

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية

مدرسة الدكتوراه - إدارة الأفراد و حوكت الشركات-

رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير

تخصص: تسيير الموارد البشرية

عنوان الرسالة

دور التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية بشار

إعداد الطالب

سعيدان رشيد

تحت إشراف

د. بوهنة علي

أعضاء لجنة المناقشة

أ.د. بندي عبد السلام عبد الله	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	رئيسا
د. بوهنة علي	أستاذ محاضر	جامعة تلمسان	مشرفا
د. بوتلجة عبد الناصر	أستاذ محاضر	جامعة تلمسان	ممتحنا
د. شعيب بغداد	أستاذ محاضر	جامعة تلمسان	ممتحنا

السنة الجامعية 2010-2011

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى كل عائلتي

الشكر و التقدير

الحمد و الشكر لله على توفيقنا لإنجاز هذا العمل.

أتقدم بخالص شكري إلى المشرف الفاضل الدكتور بوهنة علي عن قبوله الإشراف على

هذا البحث، و عن سخائه بإرشاداته وتوجيهاته و بذائه القيمة.

كما أتوجه بجزيل الشكر والعرفان إلى الأساتذة الذين قدموا لنا يدا العون بمرحلة ما

بعد التدرج بجامعة تلمسان على رأسهم الأستاذ البروفسور بندي عبد السلام عبد الله .

الشكر الجزيل إلى الأساتذة الذين تفضلوا بقراءة هذه الأطروحة و مناقشتها.

كما لا أنسى أن أقدم شكري إلى كل من ساعدني من قريب، أو من بعيد في إعداد هذه

الأطروحة.

سعيدان رشيد

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
	إهداء
	كلمة شكر
	فهرس المحتويات
	فهرس الأشكال و الجداول
	المقدمة ص: [أ - هـ]
ج	إشكالية البحث
ج	فرضيات البحث
د	أهمية البحث
د	الأهداف و المبررات
د	محددات البحث
هـ	منهج البحث.
هـ	تنظيم البحث.
	الفصل الأول : مفاهيم نظرية متعلقة إدارة الموارد البشرية ص: [01 - 34]
01	مقدمة
02	المبحث الأول : ماهية إدارة الموارد البشرية
02	أولا : ماهية إدارة الموارد البشرية تعريف الإدارة
07	المبحث الثاني: المجالات الرئيسية لإدارة الموارد البشرية
07	أولا : وظائف إدارة الموارد البشرية
10	ثانيا : أهداف إدارة الموارد البشرية
12	ثالثا: مهنية العمل في إدارة الموارد البشرية
13	المبحث الثالث: التطور التاريخي لإدارة الموارد البشرية
14	أولا: مرحلة ما قبل الثورة الصناعية
15	ثانيا :مرحلة الثورة الصناعية
18	ثالثا: : مرحلة الإدارة العلمية
18	رابعا : مرحلة التشريعات الحكومية
19	خامسا: حركة العلاقات الإنسانية 1927-1932
20	سادسا: ولادة إدارة الأفراد (1950 - 1980)
21	سابعا . ولادة إدارة الموارد البشرية:
22	المبحث الرابع: الأهمية الإستراتيجية للموارد البشرية
22	أولا: الجذور الاقتصادية لمفهوم الموارد و الكفاءات
24	ثانيا : فرضيات المقاربة المبنية على الموارد
25	ثالثا: الموارد و الميزة التنافسية
26	رابعا: مقارنة الموارد البشرية

28	المبحث الخامس: التحول من إدارة الأفراد إلى إدارة الموارد البشرية
28	أولاً: مقارنة إدارة الأفراد بإدارة الموارد البشرية
30	ثانياً: التحول نحو التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية
34	خاتمة الفصل
	الفصل الثاني التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية ص: [36 - 77]
36	مقدمة الفصل الثالث: إدارة الجودة في المؤسسات الصحية ص: [79 - 174]
37	المبحث الأول : الإدارة الإستراتيجية
37	أولاً : المفاهيم الأساسية الخاصة بالإدارة الإستراتيجية
41	ثانياً: مفهوم الإدارة الإستراتيجية
42	ثالثاً: مكونات الإدارة الإستراتيجية
48	رابعاً: أنواع الإستراتيجيات
51	المبحث الثاني : التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية
51	أولاً: الإطار النظري للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية
53	ثانياً : الإطار الفكري للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية
59	المبحث الثالث : التحول الذي طرأ على إستراتيجية الموارد البشرية
59	أولاً: تصميم العمل
60	ثانياً: وظيفة تكوين الموارد البشرية
61	ثالثاً: و وظيفة التحفيز
61	رابعاً: وظيفة تقييم الأداء
62	خامساً: وظيفة علاقات العمل
62	سادساً: وظيفة التعويضات
63	المبحث الرابع: تكوين إستراتيجية الموارد البشرية
63	أولاً: دراسة و تحديد متطلبات رسالة المنظمة
63	ثانياً: دراسة وتحليل البيئة
64	ثالثاً : تطوير إستراتيجية الموارد البشرية
67	رابعاً : تطوير استراتيجيات و وظائف و ممارسات إدارة الموارد البشرية
68	خامساً: إنجاز استراتيجيه الموارد البشرية
69	سادساً : تقييم فاعلية إنجاز إستراتيجية الموارد البشرية
71	المبحث الخامس: نماذج عن تصميم إستراتيجية الموارد البشرية
71	أولاً: نموذج التخطيط الاستراتيجي
73	ثانياً: نموذج المعرفة
75	ثالثاً: نموذج تسيير الكفاءات
76	رابعاً: نموذج تسيير الجودة الشاملة
77	خاتمة الفصل

79	مقدمة
80	المبحث الأول: مصطلحات إدارة الجودة الشاملة
80	أولاً: معاني الجودة و إدارة الجودة الشاملة
83	ثانياً: مزايا و عيوب إدارة الجودة الشاملة
83	المبحث الثاني: أبرز رواد و علماء الجودة
84	أولاً : جوزيف جوران Joseph M.Juran
87	ثانياً : ادوراد ديمنج Deming Edward
90	ثالثاً: والتر شوهارت Walter shewhart
92	رابعاً : فيليب كروسبي
94	خامساً : مالقولوم بالدريج Malcolom Bairidge
98	سادساً: نماذج من العباقرة و العلماء اليابانيين
102	المبحث الثالث : نظام خدمات الرعاية لصحية
102	أولاً: خدمات النظام الصحي
104	ثانياً: العناصر المكونة للرعاية الصحية
109	ثالثاً: المستشفيات و خصائصها
124	المبحث الرابع: مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية
124	أولاً: مفاهيم الجودة في الرعاية الصحية
128	ثانياً: لمحة تاريخية عن نشأة الجودة في الرعاية الصحية
134	ثالثاً: أهمية الجودة في المؤسسات الصحية
139	رابعاً: مبررات تبني فلسفة الجودة للخدمات الصحية
141	خامساً: أركان جودة الرعاية الطبية
144	سادساً: محاور جودة الخدمات الصحية
147	المبحث الخامس : مراحل تطبيق الجودة داخل مؤسسة صحية
147	أولاً: مرحلة إتخاذ القرار
149	ثانياً: مرحلة التشخيص
150	ثالثاً: إستراتيجية الجودة
151	رابعاً: مشاركة الأفراد
153	خامساً: قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية
164	سادساً: الحفاظ على الجودة و تحسينها
169	سابعاً: حصيلة برنامج الجودة
174	خاتمة الفصل

	الفصل الرابع: سياسة إصلاح المستشفيات في الجزائر ص: [177 - 199]
177	مقدمة
177	المبحث الأول: أسس المشروع الجزائري في إصلاح المستشفيات
178	أولا: ملامح الإصلاح ما بين 1990-1995
179	ثانيا: ملامح الإصلاح ما بين 1995-2007
181	المبحث الثاني : النظام التعاقدى كأساس لإصلاح المستشفيات بالجزائر.
181	أولا :أطراف التعاقد في الجزائر
183	ثانيا: أهداف التعاقدية و دورها في تحسين جودة الخدمات الصحية
184	ثالثا: إجراءات تنفيذ نظام التعاقدية
185	المبحث الثالث: السياسة الجديدة لإصلاح المستشفيات
185	أولا:المؤسسة العمومية الإستشفائية و التكوين و التسيير الإستشفائي على أساس
186	ثانيا: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:
187	ثالثا: مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة
187	رابعا : أهداف إصلاح المستشفيات
199	خاتمة الفصل
	الفصل الخامس : دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بالجنوب الغربي ص:[193-235]
193	مقدمة الفصل
193	المبحث الأول: واقع تقديم الخدمات بالقطاع الصحي
193	أولا: القطاع الصحي بولاية الجنوب الغربي (بشار)
200	ثانيا : الإجراءات المنهجية للدراسة
200	1 . المنهج المستخدم في الدراسة
200	2. أدوات و طرق جمع البيانات
201	3. تقديم عام للإستمارات:
202	4. إختبار عينة الدراسة
203	5, محددات الدراسة
204	ثالثا: تصميم استمارة الاستقصاء
204	1. الإستمارة الأولى
205	2. الإستمارة الثانية
205	3. تجميع البيانات و تحليلها:
206	المبحث الثاني: تحليل بيانات الدراسة الميدانية
206	أولا: التشخيص الإستراتيجي للمؤسسة:
213	ثانيا: المؤشرات القياسية للمستشفى
213	1- مؤشرات قياس استخدام المستشفى

214	2- قراءة للمقاييس الموضوعية للسنوات
216	3- القراءة التحليلية للمقاييس للسنوات (2007-2008-2009)
218	ثالثاً: تحليل نتائج الإستمارات
218	1- مدى شيوع المفاهيم الحديثة للجودة في مجال الخدمات الصحية
218	1-1 مدى إنتشار مفهوم الجودة لذا مقدمي الخدمات الصحية
219	1-2 مسؤولية الجودة في نظر مقدمي الخدمات الصحي
221	2- واقع تسيير الخدمات الصحية بالمستشفى
221	1-2. مستوى تسيير المصالح الإستشفائية
222	2-2. التسيير المستقبلي
224	2-3. وضعية الخدمات الصحية بالمستشفى
227	2-4. مستوى الاتصال و المعلومات بالمستشفى
226	2-5. قياس مستوى التكوين
227	2-6. المستوى الثقافي للمؤسسة
229	2-7. قياس مستوى تأثير ظروف بيئة العمل
230	3. تقييم رضا المستفيدين
230	1-3 . تقييم واقع الخدمات بالمؤسسة العمومية الإستشفائية العمومية:
231	2-3. تقييم مستويات الرضا عند المستفيدين
231	• قياس مستوى التعاطف.
232	• قياس مستوى الأمان .
232	• قياس مستوى الإعتمادية .
233	• قياس مستوى الاستجابة .
233	3-3 مدى إنتشار مفهوم الجودة لذا المستفيدين
235	خاتمة الفصل
	الخاتمة ص : [237 - 309]
237	ملخص
239	نتائج اختيار الفرضيات
241	نتائج الدراسة التطبيقية
243	الإقتراحات
243	آفاق البحث
	قائمة المراجع ص: [246 - 249]
	الملاحق ص: [251 - 261]

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول	الفصل
55	الفرق بين تسيير الموارد البشري و التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية	(4-II)	الثالث
70	نموذج تكوين استراتيجية ادارة الموارد البشرية	(6-II)	„
98	العناصر المشتركة بين أبرز علماء الجودة	(2-III)	الثالث
198	توزيع اليد العاملة بالمستشفى لـ سنة 2007-2009	(4-V)	الخامس
203	توزيع العينة على العاملين بالمستشفى مع نسبة الاستجابة	(6-V)	„
212	العوامل الحاكمة لجودة الخدمات	(7-V)	„
214	المقاييس الموضوعية لقياس درج الخدمات بالمستشفى لسنة 2007	(8-V)	„
215	المقاييس الموضوعية لقياس مستوى الخدمات بالمستشفى لسنة 2008	(9-V)	„
215	المقاييس الموضوعية لقياس مستوى الخدمات بالمستشفى لسنة 2009	(10-V)	„
216	مقارنة المقاييس الموضوعية لقياس درج الخدمات بالمستشفى لسنة (2007-2008-2009).	(11-V)	„
218	مفهوم الجودة بالنسبة لمقدمي الخدمات الصحية	(12-V)	الخامس
220	مسؤولية الجودة بالنسبة لمقدمي الخدمات الصحية	(13-V)	„
221	قياس مستوى تسيير المصالح الإستشفائية	(14-V)	„
223	آراء فئة مقدمي الخدمات حول التسيير المستقبلي	(15-V)	„
224	قياس مستوى الخدمات بالمستشفى	(16-V)	„
226	مستوى الاتصال و المعلومات	(17-V)	„
227	آراء مقدمي الخدمة حول مستوى التكوين	(18-V)	„
228	قياس ثقافة المؤسسة	(19-V)	„
229	قياس مستوى تأثير ظروف العمل	(20-V)	„
230	تقييم الجوانب المادية الملموسة	(21-V)	„
231	قياس مستوى التعاطف	(22-V)	„
232	قياس مستوى الأمان	(23-V)	„
232	قياس مستوى الإعتمادية	(24-V)	„
233	قياس مستوى الاستجابة	(25-V)	„
233	قياس مدى وعي المستفيدين بمفهوم الجودة	(26-V)	„

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل	الفصل
39	العوامل المؤثرة على الرسالة و الأهداف	(1-II)	الثاني
42	مكونات الإدارة الإستراتيجية	(2-II)	„
47	مستويات الإستراتيجية	(3-II)	„
67	مخطط استراتيجيات وظائف الموارد البشرية	(5-II)	„
70	نموذج تكوين إستراتيجية ادارة الموارد البشرية	(6-II)	„
92	نموذج شواهدت لإدارة الجودة الشاملة	(1-III)	الثالث
145	المحاور الستة لجودة الخدمات الصحية	(3-III)	„
151	مخطط الإستراتيجية العامة لبرنامج الجودة	(4-III)	„
161	مقياس الفجوات بين إدراك العميل و توقعات الإدارة	(5-III)	„
195	المخطط التنظيمي للمستشفى الجديد 240 سرير قبل الإصلاحات	(1-V)	الخامس
196	المخطط التنظيمي بعد الإصلاحات للمؤسسة العمومية الإستشفائية	(2-V)	„
197	المخطط التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية ديسمبر 2009	(3-V)	„
199	الرسم البياني لموظفي المؤسسة العمومية الإستشفائية	(5-V)	„

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
251	المرسوم التنفيذي 140-04 /2007- ج- ر- /العدد20.	01
253	المرسوم التنفيذي 140-04 /2007- ج- ر- /العدد33.	02
256	القرار الوزاري المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية	03
258	العوامل المحددة للجودة (ورقة التشخيص)	04
259	الاستثمارات (مقدمي الخدمات - جمهور المرضى)	05

مقدمة عامة

لقد خلصت الدراسات إلى أن أهم عناصر العمل و الإنتاج تكمن في الموارد البشرية فعلى الرغم من أن جميع الموارد المادية من رأس مال و تجهيزات ذات أهمية إلا أن الموارد البشرية تعتبر أهمها ذلك لأنها هي التي تقوم بعملية الابتكار و الإبداع و هي المسؤولة عن وضع الأهداف و الإستراتيجيات. فبدون موارد بشرية جيدة لا يمكن أداء هذه الأمور بكفاءة و لن تتمكن أي منظمة من تحقيق أهدافها.

إن مصطلح الموارد البشرية لم يكن و ليد الصدفة و إنما نشأ و تطور ضمن مراحل تاريخية مختلفة لازمت الفكر التسييري حيث انتقل من تسيير الأفراد إلى تسيير الموارد البشرية إلى أن وصل إلى التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية، الذي يعرف على أنه "عملية اتخاذ القرارات التي تعمل على تكيف الموارد البشرية مع البيئة التنافسية و على تدعيم إستراتيجية المؤسسة و تحقيق أهدافها الإستراتيجية". فلم تعد وظيفة الموارد البشرية في حيزها الضيق بل توسعت و أصبحت داعمة لإستراتيجية المؤسسة و العمل على تحقيق أهدافها في إطار التكامل بين إستراتيجية المؤسسة و الموارد البشرية.

في ظل التحولات الاقتصادية الهائلة تنوعت نماذج التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية التي جعلت من المورد البشري مركزا أساسيا للتميز، كنموذج المعرفة و نموذج الكفاءات. و من أهم هذه النماذج نموذج الجودة باعتباره نظام تسيير يسعى إلى تحقيق رضا العميل بإحداث تغييرات في توجهات الموارد البشرية و مشاركتهم في اتخاذ القرارات الإستراتيجية و زيادة الشعور بانتمائهم إلى المؤسسة و اعتباره عامل أساسي في زيادة النجاعة و الفعالية و بالتالي تحقيق الميزة التنافسية. فالجودة لم تعد مرتبطة بالمنتج فحسب بل أيضا ببيئته و بكافة و وظائف المؤسسة.

نظرا للأهمية التي يعرفها قطاع الخدمات الطبية و الإستشفائية في توفير محيط آمن و صحة ملائمة للفرد و المجتمع كان لزاما على الجهات المعنية إعادة النظر في سياستها الصحية فعملت على اتخاذ التدابير اللازمة للرفع من جودة و كفاءة الرعاية الصحية. فلم يعد مجال الخدمات كما كان سابقا يعتمد على الثقة المتبادلة بين المقدمة للخدمة والمريض بل أصبح أكثر حساسية و تعقيدا، فمن جهة أصبح المستفيد أكثر حرصا على تلقي العلاج

بالسرعة و الجودة العالية، فلا مجال للسهو و الخطأ، من جهة أخرى زادت المنافسة بين المؤسسات الإستشفائية العامة و الخاصة من حيث نوعية الخدمات و التكاليف المتعلقة بها. في هذا السياق و لأجل تدارك النقائص و إصلاح الوضع المتأزم للمنظومة الصحية عمدت الدولة إلى إصلاح المستشفيات باعتبارها تنظيم اجتماعي صحي يهدف إلى تقديم الرعاية و وقاية و علاجا تحت تفاعل أنظمة فرعية مثل النظام الطبي، التمريضي، الاجتماعي، الإداري و الاقتصادي.

لقد تعددت تعاريف جودة الخدمات الصحية و لعل أهمها منظمة الصحة العالمية حيث عرفتھا " بالعملية التي تسمح بضمان لكل مريض التشخيص و العلاج اللازمين لتحقيق أحسن نتيجة فيما يخص الجانب الصحي، بالاعتماد على أحدث الوسائل و الابتكارات الطبية الحديثة و بأحسن تكلفة و أقل خطرا إلى جانب قناعة المريض بالنتائج و الإجراءات و علاقاتهم بالأفراد داخل المنظومة الصحية"

الجودة في مجال الرعاية الصحية تختلف بكثير عن الجودة في قطاع الخدمات الأخرى كونها تتعلق بصحة الإنسان، فأى خطأ أو سهو قد ينجر عليه نتائج و تعويضات مادية و معنوية جسيمة.

تطبيق برامج الجودة في المؤسسات الإستشفائية و إن كانت من الأهداف الأولى لهذه المؤسسات يتطلب إستراتيجية محكمة تبدأ بعمليات اتخاذ القرارات، لتنتهي بعمليات القياس وفق المؤشرات و المقاييس المحددة مع الأخذ بعين الاعتبار رضا الأطراف المقدمة للخدمة و المستفيدة من جمهور المرضى و قناعتهم بمستوى الخدمات المقدمة. و لضمان نجاح هذا البرنامج يتطلب:

- قيادة واعية (الإدارة العليا).
- تعبئة جميع الموارد، أهمها المورد البشري.
- قياس مستوى الخدمات.
- إيجاد الحلول المناسبة للمعوقات و المشاكل المطروحة.
- حسن التسيير من طرف الإدارة العليا و لجنة رعاية الجودة.

إن نجاح برامج الجودة بالمؤسسات الصحية لا يتأتى عن طريق التطبيق المباشر للمؤشرات و المقاييس و لكن يتطلب قيادة واعية و لجنة للرعاية هي المسؤولة عن تطبيق و تحقيق أهداف البرنامج، إضافة إلى إعداد برامج اتصال و تكوين للأفراد العاملين و تهيئة ظروف و بيئة عمل ملائمة تسمح بتوفير المناخ الملائم في جو من الثقة و الحماس و العمل الجماعي، فالجودة فلسفة الجميع و لكونها شمولية لا بد من مشاركة جميع الأفراد و لا بد أن تعمل بالتنسيق مع البرامج الأخرى للمؤسسة ضمن مجموعة واحدة متكاملة.

1- إشكالية البحث :

أصبحت المؤسسات الصحية في حاجة إلى تعزيز قدراتها لمواجهة مختلف التحديات و من أجل ضمان الرعاية الصحية اللازمة للفرد المجتمع كان من المفروض عليا التفكير في تحديث الأساليب الإدارية منها و التقنية، ولعل أحدث الاتجاهات هو تبني نظام الجودة في تقديم الخدمات باعتباره نموذجاً من نماذج التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية. و على هذا الأساس تمثلت الإشكالية في السؤال التالي:

ما هو دور التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية ؟
و لمعالجة و تحليل الإشكالية قمنا بطرح الأسئلة التالية:

- ما هي الأسس التي اعتمد عليها الفكر التسييري في اعتبار الموارد البشرية موردا إستراتيجيا؟

- كيف يساهم التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في بلوغ أهداف المؤسسة؟

- مفهوم الجودة بالمؤسسات الصحية و ما هي أهم مبرراتها؟

- ما هي التدابير التي اتخذتها الدولة من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية؟

- ما هي المتغيرات التي تحكم أو تحدد مفهوم الجودة في المؤسسة محل الدراسة؟

2- الفرضيات: يتطلب تحليل الإشكالية محل الدراسة صحة الفرضيات التالية:

- يساهم التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في الرفع من جودة الخدمات الصحية.
- جودة الخدمات الصحية هدف إستراتيجي تسعى المستشفيات إلى تحقيقه من خلال الإصلاحات.

3- أهمية البحث: يسعى البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

- إبراز أهمية التحول نحو التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية عن طريق عرض الإطار الفكري و التاريخي لهذه الموارد والجانب الإداري المكلف بتنظيمها و تسييرها.
- محاولة تحسيس و لفت الانتباه إلى مسيري مؤسسات القطاعات الصحية بأهمية التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية و دورها الفعال في تحقيق الجودة الشاملة من أجل الرفع من جودة الخدمات الصحية.
- أهمية الموضوع باعتباره أحد التحديات الكبرى التي تواجهها الدولة والمتعلقة إصلاح المنظومة الصحية.

4- الأهداف و المبررات:

- يندرج البحث تحت مجال التخصص العلمي في مرحلة التدرج لنيل شهادة الماجستير تخصص إدارة الموارد البشرية و حوكت الشركات.
- يندرج البحث كذلك في مجال التخصص المهني كون الباحث يعمل بأحد المؤسسات العمومية الإستشفائية و حرصا منه على تنمية المعرفة و محاولة اقتراح أداة تساعد الباحثين و المدراء على فحص مدى تطبيق النظم التسييرية الحديثة بهدف تحسين مستوى الخدمات الصحية.
- إمكانية البحث المتوفرة، أي أنه قابل للبحث و الدراسة مع إمكانية الوصول إلى نتائج ملموسة في هذا الموضوع.

5- محددات البحث:

- تم إجراء البحث خلال الفترة الزمنية التي شهدت مرور سنة تقريبا على تطبيق برامج الإصلاح و بالتالي من الصعوبة الوصول إلى نتائج خلال هذه الفترة.
- الدراسة الميدانية شملت عينة من المؤسسات العمومية الإستشفائية بالجنوب الغربي للبلاد و بالتالي يصعب تعميم نتائج الدراسة على باقي المؤسسات.

6- منهج البحث:

بهدف تحقيق أهداف البحث و اختبار صحة الفرضيات تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي بإعتباره مناسباً لطبيعة الموضوع، في الشق النظري تم الإطلاع على مختلف المراجع من الكتب العربية و الأجنبية، إلى جانب الدراسات و الأبحاث العلمية أما الشق التطبيقي فتم الإطلاع و الاعتماد على:

- مختلف الوثائق للمؤسسة محل الدراسة.
- إجراء مقابلات مع مختلف شرائح المجتمع من إطارات بالمؤسسة، مسئولو مصالح، إداريين، جمهور المرضى.
- الاعتماد على استمارتي استبيان، الأولى تخص مقدمي الخدمات من أطباء، ممرضين و إداريين، الثانية تخص مجتمع المستفيدين من المرضى و مرافقيهم.

7- تنظيم البحث:

للإجابة عن الإشكالية المطروحة حول التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية و دوره في تحسين جودة الخدمات الصحية واختبار الفرضيات المقترحة تم تقسيم البحث إلى خمسة فصول.

الفصل الأول يتضمن عرض المفاهيم العامة لإدارة الموارد البشرية و أهم المراحل التي مرت بها، إلى جانب إبراز التحول من تسيير الأفراد إلى تسيير الموارد البشرية إلى التسيير الإستراتيجي لهذه الموارد مع التأكيد على ميزتها التنافسية.

الفصل الثاني يشمل المفاهيم العامة الخاصة بالإستراتيجية و توضيح الإطار الفكري و المفاهيمي للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية و فرضياته الأساسية مع التطرق لأهم التحولات التي طرأت على وظائف هذه الإدارة في ظل هذا التحول الإستراتيجي. المبحث الأخير للفصل يتناول أهم النماذج كنموذج المعرفة و نموذج الكفاءة لنقف عند نموذج الجودة كأحد الجوانب الهامة للبحث.

الفصل الثالث تم التطرق من خلاله للجودة بمختلف تعريفاتها و أشهر روادها لمعرفة أوجه التشابه و الاختلاف فيما بينها، كما شمل الفصل مراحل تطبيق الجودة في مجال الخدمات الصحية ومختلف أدوات قياسها و تقييمها.

الفصل الرابع تناول سياسة الإصلاحات التي انتهجتها الدولة من أجل النهوض بالمنظومة الصحية مرتكزة في ذلك على التقسيم الجديد و نظام التعاقدية.

أما الفصل الخامس فتناول تحليل نتائج دراسة ميدانية تم إجرائها على عينة من المؤسسات العمومية الإستشفائية بالجنوب الغربي بولاية بشار، بدءا بتقديم خريطة للقطاع الصحي بالولاية مع التطرق إلى أهم المقاييس التي يعتمد عليها المستشفى في قياس مستوى الخدمات. تضمن الفصل كذلك عملية تشخيص للمستشفى محل الدراسة إلى جانب تحليل النتائج المحصل عليها من استمارتي البحث.

لنختم البحث بخاتمة أجمالنا فيها أهم نتائج البحث و التحليل للإشكالية محل الدراسة بالإضافة إلى تقديم بعض الاقتراحات في صلب الموضوع.

مقدمة الفصل

اتسمت السنوات الماضية بتطورات وتحديات هائلة كان لها انعكاساتها الإيجابية على إدارة الموارد البشرية، فمنذ بداية 1980م ومفهوم إدارة الموارد البشرية يحظى باهتمام متزايد من قبل الأكاديميين والممارسين المهتمين بقضية الموارد البشرية وكنتيجة لتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية في الدول المتقدمة تم استبدال مفهوم إدارة الأفراد بمفهوم إدارة الموارد البشرية . فقد أدركت الشركات والمؤسسات في الدول المتقدمة أن الاهتمام بالعنصر البشري هو السبيل للمنافسة وتحقيق التميز.

ولا شك أن الاهتمام بإدارة الموارد البشرية بمفهومه الحديث يشكل عنصراً أساسياً للمؤسسات والشركات العامة والخاصة خصوصاً في ظل التحديات والتغيرات المتسارعة. وفي هذا الإطار يهتم هذا الفصل بتسليط الضوء على مفاهيم متعلقة بإدارة الموارد البشرية و مختلف المراحل التي مرت بها لإبراز أهم العوامل التي أدت إلى تطور الاهتمام بهذه الإدارة والعنصر البشري. كذلك تم إبراز الأهمية الإستراتيجية للموارد البشرية من خلال نظرية الموارد التي كان لها الصدى الكبير في إثبات أهمية الموارد الداخلية للمؤسسة في تحقيق الميزة التنافسية ، ليتم في آخر الفصل التطرق إلى أوجه الاختلاف بين إدارة الأفراد وإدارة الموارد البشري، ومنه التحول نحو التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية.

المبحث الأول : عموميات حول إدارة الموارد البشرية

أولاً : ماهية إدارة الموارد البشرية

الإدارة بصفة عامة هي عملية تعبئة و توجيه موارد المؤسسة المادية منها و البشرية من اجل تحقيق أهدافها وهذا يعني أن الإدارة كمنشآت تتضمن شقين متكاملين، أحدهما يخص الموارد البشرية للمؤسسة في حين يتعلق الشق الثاني بباقي مواردها الأخرى. ونود من هذا التقديم أن نشير إلى أن إدارة الموارد البشرية هي ذلك الجزء من الإدارة الذي يختص بجانب الأفراد في المؤسسة.

عند تعريف إدارة الموارد البشرية نجد أن الأهمية بمكان أن نعرف و نوضح معنى الإدارة باعتبارها المحرك الأساسي داخل المؤسسة ثم ننقل إلى تعريف المورد البشري ذلك لان هذا المورد يمثل محور عمل واهتمام هذه الإدارة.

01- تعريف الإدارة: حتى يمكن الإلمام بمعنى الإدارة فإننا سنقوم بدراسة بعض المفاهيم الشائعة لبعض الكتاب منها :

- فريدريك تايلور frederik taylor : الإدارة هي المعرفة الدقيقة لما يريد الرجال أن يعملوه ثم التأكد من أنهم يقومون بعملهم بأحسن طريقة و أرخصها¹.

- هنري فيول Henri Fayol : أن تقوم بالإدارة معناه أن تتنبأ و أن تخطط و أن تنظم و أن تصدر الأوامر و أن تتسق و أن تراقب.

- ماسيو دوقلاس Massio douglas : الإدارة هي العملية التي بواسطتها يمكن توجيه أنشطة الآخرين نحو أهداف مشتركة.

- جون مي John.F.Mee : الإدارة هي فن الحصول على أقصى النتائج بأقل جهد حتى يمكن تحقيق أقصى رواج و سعادة لكل من صاحب العمل و العاملين مع تقديم أفضل خدمة ممكنة للمجتمع.

من خلال التعريفات السابقة يمكن تعريف الإدارة على أنها:

¹ . فايز الزعبي ومحمد إبراهيم عبيدات، أساسيات الإدارة الحديثة، دار المستقبل للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 1997. ص.03.

«عبارة عن عملية توجيه جهود الجماعة و تنسيقها من اجل توجيهها نحو تحقيق الهدف

الذي تسعى المؤسسة إلى تحقيقه بكفاءة و فعالية »

2- تعريف الموارد البشرية :

- يعرف سيمون وتزي ناص Simon et H.Tezenas الموارد البشرية بأنها "مجموعة الأفراد داخل المؤسسة الذين يملكون المهارات المكتسبة و الوسائل اللازمة، وليس مجرد عامل من العوامل الإنتاجية أو قيد من القيود بل في حقيقة الأمر هو السبب الرئيسي في وجود المؤسسة و ليس فقط وسيلة من وسائل تسييرها¹.

- الموارد البشرية هي مجموعة الأفراد المشاركة في رسم أهداف و سياسات و نشاطات و إنجاز الأعمال التي تقوم بها المؤسسات و تقسم هذه الموارد إلى خمسة أقسام:الموارد الاحترافية، الموارد القيادية، الموارد الإشرافية،الموارد المشاركة، الاتحادات العمالية .

يجب الإشارة عند تعريف الموارد البشرية إلى وجود الكفاءات المحورية او الكفاءات المتميزة و التي تحقق للمؤسسة القيادة و الزيادة فيما تقدمه من سلع و خدمات².

- و ينظر عمر وصفي عقيلي³ " إلى الموارد البشرية على أنها جميع الناس الذين يعملون في المنظمة رؤساء و مرؤوسين و الذين جرى توظيفهم فيها لأداء كافة و وظائفها و أعمالها تحت مظلة و هي : ثقافتها التنظيمية التي توضح و تضبط و توحد أنماطهم السلوكية و مجموعة من

¹ Pierre .Torrone,Models,De Gestion Previsionnelle De Ressources Humaines, Edition Vuibert,1986, page03

² حسن إبراهيم بلوط،ادارة الموارد من منظور إستراتيجي،دار النهضة العربية،الطبعة الأولى،بيروت، 2002،ص15

³ عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة بعد إستراتيجي،دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2005،ص11.

الخطط و الأنظمة و السياسات و الإجراءات التي تنظم أداء مهامهم و تنفيذهم لوظائف المنظمة في سبيل تحقيق رسالتها و أهداف إستراتيجيتها المستقبلية".

الموارد البشرية هي أهم عناصر العمل و الإنتاج فعل الرغم من أن جميع الموارد المادية (رأس المال ، الموجودات ، التجهيزات) ذات أهمية إلا أن الموارد البشرية تعتبر أهمها ذلك لأنها هي التي تقوم بعملية الابتكار و الإبداع و هي المسؤولة عن وضع الأهداف و الإستراتيجيات فبدون موارد بشرية جيدة و فعالة لا يمكن أداء هذه الأمور بكفاءة و لن تتمكن أي منظمة من تحقيق أهدافها و رسالتها.

03- إدارة الموارد البشرية : تختلف وجهة نظر المديرين في الحياة العملية في تحديد مفهوم

موحد و متفق عليه لإدارة الموارد البشرية و هناك و جهتان للنظر:

▪ **وجهة النظر التقليدية:** يرى بعض المديرين أن إدارة الموارد البشرية ما هي إلا مجرد وظيفة قليلة الأهمية في المؤسسة و تقتصر على القيام بأعمال روتينية تنفيذية مثل حفظ ملفات العاملين و ضبط أوقات الحضور و الانصراف و الإجازات و لم تحظى إدارة الموارد البشرية باهتمام هؤلاء المديرين حيث يرون ان تأثيرها ضئيل على نجاح و كفاءة المؤسسة.

▪ **وجهة النظر الحديثة:** يرى البعض الآخر أن إدارة الموارد البشرية تعتبر من أهم الوظائف الإدارية في المؤسسات و لا تقل أهمية كباقي الوظائف كالتسويق و الإنتاج و المالية لأهمية العنصر البشري و تأثيره على الكفاءة الإنتاجية للمؤسسة و شملت أنشطة رئيسية من أهمها: توصيف الوظائف، تخطيط الموارد البشرية، جلب و استقطاب الموارد البشرية ذات الكفاءة، تدريب و تنمية الموارد البشرية بالإضافة على النشاط التقليدي المتعلق بشؤون الموارد البشرية. و فيما يلي بعض التعاريف لمجموعة من الكتاب :

- جون مارتن John Martin: إدارة الموارد البشرية هي ذلك الجانب من الإدارة الذي يهتم بالناس كأفراد او جماعات و علاقاتهم داخل التنظيم و كذلك الطرق التي يستطيع فيها الأفراد المساهمة في كفاءة التنظيم و هي تشمل الوظائف التالية: تحليل التنظيمية ، تخطيط القوى

العاملة، التدريب، التنمية الإدارية، مكافئة و تعويض العاملين وتقديم الخدمات الصحية و الإجتماعية ثم أخيرا المعلومات و السجلات الخاصة بالعاملين¹.

- شارمن وشريدن Sharman et Chruden.h: أن إدارة الموارد البشرية تشمل على عملية أساسية ينبغي أدائها و مجموعة من القواعد العامة يجب إتباعها و كذلك مجموعة من الأدوات و الأساليب ينبغي استخدامها لإدارة مجموعة الأفراد في التنظيم و المهمة الرئيسية لمدير الأفراد في مساعدة المديرين الآخرين في المؤسسة و تزويدهم بما يحتاجون إليه من رأي و مشورة متخصصة تمكنهم من إدارة مرؤوسيههم بطريق أكثر فعالية².

- يعرف بريتي Perriti إدارة الموارد البشرية بأنها احد الوظائف الإستراتيجية التي تعمل على رفع و تحسين أداء الموارد البشرية بالشكل الذي يسمح بالمساهمة بفعالية في الأداء الكلي للمؤسسة و ذلك عن طريق أيجاد أحسن توافق بين حاجات المؤسسة من الموارد البشرية في الوقت الحالي او في المستقبل ، وبين ما هو متاح منها داخل المؤسسة أو في سوق العمل³.

- وينظر سيتو Citeau إلى إدارة الموارد البشرية على أن مسؤوليتها كوظيفة من وظائف المؤسسة تمكن في التوفيق بين وظائف المؤسسة و حاجاتها من الموارد البشرية الكفيلة بتغطية هذه الوظائف، و يضيف سيتو توافق آخر تعمل وظيفة الموارد البشرية على تحقيقه في المؤسسة و يتعلق الأمر بالتوافق بين البعدين الاجتماعي و الاقتصادي للمؤسسة⁴.

يتضح من التعاريف السابقة أن وظيفة الموارد البشرية تلعب دور المورد بالنسبة للمؤسسة حيث تقوم بإمدادها بالموارد البشرية التي تحتاجها لممارسة مهامها بالكمية و النوعية اللازمين و في الوقت المناسب.

يلاحظ من التعريفين تركيزهما على الغاية التي تصبو وظيفة الموارد البشرية تحقيقها دون الإشارة إلى المهام و الأنشطة التي من خلالها تمارس هذه الوظيفة دورها و هذا ما يدفعنا إلى إدراج تعاريف أخرى تستعرض هذه المهام.

¹ - صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الموارد البشرية مدخل تطبيقي،الدار الجامعية الإسكندرية، ص 16 -

² - صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الموارد البشرية مدخل تطبيقي،الدار الجامعية الإسكندرية، ص17.

³ - Jean marie periti ,Gestion Des Ressources Humaines ,vuibert,2eme Edition.Paris,1998,p32.

⁴ - Jean Pierre Cteau et Armond Colin, Gestion Des Ressources Humaines ,3éme Edition, Dallas,2000,p30..

- فيعرف كل من أمرى و قونين Emery ,Gonin وظيفة الموارد البشرية بأنها مجموعة الأنشطة والمهام الضرورية لمعالجة القضايا المتعلقة بالموارد البشرية في المؤسسة و تنقسم هذه المهام إلى مهام إدارية وهي التخطيط و التنظيم و التوجيه والرقابة ومهام فنية أو تنفيذية تتعلق بالموارد البشرية¹.
 - أما وصفي عقيلي² فيعرف إدارة الموارد البشرية بأنها الوظيفة التي يتمحور نشاطها حول جميع الموارد البشرية التي تعمل فيها و تؤدي مجموعة من الأنشطة و الممارسات المتعلقة بالموارد البشرية وذلك في ظل إستراتيجية خاصة بها تابعة و تخدم إستراتيجية المؤسسة و تشمل هذه الأنشطة على :
 - تقدير احتياجات المؤسسة من الموارد البشرية و توفيرها بالموصفات المطلوبة وفي الوقت المطلوب.
 - تدريب و تنمية الموارد البشرية و توفير شروط توظيف عادلة و مناخ تنظيمي مناسب ماديا و اجتماعيا.
 - تحفيز الموارد البشرية و مساعدتها على تحقيق أهدافها و تطلعاتها .
 - زرع حب العمل والولاء التنظيمي و توفير السلامة المهنية للعاملين.
- و بعض استعراض المفاهيم المتعددة لإدارة الموارد البشرية يمكن القول أنها سلسلة من الإجراءات و الأسس تهدف إلى تنظيم الأفراد للحصول على أقصى فائدة ممكنة من الكفاءات البشرية و استخراج أفضل طاقاتهم من خلال و وظائف التخطيط و الاستقطاب و الاختيار و التعيين و التدريب و التقويم و الحوافز المادية ز المعنوية بالطريقة التي تسمح للمؤسسة بتحقيق أهدافها بكفاءة و فعالية عن طريق الاستخدام الأمثل لهذه الموارد بشكل يتوافق مع إستراتيجية المنظمة ورسالتها.

¹ -Fronçois Gonin.Yves Emeryk,**Dynamisez les ressources humaines** , 1éme, Edition,lausann,1999,p16

² -عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة بعد إستراتيجي مدار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2005، ص13.

المبحث الثاني: المجالات الرئيسية لإدارة الموارد البشرية

أولاً: وظائف الموارد البشرية

تختلف مهام و أنشطة وظيفة الموارد البشرية من مؤسسة لأخرى وهذا لكونها من الوظائف التي ترتبط بالمؤسسة و بيئتها الخارجية و الداخلية و انطلاقاً من حقيقة و خصائص الوظيفة التي تتميز بحركية مستمرة و ديناميكية متطورة و معقدة تعقد المجتمع الذي تنشط فيه المؤسسة.

إن محاولة حصر وظائف إدارة الموارد البشرية أمراً صعباً للغاية لكن سنحاول تحديد المجالات الرئيسية لهذه الوظيفة اعتماداً على مجموعة من المراجع الحديثة و التي يمكن حصر هذه الوظائف في خمسة و وظائف هي كالتالي: إدارة المستخدمين ، تسيير المستخدمين تسيير علاقات العمل، تحسين ظروف العمل ، الإعلام و الاتصال.

1) إدارة المستخدمين Administration du personnel

- المهمة الأساسية لإدارة المستخدمين هي العمل و السهر على التطبيق الفعلي للمنظومة القانونية *dispositif statutaire* لكل الإجراءات في المؤسسة، وهذا النشاط يظم:
- تسيير ظروف العمل و الشؤون المتعلقة بالقانون الأساسي للمستخدمين (الشؤون المتعلقة بقوانين العمل).
- مراقبة توافق إجراءات تسيير الموارد البشرية مع المنظومة القانونية سارية المفعول و تقديم النصح للمديرين التنفيذيين أ والمركزيين.
- حفظ سجلات الأفراد، التعريف و صيانة مختلف البطاقات التي تعمل على تزويد بنك المعلومات.
- تسيير عمليات الرواتب و تسيير أوقات العمل، تقييم الأداء، كل ما يتعلق بالتعويضات...
- تسيير و تنشيط الدوائر الممثلة للعمال (انتخاب ممثلي العمال ،نشاطات لجنة المؤسسة، الاجتماعات لممثلي المستخدمين و ممثلي النقابات...).

(2) تسيير المستخدمين : La gestion des personnels

تسيير المستخدمين يضم أكثر الجوانب المتعلقة بديناميكية الموارد البشرية الديناميكية التي يفرضها البحث المستمر عن الموارد البشرية قصد الموافقة بين حاجيات المؤسسة من اليد العاملة و الموارد المتوفرة. كما تهتم بمحاولة التوافق بين مساهمات هذه الموارد و مكافأتها. في وهذا الإطار يتعلق أكثر بمحاولات إيجاد الحلول لبعض من مشاكل العمال أكثر مما هو متعلق بالضغوطات و العوائق القانونية و تتضمن ما يلي :

- تسيير العمل وإيجاد طرق لتصحيحه و تعديله بالجوء إلى تحليل مناصب العمل التوظيف التحويل و الترقية، طرق تسيير أوقات العمل.
- تسيير الطاقات المتاحة خاصة فيما يتعلق بمتابعة الكفاءات، تقييم و تنقيط المستخدمين، تكوين العمال، ترقية، زيادة الأجور...
- تحفيز وتشجيع العمال على إبداء آرائهم من خلال تصميم نظام فعال للأعمال و التعبير و الإستماع للمستخدمين.
- ديناميكية الموارد البشرية عن طريق النقل من معدل دوران العمل لأن كلفة الحصول على الأفراد مكلفة جدا.
- هذا يعني أن تسعى إلى التكفل و معالجة كل الطوارئ المتعلقة بالعمل في حين حدودها في ظل القوانين و التشريعات المعمول بها و يشمل تسيير المستخدمين ثلاث أبعاد أساسية:
 - . التسيير الحالي للمستخدمين على المدى القريب.
 - . التسيير التقديري على المدى المتوسط و البعيد.
- إعداد المخططات المختلفة: مخطط التوظيف، مخطط التكوين، مخطط الترقية، وضع التقديرات المختلفة و الإجراءات المناسبة لها.

(3) تسيير علاقات العمل : la gestion des relations du travail

تضم علاقات العمل مجموع العلاقات الفردية و الجماعية التي تنشأ و ترتبط على مستوى المنظمة أو على مستوى اقتصاد كلي بمناسبة العمل.

هذه العلاقة تترجم على حد ما صراعات المصالح بين مختلف المتعاملين و بالتالي هي من طبيعة صراعية و بالتالي هي في حاجة إلى أنظمة ضبط و تسوية ويكون في استطاعتها (الأنظمة) توجيه الصراعات و المواجهات التي تستحيل تفاديها بين الشركاء الاجتماعيين. تسيير علاقات العمل يسعى إلى خلق و إيجاد ضوابط و قواعد العمل التي يؤدي إلى السير الحسن للمنظمات و تميمتها.

4) **تحسين ظروف العمل:** يمكن اعتبار السعي إلى إيجاد الأمن و ظروف العمل الحسنة في المؤسسة من أهم أقدم اهتمامات تسيير الموارد البشرية في هذا المستوى تطور شروط العمار افلق وساير التطور التاريخي الخاص بضرورة الأخذ بعين الاعتبار بمفهوم العنصر البشري في المنظمات و ل ي يعد تحسين ظروف العمل في المؤسسات غاية في حد ذاته كما كان عليه مند 30 سنة بل أصبح ينظر إليه كإجراء مرافق و كشرط للوصول إلى الإنتاجية و النجاعة و فعالية الأداء. لقد حظي مفهوم ظروف العمل أو شروط العمل او نوعية حياة العمل باهتمام المختصين في هذا المجال " يتحقق من خلال جو عمل ملائم و استخدام إجراءات و نظم وطقوس عمل تشعر الفرد العامل بأهميته في المؤسسة و تحفزه باتجاه الأداء الأفضل"¹.

- بالنسبة لـ J-Jeplat : تتلخص ظروف العمل كل العوامل باستثناء المميزات الشخصية للعمال التي تؤثر على السلوكيات في العمل، تتمثل هذه العوامل في مجموعة المميزات و الخصوصيات الداخلية و الخارجية لمكان أداء العمل و هي متنوعة و متداخلة و يتعلق بعضها ببعض.

- من جهة سفال H.Savall : يعرف ظروف العمل انطلاقا من نظام يضم ثلاث مركبات هي في تفاعل بينها حيث يكون تصرف كل واحدة منها أثر على الآخرين:

. الظروف و الشروط الداخلية للعمل .

. الظروف و الشروط الخارجية للعمل .

. البيئة و الجو العام للعمل.

و يذهب آخرون الى كون الظروف الجيدة للعمل و نوعية حياة العمل الحسنة تتحقق و تتمثل فيما يلي :

¹ - Pigagniol, c , La Fonction Des Ressources Humaines ,Paris,1988,p515.

- . إشراف جيد على العاملين
- . ظروف عمل نفسية و اجتماعية و طبيعية جيدة.
- . وظائف تتميز بدرجة عالية من المتعة و الكفاءة.
- . مشاركة جيدة و كفاءة في جميع القرارات .
- . قدرة عالية في التكيف مع ضغوط البيئة و التنافسية.

(5) الإعلام و الإتصال L'information et la communication:

الاتصال عملية ضرورية في المجتمعات و المنظمات بمختلف أنواعها و عملية الاتصال ضرورية كونها تشكل احد عناصر المهمة في التفاعل الإنساني و يشير العلماء اليوم إلى أن الاتصال يحدد لدرجة كبيرة مدى تقدم المجتمعات. ويعرف الاتصال على انه " تبادل الرأى و المعلومات من أجل إحداث تفاهم و ثقة متبادلة او إحداث علاقات إنسانية طيبة.و يعرف أيضا أنه " عملية تفاعل ذات مغزى بين الأفراد". من خلال الوظائف التي تمارسها إدارة الموارد البشرية يمكننا أن نستنتج هدف هذه الإدارة التي تسعى إلى تحقيقه.

ثانيا: أهداف إدارة الموارد البشرية

يعتبر الأفراد عنصرا هاما و حيويا في كل المنظمات سواء كانت إنتاجية، تجارية، تعليمية، حكومية، دينية... الخ. هذا و يتوقف بقاء المنظمة و تحقيق أهدافها على الطريقة التي تم استخدامها في الحصول على الأفراد و إدارتهم بواسطة القيادات. إن الأهداف التي تسعى إليها إدارة الموارد البشرية بالمؤسسة هي نفس الأهداف التي تسعى إليها الإدارة بصفة عامة و يمكن تقسيم هذه الأهداف إلى: المشاركة ، الفاعلية تعظيم إنتاجية التنظيم ، الوقاية التنظيمية.

1- المشاركة : معناها الحقيقي يكمن في انتساب و اختيار الموارد البشرية القادرة على تحقيق أهداف المؤسسات، إذ يتواجد أو يتواصل فريق عمل غدارة الموارد البشرية في سوق العمل ليختار من بين القوى العاملة المتوفرة ما يتناسب مع أهداف إدارته¹.

¹ - حسن إبراهيم بلوط ، إدارة الموارد من منظور إستراتيجي، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، بيروت، 2002، ص21

2- الفاعلية: الغاية منها جعل القوى العاملة أي الموارد البشرية تتجز ما يطلب منها بنجاح و مثابرة ،فتحقيق المخرجات بكفاية عالية(كمية+مواصفات+أقل تكلفة) من خلال استخدام كفو للموارد (المدخلات) يجب أن يكون بمستوى عالي من الجودة لتحقيق الرضا لدى عملاء المؤسسة و هنا يبرز دور الموارد البشرية بقيامها بحملات تدريب و توعية لتحقيق الجودة و رضا الزبائن اللذان يعتبران غاية في الأهمية و كما هو معروف بأن الفاعلية مرتبطة بعناصر عدة أبرزها تحفيز الأفراد و تطوير قدراتهم و مدهم بالمهارات و الموارد الكفيلة بمساعدتهم على التوصل إلى الأداء المرغوب فيه¹.

من البديهي اعتبار الأهداف المشار إليها (المشاركة و الفاعلية) مكملة الواحد للآخر بحيث أن المشاركة و الفاعلية شرطان متلازمان وبتوافرها تحصل المؤسسات على أفضل النتائج إذ أن المؤسسات التي تسعى لاجتذاب أفضل المشاركين تسعى في الوقت نفسه إلى التركيز على اختيار القلة الفاعلة من بين أعداد هؤلاء المشاركين مما يزيد من قوتها التنافسية في السوق و قدرتها على البقاء و الاستمرار.

3- تعظيم إنتاجية التنظيم: إن تعظيم الإنتاجية لا يعتبر هدفا جديدا فهو معروف منذ وقت بعيد كهدف رئيسي للمنظمات المختلفة.

إن هذا الهدف في مفهومه العام يشير إلى السلسلة الكلية من الإجراءات و الأنشطة التي تمارسها الإدارة لمضاعفة تحقيق الهدف الوظيفي الموضوع للتنظيم عن طريق تطوير و اقتراح السياسات و الإجراءات التي تساهم في تحقيق هذا الهدف و الذي من خلاله يمكن تقييم مدى فعالية إدارة الموارد البشرية و مدى مساهمتها في تحقيق الأهداف المرجوة.

4- الوقاية التنظيمية: و يقصد بها المحافظة على التنظيم القائم كوحدة تسيير بخطى متقدمة دائما في وجه الضغوط الداخلية و الخارجية. لقد بدأ تدارك أهمية هذا الهدف في الفترة التالية للحرب العالمية الثانية، عندما حدث عجز في العناصر ذات الكفاءات العالية ووجود منافسة قوية على المتاح من العناصر النادرة في ذلك الوقت، حيث بدأت الإدارة تدرك

¹ - حسن إبراهيم بلوط ،إدارة الموارد من منظور إستراتيجي،دار النهضة العربية،الطبعة الأولى،بيروت، 2002،ص21

ضرورة الاحتفاظ بقوة عمل دائمة و ذلك من خلال خلق ظروف عمل داخل التنظيم تساهم في تحقيق الرضا عن العمل و بما يدعم الحفاظ على هذه الكفاءات ذات المقدرة العالية. إن إدارة الموارد البشرية تلعب دورا هاما في خلق الظروف التي تساهم في استقرار التنظيم، إن مسؤوليتها تتمثل في تحديد السياسات، الإجراءات و البرامج التي تجعل من المؤسسة مكانا جذابا للعمل، وفي نفس الوقت العمل على تقليل الصراع و النزاع الداخلي إلى أقصى حد ممكن و عندما تكون هذه الجهود ناجحة و يتحقق الاستقرار الداخلي فإن التنظيم يكون داخليا في مركز قوي يمكنه من مواجهة الضغوط الداخلية و الخارجية.

ثالثا : مهنية العمل في إدارة الموارد البشرية

إن العمل في مجال إدارة الموارد البشرية عمل له طابع التخصص و الاحتراف، بمعنى أنه مهنة لا يمكن أن يمارسها إلا من درس نظام معرفتها و تعلم أصولها و حصل على شهادة علمية من إحدى الجامعات في مجالها و البرهان و الدليل على ذلك يستوجب المعايير الموضوعية¹ من قبل المختصين التي تميز الأعمال فيما إذا كانت مهن ام لا و مدى انطباقها على العمل في حقل الموارد البشرية.

- المعيار الأول: المهنة وظيفة تعمل على خدمة الآخرين في ضوء مضمون هذا المعيار نجد أن العمل في مجال الموارد البشرية يسعى غلى خدمة الآخرين و هم: العاملون في المؤسسة رؤساء و مرؤوسين و أعضاء المجتمع و ذلك من خلال رفع إنتاجية و جودة أداء الموارد البشرية وتقديم سلع و خدمات نافعة تلبي حاجات و متطلبات المجتمع.

- المعيار الثاني: وجود نظام معرفي يمكن دراسته و التخصص فيه و الحصول على شهادة علمية فيه، هذا النظام يعلم المختص أصول و قواعد و أسس مزاوله المهنة وهذه الأصول ذات طابع عمومي شمولي، أي أنها عامة و موحدة بين الجميع. إذا طبقنا هذا المعيار على إدارة الموارد البشرية نجد أن هناك قدرا هائلا من المعرفة المتخصصة في مجال إدارة الموارد البشرية تدرس في الجامعات و لها طابع العموم و الشمول فقد أصبح المختصون في هذا المجال يتكلمون بلغة تخصصية واحدة.

¹- عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة بعد إستراتيجي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2005، ص32.

- المعيار الثالث : وجود جمعيات علمية تنظم ممارسة المهنة و تطور و تضع قواعد لهذه الممارسة هذا المعيار ينطبق أيضا على العمل في مجال إدارة الموارد البشرية فهناك العديد من الجمعيات العلمية المتخصصة في مجال الموارد البشرية وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية فهناك نجد جمعية إدارة الموارد البشرية، الجمعية الأمريكية للتدريب و التنمية جمعية إدارة الأفراد الدولية.

- وجود دستور أخلاقي يفرض المسؤولية الاجتماعية على من يزاول المهنة.
لنسأل أنفسنا أيضا لماذا يمكن ممارسة هذا العمل من قبل أي شخص في المنظمة في البلدان النامية، ولا يمارسه سوى المختصون فيه في البلدان الصناعية المتطورة كاليابان و الولايات المتحدة الأمريكية و دول أوروبا... إلخ ؟

الإجابة بسيطة ذلك لأن هذه الدول خاضت حروبا و قامت بدراسات ميدانية تجريبية على مدى قرن من الزمن أيقنت بأن أهم عناصر العمل و الإنتاج في منظماتها هو المورد البشري. لقد حول المختصون في إدارة الأعمال فيها موضوع إدارة الموارد البشرية إلى حقل من حقول المعرفة الإدارية و تخصص قائم بحد ذاته يدرس في الجامعات بمختلف أنحاء العالم.

المبحث الثالث : التطور التاريخي لإدارة الموارد البشرية

إدارة الموارد البشرية بشكلها الحديث ليست وليدة الساعة إنما نتيجة لعدد من التطورات التي يرجع عهدها إلى بداية الثورة الصناعية تلك التطورات التي ساهمت في إظهار الحاجة إلى وجود إدارة موارد بشرية متخصصة ترعى شؤون الموارد البشرية في المؤسسة فهناك أسباب عديدة تفسر الاهتمام المتزايد بإدارة الموارد البشرية كوظيفة متخصصة وكفرع من فروع الإدارة و من هذه الأسباب¹.

- التوسع و التطور الصناعي في العصر الحديث ساعد في ظهور التنظيمات العمالية للمنظمة حيث بدأت المشاكل بين الإدارة و الموارد البشرية مما أدى إلى الحاجة لغدارة متخصصة ترعى و تحل مشاكل العنصر البشري في المؤسسة.

¹ - صلاح الدين عبد الباقي،الاتجاهات الحديثة في إدارة الموارد البشرية،دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية،2002،ص22.

- التوسع الكبير في التعلم وفرص الثقافة أمام العاملين مما أدى إلى زيادة الوعي نتيجة ارتفاع مستوياتهم الثقافي والتعليمي مما أدى إلى الحاجة إلى وجود متخصصين في إدارة الموارد البشرية ووسائل حديثة للتعامل مع النوعيات الحديثة زمن الموارد البشرية.

- زيادة التدخل الحكومي في العلاقات بين العمال وأصحاب العمل بإصدار قوانين و تشريعات عمالية مما أدى إلى ضرورة وجود إدارة متخصصة تحافظ على تطبيق القوانين لتجنب وقوع المنشأة في مشاكل مع الحكومة.

- ظهور النقابات والمنظمات العمالية التي تدافع عن الموارد البشرية وتطلب الأمر ضرورة الاهتمام بعلاقات الإدارة بالمنظمات العمالية مما تطلب وجود إدارة متخصصة لخلق التعاون بين الإدارة والمنظمات العمالية.

وفيما يلي أهم المراحل التاريخية التي مرت بها إدارة الموارد البشرية.

أولاً: مرحلة ما قبل الثورة الصناعية

- **مرحلة العبودية:** لقد سبقت الثورة الصناعية أنواع متعددة للعلاقات الإنسانية بين الأطراف الرئيسية للإدارة وكان كل نوع يتفق مع المستلزمات الاجتماعية والاقتصادية في تلك الفترة. المتتبع لطبيعة إدارة الموارد البشرية في مرحلة نظام العبودية يجد الأفراد قد تمت مساواتهم بالحيوانات في إدارة وسائل الإنتاج الزراعية وقد تميزت هذه المرحلة:

- عدم وجود نظام لدفع الأجور لذلك لا تحتاج المنظمة التي تعمل في مجتمع يسوده هكذا نظام إلى وظيفة مستقلة لإدارة الموارد البشرية فاهتماماتها تصبح مشابهة لاهتمامها بشراء أي شيء مادي آخر.

- في هذه المنظمة ينحصر دور إدارة الموارد البشرية بشراء الرقيق بالعدد والمواصفات التي تحتاجها المنظمة وتعويض من يموت منهم بجدد، ومن دون الحاجة للاهتمام بتعويضهم أو منحهم أجوراً أو حوافز أو تطويرهم أو الحفاظ عليهم أو غير ذلك زمن الفعاليات، كما لا تحتاج الاهتمام بحقوقهم حيث لا توجد لهم حقوق تذكر آنذاك.

- **مرحلة الطوائف والصناعات المنزلية:** جاءت الصناعات المنزلية و مرحلة نظام الطوائف و كان هناك تبادلاً محسوساً وهاماً في طبيعة العلاقات بين رب العمل والعاملين معه لاسيما

في نظام الطوائف حيث برزت فئة من الصناع، او المهنيين العبيد" الأفراد حالياً" و أصحاب المحرف في المدن يملك كل منهم أدواته و رأس ماله و يتولى إدارة العمل بنفسه.

الطائفة هي: مجموعة من الصناع المختصين بمهنة واحدة ليحتكروا حق ممارستها في منطقة معينة. و يوجد في الطائفة الواحدة الأستاذ و المتدرب و الأجير. و قد تميزت هذه المرحلة بظهور العمالة ممثلة بالأجراء الذين لهم أجور محددة من قبل الطائفة وفقاً لساعات العمل و بدأ الاهتمام بالإنسان كمورد بشري عند تطور الحرف و الصناعات الصغيرة و بالأساس لتهيئة مساعدين لتنظيم شؤون الحرف و مساعدة أفرادها.

في هذه المرحلة لم تكن الحاجة إلى إنشاء أنظمة عمل، أجور و تعيين بسبب صغر حجم المنظمات و لكونها أسرية ذات ملكية فردية و لكونهم كانوا بحاجة إلى ما يلي:

- برامج تأمين لتوفير تعويض لهم عند الشيخوخة والإصابة بحوادث.

- قواعد لتحديد دور المعلم في تأهيل المساعد لمنع الاستغلال.

- قواعد لتصنيف مستوى تأهيل العاملين و تحديد من هو المعلم في صنعه.

و قد عالج أصحاب الحرف و العمال هذه الحاجات بتكوين نوع من الجمعيات التعاونية فيما بينهم أسموها "طائفة". هذه الطائفة أو الجمعية التعاونية توفر الدعم المادي للأعضاء عند الحاجة كما تصنف المنتسبين إليها أي تحدد من هو معلم. أي ان الطوائف كانت بالأساس منظمات لأرباب العمل و ليس للعمال.

لقد طورت هذه الطوائف نظام التلمذة الصناعية كنظام لتعليم و تأهيل حرفيين جدد فوضعت شروطاً للتلمذة تشمل واجبات و حقوق كل من المدرب و التلميذ، وفي نهاية مرحلة التلمذة يحصل التلميذ على نوع من الشهادة يعترف بها مدربه بامتلاكه المؤهلات لممارسة الحرفة.

ثانياً:مرحلة الثورة الصناعية

جاءت الثورة الصناعية لتتزامن مع ثورات عديدة في المجالات الثقافية و العلمية والسياسية التي تمتد إلى القرن السابع عشر و الثامن عشر التي تميزت بظهور الكثير من الكتابات التي

نبتت إلى ضرورة الاهتمام بالعنصر البشري بشكل عام و العنصر البشري خلال مدة العمل بشكل خاص، و من بين هذه الكتابات¹:

- كتاب روبرتو Robertowen عام 1771م ركز على ضرورة تبني نظرة جديدة للمجتمع من خلال بنائه لقرية العمل العصرية في مصنعه للقطن في اسكتلندا.
 - كتاب آدم سميت Adem Smith في عام 1776م ثروة الشعوب.
 - كتاب شاغل وباج Charles et Babbage اقتصادية الآلة والتصنيع .
 - كتاب اندغيو Andrew سنة 1835 المعنون فلسفة التصنيع، كان له الأثر البالغ في ظهور بعض الأفكار و المبادئ الخاصة بإدارة الموارد البشرية.
 - سنة 1890 ظهر في الدول الصناعية ألمانيا، بريطانيا،فرنسا و الولايات المتحدة الأمريكية مفهوم يدعى " الرفاهية الصناعية"²، وهي عبارة عن برامج صممتها المنظمات الصناعية آنذاك من أجل تحسين ظروف و مناخ العمل المادي الصحي داخل المصانع، و تصميم الأبنية التي تتوفر فيها الشروط الصحية لممارسة الأعمال.
- تميزت المرحلة الصناعية بثلاث خصائص:

- ظهور مبدأ التخصص في العمل .
 - التوسع و استخدام الآلات و إحلالها محل العمال.
 - إنشاء المصانع التي توظف عددا هائلا من الأفراد.
 - المنفعة المتبادلة بين العاملين وأرباب العمل(أجور أفضل و أرباح أعلى لأرباب العمل).
- نتيجة لذلك بدأ نظام المصنع يحل محل الصناعات المنزلية و أخذ الكثير من أصحاب الحرف يتجه إلى المصانع.

- ولادة إدارة الاستخدام في المنظمات الصناعية: أول ظهور لإدارة تعنى بالموارد البشري كان في المنظمات الصناعية في شركة فورد Ford لصناعة السيارات بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1914 مسمى أطلق عليه مؤسس الشركة Herney Ford هو' إدارة

¹- يوسف حجيم الطائي و مؤيد عبد المحسن الفضل وهاشم فوزي العبادي، إدارة الموارد البشرية مدخل إستراتيجي متكامل، الوراق للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2006، ص56.

²- عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة بعد إستراتيجي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2005، ص42.

الاستخدام". فمع توسع حجم أعمال هذه الشركة واستخدام أعداد كبيرة من العمال الذين يحتاجون لعملية اختيار و تعيين و تأهيل و تحديد رواتبهم و أجورهم...الخ وجد فورد أن هناك ضرورة ملحة لإحداث هذه الإدارة، لرعاية شؤون الاستخدام و التوظيف بدلا من المشرفين على العمال الذين لم يكن لهم متسع من الوقت لأداء هذه المهمة. فقد خلق الإنتاج الكبير مشكلات إدارية عديدة منها ضرورة فرض الرقابة و ضرورة الموازنة بين أجزاء العمل المختلفة إلى جانب التخطيط الجيد لمختلف موارد المنظمة ومن بينها الموارد البشرية.

و يمكن القول في هذا المقام أن العديد من الشركات الأوروبية و الأمريكية بعد أن و جدت بان تجربة شركة فورد كانت ناجحة قامت بإحداث إدارة الإستخدام، خاصة من اجل التفاوض مع العمال.

- **الحرب العالمية الأولى 1914-1918:** أضافت هذه الحرب مدخلات جديدة على أهمية العنصر البشري في العمل و انتشار و جود إدارة الاستخدام في المنظمات الصناعية، فقد اقتنع أصحاب العمل و الحكومات آنذاك بان القوى العاملة هي الأداء الفاعلة التي يمكن من خلاله تغطية احتياجات الحرب الكبيرة من السلع و الخدمات المختلفة والمتنوعة.

لقد أفضت ظروف الحرب ما يلي:

- زيادة ساعات العمل

- بذل جهود بشرية إضافية أثناء العمل.

