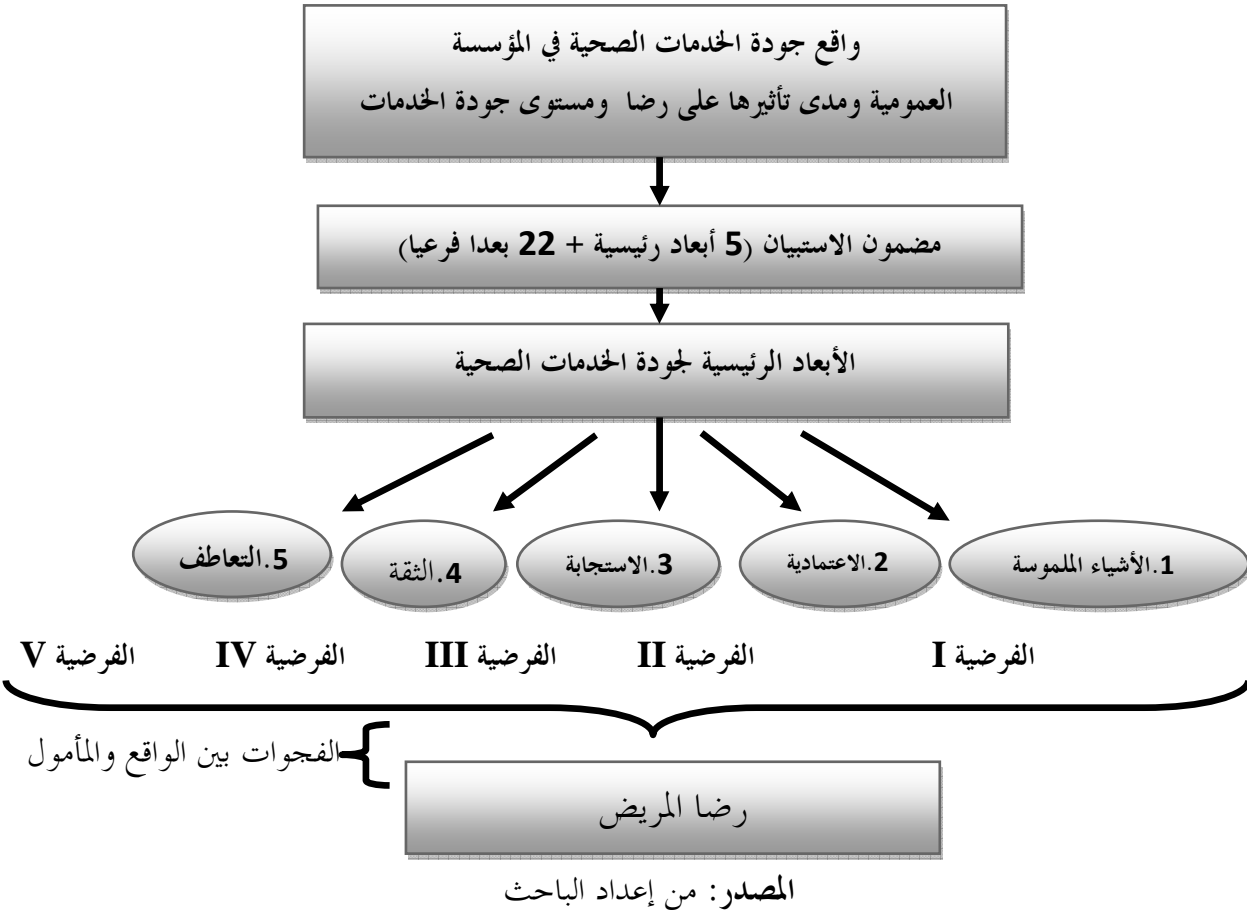
1- بيئة الدراسة، حيث أن محيط عملنا تمحور حول الخدمة العمومية في الجزائر بصفة عامة، و الصحية بصفة خاصة و التي من أهم خصائصها : هيمنتها وعدم وجود منافس حقيقي في القطاع الخاص يمكن الاعتماد عليه في إجراء دراسات مقارنة لمستوى الأداء ومستوى أبعاد الخدمات و إدارة الجودة، أو لاختيار البدائل (انعدام قطاع منافس فعلي).

2- اهتمت دراستنا باستطلاع آراء عينة البحث من داخل المؤسسة (عناصر المدخلات الرئيسية) عبر الفاعلين الرئيسيين لمنتجي الخدمة بكافة أسلاكهم و اهتماماتهم، ومن خارج المنظمة -المرضى و ذويهم- (عناصر المخرجات) في آن واحد، بخلاف الدراسات الأخرى.

الأساليب المستخدمة:

لقد تم صياغة محتويات الاستبيان وفق التمثيل الموضح في الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (1-1): يوضح تمثيل محتويات الاستبيان.



و تمت معالجة البيانات وفقا للأساليب الإحصائية باستخدام جهاز الحاسوب الآلي بالاعتماد على:

1- برنامج (SPSS نسخة 20): بالكيفية التالية:

أ. ضرب تكرار المفردات بقيم المقياس الليكرتي ذو النقاط السبع وذلك لأجل استخدام القيم النهائية لكل متغير؛

ب. استخراج المتوسطات الحسابية وكذا الانحرافات المعيارية للمتغيرات الرئيسية: الانحرافات المعيارية للمتغيرات الرئيسية: الأشياء الملموسة - الاعتمادية - الاستجابة - الثقة والتعاطف والمتغيرات الفرعية التابعة لكل متغير من المتغيرات الرئيسية والتي سنتناولها فيما بعد بالدراسة والتحليل ضمن سياق الفصل الرابع.

ج. استخراج قيم (T) المحسوبة، (T) الجدولية و (Sig t) لمعرفة النتيجة الخاصة بالفرضية العدمية (H_0) أو الفرضية البديلة (H_1) لمعرفة الفروقات في استجابات الفئات المستجوبة عند مستوى دلالة (0.05): بغرض حساب اختبار الفرضيات الـ 22 المتضمنة في الدراسة؛ معرفة أهمية المعايير الرئيسية الخمسة بحسب آراء أفراد العينة.

د. تفرغ البيانات في برنامج معالج الجداول Excel وذلك لحساب آراء المفردات و اتجاهاتها و درجة الأهمية.

ثامنا: عينة البحث

1- مجتمع البحث:

أولاً: المركز الاستشفائي الجامعي CHU:

تم تحديد عينة البحث في جميع مصالح المركز الاستشفائي الجامعي (CHU) بتلمسان: طبية، جراحية وإدارية والتي تشكل الأساس المناسب للدراسة. إن السبب في استخدام أسلوب العينة كونه أحد الطرق الاستقصائية في بحث دراسة المتغيرات ودرجة تأثيرها في مستوى أداء الخدمات الصحية.

على ضوء ذلك تم اختيار العينة بنسبة 11% من حجم المجتمع الإحصائي للمؤسسة (عودة إلى أحمد سليمان 1992) موزعة على مجتمع البحث كما يلي:

- الموظفون من فئة الإدارة، الأعوان التقنيون، موظفو الخدمات المؤقتين والمتعاقدين، الفئة الأولى وعددهم 752 موظف كل الأسلاك⁽¹⁾؛

عينة البحث في هذه الفئة = $0.11 \times 752 = 83$ موظف

- الممارسون الطبيون، الفئة الثانية وعددهم 345 موظف؛

(1) المديرية العامة للمركز الجامعي بتلمسان مؤكدة من المديرية الولاية للصحة DSP - إحصائيات سنة 2012.

عينة البحث في هذه الفئة = $0.11 \times 345 = 38$ ممارس طبي

- الأسلاك شبه الطبية وعددها 700 موظف موزعون بين ممرض رئيسي، حاصل على شهادة دولة، ممرض مؤهل ومساعد تمريض؛

عينة البحث في هذه الفئة = $0.11 \times 700 = 77$

مجتمع البحث الخاص بالمرضى:

بحسب الإحصائيات التي تحصلنا عليها من المديرية العامة للمؤسسة، وتم التأكد عليها من مديرية الصحة لولاية تلمسان، فإن المستشفى الجامعي يغطي 1.006.212 ساكن بطاقة استيعاب قدرها 658 سريرا موزعة على المصالح التالية:

أ. مصالـح جراحية: 317 سريرا؛ (مصـلـحـة الجراحـة [جناح A 80 سريرا و جناح B 40 سريرا]، طب العيون: 36 سريرا، أمراض الأذن، الأنف والحنجرة: 22 سريرا، جراحة العظام: 40 سريرا، جراحة الأعصاب: 26 سريرا، الاستعجالـات الطبية والجراحية: 23 سريرا، جراحة المسالك البولية 16 سريرا).

ب. مصالـح طبية: 363؛ (أمراض المعدة: 30 سريرا، الأعصاب: 18 سريرا، أمراض القلب: 50 سريرا، الأمراض المعدية: 30 سريرا، الأمراض العقلية: 53 سريرا، الأمراض الصدرية: 8 سريرا، الطب النووي: 03 أسرة، أمراض الجلد: 23 سريرا، الطب الداخلي: 30 سريرا، أمراض الكلى: 28 سريرا، أمراض الدم: 22 سريرا، الإنعاش والتخدير: 10 أسرة، التكييف الوظيفي: 10 أسرة، الطب الشرعي: 10 أسرة، علم الأورام: 15 أسرة، الأشعة المركزية: 03 أسرة، أي ما مجموعه 363 سريرا، وإذا أضفنا عدد أسرة المصالح الجراحية فإننا نحصل على مجموع قدره 646 سريرا، وهي الطاقة الإجمالية للمركز الجامعي).

تم استخراج عدد المرضى المراد أخذ آرائهم من سجلات المستشفى وذلك من خلال المراجعات اليومية للمرضى على مدار شهر مارس وأبريل 2013 واستخراج المتوسط الحسابي الأدنى وأعلى المراجعات.

عينة البحث في هذه الفئة = $0.11 \times 646 = 72$ عينة

المجموع العام لعينة البحث في المركز الاستشفائي الجامعي: (270) عينة.

ثانيا: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل بتلمسان (EHS M et E) :

تم تحديد عينة البحث في المؤسسة العمومية المتخصصة للأم والطفل بتلمسان وذلك باختبار عينة نسبتها

(11 %) من حجم المجتمع الإحصائي المتمثل كما يلي:

أ. عدد موظفي الإدارة والأسلاك المشتركة: 140 موظف موزعون كما يلي:

1- الموظفون:

- الإداريون: 27.

- التقنيون: 10.

- العمال المهنيون: 45.

- السائقون: 8.

- المتعاقدون: 50.

المجموع: 140.

$$\text{عينة هذه الفئة} = 0.11 \times 140 = 16 \text{ عون}$$

2- الممارسون الطبيون: 57 ممارسا يتوزعون ما بين أساتذة وأطباء أخصائيين مساعدين وأطباء أخصائيين في

الصحة العمومية وأطباء عامون وصيادلة.

$$\text{عينة هذه الفئة} = 0.11 \times 57 = 07 \text{ أطباء}$$

3- الشبه الطبيون: وعددهم 305 عون موزعون كالاتي:

- شبه طبي حاصل على شهادة دولة وشبه طبي رئيسي: 197 عون.

قابلة: 45 قابلة.

- شبه طبي مؤهل ومساعد تمرير: 63.

المجموع: 305.

$$\text{عينة هذه الفئة} = 0.11 \times 305 = 34 \text{ عون}$$

4- العينة الخاصة بالمرضى⁽¹⁾:

تم تحديد العينة على أساس الطاقة الاستيعابية للمؤسسة الأم والطفل والمقدرة بـ 261 سريرا، وتم استخراج

المرضى من سجلات المستشفى وذلك من خلال حصر المراجعات اليومية للمرضى على كذلك على مدار

شهري مارس وأبريل سنة 2013 واستخراج المتوسط الحسابي لأعلى وأدنى المراجعات.

$$\text{المجموع العام لعينة البحث في المؤسساتين هو: (270) CHU + (87) EHS = 357 مفردة}$$

(1) الإحصائيات المعتمدة لمجتمع الدراسة تم الحصول عليها من خلال نشاط المؤسساتين خلال سنة 2012 وتم تأكد مدخلاتها ومخرجاتها من خلال حصيلة النشاط الرسمية لمديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان سنة 2012.

في محصلة توزيع الاستثمارات على مجتمع البحث والمقدرة بـ 357 استبيان، تم استبعاد 05 استثمارات لعدم صلاحيتها، كما لم يتمكن من استرجاع 5 استثمارات والملحق رقم (07) يوضح استمارة الاستبيان.

تاسعا: منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة الموضوع تم الاعتماد على المنهج الوصفي والتجريبي.

أ. **المنهج الوصفي:** تم الاعتماد عليه في الجانب النظري المتعلق بجمع البيانات والمعلومات المرتبطة بمفاهيم وأبعاد تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية، وكذا بدراسة الرضا الوظيفي والمداخل النظرية ودراسات مستوياته بالنسبة للأفراد وبالنسبة للمنظمة.

ب. **المنهج التجريبي:** تم الاعتماد عليه في الجانب التطبيقي، وذلك باستخدام استمارة الاستبيان المتضمنة خمسة أبعاد رئيسية وهي: الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة والتعاطف إضافة إلى (22) عبارة حددت من قبل (Parasuraman, Zeithaml, Berry) عام 1985 وعدلت في 1988 والتي وجهناها في صيغة أسئلة إلى مفردات عينة الدراسة، ومن ثمة قمنا بتفريغها وتحليلها للتوصل إلى النتائج المرجوة.

عاشرا: صعوبات الدراسة:

ونحن نتناول الموضوع، اعترضتنا جملة من الصعوبات نوجزها في عقبتين:

العقبة الأولى: بيروقراطية الإدارة في الحصول على المعلومات المستحدثة وعدم تماثلها من هيئة الى أخرى؛

العقبة الثانية: ندرة المراجع و أطروحات الدكتوراه المتعلقة بدراسة الظاهرة خصوصا منها الوطنية، سيما وأن موضوع دراستنا يتعلق بخصوصية المرفق العمومي الجزائري من جهة. ومن جهة أخرى ندرة الدراسات إن لم نقل انعدامها فيما يخص قياس وتقييم خدمات الصحة العمومية بذريعة أن مصدر تمويل القطاع عمومي لا يتطلب في نظر الكثيرة إهدار الجهود في حساب التكاليف.

من خلال تصفحنا للموقع الخاص بالبوابة الوطنية للإشعار عن الأطروحات⁽¹⁾ لم نجد إلا رسائل محدودة حول جانب من موضوع دراستنا ، منها:

1/ تيشات سلوى، آفاق الوظيفة العمومية الجزائرية في ظل تطبيق المناجحت العمومي بالنظر إلى بعض التجارب الأجنبية، رسالة دكتوراه في علوم التسيير جامعة محمد بوقرة بومرداس 2010/12.

(1) <https://www.pnst.cerist.dz/pnstar/search.php>.

2/ سميع رويينة، إصلاح تسيير الوظيفة العمومية في الجزائر خلال الفترة 2003-2008، دراسة تحليلية للمخطط الحاسبي للدولة PCE والمخطط الاستراتيجي التساهمي. رسالة دكتوراه في قسم التسيير جامعة محمد خيضر بسكرة. 2011/11.

3/ عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسة الصحية بالجزائر العاصمة، رسالة دكتوراه قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 03 ، 2008، غير منشورة.

الفصل الأول: إستراتيجية تسيير الموارد البشرية في الؤظيف العمومي الجزائري

المبحث الأول: التعريف بالؤظيف العمومي الجزائري

المبحث الثاني: المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية

المبحث الثالث: كيفية استغلال المناصب المالية، حصيلة الشغل ومخطط التكوين

المبحث الرابع: الآفاق المستقبلية للؤظيفة العمومية الجزائرية على ضوء التنظيم الحديث.

خلاصة الفصل الأول

تمهيد:

عرفت البشرية الإدارة العامة منذ تسعة (09) آلاف سنة. كما أورد ذلك المؤرخون ومرت بعده بعدة تجارب أهمها ما عرفته في العهد الإسلامي، بحيث تميزت بنظام فعال يقوم على تقدير الكفاءة الشخصية وليس على العرق أو الولاء وذلك في عملية التعيين في الخدمة وفق مبادئ وأسس شرعية ثابتة.

إلا أن مفهوم الإدارة العامة الحديث لم يتبلور إلا قبل الحرب العالمية الثانية مع الأزمة الاقتصادية سنة 1929، حيث انتقل دور الدولة من دولة حارسة إلى دولة تدخلية، فسادت آنذاك نصوصا مختلفة تتعلق بأسلاك معينة تتميز بقلّة أحكامها المشتركة الخاص بمجموع الموظفين وذلك إلى غاية صدور قانون 1946/10/19 في فرنسا الذي يعتبر أول قانون للوظيفة العامة. ومنذ ذلك الوقت عرفت الوظيفة العامة تطبيقات لها في معظم الدول كل حسب تصوره للنظام الأنجح والملائم لتوجيهاته الكبرى.

نتناول في هذا الفصل، دراسة الوظيفة العمومي المطبق على الموظفين الذين يمارسون نشاطهم في المؤسسات والإدارات العمومية وذلك في أربعة مباحث. المبحث الأول يتضمن التعريف بالوظيفة العمومي الجزائري، نشأته وتطوره، عبر مراحل حاسمة في تاريخ الجزائر وذلك بصدور الأمر 1966 والقانون رقم 85-59 المؤرخ في 23 مارس 1985 والنصوص القانونية. ثم نتطرق إلى أهم الخصوصيات التي تميز بها تنظيم الوظيفة العمومية. في المبحث الثاني نتطرق إلى آفاق ما بعد سنة 1966 من خلال مساهرة الوظيفة العمومي للنظام الجديد في الإطار التشريعي والتنظيمي لا سيما فيما يتعلق بالموارد البشرية على ضوء القانون الأساسي العام للعامل الصادر في شهر أوت 1978 المعدل بالمرسوم التنفيذي رقم 85-59 المؤرخ في 23 مارس 1985 وكذا من خلال المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية وفق إطار المرسوم التنفيذي رقم 95-126 المؤرخ في 29 أبريل 1995 مع التركيز على إجراءات استقطاب العمالة وأهمية التكوين.

أخيرا وليس بالآخر المبحث الثالث والمبحث الرابع المتضمن تسيير الموارد البشرية على ضوء قانون الوظيفة العمومي 2006 وآفاقه المستقبلية في ظل إصلاح هياكل الدولة.

بحكم التنظيم الصادر في 2006، 2012 وما تلاه، أضحى الوظيفة العمومية تعتمد على الاستحقاق الشخصي كمبدأ أساسي ووحيد في تولي عملية تحصيل اليد العاملة.

المبحث الأول: التعريف بالوظيفة العمومي الجزائري

قبل أن نقوم بدراسة مفهوم ومبادئ التسيير التقديري في مؤسسة الوظيف العمومي الجزائري يتعين علينا من خلال البحث، التعريف بالوظيفة الجزائرية من حيث نشأته، تطوره ومكانة المؤسسة العمومية الإدارية الاجتماعية والاقتصادية، وقصد التعرف أكثر بأهمية الوظيف العمومي الجزائري، لا بد أيضا من معرفة مكانة الموارد البشرية وكذا تطور أساليب التسيير بهذه المؤسسة، وذلك من خلال مطالب ثلاثة، بحيث نتناول في:

المطلب الأول: نشأة وتطور مؤسسة الوظيف العمومي في الجزائر.

المطلب الثاني: مكانة الوظيفة العمومية.

المطلب الثالث: تطور أساليب الموارد البشرية في الوظيف العمومي الجزائري.

المطلب الأول: نشأة وتطور مؤسسة الوظيف العمومي في الجزائر

إن معرفة نشأة وتطور مؤسسة الوظيف العمومي الجزائري يمكننا من معرفة جذور هذه المؤسسة، وأبعادها الاجتماعية والاقتصادية بصفة عامة. لقد نشأت مؤسسة الوظيف العمومي الجزائري مع الفترة الاستعمارية وعلى يد المستعمر، حيث «... إن فكرة إعداد قانون أساسي للوظيفة العمومية تعود في نظرة المؤرخين الفرنسيين على احتكاك الوظيفة العمومية بالثورة الفرنسية...»⁽¹⁾. ويعود الفضل في صياغة المشاريع الأولى لقانون الوظيفة العمومية الفرنسي إلى الأساتذة " HONRY CHARDON et GEORGES DEMARTIAL"، وذلك عام 1907-1908⁽²⁾. إن أول نظام للوظيفة العامة عرفته الجزائر هو النظام الفرنسي الصادر في 19 أكتوبر 1946، واستمر هذا الوضع حتى 04 فبراير 1959، حيث صدر نظام أساسي جديد لوظيفة العامة⁽³⁾.

أولا: مراحل الوظيف العمومي الجزائري

من المعلوم أن فرنسا طبقت أحكام القانون الفرنسي على هذه الوظيفة في الجزائر آن ذاك، لاعتبارها أن

(1) سعيد مقدم، أخلاقيات الوظيفة العمومية: دراسة نظرية تطبيقية، دار الأمة الجزائر سنة 1979 ص 10.

(2) سعيد مقدم، المرجع نفسه، ص 10.

(3) محمد أنس قاسم، مذكرات في الوظيفة العامة، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1989، ص 145.

الجزائر قطعة من فرنسا، وبعد الاستقلال، ونظرا لأهمية هذه المؤسسة وقصد إعطاء بعد تسيير خاص بالنظام الجزائري، عملن الجزائر على تنظيم هذا القطاع عبر مراحل تاريخية متباينة والتي يمكننا أن نقسمها إلى خمسة مراحل:

المرحلة الأولى 1962 إلى 1966: هذه المرحلة يمكن تسميتها بالمرحلة الانتقالية حيث أخضع الوظيف العمومي كغيره من المؤسسات الأخرى إلى مبادئ أحكام القانون 62-157 المؤرخ في 31 ديسمبر 1962 والمتضمن تمديد صلاحية تطبيق القوانين الفرنسية ما لم تمس السيادة الوطنية⁽¹⁾، وذلك قصد تفادي تعطيل وتجميد الحياة الاقتصادية والاجتماعية في انتظار وضع القوانين والتنظيمات الوطنية.

المرحلة الثانية من سنة 1966 إلى سنة 1978: في سنة 1966 ظهر الأمر رقم 66-133 المؤرخ في 02 جوان 1966 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية⁽²⁾، وحاول هذا القانون وضع حد لنظام التسيير السابق، بإصدار الأمر المذكور قصد تسيير العمال المنتمين إلى الوظيفة العامة، وبقاء القطاع التقليدي، أي باقي المؤسسات الأخرى التجارية والصناعية، تخضع إلى أحكام القوانين الفرنسية وإلى الاتفاقيات الجماعية حسب الحالة.

المرحلة الثالثة 1978 إلى 1985: عرفت هذه المرحلة تطبيق القانون الأساسي العام للعامل الذي صدر في أوت والذي جاء بأحكام شاملة لمختلف القطاعات والنشاطات، وجميع الفئات العمالية، وهو ما يستخلص من الفقرة الثالثة من المادة الأولى منه والتي تنص بأنه: «... يحدد هذا القانون حقوق العامل والواجبات التي يخضع لها مقابل تلك الحقوق مهما كان القطاع الذي ينتمي إليه، واستثنى من نطاق تطبيقه، العمال الذين يشتغلون لحسابهم الخاص فقط، كما تشير إلى ذلك الفقرة الأخيرة من هذه المادة...»⁽³⁾. وبذلك عرفت هذه الفترة مبدأ الشمولية في تطبيق قانون العمال، مما انعكس على تسيير مؤسسات القطاع العمومي، خاصة من حيث حركة العمال في هذا القطاع (دخول وخروج العمال).

المرحلة الرابعة 1985 إلى 1989: عرفت هذه المرحلة صدور المرسوم 85-59 المؤرخ في 23 مارس 1985 المتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال الإدارات والمؤسسات العمومية⁽⁴⁾، والذي شمل موظفي الإدارات

(1) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 61 سنة 1962.

(2) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 46 سنة 1966.

(3) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 32 سنة 1978.

(4) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 13 سنة 1985.

والمؤسسات العمومية، وهم الفئة العمالية التي كانت منظمة بمقتضى الأمر 66-133 المذكور سابقا، وبذلك شمل تطبيق هذا المرسوم (85-59) حسب المادة الثالثة منه: «... المصالح التابعة للدولة والجماعات المحلية والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري التابع لها ومصالح المجلس الشعبي الوطني ومجلس المحاسبة، وتخضع لهذا القطاع كذلك الهيئات العمومية التي تخضع لقواعد المحاسبة العمومية...»⁽¹⁾.

كما يخضع لهذا المرسوم حسب المادة الثالثة منه كل من: «... الموظفون الإداريون والتقنيون والعاملون في المؤسسات والأجهزة والمنظمات الجماهيرية التابعة للحزب، باستثناء المنتخبين منهم ورجال القضاء، مع مراعاة الأحكام التشريعية الخاصة بتعيينهم وحركة نقلهم وانضباطهم ومسار حياتهم المهنية...»⁽²⁾. وبذلك عرفت - مرة أخرى - مؤسسات الوظيف العمومي تنظيم قانوني خاص بها يميزها عن باقي المؤسسات الأخرى، مما يعكس طابعا تسييرا خاصا بها.

المرحلة 1990 إلى غاية 2013: عرفت هذه الفترة بفترة الإصلاحات، والتي مست أيضا مؤسسات الوظيف العمومي وتسيير الموارد البشرية بهذه المؤسسات، وقد تجلت خاصة في مجموع النصوص التنظيمية والقانونية التي تنظمها وتسيرها بتغيير أساليب هذه الموارد البشرية، وتميز الوضع مرة أخرى بالفصل بين نطاق قانون العمل، ومجال تطبيق القوانين الأخرى، أو بعبارة أدق اتسم بالرجوع إلى الفكرة التقليدية في الفصل بين قانون العمل ومجال الوظيفة العامة.

وعرفت بذلك مؤسسات الوظيف العمومي مجموعة من النصوص التشريعية، التنظيمية لعلاقات العمل وكيفية تسيير الحياة المهنية للموظفين، وتم تنظيم هذه المؤسسات بناء على تنظيم الفئات العمالية من حيث توزيعها على مجموعة من الأسلاك (الفئات).

ثانيا: أسلاك الوظيف العمومي

- **الأسلاك المشتركة:** هي الأسلاك التي احتوت مجموعة من الرتب المهنية. ونجد هذه الأسلاك المشتركة في مجموع مؤسسات الوظيف العمومي، كسلك المتصرفين الإداريين الذي يظم رتبة المتصرف المستشار، المتصرف الإداري الرئيسي ورتبة المتصرف الإداري. وسلك المساعدين الإداريين ويظم رتبة مساعد إداري رئيسي ومساعد إداري وإلى غير ذلك من الأسلاك...

(1) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 13 سنة 1985.

(2) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 13 سنة 1985.

يخضع تسيير هذه الأسلاك المشتركة إلى المرسوم التنفيذي رقم 08-04 المؤرخ في 19 يناير 2008 والمتضمن القانون الأساسي الخاص المطبق على العمال المنتمين إلى الأسلاك المشتركة والمؤسسات والإدارات العمومية⁽¹⁾.

- **العمال المهنيون:** هم جميع العمال الذين يحترفون مهنة يدوية حرفية، وهو موزعون على أصناف أربعة (عمال مهنيون خارج الصنف، عمال مهنيون من الصنف الأول، عمال مهنيون من الصنف الثاني، عمال مهنيون من الصنف الثالث)، ويحتوي كل صنف على مجموعة من المهن، وتوجد على مستوى الأصناف الأخرى، لكن يظهر في درجة التحكم فيها، بحسب مؤهلات الموظفين، وشروط الالتحاق بالصنف وهو ما يميز كل صنف عن آخر. تخضع هذه الفئات العمالية إلى أحكام المرسوم التنفيذي رقم 08-05 المؤرخ في 19 يناير 2008⁽²⁾.

- **الأسلاك النوعية:** هي عبارة عن أسلاك تنتمي في الأصل إلى وزارة دون غيرها مثل: سلك أساتذة التعليم العالي والذي يضم مجموعة من الرتب وهي كما يلي:

- رتبة أستاذ مساعد قسم " أ " وأستاذ مساعد قسم " ب "؛
- رتبة أستاذ محاضر قسم " أ " ورتبة أستاذ محاضر قسم " ب "؛
- رتبة أستاذ التعليم العالي؛
- رتبة أستاذ مميز.

يخضع هذا السلك لأحكام المرسوم التنفيذي 08-130 المؤرخ في 03 ماي 2008⁽³⁾.

مما سبق يتضح لنا أن مؤسسات الوظيفة العمومي الجزائري مرت بمجموعة من المراحل التاريخية، بحيث تميزت كل مرحلة بنظام خاص بها، وأن تنظيم عمال هذه المؤسسات يخضع إلى أحكام شروط قانونية، تنظيمية، وذلك من خلال توزيع العمال إلى فئات مختلفة بحسب طبيعة نشاطها ومكانتها الوظيفية.

إن تسيير الموارد البشرية في قانون الوظيفة العمومي الجزائري خاضع لمجموعة من النصوص التنظيمية في شكل 60 مرسوما تنفيذيا صدر منها 18 مرسوما تنفيذيا في سنة 2008، 14 مرسوما تنفيذيا في سنة 2009، 15 مرسوما تنفيذيا في سنة 2010، 13 مرسوما تنفيذيا في سنة 2011.

(1) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 13 المؤرخ في 20 يناير 2008، ص 04.

(2) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 13 سنة 1989 مرجع سابق.

(3) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 23، المؤرخة في 04 ماي 2008، ص 18.

المطلب الثاني: مكانة الوظيفة العمومية

زاد الاهتمام بالوظيفة العمومية مع تطور المجتمعات، وتطور دور الدولة ومهامها داخل هذه المجتمعات، وذلك أن الدولة والحكومة لا تسمح للمؤسسات العمومية والمؤسسات العمومية الإدارية من أن تقوم بدورها في المجتمع، كجهاز حكم فقط - وهي تعكس بذلك وجهة الدولة وسلطتها ومكانتها في المجتمع - بل وأيضا من حيث كونها تساهم في تحقيق سياسة اقتصادية واجتماعية، ذلك للعلاقة الموجودة بين المؤسسات الاقتصادية والوظيفة العمومية في مجالات مختلفة من أنشطة الإدارة.

والمؤسسة الاقتصادية في حاجة لمؤسسات الوظيف العمومي للقيام بنشاطها، وهي بذلك تحقق المكانة الاقتصادية. أما من حيث المكانة الاجتماعية وهو ما سنحاول التركيز عليه فيتجلى ذلك بالدرجة الأولى في المساهمة في التخفيف من البطالة وتوفير مناصب شغل لأفراد المجتمع. إن تحليل مكانة الوظيفة العمومية من خلال الإحصائية التالية تبين لنا أهميتها من حيث استقطاب اليد العاملة، والمساهمة بذلك في سياسة التشغيل الوطني، فمن 738.790 عون سنة 1985 ارتفعت إلى 1.211.644 عون سنة 1994 وتقارب مليون وتسعمائة وسبعة آلاف عون حاليا⁽¹⁾، وهي في تزايد مستمر وتشكل ربع اليد العاملة المشتغلة في الجزائر ومن ثمة فإن المكانة الاجتماعية للوظيف العمومي الجزائري تعتبر مهمة جدا، قد تزداد هذه الأهمية مع الوضعية التي تعرفها وتعيشها المؤسسات الاقتصادية في السنوات الأخيرة، حيث تعرف غالبية المؤسسات التي تشتغل خارج قطاع مؤسسة الوظيف العمومي، اضطرابات وعدم استقرار، مما انعكس على عدم استقرار اليد العاملة بها، عكس مؤسسة الوظيف العمومي والتي على العموم ما زالت تعرف استقرار اليد العاملة، مما يجعلها محل ثقة وطلب من طرف الراغبين في العمل. ولعل هذا الشيء مهم ومن شأنه أن يعطي أهمية ومكانة لهذه المؤسسة، غير أن الدور الوظيفي لهذه الأخيرة يعتبر هو الآخر من أهم العناصر المحددة لمكانة هذه المنظمة في أي اقتصاد وفي أي مجتمع. ذلك لاعتبار أن هذه المؤسسات تقدم خدمة لأفراد المجتمع بصفة عامة (صحة، تعليم، ثقافة، أمن، رعاية، خدمات عمومية)، وللأعوان الاقتصاديين بصفة خاصة من خلال العلاقة الموجودة بينهما وبين هذه المؤسسات الاقتصادية، سواء كانت علاقة وظيفية، تنظيمية أو رقابية... إلخ.

هذا ما يتطلب توافر اليد العاملة المؤهلة والقادرة على تحقيق الدور الوظيفي لهذه المؤسسات، ولعل هذا الدور الأخير لم يعد منحصرًا في عدد المؤسسات وعدد العمال بقدر ما يتحدد في نوعية الوظيفة والخدمة

(1) بلغت تعدادات الوظيفة العمومية إلى غاية 31 ديسمبر 2011: 1 906 875 موظفا وعونا عموميا حسب المصدر www.dgfp.gov.dz

زيارة الموقع بتاريخ: 15 جوان 2013، سا: 18h00.

المقدمة لأفراد المجتمع بصفة عامة. بذلك يمكن القول أن مكانة الوظيفة العمومية تكمن في مكانة مؤسسة الوظيف العمومي وفي الدور الاجتماعي والاقتصادي الذي تلعبه في المجتمع وفي اقتصاديات الدولة.

كما أن تحليل هذه الوظيفة يسمح لنا بالقول أنه لم يكن هناك تسيير تقديري فعال للموارد البشرية في السابق، بل تميزت بسوء تدبير إلى درجة أن اختلت فيها هيكلية المؤسسة من ناحية العنصر البشري، أضحت تتميز بتراكم في بعض الفئات العمالية من حيث التعداد، خاصة أعوان التنفيذ، وخلل كبير في بعض الفئات الأخرى سيما الإطارات.

من ناحية النوعية فإن المشكلة أكبر لاعتبار يتعلق بقلتها في بعض المؤسسات، وانعدامها في البعض الآخر، وقد يترجم هذا بسبب نوعية التوظيف من جهة، وكذا غياب برامج التكوين وانعدام التحفيز من جهة أخرى. أمام هذه الوضعية قد يطرح السؤال التالي: ماذا يمكننا أن نتظر من خدمة عامة في ظل هذه المعطيات؟ بلا شك لا يمكننا أن نتظر خدمة تماشى ومتطلبات العصر، لأننا فقد الشيء لا يعطيه.

في هذا المعنى يقول الأستاذ أحمد رحمان: «... نوعية الخدمات العمومية سبب في أن يجعلها تمر بالضرورة بنوعية الموظف، وبعبارة أخرى لتحقيق أهداف أساسية وضمان (توفير خدمات ذات نوعية للمرتفقين) بأقل تكاليف وفي الوقت المنتظر، يجب على الأفراد الذين يشاركون في ذلك أن يتوفروا على قدرات مكتسبة، والقدرة على تطوير مهاراتهم واستعداداتهم حتى يمكنهم ذلك من تطوير حرفهم (أعمالهم)...»⁽¹⁾. الحكم على هذه الوضعية يتطلب بصفة عاجلة التفكير في وضع أساليب تسيير تسمح بالنهوض بهذه المؤسسات، وتجعلها تفي بالغرض الذي أنشأت من أجله، وذلك من خلال إستراتيجية عامة واضحة، ومن خلال سياسات أكثر فعالية، وأدوات أكثر نجاعة. إن التسيير التقديري للموارد البشرية يعد من أهم هذه الأدوات في الوقت الحالي حيث يمكن من تحقيق الاستخدام الأمثل.

المطلب الثالث: تطوير أساليب تسيير الموارد البشرية في الوظيف العمومي الجزائري

إن مفهوم تطوير تسيير الموارد البشرية في الوظيف العمومي الجزائري يؤدي بنا بالضرورة إلى معرفة الوضع التسييري الذي ساد هذه المؤسسات، مما جعلها تحاول إتباع أساليب تسييره جديدة. وقد تمثل هذا الوضع بخصائص يمكن تلخيصها في أن الوظيف العمومي الجزائري عانى كثيرا من عدم الاستقرار في الهياكل الإدارية، بسبب قلة الاعتناء بالبعد البشري الذي هندس سوء التسيير الاجتماعي، وممارسات إدارية أدت إلى عدم تحفيز

(1) Ahmed Rahmani, l'administration publique Algérienne, évolution récente et perspectives, «Remald» N° 6 Janvier-Mars 1996 P 73.

الموظفين وكذا تضخم هياكل غير منسجمة (Structures Inadaptées). هذا ما استنتج في الأيام الدراسية عن الإدارة العمومية منذ عشرين سنة خلت⁽¹⁾، وهو أمر مخيف ومقلق ويتعلق الوضع بالهياكل التي تقع على عاتقها الخدمات العمومية وكذلك هياكل التسيير والرقابة للوظيفة العمومي الجزائري.

ولفهم تطور الوضع أكثر منذ تلك الفترة نقدم على سبيل الاستدلال لا الحصر الحصيلة التشغيلية التي تظهر تحول توظيف الأفراد المشغولين على المستوى الوظيفي في مرحلتين وبالاستناد إلى مصدرين.

الجدول رقم (1-1): حصيلة التشغيل في الوظيف العمومي لسنتي 1991 و 2012 على المستوى الوطني

البيان	1991*	المعدل	2012**	المعدل
إطارات	112.801	12%	555.907	29.2%
تحكم و تطبيق	478.087	51%	609.263	32%
تنفيذ	341.378	37%	741.705	38.8%
المجموع	932.266	100%	1.906.875	100%

المصدر: * الدوان الوطني للإحصائيات (ONS)، 1991.

** المديرية العامة للوظيفة العمومي، (DGFP)، 2012.

إن هذه الحصيلة بينت ضعف في التأطير على المستوى الوطني 12% في ما يخص سنة 1991 من مجموع الموظفين. كما بينت أيضا ارتفاع في أعوان التحكم 51% بينما أعوان التنفيذ 37% في الوقت الذي وجب أن تكون نسبة أعوان التنفيذ أكبر من نسبة أعوان التحكم، مما يعني هيكل غير متوازنة للموارد البشرية، وهو ما ينعكس بصورة سلبية على الأداء كما سبق لنا الإشارة إلى ذلك أثناء بداية الفصل. وهذا ما تم تداركه كإستراتيجية عمل مع مرور السنوات كما هو مبين في حصيلة سنة 2012.

تعتبر هذه الوضعية حالة تشخيصية لهيكل اليد العاملة في المؤسسات والإدارات العمومية. إذ ليس من دون شك أن هذا الوضع القائم يعود على مسببات سابقة من عدم استقرار هذه المؤسسات والإدارات العمومية والذي أفرز وضعيات تمثلت خاصة في النقص في التحكم في نظام توظيف الكفاءات وضعف الاستقطاب.

أولاً: خصائص ومميزات التوظيف

لعله من المفيد أن نشير في هذا المقام إلى أن تسيير الموارد البشرية تميزت بخاصيتين أساسيتين:

(1) Journée d'Etude sur l'administration Publique, ENSAG Mai 1992, P.17 et 25 .

أ. نقص التحكم في نظام التوظيف: إن طرق وكيفيات التوظيف المعمول بها لم تأخذ بعين الاعتبار بعض العناصر الهامة في التوظيف، كخشعية المترشح وطباعه وقدرته على تولى أو ممارسة منصب أو وظيفة عليا في الوظيفة العمومية، وبعبارة أخرى فإن النظام الحالي للتوظيف لا يعمل على التأكيد من حقيقة قدرات المترشحين لممارسة الوظائف العمومية وهو نقص يجب تداركه. الانتقاء على أساس المسابقة المعمول به إلى غاية 2012 كمبدأ عام في الالتحاق بالوظائف العمومية، يهتم لاختيار الكفاءة الذهنية للمترشحين ويهمل الجوانب الأخرى لشخصيتهم.

ب. سوء التأطير والتصميم: التأطير يظل في حاجة أكثر إلى مواجهة الأخطار المتعلقة بهذه الوظيفة أو تلك. وعلى العموم فإنه يتعين فتح ورشة التأطير، لا سيما على مستوى بعض المؤسسات كإدارة قطاعات الصحة كما وكيفا، والتي لا تمثل فيها نسبة التأطير أكثر من 29.2% من مجموع مستخدمي الوظيف العمومي الجزائري (إحصاء محين في 2013/01/13 على موقع المديرية العامة للوظيف العمومي).

اعتبارا أن مكانة تسيير الأفراد في إطار تسيير عمومي جديد ومتطور، تعتبر عملية ضرورية، وذلك حتى يحفز ويجند الموظفون حول مشروع تطوير وعصرنة الإدارة العمومية، والنهوض بهذه المؤسسات التي تعاني من (04) نماذج سوء تسيير⁽¹⁾:

- 1- نقص في الكفاءة وغياب معايير التوظيف، الشيء الذي يترجم عدم التوازن بين الوظائف والزيادة في التعداد (Sureffectifs) والذي يرجع إلى نقص في التخطيط والرقابة.
- 2- قلة التأطير (Sous Encadrements)، إذ في الوقت الذي نجد فيه الفئات الاجتماعية المهنية لأعوان التحكم والتنفيذ يتواجدون بحجم أكثر من احتياجات المؤسسة، نسجل نقصا في الإطارات.
- 3- مشكل مرتبط بالصيانة والحفاظة على الموارد البشرية ناتج عن عدم الرؤية المستقبلية.
- 4- عدم قدرة الإدارة في الحصول والإبقاء على الأفراد المؤهلين، سواء بسبب طرق التسيير المعمول بها أو بسبب قلة التحفيزات المادية والبيكولوجية.

في ظل هذه الوضعية، عرفت أساليب الرقابة على تسيير الموارد البشرية تطورا عبر السنوات، وما أصبح منها متداولاً: أسلوب الرقابة القبلية وأسلوب الرقابة البعدية.

(1) Journée d'Etude sur l'administration Publique ENSAG Mai 1992, OP .Cité, P 20.

ثانيا: الرقابة القبليّة

يتمثل هذا الأسلوب في حق المؤسسة في توظيف أي شخص تراه يليق بحاجاتها، شريطة توافره على شروط التوظيف والالتحاق بمنصب العمل، وبعد أن تقوم المؤسسة بتوظيف المعني، تحرر له مشروع قرار أو مقررّة توظيف وترسله مع ملف المعني إلى مصالح الوظيف العمومي التي تقوم بالرقابة والتحقق من احترام الشروط القانونيّة والتنظيميّة المعمول بها، ثم التأشير على هذا القرار أو المقرر، في حالة احترام الشروط، أو يرفض في حالة المخالفة، لتقوم المؤسسة الموظفة بإعادة دراسة ملف التوظيف والقيام بالتعديلات اللازمة إن كان ذلك بالإمكان، وبعد إعادة النظر يقيد الإرسال مرة أخرى إلى مصالح الوظيف العمومي، وفي حالة التأشير بالموافقة يرسل هذا القرار أو المقررّة والملف إلى مصالح المراقب المالي، والتي تقوم هي الأخرى بالتأكد من توفر المنصب المالي ثم التأشير أو الرفض حسب الحالة. إن لهذه الطريقة امتيازات كبيرة للمؤسسة الموظفة (راجع في ذلك القانون الأساسي للوظيف العمومي من خلال الأمر 66-133 المؤرخ في 02 جوان 1966، وكذلك المرسوم 85-59 المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمؤسسات والإدارات العمومية المؤرخ في 23 مارس 1985). حيث بإمكان الإدارة تلبية احتياجات المؤسسة من اليد العاملة في الوقت الذي ترغب فيه وبصفة تلقائية، وبإمكانها تسوية الوضعية الإدارية والمالية في الوقت اللاحق. بالرغم من هذه الامتيازات، أظهرت هذه الطريقة عيوباً كثيرة ومشاكل في الإجراءات عائدة في غالبها إلى سوء التسيير وعدم فهم النصوص التنظيمية.

اتضح مما سبق إلى عدم مراعاة شروط متطلبات المنصب والمؤهلات الخاصة بالترشح من جهة، وإلى عدم مراعاة توفر أو عدم توفر المناصب المالية من جهة أخرى، مما جعل من المؤسسة الموظفة تلجأ في كل مرة إلى عمليات التسوية وطلب مناصب مالية جديدة، وهو ما تطلب وقتاً طويلاً قد زاد عن السنة أو السنتين، خاصة وأننا نعلم أن المناصب المالية مرهونة بالميزانية المالية وكل هذا انعكس على مدة تسوية ملف وضعية العامل داخل المؤسسة.

ثالثا: الرقابة البعديّة

ظهر تطبيق الرقابة البعديّة نتيجة للوضعية الأولى وما ترتب عنها من مشاكل في تسوية ملفات التوظيف بموجب المرسوم 95-126 المؤرخ في 29 أبريل 1995 الذي ألغى نظام التأشير المسبقة الممارسة من مصالح المراقبة التابعة لمفتشيات الوظيف العمومي وذلك ابتداء من 01 جويلية 1995⁽¹⁾.

⁽¹⁾الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26، سنة 1995.

بدأ هذا النوع من الرقابة، وهو يعتمد على مراقبة قرارات التوظيف بعد إجراء العملية (عملية التوظيف) وذلك بتبليغ المؤسسة نسخة من قرار أو مقرررة التوظيف في مدة لا تتجاوز 10 أيام ابتداء من تاريخ التوقيع على القرار من قبل المؤسسة الموظفة حيث تقوم إدارة الوظيف العمومي بمراقبة مدى احترام الشروط والتنظيم المعمول بهما، وفي حالة مخالفة المؤسسة الموظفة لهذه الشروط تطلب القيام بالتدابير اللازمة لإصلاح الاختلالات. لوحظ في هذا الشأن أن مراقبة مصالح الوظيف العمومي لمختلف العقود والقرارات الإدارية كانت غير مقيدة بزمان وهذا ما يعتبر في تقديرنا أهم العيوب المسجلة. تعتمد الرقابة البعدية على مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية الذي تضعه المؤسسة والتي تحاول من خلاله تحديد وتنظيم احتياجاتها لمختلف عمليات التسيير خلال سنة عملية.

من خلال ما سبق يمكننا القول أن أساليب تسيير الموارد البشرية في الوظيف العمومي الجزائري قد مر بمرحلتين أساسيتين: الأولى إلى غاية مارس 2003 إذ يمكن وصفها بالوضعية المفتوحة حيث تتمتع فيها المؤسسة بحرية كبيرة في التسيير، مع ما لها من انعكاسات سلبية. والثانية بالمنظمة من خلال مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية. في هذا المقام قد يطرح التساؤل التالي:

ماذا يعني مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية ؟

للإجابة على هذه الإشكالية، نتطلع إلى الباحث التالية:

المبحث الثاني: المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية

نصت المادة 6 مكرر 1 من المرسوم التنفيذي رقم 95-126 المؤرخ في 29 أفريل 1995 على ما يلي: «... يتعين على المؤسسات والإدارات العمومية أن تقوم بإعداد مخططا سنويا لتسيير الموارد البشرية وفقا للمناصب المالية المتوفرة على ضوء الأحكام القانونية الأساسية والتنظيمية المعمول بها في الإدارات والمؤسسات العمومية...».

الهدف من إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية المنصوص عليه في الفقرة أعلاه، هو ضبط العمليات التي يجب على المسير القيام بها خلال السنة المالية، لا سيما ما تعلق منها: بالتوظيف، الترقية، التكوين، تحسين المستوى وتحديد المعلومات وفقا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 96-92، ثم وضعية الإحالة على التقاعد وفقا لأحكام القانون 83-12 المعدل والمتمم بالأمر 97-13.

وضع هذا المخطط في شكل رقم ثلاثة عشر (13) جدولاً تم إعدادها من قبل الإدارة المركزية المكلفة بالوظيفة العمومية (المديرية العامة للوظيفة العمومي).

يمكن من خلالها التحكم في كل عمليات التسيير وتسهيل مهمة المتابعة والرقابة الذاتية للسلطة التي لها صلاحية التعيين والتسيير، كما تسمح لمصالح الوظيفة العمومي القيام بالرقابة اللاحقة وإنجاز عملية رقابة الحسابات. تنقسم هذه الجدول الثلاثة عشر إلى ثلاثة أجزاء هي كالتالي:

الجزء الأول: يدرج فيه من الجدول رقم 01 إلى الجدول رقم 03 ويتعلق بتعداد المستخدمين في المؤسسة أو الإدارة العمومية وكذلك الإطار القانوني للتسيير.

الجزء الثاني: يحتوي على الجدول رقم 04 إلى الجدول رقم 07 إذ يعد لب المخطط التوقيعي لتسيير الموارد البشرية.

الجزء الثالث: يشمل الجدول رقم 08 إلى الجدول رقم 13 إذ يخص الرقابة اللاحقة وتقييم درجة إنجاز المخطط التوقيعي لتسيير الموارد البشرية من قبل مصالح الوظيفة العمومي.

المطلب الأول: شروط إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية

إن إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية بصفة ناجعة وفعالة يستوجب حسب تقديراتنا توفر شرطين رئيسيين وجوهريين في آن واحد وهما:

أولاً: الكفاءات البشرية

نظراً لأهمية المخطط يجب إسناد مهمة إنجازه متابعته لموظفين لهم الكفاءة اللازمة والقدرة على التصور وتحقيق التطور مع مرور الزمن، هذا ما جسده الرسالة المنشور رقم 09 المؤرخة في 24 ماي 2010 المتعلقة بدراسة المخططات السنوية لتسيير الموارد البشرية والمصادقة عليها وكذا المنشور رقم 06 المؤرخ في 05 ماي 2010 المتعلق بكيفيات الدراسة والمصادقة على المخططات السنوية لتسيير الموارد البشرية والإدارات العمومية. التعليم رقم 06 المؤرخة في 11 نوفمبر 2012⁽¹⁾ الخاصة بإعداد مخطط تسيير الموارد البشرية تعد إطاراً هاماً لأي متصرف أو مسير للموارد البشرية في إعداد المخطط السنوي و مرشداً ودليلاً فيما يخص: إدماج الموظفين في إطار القوانين الأساسية الجديدة، الإحالة على التقاعد، توثيق الشهادات والمؤهلات، كيفية تدوين المناصب المالية وإعادة تصحيحها في حالة وجود أخطاء ترسيم الموظفين، تسيير اللجان الإدارية المتساوية الأعضاء

(1) التعليم رقم 06 الخاصة بإعداد مخطط تسيير الموارد البشرية، المؤرخة في 11 نوفمبر 2012، المديرية العامة للوظيفة العمومي.

وتجديد لجان الطعن، الأعوان الموجودين في حالة القيام بالخدمة والتعيين في المناصب العليا ذات الطابع الهيكلي أو الوظيفي، توزيع المناصب المالية حسب الأنماط القانونية، التكفل بمنتوج التكوين المتخصص والتكوين التكميلي بعد الترقية، كيفية إجراء المسابقات والامتحانات المهنية والتأثيرات على القوائم الاسمية.

ثانيا: المعرفة الغزيرة للنصوص التشريعية والتنظيمية

أي لها علاقة وطيدة بتسيير الموارد البشرية والتحكم فيها، إذ نذكر على سبيل المثال لا الحصر ما يأتي:

- النصوص المتعلقة بالهيكل التنظيمي للمؤسسة أو الإدارة المعنية.

- النصوص الخاصة بصلاحيات التعيين والتسيير.

- القانون الأساسي النموذجي للإدارات والمؤسسات العمومية.

- القوانين الأساسية الخاصة.

- قوانين تتعلق بالإحالة على التقاعد.

- النصوص المتعلقة بتنظيم المسابقات والامتحانات المهنية سيما المستحدثة منها.

- النصوص المتعلقة بتنظيم التكوين، تحسين المستوى وتحديد المعلومات.

إن المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية الذي أحدث بموجب المرسوم التنفيذي رقم 59-126 المؤرخ في 29 ذي القعدة عام 1415 هـ الموافق لـ 29 أفريل 1995 المعدل والمتمم للمرسوم رقم 66-145 المؤرخ في جوان 1966 يعتبر أهم مرحلة من مراحل العملية الإدارية والأساس الذي تركز عليه المراحل الأخرى ويعتبر أداة تحليلية لنظام التسيير والسياسة المنهجية في توفير الموارد البشرية سنويا . المخطط يركز أساسا على التسيير التوقعي، وهو بمثابة برنامج عمل يعده المسير وفق الميزانية الممنوحة سنويا ويجعل منه القاعدة المرجعية، قصد تجسيد الأهداف المسطرة والتي تتمثل في الاستغلال العقلاني والأبجع للموارد البشرية والمالية.

والتخطيط يعني رؤية المستقبل أو استشرافه ثم الاستعداد لمواجهةته كما عرف (هنري فايول) التخطيط بقوله: «... إذا لم يكن التنبؤ هو كل الإدارة، فهو على الأقل جزء أساسي منها. وأن تنبأ في هذا المجال يعني أن تقييم المستقبل وتستعد له، وعلى ذلك فالتنبؤ هو في حد ذاته نشاط حقيقي...»⁽¹⁾.

بعد الحصول على الاعتمادات والمناصب المالية للسنة الجديدة، تشرع الإدارة المعنية في إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية حسب الجداول المشكلة له على أن يقدم في آجال محددة إلى مصالح الوظيفة

(1) طارق محبوب، الإدارة العامة: (العملية الإدارية و الوظيفة العامة و الإصلاح الإداري)، كلية الحقوق، جامعة بيروت العربية، د.س.ن، ص 225.

العمومية (المفتشية) قصد المصادقة عليه كما هو منصوص عليه في آخر تعليمة صادرة رقم 01 مؤرخة في 20 فبراير 2013 المتعلقة بتطبيق أحكام المرسوم التنفيذي رقم 194-12 المؤرخ في 25 أبريل 2012.

يقدم مخطط تسيير الموارد البشرية على شكل سبع جداول يراعي في إنجازها وإتمام عملياته أحكام آخر تعليمة رقم 06 المؤرخة في 11 نوفمبر 2012 المشار إليها سابقا.

المطلب الثاني: الجزء الأول من المخطط

يتعلق بوضعية تعداد موظفي المؤسسات أو الإدارات العمومية ويحتوي على ثلاث جداول:

أولاً: الجدول رقم 01:

يتضمن هيكل التعدادات الحقيقية إلى غاية 12/31 من السنة المالية المنقضية مع إظهار المناصب حسب الصفات (الوظائف العليا، المناصب العليا والرتب) بما فيه أعداد الأعوان المؤقتين بالساعة أو باليوم وهذا كله يسجل حسب السنة المنقضية "م-1" إذ فيها تعداد المناصب المشغولة خلال هذه السنة. ينقسم الجدول إلى ثلاثة أجزاء وهي: أ) الوظائف العليا.
ب) المناصب العليا.
ج) الأسلاك والرتب ودليل تعدادات الميزانية.

ثانياً: الجدول رقم 02:

يتكون الجدول رقم 02 من:

- ← جدول رقم 02: الأجهزة الاستشارية، لجان المستخدمين ولجان الطعن.
- ← جدول رقم 01/02: وضعية الحالات التأديبية.
- ← جدول رقم 02/02: وضعية القضايا المتنازع فيها.

أ- الأجهزة الاستشارية: يدون في الجدول رقم 02 الخاص بالأجهزة الاستشارية لجان المستخدمين ولجان الطعن. ويجب التأكد من صلاحية هاته اللجان بمراجعة قرارات الإنشاء أو تجديدها، وكذا تاريخ نفاذ صلاحيتها.

ب- إنشاء اللجان المتساوية الأعضاء: نشأ اللجان المتساوية الأعضاء طبقا للمادة 2 من المرسوم رقم 84-10 المؤرخ في 14 يناير 1984 المحدد لاختصاص اللجان المتساوية الأعضاء وتشكيلها وتنظيمها وعملها.

- تنشأ اللجنة المتساوية الأعضاء للإدارات المركزية لدى الوزير.
- تنشأ اللجنة المتساوية الأعضاء الولائية لدى الوالي.
- تنشأ اللجنة المتساوية الأعضاء للمصالح غير مرمزة لدى مسؤول كل مصلحة غير مرمزة.

- تنشأ اللجنة المتساوية الأعضاء للبلديات لدى رئيس المجلس الشعبي البلدي.
- تنشأ اللجنة المتساوية الأعضاء للمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري لدى مسؤول المؤسسة المعنية.
- وترجع رئاسة اللجنة المتساوية الأعضاء للمسؤول (الوزير، الوالي، رئيس المجلس الشعبي البلدي، مسؤول المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري أو مسؤول المصلحة غير المركزية) أو ممثل مؤهل قانوناً⁽¹⁾.
- ج- تجديد اللجنة المتساوية الأعضاء:** في حالة انقضاء مدتها القانونية يطلب من المؤسسة أو الإدارة المعنية في الإسراع في تجديد اللجنة المتساوية الأعضاء طبقاً لمادة 8 من المرسوم التنفيذي رقم 84-10 المؤرخ في 14 يناير 1984 المحدد لاختصاص اللجان المتساوية الأعضاء وتشكيلها وتنظيمها وعملها، وتحدد هذه اللجنة في حدود أربعة أشهر على الأكثر وخمسة عشر يوماً على الأقل قبل إنهاء تاريخ مدة عضوية الأعضاء.
- د- تمديد مدة عضوية اللجان المتساوية الأعضاء:** نصت المادة 5 من المرسوم السالف الذكر في فقرتها الثانية على أن يتم تمديد فترة عضوية اللجان بصفة استثنائية لمدة ستة (06) أشهر بعد موافقة مصالح الوظيفة العمومية.
- دورات اللجان المتساوية الأعضاء:** تعقد دورات اللجان غالباً في شهر ديسمبر من كل سنة مالية على أن يتم في هذه الدورات دراسة المسائل التالية: الترقية عن طريق التسجيل على قائمة التأهيل، الترقية عن طريق التأهيل المهني.
- هـ- إنشاء لجان الطعن:** تنشأ طبقاً للمادة 22 من المرسوم رقم 84-10 المؤرخ في 1 يناير 1984 على مستويين:
- المستوى الأول:** تنشأ لجان الطعن للإدارات المركزية لدى الوزير ويرأسها هو بنفسه أو ممثله وتختص هذه اللجان بدراسة الطعون المقدمة من طرف أعوان الإدارات المركزية والمؤسسات العمومية الوطنية، وكذلك أعوان المصالح غير المركزية الذين يخضع مساهمهم المهني للتسيير المركزي.
- المستوى الثاني:** تنشأ لجان الطعن الولائية لدى الوالي الذي يتولى رئاستها أو من يمثله. وتختص هذه اللجنة بدراسة الطعون المقدمة من طرف أعوان المصالح الغير المركزية والذين لا يخضع مساهمهم المهني للتسيير المركزي.

(1) راجع في هذا الشأن:

- الرسالة المنشور رقم 03 المؤرخ في 17 ماي 2003 المتعلقة باللجان المتساوية الأعضاء للمؤسسات والإدارات العمومية المحلية.
- الرسالة المنشور رقم 15 المؤرخة في 10 أوت 2004، المتعلقة بلجنة الطعن.
- المنشور رقم 18 المؤرخ في 31 يناير 2009 المتعلق باللجنة التأديبية الاستشارية المتساوية الأعضاء للأعوان المتعاقدين.
- المنشور رقم 06 المؤرخ في 31 يناير 2009 المتعلق باللجنة التأديبية الاستشارية المتساوية الأعضاء للأعوان المتعاقدين.

و- تجديد لجنة الطعن: يتم تجديد لجان الطعن بعد تجديد اللجان المتساوية الأعضاء في حدود أجل لا يتعدى شهرا واحدا بعد تنصيب اللجان المتساوية الأعضاء. في حالة عدم تجديدها تكون القرارات التي تتخذها هذه اللجان باطلة قليست لها آثار على الأشخاص المعنية.

عندما تنتهي عهدة لجنة الطعن على مستوى الولاية قبل المصادقة على المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية للمؤسسات والإدارات العمومية للولاية، يمكن المصادقة على المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية بتحفظ حول ضرورة تجديد لجنة الطعن خلال السنة المالية⁽¹⁾.

لا يتم تمديد آجال صلاحية لجان الطعن إلا في حالة تمديد فترة اللجان المتساوية الأعضاء. أما بخصوص اللجنة التأديبية الاستشارية المتساوية الأعضاء للأعوان المتعاقدين ينبغي تطبيق مايلي: في حالة عدم توفر الإدارة أو المؤسسة على العدد الكافي للأعوان المتعاقدين من أجل إنشاء اللجنة المتساوية الأعضاء التأديبية فيجب اتخاذ أحد الإجراءات التالية:

- 1- تشكيل بصفة استثنائية للجنة من عضوين يمثلون الأعوان المتعاقدين وعضوين يمثلون الإدارة.
- 2- استبدال بصفة انتقالية للجنة التأديبية الاستشارية المتساوية الأعضاء للأعوان المتعاقدين بلجنة المديرية الولائية الوصية أو التابعة للوزارة الوصية عند الاقتضاء.
- 3- في حالة عدم توفر الإدارة على التعداد الكافي للأعوان المتعاقدين من أجل تعيين الأعضاء المستخلفين يمكن أن تشكل من الأعضاء الدائمين كما ينبغي التوضيح في هذا المقام أنه بإمكان الإدارة تعيين ممثلي الإدارة في هذه اللجان من بين الموظفين. في هذه الظروف يمكن المصادقة على المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية للإدارة المعنية.

إن الجدول رقم 02/02 يتعلق بوضعيات القضايا المتنازع فيها على مستوى الإدارات والمؤسسات العمومية المعنية ويحدد الجدول ما يلي: أطراف النزاع، ونوع الحكم القضائي، موضوع النزاع، حجية الشيء المقتضى به، والجهة القضائية المختصة، الطعون القضائية، طرق الدفاع عن مصالح الدولة.

تحال كل القضايا المتنازع فيها إلى الغرفة الإدارية للمحكمة تطبيقا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 98-262 المؤرخ في 29 أوت 1998 المحدد لكيفيات إحالة جميع القضايا المسجلة والمعروضة على الغرفة الإدارية للمحكمة العليا إلى مجلس الدولة.

(1) التعلية رقم 06 الخاصة بإعداد مخطط تسيير الموارد البشرية مؤرخة في 11 نوفمبر 2012 مرجع سبق ذكره.

يحدد هذا المرسوم كيفيات إحالة جميع القضايا المسجلة أو المعروضة على الغرفة الإدارية للمحكمة طبقاً لأحكام المادة 43 من القانون العضوي رقم 98-01 المؤرخ في 31 ماي 1998، والمنشور رقم 05 المؤرخ في 12 أبريل 2004⁽¹⁾.

أما الجدول رقم 03: فيتضمن قرارات الإطارات الخاصة بالامتحانات والمسابقات: ويسجل في هذا الجدول كل القرارات في الإطار المتعلق بتسيير مختلف الأسلاك والرتب المسيرة من طرف القطاع ولا سيما تلك المتعلقة بالتوظيف (الامتحانات والمسابقات) كل حسب القطاع التابع إليه. يراعي في هذا المجال تنفيذ أحكام التعليم رقم 01/م.ع.ر، مؤرخة في 20 فبراير 2013 المتعلقة بتطبيق أحكام المرسوم التنفيذي رقم 12-194 المؤرخ في 25 أبريل 2012 المحدد لكيفيات تنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية في المؤسسات والإدارات العمومية وإجرائها، حيث تم:

1- تكريس المسابقة على أساس الشهادة كنمط توظيف تكميلي للمسابقة على أساس الاختبارات والفحص المهني؛

2- ضرورة التوفيق عند توزيع المناصب المالية بين احتياجات التوظيف الخارجي ومتطلبات الترقية الداخلية للموظفين لاعتبارها حقاً قانونياً للنعيين؛

3- وضع أطر دقيقة لتنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية في كل مراحلها من التوظيف إلى النتائج النهائية ودراسة الطعون ومتابعتها.

المطلب الثالث: الجزء الثاني من المخطط:

يشمل هذا الجزء من المخطط على العمليات المختلفة لتسيير الموارد المنتظرة مع آجال تحقيقها للسنة المالية ضمن أربعة جداول أساسية:

أولاً: الجدول رقم 04 (المخطط التوقيعي للتوظيف خلال السنة المالية الجديدة):

يعتبر هذا الجدول الركيزة الأساسية لكل العمليات التسييرية المتوقع إنجازها بعنوان السنة المالية الجديدة وبالتالي فهو يشمل على كل الترتيبات القانونية المتعلقة بتحديد مختلف شروط التوظيف المتضمن في القانون الأساسي، ويمكن اعتباره كلوحة قيادة بين أيدي المسير بحيث أن من أحس استعماله أمكنه في آخر السنة من استغلال كل المناصب المالية المتوفرة ومن اتخاذ كل الإجراءات التسييرية المتعلقة بتحويل وتجديد المناصب المالية الشاغرة مع

(1) المنشور رقم 05 المؤرخ في 12 أبريل 2004 المحدد لكيفيات تطبيق المادتين 130 و 131 من المرسوم رقم 85-59 المؤرخ في 23 مارس 1985 المتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات و الإدارات العمومية.

احترام نسب وأنماط التوظيف بالنسبة للمناصب الشاغرة. توزع المناصب المالية الشاغرة بالتقيد بالأحكام المنصوص عليها في النصوص التنظيمية والمتعلقة بالنسبة المخصصة لمختلف أنماط التوظيف في حالة ما إذا كان عدد المناصب المتوفرة أقل من 10 أو غير مضاعف للعدد 10. ضمن هذه القاعدة فإن الباقي من النسب المئوية التي تنتج عن تطبيق عملية أنماط التوظيف يكون تقسيمها كالتالي:

- في حالة ما إذا كان الباقي من النسب يساوي أو يفوق 0.5 يحول هذا الباقي إلى منصب مالي واحد ويضاف إلى نمط التوظيف الذي يتوفر على هذا الباقي.

- في حالة ما إذا كان الباقي أقل من النسب أقل من نسبة 0.5 يلغى هذا الباقي من نمط التوظيف الذي يتوفر على هذا الباقي.

- وعلى سبيل المثال إذا كان عدد المناصب المالية الشاغرة 09 توزع هذه الأخيرة طبقا للنسب المئوية القانونية كالتالي:

30% الامتحان المهني: أي 2.7 منصبا (الباقي 0.7).

10% الترقية عن طريق الاختيار: أي 0.9 منصبا (الباقي 0.9).

0.5% التأهيل المهني: أي 0.45 منصبا (الباقي 0.45).

إن باقي القسمة العشرية بالنسبة لكل نمط من التوظيف سيخصص كالتالي:

- إن نسبة 0.7 المتبقية من نمط التوظيف عن طريق الامتحان المهني تفوق 0.5 وبالتالي ترفع إلى منصب واحد ويضاف إلى المنصبين المخصصين مبدئيا إلى هذا النمط من التوظيف الذي يصبح عدد المناصب المالية المخصصة له 03 مناصب.

- إن نسبة 0.9 المتبقية من نمط التوظيف عن طريق الترقية الاختيارية تفوق 0.5 وبالتالي يرفع إلى منصب واحد ويخصص إلى هذا النمط من التوظيف الذي يصبح عدد المناصب المالية المخصصة له 03 مناصب.

- إن نسبة 0.45 المتبقية من نمط التوظيف عن طريق المفاة المهنية تقل 0.5 وبالتالي لا تأخذ بعين الاعتبار ولذلك لا يخصص أي منصب مالي من هذا التوظيف.

أما المناصب المالية المتبقية: $9 - (2.7 + 0.9 + 0.45) = 4.95$ أي مجموع 05 مناصب فيتم تخصيصها للتوظيف الخارجي (على أساس الشهادات، المسابقات، أو على أساس الاختبارات) ويكون احترام نسب التوظيف حسب المنشور 133 المؤرخ في 30 مارس 1999 والمتعلق بنسب وأنماط التوظيف وعليه يكون نمط التوظيف كما يلي:

مثال: في حالة إذا كان عدد المناصب من منصب 1 إلى 10 مناصب يكون تقسيمها حسب الجدول التالي:

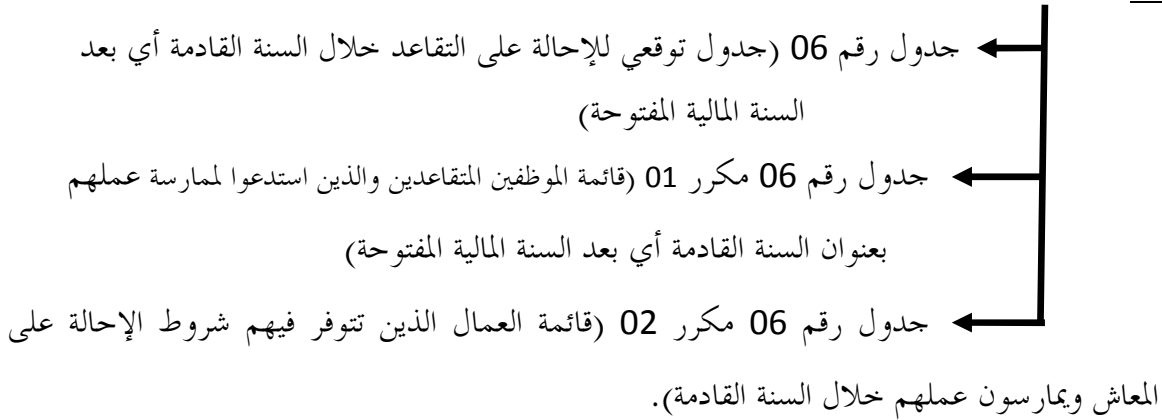
جدول رقم (1-2): يتعلق بنسب وأنماط التوظيف.

التأهيل المهني %5	الترقية الاختيارية %10	الامتحان المهني %30	التوظيف الخارجي	المناصب المالية
			1	01
		1	1	02
		1	2	03
		1	3	04
	1	1	3	05
	1	2	3	06
	1	2	4	07
	1	2	5	08
	1	3	5	09
	1	3	6	10

المصدر : من اعداد الباحث بناء على أنماط قانون الوظيف العمومي.

ثانيا: الجدول رقم 05: هو جدول بياني لعمليات التسيير التوقيعي للموارد البشرية بعنوان السنة المالية الجديدة يحدد هذا الجدول الرزمانة السنوية لكل العمليات المبرمجة في مجال التسيير بهدف السماح للمسير من تنظيم عملياته طيلة السنة وتحديد التواريخ المتوقعة لتحقيق عملية التوظيف.

ثالثا: الجدول رقم 06: وتتكون هذه الجداول من:



التقاعد: يتضمن هذا الجزء قائمة الموظفين الذين بلغوا أو من المتوقع بلوغ 60 سنة من العمر، وهو الشرط

الأساسي والمرجعي للإحالة على التقاعد بالنسبة لجميع الأسلاك والرتب.

- الموظف يستفيد من التقاعد في حدود تطبيق قانون التقاعد رقم 83-12 المؤرخ في 02 جويلية 1983

بحسب المادتين 3 و 4 من القانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المعدل والمتمم بالقانون رقم 99-03

المؤرخ في 05 ذي الحجة عام 1419 الموافق لـ 22 مارس 1999 والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية أي كل

العمال الأجراء والأشخاص الطبيعيين.

أنواع التقاعد:

أ- **التقاعد عند السن 60:** يشترط للحصول على التقاعد 60 سنة للرجل وللمرأة العاملة 55 سنة، أما بالنسبة للعامل المصاب بعجز تام ونهائي لا يقيد بشرط السن.

ب- **القاعد بدون شروط:** وتكون مدة العمل 23 سنة بناء على طلب المعني، طبقاً للأمر 97-13 المؤرخ في 1997/05/31 وعند تصفية الملف يؤخذ بعين الاعتبار المدة التي تدخل في حكم فترات العمل. في هذه الحالات يتم إحالة الموظف على التقاعد بواسطة قرار بحيث يخضع للتأشيرة من طرف صندوق التقاعد الذي يحدد حقوق معاش العامل أو الموظف المتقاعد.

جدول رقم 06 مكرر 01: يتعلق بالموظفين المتقاعدين والذين استدعوا لممارسة عملهم مستقبلاً نظراً لحاجة الإدارات والمؤسسات العمومية لهذا الموظف، أو لعدم وجود شخص مناسب و جدير بالوظيفة التي يشغلها هذا الموظف الذي هو في حالة تقاعد، وهذا يخضع لرخصة من المديرية المركزية للوظيفة العمومية.

جدول رقم 06 مكرر 02: ويتعلق هذا الجدول بقائمة العمال الذين تتوفر فيهم شروط الإحالة على المعاش ويمارسون عملهم ولم يتقاعدوا.

يمكن الفرق بين هاذين الجدولين في أنه يتضمن الجدول رقم 01/06 الموظفين الذين استوفوا السن والمدة القانونية للتقاعد، ونظراً لحاجة المصلحة يتم استدعاؤهم من طرف الإدارة أو المؤسسة المعنية لممارسة عملهم، أما بالنسبة للجدول رقم 02/06 عكس الجدول الأول، بحيث يتضمن الموظفين الذين هم في سن التقاعد ولم تصل مدة الخدمة المتحصل عليها الحد الأدنى وهي 15 سنة، وبالتالي فإن الفئة تستفيد من المعاش وليس من التقاعد.

رابعاً: الجدول رقم 07: (الجدول التوقعي لتنظيم وتحسين المستوى وتجديد المعلومات خلال السنة م+1)

يخص هذا الجدول رقم 07 المخطط التوقعي لتنظيم التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات و يبين السلك أو الرتبة لكل عملية تكوين (أولي، إضافي، تحسين المستوى، تجديد المعلومات) عدد الأعوان، تاريخ الدخول، مدة التكوين. تتم هذه العملية حسب المرسوم التنفيذي رقم 96-92 المؤرخ في 03 مارس 1996 المتعلق بتكوين الموظفين وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم، ويستفيد الموظفون الذين نجحوا في دورات تكوين متخصص أو تحسين المستوى أو تجديد المعلومات من أحد الامتيازات وهذا يكون حسب الطريقة التالية:

* **دورات التكوين المتخصص:** يستفيد الموظف من ترقية في السلك أو الرتبة حسب الشروط المنصوص عليها

في القانون الأساسي الخاص الذي يخضع له هذا السلك أو هذه الرتبة.

*** دورات تحسين المستوى:**

1- إذا كانت مدة الدورة على الأقل ستة (06) أشهر تمنح الحق في أحد الامتيازات الآتية:

- التسجيل بصفة تفضيلية في قائمة التأهيل للترقية عن طريق الاختيار.
- الاستفادة بصفة تفضيلية من ترقية عن طريق التأهيل المهني.

2- إذا كانت مدة دورات تحسين المستوى تفوق (06) أشهر وتقل عن تسعة (09) أشهر يمكن أن تسمح

بتخفيض في الأقدمية للترقية في الدرجة أو الترقية عن طريق الاختبار يساوي مدة دورة التكوين وتحسين المستوى.

3- إذا كانت مدة الدورة تتراوح بين تسعة أشهر (09) واثني عشرة (12) شهرا يمكن أن تخول أحد

الامتيازات الآتية:

- منح درجة إضافية.

- تخفيض في الأقدمية للترقية الاختيارية تساوي مدة الدورة.

- تثبت مختلف دورات تحسين المستوى بشهادات تعد لكل مترشح من طرف الهيئة التي أشرفت على العملية.

*** تجديد المعلومات:**

1- إذا كانت مدة الدورة تتراوح ما بين ثلاثة (03) أشهر وستة (06) أشهر تمنح الحق للموظف في:

- الاستفادة بصفة تفضيلية للترقية عن طريق التأهيل المهني.

- تخفيض في الأقدمية للترقية في الدرجة أو الترقية عن طريق الاختبار يساوي مدة الدورة.

2- إذا كانت مدة الدورة تقل عن ثلاثة أشهر فإنها تخول أحد الامتيازات:

- التسجيل بصفة تفضيلية في قائمة التأهيل للترقية عن طريق الاختبار.

- تخفيض في الأقدمية للترقية في الدرجة أو الترقية عن طريق الاختبار يساوي مدة الدورة.

- تثبت عمليات تجديد المعلومات المذكورة أعلاه بالنسبة لكل مترشح بشهادات تعد من طرف الهيئة التي أشرفت على هذه العملية.

تحدد التعليم رقم 1278 المؤرخة في 1995/12/30 تاريخ 15 مارس من كل سنة آخر أجل لعملية

المصادقة على المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية إلا أن الملاحظ أن هذه العملية قد تصل إلى شهر جوان

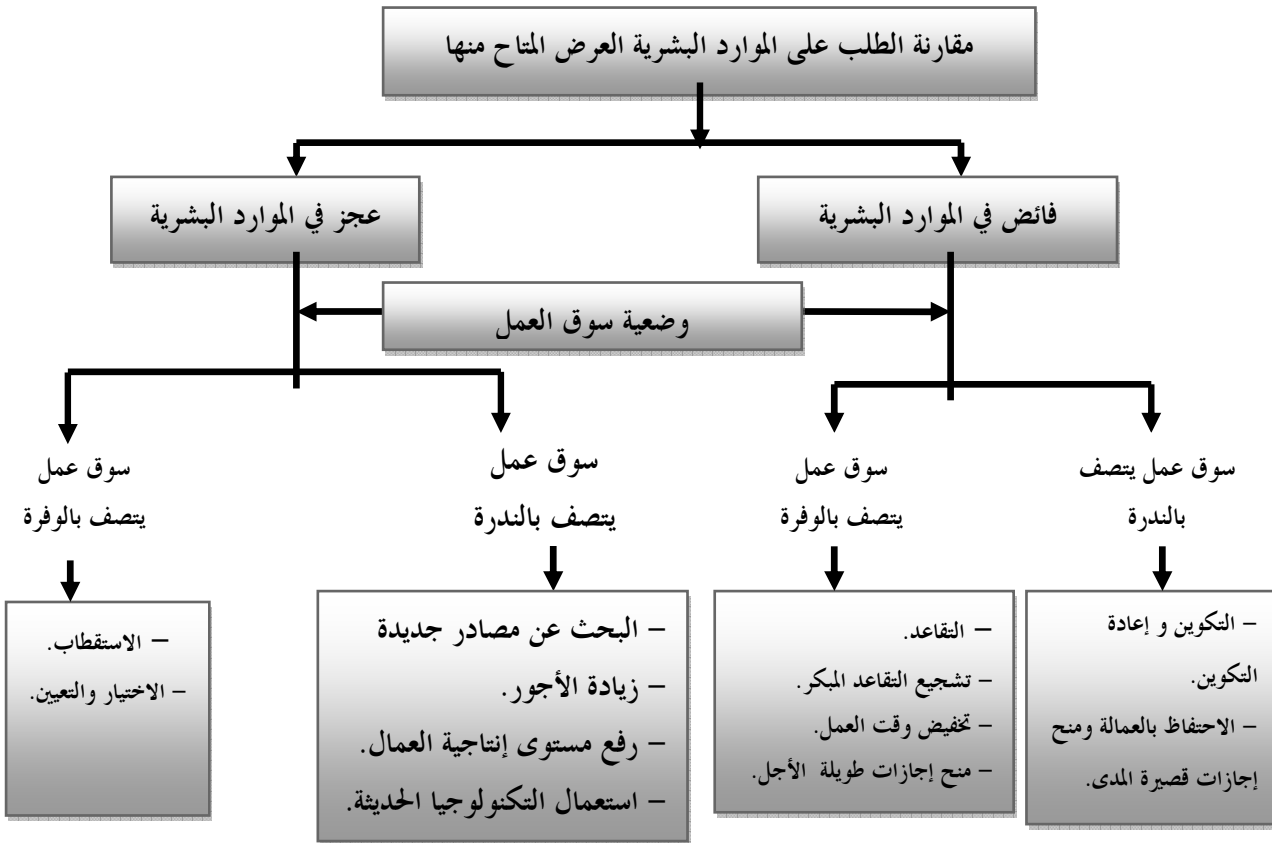
بسبب الوصول المتأخر للمناصب المالية للمؤسسات والإدارات العمومية.

إن تقيد الإدارات والمؤسسات العمومية بكل التعليمات التي تحدد كيفية إنجاز المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية ورفع كل الشوائب التي تعرقل مساره، لضمان السير الحسن يعد من واجبات الإدارة وبدونها لا تستطيع من استغلال المناصب المالية الممنوحة .

المبحث الثالث: كيفية استغلال المناصب المالية، حصيلة الشغل ومخطط التكوين

بعد المصادقة على المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية، تشرع الإدارات والمؤسسات العمومية باستغلال هذه المناصب المالية الشاغرة التي تظهر في الجدول رقم (04). ينبغي استغلال هذه المناصب حسب النسب المحددة قانونيا كما تنص عليه القوانين الأساسية، عن طريق التوظيف الخارجي والداخلي. أنظر الشكل رقم (2-1) الذي يبين تخطيط الموارد البشرية قصد تحديد العجز والفائض منها.

الشكل رقم (2-1) يبين تخطيط الموارد البشرية لتحديد العجز والفائض منها



المصدر : أحمد ماهر "إدارة الموارد البشرية"، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 2001 ص120.

المطلب الأول: التوظيف الداخلي والخارجي:**أولاً: التوظيف الخارجي:**

إن التوظيف يتم عن طريق تنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية في إطار المراجع التالية:

- المرسوم التنفيذي رقم 12-194 المؤرخ في 25 أبريل 2012 المحدد لكيفيات تنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية في المؤسسات والإدارات العمومية وإجراءاتها⁽¹⁾.

- التعليم رقم 01 المؤرخة في 20 فبراير 2013 المتعلقة بتطبيق أحكام المرسوم التنفيذي رقم 12-194 المؤرخ في 25 فبراير 2013 المشار إليه أعلاه.

- المنشور رقم 07 المؤرخ في 28 أبريل 2011 المتعلقة بمعايير الانتقاء في المسابقات على أساس الشهادة للتوظيف في رتب الوظيفة العمومية.

لقد لوحظ بخصوص تنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية بعنوان سنة 2013 فقد أظهرت تقارير التدقيق التي أعدتها المصالح المركزية والمحلية للمديرية العامة للوظيفة العمومية إلى نقائص في حصيللة سنة 2012 مما أدى إلى وقوع طعون ومنازعات بشأن المسابقات والامتحانات⁽²⁾.

1- إطار تنظيم المسابقات والامتحانات والاختبارات المهنية: حدد المرسوم التنفيذي رقم 12-194 المؤرخ في 25 أبريل 2012 المشار إليه في الفصل الثاني على أن إطار تنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية بقرار من السلطة المكلفة بالوظيفة العمومية للالتحاق بالأسلاك المشتركة وكذا أسلاك العمال المهنيين وسائقي السيارات والحجاب وبقرار من الوزير المعني للالتحاق بالأسلاك الخاصة التابعة لقطاعه بعد أخذ رأي المطابقة للسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

2- كيفيات فتح المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية: يتم فتح المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية حسب الحالة بقرار أو بمقرر من السلطة التي لها صلاحيات التعيين أو السلطة الوصية، ويوضح القرار على وجه الخصوص:

- الأسلاك أو الرتب التي فتحت من أجلها المسابقة أو الامتحان أو الفحص المهني؛

- نمط التوظيف أو الترقية إن كانت مسابقة على أساس الشهادات، على أساس الاختبارات، امتحان أو

فحص مهني؛

(1) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26، 03 ماي 2012، ص 10.

(2) راجع في هذا الشأن: تعليمية المديرية العامة للوظيفة العمومية رقم 26 (ك خ) م ع و ع، 2013، مؤرخة في 10 جويلية 2013 مذكورة في الملحق مع هذه الرسالة.

- عدد المناصب المالية المخصصة لكل نمط توظيف أو ترقية؛
- الشروط القانونية للمشاركة في المسابقة والامتحان والفحص المهني؛
- عدد الاختيارات وطبيعتها، مدتها، معاملاتها وعند الاقتضاء، النقاط الإقصائية في اختبارات القبول والنجاح النهائي في المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية؛
- تواريخ فتح التسجيلات وانتهائها؛
- تشكيلة لجنة الانتقاء في المسابقة على أساس الشهادات؛
- تشكيلة لجنة القبول و/أو النجاح النهائي كما هي محددة في المواد 24، 26 و 27 من المرسوم رقم 12-194 المؤرخ في 25 أبريل 2012 المذكور أعلاه.

3- تبليغ أو مقررات فتح المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية: تحدد المادة 11 من المرسوم السالف الذكر أن يكون تبليغ نسخة من القرار أو المقرر المتضمنة فتح المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية للمصالح المركزية أو المحلية للسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية حسب الحالة في أجل أقصاه 05 أيام عمل ابتداء من تاريخ توقيعه. ويتم تبليغ نسخة من القرار أو المقرر عن طريق الإيداع لدى المصالح المختصة للوظيفة العمومية مقابل وصل استلام وفي أجل أقصاه (07) أيام عمل، تبدي هيئة الوظيف العمومي رأيها في المطابقة أو عدم المطابقة كما يلي:

- للأحكام القانونية الأساسية المتعلقة بالشروط المطلوبة للمشاركة في المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية خصوصا ما تعلق بالشهادات، المؤهلات المطلوبة للتوظيف، الأقدمية المهنية... إلخ؛
 - للأحكام التنظيمية المتعلقة بطبيعة الاختبارات تنقيط معايير الانتقاء... إلخ؛
 - المقرر توزيع المناصب المالية الخاصة بالتوظيف الخارجي والداخلي.
- أما في حالة عدم تبليغ هذه الوثائق في الآجال المحددة للمصالح التابعة للسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية تعتبر غير ملزمة لها.

4- إشهار المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية: تتم عملية إشهار المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية وفق الكيفيات المحددة والمنصوص عليها في المادة 12 من المرسوم التنفيذي رقم 12-194 المشار إليه. في هذا المضمون ينبغي على المؤسسات إشهار المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية في أجل أقصاه سبعة (07) أيام عمل ابتداء من تاريخ الحصول على المطابقة لمصالح الوظيفة العمومية، ويتم الإشهار لموضوع

التوظيف الخارجي عن طريق الإعلان في الصحافة المكتوبة وبكل وسيلة أخرى ملائمة بالنسبة للرتب المرتبة في الصف العاشر (10) على الأقل.

وبخصوص المسابقات المركزية أو ذات البعد الوطني فيتم إشهارها في يومية وطنية باللغة العربية ويومية وطنية باللغة الفرنسية على الأقل.

وبالنسبة للمسابقات الأخرى فيجب إشهارها في يومية وطنية أو جهوية باللغة العربية وأخرى وطنية أو جهوية باللغة الفرنسية على الأقل.

وأما بالنسبة للرتب الأخرى فيتم إشهارها عن طريق الإلصاق على مستوى وكالات التشغيل وبكل وسيلة أخرى ملائمة بالنسبة لما يتعلق بالامتحانات والفحوص المهنية المخصصة للترقية الداخلية فإنه ينبغي على المؤسسات والإدارات ضمان إلصاق وإشهار واسع لها في أماكن العمل وكذلك على موقع الانترنت للمؤسسة أو الإدارة المعنية أو السلطة الوصية عليها عند الاقتضاء.

كما يجب مراعاة التعليم رقم 03 الصادرة بتاريخ 2007/05/09 المتعلقة بالإعلان عن المسابقات عن طريق الانترنت وعلى موقع المديرية العامة للوظيفة العمومية⁽¹⁾.

5- أبعاد المسابقة: وطنية أو محلية: إن الطابع الوطني للمسابقات يتم تحديده وفق ما يلي:

- مستوى التأهيل المطلوب في الرتبة المطلوبة به مثال: أستاذ التعليم العالي، ممارس إحصائي في الصحة العمومية.... إلخ؛

- الطابع المتخصص للإدارة التي تقوم بعملية التوظيف مثال: الأمن الوطني، الجمارك، إدارة السجون، الحماية المدنية.... إلخ؛

- نمط التسيير المركزي للسلك أو الرتبة المعنية بالتوظيف؛

- الاختصاص الوطني للهيئة، المؤسسة أو الإدارة المعنية.

ويجب التنويه أن عدم اشتراط الإقامة كشرط للمشاركة في المسابقة يجعل هذه الأخيرة ذات بعد وطني.

