



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير
شعبة علوم التسيير



الموضوع

أهمية التكامل بين تبني التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في الرفع من جودة الخدمات الصحية

دراسة حالة لعينة من المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة

أطروحة دكتوراه مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث LMD في علوم التسيير

تخصص: تسيير عمومي

إشراف الأستاذ:
أ.د. وفاء رايس

إعداد الطالبة:
زوليفة رحمانى

لجنة المناقشة

أعضاء اللجنة	الرتبة	الصّفة	مؤسسة الانتماء
مفيدة يحيواوي	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة محمد خيضر بسكرة
وفاء رايس	أستاذ التعليم العالي	مشرفا ومقررا	جامعة محمد خيضر بسكرة
ليلي بن عيسى	أستاذ التعليم العالي	مناقشا	جامعة محمد خيضر بسكرة
لطيفة برني	أستاذ محاضر "أ"	مناقشا	جامعة محمد خيضر بسكرة
عادل عشي	أستاذ التعليم العالي	مناقشا	جامعة الحاج لخضر باتنة 1
مونير بن حاح	أستاذ محاضر "أ"	مناقشا	جامعة فرحات عباس سطيف 1

الموسم الجامعي: 2025/ 2024



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير
شعبة علوم التسيير



الموضوع

أهمية التكامل بين تبني التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في الرفع من جودة الخدمات الصحية

دراسة حالة لعينة من المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة

أطروحة دكتوراه مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث LMD في علوم التسيير

تخصص: تسيير عمومي

إشراف الأستاذ:
أ.د. وفاء رايس

إعداد الطالبة:
زولبخة رحمانى

لجنة المناقشة

أعضاء اللجنة	الرتبة	الصفة	مؤسسة الانتماء
مفيدة يحيياوي	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة محمد خيضر بسكرة
وفاء رايس	أستاذ التعليم العالي	مشرفا ومقررا	جامعة محمد خيضر بسكرة
ليلي بن عيسى	أستاذ التعليم العالي	مناقشا	جامعة محمد خيضر بسكرة
لطيفة برني	أستاذ محاضر "أ"	مناقشا	جامعة محمد خيضر بسكرة
عادل عشي	أستاذ التعليم العالي	مناقشا	جامعة الحاج لخضر باتنة 1
مونير بن حاح	أستاذ محاضر "أ"	مناقشا	جامعة فرحات عباس سطيف 1

الموسم الجامعي: 2025/ 2024

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله الذي بتوفيقه تتم الأعمال شكرا خالصا يليق بجلاله وعظيم سلطانه،

واعترافا بالفضل وتقديرا للجميل لا يسعني سوى التوجه بجزيل الشكر والامتنان للأستاذة وفاء رايس على قبولها الإشراف على

هذا العمل وما قدمته من توجيهات ومتابعة وحرصها على إتمامه... جزاها المولى عنا كل خير،

وأقدم بأسمى عبارات الشكر والعرفان للأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة الموقرة كل باسمه وصفته على تفضلهم بقبول مناقشة

هذا العمل وتقديم النصائح لإثراء موضوع الدراسة،

كذلك أعرب عن وافر امتناني وعرفاني لكل الأساتذة الذين ساهموا في تحكيم استمارة الاستبيان فقد كانت ارشاداتهم قيمة

ومفيدة،

كما لا يفوتني أن أشكر كل من قدم لنا العون من موظفي المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة،

وأخيرا، أوجه شكري لمن شجعني وأراد لي الخير لإتمام هذا العمل "والدي وإخوتي وأخواتي".

زوليخة رحامي

الملخص:

هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية التكامل بين تبني التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة من خلال استكشاف الأثر المشترك بين مبادئهما على جودة الخدمات الصحية بدراسة حالة لعينة من المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وجمعت البيانات عبر استبيان موجه لعينة عشوائية طبقية مكونة من 262 إطار مسير (أطباء، شبه طبيين، إداريين)، ثم تحليلها إحصائياً باستخدام برنامجي SPSS V27 و Smart PLS 4. واعتمد البحث على النموذج الإصلاحي لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والمبادئ المقدمة من طرف بعض الباحثين لقياس أبعاد التسيير العمومي الحديث (اللامركزية، مشاركة أصحاب المصلحة، تطوير الشراكات، التركيز على المريض، كفاءة التكلفة، ضمان الجودة، اتخاذ قرار قائم على أدلة، الرقابة والتقييم المستمر، المساءلة، دعم القيادة العليا). بينما استند تقييم إدارة الجودة الشاملة إلى معايير تقييم الجوائز العالمية للجودة (بعد التحسين المستمر، التركيز على المريض، المقارنة بأفضل الممارسات، اتخاذ قرار قائم على أدلة، كفاءة التكلفة، ضمان الجودة، دعم القيادة العليا) ، مع قياس جودة الخدمات الصحية باستخدام مقياس HEALTHQUAL. وكشفت النتائج عن وجود علاقة تكاملية ذات دلالة إحصائية بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة لتحسين جودة الخدمات الصحية، مع تفوق للتسيير العمومي الحديث في التأثير المباشر بقيمة ($\beta=0.588$) مقارنة بإدارة الجودة الشاملة ($\beta=0.314$). وأن التأثير المشترك لهما قوي جداً مما يؤكد أن التكامل يعزز الجودة بشكل يفوق تبني أحدهما منفرداً. تدعم النتائج أهمية إعطاء الأولوية للإصلاحات الإدارية التي تعزز بيئة تمكينية لتطبيق أدوات إدارة الجودة الشاملة، وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص وتفعيل مشروع المؤسسة كآليتين لتحقيق التكامل الأمثل بين النموذجين التسييرين للرفع من جودة الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: التسيير العمومي الحديث، إدارة الجودة الشاملة، تكامل، جودة الخدمات الصحية، الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص، مشروع المؤسسة.

Abstract

This study aimed to highlight the significance of integrating New Public Management (NPM) and Total Quality Management (TQM) to improve healthcare service quality by examining their combined impact. Using a case study approach, the research focused on public health institutions in Batna, Algeria. A descriptive-analytical method was employed, with data collected through a questionnaire administered to a stratified random sample of 262 managerial staff (physicians, paramedics, and administrators). The data were statistically analyzed using SPSS V27 and Smart PLS 4.

The study adopted the OECD's reform model and the principles proposed by some researchers to assess NPM dimensions (decentralization, stakeholder participation, partnership development, Patient-centered care, cost efficiency, quality assurance, evidence-based decision-making, continuous monitoring and evaluation, accountability, and leadership commitment). Meanwhile, TQM was evaluated based on global quality award criteria (continuous improvement, Patient-centered care, benchmarking against best practices, evidence-based decision-making, cost efficiency, quality assurance, and leadership commitment). Healthcare service quality was measured using the HEALTHQUAL scale.

The findings revealed a statistically significant synergistic relationship between NPM and TQM in enhancing healthcare quality. NPM demonstrated a stronger direct effect ($\beta=0.588$) compared to TQM ($\beta=0.314$). Moreover, their combined impact was highly substantial, confirming that integration yields superior outcomes compared to adopting either approach in isolation.

The results underscore the importance of prioritizing administrative reforms that foster an enabling environment for TQM implementation. The study recommends strengthening public-private partnerships (PPPs) and activating institutional project as key mechanisms for optimal integration of these management models to elevate healthcare service quality.

Keywords:

New Public Management (NPM), Total Quality Management (TQM), Integration, Healthcare Service Quality, Public-Private Partnership (PPP), institutional Project.

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
I	الشكر
II	ملخص
IV	فهرس المحتويات
XI	قائمة الجداول والأشكال
أ-ظ	المقدمة
الفصل الأول- مقارنة مفاهيمية حول جودة الخدمات الصحية	
1	تمهيد
2	المبحث الأول- الإطار النظري للخدمة الصحية
2	المطلب الأول- تعريف الخدمة الصحية
2	المطلب الثاني- خصائص الخدمة الصحية
3	المطلب الثالث- أسس الخدمة الصحية
4	الفرع الأول: الكفاية الكمية
4	الفرع الثاني: الكفاية النوعية
4	المطلب الرابع- أنواع الخدمة الصحية
4	الفرع الأول: حسب الوظيفة
5	الفرع الثاني: حسب المستوى
6	المطلب الخامس- الوظائف المكونة للخدمة الصحية
6	المبحث الثاني- مفاهيم أساسية لجودة الخدمة الصحية
6	المطلب الأول- تعريف جودة الخدمة الصحية
7	المطلب الثاني- أهمية جودة الخدمة الصحية
8	المطلب الثالث- أبعاد جودة الخدمة الصحية
11	المطلب الرابع- قياس جودة الخدمة الصحية
12	الفرع الأول: مقاييس جودة الخدمة الصحية من جانب المرضى
12	أولا: مقياس عدد الشكاوى
12	ثانيا: مقياس الرضا
12	ثالثا: مقياس الفجوات SERVQUAL
16	رابعا: مقياس الأداء الفعلي SERVPERF
17	خامسا: مقياس HEALTHQUAL
20	سادسا: مقياس PubHosQual
21	سابعا: مقياس HospitalQual
21	ثامنا: المقاييس المعدلة
23	الفرع الثاني: مقاييس جودة الخدمات الصحية من جانب المهنيين

23	أولاً: مقاييس الجودة بدلالة المدخلات
23	ثانياً: مقاييس الجودة بدلالة الإجراءات
23	ثالثاً: مقاييس الجودة بدلالة المخرجات
24	المطلب الخامس - تكاليف جودة الخدمة الصحية
24	الفرع الأول: تقسيمات تكاليف الجودة
24	الفرع الثاني: نماذج قياس تكاليف الجودة
25	المبحث الثالث - إطار مفاهيمي حول المؤسسات العمومية للصحة
26	المطلب الأول - ماهية المؤسسات الصحية
26	الفرع الأول: تعريف المؤسسة الصحية
26	الفرع الثاني: تصنيفات المؤسسات الصحية
27	الفرع الثالث: وظائف المؤسسة الصحية
27	المطلب الثاني - ماهية المؤسسات العمومية للصحة
27	الفرع الأول: تعريف المؤسسة العمومية للصحة
29	الفرع الثاني: خصائص المؤسسة العمومية للصحة
29	الفرع الثالث: تسيير المؤسسة العمومية للصحة
29	أولاً: الفواعل المسيرة بالمؤسسة العمومية للصحة
32	ثانياً: دور المسير بالمؤسسة العمومية للصحة
33	ثالثاً: نماذج التنظيم في المؤسسة العمومية للصحة
34	المطلب الثالث - ممارسات المؤسسات العمومية للصحة لضمان جودة الخدمة الصحية
34	الفرع الأول: المبادئ العامة لضمان جودة الخدمة الصحية
35	الفرع الثاني: المتطلبات الدولية لضمان جودة الخدمة الصحية
37	الفرع الثالث: أهم أسباب الاهتمام بضمان جودة الخدمة الصحية
37	المطلب الرابع - تنظيم وسير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر
37	الفرع الأول: المؤسسات الاستشفائية
37	أولاً: التركيبة الأساسية للمؤسسات الاستشفائية
41	ثانياً: المؤسسات الاستشفائية الأخرى
42	الفرع الثاني: مؤسسات صحية أخرى
42	أولاً: على المستوى المركزي
42	ثانياً: على المستوى المحلي
44	خلاصة الفصل
	الفصل الثاني - مقارنة مفاهيمية حول التسيير العمومي الحديث
45	تمهيد
46	المبحث الأول - لمحة تاريخية لتطور نظريات التسيير العمومي

46	المطلب الأول- مقاربات التسيير العمومي قبل فترة الحرب الباردة
46	الفرع الأول: الإدارة العمومية والتسيير العمومي
46	الفرع الثاني: مقارنة الإدارة العلمية
47	الفرع الثالث: مقارنة العلاقات الإنسانية
48	المطلب الثاني- تطور نظريات التسيير العمومي بعد فترة الحرب الباردة
48	الفرع الأول: مقارنة سايمون هاربرت Herbert Simon في صنع القرار
49	الفرع الثاني: من مراقبة الجودة إلى إدارة الجودة الشاملة
50	الفرع الثالث: التسيير العمومي الحديث وإعادة اختراع الحكومة
52	المبحث الثاني- الإطار النظري للتسيير العمومي الحديث
52	المطلب الأول- تعريف التسيير العمومي الحديث
54	المطلب الثاني- نظريات التسيير العمومي الحديث
54	الفرع الأول: نظرية الاختيار العمومي
55	الفرع الثاني: نظرية الوكالة
55	الفرع الثالث: نظرية تكاليف المعاملة
55	الفرع الرابع: نظرية الاشراف
56	المطلب الثالث- خصائص التسيير العمومي الحديث
57	المطلب الرابع- مبادئ التسيير العمومي الحديث وأساسيات تطبيقها
57	الفرع الأول: مبادئ التسيير العمومي الحديث
62	الفرع الثاني: أساسيات تطبيق مبادئ التسيير العمومي الحديث
63	المطلب الخامس- نماذج التسيير العمومي الحديث
63	الفرع الأول: تصنيف فارلي Ferlie وآخرون
64	الفرع الثاني: تصنيف مونكس Monks
65	الفرع الثالث: تصنيف بولجاني Bolgiani
65	المطلب السادس- أساليب ممارسة التسيير العمومي الحديث
65	الفرع الأول: أساليب ممارسة التسيير العمومي الحديث
67	الفرع الثاني: وظائف الادارة في ظل التسيير العمومي الحديث
67	الفرع الثالث: ملامح ممارسة التسيير العمومي الحديث ضمن التجربة الجزائرية
68	المبحث الثالث- تطبيق التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة
68	المطلب الأول- أهمية ممارسة التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة
68	الفرع الأول: أهمية التسيير العمومي الحديث بالنسبة لكل القطاعات
69	الفرع الثاني: أهمية التسيير العمومي الحديث بالنسبة لقطاع الصحة
70	المطلب الثاني- حدود التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة
70	الفرع الأول: حدود التسيير العمومي الحديث التي تشترك فيها كل القطاعات

73	الفرع الثاني: حدود التسيير العمومي الحديث بالنسبة لقطاع الصحة
75	المطلب الثالث- متطلبات تطبيق التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة
75	الفرع الأول: بالنسبة للأداء
76	الفرع الثاني: بالنسبة للنظم المساندة للأداء
76	المطلب الرابع- آليات تطبيق التسيير العمومي الحديث ضمن إطار قانون الصحة الجزائري 11-18
78	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث- مقارنة مفاهيمية حول إدارة الجودة الشاملة
79	تمهيد
80	المبحث الأول- الإطار النظري لإدارة الجودة الشاملة
80	المطلب الأول- التطور التاريخي لإدارة الجودة الشاملة
80	الفرع الأول: اللبنة الأولى لإدارة الجودة الشاملة
80	الفرع الثاني: مراحل تطور إدارة الجودة الشاملة
81	المطلب الثاني- تعريف إدارة الجودة الشاملة
82	المطلب الثالث- مقاربات إدارة الجودة الشاملة
83	المطلب الرابع- إسهامات رواد الجودة في تطوير مفهوم إدارة الجودة الشاملة
83	الفرع الأول: ويليام إدوارد ديمينغ William Edwards Deming
85	الفرع الثاني: فيليب بايرد كروسبي Philip Bayard Crosby
86	الفرع الثالث: كاورو إيشيكافا Kaoru Ishikawa
87	الفرع الرابع: جوزيف موزيس جوران Jesef Moses Juran
87	الفرع الخامس: أرماند فالان فيجينباوم Armand Vallin Feigenbaum
88	المطلب الخامس- مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة
88	المطلب السادس- مبادئ إدارة الجودة الشاملة
89	الفرع الأول: مبادئ إدارة الجودة الشاملة حسب قائمة BS EN ISO 9000
91	الفرع الثاني: مبادئ إدارة الجودة الشاملة حسب معايير تقييم الجوائز العالمية للجودة
93	المطلب السابع- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة
93	الفرع الأول: المرحلة الصفرية (مرحلة الإعداد)
93	الفرع الثاني: المرحلة الأولى (مرحلة التخطيط)
93	الفرع الثالث: المرحلة الثانية (مرحلة التقييم والتقدير)
94	الفرع الرابع: المرحلة الثالثة (مرحلة التنفيذ)
94	الفرع الخامس: المرحلة الرابعة (مرحلة تبادل ونشر الخبرات)
94	المطلب الثامن- أدوات وطرق إدارة الجودة الشاملة
94	الفرع الأول: أدوات إدارة الجودة الشاملة
95	الفرع الثاني: طرق إدارة الجودة الشاملة

95	أولاً- الطريقة الرشيقية أو طريقة لين Lean
96	ثانياً- سيكس سيجما Six Sigma
98	ثالثاً- لين سيكس سيجما Lean Six Sigma
98	رابعاً- كايزن Kaizen
100	خامساً- التوقيت المناسب Just In Time
100	سادساً- المقارنة المرجعية (قياس الأداء المقارن) Benchmarking
101	المبحث الثاني- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة
101	المطلب الأول- أهمية وأهداف تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة
101	الفرع الأول: أهمية إدارة الجودة الشاملة بالنسبة لكل القطاعات
102	الفرع الثاني: أهمية إدارة الجودة الشاملة بالنسبة لقطاع الصحة (المؤسسات العمومية للصحة)
102	الفرع الثالث: أهداف إدارة الجودة الشاملة
103	المطلب الثاني- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة
103	الفرع الأول: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة المشتركة بين القطاعات
104	الفرع الثاني: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة
105	المطلب الثالث- متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة
112	المطلب الرابع- صور تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر
113	خلاصة الفصل
	الفصل الرابع- العلاقة النظرية بين تكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة وبين جودة الخدمات الصحية
114	تمهيد
115	المبحث الأول- أوجه الشبه والاختلاف بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة
115	المطلب الأول- أوجه الشبه بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة
115	المطلب الثاني- أوجه الاختلاف بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة
117	المبحث الثاني- مقترح نموذج هجين لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة
117	المطلب الأول- نحو مقترح نموذج لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة لتحقيق جودة الخدمات الصحية
120	المطلب الثاني- تكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية
121	المطلب الثالث- دور وحدة تحسين الجودة في تحقيق التكامل داخل المؤسسة العمومية للصحة
123	المبحث الثالث- الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص كنموذج لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة
123	المطلب الأول- تعريف الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص
124	المطلب الثاني- مفاهيم مقارنة للشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص
125	الفرع الأول: الشراكة والمشاركة

125	الفرع الثاني: الشراكة والتمكين
125	الفرع الثالث: الشراكة والخصخصة
125	الفرع الرابع: الشراكة والاندماج
126	المطلب الثالث- مبادئ الشراكة الناجحة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص
126	المطلب الرابع- أهمية الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص
126	الفرع الأول: تخفيض التكاليف
127	الفرع الثاني: توزيع المخاطر
127	الفرع الثالث: تطوير الخدمات
128	الفرع الرابع: تحقيق الكفاءة
128	الفرع الخامس: المنافع الاقتصادية
129	المطلب الخامس- أشكال الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص
129	الفرع الأول: شراكات التعاون
129	الفرع الثاني: شراكات التعاقد
130	المطلب السادس- متطلبات الشراكة الناجحة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص
131	المطلب السابع- أثر الشراكة بين القطاع العمومي والخاص على جودة الخدمات الصحية
131	الفرع الأول: الشراكة بين القطاعين نموذج متعدد الأبعاد مستندة على التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة
132	الفرع الثاني: فوائد الشراكة بين القطاعين في مجال الصحة
135	المطلب الثامن- صور الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص ضمن المنظومة الصحية الجزائرية
137	المبحث الرابع- مشروع المؤسسة كنموذج لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية للصحة
136	المطلب الأول- تعريف مشروع المؤسسة الصحية
137	المطلب الثاني- مكونات مشروع المؤسسة العمومية للصحة
137	الفرع الأول: المشروع الطبي
137	الفرع الثاني: مشروع خدمات التمريض
137	الفرع الثالث: المشروع الاجتماعي
137	الفرع الرابع: مشروع نظام المعلومات
138	الفرع الخامس: مشروع الجودة
138	الفرع السادس: مشروع التسيير
138	المطلب الثالث- أهداف مشروع المؤسسة الصحية
138	المطلب الرابع- مشروع المؤسسة العمومية للصحة آلية لدمج مبادئ التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة
139	المطلب الخامس- تجربة مشروع المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر
140	خلاصة الفصل

الفصل الخامس - الإطار التطبيقي للدراسة	
141	تمهيد
142	المبحث الأول - تقديم عام للمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة
142	المطلب الأول - المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة
145	المطلب الثاني - المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مريم بوعتورة باتنة
147	المطلب الثالث - المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة
148	المطلب الرابع - المؤسسة العمومية للصحة العمومية باتنة
150	المبحث الثاني - الإطار المنهجي للدراسة الميدانية
150	المطلب الأول - الدراسة الاستطلاعية
150	الفرع الأول - أبعاد الدراسة الاستطلاعية
152	الفرع الثاني - أساليب المعالجة الإحصائية المعتمدة في الدراسة
154	الفرع الثالث - خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية
157	الفرع الرابع - الاستكشاف الأولي للبيانات
158	الفرع الخامس - الخطوات والاختبارات البنائية للاستبيان
162	المطلب الثاني - الدراسة الرئيسية
162	الفرع الأول - مجتمع الدراسة
162	الفرع الثاني - عينة الدراسة
166	المبحث الثالث - تحليل واختبار فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج
166	المطلب الأول - تحليل محاور الاستبيان
192	المطلب الثاني - اختبار فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج
221	خلاصة الفصل
222	الخاتمة
226	قائمة المراجع
242	الملاحق

فهرس الجداول والأشكال

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
(1-1)	معايير الأداء لتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية حسب دونابيديان Donabedian	9
(2-1)	أبعاد وخصائص مقياس SERVQUAL في الصحة	13
(3-1)	أبعاد ومؤشرات مقياس HEALTHQUAL	19
(4-1)	أهم أبعاد جودة الخدمات الصحية	22
(5-1)	تأثير معايير الاعتماد على تحسين جودة الخدمات الصحية	35
(1-2)	مبادئ التسيير العمومي الحديث حسب هود C. Hood	57
(2-2)	أهم مكونات التسيير العمومي الحديث	61
(3-2)	مبادئ التسيير العمومي الحديث	61
(4-2)	وظائف الإدارة بعد تطبيق التسيير العمومي الحديث	67
(1-3)	خطوات نموذج PDCA	80
(2-3)	مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة	88
(3-3)	مقاييس الأداء الداعمة لإدارة الجودة الشاملة حسب موتواني Motwani	90
(4-3)	مقارنة بين مبادئ إدارة الجودة الشاملة من منظور جائزتي MBNQA وEQA وقائمة ISO 9000	92
(5-3)	أهم أدوات إدارة الجودة الشاملة	94
(6-3)	مستويات السيجما	97
(1-4)	أوجه الشبه والاختلاف بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة	116
(2-4)	أوجه الشبه والاختلاف بين الشراكة والمشاركة	124
(3-4)	أوجه الشبه والاختلاف بين الشراكة والتمكين	125
(4-4)	أوجه الشبه والاختلاف بين الشراكة والخصخصة	125
(5-4)	أوجه الشبه والاختلاف بين الشراكة والاندماج	125
(6-4)	فوائد الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص في مجال الصحة	134
(1-5)	تعداد المستخدمين بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة سنة 2024	144
(2-5)	النشاطات الطبية بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة سنة 2024	144
(3-5)	تعداد المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة باتنة سنة 2024	146
(4-5)	النشاطات الطبية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة باتنة سنة 2024	146
(5-5)	تعداد المستخدمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة سنة 2024	148
(6-5)	النشاطات الطبية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة سنة 2024	148
(7-5)	توزيع قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة	149
(8-5)	تعداد المستخدمين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة سنة 2024	149

150	النشاطات الطبية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة سنة 2024	(9-5)
151	الأبعاد المختارة لمتغيرات الدراسة	(10-5)
154	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المسمى الوظيفي	(11-5)
155	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر	(12-5)
155	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس	(13-5)
156	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي	(14-5)
156	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سنوات الخبرة	(15-5)
158	تركيبة استمارة الاستبيان	(16-5)
159	فئات سلم ليكرت الخماسي وأوساطه الموزونة	(17-5)
159	معاملات الارتباط بين عبارات أبعاد التسيير العمومي الحديث والدرجة الكلية	(18-5)
160	معاملات الارتباط بين عبارات أبعاد إدارة الجودة الشاملة والدرجة الكلية	(19-5)
160	معاملات الارتباط بين عبارات أبعاد جودة الخدمات الصحية والدرجة الكلية	(20-5)
161	معامل الثبات ألفا كرونباخ Alpha Cronbach	(21-5)
162	المؤسسات العمومية للصحة المشككة لمجتمع الدراسة	(22-5)
164	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية	(23-5)
166	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: اللامركزية	(24-5)
166	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: مشاركة أصحاب المصلحة	(25-5)
168	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: تطوير الشراكات	(26-5)
169	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: الرقابة والتقييم المستمر	(27-5)
172	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: المساواة	(28-5)
174	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: دعم القيادة العليا	(29-5)
175	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: التحسين المستمر	(30-5)
177	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: المقارنة بأفضل الممارسات	(31-5)
178	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: التركيز على المريض	(32-5)
180	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: اتخاذ قرار قائم على أدلة	(33-5)
181	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: ضمان الجودة	(34-5)
183	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: كفاءة التكلفة	(35-5)
184	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: جودة التعاطف	(36-5)
186	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: جودة الملموسية	(37-5)
187	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: جودة السلامة	(38-5)
189	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: جودة الكفاءة	(39-5)
190	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: تحسينات خدمات الرعاية.	(40-5)

193	الصدق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي لمتغير التسيير العمومي الحديث	(41-5)
194	الصدق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي لمتغير إدارة الجودة الشاملة	(42-5)
195	الصدق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي لمتغير جودة الخدمات الصحية	(43-5)
197	الصدق التمييزي	(44-5)
197	معامل التحديد R2	(45-5)
198	معامل حجم الأثر (F-Square)	(46-5)
199	نتيجة الفرضية رقم 1	(47-5)
200	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 1-1	(48-5)
202	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-1	(49-5)
203	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 3-1	(50-5)
204	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 4-1	(51-5)
206	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 5-1	(52-5)
207	نتيجة الفرضية رقم 2	(53-5)
208	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 1-2	(54-5)
210	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-2	(55-5)
211	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 3-2	(56-5)
213	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 4-2	(57-5)
214	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 5-2	(58-5)
216	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 6-2	(59-5)
217	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 7-2	(60-5)
219	نتيجة الفرضية الرئيسية	(61-5)

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	المخطط الفرضي للعلاقة بين متغيرات الدراسة	ض
2	نموذج SERVQUAL	13
3	فجوات نموذج SERVQUAL	16
4	العوامل الأربعة للمستشفى	30
5	أساسيات تطبيق التسيير العمومي الحديث	63
6	عجلة ديمينغ Deming circle	84
7	توزيع أدوات إدارة الجودة الشاملة بين منهج Lean و Six Sigma	98
8	كيفية عمل حلقات الجودة	99
9	مقترح نموذج هجين لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة	118
10	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المسمى الوظيفي	154
11	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر	155
12	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس	155
13	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي	156
14	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سنوات الخبرة	157
15	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير المسمى الوظيفي	164
16	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير العمر	164
17	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير الجنس	164
18	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	165
19	التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة	165
20	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى اللامركزية	167
21	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى مشاركة أصحاب المصلحة	169
22	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى تطوير الشراكات	170
23	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى الرقابة والتقييم المستمر.	174
24	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى المساواة	172
25	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى دعم القيادة العليا	173
26	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى التحسين المستمر	175
27	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى المقارنة بأفضل الممارسات.	178
28	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى التركيز على المريض	179
29	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى اتخاذ قرار قائم على أدلة.	181
30	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى ضمان الجودة	182

184	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى كفاءة التكلفة	31
185	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى جودة التعاطف	32
187	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس جودة الملموسية	33
188	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس جودة السلامة	34
190	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس جودة الكفاءة	35
191	ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس تحسينات خدمات الرعاية	36
196	الصدق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي	37
199	نتيجة الفرضية رقم 1	38
201	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 1-1	39
202	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-1	40
203	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 3-1	41
205	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 4-1	42
206	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 5-1	43
207	نتيجة الفرضية رقم 2	44
209	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 1- 2	45
210	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2- 2	46
212	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 3- 2	47
213	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 4- 2	48
215	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 5- 2	49
216	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 6- 2	50
218	نتيجة الفرضية الفرعية رقم 7- 2	51
219	نتيجة الفرضية الرئيسية	52

مقدمة

أولاً - تمهيد:

عاش القطاع العمومي في العديد من الدول، مع بداية الثمانينات من القرن الماضي، اختلالات في طرق تسيير مؤسساته، مما أحدث عدة مشاكل منها ضعف الأداء، ارتفاع حجم الدين العام، البيروقراطية، الفساد وغيرها. وكل هذا ساهم في التدمير العام وعدم رضا المواطن على أداء المؤسسات العمومية، مما دعا إلى ضرورة إحداث تغييرات وإصلاحات من شأنها إيجاد حلول لهذه المشاكل في مجال التسيير العمومي، لذلك تأثر القطاع العمومي بمناهج التسيير في القطاع الخاص كوسيلة لإصلاح مؤسساته، ومن أهم القطاعات الحساسة والمعقدة قطاع الصحة الذي لم يكن بمنأى عن هذه التحولات.

فلقي قطاع الصحة الاهتمام الأبرز خلال السنوات الأخيرة من طرف الحكومات والباحثين نظراً لأهمية الفرد في التنمية من جهة، ومن جهة أخرى ارتفاع تكاليف الصحة بسبب التحولات الديموغرافية والوبائية وكذلك التطور التكنولوجي المتسارع، دون إغفال عامل التنوع وتعقد التخصصات الطبية. حيث كانت جهود الحكومات منصبة على الارتقاء بمستوى الخدمة الصحية المقدمة، كون هذه الأخيرة قبل كل شيء حق لكل فرد من أفراد المجتمع دون النظر إلى تكلفتها المادية، والدولة مطالبة بحماية هذا الحق وتوفير كل الإمكانيات المتاحة قصد تقديم خدمة صحية مقبولة لمواطنيها ورفع مستوى أداء مؤسساتها الصحية. فجودة الخدمة يعني رضا الفرد، ومنه استقرار المجتمع بشكل عام.

والدولة من خلال تقديمها لخدماتها الصحية للمواطنين تجدد نفسها أمام تحدين أساسيين، الأول هو الإنصاف أي حق المواطن في الحصول عليها أينما كان، وسهولة الوصول إليها. والثاني تقديم مستوى مناسب من الجودة، ويعني ذلك مراعاة معايير تم اعتمادها في الممارسات الوظيفية داخل المستشفى ويتم تحسينها بتغيير الظروف والبيئة. لذلك يجب أن يكون النظام الصحي كفؤاً، فعالاً ومنصفاً ويقدم خدماته بمستوى جودة تحظى برضا المواطن.

وفي هذا السياق، اعتمدت الدول والمنظمات الدولية تجارب تسيير ناجحة كأنماط ومناهج للعمل بها واعتمادها في الأنظمة الصحية، على وجه الخصوص المؤسسات العمومية للصحة باعتبارها الوجهة الأولى للمواطن.

وتعد المؤسسات العمومية للصحة مركز المنظومة الصحية، فهي الهيكل القاعدي الذي يتولى مهمة تقديم الخدمات الصحية بجميع أنواعها، ولكن تحت تأثير التشريعات والقوانين المعمول بها ضمن إطار أي دولة جعلها مقيدة، فبرزت الكثير من المشاكل التسييرية ولم تستطع المؤسسات العمومية للصحة مجاراة التطورات الحاصلة في بيئتها ولم تستجب لاحتياجات المواطن، في ظل قلة الموارد كما أو كيفاً، لذا ظهرت حتمية البحث عن سبل كفيلة لتلبية الطلب وتحسين جودة مخرجاتها للحصول على رضا المواطن بكفاءة وفعالية.

وتطبيق فلسفة الجودة في قطاع الصحة يحث على مشاركة جميع فواعله لتلبية احتياجات متلقي الخدمة الصحية وكسب رضاه، ويتوقف ذلك على اختيار الأساليب الحديثة لتأدية موظفي القطاع مهامهم والتوجه نحو المريض باعتباره محور المنظومة ككل. ما فتح الباب للتفكير في إيجاد نماذج تسييرية مبتكرة قائمة على استخدامات متقدمة المفاهيم، من بينها التسيير العمومي الحديث والذي يعتبر رد فعل على عدم قدرة الإدارة التقليدية على الاستجابة لمتطلبات تنافسية القطاع الخاص من خلال إعطاء مكانة هامة للمركزية والتركيز على النتائج وتعزيز المرونة للاستجابة للتغيرات، وترقية كفاءة أداء المؤسسة العمومية للصحة التي تساعدها على

رشادة استخدام مواردها. إلى جانب إدارة الجودة الشاملة التي اهتمت بالتحسين المستمر للعمليات والمشاركة والتمكين لتحقيق الهدف الأسمى للمؤسسات العمومية للصحة ألا وهو تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية تغطي برضا المواطن وبأقل تكلفة ممكنة. ولأن لكل منهج أو نظام حدود تظهر خلال تطبيقه، فقد لاحظ الباحثون وأقروا بوجود نقائص في كلا النموذجين سواء التسيير العمومي الحديث أو إدارة الجودة الشاملة، فلا وجود لنموذج مثالي يمكن اعتماده من طرف كل المؤسسات وبكل البيئات، إلا أن تطبيق التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة أحدث فرقا في نوعية مخرجات المؤسسات الصحية. فخصوصية القطاع بسبب تعقد طبيعة خدماتها ونظرا لحساسيتها الشديدة، جعلت ممارسة هاذين المنهجين تختلف عن بعضهما البعض وإن كانت الأهداف مشتركة بينهما، فقد كان لكل منهما أهمية متفردة لتطبيقه على المؤسسات العمومية للصحة. ولأن هناك العديد من الأبعاد التي يشترك فيها التسيير العمومي مع إدارة الجودة الشاملة، فقد يساهم ذلك في إمكانية عملهما مع بعض، من خلال تمازج الأسلوبين. فتبني منهج تسييري واحد دون تأثره بالمنهج التسييري الأخرى في قطاع الصحة قد يحد من تحقيق بعض الأهداف، لذلك يحدث اليوم تمجيد لمنهج إصلاح الإدارة العمومية لترقية نظام صحي كفاء تقدم مؤسساته العمومية للصحة خدمات ذات جودة ترقى لتطلعات المواطن.

ثانيا- إشكالية الدراسة:

تعد الصحة أحد الركائز الرئيسية لتنمية المجتمعات، حيث تعكس جودة الخدمات الصحية مستوى تقدم الدولة واهتمامها برفاهية مواطنيها. وفي الجزائر، يغطي قطاع الصحة باهتمام كبير من قبل الحكومة، حيث تحتل ميزانية وزارة الصحة المرتبة الخامسة بين الوزارات، بنسبة 3.6% من إجمالي الميزانية العامة للدولة. وقد شهدت ميزانية القطاع قفزة غير مسبقة في عام 2025، حيث ارتفعت من 6.3 مليار دولار السنة الفارطة إلى 7.5 مليار دولار، وذلك في إطار الجهود الرامية إلى تحسين كفاءة القطاع وتعزيز جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

ومع ذلك، فإن المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر تواجه تحديا متزايدا يتمثل في ضرورة تحسين كفاءتها وفعاليتها في تقديم الخدمات الصحية ذات جودة عالية، وذلك في ظل التغيرات المتسارعة التي يشهدها القطاع. فلم يعد دور هذه المؤسسات مقتصر على تقديم العلاج، بل أصبحت مطالبة بتطبيق مبادئ الجودة لضمان استدامة خدماتها وتحسين مخرجاتها. إلا أن هذا التحدي يزداد تعقيدا في ظل تزايد الطلب على الخدمات الصحية، وارتفاع تكاليف التشغيل نتيجة التطور التكنولوجي السريع في المجال الطبي. وبغية تمكينها من مقومات الاستجابة لتنامي الطلب على خدماتها سواء العلاجية منها أو الوقائية، يجب التفكير في آلية تسيير هذه المؤسسات بأسلوب كفاء وفعال كي تستطيع القيام بأنشطتها وتحقيق أهدافها، ومن أهمها تحسين جودة خدماتها الصحية.

وهنا تبرز أهمية البحث عن نموذج تسيير متكامل فيه أبعاد التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة كحل استراتيجي لرفع جودة الخدمة الصحية وضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة. وفي ذات المسعى تبرز ضرورة تحليل مدى قابلية تطبيق تكامل النماذج موضوع الدراسة عمليا بدل الاكتفاء باستكشاف أهميته النظرية، ومن هذا المنطلق اتجهت الدراسة إلى قياس الأثر بدلا من تحليل الجوانب الوصفية. وذلك لسببين منهجين أساسيين أولهما تعذر القياس الكمي لمفهوم "الأهمية" نظرا لطبيعته الوصفية، مما يجعله غير متوافق مع الإطار المنهجي المعتمد. ثانيهما، يمكن قياس الأثر من استخلاص نتائج موضوعية لتقييم كفاءة النماذج قيد الدراسة

ضمن سياق القطاع الصحي العمومي الجزائري، قابلة للتعميم بعيدا عن التفسيرات الانطباعية التي قد تنتج عن المفاهيم النظرية المجردة. واستنادا إلى هذه المبررات تندرج الإشكالية على النحو التالي:

ما أثر التكامل بين تبني التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة في الجزائر؟

ثالثا- التساؤلات الفرعية:

معالجة هذه الإشكالية تتطلب الإجابة على جملة من الأسئلة الفرعية التالية:

1- ما أثر تطبيق التسيير العمومي الحديث على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟ ومن خلاله يمكنه طرح تساؤلات فرعية جزئية وهي:

« ما أثر تطبيق مبدأ اللامركزية على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة ؟
« ما أثر تطبيق مبدأ مشاركة أصحاب المصلحة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟

« ما أثر تطبيق مبدأ تطوير الشراكات على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟
« ما أثر تطبيق مبدأ الرقابة والتقييم المستمر على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟
« ما أثر تطبيق مبدأ المساءلة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟

2- ما أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟ ومن خلاله يمكنه طرح تساؤلات فرعية جزئية وهي:

« ما أثر تطبيق مبدأ التحسين المستمر على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟
« ما أثر تطبيق مبدأ المقارنة بأفضل الممارسات على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟

« ما أثر تطبيق مبدأ التركيز على المريض على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟
« ما أثر تطبيق مبدأ اتخاذ قرار قائم على أدلة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟

« ما أثر تطبيق مبدأ كفاءة التكلفة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟
« ما أثر تطبيق مبدأ ضمان الجودة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟
« ما أثر تطبيق مبدأ دعم القيادة العليا على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة؟

رابعاً- فرضيات الدراسة:

بناء على الأسئلة السابقة، اعتمدت الدراسة على مجموعة من الفرضيات التي تهدف إلى دراسة العلاقة التكاملية التي تربط بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة كمتغيرين مستقلين ومدى تأثيرها على جودة الخدمات الصحية كمتغير تابع، وقد تم صياغتها على النحو التالي:

***الفرضية الرئيسية:** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتكامل بين تطبيق التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

*الفرضيات الفرعية:

1- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبادئ التسيير العمومي الحديث على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

◀ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ اللامركزية على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

◀ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ مشاركة أصحاب المصلحة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

◀ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ تطوير الشراكات على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

◀ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ الرقابة والتقييم المستمر على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

◀ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ المساءلة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

◀ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ دعم القيادة العليا على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

◀ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ التحسين المستمر على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

◀ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ المقارنة بأفضل الممارسات على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

◀ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ التركيز على المريض على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

« يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ اتخاذ قرار قائم على أدلة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

« يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ كفاءة التكلفة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

« يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ ضمان الجودة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

خامسا- أهمية الدراسة:

تأتي هذه الدراسة لتبين أهمية تكامل استخدام الأساليب التسييرية الحديثة من التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة من بعد أن أثبتنا نجاحهما في تطوير الأداء الإداري في القطاعين العمومي والخاص. وتزداد أهمية هذه الدراسة كونها تعالج الموضوع داخل أهم مؤسسة تحفظ حياة البشر أين مجال الخطأ فيه يقترب من العدم، وأين نفقات الدولة على الخدمات الصحية ترتفع بشكل متسارع مع زيادة الطلب عليها، ومثل هذه المهمة يجب التفكير في تحقيق تكامل بين الأساليب التسييرية التي خلقت فارقا ملحوظا في تحسين أداء المؤسسات.

كما تساهم نتائج هذه الدراسة في معرفة مكان القوة لكلا المنهجين سواء التسيير العمومي الحديث أو إدارة الجودة الشاملة بما يخدم المؤسسات العمومية للصحة للرفع من كفاءتها، في الوقت الذي تسعى فيه الحكومة الجزائرية مواكبة التطور الحاصل في تسيير مؤسسات القطاع الصحي العمومي بهدف تحسين جودة الخدمات والسعي للوصول إلى تطلعات المواطن وتحقيق رضاه. وما يميز هذه الدراسة أنها تعتبر الأولى من نوعها التي تسعى الباحثة من خلالها إبراز أهمية التكامل بين مقاربتين بارزتين في التسيير العمومي لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة من خلال اقتراح نموذج هجين بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة.

سادسا- أهداف الدراسة:

يكمن الهدف العام لهذه الدراسة في توضيح أهمية التكامل بين تبني مبادئ التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة، والتركيز على هذا الموضوع يحمل بين طياته تحقيق الأهداف الفرعية الآتية:

- السعي لاقتراح نموذج هجين يدمج بين مبادئ التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة يتماشى مع خصوصيات المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر.
- محاولة استكشاف الآليات التي يمكن من خلالها تحقيق هذا التكامل والتي تدمج فيها أدوات التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية مثل الشراكة بين القطاع العمومي والخاص وأيضا مشروع المؤسسة.
- الوقوف على واقع أثر التكامل بين أدوات التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة ومدى وعي إدارتها لأهمية هذا التكامل.
- لفت انتباه مسيري القطاع الصحي العمومي لأهمية تطبيق أدوات التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة للتحكم في الزيادة المضطردة لتكاليف الخدمة الصحية مع ضمان جودتها.

- محاولة فهم الصعوبات التي تواجه المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر لمواكبة التطور الفكري في التسيير العمومي.
- تقديم مقترحات من شأنها مساعدة مسيري المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر لتطبيق مفاهيم التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة بما يتماشى مع التوجهات العالمية الحديثة في إدارة المؤسسات الصحية.

سابعا- حدود الدراسة :

تتمثل حدود هذه الدراسة فيما يلي:

-الحدود المكانية: أجريت هذه الدراسة على مستوى عينة من أربع مؤسسات عمومية للصحة بولاية باتنة وهي: المركز الاستشفائي الجامعي باتنة، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مريم بوعتورة باتنة، المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة.

-الحدود الزمانية: يمتد المجال الزمني لهذه الدراسة بشقيه النظري والتطبيقي على مدار ثلاثة سنوات (2025/2022)، وقد تم تجسيد الدراسة الميدانية خلال الفترة الممتدة من أكتوبر 2024 إلى أبريل 2025.

-الحدود البشرية: اقتصرَت الدراسة على المسيرين بالمؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة منهم الإداريون أو الأطباء أو شبه الطبيين.

ثامنا- الدراسات السابقة:

لم يكن للإنسان ليصل إلى ما وصل إليه من تطور علمي وتكنولوجي لولا عملية متكاملة للبحث المعرفي، وتعد الدراسات السابقة جزءا من هذه العملية. لذا تعتبر مرحلة عرض وتحليل وتقييم الدراسات العلمية السابقة التي ترتبط بموضوع الأطروحة من أهم الخطوات الأساسية لتحديد الفجوة البحثية بينها وبين الموضوع محل الدراسة، وأيضا لبناء تراكم معرفي سليم يهدف إلى تقييم ما تم عرضه وتقديم ما لم يتم البحث فيه أو تطويره أو معارضته مع تغير معطيات أخرى. بالنسبة لموضوع جودة الخدمات الصحية وتحسينها، يلاحظ أن جلها تدرس إما أثر تبني التسيير العمومي الحديث أو إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمة الصحية بشكل منفصل، لكن أغلبها يركز على إدارة الجودة الشاملة أكثر من التسيير العمومي الحديث.

أ) أهم الدراسات المختارة:

من أهم الدراسات التي اعتمد عليها في هذه الدراسة ولها علاقة بمتغيراتها بشكل مباشر ما يلي، وقد تم تصنيفها بين الدراسات باللغة العربية والدراسات باللغة الأجنبية تبعا لمنظور زمني من الأقدم للأحدث:

1- الدراسات باللغة العربية:

دراسة ضحاح نجية (2012)، تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر	
شكل الدراسة	تدرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه علوم التسيير تخصص تسيير بجامعة الجزائر 03
المهدف من الدراسة	هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على أساليب التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، وكذا أثره الجودة على تقديم الخدمات الصحية، ومعرفة إذا ما كانت الثقافة التنظيمية الموجودة بالمؤسسات العمومية للصحة الجزائرية تساعد على تبني إدارة الجودة الشاملة
طبيعة الدراسة	دراسة حالة للعديد من المؤسسات العمومية للصحة عبر مختلف ولايات الوطن
إشكالية الدراسة	مدى ملائمة إدارة الجودة الشاملة للتطبيق في قطاع الصحة وقياس جودة أداء الخدمات في المؤسسات الصحية والاستشفائية بالجزائر
زمن ومكان الدراسة	دراسة ميدانية لـ 60 مؤسسة استشفائية منها 23 بالعاصمة، امتدت من شهر ماي 2005 إلى شهر ماي 2006

عينة الدراسة	اختارت الباحثة عينة من العاملين من مختلف الفئات قدرت بـ 700 مفردة منها 300 مسير فيما يخص درجة تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وعينة من المرضى من كل الأعمار قدرت بـ 1260 مفردة لقياس أبعاد جودة الخدمات الصحية حسب نموذج الفجوات
منهج وأدوات الدراسة	انتهجت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، ولجأت للمقابلة والاستبيان لاستطلاع آراء الباحثين واستعملت الأساليب الاحصائية بواسطة برنامج SPSS
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الباحثة إلى عدة نتائج أهمها: وجود اهتمام متوسط لدى الإدارة العليا لموضوع إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية بالجزائر، أما من جانب المرضى فهناك رضا ضعيف عن الخدمات المقدمة
دراسة بودية بشير (2016)، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية	
شكل الدراسة	تدرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير بجامعة أوبكر بلقايد تلمسان
الهدف من الدراسة	هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات الموظفين بالمستشفى نحو مستوى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومقارنتها مع مستوى جودة الخدمة المقدمة في المستشفى. - التعرف على اتجاهات المرضى المقيمين بالمستشفى تجاه مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة ومقارنتها بجودة الخدمة الطبية المتوقعة من جانبهم، وذلك للتعرف على مدى التطابق بين توقعات المرضى مع ما يقدم لهم فعليا. - تحليل وتشخيص واقع الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى مع بيان أهمية توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمة الصحية. - تحليل و تحديد طبيعة العلاقة والأثر بين مبادئ إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية المقدمة.
طبيعة الدراسة	دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية تراي بوجمة بشار
إشكالية الدراسة	كيف يمكن لتبني وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية من تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة؟
زمن ومكان الدراسة	جرت الدراسة الميدانية خلال شهري أبريل وماي 2015 بالمؤسسة المبحوثة المذكورة أعلاه
عينة الدراسة	كانت عينة الدراسة في البحث مكونة من الموظفين والمرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية تراي بوجمة بشار، بالنسبة للعينة قدرت بـ 400 مبحوث منها 250 مرتفق و 150 موظف
منهج وأدوات الدراسة	استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لدراسة الظاهرة ووصفها، أما في الجانب التطبيقي لجأ للاستبيان بغية دراسة العلاقة بين المتغيرات وتحليل مخرجاته بواسطة برنامج SPSS
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصل الباحث إلى أن جودة الخدمات الصحية تعني مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة، ومدى توافرها مع المبادئ المهنية والتميز المهني، وكفاءة استخدام الموارد، والحد من تعرض المريض للخطر، وبلوغ درجة عالية من رضا المرضى والمستفيدين منها.
دراسة سلطاني وفاء (2016)، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها	
شكل الدراسة	تدرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير تخصص تسيير منظمات بجامعة باتنة 1
الهدف من الدراسة	البحث هدف بصورة عامة إلى تقييم مستوى الخدمات الصحية في ولاية باتنة والمساهمة في تحسينها، من خلال تسليط الضوء على واقع الخدمات بالمنظومة الصحية في الجزائر عامة وفي ولاية باتنة بصفة خاصة. والكشف عن ظروف عمل مقدم الخدمات الصحية (الطاقم الإداري، الطبي وشبه الطبي) ومختلف العراقيل التي تواجهه خاصة مع الاضرابات المتعددة والمستمرة في القطاع.
طبيعة الدراسة	دراسة ميدانية لعينة من المؤسسات الصحية بولاية باتنة
إشكالية الدراسة	كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر، وماهي آليات تحسينها؟
زمن ومكان الدراسة	العديد من المؤسسات الصحية بولاية باتنة
عينة الدراسة	كانت عينة الدراسة في البحث متنوعة وقدرها 1299 مبحوث منها 446 مرتفق و 566 طبيب و 287 إداري موزعين على مختلف مؤسسات الصحة بولاية باتنة

منهج وأدوات الدراسة	استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، أما في الجانب التطبيقي لجأت للاستبيان بغية تقييم جودة الخدمات الصحية ومعالجة مخرجاته بواسطة برنامج SPSS
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الباحثة إلى وجود اختلال في المنظومة الصحية لولاية باتنة رغم كل الامكانيات المادية والبشرية المتوفرة القطاع، ويعود هذا الاختلال الى سوء التسيير والتنظيم والرقابة من أجل الوصول الى الهدف المنشود.
دراسة مديوني جميلة (2016)، نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية بالجزائر	
شكل الدراسة	تدرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه علوم التسيير تخصص إدارة أعمال بجامعة الجزائر 03
الهدف من الدراسة	هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على مدى اهتمام إدارات المؤسسات المبحوثة بموضوع إدارة الجودة الشاملة من خلال استطلاع آراء العاملين والمرضى في مصالح الأمومة والتوليد، للكشف عن عوامل عدم جودة الخدمات الصحية ومحاولة التخفيف من آثارها السلبية بما يحقق المنفعة المتبادلة للطرفين. كذلك التعرف على واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر العاملين، وتقييم واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى والتعرف على درجة التباين في إطار تأثير القطاع الذي تنتمي إليه المؤسسة الصحية (عام أو خاص)
طبيعة الدراسة	دراسة حالة مصالح الأمومة والتوليد التابعة للمؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات الاستشفائية الخاصة لولاية الشلف
إشكالية الدراسة	ما مدى تبني المنظمات الصحية لمفهوم إدارة الجودة الشاملة؟ وما واقع تطبيق مبادئ هذا المفهوم في مصالح الأمومة والتوليد التابعة للمؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات الاستشفائية الخاصة لولاية الشلف؟
زمن ومكان الدراسة	دراسة ميدانية لـ 08 مصالح الأمومة لمؤسسات استشفائية عمومية وخاصة بولاية الشلف امتدت من شهر نوفمبر 2014 إلى شهر جوان 2015
عينة الدراسة	اختارت الباحثة عينة قصدية من العاملين " الطاقم الطبي، التمريضي والإداري " قدرت بـ 120 مفردة فيما يخص تقييم درجة تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وعينة من الأمهات قدرت بـ 400 مفردة لقياس أبعاد جودة الخدمات الصحية
منهج وأدوات الدراسة	انتهجت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لبناء الإطار النظري لموضوعها، والمقابلة والاستبيان لاستطلاع آراء المبحوثين وإخضاع فروضه لاختبارات التحليل الاحصائي بواسطة برنامج SPSS
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الباحثة إلى عدة نتائج أهمها: - تدني درجة تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مصالح الأمومة والتوليد للمؤسسات المبحوثة. - توافر أبعاد جودة الخدمات الصحية بمصالح الأمومة والتوليد التابعة للمؤسسات الصحية الخاصة بدرجات متفاوتة. - توافر بعد الثقة والأمان فقط بمصالح الأمومة والتوليد التابعة للمؤسسات الاستشفائية العمومية.
دراسة شرف الدين زديرة (2017)، بعنوان دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية	
شكل الدراسة	تدرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير تخصص مناجمت المنظمات بجامعة محمد خيضر بسكرة.
الهدف من الدراسة	هدفت الدراسة إلى تحليل وتشخيص الخدمات الصحية المقدمة بقطاع الصحة وتسليط الضوء على نماذج الجودة الشاملة التي يمكن تطبيقها في المستشفيات، ومدى إدراك مقدمي الخدمة الصحية من أطباء وإداريين وممرضين لضرورة تبني إدارة الجودة الشاملة كمنهج إداري جديد وتحديد طرق ضبط الجودة بالمؤسسات الصحية.
منهج وأدوات الدراسة	استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لعرض أدبيات الموضوع، واعتمد على برنامج SPSS لإجراء الاختبارات الإحصائية على نتائج استبيان.
طبيعة الدراسة	دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة وهي المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة والمركز الاستشفائي الجامعي باتنة والمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة.
إشكالية الدراسة	كيف يمكن لإدارة الجودة الشاملة تحسين مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية؟
زمن ومكان الدراسة	أجريت الدراسة التطبيقية من بداية 2016 إلى غاية مارس 2017
عينة الدراسة	تم توجيه الاستبيان إلى مقدمي الخدمة من أطباء، ممرضين، إداريين والبالغ عددهم 718 مبحوث من أجل استقصاء آرائهم حول دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية.

أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	أظهرت الدراسة بعض المشاكل التي تعاني منها المؤسسات الصحية لاسيما سوء التسيير وضعف الرقابة وعدم تبني أساليب تسييرية جديدة. وتوصل إلى أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات والمؤسسات المعنية بتقديم الخدمات الصحية هي الخطوة الأساسية لتحسين الأداء وتطوير مستوى الخدمة فيها، مع ضرورة تبني البرامج التدريبية لكل الموظفين بما يتوافق مع فلسفة إدارة الجودة الشاملة.
دراسة محمد الهلة (2017)، بعنوان إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر	
شكل الدراسة	تدرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة بجامعة قاصدي مرباح ورقلة
الهدف من الدراسة	من بين أهدافها توضيح كيفية إدماج إدارة الجودة الشاملة ومراحل تطبيقها في المؤسسات الصحية والكشف عن أهم صعوبات تطبيقها.
طبيعة الدراسة	دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة
إشكالية الدراسة	ما إمكانية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الخاصة في الجزائر؟
زمن ومكان الدراسة	دراسة ميدانية في عدة مؤسسات استشفائية عمومية وعيادات خاصة بالتراب الوطني ممتدة من نوفمبر 2014 إلى مارس 2015
منهج وأدوات الدراسة	اعتمد الباحث على المنهج الوصفي في جانب البحث النظري والمنهج التحليلي والمنهج المقارن من جانبه التطبيقي واستعمل المقابلة مع المسيرين والاستبيان كأحد مصادر جمع البيانات وتحليلها اعتمد على برنامج SPSS
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	أوصت الدراسة بضرورة تبني المؤسسات الصحية الجزائرية لمنهج إدارة الجودة الشاملة كأسلوب إداري معاصر بتوفير ظروف مواتية بغية تنفيذه بطريقة مثلى.
دراسة أوشن ريم (2018)، بعنوان إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية	
شكل الدراسة	تدرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير تخصص تسيير منظمات بجامعة باتنة 1
الهدف من الدراسة	هدفت الدراسة إلى عرض واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري من وجهة نظر الأطباء وأهم العراقيل التي تقف أمام جودة الخدمة الصحية وقصور النظام الصحي الجزائري
طبيعة الدراسة	دراسة حالة للمراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري
إشكالية الدراسة	ما مدى جاهزية المراكز الاستشفائية الجامعية لتبني إدارة الجودة الشاملة؟
زمن ومكان الدراسة	دراسة ميدانية ممتدة من أبريل 2016 إلى جانفي 2017 على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية لولايات: باتنة، سطيف، عنابة، وقسنطينة
عينة الدراسة	تمثل عينة الدراسة في 354 طبيب باعتبار أن مجتمع الدراسة هم الأطباء
منهج وأدوات الدراسة	عمدت الباحثة إلى استخدام المنهج الوصفي التحليلي انطلاقا من المؤشرات الصحية، الملاحظة والاستبيان كأدوات دراسة والأسلوب الاحصائي لتحليل وتفسير النتائج
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الباحثة إلى أن الخدمات الصحية في أدنى مستوياتها نظرا لعدم توفير الإدارة للظروف الملائمة لتقديمها. ويتطلب نجاح تبني إدارة الجودة الشاملة اعتماد إجراءات على المستوى الكلي المتعلق بالنظام الصحي وصولا إلى مسؤولية أفراد المجتمع بكامله من أجل نشر ثقافة الجودة في ظل وجود عمل متكامل بين كل مؤسسات المجتمع.
دراسة بن فرحات عبد المنعم (2018)، انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات	
شكل الدراسة	تدرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة بجامعة محمد خيضر بسكرة
الهدف من الدراسة	هدفت الدراسة إلى فهم العلاقة بين نمط التسيير المعتمد في المرفق العمومي الصحي وبين الخدمة الصحية المقدمة وتوصيف أنماط التسيير السائدة بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية لاقتراح مقارنة تسييرية تعنى بالكفاءة الاقتصادية للمؤسسة العمومية للصحة وجودة الخدمة الصحية في نفس الوقت.
طبيعة الدراسة	دراسة حالة لعينة من المؤسسات العمومية للصحة
إشكالية الدراسة	ما انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات؟

زمن ومكان الدراسة	دراسة ميدانية للعديد من المؤسسات الصحية العمومية موزعة على الجهات الأربع عددها 34 مؤسسة تشمل مختلف المستويات
عينة الدراسة	اختار الباحث عينة قصدية من الموظفين بقطاع الصحة لهم علاقة بوظائف التسيير عددها 102 موظف وكذا عينة من المرتفقين لهم احتكاك دائم بالمؤسسة الصحية وعددهم 108 مرتفق
منهج وأدوات الدراسة	عند الباحث إلى استخدام المنهج الوصفي التحليلي لتناول المتغيرين نط التسيير والخدمة الصحية وإخضاع فروضه لاختبارات التحليل الاحصائي بواسطة برنامج SPSS
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصل الباحث إلى أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لنمط التسيير على جودة الخدمة الصحية، بالإضافة إلى سيطرة النمط البيروقراطي على تسيير المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر رغم محاولات لإدخال أدوات النمط التعاقدية. وأشار إلى أهمية التفويض والتسيير التشاركي في تحسين جودة الخدمة الصحية وأهمية المصالح المركزية في تحقيق العدالة في توزيع الإمكانيات المادية والبشرية بين مختلف المؤسسات الصحية العمومية.
دراسة بوكليخة ياسين (2020)، المناجحات الاستشفائي في الجزائر	
شكل الدراسة	تندرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه علوم التسيير تخصص إدارة المنظمات بجامعة أبي بكر بلقايد تلمسان
الهدف من الدراسة	هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على الإطار المفاهيمي للتسيير العمومي الحديث وأثر تطبيقه على المؤسسات العمومية وعرض أهم التجارب الأجنبية. - عرض واقع التسيير الاستشفائي في الجزائر وآليات تطبيق التسيير العمومي الحديث. - التعرف على أهم متطلبات ومراحل إعداد مشروع المؤسسة في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل تلمسان لسنة 2020-2025 مع تقييمه.
طبيعة الدراسة	دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل تلمسان.
إشكالية الدراسة	كيف يمكن تجسيد مشروع المؤسسة باعتباره أحد آليات المناجحت العمومي الجديد في المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر؟
زمن ومكان الدراسة	دراسة ميدانية للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل تلمسان، دون تحديد الزمن
عينة الدراسة	/
منهج وأدوات الدراسة	استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي. ومنهج دراسة حالة من خلال اللجوء للمقابلة والأسلوب المسحي.
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	يرى الباحث أن المنظومة الصحية الجزائرية تشهد إصلاحات بالانتقال إلى مبادئ التسيير العمومي الحديث ويظهر ذلك من خلال مشروع المؤسسة الذي دخل حيز التطبيق منذ سنة 2014 الذي يسمح بالاستجابة إلى تطلعات المواطن ومختلف الفاعلين بشكل تشاركي.
دراسة بلمرداسي يامن (2020)، بعنوان إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية	
شكل الدراسة	مقال منشور في مجلة الوقاية والأرغوميا جامعة الجزائر 2، المجلد 08، العدد 02
الهدف من الدراسة	من أهداف الدراسة معرفة طرق تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية من خلال عرض أمثلة لتجارب أجنبية وعربية وإبراز أهمية الجودة وأهم العراقيل التي تحول دون تطبيق هذه الفلسفة بالمؤسسات الصحية، مع اقتراح استراتيجية لكيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية الجزائرية
طبيعة الدراسة	وصفية
إشكالية الدراسة	ما واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية في الجزائر؟
زمن ومكان الدراسة	/
منهج وأدوات الدراسة	اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الدراسة إلى ضرورة دعم الإدارة العليا على تبني إدارة الجودة الشاملة كتوجه اداري حديث ونشر ثقافته على كل الأصعدة وبين كل العاملين وتوفير الأرضية المناسبة لتبنيه على جميع الأصعدة التنظيمية والمالية والبشرية والمادية.
دراسة بويقيرة محمد (2021)، أثر تطبيق حلقات الجودة على الجانب التسييري والخدمي للمنظمات الصحية	
شكل الدراسة	تندرج ضمن متطلبات نيل درجة الدكتوراه في العلوم التجارية تخصص تسويق بجامعة الجزائر 03

المهدف من الدراسة	هدفت الدراسة إلى تجربة أسلوب إداري أحدث نهضة في القطاعات الصناعية الخدماتية لتكلفتها المنخفضة ونتائجها الفعالة على مخرجات المنظمات الصحية، ألا وهو حلقات الجودة كأسلوب من أساليب إدارة الجودة الشاملة
طبيعة الدراسة	دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية
إشكالية الدراسة	إلى أي مدى يمكن حلقات الجودة أن تؤثر على الجانب التسييري والخدمي للمركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية؟
زمن ومكان الدراسة	دراسة ميدانية للمركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية خلال فترة متقطعة دامت سنتين بسبب جائحة كورونا
عينة الدراسة	اختار الباحث عينة قصدية من الموظفين بالمركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية من كل الفئات عددها 240 موظف لكنه اعتمد على 173 إجابة
منهج وأدوات الدراسة	انتهج الباحث المنهج الوصفي التحليلي لوصف الحالة وتحليلها وإخضاع فروضه لاختبارات التحليل الإحصائي بواسطة برنامج SPSS
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصل الباحث إلى أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لحلقات الجودة على الجانب التسييري والخدمي في المؤسسة الصحية محل الدراسة، بالإضافة إلى هناك تطبيق أفكار ومبادئ حلقات الجودة لكن لا يدرك الموظفون ذلك.
دراسة حمزة كواديك (2021)، بعنوان مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين (عرض تجارب دولية صحية رائدة)	
شكل الدراسة	مقال منشور في مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية، المجلد 05، العدد 02
المهدف من الدراسة	من أهداف الدراسة إبراز أهمية إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي وكذلك إيضاح ضرورة تحقيق الجودة في الخدمات الصحية من خلال عرض تجارب دولية لمؤسسات صحية رائدة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة
طبيعة الدراسة	وصفية
إشكالية الدراسة	ما مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين؟
زمن ومكان الدراسة	/
منهج وأدوات الدراسة	اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الدراسة إلى أن مساهمة إدارة الجودة الشاملة كبيرة في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال إرساء محيط داخلي ينعكس إيجاباً على نفسية المستفيد وتحسين ظروف العمل للعاملين. يكون ذلك بالاستفادة من تجارب رائدة لمؤسسات صحية اعتمدت هذا النهج مع ضرورة الاهتمام بجانب الملموسية وجانب اللاملموسية للخدمة الصحية على حد سواء لأنهما يكملان بعضهما
دراسة عقون سعاد ومقدود وهبية (2022)، بعنوان تفعيل المناجمنت العمومي الجديد في المؤسسات الاستشفائية من خلال مشروع المؤسسة	
شكل الدراسة	مقال منشور في مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد 18، العدد 28
المهدف من الدراسة	من أهداف الدراسة محاولة التأكيد على أهمية تطبيق التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية الجزائرية التي تتخبط في مشاكل كبيرة ناتجة عن سوء التسيير، وكذا تحديد مدى نجاح التطبيق الفعلي لأدوات التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية الاستشفائية ومن بينها مشروع المؤسسة
طبيعة الدراسة	وصفية
إشكالية الدراسة	ما هو واقع تطبيق مشروع المؤسسة في المؤسسة الاستشفائية العمومية بدلس في إطار مساعي الدولة للتوجه للمناجمنت العمومي الجديد؟
زمن ومكان الدراسة	المؤسسة للمؤسسة الاستشفائية العمومية بدلس، سنة 2020
منهج وأدوات الدراسة	اعتمدت الباحثتان على المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الدراسة إلى أن التسيير العمومي الحديث في المؤسسات الجزائرية ليس مشروع نظري بل تم تطبيقه، والحالة المدروسة تثبت التطبيق الميداني لأحد أدواته في مؤسسات صحية. بالإضافة إلى أن مشروع المؤسسة يجعل المؤسسة الاستشفائية أكثر رشادة في استغلال مواردها، فيمكن من خلاله متابعة أداء كل المديرية. وتعتبر هذه الأداة كذلك وسيلة تحفيزية للمديرين.

دراسة مايدة محمد فيصل ولكموتة ابراهيم (2022)، بعنوان تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر من وجهة نظر الموظفين (الطاقم الطبي والإداري) دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بن عمر الجيلاني بالوادي	
شكل الدراسة	مقال منشور في مجلة الاقتصاد والتنمية المستدامة، المجلد 05، العدد 01
الهدف من الدراسة	من أهداف الدراسة التعرف على واقع الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائر ومحاولة تقييم جودتها.
طبيعة الدراسة	وصفية تحليلية
إشكالية الدراسة	ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر؟
زمن ومكان الدراسة	المؤسسة الاستشفائية العمومية بن عمر الجيلاني، سنة 2022
عينة الدراسة	عينة عشوائية طبقية مكونة من 300 فرد من مجتمع الدراسة تم استرداد 278 إجابة
منهج وأدوات الدراسة	اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي التحليلي وقاما ببناء وتصميم استبيان موجه للعينة
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الدراسة إلى أن عملية تحسين جودة الخدمات الصحية تبقى قائمة في كل المجالات بما فيها الموارد البشرية وهو أهم عنصر يصعب التعامل معه في المؤسسة الصحية وضرورة إعادة النظر في السياسة المنتهجة لتحسين الجودة.
دراسة دهان أحمد سعيد وعقاقة عبد العزيز (2023)، بعنوان التسيير العمومي الجديد ودوره في تحقيق جودة الخدمة الصحية في الجزائر	
شكل الدراسة	مقال منشور في المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، المجلد 12، العدد 03
الهدف من الدراسة	من أهداف الدراسة الوقوف على واقع تطبيق التسيير العمومي الحديث في الإدارة الصحية بالجزائر.
طبيعة الدراسة	وصفية تحليلية
إشكالية الدراسة	كيف يساهم التسيير العمومي الجديد في تحقيق جودة الخدمات الصحية في الجزائر؟
زمن ومكان الدراسة	/
عينة الدراسة	/
منهج وأدوات الدراسة	اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الدراسة إلى اتباع آليات التسيير العمومي الحديث يساهم في تحقيق الفاعلية والفعالية في الأجهزة الإدارية للمؤسسات الصحية من خلال مشروع المؤسسة وإدارة الجودة الشاملة.

2- الدراسات باللغة الأجنبية:

Study of Mélanie Bourque (2007) Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni	
شكل الدراسة	مقال منشور في مجلة Governance Review، المجلد 04، العدد 01
الهدف من الدراسة	من أهداف الدراسة محاولة التركيز على كيفية تطبيق مبادئ التسيير العمومي الحديث في كل من المملكة المتحدة وكندا لتنظيم وإصلاح النظم الصحية
طبيعة الدراسة	وصفية
إشكالية الدراسة	/
زمن ومكان الدراسة	/
منهج وأدوات الدراسة	اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي والمنهج المقارن
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الدراسة إلى أن كلا من المملكة المتحدة وكندا قرر فيها صناع القرار إنشاء سوق محلية تهدف إلى وضع المستشفيات في منافسة مع بعضها البعض باعتماد اللامركزية أو عدم التركز بهدف رئيسي وهو إصلاح المنظومة الصحية. في كندا، أنشئت وكالات الخدمات الصحية والاجتماعية، بينما أسندت إدارة المؤسسات الصحية في المملكة المتحدة إلى مديري القطاع الخاص. وفي كلتا الحالتين، تُستخدم الإدارة القائمة على النتائج والمقارنة المرجعية لأن المؤسسات تتنافس لتحقيق النتائج التي حددتها لنفسها، ومن خلال التقييم يمكن تحديد ما إذا كانت هذه النتائج قد تحققت. بالإضافة إلى وضع العميل في قلب النظام ويعطى له دور مركزي في تقييم البرنامج، واعتماد الشراكة بين القطاع العمومي والخاص لتمويل نظام الصحة.
Study of Daniel Simonet (2014) Assessment of new public management in health care: the French case	
شكل الدراسة	مقال منشور في مجلة Health Research Policy and Systems، المجلد 12

الهدف من الدراسة	من أهداف الدراسة محاولة التأكيد على تبني التسيير العمومي الحديث في فرنسا الذي جاء لتحقيق أهداف عملية وليس لأسباب أيديولوجية. وعلى الرغم من هذه الإصلاحات إلا أن النظام الصحي الفرنسي مازال يعاني الكثير من النقائص مثل الأطباء والمعدات الطبية الباهظة.
طبيعة الدراسة	وصفية
إشكالية الدراسة	/
زمن ومكان الدراسة	/
منهج وأدوات الدراسة	اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الدراسة إلى أن تبني نظام الرعاية الصحية الفرنسي للتسيير العمومي الحديث كان بشكل انتقائي، وصاغ نسخته الخاصة. وتشمل التغييرات التنظيمية اعتماد شبه الأسواق، والشراكات بين القطاعين العمومي والخاص، وخطط الدفع مقابل الأداء للممارسين الطبيين. كذلك أشارت أن هناك القليل من الأدلة على أن هذه التغييرات الحديثة أدت إلى تحسين أداء النظام. فمع عام 2009، تراجعت مشاركة الأطباء، المرضى والمستشفيات والأقاليم في حوكمة المستشفيات، وأعيد تركيز صلاحيات صنع القرار والوحدات الصحية لزيادة الاتساق الوطني في النظام الصحي. وتحولت الأولويات إلى قضايا ملحة أخرى، مثل إعادة إدماج الأطباء في إدارة المستشفيات، والتركيز على الجودة والاستجابة بدلا من الإصلاحات الموجهة نحو السوق.
Study of Rhys Andrews, Malcolm J. Beynon and Aoife M. McDermott (2019) Configurations of New Public Management reforms and the efficiency, effectiveness and equity of public healthcare systems: a fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis	
شكل الدراسة	مقال منشور في مجلة Public Management Review، المجلد 21، العدد 08
الهدف من الدراسة	تهدف الدراسة إلى دراسة تكوينات التسيير العمومي الحديث (الخصخصة، التوجه للمستهلك، تسيير الأداء والشراكات) المرتبطة بتصورات التحسين في كفاءة النظام الصحي والفعالية والإنصاف في 14 دولة أوروبية.
طبيعة الدراسة	مقارنة تحليلية
إشكالية الدراسة	ماهي تشكيلات إصلاحات التسيير العمومي الحديث المرتبطة بالتحسينات في كفاءة وفعالية وإنصاف أنظمة الرعاية الصحية؟
زمن ومكان الدراسة	إسبانيا، إستونيا، ألمانيا، أيرلندا، إيطاليا، البرتغال، الدانمرك، السويد، فرنسا، المملكة المتحدة، النرويج، النمسا، هنغاريا، هولندا.
منهج وأدوات الدراسة	اعتمد الباحثون على المنهج التحليلي النوعي الضبابي fsQCA لمقارنة كيفية تجسيد الدول الأوروبية لآليات التسيير العمومي الحديث، كان الاستطلاع لـ 3000 شخص من كبار موظفي الخدمة العمومية داخل الوزارات والوكالات وقدم 894 رد عليه، أي معدل استجابة قدره 30٪.
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الدراسة إلى أن هناك ثلاث مجموعات واضحة لتطبيق آليات التسيير العمومي الحديث هي: الاصلاحيون الأقوياء تتمثل في الدانمارك وإيطاليا والمملكة المتحدة التي حققت تحسنا قويا في الكفاءة والفعالية والإنصاف على الرغم من الاختلافات في التحسين فهناك احتمالية أن يكون التاريخ العريق لهذه الدول في الطب الاجتماعي من جعلها كذلك من أقوى الأنظمة أداء، وهناك من قام بتبني الإصلاحات الجزئية وهناك الاصلاحيون المحدودين، فهم يرون أن الخصائص الذاتية للنظم تتفاعل مع إصلاحات التسيير العمومي الحديث لتؤثر على الأداء.
Study of Yassine, Bouklikha and Assia, Kara terki (2021) New public management in healthcare institutions in Algeria (an institutional planning model)-Case study of the Mother and Child Specialized Hospital Establishment of Tlemcen (Algeria)	
شكل الدراسة	مقال منشور في مجلة Journal of Social Researcher، المجلد 17، العدد 03
الهدف من الدراسة	تهدف الدراسة إلى دراسة التجسيد الميداني لمشروع المؤسسة كأحد آليات التسيير العمومي الحديث في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل بتلمسان
طبيعة الدراسة	وصفية تحليلية
إشكالية الدراسة	كيف يمكن لمشروع المؤسسة أن يساهم في تحديث إدارة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل بتلمسان؟
زمن ومكان الدراسة	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل بتلمسان
منهج وأدوات الدراسة	اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي للتأطير النظري لتغيرات الدراسة ومنهج دراسة حالة بدراسة وتقييم مشروع المؤسسة البحثية لسنة 2019-2023
أهم النتائج المستخلصة من الدراسة	توصلت الدراسة إلى أن هذا المشروع هو نتج يمكن أن يساعد في تحديث وتعزيز نظام الإدارة من خلال دراسة نقاط القوة والضعف لديها. كما يمكنه مساعدة الموظفين لاقتراح إجراءات تصحيحية

ب) مميزات الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في كونها دراسة بحثية لكيفية تجسيد نموذج إصلاحي تتكامل فيه أبعاد التسيير العمومي الحديث وأبعاد إدارة الجودة الشاملة من خلال التركيز على نقاط قوة كل من المنهجين وإبراز أهمية هذا التكامل في الرفع من جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة.

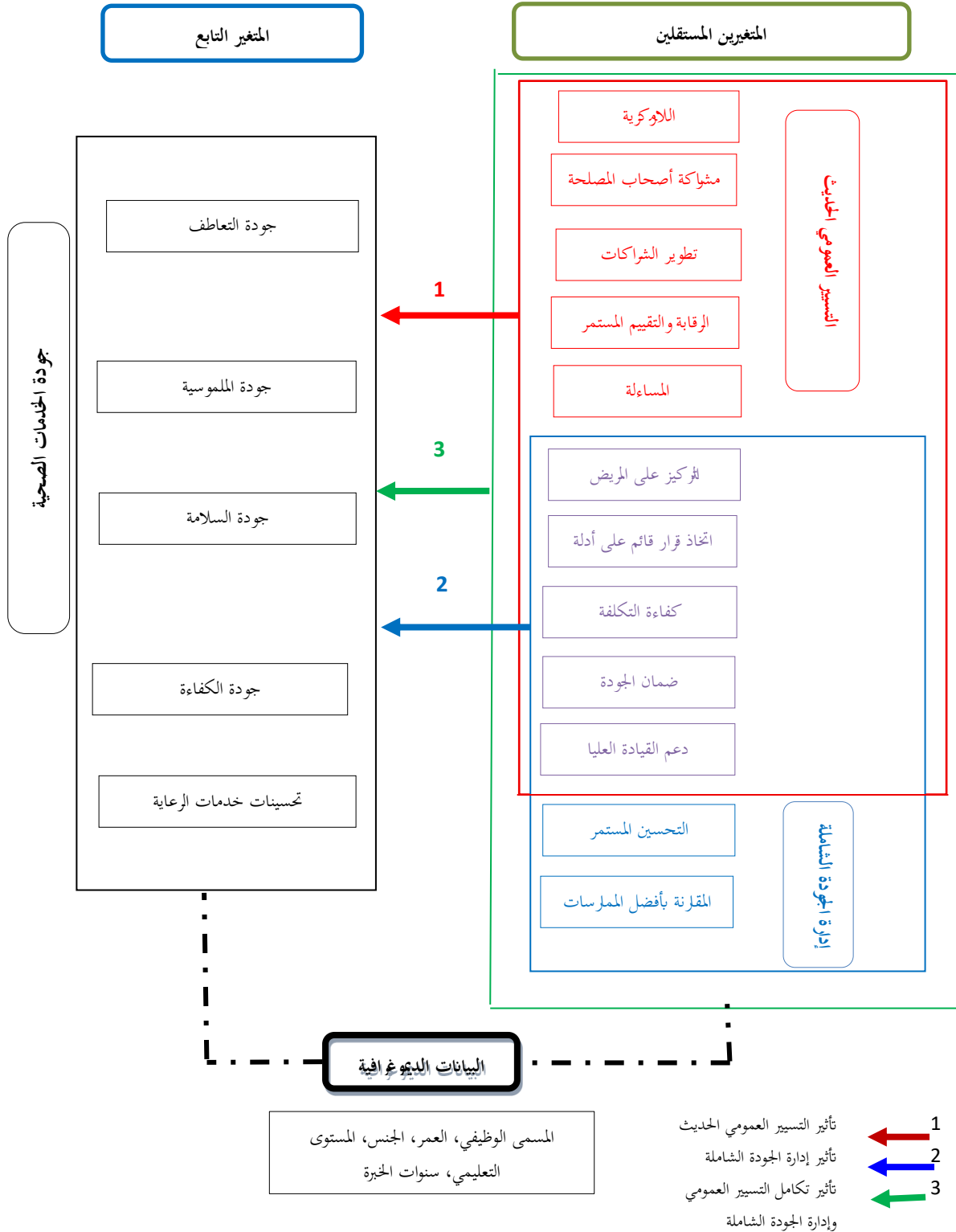
وما يميز كذلك هذه الدراسة عن البحوث السابقة اختيار أبعاد المتغيرات لبناء النموذج، فبالنسبة للمتغير المستقل رقم 1 التسيير العمومي الحديث تركز أغلب الدراسات على الأبعاد التالية: اللامركزية، التركيز على النتائج، مشاركة أصحاب المصلحة، الشراكات بين القطاعين العام والخاص، المساءلة والمنافسة، أما المتغير المستقل رقم 2 إدارة الجودة الشاملة تركز الدراسات السابقة في عمومها على أربع أبعاد رئيسية وهي: التركيز على العميل، التحسين المستمر، التمكين والتزام الإدارة العليا، لكن في الدراسة الحالية تم اختيار الأبعاد التي تخدم المؤسسة العمومية للصحة في الرفع من جودة خدماتها، وذلك بالاعتماد أساسا على المبادئ التي قدمها كل من جياك Giauque وأوزبورن Osborne وجايلر Geabler، وبوليت Pollitt وبوخارت Bouckaert بالإضافة إلى ما عرضته منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية من مبادئ في نموذجها الإصلاحي للتسيير العمومي الحديث، وبالنسبة لمتغير إدارة الجودة الشاملة، اختيرت الأبعاد اعتمادا على معايير تقييم الجوائز العالمية للجودة التي تركز على مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وكذا قائمة Iso 9000، هذا من جهة المتغيرات المستقلة. ومن جهة ثانية المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) فقد تم اختيار نموذج HEALTHQUAL للي Lee كمقياس لها، باعتباره يحوي التفاصيل المتعلقة بالخدمة الصحية واعتمد المقياس على مؤشرات مرتبطة بوجهة نظر المريض اتجاه الخدمة الصحية وأيضاً وجهة نظر المؤسسة الصحية ومؤسسات الاعتماد الدولية.

ناهيك عن اختلاف هذه الدراسة من حيث الحدود المكانية والزمانية، فقد ركزت هذه الدراسة على أحدث ما تم التوصل إليه من معلومات حول التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية ومحاوله إسقاطها ضمن سياق النظام الصحي الجزائري سواء على المستوى الاستراتيجي من خلال دراسة التشريعات الصحية ووثائق رسمية لوزارة الصحة صادرة حول هذا الموضوع، أو المستوى المحلي من خلال تشخيص واقع تطبيقها بمؤسسات عمومية للصحة لولاية باتنة بمستويات مختلفة كعينة عن مجموع المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر، والتي لها نفس الخصوصيات لاعتمادها نفس النظام، لتدعيم دقة النتائج المتوصل إليها. فالدراسة الحالية جاءت تكملة للدراسات السابقة من زاوية مختلفة تدعم وتساهم في ترقية التسيير الاستشفائي بالاعتماد على آليات كل من التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة بما يخدم المؤسسة العمومية للصحة لتحسين جودة خدماتها، وفي حدود علم الباحثة لا توجد ولا دراسة سابقة تجمع أدوات التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية.

تاسعا- أنموذج الدراسة:

يبين الشكل رقم 1 أنموذج الدراسة من خلال افتراض أن التكامل بين المتغيرين المستقلين (التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة) يقود إلى الرفع من المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

الشكل 1: المخطط الفرضي للعلاقة بين متغيرات الدراسة



المصدر: من إعداد الباحثة

عاشرا- التوقع الابدستمولوجي ومنهجية الدراسة:

يمكن تحديد التوقع الابدستمولوجي الباحث من تنظيم عملية التفكير اتجاه موضوع بحثه، وباعتبار أن الابدستمولوجيا لها عدة مستويات، فالدراسة الحالية تتمركز في الفلسفة التفسيرية Interpretivism كون الظواهر المدروسة (التسيير العمومي الحديث، إدارة الجودة الشاملة، جودة الخدمة الصحية) تم تصميمها من طرف الانسان وقد تعرف على عناصرها، لذلك تسعى الباحثة من خلال تبني هذه الفلسفة إلى تجميع آراء الباحثين حول هذه الظواهر. والإضافة التي جاءت بها هذه الدراسة تكمن في تهجين نظريتين بارزتين في التسيير العمومي: التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة، ومحاولة توضيح أهمية التكامل بينهما في الرفع من جودة الخدمة الصحية. وقد اعتمدت الباحثة على مقارنة الإبعاد Abduction، أو ما يسمى بالاستقراء الافتراضي التي طورها الفيلسوف الأمريكي شارل بيرس Charles Pierce. فالدراسة الحالية من الدراسات المختلطة التي استندت على الانطلاق من المقاربة الاستنباطية (الانتقال من الكل إلى الخاص) من قواعد المجتمع العامة إلى دراسة عينة منه، والوصول إلى المقاربة الاستقرائية (الانتقال من الخاص إلى الكل) بناء على تعميم النتائج المتوصل إليها من عينة الدراسة للحكم على المجتمع ككل. فهذه الدراسة هي مساهمة لتوليد أفكار وعلاقات جديدة بين متغيراتها الثلاث. وباعتبار أن الدراسة من الدراسات التفسيرية فقد اعتمدت الباحثة على المنهج التفسيري Explanatory study الذي يهدف إلى دراسة علاقة التأثير بين المتغيرين المستقلين (التسيير العمومي الحديث، إدارة الجودة الشاملة) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية). وبالنسبة للاستراتيجية المتبعة، فهي دراسة الحالة تحديدا عدة دراسات الحالة (04 مؤسسات عمومية للصحة) التي تساعد على استكشاف الظواهر المدروسة بعمق أكبر في البيئة الجزائرية. ونظرا أن هذه الاستراتيجية ترتبط بأدوات جمع البيانات الكمية والكيفية، فقد اعتمدت الباحثة للإجابة على إشكالية دراستها على الاستبيان (أسلوب كمي) كأداة رئيسية لتجميع المعلومات مدعوما بالملاحظة والمقابلة وكذا البحث الأرشيفي بمحل الدراسة (أساليب كيفية) ثم عولجت البيانات باستخدام برنامجي SPSS V27 و Smart PLS 4.

إحدى عشر- تصميم البحث:

من أجل الإلمام بالموضوع والتحكم في جوانبه، ارتأت الباحثة بعد عرض مقدمة عامة بجميع عناصرها تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول وبعدها خاتمة فيها حوصلة عن النتائج المتوصل إليها وبعض الاقتراحات التي قد تساهم في وصول المؤسسات العمومية الصحية الجزائرية لتحقيق هذا التكامل.

تناول الفصل الأول مفاهيم أساسية لجودة الخدمات الصحية، بالتطرق إلى ماهية الخدمة الصحية من خلال تعريفها وتحديد خصائصها وأنواعها وكذا أسسها، ثم التركيز على جودة الخدمة الصحية من خلال تعريفها وأبعادها وكذا طرق قياسها وتكاليفها ثم العوامل المؤثرة فيها، ليتم بعد ذلك تناول المؤسسة العمومية للصحة بفهم المقصود منها وكيفية تسييرها والتطرق لممارسات هذه المؤسسات لضمان جودة الخدمات الصحية وختامها عرض تنظيم وسير المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر. وخصص الفصل الثاني لتقديم مقارنة مفاهيمية للمتغير المستقل الأول ألا وهو التسيير العمومي الحديث، بداية بلمحة تاريخية لتطور نظريات التسيير العمومي ثم عرض الإطار النظري للتسيير العمومي الحديث باستعراض تعريفه، نظرياته، خصائصه، مبادئه، نماذجه وكذلك أساليب ممارسته، ليتم بعدها عرض تطبيق التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة من خلال التطرق لأهمية وحدود ممارسته بهذه المؤسسات، ثم متطلبات تطبيقه وآليات تطبيقه في سياق التشريع الجزائري. ثم تناول الفصل الثالث مقارنة مفاهيمية للمتغير

المستقل الثاني وهو إدارة الجودة الشاملة من خلال عرض إطارها النظري من تطورها التاريخي، تعريفها، مقارباتها وإسهامات روادها في تطوير مفهومها، مع مقارنة بينها وبين الإدارة التقليدية، ثم ذكر مبادئها ومراحل تطبيقها وأدواتها وطرقها، ثم تحليل تطبيق هذا المنهج في المؤسسات العمومية للصحة بعرض أهمية وأهداف ومعوقات ومتطلبات التطبيق بمثل هذه المؤسسات، بعدها عرض صور تطبيقه في المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر. **ليتم في الفصل الرابع** محاولة دراسة العلاقة النظرية بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة وأثرها على جودة الخدمات الصحية من خلال إبراز أوجه التشابه والاختلاف بينهما، بالإضافة إلى اقتراح نموذج هجين يجمع بين آليات الأسلوبين بما يخدم المؤسسة العمومية للصحة، ليتم اختيار الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص كنموذج يتقاطع فيه مبادئ التسيير العمومي الحديث مع آليات إدارة الجودة الشاملة، إلى جانب مشروع المؤسسة الذي يمكن أن يكون أداة للجمع بين الأسلوبين في التسيير. **والفصل الخامس** خصص للإطار التطبيقي للدراسة بتقديم عام للمؤسسات محل الدراسة والمتمثلة في 4 مؤسسات عمومية للصحة بولاية باتنة لتشخيص واقع التسيير بها من خلال التطرق إلى الإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسات مجال الدراسة، كما يتم فيه تحليل بيانات الدراسة الميدانية للوقوف على مدى ممارسة الأسلوبين وأثرهما في تحسين جودة الخدمات الصحية، ثم اختبار الفرضيات بالاعتماد على برنامجي التحليل الإحصائي SPSS V27 و Smart PLS 4. وعلى إثرها تختم الدراسة **بخاتمة** تظهر النتائج المتوصل إليها والتي ستجيب على الإشكالية المطروحة والتساؤلات، وستساهم هذه النتائج في تقديم توصيات ومقترحات في كيفية دمج آليات التسيير العمومي الحديث مع مبادئ إدارة الجودة الشاملة بهدف اعتمادها كمقاربة تسييرية مبتكرة للرفع من جودة الخدمات الصحية.