- تسريع وثيرة العمل.

- آلات و تجهيزات أفضل.

- إدارة أفضل.

هذه الأمور تطلبت من أصحاب الأعمال التأكيد على برامج رعاية العمال و تحسين ظروف عملهم في المصانع و حياتهم المعيشية. إن الدرس المستفاد من الحرب العالمية الأولى هو الاستمرار في التأكيد على:

- دعم جهد برامج الرفاهية الصناعية.

- عجلت من انتشار إدارة الاستخدام في المنظمات الصناعية لتقوم بمهمة التفاوض مع النقابات العمالية حيث سمية هذه المهمة بوظيفة العلاقات الصناعية.

- بدأت منظمات عديدة في تعيين مجموعة من الإحصائيين في شؤون العاملين مم زاد من الاهتمام بإدارة الموارد البشرية.

ثالثا : مرحلة الإدارة العلمية:

يعد فريدريك تايلور Frederick w Taylor الأب الحقيقي و القوة الدافعة باتجاه حركة الإدارة العلمية حيث ركز على التعاون مابين الإدارة والعاملين و يعتقد أن القياس العلمي (دراسة العمل) و تحديد أفضل الأساليب في الإدارة و الاختيار للأفراد المناسبين في الأعمال التي تتناسب و مؤهلات و وضع الأجور المناسبة و غزالة مصادر الصراع بين الإدارة و العاملين يمكن ان يقود إلى زيادة الإنتاجية و زيادة الإيجور من خلال زيادة الأرباح.

إن المفاهيم التي جاءت بها الإدارة العلمية أبرزت أهمية الحاجة إلى زيادة فاعلية إدارة الموارد البشرية من خلال تطبيق مبادئ جديدة في تنظيم العمل وهي : دراسة الوقت والحركة، تحديد الأسلوب الأمثل one best way لكل عامل لأداء عمله و ضرورة تدريبه على ذلك الأسلوب. و تحديد معايير الإنجاز و توفير الحوافز المادية لتحفيز العاملين.

و يلحظ من خلال دراسة مبادئ الإدارة العلمية بأنها ركزت على إدارة الأفراد بدلا من إدارة الموارد البشرية و فيها وضعت المبادئ الأولى لإدارة العاملين ممثلة فيما يلي :

- تصميم أساليب العمل و وضع معايير العمل العلمية و الاختيار و التدريب و الحوافز.
- التركيز على المكننة والتخصص في العمل.
- الفصل بين التخطيط و التنفيذ في صناعة قرارات المنظمة.

هذه فلسفة إدارة الأفراد تقوم على مبدأ زيادة الإنتاجية من خلال استخدام الأساليب العلمية في توجيه ادارة العمل¹. هذه الأفكار كانت بمثابة صيحة لضرورة وجود إدارة الاستخدام لتعنى بها.

رابعا : مرحلة التشريعات الحكومية

بعد انتهاء الحروب قامت إدارة الموارد البشرية بالاستفادة من إنتاج أدوات علمية (للقياس والاختيار والتقييم) و تكيفها لأغراض عملها بحيث أصبح تطوير و استخدام أدوات قياس

¹- يوسف حجيم الطائي و مؤيد عبد المحسن الفضل وهانم فوزي العبادي، إدارة الموارد البشرية مدخل إستراتيجي متكامل، الوراق للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2006، ص58.

القدرات و المؤهلات و الخصائص و أدوات تحديد الخصائص النفسية و السلوكية لبعض الوظائف أصبح هذا جزءا مهما من وسائل عمل أية إدارة ناضجة و متطورة للموارد البشرية . إن تدخل الحكومة أدت إلى مجموعة تغيرات لتوسع مسؤولياتها ومن هذه التغيرات:

- تنامي شعور الحكومة بقيمة و أهمية الأعداد الواسعة من الأفراد فأصبحت قضايا حقوقهم مسؤولية أساسية للحكومة.

- تنامي قوة العمال و تنامي نقاباتهم مما جعل منهم قوة سياسية مهمة استدعت ان تهتم الحكومة بهذه القوة و تنظيمها.

- تنامي اثر أعمال على حالة الاقتصاد عموما حيث أصبح وضع الاقتصاد يتأثر بشروط الاستخدام و مستوى الأجور و معدلات البطالة و غيرها.و غن التطورات الاقتصادية و السياسية في الولايات المتحدة و في القطاع الحكومي بالتحديد أدت إلى تبني وأساليب و سياسات جديدة في إدارة الموارد البشرية.

خامسا: حركة العلاقات الإنسانية 1927-1932

ظهور حركة العلاقات الإنسانية من خلال البحوث العلمية و الدراسات التي اجراها كل من التون مايو Eton Mayo وفرترز روزت Fritz Roesth من جامعة هارد فورد في مصانع هوترون في شركة الكهرباء الغربية الأمريكية .Western electric. وقد استهدفت هذه الدراسات تحديد العوامل في محيط العمل التي تؤدي إلى زيادة الإنتاج في تحويل اهتمام الممارسين و الباحثين عن النظرة الميكانيكية للإنسان باعتباره آلة يجب تحديد حركته و أسلوب عمله و تقييده بأسلوب رقابة شديدة مع توفر المادية له لكي يصبح أداءه بالمستوى المطلوب ، فقد توصل الباحثون إلى بعض النتائج حول العلاقة بين بعض العوامل المدروسة و الإنتاجية و قد تمثلت الإستنتاجات في هذه التجارب بما يلي¹ :

- إن استجابة الأفراد العاملين لزيادة الإنتاجية لم تكن بسبب الإضاءة أو العوامل البيئية الأخرى، و إنما بسبب اهتمام الإدارة بهم (الأخذ بوجهات نظرهم ، تعمل الباحثين معهم وتعاملا مباشرا).

¹- نفس المصدر السابق ص60.

- تأثير مجموعة أو مجموعات العمل على مستوى الأداء بحيث إذا كانت إحدى المجموعات تضع مقاييس عالية لإدارة الأفراد في تلك المجموعة سيستمسكون بهذه المعايير في ظل الظروف البيئية المعقدة و كذلك الحال بالنسبة للمجموعات الضاغطة تؤثر على إنتاجية الأفراد بدرجة كبيرة.

- أن الاستنتاج المهم لهذه التجارب كان:

● أهمية العنصر البشري و العلاقات الإنسانية الجيدة.

● معنوية الأفراد العاملين.

● نوعية علاقة الإدارة بالأفراد.

● دور الاتصالات و التفاعلات غير الرسمية و درجة رضا الأفراد عن العمل.

● ضرورة إحداث التكامل بين أهداف الأفراد و أهداف المؤسسة.

و خلاصة القول أن مدرسة العلاقات الإنسانية أحدثت تطورا مها في أساليب إدارة الموارد البشرية من خلال الأخذ بالأبعاد السلوكية و الاجتماعية للأفراد و عززت دور إدارة الاستخدام و إيجاد أناس مختصين في شؤون الموارد البشرية حيث أظهرت مطالب الحرب العالمية الثانية و جود اختصاصيين في مجال إدارة الموارد البشرية و العلاقات الإنسانية حيث وبلغ عدد أخصائي شؤون الموارد البشرية عام 1943 في بريطانيا 5500 مختص و كانوا يسمون آنذاك personnel officer ضابط الأفراد و كان دورهم يختص في الإشراف على إدارة شؤون الاستخدام¹.

سادسا: ولادة إدارة الأفراد (1950 - 1980)

بعد الحرب العالمية الثانية زادت القناعة بدور إدارة الاستخدام في المصانع و أصبح العمل فيها له طابع التخصص و الاحتراف و ظهور تخصص جديد في مجال إدارة الأعمال هو تخصص الأفراد له مبادئ و قواعد و أصول تدرس في الجامعات، و تغيرت تسمية إدارة الاستخدام إلى " إدارة الأفراد و العلاقات الصناعية " Personnel Management And " Industrial Relation . حيث شاعت كثيرا في كل من بريطانيا و الولايات المتحدة الأمريكية

¹ - عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة بعد إستراتيجي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2005، ص45.

ومما فعل دور هذه الإدارة بعد الحرب العالمية الثانية تزايد تدخل الحكومات في الدول الصناعية في مجال العمل و التوظيف حيث راحت تسن القوانين و التشريعات لحماية الموارد البشرية و تلزم أصحاب الأعمال بتقديم مزايا و وظيفية أكثر لهذه الموارد (تامين صحي ، تعويض بطالة...إلخ) و كانت تلعب دور الوسيط بين النقابات العمالية و المنظمات لتخفيف الصراع بينهما، و منع حدوث إضرابات و توفير الاستقرار الاقتصادي، و قد طلبت الحكومات آنذاك تفعيل دور غدارة الأفراد في منظماتهم.

ما بين 1960-1980 نشطت الدراسات في مجال السلوك الإنساني في العمل و الدافعية الإنسانية و قدمت نتائج في غاية الأهمية تشير إلى مدى أهمية العنصر البشري في العمل و أهمية إدارة الأفراد التي تعنى بشؤونه و قد ظهرت نظريات واتجاهات فكرية في كل من اليابان و كندا و الولايات المتحدة الأمريكية و أوروبا الغربية حول إدارة الأفراد و الحفز الإنساني و ممارسات هذه الإدارة مع النقابات العمالية و القوانين و التشريعات الحكومية. لقد أصبحت إدارة الأفراد تنفذ سياسات الإدارة العليا في تخطيط الموارد البشرية، الإستقطاب الإختيار و التعيين، التدريب و التنمية و التعويضات و تستخدم قواعد و أصول علمية في هذه المجالات.

لقد أصبح نطاق و وظائف و ممارسات إدارة الأفراد لا تشمل العمال و قاعدة الهرم الإداري فحسب بل تشمل جميع العاملين في المنظمة و في مختلف المستويات الإدارية فيها. **سابعاً . ولادة إدارة الموارد البشرية:**

بعد عام 1980 تقريباً تغير مسمى إدارة الأفراد إلى مسمى جديد هو " إدارة الموارد البشرية" HRM - Humain Ressource Management و هذا التغيير ليس في المسمى فحسب بل في مضمون و دور هذه الإدارة، فقد تغير دورها من منفذ لسياسات الموارد البشرية التي تضع أطرها العامة الإدارة العليا، إلى دور المخطط و المنفذ بأن واحد. لقد أصبح لهذه الإدارة إستراتيجية خاصة بها تعمل على خدمة و تحقيق إستراتيجية المنظمة العامة و أصبح مدير إدارة الموارد البشرية أحد أعضاء الإدارة العليا الذين يتخذون القرارات الإستراتيجية . فبعد أن هبت رياح العولمة على ميادين العمل في العالم و تم تحرير التجارة الدولية من القيود، واشتدت المنافسة العالمية بين المنظمات على اختلاف نوعياتها و ظهور إدارة الجودة الشاملة

و التركيز على إرضاء الزبائن لزيادة الحصة السوقية و ضمان البقاء للمنظمة، والتدخل الكبير و الواسع للحكومات في ميادين العمل و تزايد قوة النقابات لم يعد ينظر للعاملين على أنهم أفراد بل شركاء في العمل و مورد أساسي من موارد المنظمة و إحد ومجوداتها و أصولها. لقد ظهر اتجاه حديث في مجال إدارة الموارد البشرية يدعى " جودة حياة العمل " الذي ينادي و يؤكد على ضرورة تفعيل دور إدارة الموارد البشرية و دعمها لتقوم بتوفير قوة عمل مؤهلة مدربة و لديها ولاء و انتماء للمنظمة و قادرة على تنفيذ إستراتيجيتها و تحقيق أهدافها.

المبحث الرابع: الأهمية الإستراتيجية للموارد البشرية

في مجال الإستراتيجية تعد الميزة التنافسية أحد أهم المواضيع التي ما زالت تلاقي الإهتمام بالدراسة و التحليل من قبل مجموعة من الباحثين، فلقد ركزت الكثير من المقاربات على محاولة تحديد مصادر الميزة التنافسية، ورغم الإقبال الذي لقيته المقاربة الهيكلية في الإستراتيجية التي تربط تنافسية المؤسسة بمتغيرات البيئة الخارجية(هيكل الصناعة) بصفة خاصة إلا أن التحليل الإستراتيجي اتجه نحو تأكيد أهمية و دور الموارد الداخلية للمؤسسة في عملية خلق و امتلاك الميزة التنافسية من خلال المقاربة المبنية على الموارد Ressource Based Veiw و ضمن هذا الإطار نحاول إبراز الأهمية الإستراتيجية للموارد البشرية باعتبارها المحدد الرئيسي للميزة التنافسية التي تعد احد الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة.

أولا : الجذور الاقتصادية لمفهوم الموارد و الكفاءات

لقد أفضت جملة المتغيرات الحاصلة في بيئة المؤسسة خاصة ما تتعلق بتنافسياتها إلى التشكيك في صدق النظريات المستندة على المقاربة الهيكلية في الإستراتيجية، التي ترى بان الصناعات ذات الهيكل الملائم الذي يتسم بالنمو في الطلب و اتساع في مقومات النجاعة الأساسية هي صناعات أكثر جدوى و فعالية من غيرها.

لقد عزز ودعم هذا الواقع ذلك التفكير المركز على المؤسسة و مواردها بدل من الاهتمام بالصناعة و الذي يرى أن المحدد الأقوى للربحية ليس هو هيكل الصناعة بل يتعلق الأمر بتجنيد و تفعيل موارد المؤسسة و كفاءاتها المحورية. على هذا الأساس أصبحت النظرية الهيكلية تقليدية و ليس في متناولها القدرة على تفسير تنافسية المؤسسات، مما جعلها تترك مكانها شيئا فشيئا لمقاربة نظرية جديدة أكثر شمولية عرفت بالمقاربة المرتكزة على الموارد.

فمع نهاية الثمانينات من القرن الماضي حصل تغيير هام في نماذج و أدوات التحليل الإستراتيجي، فبعدما كانت أساسا متجهة إلى التحليل الاقتصادي و الصناعي للأسواق، بدأت تلك الأدوات تتجه إلى التركيز على التحليل الداخلي للمؤسسة، وهكذا فلقد شكل هذا المرور من هيكل الصناعة إلى المؤسسة قطيعة نظرية مهمة كان عاملها الأساسي ذلك المنظور المؤسس على الموارد (Perspective basé sur les ressources) الذي لا يأخذ في الاعتبار المؤسسة و إستراتيجيتها من خلال حافظة نشاطاتها(منتجات،أسواق) بل من خلال مواردها الداخلية المادية و غير المادية. إن هذه المقاربة المرتكزة على الموارد تستمد أصولها بشكل مشترك من :

- من قانون المنافذ " المشهور لـ Say 1808 الذي يرى ان الإنتاج يؤدي منطقيا على خلق الطلب على المنتجات ، نلظ لأن عملية تشكيل المنتج من شأنها ان تفتح في نفس اللحظة منفذا على منتجات أخرى.

- من نظرية الريع " la loi des rente " لـ David Ricardo التي تفترض ان امتلاك مورد أو عدة موارد نادرة يمكن أن يعود على مالكة بفوائد ريعية مفيدة.

وبالرغم من حداثة هذه المقاربة من حيث شكلها الحالي ،إلا أنها ترجع بنا الى أعمال كل من (1934) Shempeter (1803), Say (1817), Ricardo، فلقد جددت أهمية النظريات الاقتصادية القديمة ذات الصلة بالربح و المنافسة التي تفرض من زاوية اقتصادية التأثير القبلي للمؤسسة من خلال مواردها الخاصة، أي أنها لا تولي أهمية بالغة للصناعة و خصائصها الهيكلية.

استنادا إلى ذلك نجد أن منظري اقتصاديات العرض "l'economie de l'offre" وخاصة Friedman و Penros 1959 توصلوا إلى نجاعة وفاعلية المؤسسة في أدائها و قدراتها على تحقيق ميزة تنافسية مستدامة تكمن بالدرجة الأولى على مدى اعتمادها على إستراتيجية ذكية و أصيلة، تركز على موارد متفردة تختص بها المؤسسة من غيرها من المؤسسات المنافسة، وليس على اختيارها لصناعة جذابة كما يذهب إليه رواد المقاربة الهيكلية في الإستراتيجية. و يعتبر كتاب PENROS جزءا من الأعمال المؤصلة لفكرة أن سلوك و نجاعة المؤسسة يمكن تفسيره من خلال مواردها الخاصة، فالمؤسسة حسب رأيه " يجب أن تفهم على أنها إطار أو

نموذج تسييري لجميع الموارد المنتجة، ذات الترابط و التنسيق متعدد الاستعمالات بحيث تكون خاضعة للقرار الإداري".

وعلى هذه المقاربة ارتكزت الكثير من الأعمال الفكرية التي أكدت على أهمية و دور الموارد في فهم سلوك المؤسسة و كذا التطور الاقتصادي، وتجدر الإشارة إلى أن Wernefelt يعد أول إستعمال مصطلح المقاربة المبنية على الموارد Ressources Based View حيث استعمل هذه العبارة في مقال نشرت سنة 1984 في جريدة التسيير الإستراتيجي Strategique Management Journal ثم تبعه آخرون من أمثال (Barney, Cool, Grant) المؤسسين لهذه النظرية التي اعتبرت فيما بعد مدرسة قائمة بذاتها خلال فترة التسعينات لتتشكل بذلك ملامح نظرة جديدة و موسعة في مجال الإستراتيجية.

ثانيا: فرضيات المقاربة المبنية على الموارد

ترتكز النماذج الكلاسيكية للتحليل الإستراتيجي على فرضيتين أساسيتين، فمن جهة تفترض أن المؤسسات النشطة في صناعة ما تعتبر متماثلة في الموارد الإستراتيجية التي تسيطر عليها و كذا الإستراتيجيات المنتجة، و من جهة أخرى تفترض أن الموارد المتاحة متحركة و غير ثابتة(قابلة للتنقل) و هذا يعني عدم وجود تباين hétérogénéité في الموارد المستعملة من طرف تلك المؤسسات ضمن إستراتيجيتها.

بخلاف ذلك نجد أن المنظور المرتكز على الموارد كما هو مقدم من قبل Barney 1991 يقترح فرضيتين بديلتين لدراسة مصادر الميزة التنافسية هما :

- الفرضية الأولى : التباين النسبي للموارد

يفترض هذا النموذج أن المؤسسات التابعة لنفس الصناعة يمكن أن تكون لها موارد إستراتيجية متباينة، أي بعبارة أخرى يمكن للموارد أن تتميز نسبيا من مؤسسة لأخرى حتى و إن كانت هذه الموارد تابعة لنفس القطاع أو الصناعة، وعليه فإن الموارد المالية، المعارف التكنولوجية، شهرة المؤسسة ما هي إلا متغيرات قابلة للتمييز و التباين من مؤسسة لأخرى.

- الفرضية الثانية : نسبية حركية الموارد

إن حركية الموارد بين لمؤسسات يفترض وفقا وله المقاربة أنها ليست مطلقة، وهو ما يعني إن التباين في الموارد قد يكون مستداما، لوجود عوامل تحد من قدرتها على الحركة بشكل

كامل. فإذا كان بالإمكان مثلا أن تقوم التكنولوجيا من مؤسسة لأخرى فإن براءات الاختراع قد تحول دون سهولة ذلك.

ثالثا: الموارد و الميزة التنافسية

يتطلب تحليل أثر الموارد في اكتساب ميزة تنافسية مستدامة للمؤسسة حسب Barney,(1986,1991) تحديد مضمون كل من الموارد، الميزة التنافسية ، الميزة التنافسية المستدامة باعتبارها مرتكزات المقاربة المبنية على الموارد.

- فالموارد كما عرفها Barney¹ تشمل على مجموع الأصول، القدرات والطاقات، الإجراءات التنظيمية، الخصائص و المعلومات، المعرفة و المهارات التي تتحكم فيها المؤسسة و تسيطر عليها و التي تمكنها من إعداد و تنفيذ استراتيجيات تنافسية من شأنها ان تزيد من فعاليتها و نجاعتها.

- أما Wernerfelt 1984² فقد عرف الموارد على " أنها الأصول القاعدية (الهامة) داخل المؤسسة التي تدخل في عملية إنتاج السلع و الخدمات "

- و عرفها ايضا على أنها الأصول الملموسة و غير الملموسة المرتبطة بالمؤسسة ويمكن تصنيفها إلى خمس فئات: مالية، بشرية(عدد الإجراءات، مستوى التأهيل...الخ)، مادية(أماكن الإنتاج، آلات متوفرة، مخزون...الخ)،تنظيمية (نظام المعلومات، الجودة، إجراءات...الخ)، تكنولوجيا (مهارات، براءات...). كما أضاف(R.M.Grant,1991) إلى هذه القائمة قسما سادسا تتمثل في سمعة المؤسسة la réputation مع تركيزه على دور الموارد غير المحسوسة. في هذا المنظور فإن المؤسسة ذات الموارد الجيدة تمتلك ثروة حقيقية بإمكانها أن تعتبر كحافزة موارد، غير أن تحديده ليس دائما سهلا على إعتبار أن أنظمة المعلومات التقليدية لا تعطينا عنها إلا صورة مجزأة و غير كاملة، أما واقعا فإن الأصول المادية و حدها لا يمكن فصلها و قياسها بسهولة (أراضي، مصانع، تجهيزات...الخ) و هي التي تأخذ في الحساب من قبل أدوات التسيير التقليدية، وهكذا فالميزانية المحاسبية نادرا ما تهتم بالموارد غير المحسوسة و بكفاءات الأفراد. وبالرغم من ذلك فإن Barney يميز بين ثلاث فئات من الموارد هي:

¹ - Quelin Bertrand et Jean-luc Arregle ,Management Stratégiques Des Compétences, Edition Marketing,2000,p62.

² - نفس المصدر، ص240

- الرأس المال المادي capital physique يحتوي على الإنشاءات، المباني، التجهيزات، التكنولوجيا و الموقع الجغرافي للمؤسسة.
- الرأس المال البشري capital humain: الذي يضم التكوين، الخبرة، التحكيم، الذكاء و علاقات المسيرين و خبرتهم.
- الرأس المال التنظيمي Capital organisationnel : حيث يشمل الهيكل التنظيمي للمؤسسة و العلاقات التنظيمية بينها و بين المؤسسات في بيئتها.
- حسب Barney فإن كل الموارد و حتى تساهم في تحقيق الميزة التنافسية المستدامة يجب أن تتسم بأربعة خصائص و هي¹:
 - 1- يجب أن يساهم المورد في خلق القيمة للمؤسسة، باعتباره أحد نقاط القوة التي يمكن استخدامها في استغلال الفرص المتاحة او استبعاد التهديدات لمحملة في البيئة الخارجية.
 - 2- أن يكون المورد نادرا أو فريدا أو متميزا ضمن المنافسين الحاليين أو المحتملين للمؤسسة.
 - 3- أن لا يكون المورد قابلا للتقليد بشكل كامل وبسهولة من قبل المؤسسات المنافسة التي لا تملكه.
 - 4- عدم إمكانية استبداله بمورد مماثل له على ضمن إطار الإستراتيجية المعتمدة من قبل المؤسسة.

رابعا: مقارنة الموارد البشرية

ضمن المنظور المرتكز على الموارد توجد عدة مقاربات تحاول أن تؤكد دور الموارد و أهميتها الإستراتيجية و من أهمها فيما يتعلق بموضوعنا نجد مقارنة الكفاءات الأساسية "Prahalad et Hamel,1990"، المقاربة المرتكزة على الكفاءات لـ "Lodo,Boyd,Wright,1990" ومقاربة الموارد البشرية لـ Mac Williams,et McMahan,Wright,1994 و سنتناول بالتحليل المقاربة الأخيرة لاشتمالها على الكفاءات بشكل عام باعتبارها موردا من الموارد البشرية و لأن هذه المقاربة تكشف لنا بوضوح عن تلك العلاقة الأساسية ما بين الموارد البشرية و المؤسسة و تنافسيتها.

¹ - Quelin Bertrand et Jean-luc Arregle, Op,cit,p62.

وفقا لهذا المنظور فإن (Mac Williams, McMahan, Wright, 1994) ينظرون إلى الموارد البشرية على أنها المصدر الأساسي للميزة التنافسية المستدامة، على هذا الأساس فالموارد البشرية التي تخلق القيمة تعتبر نادرة و غير قابلة للاستبدال أو التقليد بشكل كامل . وبالتالي يرون أن الموارد البشرية تعد خزاناً للرأس المال البشري الذي يتشكل من العمال و المسيرين. و في إطار تحليله للنشاطات الداخلية للمؤسسة المسؤولة استراتيجيا عن خلق القيمة و بالتالي عن الميزة التنافسية و فق أسلوب سلسلة القيمة، يرى Porter أن الموارد البشرية هي المسؤولة عن خلق القيمة و أن تسييرها يؤثر على الميزة التنافسية للمؤسسة من خلال تنمية الكفاءات و تحفيز المستخدمين و بالتالي تعتبر عاملاً حاسماً في تطوير الميزة التنافسية.

إن اعتبار الموارد و الكفاءات البشرية مورداً إستراتيجياً مسؤولاً عن خلق الميزة التنافسية المستدامة يتطلب منها أن تتصف بنفس الخصائص التي تتميز بها الموارد الإستراتيجية وفق منظور هذه المقاربة و ذلك على النحو التالي:

1- مساهمة الموارد في خلق القيمة (la valeur): إن الطبيعة المتبادلة للموارد و الكفاءات البشرية من خلال اختلاف مستوياتها و قدراتهم تجعل مساهمتها في خلق القيمة متباينة، فمثلاً بقدر ما نجد ان المستخدمين كانوا أكفاء و مجندين بقدر ما كان أدائهم جيداً و بالتالي يزداد ما يضيفونه من قيمة للمنتج او الخدمة، و بقدر ما تمتلك مؤسسة ما مستخدمين جيدين ذو قدرات و مهارات عالية بقدر ما يكون رصيدها من الرأس البشري قيماً و مميزاً.

2- ان تكون الموارد نادرة (rare): حتى يكون المورد مصدراً للميزة التنافسية و يجب ان يكون نادراً و أخذ بعين الاعتبار التباين الطبيعي للقدرات الذهنية أو القدرات الإدراكية في الموارد البشرية، فإن تلك التي تمتلك قدرات عالية عادة ما تكون نادرة ، فالمشكل الأساسي الذي تعاني من المؤسسات الاقتصادية في ظل المناخ الاقتصادي الجديد المتسم بالتنافسية الشديدة هو ذلك النقص الكبير في الموارد و الكفاءات البشرية المتخصصة و المؤهلة، وبالتالي فإن المتاحة منها يمثل للمؤسسة التي تمتلكها و تستخدمها ميزة تنافسية.

3- أن تكون الموارد غير قابلة للتقليد (Non imitable): إن أهم ما يصعب إمكانية تقليد الموارد و الكفاءات البشرية ما يلي:

- طبيعة ثقافة المؤسسة و معايير أدائها التي لا يمكن تجسيدها في بيئة مغايرة.

- صعوبة تحديد بدقة مدى مساهمة كل كفاءات او فرد في القيمة التي تم خلقها في المؤسسة بسبب تداخل النشاطات المختلفة.
- صعوبة تكرار العلاقات الاجتماعية بخصائصها الجوهرية التي كانت وراء عملية خلق القيمة بسبب التعقيد الاجتماعي للعلاقات.
- و تجدر الإشارة حتى لو استطاعت مؤسسة ما استقطاب كفاءات المؤسسات المنافسة من خلال طرح حوافز مغرية فإن كفاءات و الموارد البشرية كما أشار إليه Wright,MacMaham,Mac Wiliams ليست متحركة بسهولة و بشكل تام بسبب تكلفة الإحلال و الاستقطاب المرتفعة ،و كذا صعوبة تحقيق نفس التوائم و التآزر la synergie داخل المؤسسة المستقطبة.

5- عدم قابلية الموارد للتبديل (Non substituable): فحتى يكون المورد البشري مصدرا للميزة التنافسية فإنه يجب ألا يكون قابلا للتبديل بمورد مماثل له على مستوى الإستراتيجية المتبناة من قبل المؤسسة. فحسب Wright,MacMaham,Mac Wiliams فإن الموارد البشرية تأتي من بين الموارد النادرة غير قابلة للتحويل لأن الميزة التنافسية المحققة يصعب استثمارها حالة تبديل الموارد و الكفاءات البشرية التي ساهمت في خلقها.

المبحث الخامس: التحول من إدارة الأفراد إلى إدارة الموارد البشرية

أولاً: مقارنة إدارة الأفراد بإدارة الموارد البشرية

لقد حاول الكثير من الكتاب مقارنة إدارة الأفراد بإدارة الموارد البشرية و المشكلات الأساسية التي واجهت هؤلاء الكتاب في محاولاتهم كما لاحظ Guest التأكد بشكل أساسي عن مدى وجود ذلك الاختلاف. وقد استطاعت Legge في سنة 1989 من خلال مراجعة للأدبيات من التعرف على ثلاث اختلافات جوهرية بين إدارة الأفراد و إدارة الموارد البشرية وهذه الاختلافات هي¹:

- إدارة الموارد البشرية تركز بصفة أساسية على طبقة المديرين بينما تركز إدارة الأفراد على العاملين.

¹ يوسف حجيم الطائي، مؤيد عبد الحسين الفضل و هشام فوزي العبادي، إدارة الموارد البشرية ، مدخل إستراتيجي متكامل ، الوراق للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2006، ص62.

- يشكل المديرون في الصفوف الأمامية محور إهتمام الموارد البشرية من خلال قيامهم بمسؤولياتهم فيما يتعلق بربط إستراتيجية المؤسسة بإدارة الموارد البشرية. بينما تركز إدارة الأفراد في ممارستها على الأفراد الفنيين و المختصين بشؤون الأفراد.
- بخلاف إدارة الموارد البشرية، تشكل إدارة ثقافة المنظمة أحد الأنشطة الرئيسية التي يقوم بها المديرون التنفيذيون. هناك أسباب أخرى دعت إلى وجود الاختلافات بين إدارة الموارد البشرية و إدارة الأفراد من بينها :
- من حيث الوقت و التخطيط: بالنسبة لإدارة الأفراد يكون التخطيط قصير الأجل و يعتمد على الاستجابة لحاجة منظمة و على المستوى الحدي. و يكون التخطيط في إدارة الموارد البشرية بأفق زمني بعيد المدى و قائم على أساس التوقعات المستقبلية و متكامل و ذي طابع إستراتيجي.
- أنظمة الرقابة : تتميز أنظمة الرقابة وكونها داخلية في إدارة الأفراد و رسمية بينما تكون رقابة ذاتية في إدارة الموارد البشرية.
- الوظائف: تتميز و وظائف إدارة الأفراد بكونها ضيقة و ذات طابع اقتصادي يركز على النتائج الداخلية للمنظمة، بينما تميل وظائف الموارد البشرية بالسعة و الطبيعة الخارجية و تتضمن الأبعاد الاقتصادية و الاجتماعية والأخلاقية.
- الأدوار: تركز إدارة الأفراد على الأدوار التخصصية والمهنية بينما تميل إدارة الموارد البشرية إلى التنوع و التكامل في الأدوار علاوة على أن دور إدارة الأفراد في المنظمة هو دور تنفيذي فقط بينما يغلب الطابع الاستشاري على دور إدارة الموارد البشرية.
- العقد النفسي : تركز إدارة الأفراد على الإذعان في العقد مع الفرد العامل بينما تركز إدارة الموارد البشرية على الولاء للعمل.
- منظور العلاقات بين الأفراد : يكون منفعتي و جمعي قائم على أساس الثقة الضيقة بالعاملين في إدارة الأفراد، بينما يكون تبادلي قائم على أساس الاحترام و الثقة المتبادلة بين الإدارة و الموارد البشرية.

من منطلق هذه الفلسفة الجديدة لدور الموارد البشرية يصبح مصطلح إدارة الأفراد جزءا من وظيفة أكبر هي إدارة الموارد البشرية و يصبح موقع هذه الإدارة في الهيكل التنظيمي

للمنظمة في مكان يتساوى مع الإدارات التنفيذية الأخرى مثل إدارة الإنتاج. أو إدارة التسويق، أي أن إدارة الموارد البشرية هي إدارة تنفيذية مشاركة تماما في وضع استراتيجيات المنظمة و تحقيق أهدافها و ليست إدارة مستقلة أو إدارة استشارية.

من حيث تنوع النشاطات و الوظائف فإن منطق إدارة الموارد البشرية الجديدة في هذه الإدارة لم يكن معروفة في إدارة الأفراد و هذه الأنشطة هي¹:

- النشاط المتعلق بالتطور الوظيفي للموظفين وتخطيط مسار هذا التطور من أجل تحقيق أهداف العاملين في التقدم الوظيفي و تحقيق أهداف المنظمة.
- النشاط المتعلق بالتطور التنظيمي: عن طريق تطوير و تحسين جوانب الأداء الشامل في المنظمة كالأنظمة و القواعد و الإجراءات و الهياكل التنظيمية و الاتصالات لغرض تحسين فعالية التنظيم.
- نشاط تصميم الوظائف من الإثراء و التوسع و التدبير الوظيفي من أجل تحقيق أقصى إنتاجية و فعالية من العاملين و بما يتناسب مع قدراتهم و طاقاتهم المختلفة.
- التوسع في نشاط تقديم الخدمات و المنافع ، إضافة خدمات و منافع جديدة من أجل المحافظة على استقرار و بقاء العاملين (المشاركة في الأرباح، المرونة في ساعات العمل ، استشارات...إلخ).

ثانيا : التحول نحو التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية

بسبب التحولات العميقة التي عرفها تسيير الموارد البشرية ظهر منذ بداية الثمانينات من القرن العشرين اتجاه تسييري يدعوا إلى إعطاء بعد و دور استراتيجي لهذه الوظيفة. حيث نشطت من جديد الرغبة الملحة للباحثين لإختيار العلاقة بين تسيير الموارد البشرية و التسيير الإستراتيجي للمؤسسة خاصة بظهور نظرية الموارد الداخلية التي روج لها "براد و هامل"(C.K.Prahal et G.Hamal) حيث لعب المستخدمون و طريقة تسييرهم دورا رئيسيا في نجاح المؤسسات، كما شكلوا مصدرا جوهريا لإستراتيجية خاصة و متميزة عن المنافسين.

¹- نفس المصدر السابق، ص63.

01- إختبار علاقة التسيير الإستراتيجي بتسيير الموارد البشرية¹

كقاعدة عامة تم اختبار العلاقة بين التسيير الاستراتيجي و تسيير الموارد البشرية من زاويتين:-

-**اتجاه البحث الأول** :ضم باحثين منهم "دير" (Dyer)، شولر (Shuler)، تريسل (Trussel)

حاولوا معرفة متى و كيف يجب على تسيير الموارد البشرية التدخل في إعداد الإستراتيجية و شمل هذا التيار على مقارنتين:

-**المقاربة الأولى** : تقوم على عدم مشاركة مسؤولي وظيفة الموارد البشرية في إعداد إستراتيجية المؤسسة بل الإكتفاء بصياغة ووضع سياسات الموارد البشرية اللازمة لتنفيذ تلك الإستراتيجية العامة.

- **المقاربة الثانية** : ترى أن اسهام وظيفة الموارد البشرية يجب أن يبدأ منذ مرحلة صياغة الإستراتيجية.

- **اتجاه البحث الثاني** : يركز على الجمع بين الإستراتيجيات و نماذج سياسة الموارد البشرية فالأمر يتعلق هنا بأساليب التسيير للموارد البشرية المناسبة لنوع معين من الإستراتيجية ، حيث تتمثل الفرصة الأساسية لهذا الإتجاه في ان المواقف و السلوكات المطلوبة من طرف العاملين تختلف باختلاف نمط الإستراتيجية المعتمدة من طرف المؤسسة ، وبالتالي تتوقف العلاقة بين الإستراتيجية و تسيير الموارد البشرية على طبيعة الإستراتيجية الخاصة المعتمدة من طرف المؤسسة .

وضمن هذا المجال طور بعض الباحثين نماذج تسمح بالتنسيق بين تطبيقات الموارد البشرية ونظرية المنظمات، بحيث اختبر العديد من الباحثين أمثال "شولر" و "جاكسون" (Shulet, Jackson 1987) بيسارديهورت (H. Besseyer des Hauts) مجموعة من النماذج التجريبية ، بينما ركز البعض الآخر على العلاقة بين التطبيق الخاص لتسيير للموارد البشرية و مختلف أنماط الإستراتيجيات، في حين قام آخرون بفحص العلاقة الإستراتيجية و تطبيقات و ممارسات الموارد البشرية ، كما خلصت معظم الأعمال التجريبية إلى و جود تناسق بين الإستراتيجيات التنافسية للمؤسسات و سياسات تسيير الموارد البشرية

¹ -سملالي يحضيه، أثر التسيير الإستراتيجي و تنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسات الإقتصادية، أطروحة دكتوراه دولة في العلوم الإقتصادية، جامعة الجزائر ،2005،ص94

و بالرغم من أن التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية و التسيير الإستراتيجي عرفا خلال العقود الأخيرة تحولات عميقة ، لذا فإن الاختبار لعلاقتهما يجب أن تتبنى بالضرورة علاقة متطورة. فقد أصبح الرهان الأساسي الإستراتيجي متمثلا في الاستقطاب و التحكم في الموارد و الكفاءات التي تمكن المؤسسة من التميز عن منافسيها و توسيع أنشطتها بامتلاك المرونة الكافية للتكيف مع متطلبات البيئة التنافسية.

إن المرور من النموذج التقليدي إلى النموذج الجديد للقصد الإستراتيجي المرتكز على الموارد الداخلية و كفاءات المؤسسة يجعل الإستراتيجية في نفس الوقت أكثر ارتباطا بتسيير الموارد البشرية وأكثر وعيا بأهمية هذه الأخيرة في مسار و مستقبل المؤسسة ، فالتسيير الإستراتيجي يقيد و يوجه تسيير الموارد البشرية في اتجاه تحقيق أهداف المؤسسة الإستراتيجية ، كما أن الموارد البشرية تعد مركز الميزة التي يجب تتميتها في المؤسسة ، بمعنى آخر يفرض عليها الجمع بين تبني هذا المفهوم النظري و خلق الشروط اللازمة للأداء.

2- التحول نحو التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية :

مند حوالي 1980 ظهر تحولان عميقان في السلوك المعالج لتسيير الموارد البشرية في المؤسسات التي صاحبهما تغير في التسمية . فالأولى من خلال الانتقال من تسيير الأفراد إلى تسيير الموارد البشرية و الذي اخذ بالاعتبار العنصر البشري كمورد هام في المؤسسة شأنه شأن الرأس المال المالي أو الأصول المادية، و بالتالي ضرورة تسييرها بطريقة ناجعة بمعنى التنسيق شكلا و مضمونا بين مختلف السياسات و التطبيقات التقليدية لتسيير الأفراد. بينما يتميز التحول الثاني بالانتقال من تسيير الموارد البشرية إلى التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية و هو الأكثر حداثة في تلك الحركة العامة المعروفة من طرف "Lorino" في السلوك التنظيمي الذي دفع إلى تبني صفة " الإستراتيجي لمختلف وظائف المؤسسة " مما أدى إلى ظهور ما يعرف بالتسويق الإستراتيجي والرقابة الإستراتيجية والتسيير الاستراتيجي للموارد البشرية... الخ.

أما من الناحية الواقعية فإن التحول نحو التسيير الإستراتيجي يترجم إدراك تلك الوظائف بدورها الرئيسي ضمن التسيير الإستراتيجي للمؤسسة، إذ نلاحظ أن هذا الاتجاه العام كان النتيجة المباشرة لبروز ونجاح مفهوم " التسيير الإستراتيجي في المؤسسات، كما يركز أيضا

ذلك التحول بالإضافة إلى التنسيق بين مختلف سياسات الموارد البشرية على التنسيق بين تسيير الموارد البشرية و الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة.

على غرار الوظائف الكلاسيكية الأخرى الموجودة في المؤسسة (المالية، الإنتاج، التسويق) فإننا نجد أن وظيفة الموارد البشرية تخدم بشكل مباشر إستراتيجية المؤسسة، إذ يجب على وظيفة الموارد البشرية أن تشارك و تساهم في صياغة و تنفيذ الإستراتيجية خاصة و أن هذا التوقع الجديد قد لقي دعما خاصا من طرف منظري ومطبقي تسيير الموارد البشرية.

إن التحول من تسيير الموارد البشرية إلى التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية يعد تأكيد و تعميقا للتحول من تسيير الأفراد إلى تسيير الموارد البشرية، الذي خضع بشكل أساسي إلى منطلقات داخلية بينما نجد أن الانتقال من تسيير الموارد البشرية إلى التسيير الإستراتيجي لتلك الموارد تبرره عوامل خارج المجال السلوكي للموارد البشرية منها بروز و تطبيق أولا "مفهوم التسيير الإستراتيجي" و ثانيا نموذج القصد الإستراتيجي القائم على الموارد الداخلية.

إن الفكرة الرئيسية لتسيير الموارد البشرية حسب (Galambaud)¹ تتمثل في أن المؤسسة يمكن أن تكون أكثر فعالية إذا استطاعت تسيير مواردها البشرية بسياسات وتطبيقات قادرة تزويدها بالحجم و النوعية المناسبة من الموارد و الكفاءات المطلوبة، وبمستوى التحفيز المرغوب فيه من طرف تلك الكفاءات و الموارد.

و ضمن هذا المجال لقد أصبحت الموارد الداخلية (مالية، مادية، بشرية) والكفاءات تحتل مكانة رئيسية في النظريات و تطبيقات التسيير الإستراتيجي، الأمر الذي يساهم في دفع تسيير الموارد البشرية تجاه مركز و محور التسيير الإستراتيجي. وبالتالي فإن تسيير الموارد البشرية الذي تحول إلى التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية، يحوز على وسائل ملائمة لرفع المتطلبات الجديدة للتسيير الإستراتيجي الذي يقوم أكثر على الموارد الداخلية و الكفاءات.

¹-المصدر السابق، ص95.

خلاصة الفصل

لقد أضحت إدارة الموارد البشرية أحد الوظائف التي تركز عليه المؤسسة في تحقيق أهدافها، فليس من وراء ذلك يعود إلى الأهمية التي يكتسبها العنصر البشري في تحقيق الميزة التنافسية ثم إن الأمر لم يكن أن يصل إلى ما وصل إليه لولا الكم الهائل من الدراسات والبحوث التي أكدت على ذلك منذ ظهور المؤسسات إلى يومنا هذا .

تعتبر إدارة الموارد البشرية إدارة وظيفية أساسية في المنظمات تعمل على تحقيق أهداف المؤسسة و الاستخدام الأمثل للموارد البشرية التي تعمل فيها من خلال إستراتيجية تشمل على مجموعة من السياسات و الممارسات المتعددة بشكل يتوافق هذا الاستخدام مع إستراتيجية المنظمة و رسالتها.

فمن خلال الوظائف التي تمارسها هذه الإدارة نستطيع وضع إستراتيجية موارد بشرية وفق متطلبات و احتياجات تنفيذ و إنجاز إستراتيجية المنظمة الحالية و المستقبلية لتسهم من خلالها في توفير قوة بشرية ذات مستوى عالي من الإنتاجية و الفعالية التنظيمية بحيث تكون قادرة على تحقيق أهداف المؤسسة المتمثلة في الميزة التنافسية.

فالتغيرات التي حصلت في هذه الإدارة لم تشمل المسمى فحسب بل شملت مضمون عمل هذه الإدارة و نطاق ممارساتها وأهدافها و علاقاتها، فلم نعد نسمع أو نقرأ عن إدارة الأفراد أو إدارة الموارد البشرية بل عن إستراتيجية تسيير الموارد البشرية التي أصبحت جزءاً لا يتجزأ من إستراتيجية المنظمة.

مقدمة

لقد أصبح لزاما على المؤسسات اليوم، بل إنه المخرج الوحيد لها إن أرادت الإستمرار و النمو تنمية إستراتيجية طويلة الأجل لمقابلة المتغيرات المستمرة التي يجب مواجهتها، فلا الحدس و لا الفطنة كافيان لإعداد مخططات نمو و لا يمكن الإعتماد عليهما فقط بل إن المسيرين بحاجة إلى إستراتيجية تتبع بالنظر إلى جملة الاعتبارات الجديدة في هذا المحيط المنقلب.

لقد فرضت المنافسة على المؤسسات ضرورة التحول نحو التسيير الإستراتيجي لمواردها البشرية كنظام فرعي للتسيير الإستراتيجي خاصة مع التأكيد المتزايد لرواد مقاربة الموارد الداخلية و الكفاءات على أن عوامل الأداء التنافسي المتميز ترتبط بالأصول المعنوية غير الملموسة، كالكفاءات، و المعرفة و الجودة. في ضوء هذه التحولات كان من الضروري على المؤسسات تأهيل نظم التسيير لمختلف وظائفها وفق منظور إستراتيجي، الذي يمثل أحد أنظمة المسئولة عن إدماج الموارد البشرية و مساهمتها في إنجاح إستراتيجية المؤسسة.

ضمن هذا السياق نهدف ضمن هذا الفصل إلى عرض المفاهيم العامة للإستراتيجية في المبحث أول تم تحليل الدور الإستراتيجي ، الإطار المفاهيمي و الفكري للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية وفرضياته الأساسية، وأهم التحولات التي ظهرت على الموارد البشرية في ظل التسيير الإستراتيجي لهذه الموارد. أما المبحث الأخير فيتناول أهم نماذج التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية .

المبحث الأول: الإدارة الإستراتيجية

أولاً: المفاهيم الأساسية الخاصة بالإدارة الإستراتيجية

الإدارة الإستراتيجية كغيرها من العلوم الأخرى لها مصطلحاتها و مفاهيمها الخاصة و التي توضح جوانب مختلفة منها. إذا من المفيد عرض بعض المفاهيم و المصطلحات المرتبطة بها و ذلك بالتركيز على الأبعاد الثلاثة الأساسية لإدارة الإستراتيجية وهي الهدف و الرسالة و الإستراتيجية.

1- **الهدف:** أمل تسعى المنظمة إلى تحقيقه في الأجل الطويل و بمعنى آخر الهدف هو " ما تريد المنظمة تحقيقه"¹ و عادة تعبر عن الأهداف في شكل مستوى معين من العوائد تسعى المنظمة إلى تحقيقه خلال فترة زمنية معينة.

و تجدر الإشارة هنا أن الأهداف يجب أن تكون قابلة للقياس و التحديد و البساطة و الوضوح في صياغتها، كما أن الأهداف يمكن تصنيفها علة أساس الفترة الزمنية إلى أهداف طويلة الأجل (أكثر من ثلاث سنوات) و أهداف متوسطة الأجل (من 1 إلى 3 سنوات) و أهداف قصيرة الأجل (أقل من عام)، كما يمكن تقسيم الأهداف من حيث تأثيرها إلى:

• أهداف عامة على مستوى المنظمة.

• أهداف الإدارات.

• أهداف الأقسام.

أما بخصوص أهمية تحديد الأهداف فيمكن القول أنها تساعد على:

■ تحديد بيئة المنظمة و شرعيتها القانونية و أسباب وجودها في البيئة.

■ تحديد رسالة المنظمة.

■ التنسيق بين مراكز اتخاذ القرارات.

■ تقييم الأداء حيث توفر الأسس و المعايير الخاصة بقياسه على مستوى المنظمة و على

مستوى الوحدات و على مستوى الأعمال الذي تنتمي إليه المنظمة.

2- **الرسالة:** تقوم بعض المنظمات بصياغة رسالتها في شكل مكتوب بينما تفضل أخرى

الاقتصار على الفهم الضمني للرسالة من قبل الأفراد دون الحاجة إلى تدوينها. و بصفة عامة

¹-عبد السلام ابو قحف، الإدارة الإستراتيجية و إدارة الأزمات، دار الجامعة الجديدة للنشر، 2002، ص92.

توضح الرسالة أسباب و جود المنظمة كما أنها تحدد الأهداف أو الإغراض/ الغرض الأساسي للمنظمة.

و تعرف رسالة المنظمة بأنها " تلك الخصائص الفريدة في المنظمة و التي تميزها عن غيرها من المنظمات المماثلة لها"¹.

كما يمكن تعريف الرسالة بأنها " صياغة لفظية تعكس التوجه/ التوجهات الأساسية للمنظمة سواء كانت مكتوبة أو ضمنية".

مما تقدم يمكن القول أن رسالة المنظمة تساعد على:

- تحديد السبب/ الأسباب الرئيسية لوجود المنظمة.
- تحديد الشرعية الاجتماعية أو القانونية للمنظمة.
- تحديد الفلسفة العامة للمنظمة تجاه العملاء، المجتمع، المنتجات أو السلع و الخدمات التي تقدمها، الفئة العاملة و أطراف التعامل الأخرى، و النظرة للمستقبل.
- الربط بين الوظيفة أو المسؤوليات الاجتماعية للمنظمة و أهدافها و غاياتها الرئيسية.

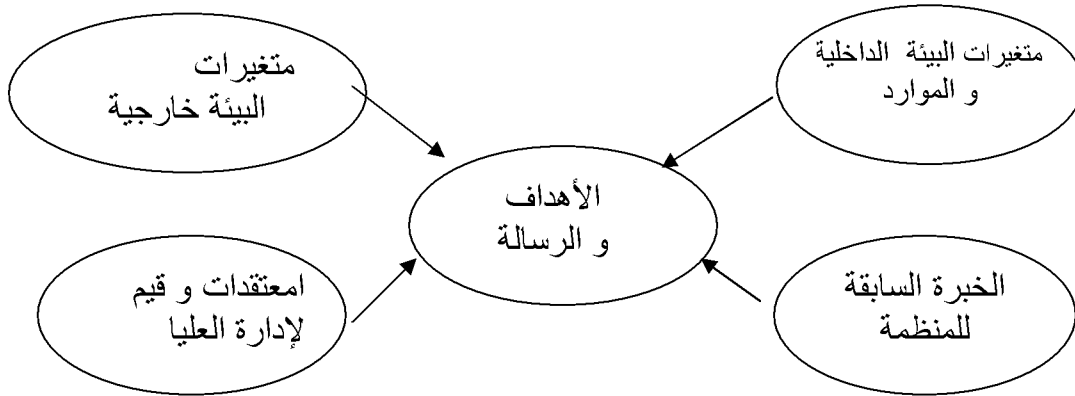
2-1- العوامل التي تؤثر على الرسالة:

يمكن ذكر بعض الأسباب او العوامل التي تؤثر على رسالة المنظمة كالاتي:

- التغيير في العوامل أو القوى البيئية (الطلب، العرض، أطراف التعامل الداخلي و الخارجي، السياسات الحكومية، المركز التفاوضي لجماعات الضغط الخارجية كالنقابات و الأحزاب...الخ.
- مدى وفرة الموارد اللازمة للمنظمة و كذلك القوى الداخلية بالمنظمة (العلاقة بين و اضعي الإستراتيجيات و القائمين على تنفيذها).
- نظام القيم أو المعايير التي تحكم توجهات الإدارة العليا (المواقف الإستراتيجية).

¹ نفس المصدر السابق، ص 37 .

الشكل رقم (1-11): العوامل المؤثرة على الرسالة و الأهداف



المصدر: عبد السلام ابو قحف، الإدارة الإستراتيجية و إدارة الأزمات، 2002، ص92.

2-2- متطلبات بناء و تصميم الرسالة

تعتبر عملية تصميم أو بناء الرسالة من أكثر العمليات أو المهام التي تواجه الإدارة العليا

تعقيدا و بصفة عامة تتطلب عملية بناء و تصميم رسالة المنظمة ما يلي¹:

- تحليل الفجوة بين الأهداف المرغوب الوصول إليها و تلك الأهداف المتوقع تحقيقها.
- تحليل العلاقات القائمة بين واقعيات البيئة الخارجية و القوى أو مصادر الضغوط الخارجية.

- تحليل واقعيات الموارد الحالية للمنظمة من ناحية وعلاقتها بالقوى الداخلية.
- تحليل نظام القيم او حضارة المنظمة و أهداف الإدارة العليا.
- دراسة الإستراتيجيات السابقة و خبرات المنظمة في عمليات و برامج التطوير التي قامت بها من قبل.

3- الإستراتيجية: تاريخيا اشتق هذا الاصطلاح من اللفظ اليوناني " استراتيجيا

"strategia" و هو يعني علم و فن قيادة و توجيه الجيوش، و ما أن تم استخدام اصطلاح الإستراتيجية في ميدان الأعمال و على مستوى الأجهزة الحكومية و غيرها من المنظمات و محاولات تعريفها تتصف بالتعدد و في هذا الإطار سوف يتم عرض بعض هذه المحاولات:

- بروان، كورنر Brown et Conner " الإستراتيجية هي تحديد و تقييم المسارات البديلة لتحقيق رسالة أو هدف محدد ثم اختيار البديل المناسب.

¹ - المصدر السابق، ص51.

■ جلويكو جاوش Glueck et Jauch: "الإستراتيجية هي خطة موحدة و متكاملة و شاملة و تربط بين المزايا التنافسية للمنظمة و التحديات البيئية و التي تم تصميمها للتأكد من تحقيق الأهداف الأساسية للمنظمة من خلال تنفيذها الجيد بواسطة المنظمة."¹

■ الإستراتيجية كم يراها شاندر Chandler "الإستراتيجية تنطوي على تحديد الأهداف طويلة الأجل لمشروع معين و تحديد الإجراءات والأنشطة الخاصة بتخصيص الموارد اللازمة أو الوحدات الإنتاجية و تنويع أو إنشاء خطوط جديدة للإنتاج لتحقيق مجموعة محددة من الاهداف".²

من خلال التعاريف السابقة يمكن ترتيبها حسب المستويات التالية: مستوى الأهداف، مستوى المخططات، مستوى المحيط، مستوى التغير.

← على مستوى الأهداف: تركز على تحديد الأهداف على المدى البعيد و تخصيص الموارد اللازمة لتحقيقها (السياسة العامة للمؤسسة).

← مستوى الخطط: تركز على مخطط لتفعيل الموارد على أفق أو مدة معينة (التخطيط الإستراتيجي).

← على مستوى المحيط : تتضمن كل قرار يعمل على جعل المؤسسة ذات تنافسية على المدى البعيد وتقوية تنافسيتها في محيط يمتاز بالتنافسية الشديدة (مقاومة السوق).

← مستوى التغير: الإستراتيجية كل قرار يفرض تغييرات هامة على مستوى التسيير الهيكلي للمؤسسة (أهدافها، نشاطاتها، تنظيمها... الخ).

يمكن جمع مختلف هذه التصورات على النحو التالي:

" الإستراتيجية تعني تخطيط التغير بهدف جعل الموارد المؤسسة تتماشى و فق متطلبات المحيط التنافسي من اجل تحقيق الأهداف الأساسية".

¹ - عبد السلام ابو قحف، الإدارة الإستراتيجية و ادارة الأزمات، دار الجامعة الجديدة للنشر، 2002، ص54.

² - نفس المصدر ص55.

" الإستراتيجية هي مجموعة القرارات و التوجهات و الأنشطة بهدف تحديد الأهداف العامة التركيز على اختيار الموارد لتحقيق هذه الأهداف، وتطبيق السياسات و الإجراءات التي تتضمن مراقبة تحقيق هذه الأهداف بفاعلية ومردودية¹.

أعطى Henry Mintzberg مفهومه للإستراتيجية اعتبر أنه انعطف بالفكر الاستراتيجي انعطافا متميزا خالف كل الذين سبقوه في هذا المضمار، وأطلق على اجتهاده **Five P's** كل منها يبدأ بحرف **p** إذ يرى أن الإستراتيجية هي:

- **Plan** (خطة توضع لتحديد سبل التصرف و الخطوط العريضة للإستراتيجية).
- **Ploy**: تعني كيفية المناورة في تحقيق الهدف و خاصة عندما تكون هناك منظمات متنافسة.
- و نموذج **Pattern**: الأنماط التي يمكن التعامل معها، أو الطرق التي بواسطتها يمكن تحقيق الأهداف.

▪ **Position**:الموقف الذي تريد المنظمة الوصول إليه.

- **Perspective**: يعني المنظور الذي يساعد على رؤية الأشياء وفقا لعلاقتها الصحيحة أو أهميتها النسبية و هذا يساعد على عملية التطبيق الصحيح لإدارة الجودة الشاملة.
- و إعتبر أن الإستراتيجية عبارة: "عن خطة موضوعة تحدد سياسات وسبل التصرف وهي حيلة أو خدعة تتمثل في مناورة الالتفاف حول المنافسين وهي نموذج متناغم الأجزاء من خلال السلوك المعتمد أو غير المعتمد للوصول إلى وضع مستقر في البيئة، وهي في النهاية منظور فكري يعطي القدرة على رؤية وإدراك الأشياء وفقا لعلاقتها الصحيحة.

ثانيا: مفهوم الإدارة الإستراتيجية

إذا كانت الإستراتيجية هي إحد نواتج الإدارة الإستراتيجية و إذا كانت رسالة المنظمة تحدد في ضوء أهدافها فإن مسؤولية تحديد كل من الرسالة و الأهداف تقع أيضا على عاتق الإدارة الإستراتيجية، فإن الفهم الجيد لعملية الإدارة الإستراتيجية يمكن من الوصول إلى نتائج أكثر جودة وبدون الدخول في تفاصيل كثيرة، سيتم عرض وجهتي نظر في هذا الخصوص.

- طبقا لجلويك و جاوش Gluech et Jauch يمكن تعريف الإدارة الإستراتيجية بأنها¹ " سلسلة متصلة من القرارات و التصرفات التي تؤدي إلى تنمية أو تكوين

¹ - Michael Marchesnay, Management Stratégiques, les éditions de l'ardreg ,2004,P20.

إستراتيجية/استراتيجيات فعالة تساعد في تحقيق أهداف المنظمة. فعلمية الإدارة الإستراتيجية هي طريقة يمكن من خلالها تحديد الأهداف و صنع القرارات الإستراتيجية".

■ القرارات الإستراتيجية هي وسيلة لتحقيق غاية أو نهاية معينة و تحتوي هذه القرارات تحديداً للامعمال و المنتجات و الأسواق التي سيتم ختمتها بالإضافة الى الوظائف التي يجب انجازها و السياسات اللازمة لتنفيذ هذه القرارات و تحقيق الأهداف.

■ أما كوتلر Kolter فيرى أن الإدارة الإستراتيجية هي " عملية تنمية و صيانة العلاقة بين المنظمة و البيئة التي تعمل فيها من خلال تنمية أو تحديد غايات و أهداف و استراتيجيات نمو وخطط لمحافظة الأعمال لكل العمليات و الأنشطة التي تمارسها هذه المنظمة"².

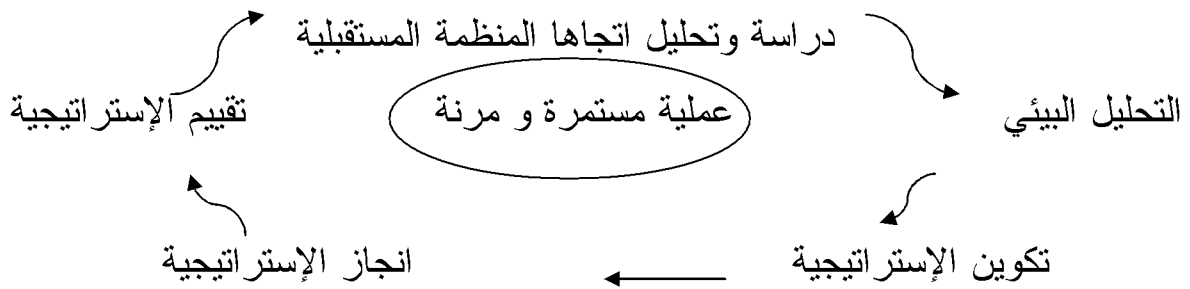
من خلال التعاريف يمكن ملاحظة الآتي:

■ أن النواتج الرئيسية الإدارة الإستراتيجية هي استراتيجيات و قرارات إستراتيجية.
■ أن رسالة المنظمة تحدد أهدافها و غاياتها، و أن الإستراتيجية و خطة محافظة الأعمال هما دالة من كل من الرسالة و الأهداف.

■ إن الربط بين المنظمة و البيئة الخارجية يمثل شرط ضرورة لبناء الإستراتيجيات.

ثالثاً: مكونات الإدارة الإستراتيجية

الإدارة الإستراتيجية كعملية إدارية ، هي نشاط مستمر على شكل حلقة مكونة من خمس مراحل كما هو موضح في الشكل (II - 2) : مكونات الإدارة الإستراتيجية.



المصدر: عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة بعد إستراتيجي، دار وائل للنشر، 2005، ص58.

1- دراسة وتحليل اتجاهها المنظمة المستقبلية:

تمثل اتجاهات المنظمة رسالتها و رؤيتها المستقبلية ، أي ما تريد ان تحققه على المستوى الزمني البعيد. كما تمثل ثقافتها التنظيمية و فلسفتها الإدارية و ما تشمل عليه من قيم و عادات

¹- عبد السلام ابو قحف، الإدارة الإستراتيجية و ادارة الأزمات، دار الجامعة الجديدة للنشر، 2002، ص63.

²- نفس المصدر السابق، ص64 -

تنظيمية، فاتجاهات المنظمة تحدد خط سيرها المستقبلي الذي أساسه ترسم و توضح إستراتيجيتها و يحدد كيفية تنفيذها و تحقيق أهدافها و بالتالي رسالتها.

2- التحليل البيئي: و يطلق عليه مختصر SWOT و تتكون من شقين:

2-1 تحليل البيئة الداخلية: و يمثل المناخ الداخلي للمنظمة في مجموعة العناصر البشرية و المادية و المعنوية التي تتفاعل و تتساند في سبيل تحقيق الإنتاج الذي تتقدم به المنظمة إلى السوق، و تعمل على تحقيق أهدافها التي قامت من أجلها. و يضم المناخ الداخلي للمنظمة :

- الأفراد (الموارد البشرية) بمختلف قدراتهم و نوعياتهم و مهاراتهم و مستوياتهم الوظيفية.
- الأعمال (الوظائف) التي تؤدي بواسطة هؤلاء الأفراد على اختلاف درجاتهم من الأهمية و التعقيد و التشابك.

- المعدات و التجهيزات و الموارد المادية التي يستعين بها الأفراد في أداء الوظائف.
- النظم و الإجراءات و الأساليب المتبعة أو واجبة الإتباع لأداء الأعمال.
- التقنية السائدة في المنظمة و مستوى التقدم التقني في أداء الأعمال.
- المعلومات المتوفرة و المستخدمة في إتخاذ القرارات و مباشرة الأعمال المختلفة.
- العلاقات الإنسانية بين أفراد المنظمة و ما يميزها من إيجابيات(تعاون) أو سلبيات(التنازع و الصراع).

- العلاقات التنظيمية التي تحدد الأدوار و المهام و المستويات و الصلاحيات لكل طرف من أطراف المنظمة كما يعبر عنها الهيكل التنظيمي(التنظيم الرسمي)، أو كما تعبر عنها العلاقات الفعلية القائمة بين الأطراف (التنظيم الغير الرسمي).

يجمع المناخ الداخلي بصفة عامة ما تتمتع به المنظمة من قدرات و إمكانيات توظفها في تحقيق أهدافها كما يضم القيود و المحددات التي توضح القدرة الحقيقية أو الفعلية التي يمكن للمنظمة الاعتماد عليها فعلا.

و من أهم السمات العامة لتقافة المنظمة التي تهتم بها إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية درجة الانفتاح الفكري الذي يسود المنظمة، و مدى تقابل الأفكار الجديدة و التطورات التقنية المتجددة، و أسلوب إدراك التغيير، و القدرة على اكتشاف الفرص و اجتناب المعوقات و

المخاطر، و مدى تشجيع الابتكار و المبادأة بين أفراد المنظمة، كما تهتم بالتعرف على مدى شيوع الثقة و التعاون المشترك بين أفراد المنظمة.

و تتبلور نتائج تحليل المناخ الداخلي في التعرف على نقاط القوة Strengths و مصادر التميز في المنظمة، و نقاط الضعف Weaknesses و مصادر التخلف التي تعاني منها. و كذلك الترتيب النسبي لنقاط القوة و الضعف، و الأسباب و العوامل المسببة لهما و بالتالي تستطيع إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية تخطيط و جدولة الإجراءات التصحيحية اللازمة لتأكيد استثمار نقاط القوة، و تلافي أسباب الضعف و تحديد الأولويات السليمة للتدخل الإداري في هذه المناطق. كذلك يمكن لإدارة الموارد البشرية الإستراتيجية تقدير التكلفة المصاحبة لإجراءات العلاج الإدارية، و العائد المتوقع من هذه التكلفة. و في جميع الأحوال تكون نتائج تحليل المناخ الداخلي مصدرا مهما للمعومات في بناء إستراتيجيات الموارد البشرية و غيرها من الإستراتيجيات الوظيفية بالمنظمة.

2-2 تحليل البيئة الخارجية : يقصد بتحليل المناخ التعرف الدقيق و المتابعة النشطة لعناصر

المناخ و مكوناته و ما يطرأ عليها من تغيرات، و رصد اتجاهات الحركة و التطور في تلك العناصر المناخية و التوقع المبكر للتحويلات التي يمكن ان تصيب المناخ من أجل تقدير أثارها على عمل الإدارة . و يضم المناخ الخارجي كل ما يحيط بالمنظمة من مؤسسات و كيانات و تجمعات تتصل بعملها بشكل مباشر أو غير مباشر و الصفة الأساسية لعناصر المناخ الخارجي أنها تقع بدرجات مختلفة خارج نطاق السيطرة و التأثير المباشر لإدارة الموارد البشرية الإستراتيجية، بينما تستطيع تلك العناصر الخارجية التأثير بدرجات مختلفة في توجهات و أساليب و فرص إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية على تحقيق أهدافها. يهدف هذا التحليل إلى تحليل الفرص المتاحة Opportunités في البيئة الخارجية و هذه الفرص يجب إغتنامها لأنها تحقق منافع للمنظمة. كما يهدف هذا التحليل إلى تحليل التحديات Thréatens المحيطة بالمنظمة و التي تشكل أخطارا على نشاطها يجب تفاديها أو الاستعداد لوها لمواجهةها.