بالمقابل، في حالة تواجد المنصب المعني بالتوظيف في تراب الولاية ويتم تنظيم المسابقة من طرف لفائدة مؤسسة أو إدارة عمومية تقع في هذه الولاية فيخصص التوظيف فقط للمرشحين المقيمين بهذه الولاية.

⁽¹⁾ www.Concour-Fonction Publique.gov.dz.

كذلك الشأن بالنسبة للمسابقات المنظمة من طرف بلدية بعيدة أو نائية حسب ما يتم تقريره من طرف والي الولاية المختص إقليميا، فإن الأولوية في التوظيف تمنح للمرشحين المقيمين بهذه البلدية⁽¹⁾.
وأما بخصوص آجال التسجيلات في المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية فإنها تنطلق ابتداء من تاريخ أول إعلان في الصحافة المكتوبة أو الإلصاق وتمتد لمدة لا تقل عن (15) يوما ولا تزيد عن (30) يوما وتتولى الإدارة المعنية رفض ملفات المرشحين التي تصل خارج هذا الآجال وكل تسجيل يتم توثيقه والبرهنة عليه أمام كل عملية مراقبة أو تدقيق تقوم بها مصالح الوظيفة العمومية.

6- دراسة ملفات الترشيح للمسابقات والامتحانات والفحوص المهنية: لقد وضع تشريع الوظيفة العمومية في الإدارة الجزائرية مدة أقصاها عشرة (10) أيام من غلق التسجيلات لدراسة ملفات المرشحين المقدمة وفق إعلانات التوظيف. وتقوم اللجنة المكونة من:

- السلطة التي لها صلاحية التعيين رئيسا؛
- ممثل المؤسسة أو الإدارة المعنية عضوا؛
- ممثل منتخب عن اللجنة الإدارية المتساوية الأعضاء للسلك أو الرتبة عضوا.

وذلك بدراسة ملفات الترشيح وإعداد محضر حسب نموذج تدون فيه على الخصوص:

أ. القائمة الاسمية للمرشحين المقبولين للمشاركة في التوظيف بالنظر إلى استيفائهم الشروط المطلوبة ومحتوى ملفاتهم.

ب. القائمة الاسمية للمرشحين المرفوضين مع تبيان أسباب الرفض، وتبلغ نسخة من المحضر مرفقة بنسخة من أول إعلان للمسابقة إلى المصالح المركزية أو المحلية للوظيفة العمومية حسب الحالة في أجل لا يتعدى خمسة عشر (15) يوما ابتداء من تاريخ غلق التسجيلات.

إثر ذلك يمكن تقديم الطعون لدى السلطة التي لها صلاحيات التعيين التي يجب عليها البت في هذا الطعن، ويترتب عن دراسة الطعون إعداد محضر إضافي لقائمة المرشحين المقبولين للمشاركة في مسابقات التوظيف والامتحان والفحص المهني، وتبلغ نسخة منه لمصالح السلطة المكلفة بالوظيفة العمومية حسب الحالة مركزيا أو محليا.

⁽¹⁾ راجع المادة رقم 06 الفقرة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 12-194، مرجع سبق ذكره.

7- إعلان النتائج النهائية:

أ. إعلان النتائج النهائية للمسابقات على أساس الاختبارات والامتحانات والفحوص المهنية: يعتبر ناجحا نهائي في المسابقات على أساس الاختبارات، الامتحانات والفحوص المهنية في حدود المناصب المالية المفتوحة فقط للمرشحين الذين تحصلوا على معدل عام يساوي على الأقل 10 من 20 دون نقطة إقصائية وذلك حسب درجة الاستحقاق.

ب. إعلان النتائج النهائية للمسابقات على أساس الشهادات: طبقا لأحكام المادة السابعة والعشرين من المرسوم التنفيذي رقم 12-194 المؤرخ في 25 أبريل 2012 المشار إليه كمرجع سابق، تعد قائمة المترشحين المقبولين نهائيا حسب درجة الاستحقاق وفي حدود المناصب المالية المفتوحة، من طرف لجنة مكونة من:

- السلطة التي لها صلاحية التعيين أو السلطة الوصية أو ممثلها رئيسا؛
- ممثل منتخب عن اللجنة الإدارية المتساوية الأعضاء للسلك أو الرتبة المعنية عضوا؛
- موظف عضو في لجنة المقابلة.

8- إعداد قوائم الاحتياط وصلاحيتها: بغية الاستغلال الأمثل والرشيد للموارد البشرية وقصد السماح للمؤسسات والإدارات العمومية استبدال أو استخلاف المترشحين الناجحين نهائيا في المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية الذين لم يلتحقوا بمناصب توظيفهم في أجل شهر واحد (01)، مثلما هو منصوص عليه في التشريع المعمول به حاليا⁽¹⁾، تتولى لجان القبول النهائي إعداد قوائم احتياط حسب درجة الاستحقاق، حيث أن هذه الأخيرة وقصد تلبية الاحتياجات الضرورية تبقى قوائم الاحتياط صالحة إلى غاية تاريخ غلق السنة المالية المعنية، ويمكن اللجوء إلى هذه القوائم بصفة استثنائية لشغل المناصب المالية المحررة خلال الفترة الممتدة بين مسابقتين أو امتحانين أو فحصين مهنيين لأحد الأسباب التالية: الإحالة على التقاعد، النقل، الإحالة على وضعية الخدمة الوطنية، التسريح العزل، الاستقالة، الوفاة.

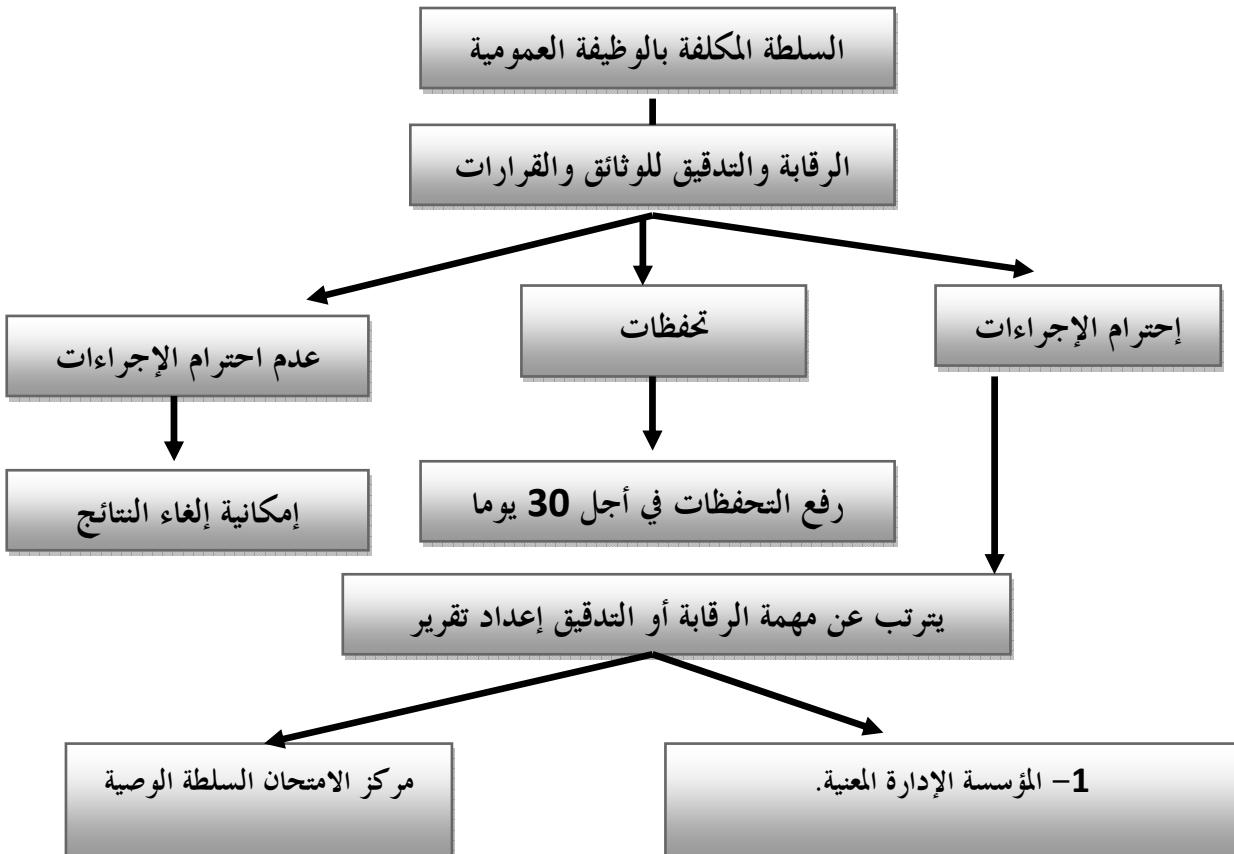
أخيرا وليس بالآخر يتم إشهار وتبليغ قوائم القبول والنجاح وكذا قوائم الاحتياط عن طريق الإلصاق على مستوى مقرات الإدارات المعنية ومراكز الامتحان وبكل وسيلة أخرى ممكنة لا سيما الصحافة المكتوبة وموقع الانترنت، كما يجب تبليغ هذه القوائم للمصالح المركزية أو المحلية للسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية حسب الحالة في أجل أقصاه سبعة (07) أيام عمل ابتداء من تاريخ إعدادها وتوقيعها من قبل السلطة التي لها صلاحية التعيين.

⁽¹⁾ راجع المادة رقم 31 من المرسوم التنفيذي رقم 12-194، المؤرخ في 25 أبريل 2012، مرجع سبق ذكره.

ويجب على المترشح الناجح الالتحاق بمنصب عمله في آجال لا تتعدى شهر واحدا (01) ابتداء من تاريخ التبليغ بمقرر التعين أو القبول للالتحاق بالتكوين المعني وبانقضاء هذا الأجل يفقد المترشح بصفة آلية الاستفادة من هذا النجاح ويستبدل فوراً حسب الترتيب في قائمة الاحتياط.

9- الرقابة على إجراءات تنظيم وسير المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية: من خلال الشكل رقم (3-1) الموالي وبالاعتماد على التعليمات رقم 01 المؤرخة في 20 فبراير 2013 الصادرة عن مصالح مديرية الوظيف العمومي يتضح لنا جليا المهام المنوطة بهذه المصالح ومنها الرقابة في مجال تنظيم وإجراء المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية إذ يمكن لهذه الأخيرة بصفة فجائية أو مبرمجة بإجراء رقابة أو تدقيق للوثائق في عين المكان للتأكد من مطابقة الإجراءات والقرارات المتعلقة بتنظيم وسير العمليات وإعلان النتائج. يترتب عن مهمة الرقابة أو التدقيق إعداد تقرير يرسل إلى المؤسسة أو الإدارة العمومية المعنية أو السلطة الوصية حسب الحالة.

الشكل رقم (3-1): يوضح عملية الرقابة على إجراءات تنظيم وسير المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية



المصدر: من إعداد الباحث .

10- مركز الامتحان و/أو السلطة الوصية حسب الحالة وعند الاقتضاء وينجم عن ذلك الحالات الثلاث

الآتية:

- الموافقة والمصادقة في حالة احترام المؤسسة أو الإدارة العمومية لإطار تنظيم وإجراءات فتح المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية.

- إمكانية إلغاء النتائج إذا ما تبين عدم احترام المؤسسة أو الإدارة العمومية أو مركز الامتحان المعني لإطار تنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية سيرها والإعلان عن نتائجها.

- طلب رفع التحفظات من الإدارة المعنية بالتوظيف خلال أجل لا يتعدى شهرا واحدا (01) ابتداء من إخطار مصالح الوظيف العمومي في حالة تسجيل تحفظات أو ملاحظات لا تؤثر بشكل كبير على مطابقة إجراءات فتح وسير عمليات التوظيف والترقية وإعلان نتائجها وفقا للتنظيم المعمول به وتحت طائلة إلغاء هذه المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية.

11- توثيق الشهادات: بعد إتمام التوظيف الخارجي وقبل ترسيم الناجحين في رتبهم تشرع الإدارات

والمؤسسات العمومية بتوثيق شهادات الموظفين الجدد حسب المنشور رقم 28 المؤرخ في 07 أكتوبر 2003، قصد ضمان النزاهة التامة للملفات الإدارية:

- يشترط على الموظفين الجدد تقديم نسخة مصادق عليها مطابقة للأصل للشهادة المدرسية والمؤهل.

- يكون محل توثيق هذه الشهادات من المؤسسة التكوينية التي قامت بتسليمها.

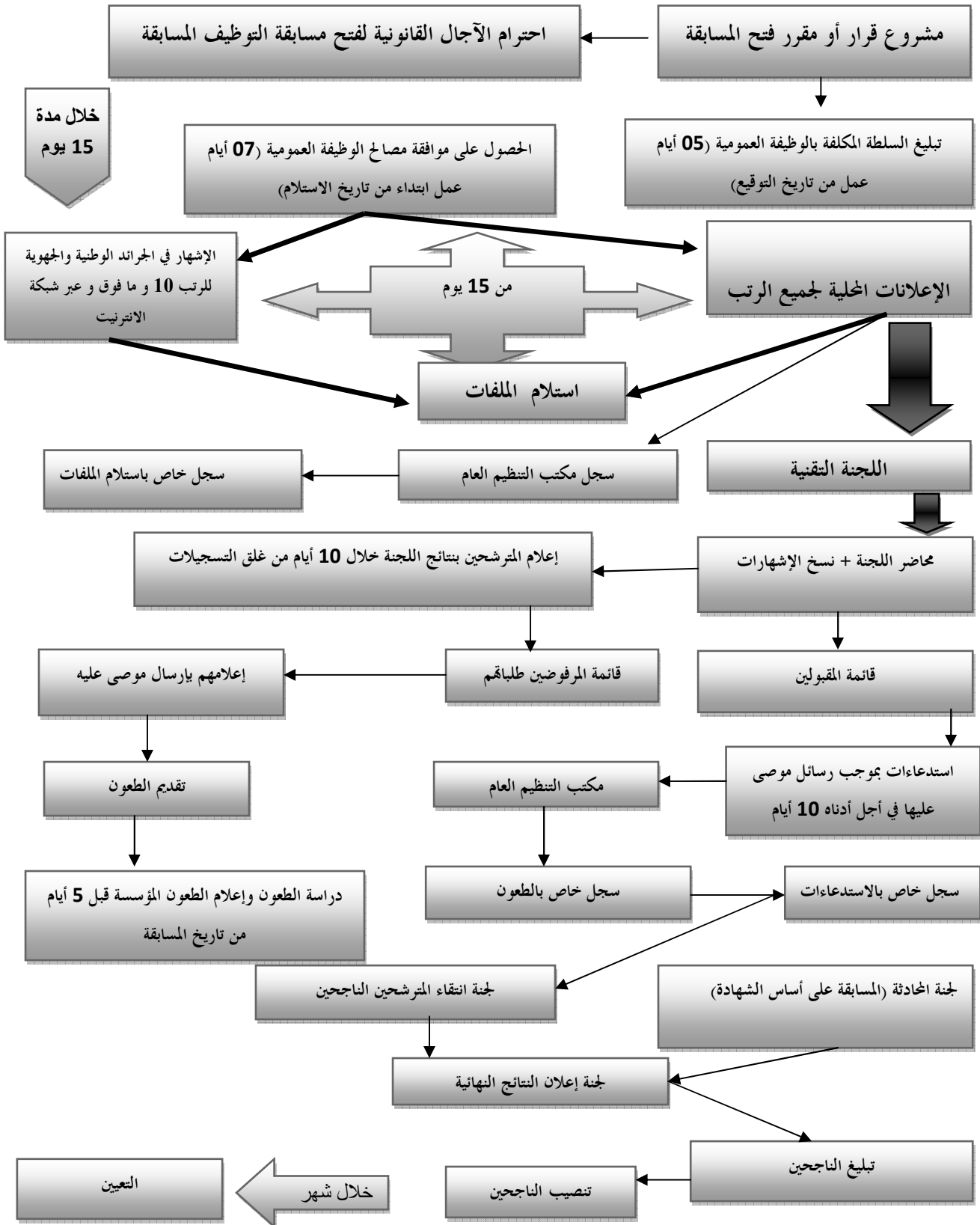
- يجب أن تبلغ نسخة من طلبات التوثيق المقدمة من طرف الإدارات المعنية والرد المخصص لها إلى مصالح الوظيف العمومي.

يعتبر كل شخص يستعمل وثيقة مزورة مرتكبا لمخالفة التزوير.

إن مراحل عمليات التوظيف في قطاع الوظيف العمومي يمر بعدة مراحل، يمكن تلخيصها في الشكل رقم (1)-

(4) الموالي:

الشكل رقم (1-4) يبين مخطط مصغر عن مراحل التوظيف في قطاع الوظيف العمومي.



المصدر: - المرسوم التنفيذي رقم 12-994 المؤرخ في 25 أبريل الجريدة الرسمية العدد 26 بتاريخ 3 ماي 2012.

- التعلية رقم 01 مؤرخة في 20 فيفري 2013 صادرة عن المديرية العامة للوظيفة العمومية.

ثانيا: التوظيف الداخلي

يتم التوظيف الداخلي عن طريق الترقية وفق ثلاثة أشكال: الامتحانات المهنية (5 سنوات أقدمية)، الترقية الاختيارية (10 سنوات أقدمية)، وعن طريق التأهيل المهني (8 سنوات أقدمية).

1- الامتحانات أو الاختبارات المهنية: تتم الترقية عن طريق الامتحان أو الاختبار المهني إذا أثبت الموظف أنه أشغل مدة خمسة سنوات (05) خدمة فعلية.

مثال: إذا كان أحد الموظفين في رتبة مساعد إداري وله خدمة فعلية مدتها خمسة سنوات وفي حالة وجود مناصب مالية في حدود 30% .

يتقدم المعني بطلب إلى المؤسسة أو الإدارة المعنية للمشاركة في هذه المسابقة التي تتم على مستوى المؤسسات العمومية للتكوين المتخصص المؤهلة قانونا.

2- الترقية الاختيارية: تتم الترقية الاختيارية للموظفين الذين تتوفر لديهم شروط الأقدمية ويثبتون الخبرة المهنية الكافية حيث حددت من 8 إلى 10 سنوات بالنسبة لكل الأسلاك عن طريق التسجيل في جدول الترقيات الاختيارية وذلك بعد إستشارة اللجنة المتساوية الأعضاء بحسب الحالة.

مثال: في حدود 10% من المناصب المطلوب شغلها، المساعدون الإداريون الذين لهم ثمانية (08) سنوات من الخدمة الفعلية في هذه الرتبة، تتم ترقيتهم على سبيل الاختيار إلى رتبة المساعدون الإداريون الرئيسيين.

أ. إجراءات إعداد قوائم التأهيل:

- جمع الطلبات والتقارير المتعلقة بذلك من طرف المصلحة المكلفة بالمستخدمين.
- تسجيل المترشحين الذين يستوفون شرط الأقدمية.
- إلصاق الإشهار مدة كافية بحيث يسمح بإعلام كل المترشحين.
- يجب دراسة الطعون التي يحتمل أن تقدم من طرف الموظفين الغير مسجلون على قوائم التأهيل.
- تقدم مشاريع قوائم التأهيل حسب الأسلاك والرتب وفق ترتيب درجة الاستحقاق مع الأخذ بعين الاعتبار الأقدمية المكتسبة في الرتبة الأصلية.

ب. المعايير التي يتم بها إعداد مشاريع قوائم التأهيل:

- الأقدمية المكتسبة من قبل الموظف برتبته الأصلية؛
- يمكن الأخذ بعين الاعتبار الأقدمية المكتسبة من قبل الموظف في قطاع الوظيفة العمومية لتجربته المهنية؛

- معدل النقاط والتقييم المحصل عليها خلال خمس سنوات الأخيرة يضاف إليها التقديرات العامة التي تتم بتقارير معدة من طرف المسؤولين المباشرين؛
- يعد المنصب العالي كمعيار امتيازي لمن يشغل هذا المنصب بصفة قانونية؛
- تعتبر دورات التكوين وتحسين المستوى التي يجريها الموظف معيار امتيازي؛
- ينبغي الأخذ بعين الاعتبار الدراسات أو أشغال البحث المثبتة والمنجزة خلال السنة التي تم فيها إعداد قائمة التأهيل.

أما بالنسبة للرتب (المعاونين الإداريين - الأعوان الإداريين - العمال المهنيين - الكاتبات... إلخ) يمكن أن تؤخذ المعايير التالية حسب الحالات من طرف اللجنة المتساوية الأعضاء المؤهلة لذلك: الميزات التأهيلية المهنية - روح المبادرة - الانضباط (الحضور، الاستعداد) الوضعية الاجتماعية.

ج. المصادقة على قوائم التأهيل: تتم المصادقة على قوائم التأهيل من طرف اللجنة المتساوية الأعضاء. بحضور يعضى من طرف الأعضاء ويشكل هذا المحضر الوثيقة القاعدية لإنشاء مشاريع القرارات المتضمنة ترقية الموظفين في الرتب العليا.

3- عن طريق التأهيل المهني (الاستثنائي): يتم ترقية الموظفين عن طريق التأهيل المهني حسب المادة 57 من المرسوم رقم 85-59 المؤرخ في 23 مارس 1985 من بين الموظفين والعمال الذين يشغلون منصبا معادلا ولم يستفيدوا من هذا النمط في التوظيف ضمن رتبهم ويشبتون 5 سنوات من الخدمة الفعلية وتأهילה يناسب المنصب المطلوب شغله، بحيث تقدر النسبة الممنوحة للتأهيل بـ 5% من عدد المناصب المطلوب شغلها وتكون الطريقة المتبعة كالآتي:

- وذلك، إذا أثبت موظف يشغل رتبة ما تأهילה خاصا يتحصل على ترقية استثنائية.
- يقدر هذا التأهيل بعد الإطلاع على ملف المعني وعلى تقرير المصلحة المسيرة وهذا باستشارة اللجنة المتساوية الأعضاء.

يمكن للمؤسسة أو الإدارة العمومية بمجرد تبليغها مدونة ميزانية السنة المعنية المشروع في فتح المسابقات والامتحانات والفحوصات المهنية وتتولى بنفسها توزيع المناصب المالية المخصصة على مختلف أنماط التوظيف والترقية القانونية حسب احتياجاتها وخصوصيتها.

ثالثا: مزايا وعيوب التوظيف الخارجي والداخلي

يمكن تفصيل الموضوع ضمن الجدول التالي:

الجدول رقم (1-3) الذي يبين مزايا وعيوب المصادر الداخلية والخارجية لاستقطاب اليد العاملة.

العيوب	المزايا	
<ul style="list-style-type: none"> - يمكن ترقية الأفراد إلى حد معين لنجاحهم في أداء عملهم. - الصراع على الترقية قد يؤدي إلى آثار سلبية. - قد يؤدي التعيين من الداخل إلى جمود الأفكار وقلة الابتكارات. 	<ul style="list-style-type: none"> - المؤسسة لديها معرفة أفضل بنقط الضعف و القوة في المترشح. - المترشح للوظيفة لديه معرفة أفضل بالمؤسسة. - زيادة دافعية و حماس الأفراد. - زيادة معدل الاستثمار في العاملين الحاليين من طرف المؤسسة. 	الداخلية
<ul style="list-style-type: none"> - صعوبة الاتصال وجذب وتقييم الأفراد المحتملين. - طول فترة تكيف الفرد مع المؤسسة. - مشاكل نفسية قد تنمو بين العمال في المؤسسة والذين يشعرون بأنهم مؤهلين لأداء الوظيفة. 	<ul style="list-style-type: none"> - كبر نسبة المواهب و المهارات المتاحة - جلب أفكار ووجهات نظر جديدة للمؤسسة - التعيين من الخارج يكون أرخص وأسهل في حالة التقنيين والإداريين 	الخارجية

المصدر: رواية حسن، إدارة الموارد البشرية: رؤية مستقبلية، الدار الجامعية 2001، مرجع سابق، ص 110.

رابعا: مزايا وعيوب مخطط التسيير التقديري

من المعلوم أن في مثل هذه الدراسات نحتاج إلى عملية تقييم وتقدير قصد معرفة نقاط القوة وتدعيمها، ومعرفة نقاط الضعف وتقويمها. ومن أجل ذلك سنحاول معرفة مزايا وعيوب مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية.

أ. مزايا مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية:

- يهدف إلى تسيير فعال للموارد البشرية في التوظيف العمومي الجزائري.
- يعتمد على أسلوب تسييري حديث.
- وسيلة لتقدير وتسيير الموارد البشرية وبالتالي لمحاولة التنبؤ بالوضعيات المختلفة للموارد البشرية في المستقبل.

- قضى نسبيا على المشاكل التسييرية التي عرفتها مؤسسات التوظيف العمومي في مجال تسيير الموارد البشرية خصوصا في مجال التوظيف العشوائي.

- ب. عيوب مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية:** وسيلة رقابية أكثر منها تسييرية صحيح أن هذا المخطط جاء في إطار مفهوم الرقابة البعدية، غير أن المتمعن فيه يجده يهدف إلى الرقابة على المؤسسة من حيث:
- شروط إعدادها، والتي تعتبر قيودا تلتزم بها المؤسسة مسبقا، كمرحلة أولى، إذ لا يمكن أن يكون هذا المخطط التقديري سائر المفعول إلا بعد موافقة وتأشيرة مصالح التوظيف العمومي.

- ومن حيث مراقبة تقييمه كمرحلة أخيرة من خلال إرسال الجداول التقييمية (من 7 إلى 14) إلى مصالح الوظيف العمومي التي تقوم بالمراجعة والتقييم لما تم التخطيط له وما تم إنجازه.

وفي غالب الحالات تتم التأشير على هذا المخطط بعد شهر جوان وذلك راجع إلى أن الميزانية المالية تصل المؤسسات متأخرة في معظم المجالات.

وعندئذ فقط يمكن لمسير الموارد البشرية من إعداد هذا المخطط وإرساله إلى مصالح الوظيف العمومي كما سبق دراسة ذلك، ثم مصالح المراقب المالي وعادة تكون هذه الفترة جوان إلى أوت مرحلة عطلة بالنسبة للموظف الجزائري، مما يجعله يتأخر من حيث التنفيذ الفعلي إلى غاية شهر سبتمبر وإلى آخر السنة، بالرغم من أن هناك تعليمة من مصالح الوظيف العمومي تنص على إعدادة قبل 15 جوان من كل سنة، غير أنه ولاعتبارات الميزانية المالية فإن هذا التاريخ لا يحترم. ومن ثمة فإن هذا المخطط السنوي يصبح مخطط سداسي أو أقل من ذلك بكثير. اعتبارا لشروط تنظيم المسابقات وكذا توزيع المناصب المالية، حسب النصوص القانونية والتنظيمية، تفقد المؤسسة معنى التسيير التقديري، بحيث تكون ملزمة بتطبيق ذلك ولو على حساب رؤية خاصة بها من حيث مستقبل الموارد البشرية.

طبيعة الامتحانات والاختبارات خاصة تحتاج على وقت كبير لإعدادها حيث تتجاوز في بعض الحالات الشهرين وبالإضافة إلى تأخر الميزانية، تجعل من المؤسسة تتأخر في تلبية احتياجاتها من اليد العاملة.

الأدوات التي تعتمد في التسيير التقديري وبالرغم من أهميتها تظل تفتقد إلى مؤشرات نمطية تمكن من التنبؤ المستقبلي، كمثلا معدل العمل، معدل دوران العمل، معدل التقاعد... إلخ. وهي مؤشرات تسمح من إتباع أساليب أخرى في تقدير الموارد البشرية في هذه المؤسسات والابتعاد عن أسلوب التخمين الممارس حاليا.

في حالة تعطل المؤسسة وتأخرها في احترام المدة القانونية المعمول بها خاصة من حيث تاريخ فتح المسابقة وانتهاء عملية التوظيف والمقدرة بشهرين، تفقد المؤسسة حق التوظيف، مما يجعلها عرضة لعقوبة قد تؤثر على توازن احتياجاتها للموارد البشرية.

في العديد من الحالات يقع اختلاف في قراءة النصوص القانونية والتنظيمية، مما يجعل من ذلك مجال للتراع بين المسيرين والموظفين، أو بين المؤسسة ومصالح الوظيف العمومي، وكذا المراقب المالي، فيما يتعلق بتسيير الموارد البشرية ويدخل في نطاق الاتصال الذي يحتاج إلى تفعيل أكثر وتطوير أحسن.

وعلى العموم فإن مخطط التسيير التقديري بالرغم من أنه حاول أن يعطي بعدا لتسيير الموارد البشرية في مؤسسة الوظيف العمومي من خلال مجموع الإجراءات والتنظيمات الخاصة به، إلا أنه يحتاج إلى دراسة أكثر تعمقا وأكثر موضوعية من خلال إشراك المسيرين في مختلف المؤسسات ومعرفة المشاكل التسييرية الموجودة، ومن حيث ضرورة اعتماد مبدأ المرونة في تسيير الموارد البشرية. بما يمكن المؤسسة من تلبية احتياجات من الموارد البشرية في الأوقات اللازمة وبالكيفية المثلى.

المطلب الثاني: حصيلة الشغل ومخطط التكوين

أولا: حصيلة الشغل⁽¹⁾:

هي وثيقة إدارية سنوية تعدها المؤسسة وترسل نسخة منها إلى مصالح الوظيف العمومي. تسمح من معرفة التسيير الجماعي للموظفين ومعرفة مختلف الوضعيات المتعلقة بالمناصب المالية وكيفية الشغل (طرق التوظيف) وطبيعة علاقات العمل (مرسم، متربص، متعاقد، مؤقت) وكذلك تظهر الفئات الاجتماعية من حيث السن والجنس وهي تحتوي على عدة جداول. بحيث تحتوي الوثيقة الأولى المسماة الملخص، على معلومات حول المؤسسة التي أعدت الحصيلة، بالإضافة إلى ملخص عن وضعية التعداد المالي في بداية السنة، والتعداد الحقيقي عند نهاية السنة، وذلك حسب مستوى التأهيل (إطارات، أعوان تحكم، أعوان تنفيذ) بالإضافة إلى إظهار كيفية التوظيف (داخلي، خارجي، استعمالات أخرى)، وكذا وضعية الموظفين من حيث كونهم مرسمين، متعاقدين، مؤقتين.

أما الجداول فهي موزعة كما يلي:

الجدول الأول: يتعلق بجرد وضعية التعدادات والمناصب المالية؛

الجدول الثاني: يتعلق بجرد الوضعيات الخاصة والتي تتمثل في معرفة الموظفين (من حيث المناصب) والذين هم

في حالة الانتداب، الاستيداع، العطل المرضية الطويلة الأجل والخدمة الوطنية؛

الجدول الثالث: يتعلق بجرد الحالات التي تتعلق بإنهاء المهام المرتبطة بالمنصب وإظهار أسباب ذلك، كالتقاعد،

الاستقالة، التسريح، العزل والوفاة.

الجدول الرابع: يتعلق بجرد الموظفين الأجانب من حيث المنصب المشغول وطبيعة العلاقة القانونية.

الجدول الخامس: يتعلق بجرد المتقاعدين الذين ما يزلوا يزاولون عملهم وذلك من حيث طبيعة المنصب

المشغول، تصنيفه وكذا طبيعة العلاقة القانونية (مؤقت، متعاقد...).

(1) المصدر : المديرية العامة للوظيف العمومي.

وبذلك يمكن معرفة وجرد الموارد البشرية الموجودة في المؤسسة من جهة، ومن جهة أخرى مساعدة المسيرين في وضع مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية.

أ) **الخطوة الأولى:** وهي الخطوة التي تعمل المؤسسة من خلالها على إعداد الحالة (ب)؛

الحالة "ب" هي (1) وثيقة إدارية تعدها المؤسسة بعد معرفة المناصب المالية للسنة الجارية من قبل الوزارة الوصية، وترسلها إلى هذه الجهة الوصية والتي تقوم هي الأخرى بإرسالها إلى وزارة المالية التي تقوم بالتأشير عليها. هذه الوثيقة تعتبر هامة بالنسبة للمؤسسة باعتبارها تحتوي على المناصب المالية للسنة المالية المعنية، بحيث تمكن المؤسسة من وضع مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية خلال السنة باعتبارها وثيقة مرجعية في ذلك، وبذلك فإن هذه الوثيقة تعبر عن تقدير الموارد البشرية المالية المعنية.

ب) **الخطوة الثانية:** هي إعداد مخطط التسيير التقديري السنوي للموارد البشرية من حيث تقدير احتياجات وطرق التوظيف، لعل السؤال الذي يطرح نفسه، كيف تقدر الإدارة احتياجاتها المستقبلية؟ بالرجوع إلى صلاحيات الإدارة المركزية (2)، نجد أنها تتمثل فيما يلي:

- سن النصوص التنظيمية والتشريعية قصد تنظيم علاقات العمل وتحديد مهام ووظائف المستخدمين الذين ينتمون إلى الوظيف العمومي بالتنسيق مع وزارة المالية والوزارات المعنية وذلك من خلال تحديد وتنظيم المهام والوظائف وشروط الالتحاق بها وكذلك شروط الترقية... إلخ؛

- المراقبة والتنسيق بين مصالح الوزارات والمؤسسات فيما يخص إصدار هذه الأخيرة للقرارات المتعلقة بالتوظيف أو الترقية أو الحياة المهنية من حيث استجابتها وتقيدها بالنصوص التنظيمية المعول بها وخاصة من حيث شروط الالتحاق بمنصب العمل؛

- الوساطة في حل النزاعات بين الهيئات المستخدمة والمستخدمين في حالة ووقوع هذه النزاعات ومن جهة فإن هذه الإدارة تعتبر رقابية وقائية ولا دخل لها في تقدير احتياجات المؤسسة من اليد العاملة وهي القراءة التي استخلصنها من مرشد تسيير الموارد البشرية في ميدان العمل. إن كل إدارة تقوم بتقدير احتياجات بصفة انفرادية، ولها أن تستخدم أي أسلوب تقديرات مناسب، غير أن الوضعية المشار إليها في المبحث السابق من حيث قلة أو سوء التأطير فإن أغلب الإدارات تعتمد على أسلوب التخمين والمقارنة بين النشاطات السابقة.

(1) المصدر: مديرية الميزانية - وزارة المالية.

(2) راجع المرسوم التنفيذي 123/95 المؤرخ في 29 أبريل 1995 المتعلق بمراجعة صلاحيات المديرية العامة للتوظيف العمومي، وكذا المرسوم 124/95 المؤرخ في 29 أبريل 1995 المتضمن إعادة تنظيم الهياكل المركزية للمديرية العامة للتوظيف العمومي.

بعد تحديد الإدارة لاحتياجاتها يتم رفعها إلى الوزارة الوصية التي تقوم بجمع احتياجات المؤسسات التي تشرف عليها، ثم تقوم هي الأخرى برفع مجموع احتياجاتها إلى وزارة المالية، حيث أن هذه الأخيرة وفي ظل توجيهات السياسة العامة للدولة تعمل على إنشاء أو تمديد بعض المناصب المالية ثم يتم توزيعها على مختلف الوصيات الأخرى، وهي الأخرى تعمل على توزيعها على المؤسسات التابعة لها وفقا لشروط ومتطلبات تحددها بناء على المعلومات التي تصلها من المؤسسة التابعة لها.

بذلك يمكننا القول أنه يصعب على المؤسسة التنبؤ بإمكانية تلبية احتياجاتها للبد العاملة اعتبارا أنه ليس لها الصلاحيات في ذلك إذ يمكنها فقط تقديم اقتراح احتياجات مستقبلية للموارد البشرية (عادة السنة) وإن هذه الوضعية من شأنها أن تصعب بل لا تسمح من تطبيق مبدأ التسيير التقديري بصفة فعالة. حتى تتمكن المؤسسة من وضع مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية عليها إتباع الخطوات التالية:

1- جرد الموارد المتاحة.

2- تقييم حصيللة التشغيل للسنة السالفة (م-1).

3- استخراج الفوارق (المناصب المالية - المناصب المشغولة = المناصب الشاغرة).

4- تقدير الاحتياجات المستقبلية.

5- إعداد مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية؛ بعد أن تتمكن المؤسسة من معرفة المناصب المالية للسنة الجديدة تقوم بإعداد مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية.

من الناحية العملية وعند الخطوة الثالثة (استخراج الفوارق) قد يطرح السؤال التالي:

هل يحق للمؤسسة من القيام بإجراء التعديل والتسوية في المناصب المالية من خلال إعادة توزيعها؟

إن الإجابة عن هذا السؤال وبالإطلاع على مرشد مراقبة النفقات والاعتمادات نجد أنه: «في حالة تغير في توزيع التعدادات، من خلال إعادة توزيع المناصب المالية، بسبب التأثير بها على الهيكلة النوعية، وعلى التعدادات بسبب نتائجها على مخطط تسيير الموارد البشرية الأساسي المعتمد، يتطلب تركيز أولي بين المصالح المؤهلة للوظيف العمومي ومصالح الميزانية»⁽¹⁾ وهو الأمر الذي تجيب عنه أحكام المادة 151 من المرسوم التشريعي 93-01 المؤرخ في 19/01/1993 المتضمن قانون المالية لسنة 1993 " إن خلق أو تعديل المناصب خلال السنة لا يمكن إجراؤه إلا بعد ما تمنح الاعتمادات اللازمة، وفي حالة التعديل فإن عدد

(1) Guide Du Controleur Des Depenses Et Engagements –Ministere Des Finances, 1998, P.80.

المناصب الجديدة يجب أن تتساوى في كل الحالات مع المناصب المالية. لا يجب في أي حال من الأحوال أن تتعلق بإنشاء مناصب أقل رتبة من المناصب الملغاة⁽¹⁾ وكل تغير أو تحويل في المناصب المالية يجب أن يجري بالضرورة قبل 31 أكتوبر من السنة الجارية كآخر أجل ولا تقبل أية عملية من النوع بعد هذا التاريخ⁽²⁾. إن القراءة والتحليل لهذه الوضعية تمكننا من أن نستنتج أن هذه المادة 151 من قانون المالية لسنة 1993 جاءت نتيجة للوضعية التي عرفتتها المؤسسات العمومية والمتمثلة في ضعف وقلة الإطارات.

كما سبق وأن رأينا ذلك من خلال المبحث الأول من هذا الفصل وعليه فإن هذا القيد يسمح منت إعطاء الأولوية في التوظيف إلى فئة الإطارات. غير أنه يمكننا أن نتصور بعض المؤسسات التي تتمتع بتوزيع منطقي للفئات العمالية وفي حاجة إلى توظيف أعوان التحكم أو أعوان التنفيذ، إذ تجد نفسها أمام وضعية حرجة، مما يتطلب أن تدرس كل حالة على حدى، وللمؤسسة أن تبرر وضعيتها. في هذا الصدد تشير إحدى الدراسات إلى أن هذا الإجراء " هو في الوقت نفسه كمي (تعديل الموارد) ونوعي (تثمين القدرات وتقييم المهن المستقبلية) وتحديد ومعرفة الأخطار من حيث سوء التسيير، وهو ما تطلب إجراء مرن وقابل للتأقلم مع إطار التسيير"⁽³⁾.

إن حذف بعض المناصب المالية من جراء إنهاء علاقة العمل مع أصحابها كممثل حالة التقاعد، الوفاة، التسريح... إلخ⁽⁴⁾ زاد الأمر تعقيدا فلا يمكن للمؤسسة التوظيف في هذه المناصب إلا في حالات جد استثنائية، التحويل أو الإحالة على الخدمة الوطنية. وتوحي الدراسة التحليلية لهذه التعلية أنها عملية تقليص مناصب العمل في مؤسسات الوظيف العمومي، ولعل الغرض من هذا هو التقليص من نفقات الدولة والعمل على إعادة التوازن الكلي بين احتياجات مؤسسات الوظيف العمومي وما هو متاح من مواردها البشرية، ما جعل عديد المؤسسات تعيش عجزا ونقصا في اليد العاملة وأدى إلى أخطار تؤثر على السير الحسن للمؤسسة. ضمن هذه الرؤية نجد أنفسنا نتساءل: كيف يمكن للمؤسسة من أن تحدد نوعية الموارد البشرية من حيث المفاضلة بين التوظيف الداخلي للمؤسسة (الترقية) وكذا التوظيف الخارجي؟.

(1) قانون المالية لسنة 1993.

(2) Guide Du Controleur Financier. P 80.

(3) P.COURNNE «Logique statutaire. Logique de fonctionnement. Gestion prévisionnelle des ressources Humaine», R.F.A N° 49, 1989, P. 43.

(4) راجع التعلية الوزارية المشتركة رقم 1995 المؤرخة في 29 أبريل 1995 المتعلقة بتوزيع المناصب المالية في إعداد مخططات تسيير الموارد البشرية.

إن الإجابة عن هذا الإشكال يحيلنا إلى الرجوع ومعرفة طرق وإجراءات التوظيف الخاضعة لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 12-194 المؤرخ في 25 أبريل 2012⁽¹⁾ المحدد لكيفيات تنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية في المؤسسات والإدارات العمومية وإجرائها، وكذا تعليمة المديرية العامة للوظيفة العمومية رقم 01 المؤرخة في 20 فبراير 2013 المشار إليها سابقا في هذا الفصل.

ثانيا: مخطط التكوين

سبق وأن أشرنا في الدراسة السابقة أنه لا يكفي من وضع سياسات ومخططات توظيف في المؤسسة بل يجب أن يتعدى ذلك إلى وضع سياسات ومخططات تكوين تمكن العمال من التحكم في تقنيات العمل، الاستجابة الدائمة لمتطلباته، وذلك من خلال تنمية وتطوير قدراتهم ومهاراتهم. الكثير يعلم أن العمل في الوظيف العمومي يتعلق بالحياة المهنية للموظفين، ولذلك فإن إعداد مخطط تسيير تقديري للموارد البشرية مبني على التنبؤ بالاحتياجات في مختلف الوظائف المستقبلية وإمكانية ترقية الموظف عبر السلم الوظيفي إلى أعلى مكانة هي ضرورية وحتمية، ولكن لا يمكن أن تكون مجربة إلا في ظل سياسة تكوين محكمة.

فما هو إذا واقع التكوين في ظل التسيير التقديري لمؤسسات الوظيف العمومي الجزائري؟ وكيف يمكن لهذه المؤسسات من وضع مخطط تقديري للتكوين؟.

إن مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية، اهتم كثيرا بالتوظيف وأهمل نسبيا التكوين وقد خصص الجدول رقم 07 لذلك إلى غاية إصدار المرسوم 96-92 الذي أشار في المادة الرابعة⁽²⁾ منه على ضرورة قيام علاقة عضوية بين مخطط التكوين ومخطط التسيير التقديري المنصوص عليه في المرسوم رقم 95-126. لتوضيح ذلك أكثر، سنقوم بدراسة مخطط التكوين من خلال:

- التعريف بمخطط التكوين ومضمونه.

- خطوات ومراحل إعداد مخطط التكوين.

- مزايا وعيوب مخطط التكوين.

أ. **التعريف بمخطط التكوين:** قد لا نكون ملزمين بالتذكير لأهمية التكوين من حيث كونه يلعب دورا في تميمين الموارد البشرية وفي إحداث التوازن الكمي والنوعي في المؤسسة. لكن يجب علينا أن نذكر أن « لمنظومة التكوين في عصرنا الحاضر دورا أساسيا في المشاركة في عملية تطوير وتنمية كل من الإدارة العمومية والروح

(1) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26، المؤرخة بتاريخ 03 ماي 2012، مرجع سابق.

(2) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26، سنة 1996.

الإبداعية لدى موظفيها... فإن منظومة التكوين تساهم أيضا في إعداد هؤلاء الموظفين من الناحية النفسية والشخصية والسلوكية التي تملئها أخلاقيات ممارسة هذه المهنة»⁽¹⁾.

يمكننا القول أن التكوين بالإضافة إلى ما تم ذكره فهو يسمح من تقديم خدمة عمومية عصرية، ذات نوعية جيدة من خلال التحكم في تسيير المرفق العام بواسطة هؤلاء الموظفين المتكويين والقادرين على ذلك.

خصص مخطط التسيير التقديري لموارد البشرية الجدول رقم 07 لرسم المخطط التقديري للتكوين في المؤسسة. تناولت العديد من النصوص التشريعية والتنظيمية وخاصة منها المادة 176 من القانون الأساسي العام للعامل لسنة 1978 على إلزامية تحقيق برامج تكوينية من أجل تحسين المستوى الذي يستجيب إلى متطلبات العمل وذلك في إطار التكوين المستمر في المؤسسة⁽²⁾، المادة 57 من القانون 90-11 الخاص بالعلاقات الفردية⁽³⁾، المواد 52 و 53 من المرسوم رقم 85-59 المؤرخ في 23 مارس 1985 والمتعلق بالقانون الأساسي النموذجي لعمل المؤسسات والإدارات العمومية واشترطت المادة 52 منه بأنه يتعين على كل المؤسسات والإدارات العمومية، بغية تحسين مردود المصالح العمومية وضمان الترقية الداخلية للموظفين أن تقوم بعمليات التكوين⁽⁴⁾.

وعليه، أعتبر التكوين كحق من حقوق العامل وواجب من الواجبات التي تقع على عاتق المؤسسات العمومية بغية تحسين مردود هذه المؤسسات، ضمان ترقية الموظفين. وذلك من خلال تحسين مستوى الموظفين وتجديد معلوماتهم، لتحسين تأهيلهم واستعداداتهم وجهودهم. من الناحية العملية بقيت الوضعية في نفس مستواها أي غياب برامج التكوين، باعتبار أن هذه التنظيمات والمراسيم كانت تشير إلى صدور مرسوم يحدد وينظم كفاءات تطبيق ذلك واستمر الوضع إلى غاية سنة 1996 حيث صدر المرسوم التنفيذي رقم 96-92 المؤرخ في 03 مارس 1996 المتعلق بتكوين الموظفين وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم⁽⁵⁾ وذلك بصفة إلزامية طبقا للمادة 3 منه. وركز هذا المرسوم على ثلاثة محاور، بحيث اهتم المحور الأول بالتكوين المتخصص، والمحور الثاني اهتم بتحسين المستوى وأما المحور الثالث فاهتم بتجديد المعلومات.

- **التكوين المتخصص:** حسب هذا النوع فهو مخصص لإعداد المترشحين الذين يلتحقون لأول مرة بوظيفة عمومية أو المترشحين الذين سيتولون أسلاك أو رتب عليا.

(1) سعيد مقدم، مرجع سابق ص 107.

(2) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 32، سنة 1978.

(3) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 17، سنة 1990.

(4) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 32، سنة 1985، مرجع سابق.

(5) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26، سنة 1996 مرجع سابق.

– التكوين الخاص بتحسين المستوى: وهو يخص الموجودين في حالة القيام بالخدمة ويهدف إلى تحسين معارفهم وكفاءتهم وإثرائها.

– التكوين الخاص بتحديد المعلومات: ويهتم بتنمية وتطوير معارف الموظفين من خلال تجديد معلوماتهم العلمية والفنية، مما يمكنهم من التكيف مع الوظيفة. يتكون مخطط التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات على ثمانية جداول بحيث تتناول كل المعلومات والبيانات الخاصة وذلك كما يلي⁽¹⁾:

الجدول رقم 01: يهتم بدورات التكوين المتخصصة المتعلقة في إطار التوظيف؛

الجدول رقم 02: يهتم بدورات التكوين الأولى أثناء التبريص؛

الجدول رقم 03: يهتم بدورات التكوين التكميلي في إطار الترقية إلى رتبة أعلى؛

الجدول رقم 04: يهتم بعمليات التكوين الأولى قصد التعيين في المنصب العالي؛

الجدول رقم 05: يهتم بحوصلة عمليات التكوين بالخارج؛

الجدول رقم 06: يتعلق بعمليات تحسين المستوى؛

الجدول رقم 07: ويتعلق بعمليات تجديد المعلومات؛

الجدول رقم 08: وهو جدول حوصلة للجدول السابقة.

مما سبق يمكننا القول أن مؤسسات الوظيف العمومي أصبحت اليوم تدرك معنى وأهمية التكوين وهذا بعد أمد طويل⁽²⁾، ودخلت بذلك في سياسة وضع البرامج التكوينية ابتداء من سنة 1996 وتعتبر هذه الإستراتيجية خطوة نوعية في تسيير الموارد البشرية يمكن أن يكون لها الأثر الإيجابي على نوعية الخدمة العمومية.

ب. خطوات ومراحل إعداد مخطط التكوين:

بعد أن حاولنا معرفة أهمية ومفهوم التكوين في الوظيف العمومي الجزائري من خلال المرجعية القانونية للتكوين، وكذلك معرفة أنواع التكوين طبقا لهذه المرجعية القانونية، قد تطرح إشكالات أخرى متعلقة بالتكوين من حيث مفهومه التقديري، خطواته، مراحل إعداده، علاقته بمخطط التسيير التقديري، وكذا معرفة كيفية تقدير المؤسسة لاحتياجاتها التكوينية ووضع المخطط التكويني وفق إستراتيجية معينة، (الشكل رقم 1-5)، ولقد سبق وأن رأينا أن تقدير المؤسسة لاحتياجاتها التكوينية تتعلق أساسا بتقدير العجز في الأداء المحتمل والمرتبب في المستقبل.

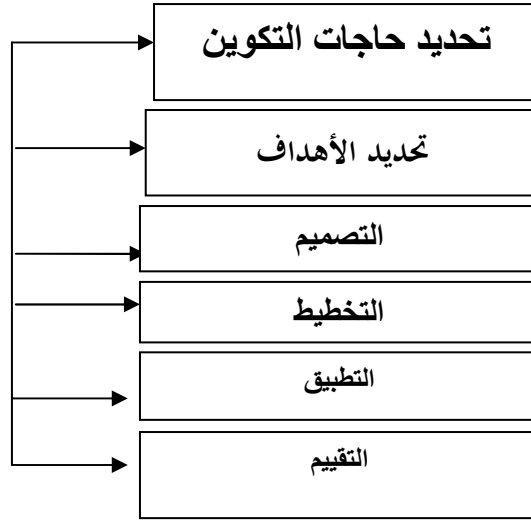
⁽¹⁾ نموذج مخطط التكوين، المديرية العامة للوظيف العمومي 2009.

⁽²⁾ الرسالة المنشور رقم 18 المؤرخة في 18 جويلية 2009، المتعلقة بكيفيات الإعداد والمصادقة على مخططات التكوين.

إن المخطط غير المركز للتكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات المخصص للمؤسسة والإدارة العمومية حدد كما يلي:

- طبيعة ومدة العمليات المبرمجة؛
- الرتب ومناصب الشغل المعنية، وكذا عدد المناصب المالية الخاصة بها؛
- مؤسسة أو مؤسسات التكوين التي تضمن التكوين؛
- إدراج برامج التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات في حدود الاعتمادات المتوفرة بعنوان السنة المالية المعنية والمناصب المالية المخصصة.

الشكل رقم (1-5): يتضمن مراحل سياق عملية التكوين



المصدر: رواية حسن، إدارة الموارد البشرية: رؤية مستقبلية، الدار الجامعية، 2001، مرجع سابق، ص110.

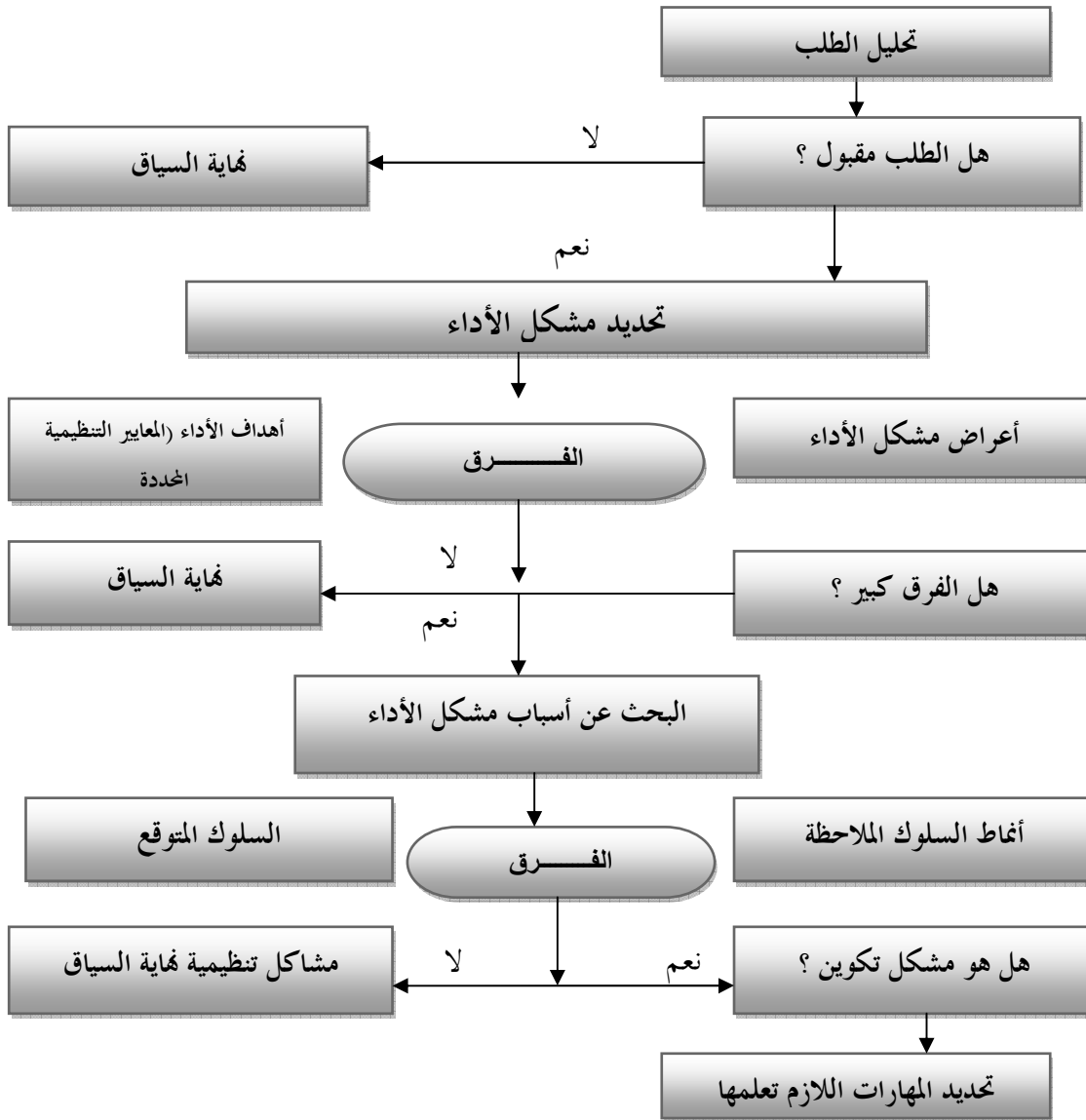
يتضمن التحليل الشامل لحاجات التكوين الثلاث مراحل يتخذ على أساسها قرار القيام بعملية التكوين من

عدمها، وهذه المراحل تتدرج كما يلي:

- 1- دراسة وتحليل طلب التكوين؛
2. تحديد مشكل الأداء وتشخيصه؛
3. البحث عن أسباب المشكل، بحيث يمكن تعريف حاجة التكوين على أنها الفرق الملاحظ بين السلوك المتوقع أو المنتظر والسلوك الحالي للموظف في إنجاز مهمة معينة⁽¹⁾.

(1) عبد الكريم بوحفص، التكوين الاستراتيجي لتنمية الموارد البشرية، ديوان المطبوعات الجامعية، 2010، ص146.

الشكل رقم (1-6) يوضح سياق تحليل حاجات التكوين:



المصدر: عبد الكريم بوحفص، مصدر سبق ذكره، ص148.

إن مؤسسات الوظيفة العمومي حاليا تفتقد على مفهوم التسيير التقديري الحقيقي، وكذلك الشأن بالنسبة لسياسة التكوين الفعلية إذ ساعد لها في ذلك قلة الإطارات الكفئة المختصة في تسيير المؤسسة العمومية بصفة عامة، وتسيير الموارد البشرية بصفة خاصة. بإمكاننا القول أن مفهوم التكوين المؤسسة الجزائرية هو إجرائي تعديلي للوضعيات السالفة (عجز موجود) وليس إجرائي وقائي، مبني على العجز المرتقب مستقبلا. في حقيقة الأمر وبالرغم من أن هذه المؤسسات تقوم بوضع هذه المخططات التكوينية في إطار مخطط التسيير التقديري من خلال الجدول رقم 07 فإن هذا المخطط يهدف إلى التنبؤ بالبرنامج التكويني لبعض الفئات العمالية التي

تعاني من عجز في الأداء، وليس للفئات العمالية التي يمكنها أن تعاني العجز في المستقبل ويتم تقدير الموارد البشرية بناء على المرسوم 96-92 المذكور سابقا: «بناء على اقتراح المؤسسة المسيرة وبمشاركة كل من مصالح الوظيف العمومي والميزانية ويصبح هذا المخطط نافذا للجهة المستخدمة بمجرد المصادقة عليه من قبل مصالح الوظيف العمومي وتظل هذه الجهة المعنية خاضعة من حيث مدى تطبيقه للمخطط المصادق عليه من قبل مصالح الوظيف العمومي للمتابعة والتقييم وذلك كل سنة»⁽¹⁾. يجب أن نميز عند مخطط التقدير للتكوين بين فئتين من العمال⁽²⁾:

1. العمال المنتمين إلى الأسلاك والرتب المشتركة: بناء على المادة (13) من المرسوم 96-92 السالف الذكر فإن برامج التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات الخاصة بهذه الأسلاك والرتب تقرر من قبل السلطة المكلفة بالوظيفة العمومي والمؤسسة المسيرة.

2. العمال المنتمين إلى الأسلاك والرتب النوعية والخاصة: يتم بقرار وزاري مشترك بين الوزير المعني والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومي وذلك طبقا لأحكام المادة 5 من المرسوم 96-92.

وفي الحالة الأولى تشكل لجنة على مستوى المؤسسة المسيرة وتقوم بإعداد مخطط تكوين وذلك طبقا للمادة 7 من المرسوم 96-92 التي تنص: «تشكل على مستوى كل مؤسسة وإدارة عمومية لجنة تكلف باختيار الموظفين المعنيين بمتابعة دورة تكوين، تحسين المستوى وتجديد المعلومات... وتصنيف الفقرة الثالثة من هذه المادة؛ تتكون هذه اللجنة من:

- السلطة التي لها حق التعيين رئيسا؛
- منتخب من لجنة المستخدمين المؤهلة حسب السلك أو الرتبة المعنية بالتكوين عضو؛
- مسؤول تسيير الموارد البشرية أو المسؤول المكلف بالتكوين عضو؛

اللجنة لها الحق في استدعاء كل شخص مؤهل ويعتبر ضروري للاستشارة»⁽³⁾.

من خلال دراسة وتحليل ما سبق يمكننا القول أن هذا المرسوم ترك تقنيات وطرق تقدير احتياجات التكوين إلى هذه اللجنة، إلى المؤسسة المكلفة بإعداد مخطط التكوين للاعتبارات السابقة الذكر من حيث قلة الأطير، فإن تحديد الأشخاص المعنيين بالتكوين، وذلك باقتراحها لهذا المخطط الذي يخضع إلى تأشيرة الوظيف العمومي ومن ثم التزام المؤسسة المسيرة به.

(1) سعيد مقدم، مرجع سابق، ص 114.

(2) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16، سنة 1996.

(3) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16، سنة 1996، مرجع سابق.

أما في الحالة الثانية فهي تأخذ نفس المبدأ للحالة الأولى، والفرق يكمن فقط في الاختصاص، كما أن الوزارات ملتزمة بوضع مخططات تكوينية خاصة بالمؤسسات التابعة لما يعرف بمخطط التكوين القطاعي، وذلك بتجميع مخططات المؤسسات التي تحت وصايتها.

إن المخطط التقديري للتكوين ينبع من التنبؤ بمخطط التسيير التقديري للموارد البشرية، وهو مفهوم حديث نسبيا في مؤسسات الوظيف العمومي، كما أن طرق تقديره تبقى من مهام وصلاحيات اللجنة المختصة، أما اعتماده فمن صلاحيات مصالح الوظيف العمومي على مستوى المؤسسة المسيرة.

ج- مزايا وعيوب مخطط التكوين: تأسيسا على ما سبق ذكره سنحاول تقييم مخطط التكوين بمؤسسات الوظيف العمومي الجزائري وذلك بدراسة مزاياه وعيوبه. وكذلك الشأن فيما إذا كان التكوين داخل أو خارج المؤسسة.

الجدول رقم (1-4): يبين إيجابيات وسلبيات التكوين داخل وخارج مكان العمل:

التكوين أثناء العمل (داخلي)	التكوين خارج مكان العمل (خارجي)
<ul style="list-style-type: none"> - عدم الحاجة إلى تجهيزات. - عدم الحاجة إلى مدربين . - وجود بيئة فعلية للتكوين. - يعتبر التكوين جزءا من العمل . - يحقق المتكون علاقات عمل مبكرة. - القدرة على التحكم في عملية التعلم . - قلة التكاليف . - لا وجود لمشكلة نقل اثر التكوين. 	<ul style="list-style-type: none"> - الابتعاد عن ضغط العمل و المنزل - وجود وقت كافي للتكوين . - سهولة الكشف عن مشكلات المتكونين الدقيقة. - بيئة التكوين المريحة تساعد على التعلم. - تحقيق عنصر الاهتمام من طرف المتكونين. - إمكانية تجربة الفرضيات و تبادل الخبرات و المعرفة. - تنمية المعنويات الفردية و الجماعية .
<ul style="list-style-type: none"> - إمكانية تعرض الأجهزة للعطل . - المشرفين قد لا تكون لديهم الخبرة كمدربين . - عدم إعطاء وقت كافي للتكوين. - إحراج المتكونين أمام زملائهم أصحاب الأقدمية و الخبرة. 	<ul style="list-style-type: none"> - تكلفة التجهيزات الإضافية. - بيئة التكوين الصناعية . - عدم تقبل بعض المتكونين الابتعاد عن عائلاتهم . - صعوبة نقل اثر التكوين. - إضاعة وقت كبير في العملية التكوينية. - شغل مناصب المتكونين و توقف العمل أحيانا يتطلب نفقات سفر مكلفة.
المزايا	السلبيات

المصدر: من إعداد الباحث

1. مزايا مخطط التكوين:

- أعطى بعدا فكريا ومفهوما جديدا واهمية من حيث كونه ضروري لصيانة وتطوير الموارد البشرية.
- أعطى اهتماما للعنصر البشري واستدراك مكانته في المؤسسة.
- يمكن أن يكون وسيلة لعصرنة وتطوير الخدمة العمومية والمرفق العام.

2. عيوب مخطط التكوين:

- أهمل تكوين المكونين حيث أن أغلب المؤسسات المكلفة بالتكوين هي عبارة عن مؤسسات ومعاهد وجامعات مختصة في التكوين القاعدي، وبالتالي في غالب الأحيان المؤطرون المتواجدون ليسوا على دراية بالأعمال التقنية البحتة، وبذلك لا يمكن لهم دائما من التمكن من حل مشاكل العجز في الأداء. كما أن هذه المؤسسات المكلفة بإعداد البرامج التكوينية ليست على دراية فعلية وموضوعية بطبيعة هذه المشاكل مما يتعذر عليها وضع برامج فعالة.

- حاليا مخطط التكوين لا يفي بمفهوم التسيير التقديري، بل يعتمد على التسيير الإجرائي التصحيحي لعجز الموجود.

- قلة الموارد المالية المخصصة لبرامج التكوين سيما التكوين بالخارج.

بالرغم من العيوب التي يعرفها مخطط التكوين في مؤسسات وإدارات الوظيف العمومي، إلا أنه يظل أسلوبا حديثا في التسيير، ومن شأنه أن يعطي بعدا تسييريا للموارد البشرية، وعلى هذه المؤسسات والإدارات أن تجعل منه وسيلة للتسيير التقديري من خلال التنبؤ بالعجز في الأداء، بالعجز في الأداء، وأن لا تقتصر عليه كوسيلة لتقييم العجز الحالي في المردودية.

لقد تمكنا من خلال هذه التجربة الحديثة في هذه المؤسسات التي أقل ما يمكن أن نقول عنها أنها بدأت تهتم بالبعد الإنساني والتسييري، بالرغم من أنها تحتاج إلى تطوير أكثر وتوسيع اهتماماتها إلى تحفيز الموظف، بالكيفية التي تؤمن أكثر بالموارد البشرية في المؤسسة، وإلى التفكير في نظام اتصال يمكن من ذلك، إلا أنه ومقارنة بالوضعية الأولى التي عرفها نظام تسيير الموارد البشرية في هذه المؤسسات فإن الوضعية الحالية في تحسن من حيث البعد التقديري للموارد البشرية. إن العيب في نصوص التكوين لم يقتصر على الجانب الشكلي بل تعداه إلى جانب المضمون حيث أكد المشرع على الأهمية القصوى التي يجب بلوغها في أي تكوين، والإدارة حسب مفهومنا للنص تبقى المستفيد الأكبر من العملية وهذا هو سر التناقض مع عرض الأسباب، هذا العرض الذي أكد خصوصا على ترقية الموظف والاهتمام به. بيد أن المشرع في هذا النص كان يفكر في مصلحة الإدارة قبل مصلحة الموظف وذلك هو العيب بعينه، فلما أكد على أنه لن يستفيد إلا مرة واحدة من التربص في الرتبة التي يشغلها، بماذا يفسر هذا المشرع ضرورة التأقلم مع التقنيات الجديدة في مجال الطب والتكنولوجيا؟، فهل أن الطبيب العام مثلا، لن يحتاج في رتبته هذه إلا تربصا واحدا طيلة 05 سنوات على الأقل قبل أن يرقى إلى الرتبة العليا.

لعله من نافلة القول أن نؤكد على أن النص رغم النقائص التي تطبعه يبقى مرجعا أساسيا في مجال التكوين المستمر ولكن يتوجب على السلطة المعنية أن تنظر فيه مرة أخرى، لسد الفراغ الذي يميز التطبيق الفعلي لهذا المرسوم، إذ تجدر الإشارة أن الكثير من إدارتنا تبتعد أحيانا في ممارستها اليومية للنشاطات التكوينية إذ يمكن ذكر وضعيتين على سبيل الاستدلال لا على سبيل الإقصاء:

الوضع الأول: عدم وجود مخطط التكوين متوسط وبعيد المدى.

الوضع الثاني: عدم مكافأة المتربصين والاستفادة من تكوينهم الجديد. لذلك فإن إعادة النظر في هذا النص مع الأخذ بعين الاعتبار الجوانب الموضوعية في تكوين الموظف مع مراعاة مصلحة الإدارة يكون له الأثر الإيجابي في بعث روح جديدة في الطاقات البشرية الهائلة التي تطبع الإدارة الجزائرية.

لتجاوز هذه الاختلالات يمكننا الاستفادة من لاقتراحات الثلاث التي قدمها " نوويه وسميث " (Noe et Schmit, 1986) واستخدمها " متيوه وتانيوم وصلاص " (Mathieu, Tannebaum et Salas, 1992) وهي التالية:

- جهد كبير أثناء التكوين يؤدي إلى أداء مرتفع في التكوين (التوقع I).
- الأداء المرتفع في التكوين يؤدي إلى أداء مرتفع في العمل (التوقع II).
- الأداء المرتفع في موقع العمل وسيلة للحصول على النتائج التنظيمية المرغوبة وتجنب غير المرغوبة (الوسيلة)⁽¹⁾.

المبحث الرابع: الآفاق المستقبلية للوظيفة العمومية الجزائرية على ضوء التنظيم الحديث.

المطلب الأول: تقييم حصيلة تعدادات الوظيف العمومي

يتضح من التقييم الموضوعي لتجربة 47 سنة منذ أول قانون سنة 1966 أن الوظيفة العامة في الجزائر عرفت مراحل حاسمة وأظهرت نقائص بدأت تتراكم، استوجب تداركها في إطار الإصلاحات التي بدأ الشروع فيها في سنة 2006 وتعمقت في سنة 2012. إن ضرورة عصرنه الإدارة العمومية وإعادة النظر في مكانة ودور الوظيف العمومي لها أسباب تتمحور في النقاط الأساسية التالية: تحديد النفقات، الفعالية، اللامركزية، تلبية احتياجات المواطن. ومن المؤكد أن التغيير عن طريق العصرنه يستوجب إعادة مهام الإدارة

(1) عبد الكريم بوحفص، مرجع سبق ذكره، ص 244، 245.

ووساؤها⁽¹⁾، ومن بين هذه الوسائل تبرز حتمية تحديد سياسة الشغل في الإدارة العمومية ودراسة وضعيتها من خلال تشريع وتعدادات الموارد البشرية:

أولا: على مستوى القوانين الأساسية: إن قانوني 1966 و 1985 للوظيفة العامة تميزا بنوع من الجمود⁽²⁾ حيث استبعدا كل إمكانية في التكييف، وبنظام أحور استبعد أية إمكانية في تطوير الحياة المهنية.

ثانيا: على مستوى التعداد: إن التعداد الإجمالي للموظفين والأعوان العموميين في قطاع الوظيفة العمومية الجزائرية بلغ في حصيلة محينة للمديرية العامة لوظيفة العمومية بتاريخ 2013/01/23: 1906875 موظف وعاون عمومي⁽³⁾. وقد تطلب منا الأمر تفصيل هذا التوزيع لمعرفة الخصوصيات:

1. توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب الطبيعة القانونية لعلاقة العمل.

الجدول رقم (1-5): يبين توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب الطبيعة القانونية لعلاقة العمل

نوعية الموظفين	التعداد	النسبة
الموظفون	1.511.952	79.3%
المتعاقدون	394.923	20.7%
المجموع العام: 1906875		

المصدر: من إعداد الباحث حسب معطيات الموقع المشار إليه في الهامش.

2. توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب المستويات المؤسساتية:

الجدول رقم (1-6): يبين توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب المستويات المؤسساتية

المستويات المؤسساتية	التعداد	النسبة
المصالح المركزية	305.437	16%
المصالح غير المركزية	854.912	44.9%
إدارة البلديات	261.811	13.7%
المؤسسات ذات الطابع الإداري	391.434	20.5%
المؤسسات العمومية ذات الطابع العلمي والتكنولوجي	3.816	0.2%
المؤسسات العمومية ذات الطابع الثقافي والمهني	89.465	4.7%

المصدر: من إعداد الباحث بناء على معطيات موقع المديرية العامة للوظيفة العمومية محينة بتاريخ 2013/01/23.

(1) الأستاذ إبراهيمي، سياسة التشغيل في الإدارة العمومية، محاضرة للكاتب بمناسبة أيام دراسية حول الوظيفة العمومي 8، 9 نوفمبر 1994، بفندق الأوراسي، الجزائر.

(2) نفس المصدر السابق.

(3) موقع المديرية العامة للوظيفة العمومي، مرجع سبق ذكره.

3- توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب القطاعات:

الجدول رقم (1-7): يبين توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب القطاعات

النسبة	التعداد	قطاعات النشاط
%29.40	560.701	التربية الوطنية
%31.67	603.880	الداخلية والجماعات المحلية
%12.46	237.618	الصحة العمومية
%8.01	152.829	التعليم العالي
%3.80	72.456	قطاع المالية
%2.52	48.044	التكوين والتعليم المهنيين
%2.15	40.845	العدل
%9.99	190.402	قطاعات أخرى

المصدر: من إعداد الباحث وفقا لمعطيات المديرية العامة للوظيفة العمومية على الموقع www.dgfp.dz بحينة بتاريخ 2013/01/23.

من خلال هذا التوزيع نلاحظ بأن قطاع الصحة العمومية يحتل المرتبة الثالثة بنسبة %12.46 قياسا بالتعداد العام للموظفين بعد كل من التربية الوطنية ومستخدمي وزارة الداخلية.

4- توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب مستويات التأهيل:

الجدول رقم (1-8): يبين توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب مستويات التأهيل:

النسبة	التعداد	مستويات التأهيل
%29.15	555.907	أعوان التصميم
%17.77	338.926	أعوان التطبيق
%14.18	270.337	أعوان التحكم
%38.90	741.705	أعوان التنفيذ

المصدر: من إعداد الباحث مأخوذ من موقع المديرية العامة للوظيفة العمومية.

التصميم: صنف 11 وأكثر . التحكم: صنف 7 إلى 8.

التطبيق: صنف 9 إلى 10. التنفيذ: صنف 1 إلى 6.

من خلال هذا التوزيع نلاحظ بأن أغلبية الموظفين ينتمون إلى شريحة أعوان التنفيذ، وأن مستوى ترتيب هذه

الفترة ما فتحت تتفوق في جميع مراكز تطور الوظيفة العمومية.

5- توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب المستويات المؤسساتية ومستوى التأهيل:

الجدول رقم (1-9): يبين توزيع تعدادات الوظيفة العمومية بحسب المستويات المؤسساتية ومستوى التأهيل:

المجموع		الطبيعة القانونية لعلاقة العمل	نوع الإدارة
النسبة	التعداد	أعوان التصميم	إدارة مركزية
%16.3	49.932	أعوان التطبيق	
%23	70.350	أعوان التحكم	
%49	149.767	أعوان التنفيذ	
%11.6	35.388	أعوان التصميم	إدارة غير ممركرة
%42.5	362.966	أعوان التطبيق	
%21.2	181.070	أعوان التحكم	
%9.8	84.630	أعوان التنفيذ	
%26.5	226.264	أعوان التصميم	البلديات
%05	13.074	أعوان التطبيق	
%4.3	11.229	أعوان التحكم	
%3.6	9.531	أعوان التنفيذ	
%87.1	227.977	أعوان التصميم	المؤسسات ذات الطابع الإداري
%19.5	76.407	أعوان التطبيق	
%17.4	68168	أعوان التحكم	
%5.4	20.983	أعوان التنفيذ	
%57.7	225.866	أعوان التصميم	المؤسسات ذات الطابع العلمي والتكنولوجي
%57.6	51.503	أعوان التصميم	المؤسسات ذات الطابع العلمي الثقافي والمهني
%8.7	7.752	أعوان التطبيق	
%5.8	5.181	أعوان التحكم	
%28	25.029	أعوان التنفيذ	

المصدر: من إعداد الباحث من موقع المديرية العامة للوظيفة العمومية بتصرف إحصائيات.

6- العنصر النسوي في الوظيفة العمومية:

يبلغ تعداد العنصر النسوي في الوظيفة العمومية **607.160** عونا، أي ما نسبته **31.8%** من التعداد

الإجمالي موزعات كما يلي:

الجدول رقم (1-10): يوضح تعداد العنصر النسوي في الوظيفة العمومية:

النسبة	التعداد	الطبيعة القانونية لعلاقة العمل
88.7%	538362	موظفات
11.3%	68798	متعاقدات

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المديرية العامة للوظيفة العمومية على الموقع www.dgfp.dz.

7- توزيع العنصر النسوي حسب قطاعات النشاط:

الجدول رقم (1-11): يبين توزيع العنصر النسوي حسب قطاعات النشاط:

النسبة	التعداد	قطاع النشاط
42%	257.097	التربية الوطنية
20%	117.513	الصحة العمومية
13%	76.960	الداخلية والجماعات المحلية
8%	50.442	التعليم العالي
2%	15.589	التكوين والتعليم المهنيين
4%	22.297	قطاع المالية
11%	67.532	قطاعات أخرى

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على الموقع www.dgfp.dz.

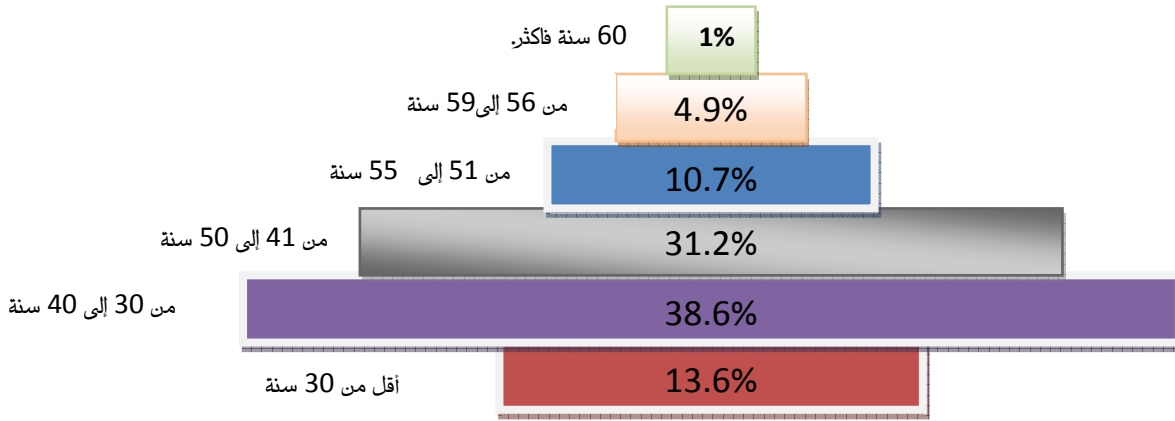
من خلال هذا التوزيع نلاحظ أن قطاعي التربية والصحة العمومية يستحوذان على أغلبية تعداد العنصر النسوي بما نسبته 62%.

8- توزيع الموظفين والأعوان العموميين حسب هرم السن:

الجدول رقم (1-12): يوضح توزيع الموظفين والأعوان العموميين حسب هرم السن

النسبة	التعداد	السن
13.6%	260.036	أقل من 30 سنة
38.6%	736.195	من 30 إلى غاية 40 سنة
31.2%	594.556	من 41 إلى غاية 50 سنة
10.7%	203.961	من 51 إلى غاية 55 سنة
4.9%	93.083	من 56 إلى غاية 59 سنة
1%	19.044	من 60 سنة فأكثر

المصدر: من إعداد الباحث مأخوذ من موقع المديرية العامة للوظيفة العمومية.



المصدر: بتصريف من اعداد الباحث .هرم توزيع الموظفين حسب شرائح السن (1).

إن المتتبع لتعدادات الوظيفة العمومية يلاحظ من خلال حصيلة الشغل السنوية (سنة 2012) أنه بالرغم من تحديد سن التقاعد عند عتبة الستين (60 سنة) إلا أن شريحة تمثل واحدا بالمئة ما زالت تمارس الوظائف بتعداد يقدر بـ 19.044 موظفا. في إطار إستراتيجية تثبيت هياكل الإدارة العمومية، أعطت الحكومة تعليمات لا حالة من تجاوزات سن التقاعد بالإحالة.

المطلب الثاني: التصور المستقبلي للإطار القانوني للوظيفة العامة

تستوجب الظروف الراهنة التفكير في إجراءات التنظيم الهيكلي لنظام الوظيف العمومي وعدد مستخدميه وتكاليفه، مما يستدعي النظر في أربعة محاور أساسية وهي القانون الأساسي، دور الوظيفة العامة، ثم إعادة تحديد مجال تطبيق القانون العام للوظيف العمومي، عن طريق ديمقراطية أوسع للوظيف العمومي، ومسار وظيفي مفتوح (2). فمن أجل عصنة تسيير التشغيل في الإدارة العمومية ينبغي أن يتعايش نظام مسار الوظيف مع أنماط أخرى أكثر ليونة، كالنظام التعاقدية أو الاتفاقيات الجماعية واللجوء إلى الخبراء (3). من ناحية الحقوق ينبغي أن يتضمن القانون الجديد للوظيفة العمومية حماية أكبر بالنسبة للموظف حتى يكون عوناً للدولة ولا يخضع إلا لسلطة القانون وهذا يتطلب تقليص المناصب التي يتم شغلها بإرادة من السلطة السياسية وإخضاع كل التعيينات في المناصب العليا الإدارية والتقنية إلى المسابقات حتى تبرز الكفاءات، ويتحرر الموظفون من منحهم مناصب ممكن تركها في أي وقت متى شاءت سلطة التعيين.

أولاً: عصنة أنماط تسيير الموارد البشرية في الإدارة العمومية

إنه من يتمعن جيدا في تسيير الموارد البشرية في الوظيف العمومي يدرك بما لا يدع الشك أن هناك غيابا

(1) معطيات موقع المديرية العامة للوظيفة العمومية على الموقع www.dgfp.dz بمجيب بتاريخ 2013/01/23، تاريخ الزيارة 2013/04/16.

(2) إبراهيمي نفس المرجع السابق و هو باحث في مديرية البحث لدى المدرسة الوطنية العليا للإدارة و التسيير.

(3) نفس المصدر.

ملحوظا في تسيير الحياة المهنية بحيث نجد موظفين ينجحون في حياتهم المهنية في الوظيف العمومي، إذ ليس من باب الصدفة أن يعين متصرفا إداريا في سن الثلاثين من عمره في وظيفة عليا. غير أن هذه الحالة قد لا تكون نتيجة مشروع مهني أو بلوغ مرحلة من التطور المدعمة بخبرات مهنية متدرجة وتكوين مستمر⁽¹⁾ ومما يجب ذكره أن هناك سوء فهم فيما نسميه بالحياة المهنية، فالكثير من يعتبرها تدرج في المناصب، والواقع يجب أن يكون تدرج خبرات الحياة المهنية في الحقيقة ليست تدرج في الأقدمية أو ترقية إلى رتبة أعلى، بل هي قبل كل شيء مجال مهني محدد في بداية مسار كل عون في إطار القانون الأساسي الذي ينتمي إليه.

إن المجال المهني يحتوي المهارات المهنية، وكيفية إعدادها هي من مسؤولية الإدارة، أما الاختبار الأحسن للحياة المهنية فهي مسألة شخصية بحيث تأخذ بعين الاعتبار القدرات والإمكانيات والكفاءات والمؤهلات.

يجب عدم الخلط بين تسيير الحياة المهنية (*Gestion de carrière*)، وتسيير المهن (*La Gestion des carrières*)، إذ الأولى تتعلق وتخص الفرد وتطوره الشخصي، بينما الثانية تتعلق بالمهنة في حد ذاتها والتسيير الجماعي للموارد البشرية من طرف الإدارة، ويلاحظ أن نظام الوظيف العمومي في الجزائر يسجل أحيانا نقصا في مقاييس البحث عن المواهب وعدم التكفل بتصور الأعوان الجدد لحياتهم المهنية وسوء استعمال مؤهلاتهم، وأكثر خطورة من ذلك، إذ في إطار اقتصاد السوق سيواجه قطاع الوظيف العمومي صعوبات في الاحتفاظ بالإطارات ذات الخبرة والطاقات العالية المطلوبة بكثرة من طرف القطاع الاقتصادي والقطاع الخاص الذي يعتبر الأكثر منافسة في مجال الأجرور وتطور الحياة المهنية.

ثانيا: تكييف دور أسلوب رقابة الوظيف العمومي مع المتطلبات المستجدة

المرقابة القانونية للوظيف العمومي لها جوانب إيجابية وأخرى سلبية:

1- الجوانب الإيجابية للرقابة القانونية: يسمح جهاز الرقابة بمايلي:

أ. **بالنسبة للإدارة:** التأكد من احترام المبادئ الأساسية التي تحكم الوظيفة العمومية (مبدأ الشرعية، ومبدأ المساواة).

- الحرص على توحيد الإجراءات التطبيقية الخاصة بالأحكام القانونية والتنظيمية كما تسمح بالسهر على تسيير المتستخدمين بانسجام وبكل شفافية ومتابعة تطور عدد الموظفين في الإدارة العمومية، وتدارك نقائص النصوص القانونية والتنظيمية وتفاديها بسرعة.

ب. **بالنسبة للموظف:** إن الرقابة القانونية للوظيف العمومي تحمي من تعسف واستبداد يمكن أن يحصل من

(1) نفس المصدر.

هياكل التسيير، كما تضمن له احترام حقوقه القانونية، التنظيمية (الترقية في الدرجات وفي الرتبة، عدم التعسف، دراسة التظلم، حفظ الحقوق في الإجازات...).

2- الجوانب السلبية للرقابة القانونية: من مساوئ التأشيرة أنه ينجر عنها عدم الإحساس بالمسؤولية من طرف المصالح المسيرة مسترة وراء هذا الشكل من المراقبة الذي لا يضمن للمسير إلا حماية خيالية () وأدت هذه الوضعية إلى:

- تحكم غير كاف للتسيير، ويتبين هذا من خلال العدد الكثير من القرارات المرفوض تأشيرتها من طرف المصالح المركزية للوظيف العمومي.

- ازدحام مصالح الوظيف العمومي واضطرابها إلى القيام بنشاطات تسيير روتينية على حساب ممارسة مهامها الحقيقية من تصور، وتقنين وتوحيد، وضبط.

- غموض في تحديد المسؤوليات الخاصة بكل من مصالح التسيير ومصالح الوظيف العمومي. هذا بالإضافة إلى كون القانون 90-21 المؤرخ في 15/08/1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية المعدل والمتمم، منح وظيفة مراقبة موازية بل جامعة إلى المراقب المالي.

3- ملائمة مهمة الرقابة مع الحاجيات الجديدة للإدارة: إذا لم يطبق مجال التساؤل حول ضرورة الرقابة القانونية للوظيف العمومي، فلنتفكر قليلا في الفوضى التي تسبب فيها عدم خضوع قرارات الموظفين إلى أي رقابة، وبالمقابل فمن واجبنا التساؤل والبحث عن كيفية رد هذه الرقابة أكثر فاعلية وذات مردودية كبيرة. كما ينبغي الانتقال من رقابة كلاسيكية ساكنة إلى رقابة ديناميكية لا تكفي بمحاصرة النقائص الملاحظة عن طريق رفض الحالات المخالفة للقوانين، ولكن بوضع إجراءات تساعد على إزالتها وعدم تكرارها. إن المراقبة لكي تؤدي دورها كاملا ينبغي أن تكون صحيحة وتربوية، الشيء الذي لا يتأتى إلا في إطار منظم يكون مصحوبا بجزاءات قمعية أو تشجيعية حسب الحالة، وبذلك يمكن تحويل الرقابة إلى أداة أكثر نجاعة.

المطلب الثالث: تحديات الوظيفة العمومية

أولا: على ضوء القوانين الحالية:

تواجه دول العالم الحديث تحديات كثيرة أفرزتها التحولات التي يعرفها العالم اليوم جراء تيار العولمة بصفة عامة وتيار الديمقراطية بصفة خاصة. وقد أظهر هذا النظام حقائق وعديد الرهانات فرضت على كل الدول إعادة النظر في أساليب تنظيمات وآليات تسييرها على مستوى كل المجالات السياسية، الاقتصادية،

والاجتماعية. وبعيدا عن الذاتية يمكن القول أن من المظاهر الجوهرية لهذه التيارات ظاهرة السباق نحو التنمية، الحكم الراشد قصد التمكين من الحفاظ على المقومات الوطنية والاستقلال الاقتصادي والثقافي، وبالتالي الإفلات من التبعية الاقتصادية والسياسية.

ومن مظاهر السباق نحو التنمية، ما يمكن استنتاجه من تجارب بعض الدول الآسيوية التي تمكنت من تحقيق تحول اقتصادي (**Mutation Economique**) في فترة وجيزة (لم تتعدى 25 سنة)، في حين كان ذلك في فترة تفوق القرن من حياة الأمم. وبالعودة إلى واقع هذه الدول وإلى مختلف التجارب والنماذج التي انتهجتها في سبيل تطورها وتنميتها لم تعتمد فقط على ما يسمى في العلاقات الدولية بالمزايا النسبية (**Les Avantages Relatifs**) من ما حباها من مواقع جغرافية أو موارد طبيعية وما إلى ذلك، أو من المزايا المطلقة (**Les Avantages Absolus**)، وإنما اعتمدت أساسا على المزايا التنافسية أو المكتسبة (**Les Avantages Compétitifs**) **OU (les avantages acquis)**، وهي المزايا التي تركز على وجه الخصوص على العنصر البشري ومدى قدرته على الإبداع المتواصل للبحث عن الثروة وكذا الإنتاج المتواصل. وهكذا إذن، وتحت تأثير المنافسة الدولية والسباق المذهل والسريع نحو التنمية، ظهرت أهمية الموارد البشرية، ومن ثمة ظهور الوعي والشعور بضرورة إقامة إستراتيجيات وسياسات وطنية متكاملة للاعتناء بهذه الثروة واعتبارها العنصر البشري الأساسي والضامن الحقيقي للبقاء والتنمية. من هنا ظهر مفهوم الموارد البشرية وحل محل مفهوم إدارة العمال أو المستخدمين، وأضحى أكثر استعمالا في محيط الإدارة والأدب الإداري دالا بوضوح عن انشغالات مختلف المنظمات (المؤسسات الاقتصادية والتجارية العمومية والخاصة، المؤسسات الإدارية العمومية). وبذلك اعتبر المورد البشري ليس مجرد عاملا من عوامل الإنتاج بل ثروة، كفاءة وقوة حقيقية للاقتراح والالتزام (**Force de Proposition et d'Engagement**) وليس مجرد عنصر في عمل الإدارة فقط.