الفصل الأول

تمهيد

تشدد المنظمات الدولية على حق الفرد في الحصول على خدمات صحية ترقى إلى مستوى جيد من الجودة، ونظرا لأهمية الصحة للإنسان وتعقيداتها التي تؤثر لازاما على شكل الخدمة الصحية، فإن جودة الخدمات الصحية يصعب تحديد معايير نمطية للحكم عليها كونها مرتبطة بمتعة الحياة. لذا تحرص المؤسسات الصحية خاصة العمومية منها على الاستجابة لمتطلباتها وتقديم خدمة مميزة ترقى لتطلعات طالبيها، فأغلبها تقع في سياقات هشة لم تستطع حتى توفير الخدمات الصحية الأساسية وتلبية الطلب عليها، رغم ضخ الميزانيات المعتبرة لصالح هذا القطاع. واليوم صار المريض طالب الخدمة لا يرضى إلا بدرجة معينة من الاتقان والتميز في الخدمات الصحية، مما دفع بمسيري المؤسسات العمومية للصحة الاهتمام والتركيز على ترقية الخدمات الصحية والرفع من جودتها، ومن خلال هذا الفصل سيتم التطرق إلى النقاط المحورية الخاصة بالخدمة الصحية بدءا بمفهومها من خلال تعريفها وتحديد خصائصها وأنواعها وأسسها والوظائف المكونة لها في المبحث الأول وصولا إلى محاولة فهم جودة الخدمات الصحية بالتطرق إلى أهم ما ذكر فيها من تعاريف، أهمية، وأبعاد، ليتم التركيز على أبرز النماذج المتعلقة بقياس جودة الخدمة الصحية، ثم التعرض لتكالييفها في المبحث الثاني. وفي المبحث الثالث لابد من عرض مفاهيم متعلقة بالمؤسسة الصحية خاصة العمومية منها من خلال التطرق لماهيتها والحديث عن ممارسات المؤسسات العمومية للصحة لضمان جودة الخدمة الصحية ثم تنظيم وسير المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر.

المبحث الأول- الإطار النظري للخدمة الصحية:

تعد الخدمات الصحية حجر أساس للأمان الاجتماعي والتنمية الاقتصادية للدولة، لذلك أخذت مكانة مميزة في الدراسات البحثية في كل المجالات المتعلقة بها، وهي تمتاز بالتعقيد والترابط بين مكوناتها في عملية تفاعلية مما أثر على تحديد خصائصها وأنواعها وحتى تعريفها.

المطلب الأول- تعريف الخدمة الصحية:

يرتبط تعريف الخدمة الصحية بمفهوم الخدمات عموماً. ويمكن تعريف الخدمة في أنها "أنشطة أو فعاليات غير ملموسة ونسبية سريعة الزوال وهي تمثل نشاطاً أو أداء يحدث من خلال عملية تفاعل هادفة إلى تلبية توقعات العملاء أو إرضائهم، إلا أنها عملية استهلاك فعلي وليس بالضرورة ينتج عنها نقل الملكية" (الضمور، 2002، ص 21). تبعاً لهذه الخصائص، لا يوجد تعريف دقيق وموحد بل هناك العديد من التناولات لتعريف الخدمة الصحية. يمكن ذكره بعضها كالآتي:

عرفت الخدمات الصحية على أنها: "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية" (سلطاني، 2016، ص 05).

كما عرفت أيضاً أنها: "العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصياً أو إرشادياً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول أو انتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل" (يوسف & تيشات، 2020، ص 238).

وقد عرفها لوهر Lohr أنها: "الدرجة التي تكون فيها خدمات الرعاية الصحية للأفراد والمجتمع مثلما هي مطلوبة لنواتج الصحة وتتفق مع المعرفة المهنية الحالية" (شمخي & سلمان، 2021، ص 32).

يمكن الاستخلاص مما سبق ذكره أن الخدمات الصحية هي شكل من أشكال الخدمات ترتبط بصحة الإنسان وحياته، فهي كل ما تقدمه المؤسسات الصحية من نشاط علاجي أو وقائي أو طبي للفرد أو المجتمع على حد سواء.

المطلب الثاني- خصائص الخدمة الصحية:

كما سبق ذكره، فإن الخدمة الصحية هي نوع من أنواع الخدمات التي تنسم بعدد من الخصوصيات منها (برسولي & عبد الصمد، 2018، ص 135):

1- **اللاملموسية:** أي الطابع غير المادي للخدمة، فالخدمة عموماً هي منتوج غير مادي لا يمكن استخدام الحواس لإدراكها قبل الحصول عليها ولا يكمن قياسها، يستطيع طلبها فقط تحسسها وإشباع حاجة ما من خلالها أو بواسطتها. أي أنها تعتمد على مدى كفاءة مقدمها وقدرته على تحقيق الرضا لدى طالب الخدمة.

2- **غير قابلة للفصل:** يعني أن هناك علاقة تداخل بين مقدم الخدمة ومستهلكها وارتباط الخدمة بمقدمها. فلا يتصور مثلاً خدمة صحية بدون الشخص الذي يتولى تقديمها سواء كان طبيباً أو مساعداً له، ولا يمكن تصور خدمة صحية بدون طالب لها أي المريض. وعادة لا يشرع في إنتاج الخدمة إلا عند الطلب، والذي يلي من خلال التقديم المباشر للخدمة المطلوبة.

- 3- **التلازمية:** التي تعني أن الخدمة تنتج وتستهلك في آن واحد، ويكون طالبها مساهمًا في إنتاجها وذلك من خلال التعبير عن حاجته. فهناك تزامن بين عملية الإنتاج والاستهلاك ما يجعل الخدمة غير قابلة للتخزين وعملية الرقابة والتصحيح عملية صعبة في حالة حدوث الخطأ وأحيانًا غير ممكن أساسًا التصحيح كما هو حال الخدمات الصحية.
- 4- **التنوع وعدم التجدد:** أي أن مقدم الخدمة قد لا يحافظ على نفس المستوى من أداء الخدمة المطلوبة. فكل حالة تتطلب خدمة معينة خلال لحظة زمنية معينة، ما يجعلها غير معيارية وغير قابلة للقياس.
- 5- **عدم التملك:** أي أن ملكية الخدمة لا تنتقل إلى مشتريها وهذا ما يفرقها عن السلعة. فطالب الخدمة له حق الانتفاع بما يقدم له من خدمات دون التملك المادي لها كما هو حال الخدمة الصحية.

وإلى جانب هذه الخصائص المشتركة، تتميز الخدمات الصحية بخصائص إضافية وهي (بديسي & زويوش، 2011، ص 140):

- الخدمة الصحية تقدم لجميع أفراد المجتمع بغض النظر لمستوياتهم الاجتماعية أو الدينية أو الثقافية أو المادية.
 - الخدمة الصحية تهدف لتحقيق منفعة عامة لمختلف الأطراف المستفيدة منها.
 - نظرا لارتباط الخدمة الصحية بحياة الأفراد، يشترط في الخدمة الصحية درجة عالية من الجودة.
 - تمارس على الخدمة الصحية رقابة مشددة، فهي تخضع للقوانين والتنظيمات خاصة ما يتعلق بطبيعتها وكيفية تقديمها.
 - الخدمة الصحية تتميز بالاستمرارية وعدم قابليتها للتأجيل.
 - الخدمة الصحية تتطلب الحضور الشخصي للمستفيد من أجل الحصول عليها.
 - المحدد لمستوى جودة الخدمة الصحية هي درجة التوافق بين جودة الخدمة ومستوى إدراك المريض لتلك الجودة.
- وقد أقرت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 2008 عيوبًا شائعة في الخدمات الصحية ضمنيتها في العناصر التالية (العابد، 2017، ص 101):

- الرعاية العكسية: معناها استفادة الأغنياء من الإمكانيات الموجودة رغم قلة حاجتهم للرعاية على خلاف الفقراء.
- الرعاية المجزأة: التخصص في تقديم الخدمات والتركيز الضيق على التخصص.
- الرعاية غير المأمونة: تعني عدم ضمان معايير السلامة والمعايير الصحية التي تحول دون انتشار العدوى الاستشفائية أو الوقوع في الأخطاء الطبية.

المطلب الثالث- أسس الخدمة الصحية:

لكي تستجيب الخدمة الصحية لتطلعات المجتمع، يجب أن تقدم بشكل كاف تغطي الحاجات العامة للسكان وبمستوى عال يتطلع لرغبات السكان. بمعنى آخر يجب أن تتوفر الخدمة الصحية على كفاية كمية و كفاية نوعية (بلمرداسي، 2020، ص 87-89):

الفرع الأول- الكفاية الكمية:

- يقصد بها توفير الخدمات الصحية بحجم يكفي طلب الساكنة عليها وتشمل:
- توفير العدد الكافي من المستشفيات والمراكز الصحية على أن تكون هناك عدالة في توزيعها بين مختلف مناطق الوطن.
- العدد الكافي من الموارد البشرية الصحية من أطباء وممرضين بمختلف التخصصات.
- ضمان الخدمة الصحية على مدار الساعة، فالإنسان لا يعرف وقت مرضه وحاجته للعلاج.
- توفير وسائل وأساليب التشخيص الصحي بين أفراد المجتمع حتى يدرك الفرد وقت ضرورة تلقي الإسعافات الأولية أو وقت العلاج حتى لا يعرض حياته للخطر.
- يجب وضع الأطر الإدارية والمالية اللازمة لتوفير الخدمات الصحية للأفراد والعمل على التأمين الصحي لكافة المواطنين.

الفرع الثاني- الكفاية النوعية :

- الكفاية الكمية للخدمة وحدها لا تكفي، بل يجب توفر ظروف تضمن عمل الفرق الطبية حسب المعايير المعتمدة دولياً للقيام بالعمل الطبي والعلاجي ومن بينها:
- وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره من موارد بشرية ومادية، ويكون ذلك ضمن إطار العمل المركزي حتى لا يتم ممارسة هذه المهن خارج أطرها التنظيمية.
- العمل على رفع وتحسين مستوى العاملين بالقطاع الصحي من خلال العمليات التكوينية لمواكبة مستجدات القطاع والرفع من مستواهم العلمي ويشترط أن يكون ذلك بشكل مستمر.
- تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية للمؤسسات الصحية من أجل الحصول على التجهيزات الطبية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية على مستوى عال.
- دمج خدمات الوقاية مع الخدمات العلاجية، فالخدمات الصحية تكاملية ولا يمكن فصل سلامة الفرد الجسمية أو العقلية عن مكافحة الأمراض وعلاجها.

المطلب الرابع- أنواع الخدمة الصحية:

هناك أنواع عدة للخدمات الصحية تدخل ضمن تصنيفات مختلفة، منها ما يلي:

الفرع الأول- حسب الوظيفة :

تصنف الخدمات الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى (أوشن, 2018. ص 58):

- 1- الخدمات الصحية العلاجية: هي خدمات ترتبط بصحة الفرد وتشمل خدمات التشخيص والعلاج، سواء بالعلاج الدوائي المباشر في المنزل أو بالخدمات الصحية المساندة التي تحتاج استشفاء داخل المستشفى، أو بالتدخل الجراحي حتى يتم الشفاء. وتهدف هذه الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض.
- 2- الخدمات الصحية الوقائية: وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع، ويطلق عليها مصطلح "الخدمات الصحية البيئية". حيث ترتبط هذه الخدمات بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة. وتشتمل خدمات التطعيم ضد الأمراض البائية، خدمات رعاية الأمومة والطفولة، خدمات مكافحة

الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض مثل البعوض والناموس والفئران، خدمات الرقابة الصحية على المتاجر والوحدات الإنتاجية، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

3- الخدمات الإنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال، اللقاحات والأدوية كما تتضمن العتاد والأجهزة الطبية.

الفرع الثاني - حسب المستوى :

يمكن أن تصنف الخدمات الصحية حسب مستواها إلى (سلطاني، 2016 ص 17):

1- الخدمات الصحية الأولية: وهي تلك الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى وغير المرضى ولا تحتاج للبقاء في المستشفى. وتشمل الإسعافات الأولية ومعالجة الأمراض الشائعة والتطعيم ضد الأمراض المختلفة ورعاية الأمومة والطفولة. كذلك الصحة المدرسية والوقاية الصحية العامة والتثقيف الصحي.

2- الخدمات الصحية الثانوية: وهي تلك الخدمات المقدمة للمريض أثناء إقامته بالمستشفى

3- الخدمات الصحية التخصصية أو المرجعية: تتميز هذه الخدمات بالتخصص الطبي التي تحتاج كفاءات طبية متخصصة وتتميز هذه الخدمات بالتكلفة العالية والمهارة الكافية.

يجدر الإشارة لنوع حديث نوعا ما من الخدمة الصحية ألا وهو الطب عن بعد Télémédecine، حيث انطلقت فكرة الطب عن بعد أو ما يعرف بالطب الاتصالي أو الطب الإلكتروني في الستينات عندما بدأت وكالة الفضاء الأمريكية بدراسة التغيرات الفسيولوجية لرواد الفضاء خلال رحلاتهم الفضائية، وأثبت العلماء في هذه الوكالة إمكانية مراقبة الوظائف الفسيولوجية كضغط الدم وسرعة ضربات القلب وحرارة الجسم بواسطة الأطباء على الأرض، كما أظهرت تجارب أخرى إمكانية إجراء التشخيص عن بعد ونقل البيانات الطبية مع الحفاظ على النوعية والتفاصيل. ويشير مصطلح ممارسة الطب عن بعد إلى استخدام تقنيات الاتصال عن بعد لإجراء التشخيصات الطبية ومعالجة المرضى ورعايتهم (سلطاني، 2016 ص 13).

وقد أثبت هذا النمط من الخدمات الصحية أهميته البالغة في تحسين النظام الصحي، ويمكن إيجاز أهمية الطب عن بعد في النقاط التالية (سلطاني، 2016 ص 14):

- تحسين الرعاية الطبية.
- تعزيز التعاون الطبي في تبادل المعلومات والخبرات المتخصصة.
- تسهيل الاستعانة بمختصين أجانب.
- يجمع بين السرعة وسهولة الاستخدام وفعالية التقنيات اللاسلكية وأنظمة الاتصال.
- تحسين الاتصالات بين المراكز الصحية البعيدة والمستشفيات الواقعة في المناطق الحضرية والنائية.
- تحسين التقنية والخبرة الصحية.
- مساعدة الأطباء قليلي الخبرة في عملية التشخيص.
- توفير مرافق للتدريب للمجموعة الطبية في المناطق البعيدة أو الدول التي تكون قليلة الخبرة في الطب.
- تقديم خدمة طبية متقدمة في حالات الطوارئ.
- التقليل من تكاليف الخدمات الصحية عن طريق تحسين عملية توجيه المريض.

- تخفيض تكاليف نقل المرضى إلى أطباء استشاريين في أوروبا مثلا.
- زيادة استخدام خدمات الاستشارة.
- تيسير التعاون بين المستشفيات في مجال توفير الرعاية الطبية.
- الحد من عزلة العاملين الطبيين في المناطق المختلفة والبعيدة.
- تبادل الخبرة وما وصلت إليه الدراسات والبحوث الطبية والصيدلانية.
- تقديم دورات تدريبية للعاملين التقنيين والعاملين في المجال الطبي وشبه الطبي .

المطلب الخامس- الوظائف المكونة للخدمة الصحية:

إن عملية العلاج التي يحصل عليها المواطن في المؤسسات الصحية ليست المكون الوحيد للخدمة الصحية. فالخدمة الصحية هي نشاط مركب من ثلاث متغيرات أساسية وهي (Djellal & Gallouj, 2005, p. 07):

- 1- الخدمات الطبية وشبه الطبية: وتتكون أساسا من الخدمات العلاجية، التحاليل والأشعة، العمليات الجراحية وعمليات التخدير.
- 2- الفنادق والإطعام: تشمل الإيواء، الصيانة، التنظيف، الإطعام، الاستقبال والتدفئة.
- 3- الإدارة والتسيير: منها على وجه الخصوص تسيير المخزونات، الصيدلة، التجهيزات، تسيير الموارد البشرية، إدارة المعلومات، تسيير الملفات الطبية.

وقد اعتادت المؤسسات الصحية على تقييم خدماتها بناء على ثلاث معايير أساسية (صغرو, 2012 ص 19):

- أ- تقييم الكفاءة: بمعنى تقييم كفاءة إمكاناتها سواء البشرية أو المادية.
- ب- تقييم الفعالية: أي تقييم نتائج الأداء مقارنة بما هو متوقع وعلاقته بالأهداف.
- ج- تقييم التكلفة: أي ما تم إنفاقه على الخدمة.

المبحث الثاني- مفاهيم أساسية لجودة الخدمة الصحية:

يجب أن يكون تحديد وتقييم جودة خدمة الرعاية الصحية ومعرفة تكاليفها هو الأولوية الأكثر أهمية لعملية خدمة الرعاية الصحية. ويحدث القياس الفعال وتحسين جودة الخدمة الصحية عندما يكون هناك فهم مشترك لما يشكل خدمة صحية عالية الجودة للمرضى (Lee & Kim, 2017, p. 14).

المطلب الأول- تعريف جودة الخدمة الصحية:

عرف دونابيديان Donabedian (1980) جودة الخدمة الصحية أنها: "الرعاية التي تهدف إلى زيادة رفاهية المرضى إلى أقصى حد بعد مراعاة نسبة الفائدة/المخاطر في كل مرحلة من مراحل عملية الرعاية" (Hurlimann, 2001, p. 24).

كما عرفت منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية أنها: "تقديم مجموعة من النشاطات والأعمال سواء التشخيصية أو العلاجية لضمان أفضل النتائج في مجال الصحة وأقل تكلفة" (سناني, 2023. ص 61) .

أما الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية فقد عرفت بهذا الشكل: "جودة الرعاية الصحية هي الأداء المناسب (وفق المعايير) للتدخلات المعروفة بسلامتها، والتي يمكن تحمل نفقاتها من قبل المجتمع المعني ولها تأثير إيجابي على معدلات الوفيات والاعاقة وسوء التغذية" (زديرة، زرمان، & باديس، 2019، ص 175).

وعرفت كذلك أنها: "توفير رعاية فعالة وآمنة، تنعكس في ثقافة التميز، مما يؤدي إلى تحقيق النتيجة المثلى أو المرجوة" (Allen-Duck, Robinson, & Stewart, 2017, p. 382).

وهناك من يرى أن تعريف جودة الخدمة الصحية يختلف حسب منظور فاعلي القطاع الصحي (Hurlimann, 2001, p. 26)، فمن وجهة نظر المريض (العميل) جودة الخدمة الصحية تركز على تجربة الخدمة، كالتواصل مع الفريق المعالج وفترة الحصول على الموعد الطبي، كذلك ظروف الفندق والإطعام بالمستشفى، فهذه المعايير سهلة التقييم من وجهة نظرهم. لكن هذه الرؤية القائمة على التميز التقني بدأت في التلاشي في السنوات الأخيرة، وذلك بفعل تكنولوجيا المعلومات الحديثة التي تتيح وصول المرضى إلى المعلومات العلمية الحديثة التي صارت تؤثر بشكل فعال في تغيير توقعات المرضى بشأن نوعية الخدمة الصحية وجودتها.

أما من جانب وجهة نظر مهنيي الصحة، فإن جودة الخدمة الصحية تقوم على التميز التقني أي مستوى مهاراتهم وفرصة أدائها (الأداء الصحيح من أول مرة). فيتعلق الأمر بأداء مهنة الطب. حيث تكون بناء على أدلة لاتخاذ العلاج المناسب مع مراعاة احتياجات ورغبة المريض. أما المعيار الثاني للجودة هو علاقة الفريق المعالج مع المريض، يؤكد الأطباء على أهمية التواصل الجيد مع مرضاهم والقدرة على الحفاظ على ثقتهم.

ومن وجهة نظر المؤسسة، فجودة الخدمة الصحية هي الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة وتوفير الخدمة لأكبر عدد ممكن بدل التميز التقني للأقلية. وبالتالي، فإن توفير الخدمة الصحية وإمكانية الوصول إليها من الأولويات، ويهدف ذلك إلى الوصول لتحقيق كفاءة النظام والتحكم في تكاليف الجودة، فهي مسألة استجابة وفقا للموارد المتاحة لاحتياجات المرضى. على الرغم من اقتناع مهنيي الصحة أن تخفيض التكلفة يعيق تحسين الجودة ويطلبون المزيد من الوسائل لتحقيق الجودة. فغالبا تشير الدراسات أن التكاليف المباشرة للجودة دائما أقل من تكاليف الإصلاح وهذا ما أكدته التقرير الذي عرضته الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي بفرنسا سنة 1998 وتبقى هذه النقطة محل خلاف بين السلطات العمومية ومهنيي القطاع الصحي.

من خلال ما سبق، يمكن صياغة تعريف لجودة الخدمات الصحية على أنها توفير الخدمات الصحية بدرجة عالية من الكفاءة بأفضل تكلفة وبأقل المخاطر في الوقت والمكان المناسبين وتحسينها باستمرار، بما يتناسب مع متطلبات المرضى وبما يضمن خدمة المجتمع.

المطلب الثاني - أهمية جودة الخدمة الصحية:

إن من أسباب الاهتمام بجودة الخدمات الصحية ما يلي ذكره (نصيرات، 2008، ص 231):

- التصاعد المستمر لتكاليف الخدمات الصحية مما يترتب عنه اهتمام الأطراف الدافعة لها بالجودة.
- ارتفاع درجة الوعي لدى العميل (المريض) وإدراكه لحقوقه وتزايد مستوى توقعاته من الخدمة الصحية.
- الأخطاء الطبية غير مقبولة التي قد تسبب أضرارا جسدية ونفسية مما يستدعي الاهتمام بجودة الخدمات الصحية

فتبرز أهمية جودة الخدمات الصحية فيما يلي (بن فرحات, 2018. ص ص 49-50):

- ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمستفيدين من الخدمة.
- تحقيق رضا المريض وزيادة ولائه للمؤسسة الصحية من خلال تقديم خدمة صحية مميزة وذات جودة، مما يجعله وسيلة إعلامية لصالح المؤسسة.
- قياس رضا المستفيدين من الخدمة الصحية تعتبر وسيلة مهمة للتخطيط الصحي ووضع السياسات المتعلقة بالصحة.
- تطوير قنوات الاتصال بين المؤسسة والمستفيد من الخدمة.
- تمكين المؤسسة من تحقيق مستوى عالي من الكفاءة والفعالية.
- تحسين معنويات العاملين بالمؤسسة وتعزيز الثقة بأنفسهم. فتحسيسهم بكفاءة أدائهم يؤدي إلى رضاهم، وبالتالي تكون نتائج عملهم أفضل.
- بالإضافة إلى ما سبق ذكره، إنجاز الخدمة الصحية بدرجة عالية من الجودة له فوائد وقيم جوهرية تعود على متلقي الخدمة ومقدمها وكذا المستشفى وهي (بن حمدون, 2023. ص 105):
- خدمة المريض أولاً: فالخدمات الصحية تعزز خصوصية المرضى وتعمل على إدراك تلك الخصوصيات لتطوير جودتها.
- تحقيق توقعات المستفيد من الخدمة: لتحقيق هذه القيمة يجب أن يتحلى الفريق المعالج بمهارات فردية لفهم توقعات المريض والعمل على نيل رضاه.
- تأدية الخدمة الصحية بشكل صحيح من أول مرة: تعتبر تأدية الخدمة الصحية بالشكل الملائم والسليم من المرة الأولى قيمة جوهرية في جودة الخدمة الصحية.
- خفض تكاليف الخدمة الصحية المتدنية: هناك ضرورة على أن تعمل المؤسسة الصحية على كشف تكاليف فشل أدائها ثم تحاول التخطيط لتجاوزها والاستفادة قدر الإمكان من إمكاناتها البشرية والمادية.
- دعم الأداء الجيد للموظفين: المؤسسة الصحية الناجحة هي تلك التي تكون قادرة على رفع إحساس موظفيها بدورهم داخل المؤسسة.

المطلب الثالث- أبعاد جودة الخدمة الصحية:

كانت جودة الخدمة الصحية ولعقود كثيرة تعني إقصاء خمس أمور أسماها لوهر (1988) Lohr بـ 05D: الموت death، المرض disease، العجز disability، عدم الراحة discomfort وعدم الرضا dissatisfaction، إلا أن هذا المفهوم تطور فيما بعد.

ويعتبر مايرس (1969) Myers من قدم عناصر جودة الخدمة الصحية وهي إمكانية الوصول للخدمة accessibility والفعالية effectiveness وتحسين جودة الخدمة improvement of care quality والاستمرارية continuity (Lee, 2017, p. 494).

لكن تعتبر أعمال دونابديان (1966) Donabedian هي الأولى التي وجهت العمل بالعناصر المستخدمة لتقييم ومقارنة جودة الخدمة الصحية والتحول من التركيز على تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال الهياكل (امتلاك الأشياء الصحيحة) إلى العمليات (القيام بالأشياء بالشكل الصحيح) ثم إلى التركيز على النتائج (حدوث الأشياء الصحيحة). فهو يرى أنه عادة ما تؤثر

المهاكل على العمليات وهي بدورها تنتج آثار إيجابية أو سلبية حتى ولو زاد عدد المتغيرات التي يتم فحصها (P. H. Mitchell, 1998, p. 43). (Ferketich, Jennings, & Care, 1998, p. 43).

ومن أجل تحديد أبعاد الجودة، قام دونابيديان Donabedian بإنجاز سبر آراء مس المرضى والفئة المهنية، وقد توصل إلى النتائج المبينة في الجدول التالي:

الجدول (1-1) معايير الأداء لتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية حسب دونابيديان Donabedian

معايير الأداء الخاصة بالمهنيين	معايير الأداء الخاصة بالمرضى
إدارة العلاقات بين الأفراد: المسؤولية المهنية، التحسيس النفسي، تثقيف المريض	سلوك المهنيين: إعطاء المعلومات، اتخاذ الإجراءات الوقائية، متابعة العلاج، الاحترام
سهولة الدخول، الاستمرارية، التنسيق: جاهزية المهنيين، درجة اهتمام الفئة المهنية، المتابعة	الاستجابة: المستشفى، العلاج، المهنيين، الإدارة
الجانب التقني (الطبي): معايير تقييم خاصة بكل الأدبيات الطبية	الاستمرارية/الراحة: استمرارية العلاج، استمرارية المهني، الراحة
	سهولة الدخول: تكلفة العلاج، التكفل على مستوى الاستعجالات، نظام تسديد تكاليف الخدمة، التأمين الاجتماعي

المصدر: (بومعرف، 2010، ص 161)

وحسب الدراسة، اقترح دونابيديان Donabedian ثلاث مداخل رئيسية لقياس جودة الرعاية الطبية وهي المدخل الهيكلي ومدخل العملية ومدخل النتيجة النهائية، كما اعترف بأهمية رضا المرضى كمقياس للجودة (قشي، 2020، ص 82-84):

1- المدخل الهيكلي: يتضمن استخدام مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية مثل مؤهلات مقدمي خدمات الرعاية الطبية، الأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة، وأسلوب تنظيمها وإدارتها. ويعتبر هذا المدخل ميسرا للإداريين بسبب سهولة الحصول على المعلومات المطلوبة للتقييم من سجلات المؤسسة أو من خلال الملاحظة البسيطة. ويستند المدخل على افتراض أساسي وهو إذا كان هيكل الرعاية جيد فإن العمليات الملائمة سوف تتبع الهيكل، كما أن النتائج ستكون جيدة.

2- مدخل العملية: ويشير هذا المدخل إلى الأنشطة والخدمات التي تم تقديمها للمريض. ويعتبر هذا المدخل من المداخل الأكثر استعمالا لتحديد المقاييس العملية بالمقارنة مع مقياس النتيجة النهائية. حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمرضى، ويقوم على تحديد قائمة مسبقة بالعناصر التي يعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء رعاية المرضى كما هي موثقة في السجلات. والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المدخل هو إذا كانت العمليات صحيحة فيتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة. وما يؤخذ على هذا المدخل استعماله لقائمة محددة للإجراءات والنشاطات التي تشكل الرعاية الجيدة دون الأخذ باعتبارات أخرى مثل شدة المرض ونتائج التحاليل المخبرية والفحوصات التشخيصية ما جعله لا يعتبر الوسيلة الملائمة لقياس عملية الرعاية.

3- مدخل النتيجة النهائية: حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات الصافية التي تحدث على المستوى الصحي للفرد أو المجتمع كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية. وهذه المقاييس لها جاذبية بسبب الصدق الظاهري لها، لكن هناك عوامل أخرى تؤثر على المستوى الصحي مثل العوامل الوراثية والبيئية والسلوكية. ويستعمل هذا المدخل مجموعتين من المؤشرات وهي

مؤشرات الوضع الصحي العام مثل الأداء الجسدي والأداء الاجتماعي والعاطفي للفرد ومؤشرات الوضع الصحي الخاص بمرض محدد.

4- مدخل رضا المرضى: توجد العديد من الأبحاث التي تناولت تقييم الجودة باستعمال هذا المقياس، حيث يعكس هذا المدخل النتيجة النهائية للمدخل السابقة.

بعدها عرض دونابيديان (Donabedian 1980) عناصر أخرى وهي الفعالية efficacy ، الفاعلية effectiveness ، الكفاءة efficiency ، الشرعية legitimacy ، المثالية optimality ، القبول acceptability ، الإنصاف equity (Lee & Kim, 2017, p. 02).

وقد صرح دونابيديان Donabedian أن إمكانية تحسين جودة الخدمات الصحية تعتمد على كل من الجودة التقنية والشخصية للخدمات الصحية. وتتعلق الرعاية التقنية بجوانب العلاج الطبي لرعاية المرضى، بينما تتعلق الرعاية الشخصية بالتواصل مع المريض حول علاجه (Endeshaw, 2021, p. 107).

و يعد جرونوس (Grönroos 1983) من قدم الأبعاد العشر لجودة الخدمة (Vassileva & Balloni, 2015, p. 06) وقد اعتمد عليها باراسيرامان (Parasuraman 1988) في أبحاثه، وهي أشهر الأعمال التي مازال يعتمد عليها إلى اليوم لتحديد أبعاد جودة الخدمة عموماً والخدمة الصحية خصوصاً وهي (بديسي & زويوش, 2011. ص 174):

1- الاعتمادية Reliability : وتعني قدرة مقدم الخدمة على إنجاز الخدمة مثل ما تم تحديدها، وتقديمها بالشكل الذي يمكن الاعتماد عليه وبدقة. أي العمل على تقليص مجال الخطأ.

2- الاستجابة Responsiveness : وتشير إلى السرعة في تقديم الخدمة الصحية لمن يطلبها أو يحتاجها.

3- كفاءة مقدمي الخدمة Competence : وتعني المعرفة والقدرات التي يمتلكها مقدم الخدمة والتي تضمن تقديمها بشكل متميز.

4- القدرة على الوصول للخدمة Accessibility : وتعني مدى توفر الخدمة وسهولة الوصول إلى مقدمي الخدمة.

5- الاتصال Communication : وتعني تبادل المعلومات بين مختلف الأقسام والمصالح المقدمة للخدمة من جهة، وبين العاملين بالمؤسسة والمرضى والمتعاملين الخارجيين من جهة أخرى.

6- المجاملة Courtesy : وتعني حسن المعاملة.

7- المصداقية Credibility : وتعني توفر درجة عالية من الثقة بمقدمي الخدمة الصحية.

8- الأمان Security : وتستخدم كمؤشر لدرجة الشعور بالأمان لأداء الخدمة ويشير إلى فهم العاملين بالمؤسسة الصحية لمهامهم والوظائف الموكلة لهم، وبشكل يمكنهم من تقديم خدمة خالية من أي مخاطر.

9- التعاطف Empathy : وتعني بذل كافة الجهود لجعل المرضى يشعرون بالرعاية والاهتمام.

10- الملموسية Tangible : وتتمثل في الخدمات والتجهيزات المقدمة للمريض من حيث الخدمات الفندقية والإدارية والإطعام والنظافة.

- بينما اعتمدت المنظمة العالمية للصحة على سبعة أبعاد في تعريفها لجودة الخدمة الصحية وهي (OMS, 2019, p. 13):
- 1- **الفعالية:** بتوفير خدمات قائمة على حقائق ووقائع.
 - 2- **الأمان:** بتجنب إلحاق الضرر بمتلقي الخدمة.
 - 3- **محورها الفرد:** بتوفير الرعاية التي تلبي احتياجات وقيم كل فرد.
 - 4- **تقديم الخدمة في الوقت المناسب:** بتقليل فترات الانتظار والتأخير التي تضرر المستفيدين.
 - 5- **الإنصاف:** توفير الخدمة التي لا تختلف من حيث نوعيتها حسب العمر أو الجنس أو العرق أو الموقع الجغرافي أو الدين أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي أو اللغة أو الانتماء السياسي.
 - 6- **التكامل:** بتنسيق تقديم الخدمة الصحية على مختلف المستويات وبين مقدمي الخدمات، وبإتاحة مجموعة من الخدمات الصحية طوال الحياة.
 - 7- **الكفاءة:** بالاستفادة القصوى من الموارد المتاحة وتجنب الهدر بمختلف أنواعه.

المطلب الرابع- قياس جودة الخدمة الصحية:

طور جرونروس Grönroos (1984) أول نموذج لقياس جودة الخدمة بناء على الأساليب النوعية، وصنف جودة الخدمة إلى تقنية ووظيفية. وتشير الأولى إلى عمليات التشخيص والدقة والثانية إلى طرق تقديم الخدمة. وفضل كاننغهام Cunningham (1991) مصطلحات الجودة السريرية والجودة الاقتصادية أو المالية والجودة الموجهة للمريض. ترتبط الجودة السريرية بمعدلات الوفيات والعدوى، في حين أن الجودة الاقتصادية أو المالية أو الجودة الموجهة للمريض تمثل النطاق الواسع لجودة الخدمة. وقد تطورت عدة نماذج لجودة الخدمات استناداً إلى هذه الأطر. واستخدم كذلك أوفرتفايت Øvretveit (2000) جودة المريض (إعطاء المرضى ما يريدون)، والجودة المهنية (منحهم ما يحتاجون إليه) وجودة الإدارة (باستخدام أقل الموارد دون خطأ أو تأخير في إعطاء المرضى ما يريدون ويحتاجون إليه) كعناصر لقياس جودة الخدمة الصحية (Abuosi & Atinga, 2013, p. 483).

وقد جاء باراسيرامان Parasuraman وآخرون لوضع نموذج قياس الخدمة الثاني والمعروف بـ SERVQUAL الذي يقوم على أساس البحث الاستكشافي، حيث يرون أن جودة الخدمة هي دالة توضح الاختلافات بين توقع العميل وأداء الخدمة ويستند إلى خمس أبعاد: الملموسية tangibility، الموثوقية reliability، الاستجابة responsiveness، الضمان assurance والتعاطف empathy.

بينما اقترح تايلور Taylor و كرونين Cronin (1992) نموذجاً آخر وهو SERVPERF القائم على أداء الخدمة القابلة للقياس واستند النموذج على خمس أبعاد نفسها و22 عنصراً لقياس جودة الخدمة لكنها لا تقيس الفجوة بين التوقعات وأداء الخدمة (Allahham, Mouselli, & Jakovljevic, 2022, p. 03).

كما قدم لي Lee نموذج HEALTHQUAL كمقياس لجودة الخدمة الصحية متعدد الأبعاد يجمع وجهة نظر المريض ورؤية المؤسسة الصحية ويقوم هذا النموذج على الملموسية tangibility، الكفاءة efficiency، الأمان safety، التعاطف

Barrios-Ipenza, Calvo-Mora,) Improvements of care services empathy وتحسين خدمات الرعاية (Velicia-Martín, Criado-García, & Leal-Millán, 2020, p. 03

ومن خلال ما سبق ذكره، فهناك العديد من المحاولات لاقتراح نماذج لقياس جودة الخدمات الصحية وأهمها ما سيعرض في التفصيل التالي:

الفرع الأول- مقياس جودة الخدمة الصحية من جانب المرضى:

1- مقياس عدد الشكاوى Complaints: ويمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة. وتعتبر عن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى أو الخدمات التي لا يتناسب مستواها مع توقعاتهم لها. وهذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى (برسولي & عبد الصمد، 2018. ص 144).

2- مقياس الرضا Satisfaction Measure: يستخدم لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف شعورهم اتجاه الخدمة ونقاط القوة والضعف لدى المؤسسة. وهناك العديد من الأدوات لجمع هذه المعلومات منها المقابلة والملاحظة والاستمارة (برسولي & عبد الصمد، 2018. ص 144).

3- مقياس الفجوات SERVQUAL

لابد من التطرق، قبل التحدث عن هذا المدخل، إلى مفهومين أساسيين يحددان طرفا الفجوة. حيث يقوم هذا النموذج على معادلة طرفاها إدراكات وتوقعات المريض (Abuosi & Atinga, 2013, p. 483):

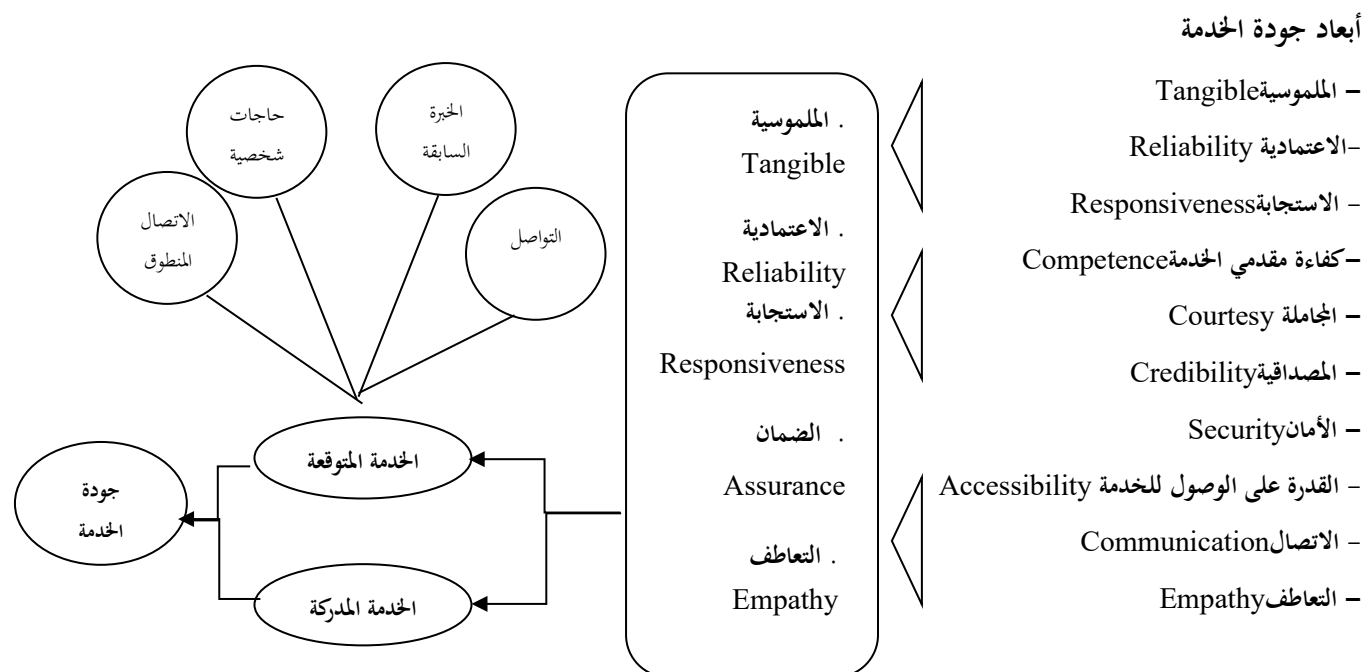
-توقعات المريض Patient Expectations: وهي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة وتقبل للمقارنة، والتي تصاغ في شروط يعتقد طالب الخدمة الصحية أن تكون في الخدمة أو سوف يحصل عليها. والمتوقع هو رضا المريض Patient satisfaction الذي يعزز سمعة المؤسسة الصحية. وهناك العديد من المعايير التي يقيم بها المريض أداء المؤسسة مثل الكفاءة، المصداقية، التعاطف، الموثوقية وغيرها من المعايير التي سبق والتطرق لها (Naidu, 2009, p. 367).

-إدراكات المريض Patient Perceptions: وهي النقطة التي يدرك بها المريض الخدمة كما قدمت له فعلياً. ورغم صعوبة قياسها إلا أن هناك محددين أساسيين لهذه النقطة وهما نوعية المرافق و أداء العاملين (Naidu, 2009, p. 368).

ومنه **جودة الخدمات الصحية = الخدمة المدركة - الخدمة المتوقعة**

ويمكن توضيح أبعاد جودة الخدمة الصحية من خلال الشكل التالي:

الشكل 2: نموذج SERVQUAL



المصدر: (Vassileva & Balloni, 2015, p. 07)

يعتبر SERVQUAL من النماذج المقبولة لتقييم الأبعاد المختلفة لجودة الخدمة وذلك لـ (Talib, Azam, & Rahman, 2015, p. 13):

- ثبت أنه صالح لعدد معتبر من الخدمات.

- ثبت أن نتائجه موثوقة.

- يعتمد على عدد محدود من العناصر مما يسمح للعملاء وأصحاب العمل فهمه وملاؤه بسرعة.

- لديه طريقة موحدة للمساعدة على التفسير والنتائج.

ويستعمل مقياس SERVQUAL لقياس جودة الخدمات عموماً لكن تم تكييفه مع طبيعة الخدمة الصحية كما هو

مبين في الجدول التالي:

الجدول (2-1) أبعاد وخصائص مقياس SERVQUAL في الصحة

الأبعاد	خصائص مقياس SERVQUAL حسب Berry و Zeithaml و Parsuraman	خصائص مقياس SERVQUAL في الصحة
الملموسية Tangibility (المرافق المادية والمعدات ومظهر الموظفين)	1. التجهيزات الحديثة. 2. المرافق الجذابة بصريا 3. المعدات جذابة بصريا 4. المظهر الأنيق للموظفين	1. التجهيزات الطبية الحديثة 2. مرافق مادية جذابة ومريحة بصريا (مثل غرفة الانتظار والكراسي والطاولات وما إلى ذلك) 3. مواد جذابة مثل الكتيبات والمجلات والصحف والملصقات وما شابهها. 4. المظهر/الزي المهني للفرق الطبية 5. المظهر/الزي الرسمي لموظفي الدعم. 6. الموقع الملائم للمكاتب.

1. التشخيص الدقيق لمشاكل المريض 2. الاعتماد في التعامل مع مشاكل المريض 3. الأداء الصحيح للخدمة في المرة الأولى 4. الاحتفاظ بسجلات دقيقة للتاريخ الطبي للمريض 5. إبقاء المرضى على اطلاع بموعد استقبال الطبيب لهم 6. وصف أدوية فعالة وموثوقة وبأسعار معقولة 7. سمعة الطبيب 8. امتثال الطبيب للاحتياجات الشاملة 9. ثبات الرسوم والأعباء الأخرى	1. الوفاء بالوعد 2. الاعتماد في التعامل مع مشاكل العميل 3. الأداء الصحيح للخدمة في المرة الأولى 4. الاحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء 5. التسليم	الاعتمادية Reliability (القدرة على أداء الخدمة المتوقعة بشكل موثوق ودقيق)
1. تقديم الخدمة في الوقت المضبوط 2. وقت الانتظار لتلقي الخدمة 3. الخدمة الفورية بدون تعيين 4. إمكانية وصول المرضى للطبيب عبر الهاتف 5. إمكانية الوصول إلى الطبيب في حالات الطوارئ 6. ساعات عمل مناسبة 7. القدرة على الحصول على موعد في وقت مناسب للمريض 8. توافر الأدوية الموصوفة في الصيدلية 9. استعداد الموظفين لمساعدة المرضى	1. إبقاء العملاء على اطلاع بموعد أداء الخدمة 2. تقديم خدمة فورية للعملاء 3. الاستعداد لمساعدة العملاء 4. الاستجابة لطلبات العملاء 5. إمكانية الوصول للعملاء	الاستجابة Responsiveness (الاستعداد لمساعدة العملاء وتقديم خدمة سريعة)
1. الطبيب لطيف وودود 2. موظفو دعم مهذبون وودودون 3. سرية معلومات المرضى 4. قدرة الطبيب على بث الثقة في المريض 5. قدرة موظفي الدعم على بث الثقة في المرضى 6. دقة تفسير الحالة الطبية والعلاج 7. قدرة الأطباء على جعل المرضى يشعرون بالأمان والاسترخاء في معاملاتهم 8. صدق الطبيب	1. طاقم طبي مهذب 2. قدرة الموظفين على غرس الثقة في العملاء 3. جعل العملاء يشعرون بالأمان في معاملاتهم 4. موظفون مطلعون للإجابة على أسئلة العملاء	الضمان Assurance (مجاملة ومعرفة الموظفين وقدرتهم على بث الثقة)
1. طمأنة المريض بشأن العلاج الطبي 2. السلوك الشخصي للطبيب 3. يأخذ الطبيب وقتاً للاستماع 4. صبر الممارس العام 5. استعداد الطبيب للرد على أسئلة المريض ومخاوفه 6. فهم متطلبات المريض 7. تقديم اهتمام فردي للمريض 8. تذكر أسماء ووجوه المرضى 9. استعداد الطبيب لإحالة المريض إلى طبيب آخر للحصول على خدمات في تخصص أو ربما للحصول على رأي ثان 10. الطبيب لديه مكانة في قلوب المرضى 11. متابعة الطبيب عند الضرورة	1. فهم متطلبات العميل 2. تزويد العملاء باهتمام فردي 3. ساعات العمل المريحة 4. معرفة العميل بالاسم أو تذكر الوجوه والمشاكل والتفضيلات السابقة	التعاطف Empathy (الاهتمام الفردي المقدم للعملاء)

المصدر: (Ramsaran-Fowdar, 2005, pp. 436-438)

فكرة نموذج SERVQUAL تقوم على قياس الفجوة بين التوقعات والادراكات الخاص بالعميل كمحور رئيسي في تقييم جودة الخدمة وذلك باستعمال الأبعاد الخمس السالفة الذكر بهدف قياس سبع فجوات وتتلخص فيما يلي (Adil, Al Ghaswyneh, & Albkeur, 2013, p. 68; زديرة, 2019, et al., ص 184):

* **الفجوة الأولى:** وتنتج عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين تقديرات الإدارة لهذه التوقعات، أي عجز الإدارة وعدم قدرتها على معرفة احتياجات ورغبات المرضى المتوقعة ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة:

- عدم اهتمام مؤسسات الخدمات الصحية الكافي للتعرف المستمر على توقعات المرضى.

- التقليل من شأن المرضى والادعاء بأنهم لا يعرفون تماما ما الذي يجب أن يتوقعوه.

* **الفجوة الثانية:** وتنتج عن الاختلاف بين تقديرات الإدارة لتوقعات المرضى من الخدمة والمواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة فعليا، ومن الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة ما يلي:

- عدم الالتزام بتطبيق مواصفات جودة الخدمة الصحية من قبل مقدميها .

- اعتقاد الإدارة عدم جدوى تقديم جودة عالية للمرضى.

* **الفجوة الثالثة:** وتنتج عن الاختلاف بين مواصفات جودة أداء الخدمة ومستوى الأداء الفعلي، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة:

- عدم وضوح الأدوار بين مقدمي الخدمة الصحية.

- تدني مستوى مهارات الأفراد القائمين على خدمة المريض.

* **الفجوة الرابعة:** وتنتج عن الخلل في مصداقية المؤسسة الصحية بين ما تروجه من مستويات أداء وما تقدمه فعليا، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة:

- ضعف الاتصالات بين أقسام المؤسسة الصحية.

- المبالغة في الوعود عن المستويات العالية للجودة.

* **الفجوة الخامسة:** وهي نتاج واحدة أو أكثر من الفجوات. وتنتج عن الاختلاف بين إدراكات المرضى من مستويات أداء الخدمة وتوقعاتهم المسبقة لهذه المستويات.

* **الفجوة السادسة:** وتنتج عن الاختلاف بين توقعات المريض لما يجب أن توفره المؤسسة الصحية وإدراكات موظفيها لتوقعات المريض، ومن أسبابها:

- عدم اهتمام الفريق المعالج أو مقدم الخدمة الصحية لرغبات المرضى وعدم الاستماع لهم.

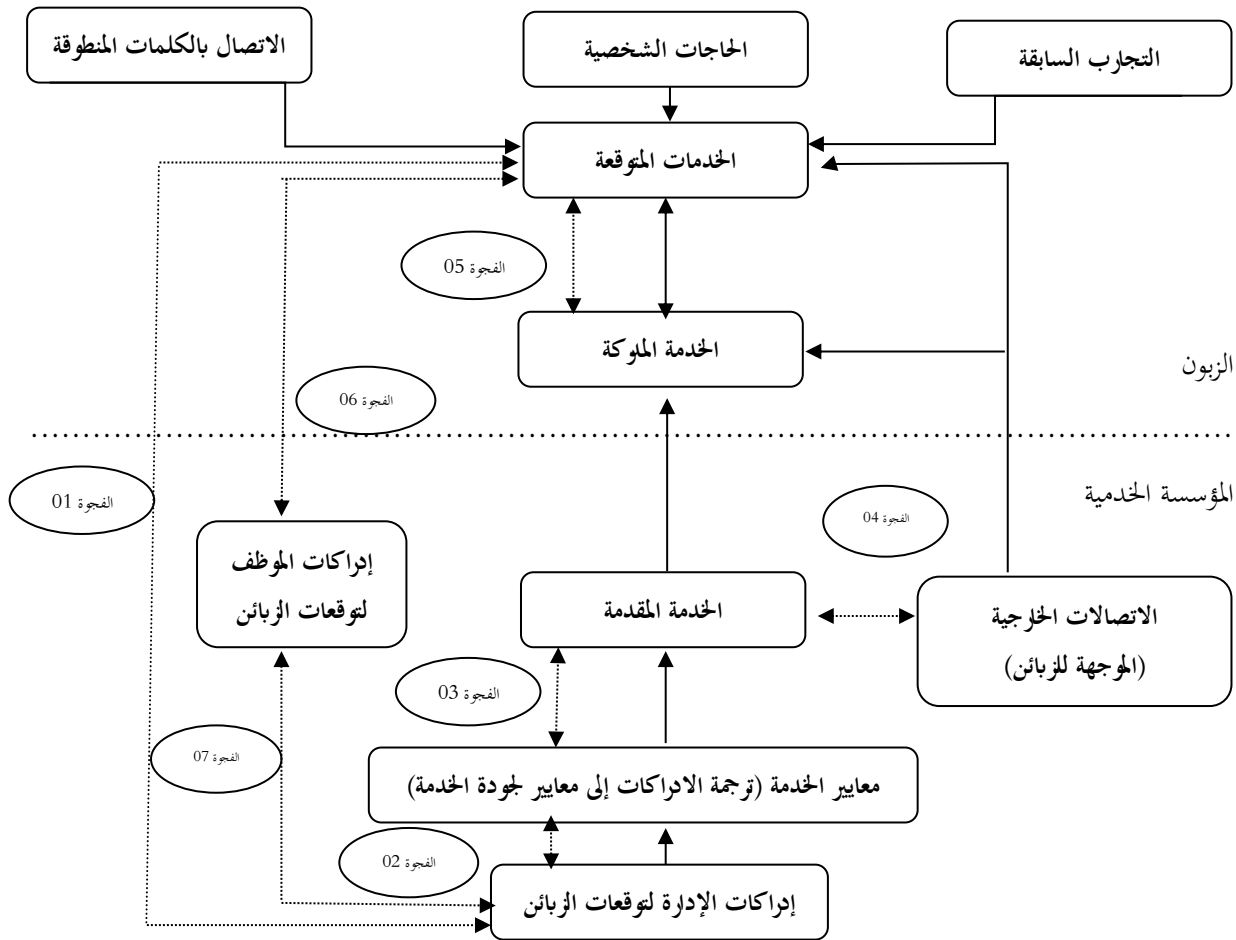
- ضعف التواصل بين المريض والطبيب.

* **الفجوة السابعة:** وهي نتاج الفرق بين إدراكات الموظف لتوقعات المريض وإدراكات الإدارة لتوقعات المريض. وتنتج عن:

- ضعف الاتصالات بين الإدارة ومقدمي الخدمة الصحية.

- عدم توضيح الإدارة لمهام كل مقدم للخدمة الصحية.

الشكل 3: فجوات نموذج SERVQUAL



المصدر: (Adil et al., 2013, p. 68)

ومنه نموذج SERVQUAL يساعد المسير إلى تحديد نتائج متعلقة بمستوى جودة الخدمات الصحية وتتلخص فيما

يلي (برسولي & عبد الصمد، 2018، ص 149):

- مدى قدرة الإدارة أو عجزها في فهم احتياجات المريض ورغباته.
- مدى فاعلية المؤسسة الصحية وكفاءة الموارد التنظيمية في المؤسسة.
- مستوى أداء العاملين في المؤسسة الصحية ودافعيتهم لتقديم الخدمة في مستوى جودة يتطابق مع المواصفات والمعايير المحددة.
- مدى المصادقية والثقة في المؤسسة الصحية.
- مستوى رضا أو عدم رضا المرضى عن الخدمة المقدمة.

4-مقياس الأداء الفعلي SERVPERF

تم انتقاد نموذج SERVQUAL على عدة أسس مفاهيمية وعملية لاستخدام درجات الفجوة، والقوة التنبؤية لعناصر القياس، وطول الاستبيان، وشرعية الأبعاد الخمس. فكانت الحاجة إلى نموذج أكثر دقة بشكل منهجي، طور تايلور Taylor وكرونين Cronin (1992) نموذج SERVPERF، وهو اختصار لأداء الخدمة. يعتمد هذا النموذج فقط على عنصر إدراك الأداء في الأبعاد المتعددة (Sohail & Hasan, 2021, p. 56).

يعتبر SERVPERF نموذجاً معدلاً من سابقه، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للمريض على اعتبار أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها. وتخلص المعادلة التالية هذا النموذج:

$$\text{جودة الخدمات الصحية} = \text{الأداء الفعلي}$$

وقد اعتمد هذا المقياس على نفس الأبعاد المستخدمة في مقياس SERVQUAL وهي الملموسية والاعتمادية والاستجابة والضمان والتعاطف. ويرى أصحاب هذا النموذج أنه سهل الاستخدام وبسيط، لكنه لا يكشف للمسیر نقاط الضعف والقوة في الخدمة المقدمة وليس فقط إدراكات المريض.

والجدیر بالذكر أن تقييم الأداء يتعبّر من المفاهيم الحديثة بالمؤسسة الصحية ولم يعد مقتصرًا فقط على تقييم أداء العاملين، بل تقييم متكامل يتطلب قياس مدى كفاءة وفعالية الوحدات الطبية والتقنية والإدارية في القيام بمهامها وتحقيق الأهداف المسطرة. أظهرت الدراسات السابقة أن SERVQUAL لا يغطي جميع أبعاد الخدمات الصحية المهمة للمرضى ويجب تضمينه أبعاد أخرى متعلقة بنوعية الخدمة الصحية (Ramsaran-Fowdar, 2005, p. 432). ما فتح الباب لظهور نماذج أخرى تتعلق بقياس الخدمة الصحية منها HEALTHQUAL و PubHosQual و HospitalQual .

5-مقياس HEALTHQUAL

كما تم الإشارة إليه سابقاً، فنموذجي SERVQUAL و SERVPERF صمما بقياس جودة الخدمات بمقارنة التوقعات والأداء الفعلي، فالأول يقارن بين توقعات العميل قبل تقديم الخدمة وبعدها، أما الثاني يركز على مقياس الأداء بناءً على إدراكات العميل. لذا من الضروري أن يكون للمؤسسة الصحية معلومات دقيقة حول توقعات المريض وليس فقط متطلباته وهو أمر صعب الحصر والدراسة.

والمؤسسة الصحية كغيرها من المؤسسات تسعى إلى تطبيق المعايير الدولية لجودة الخدمة الصحية والحصول على الاعتماد والتصديق. وهذا ما دعا لاقتراح تقييم جودة الخدمة الصحية الحديثة باستخدام عناصر قياس متكاملة من ثلاث جهات نظر: المريض، المستشفى ومؤسسات الاعتماد والتصديق. وقد طور نموذج سمي بنموذج HEALTHQUAL من خلال الخطوات التالية (Lee, 2017, p. 494):

- 1- استعراض بنود قياس تقييم جودة الخدمات الصحية التي اقترحتها الدراسات السابقة ومؤسسات الاعتماد/التصديق.
- 2- قياس أهمية العناصر المختارة في تقييم جودة الخدمات الصحية.
- 3- تطوير عناصر قياس جديدة لـ HEALTHQUAL باستخدام تحليل المكون الرئيسي (PCA) وتحليل العوامل التأكيدية (CFA) للعناصر المحددة في الخطوة 2.
- 4- وضع استراتيجيات تشغيلية فعالة لتقديم الخدمة الصحية.

فنموذج HEALTHQUAL لـ لي Lee يعتبر نموذجاً متكاملاً لقياس جودة الخدمة الصحية فهو يأخذ عدة جهات نظر في الحساب وجهة نظر المريض، وجهة نظر المستشفى وكذا مؤسسات الاعتماد. فهو يرى أنه من المهم تحليل كيفية استخدام الموارد اللازمة لعلاج المريض بما في ذلك من موظفين متعاطفين، والهياكل المريحة والأمن، والمعدات والأنظمة المتقدمة. وأيضاً معالجة تجربة المريض بالمؤسسة الصحية. وبالتالي تخصص المؤسسة الصحية مواردها بناءً على قياس هذه الموارد وكذلك الكفاءة التي تؤثر

على تحسين الخدمات الصحية باعتبارها العنصر القيم بالنسبة للمريض وترتبط ارتباطا قويا باستخدام هذه الموارد (Lee & Kim, 2017, p. 04).

واختار لي Lee خمسة أبعاد لنموذجه وهي (Lee, 2017, p. 504):

1- جودة التعاطف Quality of Empathy: يشير هذا الجانب إلى مواقف مقدم الخدمة الصحية ومشاعره مع المرضى أثناء خدمات الرعاية. ويقصد بالموقف الالتزام بفهم ومساعدة المرضى وأيضا إضفاء الطابع الشخصي على التعامل مع المرضى من خلال إظهار المخاوف والاهتمام.

2- جودة الملموسة Tangible Quality: يشير جانب جودة الملموسة إلى استخدام المعدات والبيئة المادية الأفضل لتوفير الخدمات الصحية المناسبة. فقد أظهرت الدراسات السابقة أن المهنيين المهرة وذوي المعرفة والمعدات والتكنولوجيا الطبية المتقدمة ودرجة نظافة المستشفى وعماله تؤثر بشكل إيجابي على علاج المرضى ورضاهم.

3- جودة السلامة Quality of Safety: يهدف هذا العنصر إلى توفير بيئة مريحة وآمنة للمرضى ومرافقيهم والعمال. فعندما يزور المرضى المستشفى أو يستخدمونه، إذا كانت لديهم مشاعر غير مريحة تجاه المستشفى، فسيكونون قلقين بشأن ما إذا كان المستشفى يمكنه تقديم خدمات صحية عالية الجودة مع معدات طبية متقدمة وأدوية حديثة. على الرغم من أن المرضى قد يكون لديهم خيارات محدودة فقط في المستشفيات التي يقصدها، فيجب على المستشفيات تقديم خدمات صحية في مرافق حديثة تضمن بيئة آمنة.

4- جودة الكفاءة Quality of Efficiency: يشير جانب جودة الكفاءة إلى أنشطة الكفاءة التشغيلية بما في ذلك دعم أنشطة المؤسسة وأقسامها وبرامج التحسين المختلفة لتوفير خدمة أكثر ملاءمة. بالإضافة إلى جهود المستشفى لتحسين الخدمات الصحية، ومقدار الجهد الذي بذلته للتكلفة الطبية المناسبة. كما يجب على المستشفيات تقليل الهدر ووقت الانتظار من خلال تبسيط الإجراءات المتعلقة بالعمل الورقي.

5- تحسينات خدمات الرعاية Improvement of Care Services: ويقصد بالتحسينات في خدمات الرعاية مجموعة من الأنشطة، مثل الاتصال والجهود الرامية إلى تحقيق علاجات فعالة وتحسين نتيجة العلاج. ويتضمن كذلك تحسين خدمات الرعاية التحسينات المستمرة في أداء الرعاية لعلاج الأمراض والوقاية منها. ويمكن تحقيق ذلك بجهود كل من المريض والفريق المعالج. بمعنى أنه يتم التعامل مع درجة التحسينات في خدمات الرعاية من خلال أفضل الجهود التي يبذلها الطاقم الطبي، وملاءمة خدمة الرعاية، والتواصل مع المرضى، ونتائج جهود المرضى.

ويجب الإشارة أن تقييم HEALTHQUAL يفضل أن يتم من طرف المرضى فيما يتعلق بالخدمات الصحية والنتائج بعد العلاج. لذلك، يجب قياسها بشكل أكثر وضوحا لتحسين رضا المرضى. وبالتالي، طور النموذج عناصر قياس باستخدام التصنيفات ومحتويات القياس التفصيلية لخدمات الرعاية كما هو مبين في الجدول أدناه.

الجدول (1-3) أبعاد ومؤشرات مقياس HEALTHQUAL

البعد	العنصر	المقصود به	مؤشراته
العمليات processes	جودة التعاطف Quality of Empathy	درجة التعرف على حالة المريض أثناء العلاج من قبل الطاقم الطبي كمؤشر على الاهتمامات الشخصية بالمريض، فأساس التفاعل العاطفي هو الوصول للمريض من خلال علاقة شخصية تجعل المريض يشعر بفهم طلبه والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حل لها	-المواقف المهذبة للموظفين -شرح التفاصيل للمرضى -الاستماع للمريض -فهم وضع المريض -الشعور بالتقارب والود -معرفة ما يريده المريض -تفهم مشاكل المريض
	جودة الملموسية Tangible Quality	درجة تأمين أفضل طاقم طبي وأحدث المعدات الطبية والتكنولوجية، ففي الكثير من الحالات يقيم المريض جودة الخدمة على القيم المادية المتعلقة بالخدمة الصحية	- تأمين المعدات الطبية المتقدمة - تأمين الكفاءة الطبية ذوي المهارات والمعارف الحديثة - التسهيلات الملائمة -النظافة العامة للمستشفى - نظافة الزي الرسمي للموظفين
	جودة السلامة Quality of Safety	درجة المستوى العالي لمؤهلات الموظفين، والثقة في تقديم الخدمات، والبيئة الآمنة للمريض والموظفين	- البيئة المريحة لتلقي العلاجات - الجهود المبذولة لتوفير بيئة مريحة وآمنة للمرضى - بيئة المستشفى الآمنة من العدوى - الشعور بأن الأطباء لن يقوموا بالتشخيص الخاطئ - الشعور بأن الممرضين لن يرتكبوا أخطاء - الثقة في الكفاءة الطبية للمستشفى
	جودة الكفاءة Quality of Efficiency	درجة العمليات والكفاءة التشغيلية لتوفير خدمات فعالة	-المواقف حول عدم استخدام الأدوية غير الضرورية - الجهود المبذولة لإثبات طرق العلاج المناسبة -التكاليف الطبية المعقولة -ملاءمة التكاليف للخدمات الطبية المقدمة - ملاءمة إجراءات العلاج للمرض - الجهود المبذولة للحد من الإجراءات غير الضرورية
	تحسينات خدمات الرعاية Improvement of Care Services	درجة جهود الطاقم الطبي والمرضى لتحسين نتائج العلاج والوقاية من الأمراض كأنشطة مستمرة للتحسين	-مدى ملاءمة خدمات الرعاية المقدمة -تقدير الطاقم الطبي وجهوده للحصول على أفضل علاج -تحسن الحالة الصحية نتيجة للجهود والعلاج من جانب الطاقم الطبي - تحسن حالة المريض بعد الحصول على الرعاية في المستشفى - التفسير للمريض للوقاية من الأمراض ذات الصلة - الجهود المبذولة والرغبة في الوقاية من الأمراض -تحسن المرض بالعلاج المقدم من طرف المستشفى - الوقاية من الأمراض وخدمة العلاجات العامة المجانية

المصدر : من إعداد الباحثة اعتمادا على (Lee, 2017, pp. 502-503)

6-مقياس PubHosQual

تم تطوير نموذج جودة خدمة المستشفيات العمومية (PubHosQual) من منظور المرضى وقد استخدم في الهند باستخدام 24 عنصر مجمعة في خمسة أبعاد لجودة خدمة المستشفى وهي القبول admission والخدمات الطبية medical service والخدمات الشاملة overall service والخروج من المستشفى Hospital Discharge والمسؤولية الاجتماعية social responsibility (Aagja & Garg, 2010, p. 69).

وقد نالت أبعاد هذا النموذج اهتمام الكثير من الباحثين ويقصد بها (Almomani, Al-Ghdabi, & Banyhamdan, 2020, p. 1806):

1-قبول المريض Patient Admission: يرتبط قبول المرضى بجميع الإجراءات والعمليات والخدمات التي تبدأ من لحظة وصول المريض للمستشفى، بما فيها إجراءات التسجيل والعلاج وقدرة المستشفى في التعامل مع حالات الطوارئ وتقديم الإسعافات الأولية.

2-الخدمة الطبية Medical Service: تتمحور الخدمات الطبية حول إيجاد الحلول الطبية لمشاكل المرضى والوقت المناسب لتقديم الخدمات الصحية. بحيث يكون في الوقت المحدد دون تأخير، إبلاغ المريض بتاريخ تقديم الخدمة، تقديم المساعدة والاهتمام الشخصي بالمرضى من قبل الفريق الطبي، فهم حاجاتهم الشخصية، وتخصيص الوقت الكافي للبقاء معهم والاهتمام المطلوب على مدار الأسبوع (7/24). تقديم المعلومات الدقيقة لهم والاستجابة السريعة عند الحاجة، وكذلك ينبغي أن يشعر المريض بالأمان عند التعامل مع الموظفين الطبيين والإداريين، وتركيز المستشفى على السلامة بشكل عام وفي كل مكان بمرافق المستشفى.

3-الخدمات الشاملة Overall Service: أو تعرف بالخدمات الداعمة وهي جوانب أخرى بالإضافة إلى الخدمة الصحية نفسها لها تأثير على درجة رعاية المستشفى. وتشمل هذه الخدمات الاستعداد والجماليات والنظافة في مرافق المستشفى، التثقيف الصحي، الرغبة الصادقة في مساعدة المرضى وبسرعة والاستجابة لاحتياجاتهم باعتبارها أولوية للمستشفى.

4-الخروج من المستشفى Hospital Discharge: لم يحظ مؤشر الخروج من المستشفى باهتمام الباحثين رغم أهميته لتقييم جودة الخدمة الصحية، ويعني العمليات والأنشطة المتعلقة بخروج المرضى من المستشفى من حيث سرعة الإجراء وتزويد المريض بالمعلومات والمشورة الكافية بعد مغادرته المستشفى مثل تناول الأدوية والتغذية السليمة وأنواع الأطعمة المسموح بها، كل هذا سينعكس على رضا المريض.

5-المسؤولية الاجتماعية Social Responsibility: تشير المسؤولية الاجتماعية إلى المعاملة الاجتماعية والأخلاقية والقانونية من قبل المؤسسة تجاه جميع أصحاب المصلحة. وتم قياس هذا البعد من خلال التركيز على المعاملة المتساوية بين جميع المرضى دون تمييز، تقديم الخدمات التي تغطي الاحتياجات الطبية للمريض بتكلفة معقولة، بالإضافة إلى شعور جميع موظفي المستشفى بالمسؤولية مما يحسن مستوى الرضا لدى المريض.

وأشار الباحثون أن ما يميز هذا المقياس الذي طوره أعاغا Aagja وغارغ Garg (2010) عن المقياس الأكثر تطبيقا SERVQUAL أنه أكثر ملاءمة لقياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية. حيث استخدم كأداة تشخيصية يمكن من خلالها تحديد مواطن القوة التي تحتاج إلى مزيد من التعزيز وتحديد مواطن الضعف في جوانب الخدمات التي تتطلب تعديلات من أجل تحسين نوعية الخدمات في المستشفيات العمومية (Almomani et al., 2020, p. 1804).

وقد قدم PubHosQual مساهمة نظرية تستند إلى السياق العام للمنظومة الصحية للهند ولم يتضمن هذا النموذج الجوانب التقنية للخدمات الصحية. ووفقاً لرأي أوفرتفايت Ovretveit وآخرون فإن عامل الهيكل لقطاع المستشفيات يختلف من بلد إلى آخر (Endeshaw, 2021, p. 109).

7-مقياس HospitalQual

قام أتومالا Itumalla وآخرون بتطوير نموذج يسمى HospitalQual من خلال التركيز على نقائص نموذج SERVQUAL. تم تطوير النموذج بشكل خاص لرصد ومراقبة وتحسين جودة الخدمة للمرضى المقيمين في مستشفى عمومي في مدينة حيدر أباد بالهند. كان نموذج HospitalQual مفيداً لمسيرى المستشفيات لرقابة وتحسين جودة الخدمات للمرضى المقيمين فقط وهذا من حدوده (Endeshaw, 2021, p. 109).

وقد ارتكز نموذج HospitalQual على سبعة عوامل حاسمة لجودة الخدمات الصحية للمرضى المقيمين بالمستشفى وهي: الخدمة الطبية medical service، خدمة التمريض nursing service، الخدمات الإدارية administrative services، سلامة المريض patient safety، التواصل مع المرضى communication، البنية التحتية للمستشفى hospital infrastructure وكذلك الخدمات الداعمة supportive services. ويرى المطورون لهذا النموذج أن الخدمات الداعمة هي أهم العوامل للتنبؤ بجودة الخدمة الصحية داخل المستشفى مقارنة بالعوامل الأخرى (Itumalla, Acharyulu, & Shekhar, 2014, p. 62).

8-المقاييس المعدلة:

هي مقاييس تم استخدامها من قبل الباحثين عند إنجاز أبحاثهم العلمية وهي غير شائعة لتعديلها المقاييس المعروفة ومنها (رشيد & فليح، 2022، ص 124):

-مقياس كارمان Carmen ويتضمن سبعة أبعاد منها الخمس الخاصة بـ SERVQUAL ويضاف عليها بعدي الأمان والتكلفة.
-مقياس باورز Bowers ويتضمن خمسة أبعاد وهي الاتصالات، المسؤولية، الموثوقية، احترام العميل، القدرة على الوصول للخدمة.
-مقياس جان Jun ويتضمن تسعة أبعاد وهي الملموسية، المسؤولية، الموثوقية، التقنية، الكفاءة، الاتصالات، اللطف والمجاملة، القدرة على الحصول على الخدمة والنتائج التي يحصل عليها المريض.

-مقياس بلاك Black ويتضمن سبعة أبعاد وهي إجراءات الدخول للمستشفى، مهنية وخبرة الأطباء، مهنية وخبرة الممرضين، بيئة المستشفى، التسهيلات الممنوحة للمرضى، التخطيط، التنسيق.

-مقياس مصطفى Mostafa وحصر أبعاد جودة الخدمات الصحية في ثلاثة أبعاد وهي البيئة المادية للمستشفى، الموثوقية وحسن التعامل مع المرضى.

-مقياس شالتون Shelton حدد أربعة أبعاد لجودة الخدمات الصحية وهي القدرة على الحصول على الخدمة، الاتصالات، الكفاءة والتسهيلات العلاجية كالمختبرات والأدوية.

-مقياس تشوي Choi يركز هذا المقياس على الإجراءات التي يمر بها المريض للحصول على العلاج وهي: إجراءات الدخول للمستشفى، إجراءات أخذ العينة، إجراءات دفع الأجور، إجراءات ووقت الانتظار للفحص الطبي، احترام المرضى ومساعدتهم وخصائص الأطر الطبية والتمريضية.

-مقياس سكوبي Scobie وأبعاده هي: القدرة في الحصول على الخدمة، تكلفة الحصول على الخدمة، الجداول الزمنية، البيئة المادية للمستشفى، فهم توقعات المريض والفائدة التي يحصل عليها المريض.

وبشكل عام يمكن تخيص أبعاد جودة الخدمة الصحية حسب أهم النماذج المستعملة في الجدول التالي:

الجدول (4-1) أهم أبعاد جودة الخدمات الصحية

أهم أبعاد جودة الخدمات الصحية							
حسب نموذج HEALTHQUAL Lee (2017)	حسب نموذج PubHosQual Aagja (2010)	حسب نموذج HospitalQual Itumalla وآخرون (2014)	حسب نموذج SERVPERF Cronin & Taylor (1992)	حسب نموذج SERVQUAL Parasuraman (1988)	حسب Grönroos (1983)	حسب Donabedian (1980)	حسب Myers (1969)
الملموسة Tangibility	القبول admission	الخدمة الطبية medical service	الملموسة Tangibility		الاعتمادية Reliability	الفعالية Efficacy	القبول Acceptability
الكفاءة Efficiency	الخدمات الطبية medical service	خدمة التمريض nursing service	الموثوقية Reliability		الاستجابة Responsiveness	الفاعلية Effectiveness	الفاعلية Effectiveness
الأمان Safety	الخدمات الشاملة overall service	الخدمات الإدارية administrative services	الاستجابة Responsiveness		كفاءة مقدمي الخدمة Competence	الكفاءة Efficiency	تحسين خدمات الرعاية Improvements Of Care Services
التعاطف Empathy	الخروج من المستشفى hospital discharge	سلامة المريض patient safety	الضمان Assurance		القدرة على الوصول للخدمة Accessibility	الشرعية Legitimacy	الاستمرارية Continuity
تحسين خدمات الرعاية Improvements Of Care Services	المسؤولية الاجتماعية social responsibility	التواصل مع المرضى communication	التعاطف Empathy		الاتصال Communication	المثالية Optimality	
		البنية التحتية للمستشفى hospital infrastructure			المجاملة Courtesy	القبول Acceptability	
		الخدمات الداعمة supportive services			المصدقية Credibility	الإنصاف Equity	
					الأمان Security		
					التعاطف Empathy		
					الملموسة Tangible		

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على ما سبق

يلاحظ من خلال النماذج التي عرضت أبعاد جودة الخدمة الصحية ورغم اختلافاتها البسيطة في المسميات، لكن هناك أبعاد يشترك فيها أغلبية المقاييس وهي: القبول، الأمان، الاستجابة، التعاطف، الملموسة، الكفاءة والخدمات الداعمة. وتعتبر أهم الاعتبارات التي يراها المريض ضرورية لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة له. فكلما توافرت هذه العناصر كلما نظر للخدمة الصحية على أنها جيدة ولها مستوى مقبول من الجودة.

الفرع الثاني- مقاييس جودة الخدمات الصحية من جانب المهنيين:

هناك من يقيس جودة الخدمة الصحية من خلال الجودة المهنية، فالمريض لا يكون دائما راضيا عن الخدمة النهائية بل يجب النظر كذلك للأسلوب والإجراءات. وهنا ظهرت مقاييس الجودة المهنية لقياس قدرة المؤسسات الصحية على الوفاء بخدماتها الطبية والعلاجية وحتى الإدارية من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة وهذه المقاييس هي (مديوني، 2016. ص ص 81-82):

1-مقاييس الجودة بدلالة المدخلات: وتسمى كذلك بمقاييس البنية الهيكلية وتشمل الجوانب التالية :

- كفاءة العاملين بالمؤسسة الصحية من أطباء وفنيين وإداريين.
 - كفاءة الأجهزة والمعدات الطبية.
 - كفاءة نظام السجلات الطبية والمعلومات.
 - كفاءة تنظيم إجراءات أساليب العمل.
 - الكفاءة في خصائص الهيكل التنظيمي.
 - كفاءة التسهيلات والإمكانات المادية للمؤسسة الصحية.
- وهذه العناصر ليست متساوية الأثر في علاقتها بالجودة، إذ أن توقع وجود خصائص هيكلية جيدة لا يعني أن الرعاية الصحية ذات جودة وليس هناك تأكيد لحدوثها، ولذا فإن هذا المدخل بمفرده غير كاف كمؤشر للجودة.

2-مقاييس الجودة بدلالة الإجراءات(العمليات): يدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم الخدمة الصحية للوصول إلى النتائج (المخرجات). وتضم مجموعة من المؤشرات أو المعايير التي تم تحديدها من قبل هيئات خارجية خاصة منظمة الصحة العالمية، إذ توضح هذه المؤشرات النسب المعيارية أو المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات الصحية (الوقائية، التشخيصية والعلاجية) والتي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر حتى يتم تصنيف هذه الخدمات كخدمات صحية جيدة.

3-مقاييس الجودة بدلالة المخرجات: تعكس هذه المقاييس التغيرات في الحالة الصحية كنواتج نهائية للرعاية الصحية ويتم قياس جودة هذه النواتج من خلال المؤشرات التالية:

- الحالة الصحية العامة: والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثل معدلات الوفيات أو الإصابة بمرض ما.
- مؤشرات النواتج لأمراض معينة: وذلك لما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة. ورغم واقعية هذا المقياس إلا أنه يصعب معه عدم التأكيد على ارتباط النواتج بعمليات التشخيص أو المعالجة. حيث تتدخل عوامل اجتماعية ونفسية ومادية في هذه النواتج، وتجدر الإشارة إلى أن قياس النتائج غالبا ما يستخدم لتقييم الأداء في حين يستخدم قياس العمليات والهيكل بغرض تحسين وضبط العمليات.

المطلب الخامس- تكاليف جودة الخدمة الصحية:

تعد مسألة دراسة تكاليف الجودة من المواضيع المهمة لتقييم الخدمة الصحية وتحسينها رغم صعوبة تحديدها. و تعرف تكاليف الخدمة الصحية على أنها التكاليف المتعلقة بمنع خلق خدمات معيبة أو اكتشافها، وأيضاً تلك التكاليف التي تتحملها المؤسسة الصحية بعد إصلاح العيوب (لكموته، ضيف الله ، & العبسي، 2023، ص 1298). ولها أهمية بالغة وتظهر هذه الأهمية في أن (شمخي & سلمان، 2021، ص 30):

- قياس تكاليف الجودة توجه انتباه الإدارة العليا إلى تكاليف الجودة الرديئة.

- قياس تكاليف الجودة يساعد على حل المشاكل من خلال المقارنة بين التكاليف والفوائد لبرامج تحسين الجودة ووضع أولويات لتخفيض التكاليف.

- قياس تكاليف الجودة هي مقياس لأداء الجودة.

الفرع الأول- تقسيمات تكاليف الجودة:

ووفقاً لفيجانبوم Feigenbaum ، يكمن تقسيمها إلى نوعين تكاليف الرقابة وتكاليف فشل الرقابة وكلاهما ينقسم إلى قسمين حسب التالي (Setijono & Dahlgaard, 2008, p. 295):

أولاً- تكاليف الرقابة Cost of Control: وبدورها تصنف إلى قسمين:

أ- **تكاليف الوقاية Prevention Cost:** وهي التكاليف المرتبطة بمنع حدوث العيوب (الانحرافات عن الجودة) وهي عادة ما يتم إنفاقها قبل أن يتم تقديم السلعة أو الخدمة، وتشمل تكاليف التخطيط، إجراء البرامج التدريبية، الإجراءات المستخدمة لمنع عيوب التصميم، والأنشطة المختلفة للتحكم بالعملية وتحسينها.

ب- **تكاليف التقييم Appraisal Cost:** وهي تلك التكاليف التي تنتج عن عملية تقييم مطابقة المنتج أو الخدمة للمواصفات المعتمدة. وتختلف التكاليف في السلع عن تلك التكاليف في الخدمات، إذ تتحدد تكاليف تقييم الخدمة بناءً على إجراءات الرقابة الخاصة للتأكد من توافق ممارسات العمل الموصوف. أما فيما يخص تكاليف تقييم السلع فتتضمن تكاليف الفحص والتدقيق والمتابعة. كما تتضمن كلفة المعدات والنفقات المترتبة على الصيانة.

ثانياً- تكاليف فشل الرقابة Cost of Failure of Control:

أ- **تكاليف الفشل الداخلية Internal Failure Cost:** وهي التكاليف المرتبطة بالتخلص من المنتج نتيجة عدم المطابقة للمواصفات أو إعادة تشغيله أو تغيير التصميم أو التكاليف المترتبة على إعادة الرقابة أو إعادة الاختبار.

ب- **تكاليف الفشل الخارجية External Failure Cost:** وهي تكاليف مرتبطة بالفشل خارج نطاق المؤسسة، وتشمل نتائج عدم شراء الزبائن للمنتج مرة أخرى، تكاليف الضمان بعد الشراء وإعادة المنتج للمؤسسة وتكاليف فقدان السمعة.

الفرع الثاني- نماذج قياس تكاليف الجودة:

لقياس تكاليف الجودة طرق كثيرة و من أهم نماذج قياسها (بن أحمد الصالح & بن محمد الصريمي، 2015، ص 173-

(177

أولاً- بالنسبة للتكاليف المرئية (الواضحة): لا تجد المؤسسة صعوبة في معرفتها والتعامل معها. ومن أهم النماذج التي تم التركيز عليها لحساب هذا النوع من التكاليف نموذج التصنيف التقليدي (وقاية، تقييم، فشل)، فكما سبق الإشارة إليه في تقسيمات تكاليف

الجودة من تكاليف وقاية وتكاليف تقييم وتكاليف فشل داخلي وخارجي، فتحليل نتائج تكاليف الجودة يكون باستخدام النسبة المثوية لإجمالي التكاليف.

يوجد كذلك نموذج تكلفة العملية وهو نموذج سهل القياس والمتابعة ويقصد به التكلفة الاجمالية الفعلية لإنتاج الخدمة أو المنتج التي أنفقت بشكل مباشر في العملية الإنتاجية.

وأشهر النماذج نموذج التوازن الاقتصادي أو ما يعرف بنموذج كروسبي ويشبه نموذج التصنيف التقليدي وقد أثبت نجاحه في برامج تحسين الجودة ويقوم بحساب تكاليف التصحيح وإعادة العمل وتحسين العملية الإنتاجية وخلوها من العيوب باعتبارها تكاليف عملية للسلع والخدمات. إذن الجودة الاقتصادية من منظور هذا النموذج هي نقطة التقاء أين تتساوى قيمة تكلفة الوقاية مع قيمة تكلفة الفوائد المتوقعة ويتم مراقبة هذه النقطة بصفة مستمرة حتى لا تتخطى قيمة الفوائد المتوقعة.

ثانياً- بالنسبة للتكاليف الخفية (المستترة): يصعب حصر التكاليف الخفية لضبايتها، لكن تظهر آثارها السيئة على الوضع المالي للمؤسسة، مثل تأثر سمعة الشركة بالإنتاج المعيب أو الخدمة المعيبة وتكلفة عدم الانتظام في مواعيد التسليم. ويمكن حسابها إما بالطريقة المضاعفة إذ تحدد التكاليف المستترة بضرب التكلفة الواضحة برقم غير محدد ويمثل قيمة التأثير المضاعف.

وإما بطريقة دراسة السوق، فبعد تحديد المزيج التسويقي أو ما يعرف بـ P4 (المنتج Product ، السعر Price، المكان Place وطرق الاتصال والترويج Promotion) ومن نتائج دراسة السوق يمكن تحديد خسائر الأرباح المتوقعة المنسوبة إلى رداءة جودة السلع والخدمات مقارنة برداءة جودة السلع والخدمات الموجودة في السوق.

أو اتباع نموذج دالة خسارة الجودة لتاجوشي والذي طور دالة لقياس خسارة الابتعاد عن الإنتاج المستهدف والذي يمثل انعكاس عن رغبة العميل في المنتج أو الخدمة، وقد أثبت هذا النموذج فاعليته في المؤسسات التي تهتم بالجودة، لتمييزه بميزتين، فهو يسمح بتحقيق الموازنة بين خسارة الجودة ومواصفات المنتج ويساعد المؤسسة في مرحلة التصميم لجعل القيمة الفعلية لمواصفات الجودة تساوي أو ترتفع عن القيمة المستهدفة. بالإضافة إلى دورها في تحسين الجودة من خلال الاستثمار التقني الحديث وتبرير التكلفة الإضافية المطلوبة لقياس الوفورات المتحققة من انخفاض تكاليف الفشل الخارجية.

المبحث الثالث- إطار مفاهيمي حول المؤسسات العمومية للصحة:

يجادل مولتون Moulton أن الخدمة العمومية يمكن تقديمها من قبل أي مؤسسة، سواء كانت عمومية أو خاصة أو لا أحد منهما أو كليهما (Anderson, 2012, p. 314). وتعد المؤسسات الصحية خاصة العمومية منها من أهم المؤسسات الخدمية، فهي تحفظ حياة البشر بما تقدمه من خدمات صحية، لكنها تتميز بالتعقيد لكثرة الفواعل التي تسيروها وتنوع المهن والأنشطة بها.

المطلب الأول- ماهية المؤسسات الصحية:

الفرع الأول- تعريف المؤسسة الصحية:

يتعدد تعريف المؤسسة الصحية بتعدد أشكالها، فمنها الصناعية كشركات صناعة الأدوية والتجهيزات الطبية، ومنها الخدمية كالمستشفيات والمخابر والعيادات وغيرها. كذلك يتعدد تعريفها بالنظر إلى غايتها، فهناك الربحية وغير الربحية، بالإضافة إلى تنوعه بناء على اختلاف شكلها القانوني والتنظيمي حسب الدولة وسياساتها.

ولذلك، تنحصر الدراسة الحالية على المؤسسات الاستشفائية أو ما يعرف بالمستشفى، باعتبار أنها أهم مؤسسة صحية. وبدورها تمتاز بالتعقيد، فهي تستخدم عناصر بشرية ذات تخصصات مهنية وفنية متعددة ومختلفة وتعتمد في تنفيذ نشاطاتها على تقسيم العمل وتعمل في إطار أنظمة داخلية معقدة ومتراصة فيما بينها. كذلك تربط المؤسسة الصحية علاقات تنظيمية خارجية مع العديد من المؤسسات والهيئات الرسمية والمجتمع المحلي (العابد، 2017، ص 12).

فسلط غريني Grenier وآخرون (2019) الضوء على ضرورة النظر في التعقيد الهيكلي للمؤسسات الصحية وتعدد الجهات الفاعلة به. فوصف نوبر Nobre (2013) المستشفى أنه منظمة معقدة بالنظر إلى تنوع المهارات والمهن والأنشطة (Zaghmouri, 2019, p. 13).

وحسب منظمة الصحة العالمية فهي جزء متكامل من تنظيم اجتماعي وصحي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته إلى الأسرة في بيئتها المنزلية. بجانب أنه مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية واجراء الاختبارات الطبية (جاد الرب، 2008، ص 40).

الفرع الثاني- تصنيفات المؤسسة الصحية:

يمكن الاعتماد على الكثير من المعايير لتصنيف المؤسسات الصحية من بين هذه المعايير (عشي، 2017، ص 21-22):

أولاً: على أساس إنتاج الخدمة

- 1- المؤسسة الصحية المنتجة: هي مجموع المؤسسات المنتجة للخدمة مثل المستشفيات والمراكز الصحية.
- 2- المؤسسة الصحية غير المنتجة: هي مجموع المؤسسات التابعة لقطاع الصحة غير المنتجة للخدمة مثل الوزارة والوكالات الوطنية والمديريات التنفيذية مهمتها الأمور الإدارية والتنسيق.

ثانياً: على أساس الملكية

- 1- المؤسسة الصحية العمومية: أو المؤسسة الصحية الحكومية وهي مجموع المؤسسات الصحية التي تملكها الدولة وتهدف عموماً إلى تقديم أقصى مستوى ممكن من الخدمة الصحية بمختلف مستوياتها دون هدف ربحي.
- 2- المؤسسة الصحية الخاصة: وهي المؤسسات الصحية التي يمتلكها الخواص وتهدف إلى تقديم الخدمة الصحية مقابل هدف ربحي.
- 3- المؤسسة الصحية الخيرية: وتكون ملكاً لجهة خيرية وتقوم على فكرة التطوع وهدفها مساعدة المحتاجين للخدمة الصحية. خدماتها محدودة مرتبطة بالمخصصات المالية المقدمة لها.

ثالثاً: على أساس التخصص

- 1- المؤسسة الصحية العامة: وهي تلك المؤسسات التي تقدم خدمة صحية في الكثير من التخصصات وتخدم فئة كبيرة من الناس.