3- **تكوين الإستراتيجية:** ففي ضوء نتائج التحليل البيئي السابق توضع إستراتيجية المنظمة التي توضح مخطط سيرها في المستقبل ومن أجل تحقيق أهدافها وطموحاتها و هنا يحتاج الأمر إلى اتخاذ قرارات في اتجاهين:

▪ قرارات يجب اتخاذها من أجل اغتنام الفرص.

▪ قرارات من أجل التصدي للتحديات و المخاطر.

و يشتمل تكوين الإستراتيجية على الخطوات التالية:

- تحديد الخيارات الإستراتيجية: الخيارات هي البدائل و الإستراتيجيات التي يمكنها جمعيا أن تحقق أهداف المنظمة المستقبلية التي تطمح إلى انجازها، لكن بإمكانات و مسارات متنوعة و مختلفة و في ظل ظروف محددة.

- تقييم الخيارات الإستراتيجية و إختيار الأنسب: تتطلب عملية التقييم و الاختيار ووضع معايير للمفاضلة و الانتقاء، فمن خلال هذه المعايير يتحدد الخيار الإستراتيجي

(الإستراتيجية) أو البديل الأفضل الذي يتوافق مع ظروف المنظمة. يحتاج اختيار البديل عادة إلى اتخاذ قرار إستراتيجي هام وخطير من قبل الجهة صاحبة السلطة لأن هذا الخيار يحدد إستراتيجية المنظمة المستقبلية و خط سيرها لفترة زمنية طويلة.

- صياغة الإستراتيجية: في ضوء الخيار الإستراتيجي الذي جرى انتقاءه تتم عملية صياغة الإستراتيجية المنظمة العامة، التي توضح مجالات الأعمال التي تستعمل فيها و تحقق أهدافها و تسمى هذه المجالات بوحدات الأعمال.

- تحديد الأفعال و اتخاذ القرارات: يقصد بالأفعال هنا النشاطات الخاصة بكل و حدة أعمال على حدة التي يتوجب عليها القيام بها أو التي من خلالها تتمكن من تحقيق الأهداف المحددة لها و منافسة الآخرين في السوق و التفوق عليهم و هذا يتطلب اتخاذ قرارات لتنشيط مجال الاستثمار في وحدات الأعمال، لتكون أكثر فاعلية و لتحقيق لها المقدر التنافسية.

من خلال ما تقدم يتضح لنا أن هناك ثلاثة مستويات لاتخاذ القرارات الإستراتيجية :

▪ **مستوى الإستراتيجية الشاملة:** تحدد هنا مستوى وحدات الأعمال التي ستستثمر فيها موارد المنظمة، وهي تمثل مجالات عمل و نشاط المنظمة المستقبلي، كما تحدد كيفية إدارة

هذه الوحدات. بناء عليه توضح هذه الإستراتيجية نوع الأعمال التي تريد ان تعمل المنظمة ضمنها و تستثمر فيخها مواردنا في سبيل تحقيق الأهداف ، فهي تحدد ما يلي:

- الأعمال التي سيستغنى عنها.
- الأعمال الجديدة التي يراد دخولها و الاستثمار فيها.
- الأعمال التي سيدخل عليها تعديلات معينة مطلوبة و الاستثمار فيها.

و يتم من خلال هذه الإستراتيجية وضع سلم لأولويات الاستثمار لتوجيه موارد المنظمة الى الأعمال التي هي أكثر جاذبية من غيرها.

■ **مستوى إستراتيجية الأعمال:** تعرف و وحدات الأعمال الإستراتيجية على أنها "أحد الأقسام (الفروع أو الإدارات) التشغيلية في منظمة ما و التي تخدم سلعة أو سوق أو قطاع محدد أو مجموعة معينة من المستهلكين او منطقة جغرافية معينة و لها كامل الحرية أو السلطة في اتخاذ القرارات الإستراتيجية في إطار التوجهات الأساسية للمنظمة طالما أنها تخدم أهداف هذه المنظمة"¹.

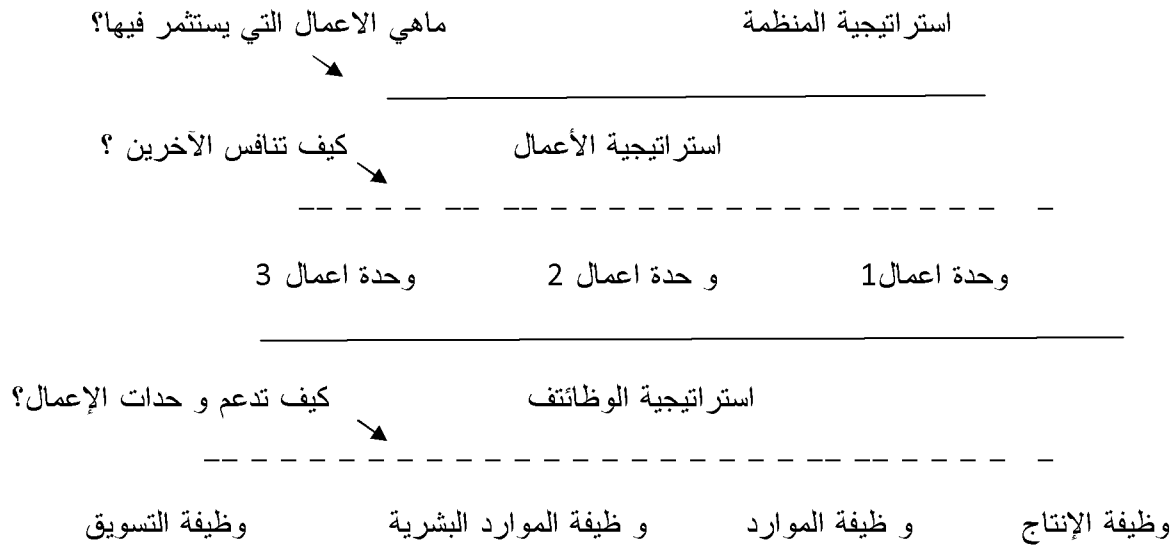
تحدد هذه الإستراتيجية الأفعال التي ستنفذ في كل وحدة أعمال على حدة و اتخاذ القرارات الخاصة بذلك و تركز الجهود هنا من اجل جعل فاعلية الأداء في وحدة الأعمال في أعلى مستوى لتكون أكثر قدرة على المنافسة في السوق. و يمكن القول أن محور اهتمام إستراتيجية هذا المستوى يدور حول كيف تنافس و وحدات الأعمال الآخرين؟

■ **مستوى إستراتيجية الوظائف:** تنص إستراتيجية هذا المستوى بتعيين الوظائف (النشاطات) الرئيسية التي ستمارس في و وحدات الأعمال مثل وظيفة الإنتاج و وظيفة الشراء و وظيفة الموارد البشرية... الخ حيث تتخذ في هذه الوظائف قرارات من اجل تعظيم استخدام الموارد في كل و وظيفة من هذه الوظائف. و بالتالي تدور هذه الإستراتيجية حول سؤال مفاده كيف ندعم و نقوي و حدة الأعمال لتكون قادرة على المنافسة؟

و نود الإشارة إلى أن هذه المستويات الثلاثة متكاملة مع بعضها أي أن كل منها يكمل الآخر و هي على شكل سلسلة حلقات تتصل بعضها ببعض. وفيما يلي الشكل الذي يوضح هذه المستويات.

¹ - عبد السلام ابو قحف، الإدارة الإستراتيجية و ادارة الأزمات، دار الجامعة الجديدة للنشر، 2002، ص69.

الشكل (II-3): مستويات الإستراتيجية



المصدر : عمر وصفي عقيلي. إدارة الموارد البشرية المعاصرة، دار وائل للنشر، ص62.

4- تنفيذ الإستراتيجية: يشمل الإنجاز على خمسة عناصر أساسية هي ما يلي :

- القيادة: و تمثل نمط أو الأسلوب القيادي الذي سوف يتبع في عملية انجاز الإستراتيجية، وهذا النمط تفرضه طبيعة الإستراتيجية أي أن اختياره يتحدد في ظل ظروف تنفيذها في البيئتين الداخلية و الخارجية و تمثل القيادة أهم عنصر من عملية الإنجاز.
- الهيكل التنظيمي: يحدد التصميم الهيكلي للمستويات الإدارية، الوظائف أو الإدارات و الأقسام اللازمة لتنفيذ الإستراتيجية التي يجب أن تكون موجودة في كل مستوى، وارتباط الوحدات الإدارية ببعضها البعض، ويتم اختيار نمط الهيكل التنظيمي المناسب في ضوء طبيعة الإستراتيجية و ظروف تنفيذها.
- الرقابة: تعمل هذه الأنظمة على دعم و ضبط عملية تنفيذ الإستراتيجية، ويشمل على معايير و ضوابط يتم التنفيذ بموجبها. ومن أهم هذه الأنظمة نظام المعلومات، نظام ضبط الجودة، النظام المالي...الخ.
- التكنولوجيا: التقنية وأدواتها مسالة هامة في تنفيذ الإستراتيجية ففي ضوءها تصمم الأعمال و الهيكل التنظيمي وتحدد نوعيات الموارد البشرية(المهارات) المطلوب استخدامها، والتكنولوجيا أيضا تؤثر مباشرة في جودة و سهولة و سرعة و تكلفة الأداء.

- إدارة الموارد البشرية : تمثل هذه الإدارة الممارسات و الأساليب المستخدمة في مجالات اختيار الموارد البشرية المناسبة للعمل و تأهيلها، و تنميتها، و تحفيزها لتكون قادرة على تنفيذ الإستراتيجية بفاعلية كبيرة.

5-تقييم الإستراتيجية: يمثل التقييم الحلقة الأخيرة في سلسلة عملية (مكونات) الإدارة الإستراتيجية، فمن خلال أنظمة الرقابة و المتابعة الموضوعية يمكن الحصول على معلومات على شكل أغذية عكسية تفيد في تحديد مدى نجاح المنظمة من خلال أدائها الكلي في تحقيق ما خططت له للمستقبل البعيد و تحديد التغيرات التي ظهرت للعمل على تلافيها و الإيجابيات للعمل نعلى تدعيمها والاستفادة منها بشكل أكثر، وما هي التغيرات التي يتوجب إدخالها وتبنيها في الإستراتيجية القادمة. و يمكن القول أن مرحلة التقييم توضح مدى النجاح في تنفيذ المراحل السابقة التي تتكون منها إستراتيجية المنظمة.

إن المكونات الخمسة التي عرضت آنفا و التي توضح عملية الإدارة الإستراتيجية، إنما تمثل نموذجا إرشاديا يبين لنا كيف يتم وضع الإستراتيجية، و كيف تنفذ و ما هي الممارسات التي يجب القيام بها و ما هي مستلزمات التنفيذ دون التعرض لتفاصيل ه العملية فالغاية من عرضنا للإدارة الإستراتيجية هو التمهيد لعرض و شرح إستراتيجية الموارد البشرية التي هي أساس موضوع البحث.

رابعا: أنواع الإستراتيجيات

تتعدد و تتنوع الإستراتيجيات التي تستخدمها المنظمات في مجابهة الظروف البيئية المحيطة بها و التكيف معها، حيث لكل إستراتيجية ظروف معينة تستخدم فيها و توافقها دون أخرى و فيما يلي عرض لعدد من الإستراتيجيات الشائعة في الاستخدام.

1- إستراتيجية قيادة التكلفة المنخفضة: تهدف هذه الإستراتيجية و تسعى إلى تخفيض تكلفة الإنتاج مقارنة بتكلفة المنافسين و ذلك من أجل طرح المنتج بسعر أقل منهم، وتحقيق حصة أكبر في السوق.

2- إستراتيجية الاندماج: تركز هذه الإستراتيجية على إدماج أكثر من شركة مع بعض لتكوين شركة كبيرة ذات إمكانات قوية وواسعة و بمسمى قانوني جديد و ملكية مشتركة و يكمن وراء

هذه الإستراتيجية عدة أهداف منها: احتكار السوق، توسيع الأعمال، تقوية الإمكانيات من أجل إنتاج سلع و خدمات جديدة...إلخ.

4- إستراتيجية التصفية: و تعني إنهاء أعمال المنظمة بشكل كامل و بيع موجوداتها للحصول على أموال سائلة تسدد بها الديون المترتبة عليها و توزيع الباقي على الملاك، وهذا يعني زوال المنظمة بسبب عدم قدرتها على المنافسة و تحقيق الأرباح.

5- إستراتيجية التنوع: تسعى المنظمة من وراء هذه الإستراتيجية إلى توسيع نشاطها بإنتاج تشكيلة من السلع و الخدمات و تستخدم في حالة الازدهار الاقتصادي و زيادة الطلب على السلع و الخدمات وكذلك لمنافسة الآخرين لكسب حصة أكبر من السوق، عن طريق تلبية حاجات أكبر عدد ومن المستهلكين و كذلك للحد من المخاطر الاعتماد على منتج واحد و توزيع المخاطر على عدة منتجات.

6- إستراتيجية التركيز : تسعى هذه الإستراتيجية إلى استهداف سوق معين أو شريحة معينة من المستهلكين، و تركيز نشاط المنظمة الإنتاجي و التسويقي عليها، بحيث تعطيهما المنظمة كل اهتماماتها من أجل تسويق منتجها فيهما.

7- إستراتيجية التميز: تسعى المنظمة من خلال تبني هذه الإستراتيجية إلى بناء سمعة خاصة و متميزة لسلعها و خدماتها، بحيث تفرد بهذه السمعة و تتميز عما ينتجه المنافسون. وتعتمد هذه الإستراتيجية على التميز في جودة المنتج، بحيث تفرد بهذا المنتج و تتخطى منافسيها.

8- إستراتيجية الانكماش: تقوم المنظمات من خلال هذه الإستراتيجية بتخفيض حجم أعمالها و استثماراتها لأنها تدرك أنها إذا استمرت في وضعها الحالي فسوف تحقق خسائر في المستقبل تهدد بقاءها و تتبع هذه الإستراتيجية في حالة و جود ركود اقتصادي او عدم القدرة على منافسة الآخرين.

9- إستراتيجية النمو: تعمل المنظمات التي تطبق هذه الإستراتيجية على توسيع أعمالها و نشاطاتها الاستثمارية، و تتبع عندكما يكون حالة من الازدهار الاقتصادي و زيادة الطلب على السلع و الخدمات و هناك تفاؤل و احتمالات النجاح كبيرة.

10- إستراتيجية التحول : يتم من خلال تطبيق هذه الإستراتيجية تغير نشاط المنظمة بشكل كلي و تحويله لمجال آخر، و هناك أسباب كبيرة تدفع المنظمات لاعتماد هذه الإستراتيجية مثل :

تقادم المنتج و لم يعد هناك طلب عليه أو عدم القدرة علة منافسة الآخرين أو ظهور مجالات استثمارية جديدة تحقق أرباحا أعلى. و تجدر الإشارة إلى أن تطبيق هذه الإستراتيجية يتطلب تغييرا جذريا في جميع مكونات العمل الحالية.

11- إستراتيجية التوقف: تركز هذه الإستراتيجية على فكرة المراوحة في نفس المكان، أي عدم التوسع في أي نشاط في الوقت الحالي و المحافظة علة الوضع الراهن عدم تخفيض حجم الأعمال الحالية، و تتبع في حال عدكم القدرة على التنبؤ فيما سوف يحدث في الفترة القادمة و عدم وضوح الرؤية المستقبلية.

المبحث الثاني : التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية

أولاً: الإطار النظري للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية

نتناول ضمن هذا الإطار التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية و أبعاده الفكرية من حيث عناصره الأساسية و الاعتبارات و الأسس الداعية إلى الإهتمام بالعنصر البشري بإعتباره موردا إستراتيجيا.

01 - تعريف إستراتيجية الموارد البشرية: يعرف التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية على أنه عملية اتخاذ القرارات التي تعمل على تكيف الموارد البشرية مع البيئة التنافسية، وعلى تدعيم إستراتيجية المؤسسة و تحقيق أهدافها الإستراتيجية، و بالتالي فهو مجموعة الإستراتيجيات و الخطط الموجهة لإدارة التغيير في نظام الموارد البشرية و التي تعمل على تدعيم إستراتيجية المؤسسة لمواجهة التغييرات البيئية.

كما يعد التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية مدخلا لصناعة القرارات الإستراتيجية الخاصة بالعاملين على كافة المستويات التنظيمية ، بحيث يتم توجيهه في ظل التسيير الإستراتيجي للمؤسسة و استراتيجيتها التنافسية، كما يعبر ذلك التسيير عن الاتجاه العام للمؤسسة لبلوغ أهدافها الإستراتيجية من خلال مواردها البشرية و كفاءاتها¹.

مما سبق يتبين أن التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية نظام يهدف إلى تحقيق الاستثمار الفعال للقدرات و المهارات البشرية ، من خلال اعتماد إستراتيجيات ملائمة ، و تطبيق أنظمة و تطبيق خطط، و برامج تعمل على تحسين أداء الموارد البشرية، و تمكين المؤسسة من تحقيق الميزة التنافسية على المدى الطويل.

و تتمثل عناصر التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في :

- دراسة و تحليل العوامل التنافسية المحيطة بالمؤسسة بهدف التعرف على الفرص المتاحة و التهديدات المحتملة.
- دراسة و تحليل نظام الموارد البشرية و تحديد نقاط القوة لاستثمارها، و نقاط الضعف المطلوب معالجتها.
- صياغة البدائل الإستراتيجية الخاصة بالموارد البشرية لتنفيذ إستراتيجية المؤسسة التنافسية.

¹ - أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية، منظر و القرن الواحد و العشرون ، دار الكتب ، القاهرة ، ص48.

- وضع الخطط الوظيفية و البرامج و السياسات الخاصة بالموارد البشرية.
- مراقبة إستراتيجيات الموارد البشرية و تقييم مدى تحقق الأهداف الإستراتيجية.
- تفرض المنافسة على المؤسسة ضرورة تحديد إستراتيجية لموارد البشرية وإستراتيجيات التطوير التنظيمي، ذلك أن التسيير الإستراتيجي يركز على العلاقة ذات الوجهة الواحدة والتي تنطلق من إستراتيجية المؤسسة إلى إستراتيجية الموارد البشرية. ذلك أن الموارد البشرية تعتبر مصدرا للتنافسية التي على أساسها يمكن أن تصاغ الخيارات الإستراتيجية. كما يفترض التحديد المسبق للأهداف الإستراتيجية و ارتباط التنفيذ بالوسائل أن يؤثر في صياغة الإستراتيجية .
- و ضمن هذا الإطار يمكن إيجاد علاقة بين إستراتيجية المؤسسة التنافسية و إستراتيجية الموارد البشرية، تركز على فرضية التحديد المسبق للخيارات الإستراتيجية، ومساهمة تسيير الموارد البشرية في صياغة و تنفيذ الإستراتيجية.
- إن التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية يمكن أن يركز على:-
- عدم اعتبار إستراتيجية المؤسسة مخرجات معدة مسبقا يتعين على الموارد البشرية التكيف معها.
- إمكانية تغيير الهيكل و ثقافة المؤسسة قبل إعداد الإستراتيجية.
- أن لا تكون إستراتيجية الموارد البشرية كرد فعل تابع، بل يجب أن تساهم في إعداد إستراتيجية المؤسسة.
- و لقد ساهمت الكثير من الدراسات في إدراك المؤسسات لأهمية التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في تعزيز الأنشطة الرئيسية و الثانوية المساهمة في تحقيق الميزة التنافسية و خلصت هذه الدراسات إلى أن وظيفة الموارد البشرية قد تحولت بالفعل من مجرد وظيفة مستقلة و متخصصة إلى اعتبارها مصدرا للقدرة التنافسية للمؤسسة، وذلك من خلال المشاركة الفعالة مع المسؤولين في الأنشطة الأخرى كما توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :
- تعتبر كل من الإنتاجية و الجودة و تحقيق رضا المستهلك أبرز الأهداف التي يجب على المؤسسة أن تسعى إلى تحقيقها، من خلال الربط بين التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية و إستراتيجية المؤسسة.

- إن أكبر التحديات التي تواجه الموارد البشرية تكمن في مدى قدرتها على تحقيق التحول من التوجه بالعمليات إلى التوجه الإستراتيجي.
- أن يكون التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية مسؤولية مشتركة بين مديري الموارد البشرية و المديرين التنفيذيين بالمؤسسة.
- يجب على التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية أن يكون أكثر استجابة للمتطلبات التنافسية.
- تعد العولمة و التغيير في سمات الموارد البشرية أهم القوى المؤثرة على القوى التنافسية للمؤسسات الحديثة.
- يجب أن يركز التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية على تحقيق الجودة و استثمار المعرفة و تنمية الكفاءات.
- إن تحقيق التميز في أداء المؤسسات الاقتصادية في ظل تحديات البيئة التنافسية الجديدة لا يتوقف على امتلاك الموارد المادية أو المالية، أو التكنولوجيا، بل على قدرة استقطاب الموارد و الكفاءات البشرية و استثمارها، ذلك أن مفهوم القدرة التنافسية يشير إلى إمكانية المؤسسة في الحفاظ و زيادة حصتها السوقية في الصناعة المنتمية إليها.
- يرتبط مفهوم القدرة التنافسية بفعالية المؤسسة التي تتحدد ضمن إشباع احتياجات العملاء، بحيث يساهم التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في تنمية تلك القدرة من خلال:
 - إختيار الكفاءات القادرة على الابتكار و التطوير التي تتصف بالأداء الجيد.
 - تدريب العاملين على تكنولوجيا الأداء الإنتاجي و الفني.
 - تنمية ولاء العاملين و إنتمائهما للمؤسسة من خلال تحسين بيئة العمل الملائمة.
 - زيادة الإنتاجية من خلال تنمية القدرة و الرغبة في العمل.
- ثانيا - الإطار الفكري للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية
- تعتبر الموارد البشرية ممثلة في العاملين من مختلف الفئات و المستويات و التخصصات دعامة حقيقية تستند عليها المؤسسة الاقتصادية الحديثة، إذ أصبح العاملون أداة لتحقيق الأهداف الإستراتيجية، فهم مصدر الإبداع و التطوير و توظيف باقي الموارد المادية.

إن اهتمام التسيير الحديث بالموارد البشرية يعبر عن محاولة إيجاد التوازن الدائم بين الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة و الأهداف الاقتصادية و الاجتماعية للأفراد، و كذلك بين التكلفة و العائد ذو الصلة بالاستثمار البشري. إن من أهم ما أحدثته التغيرات و التحولات العالمية الجديدة من تأثير جذري في الفكر التسييري، هو الاهتمام و العناية بالموارد البشري باعتباره موردا إستراتيجيا بناء على الأسس التالية¹:

- كون المورد البشري طاقة ذهنية و قدرة فكرية و مصدرا للمعلومات و الاقتراحات و الابتكارات و عنصرا فاعلا قادرا على المشاركة الإيجابية.
- رغبة المورد البشري في تحمل المسؤولية و عدم اقتناعه بالأداء السلبي لمجموعة من الأداء المحددة من طرف الإدارة العليا، بل هو يبحث عن المبادرة و السعي للتطوير و الإنجاز.
- إن الاختيار و التدريب الجيد للمورد البشري ووضعه في المكان المناسب حسب مهاراته ورغباته يعد ضمانا للأداء الجيد و العالي دون الرقابة المباشرة.
- يرتفع أداء العنصر البشري إذا عمل ضمن فريق جماعي تتوزع فيه مسؤوليات العمل.
- نقد تكاملت المفاهيم الحديثة لتسيير الموارد البشرية بحيث تناولت قضايا استثمار الموارد البشرية من منظور شامل و متكامل، يعكس الإسهامات و الإضافات الإيجابية للتيارات الفكرية مستمدة من نموذج التسيير الحديث المواكب للتغيرات التنافسية الجديدة العالمية.
- إن المنطق الأساسي للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية يتمثل في ضرورة إحترام المورد البشري و استثمار قدراته و طاقاته و توظيفها، و اعتباره شريكا في العمل لا أجيء، الأمر الذي جعل مفاهيم التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية تختلف بشكل جذري عن مفاهيم تسيير الأفراد أو تسيير الموارد البشرية.

¹ - علي السلمي، إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية، دار غريب، القاهرة، 2002، ص 42.

الجدول رقم (II-4) : الفرق بين تسيير الموارد البشري و التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية.

تسيير الموارد البشرية	التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية
<ul style="list-style-type: none"> - الإهتمام بالمورد المادي للمورد البشري . - الأداء الآلي للمهام دون تفكير و مشاركة في إتخاذ القرار 	<ul style="list-style-type: none"> - الإهتمام بالبناء الفكري و العقلي و المعرفي للمورد البشري. - المشاركة الإيجابية في اتخاذ القرار و تحمل المسؤوليات.
<ul style="list-style-type: none"> - التركيز على الجوانب المادية في العمل. - الإهتمام بقضايا الأجور و الحوافز. - تحسين بيئة العمل المادية. 	<ul style="list-style-type: none"> - التركيز في محتوى العمل. - البحث عن آليات استثمار القدرات الفكرية. - الإهتمام بالحوافز المعنوية.
<ul style="list-style-type: none"> - تركيز التنمية البشرية على التدريب المهني و اكتساب الفرد مهارات يدوية. - تنمية العمل و الأداء الفردي. 	<ul style="list-style-type: none"> - تركيز التنمية البشرية على تنمية الإبداع و الابتكار و تنمية المهارات الفكرية و استثمارها. - تنمية العمل و الأداء الجماعي.

المصدر : علي السلمي ،مرجع سبق ذكره، ص45.

و تبرز ملامح الإطار الفكري المميز للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في مجموعة جوانب أساسية هي¹ :

- يعد نظاما متكاملا و مترابطا يضم مجموعة من العمليات و الأنشطة المتصلة و المتداخلة فيما بينها.

- تتوقف فعاليته على مجموعة ممارسات الموارد البشرية و سياساتها بما يتلاءم و أهداف المؤسسة الإستراتيجية.

¹ - علي السلمي ،إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية، دار غريب ، القاهرة ،2002، ص46 .

- يعتمد نجاحه في الوصول إلى أهدافه على الفهم الصحيح و التحليل الموضوعي لمتطلبات الأداء و على إدراك خصائص الموارد البشرية المتاحة.
- يتوقف نجاحه على مدى تناسقها مع الإستراتيجيات الوظيفية، التسويق و الإنتاج...الخ.
- من هنا إن التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية يتطلب ما يلي :-
- تحليل هيكل الموارد البشرية المتاحة في المؤسسة و تقييم مهاراتها و قدراتها قياسا مع متطلبات الأداء.
- تحديد الفجوة بين هيكل الموارد البشرية المستهدف (مهارات قدرات، اتجاهات...الخ) وبين الهيكل المتاح و البحث عن المداخل المناسبة لسد الفجوة بينهما.
- تخطيط الأداء البشري وتوجيهه هيكل المهارات و القدرات بالتوافق مع متطلبات الأداء الحالي و المستقبلي.
- التخطيط لأساليب و حوافز تعظيم العائد من الاستثمار البشري.
- توفير بيئة العمل الجماعي و المشاركة الإيجابية للعناصر البشرية في حل مشاكل المؤسسة و تطوير أدائها.

01- أهمية و متطلبات التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية

تزداد الحاجة إلى الاهتمام بالتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في المؤسسات الاقتصادية بسبب أولا ازدياد الوعي بأهمية الموارد البشرية كأصل أساسي من أصول المؤسسة فالمؤسسات بحاجة إلى ابتكارات و جودة شاملة توفر لها ميزة تنافسية و هو ما تمتلكه و تصنعه الكفاءات البشرية ، مما زاد من أهمية التركيز عليها مقارنة بأصول المؤسسة المالية و التكنولوجية . ثانيا زيادة الحاجة إلى كفاءات تحسن إستخدام تكنولوجيا المعلومات . فالمؤسسات في ظل العولمة لا تعاني من نقص المعلومات ، بل صعوبة تشغيلها و تحليلها ، وتوظيف الكميات الضخمة و السائلة منها، بسبب سرعة تغير البيئة التنافسية " لذلك يجب النظر على الأصول البشرية على أنها أصول إستراتيجية يجب تسييرها بعناية فائقة و أن تكون جزءا

- أساسيا و مكملا للتسيير الإستراتيجي. ويعتمد نجاح المؤسسة في تحقيق أهدافها إلى جانب تسييرها للأصول الأخرى على حسن تسييرها للموارد البشرية¹.
- و تتجلى أهمية التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في المؤسسات بسبب تحديات البيئة الداخلية ومنها اتجاهات العاملين السلبية المؤثرة على تطوير الأداء التنافسي ومنها:-
- إنخفاظ رضا الأفراد عن الأجور و المزايا الممنوحة لعدم قدرتها على تلبية الاحتياجات الضرورية.
 - شعور الأفراد بقلّة المعلومات المتاحة لهم في بيئة العمل و اللازمة لتنمية مهاراتهم وتحسين أدائهم.
 - الشعور المتزايد للأفراد بعدم الأمام الوظيفي بسبب نقص المهارات نتيجة استخدام تكنولوجيات المعلومات.
 - الاعتقاد المتزايد للأفراد بعدم استغلال و توظيف قدراتهم بشكل كامل و فعال.
 - شعور الأفراد بعدم وضوح وعدالة تطبيق معايير تقييم أدائهم و عدم ارتباط الأداء المتميز بالحوافز المكافئة.
 - الطلب المتزايد للعاملين للمشاركة الفعالة في تقديم الاقتراحات، و اتخاذ القرارات المرتبطة بعملهم و أدائهم.
 - الطلب الأجنبي على العمالة المتخصصة و تقديمها إغراءات لاستقطابهم نحو الخارج.
- تتوقف قدرات المؤسسات الاقتصادية على تبني الاتجاه الإستراتيجي في تسيير مواردها البشرية على إمكانية تطوير بيئة داخلية تحقق ما يلي:
- أن تكون الموارد البشرية عنصرا أساسيا ضمن القرارات الإستراتيجية و التشغيلية.
 - ضرورة ارتباط القرارات المتعلقة بالموارد البشرية باحتياجات الأداء الفعلي.
 - التكامل بين الموارد البشرية و باقي الموارد المالية و التكنولوجية.
 - تكامل سياسات الموارد البشرية (الاستقطاب والتدريب و التجهيز...الخ) و تدعيم بعضها.

¹- زهير الصباغ و عبد العزيز أبو نبعة ، التدقيق الإستراتيجي لإدارة القوى الإستراتيجية، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية، 1990، ص285.

يتطلب تطبيق مفهوم التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية على مدى إدراك المؤسسات لأهمية التغيرات الضرورية في بيئة الموارد البشرية وهي:

- تغيير قيمة وإتجاهات العاملين المرتبطة بالعمل برفع درجة ولائهم للمؤسسة و أهدافها وزيادة دافعيتهم للعمل من خلال تنمية أسس التعامل العدل، وتحسين أخلاقيات و سلوكيات العمل، مع محاولة تفجير قدرات العاملين وتحسين مهاراتهم تحقيقا للأمان الوظيفي، وتنمية روح الالتزام و الابتكار لديهم، كتنمية نظام حوافز يلبي توقعاتهم و احتياجاتهم المشروعة.
- تغيير طبيعة مديري الموارد البشرية، إذ من الضروري لإنجاح إستراتيجية المؤسسة التنافسية تطوير مهاراتهم التخطيطية، والتسويقية لتحسين قدراتهم على التعامل مع الاختلافات الفردية.
- تطوير دور وظيفة الموارد البشرية في الاهتمام بقضايا تسيير العاملين، وحل مشاكلهم إلى المشارك الفاعلة في صياغة الأهداف، ووضع الإستراتيجيات دون الإقتصار على التنفيذ فقط.

02- فرضيات التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية:

- قبل تناول فرضيات التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية يجب الإشارة إلى ان تسيير الموارد البشرية شهد تطورا و تسارعا اتجاها المنظور الإستراتيجي ، منذ السبعينات و حتى التسعينات من القرن العشرين و هذا بناءا على ثلاث مجموعات كبرى من الملاحظات:
- **حجم وسرعة التحولات البيئية التنافسية:** لقد حدث تغير عميق و سريع في البيئة الاقتصادية و الاجتماعية و التكنولوجية التي لم تكن بمعزل عن تأثير و ظهور ثقافة التغيير التي يمكن للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية أن ينشرها داخل المؤسسة.
 - **ضرورة خلق كفاءات إستراتيجية وتنظيمية جديدة:** أدى تعقد البيئة التنافسية وزيادة حالة الأ تأكد الملازمة لها إلى سعي المؤسسات إلى تنويع أساليب تسييرها واعتماد استراتيجيات مرنة تحقق الميزة التنافسية وضمن هذا الإطار يحاول التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية المساهمة المرنة سواء على مستوى صياغة الأهداف أو اختيار البدائل الإستراتيجية أو على مستوى تنظيم الموارد المادية و البشرية.

- الإبداع في نظم الموارد البشرية: بالنظر إلى المؤسسة كتنظيم إجتماعي و إنساني فإن المراهنة على الموارد و الكفاءات البشرية أصبح أمرا ضروريا في تنمية الإبداع و حدوث التجديد و ترقية الجودة، فلقد أثبتت الدراسات أن نجاعة المؤسسات خاصة اليابانية ارتبطت إلى حد كبير بمقاربات تختص بالتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية. و يبرز دور التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية من ماهية و طبيعة العلاقة التي يفترض ان تكون بين تسيير الموارد البشرية و الإستراتيجية بهدف تطوير الهياكل التنظيمية المرنة المولدة للإبداع و المحفزة على الجودة و الكفيلة بضمان تنافسية المؤسسات في بيئة ذات تغيرات سريعة.

المبحث الثالث: التحول الذي طرأ على وظائف الموارد البشرية

لقد حدثت تغييرات أساسية تدريجية في وظائف ممارسات إدارة الموارد البشرية فرضتها التحولات التي طرأت على المنظمات و إستراتيجياتها بسبب ما حدث في من مستجدات في البيئتين العالمية و المحيطة بها و بعملها و أخذت هذه الوظائف أبعاد أخرى غير الإبعاد التقليدية وفقا لمتطلبات التسيير الإستراتيجي ، وفيما يلي أهم التحولات بإيجاز.

أولاً: التحول الذي طرأ على تصميم العمل

تحول مفهوم تصميم العمل ليصبح بمفهوم وتسمية جديدين هما " هندسة العمل" فالتغير الذي حدث في مجال المعرفة الإدارية، والبيئة الاقتصادية و إستراتيجية المنظمة استوجب كله من إدارة الموارد البشرية إعادة تصميم العمل في المنظمة بمفهوم جديد هو إعادة هندسة العمل أو هيكلته لتخلق وظائف المنظمة لعمالها عنصر الإثارة و الحماسة و الشعور بالحرية و المسؤولية في ممارساتهم لمهامهم و مسؤولياتهم وأن توفر إمكانية تطوير الذات و تشجيع ودفع الموارد البشرية في المنظمة للأداء الجيد الفعال و استغلال الموارد المادية أحسن استغلال.

ثانيا: التحول الذي طرأ على وظيفة تكوين الموارد البشرية

باعتبار أن وظيفة تكوين الموارد البشرية تشمل على وظائف فرعية فقد شمل هذا التحول هذه الوظائف كذلك:

1- تخطيط الموارد البشرية: ارتبط تقدير حاجة المنظمة من الموارد البشرية مستقبلا بشكل مباشر بحاجة إستراتيجية المنظمة من هذه الموارد من حيث نوعياتها و مواصفاتها فقد أصبحت عملية التقدير هذه ملازمة تماما لمتطلبات إستراتيجية المنظمة الطويلة الأجل.

2- الاستقطاب والاختيار: لم تعد عملية الاستقطاب و الاختيار و التعيين تتم على أساس إنتقاد الفرد المناسب ذو التخصص الضيق ليعمل في و وظيفة ثابتة محددة تطبيقا لشعار الرجل المناسب في المكان المناسب فهذه المقولة أصبحت متقدمة، لأن التوجه الحديث هو إستقطاب و اختيار الفرد الذي يملك مهارات متعددة تمكنه من العمل في وظائف أو مجالات مختلفة وممارسة مهام متنوعة، فلم يعد أسلوب تنفيذ الأعمال فرديا بل جماعيا من خلال فرق العمل . و هذا يعني تلاشي الإعتماد على التخصص الضيق ليحل محله نظرية التخصص الواسع و تنوع الأدوار والمهام. هذه الاتجاهات الحديثة جعلت إدارة الموارد البشرية تصمم برامج جديدة لاستقطاب هذه النوعية من الموارد البشرية و ستخدم تقنيات حديثة في عملية الاختيار و الانتقاء للكشف عن وجود المهارات المتعددة لدى هذه الموارد.

3- التدريب: إن النظرة إلى التدريب على أنه نشاط و قتي عند الضرورة و أنه ذو صبغة تتسم بالمحدودية من أجل تلافي نقاط الضعف في الأداء و تحسين المهارات الحالية لدى الموارد البشرية نظرة متقدمة، فالنظرة للتدريب اليوم مكونة من ثلاث عناصر مستمرة وهي : تعلم ، تدريب ، تنمية يلزم جميعها حياة الفرد في المنظمة منذ تاريخ تعيينه حتى تركه العمل فيها والغاية من ذلك دعمه و مسانده و تمكينه من أداء عدة أعمال في الحاضر و المستقبل، ضمن فريق عمل ينتمي إليه. فعملية التدريب و التنمية المستمرة تعتبر اليوم وسيلة فعالة لتكييف العنصر البشري في العمل مع آخر التطورات و المستجدات على الساحتين داخل المنظمة و خارجها و أصبحت النظرة إليها على أنها استثمار له عائد يتمثل في جعل قوة العمل قادرة على تحقيق جودة المنتج التي تحقق الرضا للعملاء و قوية

المركز التنافسي للمنظمة. في ضوء ذلك يمكن القول أن مضمون و اتجاه التدريب و التنمية و هدفها قد تحول من تطوير الأداء الحالي ، إلى تطوير الأداء المستقبلي من خلال:

- تعليم العنصر البشري في العمل إي معرفة جديدة تخص عمله.
- إكساب العنصر البشري مهارات جديدة و متعددة تساعده على مواجهة التغيرات التي تحدث أو تطرأ على أعماله الحالية و المستقبلية.
- جعل المنظمة مكانا للتعلم يتوفر فيه استمرارية عملية التعلم والتدريب و التنمية لأن ميادين الأعمال تشهد حركة تغير مستمرة يستوجب الأمر معها تكييف مهارات الموارد البشرية معها.
- استخدام أساليب تدريب معاصرة تساعد على تفجير طاقات الإبداع و الابتكار لدى العنصر البشري في العمل .

ثالثا: التحول الذي طرأ على وظيفة التحفيز

بعد تغير أسلوب أداء العمل من فردي إلى جماعي على شكل فرق عمل لم تعد أساليب التحفيز القديمة مقبولة مع هذا التغير، فقد تطلب أسلوب العمل الجديد من أدارت الموارد البشرية تصميم سياسة تحفيز جديدة تركز على الحفز الجماعي و أن تتماشى مع التوجه المعاصر الذي يعتبر الموارد البشرية التي تعمل في المنظمة شريكا في العمل و ليس أجيرا. من هذا المنطلق راحت إدارة الموارد البشرية تصمم برامج لتمليك العالمين أسهما في الشركة و تضع أساليب تحفيز معنوية و جماعية جديدة تتوافق مع التوجه المعاصر في مجال الحفز الإنساني.

رابعا: التحول الذي طرأ على وظيفة تقييم الأداء

بعد تغير أسلوب العمل من فردي إلى جماعي أصبح تقييم الأداء الذي كان يعمل به في السابق و المصمم على أساس الجهد الجماعي، وباستخدام معايير تقييم جديدة و هي : التكلفة، الجودة، الوقت ،خدمة العملاء و مدى رضاهم، حتى أن العديد من المنظمات المعاصرة ربطت عملية التحفيز برضا عملائهم.

خامساً: التحول الذي طرأ على وظيفة علاقات العمل

إنحصرت هذه الوظيفة في السابق بإجراء مفاوضات مع النقابة إلي تمثل العاملين للتوصل إلى اتفاقيات بينهما ترضي الطرفين و كان كل طرف يحاول تحقيق مكاسب على الآخر. لقد تغير هذا الإتجاه في ظل التحول الإستراتيجي الذي طرأ على وظيفة إدارة الموارد البشرية ليأخذ شكلا و مضمونا جديدا مختلف عن السابق، هذا الشكل الجديد يقوم على أساس التعاون و الوفاق بين المنظمة و النقابة، وإقامة علاقة حسنة و زرع الثقة بينهما. لقد أصبح هذا الإتجاه الجديد جزءا من إستراتيجية المنظمة و إدارة الموارد البشرية.

سادساً: التحول الذي طرأ على وظيفة التعويضات

قامت نظم دفع الرواتب و الأجور في السابق على أساس الأداء و الجهد الفردي في العمل، و بسبب كون أسلوب الأعمال كان فرديا، لكن مع تحول هذا الأسلوب إلى أسلوب فريق العمل، أصبحت نظم دفع التعويضات القائمة على أساس الفردية غير مقبولة، وهذا دفع بإدارة الموارد البشرية إلى تصميم نظم جماعية لدفع تعويضات العاملين و إستخدام معايير دفع جديدة على أساسه أهمها:

- جودة الأداء

- تعظيم مخرجات العمل

- الفاعلية التنظيمية ورضا العملاء

- حسن استخدام الموارد البشرية

لقد تغيرت فلسفة التعويضات من كونها تكلفة أو نفقة جارية إلى استثمار له عائد على أساس أن التعويضات تمثل احد أنواع الحفز الإنساني المالي، الذي يخلق الدافعية للأداء الجيد، وتحقيق الجودة المطلوبة التي ترضي الزبائن، وخفض التكاليف، و زيادة إنتاجية العمل.

المبحث الرابع: تكوين إستراتيجية الموارد البشرية

ظهر و نما التفكير بمسألة وضع إستراتيجية لإدارة الموارد البشرية في مطلع التسعينات من القرن الماضي و ذلك بسبب التحولات الدراماتيكية التي شهدتها البيئات العالمية و المحلية التي تعمل منظمات الأعمال في كنفها. فقد توجهت أنظارها جميعها إلى التخطيط الإستراتيجي البعيد الأجل لحماية نفسها من مخاطر البيئة و توفر الأمان و الاستقرار لها، فقد أصبح لكل إدارة منها و من ضمنها إدارة الموارد البشرية تخطيط و إستراتيجية خاصة بها تعمل في إستراتيجية المنظمة الكلية. وفيما يلي شرح المراحل التي تمر بها عملية تكوين إستراتيجية الموارد البشرية.

أولاً: دراسة وتحديد متطلبات رسالة المنظمة

تبدأ عملية تكوين إستراتيجية إدارة الموارد البشرية بقيام مديرها الذي هو عضو في هيئة الإدارة العليا في المنظمة المكونة من مديري الإدارات الأخرى بدراسة و تحليل متطلبات تحقيق رسالة المنظمة و جميع الإدارات تضع إستراتيجياتها في خدمة تخفيف هذه الرسالة التي تمثل الغاية الكلية البعيدة الأجل، ذلك أن الرسالة تمثل سبب وجود المنظمة و بقائها. إن قاعدة تكوين إستراتيجية إدارة الموارد البشرية هي دراسة متطلبات تحقيق رسالة المنظمة فهي الضابط الأول و العام لجميع الأعمال التي تتم في المنظمة و عن طريقها يتحقق مبدأ الالتزام لدى الرؤساء و المرؤوسين فهي تمثل اللغة المشتركة بين جميع العاملين لذلك يجب على إدارة الموارد البشرية أن تلم إماماً دقيقاً و عميقاً بمضمون رسالة المنظمة لأنها توضح الرؤية المستقبلية لأية منظمة و الصورة التي تصبح عليها في المستقبل.

ثانياً. دراسة وتحليل البيئة : تتكون الدراسة و التحليل من شقين اثنين :

1-تحليل البيئة الداخلية الذي يهدف إلى تحديد جوانب أو نقاط القوة و الضعف في إمكانات الموارد البشرية الداخلية.

2- تحليل البيئة الخارجية الذي يهدف إلى معرفة فرص الإستثمار و طبيعتها التي بالإمكان استغلالها، والمخاطر المحتملة التي يتوجب تلافيها و هذا الأمر يتطلب من إدارة الموارد البشرية القيام بدراسات ميدانية مستمرة لمتابعة ما يحدث في البيئة من تغيرات تؤثر في

نشاط المنظمة و جمع معلومات عنها و تحليلها و إستخلاص النتائج التي في ضوءها تضع إستراتيجيتها و تكيف ممارساتها المستقبلية معها. وفيما يلي الأسلوب الشائع في دراسة و تحليل البيئة¹:

- تحديد المتغيرات البيئية و اتجاهاتها المؤثرة و هذا يتطلب جمع المعلومات باستخدام الأساليب الإحصائية المعروفة، تحليل المعلومات، استخلاص النتائج، التنبؤ بحركة المتغيرات المؤثرة و تحديد احتمالاتها.

- تحديد نتائج الاحتمالات لكل من الفرص و المخاطر البيئية الخارجية.

- ترتيب الاحتمالات حسب مدى أهميتها.

- تحديد الإستراتيجيات الواجب إتباعها مع كل احتمال سواء أكان إيجابيا أو سلبيا.

- توثيق المعلومات و جعلها متاحة الاستخدام من خلال نظام معلومات خاص.

في ضوء نتائج دراسة و تحليل البيئة الداخلية و الخارجية نقارن إمكانات المنظمة البشرية مع احتمالات الفرص و المخاطر المحيطة بها. فإذا كانت الإمكانيات أقل مما هو مطلوب معنى ذلك وجود فجوة إستراتيجية يجب العمل على تغطيتها من اجل تمكين الموارد البشرية من استغلال الفرص و تلافي المخاطر. (ماهي المهارات البشرية المطلوبة لتغطيتها؟ و كيف يمكن توفيرها؟ و كيف سيتم تحفيزها و رعايتها؟).

ثالثا: تطوير استراتيجية الموارد البشرية

تأسيسا على نتائج التحليل البيئي السابق يجري وضع إستراتيجية المنظمة العام الذي ينسجم مع رسالتها. وفي ضوء متطلبات انجاز هذه الإستراتيجية تقوم جميع إدارات المؤسسة بما فيها إدارة الموارد البشرية بوضع إستراتيجياتها بشكل تهدف و تعمل على خدمة إستراتيجية المنظمة. و سنعرض فيما يلي عددا من أنواع إستراتيجيات المنظمات لتوضيح كيف تضع إدارة الموارد البشرية إستراتيجياتها بشكل يتوافق و ينسجم معها و يعمل على خدمتها.

1- إذا كانت إستراتيجية المنظمة إستراتيجية توسع: في ظل هذه الإستراتيجية ستقوم إدارة الموارد البشرية باستقطاب المزيد من الموارد البشرية لتغطية زيادة عبء العمل المستقبلي

¹ - عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة، بعد إستراتيجي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2005، ص 84.

الذي تطلبه إستراتيجية التوسع، فستعمل على توسيع عملية الاختيار و التعيين وبرامج التدريب و التنمية وتكثيف نشاط حماية العاملين من مخاطر العمل و إعداد خطة جديدة لفتح مسارات ترقية و وظيفة جديدة، كما توسع من خطة الحوافز في المنظمة.

2- إذا كانت إستراتيجية المنظمة إستراتيجية اندماج مع منظمة أخرى: في ظل هذه الحالة ستكون إستراتيجية إدارة الموارد البشرية قائمة على أساس الاستغناء عن جزء من مواردها البشرية و هذا يستدعي بالضرورة تحديد: من الذي سوف يستغني عنه؟ ومتى؟ وكيف ستدفع تعويضاته؟ وما هي الأمور القانونية المرتبطة بالاستغناء؟ وكيف سيتم دمج الموارد البشرية في المنظمتين و تحقيق الإنسجام و التوافق بينهما؟ وكيف ستتم إزالة الازدواجية التي قد تنشأ في بعض الوظائف؟ وما هو نوع التدريب و التأهيل الذي يخضع له الموظفين.

3- إذا كانت إستراتيجية المنظمة إستراتيجية تنوع المنتجات: في هذه الحالة ستكون معطيات إستراتيجية إدارة الموارد البشرية قائمة على أساس تخطيط الحاجة لمهارات بشرية متنوعة ، وهذا يستدعي الحاجة من غدارة الموارد البشرية أن تصمم برامج استقطاب متنوعة بسبب تنوع المهارات المطلوبة من أجل إنتاج تشكيلة سلعية حددتها إستراتيجية المنظمة و ستظهر الحاجة إلى تصميم برامج تعلم و تدريب و تنمية متنوعة أيضا و هذا التنوع يمتد ليشمل برامج حماية العاملين من مخاطر العمل و إصاباته.

4- إذا كانت إستراتيجية المنظمة إستراتيجية استقرار: ستعمل إدارة الموارد البشرية في ظل هذه الإستراتيجية على تحقيق الاستقرار في أوضاع شؤون العاملين، فسنجد مثلا بأن عمليات الاستقطاب قليلة جدا و ستبقى برامج التدريب و التنمية على حالها لكن سيطلب الأمر زيادة التحفيز من أجل دفع العاملين على المحافظة على الوضع الحالي لنشاط المنظمة.

5- إذا كانت إستراتيجية المنظمة تحقيق التميز في الجودة: تحتاج إستراتيجية بناء سمعة خاصة بالسلع و الخدمات التي تنتجها المنظمة أن تعمل إستراتيجية إدارة الموارد البشرية عن الإستهناء عن الموارد النصف الماهرة و استبداله بموارد بشرية ذات مهارة عالية قادرة على تحقيق التميز في الجودة وفي هذه الحالة ستعمل إدارة الموارد البشرية على:

- تكثيف جهودها الإستقطابية لنوعيات متميزة من المهارات ذات المستوى العالي في الأداء.
- تصميم وتنفيذ برامج تعليم و تدريب مستمرة و متطورة للعاملين.

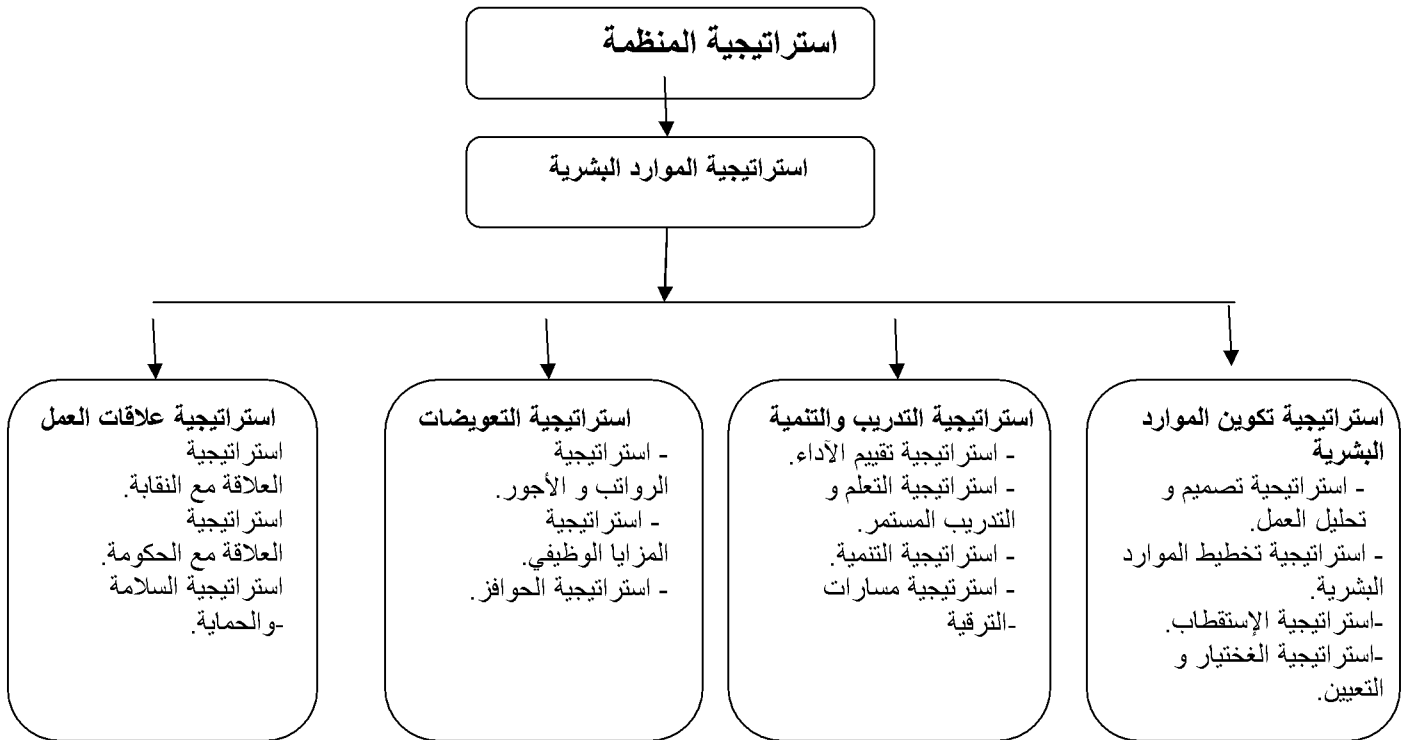
- الحاجة إلى برامج جديدة للتعويضات المالية و المزايا الوظيفية لزيادة مستوى دافعية العنصر البشري في العمل على المحافظة على مستوى التميز في الجودة.
- 6- إذا كانت إستراتيجية المنظمة إستراتيجية التوقع: تهدف هذه الإستراتيجية إلى تكيف ظروف المنظمة و إمكاناتها الداخلية مع ما تتوقع حدوثه في البيئة.
- فإذا توقعت زيادة الطلب على منتوجاتها في السوق تعمل عندئذ على زيادة إنتاجها.
- إذا توقعت تغيير المنافسين لمستوى جودة منتجاتهم و خدماتهم تقوم برفع مستوى جودة منتجاتها وخدماتها أيضا.
- تعمل المنظمات التي تنتج هذه الإستراتيجية إلى توفير المرونة بدرجة عالية في مواردها و نشاطها و تنوعها لتتمكن من التكيف مع احتمالات كل ما يستجد في البيئة بها من المتغيرات و يتطلب منها حالة يقظة و ترقب و توقع لما سوف يحدث في البيئة.
- في ضوء هذه المعطيات تقوم إدارة الموارد البشرية باستقطاب و إختيار موارد بشرية تملك مهارات متنوعة و تقوم بتنويع برامجها التعليمية و التدريبية و جعلها برامج مستمرة.
- 7- إذا كانت إستراتيجية المنظمة إستراتيجية قيادة التكلفة: تقوم هذه الإستراتيجية على تحقيق أعلى كفاءة إنتاجية من خلال العلاقة بين المخلات و المخرجات من اجل إنجاز أكبر قدر من المخرجات بأقل قدر من المدخلات وذلك من أجل طرح المنتج بسعر تنافسي في السوق أقل من المنظمات المنافسة الأخرى. في هذا الوضع تبنى إستراتيجية إدارة الموارد البشرية على:
 - استقطاب و المحافظة على الموارد البشرية ذات المهارات العالية القادرة على العمل بكفاءة إنتاجية بأقل تكلفة.
 - تصميم برامج تدريب تهدف إلى رفع مستوى مهارات الموارد البشرية و تمكينها من تقليل الهدر و الفاقد من الموارد و استغلال الوقت.
 - توفير سياسة حوافز جيدة تحفز على تخفيض تكلفة الإنتاج.
 - تخفيض معدل دوران العمل إلى حد أدنى.
- من الأمثلة السابقة يتضح بان وضع و تطوير إستراتيجية الموارد البشرية يتم بشكل يعمل على خدمة و تخفيف إستراتيجية المنظمة و إنجاز أهدافها.

رابعاً: تطوير استراتيجيات و وظائف و ممارسات إدارة الموارد البشري

في ضوء إستراتيجية المنظمة العامة يوضح الإطار العام لإستراتيجية إدارة الموارد البشرية حيث في ظل معطيات هذا الإطار تقوم هذه الإدارة برسم استراتيجيات و وظائفها و ممارساتها المستقبلية داخل المنظمة من استقطاب و تدريب و اختيار، بشكل ينسجم و يتوافق و يسهم في تحقيق إستراتيجية إدارة الموارد البشرية التي بدورها أصلاً تعمل على تحقيق أهداف إستراتيجية المنظمة.

و يمكن تصنيف استراتيجيات و وظائف إدارة الموارد البشرية إلى أربع استراتيجيات كما هو موضح في الشكل(11-5)¹.

الشكل(11-5):مخطط استراتيجيات ووظائف الموارد البشرية



المصدر: عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة، دار وائل للنشر، ص89.

¹-عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة، بعد إستراتيجي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2005، ص89.

1- إستراتيجية تكوين الموارد البشرية:

فيما يخص هذه الإستراتيجية فيتم تقدير احتياجات إدارات المنظمة و أعمالها من هذه الموارد من حيث النوع و الموصفات و العدد.

- تحديد مصادر توفير الموارد البشرية و برامج استقطابها و تبني السبل الكفيلة التي تساعد على اختيار أفضلها بما يتماشى و إستراتيجية المنظمة.

2- إستراتيجية التدريب و التنمية:

- تصميم برامج لتعليم كل جديد.

- تصميم برامج تدريب لتحسين الأداء الحالي و جعله عالي المستوى.

- تصميم برامج التنمية المستمرة لتأهيل العاملين لوظائف المستقبل وتمكينهم من التفاعل مع أي جديد يدخل إلى المنظمة مستقبلا.

3- **إستراتيجية التعويضات:** توضع هذه الإستراتيجية بشكل يساعد على انجاز استراتيجيات و وظائف إدارة لموارد البشرية حيث تسعى إلى تشكيل و خلق الدافعية الجيدة لدى الموارد البشرية لتحقيق الأداء المتميز و الولاء و الانتماء لديها اتجاه أعمالها و منظماتها بما يسهم بشكل فعال في تحقيق أهداف إستراتيجية المنظمة.

4- **استراتيجية علاقة العمل:** هذه الإستراتيجية تسعى إلى تحقيق الانسجام و التفاهم المشترك بين المنظمة و بين كل النقابة والحكومة على حد سواء.

خامسا: إنجاز إستراتيجية إدارة الموارد البشرية

يتطلب انجاز أو تنفيذ إستراتيجية الموارد البشرية تصميم برامج (المزايا الوظيفية التعلم و التدريب و التنمية ، الاستقطاب ، تخفيض ضغوط العمل).

تخفيض الصراع التنظيمي، السلامة و الصحة في مكان العمل) ووضع أنظمة(نظام تقييم الأداء ، النظام التأديبي، نظام الاتصالات)، و سياسات (الاختيار و التعيين، الحوافز، علاقات العمل) وقواعد خاصة بشؤون الموارد البشرية و عملها داخل المنظمة، بحيث تترجم الإستراتيجية إلى واقع العمل و التنفيذ.

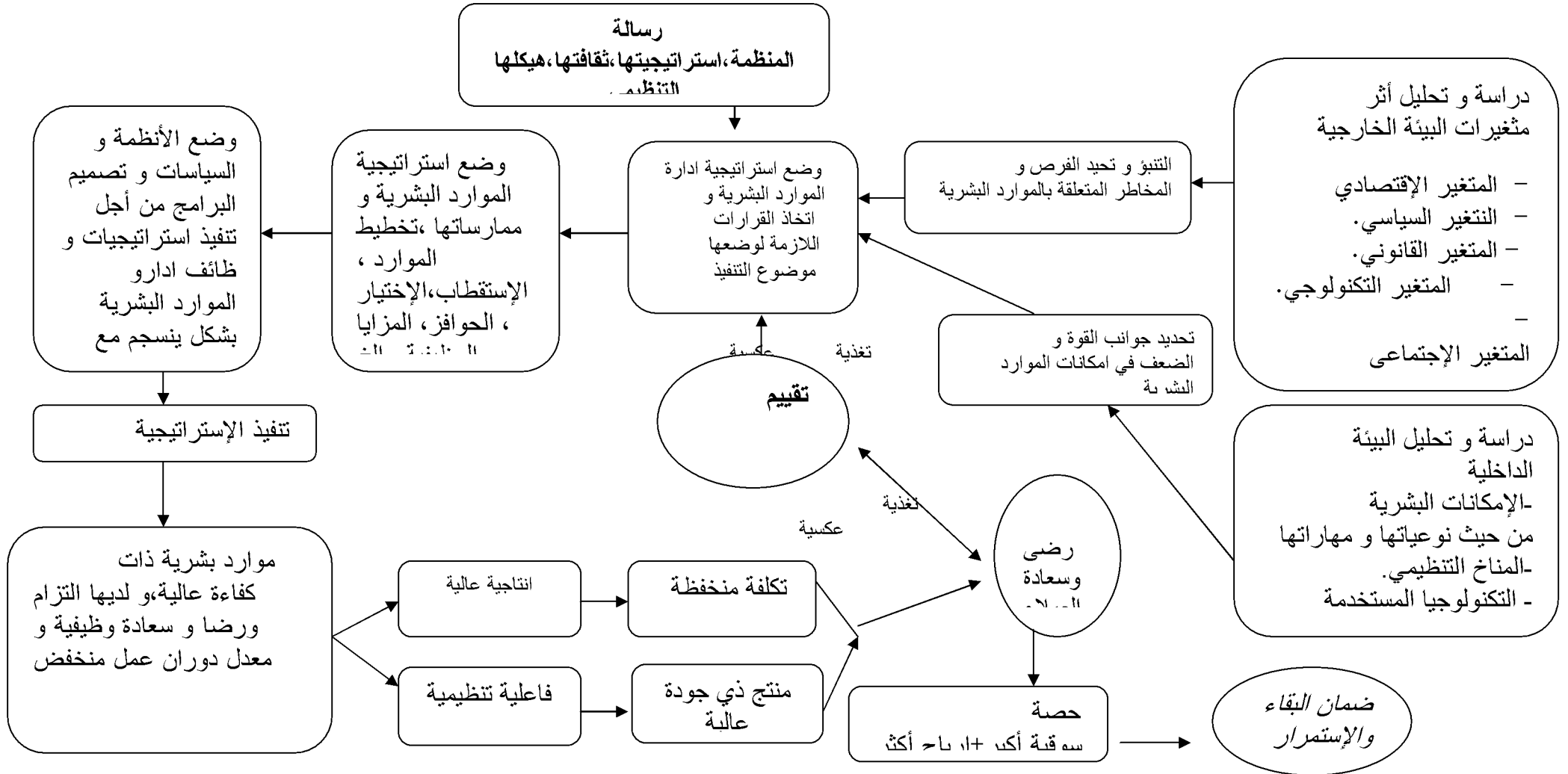
تحتاج عملية تنفيذ الإستراتيجية إلى مرونة، أي إدخال تغييرات على الإستراتيجية في ضوء ما يستجد من أمور داخل البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة، فهذه التغييرات بمثابة لاستجابة لما يحدث في البيئتين من مستجدات و معالجتها قبل أن تخرج الأمور عن نطاق سيطرتها.

سادسا: تقييم فاعلية إستراتيجية إدارة الموارد البشرية

إن العيار الأساسي الذي تقوم عليه تقييم إستراتيجية الموارد البشرية و نتائج تنفيذها هو مدى إسهامها في تحقيق فاعلية الأداء التنظيمي، نظرا للعلاقة المباشرة بين نجاح تنفيذ هذه الإستراتيجية و مستوى الأداء التنظيمي من جهة و بين الأداء التنظيمي و تحقيق أهداف إستراتيجية المنظمة الكلية من جهة ثانية، فنجاح إستراتيجية الموارد البشرية يعني أداء تنظيمي بشري على المستوى العالي، الذي يؤدي إلى تحقيق أهداف المنظمة واستراتيجياتها على اعتبار أن الأداء التنظيمي هو المسئول عن هذا التحقيق، من خلال رضا و سعادة لدى الموارد البشرية في العمل، وتحقيق اندماجها في المنظمة، وولاءها و التزامها لها، وقد سمي هذا المعيار "بدائرة الالتزام و الاندماج" الذي يقوم مفهومه على معلومة أساسية هي:

"العنصر البشري الذي له ولاء و التزام في العمل يكون أكثر إنتاجية و فاعلية في أداءه".

(الشكل رقم 11-6): نموذج تكوين استراتيجية ادارة الموارد البشرية



المصدر: عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة، دار وائل للنشر، ص 95

المبحث الخامس: نماذج التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية

بعد تعرفنا على نظام التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية، بإعتباره مدخلا يمكن للموارد البشرية من المساهمة فلي تحقيق الأهداف الإستراتيجية و أداة لمواجهة التغيير و إحداث التكيف الإيجابي لنظام الموارد البشرية مع الإستراتيجيات التنافسية للمؤسسة، نقوم ضمن هذا البحث بالتطرق بشكل مختصر إلى أهم النماذج التقليدية و الحديثة للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية تمهيدا للفصل الثالث المتعلق بالجودة بإعتبارها من أهم النماذج.

أولا: نموذج التخطيط الاستراتيجي:

يعد التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية النموذج الأكثر ثراء بالأبحاث مما أدى إلى تصنيفه كنموذج كلاسيكي للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية، حيث استمد تركيزاته من التشكيلات الأولى للتسيير الاستراتيجي و تموقعه ضمن إطار التسيير الإستراتيجي الذي أسسته مدرسة "هارفارد" نهاية الخمسينات.