لقد أظهرت دراسة حديثة أنه من بين خصائص دول المجموعة الأوروبية الأكثر نجاعة طيلة عشر (10) سنوات الأخيرة، أنها أولت أهمية بالغة وانشغال دائم بتسيير مواردها البشرية إضافة إلى أهداف واضحة كانت محل نشر واسع وشرح وتوزيع بين مستخدميها ورقابة مستمرة على كافة مجالات التسيير. بما في ذلك تسيير الموارد البشرية. على الخلاف من ذلك، فإن المجموعات غير الناجعة هي التي تنعدم لديها إستراتيجيات تسيير مواردها البشرية وتبدي رقابة مستميتة فقط على المجال المصرفي والمالي ولا تتعداه إلى الجوانب الأخرى ومنها جانب الموارد البشرية.

إن البعد الإنساني للتسيير أصبح يقتضي الاستثمار في الجانب الاجتماعي، ومن أجل ذلك فقد تبنت بعض الدول ومنها الجزائر إستراتيجية تنمية أسست على التخطيط للموارد البشرية بغية تحقيق تطابق بين المتطلبات القائمة للمصالح من جهة والمتطلبات الفردية للعامل من جهة أخرى. هذا الأمر تطلب إدراج نظام تسيير الموارد البشرية ضمن النظرة العصرية للتسيير التي تعتبر مستخدمي الإدارة، المورد الرئيسي الذي يجب أن تعتمد عليه السلطات العمومية لممارسة اختصاصاتها وصلاحياتها انطلاقاً من أحد التعريفات التي تقول بأن: الدولة باعتبارها شخص معنوي هي الموظف - الشخص الطبيعي - الذي يمثلها إذا تطور وأبدع وتحسن، تحسنت وإذا تطور وأبدع وتحسن، تحسنت وإذا وهن وهنت.

ثانياً: إستراتيجية الوظيفة العمومية على ضوء تحديد المشكلة الاقتصادية:

بعد أن أصبحت الإدارة العمومية تدخل في أعمالها الجانب الاقتصادي وتسعى إلى العمل بطريقة أفضل، وحتى تكون ناجحة فلا بد أن تتميز بقرتها على الارتقاء إلى مستوى الانشغالات المشروعة للمواطنين وتحقيق توازن حقيقي بين نوعية الخدمات المقدمة وتكلفة هذه الخدمات. وعلى هذا الأساس فإن الأسئلة التي تطرح:

1- أين نريد أن نذهب؟ (تحديد الأهداف وإعداد المشروع).

(Définir des buts et des objectifs Elaboration d'un programme)

2- كيف نصل إلى الهدف؟ (تحديد الإستراتيجية والعمليات اللازمة).

(Définir La stratégie et Les actions)

3- ما هي الموارد المتوفرة (المالية، التقنية، البشرية).

(Quelles sont les ressources financières, techniques, humains dont on dispose?)

4- كيف نوفق بين الموارد المتوفرة والمشاريع؟

(Comment faire l'adéquation entre les ressources humains et les projets?)

مما سبقت الإشارة إليه يتضح بأن الإدارة العمومية وأمام التحديات التي تواجهها ملزمة أكثر من أي وقت مضى بإعادة النظر في أساليب تنظيمها وآليات تسييرها ومراجعة نظرتها إلى مواردها البشرية. فالنجاح والفعالية تتوقف بالخصوص على قيمة الموارد البشرية من ناحية، ونوعية هذه الموارد في مختلف المستويات سواء أكان الأعوان أعوان التنفيذ، أعوان التحكم أو أعوان التأطير من ناحية أخرى. ومن أجل ذلك فلا بد من وضع خطة وإستراتيجية تنمية حقيقية في مجال تسيير الموارد البشرية تعتمد على مخطط يتضمن الفروض التالية:

- 1- إقامة وتجسيد سياسة تسيير توقعي (gestion prévisionnelle) لا تقتصر فقط على الأعمال الإدارية اليومية الروتينية بل يشمل التحكم في تعداد المستخدمين، التخطيط والتنبؤ.
 - 2- تحديد صلاحيات الموظفين وضبط أعمالهم بدقة في إطار تكاملي وذلك لتجنب تداخل المهام وتفادي بشعور الأعوان بانعدام الجدوى من خلال تواجهم ضمن المنظمة بصفة عامة وضمن المجموعة بصفة خاصة.
 - 3- وضع مخططات حقيقية للمسار المهني (Plan de Carrière) لكافة فئات المستخدمين تأخذ بعين الاعتبار فقط؛ الكفاءة الاستحقاق الشخصي بما يفسح المجال على تفجير الطاقات الفردية والسعي إلى تحقيق الطموحات الشخصية المشروعة في الترقية (Promotion) والتحويلات في مجال التخصصات الجديدة التي يفرضها تطور المجتمع.
 - 4- جعل الاستحقاق الشخصي المبدأ الأساسي والوحيد لتولي وظيفة عمومية قصد تدعيم مصداقية المرفق العمومي. (**Mettre fin à l'adage administratif nul n'est indispensable**)
 - 5- تمكين الموظف من اكتساب المؤهلات والمعارف الجديدة بغية الترقية وتولي المسؤوليات الجديدة وفق القدرات المكتسبة والطموحات المشروعة.
 - 6- إقامة منظومة تقييم للمستخدمين تركز على المكافأة الإيجابية على أساس الكفاءة والمردودية الفردية وحب العمل، والجزاء السلبي بما يتناقض مع قصد خلق روح التنافس البناء.
- شرعت منظومة الوظيف العمومي منذ سنة 1995 من اعتماد نظام المراقبة اللاحقة لتسيير الموارد البشرية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 95-126 المؤرخ في 29 أبريل 1995 والذي يعتبر البذرة الأولى لسياسة التسيير التوقعي في المرفق العام فضلا عن وضع إطار قانوني ينظم التكوين وتحسين المستوى وتحديد معلومات الموظفين بموجب المرسوم التنفيذي رقم 96-92 المؤرخ في 03 مارس 1996 وذلك لجعل التكوين حقا، بل واجبا للموظف من خلال توفير شروط تحسين كفاءات ومؤهلات الموظفين. إن جعل الاستحقاق الشخصي المبدأ الأساسي لتولي وظيفة عمومية والذي يؤدي إلى تأكيد وتكريس شفافية أعمال الإدارة باكتساب ثقة المواطن المترشح لوظائف عمومية حسب ما ذهب إليه الأستاذ "بلقاسم بوشمال" مدير عام للوظيف العمومي حول موضوع النظرة الجديدة لتسيير الموارد البشرية في الإدارة العمومية في إحدى مداخلاته بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية.

ثالثا: النظرة الجديدة لتصنيف الموظفين

أ. مستويات أسلاك الموظفين: من ضمن المستجدات الحاصلة في هذا الميدان أن القانون الأساسي العام للوظيفة

العمومية قام بتصنيف أسلاك الموظفين بخلاف القوانين السابقة حسب مستوى التأهيل إلى مجموعات أربعة:

1. المجموعة "أ": وتضم نشاطات التصميم والبحث والدراسة وتخص الموظفين الذين تتوفر فيهم شروط التأهيل المطلوبة.

2. المجموعة "ب": وتضم النشاطات المتعلقة بالتطبيق وتخص مجموع الموظفين الحائزين على مستوى تأهيل مطلوب لممارسة هذا النشاط.

3. المجموعة "ج": وتحتوي على نشاطات التحكم وتضم مجموعة الموظفين الحائزين على مستوى تأهيل مماثل لممارسة هذا النشاط.

4. المجموعة "د": تتعلق هذه المجموعة بممارسة نشاطات التنفيذ وتضم مجموعة الموظفين على مستوى التأهيل المطلوب.

وجدير بالذكر أن هذه المجموعات الأربع تنقسم بدورها إلى مجموعات فرعية، وأن كل توظيف أو تعيين في إدارة ومرفق عمومي يجب أن يؤدي إلى شغل وظيفة شاغرة بصفة قانونية.

يلاحظ في هذا التصنيف الجديد أنه يعتمد على أربعة أصناف بدل ما كان معمولا به قبل ذلك والذي كان يضم ثلاثة أصناف: أعوان التأطير، أعوان التحكم وأعوان التنفيذ، أما طبيعة التصنيف فهو عموديا بالتشكل التنازلي من الوظيفة العليا إلى السفلى. زيادة على هذه الوظائف، توجد مناصب نوعية عليا تسمح بضم التكاليف بتأطير النشاطات الإدارية والتقنية في المؤسسات والإدارات العمومية حسب التنظيم الهيكلي لكل مرفق. وحسي القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية فإن الإطارات المؤهلة التي ليست لها صفة الموظف يمكن أن تشغل المناصب العليا المتعلقة بنشاطات الدراسات وتأطير المشاريع وذلك بصفة استثنائية.

ويعود التعيين في الوظائف العليا للدولة إلى السلطة التقديرية للسلطة المؤهلة وهو ما قد يجعل هذه الأخيرة غير موضوعية في بعض الأحيان حسب تقديرينا ما لم توضع ضوابط علمية شفافة في ذلك. ابتداء من نهاية سنة 2006 بدأ العمل بالنظام التعاقد في الإدارات العمومية، وقد بدأ العمل في نشاط التوظيف بالنسبة للأعمال التي تتضمن نشاطات الحفظ، الصيانة أو الخدمات. والتوظيف يتم عن طريق عقود سنوية قابلة للتجديد أو الفسخ.

أما المناصب الأخرى عدا ما ذكر آنفا فيمكن اللجوء بصفة استثنائية إلى توظيف أعوان متعاقدين في الحالات التالية:

- في انتظار تنظيم مسابقة التوظيف.

- عند إنشاء سلك جديد للموظفين.

- لتعويض الشغور المؤقت بسبب معين لمنصب الشغل.

إن اللجوء إلى هذا النوع من التوظيف جاء لسد الفراغات الموجودة في القوانين السابقة والتي لم تكن تسمح بالتعاقد استثناء لوظيفتي أعوان النظافة: نظام خمس ساعات أو أعوان الحراسة: نظام ثماني ساعات، ووفق ميزانية المؤسسة بالنسبة للنوع الأول وحسب المناصب المالية المحددة للمؤسسة بالنسبة للنوع الثاني. ولا يخول شغل هذه المناصب عن طريق العقود المحددة المدة أو غير المحددة المدة بالتوقيت الكامل أو بالتوقيت الجزئي اكتساب صفة الموظف أو الحق في الإدماج في رتبة من رتب الوظيفة العمومية.

وفيما يخص الأعمال الإدارية الظرفية المتعلقة بطلب الخبرة، الدراسة المتخصصة أو الاستشارة لحساب المؤسسات والإدارات العمومية فإنه يمكن تحقيق ذلك في إطار اتفاقيات تحدد كيفياتها عن طريق التنظيم. تجدر الإشارة بأن الموظفين الحاليين الذين يشغلون مناصب العمل ضمن نشاطات، الخدمات، الحفظ والصيانة كأعوان التنظيف، العمال المهنيون حسب مختلف أصنافهم، السائقون بمختلف شرائحهم يحتفظون عند تاريخ نشر القانون الأساسي الجديد للوظيفة العمومية بمناصب عملهم بصفة موظفين.

رابعاً: ضمانات وحقوق الموظف وواجباته

أ. **ضمانات وحقوق الموظف:** بالرجوع إلى دراسة الضمانات التي يخولها القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية نجدها مرتبة، وبحسب رأينا تتطلب بعض الملاحظات.

1- حرية الرأي، وهي حرية نسبية غير مطلقة ما دام أن الموظف مرتبط بوجوب احترام واجب التحفظ المفروض عليه، وواجب التحفظ هذا فيه خلط كبير ما دام أن المفهوم يختلف بحسب رؤية الرئيس ونظراته للمرؤوس، وكثير من التجاوزات يغطي عنها بحجة واجب التحفظ أو واجب احترام السر المهني.

2- عدم التمييز في المرفق العمومي بين الموظفين بسبب الآراء أو الجنس أو الأصل أو بسبب الظروف الاجتماعية أو الشخصية. ولا بد من الإشارة في هذا الموضوع بأن الاعتداء على الحريات وتجاوز السلطات الإدارية يعاقب عليه قانون مكافحة الفساد الجديد وفقاً للتعديلات الأخيرة لقانون العقوبات الصادر في

العشرين 20 ديسمبر من سنة 2006⁽¹⁾.

- 3- الحياة المهنية للموظف لا يجب أن تتأخر جراء الانتماء إلى التنظيم النقابي أو جمعية أو إلى حزب سياسي.
- 4- حماية الموظف أثناء ممارسة الوظيفة أو بمناسبةها يكفل له حق الحماية ضد التجاوزات المحتملة وهي: التهديد، الإهانة، الشتم، القذف أو الاعتداء. وتملك المؤسسة أو الإدارة العمومية ق القيام برفع دعوى قضائية عن طريق التأسيس كطرف مدني لفائدة المتضرر ما لم ينسب إليه الخطأ الشخصي.
- 5- نظير تأدية الخدمة، للموظف الحق في الرتب، الحماية الاجتماعية، التقاعد حين توفر الشروط في الأقدمية والسن، الخدمات الاجتماعية، الحق النقابي وحق الإضراب وفق إجراءات المفاوضات الفردية والجماعية لتزاعات العمل وتسويتها، ظروف العمل التي تكفل الكرامة، الصحة والسلامة الفكرية والجسدية، الحق في التكوين وتحسين المستوى والترقية في الحياة المهنية ضمن رتب الوظيفة، الحق في العطل والاستراحة في المناسبات العائلية حسب مقتضيات المادة 212 من الأمر رقم 06-03 المؤرخ في 15 يوليو سنة 2006 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية.

ب. واجبات الموظف: عند دراستنا لنفس القانون الصادر في سنة 2006 الوارد ذكره سابقا نجد بأن هذا الأخير كرس خمسة عشر مادة (من المادة 40 إلى المادة 54)⁽²⁾، تتضمن واجبات الموظف نلخصها فيما يلي: احترام سلطة الدولة، الأمانة في العمل، احترام السلوك اللائق والمحترم أثناء وخارج الخدمة، ازدواجية العمل المربح خارج إطار الوظيفة العامة يمنعها القانون إلا بالنسبة للإنتاج الفكري أو لمهام التكوين، التعليم أو البحث كنشاط ثانوي.

بالنسبة لهذه النقطة نلاحظ بأن نظام العمل الحالي بالنسبة للنشاط التكميلي في قطاع الصحة والذي بموجبه يسمح للممارسين الطبيين الأخصائيين المساعدين بالعمل لمدة يوم في الأسبوع لفائدتهم في القطاع الخاص أضحى بموجب هذا القانون مستثنى أيضا ومسموح به وكذا أيضا بالنسبة للموظفين المنتمين إلى أسلاك أساتذة التعليم العالي والباحثين. إذا كان لا بد من ملاحظة في هذا المجال فإن التجربة علمتنا بأنه إذا كان مبررا بالنسبة لأسلاك الأساتذة بالنسبة للطلبة، فإنه ليس في فائدة ولا لفائدة المرافق العمومية الصحية.

(1) القانون رقم 22/06 المؤرخ في 20 ديسمبر 2006 المتضمن قانون الإجراءات الجزائية.

- القانون رقم 23/06 المتضمن قانون العقوبات.

- قانون محاربة الفساد رقم 01/06 المؤرخ في 20 فبراير 2006.

(2) الأمر رقم 03/06 المؤرخ في 15 جوان 2006، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، ص: رقم 7,6.

حتى لا نقول تحويلات للقطاع الخاص على حساب القطاع العام في غياب استحالة المراقبة والتواطؤات. إن البحث عن الحوافز المقدمة لأسلاك الممارسين الطبيين المتخصصين لا يجب أن يتم عن طريق النشاط التكميلي المرسم في القطاع الخاص وفي نفس الوقت المحافظة على الوظيفة العامة فهذا يتناقى مع صفة الموظف. والحال أن يبقى الموظف يخصص كل نشاطه المهني للمهام التي أسندت إليه في المرفق العام المتمي إليه لا غير. إن ازدواجية هذا الطرح وفق ما تضمنته المادة 44 من الأمر رقم 06-03 الموافق لـ 15 يوليو 2006 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية والمتعلق بأسلاك الممارسين الطبيين المتخصصين تحمل في نظرنا بوادى أخرى في فشل المنظومة الصحية، إذ يتعذر مراقبة تحويل المرضى من القطاع العام إلى القطاع الخاص في ظل بحث المريض عن العلاج فقط، وفي أحيان أخرى استعمال الإمكانيات المادية للمرفق العمومي قصد ممارسة النشاط المرسم للموظف المعني بهذه الازدواجية في القطاع العام والقطاع الخاص وذلك لاستحالة المراقبة.

- من التزامات الموظف أيضا احترام السر المهني الذي لا يتحرر منه إلا بترخيص مكتوب من السلطة السليمة المؤهلة ماعدا ما تقتضيه ضرورة المصلحة، ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار بأنه كثيرا ما يساء إلى فهم السر المهني ويعطى له مفاهيم خاطئة خصوصا حينما تتعارض المصالح أو حين التصريح أثناء عمليات التحقيق أو تقديم المعلومات.

- المحافظة على ممتلكات الإدارة وعدم استعمالها لأغراض شخصية وكذا الحصول على امتيازات مقابل تأدية خدمة في إطار المهام الموكلة للموظف بطريقة مباشرة أو غير مباشرة تعد ممنوعة ويقع تحت طائلتها متابعات جزائية.

خامسا: اقتراحات وتوصيات

أ. على المدى القصير:

- تشكيل لجنة وطنية مؤهلة وكفئة تعمل على دراسات كافة مؤسسات وإدارات الوظيف العمومي، من حيث العجز والفائض وجرى ذلك، والعمل على إعادة توزيع هذا الفائض بحسب متطلبات المنصب من جهة، ومؤهلات العامل من جهة أخرى، مع مراعاة بعض الشروط الأخرى، كترغبة وميولات الأفراد، والإقامة وغير ذلك. وقد تتم هذه العملية في مرحلة أولى بين الوزارة الواحدة وجموع المؤسسات والإدارات التابعة لها، وفي مرحلة ثانية بين مختلف الوزارات فيما بينها من خلال المؤسسات والإدارات التابعة لها.

- العمل على وضع أدوات التسيير التقديري في الموارد البشرية، قصد إمكانية حساب المؤشرات النمطية التي تساعد في عملية التقدير المستقبلي.

لقد أظهرت تقارير التدقيق التي أعدها المصالح المركزية والمحلية للمديرية العامة للوظيفة العمومية⁽¹⁾، بخصوص المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية المنظمة بعنوان سنة 2012 عدم احترام بعض المؤسسات والإدارات العمومية الإجراءات القانونية والتنظيمية المحددة في هذا المجال مما أدى إلى وقوع طعون ومنازعات بشأن هذه المسابقات والامتحانات مما يؤثر في استقطاب الكفاءات واستبعادها في عمليات التوظيف.

إسناد إجراء المقابلة في عمليات التوظيف إلى لجنة انتقاء لها كفاءة ومصداقية ومشكلة وفق أحكام المادة 18 من المرسوم التنفيذي رقم 12-194 المؤرخ في 25 أبريل 2012 المذكور أثناء وعرض أي إشكال قد يثار في هذا المجال، كعدم وجود موظفين يستوفون الشروط المحددة في تنظيم الوظيفة العمومية على المصالح المكلفة بالوظيفة العمومية المركزية أو المحلية حسب الحالة قبل الشروع في تنظيم المسابقة. التقييد بأحكام المنشور رقم 07 المؤرخ في 28 أبريل 2011 لتنقيط معايير الانتقاء في المسابقات على أساس الشهادة لا سيما معيار الأقدمية المهنية، والمنشورات الوطنية، والدولية والتخصص.

ب. على المدى المتوسط والبعيد:

- تكوين مسيرين ومسؤولين على الموارد البشرية، وذلك بصفة دورية، وفق برامج وأهداف مسطرة مسبقا.
- وضع أدوات تسيير نموذجية وفعالة سواء تعلق الأمر بالتوظيف أو التكوين أو التحفيز، وذلك من خلال نصوص تنظيمية وقانونية أكثر استجابة وتعبيرا عن التحكم في اليد العاملة على المدى المتوسط والبعيد.
- إتباع نظام اتصال أكثر تطورا وأكثر استجابة لمتطلبات التسيير وخاصة في مجال إصدار التنظيمات التي عادة ما لا توزع بالقدر المطلوب أو يشوبها الغموض وعدم الوضوح، مما يكون له الأثر السلبي في التطبيق.
- تبادل الخبرات التسييرية من خلال الندوات والتجمعات وكذا الدوريات التي يجب أن تشرف عليها الوصايا والمديرية العامة والوظيفة العمومي.
- قيام المديرية العامة للوظيفة العمومية والمصالح المختصة لوزارة المالية والدوائر الوزارية، القيام بضبط مخطط خماسي لتسيير الموارد البشرية حدد تاريخ 31 ديسمبر 2012 كآخر أجل⁽²⁾.

⁽¹⁾ التعليم رقم 26 المؤرخة في 10 جويلية 2013 الصادرة عن المديرية العامة للوظيفة العمومية والمتعلقة بتنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية بعنوان سنة 2013.

⁽²⁾ التعليم رقم 01 مؤرخة في 11 أبريل 2011 تتعلق بإضفاء المرونة على إجراءات التوظيف بعنوان الوظيفة العمومية صادرة عن الوزير الأول، ص03، مرجع سبق ذكره.

خلاصة الفصل الأول:

من خلال المراحل الأساسية التي عرفها تطور الوظيفة العمومية في الجزائر يمكن القول أننا تمكنا من الإلمام ولو بصفة متواضعة بمفهوم التسيير التقديري للموارد البشرية للمؤسسة بصفة عامة وفي الوظيف العمومي بصفة خاصة، واتضح لنا أن التسيير التقديري لموارد البشرية المعمول به منذ 1995 لا غنى عنه في المؤسسة، فلا يمكن لهذه الأخيرة أن تشتغل بدونها في تقدير احتياجاتها للموارد البشرية، وقد تزداد أهميته كلما اتسع نشاط المؤسسة وزاد عدد عمالها.

التسيير التقديري منهج حديث نسبيا ويحتاج إلى دراسات، بحوث واهتمام لائق خاصة في مجال المؤسسات ذات الطابع الإداري كما هو الحال بالنسبة للوظيفة العمومي الجزائري. مخطط التسيير التقديري لا يقتصر فقط على تقدير احتياجات اليد العاملة، بل يتعدى ذلك إلى وضع إستراتيجية تسمح من تسيير ما تم تقديره. فالفهم الجيد والاستخدام الموضوعي للتسيير التقديري يمكن المؤسسة من مواجهة مخاطر عدم التوازن والعجز إما على المستوى الكمي أو النوعي الذي يمكن أن تقع فيه، وما يترتب عنه من زيادة في التكاليف، وسوء التسيير، وتردي الوضع بالمؤسسة من حيث ظهور الصراعات، النزاعات، القلق، الغيابات، حوادث العمل... إلخ. وإذا ما تمكنت المؤسسة من التحكم في التسيير التقديري يمكنها حينئذ أن تقضي على المخاطر التي يمكن أن تتعرض لها في المستقبل وذلك في ظل ثقافة تسييرية رشيدة وفعالة، ومن خلال تطبيق التسيير التقديري. بالرغم من أسلوب التسيير التقديري المطبق ضمن المخططات السنوية لتسيير الموارد البشرية استطاع أن يقضي على بعض العوائق إلا أنه لم يتحكم بصفة مطلقة في الموارد البشرية بالكيفية التي يفترض أن يكون عليها، حيث غلب عليه طابع التسيير الإداري الرقابي أكثر منه التسيير العملي الفعلي، فهو يعتمد على مبدأ الرقابة أكثر من مبدأ التسيير. إذ في الكثير من الحالات تكبح إرادة المسيرين أمام النصوص القانونية والتنظيمية المعمول بها في هذا المجال، وقد اتضح لنا هذا خاصة من خلال الإجراءات القبلية البعدية في عملية التسيير التقديري للموارد البشرية سواء تعلق الأمر بعملية إعداد التسيير التقديري، أو بعملية تنفيذه، أو بعملية الرقابة عليه. كل هذه العمليات تقام بالتنسيق مع المصالح الإدارية لأجهزة الوظيف العمومي، وتأخذ وقتا قد لا يمكن المؤسسة من تلبية احتياجاتها من العنصر البشري في الوقت اللازم. وهو ما يفسر بغياب مفاهيم وقواعد علمية سليمة تتعلق بالتسيير التقديري للموارد البشرية في الوظيف العمومي. مع ما ينجر عن ذلك من تأثير سلبي على الأهداف وإدارة المؤسسة. إن المفهوم الحالي للتسيير التقديري للموارد البشرية في الوظيف العمومي الجزائري هو مفهوم

كمي أكثر منه نوعي باعتباره يهدف إلى تحديد كمية الاحتياجات السنوية لليد العاملة، وتنقصه في ذلك الدقة في تحديد الجانب النوعي. كما أن مخطط التكوين الذي يفترض أن يكون هو الآخر أسلوب يسمح بتعزيز الجانب النوعي لليد العاملة ما زال لم يصل إلى تحقيق الأهداف الإستراتيجية. تبقى المؤسسة وإدارة الموارد البشرية في حاجة إلى أسلوب آخر تكميلي تعمل من خلاله على معرفة وتقييم النتائج التي توصلت إليها من خلال نظام المراقبة الاجتماعية، الذي يعتبر هو الآخر من المواضيع الحديثة التي تحتاج إلى دراسة مستفيضة ولعل القوانين الأساسية الحديثة المنشأة المعمول بها حاليا تضمنت إدراكات وتعديلات نقائص وقصور القوانين السابقة. إن الممارسة قد كشفت على مر السنين ومنذ استقلال الجزائر على مجموعة من الممارسات عطلت مسار التنمية الاقتصادية وأضعفت الوظيفة العمومية ومقاربة⁽¹⁾ في تحليل مضمون أوامر الحكومة الجزائرية، نجد في حقيقة الأمر اعتراف الإدارة العليا اعترافا صريحا ببطئ وتعقيد الإجراءات المنسوبة للوظيفة العمومي إلى غاية سنة 2012 مما أفرز عواقب تمثلت خصوصا في:

- حلول المديرية العامة للوظيفة العمومية في الواقع محل الإدارات وذلك من خلال عديد الموافقات والتأشيرات على المسابقات وعمليات التوظيف زيادة عن تعقيدها؛
 - تغليب اللجوء إلى المسابقات عن طريق الاختبارات بالنسبة للتوظيف مما همش المسابقات على أساس الشهادات وذلك تفاديا لتحمل أي مسؤولية؛
 - الاعتماد واللجوء في الغالب إلى المسابقات ذات الطابع الوطني مما جعل الناجحين لمنصب معين في منطقة معينة ينتمون لمنطقة أخرى (ولاية) الأمر الذي أفرز ظاهرة غيابات الموظفين؛
 - إعطاء الأهمية القصوى للأجال المطلوبة لفتح إجراءات التوظيف، مما أدى في أحيان كثيرة إلى سقوط الحق في المناصب المالية؛
 - استحالة قيام الإدارات العمومية بتوظيف كفاءات مختصة مع ما لديها من الاستعداد الذي يمكن أن يتأتى من مؤسسات أو هيئات عمومية اقتصادية؛
 - بغية تجاوز هذه العقبات وضمن إصلاح الوظيفة العمومية اتخذت السلطات العليا مجموعة من التدابير، ارتأينا أهمية ذكرها في خلاصة هذا الفصل لارتباطها بمستقبل الوظيفة:
- 1- إن الموافقة على مخطط تسيير الموارد البشرية لم تعد تشكل شرط أسبقية بالنسبة لكل مؤسسة أو كل إدارة عمومية للشروع في إجراء الاستقطاب والتوظيف بعنوان الوظيفة العمومية؛

⁽¹⁾ تعلية رقم 01 مؤرخة في 11 أبريل 2011 تتعلق بإضفاء المرونة على إجراءات التوظيف بعنوان الوظيفة العمومية صادرة عن الوزير الأول.

- 2- تعمل حاليا كل من المديرية العامة للوظيفة العمومية والمصالح المختصة لوزارة المالية على إعداد وضبط مخطط خماسي لتسيير الموارد البشرية خلال سنة 2014 وما بعدها؛
- 3- كل مسير مؤسسة عمومية أو إدارة عمومية وبعد أن يضع ميزانيته الخاصة، مباشرة عملية توظيف احتياجاته بما يتوافق والمناصب المالية الممنوحة؛
- 4- الإبقاء على المناصب المالية الممنوحة والاعتمادات المالية ذات الصلة لمدة إثني عشر شهرا بعد السنة المالية، وهذه الترتيبات هي مستحدثة ولم تكن ضمن تشريع الوظيف العمومي قبل سنة 2012.
- 5- كل مسابقة للتوظيف على أساس الاختبار أو على أساس الشهادة في إطار الوظيفة العمومية تجري في حدود الولاية التي يوجد لديها منصب العمل الذي يتعين توفيره ماعدا في حالتين:
- الحالة الأولى: اللجوء إلى المسابقة الوطنية بتقرير من قبل الوزير الوصي على المؤسسة أو الإدارة العمومية المعنية.
- الحالة الثانية: اللجوء إلى المسابقة على المستوى المحلي (البلدية) بالنظر إلى خصوصيات منصب العمل (التربية والتكوين، مستخدمي البلديات... إلخ)، أو بالنظر إلى عائق المسافة (المناطق النائية في بعض مناطق الجنوب أو الهضاب العليا). فيما يخص التكوين، تحسين المستوى وتحديد المعلومات فإن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية يعتبر مرحلة هامة في المسار الشامل لعصرنة الإدارة العمومية وتتمين مواردها البشرية، وقصد تحقيق أهدافه، كرس التدابير التي من شأنها تشجيع الكفاءات والمؤهلات إذ يعتبر التكوين حقا معترفا به لموظفين خلال مساره المهني⁽¹⁾ على غرار تحسين المستوى وتحديد المعلومات بهدف تكييف الموارد البشرية مع تطور مهام الإدارة وتحسين فعالية عمل الإدارة في إطار الحكم الراشد. تكون عملية التكوين متنوعة ويمكن أن تأخذ عديد الأشكال ولعل أهمها:

- التكوين المتخصص كما هو مبين في القوانين الأساسية الخاصة التي تحكم مختلف أسلاك الموظفين؛
 - التكوين خلال فترة التربص بعد التوظيف والموجه للتخضير لشغل وظيفة؛
 - التكوين التكميلي قبل الترقية إلى رتبة أعلى.
- يبقى وأنه بإمكان المؤسسات والإدارات العمومية تنظيم أي دورة تحسين المستوى أو تحديد المعلومات التي يراها ضرورية كما سنرى ذلك في الفصل الأخير من هذه الرسالة المتعلق بالدراسة الميدانية.
- أخيرا وليس بالآخر يجدر بنا أن نتساءل بعد تطبيق الإستراتيجية الجديدة للوظيفة العمومية المفترض منذ سنة

⁽¹⁾ المادة 38 من الأمر 03-06 المؤرخ في 15 جويلية 2006، مصدر سبق ذكره.

2006 في عمليات الاستقطاب، التوظيف، إجراءات التكوين وتسيير الحياة المهنية للموظف بكل موضوعية، فهل الأداء الحقيقي للموظفين ارتقى إلى المستوى المتوقع من خلال الرضا في العمل؟ أم أن فجوات التباين بين الأداء المتوقع والأداء الملاحظ والفعلي مازال قائما؟

للإجابة عن هذه الإشكالية ارتأينا التطرق إلى مداخل ومفهوم الرضا ومستوياته ضمن الفصل الثاني الموالي وذلك لاعتبارات أن لكل مدخلات معالجة ومخرجات وتغذية عكسية وأن المورد البشري هو محفظة استثمارات.

الفصل الثاني: الرضا الوظيفي في المؤسسة

المبحث الأول: الرضا الوظيفي و أبعاده:

المبحث الثاني: المراحل النظرية لدراسة الرضا الوظيفي.

المبحث الثالث : : دراسات لمستوى الرضا في بعض المؤسسات العمومية الصحية

الجزائرية

خلاصة الفصل الثاني

تمهيد:

يشهد الاقتصاد العالمي تغيرات جذرية وعميقة بفعل العولمة، واشتداد المنافسة بين المنظمات في شتى المجالات، مما تطلب الأمر البحث عن الاستخدام الأمثل للموارد البشرية بفعالية وكفاءة. وما يلاحظ على واقع المؤسسات المختلفة في دول العالم الثالث أنها تعج بالاضطرابات، التوقفات عن العمل، الغيابات، النزاعات العمالية، ومختلف الأساليب الاحتجاجية التي تعبر عن عدم الرضا.

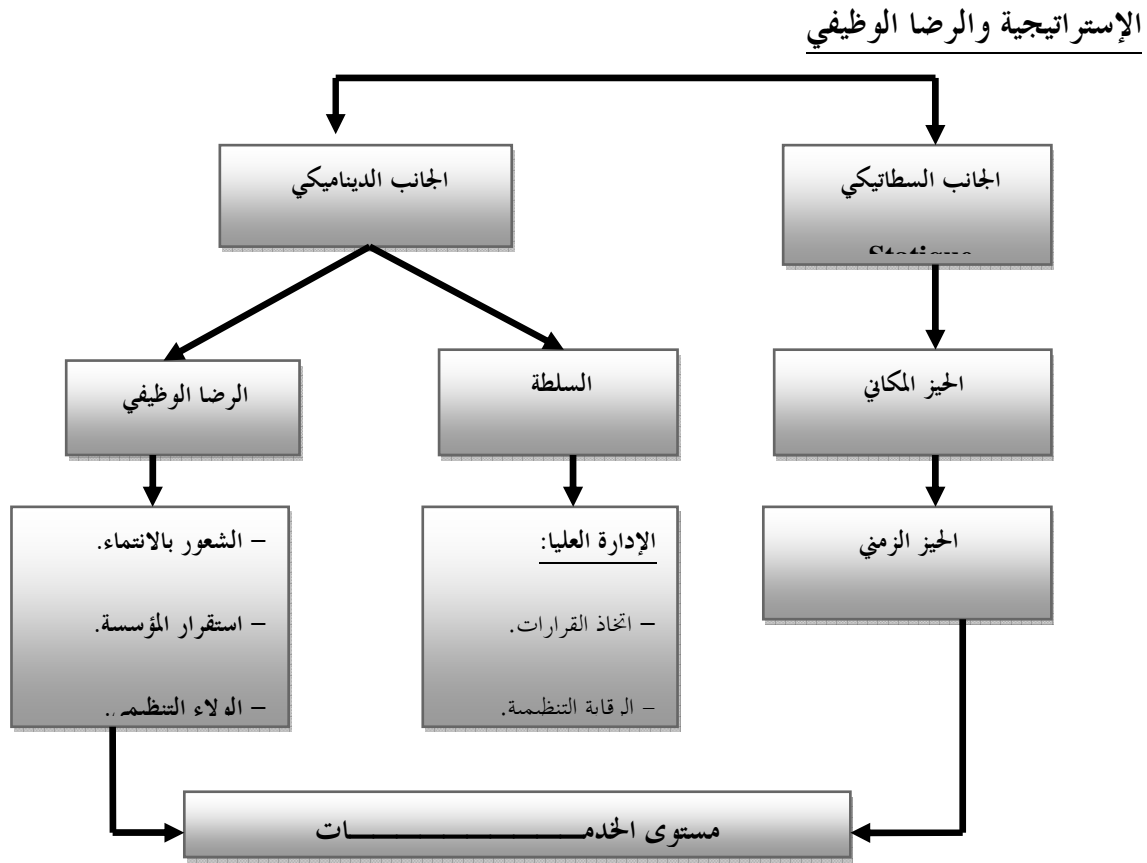
يعد موضوع الرضا من أهم المواضيع التي استقطبت الباحثين في شتى الميادين من علوم اجتماعية، نفسية، اقتصادية وسياسية منذ بداية الثلاثينات من القرن العشرين، ذلك لأن المشكلة تكمن في أن العلاقات الاجتماعية بين الأفراد لا تقتصر على علاقات الود والصداقة والتعاون؛ التي تحقق في النهاية التوازن والاستقرار والتكامل بينهم؛ بل لهم مواقف متباينة، تنتج عنها العداوة والصراع في مختلف المستويات، وهو ما يشكل صورة من صور عدم الرضا.

هناك افتراض بأن عدم الرضا بين الأفراد داخل المنظمات، يتكون بسبب مواقف مؤثرة وظواهر محددة في المنظمة، كشعور الأفراد أو إحساسهم بحالات التوتر والقلق والتعب والضغطات وما إلى ذلك. كما أن الاختلاف في المستويات الإدراكية لدى العملاء يؤدي إلى ظهور فجوات بين التوقعات، وما تم تلبية من قبل المنظمة.

أشرنا في الفصل السابق أن من أهداف إستراتيجية الموارد البشرية في المرفق العمومي الجزائري (الوظيف العمومي) ترقية صورة المؤسسة وعصرنتها عن طريق الاستثمار في المورد البشري، وخلق ظروف عمل جيدة تلي احتياجات المستخدم وترفع مستوى رضاه لتحقيق الولاء للمنظمة، فضلا عن الحفاظ على الموارد وتنميتها. الإشكالية التي تواجهنا أثناء الحديث عن تحقيق رضا العاملين تتمثل في السؤال الجوهرية الذي مفاده: كيف يتم جمع عدد من الأفراد (العاملين)؛ كل له معتقداته وأفكاره وقدراته الخاصة؛ وجعلهم يتعاونون في نشاط بشكل يحقق نجاح المؤسسة وينال رضاهم في الوقت نفسه؟

ترجع أهمية دراسة الرضا الوظيفي لدى الأفراد إلى حقيقة مفادها أن العمل هو أحد الطرق التي بواسطتها يتم اندماج الفرد في الجماعة، بل إن الرضا الوظيفي يعتبر أحد مكونات السعادة والرضا عن الحياة، بحيث يمكن القول أن الموظفين العاملين أكثر سعادة من الأفراد غير العاملين، وتتفق معظم الدراسات والأبحاث التي تناولت جوانب العمل والعمال على وجود علاقة وثيقة الصلة بين الإستراتيجية المعتمدة من قبل السلطة والرضا الوظيفي. ضمن هذا السياق يمكن أن نحدد معالم الإشكالية لهذا الفصل في تفاعل مختلف عناصرها ومكوناتها بصورة ديناميكية كما يتضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (1.2) معالم المشكلة البحثية الحالية



المصدر: من إعداد الباحث

لفهم الظاهرة وبغية تحقيق أداء متميز أساسه الرضا، الاستقرار، الشعور بالانتماء. ومن ثمة بلوغ مستوى جودة بمقاييس نوعية فإننا سنتناول المداخل الرئيسية، أبعاد الرضا، ومستوياته ضمن هذا الفصل

المبحث الأول: الرضا الوظيفي و أبعاده:

المطلب الأول: مفهوم الرضا الوظيفي.

لا يمكن رفع مستوى الأداء لدى العاملين من خلال المداخل المنظورة مثل تطوير الآلات والأجهزة والأدوات، أو تحسين طرق وإجراءات العمل، أو ترشيد معايير الأداء، وإنما يتطلب الأمر أيضا، الاهتمام بالجوانب النفسية للعاملين، رفع روحهم المعنوية وتحقيق أو زيادة رضاهم، إذ لا يتحقق ذلك إلا من خلال مجموعة من العوامل: منها ما يتعلق بنوعية وطبيعة العمل ومدى استجابته للبرغبات المادية والمعنوية للعامل، والعلاقات بين أعضاء مجموعة العمل من جهة، وعلاقة العامل برؤسائه في النشاط من جهة أخرى.

رغم شيوع مصطلح الرضا الوظيفي وكثرة استعماله خاصة في البحوث التي تتناول المؤسسة حيث احتل الرضا الوظيفي حيزا وأهمية واضحة في العلوم الاجتماعية بصفة عامة، وعلم الإدارة بصفة خاصة، إلا أن ذلك

أدى إلى محاولات توحيد وجهات النظر حول مدلوله، وقصد تحديد مفهوم الرضا الوظيفي تتعرض إلى بعض المداخل الواردة التي من بينها:

عرف " فاضل عباس " الرضا بأنه: «... درجة الإشباع التي تتحقق لدى الفرد، والنابعة من حاجاته الأساسية، من مأكّل ومشرب ومسكن وحاجات الانتماء، والحاجة إلى الاحترام، وأخيرا حاجته إلى تحقيق ذاته...» (1).

هذا التعريف ينطلق من التركيز على إشباع الحاجات الأساسية من مأكّل ومسكن، مروراً بحاجة الانتماء، وصولاً إلى تحقيق الذات، وهذا ما أكدّه " أبراهام ماسلو " في مبادئ هرمية الحاجات الأساسية. يعرف مركز البحوث بجامعة " ميتشجان " الرضا الوظيفي بأنه: «... ذلك الارتياح الذي يستخلصه العامل من انتمائه إلى المشروع...» (2).

أما " فيكتور فروم " فعرف الرضا الوظيفي بأنه: «... الاتجاهات المؤثرة على الأفراد تجاه عملهم وأدوارهم المهنية...» (3).

يرتكز التعريف على ميول واتجاهات العامل المختلفة التي من شأنها التأثير على الدور الذي يقوم به أثناء تأديته لمهنته، وذهب " فروم " إلى أن هناك خمسة عوامل تؤدي إلى الرضا عن العمل وهي: الأجر، الطلقة المبذولة في العمل، إنتاج السلع والخدمات، التفاعل الاجتماعي، المكانة المهنية، وحسب " فروم " فإن المكافآت المادية (الأجر وما يرتبط به) تعتبر من المصادر الهامة للرضا عن العمل.

ذهب آخرون إلى تعريف الرضا الوظيفي على أنه: «... حالة نفسية يشعر بها الفرد وفقا لدرجة إشباع حاجاته...» (4).

في دراسة قام بها مجموعة من الباحثين تحت رعاية مركز الأبحاث التابع لجامعة " ميتشجان Michigan " لعدد من الأعمال الهادفة إلى التعرف على العوامل المرتبطة بالرضا الوظيفي، توصلوا من خلالها إلى تحديد أربعة عوامل ترتبط بالرضا الوظيفي وهي:

- درجة الاعتزاز والفخر بالانتماء لجماعة العمل؛

- عوامل الرضا المرتبطة بالوظيفة ذاتها؛

- عوامل الرضا المرتبطة بسياسات المنظمة؛

- عوامل الرضا ذات الطابع المادي المرتبطة بالمركز الاجتماعي للوظيفة.

من خلال طرح نموذج يحدد الرضا الوظيفي، يرى " لولو " و زملائه، أن العوامل النفسية التي تحدد الرضا

(1) أحمد فاضل عباس صالح الشنواني، مفاهيم أساسية في إدارة الأفراد، جامعة بيروت العربية، لبنان، 1972، ص 10.

(2) طلعت إبراهيم لطفى، علم اجتماع التنظيم، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1992، ص 135.

(3) المرجع نفسه، ص 134.

(4) أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية، منظور القرن الواحد والعشرين، دار وائل للنشر، الأردن، 1999، ص 402.

لدى الفرد وعمله ترتبط بالأبعاد الثلاث التالية:

- مستوى الدخل المدفوع مقابل العمل؛
- مدى الإشراف الذي يخضع له الفرد العامل،
- مدى ارتياح الفرد للعمل نفسه.

وفي دراسة قام بها " هرزبرج " ومجموعة من الباحثين، فإنهم فصلوا بين مجموعتين من العوامل المرتبطة بالرضا الوظيفي وهما⁽¹⁾:

- أ- **عوامل دافعة**: وتتركز في الاعتراف والتقدير للفرد، أداؤه وإنجازته للعمل، التقدم والنمو والمسؤولية، والعمل نفسه، وهي العوامل التي تؤدي إلى الرضا الوظيفي، بينما غيابها لا يؤدي بالضرورة إلى عدم الرضا.
 - ب- **عوامل صحية**: وتتركز في علاقات العمل، الأجور والمكافآت، ضمانات العمل، ظروف العمل الأخرى، وهي العوامل التي يؤدي غيابها إلى عدم الرضا.
- أما " أبراهام ماسلو " في نظريته تدرج الحاجات (1943 م) فقد صنف حاجات البشر في تدرجها الهرمي كما يلي:

- أ- **الحاجة الفسيولوجية**: وهي الحاجات الضرورية التي لا يمكن للإنسان العيش بدونها، والتي تعمل على الحفاظ على الفرد، ومن أمثلتها: الحاجة إلى الطعام والشراب والسكن والراحة والنوم.....إلخ.
- ب- **الحاجة إلى الأمان والضمان**: تتمثل في توفير البيئة الآمنة، والمساعدة على كينونة الفرد وبقائه مثل (الأمن، الحماية، الحرية والدخل لاستمرار وجوده).
- ج- **حاجات الشعور بالانتماء**: كما هو معروف أن الإنسان كائن اجتماعي، لذا فعندما يكون هناك توفر للحاجات الفسيولوجية، تبرز حاجات الإنسان إلى الارتباط بالأصدقاء والجماعات ضمن علاقات يسودها الحب والتعاطف.
- د- **الحاجة إلى التقدير**: يسعى الفرد إلى الاعتزاز بنفسه وتكوين الثقة فيها، فضلا عن الافتخار بالعمل الذي يؤديه، الكفاءة واحترام الآخرين له، المكانة الاجتماعية العالية التي يمكن تحقيقها في مجال العمل من خلال الوصول إلى وظائف عليا والحصول على المكافآت.
- هـ- **الحاجة لتحقيق الذات**: يجب الإنسان أن يتميز عن غيره بأعمال معينة، ويحاول أن يكون وضعه ذا شهرة وخصوصية من خلال استغلال الظروف المتوفرة له والإمكانات الذاتية. يتصف من يسعون لتحقيق هذه الحاجة باستعدادهم للحصول عليها مهما صعبت، ففيها تجد لإظهار وإبراز إمكاناتهم وقدراتهم الخاصة. تختلف هذه الحاجة من شخص لآخر.

(1) Annie Bartolie : **Communication et Organisation** – Pour une Politique Générale cohérente – Les éditions d'Organisation, Paris, 1990, P 32.

إن "ألدرفير" اقترح استبدال مستوى الحاجات لدى "ماسلو" و اختصرها في ثلاثة مستويات هي:

أ- **حاجات البقاء:** وهي الحاجات الضرورية التي يعمل الإنسان على تحقيقها لضمان بقاء حياته، ويتم إشباعها من خلال عوامل البيئة، مثل: الحاجات الفسيولوجية، حاجات الأمن، الحاجة إلى الطعام والمأوى.

ب- **حاجات الانتماء:** هي درجة ارتباط الفرد بالبيئة المحيطة، والعلاقة القائمة ما بين الفرد وأفراد المجتمع الذي يعيش فيه.

ج- **حاجات التطور:** هي جميع ما يتصل بتطور الإنسان واستعداداته كالحاجة إلى التقدير وتحقيق الذات.

أما "أرجيرس" فركز على شعور وحساسية الفرد، حيث يرى أن الإنسان يرغب في العمل ويبدع فيه، إذا أتحت له الفرصة، وأنه يرغب التحدي في العمل الذي يؤدي إلى رضاه، لكن عندما يكون العمل مملاً أو رتيباً وروتينياً، خاصة مع من لديه ذكاء أو حماس للعمل، فإن ذلك يؤدي إلى ضعف درجة انتمائه للمنظمة التي يعمل بها.

ويرى أنه مع إشراك العاملين واستشارتهم وفسح المجال لهم لإبداء آرائهم وسماع اقتراحاتهم، وإضافة عوامل الاتصال المزدوجة من أسفل إلى أعلى، بدلا من الإبقاء عليها من أعلى إلى أسفل، وإيجاد فرقا للعمل والبحث والتمحيص والتحليل في إدارة المشاريع، كذلك ممارسة التخصص دون الرجوع إلى المستويات الإدارية العليا، لأن بعض القرارات غير الجوهرية في المنظمة يمكن إصدارها من خلال العاملين بالمشاركة وسماع الآراء والمقترحات وعدم تعريضها للعديد من المستويات الإدارية المختلفة المرتبطة بالهيكل التنظيمي للمنظمة.

في هذا الشأن يرى "ماكلياند" أن الفرد يسعى من خلال العمل لإشباع ثلاث حاجات هي:

أ- **الحاجة للقوة:** هناك بعض الأفراد لديهم رغبة في إشباع هذه الحاجة عن طريق الوصول إلى مركز ذو سلطة.

وهناك من يرى بأن الرضا الوظيفي هو الشعور النفسي بالقناعة والارتياح أو السعادة لإشباع الحاجات والرغبات والتوقعات مع العمل نفسه، وبيئة العمل، والمؤثرات الأخرى ذات العلاقة⁽¹⁾.

وقد عرف الرضا الوظيفي أيضا، على أنه شعور عن حاجة الفرد النفسية، إذ يتحقق نتيجة عوامل متعددة منها عوامل خارجية (بيئة العمل)، وعوامل داخلية (العمل نفسه). هذه العوامل من شأنها أن تجعل الفرد راضيا عن عمله، وراغبا فيه دون تدمير، ومحققا لطموحاته ورغباته وميوله المهنية ومنتاسبا بين ما يريد من عمله وبين ما يحصل عليه في الواقع⁽²⁾.

من التعاريف السابقة نخلص إلى أن الرضا الوظيفي هو مجموعة المشاعر النفسية والوجدانية التي يشعر بها

(1) هاني بن ناصر بن حمد الراجحي، التطوير التنظيمي وعلاقته بالرضا الوظيفي، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية السعودية، 2003، ص 8. www.Nauss. Ed.sa (00:10 2013-04-01)

(2) خليل محسن محمد المشعان، دراسات في الفروق بين الجنسين في الرضا المهني، دار القلم، الكويت، 1992، ص 34.

الفرد تجاه عمله الذي يكون عادة نتيجة عوامل داخلية، وهي شعور الفرد نحو العوامل والمتغيرات التي يشارك في صناعتها مثل: العلاقة بينه وبين رؤسائه، نتيجة رضا خارجي، وهو شعور الفرد نحو العوامل والمتغيرات التي يجتملها النظام على أن العامل يتأقلم ويتكيف معها.

هناك من يذهب إلى تعريف الرضا الوظيفي على أنه الحالة التي يتكامل فيها الفرد مع وظيفته وعمله، فيصبح إنسانا تستغرقه الوظيفة، ويتفاعل فيها من خلال طموحه الوظيفي ورغبته في النمو والتقدم وتحقيق أهدافه الاجتماعية من خلالها، ويمكن تسمية الفرد حينئذ بالشخص المتوازن⁽¹⁾.

رغم أن الرضا الوظيفي مفهوم مركب وله عدة أوجه، إلا أنه يمكن القول بأنه حالة ذهنية ونفسية ووجدانية، يتمثل فيها الرضا الذي يستمد من محيط العمل، والجماعة التي يعمل معها والعمل نفسه، الذي يرضي طموح العامل ويحقق رغباته ويتناسب مع ميوله وقدراته ويشبع حاجاته.

على ضوء التعاريف السابقة الذكر، يستخدم مفهوم الرضا الوظيفي للإشارة إلى:

مدى استقرار العامل وولائه وشعوره بالانتماء، من خلال الشكل التنظيمي لعلاقاته مع رؤسائه.

تعددت آراء الباحثين نحو العوامل المؤثرة في الرضا نظرا لتعدد ميول الفرد، إذ يرى البعض أن للرضا الوظيفي جوانب ومكونات مختلفة تكمن في محتوى العمل الوظيفي وظروفه التنظيمية، وأن هذه الجوانب تستند إلى إطار نظري في تحديدها وتحليلها وقياسها بفعل الحاجة.

ب- الحاجة للإنجاز: بعض الأفراد يرغبون في إشباع حاجاتهم للإنجاز من خلال الالتحاق بالأعمال التي فيها تحد وتفوق، وهؤلاء يتصفون بصفات منها المغامرة في اتخاذ القرارات، والرغبة في تحمل المسؤولية وغيرهما.

ج- الحاجة إلى الاندماج: بعض الأفراد لديه ميل إلى الانتماء وتكوين العلاقات الشخصية، ويجد ذلك في الأعمال التي تؤدي إلى التفاعل مع زملاء العمل.

يقول " فروم " أن دافعية الفرد لأداء عمل معين، هي نتيجة للعوائد التي يحصل عليها، أو شعوره واعتقاده بإمكانية الوصول إلى هذه العوائد:

$$\text{الدافع للأداء} = \text{قوة الجذب} \times \text{التوقع}$$

بمعنى أن الدافع للعمل، هو عبارة عن تقدير احتمالي لمقدار ما يحصل عليه من منفعة، ومقدار ما كان يتوقع الحصول عليه نتيجة لأدائه، وانطلاقا من ذلك فإن الأفراد يصدرون أحكامهم على أساس تجاربهم ومدى إدراكهم لبعض الأمور المحيطة بهم "النتائج المتوقعة"، وبالتالي فالدافع عبارة عن مقارنة بين الكلفة والعائد.

⁽¹⁾ علي بن يحيى الشهري، الرضا الوظيفي وعلاقته بالإنتاجية، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم

الأمنية السعودية، 2002، ص9. www.Nauss. Ed.sa. (01-04-2013 15:00).

يرى " دوجلاس ماجريجور " أن الطبيعة البشرية تؤثر في اتخاذ أي قرار من افتراضات موجودة في الفرد ترتبط بخصائص الإنسان، وعلى الإدارة التعامل وحفظ ما هو موجود في هذه الخصائص، وعليه فإنه قام بتقسيم الأفراد إلى مجموعتين، على أساس نظرية: (X و Y) .

- إن الإنسان بطبعه كسول ولا يرغب في العمل، وأن العمل سيء ممل وغير مرغوب فيه، وأن الإنسان يحتاج لمن يقوده ويصرف أموره، إنسان يحب نفسه وتوجد لديه أنانية كبيرة، ولا يهتم إلا بمصلحته والحاجات التي تشبع رغباته الجسمية وحاجات أمنه وغيرها، وعليه فإنه يحتاج إلى الرقابة والتشديد عليه وتحديد أعماله وغيرها من إجراءات مراقبة الأداء. أطلق على هذا الوضع اسم نظرية (X)، بينما على عكسها نظرية (Y)، التي ترى أن الفرد يجب العمل، متفائل ويمكن أن يبدع إذا ما تم توفير الظروف المناسبة له، يجب التحدي ومشاركة الجماعة في تحمل المسؤولية وتحقيق الأهداف، لا يحتاج إلى رقابة لأداء عمله، ويرغب في تحقيق إشباع حاجات الانتماء وتكوين العلاقات وإثبات الذات.

بناء على ما ورد من تفسيرات ووجهات نظر، يرى العديد من الكتاب والباحثين أن العوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي لدى العاملين تتفاوت درجة أهميتها من فرد لآخر، كما تتفاوت أهميتها باختلاف التنظيمات الإدارية والبيئة المحيطة بها . يمكن إدراج هذه العوامل كما يلي:

- **الراتب:** وهو التعويض النقدي الذي يتقاضاه العامل نظير عمله اليومي ويستخدمه من أجل إشباع حاجاته الأساسية، ويتوقف رضا العامل عن الراتب الذي يتقاضاه بمدى كفايته لإشباع حاجاته الأساسية وعدالته مقارنة بالجهد المبذول ومستوى الراتب في المنظمات الأخرى.

- **الترقية:** ينظر إلى الترقية على أنها حصول الموظف على فرص التعيين في مناصب أعلى في السلم الإداري أو الوظيفي بحيث تمنحه الترقية الإشباع المادي والمعنوي، فهي بجانب الزيادة التي سيحصل عليها في راتبه الشهري إذا ارتقى إلى درجة أعلى في السلم الإداري، فإنه في الوقت نفسه يحقق مركزا اجتماعيا، وبالتالي فإن رضا العامل عن هذا الجانب يتوقف على مدى إتاحة فرص الترقية.

- **الأمن:** وهو سعي العامل للحصول على نوع من الضمانات في عمله، سواء أثناء تأديته للعمل أو بعد تركه له بسبب العجز أو الوفاة أو إنهاء الخدمة، فهذه الضمانات التي يتطلبها الفرد في مكان العمل تدخل في نفسه درجة من الأمن والأمان، وتزيل عنه القلق، وبالتالي تظهر مؤشرات الرضا لديه.

- **الاحترام والتقدير:** للإنسان مكانة عالية في جميع المجالات، فهو بطبعه يسعى إلى الحصول على التقدير والاحترام في العمل الذي يقضي فيه حوالي ثلث وقته يوميا، وحصول التقدير ضروري للإنسان أولا، وإشعاره بالإنجاز والجهود الذي يبذله في مجال العمل ثانيا.

شعور العامل بالتقدير، يدخل في نفسه السرور والبهجة ويحقق له درجة من الرضا في عمله، وهذا التقدير يأتي عادة من الرؤساء والمشرفين في الإدارة والزملاء في بيئة العمل، كما يمكن أن يشمل أيضا المتعاملين مع التنظيم، ويعبر عنه عادة، بالمكافآت المادية والمعنوية كالثناء، والشكر وغيرهما.

- **جماعات العمل:** يسود التنظيم مجموعة من العلاقات التي تتم بين العاملين، وتؤثر هذه العلاقات في درجة الرضا التي يشعر بها الفرد نحو عمله، تعتمد مدلولات الرضا بين الفرد وجماعة العمل على مقدار المنافع التي يحققها الفرد من تلك العلاقات، إذ كلما حقق التفاعل بين الفرد والجماعة منفعة للفرد، كانت جماعة العمل مصدرا لرضا الأفراد، أما إذا كان تفاعله مع الجماعة يخلق توترا أو يعوق إشباع حاجة معينة، كانت هذه العلاقة مصدر عدم رضا و إزعاج للفرد، مما قد ينعكس بالتالي على أدائه للعمل.

- **الإشراف:** أوضحت نتائج الدراسات والأدبيات التي أجريت على نمط الإشراف، إلى وجود علاقة بين نمط الإشراف ورضا المرؤوسين عن العمل. إن المشرف الذي يجعل مرؤوسيه محل اهتمام، و يقيم علاقات طيبة بينه وبينهم على أساس من التفاهم والانسجام، ويسعى إلى تفهم مواقفهم المختلفة في العمل، ويدلل العقبات التي تعترض طريقهم، لا شك يساعد الرئيس في كسب ولاء مرؤوسيه، ويخلق بيئة عمل تحقق الرضا للعاملين.

- **الحرية في العمل:** يقصد بالحرية المتاحة في العمل، مقدار ما يشعر به الفرد من الاستقلال وحرية التصرف في جدولة بعض جوانب العمل اليومي، وتقرير الإجراءات التي ينفذ بها، وكلما أتيح للفرد توافر درجة من الحرية في العمل، شعر بالمسؤولية الشخصية حول إمكانيات النجاح أو الفشل التي يمكن أن تحدث في تنفيذ تلك الأعمال والنتائج المترتبة عليها، وهذا بدوره يزيد من رضا العامل عن عمله.

- **العلاوات والبدلات والمكافآت:** تثير هذه المتغيرات النشاط في الفرد، خاصة إذا كانت مرتبطة بالأداء، فهي تعتبر مكملا للراتب، فإذا كان الراتب غير كاف لتحقيق الحاجات الأساسية، فإن العلاوات والبدلات والمكافآت تأتي تكملة لتعويض النقص بين الراتب وارتفاع تكاليف المعيشة.

المطلب الثاني: أساليب قياس الرضا

لقد استخدمت العديد من الأساليب العلمية لقياس الرضا، وهي في الحقيقة أساليب لا تختلف عن المناهج المستخدمة لقياس الاتجاهات، ويمكن الإشارة هنا إلى مجموعتين من مقاييس الرضا:

أولا: المقاييس الموضوعية

تقيس الرضا من خلال الآثار السلوكية له، ويغلب عليها الطابع الموضوعي باستخدامه وحدات قياس موضوعية لدراسة سلوك الأفراد، وتفيد في التنبيه إلى مشكلات خاصة بالرضا، لكنها لا توفر البيانات التفصيلية التي تتيح التعرف على أسباب هذه المشكلة، أو تشير إلى أساليب العلاج، ونذكر منها:

- مؤشرات الغياب: يعتبر غياب الفرد عن العمل مؤشرا يمكن استخدامه للتعرف على درجة الرضا العام في العمل، على اعتبار أن الفرد الراضي وظيفيا يكون أكثر ارتباطا بالعمل، وبالتالي أكثر حرصا على الحضور إليه، والعكس بالنسبة للعامل غير الراضي في عمله. عند الحديث عن الغياب يجب أن نستثني الحالات القاهرة التي تكون الظروف الطارئة سببا فيها، كالمرض والحوادث التي لا يمكن للفرد التحكم فيها، لقياس معدل الغيابات نستخدم الطريقة التالية:

$$\text{معدل الغيابات خلال فترة معينة} = \frac{\text{مجموع أيام الغياب}}{\text{متوسط عدد الأفراد العاملين} \times \text{عدد أيام العمل}} \times 100$$

تستطيع المؤسسة أن تستخرج الكثير من مؤشرات الغياب التي تحسب في صورة معدلات الغياب بالطريقة السالفة الذكر، إذا ما قورنت هذه المعدلات فيما بين الأقسام والمجموعات المختلفة في العمل، وعبر الفترات الزمنية المختلفة (شهريا، ثلاثية، سداسية، سنوية)، وأيضا إذا ما قورنت مع المؤسسات الأخرى تقوم بنفس النشاط، ومثل هذه المقارنات تفيد في معرفة تلك المؤشرات التي تزيد عن المعدلات العادية، وبالتالي معرفة مواقع الرضا أو عدم الرضا.

- مؤشرات ترك الخدمة: يمكن استخدام مؤشر ترك الخدمة بمحض الإرادة، أو ما يسمى في عرفنا بالاستقالة لقياس مستوى الرضا، على اعتبار أن بقاء العامل وتمسكه بوظيفته هو مؤشر عن ارتباطه وولائه، وبالتالي رضاه الوظيفي، يحسب معدل ترك الخدمة كالآتي:

$$\text{معدل ترك الخدمة خلال فترة معينة} = \frac{\text{عدد حالات ترك الخدمة الاختياري خلال الفترة}}{\text{إجمالي عدد الأفراد العاملين أثناء منتصف الفترة}} \times 100$$

ثانيا: المقاييس الذاتية

وتستعمل أساليب تقديرية ذاتية، باستفسار مشاعر الأفراد اتجاه العوامل المختلفة للعمل، أو عن مدى ما يوفره العمل من إشباع لحاجاتهم⁽¹⁾.

تقوم هذه المقاييس على تصميم قائمة من الاستفسارات توجه للعامل، قصد الحصول على تقرير يبين درجة أو مستوى رضاه عن جوانب العمل المختلفة، وقد تحتوي هذه الأسئلة على تقييم عام للحاجات الإنسانية مثل ذلك الذي اقترحه " ماسلو "، وقد تحتوي على تقييم للحوافز التي يتيحها العمل باعتبارها من

(1) أحمد صقر عاشور، إدارة القوى العاملة، دار النهضة العربية، ط2، بيروت، 1983، ص403.

العوامل المؤثرة على الرضا.

يستخدم هذا النوع من المقاييس عدة طرق وأساليب منها: طريقة الفواصل المتساوية لـ " ثارستون"، طريقة التدرج التجميعي لـ " ليكارت"، طريقة الوقائع الحرجة لـ " هوزبرج"، طريقة الفروق ذات الدلالة وغيرها من الطرق، وفيما يلي شرح طريقة التدرج التجميعي لـ " ليكارت"، (المقياس ذو السبع درجات) والتي اعتمدنا عليها في الدراسة التطبيقية ضمن الفصل الرابع.

يشمل هذا المقياس وفقا لطريقة " ليكارت" على مجموعة من العبارات التي تشير إلى خصائص معينة للعمل، يطلب من الفرد وضع درجة الموافقة عليها من بين الدرجات السبع الموضوعه أمام كل عبارة مثل: هل أنت موافق على حسن الاستقبال بالمؤسسة؟

أو هل أنت موافق على حسن التكفل بمشكلاتك من طرف إدارة المؤسسة؟

1- موافق بشدة.

2- موافق إلى حد ما.

3- موافق.

4- محايد.

5- غير موافق.

6- غير موافق إلى حد ما.

7- غير موافق بشدة.

2- طريقة تقسيم الحوافز (عناصر الرضا الوظيفي)⁽¹⁾:

تعتمد هذه الطريقة أساسا على مجموعة الحوافز المادية والمعنوية التي سبق وأن تطرقنا إليها في العوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي، بحيث يتم بناء الأسئلة على مجموع الحوافز التي يمكن أن تقدمها أي مؤسسة لموظفيها، ومن خلال الأجوبة المحصلة يمكن التعرف على نظام الحوافز الذي تنتهجه المؤسسة ومدى تأثر الموظفين به، فقد أبدع الباحثون في صياغة أنواع مختلفة من الاستمارات، وطرق جد ذكية في صياغة الأسئلة والمقاييس التي تستخدم في الإجابات،

سوف نستعرض أشهر طرق تقييم الحوافز التي قدمها الباحثون والمفكرون:

(1) أحمد صقر عاشور، المرجع السابق، ص395.

2-1- معدلات القياس والرد على الأسئلة، في هذه الطريقة يقوم الأفراد بالإجابة على الأسئلة المتعلقة بمشاعرهم وأرائهم اتجاه الوظائف، البيئة الوظيفية، السياسة التنظيمية، صاحب العمل، نمط الإشراف،... وغير ذلك مما يستهدفه الباحث في دراسته، وفي هذا السياق اقترح الباحثون عدة طرق يمكن الاستعانة بها إذا أراد الباحث انتهاج طريقة معدلات القياس والرد على الأسئلة في دراسته الميدانية، وفيما يلي شرح لبعض هذه الطرق:

أولاً: الأجددة الوصفية للعمل: (JDI) **JDB Descriptive index**: في الستينات قام بصياغة هذه الطريقة كل من سميث (Smith) . و كاندل (Kendall)، ثم قام بمراجعتها " بازر " (Bazer) في 1980م، وتحتوي هذه الطريقة على مجموعة من الأسئلة تستهدف في مجملها خمسة جوانب لها الدور الفعال في التأثير على مستويات الرضا الوظيفي وهي (العمل نفسه، فرص الترقية، الأجر، الإشراف، زملاء).

ثانياً: قائمة استقصاء جامعة مينسوتا (Le Minnesota Satisfaction questionnaire)

في 1967م قام كل من " وايس " (Weiss)، " دافيس " (Davis)، " أنقلاند " (England) " لوفكيست " (Lofquist) بصياغة استبيان يحتوي على عشرين (20) فقرة، من بينها (استغلال القدرات، التقدم الوظيفي، سياسة المؤسسة وإجراءاتها، زملاء العمل، الأمن الوظيفي، المسؤولية، الانجاز، السلطة، المكافأة، الاستقلالية، التقدير والإشراف... إلخ)، ومن خلال هذه البنود تم استقصاء مختلف الظروف والمؤثرات الخاصة بالجانب الوظيفي، بحيث تتم الإجابة باختيار أحد الخانات الخمسة التالية:

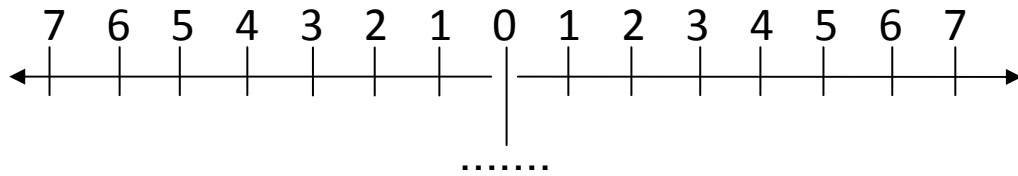
رافض جدا	رافض	محايد	غير راضي	غير راضي تماما
----------	------	-------	----------	----------------

ثالثاً: المقياس العام للعمل: في 1989 قام كل من " ايروسون " (Ironson)، " سميث " (Smith)، قام كل من " بول " (Paul) و " جيبسون " (Gibson) "بصياغة طريقة المقياس العام للعمل المستخدم في مقارنة مستويات الرضا الوظيفي بين عدة وظائف أو عدة مؤسسات، ويحتوي هذا المقياس على مجموعة كبيرة من البنود المتعلقة بعوامل الرضا الوظيفي.

رابعاً: المقابلات الشخصية اذ يقوم المستقصى بالحصول على الأجوبة بطريقة شفوية من طرف الموظف، بحيث يجلس الموظف وجها لوجه أمام المستقصى ويجب على أسئلة بطريقة شفوية دون مقاييس أو قيود، يشترط أثناء ممارسة هذه الطريقة أن يكون الموظف في مكان يشعر فيه بالراحة وحرية الكلام لكي يتمكن الباحث من الحصول على أجوبة واضحة وصریحة، لكن الطريقة تتطلب اختصاصيين وخبراء يستطيعون تحليل وتفسير الأجوبة بدقة، إذ لا يمكن الاعتماد على تفسير عشوائي وتلقائي من طرف الباحث يراه هو صحيحاً من وجهة نظره.

خامسا: طريقة الفواصل المتساوية (L'Echelle de Thurstone): في 1928م قام "ثورستن" بصياغة هذه الطريقة، والتي يتم فيها طرح مجموعة من الجمل التي تعبر عن حالة الموظف في مختلف الأوضاع والظروف المهنية، وتبدأ هذه العبارات من أقوى الاتجاهات الايجابية (مثلا أنا مرتاح جدا في عملي، أو: أنا أحب أن أؤدي واجبي على أكمل وجه...) ثم تنتهي بأقوى الاتجاهات السلبية (مثلا أنا أكره جدا عملي، أو وظيفتي لا تناسب تماما مع قدراتي)، وتكون الإجابة في هذه الطريقة إما بـ موافق أو غير موافق.

سادسا: طريقة الفروق ذات الدلالة لـ "أوزجود" و زملاؤه⁽¹⁾ (Osgood et al.): في 1957م قدم "أوزجود" طريقة أكثر تطورا ودلالة على مستوى الرضا أو عدم الرضا، وذلك من خلال تقديم مجموعة من المقاييس الجزئية والتي يقابلها جانب من جوانب الوظيفية (محتوى الوظيفة، نمط الإشراف، وسائل العمل،... الخ)، ويحتوي هذا المقياس على سلمين متعارض الاتجاه، بحيث يشير الاتجاه الأول إلى الجانب الايجابي، والثاني إلى الجانب السلبي، وبينهما سلم من الأرقام التصاعدي التي يعبر بها الموظف عن درجة شعوره اتجاه ذلك الجانب الوظيفي، يكون المقياس على النحو الآتي:



بتجميع الدرجات لكل من المقاييس الجزئية، يتمكن المستقصى من التعرف على درجة الرضا عن كل جانب من جوانب الوظيفية، وكذلك درجة الرضا العام عن الوظيفة بتجميع درجات جميع الجوانب الجزئية.

سابعا: طريقة الوقائع الحرجة لـ "هيرزبرغ" (Herzberg). في 1959م قام "هيرزبرغ" بابتكار طريقة استقصائية بسيطة جدا، وأكثر فعالية من سابقتها، بحيث تركز هذه الطريقة على سؤالين فقط يوجههما المستقصى للموظف وهما:

السؤال الأول: حاول أن تتذكر الأوقات التي شعرت فيها بالسعادة الشديدة اتجاه وظيفتك خلال الفترة الماضية (شهر، سنة، 03 سنوات... الخ)، مع تحديد الأسباب التي أدت لهذا الشعور؟

السؤال الثاني: حاول أن تتذكر الأوقات التي شعرت فيها بالاستياء الشديد اتجاه وظيفتك خلال الفترة الماضية، مع تحديد الأسباب التي أدت لهذا الشعور؟

وبعد الحصول على الأجوبة من كل موظف، يتم تجميع هذه البيانات وفرزها وتبويبها، ثم يتم ترجمتها إلى أرقام إحصائية قصد التعرف على مستوى شعور الفرد بالرضا الوظيفي أو عدمه.

(1) أحمد صقر عاشور، مرجع سبق ذكره، ص107.

بالطبع هذه طريقة جيدة وذكية، لكن يتوقف نجاحها على مدى تجاوب الموظف مع الأسئلة المطروحة عليه، ومدى صدقه وجدديته في تقديم الأجوبة والتفسيرات.

المطلب الثالث: العوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي:

نظرا لأهمية الرضا الوظيفي داخل المؤسسة وانعكاسه الواضح على مستويات الأداء، فإن ثمة عوامل داخلية وخارجية تؤثر في الرضا الوظيفي.

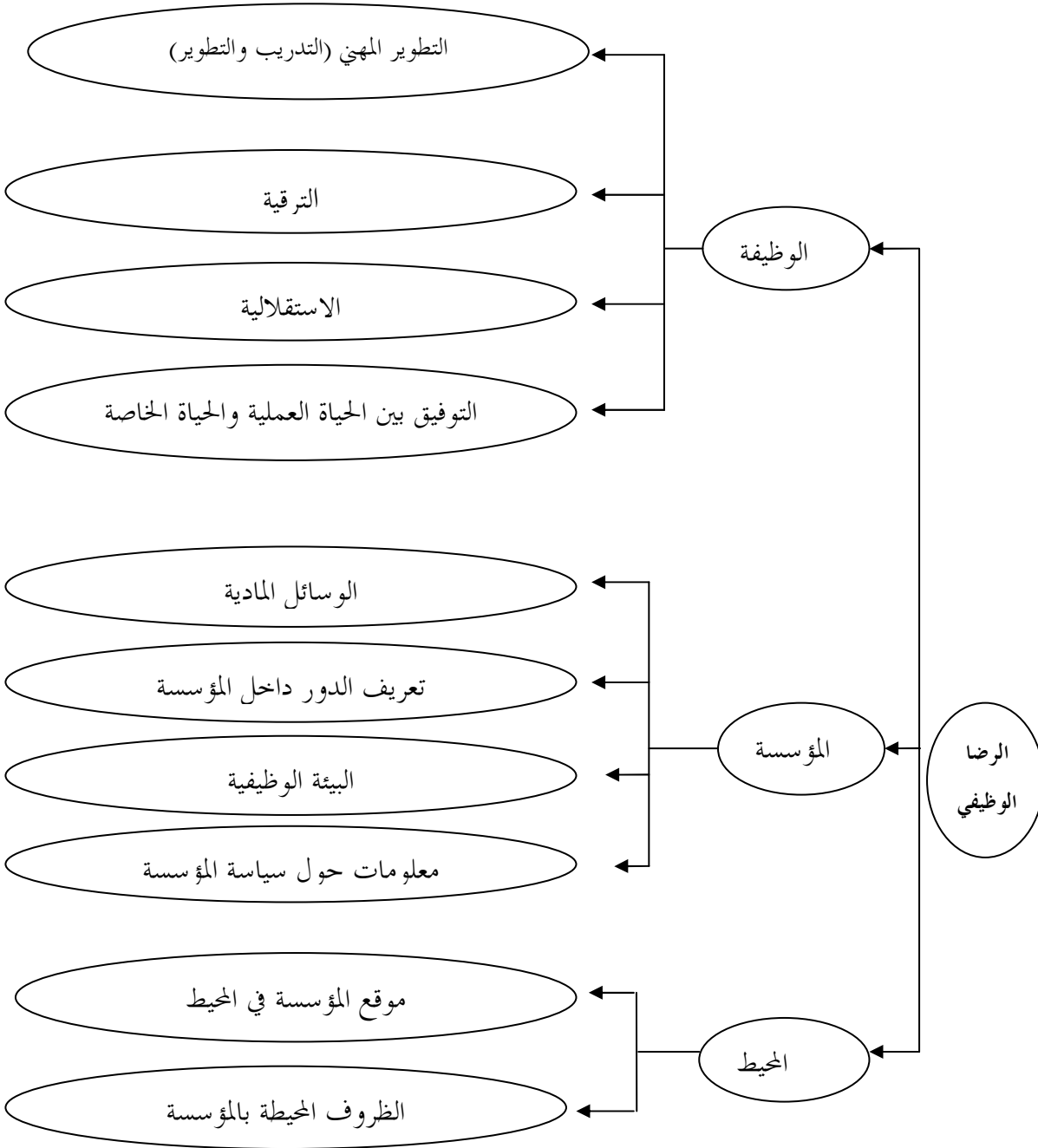
من أجل الوقوف على المتغيرات المنظورة والخفية التي تتحكم في سلوكيات الأفراد، سنحاول في هذا المطلب استعراض نموذجين⁽¹⁾:

أولاً: نموذج " دوريو " (Modèle Durieux 2000) للرضا الوظيفي:

و هو ما يوضحه الشكل التالي:

⁽¹⁾ Melissa Plamondon, Les mesures de la satisfaction et de la mobilisation du personnel au sein des grands organismes, Centre d'expertise des grands organismes P.D.F, p 20.<http://grandsorganismes.gouv>.

الشكل رقم (2-2) نموذج دوريو 2000 للرضا الوظيفي



Référence : Mélissa Plamondon, op.cit, p 21.

يرى "دوريو" في هذا النموذج أن الرضا الوظيفي يتأثر بثلاث عوامل رئيسية تتوزع بدورها على عوامل

فرعية:

أ- الوظيفة: ويقصد بها حدود السلطة والمسؤولية، بحيث تتأثر بأربع متغيرات فرعية مرتبة وفق المنهج التالي:

1- التطور المهني، ويعني بها التكوين والتدريب، فتطوير المهارات وخبرات العمال التي تتيح فرص الترقية.

2- فرص الترقية، ويعني بها غريزة التطلع نحو النمو والترقية في العمل أو الوظيفة، إذ كما أكد "فروم" (Vroom) أن العامل المحدد لأثر فرص الترقية على الرضا الوظيفي لدى الأفراد هو توقعاتهم للترقية التي سوف يحصلون عليها، ذلك كون طموحات الفرد وتوقعاته تتماشى مع منصب العمل، إذ كلما كانت هناك آمال وطموحات للترقية لمستوى وظيفي أعلى، كلما زاد مستوى الرضا⁽¹⁾.

3- الاستقلالية: سياسة المؤسسة، نمط الإشراف والتوجيه، فرص المبادرة الشخصية، الإبداع وحرية المناورة تؤثر في مستوى الرضا.

4- التوفيق بين العمل والحياة الخاصة تؤثر إيجاباً أو سلباً على مستوى الرضا.

ب- المؤسسة: إن اللوائح التي تنظم العمل وتحدد المهام والمسؤوليات فضلاً عن الظروف المادية التي تحيط بالفرد وبيئة العمل تؤثر بشكل كبير على تغيير أنماط السلوك وتفاوت درجات الرضا والأداء لديهم⁽²⁾.

ج- المحيط: السياسة العامة للدولة وتدخلاتها تؤثر بالشكل الذي يتماشى مع هذه الظروف وعلى هذا فقط فصل (Durieux) تأثيرات المحيط إلى قسم يتعلق بموقع المؤسسة في المحيط وقسم بأوضاع القطاعات المحيطة بالمؤسسة كارتفاع معدلات الرسوم والضرائب والتضخم وارتفاع القدرة الشرائية وما إلى ذلك.

ثانياً: نموذج كلارك للرضا الوظيفي (Modèle de la satisfaction Clark 2004):

بعد دراسة قام بها كلارك وتحليل سلوكيات أربعة عشر ألف موظف (14 000) في تسع عشرة (19) دولة مختلفة، توصل إلى نتيجة مفادها:

الرضا الوظيفي يرتبط بعلاقة قوية مع المردود المالي والعوائد المادية التي يحصل عليها الفرد مقابل إنجاز العمل⁽³⁾.

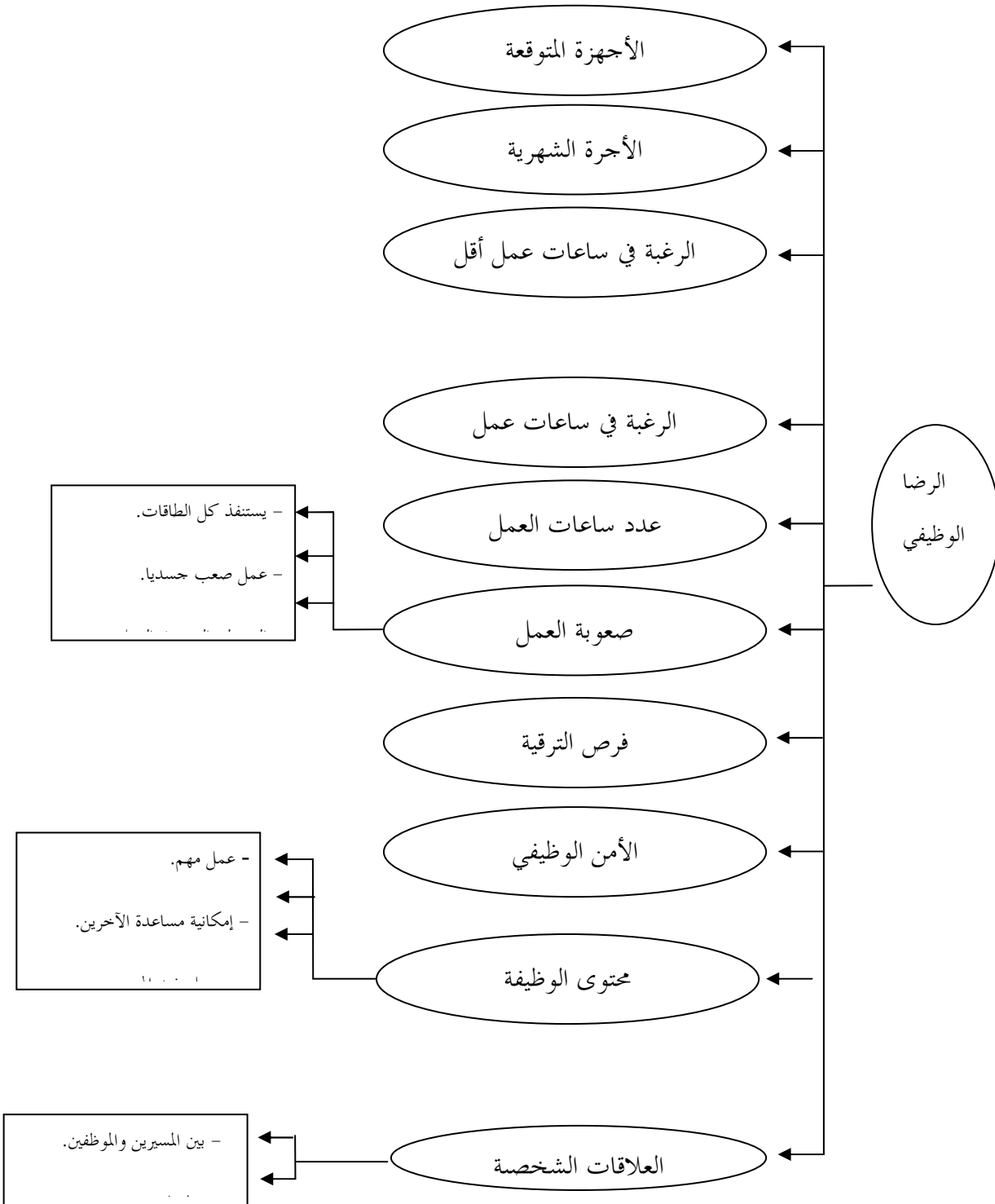
الشكل التالي يوضح نموذج كلارك للرضا الوظيفي.

(1) أحمد صقر عاشور، مرجع سبق ذكره، ص 147.

(2) محمود فتحي عكاشة، علم النفس الصناعي، الإسكندرية جمهورية مصر العربية، 1999، ص 70.

(3) Mélissa Plamondon, op. cit. p 21.

الشكل (2-3) نموذج Clark 2004 للرضا الوظيفي.



Référence : Mélissa Plamondon, op.cit, p 22.

يشير كلارك إلى أن الرضا الوظيفي يتأثر بمجموعة من العوامل كالأجرة الفعلية والمتوقعة، الرغبة في تخفيض ساعات العمل أو زيادتها لتحقيق منفعة، ظروف العمل، محتوى الوظيفة، الأمن الوظيفي فضلا عن العلاقات

الشخصية والعلاقات الإنسانية التي تحدث في صورة إيجابية مثل الاحترام والتعاون أو سلبية مثل الظلم والسيطرة وذلك بين المسيرين والموظفين أو بين المستخدمين أنفسهم.

في هذا المضمار يصف لنا الدكتور **محمود سلمان العميان** في مؤلفه: "السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال"⁽¹⁾: «.... إن العلاقات الشخصية بين الفرد وزملائه في العمل، تؤدي دورا هاما في الحياة العملية، فهذه العلاقات قد تتيح له إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية كالتقدير والاحترام والصدقة وغيرها، أما إذا أسيء استغلال هذه العلاقات، فإنها بلا شك ستتصف بسماة العداة والكراهية، وقد تتعمق إلى الحد الذي يؤدي إلى انفصال الفرد أو ما يشبه حالة اغتراب بسبب ما يعانیه من ضغوط....».

المبحث الثاني: المداخل النظرية لدراسة الرضا الوظيفي.

تشعبت المداخل التي تناولت إشكالية الرضا في المؤسسة و تأسيسا على ما ورد فيها من نظريات، يمكن لنا حصر أربع أسس بني عليه مفهوم الرضا الوظيفي:

- 1- رضا الإشباع الذي تحققة العوائد الوظيفية؛
- 2- رضا الإنجاز وإدراك الفرد للفروقات الناتجة بين العوائد المحققة والمتوقعة؛
- 3- رضا عدالة العائد؛
- 4- درجة تحمل الفرد للأشياء.

هناك العديد من المداخل النظرية التي حاولت تفسير إشكالية الرضا وعدم الرضا عن العمل، بحيث تنطلق تلك المداخل من أسس اقتصادية، اجتماعية، سياسية، تنظيمية، سلوكية ونفسية. فيما يلي عرض لأهم الاتجاهات التي تناولت دراسة الرضا الوظيفي.

المطلب الأول: النظريات الكلاسيكية:

ما يلاحظ على هذه النظريات أنها اهتمت بالإنتاج والإنتاجية، وأهملت الجانب الإنساني للعمل، حيث عمدت إلى تطوير العمل الإرادي والزيادة من فاعليته. سنتعرض في هذا المطلب محاور المدخل الماركسي، نظرية الإدارة العلمية لـ " فريدريك تايلور"، التقسيمات الإدارية لـ " هنري فايول"، النموذج المثالي للبيروقراطية لـ " ماكس فيبر"، والتنظيمات البيروقراطية لـ " روبرت ميشلز".

أولاً: المدخل الماركسي:

تتأسس الماركسية على ثلاث مصادر فكرية هامة: الفلسفة الألمانية، المثالية الاشتراكية الفرنسية، الاقتصاد السياسي الإنجليزي. لقد تناول " كارل ماركس" التنظيمات العمالية من خلال تناوله لموضوع الصراع الطبقي في المجتمعات الرأسمالية، وحتمية المجتمع الشيوعي، حيث يرى بأن الطبقة العمالية هي الشريحة ذات الأغلبية

(1) محمود سلمان العميان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، الطبعة الرابعة، دار وائل للنشر، الأردن، 2008، ص 163.