2- المؤسسة الصحية المتخصصة: وهي مستشفيات متخصصة تعالج أمراضاً معينة في فرع واحد أو اثنين من التخصص الطبي خاصة تلك التي تحتاج لرعاية طبية خاصة.

الفرع الثالث - وظائف المؤسسة الصحية:

للمؤسسة الصحية ثلاث وظائف أساسية وهي (بن فرحات, 2018. ص ص 32-33):

- تقديم خدمات طبية وعلاجية للمرضى وتضم خدمات الرعاية الطبية الأولية والثانوية والتخصصية، بالإضافة إلى الخدمات الطبية المساندة مثل المخبر والأشعة. وكذلك الرعاية الصحية تشمل مختلف الأنشطة التي تتعلق بالصحة مثل التوعية والتثقيف الصحي، الصحة العقلية، رعاية المسنين وتختلف القائمة من دولة إلى أخرى. الملاحظ أن الخدمات الصحية لم تعد محصورة بين أسوار المستشفى بل صارت تصل إلى المرضى في منازلهم خاصة الذين لا يستطيعون الوصول إلى المؤسسات الاستشفائية لتلقي العلاج لاسيما المرضى كبار السن الذين يعانون من أمراض مزمنة، لذلك ينبغي إدارة وتنظيم برامج الرعاية الممتدة إلى المنازل التي اعتمدتها الكثير من الدول مثل بريطانيا والولايات المتحدة لتقليل التكاليف وزيادة المنافع الاجتماعية (العابد, 2017. ص 19).

- التعليم والتدريب: تعد المؤسسات الصحية المكان المناسب لتعليم وتدريب عاملي القطاع في المجالات الطبية والتمريضية لتطوير مهاراتهم وقدراتهم، لما لها من إمكانيات بشرية ومادية تكسبهم الخبرة بالإضافة إلى اكتساب القدرة على التفاعل مع المريض.

- البحث العلمي: يستفيد الباحثون من إمكانيات المؤسسات الصحية مثل السجلات الطبية التي تتوفر على البيانات والمعلومات الطبية وكذلك وجود المخابر ومراكز التصوير الطبي والأجهزة الطبية المختلفة للقيام بالبحوث الطبية وحتى الاجتماعية. فالتقدم الهائل في علوم وتكنولوجيا الطب خير دليل على أهمية هذه البحوث.

المطلب الثاني - ماهية المؤسسات العمومية للصحة:

الفرع الأول - تعريف المؤسسة العمومية للصحة:

تحتاج أطر تحليل المؤسسات الصحية إلى استيعاب التنوع المتزايد لمقدمي الخدمة الصحية، بالإضافة إلى مقاييس الأداء ومخرجات الخدمة العمومية (Anderson, 2012, p. 314)، فبالنسبة للمؤسسة العمومية للصحة هي أحد المرافق العمومية، أي تملكها الدولة وتسييرها أجهزتها. تطبق عليها المبادئ الرئيسية للمرفق العمومي وهي (بن فرحات, 2018. ص 37):

1- **الاستمرارية:** أي أن المؤسسة العمومية لا توقف نشاطاتها لأي سبب كان، وتركز على المصلحة العامة بإشباع حاجات المواطنين. فمن واجب الدولة أن تضمن السير المنتظم للمؤسسة العمومية، خاصة الحساسية منها كالمؤسسات العمومية للصحة حتى في وقت الاضراب تلتزم بأداء الحد الأدنى من الخدمة.

2- **المساواة والحيادية:** أي سهولة الوصول إلى المؤسسة العمومية وفق ضوابط وضعها المشرع تضمن تحقيق المساواة. وأن يؤدي المرفق العمومي خدماته دون تمييز بين المرتفقين بسبب جنسه أو لغته أو انتماءه أو دينه أو مركزه الاجتماعي. وتستمد المؤسسات العمومية عموماً مبدأ المساواة من المواثيق الدولية والدساتير وإعلانات الحقوق، فالكل يستفيد من الخدمة بشروط مواتية ومناسبة لقدرات المواطنين ومستوياتهم المعيشية.

بالإضافة إلى هذه المبادئ، هناك من يضيف معايير أخرى لعملية تقديم الخدمة العمومية يلتزم بها المرفق العمومي بما فيها المؤسسات الصحية وهي (بن نعوم, 2021. ص ص 19-20):

1- **المجانبة النسبية:** امتدادا لمبدأ المساواة ونظرا لوضعية المواطنين المتباينة اقتصاديا واجتماعيا، هناك خدمات متعلقة بالأمن عموما والأمن الصحي خصوصا، فتجد أن الدول تعتمد على المجانبة النسبية أو المجانبة الكلية في الخدمات الصحية ليتمكن الجميع من الوصول إليها دون فوارق طبقية.

2- **التطور والتكيف:** بمعنى أن تتطور المؤسسة العمومية مع التطور الاجتماعي والاقتصادي والتقني، وتتكيف مع متطلبات الخدمة وحاجات المواطن.

3- **الفعالية:** الخدمة العمومية تعني كل الأنشطة التي ثبت عجز السوق في تصحيح حالات الاستغلال غير المتوازن بين مناطق الوطن، فالتوزيع العادل للخدمات يساهم في جعل كل المناطق أكثر فعالية.

4- **التضامن:** الخدمة العمومية ماهي إلا تعبير عن تضامن اجتماعي بين المواطنين، تتولى الدولة قيادته وتجيده ميدانيا.

وتتميز المؤسسة العمومية الصحية كغيرها من المؤسسات العمومية بخصائص أخرى أهمها (ضحاك, 2012. ص 03):

- **الخضوع للسلطة السياسية** فتأخذ منه المؤسسة صفة العمومية، وهذا ما أعطاها حق تصميم عمل الإدارة وتشكيل القرارات الهامة لسياساتها. فالعمومية تعني مدى خضوع المؤسسة للتنفيذ الاقتصادي والسياسي ومدى تجسيدها للقيم العمومية (Anderson, 2012, p. 315).

- **تمويلها** يكون من طرف ميزانية الدولة وليس من خلال التبادل التجاري.

- **انتظام واستمرار سير عملها** لأهمية الخدمات المقدمة.

- **يعرف نشاطها بالخدمات العامة.**

- **كبر حجمها.**

- **لا تهدف للربح** في الغالب، فهدفها المصلحة العامة وتقدم خدماتها بمساهمة رمزية من المستفيد.

- **صفة الاحتكارية** في العموم، فخدماتها لا تخضع لمنافسة حقيقية من جانب المؤسسات الخاصة لانخفاض ربحية النشاط.

- **محيطها يتسم بالتعقيد**، فالدولة تضع الكثير من الحواجز لدخول القطاع.

- **تعمل المؤسسات العمومية على تحقيق أهداف الدولة المستقبلية.**

فيمكن القول أن المؤسسة العمومية للصحة هي أحد هياكل الدولة التي تسيروها أجهزتها، وتطبق عليها مبادئ المرفق العمومي بما يضمن استمرارية خدماتها الصحية.

الفرع الثاني - خصائص المؤسسات العمومية للصحة:

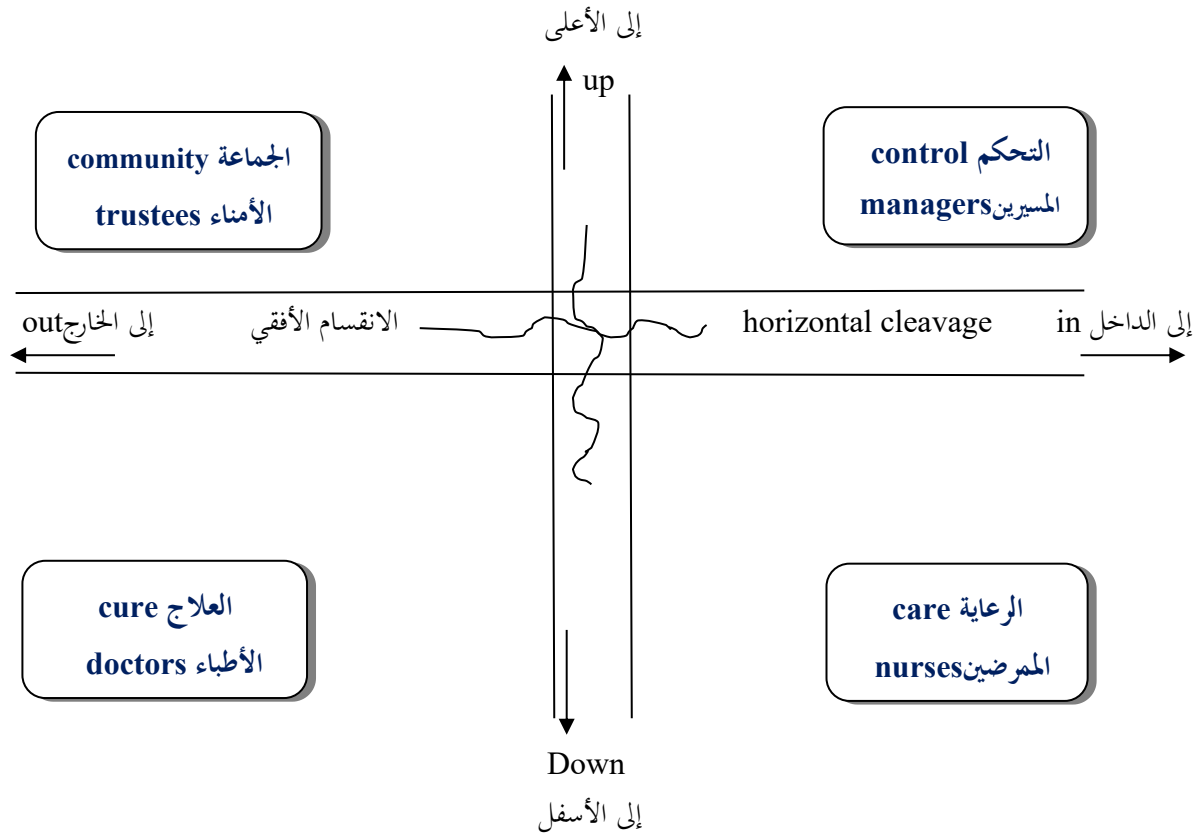
- بالإضافة إلى كون المؤسسة الصحية العمومية مؤسسة تابعة للدولة، أي أن لها نفس خصائص المؤسسات العمومية. هناك العديد من الخصائص التي تميزها عن المؤسسات الاجتماعية خاصة الخدمية ومن أهمها (بوقيرة، 2021. ص 167):
- تعدد وتعقيد الوظائف الموجودة بها، لذا تعتبر من أكثر المؤسسات الحديثة تعقيدا.
 - تعدد فئات العاملين بها، فهناك الأطباء والاداريين والمرضى والنفسانيين والتقنيين وغيرهم. ولكل منهم اهتماماته، ويقوم كل فرد بوظيفته بصرف النظر عن الفئات الأخرى.
 - تعدد الوظائف الذي يؤدي إلى تعدد خطوط السلطة، فهناك السلطة الإدارية وهناك السلطة الطبية.
 - صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المستشفيات نظرا لصعوبة التنبؤ بحالات المرض المتوقعة. لذا وجب على المؤسسات الصحية التأهب الكامل بصفة مستمرة لاستقبال كل الحالات.
 - صعوبة تقييم أنشطة المؤسسات الصحية بالمقاييس التي تستخدم في المؤسسات الأخرى، نظرا أن الخدمة ينظر لها من جانبين الأول مقدم الخدمة والثاني مستهلك الخدمة ولكل وجهة نظر مختلفة.
 - العمل داخل المؤسسات الصحية يمتاز بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة الصحية، فأي خطأ قد يعرض المريض لعجز دائم أو إنهاء حياته.
 - صعوبة تطبيق التشريعات واللوائح نظرا لعدم القدرة على توصيف المهن الصحية توصيفا دقيقا وحدوث الكثير من التداخلات بين الوظائف.

الفرع الثالث - تسيير المؤسسات العمومية للصحة:

أولا: الفواعل المسيرة بالمؤسسة العمومية للصحة

- قدم مينتزبورغ Mintzberg وغلوبارمان Glouberman (2001) أربعة عوالم لها استقلالية وسلطة اتخاذ القرار في النشاطات المسندة لها، فتسيير المؤسسة العمومية للصحة باعتبارها مستشفى ليست عملية واحدة متجانسة بل هو متعدد ومتميز عن بعضه البعض. فهناك من يسيّر العمليات السريرية والعلاج، وهناك من يسيّر المصالح والوحدات الاستشفائية، وهناك أيضا من يسيطر على الموارد ويسيرها، وكذلك من يراقب العمليات الإدارية ولهم السلطة الرسمية.
- وعلى هذه العوالم العمل سويا في تناسق وتعاون، على نحو يضمن القيام بالمهام بشكل منظم، وهي موضحة في الشكل التالي:

الشكل 4: العوالم الأربعة للمستشفى



المصدر: (Glouberman & Mintzberg, 2001a, p. 02)

يلاحظ من خلال الشكل 4 أن الانقسام الأفقي يفصل بين من يعمل سريريا مع المريض والذي لا يعمل معه. بينما الانقسام العمودي يفصل أولئك المرتبطين ارتباطا وثيقا بالمؤسسة من مسيرين وممرضين وغير الملتزمين رسميا بها ويقصد بهم الأطباء والأمناء، وفيما يأتي تفصيل العوالم الأربعة للمستشفى (Glouberman & Mintzberg, 2001a) :

1- التحكم Control:

تم تقديم "المسؤولين" لأول مرة في المستشفيات لمساعدة كبار الأطباء. وبرزوا تدريجيا كسلطة قائمة بذاتها، حيث تولوا المسؤولية الرسمية عن النظام ككل، في عملية إعادة تسمية أنفسهم "مسيرين managers". بمعنى آخر صاروا على قمة التسلسل الهرمي الإداري للسلطة الرسمية، وهو مبدأ التنظيم. ولكن من وجهة نظر الأطباء باعتبارهم الأعضاء الأكثر نفوذا في مجتمع المستشفى فإن التسلسل الهرمي للمكتبي أي المسير أقل أهمية بكثير في التسلسل الهرمي للإنجازات الطبية.

وبالطبع، يمارس المسيرون سلطة رسمية على الأعضاء الآخرين في مجتمع المستشفى، وخاصة أولئك الأقل قدرة على المطالبة بالوضع المهني، لذا فإن عملية التحكم والرقابة للمسير ليست سهلة، ما يجعل تسيير المستشفى ككيان واحد مشكلة في حد ذاتها. لأن المهنة تقتضي الحصول على مجموعة من المهارات والمعارف المعقدة وليس تفويض وثائق فقط، ما يجعل مسير المستشفى غريبا فيما يتعلق بعملية العلاج. ولمواجهة هذا الضعف تحكم المسير بالموارد المالية والبشرية والمادية. ورغم ذلك، هناك من يعتبر أنه ليس تحكما بما أن الطبيب هو من يقرر ما يحتاجه للمريض.

فصحيح أن هذه الأزمة داخل المؤسسة الصحية تجعل المسير دائما في حالة ارتباك وفي حالة بحث طويلة عن تقنيات التسيير الفعالة من التخطيط الاستراتيجي إلى أحدث النماذج اليوم (إدارة الجودة الشاملة والتسيير العمومي الحديث)، إلا أن النظام

كحال البشر يعمل تحت رعاية منتظمة وليس علاج متقطع كما يقول مينتربورغ Mintzberg وبلوبرمان Glouberman. فالحل ليس في كيفية معالجة التباعد الأفقي بقدر ما هو القدرة على إنشاء شبكة تعاونية.

2- الجماعة Community:

قد يُنظر إلى المبدأ التنظيمي للجماعة على أنه مجلس الإدارة، وتشير سلوكيات ممثليه أو ما يعرف بالأمناء أن التسلسل الهرمي يكون أقل وضوحا فيه بين العوالم الأربعة. يجتمع المجلس بشكل دوري، مكلف بالإشراف على أنشطة المستشفى. ومع ذلك، يجب أن يقوم بدوره من موقعه الممثل في الأعلى وجهة الخروج، لأن أعضائه هم الأكثر إبعادا عن عملياته والأقل اعتمادا على نجاحه. وينطبق الأمر كذلك على أعضاء المجتمع الآخرين، مثل المتطوعين والجمعيات، جميعهم لديهم القدرة في المساهمة، وإن كانت عادة ما تكون هامشية إلى حد ما. ويجب كذلك اعتبار المرضى جزءا من جماعة المستشفى على الرغم من أنهم يعتمدون على نجاحه، فأعضاؤه يعملون على تمثيل مجتمع المستشفى، لكن في هذا النظام لا يمكنهم فعل الكثير باستثناء محاولات غير مباشرة للتأثير. ولأن أغلبهم بعيدون عن الرعاية والعلاج فهم يوجهون انتباههم إلى المسيرين والضغط عليهم، ودائما ما يتدخل السياسيون لتغيير الإدارة بطريقة أو بأخرى من أجل تغطية العجز الداخلي للنظام الصحي ككل.

3- العلاج Cure:

إن وضع الأطباء في الأسفل ولكن إلى الخارج لا يعني بأي حال من الأحوال أنهم في الأسفل والخارج. يرى الأطباء أن المستشفى هو موقع عملهم، فعملهم مرتبط بشكل مباشر ووثيق بالمستشفى وليس من أجله، فهم يتدخلون لعلاج المرضى ومشاركتهم متقطعة. وعلى عكس طاقم التمريض، فالطبيب يدخل للمستشفى لإجراء عملية جراحية أو وصف علاج ما ويغادرون، تاركين لفرق التمريض مسؤولية الرعاية.

ويتم توزيع العلاج من خلال نظام التخصص الطبي الخاضع للرقابة الدقيقة، ويعتبر المبدأ التنظيمي لهذا القسم. وعلى خلاف الأقسام الأخرى، فالمسيرون يمكنهم الانتقال إلى وظائف إدارية أخرى والمرضون يمكنهم التدريب على تخصصات جديدة إلا أن الأطباء يتخصصون في تخصص واحد مدى الحياة عموما. فما يفعله الأطباء هو تسليق التسلسل الهرمي للتخصص الخاص بهم من الكفاءة والمكانة المهنية من خلال الخدمة العلاجية أو البحث العلمي. ويمكن القول أن لهم القدرة على التأثير سلبا أو إيجابا على خلق التكامل في الرعاية المجتمعية.

4- الرعاية Care:

إن وحدات التمريض في المستشفى موجودة في الداخل وفي الأسفل، لأنها الفئة الأكثر التزاما بالمستشفى والأكثر ارتباطا بعملياته. وعلى عكس العلاجات التدخلية للأطباء، يقدم المرصون الرعاية بشكل مستمر إلى حد ما. تجدر الإشارة أن المرص من يدير المصالح ويسعى لتنسيق سير العمل المعقد، فهم يعملون على تنظيم مجيء وذهاب جميع أنواع الأشخاص حول المريض من أطباء سواء المتخصصين أو المقيمين أو المتدربين وتدخل النفايين وكذا المرصين بشتى أنواعهم يوميا، فهم كذلك يخضعون لتسلسل هرمي وهذا هو مبدأهم التنظيمي. فغالبا ما يقع المرض بين اعلان الطبيب المسؤولية على المريض على الرغم من غيابه وبين الإدارة التي تعلن مسؤوليتها على التحكم على الرغم من بعدها.

ففي الظاهر يبدو أن الرعاية والعلاج يدعم كلاهما الآخر، لكن الواقع هو أن المرضى من يقومون بمعظم الرعاية ويخضعون وظيفيا للأطباء الذين يعتبرون أنفسهم مسؤولون فقط على العلاج، ما أدى إلى صراعات مختلفة حول تقسيم العمل بالمستشفى. ويختلف صاحب السلطة بين الممرض والطبيب حسب مكان العمل وطبيعة النشاط، ففي مراكز الشيخوخة تميل الكفة إلى الممرض وأيضا نفس الشيء في العلاجات التلطيفية palliative treatments. بينما في المستشفيات، الكفة ترجح للطبيب لأن الهدف هو الشفاء من المرض بالدرجة الأولى. لذلك فمجال الرعاية يجب أن يكون أكثر مرونة ويصبح ترسيم الحدود بين العلاج والرعاية أقل أهمية بل عليه أن يقوم على علاقات تعاونية بين الأطباء والمرضى.

وإن المتعمق في العوالم الأربعة يدرك أنها مكونات ضرورية للنظام الصحي وإن كانت بينها حدود، إلا أن الانقطاع بينها مدمر للمؤسسة العمومية للصحة وتكون التحالفات بين هذه الفواعل إما قويا لتسيير المؤسسة أو مدمرا لها. فيميل الممرضون أحيانا إلى تشكيل تحالف داخلي مع الممرضين ضد الأطباء وأحيانا يشكلون تحالفا مع الأطباء ضد الممرضين، في حين أنهم بعيدون جدا عن أعضاء مجلس الإدارة.

ومن جانب آخر يميل الأطباء إلى المرضى وهم بعيدون عن الممرضين، وقد يطور البعض منهم تحالفا مع أعضاء مجلس الإدارة للحصول على الموارد التي يريدونها، ومن جانبهم يتأرجح الأمناء بين التحالف مع الأطباء وأصدقائهم الذين يشجعونهم على الإنفاق، والتحالف مع الممرضين الذين يشجعونهم على تقييد الإنفاق. وأقل ما يتعلق به مجلس الإدارة هم الممرضون. ولتنسيق الخدمات الصحية سواء في المستشفى أو في المجتمع يجب كسر الحواجز بين الرعاية والعلاج والرقابة والجماعة حتى تتمكن المؤسسة من العمل بشكل أكثر تعاونا ويمكن تخصيص موارد المؤسسة بشكل أكثر فعالية.

وهناك دوافع تجمع هذه العوالم المختلفة للعمل معا رغم اختلافاتها وخلافاتها، الأول هو الالتزام بالهدف فيميل بعض المهنيين من أطباء وممرضين إلى التفاني في العمل، ويبقى المسير في وظيفته رغم الضغط الشديد، ويتبرع الأمناء بوقتهم ومواردهم لصالح المستشفى. الثاني الرغبة في تطوير المعرفة وتقاسمها مع الفواعل الأخرى وهو أحد الأسباب الرئيسية للتميز. الثالث هو الاستعجال أي الاستجابة السريعة لإنقاذ الأرواح وهو ما يوحد العوالم الأربع في حالة الأزمات.

ثانياً: دور المسير (المنخر) بالمؤسسة العمومية للصحة

حسب مينتزبرغ Mintzberg و بلوبرمان Glouberman هناك ثلاث أدوار رئيسية للمسير داخل المستشفى وهي (Glouberman & Mintzberg, 2001b, p. 20):

- يتعين على المسير تسهيل الإدارة الذاتية الفعالة self-management بالمصالح الاستشفائية، وهذا يعني ترقية الثقافة التنظيمية للمؤسسة وتعزيز التكيف المتبادل mutual adjustment وهي عملية حركية للاندماج بين العوالم المذكورة سابقا.
- لضمان دعم المؤسسة الصحية وشرعيتها، يستوجب على المسير إدارة الحدود الخارجية للمؤسسة أي تسيير علاقاتها بال محيط الخارجي لها. فيجب أن يكونوا مدافعين عن مصالح المؤسسة، وفي نفس الوقت متصالحين مع الأطراف الأخرى مع تطويرهم لمهارات العلاقات الإنسانية.

- يتعين على المديرين كذلك التعامل مع القرارات التي تهم المؤسسة الصحية ككل، مثل تخصيص الموارد المالية لشراء التجهيزات اللازمة، وليس دوره اتخاذ القرار فقط بقدر ما هو صنع قرار تشاركي مع الفاعلين الآخرين بالمؤسسة.

ثالثاً: نماذج التنظيم في المؤسسة العمومية للصحة

تنقسم نماذج التنظيم داخل المؤسسة العمومية للصحة إلى نموذجين النموذج الميكانيكي والنموذج العضوي (بوروين، 2022 ص ص 144-148):

1- النموذج الميكانيكي: يشبه النموذج البيروقراطي إلى حد كبير، فمن الناحية التقنية يتقاطع معه في عناصر وهي:

- تقسيم نشاطات المؤسسة إلى تخصصات دقيقة جداً.

- تعريف واضح للتسلسل الهرمي في المؤسسة.

- تركيز التعليمات وضوابط العمل واتخاذ القرارات في المستوى الأعلى للمؤسسة.

ومن بين أهم صيغ التنظيم الميكانيكي في التنظيم ما يلي:

أ- التنظيم العمودي: ويعرف بالتنظيم الرأسي، يتكون على أساسه الهيكل التنظيمي من مستويات إدارية يرتبط بعضها ببعض بخطوط متصلة تتدرج فيها السلطة على شكل أوامر وتعليمات من المستوى الأعلى إلى الأدنى. من مزاياه أنه مناسب للمؤسسات الصحية الصغيرة التي لا تستدعي تقسيم العمل على أساس التخصص الوظيفي والتي تتسم ببساطة الأعمال التي تقوم بها. ويعرض بوضوح خط تلقي الأوامر بالنسبة للمرؤوسين، فكل مرؤوس يعرف من هو رئيسه ومدى سلطته، بالإضافة إلى معرفته لواجباته ومسؤولياته. كذلك وضوح الرؤية عند مديري الوحدات الإدارية وكذلك عند التنفيذيين التابعين لهم بالنسبة لطبيعة القرارات المتخذة عند كل مستوى من المستويات الإدارية، لكن ما يعاب عليه صعوبة تطبيقه في المؤسسات التي تؤدي مهاماً تخصصية بسبب إغفاله تقسيم العمل على أساس التخصص.

ب- التنظيم الخطي للموظفين: يقوم هذا النوع من التنظيم على عدة مستويات ترتبط ببعضها عبر خطوط متصلة تتدرج فيها السلطة، بالإضافة إلى ضمه لوحدة تضم مستشارين متخصصين تنحصر مهمتهم في تقديم الاستشارة إلى المديرين التنفيذيين، وهذا النوع من التنظيم هو الأنسب بالنسبة للمؤسسات الكبيرة. من عيوبه أنه قد ينشئ صراعات بين الإداريين التنفيذيين والمستشارين عند تعارض الآراء فيما بينهم. إضافة إلى صعوبة تحديد المسؤول عن الإخفاق في المؤسسة، فالإداريون ينسبون الإخفاق إلى سوء اقتراحات المستشارين والمستشارين ينسبونه إلى سوء تسيير الإداريين.

ج- التنظيم الوظيفي: يختلف البناء التنظيمي الوظيفي عن التنظيمين السابقين، حيث يقسم العمل فيه على أساس التخصص الوظيفي لتحقيق الاستفادة من الخبراء المتخصصين، أي أنه بدلاً عن الاستعانة باستشارة المتخصصين، يكون هؤلاء المستشارين هم أنفسهم مديري الوحدات التنظيمية التنفيذية حيث يكون لهم سلطة على من هم تحت نطاق إشرافهم وعلى الذين يمارسون مهاماً تدخل تحت اختصاص وحدتهم. ومن أهم مزايا هذا التنظيم أن تقسيم العمل على أساس التخصص يسهل عملية اتخاذ القرارات القائمة على التخصص ما يزيد من كفاءة المؤسسة. وما يعاب عليه هو احتمال عدم وضوح السلطة والمسؤولية للموظفين نتيجة تداخل نطاق إشراف الفنيين والتنفيذيين.

2-النموذج العضوي: يقوم هذا النموذج في المؤسسة العمومية للصحة على مفهوم اللامركزية. حيث يتيح للخبرات المتخصصة اتخاذ القرارات لمواجهة المشكلات والحالات المستجدة في كل مستويات التنظيم، كما يركز على مرونة أساليب القيادة والطابع غير الرسمي من أجل التكيف مع قدرات العاملين ومهاراتهم.

وتتمثل أهم أشكال هذا النموذج في الآتي:

أ- التنظيم على أساس المشروع: يقوم هذا الشكل على قيام المؤسسة العمومية للصحة بتشكيل فرق مشروعات خاصة بالعناية بالمرضى تحت توجيه وقيادة الأطباء المتخصصين، وينتهي عمل هذه الفرق بمغادرة المرضى للمؤسسة العمومية للصحة ليتم بعدها إعادة إنشاء فرق جديدة أو الحفاظ على القديمة منها للتكفل بالمرضى الجدد. ومن أهم ما يميز هذا النوع من التنظيم اعتماده على العلاقات الأفقية والتنسيق الأفقي بين الأقسام الفنية فهو عكس التنظيم البيروقراطي الذي تكون الاتصالات فيه عمودية وهرمية فقط، فهو يوفر مرونة أكثر للأفكار المبدعة.

ب- التنظيم على أساس المصفوفات: يتشكل من خلال تنظيم فرق مشروعات يظهر العلاقات الأفقية بين العاملين في الوحدات التنظيمية الفنية والتنظيم الوظيفي الذي يوضح العلاقات العمودية بين رؤساء الوحدات التنظيمية ومروسيهم الذين يعملون في فرق المرضى. بمعنى آخر فإن الممرضة التي تعمل ضمن إدارة التمريض وهي إدارة وظيفية تشارك أيضا فريق العناية الخاص بالتمريض وعليه يكون موقع الممرضة مرتبط بعلاقتي الأولى علاقة عمودية مع رئيس التمريض والثانية علاقة أفقية مع الطبيب المختص.

المطلب الثالث- ممارسات المؤسسة العمومية للصحة لضمان جودة الخدمات الصحية:

الفرع الأول- المبادئ العامة لضمان جودة الخدمة الصحية:

يستلزم في تسيير المؤسسة العمومية للصحة لضمان جودة خدماتها بعدة مبادئ (Minvielle, 1999, p. 69):

- التحسين المستمر: يهدف التحسين إلى البحث المستمر عن الامتياز في العمل، وبالتالي فإن تحسين الجودة دائم.
- التطابق بين عرض الخدمة الصحية وطلبات المريض: ينظر الآن إلى الجودة على أنها أفضل تطابق بين عرض المستشفى واحتياجات المستخدم. بمعنى، لم تعد النوعية محددة بعدد الأخطاء أو عدم الجودة، بل مرتبطة بالمتطلبات المقدمة من الخارج.
- الاهتمام بالجانب التنظيمي: تعطى أهمية بالغة للجانب التنظيمي، فلكي تتم إدارة الجودة الحقيقية، من الضروري إتقان جميع أساليب التنظيم. في الإصدارات الأكثر تقدما في مجال الجودة الشاملة، تصبح الجودة مبدأ العمل الفردي الذي يجب على المؤسسة أن تتجمع حوله بأكملها والجهات الفاعلة فيها.

ولضمان جودة الخدمات الصحية، تركز غالبية المؤسسات العمومية للصحة في الممارسة على عدة أمور هامة منها: (قشي،

2020. ص 81)

- تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية لضمان استخدام الموارد البشرية لتقديم مستوى جيد من الخدمات الطبية.
- التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمة الصحية مثل رقابة وضبط العدوى وانتقال الأمراض الاستشفائية وتبني سياسة جيدة للأدوية والمواد الصيدلانية في المؤسسة وذلك من خلال لجان متخصصة مثل لجنة التحكم بالعدوى الاستشفائية ولجنة الصيدلة.

-تقييم ورقابة جودة الخدمة الصحية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي ومراجعة الاستخدام.

-التركيز على تصميم برامج التدريب المستمر بناء على الاحتياجات التعليمية والتدريبية التي تكشف عنها دراسات التدقيق الطبي ومراجعة الاستخدام.

الفرع الثاني - المتطلبات الدولية لضمان جودة الخدمة الصحية:

هناك مجموعة من الضوابط التي تضمن تقديم المؤسسة العمومية للصحة لخدمات صحية جيدة، كأن يكون موظفو المؤسسة لهم إجازة لممارسة مهنتهم، أو حصول المؤسسة العمومية للصحة على شهادة الاعتماد من المنظمات الدولية التي تقوم بتقييم المؤسسات الصحية، فهذا يعني أن المؤسسة العمومية للصحة تحقق معايير مطابقة لحصول المرضى على خدمة صحية ذات جودة وتتمثل في (مايده & لكموتة، 2022. ص 1334):

أولاً- الإجازة: جرت العادة أن مزاولة مهنة ما في قطاع الصحة يتم بعد منح إجازة للمهنيين من أطباء وممرضين بقواعد يحددها القانون والتشريع المعمول به، حتى يسمح لهم بممارسة المهنة وضمان سلوكهم ضمن الأخلاقيات والمعايير المعتمدة. يفترض الحصول على الإجازة لتقديم المعنى لخدمات صحية جيدة، لكن الممارسات تبدي غير ذلك. بمعنى آخر عدم مصادقية نظام الإجازة بشكل دائم وهذا ما دعا البعض بتطبيق الإجازة المؤسسية أي تصبح المؤسسة الصحية المسؤولة عن تحديد كفاءة الفرد.

ثانياً- الاعتماد: وهو من المداخل الشائعة لضمان الجودة. فتقيم المؤسسات الصحية على أساس الهيكل المادي، الهيكل التنظيمي، مؤهلات الموظفين. فهذا النظام يعمل على تحقيق معايير مادية وتنظيمية إذا تحققت فهذا يعني أن الخدمات الصحية المقدمة ذات جودة. وللمعايير الاعتماد تأثير إيجابي على تحسين جودة الخدمات الصحية وهي:

الجدول (5-1) تأثير معايير الاعتماد على تحسين جودة الخدمات الصحية

المعيار	طرق تحسين جودة الخدمة الصحية
سهولة الوصول إلى الخدمة واستمرارية الرعاية الصحية	-زيادة فرصة المستفيد من الخدمة في الحصول على خدمة متكاملة وهذا يحقق بعدين من الجودة سهولة الوصول إلى الخدمة واستمراريتها. -تنسيق الخدمات بما يناسب حالة المريض وهذا يحقق بعدين هامين من الجودة الكفاءة والفعالية. -جعل المريض محور الاهتمام وهذا يحقق تقدير المريض كبعد من أبعاد الجودة.
حقوق المريض وأسرته	- احترام وتقدير المريض وأسرته يعتبر بعد أساسي من أبعاد جودة الخدمات الصحية. -تعليم وتثقيف المريض وأسرته فيما يتعلق بحالته والرعاية الصحية المطلوبة وهذا يزيد من فرص تحسين نتائج العلاج. -جعل المريض محور الاهتمام.
تقييم حالة المريض	-تطبيق الطرق السليمة في التشخيص والتقييم يؤدي إلى تحقيق بعدين للجودة الفاعلية والملائمة. -باختيار الفريق ذو المهارات العالية يتحقق بعد القدرة على تقديم الخدمة الصحية بكفاءة عالية. -جعل المريض محور الاهتمام.
رعاية المرضى	-تقديم الخدمة الصحية الصحيحة في الوقت المناسب يزيد من الفاعلية وتقليل المخاطر وزيادة فرصة تحسين نتائج الرعاية. -وجود خطة لرعاية المريض يحقق الكفاءة واستمرارية الخدمة. -التأكد من توثيق كل خطوة من خطوات العلاج عنصر مهم لقياس الجودة.
إعلام وتعليم المريض وأسرته	-إعلام المريض عن حالته وعن خطة العلاج وفهمه وتطبيقه للتعليمات يزيد من فرص تحسن النتائج وتقلل فترة الاستشفاء ويقلل المضاعفات. -إعلام المريض يعتبر حق من حقوقه وهذا ما يحقق بعد احترام المريض وتقديره للخدمة المقدمة. -فهم المريض وأسرته لطبيعة مرضه وطرق العلاج يزيد من فاعلية وكفاءة الرعاية الصحية وهما بعدان للجودة.

-مراقبة عملية العلاج يؤدي إلى اكتشاف مبكر للمشكلات وهو ما يساعد على التصدي لها أو حلها. -مشاركة القيادة في عملية تحسين الجودة يضمن نجاحها واستمراريتها. -ترسيخ مفاهيم تحسين الأداء يؤدي إلى الالتزام بالمعايير ما ينعكس على الجودة. -تطبيق نظم التحسين المستمر للجودة يقلل المخاطر ويزيد الأمان لدى المرضى ويقلل خسائر المؤسسة الصحية في دفع التعويضات.	التحسين المستمر للجودة وتحقيق الأمان للمرضى
-تحسين فرص نتائج العلاج مع توفير الأمان للمرضى والعاملين وتقليل مخاطر التعرض للأمراض أو المضاعفات الناتجة عن العدوى.	التحكم في العدوى ومنعها
-تصبح عمليات التحسين المستمر جزءا من الممارسات الإدارية الأساسية بالمؤسسة الصحية. -تتحمل القيادة مسؤولية متابعة ومراقبة تحسين الأداء بصفة مستمرة. -تلتزم القيادة بتوفير الموارد المطلوبة لتحسين الجودة.	القيادة والتوجيه والإدارة
-توفير الأمان أثناء وجود المريض ومرافقيه داخل المؤسسة الصحية عنصر مهم من عناصر الجودة حيث تزيد الثقة في قدرة النظام الصحي على تحقيق الشفاء وتقليل فرص حدوث المضاعفات. -التخطيط لمنع المخاطر يقلل الضرر أو حدوث مشاكل صحية غير متوقعة مما يترتب عنه دفع تعويضات مكلفة. -ضمان صيانة المعدات والأجهزة الطبية وضمان صحة عملها ودقتها في التشخيص.	إدارة المنشآت الصحية
-ضمان أن مقدمي الخدمات الصحية لديهم المعلومات والمهارات اللازمة لتأدية المهام الموكلة لهم. -متابعة الأداء ومراقبته بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة. -الاختيار الصحيح لمقدمي الخدمة وتدريبهم من أهم عناصر تحقيق الأمان أثناء تقديم الخدمة.	المؤهلات التعليمية لمقدمي الخدمات
-توافر المعلومة الصحيحة في الوقت الصحيح يضمن الكفاءة والفاعلية والملائمة. -عدم السماح بالاطلاع على المعلومات الخاصة بالمريض لمن لا يخصهم الأمر وهو ما يساهم في ثقة المريض والحفاظ على حقه.	إدارة المعلومات

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على (قشي, 2020 . ص ص 97-100)

أما لجنة الجودة بمعهد الطب The Institute of Medicine's Committee on Quality بالولايات المتحدة الأمريكية أكدت أنه يجب تحديد الأهداف على أن يكون النظام الصحي آمنا وفعالا وفي الوقت المناسب وكفئا ومنصفًا، ويكون فيه المريض مركز النشاط، لذلك أوصى المعهد على ضرورة توافر 10 قواعد لإعادة تصميم هذا النظام وهي (Shine, 2002, pp. 96-97):

1. الخدمة القائمة على علاقات الشفاء المستمرة مع الفريق المعالج أو غيره.
2. تكييف الخدمة حسب حاجات المريض وقيمه.
3. المريض مصدر النشاط والتحكم.
4. تقاسم المعارف وحرية تدفق المعلومات.
5. اتخاذ القرار القائم على الأدلة.
6. السلامة كخاصية للنظام الصحي ما يجعل المريض قادر على فهم ما يحدث.
7. الشفافية، يجب أن يتمكن المرضى من الوصول إلى معلومات حول كيفية الأداء.
8. توقع حاجات المريض.
9. الانخفاض المستمر للهدر.
10. التعاون بين الأطباء.

ثالثا- الشهادة: ويضم هذا المدخل خصائص من كلا المدخلين سابقين الذكر، ويطبق على الأفراد باستعمال معايير وهي: الخبرة، التعليم ونتائج الامتحانات، وهذه المعايير تحدد أهلية الأفراد مقدمي الخدمة الصحية.

الفرع الثالث- أهم أسباب الاهتمام بضمان جودة الخدمة الصحية:

هناك العديد من الأسباب التي تجعل المؤسسات العمومية للصحة تهتم وتركز على ضمان جودة الخدمات الصحية ومن أهمها (زديرة وآخرون، 2019. ص ص181-182):

-زيادة وعي المرضى وتوقعاتهم وطلبهم لمستويات أعلى من جودة الخدمة الصحية، فزبائن المستشفيات صاروا يطالبون بإجراء تحسينات في مجالات عدة مثل: فترات انتظار أقل، نسبة أخطاء أقل، دقة وسرعة في الإجراءات وغير ذلك.

-اختلاف أنماط الممارسات الطبية، أثبتت الدراسات وجود اختلاف في أنماط وأساليب الممارسة الطبية مما يؤدي إلى تفاوت درجة الثقة في جودتها.

-ازدياد أعداد المسنين وهذا يتطلب زيادة حاجتهم للرعاية الصحية، وزيادة أوقات بقائهم بالمستشفيات بسبب الأمراض المزمنة.

-التطور التقني السريع في الأجهزة والمعدات الطبية، فيصبح المرضى يطالبون بأحدث التقنيات لعلاجهم.

- الرغبة في زيادة الأرباح: فالرغبة في زيادة الأرباح قد تؤدي إلى زيادة الاهتمام بالجودة لكسب مزيد من المرضى.

المطلب الرابع- تنظيم وسير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر:

تعتبر المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر حجر أساس النظام الصحي، فهي تمتلك موارد هائلة ومنتشرة عبر التراب الوطني، وتقدم خدمات مجانية أو بمبالغ رمزية. وقد عرفتها المادة 297 من قانون الصحة الجزائري 18-11 أنها مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص وذات طابع صحي تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتتمثل مهمتها في ضمان وتطوير وترقية كل نشاطات الصحة، كما يمكنها ضمان نشاطات التكوين والبحث في مجال الصحة.

وحسب إحصائيات وزارة الصحة لسنة 2023 فإن النظام الصحي الجزائري يضم 16 مركز استشفائي جامعي، أكثر من 300 مؤسسة عمومية استشفائية، 79 مؤسسة استشفائية متخصصة، 273 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية بها أكثر من 1076 عيادة متعددة الخدمات، 6207 قاعة علاج و534 وحدة أمومة جوارية.

الفرع الأول- المؤسسات الاستشفائية:

أولا: التركيبة الأساسية للمؤسسات الاستشفائية

لضمان حصول المواطن على الخدمة الصحية، حرصت الدولة الجزائرية على انتشار القطاع العمومي للصحة عبر التراب الوطني، مع الأخذ بالحسبان تدرج العلاج وتكامل النشاطات الصحية، وأهم المؤسسات الاستشفائية في الجزائر 04 أربع مؤسسات وهي: المركز الاستشفائي الجامعي، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة، المؤسسة العمومية الاستشفائية، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، وقد تم إنشاءها بناء على المراسيم التنفيذية رقم 97-465 و رقم 97-467 و رقم 07-140.

1- المراكز الاستشفائية الجامعية

تعتبر المراكز الاستشفائية الجامعية مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي باقتراح مشترك من وزير الصحة ووزير التعليم العالي والبحث العلمي. موضوعه تحت الوصاية الإدارية

لوزير الصحة، والوصاية البيداغوجية لوزير التعليم العالي والبحث العلمي، يخضع حاليا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.

وتمتضى المادة 12 منه، يدير المركز الاستشفائي الجامعي مجلس إدارة ويسيره مدير عام، ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي، كما تساعد المدير العام لجنة استشارية في فترة بين دورات المجلس العلمي، وتتمثل مهامهم كالتالي:

***المجلس/الإدارة:** الذي يضم أعضاء لها دور في تحديد أهداف المؤسسة، منهم أعضاء ممثلين عن مختلف مصالح الدولة (وزارة الصحة، وزارة التعليم العالي، الولاية، البلدية، المالية، التجارة، وغيرها)، وبعض من ممثلي منتخبين من العمال من مختلف الشرائح، وممثل عن جمعيات المنتفعين ورئيس المجلس العلمي، ويحق له الاستعانة بأي شخص من شأنه تقديم المساعدة له حتى لا تغلق قائمة المشاركين فيه على سبيل الحصر. وبالنسبة للمدير العام للمركز يشارك بصوت استشاري ويتولى أمانة المجلس. أما مدة العهدة وكيفية تعيين الأعضاء فقد نظمها نفس المصدر القانوني سالف الذكر. ويعنى مجلس الإدارة بالأمور التالية:

- مخططات التنمية القصير والمتوسط المدى.

- مشروع الميزانية.

- الحسابات التقديرية والإدارية.

- مشاريع الاستثمار.

- النظام الداخلي للمؤسسة.

- مشاريع المخططات التنظيمية للمصالح.

- قبول أو رفض للهبات والوصايا.

- العقود المتعلقة بالخدمات العلاجية الموقعة مع شركاء المركز.

- اقتناء المنقولات والعقارات وعقود الايجار وتحويلها.

***المدير العام:** المسؤول الأول للمجموعة التسييرية للمؤسسة وعلاقاتها الخارجية وقراراتها الاستراتيجية، يعين بموجب مرسوم رئاسي باقتراح من الوزير المكلف بالصحة وتنهى مهامه بنفس الطريقة. ويساعده في تأدية مهامه أمين عام ومديرون وكذا مديرو وحدات عند الضرورة، ومن مهامه:

- يمثل المستشفى الجامعي في القضاء وكل أعمال الحياة المدنية.

- يمارس صلاحيات التعيين على مجموعة مستخدمي المركز الاستشفائي الجامعي باستثناء من شرع لهم القانون كفاءات أخرى.

- هو الأمر بالصرف فيما يخص النفقات، كما له سلطة إعداد مشروع الميزانية وضبط الحسابات. ويقوم كذلك بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات المنصوص عليها قانونا.

- يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي.

- ينفذ قرارات مجلس الإدارة.

- يحضر تقرير سنوي بكل النشاطات ويوجهها إلى وزير الصحة بعد مصادقة مجلس الإدارة عليه.

- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته

- يعطي تفويض تحت مسؤوليته لبعض من مساعديه.
- *المجلس العلمي: يضم المجلس فضلا عن رئيسه الذي نص المرسوم السالف الذكر كيفية تعيينه، جميع رؤساء المصالح الاستشفائية وكذا بعض الأعضاء ذوي الأهمية وهم عميد كلية الطب أو ممثله، أعضاء منتخبة عن الاستشفائيين الجامعيين وشبه الطبيين وكذلك المدير العام ومديرو الوحدات عند الاقتضاء وأعضاء يعينهم المدير العام من المجموعة العلمية للمؤسسة، ويهتم بما يلي:
 - إقامة العلاقات العملية بين المصالح الطبية.
 - مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية أو إعادة هيكلتها.
 - برامج الصحة والسكان.
 - برامج التظاهرات العلمية والتقنية.
 - الاتفاقيات الخاصة بالتكوين والبحث في علوم الطب.
 - إنشاء أو إلغاء المصالح الطبية.
 - يشارك في إعداد برامج التكوين والبحث العلمي الطبي ويقوم بتقييمها.

وحسب المرسوم التنفيذي 467-97 سالف الذكر، يكلف المركز الاستشفائي الجامعي بمهام مختلفة في مجال الصحة ومجال البحث العلمي في العلوم الطبية. وذلك بالتعاون مع مؤسسات التعليم والتكوين العالي:

للم من ناحية العلاج:

المركز الاستشفائي الجامعي مكلف بالأعمال التالية:

- ضمان نشاطات التشخيص، العلاجات، الاستشفاء، الاستعجالات الطبية والجراحية، الوقاية وكل النشاطات الخاصة بالحماية الصحية للسكان.
- تطبيق البرامج الصحية الوطنية منها والمحلية.
- اقتناء القدر الكاف من المعدات الصحية والعملية والبيداغوجية للمنشآت الصحية.
- المساهمة في حماية وترقية المحيط في ميادين الوقاية والنظافة ومحاربة التلوث والأضرار الاجتماعية.

للم من ناحية التكوين:

- ضمان، بمعية مؤسسة التعليم العالي للعلوم الطبية، التكوين التدريجي والتكوين ما بعد التدرج في العلوم الطبية، وكذا المشاركة في إنشاء وتطبيق برامج تدريبية وتكوينية لعمال الصحة والمساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم بجانب المعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي.

للم من ناحية البحث:

- القيام بأعمال دراسية وبحوث في ميدان العلوم الصحية.
- تنظيم ملتقيات، ندوات، أيام دراسية، وكل تظاهرات تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات التكوين والعلاج والبحث في علوم الصحة.

2- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة هي كذلك مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال الذاتي، يحدد قواعد إنشائها وتنظيمها وسيرها المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997. تنشأ باقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي الذي ستوضع تحت وصايته بعد إنشائها، قد تكون مكونة من هيكل واحد أو اثنين متعددة التخصصات للتكفل بمرض معين.

وتنص المادة 9 من المرسوم التنفيذي رقم 97-465 على أن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة يديرها مجلس إدارة ويسيرها مدير، وتزود بجهاز استشاري يسمى مجلس طبي، وحدد المرسوم التنفيذي السالف الذكر مهامهم كالآتي:

***المجلس الإداري:** له سلطة إدارة المؤسسة وقد حدد المرسوم التنفيذي رقم 97-465 كيفية تشكيكه وطريقة تنظيمه وعمله، ولا تختلف تشكيلته كثيرا عن تشكيكه مجلس الإدارة بالمراكز الاستشفائية الجامعية سوى في أن رئاسة المجلس تكون لممثل للوالي الذي لا يعد عضوا في مجالس الإدارة للمراكز الاستشفائية الجامعية. وكذلك مهامه لا تختلف عن تلك المحددة لنفس الهيئة بالمركز الاستشفائي الجامعي.

***المدير:** له صلاحية تسيير المؤسسة، يعين بقرار من وزير الصحة وتنتهي مهامه بنفس الشكل ويساعده مدراء فرعيون في تأدية مهامه، ومهامه كذلك لا تختلف عن مهام المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي وقد حددها المرسوم التنفيذي رقم 97-465.

***المجلس الطبي:** هو جهاز استشاري يصدر قرارات تقنية في مجالات تم ضبطها قانونا. تشكيلته ومهامه حددها المرسوم الذي سبق ذكره أعلاه، وتشبه كثيرا مهام المجلس العلمي للمركز الاستشفائي الجامعي.

3- المؤسسات العمومية الاستشفائية

المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال الذاتي، يحدد قواعد إنشائها وتنظيمها وسيرها المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007. تنشأ باقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي الذي ستوضع تحت وصايته بعد إنشائها، وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات وتحدد المشتملات المادية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

وتنص المادة 10 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 على أن المؤسسة العمومية الاستشفائية يديرها مجلس إدارة ويسيرها مدير، وتزود بجهاز استشاري يدعى المجلس الطبي.

وبالنسبة لمهام المؤسسة العمومية الاستشفائية فهي كما حددها المرسوم السابق الذكر على وجه الخصوص لا الحصر:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

4- المؤسسات العمومية للصحة العمومية

هي كذلك مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال الذاتي، يحدد قواعد إنشائها وتنظيمها وسيرها المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007. تنشأ باقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي الذي ستوضع تحت وصايته بعد إنشائها، وتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان.

وتتمثل مهام المؤسسات العمومية للصحة الجوارية حسب المادة 8 منه فيما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي.

- تشخيص المرض.

- العلاج الجوار.

- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.

- الأنشطة المرتبطة بالصحة الانجائية والتخطيط العائلي.

- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

- وتكفل على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، وأيضا المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي الصحة وتحديد معارفهم.

والجدير بالذكر أن القانون الحالي للصحة 18-11 ألغى المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، واستحدث بدلا عنهما ما يسمى بالمقاطعة الصحية Health District حسب المادة 298 منه، بهدف توحيد الموارد والمساهمة في تقليل الفروقات بين المناطق الجغرافية، غير أنها لم تطبق بعد. وهي ليست بالأمر الجديد على المنظومة الوطنية للصحة، فالمعلوم أنه قبل إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة العمومية سنة 2007، كان كلاهما مجمع في مؤسسة واحدة تعرف بالقطاع الصحي.

والملاحظ أن المؤسسات العمومية للصحة في أغلبها مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، لكن الجدير بالذكر أن قانون الصحة 18-11 غير طبيعة المؤسسات العمومية للصحة إلى مؤسسات عمومية ذات طابع خاص وذات طابع صحي تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وهذه الطبيعة المتعلقة بقطاع الصحة سابقة في التشريع الجزائري إلا أنها مازالت مبهمة وغامضة لعدم صدور النصوص القانونية المفسرة لها.

ثانيا: المؤسسات الاستشفائية الأخرى

بجانب المؤسسات الاستشفائية الأربعة المذكورة أعلاه، والتي تشكل التركيبة الأساسية للخريطة الصحية بالجزائر، يوجد مؤسسات استشفائية أخرى، ومن المؤسسات الاستشفائية يوجد المؤسسة الاستشفائية الجامعية والمؤسسة الاستشفائية والمستشفى المختلط والمستشفيات العسكرية إلا أن هذه الأخيرة تحت وصاية وزارة الدفاع الوطني.

1- المؤسسة الاستشفائية الجامعية: تم إنشاؤها بموجب المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 وهي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، موضوعة تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة وتحت الوصاية البيداغوجية للوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي. وهي أداة لتنفيذ السياسة الوطنية للصحة في ميدان العلاج عال المستوى

والسياسة الوطنية للتكوين العالي والبحث الطبي، يتولى تسييرها مجلس إدارة ويديرها مدير عام ويساعده في ممارسة سلطته مجلس علمي.

2- المستشفى المختلط: تم إنشاؤه بموجب المرسوم الرئاسي رقم 18-114 المؤرخ في 17 أفريل 2018 وقد عدل بموجب المرسوم الرئاسي رقم 24-340 المؤرخ في 10 أكتوبر 2024، وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، موضوعة تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، ويتولى تسييره كل من وزارة الصحة ووزارة الدفاع الوطني، لذلك إقرار إنشائه يكون بموجب قرار مشترك بينهما. يتولى مهام الوقاية والتشخيص والاستقصاء والعلاجات والخبرة الطبية لفائدة السكان المدنيين وكذا مستخدمي وزارة الدفاع الوطني، له نفس هيكلية المؤسسات العمومية للصحة من مدير ومجلس إدارة ومجلس طبي.

3- المؤسسة الاستشفائية: هي مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية وزير الصحة، تتكفل بالاحتياجات الصحية لسكان الولاية التي تغطيها وكذلك سكان الولايات المجاورة لها. مثالها المؤسسات الاستشفائية لطب العيون التي تم إنشاؤها طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 09 جويلية 2021، يتولى تسييرها مجلس إدارة ويديرها مدير عام ويساعده في ممارسة مهامه مجلس طبي وذلك حسب ما نصت المادة 7 منه.

الفرع الثاني - مؤسسات صحية أخرى:

هناك العديد من المؤسسات الصحية التي تشارك في تنفيذ السياسة الوطنية للصحة إلى جانب المؤسسات الاستشفائية، منها على سبيل الذكر لا الحصر:

أولا- على المستوى المركزي:

* وزارة الصحة: تتولى وزارة الصحة التسيير المركزي لقطاع الصحة، وعلى رأسها وزير يتولى مهام تطبيق السياسة الوطنية للصحة يقوم بتعيينه رئيس الجمهورية باقتراح من الوزير الأول.

* الوكالات الوطنية: مثل الوكالة الوطنية لوثائق الصحة، الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري، الوكالة الوطنية للدم، الوكالة الوطنية لزراعة الأعضاء، الوكالة الوطنية لرقمنة الصحة.

* المدرسة الوطنية للمناجنت وإدارة الصحة

* المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي

* المعهد الوطني للصحة العمومية

* معهد باستور الجزائر

* المركز الوطني لعلم السموم

* المركز الوطني لليقظة بخصوص الأدوية والعناد الطبي

ثانيا- على المستوى المحلي:

* مديرية الصحة: لكل ولاية بالجزائر مديرية تنفيذية للصحة، يقوم مديرها بتمثيل وزير الصحة على مستوى الولاية وتطبيق تعليماته، وتمارس وصايتها على هياكل الصحة العمومية والخاصة في حدود ولايتها. بالإضافة إلى ذلك، تنسق مع المديرية التنفيذية الأخرى تطبيق مخططات النظافة والوقاية العامة والأمن الصحي.

*المراسد الجهوية للصحة: عددها ستة تقع بالولايات التالية: الجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، بشار، تمنراست، ورقلة وهي موضوعة تحت وصاية المعهد الوطني للصحة العمومية السالف الذكر، حددت مهامها في المرسوم التنفيذي رقم 93-05 المؤرخ في 02 جانفي 1993 وتكيف مهامها حسب بيئة المنطقة الصحية الواقعة بها.

*مؤسسات الإغاثة الطبية المستعجلة: استحدث كذلك قانون الصحة الحالي 18-11 مؤسسات الإغاثة الطبية المستعجلة كمؤسسات مستقلة، ومازال تطبيق هذه الاستقلالية قيد صدور التنظيم الخاص به، لكن يجدر التنويه أن النشاط في حد ذاته موجود، وقد نص عليه المرسوم التنفيذي رقم 98-423 المؤرخ في 13 ديسمبر 1998 وتعمل كمصالح داخل المؤسسات العمومية للصحة.

خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل، يمكن القول أن جودة الخدمات الصحية تعتبر من الأولويات التي يجدر الاهتمام بها، فالأمر يتعلق بخدمة حيوية وذات أهمية قصوى في حياة الأفراد والمجتمعات. وما يمكن استخلاصه أن الاهتمام بجودة الخدمات الصحية ليس وليد اليوم، بل تزامن وتطور كما تطورت جودة المنتجات في المجال الصناعي. وقد أثر ذلك على طرق تسييرها، فصارت أنماط التسيير التي تسري في المؤسسات الإنتاجية تطبق بالمؤسسات الصحية بهدف ترقية كفاءة الأداء الصحي بما يضمن الحصول على الجودة، ومنه رضا الأطراف المعنية بهذه العملية الخدمية من مواطنين وعاملين بالقطاع على السواء، بالإضافة إلى تحسين التغطية الصحية الشاملة وما تحدثه من تأثير إيجابي على نوعية حياة الأفراد والمجتمع ككل. والجزائر كغيرها من الدول تسعى لتحقيق هذه الأهداف من خلال مؤسساتها الصحية خاصة العمومية منها كونها حجر الأساس في النظام الصحي الجزائري.

ومن بين أهم وأبرز أنماط التسيير المعمول بها والتي أثبتت نجاعتها على أداء المؤسسات العمومية للصحة وتحسين جودة الخدمة بها، التسيير العمومي الحديث والذي اعتمدته الدول المنتمية لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية للخروج من قيود البيروقراطية ومنح مرونة لتحسين أداء المؤسسات، بالإضافة إلى إدارة الجودة الشاملة والتي تعتمد على بعض الدول التي مازالت متمسكة بمبادئ البيروقراطية والسيادية مثل اليابان وحتى الولايات المتحدة الأمريكية رغم اختلاف نظامها السياسي، لما حققت من إنجازات معتبرة بالمؤسسات الإنتاجية، وهذا ما سيتم تناوله في الفصلين المواليين.

الفصل الثاني

تمهيد

ركزت جهود الكثير من الباحثين وأصحاب القرار على رفع مستوى أداء المؤسسات العمومية للصحة قصد توفير خدمات صحية ذات جودة ترضي الفرد والمجتمع على حد سواء، من خلال ما توفر لديها من إمكانيات متاحة في ظل ارتفاع فاتورة الصحة مقارنة بميزانية الدولة. ويتأتى ذلك باختيار النمط التسييري الأنسب لضبط الموارد المتاحة وتخفيضها والتركيز على النتائج ورفعها، والهدف يكون تحسين جودة مخرجاتها. ومن أهم النماذج التسييرية الأشهر التي تم تبنيها من طرف المؤسسات العمومية للتكيف مع وسائل التكنولوجيا الحديثة ومقاربات الإصلاح التسيير العمومي الحديث، الذي انتشر على نطاق واسع لمرحلة "ما بعد البيروقراطية" والذي سيتم من خلال هذا الفصل التطرق لتعريفه وأسباب ظهوره وكذا خصائصه ومبادئه ونماذجهم ثم أساليب ممارسته بوجه عام وملاحظ ممارسته ضمن التجربة الجزائرية بوجه خاص في المبحث الثاني، بعد عرض لمحة تاريخية حول تطور التسيير العمومي خاصة أهم النظريات التي أثرت فيه بشكل عام في المبحث الأول. أما المبحث الثالث فخصص لتطبيق هذا المنهج في المؤسسات العمومية للصحة بإبراز أهمية تطبيقه بها ثم حدوده ومتطلبات تطبيقه بها ليتم عرض آليات تطبيقه في سياق التشريع الصحي الجزائري.

المبحث الأول- لحة تاريخية لتطور نظريات التسيير العمومي:

يعرف التسيير management على أنه تخصص علمي، ويميز بين التسيير العمومي والتسيير الخاص، فالتسيير الخاص يعني أساسا بالمؤسسات الخاصة والشركات على خلاف التسيير العمومي الذي يهتم بمؤسسات الدولة والإدارات العمومية سواء الوطنية أو الإقليمية أو الدولية، وقد شكلت فترة نهاية الحرب الباردة بعد انهيار المعسكر الشيوعي مرحلة فيصلية في توجهات الدول لاختيار أنماط تسييرها لمؤسساتها العمومية. ولا شك أن المدارس سواء الكلاسيكية أو النيوكلاسيكية كان لها تأثير على تطور أنماط التسيير بالمؤسسات سواء كانت خاصة أو عمومية.

المطلب الأول- مقاربات التسيير العمومي قبل فترة الحرب الباردة:

من أهم المقاربات التي أثرت على أداء المؤسسات الحكومية الآتي ذكره:

الفرع الأول- الإدارة العمومية والتسيير العمومي:

لطالما اهتمت الإدارة العمومية بالسلوكيات والممارسات الإدارية داخل المؤسسات العمومية، وبكيفية أداء المسؤولين الإداريين في الحكومة لمهامهم بأكثر الطرق فعالية ومسؤولية. وبالنسبة للعديد من الباحثين المختصين في الإدارة العمومية التقليدية، فإن التسيير العمومي يتضمن بالضرورة الترتيبات الهيكلية والقانونية والإجراءات التي تقيد وتبني السلوكيات والممارسات الإدارية داخل المؤسسات الحكومية. ومن هذا المفهوم، فالتسيير العمومي يعتبر ممارسة مسؤولة وقانونية للسلطة التقديرية من طرف المديرين والموظفين العموميين، ويستند هذا الفكر إلى أعمال ماكس فيبر Max Weber (1940) المؤسس للتنظيم البيروقراطي، الذي قدم الكثير من المفاهيم مثل التسلسل الهرمي وتقسيم العمل والتوظيف على أساس الكفاءة. وفي اعتقاده أن جوهر البيروقراطية يمكن في التطبيق المحايد للقواعد القانونية وفقا لإجراءات رسمية ثابتة، وحسب مفهومه فإن الإدارة العمومية تخضع للتوجه السياسي لأنه السبيل للشرعية والمساواة أمام القانون، وقد عرض فيبر Weber البيروقراطية على أنها الشكل الأكثر فعالية للتنظيم لارتباطها بمفاهيم العقلانية والكفاءة (Nelissen & De Goede, 2003, p. 22)، ونموذج فيبر Weber للبيروقراطية كان يعتبر ذات يوم أكثر أشكال المؤسسات الحكومية كفاءة (Zaato, 2009, p. 10) وحسب نيليسون Nelissen ودوقود De Goede فإن أفكار ماكس فيبر Max Weber لا تزال مرجعا لتفكير الإدارة العامة. (Yamamoto, 2007, pp. 67-81)

وبعد ظهور الإدارة العلمية، دعا العديد من الباحثين إلى إصلاح الإدارة العمومية بدءا من الفكرة الأساسية لمفهوم الإدارة فبدلا من المنطق القانوني الذي كان سائدا في عشرينيات القرن الماضي، تم تقديم فكرة ومفهوم جديد ودخل مصطلح "التسيير الإداري" في الاستخدام الفعلي (Yamamoto, 2007, p. 67).

الفرع الثاني- مقارنة الإدارة العلمية:

تعود مفاهيم الإدارة العمومية التقليدية إلى مؤسسها وودرو ويلسون Woodrow Wilson مع بداية سنة 1887، وقد نادى ويلسون Wilson بفصل السياسة عن الإدارة وكان مهتما باستخدام الفعال لنظام العمل والتكلفة (Bhagwan, 14) Bhushan, & Mohla, 1988، وأثار اهتماما بالمؤسسة الحكومية وتنسيقها لتحقيق مبدأ "أقل الموارد والتكاليف، تحقيق أكبر قدر من الكفاءة وأعظم الإنجازات" (لعراي، 2017، ص 27). وعرف الإدارة في مقاله الشهير "دراسة الإدارة The

Study of Administration " أنها ميدان نشاط بعيد عن الصراعات السياسية، فهو يرى أن عدم كفاءة التسيير العمومي نتاج نزاعات النظام السياسي، وقد أيدته فرانك جوهانسون غودناو Frank Johnson Goodnow (1900) في كتابه الشهير "السياسة والإدارة" Politics and Administration لفصل السياسة "المعبرة عن إرادة الدولة" والإدارة "المنفذة لإرادة الدولة" (Nelissen, 2003, p. 21).

وخلال فترة رئاسته، ازدهرت طريقة الإدارة العلمية التي ابتكرها فريدريك تايلور Frederick W. Taylor، كطريقة حاسمة لأداء الإدارة العامة التي حثت عليها حركة الإدارة في القطاع الخاص والصناعي (Yamamoto, 2007, p. 67). وقد أجرى تايلور Taylor مجدية وبطريقة علمية دراسته للوقت والحركات، وكانت تقنياته الرئيسية في الإدارة العلمية: التقسيم الأفقي للعمل حسب التخصص، التقسيم العمودي للعمل بفصل عملية التخطيط عن التنفيذ، نظام دفع الراتب للشخص بناء على المردودية، وإنشاء نظام مراقبة العمل والمحاسبة (Guenoun, 2009, p. 53)، لذلك ينبغي أن تتوفر لدى المديرين المعرفة الكافية لتحليل الوظيفة والإشراف على جميع العمليات الإنتاجية في مكان العمل وممارسة الرقابة عليها. وقد اعتمدت الكثير من المؤسسات على الفكر التaylorي في التوظيف في شكل مناصب مرتبة كمديرين ومهندسين ورؤساء عمال، ويتم تدريب المسؤولين على كيفية تطبيق طريقة الإدارة العلمية، طريقة العمل وإنشاء نظام موحد لتصنيف الوقت ومحاسبة التكاليف والمكافأة لتحقيق الإنتاجية. وقد تأثر القطاع الخاص أولاً بفكر تايلور Taylor لكن سرعان ما تم تبنيه في القطاع العمومي، ورأى تايلور أن الإدارة العلمية هي الطريقة الوحيدة one best way لتحقيق النتائج (Nhema, 2015, p. 169).

وبفضل مخطط تايلور Taylor ومفهوم الإدارة العلمية، شهدت الإنتاجية زيادات سريعة وهائلة في معظم المصانع والشركات وفي جميع أنواع المؤسسات، وساهمت في تشجيع نظام العمل القائم على الفرق وقدم عصر الإنتاج الضخم، وكان مثالها النموذجي هو بداية إنتاج فورد الضخم على خطوط التجميع لنظام الحزام الناقل خلال الحرب العالمية الأولى، لكن نظراً للمعاملة الصارمة من قبل رؤساء العمال للمستوى الأدنى أدى إلى ظهور مقاومة قوية، وذلك أظهر فرصة جيدة لتوحيد العمال وتنظيم النقابات العمالية وكان هذا نتيجة عكسية لم يكن تايلور Taylor نفسه يتوقعها على الإطلاق (Yamamoto, 2007, p. 68).

الفرع الثالث - مقارنة العلاقات الإنسانية:

في ظل المقاومة العمالية لنظام تايلور Taylor وخلال فترة الكساد الكبير، ظهر نهج العلاقات الإنسانية كبديل للإدارة العلمية، الذي يهدف إلى استكمال وحل مشكلة النزاعات بين المديرين والعمال، ومشكلة الملل والهدر واللامبالاة لدى فئة العاملين واستعادة إنسانيتهم ومنحهم المزيد من الحوافز للعمل، لذا ركزت حركة العلاقات الإنسانية على إثارة دوافع عالية لديهم بدل حل المشكلة بالأمر والإشراف والمراقبة (Nhema, 2015, p. 169).

كان المثال الأكثر شهرة لهذه الحركة هو تجارب هوثورن Hawthorne Experiments، التي نفذت في أواخر عشرينيات القرن الماضي إلى أوائل الثلاثينيات في مصنع شيكاغو التابع لشركة ويسترن إلكتريك Western Electric Company، وهي شركة مصنعة لمعدات الهاتف، وكان إلتون مايو Elton Mayo القائد الأبرز لها. الذي نشر كتابه الرئيسي "المشكلة الإنسانية لحضارة صناعية The Human Problem of An Industrial Civilization" عام 1933 وكان محاولة للبحث في العلاقة بين بيئة العمل ومعدل الإنتاجية. وأجرى مايو Mayo مع زميله في كلية هارفارد للأعمال، فريتز روثليزبرغر Fritz J. Roethlisberger، تجارب ميدانية تهم بتأثير الإضاءة وفترات الراحة وساعات العمل في المصنع، فلم يتوصلوا في بداية الأمر إلى

نتائج حاسمة حول الجمع بين ظروف مكان العمل (الإضاءة أو التهوية أو الرطوبة أو الضوضاء أو مساحة العمل أو فترات الراحة أو ساعات الغداء) وتأثيرها على الإنتاجية. بعدها تم تنفيذ تجربة أخرى، بإعفاء العمال من الترتيبات الرسمية القديمة للرقابة في إطار نظام تايلور، وتجميعهم في مجموعات قادرة على التفاعل مع بعضها البعض، بدلا من تقييدها في التنظيم الرسمي والقيادة الرسمية كما كان معمول به في نظام تايلور، فأظهرت النتيجة زيادة الإنتاجية (Nhema, 2015, p. 173). خلص مايو Mayo وزميله روثليزبورغر Roethlisberger إلى أن رضا العمال يأتي من وحدات المجموعات غير الرسمية داخل مكان العمل، وأن هذا النمط غير الرسمي يتجاوز مبدأ تايلور للمصلحة الذاتية. أضافت دراسات هوثورن الكثير بخصوص السلوك البشري في المؤسسة، خاصة أنها ركزت على أهمية مواقف ومشاعر العمال، والكثير من الأدوار والمعايير غير الرسمية التي تؤثر على الأداء.

وبالتالي، ركز نهج العلاقات الإنسانية على كيفية تحفيز العمال ليكونوا أكثر إنتاجية من خلال إثبات الترابط بين الدافع البشري والإنتاجية ما أثبتته تجارب هوثورن. فتغير الظروف البيئية في مكان العمل، لا تزيد إنتاجيتهم بسهولة، أما إذا تم منحهم المزيد من الحرية والشعور بالاحترام تتحسن معنوياتهم، وتزداد مسؤوليتهم الذاتية عن تنفيذ المهام حينها تتحسن الكفاءة والإنتاجية (Bueno & Salapa, 2021, p. 05). ونتيجة لذلك، على الإدارة تعزيز العلاقات الجيدة بينها وبين العمال داخل المؤسسة. ويكون هذا عندما تبدي الإدارة اهتمامها بالعمال، وعندما يعامل العمال باحترام، ويتم تبادل الاتصالات بين الإدارة والعمال بسلاسة واعتدال، والتعاون في السعي لتحقيق هدف مشترك.

كانت مساهمة حركة العلاقات الإنسانية لتعزيز دوافع العمال ليس فقط في تقديم الحوافز المادية، بل تشمل أيضا عوامل الرضا غير المادية ذات الطابع النفسي والاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك، قدم مايو Mayo أدلة ملموسة لتأكيد ما قالته ماري باركر فوليت Mary P. Follet على أن كل نظرية يجب ألا تفتقر إلى الاهتمام بالعلاقات الإنسانية لحل القضايا المشتركة من خلال ما أسمته "حل الصراع الإبداعي creative conflict resolution" (Bueno & Salapa, 2021, p. 05).

علاوة على ذلك، أنتج مايو Mayo ارتباطا بين هرم أبراهام ماسلو Abraham Maslow للاحتياجات الإنسانية الذي يثبت ضرورة إدخال وجهة النظر النفسية ونظرية التسيير في فترة ما بعد الحرب (Yamamoto, 2007, p. 69).

المطلب الثاني- تطور نظريات التسيير العمومي بعد فترة الحرب الباردة:

الفرع الأول-مقاربة هاربرت سايمون Herbert Simon في صنع القرار:

في فترة ما قبل الحرب، إلى جانب تايلور Taylor، كان هناك تيار آخر من المدرسة الكلاسيكية للتنظيم الإداري، أحد أعضائها هنري فايول Henri Fayol، الذي دعا إلى تركيز المدراء على أربع واجبات سماها دورة التسيير: (1) الخطة Plan (للتطلع إلى الأمام)، (2) التنظيم Organize، (3) القيادة Command، (3) التنسيق Coordinate، (4) التحكم Control (التغذية العكسية والتفتيش) وكان معاصرا لتايلور Taylor لكنه لا يتفق مع أفكاره، فقد كان تايلور Taylor مهتما بالعمل فقط من خلال التنظيم والكفاءة، وشدد على السلطة وتنفيذها من أعلى إلى أسفل عبر العملية التنظيمية أما فلسفة فايول Fayol فركزت على الجانب الإنساني في المسؤولية غي كل المستويات (Bueno & Salapa, 2021, p. 04).

تحت التأثير القوي لفايول Fayol، قام لوثر جوليك Luther H. Gulick، الذي ينتمي كذلك للمدرسة الكلاسيكية للتنظيم الإداري والذي أجرى أبحاثا بالتعاون مع ليندال إيرويك Lyndall Urwick، بتطوير المختصر المعدل لنهج التنظيم الإداري

لنموذج فايول (Fayol, 2009, p. 55) والمعروف بدورة POSDCORB ، والتي تعني التخطيط Planning (إعداد خطط منهجية لإدارة البرامج)، التنظيم Organizing (لإنشاء مختلف الوحدات الفرعية داخل المؤسسة)، التوظيف Staffing (لتوظيف موظفين أكفاء لسد العيوب)، التوجيه Directing (التوجيه حسب معايير الوقت والأداء)، التنسيق Coordinating (لربط جهود الموظفين بكفاءة)، الإبلاغ Reporting (لإعداد تقارير للرؤساء)، الميزانية Budgeting (لإعداد الميزانيات وتنفيذها) (Bhagwan et al., 1988, p. 06).

وفي فترة ما بعد الحرب الباردة، انتقد هاربرت سايمون Herbert Simon مبادئ نظرية التنظيم الإداري التقليدية باعتبارها غير واضحة ومتناقضة. لهذا السبب اعتقد أن النظرية التقليدية بحاجة لرفع مصادر الغموض، فنفي الفرضية القائلة بأن صانع القرار بطبيعته عقلاني (Katsamunski, 2012, p. 77).

ولقد ساهم تدفق صنع القرار في تنظيم الإدارة، وفي أول مساهمة له بعنوان "Administrative Behavior" «السلوك الإداري» التي نُشرت في عام 1947، تناول سايمون Simon القدرات المعرفية، تقنيات الإدارة، سياسات الموظفين، أهداف وإجراءات التدريب، الأدوار المتخصصة، ومعايير لتقييم الدقة والكفاءة. والجدير بالذكر أنه طور تحليل مجموعة واسعة من السلوكيات البشرية والعمليات المعرفية المرتبطة بصنع القرار، وأبرزها هو تركيزه على مفهوم عدم اليقين. في حين افترضت نظرية التنظيم الإداري التقليدية أنه لتجنب عدم اليقين والحفاظ على استقرار المؤسسة، من الضروري جعل آلياتها التنظيمية تعمل بشكل جيد، بحيث يجب أن يكون للمؤسسة إجراءات تشغيل موحدة، مثل الفصل بين الإدارة والتنفيذ وتقسيم العمل في تسلسلها الهرمي. وفقا لسايمون Simon، من غير المؤكد بل يكاد يكون مستحيلا الحصول في أي وقت على معلومات مثالية وكاملة لاتخاذ قرار في المؤسسة. فيؤكد سايمون Simon أن صانع القرار يؤدي في مجال «العقلانية المحدودة»، فهو لا يعرف جميع البدائل الممكنة، وجميع العواقب، والقيم المستقبلية للعواقب. فهو ينظر في عملية صنع القرار إلى تجربته السابقة، ويفكر في البدائل المألوفة، ويدرك المحفزات من البيئة الحالية، ثم يقوم بتقييم الخيارات البديلة العديدة من حيث النتائج بالنسبة للمجموعة المحددة. ولهذا الغرض، يقول سايمون Simon أنه يجب قياس ما إذا كان القرار صحيحا أم لا بمعاييرين هما الأول الملاءمة adequacy التي تحقق الهدف المنشود والثاني الكفاءة efficiency التي تحقق النتيجة في المؤسسة. وبسبب هذين المعيارين، يؤكد سايمون Simon على أن "المنظمات الإدارية هي أنظمة السلوك التعاوني، من المتوقع أن يوجه أعضاء المنظمة سلوكهم بما يخدم أهداف معينة يتم اعتبارها «أهداف المنظمة»، وهذا يخلق مشكل تنسيق سلوكهم، لذا يتم تزويد كل واحد بمعرفة سلوكيات الآخرين التي يمكنه أن يبني عليها قراراته الخاصة. ففي النظم التعاونية، على الرغم من أن جميع المشاركين متفقون على الأهداف التي يتعين تحقيقها، فلا يمكن تركهم لاختيار الاستراتيجيات التي ستؤدي إلى تحقيق هذه الأهداف. و في وقت لاحق من السبعينيات، اعتمد سايمون Simon نموذجاً بديلاً لصنع القرار في المؤسسة، عرف بنموذج "garbage can" صندوق القمامة"، والذي يكون تدفقه كما يلي: المشاكل Problems ، الحلول Solutions ، المشاركون Participants، وفرص الاختيار Choice Opportunities" (Yamamoto, 2007, p. 72).

الفرع الثاني- من مراقبة الجودة إلى إدارة الجودة الشاملة:

خلال الكساد الكبير والحرب العالمية الثانية، تم إدخال نهج إدارة الجودة وبدأ بالفعل بتوسيع الإنتاج الضخم مع زيادة الاهتمام بأداء التكلفة في القطاع الصناعي وكذلك في قطاع الأعمال في الولايات المتحدة. وأسهم نهج المراقبة الإحصائية للجودة على نحو خاص في توفير نظام الفحص والمراقبة. في المرحلة الأولى، لم يتم إدراك أهمية هندسة جودة المنتج بشكل شامل، ولكن الوعي

بأن مرحلة التفتيش مهمة جدا ولا غنى عنها لجعل المؤسسات أكثر كفاءة، جعل من هذا النهج منتشرا بين مديري التصنيع بدرجة كبيرة.

بعد الحرب العالمية الثانية مباشرة، تأسست جمعية مهندسي الجودة في الولايات المتحدة في عام 1945، وخلفتها الجمعية الأمريكية لمراقبة الجودة (ASQC). لكن شركات الأعمال الأمريكية لم تحاول تعزيز النهج الجماعي والتعاوني لإدارة الجودة بشكل حماسي نظرا لأن الولايات المتحدة، من ناحية كانت مزدهرة في ذلك الوقت بسبب النمو المرتفع للاقتصاد في زمن الحرب، ولم تكن هناك حاجة للنظر بالتفصيل في مراقبة الجودة أو ضمان جودة المنتجات. من ناحية أخرى، كان هناك العديد من البلدان تحاول التقاط الأنفاس تحت ضرر الحرب، منها اليابان، التي كانت آنذاك تحت احتلال الجيش الأمريكي، أرادت إعادة البناء والتعافي من الانقراض فدعا الاتحاد الياباني للعلماء والمهندسين شخصين رئيسيين وهما إدوارد ديمينغ Edwards Deming وجوزيف جوران Joseph Juran. بالإضافة إلى ذلك، كان أرماند فيجنباوم Armand Feigenbaum أول شخص يكمل كلمة «Total» لمصطلح «مراقبة الجودة»، وبالتالي صاغ مراقبة الجودة الشاملة وأصبح هذا النهج مشهورا في اليابان وانتشر تدريجيا لجميع الشركات وحقق ثمارا مذهلة في الشركات اليابانية. فكانت هذه التدفقات الثلاث من إدارة الجودة، مدججة في (1) مراقبة العملية الإحصائية لديمنغ Deming التي تعتمد على التفتيش لتحقيق الجودة، (2) ضمان الجودة لجوران Juran الذي يجريه العمال كعملاء في الأقسام المجاورة، و (3) مراقبة الجودة الشاملة لفيجنباوم Feigenbaum التي تضع الأهمية القصوى للسيطرة في أيدي عدد قليل فقط من الخبراء والمديرين، من شكلت براديجم إدارة الجودة الشاملة TQM (Yamamoto, 2007, p. 73).

الفرع الثالث-التسيير العمومي الحديث وإعادة اختراع الحكومة:

في بريطانيا، اتهمت المؤسسات العمومية بالإهدار وارتفاع الأسعار وسوء جودة الخدمة، فأعرب أصحاب المصالح الأخرى بما فيها النقابات المهنية والمجتمع المدني والمواطنون عن عدم ثقتهم في تدخل الدولة وأرادوا المزيد من القيمة مقابل أموالهم، فقامت تاتشر Thatcher بإعلان حركة الإصلاح في المجلس الأوروبي بدابلين Dublin في نوفمبر 1979 فأصبحت التعابير الشائعة في الدوائر السياسية والشركات وحتى بين الجمهور "فعل المزيد بأقل" و "توفير القيمة مقابل المال" فدعمت هذه المطالب ثقافة التقييم (Simonet, 2015, p. 03). لذلك ميدانيا، بوادر ظهور التسيير العمومي الحديث ترجع لبرنامج الإصلاح الإداري الذي تبنته مارغريت تاتشر Margaret Thatcher عقب انتخابها رئيس وزراء لبريطانيا سنة 1979، وركزت على إصلاح الخدمات الحكومية بعيدا عن النموذج البيروقراطي السائد آنذاك، تبعها انتخاب رونالد ريغان Ronald Reagan سنة 1980 بالولايات المتحدة الأمريكية، فكلاهما قادا حملة شرسة ضد البيروقراطية قصد ترقية وتطوير أداء المؤسسات العمومية (عاشور، 2012. ص 111).

وتعتبر الأزمة المالية العالمية والنكسة البترولية 1973 أهم عوامل ظهور التسيير العمومي الحديث، إلا أن لكل دولة أسبابها الخاصة، فمثلا اليابان أرادت الخروج من حالة اللافعالية التي مست القطاع العمومي، أما كندا كانت تعيش أزمة مالية ترغب في تجاوزها ذلك الحين، بالنسبة لبريطانيا أرادت تبني الفكر النيوليبرالي، وهناك من الدول من قررت تجربة التغيير في تسيير مؤسساتها، أما الولايات المتحدة الأمريكية فكانت حينها تعاني من مشاكل جمة، فاتحدت قوى المعارضة خاصة الليبراليين قصد تغيير فلسفة عمل مؤسسات الدولة العمومية التي تسببت في ارتفاع حجم الدين العام والذي صاحبه عجز مالي كبير، بالتركيز على منطق النتائج بدل منطق الوسائل وإدماج فلسفة تسيير القطاع الخاص، حيث يتم وضع أهداف للمشاريع ومن ثم تقويمها بناء على دراسة (التكلفة، الربح والفعالية) (مغيش، 2019. ص 11). فكان تساعد الأفكار النيوليبرالية والأزمات الاقتصادية في السبعينات والركود في أوائل

الثمانينات والرغبة في موازنة الميزانيات الحكومية في أواخر التسعينات أسباب لظهور الإصلاحات التي تشكل الآن التسيير العمومي الحديث. وبعدها صارت تدعو إلى استخدامه معظم مؤسسات التمويل الدولية: البنك الدولي وصندوق النقد الدولي وكذا منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية كوسيلة للتأكيد على الحكم الرشيد (Simonet, 2015, p. 03).

ويرى الباحثون أن التسيير العمومي الحديث كان ثورة عالمية ضد البيروقراطية التي ميزت القطاع الحكومي واستجابة لظروف فرضت نفسها من أهمها (فوغالي، 2013، ص 24):

- كبر حجم وتكلفة القطاع العمومي وتزايد الضغط من أجل خفض برامجه وزيادة مستوى فعاليته وكفاءته.
- الابتكارات التكنولوجية الهائلة والمتراكمة عبر السنين والتي تأثر بها العمل التسييري لاسيما تكنولوجيا المعلومات والاتصال.
- العولمة الاقتصادية والمنافسة التي جعلت الأفراد يطالبون بالجودة والفعالية في الخدمات العمومية.
- التخط البيروقراطي الذي صار يميز المؤسسات العمومية.
- تفشي ظاهرة الفساد الإداري في تسيير موارد الدولة بالعديد من الدول.
- بروز الحاجة إلى تحرير القطاع الاقتصادي الذي أثقل كاهل خزينة الدولة.

أما بالنسبة لمصطلح التسيير العمومي الحديث New Public Management، ترجع بداياته إلى مقال ميشال ماسيني Michel Messenet وأوكتاف جيليني Octave Gelinier عام 1975 بعنوان "التسيير العمومي الحديث: لدولة بدون بيروقراطية" (Kasper et al., 2023, p. 02). وشاع المصطلح عالميا بفضل الباحثين أوكوين (Aucoin, 1990) وهود (Hood, 1991) الذين اعتبراه اختصارا يستخدمه الباحثون والمختصون للإشارة إلى موضوعات متميزة لأساليب وأنماط إدارة المؤسسات العمومية التي طفت خلال العقدين الماضيين (Pollitt & Bouckaert, 2004, p. 23). وابتداء من تلك الفترة، عممت هذه التسمية وأصبح التسيير العمومي الحديث مرجعية لكل الحكومات التي تهدف لترقية مؤسساتها العمومية. وحاول هود Hood تفسيره بشكل منهجي، واعتبره مفتاحا لتوفير الخدمات العمومية بشكل أفضل، لكن في الوقت نفسه لم يحدد بشكل واضح ماهية التسيير العمومي الحديث ولم يترك سوى تعريف تقريبي على أنه تزاوج بين نظرية الاختيار العام public choice والتسييرية managerialism. نتيجة لذلك، تم إلقاء نخب NPM في «صندوق القمامة» حسب تعبير سايمون Simon. يمتلئ هذا الصندوق حاليا بجميع أنواع العبارات الجديدة "الخصوصية privatization"، "التعاقد contracting out"، "التمكين empowerment"، "تقديم الخدمات البديلة alternative service delivery"، "الخدمة العمومية الجديدة new public service"، "الإدارة التشاركية participatory management"، "الشراكة بين القطاع العمومي والخاص public private partnership"، و "إعادة اختراع الحكومة reinventing government"، و "الحكومة المقاومة entrepreneurial government"، و "حكومة عالية الأداء high performance government" وغيرها من العبارات (Yamamoto, 2007, p. 78).

ويركز التسيير العمومي الحديث NPM على التفاعل والتعاون والتنسيق بين ثلاثية الحكومة، السوق والمواطن، ويعكس اتجاه إصلاح إدارة القطاع العمومي منذ الثمانينات حتى الآن، ويتطلب زيادة في درجة الاقتصاد the degree of economy

(التقليل إلى أدنى حد من الموارد)، والكفاءة efficiency (تعظيم النواتج) والفعالية effectiveness (تحسين النتائج) لكي تتمكن المؤسسات العمومية من أداء مهامها بكفاءة وفعالية أكبر (وحشي, 2018, ص 17).

ومن جانب آخر، كان يدعو أوزبورن Osborne وجايلر Gaebler إلى فصل قرارات السياسة (التوجيه steering) عن تقديم الخدمات (التجديف rowing) في الحكومات المقاتلة Entrepreneurial governments ويتطلب التوجيه أشخاصا يرون واقع القضايا والإمكانيات بأكملها ويمكنهم تحقيق التوازن بين المتطلبات المتنافسة والموارد، أما التجديف يتطلب أشخاصا يركزون باهتمام على مهمة واحدة ويؤدونها بشكل جيد. وباعتبار أن الحكم ليس ثابتا بل يميل إلى التغيير حسب تغير الحاجات والقيم، والبيروقراطية الهرمية لا تضمن أشكالا مرنة لتخصيص الموارد والتنسيق والمراقبة فضلا عن الشفافية والمساءلة، وبالتالي، يمكن تحقيق إعادة اختراع الحكومة reinvented government من خلال التعامل مع تغير البيئة السياسية وإصلاح الحكومة يستند إلى فكرة التوجيه بدلا من التجديف، والتي يكون فيها التسيير العمومي الحديث محورا إطارا لها (Yamamoto, 2007, p. 79).

المبحث الثاني- الإطار النظري للتسيير العمومي الحديث:

يعتبر التسيير العمومي الحديث من أحدث النماذج التسييرية التي يتناولها الباحثون والمسيرون للنهوض بمستوى أداء المؤسسات العمومية وترقية خدماتها، وقد تم تطبيقه في الكثير من الدول خاصة تلك المنتمية لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية التي كان لها الدور الفعال في نشر أفكاره واعتماده للخروج من حالة اللامعالية التي كانت تعيشها مؤسسات القطاع العمومي.