لقد تطور مفهوم نموذج التخطيط الاستراتيجي ضمن مرحلتين: في البداية تركزت جهود الباحثين على نموذج التخطيط الإستراتيجي الذي كان يعرف بالتسيير التقديري للموارد البشري و الذي أثار ظهور هذه المقاربة سنة 1960-1970 الكثير من الإشكاليات المفاهيمية و التطبيقية بهدف إدماج التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية ضمن إستراتيجية المؤسسة الأمر الذي أدى مند سنوات الثمانينات إلى ظهور مقاربة التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية.

1- مقاربة التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية: يسمح التخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية للمؤسسة بالحصول على احتياجاتها من الموارد البشرية بالحجم و النوعية المطلوبة في الوقت المناسب بهدف تحقيق أهدافها الإستراتيجية. إن اندماج الموارد البشرية ضمن إستراتيجية المؤسسة يمر تلقائيا عبر تخطيط الموارد البشرية من خلال المقاربة الدقيقة للاحتياجات المستقبلية كما و نوعا من المتاح من الموارد البشرية، ذلك أن المقارنة بين الاحتياجات المستقبلية و المتاح من هذه الموارد يمكن من تحديد الإستراتيجية الملائمة للموارد البشرية بعد تحليل لمعطيات البيئة المختلفة و التي يمكن توضيحها بشكل مختصر:

- منافسة عالمية و محلية شديدة في الأسواق بسبب تحرير التجارة العالمية ن القيود، و افتتاح أسواق جديدة، وزوال منظمات و ظهور منظمات أخرى، هذه التغيرات خلقت خلخلة في أسواق العمل من حيث العرض و الطلب على الموارد البشرية.
- تغير طبيعة و نوعية الطلب على الموارد البشرية و حجمه في سوق العمل بين الحين و الآخر و هذا سببه التطور التكنولوجي المذهل و السريع،الذي ينعكس أثره على أداء المنظمات و طبيعة و نوعية حاجتها للموارد البشرية و حجمها.
- أصبح الهدف الإستراتيجي للمنظمات و فرصتها في البقاء هو تحقيق الرضا و السعادة و السرور لدى زبائنها.
- أصبح العنصر البشري في العمل أهم عناصر الإنتاج لأنه هو المسؤول عن تحقيق رضا و سعادة الزبائن لذلك يتوجب تحديد الحاجة إليه بدقة قدر الإمكان و التخطيط لاستقطاب أفضله من سوق العمل و رعايته و تحفيزه.
- أصبحت المؤسسات تعتمد على تحقيق القيمة المضافة في جميع نشاطاتها و ممارساتها لتتمكن من تحفيظ التكاليف و طرح منتجاتها بجودة عالية و سعر منافس للآخرين و هذا الأمر فرض على تخطيط الموارد البشرية تحديد حاجة المؤسسة من الموارد البشرية بدقة مراعاة لحالة الفائض و العجز.
- بما أن تخطيط الموارد البشرية أصبح الآن يعمل في ظل متغيرات بيئية داخلية و خارجية سريعة الحركة، إذ يتطلب منه متابعة دائمة لحرك و اتجاهات هذه المتغيرات، و التعامل مع انعكاساتها على نشاط المنظمة و إستراتيجيتها بسرعة.
- أصبح التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية حلقة الوصل ما بين إستراتيجية المؤسسة و إدارة الموارد البشرية و هو المسؤول عن تحقيق التفاعل بين نشاطات و ممارسات إدارة الموارد البشرية بما يخدم إنجاز إستراتيجية المنظمة.
- يعتمد التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية الآن على عملية التنبؤ باتجاهات المتغيرات البيئية و تحديد أثرها في نشاط المنظمة و حاجتها من الموارد البشرية. و من اجل جعل عملية التنبؤ دقيقة أصبح يعتمد على الأدوات الكمية المتطورة، و يركز كثيرا على عملية

جمع المعلومات الوفيرة و الدقيقة عن الماضي و الحاضر ليتتبا بما سيحدث في المستقبل من خلال تحليل هذه المعلومات و هذا بلا شك يحتاج إلى خبرة و ممارسة في هذا المجال.

ثانيا: نموذج المعرفة:

لقد أصبح مفهوم تسيير المعرفة مستعملا بشكل واسع ضمن الممارسات و الدراسات التسييرية التي ساهمت في تطوير المعرفة كنموذج للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية. إن تحليل مفهوم المعرفة يبين مدى تكامله مع تسيير الكفاءات ضمن نظام التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية، كما تتعلق عملية تثمين الموارد البشرية و الكفاءات بالقدرة على تسيير المعرفة بطريقة ناجحة، ذلك لأن المعرفة هي ناتج التعلم و من تم يصبح جدوى التعلم أفعال إذا توفرت إستراتيجية تسمح بالإستفادة من المعرفة الجديدة ووضعها موضع التطبيق. و تهتم إستراتيجية تسيير المعرفة بالتعامل مع المعرفة بإعتبارها من أهم الموارد و الثروات التي نتاح للمنظمة. و لذا تعمل الإستراتيجية على تسيير تدفق المعرفة بين أعضاء و قطاعات المنظمة. و العمل على نشرها و تبادله حتى يتعاضم تأثيرها في تحويل و تطوير أنماط الأداء. و تتحدد مصادر المعرفة في أربعة هي :

- 1- المعرفة الضمنية و المختزنة: تتمثل المعرفة الضمنية (tacite) في المهارات الفردية و الجماعية التي نجدها في القدرات و الكفاءات (les compétences) و تعرف أيضا بالمعرفة الكامنة لأنها مخزنة في عقول أصحابها ما لم يعبروا عنها بشكل من الأشكال و من تم فهي غير معلومة و متاحة للآخرين إذ تظل حبيسة عقول الأفراد و قد تندثر معهم. تعد المعرفة الضمنية معرفة خاصة بالمهارات إذ يكتسبها الأفراد ذوي الخبرة، بحيث تنتقل بشكل كلي عبر الممارسة بطريقة مختلفة تقوم عادة على نهج المحاولة و الخطأ و التلقين و التدريب، فالمعرفة الضمنية غير المجسدة تنشأ كنتيجة للتعلم التنظيمي.
- 2- المعرفة المعلنة أو الصريحة: يقصد بالمعرفة الصريحة التي تكون مخزنة في و سائل مادية (les moyens tangibles) مثل الأرشيف، و المعطيات و المخططات و الإجراءات و النماذج و المستندات... الخ ، كونها معرفة معلنة (explicite) لأنها الشائعة و الرائدة بين الأفراد و المعروف مستودعها و المتاح الوصول إليها.

إن المعرفة الصريحة كما يعرفها I.NONAKA : هي البيانات الرسمية و النظامية و الصلبة التي تقرأ كميًا و الطرق و المبادئ العامة، فقد أصبحت هذه المعرفة ضمن تقاليد التسيير المرتكزة على تصور المؤسسة كآلة لمعالجة المعلومات.

3- **المعرفة الخارجية:** المعرفة الخارجية هي التي يستمدّها الفرد أو المؤسسة من مصادر خارجية عنه، إذ توجد في البيئة المحيطة، و تتجسد في التدفق المعرفي التي ساهمت تقنيات الاتصال و المعلومات في تيسير الوصول إليها، و يمكن الحصول عليها من خلال التفاعل الاجتماعي بين الأفراد. كما أن المعرفة الخارجية يكونها الفرد أو المؤسسة بجهده الخاص اعتمادًا على قدراته الفكرية و طاقاته الذهنية، و خبراته المختلفة، و تتمثل كذلك فيما يكونه المورد البشري من دوافع و رغبات، و أهداف و اتجاهات، و فرارات و اختيارات، و غير ذلك من منتجات عقله في ظل ظروف البيئة.

4- **المعرفة التنظيمية:** و هي كل أشكال المعرفة التي تتعامل بها المؤسسات و التي تنتج من تفاعل أفرادها، و حركتهم الذاتية في مباشرتهم للأعمال، وفي تعاملهم مع البيئة المحيطة بالمؤسسة، فالمؤسسة هنا هي المنتجة للمعرفة و المستخدمة لها، حيث تتشكل هذه من مجمل التجارب، والخبرات و التوجهات، والمعلومات والدراسات و القرارات و السياسات و الإستراتيجيات التي تكون القاعدة الفكرية التي توجه و تنظم أنشطة الموارد البشرية في المؤسسة.

و المهم التأكيد أن مجرد توفر مصادر المعرفة لا يكفي و إنما يجب أن تتوفر عمليات مختلفة داخل المنظمة لتشغيل تلك المدخلات المعرفية و تحويلها إلى أنماط معرفية قابلة للاستخدام و تتبلور تلك العمليات التشغيلية في :

- تحويل معرفة الأفراد الكامنة إلى معرفة معلنة بإتاحة الفرص للتفاعل فيما بينها و بين عناصر السلطة و التعبير الرسمي عن سياسات و مفاهيم المنظمة.

- فتح قنوات الاتصال لتيسير تدفق و تبادل المعرفة بين أجزاء و مستويات المنظمة المختلفة.

- تنظيم عملية اختزان المعرفة الناشئة و المتجمعة من عمليات التحويل و التبادل المعرفي و تكون رصيد معرفي يمكن استرجاعه و استخدامه فضلًا عن تحديثه.

-تنظيم عمليات النشر والتوزيع للمعرفة الناشئة بحيث يتم إدماجها في صلب عمليات المنظمة و بذلك تحدث تأثيرها.

-تشجيع الاستخدام الفعلي التنظيمي بإتخاذها معايير في التوجيه و التقييم و الحكم على كفاءة الإنجاز والنتيجة الأساسية لتلك العمليات أن تنشأ معرفة تنظيمية جديدة تكون الأساس في تكوين قدرات المنظمة التنافسية.

ثالثا: نموذج تسيير الكفاءات :

أصبح التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية مرتبط بشكل أساسي بتسيير الكفاءات و خاصة بالكفاءات (الفردية و الجماعية) و بالتالي فإن التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية و مسار التوظيف و التنمية و التكوين و تقييم الأداء تعد نماذج لذلك التسيير الذي يختص بكفاءات المؤسسة، كما يمثل أيضا المساهمة التنظيمية في استقطاب و تنمية الموارد البشرية و الكفاءات. إن نموذج الكفاءات يجعل من إستراتيجية الموارد البشرية وسيلة فعالة و ملائمة تساهم في خلق الموارد و الأصول الإستراتيجية للمؤسسة.

يعد التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية مدخلا إستراتيجيا لإدارة أهم أصول المؤسسة متمثلة في الموارد البشرية و الكفاءات، و التي تعتبر رأس مال فكري يسهم في شكل فردي و جماعي في تحقيق الميزة التنافسية ، فلقد أصبح التنافس في الأسواق الدولية معتمدا على الإبداع التكنولوجي المرتكز على العلم و المعرفة الكامنة في عقول الكفاءات البشرية¹.

إن مساهمة التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في قدرة المؤسسة التنظيمية لا يقتصر على تنويع أو تعبئة التقنيات و ممارسات الموارد البشرية ، بل يجب تحقيق اندماج كفاءات الموارد البشرية في المؤسسة بما يسمح بظهور كفاءات جديدة و بتثمين قدرات ومهارات متاحة و متراكمة من خلال الخبرات و التدريبات الفردية و الجماعية.

إن نموذج تسيير الكفاءات كأحد نماذج تسيير الموارد البشرية الحديثة يضع هذا الأخير في محور القدرة و الكفاءة التسييرية و التنظيمية، مما يجعله يعد عنصرا أساسيا لكفاءة المؤسسة التي تمنح المسؤولية للمسيرين على امتداد السلم التنظيمي والاستقلالية لجميع

¹ - إحمد سيد مصطفى، إدارة البشر: الأصول و المهارات، دار الكتب، مصر، 2002، ص.256

العاملين بالمؤسسة بما يساهم في خلق القدرات التنافسية ، و من تم أصبح التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية مدخلا لبناء و استثمار الكفاءات الجماعية الضرورية لتحقيق ميزة تنافسية.

رابعاً: نموذج تسيير الجودة الشاملة :

يعتبر نموذج تسيير الجودة الشاملة أحد أهم نماذج و مداخل التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية، فهو نظام تسييري يسعى لتحقيق رضا العميل، بإحداث تغيير في توجهات الموارد البشرية و الكفاءات و مشاركتهم في اتخاذ و تنفيذ القرارات الإستراتيجية و التشغيلية و الوظيفية، و زيادة الشعور بانتمائهم إلى المؤسسة. فتسيير الجودة الشاملة يشجع الموارد البشرية و الكفاءات على تحسين الأداء ضمن فريق واحد، و يشجع السلوك التنظيمي الأمثل في الأداء بكفاءة و فعالية لتحقيق رغبات العميل، بالاعتماد على المهارات و القدرات المشتركة للإدارة و الكفاءات بهدف تحسين الجودة و زيادة الإنتاجية بصفة مستمرة و تحقيق الميزة التنافسية المستدامة. و هذا ما سنتناوله بالتفصيل في الفصل الثالث.

خلاصة الفصل

تعمل الإدارة الإستراتيجية على رصد التغيرات في البيئة الخارجية و تحليلها لتحديد احتمالات النجاح و الإخفاق، تم دراسة و تحليل إمكانات المنظمة الداخلية الحالية و المستقبلية من أجل توفير الموارد اللازمة للتعامل مع احتمالات البيئة الخارجية، في مسعى منها إلى تحقيق تكيف المنظمة مع بيئتها الخارجية و من تم تحقيق أهدافها المستقبلية و بالتالي رسالتها.

لم يعد الدور التقليدي لوظائف الموارد البشرية قادرا على مواجهة التحولات في البيئة التنافسية و لا على ضمان استمرارية نشاط المؤسسة بشكل يواكب التقدم الحاصل في مختلف المجالات مما فرض عليها التحول نحو التسيير الإستراتيجي.

التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية يمثل الاتجاه طويل المدى لوظيفة الموارد البشرية، إذ يتم من خلاله إيجاد أنسب خيارات المؤسسة في تسيير مواردها البشرية أذا طبيعة الأهداف و النظم و العمليات و الموارد المتاحة، كذا وضع متغيرات البيئة التنافسية و يعرف على أنه "عملية اتخاذ القرارات التي تعمل على تحقيق تكيف نظام الموارد البشرية مع البيئة التنافسية، و على تدعيم إستراتيجية المؤسسة و تحقيق أهدافها الإستراتيجية". يتطلب الدور الإستراتيجي للموارد البشرية وجودها كطرف رئيسي ضمن الإدارة العليا المسؤولة في اتخاذ القرارات و مراقبة تنفيذها على المستوى الوظيفي و التشغيلي.

إن تحليل نماذج التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية التي تعتبر مدخلا لتحقيق الموارد البشرية لأداء تنافسي متميز في ظل اقتصاد مبني على الكفاءة و المعرفة و الجودة. بين وجود أربعة نماذج رئيسية تجعل من الموارد البشرية مصدرا أساسيا للتميز. أولها نماذج التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية ثم نموذج تسيير الكفاءات و نموذج تسيير المعرفة تم نموذج تسيير الجودة الشاملة التي تعتبر أحد المداخل الإستراتيجية لتنظيم و توظيف القدرات و المهارات و المعرفة الكامنة للموارد البشرية.

مقدمة

تطورت المستشفيات في دورها ووظائفها و حجمها و إمكانياتها و تقنياتها و هيكلها و تنظيمها و كان للتطور المذهل الذي شهدته العلوم الطبية دور محوري في ذلك، و لقد اقتضى هذا التطور في المستشفيات ظهور أساليب حديثة في إدارة المستشفيات و إمكانياتها المادية و البشرية بما يكفل تحقيق الكفاءة و الفعالية في تقديم الخدمات. و من هذا المنطلق تسعى الدول المتقدمة إلى تعظيم كفاءة و فاعلية و جودة الخدمات المقدمة من المستشفيات على اختلاف أنواعها باعتبار ذلك مؤشراً بارزاً من مؤشرات التنمية البشرية.

فالهدف من تطبيق الجودة هو تحقيق مستويات عالية من الرعاية الطبية و الاستخدام الأمثل للموارد المادية و البشرية و ترشيد النفقات و العمل الدائم و المستمر على تحسين جودة الخدمات . و نظراً لأن مفهوم الجودة بالمستشفيات يشمل جوانب متعددة كونه يتعلق بالتنسيق و تنظيم الخدمات المتعلقة بالمريض أو الخدمات الداعمة لها فإنه من الصعب تحقيقها ما لم يتم مشاركة و تنسيق كل المستويات فيما بينها تحت مبدأ العمل الجماعي بتدعيم و التزام من الإدارة العليا و مختلف فرق المصالح الإستشفائية.

من هذا المنظور نهدف ضمن هذا الفصل إلى التطرق لمختلف المفاهيم المتعلقة بالجودة كمفهوم عام و أهم الرواد في هذا المجال للوقوف على أهم العناصر المكونة للجودة، ليتم بعد ذلك التطرق لنظام الخدمات الصحية و جوانبه المتعددة. آخر مبحث يتناول تطبيق الجودة في مجال الخدمات الصحية، مبرراتها و العناصر المكونة لها مع التركيز على إستراتيجية برامج الجودة من خلال مختلف المراحل بدءاً بعملية التهيئة و الإعداد و اتخاذ القرار و لتكتمل بعمليات القياس.

المبحث الأول: مصطلحات إدارة الجودة الشاملة

إن التحدث عن الجودة بصورة عامة و محاولة إيجاد مفهوم يعبر عن هذا المصطلح نجد أنه يحتمل العديد من الأفكار و التوضيحات و أن عبارة إدارة الجودة الشاملة غدت في يومنا هذا من المصطلحات الشائعة لاسيما في المؤسسات الخدمية و هو مصطلح مبني على مسلمة مفادها أن نجاح أي عمل على المدى العيد مرهونا بالجودة في الإنتاج و المنتج و القيادة المشرفة عليه. فالجودة يقتصر مفهومها على المواصفات و الخصائص المتوقعة في المنتج و في العمليات و الأنشطة المصاحبة التي من خلالها تتحقق تلك المواصفات، بينما تعني الجودة الشاملة جميع الأنشطة التي يبذلها المسؤولون عن تسيير شؤون المؤسسة و التي تشمل التخطيط و التنفيذ و المتابعة و التقويم و هي مستمرة لتحسين الجودة و المحافظة عليها.

أولاً: معاني الجودة و إدارة الجودة الشاملة

نحاول استعراض جملة من المعاني التي أوردها المختصون و الباحثون و الكتاب لمصطلح إدارة الجودة الشاملة و نبدأ بأولها الذي تناول توضيح هذا المصطلح على وفق مفرداته الثلاثة.

- **فالإدارة :** تقتضي التطوير و المحافظة على إمكانية المنظمة من اجل تحسين الجودة بشكل مستمر و تبدأ الإدارة بالإدارة العليا و تنتهي بكل العاملين. أو انها تخطيط و تنظيم و توجيه و مراقبة النشاطات كافة المتعلقة بتطبيق الجودة، كما يتطلب ذلك دعم نشاطات الجودة و توفير الموارد اللازمة.¹

- **الجودة :** تعني الوفاء بمتطلبات المستفيد بل تتجاوزها الى تلافي العيوب و النواقص من المرحلة الأولى للعملية بما يرضي المستفيد. و تضم الجودة جودة المنتج و جودة الخدمة و جودة المسؤولية الاجتماعية و جودة السعر و تاريخ التسليم، أو هي بشكل مختصر تلبية متطلبات المستفيد و توقعاته.

- **أما الشاملة:** فإنها البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل إبتداءً من التعرف على احتياجات المستفيد و انتهاء بتقويم رضاه عن المنتجات و الخدمات المقدمة إليه و تضم: كل المؤسسة، كل مجالات العمل ، كل العاملين.

¹- تم التطرق الى تعريف الإدارة بشكل من التفصيل في الفصل الأول.

1- تعريف الجودة : الجودة لغة أصلها من الجود و الجيد نقيض الرذئ.

أما الجودة إصطلاحا فهي كلمة مشتقة من الكلمة اليونانية Qualities و يقصد بها طبيعة الشيء. و قد أخذ هذا المصطلح معان عديدة منها:

- الجمعية الأمريكية لضبط الجودة و معهد المقاييس القومي الحكومي عرفا الجودة بأنها " مجموعة الخصائص و الصفات الخاصة بالمنتج أو الخدمة التي تؤثر قابليتها على إرضاء الزبون المحددة و الواضحة و الضمنية"¹.

- معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي عرف الجودة " أداء العمل الصحيح و بشكل صحيح من المرة الأولى مع الاعتماد على تقييم المستفيد.

- مركز التجارة الدولي عرف الجودة من خلال التركيز على أربعة نقط²:

- التركيز على السلعة المنتجة.

- التركيز على التصنيع(خصائص المنتج مطابقة للمواصفات المطلوبة).

- التركيز على الزبون أو المستفيد.

- التركيز على القيمة المضافة.

- المنظمة الدولية للمواصفات القياسية'ISO' تعرف الجودة بأنها " الدرجة التي تشبع فيها الحاجات و التوقعات الظاهرية و الضمنية من خلال جملة من الخصائص الرئيسية المحددة مسبقا، و تؤكد المواصفة على ضرورة تحديد تلك الحاجات و التوقعات و كيفية إشباعها"

- تعريف جوران للجودة بانها مواءمة المنتج للإستعمال و دقته لمتطلبات العميل.

- أما كروسبي 1979 فيرى بأنها المطابقة و المتطلبات.

- ديمنج 1986: درجة متوقعة من التنافس و الإعتماد يناسب السوق بتكلفة منخفضة.

فمن خلال التعريف السابقة نلاحظ انها تركز على رضاء الزبون من مختلف النواحي عن طريق تلبية المنتج، الحاجات و الرغبات بما يتطابق و المواصفات الى اقصى حد ممكن.

¹- مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي، دار جرير للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2007، ص82.

²- نفس المصدر السابق

- 2- **مصطلح إدارة الجودة الشاملة:** لقد حظي هذا المصطلح بتعاريف كثيرة و متنوعة ، فمنهم من وصفها بأنها فلسفة إدارية شاملة او عملية تجمع فيها الأدوات و الطرائق اللازمة لتنفيذها أو أنها إطار عمل يخص المنظمات التي تطمح الى الارتقاء الى الدرجة او المستوى العلمي.
- و قد جاء تعريفها من قبل معهد الفيدرالي الأمريكي للجودة بانها " نظام إداري إستراتيجي متكامل يساعد على تحقيق حالة من الرضا لدى العميل و يتضمن هذا النظام المديرين و أصحاب الأعمال، و يستخدم طرق كمية لإحداث تطوير مستمر في عمليات المنظمة".
- إدارة الجودة الشاملة يعد ذلك النظام الناجح و الفعال الذي يضم كل عوامل التطوير من اجل التحسن المستمر لجودة المؤسسة بهدف الإشباع التام لرغبات العملاء بإستعمال كل الإمكانيات المتاحة.¹
- أما تعريف جابلونسكي Jablonski فإن إدارة الجودة الشاملة عنده " هي عبارة عن شكل تعاوني لأنجاز الأعمال يعتمد على القدرات و المواهب الخاصة بكل من الإدارة و العاملين لتحسين الجودة الإنتاجية بشكل مستمر عن طريق فريق العمل"².
- فالتعارف السابقة بلورت مفاهيم فلسفة إدارة الجودة الشاملة فيما يلي³:
- اتساع مفهوم الجودة لأبعد من جودة المنتج من خلال تغطية كل عمليات المؤسسة.
 - مشاركة كل فرد في عملية تحسين الجودة.
 - التركيز على إرضاء الزبون، المستفيد في الحاضر و المستقبل.
 - تقدير العاملين من خلال النظر إليهم داخل المؤسسة نظرة طويلة الاجل.
 - الإهتمام بالعمليات من خلال التوجيه للزبون.
 - الإعتماد على التحسين المستمر من خلال المرونة و الإستجابة السريعة للمتغيرات.
 - مشاركة كافة الأطراف (عاملين، إداريين، ممولين) في جهود الجودة الشاملة.
- إن إدارة الجودة الشاملة تعني تحقيق أعلى جودة ممكنة في الإنتاج و الخدمة وفقا للظروف التي تخضع لها المنشأة و تعني إدارة الجودة الشاملة ان الجودة ليست هدفا محددًا

¹ - Katsuyoshi Ichihara, Maitriser la qualité, Edition Mare, Nostrum, 1996, p11.

² - جوزيف جابلونسكي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، مصر 1996، ص.26.

³ - قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة الشاملة، دار الشروق، الأردن، 2006، ص.144.

تحققه تم ننسأه و لكن الهدف الحقيقي هو تحسين الجودة باستمرار و تطوير الأداء بهدف رضا العميل، فالجودة الشاملة نظام متكامل ناجح.

ثانياً: مزايا و عيوب إدارة الجودة الشاملة

1. مزايا إدارة الجودة الشاملة:

- أنها تحسن كثيراً من جودة المنتج أو الخدمة النهائية.
- أنها تؤدي إلى خفض الموارد المهدورة.
- أنها تحدث طفرة إنتاجية حيث يستخدم العاملون الوقت على نحو أكثر كفاءة.
- أنها تقود إلى التنافس الشريف في السوق لتحسين المنتجات والخدمات لابد من أن يكون هناك زيادة في السوق تؤدي إلى ميزة التنافس.
- أنها تحقق للقوى العاملة مزيداً من الدعم والدفع ليدرك العاملون إمكانياتهم.

2. عيوب إدارة الجودة الشاملة:

- تسيطر على الكثير من وقت الإدارة والعاملين.
- لن تفيد إلا إذا كانت المنشأة تسير في الاتجاه الصحيح فهي ليست أداة لتحويل اتجاه المنشأة.
- لا تثمر نتائج سريعة فهي تستغرق سنوات وهي في الحقيقة عملية لا تنتهي بل مستمرة.
- يمكن أن تؤدي إلى اهتمام زائد عن الحد إلى احتياجات العميل النهائي، واهتمام غير كافي باحتياجات العاملين.
- يمكن أن تسبب اضطراب في مختلف المراحل، فلا بد من معالجة الأمر بعناية.

المبحث الثاني: أبرز رواد وعلماء الجودة:

هناك العديد من الأسماء التي اشتهرت ولمعت في مجال الجودة سواء في الصناعة أو في القطاع الصحي بالإضافة إلى العديد من الهيئات والمنظمات التي كان لها الكثير من التجارب والنماذج بخصوص الجودة وبرامجها وكيفية تطبيقها ومن هذه الأسماء التي اشتهرت

يظهر لنا العالم جوزيف جوران , والأب الروحي للجودة العالم ادوارد ديمنج ,فليب كروسبي ,ولتر شوهارت ,دونا بيديان ومن المؤسسات التي اشتهرت باهتمامها بحركة الجودة في مجال الرعاية الصحية الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية " جاكو , JCAHO" الهيئة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي في فرنسا , ANAES والهيئة الكندية للاعتماد.

ولقد تم اقتراح العديد من النماذج التي تساهم وتساعد بصورة مباشرة في تطبيق نظم إدارة الجودة في المنشآت الصحية والخدمة على حد سواء وفيما يلي سيتم إلقاء الضوء على بعض أشهر النماذج ومن خلالها يمكننا معرفة أوجه الشبه بين هذه النماذج وأبرز الاختلافات فيما بينها.

أولا : جوزيف جوران Joseph M.Juran

تخرج جوران من جامعة مانيسوتا عام 1924 م والتحق بجامعة نيويورك وعمل فيها كأستاذ جامعي وفي نفس الوقت عمل في إدارة النفطيش والمعاينة التابعة لشركة هوثورن الكهربائية الغربية وكان ذلك حتى بداية الحرب العالمية الثانية ثم زار اليابان وعمل من العديد من العلماء اليابانيين وأستطاع على تقديم خدمة لليابان تكمن في معاونتها للتكيف مع أفكار الجودة واستخدام الأساليب الإحصائية التي تم تصميمها لتطبيق نظام الجودة . يعتبر جوران من أوائل رواد الجودة حيث أنه قام بتأليف العديد من الكتب والمقالات العلمية والمطبوعات التي تتحدث عن الجودة ومن أهمها كتابه الذي يتحدث عن مراقبة الجودة في عام 1951 م ,ثم قام في عام 1979 م بإنشاء وتأسيس معهد متخصص في إدارة الجودة أطلق عليه " معهد جوران. " و يمكن تلخيص مبادئه للجودة من خلال المحاور الآتية¹:

أ- المبادئ الثلاثة الأساسية للجودة الشاملة

ب- مثلث جوران.

¹- مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي، دار جرير للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2007، ص93 .

ج- الخطوات العشر لتحسين الجودة

د- استخدام مبدأ باريتو Pareto.

أ- المبادئ الثلاث: يرى جوران بان هناك ثلاثة مبادئ أساسية يجب الإلتزام بها كبداية لتحسين الجودة و خلق موقع تنافسي لها، و تتمثل هذه المبادئ في:

- أن تتم التحسينات على أسس واضحة و أن تكون مكرسة لجوانب محددة و ان تفهم على أنها ضرورة ملحة.

- ان يكون هناك برنامج تدريبي مكثف للجودة الشاملة.

- وجود قيادة واعية لأهمية الجودة الشاملة و ملتزمة بها.

ت- مثلث جوران. **Joseph M. Juran**: عمل جوران على تطوير نموذج يساعد على تطبيق

نظام الجودة في المنشآت أطلق عليه " ثلاثية جوران للجودة " حيث لخص في هذا النموذج

نظريته ورؤيته للجودة حيث يحتوي النموذج على ثلاث مراحل مختلفة تبدأ بمرحلة تخطيط

الجودة مرورا بمرحلة مراقبة الجودة وأخيرا مرحلة تحسين الجودة وكانت هذه المراحل

الثلاث تستخدم سابقا في إدارة وتخطيط الجوانب المالية ومراقبتها وتحسينها ثم قام جوران

بعد ذلك بتطويرها وتطبيقها على نظام الجودة. فيتضح لنا أن جوران يرى الجودة من

زاويتين الأولى هي محاولة تخفيض معدلات الأخطاء، الثانية محاولة تحسين المنتج من حيث

الشكل والمضمون ومن أجل تحقيق احتياجات وتوقعات العاملين ففي نظر جوران أن الاهتمام

بهذه الزاويتين سيساعد في تحقيق العديد من الأهداف ومنها:

-زيادة رضا العميل.

-زيادة التنافس بين المنشآت.

-انخفاض معدلات الأخطاء.

-انخفاض معدلات الخسائر.

ويرى أيضا أن في مرحلة التخطيط للجودة وهي أولى مراحل ثلاثيته أو نموذجها الذي

يساعد في تطبيق الجودة يتم التركيز على وضع الأهداف المستقبلية للمنشأة ومن ثم القيام

بتحديد الموارد المختلفة المتوفرة لدى المؤسسة من موارد مادية أو بشرية ومن ثم محاولة تحديد احتياجات وتوقعات العملاء أو المستفيدين من الخدمة المقدمة وتطوير نوعية المنتج أو الخدمة بما يتوافق مع متطلبات العملاء وأخير إلقاء الضوء على خطوات العملية الإنتاجية وتحديدها بما يضمن سير العمل بصورة سليمة تساعد على زيادة عملية التحسين والتطور. وأما فيما يخص المرحلة الثانية من الثلاثية والتي نتحدث عن ضبط أو رقابة الجودة فإنه يرى أن يتم فيها تحديد العمليات أو الإجراءات التي تحتاج لعملية التحسين ومن ثم القيام بوضع آلية للقياس وهنا يتم معرفة أو قياس مدى التطابق بين هذه العمليات وبين المعايير والمواصفات الأساسية وتحديد طرق للمراقبة وأخيرا اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة للسيطرة على العملية في حال وجود أي خطأ.

وفي المرحلة الثالثة وهي مرحلة تحسين الجودة يتم فيها وضع الآليات والإجراءات في مكانها الصحيح مما يساعد على تحقيق الجودة بصورة مستمرة ويشمل ذلك توزيع المهام على الأفراد بما يتناسب مع قدراتهم وتكليف الأفراد بمتابعة مشاريع الجودة والبرامج الخاصة بها وتدريب العاملين على هذه النظم والبرامج ومن ثم تشكيل فريق مهمته الأولى متابعة عمليات تحسين الجودة بصورة مستمرة من أجل الحفاظ على المكاسب والتغييرات والتحسينات التي تم تحقيقها في المنشأة.

ث- الخطوات العشر لتحسين الجودة: لخص جوران أفكاره عن الجودة في عشر نقاط وأطلق عليها "فلسفة جوران في الجودة" وهي كالآتي:

- زيادة درجة الوعي لدى الموظفين بأهمية فرص عملية التحسين وتحديد احتياجاتها.
- تحديد أهداف خاصة بعملية التحسين.
- الاهتمام بعملية التنظيم من أجل تحقيق الأهداف المنشودة وذلك من خلال إعداد الإجراءات فمثلا يمكن تكوين مجلس للجودة النوعية يقوم بتحديد المشكلات واختيار المشاريع وتعيين أعضاء فريق العمل وتعيين منسقين للجودة.
- الاهتمام بعملية التدريب لأن عملية التغيير لا يمكن أن تتم في وقت قصير.

- الاهتمام بتنفيذ مشاريع تعمل على مساعدة المنشأة في حل مشاكلها.
 - الاهتمام بتقديم تقارير دورية وشاملة عن الوضع الحالي للمنشأة.
 - تشجيع العاملين وحثهم على تحسين أدائهم وذلك من خلال دعمهم معنويا والإثناء على ما يقدمونه من خدمات مميزة.
 - التركيز على عملية الاتصال بين الأقسام في المنشأة والاهتمام بعملية التغذية العكسية كوسيلة لتوصيل النتائج للأقسام المعنية.
 - التركيز على أهمية توثيق النتائج وتسجيلها في صورة رسم بياني.
 - الاهتمام بعملية التوسع وذلك عن طريق الأخذ بعين الاعتبار أن التحسين السنوي جزء مهم من نظام المنشأة.
- د - استخدام مبدأ باريتو Pareto : استخدم جوران مبدأ " باريتو " للتخلص من النشاطات التي تسبب المشكلات الرئيسية، و يقوم هذا المبدأ على تصنيف البيانات المتعلقة بنشاطات المنظمة على شكل أعمدة متدرجة من اليسار إلى اليمين حسب أهميتها و تأثيرها في الإنتاج. و بفضل هذا الجدول أو الخريطة أمكن فصل المشكلات الجوهرية عن المشكلات الثانوية بالاعتماد على البيانات لا على الحدس او التخمين.
- وأخيرا يرى جوران أن حوالي 80% من عيوب الجودة يكون نتيجة عوامل عدة تكون الإدارة العليا هي المتحكمة فيها على هذا الأساس يؤكد جوران أن الإدارة العليا في أي منشأة لابد وأن تهتم بعملية التحسين المستمر للجودة وذلك من خلال تطبيق ثلاثيته المشهورة.

ثانيا : ادوارد ديمينج Edward Deming

ولد ديمينج في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1900 ، وحصل على شهادة الدكتوراه في الرياضيات و الفيزياء ،كان ادوارد في بداية حياته العملية مهندس تصنيع،وعمل أستاذا في جامعة نيويورك عام 1931 .كان يلقب بالأب الروحي للجودة ورقابتها ،ورغم تحدته عن طرق تحسين الجودة بوضوح وسلاسة إلا أنه تم تجاهله من قبل قادة الصناعة في أمريكا ف أوائل الأربعينات.

- في الخمسينات والستينات وبعد أن تقبل قادة الصناعة في اليابان أفكار ديمينج حول الجودة تبنت معظم الشركات اليابانية بسرعة كبيرة مبادئ ديمينج لرقابة الجودة وأصبح الموظفين على ارتباط وثيق بالعمل فقد تم نصب العديد من الجوائز تقدم للمنشآت التي تم تحسين وتطوير الجودة فيها حيث تم تأسيس جائزة عام 1962 م عن طريق الإتحاد الياباني للعلماء والمهندسين أطلق عليها "جائز ديمينج للجودة" وتعد هذه الجائزة من أهم الجوائز اليابانية في مجال الجودة, وخلال عشرين عام تغيرت سمعة المنتجات اليابانية وأصبحت رمزا للجودة . فالجودة في منظور ديمينج عبارة عن " تخفيض مستمر للخسائر وتحسين مستمر للعمل في جميع النشاطات " وقد تحدث عن العديد من جوانب الإدارة وكيف نقوم بتحسين مستويات أدائها فالإدارة بالنسبة له هي المسؤولة عن فهم حيثيات العمل ونظامه وتماسك وثبات إجراءات العمل ودعم عملية التحسين والتطوير المستمر وقد قام بتوضيح هذه الفكرة وهذا التصور في المبادئ الأربعة عشر التي وضعها في إدارة الجودة وهي كالآتي:
- تحديد هدف ثابت للمنشأة من أجل تحسين جودة منتجاتها وخدماتها.
 - تبني فلسفة جديدة لمفهوم الجودة.
 - التوقف عن الاعتماد على التفتيش بغرض تحسين الجودة ,ولكن يفضل استخدام الوسائل الإحصائية لمراقبة العملية الإنتاجية.
 - التوقف عن ممارسة فلسفة الشراء المعتمدة على الأسعار فقط ,ويفضل أن يتمتع الممول " البائع " بخاصية الجودة.
 - استخدام الوسائل الإحصائية لمعرفة نوعية المشكلات ومصادرهما وكذلك الاستمرار في تحسين النظام.
 - استخدام الأدوات الحديثة للتدريب على رأس العمل.
 - استخدام الطرق الحديثة في عملية الإشراف.
 - البعد عن سياسة التخويف.

- القضاء على العوائق التنظيمية بين الأقسام المختلفة.
 - التخلص من الحصص الرقمية.
 - المراجعة الدورية لمعايير العمل من أجل تحقيق جودة عالية.
 - إزالة العوائق التي تقف في وجه الاعتزاز بنوعية العمل.
 - تطوير برنامج قوى لتدريب العاملين على مهارات جديدة.
 - اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحقيق عملية التحول من خلال تطبيق محتويات النقاط الثلاث عشر الأنفة الذكر.
- ومن خلال المبادئ السابقة استخلص ديمنج سبع مشكلات خطيرة جدا تعوق عملية تحسين وتطوير الجودة وهذه المشكلات وتسمى بالأمراض التنظيمية و هي:
- عدم تحديد هدف المنشأة.
 - تركيز المنشأة على الأرباح قصيرة الأجل.
 - التركيز على التقويم الرقمي للأداء والمعدلات السنوية.
 - التغيير المستمر في القيادات الإدارية.
 - أن تتم إدارة المنشأة من خلال الأرقام المعروفة.
 - الارتفاع المستمر للتكاليف الطبية.
 - الارتفاع المستمر لتكاليف الالتزام والديون المعدومة.
- من وجهة نظر العالم ديمنج أن الجودة لا بد أن تكون نقطة الارتكاز لأي منشأة من خلال تقيد القوى العاملة من قبل الإدارة بالمنظور طويل الأجل , وأنه من مسؤوليات الإدارة العليا تبني فكرة تطوير السياسات والإجراءات والعمل على تهيئة موظفيها لتقبل التغيير والتطوير المستمر وإدراكهم لمسؤولياتهم الإدارية والفنية.
- وركز أيضا على أن تكون العلاقة مع الموردين تركز على الجودة وليس على الأسعار المنخفضة , وأشار على أهمية وجود تطوير مستمر في طرق اختبار الجودة وتفهم أكثر

لاحتياجات وتوقعات المستفيدين .

وأخيرا فقد أكد ديمينج على أهمية معرفة علم الإحصاء وخاصة الطرق الإحصائية البسيطة التي تساعد صناع القرار في اتخاذ الطريق أو المسار الصحيح الأمثل وتحديد أنواع الانحرافات خلال عملية الإنتاج , كما أنه لم يركز فقط على النظام ومكوناته إنما اهتم أيضا بالجانب الإنساني في العملية حيث أنه حث الإدارة على معرفة الطرق التي تعمل على تحفيز العاملين وحثهم على رفع مستوى أداء العمل .

ثالثا : والتر شوهارت Walter Shewhart

عمل شوهارت خبير إحصائي في ولاية نيويورك خلال العشرينات والثلاثينات , وفي عام 1924م قام بتطوير نموذج لتحسين العملية الإنتاجية بشكل مستمر أطلق على هذا النموذج " دائرة شوهارت " أو " دائرة PDCA" والتي كانت تتكون من أربع أجزاء وهي التخطيط Plane والفعل , Do لفحص Check وأخيرا التصرف Act.

في عام 1931م قام شوهارت بتأليف كتاب " الرقابة الاقتصادية على جودة المنتجات المصنعة " وهو يعد من أفضل المؤلفات التي أسهمت في تحسين جودة المنتجات والسلع . ويرى شوهارت أن مهمة مراقب الجودة تكمن في عملية الحفاظ على مستوى معين من العملية الإنتاجية والسماح ببعض الانحرافات التي لا تتجاوز حدود المراقبة المتفق عليها. ويمكن أن نستعرض أهم العمليات التي تتم في كل خطوة من خطوات نموذج شوهارت:

1- **التخطيط** : تعد مرحلة التخطيط من أهم ركائز دائرة شوهارت ويتم فيها استخدام بعض أدوات الجودة للتوصل إلى المشكلات التي تواجهها المنشأة والتعرف على نوعية العملاء ومن ثم الاتفاق على مستوى الجودة الإنتاجية وبالتالي مساعدة الإدارة على القيام بعمليات التحسين والتطوير على أتم وجه وبصور مستمرة. ثم التعرف على احتياجات العميل ووضع الأهداف بما يتماشى مع هذه الاحتياجات حتى يتم تقليص الفجوة بين تلك الاحتياجات وما هو موجود فعلا في المنشأة. وعلى قسم إدارة الجودة أن يقوم باستقصاء

أراء وانطباع العملاء حتى يتم التوصل إلى معرفة توقعاتهم.

2- الفعل : يتم في هذه الخطوة اقتراح العديد من الحلول البديلة حتى يتم التوصل إلى الحل الأمثل من أجل تنفيذ عملية التحسين بصورة سليمة. فيقوم فريق العمل بتنفيذ الخطة على أساس عدد من المحاولات الجادة ومراقبة نتائجها شرط أن تتم هذه المحاولات على عدد معين من المستفيدين أو العملاء أو أن يتم التركيز على مشكلة معينة بدلا من التشتت بين مجموعة كبيرة من المشكلات ومحاولة التغلب على هذه المشكلة عن طريق تنفيذ الخطة التي قد تم وضعها مسبقا. ثم يقوم فريق العمل بوضع جدول زمني للعملية كما يتم توضيح وتقدير الموارد والمصروفات التي سوف يتم استخدامها في العملية مع ضرورة تدريب العاملين على كيفية التحول من الوضع الحالي إلى الوضع الجديد الذي يخدم عملية تحسين الجودة واستمراريتها.

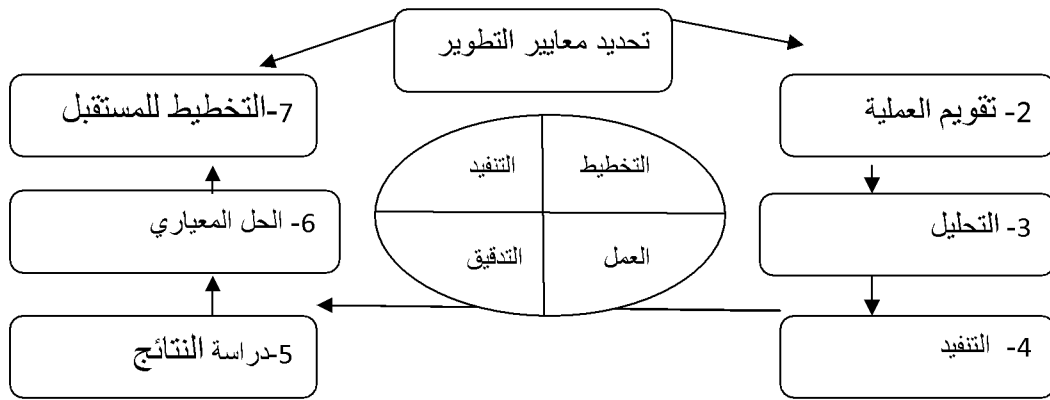
3- الفحص : يتم في هذه المرحلة التعرف على الوضع الجديد الذي وصلت له المنشأة وماذا حدث بعد عملية التغيير فيتم جمع البيانات وتحليلها ويتم استخدام المؤشرات والمعايير للمقارنة وقياس مدى التغيير ومدى التحسن في العملية.

إن هذه الدراسة تساعد صانعي القرار في معرفة التغييرات التي حدثت وما النشاطات التي رافقت عملية التغيير هل هي ايجابية أم سلبية وبصورة أخرى هذه المرحلة توضح مدى تحقق الأهداف التي تم التخطيط لها.

4- التصرف : وبناء على التحليلات الإحصائية والبيانات التي تم جمعها يقوم فريق العمل باستخدام التحسينات الجديدة كميّار للأعمال في المستقبل ويتم تطبيقها على العمليات الأخرى سواء كانت إدارية أو فنية وباستمرار هذه الدائرة تتسع دائرة التحسينات في المنشأة أما في حالة عدم ظهور أي تحسينات يحاول فريق العمل من جديد مع إحداث بعض التعديلات في الظروف المحيطة. والشكل الآتي يقدم توضيحا لأنموذج شوهارت لإدارة الجودة الشاملة¹:

¹ - مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي، دار جرير للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2007، ص 82.

الشكل (III-1): نموذج شوهارت لإدارة الجودة الشاملة



المصدر: مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي، دار جرير للنشر و التوزيع، ص93.

رابعا : فيليب كروسبي

يعتبر كروسبي من أشهر رواد الجودة وأساليب تطويرها حيث قام بتأسيس كلية

متخصصة للجودة ,وفي عام1979 م أشتهر كروسبي أكثر من خلال كتابه Quality Is

Free , حيث بدأ حياته العملية حين التحق بالعمل في شركة كروزلي بولاية إنديانا وبعد عمله في العديد من الوظائف أصبح كروسبي مديرا للجودة في مشروع صواريخ ومن خلال عمله في هذا المشروع تطور تفكيره وركز جهوده على أساليب تطوير الجودة وتحسينها وتخفيض التكاليف الخاصة بها.

ويعتبر هو أول من نادى بفكرة "صناعة بلا عيوب" ويؤكد كروسبي أن هذا البرنامج لا يعني أن العاملين لا يخطئون ولكنه يعني أن المنشأة يجب أن تتوقع عدم خطأ العاملين وهو يؤمن بأنه إذا لم يتم تحقيق مستوى صفر من العيوب فلن نستطيع تحقيق هذا الهدف على الإطلاق.

ويتكون نموذج كروسبي من أربع عشر مبدأ وهي كالتالي:

- الالتزام الثابت من قبل الإدارة العليا.

- تكوين فريق لتحسين الجودة.

- استخدام القياس كأداة موضوعية.

- تحديد تكلفة الجودة.

- زيادة الوعي بأهمية الجودة.
- اتخاذ الإجراءات التصحيحية.
- التخطيط السليم لإزالة العيوب في المنتج.
- التركيز على تعليم الموظفين وتدريب المشرفين على القيام بدورهم في تحسين الجودة.
- تحديد يوم خاص لزيادة الوعي بأهمية شعار " صناعة بلا عيوب."
- تحديد الأهداف وتشجيع الابتكار الفردي داخل التنظيم.
- التخلص من أسباب الأخطاء وإزالة معوقات الاتصال الفعال .
- التعرف على أهمية عملية تحسين الجودة ومكافأة من يقدم جهودا غير عادية في تطوير وتحسين الجودة.
- تكوين مجالس للجودة ,من مهامها القيام بعميلة التنسيق والاتصال بأعضاء فرق تطوير الجودة.
- الاستمرار في عملية تحسين الجودة ,وذلك عن طريق تكرار العمليات السابقة لكي تعطي الموظفين تشجيعا مستمرا لإزالة معوقات الجودة وتحقيق أهداف المنشأة.ومن خلال مبادئه السابقة ركز كروسبي على أربع محاور أساسية أطلق عليها اسم الأسس وهي:
 - يعرف كروسبي الجودة بأنها " المطابقة مع المتطلبات الأساسية "فيرى كروسبي أن على الجهاز الإداري والفني في المنشأة الالتزام بمطابقة السلعة أو الخدمة المقدمة مع المعايير الأساسية التي تم وضعها كأحد المتطلبات الجوهرية لتحسين مستوى الأداء.
 - نظام الجودة بالنسبة للموردين الذين يحاولون استيفاء متطلبات العملاء وتلبية احتياجاتهم يتمثل في التنفيذ الصحيح لمتطلبات الجودة في المرة الأولى التي يحاولون فيها تلبية تلك المتطلبات . يؤكد كروسبي أن المنشأة التي تلتزم بهذا المبدأ سيكون عدد مراقبيها قليل لأن حينها سيكون كل فرد مسئول عن عمله ولن يكون هناك من يراقبه أو يتصيد له الأخطاء.
 - الأداء القياسي يحقق مستوى صفر من العيوب والأخطاء وقد نادر كروسبي بأن فكرة منتج

بلا عيوب قد تكون هدف أساسي أو نهائي لذلك فيمكننا القول أن التفوق في الأداء هو المستوى الخالي من العيوب.

- إن قياس الجودة هو تكلفة الجودة ذاتها، فتكلفة العيب أو الخطأ إذا تم إصلاحه لها تأثير ايجابي مباشر على الأداء النهائي وكذلك على علاقة العملاء. لذلك يجب أن تكون هناك تدريبات تساعد على تلافي هذه الأخطاء. وأخيرا نجد أن كروسبي يحث على أهمية قياس تكلفة عدم المطابقة عوضا عن التركيز على المفهوم التقليدي وهو قياس المؤشرات، لذا يعتمد كروسبي على أن أفضل قياس للجودة هو تكلفتها.

خامسا : مالقولوم بالدريج MalcolomBairidge:

هو احد الإداريين البارزين في إدارة الجودة الشاملة في الولايات المتحدة الأمريكية و تقديرا لجهوده في تحسين كفاءة و فعالية وزارة التجارة سميت جائزة بإسمه (جودة 2004:294) ،وتم اقرار الجائزة بشكل قانوني سنة 1987، ويشرف عليها المعهد الوطني للمعايير و التكنولوجيا.

وقد وصف "بالدريج" إدارة الجودة بأنها ثورة على القديم و تغيير جذري و شامل لكل مكونات المنظمة، و انها فلسفة إدارية جديدة.و يهدف النموذج إلى إرضاء العميل من خلال تقديم جودة عالية له بشكل مستمر، ووفقا لما يردده و يتوقعه، و تقديم المنفعة و الخير للبيئة و الابتعاد عن أي تصرف يضر بها، كما انه يهدف الى:

- ايجاد مؤسسة شريفة بين المؤسسات في مجال تحقيق الجودة و خدمة المجتمع.
- تحديد سياسات المؤسسات من اجل تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة و تحسينها.
- تحديد سبل تحقيق الجودة.
- وضع أسس إرشادية للتقييم الذاتي في مجال تحقيق الجودة و تحسينها.
- الرعاية للمؤسسات التي تفوز في المنافسة و الحصول على جائزة.
- تطوير فهم الإدارة لبيئة العمل و العمليات الإحصائية التي بإمكانها أن تؤدي إلى تطوير الكلفة النوعية و الجودة للمنتجات.

- و يتضمن أنموذج او جائزة " بالدريج" على العناصر التالية¹:

1- القيادة الإدارية: و تعني ضرورة توفير القناعة و الإيمان الراسخ لدى القيادة العليا و القيادات الأدنى بجدوى ومزايا إدارة الجودة الشاملة و وجود الحماس و الاندفاع المطلوبين لديهم لتوفير متطلبات تحققها.

فالقيادة الفعالة تستلزم الجمع بين الحنكة و السياسة و نزاهة القصد و اكتساب ثقة المرؤوسين و احترامهم و رعاية العمل الجماعي و ان يكون القائد إنسانا و منتجا و مفكرا لزيادة الإنتاج وتحسين نوعيته.

2- التخطيط الإستراتيجي: إن التخطيط الإستراتيجي هو أسلوب علمي عملي يستهدف تحديد الأهداف و تدبير الوسائل و رسم معالم الطريق لتحقيق هذه الأهداف مستغلا مختلف الوسائل بما في ذلك وضع القرارات و رسم السياسات و تجنيد الإمكانيات لوضع الأهداف موضع التنفيذ، وأن يهتم بتجديد المستقبل الأساسي للمؤسسة و الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.

إن التخطيط الإستراتيجي يلعب دورا أساسيا في تطبيق الجودة الشاملة و نجاحها و متطلبات تطبيقها، فهو الدعامة الأساسية و المعين لها في مواجهة تحديات المستقبل و ما يشوبه من أمور غير محسوبة فكل مفردة و فعالية صغيرة أو كبيرة تخضع للدراسة و البحث و التحليل.

3- نظام جمع المعلومات و تحليلها: تتضمن كيفية اختيار إدارة المؤسسة للمعلومات و البيانات المستخدمة في التخطيط و الإدارة، و تقويم الأداء الكلي الذي يعني مستوى ادارة بيانات و معلومات الجودة، و كيفية تحليل البيانات الخاصة بالنوعية، و المستفيدين و الأداء العملياتي و علاقاتهما في إسناد أنشطة التخطيط و الفعاليات الأخرى، و يتضمن جمع المعلومات و تحليلها بتزويد من هو بحاجة لها في الوقت المطلوب مع ضرورة تحديثها باستمرار.

4- إدارة الموارد البشرية: تعد إدارة الموارد البشرية و وظيفة من وظائف الإدارة و جزءا من العملية الإدارية المنوطة بها أو أنها الفعالية التخطيطية و التنظيمية و الرقابية المتعلقة بتهيئة العاملين و استخدامهم و رفع كفاءاتهم، و تنمي مهاراتهم و تعالج مشاكلهم و تقوي

¹ مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي و الخدمي، دار جرير للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، ص101.

علاقات التعاون بينهم و بين رؤسائهم من أجل تحقيق الهدف الكلي للمؤسسة، ولذلك يعد توفير الموارد البشرية و تأهيلها و تدريبها ركنا أساسيا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بصورتها المطلوبة، كما يتطلب الأخذ بنظر الاعتبار ضرورة الاستفادة التامة من كامل قدرات الموارد البشرية في تحسين الجودة و بشكل مستمر و ذلك من خلال التعاون الجماعي و تبني فرق العمل و اشتراك العاملين في تخطيط الجودة، و الاهتمام و العناية بصحة العاملين و بيئة العمل، و قياس و تقويم الاداء النوعي للعاملين، و تحفيز المتميزين منهم و تتمين أي جهد مبذول في إنجاح ادارة الجودة الشاملة ماديا و معنويا.

5- **تصميم العمليات:** يتوقف تحقيق مستوى الجودة العالية على مدى سلامة العمليات و سهولة تنفيذها فالتصميم القديم القائم على معتقدات تنظيمية تقليدية لا يخدم منهجية إدارة الجودة الشاملة. إن العمليات ما هي إلا مجموعة من المهمات الرئيسية المكونة من مهمات فرعية مترابطة، متكاملة ، و متفاعلة مع بعضها في تجانس و تناغم، على وفق أسلوب سلسل بحيث يسهم الجميع في انجاز هدف مشترك و هو تحقيق أعلى جودة.

و يتخذ تصميم العمليات جوانب عدة هي:

- عمليات تصميم المخرجات، إدارة الموارد، رقابة و تقويم الجودة.
- تصميم جميع العمليات بشكل يؤدي إلى تلبية احتياجات و رغبات المستفيد و تحقيق الرضا لديه.

- التحسين المستمر لجودة العمليات مع توفير درجة من المرونة و من خلال رقابة فعالة

على جودة تنكيد العمليات على وقف مواصفات التصميم الموضوع لها.

- تأكيد اختيار المدخلان الجيدة التي تتصف بدرجة عالية من الجودة.

- توثيق نتائج المراقبة و القياس و التقويم.

6- **قياس و تقويم الجودة:** إن قياس و تقويم الجودة يراد به التعرف على جودة المؤسسة

بهدف قياس النتائج المتحققة و مقارنتها بالأهداف المرسومة مسبقا بغية الوقوف على

الانحرافات و تحديد مسبباتها من اجل اتخاذ الخطوات اللازمة لمعالجته و المقارنة عادة تتم بين

ما هو متحقق فعلا و ما هو مستهدف ضمن سقف زمني محدد مسبقا ويشمل قياس و تقويم

الجودة على الجوانب الآتية :

- توفير نظام لقياس وتقويم مستوى الجودة المتحقق في كل عملية ومقياس خاص بمستوى جودة المخرجات من سلع وخدمات .
- مقارنة مستوى الجودة المنجز مع مستوى الجودة المتحقق لدى المنافسين بالاختصاص نفسه من خلال معايير المقارنة و المواصفات الموضوعية.
- تقويم المدخلات المادية و البشرية في ضوء نتائج جودة المخرجات المتفق عليها.
- إن عملية قياس و تقويم الجودة تتطلب توفر مجموعة من المعايير لغرض حساب مستوى الأداء الذي قطعه المؤسسة، و الوقوف على مستوى تطور او جانب من جوانب الانحرافات التي مبعثها ضعف القدرة البشرية لتصحيح هذه الانحرافات بالتدريب و الإرشاد و التأهيل فضلا عن تحديد مستوى جودة الإنجاز.
- 7- التركيز على المستفيد و رضاه: إن التوجه نحو المستفيد من خلال الاهتمام برغباته و توقعاته هو المدخل الصحيح لنجاح المؤسسة في أدائها و التركيز على رضاه في المدى العيد و ذلك من خلال تزويده بالمعلومات الكاملة و الدقيقة عن المخرجات من النواحي كافة، و يضم معيار التركيز على المستفيد و رضاه ما يأتي:
- التلبية الفورية لمطالب المستفيد و سرعة انجازها.
- إبداء المودة و توفير جو الألفة منع المستفيد و مخاطبته بتفكيره نفسه.
- اللياقة في التعامل و ان يكون مقدم الخدمة دائما مساعدا و ناصحا.
- دقة وشمول المعلومات إذ أن المستفيد يتوقع بان مصدر المعلومات محل ثقة و دقة.
- حق المستفيد للاعتراض مع الأخذ بنظر الاعتبار دراسة اعتراضه و الإجابة عنها.
- من خلال استعراض العناصر و المعايير التي طرحها المختصون في إدارة الجودة نجد أنها تطابقت في بعض فقراتها و اختلفت أخرى بحسب ثقافة و فلسفة و خبرة كل منهم، و على الرغم من عدم اتفاق أطروحاتهم بعناصر محددة إلا ان هناك عناصر مشتركة و هي تعبر عن جوهر فلسفة إدارة الجودة الشاملة و الجدول أعلاه يمثل العناصر المشتركة بين ابرز

علماء الجودة¹.

الجدول (III-2): العناصر المشتركة بين أبرز علماء الجودة

بالدرج	ايشياكو	كروسبي	جوران	ديمنج	
●	●	●		*	القيادة
*	*		*	*	التخطيط الإستراتيجي
*	*	*	*		نظم المعلومات
*	●	*	●	*	إدارة الموارد البشرية
●			*	*	تصميم العمليات
●	*	*	*		قياس و تقويم الجودة
*	*	*	*	*	التركيز على المستفيد و رضاه

المصدر: مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي، دار جرير ، ص 108.

يظهر الجدول أعلاه بان نموذج جائزة مالكوم بالدريج هو الأكثر شمولاً لذلك يعد وسيلة دقيقة لتحديد متطلبات الجودة الشاملة.

سادساً: نماذج من العباقرة والعلماء اليابانيين :

استعانت الحكومة اليابانية بعد الحرب العالمية الثانية بعدد من الخبراء اليابانيين والأجانب في عملية تطوير القطاعات الإنتاجية المختلفة و كما طلبت الاستعانة ببعض الخبراء الأمريكيين لتطبيق طرق وأساليب مراقبة الجودة في قطاع التصنيع والتسويق وبالرغم من ذلك فإن معظم الفضل يعود لما يسميه اليابانيين في لغتهم " كايسن " Kaizen أو عملية التحسين المستمر للجودة لعدد من العلماء اليابانيين مثل كاورو إيشيكاوا ، جنيشي تاجوشي و تايشي أونو وسنعرض في الفقرة التالية إحدى هذه النماذج للعالم إيشيكاوا.

¹- نفس المصدر السابق، ص108.

1. نموذج إيشيكاوا

يعد إيشيكاوا من رواد الجودة اليابانيين ففي عام 1939 م تخرج من جامعة طوكيو تخصص كيمياء تطبيقية ,وفي عام 1952 م حصل على جائزة ديمنج تكريماً له لإسهامه العلمي والعملية في تطوير مفهوم الجودة والطرق الإحصائية لتطبيقها. ويعتبر اليابانيون إيشيكاوا الأب لحلقات مراقبة الجودة ويرى إيشيكاوا أن تطبيق حلقات مراقبة الجودة من أهم الوسائل التعليمية لنشر مفهوم الجودة بين العاملين وكما أن الجودة الشاملة تبدأ فعلياً بعملية التدريب والتعليم وتنتهي أيضاً بالتدريب والتعليم للموظفين ويرى أيضاً أن الاستثمار في تدريب الموظفين خلال مدة عملهم في المنشأة يعد من أهم النشاطات الإدارية التي يجب أن تركز عليها الإدارة العليا.

وفي كتابه ما المقصود بمراقبة الجودة?? What Is Total Quality Control يرى إيشيكاوا أن مفهوم الجودة له العديد من الجوانب وهو يشمل النقاط التالية:

- مفهوم التغيير والتحول من برنامج مراقبة الجودة الذي يعتمد اعتماد كلي على التفتيش إلى برنامج شامل يعتمد على النشاطات الداخلية مع الأخذ في عين الاعتبار أن العملاء جزء لا يتجزأ من عملية تحسين الجودة.
- تحديد الطرق الرئيسية والضرورية التي تساعد في التعرف على المشكلة التي تواجهها المنشأة ومحاولة التخلص منها.
- تحديد مجالات الجودة في السلعة أو الخدمة المقدمة التي يتقبلها العميل ويكون لديه الاستعداد لشرائها.
- مدى إمكان تطبيق برنامج مراقبة الجودة على مستوى المنشأة بحيث يشمل المراقبة الراسية والمراقبة الأفقية للأقسام.

- مدى إمكان استخدام الأدوات الإحصائية للجودة ,على سبيل المثال : خريطة باريتو , المدرجات التكرارية ,خرائط المراقبة ,الخرائط الانسيابيةالخ هذه الأدوات الإحصائية تساعد الإدارة في معرفة أبعاد المشكلة ومصادر الأسباب وبالتالي محاولة تقليل آثارها السلبية.

- ولخص إيشيكاوا المبادئ الأساسية لمراقبة الجودة الشاملة في النقاط التالية:
- إن الجودة مبنية على وجهة نظر العميل.
 - إن الجودة تعتبر جوهر العملية الإدارية, ولا بد أن ينظر لها على أنها هدف طويل الأجل بدلا من التركيز على الأرباح القصيرة المدى.
 - إن الجودة تعتمد على مشاركة العاملين والموظفين وحتى يتم تطبيق أسلوب إدارة الجودة لا بد من إزالة العوائق بين الأقسام المختلفة
 - استخدام البيانات والمعلومات بواسطة الوسائل الإحصائية للمساعدة في عملية اتخاذ القرارات.

وفي عام 1943 استتبب إيشيكاوا فكرة خريطة عظمة السمكة أو ما يطلق عليها بخريطة العلاقة بين السبب والنتيجة. فمن خلال هذه الخريطة تستطيع الإدارة أن تسلط الضوء على مشكلة قائمة في المنشأة ومن ثم تقوم بدراسة الأسباب الرئيسية والفرعية التي ساعدت في ظهور المشكلة , كما قام أيضا بتطوير أساليب علمية وأدوات إحصائية يطلق عليها " الأدوات السبع " ويرى أن هذه الأدوات يمكنها مساعدة الموظفين والعاملين على تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة, ومن خلال استخدام هذه الأدوات لاحظ إيشيكاوا أن المنشأة يمكن أن تتحكم في أكثر من 95% من مشكلاتها. أخيرا نجد أنه بالرغم من وجود اختلافات بسيطة بين النماذج السابقة مثل الفرق بين نموذج ديمينج ونموذج كروسبي حيث أن ديمينج لا يرى أهمية أو أي حاجة لقياس تكلفة الجودة بينما يرى كروسبي العكس إلا أن جميع النماذج السابقة ركزت على أهمية تدريب وتأهيل العاملين أو الموارد البشرية بصورة مستمرة حتى يتمكنوا من تطبيق برامج تحسين الجودة , بالإضافة إلى أهمية التزام الإدارة العليا بتحسين الجودة وأن الجودة تستغرق وقتا طويلا في عملية التنفيذ وأنها مسؤولية الجميع والنقطة الأساسية التي ركزت عليها جميع النماذج أن العميل هو المحور الأساسي لجميع عمليات تحسين الجودة.

2. الهيئة الامريكية المشتركة لإعتماد مؤسسات الرعاية الصحية Joint Commission Accreditation of Health care Organisation (JCAHO): ساهمت الهيئات و المؤسسات العاملة في مجال الصحة في الإهتمام بوضع أدوات تحسين الجودة، و من بين هذه الهيئات " الهيئة الامريكية المشتركة لإعتماد مؤسسات الرعاية الصحية " تأسست هذه الهيئة سنة 1951 و منذ ذلك الوقت اهتم القائمون عليها بعمليات تحسين الجودة من خلال التدقيق الطبي، وتقويم الرعاية الطبية . و في أواخر السبعينات من القرن العشرين توسع هذا المفهوم و أطلق عليه اسم الجودة النوعية.