المالكة لقوة العمل، وأن التنظيمات البيروقراطية حسبه تشكل فئة اجتماعية، وليست تلك التي تحكمها طبقة برجوازية ذات الأقلية المالكة لوسائل الإنتاج، وتسيطر على زمام السلطة، وتستغل باقي الطبقات الأخرى. توجه كارل ماركس إلى أن الوظيفة الأساسية لهذه التنظيمات هي توسيع دائرة التقسيم الطبقي وتدعيم الاستغلال، وهي غير مرتبطة بصورة مباشرة لعملية الإنتاج، ولا تشغل وضعا عضويا داخل البناء الاجتماعي، ومن ثمة فوجودها مؤقت وأن الأفراد سيشعرون بالرضا حين تحقق التنظيمات استقلالها وقوتها الكامنة في التخلص من الطبقة البرجوازية.

فسر " كارل ماركس " وحلل العديد من الظواهر والمفاهيم الوظيفية (التنظيمية) من بينها:

- ظاهرة الاغتراب: يرى ماركس أن التنظيمات البيروقراطية شكل من أشكال الاغتراب⁽¹⁾، وأن العمال لا يشعرون بالوضع السيئ والصعب، ذلك لأنهم يرون في هذا الوضع ضرورة لأداء المصلحة العامة، ويتدعم هذا الاعتقاد بالتسلسل الرئاسي المحدد، والنظام الدقيق المؤدي للاحترام المفرط للسلطة، مما يكرس الخوف من تحمل المسؤولية، وفقدان المبادأة والإبداع في الأوساط العمالية، بالإضافة إلى نشوب الصراع بينهم بسبب الترقية والتقدم، وما يتصل بذلك من تعلقهم بالهبة والمكانة.

- تقسيم العمل:

يرى " ماركس " أن مبدأ تقسيم العمل سوف يتلاشى بعد وصول المجتمع إلى مرحلة الاشتراكية الحقيقية، تلك المرحلة التي سوف تقضي تماما على مشكلة الاغتراب، وتظهر مرحلة تتسم بالحرية الفردية ومظاهر الديمقراطية الحقيقية⁽²⁾.

- تحليل مكونات الصراع بين العمال والإدارة: يعتقد " ماركس " أن هذا الصراع مرده التناقض الحاصل بين مصالح واهتمامات كل من الطبقة العمالية والطبقة الرأسمالية، وقد تصور أن لهذا الصراع وظيفة جوهرية باعتباره الدافع الأساسي لحركة التطور التاريخي للمجتمعات، والذي سيفضي عن طريق الثورة البروليتارية إلى تصدع وانحيار المجتمع الرأسمالي وبرزو المجتمع الانتقالي وصولا إلى المجتمع الاشتراكي الذي ستكون فيه الطبقة العمالية هي الطبقة المسيطرة.

وقد تولى " لينين " توضيح الكثير من القضايا التي أثارها " ماركس " ، حيث شرع في صياغة وبلورة مبادئ علمية وواقعية في التنظيم وإدارة الإنتاج الصناعي، ومن بين ما جاء فيها ما يلي⁽³⁾:

(1) السيد محمد الحسيني، النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم، دار المعارف، ط2، مصر، 1977، ص39.

(2) عبد الله محمد عبد الرحمان، علم الاجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1994، ص169.

(3) علي عبد الرزاق جلي، علم الاجتماع التنظيم - مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998،

- المركزية الديمقراطية في الإدارة: ضرورة الجمع باستمرار بين الإدارة المركزية ومشاركة أفراد المجتمع العاملين في تنظيم الإنتاج والعمل على تنظيم المبادرات الخلاقة.
- إدارة الفرد الواحد: طالب " لينين " بوجود الجمع بين إدارة الفرد الواحد والديمقراطية المركزية عن طريق إتاحة الفرصة للمناقشة الجماعية إلى جانب المسؤولية الفردية، والتسليم بضرورة تنمية القدرة على اتخاذ القرارات بطريقة جماعية، ومن هنا فإن مبدأ إدارة الفرد الواحد لا يتعارض مع مبدأ اتخاذ القرار الجماعي طالما أنه يحافظ على المسؤولية الشخصية للمدير.
- أن يتحلى الرؤساء والمدراء بالمهارات المتخصصة والمعرفة الفنية والعلمية الراسخة والتي تمكنهم من القدرة على متابعة أعمال من يشرف عليهم.
- التنظيم الاجتماعي للعمل: اعتبر " لينين " أن هناك عدة عناصر بالغة الأهمية بالنسبة للتنظيم الاجتماعي للعمل نذكر منها:

- نظام العمل القائم على الاتصال، التفاعل الأحموي، والاتحاد؛
 - الحافز الشخصي، أين يكون لكل عامل مصلحة شخصية تدفعه كحافز إلى العمل؛
 - رفع مستويات الإدارة لضمان فعالية التنظيم، وهذا ليس من خلال سن القوانين، وإنما عن طريق التكوين الدائم، وتدريب الهيئة الإدارية بما يتوافق مع الإنجازات الهامة التي توصل إليها علم الإدارة؛
 - دور العوامل الاجتماعية النفسية في تنظيم وتوجيه حياة وسلوكات أفراد المجتمع العاملين، إذ يعتبر الوعي الاجتماعي والوعي السياسي من بين العوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب دورا حاسما في الانجاز، كما أن عادات وتقاليد المجتمع لها دور أساسي في ميدان الإنتاج، وتمارس تأثيرا على اتجاهات العمال وعلى العلاقات بين أعضاء الجماعة الواحدة.
- ثانيا. حركة الإدارة العلمية:

ظهرت حركة الإدارة العلمية وتطورت في الولايات المتحدة بداية العشرينية الأولى من القرن العشرين، ويعتبر " فريدريك تايلور " رائد الإدارة العلمية ومؤسس هذه النظرية، بحكم عمله في شركة لصناعة الحديد والصلب، حيث تدرج مساره المهني من مراقب للعمال إلى أن أصبح رئيسا للمهندسين، وقد نشر أفكاره في كتاب " الإدارة العلمية "، عام 1911.

درس مشكلة تدني إنتاجية العامل، إذ رغم تأكده من إمكانية زيادة وتحسين هذه الإنتاجية، بدأ التجارب في البحث عن أسباب وكيفية التوصل إلى إيجاد حلول كفيلة لتجاوزها وذلك بتطبيق المنهج العلمي " البحث والتجريب " . في ظل هذه البيئة الفكرية والاقتصادية والاجتماعية ظهرت نظرية " الإدارة العلمية " . استندت نظرية الإدارة العلمية على مرتكزات ومضامين ودعائم فلسفية يمكن حصرها في ما يلي (1):

(1) علي غربي وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص 34_35.

- استخدم الأسلوب العلمي في الوصول إلى حلول للمشاكل الإدارية واتخاذ القرارات؛
 - اختيار الموارد سواء المادية منها أو البشرية بطريقة علمية سليمة؛
 - اختيار العامل المناسب للتكفل بعمل محدد، على أن توفر له الإدارة التعليمات والإرشادات فيما يتعلق بكيفية الأداء الأمثل للعمل؛
 - إعادة توزيع المهام بين الإدارة والعمال والتعاون بينهما، بحيث تتولى الإدارة مهام التخطيط والتنظيم والرقابة ويتولى العمال مهام التنفيذ.
 - تأسيسا على ما سبق فإن نظرية الإدارة العلمية استحدثت مبدئين أساسيين هما:
 - مبدأ التخصيص وتقسيم العمل، حيث يعهد لكل عامل عملا محددًا ويدرب على أفضل طريقة لأدائه
- " One Best Way "**

- مبدأ التعاون (رفض الصراع) والذي يعتبر بمثابة السبيل لحل المشاكل وأسباب الصراع بين العمال والإدارة، ومن ثمة القضاء على المشاكل التي تعرفها المؤسسة.
 - ومن خلال هذا المدخل يتضح بأن أهم ما يشغل المؤسسة (1):
 - **الطاقة:** الحد الأقصى لما يستطيع الإنسان إنتاجه؛
 - **السرعة:** الزمن الذي يستغرقه الإنسان في إنجاز المهام المسندة إليه؛
 - **الاستمرارية:** قدرة الإنسان على الاستمرار في بذل الجهود العضلي أثناء الشعور بالتعب.
- محمل القول أن " فري درك تايلور" توصل إلى أن تهيئة الظروف المادية والتنظيمية هي التي تزيد من كفاءة العامل بأقل تكلفة مادية، ونتيجة لذلك نادى بتحليل العمل إلى عناصر وحركات بسيطة، بحيث يكون لكل حركة زمن معين لانجازها، ومن ثمة ظهر العمل بالسلسلة، إذ يكافئ كل عامل بأجر إضافي عن عدد القطع المنجزة زيادة عن غيره، كما توصل إلى أنه لا بد على العامل من الاهتمام بالعمل من حيث الانجاز والتنفيذ، في حين تهتم الإدارة بصناعة واتخاذ القرار، وتقدير كمية ونوعية العمل المطلوب، أي الاهتمام بالتخطيط والتنظيم والرقابة.

النظرية أولت اهتماما كبيرا لطبيعة الهيكل التنظيمي والتسلسل الرئاسي والاعتماد على التنظيم الرسمي والعلاقات الرسمية، من أجل تحقيق أهداف المؤسسة، ولكون " تايلور " اعتمد مبدأ الرجل الاقتصادي، فإن شعار حركته علمية وفلسفية ذلك أن إدارة الأفراد قامت على أساس الربط بين أسلوب العمل العلمي والإنتاجية.

ثالثا: نظرية التقسيم الإداري:

يعتبر المفكر الفرنسي " هنري فايول " أول من كتب في الإدارة بشكل متكامل عن نظرية محددة المعالم في

(1) المرجع نفسه، ص 36.

كتابه " الإدارة العمومية والصناعة " الذي نشره سنة 1916.

بالرغم أن كل من " تايلور " و " فايول " عالجوا أهمية الدور الذي تلعبه الإدارة في المؤسسة، إلا أن كل واحد منهما تناول هذا الدور من مدخل مختلف، ففي حين كان " تايلور " يركز على دراسة الإدارة عند المستويات الدنيا من التنظيم: (تحليل الوظائف، دراسة الحركة، دراسة الزمن، الحوافز المادية...)، نجد أن " فايول " نظر إلى الموضوع بشمولية أكثر، وعالجه على مستوى الإدارة بنظرة متكاملة لا جزئية وقد خلص " فايول " من خلال تجاربه الخاصة إلى أن أنشطة المؤسسة تنقسم إلى ستة مجموعات وهي⁽¹⁾:

- فنية: تصنيع وإنتاج؛
 - تجارية: البيع والشراء؛
 - مالية: أي البحث عن أمثل استخدام لرأس المال؛
 - أمنية: أي حماية الممتلكات والأفراد؛
 - محاسبية: أي إصدار الأوراق المالية، إعداد الميزانيات، التكاليف الإحصائيات؛
 - إدارية: أي التخطيط، التنظيم، التوجيه، الرقابة.
- نظرا لأن " فايول " يعتقد بأن النشاطات هي أهم ما تقوم به المؤسسة، فقد توسع في شرح هذه المهام وتوصل إلى مجموعة من القواعد أطلق عليها "مبادئ الإدارة". بحيث يمكن تعليمها في الجامعات والكليات لأم من سماتها أنها لا تتصف بالجمود وهذه المبادئ هي⁽²⁾:
- تقسيم العمل والتخصص، ويؤدي إلى إنتاج وفير بأفضل الجهد؛
 - السلطة: أي تكافؤ السلطة والمسؤولية؛
 - الانضباط أو الالتزام من قبل العامل: وهو أساس نجاح المؤسسة، ويفضل أن يكون مبنيا على الاحترام بدل الخوف؛
 - وحدة الأمر: وهو أن يتلقى المرؤوس الأوامر من رئيس واحد فقط؛
 - خضوع المصلحة الشخصية للمصلحة العامة من أجل تفادي الأنانية والخلاف؛
 - تعويض العاملين، ويستند "فايول" هنا إلى فكرة التعويض المادي للعاملين مقابل الجهود المبذولة من طرفهم.
 - التسلسل الهرمي أو الرئاسي: أي التسلسل الرئيسي من السلطة العليا في المؤسسة إلى أدنى هرم المستويات الإدارية؛

(1) حسين حريم، إدارة المنظمات - منظور كلي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص 55.

(2) محسن مخامرة وآخرون، المفاهيم الإدارية الحديثة، مركز الكتاب الأردني، الأردن، 2000، ص-ص 41-43.

- النظام: أي أن كل فرد وكل شيء له مكانه الصحيح في المؤسسة،
- المساواة، الناتجة عن العدالة واللفظ، وهي بذلك تؤدي إلى تكريس العامل لعمله وامتائه؛
- الاستقرار الوظيفي، وهذا يحقق الطمأنينة للأفراد في أعمالهم والأمن، ويمكن المؤسسة من تخطيط احتياجاتها البشرية؛
- المبادرة، مما يساعد على رضا العاملين للمشاركة في وضع وتنفيذ خطة المؤسسة؛
- الروح المعنوية: ويقصد به التناغم والانسجام بين العاملين بما يكفل تحقيق التناسق والوحدة داخل المؤسسة.

رابعا: التنظيمات والنموذج المثالي للبيروقراطية:

تسند هذه النظرية إلى عالم الاجتماع الألماني " ماكس فيبر " الذي يعد باعتراف المفكرين والباحثين في مجال التنظيم أنه أول من صاغ نظرية علمية تناول تحليل الجهاز الإداري ومدى تأثيره على الأداء والسلوك التنظيمي، وقد كان لـ " فيبر " أبحاثا ودراسات في علم الاجتماع وعلم الاقتصاد والعلوم السياسية وغيرها، وكان مهتما بالانتقال بألمانيا من التخلف والتفكك، واللاحق بالدول الصناعية التي كانت تشهد تقدما اجتماعيا واقتصاديا وصناعيا حثيثا، فقام بدراسة الحضارات القديمة وتطور المجتمعات الإنسانية دراسة عميقة لاستقراء التاريخ واستخلاص الدروس، واهتم " فيبر " بدراسة الإدارات الحكومية الكبيرة التي كانت تتصف بتدني الكفاءة، وتواجه العديد من المشكلات، حظي موضوع هيكل السلطة حيزا هاما في دراساته، وفي هذا المجال يعتقد " فيبر " أن كل جماعة منظمة و تتميز بضبط ملزم، تسعى دائما إلى تدعيم اعتقادها في الشرعية⁽¹⁾. تأسيسا على ذلك ميز بين ثلاثة أنواع من السلطة (تعتبر مبررات لمشروعية السلطة) وهي:

1. السلطة التقليدية: وتستند إلى التقاليد، الأعراف، المكانة، والمركز والحسب والنسب، ولا تعتمد على أية معايير موضوعية ذات علاقة بالأداء أو الكفاءة أو القدرات، تأخذ شرعيتها من تقاليد الجماعة التي تعيش فيها والقيم السائدة لديها، فهي منحدره من الماضي، تعتمد على تقديس التقاليد والعادات والأعراف.

2. السلطة الكاريزمية: تعتمد على خصائص يتصف بها الفرد، مما يؤدي بالآخرين فعل ما يؤمرون نتيجة للقناعة أو النفوذ العاطفي.

3. السلطة القانونية العقلانية: وهي النمط الذي ينشأ على أساس عقلاي رشيد لأنها تستند إلى القانون والأسس والقواعد الموضوعية المنطقية، كما أنها تمثل النمط السائد في المجتمع الغربي الحديث الذي يستمد شرعيته من التعاقد القانوني، ذلك لأن القانون يسري على الجميع دون استثناء، ويتأثر هذا النوع من السلطة في المؤسسة بمدى قبول المرؤوسين لقواعد العمل، فطاعة الأفراد هنا، هي للقانون وليست للأفراد، وقد نادى

(1) ساكري دليلة، تنظيم السلطة في المؤسسة العامة الصناعية الجزائرية، رسالة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة العقيد الحاج لخضر،

" فيبر " بضرورة تطبيق هذه السلطة لتحقيق العقلانية في المؤسسات بما يسهم في تقدم المجتمع، ومن أجل ذلك قدم هذا الأخير ما أسماه بالنموذج البيروقراطي المثالي الذي يتميز بما يلي⁽¹⁾:

- تقسيم العمل والتخصص، وهذا ما يوضح السلطة والمسؤولية لكل فرد في المؤسسة؛
 - تنظيم الوظائف والسلطة على شكل سلم هرمي للسلطة مما ينتج عن ذلك تسلسل الأوامر؛
 - اختيار جميع العاملين على أساس المؤهلات الفنية، عن طريق الامتحانات والتكوين والتعليم؛
 - الموظفون يعينون ولا ينتخبون؛
 - الموظفون الإداريون يعملون مقابل رواتب ثابتة وهم مهنيون؛
 - الموظف الإداري لا يملك الوحدة التي يديرها ويستمد سلطته من وظيفته؛
 - الاعتماد على التسجيل الكتابي والوثائقي؛
 - على الإداري أن يخضع لقوانين وضوابط ورقابة شديدة أثناء تأديته لمهامه، وهذه الضوابط موضوعية و غير شخصية، تطبق بشكل موحد وفي جميع الحالات.
- تعتبر تحليلات " ميشلز " من أهم الإسهامات التي أثرت النظرية التنظيمية ومهدت لدراسات حديثة في علم الاجتماع التنظيمي والسياسي، ولقد اكتسبت هذه النظرية شهرة من خلال مقولته " القانون الحديدي للأوليغاركية " والتي تعني تركيز السلطة في أيدي القلة، حسب " ميشلز " كل تنظيم مكون من قلة حاكمة وأغلبية خاضعة، وتركز السلطة في أيدي فئة قليلة من القادة الإداريين، هم الصفوة التي لا يمكن تجنبها.
- لكي يثبت " ميشلز " صحة أبحاثه، قام بدراسة البناء الداخلي للحزب الاشتراكي الألماني الذي يفترض انه تنظيم قائم على أساس ديمقراطي أكثر من أي تنظيم آخر، وتوصل إلى أن الديمقراطية مجرد شعار لا أساس له من الصحة، وأن نظام الحزب يشهد نمو جهازه الإداري، مما جعل استحالة تحقيق الديمقراطية داخل التنظيم، لأنها تخلق معوقات، أما المشاركة الفعلية من جانب الأعضاء في العملية السياسية فهي تتمثل في اتخاذ القرارات والإشراف على تنفيذها.

من خلال هذه الدراسات خلص " ميشلز " إلى النتائج التالية⁽²⁾:

- التخصص وتقسيم العمل يدفع إلى زيادة حجم التنظيم، ويؤدي إلى تعقد الوظائف وتباين الأدوار والأمكنة، حيث يظهر نمط من القيادة يقوم على الخبرة التي لا تتوافر إلا لدى قلة من الأفراد يصبحون فيما بعد هم القلة الحاكمة، الأمر الذي يحول السلطة من سلطة تقوم على التسلسل إلى سلطة تقوم على التركيز؛
- يؤدي التباين في المراكز والأدوار داخل التنظيمات إلى حدوث انفصال بين جماعة القوة من ناحية وباقي أعضاء التنظيم من ناحية أخرى، فينقطع الاتصال وتنعدم المشاركة؛

(1) حسين محمود حريم، مرجع سبق ذكره، ص 20.

(2) علي عبد الرزاق جلي، مرجع سبق ذكره، ص 23-25.

- انطلاقاً من أن فكرة الأقلية الحاكمة تضع في اعتبارها مصالح الأغلبية التي مكنتها من الوصول إلى مركز القوة هي فكرة بالغة السذاجة، يرى " ميشلز " أن الأقلية الحاكمة تعمل على تمركز المعلومات والسيطرة على قنوات الاتصال، حتى تتمكن من المحافظة على مصالحها وتحقيق البقاء في مراكز القيادة، لاعتبار أن ممارسة السلطة تغير من السمات النفسية للقادة، ويبدو ذلك واضحاً من خلال محاولتهم إثبات دوافعهم وتأكيد عظمتهم وتفردهم⁽¹⁾؛

- يؤدي تمركز المعلومات لدى القلة الحاكمة من ناحية، وحاجة المحكومين لهذه الخبرات والمهارات والمعلومات من ناحية أخرى، إلى امتثال المحكومين للأوامر وتعليمات القلة الحاكمة، مما يعطي الفرصة للبقاء والاستمرار في التسلط؛

- يؤدي تقديم المصالح الذاتية للقلة الحاكمة على المصالح العامة للأفراد إلى استبدال الأهداف وتباين المصالح، حيث يتغير هدف التنظيم من تنمية المشاركة وتحقيقها، إلى هدف آخر هو تركيز السلطة واستمرار التسلط⁽²⁾؛

- يبدأ صراع القوة على أساس تباين المصالح في الظهور داخل التنظيم نتيجة لتفوق أحد أطراف الصراع على الآخر، حيث يستبد القوي ويبدأ ظهور الصفوة التنظيمية صاحبة السلطة والقوة المطلقة⁽³⁾.

المطلب الثاني: النظريات السلوكية

إن اهتمام المدرسة التقليدية بالأجهزة والهياكل التنظيمية في المؤسسة دون إعطاء أهمية كافية للعنصر البشري، وتوصل الإدارة العليا التي طبقت مبادئ وأفكار المدرسة التقليدية، إلى أن تلك المبادئ والمفاهيم عاجزة عن تحقيق الكفاءة العالية والانسجام في بيئة العمل. من هذا المدخل كان ظهور المدرسة السلوكية كرد فعل على قصور المدرسة التقليدية، حيث ركز الرواد الأوائل للمدرسة السلوكية اهتمامهم على دراسة وتحليل سلوك الأفراد والجماعات داخل المنظمة باستخدام المنهج العلمي، فذهبوا إلى معالجة قضايا مثل: الآثار المترتبة عن التفاعل المتبادل بين الفرد والجماعة، العلاقة بين الرؤساء والمرؤوسين، والروح المعنوية وآثارها على الإنتاجية.....، في هذا المطلب نركز على مدرسة العلاقات الإنسانية بقيادة " إلتون مايو " ونظرية اتخاذ القرار لـ " هربرت سيمون " ونظرية القبول لـ " شيستر بارنارد " باعتبارهم أبرز رواد النظريات السلوكية.

أولاً: مدرسة العلاقات الإنسانية:

شكلت العلاقات الإنسانية بداية تطور ونشوء المدرسة السلوكية التي ركزت على كيفية تعامل الرؤساء مع المرؤوسين، وأكدت على أهمية حاجات الفرد وأهدافه وتوقعاته واقترنت هذه الحركة بالعالم الأسترالي

(1) محمد علي محمد، البيروقراطية الحديثة، دار الكتب الجامعية للطبع والنشر، الإسكندرية، 1975، ص 77.

(2) اعتماد علام، دراسات في علم الاجتماع التنظيمي، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 1994، ص 204.

(3) علي عبد الرزاق جلي، مرجع سبق ذكره، ص 25.

" إلتون مايو "، أين قام رفقة زملائه بدراسات إمبريقية طبقت أساليب البحث العلمي بجامعة " هارفارد "، هذه الدراسات عرفت بدراسات مصنع هاوثورن إلكتروك، وذلك بإجراء عدد من التجارب التي هدفت إلى معرفة تأثير الظروف المادية والمعنوية في زيادة الإنتاج، وخلصت هذه الدراسات إلى النتائج التالية:

- أن المنظمة نظام اجتماعي بالإضافة إلى كونها نظام فني، لأن العمل الإنساني نشاط جماعي في جوهره (1)، فالتنظيم عبارة عن العلاقات الإنسانية التي تنشأ بين مجموعات الأفراد، وليس معناه وجود عدد من الأفراد المنعزلين غير المرتبطين، ذلك أن تجمع الأفراد بصورة دائمة ومستمرة في العمل، يخلق تنظيماً اجتماعياً غير رسمي تسود فيه علاقات المواجهة المباشرة، ويمارس تأثيراً ملحوظاً في السلوك التنظيمي (2).

- إن الحافز الاقتصادي ليس الدافع الوحيد الذي يستجيب له الموظف، فقد يلجأ الموظفون إلى تقييد مستوى الإنتاج بصورة لا تعكس طاقاتهم الكاملة، إذ هناك عوامل نفسية متداخلة يمكن أن نفسر السلوك على ضوءها، فحاجة العامل إلى الشهرة والمكانة والأمن والإحساس بالولاء والانتماء، تلعب دوراً أكثر أهمية في تحسين الإنتاج من الدور الذي تلعبه الظروف المادية ونظام الأجور، وشكاوى الموظفين رغم أنها تتجه عادة إلى المطالبة بتغيير ظروف العمل ونظام الأجور، إلا أن ذلك يكون في الغالب نتيجة للاضطراب في مكانة الفرد، وقصور في إشباع الحاجات الإنسانية، أي أنه لا تتم إثارة دوافع الفرد بفعل الحوافز الاقتصادية فقط، بل إن الحوافز المعنوية لها تأثيرها أيضاً في زيادة دافعية الأفراد للعمل والإنتاجية (3).

- إن أسلوب الإشراف والقيادة له تأثير أساسي في الروح المعنوية للموظفين وورغبتهم في العمل، وأن الاتصال بين الموظفين والإدارة فيما بينهم له أهمية كبيرة في خلق التفاهم المشترك وتوفير المعلومات اللازمة لكل من الطرفين، وحتى تكون أساساً للتعاون الفعال بينهم. تزايد الاعتراف بالحقيقة التي مفادها أن العلاقة بين القيادة والإنتاجية والروح المعنوية قد تكون إيجابية أو سلبية إذا توافرت ظروف معينة، حيث أن أسلوب الإشراف يلعب دوراً رئيساً في تشكيل اتجاهات المرؤوسين وسلوكهم، فالقائد المتسامح الذي يهتم بمشكلات مرؤوسيه ومعرفة حاجاتهم، يخلق مناخاً تعاونياً لدى جماعة العمل ويزيد رضا الموظفين ويجفزههم على الإنتاج، بينما القيادة التسلطية القائمة على الإشراف المحكم، تؤدي باستمرار إلى نقص الكفاية الإنتاجية وضعف مستوى الروح المعنوية.

- ليس من الضروري أن يصاحب التخصص الوظيفي الدقيق كفاءة في الأداء التنظيمي، حيث أن الموظفين يساعدون بعضهم البعض في مواقف العمل، حتى وإن كانت هذه المساعدات لا تنسجم مع السياسات الإدارية، كما أنها لا تتوافق تماماً مع أسس التخصص الوظيفي.

(1) محمد مجتاد جاد الله كشك، المنظمات وأسس إدارتها، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003، ص 96.

(2) محمد علي، علم اجتماع التنظيم - مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 156.

(3) حسين حريم، مرجع سبق ذكره، ص 61.

بناءً على النتائج التي توصلت إليها حركة العلاقات الإنسانية، ورغم أنها تتوافق في غاياتها النهائية مع الدراسة التقليدية وخاصة حركة الإدارة العلمية، والمتمثلة في رفع مستويات الإنتاج، إلا أن حركة العلاقات الإنسانية تختلف عن الأولى في كونها ترى أن إشباع حاجات الإنسان لا تقتصر على الحاجات الاقتصادية فقط، بل هناك حاجات غير اقتصادية يسعى الإنسان إلى إشباعها، لذلك لا بد على التنظيم توفير فرص إشباعها للأفراد من خلال:

- تشجيع تكوين جماعات العمل؛
 - توفر القيادة الديمقراطية؛
 - تنمية الاتصال بين القيادة والجماعات الاجتماعية المختلفة، وكذلك تشجيع اتصال الجماعات فيما بينها داخل التنظيم؛
 - النظر إلى العاملين على أنهم مدفوعين إلى العمل بالعوامل الاجتماعية والنفسية أكثر من العوامل الاقتصادية، حيث يمكن تحفيز العاملين عن طريق تحقيق حاجاتهم الاجتماعية والنفسية مثل: الاعتراف والتقدير، والقبول الاجتماعي من الغير.... إلخ؛
 - الإنتاجية الفردية تتحدد بشكل أساسي بالمعايير الجماعية؛
 - الأنماط القيادية والاتصالية تؤثر بشكل في سلوك العامل؛
 - من الضروري تطوير اتصالات فعالة بين مستويات المنظمة، ولا سيما الصاعدة من المرؤوسين الرئيس، لإتاحة الفرصة أمام العاملين للمشاركة⁽¹⁾؛
 - التخصص الزائد يؤدي إلى الاختلال الوظيفي؛
- ورغم الأهمية التي لا يمكن نكرانها لحركة العلاقات الإنسانية، إلا أن هذه الأخيرة واجهت عدة انتقادات لعل من بينها:

- حركة العلاقات الإنسانية نظرت إلى التنظيم من الجانب الاجتماعي وأهملت الجانب العملي له؛
- صورت النظرية التنظيم، على أنه صراع دائم بين كل ما هو رسمي وجماعات الضغط غير الرسمية؛
- نظرت إلى التنظيم على أنه نظام مغلق تتوقف إنتاجيته على ما يجري داخله دون النظر إلى العوامل البيئية الخارجية.

خلاصة الذكر، أن حركة العلاقات الإنسانية أعطت ثقلها للجانب الإنساني في العمل، فـ " مايو " وزملاؤه، افترضوا أن الفرد كل متكامل تحكمه اعتبارات سيكولوجية معينة، وأن الفرد يتصرف بوحى من مشاعره، كما ظهرت الحوافز المعنوية، المشاركة، التقدير والاهتمام وجماعات العمل، كأداة لتحقيق الرضا

(1) حسين حريم، مرجع سبق ذكره، ص62.

والإنتاجية، إلى جانب التنظيم غير الرسمي وأثره على سلوك الفرد.

ثانياً: نظرية اتخاذ القرارات:

تطورت هذه النظرية إبان الحرب العالمية الثانية، حيث استخدمت الأساليب الكمية في دراسة المشكلات العسكرية المتعلقة بالنقل والتوزيع ودقة إصابة الأهداف وغيرها، وكان للعالم " هيربرت سيمون " عالم السياسة والاجتماع الأمريكي دورا كبيرا في نشوء نظرية القرارات أكاديميا وعلميا، إذ قدمت هذه المدرسة عددا من الأساليب والأدوات الهامة التي تساعد صانعي القرارات في مجالات عديدة على وضع قرارات صائبة وناجحة ومن بين تلك الأساليب نذكر:

- البرمجة الخطية.
- التحليل الشبكي.
- نقطة التعادل.
- المباريات.
- سلسلة ماركوف.

أصبحت هذه الأساليب تستخدم في إدارة الموارد البشرية على نطاق واسع في المنظمات المختلفة كالمصارف، المؤسسات الصحية، المؤسسات الصناعية والمنظمات الحكومية.... وغيرها. ويؤكد " سيمون " أن السلوك في التنظيمات الرسمية هادف وله دوافع، والأفراد ينظمون من أجل تحقيق غاية مشتركة، فيمارسون مهامهم بطريقة واعية.

حملت نظرية اتخاذ القرار على عاتقها فكرة القضاء على الفجوة التي ظهرت في الدراسات السابقة، والمتمثلة في وجود اتجاهين متعارضين، أين يركز النموذج الاقتصادي على الاهتمام بالعوامل الفنية المرتبطة بالكفاية الإنتاجية، وفي المقابل نموذج اجتماعي يركز على العمليات الاجتماعية والنفسية.

يفترض النموذج الاقتصادي أن الشخص الذي يقوم باتخاذ القرارات لديه مسبقا قائمة تفصيلية بالمقدمات الواقعية (المتعلقة بالوسائل)، أي معرفة كامل البدائل وما يترتب عليها من نتائج ومقدمات قيمية (ذات طابع أخلاقي أساسا) والتي تنصب على الأهداف. الواقع يخالف هذا التصور المثالي تماما، فمن العسير أن يجد الفرد هذه المقدمات جاهزة ليبنى عليها قراراته الرشيدة في كل موقف يواجهه، ذلك أن الشخص الذي يتخذ القرارات لا بد أن يجتهد في البحث عن هذه المقدمات، وسوف يواجهه خلال عملية بحثه الكثير من المشاق. يصنف " سيمون " الصعوبات إلى ثلاثة أنواع هي⁽¹⁾:

1- المهارات والعادات والانعكاسات غير الشعورية التي تحد في صور أداء الفرد وما يسبقه من قرارات،

(1) محمد علي محمد، مرجع سبق ذكره، ص191.

وتظهر هذه الصعوبات واضحة على المستوى الفني للتنظيم.

2- هناك مجموعة من الضغوط التي تفرض على الأفراد تنشأ عن الدوافع والقيم والولاء الشخصي، ففي السياق التنظيمي مثلاً، قد يكون الولاء الشخصي الشديد لجماعة معينة ذات قيم متعارضة مع الأهداف العامة، من الحدود المفروضة على ممارسة الفرد للسلوك الرشيد. هذه الصعوبات حضت اهتمام مدرسة العلاقات الإنسانية.

3- يتحدد السلوك الرشيد والقرارات الموضوعية بكمية المعرفة الأساسية أو المعلومات المتاحة، ومبلغ قدرة العقل الإنساني على استيعابها وتطبيقها، ومدى توافر قنوات اتصال تيسر نقل المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات.

تأسيساً على ما سبق فقد كان أكثر ما عنيت به نظرية اتخاذ القرارات المحاور التالية:

- تقدير مدى تأثير البناء الرسمي في السلوك الفردي، و يعد ذلك استجابة حقيقية للاتجاهات النفسية التي اعتبرت الخاصة الرئيسية للتنظيمات الرسمية من حيث أنها وحدات اجتماعية هادفة، لا تنطوي على قيمة كبيرة فيما يتعلق بتفسير السلوك؛

- البناء الرسمي لا يمثل ببساطة خريطة التنظيم، ولكنه نسق نظامي يجب أن يدرس ويحلل بعناية؛

- محاولة تحقيق نوع من التكامل بين الاتجاهات المختلفة في دراسة التنظيمات، وذلك بتقديم إطار عام يأخذ في عين الاعتبار كل من الجانب العقلي والجانب غير العقلي للسلوك.

في هذا المجال يرى " سيمون " أنه لا بد من تحقيق التوازن بين الحوافز أو البواعث، أي أن التحاق الفرد بالتنظيم قائم على تعاقد يحصل بمقتضاه على بعض الإغراءات أو الحوافز، مقابل ما يقدمه من مساهمات، ويتوقف استمراره في المشاركة على مدى توازن هذه البواعث مع مبلغ الجهد الذي يبذله في المساهمات التي يقدمها.

إن التحاق الفرد بتنظيم معين يعني بالنسبة له قبول بعض القيود على حريته الذاتية في اتخاذ القرارات وحل المشكلات، إذ أن هذا الأخير لا بد أن تمارس عليه درجة معينة من التأثير، والفرد يقبل السلطة حين يسمح لسلوكه أن يوجه وفقاً لقرار اتخذه شخص آخر دون النظر إلى رأيه الخاص، كما أن اعتبار العمليات الإدارية في جوهرها عمليات متصلة باتخاذ القرارات، يتطلب تحديد إجراءات تنظيمية تتعلق بتوصيل القرارات الخاصة بها إلى الأفراد المعنيين، ومن هنا فإن التنظيم يستبدل سلطة الأفراد في اتخاذ القرارات بسلطة اتخاذ القرارات التنظيمية، ويتخذ لتحقيق ذلك بعض الإجراءات من بينها:

- تقسيم العمل: أي تحديد طبيعة وواجبات الفرد؛

- إجراءات مقننة، تحدد بالتفصيل كافة الخطوات التي يسير عليها الأفراد للوصول إلى حل المشكلات بصورة ملائمة؛

– نطاق السلطة، يعتبر نسق السلطة من العوامل الرئيسية لفهم القرارات التنظيمية، فالسياسة العامة لاتخاذ القرارات توضع في المستويات العليا للتسلسل الرئاسي، ثم تنتقل إلى المستويات الدنيا، وبذلك الإطار العام الذي يتحرك فيه أعضاء هذه المستويات في اتخاذ قرارات ذات طابع إجرائي أو عملي. يعتبر الاتصال من العوامل المؤثرة والهامة في هذا المجال، إذ يحقق عن طريق قنواته المتعددة الاتجاهات، ونقل المعلومات الضرورية لاتخاذ القرارات المختلفة.

– التكوين، وهو أسلوب هام فيما يتعلق بإمكانيات الفرد في اتخاذ القرارات، ذلك أنه الضمان الذي يجعل الفرد يتخذ قرارات متسقة مع الأهداف التنظيمية العامة.

مما سبق يمكن القول أن نظرية اتخاذ القرارات قد ركزت في دراستها للتنظيم على عدة محاور أساسية:

– توافر المعلومات الشاملة والدقيقة من حيث الأسلوب والتوقيت والموارد المالية والبشرية التي تساعد في الحصول على البيانات اللازمة؛

– المشاعر الشخصية والعوامل النفسية؛

– فعالية قنوات الاتصال بشكل يسمح بانسياب الحقائق من مصادرها إلى متخذي القرارات دون تشويه. بالتمعن في عناصر هذه النظرية نخلص إلى أنها تحاول دراسة ما يحدث للفرد حينما يقرر المشاركة والعمل في التنظيم إذ تكشف عن القيود التنظيمية التي تسلط على الفرد حين يريد إصدار قراره، تلك القيود بحسب " سيمون " تفرضها ضرورة التنسيق بين القرارات والنشاطات التي يؤديها الأفراد، كما أظهرت نظرية " سيمون " أن هذه القيود ما هي إلا ميكانيزمات يؤثر بها التنظيم على القرارات الفردية حتى يجعلها تصب في إستراتيجياته العامة، حيث أن هناك أربع عوامل تؤثر في صنع القرار وتحديد طبيعته هي: تقسيم العمل، السلطة، الاتصال والتكوين، وهي لا تحرم الفرد من فرصة المبادرة، ولكنها تحدد بشكل واضح المعطيات الواقعية بالطريقة التي تضمن اتساق قراراته مع قرارات الآخرين⁽¹⁾.

إن " هاربرت سيمون " يعتقد بضرورة الحد بين الجوانب الرشيدة وغير الرشيدة، أي عندما يتخذ مسؤول التنظيم قراراته، لا بد من اتخاذه على أساس المعلومات المتوفرة لديه، وبما أن طاقته وإمكانياته محدودة فهو لا يستطيع معرفة كل شيء و بالتالي فقراراته تكون موسومة بالحدودية.

استنادا لمفهوم " سيمون " لعملية اتخاذ القرارات، فإن الإسهام والمكافأة وضرورة التوازن بينهما داخل التنظيم، يعتمد على محك ذاتي، يستعين به الفرد في تقويم موقفه ووضعه إن « ... عدم إحساس الأفراد بالرضا والإشباع، يفضي تدريجيا لتدني مستوى التنظيم...»، لذا فانتفاء أعضاء التنظيم له وولائهم، يبقى مرهونا بمدى المكافآت التي يحصلون عليها، والتي يجب أن تكبر الإسهام الذي يقدمونه أو على الأقل تعادل قيمتها.

(1) السيد محمد الحسيني، مرجع سبق ذكره، ص 154، 155.

ثالثاً: نظرية القبول:

إذا كان " فيبر " أول من صاغ التصور السوسولوجي الأصلي للتنظيمات فإن " بيرنارد شيبستر " قد قاسمه هذه الصياغة، حيث نظر " بيرنارد " إلى التنظيمات على أنها كيان أو نظام اجتماعي تعاوني، وأن التعاون بين أفراد هذا النظام هو السبيل الرئيسي لتحقيق الفرد والمنظمة، وأن هذا التعاون لا يتم بدون الاتصال وتبادل المعلومات بين الأفراد بصورة مستمرة⁽¹⁾، وتعد كل من الفاعلية (بلوغ الأهداف المشتركة) والكفاية (إشباع حاجات المشتركين في التنظيم) عناصر ضرورية لاستمرار وجود التنظيم ويتمثل جوهر التنظيم الرسمي في اتخاذ القرارات الخاصة بالتطبيق، واختيار الأهداف أو الوسائل البديلة والتنسيق بين عوامل النسق التعاوني الأكبر⁽²⁾. من الأفكار والمفاهيم الهامة التي جاء بها " بيرنارد شيبستر " هي قبول السلطة، حيث أكد بأن للعامل إرادة حرة في قبول أو رفض أوامر الإدارة، وأشار إلى دور التنظيمات غير الرسمية في المنظمة واقترح أن أدوار المدير الرئيسية هي تسهيل الاتصالات وتحفيز الأفراد لبذل جهد ممكن⁽³⁾.

كما يري بأن السلطة تعد عنصراً أساسياً في التنظيم، وهي تنطوي على جانبين⁽⁴⁾:

- جانب ذاتي أو شخصي: يعبر عن قبول الاتصال باعتباره ذي سلطة؛

- جانب موضوعي: يشير إلى طابع الاتصال الذي يفضلته تكون السلطة مقبولة.

يشير " بيرنارد " أنه إذا ما تم قبول الاتصال والتوجيه من قبل الشخص الصادر إليه، فإن سلطة هذا التوجيه بالنسبة له تتأكد وتستقر ويتم الاعتراف بها كأساس للتصرف، ومن ناحية أخرى فإن عدم الطاعة يعد بمثابة إنكار لسلطة مصدر التوجيه، وفقاً لهذا، فإن تقرير ما إذا كان لأمر معين سلطة أم لا، إنما يتوقف على الشخص الذي يتم التوجيه إليه، وليس على أصحاب السلطة، أو الأشخاص الذين يصدر الأوامر.

لما كان الأمر ودرجة قبوله ترتبط بالمأمور وتقديره ما إذا كان يتمتع بالسلطة أم لا، فإن مصدر السلطة النهائي هو الفرد الذي يرجع إليه قرار قبول أو رفض الأمر، وليس الأمر نفسه، فقبول السلطة من طرف المرؤوسين، هو العامل الأساسي المحدد لفعاليتها، ويتحقق قبول الاتصال باعتباره ذا سلطة حسب " بيرنارد " بوجود أربعة شروط لا بد من توفرها وهي⁽⁵⁾:

- تمكين الفرد من إدراك وفهم الاتصال؛

- أن يكون قرار الفرد لا يتعارض ولا يختلف مع هدف وغاية التنظيم وقت إصداره؛

(1) حسين حريم، مرجع سبق ذكره، ص 62.

(2) علي عبد الرزاق جلي، مرجع سبق ذكره، ص 25.

(3) عمر وصفي عقيلي، الإدارة - أصول وأسس ومفاهيم، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1997، ص 135.

(4) حسين عبد الحميد رشوان: علم الاجتماع التنظيم، مؤسسة شباب الجامعة للنشر، الإسكندرية، 2004، ص 148.

(5) حسين عبد الحليم رشوان، مرجع سبق ذكره، ص 148.

- التوفيق بين أهداف التنظيم والمصلحة الشخصية للفرد واهتماماته العامة؛
- أن يكون الاتصال قادرا على الاستجابة لهذا الهدف ماديا وفكريا.
- من وجهة نظر هذه النظرية يتوقف قبول السلطة لدى المرؤوسين على⁽¹⁾:
- كبر وصغر المنطقة التي تتساوى فيها البدائل المتاحة وإمكانية الاختيار، وبالتالي إمكانية القبول تزيد باتساع المنطقة التي تتأثر بشكل كبير بتقييمات المرؤوس للحلول المتعلقة بالاختيارات، والتي ترتبط بمختلف أنواع المحفزات المادية والمعنوية.
- الشعور السائد لدى المرؤوسين بإمكانية تحميل مسؤولية اتخاذ القرارات على مؤسستهم وتخلصهم من ذلك بتنفيذ الأوامر الصادرة من أعلى.

المطلب الثالث: المدرسة الحديثة

أولا: نظرية النسق الاجتماعي:

يعتبر رائد البنائية الوظيفية " بارسونز " ودراساته التي أسهمت في نظرية التنظيم، من الرواد الأوائل لهذه النظرية، إذ من الصعب إدراك آراءه ووجهة نظره في التنظيم دون العودة لنسقه الفكري حيث أسقط وطبق نظريته الشهيرة في النسق الاجتماعي على دراسته للتنظيم.

وقد قدم في هذا الإطار نموذجا لحالة التوازن في التنظيمات حيث انطلق في تحليله للتنظيم بوصفه نسق اجتماعي يتألف من أنساق فرعية مختلفة مثل: الأقسام، والإدارات... وهذا التنظيم ذاته يعد نسقا فرعيا يدخل في إطار نسق اجتماعي أكبر وأشمل هو المجتمع، وهذا ما نلمسه بصورة جلية في تعريفه للتنظيم على أنه نسق اجتماعي منظم أنشئ من أجل أهداف معينة⁽²⁾.

عموما فالتنظيم بحسب " بارسونز " يقوم على عدة متغيرات وظيفية هامة تعبر عن طبيعة التغيرات الداخلية والخارجية للتنظيم، وحتى يبلغ التنظيم أهدافه لا بد من وضوح الأهداف ذاتها وتوفير الإجراءات، وبمنح التنظيم صورة تميزه عن المجتمع، كما يلح " بارسونز " على ضرورة تحديد وضع كل فرد داخل التنظيم، بحسب الدور والمكانة التي يشغلها في إطار ما يعرف بالأنساق، ويتحقق التكامل للأفراد والجماعات في التنظيم من خلال النسق السائد في المجتمع من جهة، وأهداف التنظيم من جهة أخرى، ذلك أنه بتحقيق التكامل وتحدد الأدوار التنظيمية لتصبح مناسبة وملائمة لتوقعات أعضاء التنظيم، ويؤكد " بارسونز " بأن التنظيم نسق اجتماعي يعمل من خلال بناء معين، هذا الأخير بدوره يقوم على عدد من العناصر لها طابع وظيفي كل منها يكمل الآخر وهي:

- ضرورة وجود القيم في الأنساق الثقافية، والتي لها دور وظيفي هام يعمل على ديمومة واستقرار التنظيم؛

(1) ناصر دادى عدون، مرجع سبق ذكره، ص64.

(2) السيد محمد الحسيني، مرجع سبق ذكره، ص76.

- أهمية كل من الجماعة والتنظيم بسبب المشاركة في الوظائف.
- يعتمد التنظيم على قادة وأفراد لهم مسؤوليات التوجيه في رسم سياسات التنظيم واتخاذ القرارات في حدود السلطة (1).
- على المستوى الثقافي، فالتنظيم يعمل على وجود حد أدنى من العناصر تهدف إلى تحقيق الهدف وملائمة الموقف وتكامل النسق التنظيمي، فضلا عن تأثير عوامل أخرى كالتيكنولوجيا والرموز والعادات والطقوس (2).
- من هنا نستخلص أن "بارسونز" توصل إلى نتيجتين هامتين، وهما أن نسق القيم، هو عنصر أساسي للموافقة أو الرفض من طرف أعضاء التنظيم وجميع الأنساق المتصلة به، كما أن قيمة النسق تبرز بوضوح على ملامح التنظيم، وهي المحددة لشرعيته ووجوده، لذلك يتطلب وجود قواعد معيارية تغطي جميع العمليات التنظيمية الداخلية، وهذه القواعد هي التي تؤدي وظيفة التكامل من خلال إلزام الأفراد بأداء أدوارهم ووظائفهم التنظيمية، ولهذا بالذات يعتمد التنظيم على قادة يتمتعون بمسؤولية رسم سياسة التنظيم واتخاذ القرارات.
- يذهب "بارسونز" إلى تحديد أربعة متطلبات وظيفية أساسية يتوجب على كل نسق أن يواجهها إذا ما أراد الاستمرار وهي: مطلب الموائمة ومطلب تحقيق الأهداف، ويتصلان أساسا بعلاقة النسق بيئيا وهما ذا طبيعة آلية، ومطلب التكامل تم مطلب الكمون، ويعبران عن البيئة الداخلية للنسق (3).
- مطلب الموائمة في التنظيم، وتعبر عنه مشكلة تسيير الموارد البشرية والمادية الضرورية لتحقيق أهداف التنظيم؛
- مطلب تحقيق الأهداف، يشير إلى حشد الموارد التنظيمية من أجل تحقيق أهداف التنظيم، وقد أدرج "بارسونز" عملية اتخاذ القرار وكل العمليات المختلفة لها؛
- مطلب التكامل، ويشير إلى العلاقات بين الوحدات وبالأخص العلاقات التي تضمن تحقيق أعلى قدر من التماسك والتضامن بين الأنساق الفرعية؛
- الكمون ويرتبط أساسا بالتكامل الرأسي، ويشير أيضا إلى مطلبين وظيفيين توأمين، فالأول أطلق عليه "بارسونز" مطلب تدعيم النمط، ويتعلق بمدى الانسجام والتطابق بين مختلف الأدوار التي يؤديها الفرد في التنظيم، والأدوار التي يؤديها في الجماعات الخارجة عن نطاق التنظيم كالأسرة مثلا، وهذا بدوره يتطلب وجود ميكانيزمات تساعد على خلق الانسجام بين التوقعات التنظيمية والتوقعات خارج إطار التنظيم؛

(1) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، مرجع سبق ذكره، ص107.

(2) عبد الله محمد بن عبد الرحمان، مرجع سبق ذكره، ص335.

(3) فاروق مداس، التنظيم وعلاقات العمل، دار مدني، الجزائر، 2002، ص21.

أما المطلب الثاني فيتمثل في احتواء التوترات التنظيمية واستيعابها، ويتحقق ذلك عن طريق ضمان وجود دافعية وحافز كافي لدى الفرد داخل التنظيم، حتى يستطيع أداء المطلوب منه في وظيفته على أحسن وجه. بصفة موجزة ينظر "بارسونز" إلى التنظيم باعتباره نظاماً فرعياً رأسياً، حيث المستوى العلوي يتكون من مديريين وظيفتهم التخطيط ووضع السياسات وإدارة بيئة التنظيم، أما المستوى الإداري المتوسط وظيفته تنسيق النشاطات الداخلية للتنظيم، في حين أن القاعدة الفنية وتمثل المرؤوسين فوظيفتها تحقيق وتنفيذ المهام المطلوبة، وهذه القاعدة تكون في عزلة عن البيئة، يتعين على المستوى الأعلى حسب "بارسونز" أن يكون مفتوحاً على البيئة حتى يضمن النجاح، بل يرى أن القاعدة الفنية يتم حجتها عن البيئة وحمايتها منها، إذا كان الهدف هو الكفاءة والفاعلية⁽¹⁾.

ثانياً: القواعد البيروقراطية:

حاول "جولدنر" صياغة ووضع إطار نظري بسيط لدراسة التنظيمات، وذلك ما أوضحه في مؤلفه المعروف بـ: "أنماط البيروقراطية في الصناعة". المتمعن في أفكار "جولدنر" يلاحظ تأثيره الشديد بأفكار "مرتون" و "سلزنيك" حيث نلمس تأثيره بـ "مرتون" في محاولته تناول القواعد البيروقراطية التي يصدرها الجهاز الإداري، وتأكيداً بأنه كلما كانت هذه القواعد واضحة ودقيقة، كلما قلت علاقات السلطة، وكان الاتصال سهلاً وسريعاً ويزيد ولاء وتقرب أعضاء التنظيم له، وحين أهتم "جولدنر" بكيفية أن وسائل الضبط التي تفرض بغاية تحقق التوازن بين الأنساق الفرعية في التنظيم، يمكن أن تؤدي في نفس الوقت إلى إحداث اضطراب في توازن النسق الكبير، ندرك جيداً تأثيره "بسلزنيك"⁽²⁾.

بالعودة إلى الأفكار التي تضمنها مؤلف "جولدنر" في أنماط البيروقراطية، ندرك تعريف قواعد هذه الأخيرة، حيث يرى بأنها مجموعة من القوانين واللوائح والإجراءات التي تحكم الجهاز الإداري للتنظيم، وقد خلص إلى أن هناك ثلاث أنواع من القواعد وهي القواعد، العقابية، القواعد التمثيلية، والقواعد الزائفة أو الكاذبة.

القواعد العقابية: هي تلك القواعد التي تنشأ استجابة لضغط الإدارة أو العمال كمحاولة لإجبار الطرف الآخر على الامتثال⁽³⁾، أي أنها تظهر لردع السلوكيات الخارجة عن القانون، ينشئها وينتجها أفراد وفترة معينة داخل التنظيم، وهي قواعد تندعم بذاتها وتمنح نفسها الطابع الشرعي.

القواعد التمثيلية: فهي تنشأ من مشاركة جميع أعضاء التنظيم أي تتأسس بطريقة ديمقراطية.

(1) جون هـ جاكسون وآخرون، نظرية التنظيم، ترجمة خالد حسن زروق، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1988، ص39.

(2) السيد محمد الحسيني، علم الاجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1994، ص92.

(3) عبد الهادي الجوهري، علم الاجتماع الإدارة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص145.

القواعد الزائفة: وهي التي تفرض على المؤسسة أو التنظيم من الخارج، نتيجة هزات اجتماعية تنساب المؤسسة وتعرض لها.

أثناء دراسة واهتمام " جولدنر " بالجوانب الوظيفية للقواعد البيروقراطية خلص إلى ما يلي:

- كلما كانت هذه القواعد واضحة، استطعنا إدراكها وفهمها، مما يسهل علينا تطبيقها على أكمل وأحسن وجه وزادت درجة استيعابنا لها وإمكانية الدفاع عن أنفسنا وسلوكياتنا بالعودة إلى هذه القواعد ذاتها؛

- وضوح القواعد، يفرز تقلص وتضاؤل علاقات السلطة ويقلل كذلك الخلاف والصراع داخل التنظيم؛

انطلاقاً من الجوانب الوظيفية للقواعد البيروقراطية، ذهب " جولدنر " إلى البحث عن الأبعاد الوظيفية، إذ كلما زادت درجة استيعاب وفهم القواعد البيروقراطية، كلما قل أداء أعضاء التنظيم، وكلما كانت القواعد البيروقراطية صارمة ودقيقة، قلت عملية المبادرة والإبداع، أي استبعاد عامل المهارة وزيادة الجوانب الآلية، مما يؤدي إلى إقصاء الجوانب الشخصية والإنسانية له، مع ما ينجر عليه من انغلاق التنظيم على ذاته وعدم تفاعله مع المستجدات التي تحدث.

يرى " جولدنر " أنه يمكن أن تطفوا إلى السطح مشاكل نتيجة الصراع القائم بين سلطة أعوان التنفيذ والهيئة الاستشارية داخل التنظيم، ويشير إلى أن وسيلة التغلب على هذه المشاكل هي أن يتنازل المدير عن ممارسة الضغط على العمليات الفنية لمؤوسيه، ويتخذ من نجاح المرؤوسين أو فشلهم في تحقيق أهداف التنظيم محور اهتمامه⁽¹⁾، لكنه يقر في نفس الوقت بأن هذا السلوك بدوره يترتب عنه مشاكل أخرى بفعل ضغط الرئيس، من جهة على تحقيق الأهداف والنجاح، وتشبث المرؤوسين ذوي الخبرة بالأسلوب الفني من جهة أخرى، وهنا نلمس أن " جولدنر " قد أوضح جانباً من جوانب قصور الاتجاهات التقليدية.

ثالثاً: نظرية النظم:

شهد النصف الثاني من القرن العشرين تطوراً بارزاً في الفكر الإداري والتنظيمي نتيجة بروز ما يسمى بالنظرية العامة للنظم، التي استحدثت من النظرة المستمدة من علم الأحياء، والذي ينظر إلى الإنسان كنظام واحد لا يقوى على الحراك إن لم تتفاعل بقية الأنظمة فيه، كل حسب عمله وبتنسيق معين، فهذه النظرية تحاول دراسة النظام من خلال المفهوم القائل بأنه لا يمكن فهم أي شيء " فرد، تنظيم، مشكلة... " إذا وجهت الدراسة جل اهتمامها إلى الشيء نفسه فقط، لأن الأشياء تتأثر بالبيئة التي ترتبط أو تتعلق بها، أي دراسة النظام بصورة كلية وليس كأجزاء متفرقة، وذلك باستخدام مدخل السبب والنتيجة في التعامل مع المشكلات. يرى أصحاب هذا الاتجاه بأن النظام هو كل لا يتجزأ أو هو الوحدة المركبة التي تجمع وتربط بين أشياء أو أجزاء تشكل في مجموعها تركيباً موحداً⁽²⁾.

(1) علي عبد الرزاق جبلي، علم الاجتماع التنظيم - مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج، مرجع سبق ذكره، ص 173.

(2) عمر سعيد وآخرون: مبادئ الإدارة الحديثة، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1998، ص 39.

تؤكد نظرية النظم، أن المؤسسة نظام مفتوح تتفاعل مع بيئتها، فهي تخضع لتأثيراتها، والتفاعل يظهر من خلال العناصر التي تركز عليها المنظمة، وهذه العناصر تتمثل في (1):

– **المدخلات:** تمثل كافة حاجات المنظمة لممارسة نشاطاتها، من رؤوس أموال، مواد أولية، أفراد، معلومات، وقيم... وتتحصل المنظمة على هذه الحاجات من بيئتها.

– **عملية التحويل:** هي مجموعة من العمليات التي تساهم في تحويل المدخلات إلى منتجات قابلة للاستعمال، وذات قيمة مضافة.

– **المخرجات:** وهي الناتج المحصل عليه من جراء عملية المعالجة، فالمخرجات تكون على شكل منتجات، وهنا يجب التأكيد أن المنظمة الناجحة هي التي تقدم لأفراد المجتمع منتجات تلي رغباتهم وحاجاتهم، والشكل التالي يوضح هذه المعادلة.

الشكل رقم (2-4): يبين عناصر النظام



– **التغذية العكسية:** وتعني كل عمليات الاتصال المتبادلة بين المخرجات والبيئة الداخلية والخارجية، والتي تساعد المنظمة على تجديد وتصحيح طرق إنتاجها، من أجل التكيف والاستمرارية.

ساهمت نظرية النظم في استحداث أفكار إدارية جديدة من خلال بعض المرتكزات والأسس التي انطلقت منها والتي من أهمها:

– اعتبار المنظمة نظاما مفتوحا تؤثر وتتأثر بالبيئة الخارجية المحيطة بها اعتمادا على العلاقات المتبادلة بينها وبين البيئة المحيطة، فلأن المنظمة تحتاج إلى مدخلات البيئة لأجل الاستمرار، أن للمحيط حاجة لإنتاج المنظمة. يتميز النظام المفتوح بالخصائص التالية (2):

أ. **الوعي بالبيئة:** وذلك من خلال مسايرة التغيرات الطارئة عليها.

ب. **توازن أنشطة الصيانة والتكيف:** حيث أن أنشطة الصيانة تسعى إلى ضمان الأنظمة الفرعية في حال توازن، وكذلك النظام مع البيئة، في حين تسعى أنشطة التكيف إلى الاستجابة للمتغيرات الطارئة في البيئة

(1) خليل محمد حسن الشماع، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط3، 2002، ص47، 48.

(2) محمد عبد الفتاح الصيرفي: مبادئ التنظيم والإدارة، دار المناهج للثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص103-111.

الداخلية والخارجية، ويعمل النظام المفتوح على تحقيق التوافق بين هذين النشاطين.

جـ. الاستقرار والتوازن الحركي:

إن الاستقرار هنا لا يعني الجمود بقدر ما يعني استمرار النظام في الحركة والنشاط بطريقة تجعله في حالة متوازنة وذلك بالمحافظة على أجزاء النشاط، والعلاقات بين أجزاء النظام، وكذا المحافظة على الاعتماد المتبادل بين مستويات النظم المختلفة.

د. تحقيق الأهداف بأكثر من طريقة: أي الوصول إلى الأهداف من نقاط بدء مختلفة:

1. الهرمية: ترتبط النظم بعلاقات هرمية فيما بينها، بمعنى أن الأنظمة تنشأ بشكل هرمي، فكل بناء هو في حقيقة الأمر جزء من نظام أكبر، والنظام الأكبر نفسه هو قسم فرعي ضمن نظام يمثل إطاراً عاماً. يتم تعيين المستويات في الترتيب الهرمي عادة بواسطة بدايات وصفية لمنع الخلط بينه وبين غيره من النظم، وأجزاء النظام هي في حد ذاتها تسمى النظم الفرعية، كذلك فإن مستوى أعلى النظام الأصلي يطلق عليه نظام فوقي، ومستوى أعلى النظام الفوقوي يسمى البيئة، وتعتبر البيئة نوع من النظم، وهي تحتوي أيضاً على غيرها من النظم الفوقية⁽¹⁾.

2. ديناميكية النظام: يعبر عن ذلك التفاعل الذي يحدث للنظام سواء بين أجزائه داخل حدوده، أو بين النظام وما يقع في بيئته خارج الحدود، وهنا يتم التركيز على مراحل تشغيل النظام، ومعالجة المدخلات بطريقة تساهم في إنتاج مخرجات مفيدة، لهذا فالنظام الديناميكي موجه ذاتياً، وله سلوك ذو غرض محدد، تتأثر ديناميكية النظم بعدة عوامل من بينها:

- الأهداف المرسومة؛

- الفرص المتاحة لترويج المنتجات أو الخدمات؛

- الفرص التي تتفق وتتواءم مع السياسات؛

- النظم التي تتفق مع الفرص المختارة.

ج. عمليات التحويل: وهي الأنشطة التي تتم بموجبها تحويل المدخلات إلى منتجات وخدمات في شكلها النهائي كي تكون منسجمة وملبية لمتطلبات السوق، أي أن المعالجة، أو ما يعرف بعمليات التحويل، هي انتقال المدخلات إلى مخرجات، و تكون عادة في شكل خدمات أو منتجات قابلة للاستهلاك.

رابعا: نموذج التحليل الاستراتيجي:

ظهرت نظرية التحليل الاستراتيجي للمنظمة بفعل الأبحاث التي قام بها العالم الاجتماعي الفرنسي "ميشال كروزيه" حول الإدارات والمؤسسات، وتعتبر الانتقادات الموجهة للنظريات التي تناول الفرد أو الجماعة في

⁽¹⁾ محمد عبد الفتاح الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص108.

التنظيم. معزل عن إستراتيجية ، بمثابة نقطة انطلاق هذا النموذج بقيادة كل من "ميشال كروزيه" و "إرهارد فريديبارغ" اللذان يعتبران أول من حاولا دراسة التنظيم كظاهرة مستقلة، وعليه فهما يعتبران المنظمة ظاهرة مستقلة واصطناعية، يجب تفسير تواجدها كبناء محتمل، ومعنى ذلك أن سير التنظيم في داخلها يعتمد على استراتيجيات متعددة ومختلفة، فلكل فئة أو جماعة إستراتيجيتها الخاصة بها، كما أن لكل فرد عامل إستراتيجيته الخاصة به، وبالتفاعل يملك هامشا من الحرية بالنسبة للنسق الموجود فيه، ويرتبط ذلك بمتابعة أعماله⁽¹⁾.

قد ركز نموذج التحليل الإستراتيجي على مسلمات أساسية تتمثل في⁽²⁾:

- أن الأفراد لا يتقبلون أبدا أن يعاملوا كوسائل تستغل لتحقيق أهداف المنظمة المسطرة من طرف المسؤولين، إنما لكل فرد أهدافه وطموحاته الخاصة به، والتي يمكن أن تتعارض مع أهداف المنظمة، فهذه الأخيرة تسير على ضوء تعدد أهداف الأفراد العاملين بها.

- الحرية النسبية للفاعلين، والذين يملكون مجال من الحرية يمارسون فيه نوع من الاختيار.

- إستراتيجية التفاعل تنبثق دوما من العقلانية بشرط أن تكون محدودة.

- التنظيم عبارة عن بناء أو نسق يظم سلسلة من المتغيرات، ما يصيب أحدها يصيب حتما الآخرين، فهو بناء إنساني مهيكّل يظم أعضاء يطورون استراتيجيات خاصة، يتأثر نظام علاقاتها بضغوط المحيط الدائم التغير.

يذهب "ميشال كروزيه" إلى الإشارة أن كل تنظيم خاضع بصفة مستمرة لمناطق عدم اليقين في كل الميادين التقنية أو الإدارية، فالذي يتحكم أحسن في هذه المناطق بفضل قدراته ومؤهلاته وبشبكة علاقاته واتصالاته، يستطيع أن يتنبأ ويستحوذ على أكثر منابع السلطة، لذلك ومن أجل فهم إستراتيجية الفاعل فردا كان أو جماعة يجب التطرف إلى دراسة ومعرفة مناطق عدم اليقين، التي تتيح إيجاد الحرية النسبية للفاعل الاجتماعي، وتسمح له بالحركية والدينامكية داخل النسق التنظيمي⁽³⁾.

ويرتكز التحليل الاستراتيجي على ثلاثة مبادئ أساسية هي⁽⁴⁾:

- المبدأ الأول وهو مبدأ السلطة، يرى "كروزيه" من خلال دراسته للظاهرة البيروقراطية أن مختلف الفاعلين يتواجدون في صراع من أجل البقاء أو المزيد من السلطة، والوسيلة الأساسية للحصول عليها هي مراقبة عامل الشك، أما عن المصادر أو منابع الكفيلة بضمان هذه السلطة فهي تتمثل في⁽⁵⁾:

* **المنبع الأول:** الارتكاز على القدرة أو التخصص الوظيفي الذي لا يمكن تعويضه؛

(1) فاروق مداس، التنظيم وعلاقات العمل، دار الثقافة مدني، الجزائر، 2002، ص34.

(2) عبد القادر حريش، التحليل الإستراتيجي عند ميشال كروزيه - النظرية والمفاهيم، مجلة العلوم الاجتماعية الإنسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، مطبعة القدس بسكرة، العدد 16 جوان 2007، ص141، 142.

(3) فاروق مداس، المرجع السابق، ص 37، 38.

(4) عبد القادر حريش، المرجع السابق، ص 143-148.

(5) فاروق مداس، مرجع سبق ذكره، ص 37.

* **المنبع الثاني:** التحكم في العلاقات مع المحيط؛

* **المنبع الثالث:** التحكم في الاتصال الداخلي؛

* **المنبع الرابع:** استعمال القواعد التنظيمية؛

وهذه المصادر توجه للتحكم في منطقة الشك.

– **المبدأ الثاني: منطقة الشك،** لكل وضعية تنظيمية هامش من الشك، والمتحكم في هذا الهامش يمكنه السيطرة على منافذ السلطة، من خلال استحواذه على منطقة لا يتحكم فيها الآخرون وتجعل سلوكه غير متوقعا، إذ لا يكفي الفرد التمتع بالاستقلالية ليمتلك السلطة، بل عليه أن يجعلها غير متوقعة ويقوم بإخفاء مناورات، لان الفاعل الأكثر تحكما في اللعبة بواسطة كفاءته وشبكة علاقاته الاتصالية، يستطيع التنبؤ بسلوكات الآخرين، ومن ثمة فهو يتمتع ويتوفر على أكبر مصدر للسلطة، مع العلم أن مناطق الشك موجودة في جميع المستويات التنظيمية، ويهدف كل فاعل لاكتساب السلطة بخلق مناطق للشك تعتبر فضاء للمناورة، ومصدرا للصراع من أجل البقاء واكتساب أكثر سلطة.

– **المبدأ الثالث: نسق الفعل الملموس:** وهو جملة العلاقات التي تنمي أعضاء تنظيم معين والتي تساعد على حل المشكلات الملموسة، ولا تستطيع المؤسسة التنبؤ بهذه العلاقات إلا من خلال الاهتمام بالقواعد غير الرسمية الضرورية لسير المؤسسة، ويعرف " كروزيه " نسق الفعل الملموس على أنه جماعة إنسانية مهيكله، تنسق نشاطات أعضائها بفضل آليات المناورة التي تضمن البناء بواسطة إجراءات الضبط التي تبني بدورها مناورات أخرى، ويؤكد " كروزيه " على أن ضغوطات التنظيم تكون الممر المفروض للسلطة.

يعتبر مفهوم السلطة من المفاهيم المركزية في التحليل الاستراتيجي، ويعبر عن علاقات غير متوازنة، تفرض التبادل والتفاوض بين جماعات العمل داخل المنظمة، ومن هنا اهتم "كروزيه" بتفسير مشكل الصراع في العلاقات الاجتماعية المهنية على اعتبار أن علاقات السلطة، تعتبر المشكل الأساسي في سوسيولوجية التنظيمات، ويذهب " كروزيه " إلى أن البيروقراطية مرادف للروتين والتعقد والجمود في المنظمات، كما بين رفقة " فريدبارغ " أن تحليل علاقات السلطة لا تنتهي عند العلاقات الرسمية بين الرئيس والمرؤوسين، وإنما تتمثل في قدرة الفاعلين مهما كانت مكانتهم في التنظيم على السيطرة في ما يسميه "كروزيه" بمناطق الشك، وذلك من أجل التأثير على الفئات المهنية الأخرى⁽¹⁾. لذلك فإن التحليل الاستراتيجي يذهب إلى أن الرضا الوظيفي يتحقق من خلال السيطرة على منافذ السلطة، وهذا لا يتم في نظره إلا من خلال الإلمام بمصادر هذه السلطة، المتمثلة في الكفاءة أو التخصص الوظيفي العالي، التحكم في علاقات المحيط، استعمال القواعد التنظيمية، التحكم في شبكة الاتصال، هذه المصادر توجه إلى التحكم في منطقة الشك وبناء فضاء للمناورة.

(1) فاروق مداس، مرجع سبق ذكره، ص49.

المطلب الرابع: عناصر الاتفاق والتشابه ومجالات الاختلاف بين النظريات:

بعد عرض أهم الاتجاهات النظرية التي ذكرت في هذا المبحث ومن خلال أوجه المقارنة تتضح بعض نقاط الالتقاء وبعض نقاط الاختلاف فيما بينها، ويمكن أن نذكر:

أولاً: مجالات الاتفاق:

- تلتقي النظريات الكلاسيكية في كونها اعتمدت على الجوانب المادية لرفع الكفاية الإنتاجية وتحقيق رضا العاملين،

- تهتم كل من النظريات الكلاسيكية والنظريات السلوكية بدراسة وتحليل التنظيمات في ضوء الكفاية الإدارية والإنتاجية، سواء كان محور هذا الاهتمام المظهر العقلي الرشيد للسلوك، أو المظهر الإنساني الاجتماعي، حيث أن البحث عن أساليب تحقيق الكفاية الإنتاجية شكل المحور الأساسي الذي تدور حوله فرضيات هذين الاتجاهين؛

- تنظر كل من النظريات الكلاسيكية والنظريات السلوكية إلى التنظيم على أنه نسق مغلق؛

- تشترك النظريات جميعها في المشكلات الناجمة عن النهضة الصناعية وما تمخض عنها من نمو تنظيمي هائل بهدف إيجاد حلول لهذه المشكلات؛

- بالإمعان في هذه النظريات ندرك أنها تناولت ودرست مشكلة التنظيم من منظور اجتماعي، ذلك أن ما أثاره هؤلاء الباحثون في دراستهم للتنظيمات على اختلاف توجهاتهم الفكرية أمر يخدم المجتمع بأكمله؛

- تلتقي النظريات السلوكية مع النظريات الحديثة في كون كل منها أولت اهتماماً أكثر لقيم العلاقات الإنسانية، التنظيم غير الرسمي ودراسة الجماعة، فكرة التعاون والنسق القيمي ودوره في تحقيق الرضا والتماسك بين أفراد الجماعة.

- النظريات وعلى اختلاف مشاربها جاءت متسقة في غاية موحدة متمثلة في رفع كميات الإنتاج، سواء بالتركيز على العامل، أو التركيز على العمل، إذ طورت قيماً تنظيمية عبر مراحل زمنية مختلفة.

ثانياً: مجالات الاختلاف:

رغم وجود عناصر اتفاق والتقاء بين النظريات السابقة الذكر، إلا أن ذلك لا ينفي وجود تباين واختلاف في الدعائم والأسس والمرتكزات والفرضيات التي انطلقت منها كل نظرية:

- اختلاف الزوايا الذي تبناه كل اتجاه من هذه النظريات في دراسته للواقع التنظيمي، فنجد أن النظريات الكلاسيكية تطرقت إلى التنظيم وأعضائه من زاوية الهيكل الرسمي وعوامل المنفعة الاقتصادية، بينما ركزت النظريات السلوكية على التنظيم وأعضائه من خلال التكوين الاجتماعي والنفسي للفرد، بالإضافة إلى تأثير الجماعات غير الرسمية على السلوك التنظيمي داخل التنظيمات، في حين تذهب النظريات الحديثة إلى أن التنظيم

يتأثر بنظام أكبر هو البيئة المحيطة والمجتمع، فضلا عن نضرتها إلى الفرد من خلال تكوينه الذاتي والاجتماعي باعتباره كفاءة يمكن الاستثمار فيه انطلاقا من قدراته ومعارفه.

- وحدة التحليل في النظريات الكلاسيكية هي الفرد، في حين تؤكد النظريات السلوكية والنظريات الحديثة أن وحدة التحليل لفهم سلوك الفرد لا يتم بمعزل عن الجماعة.

- تذهب النظريات الكلاسيكية إلى أن الحوافز المادية كفيلة بتحقيق الرضا الوظيفي لدى العاملين من أجل زيادة الإنتاج، بينما أضافت النظريات الكلاسيكية والنظريات الحديثة الحوافز المعنوية كأهم عامل لتحقيق الرضا وبالتالي زيادة الإنتاجية.

- المشكلة الأساسية لدى معظم النظريات الكلاسيكية هي مشكلة تعظيم الإنتاجية، بيد أن النظريات السلوكية والنظريات الحديثة فهو مشكلة الرضا الوظيفي، الولاء التنظيمي، والروح المعنوية..... وغيرها من القيم التنظيمية.

- تميزت النظريات الكلاسيكية بتمركز السلطة؛ تقسيم العمل والتسلسل الرئاسي والرقابة الصارمة، وعلى عكس النظريات السلوكية والنظريات الحديثة تتميز السلطة بقيم المشاركة وروح الجماعة، والتفاهم والثقة والاحترام المتبادل وغيرها من القيم.

- تناولت النظريات الكلاسيكية والنظريات السلوكية التنظيم كنسق مغلق، بينما أكدت النظريات الحديثة على أهمية البيئة وتأثيرها، وبذلك فهي تتناول التنظيم كنسق مفتوح.

- رغم أن نظرية اتخاذ القرارات قدمت ووفرت أدوات هامة تساعد على أداء أدوار العملية الإدارية إلا أنها لم تعطي اهتماما لكيفية استخدام تلك الأساليب والأدوات من طرف الأفراد.

- منهجيا بالغت في الوصف أكثر من التحليل النوعي للواقع، فجاءت دراستها في قالب يتصف بوصف الكيفية التي ينبغي أن يعمل بها التنظيم، رغم أن هذا التيار اعتمد على عدة أدوات منهجية مثل الملاحظة والمقابلة والاستمارة، والرجوع إلى السجلات والإحصاءات الرسمية وغيرها من الأساليب البحثية والمختلفة.

مهما كانت الانتقادات الموجهة للنظريات السلوكية، فإنها تمثل حالات النجاح التي عادت الطريق للعديد من الباحثين والمفكرين في مجال التنظيم والإدارة والمختصين في عالم المؤسسات لإثراء الدراسات التي اهتمت بتطوير النظرية الاجتماعية في مجال التنظيم.

المبحث الثالث: دراسات لمستوى الرضا في بعض المؤسسات العمومية الصحية الجزائرية:

المطلب الأول: دراسات في اتجاهات الأفراد بالمؤسسة الصحية.

بعد عرض إستراتيجية تسيير الموارد البشرية في قطاع الخدمات العمومية الجزائرية ، ضمن الفصل الأول، ثم

دراسة مداخل و أبعاد الرضا لعناصر الإنتاج من داخل المؤسسة و كذا على العملاء (المرضى) من الخارج في هذا الفصل. ارتأينا التطرق إلى بعض مواقف مدخلات و مخرجات النظام في منطقتين مختلفتين و من خلال دراستين أيضا جديرتين بالاهتمام.

أولاً- الرضا الوظيفي لدى شبه الطبيين في منطقة الشرق (مستشفى جيجل):

إن نتائج قياس الرضا الوظيفي، تعتبر معلومات حيوية لأي مؤسسة تريد الرفع من مستوى أدائها وأداء أفرادها وتحقيق مستوى الجودة بمقاييس معترف بها داخليا وخارجيا، وذلك من خلال الإطلاع المتواصل بصورة منتظمة ودورية على ما يشعر به الموظفون إزاء أي خطة أو هدف، تريد المؤسسة منهم تحقيقه أو بلوغ غايته. يعتبر تجاهل الجوانب المتعلقة بعدم الرضا وإغفالها، مبررا لفشل جودة الخدمات، ويحكم على أي مبادرة لتحسين و ترقية الأداء أيضا بالفشل، كما أن عدم استغلال نقاط القوة و نقاط الضعف المؤثر عليها بالرضا الوظيفي في اتجاه إستراتيجية المؤسسة، يعتبر ضياعا وإهدارا للكفاءة و خسارة للمنظمة.

في هذا الشأن، تم التوصل في دراسة للدكتور " عبد الفتاح بوخمحم " أستاذ محاضر بكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة قسنطينة والأستاذة " شريف عمارة " من جامعة جيجل⁽¹⁾ إلى عدم وجود درجة عالية من الرضا الوظيفي لدى المرضين العاملين في مستشفى "منتوري بشير - بميلية- جيجل"، حيث كانت نتيجة البحث عن الرضا الوظيفي الكلي معبرة عن عدم الرضا لدى المرضين، أما نتائج الحوار الكبرى للدراسة، فكانت مرتبة من أعلى نتيجة، إلى أدناها على النحو الآتي:

- علاقات العمل؛

- إجراءات وطبيعة العمل؛

- الحوافز المادية والمعنوية و علاقات العمل؛

- إجراءات وطبيعة العمل تقع ضمن مساحات الرضا الوظيفي، وإن كان هذا المستوى طفيفا.

فيما يخص العوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي لدى المرضين، أوجدها الباحثان مرتبة من أعلى نتيجة للرضا إلى أدنى مستوى حسب الترتيب التالي:

- طبيعة العمل (بمتوسط 4.327)، زملاء العمل (4.180)، الإشراف (4.032)، الاتصال (3.255)،

إجراءات العمل (3.097)، الترقية (2.987)، المزايا الإضافية (2.87)، المكافآت المشروطة (2.847)، الأجر

(2.795)، مع الإشارة أن ما وقع ضمن مساحة الرضا الوظيفي- ولو كان بشكل طفيف- : الإشراف،

الزملاء، وطبيعة العمل.

(1) عبد الفتاح بوخمحم، شريف عمارة، قياس الرضا الوظيفي للمرضى في المؤسسة العمومية الاستشفائية ميلية - جيجل، مقالة للباحثين،

صدرت في سنة 2010. ملف pdf متاح على الموقع <http://www.labograndmaghreb.com>

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرضا الوظيفي لدى المرضين يعزى لمتغير الجنس، لمتغير المستوى الدراسي، وللمستوى الدخل الشهري، إلا أنه وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرضا الوظيفي لدى المرضين تعزى لمتغير العمر، حيث وجدت الفروق بين الفئة العمرية (من 41-45 سنة) والفئة (من 46-50 سنة) وذلك لصالح الفئة (من 46-50 سنة) أي أن درجة الرضا مرتفعة عند هذه الأخيرة. ووجدت فروق تعزى لسنوات الخبرة المهنية، وكانت بين الفئة (من 16-20 سنة) والفئة (أكثر من 25 سنة) أي أن درجة الرضا مرتفعة عند هذه الأخيرة. بقي أن نشير في إطار هذه الدراسة، إلى أن علاقة رضا العامل برضا المنتفع في قطاع الصحة، تزداد أهمية وحساسية إذا علمنا أن هذا الأخير يمثل في أغلب الحالات المريض والذي يكون في أمس الحاجة إلى رفع المعنويات النفسية منه إلى العلاج المادي، ويكون منفعلا أكثر لكل ما ينقله المرض على الخصوص من مشاعر عدم رضا تنعكس في طريقة تعامله، والتي قد تؤثر حتى على نجاعة العلاج. لذلك فعدم الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة يؤدي بشكل أو بآخر إلى تدني جودة الخدمة المقدمة للزبائن وهذا ما يعبر عنه العملاء بحالة عدم الرضا والتي تبرز عند القياس.

ثانياً: الرضا من خلال مواقف الأطباء والمرضى في منطقة الغرب (المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان):

تناولت الباحثة " حوالمف رحيمة" (1) دراسة مواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان

باستخدام نظرية السلوك المخطط، بينت الباحثة نتائج أعمالها، بأن العينة المتكونة من 700 فرد (250 طبيب و450 مريض) برغم استيائها من وجود سلبيات، إلا أنها ترغب في تحسين مستوى الخدمة وتحسين صورة المستشفى الجامعي محل الدراسة.

اعتمدت الباحثة في قياس المواقف على مقياس " كوتلر، Kotler " مركزة على ثلاث اتجاهات وهي:

1- الموقف والسلوك اتجاه الخدمة؛

2- الموقف الذاتي أو المعيار الشخصي؛

3- مراقبة السلوك.

وقد أظهرت النتائج المتوصل إليها ما يلي:

1- تباين شاسع بين ما يتوقعه الطبيب، وما يتمناه في مقر عمله، وبين ما هو موجود في واقع أمره، وهذا ما

يعكس مستوى التذمر وتدني مستوى الخدمة؛

2- المؤثرات العائلية والاجتماعية في مواقف الأطباء اتجاه المستشفى الجامعي بتلمسان، تتجه نحو التزعة

الإيجابية وتقديم الأحسن.

(1) حوالمف رحيمة، من جامعة تلمسان في أطروحة دكتوراه سنة 2010، دراسة مواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي باستخدام

نظرية السلوك المخطط بتلمسان. (PCC ; Perception du contrôle sur le comportement).

أما بالنسبة للمرضى موضوع الدراسة، فقد توصلت الباحثة إلى ما يذكر أسفله:

- 1- فجوة كبيرة بين آمانيات المرضى والواقع الاستشفائي، وهذا ما يفسر استياء المرضى من الخدمات الاستثنائية والعلاجية المحصل عليها.
- 2- الدوافع والعلاقات الاجتماعية المؤثرة في سلوك المرضى بالخدمات التي لم ترقى إلى درجة الرضا. خلصت الباحثة إلى: ضرورة استخدام أسلوب إدارة الجودة الشاملة لتدارك السلبيات والنقائص ومواجهة تفاقم الوضعية مستقبلا.

المطلب الثاني: دراسات في أداء المؤسسة الصحية

أولا: الرضا من خلال تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر:

- من خلال دراسة تطبيقية للباحث " سنوسي علي " (1) حدد الباحث فيها إطارا لمشكلة موضوعه متمثلة في المشاكل والمعوقات التي تؤدي إلى عدم رضا الموظفين عن مستوى الخدمات التي يحصلون عليها من خلال:
- 1- الوقت الخاص بأداء الخدمة (وقت الدخول، مدة الفحص، مدة العلاج)؛
 - 2- المعاملة (العلاج، معاملة الأطباء، معاملة المرضى، التغذية، التحاليل، الأشعة النظافة، الدواء والإقامة، نظام الزيارات و الاستجابة إلى الشكاوي)؛
 - 3- جودة الخدمة من خلال ثلاث مستويات: عالية، متوسطة، منخفضة؛
 - 4- الإمكانيات المتاحة (تجهيزات طبية تجهيزات مادية)؛
 - 5- أسعار أداء الخدمات (قليل، مناسب، عالي)؛
- قام الباحث بقياس مستوى الرضا العام لعينة المستفيدين (287 مفردة) من خلال قياس الأبعاد الرئيسية للرضا العام التي حددها الباحث و المذكور أعلاه حيث توصل إلى النتائج التالية:
- الرضا عن وقت أداء الخدمة لا يتواءم وتحقيق الفعالية التنظيمية للأسباب التالية:
- طول الإجراءات التي تتبع عند دخول المريض للمستشفى؛
 - البطء الشديد في تقديم الخدمات العلاجية؛
 - طول فترة التعامل مع الحالة المرضية، وهذه الأسباب تعود جذورها حسب الباحث إلى:
 - عدم قيام المستشفى بإخطار المستفيدين بموعد تقديم الخدمة الصحية؛
 - عدم توافر اللوحات الإرشادية؛

(1) سنوسي علي من جامعة المسيلة، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، منشورة في مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، متاح على الموقع الإلكتروني :

[http://www.univ-chlef.dz/renaf/Articles Renaf N 07/Article 14.pdf](http://www.univ-chlef.dz/renaf/Articles%20Renaf%20N%2007/Article%2014.pdf).

- طول قائمة انتظار المستفيدين وذلك للعدد الكبير للمرضى وقلة عدد الأطباء الجراحين.
- جودة أداء الخدمة في المستشفيات الجامعية لا يتواءم وتحقيق الفعالية التنظيمية ولعل من أهم الأسباب حسب الباحث هي:

عدم وجود نظام فعال وعدم قيام إدارة المستشفى بشكل مستمر بتحسين الجودة لمقابلة احتياجات المرضى. تناول الباحث في دراسته ثلاث (03) مستشفيات عمومية تابعة لولاية البويرة (مستشفى محمد بوضياف بالبويرة، مستشفى الأخطرية، ومستشفى عين بسام). اقتصرت الدراسة على تحليل رضا المستفيدين بالمفهوم المتنوع، أي المرضى، الأقارب، الموردين والقطاعات المختلفة المتعاملة مع المستشفى والعاملين بها وغيرهم.

ثانيا : الرضا من خلال التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية

من خلال وقوف الباحث الأستاذ " دبون عبد القادر " من جامعة قاصدي مرباح بورقلة على واقع الخدمات في المؤسسة العمومية الإستشفائية لمدينة ورقلة في بحثه المنشور بمجلة " الباحث " العدد الحادي عشرة سنة 2012 والذي تناول فيه بالدراسة مستوى الرضا لأربعين موظفا بالمؤسسة، وقف على مجموعة من النتائج لعل أهمها:

- ثلثي (2/3) أفراد العينة راضون عن وظائفهم في المؤسسة؛
- أكثر من (1/2) العينة لم يحصلوا على التكوين المستمر؛
- المهام الوظيفية محددة مما يسهل سيرورة العمل؛
- وسائل العمل قليلة والحوافز المقدمة من طرف المؤسسة ذات طبيعة مادية فقط؛
- إجماع على نظافة المؤسسة؛
- مستوى الإطعام متوسط؛
- اعتمادات مالية ضعيفة؛
- نقص الإطارات الطبية وضعف هياكل التكوين؛
- صعوبة اتخاذ القرارات لمركزيتها، وبعد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع ما لذلك من مشاكل و تعقيدات.

ثالثا: التغيير التنظيمي في المؤسسة العمومية

يهدف تغيير تنظيم المؤسسات الصحية إلى تحسين الخدمات ورضا المنتفع، ولذلك يستوجب عليها تبني توجهات حديثة تعتبر كمداخل للتغيير، كإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة. والتي سنخصص لها الفصل الموالي بهدف تحسين مستوى الخدمة الصحية بشكل يتصف بالتميز، كما أن المؤسسة بحاجة ملحة إلى إعادة هندسة إدارتها تمكنها من مواكبة المتغيرات والتكيف مع المستجدات بالموضوعية العلمية المطلوبة.

لقد فرضت التحديات الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية، والصحية على المنظومة العمومية للصحة بالجزائر تبنى إستراتيجية التغيير والتطوير المستمر، لجعل الأهداف والبناء التنظيمي وأساليب إدارة المؤسسات والتوظيف في حالة انسجام وتقبل لعوامل التغيير والمشاركة. بناء على ما سبق يجدر، بنا التساؤل عن مضمون التغيير على مستوى المؤسسات العمومية الصحية، وهل أن إستراتيجية التغير المنتهجة حاليا من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الجزائر أدت وتؤدي إلى الرفع من مستوى الأداء الذي يرضى به أفراد المجتمع؟ للإجابة على هذا الإشكال في هذا المبحث، ارتأينا الاستفادة من دراسة الباحثين "عدمان مريزق"

و "عدمان محمد" المعنونة بـ "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجاً"

لقد أظهرت دراسة الباحثين وجود أسباب للتغيير نلخصها فيما يلي:

- تكريس القطاعات الصحية لأهم الموارد وذلك لصالح المستشفى، مما أدى إلى الإضرار بنشاطات الوقاية والعلاجات القاعدية؛
- انسياق المواطن بالدرجة الأولى للمستشفى العام والذي أصبح بدوره يؤمن خدمات العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج؛
- تركيز الطلب على الخدمات العلاجية المتخصصة والمتوفرة في بعض المستشفيات فقط (الأورام السرطانية، جراحة القلب والأوعية، جراحة طب العيون)؛
- اكتظاظ المستشفيات الجامعية والمتخصصة؛
- عدم التوازن في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف المناطق الجغرافية للتراب الوطني، حيث أن العاصمة لوحدها تستحوذ على (55%) من المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، ومنطقة الشرق على نسبة (22%)، ومنطقة الغرب على نسبة (20%)، في حين منطقة الجنوب ومنطقة الجنوب الشرقي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي (2%) فقط، و(1%) في منطقة الجنوب الغربي!
- إن هذا التوزيع غير عادل، و الذي يعبر عن نفسه، يشمل أيضا اختلالا في توازن توزيع الكفاءات الطبية المتخصصة.