المطلب الأول- تعريف التسيير العمومي الحديث:

يلاحظ عدم وجود تعريف موحد للتسيير العمومي الحديث، لكن كل التعاريف تصب في كونه مقاربة حديثة للإصلاح الإداري للمؤسسات العمومية للدولة من أجل النهوض بمستوى أدائها وتحسين الخدمات المقدمة من طرفها (Lapunte & Van, 2020, p. 463)، ومن أهم التعاريف التي يمكن عرضها:

بوليت Pollitt عرفه على أنه "إيديولوجية تركز على استخدام مجموعة من المقاربات التي أثبتت نجاعتها في القطاع الخاص من أجل محاولة إصلاح القطاع العمومي وتحسين أداء المنظمات الحكومية" (Mönks, 1998, p. 78).

أما المعجم السويسري للسياسة الاجتماعية عرفه على أنه "اتجاه عام شامل لتسيير المنظمات العمومية تعود أولى معالم ظهوره إلى بداية التسعينات في الدول الأنجلوسكسونية، وانتشر لاحقا تدريجيا في معظم دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية. و على عكس التسيير العمومي التقليدي الذي يعتمد في تحليله و قيادته للأنشطة العمومية على العلوم القانونية و الإدارية، فإن أفكار ومبادئ التسيير العمومي الجديد مستمدة من العلوم الاقتصادية ومن سياسات التسيير في القطاع الخاص بهدف تحسين و معالجة الاختلالات التي ميزت التسيير العمومي التقليدي لاسيما البيروقراطية و صعوبة ممارسة سياسة قيادة حقيقية في تسيير المؤسسات العمومية، و هذا بهدف الارتقاء بالإدارة العامة إلى مستوى الكفاءة و الفعالية" (جوال, 2016, ص 68).

ونظرا أن لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية الأثر الكبير في نشر نموذج التسيير العمومي الحديث، فعرفته لجنة الإدارة العامة بأنه "براديجم جديد يقوم على ثقافة نشر تحسين الأداء في القطاع العمومي الأقل مركزية" (بوداوي & بوشنافة, 2020, ص 20)،

-تركيز الاهتمام على النتائج من منظور الفعالية والفاعلية وجودة الخدمة.

-زيادة الاهتمام بكفاءة الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات العمومية بوضع أهداف خاصة بالإنتاجية وتبني مفهوم المنافسة.

وبالنسبة لبرنرات Bernrath عرفه على أنه "مجموعة عناصر مستحدثة في تسيير الإدارات العمومية، والتي تفرض عليها أن تتخلى عن المنطق والبعد القانوني وتصبح خاضعة للمنطق الاقتصادي، من خلال إدراج مفهوم الأداء الناجع والجودة" (Bernrath, 1998, p. 92).

وقد استخدمت العديد من المصطلحات التي تمثل هذا النموذج الجديد منها: التسيرية managerialism (Pollitt, 1993)، التسيير العمومي الحديث new public management (Hood, 1991)، نموذج ما بعد البيروقراطية entrepreneurial government (Barzelay, 2001)، الحكومة المقاولانية post-bureaucratic paradigm (Osborne و Gaebler, 1993)، فعلى الرغم من اختلاف الأسماء إلا أنها جميعا تصف نفس الظاهرة (Kalimullah, Alam, & Nour, 2012, p. 09).

53

المطلب الثاني- نظريات التسيير العمومي الحديث:

تعود نظريات التسيير العمومي الحديث الى الفكر الليبرالي الذي ظهر بحلة جديدة في مطلع السبعينات من القرن الماضي عندما اشتدت الأزمة الاقتصادية في الدول الصناعية، وأكد هذا الفكر على أن أهم أسباب هذه الأزمة هو تدخل الدولة المفرط. حيث تفرعت عدت نظريات تصب في مجملها على التوجه إلى رفع أداء المرافق العمومية والتركيز على ميكانزمات السوق لوضع حد من تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي(حيواني, 2015, ص 117)، ومن بين هذه النظريات:

الفرع الأول-نظرية الاختيار العمومي:

ظهرت نظرية الاختيار العمومي في بداية الستينات من القرن الماضي، خاصة مع أعمال مدرسة فرجينيا. وتعرف أيضا بأسماء مختلفة "نظرية الاختيار الاجتماعي"، "نظرية الاختيار العقلاني"، "اقتصاديات السياسة". هذه النظرية تعبر عن أهم أفكار الليبراليين، حيث يرون أن ضغوط السياسة والبيروقراطية هي أحد أهم أسباب عدم فعالية المؤسسات العمومية. ودليل ذلك، حسب نظرية الاختيار العمومي، أن الأشخاص الذين من المفترض أن يتخذوا القرارات العامة سواء كانوا السياسيين أو الإداريين يقومون بتقديم مصالحهم الخاصة عن المصلحة العامة(بن نعم, 2021, ص 74).

ويرى أصحاب هذه النظرية أيضا أن هناك تضاد بين الدولة والسوق الذي يمثل الآلية الفاعلة في توزيع الموارد، وعليه ينادون بضرورة تقليص حجم ودور الدولة قدر الإمكان. وأن نجاعة المؤسسات العمومية متعلق فقط بتحفيز رجال السياسة والإدارة الذين يرون أن مصالحهم الشخصية هي من تحركهم بدليل رغبة البيروقراط لزيادة سلطتهم وهيبته وأمنهم ودخلهم باستخدام الهيكل الهرمي بناء على أقدميتهم بدلا من التركيز على تحقيق أهداف المؤسسة هذا من جهة، ومن جهة ثانية ينظر السياسيون إلى مزيد من السلطة والأصوات، فأى فرد تحفزه المصلحة الذاتية.

أقر أصحاب هذه النظرية أن دور الحكومة يجب أن يتوفر على الحد الأدنى من التبسيط والمرونة والتمكين والمبادرة والتنظيم، كما تدعو إلى إدخال الحد الأدنى من آليات السوق في المنظمات البيروقراطية، ومجمل القول فيما يخص هذه النظرية هو أن الدولة تتنازل عن بعض نشاطها المتعلق بالخدمات العمومية إلى القطاع الخاص وفقا للقانون ومقابل التزامات على الطرف المستفيد مع رقابة على هذا النشاط(عاشور, 2012, ص 117).

وتضع نظرية الاختيار العمومي مجموعة من الأسباب التي تفسر عدم نجاعة المؤسسات العمومية منها(دوار, 2022, ص 60):

- خضوع المؤسسات العمومية للتأثيرات السياسية العامة.
- حقوق الملكية في المؤسسات العمومية لا تخضع للتداول في السوق المالية.
- المواطن مالك للمرفق العمومي ولا يساهم في تسييره.
- عدم المساءلة عن الإخفاقات المالية والاقتصادية لمتخذي القرار في المؤسسات العمومية.
- التقيد الحرفي بالقواعد والإجراءات.
- غياب المنطق الاقتصادي في تحديد الأهداف وبلوغ النتائج.
- عدم وجود المعايير الدقيقة والموضوعية لتحديد المتطلبات من الوظائف من قبل المؤسسات الحكومية.

الفرع الثاني- نظرية الوكالة:

تستند هذه النظرية على النظرية الاقتصادية لمدرسة شيكاغو وتعرف أيضا بـ "نظرية الوكيل الرئيسي". تقوم هذه النظرية على أنه يمكن اعتبار المؤسسة مجموعة علاقات بين الملاك والمسيرين الذين، في أغلب الحالات، تفوض لهم صلاحيات كبيرة في تسيير المؤسسة. وانتقل هذا المفهوم إلى التسيير العمومي، حيث تهدف الحكومة من خلال هذا إلى إنشاء وكالات تتمتع بتسيير شبه ذاتي في المؤسسات التي يتم فيها فصل وظيفة التنفيذ عن وظيفة صنع السياسات، مهمتها إنشاء علاقة تعاقدية بين طرفين، طرف رئيسي الذي يطلب السلع والخدمات والوكيل الذي يورده (Trosa, 1997).

إن تطبيق هذه النظرية على المؤسسات العمومية قد يساعد في إعادة تنظيمها من خلال تحقيق عنصرين اثنين، أولا التحديد الدقيق لصلاحيات المسيرين في صورة عون تنفيذي للسياسات العمومية والإبقاء على صلاحيات الهيئة السياسية في إطار دورها المتمثل في تصميم وتصور ومعالجة السياسات العمومية، كل هذا يسمح بممارسة أدق لقياس النتائج والرقابة على مستوى الأداء في المؤسسات، ثانيا النجاح في تحقيق العنصر السابق بكل شفافية ويفرض بالضرورة الرفع من كفاءة وفعالية أداء المسيرين، كما يسمح بالتحديد الدقيق للتكاليف (دوار, 2022. ص 67).

وتجدر الإشارة كذلك أنه تم انتقاد نظرية الوكالة، فكل من جونسن Jensen وماكلين Meckling (1994) انتقدا هذا النموذج باعتباره تبسيطا للنمذجة الرياضية ووصفاه بغير الواقعي للسلوك البشري، صحيح أن نظرية الوكالة توفر طريقة مفيدة لشرح العلاقات حين تكون مصالح الأطراف على خلاف ويمكن جعلها أكثر اتساقا من خلال المراقبة المناسبة ونظام تعويض مخطط له جيدا، لكن هناك حاجة إلى نظرية إضافية لشرح أنواع أخرى من السلوك البشري، وهنا ظهرت نظرية الإشراف (Davis, Schoorman, & Donaldson, 2018, p. 24).

الفرع الثالث- نظرية تكاليف المعاملة :

تعود هذه النظرية إلى أعمال كاوس Coase سنة 1937 التي ظهرت في كتابه "the nature of the firm" حيث تقوم هذه النظرية على فكرة لجوء المؤسسات العمومية إلى عقد صفقات داخلية دون اللجوء إلى آليات السوق وذلك من خلال مقارنة التكاليف (بن نعوم, 2021. ص 76)، ومنه فإن الدولة تقلص من تكاليف عقد الصفقات وتعتمد فقط على سعر السوق. ومثال ذلك أن مؤسسة عمومية تريد بناء 1000 وحدة سكنية، فتعمل على تقدير تكليف هذا المشروع عن طريق الأسعار الموجودة في السوق وتبني على هذا الأساس، ثم توكل مؤسسة عمومية مختصة في المجال بالسعر الموجود في السوق، وبالتالي اعتمدت ميكانزمات السوق دون اللجوء إليه. وقد قام ويليامسان E.O. Williamson منذ سنوات السبعينات بتطوير هذه النظرية لتصبح أحد أهم المواضيع التي يتعرض لها الباحثون في مجال سلوك المنظمات ولاسيما في علاقتها بميكانيزم السوق. وتختلف نظريته عن سابقه، فهو يرى المؤسسة مجموعة من العقود وليس تنظيم بيروقراطي. وأن تكاليف التبادل قسمين، قسم ينشأ أثناء إبرام العقد كتكاليف البحث والدراسة وقسم ينشأ أثناء سيرورة النشاط الناتج عن العقد (عاشور, 2012. ص 118).

الفرع الرابع- نظرية الإشراف :

لا يمكن اعتقاد أن نظرية الإشراف Stewardship theory جاءت بديلا عن نظرية الوكالة، بل نموذجا معدلا لها تستند على التحفيز لتوازن أو تعديل ممارسات الحوكمة المنبثقة من نظرية الوكالة، ويقوم التسيير العمومي الحديث الحالي على نموذج جديد قائم على أنظمة صارمة للأداء وعدم الثقة العمياء في الوكلاء (Torfing & Bentzen, 2020, pp. 04-05).

وفقا لما سغريف Musgrave (1959)، فإن الإدارة السليمة والشفافة والمسؤولة للمالية العامة هي جوهر الأداء التنظيمي، وتحدد إدارة الأداء المالي كشرط أساسي للأداء التنظيمي لقدرة الحكومة على تنفيذ السياسة وإدارة الموارد العامة من خلال مؤسساتها ونظمها الخاصة. ويوفر الأداء المالي أسس بناء إدارات فعالة وخاضعة للمساءلة وقادرة على الوفاء بمسؤولياتها وتقديم الخدمات الأساسية للفقراء، ويركز التمويل في الإدارة العمومية على تحديد الأولويات واستخدام الموارد الشحيحة، وضمان الإشراف الفعال على الأموال والأصول العامة وتحقيق القيمة مقابل المال في تحقيق أهداف الحكومة، أي تقديم أفضل الخدمات الممكنة. ونظرا لتأثيرات التغيير القوية التي ظهرت من خلال الإصلاحات ما بعد البيروقراطية، خط مشهد الإدارة العامة المعاصر الأساس لمفهوم الإشراف لتوفير مسار موثوق للأداء التنظيمي (Fourie & Jordaan, 2013, p. 33).

وفي سياق الإدارة العامة، يشير سويلينغ Swilling (1999) أن الإشراف هو مسؤولية الموظفين العموميين عن طريق استخدام وتطوير جميع الموارد بأكبر قدر من الاقتصاد والكفاءة والفعالية، وأيضا إلى حفظ وحماية الشؤون المالية. وبالتالي استخدام الممارسات الإدارية الحكيمة لتحقيق ممارسات الحوكمة الرشيدة. ومن منظور أخلاقي، يمكن النظر إلى الإشراف باعتباره وظيفة حكومية مسؤولة عن رفاه السكان، ومعنية بالثقة والشرعية اللتان ينظر بهما المواطنون إلى أنشطتها. وتعود جذور نظرية الإشراف إلى علم النفس وعلم الاجتماع وقد عرفت من قبل دافيس Davis وشورمان Schoorman ودونالدسون Donaldson (1997) بقولهم إن "المشرف من يحمي ويزيد من ثروة المساهمين" من خلال أداء الشركة. ومن منظور الإدارة العامة، فإن المشرفين هم موظفون عموميون يخدمون احتياجات المواطنين بأكبر قدر من الاقتصاد والكفاءة والفعالية (Fourie & Jordaan, 2013, p. 33).

المطلب الثالث - خصائص التسيير العمومي الحديث:

من خلال تعريف التسيير العمومي الحديث، لخصت الدراسات خصائص هذا النموذج في ثلاث مجالات رئيسية تتمثل في (جوال, 2016. ص 71):

- **التغيير في آلية الحكومة:** يقوم التسيير العمومي الحديث على إعادة هيكلة البناء الهيكلي للإدارة وإنشاء وحدات لتقديم الخدمات، بالإضافة إلى اللامركزية في السلطة والمسؤولية من خلال تفويض الصلاحيات للمستويات الإدارية المحلية، تحسين جودة الخدمات، تغيير الثقافة التنظيمية، الاتجاه نحو آليات السوق، الاستجابة للزبائن، الكفاءة في الأداء وأهم نقطة جوهرية فصل السياسة عن تقديم الخدمات.

- **التغيير في أسلوب الإدارة:** يتبنى التسيير العمومي الحديث ممارسات التسيير المطبقة في القطاع الخاص، وذلك من خلال التركيز على المؤشرات الرئيسية التالية:

- القيمة مقابل المال.

- قياس الأداء والحوافز.

- خدمة العملاء.

- الربحية.

- تقليل العمالة.

- **تقليل دور الدولة:** تسعى الحكومات في ظل التسيير العمومي الحديث إلى التركيز على تطبيق العديد من المتطلبات من أهمها:

- الاتجاه نحو التخصيص.
- تخفيض الموازنة العامة.
- تشغيل الخدمات بأسلوب تجاري.
- تخفيف القيود الحكومية على القطاعات الاقتصادية.
- وحسب دراسة أوكوين (Aucoin,1990) فإن نموذج التسيير العمومي الحديث يقوم على مجموعة من الخصائص وهي:
 - اعتماد أسلوب إدارة القطاع الخاص في القطاع العام.
 - التركيز على الكفاءة.
 - حركة مستمرة بعيدا عن ضبط المدخلات والقواعد والإجراءات نحو قياس النتائج وأهداف الأداء.
 - تفضيل الملكية الخاصة وتقبل فكرة التعاقد الخارجي لأداء الخدمات العامة.
 - تفويض الرقابة الإدارية مع تحسين آليات الرصد والإبلاغ.

المطلب الرابع- مبادئ التسيير العمومي الحديث وأساسيات تطبيقها:

الفرع الأول: مبادئ التسيير العمومي الحديث

هناك العديد من الدراسات التي حاولت إبراز وتحديد مبادئ التسيير العمومي الحديث، فتشكل مبادئ التسيير العمومي الحديث وفقا لشان Chen ووزيرالدين Waziruddin وسميث Smith وكيم Kim (2021) واقعا جديدا للمؤسسات القطاع العمومي والتي تهدف، في منطق الأداء، إلى تعظيم الفائدة من المدخلات المختلفة (Boubnad, El Hila, Hajbi, & Saadi, 2021, p. 723).

ومن أهمها ما ورد في مقال الباحث كريستوفر هود C. Hood بعنوان "المانجمنت العمومي لجميع الفصول؟" والذي يعتبر من أهم المهتمين بموضوع التسيير العمومي الحديث، ذكر في مقاله سبعة مبادئ وهي:

الجدول (1-2) مبادئ التسيير العمومي الحديث حسب كريستوفر هود C. Hood

المبدأ	معناه وأهميته	التبرير
التسيير المحترف للمؤسسات العمومية	منح التسيير لمهنيين معينين في نشاطهم لهم حرية اتخاذ القرار والاستقلالية عن الأنشطة التنفيذية	تتطلب المساءلة تحديد واضح للمسؤولية وليس توزيع السلطة
صياغة معايير ومقاييس أداء واضحة	التعريف الجيد لأهداف الأداء باستخدام نماذج مستحدثة وفعالة لمؤشرات الأداء ويفضل التعبير عنها كميا	المساءلة تفرض أهدافا محددة بشكل لا لبس فيه. وتتطلب الكفاءة أن تكون الأهداف واضحة ومتبعة.
زيادة التركيز على ضوابط الإنتاج	يرتبط تخصيص الموارد والمكافآت بالنتائج والأداء	الحاجة إلى التركيز على النتائج بدل الإجراءات.
التحول إلى تصنيف الوحدات بالقطاع العمومي	خلق تحدي الوحدات الكبيرة المتجانسة من خلال تفتيتها	من الضروري إنشاء وحدات "يمكن إدارتها" للتمييز بين مهام الممولين والمشتريين ومقدمي الخدمات العامة. يجعل التعاقد داخل القطاع العمومي أو خارجه أكثر كفاءة

التحول إلى زيادة المنافسة في القطاع العمومي.	التوجه للعقود قصيرة الأجل واجراءات المناقصة	التنافس هو المفتاح لخفض التكاليف وتحسين الجودة
ممارسة الأساليب التسييرية للقطاع الخاص في المؤسسات العمومية	التخلي عن الأخلاقيات التقليدية من الطاعة والتسلسل الهرمي الصارم	الحاجة لاستخدام أساليب أثبتت نجاعتها في القطاع الخاص
الضغط نحو المزيد من الانضباط والتكشف في استخدام الموارد في القطاع العمومي	خفض التكاليف وزيادة في انضباط العمال ومقاومة ضغوط النقابات	الحاجة للسيطرة على موارد القطاع العام وتطبيق قاعدة فعل المزيد بالقليل

المصدر: (Hood, 1991, p. 04)

ويرى هود Hood أنه خلال الثمانينات، حاولت المملكة المتحدة البريطانية تقديم نموذج مثالي للتسيير العمومي الحديث، وقد تبعتها دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، مما عرض النموذج للكثير من النقد. لذا ليس ضروريا حسب مفهومه تواجد المبادئ السبعة مجتمعة وليس بالضرورة أن تكون متناسقة، ويرجع ذلك إلى أن ليس لكل الدول نفس مصدر التفكير.

وحسب جياك D. Giaque هناك 13 ثلاثة عشر مبدأ يقوم عليه التسيير العمومي الحديث وهي (بن عيسى, 2013 . ص 196):

- إدخال روح المنافسة بين مختلف المصالح الإدارية.
- انفتاح المصالح الإدارية على المرتفقين والتقرب منهم كما هو الحال في المؤسسات الخاصة.
- التركيز على مخرجات النظام والآثار الإيجابية الواردة من محيطه دون التركيز على المدخلات.
- تسيير المؤسسات على أساس المهام الموكلة إليهم والآفاق التي يسعى إليها التنظيم والتخلي عن التسيير القائم على القواعد والإجراءات الشكلية والرسومية.
- تغيير النظرة من متلقي الخدمة مستعمل إلى زبون.
- التسيير من منظور التنبؤ بالمشاكل ومحاولة تفاديها وليس من منظور معالجة المشاكل بعد حدوثها.
- التسيير بنية تحسين الإيرادات وليس التسيير من منطلق إنفاق الأموال.
- تفويض السلطة للمستويات اللامركزية وتشجيع التسيير بالمساهمة.
- تبني ميكانيزمات السوق كبديل للممارسات البيروقراطية.
- الفصل في عمليات التسيير بين المستويات الاستراتيجية (السياسية) ومستويات التكتيكية (الإدارية).
- رفع مستوى الاستقلالية في المصالح الإدارية، باللجوء للتعاقد بينها وبين المصالح الوصية.
- تخصيص ميزانية لإقامة الشراكة والعقود مع الجهات الوصية وإعادة صياغة مؤشرات الأداء بغرض التقييم البعدي للأداء ومستوى كفاءة التنظيم.
- تشجيع ربط علاقة شراكة بنشاط الإدارة بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

أما أوزبورن D.Osborne وجايلر T.Geabler يرون أن التسيير العمومي الحديث يقوم على قواعد وأسس و هي(دوار, 2022. ص 69):

- إضفاء مبادئ التنافسية على القطاع العمومي، وهو ما يؤدي إلى إعطاء فعالية أكبر للقطاع، ويسمح بتحديد وتأهيل الخدمة العمومية ورضا المتعاملين معها وكذا تدعيم رقابة التسيير.
- التركيز على النتائج بدل الاهتمام بالوسائل وتقييم أداء المؤسسات العمومية.
- فرض التسيير العمومي الحديث العمل بميكانيزمات السوق والمنافسة في المؤسسات العمومية، والمشاركة في اتخاذ القرار لجميع الأطراف التي لها علاقة بالمؤسسة، والمرونة التنظيمية واللامركزية لتحقيق كفاءة وفعالية القطاع العمومي.
- الاهتمام بالزبون وإشراكه في عملية اتخاذ القرار المتعلقة بنوع وقيم الخدمات التي تقدم له.
- الاهتمام بالأداء في المؤسسة العمومية والتخلص من البيروقراطية الإدارية.
- تفويض السلطة إلى المستويات الأدنى التشغيلية في التنظيمات الإدارية.
- تقليص التكاليف وتعظيم قيم النتائج المحصلة من خلال التحكم في التسيير.
- تدعيم عمليات الرقابة القبليّة والبعدية وأثناء العمليات الوظيفية في المؤسسات العمومية.

بالنسبة لبوليت 1993 Pollitt يرى أن التسيير العمومي الحديث يقوم على ما يلي (Kolthoff, Huberts, & Van Den Heuvel, 2006, pp. 400-401):

* المبدأ الأول: التسيير، ويحدده:

- الزيادات المستمرة في الكفاءة.
- استخدام تكنولوجيات "أكثر تطوراً من أي وقت مضى".
- قوة عاملة منضبطة في الإنتاجية.
- التنفيذ الواضح لدور الإدارة المهني.
- إعطاء المديرين الحق في الإدارة.

* المبدأ الثاني: الرقابة غير المباشرة، ومن خصائص هذا المبدأ حسب والش 1995 Walsh:

- جودة الاحتمال المستمرة.
- التركيز على نقل السلطة والتفويض.
- نظم المعلومات المناسبة.
- التركيز على العقود والأسواق.
- قياس الأداء.

-زيادة التركيز على مراجعة الحسابات والتفتيش.

وبالنسبة لدانليفي وآخرين Dunleavy et al يرون أنه يمكن تجميع هذه المبادئ في ثلاث مكونات أساسية

وهي (Lapiente & Van de Walle, 2020, pp. 464-470):

أولاً-المكافأة Incentivization: تعني ممارسات تحفيزية والتي تشكل جزءاً من التسيير العمومي الحديث تشبه الممارسات المستخدمة في القطاع الخاص، فعلى سبيل المثال يكون الأجر قائم على الأداء بدل المرتبات الثابتة، والترقيات تتم بناءً على الجدارة والاستحقاق بدلاً من الأقدمية، وهذا من شأنه تعزيز أداء المؤسسات العمومية وتحفيز الموظفين العموميين على تحقيق أداء عالٍ. فبنا على نظرية الاختيار العمومي أو نظرية الوكيل الرئيسي من خلال الحوافز الخارجية بدل الأمن الوظيفي الذي تحملت الدولة مخاطره في ظل النموذج البيروقراطي التقليدي، فالمكافأة ستكون دافعا للابتكار والسلوكيات التي تؤدي إلى تنفيذ السياسات العمومية بشكل أكثر كفاءة وفعالية.

ثانياً-المنافسة Competition: تعتمد المؤسسات العمومية القائمة على النموذج التقليدي على الثقة بموظفيها، وبالتالي تفترض أن لديهم دوافع داخلية للأداء الجيد وهذا ليس منطقي، فكانت الإصلاحات التي جاء بها التسيير العمومي الحديث لتعزيز المنافسة. فركز المدافعون عن نموذج التسيير العمومي الحديث على منح بعض المهام في تقديم الخدمات العمومية لفواعل خارجية سواء كانت عمومية أو خاصة بناءً على أدائها بهدف تخفيض التكاليف وتحسين الكفاءة وفتح المنافسة للمقاولين الخواص لعرض خدماتهم بأعلى جودة وأقل سعر لتوفير الخدمات العمومية.

ثالثاً-التصنيف Disaggregation: أي عملية فصل الوحدة إلى عدة وحدات، بمفهوم آخر إعادة تشكيل الإدارات العمومية إلى مؤسسات أضيق نطاقاً. وهي شكل من أشكال اللامركزية التي يمكن أن تكون استراتيجية من قبل الحكومة المركزية للاحتفاظ بالسيطرة، أي منح السلطة التقديرية للوحدات بدل ذلك هناك رقابة مركزية على النتائج بمفهوم أوزبورن Osborne وجايلر Gaebler يعاد اختراع الحكومة فتصبح الحكومة توجه ولا تتجادل، فهذا التصنيف يؤدي إلى تحسين النتائج وتعزيز المساءلة من خلال تحسين رصد الأداء. بالنتيجة يمكن صياغة السياسات العمومية بطريقة أفضل بناءً على البيانات التي تقدمها الوحدات وتقييم أدائها.

وفي نفس السياق، اقترحت منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية مجموعة من المبادئ الإدارية في نموذجها الإصلاحي للتسيير العمومي الحديث تتمثل في: تفويض ونقل السلطة وزيادة المرونة الإدارية والمالية، تعزيز آليات ضمان الأداء والمساءلة والرقابة، ، توظيف تكنولوجيا المعلومات لدعم القرارات القائمة على الأدلة بدلاً من الاعتماد على الحدس ، تعزيز المنافسة وتنويع الاختيار أمام المستفيدين، تحسين جودة التنظيم وإدارة الموارد البشرية، رفع كفاءة الخدمات العمومية وتعزيز استجابتها لاحتياجات المواطنين وكذلك التوازن بين اللامركزية والتوجيه الاستراتيجي من المركز، وقد أكدت منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية أن الهدف الرئيسي للتسيير العمومي الحديث هو توفير المرونة المؤسسية في القطاع العمومي(عاشور, 2012. ص 119).وفي تحديثات لاحقة، أضافت المنظمة مبادئ أخرى مثل تعزيز المشاركة المجتمعية عبر عمليات التداول التمثيلية لاشراك المواطنين وأصحاب المصلحة بشكل متزايد لمساعدة صانعي السياسات على معالجة القضايا. كذلك ركزت على ضرورة ضمان جودة الخدمات العمومية والتي تقيس مدى مساهمة الخدمة في تحقيق النتائج المرجوة وملاءمتها للمعايير المهنية الحديثة وتشمل: فعالية الخدمة واتساق تقديمها أي تجانس الخدمات عبر المناطق والفترات الزمنية وأمانها وسلامتها بحماية المستفيدين من الأضرار. وقد أشارت أيضاً في نفس السياق إلى ضرورة أهمية كفاءة التكلفة كعنصر فعال تعكس العلاقة بين بين الموارد المستهلكة والنتائج المحققة (OECD,2023).

وقام ألونسو Alonso وآخرون بتجميع أهم مكونات التسيير العمومي الحديث حسب المنظرين لهذا النهج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (2-2) أهم مكونات التسيير العمومي الحديث

المؤلفون	مكونات التسيير العمومي الحديث
Hood (1991) Dunleavy and Hood (1994) Ferlie et al. (1996) Pollitt and Bouckaert (2003)	إدخال قدر أكبر من المنافسة في القطاع العمومي تقليص الحجم
Hood (1991) Osborne and Gaebler (1992)	إدخال أساليب القطاع الخاص في ممارسات الإدارة
Hood (1991) Dunleavy and Hood (1994) Osborne and Gaebler (1992)	استبدال التحكم في المدخلات بالرقابة على المخرجات
Pollitt (1993) Ferlie et al. (1996) Osborne and Gaebler (1992) Kettl (2000) Pollitt (1993), (2007)	اللامركزية تصنيف البيروقراطيات المركزية إلى وكالات
Kettl (2000) Pollitt (2007) Pollitt (1993), (2007)	التعاقد الخارجي فصل المشتري/المزود
Osborne and Gaebler (1992) Pollitt (1993) Kettl (2000) Osborne and McLaughlin (2002)	التوجه للعملاء الفصل بين صنع القرار السياسي والتسيير المباشر للخدمات العمومية

المصدر: (Alonso, Clifton, & Díaz-Fuentes, 2015, p. 04)

ويمكن تجميع مبادئ التسيير العمومي الحديث في الجدول التالي:

الجدول (3-2) أهم مبادئ التسيير العمومي الحديث

حسب أوزبورن Osborne وجايلر Geabler 1992	حسب جياك Giauque 2003	حسب بوليت Pollitt و بوخارت Bouchaert 2011	حسب منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية OECD النموذج الإصلاحي
اللامركزية	اللامركزية	اللامركزية	اللامركزية
تمكين المواطن عبر السوق	تشجيع التسيير بالمساهمة	الشفافية	دعم القيادة السياسية والإدارية
الاهتمام بالزبون	التركيز على المرتفق	التركيز على العميل	تعزيز الاستجابة للزبون
التركيز على النتائج	التركيز على النتائج	التركيز على النتائج	مشاركة أصحاب المصلحة
المرونة	التسيير على أساس الأهداف	المرونة	المرونة
المنافسة	المنافسة	المساءلة	المنافسة
تبني ميكانيزمات السوق	تبني ميكانيزمات السوق	التركيز على الجودة	المساءلة
تقليص التكاليف	تشجيع الشراكات	خفض التكاليف	اتخاذ قرار قائم على أدلة
تبني أفضل الممارسات من القطاع الخاص والمنظمات الناجحة	التسيير بالتنبؤ		تحسين جودة الخدمة
الاهتمام بالأداء	الفصل بين السياسة والإدارة		الرقابة
المساءلة			كفاءة التكلفة
الرقابة والتقييم			التقييم المستمر
دعم القيادة			

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على ما سبق

ومن خلال ما سبق، يتبين أن من أهم مبادئ التسيير العمومي الحديث خاصة بنموذجه الاصلاحي:

- اللامركزية
- مشاركة أصحاب المصلحة
- تطوير الشراكات
- الرقابة والتقييم المستمر
- المساءلة
- التركيز على العميل
- اتخاذ قرار قائم على أدلة (استبدال الحدس بالبيانات)
- التركيز على النتائج
- كفاءة التكلفة
- ضمان الجودة
- المرونة
- دعم الإدارة العليا
- تبني ميكانزمات السوق

الفرع الثاني - أساسيات تطبيق مبادئ التسيير العمومي الحديث:

قدم كل من أوزبورن Osborne وبلاستريك Plastrik (2006) خمس أساسيات لتطبيق مبادئ التسيير العمومي الحديث وهي الهدف (النواة)، النتائج، التركيز على العميل، الرقابة و الثقافة (Dunn & Miller, 2007, pp. 348-350):

أولاً- الهدف (النواة) Core: يقصد بالنواة الهدف، ووضوح الهدف يسمح للمؤسسة بالتركيز على الأساسيات لتحقيق أهدافها. ويعبر مفهوم وضوح الهدف إلى جهود المؤسسة لإبلاغ جميع المتعاملين معها برؤيتها ومهمتها وأهدافها الاستراتيجية ونتائجها من خلال افتتاح الاتصال والشفافية. ولنجاح هذه المهمة يجب توفر إدارة استراتيجية، ميزانية أداء وبرنامج تحليل السياسات وتقييمها وتقييم النظم، بالإضافة إلى أن التسيير العمومي الحديث كسر مفهوم التنظيم الهرمي التقليدي بجعل العمال في قمة الهرم بدل المسيرين واعتبرهم أهم أعضاء المؤسسة ويتمثل دور المسير في دعم القمة الجديدة للمؤسسة.

ثانياً- النتائج Consequences: يجب أن يكون لكل تصرف تتخذه المؤسسة نتيجة حتى يكون له معنى وتأثير على الجمهور، لذا عليها أن تتخذ الإجراءات التي تتوقع أن لها نتائج إيجابية واتباع السياسات العمومية التي من شأنها تحقيق أكبر قدر ممكن من النتائج الإيجابية، أما إذا كانت نتائجها سلبية فيتطلب ذلك محاسبة من تسبب بها. ويمكن تقييم الأنشطة العمومية بناءاً على النتائج التي تنشأ عنها.

ثالثاً- التركيز على العميل Customer: الغرض من الخدمة العمومية هو تقديم منفعة عامة للمواطنين. ومصطلح العميل ليس بالسهولة تداوله مع المنافع العامة، فكي يصبح المواطن عميلاً لا بد من توفر شرطين: الأول يتمثل في الاختيار والثاني المساواة التي تعني عدم الخضوع لفرد أو مؤسسة.

رابعا- الرقابة Control: إن تحويل الرقابة من القمة إلى الأسفل يمكن الأفراد والمؤسسات من معالجة المشكلات العامة، إن تحويل الرقابة بعيدا عن القمة له تأثير في تمكين المؤسسات والموظفين من المشاركة لتحديد ما يجب أن تفعله الحكومات والنتائج التي يجب أن تحققها، فيتطلب التمكين مشاركة جميع الأطراف والاتصال المفتوح والحر للسماح لكل طرف بفعل ما يطلب منه القيام به والسماح للموظفين باستخدام الموارد لتحقيق النتائج المرجوة.

هـ- الثقافة Culture: يقصد بها تغيير الثقافة التنظيمية للمؤسسات العمومية من خلال تغيير العادات، وكسب عقول الموظفين العموميين، فتشير استراتيجية الثقافة التنظيمية إلى إنشاء علاقة رابطة بين الموظف والمؤسسة يشارك في أنشطتها كفاعل نشط في تصميم وتنفيذ النتائج الجيدة.

الشكل 5: أساسيات تطبيق التسيير العمومي الحديث



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على (Dunn & Miller, 2007, pp. 348-350)

المطلب الخامس- نماذج التسيير العمومي الحديث:

انعكست مبادئ التسيير العمومي الجديد على معظم التجارب الإصلاحية في القطاع العمومي بصورة متباينة، وهذا راجع لاختلاف الدول في أساليب تبني الإصلاحات وتبعاً لخصوصيات السياسة الاقتصادية والاجتماعية لها. لكن هذا لم يمنع من ظهور عدة تصنيفات لنماذج التسيير العمومي الجديد من خلال تقييم تجارب الدول لفترة الثمانينات والتسعينات، ومن بين أهم هذه التصنيفات تصنيف فارلي وتصنيف مونكس وكذا تصنيف بولجيان (حيواني, 2015 . ص 40):

الفرع الأول-تصنيف فارلي وآخرون 1996 Ferlie et al

حيث قدم فارلي Ferlie وآخرون أربع نماذج للتسيير العمومي الجديد:

1- أنموذج الكفاءة

يعود هذا النموذج إلى الثمانينات حيث بادرت به الدول الأنجلوسكسونية، من خلال القيام بعملية إصلاح المؤسسات العمومية لرفع كفاءتها مقارنة بالقطاع الخاص، كما يرى أصحاب هذا النموذج ضرورة لجوء الدولة إلى إبرام عقود لتقديم الخدمات وتتم بين السلطات العمومية والمصالح الإدارية، من خلال الاتفاق على ميزانية محددة لتمويل نشاط الإدارة المعنية مقابل مهام محددة،

ومن خلال وضع مخططات تفصيلية تتضمن النتائج والأهداف المرجوة حسب العقد مما يسمح بقياس مستوى الأداء في هذه الإدارات من جهة وعملية الرقابة من جهة أخرى.

2- أنموذج اللامركزية وتقليص الحجم

إن فكرة هذا النموذج تتمحور حول استعمال واعتماد نسبة مرتفعة من اللامركزية في هيكلة وتسيير المؤسسة العمومية بغرض تقليص حجم الأجهزة البيروقراطية لدعم الرقابة لا سيما المالية منها.

3- نموذج البحث عن الامتياز

يشتمل هذا النموذج على تغيير ثقافة المؤسسة بشكل عام، وبشكل أدق بناء مقدرة على تطوير التسيير والأداء بصورة مستمرة. فهو يؤكد على اللامركزية في المسؤوليات واتخاذ القرارات، مقابل الاهتمام بالأداء وتطوير وتبني روح الانتماء ومسؤولية القيادة اعتمادا على دورات تكوينية.

4- أنموذج التوجه للخدمة العمومية

هذا النموذج هو عبارة عن دمج أفكار القطاع العمومي مع أفكار القطاع الخاص، حيث يتم دعم القطاع العمومي بطرق التسيير المستخدمة في القطاع الخاص. إن هذا النموذج يركز على نوعية الخدمات بغرض بلوغ الامتياز في القطاع العمومي مع المحافظة على قيمه.

الفرع الثاني - تصنيف مونكس 1998 J Monks

يقدم هذا التصنيف كذلك أربعة نماذج تتمثل في:

1- أنموذج الكفاءة

يهتم هذا النموذج برفع كفاءات المؤسسات العمومية مع تقليص التكاليف المتعلقة بالنشاط، كما يمكن أن تعتمد المؤسسة من خلال هذا النموذج على السياسات التالية:

- محاولة الانفتاح على المنافسة.

- قياس الأداء من خلال وضع مؤشرات له.

- اعتماد الميزانية الكلية بدلا من الميزانية التفصيلية تحت بند الاهتمام بالنتائج بدلا من الاهتمام بالموارد.

- تقليص حجم الإدارة.

2- أنموذج المرونة التنظيمية:

يقوم هذا النموذج على:

- إبرام عقود بين الدولة والوكالات أو الأعوان.

- تقليص الهيكل التنظيمي.

- تفويض السلطات بصورة مباشرة الى المصالح المتعاقد معها وهذا يفضي مرونة أكثر.

- تدعيم اللامركزية برقابة فعالة لضمان تسيير أكثر فعالية.

3- أنموذج النوعية:

يكون من خلال الاهتمام برأي المستعملين حول الخدمات الادارية المقدمة عن طريق دراسة وقياس الإشباع أو باعتماد مقياس ISO (International Organization For Standardization) حيث ينصب الاهتمام على نوعية مخرجات المؤسسة التي يجب أن توضع ضمن أولويات أهدافها.

4- النموذج التساهمي

من خلال المشاركة الواسعة للمواطنين في تحديد نوعية الخدمات المقدمة لهم، فهم يساهمون بشكل أو آخر بعملية اتخاذ القرار، والهدف هو جعل القرارات معبرة ومترجمة لحاجاتهم الواقعية، ودمقرطة الإجراءات الادارية.

الفرع الثالث - تصنيف بولجاني 2002 I Bolgiani

قدم الباحث ثلاث نماذج من خلال دراسته للمؤسسات العمومية تتمثل في:

1- أنموذج السوق:

يأخذ هذا النموذج من أدوات التسيير في القطاع الخاص ويتم تطبيقها في المؤسسات العمومية بهدف رفع كفاءتها، حيث يكون لآلية السوق الدور الأساسي في دراسة العمليات المرتبطة بتقديم الخدمة وتسييرها، من خلال خفض التكاليف والرفع من مستوى تحقيق الأهداف ومحاولة العمل في إطار تنافسي.

2- النموذج اللامركزي

يهدف هذا النموذج إلى الفصل بين مراحل التسيير الاستراتيجي عن تلك المتعلقة بالتسيير العملي، كما يقوم على إعادة توزيع الكفاءات والمهارات التي يجب أن تعطى لها سلطة اتخاذ القرار في مختلف المستويات القريبة من العملاء.

3- أنموذج النوعية:

ترتبط خصوصيات هذا النموذج بالجهود التي تبذل من أجل رفع مستوى الإشباع لدى العملاء عن طريق أساليب الأيزو والأساليب التي تهدف إلى قياس مستويات الإشباع قصد التعرف عليها وإدخال تعديلات للرفع منها. ما يجب التأكيد عليه، أن هناك الكثير من تصنيفات النماذج، لكن تم التركيز على ثلاثة منها لتوضيح أنه لا يوجد نموذج موحد للتسيير العمومي الحديث، وهذا ما أشار إليه مونكس Monks عندما تكلم عن ندرة أو غياب نموذج أوحده للتسيير العمومي الحديث، والملاحظ أن التصنيفات تركز على نموذج اللامركزية ونموذج النوعية ونموذج الكفاءة.

المطلب السادس- أساليب ممارسة التسيير العمومي الحديث:

تعتبر المبادئ والنماذج نتاج المفكرين في دراسة التسيير العمومي الحديث، ولجعله قابل للتطبيق على أرض الواقع هناك أساليب لممارسة لمبادئه والتي تتطلب بدورها أساسيات لنجاح نموذج التسيير العمومي الحديث.

الفرع الأول- أساليب ممارسة التسيير العمومي الحديث:

التسيير العمومي الحديث ليس مجرد أفكار بل هو ممارسات. وتعد المملكة المتحدة ونيوزيلندا من أهم الدول التي وضعت مبادئ التسيير العمومي الحديث قيد الممارسة على شكل أساليب منها أربعة مهمة هي (Bennaoum, 2021, p. 819):

1- /الخصوصية: تركز على نقل ملكية المؤسسات العمومية إلى القطاع الخاص. مثلاً في المملكة المتحدة، واصلت حكومتا مارغريت تاتشر Margaret Thatcher وجون ماجور John Major عملية الخصخصة بين عامي 1979 و1997. وبيعت الصناعات العامة (مثل الصناعة التحويلية)، والمرافق الرئيسية (الوقود)، والاتصالات السلكية واللاسلكية، والغاز، والمياه، والكهرباء، والفحم) وقطاع الخدمات (النقل البري، والحافلات، والسكك الحديدية، والمطارات، والصلب). وفي نيوزيلندا، جرت عملية مماثلة بين عامي 1981 و1994 وقد انخفض عدد العاملين في القطاع العمومي بنسبة 26.4٪.

ومع ذلك، فإن إحصاءات الإنفاق العمومي لا تدعم الادعاء بأن الخصخصة ستجعل الدولة أكثر كفاءة، لم يكن الإنفاق العمومي في المملكة المتحدة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي PIB أقل بكثير عندما تركت مارغريت تاتشر Margaret Thatcher منصبها، بل بقيت حوالي 43٪. ولم تؤثر كذلك على معدلات النمو الاقتصادي، وهذا يدل على أن هناك عوامل أخرى تؤثر على ما يبدو أكثر من الخصخصة.

2- /العقود: تشير اختبارات السوق إلى إجراءات تقييم تكاليف وفعالية المؤسسات العمومية من خلال العروض التنافسية التي تقدمها المؤسسات العمومية والخاصة في مجالات معينة. ستؤدي الشركات الخاصة مهاماً معينة إذا قدمت عروضاً أفضل من المؤسسات العمومية المسؤولة عن تقديم تلك الخدمة. وهذا يعني أن المتعاقد الخاص يتحمل، مقابل رسم، المسؤولية بموجب عقد لتوفير خدمة عمومية محددة خلال فترة زمنية محددة.

مثلاً بالمملكة المتحدة، في ظل حكومة مارغريت تاتشر Margaret Thatcher تم وضع عدد من الخدمات مثل جمع النفايات وتنظيف الشوارع وتنظيف المدارس والمطاعم، في المنافسة.

وفي نيوزيلندا أيضاً، أصبحت الترتيبات التعاقدية طريقة شائعة لتقديم الخدمات، لا سيما في الإدارات المحلية. في عام 1994، غطت العقود ما يقارب 50٪ من الخدمات التي تقدمها الإدارة المحلية.

3- /إعادة هيكلة الوظيفة العمومية: تشمل إعادة هيكلة الوظيفة العمومية إدخال وحدات تشغيلية أكثر استقلالية في الهيكل البيروقراطي التقليدي للوظيفة العمومية.

في المملكة المتحدة، أنشئت وكالات تنفيذية لتحمل مسؤولية تنفيذ السياسات العامة في مجال محدد، ومنحت لهم استقلالية أكبر من ذي قبل. وحددت لهم الأهداف والمسؤوليات في خطة استراتيجية وفي اتفاق مدته خمس سنوات.

بالإضافة إلى ذلك، وضعت خطط الأعمال السنوية أهدافاً مالية وأهدافاً للخدمة والجودة. وهذا أكسب مسيري هذه الوكالات استقلالية في التسيير سمحت لهم بالانتقال إلى أسلوب تسييري مميز للقطاع الخاص.

على سبيل المثال، في عام 1998، تم إنشاء 128 وكالة تنفيذية في المملكة المتحدة و75٪ من موظفي الخدمة العمومية يسيرون من قبل هذه الوكالات.

4- /نظم إدارة الأداء: نظم إدارة الأداء تمثل الجهود التي تبذل لقياس ورصد أداء مؤسسات القطاع العمومي، ويتطلب قياس الأداء مجموعات مفصلة من مؤشرات الأداء تستند إلى أهداف السياسة العامة. الهدف هي مكافأة أولئك الذين يؤدون أداء جيداً ومعاقبة أولئك الذين يؤدون أداءاً ليس بالمستوى المطلوب.

ومع ذلك، فإن تصميم نظم القياس صعب لأن هناك طرائق قياس مختلفة، وكثيراً ما تكون الأهداف غامضة، وقد يصعب تحديد معايير للجودة ومعايير للخدمات واضحة.

الفرع الثاني- وظائف الإدارة في ظل التسيير العمومي الحديث:

هناك الكثير من التغييرات التي طرأت على وظائف الإدارة في ظل هذا البراديغم وأهمها ما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (2-4) وظائف الإدارة بعد تطبيق التسيير العمومي الحديث

الوظائف	التغيرات بعد تطبيق NPM
الوظيفة الاستراتيجية	- التسيير القائم على النتائج -الاعتماد على التخطيط الاستراتيجي -الفصل بين الوظيفة السياسية (بناء التصور) والوظيفة الإدارية(التنفيذ) -تطبيق النظام اللامركزي وعدم التركيز -إقامة الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص -استعمال تكنولوجيا الاعلام والاتصال -تعميم ثقافة تقييم الأداء وثقافة النجاعة
الوظيفة المالية	- تقليص العجز -اعتماد ميزانية البرامج -تحقيق شفافية أكبر من خلال تطبيق المحاسبة التحليلية التي تسمح بالمقارنة بين النتائج والتوقعات
وظيفة الموارد البشرية	- تقليص عدد الموظفين في المؤسسات العمومية -تحسيس الموظفين بالمسؤولية وتحفيزهم على العمل (المكافأة على حسب الأداء) - تطوير المشاركة
وظيفة التسويق	-تطوير التسويق العمومي (إجراءات تحقيقات الرضا، سبر الآراء، الاستشارات...) -استعمال تكنولوجيا الاعلام والاتصال في الخارج من أجل تفعيل الاتصال مع المواطنين

المصدر: (جوال, 2016. ص 79)

الفرع الثالث- ملامح ممارسة التسيير العمومي الحديث في التجربة الجزائرية :

في نهاية الثمانينات توجهت الجزائر نحو تغيرات تنظيمية فرضتها الأزمات السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي تميزت بها تلك الفترة، فكان العبء كبيرا على القطاع العمومي بسبب انخفاض الموارد الناتج عن الأزمة البترولية أمام ضخامة المشاريع التنموية وغياب الرشادة في التسيير(لعراي, 2017. ص 147) فبدأ التخلي التدريجي عن الأيديولوجية التسييرية التقليدية المركزة على التسيير المركزي وتبني مبادئ التسيير العمومي الحديث مع ولوج الدولة الجزائرية إلى اقتصاد السوق(دهان & عقابنة, 2023. ص 17) وذلك من خلال إعادة هيكلة المؤسسات العمومية بتقسيمها حسب التخصص وعدم تركيزها ومنحها الاستقلالية المالية، وأطلق على هذه المرحلة تسمية الجيل الأول من الإصلاحات. تلتها هزة قوية من الإصلاحات سنة 1989 مع انهيار المعسكر الشيوعي ومناداة المؤسسات المالية العالمية بتبني آليات التسيير العمومي الحديث كشرط أساسي لتقديم الإعانات، فقامت الدولة بإعطاء الضوء الأخضر للتعددية الحزبية وإشراك الشركاء الاجتماعيين في عملية اتخاذ القرار، تحرير الاقتصاد من قبضة الدولة شيئا فشيئا وتشجيع الاستثمار وفتح الأبواب أمام القطاع الخاص للمشاركة في تنمية الاقتصاد الوطني (لعراي, 2017. ص 156-150)، لكن هذه الإصلاحات صاحبها أزمة أمنية خلال التسعينات أفرزت فراغا مؤسساتيا، وخلق معها أزمة مشروعية حقيقية مما عرقل التطبيق السليم لمبادئ التسيير العمومي الحديث وظل التسيير المركزي والبيروقراطي سائدا رغم محاولات الإصلاح.

وأمام ما خلفه الوضع المتدني للاقتصاد الوطني في التسعينات وعدم كفاءة القطاع العمومي وضعف مشاركة القطاع الخاص في التنمية الوطنية، قررت الدولة سنة 2001 العودة إلى التدخل في الساحة الاقتصادية والاجتماعية من خلال برامج الاستثمار العمومي قصد سد العجز الواضح في الخدمات العمومية وتأخر إنجاز المنشآت القاعدية، بالإضافة إلى مراقبة القطاع الخاص الناشئ، وقد صاحب هذا الإصلاح آليات لتطوير مناخ الاستثمار (لعراي، 2017، ص 214)

وبعد عودة الاستقرار والأمن لربوع الوطن، عمدت الحكومة الجزائرية إلى الاهتمام بتحسين ظروف المعيشة للسكان من خلال إصلاح الإدارة العمومية، ومن الإصلاحات التي مست العديد من القطاعات ومازالت في طور التوسع تبني مقاربة الإدارة الالكترونية كخطوة للوصول إلى الحكومة الالكترونية التي تتجاوز ومتطلبات الثورة التكنولوجية الحاصلة، ومن أبرز القطاعات السبابة والتي قطعت شوطا في هذا الإطار وزارة الداخلية والجماعات المحلية، فبدأت الإصلاحات بالأرشفة الرقمية لكل سجلات الحالة المدنية ثم عملية إصدار الوثائق البيومترية مثل بطاقة التعريف الوطنية، جواز السفر، رخصة السياقة والبطاقة الرمادية واعتماد نظام آلي لحجز المواعيد مع مصالح البلدية أو الدائرة (بوداوي & بوشنافة، 2020، ص 24) دون نسيان إصلاحات الإدارة العدلية، فقد حققت وزارة العدل العديد من الإنجازات لتأطير التحول نحو تسيير عمومي حديث وأهم ما قامت به الوزارة تكوين موظفيها بما يتلاءم مع الأطر الجديدة للتحول الاقتصادي والتكنولوجي، فقد اهتمت بالموارد البشري وعززت مهاراته ببرامج تكنولوجية لتسهيل عملية التسيير (وحشي، 2018، ص 198).

كذلك تم استحداث المرصد الوطني للمرفق العمومي في ديسمبر 2015 الذي تسعى من خلاله الدولة إلى تطوير مؤسسات القطاع العمومي واسترجاع ثقة المواطن عبر القضاء على البيروقراطية وإشراك المجتمع المدني وعصرنة الخدمة العمومية. ومن أحدث الإصلاحات أيضا والتي تراعي منهج التسيير العمومي الحديث الإصلاح الميزانياتي، فجاء القانون 15-18 كنتيجة للمسار الإصلاحي التي تتخذه الدولة في مجال تسيير المالية العمومية، وقد مس الجوانب الثالث لعصرنة النظام الميزانياتي: الجانب المالي، الجانب المحاسبي وكذا النظام المعلوماتي ويهدف هذا الإصلاح إلى تحقيق الحوكمة في القطاع العمومي من خلال تحقيق الشفافية والمساءلة وبناء نظام مرتكز على ربط الأداء بالنتائج (لحول & ديلمي، 2022، ص 331-332).

المبحث الثالث: تطبيق التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة

المطلب الأول: أهمية ممارسة التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة

الفرع الأول - أهمية التسيير العمومي الحديث بالنسبة لكل القطاعات:

هناك العديد من المزايا التي قدمها نموذج التسيير العمومي الحديث ومنها على العموم (Amar & Berthier, 2007, pp. 07-08):

- يتيح التسيير العمومي الحديث تحديثا للإجراءات، فالقطاع العمومي يقوم بإنتاج سلع وتقديم خدمات مثله مثل القطاع الخاص، بالإضافة إلى تسيير الميزانية العمومية وتسيير موظفي القطاع العمومي ويسعى إلى تحقيق أهداف، غير أن أهداف القطاع العمومي تختلف عن أهداف القطاع الخاص فهو يهدف إلى تحقيق المصلحة العامة أما القطاع الخاص يهدف إلى تحقيق الربح. كذلك

يقوم القطاع العمومي على العقلانية القانونية أما القطاع الخاص يقوم على العقلانية الإدارية، لذلك يسعى التسيير العمومي الحديث إلى استبدال العقلانية القانونية الكلاسيكية إلى العقلانية الإدارية في المؤسسات العمومية وتحسين الصورة المشوهة للقطاع العمومي.

- يدعو التسيير العمومي الحديث إلى التفويض واللامركزية في التسيير وهذا يساعد على تحديد الاحتياجات بشكل أفضل، ويساعد كذلك على رقابة الإجراءات بطريقة فعالة، فهو يساهم في المزيد من الشفافية والوضوح والحد من التفاوتات بين المناطق مما يضمن الكفاءة في تنفيذ السياسات العامة.

- إدخال مبادئ التسيير العمومي الحديث أدى إلى تجنب الكثير من الهدر وتحقيق الوفرة وانخفاض التكاليف وزيادة في جودة الخدمات وانخفاض عدد موظفي القطاع العمومي كما هو الحال في المملكة المتحدة ونيوزيلندا، فمثلا نيوزيلندا بعد تبنيها لهذا المنهج وحسب تصريح وزير الصناعة ماك تيج Mac Tigue عام 2005 تم تخفيض 66% من عدد موظفي الإدارة العمومية، خفض الدين العام من 63% إلى 17% من الناتج القومي الإجمالي.

- من منظور أوسع وأكبر، باعتبار أن التسيير العمومي الحديث يولي اهتماما كبيرا للإنجازات ومسؤوليات المسيرين، هذا يسمح للحكومات بقياس نجاحها باستخدام مؤشرات الأداء، وإعداد تقييم أكثر منهجية للبرامج وتحقيق الأهداف. فتصبح المؤسسات أكثر مرونة بسبب انخفاض البيروقراطية وتخضع الخدمات الحكومية للمساءلة أمام المواطنين من خلال تطبيق أساليب إدارة الأعمال التي تركز على المنافسة، رضا العملاء، قياس الأداء والشفافية بحيث يمكن تحليل الوظائف الحكومية بدقة أكبر بواسطة السوق (Balak, Broekman, & Mathiesen, 2020, p. 03).

الفرع الثاني - أهمية التسيير العمومي الحديث بالنسبة لقطاع الصحة:

بالإضافة إلى ما سبق ذكره، فما ينطبق على الخدمات عموما ينطبق على الخدمة الصحية كخدمة عمومية، فالتسيير العمومي الحديث أضاف لقطاع الصحة الكثير من الإيجابيات منها:

- إن تطبيق التسيير العمومي الحديث في المؤسسات الصحية صعب نوعا ما بالنظر لطبيعة الخدمة التي تقدمها. لذا وجب تكييف مبادئه مع خصوصية القطاع، فعلى غرار المؤسسات العمومية، فإن مؤسسات قطاع الصحة مسها التحول في نهج التسيير الذي جاء به التسيير العمومي الحديث كآلية لترشيد وعقلنة النفقات والتوزيع العادل للخدمات الصحية لما له من دور مهم في درجة الرضا لدى المريض الوافد للمؤسسات الصحية، ويمكن القول كذلك أن التوزيع العادل يخفض مجموع التكاليف على المواطن (موساوي، 2019. ص 32).

- يعد رضا المريض عن الخدمات العمومية الصحية الشغل المشترك بين الأطباء والمسيرين وصانعي السياسة العامة. ونظرا لتزايد استهلاك الخدمة الصحية، أصبح الكثير منهم يدعو إلى إضفاء طابع اللامركزية على القرارات وتكييف الخدمات مع توقعات المريض كوسيلة للتقارب بين المستشفى والمواطن. وبهذا المنطلق تم إدخال التسيير العمومي الحديث على المؤسسات الصحية، فهو لا يهدف فقط إلى معالجة اختلالات الإدارة البيروقراطية بل يشترط النتائج الاقتصادية والاجتماعية. فكان التغيير المنشود يهدف إلى تحسين الأداء والتطوير والابتكار داخل المؤسسة العمومية للصحة والتأكيد على مساءلة الجهات الفاعلة عن استخدامها للموارد في مجال الصحة، بالإضافة إلى خفض التكاليف المرتبطة بالعلاج مع ضمان جودة الخدمة المقدمة. بمعنى آخر يهدف التسيير العمومي الحديث إلى تحسين فعالية المؤسسة الصحية من خلال تحسين نوعية الخدمات المقدمة، ثم البحث عن الكفاءة من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المعبأة لتحقيق الأهداف. وكهدف ثالث إمكانية الوصول إلى المريض والسماع له من أجل تحديد احتياجاته والاستجابة

لطلباته في أقرب وقت ممكن، وإشراكه في هيئات صنع القرار بالنسبة للسياسة العامة للصحة. أما الهدف الرابع فهو مساءلة المؤسسات العمومية للصحة أمام السياسي والمجتمع المدني بوجه عام (Sebai & Yatim, 2018, pp. 521-522).

- خلال التسعينات، اعتُبر إضفاء طابع اللامركزية، الذي يقوم عليه التسيير العمومي الحديث، على القرارات من الحكومة المركزية (وزارة الصحة) إلى المناطق المحلية والمسؤولين المنتخبين محلياً وسيلة لفتح باب الحوكمة أمام مشاركة أوسع من جانب الجمهور والمجتمع المدني (Simonet, 2014, p. 02)، بالإضافة أنه مهما حاولت الإدارة المركزية فهم المشاكل المحلية لن تكون بقدر السلطات المحلية فهي أدري بكيفية معالجتها وما يلزم لذلك.

- وفقاً لنموذج التسيير العمومي الحديث، فزيادة مرونة الجهات الفاعلة والمسيرين يمكنهم من تلبية توقعات المرضى واحتياجاتهم على نحو أفضل وبتكلفة أقل، وهو أمر ضروري لتحسين عمل المؤسسات الصحية، فهو يدعم الاستقلالية والمرونة والاستجابة والمساءلة فيما يتعلق بطبيعة وجودة وتكلفة الخدمة المقدمة (Sebai & Yatim, 2018, p. 523).

- على الرغم من أن المد المرتفع لظاهرة التسيير العمومي الحديث قد مر، فإن الإصلاحات التي جاء بها أعادت تشكيل القطاع العمومي في العديد من البلدان الأوروبية، على وجه الخصوص خدمات القطاع الصحي، ما دفع الكثير بالاعتقاد أن آليات هذا المنهج التسييري يجعل الدولة أكثر فعالية من حيث التكلفة بالضرورة، من خلال فتحها أمام نفوذ القطاع الخاص (Andrews, 2019, p. 04).

المطلب الثاني: حدود التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة

الفرع الأول - حدود التسيير العمومي الحديث التي تشترك فيها كل القطاعات:

- يمكن القول أن حركة الإصلاح التي جاء بها التسيير العمومي الحديث تعتمد على مزيج من الظروف التاريخية والسياسية التي نشأت من الممارسة العملية، من بين هذه الظروف وجود "مجموعة تعليمية" من السياسيين والأفراد المؤثرين على رأس الحكومة التنفيذية الذين لديهم الحافز والفرصة لتعديل سلوكهم على ضوء التجربة. ولكي يتزامن هذا الحافز والفرصة، يتعين على هذه المجموعة أن تكون قد تعرضت لأحداث لإنتاج الحافز لتعديل ذلك النهج في المستقبل، وأن تتاح الفرصة لتجربة مسار مختلف إما بسبب فرصة ثانية في الوظيفة العمومية أو بسبب الاستمرارية في المنصب، والحصول على قدر كاف من الركود التنظيمي (الخبرة، الموارد غير المستخدمة والتمويل). هذا المزيج من الظروف نادر الحصول في الحكومة التنفيذية، فالفرص الثانية غير موجودة في السياسة، خاصة بالنسبة لأولئك الذين تعلموا من التجربة السلبية (Hood & Peters, 2004, p. 279).

- تعرض التسيير العمومي الحديث للنقد في مجموعة المعارف، التي استوردت في معظمها من القطاع الخاص، وعلى أساس المبدأ القائل بأن القطاعين العمومي والخاص ليسا متماثلين (Lukman, 2023, p. 1915)، فإن نظريات القطاع الخاص ليست ذات صلة بالقطاع العمومي، فقد استنتج كل من أوزبورن Osborne وجابيلر Gaebler (1993) أنه لا يمكن إدارة الحكومة مثل الأعمال التجارية (Kolthoff et al., 2006, p. 404). وثمة اختلاف جوهري في أهدافهم، فالقطاع الخاص يسعى للربح، بينما يتعين على القطاع العمومي التوجه نحو توفير الخدمات لضمان العدالة المجتمعية. علاوة على ذلك، يتمتع القطاع العمومي بسلطة "التنظيم" للسيطرة والتقييد والمعاقبة عندما تسوء الأمور في اقتصاد السوق (Atreya & Armstrong, 2002, p. 11).

- من أهداف القطاع الخاص تلبية احتياجات العملاء والعمل على تحقيق رضاهم، لكن هذا الهدف يتناقض مع امتيازات الدولة، حيث تعتبر المؤسسة الخاصة فعالة إذا استطاعت تحقيق وتلبية احتياجات زبائنها، فرضا الزبون يحقق لها الربح في نهاية المطاف، إلا

أنه لا يمكن تطبيق ذلك على القطاع العمومي. فباعتبار أن المواطن هو الزبون حسب مبادئ التسيير العمومي الحديث، فإن تلبية جميع احتياجات المواطنين يكاد يكون مستحيلا فتوقعاتهم تختلف. بمعنى أن المؤسسة في القطاع الخاص بإمكانها استهداف احتياجات شريحة من السوق إلا أن هذا مستحيل على الدولة، فلا تقدر على تلبية احتياجات جميع المواطنين (بوداوي & بوشنافه، 2020. ص 26)

- لا يعتبر القطاع الخاص دائما أكثر فعالية من القطاع العمومي، وليست أساليبه دائما مثالية لتطبيقها في المؤسسات العمومية، فلا يمكن تصور أن القطاع العمومي مثلا يخلو من المرونة، وأن هناك تقييد للمسؤولين في اتخاذ القرارات كما هو مرسوم لدى الكثير. وليس دائما الجانب المادي هو المحفز الوحيد لدى العاملين فيمكن أن تكون ظروف العمل المناسبة أهم، خاصة بوجود الترقيات والعلاوات في القطاع العمومي. إلى جانب صعوبة قياس الأداء في القطاع العمومي بسبب تعدد الأهداف والجهات الفاعلة خاصة القياس الكمي لأداء مؤسسات الدولة، فدرجة التعقيد في القطاع العمومي غير قابلة للمقارنة مع القطاع الخاص، لذلك يجب أن يكون التسيير العمومي الحديث متوافق مع قيم وأهداف القطاع العمومي (بوكليخة، 2022. ص 79-80).

- يقول هالر Heller (1972) أن البيئة ودرجة التعقيد في القطاعين العمومي والخاص غير قابلتين للمقارنة، فالإدارة العمومية مختلفة وأصعب من إدارة القطاع الخاص، فإذا كان التسيير العمومي الحديث يستلهم مبادئه من القطاع الخاص، يجب أن تكون متسقة مع أسس وقيم القطاع العمومي (Amar & Berthier, 2007, p. 09).

- من الانتقادات الموجهة لمبادئ التسيير العمومي الحديث أنه يدعو إلى تقليص حجم العمالة، وهذا لن يكون إلا بتسريح العمال، والتوجه للتسريح لن يرضي المواطن مما يدفعه إلى مقاومته، حتى وإن كانت العوامل متوفرة لتبني هذا النموذج. وإن كان تبني التسيير العمومي الحديث أصبح أمرا لا نقاش فيه وإن تغيرت المفاهيم، فالحديث اليوم صار عن الريادة بدلا عن الإدارة وسيادة العميل بدلا عن السيطرة المهنية وإدارة الأداء بدلا عن ضبط ومراقبة التكاليف والمساءلة بدلا عن التقييم، لكن الهدف واحد البحث عن الأداء الأمثل والجودة الأفضل (بوكليخة، 2022. ص 83).

- ينادي التسيير العمومي الحديث بالفصل بين السياسة والإدارة، لكن هل يمكن ذلك؟ فالسياسي والمشرع هو نتاج إرادة الشعب وتعبير عن إرادته، فالفصل بين السياسي والمسير هو تهديد للديموقراطية التي تنادي بها الشعوب، فشرعية الدولة تقاس بمدى رضا المواطن على خدماتها التي يجب على السياسي أن يكون مسؤولا مع المسير جنبا إلى جنب لتحقيق جودتها والوصول إلى تطلعات المواطن.

- لا يوجد إصلاح إداري يعمل بمفرده أو بشكل مستقل عن الإصلاحات الأخرى، فالتسيير العمومي الحديث يجب أن يكون مصاحبا لإصلاحات أخرى مثل أساليب الحكم (العلاقات بين السلطات السياسية)، الهيكل الأساسي للدولة (مركزية أو غير مركزية، موحدة أو مجزأة، حاضرة أو منفصلة في حياة المجتمع والاقتصاد) وطبيعة العلاقات بين النخب السياسية والإدارية، وثقافة الدولة (Trosa, 2006, p. 557).

- علاوة على ذلك، تطبيق التسيير العمومي الحديث في البلدان النامية يتسم بالحساسية بسبب بيئتها وسياقها. وبالتالي، فإن الموارد المالية محدودة بشكل عام، وتدريب موظفي القطاع العمومي غير كاف، وظواهر الفساد موجودة. بالإضافة إلى أن تطبيق التسيير العمومي الحديث ليس متطابق في جميع قطاعات الدولة، ففي القطاعات الحساسة يصعب التقييم بسبب خصائصها مثل التعليم والصحة (Amar & Berthier, 2007, p. 11).

- يرى هاجس Hughes (2003) أن التسيير العمومي الحديث يقوم على تطبيق مبادئ السوق في السياسات العمومية، ولكن حكومات الدول النامية لها خبرة بسيطة في تطبيق مبادئ السوق على عكس الدول التي تبنت النموذج ولم تستطع دعم إصلاحات التوجه بالسوق. فهو يرى أن هذا الأخير لا يعمل بدون حكم القانون، لذا وجب تأطير القانون لكل العمليات التجارية. كذلك يلاحظ أنه في الدول النامية مواطنوها يتعاملون بالتجارة الحرة غير المؤطرة بحكم التوارث الطبيعي للتجارة بينهم (Mongkol, 2011, p. 38).
- يعتمد التسيير العمومي الحديث على التعاقد الخارجي outsourcing لتقليص النفقات العمومية، لكن يرى بعض المؤلفين أن هذه النتيجة قد لا تتحقق على المدى الطويل، بسبب طبيعة علاقات التعاقد بين الحكومة والقطاع الخاص، فقد تزيد شركات القطاع الخاص الأسعار التي تفرضها على الحكومة مقابل الخدمات أثناء إعادة التفاوض على العقود ما ينعكس سلباً على الوفورات المحتملة، يشار إلى هذه الظاهرة بمصطلح "التعطيل hold-up" (Alonso et al., 2015, p. 06).
- تتجلى المخاطر النفسية الاجتماعية بشكل مختلف في السياقات العامة المختلفة، ويبدو أن القطاع العمومي في معظم البلدان، حسب بوليت Pollitt و بوارت Bouckaert (2004)، عرضة لزيادة المعاناة في العمل فيما يتعلق بالتحويلات التنظيمية المرتبطة بالتسيير العمومي الحديث. والواقع أن هذه التغييرات ربما تكون لها تحسينات على مستويات معينة لكنها أحدثت آثاراً سلبية على مستويات أخرى، مما أدى إلى انخفاض نوعية الخدمات المقدمة بسبب زيادة الإجهاد، أو إلى تدهور رفاه الموظفين والتزامهم. أثرت كذلك التغييرات التي جاء بها التسيير العمومي الحديث على الرضا الوظيفي وانخفاض المشاركة التنظيمية، فالتسيير العمومي الحديث يقتضي القيام بمزيد من العمل بموارد أقل أي يعبر بوضوح عن فكرة تكثيف العمل وتوسيع عبء العمل، بالتالي ضغط أكبر وجهد أكثر (Abord de Chatillon & Desmarais, 2012, pp. 12-14).
- هناك كذلك انتقادات خاصة بالقيم الأخلاقية الموجهة للتسيير العمومي الحديث، فيؤكد هاجس Hughes أنه بالرغم من أن السلوك غير الأخلاقي أو الفاسد يمكن تحديده بسهولة أكبر بسبب زيادة الشفافية في التسيير العمومي الحديث، إلا أن القضايا الأخلاقية لا تزال موجودة في القطاع الخاص مثل القطاع العمومي وهذا يمثل تحديدا للإدارة العامة. بمعنى آخر، أن ممارسات القطاع الخاص، وإن كانت توفر الشفافية للقطاع العمومي، إلا أنها يمكن أن تؤدي إلى الفساد. وينتقد التسيير العمومي الحديث بمخاطره بوجود علاقة مباشرة بين الاستقلال الإداري والفساد وصعوبة المساءلة (Colak, 2019, p. 523).
- يمكن القول أن تطبيق التسيير العمومي الحديث، باعتباره نموذجاً غريباً لممارسة الإدارة مشبع بخطابات مؤيدة للعمل والمبادرة والاستقلالية، متعلق بتعزيز المعايير والقيم الغربية التي هي عامل تمكين للمشروع الليبرالي الجديد، فقد تتعارض قيمه مع الأخلاق والقيم في مناطق جغرافية أخرى. ومنه يمكن الاستنتاج أن القيم العالمية المعلنة في خطابات التسيير العمومي الحديث الأنجلو أمريكية قد يكون شكلاً جديداً من أشكال التوسع الاستعماري مغطى بستار العقلانية الأدائية (Jingjit & Fotaki, 2010, p. 70).
- ومن المثير للاهتمام أن معظم الآليات التي قدمها منظرو التسيير العمومي الحديث تحتوي على درجة كبيرة من التسلسل الهرمي، الذي يفترض أنه جزء من الفكر التaylorي الذي جاء التسيير العمومي الحديث لتغييره. فعلى سبيل المثال، تدابير تحسين الجودة فرضت إدخال تحسين وترشيد في العمليات التنظيمية وإضفاء الطابع الرسمي عليها، من جهة أخرى منح التسيير العمومي الحديث سلطة تقديرية أكبر للمسيرين مع تعزيز المساءلة وهذا نوع من الهرمية كذلك. ما دفع بالكثير للقول أن التسيير العمومي الحديث هو خطوة أخرى من عملية البيروقراطية (Maesschalck, 2004, p. 484).

ويمكن إضافة بعض العراقيل التي تقف أمام تطبيق التسيير العمومي الحديث (M. M. Rahman, Liberman,) (Giedraitis, & Akhter, 2013, pp. 300-302):

- غياب العمليات الأساسية للتسيير الإداري: جاء التسيير العمومي الحديث لتحسين المؤسسات القائمة على البيروقراطية التي هي في الأساس من وضعت العمليات الأساسية للإدارة مثل سيادة القانون ووجود الرقابة السليمة والتوازنات ونظم المساءلة إلى غير ذلك، ولن تكون مبادئ التسيير العمومي الحديث فعالة إلا إن وجدت هذه العمليات. وهذا ما أسفر على نجاح بعض الدول في تطبيقه وفشل الآخر رغم النية الحسنة للحكومة لتبنيه.

- الافتقار إلى المعرفة والالتزام بمبادئ التسيير العمومي الحديث: يفتقد الكثير من السياسيين والقيادة العليا للدولة باعتبارهم القوى الدافعة لأي مشروع إلى المعرفة الكافية بالتسيير العمومي الحديث أو عدم الالتزام به، فبعد الحصول والتمتع بالسلطة ينسون الالتزامات التي قدمت لمنتخبهم أو من عينوهم على رأس السلطة.

- عدم تعاون البيروقراطيين: أي عملية إصلاح يلزمها الدعم من كبار موظفي الدولة، لكن هناك مقاومة شديدة من طرفهم لهذا النهج، باعتباره يخفض من مراكزهم وسلطتهم ونفوذهم وهذا واضح في الكثير من الدول.

- عدم قدرة الحكومة: تحتاج الحكومة إلى جهود متظافرة لتطبيق نموذج التسيير العمومي الحديث لكن هناك العديد من الحكومات فشلت في ذلك لعوامل عدة منها، الإساءة في استخدام السلطة للمصلحة الخاصة، عدم فعالية رقابة ممثلي الشعب، عدم القدرة على توفير الخدمات والسلع الأساسية.

- الفساد: ابتليت الإدارات العمومية بالفساد السياسي والمالي على شكل رشاي، إساءة استعمال السلطة، المحسوبية، السرقة، الخداع وغير ذلك، وهذه الظواهر تشكل عوائق إصلاح من بينه التسيير العمومي الحديث.

- تسييس الإدارات العمومية: يحاول السياسيون إغراء موظفي القطاع العمومي، فقاموا بتجنيدهم على اعتبارات تافهة لخدمة مصالحهم السياسية. فصار التعيين في المناصب والترقيات على أساس الانتماءات الحزبية، وهذا له سلبيات على الأداء والنزاهة وبوجود هذا النمط يستحيل تطبيق التسيير العمومي الحديث في الإدارات العمومية المسيسة.

الفرع الثاني - حدود التسيير العمومي الحديث بالنسبة لقطاع الصحة:

بالإضافة إلى ما تم عرضه من حدود لممارسة التسيير العمومي الحديث، فالقطاع الصحي يتميز بخصوصيات عن غيره من القطاعات لذلك:

- يشكك السياسيون في مدى صلاحية التسيير العمومي الحديث كقيمة مفيدة، فهم يعارضون مثلاً إغلاق المستشفيات الصغيرة في المناطق الريفية من منطلق ضبط الميزانية وخفض التكاليف. فتشير منظمة الصحة العالمية في تقريرها لسنة 2008 أن تسليع الخدمات الصحية يجعلها غير فعالة ومكلفة للغاية ويؤدي ذلك إلى تفاقم عدم المساواة وتدهور جودة الخدمة الصحية (Simonet,) (2014, pp. 01-02).

- قام التسيير العمومي الحديث في بعض النظم بتحويل المرتبات الثابتة للأطباء إلى رواتب وحوافز المتغيرة المرتبطة بالأداء، لذلك يجب على المستشفيات قياس التكاليف والقيم الجراحية ورسم نظام دفع قائم على الأداء. في الواقع يعتمد التقييم على تعقيد أو صعوبة كل حالة وقدرة الأطباء، والحالة الخاصة للمرضى، والبيئة وهذا أمر صعب وليس بالهين (Balak et al., 2020, p. 05).

- على الرغم من أن اللامركزية التي ركز عليها التسيير العمومي الحديث جعلت توفير الرعاية والتمويل أقرب للمريض إلا أنها لم تخفض التكاليف وذلك ناتج لعوامل أخرى أدت إلى ارتفاع التكاليف مثل ارتفاع أجور القوى العاملة بالمؤسسة الصحية. وباعتبار أن الأطباء هم الأقوى بإمكانهم التفاوض على شروط تعاقد تزيد من رواتبهم بشكل ملموس يؤثر في زيادة التكاليف الصحية (Simonet, 2015, p. 14).

- يعمل التسيير العمومي الحديث على تخفيض التكاليف مما يترتب عنه إجراءات تريبية منها على سبيل المثال تقليل مدة إقامة المرضى، لكنه ليس دائما القرار المناسب لحالة المريض، أو مثلا تأخير العلاجات التي تدر بالفائدة المادية على المستشفى فبدل أخذ التكفل بالمرضى ذوي المشاكل المعقدة تختار بدلها علاجات معينة. وهذا النهج له مخاطر فهو من جهة يقلل من مساهمة المؤسسة الصحية في تغطية العلاجات القاعدية للسكان، ومن جهة ثانية يقلل إنتاج المعرفة والخبرة لدى الموظفين لعدم تلقيهم التكوين المناسب، مما يزعزع الثقة في المهن الطبية (Balak et al., 2020, p. 04). فلا ينبغي أن ترتبط الأهداف دائما بالمدخرات الاقتصادية والمالية، فهناك من الأطباء من يرى أن المرضى هم مواطنون يدفعون ضرائب كبيرة لنظام الصحة وبالتالي يريدون أفضل رعاية صحية، لذلك خفض التكلفة لا ينبغي أن يكون المحرك الوحيد لمشاريع التحسين. ومثال هذا توفير دواء باهظ الثمن سيؤدي إلى زيادة التكاليف لكن يمكنه أن يحسن نوعية حياة مريض، كذلك الحال عند توظيف أطباء أو ممرضين جدد قد يزيد ذلك في رضا المرضى. من جهة أخرى يعتقد الأطباء أن الأهداف الاستراتيجية يفرضها صانعوا السياسات قد لا تكون لها علاقة بالأهداف الاستراتيجية للمؤسسة الصحية (Chiarini & Bracci, 2013, pp. 363-364).

- ساهمت خصائص الرأسمالية في المملكة المتحدة في خلق ظروف مواتية لتبني التسيير العمومي الحديث في نظم الرعاية الصحية، فانتشاره يكون أسرع في الاقتصاديات المماثلة. فالرأسمالية البريطانية تركز على حقوق الملكية وتعتمد بشكل كبير على سيادة القانون. كذلك ميز تلك الفترة ضعف النقابات العمالية في الثمانينات بسبب القوانين الردعية وخففت علاقات العمل العدائية وقد عززت الدولة خدماتها الاجتماعية (Simonet, 2015, pp. 16-17).

لذلك ناقش الباحثون في أدبيات الإدارة العمومية خلال العقد الأول من القرن الحادي والعشرين العديد من المناهج البديلة للتسيير العمومي الحديث، وتشمل هذه المناهج التي تم تنظيمها لجعل الإدارة العمومية مستدامة وفعالة وحديثة، الخدمة العمومية الجديدة (new public service) وتسيير القيمة العمومية (public value management) وحوكمة العصر الرقمي (digital era governance) والدولة الفيبرية الجديدة (neo-Weberian state) والحوكمة العمومية الجديدة (new public governance) (Colak, 2019, p. 527).

المطلب الثالث- متطلبات تطبيق التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة:

نظرا لتزايد تكاليفه وتعقيده التشغيلية، فإن النظام الصحي يثير قلق أي مجتمع، ولحل هذه المشاكل اعتمدت آليات التسيير العمومي الحديث في نظم الرعاية الصحية بمعظم بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية. وتمثل الفكرة الأولى منه في العدالة في توزيع الخدمات والسيطرة على التكاليف (Tabrizi, Goshayie, Doshmangir, & Yousefi, 2018, p. 15)، وتطبيق التسيير العمومي الحديث في المؤسسات العمومية للصحة يستلزم ما يلي :

الفرع الأول- بالنسبة للأداء:

يجب على المؤسسة العمومية للصحة التركيز على ما يلي:

- **التركيز على النتائج:** التسيير العمومي الحديث يركز على تحقيق نتائج محددة، بدلا من مجرد اتباع الإجراءات المعمول بها.
- **التركيز على العملاء:** يؤكد التسيير العمومي الحديث على تلبية احتياجات المرضى وأصحاب المصلحة الآخرين، مع التركيز على تقديم خدمات عالية الجودة.
- **التمويل القائم على النتائج:** يشجع التسيير العمومي الحديث على استخدام التمويل القائم على النتائج، حيث تمول المؤسسات العمومية للصحة ماليا بناء على النتائج التي تحققها، بدلا من الخدمات التي تقدمها فقط.
- **عقود الأداء:** قد تبرم المؤسسات العمومية للصحة عقود أداء ذات أهداف واضحة، تحدد على أساسها النتائج المتوقعة والمترتبة على عدم تحقيقها.
- **قياس الأداء:** من المتوقع أن تقوم المؤسسات العمومية للصحة بقياس أدائها مقابل أهداف ومؤشرات محددة، وإبلاغ أصحاب المصلحة بهذه النتائج.
- **التحفيز القائم على الأداء:** يعزز التسيير العمومي الحديث استخدام الحوافز القائمة على الأداء للرفع من أداء المتخصصين في الرعاية الصحية وتحسين الأداء العام.
- **ضمان الجودة:** لإدخال مفهوم الأداء في القطاع العمومي، يجب إدراج نهج الجودة كمدخل في التسيير العمومي الحديث وجمع كل الجهات الفاعلة حول أهداف واضحة ومشاركة (Oughari, Gourine, & Merhoum, 2020, p. 479). لذا من المتوقع أن تنفذ المؤسسات العمومية للصحة آليات قوية لضمان الجودة لرصد وتقييم جودة الرعاية المقدمة، وضمان الالتزام بالمعايير والمبادئ التوجيهية.
- **كفاءة التكلفة:** على المؤسسات العمومية للصحة تحقيق كفاءة التكلفة من خلال تخصيص الموارد على الشكل الأمثل وتقليل النفقات غير الضرورية. فالاستدامة المالية تعد مشكلة رئيسية في معظم الأنظمة الصحية لزيادة النتائج الصحية، فكانت من الاستراتيجيات الرئيسية للتحكم في الإنفاق الصحي زيادة كفاءة التكلفة إلى أقصى حد (Nunes, 2021, p. 130).
- **اتخاذ القرار القائم على الأدلة:** يؤكد التسيير العمومي الحديث على استخدام الممارسات القائمة على الإثباتات وصنع القرار القائم على البيانات لتوجيه سياسات الرعاية الصحية.
- **التدريب المستمر:** يتم تشجيع المتخصصين في الرعاية الصحية على الانخراط في التعلم المستمر والتدريب لتعزيز مهاراتهم والبقاء على اطلاع دائم بأحدث التطورات في مجال الرعاية الصحية.

- التقييم والتحسين المستمر: من المتوقع قيام المؤسسات العمومية للصحة بتقييم وتحسين عملياتها وخدماتها وتناؤها باستمرار.
- المقارنة بأفضل الممارسات: تشجع المؤسسات العمومية للصحة على قياس أدائها مقارنة بمعايير واعتماد أفضل الممارسات من المؤسسات الناجحة الأخرى.

الفرع الثاني - بالنسبة للنظم المساندة للأداء:

- على المؤسسة العمومية للصحة العمل في بيئة تتوفر على ما يلي:
- اللامركزية: يؤكد نهج التسيير العمومي الحديث على اللامركزية في صنع القرار والمسؤولية، مما يمنح المزيد من الاستقلالية للمستشفيات المحلية.
- المرونة: على المؤسسات العمومية للصحة أن تكون مرنة ومستجيبة للظروف المتغيرة، وقادرة على التكيف بسرعة مع التحديات والفرص المتاحة (بوكليخة، 2022، ص 77).
- تكامل تكنولوجيا المعلومات: يجدر على المؤسسات العمومية للصحة أن تعتمد على نظم تكنولوجيا المعلومات لتبسيط العمليات وتعزيز إدارة البيانات وتحسين الاتصال والتنسيق (دوار، 2022، ص 161).
- الشفافية والمساءلة: هناك تركيز قوي على الشفافية والمساءلة في التسيير العمومي الحديث، حيث يجب أن تقدم المؤسسات العمومية للصحة معلومات واضحة وصحيحة حول أدائها وإدارتها المالية.
- مشاركة أصحاب المصلحة: يؤكد التسيير العمومي الحديث على مشاركة مختلف أصحاب المصلحة، بما فيهم المرضى والمتخصصون في الرعاية الصحية وصانعو السياسات وممثلو المجتمعات المحلية، في عملية صنع القرار لضمان الشمولية والاستجابة.
- الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص: يشجع التسيير العمومي الحديث التعاون بين القطاع العمومي والخاص للاستفادة من الخبرة والموارد والابتكار في تقديم الرعاية الصحية.
- المنافسة: لتحسين الجودة والكفاءة، يشجع التسيير العمومي الحديث على المنافسة بين مقدمي الخدمة الصحية.

المطلب الرابع- آليات تطبيق التسيير العمومي الحديث ضمن إطار قانون الصحة الجزائري 11-18:

- تنص المادة 3 من قانون الصحة الحالي 11-18 على أن أهداف الصحة تتمثل في حماية صحة المواطن عبر المساواة في الحصول على العلاج وضمان استمرارية الخدمة العمومية للصحة وكذا الأمن الصحي، والمتفق عليه أن التسيير العمومي الحديث يهدف بالدرجة الأولى إلى المساواة في الحصول على الخدمة العمومية وضمان استمراريته، وقد دعمتها المادة 6 منه عندما تم التطرق للمنظومة الوطنية للصحة والتي يجب أن تركز على مبادئ الشمولية والمساواة في الحصول على العلاج والتضامن والعدل واستمرارية الخدمة العمومية للصحة، ويكون ذلك من خلال التخطيط الصحي الجيد الذي يضمن التوزيع المتناسق والعاقل والعقلائي للموارد البشرية والمادية على أساس الاحتياجات الصحية بالنظر للتطور الديموغرافي والأنماط الوبائية، حسب ما نصت عليه المادة 7 منه.
- بينما توضح المادة 4 من القانون السالف الذكر، أن السياسة الوطنية للصحة تعتمد على العمل القطاعي المشترك عبر مساهمة كل الفاعلين في مجال الصحة، وكذلك المادة 16 التي تنص على ضرورة عمل الدولة في إزالة الفوارق في مجال الحصول على الخدمات الصحية وتنظيم التكامل بين القطاعين العمومي والخاص في ميدان الصحة، وهنا يتكلم المشرع الجزائري وضوحا على الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص والتي تعد ركيزة من ركائز التسيير العمومي الحديث. ولم يغفل المشرع عن دور الحركة الجمعوية

للمرضى ومهنيي ومرتفقي المنظومة الصحية في تحسين الصحة وتطويرها وترقيتها، وهذا ما أكدته المادة 265 منه عندما تطرقت لمرتكزات تنظيم المنظومة الوطنية للصحة.

أيضا خصص القانون 11-18 فصلا كاملا، الفصل السابع من الباب الرابع لممارسة عملية التنفيذ لمراقبة تطابق ممارسة المهن الصحية مع القانون والتنظيم المعمول به ومطابقة المؤسسات والتجهيزات الطبية مع المقاييس والشروط القانونية ومراقبة مدى تنفيذ برامج الصحة والتعليمات الصادرة عن السلطات الصحية. ومؤخرا تم إنشاء مفتشيات جهوية طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 216-23 المؤرخ في 07 جوان 2023، وتشمل مهام هذه المفتشيات في حدود اختصاصها الإقليمي القيام بأعمال تفتيش ومراقبة وتقييم للهيئات والهياكل والمؤسسات التابعة لقطاع الصحة سواء العمومية منها أو الخاصة، وتسهر على الاستعمال العقلاني والأمثل للموارد البشرية والمالية والمادية من أجل تحقيق الأهداف المسطرة، بالإضافة إلى ضرورة مراقبة الشروط العامة لحفظ الصحة والأمن الصحي. وتعتبر الرقابة ضرورة من ضرورات التسيير، إضافة إلى أن عدم تركيزها وتفويضها لجهات محلية ضروري وهذا ما دعا إليه التسيير العمومي الحديث. ونصت المادة 268 من القانون 11-18 على ضرورة تحقيق تكفل أفضل للمريض بصفة مستمرة وتقديم علاج جوارى ذي جودة من أجل تسهيل الحصول على العلاج وتحقيق العدالة.