في خلال الثمانينات استخدمت هذه الهيئة كلا من الهيكل التنظيمي للمؤسسة و إجراءات العمل كمحورين رئيسيين لمساعدة المستشفيات على تطوير الجودة فيها و طورت الهيئة نمودجا للجودة يتمثل في عشر خطوات أساسية¹:

- تحديد مجالات الخدمات الطبية المقدمة و أنواعها.
- تحديد أولويات مجالات الخدمة الطبية حسب أهميتها.
- تحديد مسؤولية المراقبة و التقويم.
- تحديد المؤشرات اللازمة لتقويم الخدمات الطبية المختارة.
- وضع الحدود المعيارية للمساعدة في عملية التقويم.
- قيام الفريق المسؤول بجمع البيانات اللازمة و تحليلها.
- تقويم الرعاية عندما يتم تحقيق الحدود المعيارية.
- اتخاذ الإجراءات التصحيحية لحل المشكلة.
- قيام الفريق المسؤول بتقويم فعالية الإجراءات التصحيحية.

يتبين عند دراسة نمودج JCAHO تطابقه مع أفكار جوران و شوهارت، حيث يمكن تقسيم النمادج العشر لنمودج JCAHO الى ثلاث مراحل أساسية: مرحلة تحديد المشكلة ومرحلة تقويم المشكلة ومرحلة اتخاذ الإجراءات التصحيحية، كما يساعد هذا النمودج في عملية

¹-علي سلمي، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات التأهيل لإيزو 9000، دار الغريب ، القاهرة، 1995، ص168.

وضع نظام للأولويات. قامت هذه الهيئة بوضع مقياس لقياس درجة جودة الخدمة التي تقدمها المستشفيات تتكون من ثمانية ابعاد و هي¹: الفعالية ، الملائمة ، الاحترام، الرعاية ، الملائمة، الاستمرارية،التوقيت الملائم،الإنتاجية.

و من أجل تطبيق هذا النظام قامت الهيئة باستخدام أربعة معايير لضبط عملية التحسين و هي

- التكاليف.

- المشكلات التي تظهر بشكل مستمر بين فترة و أخرى.

- حجم المتضررين من النشاطات الداخلية.

- الأفراد الذين يواجهون المخاطر.

المبحث الثالث: نظام خدمات الرعاية لصحية

يعرف النظام الصحي بمجموعة من العناصر المترابطة و التي عندما تعمل مع بعضها البعض ككل متكامل تنتج عن حدوث شئ ما" و بهذا المفهوم يمكن تعريف النظام الصحي بأنه " مجموعة من العناصر المترابطة و المتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الإتصالات و التي تعمل معا لتحقيق هدف النظام الصحي و المتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد و المجتمع و المحافظة عليته و ترقيته باستمرار"².

أولاً- خدمات النظام الصحي : حتى يتمكن النظام من تحقيق الهدف المرسوم له لابد من توفير مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية يشكلان معا النظام الصحي الكلي.

1- خدمات و برامج الصحة العامة الموجهة نحو خدمة المجتمع ككل و تشمل ما يلي :

1-1 . خدمات الارتقاء بالصحة و هي بخدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية ايجابية لدى الأفراد و تشمل أهمية الغذاء الصحي المتوازن، و ممارسة الرياضة و خدمات التنقيف الصحي و أهمية الصحة الشخصية للفرد و صحة البيئة.

2-1 . خدمات الصحة العامة : تهتم هذه الخدمات بصحة الافراد كمجموعات و تشمل :

- السيطرة على الأمراض و القضاء عليها.

¹- عبد العزيز مخيمر،محمد الطعمنة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات" مفاهيم و تطبيقات"،2003المنظمة العربية للتنمية،القااهرة،ص222.
²- فريد توفيق نصيرات،إدارة منظمات الرعاية الصحية،دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى،2008،ص54.

- عزل الحالات المصابة و القضاء عليها.
 - تقييم و تنمية المراد المتاحة.
 - الأبحاث العلمية في المجال الصحي.
 - الإحصاءات الحيوية و الصحية.
- 3-1 خدمة صحة البيئة : هي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد و تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث لبيئي و الامن و السلامة العامة و قضايا الإسكان و المسكن الصحي و تشمل هذه الخدمات ما يلي:
- توفير الماء الصالح للشرب و الطرق السليمة لاستعماله و تخزينه.
 - التخلص السليم من النفايات الصلبة و السائلة.
 - صحة الأطعمة و المشروبات.
 - السيطرة على المواد المشعة الخطيرة.
- و تتركز خدمات و برامج الصحة العامة على صحة المجتمع ككل بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع و المحافظة على اعلى مستوى صحي ممكن.
- 2- خدمات الرعاية الطبية : و تشير الى الخدمات الصحية الشخصية التي تقدم الى الفرد فيما يتعلق بصحته و المحافظة عليها حيث تتركز على صحة الفرد على عكس خدمات الصحة العامة و التي تتركز على صحة المجتمع ككل. و هذه الخدمات لا تقتصر على ما يعرف بخدمات التشخيص و العلاج بل تشمل المدى الكامل من الخدمات الصحية الشخصية ابتداء من خدمات ترقية الصحة و الوقاية من الأمراض، و الكشف المبكر عنها و تشخيصها و علاجها، و انتهاء بخدمة التأهيل الاجتماعي و المهني للمرض.
- و قد ناقشت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (1959)¹ أن الرعاية الطبية يجب أن لا تتوقف فقط على الإجراءات اللازمة لشفاء المرضى من خلال العلاج الطبي و خدمات التأهيل بل يجب أن يشمل أيضا بعض الإجراءات المحددة و التي تهدف إلى ترقية الصحة ووقايتها من المرض و الاكتشاف المبكر لأعراض المرض و قد خرجت اللجنة بالتعريف التالي: ""

¹- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص 66.

الرعاية الطبية هي برامج للخدمات و التي يجب عليها أن توفر للأفراد كافة المنشآت، العلوم الطبية و العلوم الطبية المساندة الضرورية لتحسين و صيانة الصحة الجسدية و العقلية و الاجتماعية و كذلك توفير العلاج للمجتمع. و يجب أن يأخذ البرنامج في الاعتبار المحيط المادي و الاجتماعي و الأسري مع مراعاة تخفيف العجز".

ثانيا- العناصر المكونة للرعاية الصحية :

خدمات الرعاية الطبية تقوم على مركب من العلاقات الشخصية و التنظيمية و التي من خلالها يجري تقديم هذه الخدمات للأفراد. حيث يتم إنتاجها و تمويلها و تقديمها من خلال مجهودات و أنشطة أطراف متعددة و هو ما يعرف بمركب الرعاية الطبية. و هناك خمسة عناصر أساسية مكونة لمركب الرعاية الطبية في اي نظام للخدمات الصحية و في أي مجتمع و هذه العناصر هي :

1- الإدارة: تعتبر الإدارة لصحية فرعا متخصصا من العلوم الإدارية و الصحية المتميزة و هي علم تطبيقي اجتماعي يضم مزيج من علوم إدارة الأعمال و الإدارة العامة و العلوم الطبية و الصحة العامة، و السياسات الصحية و علم الأنظمة الصحية، و علوم أخرى متخصصة في الإدارة الصحية كالبحوث الصحية او أنظمة البحوث العلمية و التخطيط الصحي و الثقافة الصحية، و تقويم البرامج الصحية.

لقد عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية بما يلي:

"الإدارة الصحية هي تخطيط و تنظيم و توجيه و رقابة و تنسيق الموارد و الإجراءات و الطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات و الطلب على خدمات الرعاية الصحية و الطبية و توفر البيئة الصحية و ذلك من خلال تقديم هذه الخدمات للمستهلكين كأفراد و جماعات و للمجتمع ككل"¹.

إن مركب الرعاية الطبية و ما يتصف به من تعقيد لتعدد العناصر المشاركة فيه و المتعاونة معه يتطلب توفر أطر إدارية مؤهلة على درجة عالية من الفعالية و الكفاءة للقيام بالوظائف الإدارية. فالنظام الصحي من أعقد الأنظمة بسبب تعدد الخبرات و المهارات و عدم

¹ - المصدر السابق، ص20

تجانسها و ندرة و محدودية الموارد المتاحة و ارتفاع كلفتها و ما يتطلب ذلك من عقلانية و منطقية القرارات لتحقيق أهداف المرسومة.

1-1 خصوصية الإدارة الصحية: مما لا شك فيه أن الإدارة الصحية ينبع من خصوصيات القطاع الصحي و خصوصية مؤسساته كأكبر و أعقد قطاع بالمقارنة مع القطاعات الأخرى في أي مجتمع كان و من الخصائص للمميزة للقطاع الصحي مايلي:

- الطبيعة الفردية للخدمة الصحية بمعنى انه لا بد من تكيف الخدمة الصحية و تخطيطها و تنظيمها و تقديمها وفقا لحاجة كل فرد على حدة.
- العمل اليومي للمؤسسة الصحية مختلف و متشعب و بالتالي غير خاضع إلا للقليل من التتميط و القياس، إضافة إلى أن الجزء الأكبر من العمل يتم بواسطة الإنسان.
- الدرجة العالية من الثمن و التخصص في القطاع الصحي إذ يعتبر هذا القطاع من اكبر القطاعات مهنة في المجتمع.
- تعدد المؤسسات الصحية و الجهات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية داخل البلد، مما يجعل تقديم الخدمات يتطلب مداخل إدارية مختلفة و متعددة لا يوجد مثيلا لها في القطاعات الأخرى.
- الطلب على الخدمة الصحية يزداد بزيادة درجة التطور الحضاري لأي مجتمع فكما زادت درجة التحضر و التقدم زاد الطلب على الخدمة الصحية و بالتالي زاد عدد و نوع الصحية ويأتي دور الإدارة في إبراز الأولويات و إعادة ترتيبها على ضوء الاحتياجات التي تستجد و تحديد المزيج المطلوب من الخدمات الصحية بشكل مستمر.
- عدم خضوع الخدمة الصحية لقانون العرض و الطلب، كما ان الطلب على الخدمة الصحية ذا طبيعة طارئة و ملحة عموما و لا يمكن تأجيله كما هو الحال في الخدمات الأخرى.

إن هذه الخصائص المميزة للقطاع الصحي و المؤسسة الصحية عن غيرها من القطاعات و المؤسسات تجعل الإدارة الصحية متميزة في أدائها و دورها و مسؤولياتها عن التخصصات الإدارية الأخرى و تتطلب عناصر قيادية مؤهلة ذات مواصفات عالية تستطيع التعامل مع

خصوصيات هذا القطاع. و بهذا المعنى يقول أحد الكتاب بأن على مدير الصحي الاسترشاد دائما و الالتزام بما يسمى بالإنجليزية (Rs3) وهي¹:

- الإستجابة Responsiveness : لحاجات و طلبات مستعملي و مستهلكي الخدمات الصحية.

- المسؤولية عن وظائف التخطيط و التنظيم والرقابة و تنسيق الخدمات.

- الإصلاح و التوفيق Réconciliation بين المعارف المتجددة و الضخمة

و المواقف و المهارات التي تتفاعل في تشغيل النظام الصحي و مؤسساته .

2- **العنصر التنظيمي** : و يشمل مجموعة الإجراءات و الترتيبات المطلوبة لتنظيم و تنسيق الأنشطة المختلفة لفريق الرعاية الطبية بهدف ضمان تواجد خدمات الرعاية الطبية بالكم و كيف الصحيح و ضمان الوصول لها و الانتفاع بها من قبل الفرد في المكان و الزمان الصحيح و حسب حاجته لها و يتطلب ذلك :

- تحديد مستويات الرعاية الطبية و توضيح العلاقة بينها و تنسيق أنشطتها.

- نظام تحويل فعال بين مستويات الرعاية المختلفة لضمان استمرارية الرعاية و فعاليتها.

- نظام جيد للتسجيل الصحي لتنظيم عملية استخدام الخدمة في المكان و الزمان الصحيح حسب الحاجة.

- تنظيم خدمات الرعاية الطبية على أساس إقليمي لضمان عدالة توزيع الإمكانيات و الموارد بين المناطق المختلفة و لضمان التكامل و التنسيق بينها.

- نظام قومي شامل للتأمين الصحي يشمل كافة المواطنين لضمان الوصول للخدمة الصحية و الانتفاع بها.

- نظام تقويم و رقابة فعال لضمان تقديم خدمات جيدة و بأقل كلفة ممكنة.

2-1 **التغيير التنظيمي في المنظمات الصحية**: تواجه منظمات الرعاية الصحية حاجة متزايدة

لإعادة النظر بأهدافها و بناءها التنظيمي ووسائلها لضمان قدرتها على تقديم رعاية جيدة

¹- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص 23.

و لضمان قدرتها على الاستمرار. يمكن تصنيف التغيير الذي تتبناه المنظمات الصحية بثلاث أنواع:

تغيير فني: و هو تغيير ينصب على الوسائل و ليس الغايات و يختلف هذا التغيير في تكلفته و أثره على المنظمة كقرار تغيير جهاز تصوير شعاعي بأخر ذو قدرة إنتاجية اعلى يتضمن كلفة قليلة للمنظمة و أثرا قليلا ايضا.

- **تغيير تعديلي:** و هو تغيير في الغايات و ليس الوسائل. حيث ينصب على أهداف المنظمة دون تغيير في الوسائل، كقرار إنشاء برامج للرعاية الصحية الممتدة الى المنزل مثلا حيث التكنولوجيا اللازم لتنفيذ القرار موجودة أصلا لدى المنظمة و كل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المنظمة.

- **التغيير التكيفي:** و يتضمن تغييرا في الوسائل و الغايات معا. و هذا النوع لا يحدث في المنظمة الصحية بشكل متكرر و عندما يحدث فإنه يتضمن تعديل جوهري في توجه المنظمة(الغايات و الأهداف) و بذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة.

هناك العديد من الإستراتيجيات و الأساليب التي يمكن أن يستعملها المدراء لتنفيذ

التغيير في منظماتهم منها:

- إستراتيجية إعادة التعليم.

- إستراتيجية الإقناع.

- استراتيجيات التيسير.

- إستراتيجية القوة.

لقد جربت المنظمات الصحية عدة استراتيجيات لضمان سلامة التغيير التي أخذت

بإدخاله، إلا أن هناك عدة صعوبات واجهت تنفيذها تتمحور حول أربعة عوامل :

- طبيعة مهام الرعاية الطبية: حيث تتصف بالغموض و عدم الوضوح و عدم التيقن من النتائج مما يصعب عملية تحديد أهداف قابلة للقياس، كما أن الأخطاء غير قابلة للإصلاح و تنطوي على تكلفة معنوية و مادية عالية.

- طبيعة العناصر البشرية العاملة: من المعروف ان العنصر البشري هو الأكثر حسما في عملية إنتاج و تقديم الخدمة الصحية. كما أن المهنيين في المنظم الصحية تحكم أدائهم الطبي مبادئ و أخلاقيات قوية كمبدأ عدم التسبب بأي أدى لمرضاهم. و على ذلك في غن اي عمل يضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن ان ينتج عنه رفض او انتقاد أعضاء المهنة إضافة الى المخاطرة القانونية المترتبة على ذلك.
 - طبيعة العلاقة بين الأطباء و مرضاهم: أو ما يعرف بالنموذج الطبي و الذي يتعارض مع معظم التغييرات و التعديلية و التكيفية حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل بين الأطباء و مرضاهم من أي طرف آخر.
 - طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية و تعقيده و خاصة من حيث مفاهيم السلطة و القوة و السيطرة و ما يتصف به من تعداد الأقطاب، مما يجعل من الصعب تحديد نقط السلطة و التأثير داخل المنظمة.
 - تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة و عمليات منظمات الرعاية الصحية و التي لا بد من التوفيق بين مصالحها و أهدافها و أهداف المنظمة.
- 3- **العنصر المهني:** و يمثل كافة المهنيين الصحيين الذين يقدمون الخدمة الصحية بما في ذلك المهن الصحية المساندة. فلم تعد الخدمة الصحية تقوم على علاقة ثنائية مباشرة بين الطبيب و المريض بل أصبحت عملية تنظيمية تقوم على مجهودات و أنشطة مجموعة متعددة الاختصاصات و من ميادين معرفية مختلفة مثل الأطباء و الممرضين و الصيادلة و المدراء الصحيين و أخصائي التغذية و الخدمات الاجتماعية و الفنيين الصحيين و الإداريين و غيرهم من المهن المساندة في المجال الصحي و هو ما يعرف اليوم بفريق الرعاية الطبية.
- 4- **العنصر الشخصي:** و يمثل كافة الأفراد و الجماعات المنتفعين بالبرنامج الصحي أو الذين يتوقع أن يستخدموا هذه الخدمات عند حاجتهم لها. و لضمان فعالية و نجاح البرنامج الصحي و قدرته على سد الاحتياجات الحالية و المستقبلية للأفراد و الجماعات لا بد من التعرف على خصائص المنتفعين بالبرنامج مثل العدد الكلي للسكان و أماكن تواجدهم

و الخصائص الديمغرافية المميزة لهم من حيث التوزيع العمري ، و الجنس و معدلات حدوث الأمراض و الوفيات و معدلات النمو، و مستويات التعليم و معدل دخل الفرد و أنماط العمالة و الاستخدام و مدى توفر البيئة المنزلية الصحية، حيث ترتبط هذه العوامل بالمستوى الصحي الفردي و المجتمعي و تؤثر عليه بشكل مباشر. ان تحديد هذه العوامل يعتبر كأهمية بمكان حيث لا يمكن تخطيط خدمات البرنامج و تقدير كم و نوع الإمكانيات المطلوبة و تقييم مدى فعاليته و كفاءته في تحقيق الأهداف المرسومة له دون التعرف على هذه المعلومات الأساسية و أخذها في الاعتبار.

5- **العنصر الاجتماعي و المؤسسي:** و يشمل كافة المؤسسات الصحية منها و الخاصة

6- و التي تقوم على إنتاج و تقديم خدمات الرعاية الطبية و يمكن تقسيمها الى قسمين:

- مؤسسات خدمات المرضى الداخليين: و تشمل المستشفيات العامة و المتخصصة و مراكز التأهيل و أية مؤسسة تقدم خدماتها للمرضى الداخليين.

- مؤسسات المرضى الخارجيين: و تشمل عيادات الطب العام و عيادات المستشفيات و غرف الطوارئ كما تشمل المختبرات و بنوك الدم و الأشعة و العلاج الطبيعي و غيرها من الخدمات التي تقدم على أساس خارجي.

و تعتبر المؤسسات العامة لما يتوفر لها من إمكانيات فنية و تكنولوجية و بشرية ضخمة و متخصصة من أهم المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الطبية، كما تعتبر الأولى من حيث تكلفة الإنشاء و التجهيز و التشغيل مما يترتب عليها القيام بدور هام في مجال تقديم الرعاية الطبية بمفهومها الواسع و الصحيح.

ثالثا: المستشفيات و خصائصها

1- **تعريف المستشفيات:** لم يعد دور المستشفى في عصرنا الحالي مقتصر على مجرد تقديم الخدمة العلاجية، و لم يعد يعرف بأنه مكان لإيواء المرضى و المصابين كما كان في الماضي، حيث كان ايسر و أقدم تعريف للمستشفى هو أنه مكان لإيواء المرضى و المصابين حتى يتم شفاؤهم¹. و لكن المستشفى الحديث يعد تنظيما طبيا متكاملًا يستهدف تقديم الخدمة

¹ - عبد الإله سعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، 1997، ص31

الصحية بمفهومها الشامل... وقاية و علاجا و تعليما طبييا، إضافة الى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها. فهي تعتبر أهم المؤسسات الخدمية التي تقدم الخدمة الصحية المتكاملة. تعرف منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه: " جزء أساسي من تنظيم طبي و اجتماعي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجا ووقاية، و تمتد عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، و المستشفى هو أيضا مركب لتدريب العاملين الصحيين و القيام ببحوث اجتماعية و بيولوجية"¹.

أما الجمعية الأمريكية للمستشفيات American Hospital Assosiaty فتعرف المستشفى بأنه: مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتويم و خدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء و خدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص و العلاج اللازمين للمرضى.

لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية عام 1967 رأت من الضروري تعريف المستشفى بصورة علمية كي ينطبق على شتى المستشفيات " مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية و التمريض"، ثم استدرك هذا التعريف فيما بعد ليشمل أعمال أخرى مثل التعليم و التدريب و البحوث الطبية و الوقائية و الاجتماعية و التنظيمية". و يقسم بعض علماء إدارة المستشفيات تعريف المستشفى الى نوعين:

- التعريف التنظيمي: هو التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى كمؤسسة تقدم الرعاية الصحية للمنومين و بهذا التعريف يسهل التمييز بين المستشفى و المؤسسات الصحية الأخرى.

- التعريف الوظيفي: و يركز هذا التعريف على الغرض من المستشفى و ليس من اجزائه و يمثل الغرض العام للمستشفى في رعاية صحة الأفراد في المجتمع، و بذلك تلبية الحاجات الصحية للمجتمع.

المستشفى وفقا لما سبق " تنظيم اجتماعي صحي هدفه تقديم رعاية طبية للمجتمع علاجا ووقاية تحت تفاعل أنظمة فرعية مثل النظام الطبي و النظام التمريضي و النظام الإداري و الاجتماعي و النظام الاقتصادي.

¹ - عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، 1997، صص 32.

2- أنواع المستشفيات و خصائصها: تتعدد أساليب تصنيف المستشفيات و فقا لمعايير التصنيف المستخدمة ومن أكثر هذه المعايير قبولا و شيوعا:

- معيار الملكية و الإدارة

- المعيار الإكلينيكي (حسب الخدمة).

← معيار الملكية و الإدارة: تقسم المستشفيات حسب هذا المعيار الى مستشفيات حكومية و مستشفيات خاصة.

- تتضمن المستشفيات الحكومية كافة المستشفيات التي تعتمد في تمويلها على المال العام للدولة، قد تتبع جهات حكومية متعددة مثل وزارة الصحة، الداخلية، الدفاع...

- المستشفيات الخاصة: تتضمن وتشمل كافة المستشفيات التي تتبع في ملكيتها القطاع الخاص حيث يتم إدارة و تمويل هذه المستشفيات من قبل القطاع الخاص و هذه المؤسسات قد تكون مملوكة من قبل فرد او مؤسسة أو اتحاد او جمعيات خيرية. و قد تكون مؤسسات ربحية شأنها شأن أية مشروعات للأعمال.

← المعيار الإكلينيكي (حسب الخدمة): أي حسب الخدمة التي تقدمها المستشفيات و تقسم حسب هذا المعيار إلى مستشفيات عامة و مستشفيات خاصة.

- المستشفى العام هو الذي يحتوي على التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب و الجراحة و هي خدمات الطب الباطني و الجراحة و الأطفال، وخدمات أمراض النساء و الولادة. كما يمكن أن يضم الخدمات الأخرى مثل طب الأنف و الأذن و الحنجرة و طب العيون و العظام إضافة إلى خدمات الطوارئ.

- المستشفى المتخصص: و هو المستشفى المتخصص في علاج نوع معين من الأمراض كأمرض العيون، أمراض العظام، أمراض القلب و غيرها.

تعتبر المستشفيات العامة أكثر أهمية لأنها تعد كمراكز رئيسية لصحة المجتمع و كنقطة ارتكاز للنظام الصحي الكلي بصفقتها النموذج الأكثر قدرة على تقديم خدمات رعاية طبية شاملة و متكاملة و بما ينسجم مع المفهوم الحديث و الصحيح للرعاية الطبية الحديثة التي تقوم على مجهودات فريق متكامل و متعدد الاختصاصات.

- ← هناك معايير أخرى يمكن استعمالها لتصنيف المستشفيات مثل.
- بناء على معيار إقامة المرضى (مدة الإقامة).
 - بناء على معيار السعة السريرية (عدد الأسرة).
 - بناء على معيار التعليم: المستشفيات الجامعية التابعة لكلية الطب أو المرتبطة معها حسب ترتيبات معينة.
 - بناء على الترخيص (الإعتراف): و تصنف المستشفيات حسب حصولها على إعتراف من هيئات الترخيص Agence d'accréditation. و الاعتراف بالمستشفى حسب الهيئات المختصة يدل على مستوى مرتفع من جودة الأداء في الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.
- و النقطة الهامة هنا أن المستشفيات بشكل عام المتخصصة منها و العامة قد تتبع في ملكيتها و إدارتها القطاع العام كما قد تتبع القطاع الخاص ،و كما ان مستشفيات القطاع العام و القطاع الخاص فقد تكون مستشفيات عامة و قد تكون متخصصة و هذه بدورها قد تكون مستشفيات للإقامة الطويلة و قد تكون مستشفيات للإقامة القصيرة.
- 3- وظائف المستشفيات:** بالرغم من أن وظيفة رعاية المرضى و مصابي الحوادث هي الوظيفة الأولى و الأساسية للمستشفى و التي تتركز حولها كافة الأنشطة و المهام التي تقوم بها المستشفى لأداء هذه الوظيفة على أفضل وجه. و تجمع الكتب و المراجع و المهنيين بموضوع الرعاية الطبية ان المستشفى و على اعتباره المؤسسة الصحية الرئيسية المسؤولة عن صحة المجتمع المحلي الذي تعمل فيه لابد له من القيام بالعديد من المهام و الأنشطة الأخرى التي من شأنها تحسين عملية رعاية المرضى و رفع مستواها. و يحدد فيردمان خمسة وظائف أساسية للمستشفى الحديث تتلخص فيما يلي¹:
- تقديم خدمات التشخيص و العلاج للمرضى الداخليين و الخارجيين.
 - القيام بأنشطة التدريب و التعليم للمهنيين الصحيين في القطاع الصحي.
 - رفع المعرفة الطبية و الصحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحثية في هذا المجال.

¹- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص109.

- الوقاية من الأمراض و يشمل ذلك وقاية المرضى في المستشفى ووقاية أفراد المجتمع.
- كما توصي لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمسة وظائف أساسية: الوظيفة العلاجية، الوظيفة الوقائية، التدريب و التعليم، الأبحاث الطبية و الاجتماعية الخدمات الممتدة الإجتماعية. و فيما يلي شرح موجز لكل من هذه الوظائف.
- 3-1- الوظيفة العلاجية: مما لا شك فيه ان تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى و مصابي الحوادث هي الوظيفة الأولى و الأساسية للمستشفى، حيث يركز المستشفى على تقديم أعلى مستوى ممكن من الخدمات للمرضى الداخليين و مرضى العيادات الخارجية و الحالات الطارئة و تحسين جودة هذه الخدمات و بشكل مستمر و لغاية ضمان جودة الرعاية الإستشفائية للمرضى لابد لإدارة المستشفى من التركيز على النقاط التالية:
- مراعاة التصميم الجيد للأبنية و منشأة المستشفى و بحيث يتم مراعاة الناحية العلمية في التصميم لتسهيل تنفيذ الأنشطة.
- توفير القدرات الإدارية المؤهلة في مجال الإدارة الصحية و غدارة المستشفيات.
- التخطيط الجيد لخدمات المستشفى و توفير الخدمات المطلوبة لسد الاحتياجات الصحية الحاضرة و المستقبلية.
- تنظيم المستشفى و تزويده بالأجهزة و المعدات و العناصر البشرية اللازمة و المؤهلة لضمان أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية.
- ضرورة التعامل مع المريض كشخص بكليته و ليس نظام بيولوجي يعاني من انحراف الوضع الطبيعي، فقد أثبتت الكثير من الدراسات و الأبحاث ان العوامل البيئية و الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية و التعليمية و السلوكية للفرد تؤثر على حدوث المرض كما أنها تؤثر على مسار المرضى و على استجابة المريض للمعالجة.
- 3-2- الوظيفة الوقائية: و تتم من خلال مساهمة المستشفى في الوقاية من الأمراض و منع انتشار حدوتها و التبليغ عن الحالات المعدية و التعاون مع الهيئات العاملة في ميدان الطب و الصحة العامة، كما يساهم المستشفى في تثقيف الجهود و توعيته إعلاميا لاكتشاف الأمراض و طرق الوقاية منها. و يمكن تصنيف الخدمات الوقائية إلى ثلاثة أصناف:

- خدمات الوقاية الأولية: و هي خدمات محددة و مباشرة يجري تخطيطها و تنظيمها و تقويمها لوقاية الافراد من الامراض و النمط المعروف لهذه الخدمات هو حملات التطعيم و التحصين الجماعية.

- خدمات الوقاية الثانوية: تركز هذه الخدمات على الكشف المبكر عن المرض و علاجه و تشمل خدمات التشخيص و الكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها.

- الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة: و هي خدمات متخصصة تقوم على مجهودات فريق متخصص و تهدف الى إعادة تأهيل المرضى و تمكينهم من ممارسة حياة طبيعية. و تعرف لجن خبراء منظمة الصحة العالمية للتأهيل الطبي خدمات إعادة التأهيل كما يلي: "الاستعمال المنظم و المنسق للمعايير و المعرفة الطبية، الاجتماعية، التعليمية و المهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من القدرة على العمل"¹

3-3- وظيفة التعليم و التدريب: لكي يستطيع المستشفى القيام بالوظيفة الأولى و الأساسية على أكمل و وجه و هي تقديم أفضل رعاية ممكنة للمرضى و تحسين هذه الرعاية بشكل مستمر فلا بد من قيامه بقدر ما من أنشطة التدريب و التعليم لرفع كفاءة العناصر البشرية العاملة فيه و إكسابهم مهارات و معارف جديدة و متطورة. و تعرف هيئة الترخيص للتعليم الطبي المستمر Accreditation Council for Continuing Medical Education التعليم الطبي المستمر بانه " التعليم الطبي المستمر يتضمن نشاطات تعليمية تستهدف صيانة و تطوير و تنمية المعلومات و المهارات و الأداء المهني و العلاقات التي يستخدمها الطبيب و أعوانه لتقديم الخدمات الطبية للمرضى و للمجتمع و للمهنة. غن محتوى التعليم الطبي المستمر هو بناء من المعلومات و المهارات المقررة و المقبولة من قبل المهنة مثل أسس العلوم الطبية و العلوم الإكلينيكية و معايير الرعاية الصحية للمجتمع"².

فالتعليم الطبي المستمر يعد من المنطلقات الأساسية لتحقيق أهداف الجودة الشاملة للخدمات الطبية. فإذا كانت صيانة الأجهزة و المعدات الطبية تحظى بقدر من الاهتمام فإن الاهتمام

¹ - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص116.

² - عبد الإله ساعتاني، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، 1998، ص51.

بصيانة العقل البشري الذي يدير هذه الأجهزة و المعدات ينبغي أن يكون أكبر و هذا الدور يعد من أهم و وظائف المستشفيات في العصر الحديث.

3-4- الوظيفة البحثية : يعتبر المستشفى مجالاً خصباً لإجراء البحوث و الدراسات الطبية في مختلف المجالات و يمكن تقسيم هذه البحوث الى بحوث طبية و بحوث إدارية. و تشمل الأولى الفحوصات و البحوث المخبرية التي تتطلبها عملية علاج المرضى كما تشمل البحوث الطبية المخططة و الهادفة إلى تحسين عملية رعاية المرضى و علاجهم. أما البحوث الإدارية و تتضمن مدى واسع يشمل كافة الأنشطة و الخدمات التي تدعم الرعاية الطبية كالبحوث الإدارية و بحوث التمريض و خدمات الإطعام.

3-3- الوظيفة الممتدة إلى المنزل: إن المستشفى العام كمركز رئيسي لصحة المجتمع و كمؤسسة اجتماعية نشطة من مؤسساته دائمة التأثير بالبيئة المحيطة لا ينبغي له اقتصره دوره على تقديم الخدمات الطبية لمن يطلبها و يسعى في الحصول عليها داخل أسواره بل لابد له من توسيع أنشطته و الخروج بها إلى المدى الكامل من خدمات الرعاية الطبية لتصل الى بعض المرضى في بيئتهم المنزلية و خاصة الحالات المزمنة التي لا تتطلب الرعاية في المستشفى. و نظراً لمثل هذه الخدمات الممتدة من فوائد اقتصادية و اجتماعية واضحة للمستشفى و للمجتمع ككل تدير كثير من المستشفيات العامة في الدول المتقدمة كبريطانيا و أمريكا مثل هذه البرامج لكونها ذات تكلفة أقل بكثير من تكلفة الرعاية في المستشفى، إضافة الى الفوائد الاجتماعية المتمثلة في إبقاء المريض في المنزل بين أسرته و تقديم له الرعاية اللازمة.

4- تنظيم المستشفيات : تتبع المستشفيات و بشكل تقليدي المدخل الوظيفي لتنظيم أنشطتها حيث يتم إنشاء ثلاثة إدارات و وظيفة كما يلي:

- الإدارة الطبية: و تعتبر مسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بإنتاج و تقديم و تقييم جودة الخدمات الطبية.

- إدارة التمريض: و تعتبر مسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بإنتاج و تقديم و تقييم جودة خدمات التمريض.

- الإدارة العامة : و تعتبر مسئولة عن كافة الأنشطة غير الطبية و غير التمريضية كالمشؤون الإدارية و المالية و الخدمية الأخرى.

و للقيام بمسؤولية تقديم الرعاية الطبية و تقويم جودة هذه الخدمات يعتمد مجلس إدارة المستشفى على الهيئة الطبية و يفوضها مسؤولية تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية و مسؤولية تقديم جودة هذه الخدمات و المحافظة على جودتها و مستواها. و للقيام بهذه المسؤولية تقوم الهيئة الطبية بتنظيم نفسها من خلال دوائر متخصصة تبعا لحجم الأنشطة و الخدمات التي يقدمها المستشفى من خلال لجان و وظيفية متخصصة و هذا ما سنتطرق إليه لاحقا. و على ذلك نجد ان الهيكل العامة للمستشفى تتكون من العناصر التالية:

- مجلس الإدارة

- مدير المستشفى و مساعديه.

- الهيئة الطبية.

- الدوائر و الأقسام المختلفة بما فيها من عناصر بشرية مؤهلة لإدارة ز تنفيذ الأنشطة و الأعمال.

سنحاول استعراض إدارة و تنظيم الهيئة الطبية كأحد أهم عناصر الهيكل لأهمية و محورية الدور الذي تقوم به من إنتاج و تقديم الخدمة الطبية و تقييم جودتها بما يتناسب مع إدارة المستشفيات الحديثة.

4-1- الهيئة الطبية: لما كان الأطباء مسئولون أمام المرضى و مجلس الإدارة و المستشفى ككل عن ضمان أفضل رعاية طبية ممكنة للمرضى من خلال تطبيق الإجراءات و التقنيات الطبية و المهنية في المستشفى تشترط الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات و جود هيئة طبية منظمة مسئولة أمام المريض و مجلس الإدارة عن جودة الرعاية الطبية في المستشفى و عن الممارسة المهنية و الأخلاقية لأعضائها. و تشير الجمعية الى أن المحافظة على معايير الرعاية الصحية يعتمد على طبيعة الأطباء و فعالية تنظيمهم في تنفيذ الواجبات التالية:

- إختيار الأطباء الأكفاء بالانضمام لعضوية الهيئة.

- التحليل المستمر و المراجعة للعمل الطبي.

- دعم الهيئة الطبية و سياسات المستشفى.
- المحافظة على سجلات طبية جيدة و مناسبة.
- تقديم الإستشارات.

أصدرت الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات سنة 1965¹ مبادئ عامة حول تنظيم الهيئة الطبية تبيين و وظائف و واجبات و مسؤوليات كل عضو من الهيئة و بالنسبة للهيئة ككل. و الجدير بالذكر أن مجلس الإدارة هو المسئول قانونيا و أخلاقيا على عمل الهيئة الطبية حيث يتم المصادقة على و تبني القوانين الداخلية و التعليمات المنظمة لهذه الهيئة.

4-2- وظائف الهيئة الطبية: تتألف الهيئة الطبية من الأطباء العاملين في المستشفى و الاطباء المستقلين الذين لهم عياداتهم الخاصة خارج المستشفى و يستخدمون تسهيلات المستشفى لمعالجة مرضاهم. و تؤثر الهيئة الطبية بما لديها من معرفة متخصصة و مهارات فنية لوصف العلاج و وضع خطة المعالجة على عملية تقديم الخدمات الصحية كما و نوعا الى درجة أكبر من اي عمل آخر داخل التنظيم فهم الوحيدون المؤهلون و المفوضون قانونيا للممارسة مهنة الطب. و بشكل عام فإن الهيئة مسؤولة عن القيام بالوظائف التالية:-

- رعاية المرضى و التي تركز عليها كافة الجهود و النشاطات في المستشفى.
- المحافظة على كفاءة أداء عملية تقديم الخدمات الطبية و تحسين كفاءة الأطباء.
- تنظيم أفراد الهيئة الطبية و ربطهم بالتنظيم الكلي للمستشفى و وضع السياسات و القواعد الخاصة بممارسة المهنة و سلوك أفرادها و تنسيق الجهود و النشاطات لعملية تقديم الخدمة الصحية.
- التعليم و التدريب و يتضمن ذلك إعطاء المحاضرات النظرية و التطبيقات العلمية لأعضاء الهيئة الطبية و الممرضين بما يتماشى مع سياسة المستشفى.
- تقديم المشورة للإدارة و مساعدتها في إدارة و تنظيم المستشفى و خاصة بما يتعلق بالنواحي الفنية للمستشفى.

¹- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص93.

- مراجعة استخدام أجهزة و معدات و تسهيلات المستشفى للتأكد من سلامة إستخدامها و ترشيد هذا الاستخدام.

- تقويم عملية أداء الخدمة الطبية و نتائجها من خلال وضع و تبني مقاييس مهنية تحكم الأداء لضمان مستوى جيد من الخدمة و يتم ذلك من خلال اللجان الدائمة المشكلة لهذا الغرض.

(أ) لجنة السجلات الطبية: تعتبر هذه اللجنة من أهم لجان الهيئة الطبية لما تقوم به من دور هام في المحافظة على مستوى عالي من الرعاية الطبية و في مجال التعليم و الأبحاث و توفير الحماية القانونية للمرضى و الأطباء و المستشفى.

(ب) لجنة التدقيق الطبي: تقوم هذه اللجنة بتقويم مستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى و ذلك من واقع السجلات الطبية لهم و كما تحكمها المعلومات و البيانات المدونة في السجل الطبي للمريض سواء أثناء إقامته في المستشفى أو بعد خروجه.

(ت) لجنة الأنسجة و مراجعة الأنشطة الجراحية: تقوم هذه اللجنة بمراجعة و تقويم كافة الأنشطة الجراحية التي تجري في المستشفى و تتحمل مسؤولية المحافظة و التقيد بالمعايير المحددة و المعتمدة لهذه الأنشطة.

(ث) لجنة مراجعة الاستخدام: يركز عمل هذه اللجنة على ترشيد إستخدام الموارد و الإمكانيات التي يوفرها المستشفى لخدمة المرضى و تقليل الفاقد منها، و تحديد العوامل التي قد تساهم في الإقامة الغير الضرورية في المستشفى أو غير المبررة.

(ج) لجنة الدواء و الصيدلانية: و تتولى هذه اللجنة مسؤولية رسم السياسات الطبية المتعلقة بتوفير و استعمال الأدوية في المستشفى و ضبط استعمالها و توزيعها بما يحقق الإستخدام الأمثل. كما تقوم هذه اللجنة بتقديم النصح و المشورة للأطباء و إدارة المستشفى فيما يتعلق بإختيار الأدوية من بين البدائل الكثيرة المطروحة في السوق (من حيث الفعالية و التكلفة).

(ح) لجنة السيطرة على العدوى: لما كانت احتمالات العدوى في المستشفى قائمة في أي وقت لذلك فإن المسؤولية الأولى لهذه اللجنة هي السيطرة على احتمالات حدوث العدوى و إبقاء

مثل هذا الاحتمال عند أدنى حد ممكن و لا يمكن أن يتأتى ذلك لا عن طريق التعليم المستمر لكافة العناصر العاملة حول الطرق و الأساليب الممكنة لرقابة و ضبط العدوى.

و مما يجدر ذكره أن الجمعية الأمريكية للاعتراف بالمستشفيات JCAH تشترط عقد اجتماعات للهيئة الطبية لضمان قيام هذه الأخيرة بمسؤولياتهم فيما يتعلق بتقديم خدمات طبية جيدة حيث يجري في هذه الاجتماعات استعراض للأنشطة و الأعمال الطبية التي يقوم بها الأطباء في علاج مرضاهم و مراجعتها و تحليلها و تقويمها للتعرف على النواحي الإيجابية و السلبية فيه و بذلك تسهم الهيئة الطبية بتعليم افرادها و زيادة مهاراتهم بشكل مستمر.

5- **بيئة المستشفيات** : توضح نظرية النظم التي ابتكرها (دايفيد ايستون) التأثير المتبادل بين البيئة و المنظمة من خلال المدخلات و التفاعلات تم المخرجات.

1-5- **المنهج البيئي الايكولوجي**: كلمة ايكولوجي *écologie* هي كلمة يوناني الأصل مكونة من كلمتين (*Ekos*) و معناها ما يحيط بالشئ و كلمة (*Logy*) و معناه علم، و هي تعني علم البيئة المحيطة بالشئ محل الدراسة، و كذلك العلاقة المتبادلة بين الكائن الحي و بيئته¹. تتمثل مفاهيم المدرسة البيئية في دراسة الإدارة باختصار في أن المنظمة في أي مجتمع هي جزء من ذلك المجتمع تتفاعل مع مكوناته السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية و الجغرافية و المناخية و الثقافية و تبعا لذلك لا يمكن دراسة المنظمة و التعرف على اتجاهاتها دون التعرف على البيئة المحيطة بها.

و لقد عرف جوس في مقالته مفهوم المنهج البيئي و قال بأنه يشمل عناصر المكان و المناخ و الزمان و الناس الذين يعيشون في المكان من حيث عددهم و متوسط أعمارهم و مستويات تعليمهم و الجوانب الاجتماعية المختلفة.

و في أواخر عام 1947 نشر روبرت دال (Robert Dahl) مقاله الشهير في الإدارة العامة الأمريكية مؤكدا أهمية المنهج البيئي الايكولوجي لدراسة الإدارة حيث قال " لا يمكن لعملية إدارية معينة طبقت بنجاح في بلد معين أن تعمم على بقية البلدان نظرا لإختلاف بيئة كل بلد عن البلد الآخر، و لكن المبادئ الإدارية العامة يمكن تطبيقها في بيئة مختلفة و مع

¹-عبد الكريم درويش، ليلي تكلأ، أصول الإدارة العامة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الثالثة، القاهرة، 1972، ص110.

هذا فإن إمكانية تطبيقها لا تتحدد إلا بعد دراسة تلك البيئة و لا يمكن ان يكون هنالك تعميم عالمي إلا بعد دراسة دقيقة للأمم و صفاتها و خصائصها، ولذلك فإن علم الإدارة يجب ان يعتمد على مرتكزات شمولية واسعة و ليس فقط على معلومات و تقنيات و عمليات ضيقة و محددة. بل تمتد لتشمل العوامل التاريخية و الاجتماعية و التقنية و الاقتصادية التي تعطي الإدارة صفتها و خصوصياتها المتفردة في كل دولة¹.

5-2- نظرية النظم: لقد استخدم الكثير من علماء إدارة المستشفيات هذه النظرية لتبيان أثر البيئة في المستشفى، حيث تتحول المدخلات (الموارد) من خلال مجموعة عمليات الى مخرجات تمثل النتائج و الأهداف المتحققة.

فالمستشفى هو التنظيم الرسمي الذي يقدم خدمات صحية (مخرجات) من خلال استخدام الموارد (المدخلات). و غدارة المستشفى تلعب دورا حيويا من خلال هذه الموارد للوصول الى الأهداف و النتائج بأقل التكاليف و أحسن جودة من خلال تفاعل مثير مع العوامل البيئية المتمثلة في التفافات و القيم و المعتقدات للعاملين ولأفراد المجتمع و ذلك أن الموارد تأتي من البيئة الخارجية للمستشفى. كما أن استخدام هذه الموارد يتم من قبل العاملين بالمستشفى (البيئة الداخلية) و المخرجات تخرج الى البيئة الخارجية للمستشفى. فالبيئة تؤثر في المستشفى من خلال المدخلات و تتأثر بالمستشفى من خلال المخرجات.

تتطلب عملية تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة تنظيم الإمكانيات المتاحة(العنصر البشري،الأموال و المواد و التكنولوجيا) من خلال مجموعة من الإجراءات الرسمية و غير الرسمية لتقديم خدمات الرعاية الطبية.

1) المدخلات : تكتسب المدخلات و تستخدم من أجل إنتاج المخرجات المرغوبة، و إن الأهداف التي يتم انجازها من خلال العاملين. و تتضمن هذه المدخلات (موارد الطاقة البشرية، المواد، التكنولوجيا،الاجهزة الطبية و المعدات،المعلومات ، رأس المال، و المرضى...).

¹ - عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الاولى، القاهرة، 1998، ص40.

تتضمن موارد الطاقة البشرية في المنظمات الصحية المدراء، الأطباء، الصيادلة
المرضى، الفنيين، العاملين في الخدمات الإجتماعية، الموظفين في الأقسام الإدارية، مهندسي
الصيانة...

تتضمن المواد و التكنولوجيا المعدات، الأدوية، أقلام الأشعة، الأدوات و المعدات
التكنولوجية كأجهزة التصوير المغناطيسي و التصوير الطبقي المحوري...

تشمل المعلومات معلومات داخلية عن المرضى و التقارير اليومية للأنشطة و البرامج
و الموازنات العامة و الخطط العملياتية و الإستراتيجية. و معلومات خارجية مثل التشريعات
الحكومية، السياسة الصحية للدولة، آراء المستفيدين و المستثمرين، المعلومات الاقتصادية،
الخطط المستقبلية.

و تتضمن المصادر المالية المنشآت المالية كالمصارف و المخصصات المالية.
و يعتبر المرضى المادة الخام التي يراد تحويلها الى مجموعة من الأصحاء حيث تقدم لنهم
الرعاية الصحية للوقاية من المرض و حفظ الصحة من العجز و التردّي.

إن هذه الموارد ضرورية جدا للمنظمة الصحية من أجل ضمان عمل المؤسسة الصحية
و استمرارها، وإن الضعف في أي من هذه المدخلات قد يعرض فعالية المنظمة الصحية إلى
الخطر. فارتفاع أسعار المواد الطبية مثلا سوف يؤثر على المخرجات بازدياد تكلفة الرعاية
الصحية، و عدم توفر القوى العاملة في بعض المجالات سوف تحرم المرضى من الاستفادة من
بعض الخدمات الصحية

(ب) العمليات les processus: (التحويل و التكامل) و هي التي يتم فيها تحويل
المدخلات إلى مخرجات، و هي عملية ذات نشاط إداري داخلي أي يحدث في بيئة المؤسسة
الرسمية و ذات طبيعة فكرية و منطقية لتحقيق التكامل و الدمج بين الموارد المتعددة المتاحة
للمنظمة حيث تتأثر عملية التكامل و الدمج بالإبداع و القدرات و عناصر هذه العمليات تشمل:
القوى البشرية، التركيب الهيكلي و تعيين خطوط السلطة و المسؤولية و التنسيق و المعلومات

و الرقابة و التقنية، والواجبات العملية و يقصد بها تصميم العمل و إجراءات العمل و تسلسله و طرقه. كما يمكن تقسيم هذه العمليات الى¹:

- نشاطات إكلينيكية مباشرة مثل العمليات الجراحية.
- نشاطات إكلينيكية غير مباشرة في غياب المستفيد مثل التحاليل الطبية.
- نشاطات غير إكلينيكية التي لا تتعلق بالمرضى، وإنما بالتنسيق و التنظيم الذي يضمن رعاية صحية في أحسن الظروف، مثل صيانة الأجهزة، تكوين المستخدمين، و النشاطات الإدارية.

و يتضمن قياس العمليات نوعية و كفاءة التنظيم و الطرق و الأساليب التي يستعملها و يركز هذا البعد علو وجود إجراءات عمل مكتوبة و محددة لكل نشاط في المستشفى يبين طريق تنفيذ الأنشطة، و على مستويات التوظيف و برمجة العمليات يعتبر تقويم العمليات هو الأساس الذي تقوم عليه مراجعة جودة الخدمة الطبية التي تقو به لجنة التدقيق الطبي و اللجان الأخرى.

(ت) **المخرجات** : تتمثل في الخدمة الصحية (نتائج الأداء) للأفراد و للمنظمة الصحية و التي تنتج عن عملية التحويل . و المخرجات في المؤسسات الصحية يمكن ان تكزون على مستويين: نتائج أداء الأفراد و نتائج أداء المنظمة الصحية ككل. فإذا كانت النتائج على كلا المستويين ملائمة و مرغوب فيها و تؤدي الى تحقيق الأهداف تستمر المنظمة الصحية بالعطاء و تضمن بقائها. و تتضمن أهداف المنظمة رعاية المرضى، و خدمة مستهلكي الرعاية الصحية ، و جودة الرعاية الصحية بأسعار مقبولة و تكاليف معقولة و النمو و الاستمرار و مكانة المركز المالي، و تلبية حاجات و مطالب أصحاب المصالح (المستثمرين في قطاع الصحة و المجتمع)و المشاركة في التعليم الطبي و التدريب و الأبحاث الطبية و الصحية و المحافظة على السمعة الجيدة للمنظمة.

يتضمن قياس المخرجات نوعية و جودة الخدمة المقدمة من قبل كل دائرة في المستشفى بالمقارنة مع معايير محددة مثل دقة مواعيد تسليم الأدوية إلى الأجنحة الداخلية و انتظام هذه المواعيد.

¹ -Claude Vilcot,et Hervé Leclat, Indicateurs qualité en santé ,2émé Edition, AFNOR,2006,p03.

- نظافة غرف المرضى بعد تنظيفها.
- نظافة الممرات و القاعات.
- تقديم و جبات المرضى في المواعيد المحددة.
- نظافة الغسيل و نظافة المعدات و ما الى ذلك من مؤشرات جودة المخرجات.
- 3-5 البيئة الخارجية: تعتبر المنظمة الصحية نظام اجتماعي مفتوح و المنظمات الصحية تعمل ضمن البيئة الخارجية الكلية، و التي تتألف من البيئة العامة Macro environnement، و البيئة الصحية الخاصة المباشرة (بيئة الرعاية الصحية). تتأثر المنظمات الصحية بالبيئة الخارجية حيث تزودها بالمدخلات المطلوبة و تؤثر في بيئتها الخارجية حيث تصب مخرجاتها فيها.
- البيئة الكلية: و تتكون من النظم الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية و الأخلاقية/و القانونية و السياسية و البيئة العامة (مثل المستفيدين و المستثمرون و الجماعات المهنية و الإعلام و النقابات) و كلها بمجموعها تؤثر على النظام الصحي، فمثلا النظام السياسي و الاقتصادي يؤثر على النظام الصحي، و على الأنظمة الفرعية المتعددة و منها المنظمة الصحية.
- بيئة الرعاية الصحية: و تعتبر من أكثر البيئات أهمية و تأثيرا مباشر على المنظمة الصحية. فالقوى و المؤثرات العديدة العاملة في القطاع الصحي تؤثر على المنظمة الصحية و على المدراء و على كيفية إدارتهم لمنظمتهم و من القوى الهامة المؤثرة في الرعاية الصحية:
 - التنظيمات النقابية و المهنية للأطباء و المرضى و الصيادلة و جمعيات المستشفيات.
 - المنتفعين بخدمات المنظمة كالمرضى و مؤسسات الأعمال، وشركات التأمين الصحي، و صناديق الضمان و الحكومات و مؤسسات المجتمع المدني و المحلي.
 - هيئات الترخيص الطبي و المهني و هيئات اعتماد المنظمات الصحية و التنافس بين المنظمات الصحية الأخرى.
 - مصادر التمويل العامة و الخاصة للرعاية الصحية.
 - مؤسسات تطوير الأدوات الطبية و المواد واللوازم و مؤسسات تطوير التكنولوجيا.

- من المؤثرات الأخرى البيئية: التعليم الطبي و الصحي، الحالة الصحية، و معدل انتشار الأمراض، ووسائل ارقى بالصحة و الوعي الصحي و مستوى الصحة العامة و صحة البيئة و النظافة العامة و التلوث و الحوادث و غيرها.

المبحث الرابع: مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية

أولاً: مفاهيم الجودة في الرعاية الصحية:

يختلف مفهوم جودة الرعاية الطبية في بيئة المنظمة الصحية باختلاف الفئات البشرية العاملة فيها و المتعاملة معها و نظرة و تقويم كل منهم لمعنى الجودة و مفهومه الشخصي لها. الجودة تعني للمريض معاملته باحترام و اهتمام و تعاطف و تفهم من قبل كافة العناصر البشرية التي تحيط و يتصل بها بشكل مباشر و غير مباشر أثناء تواجده و إقامته بالمستشفى. و تعني الجودة للأطباء توافر اعلي مستوى من المعارف و المهارات الطبية و المعدات و الأجهزة لرعاية المرضى. و تعني للإدارة توافر أفضل العناصر البشرية و المادية اللازمة لتقديم الخدمة و قيام الأطباء و مزودي هذه الخدمات بالتقييم المستمر لخدماتهم و تدريب و تعليم العناصر البشرية العاملة في المنظمة لضمان التحسن المستمر لهذه الخدمات.

بالنسبة للعديد من العلماء والمنظمات فقد قاموا بتعريف الجودة في الرعاية الصحية على النحو التالي :

- أول تعريف لجودة الرعاية الصحية لكل من لي و جون Lee et Jones 1933: " تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان"¹.

- منظمة الصحة العالمية²: "هي العملية التي تسمح بضمان لكل مريض التشخيص و العلاج اللازمين لتحقيق أحسن نتيجة فيما يخص الجانب الصحي، بالاعتماد على أحدث الوسائل و الابتكارات الطبية الحديثة، وبأحسن كلفة، و أقل خطر، إلى جانب قناعة المريض

¹--A.Jacquerye, la qualité des soins infirmiers, Implantation, Evaluation, Accreditation Editions Maloine, 1999, p247.

²-المصدر السابق، ص247

بالنتائج والإجراءات وعلاقاته بالأفراد داخل المنظومة الصحية. من خلال هذا التعريف نلاحظ التركيز على المريض و إحتياجاته و رغباته من خلال:

← تقديم التشخيص و العلاج اللازمين للمريض.

← أفضل النتائج على مستوى الصحة.

← أقل خطر أو صفر خطأ.

← أقل تكلفة .

← ملائمة لرغبة و فناعة المريض (مستوى الرضا).

- منظمة الصحة العالمية 1988 م " التمشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكاليف معقولة وبحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدلات المرضى والوفيات والإعاقة وسوء التغذية"

- منظمة ISO (8402) تعرف الجودة كالتالي: "مجموعة خصائص المنتج أو الخدمة الهادفة إلى تلبية الحاجات و الرغبات". و تجدر الإشارة إلى أن المنتج او الخدمة في الرعاية الطبية تتمثل في¹:

- الفحوصات المباشرة و الغير مباشرة المقدمة للمريض (عملية جراحية، علاج، أشعة ، تحاليل، تغذية، تدليك... الخ).

- الخدمات الداعمة (المطعم، النظافة، التطهير، النقل الداخلي، الإعلام الآلية... الخ).

- الخدمات الإدارية (الاستقبال، الدخول، الفاتورة، المواعيد... الخ).

- دونا بيديان (Donabedian)² تعني الجودة "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد".

- جمع الترتيبات والأنشطة الرامية لتأمين سلامة جودة الرعاية الصحية والمحافظة عليها

¹ نفس المصدر.

² - Claude Vilcot et Hervé Lecelet ,indicateurs qualité en santé,2ème Edition,AFNOR,2006,p14

- وتعزيزها ". كما قدم دونا بيديان عدة مبادئ و مواصفات لتعريف جودة الرعاية هي كالتالي¹:
- ← الرعاية الطبية الجيدة تقتصر على ممارسة الطب العقلاني المبني على العلوم الطبية.
 - ← الرعاية الطبية الجيدة هي التي تركز على الجوانب الوقائية.
 - ← التعاون بين الأفراد و الأطباء.
 - ← هي التي تتعامل مع المريض ككل و ليس كنظام بيولوجي فقط.
 - ← هي التي تحافظ على علاقات شخصية مستمرة و مباشرة بين الطبيب المعالج و المريض.
 - ← هي التي يتم تنسيقها مع الخدمات الإجتماعية الأخرى.
 - ← التي تتاسق كافة انواع الخدمات الطبية بمستوياتها المختلفة.
 - الرعاية التي تتضمن تطبيق و استعمال كافة الخدمات الضرورية للطب الحديث لسد إحتياجات كل أفراد المجتمع.
 - الهيئة الأمريكية المشتركة الاعتماد " درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص مشكلة طبية معينة "
 - "الأداء المناسب وفق المعايير ,للتدخلات المعروفة بسلامتها ,والتي يمكن تحمل نفقاتها من قبل المجتمع المعني ولها تأثير ايجابي على معدلات الوفيات والإعاقة وسوء التغذية " رومر وأغليير.
 - المعهد الطبي الأمريكي² يعرف الجودة على انها: " مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الإستشفائية من أجل :
 - الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد و المجتمع.
 - موائمة هذه النتائج مع الإمكانيات و المعرفة الحديثة.

¹- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، الطبعة الأولى، عمان 2008، ص232.

² Claude Vilcot et Hervé Leceret ,indicateurs qualité en santé, 2ème Edition, AFNOR, 2006, p14

- بالنسبة لأخصائي الصحة فيتركز تعريف الجودة على نوعية و مميزات النتائج المقدمة للمريض، فيشمل بذلك بعدين:-
- ← بعد فكري، تعليمي، تقني و المتمثل في فعل الأشياء بطريقة صحيحة بمعنى تقديم الرعاية على الوجه الصحيح من ناحية التشخيص و اتخاذ القرار الصحيح و تقديم العلاج المناسب ثم بعد ذلك التطبيق عن طريق توفير جميع الموارد المادية و البشرية من حيث الكفاءات و الخبرات الضرورية .
- ← بعد العلاقة بين مقدم الرعاية و المريض من حيث علاقة التعامل ، الحساسية الأمانة، النزاهة و كذلك طريقة الاتصال.
- رغم المفاهيم المتعددة للجودة لجميع المتخصصين و المهتمين بهذا الموضوع فإن الرعاية الطبية الجيدة و قياسها و تقييمها يتضمن مفهومين أساسيين هما : جودة الرعاية الفنية، و جودة فن الرعاية.
- تشير الرعاية الفنية إلى مدى ملائمة الأنشطة و الإجراءات الهادفة إلى التشخيص و المعالجة.
- بينما يشير فن الرعاية إلى البيئة الكلية التي يجري فيها تقديم الخدمات و أسلوب تقديمها و سلوكيات تقديمها و طريقة التعامل و التفاعل مع المريض و التأثير على سلوكيات المريض المؤثرة على صحته و تعزيز السلوك الصحي الإيجابي لديه من حيث خلق الرغبة و الاستعداد لدى المريض للإفشاء بمشاكله المؤثرة على صحته و مناقشتها مع فريق الرعاية الطبية، و من حيث استعماله الخدمات الطبية و الانتفاع بها بطريقة تسهم في استرداد صحته بشكل سريع و فعال و إتباع التعليمات و الإرشادات الطبية المحددة له و الهادفة إلى علاج الأمراض. أخيرا نستطيع القول أن جودة الرعاية الصحية هي الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد و الجماعات في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة ضمن إطار اقتصادي معين و موازنة للمخاطر بالفوائد , بما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة.
- 2- **الجودة داخل المؤسسات الصحية:** يجب عدم الخلط بين جودة الرعاية او الخدمة الطبية بينها و بين الجودة داخل المؤسسات الصحية.

- سنة 1987 قامت المنظمة العالمية للصحة بوضع التعريف التالي:"المسعى الذي يسمح بضمان تناسق عمليات التشخيص و العلاج لكل مريض للوصول الى أفضل النتائج الصحية تماشياً مع العلوم الطبية الحديثة، بأقل تكلفة و أقل مخاطر، وعلاقات جيدة تكسب رضا المريض داخل المؤسسة الصحية. فالجودة داخل المؤسسات الصحية تضم شقين :

- الأول يشمل جودة تسيير المؤسسة، مجموعة الأفراد والهياكل، تنظيم الرعاية و حسن التكفل بالمريض.

- الثاني يركز على جودة العمليات ذاتها (مراعاة التقنية في تقديم الرعاية و الخدمة الصحية). نظام الجودة لا يشمل بصفة مباشرة الدقة في تنفيذ العمليات و لا الطريقة التي تقدم بها الخدمة بل يهدف ليشمل البيئة التنظيمية و الفكرية و حتى المادية و الطريقة التي يتم بها تنظيم و تسيير هذه الخدمة و بالتالي يجب الأخذ في الاعتبار تسلسل المراحل لجميع النشاطات التي تدخل في أنجاز و تقديم الرعاية الصحية.

ثانيا- لمحة تاريخية عن نشأة الجودة في الرعاية الصحية :

من المعروف أن تحسين الصحة هو المبرر الأساسي لوجود أي نظام صحي وسعياً لتحسين الصحة انصب الاهتمام على تطوير النظم الصحية خلال عقد التسعينات على زيادة كفاءة الخدمات في الرعاية الصحية وتحسين جودتها.

فذا ألقينا نظره على أرض الواقع وقبل الآلاف من الأعوام سنجد أن مصطلح الجودة قد ورد في كثير من الأعمال التي كانت الشعوب القديمة تمارسها في حياتها اليومية أي أن هذا المصطلح ليس بجديد في ساحة العالم إنما هو مصطلح قد تم العمل به منذ العهود والعصور القديمة.

إذا تدرجنا مع التسلسل التاريخي نجد أنه في عام 2000 قبل الميلاد يعود تاريخ الجودة إلى القوانين التي وضعها حامورابي ملك بابل حيث أن هذه القوانين هي أول وأقدم من تحدث عن القوائم المتعلقة بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة للمرضى وبذلك نرى أن هذا القانون قد قام بالتوفيق والجمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى .وقام حامورابي أيضاً بإصدار العديد من القوانين ومن ضمنها قانون خاص بالعقوبات المتعلقة بالأخطاء الطبية.

وفي القرن الخامس قبل الميلاد ورد في مجموعة من الكتب يطلق عليها كتب " ثوث " وهي من كتب الحضارة المصرية القديمة بعض الممارسات الطبية حيث ذكر في هذه الكتب أن أي انحراف وتجاوز عن المعايير يعتبر جريمة.

في القرن الرابع قبل الميلاد استطاع العالم " أرسطو " أن يضع قانون يسمح للأطباء بتغيير طريقة علاجهم للمرضى في حال عدم تحسن حالتهم الصحية بعد أربع أيام من بداية المرض.

في عهد الإغريق طلب أبوقراط من تلاميذه تأدية يمين القسم على أنهم سوف يقدمون إلى مرضاهم أفضل خدمة وأفضل رعاية صحية يمكنهم تقديمها وحينها أنتشر في أوروبا " قسم الأطباء " وفيه يقسم الطبيب بأنه سيصف العلاج والنظام العلاجي المناسب لمرضاه ولا يستخدم أي شئ من شأنه تعريض المرضى لأي ضرر .

في الحضارات القديمة كالحضارة الرومانية والصينية والعربية الإسلامية كانت توجد مدارس طب وتقاليد ومعايير جيدة تم وضعها لممارسة مهنة الطب وتم وضع قواعد وقوانين مدونة بخصوص التصرف المهني الطبي .

ونلاحظ أن الإسلام كان الرائد الأول والأعظم في وضع وبناء الأسس والمعايير الصحيحة والسليمة التي تعمل على بناء مجتمع قوي ونجد أن الإسلام هو الذي دعا إلى إتقان العمل وهو المصطلح الذي يعبر عن الجودة التي ينادي بها الجميع في الوقت الراهن بينما كان الإسلام هو أول من أساها.

كما يدعو الإسلام أيضا إلى التأكد من جودة العمل الذي يقوم به الإنسان وخلوه من النقص والعيوب فقد قال الرسول صلى الله عليه وسلم " :إن الله يحب من العامل إذا عمل أن يحسن " وفي رواية أخرى " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه " رواه البيهقي. كما ورد أن الإسلام قد نادى للتحسين والجودة والإتقان ووضع جزاء وثواب لمن يحسن ويتقن عمله قال تعالى " :إنا لا نضيع أجر من أحسن عملا (الكهف آية.30) " في عام 1820-1910 م كانت هناك ممرضة بريطانية تدعى " فلورنس نايتنجيل "

كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرن حيث قامت بإعداد دراسة عن الجودة النوعية وهذه الدراسة ساعدت في إرساء وتأسيس فكرة الجودة النوعية حيث كان برنامجها يشمل النظافة والصحة العامة بالإضافة إلى وضع أسس ومعايير تنظيمية للعمليات والإجراءات اليومية في المستشفى.

كان الفضل للعالم " تايلور 1856-1915 " م لأنه أول من حاول استخدام أساليب وطرق جديدة للتحسين والارتقاء في مستوى أداء العاملين، كما أنه وضع مجموعة من الأفكار والمفاهيم والتي أصبحت لاحقاً أساس للجهود المبذولة لتحسين مستوى الأداء في العمل . عند حلول عام 1915 م أقامت الكلية الأمريكية للجراحين برنامجاً لمعايير معينة على أداء المنشآت الصحية وكان الهدف من هذا البرنامج التوصل إلى طريقة رسمية لاعتماد المستشفيات والتحقق والتأكد من جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وكان ذلك خلال الحرب العالمية الأولى وتعتبر هذه هي بداية تطبيق الجودة في نطاق الصحة بمعناه الحديث . وقد اشتمل برنامج المعايير على خمس نقاط رئيسية.:

- التأكيد على أهمية تنظيم الأفراد.
- التأكيد على أهمية الاجتماعات الشهرية.
- التأكيد على أهمية التدقيق في السجلات الطبية.
- التأكيد على أهمية الإشراف الفعال الكفاء.
- التأكيد على أهمية اعتماد الأطباء وإجازتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب.