خلصت دراسة الباحثين إلى ثلاث 03 نتائج مهمة:

- 1- إستراتيجية التغير المنتهجة حاليا من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لم يصل إلى تحقيق التوازن في توزيع الموارد المالية والبشرية والوسائل المادية على المستوى الجهوي والوطني، ولم تقلل أيضا من اللامعادلة.
- 2- ظهور مشكل عدم الكفاية في التسيير والتدبير الناتج عن إدارة المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من طرف أطباء عامين ليس لديهم الخبرة والدراية الكافية بميدان الإدارة والتسيير.

3- ضعف الامتيازات والحوافز للعمل في المناطق الداخلية⁽¹⁾.

بالعودة إلى هذا الاختلال ، أوصى الباحثان بضرورة مراجعة توزيع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، والعمل على إعادة النظر في برامج التكوين وتكيفها في مجالات التسيير وتقنيات الاتصال، كما أوصى الباحثان بتدارك الأخطاء والنظر في شكاوي المرضى وموظفي المؤسسات العمومية للصحة وإيجاد نظام حوافز فعال.

المطلب الثالث: معوقات الرضا الوظيفي في قطاع الوظائف العمومي الجزائري

أهم ما ميز الوظيفة العمومية في الجزائر بعد الاستقلال هو الخلط بين المناصب المرتبطة بمهام الدولة والمناصب ذات البعد السياسي. لقد سبق أن طرحنا إشكالية ما إذا حققت الإستراتيجية المعتمدة في قطاع الوظيفة العمومية النتيجة المطلوبة من تحسين في أداء الموظف وتحسين جودة خدماته وبالتالي ولائه للمؤسسة ورضاه.

في المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري والخاضعة لأحكام التوظيف العمومي، يمكن لنا من خلال مراحل تطوره وإلى غاية سنة 2012 تاريخ انهاء استصدار مختلف القوانين الأساسية، تسجيل ثلاث اختلافات:

1- نقص في الكفاءات بسبب هجرة الأدمغة، وغياب الأفاق لحياة مهنية محفزة نتيجة لغياب معايير الانتقاء والالتحاق بالمناصب، مما أفرز عواقب وخيمة، تمثلت بالأساس في إقصاء نخبة أصحاب الجدارة والكفاءة وهروبها، فضلا عن عدم إخلاء الوظيفة من من تجاوزون سن التقاعد، خصوصا أصحاب الوظائف السامية والمناصب العليا؛

2- قطاع التوظيف العمومي لا يوفر حياة مهنية تتماشى مع نتائج ومستوى الموظف، إذ ظلت الإدارة العمومية ولمدة تزيد عن 50 سنة مثقلة بالبيروقراطية وممارسات الماضي السلبية وطغيان الفساد الإداري من جهة، وتوفير الشروط الموضوعية بمقاييس عالمية لانضمام إلى مصاف الدول المتقدمة مع ما يتطلبه ذلك من إدارة عصرية تعتمد على الأساليب الحديثة في تسيير الموارد البشرية من جهة أخرى.

3- وجود فائض من الفئات غير مؤهلة نتيجة السياسة الاجتماعية للدولة في التوظيف مما جعل الإدارة العمومية متشعبة بفعل تضخم المكاتب والمصالح بشرحية من الموظفين لا تشارك في خلق الثروة من حيث الإبداع، الاختراع، والمبادرة.

بالمحصلة، فإن هذه الاختلالات أثرت بصورة سلبية على الرضا والوظيفة التي انحصرت فقط في إدارة الموارد البشرية بالمفهوم التقليدي (التعيين، الترقية، إنهاء علاقة العمل بمختلف صيغته) كما أشرنا إليه في الفصل الأول. في المؤسسة العمومية للصحة، فإن اختلالات المنظومة الصحية عديدة ومتشعبة إذ لا يختلف فيها اثنان على فشل برامج الرعاية الصحية والطبية في التكفل بالمرضى، وعجز كبريات المستشفيات عن مواكبة التطورات

⁽¹⁾ Amel Laribi, Actualité du système national de santé (2005-2007) Laboratoire de recherche, Ecole nationale de santé publique, El Marsa Mars 2013, sur le site **www. Santé : DZ**.

السريعة لترقية الأداء وجودة الخدمات.

التقرير النهائي حول إصلاح المستشفيات المسلم للوزارة شهر سبتمبر 2003، أي بسنة بعد إطلاق تسمية إصلاح المستشفيات على هيئة الصحة والسكان، قدم العديد من الحلول لإصلاح الاختلال. لكن بعد 11 سنة، اعترفت الإدارة العليا بأن أغلب المقترحات ظلت حبرا على ورق عدا ربما تحسين أجور عمال القطاع. تقرير اللجنة الذي جاء في 324 صفحة كاملة بعد أن شخص وضع القطاع، قدم العديد من المقترحات منها المستعجلة، وأخرى وجب إقرارها في أجل غير بعيد، إلا أن المعاينة وبعد تصفح التقرير يمكن الإشهاد بأن لا مقترح تم تطبيقه عدا - ربما - تحسين الوضع الاجتماعي للقطاع، هذا الأخير لم يتم بإرادة التغيير المطلوبة أو بإرادة سياسية، وإنما تم بضغط من التنظيمات النقابية واحتجاج العمال والموظفين مع ما لذلك من تعطيل لمصالح أفراد المجتمع.

في خانة المقترحات المستعجلة، اقترح منح استقلالية التسيير لمؤسسات الاستشفائية ومنحها ميزانيات تمكنها من تحسين نوعية التكفل بالمرضى، وتبني عقود نجاعة مع مسيري المؤسسات الاستشفائية. أصبح أكثر من ضرورة ما سيكون له أثرا إيجابيا كبيرا على عمل هؤلاء، إذ أن المسير الذي لا يحقق الأهداف التي عين من أجلها مطالب بمحاسبته وإقصائه.

يمكن سرد عديد المقترحات، غير أنه يمكن لنا الاكتفاء بالتأكيد على أن واقع حال مستشفياتنا مازال عاجزا عن تقديم مواعيد لمرضى السرطان لفترة لا تقل عن ستة (06) أشهر على أقل تقدير، وعاجزة عن توفير الأدوية من أبسطها إلى أكثرها ضرورة فضلا عن غياب البعد الإنساني في التعامل مع المرضى (كما سنلاحظه في نتائج الاستبيان ضمن أحكام الفصل الرابع) وذلك رغم استهلاك القطاع ميزانية خيالية يمكن ذكر فاتورة الدواء التي تجاوزت الملياري دولار سنة 2012 إلى سبيل المثال لا الحصر.

الخلاصة الفصل الثاني:

بالرغم من النقائص التي أهملتها كل من المدرستين الكلاسيكية والسلوكية في صياغة نظرية شاملة لتفسير التنظيم، إلا أنها مهدت وعبدت الطريق لقيام دراسات ونظريات حديثة حاولت إدراك وتحقيق ما عجزت عنه النظريات السابقة.

جاءت النظريات الحديثة بمجموعة من الإسهامات ذات أهمية بالغة كتطور القيم التنظيمية في هذه المرحلة عنه في المراحل السابقة، حيث ظهرت قيم المشاركة والثقة والتفاهم والعدالة كقيم تنظيمية جديدة. نظرية النسق الاجتماعي أظهرت أن التنظيم عبارة عن نظام تعاوني، واهتمت بدراسة الأفراد وحوافزهم ودافعيتهم للعمل، والعمل على تلبية حاجياتهم المتنوعة لأنها من عوامل خلق الرضا الوظيفي للمرؤوسين.

أبرزت البنائية الوظيفية الحديثة الانعكاسات السلبية لبيروقراطية (ماكس فيبر) على سلوك أعضاء التنظيم، وجاءت بالبدائل مثل؛ تفويض السلطة، وضرورة وضوح ومرونة القواعد البيروقراطية، وإبراز دور سلطة التنظيمات غير الرسمية كسلطة موازية لرقابة سلطة البناء الرسمي، كما ألحت على ضرورة دراسة السلوك التنظيمي في إطار البيئة الاجتماعية.

جاءت نظرية النظم بشكل تحليل متكامل يستوعب جميع العناصر التي تؤثر فيها، وذلك بالتركيز على الترابط والتفاعل والتكامل بين أجزاء التنظيم واهتمامها بالبيئة الخارجية للمنظمة وتأثيراتها عليها.

من خلال عرضنا وتحليلنا لأهم النظريات التي تنطوي وتدرج تحت مظلة هذه المدرسة، أدركنا جيدا أنها قد أولت الاهتمام بالعنصر البشري من حيث تكوينه الذاتي والاجتماعي، واعتباره محفظة وكفاءة يمكن الاستثمار فيه، وليس اعتباره مجرد أداة مثلما نظر إليه الكلاسيكيون، كما أبرزت النظريات الحديثة دور المجتمع والبيئة والتنظيمات غير الرسمية كمتغيرات أساسية هامة في خلق وبلورة وضبط السلوك التنظيمي، حيث أنه بحسب هذه النظريات لا يتحقق الرضا الوظيفي لأعضاء التنظيم عن طريق الطابع الرسمي والقانوني الذي ترسمه وتصدره إدارة التنظيم و فقط، ذلك أنه حتى تكون السلطة ناجحة ومحقة لأهداف التنظيم، لا بد أن تتلاءم وتتناسب مع سلوكيات المرؤوسين داخل محيط التنظيم، وهذا ما عكفت على إبرازه هذه النظريات.

من المهم الإشارة إلى أن كل اتجاه من هذه النظريات وإن أجمعت على ضرورة الاهتمام بالعنصر البشري بتكوينه الذاتي والاجتماعي، فهي ترى أن التنظيم عبارة عن نسق مفتوح يتأثر بالمجتمع والبيئة كمتغيرات لها نصيبها في خلق الرضا الوظيفي والانضباط الفردي، كما أن كل نظرية من هذه النظريات توصلت لمجموعة من المبادئ والنتائج من خلال منطلقات وأطر مرجعية مختلفة، ذلك أنها اتبعت أساليب معينة، ورغم ذلك فإنها لم تنج من النقد على غرار سابقتها، إذ أهم ما يعاب على المدرسة الحديثة هو تركيزها على العنصر البشري بدوافعه الذاتية والموضوعية على حساب سلطة البناء الرسمي، وإذا تأملنا مثلا في نظرية النسق التعاوني، نجد أنها ركزت على أن التنظيم لا يحقق أهدافه إلا من خلال التوازن بين الإسهامات التي يقدمها الأفراد والمكافأة التي

يقدمها التنظيم، لهذا فقد أولت الاهتمام البالغ للفرد العامل بتكوينه الذاتي والاجتماعي متغافلة أن لسلطة البناء الرسمي دورا فعالا في بلوغ الأهداف وضبط سلوك الفرد العامل.

رغم اتجاهات النظريات الكلاسيكية الحديثة في تفسير وتحليل التراكيب والأنساق والبناءات الداخلية في تحقيق الرضا الوظيفي لدى المنظمات من جهة، والأفراد من جهة أخرى إلا أن الإشكال يبقى مطروحا في مدى تحقيق هذه المؤسسات في إعادة صياغة إستراتيجية تسيير الموارد البشرية بغية تحسين الأداء وترقية جودة الخدمات وفق ما يتوقعه العملاء من أجل إشباع حاجاتهم الظاهرة والباطنة، وهنا يكمن التساؤل حول كيفية سد الفجوات بين الأهداف التي تسطرها المؤسسة و التوقعات التي يعبر عنها المتعاملين من جهة، وبين ما تقدمه فعلا هذه المؤسسات وما يحصل عليه حقيقة المنتفع من هذه الخدمات.

في المرفق العمومي الصحي الجزائري يجب الاعتراف، بأن الهدف الأساسي هو تحسين التكفل بالمرضى من خلال إصلاح الوظيف العمومي وإصلاح المستشفيات لم يتحقق بعد، إذ يكفي مشاهدة ما يحدث في هذه المؤسسات من واقع مرير للصحة في البلاد، لتتأكد بأنه مرت أزيد من أربع سنوات على إشراف وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات السابق على تنصيب اللجنة الوطنية التي أنشأها المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي " كناس " المسندة إليها مهمة التفكير في الحلول الناجعة لترقية التكفل الطبي وشبه الطبي في الجزائر (2009) وعقدت عليها آمالا كبيرة، إلا أن هذه اللجنة وئدت مباشرة بعد ولادتها، ولم تعقد لحد الآن ولا جلسة عمل واحدة⁽¹⁾ لدرجة أن البروفيسور " بيار شولي " الذي تم تنصيبه على رأس هذه الهيئة وافته المنية دون أن يرى أعضاء هيئته يجتمعون ويقدمون ولو توصية واحدة، أو مشروع خارطة طريق توضيح الخطوط العريضة للخروج من أزمة الصحة السائدة داخل المؤسسات الاستشفائية والقطاعات الصحية.

إن مشروع بناء مستشفيات وطنية بمقاييس دولية حسب مشروع الحكومة (2013-2005) كفيل لوحدة -إذا تحقق فعلا لا تهريجا- بوضع حد للنهاية المخيبة للآمال.

تبقى التوصية الجديرة بال طرح و الإسداء في نهاية هذا الفصل هو معرفة مقاييس وأبعاد الجودة التي يفترض تأسيسها في المؤسسات و الاستفادة منها، بدل الاكتفاء ببناء الهياكل و فقط. ذلك ما سنحاول تبيانه في الفصل الموالي.

(1) النظام الصحي في الجزائر بين الرهانات السياسية و الواقع، متاح على الموقع الإلكتروني:

<http://www.tomohna.com/vb/showthread.php?t=12102> ، تاريخ الزيارة: 05/01/2013 00.50h

الفصل الثالث: أبعاد الجودة في قطاع الصحة

المبحث الأول: الخدمة، الرعاية وتسويق الخدمات الصحية

المبحث الثاني: قياس الجودة، الأبعاد الرئيسية للخدمة

المبحث الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

خلاصة الفصل الثالث.

تمهيد:

تحتل إدارة الجودة موقعا مهما في توجهات ونشاطات المؤسسات المختلفة، ويرجع تزايد الاهتمام بموضوع الجودة إلى التغيرات السريعة والمتنوعة في المحيط الاقتصادي العالمي والتغير السريع في استجابات المستفيدين والتحول التكنولوجية المتلاحقة في شتى العلوم وغيرها.

تعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المنظمات المعنية والحساسة لموضوع الجودة لأنها تهتم بتقديم خدمات لأعلى مورد تملكه البشرية وهو الإنسان، وهي تؤمن أن هذا الأخير هو الأداة الوحيدة لتسيير دواليب الإنتاج ولعمليات التنمية، وهو الكائن الذي يعتمد عليه في نجاح العمليات واستقرارها حيث أن الإنسان المريض عاجز عن حل مشكلاته وخدمة مجتمعه.

ينصرف مفهوم الصحة إلى حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد⁽¹⁾ ويرتبط المستوى الصحي للأفراد بعدة أبعاد ومفهوم الصحة الجيدة أوسع من مجرد غياب المرض.

في هذا الإطار جاء هذا الفصل ليستعرض مفهوم جودة الخدمة الصحية وخصوصية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

(1) David M. Cutler , Are Medical Prices Declining ? Quarterly Journal of Economics, Vol CX III n°: 4 (Nov 1998), P.1008.

المبحث الأول: الخدمة، الرعاية وتسويق الخدمات الصحية

لعل حتمية الاستجابة السريعة لمتطلبات المرضى في الرغبة المتضاعفة على الحصول على مزيد من الاهتمام بالرعاية الصحية من خلال تحسين جودة الخدمات الصحية والطبية المقدمة لهم، يحتم القائمين على إدارة الخدمات الصحية والطبية، بل ويجبرهم على إيجاد الوسائل اللازمة لمجابهة هذه النداءات والاستجابة لها، الشيء الذي أدى إلى تبني وتطبيق المفاهيم التسويقية في هذه المنظمات ليفتح الباب على مصراعيه أمام دخول التسويق حقبة جديدة في هذا النوع من الخدمات، وقد زاد اتساعا وأهمية باتساع البعد العالمي في الاتجار في الخدمات الصحية، وأصبح بذلك أحد أهم المداخل الإدارية الفعالة التي يمكن لها أن تقوي الدور القيادي والتوجيهي للمنظمات الصحية، وهذا من خلال الانطلاق من حاجيات المريض والعمل على تقديم خدمة صحية وطبية ذات جودة متميزة من البداية عن طريق الاستغلال الكفاء والأمثل للموارد المتاحة لدى المنظمات الصحية. المبنية على جودة الخدمة.

المطلب الأول: ماهية الخدمة وخصائصها

أولاً: ماهية الخدمة

يرى " ألفرد مارشال " أنه ما كانت السلعة لتظهر إلى الوجود لو لم تكن هناك سلسلة من الخدمات المؤداة حتى يتم إنتاج هذه المنتجات و من تم تقديمها إلى المستهلك⁽¹⁾.

إن اختلاف وجهات النظر يظل قائما بين الباحثين حول إيجاد تعريف دقيق للخدمة بسبب وجود خدمات ترتبط بشكل كامل أو جزئي مع السلع المادية، بينما تمثل خدمات أخرى أجزاء مكتملة لعملية تسويق السلع المباعة، وأخرى مقدمة بشكل مباشر دون الحاجة إلى اشتراط ارتباطها بسلعة ما كالخدمات الصحية على سبيل الذكر لا الحصر، أو المالية وغيرها⁽²⁾.

1.1 مفهوم الخدمة:

يكون من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط إنساني وفكر متعدد الاتجاهات والخدمات، لذلك يمكن ذكر العديد من التعاريف للخدمة، إلا أن لا واحدا منها يمكن أن يعطي اتجاهها محددًا وإن كانت تشترك في معنى أو أكثر، وقد اختلفت تعريفات الخدمة باختلاف آراء الكثير من الباحثين والكتاب حيث تم تعريفها: حسب (Thompson Desoyza & Gale, 1985): «... الخدمة ما هي إلا تلبية للاحتياجات ومتطلبات العميل منذ الوهلة الأولى وفي كل الأوقات، وأنها تقديم السلع والخدمات لتلبية

(1) ALFRED MARCHALL, **Principles of Economics**, London : The mac Millan Press Ltd, 1977, P.161.

(2) G.Tocquer, M. Langlois, **le marketing des services, le défi relationnel**, éd Dunod, paris, 1992, P.21.

احتياجات وتوقعات العملاء بحيث تتوافق معها توافقا متناسقا ومنسجما...»⁽¹⁾.

في حين يرى " KOTLER " أن الخدمة عبارة عن: «... أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون أساسا غير ملموسة، ولا ينتج منها أية ملكية، وأن إنتاجها وتقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون مرتبط به»⁽²⁾.

أيضا التعريف المشترك بين نفس الكاتب وآخرون (Kotler and Armstrong, 2006) فإنهم يرون في الخدمة على أنها: «... أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك، وأن إنتاجه قد يكون مرتبطا بإنتاج مادي كما قد لا يكون...»⁽³⁾. لكن " لوفلوك " (C. H. Lovelock, 1991) فيعرف الخدمة: «... بالاعتماد على ما يشتره الزبون أو العميل في الأساس، بغض النظر عما يرافق ذلك الشراء من توابع وملحقات...»⁽⁴⁾.

كذلك الأمر بالنسبة لـ " دنيس " (Dennis L. Foster, 1992) الذي يعرف الخدمة بأنها: «... الأداء بالمستوى الذي يتوقعه العملاء...»⁽⁵⁾.

بينما يعرفها " كريستوفر وآخرون " (Christopher et al) بأن الخدمة: «... عبارة عن تجربة زمنية يعيشها العامل أثناء تفاعله مع فرد من أفراد المؤسسة بدعم مادي أو تقني...»⁽⁶⁾.

غير أن " شوستاك " (M. shostack) يعرف الخدمة في محاولة هادفة للتمييز بين الخدمة والجوهر والعناصر المحيطة بالخدمة في شكل قالب يعتمد على الاقتران بالسلع المادية قائلا: «... أن التمييز هو أساس جوهري يمكن اعتماده لتعريف الخدمة، كما أن الجوهر في عرض الخدمة هو عبارة عن المخرجات الضرورية لمؤسسة الخدمة والتي تستهدف تقديم منافع غير محسوسة يتطلع إليها المستفيدون...».

يعرف " لونكاستر وآخرون " (Lancaster, Geoff and Massingham, 2001) الخدمة بأنها: «... المنتج غير المادي الذي يحتوي في مضمونه على عمل وأداء لا يمكن امتلاكه ماديا...»⁽⁷⁾.

(1) Thompson, Dosoyza and Gale, **The strategic management of service quality**, Quality Progress, 1985. P.24.

(2) P. kotler, K.keller, D.manceau, B.dubois, **marketing management**, 12^{ème} édition, édition spéciale, publié par Pearson éducation, Paris, 2006, P.462.

(3) Kotler, P. and Armstrong, G, **Principles of Marketing**, Prentice-Hall, 2006 P. 427.

(4) C. H. Lovelock, **Understanding costs and Developing Pricing strategies, service marketing**, New York: Prentice Hill, 1991, P.236.

(5) Dennis L. Foster, **Marketing Hospitality, sales and Marketing for Hotels and Resort**, Macmillan/ Mc Graw-Hill publishing company, 1992, P. 10.

(6) Christopher, Martin and Mc Donald, Malcolm, **Marketing and introduction**, intend. Mac million press, Ltd, P. 2001, 282.

(7) Lancaster, Geoff and massing ham, **Lester Essentials of marketing**, 2nd éd, Mc Graw - Hall, inc. 2001 P. 206.

في نفس المضمون يشير (C. Gronroos, 2001) أن الخدمة هي عبارة عن: «... أشياء مدركة بالحواس وقابلة للتبادل تقدمها شركات أو مؤسسات معينة مختصة بشكل عام بتقديم الخدمات أو تعتبر نفسها مؤسسة خدمية...»⁽¹⁾.

أما بالنسبة لـ " سلطانتون " (Stanton, W. J., 2006) فيرى أن الخدمة هي: «... النشاطات غير الملموسة والتي تحقق منفعة للزبون أو العميل، إذ ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى. أي أن إنتاج أو تقديم خدمة معينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية...»⁽²⁾.

2.1 مفهوم الرعاية الصحية: (Health Care concept)

هي نشاط يهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بكافة الجوانب الجسدية والنفسية أو العقلية والذهنية والاجتماعية، كما أن الرعاية الصحية تركز بداية على منع المرض أو منع الإصابة بالمرض والوقاية منه، بوسائل عديدة غير مكلفة، وإذا ما أصاب المرض شخص، تتدخل الرعاية الصحية لمعالجته، ولا ينتهي عملها أو نشاطها عند هذا الحد، بل قد تتدخل لتأهيل (Réhabilitation) المرضى الذين لا يشفون تماما من المرض⁽³⁾.

3.1 مفهوم المرض: (Illness Concept)

يعرف معجم (Webster) المرض بأنه: «... عدم الارتياح أو القلق (Uneasiness or Distress) بل الأكثر من ذلك، في أن الابتعاد عن الصحة يعد مرض في حد ذاته»⁽⁴⁾.

4.1 مفهوم المعالجة الطبية: (Medical Health Concept)

هي مكون وفرع وميدان من ميادين الرعاية الصحية، تركز على المرض أو العيب والألم لإزالته أو تخفيفه بعد أن يحل بالإنسان، وبهذا فإن نطاقها ضيق ومحدود وينتهي دورها ومجالها، عند ذلك يبدأ دور الرعاية الصحية.

ثانياً: خصائص الخدمات

تتميز الخدمات الصحية بجملة من الخصائص التي تميزها عن باقي المنتجات، ومن أهم هذه الخصائص:

1.2 الخدمة غير الملموسة: (Intangibilité)

وتعني هذه الخاصية أنه من غير الممكن اختبارها، مشاهدتها، لمسها، سماعها... قبل أن تتم عملية

(1) C. Gronroos, (2001), **A service Quality model and its marketing implications**, European Journal of marketing 18(4), P. 44. Practices , Long Range Planning, Vol. 38 , NO. 3, P. 85.

(2) Stanton, W. J, **Fundamentals of Marketing**, Mc Grow–Hall, N. Y, 2006, P. 115.

(3) عبدالمجيد سويدان، وآخرون ، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان، ص233.

(4) بواعنه عبد المهدي، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية: مفاهيم، نظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان،

شراؤها، وخصوصا بالنسبة للشخص الذي لا يمتلك تجربة سابقة في الخدمة المقصودة. إن عدم التمكن من لمسها أو مشاهدتها يمثل الفرق الأساسي الموجود بين السلعة والخدمة، وكما ذكر " بيرى " و " بتسون " (BERRY et BATESON) فإن: «... ميزة اللاملموسية التي تتمتع بها الخدمة يعني اللامادية، أي استحالة رؤية الخدمة، استحالة: تذوقها، شمها، لمسها، سمعها...»⁽¹⁾. و عليه فإن: «... الخدمات مثل الفحص الطبي يصعب تقييمها مقارنة مع باقي المنتجات...»⁽²⁾.

2.2 التلازمية: (عدم الانفصال Inséparabilité)

معلوم عن الخدمة أنها ترتبط عموما بعملية الاستهلاك المباشر لها، أي أن المنتج يمكن أن يمر بمراحل التصنيع والتخزين والبيع، ثم يتم استهلاكه في مرحلة أخيرة. بينما الخدمة تمثل حالة استهلاك مرتبطة مع وقت إنتاجها (At the Same Time) أي أنها تنتج وتباع للاستهلاك أو الانتفاع منها في الوقت ذاته، كما أن عدم القدرة على الفصل بين إنتاج الخدمة واستهلاكها تعني أيضا درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها والشخص الذي يتولى تقديمها، أي من الصعب فصل الخدمات عن مقدمها، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها، لذلك فإن أداء خدمة معينة، قد يحدث جزئيا أو كليا في لحظة وقت استهلاكها، فالسلع تنتج وتباع وتستهلك، أما الخدمات فهي تباع ومن ثم تنتج وتستهلك، وعدم القدرة على فصلها يؤدي إلى تزامن الإنتاج والتقديم والاستفادة وهذا بخلاف ما عليه في المنتجات الملموسة⁽³⁾.

من نتائج التلازمية في أداء الخدمات زيادة درجة الولاء وبشكل كبير، بيد أن المستهلك يصر على طلب الخدمة من شخص معين محدد ترتبط عادة الحصول على الخدمة من عنده، ولذلك فإن مقدمي الخدمات يعملون جاهدين في الوقت الحاضر لكي يخلقوا لخدماتهم درجة عالية من المكانة وقدرًا كبيرًا من التميز لدى المستهلكين، ما يجعل مهمة المنافسة في اختراق ولائهم مهمة صعبة بل عسرة. كما أن للاتصال الشخصي دور بارز في هذا المجال ويعود السبب في كل ذلك إلى القناعة والثقة الكبيرتين في الكلمة التي يسمعها طالب الخدمة من معارفه وأصدقائه، بحيث أن الاتصال الشخصي يلعب دورا بارزا في ترويج الخدمات، وتأكيدا لذلك، فقد لاحظ كثيرون من مقدمي الخدمات إن عددا كبيرا من زبائنهم الجدد قد جاؤوا بناء على توصية أحد الأشخاص، الأمر الذي دفع بهم إلى وضع كتابات ولافتات عديدة تؤكد أهمية هذا الأسلوب في ترويج الخدمات، حيث كتب احد البنوك وفي مكان بارز: (إن أرضيناك فتحدث عنا، وان لاحظت قصورا فتحدث لنا). وبذات المعنى كتب أحد أطباء الأسنان في مكان بارز من عيادته:

(Satisfied customers are our best customer. If you are happy with us, tell your friends).

⁽¹⁾ D. Pettigrews & N. Turgeon, **Marketing**, 2^{ème} edition, MC Graws-Hill, Canada, 1990, P.390.

⁽²⁾ عمر و خير الدين، التسويق: المفاهيم والاستراتيجيات، مكتبة عين الشمس للنشر، القاهرة، 1992، ص 26.

⁽³⁾ هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، عمان الأردن، الطبعة الثانية، 2005، ص 11.

3.2 الخدمات غير قابلة للتخزين:

إن أي خدمات لا يمكن تخزينها أو إكسابها منفعة زمنية، فإن لم تكن مقتناة في الوقت التي عرضت فيه فإن الخدمة تختفي تماما ، مما يستدعي ضرورة العناية الفائقة بإدارة الطلب على الخدمة⁽¹⁾ والمقصود في المعنى؛ هو الاهتمام بجدول التقلبات في الطلب على الخدمة بحيث يتحقق التوازن بين الارتفاعات والانخفاضات وتنظيم دالة الطلب، بتحويل فائض الطلب لفترات الشدة باتجاه فترات الفراغ وهذا بخلق استعمالات جديدة أو منح أسعار جد مشجعة في الفترات. وهكذا فالخدمات تستمد قيمتها من الوقت الذي تؤدي فيه فقط حيث انه لا يمكن تخزينها لتستخدم في وقت لاحق⁽²⁾.

4.2 صفة عدم التملك: (Lack Of Ownership):

نعني بذلك أن الخدمة يمكن الانتفاع منها، ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها.

5.2 الهلاك أو التلف: (Predition)

وهي أن الخدمة لا يمكن خزنها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، وأنها لا تتجاوز زمنيا الطلب المتحقق عليها وخصوصا إذا كان الطلب متقلبا.

6.2 إنتاج الخدمة:

الاختلاف بين السلع المادية والخدمات أدى إلى اختلاف طريقة وكيفية إنتاجها وتسويقها، والخدمة المقدمة مكونة من ثلاثة عناصر أساسية والتي تضمن من خلالها جودة الخدمات المقدمة .

7.2 عدم تجانسية الخدمات وتنوعها:

إن توجه الخدمة للتنوع يرتبط بتنوع مقدم الخدمة وشكله خاصة حالته الجسمانية والنفسية وقت تقديم الخدمة، مما يدفع مقدم الخدمة باستمرار لتغيير شكل الخدمة على أساس تقديم بيانات جديدة من العميل يقوم فيها بترجيح مجموعة من الاحتمالات ليصل منها إلى عدة استنتاجات يقوم بناء عليها باتخاذ القرار ، بالإضافة إلى ذلك فان كل حالة تتطلب معالجة مختلفة حتى تحظى كل خدمة برضا الزبون .

ثالثا: أهمية الخدمات: لقد شهد العالم الاقتصادي في الآونة الأخيرة اهتماما منقطع النظير بقطاع الخدمات الذي أصبح يمثل الأساس أو اللبنة الأساسية للتطور، خاصة في ظل اقتصاد المعرفة وعصر العولمة أين تعاضم دور صناعة الخدمات في التنمية الاقتصادية من خلال خلق فرص العمل ، زيادة الدخل الوطني ، المساهمة في إعادة توزيع الثروة وكذلك بناء وخلق قطاعات اقتصادية متعددة⁽³⁾، أيضا من بين دواعي الاهتمام بقطاع الخدمات

⁽¹⁾ سعيد محمد المصري، إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية: المفاهيم والاستراتيجيات ، 2001 الدار الجامعية ، الإسكندرية ، ص 125 .

⁽²⁾ عبد الجبار مندبل، أسس التسويق الحديث، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان الأردن، 2002 ، ص220.

⁽³⁾ Iliane Bensahel, **introduction à l'économie du service**, presse universitaire de Grenoble, Paris, 1997, p38.

القدرة على استيعاب أكبر قدر من العمالة حيث تشارف نسبة اشتغالها بهذا القطاع حدود 70% بعدما كانت تعادل 20% من مجموع القوى العاملة في العالم وذلك عام 1970 حسب ما أشارت إليه التقارير آنذاك⁽¹⁾. أيضا أن التغيرات في بيئة منشآت الأعمال وكذلك المستهلك الأخير زادت من أهمية الخدمات، فالبيئة التسويقية أصبحت أكثر تعقيدا من السابق خاصة ما تعلق بالتشريعات والقوانين، الأمر الذي نتج عنه حاجة أكبر من ذي قبل لخدمات مثل: المشورة الإدارية والضريبية، النصيحة القانونية والاستشارات الفنية وخاصة تلك المتعلقة بتقنيات نظم المعلومات والاتصالات⁽²⁾، ناهيك عن التغيرات التكنولوجية التي حدثت في منظمات الأعمال، فالتسويق الإلكتروني واستخدام التكنولوجيا أدى إلى زيادة الحاجة إلى الخدمات المدعمة لهذه الأنشطة⁽³⁾.

المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية ومدلول الصحة العامة

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية سواء كانت بشرية، مالية أو تقنية للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية.

أولاً: مفهوم الصحة العامة

يجمع أغلب الدارسين والمهتمين بقطاع الصحة إلى صعوبة التوصل إلى تعريف كامل لمفهوم الصحة، فالصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة، بل القدرة على التمتع بالحياة، وقد أورد " ألفرد مارشال " في الفصل الخامس من الجزء الرابع في كتابه " مبادئ الاقتصاد " ⁽⁴⁾. لدراسة أثر الصحة على السكان والثروة الاقتصاد تحت عنوان: (The health and strength of the population) معرف فيه الصحة على أنها: «...مجموع القوتين الجسمية و العقلية للفرد فضلا عن الاحتياجات الضرورية كالحاجة إلى المسكن اللائق، ومستوى التعليم والغذاء والنظافة وشتى الخدمات الصحية المتاحة، ومدى إمكانية الحصول عليها بشكل يمكنه من العودة إلى حالة السلامة الصحية»⁽⁵⁾

(1) Richard.Norman , le management des services ,théorie du moment de vérité dans les services, inter édition, paris, 1994,p29.

(2) زكريا عزام وآخرون، مبادئ التسويق الحديث بين النظرية والتطبيق. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان. الطبعة الأولى. 2001 . ص251

(3)Jean-Michel Tardien, et autre. Marketing et gestion des services , Chiron, paris , 2004 .p22.

(4)Alfred Marshall, Principles of economics, Eighth editions, London: the Macmillan press LTD, 1977, p161.

(5) عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، مصر، 2003 ،ص 63.

إن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة حسب ما يعتقده البنك الدولي يرتبط بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير⁽¹⁾.
في اعتقاد المنظمة العالمية للصحة، الصحة الجيدة هي: «... حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن...». لذلك يستوجب مدلول الصحة شرط غياب المرض الظاهر في الإنسان وخلوها من العجز والعلل⁽²⁾.

ثانياً: مفهوم الخدمة الصحية

مما سبق يصبح من السهل علينا استنتاج صعوبة التوصل إلى تعريف مشترك وموحد حول مصطلح الصحة أو بالأحرى الخدمة الصحية فقد يرى البعض انه لا بد من اعتبار نوع معين من الخدمات كجزء من الرعاية الطبية بينما يرى البعض نقيض ذلك. وعموماً يمكن تعريف الخدمة الصحية أو الرعاية الطبية على أنها:
- «...النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والذي يهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى...»⁽³⁾.

- «...الخدمة العلاجية أو التشخيصية التي يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد أو أكثر من أفراد المجتمع، أو العناية التي تقدمها الممرضة للمريض أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها في المختبر لشخص أو عدة 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...»⁽⁴⁾.

- «...مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعها ورضا معيننا للمستفيد...»⁽⁵⁾.

انطلاقاً من التعاريف السابقة يمكن أن نصنف الخدمات الصحية إلى ثلاث مجموعات رئيسية:

- خدمات علاجية: موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة، التحاليل إلى جانب خدمات النظافة والتغذية والإدارة وغيرها.

(1) إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث، الجزائر 2009، ص11.

(2) عبد الخي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، مرجع سبق ذكره، ص17.

(3) فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع مصر، 1991، ص92.

(4) عبد المجيد الشاعر وآخرون، الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2000، ص 11.

(5) عبد المهدي بوعانة، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 56-68.

- **خدمات وقائية:** تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض الوبائية والمعدية والمنتقلة.

- **خدمات إنتاجية:** وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات ومشتقات الدم والأدوية والعتاد والأجهزة الطبية.

ثالثاً: النوعية في الخدمات الصحية

إن مسألة توافر النوعية في الخدمات الصحية تعد مسألة حتمية ومعقدة في ذات الوقت، كما أن محاولة تعريف النوعية في الخدمات الصحية تختلف باختلاف وجهة نظر كل طرف:

- **المريض:** على أنما ما يوفره المستشفى من معالجة في ظروف إنسانية تتسم بالعطف والاحترام.

- **الطبيب:** وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المريض.

- **إدارة المستشفى:** تحقيق الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمة باستخدام المواد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الحاجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

عموماً يشير مدلول نوعية الخدمات إلى ما يلي:

- المسؤولية الاجتماعية التي تضطلع بها الوحدة الصحية أياً كان شكلها ومهامها، فهي منتج للخدمة الصحية المقدمة للمجتمع بما يفرض تحقيق التزامها تجاه المرضى، ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية؛

- التطابق مع المواصفات أو الملائمة مع الغرض⁽¹⁾.

- تعبير عن مسؤولية الوحدة الصحية كمنتج للخدمة تجاه حقوق المرضى، وهو تعريف ذو طابع اجتماعي محض.

- تمثيل مستوى الإدراك المحقق من أداء الخدمة الصحية قياساً بما كان عليه في مرحلة سابقة.

من خلال ما سبق فإن أي مدلول لا بد أن يتوافق مع الأبعاد التالية:

- **المطابقة مع المواصفات: (Identification with Specification):** المريض يتوقع أن تكون الخدمة الصحية

التي يطلبها تحقق على الأقل تقدير مستوى التطابق بين المواصفات المقررة مسبقاً للخدمة الصحية مع ما تحصل عليه فعلاً، ذلك كون الخدمة الصحية أساساً هي غير ملموسة وهي مصورة في ذهن المريض.

- **القيمة: (Value):** تمثل مقدار ما يدفعه المريض من تعويض مقابل الحصول على الخدمة الصحية التي يرغبها، علماً أن الصحة يصعب تسعيرها مع أن لها تكاليف.

- **المواءمة مع الاستخدام: (Fit) (Propriety with Usage):** يقصد به التوافق أو الانسجام ما بين الأداء

المتحقق من الخدمة الصحية والغرض الذي صمم لها أصلاً. وهذا التوافق يتمثل بالمظهر، النمطية، المهارة، والقدرة التي يتميز بها منتج الخدمة الصحية⁽²⁾.

(1) تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار يازوري للنشر والتوزيع، 2005، ص192.

(2) إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، مرجع سبق ذكره، ص55.

- **الدعم:** (*The Support*): وهو مقدار الاهتمام الذي توليه المنظمة الصحية (المستشفى) لمستوى النوعية المقدمة في الخدمة الصحية للمرضى، وما يعقب ذلك من رأي أو تصور⁽¹⁾.
- **الأثر النفسي:** (*Psychology effect*): إن لهذا الأخير الأثر الكبير في تقييم الخدمة الصحية، ويعبر على الأثر النفسي بعدة أشكال من بينها الصورة المرسومة في ذهن المريض، الأفق المستقبلي الذي تتجه إليه الخدمة في مستوى نوعيتها، بالإضافة إلى رد الفعل المتحقق من قبل منتج أو مقدم الخدمة الصحية لتقديم ما هو أفضل، اللطف و الأدب في تقديم الخدمة الصحية... الخ⁽²⁾.

المطلب الثالث: تسويق الخدمات الصحية

بدأ الاهتمام بالتسويق في مجال الصحة العامة منذ بداية السبعينات باعتبار أن المداخل التقليدية لرفع مستوى الصحة العامة لم تنجح في مواجهة التحديات المختلفة وتحقيق الأهداف المرجوة⁽³⁾ ويعود هذا الاهتمام المتأخر إلى ميول الكثيرين التركيز على تسويق السلع المادية⁽⁴⁾، كما أن الاهتمام المتنامي بتسويق الخدمات فيما بعد كان نتيجة حتمية للاهتمام المتزايد بالخدمات في اقتصاديات الدول المتطورة نتيجة النمو المتسارع والمتزايد لسوق الخدمات مقارنة بسوق السلع، مما جعل هذه الدول تهتم بتطبيق المفاهيم التسويقية في قطاع الخدمات تماشياً ومتطلبات الزبون الذي أصبح أكثر تسلطاً وأكثر رغبة في البحث عن نوعية الخدمة وبالأخص طريقة تقديمها أو تسويقها⁽⁵⁾ وبالتالي تظهر ضرورة ملحة لتطبيق المفاهيم التسويقية من أجل الاتصال بالزبائن وتعريفهم بالخدمات المقدمة وإقناعهم بشرائها.

أولاً: مفهوم تسويق الخدمات

تتعدد المحاولات في أدبيات التسويق لتعريف مفهوم التسويق الخدمي وتحديد مجال ونطاق أنشطته التسويقية وهذا راجع إلى التضارب حول مكانة ودور التسويق في قطاع الخدمات الذي يختلف عن تسويق السلع والبضائع إذ ساد الاعتقاد أن المفاهيم والاستراتيجيات التسويقية كافية وقابلة للتطبيق على كل المنتجات وفي كل الحالات، الشيء الذي أدى بالمفكرين إلى انتقاد هذه الفرضية من قبل (Bitne-Fisk) و (Berry,Brown) وغيرهم ممن كان لهم الفضل في ظهور تسويق الخدمات بالمعنى المستخدم حالياً والذي يميز تسويق الخدمات عن تسويق السلع المادية⁽⁶⁾.

⁽¹⁾Fisk ,Grove, John , **Interactive Services Marketing**, Boston New York, 2000,p09.

⁽²⁾ إبراهيم طلعت ، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية ، مرجع سبق ذكره ،ص57 .

⁽³⁾ Steven G.H et Eric N. **Berkowitz Health care market Strategy From Planning to action**, Jones and Bartleta, 3rd Edition, London, Lik, 2004, P.242.

⁽⁴⁾ P.Kotler , B.Dubois. **marketing management**,publi-union,10eme edition , Paris . 2000,p461 .

⁽⁵⁾ J.L'endrevie et D.Lindon. Mercator, **Théories et pratique du marketing**, (Dalloz. Paris, 6ème edition 2000).p68.

⁽⁶⁾ Fisk ,Grove, John , **Interactive Services Marketing**, Boston New York, 2000,p09.

من جملة التعاريف التي يحضى بها مدلول تسويق الخدمات ما جاء في كتاب (Golvan) المعنون "بالتسويق البنكي والتخطيط"، معرّفًا إياه قائلا: «... يمثل جميع النشاطات التي تلبي حاجات الأسواق بدون عرض تجاري يتحمل منتجات مادية...»⁽¹⁾.

لقد مر المفهوم الحديث للتسويق بثلاث مراحل أساسية:

المرحلة الأولى: وتعرف بمرحلة الترويج والتي ساوت خطأ بين مفهوم البيع (Selling) ومفهوم التسويق (Marketing) سادت هذه المرحلة في أوائل التسعينات خصوصا من طرف البنوك وينصرف مفهوم التسويق في هذه المرحلة إلى مفهوم الإعلان والعلاقات العامة أي أن الوظيفة الأساسية للتسويق تتحدد في القيام بالأنشطة الترويجية من إعلان وترويج للخدمات وذلك بهدف جذب عملاء جدد إلى هذه المنظمات الخدمية أو المحافظة عليهم⁽²⁾.

المرحلة الثانية: وتسمى بمرحلة الاهتمام الشخصي بالعملاء وقد جاءت هذه المرحلة كحتمية وهذا بعدما تبين أن النشاط الترويجي لا يجدي نفعا ما لم يصاحبه تغير مماثل في الكيفية التي يتم بها معاملة هذه المنظمات لعملائها⁽³⁾.

المرحلة الثالثة: في هذه المرحلة أصبح ينظر للتسويق على أنه فلسفة تنظيمية تتوجه بها المنظمة الخدمية ككل وأصبح النشاط التسويقي يضم مجالين رئيسيين:

المجال الأول: ويشمل بحوث السوق، البيع الشخصي، الإعلان، تنشيط المبيعات والعلاقات العامة وغيرها من الأنشطة التقليدية.

المجال الثاني: ويشمل وظائف التسويق التفاعلي (Interactive Marketing) ويتضمن الأنشطة التسويقية التي تؤدي أثناء المواجهة المباشرة بين مقدم الخدمة وبين مستخدميها وتهدف إلى:

- الاحتفاظ بالعملاء؛

- تعزيز العلاقات الداخلية والخارجية للمنظمة؛

- تقريب المسافات، خدمة العملاء وجودة الخدمة المدركة.

ثانيا: تسويق الخدمات الصحية:

بغية التوصل إلى التكفل الجدي بصحة المرضى وتحقيق الأهداف المرجوة مرورا برفع التحديات على مستوى الخدمة العمومية داخل المستشفيات، بدأ الاهتمام بالتسويق في مجال الصحة العامة انطلاقا من السبعينيات كما سبق الإشارة إليه من خلال تبني برامج مجانية العلاج بعد الاقتناع بأن المداخل التقليدية لرفع

⁽¹⁾ Yves Le Golvan, **Marketing Bancaire & Planification**, Edition Banque, Paris, 1985, PP 119- 122.

⁽²⁾ لان شاستون، التميز التسويقي، ترجمة بيت الأفكار الدولية، المؤمن، الرياض، السعودية، 1998، ص275.

⁽³⁾ عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، مصر، 1999، ص29.

مستوى الصحة العامة لم تنجح في تحقيق المبتغى خاصة ما يتعلّق منه بنشر الوعي الصحي لأكبر قدر ممكن من الجمهور. فكانت أوّل انطلاقة من خلال برامج التسويق الاجتماعي لتدارك ما يمكن تداركه من نقائص في البرامج السابقة من خلال تطوير الأدوات والاستراتيجيات التسويقية وتقديم الدعم الكافي لمسؤولي الصحة بما فيها الإمكانيات والوسائل اللوجيستية⁽¹⁾ التي تساعدهم في عبور الفجوات القائمة بين المجتمع كجمهور مستهدف، ومشروع الصحة العامة التي تقدمه وزارة الصحة، ثم العمل على تقليص حجم الهوة في الاتصال القائم بين المسؤولين والجمهور المستهدف من حملات الصحة العامة، والقضاء على أي لبس حول طبيعة حملة التسويق الاجتماعي⁽²⁾. غير أن تصرف الكثير من المتخصصين في مجال الصحة العامة نتيجة سوء فهم وإدراك جوهر مبتغى البرنامج أدى إلى ظهور الكثير من المشاكل، التي أثرت على طبيعة العملية التسويقية، غير أن برنامج التسويق الاجتماعي قوبل بردود فعل متضاربة من جانب العاملين في مجال الصحة العامة، ووسائل الإعلام مما تسبب في بروز الكثير من المشاكل وعمق الهوة بين المسؤولين عن الصحة العامة ووزارة الصحة والجمهور المستهدف⁽³⁾. الواقع أن بعض التجارب المستخلصة أوضحت أن الفعالية النسبية للحملات تتوقف على جملة من العوامل المتكاملة فيما بينها حتى يكون للرسالة البعد المؤثر خاصة معرفة الاتجاه، كمعرفة ماذا يفعل الفرد؟، أو كيف يتصرف؟، أو إلى أين يذهب لإشباع دافعيته؟، وهذا ما لا يمكن أن يكون إلا بتوفّر عامل الكفاءة والمقدرة⁽⁴⁾ على إنجاز وتحقيق هذه المهمة وغيرها من العوامل، بالإضافة إلى التقدم السريع في التكنولوجيا الطبية، فضلا عن الضغوط السياسية والاقتصادية والطلبات المتزايدة للمنتفعين التي أدت إلى ازدياد وتعقد أعمال المستشفى أمام صعوبة المشاكل مما أدى إلى تولد سوق تنافسية في الرعاية الصحية⁽⁵⁾، إذ أصبح رضا المريض هدف إدارة المستشفى وذلك لزيادة الحصة السوقية وهذا لن يتأتى إلا من خلال التحسين المستمر لجودة الرعاية الطبية⁽⁶⁾، ومن هذا كله وغيره يتبن مدى حاجة المستشفيات على اختلاف طبيعتها إلى التسويق، خاصة وأن البيئة الخارجية تتسم بتغيرات متشابكة ومعقدة، وعوامل متعددة كتغير القرارات والتشريعات الحكومية، والمنافسة والتكنولوجيا الطبية وغيرها⁽⁷⁾.

(1) ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2006، ص 9، 10.

(2) محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 1996، ص 39.

(3) Steven G.H & Eric. N. Berkowitz, **Health care market strategy from planning to action**, Jones and Bartlett, 3rd Edition, London, UK, 2004, P242.

(4) حميد الطائي وآخرون، الأسس العلمية للتسويق الحديث، مرجع سبق ذكره، ص 249.

(5) زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، مرجع سبق ذكره، ص 331.

(6) احمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية لنشر والتوزيع، مصر، الطبعة الأولى 2006، ص 22.

(7) James H .Donnelly and William R , George , **in marketing of services**, eds , Chicago : American marketing Association, 1981,p 47.

ثالثاً: أهمية التسويق في المنظمات الصحية

يكاد يكون الإجماع بين المهتمين بالتسويق وبالأخص تسويق الخدمات الصحية، على أن هذا المجال يمثل أهمية كبيرة لأي مستشفى متى ما أراد التقدم والتحسين وتحقيق الميزة التنافسية، ومن ثم الرقي والازدهار، هذا ما يستدعي مزيداً من الفعالية والفاعلية في الإدارة والأداء، وهذا لا يمكن أن يحدث دون تسويق محكم وإدارة هادفة للتطبيق السليم لمبادئ التسويق يساهم في استخدام موارد المستشفى استخداماً أمثلاً ويجعل الخدمات الصحية المقدمة أكثر جاذبية للزبائن من خلال خلق فرص داخل أسواق محتملة، وهذا ما يؤهلها لاتخاذ موقف أفضل في اكتشاف الفرص التسويقية الممكنة استغلالها، ويحسن إمكاناتها في إشباع حاجات ورغبات زبائنها، ويعزز قدرتها في الاستجابة لمتطلبات واهتمامات المجتمع، وبالتالي تحقيق أهدافها العامة في البقاء والاستمرار والتطور والنمو والمسؤولية الاجتماعية⁽¹⁾ خاصة وأن المبرر الأول من تسويق الخدمة الصحية داخل المستشفيات هو تمكين هذه المستشفيات من أن تكون حافزاً أكثر للمرضى والأطباء والمرضى والمستخدمين عموماً، ومن ثم زيادة ولائهم للمستشفى.

تكمن أهمية التسويق في المستشفيات الحكومية التي لا تهدف إلى تحقيق الأرباح وتعمل على تحقيق المصلحة العامة في محورين أساسيين:

أولهما: يعمل التسويق على ترشيد الموارد الاقتصادية والتي تؤثر مباشرة على أفراد المجتمع من خلال جذب المساهمين والمتبرعين قصد تدعيم أنشطة المستشفى وخدماته.

ثانيهما: تنبع أهمية التسويق من نجاح أو فشل هذه المستشفيات في إدارة وظائفها التسويقية بفعالية، فالفشل يعني إضافة تكاليف إقتصادية واجتماعية وضياعتها، فلو أن الأمراض الناجمة عن التدخين مثلاً، في تزايد وأن الأمراض المتوطنة في انتشار وتزايد، فهذا يعني فشل هذه المؤسسات في متابعة هؤلاء الأفراد وهاته الشريحة في تحسيسهم، وإقناعهم بالابتعاد عن العادات والممارسات الصحية السيئة التي تضرهم وبالمجتمع.

عموماً إن أهمية التسويق في المستشفيات تبرز في عديد المزايا إذ يمكن حصر أهم المكتسبات في ثلاث فئات:

1 :تحسين كفاءة الأنشطة التسويقية: يركز التسويق كثيراً في نمط الإدارة العقلانية (**Rational**)

(**Management**)، والتنسيق من أجل تطوير المنتج والتسعير والاتصالات والتوزيع، إذ أن كثيراً من المستشفيات غير المتجهة بالتسويق، تصنع قراراتها بمعرفة غير كافية، ينتج عنه إما زيادة في التكاليف أو أثر ضعيف لخدمة ذات كلفة معينة، وبسبب أن مخرجات المستشفيات تتأثر بكل الأنشطة المباشرة وغير المباشرة المرتبطة بالخدمة الصحية، فإن التسويق يجهز الإدارة بمدخل علمي يجعلها تنفذ الحد الأعلى من الكفاءة والفاعلية في الأنشطة التسويقية فضلاً عن التنسيق المستمر فيما بينها.

(1) فريد كورتل، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 352.

2: تحسين الرضا في السوق المستهدف: معلوم في الدول المتقدمة أن عددا كبيرا من المستشفيات تنشط في بيئة تنافسية معقدة عملتها الوحيدة الاستمرار أو الانكسار، فتكون هذه الأخيرة مهددة بالزوال في حال ما افتقرت للمهارات التسويقية الواجبة لتطوير وتحسين الرضا عن الخدمات المقدمة إلى أسواقها ومرضاهم. كما أن بعضا من المستشفيات تعمل في بيئة يكون فيها الطلب على الخدمة الصحية أكثر من العرض (القدرة على التجهيز للخدمة)، وان مثل هذه المستشفيات تفقد الدافعية لإرضاء أسواقها وربما تقوم بتقديم خدمات غير مرضية، قد يتقبلها المرضى إذا ما اعتقدوا بعدم وجود البديل. لهذا نقول أن تحسين صورة المستشفى وجعلها في وضع متميز ولائق في السوق الصحي من خلال الاتجاهات الحديثة للتسويق، يجعل المؤسسات الاستشفائية تتجه نحو الاهتمام بالأفراد وهذا مما يكسبها موقعا لائقا ومتميزا في السوق.

3: تحسين جذب واستغلال الموارد التسويقية: إن مسألة تلبية حاجيات المرضى أو الزبائن من الوجهة التسويقية يجعل المؤسسات الصحية ومن خلال استخدامها للتسويق مطالبة ببذل أقصى الجهد للوصول إلى أقصى درجة من رضا الزبائن أولا، ثم الأسواق الصحية بكل ما تتضمنه من موارد ممتثلة في الأطباء، المرضى، المستخدمين، المعلومات، الأموال... الخ، في حين أن التسويق وفي كل الأحوال يهتم بقياس رضا الزبون، وتلبية حاجات ورغبات المرضى، ويتجه نحو تقديم تحسين مستمر في خدمة الزبائن ورضاهم، كل هذا يجعل المؤسسة الصحية تبذل أقصى عناية بحاجات المجتمع الصحية، إذ أن عملية استقصاء آراء المرضى وقياس درجة رضاهم هي من صلب عمل وظيفة التسويق، فهي العنصر الرئيسي لعملية تسيير التغذية العكسية (Feed back) بين المرضى والمؤسسات الصحية نتائج هذه المعالجة يساعد المنظمة على تطوير خدماتها بما يواكب التغييرات والتطورات الحاصلة في البيئة.

المبحث الثاني: قياس الجودة، الأبعاد الرئيسية للخدمة

المطلب الأول: مفهوم قياس جودة الخدمات

أولا: مفهوم جودة الخدمات

يعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من أحدث المفاهيم الإدارية التي تقوم على مجموعة من الأفكار والمبادئ التي يمكن لأي إدارة أن تتبناها وذلك من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن وقد اختلف كثير من الباحثين والمؤلفين حول إبراز تعريف مجدد لإدارة الجودة الشاملة إذ أن الجودة نفسها تحتمل مفاهيم مختلفة من حالة إلى أخرى ومن شخص إلى آخر، وعلى الرغم من تعدد المفاهيم لإدارة الجودة فإنه يمكن إبراز أن الجودة تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي كما يلي⁽¹⁾:

أ. الجودة من المنظور المهني الطبي: هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويحكم ذلك ثلاث أبعاد رئيسية:

⁽¹⁾ مريزق محمد عدنان، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع، 2012، ص56.

- أخلاقيات الممارسة الصحية - أخلاقيات الطبيب - (Déontologie Médicale)؛

- الخبرات وتراكم المعارف ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة؛

- تدني مستوى الجودة والذي يعزى عادة بحق أو بغير حق لكفاءة المهن الصحية وعدم التعامل المثالي مع بعضهم البعض ومع المريض والإدارة وكذا بعدم الالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية إضافة إلى ضعف التأهيل ونقص الممارسة والخبرة.

ب. الجودة من زاوية الإدارة: ويقصد بها كيفية استخدام الموارد المتاحة والقدرة على جذب واستقطاب الموارد اللازمة لتغطية الاحتياجات المعبر عنها وفق خدمة متميزة وهذا يتضمن تقديم الخدمات المناسبة في الوقت المناسب وبالتكاليف المقبولة والمتاحة ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على مستوى التخطيط الإستراتيجي والتخطيط التشغيلي (التنفيذي)، كما يتطلب تنظيماً إدارياً محكماً وواضح المعالم.

ج. الجودة من منظور المستفيد (المريض): يختلف المفهوم عن ما سبقها إذ يركز المستفيد على النتائج المتحصل عليها إذ يجب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج معرفة شكوى واحتياج المريض، ويجب أن يكون المبتغى النهائي هو الحصول على علاج والتغلب على الألم والمعاناة، ومن ثمة مستوى الرضا الذي يمكن الاستدلال به على مستوى الجودة.

ثانياً: قياس جودة الخدمات

إن نظام الاعتماد للجودة يعتبر من بين أهم النظم العالمية الهادفة إلى تحسين جودة الخدمات الصحية مما يعود بالفائدة والمنفعة على كل من صحّة المواطن التي تعتبر محل الاهتمام أو حجر الأساس كما يراه الكلّ، ثم المجتمع في المركز الثاني، وهذا كلّ من شأنه الإسهام في تعزيز الثقة بين الجهاز الصحيّ والمواطنين من باب مراعاة حقوقهم وضمن رضاهم من زاوية الخدمة الصحية المقدّمة لهم⁽⁴⁾.

كما أن الالتزام بمعايير الأمان وسلامة المرضى يبقى من أهم المعايير التي يجب الاعتماد عليها في برنامج الخدمات الصحية المقدّمة، لذلك فإن البحوث والدراسات القائمة على قياس جودة الخدمة تبقى متشعبة ومتعدّدة، غير أنه يمكن ذكر إحدى أهم المحاولات التي تبناها " بيروي " **Berry** ومساعديه سنة 1963، دراسة لا تزال مستمرة ومعتمدة إلى حدّ الآن، ولقد استطاع الباحث من خلال الدراسة إلى إثبات أن جودة الخدمة تبقى قابلة للقياس رغم صعوبتها بسبب بعدها المادي، لكن لا يمكن وضع معايير ثابتة لقياس جودة الخدمة وتعميمها على جميع المؤسسات الخدمية نظراً للظروف الخاصة بكل مؤسسة، كما أن هذا لا يمنع من وجود مقاييس جودة خدمة مشتركة بين المؤسسات الخدمية متماثلة الوظيفة.

⁽⁴⁾ نور الدّين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، دار عمّان للنشر والتوزيع، 2012، ص. 170-

هناك العديد من الأساليب والمناهج المتعددة والمطورة في قياس جودة الخدمات الصحية، والتي يمكن من خلالها قياس جودة الخدمة الصحية للمريض، ويبدأ هذا المدخل من الفرضية القائمة على أن جودة الخدمة تتحدد بصورة قاطعة في الفرق بين التوقعات الخاصة بالمريض، وإدراكه للخدمة المقدّمة. معايير قياس الجودة وفق هذا المدخل تنحصر في بعض الأبعاد الرئيسية التالية:

- المعولية: أي أن الزبون يعتمد ويعوّل على الأداء الذي يتوقعه؛
- الاستجابة: أي جدية العاملين في تقديم الخدمات وعلى جميع المستويات؛
- الجدارة: أي اقتناء الأجهزة والمعدّات والمعارف والمهارة في تقديم الخدمة؛
- السهولة: أي سهولة الوصول إلى الخدمة وتحقيقها؛
- الجمالة: وتتضمن في كل أشكال الودّ والاحترام مع الزبون؛
- المصدقية: أي خلق جو من الثقة والأمانة التي تساهم في إضفاء جوّ الارتياح والطمأنينة عند المريض... وغيرها من المعايير الخاصة بقياس الجودة⁽¹⁾ الخاصة بالخدمة أو الأداء مقارنة مع ما ينبغي أن يكون من منظور المريض لأجل مزيد من التحسين في التعامل مع المريض وهو ما يمثل نوع من الاستثمار في الجانب النفسي والاجتماعي⁽²⁾.

تأسيساً على ما تم ذكره يمكن لنا قياس جودة الخدمات من منظور الزبائن (المرضى) وفق عدد الشكاوي ومستوى الفجوات.

- مقياس عدد الشكاوي (Complaints) :

تختلف عملية تحقيق رضا المريض في تسويق الخدمات كثيراً عما هو عليه الحال في تسويق السلع باعتبار أن الجودة المدركة في الخدمة، هي غير الجودة المدركة في السلع الملموسة كما سبق إليه التحليل، وذلك من حذل اختلاف الخصائص التسويقية فيما بينها. ويزداد الأمر أكثر خصوصية أيضاً في ذات المجال من تسويق الخدمات كما هي المسألة في قطاع الخدمات الصحية عن باقي القطاعات الأخرى. ويمتد الأمر أيضاً إلى خصوصية الخدمة المقدمة في القطاع الصحي للمرضى والذين يخلّفون الواحد عن الآخر تبعاً للحالة الصحية، وفي حالة عد الرضا، يتقدم المرضى بجملة من الشكاوي التي وتعتبر مقياساً هاماً يعبر على أن الخدمات المقدمة دون مستوى، أو أنها لا تتناسب مع إدراكهم لها و المستوى الذي يريدون الحصول فعلياً عليه، ويمكن هذا المقياس المؤسسات الخدمية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث مشاكل، وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات لزبائنهم⁽³⁾.

(1) عبد الستار العلمي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الأردن، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ص 300.

(2) حنان الأحمدى، تحسين الجودة، المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض، مركز البحوث - معهد الإدارة العامة، المجلد 40 ،

العدد الثاني، أكتوبر 2000، ص 119.

(3) يسري السيد يوسف، مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مجلة البحوث التجارية، العدد الأول، القاهرة، 2002، ص 401.

- مقياس الفجوة (Servqual Measure) :

ظهر هذا النموذج في الثمانينات من خلال حملة من الدراسات التي قام بها (Zeithmal & berry, Parasuraman) بغية استخدامه في إيجاد الطرق المثلى التي من شأنها الإسهام في تحسين الجودة، كما أن تقييم الجودة حسب نموذج الفجوة يعني تحديد الفجوة بين توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم (للأداء الفعلي لها)، أي معرفة وتحديد مدى التطابق بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة، ويمكن التعبير عنها بالعلاقة التالية⁽¹⁾:

الإدراك - التوقع = السيرفكوال (ServQual)

من خلال العلاقة المبينة أعلاه توصل (Berry) وزملاءه سنة 1985 إلى الاستنتاج بأن المحور الأساسي في تقييم جودة الخدمة وفق هذا النموذج، يتمثل في الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته بشأنها، وأن هذه الفجوة تعتمد على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وتسويقها وتقديمها. إن درجة الرضا المتحققة عن الخدمة المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه المريض من الخدمة فعلاً، وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل اقتنائه للخدمة.

إن درجة الرضا لدى المريض، هو حالة نسبية تختلف من فرد لآخر وتتحدد على ضوء المضامين التي تحوي هذه الخدمة من وجهة نظر المستفيد منها. كما أن الرضا يمكن أن يمثل وفق هذه الحالة تقييم المستهلك للمنتجات أو الخدمات التي يحصل عليها، أما من وجهة نظر المستشفى فإن جوهر الجودة لا ينحصر في حدود المطابقة للخدمة المقدمة مع المواصفات القياسية المحددة مسبقاً، أو تقديمها بأقل ما يمكن من التكاليف. بل امتدت إلى ما يحتاجه المريض وما يتوقع أن يحصل عليه، وبالتالي أصبحت جودة الخدمة الصحية المقدمة بمثابة ميزة نسبية (*Relativity*) (*advantage*) على المستشفى أن يوظفها لتعزيز مكانته في السوق الصحي.

إن عدم إدراك هذه الميزة يعني وجود فجوة (Gap) بين المستشفى والمريض عبر الخدمة الصحية المقدمة. وفي دراسة لصياغة نموذج (الخدمة - الجودة) ⁽²⁾ قدمه كل من (Parasuraman, Zeithaml, Berry)، إذ يعتمد بناء هذا النموذج على تحديد الخطوات التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تحليل وتخطيط جودة الخدمة، وقد حدد نموذج الفجوة، الفجوات التي تسبب عدم النجاح في تقديم الجودة المطلوبة، وتتمثل في خمس فجوات يمكن التطرق إليها بالترتيب حسب النقاط التالية:

⁽¹⁾ ناجي معلا ، قياس جودة الخدمات المصرفية ، مجلة العلوم الإدارية، المجلد 25 ، عدد 02 ، جوان 1998 .

⁽²⁾ Parasuraman, V. A. Zeithaml, and L. L. Berry, ServQual: A multiple-item scale for measuring consumer perception of service Quality, Journal of Retailing Spring, 1988, P. 12.

1.2 نموذج الفجوة في قياس جودة الخدمة: *(The Gaps model in measurement service Quality)*

إن المحور الأساسي في قياس جودة الخدمة عند (Parasuraman, Zeithaml, Berry)، هو الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته حول جودة الخدمة، ولكن الفرق يعتمد على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة و تسويقها و تقديمها⁽¹⁾.

فإضافة إلى فجوة التوقعات الخاصة بالعملاء هناك خمسة فجوات أخرى:

الفجوة الأولى: بين توقعات المريض وإدراك الإدارة لهذه التوقعات

Between Patient expectation and management perception of those expectation

تنتج عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين إدراك إدارة المستشفى لتوقعات المرضى، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبات المرضى المتوقعة، إذ ربما تفكر إدارة المستشفى بأن المريض يرغب في الحصول على طعام أفضل، غير أن الأمر قد يكون بشكل آخر، أي أن المرضى يكونون بصدد البحث على عناية أفضل من قبل الممرضات على سبيل المثال.

الفجوة الثانية: بين إدراك الإدارة لتوقعات المرضى ومواصفات جودة الخدمة

Between management perceptions of patients' expectation, and service Quality specification.

وتنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل وبين إدراك الإدارة لتوقعات المرضى، أي بمعنى أنه حتى لو كانت حاجات المرضى المتوقعة ورغباتهم معروفة لدى الإدارة فإنه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بالموارد المالية، وأحياناً تكون هذه الإدارة عاجزة تماماً على تبني فلسفة الجودة.

الفجوة الثالثة: بين مواصفات جودة الخدمة وتسليم الخدمة

Between Service Quality Specifications and Service delivery.

تظهر لكون مواصفات الخدمة المقدمة بالفعل لا تتطابق مع ما تدركه الإدارة بخصوص هذه المواصفات، وقد يرجع ذلك إلى تدني مستوى مهارة القائمين على أداء الخدمة والذي يعزى إلى ضعف القدرة والرغبة لدى هؤلاء العاملين.

فمن المحتمل أن يكون الأفراد القائمين على خدمة المريض غير مؤهلين بما فيه الكفاية حتى يتمكنوا من التكفل الصحيح بالمرضى، أو أنهم غير مدربين بصورة صحيحة، أو غير قادرين، أو حتى غير راغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة. كما هو مثلاً في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كافٍ، ومن ثم إنجاز الخدمة بسرعة.

⁽¹⁾ Kotler, Philip, *Marketing Management*, 8th edition, Prentice – Hall International Inc, 1997, P. 345.

الفجوة الرابعة: بين تسليم الخدمة والاتصالات الخارجية للمرضى

Between Service delivery and external communications to patient's delivery.

وتنتج عن الخلل في مصداقية منظمة الخدمة، بمعنى أن الوعود التي تقدمها المنظمة حول مستوى الخدمة خلال عملية الاتصال بالمرضى، تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة ومواصفاتها الفعلية. تتمثل هذه الفجوة بالاختلاف والتباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقاً وعبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المستشفى والمرضى، كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المستشفى في حصوله على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة، غير أنه وبمجرد وصوله للمستشفى يجد العكس من ذلك.

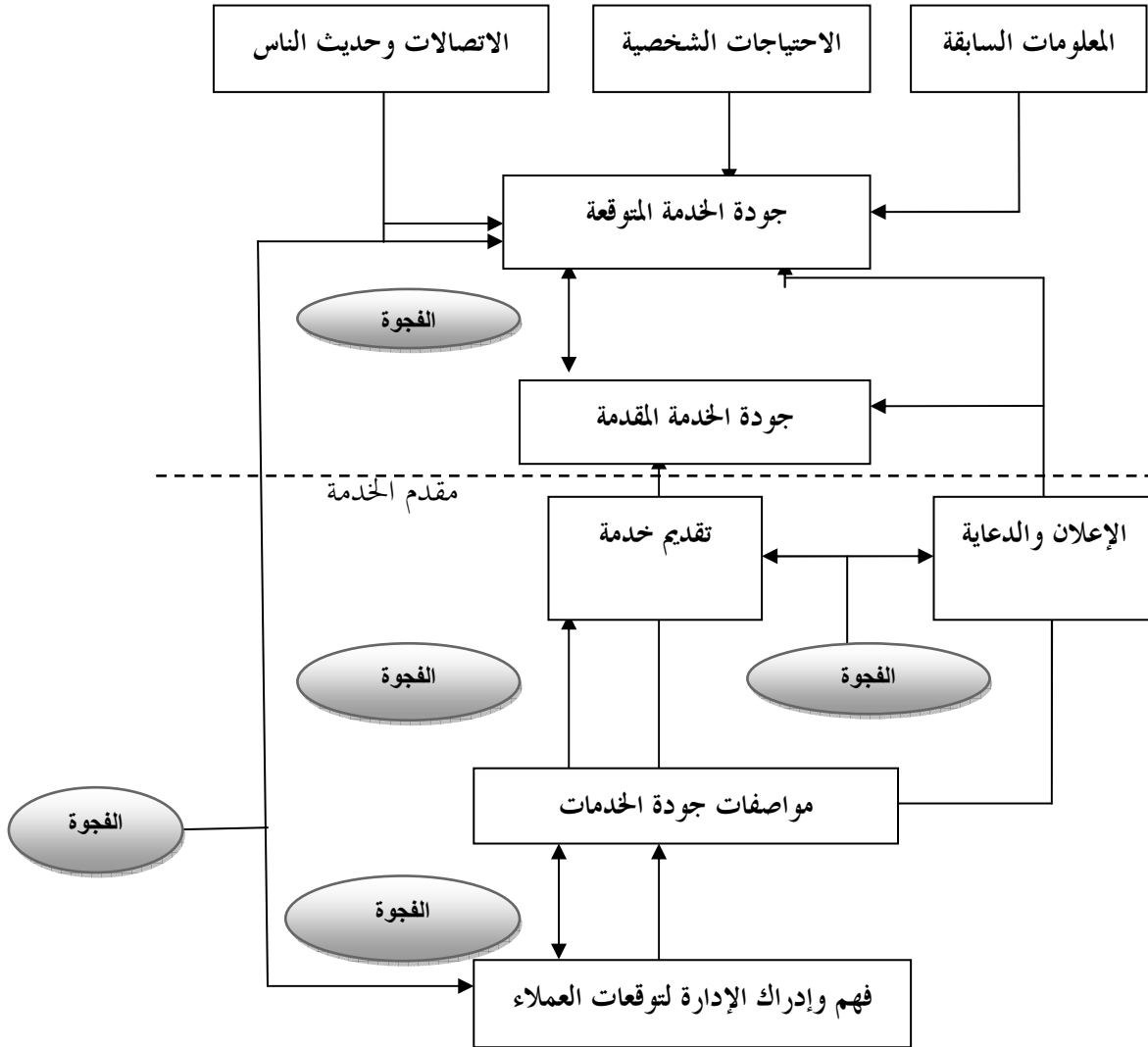
الفجوة الخامسة: بين توقعات المريض (الخدمة المتوقعة) والخدمة المدركة الفعلية.

(Between patient expectations and perceived Service).

تمثل الإدراك (الفعلي/التوقعات) حيث أن جودة الخدمة هي إحدى العوامل التي تعادل أو تفوق توقعات المريض، فالتقويم الشخصي لجودة الخدمة على أنها عالية أو منخفضة يعتمد على كيفية إدراك المريض للأداء الفعلي للخدمة في سياق ما يمكن أن يتوقعوه، وهذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة. وهذه الفجوة الأخيرة هي الوحيدة التي يتلمسها المريض على أساس كون الفجوات الأخرى تحدث داخل المستشفى كجزء من تصميم وصياغة الجودة للخدمة الصحية المقدمة . إلا أنها جميعاً تسهم في إظهار الفجوة.

لقد حظيت كل من الفجوة الأولى والخامسة باهتمام الباحثين والمهتمين بقياس جودة الخدمة، حيث تم تطبيقها على الكثير من الخدمات مثل الخدمة المصرفية، النقل الجوي، التعليم، الخدمات السريعة، الخدمة الصحية، الخدمة الهندسية الاستشارية، خدمة التنظيف، إلى جانب مراكز المعلومات. والشكل البياني أدناه يوضح هذه الفجوات.

الشكل رقم (1-3) يبين نموذج الفجوة بين الخدمة الفعلية والخدمة المتوقعة



المصدر: Zeithaml A. et all, **Delivering Quality Service Balancing Customer Perception and Expectations**. New York : The Free Paris, 1990, P.46.

الفجوة = الخدمة المتوقعة - الخدمة الفعلية.

ووفقا لهذا النموذج نلخص ما سبق كما يلي :

الفجوة (1): وتمثل الاختلاف بين توقعات العملاء، وإدراك هذه التوقعات.

الفجوة (2): عبارة عن فجوة بين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء، ومواصفات الخدمة التي تم تصميمها وفقا لذلك.

الفجوة (3): عبارة عن الفجوة بين مواصفات الخدمة، وبين الخدمة المقدمة فعلا.

الفجوة (4): عبارة عن الفجوة بين الخدمة المقدمة، وبين ما وعدت به الإدارة إعلاميا، أو من خلال إعلاناتها.

الفجوة (5): عبارة عن الاختلافات أو الانحراف في جودة الخدمة المقدمة للعميل عن الخدمة المتوقعة.

2.2 قياس جودة الخدمة الصحية: Measurement the Health service Quality

فضلا عن ما سبق، تشير الدراسات إلى أن هناك أسلوبين لقياس جودة الخدمة الصحية (1):

الأسلوب الأول: يعود هذا النهج أو الأسلوب إلى **Parasuraman et Al** (2) وهو الذي يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة (مدى التطابق) بين هذه التوقعات والإدراك، ويتم ذلك باستخدام الأبعاد العشرة الممثلة لمظاهر جودة الخدمة:

- الفورية (Access): أو سهولة الوصول إلى الخدمة في الموقع والوقت المناسبين دون الحاجة إلى الانتظار طويلا،

- الاتصالات (Communication): أو دقة وصف الخدمة باللغة التي يفهمها العميل؛

- المقدرة (Compétence): امتلاك العاملين للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة؛

- المصداقية/ الثقة (Credibility): حيث ينظر العاملون في المنظمة إلى العميل بوصفه جدير بالثقة؛

- الاعتمادية (Reliability): حيث تقدم الخدمة للعميل بدقه يمكنه الاعتماد عليها؛

- الاستجابة (Responsivités): حيث يستجيب العاملون بسرعة وبشكل فعال لطلبات المرضى ومشاكلهم؛

- التجسيد (Tangibles): ويركز هذا العنصر على الجانب الملموس من الخدمة، كالأجهزة والأدوات التي تستخدم في تأديتها؛

- الأمان (Security): بمعنى أن تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة والشك؛

- المجاملة (Courtesy): بمعنى التعامل مع العميل بصدقه واحترام وتقدير؛

- فهم ومعرفة العميل (Understanding / Knowing): هي أن يبذل العاملون جهدا لتفهم احتياجات العميل ومنحهم اهتماما شخيصيا.

وفي دراسة لاحقه تمكن " Parasuraman " من دمج هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد فقط، هي

النواحي المادية الملموسة في الخدمة، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد(الثقة)، التعاطف، كما احتوت هذه الأبعاد على إثني وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد(3).

(1) Cronin, J., and Taylor, S., **Measuring service Quality . A Re-examination and Extension**, Journal of marketing, Vol. 56, No. 4,1992, P. 55.

(2) Parasuraman,A. Zeithaml,V. A. and Berry, L. L., **A Conceptual model of service Quality and its implications for future Research**, Journal of marketing 49, (Fall),1985 P. 41-50.

(3)Edris, Thabet A. and Mona R. Al Ghais, **Education service Quality as perceived by Kuwaiti consumer: An application of the servperf scale**, middle East Business Review, University of London, Vol. I, No. I, 1996 P. 26.

من الملاحظ أن هذه الأبعاد الخمسة من وجهة نظر الباحثين، هي أبعاد عامه يعتمد عليها العميل في قياس جودة الخدمة بغض النظر عن طبيعة الخدمة، وأطلق هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة اسم مقياس الفجوة، وهذه الفجوات تحدث كلما حدث اختلاف بين توقعات العميل وبين ادراك الإدارة لهذه التوقعات⁽¹⁾.

أما الأسلوب الثاني لقياس جودة الخدمة فيسمى مقياس الأداء الفعلي (ServPerf) ويعتبر هذا الأسلوب معدلا عن الأسلوب الأول، ويستند إلى التقييم المباشر للأساليب والعمليات المصاحبة لأداء الخدمة، بمعنى أنه يعتمد على قياس أداء الخدمة⁽²⁾، باعتبارها شكلا من أشكال الاتجاهات نحو الأداء الفعلي للجودة والمتمثلة بالأبعاد الخمسة المحددة في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة (التوكيد)، التعاطف، كما تتضمن هذه الأبعاد على 22 عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لهذه الأبعاد⁽³⁾.

أسلوب " السير فكوال " (ServQual):

إن أكبر سبب وراء عدم قيام المنظمة بإرضاء العميل بصورة متميزة هو أنه ليس لديها معلومات كافية عن متى يقومون بإرضاء بصورة متميزة هو انه ليس لديها معلومات كافية عن متى يقومون بإرضاء العميل، ومتى يعجزون عن ذلك ويمكن العلاج في المعلومات المرتدة. وبالتالي فإنه لا يكفي مجرد إيمان المنظمة بأهمية تقديم خدمة ذات جودة متميزة وإنما يتطلب سعي الإدارة إلى:

- قياس ومعرفة توقعات العملاء عن الخدمة المطلوبة؛

- دراسة شكاوي ومقترحات العملاء؛

- دراسة أسباب تدني الخدمة عن مستوى توقع العميل؛

- اتخاذ الأساليب المناسبة لتطوير جودة الخدمة.

وأسلوب " السير فكوال " (ServQual) هو أداة و وسيلة لقياس الفرق بين توقعات العملاء عن الخدمة والأداء الفعلي ، ولقد صمم النموذج من افتراض مؤداه أن مستوى جودة الخدمة التي يحصل عليها العميل، يمكن تحديدها من خلال الفجوة بين توقعاتهم عن جودة الخدمة وبين جودة الخدمة التي تم الحصول عليها فعلا، وكذلك قياس أهمية كل بعد من الأبعاد المكونة لجودة الخدمة.

⁽¹⁾ Peter Smith, Total Quality Management International Concepts and Arab Applications, 6 th Conference on Training and management, Cairo, 1993 P. 22.

⁽²⁾ Cauchick Miguel, P. A. and Salomi, G. E., A review of models for assessing service quality, producao, Vol. 14, No. 1, 2004 .P. 12.

⁽³⁾ Cronin, J., and Taylor, S, Measuring service Quality , A Re-examination and Extension, Journal of marketing, Vol. 56, No. 4, 1992 P. 55.

ولقد استقطب الـ (ServQual) كثيرا من الاهتمام والاستخدام منذ أن تم تصميمه من قبل " زيتاميل " وزملاؤه في عام 1985 (Zeithaml, et al) والتطوير الذي أدخل عليه حتى 1998، وقد بني على خمسة أبعاد تمثل معايير تقييم العميل جودة الخدمة في ضوءها كما سوف نتطرق إليه في المطلب الثالث ضمن هذا الفصل.

مبررات استخدام الـ (ServQual)

تعد أداة (ServQual) حديثة النشأة وتستخدم على نطاق واسع لقياس مستويات تقديم الجمهور للخدمات المقدمة لهم من حيث الجودة، وقد استخدمت هذه الأداة من طرف أداء عدد كبير من الباحثين في المؤسسات الخدمية عموما، كالمستشفيات، والوزارات، وغيرها من القطاعات ذات النفع العام وذلك كون أن الوسائل الأخرى والمستخدمه في قياس جودة الخدمات، سواء تلك الوسائل المباشرة أو غير المباشرة والتي لا تتصف بالشمولية⁽¹⁾.

المطلب الثاني: جودة الخدمات

مهما تعددت التعاريف لمفهوم الجودة، إلا أنها يجب أن تلتقي في أربعة عناصر رئيسية وهي أن :

- 1- الجودة تعني لمعظم الأفراد التفوق (Superlative).
- 2- تعرف الجودة بما لا يختلف عليه اثنان، الموائمة أي المطابقة للاستعمال (Fitness of use). بما يحقق الأمان لمستخدمين عند إنجاز أعمالهم.
- 3- تعرف الجودة بأنها المطابقة مع المتطلبات (Conformity with the requirements) ويتحقق هذا المتبعي إذا أشبع المنتج أو الخدمة كل المتطلبات المحددة من العملاء بموجب المواصفات المعلنة والمحددة. بما يجعل متطلبات النظام تصبح هي متطلبات العميل.
- 4- تهتم الجودة بالتركيز على العميل (Customer Focus) وفي ظل كل هذه المعطيات، تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها⁽²⁾.

أولا. جودة الخدمة الصحية

مما لا شك فيه أن نظام الجودة الخاص بالخدمة الصحية داخل المنظمات الصحية يمثل رؤية ورسالة بالنسبة للمستشفى، بحيث من خلال نشر وترسيخ ثقافة الجودة وإدارة المخاطر يتم إرساء قواعد السلامة العامة بما فيها سلامة المريض وخدمته، سعيا إلى خلق لغة مشتركة هادفة لتحقيق الأفضل، ومن ثم الارتقاء إلى أفضل

⁽¹⁾ Hellriegel, Don and others, , **Management**, 8th ed., south western college publishing Cincinnati, Ohio, 1997 P. 25.

⁽²⁾ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط ، جدول الأعمال المبدئي، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولا سيما في الرعاية الصحية الأولية مسؤولية مشتركة، النظم الصحية والجودة 4 أكتوبر 2000 القاهرة ، جمهورية مصر العربية ، <http://208.48.48.190/rc47/anpa11bo1.htm>.

درجات الأداء الطبي والتمريضي...⁽¹⁾ لا يكون إلا من خلال تبني رؤية إستراتيجية شاملة من جهة، ومن جهة أخرى تحقيق التمييز والتميز في تطبيق معايير الجودة محلياً وعالمياً⁽²⁾.

من أجل كلّ هذا أصبحت جودة الخدمات الطبية تمثل الحدّ الفاصل بين النجاح أو الفشل في عالم اليوم لكل من مقدمي الخدمات والمستفيدين خاصة من زاوية إسهامها في تصميم منتج الخدمة وتسويقه، ولقد ازداد إدراك منظمات الخدمة لأهمية ودور تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في تحقيق الميزة التنافسية، وأصبح العملاء أكثر إدراكاً واهتماماً بالجودة، كما أن لوظيفة التسويق دور هام في تطوير جودة الخدمة، فحاجات و توقعات العملاء تعد عوامل مهمة في تقديم جودة الخدمات والحكم عليها. أما بالنسبة للمستشفيات فان جودة الخدمات الطبية المقدمة لمراجعها تعتبر من أهم العوامل المؤثرة على كفاية الأداء الكلي لهذه المنظمات، ورغم ارتفاع تكلفة الجودة (تحقيق الجودة)، فان تحقيقها بشكل مستمر و الرقابة عليها يضمن نجاح المنظمة الصحية على المدى الطويل⁽³⁾. و إذا كان البعض يرى إن الجودة العالية تحتاج إلى وقت أكثر، تكاليف أكبر، مهارات بشرية متنوعة، مستلزمات طبية أفضل، إدارة فعالة، إلا أن الجودة العالية يمكن أن تؤدي في النهاية إلى تخفيض التكاليف فهذا يمكن حسابه إذا ما شرحنا الخسائر التي تتحملها المستشفيات من جراء أداء اقل جودة⁽⁴⁾.

بين هذا وذاك فان رسالة المستشفى تتلخص في العمل بجهد، وبذل كل الإمكانيات وتسخيرها في سبيل الوصول إلى تحقيق الجودة الشاملة وهذا بحدّ ذاته يمثل هدف استراتيجي، تبرز رؤية ورسالة المستشفى من جانب النشاطات العديدة ونذكر منها:

- تطبيق سياسة الجودة وإدارة المخاطر داخل المستشفى؛
- تقديم أفضل رعاية للمريض؛
- إدارة وتقييم المريض ومتابعة الشكاوى والاقتراحات المقدمة؛
- مراقبة الملفات الطبية ومتابعة استمارات تقييم رضا الموظف؛
- تسجيل وإدارة و متابعة الحوادث بشكل مستمر....⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Palmer, Adrian, **principles of services marketing**, Mc Graw-Hill Book Co., Inc., London, 1994. P.181.

⁽²⁾ نور الدّين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 164.

⁽³⁾ Schermerhorn, John R. J. and others, **Managing organizational behavior**, 5th ed, John Wiley and Sons Inc., New York, 1994, P. 4.

⁽⁴⁾ فريد كورتل، تسويق الخدمات ، مرجع سبق ذكره، ص 362 .

⁽⁵⁾ Yava, Ugur and others, , **Service quality in the banking sector in emerging economy, A consumer Survey, the international journal of bank marketing for the financial services sector**, NCB university press, Vol. 15, No. 6,1997, P. 217.

1. مفهوم جودة الخدمة الصحية : The Health Service Quality Concept

إنه من الصعب جدًا التوصل إلى إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية خاصة وأن هذه الأخيرة تتمتع بخاصية تجعلها غير ملموسة، المسألة التي جعلت من عملية تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية تخضع إلى آراء الأطباء، والمرضى وإدارة المستشفيات، فالكل له نظراته ومفهومه وتعبيره الخاص. مفهوم جودة الخدمة الصحية ، وقد لا يكون لهذه الآراء اتجاهات متماثلة بالضرورة، شأنها في ذلك شأن باقي الخدمات.

نظرا لعدم وجود معايير نظمية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، فإن جودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة كما سبقت إليه الإشارة؛ أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، أما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم، فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية⁽¹⁾.

تأسيسا على ما سبق فإن من جملة التعريفات التي حضي بها مصطلح جودة الخدمات الصحية نذكر:

أ. إن أول تعريف لجودة الرعاية الصحية جاء به كل من **Jones & Lee** عام **1933**: «... تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان...»⁽²⁾.

ب. يرى (**Dominique, V. Turpin, 1995**) بأن الفلسفة اليابانية مبنية على خلق الثروة بـ: « إنتاج منتج خالي من العيوب (**Zero Defects**) أو إنتاج المنتج بطريقة صحيحة من أول مرة»⁽³⁾.

ت. عرف "**Sulek**" سنة **1995** الجودة على أنها: «... تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع...».