خلاصة

بعد استعراض الأدبيات الخاصة بالتسيير العمومي الحديث كمقاربة حديثة للإصلاح الإداري للمؤسسات العمومية للدولة والذي لم يعد حديثا نسبيا والمعتمد أساسا من طرف الدول المنتمة لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية خاصة الدول الأنجلو سكسونية والذي أثبت نجاحته في تحسين كفاءة المؤسسات ورفع جودة الخدمات إن طبقت مبادئه بشكل صحيح وبتوجيه صحيح. وكون المؤسسة العمومية للصحة من أهم المؤسسات الخدمية، فموضوع تحسين جودة الخدمة الصحية من أكثر المواضيع التي تشغل اهتمام مسيري المؤسسات الصحية وصانعي السياسات العمومية، لذلك نال منهج التسيير العمومي الحديث حصته من الاهتمام في قطاع الصحة رغم تعرضه لانتقادات كثيرة بين مؤيد ومعارض لأفكاره. لكن بجانب التسيير العمومي الحديث هناك مقاربات تسييرية أخرى حظيت أيضا بدرجة كبيرة من الاهتمام في هذا القطاع، ومن أبرزها إدارة الجودة الشاملة التي ستعالج تفاصيلها في الفصل الموالي.

الفصل الثالث

تمهيد

أثناء حقبة ظهور التسيير العمومي الحديث، أحدث نموذج جديد ضجة عالمية بعد نجاحه في تحسين جودة مخرجات القطاع الصناعي بالتحديد في دولة اليابان، وصارت تنافس دول الصف الأول مثل الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا وفرنسا بعد تبنيها نموذج إدارة الجودة الشاملة. والتي تعتبر نظاما تسييريا يركز على الرفع من جودة المنتج أو الخدمة من خلال استخدام الأساليب الإحصائية وإصلاح العمليات التسييرية وغرس ثقافة التحسين المستمر. ومن المؤكد أن تطبيق هذا النهج في المؤسسات العمومية للصحة قد يحدث فرقا في جودة الخدمات الصحية لكن يجب أخذ خصوصية القطاع بعين الاعتبار، لذلك يركز هذا الفصل على فهم هذا النموذج التسييري المفصل في المبحث الأول من خلال تقديم تعريفات لها، تطورها الفكري بين أهم روادها بالإضافة إلى مبادئها ومراحل تطبيقها، ثم أدواتها وآخرا طرقها المعروفة من طريقة كايزن والإدارة الرشيقة وسيكس سيجما وطريقة في الوقت المناسب وتوضيح أهم الفروقات بينها. بعدها يعرض المبحث الثاني تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة من خلال التركيز على أهميتها وأهدافها بالمؤسسة العمومية للصحة ثم التطرق بمعيقات تطبيقها بهذه المؤسسة التي قد تؤدي إلى فشله، بعدها عرض متطلبات تطبيقها بالمؤسسة العمومية للصحة، فكل نظام تسييري يستلزم توفير مجموعة من الظروف الملائمة لتبنيه ولتنفيذه ولتقييمه. بعدها يستعرض المبحث صور تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية للصحة في الجزائر.

المبحث الأول- الإطار النظري لإدارة الجودة الشاملة:

احتلت إدارة الجودة الشاملة كنموذج تسييري مكانة مهمة في الأدبيات الاقتصادية تحديدا بمؤسسات القطاع الخاص، لكن ذلك لم يمنع المؤسسات الحكومية من تبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة وآلياتها، لكن اهتمت بمراعاة بيئتها وتطبيق مبادئها بما يخدم الصالح العام.

المطلب الأول- التطور التاريخي لإدارة الجودة الشاملة:

الفرع الأول- اللبنة الأولى لإدارة الجودة الشاملة:

تعد الثورة الصناعية وتطور علم الإدارة الدافع الرئيسي لتأسيس ونشأة مفهوم الجودة الشاملة، خاصة مع اشتداد المنافسة بين المنتج الأمريكي والمنتج الياباني في منتصف القرن العشرين. إذ أنه، في حين ركزت المصانع الأمريكية على تخفيض السعر بهدف زيادة المبيعات، ركزت اليابان على تحسين المنتج بتبني فلسفة الجودة الشاملة على منتجاتها.

وتجمع المراجع أن بداية هذه الفلسفة تعود للعالمين الأمريكيين: والتر شوهارت Walter Shewhart وإدوارد ديمينج Edward Deming، ونظرا لإسهاماتهما لقب شوهارت Shewhart بأبي المراقبة الإحصائية وديمنج Deming بأبي الجودة الشاملة. كانت بداية شوهارت Shewhart بمصنع هوثورن Hawthorne بولاية إلينويز Illinois. وركز على تحسين المنتج من خلال إطلاقه لدورة عملية التحسين أو ما يعرف بدائرة PDCA، وحتى ديمينج Deming بعد إجراء إضافات عليها لم يغير تسميتها (بن أحمد الصالح & بن محمد الصرمي، 2015. ص 46) ويقوم هذا النموذج على الخطوات التالية:

الجدول (1-3) خطوات نموذج PDCA

عمل خطط لازمة للتحسين	Plan	P
التنفيذ وبداية التغيير	Do	D
التحقق من نتيجة التحسين	Check	C
العمل على المنتج النهائي والبدء من جديد	Act	A

المصدر: (بن أحمد الصالح & بن محمد الصرمي، 2015. ص 46)

بعدها قام شوهارت Shewhart بتطوير المفاهيم الإحصائية لمراقبة عملية الإنتاج، وألف كتاب سنة 1939 بعنوان الطرق الإحصائية من وجهة نظر مراقبة الجودة Statistical Methods from the Viewpoint of Quality Control والذي أسهم بشكل كبير في تحسين جودة المنتجات، ولشوهارت Shewhart الأثر المباشر في ظهور إدارة الجودة الشاملة (بن أحمد الصالح & بن محمد الصرمي، 2015. ص 47).

الفرع الثاني- مراحل تطور إدارة الجودة الشاملة:

هناك العديد من المداخل للتطور التاريخي لإدارة الجودة الشاملة، وتعتبر هذه الأخيرة مرحلة من مراحل تطور إدارة الجودة وحسب غارفين Garvin وآخرون فإن تطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة يقسم إلى أربعة مراحل وهي (Dale, Van Der Wiele, & Van Iwaarden, 2007, pp. 21-27):

*مرحلة الفحص والتفتيش Quality Inspection (1920-1930): تميزت هذه المرحلة بتزايد الإنتاج وفصل وظيفة الفحص عن وظيفة الإنتاج، وكانت عملية الفحص تنصب على ضرورة سحب الوحدات المعيبة قبل وصولها للزبون لتقليل الشكاوى. هذا يعني أن هناك أخطاء قد تحمل المؤسسة تكاليف باهظة، خاصة إذا اكتشفت الأخطاء بعد عملية الإنتاج وقد تؤدي كذلك إلى عرقلة عملية الإنتاج (عطية مجت & يوسف العربي، 2016، ص 30).

*مرحلة رقابة الجودة Quality Control (1931-1970): وسميت أيضا بمرحلة ضبط الجودة، تكون عملية الرقابة على كافة النشاطات لإتمام جودة الأداء الإنتاجي التي تضمن مطابقة المنتج النهائي للجودة المطلوبة، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية. وبدأت هذه المرحلة بنشر كتاب "الرقابة على جودة المنتجات" لصاحبه "رانفورد" وكانت شركة Bell telephone الأمريكية السبابة في اعتماد أساليب متميزة للرقابة على الجودة (أحمد سيد، 2005، ص 25).

*مرحلة تأكيد الجودة Quality Assurance (1970-1986): تعرف كذلك بمرحلة ضمان الجودة، تهدف هذه المرحلة إلى الوقاية من وقوع الأخطاء من مصدرها بهدف تقليل التكاليف ومنع وجود سلعة أو خدمة غير مطابقة وهذا يتطلب بطبيعة الحال تصميم سياسة للتأكد من مطابقتها. بمنظور آخر التخطيط للجودة (البركنو & بوكميش، 2018، ص 744)، فيمكن القول أن مرحلة الرقابة لم يعد نطاقها مرحلة الإنتاج فقط بل أصبحت تشمل كل وظائف المؤسسة.

*مرحلة إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management (1980-2000): حدث الكثير من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتقنية في أواخر القرن العشرين، مما دفع المؤسسات إلى الاهتمام برغبات المستهلكين والزبائن، وهذا له تأثير قوي على زيادة المنافسة بينها. تبعا لذلك صارت إدارة الجودة الشاملة الطريقة الحديثة لإدارة المؤسسة، تبنى على تعاون كل أقسامها لتحسين والحفاظ على جودة المنتجات لإرضاء الزبون (سايحي & خيري، 2007، ص 11). ويمكن تلخيصها على أنها "بذل كل فرد أو مجموعة من الأفراد أفضل ما لديهم من إمكانيات وقدرات، بحيث يعتبر كل فرد ركيزة أولية في طريق التوصل إلى الإبداع المجتمعي" (عطية مجت & يوسف العربي، 2016، ص 36).

المطلب الثاني- تعريف إدارة الجودة الشاملة:

المتبع لأدبيات الفكر الإداري، يلاحظ عدم اتفاق الباحثين على تعريف موحد لإدارة الجودة الشاملة، ويرجع ذلك لاختلاف زاوية نظر كل باحث للمفهوم. فهناك من يطلق عليها مصطلح إدارة الجودة الشاملة وهو الأكثر شيوعا. والبعض مراقبة الجودة الشاملة مثل إيشيكافا Ishikawa وفاجنبوم Feigenbaum، وآخرون الجودة الشاملة الاستراتيجية مثل غارفين Garvin (Hellsten & Klefsjö, 2000, p. 239)، ومن التعاريف التي يمكن عرضها :

بالنسبة لديمنج E. Deming عرفها على أنها طريقة الإدارة المنظمة، تهدف إلى تحقيق التعاون والمشاركة المستمرة من العاملين بالمنظمة من أجل تحسين السلعة أو الخدمة والأنشطة التي تحقق رضا العملاء وسعادة العاملين ومتطلبات المجتمع (أبو النصر، 2008، ص 64).

أما كروسبي B. P. Crosby يقول أنها الطريقة المنهجية للمنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقا، كما أنها الأسلوب الأمثل الذي يساعد في منع وتجنب حدوث المشكلات، وذلك من خلال التشجيع على السلوكيات الجيدة وكذلك

الاستخدام الأمثل لأساليب التحكم التي تحول دون حدوث هذه المشكلات وتجعل منعها أمراً ممكناً (يحيى برويات، 2009، ص 19).

بالنسبة لجوران J.Juran يضيف في تعريفه ضرورة اعتماد إدارة الجودة الشاملة من طرف فرق العمل والاسترشاد بالمعلومات الدقيقة للتخلص من الهدر (أبو النصر، 2008، ص 65).

ومن جانب آخر، يرى إيشيكافا K. Ishikawa أنها تتكون من تطوير، تصميم، إنتاج، تسويق، وتقديم منتجات وخدمات بأقل تكلفة وذات منفعة وفائدة على الزبون، التي تجعل هذا الأخير راض عند قيامه بشراء المنتج أو الخدمة. لتحقيق هذه الأهداف يجب أن تعمل مختلف أجزاء وأقسام المؤسسة معاً وسماها مراقبة الجودة الشاملة بدل إدارة الجودة الشاملة (Martínez-Lorente, Dewhurst, & Dale, 1998, p. 384).

ويرى فاجنبوم A.V.Feigenbaum أنها نظام فاعل لتكامل جهود تطوير وصيانة وتحسين الجودة لمختلف مجاميع المنشأة لتكون قادرة على الإنتاج والخدمة في أغلب المستويات الاقتصادية والتي تسمح بإرضاء تام للزبون (المسعودي، 2010، ص 38). وعرفها معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي على أنها منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات وتوقعات العميل، إذ يتم استخدام الأساليب الكمية من أجل التحسين المستمر في العمليات والخدمات في المؤسسة (حمود كاظم، 2000، ص 74). ومن منظور معهد المقاييس البريطاني هي فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المؤسسة التي من خلالها يتم تحقيق احتياجات وتوقعات العميل والمجتمع، وتحقيق أهداف المؤسسة بأكفأ الطرق وأقلها تكلفة عن طريق الاستخدام الأمثل لطاقت جميع العاملين (جودة، 2008، ص 66).

مما سبق ذكره، يمكن القول أن إدارة الجودة الشاملة هي مقاربة تسييرية للمؤسسة تركز على الجودة بمشاركة جميع أفرادها من خلال التركيز على رضا العميل والتحسين المستمر بدعم من القيادة العليا، بالاعتماد على الأساليب الإحصائية بهدف تحقيق أهداف المؤسسة وزيادة القدرة التنافسية في السوق.

المطلب الثالث- مقاربات إدارة الجودة الشاملة:

تقوم إدارة الجودة الشاملة على خمس مقاربات تعكس مفهوم الجودة وهي (سلطاني، 2016، ص 110-111):

1- المقاربة المبنية على المنتج "الجودة درجة التفضيل": في كثير من الحالات تعتمد الجودة على التفضيل الشخصي، فالجودة تعني لأغلب الناس التفضيل، وهذا يجعلها من المعايير صعبة للقياس، في كثير من الحالات. فعند الحديث عن السيارات تكون مرسيدس سيارة الجودة، بالنسبة للساعات ساعة رولكس ساعة الجودة، فالجودة بهذا المنطق تعني الرفاهية والتميز وهذه من الصعب قياسها. ويتوافق هذا المدخل مع تعريف جوران Juran للجودة بأنها "مدى ملائمة المنتج للاستخدام، أي القدرة على تقديم أفضل أداة وأصدق صفات".

2- المقاربة المبنية على أساس المثالية: ويعد هذا المدخل مفهوماً مطلقاً يعبر عن أعلى مستويات التفوق والكمال، ويتفق هذا المدخل مع تعريف الجودة على أنها الامتياز الطبيعي .

3- المقاربة المبنية على التصنيع "الجودة المطابقة للاستعمال": أي أن الجودة بهذا المفهوم هي التوافق مع المواصفات والمتطلبات المتعلقة بالممارسات التصنيعية والتشغيلية والهندسية ويتم تحديدها من خلال التصميم، وذلك لأهمية الجودة في التصميم

والإنتاجية من حيث المستلزمات الضرورية للعمل بما يحقق الأمان للعاملين عند إنجازهم للعمل. بالإضافة إلى مشاركة الزبون في وضع متطلبات جودة السلع والخدمات التي يحصل عليها. ويؤيد المهندس الياباني تاغوشي Taguchi هذا الرأي حيث عرف الجودة بأنها "تعبير عن مقدار الخسارة التي يمكن تفاديها والتي قد يسببها المنتج للمجتمع بعد تسليمه ويتضمن ذلك الفشل في تلبية توقعات الزبون، والفشل في تلبية خصائص الأداء، والتأثيرات الجانبية الناجمة عن المجتمع مثل التلوث والضجيج وغيرها"

4- المقاربة المبنية على أساس القيمة: تعتمد هذه المقاربة على التكلفة والسعر، فالمنتج والخدمة الجيدة هي التي تحقق المواصفات بكلفة أقل. ويتفق هذا مع مفاهيم الجودة لبروث Broth الذي عرف الجودة بأنها "تحقيق وتجاوز توقعات المستفيدين بسعر يمكنهم من الحصول على قيمة مناسبة"

5- المقاربة المبنية على أساس "التركيز على الزبون": يركز هذا المدخل على ضرورة الاهتمام بالمتطلبات أي تحقيق المطابقة مع المتطلبات التي يرغب الزبون في ملاحظتها في السلع بما يلبي حاجاته الضمنية. فالمنتجات أو الخدمات التي تقدم أعلى إشباع لهذه التفضيلات تعتبر هي المنتجات الأعلى جودة. واستناداً إلى هذا التعريف، تحقيق الجودة يتم من خلال إشباع الخدمة كل المتطلبات المحددة من قبل الزبائن سواء حددت في عقد الشراء أو حددت بموجب المواصفات المعلنة والمحددة أو حددت بموجب قانون أو غير ذلك. ويوافق كروسبي Crosby هذا الرأي فيعرف الجودة بأنها المطابقة مع المتطلبات وأكد على أنها تنشأ من الوقاية وليس من التصحيح وأنه يمكن قياس مدى تحقق الجودة من خلال تكاليف عدم المطابقة.

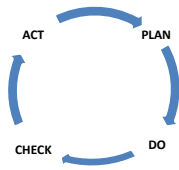
المطلب الرابع- إسهامات رواد الجودة في تطوير مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

لم تكن لإدارة الجودة الشاملة لتظهر وتتطور بالشكل الحديث إلا من خلال إسهامات علمائها الذين حولوا أفكارهم إلى تطبيقات بشركات عدة، وطوروها بما يخدم علاقة صاحب العمل بالزبون، وساهموا بشكل واضح في إحداث ثورة فكرية في التسيير الإداري وهم:

الفرع الأول- ويليام إدوارد ديمينج William Edwards Deming: لقب بأبي إدارة الجودة الشاملة، ويعتبر ديمينج Deming أحد أسباب نجاح وتفوق اليابان في ميدان الجودة والتعافي الاقتصادي لليابان بعد الحرب العالمية الثانية. ففي منتصف الأربعينات من القرن العشرين حاول تقديم نظريته الجديدة وتطبيقها على الصناعات الأمريكية، والتي سماها بـ "الرقابة الإحصائية على الجودة" لكن لم يتلق أي تجاوب. سافر بعدها إلى اليابان التي تبنت فكره في المصانع اليابانية وعمل على رفع مستوى الوعي بأهمية الجودة، واستعمال الطرق الإحصائية في تحليل البيانات، وكان شعور اليابانيين بالفضل والعرفان اتجاه ديمينج Deming كبيراً، الأمر الذي دفعهم لتخصيص جائزة باسمه تمنح للمؤسسات التي تحقق نجاحاً مميزاً في مجال الجودة (Krüger, 2001, p. 146).

ويرى ديمينج Deming أن البحث في أخطاء النظام هو الأساس وليس التركيز على خطأ العامل، لذا لا بد من العمل على البحث في أخطاء النظام وتصحيحها. فالجودة في نظره هي مشروع لا نهاية له، هدفه حل المشاكل في أقرب وقت ممكن. بالتالي يمكن تمثيل الجودة من خلال دورة من الإجراءات التصحيحية والوقائية، تسمى "عجلة ديمينج" (Deming circle) سميت أيضاً نموذج PDCA وهي اختصار لأربع مراحل وهي:

الشكل 6: عجلة ديمينغ Deming circle



-PLAN خطط: أي تحديد الأهداف التي يتعين تحقيقها.

-DO أنجز: يعني تنفيذ الإجراءات التصحيحية.

-CHECK تحقق: أي التأكد من تحقيق الأهداف المحددة سلفاً.

-ACT صحح: معناها اتخاذ تدابير وقائية.

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على (بن أحمد الصالح & بن محمد الصريحي, 2015, ص46)

وقد اقترح ديمينج Deming أربعة عشر مبدأ لتنفيذ برنامج تحسين إدارة الجودة (Krüger, 2001, pp. 147-150):

- 1- وضع تحسين المنتج أو الخدمة كهدف ثابت لتحقيق أعلى جودة لضمان الاستمرارية والبقاء في السوق.
- 2- تبني فلسفة جديدة تحمل كل فرد في المؤسسة مسؤوليته لتحسين الجودة باعتبارها عملية كلية متكاملة.
- 3- التوقف عن الاعتماد على الفحص الشامل للسيطرة على الجودة، وجعل الرقابة وقائية هدفها منع حدوث الخطأ منذ البداية.
- 4- التوقف عن اعتماد العمل على أساس السعر فقط والاعتماد على الجودة العالية.
- 5- التطوير المستمر في نظام الإنتاج ومتابعة المستجدات التي ترافق الأداء، فالمعايير الثابتة وغير المتغيرة تتسبب في اختيار المؤسسة.
- 6- إنشاء برنامج تدريب مستمر فعال يشمل كافة العاملين لتعليمهم على طرق الأداء الفعال وتحسين أساليب الإنتاج.
- 7- وجود قيادة فعالة فهي تؤثر تأثيراً مباشراً على العاملين وتحقيق التناسق بين الاشراف والإدارة بالتفاعل والالتزام.
- 8- إزالة الخوف من العاملين، فالاهتمام بالجودة يجعل العاملين يشعرون بالأمان داخل المؤسسة التي ينتمون إليها وهذا يجعلهم يؤدون أعمالهم بفعالية وكفاءة.
- 9- رفع الحواجز بين أقسام المؤسسة والسعي لحل الصراعات القائمة والعمل بروح الفريق، وجعل الهدف هو تحقيق الجودة وليس منافسة بعضهم البعض.
- 10- التوقف عن الشعارات والنصائح الجوفاء. فالطريقة التحفيزية تدمر الجودة، لأنها تركز على الرغبة في العمل بدل التركيز على كيفية العمل.
- 11- استبعاد معايير العمل التي تحدد أرقاماً معينة للإنتاج، أي أهداف كمية فقط والتركيز على التفوق على توقعات العميل التي لها علاقة بالجودة أكثر من توقعاته بكمية الإنتاج المصنعة.
- 12- إزالة العوائق التي تقف حجر عثرة أمام شعور العاملين بالاعتزاز والفخر بصنعتهم فهذا يجعلهم يؤدون أعمالهم بشكل جيد.
- 13- إعداد برنامج قوي للتحسين من خلال عملية التطوير الذاتي واكتساب مهارات جديدة لأن الأدوات والتقنيات والمعلومات في تغير وتطور مستمر.
- 14- إيجاد التنظيم اللازم لمتابعة التغيرات من أجل عملية التحول المؤسسي ووضع كل شخص بمكانه المناسب في المؤسسة.

النقاط الـ 14 هاته ليست وصفة أو خطوات يجب تنفيذها بشكل كامل، بل تمثل فلسفة حول الجودة والأساليب والأشخاص. الهدف من إدارة الجودة الشاملة هو إنشاء ثقافة تنظيمية تعزز الجودة والتحسين المستمر وزيادة الإنتاجية وخفض التكلفة، وهي تقدم آليات للإدارة الجيدة التي تختار منها المؤسسة تلك التي تناسب احتياجاتها وأهدافها (Ireh, 1994, p. 09).

إلى جانب هذه النقاط استخلص ديمنج Deming ستة أمراض تعيق حسب وجهة نظره عملية تطوير الجودة، سماها الأمراض الإدارية الست القاتلة للمنظمات (Deadly Diseases) وهي (Milakovich, 1991, p. 199):

1- عدم استقرار وثبات رسالة المنظمة وهدفها: وهذا ناتج عن عدم التخطيط الجيد للمستقبل، وعدم توفر قيادة للتغيير وعدم تقديم فرص جيدة للمسيرين.

2- التركيز على تحقيق الأرباح قصيرة المدى والميزانية السنوية: صحيح أنه يعزز خفض التكاليف، لكنه بالمقابل يقف حجر عثرة أمام تحسين الجودة على المدى الطويل. وبما أن المديرين في القطاع العمومي معظمهم يتمتع بالأمن الوظيفي فمن مصلحتهم دعم إدارة الجودة الشاملة كوسيلة لتحسين بيئة العمل وتعزيز الرضا الوظيفي.

3- التركيز على تقييم الأداء الفردي بناء على الجدارة والتقارير السنوية التي تصدرها المنظمة: غالبا الأسلوب المتمثل في نظام العقاب والمكافأة بهذه الطريقة لا يحقق أهداف المنظمة، بل يقوي المستوى المتوسط ويغرس الخوف ويدمر العمل الجماعي ويصرف الانتباه عن المهمة الأساسية ألا وهي خدمة العميل.

4- التغيير المستمر في القيادة العليا: غالبا ما يكون معدل دوران الإدارة التنفيذية عالي، خاصة أن تقييمات الأداء السنوية تشجع كبار المسؤولين على القفز إلى وظائف أعلى.

5- إدارة المنظمة بناء على أرقام محددة سلفا: وتعرف هذه الممارسة بالتسيير بالأرقام وهي متوطنة في المنظمات التي تقدم الخدمات. فبدلا من الاعتماد على الأرقام الفورية والتي تعطي صورة سطحية فقط، يجب دراسة العمليات الداخلية بعناية للكشف عن الأسباب النظامية للخسائر من سوء الجودة.

6- الارتفاع المستمر لتكاليف التكفل الطبي للعاملين بالمنظمة وتكاليف الالتزام: والتي ارتفعت بسبب محامي العمال وارتفاع تكاليف التأمين الصحي ويتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات في محاولة يائسة لعلاج هذا المرض.

الفرع الثاني - فيليب بيارد كروسبي Philip Bayard Crosby: يعتبر كروسبي Crosby أول من نادى بمبدأ "العيوب الصفريّة zero defects"، ويهدف إلى ضرورة إيمان الإدارة العليا بأن الأخطاء غير مسموحة. وهذا لا يعني أن العاملين معصومين عن الخطأ، لكن على القيادة ألا تكون فلسفتها توقع الأخطاء من طرف العاملين حتى تستطيع تحقيق أهدافها، من خلال وضع الترتيبات اللازمة لأداء العمل بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى Do It Right the First Time. فالأخطاء من وجهة نظره تقع بسبب نقص في المعرفة وهذا ما يتطلب من القيادة التركيز على التدريب أو نقص في الانتباه وهذا يرجع تداركه من العامل بالالتزام لعدم وقوعه في الخطأ، فمعيّار الجودة عند كروسبي Crosby هو عدم وجود عيوب في المنتج أو الخدمة. ولتحقيق ذلك، قدم كروسبي Crosby أربعة عشر مبدأ لإدارة الجودة (لعقون, 2018. ص 32-33):

1- إلزام الإدارة العليا بالجودة قصد تلبية متطلبات الزبائن، ومنه تحدّد رؤيتها ومهمتها وأهدافها، ويجب عليها توثيق ذلك لكل فرد بالمؤسسة.

- 2-زيادة وعي العاملين جميعهم بأهمية الجودة وأنها مفتاح النجاح.
- 3-تشكيل فرق تحسين الجودة تكون امتدادا لالتزام الإدارة العليا بالجودة وتضم أفرادا يعملون بكل أقسام المؤسسة.
- 4-صياغة مقياس للجودة كأداة موضوعية يتلاءم مع نشاطات المؤسسة كافة، لتحديد المتطلبات وقرارات الإنتاج.
- 5-التخطيط السليم لإزالة العيوب، ويكون بتعيين الإدارة العليا للمسؤول المناسب على التخطيط السليم.
- 6-اعتماد الإجراءات التصحيحية للأخطاء بشكل آني.
- 7-تحديد تكلفة الجودة وهي أداة بيد الإدارة لمعرفة الأرباح والتكاليف الاجمالية.
- 8-التركيز على تدريب المشرفين على القيام بدورهم لتحسين الجودة.
- 9-تخصيص يوم العيوب الصفرية للاحتفال به في المؤسسة لزيادة وعي العاملين بأهمية الجودة.
- 10-إشراك العاملين في وضع أهداف التحسين لضمان تنفيذها.
- 11-إزالة معيقات الاتصال الفعال وتشجيع العاملين على تبليغ المشاكل التي تحدث اثناء العمل لضمان تحقيق الجودة.
- 12-مكافأة العاملين المتميزين في تقديم جهود غير عادية لتطوير الجودة.
- 13-تأسيس مجالس للجودة تتكون من رؤساء الفرق وخبراء الجودة لتعزيز الاتصال وزيادة التنسيق بين فرق تطوير الجودة.
- 14-التشديد على عملية تحسين الجودة المستمر.

الفرع الثالث - كاورو إيشيكawa Kaoru Ishikawa: يعد إيشيكawa من رواد الجودة الذين أسهموا في تطويرها، وقدم إيشيكawa "حلقات الجودة quality circles" كاستراتيجية لتحسين جودة الأداء. وهي عبارة عن مجموعة من العاملين يعملون طوعية لحل مشاكل الجودة وتحسين الأداء، ويرى إيشيكawa أن أهم نشاط إداري يجب الاهتمام به من طرف الإدارة العليا هو التدريب المستمر للعاملين وتبني استراتيجية حلقات الجودة التي تعزز العمل الجماعي بدل المنافسة الذي يعتبرها، حسب رأيه، أداة فاعلة للتحسين ورفع الثقة لدى العاملين في عملهم (Krüger, 2001, p. 154).

ويعد إيشيكawa Ishikawa من أوائل من استخدم الأدوات الإحصائية السبع في تطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي (زديرة،

2017. ص 21):

- خرائط باريتو
- مخطط عظمة السمكة
- المدرجات التكرارية
- خرائط الانتشار
- خرائط المراقبة
- خرائط الانسياب
- قائمة الفحص

الفرع الرابع- جوزيف موزيس جوران Jesef Moses Juran: قدم جوران Juran مساهمات معتبرة في إدارة الجودة الشاملة، حيث ركز على العيوب والأخطاء أثناء الأداء التشغيلي والوقت الضائع وكذا الرقابة على الجودة دون التركيز على كيفية إدارة الجودة. فهو يرى أن النوعية تعني مواصفات المنتج التي تشبع حاجات المستهلكين مع عدم احتوائها على العيوب أو النقائص، ومن أهم مساهماته ثلاثية جوران the Juran tripology والتي تعني (Boyne & Walker, 2002, p. 113):

1* التخطيط للجودة: يرى جوران Juran أن التخطيط للجودة يمر بعدة مراحل وهي:

أ- التعرف على العملاء (الخارجيين والداخليين).

ب - تحديد الاحتياجات الحالية والمتوقعة للعملاء.

ج - تحسين مواصفات المنتج لكي تستجيب لحاجات العملاء.

د - تطوير العمليات التي من شأنها تحقيق تلك المواصفات أو المعايير المطلوبة.

هـ - نقل نتائج الخطط الموضوعية إلى القوى التشغيلية.

2* الرقابة على الجودة: فيما يتعلق بالرقابة على الجودة كأحد عناصر العملية الإدارية، فهو يعتقد أنها عملية أساسية لتحقيق أهداف العمليات الإنتاجية، وكذلك الحد من العيوب والمشاكل الأخرى التي يمكن تجنبها قبل حدوثها.

3* تحسين الجودة: والذي يكون بوضع المنشآت والتجهيزات الضرورية، تحديد الفرق والمشاريع ثم تخصيص الموارد والتدريب، بالإضافة إلى الرقابة.

الفرع الخامس- أرماند فالين فاجنبوم Armand Vallin Feigenbaum: كان فاجنبوم Feigenbaum أول من استخدم مصطلح مراقبة الجودة الشاملة Total Quality Control في عمله المنشور في عام 1951 بنفس الاسم، وعرف الجودة الشاملة أنها نظام يدمج بفعالية جهود مختلف المجموعات في مؤسسة ما سواء العمال، الوسائل والتكنولوجيا من أجل تطوير الجودة والحفاظة عليها وتحسينها. وهو أول من درس تكاليف الجودة و ميز بين تكاليف الفشل وتكاليف التفتيش ونصح بالوقاية من الأخطاء لتقليل هذه التكاليف (Krüger, 2001, pp. 151-152). ويجب مراعاة المكونات الأربعة للجودة الشاملة (التقنية والإدارية والاقتصادية والقياسية) لتحقيق ذلك. وقد قدم كذلك مفهوم «مصنع الأشباح» الشهير في الصناعة وحاول نشر فكرة تكلفة الحصول على الجودة (COQ).

ويعتقد فاجنبوم Feigenbaum أن مفهوم الجودة في حالة تطور مستمر، وذلك راجع إلى التطورات والتغيرات الاقتصادية، وقد نقل مفهوم الجودة من المقاربة التقنية إلى استيفاء المنتج أو الخدمة لمعايير تقنية معينة لتلبية حاجات العميل إلى مقاربة تعمل على تلبية حاجياته الآن وفي المستقبل من خلال التحسين المستمر للجودة.

يلاحظ من خلال ما سبق، أن رغم اختلافات رواد الجودة البسيطة حول كيفية إدارة الجودة وتحسين الأداء، إلا أنهم جميعا يركزون على بعض النقاط المشتركة:

- ضرورة التزام الإدارة العليا بتطبيق الجودة الشاملة.
- الجودة مهمة كل أفراد المؤسسة وليس الإدارة العليا فقط.
- اتخاذ الإجراءات التصحيحية الملائمة في الوقت المناسب.

- منح الفرصة للجميع للمشاركة في تحسين الجودة.
- التدريب المستمر للعاملين.
- التركيز على تلبية متطلبات وتوقعات العميل.

المطلب الخامس - مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة:

الملاحظ أن المفاهيم التي جاءت بها إدارة الجودة الشاملة كانت ثورة على مبادئ وأساليب الإدارة التقليدية، ومن بين أوجه الاختلافات بينهما ما يلي:

الجدول (2-3) مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة

مجالات المقارنة	الإدارة التقليدية	إدارة الجودة الشاملة
أسلوب العمل	أساليب عمل فردية	أساليب عمل جماعية (فرق عمل)
التخطيط	قصير المدى	طويل المدى
جهود التحسين	عندما تحدث مشكلة أو حاجة للتحسين	تحسين مستمر
الإجراءات	جامدة	مرنة
طبيعة العمل	تركيز على النتائج	التركيز على العمليات التي تحقق التميز
المديرون والعاملون	المديرون يعرفون أكثر، والعاملون ينفذون التعليمات	العاملون الذين يؤدون العمل يعرفونه أكثر، فهم يشاركون في تحسين العمليات
الإنتاجية والجودة	هدفان متضاربان لا يمكن تحقيقهما في آن واحد	تحسين الجودة يؤدي إلى زيادة الإنتاجية
أسلوب القياس والتقييم	يستخدم للحكم على النتائج	يستخدم لعمل التحسينات والتطوير
الهيكل التنظيمي	هرمي ورأسي يتصف بالجمود	أفقي، مرن وأقل تعقيدا
إتخاذ القرارات	غير مؤسسي/مركزي/مبني على معرفة وتجربة	غير مركزي/مؤسسي/مبني على معلومات وبيانات علمية
حل المشاكل	الأشخاص في قمة الهرم	وتشاركية في الصنع
مصدر المشاكل	تجنب المشاكل وتفاديها، وعدم إصلاح الخلل ما لم يحدث، وإتباع أسلوب رد الفعل والتفتيش	البحث عن المشاكل الوهمية وترقبها عن طريق أسلوب الكشف عنها ومنعها قبل حدوثها
مصدر المشاكل	العاملون أنفسهم	العمليات والنظم
متطلبات العمل	لا تتسم بالوضوح التام	محددة، واضحة، مفهومة

المصدر: (بودية، 2016)

المطلب السادس - مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

يتفق العديد من الباحثين على الصعوبة الكبيرة التي يجدها في محاولة تحديد المبادئ والممارسات و الأدوات اللازمة لتنفيذ الجودة (Krüger, 2001, p. 239). ومع ذلك، فإن تنقيح المؤلفات الحالية يسمح بتحديد سلسلة من الأبعاد التي تم التوصل فيها إلى توافق كبير في الآراء.

الفرع الأول- مبادئ إدارة الجودة الشاملة حسب قائمة BS EN ISO 9000:

تم عرض تسعة مبادئ في قائمة BS EN ISO 9000 (2000) وهي (Dale et al., 2007, pp. 27-30):

- 1- التركيز على العميل: تعتمد المؤسسات على عملائها، وبالتالي يجب أن تفهم احتياجاتهم الحالية والمستقبلية، وتفي بمتطلباتهم وتسعى جاهدة لتجاوز توقعات العملاء حتى تكسب ولاءهم، وبذلك يتحقق النجاح والقدرة على المنافسة.
- 2- الالتزام القيادية بدعم الجودة: والهدف منه هو ضمان الالتزام واقناع الآخرين بها. فلا بد أن يبدأ التطبيق من قمة الهرم التنظيمي وينزل للمستويات الأدنى، بتهيئة البيئة الداخلية من ضرورة توفير هياكل تنظيمية مناسبة وسياسات عمل مشجعة، وكذا أنظمة تحفيز تشجع على تحسين الجودة وتمكن العمال أن يشاركوا مشاركة فعالة في تحقيق أهداف المؤسسة.
- 3- المشاركة والتمكين: العمال في جميع المستويات هم جوهر المؤسسة، ومشاركتهم في التعرف على مشاكل الجودة وإيجاد الحلول تمكنهم من استخدام قدراتهم لصالح المؤسسة وتحسين أدائهم في كل مراحل العمل.
- 4- التحسين المستمر: تقوم إدارة الجودة الشاملة على مبدأ التطوير والتحسين الذي لا ينتهي، مهما بلغت كفاءة الأداء درجة عالية، كون رغبات العميل ليست ثابتة بل متغيرة، لذلك ينبغي أن يكون التحسين المستمر للأداء العام للمؤسسة هدفا دائما.
- 5- الكفاءة كنهج للعمليات والأنشطة: تحقيق النتيجة المرجوة بمزيد من الكفاءة عندما تدار الأنشطة والموارد ذات الصلة كعملية.
- 6- نهج النظام في التسيير: ويسهم تحديد وفهم وإدارة العمليات المترابطة كنظام في فعالية المؤسسة وكفاءتها في تحقيق هدفها.
- 7- اتخاذ القرارات بناء على حقائق: تستند القرارات الفعالة على تحليل البيانات والمعلومات المحدثة باستمرار وتكون مبنية على الموضوعية والشفافية ومركزة على الهدف العام للمؤسسة.
- 8- توضيح العلاقات مع الموردين: فالمؤسسة وموردوها مترابطان، والعلاقة متبادلة، فالمنفعة تعزز قدرة كليهما في خلق القيمة.
- 9- التدريب: للتدريب أهمية بالغة لإكساب العاملين مهارات ومعارف لازمة للأداء الفعال. إن حالات الإبداع المتميز في العمل تعتمد على القوى البشرية المؤهلة، وعليه فإن تدريب تلك القوى بصورة مستمرة لإكسابهم المهارات والمعارف اللازمة في الأداء.

ويطلق على مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي لها علاقة بأبعاد إدارة الموارد البشرية بعناصر إدارة الجودة الشاملة اللينة Soft TQM وهي المعايير الثلاثة: القيادة، إدارة الموارد البشرية والتخطيط الاستراتيجي للجودة، وخلص باويل Powell إلى أن "المنظمات التي تكتسب العناصر الناعمة من إدارة الجودة الشاملة يمكنها التفوق على المنافسين دون أيديولوجية إدارة الجودة الشاملة المصاحبة" (S.-u. Rahman & Bullock, 2005, p. 74).

ويرى كل من دين Dean وبويون Bowen (1994) أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة تتمحور حول ثلاثة عناصر أساسية وهي التركيز على العميل، التحسين المستمر وعمل الفريق. ويقول هانسler Hensler وآخرون (2000) أن الغراء الذي يربط المبادئ مع بعضها البعض هو الثقة التامة في تعاليم ديمينج Deming ومسؤولية الميسرين على النظام (Motwani, 2001, p. 293).

وتصور موتواني Motwani (2001) استنادا إلى مسح مكثف لأدبيات إدارة الجودة الشاملة، أن هذه الأخيرة عبارة عن بناء منزل ووضع التزام الإدارة العليا بتطبيق إدارة الجودة الشاملة كأساس للمنزل وبدون الأساس القوي ينهار المنزل. بمجرد وضع الأساس، يجب إيلاء الاهتمام لتدريب الموظفين وتمكينهم، قياس الجودة والمقارنة المرجعية، إدارة العمليات، ومشاركة العملاء ورضاهم، ويمكن النظر إلى هذه العوامل على أنها الأعمدة الأربعة للمنزل. بمجرد وضع الركائز وإثرائها، توضع العناصر النهائية لتحقيق إدارة الجودة الشاملة من تصميم المنتج وإدارة جودة الموردين.

وخلال دراسته قدم 45 مقياس أداء داعم لإدارة الجودة الشاملة يراها فعالة وتلتقط معظم الجوانب المهمة لإدارة الجودة الشاملة كما هو موضح في الجدول أدناه:

الجدول (3-3) مقاييس الأداء الداعمة لإدارة الجودة الشاملة حسب موتواني Motwani

مبادئ إدارة الجودة المهمة	مقاييس الأداء المقترحة
التزام القيادة العليا Top management commitment	تخصيص الميزانية والموارد التحكم من خلال الرؤية رصد التقدم المنجز التخطيط للتغيير
قياس الجودة والمقارنة المرجعية Quality measurement and benchmarking	مطابقة العيوب الصفرية استخدام SPC " نظام الرقابة المعمقة " لمراقبة العمليات تكلفة الجودة نسبة العيوب النسبة المئوية للمنتجات التي تحتاج إلى إعادة صياغة أو عمل معدل العيوب بالنسبة للمنافسين
إدارة العمليات Process management	تكاليف الوحدة أهداف الإنتاج تقليل مناولة المواد التصميم لأغراض التصنيع تقليل وقت الدورة تقليل وقت الإعداد الإنتاجية = السلع التامة الصنع/لا مقارنة للشخص أو ساعات الإنتاج الإنتاجية = مجموع وقت العملية/مجموع وقت التسليم
تصميم المنتج Product design	عدد المنتجات الجديدة المقدمة الوقت المستغرق من التصميم إلى البيع الأول لياقة الاستخدام جودة التصميم
تدريب وتمكين العمال Employee training and empowerment	تدريب الموظفين (التقدير النقدي أو بالساعات) إدارة التدريب (التقدير النقدي أو بالساعات) موظفو التدريب المتبادل ميزانية التدريب/إعادة التدريب
إدارة الجودة للموردين Vendor quality management	خفض المخزون العلاقات مع الموردين

عدد الموردين معدل دوران المخزون دقة المخزون تنفيذ طريقة كانبان kanban تكاليف المواد توافر المواد	
الاعتمادية في التسليم المشغلون المشاركون/العمالة ذات القيمة المضافة ميزانية التدريب على خدمة العملاء المعالجة الفورية للشكاوى عدد أو نسبة الشكاوى عدد أو نسبة الطلبات التي يتم تسليمها في وقت متأخر قنوات توزيع واسعة عدد الاتصالات بالزبائن استقصاءات المستهلكين وقت الرد على الأسئلة/الشكاوى إصلاحات سريعة الاستجابة النسبة المئوية لتكرار الأعمال	مشاركة ورضا العميل Customer involvement and satisfaction

المصدر: (Motwani, 2001, p. 297)

الفرع الثاني - مبادئ إدارة الجودة الشاملة حسب معايير تقييم الجوائز العالمية للجودة:

هناك من يرى أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة يتم استظهارها كذلك في نماذج معايير التقييم للحصول على الجوائز العالمية للجودة مثل جائزة الجودة لمالكوم بالدريج الوطنية Malcolm Baldrige National Quality Award في الولايات المتحدة الأمريكية أو جائزة الجودة الأوروبية European Quality Award المنشأة من طرف المؤسسة الأوروبية لتسيير الجودة European Foundation Of Quality Management (Krüger, 2001, p. 239). وبالإضافة إلى هاتين الجائزتين هناك جوائز أخرى تعتمد كذلك على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة منها جائزة ديمينغ Deming Prize وهي الأقدم والأكثر طلباً لجائزة الجودة تم تأسيسها عام 1951 من قبل الاتحاد الياباني للعلماء والمهندسين وتمنح في ست فئات المؤسسات العمومية، المؤسسات الصغيرة، الأقسام، مواقع العمل، الشركات الخارجية والأفراد. وهناك جائزة معهد روتشستر للتكنولوجيا والولايات المتحدة الأمريكية اليوم RIT/USA Today Award وتحتلف هذه الجائزة عن جائزة الجودة لمالكوم بالدريج الوطنية في أن هذه الأخيرة موجهة فقط للشركات الخاصة أو أقسام بأكملها بينما جائزة اليوم RIT/USA Today Award تكرم فرق مكونة من 15 إلى 20 شخصا موجهة لخمس فئات شركات التصنيع وشركات الخدمات والوكالات الحكومية والمؤسسات غير الربحية والشركات الصغيرة. وكذا جائزة الرئيس للجودة President's Award for Quality تم انشاؤها من قبل الرئيس ريغان للاعتراف بالإنجازات الجيدة في الحكومة الفيدرالية لتحسين الجودة والإنتاجية وتقديم لكل وكالة أو عنصر رئيسي في وكالة نفذت إدارة الجودة الشاملة بطريقة مثالية وتقديم خدمة عالية الجودة لعملائها (Rosenhoover & Kuhn, 1996, pp. 440-441).

وتم وضع المعايير الخاصة بجائزة الجودة مالمكوم بالدريج الوطنية Malcolm Baldrige National Quality Award لأول مرة عام 1987 وتم تحديثها وتطويرها منذ ذلك الحين كأساس لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة، وقد استخدمت المؤسسات المبادئ التوجيهية لتقييم الجائزة كإطار لتطوير نظام إدارة الجودة الشاملة الخاص بها. أما نموذج تقييم الجودة الأوروبية European Quality Award فقد بدأ العمل به عام 1992 (Black & Porter, 1996, p. 02)، ويمكن مقارنة مبادئ إدارة الجودة الشاملة من منظور الجائزتين وقائمة ISO 9000 حسب التالي:

الجدول (3-4) مقارنة بين مبادئ إدارة الجودة الشاملة من منظور جائرتي MBNQA و EQA

قائمة ISO 9000

مبادئ إدارة الجودة الشاملة حسب		
BS EN ISO 9000	European Quality Award	Malcolm Baldrige National Quality Award
التركيز على العميل	التوجه للنتائج	الجودة الموجهة للعميل
التزام القيادة بدعم الجودة	التركيز على العميل	القيادة
المشاركة والتمكين	القيادة وثبات الهدف	التحسين المستمر والتعليم
التحسين المستمر	التسيير بالنظام وبناءا على الحقائق	تقييم العمال
الكفاءة كنهج للعمليات والأنشطة	التمكين والتطوير	الاستجابة للتحديات
نمّج النظام في التسيير	تطوير الشراكة	تصميم الجودة والوقاية
اتخاذ القرارات بناءا على حقائق	المسؤولية العامة	الرؤية طويلة المدى للمستقبل
وضوح العلاقات مع الموردين		التسيير بناءا على الحقائق
التدريب		تطوير الشراكة
		المسؤولية العامة والمواطنة
		التركيز على النتائج

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على (Dale et al., 2007; Krüger, 2001)

والمتمنع للجدول يدرك تقارب كبير بين المبادئ المعتمدة، وإن اختلفت المسميات. ويمكن ذكرها في النقاط التالية:

- * التركيز على العميل
- * التزام القيادة بدعم الجودة
- * التحسين المستمر
- * المشاركة والتمكين
- * التركيز على النتائج
- * تطوير الشراكات
- * اتخاذ القرارات بناءا على الحقائق

المطلب السابع- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

هناك مراحل يجب تتبعها من طرف المؤسسة في إطار تطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي (مديوني, 2016. ص 53-55):

الفرع الأول-المرحلة الصفرية (مرحلة الإعداد):

تتعلق هذه المرحلة بتهيئة الظروف لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، فتتضمن القيام بالنشاطات التالية:

- التزام الإدارة العليا بتطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة.
- الاستعانة بمستشار خارجي في مجال إدارة الجودة الشاملة أو الاعتماد على العاملين في المؤسسة من ذوي الخبرة في هذا المجال.

- إنشاء مجلس للجودة يضم في عضويته عناصر من الإدارة العليا بغية زيادة فاعلية القرارات.
- اختيار لجنة تنسيق أو منسق من أجل رفع تقارير مباشرة إلى الإدارة العليا بكل تفاصيل عملية إدارة الجودة الشاملة.
- إعداد وتصميم برامج تدريبية عن الجودة موجهة للإدارة العليا والمجلس الجودة.
- وضع أسس لقياس الرضا الوظيفي وكذا رضا العملاء عن مخرجات المؤسسة واعتبارها أساسا مهما من أسس صياغة أهداف المؤسسة.

- الإلمام بالأسس الفكرية لموضوع إدارة الجودة الشاملة من خلال الاطلاع على ما نشر عن هذا الأسلوب الإداري للوصول إلى قنوات معينة حول أهمية تطبيقه.

الفرع الثاني- المرحلة الأولى (مرحلة التخطيط):

- في هذه المرحلة يتم استخدام المعطيات والمعلومات التي تم جمعها خلال المرحلة السابقة في عملية التخطيط لمنهجية التنفيذ، إذ توضع خطة تفصيلية لكيفيات تطبيق هذا الأسلوب وتسمى خطة العمل يتم فيها تحديد ما يلي:
- تحليل البيئة الخارجية لمعرفة الفرص المتاحة والتهديدات المحتملة ثم تحليل البيئة الداخلية لمعرفة عناصر القوة والضعف.
- صياغة رسالة المؤسسة من خلال تحديد النشاطات الرئيسية التي تؤديها.
- وضع الأهداف الإستراتيجية (بعيدة المدى) بحيث تتوافق وأهداف المؤسسة.
- تحديد الفريق القيادي لإدارة الجودة الشاملة والخطة التدريبية اللازمة لفريق العمل.
- إعداد مسودة تطبيق إدارة الجودة الشاملة من طرف مجلس الجودة بالتنسيق مع كل الأطراف المعنيين بهذا التطبيق.
- المصادقة على خطة العمل بعد مناقشتها وتخصيص الموارد اللازمة لها.

الفرع الثالث- المرحلة الثانية (مرحلة التقويم والتقدير):

- تشمل هذه المرحلة أربع خطوات تعتبر مدخلا لتنفيذ إدارة الجودة الشاملة:
- التقويم الذاتي: وتبدأ عملية التقويم الذاتي بعدد من التساؤلات المهمة، والتي يمكن على ضوء الإجابة عليها من طرف المديرين تهيئة المناخ المناسب للبدء في تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة.
- التقدير التنظيمي: ويهدف إلى توفير أداة ضرورية لفهم المؤسسة وجميع العاملين بها، حيث من الضروري أن يتم تقييم الوضع الحالي للمؤسسة وتقييم العوامل المرتبطة به، والتي يمكن أن تقودها إلى الأفعال الإيجابية التي تركز على التحسين المستمر.

- تقييم العملاء: ويعتبر أمرا مهما للتعرف على مدى رضاهم عن المؤسسة ومنتجاتها ومعرفة اقتراحاتهم للتحسين خلال لقاءات العمل أو عبر وسائل وأساليب الاتصال المختلفة.
- التغذية العكسية لتقييم التدريب: تشكل التغذية العكسية المكتسبة خلال تقييم التدريب الخطوة الأخيرة لمرحلة التقويم، ويمكن الاستفادة منها في التعرف على ردود أفعال المشاركين في الدورات التدريبية من العاملين والمديرين وأعضاء فرق العمل لمعرفة إمكانيات تحسين الأداء ومجالاته.
- الفرع الرابع-المرحلة الثالثة (مرحلة التنفيذ):

- وفي هذه المرحلة يبدأ التطبيق الفعلي للخطط الموضوعية التي تضم ما يلي:
- اختيار مسؤول التدريب في المؤسسة والذي عادة ما يتم دعوته من هيئات خارجية متخصصة ليدرب مجموعة من الأفراد كونهم يتولون مهمة التدريب حول الجودة فيما بعد.
- تدريب المديرين والمؤوسين برفع الوعي وإدراك أهمية إدارة الجودة الشاملة، وكذا التدريب على اكتساب المعارف التي تتعلق ببناء الفرق، مهارات الاتصال، حل المشاكل...الخ.
- تدريب فرق العمل حول قضايا الجودة وبث الروح العمل الجماعي.
- يقوم مجلس الجودة بمبادرات جادة فيما يخص طرق التحسين المستمر للأنشطة والعمليات في المنظمة.
- الفرع الخامس- المرحلة الرابعة (مرحلة تبادل ونشر الخبرات):

- وتعتبر مرحلة متقدمة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة وتعكس السيرة الإيجابية للمراحل السابقة. ويتم إشراك الأقسام الأخرى للمؤسسة وفروعها، وحتى الموردين والعملاء وباقي الأطراف ذات المصلحة في تبادل الخبرات والتجارب الناجحة لتأكيد مصداقية المؤسسة في مسعى تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- يمكن القول أن عملية إدارة الجودة الشاملة ليست بالمهمة السهلة وهي مسألة وقت تأخذ مسارها بشكل منظم لتحقيق نتائج، بمعنى آخر تعتبر إدارة الجودة الشاملة وسيلة بيد المؤسسة لا هدفا.

المطلب الثامن- أدوات وطرق إدارة الجودة الشاملة:

الفرع الأول- أدوات إدارة الجودة الشاملة:

- برزت العديد من الأدوات والتقنيات التي أثبتت جدواها في تحسين فعالية المؤسسات التي طبقت إدارة الجودة الشاملة ولا يشترط استخدامها جميعا، بل يرجع ذلك إلى حاجة كل مؤسسة وهي نوعان كمية وأبزرها ما يلي:

الجدول (3-5) أهم أدوات إدارة الجودة الشاملة

أدوات كمية (إحصائية)	أدوات كيفية (نوعية)
*الدوائر والأعمدة Pie and Bar Chart هي عبارة عن أشكال هندسية تستخدم للمقارنة في حل وجود بيانات كثيرة وعادة تستعمل برامج إحصائية لاستخراجها.	*العصف الذهني Brainstorming هو أسلوب حوار جماعي يهدف إلى توليد أفكار إبداعية ومقترحات ابتكارية في موضوع محدد سلفا.

*المدرج التكراري Histogram هو ملخص بياني يوضح التغيرات الطارئة على الأداء نتيجة وقوع أخطاء في الأداء أو إحداث تغييرات إيجابية.	*مخطط تحليل الصلات Affinity Diagram هو طريقة عملية تساعد فريق الجودة على تنظيم الأفكار الناتجة عن العصف الذهني ضمن مجموعات ذات صلة ببعضها في شكل بياني.
*مخطط باريتو Parrot Chart يقوم مبدأ باريتو على أن 80% من المشاكل أساسها 20% من الأسباب فهو عبارة عن رسم بياني يوضح تكرار وقوع المشكلة أو أسباب وقوعها ومنه يتحدد المشاكل ذات الأولوية للمعالجة.	*مخطط سير العمليات Flow Chart هو تمثيل بياني يوضح سير العمليات وتدفق الأنشطة باستخدام نوع محدد من الرموز والأشكال البيانية يساهم في عملية تصميم برامج الجودة وتحسين الأداء وكذلك له دور فعال في عملية الرقابة الداخلية.
*خريطة الرقابة Control Chart تسمح هذه الأداة بمراقبة العمليات على ضوء حدود الرقابة المتفق عليها ومدى الحاجة لإحداث التغيير.	*مخطط جانت Gantt Chart هو أداة بيانية يوضح تنفيذ أنشطة الجودة من بدايتها إلى نهايتها وفقا لزمان معين مع تحديد الجهة المسؤولة وكذلك تحديد الموارد.
*قائمة التحقق Checklist هي عبارة عن قائمة للتحقق لمعرفة أهم مشاكل الجودة المتكررة لاتخاذ القرارات المناسبة.	*مصفوفة المعايير Criteria Matrix هي أداة فعالة لاتخاذ القرار لأنها تساعد فريق الجودة على ترتيب الأولويات في شكل مصفوفة بها معايير موضوعية يحددها فريق الجودة.
*مخطط التشتت Scatter Diagram هو أداة إحصائية لتوضيح العلاقة بين المتغيرات يستخدم لحل مشاكل الجودة من خلال تحدي علاقة الأثر بالسبب وحساب معامل الارتباط الإحصائي R الذي يوضح قوة هذه العلاقة.	*مخطط عظمة السمكة fishbone diagram/مخطط تحليل السبب والتأثير Cause and Effect Diagram أداة تنسب إلى العالم Ishikawa تساعد على تحديد الأسباب الممكنة للمشكلة في شكل بياني يشبه عظمة السمكة ويساعد فريق الجودة على تبني أسلوب منهجي في العمل.
*خريطة المتابعة Run Chart هي إحدى الأدوات الإحصائية لمتابعة تحسين عملية ما خلال فترة زمنية مناسبة تساعد مسؤولي الجودة قراءة التذبذبات والاختلافات الحاصلة في المنتج أو الخدمة.	*أسلوب الاقتباس (الأساس المرجعي أو المعياري) Benchmarking هو استخدام ممارسات أخرى ناجحة في مكان آخر كمعيار للوصول إليه وأسلوب استفادة من تجارب الغير لتطوير الجودة.
*لوحة قصة الجودة Story Board Quality هي عرض ملخص لمشروع الجودة يعرض فيها فريق الجودة الأنشطة المنجزة والمعوقات المعرلة لعملية الجودة وهي وسيلة للتواصل مع الفرق الأخرى.	*نافذة الزبون Window Client هي أداة طرح أسئلة عامة ومفتوحة للزبون لفهم ما يرغب فيه أي أسلوب استقصاء لتحديد حاجياته.

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على

(Hackman & Wageman, 1995; بن أحمد الصالح & بن محمد الصريمي, 2015)

الفرع الثاني- طرق إدارة الجودة الشاملة:

التحسين المستمر للأداء في المؤسسات يتطلب إتباع طرق صحيحة ودقيقة تضمن الوصول إلى الجودة المطلوبة، وقد عرفت إدارة الجودة الشاملة أربع طرق شائعة لتحسين الجودة وهي (بن أحمد الصالح & بن محمد الصريمي, 2015. ص ص 216-225):

أولاً- الطريقة الرشيقة أو طريقة لين Lean: وهي من أقدم الطرق المتعمدة لتحسين الإنتاجية، والمصطلح يعود لجون كرافسيك John Krafcik (1988) في مقاله "انتصار نظام الإنتاج الرشيق Triumph of the Lean Production System" الذي نشر في مجلة Sloan Management المقتبسة من رسالته للماجستير، وقد كان مهندساً مؤهلاً في شركة تويوتا Toyota قبل مجيئه إلى معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا واستمر ببحثه من قبل البرنامج الدولي للسيارات (IMVP). بنهاية الحرب العالمية الثانية

صار يعرف بنظام تويوتا للإنتاج TPS، وتهدف هذه الطريقة إلى استبعاد كل الإجراءات والأنشطة والتكاليف المهدرة التي لا تضيف أية فائدة (Bhat, Antony, Gijo, & Cudney, 2020, p. 93).

وقد حددت هذه الطريقة سبع مهدرات وهي المبالغة في الإنتاج، النقل، المخزون، الحركة، العطب، التجهيز المبالغ فيه والانتظار (Rachedi, 2012, pp. 106-107):

- **المبالغة في الإنتاج:** يعني إنتاج فوق القدر المطلوب مما يستدعي أماكن للتخزين ووقت للتصريف. ويمكن حدوث خسائر مادية عن تلك المنتجات ذات صلاحية محدودة، لذا وجب التخلص من هذا الهدر بدراسة السوق والتخطيط لعملية الإنتاج والتصريف.

- **النقل:** يمكن اعتبار أن أغلب عمليات النقل عمل بلا طائل، فالوقت الذي يستغرقه العامل في الانتقال بين مكاتب الموظفين، أو الوقت الذي تستغرقه المواد الخام للوصول إلى أماكن التصنيع، أو الوقت الذي يستغرقه العميل للوصول إلى مقدم الخدمة أو المنتج هي أوقات مهدرة وجهود ضائعة. والقضاء على الهدر يعتبر أحد أهم وأحسن الوسائل للتقليل من التكاليف وزيادة الإنتاجية.

- **التخزين:** كثيرا ما تمتلئ المخازن بكميات كبيرة من الأشياء والمعدات التي لا تنتمي إلى النشاط الرئيسي للمؤسسة، فتشغل مساحات كان من الممكن الاستفادة منها بطريقة أفضل.

- **الحركة:** أثناء العمل، تعتبر كل حركة زائدة يقوم بها العامل للبحث عن أدواته أو ل جلب الأجهزة نوعا من الهدر، لذا وجب تجنب هذه الحركات الزائدة بوضع الأشياء في الأماكن المخصصة لها دون إهمال.

- **العطب:** يستدعي حصول الأعطاب بذل مزيد من الجهد والوقت لتصحيحها، وتعمل هذه الطريقة على إزالة الأعطاب المتكررة، فأني عطب يتكرر بشكل مستمر معناه أنه يحتاج إلى تطوير النظام أو الآلية لتجنب هذه الأخطاء والأعطاب مستقبلا.

- **التجهيز المبالغ فيه:** تقوم فكرة لين على عملية التحسين الدائمة والتخلص من الهدر في العمليات. فدراسة قدر الوسائل المطلوبة واللازمة لعملية الإنتاج دون إهدار أو مبالغة يعود بالفائدة على المؤسسة.

- **الانتظار:** إذا أجبر عدد من العاملين على الانتظار حتى تصل المواد الخام أو حتى ينتهي عامل آخر من عمله قبل البدء في عمل جديد وذلك لعدم التنسيق بين المهام وتوقيتها يعتبر نوعا من الهدر. وتزداد أهمية القضاء على هذا الهدر في المؤسسات الصحية فعندما تضيق ساعات في انتظار طبيب، فإن ذلك يمثل هدرا في الوقت وزيادة في المخاطر يجب التفكير في كيفية التخلص منه أو على الأقل تقليله.

ثانيا- **سيكس سيجما Six Sigma:** يقول بارك Park (2003) أن سيجما هي حرف يوناني ويرمز للانحراف المعياري ويستخدم لقياس الاختلاف أو الانحراف عن المتوسط، ويذكر مور More (2008) استراتيجية سيكس سيجما أنها منهجية بنائية وامتداد طبيعي للجودة الشاملة (أحمد وهبه، 2023، ص 593).

وهي عبارة عن أسلوب يعتمد على البيانات الإحصائية كأحد طرق تحسين الجودة، بهدف تخفيض العيوب في المنتج أو الخدمة، ومنع وقوع الأخطاء والوصول إلى حد الكمال. وعناصره خمس وهي DMAIC وتعني: تعريف المشكلة Define، تحديد قياس المشكلة Measure، تحليل أسباب وقوعها Analyze، تحسين الحلول والعمل بأنسبها Improve، التحكم بالمسألة ومراقبتها Control (أوشن، 2018، ص 105). وتعتبر هذه الخطوات الخمس مهمة من أجل تحسين جودة أداء المؤسسة باستمرار، وتهدف كل مرحلة إلى (أحمد وهبه، 2023، ص 597-598):

- 1- مرحلة التعريف *Define*: وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد العملية أو الخدمة أو النشاط المراد البحث فيه والعمل على تطويره وتحسين الأداء، وتتم تلك المرحلة باستخدام أداتين وهما مخطط باريتو *Parrot Chart* لتحديد وترتيب الأولويات التي سيتم العمل عليها كجزء من عملية التحسين المستمر، والثانية هي استخدام ميثاق المشروع *project charter* لتنظيم المشروع بشكل واضح وتحديد النقاط الحرجة في كل مرحلة أو عملية وحسب ارتباطها بالعمليات أو الخدمات الأخرى بالمؤسسة.
 - 2- مرحلة القياس *Measure*: وتهدف هذه المرحلة إلى الوقوف على قياس النقاط المحيطة بالعملية المراد العمل عليها وتحديد أدوات القياس المناسبة لها وتحديد نقاط الجودة الحرجة أو النقاط الحرجة للمستفيد أو العميل وكذلك النقاط الحرجة في العملية أو الخدمة المقدمة، ويتطلب ذلك الاعتماد على البيانات الإحصائية الدقيقة وفريق مدرب على استعمالها لاختيار المعايير المناسبة للقياس دون مبالغة لعلاج المشكلة.
 - 3- مرحلة التحليل *Analyze*: وتهدف هذه المرحلة إلى قراءة القياسات والاحصائيات وتفسيرها لتحديد الأسباب الجوهرية للمشكلة للقضاء عليها من جذورها وذلك باستخدام تقنيات وأدوات مختلفة منها العصف الذهني، الرسوم البيانية.
 - 4- مرحلة التحسين *Improve*: وتهدف هذه المرحلة إلى وضع حلول وتوصيات لتحسين العمليات لتحقيق مواصفات الأداء المطلوب واتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجة الأسباب الجذرية للمشكلة التي سبق تحديدها.
 - 5- مرحلة التحكم والرقابة *Control*: وتهدف هذه المرحلة إلى ضمان التحسين والتطوير. وتتم عبر ثلاثة مراحل: أثر التوقعات على كل خطوة من مراحل العملية، دراسة طريقة العمل والتنفيذ في إطار الميزانية والمتطلبات التي تم تحديدها سلفاً، شرح مفصل لعملية التحكم والرقابة.
- وترتبط أرقام سيكس سيجما بقدرة الأعمال التي تقاس بها العيوب لكل مليون منتج، والمقصود بالرقم 6 في استراتيجية سيكس هو عدد التفاوتات من المتوسط الحقيقي للعملية والذي يحقق الجودة بنسبة 99.9999997% عندما تطابق قيمة المتوسط الحقيقي قيمة المتوسط المرغوب.

الجدول (3-6) مستويات السيجم

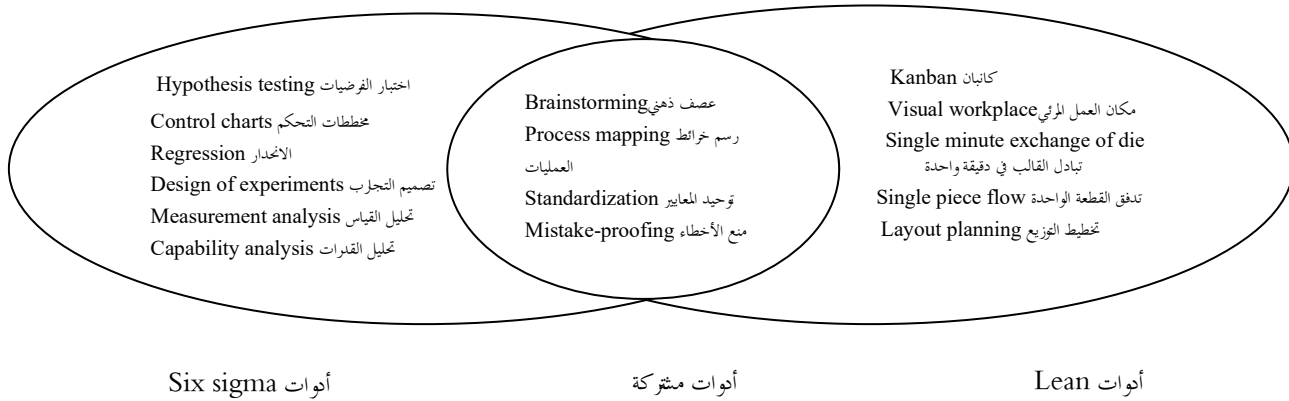
مستويات السيجم	العيوب لكل مليون فرصة	نسبة المردود
المستوى 01	691462	68.27%
المستوى 02	308538	65.45%
المستوى 03	66807	99.73%
المستوى 04	621	99.9937%
المستوى 05	233	99.999942%
المستوى 06	3.4	99.9999998%

المصدر: (السلامية، 2007، ص 31)

وباعتبار أن الخدمات الصحية تتسم بالدقة فإن تطبيق سيكس سيجما سيؤدي إلى تقليل معدل الأخطاء بدرجة عالية وقد كان مستشفى Commonwealth Healthcare Corporation من أوائل المستشفيات التي طبقت هذه المنهجية وكان ذلك عام 1998 ولتتبعه العديد من المؤسسات الصحية فيما بعد (قشي، 2020، ص 70).

وتختلف أدوات كلا المنهجين عن بعضهما البعض وهناك بعض الأدوات المشتركة وتوزع كالتالي:

الشكل 7: توزيع أدوات إدارة الجودة الشاملة بين منهج لين Lean وسيكس سيجما Six Sigma



المصدر: (Salah, Rahim, & Carretero, 2010, p. 251)

ثالثاً- لين سيكس سيجما Lean Six Sigma: هناك اتجاه حديث يدمج بين الأسلوبين السابقين، وكان ذلك بإصدار جورج مايكل لكتابه لين سيكس سيجما Lean Six Sigma عام 2002، فهو يرى أن الأسلوبين مكملين لبعضهما البعض بهدف تعظيم الجودة وتحسين كفاءة من خلال إزالة النفايات وتقليل التباين (McDermott et al., 2022, p. 01).

وبتطبيق عناصر DMAIC تصبح الخطوات الخمس تهدف إلى (بن سعيد & زيان، 2023، ص 82):

- التعريف Define: وهي المرحلة الأولى التي تساعد على فهم المشكلة والتي تعتمد عليها المؤسسات في تحديد المشكلة.
- القياس Measure: مرحلة مهمة لفهم الوضع الحالي وجمع البيانات الصحيحة حول الجودة والتكاليف المستخدمة لكشف أسباب المشكلة.
- التحليل Analyze: تسعى إلى تحليل البيانات والعمليات لتقليل أسباب الهدر والعيوب باستخدام الأدوات المناسبة.
- التحسين Improve: بعد تحديد الأسباب الجذرية للهدر والعيوب تقدم الحلول المناسبة وتختبر.
- الرقابة Control: هي المرحلة الأخيرة للتحقق من صحة المقترحات ورصد الأداء وتحسينه باستمرار.

ويمكن استخدام لين سيكس سيجما Lean Six Sigma بأدواتها وعمليات الإدارة كعملية لجدولة وتنفيذ مشاريع الابتكار بشكل منهجي في مجال الرعاية الصحية التي يمكن تدريسها وتعلمها وأداؤها مما يؤدي إلى درجة عالية من النجاح (Pocha, 2010, p. 317).

رابعاً- كايزن Kaizen: طريقة ابتكرها كل من تايشي أوينو Taichi Ohno وشيجو شينغو Shigeo Shingo. أما ماساكي إيماي Masaaki Imai فقد ساعد على نشرها عالمياً من خلال كتابه كايزن: "المفتاح للنجاح التنافسي لليابان Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success" والذي نشره عام 1986 (Prošić, 2011, p. 174) وتتمم بإدخال التغيرات التدريجية الصغيرة بشكل مستمر، وتحفيز العمال من أجل المساهمة في تحسين الجودة، وتعني Kaizen حرفياً التغيير (kai) ليصبح جيداً (zen)، وانتشرت هذه الفلسفة لتحسين العمليات في شركات التصنيع اليابانية بعد الحرب العالمية الثانية وأثرت بشكل مباشر على صعود الثورة الصناعية اليابانية (Tetteh, 2012, p. 105).

ومن الأدوات المشهورة التي تعتمد عليها هذه الفلسفة: حلقات الجودة وتقنية 5S (Prošić, 2011, p. 174)، ويقصد

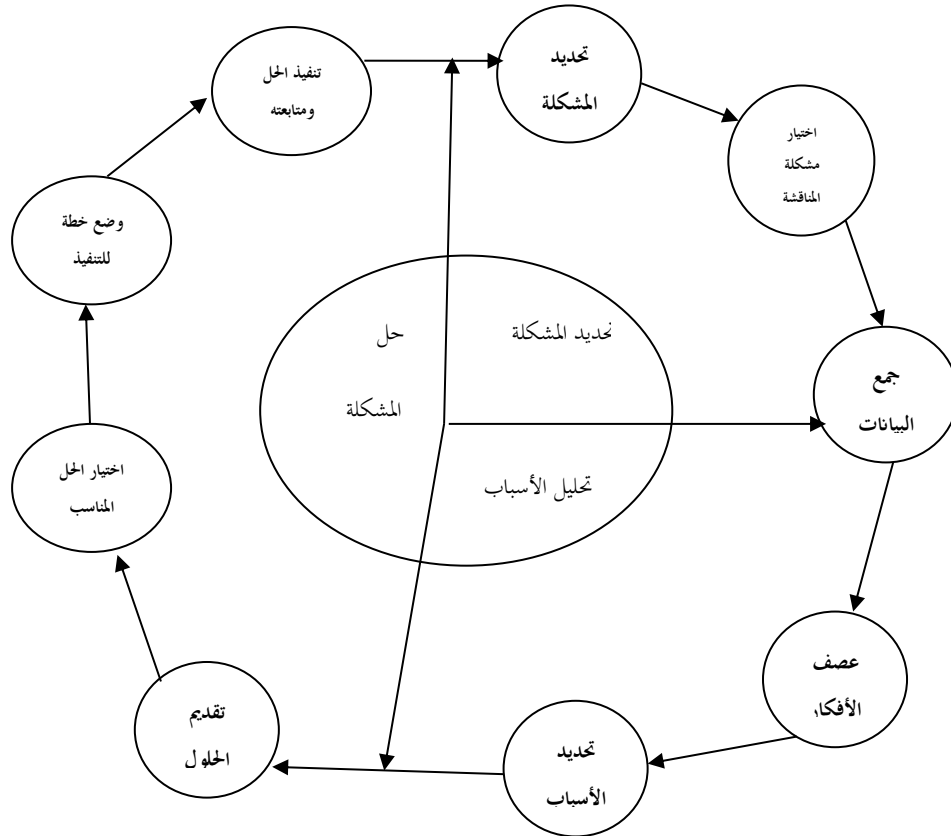
بـ 5S ما يلي:

- اهتـم (SEIKETU): أي جعل الفرد يحس أنه مسؤول لذا عليه أن يكون مهتما.
- نظف (SEISO): أي توفير مناخ مناسب يساعد على تحسين جودة الأداء.
- ضع بالترتيب (SEITON): أي وضع الأشياء في أماكنها الصحيحة.
- نظم (SEIRI): تعني وضع الأشياء المعيارية أي وضع معايير لإبقاء الأشياء منظمة ومرتبـة ونظيفة.
- احترام الإجراءات (SHITSUKE): أي جعل كل ما سبق التزام سلوك وانضباط عمل.

وتقنية 5S لها فوائد لكل من الموظف والمؤسسة. وتشمل الفوائد التنظيمية جودة أعلى، تكاليف مخفضة، تحسين السلامة والأمن، عمليات تسليم أكثر موثوقية، وتحسين توافر المنشآت والمعدات. وتسعى المؤسسات مع كايزن إلى التحسين التدريجي للأداء والحفاظ على ثقافة التحسينات المستمرة (Näslund, 2008, p. 275).

فنموذج كايزن هو عملية لإحداث تحسينات على المدى القصير وإحداث تغييرات أساسية كبيرة على المدى البعيد بهدف تخفيض التكاليف. ومن شروط تطبيق نموذج كايزن بناء ثقافة تنظيمية تشجع الفرد على الاعتراف بوجود مشاكل، ملاحظة الأشياء بشكل مباشر، تعميق الشعور بالمسؤولية، كل شيء قابل للتحسين، توقع رغبات واحتياجات العملاء، استخدام العقل والحكمة بدل المال (الشافعي، نادي، & علي البنا، 2021. ص 248). ولبناء هذه الثقافة التنظيمية، تلعب حلقات الجودة الدور المهم، فتعمل في حل المشكلات حسب الكيفية التالي:

الشكل 8: كيفية عمل حلقات الجودة



المصدر: (هبال، 2012. ص 84)

وتعد حلقات الجودة مجموعات صغيرة من العمال المتطوعين لتحديد مشاكل العمل واقتراح الحلول المناسبة لتحسين الأداء، ويعمل أفراد الحلقة وفق مبادئ الحلقة وهي (ديبون، 2008، ص 163):

- التجانس والتنسيق بين أفراد الحلقة (نفس الوظيفة ونفس المستوى الدراسي) لإنجاز أمثل وأسرع.
- الاجتماع لمدة ساعة في الأسبوع.
- أن يكون الحضور مدفوع الجبر لتحفيز العمال.
- ضرورة وجود قائد للحلقة يعمل كوسيط بين أفرادها والإدارة العليا.
- العمل داخل الحلقة يكون بأسلوب ديمقراطي.

خامسا- التوقيت المناسب Just In Time: وهو أسلوب اعتمدته شركة تويوتا. وبعد أن أثبت نجاعته تم تبنيه من طرف العديد من الشركات حول العالم، حيث وجد أن عنصر الوقت له أثر لتحديد مكانة الشركة في السوق. ويقوم هذا النظام على التأكد من سلامة المعدات والآلات وكفاية الموارد لإنتاج الكميات المطلوبة لإشباع رغبات العميل خلال وقت أقل وتكلفة أقل وبجودة أعلى. هذا يساعد المؤسسة على تحقيق مركز تنافسي في السوق، ومن مبادئ هذه الطريقة:

- توفير المواد اللازمة في الوقت التي تظهر الحاجة إليها.
- جدولة الإنتاج حسب الطلب والإنتاج بوحدات صغيرة قابلة للتسويق بسرعة.
- التقليل من المخزون والقضاء على الهدر والاعتماد على الإنتاج المستمر.
- إلغاء كل نشاط لا يضيف للمنتج أو الخدمة.
- تدريب العاملين على حل المشاكل التي تحدث أثناء أداء العمل.
- السعي لتحقيق مستويات عالية من الجودة من خلال أداء العمل بشكل صحيح من أول مرة.

فيجب أن يكون الموظف ملما بالعمل في جميع جوانبه ومن ذوي الخبرة الشاملة لتعويض أي نقص يمكن أن يحدث، أو يصلح الأعطاب ويقوم بأعمال الفحص والصيانة في الوقت المناسب وبدون تأخير. ومن بين أسس JIT بناء نظام شامل لرقابة الجودة بدءا من عملية استلام المدخلات من مواد أولية أو طلب الخدمة إلى عملية التسليم النهائي للخدمة أو المنتج، وتعمل فلسفة JIT على تخفيض مستويات التخزين إلى أدنى حد، والحد من هدر الوقت لتلبية احتياجات العملاء ولا يتحقق ذلك إلا بمعرفة مختلف احتياجات العملاء وتنمية علاقات مع الموردين والعملاء والموظفين (رجيمي، 2023، ص 54). بعبارة أخرى يمكن لنظام JIT أن يكشف المشاكل من المصدر، مما يسهل التخلص منها ويرفع التحسين المستمر لنظام الإنتاج. وهذا بدوره سيؤدي إلى فوائد جمة منها انخفاض مستويات المخزون، تقليص وقت الإنتاجية، تحسين الجودة، ورفع الكفاءة بشكل عام والتسليم في الوقت المحدد. ونظرا للشبه الكبير بينه وبين الإدارة الرشيقة Lean، هناك من الباحثين من يرى أن لين Lean هي النسخة المستحدثة من JIT، فكلاهما يركز على القيمة والقضاء على الهدر وكلاهما نتاج نظام Toyota TPS (Näslund, 2008, p. 275).

سادسا- المقارنة المرجعية (قياس الأداء المقارن) Benchmarking: تعتبر المقارنة المرجعية من أهم الاتجاهات الحديثة لتحسين أداء المؤسسة باستمرار. وهي أداة تشجع على التحسين المستمر من خلال فهم كيفية أداء المنافسين المتميزين ودراسة الفجوة بين أداء المؤسسة وأداء المؤسسات المنافسة الرائدة (العوادي، 2018، ص 93). وتعتمد المقارنة المرجعية على الاستفادة من أفكار الآخرين ومحاولة تطبيقها بطرق ماثلة للرفع من أداء المؤسسة بشكل مستمر. وقد ظهر هذا المفهوم في الثمانينات كأداة إدارية تعمل على

ملاحظة المحيط والمنافسة من طرف شركة زيروكس رانك Xerox Rank بالولايات المتحدة الأمريكية وهي شركة مختصة في آلات النسخ، عندما بدأت تفقد حصتها السوقية أمام منافسة الشركات اليابانية مثل شركة كانون Canon التي كانت تعرض منتجات ذات جودة وبأسعار أقل. فبصفة عامة المقارنة المرجعية تساهم في تطوير الأداء وتساعد على قياس وتقييم الأداء وتحديد نواحي القصور بالمقارنة مع المؤسسات الأخرى.

المبحث الثاني- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة:

أصبح من الضروري تطبيق نظام إدارة الجودة في المؤسسات العمومية للصحة لتسهيل مهمتها الإنسانية، وكذلك للانضمام إلى الهيئات العالمية، فعلى سبيل المثال يتعين على المؤسسات العمومية للصحة التي ترغب في الانضمام إلى الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية وكندا أن تطبق أولاً أساليب إدارة الجودة الشاملة، وذلك لتحصيل على خدمات هذه الهيئة العالمية المتخصصة. فقد أصبح هذا المنهج أي إدارة الجودة الشاملة خطوة مطلوبة ومهمة لكل المؤسسات الصحية بنوعيتها العمومية والخاصة لمواكبة التطورات الحاصلة في المجالات المرتبطة بقطاع الصحة.

المطلب الأول- أهمية وأهداف تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة:

الفرع الأول- أهمية إدارة الجودة الشاملة بالنسبة لكل القطاعات:

- تكمن أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات سواء الإنتاجية منها أو الخدمية في (زديرة, 2017. ص 32-33):
- تخفيض التكاليف وزيادة الربحية.
 - تحقيق ميزة تنافسية في السوق المستهدف.
 - تدعيم التنسيق بين مستويات المؤسسة مما يسهل حل المشاكل ويساهم في اتخاذ القرارات المناسبة.
 - زيادة ارتباط العاملين بالمؤسسة.
 - تحسين صورة المؤسسة لدى الموردين والزبائن.
 - بناء الثقة بين أفراد المؤسسة من خلال تزويدهم بالمعلومات الضرورية.
 - تحفيز العامل وشعوره بتحقيق الذات بإشراكه في اتخاذ القرارات وتطوير مهاراته من خلال التدريب المستمر.
 - خلق بيئة عمل منفتحة على كل المستويات.
 - غرس مبادئ العمل الجماعي والمشاركة في عملية صنع القرار.
 - استغلال الموارد البشرية في كافة أعمال المؤسسة والتخلص من الأعمال عديمة الفائدة.
- ومن الأسباب الأكثر بروزاً لتبني إدارة الجودة الشاملة هو أنها تمثل إطاراً لتحفيز العمال وتحقيق أهداف المؤسسة وتحسين جودة خدماتها، فإدارة الجودة الشاملة تعتبر استثماراً في الإنتاجية والكفاءة والفعالية وتوفير الموارد، مما ينبغي جعل الالتزام بها معياراً للتوظيف والترقية (E. M. Berman, Milakovich, & West, 1996, pp. 201-202).

الفرع الثاني- أهمية إدارة الجودة الشاملة بالنسبة لقطاع الصحة (المؤسسات العمومية للصحة):

لإدارة الجودة الشاملة أثر على تحسين أداء المؤسسات العمومية للصحة، وتتمثل أهميتها لاسيما في (كواديك, 2021. ص 273-274):

- تبسيط الإجراءات وتحسينها: يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، ففلسفة إدارة الجودة الشاملة قائمة على التحسين المستمر واغتنام كل فرصة للتحسين.
- كفاءة التشغيل: وهي نتيجة للتقليل من الهدر في أداء العمليات، والرفع من مستوى كفاءة ومهارة العاملين التي تعتبر جزءا من فلسفة إدارة الجودة الشاملة.
- القضاء على اختلافات الممارسات الاكلينيكية: يلاحظ أن لكل طبيب طريقة عمله الخاصة، ما يشكل عائقا تواجهها المؤسسات العمومية للصحة للرفع من مستوى الجودة، فتعمل إدارة الجودة الشاملة على القضاء على هذه الاختلافات باختيار الطرق الأفضل بناء على أدلة وحقائق علمية.
- الحد من تكرار العمليات: يتم ذلك من خلال تحديد أفضل الطرق على مستوى كل من: الجودة، الكفاءة، الإنتاجية، رضا المرضى وعائلاتهم.

كذلك تمثل إدارة الجودة الشاملة تحديا لاستخدام معايير الأداء الداخلية لتحقيق أهداف الصحة العامة، في حين يمكن أن يكون استخدام معايير الأداء نقطة انطلاق للإدارة السليمة للجودة، فإن إدارة الجودة الشاملة تتجاوز الامتثال لمعايير الإدارة فهي تتضمن تحليلا منهجيا للعمل الذي تقوم به المؤسسة الصحية، مع التركيز على التكامل الأفقي للخدمات عبر مجالات البرنامج، فعلى سبيل المثال تعمل على تقليل الاختلافات بين أداء عمل الفرق المشتركة في التخصصات. ويستند التحسين إلى كل من النتائج والعملية، ويجب على المؤسسة الصحية أن تحسن باستمرار قدرتها على حل المشاكل مستخدمة معايير الأداء كقوة دفع في عملية التحسين (Kaluzny, McLaughlin, & Simpson, 1992, p. 258).

الفرع الثالث-أهداف إدارة الجودة الشاملة:

- تسعى المؤسسات بجميع أنواعها لتحقيق الجودة في مخرجاتها، لما لها من أهمية من وجهة نظر المؤسسة ومن وجهة نظر الزبون، ومن بين أهم أهداف تطبيق إدارة الجودة الشاملة:
- زيادة قدرة المؤسسة التنافسية، يعني التفوق والتميز عن المنافسين الآخرين ورفع معدلات الربحية.
- رفع درجة رضا الزبائن، من خلال العمل على تحديد وتلبية الحاجات الحقيقية، وتقديم سلع أو خدمات مطابقة لمواصفات الجودة وتوقع حاجاته مستقبلا من أجل تلبيةها لجذب انتباهه والحفاظ على ولائه للمؤسسة.
- زيادة مرونة المؤسسة مع التغيرات المحيطة بها، وسرعة الاستجابة لها مما يرفع من قدرتها على النمو المتواصل.
- ضمان التحسين المستمر والشامل لكل نشاطات المؤسسة.

المطلب الثاني- معيقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة:

الفرع الأول- معيقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة المشتركة بين القطاعات:

من الواضح أن إدخال إدارة الجودة الشاملة يشبه إدخال التكنولوجيا للمؤسسة، وتدخل إدارة الجودة الشاملة من خلال المسيرين والخبراء، فأثناء تطويرهم لخطاباتهم حول إدارة الجودة الشاملة يقومون بتصفية المعرفة وتشكيل برنامج الجودة الشاملة، بالتالي هناك قوتان تعملان ضد تطبيق إدارة الجودة الشاملة هما الجهل والتخويف. فيولد الجهل صعوبات في فهم إدارة الجودة الشاملة وأهدافها ويضعف التخويف من هذه الصعوبات ثم رفض العمال تطبيق البرنامج. ففي المرة الأولى يكون المسيرون غير قادرين على فهم تعقيدات إدارة الجودة الشاملة مما يمنعهم من تصميم برنامج فعال، بعدها ينتقل المسيرون من محلل لفلسفة إدارة الجودة الشاملة إلى داع لها رغم افتقارهم للمهارات المعرفية لكيفية تطبيق أدوات إدارة الجودة الشاملة بشكل مناسب، فينتهي بهم المطاف أن تبدو جهودهم وكأنها تجارب. بعدها يتلقى العمال برامج تدريبية حول أساليب تطبيق أدوات هذه الفلسفة على يد خبراء إلا أنهم يصطدمون بحقيقة أن كل ما تلقوه نظري يصعب تطبيقه حسب اختلافات عديدة للمؤسسة وهنا يبدأ عامل الخوف من عدم نجاح هذا البرنامج فرغم إدراكهم أن أساليبه ناجحة يفتقرون إلى كيفية ممارسة أدواته في مجالات عملهم فيجدون صعوبة في دمج هذه الأدوات مع مهامهم اليومية (Zbaracki, 1994, p. 616).

وقد أظهر هاكمان Hackman وواجمان Wageman (1995) أن تنفيذ إدارة الجودة الشاملة دون تغيير مناسب في الخصائص الأساسية لتنظيم العمل، يولد تناقضات بين الخطاب والواقع بشكل أساسي على أربعة مستويات (Dhaouadi, El Akremi, & Igalens, 2008, p. 08):

1. إعادة تنظيم العمل: تشجيع عمال القاعدة على تحسين عملهم بجد دون تجديد أو تعزيز التحفيز القائمة.
2. طريقة منح المكافآت: إقامة ارتباط قوي بين العمال وأهداف المؤسسة، دون مراعاتهم في وضع طريقة الأجر وتغييرها.
3. أسلوب التعلم: يُطلب من العمال الإبداع من خلال تشجيعهم على ابتكار أفكار للتحسين، مع مطالبتهم باتباع الممارسات الموحدة.
4. توزيع السلطة: تشجيع أعضاء المؤسسة على المشاركة الكاملة في تحقيق الأهداف المشتركة، دون التشكيك في السيطرة الهرمية للمؤسسة.

ومن جهة أخرى، أظهرت دراسة داودي Dhaouadi وآخرون (2008) أن التمكين، الذي يعتبر مبدأ مهم من مبادئ إدارة الجودة الشاملة، لم يؤد إلى تغيير في علاقات القوة بل فضل العمال الخضوع لنظام إدارة يزيد من استغلالهم. فمن المفارقات التي أظهرتها دراستهم لتحليل ونقد منهج إدارة الجودة الشاملة أنه يحافظ على الرقابة الهرمية الموجودة في الإدارة التقليدية والمفارقة الثانية تظهر في تشجيع العمال على أن يكونوا ضمن حلقات الجودة وفرق تحسين الجودة لكن يطلب منهم في نفس الوقت التقيد للمعايير الموحدة والامتثال للإجراءات.