سنة 1933 عرف كل من Lee et John الخدمات الطبية " تطبيق كل أساليب العلوم

الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان¹ ."

- سنوات الخمسينات : نتيجة للارتفاع المتزايد في تكاليف الخدمة الصحية دفع المرضى بالمطالبة بنوعية أفضل للخدمات ، و هذا ما نتج عنه ظهور أولى المحاولات لتقييم نوعية الخدمات المقدمة التي شملت في البداية ميدان الجراحة، لتعمم فيما بعد على باقي التخصصات

¹ - A.Jacquerye, *la qualité des soins infirmiers*, implantation, evaluation, accreditation, Edition maloine, 1999, p10.

الطبية. فظهرت للوجود أول جمعية لإعتماد المستشفيات (J.C.A.H) la commission d'accréditation des hôpitaux تضم تحالف جميع الفروع الطبية. كذلك شهدت هذه الفترة نتيجة لأبحاث كل من Reiter et Kakosh¹ ابتكار مجموعة من المقاييس و المعايير على شكل أدوات لقياس الخدمة الطبية .

- سنوات الستينات: خلال سنة 1965 اقترحت الرابطة الأمريكية للمرضين La Ligue Nationale Des Infirmières American دليلا لتقييم الذاتي يضم 600 سوال تحت خمسة أبعاد على التوالي: تحديد المرض، حاجيات و متطلبات المريض، تنظيم و تنفيذ الخدمات، تقييم النتائج.الى جانبها لجنة المصالح الإدارية commission des services administratifs des hôpitaux في كليفورنيا وضعت برامج لتقييم الجودة سميت ببرامج C.A.S.H ، تحوي على 55 معيار يشمل:محيط وملف المريض، تنظيم الوحدات الصحية. وكان الهدف من وراء هذه البرامج الكشف عن بعض الأخطاء أثناء تقديم الرعاية الصحية.

في سنة 1966 ظهر نموذج Donabedian ،حيث وضع معايير و مقاييس الجودة تشمل ثلاثة مستويات: مستوى الموارد les ressources، العمليات les processus، النتائج les résultats.

- سنوات السبعينات: تدعيما لنموذج Donabedian ظهرت نماذج مماثلة سميت بانماذج الكلية لأنها تحتوي على مجموعة هامة من المعايير، منها ما يركز على:

- العمليات مثل: نموذج (1976) Nursing. Audit Phaneuf يشمل 50 معيار، و طريقة Wandelt et Ager(1974) ب68 معيار لتقييم الجودة.

- العمليات و الموارد معا: نموذج Rush.Medius ب340 معيار.

- النتائج: نموذج Horn et Swain(1978) ب539 معيار.

الى جانب الطرق الكلية ظهرت نماذج جزئية متعلقة ببعض التخصصات تشمل مجالات مختلفة كالتصور التنفسي، سوء التغذية، خدمات ما بعد العمليات الجراحي ...

¹المصدر السابق، ص 11.

ظهر كذلك في هذه الفترة ما يسمى بالمعايير العامة و اعتبرت كدليل لتقديم الخدمات الصحية و كأدوات لتقييم الكفاءات لممارسي المهنة.

- سنوات التمنينات: خلال هذه الفترة تم تطوير النماذج السابقة، ففي 1982 Grenier et Levesque اقترحا نموذج لقياس الجودة يحتوي على 25 معيار خاص بالجراحة الباطنية. و في سنة 1989 طور هذا الأخير مع مجموعة من معاونيه نموذج عام لتقييم الجودة اعتمادا على نموذج Rush.Medius تعتمد على الموارد و العمليات و النتائج.

سنة 1984 في الولايات المتحدة الأمريكية عن طريق Formella et Shoeder ظهرت برامج تأمين الجودة داخل المصالح العلاجية unit based Quality Assurance programme (UBQA) حيث اقترحت النقاط التالية:

- إختيار مواضيع تحسين الجودة من قبل ممارسي المهنة (إطباء، ممرضين...).
- وضع مجموعة من الشروط و المقاييس من قبل ذو الخبرة في الممارسة.
- جعل لكل موضوع أدوات قياس خاصة به.
- وضع دليل أو مخططات للعمل و العمل على تطبيقها.

قد كان لهذه البرامج الأثر الأكبر في تفعيل أدوات الجودة و ذلك عن طريق إقحام و مشاركة جميع الأفراد. تم نقلت هذه البرامج إلى فرنسا عام 1985 تم إلى بريطانيا سنة 1990،

ظهرت طريقة جديدة وهي جودة الخدمات التمريضية *Appréciation de la qualité des soins infirmiers*

سنة (1982.1989) تركز في تقييمها للجودة على النتائج. فعرفت

هذه النماذج كوسائل فعالة في قياس الجودة.

خلال هذه الفترة كذلك ظهرت توجهات جديدة مثل إدارة المخاطر، و حلقات الجودة، كان الهدف منها كشف و قياس و تحليل الأخطاء تفاديا لحدوثها مستقبلا تعتمد على برامج وقائية من خلالها استطاعت بعض الهيئات الاعتمادية الكشف عن العديد من الأخطاء في استعمال أدوات الجودة.

- سنوات التسعينات: ظهر في هذه الفترة تيار جديد وهو إدارة الجودة الشاملة الذي يركز على تخفيض كلفة الإنتاج و رفع من مستوى رضا الزبون.
- تحقيق الجودة على المدى البعيدة و بصفة مستمرة.
- مشاركة و مسئولية كافة الأفراد في تحقيق الجودة.
- التدريب و التعليم.
- تصحيح الأخطاء.
- الوقاية .

شهدت هذه الفترة توسع في نشاط الهيئات المكلفة بتقييم الجودة داخل المؤسسات من الولايات المتحدة الى أوربا مثل:

- الهيئات الإعتماذية (l'accréditation) في أمريكا شكلت لجان إعتماذ المستشفيات (JCAH)¹ (Heuse,1983). في فرنسا (A.N.A.E.S)(Segouin,1998)². الهدف منها مراقبة المستشفيات بطلب منها، بواسطة فرق متخصصة في الميدان وفق مجموعة من المعايير و المقاييس الموضوعية و المحددة مسبقاً).، تشمل ثلاثة أبعاد أساسية: العناية بالمريض، النواحي المادية و الداعمة للمستشفى، تسيير الجودة و الوقاية من المخاطر.
- الشهادة International Standard Organisation (ISO): لجأت عدة مستشفيات الى نظام (ISO,9000)، (1991،1993،1994) كمعايير عالمية لضمان و تسيير الجودة داخل المؤسسات الإستشفائية.

- جوائز التسيير: le prix de la foundation europeenne du management de la qualitie (E.F.Q.M,1995)، شهدت انتشار كبير في بلدان أوربا الشمالية، يشمل تقييم ذاتي للمؤسسة المرتكز على تسعة أبعاد³ (Klazinga,1996 ; Pollit,1996):

- أبعاد تسييرية: القيادة، الأفراد، إستراتيجية المؤسسة، تسيير العمليات، تسيير الموارد

¹ - A.Jacquerye, **La Qualité Des Soins Infirmiers**,Edition maloine,1999,p220.

² - A.Jacquerye, **La Qualité Des Soins Infirmiers**,op cit,p16

³ - A.Jacquerye, **La Qualité Des Soins Infirmiers**, op cit,p17

البشري.

- أبعاد خاصة بالنتائج: رضا الأفراد، رضا المريض، صورة المؤسسة، النتائج المالية.
حاليا يسعى الاتحاد الأوروبي و المؤسسات المهنية المتخصصة للبحث عن وسيلة لتنسيق هذه الأطراف الأربعة من اجل تقديم أفضل رعاية للمريض، و ضمان حمايته وتوفير جميع وسائل الراحة له.

إن مفهوم الجودة في الرعايا الصحية ليس بمفهوم جديد أو وليد اللحظة أو ظاهرة سوف تنتهي في يوم ما , فحسب التسلسل التاريخي الظاهر نجد أنه مصطلح قد تم إرساء أسسه وتوضيح مفاهيمه منذ أقدم العصور وتدرج في التطور حتى وصل إلى ما يسمى بتحسين الجودة المستمر ومازال في طور التقدم والتحسين.

فضمان الجودة وتحسينها في مجال الرعاية الصحية هو نتيجة مباشرة لمبادئ الرعاية الصحية الأولية فلا يجب علينا النظر إلى تحسين الجودة على أنها مهمة معقدة ومكلفة إذا أردنا الوصول إلى تقديم أفضل الخدمات في الرعاية الصحية والسعي إلى تطويرها وتحسينها.

ثالثا- أهمية الجودة في المؤسسات الصحية:

واجهت المنشآت الصحية تحديات وضغوطات مختلفة من الداخل ومن الخارج خلال العقود الأخيرة من القرن الماضي من أهمها :

- ارتفاع تكاليف المعدات والأجهزة الطبية.
- طرح فكرة التخصص الدقيق في الممارسات الطبية المختلفة رغم قلة المتخصصين.
- زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية احتياجات وتوقعات العملاء.
- زيادة قوة التنافس بين المنشآت الصحية المتشابهة.
- ارتفاع نسبة الأخطاء الطبية
- زيادة نسبة الشكاوي القانونية المقدمة ضد المستشفى بسبب سوء ممارسة المهن الطبية.
- زيادة درجة الوعي لدى المستفيدين والمنفعين بالخدمة وارتفاع نسبة اهتمامهم بالجودة.

- غياب الإدارة الفعالة وانعدام التنسيق بين الأقسام المختلفة جميع هذه الأمور شكلت حاجزا أمام المنشآت أدت إلى دفعها لتطوير النظم الموجودة فيها بطريقة تخدم المنتفعين وتقدم نظام صحي متكامل ومناسب للمرضى وعلى مستوى عالي ومقبول من الجودة.

بادرت معظم المؤسسات الصحية بتطبيق برامج الجودة النوعية أو إدارة الجودة وذلك من أجل تحسين وتطوير مستوى الأداء في المنشأة الأمر الذي سوف يساهم ويساعد المنشأة في الحفاظ على سمعتها من خلال اهتمامها بجودة الرعاية والخدمات الصحية .

إن تطبيق نظام إدارة الجودة في المؤسسات الصحية من شأنه مساعدة المؤسسة في التعرف على الموارد المهدرة من الوقت مرورا بالطاقات والقدرات الذهنية المتمثلة في الموارد البشرية بالإضافة إلى الموارد المادية ومن ثم العمل على التخلص منها وفي نفس الوقت يعد نظام إدارة الجودة نظام تحفيزي حيث أنه يتيح الفرصة للعاملين بالتعرف على إمكانياتهم ومنحهم صلاحيات وفق هذه الإمكانيات ويحثهم أيضا على التفوق والإبداع.

ويتيح هذا النظام الفرصة للموظفين في تحديد المفهوم الأمثل للجودة ووضع الإجراءات السليمة التي تهدف إلى تلبية احتياجات وتوقعات العميل ونرى أن أهمية إدارة الجودة في المنشآت الصحية تكمن في أن المنشآت الصحية تختلف عن أي منشآت صناعية أو تجارية من حيث أنها مرتبطة بحياة المرضى ولا يقبل فيها بأي مستوى أقل من الخدمات الصحية والسبب يعود إلى أن حدوث أي خطأ طبي قد يؤدي إلى عواقب سيئة كحالات العجز الكلي والوفاة بينما في القطاعات الأخرى لا يترتب على الخسارة أي خطورة توازي خطورة الأخطاء الطبية.

ويعتبر الاهتمام بالجودة هو المقياس الأساسي الذي من خلاله تستطيع المنشأة التعرف على مستوى أدائها مقارنة بالمنشآت الأخرى .أيضا تعطي المنشأة القدرة على تحقيق النجاح بشكل مطرد، النجاح تلو الآخر و ليس فقط البقاء ضمن الإطار التنافسي مع المنشآت الأخرى .

إن أهمية إدارة الجودة تكمن في تحقيق الهدف العام من إنشائها حيث أنها تعمل على توثيق وتحضير العديد من البرامج والآليات الفعالة لاكتشاف المشكلات ومحاولة إيجاد حلول

مثالية لها وأيضا البحث عن المشكلات المحتمل ظهورها في المستقبل والتي يمكن أن تؤثر بشكل سلبي على الخدمة المقدمة للمرضى وعلى النتائج المرجوة. وكما نعلم أن الإدارة العليا تعد المسئولة الأولى عن تطبيق نظام إدارة الجودة بالمنشأة لأنها بحكم السلطة التي لديها فهي المسئولة عن الموظفين والموردين والعملاء وهي المسئولة أيضا عن نجاح المنشأة التي يقومون بإدارتها, إلا أنه من المعروف أن إحدى النقاط الرئيسية لتطبيق برامج الجودة هي أن هذه البرامج من حيث التنفيذ تعتبر من مسؤولية الجميع سواء عاملين أو موظفين في جميع مستويات المنشأة وليست فقط مهمة الإدارة العليا أو منسق برامج الجودة لذا يعتبر تحفيز وتشجيع العاملين على التدريب في جميع المستويات والمراحل بمختلف التخصصات على أسس ومفاهيم الجودة من أهم الخطوات التي تساعد الإدارة العليا على تحديد الإجراءات المناسبة من أجل الاستمرارية في تحسين الجودة. وهناك العديد من الفوائد التي توفرها إدارة الجودة لكل من مقدمي الخدمة والمستفيدين سواء كانت فوائد ملموسة أو غير ملموسة وهي على سبيل المثال¹:

1- جودة الخدمات الطبية: إن الهدف الأساسي من إدارة الجودة هو محاولة تحسين جودة الرعاية الطبية والخدمات الأخرى المقدمة للمستفيدين وكذلك الاستخدام السليم والتوظيف المثالي لكل من الموارد المالية والاستفادة المثلى من النظم الطبية الحديثة بالإضافة إلى محاولة تقليل النفقات والمصروفات الخاصة بالرعاية الصحية.

ومحاولة تشجيع ودعم الإدارة على تقييم جودة الإنتاج والخدمات المقدمة عوضا عن التركيز على كميتها حتى تصل المنشأة إلى المستوى الأمثل والذي يتفق ويتلاءم مع أهداف المستشفى ومعاييرها ويتم ذلك عن طريق التقويم السليم ومتابعة المنهجية الموضوعية لبرامج الجودة ومدى ملائمتها للرعاية المقدمة والبحث الدائم عن أي فرصة تساعد على تحسين مستوى الخدمات المقدمة وإيجاد الحلول السليمة للمشكلات التي يمكن أن تواجهها المنشأة. وكما ذكرنا سابقا فمثل هذه الإنجازات لن تتم إلا بوجود تعاون مسبق بين جميع العاملين في المنشأة بمختلف الأقسام ابتداء من الإدارة العليا مرورا بالهيئة الطبية وهيئة

¹- عبد الإله ساعتاني، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الأولى، 1998، ص107.

التمريض والأجهزة المساندة في المستشفى.

فإدارة الجودة تعمل على زيادة الإنتاج وتطويره بصورة تتوافق مع أهدافها من أجل الوصول إلى رضا العميل كما أن أي منشأة تطبق نظام الجودة فإنها تسعى لتقليص مستوى الأخطاء وانخفاض معدل تكرار إجراءات العمل والمحافظة على الجهود المبذولة من الضياع فالمحصلة النهائية تكمن في حصول المنشأة على مستويات إنتاجية أفضل من جميع النواحي التي تهتم المنشأة سواء مادية أو إكلينيكية أو إدارية.

2- رضا العميل: يتضح لنا من جميع المعلومات السابقة أن هناك قيم جوهرية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي مؤسسة تعمل على تطبيق نظم الجودة فيها وبالتالي تطوير أداء العمل ومن هذه القيم:

- خدمة العملاء ورضاهم أولاً.

- تنفيذ رغبات العميل وتلمس احتياجاته.

- مقابلة توقعات العميل وجعلها من الأولويات.

- تأدية الخدمة بالشكل الصحيح من أول مرة.

- المساهمة في خفض تكاليف الأعمال التي تنسم بعدم الجودة.

- دعم الأداء الجيد للعاملين.

فما سبق يتضح لدينا أن من أهم أهداف إدارة الجودة هي تقديم خدمة أفضل لشريحة المستفيدين أو العملاء بما تتناسب مع توقعاتهم واحتياجاتهم لذا فمن المتوقع أن تكون نتيجة عمليات تطبيق أنظمة الجودة تكون محصلتها في النهاية الوصول إلى رضا العميل وأن تحوز المؤسسة الطبية بما تقدمه من خدمات على زيادة عملائها وتمسكهم بخدماتها وعلى رضا العميل. فالعملاء عندما يجدون مستوى عالي من الخدمات تقدم إليهم فإنهم سوف يكررون الزيارة لهذه المؤسسة وكذلك يدعمون المؤسسة بسمعة حسنة لدى البيئة المحيطة بهم كما أن مثل هؤلاء العملاء قد يتغاضون عن بعض الأخطاء التي يتعرضون لها في المنشأة نتيجة الخبرة السابقة التي توفرت لديهم بسبب ما تقدم لهم سابقاً من خدمات صحية تنسم بالجودة.

فنظام إدارة الجودة يسعى دوماً إلى إعطاء فكرة للمجتمع أن المستشفى التي تخدمهم الرعاية المقدمة فيها تعتبر من أفضل ما يمكن تقديمه في ظل الموارد المتاحة للمستشفى ويتم ذلك عن طريق تضامن الجهود بين أقسام المستشفى مع منسق إدارة الجودة في تحسين وتطوير الخدمات الصحية المقدمة للعملاء وتطوير أنظمة العمل في المستشفى وتنفيذ برامج الجودة التي سوف تعمل على توفير أفضل الخدمات للمستفيدين.

3- رفع معنويات الموظفين:

إن المنشأة الصحية الناجحة هي التي يكون لديها القدرة على تعزيز الثقة في نفس العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم مقدرين كأفراد لحظة تشجيعهم على أداء العمل وأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى رفع معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج والخدمات.

إن مشاركة الموظفين في صنع القرار بخصوص العمل يعتبر من أهم أسس الجودة حيث يتم تشجيعهم على المشاركة في جمع المعلومات واقتراح الحلول الممكنة والمناسبة للمشكلات التي يمكن أن تواجهها المنشأة فيؤدي ذلك إلى تحرير طاقة الابتكار والإبداع لدى الموظف حيث يتكون لديه شعور كبير بالرغبة في تحسين المنشأة وتطويرها . فمشاركتهم الفعالة في تسليط الضوء على المشكلات ومحاولة إيجاد الحلول للتغلب عليها يرفع من مستوى الرضا لدى الموظف ويؤدي ذلك إلى زيادة الإنتاجية.

إن تطبيق أسلوب إدارة الجودة سواء في منشأة صحية أو أي منشأة تقدم خدمة للمجتمع هدفه ضمان تبني أوائل الموظفين لعقلية متفتحة مرنة بالتغيير الثقافي لا يتم بين يوم وليلة لذلك لابد من وجود التزام من قبل الموظفين بتطبيق برامج الجودة وكما هو معروف فإن إدارة الجودة تعمل على تعزيز أسلوب أداء العمل الصحيح من المرة الأولى وخاصة بما يتعلق بالأمور الإكلينيكية والخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

وبالتالي نستطيع القول أن إدارة الجودة ليست مجموعة من البرامج يتم تطبيقها وحسب بل هي نظام إداري متكامل فلا يمكن لبرامج الجودة إحراز أي تقدم دون إحداث تغيير في مفاهيم الموظفين تجاه أهمية الجودة النوعية وإعطائهم دورات تدريبية مكثفة عن ماهية الجودة وكيف

يتم تطبيقها بصورة سليمة على جميع أقسام المستشفى بالإضافة إلى ما تتطلبه من التزام قد تطول مدته من قبل جميع منسوبي المنشأة.

رابعاً: مبررات تبني فلسفة الجودة للخدمات الصحية:

تبدل الدولة جهود لتطوير المستشفيات الحكومية في رفع كفاءة العاملين بها، و يترتب على تلك الجهود نتائج تختلف من دولة لأخرى تبعاً لاختلاف الظروف الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية لهذه الدول، و من ثم فإن المبررات التالية قد تنطبق على دولة أخرى ، وبعضها قد يكون مشاركا بين جميع الدول الأمر الذي يعني نسبة المبررات التي يمكن تصنيفها إلى¹:

1- القوى العاملة:

- ضعف التوازن في توزيع القوى العاملة التخصصية و الفنية و الطبية المساعدة بين المستشفيات و بعضها البعض و بين الأقسام الداخلية للمستشفى الواحد، وذلك نتيجة غياب المعايير الأساسية للقوى العاملة حس الطاقة الإستيعابية و طبيعة الخدمات المقدمة.
- قصور برامج التدريب و التعليم المستمر عن متطلبات القوى العاملة كما و نوعاً.
- عدم توافر المناخ التنظيمي الذي يساعد على خلق اتجاهات ايجابية لدى مختلف فئات العاملين في المستشفى.

2- التقنيات و التجهيزات الطبية:

- عدم كفاية المعايير القياسية المعمول بها في تحديد حجم و مواصفات التجهيزات الطبية المساعدة اللازمة لكل قسم من أقسام المستشفى حسب طبيعة و حجم العمل.
- تباين كفاءة و مستوى جودة أداء التجهيزات الطبية بالمستشفيات نتيجة غياب المواصفات القياسية لهذه التجهيزات و تنوع مصادرها و التركيز في كثير من الحالات على تكلفة توفيرها و ليس كفاءة أدائها.
- تقادم بعض الأجهزة و تخلفها عن مسايرة التطورات التقنية في مجالها، إضافة الى كثرة أعطالها و قلة كفاءة أجهزة و عمال الصيانة بالمستشفى.

3- تأمين الاحتياجات الطبية و مستلزمات التشغيل:

¹معهد الإدارة العامة، ندوة واقع خدمات المستشفيات، الرياض، 1990، ص33-38.

- قصور التخطيط السنوي لتحديد احتياجات المستشفى من المستلزمات الطبية و الخدمات.
- ارتفاع معدلات استهلاك الأدوية و المستلزمات الطبية و الخدمية بشكل ملحوظ نتيجة عدم كفاءة النظم المعمول بها و مراقبة الإست هلاك.
- عدم وفاء بعض الموردين بالتزاماتهم التعاقدية، و مواجهة عجز في بعض هذه المستلزمات و الاحتياجات الطبية و الخدمية مما يؤثر سلبا على كفاءة و جودة الخدمات الصحية.

4- نظم التشغيل:

- قصور أنظمة و سياسات التشغيل و إجراءات العمل المكتوبة و الموحدة لأقسام المستشفى وما يتبع ذلك من تباين في أساليب العمل بين الأقسام المختلفة و صعوبات في التقييم و الرقابة و معالجة المشكلات .
- ضعف ونظم المعلومات بالمستشفيات و قصور انظم التغذية المرتدة مما يؤثر سلبا على كفاءة و توازن الخدمات التي تقدمها المستشفى .
- عدم كفاية المعايير و المواصفات القياسية التي تحكم تقديم مختلف الخدمات الطبية و الفنية و الإدارية و مما يتبع ذلك من قصور في مستوى جودة و أداء هذه الخدمات و صعوبة تقديمها.
- قصور نظم العمل الداخلية(اللوائح و القرارات التنظيمية) و ما ترتب على ذلك من إفساخ المجال للتفسيرات الشخصية في معالجة المشاكل او اتخاذ القرارات.

5- المستفيدون من خدمات المستشفى:

- تزايد الضغط على خدمات و إمكانيات المستشفى نتيجة لقصور الوعي لدى طالبي الخدمة و عدم تفهم لدور المستشفى الصحيح في تقديم الخدمات الصحية.
- عدم وجود نظام واضح و مفهوم لدى المستفيدين من خدمات المستشفيات و ما يترتب على ذلك من تزايد الضغط على العيادات الخارجية في المستشفيات و ما يتبع ذلك من إنخفاض مستوى جودة الخدمات المقدمة.
- كثرة الكاوي المبنية على مفاهيم خاطئة، وما يترتب على ذلك من ردود فعل و تخفيضات من الفريق المعالج تنعكس سلبا على مستوى الخدمات الصحية.

6- المباني و المرافق:

- قدم بعض المباني و قصورها عن الوفاء بمتطلبات العمل
- عدم وفاء بعض شركات التشغيل و الصيانة بالتزاماتها التعاقدية و انعكاسات ذلك سلبا على كفاءة المباني و المرافق.

خامسا: أركان جودة الرعاية الطبية

هناك ستة أركان أساسية تشكل جوهره الجودة في الرعاية الطبية و تشكل هذه الأركان مرتكزات أساسية تقوم عليها جودة الخدمات الطبية كما يلي:

1- تواجد الخدمات : يشير مفهوم تواجد الخدمات الى الكفاية الكمية اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد المشمولين لهذه الخدمات حيث تعرف الكفاية هنا بالكم الذي يتم معه تلبية الحاجات. و يتم قياس تواجد الخدمة عادة بمفاهيم كمية على شكل نسب بين عدد السكان في منطقة الخدمة و عدد المؤسسات و العناصر البشرية المهنية التي تقدم الخدمات له و للسكان في المنطقة المحددة مثل نسبة عدد الأطباء بنسبة لعدد السكان ، و نسبة عدد الأسرة و نسبة عدد الممرضات و الصيادلة و غيرهم بالنسبة لعدد السكان.

2- سهولة منال الخدمة : يشير مفهوم سهولة الخدمة إلى المدى المتوقع لإستعمال الأفراد للخدمات الموجودة مع الأخذ بعين الاعتبار العوائق التي تحد من استعمالهم لها و هذه العوائق قد تكون مالية، تنظيمية ، مادية أو اجتماعية.

- **العائق المالي :** يتمثل في تكلفة الرعاية الطبية الحديثة التي أصبحت مرتفعة جدا و تخرج عن حدود المقدرة المالية للغالبية العظمى للأفراد مما يجعله امتيازاً للقلّة و ليس حقا للغالبية و لعل التأمين الصحي الشامل يعتبر أفضل وسيلة لضمان المساواة و العدالة الاجتماعية في استعمال الخدمات و الانتفاع بها.

- **العائق التنظيمي :** يشير إلى خلل في تنظيم و تنسيق خدمات الرعاية الطبية مما قد يؤدي الى عدم معرفة الفرد للمكان الصحيح الذي يتوجب عليه التوجه إليه للحصول على الخدمة و من هو مزود الخدمة الأفضل لتلبية حاجته الصحية الأمر الذي ينتج عنهن تاخر الفرد و إهماله فتى طلب الخدمة او تشخيص و علاج حالته من قبل المهني غير المناسب.

يشير العاق المادي إلى عدم تمكن الفرد من الوصول إلى الخدمة و الانتفاع بها لجملة من الأسباب و من أهمها:

- عدم توفر الخدمة بالكم الكافي لتلبية الاحتياج إضافة إلى عدم توفر بعضها في جميع الأوقات.

- سوء توزيع الخدمة في المناطق الجغرافية المختلفة و عدم مراعاة الكثافة السكانية و حجم الإحتياج في هذه المناطق.

- عدم توفر الطرق ووسائل المواصلات المناسبة للوصول إلى مراكز الخدمات.

■ **العائق الاجتماعي:** فيشير إلى العادات و التقاليد الاجتماعية و المواقف العامة و الآراء الفردية و المجتمعية فيما يتعلق بمفاهيم الصحة و المرض و الخدمات الصحية. كما يشير أيضا إلى عدم معرفة الفرد ا وجهاه فيما يتعلق بكيفية الحصول على الخدمة و المكان و الزمان الصحيح للحصول عليها. و هنا يأتي التنقيف و التوعية الصحية للإفراد كوسيلة فاعلة لإزالة مثل هذه العوائق.

3- **شمولية الرعاية :** يتضمن مفهوم شمولية الخدمات توفير خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة التي تقدم ذكرها و بحيث تعطي هذه الخدمات المدى الكامل للرعاية الطبية بمفهومها الصحيح و المتعارف عليه و يشمل ذلك خدمات ترقية الصحة و خدمات الوقاية من الأمراض و الكشف المبكر للأمراض و الإعاقات و خدمات التشخيص و العلاج و خدمات التأهيل الصحي والاجتماعي...

4- **استمرارية الرعاية:** يشير هذا المفهوم إلى المدى الذي يتم معه تلقي المريض لخدمات الرعاية الطبية بشكل منسق و بتتابع مستمر و بما ينسجم مع حاجة المريض للرعاية بمستوياتها المختلفة و مصادرها المتعددة.

5- **كفاءة الخدمة :** يشير هذا المفهوم إلى حسن تنظيم الموارد المتاحة للقطاع الصحي و استخدامها بشكل امثل لتحقيق الأهداف المحددة مع المحافظة على هذه الموارد و التي تتصف بالمحدودية و ارتفاع التكلفة. فمن المعروف أن الموارد المتاحة للقطاع الصحي هي محدودة و على ذلك فإن المحافظة على درجة عالية من كفاءة استخدامها لتلبية الإحتياجات

الصحية غير المحدودة و الحل الوحيد لمشكلة محدودية هذه الموارد و كلفتها المرتفعة. و هذا لا يتسنى إلا بالتخطيط الرشيد و التنظيم السليم و الاستخدام الفعال للخدمات الصحية.

6- جودة الخدمات : هناك اتفاق عام نعلى ان مفهوم الجودة يتضمن جانبين أساسيين هما:

- فنية الرعاية او الجانب المعرفي و التكنولوجي و يمثل المعارف و المهارات و الخبرات و درجة التقدم العلمي و التكنولوجي المتوفرة للرعاية الطبية و التقنيات و الأساليب المستعملة في الرعاية الطبية.

- فن الرعاية أو الجانب السلوكي للرعاية و يشير إلى سلوكيات مزودي الخدمات و فن تعاملهم مع مستهلكي خدمات الرعاية الصحية.

يعتبر هذان الجانبين جوهر جودة الرعاية الطبية و يتضمنان كافة العناصر الأساسية للرعاية الطبية الجيدة و تشمل . مدى توفر الخدمات بالكم المطلوب، و سهولة منالها و شمولية الخدمات ومدى تغطيتها، و استمراريته و كفاءتها، و جودتها . و تتأثر جودة الرعاية بعدة عوامل منها:

- الكفاءة المهنية لمزودي الخدمات الطبية.

- مدى توفر الخدمات بالكم و الكيف المطلوب و بمستوياتها المختلفة و مصادرها المتعددة بما في ذلك الخدمات الوقائية و العلاجية.

- مدى توفر الأجهزة و المعدات و المستلزمات الضرورية للرعاية الطبية.

- مدى التركيز على الجانب السلوكي للرعاية الطبية و أهمية التعامل مع المريض كشخص بكليته و ليس كنظام بيولوجي فقط و هو ما يعرف بشخصنة الرعاية . فالنظام الاجتماعي و النفسي و الاقتصادي و الثقافي للفرد لا يؤثر فقط على صحته بل يؤثر كذلك على سلوكياته و مواقفه فيما يتعلق بالصحة و المرض.و على سلوك طلب الخدمة و السعي للحصول عليها و الانتفاع منها كما يؤثر على العلاقة التفاعلية بين مقدم الخدمة و مستهلكها و مدى تعاونه و تفهمه لعملية العلاج.

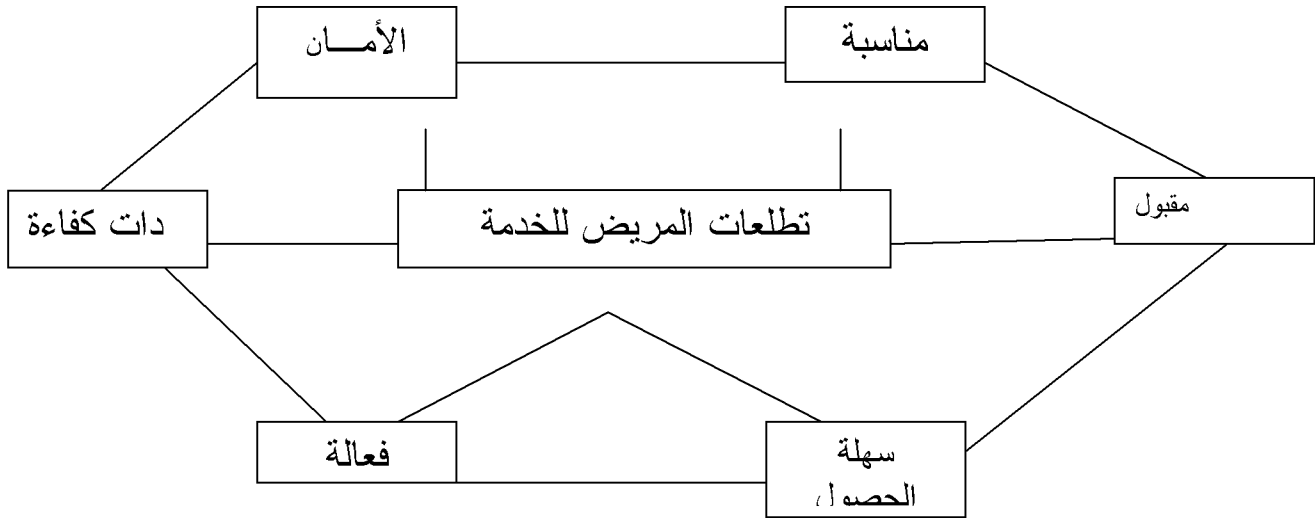
سادسا: محاور جودة الخدمات الصحية:

جودة الخدمات الصحية تشمل ستة محاور أساسية يمكن من خلالها الحكم على جودة

الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات و هي:

- 1- الأمان:** هي الدرجة التي تقل فيها مخاطر التدخلات الطبية و مخاطر البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية للمريض و للأفراد الآخرين متضمنة كل الممارسين للمهنة.
- 2- الفعالية:** ويقصد بها تحقيق الفائدة المرجوة من العناية الطبية على مستوى المريض أو على مستوى المجتمع ككل.
- 3- الملائمة:** و تعني ملائمة الخدمة للعرض الذي تقدم من أجله من حيث أسلوب و إجراءات و مكان تقديمها و مدى توافقها مع احتياجات المريض و حالته الصحية و قدراته الجسدية و الذهنية، و هي درجة من الرعاية الصحية أو التدخلات الطبية التي تناسب الاحتياجات الإكلينيكية للمريض و تركز على آخر ما توصل عليه العلم و المعرفة.
- 4- سهولة الحصول:** و يقصد بذلك أن خدمات العناية الطبية يجب أن لا تكون مقيدة لمن يحتاج إليها وقت الحاجة و في أي مكان يمكن أن تقوم فيه أو تتوافر فيه الإمكانيات اللازمة لتقديمها.
- 5- القبول :** و يعني بذلك أن الرعاية الطبية المقدمة في المستشفى يجب أن تحظى بقبول المرضى و ذويهم و مقدمي الخدمة أنفسهم من أطباء و ممرضين و فنيين و أفراد المجتمع بشكل عام، فالخدمات الصحية تقدم لإشباع الرغبات و تلبية الحاجات.
- 6- الكفاءة:** وتعني التوازن في تخصيص الموارد المتاحة بين الخدمات المقدمة و المرضى المستفيدين منها دون أن تطغى خدمة مريض على آخر، أو هي العلاقة بين المخرجات (نتائج الرعاية الصحية) و الموارد المستخدمة لتقديم هذه الرعاية بكفاءة.

الشكل (III-3): المحاور الستة لجودة الخدمات الصحية



المصدر : بنية المصف، تطبيق برامج الجودة في القطاع الصحي الحكومي، دولة الكويت، الملتقى الرابع للجودة، تطبيقات الجودة في الشركات و المؤسسات الحكومية، الكويت، 8-9 ماي 2007.

من خلال الشكل يتضح أن المريض يتطلع نحو خدمة صحية يتوفر فيها عنصر الأمان والقبول ، و الملائمة بالإضافة لعنصري الكفاءة و الفعالية. و بتحقيق هذه العناصر كلها من خلال سهولة الحصول على الخدمات الصحية لتحقيق السلامة الصحية.

و هناك محار أخرى للجودة في مجال الرعاية الصحية في الإطار العام لأنشطة إدارة الجودة الشاملة و هي تعطي التوازن المطلوب بين الجودة و التكلفة و المخاطر و هي أن تكون الخدمة التي تقدمها المؤسسات الصحية (وحدة، مركز، مستشفى)¹:

- متاحة: هي درجة ملائمة الرعاية الصحية أو التدخلات التي تحصل عليها المريض مع احتياجاته.

- متخصصة: هي أن تكون القدرة لدى الممارسين للمهنة في ان تساهم خدماته في رفع المستوى الصحي للمريض، و أن يكون المريض راضيا عن هذه الخدمة.

¹ - الجودة في مجال الرعاية الصحية، الغدارة العامة للجودة، و وزارة الصحة و السكان، جمهورية مصر العربية، متوفر على الموقع <http://www.mohp.gov.eg/contactinfo.asp> تاريخ التصفح: 2010/02/09.

- **التواصل:** هي حالة تنسيق للخدمات الصحية التي يحتاجها المريض او الاحتياجات الخاصة للسكان بين كل الممارسين للمهنة عبر كل أقسام المؤسسات الصحية المشتركة في تقديم الخدمة على مدار الزمن.
 - **مؤثرة:** هي درجة تقديم الرعاية الصحية بطريقة صحيحة توائم آخر ما توصل إليه العلم و المعرفة لتحقيق المخرجات المرغوبة و فق ما تم وضعه من مخطط لعلاج المرضى.
 - **الاحترام و الرعاية:** هي الدرجة التي يصل إليها مقدموا الخدمة إلى قدر من الحساسية في تحديد احتياجات و توقعات المستفيدين بالخدمة من خلال إدراك الفروق بين الأشخاص المختلفين، و هي الدرجة التي يصل بها مصمم خطة العلاج إلى أن يشمل قراره على ما يحتاجه فعلياً مرضاه من الرعاية.
 - **المساواة :** و تعني الحصول جميع المرضى على نصيب عادل و قسط متساوي من الرعاية الطبية و فقاً لاحتياجاتهم بغض النظر على انتماءاتهم السياسية و الدينية أو طبقاتهم الاجتماعية أو مراكزهم الوظيفية أو علاقاتهم الشخصية بمقدمي الخدمة أو المسؤولين.
 - **في الوقت المناسب :** و هي الدرجة التي تقدم فيها الخدمة الصحية التي يحتاجها المريض في التوقيت المناسب الذي يتحتم فيه التدخل لتحقيق الاستفادة الكبرى.
 - **الوقاية و الاكتشاف المبكر:** هي الدرجة التي تتجح فيها التدخلات الطبية في تحديد عناصر الخطورة و تمنع حدوث المرض فترتقي بذلك الحالة الصحية.
- إلى جانب هذه المحاور أضاف دونابيدان محاور أخرى¹:
- **الرعاية المثلى :** الرعاية المثلى هي التي تأخذ في الاعتبار التوازن بين التكاليف والمنافع من الرعاية.
 - **الإنصاف:** هو توزيع عادل ونزيه للرعاية بين الجميع.
 - **الشرعية :** يعتبر مقبولاً على المستوى الجماعي للمجتمع وليس على مستوى الفرد فقط.
- المبحث الخامس : مراحل تطبيق الجودة داخل مؤسسة صحية**

¹-Claude Vilcot et Hervé Leclét , Indicateurs qualité en santé ,2émé Edition ,AFNOR,2006,p04.

يتفق الأخصائيون بأنه لا توجد طريقة مثلى لوضع برنامج الجودة داخل المؤسسات الصحية¹ (Bernillon,Cerutti,1988,Reveleau,1987) و ذلك راجع لخصوصية كل مؤسسة و كل مصلحة، إلا انه يوجد نقاط مشتركة لهذا البرنامج من حيث المراحل المتبعة و الأدوات المستعملة، ومعظم الاحتياطات الواجب الأخذ بها في هذا المجال.ولا يخلوا هذا البرنامج من مشكلتين أساسيتين،منها المشاكل التقنية و أخرى تشمل العلاقات داخل المؤسسة من حيث علاقة الأفراد فيما بينهم ، حجم المسؤولية، تسيير الأفراد في عدم متطلبات الأفراد مع متطلبات المؤسسة.

قد شملت الأبحاث سبعة مراحل لبناء برنامج الجودة في المنظمات الصحية هي كالتالي:
مرحلة إتخاذ القرار، مرحلة التشخيص، الإستراتيجية العامة لبرنامج الجودة،تحسيس و مشاركة الأفراد، قياس و تقييم الجودة، ضمان وتطوير الجودة.
حصيلة أو النتائج العامة لبرنامج الجودة.
أولاً: مرحلة إتخاذ القرارات.

اتخاذ قرار تطبيق الجودة يأتي من أعلى المستويات (مدير المستشفى،منسق الجودة ،مسئولي المصالح الإستشفائية).النقطة الأول تهدف إلى توضيح الدوافع و المبررات الرامية إلى المضي في هذا القرار و مدى ملائمة الظروف و توفير الشروط ،و سبب تطبيق البرنامج. هل ترجع لضغوط خارجية من منظمات الاعتماد مثلا أم هي إرادة داخلية.
تتطلب هذه المرحلة وضع الخطوط العريضة و تحديد الأهداف و الغايات من برنامج الجودة.

1- أهداف برنامج الجودة: حتى يتم تطبيق هذه الأهداف يجب أن تكون واضحة،محددة،قابلة للقياس، منسقة و متطابقة مع أهداف الأفراد. و تعتبر لجنة قيادة الجودة هي المسؤولة عن تطبيق هذه الأهداف.

ومن خلال (Kartz et Green, 1992) تتمثل مجموعة الأهداف فيما يلي:

- العمل على مشارك وانضمام جميع الأفراد إلى نظام الجودة.

¹ -A.Jacquery,La Qualite Des Soins Infirmieres,implantation,évaluation,accréditation,Édition Maloine,1999,p23.

- تنظيم ندوات و دورات لتوضيح دور القيادة في تحقيق برنامج الجودة لكافة إطارات المؤسسة.
- وضع برامج لرسم التوجهات المتعلقة بالانضمام الى برنامج الجودة، الى جانب المخطط الاستراتيجي السنوي المتعلق بأهم الأولويات.
- توفير الموارد الأساسية لمراقبة و تحسين الوظائف داخل مختلف المصالح.
- تبني برنامج الجودة كعامل أساسي من اجل إتخاذ القرارات داخل مختلف المصالح.
- الارتكاز على منسق الجودة داخل المؤسسة في تقديم النصح و الإرشادات داخل مجموعة العمل. يلعب هذا الأخير دورا هاما أثناء العمل في البرنامج، حيث يعد حلقة وصل بين لجنة القيادة و التوجيه وأقسام المنظمة و مجموعة المسيرين، ويعمل على ضمان اتصال جيد بينهما و التحضير لعقد اجتماعات بين مختلف العناصر الفاعلة، و إعداد التقارير السنوية الخاصة بأنشطة البرنامج.
- إعداد القواعد اللازمة من اجل معرفة حاجيات ورغبات المرضى من الرعاية الصحية.
- توفير بيئة عمل ملائمة: على المنظمة أن تحدد و تدبر بيئة العمل المطلوبة لبلوغ التوافق مع متطلبات الخدمات.
- توفير بيئة العمل الفيزيائية و الكيميائية و البيولوجية المناسبة لطبيعة العمل و خصوصياته.
- تكثيف الوعي بأهمية الجودة و معطياتها للمنظمة و العاملين فيها كافة.
- الاعتماد على نتائج التقويم الفاعل لتطوير بيئة العمل.
- تهيئة جو الإبداع و التميز و فرص للتطوير الذاتي بما في ذلك توفير الصلاحيات.

- وضع دليل للجودة: ترجح الكثير من المؤسسات أن تعتمد إلى توفير دليلًا خاصًا بها توضح فيه للجميع داخل المؤسسة و خارجها النظام الذي يعتمد في تحقيق الكفاءة و الجودة في المنتج و الخدمة التي تقدمها، و لابد أن يكون الدليل مستوعبا لكل تفاصيل عمل المؤسسات و مرافقها و يوضح الإمكانيات المتاحة لها، و السبل المتبعة لتحقيق حاجات و رغبات كل من مقدمي الخدمة و المرضى. و يجب مراعاة النقاط التالية في إعداد الدليل:
- يجب أن يكون دليل الجودة مرجع للسياقات و الطرق و الإجراءات مع الشرح اللازم و التبرير كلما استدعى الأمر ذلك.
- يجب أن يظهر الدليل أن السياسات و الطرق و الإجراءات التي تم اختيارها هي ثمرة تفكير و بحث عميقين.
- يجب أن يأخذ الدليل كمرجع أساسي للعمليات في كل مصلحة.
- يجب أن يكون الدليل هو الضمان لاستمرارية العمل على نمط ثابت حتى في حالة تغير الأفراد.

ثانياً: عملية التشخيص.

- يتطلب تطبيق برنامج الجودة كعملية أولى تشخيص دقيقة للمحيط الداخلي و الخارجي للمؤسسة من أجل الوقوف على أهم العناصر المساعدة و العناصر المعيقة لتحقيق أهداف البرنامج و ذلك من خلال¹:
- دراسة و تحليل الوضعية الحالية للمؤسسة تحليل كلي للوقوف على نقاط القوة و الضعف و مجموع الفرص و التهديدات.
 - إجراء مسح لكافة عناصر المؤسسة لإعطاء رؤية واضحة عن الوضعية السائدة لأجل اتخاذ التدابير اللازمة و من تم الشروع في تحقيق أهداف البرنامج.
 - تعبئة كلية لكافة المستويات التنظيمية.
- عملية التشخيص هذه تشمل ثلاثة أبعاد أساسية هي: خصائص المؤسسة، المحيط الداخلي، المحيط الخارجي و التي سيتم دراستها بالتفصيل في الفصل الخامس من البحث، ص 206.

¹ - ملحق رقم 04.

ثالثاً: إستراتيجية الجودة.

لقد كانت الجودة و مازالت مجال للبحث في الرعاية الصحية، و الغرض من ذلك تحسين الخدمات المقدمة للمرضى و لكافة المجتمع. فبدون التفكير بالإغراض الشاملة و الأهداف طويلة الأمد لبرنامج الجودة فمن الصعب على أية منظمة أن تعلم وجهتها المستقبلية، لذا فإن إستراتيجية الجودة تسير بالاتجاه المناسب للأهداف و بالتالي هناك عدد من النقاط يجب مراعاتها الجودة:

- اختيار مواضيع الجودة و تحديد الأهداف.
 - تكوين الأفراد و تحسيسهم من أجل الاندماج و المشاركة في برنامج الجودة.
 - الحفاظ على جودة الخدمات المحصلة و العمل على تحسينها.
 - تطبيق و سائل دقيقة لتقييم الوضعية الابتدائية.
 - البحث عن وسائل لقياس و رقابة جد فعالة.
 - التطبيق و البحث عن وسائل تقييميه أخرى من أجل التأكد من التحسينات المرتقبة.
- يمكن جمع هذه النقاط في أربعة مناهج هي كالتالي:
- 1- قيادة الجودة: حسن تحديد الأهداف، تسيير و تنسيق النشاطات حسب برنامجها الزمني.
 - 2- تعبئة الأفراد: الرفع من قدراتهم و طاقاتهم، تقوية العلاقة الفردية و الجماعية.
 - 3- قياس جودة الخدمة من أجل دقة أكثر في تحقيق الأهداف.
 - 4- دراسة المشاكل و المعوقات و العمل على إيجاد الحلول المناسبة لها باستعمال و سائل القياس المناسبة.

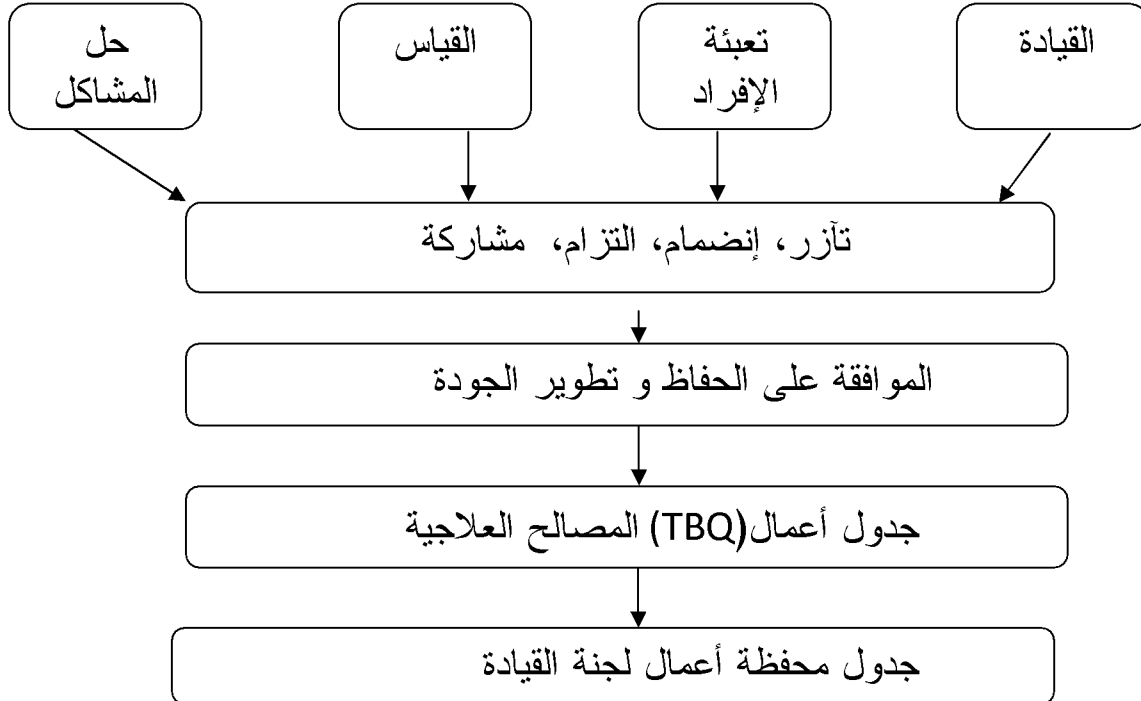
إن إستراتيجية برنامج الجودة تستوجب وضع هيئة تنظيمية و تنسيقية بين مختلف الأطراف مكلفة بالعناية بهذا البرنامج. يطلق عليه لجنة قيادة الجودة .

- **لجنة قيادة الجودة:** إن الهدف الأساسي لهذه اللجنة يتمثل في تبني و العمل على السير الحسن لبرنامج الجودة في إطار ديناميكي، و تعبوي لجميع العناصر نحو تقديم أفضل خدمة ممكنة للمريض. تتكون هذه اللجنة عادة من تسعة إلى اثني عشر فردا و تضم منسق الجودة، مسئول المصالح، هيئة إدارية عليا.

- **دور لجن القيادة :** يتمثل دور لجن القيادة فيما يلي.

- وضع الإستراتيجية العامة للبرنامج.
- مشاركة جميع الأفراد و تحسيسهم.
- وضع مقاييس لتطوير الجودة في مجال الخدمات.
- العمل على قيادة برنامج الجودة: تقسيم المهام، تحديد الموارد، إعداد البرامج التدريبية، ووضع المؤشرات الخاصة بتقييم برنامج الجودة.

الشكل(III-4): مخطط الإستراتيجية العامة لبرنامج الجودة



المصدر: A.Jacquery, la qualité des soins infirmiers, Edition Maloine, 1999, p23.

رابعاً: مشاركة جميع الأفراد و تحسيسهم.

تكملة للمرحلة الثالثة تعمل لجنة القيادة بصفة أساسية على إعلام كافة الأفراد ببرنامج

الجودة مع دعوتهم إلى المشاركة في إنشاء قيم وفلسفة برنامج الجودة.

1- إعلام الأفراد ببرنامج الجودة: المعلومة تعد خطوة أولى حتى يتسنى للمشاركين الانضمام بشكل إيجابي لبرنامج الجودة من خلال:

- إعطاء فرصة للعاملين في التعبير عن آرائهم ووضع اقتراحاتهم.
- المشاركة بصفة فعالة في اخذ القرار النهائي لتطبيق البرنامج.
- استعمال لغة واحدة.

- تمكين الأفراد من الفكرة الأولى للطريقة التي من خلالها يمكن لهذا البرنامج تطبيقه بفعالية و ضمان استمراريته مستقبلاً.

- وضع القيم و المبادئ الأساسية للبرنامج.
- توضيح تسلسل المسؤوليات.

2- تعبئة الأفراد: لضمان نجاح تطبيق برنامج الجودة يجب تهيئة الأفراد ذهنياً حتى يكونوا فاعلين في هذا النشاط و يتأتى هذا من خلال:

- توعية الأفراد في مختلف الأقسام بأهمية الجودة باعتبارها الوسيلة التي تساهم في حل المشاكل و الأسباب المحتملة لحدوث الانحراف.
- خلق الرغبة لدى العاملين وإقناعهم التام بان مشاركتهم ستؤدي إلى نتائج جيدة تخدم المنظمة و المريض معاً.
- تنمية المهارات القيادية فيهم.
- تطوير مهاراتهم في استخدام الأساليب الفنية في إختيار و تحليل المشاكل.

3- فلسفة برنامج الجودة: يشمل فلسفة برنامج الجودة على ثلاثة مستويات، مستوى الخدمة المستوى المهني، المستوى الإداري.

(أ) المستوى الإداري: يبدأ برنامج الجودة بالإدارة العليا ليشمل باقي المستويات.

- لا يمكن أن تطور الجودة في جو من الغموض و الخوف.
- يجب تحديد الموارد اللازمة مسبقا.
- الاتصال المفتوح وتدفق المعلومات حول النتائج لجميع الأفراد، يزيد و يرفع من جودة الخدمات.

(ب) المستوى المهني:

- كل العمال لديهم الرغبة في تقديم خدمة جيدة و ذات جودة.
- الجودة نمط روتين، عادي ضمن النشاطات اليومية.
- التكوين يعتبر من المكونات الأساسية في تطوير الجانب المهني.
- تقييم الخدمات يكون سهلا إذا تم تدعيمه ومراجعه مع جميع الأطراف.

(ج) مستوى الخدمة:

- لكل مريض الحق في مستوى جيد من الخدمة.
- لكل مريض الحق في مراقبة مستمرة للرعاية المقدمة إليه.
- تحسينات في مستوى الخدمات يتطلب تحليل دائم للكفاءات و القدرات.

خامسا: قياس و تقييم جودة الخدمات

من الضروري على إدارة الجودة أن تضع دائما نظاما لقياس مستويات الجودة التي يتم تحقيقها، و قياس التفاوت بين تلك المستويات، ويقوم هذا القياس على الأساليب الإحصائية المناسبة، و تحديد الصفات التي تكون مواصفات للمقياس حتى يكون بالإمكان قياس الأبعاد المتضمنة للظاهرة موضوع الدراسة و السيطرة عليها. و يتضمن هذا اتخاذ صفات هامة للجودة و تحديد المؤشرات اللازمة لذلك. هل تم تقديم الرعاية و إستقبال المرضى و حصولهم على المعلومات بشكل جيد؟ الإجابة قد تكون سهلة لكن الإحاطة بالأسباب صعب لاختلاف و جهات نظر الأشخاص و حسب الظروف البيئية الإيجابية أو السلبية للمصالح الإستشفائية.

إن تعقيد مفهوم الجودة داخل المستشفيات يتطلب دراسة عميقة تعتمد على عدة مقاربات و على وسائل قياس فعالة و مدروسة , (Clinton,1984 ;lang) et (Bloch,1980 ;lang) (wertey,1980).و قد أثبت ذلك دونايدين (1975) حيث قال أنه يوجد عدة متغيرات متداخلة و مترابطة تحكم عملية قياس الجودة داخل المستشفى أو حتى ظرف معين يحتاج الى خدمة.¹ قياس جودة الرعاية يتمثل في تلك الطريقة الهادفة التي تستخدم لمراجعة بصفة كمية مؤشر الجودة المحدد مسبقا، هل تمت مشاهدته في الممارسة العملية. تقييم الجودة يتمثل في تحديد حجم الفجوة، فهي لا تقتصر على جمع المعلومات فقط بل على تحليلها و تفسيرها.

المنظمة العالمية للصحة تعرف تقييم الصحة بأنه " ذلك المسعى الذي يوفر التشخيص و العلاج المناسب للحصول على أفضل النتائج، تماشيا مع التطورات العلمية و التكنولوجية الصحية، بأحسن تكلفة، أقل خطر، و أعلى مستوى من الرضى لدى المرضى"²

1- مختلف المقاربات (المناهج) : هناك عدة مقاربات تفسر عملية قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية، منها المقاربة التحليلية، الخطية، و المقاربة المنهجية .

1-1- المقاربة التحليلية: تعتمد على مجموعة المؤشرات و المعايير إضافة إلى تقسيم المواضيع الى مواضيع جزئية ليسهل فهمها و ايجاد الحلول المناسبة لها.

ا- مؤشرات الجودة: هناك عدة تعريفات للمؤشرات

- بالنسبة ل(Shamal(1979 يعرف المؤشر على انه متغير أو معلمة أو بيان صريح لما يجب أن يكون .و البعض الآخر يعرفه بأنه عبارة عن معلومة مختارة تحمل مواصفة تسمح بمقارنة أو قياس مستوى النتائج أو العمليات.

- المؤشر يضم معلومات محددة متعلقة بظاهرة، الهدف منها الملاحظة على فترات مدى التطور باتجاه الجودة، فهي وسيلة لتحقيق الأهداف وقياس التطورات على مراحل متساوية.³

¹ A.Jacquery,La Qualite Des Soins Infirmieres,Implantation,évaluation,accréditation,Edition Maloine,1999,p92.

²- نفس المصدر،ص02..

³ A.Jacquery,La Qualite Des Soins Infirmieres,Implantation,évaluation,accréditation,Edition Maloine,1999,p38

- ب- أنواع المؤشرات: إذا كانت المؤشرات عبارة عن وسيلة لتحقيق الأهداف، فإن كل مستوى من مستويات الجودة له مؤشرات خاصة يمكن توضيحها كما يلي:
- المؤشرات الهيكلية: هذه المؤشرات تعمل على قياس الوسائل و الموارد المستعملة من طرف المؤسسة الإستشفائية من أجل تقديم خدمات صحية تستجيب للأهداف المحددة مسبقا.
 - مؤشرات العمليات: تتعلق بمؤشرات لقياس النشاطات و العمليات.
 - مؤشرات رضا الزبائن(المرضى): وسيلة لقياس جودة الخدمات المقدمة من طرف الزبائن، أطباء، ممرضين، المريض و عائلته..
 - المؤشرات الحارسة sentinelle: تعتبر هذه المؤشرات هامة جدا بإعتبارها تدل على ظاهرة أو حادثة خطيرة يجب معالجتها على الفور، ويمكن أن تكون مؤشرات هيكلية، عملياتية.
 - ت- معيار الجودة: يطلق بصفة عام على ما ينبغي ان يكون(المثالية)، أي مقارنة بين واقع الرعاية و ما يجب أن تكون عليه(Grenier, Drapeau, Desautels ;1989). ويمكن كذلك أن يأخذ الشكل القياسي.
 - دونايدان(1986) جمع كل من المعايير و المؤشرات في نموذج من ثلاثة عناصر: الموارد العمليات ، النتائج.

1-2- المقاربة الخطية: تعتمد هذه المقاربة على تحليل العمليات و الأنشطة.

يعد مدخل التركيز على العمليات و ضمان جودتها من أهم مبادئ إدارة الجودة لأنه المبدأ الذي يرمي إلى تقليل التلف و الضياع، وتحسين العمليات التي يراد منها أن تأتي طبق للمواصفات المعدة مسبقا. و هذا المدخل هو واحد من أهم الطرق التي تستخدمها الجودة بشكل متواصل بحيث يمكن قياسها في مكان العمل و محيطه.

إن الاتجاه الحديث يؤكد أهمية مدير العمليات إذ أصبحت إدارة العمليات حقيقة يجب على الجميع تفهمها و إدراكها و تعكس الأساس لإرضاء الزبون أو رفضه لخدمات المؤسسة.

- فإدارة العمليات الحديثة يتوجه نحو جعل مدراء المنظمات هم مدراء عمليات حيث يتطلب منهم إدارة الأنشطة بصورة كفوءة و يتم تحقيق ذلك من خلال نموذج العملية الذي يتطلب:¹
- تحديد العمليات اللازمة لتحقيق الأهداف و الوصول إلى النتائج المطلوبة.
 - تحديد مدخلات العمليات و مخرجاتها و قياسها.
 - تحديد نقاط الإتصال بين العمليات من خلال الأنشطة المختلفة في المنظمة.
 - تقييم تأثير نتائج العمليات على مجموع المستفيدين في المنظمة.
 - تحديد مسؤولية إدارة هذه العمليات و سلطتها و تطويرها.
 - عند تصميم العملية و إدارتها يجب الأخذ بعوامل الرقابة على العملية و عوامل الأداء و الموارد اللازمة لهذا الأداء و أسلوب قياس النتائج.
 - خلال هذه المرحلة قياس و تقييم الجودة، يهدف مخطط النشاطات أو الأعمال إلى التحرك على مختلف المستويات:
 - الأخذ في الاعتبار جميع الاحتياطات اللازمة على جميع النواحي من طرف لجنة القيادة و استعمالها في مجالاتها الخاصة.
 - اختيار الأدوات المناسبة للقياس مع مراعاة المقاربة المناسبة (تحليلية أم خطية).
 - وضع تحت تصرف منسق الجودة و الفريق المرفق له جميع الأدوات اللازمة و الضرورية لقياس الجودة.
 - عرض النتائج مع مشاركة جميع الأفراد في تحليلها.
 - تتطلب هذه المرحلة من فريق الجودة و إطارات المؤسسة التقرب أكثر من انشغالات المستخدمين و تقديم الدعم له.
 - يبقى السؤال المطروح على أي أساس أو قاعدة يمكن اعتبار المعايير و المؤشرات أنها المعايير المثلى للجودة؟
 - مجموعة أبحاث استطاعت الإجابة عن هذا السؤال بوضع طريقة تسمى "la force de l'évidence" (préventive task force, us, 1989)¹، على ثلاثة مستويات:

¹ يوسف حبيب الطائي، نظم غدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية و الخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر و لتوزيع، الأردن، 2009، ص213.

المستوى A: ركزت الأبحاث على دراسة جد معقدة لمجموعة من الباحثين لانتقاء مجموعة مؤشرات سميت بالمؤشرات الذهبية، لأنها ضرورية جدا، يتم مراعاة تطبيقه على كل مريض عند إخضاعه للعلاج.

المستوى B: يعتمد وضع هذه المؤشرات على دراسة ميدانية بواسطة فرق عمل لمجموعة أفراد خلال فترة زمنية معينة عن طريق الملاحظة المباشرة.

المستوى C: مؤشرات هذا المستوى تركز على توافق آراء مجموعة خبراء حول عمل مجموعة فرق حيث تعتبر هذه الآراء بمثابة الدليل القوي عن مدى فعالية المؤشر.

لقد جمعت هذه المستويات الثلاث في ثلاثة طرق (Focus groupe، la technique de la technique de groupe nominal، Delphi-technique)

2- عناصر قياس و مقاييس جودة الخدمات الصحية: في مجال الرعاية الطبية و الصحية هناك عنصران أساسين تقاس بهما جودة الخدمات الصحية و هما²:

- **العنصر التقني:** و يتعلق بتطبيق المعارف و المعلومات و التقنيات الطبية و غيرها من العلوم الصحية في معالجة المشكلات الصحية، و تقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون ان يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها.

- **العنصر الإنساني:** و يتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي و النفسي بين مقدمي الخدمات الصحية و المرضى وفق القيم و القواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفق مواقف المرض بشكل خاص. و تقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الطبية لتوقعات و احتياجات المرضى من الناحية الطبية، و أيضا من حيث مستلزمات الراحة و المتعة في الإقامة مثل توفر غرف الانتظار المريحة، نظافة أماكن الإقامة، الغذاء الجيد، توافر خدمات.

¹ -A.Jacquery, *La Qualite Des Soins Infirmieres*, Implantation, évaluation, accréditation, Edition Maloine, 1999, p100.

² -واقع الندوة، واقع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1990، ص: 20-21.

و في ضوء العناصر السابقة لوجود الخدمات الصحية فإنه يمكن النظر إليها من ثلاث جوانب هي:

- التعريف المطلق لجودة في المجال الصحي ، ويركز على الجانب التقني و الفني للرعاية الطبية للحصول على أفضل توازن بين المنافع الصحية للمريض دون التعرض لمخاطر.
 - تعريف المريض المستفيد بالخدمة، و يتعلق بمدى تلبية احتياجات و توقعات المرضى سواء من الناحية الطبية او من النواحي الاجتماعية و النفسية.
 - تعريف المجتمع لجودة الخدمة الصحية من حيث توافر العدالة و الكفاءة و الفعالية في تقديمها لمختلف فئات المجتمع.
- يمكن قياس جودة الخدمات الصحية من خلال:
- دراسة و تحديد توقعات العملاء من المرضى و الجمهور المتردد و المجتمع المحلي من المؤسسات الصحية.
 - وضع مواصفات محددة و دقيقة، معلنة و مدروسة على كل مستوى من المستويات المؤسسات الصحية و ذلك كأداة رئيسية لتصميم الخدمات التي تتماشى مع توقعات المرضى و المترددين في المستشفى.
 - تقييم الأداء الفعلي أولاً بالتعرف على مدى مقابلة الخدمة لتطلعات و توقعات المرضى و جمهور المستشفى.
 - القيام بالاستقصاءات و ذلك لما لها من دور في قياس جانب كبير من كفاءة و جودة الخدمات المقدمة للمرضى و غيرهم، و ذلك للتعرف على مدى إدراكهم للخدمة و مدى مطابقتها لاحتياجاتهم و توقعاتهم.
- من خلال ما تقدم يمكن القول أن هناك نوعين من المقاييس المستخدمة لقياس الجودة في مجال تقديم الخدمات الصحية: مقاييس موضوعية و مقاييس غير موضوعية.
- **المقاييس الموضوعية:** و تبني على حقائق و أرقام فعلية لا تتدخل فيها و جهات نظر أو آراء شخصية مثل: معدل الوفيات ، أو معدل مكافحة العدوى أو نسبة الممرضات للأطباء أو نسبة

الأطباء للمرضى، عدد حالات دخول المرضى للمستشفى خلال 48 ساعة ، المضغفات الجانبية من الأدوية أو العلاج الطبيعي أو العمليات الجراحية.