ث. يرى (**Berry L., et. al., 1991**) أن الجودة هي: « درجة التطابق مع المواصفات من وجهة نظر المستهلك وليس مع وجهة نظر الإدارة في المنظمة»⁽⁴⁾.

⁽¹⁾A.Jacquerye, **la qualité des soins infirmiers, Implantation, Evaluation, Accréditation** Editions Maloine, 1999, p247.

⁽²⁾ سعيد خالد سعيد، مدى فاعلية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد الثاني، العدد الأول،

1994، ص.13.

⁽³⁾ Dominique, V. Turpin, **Japanese Approaches to Customer Satisfaction some Best practices**, Long Range planning, Vol. 38, p.

⁽⁴⁾ Berry L., et. al , **Perceived Service Quality as a customer , Based Performance Measure, An Empirical Examination of Organizational Barriers using Service Quality model**, Human Resource management Vol. 49, No. 3, 1991, P.65.

ج. أما المنظمة العالمية للصحة فقد اشترطت على أن الجودة هي ما تتماشى مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية.

أشارت المنظمة أيضا على أن الجودة، هي تقديم خدمات صحية أكثر أمانا، وأسهل منالا، وأكثر إقناعا لمقدميها، وأكثر إرضاء للمستفيدين منها، مما تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة.

ح. يعرف " زيتاميل " (Zeithaml, Bitner, 1996) الجودة بأنها: «... تقديم خدمة ممتازة أو متفوقة عن توقعات الزبائن...»⁽¹⁾.

خ. أما المعهد الطبي الأمريكي يعرف الجودة على أنها: «... مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من أجل الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع، ثم ملائمة هذه النتائج مع الإمكانيات والمعرفة الحديثة...»⁽²⁾.

د. أما الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية و المعروفة تحت التسمية المختصرة **JCAH**⁽³⁾ تعرف جودة الرعاية الصحية على أنها: «... الأداء المناسب وفق المعايير، للتدخلات المعروفة بسلامتها والتي يمكن تحمّل نفقاتها من قبل المجتمع المدني المعني ولها تأثير إيجابي على معدلات الوفيات والإعاقة وسوء التغذية مع ضرورة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها⁽⁴⁾ على وجه العموم للممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو أي مشكلة طبية...»⁽⁵⁾.

ذ. يرى "Disney" أن مدلول جودة الخدمة الصحية إنما يشير إلى قدرة المنظمة الخدمية على تحقيق رضاء ولاء العميل من خلال تقديم خدمة متميزة تشبع احتياجاته ورغباته.

ر. بينما يعرفها " Carison " على أنها المستوى الممتاز للخدمات الذي تختاره المؤسسة من أجل تلبية احتياجات عملائها في كل زمان ومكان.

⁽¹⁾ Parasuraman, V. A. Zeithaml, and L. L. Berry, **SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perception of service Quality**, Journal of Retailing 64, Spring, 1988 P. 12.

⁽²⁾ Claude Vilcot et Hervé Lecerlet , **Indicateurs de qualité en santé** , 2^{ème} Edition, AFNOR, 2006, P. 14.

⁽³⁾ **JCAH** : The Joint Commission On Accreditation Of Hospitals .

⁽⁴⁾ حميد الطائي ، بشير العلق ، تسويق الخدمات مدخل إستراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار البازوري ، عمان، ص 243.

⁽⁵⁾ خالد بن السعيد: مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد 1، نوفمبر 1994 ، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، دولة الكويت، ص 12.

ز. أما (Edgren, L., 1991) فيرى أن الرعاية الصحية يجب أن ينظر إليها من زاوية أبعد إذ أهما: «...أكثر من أن تكون مجرد رعاية طبيب وأن أنظمة الرعاية الطبية لا تحتاج أن تعطي اهتماماً بالمعالجة الطبية فقط بل أيضا سلسلة من العوامل العاطفية والمعرفية والاجتماعية...»⁽¹⁾.

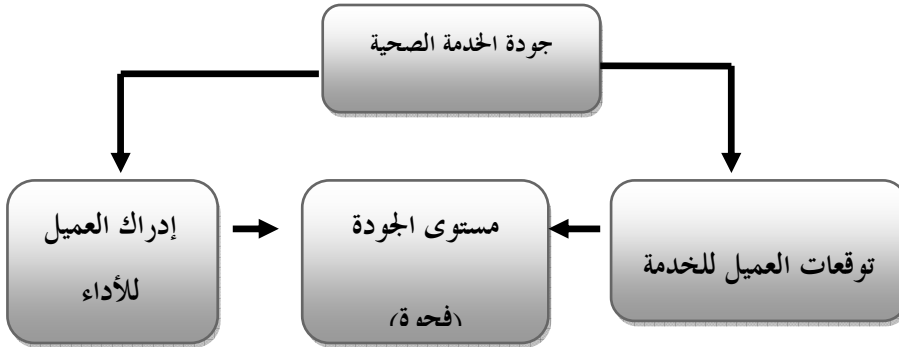
بعد عرض هذه الجوانب أصبح من الممكن أن تعتبر جودة الرعاية الصحية الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات في زيادة الحصيلة الصحية المرغوب فيها ضمن إطار اقتصادي معين موازنة للمخاطر بالفوائد بما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة.

يستنتج من التعريفات السابقة أن جودة الخدمات الصحية هي:

- 1 - معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي مع توقعات العملاء لهيئة الخدمة؛
- 2 - الفرق بين توقعات العملاء للخدمة وإدراكهم للأداء الفعلي لها؛
- 3 - أن المستفيدين يحكمون على جودة الخدمة من خلال مقارنة الخدمة التي يتلقونها فعلا (Actual Service) مع الخدمة التي يتوقعون الحصول عليها (Expected Service)⁽²⁾؛
- 4 - إذا كانت الجودة المدركة تفوق التوقعات، فإن المستفيدين سيكونون راضين عن الخدمة وسعداء بها . أما إذا كان أداء الخدمة أقل من التوقعات، فإن ذلك من شأنه خلق نوع من التذمر عند المستفيدين الذين سيكونون غير راضيين عن الخدمة⁽³⁾.

من السهل أيضا أن نقول أن غالبية التعاريف الحديثة لجودة الخدمات الصحية تصب في معيار درجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المرضى لهذه الخدمة⁽⁴⁾، وذلك على النحو الذي يعرضه الشكل التالي:

الشكل البياني رقم (2.3) يشير إلى جودة الخدمة الصحية



المصدر: عوض بدير الحدّاد، " تسويق الخدمات المصرفية"، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999، ص337.

⁽¹⁾Edgren, L. **Service management**, Sweden, Lund University Press, 1991, P. 16.

⁽²⁾Kotler, Philip, and N. Clarke Roberta, **Marketing for Health Care Organizations**, New Jersey, Prentice Hall, 1987. P. 71.

⁽³⁾ حميد الطائي، بشرى العلاق، تسويق الخدمات مدخل إستراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار اليازوري، 2009، عمان، ص247.

⁽⁴⁾ عوض بدير الحدّاد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999، ص337.

استناداً للشكل البسيط الموضح أعلاه يمكننا وضع ثلاث مستويات:

- الخدمة العادية: هي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتساوى إدراك المريض لأداء الخدمة مع توقعاته؛
 - الخدمة الرديئة: هي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي عن المستوى المتوقع من قبل المريض؛
 - الخدمة الممتازة: وتتحقق عندما يفوق الأداء الفعلي توقعات المريض بالنسبة لمستوى الخدمة.
- تأسيساً على ما سبق من مختلف التعريفات المقدمة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها، وبالتالي يمكننا القول أن جودة الرعاية الصحية من منظور إدارة الجودة الشاملة يتمثل في جودة الرعاية الفنية المقدمة للمريض، أي بمعنى الجانب التقني بكل ما يحمله من معارف ومهارات من شأنها الإسهام في تقديم العلاج سواء من أطباء وممرضين ومشغلي الأشعة والتحليل وغيرها مع الحرص على أن لا يتعرض المريض لأي خطر محتمل سواء تعلقت المسألة بالعدوى الاستشفائية أو غيرها...

أما من منظور الإدارة فإن جودة الخدمات الصحية تتعلق بكيفية الاستخدام الأمثل للموارد المتوفرة المزروجة بالقدرة الفائقة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة الكفيلة بتقديم خدمة متميزة وبالتالي الإسهام في خلق ميزة تنافسية⁽¹⁾، وهذا ما يمثل ضماناً منسجماً ومتكاملاً لأهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكلفة المرغوبة والمقبولة⁽²⁾، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي، ويتطلب كفاءة على المستوى الفني وكفاءة على المستوى الشخصي، ويتطلب تنظيمياً إدارياً داخلياً جيداً وكذا تنظيمياً إدارياً واضحاً في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام، فعندما يرتبط النظام على سبيل المثال بجهات مالية أخرى تؤثر على كمية الموارد المتوفرة، فإن إدارة النظام الصحي تصبح مسؤولة عن تطوير المبررات والحجج المهنية والموضوعية والاجتماعية التي تتيح لها المطالبة بمزيد من الموارد، وبشكل أدق يتطلب البحث عن الموارد اللازمة تطوير العلاقات العامة للمؤسسة والقطاع الصحي، بما في ذلك العلاقات الشخصية للقيادة الصحية للبحث عن مزيد من الموارد وللتعامل والإقناع للجهات المعنية بتوفير تلك الموارد، وتبرز الحاجة إلى العلاقات الاجتماعية والشخصية بشكل أكبر في المجتمعات ذات التنظيمات الإدارية والبيروقراطية والسياسية المعقدة والغامضة، والنظام الصحي بصفة عامة نظام معقد يتطلب الكثير من الجهد في

(1) فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار إتراء للنشر والطباعة، الطبعة الأولى، 2008، عمان الأردن، ص 29، 30.

(2) مريزق محمد عدمان، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2011 ص 51-75.

(3) محمد الطعمنة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 12، العدد 1، منشورات جامعة

اليرموك، اربد، الأردن.

الارتقاء بالجودة الإدارية⁽¹⁾.

ومع هذا فمن المهم جدًا عدم إهمال جودة العلاقات الإنسانية كما سبقت إليه الإشارة، خاصة فيما بين الطاقم العلاجي والمريض ومرافقيه، مع السعي الحثيث إلى تحقيق موازين العدالة في تقديم الخدمات وفعالية الأطراف المشتركة في العملية العلاجية وسهولة الحصول على الخدمة الصحية، دون إهمال التوازن في تخصيص الموارد والإمكانيات المتوفرة⁽²⁾.

مع كل هذا التحليل، نقول أنه من غير الممكن الحديث عن جودة الخدمات الصحية دون الأخذ بعين الاعتبار وجهة النظر السياسية أو وجهة نظر القيادة والإدارة العليا بالدولة، وغالبًا ما ينطلق القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي⁽³⁾، وحين تضع القيادة العليا ثقتها في القيادة الصحية أو التنفيذية فإنها تضع لها هدفًا لا يخرج في الغالب عن إطار تحقيق الرضا للمواطن بتقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة له، وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور الطبيعي للنظام الصحي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه الاقتصادية والتقنية والاجتماعية والبيئية والسياسية.. الخ.

بشكل مختصر، وعلى ضوء ما تقدم، من غير الممكن الخوض في جودة الخدمات دون الاهتمام بجودة المظهر الخارجي للمستشفى من بنايات وهياكل ومرافق ونظافة وتغذية وغيرها، لذلك أصبح لزامًا أن تتميز برامج جودة الخدمة الصحية بتوفير آلية للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى، يطابق ما سبق تحديده من معايير، وأن البرامج المخصصة لذلك قد أعدت و صممت خصيصًا لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية.

وعليه فإن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة السياسات والإجراءات المصممة بغية تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها على نحو نظامي وموضوعي بشكل يساهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية مع السعي المستمر نحو تحسين خدمات الرعاية الصحية بما يلي احتياجات المرضى وغيرهم⁽⁴⁾.

(1) آلاء حسيب الجليلي و أكرم أحمد الطويل ، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص2.

(2) Claude Vilcot et Hervé Leceret, **Indicateurs de la qualité en santé**, 2ème Edition, AFNOR, 2006,p14.

(3) إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث الجزائر، 2011، ص307،308.

(4) تامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره، ص202.

من خلال جملة هذه التعريف والمفاهيم الخاصة بجودة الرعاية الصحية من منظور إدارة الجودة الشاملة نستنتج أبعاد جودة الخدمات والرعاية الصحية وأهميتها كما يلي:

- أهمية الجودة في الخدمة الصحية: (The Quality Importance in Health Service)

هناك عدد من المؤشرات الرئيسة التي يمكن من خلالها الاستدلال على الأهمية التي تحظى بها الجودة في الخدمات عامة وفي قطاع الصحة خاصة، ومن أبرز هذه المؤشرات ما يلي:

أولاً: ارتباط الخدمة و إلى حد بعيد بالجودة حتى أصبح من الضروري بل و من الحتمي اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والجودة⁽¹⁾.

- وكما سنخرج عليه بالتفصيل خلال هذا الفصل والفصل التطبيقي، فإن هذه المسألة قادت كل من (Parasuraman, Zeithaml and Berry) إلى اعتماد مقياس أطلق عليه تسمية (ServQual) وهو عبارة عن سلسلة - كما أسلفنا الذكر - من المقاييس المتكاملة والمتراصة لمعرفة رأي المستهلك بما يتوقعه من أداء في الخدمة المقدمة له وفق عدد من الخصائص⁽²⁾.

وبعبارة أخرى أن هذا المقياس المتعدد الأبعاد يقوم على أساس معرفة الفجوة بين ما يدركه المستهلك من الخدمة وما يتوقعه، وبالتالي فإنه لا يمكن تحليل مستوي الخدمة الصحية دون اختبار الجودة فيها.

ثانياً: أصبح للجودة أبعاداً رئيسة يتم اعتمادها كأساس في القياس والتأثير لتأشير مستوى الجودة. وتتمثل هذه الأبعاد في الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد (الثقة)، التعاطف، الملموسية، كما سبق وأن تطرقنا إليه⁽³⁾.

ثالثاً: تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشر مهم في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة له من قبل المستشفى أو أية منظمة صحة أخرى. كما تؤشر مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض من تلك الخدمة.

رابعاً: الجودة في الخدمة الصحية تخضع للتحسن المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى، هادفة إلى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء.

المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمة الصحية

أولاً: أبعاد جودة الخدمات الصحية

من الصعوبات الكبيرة التي تواجه المرضى هو العسر في تقييم الخدمة عكس ما هو عليه الأمر بالنسبة

⁽¹⁾ France, K. R. and Grover, R, **What is the Health Care Product ?**, Journal of Health Care marketing, Vol. 12, No. 2, 1992 P. 8.

⁽²⁾ Parasuraman, V. A. Zeithaml, and L. L. Berry , **SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perception of service Quality**, Journal of Retailing 64, spring, P. 12.

⁽³⁾ Kotler, Philip, **Marketing Management**, 8th éd , Prentice – Hall International Inc, 1997 P. 345.

للسلع المادية، ومع ذلك فإن الخدمات ومنها الصحية تمتلك بدلا من ذلك مواصفات نوعية تجريبية تعتمد على التجربة والخبرة كالرضا والسعادة أو السرور والحزن... وغيرها من الصفات التي يمكن تقسيمها فقط، ومن خلال الشراء أو الاستهلاك للخدمة الصحية، كما في تداوي وتضميد الجروح، تجبير كسور العظام... الخ. إن الأمر يتسع لما هو أبعد من ذلك في الخدمات الصحية عندما ترتبط أو تعتمد المواصفات النوعية على الثقة والمصدقية، فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها كما هو حاصل في التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة والمستندة على الكمبيوتر. وعلى الرغم من كل ذلك فإن المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية على مستوى أو درجة جودتها، معتمدين في ذلك على خمسة أبعاد:

- أ- الاستجابة (Responsivités): وهي تعني قدرة مقدم الخدمة ومدى سرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم، فهي تعكس الرغبة بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة بالسرعة المرغوب فيها في وقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج⁽¹⁾، كما أن الاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم.
- فالاستجابة في مجال الخدمة الصحية تشمل المتغيرات الآتية: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي... الخ.
- على ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليهم، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع الاستفسارات والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند الحاجة لها⁽²⁾.
- ب- الاعتمادية (Reliability): وتعني القدرة على إنجاز وبدقة الخدمة مثلما تم تحديدها وتقدمها، بالشكل الصحيح ومن المرة الأولى يشير هذا البعد إلى قدرة مقدم الخدمة في صفة الطبيب على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ولفهم بعد الاعتمادية فلا بدّ من التركيز على أربعة عناصر هامة هي: الأداء، ظروف الاستعمال، المدة الزمنية المحددة والتعبير عن القياس بالاحتمال وتشمل المعولية" عملها

⁽¹⁾ Ph. Kotler et B. Dubois. **Marketing management**. 9eme édition. Public union, Paris. 1994, P.478

⁽²⁾ سمير محمد عبد العزيز، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والايزو 9000. مكتبة الإشعاع، الإسكندرية، 2000، ص 59.

صحيحة من المرة الأولى " وهي أحد مكونات الخدمة الأكثر أهمية للعملاء، كما تتسم أيضا بتوفير الخدمات الموعد بها في الوقت المحدد، والاحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء، لذلك فإن الميل إلى الخدمات المبالغ في وعودها، وقيادة العملاء إلى توقعات غير واقعية لا تتسبب إلا في نفاذ صبر هؤلاء وفقدان ثقة المستفيد من الخدمة الصحية أي المريض الذي يتطلع إلى إشباع طلباته من خلال عامل الوقت والانجاز والوفاء بالالتزامات. - يمثل هذا البعد 30 % كأهمية نسبية⁽¹⁾.

ج- الضمان (Assurance): يطلق عليه أيضا تسمية التأكيد، ويقصد بها السمات التي يتصف بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة. يمثل هذا البعد 19 % كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى. في الدراسة التي أجراها " كوتلر " (Kotler) كما سنرى ذلك فيما بعد.

من معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد نذكر ما يلي : سمعة ومكانة المستشفى، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء إضافة إلى الصفات الشخصية للعاملين فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي، وهذا ما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة⁽²⁾.

د- الملموسية (Tangibles) : يشير هذا البعد إلى التسهيلات المادية التي تزيد من إقبال المستفيدين من مرضى وغيرهم، وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية. تشمل الشكل الخارجي للمبنى فضلاً عن وسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، المظهر المادي للمرافق الصحية ونظافتها، الإتقان المستخدم، حداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية، المخبرية والأشعة والتمريضية... وغيرها)، نظافة العاملين، الهدام اللائق، مظهر الأثاث والديكور، جاذبية المستشفى، التصميم والتنظيم الداخلي لها⁽³⁾.

كما يشير هذا البعد إلى مظهر التسهيلات، المعدات المادية والبشرية، مواد ومعدات الاتصال، ناهيك عن التسهيلات الداخلية، التجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، الترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، مواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة...، وغير ذلك. أوضح الأستاذ " ثامر ياسر البكري " بأن بعد الملموسية يمثل 11% كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى، ومن معايير التقييم لهذا البعد حسب ذكره: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة. فضلاً عن النظافة، التسهيلات الصحية، استعمال الأدوات النظيفة، وأخيراً الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى⁽⁴⁾.

(1) آلاء حسيب الجليلي و أكرم أحمد الطويل ، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مرجع سابق ص 17.

(2) حاي كندا مبولي، كوني موك ، بيغير لي سباركس ، إدارة الجودة الشاملة في الضيافة والسياحة ووقت الفراغ، ترجمة: دم.سرور علي إبراهيم سرور. دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية ، 2002، ص99 .

(3) آلاء حسيب الجليلي، أكرم أحمد الطويل، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص10.

(4) ثامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص212.

هـ- **التعاطف (Empathy):** أي بذل كافة الجهود بأقصى عناية لإشعار المرضى بذلك، ويشير بعد التعاطف إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها، كما يقصد به وجود الثقة والاحترام، اللباقة، اللطف والسرية، التفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلا عن أن التعاطف، يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية، والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله، والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية. يشمل هذا البعد جملة من الخصائص تتمحور حول مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، الاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد.

ويرى " البكري " هذا البعد ممثلا بما يقدر بـ 16% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى. من معايير التقييم لهذا البعد، الاهتمام الشخصي بالمريض، والإصغاء الكامل لشكواه بما فيه تلبية حاجياته بروح من الود واللطف.

يظهر الجدول التالي مستوى الأبعاد ونسبة الأهمية المثوية لدى الأطباء المقيمين وأطباء الاختصاص مقارنة بالدراسة التي أجراها " كولتر " .

الجدول رقم (1.3) يوضح مقارنة الأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية.

الأهمية النسبية لدى الأطباء المقيمين (%)	الأهمية النسبية لدى أطباء الاختصاص (%)	الأهمية النسبية حسب مقياس Kotler (%)	البعد	
21	20	32	الاعتمادية	1
19	19	22	الاستجابة	2
21	22	19	الضمان	3
19	20	11	الملموسية	4
20	19	16	التعاطف	5

المصدر: تامر ياسر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص 214.

يتبين من خلال الجدول البياني أعلاه أن هناك تقارب شديد في الأهمية النسبية التي تم الإشارة إليها لدى الأطباء المقيمين وأطباء الاختصاص، كما أن الفروق بسيطة إلى حد كبير، مما يدل على تقارب الاتصال بين الأطباء والمرضى. كما أن الأهمية النسبية لأطباء الاختصاص والمقيمين مع المقياس المعياري المعتمد والمتمثل بمقياس (kotler) تتماثل باستثناء واضح لبعد الاعتمادية والى حد ما بعد الملموسية.

والجدول الموالي يظهر الأبعاد الخمسة التي ركزت عليها الدراسة وما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد عند التطبيق في مجال تقديم الخدمات الصحية بالمؤسسة.

الجدول رقم (2.3)⁽¹⁾: يتضمن أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
	ثقة عالية لدى المرضى بأن حياتهم بين أيدي أمينة.	الاعتمادية
	دقة السجلات المعتمدة في إدارة المؤسسة الصحية المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.	
– وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة.	– تقديم خدمات علاجية فورية استجابة سريعة لنداءات الطوارئ الخارجية.	الاستجابة
– غرف العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات.	– العمل على مدار ساعات اليوم.	
– المعاملة الحسنة للمرضى.	– سمعة ومكانة المؤسسة الصحية عالية.	التأكيد
– تدريب مهارات عالية من الأداء.	– المعرفة، المهارة المتميزة للأطباء وشبه الطبيين.	
	– تميز العاملين بدرجة عالية من الإنسانية.	
– الممرضة بمخاطبة الأم الحنون.	– اهتمام شخصي بالمرضى.	المجاملة
– النظر للمريض بأنه دائماً على حق.	– الإصغاء الكامل للشكوى.	
	– تلبية الحاجات بلطف وود.	
– نظافة الغرف وأماكن العلاج.	– الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج.	الملموسية
– نوعية الطعام جيدة.	– المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة.	
	– أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.	

المصدر: بديسي فهيمة، زيوش بلال، جودة الخدمات الصحية، نقلاً عن ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره.

ثانياً: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية (The Effective elements in Health services Quality)

تتأثر جودة الخدمات بمجموعة من العوامل التي من شأنها التأثير وبدرجات متفاوتة في إنتاجية الخدمات الصحية، ومن هذه العوامل نتعرض بالشرح والتحليل لما يلي:

1- تحليل توقعات الزبون (المريض): (Analysis of customer Expectation)

إن منتج الخدمات الصحية سواء كان منظمات صحية أو مستشفيات أو أي مرفق مطالب بفهم توقعات الزبائن (المرضى) عند تصميم الخدمة الصحية، ويكون جديراً إذ كان هذا التصميم يفوق التوقع ذلك أنه الطريقة المثلى في تحقيق جودة عالية بحيث يتمكن على إثرها وقياساً عليها من تلبية رغبتهم أو على الأقل

(1) بديسي فهيمة، زيوش بلال، جودة الخدمات الصحية: الخصائص الأبعاد والمؤشرات، مداخلة للأستاذين بقسم علوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، ص 10،9. نقلاً عن ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره.

تكون مقبولة لديه على اعتبار أن المستفيد أي المريض له القدرة على التمييز بين المستويات المختلفة للخدمة المقدمة⁽¹⁾:

أ. الجودة المتوقعة: (The Expected Quality)

تتمثل في ذلك المستوى من الجودة التي يرى المريض ضرورة توفرها في الخدمة المفروض أن تقدم له، علماً بأن هذا المستوى يصعب تحديده وبالتالي تحقيقه في أغلب الأحيان بسبب اختلافه من شخص إلى آخر، أو من مريض إلى آخر وذلك تبعاً لعدة عوامل منها طبيعة المرض، الظروف النفسية، الحاجات العلاجية فضلاً عن اختلاف الخدمات التي يتوقع المرضى الحصول عليها من مؤسسة إلى أخرى ومن نظام إلى آخر.

ب. الجودة المدركة: (The Precipitation Quality)

وتتمثل في ذلك المستوى من جودة الخدمة التي تقدمها المؤسسة الصحية وتراها ضرورية ومناسبة للحالة موضوع العلاج. ويختلف مستوى هذه الجودة تبعاً لطبيعة المؤسسة الصحية وكذلك تبعاً لإستراتيجيتها والإمكانات والقدرات المادية والبشرية التي تمتلكها.

ج. الجودة المعيارية (The Standard Quality): وتعني ذلك المستوى من جودة الخدمة الذي يتوافق والمواصفات المحددة للخدمة وذلك على المستوى المحلي أو الدولي، وعليه فهي تمثل درجة إدراك والتزام القائمين على المؤسسة الصحية بهذه المقاييس.

د. الجودة المحققة: تمثل ذلك المستوى من جودة الخدمة الذي اعتادت المؤسسة الصحية تقديمه للمرضى.

2- تحديد جودة الخدمة الصحية للزبون (المريض): (Services Quality Specification)

بعد مرحلة فهم حاجيات ومتطلبات المرضى، تأتي مرحلة العمل على تلبية ذلك من خلال تحديد وتوصيف الخدمة بغية ضمان تحقيق مستوى جودة مرغوب ومطلوب والذي يصبح فيما بعد أحد الأهداف الأساسية للمؤسسة الصحية.

يرتكز بلوغ هذا الهدف على كفاءة وفعالية المورد البشري وكذا فعالية وصلاحية المعدات والتجهيزات الطبية المستعملة. غير أن بلوغ جودة الخدمة المقدمة وتوفير الإمكانيات البشرية والمادية الضرورية يتطلب توفر شروط التزام الإدارة .

هذه الأخيرة يجب أن تكون أول المعنيين والفاعلين من خلال عمليات الإقناع، التحفيز، تذليل العقبات والعراقيل التي تعيق مسار جودة الخدمة الصحية.

⁽¹⁾ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان، مرجع سبق ذكره، ص217.

3- أداء العاملين: (Employee Performance)

عندما تضع إدارة المستشفى المعايير النوعية للخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الإطار الطبي وشبه الطبي في المستشفى، فإنها بالمقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للمستخدمين الطبيين والمرضى وأعوان الخدمات المتصل بالمرضى بأن أداءهم سيكون بالمستوى المناسب والمطلوب. لا شك بأن نظام التقييم للرواتب والحوافز الذي يستخدم في المستشفى، يلعب هو الآخر دورا كبيرا في أداء المستخدمين، كذلك الأمر بالنسبة للعمل بروح الفريق الواحد، الجهد المبذول تجاه المرضى، اللطف والأدب واللباقة في الرد على استفسارات المرضى، الاستجابة السريعة لطلبات المرضى وتنفيذها... لها أثر مضاعف في تحديد مستوى التقييم والحوافز الممنوحة للعاملين بدون أن تخضع لاجتهادات شخصية⁽¹⁾.

في هذا الشأن، تشير إحدى الدراسات إلى أن الأطباء بمؤسسة أمريكية يحصلون على إيرادات إضافية تناهز 30% من الحوافز السنوية اعتمادا على مستوى رضا المرضى عنهم⁽²⁾.

4- إدارة توقعات الخدمة: (Management Of Service Expectation)

إن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المستشفى والترويج والإعلان في خارجها، كما يكون من الحتمي على إدارة المستشفى أن لا تقدم وعودا لا تستطيع تحقيقها أو الوفاء بها لسبب من الأسباب، إما لضخامة المهمة أو عدم تجانسها، أو حتى عدم قدراتها في التنفيذ، أو الضعف في التدريب أو الكفاءة اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك. هذه الوضعية تنعكس لا محالة على عدم رضا المستفيد عن الخدمة الصحية المتوقع حصولها.

ثالثا: أهداف جودة الخدمة الصحية

هناك جملة من الأهداف التي تسعى المنظمات الصحية إلى تحقيقها ولعل من أهمها:

- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المريض مع تعزيز ولائه للمنظمة الصحية إذ سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية، وهذا ما لا يتحقق إذا ما أهمل جانب تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها، والذي من شأنه تحقيق مستويات إنتاجية أفضل. إن الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المرضى يعد الهدف الأساسي من تطبيق الجودة، وهذا يستدعي معرفة آراء وانطباعات المستفيدين، وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية التي تقاس عن طريق البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

⁽¹⁾ Pride, William, M. and Ferrell O. C., , **Marketing**, 2nd ed, Houghton Mifflin, Co., New York, 2000 P. 334.

⁽²⁾ ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 209.

- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية مع ضرورة الاعتناء وصيانة معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية مطالبة بتعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية، وهذا كفيل بأن يؤدي إلى تحسين معنوياتهم، وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.
- زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ويرافق هذا الهدف زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات العملاء، وهي الميزة التنافسية التي بإمكانها تحقيق النوعية المرجوة بزيادة فرص التنافس بين المنشآت الصحية المشابهة⁽¹⁾.

المبحث الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

المطلب الأول: مفاهيم وخصائص إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

لم تعد الجودة مجرد إنتاج سلعة أو تقديم خدمة أفضل وإنما تعني أساسا رضا العملاء عن السلعة أو الخدمة المقدمة، وهي بهذا المعنى تصبح وظيفة مسؤولية وعمل كل فرد في المؤسسة بصرف النظر عن موقعه وطبيعة عمله، وهذا ما يمثل بحد ذاته جوهر إدارة الجودة الشاملة. يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في القطاعات الصحية، ويستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال: "كروسبي" و "ايشيكاوا" وغيرهم، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها القطاع الصحي.

لقد استطاعت العديد من المستشفيات من خلال هذا البعد التوصل إلى تحقيق نجاحات يضرب بها المثل في مجال إدارة الجودة الشاملة على غرار المستشفيات الأمريكية واليابانية بل وحتى الألمانية، فلقد مكنت الإدارة من تجنب تكلفة عالية مترتبة على تقديم خدمات صحية بجودة متدنية، مع إبراز مقدرة عالية ناجمة عن تحسين الأداء المالي الممزوج بتخفيف تكاليف الرعاية الصحية العالية، وتقليل الأخطاء وتحسين مستوى رضا المرضى وأيضا تسهيل عمليات اتخاذ القرار⁽²⁾... الخ.

أولاً: مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مختلف المؤسسات الصناعية⁽³⁾، سمح بأن يأخذ طريقه بقوة إلى باقي المؤسسات، بالأخص قطاع المؤسسات الصحية والمستشفيات، ولقد قدّم مدلول إدارة الجودة الشاملة أربعة أسس في عالم الأعمال يمكن حصرها إجمالاً في:

- منح الزبون الأولوية والأسبقية؛

⁽¹⁾ آلاء حسيب الجليلي ، أكرم أحمد الطويل ، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره ، ص8.

⁽²⁾ Crosby.ph and all , la qualité c'est gratuit, éd. économie. paris.1996. p 73.

⁽³⁾ Meria Christian. La qualité des productions industriels. Ed. Dunod. Paris.p 67.

- التحسين المستمر لكل ما يحدث داخل المؤسسة؛
- مشاركة الجميع في رسم وتحقيق الأهداف؛
- إدراج المؤسسة في شبكة اجتماعية.

وإن كان مفهوم إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الإدارية الحديثة القائم على مجموعة الأفكار والمبادئ التي يمكن لأي إدارة أن تتبناها سعياً إلى تحقيق أفضل أداء ممكن، فقد اختلف الكثير من الباحثين والكتاب حول إبراز تعريف محدد لإدارة الجودة الشاملة، ذلك لأن الجودة نفسها تحمل مفاهيم مختلفة من وضع لآخر ومن شخص إلى ثان، ومع ذلك تم التوصل إلى إبراز الكثير من الجوانب الأساسية حول مدلول إدارة الجودة الشاملة. قبل التعرض لبعض التعاريف الخاصة بالخدمة الصحية نود تقديم مفاهيم خاصة بالخدمة تعميماً للفائدة وفي هذا السياق يمكن تقديم التعريف الذي أورده المنجد الفرنسي (**Grand Larousse Encyclopédique**) : «... الخدمه هي منتج غير مادي لنشاط الإنسان والموجه لتلبية حاجة ما...»⁽¹⁾.

الرؤية التي يحملها هذا التعريف، تترك المجال واسعاً للتخيل، وبالتالي تحديد طبيعة الخدمة أو الجهة أو الطرف المستفيد منها قد تكون أفراداً، مؤسسات عامة أو غير ذلك....

هناك تعريف آخر ذهب إلى اعتبار الخدمة على أنها: «... أي فعل أو أداء يمكن أن يقدمه أي طرف آخر ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك، وأن إنتاجه قد يكون مرتبطاً بإنتاج مادي أو قد لا يكون...»

فالتعريف يشير أساساً إلى الجانب غير الملموس للخدمة كما يؤكد خاصية عدم التملك مثل ما هو الحال بالنسبة للمنتجات المادية من سلع وبضائع، وهذا يعني إمكانية الانتفاع بها بتلبية حاجة ما أي تحقيق الرضا، دون تملكها.

في ذات السياق يمكن إدراج التعريف الذي يشير على أن الخدمة تتمثل في: «... جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ...»⁽²⁾ وهذا التعريف يضيف عامل آخر هو خلق الخدمة المقدمة من أي عيب أو خطأ لما لهذا من تأثير سلبي على من يقدم الخدمة وعلى من سيتقبلها على حد سواء.

وبخصوص إدارة الجودة الشاملة فيمكن إدراج التعريفات التالية:

أ. تعريف الجودة الفيدرالي الأمريكي الذي يرى أن إدارة الجودة الشاملة هي : «... منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات وتوقعات العميل، حيث يتم استخدام الأساليب الكمية من أجل تحقيق الأفضل، والتحسين المستمر في العمليات والخدمات في المنظمة...».

⁽¹⁾ Caby François, Jambart Claude, **la Qualité dans les services : Fondement, Témoignages, Outils**, 2ème édition Economica, 2002, Paris, P.35.

⁽²⁾ آلاء حسيب الجليلي، أكرم حميد الطويل، المرجع نفسه، ص 57.

ب. تعرف منظمة (ISO 9220) إدارة الجودة الشاملة على أنها : «...مجموعة خصائص المنتج أو الخدمة الهادفة إلى تلبية الحاجات والرغبات...».

يجدر بنا التذكير أن المنتج أو الخدمة في الرعاية الطبية تتمثل في الفحوصات المباشرة وغير المباشرة المقدمة للمريض في شكل عمليات جراحية ، علاج ، أشعة، تحاليل، إطعام، تدليك. وشتى الخدمات الداعمة من نظافة، نقل داخلي،... بالإضافة إلى الخدمات الإدارية الممثلة في شروط الاستقبال، الدخول، تحرير الفواتير وضبط المواعيد... الخ⁽¹⁾.

ج. يعرف "ادواردز ديمينغ" إدارة الجودة الشاملة بأنها: «... طريقة الإدارة المنظمة الهادفة إلى تحقيق التعرف والمشاركة المستمرة من العاملين بالمنظمة من أجل تحسين السلعة أو الخدمة والأنشطة التي تؤدي إلى تحقيق رضا العملاء ومتطلبات المجتمع...»⁽²⁾.

د. يعرف بعضهم إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية تركز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء والاختلافات مسبقا.

و. كما تعرف إدارة الجودة الشاملة على أنها: «... إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر...»⁽³⁾.

هـ. يعرف "جوزيف جوران" إدارة الجودة الشاملة بأنها: «...عملية إدارية، تقوم بها المنظمة بشكل تعاوني لانجاز الأعمال من خلال الاستفادة من القدرات الخاصة لكل من الإدارة والعاملين، لتحسين الجودة وزيادة الإنتاجية بشكل مستمر عن طريق فرق العمل وبالاسترشاد بالمعلومات الدقيقة للتخلص من كل أعمال الضياع في المنظمة...»⁽⁴⁾.

ي. كما تعرف إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنها: «... خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وان طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لأحداث التغيير المطلوب في المستشفى...»⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Michel Langlois et Gerard Toequer. **Marketing des services le défi relationnel** Gaétan marin. Paris .1992P.64.

⁽²⁾ مدحت أبو النصر، إدارة وتنمية الموارد البشرية: الاتجاهات المعاصرة، القاهرة، مجموعة النيل العربية، 2007، ص 123.

⁽³⁾ معروز نشيده، بن عبد العزيز فطيمة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، مرجع سابق، ص19.

⁽⁴⁾ مأمون الدراكي وطارق شبلي ، إدارة الجودة الشاملة ، بيروت: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2001، ص 47.

⁽⁵⁾ عبد العزيز مخيمر ،محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 2003 .

من خلال هذه التعاريف لأهم أقطاب مدارس إدارة الجودة الشاملة يصبح من الممكن إعطاء تعريف عام آخر: «... إن إدارة الجودة الشاملة ما هي سوى منهج علمي لتطوير أداء المنظمة والعاملين بهدف تقديم سلعة أو خدمة تلبي حاجيات وتوقعات ورضا المرضى من خلال الحرص على التحسين المستمرّ وتدريب العاملين والعمل ضمن فريق، وإشراك العملاء في جميع مراحل العملية...»⁽¹⁾.

فرضا المرضى كما يراه (Ovretveit) لا يعدو أن يخرج عن أحد الإطارات الثلاث:

- 1- الجودة من وجهة نظر المرضى (رضا المرضى) وسعيها لتحقيق رغباتهم؛
 - 2- الجودة المهنية التي تعكس رأي المهنيين الصحيين ورؤاهم فيما إذا كانت الخدمات الصحية المقدّمة تلبي حاجيات المرضى كما يحدّدونها؛
 - 3- الجودة من وجهة نظر الإدارة وتعني الاستعمال الكفاء للموارد بما يعظم الإنتاجية ويلبي حاجيات المرضى من غير هدر أو ضياع ضمن الحدود والتوجيهات المقرّرة من قبل الإدارة العليا⁽²⁾.
- خ. ويرى "Cibrad" أن إدارة الجودة الشاملة هي: «... إستراتيجية شاملة للتغيير التنظيمي والسلوكي لتمكين العاملين من تعلّم واستعمال طرق وأساليب الجودة بهدف خفض التكاليف وتلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين...»⁽³⁾.

تأسيساً على ما سبق، إن مصطلح إدارة الجودة الشاملة يستند على مفهومين هما الشمولية والتكاملية. يقصد من الشمولية التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية، أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام، مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض، ولكل نظام فرعي برامجها الخاصة، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكتملة لبعضها البعض، ولا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى. وعلى سبيل المثال لا يستطيع الطاقم الطبي ممارسة وظائفه دون وجود تكامل مع الطاقم شبه الطبي والخدمات المساعدة كالصيدلية والمخابر ومصالح الأشعة.

صنّف "Ciampa" سنة 1992 عدّة مداخل لتحديد مفهوم إدارة الجودة الشاملة بحيث أمكننا حصر ثلاث مداخل:

المدخل الأول: المرتكز على العميل، ويندرج تحت هذا المدخل التعاريف والرؤى التي تنظر إلى مفهوم إدارة

⁽¹⁾ فريد النجار ، إدارة الأعمال الاقتصادية والعالمية، المكتبة الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ص 241.

⁽²⁾ Jean Brilman. **Les Meilleures pratiques de mangement au cœur de la performance** .édition: organisation. 2eme tirage. Paris .1998.

⁽³⁾ Michel Langlois et Gérard Toequer. **Marketing des le défi relationnel** .Gaétan marin. Paris .1992.

الجودة الشاملة من منظور التركيز على المرضى واحتياجاتهم وتوقعاتهم.

المدخل الثاني: المرتكز على النتائج النهائية حيث أن إدارة الجودة الشاملة ينظر لها حسب هذه الرؤية من منظور التحسين المستمر لنتائج عمليات التشغيل أو تحسين الإنتاجية ومعدلات الرضى عن المنتجات والخدمات لدى المرضى.

المدخل الثالث: ويرتكز على استعمال الوسائل والطرق العلمية و الإحصائية المتبعة لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

بالاعتماد على المدخل السالفة الذكر يجعلنا نستخلص الجودة الشاملة في كونها: " هي فلسفة إدارية تعتمد على التزام القيادات العليا، والتي تعطى الطاقة والمصدقية لتطبيق عملية التحسين المستمر للجودة ضمن إستراتيجية واسعة تغطي كل المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية".

ثانياً: خصائص إدارة الجودة الشاملة:

تقوم خصوصية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية على مجموعة من الأبعاد لعلّ أبرزها يكمن في النقاط التالية:

- جعل المريض هو المركز الذي تدور حوله أنشطة المستشفى وتسعى في جميع أعمالها على كسب رضاه؛
- يعتبر التركيز على الجودة في الخدمات الصحية المقدمة الحلقة الأساسية التي تسعى كافة المستشفيات إلى تحقيقها مسخّرة في ذلك كل مواردها وإمكاناتها؛
- لا تقتصر الجودة على المخرجات النهائية للخدمات الصحية، وإنما تبني على كلّ خطوة من الخطوات المنجزة أو المحقّقة في سبيل الوصول إلى الهدف المنشود، كما تعتبر كل خطوة مدخلاً لما بعدها من خطوات تليها؛
- الاعتماد على الحقائق والأرقام في تقديم الخدمة الصحية؛
- مساهمة جميع العاملين في المستشفى في تطوير خطط العمل وتحسين مستوى الخدمات الصحية بشكل مستمرّ، الأمر الذي يقتضي تحقيق التوافق بين العاملين مع بذل كل الجهد في تنمية كفاءاتهم بالسعي الحثيث وراء تكوين فرق العمل مما يساهم بدوره في تحقيق أفضل النتائج بالنسبة لرضى المرضى، كذلك أن الاهتمام بالجانب النفسي للعاملين في المستشفى يعتبر بالغ الأهمية⁽¹⁾؛
- وضع نظام لتطوير جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفى بشكل مستمرّ ودائم؛
- الاعتماد على مستوى عال من الأداء يصل إلى نسبة 100% وهذا ما يعني أن نسبة الخطأ يجب أن تكون منعدمة، مما يتطلب القيام بالعمل الصحيح وبشكل سليم من أوّل مرّة وفي كلّ مرّة.

⁽¹⁾Juran.d.j. **gestion de la qualité**. afnor.1983. p153.

ثالثاً: مبادئ أبعاد إدارة الجودة الشاملة:

لقد قدّم كل من (Joseph Juran, Edward Deming, Philip Crosby) مجموعة من المبادئ المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة والتي تبحث عن السمات الايجابية التي تمكّن من تطبيق إدارة الجودة الشاملة على المؤسسة بنجاح وفعالية وقد اشتركوا جميعاً في العديد من المبادئ الخاصة بمعايير الجودة الشاملة ممثلة في⁽¹⁾:

- التركيز على العميل والعمليات؛
- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها؛
- التعاون والعمل الجماعي؛
- الاعتماد على البيانات والمعلومات في حل المشاكل، ثم اتخاذ القرارات مع استخدام الأساليب الإحصائية للرقابة على الجودة وتحقيق التحسن بشكل مستمر؛

- تهية العاملين من أجل المشاركة في تحقيق مستوى الجودة المرغوب فيها.

أما فيما يخصّ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات فهي لا تختلف في الجوهر عن ما هو معروف ومتبع داخل المؤسسات الصناعية، حيث أن الباحث " عبد الله ساعتي" قام بتقديم ملخص لأهم المبادئ الأساسية والواجبة في إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات⁽²⁾ في مؤلفه " مبادئ إدارة المستشفيات ":

- التركيز على المريض والخدمات الصحيّة؛
- مشاركة العاملين في تطوير خطط العمل؛
- التركيز على العمليات مع التحسين المستمرّ للجودة؛
- دعم الإدارة العليا وتحفيز القوى العاملة.

المطلب الثاني: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، في جملة من

المحاور التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

أولاً: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة

تعتبر هذه المرحلة مرحلة تمهيدية وتنظيمية، تستدعي مشاركة القيادات الطبية والفنية، فالإنجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة يبدأ من الإعداد والتهيئة لتطبيقها، وفي هذه المرحلة التي تسبق بناء النظام، تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى

⁽¹⁾ Crosby.ph. la qualité c'est gratuit, Ed : Économie. paris.1996.p77.

⁽²⁾ عبد الله ساعتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.ص128.

وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها. ورغم انه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة فإن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية، الأبعاد الرئيسية والمركبات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى، الخطط التشغيلية، البرامج التنفيذية، المشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات وأهداف.

ثانياً: نشر ثقافة الجودة الشاملة

لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية، مبادئ ومهارات وأدوات مختلفة قد سبق وأن ذكرناها فيما سبق، لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية⁽¹⁾.

وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية (خاصة في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية) مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم، مع مراعاة الموارد المتاحة، والثقافة السائدة، والوضع الصحي الراهن، والهياكل القائمة، لذلك ينبغي تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره⁽²⁾.

كما يمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية ومن خلال التغذية العكسية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها. وينبغي الاستفادة على أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في هذا الصدد، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وتحفيز الطلب على الرعاية الجيدة⁽³⁾.

ثالثاً: تكوين فريق عمل الجودة

حسب فريق الجودة أو مجلس إدارة الجودة فإن المسميات الخاصة بإدارة الجودة تختلف وتستند إلى المهام التالية:

أ. وضع إستراتيجية مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى، واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها، مع التأكيد في هذه الإستراتيجية على الاعتبارات التالية:

(1) عبد العزيز خميس ، محمد الطعمانية ، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و التطبيقات) ، مرجع سبق ذكره ، ص 200 .

(2) بشير عباس العلق ، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات : مدخل استراتيجي وظيفي تطبيقي، الطبعة الأولى، دار الزهران للنشر، عمان، الأردن. 1999، ص 111.

(3) يحيى سليم ملحم، التمكين كمفهوم إداري معاصر، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2006، ص 14.

- أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء، ثم مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء، مع ضرورة التركيز على تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة⁽¹⁾.
- التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد، مما يستدعي ضرورة الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي وتعميق فكرة أن العميل هو الذي يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطتها.
- ب- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى. وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.
- ج- التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة الإستراتيجيات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.
- د- البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها إذ من أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات ما يلي:
- تحليل هيكل العمالة الموجودة 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 وخلق اتجاهات إيجابية لدى مختلف فئات العاملين. من ناحية أخرى.
- استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية، وأيضاً أدلة إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها باحتياجات العمل في مختلف المجالات.
- تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات اللازمة لتغطية الجوانب التالية:
- * استقبال وتحليل ومعالجة شكاوي المرضى والعاملين والزائرين.
- * إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد، مع تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين، بما فيها التحضير لتلقي وتحليل شكاوي المرضى ومعالجتها، ثم توفير وتصميم آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات.
- تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية والحلقات النقاشية بناء على دراسة علمية للاحتياجات

(1) يسري السيد يوسف حوده، مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مدخل لتحسين أداء الخدمات الصحية، مجلة البحوث الإدارية، المجلد 24، جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية العدد الأول: يناير 2002، ص 18..

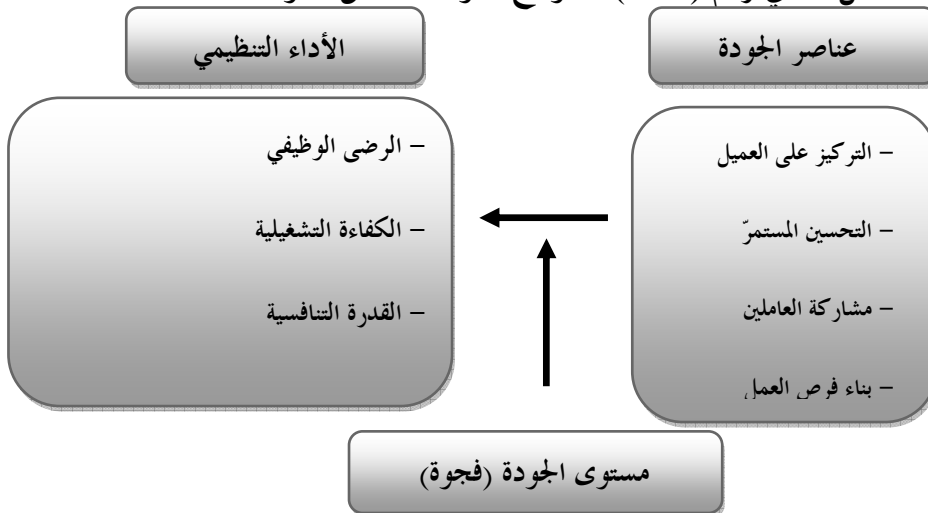
التدريبية بالمستشفى، مع ضرورة صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها على مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأها، وهذا ما يجب أن يكون ضمن تصميم وتوفير قاعدة نظام متكامل للمعلومات، ودعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة منها، ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القدرات التي تتخذها.

- تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى، مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقديم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة والمتابعة.
- عموما يتبين من خلال مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية انه لا بد من توافر مجموعة من المرتكزات يمكن عرضها باختصار كما يلي:
- التركيز على العميل (الداخلي والخارجي)؛
- مساندة وتدعيم الإدارة العليا الممزوج بالعمل الجماعي المشترك بين التخصصات المتعددة بما فيها تدريب العمالة واعتماد نظام المكافئة⁽¹⁾.

المطلب الثالث: تطبيق إدارة الجودة الشاملة

فضلا عن تحقيق رضا المريض جرّاء الخدمات المقدّمة لهم، والرغبة الملحة في تحقيق الميزة التنافسية، فان المنتظر من تطبيق الميزة التنافسية يكمن في تحسين الأداء بما فيها الإنتاجية الكمية، تم تحقيق أقل التكاليف جرّاء الخدمة الصحيّة، أيضا إنّ تقليل ومنع الأخطاء الطبية يمكن تجاوزها بفضل التحسين المستمرّ للتقنيات والشكل الموالي يوضح النتائج المتوقعة إثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

الشكل البياني رقم (3-3): النواتج المتوقعة لتطبيق الجودة الشاملة



المصدر: فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، عمّان 2008، ص 407.

⁽¹⁾ كما عادل، مفهوم الجودة في الخدمات الصحيّة، سلسلة ضمان الجودة، وزارة الصحيّة بالتعاون مع وكالة الولايات المتحدة للإئتماء الدولي..

أولاً: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

هناك جملة من المعوقات الأساسية التي تعترض المؤسسات الصحية أثناء تطبيقها لإدارة الجودة الشاملة، معوقات تكمن في الخلفيات الاجتماعية والثقافية السائدة في بيئة المنظمات الصحية، ومن هذه المعوقات:

1: نمط القيادة السائد: حيث أننا نجد أن معظم القيادات السائدة في منظمات الرعاية الصحية هم مهنيوا الصحة حيث يمثلون لسلطة المعرفة والكفاءة إلى جانب السلطة الإدارية الممنوحة للبعض منهم وهذه العملية تصعب من عملية المشاركة وتقبلهم لآراء مرؤوسيههم وشأن حالهم أن يقول أنا الرئيس *I'm the boss here*.

2: طبيعة الثقافة: طبيعة الثقافة السلطوية السائدة في منظمات الرعاية الصحية والتي تعتبر مخرجات للهرمية السائدة والنمط القيادي الرائج، أما المستوى المهني العالي فيسير في الاتجاه المعاكس لتمكين العاملين وإشراكهم.

3: طبيعة الهيكل التنظيمي: تعكف المنظمات الصحية على تنظيم وإدارة شؤونها وأنشطتها بل وحتى خدماتها على أساس وظيفي، الأمر الذي ينجر عنه من هياكل هرمية تتصف بالعلاقات السلمية الحادة بين الرئيس والمرؤوس، الأمر الذي يجعل من مسألة الاتصال والتعاون في إطار روح الفريق أو الجماعة مسألة صعبة المنال.

4: التوجه الداخلي للمنظمات الصحية: تسعى المنظمات الصحية قبل كل شيء إلى تلبية احتياجات النشاطات الطبية للممارسين والمهنيين العاملين فيها نتيجة النفوذ الكبير الذي يتمتع به الأطباء خاصة وذلك الضغط الكبير الذي يمارسه هؤلاء بغية تحقيق مبتغاهم المتمثل في الممارسة الطبية على أساس معيار المهنة، وليس على أساس معايير المنظمة واحتياجاتها ومصالحها، وهذا ما يحدث غالباً على حساب مصلحة المرضى.

إشكالية السلطة في المستشفى:

السلطة هي قدرة الأشخاص أو الجماعة على التأثير على أشخاص أو جماعة أخرى⁽¹⁾ وهي بذلك مرتبطة بعملية القيادة أي فن التأثير على تنفيذ القرارات وشحن المهتم لتحقيق الأهداف وبما أن قدرة المسؤولين على توجيه الأفراد متفاوتة وتختلف من مسير إلى آخر فإن هذه النية تبرز بوضوح في السلطة.

مشكلة أخرى لا يمكن تجاهلها عند الحديث عن هذا العائق وهي أن السلطة مرتبطة إلى حد كبير بالعلاقات الشخصية التي يمكن أن تقام بين مسؤولين تجمعهم رابطة العمل.

إن القيم الاجتماعية والعادات والتقاليد تؤثر هي الأخرى في نظرة الأفراد إلى السلطة وتعلقهم بها أو نفورهم منها وعليه كيف هو الحال إذا كنا بصدد منظمات معقدة ذات أنشطة مختلفة ومتباينة كالمستشفى.

بعد إشكالية السلطة في المستشفى:

(1) منصور بن لرنب، محاضرات مطبوعة في التنمية الإدارية والبيروقراطية، ألفت على طلبة الدراسات العليا، جامعة الجزائر، معهد العلوم السياسية والعلاقات الدولية 1999، ص36.

يمكننا اختصار معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المحاور التالية:

- فقدان الثقة في المسير؛
- الاتصالات الرديئة وغير الناجحة؛
- عدم انضباط الموظفين؛
- ضيق الوقت؛
- الانفراد في الرأي وانحراف السلطة؛
- سوء نظام المكافآت والحوافز.

هذه الحوافز هي فعلا معوقات وعراقيل تقف أمام تطبيق الجودة الشاملة خاصة في قطاع الخدمات العمومية والتي تسيرها أنظمة أقل ما يقال عنها إنها بيروقراطية بالمفهوم السلبي وغير مرنة.

ثانياً: عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

حتى يتم التوصل إلى إنجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لابد من توافر مجموعة من العوامل، يلخصها محمد جاد الرب، كما يلي:

يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة مع السعي الحثيث والدائم إلى إقناع الإدارة العليا وجميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا استخدام الجودة الشاملة، كما يجب إبلاغهم أن التوصل إلى درجة الامتياز والتفوق جراء استخدام نظام الجودة الشاملة قد تشوبه بعض العراقيل والصعوبات، بعض القيود والمعوقات والمقاومة من قبل بعض الأفراد أثناء تطبيق هذا النظام، فكلما تفهم الجميع أهمية النظام، كلما انخفضت حدة وحجم المقاومة المنتظرة⁽¹⁾؛

- إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاماً بديلاً للنظم السائدة، ولكنه أداة رئيسة وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى نهايته ومع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد⁽²⁾، كما يتطلب انتهاج النظام في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المنظمات الصحية؛

- ترتفع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر، ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين، ولنجاح تطبيق النظام تحتاج المنظمة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:

- الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المنظمة أو المتعاملين معها؛

(1) عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999. ص143

(2) سيد محمد جاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، مصر القاهرة، 1992، ص111.

- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية⁽¹⁾؛
- فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفء للمعلومات يدعم هذا النظام وعملية اتخاذ القرارات ؛
- نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية؛
- نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام؛
- يمكن للوحدة أو المنظمة الطبية البدء في تطبيق نظام الجودة الشاملة في أحد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة ؛
- تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المنظمات الصحية الخاصة، حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ التنظيمي الملائم؛
- يحتاج النظام قبل تنظيمه إلى دورات تدريبية مكثفة، وأيضا إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في هذا المجال⁽²⁾.

(1) هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2002. ص123.

(2) سيد محمد جاد الرب ، إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، مرجع سابق ، ص 13.

خلاصة الفصل الثالث:

تختلف جودة الخدمات الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، حيث ينظر إلى الجودة من منظور المستفيد (المريض) على أنها تحقيق رغبات العلاج والتشخيص والاستشفاء، فهي إذن تركز على طريقه الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، في حين تعني الجودة من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتاحة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

من المنظور الطبي ينظر إلى الخدمات الصحية على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والتكنولوجية، أخلاقيات الممارسة الصحية وتراكم الخبرات.

تتمثل أبعاد جودة الخدمة الصحية في الإمكانيات المادية والبشرية للمستشفى، التمكن الفني والعلمي، سهولة الوصول والحصول، التعاطف والتفاني في الخدمة باعتبار أن الموظف في المستشفى وخاصة الممارس الطبي مكلف ببذل أقصى عناية لمساعدة المرضى، الأمان، الإستمرارية، الفعالية والكفاءة والإعتمادية.

من أجل قياس جودة الخدمات الصحية، وجد مدخل تقليدي ومدخل حديث.

شمل المدخل التقليدي ثلاث مقاييس:

أ- المقاييس الهيكلية المتعلقة بالبنية (Structure).

ب- مقاييس الإجراءات (Procès).

ج- مقاييس النواتج (Outcome).

أما المدخل الحديث، رأى أنه من غير المعقول توجيه الاهتمام فقط في أبعاد محددة في المخرجات والعمليات أو الهيكل ولكن في كل مؤسسة الخدمة الصحية.

وبالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية وشيوع استخدام مصطلح الجودة في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، فإن من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع ويرجع ذلك في حقيقة الأمر إلى أن مفهوم الجودة يخضع لتقدير الأفراد ويختلف باختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم.

بهدف تحقيق جملة من المزايا تتمثل أساساً في تبسيط الإجراءات وتحسينها، تحقيق كفاءة التشغيل، تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتي يمكن تحديد إطار تطبيقها في ثلاث مراحل أساسية هي:

أ- الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة من خلال تعميق الولاء التنظيمي؛

ب- نشر ثقافة الجودة الشاملة والترويج لهذا النظام وتسويقه؛

ج- تكوين فريق عمل الجودة، وتأسيس أنظمة في المستشفى تكون واضحة ومحددة ومعلنة للثواب والعقاب فيما يتعلق بهذا النظام. من أجل إنجاح هذا النهج لا بد من توافر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والموظفين على السواء، وأن تستند الإدارة العليا على نظم فعالة، ذلك لأن الصحة من المستحقات التي يتمتع الناس بحق

أساسي في الحصول عليها، وهي تسهم إسهاما كبيرا في النمو الاقتصادي، وتحد من الفقر، وتعزز التنمية الاجتماعية والأمن البشري.

لذلك أصبح العالم ومنها الجزائر في حاجة ماسة إلى إستراتيجية تصحيحية، والفوارق الهائلة التي نراها بين المواطنين حاليا فيما يخص الحصول على الخدمات، إنما هو من مؤشرات الانهيار الاجتماعي، والمجتمع المختل التوازن بشكل كبير فيما يخص المسائل الصحية، لا ينعم بالاستقرار ولا بالأمن.

تفتقد المستشفيات الجزائرية لنظام الجودة، بل وتنعدم كلية في المرافق العمومية ولعله من المفيد في نهاية هذا الفصل أن نذكر بفوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة لو تضافرت الجهود وتوفرت الإدارة السياسية.

1- جودة الرعاية المقدمة: الفائدة الأولى من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية و شبه الطبية التي يمكن أن توفرها المستشفيات والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وذلك بترشيد النفقات .

2- رضا العملاء أو الزبائن أو المرضى: تستهدف إدارة الجودة الشاملة لتحقيق خدمة صحية بمستوى راق وبما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها وذلك من خلال عملية تستهدف تحسينا مستمرا ومتواصلا بما يتفق وتوقعات المرضى.

3- رفع معنويات الموظفين: إذ تعد مشاركة هؤلاء في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضائهم.

مرت إحدى عشر سنة (2002-2013) على إطلاق تسمية " إصلاح المستشفيات " على وزارة الصحة والسكان. فماذا تحقق من إصلاح في المنظومة الصحية الجزائرية؟ وهل أن حال مؤسساتنا اليوم أحسن مما كانت عليه منذ ما قبل عشر سنوات خلت؟

من خلال الدراسة الميدانية في الفصل الرابع الموالي، سنحاول معرفة واقع هذه الخدمات في ولاية تلمسان عموما، والمركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل (المؤسسة الاستشفائية المتخصصة) خاصة.

الفصل الرابع: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (وراسة قياسية في المركز

الإستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل بتلمسان).

المبحث الأول: تنظيم قطاع الخدمات الصحية لولاية تلمسان.

المبحث الثاني: المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل.

المبحث الثالث: الاستبيان، نتائج وتحليل

الاستنتاجات والتوصيات.

المبحث الأول: تنظيم قطاع الخدمات الصحية.**المطلب الأول: مدخل عام حول تنظيم الخدمات الصحية العمومية**

انطلاقاً من تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS) للمستشفى كونه جزءاً من تنظيم اجتماعي وطبي، يمكن إيجاز الوظائف الأساسية للمستشفيات في ثلاث وظائف أساسية:

1- الرعاية الطبية والصحية؛

2- التعليم والتكوين وتحسين الأداء؛

3- البحوث الطبية والاجتماعية.

يقصد بالرعاية الطبية، الخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي المتخصص الذي تقدمه الأقسام والمصالح والوحدات الطبية، وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المخبرية العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والاستعجال وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية، ومما لا شك فيه أن الرعاية والتكفل الطبي تمثل الوظيفة التي تحضي بالاهتمام الأكبر في جميع المستشفيات.

أما الرعاية الصحية الأولية، فتمثل المدخل الرئيسي لإعادة توجيه النظام الصحي في المجتمع بحيث يوفر الصحة للجميع، ويشجع مشاركة الأفراد والمجتمع في الأنشطة الصحية على أساس من الفهم الواضح لأهم المشكلات الصحية التي يعانها المجتمع، انطلاقاً من العلاقة الوثيقة بين العوامل الصحية والاجتماعية والعوامل الاقتصادية والبيئية، ولعل من أهم الأنشطة والمجالات التي تشملها الرعاية الصحية على سبيل المثال لا الحصر ما يلي⁽¹⁾:

1- البرامج التثقيفية بشأن المشكلات الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها؛

2- رعاية الأمومة والطفولة بما في ذلك تنظيم الأسرة؛

3- التحصين ضد الأمراض الرئيسية المعدية؛

4- الوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها؛

5- العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة؛

6- توفير الأدوية والأمصال الأساسية؛

7- رعاية المسنين؛

8- الصحة العقلية والإعانات البدنية؛

يمكن تصنيف أو تقسيم المؤسسات الصحية على أساس عدة معايير، من أهمها معيار الملكية والتبعية الإدارية ومعيار التخصص أو نوع الخدمة التي يقدمها، كما يمكن تقسيمها على أساس الحجم أو الطاقة الاستيعابية للمرضى، بالإضافة إلى بعض المعايير الأخرى مثل موقع المستشفى والخريطة الصحية وغيرها.

⁽¹⁾ معهد الإدارة العامة، ندوة واقع خدمات المستشفيات وكيفية تطويرها، السعودية، 1990، ص 337.

أما في الجزائر فإن توزيع المؤسسات الصحية يتشكل كما يلي⁽¹⁾:

– 143 مركزا بقدرة استيعاب قدرها 13395 سريرا في سنة 1962 (تاريخ الاستقلال الجزائر) لتنتقل في سنة 2012 إلى:

أ- المستشفيات:

– 14 مستشفى جامعا (C.H.U)؛

– 68 مؤسسة استشفائية متخصصة (E.H.S)؛

– 200 مؤسسة استشفائية عمومية (E.P.H)؛

– 778 مؤسسة استشفائية للقطاع الخاص (EH.SP)؛

قدرة الاستيعاب بين القطاعية العام والخاص 71 ألف سرير؛

ب- المؤسسات الصحية الجوارية العمومية (EPSP):

– 1513 عيادة متعددة الخدمات (POL)؛

– 5836 قاعة علاج (S.S)؛

ج- المعهد الوطني للتكوين العالي للقابات.

د- المديرية الولائية للصحة والسكان (D.S.P)⁽²⁾.

أولا: معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر:

أ- تصنف المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر المذكورة سابقا وفق مجموعة المعايير التالية: عدد السكان، عدد البلديات، عدد الأسرة، عدد المصالح، الطابع الجامعي، مقر الولاية.

ويتم ترتيبها وفق ثلاث مستويات " أ "، " ب " و " ج " تنازليا بحسب عدد النقاط المتحصل عليها⁽³⁾.

ب- تصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: يتم حسب معيار عدد السكان، عدد البلديات وعدد

هياكل الصحة الجوارية (العيادات المتعددة الخدمات مع عيادة الولادات أو بدونها، وقاعات العلاج)، وتوزع

هي كذلك على ثلاث مستويات حسب عدد النقاط المتحصل عليها⁽⁴⁾.

(1) البوابة الرسمية لخمسينية استقلال الجزائر، الموقع: www.djazair50.dz تاريخ الزيارة 2013/04/11، سا: 23H

(2) راجع المرسوم التنفيذي رقم 97-261 مؤرخ في 14 جوان 1997، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47، ص 12. وكذا القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 12 ماي 1998 المتضمن المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان في الولاية الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد: 38، ص 25.

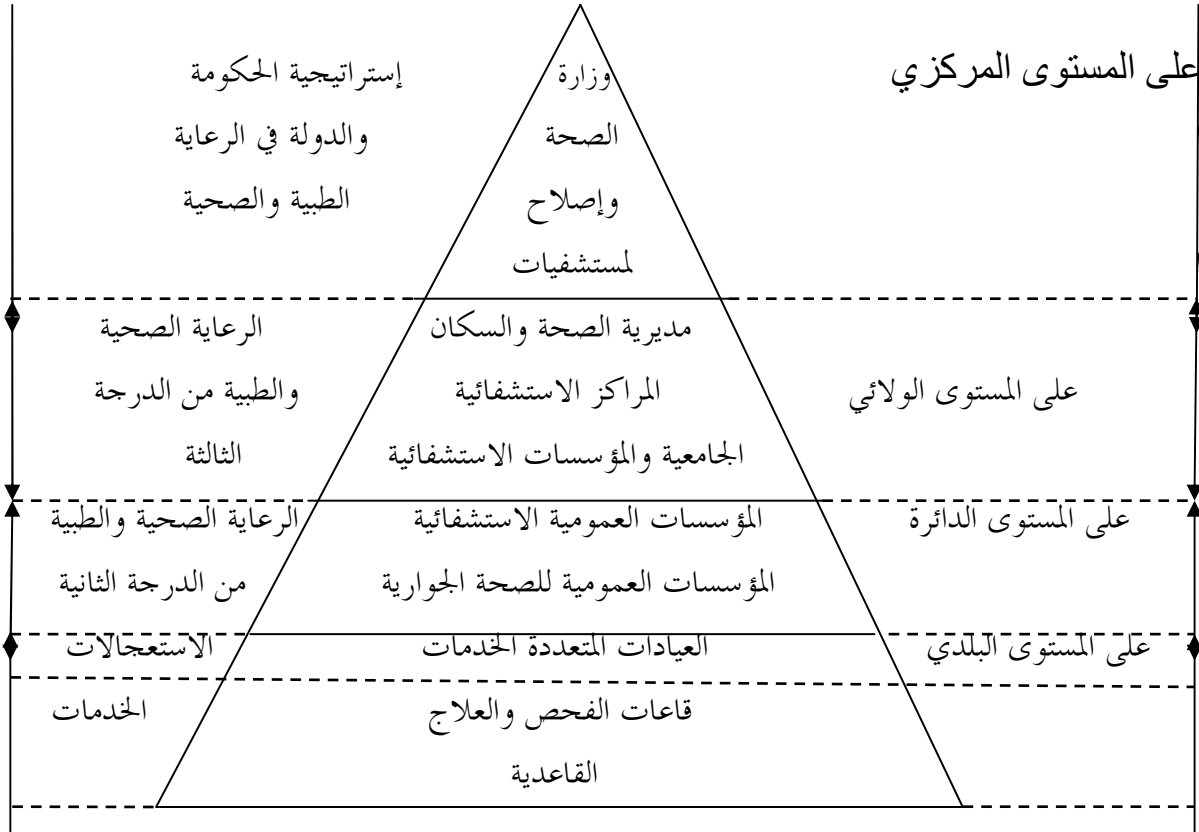
(3) راجع في هذا الشأن القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 يناير سنة 2012، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، ص 24.

(4) نفس المرجع، ص 25.

ثانياً: هيكل النظام الصحي العمومية في الجزائر

تعتبر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية، وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والمقيمين، وذلك من خلال تنظيم المؤسسات والمرافق الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها، يوضح الشكل الموالي هرم نظام الخدمات الصحية في الجزائر:

الشكل رقم (4-1) يبين سلمية الخدمات الصحية العمومية في المنظومة الصحية الجزائرية.

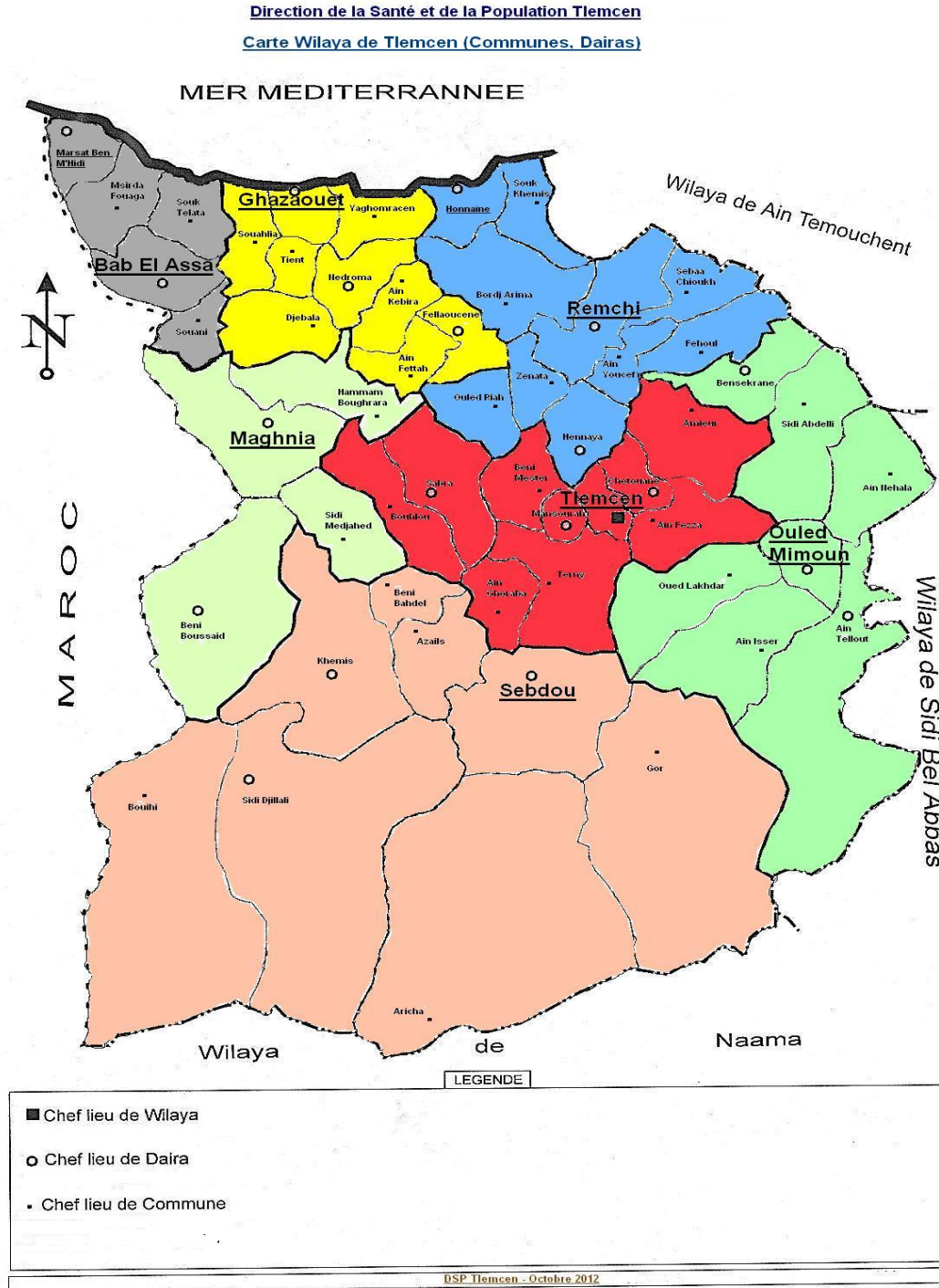


المصدر: من إعداد الباحث

ثالثاً: هيكل النظام الصحي في ولاية تلمسان

إن عدد سكان ولاية تلمسان حسب حصيلة مديرية الصحة والسكان في تقريرها السنوي لسنة 2012 بلغ: 1006121 نسمة موزعين على 20 دائرة و53 بلدية كما تتضمنه الخريطة الموالية:

الشكل رقم (4-2): يوضح خريطة بلديات ولاية تلمسان



المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية تلمسان 2012

أما فيما يخص التقسيم الإداري وعدد السكان المستفيدين من خدمات قطاع الصحة فهي موزعة على الدوائر كما يلي في :

الجدول رقم (4-1): يبين توزيع عدد السكان عبر دوائر ولاية تلمسان لسنة 2012.

الرقم	الدائرة	عدد السكان	الرقم	الدائرة	عدد السكان	
01	تلمسان	143 964	11	مغنية	136 364	
02	منصورة	88 705	12	بني بوسعيد	21 362	
03	شتوان	80 555	13	باب العسة	23 616	
04	صبرة	37 290	14	مرسى بن مهدي	12 332	
05	الرمشي	89 539	15	سيدو	58 299	
06	الحنايا	43 505	16	سيد الجيلالي	16 783	
07	هنين	12 538	17	بني سنوس	22 325	
08	الغزوات	67 801	18	أولاد ميمون	38 403	
09	ندرومة	41 174	19	عين تالوت	17 723	
10	فلاوسن	20 642	20	بن سكران	33 201	
		عدد السكان الإجمالي				1 006 121

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان 2012.

والخريطة الموالية توضح التقسيم الإداري لبلديات دوائر الولاية.

الشكل (3-4) يوضح التقسيم الإداري لولاية تلمسان

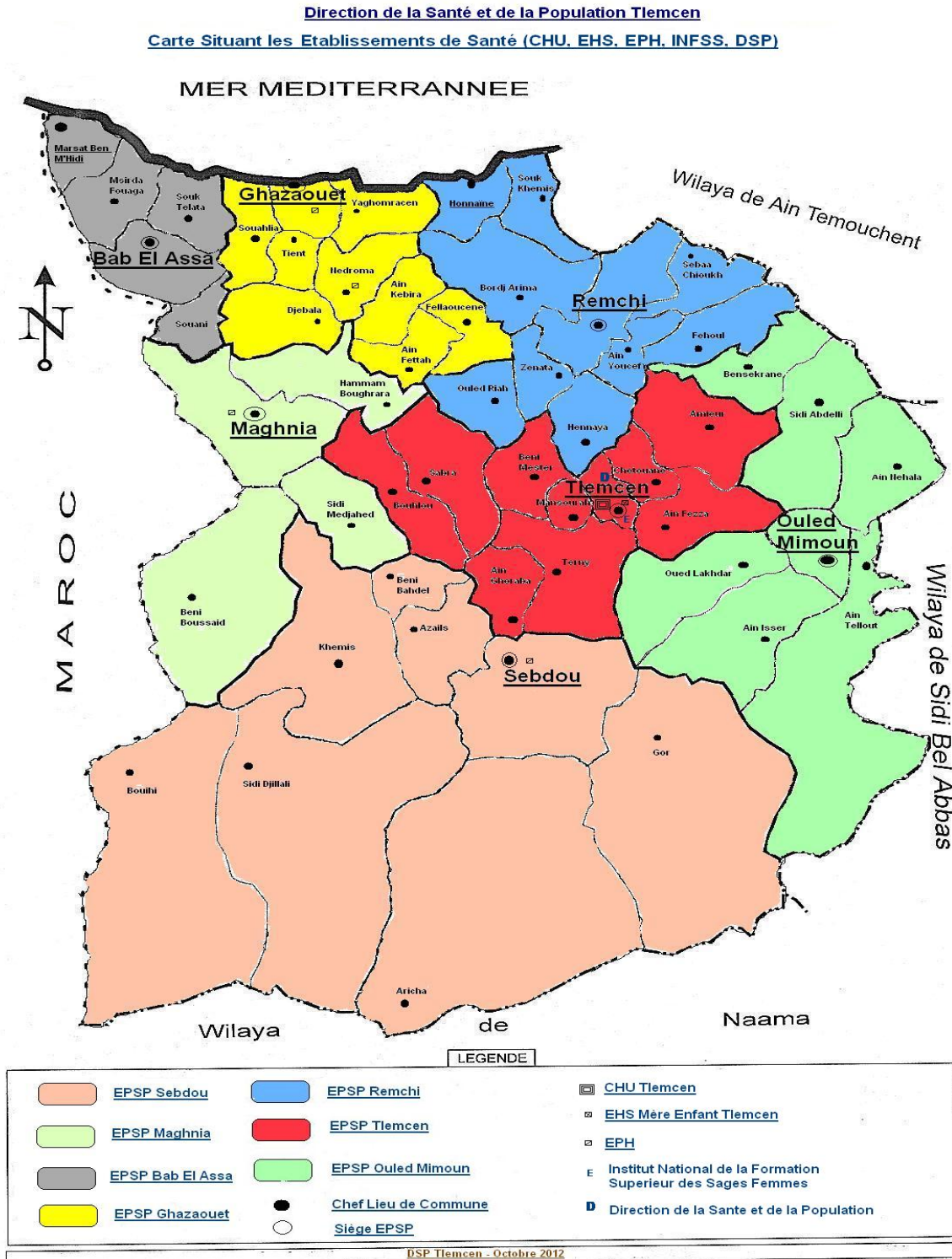


المصدر: مديرية الصح و السكان لولاية تلمسان 2012

وفقا للخريطة المذكورة سابقا، وللدراسة الميدانية التي قمنا بها، أمكننا حصر المؤسسات العمومية الصحية لولاية تلمسان، وتحديد مسؤوليات التكفل بالرعاية الطبية والتمريضية لمواطني المنطقة فضلا عن أقاليم مجاورة لولاية تلمسان كما يلي:

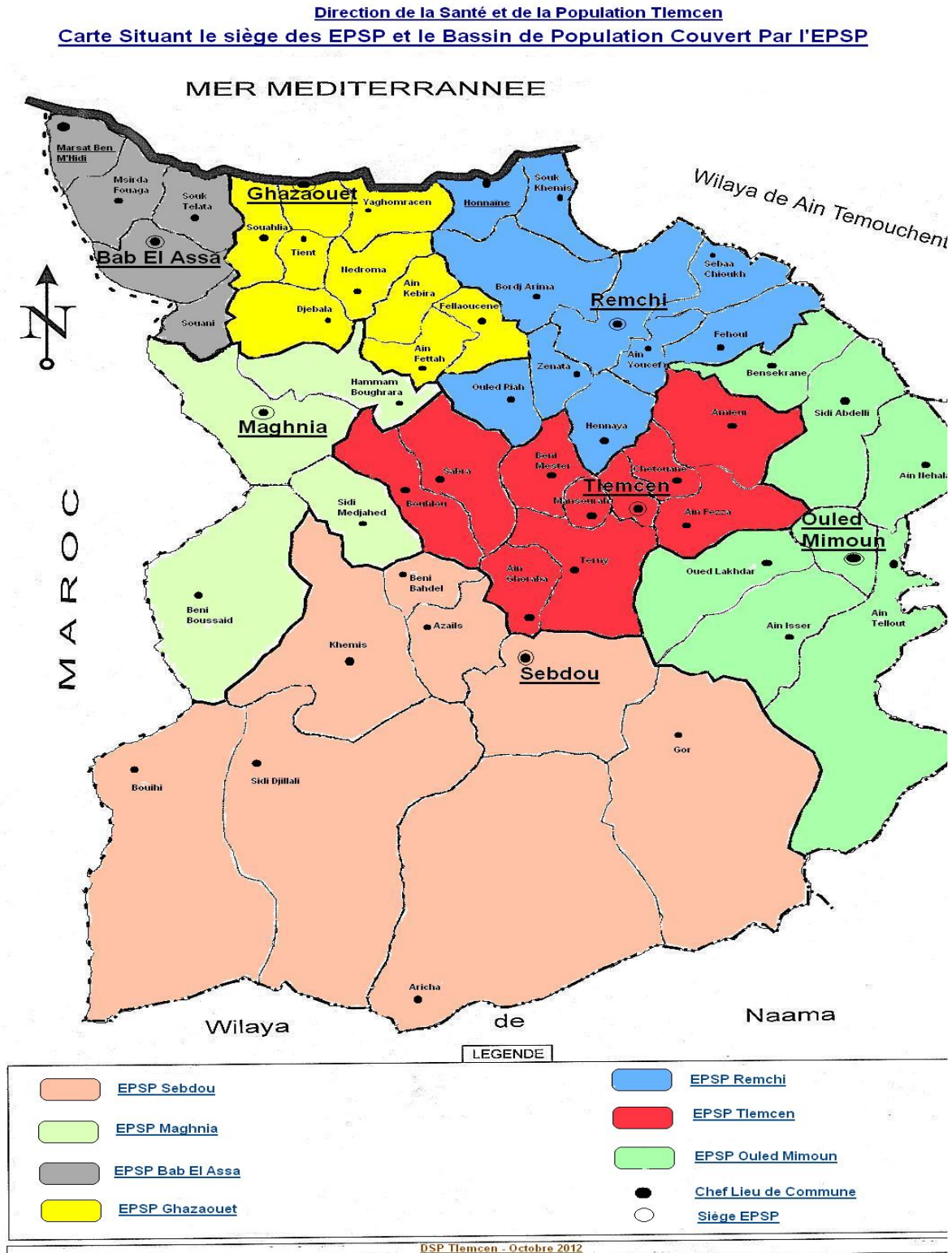
- 1- المركز الاستشفائي الجامعي (CHU) بقدرة استيعاب قدرها 658 سريرا منظما (Lits organisés)؛
- 2- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة، مستشفى الأم والطفل (EHS) بقدرة استيعاب قدرها: 261 سريرا منظما؛
- 3- مؤسسات عمومية استشفائية (EPH) ممرضة في شكل مستشفيات وعددها أربعة (04) في كل من دائرة سبدو بطاقة 232 سريرا، دائرة مغنية بطاقة 258 سريرا، دائرة الغزوات بـ 213 سريرا، ودائرة ندرومة بطاقة 40 سريرا؛ تقدر طاقة هذا النوع من المؤسسات بـ 743 سريرا، وأما طاقة الولاية الإجمالية فتقدر بـ 1662 سريرا منظما؛
- 4- قاعات العلاج تتمثل في 274 قاعة، منها عشر (10) قاعات مغلقة بسبب هجرة السكان؛
- 5- العيادات المتعددة الخدمات وعددها 33 عيادة، تتوفر 14 عيادة منها على قاعات للولادة؛
- 6- قاعات للولادة وعددها 19 قاعة (واحدة مدمجة في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS)، 4 قاعات مدمجة في المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)، 14 قاعة مدمجة في العيادات المتعددة الخدمات، تمثل قدرة هذه القاعات 117 سريرا منها (59 سريرا في المستشفى) بقي أن نذكر أن عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوية المنشأة منذ 2008/01/01 إلى يومنا هذا بلغ سبع (7) مؤسسات (EPSP) متواجدة حسب الخريطة في الشكل (4-4) الموالي بكل من تلمسان، الرمشي، الغزوات، مغنية، باب العسة، سبدو وأولاد ميمون وهي تغطي سكان هذه المناطق من حيث الإسعافات الأولية وتحويل المرضى إلى كبريات المستشفيات.

شكل (4-4): يبين خريطة التغطية الصحية للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)



المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية تلمسان 2012

الشكل رقم (4-5): المتضمن مقر إدارات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والتغطية السكانية



المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية تلمسان 2012

- الجناح التقني (Plateau Technique): تتكون حضيرة قطاع الصحة لولاية تلمسان من الوسائل المادية التالية:

- 89 سيارة إسعاف (منها ثلاثة سيارات إسعاف مجهزة طبيا⁽¹⁾ (Médicalisées) و 05 سيارات إسعاف لمصالح التدخل الطبي السريع (SAMU)؛
 - 58 جهاز تصوير بالأشعة (A.R)؛
 - 130 أريكة أسنان (FD)؛
 - 40 مختبرا للتحاليل. بما في ذلك مخبر النظافة الولايتي (L.W)؛
 - 14 جناح للعمليات الجراحية يتضمن 36 قاعة عمليات بما فيها قاعة واحدة لا تشتغل.
- الموارد البشرية:

يتوفر القطاع الصحي بولاية تلمسان على كفاءات طبية وشبه طبية مقبولة، وبتخصصات تجعل المنطقة ضمن 15 ولاية مرتبة وطنيا من حيث التغطية في مجمل لتخصصات الطبية الجراحية والتخصصات التقنو-طبية (Technico Médical) التالية:

أ- التخصصات الطبية الجراحية: الطب الباطني، طب الأطفال، الجراحة العامة، أمراض النساء، طب العظام، جراحة الأطفال وطب العيون.

ب- التخصصات التقنية والطبية: تطيب الأشعة، البيولوجيا، علم الأورام، التخدير والإنعاش.

إن عدد المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين الإجمالي فضلا عن 46 طبيب نفساني يتوزع في حصيلة سنة

2012 كما يلي:

(1) الندوة الوطنية الأولى لتطوير المصالح الاستشفائية الجامعية، قصر الشعب، الجزائر 29 و 30 جوان 2011.

جدول رقم (4-2): يبين تعداد المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين للولاية:

الصفة	عدد المستخدمين	الملاحظة
الأستاذة في الطب (P)	21	
رتبة دونست (Décents)	25	
أستاذ مساعد في الطب (MA)	116	
طبيب أخصائي (MS)	313	
المجموع	475	1+ بمديرية الصحة
طبيب عام (MG)	678	2+ بمديرية الصحة
جراح أسنان (C.D)	218	1+ بمديرية الصحة
صيدلي (PH)	34	1+ بمديرية الصحة
نسبة طبي حاصل على شهادة دولة (IDE)	2214	6+ بمديرية الصحة
قابلة (S.P)	254	1+ بمديرية الصحة
نسبة طبي مؤهل (I.B)	498	
مساعد تمريض (A.S)	727	
مجموع نسبة الطبيين	3693	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان 2012.

أما بالنسبة لبقية الأعوان فيشكل تعداد المستخدمين كما يلي:

جدول رقم (4-3) يبين عدد الإداريين التقنيين، أعوان المصلحة، عمال مهنيون، سائقوا سيارات

الإسعاف، المؤقتون والمتعاقدون. حصيلة موقوفة في 2012/12/31.