كذلك، من وعود إدارة الجودة الشاملة زيادة المسؤولية والاستقلالية والانسجام لكن هذه الوعود لا تعكس الممارسة التنظيمية وتتناقض مع زيادة ضوابط العمل وتكثيفه. لذلك طور توكمان Tuckman (1995) جدلية حول كون إدارة الجودة الشاملة هي محاولة لخلق أشكال جديدة من السيطرة الإدارية والسياسية (Vinni, 2007, p. 109).

ومن الناحية العملية، يعتمد نجاح أو فشل إدارة الجودة الشاملة على الطريقة التي يعمل بها الموظفون على جميع المستويات، من الخطوط الأمامية عبر جميع مستويات الإدارة، وبما أن الالتزام بإدارة الجودة هو أحد مكونات معظم استراتيجيات الأعمال في الوقت الحاضر، فمن المرجح أن يركز التفكير في إدارة الموارد البشرية الاستراتيجية على مسائل إدارة الجودة، مثل الحاجة إلى خلق التزام لدى الموظفين بالجودة والمرونة. من هذا المنطلق يجب التنويه أنه قد يكون للنقابات تأثير مباشر في تنفيذ استراتيجية إدارة الجودة الشاملة سواء بالإيجاب أو السلب، وبالتالي يمكن أن تكون إدارة الجودة الشاملة مصدرا للوحدة وقد تكون مصدرا للصراع بين مجموعات المصالح المتنافسة (Hill & Wilkinson, 1995, pp. 12-16).

ومن الشائع أيضا أن الحكومة تحتم اهتماما ضئيلا بالنواتج، فيهتم أصحاب السياسة بالمدخلات في المقام الأول مثل الميزانية والسيطرة على المدخلات وتحتم الإدارات بالالتزام بالقواعد الإجرائية الصارمة والمتطلبات القانونية بدل التركيز على كيفية أداء العمليات ونوعية مخرجات النظام وهذا لا يشكل بيئة ملائمة لتبني إدارة الجودة الشاملة (Swiss, 1992, p. 359).

بالإضافة أن إدارة الجودة الشاملة تعتمد على الثقافة التنظيمية القوية والتفكير الدائم بالتزام الجودة، ومن أجل تشكيل هذه الثقافة يجب أن يشارك المسيرين باستمرار في تحسين العملية التسييرية لكن ما يلاحظ في المؤسسات الحكومية أن معدل دوران المسيرين في القمة سريع ما يشكل عائقا أمام بناء هذه الثقافة (Swiss, 1992, p. 359).

وتتطلب إدارة الجودة الشاملة قائدا عنيدا يمكنه التعامل مع الضغط النفسي الناجم عن المقاومة الكبيرة للتغيير، لكن المؤسسات العمومية لديها العديد من أنماط تولي المناصب القيادية (Radin & Coffee, 1993, p. 51).

ومن الانتقادات الموجهة كذلك لإدارة الجودة الشاملة هي المفارقة بين التقييس والابتكار، حيث تشجع إدارة الجودة الشاملة على وضع معايير للإنتاج والإجراءات وهذا يصعب التفكير بشكل مبتكر (Vinni, 2007, p. 108).

ولابد أيضا التفكير في حجم المؤسسة ومدى تأثير ذلك في اعتماد إدارة الجودة الشاملة، فباعتبار أن التمكين من أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة يمكن تطبيق ذلك بسهولة في المؤسسات الصغيرة ومتوسطة الحجم، إلا أن المؤسسات الكبيرة الحجم فاعتماد إدارة الجودة الشاملة يتطلب تخطيطا ودراسة لتنفيذ تمكين موظفيها (Ghobadian & Gallea, 1997, p. 162).

الفرع الثاني - معيقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة:

بالإضافة إلى ما سبق ذكره من حدود تمنع ممارسة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات بشكل سليم، هناك معيقات أخرى تظهر في بيئة المؤسسات العمومية للصحة منها:

- ميول المركزية المسيرة لقطاع الصحة للتركيز على تلبية حاجات مقدمي الخدمة بدلا من التركيز على حاجات المرضى.
- عدم اهتمام الأطم الصحة بمسائل الجودة وتطبيقاتها.
- عدم توفر خبراء محليين لوضع معايير موضوعية ومقاييس للأداء الطبي يمكن الاعتماد عليها لقياس وتقييم أداء هذه الفئة المحورية في عملية العلاج.

- باعتبار أن قيادة الإدارة العليا هي أحد العناصر الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، فمثلا في الشركات تجد أن المديرين التنفيذيين هم المبادرون لتغيير الثقافة التنظيمية السائدة وهم من يحملون مؤسستهم في رحلة الجودة، وهذا يختلف تماما عن المسيرين بالمؤسسة العمومية للصحة فهم لا يتمتعون بالسلطة النهائية في تعيين بعض أسلاك الأطباء أو فصلهم وكذلك تخصيص الموارد. فعلى سبيل المثال، في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية، يسري نظام الحوكمة المشتركة حيث يشارك أعضاء المجلس العلمي ومجلس الإدارة

إدارة شؤون المستشفى مع المسير الإداري، ويؤدي هذا النوع من الحكم المشترك إلى نشر السلطة والمسؤولية، ونتيجة لذلك، تفتقر الإدارة العليا إلى سلطة اتخاذ تدابير وتغييرات جذرية في المؤسسات العمومية للصحة. ومع ذلك، نظرا لافتقار المسيرين للسلطة اللازمة، فمن الصعب عليهم نشر هذه القيم والأهداف.

- اتفق الأطباء والمرضون أن الإحصاءات مهمة لحل المشكلات، لكنهم أعربوا عن قلقهم بشأن الخلفية التعليمية الإحصائية الضعيفة للأطباء والمرضين (Chiarini & Bracci, 2013, p. 366).

- تقوم المؤسسات التي تبنت إدارة الجودة الشاملة بتغيير ثقافة مؤسستها إلى ثقافة الجودة الشاملة التي تتضمن عناصر مثل العمل الجماعي، ومشاركة الموظفين، وإدارة العمليات. بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة لديها تقاليد عميقة الجذور، يعود تاريخها إلى عدة قرون ما يجعلها تقاوم التغيير. فعلى سبيل المثال، يتم تنظيم المستشفيات إلى وحدات إدارية وأخرى تقنية والأهم وحدات طبية على أساس التخصصات الطبية، فعند تبني ثقافة إدارة الجودة الشاملة، تحتاج المؤسسة إلى التركيز على المريض الذي يعتبر هو الزبون، ومع ذلك، فإن الولاء الأساسي لكل سلك في المستشفى هو مجالهم الأكاديمي وليس أهداف المؤسسة الصحية.

- يمكن أن يشكل حجم المؤسسة العمومية عائقا أمام نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فمعظم قصص نجاح هذا النظام كان في مؤسسات صغيرة (Radin & Coffee, 1993, p. 52) والمعروف أن المؤسسات العمومية للصحة هي مؤسسات كبيرة ومعقدة من حيث تعداد موظفيه و من حيث نوع مهنتهم.

المطلب الثالث - متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة:

اجتمع إحدى وعشرون منظمة مهتمة بالرعاية الصحية من خبراء الصناعة في مجال الجودة سنة 1987 في مدينة بوسطن الأمريكية لتبادل الخبرات لمدة أسبوع في مجال تحسين جودة الخدمات الصحية ليعلنوا عن برنامج قومي لتحسين جودة الخدمة الصحية The National Demonstration Project On Quality Improvement In Health Care ونجاح هذا البرنامج أدى إلى إنشاء معهد متخصص لتحسين خدمة الرعاية الصحية The Institute Of Health Care Improvement (الحاج نعاس, 2020. ص 174).

وأنشأت كذلك هيئة مكلفة باعتماد المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية Joint Commission On Accreditation Of Health Care Organizations تابعة للحكومة الفيدرالية تهدف إلى اعتماد وتقييم أكثر من 22000 مرفق في الولايات المتحدة الأمريكية، تتمثل مهمتها في تعزيز سلامة المرضى وتحسين جودة الخدمات الصحية من خلال فرض الامتثال لمعايير الأداء المختلفة. رغم أن الاعتماد طوعي، إلا أن تلبية المعايير المفروضة من قبل هذه الهيئة تعتبر شرطا لتلقي المؤسسات الصحية التمويل الفيدرالي، وتدرج العديد من الولايات معايير اللجنة المشتركة في متطلبات ترخيص المستشفى، فعدم احترام المعايير يمكن أن يؤدي إلى استبعاد المستشفى من تلقي ملايين الدولارات سنويا من التمويل الفيدرالي ويمكن أن يؤدي حتى إلى تعليق أو إلغاء ترخيص الدولة (Ibrahim, Reynolds, Poon, & Alam, 2022, p. 01).

وقد وضعت هذه اللجنة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية برنامجا يحوي عشر خطوات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات وهي (الحاج نعا، 2020، ص 174):

- توزيع المسؤوليات المتعلقة بالجودة داخل المؤسسة الصحية على الأطراف المختلفة.
 - ضبط الجوانب المختلفة للرعاية التي تقدمها المؤسسة.
 - تحديد العناصر الرئيسية لعملية تقييم جودة الخدمة المقدمة.
 - وضع المقاييس المعتمدة لتقييم جودة كل عنصر.
 - تحديد مداخل عملية تقييم الجودة.
 - وجود نظام معلوماتي للبيانات المفصلة المرتبطة بجودة الخدمة الصحية.
 - تقييم البيانات المتحصل عليها الخاصة بالجودة وتحليلها وإجراء مقارنات عليها.
 - اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين مستوى الرعاية الصحية.
 - تقييم درجة فعالية هذه الإجراءات في تحسين الخدمة.
 - تداول نتائج عمليات التحسين مع جميع الأقسام في إطار برنامج تحسين الجودة على مستوى المؤسسة.
- ويجدر توضيح الفرق بين الترخيص والاعتماد، فالترخيص مؤسسة صحية لممارسة نشاطها يختلف عن اعتمادها من طرف منظمة مكلفة بالاعتماد، فالترخيص يقصد به السماح بمزاولة مهنة متخصصة سواء للأطباء أو الممرضين وفق التشريعات والتنظيمات المعمول بها في هذا الإطار، فهو يسمح لأفراد بدخول ميدان مهني معين ضمن معايير وأخلاقيات محددة مسبقا، لكن هذا الترخيص لا يضمن الجودة المطلوبة في الخدمة الصحية فنظام الإجازة أو الترخيص غير فعال لتقديم الأداء الجيد أو المستوى العالي للجودة. بالنسبة للاعتماد فهو مدخل من مداخل ضمان الجودة، لأن المؤسسة الصحية تقيم على أسس مادية ومؤهلات بشرية فتعمل على تحقيق معايير تنظيمية ومادية مطلوبة تسمح بتقديم الخدمة الصحية الصحيحة وذات جودة عالية (رجيمي، 2023، ص 97).

وحسب كاليزني وآخرون Kaluzny et al (1992) فإن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يتطلب:

- 1- إعادة تحديد دور الإدارة: يتطلب تحقيق نتائج إيجابية على صحة المجتمع من خلال إدارة الجودة الشاملة عمل المديرين عموديا وأفقيا داخل المؤسسة. فمن الناحية الأفقية، يجب التركيز على العمل ضمن فرق وعملية التفويض والمعارف التقنية ضرورية للمديرين لكنها لن تكون كافية، لذا يجب أن تصبح الإدارة مسؤولة عن طريقة العمل التي تتجاوز البرنامج المسطر. ويتطلب ذلك فهما سليما للرسالة ورؤية المؤسسة، فضلا عن المهارات في علم الأوبئة، وإحداث التغيير التنظيمي، واستخدام تحليل العمليات. كذلك يجب أن تشارك الإدارة العليا في عملية التدريب وبناء المهارات، وبهذا سيكون أداء المديرين رفيعي المستوى أقل في اتخاذ القرارات، ومع ذلك يكونون مسؤولين عن إدارة وتهيئة بيئة داعمة تسهل التغييرات اللازمة لإعادة تخصيص الموارد اللازمة في هذه العملية، وتكون الإدارة الوسطى مسؤولة عن رصد العملية والإذن بتغييراتها التي توصي فرق التحسين بها وستتولى المزيد من سلطة اتخاذ القرار، تستخدم هذه السلطة في عملية توافقية بدلا من عملية توجيهية.

- 2- تحديد الثقافة الداعمة: في مجال الرعاية الصحية هناك ميل للبحث عن الإصلاح السريع والمعياري الأمثل، في حين أن إدارة الجودة الشاملة تقوم فلسفتها على التغيير المستمر والعمل بما هو متاح لكن بتوقعات عالية جدا. على وجه التحديد، تتطلب مؤسسات الصحة ثقافة تدعم التحسين المستمر في جميع العمليات التي تنفذ من خلالها برامجها وتتفاعل مع المرضى، بما في ذلك

التحسين الذي لا ينتهي عند المعايير واستخداماتها وقيمتها، بمعنى أنها مستعدة للتقييم على أساس معدل التحسن، وليس بناء على ما إذا كان التحسن قد بلغ مستوى محدد عند معيار ما. فمن الواضح أنه سيتعين على الثقافة دعم المرونة والإبداع المطلوبين لتحقيق الغايات في الوقت المناسب.

3- إعادة تحديد دور المواطن في الإشراف والتنظيم: تخضع مؤسسات الصحة خاصة العمومية منها لمجموعات إشراف وتتأثر رسالتها وأهدافها بشدة لطلباتهم التنظيمية. فمن المهم إشراك مجموعات الإشراف هاته في عملية التحسين المستمرة ويجب أن تقتنع بأهمية عملية قياس المستوى الحالي للأداء ثم تخصيص الموارد اللازمة لبلوغ مستوى أفضل في السعي المستمر إلى تحقيق الجودة. لذا يجب منح الإدارة مرونة أكبر في الميزانية مما كانت عليه في السابق، فسرعان ما تفقد فرق تحسين الجودة الاهتمام إذا تم توليد أفكار التحسين ولم يتم تنفيذها بسبب الالتزام الصارم ببنود الميزانية. كذلك يجب على المشرعين والمسؤولين العموميين المعنيين ومجموعات الإشراف العمل عن كثب ودعم التجارب التي يتم تقييمها بعناية واستمرار. علاوة على ذلك، يجب تطوير تحالفات تشمل الصناعة المرتبطة بالصحة ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يستخدمون إدارة الجودة الشاملة للتأثير على الهيئات التشريعية والتنظيمية ذات الصلة لدعم الأنشطة التمكينية.

4- تحديد مسار الأهداف: يتطلب تنفيذ إدارة الجودة الشاملة مسارا من التغييرات المتوقعة على مدى فترة، فمن غير المقبول طلب موارد إضافية تحت التهديد بأن عدم توفير هذه الموارد سيقول من الامتثال لمعيار ما وسيتم خسارة أموال إضافية. في الواقع تتطلب إدارة الجودة الشاملة سلسلة من الأهداف التي تيسر المناقشة حول المفاضلات في الوقت والموارد، وتركز الاهتمام على خفض التكاليف من خلال تحسين عملية العمل الشاملة.

5- قيادة عملية المقارنة المرجعية من الأعلى: سيكون التحدي الأكبر للمؤسسة الصحية عملية وضع المعايير لمقارنة الأداء وجودة الخدمة. غالبا ما يعتبر المهنيون أن المؤسسة التي تدربوا فيها بمثابة المعيار الذهبي لإجراء المقارنات، ويكونون راضين عن محاكاة هذا النهج، لكنهم لا ينظرون في أنشطتهم اليومية من حيث العمليات ولا يرغبون في جمع بيانات العمليات وتحليلها لأنهم يترددون في تعلم ما يفعله الآخرون في أماكن مختلفة. لذا يجب أن تشير الإدارة العليا إلى أنه رغم وجود اختلافات، يمكن تعلم الكثير من أوجه التشابه. فعلى سبيل المثال، قد يكون من الصعب على المتخصصين في الصحة العامة محاكاة الطريقة التي تتعامل بها ديزني لاند مع خطوط الانتظار دون الشعور أن مهنتهم أقل قيمة، لكن يمكن التعامل مع طريقة خطوط الانتظار في العيادات كمقارنة لذلك.

6- خلق ركود تنظيمي: يمكن إعاقه التنفيذ الفعال لإدارة الجودة الشاملة إذا لم تكن هناك موارد لدعم عملية التحسين. صحيح أن التحسين يمكن أن يخلق موارد تقديرية عن طريق الحد من الهدر المدججة في عملية التحسين، إلا أنه قد تكون هناك حاجة إلى موارد بادئ الأمر إذا أريد لعملية التحسين أن تكون فعالة منذ البداية، ولا يمكن للإدارة رصد جميع الموارد في الميزانية لكن يجب أن تكون هناك موارد احتياطية متاحة للتعجيل بالتنفيذ، وقد يكون ضمان بعض الموارد الراكدة أو على الأقل مرونة الموارد أكبر تحد لتنفيذ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية للصحة.

7- تمكين العاملين من معالجة المشاكل: لقد تعلم العديد من المهنيين في مجال الصحة العمومية عدم المغامرة بتجاوز مجالات البرنامج الخاصة بهم، وهم راضون إما عن تجاهل المشاكل أو عن افتراض أن المشاكل تقع على عاتق الآخرين داخل المؤسسة. تتطلب إدارة الجودة الشاملة أن يتولى المهنيون المسؤولية المباشرة عن تحديد المشاكل وحلها. علاوة على ذلك، فإنها تتطلب فهما

لكيفية ارتباط عمل فريق ما بعمل فريق آخر وتأثيره عليه، واستخدام هذه المعرفة لجمع البيانات وتحليلها وتقديم توصيات لتحسين عملية العمل، ويجب أن تقدم الإدارة تغذية راجعة سريعة بشأن المقترحات الناتجة لتحسين العمليات.

8- تجنب متلازمة أفضل الممارسات: في حين أن استخدام إدارة الجودة الشاملة في الصحة العمومية يتطلب وضع معايير، فمن المهم تجنب أخصائيو الصحة العامة تبني ما يسمى بالتفكير في أفضل الممارسات، ولا يمكن أن توجد أفضل الممارسات بمعزل عن احتياجات المرضى وموارد المؤسسة. فمثلا في الصناعة، تحقق الشركات المتنافسة نتائج ناجحة باستخدام مناهج مختلفة بشكل لافت للنظر. فأحدهما يستعمل أجهزة الكمبيوتر، والآخر يعتمد على الروبوتات، والشائع لدى الجميع أنهم يطورون طرقا مبتكرة لتلبية متطلبات عملائهم استنادا للموارد المتاحة لديهم. ويتمثل التحدي في توسيع الإدارة مجموعة النهج البديلة التي يمكن للمديرين الاختيار بينها، وليس اختيار نهج واحد يستخدمه الجميع في كل شيء.

9 تحديد توقعات زمنية واقعية: يتطلب نجاح إدارة الجودة الشاملة تقديرا واقعيا للوقت اللازم لتنفيذها ومراقبة تأثيرها. فتتطلب عملية تكيف إدارة الجودة الشاملة وإضفاء الطابع المؤسسي عليها في المؤسسات الصحية عددا من السنوات، ويجب على الإدارة أن ترصد استخدامها باستمرار لضمان إضفاء الطابع المؤسسي الكامل عليه في جميع أنحاء المؤسسة. فعلى سبيل المثال، بينما فازت شركة زيروكس Xerox Corporation بجائزة Malcolm Baldrige عام 1989 عن برنامجها للجودة، استمرت القضايا الجديدة المتعلقة بالتنفيذ في الظهور بعد 5 سنوات من بدء البرنامج، فكشف الرصد أن نظم تقييم الموظفين لا تعكس الالتزام بإدارة الجودة الشاملة وأن التدريب في إدارة الجودة الشاملة لم يدرج كمعايير انتقاء المديرين.

10 جعل الإدارة نموذجا للتحسين المستمر: بما أن البشر أكثر تأثرا بالأفعال من الأقوال، فإن الإدارة تحتاج إلى وضع نموذج لعملياتها التيسيرية بالنسبة للمؤسسة. سيبحث المهنيون بشكل خاص عن التناقضات بين ما يتم دعوتهم إليه وما يتم ممارسته، فيجب على الإدارة العليا أن تفقد استخدام هذه العملية بوعي كجزء من العملية الشاملة. فإدارة الجودة الشاملة ليست برنامجا يجب تنفيذه بل عملية يجب الشروع فيها.

وهناك مراحل يجب تتبعها من طرف المؤسسة العمومية للصحة في إطار تطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي (مديوني، 2016: ص 91-95):

أولا: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة وهي مرحلة تسبق بناء النظام، تتعاون الإدارة العليا للمستشفى مع رؤساء الأقسام الطبية والإدارية بالتعاون مع مستشارين في مجال تصميم نظم الجودة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات لمناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنتاج الحلول المثلى لها. حيث يتم توفير كافة البيانات، المعلومات والمقترحات التي تحدد الأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية للمستشفى. وهكذا يتضح أن هذه المرحلة تستهدف بناء ثقافة للجودة وجعلها جزءا من ثقافة المستشفى. بالإضافة إلى ضمان الحصول على الدعم التام من قبل القيادات العليا للمستشفى الطبية والإدارية.

ثانيا: نشر ثقافة الجودة الشاملة تستهدف هذه المرحلة ضمان قدرة المستشفى على التكيف مع الظروف المختلفة من تغيرات سياسية، اقتصادية، اجتماعية ومواكبة التطورات العلمية في مجال الصحة والتكنولوجيا وتوظيفها في خدمة المستشفى. بالإضافة إلى زيادة درجة الوعي لدى كافة العاملين بأهمية طرق التحسين والتطوير في نظم وأساليب العمل وجودة الخدمات الطبية والفنية والإدارية كما وتتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية:

- تعريف الإدارة العليا للمستشفى بالأسس النظرية لإدارة الجودة الشاملة وأدواتها وطرق قياسها وكذا متطلبات تطبيقها.
- التزام الإدارة العليا بفكر التميز الإداري والجودة الشاملة، فضلاً عن مساندتها لتطوير أداء العاملين على ضوء هذا الفكر.
- تعريف العاملين في المستشفى بالجودة الشاملة وأدواتها واقتناعهم بمفاهيم الفكر الإداري الجديد.
- ثالثاً: مرحلة التخطيط وتهدف هذه المرحلة إلى إبراز رغبة إدارة المستشفى في تكريس جهودها من أجل تحقيق الجودة والتزامها بنشر ودعم ثقافة الجودة الشاملة وتتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية:
 - تعيين مدير الجودة من بين رؤساء الوحدات التنظيمية للمؤسسة ممن تتوفر لديهم مهارات متميزة وقيادية.
 - تحديد احتياجات المستفيدين، متطلباتهم، اتجاهاتهم ورغباتهم واعتبارها أساساً من أسس صياغة أهداف المستشفى.
 - صياغة خطة شاملة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بمشاركة جميع العاملين للاستفادة من آرائهم وضمان التزامهم وكسب رضاهم.
- تكوين فريق عمل الجودة وتسند إليه مهام تكوين حلقات الجودة في مختلف مجالات العمل المستشفى وتعتبر الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة، التخطيط لأنشطة الجودة من خلال تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات المتعلقة بأنشطة الجودة. بالإضافة إلى تحديد أساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك، وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة لجميع مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبارات التالية : أداء العمل بطريقة صحيحة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء/ مشاركة جميع العاملين في حل مشكلات العمل و القضاء على الأخطاء/ التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية و العمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة/ التركيز على اجراءات وأساليب العمل والنتائج المحققة في آن واحد/ تطوير فكرة الولاء للمستشفى وأهدافه/ الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي/ تعميق فكرة أن العميل هو الذي يدير ويوجه كافة أنشطة المستشفى.
- رابعاً: تطبيق خطة الجودة ومتابعتها فمن أهم متطلبات التطبيق السليم لخطة الجودة بالمستشفيات ما يلي:
 - تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى، واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقاً لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية.
 - تعديل الهياكل التنظيمية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات إيجابية لدى مختلف فئات العاملين من ناحية ثانية.
 - وضع آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معه عن مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين المطلوبة.
 - تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات.
 - وضع وتنفيذ خطة متابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقييم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة لإتمام عملية الرقابة والمتابعة.
 - تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم تسمح بتلقي ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين وكذا الزائرين.
 - إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد.

خامسا: مرحلة التقييم تهدف هذه المرحلة إلى توفير المعلومات المتعلقة بالمستشفى وتتضمن الخطوات التالية:

- وضع معايير لقياس مستوى الجودة وتقييم الأداء في المستشفى.
- معرفة الوضع الحالي للمستشفى ودرجة الالتزام بالخطط الموضوعية ومدى تحقق الأهداف المسطرة أثناء تطبيق نظام الجودة الشاملة وتحديد مناطق القصور والتعرف على أسبابها. بالإضافة إلى التعرف على فرص التحسين والتطوير المتاحة.
- سادسا: مرحلة التطوير تمثل هذه المرحلة التطبيق الفعلي لإدارة الجودة الشاملة ومعالجة المشاكل وأوجه القصور التي أفرزتها المرحلة السابقة، وتتضمن الخطوات التالية:

- تفعيل عمل فريق الجودة في عملية التغيير والتطوير.
- تحديد المسؤوليات وتعريف جميع العاملين بدورهم في عملية التغيير.
- المراجعة الدورية للجهود المبذولة في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.
- تعزيز الوعي بأهمية التطوير المستمر من خلال التشخيص العملي لمشاكل المستشفى والكشف عن التحديات التي تواجهها وطرق حلها وكذا توفير المتطلبات اللازمة لعملية التغيير والتطوير.

سابعا: مرحلة التحسين المستمر تستهدف هذه المرحلة التعرف على أفضل الممارسات من أجل تطبيقها مرة أخرى في عمليات التحسين المستمر وتتضمن القيام بما يلي:

- الاستعانة بخبراء الجودة الشاملة في تقييم برنامج التحسين.
- إجراء مقارنات مرجعية للأداء مع مستشفيات مماثلة.
- دعوة جميع الأطراف المعنية بتطوير عمل المستشفى للمشاركة في عملية التحسين.
- تزويد جميع العاملين في المستشفى بالتغذية العكسية (التقارير) عن نتائج التقييم ثم العودة مرة أخرى إلى مرحلة التخطيط لمواصلة عملية التحسين المستمر للجودة الشاملة.

ووضع الدكتور دونالد باركويك Dr Donald Berwick عشر نقاط مهمة استوحاها من نظريات الرواد عن الجودة الصناعية وجعلها تتناسب مع بيئة الخدمات الصحية وهي (قشي, 2020. ص 66):

- المؤسسات الصحية بحاجة إلى تعريف أوسع وأشمل للجودة من المؤسسات الإنتاجية.
- الإدارة العليا في المؤسسة الصحية هي المحرك الرئيسي لتطبيق الجودة.
- الاستفادة من البيانات الكثيرة المتوفرة في المؤسسات الاستشفائية وتطوير عملية جمعها لتطوير العمل.
- إن استخدام أدوات تحسين الأداء مثل المعايير والتدقيق ووضع لوائح الفحص والاطلاع على التجارب العملية والتحليل العلمي للعمل أساسى لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.
- لفرق العمل دور أساسى عند البدء بتطبيق هذا النظام من أجل فهم العلاقات بين العمليات وتوضيح التغيرات اللازمة لتبسيط الإجراءات وتحقيق الهدف من العمل بأبسط طريقة ممكنة.
- تساعد وسائل تحسين الجودة في مجال الخدمات الصحية على تحديد المشكلات، مما يمكن فريق العمل على تحليل العمليات وفهمها وهذا يؤدي إلى أداء أفضل.

- ضرورة إشراك الأطباء في عملية التحسين رغم انشغالهم بعملهم التخصصي لأهمية دورهم المباشر في تقديم الخدمة الصحية.
- عدم إهمال التكلفة الناتجة عن تدني مستوى الجودة أو غيابها (الهدر، إعادة العمل، عدم الوثوقية، تعقيد الإجراءات، تداخل المهام) والتركيز على الوفر الناتج عن تطبيق البرامج النوعية للجودة.
- التأكيد على أهمية التدريب لكافة مستويات العاملين بما في ذلك المديرين وفرق العمل.
- الاهتمام بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة بشكل متزامن مع التحسين في الأمور الأخرى.
- ويتضح من خلال هذه النقاط أن إدارة الجودة الشاملة تستند على مفهومين هما الشمولية والتكاملية، فالشمولية تعني التوسع في نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الأخرى الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية، أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكملة لبعضها البعض ولا تستطيع القيام بوظائفها إلا بوجود النظم الأخرى. فمثلا لا يقدر الطاقم الطبي ممارسة مهامه دون وجود تكامل مع الطاقم شبه الطبي والخدمات المساعدة كالصيدلية والمخابر وقسم الأشعة (قشبي، 2020. ص 67).

- ولنجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها (عتيق، 2012. ص 103):
- الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المؤسسة أو المتعاملين معها.
- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويعمق مفهوم أن الجودة التي هي مسؤولية كل فرد في المؤسسة الصحية.
- فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية.
- نظام فعال وكفء لتشغيل البيانات ومعالجتها يدعم النظام وعملية اتخاذ القرار.
- نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الوحدات الفرعية.
- نظام واضح ومحدد ومعلن للجزاء والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام.
- يمكن للمؤسسة الصحية البدء في تطبيق نظام الجودة الشاملة في أحد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك إلى باقي الأنشطة.

- يحتاج النظام قبل البدء إلى دورات تدريبية مكثفة، والاستفادة من تجارب المؤسسات التي نجحت في هذا المجال.
- فلتحقيق المؤسسة العمومية للصحة أهدافها، يجب أن تعمل إدارة الجودة الشاملة على تغيير كيفية تصرف العمال أثناء العمل، فعلى الأفراد العمل بجهد أكبر (أي بمزيد من الجهد)، وأكثر ذكاء (أي بمزيد من المعرفة والمهارة)، وأكثر استجابة (بمعنى استراتيجيات أداء المهام تتناسب بشكل أفضل مع متطلبات العملاء) (Hackman & Wageman, 1995, p. 322).

المطلب الرابع- صور تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر:

في دراسة ميدانية قام بها الأستاذ بن عيشي سنة 2011 لتشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية، بالتحديد في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة، توصل إلى نتيجة إدراك عمال القطاع بأهمية أبعاد إدارة الجودة الشاملة من تركيز على المريض، التحسين المستمر، التزام الإدارة العليا وكذا إشراك الموظفين. حيث تعمل الإدارة العليا على خلق شعور العمال بمسؤوليتهم اتجاه المجتمع لتحسين نوعية الخدمات الصحية، بالإضافة إلى إشراك الموظفين في عملية التحسين المستمر والأخذ باقتراحاتهم بما يخدم عملية اتخاذ القرار (بن عيشي، 2012، ص 298).

ونظرا لأهمية بعد التقييم المستمر في إدارة الجودة الشاملة، فقد نص القانون 11/18 المتعلق بالصحة في قسمه السابع من الفصل الثالث على ضرورة التقييم بصفة منتظمة للهيكل ومؤسسات الصحة لتحليل وتقدير تسيير الممارسات المهنية قصد تحسين نوعية العلاج وضبط التكاليف ونجاعة عروض العلاج والأمن الصحي هذا في مادته 324. أما الجديد الذي قدمه هذا القانون ما أقرته المادة 327 من إمكانية طلب المؤسسة الصحية لإجراء التدقيق بهدف تقدير مستقل حول تسيير ونوعية وكلفة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة بواسطة معايير ومؤشرات ومراجع تتعلق بالإجراءات والممارسات العيادية الحسنة، وتقوم مصالح مختصة بهذا التدقيق تابعة لوزارة الصحة.

ومن خلال إرسال الوزير الأول رقم 408 المؤرخ في 2024/07/03 المتضمن توصيات اللقاءات الجهوية لوسيط الجمهورية الموجه لجميع المؤسسات العمومية وفي إطار تحسين جودة الخدمات للمرفق العمومي، تم توجيه توصيات تصب في إطار إدارة الجودة الشاملة منها:

- وضع مؤشر جودة المرفق العمومي بإشراك كل القطاعات والإدارات العمومية من خلال تنظيم ورشات لتحديد مضامينه وكيفية قياسه مما يسمح بترتيب سنوي للإدارات العمومية من حيث جودة تقديم الخدمة العمومية وخلق التنافسية للتميز في خدمة المواطن.
- تشجيع الابداع وروح المبادرة لدى الموظفين من خلال تحفيزهم وإطلاق جائزة لثمين القدرات يطلق عليها اسم جائزة التقدير.
- التقييم الدوري للموظفين والعمل على تحفيزهم على الأداء المتميز.
- دعم قدرات الموظف العمومي وتعزيز التكوين المتخصص وفقا للاحتياجات الأساسية والضرورية.
- الاستفادة من آليات وأحسن الممارسات التي اعتمدت عليها المؤسسات العمومية.

وتجدر الإشارة أن وزارة الصحة الجزائرية صارت في الآونة الأخيرة تشجع مهنيي الصحة على المشاركة في المسابقات المحلية والدولية للأعمال المميّزة، فمثلا قامت بفتح باب الترشيح لجائزة أفضل عمل مميز في مهنيي التمريض والقبالة المنظمة من طرف مجلس وزراء الصحة بجامعة الدول العربية المنعقد في دورته الستين بجنيف يوم 2024/05/26. والملفت للانتباه أن هذه الجائزة تبث روح المنافسة والتعاون بين مهنيي قطاع الصحة لتحسين جودة الرعاية الصحية سواء ببحث علمي أو اختراع أو ابتكار أو قيادة فعالة أو خدمة متميزة للمجتمع.

خلاصة

لا تزال إدارة الجودة الشاملة تمارس تفاصيلها في المؤسسات سواء العمومية أو الخاصة، والمطبقة بدرجة كبيرة في الدول الآسيوية والولايات المتحدة الأمريكية، وتحاول المؤسسات العمومية للصحة تبني أساليبها بما يناسب خصوصياتها لتحقيق الجودة المطلوبة في تقديم الخدمات الصحية. وبعد عرض كلا نموذجي التسيير سواء التسيير العمومي الحديث أو إدارة الجودة الشاملة يلاحظ تمايزهما عن بعض، لكل منهما نقاط قوة في تحسين الجودة تميزه عن الآخر، وهناك نقاط تقاطع بينهما لدرجة الاندماج، ولكل منهما كذلك نقاط ضعف، وهو ما سيتم التطرق له في الفصل الموالي. فكلاهما أثبت نجاعته في تحسين كفاءة المؤسسات ورفع جودة الخدمات إن طبقت مبادئهما بشكل صحيح وبتوجيه صحيح. وكون المؤسسة العمومية للصحة من أهم المؤسسات الخدمية فموضوع تحسين جودة الخدمة الصحية نال صحته بين هذه النماذج. فكيف يمكن أن تأخذ المؤسسة العمومية للصحة من نقاط قوة كل من المنهجين؟ وهل هناك تكامل بينهما؟ وإن كان فما هي متطلبات تطبيق هذا التكامل داخل المؤسسة العمومية للصحة؟ كل هذا يعرض في الفصل الآتي.

الفصل الرابع

تمهيد

تعتبر المؤسسات العمومية للصحة من أكثر المؤسسات تعقيدا وتنوعا، ما يجعل تسييرها أو إصلاح عملياتها الإدارية يأخذ حيز الاهتمام من طرف الباحثين الأكاديميين والمهنيين بهدف الرفع من كفاءتها وزيادة فعاليتها والرفع من جودة الخدمات الصحية، فبعد عرض أهمية تطبيق كل من التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في قطاع الصحة، اتضح أن التسيير العمومي الحديث يهتم بالكفاءة والفعالية والانصاف، فالخدمة الصحية تصب فيها الدولة موارد مالية وبشرية ومادية معتبرة ما يرفع من تكلفتها، من جانب آخر الخدمة الصحية خدمة يقترب فيها الخطأ من الصفر لحساسيتها وعلاقتها بمسألة الحياة أو الموت أو الإعاقة في حالة حدوث أخطاء، فيجب أن تمارس إلى حد الكمال ما يجعل إدارة الجودة الشاملة تلعب دورها في تحقيق جودتها. لذلك صار تكامل المقاربات التسييرية، لأخذ ما يناسب خصوصية القطاع الصحي، محط دراسة الكثير وهذا ما سيتم تناوله من خلال اقتراح نموذج هجين بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة. وقبل ذلك يجب تناول أوجه الشبه والاختلاف بين النموذجين في المبحث الأول، ثم تقديم مقترح نموذج التكامل بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة في المبحث الثاني، بعدها تناول نموذجين لتكامل أبعاد كل من التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة وهما الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص في المبحث الثالث، ومشروع المؤسسة في المبحث الرابع.

المبحث الأول- أوجه الشبه والاختلاف بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة:

بروز التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة كنموذجين في مجال التسيير كمنهجين لتحسين أداء المؤسسات والرفع من جودة مخرجاتها، يدفع للبحث عن أوجه التشابه والاختلاف بينهما، وفيما يلي أبرز ما يمكن استخلاصه للتمييز بينهما:

المطلب الأول- أوجه الشبه بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة:

- 1- كل من التسيير العمومي الحديث أو إدارة الجودة الشاملة لهما نفس الهدف ألا وهو الرفع من مستوى أداء المؤسسات العمومية رغم اختلاف أصل كل منهما وطرق الوصول إلى الهدف.
- 2- يبدو أن كلا من التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة يشتركان في ترشيد النفقات والتحكم في التكاليف، فالتسيير العمومي الحديث يهدف إلى محاربة الفساد والتسيير العقلاني للمال العام وإدارة الجودة الشاملة تهدف إلى الحد من الهدر والتبديد.
- 3- حظي رضا العميل باهتمام كبير في كلتا النظريتين، فالعمليل بالنسبة للحكومة هو من يدفع للحصول على خدمة عمومية ومن يتأثر بالنظام، لكن يبقى الاختلاف في مقياس الرضا لبعض أداءات الحكومة صعب مثلاً الدفاع الوطني والسياسة الخارجية.
- 4- تعتمد كلتا النظريتين على فرض التغيير من أعلى إلى أسفل المؤسسة من أجل ضمان تحقيق الهدف لزيادة الأداء، فكلاهما أجرى تغييرات في طريقة عمل البيروقراطية، وتؤكد كلتا النظريتين على أهمية التنسيق بين وحدات المؤسسة للرفع من أدائها.
- 5- فكرة تمكين العاملين التي تقدمها فلسفة إدارة الجودة الشاملة تتقارب مع مفهوم تفويض السلطة واللامركزية التي ينادي بها التسيير العمومي الحديث، فبالأخير كلاهما يعني إعادة توزيع السلطة وتقليص منطقة القوة التي كانت تملكها الإدارة العليا.
- 6- الواضح أن كلا النهجين يواجهان نفس صعوبات التطبيق في المؤسسات العمومية من تعدد صانعي القرار في الحكومة سواء كانوا سلطة تنفيذية أو تشريعية، ومعارضة رجال السياسة لزيادة حجم السلطة واتخاذ القرار لمسييري المؤسسات الحكومية، إلى جانب مقاومات التغيير على مستوى المؤسسات نفسها خوفاً من فقدان السيطرة وفقدان الطبيعة الهرمية للبيروقراطية.
- 7- من التحديات التي تواجه كلا النموذجين هي عملية التقييم وتحسين النظام ككل، فذلك يعني ضرورة تطوير نظام شامل للتخطيط والرقابة، وهذا في حد ذاته قد يشكل خطراً إذ يمكن أن يتحول إلى شكلين جديدين للبيروقراطية والهرمية (Vinni, 2007, p. 108).

المطلب الثاني- أوجه الاختلاف بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة:

- 1- تختلف النظريتان في أصل كل منهما، فإدارة الجودة الشاملة ظهرت في القطاع الخاص ثم تم تبنيها في القطاع العمومي، بينما ظهر التسيير العمومي الحديث في مجال الإدارة العامة. لذلك، تقدم كل نظرية رؤية مختلفة لكيفية وصولها إلى هدفها النهائي، فمثلاً تركز إدارة الجودة الشاملة على إحصاءات دقيقة من أجل تحقيق الجودة، ومن جهة أخرى يعتمد التسيير العمومي الحديث أكثر على تقنيات التسيير في أداء العمل.
- 2- تختلف إدارة الجودة الشاملة عن التسيير العمومي الحديث في فلسفة التغيير، فتنبع فلسفة إدارة الجودة الشاملة من إحداث التغيير داخل المؤسسة من خلال التحسين المستمر، على العكس من ذلك، تعتمد فلسفة التسيير العمومي الحديث على إحداث التغيير بالعوامل الخارجية التي تدفع إلى التغيير من خلال المنافسة.

3- التحسين المستمر هو أحد المبادئ التي تقوم عليها إدارة الجودة الشاملة فهي توفر آليات لضمان استمرارية التحسين من خلال مراجعة إجراءات العمل، التدريب، استقصاء آراء العملاء وغيره. غير أن التسيير العمومي الحديث لا يملك آلية واضحة لضمان التحسين المستمر لأداء المؤسسة، وحسب المنظرين لهذا النهج فإن آليات السوق ستجلب المنافسة بين المؤسسات العمومية ما يدفعها إلى التحسين المستمر، لكن الأمر ليس مضمونا لتحقيق التحسين المراد. بوجه عام، يمكن لآليات التحسين المستمر لإدارة الجودة الشاملة أن تساعد في تحسين أداء المؤسسة العمومية، لذلك ينبغي أن تعتمد الحكومة.

4- ترتبط المساءلة في إدارة الجودة الشاملة بإجراءات العمل ونتائجه، بعكس التسيير العمومي الحديث فإن المساءلة مرتبطة بنتائج العمل فقط. صحيح أن كلا النظريتين تمنح مرونة للمسيرين للحصول على أداء أفضل إلا أن ذلك يخلق إشكال بخصوص المساءلة، فالتسيير العمومي الحديث يدعو إلى فصل السياسيين عن المسيرين الإداريين، لكن المواطن له حق التعبير عن حاجاته عن طريق السياسيين، بينما إدارة الجودة الشاملة تقوم على مساءلة المسيرين عن جودة أعمالهم. فيمكن القول أن تتبع الأداء من منظور إدارة الجودة الشاملة يحل مسألة المساءلة في التسيير العمومي الحديث.

5- كلا النموذجين يضعان منهجا لقياس الأداء ووضع المعايير، الفرق يكمن في أن إدارة الجودة الشاملة تركز على أداء العمليات إلى جانب تحسين المخرجات أما التسيير العمومي الحديث يركز على المخرجات في الغالب. ويهدف النموذجين إلى خفض التكاليف إلا أن مسألة التكلفة في إدارة الجودة الشاملة تختلف قليلا عن التسيير العمومي الحديث فهي تسعى إلى إيجاد أفضل علاقة بين الجودة والتكلفة من وجهة نظر العميل وليس فقط كونها اقتصادية (Vinni, 2007, p. 114).

6- تعزز إدارة الجودة الشاملة التعاون والتنسيق بين وحدات المؤسسة لتصبح أكثر قدرة على التنافس، بينما يصنف التسيير العمومي الحديث المؤسسة إلى وحدات لإيجاد التنافس بينها لتحسين الأداء.

7- كذلك دور الإدارة العليا في القيادة كنقطة اختلاف بينهما، فقيادة الإدارة العليا حاسم أكثر في إدارة الجودة الشاملة على خلاف التسيير العمومي الحديث، فهذا الأخير يوفر حرية التسيير ولا يركز على أهمية الالتزام (Vinni, 2007, p. 115).

يمكن إجمالاً رسم نقاط الالتقاء ونقاط الفروقات من خلال الجدول التالي:

الجدول (4-1) أوجه الشبه والاختلاف بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة

أوجه الاختلاف	أوجه الشبه	
أصل كل منهما يختلف عن الآخر فالتسيير العمومي الحديث ظهر في الإدارة العامة وإدارة الجودة الشاملة ظهر في القطاع الخاص	كلاهما يهدف للرفع من أداء المؤسسات	الهدف
تختلف إدارة الجودة الشاملة عن التسيير العمومي الحديث في مسألة التكلفة، فهي تسعى إلى إيجاد أفضل علاقة بين الجودة والتكلفة أما التسيير العمومي الحديث يسعى إلى جعلها اقتصادية	كلاهما يهدف إلى ترشيد النفقات والتحكم في التكاليف	
كيفية الوصول للهدف تختلف، التسيير العمومي الحديث يركز على تقنيات التسيير في الأداء أما إدارة الجودة الشاملة تركز على إحصاءات دقيقة	رضا العميل	
فلسفة التغيير، التسيير العمومي الحديث يعتمد على العوامل الخارجية التي تدفع للتغيير من خلال المنافسة، على عكس إدارة الجودة الشاملة التغيير يكون من داخل المؤسسة من خلال التحسين المستمر	فرض التغيير من أعلى إلى أسفل	
التحسين المستمر، التسيير العمومي الحديث لا يملك آلية واضحة لضمان التحسين المستمر على عكس إدارة الجودة الشاملة فتوفر آليات لضمان استمراره	كلاهما حركة إصلاحية أجرت تغييرات على نظام البيروقراطية	

الأسلوب	تمكين العاملين وإعادة توزيع السلطة	يركز التسيير العمومي الحديث على المخرجات في الغالب، بينما إدارة الجودة الشاملة تركز على أداء العمليات إلى تحسين المخرجات
	تقليص منطقة القوة التي تملكها الإدارة العليا	لا يركز التسيير العمومي الحديث على أهمية التزام القيادة بل يعمل على حرية التسيير، إلا أن إدارة الجودة الشاملة ترى أن دور الإدارة العليا حاسم في القيادة
	/	ترتبط المساءلة في التسيير العمومي الحديث بنتائج العمل فقط، بينما في إدارة الجودة الشاملة ترتبط المساءلة بإجراءات العمل ونتائجه
	/	التسيير العمومي الحديث يعمل على إيجاد التنافس بين الوحدات لتحسين الأداء، بالمقابل إدارة الجودة الشاملة تعزز التنسيق والتعاون بين الوحدات
الصعوبات والتحديات	صعوبة عملية تقييم وتحسين النظام ككل	/
	ضرورة تطوير نظام شامل للتخطيط والرقابة	/
	قد يشكّلان وجها جديدا للبيروقراطية والهرمية	/

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على ما سبق

المبحث الثاني- مقترح نموذج هجين لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة:

قامت جميع الدول الغربية بإصلاحات في أنظمتها الصحية، والأسباب التي قدمتها الحكومات كثيرة، فهم يشددون على أزمة المالية العامة، وارتفاع تكاليف الخدمات الصحية المرتبطة بالتغيرات الديموغرافية والتكنولوجية، فضلا على شيخوخة السكان، وينصب التركيز على نوعية الخدمة والفعالية والكفاءة والإنصاف. ومن المؤكد أن إصلاحات النظام الصحي جزء من تحول أوسع نطاقا للحماية الاجتماعية(Bourque, 2007, p. 04).

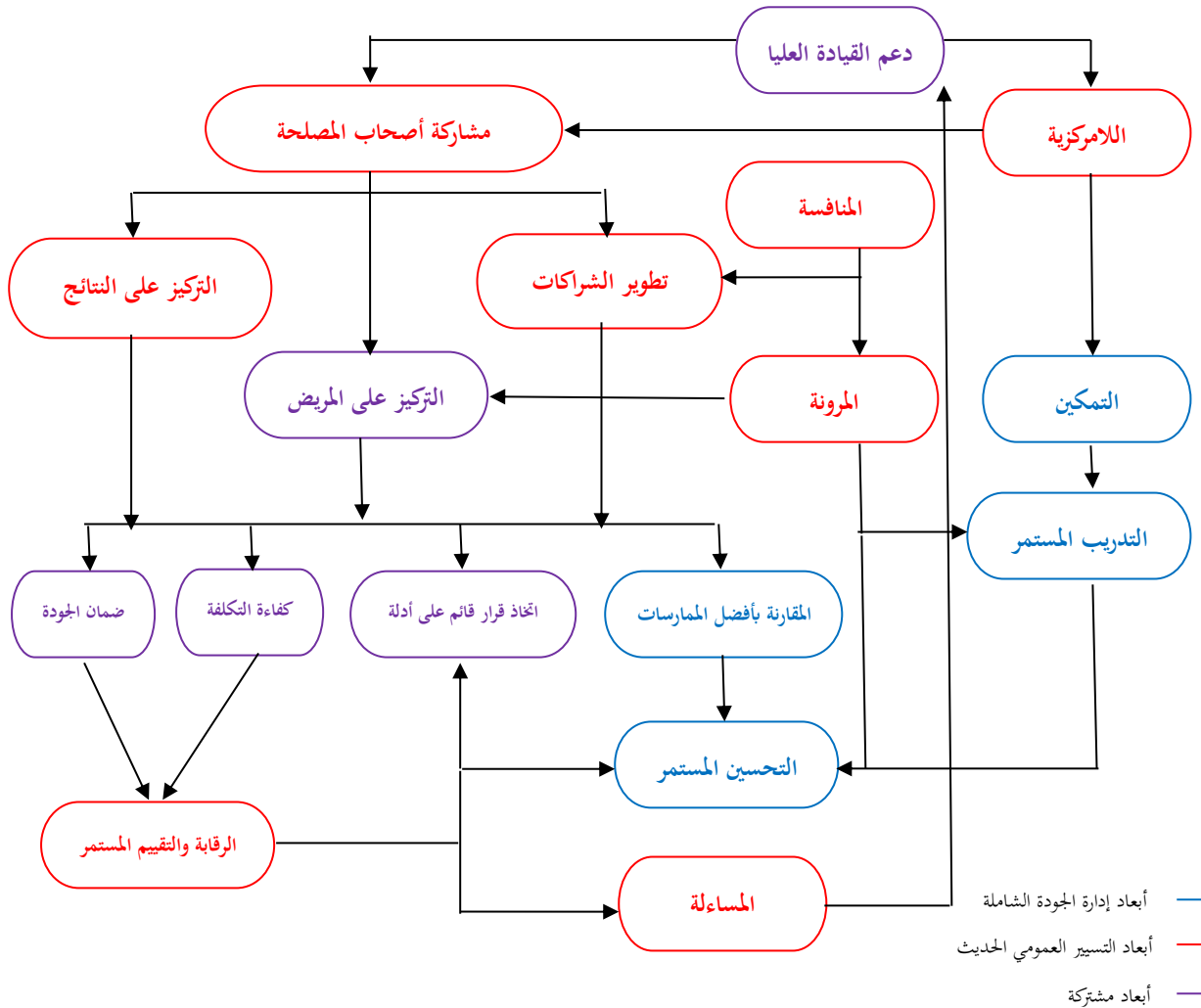
فعمل الدول على ترقية نظام صحي كفاء تقدم مؤسساته الصحية خدمات ذات جودة ترقى لتطلعات المواطن، لذلك تبنيها منهاجا تسييريا واحدا دون التأثير بالمنهاج التسييري الأخرى قد يحد من تحقيقها لهاته الأهداف. خاصة أنه يوجد حاليا تمهجين لإصلاحات الإدارة العامة، والعالم اليوم يدخل فترة يتم فيها استخدام مقاربات وتطورات جديدة تعمل معا (Colak, 2019, p. 531)، ومن هذا المنطلق، فالنموذج المقترح الآتي سيكون بين آليات التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة.

المطلب الأول- نحو مقترح نموذج لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة لتحقيق جودة الخدمات الصحية:

ازداد اهتمام القطاع العمومي بإدارة الجودة الشاملة والمفاهيم المرتبطة بها وبدأ يهتم بجودة خدماته ورضا عملائه، ويحدث ذلك بتدخلات إدارة الجودة الشاملة في سياق تنفيذ التسيير العمومي الحديث(Scharitzer & Korunka, 2000, p. 944). وقد لوحظ عدم وجود نمط أحادي الاتجاه لنجاح أي إصلاح أو مزيج من الإصلاحات، لذلك يتعين على صانعي السياسات العمومية التفكير مليا في أبعاد المنهج الاصلاحى المتبناة وفوائدها وتكاليفها لتحقيق التحسين المطلوب (Andrews et al., 2019, p. 24). وفي الوقت الحاضر، تعد المؤسسات الصحية أنظمة ديناميكية معقدة تركز بشكل كبير على تحسين جودة الخدمة الصحية وتلبية المعايير الدولية الصارمة (Ahmed, Manaf, & Islam, 2013, p. 189). لذلك يمكن التفكير في نموذج

هجين، كما يظهر في الشكل 9، يتضمن مزيجاً من ممارسات التسيير العمومي الحديث وعناصر إدارة الجودة الشاملة، ومكونات كل نهج، خاصة تلك التي ترسبت في عملية الإصلاح، يمكنها أن تكمل بعضها جنباً إلى جنب بما يخدم قطاع الخدمات الصحية.

الشكل 9: مقترح نموذج هجين لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة



المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال الشكل 9، فالنموذج المقترح يقوم على مبادئ كل من المنهجين، انطلاقاً من التسيير العمومي الحديث يؤخذ مبدأ اللامركزية لمنح مزيد من الاستقلالية للمؤسسات العمومية للصحة تحت شعار "جعل المسيرين يسيرون"، وكذلك تسمح بمشاركة أصحاب المصلحة من مرضى وموظفي المؤسسة وممثلي المجتمعات المحلية في العملية التسييرية وهذا يجعلها أكثر تكيفاً مع البيئة المحلية وأكثر ضماناً لاستجابتهم للقرارات المتخذة. وتكون هذه المشاركة عن طريق تطوير الشراكات مع القطاع الخاص وحتى المجتمع المدني للاستفادة من الخبرة والموارد خارج القطاع الصحي العمومي وكذا الابتكار. إضافة إلى جعل جميع المشاركين مهتمين بالتركيز على نتائج محددة وليس اتباع إجراءات فقط، ويقوم هذا المبدأ على العديد من المبادئ الفرعية منها التمويل القائم على النتائج، عقود الأداء، قياس الأداء، التحفيز القائم على الأداء. والنقطة المحورية المشتركة في كلا المنهجين هي التركيز على المريض، فعلى الجميع سواء كانوا متخذي قرار أو أصحاب مصلحة توجيه اهتماماتهم وقراراتهم نحو رضا المريض.

وتقوم الشراكات أو الأداء القائم على النتائج أو الموجه للمريض على أربعة أمور مهمة وهي: **ضمان الجودة** مع الاهتمام **بكفاءة التكلفة** (تهتم إدارة الجودة الشاملة بعلاقة التكلفة بالجودة، أما التسيير العمومي الحديث فيرى أن التكلفة يجب أن تكون اقتصادية)، **اتخاذ القرار يكون قائم على أدلة** وكذلك **المقارنة بأفضل الممارسات** لتحسين الأداء، وهناك العديد من المعايير التي حددتها منظمات دولية لاعتماد المستشفيات كمرجع لأفضل الممارسات يمكن العودة إليها في عملية المقارنة، مع التنويه أن الممارسات في عملية تحسين مستمر إلى جانب الوقائع المتغيرة، لذلك يجب تحديث أفضل الممارسات وأفضل القرارات المتخذة. ويلزم بالنسبة لضمان الجودة وكفاءة التكلفة **الرقابة والتقييم المستمر** لهما (تتركز إدارة الجودة الشاملة على الرقابة القبلية أما التسيير العمومي الحديث يركز على الرقابة البعدية) لتحسين العمليات ونوعية الخدمة، ويفضل استخدام الأدوات الإحصائية التي تعتمد على إدارة الجودة الشاملة في عملية الرقابة والتقييم. وتقوم على أساسها، إلى جانب القرارات المتخذة، **مساءلة المسؤولين** من قبل **القيادة العليا** عن النتائج (مدخل التسيير العمومي الحديث) وعن الإجراءات (مدخل إدارة الجودة الشاملة) قصد اتخاذ القرارات المناسبة.

ومن جانب آخر، **اللامركزية** تعني كذلك **التمكين ومشاركة الموظفين** باعتبارهم أصحاب مصلحة في كل العمليات الإدارية وفتح المجال أمامهم للابتكار وتحسين الأداء والتطوير بما يخدم أهداف المؤسسة، لكن ذلك يتطلب **التدريب المستمر** لهم للمشاركة في عملية **التحسين المستمر** وعلى **الإدارة العليا دعم هذه العملية** وعدم ثبطها بل مواكبتها ومسايرتها، بالإضافة إلى إيجاد الاتساق التنظيمي بما يرفع من جودة الخدمة الصحية ورضا المريض. كل هذه المبادئ تتطلب من المؤسسة العمومية للصحة القدرة على التكيف وتكون أكثر استجابة للفرص المتاحة أو التحديات المواجهة، بعبارة أخرى أن تكون مرنة. وهذه **المرونة** تخلق بيئة تنافسية، وهناك العديد من الحقوقيين من يرى أن الخدمة الصحية ليست خدمة تنافسية، لكن يقصد **بالمنافسة** في هذا النموذج تشجيع المتخصصين على مواكبة التطور الطبي والتكنولوجي الحاصل لكسب رضا المريض، وهذا سيؤثر حتما على سمعة المؤسسات الصحية الواحدة على الأخرى من جهة، ومن جهة أخرى سيحسن الأداء مما يجلب التمويل الضروري للرفع من جودة الخدمة، إلى جانب التنافس على إنجاز أفضل الشراكات الممكنة. صحيح أن التسيير العمومي الحديث غرس المعايير التنافسية بدل المعايير التعاونية سعيا منه لتحقيق الكفاءة، لكن يمكن أن يبعد ذلك المؤسسة العمومية للصحة عن هدفها الأساسي ألا وهو الهدف الإنساني وتوجيهه نحو الهدف التجاري. وهنا يكون لإدارة الجودة الشاملة التدخل المناسب لإعادة ضبط التوجه نحو هذا الهدف من خلال العمل الجماعي والمشاركة.

*النظم المساندة للتطبيق الفعال لمقترح النموذج المجهن:

تجدر الإشارة أن تطبيق أي نظام تسييري يستلزم توفير مجموعة من الظروف الملائمة لتبنيه ولتنفيذه ولتقييمه، إضافة إلى دراسة بيئة تطبيقه الداخلية والخارجية، كذلك الأمر بالنسبة لتطبيق التسيير العمومي الحديث أو إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية للصحة. فالواضح أن كلا المنهجين يهدفان إلى الرفع من أداء المؤسسات العمومية عموما، بالإضافة إلى غرس مبادئ العمل الجماعي والمشاركة في صنع القرار والعمل على ترشيد النفقات والتحكم في التكاليف، إلى جانب السعي لرضا العميل ألا وهو المريض. وبما أن هناك العديد من الأبعاد التي يشترك فيها التسيير العمومي مع إدارة الجودة الشاملة، فذلك يساهم في إمكانية عملهما مع بعض. وخلال تمازج الأسلوبين لتحقيق ذلك، يمكن الاعتماد على نظم أخرى لتقوية فعاليتها في الأداء وأبرزها حسب ما سبق تناوله في المباحث السابقة:

- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي وغرس أخلاقياته في المؤسسة من روح الانتماء والمسؤولية.

- الثقافة التنظيمية القوية الداعمة للالتزام بالجودة وخفض التكاليف والتحسين المستمر.

- استقرار القيادة لما له من دور مهم في عملية الاستمرار في تحقيق الأهداف المسطرة وتدارك الأخطاء والأعطال من خلال المراقبة المستمرة والتحسين المستمر. فتغيير السلطة في كثير من الأحيان يغير مجرى الأداء حسب قناعاتها، ما يشكل عائقاً للاستمرار.

- نظم فعالة للاتصال والتنسيق والتكامل بين أسلاك العمال بما يخدم صالح المؤسسة وتحقيق أهدافها، ومحاولة فهم الضغط النفسي الحاصل نتيجة التغيير والمقاومة والعمل على إشراك الجميع في عملية التغيير لكسب الولاء.

- تكامل تكنولوجيا المعلومات، مع زمن التسارع الذي تعيشه المؤسسات وجب عليها الاهتمام والاستفادة من نظم تكنولوجيا المعلومات المعروضة حالياً، فهو يساعد على تحسين الأداء والابتكار وتطوير عملية الاتصال بما يدعم النظام وعملية اتخاذ القرار. فتواجه المؤسسة الصحية في بيئة دائمة الحركة ودائماً في مواجهة تحديات جديدة تستوجب إدارة يقظة متغيرة لتواكب مستجدات القطاع المتسارعة بهدف تحسين جودة خدماتها. ومسايرة التطورات المتسارعة في البحث العلمي والتكنولوجي في مجال الصحة يعد من أهم عوامل تقوية فعالية الأداء وتحسين الخدمات الصحية (بن حمدون، 2023. ص ص 122-123).

أما على المستوى الاستراتيجي قد تستخدم وزارة الصحة مجموعة متنوعة من التدابير لتشكيل التغيير التنظيمي الذي يصاحب إصلاح النظم الصحية، وتشمل هذه التدابير ما يلي (P. Berman, Azhar, & Osborn, 2019):

- 1- إنشاء فريق رفيع المستوى مشترك بين الوزارات لخلق التزام سياسي بالإصلاحات المتعلقة بالنظام الصحي كقوة موازية للمقاومة البيروقراطية للتغيير، فإذا كانت وزارة الصحة أقل نفوذاً فيمكن لمنبر مشترك بين الوزارات، بتوجيه تقني من وزارة الصحة، أن يتصور النظام الصحي المستقبلي ويخفف الحواجز المؤسسية أمام التغييرات التنظيمية في وزارة الصحة.
- 2- إنشاء فريق تغيير في وزارة الصحة مسؤول عن ترجمة القرارات على مستوى النظم الاستراتيجية إلى خطوات قابلة للتنفيذ للتغيير التنظيمي الداخلي. فيمكن لفريق التغيير دفع التغيير التنظيمي على المستويات الأدنى من المؤسسة.
- 3- اتباع تشريعات لتعديل البيئة المؤسسية لتمكين التغييرات اللازمة في المؤسسات العمومية للصحة. فالتشريعات تمكن من الحفاظ على عناصر الإصلاح الرئيسية في حال التقلبات السياسية المستقبلية.
- 4- الاستفادة من نوافذ الفرص السياسية، فالتغيير السياسي يمكنه إدخال إصلاحات صحية بطريقة ناجحة في إطار الإصلاحات الحكومية الشاملة التي تعكس الالتزام السياسي.

المطلب الثاني- تكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية:

منذ ثمانينات القرن الماضي، تسارع الاهتمام بالتكلفة والكفاءة بين المؤسسات، والتنافس على العملاء والأسواق، وحظي التركيز على إدارة الجودة بمزيد من الاهتمام بين القادة والمديرين والمهنيين الذين يبحثون عن طرق جديدة لمواجهة التحديات الجديدة التي تواجه مؤسساتهم (Abu Zayed, 1994, p. 05). فوصلت إدارة الجودة الشاملة إلى القطاع العمومي مع فترة تعميم أفكار التسيير العمومي الحديث في تلك الفترة، فعلى سبيل المثال، يشير كيلي Kelly (1998) إلى أن التسيير العمومي الحديث يسعى

إلى توفير آليات أكثر كفاءة لتقديم السلع والخدمات ورفع مستويات الأداء الحكومي ويستند إلى الاختيار الرشيد والخيار العمومي وهو يحتوي كذلك على عناصر من إدارة الجودة الشاملة. وخلص هازلت Hazlett وهيل Hill (2000) إلى أن الأدبيات حول التسيير العمومي الحديث غالبا ما تذكر 3 E-s (الاقتصاد Economy والكفاءة Efficiency والفعالية Effectiveness) كأهداف للإصلاح، وكنتيجة يتوجه التسيير العمومي الحديث نحو التركيز على الجودة ونوعية الخدمات والتوجه نحو العميل (أي خصائص إدارة الجودة الشاملة)، حاليا يركز التسيير العمومي الحديث على 5 E-s أضيف التميز excellence والمؤسسة enterprise بالإضافة إلى المبادئ السابقة (Vinni, 2007, p. 110).

وقد أجريت دراسة عام 1993 لمجموعة من المستشفيات، فوجدت أن 69٪ منهم بدأوا في تنفيذ مفاهيم الجودة الأساسية على أمل أن تكون مفاهيم وأدوات الجودة التي تم استخدامها على نطاق واسع لتحسين الجودة ومراقبة التكاليف في بيئة التصنيع ناجحة بنفس القدر في بيئة الرعاية الصحية. ومع ذلك، فقد وجدوا أنه لا يمكن ببساطة زرع مفاهيم وأدوات الجودة هذه من التصنيع مباشرة إلى الخدمات الصحية، فيتطلب تنفيذها تغييرات أساسية في ثقافة المنظمة وأساليب عملها (Roy, Vinayek, & Gupta, 2002, p. 03)، لذلك يمكن للتسيير العمومي الحديث أن يعمل معا إلى جانب إدارة الجودة الشاملة لتغيير ثقافة المؤسسة لزرع مفاهيم الجودة لتحسين الخدمات الصحية.

ويهدف تحسين الخدمات الصحية إلى تحقيق أهداف عريضة مثل التكلفة، المعرفة الجيدة، تنمية المهارات التقنية والمفاهيمية على حد سواء، والرسالة الواضحة، والملاءمة في جميع جوانب الحياة. وكل عمل يتخذه البشر وكل نظام يتفاعلون معه يتضمن عمليات أو منتجات يمكنه تحسينها أو خدمات يمكن تنفيذها بشكل أكثر كفاءة يتطلب الالتزام والانضباط المهني وهنا يأتي دور العمل الجماعي، مما يجعل المنتج أو الخدمة أكبر بكثير من مجموع مكوناته (Roy et al., 2002, p. 02). فصحيح أن هدف التسيير العمومي الحديث هو الرفع من أداء المؤسسة العمومية للصحة وزيادة كفاءتها، ومن جانب آخر تعمل إدارة الجودة الشاملة على تحسين طرق الأداء والرفع من جودة الخدمة، وكلها توصل إلى هدف أسمى ألا وهو رضا المواطن عن الأداء الحكومي.

المطلب الثالث- دور وحدة تحسين الجودة في تحقيق التكامل داخل المؤسسة العمومية للصحة:

تعمل وحدة تحسين الجودة على تحقيق هدف رئيسي من أهداف المؤسسة العمومية للصحة وهو تحقيق الجودة بأكثر الطرق كفاءة وفعالية. فاقترح هاكمان Hackman (1987) ثلاث معايير لفعالية وحدة الجودة وهي مستوى الجهد الموجه نحو المهام الذي يبديه أعضاء الوحدة، مقدار المعارف والمهارات التي يطبقها الأعضاء على عملهم، ومدى ملائمة استراتيجيات أداء المهام التي يستخدمها الأعضاء في تنفيذ العمل، فبقدر ما تتمتع به الوحدة من معايير، فاحتمال زيادة جودة منتجها أو خدمتها سيصبح أكبر (Hackman & Wageman, 1995, pp. 321-322):

- الجهد الموجه نحو المهام: تتمتع فرق الجودة بتحديات كثيرة، لذا تتعاون لتوليد تحسين مستمر في تلبية متطلبات المريض وتعزز الجهد الجماعي، بالإضافة إلى استخدام تقنيات إدارة العمليات التي تعتبر جزءا لا يتجزأ من برامج إدارة الجودة الشاملة ويجب العمل على تقليل درجة الجهد من خلال التنسيق الجيد والتوجيه الصحيح.

- المعرفة والمهارة: تتكون فرق الجودة من أعضاء من مختلف الوظائف بما يضمن وجود مواهب متاحة في هذه المهمة ومنه تعزز هذه الخاصية من تعلم الأعضاء من بعضهم البعض. لذا يجب الاستفادة من مساهمات المواهب الأعضاء الموجودة في هذه الفرق.

- استراتيجيات الأداء: تتجه أحيانا فرق الأداء اتجاها خاطئا أو بطرق غير فعالة لمجرد أن أعضاء فرق الجودة لم يكونوا واضحين بشأن ما يجب فعله أو من يفترض أن يرضوه. لذلك إدارة الجودة الشاملة تقلل من مخاطر هذا السلوك بتحديد فرق الجودة. علاوة على ذلك التنبه لتغيرات احتياجات المريض الذي يؤدي بالضرورة إلى تغيير الأداء نحو الطلب الجديد.

ويجب أن يكون الأطباء جزءا لا يتجزأ من جهود وحدة تحسين الجودة، فتحسين الجودة لديها فرصة ضئيلة للنجاح في المؤسسات الصحية دون فهم ومشاركة أو قيادة الأطباء للوحدات نظرا لتأثرهم على مجموعة واسعة من عمليات المستشفى (Abu Zayed, 1994, p. 91).

وكذلك تعمل وحدة تحسين الجودة على تطوير "ثقافة الجودة" داخل المؤسسة العمومية للصحة كوسيلة لإحداث التغيير، ويعني ذلك جعلها بيئة عمل مفتوحة وتشاركية، تفضي إلى تقاسم الأفكار والممارسات الجيدة، وهذا اعتراف صريح بقيمة الجهود الجماعية المبذولة لتحسين جودة الخدمات الصحية. لذلك يجب إرساء وصقل ثقافة الجودة داخل المؤسسة العمومية للصحة وإن كانت عملية تغيير الثقافة صعبة وطويلة ومن المرجح أن تواجه مقاومة شديدة. ويجب أيضا أن تتبنى هذه الثقافة مبدأ إشراك المجتمعات المحلية، فعلى سبيل المثال، إشراك المرضى والأسر والمجتمعات المحلية في التخطيط للخدمات الصحية وإدارتها وتقديمها وتقييمها ومعالجة الأولويات وإدخال مستوى جديد من المساءلة عن نوعية الخدمة الصحية يكفل ضمان العمل السلس للمؤسسات العمومية للصحة. لذلك، فإن الاستثمار في الهياكل والمهارات اللازمة لهذه المشاركة يمكن أن يكون وسيلة مهمة لإرساء ثقافة الجودة في النظام الصحي وإضفاء الطابع المؤسسي عليها (OMS, 2019, p. 14).

ولتحقيق هذه الأهداف، تعتمد وحدة الجودة على وصف مفصل لأنشطة المستشفى المترجمة إلى عمليات، وفي كل مرحلة من هذه العمليات يمكن الكشف عن الأعطال باستخدام طرق بسيطة منها: مخططات المراقبة التي تتيح تقييم العملية وتحديد شدة الأعطال، مخططات «عظمة السمكة» التي تتخيل الأسباب المختلفة التي تسبب العطل، ويتم تنفيذ هذه الأساليب في إطار جلسات "حل المشاكل" التي يشارك فيها أشخاص من مختلف المصالح، ويمثل تشكيل هذه المجموعات أحد النقاط المركزية لإدارة الجودة (Minvielle, 1999, p. 69).

لكن يجدر الإشارة، أن الخطر الرئيسي في جميع الإصلاحات هو "متلازمة عدم التنفيذ" وليس غياب الأفكار والسياسات الجيدة الذي يربط القطاع العمومي بعدم الكفاءة، فالحكومات التي لا تستطيع إجراء الإصلاحات بشكل صحيح لأنها لا تحدد مواطن التدخلات ولا تحقق مطالب حقيقية تفشل في الوفاء بالوعد (Tabrizi et al., 2018, p. 15) وهو ما يسبب أزمة الثقة بين الحكومة والمواطن.

المبحث الثالث- الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص كنموذج لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة:

أصبحت شراكة القطاعين العمومي والخاص ظاهرة عالمية مهيمنة خلال السنوات الأخيرة بدعم من المنظمات الدولية المالية والاقتصادية لعدم كفاية الاستثمارات والضغط الحاصل على الميزانيات الحكومية، فكسب القطاع العمومي خبرة مع زيادة ارتباطه بالقطاع الخاص.

وتدار أنظمة الرعاية الصحية في شكل مؤسسات مملوكة للدولة أو ملكية خاصة أو شراكة بين القطاعين العمومي والخاص. ويؤدي القطاعان العمومي والخاص دوراً مهماً في تقديم الخدمات الصحية في مختلف البلدان، لذلك من الضروري أن يعمل القطاعان معاً لحل المشكلات المتعلقة بعدم الكفاءة والسلوكيات البيروقراطية وعدم كفاية الخدمات وعدم رضا العملاء من خلال استخدام قدرات بعضهما البعض (Tabrizi et al., 2018, p. 08).

المطلب الأول- تعريف الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص:

من أهم التعاريف التي وردت حول الشراكة بين القطاعين العام والخاص ما قدمته المنظمات الدولية بالإضافة إلى تعريف الباحثين ومنها:

عرفت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص على أنها "اتفاق بين الحكومة وأحد أو أكثر من الشركاء من القطاع الخاص، يقوم الشركاء بموجبه بتقديم الخدمة بطريقة تتماشى أهداف تقديمها مع أهداف الربح للشركاء من القطاع الخاص، وتعتمد كذلك فعالية التوافق على النقل الكافي للمخاطر لشركاء القطاع الخاص" (OECD, 2008, p. 17).

أما صندوق النقد الدولي فعرفها على أنها "تلك الاتفاقيات التي يوفر بموجبها القطاع الخاص بنيات تحتية وخدمات كانت عادة من مسؤولية القطاع العمومي" (بلفوضيل, 2022, ص 51).

وبالنسبة للبنك الدولي يراها أنها "الترتيبات التي يقوم من خلالها القطاع الخاص بتقديم أصول أو خدمات جرت العادة أن تقوم الحكومة بتقديمها" (الشامي, 2023, ص 50).

ومن جانب آخر، بنك التنمية الآسيوي عرفها على أنها علاقة طويلة الأجل بين القطاعين العمومي والخاص في مجال تمويل وتصميم وتنفيذ وتشغيل المشروعات وخدمات البنية التحتية والتي كانت تقدم بشكل أساسي من طرف القطاع العمومي (بن نعيم, 2021, ص 130).

فالشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص هي اتفاقات تعاقدية طويلة المدى لهيئات القطاع العمومي مع هيئات القطاع الخاص بهدف بناء أو تسيير مرفق عمومي من طرف هيئة من القطاع الخاص أو تقديم خدمة للمجتمع نيابة عن هيئة من القطاع العمومي (Lewis, 2001, p. 02).

والخاصية الرئيسية للشراكة بين القطاع العمومي والخاص، مقارنة بالمنهج التقليدي لتوفير البنية التحتية، هي أنها تجمع الاستثمار وتوفير الخدمات في عقد واحد طويل المدى، التي يمكن أن تصل إلى 20 أو 30 عاما، ويتولى صاحب الامتياز تسيير الأصول والرقابة عليها، عادة مقابل رسوم الاستخدام، تكون تعويضا له عن الاستثمار والتكاليف الأخرى وتعود المنشأة إلى الحكومة بعد انتهاء عقد الامتياز (Engel, Fischer, & Galetovic, 2008, p. 03).

فالشراكات بين القطاعين العمومي والخاص هي اتفاقات جارية بين الحكومة ومؤسسات القطاع الخاص، تقوم هذه الأخيرة بالمشاركة في عملية صنع القرار وإنتاج سلعة أو خدمة عمومية كانت في الأصل مسؤولية القطاع العمومي لتوفيرها ويتقاسم فيها القطاع الخاص مخاطر ذلك الإنتاج (Forrer, Kee, Newcomer, & Boyer, 2010, p. 476).

مما ورد من تعريف حول هذا المفهوم، فالشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص هي عقد يبرم بين هيئة حكومية مع شريك أو مجموعة من الشركاء من القطاع الخاص لتحقيق أهداف تخدم الطرفين، على أن يتقاسم الطرفان الفرص والمخاطر حسب مساهمة كل منهما، ويلتزم القطاع الخاص بموجبه توفير خدمات أو إنتاج سلع جرت العادة أن تكون من مسؤوليات الحكومة، على أن تكون العلاقة بينهما علاقة تكامل وتعاون لا علاقة تكليف.

المطلب الثاني- مفاهيم مقارنة للشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص:

هناك العديد من المفاهيم التي تقترب في معناها من الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص، من بين تلك المفاهيم:

الفرع الأول-الشراكة والمشاركة:

الجدول (4-2) أوجه الشبه والاختلاف بين الشراكة والمشاركة

أوجه التشابه	أوجه الاختلاف
كلاهما يستهدف زيادة الحصيلة المجمعة جراء تطبيق أي منهم	المساءلة: في الشراكة يخضع الجميع للمساءلة، أما المشاركة فتتصبب المساءلة على الطرف الأعلى.
كلاهما أصبحا جوهر التنمية المستدامة.	السلطة: في المشاركة يهيمن طرف على آخر، بينما في الشراكة توزع السلطة بالتساوي.
يدعمان شرعية الحكم، ولهما أبعاد سياسية.	المنفعة المحسوبة: في الشراكة يتم تقاسم المنافع بين الجميع بعدالة. بينما المشاركة طوعية ولا تقوم على المنفعة المحسوبة.
المشاركة إحدى درجات الوصول لمستوى الشراكة.	المصير المشترك: في الشراكة يتحمل الجميع النتائج والمخاطر معا، لكن في المشاركة يتحملها الطرف الرئيس.

المصدر: (عيسى, 2018. ص 40)

الفرع الثاني-الشراكة والتمكين:

الجدول (4-3) أوجه الشبه والاختلاف بين الشراكة والتمكين

أوجه التشابه	أوجه الاختلاف
كلاهما يسعى لتقوية الطرف الآخر، بحيث يزيد فوز طرف من الأطراف من المحصلة الكلية لقوة الطرف الآخر ولا ينتقص منه.	التمكين يعتمد على زيادة قدرات الطرف المراد تمكينه، أما الشراكة فلا تركز على رفع قدرات الشريك، إنما على حسن اختياره.
كلاهما يعتمد على الثقة والاحترام المتبادل بين الأطراف	التمكين استراتيجية مستمرة لا تتوقف بتوقف مشروع أو برنامج، بينما الشراكة يمكن أن تكون في مشروع واحد بين أطراف متعددة.
كلاهما ظهرا نتيجة إخفاق السياسات التنموية التقليدية التي تعتمد على التنمية (من أعلى لأسفل)	يتجه التمكين لنقل السلطة، في حين أن الشراكة تقاسم السلطة على أساس المسؤوليات التي تم تحديدها لكل طرف.
كلاهما ظهرا نتيجة مبادرات من منظمات الأمم المتحدة	يتجه التمكين لرفع قدرات الطرف المراد تمكينه، ثم تكليفه بالأدوار الرئيسة للعمل، بينما الشراكة تعتمد على توزيع الأدوار بين أطرافها.

المصدر: (عيسى، 2018. ص 41)

الفرع الثالث-الشراكة والخصخصة:

الجدول (4-4) أوجه الشبه والاختلاف بين الشراكة والخصخصة

أوجه التشابه	أوجه الاختلاف
ترى بعض الأدبيات أن الشراكة شكل من أشكال الخصخصة بالمعنى الواسع للمفهوم.	ملكية الأصول: في الخصخصة يتم نقل ملكية أصول بعض أو كل المشروع للقطاع الخاص، بينما في الشراكة يتم نقل ملكية أصول بعض المشروعات لفترة زمنية معينة، ثم تعود الملكية للدولة وفق العقد مبرم بين الطرفين.
يسعيان لرفع كفاءة الخدمات وتحسين جودتها، يقومان على فكرة التكامل بين المزايا النسبية، ويسعيان لتمكين الأطراف غير الحكومية ودعم قدراته.	جودة الخدمة أو المنتج: في الخصخصة هناك محدودية لتحكم الدولة في جودة المنتج والخدمة، لكن الشراكة الدولة تفرض اشتراطات ومعايير فنية في جودة المنتج أو الخدمة.
تم طرح المفهومين من قبل المنظمات الدولية خاصة البنك الدولي.	المسؤولية: في الخصخصة تظل الحكومة مسؤولة عن جودة وكفاءة الخدمة، بينما في الشراكة المسؤولية مشتركة بين الحكومة والأطراف الأخرى.

المصدر: (عيسى، 2018. ص 41)

الفرع الرابع-الشراكة والاندماج:

الجدول (4-5) أوجه الشبه والاختلاف بين الشراكة والاندماج

أوجه التشابه	أوجه الاختلاف
يسعى كلاهما للتكامل بين المزايا النسبية التي يتمتع بها كل طرف من الأطراف الفاعلة.	يستخدم الاندماج في قطاع منظمات الأعمال، بينما الشراكة تستخدم بين منظمات تنتمي لقطاعات مختلفة (حكومي، خاص غير حكومي)
يعتمدان على المفاوضات الطويلة وإبرام الاتفاقيات بين أطرافها	الاندماج يخلق كيانا جديدا وتلاشى الكيانات المدمجة السابقة، لكن في الشراكة يحافظ كل كيان على صفته القانونية.
يقومان على الاختيار الطوعي الحر بين أطرافها.	يستخدم الاندماج لتقوية الموقف التنافسي للكيانات المدمجة، أما الشراكة فتستخدم للتغلب على الصعوبات المشتركة للأطراف.

المصدر: (عيسى، 2018. ص 42)

المطلب الثالث- مبادئ الشراكة الناجحة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص:

قدم بوس Buse ووالث Walt مبادئ الشراكة الناجحة بين القطاعين العمومي والخاص في النقاط التالية (Buse & Walt, 2000, p. 704):

- 1- أهداف محددة بوضوح، واقعية ومشتركة: تأخذ الشراكة شكل العقد، لذلك يجب تحديد أهداف كلا الطرفين بشكل واضح وصريح، على أن تكون هذه الأهداف قابلة للتحقيق على أرض الواقع.
- 2- أدوار ومسؤوليات محددة بوضوح ومتفق عليها: يجب أن يحدد عقد الشراكة دور ومسؤولية كل طرف في تنفيذ المشروع بشكل واضح وباتفاق الطرفين.
- 3- الفوائد المختلفة والتميزة لجميع الأطراف: بتوفير خدمات أو منتجات لها الطابع العمومي مقابل قيمة ما يصرف من أموال عليها.
- 4- الشفافية: تعني أن يكون التعامل بين الشركاء بكل صدق ووضوح من خلال رؤية واضحة للأساليب المعتمدة.
- 5- المحافظة المستمرة على الشراكة: باعتبار أن الشراكة هي اتفاق على المدى الطويل، يجب تحديد الإطار العام لتنفيذ الشراكة في ظل قوى السوق.
- 6- المساواة في المشاركة: يقوم هذا المبدأ على إيجاد آلية للتوازن العقدي ويظهر في التوزيع العادل للعوائد وتقاسم المخاطر.
- 7- الوفاء بالالتزامات المتفق عليها: يتعهد طرفا الشراكة بتنفيذها على الوجه المتفق عليه، ما يخلق الثقة بينهما لإكمال الشراكة وإنجاحها.

وهناك من يرى أن نجاح الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص يتوقف على (Joudyian, Doshmangir, 2021, p. 15):

- وجود شفافية في العلاقات بين الشركاء،
- تتسم بالمرونة،
- لها مصدر تمويل مستدام،
- التزام متبادل،
- وقدرة القطاع العمومي على رصد ومراقبة نوعية الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص.

المطلب الرابع- أهمية الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص:

مع ارتفاع سقف المطالب المجتمعية وفي ظل عجز الموازنات الحكومية، كان لزاما على الدولة إشراك القطاع الخاص للمساهمة في تنفيذ سياساتها العامة تحت سقف التحول نحو اقتصاد السوق. وتحاول المنظمات الدولية ضمن أجندتها إبراز أهمية الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص لخدمة التنمية، ويمكن تجميع أهمية هذا النوع من الشراكة في الخمس النقاط التالية (الغامدي، 2017):

الفرع الأول- تخفيض التكاليف:

استعانة الحكومة بالقطاع الخاص في تنفيذ مشاريع البنية التحتية والمشاريع ذات المنفعة العامة توفر مصادر تمويلية جديدة لها غير الخزينة العمومية، فتعمل الشراكة على خفض تكاليف الإنجاز وفترة إنجاز المشروع لتعظيم الأرباح من خلال الاشراف المستمر على المشروع بمراحله المختلفة والرقابة المستمرة من أجل إنجاحه.

الفرع الثاني-توزيع المخاطر:

الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص تقوم على مبدأ تقاسم المخاطر ولدء عدم الاستقرار العقدي وجب تفصيل المخاطر وتحليلها مسبقا بتضمينها في بنود العقد والهدف خلق ثبات عقدي بين الطرفين والحفاظ على حقوق كل منهما بشكل متوازن.

في الواقع، لا يمكن نقل بعض المخاطر، بل يجب تقاسم بعضها، لهذا السبب على كلا الشريكين العمل معا لإيجاد أرضية مشتركة فيما يخص كيفية نقل المخاطر وإدارتها من وإلى القطاعين العمومي والخاص. ويلاحظ أنه يصعب التوصل إلى مثل هذا الاتفاق لأن بعض الشركاء من القطاع الخاص قد يترددون في تحمل مخاطر معينة. والشركاء من القطاعين العمومي والخاص بحاجة إلى قبول خطة توزيع المخاطر في المقام الأول قبل منح العقد. ومع ذلك، قبل تخصيص الخطر، يجب تحديد عامل الخطر مسبقا وتوقعه بحيث يكون أكثر تنظيما وإعدادا، ويتم تجميعهم بشكل أساسي في عشر مجموعات وهي (Bouherour & Zebouchi, pp. 431-432):

- المخاطر السياسية الناجمة عن التغييرات القانونية والسياسات الحكومية غير الداعمة للشراكة أو تطبيق اللوائح والقوانين الجديدة.
- مخاطر التشييد بسبب تقنيات التشييد الخاطئة، وتساعد التكاليف والتأخير في البناء وحيارة الأراضي.
- الخطر القانوني الواجب تغييره في التنظيم الضريبي، ففي حالة الفساد وعدم احترام القانون من شأنه أن يتسبب في زيادة تكاليف المشروع وخفض الإيرادات.
- المخاطر الاقتصادية الناجمة عن ضعف السوق المالية والتضخم.
- مخاطر التشغيل بسبب ارتفاع تكاليف التشغيل والصيانة.
- مخاطر السوق، بسبب أن الطلب على خدمة يختلف فيها مستويات التنبؤ التي تولد إيرادات أقل من توقعات المستخدمين.
- مخاطر اختيار المشروع بناء على طلب الجمهور للمشروع التي تسببها اختلاف مستويات المعيشة المحلية والقيم والثقافة والنظام الاجتماعي وما إلى ذلك.
- مخاطر العلاقة بسبب تنظيم الأطراف المعنية وتنسيقها ومسؤولياتها والتزامها.
- مخاطر تمويل المشاريع الناجمة عن عدم كفاية معرفة دقيقة لتدفقات الإيرادات وتكاليف التمويل.
- المخاطر الطبيعية الناجمة عن الآثار والأخطار البيئية الضارة (القوة القاهرة)، الخارجة عن سيطرة الشركاء الأجانب والمحليين على حد سواء مثل الفيضانات والحرائق والعواصف والأمراض البوبائية والحروب.

الفرع الثالث-تطوير الخدمات:

ظهرت العديد من المشكلات التي أدت إلى عجز المرافق العمومية في تحقيق دورها الفعال لتقديم خدمة عمومية ذات جودة للمواطنين، فكانت الشراكة بين القطاعين وسيلة بديلة لتحسين جودة الخدمات العمومية حسب معايير خاصة معتمدة من القطاع الخاص تلبي حاجات المواطن بالمستوى المطلوب. فالشراكة بين القطاعين تمزج بين أسلوبين في التسيير: التسيير العمومي الحديث الذي تبنته هيئات الحكومة وإدارة الجودة الشاملة التي يعتمد عليها القطاع الخاص.

الفرع الرابع-تحقيق الكفاءة:

من المسلم به أن كفاءة الإدارة العامة مفهوم واسع إلى حد ما يشمل مجموعة متنوعة من المجالات، ولذلك يجب اختيار الأدوات والحلول المثلى التي تتطلبها كل حالة على حدة، بيد أن الكفاءة ترتبط دائماً بتطبيق الموارد المالية المحدودة والحد الأدنى من التكاليف التنظيمية والجهود الرامية إلى تحقيق النتائج المستهدفة. وعلى الرغم من محدودية الإمكانيات المالية، فإن احتياجات المجتمع في سياق التغيرات العالمية والإقليمية تتزايد باستمرار، ويلاحظ تزايد الطلب على الخدمات والهياكل الأساسية كما ونوعاً (Skietrys, Raipa, & Bartkus, 2008, p. 45).