- **المقاييس الغير موضوعية:** وهي مبنية على أساس أحاسيس المرضى اتجاه الرعاية التي يتلقونها فهي تعمل على تزويد إدارة المستشفى بمعلومات إضافية و قيمة حول مستوى الرعاية الصحية المقدمة، و لا يمكن الحصول على هذه المعلومات الإضافية من خلال التقارير أو الإحصاءات الدورية. وتعد الاستبيانات الخاصة بمعرفة آراء المرضى عن جودة الخدمات الصحية إحدى الوسائل المتبعة في هذا المجال حيث تساعد الإدارة في الحصول على معلومات حول مستوى جودة الخدمة و معرفة رغبات المستفيدين و اقتراحاتهم. و رغم أهمية هذه المقاييس يفضل ألا تؤخذ و حدها لتقويم جودة الخدمات المقدمة لأنها قد تؤدي إلى نتائج عكسية و غير مرضية.

3- قياس جودة الخدمات الصحية: هناك أسلوبان لقياس جودة الخدمة ينسب أولهما إلى Berry.L¹ و هو الذي يستند إلى توقعات العملاء لمستوى الخدمة و إدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، و من تم تحديد الفجوة أو النطاق بين هذه التوقعات و الإدراكات و ذلك باستخدام الأبعاد العشر الممثلة لمظاهر جودة الخدمة و هي :

- الاتصالات Communication او دقة و صف الخدمة بالغة التي يفهمها العميل.
- المقدرة Compétence أي إمتلاك العاملين للمهارات و القدرات و المعلومات اللازمة.
- الثقة Crédibilité: حيث ينظر العاملون في المؤسسة إلى العميل بوصفه جديرا بالثقة.
- الاعتمادية Reliability حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها.
- الاستجابة Responsivités : حيث يستجيب العاملون بسرعة و بشكل خلاق لطلبات العميل و مشكلاته.
- التجسيد Tangibles و يركز هذا العنصر على الجانب الملموس زمن الخدمة كالأجهزة و الأدوات التي تستخدم في تأديتها.

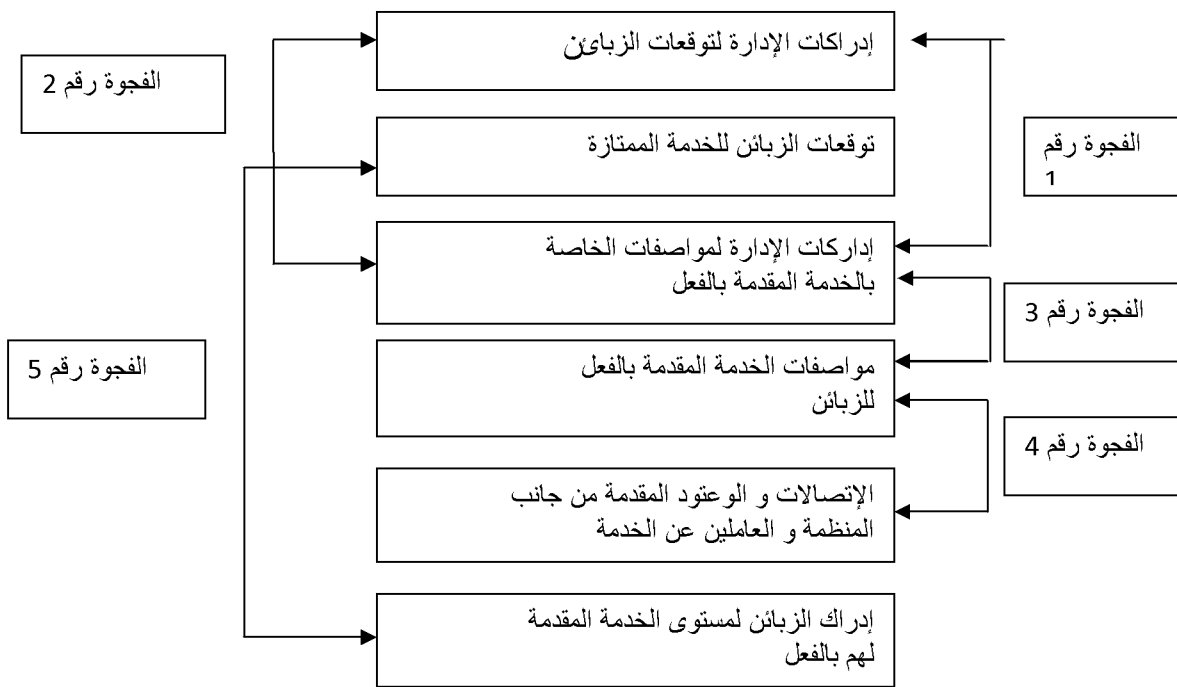
¹ - (L).Berry, Aconceptuel Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research Journal Of Marketing, (Vol49, No.3, Fall 1985), pp : 41-50

- الامان Security بمعنى ان تكون الخدمة خالية من المخاطرة و المغامرة و الشك.
 - فهم و معرفة العميل Knowing/Understanding أن يبذل العاملون جهدا لتفهم إحتياجات العميل و ان يمنحوه إهتماما شخصيا.
 - المجاملة Courtesy بمعنى التعامل مع العميل بصدقة و احترام و تقدير.
 - و في دراسة لاحقة تمكن¹ (L).Berry من دمج هذه الأبعاد العشرة في خمس أبعاد هي:
 - الجوانب الملموسة: و تضم التسهيلات المادية و المعدات و المستخدمات في إنتاج و تقديم الخدمة و المظهر الخارجي للعاملين في المؤسسة الخدمية.
 - الثقة الاعتمادية: و تمثل في القدرة على أداء الخدمة و فقا للوعود المقدمة و ذلك على النحو الذي يمكن الاعتماد عليها و بدقة خالية من الأخطاء.
 - الاستجابة : و تعكس استعداد العاملين بالمؤسسة الخدمية لمعاونة الجمهور او العملاء و تقديم الخدمة بسرعة.
 - الأمان: و تتمثل في معرفة و خبرة العاملين بمؤسسة الخدمة، و قدرتهم على كسب ثقة الجمهور و العملاء.
 - التعاطف: و تعكس العناية بالجمهور أو العملاء، و الاهتمام الشخصي لكل فرد.
- كما احتوت هذه الأبعاد على اثنين و عشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد و هي عبارة عن أبعاد عامة يعتمد عليها العميل في قياس جودة الخدمة بغض النظر على نوعية الخدمة و أطلق على هذا الأسلوب اسم مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL.
- و تحدث هذه الفجوات إذا حدث اختلاف بين توقعات العميل و بين إدراك الإدارة لهذه التوقعات² وهذا ما يوضحه الشكل .

¹ - (L).Berry, Communication And Control Processes In The Delivery Of Service Quality Journal Of Marketing (Vol.52,No.2,April1988),pp.35-48.

² (M).Smith, Mesuring Service Quality : Is SERVQUAL New Redundant?, Journal Of Marketing Management(Vol.11,No.2,1995),pp.257-276.

الشكل (III-5): مقياس الفجوات بين إدراك العميل و توقعات الإدارة



المصدر: ثابت عبد الرحمان، ادريس، قياس جودة الخدمة الصحية باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات و التوقعات، دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بالكويت، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد الرابع، العدد الأول، 2003، ص99.

يتضح من الشكل أعلاه ان الفجوة بين توقعات العميل و بين إدراك الإدارة لهذه التوقعات تتكون في حقيقتها من خمس فجوات هي:

- الفجوة رقم 1: الفجوة بين إدراك الإدارة و بين توقعات العملاء و تنتج هذه الفجوة عن الإختلاف بين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء، بمعنى عجز الإدارة عن معرفة احتياجات و رغبات العملاء المتوقعة.
 - الفجوة رقم 2: الفجوة بين إدراك الإدارة و بين المواصفات المحددة للجودة و تنتج عن الإختلاف بين المواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل و بين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء، بمعنى انه حتى لو كانت حاجات العملاء المتوقعة و رغباتهم المعروفة للإدارة فإنه لن يتم ترجمتها الى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بموارد المؤسسة او التنظيم أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة.
 - الفجوة رقم 3: الفجوة بين المواصفات المحددة للجودة و بين ما يقدم فعلا، و تظهر بسبب كون مواصفات الخدمة المقدمة بالفعال لا تتطابق مع ما تدركه الإدارة بخصوص هذه المواصفات، وقد يرجع ذلك الى تدني مستوى مهارة القائمين على أداء الخدمة، و الذي يرجع بدوره الى ضعف القدرة و الرغبة لدى هؤلاء العاملين.
 - الفجوة رقم 4: الفجوة بين الخدمة المقدمة و الاتصالات الخارجية، و تنتج عن الخلل في مصداقية مؤسسة الخدمة، بمعنى ان الوعود التي تقدمها المؤسسة حول مستوى الخدمة من خلال الاتصال بالعملاء (البيع الشخصي و المجهودات الترويجية الأخرى) تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة و مواصفاتها بالفعل.
 - الفجوة رقم 5: الفجوة بين الخدمة المدركة و بين الخدمة المقدمة، وهذه الفجوة هي نتاج حدوث احد ازو بعض أو كل الفجوات السابقة.
- أما الأسلوب الثاني لقياس جودة الخدمة فيسمى مقياس الأداء الفعلي SERVPERF و يعتبر هذا أسلوبا معدلا من الأسلوب الأول، و يستند إلى التقييم المباشر للأساليب و العمليات المصاحبة لأداء الخدمة، بمعنى أنه يعتمد على قياس جودة الخدمة باعتبارها شكلا من أشكال الاتجاهات نحو الأداء الفعلي للجودة و المتمثل في الأبعاد الخمسة و هي: النواحي المادية الملموسة في الخدمة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، كما تحتوي هذه الأبعاد على اثنين و عشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لهذه الأبعاد. وعند الانتقال بهذه

المقاييس إلى مجال الخدمة الصحية، فإن جودة الخدمات الصحية تقاس بمدى توافر الإبعاد الأربعة في الخدمة الصحية التي يقدمها المستشفى وهي¹ :

1- الجوانب الملموسة و تشمل المتغيرات الآتية:

- جاذبية المباني و التسهيلات المادية.
- التصميم و التنظيم الداخلي للمباني .
- حداثة المعدات و الأجهزة الطبية.
- مظهر الأطباء و العاملين.

2- الاعتمادية :و تشمل مجموعة من النقاط.

- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.
- الدقة و عدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
- توافر التخصصات المختلفة.
- الثقة في المستخدمين (الأطباء و الأخصائيين الممرضين).
- الحرص على حل مشكلات المريض.
- الاحتفاظ بسجلات و ملفات دقيقة.

3- الإستجابة و 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 و الشكاوي.
- إخبار المريض بالضبط عن موعد تقديم الخدمة و الانتهاء منها.

¹- ثابت عبد الرحمن، ادريس، قياس جودة الخدمة الصحية باستخدام مقياس القجوة بين الإدراكات و التوقعات، دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بالكويت، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد الرابع، العدد الأول، نوفمبر 1996، 2003، ص15.

4- الأمان و يشمل المتغيرات التالية:

- الشعور بالأمان في التعامل .
- المعرفة و المهارة المتخصصة للأطباء.
- الأدب و حسن الخلق لدى العاملين.
- استمرارية متابعة حالة المريض.
- سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
- دعم و تأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

سادسا: الحفاظ على الجودة و تحسينها.

تتطلب مرحلة الحفاظ على الجودة و تحسينها من جهة إيجاد وسائل تعمل على الحفاظ على الجودة المحصل عليها، و من جهة ثانية البحث عن كيفية تحسين نقاط الضعف التي تم الكشف عنها بوسائل القياس المختلفة. و تعتبر الرقابة على الجودة كأحد الوسائل الهامة في تحسين جودة الخدمات، إلى جانب المتابعة الميدانية و التقنية.

1- رقابة جودة الرعاية الطبية: تعددت أساليب و الأدوات المستعملة لرقابة جودة الرعاية الطبية منها ما يتعلق بالأطباء باعتبارهم الراعي الأول للخدمة الصحية و منها ما يتعلق بالمرضى باعتبارهم أكثر احتكاك و اتصال مع المرضى من خلال تواجدهم داخل المستشفى. إضافة إلى مراجعات و احتمالات الأقسام الطبية و الجراحية التي تعقد شهريا لمراجعة حالات مختارة من بين الوفيات و المرضى الذين لم يتحسنوا و الحالات المرضية المعقدة. و بسبب إختلاف المسؤوليات و تعدد المهام الطبية و التمريضية يمكن التركيز على:

أ- رقابة جودة الأطباء: إن المتتبع لموضوع رقابة جودة الخدمات الطبية يجد عددا كبيرا من المفاهيم المستعملة مثل التدقيق الطبي، و مراجعة الزملاء، و برنامج الجودة النوعية و مراجعة الإستخدام و غيرها من المفاهيم و المسميات. و رغم تعدد هذه المفاهيم إلا أنها ترتبط بموضوع واحد و هو تقويم و رقابة جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى . و فيما يلي شرح باختصار لهذه المفاهيم.

- **التدقيق الطبي:** هو عبارة عن دراسة تاريخية و استرجاعية للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المستشفى للتعرف على مدى جودة الخدمات الطبية التي تلقاها هؤلاء المرضى أثناء تواجدهم بالمستشفى و تعرف الجودة في التدقيق الطبي بدرجة التطابق و الأنسجام مع المعايير المقبولة للجودة من حيث المبادئ العلمية و الممارسات الطبية المقبولة و المتعارف عليها مهنياً) طورت من طرف الجمعية الأمريكية للجراحين و الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات(JCAH).

- **مراجعة الزملاء:** و تتضمن قيام بعض الأطباء بمراجعة جودة الرعاية الطبية التي يقدمها أطباء آخرون لزملائهم على أساس الدراسة الإسترجاعية للرعاية التي تم تقديمها للمرضى أو على أساس الدراسة المستقبلية التي يجري تقديمها للمرضى كالاستشارات الطبية و الجراحية من طبيب لآخر قبل عمل الإجراء الطبي او الجراحي او التشخيص.

- **مراجعة الاستخدام:** تتمثل في مراجعة الاستخدام للأسرة و منشآت و خدمات المستشفى لترشيد هذا الإستخدام و تحقيق إقتصاديات التشغيل مع المحافظة على جودة الخدمة.

- **برنامج الجودة النوعية:** و هو عبارة عن برنامج لمراجعة الإستخدام ثم وضعه من قبل جمعيات المستشفيات الأمريكية و الذي يتم عمله أثناء إقامة المريض في المستشفى و قد تم تطويره لاحقاً للكشف عن الإستخدامات غير الضرورية و غير المبررة للأسرة و خدمات المستشفى.

ب- **رقابة جودة خدمات التمريض.** تعتبر خدمات التمريض عاملاً رئيسياً و ذا تأثير كبير و مباشر على جودة الرعاية الطبية التي يقدمها الأطباء و على جودة العناية الإستشفائية التي يقدمها المستشفى ككل، و لغاية ضبط و رقابة جودة هذه الخدمات تعتمد المستشفيات على نوعين رئيسيين من أساليب التقويم و الرقابة.

- **أساليب التقويم الغير الرسمية :** هي الأكثر شيوعاً و حيث تعتمد إدارة المستشفى على:
- ملاحظات و تقويم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكاً بالمرضى و الأقدر على الحكم على جودة و مستوى خدمات التمريض من الناحية الفنية

مثل إعطاء الأدوية و إتباع تعليمات الأطباء لرعاية المريض و غير ذلك من أمور فنية تخص الرعاية العلاجية للمريض.

- استقصاء و دراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم بحكم احتكاكهم المباشر و اتصالهم مع المرضى و خاصة تلك الخدمات غير العلاجية و التي تعرف بخدمات فنية الرعاية من حيث طريقة التعامل و تلبية احتياجاته و الرد على استفساراته. و تعتبر ردود فعل المرضى و استقصاء آرائهم مؤشرا جيدا لتقويم خدمة التمريض.

- أساليب التقويم الرسمية : و تشمل هذه الأساليب:

- مراجعات و تدقيق ملفات المرضى فيما يتعلق بالجانب التمريضي و يمكن القيام بهذا التدقيق من قبل لجنة تدقيق خدمات التمريض أو من قبل ممرضين مختصين و يتم عمل هذا التدقيق على غرار التدقيق الطبي يحث يتم الكشف عن الانحرافات الغير مقبولة في أداء خدمات التمريض من واقع الملف الطبي و من تم يجري تصحيح هذه الانحرافات باتخاذ ما يلزم من إجراء تصحيحي.

- التقارير اليومية التي يتم رفعها للإدارة من قبل الممرضين المسؤولين في الأجنحة الداخلية للمستشفى على مدار 24 ساعة.

و تعتمد الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات معايير هيكلية عامة تستعملها لتقويم خدمات التمريض في المستشفيات و هذه المعايير هي¹:

▪ وجود إدارة خدمات التمريض و الإشراف عليها من قبل ممرضة مؤهلة كما يجب أن يكون في المستشفى عدد كاف من الممرضات القانونيات على مدار الأربعة و العشرين ساعة لخطيط هذه الخدمات و تعيين واجبات أعضاء الجهاز التمريضي و الإشراف على هذه الخدمات و تقويمها.

▪ وجود خريطة تنظيمية و دليل تنظيمي حديث لدائرة التمريض تبين الهيكل الوظيفي للدائرة و تنظيمها و سلطات مسؤوليات و واجبات جهاز التمريض.

¹-فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، الطبعة الأولى، عمان، 2008، ص239.

▪ و جوب و جود سياسات و إجراءات كتوبة تتعلق بأداء خدمات التمريض و السياسات الإدارية المتعلقة بذلك لضمان سلامة الممارسة التمريضية في المستشفى و تحقيق أهداف الدائرة.

▪ يجب ان يكون هناك دليل على قيام الممرضات بتنفيذ خطط المعالجة بشكل سليم و كفاءة و فعال و ذلك من خلال احتواء الملف الطبي للمريض على النماذج الخاصة بخدمات التمريض.

▪ وجوب وجود برامج للتعليم المستمر للمرضين و توفير فرص التعليم الداخلي و الخارجي لتحسين مهارات و معارف و خبرات جهاز التمريض.

ت-رقابة جودة الدوائر الأخرى (المدخلات، العمليات، المخرجات): تكلمنا فيما سبق عن رقابة جودة الرعاية الطبية التي تقدمها الهيئة الطبية و الهيئة التمريضية ومختلف الأساليب التي تستعملها المستشفيات وقد تمت الإشارة إلى اللجان المختلفة في قياس و تقييم الجودة. وبسبب صعوبة وضع معايير محددة و متفق عليها في هذا الشأن اتجهت المستشفيات بشكل عام إلى رقابة الجودة بالتركيز على ثلاثة أبعاد:

- قياس و تقويم المخلات.

- قياس و تقويم العمليات.

- قياس و تقويم المخرجات.

تحتاج هذه المرحلة من اجل نجاحها إلى متابعة على مستويين:

- مساندة معنوية، نفسية من أجل حث الأفراد نحو بدل جهد أكبر و تقوية إرادتهم في العمل على التغلب على المشاكل و تخطي الصعاب.

- مساندة ميدانية تقنية عن طريق استعمال مختلف الوسائل الضرورية لقياس و تحسين الخدمة. و يعد جدول محفظة الأعمال من الوسائل الجد مستعملة في هذا الميدان. ويتوقف هذا الدعم النفسي و المعنوي على:

- حجم المؤسسة.

- حجم المديرية الفرعية للخدمات التمريضية.

- شخصية الأطراف الفاعلة.

- كفاءة و نوعية التكوين المحصل عليه.

← **جدول محفظة الأعمال:** يعد هذا الجدول أداة ووسيلة للقيادة و مساعدة على اتخاذ القرار تضم مجموعة مختارة من المؤشرات التي تسمح بتقييم مستوى تحقيق الأهداف. و يعرف على انه " رؤية تحليلية تهدف الى تحديد او تمييز وضعية تم وضع مؤشرات الجودة اللازمة لتقييمها"¹.

- كابلن و نوعتن (Kaplan et Norton): محفظة الأعمال عبارة عن برنامج تحكم فعالة تسمح بالمراقبة التدريجية للنشاطات وتقييمها مقارنة بالأهداف المسطرة². فهو عبارة عن ملف أو ورقة متجانسة تضم مجموعة مميزة من مؤشرات الجودة (المؤشرات الهامة)، تهدف إلى تحليل وضعية، عملية أو مجموعة وظائف بهدف تقييمها. وحتى يكون هذا الجدول ذو فعالية أكثر يجب أن يضم أربعة أبعاد أو مستويات.

- البعد او المستوى المالي: من خلال المؤشرات الكلاسيكية للتسيير.

- مستوى الزبائن: تلبية الرغبات و الحاجات (مستوى الرضا لدى المرضى).

- مستوى العمليات الداخلية للمؤسسة: و يضم مؤشرات هيكلية وأخرى عملياتية.

- البعد المعرفي:(المعرفة التنظيمية). و تشمل الموارد البشرية، الكفاءات، و نظم المعلومات.

← **خصائص جدول الأعمال:** يضم جدول الأعمال النقاط التالية:

- نوع المؤشر

- مجال او القطاع المراد قياسه.

- هدف المؤشر.

- المتغيرات المتبعة.

- وحدة و تردد القياس.

¹ - Claude Vilcot, Hervé Leclot, indicateur qualité, 2^{ème} édition, AFNOR,2006,p87.

² - Claude Vilcot, Hervé Leclot, indicateur qualité, 2^{ème} édition, AFNOR,2006,p88.

الشكل النهائي للجدول .

← كيفية بناء محفظة جدول الأعمال:

- تحديد الأهداف.
- اختيار المؤشرات الدالة على هذه الأهداف.
- البحث عن المؤشرات الهامة.
- إيجاد مؤشرات إضافية.
- إدخال البيانات.
- معالجة المؤشرات.
- صياغة الجدول.

سابعاً. **حصيلة برنامج الجودة:** داخل المؤسسات الحصيلة النهائية تهدف أولاً إلى ضمان معرفة مدى الترابط و التنسيق بين الأهداف المسطرة لبرنامج الجودة و النتائج المحصل عليها، و التأكد من الاستفادة التامة و الكاملة لمجموع المستفيدين من المرضى من الخدمات و الرعاية المقدمة لهم. في هذا الشأن يقترح كثير من الكتاب تحليل المدخلات، المخرجات، العمليات (Smeltzer1992).

المحصلة النهائية لهذا البرنامج تركز على التأكد من مؤشرات الخدمة المتمثلة في: التكاليف، الكفاءة، الفعالية و النواتج و بشكل أساسي على مدى تقديم الخدمة إلى المرضى بالشكل و الطرق المناسبة. إضافة إلى تغيير الثقافة التنظيمية ووجود برامج اتصال فعالة.

1- تكاليف الجودة : يتجه المختصون إلى اعتماد تقسيمات مختلفة للكلف.

- بالنسبة لجوران 1983: تنقسم تكاليف الجودة إلى قسمين:
- تكاليف ناتجة عن الأخطاء و يطلق عليها كذلك تكلفة الجودة الرديئة.
- مصاريف الحصول على الجودة و تشمل التكاليف المتعلقة بتقديم الرعاية (تكاليف تنظيم الفحوصات، تكاليف إعادة تقويم بعض المباني، تكاليف التكوين...).

- بالنسبة لسوفال وزردات (Savall et Zerdet, 1995)، تحليل جودة التكاليف المخبئة." تتمثل في مجموع التكاليف الغير موجودة ضمن نظام المعلومات مثل: الميزانية ، جدول حسابات النتائج، المحاسبة التحليلية...). وهناك خمسة مؤشرات تعكس هذه التكاليف :

- معدل الغيابات.

- نسبة حوادث العمل.

- نسبة دوران العمل.

- الفجوة في نسبة الإنتاجية المباشرة.

تعتمد المؤسسات الصحية على أربعة أقسام للتكاليف¹ (Daigh,1991,JCAH,1994):

تكاليف الوقاية: الهدف من هذه التكاليف الوقاية من الفشل Dysfonctionnement فتشمل المصروفات التي تتفقها المؤسسة على الجهود التي تبذل لغرض السيطرة على الجودة و مصروفات التحسن والهدف من ذلك إنجاز العمل بشكل صحيح منذ البداية.

(أ) **تكاليف القياس:** وتشمل نفقات القياس و التقويم، الرقابة، الحفاظ على المستلزمات.

(ب) **تكاليف الفشل الداخلية:** هي التكاليف المصاحبة للعيوب (تكاليف عدم الجودة) التي يتم اكتشافها قبل و صول المنتج الى المستهلك و يحدث هذا عندما تفشل المنتجات من تلبية المواصفات النوعية المحددة مسبقا و تضم:

- تكاليف البحث عن العيوب و الأخطاء.

- تكاليف ضياع الوقت.

- تكاليف ضياع الادوات و المعدات.

- تكلفة إعادة التفتيش.

(ت) **تكاليف الفشل الخارجي:** هذه التكاليف مرتبطة بمتلقي الخدمة النهائي، أي عند تحويل ملكية المنتج الى المستهلك، فهي توضح العلاقة بين الجودة المحققة في منتوجاتها و رضا الزبون.

¹ A.Jacquery, La Qualite Des Soins Infirmieres, Implantation, évaluation, accréditation, Edition Maloine, 1999, p147.

- كلفة شكاوى الزبائن.

- كلفة المسائل القانونية، نشاطات التسوية.

- كلفة التأخر أو ضمان الفترة المحدودة.

يجب على لجن قيادة الجودة تحديد الأهداف بدقة لأن تحليل التكاليف مرتبط بالأهداف المسطرة.

- كيفية تحديد كلفة الجودة: هناك جملة من الاقتراحات لتحديد الكلفة، فبالنسبة لـ (Raveleau,1977) يقترح ميزانية خاصة بالنشاطات و الأعمال وميزانية أخرى للحلول المقترحة.و البعض الآخر يقترح ثلاثة عناصر لتقييم كلفة برنامج الجودة Katz et (Green,1992)¹: (كلفة اليد العاملة، كلفة الأدوات و المعدات، التكاليف العامة).

2- تقييم كفاءة و فاعلية برنامج الجودة:

الكفاءة و الفاعلية ، يعبران عن مدى بلوغ أهداف برنامج الجودة، فالكفاءة تجيب عن السؤال التالي " هل تم فعلا الاستفادة من برنامج الجودة في تحسين الخدمات الصحية؟ أما الفاعلية فتضيف إلى عامل الكفاءة عامل التكلفة، من حيث ملائمة التكاليف للنتائج المحصل عليها. كما يمكن حسابها أيضا بالعلاقة بين نسبة المشاكل المحلولة أو التي تم تحسينها بنسبة المصاريف المبذولة.

3- تقييم النواتج: تعد الحصيلة النهائية لبرنامج الجودة ناقصة ما لم تأخذ في الحسبان

النواتج التي يمكن التعبير عنها في النقاط التالية:

- مدى التأثير الإيجابي لبرنامج الجودة على المريض، مقدمي الخدمة (الإحساس بالرضا...)

- التأثيرات الثانوية و يمكن معرفتها من خلال بعض المؤشرات كمدة الإقامة مثلا، عدد حالات الفحوصات، معدل غياب الأفراد، ظروف العمل و تنظيمها...

¹ A.Jacquery,La Qualite Des Soins Infirmieres,(Implantation,évaluation,accréditation),Edition Maloine,1999,p148.

4- **ثقافة الجودة:** تلعب ثقافة المؤسسة دورا مهما في تعزيز تطبيق إدارة الجودة الشاملة في جميع أقسام المؤسسة بحيث تتضمن الأسلوب الذي تتعلم بموجبه جماعات العمل في المؤسسة أن تتكيف و تتلاءم مع مجموعة محددة من الظروف. و بالتالي تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبطة بتهيئة المؤسسة إلى بيئة عمل و جعلها متناسبة مع الفلسفة التي تتطلبها الجودة الشاملة و التي تشمل على المعتقدات و القيم المتعلقة بمختلف أبعاد و بيئة العمل و أسلوب العمل و كذا أسلوب ممارسة السلطة و المسؤولية و تقييم الأداء و غيرها. إن نجاح برنامج جودة الخدمات يتطلب وجود ثقافة جودة وحتى يتم تطويرها يتحتم وضع برامج قاعدية سليمة تتعلق بتدعيم العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسات الصحية. دومنج و جوران 1983 يقترحان¹:

- برامج تكوينية خاصة بالجودة.
- تبادل الآراء و المشاركة والاستفادة من خبرة الآخرين.
- تشجيع الاتصال بين مختلف الأطراف.
- التكوين في مجال الاتصال.
- من أجل تحقيق نجاح المؤسسات الخدمية، لا بد من تعزيز أنواع مختلفة من الثقافات التنظيمية و ضرورة أن تتضمن ثقافة الجودة مقاييس جديدة و منها²:
- دعم الابتكار
- دعم رضا الزبون.
- دعم الشعور بالإنتماء.

5- **تطوير نظام اتصال فعال:** إن نظم المعلومات تلعب دورا استراتيجيا في حياة المنظمة، ذلك لأنها تقوم بتدعيم الإدارة في مختلف عملياتها التخطيطية و التنظيمية و صنع القرارات و الرقابة، و كذلك مساعدة المنظمات على تقويم منتجات و خدمات ذات جودة عالية وتخفيض

¹ A.Jacquery, La Qualite Des Soins Infirmieres, (Implantation, évaluation, accréditation), Edition Maloine, 1999, p.157.

² - قاسم نايف علوان المحيوي، غدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق الأردن، ص153.

و تحسين مستوى الخدمة المقدمة. و تعد في الوقت الحالي موردا استراتيجيا له تأثيره الكبير على قدرة المنظمة في المنافسة و البقاء في دنيا العمل.

و يعد نظام المعلومات داخل المنظمات الإستشفائية ذات أهمية كبرى و معقدة و صعبة مما أدى إلى الاهتمام الكبير بهذا المجال من قبل برامج الجودة. و لتحسين الاتصال يجب مراعاة النقاط التالية:

- تزويد الأفراد بالمعلومات الأساسية حول برنامج الجودة.
 - على المؤسسة إيجاد أفضل القنوات من اجل الاتصال.
 - العمل في محيط آمن في جو من الثقة يشجع على تبادل جيد للمعلومات.
 - حتى تكون الاتصالات فعالة فإن علاقة طابعها الثقة و المحبة و الاحترام يجب أن تسود بين الرئيس و المرؤوس على كل مستوى.
 - يجب إعطاء الأسباب لأي تغييرات ممكنة.
 - المعرفة الجيدة لصفات و خصائص كل وسائل الاتصال، مع القدرة على اختيار الوسيلة المناسبة للرسالة.
 - ضمان التحسن المستقبلي للاتصالات عن طريق تقويم دقتها كلما كان ذلك ممكنا.
- إن تطوير ثقافة الجودة و نظام معلومات فعال يعدان من التدابير الواجب مراعاتها و الاهتمام بها بصفة دائمة و مستمرة من أجل تعميق انضمام الأفراد إلى برنامج الجودة و جعلها كأحد الأهداف الرئيسية للمنظمة.

خاتمة الفصل

من خلال هذا الفصل تم التركيز بشكل أساسي على الجودة بالمؤسسات الإستشفائية حيث تم إقتراح تعريف منظمة الصحة العالمية باعتباره يشمل كل الجوانب التي تساهم في تحقيق الجودة " العملية التي تسمح بضمان لكل مريض التشخيص و العلاج اللازمين لتحقيق أحسن نتيجة فيما يخص الجانب الصحي، بالاعتماد على أحدث الوسائل و الابتكارات الطبية الحديثة، وبأحسن كلفة، و أقل خطر، إلى جانب قناعة المريض بالنتائج والإجراءات وعلاقاته بالأفراد داخل المنظومة الصحية.

من خلال استعراض العناصر و المعايير التي طرحها المختصون في إدارة الجودة نجد أنها تطابقت في بعض فقراتها و اختلفت أخرى بحسب ثقافة و فلسفة و خبرة كل منهم و على الرغم من عدم اتفاق أطروحاتهم بعناصر محددة إلا أن هناك عناصر مشتركة و هي تعبر عن جوهر فلسفة إدارة الجودة الشاملة ، ويعتبر نموذج جائزة مالكوم بالدريج هو الأكثر شمولاً لذلك يعد وسيلة دقيقة لتحديد متطلبات الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية حيث يركز على القيادة و التخطيط الإستراتيجي، نظام المعلومات، الموارد البشرية، تصميم العمليات، قياس و تقويم الجودة، التركيز على المستفيد و رضاه.

بالنسبة لقياس جودة الخدمات فقد قامت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية بوضع مقاييس لقياس درجة جودة الخدمة التي تقدمها المستشفيات نجدها

مناسبة تتكون من ثمانية أبعاد وهي¹: الفعالية، الملائمة الاحترام، الرعاية، الملائمة، الاستمرارية التوقيت الملائم، الإنتاجية.

هناك أسلوبان لقياس جودة الخدمات الأول يستند لتوقعات العملاء لمستوى الخدمة و إدراكهم لمستوى الأداء و من تم تحديد الفجوة و يطلق عليه اسم مقياس الفجوة أو مقياس SERVEQUAL الثاني يسمى مقياس الأداء الفعلي أو SERVEPERF و يعتبر أسلوب معدل من الأسلوب الأول و يستند إلى التقييم المباشر للأساليب و العمليات المصاحبة لأداء الخدمة فيشمل (النواحي المادية الملموسة في الخدمة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف). إضافة إلى بعض المقاربات التي تعتمد على مقارنة النتائج بالمؤشرات و المعايير الدولية يمكن الاعتماد عليها كذلك في عمليات القياس (المقاربة التحليلية) إلا أنها صعبة التطبيق لصعوبة تحديد هذه المعايير في بعض الحالات.

الجودة في الخدمات الصحية تعتمد على التزام القيادة العليا التي تعطي الطاقة و المصادقية لتطبيق عملية التحسين المستمر للجودة ضمن إستراتيجية واسعة تشمل كل الأقسام على مستوى المستشفى و تتطلب أسلوبا إداريا للمتابعة و التوجيه الذي يعتمد على العمل الجماعي على إعتبار الموظفين بالمستشفى مفتاحا أساسيا لتطوير الجودة و ذلك بمشاركتهم ودعمهم لإعطاء القرارات التي تحسن جودة العمل اليومي.

¹- عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات" مفاهيم و تطبيقات"، 2003 المنظمة العربية للتنمية، القاهرة، ص222.

مقدمة

إن المنتبغ لقطاع الخدمات الصحية بالجزائر و ما واجه و يواجه من مشاكل و قضايا رئيسية و صعبة تعود لمواضيع عدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية و جودتها و كفاءتها دفع بالسلطات المعنية بوزارة الصحة إلى إحداث إصلاحات على مستوى المنظومة الصحية من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف، أهمها الرفع من جودة الخدمات و العناية الصحية و العدالة الاجتماعية في تقديم العلاج.

من خلال هذا الفصل سنحاول إبراز أهم هذه الإصلاحات بالتركيز أولاً على أسس المشروع الجزائري في الإصلاح و أهم التغييرات التي طرأت على تسيير المؤسسات الصحية حيث شملت هذه الأخيرة المؤسسات العمومية الإستشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية و كذا التطرق إلى النظام التعاقدى مع هيئات الضمان الاجتماعى ووزارة الصحة كإحدى الإجراءات من أجل تخفيف عبئ التكلفة عن المستشفيات . لىتم في آخر الفصل معرفة الأهداف المنتظرة من سياسة الإصلاح الجديدة و التركيز على مكانة الجودة في ظل تلك الإصلاحات.

المبحث الأول: أسس المشروع الجزائري في إصلاح المستشفيات

لقد أثارت وضعية الهياكل الصحية العمومية اهتمام المسؤولين الجزائريين مما دفعهم الى دراسة و تشخيص هذه الأخيرة قصد إصلاح شامل للمنظومة الصحية و الذي يركز على طرق تمويل قطاع الصحة العمومية.

و يدخل إصلاح المستشفيات في إطار الإصلاحات التي شهدتها مختلف القطاعات. وقد تبنت الحكومة هذا الخيار بعد ملاحظة النقائص المسجلة في تنظيم و تسيير و تمويل الهياكل الصحية من أجل التوصل الى خدمة أفضل تستجيب لطلبات المواطنين. و تتضح نية الإصلاح من خلال تعزيز الهيئة المسؤولة الأولى على الصحة بتسمية جديدة سنة 2003 "وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات" و في هذا الإطار تم عقد عدة جلسات توجت بإصدار نصوص قانونية تصب في اتجاه إصلاح المنظومة الصحية.

أولا : ما بين 1990-1995: توضح أهم ملامح الإصلاح من خلال ما يلي :

- المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية: في سبتمبر 1990 أنعقد المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية بالجزائر العاصمة، انبثق عنها ستة لجان منها لجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة، حيث قدمت من خلاله بعض المشكلات التي تعاني منها المنظومة الصحية مع اقتراح مجموعة من الحلول و التوصيات.

- حلقة للخبراء تتعلق بإصلاح المنظومة الصحية: عقدت بمدينة جانيب من 17 إلى 20 ديسمبر 1990، شارك فيها ممثلون من القطاعات المعنية منها وزارة الصحة و السكان، وزارة الشؤون الاجتماعية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية و حوادث العمل و خبراء أجانب و تمثلت أهدافها فيما يلي:

• إجراء تقديم لنتائج المؤتمر الوطني حول إصلاح المنظومة الصحية و الضمان الاجتماعي.

• اقتراح خطة عمل يصطحبها جدول زمني لمباشرة تنفيذ الإصلاح بدءا من شهر جانفي 1991.

- قانون المالية لسنة 1992: بموجب القانون رقم 91-25 المؤرخ في 11 جمادي

الثانية لعام 1415 هـ الموافق 18 ديسمبر سنة 1991، المتضمن قانون المالية اعتمد المشرع الجزائري نظام تمويل يرتكز على أسلوب الاتفاق. و قد تضمنت المادة 175 من هذا القانون ما يلي: " يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة و تحدد كلفه عن طريق التنظيم."

بالإضافة إلى ما جاء في هذا القانون، فإن القانون 91-26 المؤرخ في 11 جمادي الثانية 1412 هـ الموافق ل 18 ديسمبر 1991، المتضمن المخطط الوطني لسنة 1992 جاء مؤكدا لهذا النهج الجديد، بحيث جاء في المادة 11 الفقرة الأولى منه ما يلي : تتجسد أعمال الوتيرة الاجتماعية الرامية الى الحفاظ على التوازنات الاجتماعية للمواطنين من خلال إعادة ترتيب

¹ - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، أبريل 2004، ملحق رقم 01.

كيفية تمويل و تسيير هياكل الصحة العمومية من اجل تجسيد التكلفة و تحسين الخدمات العلاجية".

ثانيا: من 1995-2007: أهم ملامح الإصلاح

- قانون المالية لسنة 1995: ورد في القانون رقم 94-03 المؤرخ في 27 رجب عام 1415 هـ الموافق ل 31 ديسمبر 1995 المتضمن قانون المالية لسنة 1995 في المادة 132 منه في الفقرات (2-3-4) ما يلي " يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة و السكان، حسب الكيفية التي تجدد عن طريق التنظيم". و منه إن هذا القانون مثله مثل القوانين المالية المتعاقبة مند سنة 1992م نصت على أن " مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية تسيير المؤسسات الصحية العمومية يجب أن يكون على أساس بيانات و تقارير، كما حددت هذه القوانين بان تكون نفقات الوقاية ، التكوين، البحث الطبي و العلاج لذوي الدخل المنخفض و غير المؤمنين اجتماعيا على عاتق ميزانية الدولة. و منه يلاحظ أن المشروع الإصلاحي هذه قد تجاوز ذكر العلاقة التعاقدية بين الضمان الاجتماعي و قطاع الصحة ليتحدث عن كيفية استعمال المساهمات التي يقدمها كل من الضمان الاجتماعي و الدولة".

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 07 جانفي 1995م: يحدد هذا القرار طبيعة و قيمة الموارد المتأتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية. و بموجبه أصبح المواطنون يساهمون في تمويل الخدمات الصحية التي يستفيدون منها في المؤسسات الصحية العمومية باستثناء بعض الفئات الاجتماعية التي تتكفل بها الدولة.

و متابعة لنتائج المجلس الوزاري المنعقد في 21 مارس 1995 نصت لجنة وزارية مكلفة بالتعاقدية بتاريخ 10 أبريل 1995 و هي مكونة من: وزارة الصحة و السكان، وزارة العمل و الحماية الاجتماعية، وزارة المالية، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. مسيري مؤسسات الصحة العمومية.

و قد انصبت هذه اللجنة أساس على الإعداد و التنفيذ لدعم الإعلام و تقييم و تهيئة مكاتب القبول على مستوى المستشفيات و شرح إجراءات القبول و التوجيه و التكفل بالمريض. و في هذا الإطار لا بد من الإشارة إلى دراستين تم إنجازهما:

- الأولى قام بها مركز الوطني للتحاليل و الدراسات من اجل السكان ممولة من طرف ميزانية الدولة في سنة 1997 والتي تم الانتهاء منها سنة 1999.
- الدراسة الثانية فكانت ممولة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي و هي متعلقة بتغطية الخدمات للمؤمنين اجتماعيا.
- مع بداية سنة 2000 تم تنفيذ المرحلة الأولى لنظام التعاقدية في عشر مؤسسات صحية، مع العلم أنه تم تنصيب فريق وزارى مكلف بإعداد طرق و كيفية تنفيذ هذا النظام من طرف السيد وزير العمل و السكان و الحماية الاجتماعية بتاريخ 16 مارس 2002م.
- و استمر إصدار القوانين و المراسيم و القرارات و اللوائح ذات الصلة بالمنظومة الصحية و اعتماد النمط التعاقدى كبديل للتمويل الحكومى.
- القرار الوزارى المشترك المؤرخ في 14 جانفي 2003: و يتضمن إنشاء وتحديد مهام اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بمتابعة و تقييم ووضع التعاقد في العلاقات بين الهيئات الصحية العمومية ، هيئات الضمان الاجتماعى، ومديريات النشاط الاجتماعى الولائية.
- التعليمات الوزارية المشتركة المؤرخة في 14 جانفي 2003: تتعلق بوضع العلاقات التعاقدية بين الهيئات العمومية للصحة، هيئات الضمان الاجتماعى و مديريات النشاط الاجتماعى.
- المرسوم التنفيذى رقم 04-101 المؤرخ في 11 صفر عام 1425هـ الموافق ل 01 أبريل 2004¹: يتضمن تحديد كفاءات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعى لتمويل ميزانيات المؤسسة الصحة العمومية.
- لقد تم تكليف هيئات الضمان الاجتماعى بتحسين البطاقة الوطنية للمؤمن لهم اجتماعيا و ذوي الحقوق على أن تخصص مصالح إستشفائية و عيادية لتسهيل عملية الاعتراف للمؤمن له اجتماعيا و ذوي الحقوق بحق الإستفادة من التكفل. على أن لا تخل هذه العملية بأي حال بالتكفل العادى بالمريض أو تعرقله أو تعطله. و تخضع الأموال الموجهة لتمويل برامج علاجية نوعية

¹- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، أبريل 2004، ملحق رقم 01.

لفائدة المؤمن لهم اجتماعيا و ذو الحقوق لتقييم دوري تقوم به المصالح المختصة لدى الوزارتين المكلفتين بالصحة و الضمان الاجتماعي، كما تدفع المساهمة السنوية بأقساط كل ثل¹ اثة أشهر.

- التعليم الوزارية رقم 02 المؤرخة في 01 أبريل 2004: تحدد بأنه في إطار تنفيذ العلاقات التعاقدية التي تربط هيئات الضمان الاجتماعي و الوزارة المكلفة بالصحة، تكون المساهمة السنوية لمنظمات الضمان الاجتماعي المخصصة للتغطية المالية للمصاريف و النفقات الطبية للأفراد المؤمنين اجتماعيا و المعوزين، مدفوعة بأقساط ثلاثية.

- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادي الأولى عام 1428هـ الموافق ل 19 ماي سنة 2007². يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الحوارية و تنظيمها و تسييرها.

المبحث الثاني: النظام التعاقد كإصلاح المستشفيات بالجزائر.

أولا: أطراف التعاقد في الجزائر: ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 بأن أطراف التعاقد لتمويل الصحة العمومية هي:

1- **الممول:** وتشمل الجهات التي تقوم بتمويل نفقات الصحة و ذلك بناء على المعطيات و البيانات التي تقدمها الهيئة الإستشفائية صاحبة الخدمة وهم:

أ) **الدولة:** وظيفتها في هذا التعاقد في تغطية نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين و ذلك حسب ما نصت عليه المادة 3/132 من قانون المالية لسنة 1995. و تقوم الدولة بتحديد المعوزين عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي للولايات، و بمهمة تعيين الإطارات الضرورية على مستوى المراكز للقيام بهذه العملية، وبعد تحديد قوائم المعوزين غير المؤمنين ، تسلم لهم بطاقة المعوز التي تمكنهم من الإستفادة من بطاقة التامين الإجباري التي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية. وبالتالي توفير خدمة علاجية مجانية للأفراد المعنيين.

²- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، 20 ماي 2007. ملحق رقم 02.

ب) **الضمان الاجتماعي:** الضمان الاجتماعي مؤسسة مسخرة لخدمة العمال و عائلاتهم و يعد مصدر تمويله الأساسي الاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال و ينحصر دوره الأساسي في توفير الحماية الاجتماعية للعمال من خلال تحقيق التضامن و العدالة بين جميع الأفراد.

و يعتبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تقدم خدمات اجتماعية، إذ تؤدي دور الوسيط بين العمال و أرباب العمل. و بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 شعبان سنة 1482هـ الموافق لـ 2 ديسمبر سنة 1997 أصبح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بشخصية معنوية و استقلال مالي. و يمكن حصر مهامه و صلاحياته فيما يلي:

- تسيير التأمينات الاجتماعية و حوادث العمل و الأمراض المهنية.
- تغطية النفقات و مراقبة النزاع في تغطية اشتراكات الضمان الاجتماعي لحساب التعاقد و البطالة.
- المساهمة في الوقاية من حوادث العمل و الأمراض المهنية.
- تسيير الأداء المستحق للمستفيدين من اتفاقيات دولية للضمان الاجتماعي.
- تنظيم و ممارسة الرقابة الطبية، و ممارسة العمل الطبي الاجتماعي.
- إعلام المستفيدين و المستخدمين.

2: **صاحب الخدمة:** يتمثل صاحب الخدمة في الهيئات الإستشفائية المقدمة لخدمات العلاج، وحسب ما ورد في المرسوم 04-101/ 01 أفريل 2004 السالف ذكره فإن المؤسسات الصحية العمومية تقدم لصناديق الضمان الاجتماعي المختصة كل ثلاثة اشهر معلومات تتعلق بالمؤمن لهم اجتماعيا و ذوي الحقوق الذين تم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية و التي تتعلق بما يلي:

- إسم و لقب المؤمن اجتماعيا و ذوي الحقوق المتكفل بهم، و كذا رقم تسجيلهم في الضمان الاجتماعي.
- مكان الإقامة.
- تخصص المصلحة الإستشفائية المقدمة للخدمة.
- طبيعة الخدمات الاجتماعية المقدمة.

- مدة الإقامة.
- تكلفة الخدمات المقدمة.
- 3: **المستفيدون من الخدمة:** المستفيدون من الخدمة هم مجموع المرضى المعالجون بالمؤسسات الإستشفائية الصحية العمومية الذين يمثلون في نظر هذا التعاقد الزبائن، حيث يلتزمون بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشياً مع الفئة التي ينتمون إليها إذ أنها تصنف الى ثلاثة فئات:
 - فئة المحرومين أو المعوزين، تحت تكفل الدولة كلية.
 - فئة المؤمنين: يقع على عاتقهم تسديد 20% من مصاريف الاستشفاء و الباقي تتكفل به مصالح الضمان الاجتماعي.
 - فئة أخرى (غير مؤمن و غير معوز): يتحملون مصاريف استشفائهم كاملة.
- ثانياً: **أهداف التعاقدية و دورها في تحسين جودة الخدمات الصحية:** هناك عدة أسباب أدت الى اعتماد النظام التعاقدية كبديل لتسيير الصحة العمومية، و منها الفوضى السائدة نتيجة ارتفاع الإنفاق و عدم التحكم في التكاليف ، و تردي نوعية الخدمات الصحية المقدمة، الأمر الذي يؤدي الى تراجع و تيرة التنمية الاجتماعية. من خلال ذلك ويتضح بان أهداف النظام التعاقدية تتمحور فيما يلي:
 - **الشفافية :** من الأهداف الأساسية لنظام التعاقدية هو الوصول الى شفافية أكبر بين مقدمي المال (هيئات الضمان الاجتماعي) و بين مقدمي العلاج (الهيئات و المستشفيات الصحية العمومية)، فهي تمكن مؤسسات الضمان الاجتماعي من التعرف على المستوى الكمي و النوعي للخدمات الطبية و الصحية المقدمة للمؤمنين.
 - **التحكم في النفقات:** تعين السياسة الإصلاحية للمستشفيات من خلال النظام التعاقدية على المستشفى تحقيق أفضل الأهداف و بأقل الوسائل الممكنة، إذ ان النمط التعاقدية سيعطي للمستشفى نوعاً من الاستقلالية في التسيير المالي تماشياً مع محاسبة التكاليف، بما يفرض على مسيري المستشفيات ترشيد الإنفاق و حسن تشخيص التكاليف.
 - **تحسين الأداء من اجل تحقيق الجودة في الرعاية الصحية:** يفرض النظام التعاقدية على المؤسسات الإستشفائية تقديم أفضل الخدمات العلاجية، لأن المستفيد من الخدمة

(المريض) قد أصبح شريكا فعليا باعتباره احد أطراف التعاقد. و لهذا يجب مراعاة الجودة في تقديم الخدمة للوصول الى رضا المريض عن طريق توفير جمع الإمكانيات الضرورية لذلك.

- التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية: لضمان نجاح النظام التعاقدى لابد من توفير الموارد البشرية التي باستطاعتها التأقلم مع هذا التغيير و الاستجابة لمقتضياته. و لا يتسنى ذلك إلا عن طريق التكوين الجيد و المستمر للعمال و البحث عن الكفاءات (ذات القيمة، الندرة، غير قابلة للتقليد و التبديل)¹ التي من شأنها تحقيق أهداف البرنامج. و على هذا الأساس سخرت القطاعات الصحية إمكانياتها لتوفير انطلاقة جيدة لعملية التعاقد حيث أعيد:

- تنظيم مكتب الدخول على أساس الآليات الجديدة.

- أعدت خطط عمل تمكن الطاقم الطبي و الشبه الطبي بالتكيف مع الأسلوب الجديد الخاص بتسجيل كل خدمة مقدم الى المريض في سجل خاص.

- إحداث مكتب لمندوب الضمان الاجتماعي و آخر لممثل النشاط الاجتماعي، لتسهيل عملية التحقق من انتساب المريض إلى هاتين الهيئتين، ولإتمام إجراءات التعاقد، إضافة إلى ذلك التأكد من جودة الخدم المقدمة للمرضى.

ثالثا: إجراءات تنفيذ نظام التعاقدية: تجسيدا لخطة الإصلاح الشامل، رسمت وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات خطة متكاملة حددت على إثرها نقاط الضعف و التغييرات المطلوبة السياسة المتبعة، و طبقت تجربة أولية في بعض القطاعات الصحية و المراكز المتخصصة و المستشفيات الجامعية طرق و آليات نتجت عنها سياسة التعاقد. جمعت هذه السياسة أم ثلاثة أقطاب لها علاقة مباشرة بالمريض و هي :

- وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات.

- هيئة الضمان الاجتماعي.

- مديريات النشاط الاجتماعي.

جندت هذه الهيئات إمكانياتها لضمان السير الحسن لهذا التعامل الجديد، الذي يربط المواطن بصفة مباشرة مع الهياكل الصحية، وتتلخص هذه العملية في المراحل التالية:

¹- تم التطرق له بالتفصيل في الفصل الثاني.

- تقديم بطاقة التسجيل الخاصة بالضمان الاجتماعي.
 - تقديم بطاقة المعوز و التي يحصل عليها كل ذوي حاجة من مديرية النشاط الاجتماعي.
 - تقديم بطاقة الضمان العسكري (خاص بالجيش الوطني، و الدرك الوطني).
- يقوم المستفيد من الخدمة بتقديم هذه البطاقة الى مكتب الدخول عند دخوله المستشفى و ذلك من اجل إتمام الإجراءات المتعلقة بفاتورة التكاليف الصحي التي تبين مختلف الخدمات التي تلقاها المريض خلال فترة إقامته بالمستشفى.
- من جهة أخرى عملت الدولة على تسخير الأرضية المناسبة لتطبيق النظام التعاقدى من خلال:

- اعتماد التكوين المتواصل لعمال القطاع.
- تدعيم المستشفيات بتجهيزات جديدة و مرافق أخرى.
- التركيز على مكتب الدخول و تدعيمه ببرنامج وطني للقاتورة، باعتباره الوجهة الرئيسية التي تحرص على تطبيق هذه الإصلاحات.
- إصدار التعليمات تؤكد على حسن التكفل بالخدمات مثل الإطعام و الإيواء و المعاملة.

المبحث الثالث: السياسة الجديدة لإصلاح المستشفيات

تهدف المادة الأولى من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428هـ الموافق 19 ماي 2007 إلى إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها¹.

أولاً: المؤسسة العمومية الإستشفائية: هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، و توضع تحت و صاية الوالي. و تتكون من هيكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية أو مجموعة بلديات. و تحدد المكونات المادية للمؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة. و يمكن استخدام المؤسسة كميدان للتكوين الطبي و الشبه الطبي و التكوين و التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

¹ - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 30 ماي 2007، العدد 30، ص11، ملحق رقم 2.

1- مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية: تتمثل مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية حسب المادة الرابعة من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، و في هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم و برمجة و توزيع العلاج و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء.

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

- ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية.

- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم.

ثانيا: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية: هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي. و توضع تحت وصاية الوالي، و تتكون من مجموعة من العيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان. و تحدد المكونات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية و الحيز الجغرافي الصحي الذي يغطي مجموعة من السكان بقرار من الوزير المكلف بالصحة. كما يمكن استخدام هذه المؤسسات ميدانيا في تكوين الأطباء و الممرضين و التكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

1- مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية: حسب المادة الثامنة من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان. و في هذا

الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- الوقاية و العلاج القاعدي.

- تشخيص المرض.

- العلاج الجوارى.

- الفحوص الخاصة بالطب العام و الطب المتخصص القاعدي.

- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية و التخطيط العائلي.

- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان.

- المساهمة في ترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية.
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي الصحة و الرفع من كفاءتهم.

ثالثا: مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة: تظهر مكانة الجودة في القانون التنفيذي رقم 07-140 من ناحية التنظيم و تسيير هذه المؤسسات. فيسير كل مؤسسة عمومية إستشفائية و مؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة¹ تحت إشراف مدير المؤسسة، و تزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي. فمن المرسوم التنفيذي لسنة 2007 و الذي دخل حيز التنفيذ منذ بداية 2008 أعطى أولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال تحديد التنظيم الداخلي العلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الإستشفائية و مؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

وقد أعطت سياسة الإصلاح الجديدة مكانة للقطاع الخاص حيث بلغ عدد الأسرة في القطاع الخاص إلى ما يزيد على 3000 سرير، ووصل في القطاع العام إلى أكثر من 62000 سرير.

أما بخصوص الاستثمارات في هذا المجال فقد فتحت الجزائر الباب أمام المستثمرين الأجانب مثل بعض الشركات الأجنبية في إصلاح العتاد و صيانتها، ومنهم مهندسين جزائريين إضافة الى بعض الأجانب في حرية الانتقال عبر جميع التراب الوطني بهدف إصلاح العتاد و صيانتها. وقد تم إنشاء مؤسسات كوبية مختصة وخاصة في طب العيون في بعض ولايات الوطن الشيء الذي يفتح و يحث المؤسسات الجزائرية على الاهتمام أكثر بالجودة في تقديم الخدمات و بلوغ الجودة العالمية.

رابعا : أهداف إصلاح المستشفيات

نتيجة الوضع المتأزم للمؤسسات الإستشفائية و سوء تقديم الخدمات للمرضى و تدني مستوى هذه الخدمات، كان لابد على السلطات البحث عن الحلول المناسبة لتسوية الوضع و التكيف مع الأوضاع الراهنة حيث يشهد مجال الصحة تطورات هائلة في المعدات و الأدوات و

¹- يتكون مجلس الإدارة من: ممثل عن الوالي، ممثل عن الإدارة المالية، ممثل عن التأمينات الاقتصادية/ ممثل عن الضمان الاجتماعي، ممثل عن المجلس الولائي، ممثل عن المجلس البلدي، ممثل الأطباء، ممثل الشبه الطبيين، ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة، ممثل عن العمال، رئيس المجلس الطبي.

حتى في مجال التسيير و التنظيم. لأجل ذلك لجأت الحكومة الى تبني سياسة إصلاحية جديدة و هذا مند التسعينات تتمثل في النمط التعاقدى مع مؤسسات الضمان الاجتماعى ووزارة الصحة ، حيث يحدد هذا النظام الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية بهدف رفع الضغط على هذه الأخيرة من ناحية التكاليف التي هي في تزايد مستمر و هي الإشكالية المطروحة الآن في التوفيق بين المسؤولية الاجتماعية و الجانب الاقتصادى للمؤسسة، بمعنى تقديم أعلى جودة بأقل تكلفة ممكنة. فالسياسة الجديدة لسنة 2008 تركز على الأهداف التالية :

1- رفع من كفاءة تشغيل المستشفى: يعنى استعداد المستشفى للقيام بمهامه من خلال:

1-1- تحسين إدارة المستشفيات : أن سياسة الإصلاح التي جاء بها المرسوم التنفيذي

07-140 كان الهدف منها بالدرجة الأولى تحسين إدارة المستشفيات ، وهذا بمنح

الاستقلالية بخصوص ميزانية التسيير، و منح الشخصية المعنوية مع تعزيز الرقابة،

بالإضافة الى الاعتماد على التكنولوجيات الجديدة في مجال التسيير.

- تفعيل مهام الرعاية الصحية الأولية و تعزيز نظام الإحالة للمستوى الثاني من الرعاية

الصحية نحو المستشفيات بأسلوب يؤكد تولي المكز الصحي متابعة الحالة بصفة مستمرة.

- التأكيد على مفاهيم التعليم الطبي المستمر في المستشفيات.

- تحسين ظروف الاستقبال و الإتصال بالمرضى و استغلال التطور التكنولوجي من خلال

خدمات الإعلام الآلي.

- تغطية الخدمات الصحية للمواطنين في مختلف التخصصات.

- التوزيع العادل للخدمات.

- توفير الخدمات وفق المعايير الدولية.

- تحسين كفاءة الأطباء والمرضى لكل مؤسسة إستشفائية.

1-2- تحقيق مبدأ التدرج في العلاج: إن المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النظام الوطني

للصحة في الجزائر، مبدأ تدرج العلاج وذلك انطلاقا من الهياكل غير الإستشفائية الى غاية

الوصول إلى الهياكل الإستشفائية التي تتوفر على تخصصات أكثر. و نظرا لكون ذهنية

المواطن الجزائري تذهب إلى وضع الثقة في الهيئات الإستشفائية الكبيرة فإن مبدأ التدرج في

العلاج سوف يطرح نفسه بشدة من خلال هذا الإصلاح و النمط التعاقدى، مما يحتم و بشدة رد الاعتبار لمكتب الدخول كطرف مهم في توجيه المريض حسب ما تقتضيه حالته الصحية.

1-3- إعداد و تطوير القوى العاملة: و يظهر ذلك من خلال تكفل الدولة بتكوين مهنيين في الصحة و تحملها لنفقات تدريب الأطباء و المختصين و إقامة كليات و معاهد صحية، وبالتالي تضمن سياسة الإصلاح الجديدة:

- زيادة نسبة العاملين الصحيين وفق المعدلات و المؤشرات المعدة من طرف منظمة الصحة العالمية.

- وضع البرامج التدريبية لكافة فئات العاملين الصحيين و التدريب المستمر في المرافق الصحية التابعة للقطاعين الحكومي و الخاص.

- زيادة استيعاب كليات الطب و المعاهد الصحية المتخصصة لسد الاحتياجات المتزايدة من القوى العاملة.

- التدريب ع لى التخصصات الطبية الدقيقة و اكتساب المهارات و تقنيات حديثة و تكوين خارجي قصير المدى و زيادة عدد المؤهلين.

- إعطاء أولوية لجانب العلاقات الإنسانية و ذلك بتوعية مقدمي الخدمات الصحية بضرورة تحسين الاستقبال و التعامل الجيد مع المرضى.

2- تحقيق الجودة و التحكم في التكاليف: و ذلك من خلال :

1-2- التنسيق و التكامل بين المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات الإستشفائية للصحة الجوارية، و يتضمن ما يلي:

- توحيد المعايير و المؤشرات و المواصفات الخاصة بتقديم الخدمات الصحية.

- وضع سياسة صحية شاملة مع التنسيق المشترك بين جميع المؤسسات الإستشفائية.

- تفادي الازدواجية في تقديم الخدمات الصحية و ذلك بتجديد دور و صلاحيات كل جهة.

- تطبيق معايير موحدة للجودة و تقييم الأداء.

2-2 ترشيد الإنفاق و احتواء التكاليف: من أهم أهداف سياسة إصلاح المستشفيات تحقيق

ترشيد الإنفاق، و التسيير الجيد للموارد بما يقلص من التكاليف.

- 2-3 رفع مستوى الصحة: يؤدي تطبيق النظام التعاقدى في مجال الصحة العمومية و الدفع مقابل العلاج مسؤولية الدولة محصورة في ضمان الجانب الوقائي، وهذا ما يساعد على:
- رفع معدل مستوى العمر للفرد الجزائري.
 - خفض معدل الإصابة بالأمراض المعدية و الطفيلية.
 - القضاء على بعض أمراض الأطفال كالشلل و الحصبة.
 - الحد من مخاطر الأمراض الغير سارية و تطوير أساليب تشخيصها و علاجها و تأهيل المصابين بها بما في ذلك مخاطر التلوث البيئي و الحوادث.
 - خفض معدلات الوفيات و خاصة وفيات الأطفال و الرضع و كذا خفض معدل الإصابة بالأمراض الوراثية.

خاتمة الفصل

لقد تم التطرق في هذا الفصل إلى أهم الإجراءات المعتمدة من طرف الحكومة للتكيف مع الأوضاع السائدة و المحيطة بغية إصلاح المنظومة الصحية و هذا منذ التسعينات وقد تمثلت هذه الإجراءات فيما يلي:

- النمط التعاقدى مع مؤسسات الضمان الاجتماعى ووزارة الصحة حيث يحدد هذا النظام الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية بهدف رفع الضغط على هذه الأخيرة من ناحية التكاليف التي أصبحت عبيء ثقيل على المواطن (قانون المالية 1995).

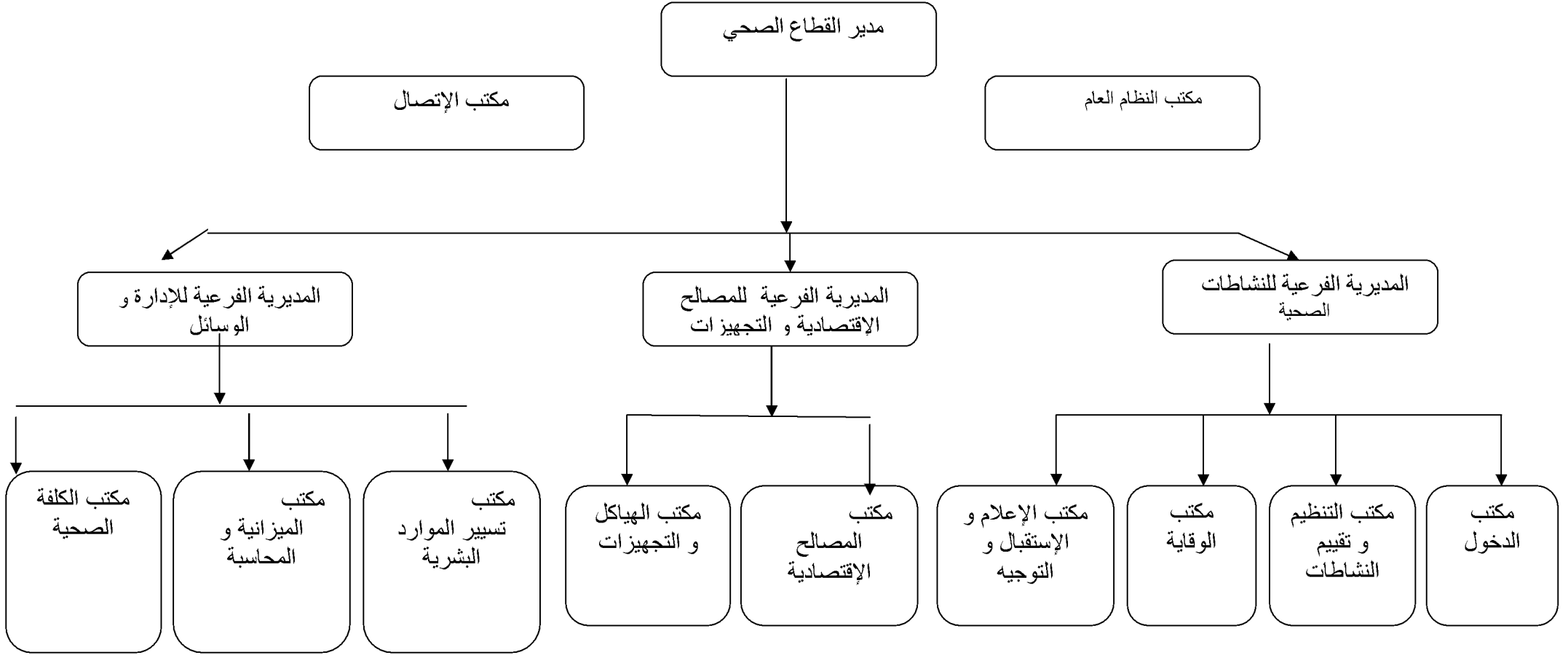
- إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية و طرق تنظيمه و تسييرها (المرسوم التنفيذي 07-140/19 ماي 2004).