المتعاقدون	مؤقتون	سائقون	عمال مضيفون	التقنيون	الإداريون	المؤسسة
-	171	157	246	28	161	المركز الجامعي
46	5	8	45	10	26	مستشفى الأم والطفل
-	61	9	49	11	26	مستشفى الغزوات
-	33	4	10	2	24	مستشفى ندرومة
-	43	14	85	12	28	مستشفى مغنية
-	69	10	54	15	36	مستشفى سبدو
-	94	8	83	23	53	المؤسسة الجوية تلمسان
3	11	5	17	9	22	م، ج رمشي
-	46	2	19	6	19	م، ج غزوات
-	32	2	17	2	16	م، ج مغنية
-	21	4	12	5	14	م، ج باب العسة
-	18	10	10	3	10	م، ج سبدو
-	5	15	83	3	25	م، ج أولاد ميمون
49	609	248	730	129	64	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان، مارس 2013 .

ج- حصيدلة نشاط الموارد البشرية (مقارنة بين سنتي 2011 و2012)

أثناء دراسة حصيدلة نشاط الرعاية الصحية ومقارنة نتائج سنة 2011 مع حصيدلة سنة 2012، لوحظ تطور في التكفل بمختلف أنشطة المصالح الطبية والتمريضة عدا ثلاث مجالات، أين انخفض التكفل وهي النشاطات المتعلقة بالعمليات الجراحية، الاستئجالات الطبية والجراحية وأعمال التضميد والعلاج، والجدول التالي يوضح اتجاهات التكفل.

جدول رقم (4-4): يبين مقارنة لنشاط الموارد البشرية بين سنتي 2011 و2012 ومؤشر الاتجاهات

الاتجاه	سنة 2012	سنة 2011	طبيعة النشاط
↗	442.002	323.143	فحوصات متخصصة
↗	1.645.047	1.512 329	فحوصات طبية عامة
↗	131.360	129.849	نزع الأسنان
↗	32 214	27 263	العلاجات
↗	99.245	80 735	الفحوصات
↗	338.612	329.958	نشاط الأشعة
↗	1.591.537	1.438.655	نشاط المخابر
↘	517.773	561.346	الاستئجالات الطبية والجراحية
↘	17.372	21.663	عمليات جراحية
↗	1.560.373	1.523.451	حقن
↘	641.702	654.396	تضميد وعلاج

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات مديرية الصحة والسكان بتلمسان 2012.

المطلب الثاني: مشاريع في طور الإنجاز

ونحن نقوم بهذه الدراسة الميدانية لقطاع الصحة في ولاية تلمسان للإطلاع على هياكل الخدمات، استوقفنا البحث عن المشاريع الصحية المبرمجة للاستفادة بها مستقبلا تماشيا مع النمو الديمغرافي وتزايد الطلب على الخدمات، خصوصا أن المركز الاستشفائي الجامعي "مصطفى دمرجي" و "مستشفى الأم والطفل" أضحيا كما سنوي فيما بعد، لا يلبيان الاحتياجات المعبر عنها في التغطية الطبية والصحية كما هو مطلوب. في هذا المضمار أفادتنا مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان وهي الهيئة القائمة والمسؤولة عن القطاع (مصلحة الهياكل القاعدية) بالبيانات التالية:

أولا: المؤسسات الاستشفائية

- مستشفى جامعي بمقاييس دولية في طريق الإنجاز (2014).
- مركز خاص بأمراض السرطان (C.A.C) يتسع لـ 120 سريرا، جارية به الأشغال ومرتقب تسليمه للخدمة في سنة 2014.
- مؤسسة عمومية استشفائية تتسع لـ 120 سريرا بالرمشي (E.P.H) سيتم تسليمها في سنة 2014.
- مؤسسة عمومية استشفائية لتدعيم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (E.P.S.P) بأولاد ميمون تتسع لـ 120 سريرا جارية الأشغال لإنشائها بعد انتهاء الدراسات.
- مستشفى بطاقة: 60 سريرا، تستفيد منها منطقة ابن سكران، حيث تم وضع دفتر شروط ومكتب للدراسات.
- مستشفى بطاقة: 60 سريرا، تستفيد منها دائرة مرسى بن مهدي لتدعيم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، خصوصا أن هذه الأخيرة لا تتوفر على مرفق استشفائي لإقامة المرضى، وقد سجلنا خلال الزيارة الميدانية إنجاز تقييم العروض على مستوى مديرية الصحة والسكان الولائية.
- مستشفى الأمراض العقلية بقدره استيعاب: 120 سريرا بمغنية، وذلك للتخفيف على المركز الاستشفائي الجامعي لتلمسان، ويلاحظ في هذا الشأن أن دفتر الشروط الخاص بالأشغال كان متواجد على مستوى لجنة الصفقات الولائية من أجل الدراسة والاعتماد.
- مركزا لمعالجة الإدمان على المخدرات، المشروع متوقف على اختيار الأرضية.
- إنشاء عيادة متخصصة في التكوين لجراحة الأسنان بمنطقة شتوان لفائدة وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، خصوصا أن العيادة المتخصصة التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي (C.H.U) أصبحت لا تلبى الاحتياجات المتزايدة للتكوين بفعل الضغط وارتفاع الطلب.

ثانيا: المؤسسات الجوارية:

- إنشاء مركز حقن الدم بالمنطقة الصناعية شتوان (C.T.S) والتي من المفروض استلامها قبل نهاية سنة 2013.

- إنشاء 17 عيادة متعددة الخدمات موزعة كما يلي:

- 3 عيادات متعددة الخدمة ومدججة بقاعات الولادة في كل من: سيد أعمر، بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالغزوات والتاريخ المتوقع للاستلام 2014؛

- عيادة بمغنية، وأخرى بمنطقة السواني التابعة إداريا لدائرة مغنية (2014)؛

- عيادة متعددة الخدمات بباب العسة في طريق الإنجاز، وأخرى في كل من: الكدية (تلمسان)، صبرة، بني مستار، البويهي (سبدو)، العريشة (سيدي الجيلالي)، الزوية (دائرة مغنية)، سيد الجيلالي، فلاوسن وهي عيادات يخطط استلامها في 2014 لتدعيم المؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛

فضلا عن عيادات بمنطقة سيد السنوسي، درمام (دائرة سبدو)، عين تالوت، عين غرابة (دائرة سبدو)، بني بو سعيد (مغنية)، أما الإنجاز الأكبر والذي يعتبر متنفسا كبيرا لكل الولاية فهو إنجاز المستشفى الجامعي الذي يتسع إلى ما بين 900 سريرا إلى 1000 سرير (معايير دولية). بمنطقة شتوان، والذي هو قيد الدراسة على مستوى اللجنة القطاعية (C.S) بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ومزمع إنجازه ابتداء من 1014.

مما لا شك فيه، تعد هذه الإنجازات عند استلامها، مؤشرا جد إيجابي في التأثير على مستوى الخدمات وجودها، باعتبار أن أبعاد الأشياء الملموسة تؤثر في التكفل بالمرضى وإقامتهم أثناء الرعاية الصحية والطبية كما سترى ذلك في دراسة الاستبيان ونتائجه.

المبحث الثاني: المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل.**المطلب الأول: المركز الاستشفائي الجامعي تلمسان (C.H.U.T)****أولا: الموارد البشرية**

أنشأت المستشفيات الجامعية بموجب قانون 74-100 الصادر في 13 جوان 1974 وهي نتيجة لاتحاد مركز استشفائي جهوي (C.H.R) ومعهد طبي، ويعتبر المركز الاستشفائي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال بين السلطة المكلفة بالصحة العمومية، والسلطة المكلفة بالتعليم العالي والبحث العلمي⁽¹⁾.

يشرف المركز الاستشفائي الجامعي على ثلاث ميادين أساسية:

1/ ميدان الصحة والعلاج المتخصص؛

(1) المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية، العدد 81، ص 28.

2/ ميدان التكوين وخاصة الممارسين الطبيين، وشبهه الطبيين؛

3/ ميدان البحوث والدراسات.

يدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة ويسيره مدير عام، ومجلس استشفائي يسمى المجلس العلمي، ويعتبر مستشفى تلمسان " مصطفى دمرجي " من أقدم المستشفيات المتوارثة عن العهد الاستعماري. يوظف المركز إلى غاية 2012-12-21 ما يلي⁽¹⁾:

أ- 345 ممارس طبي موزعون كما يلي:

- 19 أستاذا (Professeurs)؛

- 21 دو سنت (Docents)؛

- 119 ممارسا أخصائي (M.S)،

- 62 طبيبا عاما؛

- 09 جراحي أسنان؛

- 08 صيادلة.

ب- 818 شبهه طبي موزعون كما يلي:

- 591 شبهه طبي حاصل على شهادة دولة (I.D.E)؛

- 148 شبهه طبي مؤهل (I.B)؛

- 79 مساعدا تمريريا (A.S).

ج- 763 عون في الأملاك المشتركة موزعون كما يلي:

- 161 موظفا إداريا (A.D)؛

- 28 عون تقنيا (A.T)؛

- 246 عون مهنيا (O.P)؛

- 157 سائقا (C.A)؛

- 171 عون مؤقتا.

كما أن ميزانية المركز الاستشفائي الجامعي لسنة التيسر بعنوان سنة 2013⁽²⁾ بلغت 3 393 000 000 دج موزعة على 10 عناوين كما يلي:

(1) نقلا عن وثائق المستشفى الداخلية.

(2) القرار الوزاري المشترك رقم 1404 و 360 مؤرخ في 05 مارس 2013 المتضمن توزيع إيرادات ونفقات المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان لسنة 2013.

أ/ النفقات:

- 1- نفقات الموظفين: 1 600 000 000 دج.
 - 2- نفقات التكوين: 550 000 000 دج.
 - 3- نفقات التغذية: 86 000 000 دج.
 - 4- نفقات الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي: 800 000 000 دج.
 - 5- نفقات الأعمال الوقائية النوعية: 15 000 000 دج.
 - 6- نفقات العتاد والأدوية الطبية: 90 000 000 دج.
 - 7- نفقات صيانة الهياكل الصحية: 120 000 000 دج.
 - 8- نفقات أخرى للتسيير: 100 000 000 دج.
 - 9- الخدمات الاجتماعية: 30 000 000 دج.
 - 10- نفقات البحث العلمي: 2 000 000 دج.
- ب/ الإيرادات فهي: 3 393 000 000 دج موزعة كما يلي:
- 1- مساهمة الدولة: 2 679 000 000 دج.
 - 2- مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي: 700 000 000 دج.
 - 3- موارد أخرى: 14 000 000 دج.

ثانيا: التنظيم الإداري للمركز الاستشفائي الجامعي

يخضع المركز الاستشفائي في تنظيمه إلى أحكام المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 ديسمبر سنة 1997 المشار إليه سابقا، أما التنظيم الهيكلي فهو مشكل وفق القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 أبريل 1998 المحدد للتنظيم الهيكلي للمراكز الاستشفائية الجامعية⁽¹⁾. (أنظر الملحق رقم 02)

ثالثا: مصالح ووحدات المركز الاستشفائي الجامعي

يتسع المركز الاستشفائي الجامعي لتلمسان لـ 658 سريرا موزعة بين أقسام جراحية، طبية، تقنية وجراحة الأسنان، والجداول الموالية توضح مصالح ووحدات المركز الاستشفائي الجامعي:

تشكل أقسام، مصالح و وحدات المركز الاستشفائي الجامعي تلمسان و تتوزع كما يلي :

⁽¹⁾ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية رقم 39 المؤرخة في 7 جوان 1989، ص 16.

جدول رقم (4-5): يتضمن توزيع أسرة المرضى حسب الأقسام الجراحية: -

1 الأقسام الجراحة (Département de chirurgie)

المصالح Services :	Lits techniques : الاسرة التقنية :	الوحدات Unités:	Lits organisés الاسرة المنظمة	
			Par unité ح/الوحدة	Par service ح/المصلحة
جناح : الجراحة Chirurgie « A »	80	- Opérateur et post opératoire	38	78
		- Hospitalisation hommes	15	
		- Hospitalisation femmes	25	
		- Consultations	-	
Chirurgie « B » جناح الجراحة	40	- Opérateur et post opératoire	08	36
		- Hospitalisation hommes	10	
		- Hospitalisation femmes	18	
		- Consultations	-	
Ophtalmologie طب العيون	36	- Opérateur et post opératoire	03	41
		- Hospitalisation	38	
O.R.L الاذن الانف و الحنجرة :	22	- Opérateur et post opératoire	04	26
		- Hospitalisation	22	
Chirurgie ortho traumatologie جراحة العظام :	40	- Opérateur et post opératoire	05	65
		- Hospitalisation hommes	30	
		- Hospitalisation femmes	30	
		- Consultations	-	
Neuro- chirurgie جراحة الأعصاب:	26	- Hospitalisation	34	34
		- Explorations	-	
Urgences médico- chirurgicales الاستعجالات: الطبية و الجراحية	23	- Accueil et déchoquage	25	25
		-Médicale d'urgence et de réanimation		
		- Hospitalisation courte durée		
Chirurgie urologique جراحة المسالك البولية	16	- Opérateur et post opératoire	12	12
		- Hospitalisation		

قاعات جراحية (Salles opératoire): 18 ؛ أجنحة جراحية (Bloc opératoire): 08

المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات مديرية المستشفى الجامعي . تاريخ الزيارة 2013/03/24.

2 قسم جراحة الأسنان: (Département de chirurgie dentaire)

جدول رقم (4-6): يتضمن توزيع أسرة المرضى حسب الأقسام الطبية.

Service : المصلحة	Lits techniques الأسرة التقنية	Unités:الوحدات	الاسرة المنظمة	
			Par unité ح/الوحدة	Par service ح/المصلحة
Chirurgie dentaire جراحة الأسنان	-	- Prothèse dentaire	-	-
		- Pathologie et chirurgie buccale		
		- Odontologie conservatrice		
		- Parodontologie		
		- Orthodontie donto faciale		

المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات مديرية المستشفى الجامعي .تاريخ الزيارة 2013/03/24

3 الأقسام الطبية: (Département de médecine)

الجدول رقم (4-7): يبين توزيع الأقسام الطبية حسب التخصص.

Services : المصالح	Lits techniques الأسرة التقنية	Unités:الوحدات	الاسرة المنظمة	
			Par unité ح/الوحدة	Par service ح/المصلحة
Gastro-entérologie أمراض المعدة	30	- Hospitalisation	29	29
		- Explorations endoscopiques	-	
		- Consultations	-	
Neurologie الأعصاب	18	- Hospitalisation	18	18
		- Explorations	-	
Cardiologie القلب	50	- Hospitalisation hommes	11	43
		- Hospitalisation femmes	21	
		- Soins intensifs	11	
		- Explorations	-	
Maladies infectieuses الأمراض المعدية	30	- Hospitalisation	39	41
		- Soins intensifs	02	
		- Consultations	-	
Psychiatrie الأمراض العقلية	53	- Hospitalisation	29	29
		- Consultations et ergothérapie	-	
		- Urgences psychiatriques	-	
Pneumo – Phtisiologie الأمراض الصدرية	28	- Hospitalisation	28	28
		- Explorations	-	
		- Consultations	-	
Médecine nucléaire الطب النووي	03	- Hospitalisation	05	05
		- Explorations scintigraphiques	-	
		- Explorations biologiques	-	
Dermatologie الأمراض الجلدية	23	- Hospitalisation	14	14
		- Consultations et explorations	-	
Médecine interne الطب الباطني	30	- Hospitalisation	30	30
		- Explorations	-	
Nephro. Hémodialyse امراض الكلى	28	- Hospitalisation	23	37
		- Hémodialyse	14	

Hématologie أمراض الدم	22	- Hospitalisation	25	25
		- Explorations et consultations	-	
Anesthésie- réanimation التخدير و الإنعاش	10	- réanimation polyvalente	09 mixtes	09
		- Chirurgie urologique	-	
		- Chirurgie A et B	-	
		- Chirurgie ortho traumatot et neurochirurgie	-	
		- O.R.L et ophtalmologie	-	
		- Urgences médico-chirurgicales	-	

المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات مديرية المستشفى الجامعي . تاريخ الزيارة 2013/03/24

II الأقسام الطبية - تابع - : Département de médecine (suite)

Servicesالمصالح	Lits techniques الأسرة التقنية	Unitésالوحدات	Lits organisés الأسرة المنظمة	
			Par unité /ح الوحدة	Par service /ح الوحدة
Rééducation fonctionnelle إعادة التأهيل الوظيفي	10	- Hospitalisation	10	10
		- Consultations externes et rééducation	-	
Médecine légale الطب الشرعي	10	- Thanatologie	-	08
		- Droit médical - dommages corporels et expertises	-	
		- Médecine pénitentiaire	08	
Médecine du travail طب العمل	-	- Ergonomie hygiène industrielle	-	-
		- Pathologie professionnelle	-	
		- Physiologie et aptitude au travail	-	
Epidémiologie (service extra muros poly. مصلحة علم Boudghène - عيادة متعددة الخدمات الأوبئة - خارجية - خارجية.	-	- Médecine préventive et vaccinations	-	-
		- Hygiène hospitalière/informations sanitaires et bio-statistiques	-	
Oncologieالأورام	15	- Hospitalisation hommes	15	15
		- Hospitalisation femmes		
		-Hôpital du jour, urgences, consultations		

المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على مديرية المستشفى الجامعي . تاريخ الزيارة 2013/03/24.

الجدول رقم (4-8): يتضمن توزيع وحدات الجناح الطبي – التقني حسب التخصص**IV - قسم الجناح الطبي التقني: Département plateau médicaux- technique**

Lits techniques الأسرة التقنية	Unités الوحدات	Lits organisés الأسرة المنظمة		OBS ملاحظات
		Par unité ح/ الوحدة	Par Service ح/ المصلحة	
-	- Pathologie digestive	-	-	
	- Pathologie gynécologique et urologique	-		
	- Pathologie générale	-		
-	- Cytologie	-	-	
	- Hémostase	-		
-	- Biochimie générale	-	-	
	- Enzymologie Endocrinologie	-		
-	- Bactériologie médicale	-	-	
	- Sérologie microbienne	-		
-	- Sérologie	-	-	
	- Immuno-hématologie	-		
03	- Radiologie conventionnelle	-	-	
	- Echographie	-		
	- Scannographie	-		
	- Remnographie	-		
-	- Cytogénétique	-	-	Partiellement جزئيا
	- Cytopathologie	-		
	- Biologie de reproduction	-		

المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على مديرية المستشفى الجامعي . تاريخ الزيارة 2013/03/24

المجموع العام لأسرة المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان**الجدول رقم (4-9):** يتضمن إجمالي أقسام، عدد الأسرة لمصالح ووحدات المؤسسة.

أقسام: Département	Lits Techniques الأسرة التقنية	المصالح Services	Unités constitutives الوحدات المرتبة	Lits organisés الأسرة المنظمة
الجراحة De chirurgie	283	08	23	317
De chirurgie dentaire جراحة الأسنان	-	01	05	-
De médecine طبية	360	17	48	341
Du plateau m-technique جناح طب تقني	03	07	18	-
Total C.H.U Tlemcen المجموع العام	646	33	94	658

المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على مديرية المستشفى الجامعي. تاريخ الزيارة 2013/03/24

الوحدات الخارجية للمؤسسة:**Structures extra-hospitalieres**

- 1 /Polyclinique Boudghène (consultations spécialisées) [pas d'arrêté].

عيادة متعددة الخدمات للفحوصات المتخصصة ببودغن

- 2 /S.A.M.U [pas d'arrêté]. وحدة التدخل الاستعجالي-لا يوجد قرار وزاري

رابعا: معايير ومقاييس تقييم أداء المركز الاستشفائي:

يحتاج المستشفى شأنه شأن المنظمات الأخرى الإنتاجية والخدمية أن يتحسن وباستمرار من أدواته وقدرته الإنتاجية، ليس فقط لضمان بقائه في بيئة تنافسية ومتغيرة، بل كذلك لتحسين قدرته التنافسية وتحقيق أهدافه بكفاءة وفاعلية واقتدار.

يشير مفهوم الأداء إلى قدرة المستشفى على تحقيق أهدافه، ويتضمن هذا المفهوم خمسة عوامل تؤخذ في الاعتبار عند قياس وتقييم الأداء الكلي للمستشفى، هذه العوامل هي: (1)

1- الإنتاجية وتتضمن بعدين، الإنتاجية الكمية والإنتاجية النوعية.

أ- الإنتاجية الكمية: ويقصد بها:

1. عدد المتكفل بهم (الأفراد المخدمين)؛

2. مجمل أيام الاستشفاء؛

3. أيام الاستشفاء لكل سرير، موظف، ممرضة؛

4. نسبة شغل الأسرة (T.O).

(1) فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى 2008، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 413، 414.

5. معدل الإقامة في المستشفى؛

6. عدد الحالات المرضية لكل سرير.

ب- الإنتاجية النوعية: وتعني قدرة المؤسسة على تقديم خدمات تنسجم مع المعايير المهنية المقبولة والمتعارف عليها، وتحضي برضا المريض وهنالك ثلاثة مداخل لتقييم الجودة (الإنتاجية النوعية):

1- المقاييس الهيكلية وخصائص التركيبة البشرية

- وجود عدد كافي من الموظفين والكفاءات المهنية والخبرات المطلوبة، والجدول التالي يوضح توزيع الإطار الطبي وشبه الطبي على عدد السكان المناط التكفل بهم:

جدول رقم (4-10): يوضح مؤشرات التغطية للإطار الطبي وشبه الطبي لسكان الولاية

بعنوان سنة 2012

التغطية	السكان 2012	التعداد	فئة الموظفين
¹ /52954	1.006.121	19	أستاذ professeurs
¹ /47911	1.006.121	21	دوسنت Dcents
¹ /9403	1.006.121	107	أستاذ مساعد M.ass
¹ /8455	1.006.121	119	طبيب أخصائي M.S
¹ /16228	1.006.121	62	طبيب عام M.G
¹ /111791	1.006.121	09	جراح أسنان C.D
¹ /1230	1.006.121	818	شبه طبي P.M

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المركز الاستشفائي الجامعي تلمسان (C.H.U.T)

- وجود اللجان المتخصصة (لجنة الأدوية، الثقافة الاستشفائية، خلية التكوين المستمر، لجنة المداومة والاستعجال... إلخ)

- وجود سياسة واضحة ومحددة (مشروع المؤسسة **Projet d'établissement**)، دليل المريض ونماذج أخرى) في حين يجب توفير أربعة (04) أسرة لكل ألف مواطن⁽¹⁾ فإن المركز الاستشفائي الجامعي تلمسان يوفر سريرا واحدا لكل 1529 ساكن، وهذا ما يبرر توسيع أو بناء هياكل أخرى.

- وجود اختصاصي أو مساعد اختصاصي لكل عشرة أسرة كما يجب أن لا يزيد عدد الأسرة في غرفة المريض عن أربعة أسرة، في حين أن غرف المرضى التي توجد بها أكثر من سرير فيجب أن لا تقل المساحة المخصصة للسرير الواحد عن (06) أمتار مربعة، وهذا ما لم يتوفر في المركز الاستشفائي موضوع الدراسة.

- توفير المستشفى طبيبا مقيما (**Médecin résident**) لكل 40 سريرا، أو لكل قسم لا تقل الأسرة فيه عن عشرين (20) سريرا، وهذا أيضا لم يتحقق في المؤسسة.

- توفير المستشفى مخبري (**Laborantin**) لكل 30 سريرا، وعون أشعة (**Manipulateur en Rdx**) لكل

(1) فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 414.

إن هذه المعايير المقبولة وطنياً، والمتعلقة بالنوع الأول الخاصة بالمقاييس الهيكلية، تتطلب كما أسلفنا الذكر فيما سبق، إعادة النظر في إيجاد هيكل آخر لتغطية العجز المسجل بأقل وقت ممكن.

2- المقاييس العائدة لعملية التحويل (Procédure): يتم تحديد هذه المقاييس كما يلي:

أ- إجماع الممارسين الطبيين (Praticiens Médicaux) في المركز الاستشفائي الجامعي على معايير الرعاية المثلى.

ب- استعارة المعايير من مراكز استشفائية جامعية أخرى قريبة شبيهة كالمركز الاستشفائي الجامعي سيدي بلعباس والمركز الاستشفائي الجامعي وهران وذلك في تبادل الخبرات.

ج- الاعتماد على الخبرات التراكمية (Expériences cumulées) والبيانات السابقة.

3- معايير خاصة بمخرجات خدمات الصحة: من المفترض أن كل نشاط يهدف إلى تقديم الرعاية الطبية والتمريضية، يحدث تغييراً على المستوى الصحي لأفراد المجتمع، وبالتالي على صحة السكان، فعلى المستوى الصحي للسكان تؤخذ المؤشرات التالية:

- على المستوى الصحي للسكان:

أ- إحصاء الأمراض والوقيات نسبة للتغيير الذي يطرأ عليها من خلال الرعاية الصحية.

ب- قياس الأداء الوظيفي لأفراد المجتمع الذين خضعوا للعلاج، نسبة للعاطلين (Les Invalides) والإعاقة (L'incapacité).

ج- التغيب عن العمل لعدد أيام العمل الضائعة، بسبب الغياب عن العمل.

- على مستوى صحة الأفراد: ينظر إلى التغيير في صحة المريض من الوضعية الحالية إلى الوضعية المستقبلية، والتي تعزى إلى الرعاية الاستشفائية المقدمة له أثناء إقامته بالمستشفى، وتؤخذ المؤشرات التالية:

أ- تحسن في الأداء العضوي (المادي)؛

ب- تحسن في الأداء النفسي؛

د- موقف المريض؛

ج- المعرفة الصحية المكتسبة والتغيير في السلوك المرتبط بالصحة (Comportement) (وقف، التدخين، ممارسة الرياضة، تغير في نمط التغذية والحمية.... إلخ).

4- مقاييس متعلقة بالكفاءة: نقصد بها نسبة المدخلات إلى المخرجات، وتحسب وفق:

- كلفة وحدة الإنتاج الواحدة، الفحص عند الطبيب العام (50 دج) الفحص عند الطبيب الخاص (100 دج)

دج) الفحص المخبري، فحص الأشعة.... إلخ. إن التكلفة في المركز الاستشفائي الجامعي، باعتباره مرفقا

عمومياً يخضع في تعاملاته مع المرضى فيما يخص تعويضات الخدمات الصحية، إلى تعريفات (Les Tartis)

محددة من قبل الدولة وهي كما نرى رمزية (Symbolique) في كل الحالات فرضتها سياسة مجانية الصحة؛

- عدد الموظفين نسبة للسرير المشغول؛

- نسبة إشغال الأسرة (T.O)؛

- متوسط مدة الإقامة، ويعد مقبولا على المستوى الوطني؛

إذ بلغ في المتوسط سبعة (07) أيام كمتوسط لفترة الإقامة بالمؤسسة، و 80% لمعدل أشغال أسرة المستشفى، أما معدل دوران السرير فبلغ 65%.

خلال سنة 2012 سجل المركز الاستشفائي الجامعي مدة متوسطة لإقامة المرضى (7.87 يوم) وبمعدل قدره 94.69% كمتوسط لشغل الأسرة، وهي مؤشرات تتعدى المستوى الوطني المقبول.

5- مقاييس متعلقة بالرضا الوظيفي والإبداع والتعبير: يقصد بها الإشارة فيما إذا كان الموظفون يتبنوا مواقف ايجابية اتجاه أعمالهم وأعمال المنظمة، واتجاه المسؤوليات والواجبات المنوط بهم من خلال:

- معدل البقاء في العمل ومعدل ترك العمل؛

- الإسراع أو التأخير والتباطؤ في تنفيذ المهام؛

- انعدام أو عدد الشكاوي أو التظلمات المرفوعة من قبل الموظفين أو إنعدامها.

أما بالنسبة للمستشفى، فيقصد بها قدرة المنظمة على تبني وإدخال التغييرات المتسارعة والمفروضة من الداخل أو الخارج، إذ أن التغيير والإبداع والتجديد، يمنع تدرج الأداء، وبالتالي يسمح للمؤسسة وبمكثها من الاستمرار والعتاء.

المطلب الثالث: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مستشفى الأم والطفل تلمسان

أولاً: تقديم المؤسسة

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS تلمسان، هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، نشأت بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-204 المؤرخ في 30 جوان 2007 المعدل والمتمم للمرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997. تتكون المؤسسة الاستشفائية من هيكلين منفصلين هما:

1- مستشفى به جراحة وطب أمراض النساء (Chirurgie et Gynéco-obstétrique).

2- استعجالات جراحة وطب الأطفال (CCI) مرتبطة بهيكل استعجالات المركز الاستشفائي الجامعي.

تتكفل المؤسسة بما يلي:

- طب النساء (La Gynéco-obstétrique)؛

- جراحة الأطفال (La Chirurgie pédiatrique)؛

- طب الأطفال (LA pédiatrie)؛

- جدد الولادات (حديثي الولادات: LA Néonatalogie).

والجدول التالي يوضح أقسام المؤسسة:

جدول رقم (4-11) يبين الأقسام والمصالح والوحدات الجراحية لمستشفى الأم والطفل بتلمسان حسب التخصص

I - الأقسام الجراحة : Département de chirurgie -

المصالح Services	Lits techniques الأسرة التقنية	الوحدات Unités	الاسرة المنظمة Lits organisés	
			Par unité ح/ الوحدة	Par service ح/ المصلحة
Gynéco- obstétrique أمراض النساء	114	- Opérateur et post opératoire	40	141
		- Grossesses à risque	28	
		- Oncologie Gynécologique	34	
		- Pré travail et post partum	39	
		- Consultation, explorations et urgences	-	
Chirurgie pédiatrique جراحة الأطفال	30	- Hospitalisation	26	30
		- Opérateur et post opératoire	04	
		- Consultations et urgences	-	

- 1 /Nombre de bloc opératoire : جناح العمليات 01

- 2 /Nombre de salles opératoires : قاعات العمليات 04

- المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات المؤسسة. تاريخ الزيارة 2013/03/26

جدول رقم (4-12) يبين الأقسام والمصالح والوحدات الجراحية لمستشفى الأم والطفل بتلمسان حسب التخصص

II - القسم الطبي : Département de Médecine -

Services المصالح	Lits techniques الأسرة التقنية	الوحدات Unités	Lits organisés		ملاحظات OBS
			Par unité ح/ الوحدة	Par service ح/ المصلحة	
Pédiatrie طب الأطفال	30	- Nourrissons	18	60	L'unité des urgences médicaux pédiatriques est affectée au niveau des urgences du CHU Tlemcen vu le manque de structure au niveau du service pédiatrique
		- Enfant	12		
		- Urgences pédiatriques	30		
		- Consultations et explorations	-		
Néonatalogie جدة الولادات	30	- Soins généraux	30	30	
		- Soins intensifs			
		- Réanimation			

- المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات المؤسسة. تاريخ الزيارة 2013/03/26

جدول رقم (4-13): يبين المجموع العام لأسرة المؤسسة - الأم و الطفل - تلمسان.

أقسام: Département	Lits Techniques الأسرة التقنية	Nombre de services ح / المصلحة	Nombre d'unités عدد الوحدات	Lits organisés الأسرة المنظمة
الجراحة De chirurgie	144	02	08	171
الطبية De médecine	60	02	07	90
Total E.H.S (mère et enfant) مجموع Tlemcen المؤسسة	204	04	15	261

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات المؤسسة. تاريخ الزيارة 2013/03/26 -

بمقتضى القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 7 سبتمبر 2011 الذي يحدد قواعد المؤسسات الاستشفائية

المتخصصة تم تصنيف مستشفى الأم والطفل ضمن الفئة A .

يندرج تنظيم مؤسسة الأم والطفل، ضمن القرار الوزاري المشترك المسجل بكلية الطب تحت رقم 474

بتاريخ 2008/12/14 المتعلق باعتماد المصالح الاستشفائية الجامعية ووحداتها بالمؤسسة. حيث تتوزع الأسرة

التقنية كما يلي:

1- مصلحة طب النساء وتشمل على طاقة 114 سريرا وخمس (05) وحدات؛

2- مصلحة طب الأطفال وتشمل على طاقة 30 سريرا وأربع (04) وحدات؛

3- مصلحة حديثي الولادة (جدد الولادة) وتضم 30 سريرا وثلاث (03) وحدات؛

4- مصلحة جراحة الأطفال وتستوعب 30 سريرا وأيضا 03 وحدات.

1-1. التنظيم الإداري: في 13 أكتوبر 2008، تم تدشين المؤسسة من قبل السيد رئيس الجمهورية، بحيث

أضحت مستقلة عن المركز الاستشفائي الجامعي (CHU)، وأصبح يديرها مجلس إداري ويسيرها مدير، كما

أضحت مزودة بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي، إلا أن الملاحظة التي يجب التنويه بها، وهي أن مدير

المؤسسة المتخصصة لا يشارك في مداورات مجلس الإدارة إلا بصوت استشاري، ويتولى فقط أمانة المجلس وهذا

ما يعتبر عائقا في عملية التسيير واستقلاليتها.

يعين أعضاء مجلس الإدارة لعهد مدتها ثلاث سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي وباقتراح من السلطات

التي ينتمون إليها⁽¹⁾ وتنتهي بحكم وظائفهم مع انتهاء هذه الوظائف.

أما المجلس الطبي فهو هيئة استشارية تقترح كل الإجراءات التي من شأنها تحسين، تنظيم مصالح العلاج،

والوقاية وسيرها؛ وكذا الأمور الطبية العلمية ومسائل التكوين.

(1) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد، 81، ص13.

1-2: التنظيم الهيكلي: تسير المؤسسة حاليا من قبل مديرة، معينة بقرار من وزير الصحة والسكان وإصلاح

المستشفيات، تنهي مهامها بنفس الإشكال، ويساعدها في تأدية مهامها مديرون مساعدون في الأقسام التالية:

1- المديرية الفرعية للإدارة والوسائل؛

2- المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية، المنشآت والهيكل؛

3- المديرية الفرعية للنشاطات الصحية.

من خلال معاينتنا للمؤسسة استوقفتنا ملاحظتين:

الأولى: لم يحدث أي تجديد للمخطط التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بسبب انعدام تحيين القرار

الوزاري المشترك المؤرخ في 26 أبريل 1998 وذلك بالرغم من مرور (15) سنة عن ذلك !.

والثانية: لا تتوفر المؤسسة على إطارات ذات كفاءات عالية تتوفر على شروط التعيين في مناصب مدير مساعد

وخاصة في أقسام المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية فضلا عن انعدام تام لأقسام صيانة المعدات الطبية

واللواحق المشتركة. (الملحق رقم 03 يبين التنظيم الهيكلي لمستشفى الأم والطفل).

1-3. التنظيم المالي: تحدد مدونة ميزانية المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بقرار وزاري مشترك بين الوزير

المكلف بالصحة وإصلاح المستشفيات والوزير المكلف بالمالية يعبر عن ميزانية المؤسسة بالإيرادات وأجواب

للفقعات، بحيث يحضر الأمر بالصرف مشروع الميزانية، ويعرضه على مجلس الإدارة للمداولة ثم يوجه بعد ذلك

إلى السلطة الوصية (مديرية الصحة والسكان ووالي الولاية) للموافقة عليه.

وفيما يخص ميزانية مستشفى الأم والطفل:

جدول مالي رقم (4-14): يبين أبواب ميزانية المؤسسة (الميزانية الأولية، الميزانية النهائية لسنة 2012 والأولية

2013) - (نفقات المستخدمين ونفقات التكوين)

الأولية 2013	النهائية 2012	الأولية 2012	عناوين الميزانية
313 305 000.00	5 74 555 000.00	544 555 000.00	نفقات المستخدمين
	204 000 000.00	1840 000.00	نفقات التكوين
132 800 000.00	-	42340 000.00	نفقات التغذية
-	-	70 000 000.00	نفقات الأدوية
-	-	7 000 000.00	نفقات الوقاية
-	-	22 000 000.00	نفقات العتاد الطبي
-	-	28 000 000.00	نفقات الهياكل الصحية
-	-	37 445 000.00	نفقات أخرى للتسيير
-	-	3 600 000.00	نفقات الخدمات الاجتماعية
		756780000.00	مجموع النفقات

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات مديرية مستشفى الأم والطفل بتلمسان.

من خلال البيان المذكور أعلاه يتضح بأن نفقات المستخدمين تستحوذ النسبة الأعلى في توزيع الاعتمادات المالية بـ 72 % في حين أن النفقات المتعلقة بالتكوين هي الأضعف حلقة ضمن العناوين الأخرى بالميزانية المؤسسة بنسبة قدرها 0.24 % مقارنة بمجموع النفقات.

ويلاحظ بأن المؤسسة لم تحصل على الميزانية النهائية الخاصة بتسيير سنة 2013 إلى غاية بداية شهر أكتوبر 2013 مما يعيق المحاسبة الإدارية للإيرادات والنفقات والأرصدة المتوفرة وتسديد المستحقات المالية.

ثانياً: مخطط تسيير الموارد البشرية لمستشفى الأم والطفل (2012)

عند دراستنا لمخطط السنوي (PGRH) لتسيير الموارد البشرية بعنوان سنة 2012 المعتمد من قبل مصالح الوظيف العمومي لولاية تلمسان، أمكننا تسجيل مجموعة من النقاط الأساسية:

- تعداد المؤسسة حسب المناصب المالية إلى غاية شهر مارس 2012 بلغ 440 منصبا ماليا بينما المناصب المشغولة 369 منصبا، أي بفارق 71 منصبا ماليا شاغرا مخصصة لعملية التوظيف وذلك إلى غاية إعداد مخطط تسيير الموارد البشرية بعنوان سنة 2013 والمصادقة عليه.

- تعداد المناصب العليا الشاغرة بلغ 28 منصبا من ضمن 38 منصبا ماليا أي بنسبة 7.37 % تعدد مناصب شاغرة، منها منصب المدير، 03 نواب المدير، 09 رؤساء مكاتب، 07 إطار شبه طبي، عون طبي في التخدير والإنعاش إطار، 07 قابلات منسقات، أما الأطارات الإدارية فيوجد 08 مناصب شاغرة مخصصة للتوظيف على أساس الشهادة، الامتحان المهني ومنصب خاص برتبة متصرف مستشار على سبيل الاختيار و12 منصبا لأعوان التنفيذ.

3. تعداد المناصب المالية الشاغرة للممارسين الطبيين بلغ 08 مناصب من مجموع 51 منصبا ماليا، أي بنسبة 15.69 % منها 04 ممارسين أخصائيين مساعدين، 03 أطباء عامون وصيدي واحد. أما المستخدمون شبه الطبيين فإن المناصب الشاغرة بلغ 51 منصبا.

أ- التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات: من خلال حصيلة برنامج التكوين للمؤسسة بعنوان سنة 2012 أمكننا الإطلاع وتسجيل الملاحظات التالية:

- استفاد ستة (06) أطباء من تكوين قصير لتجديد المعلومات على مستوى كلية الطب، وذلك في ميدان طب الأطفال، رضاعة الأم، سرطان الرحم، تعفنات المسالك البولية واستعمالات حديثي الولادة وغيرها. حسبما هو مذكور في مخطط التكوين المشار إليه أسفله. (أنظر الملحق رقم 04 المتضمن مخطط التكوين المستمر المحلي لمستشفى الأم والطفل بتلمسان 2012).

2. استفاد 20 شبه طبي من تكوينات مختلفة كما استفادت 20 قابلة من تحسين المستوى في متابعة ومراقبة أوضاع الحمل الخطيرة، والإنعاش والوقاية من التعفنات في قاعات العمليات الجراحية، فضلا عن تكوين عشر (10) أعوان تقنيين حول الوقاية من التعفنات الناشئة من أعمال ونشاطات العلاج والعمليات الجراحية.

ب- **مخطط التكوين لسنة 2013:** تضمن مخطط التكوين لسنة 2013 مجموعة من الأولويات تم تحديدها وطنيا (1).

إن الأداء ليس معناه الجدل بين المجموعات والأفراد عن فعل الأشياء الصحيحة، أو فعل الأشياء في الاتجاه الصحيح، إنه يشمل الطريقة التي يتصرف بها الأفراد في محيط العمل، وكيف يحسن كل منهم توظيف مكان عمله ومؤسسته. وبالعودة إلى مضمون محاور التكوين المشار إليه أعلاه، أمكننا حصر حزمة من المواضيع:

1. تشخيص سرطان عنق الرحم؛
2. التكفل بمرضى السكري؛
3. التكفل بأمراض القلب؛
4. التكفل بالاستعمجات الجراحية؛
5. التكفل بالأمراض التنفسية؛
6. التكفل بالتهاب الكبد من فئة "ب" و "س"؛
7. النظافة الاستشفائية؛
8. مواضيع أخرى ذات أولوية محلية مقترحة بشرط المصادقة عليها على المستوى المركزي؛
9. التكوين قصير المدى بالخارج للأطباء الأخصائيين كأولوية، وفي إطار احترام المنشور الوزاري رقم 02 المؤرخ في 24 أبريل 2004، والقرار الوزاري المشترك رقم 71 المؤرخ في 28 ديسمبر 2011 المتعلق بتنفيذ برنامج تحسين المستوى قصير الأجل بالخارج.

ثالثا: مؤشرات النشاط والعمليات بمستشفى الأم والطفل

كل نشاط مهما كانت طبيعته يخضع للعملية التقييمية من أجل التأكد من سلامة الأداء، وعموما نجد بأن عملية تقييم الأداء مرتبطة بتقييم حصيلة النتائج المحققة بالنواحي الوظيفية المتصلة بكفاءة وفعالية استخدام الموارد المتاحة، سواء كانت بشرية أو مادية، وعادة ما يتم ذلك في ضوء عدد من المؤشرات يكون محورها حركة المرضى خلال إقامتهم بالمؤسسة. (أنظر الملحق رقم 05 المتضمن حصيلة إستشفاء مرضى مستشفى الأم والطفل لسنة 2012).

مقارنة بالمعايير المتعلقة بالمدخلات والمخرجات في تقييم الأداء الكلي للمستشفى وإدارته التي ذكرها الأستاذ الدكتور فريد توفيق حضيرات رئيس قسم إدارة الأعمال بالجامعة الأردنية (2) نستنتج أن مستشفى الأم والطفل وبحكم تخصصه، يشغل بمعدل استغلال للأسرة قدره 90% وهو معدل مرتفع، يفسر باكتضاض المؤسسة بالمرضى يتجاوز النسبة المقبولة وطنيا وهي 80% .

(1) Instruction n° : 83/MSPRH/DF/SDFC/2012 DU 21 Novembre 2012 relatif au plan continue pour l'ann2e 2013.

(2) فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق.

إن معدل إقامة المرضى بالمؤسسة هي في حدود المقبول 3.17 أيام، ومعدل الوفيات هو 1.85%، حيث أن العدد الكبير من الوفيات يسجل في مصلحة جدد الولادات بـ 321 حالة وفاة بمعدل 26.35% من أصل 1963 مريض مقيم.

أ- مؤشرات التغطية الطبية وشبه الطبية: يعتبر مستشفى الأم والطفل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الوحيدة على مستوى تراب الولاية بحيث أنها تغطي كل سكان المنطقة ولعل الجدول التالي يوضح لنا مؤشرات التغطية الطبية وشبه الطبية نسبة لعدد السكان (مع فرضية أن كل مرضى تراب الولاية يتداونون بالمؤسسة) .

جدول رقم (4-15): يبين مؤشرات التغطية الطبية وشبه الطبية لمستشفى الأم والطفل

التغطية	السكان 2012	التعداد	فئة الموظفين
¹ /503060	1.006.121	02	أستاذ professeurs
¹ /251530	1.006.121	04	دوسنت Dcents
¹ /111791	1.006.121	09	أستاذ مساعد M.ass
¹ /33537	1.006.121	30	طبيب أخصائي M.S
¹ /143732	1.006.121	07	طبيب عام M.G
¹ /3299	1.006.121	305	شبه طبي P.M

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان - 2012.

بالرجوع إلى الجدول المشار إليه وعودة إلى المعايير الوطنية، نجد أن المؤسسة تعاني نقصا في تعداد الكفاءات الطبية وشبه الطبية، إذ نجد طبيب عام واحد مقابل 143732 نسمة، في حين أن المعيار الوطني هو طبيب لـ 1.200 ساكن (وذلك إذا أخذنا بالحساب سكان كل بلديات ولاية تلمسان) في حين نجد طبيبا واحدا متخصصا مقابل 22.358 مواطن في حين يجب أن تكون مقابل 5000 مواطن فقط.

أما التغطية شبه الطبية فنجد أن 3.299 نسمة يتكفل بها ممرض واحد، في حين التغطية المقبولة وطنيا فهي ممرضا واحد لكل 250 ساكن، (يجب التنويه مرة أخرى أن هذه المؤشرات تخص كل سكان الولاية باعتبار أن تحويلات المرضى تتم من طرف كل مؤسسات الصحة نحو هذا المرفق)، وذلك لعدم توفر المؤسسات الأخرى على الممارسين الأخصائيين في طب النساء والتوليد، وكذا ضعف التأطير خلال المناوبات الطبية المتخصصة الليلية وخاصة أيام نهاية الأسبوع في باقي المؤسسات الأخرى، فضلا عن بعد الأمان والإحساس بالثقة لدى المرضى في التوجه إلى مستشفى الأم والطفل نظير توفره على الموارد البشرية.

المبحث الثالث: الاستبيان نتائج وتحليل

المطلب الأول: صدق وثبات الأداة

لقد تم توزيع الاستبيان على عشرين إطار في مختلف المؤسسات الاستشفائية العمومية (EPH) والمركز الاستشفائي الجامعي (CHU) والمؤسسة المتخصصة الأم والطفل (EHS) بولاية تلمسان وذلك للتعرف على

مدى مناسبة فقرات الاستبيان وإخراجها بالشكل المناسب والنهائي قبل توزيعها على عينة البحث، وبعد رفع التحفظ على مجموعة من الملاحظات والتحفظات، تم التأكد من الصدق الظاهري لمحتوى الاستبيان كمرحلة أولى إذ كانت النتيجة أن 95% موافقون على تناسق الفقرات وواقعيتها مع بيئة الدراسة، وتعد هذه الحصيلة دليلا على صدق أداة الدراسة.

أما فيما يخص ثبات الأداة تم حسابها بواسطة مخرجات برنامج (SPSS) في نسخته العشرين باستخدام "ألفا كرونباخ" (ALPHA de Cronbach) وذلك لجملة الأبعاد الرئيسية الخمسة إذ كانت النتيجة 0.46 ومؤشر الصدق من خلال احتساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات الذي أعطى لنا نتيجة 0.68 كمؤشر للصدق، وهو معامل ثبات جد مرضي، علما بأن النسبة المقبولة إحصائيا لمعامل الثبات والصدق هي 67% وهذا ما يشير إلى مصداقية الإجابات⁽¹⁾.

قياسا على ما سبق فإن الاستبيان أصبح على درجة مقبولة من الصدق، والجدول التالي رقم (4-16) يوضح معامل الثبات (ألفا α) ومؤشر الصدق للمتغيرات الرئيسية الخمسة في الدراسة فضلا عن معامل الثبات الكلي 0.46 ومؤشر الصدق الكلي 0.68.

جدول رقم (4-16): يوضح ثبات الأداة ومؤشر الصدق للمتغيرات الرئيسية

الترتيب	الأبعاد الرئيسية	معامل الثبات (ألفا α)	مؤشر الصدق
1	الأشياء الملموسة	0.864	0.929
2	الاعتمادية	0.447	0.668
3	الاستجابة	0.815	0.902
4	الثقة	0.479	0.692
5	التعاطف	0.818	0.907
	كل المتغيرات	0.457	0.676

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات الـ SPSS

المطلب الثاني: عينة البحث وحدودها

من المعلوم أن حجم العينة المدروسة يعتمد على حجم المجتمع الإحصائي الأصلي الذي تنتمي إليه هذه العينة، وعلى غرار من ذلك يصعب تحديد قواعد عامة لسحب العينة دون المعرفة الدقيقة بمجتمع العينة الإحصائي، ومن ثم فإن كثيرا من الباحثين يعتقدون أن مئة (100) مفردة تمثل الحد الأدنى لإجراء تحليل إحصائي ملائم وتعميم النتائج.

(1) الباهي السيد فؤاد، علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، ط3، دار الفكر العربي، 1979، القاهرة، ص529.

قد أشار بعضهم، إلى أنه إذا كان حجم المجتمع الأصلي أكثر من 2001 فإن العينة الإحصائية الملائمة هي 385 مفردة، وإذا أمكن الحصول على عينة كبيرة نسبيا ومختارة بشكل عشوائي تمثل المجتمع الأصلي المأخوذ منه، فإنه لا حاجة لدراسة المجتمع الأصلي، ذلك لأن النتائج المستنبطة من دراسة العينة، ستطبق إلى حد كبير مع النتائج المستخلصة من دراسة المجتمع الأصلي⁽¹⁾. إن نسبة 10% تعد مقبولة في الدراسات الوظيفية خاصة في حالة وجود مجتمع دراسة كبير⁽²⁾.

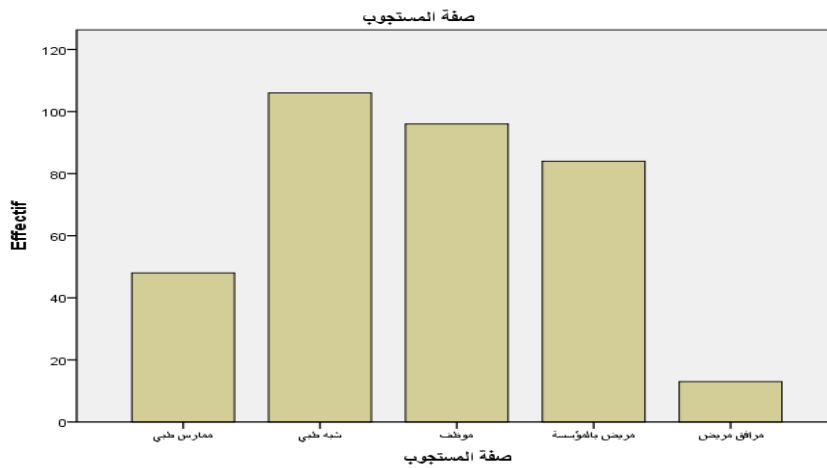
وتوفيقا لكل هذه الآراء اخترنا عينة إحصائية مكونة من 380 مفردة خضع منها 347 مفردة للتحليل الإحصائي لعدم استكمال البيانات في 33 مفردة الأخرى وذلك في حدود 11% من مجتمع الدراسة المكون كما يلي:

الجدول رقم (4-17): يوضح صفة المستجوب

Valide	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
ممارس طبي	48	13.8	13.8	13.8
شبه طبي	106	30.5	30.5	44.4
موظف	96	27.7	27.7	72.0
مريض بالمؤسسة	84	24.2	24.2	96.3
مرافق مريض	13	3.7	3.7	100.0
Total	347	100.0	100.0	

المصدر: مخرجات SPSS

الشكل رقم (4-6): يبين صفة المستجوب.



المصدر: مخرجات SPSS

(1) العسكري عبود عبد الله، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، دار التميز، دمشق، 2004، ص168.

(2) عودة أحمد سليمان، فتحي ملكاوي، أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الانسانية، مكتبة المنار، عمان، 1992، ص161.

المطلب الثالث: اختبار فرضيات البحث

بعد أن تم جمع بيانات الاستبيان المقبولة وعددها 347 مفردة، وتحليلها باستخدام مقياس " ليكورت " المكون من سبع آراء تراوحت كما يلي:

رقم (1) ويعبر عن عدم الموافقة المطلقة؛

رقم (2) ويعبر عن عدم الموافقة؛

رقم (3) ويعبر عن عدم الموافقة إلى حد ما؛

رقم (4) ويعبر عن موقف الحياد؛

رقم (5) ويعبر عن الموافقة إلى حد ما ؛

رقم (6) ويعبر عن الموافقة ؛

رقم (7) ويعبر عن الموافقة بشدة.

على ضوء الفرضيات التي استهدفتها الدراسة فإننا سنتطرق فيما يلي إلى نتائج التحليل بالنسبة للفرضية الرئيسية ومن ثم لكل فرضية غلى حدة.

أولاً: الفرضية العامة:

تتأسس الفرضية العامة على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مستوى جودة الخدمات الصحية وبين أبعاد جودة الخدمة الرئيسية وهي: الملموسة- الاعتمادية، الاستجابة، الثقة والتعاطف.

لقد تم اختيار هذه الفرضية من خلال إجابات مفردات العينة في المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل (الممارسون الطبيون، الممارسون شبه الطبيون، الموظفون، المرضى ومرافقتهم)، على عبارات وفقرات الاستبيان، وتم الاعتماد على حساب ما يلي:

1- استخراج المتوسطات الحسابية للاجابات على كل عبارة من العبارات وذلك بجمع درجات إجاباتهم على كل عبارة، ثم قسمة المجموع على عدد مفردات العينة لتصل إلى اثني وعشرين (22) متوسطا حسابيا لاجابات مفردات العينة، تغطي العبارات (22) التي تمثل تقييمهم لتلك العبارات ويوضح الجدول رقم (4-17) هذه المتوسطات.

ولقياس مستوى جودة الخدمات الصحية للعبارات (22) واختيار الفرضيات الأخرى تم استخراج المتوسط الحسابي العام إذ بلغ (4.26) ويعبر هذا المتوسط عن مستوى جودة الخدمات الصحية للعبارات فعليا، وبمقارنة هذا المتوسط بالمقياس ذو النقاط السبع المستخدم، فإننا نرى أن مستوى جودة الخدمات الصحية متواضعا وبالتالي لا تعد مؤشرا إيجابيا لبلوغ مستوى تطلعات المواطنين كونها خدمات صحية تتعلق بحياة الإنسان، وهذا يعني في واقع الحال أن هناك عوامل مازالت غير مدركة، الأمر الذي تطلب منا تشخيصها ووضع حلول لها ضمن ورقة العلاج.

ثانيا: العوامل المفسرة لوزن وأهمية المتغيرات:

استخدمنا طريقة التحليل العاملي حيث يعرف بأنه: «تصميم ينصب على فحص ارتباط مجموعة من المتغيرات تمهيدا لتقديم تفسير حول العلاقات بينهما من أجل الوصول إلى عدد قليل من المتغيرات الخفية والتي نسميها بالعوامل»⁽¹⁾.

تعني عبارة "العامل" في هذا المقام مجموعة أبعاد أو متغيرات مرتبطة ومحددة وفقا لدرجة تشعبها فيه، وباعتبار المتغيرات مرتبطة بنسب مختلفة بكافة العوامل المستخرجة فإن تحديد انتماء المتغير إلى عامل ما، يتم وفق أعلى درجة من درجات التشعب (الترابط)⁽²⁾.

نسعى في هذا المقام إلى الإجابة على السؤال التالي:

انطلاقا من العبارات الفعلية المعبر عنها، ما هي العوامل المفسرة لمستوى جودة الخدمات ومستوى الأداء بحسب وزن وأهمية كل متغير (بعد) ضمن الأبعاد الرئيسية والفرعية لجودة الخدمات الصحية المقدمة؟.

إن جدول الإحصاء الوصفي التالي ضمن مخرجات الـ SPSS يحدد لنا معطيات الدراسة الجدول رقم (4-18): يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لإجابات مفردات العينة (الممارسون الطبيون، شبه الطبيون، المرضى ومرافقيهم، والموظفون).

(1) خالد بن سعد الجضعي، تقنيات صنع القرار، تطبيقات حاسوبية، الجزء الثاني، دار الأصحاب للنشر والتوزيع، الرياض، د.س.ن، ص471.

(2) للمزيد من التحليل في تفصيل الفرضيات أنظر، خالد بن سعد الجضعي، مرجع سابق.

Statistiques descriptives

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الأكبر	الأصغر	العينة	الأسئلة	الرقم
1.272	5.79	7	2	346	تحتاج المؤسسة إلى تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة حاليا.	01
1.417	3.08	7	1	345	قاعة المرضى وأماكن الانتظار والاستقبال ومكاتب الأطباء ومختلف الموظفين الحالية، تتلاءم مع ما تتوقعه في ذهنك.	02
1.566	3.69	7	1	344	هناك اهتمام من طرف الإدارة و الموظفين ومتابعة بطريقة وهينة ملابس، مع مستوى الخدمة المقدمة.	03
1.427	3.20	7	1	345	في نظرك إدارة المؤسسة وفرت الشروط المادية في الفترات السابقة (من 1 إلى 3) ضمن حدود إمكانياتها المتوفرة والمتاحة، والتي تتناسب مع توقعاتك.	04
1.442	3.28	7	1	346	تلتزم إدارة المؤسسة بعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والاستشفائية وتوفير المناخ والبيئة الملائمة.	05
1.509	3.80	7	1	347	تتجاوب وتتعاطف إدارة المؤسسة مع المرضى عند تقديم شكاويهم كما تتوقعها في ذهنك	06
1.459	3.26	7	1	346	تتم إدارة المؤسسة بتقديم الرعاية الصحية في الوقت المناسب وبشكل سريع ودقيق	07
1.432	4.02	7	1	345	يضع المرضى ثقهم في كفاءات المهنة الطبية وشبه الطبية بنقطة وأمان	08
1.625	3.80	7	1	343	تتم إدارة المؤسسة بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات وأجهزة الإعلام الآلي	09
1.432	4.10	7	1	347	يتم إخبار المرضى عن أوقات العلاج لهم حسب تصورك.	10
1.651	4.24	7	1	345	من غير المتوقع أن يحصل المرضى الخدمة الفورية من قبل الموظفين في المؤسسة.	11
1.499	4.33	7	1	345	يرغب الموظفون في المؤسسة بمساعدة المرضى بشكل دائم ومستمر.	12
1.506	4.30	7	1	345	رغم الضغوطات بانشغال الموظفين بتقديم الخدمات إلا أنهم يتجاوبون مع طلبات المرضى فوراً.	13
1.529	4.86	7	1	346	في اعتقادك يجب أن تكون لدى المرضى الثقة الكاملة بالموظفين في المستشفى.	14
1.584	4.80	7	1	342	في اعتقادك يجب أن يطمئن المريض بأنه بأيدي أمينة مع الموظفين في المؤسسة عند التعامل.	15

الرقم	الأستلة	العينة	الأصغر	الأكبر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
16	هل تشعر وتلمس حسن المعاملة للطواقم الطبي والشبه الطبي في تعاملهم مع المرضى - لطف ولباقة-.	340	1	7	4.09	1.564
17	تتوفر لدى الموظفين في المؤسسة الكفاءة والجدارة و المصداقية في أداء عملهم، ما يتحتم على إدارة المؤسسة أن تقدم الدعم لهؤلاء الموظفين.	343	1	7	4.38	1.377
18	يجب على إدارة المؤسسة أن تعطي المرضى عناية شخصية.	347	1	7	5.81	1.195
19	إن الموظفين في المؤسسة لديهم القدرة على تقديم عناية شخصية للمرضى.	342	1	7	5.02	1.335
20	يجب على الموظفين في المؤسسة معرفة حاجات المرضى.	345	1	7	5.86	1.098
21	تعمل غدارة المؤسسة بنظام عمل (ساعات) حسب حاجات المرضى.	344	1	7	4.28	1.598
22	في حقيقة الأمر والواقع تقدم ادارة المؤسسة أفضل ما لديها للمرضى.	347	1	7	3.93	1.756
	الأشياء الملموسة	347	2.00	6.75	3.9486	.877990
	الإعتمادية	347	1.00	7.00	3.6337	1.12503
	الإستجابة	347	1.00	6.75	4.2409	.950840
	الثقة	346	1.00	7.00	4.5361	1.21976
	التعاطف	347	3.00	7.00	4.9816	.802480
	المتوسط الحسابي العام				4.26	

المصدر: مخرجات SPSS

المطلب الرابع: الاستنتاجات العامة

أولاً: الفرضية الرئيسية

من خلال هذا الجدول رقم (4-17) السالف الذكر يتأكد لنا أن مستوى جودة الخدمات الصحية هي دون المستوى المطلوب إذ أن المتوسط الحسابي العام بلغ (4.26)، وحتى يتم التأكد من الدلالة الإحصائية لهذه النتيجة، تم اختيار الفرضية الرئيسية بالمتوسط الحسابي العام المشار إليه أعلاه باعتباره قاعدة لقرار اختيار الدلالة الإحصائية للفرضية باستخدام (t) للمقارنات الثنائية وبمستوى دلالة (0.05) لجميع عبارات الاستبيان وعددها 22 متغيراً (الجدول رقم 4-17).

تأسيسا على ذلك تبين أن قيمة (t) المحسوبة بلغت (4.79) في حين بلغت (t) الجدولة (2.56) وبمقارنة القيمتين يتضح لنا جليا أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية (الجدولية $t >$ المحسوبة t). وعليه ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) (وعليه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمات الرئيسية وهي الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة والتعاطف وبين مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات موضوع الدراسة) وما يؤكد ذلك هو معدل الإجابات إذ بلغ (4.26) باتجاه الاتفاق بأن معايير جودة الخدمات متواضع ولا يرقى إلى مستوى التوقعات والآمال فضلا عن وجود أبعاد فرعية غير مدركة تستوجب دراستها.

ثانيا: الفرضيات الفرعية

نتائج الاختبار يوضحها الجدول التفصيلي رقم (4-18) الموالي الذي يتضمن تسلسل عبارات الاستبيان، القيمة المحسوبة والقيمة الجدولية (T.test) ونتيجة فرضية العدم (H_0) بالإضافة إلى توضيح ما إذا كان الاتجاه نحو كل بعد من الأبعاد التي تمت صياغتها على شكل فرضية إيجابية أو سلبية.

الجدول رقم (4-19): يوضح نتائج اختبار فرضيات الدراسة (22 استفسار):

رقم الفرضية	قيمة (t) المحسوبة	قيمة (t) الجدولية	Sig t	نتيجة الفرضية (H_0)	النتيجة الخاصة بالفرضية
1	8.11	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
2	2.33	2.56	0.05	قبول	اتجاهات سلبية نحو الفرضية (-)
3	3.92	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
4	3.38	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
5	3.98	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
6	3.37	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
7	3.89	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
8	3.57	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
9	5.79	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
10	6.62	2.56	0.05	رفض	اتجاهات سلبية نحو الفرضية (-)
11	2.03	2.56	0.05	قبول	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
12	4.30	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
13	6.22	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
14	5.66	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)

رقم الفرضية	قيمة (t) المحسوبة	قيمة (t) الجدولية	Sig t	نتيجة الفرضية (H ₀)	النتيجة الخاصة بالفرضية
15	5.43	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
16	5.11	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
17	5.03	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
18	6.73	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
19	6.09	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
20	5.78	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
21	5.22	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
22	4.41	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية (+)
الفرضية الرئيسية	4.79	2.56	0.05	رفض	اتجاهات ايجابية نحو الفرضية الرئيسية (+)

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات الـ SPSS

من خلال الجدول المشار إليه أعلاه، أمكننا اختبار كل فرضيات الاستبيان وفقا للنتائج التالية:

1- الأشياء الملموسة (Tangébelité):

1-1 الفرضية الفرعية الأولى: التي تنص على أن هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين حداثة الأجهزة،

عصرنة المعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة في الظروف الحالية ومستوى جودة الخدمات الصحية. تأسيسا على نتائج الاختبار، تبين لنا أن تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة ضعيف ومنعدم في أحيان أخرى إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (8.1) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية العدم (H₀) وتقبل الفرضية البديلة (H₁) إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (5.79) باتجاه الموافقة على قدم الأجهزة والمعدات الطبية واهتلاكها مقابل ضعف واضح في تحديثها وصيانة ما هو معطل منها.

2-1 الفرضية الفرعية الثانية: التي تنص على أن هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تصميم قاعات

المرضى، أماكن الانتظار والاستقبال ومختلف مكاتب الأطباء والموظفين ومستوى جودة الخدمات الصحية. تأسيسا على نتائج الاختبار، تبين لنا انه توجد هناك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين واقع حال الهياكل ومستوى الخدمات الصحية المقدمة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.33) وهي أصغر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي تقبل فرضية البحث (H₀) وترفض الفرضية البديلة (H₁) إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (3.08) باتجاه الموافقة على أن أماكن العلاج وقاعات وأجنحة المرضى، والمكاتب المخصصة للتشخيص والرعاية الصحية غير ملائمة ولا تتماشى مع متطلبات الجودة المتوقعة.

3-1 الفرضية الفرعة الثالثة: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مظهر وهيئة ملابس الموظفين في المؤسسة ومستوى جودة الخدمات الصحية.

بمقتضى نتائج الاختبار تبين أن هناك لامبالاة من قبل إدارة المؤسسات ومن قبل الموظفين بطريقة وهيئة الملابس الخاصة. بمختلف أسلاك القطاع الصحي، حيث ينعدم التمييز بين السلك الطبي وشبه الطبي وأحيانا بين أعوان التنظيف وأعوان الإدارة الذين يشغلون في الوحدات والمصالح، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.92) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (2.56) وبالتالي ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) إذ بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.69) باتجاه الموافقة على أن هناك قدر معين من الاهتمام بهيئة ملابس العمل لا يرقى إلى المستوى المطلوب والمفترض توفره لتحقيق مستوى جودة عالية للخدمات الصحية المقدمة.

4-1 الفرضية الرابعة: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إمكانية توفير إدارة تسيير المؤسسات ضمن إمكانياتها المادية والمالية المتاحة، لما هو مطلوب توفيره في الفرضيات الثلاث السابقة، ومستوى جودة الخدمات الصحية.

بالرجوع إلى نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ما تم توفيره من تسهيلات (تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة، قاعات المرضى وأماكن مريحة، مكاتب أطباء وموظفين لائقة وتحترم أسرار المهنة، ملابس عمل مناسبة)، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.38) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (2.56) وبذلك ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) حيث بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.20) باتجاه الموافقة على ضعف التجهيز واكتضاض المرافق وعدم تفاعل إدارة المؤسسات على ضرورة توفير ما هو مطلوب من تسهيلات مذكورة في الفرضيات الأولى والثانية والثالثة بغية تحسين ما هو رديء والارتقاء بما هو حسن.

إذا كانت الجوانب المادية والبشرية الملموسة تتمثل في بعد كفاءة وفعالية التجهيزات، المواد، البنيات، والبنى التحتية ووسائل الاتصال، والأفراد العاملين بالمؤسسة، فإن لها تأثيرا كبيرا على مستوى جودة الخدمات وبقدر ما أعطي لها من اهتمام بقدر ما انعكس ذلك على مستوى أداء المؤسسة وعلى مستوى رضا الموظف المنتفع من الخدمة.

2- الاعتمادية (Fiabilité):

1-2 الفرضية الفرعية الأولى: تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التزام إدارة المؤسسات بواجباتها وعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والاستشفائية، ومستوى جودة الخدمات الصحية.

تأسيسا على نتائج الاختبار تبين لنا عدم وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التزام إدارة المؤسسات بواجباتها وعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والاستشفائية وتوفير المحيط الطبي الملائم لهم،

إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.98) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (3.28) باتجاه الموافقة على تنصل الالتزام بالوعد (**Désengagement**) في مجال حقوق المرضى، وتوفير المناخ والبيئة الملائمة التي تتناسب مع توقعات وتصورات المرضى وقد أثر ذلك على تحويل إقامة المرضى إلى شبه مرقد تضعف فيه مستوى تقديم الخدمات الصحية.

2-2 الفرضية الفرعية الثانية: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تصميم قاعات المرضى، أماكن الانتظار والاستقبال ومختلف مكاتب الأطباء والموظفين ومستوى جودة الخدمات الصحية.

اعتمادا على نتائج الاختبار، تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين انشغالات المرضى واستجابة الإدارة للاستفسارات والشكاوي، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.37) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) وبمقتضى النتيجة إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (3.80) باتجاه الاستجابة المتواضعة للشكاوي المودعة من قبل المرضى وأحيانا حيادية الإدارة في اتخاذ القرارات المناسبة بل وعدم متابعتها بحزم مما يؤثر بالسلب على مستوى الخدمات الصحية الاستشفائية.

2-3 الفرضية الفرعية الثالثة: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين اهتمام الإدارة بتقديم الخدمات في الوقت المناسب وبشكل سريع، ومستوى جودة الخدمات الصحية.

اعتمادا على نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين اهتمام الإدارة بتقديم الخدمات في الوقت المناسب وبشكل سريع ودقيق، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.89) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (3.26) باتجاه الموافقة على أن هناك اهتمام لا يرقى إلى مستوى رضا المنتفعين من الخدمات الصحية مما يؤثر هذا الواقع على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

2-4 الفرضية الفرعية الرابعة: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الثقة في كفاءة الأطباء وشبه الطبيين، ومستوى جودة الخدمات الصحية المفترض الحصول عليها أو المقدمة.

بالرجوع إلى نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين وضع المرضى ثقتهم في كفاءات الممارسين الطبيين وشبه الطبيين بثقة وأمان ومستوى جودة الخدمات، حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (3.57) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (2.56) وبذلك ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) حيث بلغ معدل إجابات أفراد العينة (4.02) باتجاه الموافقة على أن هناك عدم ارتياح وثقة ضعيفة في مهارات وكفاءات الطاقم الطبي وشبه الطبي وانعكاس ذلك على ضعف مستوى جودة الخدمات الصحية المفترض الحصول عليها أو المقدمة.

2-5 الفرضية الفرعية الخامسة: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين اهتمام الإدارة والموظفين المعنيين بتسجيل المعلومات والبيانات والحالات الصحية للمرضى في السجلات وأجهزة الحاسوب المعنية في المصالح ومكتب الدخول والاستقبال ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة. بالعودة إلى حيثيات نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تسجيل المعلومات عن المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات والملفات الطبية- الإدارية وفي أجهزة التخزين الآلية، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (5.79) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (2.56) وبذلك ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) حيث بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.80) باتجاه الموافقة على أن هناك اهتمام متواضع في تدوين المعلومات الصحية الاستشفائية إن على مستوى مكتب الدخول أو على مستوى المصالح الاستشفائية عن المرضى ومختلف تنقلاتهم مما أثر بالسلب على مستوى جودة الخدمات الصحية وأضعفها.

3- الاستجابة: Réactivité

3-1 الفرضية الفرعية الأولى: تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إخطار المرضى عن أوقات تقديم العلاج لهم ومستوى جودة الخدمات الصحية.

اعتمادا على نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إخطار المرضى عن أوقات تقديم العلاج ، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (6.62) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) وبمقتضى النتيجة، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (4.10) باتجاه الموافقة على أن هناك مستوى لا يرقى تماما إلى المستوى المأمول في ضبط أوقات تقديم الخدمات للمرضى مما أثر في اضطراب مستوى جودة الخدمات.

3-2 الفرضية الفرعية الثانية: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تقديم الخدمة الفورية من قبل الموظفين في المؤسسة على اختلاف أسلاكهم، ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة. اعتمادا على نتائج الاختبار تبين أنه توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية في تقديم الخدمة الفورية من قبل الموظفين ، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (2.03) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي تقبل فرضية البحث (H_0) وترفض الفرضية البديلة (H_1) وبمقتضى النتيجة، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (4.24) وهو مستوى لا يرقى إلى المستوى المطلوب من حيث الاستجابة السريعة لنداءات الطوارئ والاستعجالات، ووصول سيارات الإسعاف خلال وقت قصير، وغرف العمليات الجاهزة كليا لمختلف حالات استشفاء المرضى.

3-3 الفرضية الفرعية الثالثة: ضمن بعد الاستجابة التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين رغبة الموظفين في مساعدة المرضى والتدخل بشكل دائم ومستمر، ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

إن نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين رغبة الموظفين في مساعدة المرضى والتدخل بشكل دائم ومستوى جودة الخدمات، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (4.30) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (4.33) وهي نسبة ومؤشر تدل على عدم كفاية استجابة الموظفين في المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل بمساعدة المرضى الذين يقصدون المؤسسات بشكل دائم وبمستوى عال، مما لا ينعكس بصورة إيجابية ومطلقة على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

3-4 الفرضية الفرعية الرابعة: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تفاعل وتجارب الموظفين بتقديم الخدمات العلاجية والطبية واستجابة سريعة لنداءات الطوارئ الاستعجالية رغم الانشغالات وضغوطات ظروف العمل، ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

تأسيسا على نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تجارب الموظفين مع طلبات الطوارئ الاستعجالية رغم ضغوطات كثافة العمل وانشغال الطاقم الطبي وشبه الطبي وبين مستوى جودة الخدمات. حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (6.22) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (2.56) وبذلك ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) حيث بلغ معدل إجابات أفراد العينة (4.30) وهذا يدل على ضعف التجارب مع طلبات المرضى الاستعجالية مما أفرز رداءة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

4- الثقة: Assurance

4-1 الفرضية الفرعية الأولى: ضمن هذا البعد تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين أن يضع المرضى ثقة كاملة في الموظفين بالمؤسسة على مختلف أسلاكهم، ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

اعتمادا على نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ثقة المرضى في العاملين بالمؤسسة وبين مستوى جودة الخدمات، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (5.66) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56)، وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) وبمقتضى النتيجة، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (4.86) باتجاه الموافقة بأن هناك ثقة متواضعة لا ترقى إلى الثقة الكاملة بالموظفين في المؤسسة وهذه الوضعية تؤثر بصورة غير إيجابية على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

4-2 الفرضية الفرعية الثانية: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين أن يطمئن المريض بأنه بين أياد أمينة في تعامله مع الموظفين، ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة. بلغت قيمة (t) المحسوبة (5.43) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) وبمقتضى النتيجة، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (4.80) باتجاه الموافقة على أن هناك مستوى متواضع من الاطمئنان أثناء تعاملهم مع الطاقم الطبي وشبه الطبي، وهذا الوضع يجعل مستوى

جودة الخدمات الصحية متوسطا ولا يرقى إلى مستوى المطلوب.

3-4 الفرضية الفرعية الثالثة: ضمن بعد الثقة التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين شعور المريض بحسن معاملة الموظفين ولطفهم ولباقتهم، ومستوى جودة الخدمات العلاجية والاستشفائية المقدمة.

إن نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تعامل الطاقم الطبي، وشبه الطبي وبقية الموظفين الإداريين مع المرضى ومستوى التعامل معهم بإنسانية ولطف ولباقة، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (5.11) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وهي أقل من المحسوبة، وبذلك ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (4.09) باتجاه الموافقة على الضعف الشديد في حسن معاملة الموظفين مع المرضى وغياب عنصر الانسانية التي يفترض التحلي بها كخصوصية لها قيمة كبرى في المؤسسات.

4-4 الفرضية الفرعية الرابعة: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين توفر الكفاءة والجدارة والمصادقية لدى الموظفين ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

تأسيسا على نتائج الاختبار، تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين توفر الكفاءة والجدارة والمصادقية في أداء العمل وبين مستوى جودة الخدمات، مما يجعل إدارة المؤسسة مجبرة على تقديم الدعم لهؤلاء. حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (5.03) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (2.56) وبذلك ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) حيث بلغ معدل إجابات أفراد العينة (438) باتجاه الاتفاق على تواضع مستوى الكفاءة والجدارة والمصادقية فيما يخص ما هو متوفر ومتاح من الموارد البشرية، وبالموازاة انخفاض في مستوى جودة الخدمات الصحية من قبل المرافق العمومية موضوع الدراسة بما لا يرقى إلى المستوى المطلق حتى لا نقول المميز.

5- التعاطف: Empathie

1-5 الفرضية الفرعية الأولى: تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين واجبات إدارة المؤسسة في تقديم العناية الشخصية للمرضى ومستوى جودة الخدمات الصحية.

اعتمادا على نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين وجوب إعطاء عناية شخصية من قبل إدارة المؤسسة لفائدة المرضى والمستوى الحقيقي لجودة الخدمات، إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (6.73) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) وبمقتضى النتيجة، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (5.81) باتجاه الموافقة بأن هناك قدر غير كافي من استفادة المرضى من العناية الشخصية التي توليها إدارة المركز الاستشفائي ومستشفى الأم والطفل لمرضاها ومن ثمة فإن مستوى جودة الخدمات لا يرقى إلى مستوى الطموح.

5-2 الفرضية الفرعية الثانية: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين قدرة الموظفين بمختلف شرائبهم على تقديم العناية الشخصية للمرضى، ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

نتائج اختبار الفرضية تبين أن لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية في قدرة الموظفين في المؤسسة على تقديم العناية الشخصية إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (6.09) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) وبمقتضى النتيجة، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (5.02) باتجاه الموافقة على أن هناك قدرا معينا من الموظفين بإمكانهم تقديم عناية شخصية لا يرقى إلى المستوى المطلق مثلما تتطلبه النظرة الإنسانية للمرضى.

5-3 الفرضية الفرعية الثالثة: ضمن بعد الاستجابة التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين شعور المريض بحسن معاملة الموظفين ولطفهم ولباقتهم، ومستوى جودة الخدمات العلاجية والاستشفائية المقدمة.

نتائج اختبار الفرضية تبين أن لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين وجوب معرفة حاجات المرضى من طرف الموظفين وبين مستوى الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (5.78) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (2.56) وبالتالي ترفض فرضية البحث (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) وبمقتضى النتيجة، إذ بلغ معدل الإجابة لأفراد عينة الدراسة (5.86) باتجاه الموافقة على أن ثمة حاجات غير مدركة للمرضى لازالت مفقودة يتطلب معرفتها، وأن هناك فجوات يجب تداركها من قبل أعوان المؤسسة من موظفين وأطباء وممرضين، وإلى حين تبقى جودة الخدمات الصحية المقدمة مختلفة ولا تبلغ المستوى المأمول.

5-4 الفرضية الفرعية الرابعة: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين نظام عمل المؤسسة وحاجات المرضى ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

تأسيسا على نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين أن تعمل إدارة المؤسسة بنظام عمل يأخذ في الحسبان حاجات المرضى وبين مستوى الخدمات الصحية. حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (5.22) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (2.56) وبذلك ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) حيث بلغ معدل إجابات أفراد العينة (3.13) باتجاه الموافقة على أن هناك تقصيرا واضحا في برمجة نظام عمل يلي بصورة مقبولة حاجات المرضى ويعمل على ترقية مستوى جودة الخدمات المقدمة إلى مستوى الطموح.

5-5 الفرضية الفرعية الأخيرة: التي تنص على أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين قدرة

المؤسستين موضوع الدراسة في تقديم أفضل ما لديها للمرضى ومستوى جودة الخدمات الصحية. تأسيسا على نتائج الاختبار تبين أنه لا توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين قدرة إدارة المؤسستين: المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل على تقديم أفضل ما لديها للمرضى ومستوى جودة

الخدمات الصحية. حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (4.41) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية البالغة (2.56) وبذلك ترفض فرضية العدم (H_0) وتقبل الفرضية البديلة (H_1) حيث بلغ معدل إجابات أفراد العينة (4.28) باتجاه الموافقة على أنه توجد قدرة متواضعة لدى إدارة المؤسسات على تقديم أقصى ما لديها إمكانيات مادية وبشرية لصحة المرضى وراحتهم والتكفل بانشغالهم.

للجودة أبعاد ومتغيرات، وقد عبر المستجوبون من خلال الاستبيان عن ما يلج في خواطرهم وما يشعرون به، لكن التساؤل يبقى مطروحا فيما إذا كان هناك خلافا في ترتيب أهمية المتغيرات من مفردة إلى أخرى وهل أن الأوزان تختلف باختلاف آراء أفراد العينة.

الجدول رقم (4-20): يوضح لنا ترتيب أهمية متغيرات الدراسة بحسب الأوزان.

الترتيب	رقم العبارة	العبارات	البعد الرئيسي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	20	يجب على الموظفين في المؤسسة معرفة حاجات المرضى.	التعاطف	5.86	1.098
2	18	يجب على إدارة المؤسسة ان تعطي المرضى عناية شخصية.	التعاطف	5.81	1.195
3	1	تحتاج المؤسسة إلى تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة حاليا.	الملموسية	5.79	1.272
4	19	إن الموظفين في المؤسسة لديهم القدرة على تقديم عناية شخصية للمرضى.	التعاطف	5.02	1.335
5	14	في اعتقادك يجب أن تكون لدى المرضى الثقة الكاملة بالموظفين في المستشفى.	الثقة	4.86	1.529
6	15	في اعتقادك يجب أن يطمئن المريض بأنه بأيدي أمينة مع الموظفين في المؤسسة عند التعامل.	الثقة	4.80	1.584
7	17	تتوفر لدى الموظفين في المؤسسة الكفاءة والجدارة و المصادقية في أداء عملهم، ما ينعتم على ادارة المؤسسة أن تقدم الدعم لهؤلاء الموظفين.	الثقة	4.38	1.377
8	12	يرغب الموظفون في المؤسسة بمساعدة المرضى بشكل دائم ومستمر.	الاستجابة	4.33	1.499
9	13	رغم الضغوطات بانشغال الموظفين بتقديم الخدمات إلا أنهم يتجاوبون مع طلبات المرضى فورا.	الاستجابة	4.30	1.506
10	21	تعمل غدارة المؤسسة بنظام عمل (ساعات) حسب حاجات المرضى.	التعاطف	4.28	1.598
11	11	من غير المتوقع أن يحصل المرضى الخدمة الفورية من قبل الموظفين في المؤسسة.	الاستجابة	4.24	1.651
12	10	يتم إخبار المرضى عن أوقات العلاج لهم حسب تصورك.	الاستجابة	4.10	1.432
13	16	هل تشعر وتلمس حسن المعاملة للطواقم الطبي والشبه الطبي في تعاملهم مع المرضى - لطف ولباقة-.	الثقة	4.09	1.564
14	08	يضع المرضى ثقتهم في كفاءات المهنة الطبية وشبه الطبية بثقة وأمان	الاعتمادية	4.02	1.432
15	22	في حقيقة الأمر و الواقع تقدم ادارة المؤسسة أفضل ما لديها للمرضى.	التعاطف	4.93	1.756

الانحراف المعيار	المتوسط الحسابي	البعد الرئيسي	العبارات	رقم العبارة	الترتيب
1.509	3.80	الاعتمادية	تتجاوب وتتعاطف إدارة المؤسسة مع المرضى عند تقديم شكاويهم كما تتوقعها في ذهنك	06	16
1.625	3.80	الاعتمادية	تتم إدارة المؤسسة بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن المرضى و حالاتهم الصحية في السجلات وأجهزة الإعلام الألي	09	17
1.566	3.69	الملموسية	هناك اهتمام من طرف الادارة و الموظفين ومتابعة بطريقة وهيئة ملابس، مع مستوى الخدمة المقدمة.	03	18
1.442	3.28	الاعتمادية	تلتزم إدارة المؤسسة بعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية و العلاجية والاستشفائية وتوفير المناخ و البيئة الملائمة	5	19
1.459	3.26	الاعتمادية	تتم إدارة المؤسسة بتقديم الرعاية الصحية في الوقت المناسب وبشكل سريع ودقيق	7	20
1.427	3.20	الملموسية	في نظرك إدارة المؤسسة وفرت الشروط المادية في الفقرات السابقة (من 1 إلى 3) ضمن حدود إمكانياتها المتوفرة والمتاحة، والتي تتناسب مع توقعاتك.	4	21
1.417	3.08	الملموسية	قاعة المرضى وأماكن الانتظار و الاستقبال ومكاتب الأطباء و مختلف الموظفين الحالية، تتلاءم مع ما تتوقعه في ذهنك.	2	22

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات الـ SPSS

من خلال هذا الجدول نستنتج المعطيات التالية:

البعد الأول: لقد أعطي بعد التعاطف مرتبة متقدمة، وذلك من خلال ترتيب ثلاث متغيرات فرعية ممثلة في العبارات الموضحة في الاستبيان وهي الفقرات رقم 20، 18 و 19 على التوالي ليأتي هذا التحليل منسجما مع ما تم الإشارة إليه في اختيار الفرضية، والمتعلقة بأنه لا زالت هناك حاجات ونقائص كثيرة ومتعددة لفائدة المرضى لا زالت مجهولة لدى الطاقم الطبي، شبه الطبي والإداري وتنتظر الالتفات إليها وتليبيتها وإبلاء أقصى عناية لها بمتوسط حسابي قيمته (4.98).

البعد الثاني: بحسب نتائج الاستبيان فإن المتغير الفرعي رقم 14، 15 و 17 على التوالي والمنضوي تحت بعد الثقة جاء في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في سلم الأولويات بنسب متقاربة وهذا مؤشر على أنه يجب أن تكون ثقة كاملة ومتبادلة من قبل المرضى بالموظفين في المؤسساتين موضوع الدراسة بمتوسط حسابي قيمته (4.54).

تأتي هذه النتيجة منسجمة مع ما تم تحليله في الفرضية الرابعة عشر من أن هناك ضعف في الثقة الكاملة بأعوان المستشفى في المؤسساتين وكذلك الحال في الفرضية الخامسة عشر من إبداء آراء واضحة عن مستوى اطمئنان المرضى بأنهم بين أيادي أمينة، وهذا يدل على أن هناك ظواهر سلبية تؤثر على مستوى الخدمات الصحية.

البعد الثالث: تأسيسا على النتائج المتحصل عليها فإن البعد الرئيسي المتعلق بالاستجابة يحل في المرتبة الثانية من حيث الأهمية من خلال محاور فقرات الاستبيان رقم 12، 13، 11 و 10 بحسب الترتيب إذ شكل المتوسط الحسابي (4.24) وهذا يدل على أن هناك اتفاق شبه مطلق حول أهمية إخطار المرضى عن مواعيد تقديم الخدمة بالدقة المطلوبة وفي الوقت المناسب، وهذا ما تفتقده المؤسسات موضوع الدراسة.

البعد الرابع: يتمثل الترتيب من حيث الأوزان والأهمية في الملموسة من خلال المتغير الفرعي المشار إليه في الفقرة رقم 01 من محتوى الاستبيان ليأتي هذا التحليل أيضا منهجها مع ما تم توضيحه في اختيار الفرضية الفرعية الأولى والمتعلق بضرورة تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة في المؤسسات وأثرها في رفع مستوى جودة الخدمات. المتوسط الحسابي: (3.95)

البعد الخامس: إن المتغير الرئيسي الخامس (الاعتمادية) جاء في المرتبة الخامسة من خلال الإجابة على الفقرات 8، 6، 9، 5، 7 حسب درجة الأهمية بمتوسط حسابي (3.63) وهذا مؤشر على أنه يجب على إدارة المؤسسات الالتزام بواجباتها وعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والاستشفائية وكذا الاستماع والإصغاء لاستفسارات المرضى وانشغالهم والإجابة على شكاويهم والتكفل بها.

ثالثا: الأهمية النسبية للمتغيرات الرئيسية حسب مقياس Kotler:

لقد تناولنا في الفصل الثالث دراسة أجراها (Kotler) بخصوص أهمية أبعاد الجودة الرئيسية الخمسة المقدمة من قبل الأطباء والموظفين وقصد إجراء مقارنة بين هذه الدراسة وما توصلنا من اتجاهات لدى أفراد عينة البحث ، ارتأينا أنه من الأهمية بمكان عرض هذه النتائج.

الجدول رقم (4-21): يبين مقارنة أهمية المعايير الرئيسية الخمسة

الأهمية النسبية لدى أفراد العينة	الأهمية النسبية عند الأطباء المقيمين	الأهمية النسبية عند الأطباء الأخصائيين	الأهمية النسبية حسب كوتلر	المتغيرات الرئيسية
17.01%	21%	20%	32%	الاعتمادية
19.86%	19%	19%	22%	الاستجابة
21.27%	21%	22%	19%	الثقة
23.33%	20%	19%	16%	التعاطف
18.53%	19%	20%	11%	الأشياء الملموسة

المصدر: مخرجات SPSS

يتبين من خلال الجدول كما أسلفنا ذكره سابقا (في الفصل الثالث) أن هناك تقارب في الأهمية النسبية التي تم الإشارة إليها لدى الممارسين الطبيين الأخصائيين وأن الفروق بسيطة مما يدل على تقارب الاتصال.