ومن أجل التحديث المعقد والمستمر للقطاع العمومي، هناك حاجة إلى استراتيجية معقدة للتحديث، والشراكة معترف بها كأحد عوامل تطوير الهياكل الأساسية وكفاءة الخدمات. وتتضح طبيعة الشراكة عندما يعترف القطاع العمومي باعتماده على قطاعات أخرى ويبدأ في حل مشاكل الحوكمة بإضفاء اللامركزية على النشاط (Skietrys et al., 2008, p. 45). ومن متطلبات التسيير العمومي الحديث الاعتماد على أساليب التسيير في القطاع الخاص لتلبية احتياجات السكان وتحقيق رفاههم، والشراكة بين القطاعين تعمل على نقل معارف وخبرات وتكنولوجيا القطاع الخاص لتحقيق أهداف الهيئات الحكومية، فهي تدمج بين مزايا كل طرف مما يؤدي إلى تحقيق الكفاءة المطلوبة.

الفرع الخامس-المنافع الاقتصادية:

تعزز الشراكة من دور القطاع الخاص في عجلة النمو الاقتصادي للدولة، فهي تساهم في تحقيق معدلات نمو مرتفعة وجذب الاستثمار وخلق فرص عمل جديدة، بالإضافة إلى تخفيف الأعباء التنموية عن الحكومة خاصة في مشاريع البنية التحتية وكذا إعادة توزيع الأدوار والتوازن بين القطاعين في عجلة التنمية، كما تعمل الشراكة على تشجيع الخواص على المنافسة والابتكار وتفتح الباب أمام الشركات المتوسطة والصغيرة لدخول السوق وتعزز ثقافة التنمية عن طريق المسؤولية الاجتماعية (بجنيقة & مغيش حامة, 2019 . ص 390).

وربما يكون من الصعب دعم المصلحة العامة من خلال تقديم خدمات عامة متعددة القطاعات، فتتطوي الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص على موازنة عدد لا يحصى من المطالب: القدرة على تحمل التكاليف، تقاسم المخاطر، الابتكار، الموثوقية، حسن التوقيت، مشاركة أصحاب المصلحة، الشفافية والأمن. لذلك فوائد الشراكات بين القطاعين العمومي والخاص غالباً ما تكون جذابة لأنها يمكن أن تحسن الخدمات الحكومية بتكلفة أقل، بالمقابل ينبغي رصد المخاطر والتكاليف والفوائد والأثر الاجتماعي والسياسي والخبرة والتعاون وقياس الأداء باستمرار طوال فترة الشراكة (Forrer et al., 2010, p. 482).

وعلى الرغم من أن فوائد هذا الاختيار الاستراتيجي، أي الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص، كبيرة فإن المخاطر المرتبطة بها مرتفعة كذلك. فهو بديل جذاب لتحسين الإمداد بالهياكل الأساسية والخدمات العامة وتقديمها، لكن ينبغي ألا ينظر إليه على أنه حل معجزة أو دواء سحري لعلاج جميع العلل التي يعاني منها القطاع العمومي، لأنه قد يكون غير مناسب لحكومات معينة ولمشاريع معينة. فعلى الرغم من أن هذه الآلية توفر سرعة ونوعية تنفيذ المشاريع، فقد تظهر مخاطر اقتصادية، إلا أنه يمكن إدارة هذه المخاطر بفعالية عن طريق توزيعها بين القطاعين العمومي والخاص. لذلك نقل المخاطر عنصر حاسم في الشراكة بين القطاعين، فبدلاً من التشجيع غير المدروس على اعتماد الشراكة بين القطاعين، يجب على الحكومة التركيز أولاً على المخاطر التي يمكن أن ترتبط بها. لذا، فإن توزيع المخاطر هو أحد المزايا الكبرى لاعتماد مثل هذه الاستراتيجية، فهو يساعد كل من الشريك

العمومي والخاص على تقاسم مخاطره وتحقيق مستوى متساو من القبول لكل خطر ومسؤولياته والتزاماته (Bouherour & Zebouchi, pp. 431-432).

المطلب الخامس- أشكال الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص:

يعتمد تصنيف الشراكة بين القطاعين على معايير عدة منها طبيعة العقد، طبيعة النشاط، نوع القطاع، نمط التنظيم. ويحدد على أساسها مجال كل طرف ومستويات التفاعل بينهما. وتم تجميع أنواع الشراكات ضمن صنفين أساسيين هما (مناصبية، 2023. ص 434)

الفرع الأول-شراكات التعاون:

يقوم هذا النوع من الشراكة على علاقة أفقية بين الشركاء، يتم اتخاذ القرارات بالإجماع. ولا وجود لإشراف منفرد وتوزع المهام بين الشركاء بحيث يعمل الطرفان بنفس المستوى لكن دون وجود أي تعاقد (دلندة & بن عمران، 2020. ص 417).

الفرع الثاني-شراكات التعاقد:

يقوم هذا النوع من الشراكة على وجود عقد بين الطرفين، وتكون العلاقة عمودية وتحدد في العقد الجهة المكلفة بأداء المهام المطلوبة والجهة المرجعية المكلفة بعملية الرقابة والمتابعة وهي المسيطرة على النشاط، ولها العديد من الأشكال منها (الشامي، 2023. ص 52-56):

- عقود الخدمة: تتولى شركات القطاع الخاص تقديم خدمة عامة مقابل مبالغ مالية تتقاضاها مثل خدمة الصيانة والإصلاح وإجراءات التحسينات لشبكات المياه والصرف الصحي وهي بطبيعتها أعمال بسيطة وروتينية، تتولى الدولة توفير رأسمال وتملك الأصول قانونيا وتراقب الخدمات، تكون مدة العقد محددة وقصيرة وتتراوح مدة العقد بين 6 أشهر و 2 سنتين. ومن مزايا هذه العقود الاستفادة من خبرة القطاع الخاص من النواحي الفنية مما يجعل المؤسسة العمومية تركز على مهامها الأساسية، ويشجع تحقيق الكفاءة وتخفيض التكاليف.

- عقود الإدارة: تقوم الهيئة العمومية بنقل مسؤولية تسيير مؤسسة عمومية إلى القطاع الخاص، أي يتم نقل حقوق التشغيل لا حقوق الملكية، وتحصل الشركة الخاصة على رسوم مقابل خدماتها ويمكن ربط هذه الرسوم بأرباح المؤسسة أو بأدائها وتتراوح مدة العقد بين 3 و 5 سنوات. ومن أهم مزايا هذه العقود أنه يسمح ببقاء الأصل ملك للدولة والحصول على خبرة القطاع الخاص ومن أهم عيوبه تحمل الدولة لمخاطر الشراكة وخسارتها.

- عقود التأجير: هي عقود تمنح من خلالها الحكومة شركة خاصة حق استخدام أصل عام وتحصيل أرباحه مقابل دفع حق الإيجار، على أن تتحمل الشركة الخاصة المخاطر التجارية عكس عقد الإدارة، وتتراوح مدة العقد بين 5 و 10 سنة قابلة للتמיד. على خلاف عقد الإدارة تتحمل الشركة الخاصة المخاطر التجارية مما يحفزها على تخفيض النفقات والحفاظ على قيمة الأصل. ومن مزايا هذا النوع من العقود توفير نفقات التشغيل دون التخلي عن الملكية والحصول على دخل سنوي دون التعرض لمخاطر السوق، ومن عيوبه عدم وجود حوافز لرفع قيمة الأصل أكثر من الحد الذي يضمن لها عائدا مناسباً خلال فترة التأجير.

- عقود الامتياز: تعرف على أنها عقود تتحمل فيها الشركة الخاصة مسؤولية التشغيل والإدارة والاستثمار على أن يظل الأصل ملكاً للجهة العمومية مقابل مبالغ مالية زهيدة، وتتراوح مدة العقد بين 25 و 30 سنة. ومن مزايا عقد الامتياز أن صاحب الامتياز يبقى المسؤول عن النفقات الرأسمالية والاستثمارات مما يخفف العبء عن الدولة، ولكن في الوقت نفسه تجدد الدول صعوبات

في إيجاد مستثمرين نظرا للحجم الكبير لبعض الاستثمارات من هذا النوع من العقود. ومن عيوبه أنه يجب توضيح نطاق وطبيعة الخدمات التي يقدمها المتعاقد للحكومة وكذلك صلاحية الطرفين خلال فترة التعاقد، لذا يجب على الحكومة أن تحرص على عدم التدخل في إدارة الشركة حتى تضمن نجاح هذا النوع من الشراكة.

- عقود البناء والنظم: تعهد الدولة بمقتضاه القطاع الخاص بتصميم وبناء بنية تحتية ذات طابع اقتصادي، تقوم الشركة الخاصة بتشغيله وتحصيل أرباحه لتمكينها من استرداد تكلفة المشروع وتحقيق هامش ربح طوال مدة الترخيص، بعدها تلزم الشركة الخاصة بنقل ملكية أصل المشروع إلى الدولة عند نهاية الترخيص ضمن الشروط المتفق عليها. ويتميز هذا النوع من العقود بتحويل مخاطر البناء والتشغيل والإدارة إلى القطاع الخاص، بالمقابل تستفيد الدولة من خبرات القطاع الخاص. ومن عيوبه أنه يتطلب عناية خاصة بتصميم العقد ويتطلب تطبيقه استقرار سياسي واقتصادي ملائم.

- عقود الانتفاع طويلة المدى: تطلب الحكومة من شركة خاصة تمويل وبناء وتشغيل مرفق لمدة بين 20 إلى 30 سنة على أن ينتقل بعدها المرفق للجهة الحكومية (بجنيقة & مغيش حامة، 2019. ص 391).

- عقود نقل الملكية: يكون المرفق ملك للقطاع الخاص لكن يخضع لرقابة هيئة حكومية، يعني تصبح الدولة بدلا من مقدم الخدمة مراقبا ومنظما للنشاط (بجنيقة & مغيش حامة، 2019. ص 391).

المطلب السادس- متطلبات الشراكة الناجحة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص:

للاصول لشراكة ناجحة وفعالة بين القطاعين العمومي والخاص يستلزم ذلك توافر مجموعة من الشروط والتي لخصها كولزو Kolzow في النقاط التالية (غيدة & بن فريجة، 2021. ص 1056):

* توفير ثقافة مجتمعية داعمة للشراكة للتحفيز على القيام بها وقصد مشاركة المواطن في أنشطتها.

* فهم مشترك لإمكانات المنطقة المراد تنميتها وتوفير تصور مجتمعي واقعي للشراكة.

* توفير نظم فعالة يمكن أن تنصهر الاهتمامات الفردية داخل الاهتمامات المجتمعية.

* توفير شبكات اتصال بين الأفراد والجماعات تشجعهم على الاهتمامات المشتركة.

* الرغبة والقدرة على رعاية الريادة والمشاريع المرتبطة بها وتشجيع تحمل المخاطر.

بالإضافة إلى ما ورد أعلاه، تحتاج الشراكة كذلك إلى (بن نعوم، 2021. ص 146) :

- تطوير إطار تشريعي يبنى الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص ويعمل على تشجيعها وتطويرها، ويضمن حقوق الشركاء ويوضح مهامهم دون غموض.

- إعادة النظر في توزيع الأدوار بين القطاع العمومي والقطاع الخاص والتحول من نموذج تنموي شمولي مخطط إلى نموذج يعتمد على آلية السوق بإنشاء جهاز مركزي يضطلع بمهمة تنظيم الشراكة بين القطاعين وتحقيق السياسات المتعلقة بها من الإصلاح الهيكلي للمرافق العمومية إلى رؤية استراتيجية لتنظيم الاستثمار في مشروعات الخدمات العمومية.

- نشر الوعي العام بأهمية الشراكة يقدمه خبراء ومختصين في شرح جدوى هذا البرنامج وتعبئة الرأي العام بمساندة هذا النموذج.

وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن العثور على عوامل إضافية للنجاح والكفاءة، فهو يعتمد على نوع المشروع وقطاعه، البيئة الثقافية وغيرها. ومع ذلك، فإن الشراكة بين القطاعين تحتاج إلى تحديد الحاجة منها وتنويع البيئة السياسية والتشريعية ذات الصلة والاتصال الخارجي والداخلي الذي يجب أن يصنف كعوامل رئيسية للشراكة الفعالة (Skietrys et al., 2008, pp. 47-48):

* الحاجة: في بعض الأحيان تعرف الحاجة بطريقة مجردة تماما، فتشير إلى الحاجة إلى زيادة القدرة التنافسية للبلد التي ترتبط بدورها بالتطوير الكمي والنوعي للهياكل الأساسية والموارد البشرية وغيرها من المجالات. وفي كثير من الحالات، يتم تعريف الحاجة على أنها السعي لتحقيق جودة أعلى، فمن الضروري تحقيق التوافق التام بين النهج المتبعة بشأن نفس الحاجة بين القطاعين العمومي والخاص، ويجب أن يسترشد الطرفان برؤية مشتركة وأهداف لتحقيق النتائج النهائية من خلال التوفيق بين إجراءاتهما.

* البيئة القانونية والسياسية والإدارية: وتشمل سياسة متسقة ومستقرة، الشكل القانوني لعقود الشراكة بين القطاعين والوحدة المؤسسية.

* الاتصال: وفقا لكارلافيشيوس Karlavičius. وكارلافيشين Karlaivičien (2004) فالالاتصال يساهم في نجاح المشروع أو إفساده، فهو يساعد على:

✓ حل المشاكل المتصلة بصنع الرأي وإقناع المجتمع به.

✓ تحديد المخاطر المحتملة والقضاء عليها في الوقت المناسب.

✓ ضمان نشر المعلومات بين الشركاء في الوقت المناسب.

وبما أن بعض مشاريع الشراكات تتجاوز 10 سنوات يستلزم وضع استراتيجية طويلة الأجل لضمان توافر المعلومات والمساهمة في نشر الخبرات، وكذلك يجب أن تتضمن استراتيجية الاتصال أهدافا واضحة. وينظر إلى نموذج أفضل للشراكة على أنه فعال وشفاف وخاضع للمساءلة إذا كان قائما على الثقة بين الشركاء.

المطلب السابع- أثر الشراكة بين القطاع العمومي والخاص على جودة الخدمات الصحية:

مع تطور نشاط الدولة والتحول في الدور الذي تلعبه إلى "دولة مقاول"، ومن أهم حقلين في التسيير: إدارة الجودة الشاملة والتسيير العمومي الحديث، برزت الشراكة بين القطاعين العام والخاص كأسلوب تشاركي بين الطرفين للنهوض بنوعية الخدمات المقدمة للمواطن، لذا تسعى الدول تطبيقه في القطاعات الحيوية خاصة قطاع الصحة قصد تخفيف الضغط على المؤسسات العمومية وإشراك القطاع الخاص في ترقية المنظومة الصحية.

الفرع الأول- الشراكة بين القطاعين نموذج متعدد الأبعاد مستندة على التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة:

مسألة كفاءة المؤسسات العمومية ترتبط دائما بمحدودية الإمكانيات المالية في سياق التزايد المستمر لاحتياجات المجتمع كما ونوعا، والشراكة معترف بها كأحد العوامل المطورة للهياكل العمومية وتحسين جودة الخدمات والمنتجات، وقد ارتبط هذا النموذج بمقاربة التسيير العمومي الحديث في البلدان الأنجلوسكسونية. ولتحقيق أقصى استغلال لهذه الإمكانيات الجديدة للتعاون والشراكة، أنشأت العديد من الدول منظمات لتنمية ورصد الشراكة بين القطاعين، ويشير هود Hood (1991) إلى أن تعاون القطاعين العمومي والخاص في ظل ظروف إصلاحات التسيير العمومي الحديث سيضمن زيادة جودة الخدمات العمومية ويعزز كفاءة الإدارة

العامة، وفي سياق دولة الرفاه يرى ويلسون Wilson (2002) بأن الجمع بين موارد القطاعين العمومي والخاص يمكن أن يؤدي إلى تشغيل البنية التحتية الاجتماعية بشكل فعال وهزيمة الأزمة الاقتصادية وتحسين الحياة (Skietrys et al., 2008, pp. 45-46). والبحث عن بدائل تسييرية للنظام البيروقراطي سار محط اهتمام الجميع للرفع من أداء المؤسسات، فمن مفهوم التسيير العمومي الحديث الذي يركز على تحسين كفاءة المؤسسات العمومية إلى إدارة الجودة الشاملة المتبنية في المؤسسات الخاصة التي تسعى لتعظيم الربح تأخذ الشراكة بين القطاعين من مبادئ كل منهما.

وتعد الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص مفهوما يندمج فيه عناصر التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة، فهي تضم مستويات مرتفعة من التعاون والتنسيق والتداخل بين مؤسسات القطاع العمومي ومثيلاتها من القطاع الخاص ومنظمات المدنية غير الحكومية وغير الربحية، فيمكن وصفها كحوكمة متعددة المستويات أو حوكمة مشتركة co-governance ما سيجعل من مخططات الشراكات أكثر فائدة وفاعلية (Yamamoto, 2007, p. 66). فبعد تحول دور الدولة إلى "دولة مقاول" قامت الحكومات بتبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة بمؤسساتها، خاصة الخدماتية منها. فأصبحت مقارنة إدارة الجودة الشاملة آلية فعالة في تسيير المؤسسات الحكومية إلى جانب نموذج التسيير العمومي الحديث بهدف تحسين كفاءتها وتحقيق الجودة المطلوبة وهذا ما يحقق رضا المواطن كهدف أسمى. لذا ستكون هذه الشراكة بجميع مكوناتها قوة دافعة لتحسين أداء المؤسسات العمومية للصحة وكذلك الرفع من جودة خدماتها.

الفرع الثاني - فوائد الشراكة بين القطاعين في مجال الصحة:

تلعب الشراكة بين القطاعين في القطاع الصحي دورا فعالا لمواجهة ثلاث تحديات تعتبر الكبرى بمجال الخدمات الصحية (M. Mitchell, 2008, pp. 18-25):

*الإنصاف equity: يرى معظم الناس أن القطاع العمومي هو شبكة أمان للخدمات للفقراء الذين لا يستطيعون دفع أسعار السوق مقابل خدمات مثل الصحة والتعليم. والتنمية تعتمد بشكل أساسي على توزيع الثروة والقضاء على الفقر، ويشكل الإنصاف تحديا للشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص، لأن القطاع الخاص يهدف لتحقيق أقصى قدر من الربح ويكون أقل اهتماما بالإنصاف والقضاء على الفقر. فالقطاع الخاص أقل اهتماما بالفقراء الذين لا يستطيعون دفع التكلفة الكاملة للخدمات، ولن يكون ذلك مصدر قلق عندما تتشارك الحكومة مع القطاع الخاص، لأنها سوف تشتري الخدمات وتتكلف بدفع تكاليفها، ومع تغير أنماط الأمراض وزيادة الأمراض المزمنة، تجد الحكومات نفسها تنفق نسباً عالية جداً من ميزانياتها على هذا النوع من العلاج بأموال أقل. فيفترض أن الخدمات الطبية للمؤسسات العمومية توجه للفقراء، إلا أن الملاحظ هو استفادة الأثرياء كذلك من هذه الخدمات باهظة الثمن، مما يزيد من استنزاف قدرة الحكومة على توفير شبكة أمان من الخدمات الأساسية للفقراء. وإذا أريد للشراكة أن تساعد في معالجة مسألة الإنصاف وتقديم الخدمات للأغنياء والفقراء على حد سواء، فسيتعين وضع آليات أفضل لتقاسم المخاطر بين الشركاء فضلا عن تهيئة بيئة تنظيمية صارمة لضمان جودة الخدمات والحصول عليها وتعزيز الإنصاف بين السكان.

وينبغي كذلك للقطاع الخاص أن يدعم الحكومة في حل مشاكل المجتمع الصحية مثل الأمراض المعدية والنظافة الصحية لا سيما في المناطق الريفية، حيث يتم تجاهل الرعاية الصحية هناك تماما حتى الآن. ونظرا لأن تركيز الخدمات الجيدة يقتصر على المناطق الحضرية فقط، ينبغي للقطاع الخاص أن يفتح حسابه في المناطق الريفية أيضا، ويجب على المستشفيات الخاصة الكبيرة اختيار عدد

من القرى بالقرب منها كوححدات خاصة لتقديم جميع المساعدات الطبية مجانا. وينبغي كذلك أن تدعم المجتمع على نمط الحكومة وتنشأ المرافق في المناطق الريفية (Roy et al., 2002, p. 09).

*الجودة quality: الحصول على الخدمة الصحية لا يكون ذا قيمة إلا كانت الخدمة عالية الجودة، وتحقيق ذلك كثير الصعوبة وأحد الآمال في إقامة الشراكات، ويشتهر القطاع الخاص بجودة خدماته لمن يقدم سعرا أفضل وخدمات رديئة للفقراء بما في ذلك استخدام أدوية لا حاجة لها لرفع الفاتورة. ولكي تساهم الشراكة بين القطاعين في تحسينات النوعية لا بد أولا وقبل كل شيء المساءلة، فلا بد أن يكون الشركاء مسؤولين أمام بعضهم البعض وأمام المواطن الذي تقدم له الخدمة أو المنتج، ولضمان هذه المساءلة لا بد من الإفصاح ونشر معلومات أفضل حول الشركاء والخدمة المقدمة. ويؤدي هذا النوع من المعلومات المفتوحة إلى اختيار أكثر وضوحا من قبل الجمهور، وفي النهاية جودة أفضل من قبل مقدمي الخدمة الذين يتنافسون على العملاء. بالنسبة للقطاع العمومي مازالت مسألة المساءلة غير مكتملة، لكن في الآونة الأخيرة صار القطاع العمومي مطالبا بالتصريح عن مؤشرات الجودة وإتاحته للجمهور حتى يتمكن من اختيار مكان الحصول على الرعاية، بيد أن هذا التطوير من نظم المعلومات مازال بطيئا ولم يحظ بدعم جيد، مما يجعل الشريكان يشعران بالقلق لأن التدقيق في أدائهما سيشير إلى وجود فروقات كبيرة للتحسين.

وثمة شرط ثان لتحسين الجودة في كل من القطاعين العمومي والخاص يتمثل في بيئة تنظيمية معززة وإطار قانوني قوي يتم من خلاله تنفيذ اللوائح التنظيمية لتنظيم الصحة، وتشكل اللوائح خط أساس للجودة إذ يجب على جميع مقدمي الخدمات سواء القطاع العمومي أو الخاص الالتزام بها وحماية المواطن من الممارسات غير المرخصة، وتمتد اللوائح إلى وضع حد للرسوم التي يفرضها مقدمو الخدمات من القطاع الخاص، بمعنى آخر تنظيم التكاليف الصحية، أي ينبغي السماح للقطاع الخاص بهامش ربح مناسب ويخضع للرقابة القانونية.

أما النقطة الثالثة للتنظيم هو الوصول إلى الخدمة الصحية، أي أنه يجب على مقدم الخدمة قبول جميع المرضى بغض النظر على قدرتهم في الدفع على الأقل مقابل خدمات الطوارئ، فعلى سبيل المثال بالولايات المتحدة الأمريكية تلتزم جميع المستشفيات سواء الخاصة أو العمومية بمعالجة جميع حالات الطوارئ التي تصل إليها لجميع الناس حتى ولو لم يكونوا قادرين على تحمل تكاليف الخدمات. ويمكن أيضا تنظيم الوصول إلى الخدمات من خلال توجيه موقع المرافق الصحية الجديدة إلى المناطق المحرومة بدلا من المدن الأكثر ربحية حيث تتوفر الخدمات بالفعل.

وأساس الأنظمة والجودة كذلك تحديد المعايير لتنظيم جودة الخدمات في القطاعين العمومي والخاص، وقد تم تطبيق المعايير بشكل متزايد في مجال الصحة لتحقيق نتائج جيدة، شريطة أن تستند المعايير إلى الممارسة المحلية. بالإضافة إلى المعايير السريرية للعلاج، تشمل المعايير أيضا مقاييس الجودة التي تركز على العملاء مثل أوقات الانتظار ونظافة المرافق والاستجابة لاحتياجات العملاء.

*التكلفة cost: لم يعد من الممكن لأي بلد، سواء كان غنيا أو فقيرا، تقديم جميع الخدمات الصحية اللازمة لجميع سكانه. والسبب في ذلك هو الزيادات المرتفعة في تكاليف الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، والقيود المثقلة على عاتق الميزانية التي تواجهها جميع البلدان، فالعديد من الأسباب أدت إلى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية بشكل كبير ومن أهمها ما يلي:

- التغيرات في التركيبة السكانية: في كل بلد تقريبا، أصبح السكان أكبر سنا وأكثر حضرية، مما أدى إلى زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية عالية التكلفة، ومع تقدم السكان في العمر، تزداد احتياجاتهم وتكاليفهم الصحية.

- التغيرات في أنماط المرض: منذ فترة ليست بالبعيدة، كان معظم الأمراض غالبا ما تكون مميتة ومعديّة، والأشخاص الذين يعانون من هذه الأمراض إما تم علاجهم أو ماتوا. اليوم معظم الأمراض مزمنة، والمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة مثل مرض السكري والربو وفشل القلب يتناولون أدوية باهظة الثمن طوال حياتهم، حتى أمراض مثل السرطان التي كانت خطيرة في يوم من الأيام أصبحت الآن مزمنة، وتكلفة علاج الأمراض المزمنة أكبر بكثير من علاج الأمراض الخطيرة.

- تحسينات في العلاجات: في العقد الماضي، قدمت العلاجات وتقنيات التشخيص الجديدة في الصحة مساهمات حقيقية ومكلفة للغاية، فمثلا أدت علاجات السرطان والحروق والأمراض العصبية إلى إنقاذ البشر وتحسين نوعية الحياة لملايين الأشخاص ولكنها زادت بالمقابل من تكاليف الرعاية الصحية بشكل كبير.

- هناك مصدر آخر مهم لزيادة تكاليف الرعاية الصحية ناتج عن عدم الكفاءة التشغيلية غير الضرورية المرتبطة بعملية تقديم الرعاية المباشرة للمرضى، كما يمكن ربطها بالجانب الإداري واللوجستي والتشغيلي لنظام تقديم الخدمة الصحية (Pocha, 2010, p. 312).

وتعمل إقامة الشراكات بين القطاع العمومي والقطاع الخاص على خفض هذه التكاليف وتحسين الكفاءة وتقاسم المخاطر، لكن يجب التوضيح أنه في كثير من البلدان التي تبنت الشراكة، لوحظ ارتفاع مستمر للتكاليف الطبية، لذا تكون الحكومة الطرف الأكثر نشاطا والتمويل الرئيسي للرعاية الطبية للجميع والمخطط الاستراتيجي بالاستفادة من موارد القطاعين دون أن يصبحوا ضحية للفوضى المالية.

ويمكن بشكل عام القول أن للشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص فوائد على الجهات الثلاث القطاع العمومي، القطاع الخاص وكذا المواطن والمجتمع حسب الجدول التالي:

الجدول (4-6) فوائد الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص في مجال الصحة

بالنسبة للقطاع العمومي	بالنسبة للقطاع الخاص	بالنسبة للمواطن والمجتمع
تخفيف العبء على المؤسسات العمومية للتكفل الجيد بالمرضى.	ضمان تدفقات الإيرادات المستمرة.	تلبية الحاجيات الصحية للمواطن طبقا لمعايير الجودة المطلوبة.
الاستغلال الأمثل للموارد العمومية سواء البشرية منها أو المادية أو المالية.	الاستثمار الأحسن للاختصاصات الطبية والخبرات والتكنولوجيا الطبية.	تحسن الأحوال الصحية والنفسية والاجتماعية للمواطنين.
القدرة على الرفع من جودة الخدمات العمومية للصحة ذات الأولوية.	تنشيط العمل الجماعي وتفعيل التعاون والمشاركة.	خلق مناصب شغل جديدة لم تكن لولا الشراكة بين القطاعين.
تحفيز التكاليف وتحقيق الكفاءة عن طريق التفاوض والتعامل مع الشريك الخاص الأنسب.	تشجيع الإبداع والاكتشافات الطبية وكذا المنافسة بين مختلف المؤسسات الصحية ومنه البحث عن التميز.	حرية اختيار المواطن للتوجه للمرافق الصحية العمومية أو الخاصة ويعتبر ذلك شكل من أشكال الديمقراطية والشفافية.
الاستفادة من خبرة القطاع الخاص ومهاراته وموارده خاصة الأطباء المختصين.	التحسين المستمر للخدمة الصحية لجذب المواطنين للاستفادة من خدماته.	تقريب المؤسسات الصحية للمواطن خاصة في المناطق المعزولة.
تركيز المؤسسات الصحية على دورها الأساسي ألا وهو تقديم الخدمات الصحية.	مشاركة القطاع الخاص إلى جانب القطاع العمومي في ترقية الصحة.	

المصدر: من إعداد الباحثة

وفي ظل هذه الظروف، أي إقامة الشراكات بين القطاعين، من المتوقع أن يتلقى المواطنون خدمات أكثر تنوعا مع تغطية أكبر، جودة أعلى، وولوج للقطاع أفضل، وحتى تكاليف أقل، مما يؤدي إلى تحسين صحتهم والحصول على رضاهم (Tabrizi, Azami-Aghdash, & Gharaee, 2020, p. 02).

المطلب الثامن- صور الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص ضمن المنظومة الصحية الجزائرية:

تعمل الحكومة الجزائرية على ضخ أموال ضخمة من ميزانية الدولة سنويا لتأهيل قطاع الصحة وتحسين جودة الخدمات المقدمة، خاصة أن البنية الأساسية للقطاع مترهلة، كونها تعود لسنوات السبعينات والثمانينات مما يجعلها لا تستجيب للتطورات الحاصلة في البلد. فكانت الشراكة بين القطاعين آلية لتحسين البنية الأساسية لقطاع الصحة العمومية والتي يتم عرضها في شكل صفقات وعقود تبرمها الدولة مع القطاع الخاص، أي تأخذ صورة عقود شراكات التعاقد خاصة عقود البناء والتشغيل. وقد أفرزت هذه التجربة كذلك على إحداث خدمات جديدة يعنى بها القطاع الخاص لفائدة المؤسسات العمومية للصحة في إطار المناولة مثل خدمات النظافة سواء الاستشفائية أو نظافة المحيط، خدمات الإطعام والإعاشة وفق معايير الجودة، والهدف من ذلك هو إفضاء النجاعة على الخدمات المقدمة والتقليص من التكلفة، بالإضافة إلى جعل المؤسسات العمومية للصحة تركز على دورها الرئيسي ألا وهو تقديم العلاج.

فقد نصت المادة 265 من قانون الصحة الجزائري 11/18 على أن تنظيم المنظومة الوطنية للصحة يرتكز على عدة نقاط من بينها التكامل بين القطاع العمومي والقطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية.

وبالرغم من فتوة شراكة القطاع الخاص للقطاع العمومي في مجال تقديم العلاجات ، إلا أن خطوات تطويرها يظهر جليا من خلال التشريعات التي تصدرها الدولة في هذا الإطار، فقد صدر مرسوم تنفيذي 11/15 المؤرخ في 14 جانفي 2015 المحدد للاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي ومراكز تصفية الدم الخاصة كمرجع قانوني إطار ينظم الشراكة بين المؤسسات الاستشفائية العمومية وهيئات الضمان الاجتماعي ممثلة للقطاع العمومي ومراكز تصفية الدم الخاصة ممثلة للقطاع الخاص لتكفل هذا الأخير بمرضى القصور الكلوي المزمن المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم لتخفيف الضغط على المؤسسات العمومية، ونظرا لحساسية هذا النوع من الأمراض نظم هذا المرسوم التزامات كل طرف بما يخدم مصلحة المريض لحصوله على حصص تصفية الدم وبعض الأعمال المرتبطة بعلاج فقر الدم للقصور الكلوي أو الفحوصات التحضيرية لعملية زرع الكلى. وقام المشرع بتوسيع الشراكة إلى خدمات صحية أخرى فصدر المرسوم التنفيذي رقم 60/20 بتاريخ 14 مارس 2020 ليحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة. ويعتبر المرجع الإطار لتنظيم الشراكة بين القطاع العمومي (هيئات الضمان الاجتماعي، المؤسسات الاستشفائية العمومية) والقطاع الخاص (المؤسسات الاستشفائية الخاصة) لتكفل هذا الأخير بخدمة الولادة لصالح المؤمنات اجتماعيا وزوجات المؤمنین اجتماعيا، حيث رسم المشرع التزامات كل طرف. فمن جانب القطاع الخاص، أي المؤسسات الاستشفائية الخاصة التي ترغب في ممارسة نشاطاتها ضمن إطار هذه الاتفاقية، تقديم ملف يضمن الترخيص القانوني من طرف مصالح وزارة الصحة لممارسة نشاط الولادة وكذا مواردها البشرية. وقد اشترطت المادة 5 منه على المؤسسة الاستشفائية الخاصة تشغيل المستخدمين ذوي الكفاءة المطلوبة في مجال الولادة، على أن تكون النشاطات تحت مسؤولية طبيب مختص في أمراض النساء والتوليد يمارس عمله بالتوقيت الكامل. بالإضافة إلى ضرورة تقديم الأعمال طبقا للمعايير الصحية

المعمول بها عالميا، والسهر على احترام التنظيم المنصوص عليه في مجال الوقاية والأمن في وسط العمل والوقاية الاستشفائية لضمان جودة الخدمة المقدمة.

مع الإشارة أن مصاريف الخدمة يتم التكفل بها 100 % من طرف الدولة، فتلتزم المؤسسة الاستشفائية الخاصة بعدم مطالبة المستفيدة بدفع أتعاب أخرى حسب المادة 13، على أن تلتزم هيئات الضمان الاجتماعي بدفع تكاليف الخدمة وفق تسعيرات جزافية نص عليها المرسوم التنفيذي هي أقرب إلى التكاليف الحقيقية، ويمكن أن تعدل المبالغ بعد موافقة الوزير المكلف بالضمان الاجتماعي حسب المادة 25. بالإضافة إلى أن المرسوم نبه لنقطة رئيسية لتفادي استغلال الخواص من إجراء العمليات القيصرية قصد الربح المادي، فضمن مادة لحماية المستفيدات من تجاوزات الخواص، حيث أخضع التكفل بالعملية القيصرية لموافقة الصندوق المسبقة بناء على اقتراح من الطبيب المعالج، أما إذا تم اللجوء إليها خلال الولادة بسبب مضاعفات صحية تكون هناك مراقبة بعدية لأسباب اللجوء لها.

المبحث الرابع- مشروع المؤسسة كنموذج لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية للصحة:

من مميزات التسيير العمومي الحديث الاعتماد على التسيير بالأهداف من خلال مشروع المؤسسة والذي يهدف إلى تنفيذ نشاطاتها وتحقيق أهدافها عن طريق تعبئة الموارد اللازمة لذلك. ومن المسلم به على نطاق واسع، أن مشروع المؤسسة هو أحد أهم آليات التسيير العمومي الحديث التي تسمح بزيادة كفاءة وفعالية المؤسسات العمومية للصحة (Bouklikha & Kara terki, 2021, p. 26)، ومن بين أهم المشاريع الفرعية في مشروع المؤسسة مشروع الجودة، إذ يمكن من خلاله تطبيق أدوات إدارة الجودة الشاملة.

المطلب الأول- تعريف مشروع المؤسسة الصحية:

يعد مشروع المؤسسة الصحية أحد أهم الآليات الاستراتيجية التي يجب الاعتماد عليها في تسيير المؤسسات الصحية بشكل عام، ويساعد المشروع على تحديد الأهداف الاستراتيجية ورسم خريطة تيسر عمل المدير وتسهم بشكل كبير في رصد الأداء وتحقيق الأهداف المرجوة (Bouklikha & Kara terki, 2021, p. 30).

وعرف الكاتب لوففر Lefevre P مشروع المؤسسة الصحية أنه "إنجاز ديناميكي لأهداف طبية اجتماعية للمؤسسة، اعتمادا على نظريتها الفلسفية، واختياراتها الاستراتيجية. مؤسس على مبدأ تعاقدية، تلتزم به الأطراف الفاعلة في المؤسسة، ويعتبر بمثابة وثيقة مرجعية مكتوبة ذات وجهة داخلية وخارجية للمؤسسة" (بوكليخة, 2022. ص 182).

فمشروع المؤسسة الصحية وسيلة لتجسيد الرؤية الاستراتيجية المستقبلية للمؤسسة، يسمح لها بترجمتها إلى خطط عملية سنوية، وتعرف المادة 714-11 من قانون الصحة العمومية الفرنسي مشروع المؤسسة كالآتي: "يحدد مشروع المؤسسة على وجه الخصوص المشروع الطبي، الأهداف العامة للمؤسسة في المجال الطبي، خدمات التمريض، السياسة الاجتماعية، برامج التكوين، التسيير ونظم المعلومات على أن يتوافق هذا المشروع مع الأهداف المسطرة، من أجل تحديد وسائل الاستشفاء المناسبة، والوسائل

البشرية والتجهيزات الضرورية اللازمة لتحقيق الأهداف، ويحدد لمدة أقصاها خمس سنوات قابلة للمراجعة والتعديل ("عقود & مقدود، 2022. ص 525).

فهو بذلك خطة عمل إرادية تطوعية، تسهم جميع الأطراف المعنية في بلورته لتحقيق أهداف استراتيجية للمؤسسة الصحية، مؤلفة من مجموعة من الأعمال المنسجمة التي تسمح بدخول جميع نشاطات المؤسسة في ديناميكية عن طريق فريق عمل متعاون يعتمد على تكاملية الكفاءات واستمرارية العلاج.

وتتمثل أهم مقومات نجاح مشروع المؤسسة الصحية فيما يلي (عقود & مقدود، 2022. ص 525) :

-انخراط كافة فواعل المؤسسة الصحية في المشروع.

-التوظيف الأمثل للإمكانات المتوفرة.

-الالتزام بالأهداف المرسومة للمشروع.

ويمثل تحسين أداء المشروع وضمان نجاحه تحديا تواجهه المؤسسات القائمة على المشاريع، ويعزى خطر فشل المشروع عموما إلى القصور في تطبيق المعارف والمهارات والأدوات والتقنيات اللازمة على أنشطة المشاريع. ويميز هوغز Hughes وتيب تippet Thomas (2004) تمييزا مهما بين مقاييس نجاح المشروع وعوامل نجاح المشروع، فمقاييس نجاح المشروع هي المعايير التي يتم من خلالها تقييم النجاح أو الفشل وهي ثلاثة قيود رئيسية: التكلفة، المدة، والجودة. في حين تعتبر عوامل نجاح المشروع مدخلات تؤدي إلى نجاح المشروع. ويعرف المشروع الناجح بأنه مشروع يحقق النتائج المرجوة في إطار زمني متفق عليه ويستخدم الموارد المختارة (Oun, Blackburn, Olson, & Blessner, 2016, p. 181).

المطلب الثاني- مكونات مشروع المؤسسة العمومية للصحة:

يمكن القول أن مشروع المؤسسة هو عبارة عن محصلة مشاريع جزئية تعبر عن تقاطع وتكامل رغبات وامكانيات جميع فواعل المؤسسة العمومية للصحة، فهو يتكون من المشاريع الجزئية الآتية (عقود & مقدود، 2022. ص 526) :

الفرع الأول- المشروع الطبي:

يقوم المجلس الطبي بمعية المدير تحضير المشروع الطبي للمؤسسة، ويعتبر هذا المشروع قلب مشروع المؤسسة العمومية للصحة، لأنه يحدد توجهات المؤسسة في المجال الطبي بصياغة الأهداف الطبية خلال خمس السنوات المقبلة وينطوي على مشاريع جزئية.

الفرع الثاني - مشروع خدمات التمريض:

ويسمى كذلك بمشروع التكفل، ويشمل على التنظيم العام لخدمات التمريض وكيفية التكفل بالمرضى، ويصاغ على شكل إجراءات يتبعها الممرضون لضمان تكفل أحسن بالمرضى.

الفرع الثالث - المشروع الاجتماعي:

يصف السياسة المنتهجة من قبل المؤسسة بخصوص تسيير الموارد البشرية. فيوضح سياسة العلاقات الإنسانية وسياسة التكوين، بالإضافة إلى تنظيم وإعادة تنظيم مختلف المصالح.

الفرع الرابع - مشروع نظام المعلومات:

ويهدف إلى إبراز التحسينات التقنية والبرمجية والبيداغوجية المحققة الذي يساعد على التسيير الأمثل للموارد من أجل أفضل تكفل بالمرضى.

الفرع الخامس - مشروع الجودة:

يترجم عزم المؤسسة على وضع المريض في قلب العملية التسييرية، والتي تحاول الإدارة من خلاله العمل على تحقيق أبعاد الجودة كبعد الملموسية والاعتمادية والاستجابة والتعاطف وبعد الضمان وتطبيق إدارة المخاطر بالمؤسسة العمومية للصحة.

الفرع السادس - مشروع التسيير:

يقوم بتوحيد الإجراءات المحاسبية، المالية والإدارية، إعداد لوحات قيادة مختلفة، إجراءات المراقبة والتقييم، من أجل السماح للمؤسسة باتخاذ قرارات التسيير.

وإعداد مشروع المؤسسة عملية ديناميكية يجب أن تخضع للتشاور، ويتطلب ذلك أن تكون الجهات الفاعلة والمشاركة في العملية مؤهلة كفاية لتحديد الأهداف الاستراتيجية بناء على تشخيص البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة العمومية للصحة (Bouklikha & Kara terki, 2021, p. 30).

المطلب الثالث - أهداف مشروع المؤسسة العمومية للصحة:

- تسعى المؤسسة العمومية للصحة من خلال مشروع المؤسسة تحقيق الأهداف التالية (بوكليخة, 2022, ص 186):
- تعبئة عمال المؤسسة حتى يخطرطوا في مشروع المؤسسة.
- تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة كما وكيفا.
- الارتقاء بالحياة الصحية وتحسين المناخ الصحي.
- تدعيم اللامركزية فهو يسمح للمؤسسة الصحية بوضع مشاريعها المميزة في إطار الأهداف الوطنية.
- إدخال المزيد من المرونة في تنفيذ البرامج الصحية.
- وضع مشروع صحي شامل تلتقي فيه كل الأطراف المعنية بالعملية الصحية داخل المؤسسة وخارجها ويكون بمثابة المرجع لهم.

المطلب الرابع - مشروع المؤسسة العمومية للصحة آلية لدمج مبادئ التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة:

لا يقتصر دور المؤسسة العمومية للصحة على تقديم الخدمات الصحية فقط، بل يجب عليها التنبؤ بما يمكنه الحدوث مستقبلا حتى تستطيع التكيف مع المتغيرات البيئية والديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية فيكون لها رؤية مستقبلية. بالإضافة إلى الاستغلال الأمثل للموارد المتوفرة لخدمة أهدافها، وهاته من مبادئ التسيير العمومي الحديث القدرة على التكيف مع المتغيرات الحاصلة والكفاءة في تسيير الموارد. ويعتمد تطبيق مشروع المؤسسة بالدرجة الأولى على مشاركة كل فواعل المؤسسة بداية من تصميمه إلى تنفيذه ومراقبته وتقييمه بشكل دوري والعمل على تحسين هذه العمليات بشكل مستمر والتدريب المستمر، وتعد المشاركة والتمكين والتدريب والتحسين المستمر أحد قيم إدارة الجودة الشاملة. وكما تم الإشارة إليه، فمن مكونات مشروع المؤسسة مشروع الجودة والذي يركز على المريض كجوهر للعمليات التسييرية والعمل على تطوير وخدمة أبعادها بما يخدم المريض بالدرجة الأولى.

فخلال الثمانينات، كان مشروع المؤسسة في نشأته شكلا من أشكال إنتاج الخطاب الذي يؤدي إلى صياغة ميثاق للقيم يهدف إلى إضفاء الطابع الرسمي على مهام المؤسسة وأهدافها. وفي منتصف التسعينيات، كان مشروع المؤسسة جزءا مما أسماه بوتيني

JP. Boutinet "المنظمات القائمة على المشاريع" وكان مميزا عن "الأنشطة القائمة على المشاريع" ويبين أن سعي المؤسسات إلى وضع مشروع يقوم على الرغبة في جعل العمل أكثر اتساقا (Vinot, 1999, p. 88).

وفي هذا السياق، يهدف المشروع إلى تعبئة عمال المؤسسة حول قضية ما. ويكتسب هذا التحدي قيمة رمزية وأخرى تشغيلية، بقدر ما يشجع على اتخاذ إجراءات ملموسة. ولذلك فإن الأمر يتعلق مسبقا بتميز واضح، في حين أن الغموض موجود على أساس التفرقة بين التسيير بالمشاريع في مؤسسة ما ومشروع المؤسسة. فإذا كانت الأولى طريقة تنظيمية تقتصر على قطاع معين من المؤسسة، فإن مشروع المؤسسة يكون عاما وشاملا. وبالتالي، فأى مشروع مؤسسة، كالمستشفى مثلا، لا يمكن أن يعمل إلا إذا كان جزءا من نهج إداري قائم على التسيير بالمشاريع (Vinot, 1999, p. 89).

المطلب الخامس - تجربة مشروع المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر:

تعد التعليمات الوزارية رقم 01 المؤرخة في 16 أبريل 2014 التشريع الأول بالجزائر لوضع مشروع المؤسسة العمومية للصحة حيز التنفيذ إلى جانب لوحة القيادة وعقد النجاعة ومؤشرات قياس الأداء. فتقوم المؤسسة العمومية للصحة بترجمة أهدافها في صورة مشروع المؤسسة كأداة قيادة استشرافية في التسيير مع تحديد طرق تنفيذها وتقييمها عن طريق التوقعات المسبقة للنتائج (خليل، زديرة، & حداد، 2021، ص 66).

لكن بالنسبة لبعض المؤسسات العمومية للصحة ذات الطابع الخاص مثل المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهراڤ والمؤسسات الاستشفائية فقد سبقت المؤسسات الأخرى في التشريع لمشروع المؤسسة. فنصت المادة 6 من المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 السالف ذكره على إعداد المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهراڤ لمشروع مؤسسة ومشروع نوعية، وأما المادة 18 منه تنص على ضرورة تزويد المؤسسة بـ لجنة إشراف على مشروع المؤسسة.

وكذلك الأمر بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية، فطبقا للمرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 09 جويلية 2021 الخاص بالمؤسسات الاستشفائية، خاصة المادة 6 منه ألزمت هذه المؤسسات على مشروع المؤسسة ومشروع نوعية.

بعدها أكد القانون 18-11 على مشروع المؤسسة كآلية للتخطيط الصحي، وقد ألزمت المادة 290 الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة بإعداد مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة، وهما أداتان جوهريتان سواء في تنفيذ أليات التسيير العمومي الحديث أو إدارة الجودة الشاملة التي تم التطرق إليها سابقا.

ومع تغير نهج تمويل المؤسسات العمومية للصحة، الذي كان لسنين خلت جزافيا يقوم أساسا على ما تم تمويله السنة السابقة، فقد نص قانون الصحة الجديد على أن تمويل المؤسسات العمومية للصحة يكون مبنيا على النشاط، في شكل عقود أهداف ونجاعة تصادق عليها الوزارة الوصية، على أن توافق هذه الأهداف أهداف المخطط الوطني للتنظيم الصحي. وإعداد هذه العقود ومشاريع المصالح يكون في إطار مشروع المؤسسة.

ولمشروع المؤسسة مشاريع فرعية استهدفت كل جوانب النشاط الصحي بشكل تكاملي وتشاركي، ومن أبرزها "مشروع الجودة" من أجل الوصول إلى مستوى قياسي في جودة الخدمات الصحية. وقد استهدف خمسة محاور يمكن تطوير الجودة من خلالها: معايير المنشآت الصحية والهياكل القاعدية والمستخدمين، تسيير المخاطر، المصادقية، توصيف الإجراءات، الكفاية (خليل وآخرون،

2012، ص 69)

خلاصة

قبل اقتراح النموذج المهجين الذي تتكامل فيه مبادئ التسيير العمومي الحديث مع مبادئ إدارة الجودة الشاملة، تم التطرق لأوجه الشبه والاختلاف بين النهجين لتوضيح نقاط قوة كل منهما ونقاط الالتقاء بينهما، ما ساعد على بناء مقترح التكامل وإبراز أهمية هذا التكامل بما يخدم المؤسسة العمومية للصحة لتحقيق الكفاءة والجودة في آن واحد. ليتم بعدها التطرق لنموذجين تسييرين حديثين تتكامل فيهما مبادئ كلا الفلسفتين (التسيير العمومي الحديث، إدارة الجودة الشاملة) وهما الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص بالإضافة إلى مشروع المؤسسة. وبصورة عامة تم توضيح العلاقة النظرية للتكامل بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة ثم عرض صور تطبيق كل منهما ضمن المنظومة الصحية الجزائرية من خلال دراسة تحليلية لما صدر عن المشرع الجزائري ووزارة الصحة من تعليمات في هذا الإطار. لكن كيف هو واقع تطبيق المؤسسات العمومية للصحة الجزائرية لفلسفة التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة؟ هذا ما سيتم عرضه إن وجد في الفصل الموالي.

الفصل الخامس

تمهيد

بعد استعراض استخدام كلا النموذجين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي خاصة العمومي منه، يلاحظ الدارس أن تطبيقهما في دول العالم مختلفة ويرجع ذلك إلى درجة تطور وتقدم التنمية بالدولة محل الدراسة. وتعتبر المستشفيات الركيزة الأهم في القطاع الصحي العمومي، لذلك تسعى الدولة إلى توافر مستشفيات عمومية تطبق المعايير الدولية والأساليب الأحدث في التسيير لتغطية احتياجات المواطنين، فالاهتمام بصحة المواطن هي المؤشر الأقوى لتطور التنمية للدولة. من خلال هذا الفصل سيتم إسقاط ما تم العرض له في أدبيات التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة على المؤسسات العمومية للصحة الجزائرية بالأخص المستشفيات وذلك بالتطرق إلى تقديم عام للمؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة في المبحث الأول، ثم تسليط الضوء على الإطار المنهجي للدراسة التطبيقية من خلال عرض نتائج الدراسة الاستطلاعية والدراسة الرئيسية في المبحث الثاني. أما المبحث الثالث فخصص لتحليل واختبار فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج.

المبحث الأول- تقديم عام للمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة:

على مستوى ولاية باتنة هناك العديد من الهياكل الصحية التي توفر العلاج للسكان منها الخاصة والعمومية. فيحتوي القطاع الخاص على 13 مصحة طبية بسعة 261 سرير، كذلك 4 مراكز تصفية دم، 4 مراكز للتشخيص الطبي، 38 قاعة علاج، 12 وحدة نقل و395 عيادة طبية متخصصة، 384 عيادة طب عام، 427 عيادة لجراحة الأسنان و358 صيدلية توظف أكثر من 2023 عامل. أما بالنسبة للعمومية، حسب إحصائيات شهر أوت 2024 كذلك والتي تم الحصول عليها من مديرية الصحة لولاية باتنة، يوجد 1 مركز استشفائي جامعي، 5 مؤسسات استشفائية متخصصة، 12 مؤسسة عمومية استشفائية، 10 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية تسير 62 قاعة متعددة الخدمات و270 قاعة علاج، أما قاعات العمليات الجراحية فهناك 59 قاعة عمليات موزعة على مختلف المستشفيات العمومية للولاية، بها أكثر من 12373 موظف بمختلف الأسلاك. وقصد تنوع مؤسسات محل الدراسة تم اختيار المؤسسات العمومية للصحة بمقر الولاية نظرا لكثافة طلبات العلاج فيها والتعداد المعتبر للموظفين بها ومتدرجة حسب الهرم التسلسلي للعلاج.

المطلب الأول- المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة:

ابان الاستعمار الفرنسي، أنشئ مستشفى باتنة سنة 1950 أمام الثكنة العسكرية للضرورة الاستراتيجية، وكان في خدمة الجيش الفرنسي، وفي سنة 1956 أخذ الاسم المدني مع افتتاح أقسام مختصة وهي طب الأطفال، الجراحة العامة، طب أمراض النساء، الطب العام فضلا عن جهاز تقني بسيط كالمخابر وقسم الأشعة.

وبعد الاستقلال، وبارث ثقل من مشاكل تسير الخدمة الصحية للمواطن في حدود الامكانيات لضمان الرعاية الصحية للمرضى الذين يتوافدون عليه للتداوي والإقامة به، واصل المستشفى مهامه بنفس الأقسام إلى غاية إنشاء المستشفى الجديد والحالي "بن فليس التهامي"، هذا الأخير فتح أبوابه سنة 1979، حيث وفي إطار إعادة هيكلة الخريطة الصحية سنة 1982، أنشئت على مستواه 29 مصلحة بموجب المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 المتضمن إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية.

وفي عام 1986 أنشئ المركز الاستشفائي الجامعي بموجب المرسوم رقم 86-303 المؤرخ في 16 ديسمبر 1986 المتضمن إنشاء المركز الاستشفائي الجامعي لباتنة المتمم للمرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 المتضمن القانون النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية. ويقدم المركز الاستشفائي الجامعي باتنة خدمات صحية لأكثر من 1.186.832 ساكن موزعين على 22 دائرة، مع وجود 61 بلدية، بالإضافة للتكفل بسكان ولايات المسيلة، بسكرة، الوادي، ورقلة، تبسة، خنشلة وأم البواقي.

والمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة، مؤسسة عمومية ذات طابع إداري موضوع تحت الوصاية الإدارية لوزير الصحة، والوصاية البيداغوجية لوزير التعليم العالي والبحث العلمي، يخضع حاليا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، وقد سبق تفصيل تنظيم المراكز الاستشفائية الجامعية في الفصل الأول.

وتتضمن المؤسسة على 30 مصلحة بمقتضى القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 24 مارس 2024 المتضمن إنشاء و/أو تسوية المصالح الاستشفائية الجامعية والوحدات المكونة لها على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي باتنة ، ولقد استفادت جل المصالح من

عمليات التهيئة وإعادة التأهيل، أما الهيكل قديم نسبياً أنجز سنة 1976، في حين الهياكل الجديدة تتمثل في جناح للإستعجالات يضم ثلاث طوابق و60 سرير، والذي انطلق العمل به يوم 01 نوفمبر 2013، وقد تم الموافقة في شهر جويلية من سنة 2024 على إنجاز مشروع مركز استشفائي جامعي جديد بطاقة استيعاب 500 سرير بمصالح استشفائية جديدة تستطيع أن تستجيب لطلبات الساكنة. حالياً يتكون المستشفى من عدة مصالح بسعة 588 سرير:

✓ المصالح الاستشفائية:

- الطب الداخلي: 50 سرير.
- التخدير والانعاش: 10 سرير.
- أمراض القلب: 32 سرير.
- أمراض الغدد وداء السكري: 30 سرير.
- طب أمراض الدم: 26 سرير.
- طب الأطفال: 60 سرير.
- طب أمراض الكلى وتصفية الدم: 40 سرير.
- جراحة الرضوض والصدمات: 70 سرير.
- الجراحة العامة: 130 سرير.
- طب أمراض العيون: 40 سرير.
- جراحة الأطفال: 36 سرير.
- جراحة المسالك البولية "أ": 20 سرير.
- جراحة المسالك البولية "ب": لم يحدد بعد عدد الأسرة التقنية به نظراً لعدم انطلاق النشاط الفعلي به.
- جراحة الأعصاب: 20 سرير.
- الاستعجالات الطبية والجراحية: 24 سرير.

✓ المصالح التقنية:

- إعادة التأهيل والتكيف الوظيفي.
- علم الأوبئة.
- الطب الشرعي.
- طب العمل.
- جراحة الاسنان.
- مخابر للتخصصات المختلفة.
- مصلحة الأشعة (الأشعة العادية، سكانار، الإيكوغرافي، التصوير بالرنين المغناطيسي).
- الصيدلية المركزية.

وباعتبار أن المركز الاستشفائي الجامعي باتنة أهم مؤسسة عمومية صحية بالولاية، فلا بد أن يكون تعداد مستخدميه معتبر ويمكن تبيانته في الجدول التالي:

الجدول (1-5) تعداد المستخدمين بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة سنة 2024

عدد المستخدمين	السلك
156	الاستشفائيون الجامعيون
356	الأطباء المقيمون
121	الأطباء المتخصصون
06	الصيدلة المتخصصون
06	جراحو الأسنان المتخصصون
111	الأطباء العامون
07	الصيدلة العامون
05	جراحو الأسنان العامون
768	مجموع الممارسون الطبيون
1006	شبه الطبيون للصحة العمومية
63	الأعوان الطبيون في التخدير والانعاش
89	البيولوجيون
19	النفسانيون
223	الاداريون
69	العمال المهنيون
399	الأعوان المتعاقدون
2636	المجموع العام

المصدر: إحصائيات صادرة عن مديرية الموارد البشرية للمركز الاستشفائي الجامعي باتنة لشهر ديسمبر 2024

وباعتبار أن المركز الاستشفائي الجامعي على رأس هرم تدرج العلاجات في الجزائر فأغلب نشاطاته الطبية متخصصة وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (2-5) النشاطات الطبية بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة سنة 2024

الفحوصات العامة	الفحوصات الطبية المتخصصة	عدد فحوصات جراحة الأسنان	عدد الإقامات	عدد العمليات الجراحية
/	126551	2389	27176	10073

المصدر: إحصائيات ديسمبر 2024 صادرة عن النشاطات الطبية وشبه الطبية للمركز الاستشفائي الجامعي باتنة

المطلب الثاني- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة باتنة:

تعتبر المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة باتنة مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وهي تحت وصاية مدير الصحة الولائي. تغطي كثافة سكانية تقدر بـ 1.186.832 نسمة موزعة على 61 بلدية، تتكفل المؤسسة بمرضى الولاية كذا الولايات المجاورة.

تم انشاءها بموجب المرسوم التنفيذي 204-07 المؤرخ في 2007/06/30. وطبقا للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 2013/07/25 المتضمن اعتماد بعض مصالح المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب وجراحة الأطفال، أصبحت المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مريم بوعتورة باتنة تضمن نشاطات استشفائية جامعية. وحسب القرار الوزاري رقم 26 المؤرخ في 2009/01/27 المتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة باتنة، فالمؤسسة تحتوي على:

✓ المصالح الاستشفائية:

* مصلحة طب أمراض النساء والتوليد 120 سرير، تحتوي على عدة وحدات هي:

-وحدة طب أمراض النساء.

-وحدة الحمل الخطر.

-وحدة ما بعد الوضع.

-وحدة الفحص، الكشف والإستعجالات.

-وحدة جراحة أمراض النساء.

-وحدة الإنعاش الطبي.

* مصلحة حديثي الولادة 24 سرير، وتحتوي على 3 وحدات وهي:

-وحدة العلاج العام.

-وحدة العلاج المكثف.

-وحدة الإنعاش.

* مصلحة طب الأطفال 26 سرير تحتوي على وحدتين هما:

-وحدة الرضع.

-وحدة الأطفال الكبار.

* مصلحة جراحة الأطفال 24 سرير تحتوي على عدة وحدات تتمثل في:

-وحدة الاستشفاء.

-وحدة الفحص والإستعجالات.

-مصلحة جراحة الأطفال.

✓ المصالح التقنية:

-المخبر.

-قسم الاشعة.

-الصيدلية.

وبالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة مريم بوعتورة بآتة تعداد مستخدمين مبین فی الجدول التالي:

الجدول (3-5) تعداد المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة بآتة سنة 2024

عدد المستخدمين	السلک
13	الاستشفائيون الجامعيون
62	الأطباء المقيمون
37	الأطباء المتخصصون
00	الصيدلة المتخصصةون
00	جراحو الأسنان المتخصصةون
27	الأطباء العامون
5	الصيدلة العامون
00	جراحو الأسنان العامون
144	مجموع الممارسون الطبيون
352	شبه الطبيون للصحة العمومية
8	النفسانيون
56	الاداريون
08	عمال الخدمة
14	العمال التقنيون
11	عمال مهنيون
130	الأعوان المتعاقدون
579	المجموع العام

المصدر: إحصائيات ديسمبر 2024 صادرة عن المديرية الفرعية للموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة مريم بوعتورة بآتة

أما بالنسبة لنشاطات المؤسسة الطبية خلال سنة 2024، فيبرزها الجدول الموالي:

الجدول (4-5) النشاطات الطبية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة بآتة سنة 2024

الفحوصات العامة	الفحوصات الطبية المتخصصة	عدد الولادات	عدد الاقامات	عدد العمليات الجراحية
34084	47614	10310	61877	4068

المصدر: إحصائيات ديسمبر 2024 صادرة عن المديرية الفرعية للمصالح الصحية للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة مريم بوعتورة بآتة

المطلب الثالث- المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة:

تم إنشاء المؤسسة العمومية الاستشفائية (سناتريوم sanatorium سابقا) عام 1948، تحت اسم المستشفى المدني حتى عام 1988. ثم انفصل عن المركز الاستشفائي الجامعي تحت مسمى القطاع الصحي باتنة وضم عدة خدمات صحية وهي طب الأمراض المعدية، طب أمراض الرئة والتنفس، جراحة الأنف والأذن والحنجرة، طب أمراض النساء والتوليد وكذلك الطب النفسي. ثم تم تحويل التخصصين الأخيرين (طب أمراض النساء والتوليد، الطب النفسي) إلى مؤسستين عموميتين متخصصتين. والمؤسسة حاليا تحتوي على:

✓ المصالح الاستشفائية:

* مصلحة طب الرئة بها 60 سرير، وهي مصلحة استشفائية جامعية تحتوي على عدة وحدات هي:

-وحدة استشفاء النساء والأطفال.

-وحدة استشفاء الرجال.

-وحدة التشخيص.

-وحدة الفحص.

* مصلحة جراحة الأنف والأذن والحنجرة 38 سرير، وهي كذلك مصلحة استشفائية جامعية وتحتوي على الوحدات التالية:

-وحدة استشفاء الرجال.

-وحدة استشفاء النساء.

-وحدة استشفاء الأطفال.

-وحدة العمليات الجراحية بها 2 قاعتين

* مصلحة الطب الداخلي 60 سرير لم يتم فتحها بعد. تحتوي على 4 وحدات هما:

-وحدة استشفاء الرجال.

-وحدة استشفاء النساء.

-وحدة طب امراض السرطان.

-وحدة الفحص والتشخيص.

المصالح التقنية:

-المخبر.

-قسم الاشعة.

-الصيدلية.

-مصلحة الأوبئة والطب الوقائي

ولدى المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة تعداد مهم مبين في الجدول التالي:

الجدول (5-5) تعداد المستخدمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة سنة 2024

عدد المستخدمين	السللك
20	الاستشفائيون الجامعيون
37	الأطباء المقيمون
61	الأطباء المتخصصون
00	الصيدالة المتخصصةون
00	جراحو الأسنان المتخصصةون
38	الأطباء العامون
6	الصيدالة العامون
00	جراحو الأسنان العامون
162	مجموع الممارسون الطبيون
278	شبه الطبيون للصحة العمومية
26	الأعوان الطبيون في التخدير والانعاش
30	البيولوجيون
12	النفسانيون
137	الاداريون
21	العمال المهنيون
97	الأعوان المتعاقدون
763	المجموع العام

المصدر: إحصائيات ديسمبر 2024 صادرة عن مديرية الموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة

أما بالنسبة للنشاطات الطبية للمؤسسة خلال سنة 2024، يعرضها الجدول الآتي:

الجدول (6-5) النشاطات الطبية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة سنة 2024

عدد العمليات الجراحية	عدد الاقامات	فحوصات جراحة الأسنان	الفحوصات الطبية المتخصصة	الفحوصات الطبية العامة
782	23974	00	30102	00

المصدر: إحصائيات الصحة 2024 صادرة عن مديرية المصالح الصحية للمؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة

المطلب الرابع- المؤسسة العمومية للصحة العمومية باتنة:

تغطي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة كثافة سكانية تقدر بـ 516164 أي ما يمثل 3/1 سكان الولاية، موزعة على 7 بلديات وهي: باتنة، فسديس، واد الشعبة، تازولت، عيون العصافير، تيمقاد، أولاد فاضل. موزعة عياداتها حسب الجدول التالي:

الجدول (5-7) توزيع قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة

المؤسسة	البلدية	عدد العيادات متعددة الخدمات	عدد قاعات العلاج
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة	باتنة	5	8
	فسديس	1	3
	واد الشعبة	2	6
	تازولت	1	5
	عيون العصفير	1	3
	تيمقاد	1	6
	أولاد فاضل	1	5
	المجموع	12	36

المصدر: إحصائيات الصحة 2024 صادرة عن مديرية الصحة لولاية باتنة

أما بالنسبة للموارد البشرية وحسب إحصائيات الصحة 2024 المذكورة سابقا، فالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة بها تعداد معتبر مقارنة بنظيراتها حسب الجدول التالي:

الجدول (5-8) تعداد المستخدمين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة سنة 2024

عدد المستخدمين	السلك
21	الأطباء المتخصصون
00	الصيدالة المتخصصةون
4	جراحو الأسنان المتخصصةون
118	الأطباء العامون
4	الصيدالة العامون
38	جراحو الأسنان العامون
185	مجموع الممارسون الطبيون
105	شبه الطبيون للصحة العمومية
00	الأعوان الطبيون في التخدير والانعاش
47	البيولوجيون
26	النفسانيون
27	الاداريون
22	العمال المهنيون
64	الأعوان المتعاقدون
476	المجموع العام

المصدر: إحصائيات ديسمبر 2024 صادرة عن المديرية الفرعية لموارد البشرية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة

ولإلقاء نظرة على الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة خلال سنة 2024، يعرضها الجدول الآتي:

الجدول (5-9) النشاطات الطبية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة سنة 2024

الفحوصات الطبية العامة	الفحوصات الطبية المتخصصة	عدد الولادات	عدد فحوصات جراحة الأسنان	عدد الاقامات	عدد العمليات الجراحية
619293	113715	216	38202	/	/

المصدر: إحصائيات الصحة 2024 صادرة عن مديرية الصحة لولاية باتنة

المبحث الثاني- الإطار المنهجي للدراسة الميدانية:

المطلب الأول- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية Pilot study في البحث العلمي مرحلة حيوية للتأكد من مدى جودة أداة البحث وسهولة استخدامها وكذا تحديد الزمن اللازم لتنفيذها وضبط المشكلات التي يمكن أن تواجه الباحث أثناء تطبيقها والتحقق من مدى وضوحها للمختبرين، وهذا ما يزيد من فعالية البحث وجودته النهائية (Malmqvist, Hellberg, Möllås, Rose, & Shevlin, 2019, p. 10). بمعنى آخر هي عبارة عن دراسة جدوى أو اختبار أولي تمهيدي للدراسة الرئيسية (Arain, Campbell, Cooper, & Lancaster, 2010, p. 1). وأحد مزايا القيام بها، التنبيه للمواضع التي قد يفشل فيها المشروع البحثي أو إذا ما كانت الأدوات غير مناسبة أو معقدة. وكما قال دوفوس (De Vaus (1993) "لا تأخذ المخاطرة، قم بالاختبار التجريبي أولاً" (Van Teijlingen & Hundley, 2002, p. 2). على ألا تتجاوز حجم عينة الدراسة الاستطلاعية 30 فرداً (السيد، 1979 . ص 459).

الفرع الأول- أبعاد الدراسة الاستطلاعية:

أولاً- الأبعاد الزمانية والمكانية: يبلغ عدد عينة الدراسة الاستطلاعية 30 فرداً وتم اختيارهم بشكل عشوائي من مؤسسة واحدة (المركز الاستشفائي الجامعي باتنة) على أن تكون ممثلة لخصائص العينة المختارة، ويتم استبعادهم في الدراسة الرئيسية. تنطوي المرحلة الأولى من الدراسة الاستطلاعية على مقابلات معمقة معهم لفهم طبيعة المجتمع الاحصائي وتحديد الصعوبات التي قد تواجه المستجوبين لاستبعاد تأثيرها على مشكلة الدراسة، ثم اختبار الاستبيان لإعادة صياغة الأسئلة للتأكد من مدى وضوحها أو إضافة أسئلة أخرى أو حذف بعضها وترتيبها، وتقييم الوقت اللازم للإجابة قبل تطبيقه بشكل نهائي على العينة الرئيسية. واستغرقت الدراسة الاستطلاعية شهري ديسمبر من سنة 2024 وشهر جانفي 2025.

ثانياً- الأبعاد الموضوعية: وكما سبق ذكره، فإن الدراسات السابقة بالنسبة للتسيير العمومي الحديث تركز في عمومها على الأبعاد التالية: اللامركزية، التركيز على النتائج، مشاركة أصحاب المصلحة، الشراكات بين القطاعين العام والخاص، المساءلة والمنافسة، أما بالنسبة لإدارة الجودة الشاملة تركز في عمومها على أربع أبعاد رئيسية وهي: التركيز على العميل، التحسين المستمر، التمكين والتزام الإدارة العليا، وبخصوص جودة الخدمات الصحية يستعمل في أغلب الحالات مقياس servqual. بالنسبة للدراسة الحالية اختيرت الأبعاد التي تخدم المؤسسة العمومية للصحة في الرفع من جودة خدماتها:

الجدول (5-10) الأبعاد المختارة لمتغيرات الدراسة

المتغير	الأبعاد	الدراسات المعتمد عليها
التسيير العمومي الحديث	- اللامركزية، - مشاركة أصحاب المصلحة، - تطوير الشراكات، - التركيز على النتائج، - التركيز على العميل، - اتخاذ قرار قائم على أدلة، - كفاءة التكلفة، - ضمان الجودة، - دعم القيادة العليا، - المرونة، - الرقابة والتقييم المستمر، - المساواة، - المنافسة، - تبني ميكانيزمات السوق	- دراسة أوزبورن وجايلر (Geabler & Osborne, 1992) - دراسة جياك (Giauque, 2003) - تقرير منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE, 2005) الذي قدم مبادئ النموذج الإصلاحي للتسيير العمومي الحديث - دراسة بوليت وبوخارت (Pollitt & Bouckaert, 2011) - تقرير منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE, 2023) - الحكومة في لمحة "Government at a Glance"
إدارة الجودة الشاملة	- التحسين المستمر، - التركيز على العميل، - المقارنة بأفضل الممارسات، - اتخاذ قرار قائم على أدلة، - كفاءة التكلفة، - ضمان الجودة، - دعم القيادة العليا، - التدريب المستمر، - التمكين	- دراسة (Krüger, 2001) - دراسة (Dale et al., 2007) - معايير تقييم الجوائز العالمية للجودة التي تركز على مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة خاصة بجائزة الجودة مالمكوم بالدريج الوطنية ونموذج تقييم الجودة الأوروبية وقائمة Iso 9000
جودة الخدمات الصحية	- جودة التعاطف، - جودة الملموسية، - جودة السلامة، - جودة الكفاءة، - تحسينات خدمات الرعاية	- دراسة (Lee, 2017) - فقد تم اختيار نموذج HEALTHQUAL كمقياس لها

المصدر: من إعداد الباحثة

وباعتبار أن الدراسة حول التكامل، فيجدر الإشارة أن بعد التدريب المستمر وبعد المرونة وبعد المنافسة يمكن تضمينهم في إطار بعد التحسين المستمر، حيث تشكل هذه الأبعاد الثلاثة ركائز لضمان التحسين المستمر فالتدريب المستمر ينمي المهارات بينما تضمن المرونة القدرة على التكيف مع التغيرات والمنافسة تشجع الابداع والتميز. أما بالنسبة لبعء التمكين باعتباره يعني مشاركة الموظفين في العمليات الإدارية والذين يعتبرون بدورهم أصحاب مصلحة فيمكن دمجهم ضمن بعد مشاركة أصحاب المصلحة، بالإضافة إلى بعد التركيز على النتائج يمكن تضمينه في بعدي كفاءة التكلفة وضمان الجودة فهو يتطلب مراعاة النتائج المالية وغير المالية المتمثلة في الجودة. ويجدر الإشارة أن مبدأ تبني ميكانيزمات السوق يظل غائبا في سياق النظام الصحي العمومي بالجزائر نظرا للحساسية

الاجتماعية والسياسية للقطاع. فأى محاولة لادخال مفاهيم السوق تعني في نظر المواطن التخلي عن فكرة العدالة الاجتماعية والتوجه نحو التخصص، ويلاحظ أيضا احتكار شبه كامل للقطاع الصحي من قبل الدولة في ظل نظرة اجتماعية وسياسية تعامل فيها الصحة كحق مطلق غير خاضع لمنطق التكلفة/العائد لذلك تم استبعاده من مجموع مبادئ التسيير العمومي الحديث.

ومنه، فالأبعاد المختارة في التسيير العمومي الحديث هي: اللامركزية، مشاركة أصحاب المصلحة، تطوير الشراكات، الرقابة والتقييم المستمر، التركيز على المريض(العميل)، اتخاذ قرار قائم على أدلة، كفاءة التكلفة، ضمان الجودة، دعم القيادة العليا. أما بالنسبة لمتغير إدارة الجودة الشاملة فتم اعتماد بعد: التحسين المستمر، المقارنة بأفضل الممارسات، التركيز على المريض، اتخاذ قرار قائم على أدلة، كفاءة التكلفة، ضمان الجودة، دعم القيادة العليا.

ونظرا لوجود أبعاد مشتركة بين متغيري "التسيير العمومي الحديث" و"إدارة الجودة الشاملة"، والتي تشمل: التركيز على المريض، اتخاذ القرارات القائمة على الأدلة، كفاءة التكلفة، ضمان الجودة، ودعم القيادة العليا، ولتجنب التكرار والازدواجية في بناء الاستبيان، تم دمج هذه الأبعاد ضمن متغير واحد وهو "إدارة الجودة الشاملة" لأنها أقرب لها من التسيير العمومي الحديث.

الفرع الثاني - أساليب المعالجة الإحصائية المعتمدة في الدراسة:

بهدف معالجة البيانات المتحصل عليها من خلال الاستبيان إحصائيا، اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences والتي تعرف بـ SPSS إصدار 27، وبرنامج Excel من أجل تصميم الأشكال البيانية الخاصة في وصف عينة الدراسة والإحصاءات الوصفية لبيانات الدراسة وكذا برنامج Smart PLS4 واختبار الفرضيات الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1-مقاييس النزعة المركزية:

-التكرارات والنسب المئوية Percentages : وذلك لمعرفة تفاصيل المتغيرات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة من أجل تحليل تأثيرها على متغيرات الدراسة.

-المتوسطات الحسابية Arithmetic Means: استخدمت لمعرفة اتجاهات أفراد الدراسة نحو كل عبارة أو بعد من أبعاد الاستبيان.
-الانحرافات المعيارية Standard Diviations: استخدمت بهدف قياس مدى انحراف أفراد العينة نحو كل عبارة على حدى، ومعرفة التشتت في استجابات أفراد العينة، فكلما اقتربت قيمته من 0 فيعني ذلك تركيز الإجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمتها تساوي 1 أو أكبر من 1 فذلك يعني عدم تركيز الإجابات وتشتتها.

2-الإحصاءات الاستدلالية:

-معامل ألفا كرونباخ Alpha Cronbach: لقياس اعتمادية ثبات أداة الدراسة من خلال بيانات العينة الاستطلاعية، ويأخذ قيمة بين 0 و 1 فكلما اقترب من 1 فهذا يعني ثبات أكبر للدراسة.

-معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation Coefficient: حيث يستخدم لتقدير الاتساق الداخلي لأداة الدراسة واختبار درجة الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي له واستخدم كذلك لقياس درجة الارتباط بين متغيرات الدراسة: التسيير العمومي الحديث، إدارة الجودة الشاملة، جودة الخدمات الصحية.

- Original Sample (O): القيمة الأصلية للعينات، تمثل العلاقة بين المتغيرات في العينة الأصلية قبل أي تعديل أو اختبار إحصائي.

- T Statistics $(|O/STDEV|)$: إحصائية T ، تمثل النسبة بين القيمة الأصلية للعينة والانحراف المعياري. تستخدم لاختبار دلالة العلاقة بين المتغيرات في العينة.
- P Values: قيمة الاحتمالية، تشير إلى احتمالية الحصول على النتيجة المحققة في الدراسة إذا كانت الفرضية الصفرية صحيحة. إذا كانت القيمة أقل من 0.05، فإن العلاقة بين المتغيرات تعتبر دالة إحصائياً.
- معامل التحميل (FL) Factor Loading: يشير إلى القوة التي يربط بها كل مكون (متغير ملاحظ) العامل الكامن في نموذج قياس، ويعكس مدى تأثير كل متغير ملاحظ على العامل الكامن.
- $RHO-A$: مقياس موثوقية داخلي مشابه لألفا كرونباخ، ويستخدم بشكل أساسي في النماذج الهيكلية المعقدة. يتم حسابه باستخدام معادلة مختلفة ويمكن أن يكون أكثر دقة في بعض الحالات.
- الموثوقية المركبة (CR) Composite Reliability: مقياس يستخدم لتقييم الموثوقية الكلية للمقياس المركب (العوامل الكامنة) في النموذج. تظهر كيف ترتبط العوامل الملاحظة مع العوامل الكامنة ومصادقية النموذج بشكل عام.
- متوسط التباين المستخرج (AVE) Average Variance Extracted: مقياس يستخدم لتقييم قدرة النموذج على تفسير التباين في البيانات. يتم حسابه بناءً على المتوسط المرجح لأوزان التحميل لكل من المتغيرات الملاحظة. عادة ما يكون أكبر من 0.5 للإشارة إلى أن النموذج قادر على تفسير جزء كبير من التباين.
- التعدد الخطي (VIF) Variance Inflation Factor: يقيس درجة التعدد الخطي بين المتغيرات المستقلة في نموذج الانحدار. كلما كانت القيمة أكبر، زادت مشكلة التعدد الخطي، مما قد يؤدي إلى مشاكل في تفسير نتائج النموذج. تعتبر القيم فوق 10 مؤشراً للمشكلة.
- معيار Fornell-Larcker: هو أحد المعايير المستخدمة لاختبار الصدق التمييزي. يعتمد هذا المعيار على مقارنة الجذر التربيعي لمتوسط التباين المستخرج (AVE) لكل عامل مع العلاقة بين هذا العامل وبقية العوامل في النموذج. إذا كان الجذر التربيعي لـ AVE أكبر من الارتباط بين العامل وبقية العوامل، فهذا يشير إلى وجود صدق تمييزي جيد.
- R^2 (معامل التحديد) و R^2 المعدل (R^2 Adjusted): هما مقياسان تستخدم لتقييم جودة النموذج ودرجة تطابقه مع البيانات في النماذج الإحصائية (مثل النماذج الانحدارية).
- معامل حجم الأثر (F^2): هو مقياس يستخدم في تحليل النموذج الهيكلي (Structural Equation Modeling, SEM) لتحديد مدى قوة تأثير المتغيرات المستقلة (أو العوامل) على المتغيرات التابعة في النموذج. يساعد هذا المقياس في تقييم التأثير النسبي لكل متغير على المتغيرات الأخرى، ويستخدم بشكل شائع في نموذج Smart PLS وفي النماذج الهيكلية الأخرى لتحديد مدى أهمية المتغيرات المستقلة.
- معيار جودة المطابقة (Goodness of Fit - GoF): هو مقياس يستخدم لتقييم مدى توافق نموذج الهيكل الهيكلي (Structural Equation Model - SEM) أو النماذج الأخرى مع البيانات الفعلية. يساعد هذا المعيار في تحديد ما إذا كانت النماذج الإحصائية تعكس بشكل جيد العلاقة بين المتغيرات المدروسة، ويعتبر من الأدوات الأساسية في التحقق من مدى قدرة النموذج على تمثيل البيانات الحقيقية.

الفرع الثالث - خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

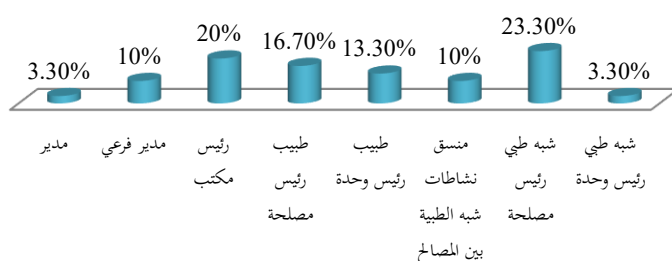
1- توزيع أفراد العينة حسب متغير المسمى الوظيفي

الجدول (5-11) توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المسمى الوظيفي

النسبة المئوية %	التكرار	المسمى الوظيفي
3.3%	1	مدير
10%	3	مدير فرعي
20%	6	رئيس مكتب
16.7%	5	طبيب رئيس مصلحة
13.3%	4	طبيب رئيس وحدة
10%	3	منسق نشاطات شبه الطبية بين المصالح
23.3%	7	شبه طبي رئيس مصلحة
3.3%	1	شبه طبي رئيس وحدة
100%	30	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

الشكل 10: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المسمى الوظيفي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

يلاحظ من خلال الجدول (5-11) والشكل رقم 10 أن هناك توزيع متجانس للاستبيان بين شاغلي المناصب العليا، حيث أن فئة اطارات الإدارية (مدير، مدير فرعي، رئيس مكتب) تمثل 33 % من المستجوبين، بينما فئة الإطارات الطبية (طبيب رئيس مصلحة، طبيب رئيس وحدة) تمثل 30 % من المستجوبين، وبالنسبة لفئة الإطارات شبه الطبية (منسق النشاطات شبه الطبية، شبه طبي رئيس مصلحة، شبه طبي رئيس وحدة) تمثل 37 % من المستجوبين. وهي نسبة تتناسب مع مجتمع الدراسة حسب الجدول (5-22).

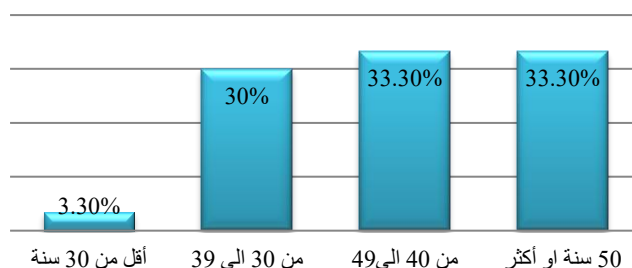
2- توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر

الجدول (5-12) توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	1	3.3%
من 30 الى 39	9	30%
من 40 الى 49	10	33.3%
50 سنة او أكثر	10	33.3%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

الشكل 11: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر



المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

تشير نتائج الجدول (5-12) والشكل رقم 11 إلى ترتيب تنازلي من الفئة الأعلى إلى الفئة الأدنى حسب متغير العمر كالآتي: الفئة العمرية بين 50 سنة وأكثر، وكذلك الفئة العمرية بين 40 و49 سنة تمثلان نسبة 33.3 %، ثم الفئة العمرية بين 30 و39 سنة بنسبة 30 %، ويرجع ذلك إلى سياسة تشبيب المسيرين بقطاع الصحة، بالإضافة إلى ضرورة اكتساب خبرة مهنية والتي تلتزم أقدمية معينة لاستلام المناصب العليا.

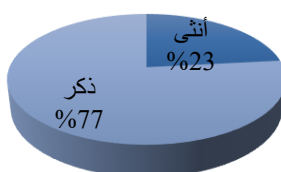
3- توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

الجدول (5-13) توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أنثى	7	23.3%
ذكر	23	76.7%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

الشكل 12: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس



المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

يوضح الجدول (5-13) والشكل رقم 12 أن 76.7% من فئة العينة ذكور، والإناث يمثلن 23.3%. وترجع الباحثة ذلك إلى أن طبيعة العمل بالمؤسسات الصحية عموماً يستلزم الاستعداد الدائم للعمل ولو كان خارج أوقاته الرسمية، لذلك يفضل الذكور تولي المناصب العليا بدل الإناث.

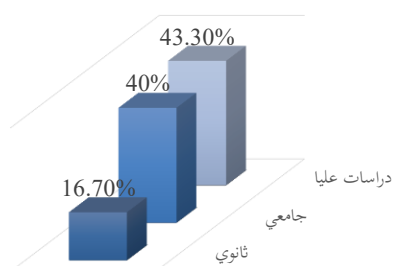
4- توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

الجدول (5-14) توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي

العمر	التكرار	النسبة المئوية
ثانوي	5	16.7%
جامعي	12	40%
دراسات عليا	13	43.3%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

الشكل 13: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

وحسب الجدول (5-14) والشكل رقم 13 فإن نسبة 83% من أفراد العينة من ذوي التأهيل الجامعي والدراسات العليا (ماجستير، دكتوراه)، وهو أمر طبيعي. لأن قانون الوظيفة العمومية بقطاع الصحة يفرض مستوى تأهيل جامعي للالتحاق برتب تمكن الموظف مستقبلاً من الحصول على مناصب عليا سواء كانت إدارية أو طبية أو شبه طبية.

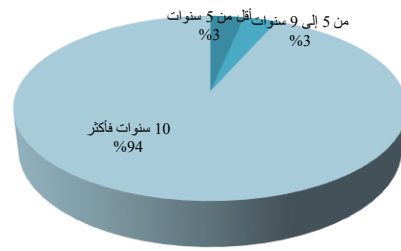
5- توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات الخبرة

الجدول (5-15) توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سنوات الخبرة

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	1	3.3%
من 5 إلى 9 سنوات	1	3.3%
10 سنوات فأكثر	28	93.4%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

الشكل 14: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سنوات الخبرة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

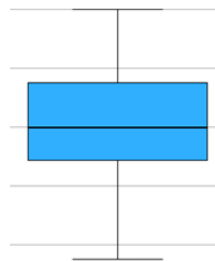
يظهر من خلال نتائج الجدول (5-15) والشكل رقم 14 أن نسبة 92.6% من أفراد العينة تفوق خبرتهم 10 سنوات، فتولي المناصب العليا بالمؤسسات العمومية للصحة بالجزائر يلتزم أقدمية معينة لاكتساب خبرة مهنية.

الفرع الرابع - الاستكشاف الأولي للبيانات:

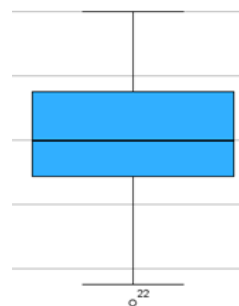
الغرض من الاستكشاف الأولي للبيانات (EDA - Exploratory Data Analysis) هو فهم طبيعة البيانات وتحليلها بشكل أولي للتأكد من جودة البيانات المجمعة وفحصها لضمان عدم وجود أخطاء أو قيم مفقودة أو شاذة، والتحقق من أن البيانات تتبع توزيعاً طبيعياً ومناسباً للتحليل الإحصائي. كذلك يساعد الاستكشاف الأولي للبيانات في تحديد أي قيم متطرفة قد تؤثر على نتائج الدراسة والتعامل معها بشكل مناسب. هذا التحليل يضمن أن البيانات موثوقة وصالحة للاستخدام في تحليل الدراسة الرئيسية، مما يعزز دقة وموثوقية النتائج النهائية للدراسة (Behrens, 1997, pp. 131-132).

في هذه الدراسة، قامت الباحثة نفسها بتسجيل إجابات المشاركين خلال المقابلات مع المسيرين، مما يضمن أن البيانات التي تم جمعها لا تحتوي على قيم مفقودة باستثناء قيمة واحدة غير مؤثرة على الاتجاه العام للبيانات.

وبالنسبة للقيم الشاذة، والتي قد تظهر بسبب أخطاء في إدخال البيانات أو عوامل أخرى، فإنها يمكن أن تؤثر بشكل كبير على نتائج الدراسة. لذلك، من الضروري تحديد هذه القيم والتعامل معها بشكل مناسب. وفي هذه الدراسة، استخدمت الباحثة طريقة الرسم الصندوقي (Box Plot) للكشف عن القيم المتطرفة. وقد أظهر التحليل وجود قيمة متطرفة واحدة لأنها أقل بكثير من القيم الأخرى. وبعد التأكد من عدم وجود خطأ في إدخال البيانات المتعلقة بالحالة ولإزالة التأثير السلبي لهذه القيمة على نتائج الدراسة تم استبدالها بقيمة الوسيط لأنه أقل تأثراً بالقيم المتطرفة. وتم توضيح هذه العملية في الشكل التالي:



بعد التعديل



قبل التعديل

الفرع الخامس - الخطوات والاختبارات البنائية للاستبيان:

1- تصميم وبناء أداة الدراسة

بالنظر إلى طبيعة الدراسة والمنهج المتبع والإمكانات المتاحة، اختير الاستبيان كأداة لجمع البيانات، فهو من أكثر الوسائل استخداماً خاصة في مجال العلوم الاجتماعية لما توفره من وقت وجهد على الباحث (عبيدات، أبونصار، & مبيضين، 1999، ص 63)، كذلك تمكن المبحوثين من الإجابة بأريحية لما تتميز به من سرية وحرية.