جاءت السياسة الجديدة لبرنامج الإصلاح و التي بدأت حيز التنفيذ منذ سنة 2008 لتحقيق الأهداف التالية: تحسين إدارة المستشفيات، إعداد و تطوير اليد العاملة، تحقيق مبدأ التدرج في العلاج، تحقيق الجودة و التحكم في التكاليف.

تبقى هذه البرامج دون فاعلية لأنها ركزت على الجانب التسييري و التنظيمي و لم تهتم بالجانب الوظيفي للعاملين ، بحيث لم تعط هذه الإصلاحات الاهتمام الكافي لتنمية الموارد البشرية وتحسين ظروف حياة العمل¹، والتي تشكل الأساس لتقديم الخدمة والحصول على رضا العامل وولائه .

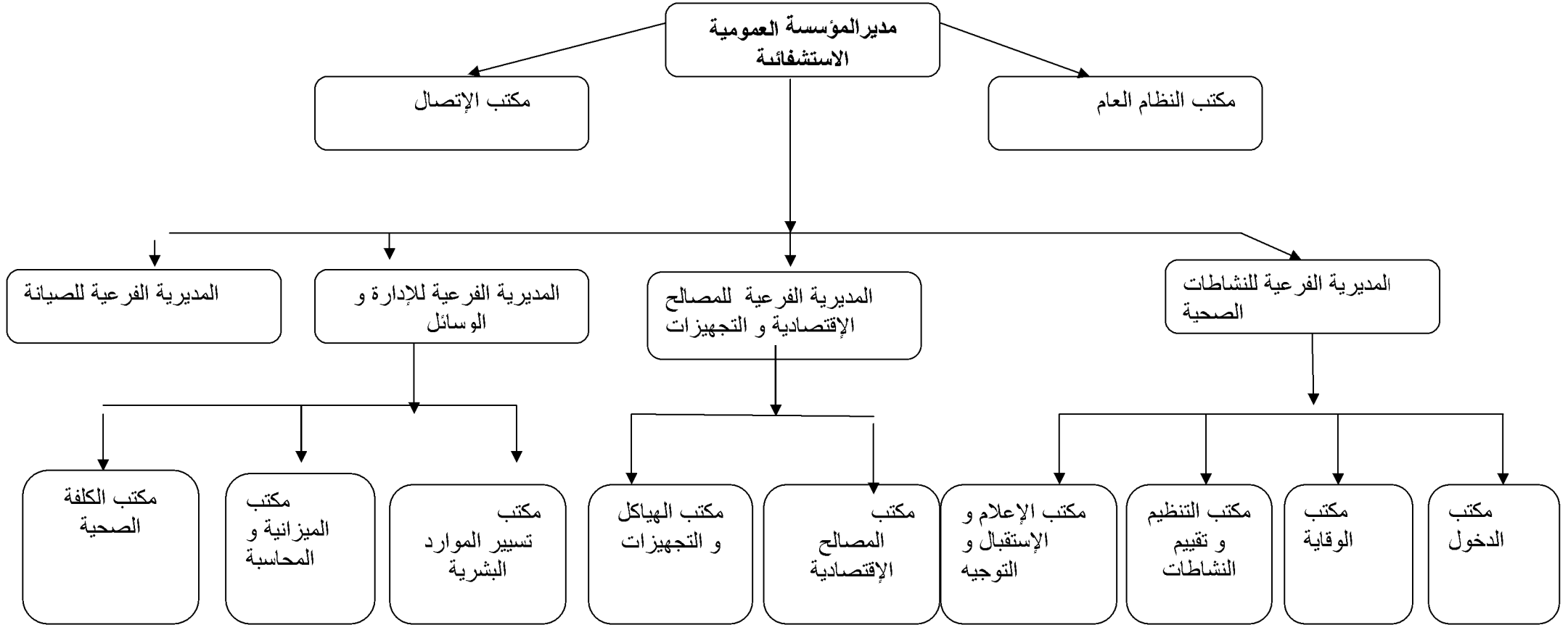
¹ - يرى (Benders & Van de Looij , 1994) أنه لا يوجد تعريف لمصطلح جودة حياة العمل يحظى بالقبول الواسع الذي يحظى به تعريف (ILO) International Labour Office والذي يركز على - 1: محتوى العمل (حرية اتخاذ القرار في العمل، المسؤولية، تنوع المهام، وضوح القواعد و التعليمات - 2. علاقات العمل (أسلوب القيادة، المشاركة، العلاقات الإجتماعية) 3. ظروف العمل (المرتب، ساعات العمل، الترقية، تسهيلات الدراسة و التعليم - 4. بيئة العمل (البيئة المادية، الحرارة، الإضاءة).

الشكل (1-7): المخطط التنظيمي للمستشفى الجديد 240 سرير قبل الإصلاحات



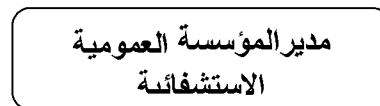
المصدر : المديرية الفرعية للموارد البشرية

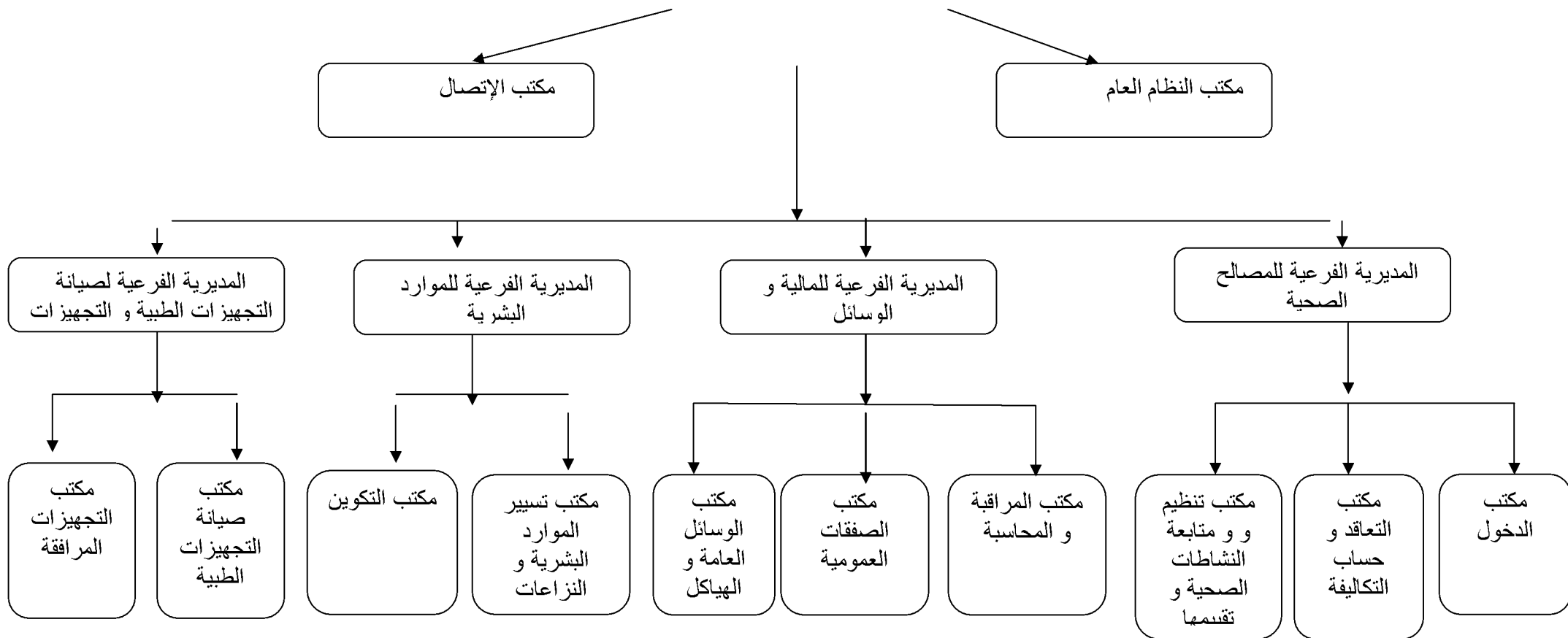
الشكل (2-7) المخطط التنظيمي بعد الإصلاحات للمؤسسة العمومية الإستشفائية (ترابي بوجمعة)



المصدر : المديرية الفرعية للموارد البشرية

الشكل (3-7) المخطط التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية (ترابي بوجمعة) ديسمبر 2009





المصدر : المديرية الفرعية للموارد البشرية

يلاحظ من خلال المخطط التنظيمي الجديد المكانة التي أخذتها إدارة الوارد البشرية حيث أصبحت احد المديريات الفرعية الأساسية في الهيكل التنظيمي، يشرف عليها مدير خاص، بعدما كانت تابعة للمديرية الفرعية للإدارة و الوسائل و عليه يمكن القول أن الإصلاحات أدركت الأهمية الكبرى للتسيير الإستراتيجي للموارد البشرية فسارعت إلى الرفع من مستواها التنظيمي و عملت على استحداث مكتب جديد خاص بالتكوين تماشيا والتطورات التكنولوجية و ما فرضته من تحولات في الميادين المختلفة و خاصة مجال الخدمات الصحية ذات النوعية و الجودة تلبية لرغبات و متطلبات المجتمع الصحية.

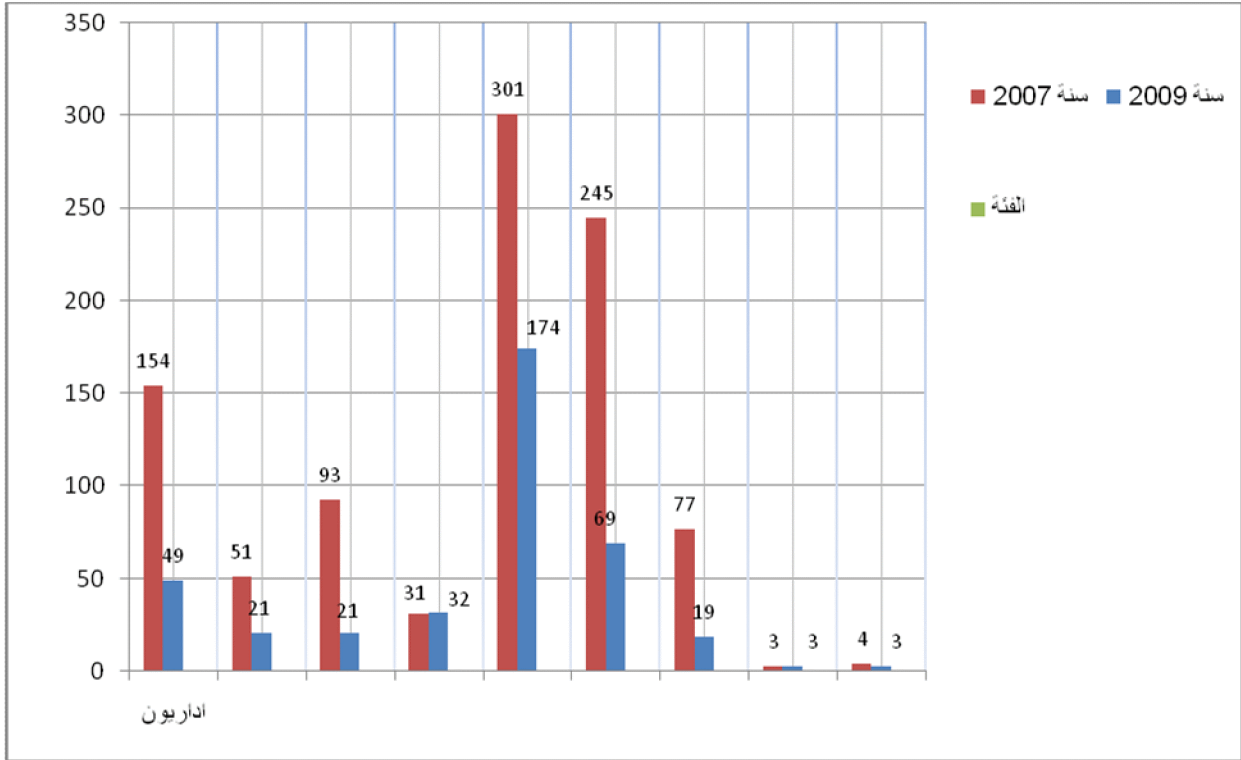
2-3. التغطية الطبية بالمؤسسة الإستشفائية العمومية: يتكون المستشفى كغيره من المنظمات الصحية من تنوع في اليد العاملة، تحت اختصاصات مختلفة (أطباء أخصائيون، أطباء عامون، ممرضين، إداريون، تقنيون). الجدول الموالي يبين توزيع اليد العاملة لسنة 2007 و 2009.

الجدول (4-5) توزيع اليد العاملة بالمستشفى لـ سنة 2007-2009

الفئة	سنة 2007	النسبة	سنة 2009	النسبة
إداريون	154	16,06	49	12,53
اطباء اخصائيون	51	5,39	21	5,37
أطباء عامون	93	9,69	21	5,37
ممرض رئيسي	31	3,23	32	8,18
ممرض حاصل على شهادة دولة	301	31,39	174	44,50
ممرض مؤهل	245	25,55	69	17,65
مساعد ممرض	77	8,03	19	4,86
تقنيوا صيانة	3	0,31	3	0,77
مهندسون	4	0,42	3	0,77
المجموع	959	100	391	100

المصدر: المديرية الفرعية للموارد البشرية

الشكل (5-٧): الرسم البياني لموظفي المؤسسة العمومية الإستشفائية



من خلال المعطيات يلاحظ انخفاض اليد العاملة من سنة 2007 إلى سنة 2009 وذلك راجع إلى التقسيم الإداري الجديد (الإصلاحات). بالنسبة للأطباء الأخصائيين فإن هذه النسبة تقلصت إلى أكثر من النصف ما يدل على عدم استقرار هذه الفئة مما ينعكس سلباً على مستوى الخدمات. إضافة إلى ذلك من عيوب هذا التقسيم الجديد عدم اعتماده على مناهج علمية في توزيع العاملين بين المؤسسات العمومية الإستشفائية و الجوارية الأمر الذي أدى إلى ارتباك كبير في مستوى تسيير هذه المؤسسات.

ثانياً : الإجراءات المنهجية للدراسة

1- المنهج المستخدم في الدراسة: المنهج هو الطريقة المؤدية إلى كشف الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهتم على سير العمل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة علمية و بمعنى آخر يشير مفهوم المنهج إلى الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة موضوع البحث و يرتبط بالمنهج الملائم للبحث ارتباطا وثيقا بكل موضوع البحث من جهة و أهدافه من جهة أخرى¹. فقد استعنا بالمنهج الوصفي التحليلي كمنهج تحدده الدراسة الوصفية و هذا المنهج يهدف إلى جمع الحقائق و البيانات عن ظاهرة أو موقف معين مع محاولة تفسير هذه الحقائق تفسيراً كافياً. ثم الوصول إلى تصميمات بشأن الموقف أو الظاهرة موضوع الدراسة. وعليه سوف نعتمد على المنهج الوصفي التحليلي حيث تنتمي الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية و التي تعرف بأنها تتضمن دراسة الحقائق المتعلقة بطبيعة خاصة أو موقف أو مجموعة من الناس أو مجموعة من الأحداث.

1- أدوات و طرق جمع البيانات: قد تم استخدام بعض أدوات و طرق جمع البيانات في دراستنا و التي تتناسب مع المنهج المستخدم و نوع الدراسة. و قد اعتمدنا في الدراسة على أنواع ثلاثة من الأدوات ممثلة في ما يلي :

- **المقابلة :** و هي عبارة عن استجواب أو اتصال مباشر يتم وجها لوجه بين القائم بالمقابلة و بين المبحوث. ولهذا قد تم إجراء عدة مقابلات لمجموعة إدارات المؤسسة بقصد إجراء تشخيص لهذه الأخيرة، و الحصول على بعض البيانات العامة و الوقوف على جوانب القوى و الضعف (مدير المؤسسة، مدير المستخدمين، مدير المصالح الصحية).

- **الاستجواب :** يتم الحصول على المعلومات التي يحتاجه الباحث لملئ الاستمارة من بيانات معدة سابقا، مثل (دائرة الإحصاء، المؤسسات الإحصائية، الوزارات...).

قد تم الحصول على مجموعة من البيانات تتمثل في مخطط القطاع الصحي بالولاية، و كذا مجموعة بيانات لأهم المؤشرات المتعلقة بتقييم الأداء.

- **الاستمارة:** تعرف استمارة الاستبيان بأنها مجموعة من الأسئلة التي توجه للأفراد و للهيئات بغية الحصول على بيانات معينة و الوقوف على حقائق جديدة تخص الموضوع أو

¹ محمد طلعت عيسى، تصميم و تنفيذ البحوث الاجتماعية، مكتب القاهرة الحديثة، 1981، ص 227.

التأكد من معلومات متعارف عليها لكنها غير مدعمة بحقائق¹. و من أنواع الأسئلة التي يتضمنها الاستبيان نجد:

- السؤال المفتوح: وهو طرح السؤال مع إعطاء الحرية المطلقة للمجيب في التعبير عن ذاته.
 - السؤال المغلق: و هو طرح السؤال مع الإجابة بنعم أو لا أو لا أعرف.
 - السؤال المتعدد الإجابات: يتضمن طرح السؤال ع إعطاء الإجابة و لا يبقى على المجيب سوى اختيار الجواب المناسب من الأسئلة المطروحة.
 - السؤال الفخ: و هو إعادة طرح سؤال بمصطلحات أخرى و بأساليب أخرى ليتمكن الباحث من الحصول على إجابة صحيحة وشاملة.
- في دراستنا هذه تم اعتماد استمارتي بحث، أحدهما استمارة استبيان موجهة إلى مقدمي الخدمة (أطباء، ممرضين و إداريين). و الثانية موجهة إلى المستفيدين من الخدمة أي جمهور المرضى تضم عدة أبعاد منها ما يتعلق بواقع تقديم الخدمة داخل المستشفى، من ناحية الجوانب المادية (المعدات المباني)، التغذية، النظافة. وأخرى تشمل جانب المعاملة (مستوى الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف).
- وقد تم مراعاة عند تصميم الاستمارة البساطة و سلاسة الأسئلة، و التسلسل المنطقي في اختيارها.

2- تقديم عام للاستمارات:

3-1: تقديم عام لعينة الدراسة: تنقسم عينة الدراسة إلى قسمين هما: مقدمي الخدمات الطبية (الهيئة الطبية، الهيئة التمريضية، الهيئة الإدارية) و مجموع المستفيدين من الخدمات الطبية المتمثل في جمهور المرضى.

- هيئة الأطباء: هناك اتفاق عام بين جميع المهتمين بالنواحي الطبية و الفنية و الإدارية في مجال تقديم الخدمات الطبية و الصحية المتنوعة على انه لا مستشفى بدون طبيب و هناك إجماع أيضا على طبيعة العلاقة المباشرة بين المريض و الطبيب، و مدى تأثير هذه العلاقة و نتائج هذا الاتصال على مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

¹ عمر بخوش، حمد محمود الدنبيات، مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث، دار المطبعة الجزائرية، الجزائر، 1985، ص99.

- **الهيئة التمريضية:** تركز الخدمات الطبية بشكل أساسي على الممرضين، حيث تعتبر هذه الفئة العنصر الإستراتيجي المحرك و المؤثر في الأداء باعتبارها على اتصال مباشر بالمرضى أثناء مدة إقامته و للتفوق العددي من ناحية اليد العاملة. و يمكن حصر مسؤولية الهيئة التمريضية فيما يلي:

■ تقديم رعاية طبية وفقا لتعليمات الطبيب المعالج، ووفقا لاحتياجات المريض النفسية و المعنوية.

■ معرفة طرق و أدوات التشخيص(بالنسبة لحاملي شهادة دولة في التمريض).

■ تثقيف المرضى و توعيتهم بصفة مستمرة.

■ رقابة المرضى من الناحية الكلينيكية (clinique) و العلاجية (thérapeutique).

■ إقتراح و تنظيم و المشاركة في النشاطات الوقائية الفردية أو الجماعية.

■ تقديم الخدمات المعقدة و المتخصصة التي تتطلب كفاءة عالية (les paramédicaux principaux).

- **فئة الإداريين:** الدور المنوط بهذه الفئة يتمثل في عمل الإدارة من تخطيط و تنظيم و تنسيق و مراقبة العمليات و الأنشطة داخل المستشفى و الهدف هو تحسين و الرفع من كفاءة الخدمات كل حسب تخصصه.

- **جمهور المرضى:** يعتبر المرضى أساس تواجد الخدمات الطبية، في حين تشهد هذه الفئة زيادة نظرا لزيادة معدلات النمو السكاني، و كذا انتشار الأمراض و الأوبئة... تتوقف جودة الخدمات على مدى رضى هذه الفئة على مستوى الخدمات المقدمة.

3- **اختيار عينة الدراسة:** تتوقف عينة الدراسة على مجموع الفئات المذكورة أعلاه، وقد تم

اختيار عينة عشوائية تتكون 40 فردا بالنسبة لمقدمي الخدمة موزعة كالآتي:

الجدول (V-6): توزيع العينة على العاملين بالمستشفى مع نسبة الاستجابة

الفئة	استثمارات الاستقصاء الموزعة	استثمارات الاستقصاء المجمعة	نسبة الاستجابة
الأطباء	10	06	%60
الفنيون	20	17	%85
الإداريون	10	9	% 90
المجموع	40	32	%80

قد تم مراعاة الوزن النسبي للفئات الثلاث الإداريين والأطباء والفنيين داخل المستشفى عند قيامنا بتوزيع حجم العينة ، ويتضح من الجدول رقم (V-6) أن نسبة الاستجابة قد بلغت %80 وهي نسبة مقبولة في مثل هذا النوع من البحوث .

العينة الثانية شملت جمهور المرضى وفي بعض الحالات تم استجواب مرافق المريض لتعذر استجواب هذا الأخير. وقد تم استقصاء آراء 30 مريضا ، علما بان عدد المصالح يبلغ 13 مصلحة و كانت الاستجابة بنحو 23 مريضا أي بنسبة 76.66 % و هي نسبة مقبولة.

4- محددات الدراسة : مما لاشك فيه أن أي دراسة لا تخلو من محددات أو صعوبات قد تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بالنتائج المحصل عليها:

- صعوبة إقناع بعد مقدمي الخدمة في ملئ الاستمارة لعدة أسباب منها أن واقع الخدمات الصحية في الجزائر يعلمه العام و الخاص.

- صعوبة ملئ الاستمارة الخاص بالمرضى المسنين (أميون) و قد تم التطرق إلى عدد محدود جدا من هذه الفئة.

- المستوى الثقافي لبعض الفئات من مقدمي الخدمة لا يتجاوب مع هذا النوع من البحوث.

- صعوبة الحصول على المعلومات و البيانات التي تساعد في إثراء البحث.

- تعدد المؤشرات الخاصة بالجودة في المجال الصحي يصعب من دراستها بالشكل الكافي ولذا عملنا على الاقتصار على البعض منها.

ثالثا: تصميم الاستمارة

تضمنت الدراسة الميدانية استمارتي استقصاء تخص المجتمع في المستشفى و المتمثلة فيما يلي.

1. **الاستمارة الأولى:** تخص الهيئة الطبية و الهيئة التمريضي و الهيئة الإدارية و تضمنت هذه 10 أبعاد كل بعد يشمل مجموعة من الأسئلة.

- **واقع تسيير المصالح الإستشفائية:** يتضمن هذا البعد 11 سؤال ، الهدف من وراءه معرفة مستوى تسيير و تنظيم الخدمات داخل كل مصلحة و مدى تأثيره على جودة الخدمات المقدمة.

- **تسيير الخدمات الفندقية بالمستشفى.** و يتضمن واقع تقديم الخدمات الصحية من خلال تقييم نظم التغذية ،نظم النظافة، و نظم الراحة و مدى تأثيره على نفسية و معنوي الأفراد باعتبارها احد الحاجات و الرغبات الأساسية الداعمة للخدمات الطبية.

- **المعدات الطبية:**تتوقف الخدمات الصحية في الوقت الحالي على مدى توفير الأدوات و المعدات باعتبارها مساعدة للمورد البشري في تشخيص و تحديد نوع المرض. و بالتالي مدى توفرها ينعكس بالسلب و الإيجاب على صحة المريض.

- **التكوين :** يعتبر التكوين المستمر للأطباء و الممرضين من الضروريات في الرفع من جودة الخدمات تماشياً مع التطور و كذلك زيادة رغبات ووعي المرضى في الحصول على خدمات ذات جودة في وقت تعددت فيه الأساليب و الأدوات وحتى المؤسسات الصحية.

- **الاتصال و المعلومات :**يتضمن هذا الجزء مجموعة من الأسئلة حول عملية تبادل المعلومات داخل المستشفى باعتبارها وأدوات لتنظيم العمل و تمرير القرارات والواجبات بين الإدارة و العاملين، و لطبيعة الخدمات المقدمة للمريض حيث تركز بالدرجة الأولى على المعاملة التي أساسها حسن الاتصال بين المريض و مقدم العلاج. وعليه قياس درجة الاتصال و نقل المعلومات يعد احد العناصر الأساسية في تأثيره على جودة الخدمات المقدمة.

- **التسيير المستقبلي.** إن أي تسيير إستراتيجي لا يخلو من النظرة المستقبلية للخدمات المتوفرة و المتوقعة مستقبلاً.

- ثقافة المؤسسة: يتضمن هذا الجزء مجموعة من الأسئلة حول وجود بعثات أو برامج لتحسين الجودة، قدرة العاملين على اخذ القرار و مدى كفاءتهم في تقديم الخدمات.

- ظروف العمل: مما لا شك فيه أن ظروف العمل قد تؤثر بالسلب و الإيجاب على مستوى الخدمات و بالتالي قياس هذا العنصر يعكس بيئة العمل الداخلية و تأثيرها على جودة العلاج.

- مفهوم الجودة و مسؤوليتها : البعد التاسع و العاشر يتعلقان بدرجة وعي الهيئة الطبية و التمريضية و عمال الإدارة بمفهوم الجودة و مسؤوليتها داخل المؤسسة العمومية الإستشفائية.

2. الاستمارة الثانية: وتخص هذه الاستمارة جمهور المرضى باعتبارهم العنصر المستقبل للخدمة المتمثلة في العلاج، وقد شملت على قسمين رئيسيين من الأسئلة.

- القسم الأول: يتناول واقع تقديم الخدمات و العوامل الحاكمة لجودة الخدمات بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ، و يشمل: ظروف الاستقبال، تقييم الجوانب المادية للمستشفى (نظم التغذية، نظم النظافة، نظم الراحة)، مستوى التعاطف ، مستوى الاعتمادية ، مستوى الاستجابة و مستوى الأمان.

- القسم الثاني: يتضمن مجموع الأسئلة المتعلقة بمدى وعي جمهور المستفيدين بمفاهيم الجودة و مجالات تحديدها.

3. تجميع البيانات و تحليلها: تم استيفاء بيانات الاستقصاء عن طريق المقابلة الشخصية بمساعدة أصدقاء المهنة، و أعتمد في تحليل المعطيات على احد أدوات التحليل الإحصائي المتمثلة في نظام SPSS (12) حيث تم عرض تلك النتائج:

- راض جدا : الدرجة 5.

- راض: الدرجة 4.

- غير متأكد أو محايد: 3

-
-
-

- راض قليلا : الدرجة 2.

- غير راض: الدرجة :1.

المبحث الثاني: تحليل بيانات الدراسة

أولاً: التشخيص الإستراتيجي للمؤسسة: قد أشرنا في احد مراحل تطبيق الجودة إلى أن نجاح برنامج الجودة يرتكز على إجراء عملية تشخيص دقيقة للوقوف على نقاط القوة والضعف، من أجل ذلك تم وضع ورقة تشمل عدة نقاط تتمحور حول ثلاثة أبعاد أساسية هي: خصائص المستشفى، المحيط الداخلي و المحيط الخارجي المبينة في الجدول رقم(7-7)،(الملحق 04).

1- مميزات و خصائص المستشفى:

- نوع المؤسسة : تصنف المؤسسة ضمن المؤسسات العمومية الاستشفائية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي. يغطي كثافة سكانية معتبرة تقدر بحوالي 272000 نسمة، الوظيفة الأساسية لهذه المؤسسة هو تقديم العلاج لسكان المنطقة.(7)

- حجم المؤسسة: يصنف المستشفى ضمن 250 سرير و قد شهد توسعات هامة بعد الإصلاحات ليشمل حالياً على 320 سرير..

يعتبر هذا النوع من الأحجام بالنسبة لأخصائي الصحة من نقاط القوة المساعدة على تطبيق برامج الجودة لأنه يساعد على التعاون و تكاتف الجهود و سهولة الاتصال بين الأفراد مقارنة بالمؤسسات ذات 2000 سرير. (7)

- الهيكل التنظيمي: تحليل الهيكل التنظيمي للمؤسسة يسمح بتحديد مكانة و علاقة مختلف المصالح فيما بينها و بين المصالح الإدارية، تحديد المسؤوليات و توزيع المهام . شهد المستشفى تعيين مدير جديد على هرم السلم الإداري إضافة إلى تعيين مدير فرعي للموارد البشرية.

المديرية الفرعية للمصالح الإستشفائية هي المكلفة بالوقاية و تنظيم و تقييم الخدمات تحت سلطة الإدارة العامة.

تم تحويل إدارة الموارد البشرية إلى مديرية فرعية مستقلة بعد ما كانت تابعة لمديرية الإدارة و الوسائل.

الهيكل التنظيمي للمؤسسة يحتاج إلى تنظيم فيما يخص توزيع المناصب من ناحية الكفاءات خاصة ما يتعلق بالمديريات الفرعية التي تشكل محور الهيكل التنظيمي.(4)

- السياسة العامة للمستشفى: إن تقديم الخدمات ذات الجودة يعد الدور المحوري للمستشفى ويعكس السياسة الصحية العامة المتبعة، وعليه فإن هذا الأخير حريص على تقديم خدمات في المستوى رغم الإمكانيات المتوفرة(5).

- الوضعية المالية: الوضعية المالية دون المستوى،(عدم وجود مدير مالية مختص)(4).

- علاقة المؤسسة بالمؤسسات الأخرى: لا يجد هناك أي رؤية للاندماج بين المستشفى و المؤسسات الإستشفائية الأخرى، فالمستشفى في حالة استقرار وهذا ما يخلق جو من الأمان لذا العمال.

- تضرر و تلجأ المؤسسة في كثير من الحالات المستعصية إلى نقل المرضى إلى مستشفيات الشمال لتقديم العلاج (تلمسان، وهران، الجزائر العاصمة).(6)

2- المحيط الخارجي للمستشفى:

- نظرة المجتمع : المستشفى تحظى بمكانة مقبولة داخل المجتمع باعتبارها هي الوحيدة في المنطقة، تقدم خدمات 24/24 ساعة في معظم التخصصات المتوفرة رغم النقائص.(6)

- تنسيق الخدمات مع المؤسسات: من أجل استمرارية العلاج تقوم المراكز الإستشفائية و المستوصفات المتمثلة في المؤسسات الإستشفائية الجوارية في تقديم الدعم للمستشفى من ناحية(7):

- تقديم الخدمات الوقائية.

- تقديم الفحوصات العامة و الأخصائية.

- متابعة المرضى و تقديم العلاج لهم.

- علاقة المؤسسة بالمؤسسات التعليمية: تقتصر علاقة المستشفى على بعض المؤسسات التعليمية كمؤسسة التكوين الشبه طبي، أما المؤسسات الجامعية فتشهد تعاوننا محتشما.(2)

شهدت المؤسسة قدوم بعض البعثات الطبية بغية تكوين الأطباء و الممرضين في بعض التخصصات و التقنيات الحديثة.

فيا يخص إمكانية تحويل المؤسسة إلى نشاطات أو اختصاصات أخرى فهي غير واردة.

3- المحيط الداخلي للمستشفى:

- المحيط الاجتماعي: المحيط الاجتماعي داخل المستشفى مستقر يعنى بتقديم خدمات مقبولة،

غير انه يسوده بعض النقائص.(5)

- نقص في الأطباء الإحصائيين (وضع غير مستقر).

- نقص في الهيئة التمريضية.

- الخدمات الداعمة تحتاج إلى دعم أكثر.

- معدل العيادات قليل .

- النشاط النقابي: رغم تعدد اللجان داخل المستشفى و إن اختلفت المهام إلا أن نشاطات هذه

اللجان دون المستوى بما فيهم الحركة النقابية بالمستشفى ضعيفة لا تخدم طموحات

المستخدمين. (3)

- تسيير الموارد البشرية: شهدت إدارة الموارد البشرية تغييرات تماشياً مع الإصلاحات،

حيث تم تعيين مدير للموارد البشرية، استحداث مكتب للتكوين بهدف الرفع من مستوى

التعليمي للأفراد وتحسين من جودة الخدمات المقدمة. في ظل هذه التغييرات يغلب على

المؤسسة طابع المشاركة و النمط التلقائي (درجة4).

- نظام المعلومات و الإتصال: يحتاج نظام المعلومات في المستشفى إلى مزيد من التنظيم

والعناية خاصة في مجال خدمات الإعلام الآلي(3).

- تسيير المخاطر: يعد تسيير المخاطر (الأخطاء الطبية، نسبة الإصابات ،العدوى...) من

الأولويات وخاصة مع قدوم المدير الجديد(5).

- الإجراءات التنظيمية: في ظل الإصلاحات هناك عدة قوانين وإجراءات تنظيمية جديدة

منها ما يتعلق بتنظيم مكتب الدخول،العناية أكثر بملف المريض،صيانة الأجهزة... (5).

- جدول الأعمال : بما أن عمل المستشفى الهدف منه تقديم الخدمات الصحية للمجتمع فإن

جدول الأعمال الخاص بالنشاطات الطبية و التمريضية هو من أولى اهتمامات المصالح

الإستشفائية و الإدارية.(7).

- دور الإطارات العمالية: يعاني المستشفى من نقص كبير في الإطارات على مختلف

التخصصات الإدارية أو التقنية مما دفع القيادة الجديدة (مدير المؤسسة،مدير الموارد البشرية)

إلى محاولة مشاركة جميع الأفراد سعياً منها في محاولة الدخول المباشر في صياغة الحلول للمشاكل المطروحة.(5).

- **الكفاءات داخل المستشفى:** من نقاط القوة التي تمتاز بها المستشفى وخاصة ما يتعلق بجانب العمليات أي الهيئة التمريضية هو وجود كفاءات عالية لذا الأفراد و ذلك راجع إلى جوانب عدة منها معدل الإقضية المرتفع، التجارب التكوينية المختلفة مع مختلف البعثات الطبية سواء الداخلية (تعدد المدارس: الشرق، الوسط و الغرب) منها أو الخارجية (البعثات الروسية، الفرنسية، الهندية، الصينية، مؤخر الكويبية).(7).

- **التكوين المتواصل:** يعتري الجانب التكويني في المستشفى نقص، حيث يقتصر بدرجة كبيرة على الهيئة الطبية. أما الهيئة التمريضية فيباشرون تكوين وفق شروط مع مدرسة التكوين الشبة الطبي (يقتصر على فئة مساعد تمريض، وفئة ممرضون مؤهلون. أما فئة ممرضون الحاصلون على شهادة دولة فهي غير معنية، هذا ما يجعل هذه الفئة غير راضية تماما على سياسة التكوين بالمؤسسة)(4).

- **الملف الطبي:** نظرا للأهمية القصوى لهذا الملف باعتباره أداة اتصال بين المريض و الهيئة الطبية و الإدارية و هيئات الضمان الاجتماعي، قامت المستشفى بإعطاء تعليمات صارمة بهذا الخصوص(7).

- **تنظيم الخدمات داخل المصالح الإستشفائية:** غالبا يتم تنظيم الخدمات المقدمة للمريض عن طريق فرق على رأس كل فرقة رئيس، وهذا العمل ساري في جميع المؤسسات الطبية.(6).

- **برامج تقييم حاجيات و رضا المرضى:** لا يوجد برامج أو سجلات لتقييم مستوى رضا المرضى سواء على مستوى المصالح أو مديريةية المكلفة بتسيير و تنظيم هذه المصالح(1).

- **تنسيق مختلف المصالح:** فيما يخص تنسيق المصالح فيما بينها هناك شق كبير بين المصالح خصوصا المصالح الإدارية، المصالح التقنية بدرجة أقل مع المخابر و الهيئة الطبية(4).

- **التسيير المالي و المادي للمؤسسة:** تبقى الدولة الداعمة للسياسة الصحية هي المعنية دائما بتوفير الدعم المالي و المادي للمستشفى.(5)

- المجال الرقمي أو الإلكتروني (نظام المعلوماتية): يحتاج المؤسسة إلى مزيد من الدعم ، رغم اقتصار توفير شبكة الانترنت على مكاتب الأطباء فقط دون غيرها من الفئات (3).
- ثقافة المؤسسة: يعمل كل أفراد المستشفى على اختلاف فئاتهم و تخصصاتهم (أطباء ، ممرضون، إداريين، تقنيين...) على المشاركة في تقديم خدمات في المستوى رغم كل الظروف.(6).

خلاصة عملية التشخيص

- من خلال قراء ورقة التشخيص يمكن الحكم على المستوى التنظيمي للمؤسسة بما يلي:
- نوع و حجم المؤسسة يساعدان كثيرا على التحكم في عملية التسيير بصفة مستمرة و فاعلة.
- الهيكل التنظيمي في حالة إعادة للتنظيم حسب برامج الإصلاح المقترحة من طرف الوزارة وبالتالي الحكم على فعاليته يحتاج مزيد من الوقت. ما يضيف عليه الإيجابية هو المكانة التي اكتسبتها إدارة الموارد البشرية و إعادة تنظيم مكتب الدخول.
- برامج الجودة لا تظهر إلا من خلال إعادة تجهيز المستشفى بمختلف المعدات والأدوات. على مستوى التسيير والموارد البشرية هناك بعد كبير، خصوصا مع نقص كبير في جانب الأطباء الأخصائيين و الممرضين و كذا الإطارات و اللجان الداعمة و المراعية لبرنامج الجودة.
- هناك عناية محتشمة بالملف الطبي للمريض بسبب البرنامج التعاقدية مع الضمان الاجتماعي للمشاركة في تسديد تكلفة الاستشفاء بغرض تحسين الرعاية الصحية.
- جانب التكوين و الاتصال يحتاج الكثير من الاهتمام و الرعاية من الناحية المادية و التنظيمية.
- المستشفى يشهد حالة عدم استقرار على مستوى الإدارة العليا وهذا ما يجعله يعاني من مشاكل على مستوى التخطيط و التنظيم و التسيير و المراقبة، ما ينعكس سلبا على مستوى تقديم الخدمات بشكل عام.

تمت الإشارة مسبقا في الفصل الثالث إلى أن قياس الجودة داخل المستشفيات تتعلق بعدة مؤشرات منها: المؤشرات الهيكلية، مؤشرات العمليات، مؤشرات النتائج... ميدانيا يصعب الإحاطة بكل هذه المؤشرات و عليه يعتمد المستشفى على خمسة مؤشرات: معدل الوفيات، مدة الإقامة، معدل شغل الأسرة، معدل دوران السرير. ولمعرفة مستوى الخدمات و مدى نجاعة هذه المؤشرات طرح السؤال التالي: هل هذه المؤشرات كافية أو تدل فعلا على جودة الخدمات بالمستشفى العمومي؟

1- مؤشرات قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية:

- عدد حالات الدخول: و تتمثل في عدد حالات المرضى الذين يبيتون بالمستشفى ليلة واحدة على الأقل و يستفيدون من خدمات طبية.
- عدد حالات الخروج: تتضمن عدد المرضى الذين يغادرون المستشفى بعد الشفاء أو التحسن أو الموت أو المنقولون إلى جهة أخرى خارج المستشفى.
- عدد أيام العلاج ويقصد بذلك أيام العلاج التي يقضيها المريض بقسم التنويم الداخلي بالمستشفى. ويوم العلاج هو الوحدة التي تدل على الخدمات التي تقدم لمريض واحد ضمن تعداد المستشفى بين اليوم و اليوم الذي يليه.
- معدل شغل الأسرة : يبين هذا المعدل العلاقة بين عدد الأسرة المستخدمة و عدد الأسرة الأساسي، و يحسب بالعلاقة التالية:

$$\text{معدل شغل الأسرة في الشهر} = \frac{\text{عدد الأسرة التي شغلت في الشهر} * 100}{\text{عدد الاسرة الاساسي} * 30}$$

- متوسط مدة الإقامة: و يقصد به متوسط عدد الأيام التي يمضيها المريض بالمستشفى و يحسب بالطريقة التالية:

$$\text{متوسط مدة الإقامة} = \frac{\text{عدد أيام العلاج للمرضى الخارجين بما فيهم الموتى} : \text{عدد أيام الإستشفاء}}{\text{عدد حالات الخروج}} / \text{عدد حالات الخروج}$$

- معدل دوران السرير: يقصد به عدد المرضى المتعاقبين على نفس السرير خلال فترة معينة، عادة سنة.

$$\text{معدل دوران السرير} = \frac{\text{عدد حالات الخروج}}{\text{عدد الأسرة}}$$

خاتمة البحث

تضمنت خاتمة البحث التي تتمحور حول الإشكالية المطروحة " دور التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية"، ملخص عام للفصول الخمس، اختبار الفرضيات، ثم نتائج للدراسة الميدانية متنوعة باقتراحات، و آفاق الموضوع.

I - ملخص: تضمن هذا البحث الجوانب التالية:

- في الفصل الأول تم التطرق إلى إدارة الموارد البشرية بالتركيز على أهم المراحل التي مرت بها للوقوف على أهم العوامل التي أدت إلى تطورها ووصولها إلى المكانة التي اكتسبتها اليوم حيث أصبحت من الموارد الأساسية في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة.

- الفصل الثاني تضمن التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية و ما أحدثه من تغيرات في توجهات و وظائف الموارد البشرية بناء على اعتبار هذه الموارد طاقة ذهنية وقدرة فكرية و مصدرا للمعلومات و الاقتراحات و الابتكارات وفي قدرتها على تحمل المسؤولية مما جعلها على صدارة الإدارة العليا تشارك و تعمل على صياغة وتنفيذ القرارات الإستراتيجية للمؤسسة.

- الفصل الثالث تم التطرق إلى الجودة بمختلف مفاهيمها من خلال أبرز النماذج للرواد في هذا المجال حيث تم التأكيد على مجموعة من المبادئ في تحقيق الجودة أهمها القيادة الإدارية تنمية و تدريب العنصر البشري ، نظام الاتصال و تصميم العمليات تم بشكل أكثر التركيز على المستفيد.

تبين لنا كذلك أن الجودة في مجال الخدمات الصحية تحتاج إلى تعهد و التزام من الإدارة العليا و لجنة رعاية الجودة إلى جانب إدارات وحراس و منسقي الخدمات بين مختلف المصالح من متطلبات عملية الرقابة و التحسين المستمر للخدمات الصحية ، إضافة إلى العديد من المبادئ المتجانسة منها التركيز على المريض في تقديم التشخيص و العلاج المناسب له، بأقل تكلفة ممكنة و أقل خطر و حسن معاملة، تم التركيز على المورد البشري المتمثل في

الهيئة الطبية و التمريضية في تقديم الخدمات للمريض بتوفير الكفاءة و المعرفة اللازمة عن طريق التدريب و التكوين المستمر و توفير بيئة عمل آمنة و مناسبة، إضافة إلى تفعيل طرق الاتصال و التعاون و المشاركة الجماعية في العمل بين مختلف المستويات التنظيمية و بين مختلف المصالح الإستشفائية.

قياس جودة الخدمات الصحية يعد من أهم الخطوات في تحقيق الجودة الشاملة نظرا لتعدد المستويات وصعوبة وضع معايير و مؤشرات ثابتة لها وتشير الأبحاث إلى وجود مقاربتان لقياس جودة الخدمات الصحية هما المقاربة التحليلية ، و المقاربة الخطية أو ما يسمى بتحليل العمليات. فالمقاربة الأولى تعتمد على مدى مطابقة النتائج للمؤشرات و المعايير الدولية أما مقاربة تحليل العمليات فتتعلق بجانبين ، جانب العمليات التي تخص المريض مباشرة حيث يجب الإشارة هنا إلى أهمية بروتوكول Protocol العمليات في تدعيم وتحسين الخدمات (دليل)، و الجانب الثاني يتعلق بالعمليات الداعمة و المصاحبة للخدمة كخدمات الإطعام و الفندقية و النظافة... الخ.

- الفصل الرابع شمل سياسة إصلاح المستشفيات من ثلاثة جوانب : التقسيم الإداري الجديد للمؤسسات الصحية إلى مؤسسات عمومية إستشفائية ومؤسسات استشفائية للصحة الجوارية، البرنامج التعاقدى ما بين هيئات الضمان الإجتماعي ووزارة الصحة للتخفيف عبئ التكلفة عن المستشفيات، أهداف برامج الإصلاح التي تركز على تقديم خدمات صحية في مستوى تطلعات المواطن.

- الفصل الخامس تضمن الدراسة الميدانية المتعلقة بإحدى المؤسسات العمومية الإستشفائية بالجنوب الغربي للوطن من خلال ثلاثة مباحث: الأول يتعلق بعملية التشخيص الإستراتيجي للمؤسسة للوقوف على عوامل القوة و الضعف، الثاني تحليل مؤشرات القياس المعتمدة من طرف المستشفى، الثالث خاص بتحليل نتائج الاستمارة للوقوف على أهم النتائج و محددات الجودة بالمؤسسة محل الدراسة.

II- نتائج اختبار الفرضيات:

1- بالنسبة للفرضية الأولى

تم التطرق من خلال الفصل الأول و الثاني إلى محاولة إثبات صحة الفرضية الأولى التي مفادها " يساهم التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في الرفع من جودة الخدمات الصحية".

حيث تم التوصل إلى النتائج التالية:

- تبين أغلب الدراسات أن حقل تسيير الموارد البشرية نشأ و تطور ضمن مراحل تاريخية لازمت الفكر التسييري، حيث انتقل من تسيير الأفراد ، الى الموارد البشرية إلى التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية و جاء تأكيد ذلك عن طرق مقارنة الموارد لـ Penrose 1959 و التي أرسى دعائمها فيما بعد كل من (Wernerfelt et Rumelt (1984 و الدين اكدوا أن تنمية المؤسسة لا ترتبط فقط بتموقعها الخارجي و القوى التي تحكم بيئتها الخارجية و لكن نسبة كبيرة من نجاحها مرتبطة بالموارد التي تملكها و التي تقوم بتعبئتها. ضمن المنظور المرتكز على الموارد اعتبر (Mac Williams et Mac Maham, Wright (1994 الموارد البشرية على أنها المصدر الأساسي للميزة التنافسية للمؤسسات إذا ما اتصفت بخصائص الموارد الإستراتيجية (ذات قيمة ،نادرة و غير قابلة للنقل و التقليد).

- تم التأكيد في الفصل الثاني على دور التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية من خلال المكانة التي اكتسبتها هذه الموارد في ظل هذا التسيير الإستراتيجي في صياغة و تنفيذ إستراتيجيات المؤسسة ،و مختلف التحولات التي طرأت على الوظائف كوظيفة التكوين و التدريب وذلك بهدف تحقيق الاستثمار الفعال للقدرات و المهارات البشرية اعتمادا على استراتيجيات ملائمة تعمل على تحسين أداء الموارد البشرية و تمكن المؤسسة من تحقيق ميزتها التنافسية. لقد أصبحت عملية تسيير الموارد البشرية عملية ديناميكية متغيرة و متطورة تعتمد على القراءة الدقيقة وفهم عميق لإستراتيجية المؤسسة و ليست ثابتة كما كان يتم في السابق.

- من خلال الفصل الثالث يعتبر نموذج الجودة أحدث المداخل الإستراتيجية لتتبع و توفير القدرات و المهارات و المعرفة للموارد البشرية في تحقيق التميز لذا المؤسسات الخدمية، من أهمها المؤسسات الإستشفائية التي تتمثل ميزتها التنافسية في تقديم خدمات رعاية صحية ذات جودة و كفاءة عالية كونها تتعلق بالإنسان و يقدمها الإنسان على مستوى من الاعتمادية والاستجابة والأمان و التعاطف بما يحقق رضا الطرفين، رضا الهيئة المقدمة للخدمة (الهيئة الطبية و التمريضية) و رضا المريض. فرغم المفاهيم المتعددة يجمع المختصين على أن الرعاية الطبية الجيدة و قياسها و تقييمها يتضمن مفهومين أساسيين هما: جودة الرعاية الفنية و تشير إلى ملائمة الأنشطة و الإجراءات الهادفة إلى تشخيص و معالجة المرضى، فن الرعاية و يشير إلى البيئة الكلية التي تجري فيها تقديم الخدمات و أسلوب تقديمها و سلوكيات من يقدمها و طريقة التعامل و التفاعل مع المريض.

فالجودة هدفا إستراتيجيا تسعى المؤسسات الإستشفائية إلى تحقيقه عن طريق التسيير الإستراتيجي لمواردها، أهمها العنصر البشري الذي هو أداة تفاعل و تنسيق كل الموارد.

2- بالنسبة للفرضية الثانية

لإثبات صحة العلاقة بين تحسين جودة الخدمات و سياسة الإصلاحات التي جاءت بها الحكومة، قمنا بالتأكد من صحة الفرضية " جودة الخدمات الإستشفائية هدفا إستراتيجيا تسعى المستشفيات إلى تحقيقه من خلال إصلاح المنظومة الصحية" حيث توصلنا إلى النتائج التالية.

- يدخل إصلاح المستشفيات في إطار الإصلاحات التي عرفتتها كل القطاعات، إذ أن المنتبغ لقطاع الصحة بالجزائر و ما واجهه و يواجهه من مشاكل و قضايا صعبة تعود لمواضيع عدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية و جودتها و كفاءتها يحتم على المهتمين بالقطاع تبني خيار الإصلاحات للرفع و تحسين مستوى الخدمات و تتضح نية الإصلاح من خلال التسمية الجديدة للهيئة المسؤولة الأولى سنة 2003 " وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات".

- أهم ملامح الإصلاح جاءت ضمن القرارات و القوانين التالية التي توضح طرق و كيفية تمويل قطاع الصحة العمومي، عن طريق مشاركة الضمان الاجتماعي و مديريات النشاط الاجتماعي الولائي بمساعدة و تحت إشراف الدولة حيث تتكفل هذه الأخيرة بنفقات البحث

الطبي و التكوين و الفئات المعوزة،فيما تقتصر نفقات الضمان الاجتماعي على فئة العمال الإجراء. عززت الدولة هذه الإصلاحات بمراسيم و تعليمات وزارية الهدف منها تحديد كيفية دفع مساهمات الأطراف الثلاثة المشاركة منها التعلّمة الوزارية المشتركة في 16 جانفي 2003 و المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 01 أبريل سنة 2004 على التوالي.

أما المرسوم التنفيذي لسنة 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية

و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و تسييرها.

-مكانة الجودة في ظل الإصلاحات ظهرت في المرسوم التنفيذي رقم 07-140/ 2007 من ناحية تنظيم و تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية والجوارية حيث يسير كل مؤسسة مجلس إدارة مدعم بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي.

- تتجلى مكانة الجودة الشاملة من خلال الاهتمام بالموارد البشرية و تكوينها بصفة مستمرة حيث عملت الإصلاحات على تعزيز مكانة إدارة الموارد البشرية من خلال اعتمادها كمديرية فرعية ضمن المديرية الأساسية بالمستشفى لها مدير خاص و تشرف على مكنتين هما مكتب تسيير الموارد البشرية و النزاعات و مكتب للتكوين بعدما كانت في السابق تحت إشراف المديرية الفرعية للإدارة و الوسائل. تتأكد مكانة الجودة كذلك من خلال استحداث مكتب تنظيم و متابعة النشاطات و تقييمها التابع للمديرية الفرعية للنشاطات الصحية.

و منه يلاحظ أن المرسوم التنفيذي الذي دخل حيز التنفيذ سنة 2008 جسد عملية الإصلاحات حيث أعطى أولوية للرفع من مستوى الخدمات الصحية من خلال تحديث التنظيم الداخلي و العلاقات الوظيفية بين مختلف المؤسسات و من خلال الاهتمام بتكوين الموارد البشرية وتسيير الخدمات و تقييمها.

II - نتائج الدراسة التطبيقية:

- بخصوص نتائج الدراسة التطبيقية حول مدى اهتمام المستشفى محل الدراسة بالجودة و أهم المحددات التي تحكمها فقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

- المؤسسة العمومية الإستشفائية من حيث النوع و الحجم مشجعة كثيرا على التحكم في عملية التسيير و التنظيم حيث أكد الخبراء ذلك في كثير من الدراسات، إضافة إلى الموقع الجغرافي الذي يساعد التقليل من نسبة النزوح الى مستشفيات الشمال .
- عدم استقرار الإدارة العليا يعكس حجم المشاكل التي تتخبط فيه الإدارة من سوء التسيير و التنظيم و الرقابة.
- هناك اهتمام أكبر بالملف الطبي ناتج عن البرامج التعاقدية بين مختلف الفئات لأجل تخفيض التكلفة على المواطن بغية الإستفادة أكثر من الخدمات.
- برامج تنمية الموارد البشرية مثل التكوين و التدريب و الاتصال تحتاج الكثير من العناية و الإهتمام، إضافة إلى ضرورة توفير برامج للتسيير التنبؤي للوظائف و الكفاءات.
- الاعتناء بالجودة لا يظهر إلا من خلال الجوانب المادية، أما الجانب البشري فيحتاج إلى دراسة دقيقة و عاجلة لاستدراك نقص اليد العاملة من أطباء أخصائيين و ممرضين على درجة عالية من التخصص¹. كما تحتاج المؤسسة إلى إطارات إدارية ذات كفاءة بهدف تفعيل و استثمار باقي الموارد الأخرى.
- المؤشرات المعتمدة من طرف المستشفى رغم أنها تعكس على مستوى معين الخدمات مثل معدل الوفيات، معدل دوران السرير، معدل مدة الإقامة إلا أنها تحتاج إلى مؤشرات تدعيميه أخرى خاصة ما يتعلق بالموارد البشرية كمؤشر الرضا و التكوين، مؤشر الاتصال و الترقية... الخ.
- لا يوجد إدراك للمؤسسة للنماذج التي ترفع من كفاءة الخدمات الصحية كنموذج الاعتماد و نموذج الإيزو، إضافة إلى عدم وجود إدارة الجودة على مستوى الإدارة العليا تراعي و تنظم الخدمات.
- مستوى الخدمات من الناحية المادية من حيث تقييم التغذية و النظافة و نظم الراحة قد بلغ مستوى مقبول من طرف مقدمي الخدمات و جمهور المرضى، أما جانب المعدات و الوسائل فيحتاج إلى مزيد من العناية رغم مستوى التحسن الذي بلغته كما يجب التركيز بشدة على استعمال و صيانة التجهيزات الطبية .

¹ أغلب المرضى يحملون شهادات تخصص علاجات عامة، فهناك نقص كبير في التخصص على مستوى هذه الفئة.

- ظروف العمل غير ملائمة من حيث الأجور و المكافآت، أما النواحي الأخرى فهي في تحسن مستمر مند تطبيق برامج الإصلاح.

- تقييم مستوى الرضا لذا المستفيدين أوضحت رضا هذه الفئة عن مستوى التعاطف و الأمان أما مستوى الاعتمادية و الاستجابة فيبيان دون المستوى نظرا لتعلقها بجوانب أخرى.
- هناك مشاركة ايجابية لأفراد العائلة في تقديم العلاج .

III - الإقتراحات: وبناء على النتائج السابقة يمكن تقديم الإقتراحات التالية :

- العمل على الاستفادة من العلاقات الإنسانية والاجتماعية وتدعيمها بالمستشفى محل الدراسة من أجل توفير بيئة عمل مستقرة تسمح باستغراق العاملين في وظائفهم .
- إعداد الدراسات التفصيلية اللازمة لتحليل وتوصيف الوظائف مع استثمار المستوى الثقافي للعاملين في ظل التوجهات الحديثة للإدارة .

- العمل على حسن انتقاء القادة والمشرفين بالمستشفى محل الدراسة على أن تتوافر فيهم القدرة والمهارة لتشجيع مروضيهم على المشاركة في صياغة الخطط والأهداف وصنع واتخاذ القرارات وتوفير المعلومات المطلوبة مع السماح لهم بالخلق والإبداع وتحفيزهم .

- الاهتمام بجماعات وفرق العمل والتأكيد على نشر ثقافة العمل الجماعي، مما يتطلب تبني مجموعة متكاملة من البرامج التدريبية والتنقيفية التي تهدف إلى دعم العلاقات القائمة على العمل الجماعي، والتفاعل الإنساني، والتكامل والتعاون لتحقيق الإنجاز الأفضل.

- إعادة هيكلة نظم المكافآت والحوافز المادية بالمستشفيات بما يسمح للعاملين بالحصول على المرود المناسب لما يبذلونه من جهد وفكر ويسهم في توفير حياة وظيفية مستقرة للعاملين .

- ضرورة اهتمام المؤسسة محل الدراسة بتحسين برامج الاتصال لطبيعة العمل الذي يحتاج المشاركة في اتخاذ القرارات و التصرف السريع على مختلف مستويات المصالح الإستشفائية.

- العمل على رفع المؤشرات الأساسية لقياس كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

- الإستفادة من توجيهات و تدابير منظمة الصحة العالمية لتنشيط برامج و آليات تطبيق

الجودة.

IV - آفاق البحث: من خلال هذه الدراسة والنتائج يمكن أن نذكر بعض المجالات الأخرى ذات الصلة بالموضوع يمكن أن تشكل مجالات للبحث مستقبلا.

- التسيير التنبؤي للوظائف والكفاءات في المؤسسات الاستشفائية .
- أثر جودة حياة العمل على ممارسات الموارد البشرية .
- تأثير جودة حياة العمل على الأداء الكلي للمنظمة .
- أثر فجوة الجودة وجودة حياة العمل على الأداء في المؤسسات الإستشفائية.

وفي نهاية هذا البحث نقول أن هذا جهد إنسان قد يعتريه النقصان وقد يحتاج إلى مزيد من التصويب و الإحسان فنسأل السميع العليم، أن نكون قد وفقنا في اختيار الموضوع ومعالجته و الله ولي التوفيق.

فهرس المراجع

- المراجع باللغة العربية

1. أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية، منظرو القرن الواحد و العشرون، دار الكتب، القاهرة .
2. أحمد سيد مصطفى، إدارة البشر: الأصول و المهارات، دار الكتب، مصر، 2002.
3. يوسف حجيم الطائي، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية و الخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر و لتوزيع، الأردن، 2009..
4. يوسف حجيم الطائي و مؤيد عبد المحسن الفضل وهاشم فوزي العبادي إدارة الموارد البشرية مدخل إستراتيجي متكامل، الوراق للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2006 .
5. حسن إبراهيم بلوط، إدارة الموارد من منظور إستراتيجي، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، بيروت، 2002.
6. جوزيف جابلونسكي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، مصر 1996.
7. صلاح الدين عبد الباقي، الاتجاهات الحديثة في إدارة الموارد البشرية، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2002.
8. صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الموارد البشرية مدخل تطبيقي، الدار الجامعية الإسكندرية .
9. عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة بعد إستراتيجي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2005 .
10. عبد السلام أبو قحف، الإدارة الإستراتيجية و إدارة الأزمات، دار الجامعة الجديدة للنشر، 2002.
11. علي سلمي، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات التأهيل لإيزو 9000، دار الغريب القاهرة، 1995 .
12. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات" مفاهيم و تطبيقات"، 2003 المنظمة العربية للتنمية، القاهرة.
13. عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة 1997.
14. عبد الكريم درويش، ليلى تكلا، أصول الإدارة العامة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الثالثة، القاهرة، 1972.
15. عمر بخوش، حمد محمود الدنبيات، مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث، دار المطبعة الجزائرية، الجزائر، 1985.

16. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع والطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008.
17. فايز الزغبى ومحمد إبراهيم عبيدات، أساسيات الإدارة الحديثة، دار المستقبل للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 1997.
18. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة الشاملة، دار الشروق، الأردن، 2006.
19. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق الأردن.
20. محمد طلعت عيسى، تصميم و تنفيذ البحوث الاجتماعية، مكتب القاهرة الحديثة، 1981.
21. مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي، دار جرير للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2007.
- المذكرات:
22. سملاي يحضيه، أثر التسيير الإستراتيجي و تنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسات الإقتصادية، أطروحة دكتوراه دولة في العلوم الإقتصادية، جامعة الجزائر.
23. بوعلاي عائشة، إشكالية إدارة الجودة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2002/2003.
24. توازن فاطمة، إدارة الجودة الشاملة كخيار إستراتيجي لتطوير نظام التعليم، رسالة ماجستير، جامعو مستغانم، 2005/2006.
25. يحي برويقات عبد الكريم، إشكالية تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الحاصلة على شهادة الإيزو 9001، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2008/2009.
- الندوات والمجلات و الجرائد
26. الندوة ، واقع خدمات المستشفيات الرياض، 1990، معهد الإدارة العامة.
27. واقع الندوة، واقع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1990.
28. الندوة، الجودة في مجال الرعاية الصحية، الإدارة العامة للجودة، و وزارة الصحة و السكان، جمهورية مصر العربية.
29. مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية، 1990، ص285. زهير الصباغ و عبد العزيز أبو نبعة ، التدقيق الإستراتيجي لإدارة القوى الإستراتيجية.
30. ثابت عبد الرحمان، ادريس، قياس جودة الخدمة الصحية باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات و التوقعات، دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بالكويت المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد الرابع، العدد الأول، نوفمبر 1996 2003.
31. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، 2004.
32. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 73، 2005.
33. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 30 ماي 2007

- القوانين و المراسيم التشريعية

35. المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 2 ديسمبر سنة 1997 يتضمن إنشاء و مهام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
36. القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 07 جانفي 1995م. يحدد هذا القرار طبيعة و قيمة الموارد المتأتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية
37. التعليمية الوزارية المشتركة المؤرخة في 14 جانفي 2003. العلاقات التعاقدية بين الهيئات العمومية للصحة، هيئات الضمان الإجتماعي و مديريات النشاط الإجتماعي.
38. المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ 01 أبريل 2004. يتضمن تحديد كفاءات دفع مساهمة هيئة الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسة الصحية العمومية
39. التعليمية الوزارية رقم 02 المؤرخة في 01 أبريل 2004. المتضمن العلاقة التعاقدية بين الضمان الإجتماعي ووزارة الصحة.
40. المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي سنة 2007: المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و تسييرها.
- المراجع باللغة الأجنبية

- 1-- A.Jacquerye ,**La Qualité Des Soins Infirmiers**, Implantation ,Evaluation ,Accreditation Editions Maloine,1999.
- 2 - Claude Vilcot,et Hervé Leclot, **Indicateurs Qualite En Sante** ,2émé Edition, AFNOR,2006.
- 3 - Fronçois Gonin.Yves Emeryk,**Dynamisez Les Ressources Humaines** , 1éme, Edition,lausann,1999
- 4 -Jean marie periti,**Gestion Des Ressources Humaines** ,vuibert,2eme Edition.Paris,1998.
- 5 - Jean Pierre Citeau et Armond Colin, **Gestion Des Ressources Humaines** ,3éme Edition, Dallas,2000,.
- 6-Katsuyoshi Ichihara, **Maitriser La Qualite**, Edition Mare,Nostrum,1996,p11.
- BULLETINS ET JOURNAUX
- 7 - (L).Berry,Aconceptuel Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research Journal Of Marketing,(Vol49,No.3,Fall 1985),
- 8-(L).Berry, Communication And Control Processes In The Delivery Of Service Quality Journal Of Marketing (Vol.52,No.2,April1988
- 9 - Michael Marchesnay, **Management Stratégiques**, les éditions de l'ardreg ,2004.
- 10 - (M).Smith,Mesuring Service Quality : Is SERVQUAL New Redundant?, Journal Of Marketing Management(Vol.11,No.2,1995.
- 11 -Pierre .Torrone,**Models, De Gestion Prévisionnelle De Ressources Humaines**, Edition Vuibert,1986.
- 12 - Pigagniol,c , **La Fonction Des Ressources Humaines** ,Paris,1988.

13 - Quelin Bertrand et Jean-luc Arregle ,**Management Stratégiques Des Compétences**,Edition Marketing,2000,.

- **Sites électroniques: المواقع الإلكترونية:**

[http/ www.sante.dz.developpement](http://www.sante.dz.developpement) consulté le 11.03.2010.

- <http://www.arado.org.eg>. consulté le07.01.2010.

- <http://www.mohip.gov.eg/contactinfo.asp> consulté le 22.07.2010.

- <http://www.JORADP.DZ>.