غير أن الأهمية النسبية لأطباء الاختصاص والمقيمين مع المقياس المعياري والمتمثل بمقياس كوتلر (Kotler) ونتائج الدراسة التي توصلنا إليها تماثل باستثناء واضح لبعد الاعتمادية وإلى حد ما الأشياء الملموسة.

الاستنتاجات و التوصيات.

تأسيسا على الدراسة الميدانية، أمكننا تحديد أهم الاستنتاجات والتوصيات التي ندرجها في خلاصة هذا الفصل.

1- التعاطف؛ احتل هذا البعد اهتمام أراء عينة البحث خصوصا فئة المرضى، وقد تأكدنا من خلال النتائج المتوصل إليها، أن الموظفين في المؤسسة لا يبذلون العناية المطلوبة بالمرضى، فإذا كان الطبيب غير مكلف بتحقيق نتيجة، فإنه بالمقابل من ذلك، مكلف ببذل أقصى عناية .

(Le médecin n'est pas tenu par une obligation de résultat, mais il est tenu par une obligation de moyen).

وكذلك الشأن بالنسبة لأسلاك شبه الطبيين، القابلات و باقي الموظفين. بالرغم من أن لدى الموظفين القدرة على تقديم أحسن الخدمات، غير أن ما يلاحظ عليهم، أنهم غير محفزين، ودافعتيهم لمعرفة حاجات المرضى ضعيفة.

تبعاً لهذا الحال، فإن المركز الاستشفائي الجامعي و مستشفى الأم و الطفل، مطالبان من خلال الإدارة العليا بتقديم أفضل ما لديهما لخدمة المرضى، فضلا عن واجب الإطلاع على الحاجات المتشعبة للمرضى، وذلك عن طريق استبيانات خاصة، أو دليل عمل موضوع بالخصوص لهذا الشأن، وأن يجعل نظام عمل ومداومة لرؤساء المصالح وللأساتذة والأطباء الأخصائيين فعليا من خلال احترام ساعات العمل، ومراقبة النشاط التكميلي الذي أصبح أداة مقننة لتحويل المرضى إلى القطاع الخاص، زيادة عن ظاهرة الاعتماد على الأطباء المقيمين و الأطباء العامين في إطار عقود ما قبل التشغيل أثناء المناوبات الليلية.

لأن كل مريض يعتبر حالة خاصة، فإن الأمر يتطلب الصبر والتركيز وسعة الصدر من طرف الموظفين وكذلك تقدير ظروف المريض والتعاطف معه وخلق جو مريح في التعامل معه.

لمعرفة ترتيب اتجاهات بعد التعاطف المعبر عنها من قبل مفردات عينة البحث، ارتأينا إدراج الجدول التالي:

جدول رقم (4-22) يتضمن ترتيب بعد التعاطف بحسب الأهمية لدى فئات عينة البحث.

العملاء(المرضى)		الموظفون		شبه الطبيون		الممارسون الطبيون		بعد
المفردات	الترتيب	المفردات	الترتيب	المفردات	الترتيب	المفردات	الترتيب	
+		+		+		+		
432	1	418	1	395	2	163	1	التعاطف

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات معالج الجداول Excel

حسب النتائج الجدول، فإن بعد التعاطف يحتل المرتبة الأولى من حيث الأهمية بالنسبة لكل فئات عينة البحث، عدا فئة شبه الطبيين، أين احتل هذا البعد المرتبة الثانية بعد كل من بعد الثقة كما سنرى ذلك فيما بعد.

2- الثقة؛ يولي كل من الممارسين شبه الطبيين، والموظفين والأطباء الدرجة الثانية للمتغير الرئيسي (الثقة) من حيث الأهمية لما لهذا العامل من ثقل بين الأطباء والموظفين والمرضى من جهة، وتأثير مدلولاته على مستويات الخدمات الصحية من جهة أخرى، لذلك فإن مسئول المرفق العمومي مطالبون اليوم أكثر من أي وقت مضى، بإعادة بناء الثقة بين الخدمة العمومية والمرضى وذلك من خلال تامين نشاط الموارد البشرية، ورفع مستوى رضاهم، و تذليل العقبات الناجمة عن صراعات الشركاء الاجتماعيين وضغوطات العمل .

من حق المريض أن يعيش في جو إنساني وعائلي من خلال تفهم احتياجاته، وأن يشعر بالأمان في التعامل وكذا المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء والمرضى والقابلات، وبصفة عامة وضع مصالحه في صميم اهتمامات الإدارة، إذ لولا المريض، ما وجد المستشفى أو كان له معنى . والجدول التالي يوضح الترتيب من حيث الأهمية.

جدول رقم (4-23) يتضمن ترتيب بعد الثقة بحسب الأهمية لدى فئات العينة.

المرضى		الموظفون		شبه الطبيين		الممارسون الطبيون		بعد
المفردات	الترتيب	المفردات	الترتيب	المفردات	الترتيب	المفردات	الترتيب	
+		+		+		+		
159	2	355	2	397	1	155	2	الثقة

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات معالج الجداول Excel

من خلال الجدول يتضح لنا أن بعد الثقة احتل المرتبة الأولى من حيث الأهمية بالنسبة لأسلاك المرضين، وما عدا ذلك فقد احتل بعد التعاطف المرتبة الثانية بالنسبة للفئات الأخرى.

3- الإستجابة؛ بحسب نتائج الدراسة فإنه من غير المتوقع أن يحصل المرضى على الخدمات الصحية الفورية في حالة نداء الطوارئ، وأن التفاعل بين الطاقم الطبي وشبه الطبي والموظفين ضعيفة بينهم وبين المرضى، وعليه فإن الحاجة الإنسانية تتطلب إعادة الاعتبار لمفهوم الخدمة العمومية بخلق مناخ تتضافر فيه جميع الجهود لمحاربة ظاهرة المحسوبة في تقديم العلاجات واللامبالاة واللاعقاب.

ينتظر المريض في مصالح المستشفى الاستجابة الفورية لطلباته، والسرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، والاستجابة للاحتياجات مهما كانت درجة الانشغال، وأن يكون الطاقم الطبي وشبه الطبي في استعداد دائم لمساعدة المريض، والرد المستعجل على الاستفسارات والشكاوي، مع إخطار المريض عن مواعيد تقديم الخدمات و وجوب احترامها ذلك أن المرض لا ينتظر ولا يرحم.

جدول رقم (4-24) يتضمن ترتيب بعد الإستجابة.

المرضى		الموظفون		شبه الطبيون		الممارسون الطبيون		بعد
المفردات +	الترتيب	المفردات +	الترتيب	المفردات +	الترتيب	المفردات +	الترتيب	
159	3	341	3	340	3	136	4	الإستجابة

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات معالج الجداول Excel

من خلال الجدول المذكور أعلاه يتراوح مدلول و أهمية الاستجابة بين المراتب الثانية و الرابعة بحسب تأثيرات آراء أفراد العينة.

4- الأشياء الملموسة؛ إن جميع الكائنات تتأثر بجمال المباني و العمارات و نظافتها، فهي تهمي زوار المستشفى نفسيا، والكل يعرف أهمية الجوانب النفسية في العلاج ومنه تحقيق رضا المريض و مرافقيه. من خلال الدراسة الميدانية وتأسيسا على نتائج الاستبيان، اتضح بأن المؤسسة تحتاج إلى تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية، أما قاعات المرضى وأماكن الانتظار والاستقبال وأماكن توقيف السيارات وزواياها فهي غير آمنة وغير نظيفة، وعموما لا تتناسب إطلاقا مع حجم دخول وخروج المرضى ومع ما يطمح إليه المنتفعون، زيادة على تأثيرها على محيط المستشفى وصحة المرضى، أما مكاتب الأطباء وباقي الموظفين خصوصا على مستوى الاستعجالات الطبية والجراحية، فهي ضيقة، لا تتناسب مع المعايير المتعارف عليها ولا تستجيب لراحة المرضى، وعليه بناء مركز استشفائي جامعي ومؤسسة متخصصة بمعايير دولية أصبح أكثر من ضروري.

جدول رقم (4-25) يتضمن ترتيب بعد الملموسة

المرضى		الموظفون		شبه الطبيون		الممارسون الطبيون		بعد
المفردات +	الترتيب	المفردات +	الترتيب	المفردات +	الترتيب	المفردات +	الترتيب	
141	4	227	4	261	4	121	5	الملموسة

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات معالج الجداول Excel

من خلال الجدول يتبين لنا بأن البعد الملموسة يحتل مرتبة متقدمة بالنسبة للمرضى مقارنة بآراء بقية أفراد العينة مما يتحتم دعم و تأييد الإدارة للموظفين لأداء وظائفهم بكفاءة. إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية تفقد معناها إذا لم يكن هناك دعم متواصل من طرف الإدارة، إذ لا يجب أن يحس المريض بغربة وهو في مصلحة استشفائية، لذا وجب متابعة المريض في كل مرحلة

- وفي كل الأوقات ليتولد له شعور الأمان و الطمأنينة و تهيئ له الأجواء لتلقي العلاج والتعافي وكسب رضاه.
- 5- الاعتمادية؛** يتطلب من إدارة المؤسسات، وخاصة المركز الاستشفائي الجامعي أن تعمل على رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من خلال ما يأتي:
- الوفاء بالوعود في مجال تقديم العلاجات، الفحوصات المتخصصة، و إجراء العمليات الجراحية و تقليل فترة المواعيد الطويلة.
 - التعاطف مع المرضى ومع الشكاوي والانشغالات المعبر عنها، والمساهمة في إيجاد حلول لها.
 - تعزيز الثقة بين المرضى والكفاءات الفنية من خلال برامج التكوين المتواصل والتدريب في أماكن العمل، وفي بيئة الخدمات المتطورة بهدف تجاوز الأخطاء المهنية وعدم الوقوع فيها.
 - العمل على تدوين المعلومات الصحية للمرضى بالشكل الدقيق والسليم مع حفظ الأرشيف لكل غاية مفيدة.
- إن ترتيب هذا البعد وفق نتائج الدراسة تحدد كما يلي:

جدول رقم (4-26) يتضمن ترتيب بعد الاعتمادية

المرضى		الموظفون		شبه الطبيون		الممارسون الطبيون		بعد
المفردات	الترتيب	المفردات	الترتيب	المفردات	الترتيب	المفردات	الترتيب	
+		+		+		+		
226	5	226	5	252	5	146	3	الاعتمادية

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات معالج الجداول Excel

خلاصة القول إن إدارة الجودة ليست تقنية أوزر كهرباء عندما يشغل تحقق أهدافها بسرعة، فهي تتطلب الوقت الكافي والعمل الدؤوب والمتواصل حتى تأتي أكلها، و إن الإيمان بهذا النظام والعمل على تطبيقه كفيل بتحقيق النتائج المرجوة.

المختصة

أدت التغييرات التي عرفتها المجتمعات الحالية إلى فرض تحولات جذرية في أنظمة القيم و أنماط الحياة والسلوكيات، واستوجبت إحداث تغييرات عميقة في طرق و أساليب العمل و اعتماد توجهات جديدة تستجيب لمتطلبات الإدارة المعاصرة. من أبرز هذه التحولات تطور نماذج و مقاربات التسيير التقديري للموارد البشرية، فمن التسيير التقديري للأفراد في سنوات السبعينات ، إلى التسيير التقديري للاستخدام في الثمانينات فالتسيير التقديري للمناصب و الكفاءات (G.P.E.C) لسنوات التسعينات. مفاهيم عديدة تخص نفس موضوع الاحتياجات النوعية و الكمية للموارد البشرية مع وجود اختلافات بين كل واحد منها.

من خلال مراحل تطور الوظيفة العمومية في الجزائر، والاستراتيجيات المنتهجة من قبل الإدارة العليا، أمكننا الإطلاع على أن التعداد الحالي للموظفين و الأعوان العموميين في هذا القطاع بلغ 1906875 مستخدماً⁽¹⁾. يحتل قطاع الداخلية و الجماعات المحلية المرتبة الأولى وطنياً من حيث مخزون الموارد البشرية بنسبة 31.67% من مجموع التعدادات العامة، ثم يليه قطاع التربية الوطنية بنسبة 29.40% فقطاع الصحة العمومية بـ 12.46% محتلاً بذلك المرتبة الثالثة.

لقد عاجلت مسألة إصلاح قطاع الوظيفة العمومية اختلال الممارسات السلبية الماضية من خلال عصرنة الإدارة، و حولت النظرة للأفراد في المنظمة من كونها عنصراً من عناصر التكلفة التي يجب خفضها إلى أدنى حد لها، إلى كونها أصلاً من أصول المؤسسة يمكن الاستثمار فيها و زيادة قيمتها، بحيث يمكن معها تخفيف الإيرادات من خلال استخدام المهارات، المعرفة، و الاستعداد اللازم لأداء مهام و إنجاز مميز. من خلال ما تقدم، توصلنا في تحليل المداخل النظرية إلى ما يلي :

حتى سنة 2012، كشفت ممارسات نشاط الوظيفة العمومية في الجزائر باعتراف السلطات العليا عن السلبيات التالية:

1/ بطء الإجراءات المعمول بها، مما أفرز عواقب غير ايجابية؛

- حلول المفتشيات الولائية و المديرية العامة للوظيفة العمومية في واقع الأمر محل الإدارات و المؤسسات المستخدمة وذلك من خلال بيروقراطية الموافقات و التأشيرات على المسابقات، التحويلات، وعمليات التوظيف؛

- تهميش مسابقات التوظيف على أساس الشهادات و تغليب اللجوء إلى المسابقات عن طريق الاختبارات و غياب التكفل بترسيم الأعوان المتعاقدين بمختلف صيغهم رغم السياسة المعلن عنها من قبل الإدارة العليا في إدماج هذه الشريحة؛

- عدم التكفل بطاهرة ارتفاع معدلات دوران العمل، الغيابات الناجمة في الغالب إلى اللجوء في الأغلب

(1) المديرية العامة للوظيفة العمومية 2013 (مرجع سابق)

الأعم إلى مسابقات وطنية مما يجعل الناجحين لمنصب العمل في ولاية معينة ينتمون إلى ولاية أخرى يتغيرون؛ - صعوبة إن لم نقل استحالة قيام الإدارات العمومية باستقطاب و توظيف كفاءات مختصة، معترف بها ولديها الاستعداد للانتقال من مؤسسات عمومية اقتصادية أو من مؤسسات أخرى.

2/ رهن انجاز كل عمليات تسيير الموارد البشرية بالمصادقة على مخطط تسيير الموارد البشرية السنوي والاكتفاء بتكليف الدوائر الوزارية بإعداد مخططات خماسية لتسيير الموارد البشرية دون انجازها في واقع الأمر إلى يومنا هذا.

تأسيسا على ما سبق ذكره، نستخلص بأنه ومن خلال مراحل تطور المرفق العمومي، فإن إستراتيجية التغيير التي انتهجتها الجزائر من أجل عصرنة تسيير الموارد البشرية المنتسبة لقطاع التوظيف العمومي لم ترقى إلا لنتائج متواضعة و محدودة عجزت عن معالجة ومواجهة إفرات العواقب المذكورة أعلاه، كما أن الإصلاحات المستحدثة في سنة 2012 من خلال إصدار آلية جديدة ممثلة في المرسوم التنفيذي رقم 194/12 المؤرخ في 25 أبريل 2012 المحدد لكيفيات تنظيم المسابقات و الامتحانات و الفحوصات المهنية في المؤسسات والإدارات العمومية و إجرائها، وكذا من خلال التعليم رقم 01 المؤرخة في 20 فبراير 2013 المتعلقة بتطبيق أحكام المرسوم التنفيذي المشار إليه أعلاه.

بالرغم من اتخاذ هذه الإجراءات والتدابير، فإن تعليمية أخرى صادرة عن الأمانة العامة للحكومة تحت رقم 26 بتاريخ 10 جويلية 2013 تشير إلى أن حصيلة التدقيق التي أعدتها المصالح المركزية والمحلية أظهرت وقوع عديد الطعون والمنازعات والتي ترد بحسب اعتقادنا إلى ضعف كفاءات التأطير وغياب التكوين فضلا عن غياب المراقبة من قبل الأمرين بالصرف زيادة عن انعدام استخدام أساليب دقيقة وموضوعية للتعرف على مشاعر العاملين ورضاهم، ذلك أن المنازعات، الاحتجاجات، الصراعات والطعون ما هي إلا وجه من أوجه العنف و عدم الرضا.

يتحقق الرضا بناء على قيمة ما يحصل عليه الفرد من عوائده و تقديره لمدى عدالة هذه العوائد. أما العوائد التي يحصل عليها الفرد، فهي تحدد على أساس ما يحققه الفرد من أداء.

بالرغم مما سبق، فإننا نسجل و نثمن التقدم الحاصل والفوائد المحققة. من إيجابيات تحديث إدارة التوظيف العمومي مؤخرا، اهتمامها بتوظيف أفضل العمالة المتاحة في سوق العمل وفق معايير موضوعية علمية تم استحداثها مؤخرا من خلال المرسوم التنفيذي رقم 12-194 المؤرخ في 25 أبريل 2012 و مجموع النصوص القانونية والتشريعية المكتملة و المتعلقة باستقطاب الموارد ومعايير الانتقاء في مسابقات التوظيف، فضلا عن إعطاء استقلالية وحرية في التسيير لم تكن موجودة من ذي قبل.

من خلال منظومة الأجور، الحوافز المالية المستحدثة، إستراتيجية تهمين قيمة العمل والتكوين زيادة عن إستراتيجية تعديل مختلف القوانين الأساسية وتحيينها، واستحداث وزارة جديدة مكلفة بإصلاح الخدمة العمومية، أمكننا القول بأن تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية أخذ وجهته الصحيحة وأضحى يسير في الاتجاه السليم، ذلك أن خدمات هذا القطاع رغم خصوصيتها، فإنها تركز على عوامل داخلية، تبدأ من رضا العامل والموظف ومستوى أدائه ومردوديته، لتستهدف في النهاية كمنحرجات العملاء، من خلال مستوى جودة الخدمات وكذا رضاهم.

بديهي القول أن إستراتيجية المنظمة تؤثر في ولاء العنصر البشري ورضاه، إذ كلما كان التأثير إيجابيا انعكس على نوعية الأداء وكمية الجودة ومستوياتها، وبالمحصلة سد فجوات التوقعات والادراكات.

في الجانب التطبيقي توصلنا إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية لد المرضى في المؤسسات موضوع الدراسة بصفة خاصة وولاية تلمسان بصفة عامة ما زالت متواضعة ولم ترق إلى المستوى المطلوب.

أما فيما يخص رضا العملاء (المرضى) فإن مستواها بحسب نتائج الدراسة متوسطة، و تتأرجح بين القبول في أحيان وبين الرفض و التذمر في مرات أخرى.

لقد أولى المرضى أهمية التعاطف ضمن أبعاد الخدمات الصحية الدرجة الأولى من حيث الاهتمام، ثم تلاها بعد الثقة، الاستجابة، الأشياء الملموسة وأخيرا الاعتمادية بحسب الترتيب.

ما يؤكد نتائج دراستنا و موضوعيتها هو أنها تماثلت مع مؤشر التنمية البشرية في التقرير السنوي بعنوان سنة 2013 الموسوم بـ (نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع) والذي يؤشر مستوى الرضا بالنوعية الصحية في حدود (52%).⁽¹⁾

خلصنا في هذه الدراسة إلى نتائج مفادها أن تحفيزات الأفراد المادية لا تكفي و حدها، إذ بالرغم من الزيادات في الأجور و المنح والتعويضات في القطاع الصحي، وبالرغم من ضخ أموال طائلة في ميزانيات التسيير الأولية و الإضافية، إلا أن مستوى جودة الخدمات بمختلف أبعادها الرئيسية ممثلة في (الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة و التعاطف) مازالت بعيدة المنال مع ما تتسم به من مستوى أقل ما يقال عنه أنه متواضع في كلتا المؤسساتين موضوع الدراسة، و لا يرتقي إلى المستوى المطلوب حتى لا نقول مستوى التميز، بل إنها في بعض جوانب الأبعاد المشار إليها أعلاه، هي محل تذمر شديد خصوصا ثقة العملاء (المرضى) بالمرفق

⁽¹⁾ الرضا بنوعية الرعاية الصحية : نسبة المجيبين بنعم على سؤال استطلاعات غالوب (Gallup, 2012) العالمية التالية :

في هذا البلد، هل أنت مرتاح لنظام الرعاية الصحية و الطبية ؟

العمومي، الأمر الذي يتطلب وصفة علاجية مستعجلة لتسكين الألم، و أخرى إستراتيجية لمعالجة الأسباب. يكفي المواطن ما يشاهده من واقع مرير لقطاع الصحة الذي يؤشر لمستشفياتنا، بأنها ليست بأحسن حال مما كانت عليه من ذي قبل رغم الأموال الطائلة التي صرفت.

في خانة المقترحات المستعجلة نورد ما يلي:

1. اقتراح منح استقلالية التسيير للمؤسسات الاستشفائية، إعادة النظر في تنظيم هياكل القطاع، ومنح ميزانية حقيقية تماشى مع حجم النشاط الفعلي بحيث يمكن المؤسسة من تحسين نوعية التكفل بالمرضى؛
2. إلغاء النشاط التكميلي للممارسين الطبيين وإحلاله بتعويض تحفيزي؛
3. تبني عقود نجاعة مع مسيري المؤسسات الإستشفائية، ما سيكون له طيب الأثر على مردود هؤلاء و على صورة المؤسسة.

أما على المستوى الاستراتيجي :

4. استحداث هيئات على مستوى المستشفيات مكلفة بالتكوين و بإدارة الجودة، و تكون أداة فعلية لتنفيذ السياسات و الخطط ، و يناط بها تطبيق النظم و البرامج، تكوين هياكل الجودة و التي تتمثل في:
 - مجلس الجودة.
 - مكتب الجودة.
 - اللجان المساعدة.

بحيث تتمثل خطوات إدخالها في الآتي:

أ. وضع خطة تفصيلية لممارسة النشاط؛

ب. وضع النظم و التجهيزات و الإجراءات اللازمة للتطبيق؛

ج. توعية و نشر و رفع وعي المستخدمين بأهمية التطبيق الجودة؛

د. التطبيق الكلي و عمل تدقيق و مراجعة دقيقة.

5. وضع إستراتيجية لطلب الاعتماد (Accréditation) و الإشهاد الخارجي (Certification). إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات و إنشاء هياكل بمقاييس دولية ليست بالأمر الهين، فهي ليست تقنية أو آلة بحيث عندما تشغل تحقق أهدافها بسرعة، بل إنها تتطلب من الباحثين و المختصين عملا دعويا و متواصلا حتى تأتي بشمارها، إذ لا يجب استباق الأحداث خصوصا في المراكز الإستشفائية الجامعية لما تتميز به من خصوصيات بشرية و هيكلية و تنظيمية، وحتى من خلال الأهداف و القيم الإنسانية و البيئة السائدة إذا لا يكفي بناء هياكل و شراء أجهزة متطورة دون إغفال هذه الجوانب.

6. إضفاء البعد الإنساني من خلال إعادة صياغة قوانين أخلاقيات المهنة لكل أسلاك عمال الصحة وخاصة القابلات و إعطائها الأهمية القصوى في جميع مراحل التعليم و التكوين و التدريب فضلا عن وضع ميثاق المريض لتحديد حقوقه و التزاماته و إمكانية التقاضي لنيل مكتسباته.

7. استخدام أساليب دقيقة وموضوعية للتعرف على مشاعر الموظفين و رضاهم اتجاه العمل.
8. استحداث قانون جديد قد نسميه قانون الوظيف العمومي الاستشفائي، ذلك لخصوصية قطاع الصحة وتعدد أسلاكها.
9. استحداث قانون أخلاقيات أسلاك شبه الطبيين، خصوصا القابلات.
10. استحداث ميثاق المريض الذي يحدد الحقوق، الوجبات، وحدود المسؤولية.
- أفاق هذا البحث تتطلب تضافر جهود الباحثين و التفاهم قصد تقوية إيمان الأفراد و المنظمات بتطبيق البعد الإنساني والأخلاقي في المؤسسة و في شتى أنواع المعاملات، خصوصا إذا تعلق الموضوع بأحد مقومات وجود الإنسان ألا وهي الصحة التي تعتبر حقا شرعيا مكتسبا بحكم قانون الإنسانية ، وبحكم أن هذه الأخيرة ليس لها سعرا ولكن لها تكلفة.
- لتحقيق هذا الهدف النبيل يستوجب إعادة صياغة بناء مشروع المجتمع الذي يبدأ من الأسرة، مرورا بالتربية، وصولا إلى التعليم والبحث وجعل الرأسمال البشري محفظة للاستثمار الناجح.

قائمة المراجع

أولاً: قائمة المراجع باللغة العربية:

1. رابح تواجية، قانون العمل و تنمية الموارد البشرية في المؤسسة الصناعية، دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع ، الجزائر، 2012.
2. رحالي حجيلة، الصراع في المؤسسات، وجه من أوجه العنف الكائن في المجتمع، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2012.
3. مريزق محمد عدمان، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر و التوزيع، الأردن، عمان 2012.
4. نور الدين حاروش، الادارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الطبعة الاولى، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الاردن، 2012.
5. ابراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي و الاستثمارات في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث، مصر، 2011.
6. م. وسى بودهان، النظام القانوني للوظيفة العمومية في الجزائر، الطبعة الاولى، شركة دار الأمة للطباعة و النشر و التوزيع، الجزائر، 2011.
7. نور الدين حاروش، ادارة الموارد البشرية، الطبعة الاولى، دار الامة للطباعة و الترجمة و التوزيع، الجزائر 2011.
8. عبد الكريم بوحفص، التكوين الاستراتيجي لتنمية الموارد البشرية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 2010.
9. إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث، الجزائر 2009 .
10. حميد الطائي ، بشير العلاق ، تسويق الخدمات مدخل إستراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار اليازوري، 2009 .
11. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار إثراء للنشر والطباعة، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2008.
12. زكريا عزام، عبد الباسط حسونة، مصطفى الشيخ، مدحت أبو النصر، إدارة وتنمية الموارد البشرية، الاتجاهات المعاصرة، القاهرة، مجموعة النيل العربية، 2007.

13. مدحت أبو النصر، إدارة وتنمية الموارد البشرية، الاتجاهات المعاصرة، القاهرة، مجموعة النيل العربية، 2007.
14. احمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة ، المكتبة العصرية لنشر والتوزيع ، مصر ، الطبعة الأولى 2006 .
15. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي ،دار المناهج للنشر والتوزيع ،عمان الأردن،2006.
16. سيف الاسلام شوية،سلوك المستهلك و المؤسسة الخدمائية، اقتراح نموذج للتطوير.مخبر التربية،الانحراف و الجريمة في المجتمع،ديوان المطبوعات الجامعية،2006
17. مأمون سليمان الدراركة ، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى. عمان 2006 .
18. محمد عبد الفتاح الصيرفي، مبادئ التنظيم والإدارة ، دار المناهج الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
19. يحيى سليم ملحم، التمكين كمفهوم إداري معاصر، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2006.
20. تامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية ، دار اليازوري للنشر والتوزيع ، 2005 .
21. قاسم نايف علوان ، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو ، دار الثقافة ، ليبيا ، 2005 .
22. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر عمان الأردن ، الطبعة الثانية، 2005 .
23. العسكري عبود عبد الله، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، دار التميز، دمشق، 2004.
24. حسين عبد الحميد رشوان، علم الاجتماع التنظيم، مؤسسة شباب الجامعة للنشر، الإسكندرية، 2004.
25. حسين حريم، إدارة المنظمات ، منظور كلي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2003.
26. عبد العزيز مخيمر ،محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و التطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 2003 .
27. عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003 .
28. محمد بهجت جاد الله كشك، المنظمات وأسس إدارتها، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003.

29. محمد علي ، علم اجتماع التنظيم ، مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.
30. جاي ككندا مبولي ، كوني موك ، بيفير لي سباركس ، إدارة الجودة الشاملة في الضيافة والسياحة ووقت الفراغ، ترجمة: د.م. سرور، علي إبراهيم سرور. دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية ، 2002.
31. خليل محمد حسن الشماع، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط3، 2002.
32. فاروق مداس، التنظيم وعلاقات العمل، دار مدني، الجزائر، 2002.
33. عبد الجبار منديل، أسس التسويق الحديث، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن 2002 .
34. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان : الأردن، 2002.
35. سعيد محمد المصري، إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية ، المفاهيم والاستراتيجيات ، طبعة 2001 الدار الجامعية ، الإسكندرية .
36. عوض بدير الحداد، التسويق الحديث بين النظرية والتطبيق. دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى. 2001 .
37. مأمون الدراكي وطارق شبلي ، إدارة الجودة الشاملة، بيروت، دار صفاء للنشر والتوزيع، 2001.
38. حنان الأحمد، تحسين الجودة، المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض، مركز البحوث ، معهد الإدارة العامة، المجلد 40 ، العدد الثاني، أكتوبر 2000.
39. سمير محمد عبد العزيز، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والايزو. مكتبة الإشعاع ، الإسكندرية، 2000 .
40. محسن مخامرة وآخرون، المفاهيم الإدارية الحديثة، مركز الكتاب الأردني، الأردن، 2000.
41. عبد المجيد الشاعر وآخرون، الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري ، الطبعة الأولى ، عمان الأردن، 2000.
42. أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية، منظور القرن الواحد والعشرين، دار وائل للنشر، الأردن، 1999.
43. بشير عباس العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات : مدخل استراتيجي وظيفي تطبيقي، الطبعة الأولى، دار الزهران للنشر، عمان، الأردن. 1999.

45. عوض بدير الحدّاد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999.
46. عبد الله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.
47. عبد الهادي الجوهري، علم اجتماع الإدارة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.
48. عمر سعيد وآخرون، مبادئ الإدارة الحديثة، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1998.
49. علي عبد الرزاق جليبي، علم اجتماع التنظيم، مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.
50. عمر وصفي عقيلي، الإدارة؛ أصول، أسس ومفاهيم، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1997.
51. محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 1996.
52. السيد محمد الحسيني، علم الاجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1994.
53. اعتماد علام، دراسات في علم الاجتماع التنظيمي، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 1994.
54. عبد الله محمد عبد الرحمان، علم الاجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1994.
55. خليل محسن محمد المشعان: دراسات في الفروق بين الجنسين في الرضا المهني، دار القلم، الكويت، 1992.
56. طلعت إبراهيم لطفى، علم اجتماع التنظيم، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1992.
57. عمر و خير الدين، التسويق: المفاهيم و الاستراتيجيات، مكتبة عين الشمس للنشر، القاهرة، 1992.
58. عودة أحمد سليمان، فتحي ملكاوي، أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الانسانية، مكتبة المنار، عمان، 1992.
59. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع مصر، 1991.
60. محمد أنس قاسم، مذكرات في الوظيفة العامة، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1989.
61. جون هـ جاكسون وآخرون، نظرية التنظيم، ترجمة خالد حسن زروق، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1988.
62. الباهي السيد فؤاد، علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، ط3، دار الفكر العربي، 1979.
63. سعيد مقدم، أخلاقيات الوظيفة العمومية، دراسة نظرية تطبيقية، دار الأمة الجزائر سنة 1979.
64. السيد محمد الحسيني: النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم، دار المعارف، ط2، مصر، 1977.

65. محمد علي محمد: البيروقراطية الحديثة، دار الكتب الجامعية للطبع والنشر، الإسكندرية، 1975.
66. أحمد فاضل عباس صالح الشنواي: مفاهيم أساسية في إدارة الأفراد، جامعة بيروت العربية، لبنان، 1972.

ثانياً: المجالات والمقالات باللغة العربية:

1. إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث الجزائر، 2011.
2. بريش عبد القادر، جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك، مجلة اقتصاديات، شمال إفريقيا. العدد 3 الجزائر، 2011.
3. محمد الطعمنة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 12، العدد 1، منشورات جامعة اليرموك، اربد، الأردن، 2011.
4. قياس الرضا الوظيفي للمرضى في المؤسسة العمومية الاستشفائية ميلية، جيجل، مقالة للباحثين، صدرت في سنة 2010.
5. صفاء محمد الهادي الجزائري، وآخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى البصرة، 2010.
6. عبد القادر حريش، التحليل الإستراتيجي عند ميشال كروزيه، النظرية والمفاهيم، مجلة العلوم الاجتماعية الإنسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، مطبعة القدس بسكرة، العدد 16 جوان 2007.
7. يسري السيد يوسف، مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مجلة البحوث التجارية، العدد الأول، القاهرة، 2002.
8. يسري السيد يوسف جوده، مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مدخل لتحسين أداء الخدمات الصحية، مجلة البحوث الإدارية، المجلد 24، جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية العدد الأول، يناير 2002.
9. خالد بن السعيد، مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد 1، نوفمبر 1994، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، دولة الكويت.
10. ناجي معلا، قياس جودة الخدمات المصرفية، مجلة العلوم الإدارية، المجلد 25، عدد 02، جوان 1998.

ثالثاً: المذكرات والرسائل الجامعية:

1. تياشات سلوى، آفاق الوظيفة العمومية الجزائرية في ظل تطبيق المناجحت العمومي بالنظر إلى بعض التجارب الأجنبية، رسالة دكتوراه، جامعة أحمد بوقرة بومرداس، قسم علوم التسيير، 2012-2013، غير منشورة.

2. بوترة موسى، دور نظام تقييم الأداء في تحقيق الرضا بالمؤسسة الاستشفائية العمومية، رسالة دكتوراه، قسم علم الاجتماع، جامعة محمد الحاج لخضر، باتنة، 2011، غير منشورة.
3. حوالف رحيمة، مواقف الأطباء و المرضى في المستشفى الجامعي يتلمسان باستخدام نظرية السلوك المخطط، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2010.
4. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسة الصحية بالجزائر العاصمة، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2008، غير منشورة.
5. Salmi Madjid, **Système de santé en Algérie à l'heure de la Transition plurielle, Elément pour une évaluation de qualité des soins**, Université de Tizi-Ouzou, 2007.
6. ساكري دليلا: تنظيم السلطة في المؤسسة العامة الصناعية الجزائرية، رسالة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة العقيد الحاج لخضر، باتنة، 2005.

رابعاً: المراسيم والقوانين:

1. الأمر الرأسي رقم 03/06 المؤرخ في 15 جوان 2006، المتضمن القانون الاساسي للوظيفة العمومية الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46.
2. قانون محاربة الفساد رقم 01/06 المؤرخ في 20 فبراير 2006
3. القانون رقم 22/06 المؤرخ في 20 ديسمبر 2006 المتضمن قانون الإجراءات الجزائية.
4. القانون رقم 23/06 المتضمن قانون العقوبات.
5. المرسوم التنفيذي رقم 12-949 المؤرخ في 03 ماي 2012 والمتضمن التوظيف عن طريق إجراء المسابقات على أساس الشهادات.
6. المرسوم التنفيذي رقم 97-261 مؤرخ في 14 جوان 1997، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47.
7. المرسوم 124/95 المؤرخ في 29 أبريل 1995 المتضمن إعادة تنظيم الهياكل المركزية للمديرية العامة للتوظيف العمومي.
8. المرسوم التنفيذي 123/95 المؤرخ في 29 أبريل 1995 المتعلق بمراجعة صلاحيات المديرية
9. المرسوم رقم 85-59 المؤرخ في 23 مارس 1985 المتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات و الإدارات العمومية.

خامسا: القرارات والمنشورات .

1. القرار الوزاري المشترك رقم 1404 و 360 مؤرخ في 05 مارس 2013 المتضمن توزيع إجراءات ونفقات المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان لسنة 2013.
2. القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 يناير سنة 2012، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20.
3. المنشور رقم 18 المؤرخ في 31 يناير 2009 المتعلق باللجنة التأديبية الاستشارية المتساوية الأعضاء للأعوان المتعاقدين.
4. المنشور رقم 06 المؤرخ في 31 يناير 2009 المتعلق باللجنة التأديبية الاستشارية المتساوية الأعضاء للأعوان المتعاقدين.
5. المنشور رقم 18 المؤرخة في 18 جويلية 2009، المتعلقة بكيفيات الإعداد والمصادقة على مخططات التكوين.
6. المنشور رقم 05 المؤرخ في 12 أبريل 2004 المحدد لكيفيات تطبيق المادتين 130 و 131.
7. المنشور رقم 15 المؤرخة في 10 أوت 2004، المتعلقة بلجنة الطعن.
8. المنشور رقم 03 المؤرخ في 17 ماي 2003 المتعلقة باللجان المتساوية الأعضاء للمؤسسات والإدارات العمومية المحلية.
9. القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 12 ماي 1998 المتضمن المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان في الولاية الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد: 38.

سادسا: التعليمات والأوامر:

1. التعليمات رقم 26 المؤرخة في 10 جويلية 2013 الصادرة عن المديرية العامة للتوظيف العمومية والمتعلقة بتنظيم المسابقات والامتحانات والفحوص المهنية بعنوان سنة 2013.
2. التعليمات رقم 06 الخاصة باعداد مخطط تسيير الموارد البشرية، المؤرخة في 11 نوفمبر 2012.
3. تعليمات رقم 01 مؤرخة في 11 أبريل 2011 تتعلق بإضفاء المرونة على إجراءات التوظيف بعنوان الوظيفة العمومية صادرة عن الوزير الأول.
4. التعليمات الوزارية المشتركة رقم 1995 المؤرخة في 29 أبريل 1995 المتعلقة بتوزيع المناصب المالية في إعداد مخططات تسيير الموارد البشرية.

سابعا: الندوات والمقابلات:

1. تقرير المجلس الشعبي الولائي لتلمسان حول قطاع الصحة 2013.
2. الندوة الوطنية الأولى لتطوير المصالح الاستشفائية الجامعية، قصر الشعب، الجزائر 29 و 30 جوان 2011.

ثامنا: الجرائد الرسمية المعتمدة في البحث:

1. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26، 03 ماي 2012.
2. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 13 المؤرخ في 20 يناير 2008.
3. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 23 ، المؤرخة في 04 ماي 2008.
4. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26 ، سنة 1996.
5. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16 ، سنة 1996
6. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26 ، سنة 1995.
7. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية رقم 39 المؤرخة في 7 جوان 1989.
8. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 13 سنة 1989
9. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 13 سنة 1985.
10. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 32 سنة 1978.
11. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 46 سنة 1966.
12. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 61 سنة 1962.

تاسعا: قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

1. Brahim LAKHLAF, **Qualité des institutions, réformes et résultats économiques, BONNE GOUVERNANCE** , Alger-livres Editions, 2013.
2. Tahar Zabout, **Comment élaborer une thèses de doctorat** , Editions Carrefour culturel, Tizi-Ouzou, Algérie, 2010.
3. Claude Vilcot et Hervé Lecelet, **Indicateurs qualité en santé**, 2ème Edition, AFNOR, 2006.
4. Stanton, W. J, **Fundamentals of Marketing**, Mc Grow–Hall, N. Y, 2006.
5. P. kotler, K.keller, D.manceau, B.dubois, **Marketing management**, 12eme édition, édition spéciale, publié par Pearson éducation, Paris, 2006.

6. Kotler, P. and Armstrong, G, **Principles of Marketing**, Prentice–Hall. 2006.
7. Cauchick Miguel, P. A. and Salomi, G. E A **Review of models for assessing service quality**", produce, Vol. 14, No. 1,2004.
8. Jean-Michel Tardien, et autre. **Marketing et gestion des services**, Chiron, Paris , 2004.
9. Steven G.H & Eric. N. Berkowitz, **Health care market strategy from planning to action**, Jones and Bartlett, 3rd Edition, London, UK, 2004.
10. Laurent Harmel, **Qualité et engagements de service**, Afnor,2003.
11. Christopher, Martin and Mc Donald, Malcolm, **Marketing and introduction**, intend. Mac million press, Ltd. 2001.
12. Lancaster, Geoff and massing ham, Lester, **Essentials of marketing**, 2nd ed, Mc Graw Hall, inc. 2001.
13. C. Gronroos, (2001), **A service Quality model and its marketing implications**, European Journal of marketing, 2001.
14. Fisk ,Grove, John , **Interactive Services Marketing**, Boston New York, 2000.
15. P.Kotler , B.Dubois. **Marketing management**, publi-union, 10eme edition, Paris. 2000.
16. J. L'endrevie et D.Lindon , Mercator, **Théories et pratique du marketing**, Dalloz. Paris, 6eme édition 2000.
17. Pride, William, M. and Ferrell O. C, **Marketing**, 2nd éd, Houghton Mifflin Co, New York. 2000.
18. Jean Brillman. **Les Meilleures pratiques de mangement au cœur de la performance**, édition, organisation. 2eme tirage. Paris .1998.
19. Ministere Des Finances, **Guide Du Contrôleur Des Dépenses Et Engagements**, 1998.
20. Iliane Bensahel, **Introduction à l'économie du service**, presse universitaire de Grenoble, Paris, 1997.
21. Kotler, Philip, **Marketing Management**, 8th éd, Prentice – Hall International Inc. 1997.
22. Don and others, **Management**, 8th ed., south western college publishing Cincinnati, Ohio. 1997.
23. Kotler, Philip, **Marketing Management**, 8th éd, Prentice – Hall International Inc. 1997.
24. Edris, Thabet A. and Mona R. Alghais, **Education service Quality as perceived by Kuwaiti consumer, an application of the ServPerf scale**, middle East Business Review, University of London, Vol. I, No. I. 1996
25. Crosby.ph and all, **la qualité c'est gratuit**, ed. économie. paris.1996.

26. Dominique, V. Turpin, , **Japanese Approaches to Customer Satisfaction some Best practices**, Long Range planning, Vol. .1995.
27. Richard.Norman , **Le management des services :théorie du moment de vérité dans les services**, inter édition, paris, 1994.
22. Palmer, Adrian, , **Principles of services marketing**, Mc Graw-Hill Book Co., Inc, London. 1994.
23. Schermerhorn, John R. J. and others, **Managing organizational behavior**, 5th ed., John Wiley and Sons Inc., New York. 1994.
24. Ph. Kotler et B. Dubois. **Marketing management** , 9eme édition. publiunion, Paris. 1994.
25. Peter Smith, , **Total Quality Management International Concepts and Arab Applications**, 6 Conference on Training and management, Cairo,1993.
- 26.G.Tocquer, M. Langlois, **Le marketing des services, le défi relationnel**, éd Dunod, paris, 1992.
27. Dennis L. Foster, **Marketing Hospitality: sales and Marketing for Hotels and Resort**, Macmillan/ Mc Graw-Hill publishing company. 1992
28. Cronin, J., and Taylor, S, **Measuring service Quality : A Re-examination and Extension**, Journal of marketing, Vol. 56, No. 4. 1992
29. Michel Langlois et Gérard Toequer. **Marketing des services le défi relationnel** .Gaétan marin. Paris .1992.
30. Michel Langlois et Gerard Toequer. **Marketing des services, le défi relationnel** , Gaétan marin. Paris .1992.
31. C. H. Lovelock, , **Understanding costs and Developing Pricing strategies, service marketing**, New York: Prentice Hill, 1991.
32. Berry L., et.. al., **Perceived Service Quality as a customer – Based Performance Measure, An Empirical Examination of Organizational Barriers using Service Quality model**, Human Resource management Vol. 49, No. 3,1991.
- 33.Driss Mammeri, **Un système national de santé publique ,pour protéger et améliorer la santé des habitants**.ENAG/EDITION,Alger,1991
34. Annie Bartolie , **Communication et Organisation , Pour une Politique General te Coerent** , Les éditions d'Organisation, Paris, 1990.
35. D. Pettigrews & N. Turgeon ,**Marketing**, 2 éme edition, MC Graws-Hill, Canada, 1990.
36. P.Courne ,**Logique statutaire. Logique de fonctionnement. Gestion prévisionnelle des ressources Humaine**, R.F.A, N° 49, 1989.
37. Kotler, Philip, and N. Clarke Roberta, **Marketing for Health Care Organizations**, New Jersey, Prentice Hall. 1987.

38. Thompson, Dosoyza and Gale, **The strategic management of service quality** , Quality Progress. 1985
39. Juran.d.j. **Gestion de la qualité**. afnor.1983.
40. ames H .Donnelly and William R , George **Marketing of services**, eds , Chicago , American marketing Association, 1981.
41. Yves Le Golvan, **Marketing Bancaire & Planification**, Edition Banque, Paris, 1985.
42. Alfred Marshall, **Principles of economics**, Eighth editions, London: the Macmillan press LTD, 1977.

ثامنا: الدوريات، والمجلات باللغة الاجنبية:

1. Yava, Ugur and others, **Service quality in the banking sector in emerging economy, A consumer Survey**, the international journal of bank marketing for the financial services sector, NCB university press, Vol. 15, No. 6. 1997.
2. Ahmed Rahmani, **I'administration publique Algérienne, évolution récente et perspectives**, Remald N° 6 Janvier-Mars 1996.
3. Cronin, J., and Taylor, S.**Measuring service Quality , A Re-examination and Extension**, Journal of marketing, Vol. 56, No. 4,1992.
4. France, K. R. and Grover, R. **What is the Health Care Product ?** , Journal of Health Care marketing, Vol. 12, No. 2. 1992.
5. Parasuraman, V. A. Zeithaml, and L. L. Berry, **SERVQUAL, A multiple-item scale for measuring consumer perception of service Quality**, Journal of Retailing 64, Spring,
6. Parasuraman, A. Zeithaml, V. A. and Berry, L. L., **A Conceptual model of service Quality and its implications for future Research**, Journal of marketing 49, 1985.

عاشرا، المواقع الالكترونية:

1. www.dgfp.gov.dz .
2. www.Concour-Fonction Publique.gov.dz.
3. www.Santé.dz.
4. www.djazair 50.dz.
5. www.Nauss.Ed.sa.
6. <http://208.48.48.190/rc47/anpa11bo1.htm>.
7. [http.grqnds.orgqnis;es.Gouv](http://grqnds.orgqnis;es.Gouv).
8. <https://www.pnst.cerist.dz/pnstar/search.php>.
9. <https://www.sndl.cerist.dz/>.
10. <http://www.mouwazaf-dz.com/>.
11. <http://www.joradp.dz/HFR/Index.htm>.
12. <http://grh-management.blogspot.com/>.
13. <http://www.mouwazaf-dz.com/t9124-topic>.
14. <http://www.hrdiscussion.com/hr2090.html>
15. <http://www.pressealgerie.biz/>.
16. <http://www.tomohna.com/vb/showthread.php?t=12102>.

الحمد لله حق

الملحق رقم 01: يبين توزيع الأطباء وطنيا على القطاع العام والقطاع الخاص
(Arrêté au 02/01/2010)

spécialités	TOTAL	Publics	Privés	% privé
Gynéco-obstétrique	1313	348	965	73%
Chirurgie générale	1156	722	434	37,50%
Pédiatrie	1067	500	567	53%
Médecine interne	810	413	397	49%
Ophthalmologie	755	194	561	74%
Réanimation	714	561	153	21%
Chirurgie orthopédique	564	336	228	40%
Radiologie	541	205	336	62%
Pneumologie	515	200	315	61%
Cardiologie	508	167	341	67%
Psychiatrie	496	280	216	43,50%

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 2012

(Arrêté a 31/12/2009)

spécialités	TOTAL	Publics	Privés	% privé
Dentistes spécialistes	465	224	241	51%
Biologie :	458	236	222	48%
Dermatologie	437	250	187	43%
Otorhinolaryngologie	393	117	276	70%
Gastroentérologie	308	128	180	58%
Médecine du travail	286	270	16	5,50%
Rééducation	253	161	92	36%
Chirurgie pédiatrique	251	182	69	27,50%
Infectiologie	239	207	32	13%
Endocrinologie	236	109	127	53%
Chirurgie urologique	220	79	141	64%

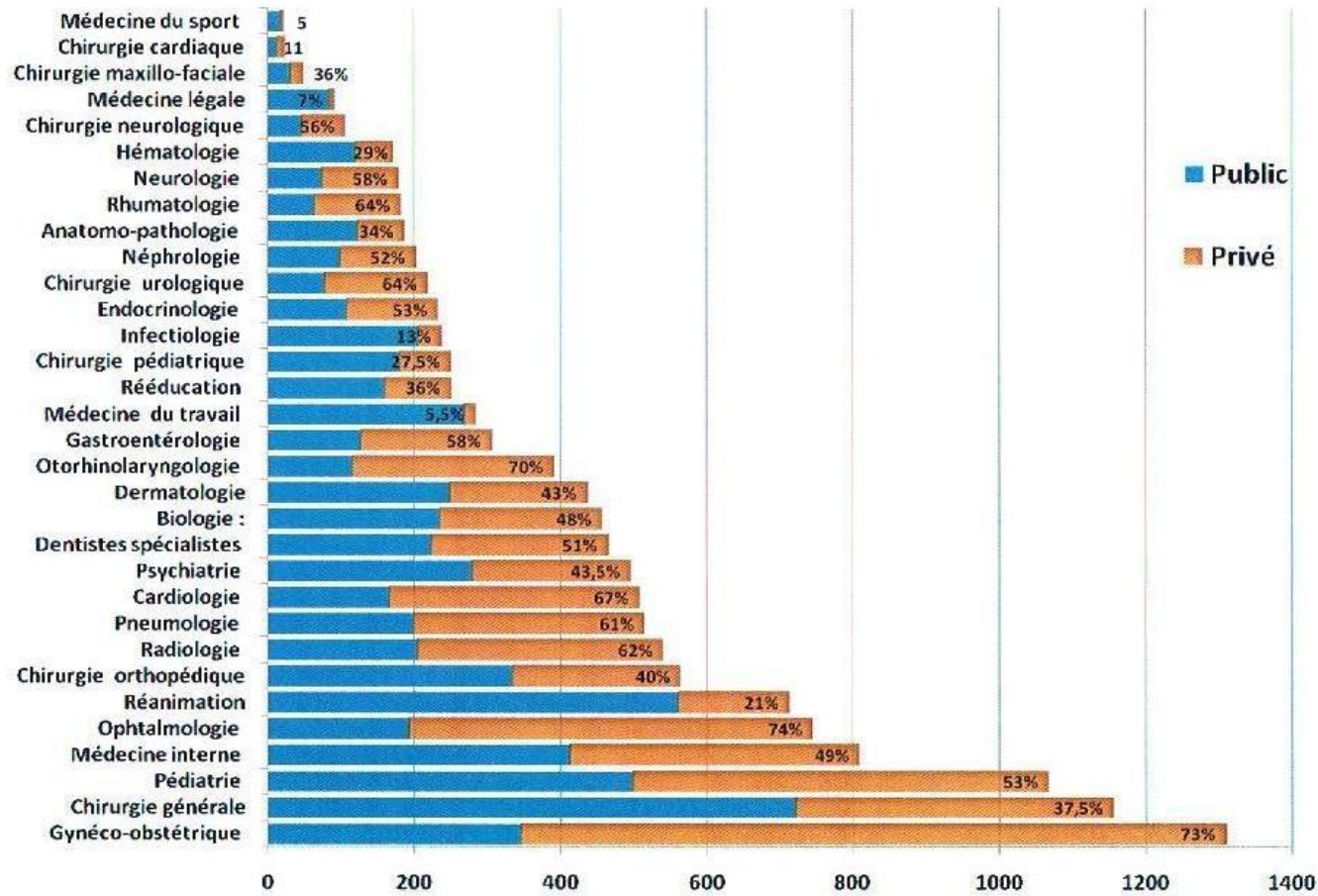
المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 2012

(Arrêté au 31/12/2009)

Spécialités	Total	Publics	Privés	% privé
Néphrologie	211	101	110	52%
Anatomo-pathologie	188	124	64	34%
Rhumatologie	183	65	118	64%
Neurologie	180	75	105	58%
Hématologie	173	122	51	29%
Chirurgie neurologique	107	47	60	56%
Médecine légale	92	85	7	7,50%
Chirurgie maxillo-faciale	50	32	18	36%
Chirurgie cardiaque	24	13	11	45%
Médecine du sport	23	18	5	21%
Chirurgie vasculaire	19	13	6	31%
Total praticiens des 33 Spécialités(comparées)	13235	6584	6651	50,20%

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 2012

Etat des praticiens spécialistes(publics et privés) au niveau national



المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 2012

ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TLEMCCEN

DIRECTION GENERAL

Bureau d'ordre général
Bureau de l'information et de la communication
Bureau de la Sécurité et de la Surv. Général
Bureau des Marche. Du Contentieux et des
Affaires Juridiques.

المدير العام
مكتب التنظيم العام
مكتب الإعلام والاتصال
مكتب الأمن والمراقبة العامة
مكتب الصفقات والمنازعات والشؤون القانونية

1- DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES :

1-1 Sous- Direction des Personnels :

Bureau de la gestion des carrières des
personnels administratifs, techniques, et de
service.

1- مديرية الموارد البشرية:
1-1 المديرية الفرعية للمستخدمين:
مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين الإداريين
والتقنيين ومستخدمي المصالح.

Bureau de la gestion des carrières des
personnels médicaux, paramédicaux et
psychologues.

مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين والطبيين وشبه
الطبيين والأخصائيين في علم النفس.

Bureau des effectifs de la régulation et de la
solde.

مكتب العمال وتنظيم الأجور

1-2 Sous-directions de la formation et de la documentation :

2-1 المديرية الفرعية للتكوين الوثائق:

Bureau de la formation

مكتب التكوين.

Bureau de la documentation

مكتب الوثائق.

2- direction des finances et du contrôle :

2- مديرية المالية والمراقبة:

2-1 Sous-directions des Finances :

2-1 المديرية الفرعية للمالية:

Bureau du budget et de la comptabilité.

مكتب الميزانية والمحاسبة

Bureau des recettes et des caisses.

مكتب الإيرادات والصناديق

2-2 Sous-directions de l'analyse et de l'évaluation des coûts :

2-2 المديرية الفرعية لتحليل التكاليف وتقييمها:

Bureau de l'analyse et de la maitrise des coûts.

مكتب تحليل التكاليف والتحكم فيها

Bureau de la facturation.

مكتب الفوترة

3- direction des moyens matériels :

3- مديرية الوسائل المادية:

3-1 Sous-directions des Service économiques :

3-1 المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية:

Bureau des approvisionnements.

مكتب التموينات.

Bureau de la gestion des Magasins, des
inventaires et des réformes.

مكتب تسيير المخازن والجرد والإصلاحات

Bureau de la restauration et de l'hôtellerie.

مكتب الإطعام والفندقة.

3-2 Sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable :
Bureau des produits pharmaceutiques.
Bureau de l'instrumentation et du consommable.

2-3 المديرية الفرعية للمنتوجات الصيدلانية والأدوات والمستهلكات:
مكتب المنتوجات الصيدلانية.
مكتب الأدوات والمستهلكات.

3-3 *Sous-direction des infrastructures des équipements et de la maintenance :*
Bureau des infrastructures.
Bureau des équipements.
Bureau de la maintenance.

3-3 المديرية الفرعية للمنشآت القاعدية والتجهيزات والصيانة:
مكتب المنشآت القاعدية.
مكتب التجهيزات.
مكتب الصيانة.

4- direction des activités médicales et paramédicales :

4- مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية:

4-1 *Sous-direction des Activités médicales :*
Bureau de l'organisation et de l'évaluation des Activités.

1-4 المديرية الفرعية للنشاطات الطبية:
مكتب تنظيم النشاطات الطبية وتقييمها

Bureau de la gard et des urgences.
Bureau de la Programmation et du suivi des étudiant.

مكتب المناوبة والاستعجالات.
مكتب البرمجة ومتابعة الطلبة.

4-2 *Sous-direction des Activités Paramédicales :*
Bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales.
Bureau des soins infirmiers.
Bureau de la programmation et du suivi des stagiaires.

2-4 المديرية الفرعية للنشاطات شبه طبية:
مكتب تنظيم النشاطات شبه الطبية وتقييمها.

مكتب العلاجات التمريضية.
مكتب البرمجة ومتابعة المتدربين

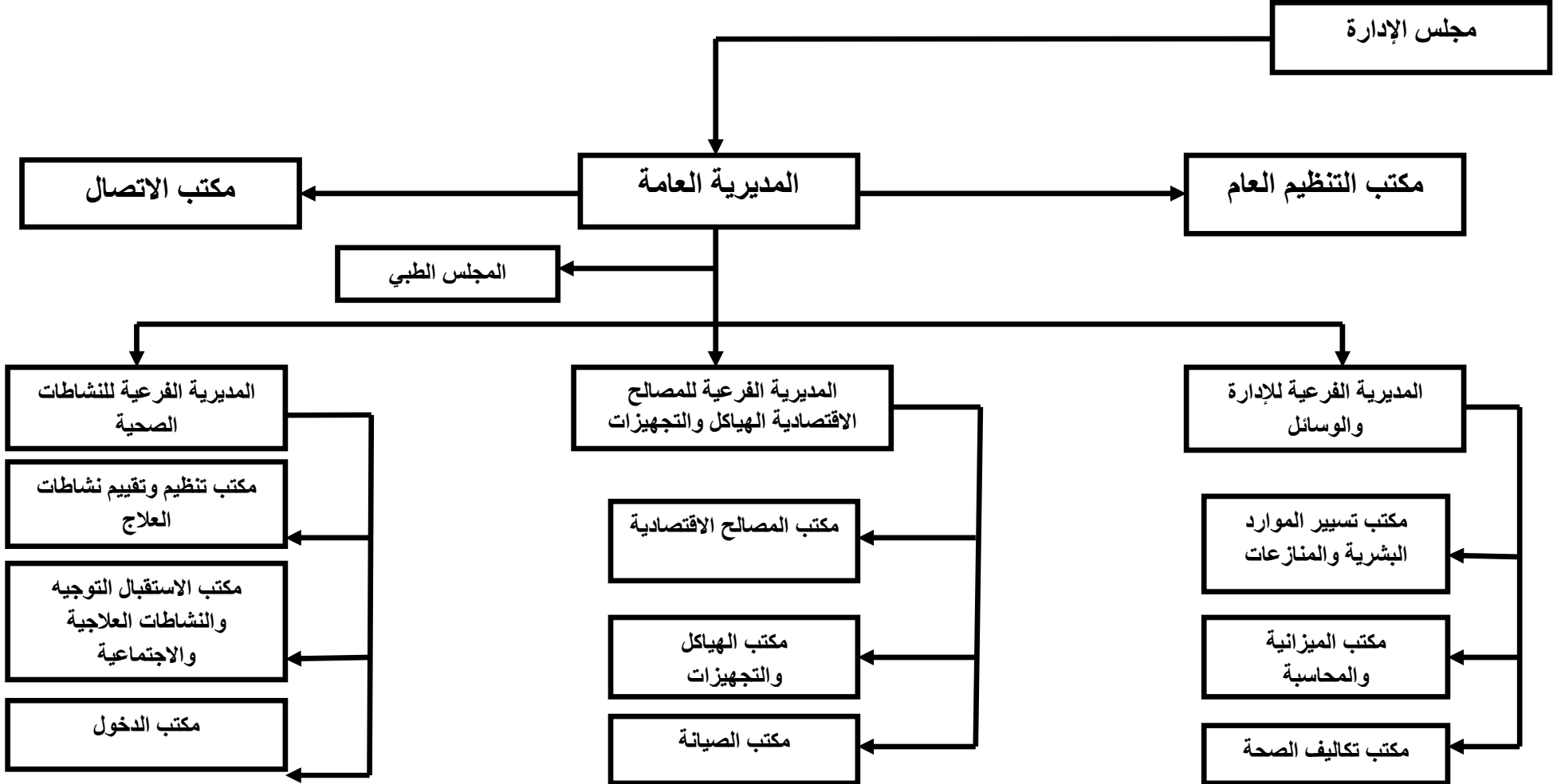
4-3 *Sous-direction de la Gestion Administrative du Malade:*

3-4 المديرية الفرعية للتنسيق الإداري للمريض:

Bureau des entrées.
Bureau de l'accueil, de l'orientation et des Activités Socio- Thérapeutiques.

مكتب دخول المرضى.
مكتب الاستقبال والتوجيه والنشاطات الاجتماعية العلاجية.

الملحق رقم 03: التنظيم الهيكلي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل - تلمسان -



المصدر: المديرية الفرعية للإدارة والوسائل " الأم والطفل " تلمسان.

الملحق رقم (04): مخطط التكوين المستمر المحلي لسنة 2012

ETABLISSEMENT	INTITULE DE L'ACTION	Population cible (fournir – effectifs)				TOTAL
		M	P.M	S.F	A.T	
EHS MERE ET ENFANT	Dépistage et surveillance d'une grossesse à haut risque			10		10
	Hémorragie de la délivrance			20		20
	Réanimation du nouveau – né en salle de travail		20	10		30
	Prévention des infections au bloc opératoire		15			15
	Soins d'une plaie infectée		10			10
	Prise en charge d'un prématuré en néonatalogie	6	15			21
	Dépistage du cancer devant un néo du sein		21			21
	Réanimation du nouveau-né en salle travail		20			20
	Lutte contre les infections liées aux soins		12		10	22
	CAT devant l'ictères du nouveau – né	6				6
	CAT devant un nouveau-né d'une mère diabétique	6				6
	Allaitement maternel	6				6
	CAT devant les infections urinaires du nourrisson	6				6
	Prévention de la déshydratation du nourrisson	6				6
	CAT devant une convulsion	6				6
	CAT devant une bronchiolite	6				6
	Contraception oestéro – progestative	6				6
	Dépistage du cancer du col	6				6
	CAT devant une urgence chirurgicale néonatale	6				6

المصدر : مديرية الصحة و السكان تلمسان مارس 2013

الملحق رقم (05): حصيلة حركة مرضى مستشفى الأم والطفل خلال

Services	Unité	NB de Lit		NB Malade Admis	NB garde Malade	NB Décès	NB de jours D'hospitalisation	DMS	Taux d'occupa %		Coefficient		Taux de Décès %
		Tech	Org						Tech	Org	Tech	Org	
Gynécologie obstétrique	*Obstétrique *grossesse a risque * pré *opératoire et post op	56	67	13388	44	05 fem + 89 ESC	27432	2,04	134,2	112,17	239,07	199,82	0,70
	*Gynécologie *Gynécologie *post Opératoire	58	74	3562	179	6	18538	5,2	87,56	68,63	61,41	48,13	0,16
Pédiatrie	*Nourissons *Enfants	30	30	1548	886	26	7860	5,07	71,78	71,78	51,6	51,6	1,67
	*Urgence Pédiatrique *Consultation et exploitation	/	30	3348	1721	32	6836	2,04	/	62,42	/	111,6	0,95
Néonatalogie	*Soins généraux *Soins Intensifs *Réanimation	30	30	1963	188	321	11852	6,03	108,23	108,23	65,43	65,43	16,35
Chirurgie Pédiatrique	*Hospitalisation *Op2ratoire et post op *Consultation et Urgence	30	30	3214	2744	22	13167	4,09	120,24	120,24	107,13	107,13	0,68
TOTAL		204	261	27023	5762	501	85685	3,17	115,07	89,94	132,46	103,53	1,853

المصدر : المديرية الفرعية لمصالح الصحة يناير 2013 LE CHEF DE BUREAU DES ENTREES EHS

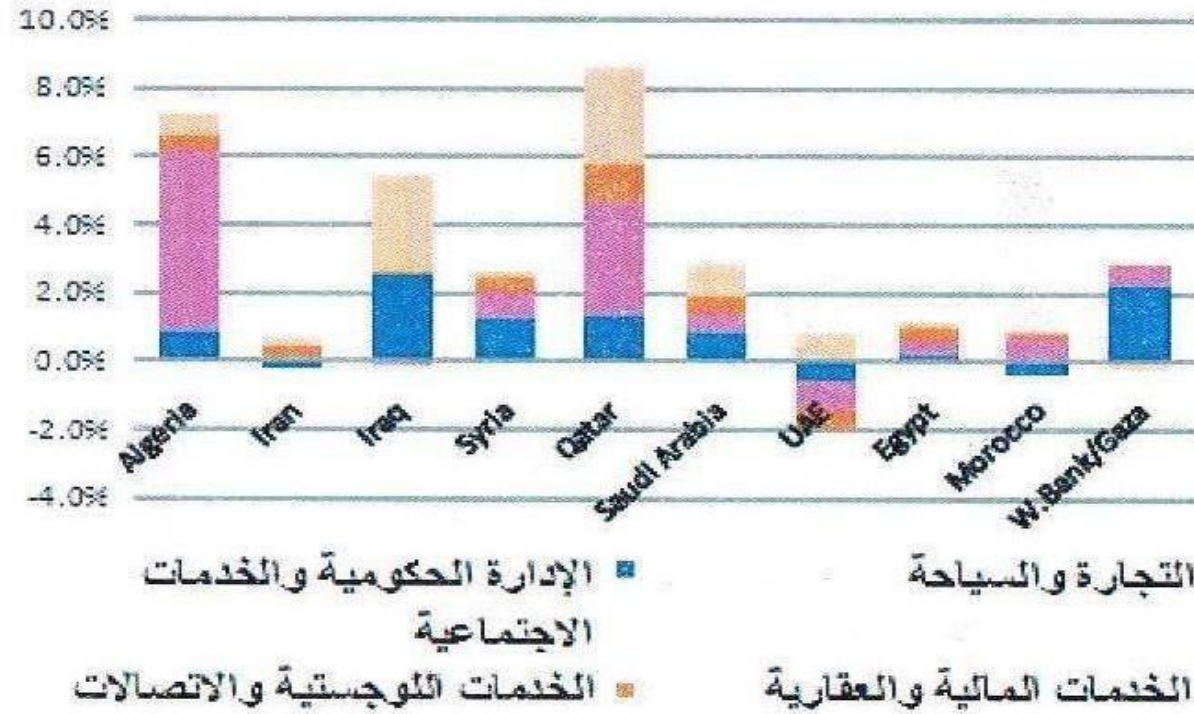
الملحق رقم (06): المؤشرات الديمغرافية و الصحية الرئيسية للسكان

Évolution des principaux indicateurs (ONS dz-2013)

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012
Population au milieu de l'année (en milliers)	25 022	30 416	34 591	35 268	35 978	36	37 495
Accroissement naturel (en milliers)	624	44	66	690	73	7	808
Taux d'Accroissement Naturel (en %)	2,49	1,48	1,92	1,96	2,03	2,	2,16
Nombre de Naissances (en milliers)	775	58	81	849	88	9	978
Taux Brut de Natalité (en ‰)	30,94	19,36	23,62	24,07	24,68	24,78	26,08
Indice synthétique de fécondité (enfants/femme)	4,50	2,40	2,81	2,84	2,87	2,	3,02
L'âge moyen à la maternité (en années)	29,5	32,0	31,9	31,8	31,7	31	31,5
Nombre de Décès (en milliers)	151	14	15	159	15	1	170
Taux Brut de Mortalité (en ‰)	6,03	4,59	4,42	4,51	4,37	4,	4,53
Nombre de décès infantiles		21	20 793	21 076	21 046	21	22 088
Taux de Mortalité Infantile Masculin (en %)	49,2	38,4	26,9	26,6	25,2	24	23,9
) Taux de Mortalité Infantile Féminin (en	45,8	35,3	23,9	22,9	22,2	21	21,2
) Taux de Mortalité Infantile Ensemble (en	46,8	36,9	25,5	24,8	23,7	23	22,6
) Quotient de mortalité juvénile Masculin (en	58,2	44,8	31,4	30,8	29,0	28	27,
Quotient de mortalité juvénile Féminin (en ‰)	54,7	41,3	27,8	27,1	26,0	25	24,
Quotient de mortalité juvénile Ensemble(en ‰)	55,7	43,0	29,7	29,0	27,5	26	26,
Nombre de mort-nés		14	16 588	15 937	16 444	15	15 795
Taux de mortinatalité Masculin (en ‰)	23,5	24,6	21,3	19,6	19,6	18	16,8
Taux de mortinatalité Féminin (en ‰)	19,1	22,8	18,4	17,2	16,7	15	14,9
Taux de mortinatalité Ensemble (en ‰)	21,4	24,7	19,9	18,4	18,2	16	15,9
Esperance de vie à la naissance Hommes (en années)	66,3	71,5	74,8	74,7	75,6	75	75,8
Esperance de vie à la naissance Femmes (en années)	67,3	73,4	76,4	76,3	77,0	77	77,1
Esperance de vie à la naissance Ensemble (en années)	66,9	72,5	75,6	75,5	76,3	76	76,4
Nombre de Mariages	149	177	331	341	344	369	371
Taux Brut de Nuptialité (en ‰)	5,97	5,84	9,58	9,68	9,58	10,05	9,90

المصدر: - الديوان الوطني للإحصاء 2013

الملحق رقم 07: مساهمات قطاع الخدمات في التوظيف



المصدر: معطيات تقرير البنك الدولي سبتمبر 2011

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

UNIVERSITE ABOU-BEKR BELKAÏD

TLEMCEM

Faculte des Sciences

Economiques Commerciales et

Des Sciences de Gestion



جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان

كلية العلوم الاقتصادية التجارية
وعلوم التسيير

استبيان Questionnaire

خاص للبحث : المركز الاستشفائي الجامعي (CHU) تلمسان .

السيد/السيدة:.....

تحية طيبة و بعد:

إن التقدم العلمي لا يمكن تحقيقه إلا من خلال ربط الجوانب النظرية بالجوانب الواقعية. و حيث أنني أقوم بإجراء دراسة عن " أبعاد جودة الخدمات الصحية " ، و العائد من تكلفتها ، اعتباراً أن الدولة تنفق و تستثمر في الميزانيات المختلفة للمؤسسات مقابل تحقيق عائد يتماشى بصورة ايجابية مع أداء الأفراد و مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى و كل منتفع من القطاع الصحي .

وعليه فإن لتعاونكم و إجابتكم على فقرات " الاستبيان " كبير الأثر في الحصول على أفضل النتائج.

و أود أن أحيط سيادتكم علماً بأن كل ما تدلونه من آراء و معلومات سيكون موضع اهتمام الباحث و لن يستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط ، و أنني إذ أشكر لكم حسن صبركم معنا و جميل العرفان لتعاونكم.

لكم مني كل تحية و تقدير.

الطالب الباحث

مزيان التاج

نائب العميد لما بعد التدرج

كلية العلوم الاقتصادية ، التجارية و علوم التسيير

جامعة أبو بكر بلقايد – تلمسان

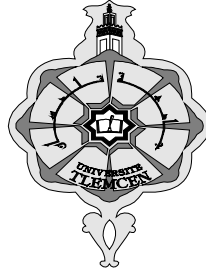
UNIVERSITE ABOU-BEKR BELKAÏD

TLEMCEM

Faculte des Sciences

Economiques Commerciales et

Des Sciences de Gestion



جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان

كلية العلوم الاقتصادية التجارية
وعلوم التسيير

استبيان Questionnaire

خاص للبحث : المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مستشفى الأم والطفل
(EHS) تلمسان .

السيد/السيدة:

تحية طيبة و بعد:

إن التقدم العلمي لا يمكن تحقيقه إلا من خلال ربط الجوانب النظرية بالجوانب الواقعية. و حيث أني أقوم بإجراء دراسة عن " أبعاد جودة الخدمات الصحية " ، و العائد من تكلفتها ، اعتبارا أن الدولة تنفق و تستثمر في الميزانيات المختلفة للمؤسسات مقابل تحقيق عائد يتماشى بصورة ايجابية مع أداء الأفراد و مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى وكل منتفع من القطاع الصحي .

وعليه فإن لتعاونكم و إجابتكم على فقرات " الاستبيان " كبير الأثر في الحصول على أفضل النتائج.

و أود أن أحيط سيادتكم علما بأن كل ما تدلونه من آراء و معلومات سيكون موضع اهتمام الباحث و لن يستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط ، و أنني إذ أشكر لكم حسن صبركم معنا و جميل العرفان لتعاونكم.

لكم مني كل تحية و تقدير.

الطالب الباحث

مزيان التاج

نائب العميد لما بعد التدرج

كلية العلوم الاقتصادية ، التجارية و علوم التسيير

جامعة أبو بكر بلقايد – تلمسان

نلتمس ونرجو منكم تقييم هذا الاستبيان بوضع علامة (√) في الخانة المناسبة لإجاباتكم ، علما بأن
من (1 إلى 3) حالة سلبية، الحالة (4) حالة محايدة، من (5 إلى 7) حالة ايجابية.

الرقم	الموضوع	موافق بشدة (7)	موافق إلى حد ما (6)	موافق (5)	حياد (4)	غير موافق إلى حد ما (3)	غير موافق (2)	غير موافق بشدة (1)
الأشياء الملموسة Tangibles								
1	تحتاج المؤسسة إلى تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة حاليا.							
2	قاعات المرضى وأماكن الانتظار والاستقبال ومكاتب الأطباء ومختلف الموظفين الحالية ، تتلاءم مع ما تتوقعه في ذهنك.							
3	هناك اهتمام من طرف الإدارة والموظفين ومتابعة بطريقة وهيئة ملابس العمل ، مع مستوى الخدمة المقدمة .							
4	في نظرك، ادارة المؤسسة وفرت الشروط المادية في الفقرات السابقة (من 1 إلى 3) ضمن حدود إمكانياتها المتوفرة والمتاحة ، والتي تتناسب مع توقعاتك وتصوراتك.							
الاعتمادية Fiabilité								
5	تلتزم إدارة المؤسسة بعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والإستشفائية وتوفير المناخ والبيئة الملائمة كما تتوقعها في ذهنك.							
6	تتجاوب وتتعاطف إدارة المؤسسة مع المرضى عند تقديم شكاويهم كما تتوقعها في ذهنك.							
7	تتم إدارة المؤسسة بتقديم الرعاية الصحية في الوقت المناسب وبشكل سريع ودقيق.							
8	يضع المرضى ثقتهم في كفاءات المهنة الطبية وشبه الطبية بثقة وأمان.							
9	تتم إدارة المؤسسة بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات وأجهزة الإعلام الآلي.							

Réactivité الاستجابة							
						يتم إخطار (إخبار) المرضى عن أوقات تقديم العلاج لهم حسب تصورك.	10
						من غير المتوقع أن يحصل المرضى على الخدمة الفورية من قبل الموظفين في المؤسسة.	11
						يرغب الموظفون في المؤسسة بمساعدة المرضى بشكل دائم ومستمر.	12
						رغم الضغوطات بانشغال الموظفين بتقديم الخدمات إلا أنهم يتجاوبون مع طلبات المرضى فوراً.	13
Assurance الثقة							
						في اعتقادك، يجب أن تكون لدى المرضى الثقة الكاملة بالموظفين في المستشفى.	14
						في اعتقادك، يجب أن يطمئن المريض بأنه بأيدي أمينة مع الموظفين في المؤسسة عند التعامل.	15
						هل تشعر وتلمس حسن المعاملة للطبيب والشبه الطبي في تعاملهم مع المرضى - لطف ولباقة-	16
						تتوفر لدى الموظفين في المؤسسة الكفاءة والجدارة والمصداقية في أداء عملهم ، ما يتحتم على إدارة المؤسسة أن تقدم الدعم لهؤلاء الموظفين.	17
Empathie التعاطف							
						يجب على إدارة المؤسسة أن تعطي المرضى عناية شخصية.	18
						إن الموظفين في المؤسسة لديهم القدرة على تقديم عناية شخصية للمرضى.	19
						يجب على الموظفين في المؤسسة معرفة حاجات المرضى.	20
						تعمل إدارة المؤسسة بنظام عمل (ساعات) حسب حاجات المرضى.	21
						في حقيقة الأمر والواقع، تقدم إدارة المؤسسة أفضل ما لديها للمرضى.	22

فہرست المحتویات

فهرس المحتويات

الصفحة	العناوين
III	الإهداء.
IV	الشكر.
V	قائمة المحتويات.
VI	قائمة الجداول .
V III	قائمة الأشكال.
IX	قائمة الملاحق.
أ	مقدمة عامة.
د	أولاً: مشكلة البحث.
هـ	ثانياً: فرضيات البحث.
ز	ثالثاً: مبررات اختيار الموضوع.
ز	رابعاً: أهداف الدراسة وأهميتها.
ح	خامساً: حدود الدراسة..
ط	سادساً: تقسيمات البحث.
ي	سابعاً: مرجعية الدراسة.
ص	ثامناً: عينة البحث.
ش	تاسعاً: منهج الدراسة.
ش	عاشراً: صعوبات البحث.
02	الفصل الأول: إستراتيجية تسيير الموارد البشرية في الوظيف العمومي الجزائري.
03	المبحث الأول: التعريف بالوظيفة العمومي الجزائري.
03	المطلب الأول: نشأة وتطور مؤسسة الوظيف العمومي في الجزائر.
03	أولاً: مراحل الوظيف العمومي الجزائري.
05	ثانياً: أسلاك الوظيف العمومي.
07	المطلب الثاني: مكانة الوظيفة العمومية.
08	المطلب الثالث: تطوير أساليب تسيير الموارد البشرية في الوظيف العمومي الجزائري.
09	أولاً: خصائص ومميزات التوظيف.
11	ثانياً: الرقابة القبلية.
11	ثالثاً: الرقابة البعدية.
12	المبحث الثاني: المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية.
13	المطلب الأول: شروط إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية.
13	أولاً: الكفاءات البشرية.
14	ثانياً: المعرفة الغزيرة للنصوص التشريعية والتنظيمية.
15	المطلب الثاني: الجزء الأول من المخطط.
15	أولاً: الجدول رقم 01 .

15	ثانيا: الجدول رقم 02.
18	المطلب الثالث: الجزء الثاني من المخطط.
18	أولا: الجدول رقم 04 (المخطط التوقيعي للتوظيف خلال السنة المالية الجديدة).
20	ثانيا: الجدول رقم 05.
20	ثالثا: الجدول رقم 06.
21	رابعا: الجدول رقم 07: (الجدول التوقيعي لتنظيم وتحسين المستوى وتجديد المعلومات خلال السنة م+1).
23	المبحث الثالث: كيفية استغلال المناصب المالية، حصيلة الشغل ومخطط التكوين.
24	المطلب الأول: التوظيف الداخلي والخارجي.
24	أولا: التوظيف الخارجي.
32	ثانيا: التوظيف الداخلي.
34	ثالثا: مزايا وعيوب التوظيف الخارجي والداخلي.
34	رابعا: مزايا وعيوب مخطط التسيير التقديري.
36	المطلب الثاني: حصيلة الشغل ومخطط التكوين.
36	أولا: حصيلة الشغل .
40	ثانيا: مخطط التكوين.
48	المبحث الرابع: الآفاق المستقبلية للتوظيفة العمومية الجزائرية على ضوء التنظيم الحديث.
48	المطلب الأول: تقييم حصيلة تعدادات الوظيف العمومي.
49	أولا: على مستوى القوانين الأساسية.
49	ثانيا: على مستوى التعداد.
53	المطلب الثاني: التصور المستقبلي للإطار القانوني للتوظيفة العامة.
53	أولا: عصرنة أنماط تسيير الموارد البشرية في الإدارة العمومية.
54	ثانيا: تكييف دور أسلوب رقابة الوظيف العمومي مع المتطلبات المستجدة.
55	المطلب الثالث: تحديات التوظيفة العمومية.
55	أولا: على ضوء القوانين الحالية.
57	ثانيا: إستراتيجية التوظيفة العمومية على ضوء تحديد المشكلة الاقتصادية.
59	ثالثا: النظرة الجديدة لتصنيف الموظفين.
60	رابعا: ضمانات وحقوق الموظف وواجباته.
62	خامسا: اقتراحات وتوصيات.
64	خلاصة الفصل الأول.
69	الفصل الثاني: الرضا الوظيفي في المؤسسة.
70	المبحث الأول: الرضا الوظيفي و أبعاده.
70	المطلب الأول: مفهوم الرضا الوظيفي.
76	المطلب الثاني: أساليب قياس الرضا.

76	أولاً: المقاييس الموضوعية.
77	ثانياً: المقاييس الذاتية.
81	المطلب الثالث: العوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي.
85	المبحث الثاني: المداخل النظرية لدراسة الرضا الوظيفي.
85	المطلب الأول: النظريات الكلاسيكية.
85	أولاً: المدخل الماركسي.
87	ثانياً: حركة الإدارة العلمية.
88	ثالثاً: نظرية التقسيم الإداري.
90	رابعاً: التنظيمات والنموذج المثالي للبيروقراطية.
92	المطلب الثاني: النظريات السلوكية.
92	أولاً: مدرسة العلاقات الإنسانية.
95	ثانياً: نظرية اتخاذ القرارات.
98	ثالثاً: نظرية القبول.
99	المطلب الثالث: المدرسة الحديثة.
99	أولاً: نظرية النسق الاجتماعي.
101	ثانياً: القواعد البيروقراطية.
102	ثالثاً: نظرية النظم.
104	رابعاً: نموذج التحليل الإستراتيجي.
107	المطلب الرابع: عناصر الاتفاق والتشابه ومجالات الاختلاف بين النظريات.
107	أولاً: مجالات الاتفاق.
107	ثانياً: مجالات الاختلاف.
108	المبحث الثالث: دراسات لمستوى الرضا في بعض المؤسسات العمومية الصحية الجزائرية.
108	المطلب الأول: دراسات في اتجاهات الأفراد بالمؤسسة الصحية.
109	أولاً- الرضا الوظيفي في منطقة الشرق الجزائري لدى شبه الطبيين - مستشفى جيجل - .
110	ثانياً: الرضا من خلال مواقف الأطباء والمرضى في منطقة الغرب الجزائري - المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان - .
111	المطلب الثاني: دراسات في أداء المؤسسة الصحية.
111	أولاً: الرضا من خلال تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر.
112	ثانياً: الرضا من خلال التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية.
112	ثالثاً: التغيير التنظيمي في المؤسسة العمومية.
114	المطلب الثالث: معوقات الرضا الوظيفي في قطاع الوظيف العمومي.
116	خلاصة الفصل الثاني.
119	الفصل الثالث: أبعاد الجودة في قطاع الصحة.
120	المبحث الأول: الخدمة، الرعاية وتسويق الخدمات الصحية.

120	المطلب الأول: ماهية الخدمة وخصائصها.
120	- أولا: ماهية الخدمة.
122	- ثانيا: خصائص الخدمات.
124	- ثالثا: أهمية الخدمات.
125	المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية ومدلول الصحة العامة.
125	أولا: مفهوم الصحة العامة.
126	ثانيا: مفهوم الخدمة الصحية.
127	ثالثا: النوعية في الخدمات الصحية.
128	المطلب الثالث: تسويق الخدمات الصحية .
128	أولا: مفهوم تسويق الخدمات.
129	ثانيا: تسويق الخدمات الصحية.
131	ثالثا: أهمية التسويق في المنظمات الصحية.
132	المبحث الثاني: قياس الجودة، الأبعاد الرئيسية للخدمة.
132	المطلب الأول: مفهوم قياس جودة الخدمات.
132	أولا: مفهوم جودة الخدمات.
133	ثانيا: قياس جودة الخدمات .
141	المطلب الثاني: جودة الخدمات الصحية.

141	أولا. جودة الخدمة الصحية.
148	المطلب الثالث: الأبعاد الرئيسية لجودة الخدمات الصحية.
148	أولا: أبعاد جودة الخدمات الصحية.
152	ثانيا: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية.
154	ثالثا: أهداف جودة الخدمة الصحية .
155	المبحث الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.
155	المطلب الأول: مفاهيم وخصائص إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.
155	أولا: مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.
159	ثانيا: خصائص إدارة الجودة الشاملة.
160	ثالثا: مبادئ إدارة الجودة الشاملة.
160	المطلب الثاني: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.
160	أولا: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة.
161	ثانيا: نشر ثقافة الجودة الشاملة.
161	ثالثا: تكوين فريق عمل الجودة .
163	المطلب الثالث: فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
164	أولا: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية .
165	ثانيا: عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.
167	خلاصة الفصل الثالث.

170	الفصل الرابع قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة قياسية في المركز الإستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل بتلمسان).
170	المبحث الأول: تنظيم قطاع الخدمات الصحية لولاية تلمسان.
170	المطلب الأول: مدخل عام حول تنظيم الخدمات الصحية العمومية.
171	أولا: معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر.
172	ثانيا: هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر.
172	ثالثا: هيكل النظام الصحي في ولاية تلمسان.
182	المطلب الثاني: مشاريع في طور الإنجاز.
182	أولا: المؤسسات الاستشفائية.
183	ثانيا: المؤسسات الجوارية.
183	المبحث الثاني: المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأم والطفل.
183	المطلب الأول: المركز الاستشفائي الجامعي تلمسان (C.H.U.T).
183	أولا: الموارد البشرية.
185	ثانيا: التنظيم الإداري للمركز الاستشفائي الجامعي.
185	ثالثا: مصالح ووحدات المركز الاستشفائي الجامعي.
190	رابعا: معايير ومقاييس تقييم أداء المركز الاستشفائي.
193	المطلب الثاني: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة لمستشفى الأم والطفل تلمسان.
193	أولا: تقديم المؤسسة.
197	ثانيا: مخطط تسيير الموارد البشرية لمستشفى الأم والطفل (2012).
198	ثالثا: مؤشرات النشاط والعمليات بمستشفى الأم والطفل.
199	المبحث الثالث: الاستبيان، نتائج وتحليل.
199	المطلب الأول: صدق وثبات الأداة.
200	المطلب الثاني: عينة البحث وحدودها.
202	المطلب الثالث: اختبار فرضيات البحث.
205	المطلب الرابع: الاستنتاجات العامة.
217	الاستنتاجات و التوصيات.
222	خاتمة العامة.
228	قائمة المراجع.
240	الملاحق.
256	فهرس المحتويات.

الملخص:

إن أول ما تهدف إليه إستراتيجية تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية، هو تحقيق الرضا الوظيفي الذي يعتبر من أهم عوامل وأسس بناء ونجاح المؤسسة، كما أنه يشكل دافعا مهما نحو الإنجاز المتميز.

تأسيسا على ذلك. ما هي الإستراتيجية التي تبنيتها الوظيفة العمومية لتحقيق الاندماج و الانتماء إلى المنظمة، وبالتالي رفع مستوى جودة الخدمات ممثلة في الأبعاد الرئيسية الخمسة: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة و التعاطف .؟

لقد تم تبيان ذلك من خلال قياس و تقييم جودة الخدمات في المركز الاستشفائي الجامعي و في مستشفى الأم والطفل (المؤسسة الاستشفائية المتخصصة) بتلمسان.

الكلمات المفتاحية: الوظيفة العمومي، الأداء، الرضا الوظيفي، الأبعاد الرئيسية لجودة الخدمات، التقييم.

Résumé :

L'objectif primordial visé par la stratégie de la gestion des ressources humaines dans le secteur fonction publique est de parvenir à la satisfaction du personnel qui est à son tour, l'un des principaux facteurs de réussite d'une organisation, ainsi qu'un élément motivateur d'excellence.

Vu ce qui précède, quel est la stratégie adoptée en fonction public pour atteindre l'intégration, l'appartenance à l'organisation et pour rehausser le niveau de la qualité des services à travers les Cinq principales dimensions à savoir ; la tangibilité, la fiabilité, la réactivité, la confiance et l'empathie?

Nous avons tenté de mesurer et d'évaluer la qualité des prestations à travers une étude sur terrain au niveau du Centre Hospitalier Universitaire et de l'hôpital mère et enfant(EHS) de la ville de Tlemcen.

Mots-clés: Fonction publique, Performance, Satisfaction au travail, Les principales dimensions de la qualité, Evaluation.

Abstract :

The first objective of human resource management strategy at the level the public service is to achieve personal satisfaction. It is one of the key success factors of an organization and a motivator to excellence as well.

Based on what is mentioned before, the following question arises :What is the strategy adopted by public service to achieve integration and membership in the organization and also to raise the level of quality of services through five main dimensions that are tangibility , reliability, responsiveness, insurance, and empathy?.

We have attempted to measure and assess the quality of services through a field study at the University Hospital and the Mother and Child (maternal Hospital) of Tlemcen city.

Keywords: Public service, Performance, Job satisfaction, The main dimensions of quality, Evaluation.