وتم تصميم وبناء أداة الدراسة (انظر الملحق 1) بالاعتماد على أدبيات الدراسة حسب الفصول السابقة، إضافة إلى آراء المشرف والمحكمين (انظر الملحق 2)، لقياس مختلف اتجاهات المسيرين بالقطاع العمومي للصحة حول مدى تطبيق آليات التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة، ومستوى جودة الخدمات الصحية، في عينة من المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة. وقد صيغت أسئلة الاستبيان بعبارات تشمل مختلف المحاور الرئيسية للدراسة، لذا تم تقسيم الاستبيان إلى قسمين، قسم يتعلق بالخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة من المسمى الوظيفي، العمر، الجنس، المستوى العلمي، وسنوات الخبرة. وخصص القسم الثاني لمحاور الدراسة. حيث يتكون الاستبيان من 90 عبارة مقسمة حسب المحاور التالية:

الجدول (5-16) تركيبة استمارة الاستبيان

الترميز	عدد العبارات	أبعاد المتغيرات	المحاور	التسلسل
/		المسمى الوظيفي، العمر، الجنس، المستوى العلمي، سنوات الخبرة	البيانات الشخصية والوظيفية	1
	05	اجمالي عبارات البيانات الشخصية والوظيفية		
NPM		اللامركزية، مشاركة أصحاب المصلحة، تطوير الشراكات، الرقابة والتقييم المستمر، المساءلة	التسيير العمومي الحديث	2
	25	اجمالي عبارات التسيير العمومي الحديث		
TQM		دعم القيادة العليا، التحسين المستمر، المقارنة بأفضل الممارسات، التركيز على المريض، اتخاذ قرار قائم على أدلة، كفاءة التكلفة، ضمان الجودة	إدارة الجودة الشاملة	3
	35	اجمالي عبارات إدارة الجودة الشاملة		
HSQ		جودة التعاطف، جودة الملموسية، جودة السلامة، جودة الكفاءة، تحسينات خدمات الرعاية	جودة الخدمات الصحية	4
	25	اجمالي عبارات جودة الخدمات الصحية		
	90	اجمالي عبارات الاستبيان		

المصدر: من إعداد الباحثة

وصمم الاستبيان في قسمه الأول على شكل أسئلة مغلقة لقياس الأسئلة المتعلقة بالبيانات الشخصية والوظيفية لأفراد العينة. أما القسم الثاني والذي يقيس اتجاهات أفراد العينة اتجاه أبعاد الدراسة فقد استخدم سلم ليكرت الخماسي حسب الخيارات المتاحة، والذي يعد أهم المقاييس والأدوات الأعلى موثوقية في بحوث العلوم الإنسانية والاجتماعية بهدف معرفة اتجاهات أفراد العينة وقد طوره رانسيس ليكرت Rensis Likert عام 1931 (Croasmun & Ostrom, 2011, p. 19)، فيقابل العبارات 5 خيارات بترتيبات مختلفة: موافق بشدة، موافق، لست متأكدا، غير موافق، غير موافق بشدة. ولكل خيار وزن معين يعكس التدرج في المستويات والجدول الموالي يوضح فئات سلم ليكرت لخماسي وأوساطها الموزونة.

الجدول (5-17) فئات سلم ليكرت الخماسي وأوساطه الموزونة

الفئة	وزن الفئة	المتوسط المرجح	الخيار
الأولى	1	[1.79-1.0]	موافق بشدة
الثانية	2	[2.59-1.8]	موافق
الثالثة	3	[3.39-2.6]	لست متأكد
الرابعة	4	[4.19-3.4]	غير موافق
الخامسة	5	[5-4.2]	غير موافق بشدة

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مقياس ليكرت

2- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

أولاً- صدق أداة الدراسة: يقصد بصدق أداة الدراسة أنها تقيس ما أعدت لقياسه، وأنها تشمل جميع عناصر الدراسة وتتسم عباراتها بالوضوح وتكون مفهومة لدى المستجوبين. وللتحقق من صدق الاستبيان تم عرضه على الأستاذ المشرف وكذا مجموعة من المحكمين من هيئة التدريس بمختلف جامعات الوطن (انظر الملحق 2) وعلى إثر آرائهم تم رفقة المشرف إعادة بناء الاستبيان وضبطه في شكله النهائي هذا من جانب الصدق الظاهري. أما عن صدق المضمون، تم حساب معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation حيث أن هذا المعامل يقوم بقياس درجة ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة، وكما هو مبين في الجدول الموالي فإن جميع قيم معامل ارتباط كل عبارة مع البعد الذي تقيسه موجبة ودالة إحصائية عند مستوى من الدلالة المعنوية 0.05 فما أقل، وهذا يدل على الاتساق الداخلي للعبارات مع محاورها.

الجدول (5-18) معاملات الارتباط بين عبارات أبعاد التفسير العمومي الحديث والدرجة الكلية

المبادئ	بعد اللامركزية		بعد مشاركة أصحاب المصلحة		بعد تطوير الشراكات		بعد الرقابة والتقييم المستمر		بعد المساءلة	
الاتساق الداخلي	معامل الفقرات	معامل الارتباط	معامل الفقرات	معامل الارتباط	معامل الفقرات	معامل الارتباط	معامل الفقرات	معامل الارتباط	معامل الفقرات	معامل الارتباط
	NPM1	.833**	NPM6	.865**	NPM11	.928**	NPM16	.776**	NPM21	.644**
	NPM3	.855**	NPM7	.919**	NPM12	.810**	NPM17	.911**	NPM22	.838**
	NPM3	.608**	NPM8	.804**	NPM13	.794**	NPM18	.893**	NPM23	.663**
	NPM4	.596**	NPM9	.876**	NPM14	.815**	NPM19	.921**	NPM24	.956**
	NPM5	.727**	NPM10	.868**	NPM15	.936**	NPM20	.895**	NPM25	.915**

** دال عند مستوى دلالة 0.01 فأقل

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

وتمثل الجدول الموالي معاملات الارتباط بين عبارات أبعاد إدارة الجودة الشاملة والدرجة الكلية

الجدول (5-19) معاملات الارتباط بين عبارات أبعاد إدارة الجودة الشاملة والدرجة الكلية

المبادئ		بعد دعم القيادة العليا		بعد التحسين المستمر		بعد المقارنة بأفضل الممارسات		بعد التركيز على المريض		بعد اتخاذ قرار قائم على أدلة		بعد ضمان الجودة		بعد كفاءة التكلفة	
الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط
TQM1	.877**	TQM6	.847**	TQM11	.854**	TQM16	.860**	TQM21	.745**	TQM26	.863**	TQM31	.766**		
TQM2	.962**	TQM7	.870**	TQM12	.889**	TQM17	.923**	TQM22	.839**	TQM27	.839**	TQM32	.832**		
TQM3	.709**	TQM8	.876**	TQM13	.905**	TQM18	.872**	TQM23	.889**	TQM28	.808**	TQM33	.627**		
TQM4	.890**	TQM9	.854**	TQM14	.950**	TQM19	.905**	TQM24	.894**	TQM29	.827**	TQM34	.940**		
TQM5	.867**	TQM10	.866**	TQM15	.864**	TQM20	.909**	TQM25	.811**	TQM30	.864**	TQM35	.896**		

** دال عند مستوى دلالة 0.01 فأقل

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

وتمثل الجدول الموالي معاملات الارتباط بين عبارات أبعاد جودة الخدمات الصحية والدرجة الكلية

الجدول (5-20) معاملات الارتباط بين عبارات أبعاد جودة الخدمات الصحية والدرجة الكلية

المبادئ		بعد جودة التعاطف		بعد جودة الملموسية		بعد جودة السلامة		بعد جودة الكفاءة		بعد تحسينات خدمات الرعاية	
الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط
HSQ1	.935**	HSQ6	.913**	HSQ11	.797**	HSQ16	.918**	HSQ21	.901**		
HSQ2	.936**	HSQ7	.961**	HSQ12	.928**	HSQ17	.944**	HSQ22	.857**		
HSQ3	.937**	HSQ8	.688**	HSQ13	.901**	HSQ18	.846**	HSQ23	.902**		
HSQ4	.941**	HSQ9	.824**	HSQ14	.879**	HSQ19	.887**	HSQ24	.793**		
HSQ5	.909**	HSQ10	.966**	HSQ15	.767**	HSQ20	.945**	HSQ25	.857**		

** دال عند مستوى دلالة 0.01 فأقل

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على مخرجات SPSS V 27

من خلال الجداول أعلاه (5-18) و(5-19) و(5-20) فإن معاملات الارتباط Pearson Correlation بين كل

عبارة من عبارات الاستبيان والدرجة الكلية لإجمالي عبارات البعد دالة إحصائية، حيث أن قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من

مستوى دلالة 0.05، ومنه تعتبر عبارات الاستبيان صادقة لما وضعت لقياسه.

ثانياً- ثبات أداة الدراسة: لقياس مدى ثبات أداة الدراسة، تم اللجوء إلى استخدام معامل ألفا كرونباخ Alpha Cronbach،

فكان معامل الثبات العام مرتفع إذ بلغ 0.97، كما أن معامل الثبات لمختلف محاور الدراسة تحاور بين 77 % و 97 % مما يثبت

تماسك أداة الدراسة مع إمكانية ثبات النتائج التي يمكن الحصول عليها.

الجدول (5-21) معامل الثبات ألفا كرونباخ Alpha Cronbach

أبعاد المتغير	عدد الفقرات	معامل الثبات
بعد اللامركزية	5	0,777
بعد مشاركة أصحاب المصلحة	5	0,902
بعد تطوير الشراكات	5	0,904
بعد الرقابة والتقييم المستمر	5	0,925
بعد المساواة	5	0,864
المجموع الكلي لعبارات المحور 1	25	0,950
بعد دعم القيادة العليا	5	0,906
بعد التحسين المستمر	5	0,905
بعد المقارنة بأفضل الممارسات	5	0,929
بعد التركيز على المريض	5	0,936
بعد اتخاذ قرار قائم على أدلة	5	0,880
بعد ضمان الجودة	5	0,894
بعد كفاءة التكلفة	5	0,870
المجموع الكلي لعبارات المحور 1	35	0,983
بعد جودة التعاطف	5	0,960
بعد جودة الملموسية	5	0,925
بعد جودة السلامة	5	0,904
بعد جودة الكفاءة	5	0,940
بعد تحسينات خدمات الرعاية	5	0,903
المجموع الكلي لعبارات المحور 3	25	0,980
المجموع	85	0,972

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على نتائج التحليل الإحصائي SPSS V 27

تظهر نتائج الدراسة المتعلقة بمعامل ألفا كرونباخ لمقاييس الاستبيان في مختلف المحاور مستوى عالٍ من الثبات الداخلي، مما يعكس أن الأدوات المستخدمة لقياس مفاهيم الدراسة تظهر موثوقية عالية، ف فيما يتعلق بمحور "التسيير العمومي الحديث"، كانت قيم معامل ألفا كرونباخ مرتفعة، حيث بلغ معاملها في بعد اللامركزية (0.777)، وهو يعتبر قيمة جيدة تشير إلى أن الأبعاد المتعلقة بهذا المحور قد تم قياسها بدقة كافية، أما في بعد "مشاركة أصحاب المصلحة"، فقد بلغت قيمة معامل ألفا (0.902)، وهي تشير إلى مستوى عالٍ من الثبات والموثوقية، بينما كان بعد "تطوير الشراكات" هو الأعلى في هذا المحور، حيث بلغ معامل ألفا (0.904)، مما يعكس موثوقية ممتازة، كما أظهرت قيمة معامل ألفا في بعد "الرقابة والتقييم المستمر" (0.925) و "المساواة" (0.864) أيضاً موثوقية عالية.

أما في المحور الثاني المتعلق بـ "إدارة الجودة الشاملة"، فقد كانت قيم معامل ألفا جميعها مرتفعة للغاية، مما يدل على مستوى عالٍ من الثبات الداخلي في هذا المحور، حيث كان أعلى مستوى في بعد "التركيز على المريض" (0.936)، تليه قيمة (0.929) في بعد "المقارنة بأفضل الممارسات"، ثم "التحسين المستمر" و "دعم القيادة العليا" بقيم (0.905) و (0.906) على التوالي، كذلك

كانت قيم معامل ألفا لجميع الأبعاد الأخرى مثل "اتخاذ قرار قائم على أدلة" و"ضمان الجودة" و"كفاءة التكلفة" تظهر مستويات موثوقية جيدة مع قيم تتراوح بين (0.880) و (0.894). مما يؤكد ملائمة أدوات القياس المستخدمة في الدراسة.

وفي المحور الثالث المتعلق بـ "جودة الخدمات الصحية"، كشف التحليل الثبات الداخلي أن جميع الأبعاد تظهر موثوقية عالية كذلك، حيث كانت قيمة معامل ألفا في بعد "جودة التعاطف" (0.960)، وهي القيمة الأعلى بين جميع الأبعاد، ما يشير إلى الثبات الممتاز لهذا المعيار، تلتها قيم مرتفعة في الأبعاد الأخرى، مثل "جودة الملموسية" (0.925)، "جودة السلامة" (0.904)، "جودة الكفاءة" (0.940)، و"تحسينات خدمات الرعاية" (0.903)، مما يعكس دقة وموثوقية الأدوات المستخدمة لقياس جودة هذه الخدمات.

ومنه وبناء على هذه النتائج، يمكن الاستنتاج بأن الاستبيان المستخدم في الدراسة يمتاز بموثوقية عالية في جميع المحاور، مما يساهم في تعزيز مصداقية النتائج المستخلصة من الدراسة.

المطلب الثاني- الدراسة الرئيسية:

الفرع الأول- مجتمع الدراسة:

يعد تحديد مجتمع الدراسة من أهم الخطوات المنهجية الأساسية في البحث العلمي، فهو يشكل جميع المفردات البحثية المشكلة للظاهرة المدروسة، ويتمثل مجتمع البحث في الدراسة الحالية في جميع المسيرين سواء كانوا إداريين أو أطباء أو شبه طبيين الذين يعملون بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة. ولقد تم تحديد مجتمع الدراسة في هذه المناصب، كونهم في الغالب أصحاب قرار وذوي مهارات تسييرية عالية في القطاع الصحي، والذي يقع على عاتقهم تبني أساليب تسييرية حديثة لرفع من كفاءة الأداء وتحسين جودة الخدمات الصحية. كذلك تشكل خبرتهم المهنية مصدرا غنيا للمعلومات حول أبعاد ومحاور الدراسة، والجدول التالي يوضح تعدادهم حسب المؤسسات محل الدراسة وفق إحصائيات ديسمبر 2024:

الجدول (5-22) المؤسسات العمومية للصحة المشكلة لمجتمع الدراسة

الرقم	اسم المؤسسة	تعداد المسيرين (المناصب العليا)			المجموع
		إداريين	أطباء	شبه طبيين	
1	المركز الاستشفائي الجامعي باتنة	33	73	76	182
2	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل باتنة	14	18	51	83
3	المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة	17	25	29	71
4	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة	17	40	34	91
	المجموع	81	156	190	427

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على إحصائيات الصحة 2024 صادرة عن مديرية الصحة لولاية باتنة

الفرع الثاني- عينة الدراسة:

أولا: خصائص عينة الدراسة

وضع أوما سيكاران Uma Sekaran بعض العلامات الاستشهادية التي يمكن الاستعانة بها لتحديد حجم العينة المناسبة، وتعد نفس ما اقترحه روسكو Roscoe 1975 وهي (Sekaran, 2003, p. 295):
- إذا كان حجم العينة ما بين 30 و 500 مفردة فهو مناسب لمعظم الدراسات.

- عند استخدام العينة الطبقية، يتم تقسيم مجتمع الدراسة إلى طبقات أو شرائح ولا بد أن تكون عناصر كل طبقة يفوق 30 مفردة.

- وعند استخدام أسلوب الانحدار المتعدد أو الاختبارات المماثلة له، يجب أن يكون حجم العينة أضعاف متغيرات الدراسة ويفضل أن تكون مفردات العينة 10 أضعاف متغيرات الدراسة، يعني إذا كان هناك 4 متغيرات، فمن الأفضل أن يكون حجم العينة أكبر من 40 مفردة.

وباعتبار أن الدراسة استهدفت مسيري 4 مؤسسات عمومية للصحة من مختلف درجات التسلسل الهرمي للعلاج بولاية باتنة من جميع المجالات الإدارية والطبية وشبه الطبية، وبناء على ما سبق فقد تم اختيار عينة طبقية عشوائية بتوزيع مناسب لأخذ العينات الطبقية أي بتوزيع مناسب ملائم في الطبقات. وبما أن الدراسة تحتوي على 22 متغيراً فالحد الأدنى للعينة هو 220 مفردة، وللحصول على ثقة عالية فقد تم توزيع 300 استمارة، استرجع منها 280 استمارة واستبعدت 18 استمارة لعدم استيفائها شروط المعالجة والتحليل، وبالتالي تقدر حجم العينة التي تمت معالجتها 262 مفردة أي أنها تمثل 87% من حجم المجتمع. وبناء عليه يمكن اعتماد وتعميم النتائج عند مجال ثقة تقدر بـ 95% وقبول 5% كنسبة خطأ للمعينة.

وقد تم توزيع الاستمارة على المؤسسات العمومية للصحة الأربعة السابقة الذكر بالتناسب مع عدد المسيرين وفقاً لما يلي:

- المركز الاستشفائي الجامعي باتنة يمثل ما يقارب 42.62% من مجتمع الدراسة، ومنه يتم اختيار عينة 128 فرداً.
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة باتنة يمثل ما يقارب 19.44% من مجتمع الدراسة، ومنه يتم اختيار عينة 58 فرداً.

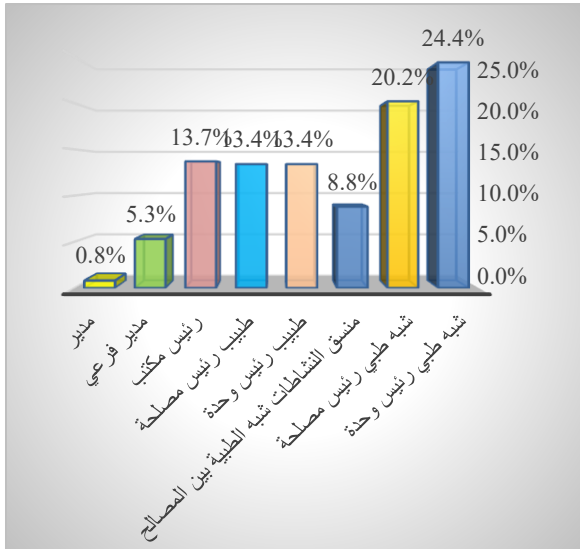
- المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة يمثل ما يقارب 16.63% من مجتمع الدراسة، ومنه يتم اختيار عينة 50 فرداً.
- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة يمثل ما يقارب 21.31% من مجتمع الدراسة، ومنه يتم اختيار عينة 64 فرداً.

* ولكي تتناسب هذه النسب مع المسمى الوظيفي للمسير، فقد تم اختيار مفردات العينة مع الحفاظ على حجم العينة كما يلي:

- المسيريون الأطباء يمثلون ما نسبته 36.53% من مجتمع الدراسة لذلك تم اختيار 110 فرداً منهم.
- المسيريون شبه الطبيون يمثلون ما نسبته 44.50% من مجتمع الدراسة لذلك تم اختيار 133 فرداً منهم.
- المسيريون الإداريون يمثلون ما نسبته 18.97% من مجتمع الدراسة لذلك تم اختيار 57 فرداً منهم.

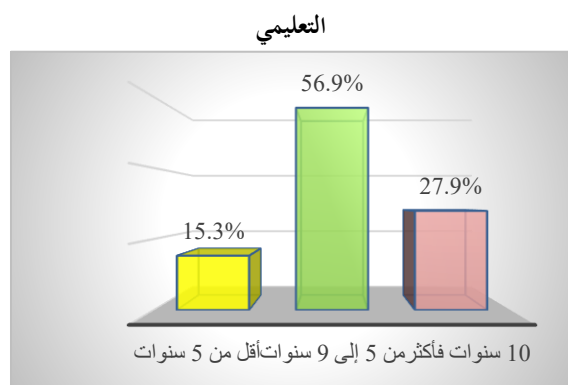
ولتوضيح خصائص أفراد العينة المدروسة حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية، يعرض الجدول الموالي توزيع العينة حسب المتغيرات المختارة.

الجدول (5-23) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية

عرض النتائج بيانيا		المتغير والتوزيعات التكرارية																													
الشكل 15: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير المسمى الوظيفي الوظيفي 		متغير: المسمى الوظيفي																													
		<table><thead><tr><th>المسمى الوظيفي</th><th>التكرار</th><th>النسبة المئوية%</th></tr></thead><tbody><tr><td>مدير</td><td>2</td><td>0,8</td></tr><tr><td>مدير فرعي</td><td>14</td><td>5,3</td></tr><tr><td>رئيس مكتب</td><td>36</td><td>13,7</td></tr><tr><td>طبيب رئيس مصلحة</td><td>35</td><td>13,4</td></tr><tr><td>طبيب رئيس وحدة</td><td>35</td><td>13,4</td></tr><tr><td>منسق نشاطات شبه طبية</td><td>23</td><td>8,8</td></tr><tr><td>شبه طبي رئيس مصلحة</td><td>53</td><td>20,2</td></tr><tr><td>شبه طبي رئيس وحدة</td><td>64</td><td>24,4</td></tr><tr><td>المجموع</td><td>262</td><td>100,0</td></tr></tbody></table>	المسمى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية%	مدير	2	0,8	مدير فرعي	14	5,3	رئيس مكتب	36	13,7	طبيب رئيس مصلحة	35	13,4	طبيب رئيس وحدة	35	13,4	منسق نشاطات شبه طبية	23	8,8	شبه طبي رئيس مصلحة	53	20,2	شبه طبي رئيس وحدة	64	24,4	المجموع	262
المسمى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية%																													
مدير	2	0,8																													
مدير فرعي	14	5,3																													
رئيس مكتب	36	13,7																													
طبيب رئيس مصلحة	35	13,4																													
طبيب رئيس وحدة	35	13,4																													
منسق نشاطات شبه طبية	23	8,8																													
شبه طبي رئيس مصلحة	53	20,2																													
شبه طبي رئيس وحدة	64	24,4																													
المجموع	262	100,0																													

الشكل 16: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير العمر		متغير: العمر																											
	السن	التكرار	النسبة المئوية%		---------------	---------	-----------------		أقل من 30 سنة	26	9,9		من 30 إلى 39	77	29,4		من 40 إلى 49	75	28,6		50 أو أكثر	84	32,1		المجموع	262	100,0		
الشكل 17: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير الجنس		متغير: الجنس																											
	الجنس	التكرار	النسبة المئوية%		---------	---------	-----------------		ذكر	127	48,5		أنثى	135	51,5		المجموع	262	100,0										

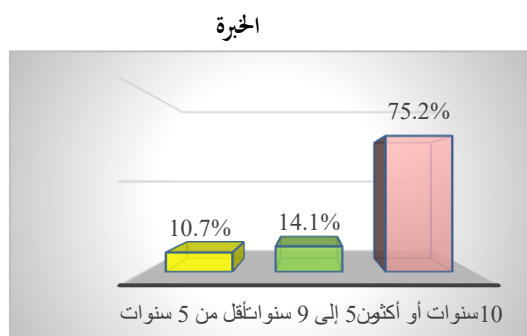
الشكل 18: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي



متغير: المستوى التعليمي

الجنس	التكرار	النسبة المئوية %
ثانوي	40	15,3
جامعي	149	56,9
دراسات عليا	73	27,9
المجموع	262	100,0

الشكل 19: التوزيع التكراري لمفردات الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة



متغير: سنوات الخبرة

الجنس	التكرار	النسبة المئوية %
أقل من 5 سنة	28	10,7
من 5 إلى 10	37	14,1
أكثر من 10	197	75,2
المجموع	262	100,0

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامجي SPSS .V 27 و excel

ثانياً: تحليل النتائج الإحصائية المتعلقة بخصائص عينة الدراسة:

يظهر من خلال جدول توزيع الأفراد حسب المسمى الوظيفي أن هناك توزيعاً واضحاً في المناصب القيادية بين مختلف التخصصات داخل المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة، ويعد هذا التوزيع مؤشراً على وجود تقاسم المسؤوليات داخل المستشفى حسب التخصصات الطبية وشبه الطبية والإدارية، فمثلاً أكبر نسبة تمثل الأفراد الذين يشغلون وظيفة "شبه طبي رئيس وحدة" بنسبة (24,4%)، تليها وظيفة "شبه طبي رئيس مصلحة" بنسبة (20,2%)، بمجموع يقدر بـ 53.4% من حجم العينة. يليهم الكوادر الطبية بنسبة مجتمعة تقدر بـ 26.8% موزعة بالتساوي بين رؤساء الصالح والوحدات (13,4%) لكل منهما. في المقابل تشير النسب إلى أن الكوادر الإدارية يمثلون النسبة الأقل بـ 19.8% تتركز أغلبيتها في منصب "رئيس مكتب" (13,7%) و بينا مناصب "مدير" و "مدير فرعي" تمثل نسباً أقل تصل إلى (0,8%) و (5,3%) على التوالي. ويعكس هذا التوزيع هيكل تنظيمياً متوازناً يركز على التكامل الوظيفي بين الفواعل الرئيسية للمؤسسة العمومية للصحة (شبه طبية، طبية، إدارية)، مع تفويض واضح للصلاحيات على المستويات التشغيلية، مما يدل على نظام إداري لامركزي يساهم في تحقيق الكفاءة التشغيلية، وكذلك يدل على التوازن في توزيع الأدوار داخل المؤسسة العمومية للصحة لتحقيق أداء أفضل.

ويتضح مما سبق، أن معظم أفراد العينة هم من حاملي الشهادات الجامعية والدراسات العليا ما يمثل 84.8% وهو أمر طبيعي لأن جميع أفراد العينة يشتغلون كمسؤولين مسيرين داخل المؤسسات العمومية للصحة فهم من متخذي القرارات وذلك يستلزم مهارات وقدرات معرفية.

وإلى جانب ذلك يتطلب الأمر أن يكون أفراد العينة ضمن فئة عمرية راشدة، بحيث يلاحظ أن نسبة 32% تفوق 49 سنة حسب ما يوضحه الجدول أعلاه، تليها الفئة 30-39 سنة (29.4%) ثم الفئة 40-49 سنة (28.6%)، بينما لا تتجاوز نسبة المسيرين الأقل من 30 سنة سوى 9.9%، وهذا التوزيع يعكس استحواذ الموظفين ذوي الخبرة المتراكمة على المناصب القيادية، حيث تشكل الفئات فوق 30 سنة مجتمعة ما نسبته 90% من العينة. ويلاحظ كذلك وجود توازن بين الأجيال المختلفة، حيث يتميز الأفراد في الفئة العمرية "من 30 إلى 39 سنة" و"من 40 إلى 49 سنة" بعمر مهني غني بالخبرات، في حين تتمتع الفئة الأقل من 30 سنة بحيوية وطاقمة للعمل، وبالتالي يساهم هذا التوزيع في خلق التوازن بين الخبرة الشابة والخبرة العميقة، مما يساعد على تعزيز الأداء الكلي للمؤسسة.

وبالإضافة إلى ذلك معظم مسيري المؤسسات العمومية للصحة لديهم سنوات خبرة أكثر من 10 سنوات ما يمثل 72.2% من حجم العينة ويعكس ذلك تراكم معارفهم وتجاربهم المهنية على عملية اتخاذ القرار.

وأيضاً ما يثير الانتباه من خلال بيانات العينة وجود تقارب نسبي بين نسبة الذكور والإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 51.5% مقابل 48.5% للإناث. هذا التوازن النسبي يعكس من جهة استمرار هيمنة الذكور الطفيفة على المناصب العليا في المؤسسات الصحية العمومية، والتي قد تعزى لطبيعة العمل في قطاع الصحة التي تستدعي العمل الدائم ولو خارج الأوقات الرسمية للعمل. ومن جهة أخرى، فإن هذا التقارب في النسب يمثل توجهات السياسة الحكومية للجزائر الرامية إلى تمكين المرأة وزيادة مشاركتها في مواقع صنع القرار، حيث تشير النتائج إلى تحقيق تقدم ملحوظ في هذا المجال مقارنة بدراسات سابقة.

المبحث الثالث- تحليل واختبار فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج:

المطلب الأول- تحليل محاور الاستبيان:

1- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة على فقرات المحور الأول من الاستبيان الموجه للأفراد والمتعلق بـ: التفسير العمومي الحديث.

أولاً: بعد اللامركزية

الجدول (5-24) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: اللامركزية

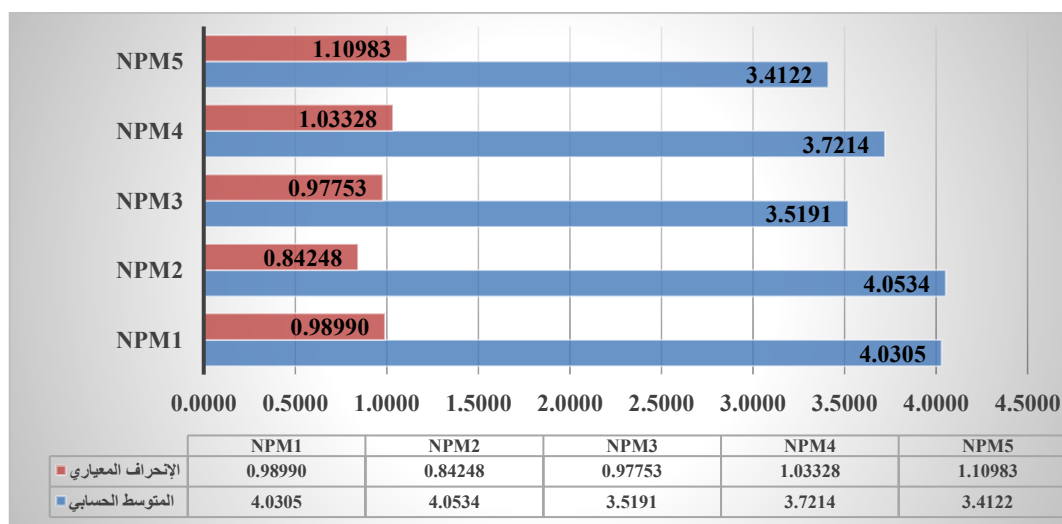
الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
NPM1	يمكن للمسؤول اتخاذ قرارات في حدود مسؤوليته دون الرجوع إلى المسؤول الأعلى.	4,0305	0,98990	درجة ممتازة
NPM2	تمنح الاستقلالية لرؤساء المصالح بالمستشفى لاتخاذ القرارات المناسبة للمصلحة	4,0534	0,84248	درجة ممتازة
NPM3	تفويض الصلاحيات لصالح المستويات الدنيا يساهم في فاعلية عملية اتخاذ القرارات	3,5191	0,97753	درجة متوسطة

NPM4	يدرك كل موظف في المستشفى المهام الموكلة له حسب وثيقة توصيف الوظيفة	3,7214	1,03328	درجة عالية
NPM5	عمليات الاتصال بين مختلف عمال المصالح سهلة وسلسة في الاتجاهين الأفقي والعمودي	3,4122	1,10983	درجة متوسطة
مستوى اللامركزية		3,7473	0,61810	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج بعد اللامركزية إلى أن المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة بولاية باتنة تتميز بمستوى عال من تطبيق هذا البعد، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لبعد اللامركزية (3,7473) بانحراف معياري (0,61810)، وهو ما يصنف ضمن درجة تقييم عالية، وقد أظهرت النتائج أن المسؤولين يستطيعون اتخاذ قرارات في حدود مسؤولياتهم دون الرجوع إلى المستويات الإدارية العليا، كما تعبر عنه العبارة (NPM1) التي سجلت متوسطا حسابيا قدره (4,0305) بانحراف معياري (0,98990)، أما استقلالية رؤساء المصالح في اتخاذ القرارات المناسبة للمصلحة فجاءت في مقدمة النتائج بمتوسط (4,0534) وانحراف معياري (0,84248)، وهو ما يعكس درجة متقدمة من الثقة والتفويض. وفي السياق نفسه، بينت النتائج أن تفويض الصلاحيات نحو المستويات الدنيا قد يساهم في فاعلية عملية اتخاذ القرار، وهو ما تؤكد العبارة (NPM3) بمتوسط (3,5191) وانحراف معياري (0,97753)، كما سجلت العبارة (NPM4) المتعلقة بإدراك الموظفين للمهام الموكلة إليهم حسب وثيقة توصيف الوظيفة متوسطا قدره (3,7214) وانحرافا معياريا (1,03328)، مما يشير إلى وضوح نسبي في توزيع المهام والهيكل التنظيمية، أما بخصوص التواصل الداخلي بين مختلف المصالح، فقد سجلت العبارة (NPM5) متوسطا حسابيا بلغ (3,4122) بانحراف معياري (1,10983)، وهو ما يدل على وجود مستوى مقبول من الانسيابية في الاتصال رغم إمكانية تطويره أكثر، وعليه فإن النتائج تعكس اتجاهها إيجابيا نحو تفعيل اللامركزية كخيار استراتيجي يعزز من كفاءة الداء ويسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن.

الشكل 20: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى اللامركزية.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

ثانياً: بعد مشاركة أصحاب المصلحة

الجدول (5-25) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: مشاركة أصحاب المصلحة

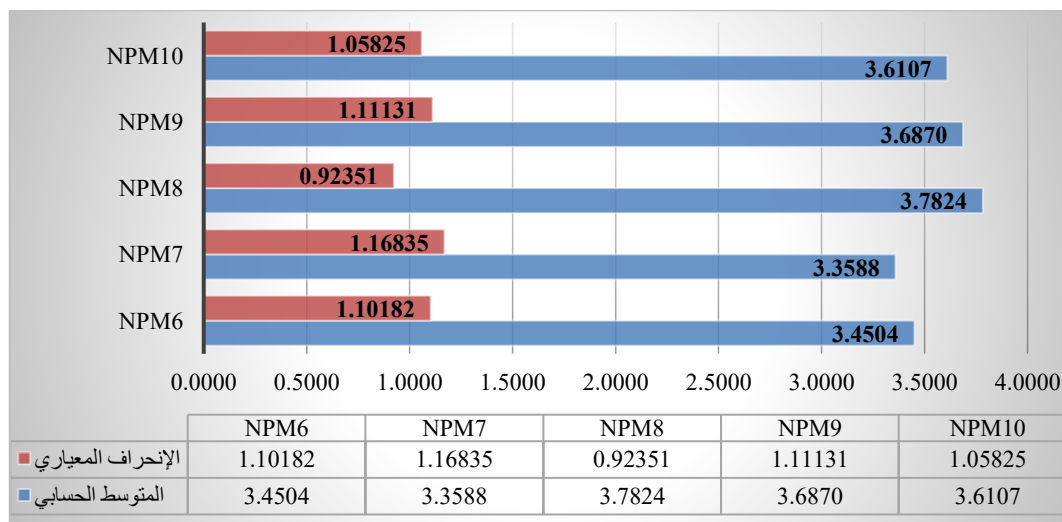
البيان	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
NPM6	يتم تنظيم اجتماعات دورية بين إدارة المستشفى ومختلف الفاعلين من المجتمع المدني	3,4504	1,10182	درجة متوسطة
NPM7	يشارك الموظفون بالمستشفى في عملية صنع القرارات	3,3588	1,16835	درجة متوسطة
NPM8	يفتح المستشفى أبوابه لتعزيز العمل التطوعي والخيري لمختلف الأطراف ذات المصلحة	3,7824	0,92351	درجة عالية
NPM9	تعرض إدارة المستشفى لأصحاب المصلحة نتائج تقاريرها المالية والأدبية بكل شفافية	3,6870	1,11131	درجة عالية
NPM10	يقوم أصحاب المصلحة بتقييم أداء المسيرين	3,6107	1,05825	درجة متوسطة
	مستوى مشاركة أصحاب المصلحة	3,5779	0,75341	درجة متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج بعد مشاركة أصحاب المصلحة إلى أن محدودية المشاركة الفعلية لأصحاب المصلحة في صنع القرار بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (3,5779) بانحراف معياري (0,75341)، وهو ما يصنف ضمن درجة تقييم متوسطة، وقد أظهرت النتائج أن من أبرز مظاهر هذا التوجه التشاركي هو ما ورد في العبارة (NPM8) المتعلقة بفتح المستشفى لأبوابه أمام العمل التطوعي والخيري من قبل مختلف الأطراف ذات المصلحة، حيث سجلت هذه العبارة أعلى متوسط حسابي قدره (3,7824) بانحراف معياري (0,92351)، وهو ما يدل على توفر بيئة حاضنة للمبادرات المجتمعية وتشجيع لثقافة التطوع في الوسط الصحي، مما يساهم في دعم الأداء العام وتخفيف بعض الأعباء عن المؤسسة، وتشير النتائج كذلك إلى التزام المؤسسة بمبدأ الشفافية من خلال عرض التقارير المالية والأدبية لأصحاب المصلحة، كما هو الحال في العبارة (NPM9) التي سجلت متوسطاً (3,6870) بانحراف معياري (1,11131)، مما يعكس وعياً بأهمية المساءلة وتبادل المعلومات مع المحيط الخارجي، لكن العبارات الأخرى سجلت مستوى متوسط، فمثلاً مشاركة أصحاب المصلحة (NPM10) في تقييم أداء المسيرين، فقد جاءت النتائج متوسطة بمتوسط (3,6107) وانحراف معياري (1,05825)، مما يعكس عدم وجود آليات فعلية تسمح للأطراف المعنية بتقديم آرائها حول كفاءة الأداء الإداري، وهو ما يقف حجر عثرة أمام الرقابة المجتمعية، أما الاجتماعات الدورية بين الإدارة والمجتمع المدني، والتي جاءت في العبارة (NPM6)، فقد سجلت متوسطاً قدره (3,4504) بانحراف معياري (1,10182)، ما يعكس ضعف قنوات تواصل، وتجدد الإشارة إلى أن أضعف حلقة في هذا البعد تمثلت في مشاركة الموظفين في عملية صنع القرار، حيث سجلت العبارة (NPM7) متوسطاً (3,3588) بانحراف معياري (1,16835)، وهو ما يصنف ضمن درجة تقييم متوسطة، ما يدل على محدودية إشراك المورد البشري الداخلي في القرارات التي تمس أداءه وظروف عمله، وهذا الأمر قد يعوق تحقيق التماسك التنظيمي والدفاعية لدى العاملين، وعليه فإن هذه النتائج تؤكد أن المؤسسات العمومية للصحة بالمنطقة قد خطت خطوات هامة

نحو اشراك المجتمع المدني، إلا أن هناك حاجة ملحة لتوسيع نطاق هذه المشاركة ليشمل الفاعلين الخارجيين لاسما المرضى والقطاع الخاص وكذلك الداخلين أي الموظفين من خلال إشراكهم في صنع القرار، تعزيز ثقافة التشاور الأفقي، وتطوير آليات دائمة للتواصل المتبادل، وهذا من شأنه أن يحدث تكاملا حقيقيا في تسيير الخدمات الصحية وفق رؤية تشاركية.

الشكل 21: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى مشاركة أصحاب المصلحة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

ثالثا: بعد تطوير الشراكات

الجدول (5-26) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: تطوير الشراكات

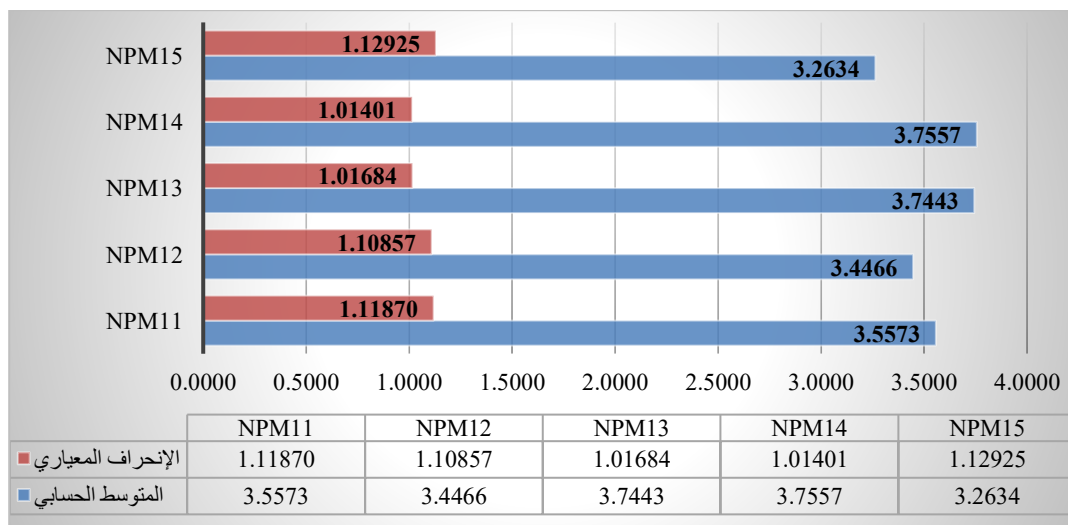
الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
NPM11	توجد شراكة بين القطاعين العمومي والخاص تلي احتياجات المواطنين في مجال الصحة بفعالية أكثر	3,5573	1,11870	درجة متوسطة
NPM12	تكفل القطاع الخاص بتقديم الخدمات الصحية يعتبر حافزا للقطاع العمومي لتحسين جودة خدماته	3,4466	1,10857	درجة متوسطة
NPM13	تبني القطاع الخاص لبعض المهام في مجال تقديم الخدمة يخفف الضغط على القطاع الصحي العمومي	3,7443	1,01684	درجة عالية
NPM14	اسناد المستشفى تقديم خدمات مثل التنظيف، الاطعام، الأمن للقطاع الخاص يحسن نوعية الخدمة	3,7557	1,01401	درجة عالية
NPM15	الشراكة بين القطاع العمومي والخاص ساهمت في ترشيد النفقات العمومية	3,2634	1,12925	درجة متوسطة
	مستوى تطوير الشراكات	3,5534	0,72173	درجة متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تظهر نتائج بعد تطوير الشراكات أن المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة تعمل على تعزيز التعاون بين القطاعين العمومي والخاص في سبيل تحسين نوعية الخدمات الصحية وترشيد الموارد، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (3,5534) بانحراف معياري (0,72173)، وهو ما يصنف كدرجة تقييم متوسطة، ما يدل على أن المستشفيات العمومية أصبحت تحاول

الانفتاح على نماذج الشراكة التي تعتمد على توزيع الأدوار وتكامل الجهود بين مختلف القطاعات، وقد أبرزت النتائج أن تبني القطاع الخاص لبعض المهام في تقديم الخدمة العمومية يساهم بشكل فعال في تخفيف الضغط على القطاع العمومي، حيث سجلت العبارة (NPM13) متوسطا حسابيا بلغ (3,7443) بانحراف معياري (1,01684)، وهي من أعلى القيم ضمن هذا البعد، مما يعكس إدراكا عاليا لدى المبحوثين لأهمية تخفيف العبء على الموارد العمومية من خلال توزيع المهام، وفي نفس السياق، فإن إسناد بعض الخدمات غير الطبية مثل التنظيف، الإطعام، والأمن للقطاع الخاص اعتبر عاملا مساعدا في تحسين نوعية الخدمة العمومية كما بينت العبارة (NPM14) التي سجلت متوسطا (3,7557) بانحراف معياري (1,01401)، وهو ما يدل على نجاح نسبي في تطبيق عقود المناولة أو التعاقد الخارجي في هذه المجالات، كما أظهرت النتائج أن وجود شراكة فعلية بين القطاعين العمومي والخاص يساهم في تلبية احتياجات المواطنين بشكل أكثر فعالية، كما ورد في العبارة (NPM11) بمتوسط (3,5573) وانحراف معياري (1,11870)، وهو ما يعكس القبول النسبي لهذا التوجه في أوساط العاملين، ويظهر أيضا أن هذه الشراكات تشكل أداة لتحفيز القطاع العمومي على تحسين خدماته من خلال المنافسة الإيجابية، وهو ما تؤكد العبارة (NPM12) بمتوسط (3,4466) وانحراف معياري (1,10857)، غير أن تقييم مساهمة هذه الشراكات في ترشيد النفقات العمومية جاءت بنتيجة أقل نسبيا، كما في العبارة (NPM15) التي سجلت متوسطا (3,2634) بانحراف معياري (1,12925)، مما قد يدل على أن الأثر المالي الإيجابي للشراكة لم يلمس بعد بوضوح لدى بعض أفراد العينة أو أن آليات احتساب الكلفة والعائد لم تفعل بالشكل الكافي بعد، أو لكون أن المؤسسات العمومية للصحة مازالت تنفق ميزانية ممنوحة من طرف الدولة بدل اتفاق ميزانية مرتبطة بنتائج. وعليه فإن النتائج تعكس أن الشراكات لازالت في مستوى متوسط لكن الدولة الجزائرية تتجه نحو تطوير الشراكات كخيار استراتيجي لمواجهة التحديات التي يعرفها القطاع الصحي العمومي، لاسيما ما يتعلق بنقص الموارد وضغط الطلب، وهو ما يستدعي تعزيز هذه الشراكات من خلال وضع أطر قانونية وتنظيمية واضحة، تقييم دوري للأداء المشترك، وضمان تكامل الأدوار بما لا يخل بمبدأ الخدمة العمومية ويعزز في الوقت نفسه من جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الشكل 22: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى تطوير الشراكات.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

رابعاً: بعد الرقابة والتقييم المستمر

الجدول (5-27) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: الرقابة والتقييم المستمر

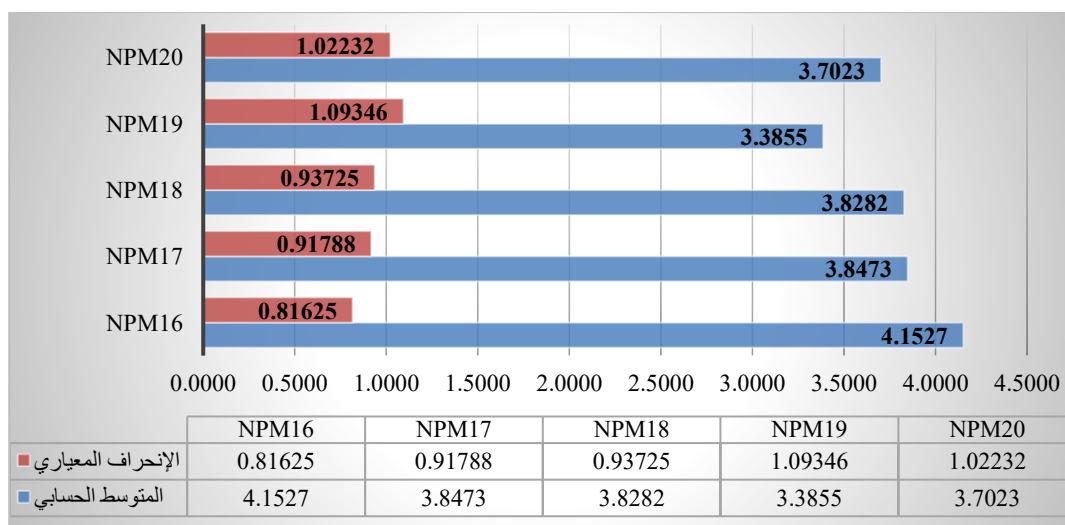
الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
NPM16	تقوم إدارة المستشفى بتقييم دوري لأداء الموظفين	4,1527	0,81625	درجة ممتازة
NPM17	تقوم إدارة المستشفى بعمليات رقابة وتقييم مستمر لمستوى الخدمات الصحية المقدمة	3,8473	0,91788	درجة عالية جداً
NPM18	الفرق الطبية بالمستشفى تقوم بعملية رقابة مسبقة لمتطلبات التدخل الطبي لصالح المريض	3,8282	0,93725	درجة عالية
NPM19	تقوم إدارة المستشفى باستطلاع آراء المرضى حول جودة الخدمات الصحية بشكل دوري	3,3855	1,09346	درجة متوسطة
NPM20	يتيح المستشفى لمرضاه إمكانية التعبير عن آرائهم عبر سجل الآراء والموقع الإلكتروني للمستشفى	3,7023	1,02232	درجة عالية
	مستوى الرقابة والتقييم المستمر	3,7832	0,70141	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج بعد الرقابة والتقييم المستمر إلى أن المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة محل الدراسة تعتمد بدرجة عالية على آليات الرقابة والتقييم لضمان جودة الأداء وتحسين الخدمات الصحية، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (3,7832) بانحراف معياري (0,70141)، وهو ما يعكس مستوى الاهتمام بمبدأ المتابعة المنتظمة سواء على مستوى الموظفين أو الخدمات المقدمة، وقد أظهرت النتائج أن أبرز مظهر من مظاهر الرقابة يتمثل في تقييم أداء الموظفين، حيث سجلت العبارة (NPM16) أعلى متوسط حسابي قدره (4,1527) بانحراف معياري (0,81625)، ما يدل على وجود نظام تقييم دوري مفعّل يعكس وعي الإدارة بأهمية التقييم المورد البشري كأحد مفاتيح تطوير الأداء العام، كما أظهرت العبارة (NPM17) أن هناك عمليات رقابة وتقييم مستمر لمستوى الخدمات الصحية المقدمة بمتوسط (3,8473) وانحراف معياري (0,91788)، وهو ما يعكس توجهها نحو مراقبة جودة الأداء في تقديم الرعاية الصحية وتحسين الخدمة الصحية، وتؤكد العبارة (NPM18) أن الفرق الطبية تقوم برقابة مسبقة لمتطلبات التدخل الطبي لصالح المريض بمتوسط (3,8282) وانحراف معياري (0,93725)، ما يشير إلى وجود درجة عالية من الحرص على التخطيط المسبق للتدخلات الطبية وتفادي الوقوع في الأخطاء، أما فيما يتعلق بجانب التفاعل مع المرضى فقد أظهرت العبارة (NPM20) أن المستشفى يتيح للمرضى إمكانية التعبير عن آرائهم عبر سجل الآراء والموقع الإلكتروني بمتوسط (3,7023) وانحراف معياري (1,02232)، وهو ما يعكس توفر قنوات رسمية لتلقي الملاحظات والشكاوى، غير أن أضعف عنصر في هذا البعد تمثل في استطلاع آراء المرضى بشكل دوري كما ورد في العبارة (NPM19)، حيث سجلت متوسطاً (3,3855) بانحراف معياري (1,09346)، ما يصنف ضمن درجة تقييم متوسطة، ويدل على أن آليات الإصغاء الممنهج للمرضى لا تزال محدودة أو غير منتظمة، وهو ما قد يحول دون الاستفادة الكاملة من ملاحظات المرضى في تحسين نوعية الخدمات، وعليه فإن هذه النتائج تشير إلى أن الرقابة والتقييم باتا ممارستين حاضرتين بقوة داخل المؤسسات العمومية للصحة، غير أن تفعيلها بشكل أوسع ليشمل الجانب

التواصل مع المرضى وتوظيف التغذية الراجعة بشكل منهجي يمكن أن يعزز من فعالية نظام التقييم ويسهم في تحقيق أهداف المؤسسة الصحية من خلال تصحيح الاختلالات في الوقت المناسب وتحسين تجربة المريض باستمرار.

الشكل 23: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى الرقابة والتقييم المستمر.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

خامساً: بعد المساءلة

الجدول (5-28) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: المساءلة

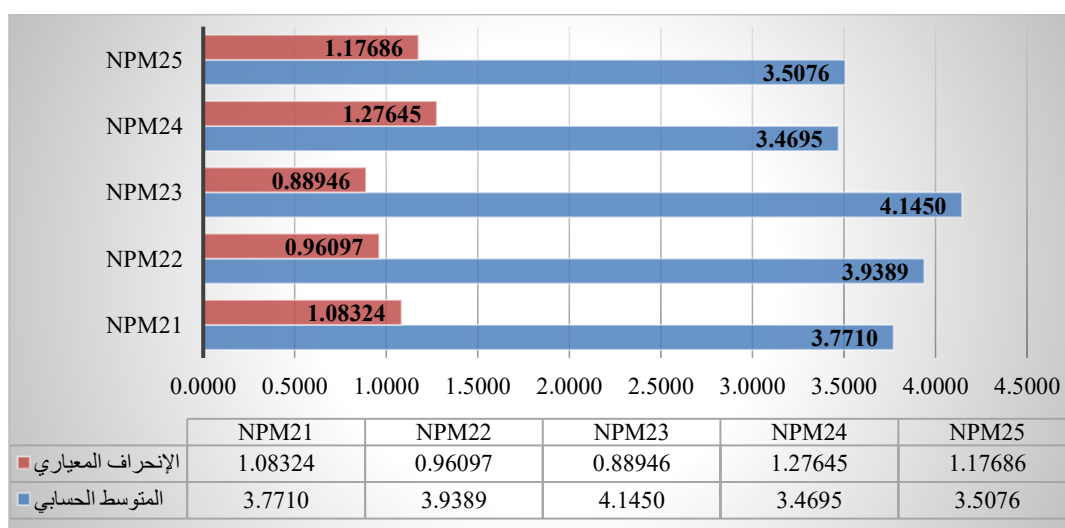
الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
NPM21	تقوم إدارة المستشفى بمساءلة الموظفين عن أدائهم	3,7710	1,08324	درجة عالية
NPM22	يعاقب كل من عرقل سير عملية التكفل الجيد للمرضى	3,9389	0,96097	درجة عالية
NPM23	يحاسب كل من قام بتعطيل أو تخريب ممتلكات المستشفى وفق قوانين الدولة السارية المتعلقة بالمساس بالمرفق العمومي	4,1450	0,88946	درجة ممتازة
NPM24	تعزز إدارة المستشفى استخدام الحوافز بناء على الأداء بدل الرواتب الثابتة لتحسين الأداء العام	3,4695	1,27645	درجة متوسطة
NPM25	تمول المستشفيات ماليا بناء على نتائج أداءها التي حققتها	3,5076	1,17686	درجة متوسطة
	مستوى المساءلة	3,7664	0,70146	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج بعد المساءلة إلى أن المؤسسات الصحية العمومية بولاية باتنة تولي أهمية لمبدأ المساءلة كجزء أساسي من متطلبات التسيير العمومي الحديث، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (3,7664) بانحراف معياري (0,70146)، وهو ما يعكس درجة تقييم عالية، ويدل على وعي إدارات المستشفيات بأهمية ربط المسؤولية بالمحاسبة كوسيلة لضبط الأداء وتكريس الانضباط المهني، وقد أظهرت النتائج أن المساءلة تأخذ أبعاداً متعددة تشمل السلوك الفردي والمؤسسي على حد سواء، حيث

سجلت العبارة (NPM23) أعلى متوسط حسابي بلغ (4,1450) بانحراف معياري (0,88946)، ما يعكس وجود آليات قانونية فعالة لمحاسبة من يعيث بممتلكات المرفق العمومي وفق التشريعات المعمول بها، كما أظهرت العبارة (NPM22) أن هناك متابعة تأديبية لكل من يعرقل سير عملية التكفل الجيد بالمرضى بمتوسط (3,9389) وانحراف معياري (0,96097)، وهو ما يؤكد على جدية الإدارة في تطبيق إجراءات المساءلة حماية لحقوق المرضى وضمانا لسيروية الخدمة، وقد بينت العبارة (NPM21) أن إدارة المستشفى تقوم بمساءلة الموظفين عن أدائهم بمتوسط (3,7710) وانحراف معياري (1,08324)، ما يشير إلى وجود ثقافة محاسبة داخلية تهدف إلى ضبط السلوك المهني، كما تشير نتائج العبارة (NPM24) إلى توجه نحو ضعف ثقافة الأداء من خلال ربط الحوافز بنتائج العمل بدل الاعتماد على الأجور الثابتة، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,4695) بانحراف معياري (1,27645)، وفي السياق نفسه فإن تمويل المستشفيات بناء على نتائج الأداء كما ورد في العبارة (NPM25) حظي بتقييم متوسط قدره (3,5076) بانحراف معياري (1,17686)، وهو ما يدل على وجود محاولة لتطبيق مبدأ ربط التمويل بالأداء خاصة مع تطبيق الميزانيات المرتبطة بالأداء العام الماضي في إطار قوانين المالية LOLF، غير أن هذه الآلية لا تزال في مراحلها الأولية أو أن أثرها لم يظهر بوضوح بعد، وعليه فإن النتائج تبرز بوضوح أن المساءلة تعد ركنا محوريا في إدارة المؤسسات العمومية للصحة، خاصة في ظل التوجه نحو الحوكمة الرشيدة، غير أن تكريسها بشكل شامل وفعال يتطلب تطوير أدوات تقييم الأداء وربطها بنظام حوافز وعقوبات منصف وواضح، بما يحقق العدالة التنظيمية ويشجع الموظفين على تحسين أدائهم باستمرار ويعزز من ثقة المواطنين في القطاع الصحي العمومي.

الشكل 24: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى المساءلة



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

2- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة على فقرات المحور الثاني من الاستبيان الموجه للأفراد والمتعلق بإدارة الجودة الشاملة.

أولاً: بعد دعم القيادة العليا

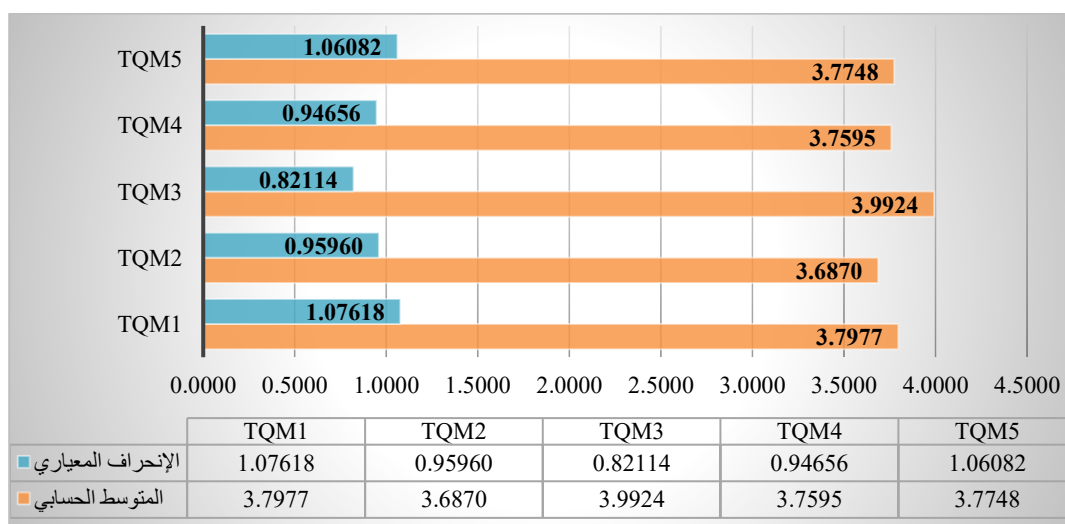
الجدول (5-29) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: دعم القيادة العليا

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
TQM1	تحرص الإدارة العليا للمستشفى على تعزيز مفاهيم الجودة من خلال الالتزام بالمعايير الدولية للصحة	3,7977	1,07618	درجة عالية
TQM2	تدعم القيادات العليا الطبية والإدارية للمستشفى مبادرات تطوير وتحسين الأداء	3,6870	0,95960	درجة عالية
TQM3	تعتبر الإدارة العليا للمستشفى أن جودة الخدمة الصحية هي مسؤولية الجميع	3,9924	0,82114	درجة عالية جدا
TQM4	تخطط الإدارة العليا لعملية تحسين الجودة بالمستشفى بمشاركة الموظفين	3,7595	0,94656	درجة عالية
TQM5	توفر القيادات العليا الموارد الكافية (بشرية، مادية، تقنية) لتحسين جودة الخدمة الصحية	3,7748	1,06082	درجة عالية
	مستوى دعم القيادة العليا	3,8023	0,73916	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج بعد دعم القيادة العليا إلى وجود مستوى عالٍ من التزام القيادات الطبية والإدارية وشبه الطبية بالمؤسسات الصحية العمومية بولاية باتنة بمفاهيم الجودة، إذ بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (3,8023) بانحراف معياري (0,73916)، مما يعكس درجة تقييم عالية، ويدل ذلك على أن الإدارة العليا تلعب دوراً حيوياً في دعم جهود تحسين جودة الخدمات الصحية، وقد سجلت العبارة (TQM3) أعلى متوسط حسابي بلغ (3,9924) بانحراف معياري (0,82114)، وهو ما يشير إلى اقتناع القيادة العليا بأن جودة الخدمة الصحية ليست مسؤولية فردية بل مسؤولية جماعية يتقاسمها جميع العاملين بالمستشفى، كما تبين من خلال العبارة (TQM1) أن الإدارة العليا تسعى إلى تعزيز مفاهيم الجودة من خلال الالتزام بالمعايير الدولية للصحة، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,7977) بانحراف معياري (1,07618)، مما يؤكد على وجود وعي مؤسسي بأهمية اتباع المرجعيات العالمية في هذا المجال، أما دعم المبادرات التطويرية من قبل القيادات العليا كما في العبارة (TQM2) فقد حظي بمتوسط (3,6870) وانحراف معياري (0,95960)، ما يعكس توجهها إيجابياً نحو تشجيع الابتكار والتحسين، في حين توضح نتائج العبارة (TQM4) أن الإدارة العليا تخطط لعمليات تحسين الجودة بمشاركة الموظفين بمتوسط بلغ (3,7595)، وهو ما يعكس فهماً لمبدأ الشمولية والتشاركية في إدارة الجودة، وأخيراً تشير العبارة (TQM5) إلى أن توفير الموارد البشرية والمادية والتقنية يعد من أولويات القيادة العليا، حيث بلغ متوسط التقييم (3,7748) مما يدل على وعي بأهمية تهيئة البيئة الملائمة لتحسين الخدمة، وبذلك تعكس هذه النتائج وجود إرادة قيادية واضحة داخل المؤسسات العمومية للصحة والوزارة الوصية من أجل تفعيل مفاهيم الجودة، إلا أن هذه الجهود تحتاج إلى الاستمرارية وتعزيز قنوات التواصل بين القيادة والموظفين لضمان فعالية التنفيذ ومواجهة التحديات الميدانية التي قد تعرقل تحقيق الجودة المطلوبة.

الشكل 25: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى دعم القيادة العليا



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

ثانياً: بعد التحسين المستمر

الجدول (5-30) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: التحسين المستمر

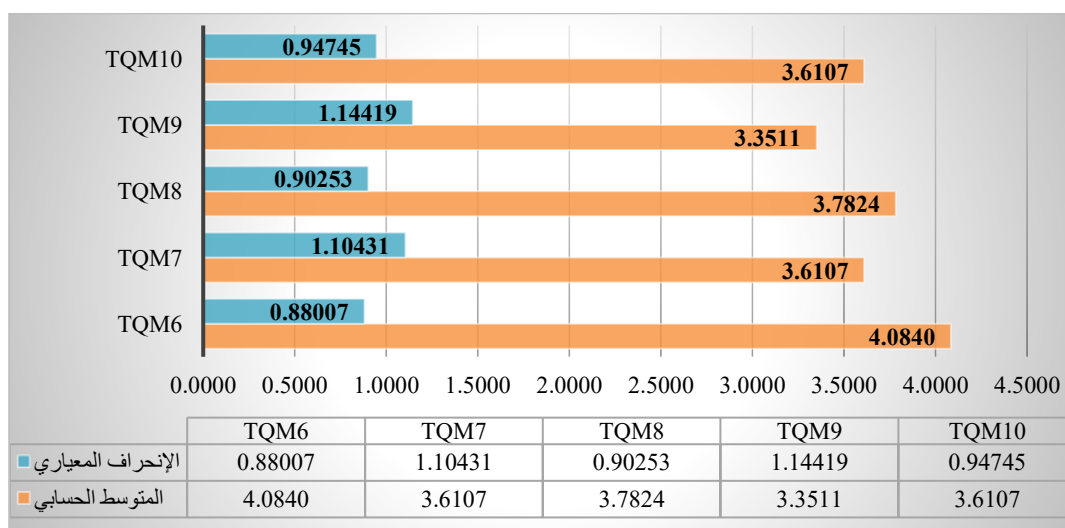
الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
TQM6	الفريق المعالج بالمستشفى يسعى دائماً إلى تحسين أدائه لتفادي حدوث الأخطاء المهنية.	4,0840	0,88007	درجة ممتازة
TQM7	يعمل موظفو المستشفى على ابتكار طرق وأساليب جديدة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة	3,6107	1,10431	درجة متوسطة
TQM8	يصمم المستشفى برنامجاً تدريبياً لصالح مختلف الفرق حسب احتياجاتهم التعليمية لتحسين أدائهم	3,7824	0,90253	درجة عالية
TQM9	يستعان بخبراء خارجيين لتقييم برنامج الجودة الداخلي	3,3511	1,14419	درجة متوسطة
TQM10	تباشر الإدارة العليا للمستشفى الإجراءات التصحيحية مباشرة بعد عملية الرقابة والتقييم	3,6107	0,94745	درجة متوسطة
	مستوى التحسين المستمر	3,6878	0,70841	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج بعد التحسين المستمر إلى وجود مستوى عالٍ من الوعي والتطبيق العملي لمبدأ التحسين المستمر داخل المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (3,6878) بانحراف معياري (0,70841)، وهو ما يعكس درجة تقييم عالية توضح التزام المستشفيات بتطوير خدماتها بشكل مستمر استجابة للتحديات ومتطلبات الجودة، وقد سجلت العبارة (TQM6) أعلى متوسط حسابي بلغ (4,0840) بانحراف معياري (0,88007)، مما يدل على سعي الفرق الطبية الدائم لتحسين أدائها المهني وتفادي الأخطاء، وهو مؤشر إيجابي على وجود ثقافة تنظيمية تركز على السلامة وجودة الرعاية، كما أظهرت العبارة (TQM8) أن المستشفيات تصمم برامج تدريبية وفق الاحتياجات التعليمية للفرق الصحية بمتوسط بلغ

(3,7824)، مما يشير إلى اهتمام بتطوير الكفاءات والمهارات الفنية، ويدعم ذلك ما ورد في العبارة (TQM7) بخصوص ابتكار الموظفين لأساليب جديدة في تحسين جودة الخدمات، حيث حصلت على متوسط (3,6107)، وهذا يدل على ضعف تشجيع الإبداع الوظيفي والمبادرات الداخلية، كما تبين من نتائج العبارة (TQM10) أن الإدارة العليا تبشر الإجراءات التصحيحية عقب الرقابة والتقييم بمتوسط (3,6107)، ما يعكس الاستجابة لتحسين الأداء وتدارك النقائص، أما العبارة (TQM9) فقد سجلت أدنى متوسط بلغ (3,3511) مما يشير إلى مستوى متوسط في الاستعانة بالخبراء الخارجيين لتقييم برامج الجودة، ما قد يدل على ضعف في الانفتاح على الممارسات الدولية أو غياب مخصصات مالية كافية لذلك، وبصفة عامة فإن هذه النتائج تعكس وجود توجه إيجابي نحو التحسين المستمر، إلا أن تدعيمه يتطلب تعزيز التعاون مع خبراء خارجيين، وتوسيع قاعدة التدريب المستمر، وتحفيز الموظفين أكثر على الابتكار والمشاركة في مشاريع التطوير لضمان الارتقاء الشامل بمستوى الخدمات الصحية.

الشكل 26: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى التحسين المستمر



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

ثالثاً: بعد المقارنة بأفضل الممارسات

الجدول (5-31) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: المقارنة بأفضل الممارسات

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
TQM11	يلتزم الأطباء والفرق المرافقة لهم بالمستشفى باتباع المعايير الدولية في تقديم الخدمة الصحية	3,7557	1,01023	درجة عالية
TQM12	يجري المستشفى دراسات لمقارنة الأساليب المطبقة مع أحدث الممارسات الطبية	3,5802	0,93836	درجة متوسطة
TQM13	المسيرون بالمستشفى يعتمدون على الأساليب الإحصائية لاختبار جودة الخدمة الصحية المقدمة	3,6450	0,92224	درجة عالية
TQM14	يجري المستشفى مقارنات مرجعية للأداء بين المصالح وكذلك مع مستشفيات مماثلة	3,4160	1,01266	درجة متوسطة
TQM15	يحرص المستشفى على تطبيق معايير وتوصيات المنظمات الدولية لاعتماد المستشفيات	3,5229	0,98914	درجة متوسطة
	مستوى المقارنة بأفضل الممارسات	3,5840	0,76045	درجة متوسطة

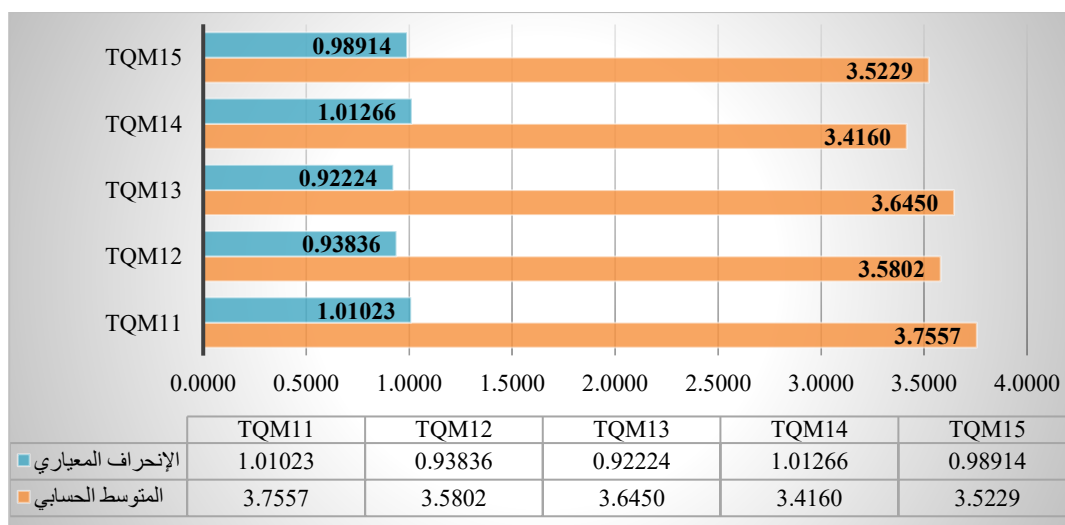
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج بعد المقارنة بأفضل الممارسات إلى التزام متوسط من قبل المستشفيات العمومية للصحة في ولاية باتنة مجال الدراسة بتطبيق المعايير العالمية للممارسات الطبية وضمان الجودة الصحية، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (3,5840) بانحراف معياري (0,76045)، مما يعكس درجة تقييم متوسطة تعكس الجهود المبذولة لتقديم خدمات صحية وفقاً لأفضل الممارسات المتعارف عليها دولياً، وقد أظهرت العبارة (TQM12) متوسط قدره (3,5802) مما يدل على أن المستشفى يحرص على إجراء دراسات لمقارنة الأساليب المطبقة مع أحدث الممارسات الطبية، وهو ما يعكس رغبة في مواكبة التطورات الطبية والبحث عن أفضل الطرق لتحسين الخدمة، بالإضافة إلى ذلك، أظهرت العبارة (TQM13) أن المستشفى يعتمد على الأساليب الإحصائية لاختبار جودة الخدمة الصحية المقدمة، حيث سجلت متوسطاً (3,6450)، وهو ما يعكس الاهتمام العميق باستخدام الأدوات العلمية والرقمية لتقييم الأداء وجودة الخدمة، كما سجلت العبارة (TQM15) متوسط قدره (3,5229)، ما يدل على حرص المستشفى على تطبيق معايير وتوصيات المنظمات الدولية لاعتماد المستشفيات، وهذا يشير إلى سعي المستشفيات لتحقيق المعايير الدولية التي تعد مؤشراً مهماً على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

ومع ذلك تشير العبارة (TQM11) إلى التزام الأطباء باتباع المعايير الدولية في تقديم الخدمة بمتوسط حسابي بلغ (3,7557) لكن هناك وجود تفاوت في التطبيق بين الأقسام أو المستشفيات، ما يستدعي تعزيزاً للتدريب والرقابة بانحراف معياري (1,01023)، أما العبارة (TQM14) المقترنة بالمقارنات المرجعية تبين أنها دون المستوى المطلوب بمتوسط (3,4160)، وهو ما يبرز الحاجة لتعميق التعاون الدولي والتركيز على الدراسات المقارنة وتبني أنظمة تقييم أكثر تطوراً لتحسين العمليات الداخلية لضمان الوصول إلى أعلى مستويات الجودة الصحية. بشكل عام، تعد هذه النتائج مؤشراً إيجابياً على سعي المستشفيات لتحقيق الجودة،

لكنها تظل بحاجة إلى مزيد من التطوير، خاصة في توحيد المعايير بين جميع الأقسام، ورفع كفاءة المقارنات المرجعية، والسعي للحصول على اعتمادات دولية كدليل ملموس على التميز.

الشكل 27: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى المقارنة بأفضل الممارسات.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

رابعاً: بعد التركيز على المريض

الجدول (5-32) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة ببعد: التركيز على المريض

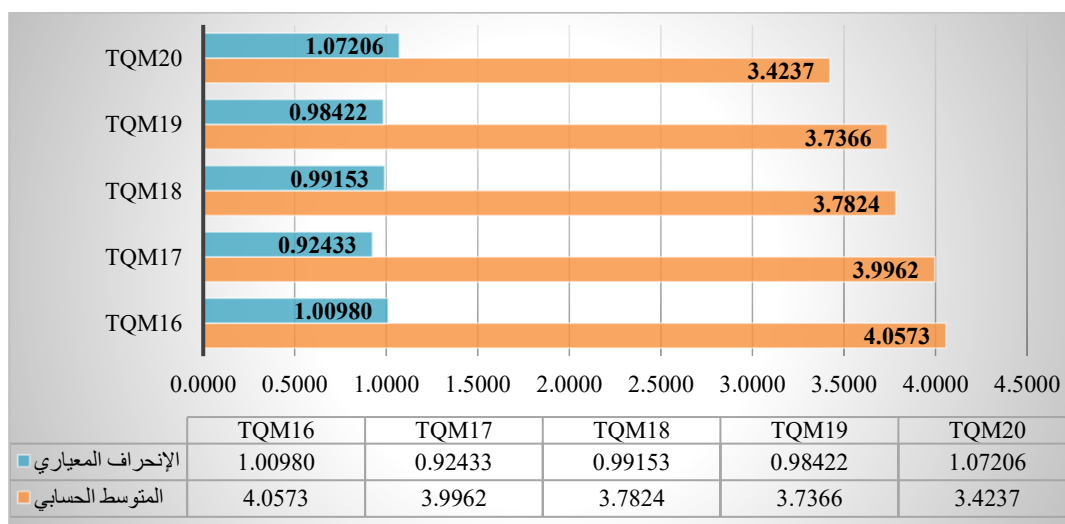
الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
TQM16	تعطى للمريض الأهمية القصوى داخل المستشفى	4,0573	1,00980	درجة ممتازة
TQM17	تشارك كل فرق العمل في تلبية احتياجات المريض	3,9962	0,92433	درجة عالية جداً
TQM18	يتفاعل المستشفى بالإيجاب مع انشغالات المرضى ومراقبتهم وإيجاد الحلول لها	3,7824	0,99153	درجة عالية
TQM19	يتم إعلام وتثقيف المرضى حول حالته وخيارات العلاج	3,7366	0,98422	درجة عالية
TQM20	تأخذ إدارة المستشفى بآراء المرضى بعين الاعتبار حين اتخاذ قرارات تحسين الجودة	3,4237	1,07206	درجة متوسطة
	مستوى التركيز على المريض	3,7992	0,77341	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تظهر نتائج بعد التركيز على المريض أن المستشفيات العمومية في ولاية باتنة تبدي اهتماماً كبيراً بالمريض وتضعه في صميم أولوياتها، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (3,7992) بانحراف معياري (0,77341)، مما يعكس درجة تقييم جيدة تشير إلى التزام المستشفيات بتقديم خدمة صحية تركز على احتياجات المرضى، وقد أظهرت العبارة (TQM16) أن هناك تباين في إعطاء الأولوية للمريض داخل المستشفى بمتوسط (4,0573) بانحراف معياري (1,00980)، مما يدل على أن اختلاف تجارب

المرضى ويعكس التفاوت في جودة الخدمات الصحية بين الأقسام، كما تبين العبارة (TQM17) أن جميع فرق العمل داخل المستشفى تشارك في تلبية احتياجات المريض بمتوسط (3,9962) بانحراف معياري (0,92433)، مما يعكس العمل الجماعي والتكامل بين جميع الأقسام لتحقيق أفضل خدمة ممكنة للمريض، كما أظهرت العبارة (TQM18) أن المستشفى يتفاعل بشكل إيجابي مع انشغالات المرضى ومرافقيهم ويعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها بمتوسط (3,7824)، وهذا يعكس قدرة المستشفى على التكيف مع احتياجات المرضى وتحقيق رضاهم، أما العبارة (TQM19) فقد أشارت إلى أن المستشفى يقوم بإعلام وتنقيف المرضى حول حالتهم وخيارات العلاج بمتوسط (3,7366)، وهو ما يعكس التزام المستشفى بتوفير معلومات طبية واضحة تساعد المرضى في اتخاذ قرارات مدروسة بشأن علاجهم، وعلى الرغم من ذلك، سجلت العبارة (TQM20) أدنى متوسط (3,4237)، مما يشير إلى أن هناك فرصة لتحسين طريقة أخذ آراء المرضى بعين الاعتبار في اتخاذ قرارات تحسين الجودة، حيث قد يحتاج الأمر إلى مزيد من التواصل والتفاعل المباشر مع المرضى في هذا السياق، بشكل عام، تعكس هذه النتائج التزام المستشفيات باتجاه المريض، ولكن تبقى هناك فرص لتعزيز المشاركة الفعالة للمريض في عملية اتخاذ القرار وتحقيق تحسينات إضافية في جودة الخدمات المقدمة.

الشكل 28: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى التركيز على المريض



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

خامساً: بعد اتخاذ قرار قائم على أدلة

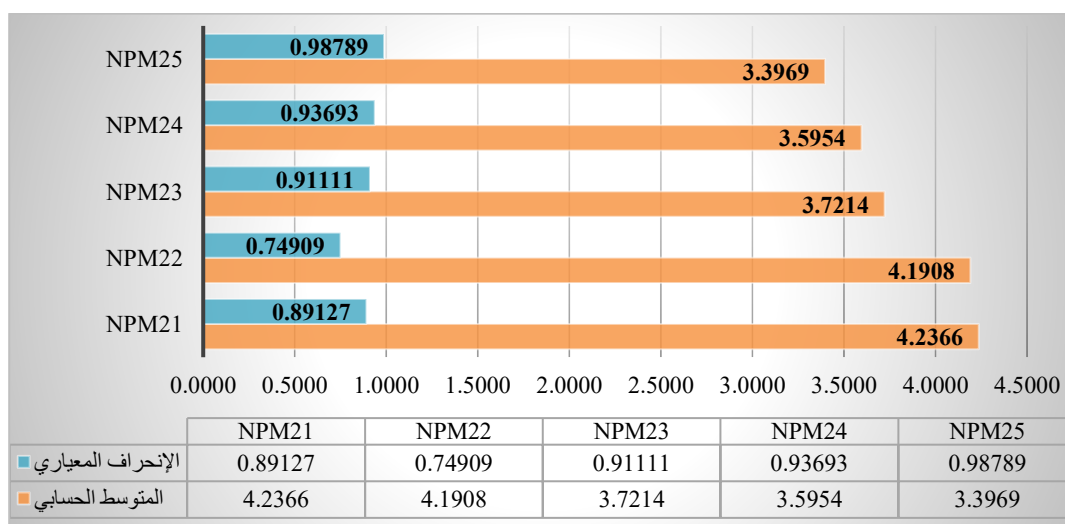
الجدول (5-33) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: اتخاذ قرار قائم على أدلة

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
TQM21	يعتمد الأطباء على الحقائق بدل الحدس في تشخيص الحالات المرضية لتقديم العلاج المناسب للمريض	4,2366	0,89127	درجة ممتازة
TQM22	تتخذ القرارات الطبية بناء على مشاركة وتشاور أعضاء الفريق الطبي	4,1908	0,74909	درجة ممتازة
TQM23	يوثق المستشفى كل خطوة من خطوات العلاج لقياس الجودة	3,7214	0,91111	درجة عالية
TQM24	يتخذ مسيري المستشفى قرارات بناء على نظام معلوماتي خاص بها	3,5954	0,93693	درجة متوسطة
TQM25	يعتمد مسيرو المستشفى على الأشكال البيانية في توضيح العلاقة بين النتائج والأسباب	3,3969	0,98789	درجة متوسطة
	مستوى اتخاذ قرار قائم على أدلة	3,8282	0,63870	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج بعد اتخاذ قرار قائم على أدلة إلى أن المستشفيات مجال الدراسة تعتمد بشكل كبير على الحقائق والأدلة عند اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج والخدمات الصحية، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (3,8282) بانحراف معياري (0,63870)، مما يعكس درجة تقييم عالية تشير إلى أن القرارات المتخذة في المستشفيات تعتمد على أسس علمية ومؤشرات قابلة للقياس، وقد أظهرت العبارة (TQM21) أن الأطباء يعتمدون على الحقائق بدل الحدس في تشخيص الحالات المرضية وتقديم العلاج المناسب بمتوسط (4,2366) وانحراف معياري (0,89127)، وهو ما يعكس التزام الأطباء بتقديم رعاية صحية مدعومة بالبيانات والمعلومات الطبية الدقيقة، كما أظهرت العبارة (TQM22) أن القرارات الطبية تتخذ بناء على مشاركة وتشاور أعضاء الفريق الطبي بمتوسط (4,1908) وانحراف معياري (0,74909)، مما يوضح أن المستشفيات تشجع على التعاون والتشاور الجماعي في اتخاذ القرارات الطبية، وهي ممارسة تدعم تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة، أما العبارة (TQM23) فقد أظهرت أن المستشفى يوثق كل خطوة من خطوات العلاج لقياس الجودة بمتوسط (3,7214) وانحراف معياري (0,91111)، مما يعكس اهتمام المستشفى بمتابعة وتقييم مراحل العلاج بشكل منظم لضمان أعلى مستويات الجودة، ومن جهة أخرى، أظهرت العبارة (TQM24) أن مسيري المستشفى يتخذون قرارات بناء على نظام معلوماتي خاص بها بطريقة ضعيفة ما يعكسه متوسط (3,5954) وانحراف معياري مرتفع (0,93693)، مما يشير إلى أن المستشفى قد يكون بحاجة إلى تحسين وتطوير نظم المعلومات المستخدمة لدعم اتخاذ القرارات بشكل أكثر فعالية، كما تبين العبارة (TQM25) أن مسيري المستشفى لا يعتمدون على الأشكال البيانية لتوضيح العلاقة بين النتائج والأسباب بمتوسط أدنى (3,3969) وانحراف معياري (0,98789)، وهو ما يعكس ضعف استخدامها في تحليل البيانات. بشكل عام، تؤكد هذه النتائج على أن المستشفيات تبني قراراتها على أسس علمية مدعومة بالأدلة، ولكن توجد بعض المجالات التي تحتاج إلى تحسين لتعزيز فعالية نظم المعلومات والأدوات المستخدمة في دعم اتخاذ القرارات.

الشكل 29: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى اتخاذ قرار قائم على أدلة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

سادسا: بعد ضمان الجودة

الجدول (5-34) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: ضمان الجودة

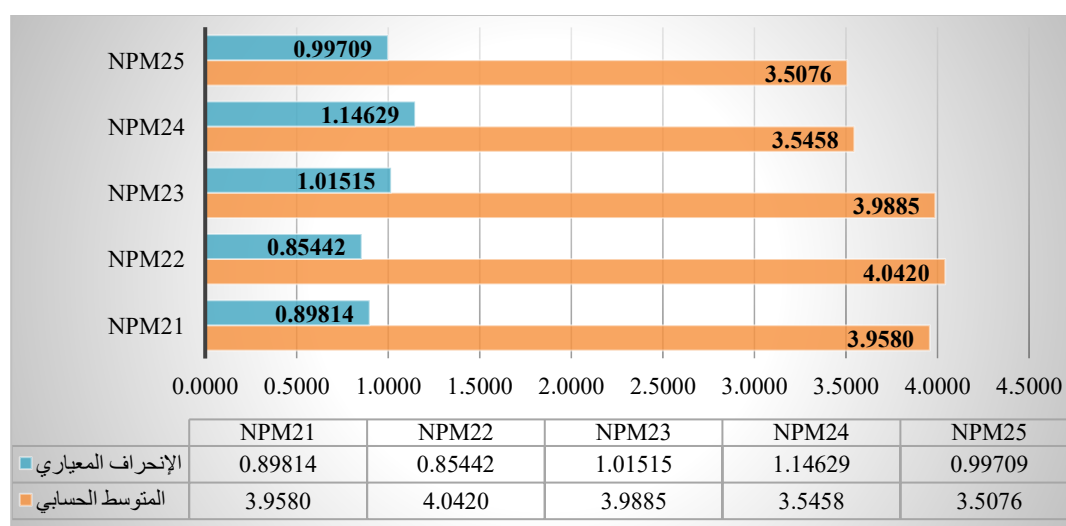
الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
TQM26	يسعى الأطباء والمرضى لتأدية عملهم بطريقة صحيحة من أول مرة دون السماح بأي أخطاء	3,9580	0,89814	درجة عالية جدا
TQM27	يحرص المستشفى على تجنب الأخطاء الطبية ما أمكن	4,0420	0,85442	درجة ممتازة
TQM28	يضمن المستشفى صيانة المعدات والأجهزة الضرورية وصحة عملها ودقتها في التشخيص	3,9885	1,01515	درجة عالية جدا
TQM29	يوجد مسؤول مكلف بالجودة على مستوى مصالح المستشفى لتقييم ورعاية جودة الخدمات الصحية	3,5458	1,14629	درجة متوسطة
TQM30	يقوم المستشفى بقياس الهدر في الموارد والوقت ويعمل على تحسين الوضع	3,5076	0,99709	درجة متوسطة
	مستوى ضمان الجودة	3,8084	0,69487	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تظهر نتائج بعد ضمان الجودة إلى التزام المستشفيات في ولاية باتنة بتطبيق معايير الجودة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، حيث أظهرت النتائج أن مستوى اهتمام المستشفيات بهذا البعد يعد عاليا، كما يبينه المتوسط الحسابي العام البالغ (3.8084) والانحراف المعياري البالغ (0.69487)، مما يعكس حرصا جادا على تقديم خدمات صحية متميزة، بالإضافة إلى تفادي الأخطاء الطبية والعمل على تحسين أداء النظام الصحي، فقد أظهرت العبارة (TQM26) التي تتعلق بالحرص على تأدية العمل بطريقة صحيحة من أول مرة دون السماح بأي أخطاء حصولها على متوسط (3.9580) وانحراف معياري (0.89814)، ما يعكس حرص الأطباء والمرضى في المستشفيات على تقديم خدمات صحية دقيقة وفعالة منذ البداية، وهو ما يعزز من سمعة المستشفيات كمنشأة

طبية عالية الجودة، كما يتضح من العبارة (TQM27) التي تشير إلى حرص المستشفى على تجنب الأخطاء الطبية بمتوسط (4.0420) وانحراف معياري (0.85442)، ما يعكس تعزيز الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تهدف إلى تقليل الأخطاء الطبية وتقديم رعاية صحية أكثر أماناً للمرضى، وهو ما يتماشى مع الهدف الأساسي لكل مستشفى في توفير بيئة صحية آمنة وموثوقة للمرضى، أما فيما يتعلق بالعبارة (TQM28)، والتي تركز على ضمان صيانة المعدات والأجهزة الطبية الضرورية وصحة عملها ودقتها في التشخيص، فقد حصلت على متوسط (3.9885) وانحراف معياري (1.01515)، ما يعكس أهمية الصيانة الدورية للمعدات الطبية في المستشفيات، بما يساهم في ضمان أداء الأجهزة الطبية بكفاءة عالية، وهو ما يساهم في تحقيق دقة أكبر في التشخيص والعلاج، كما أظهرت نتائج العبارة (TQM29) التي تتحدث عن وجود مسؤول مكلف بالجودة على مستوى مختلف مصالح المستشفى لتقييم ورقابة جودة الخدمات الصحية متوسطاً (3.5458) وانحرافاً معيارياً كبيراً (1.14629)، ما يعكس عدم وجود جهة مختصة بمتابعة تنفيذ معايير الجودة داخل المستشفى، وهو أمر بالغ الأهمية لضمان الالتزام الدائم بأعلى معايير الجودة في كافة العمليات والخدمات المقدمة، أو أنها موجودة بتفاوت كبير بين المصالح أو احتمال نقص في الصلاحيات والموارد، وأخيراً، أظهرت نتائج العبارة (TQM30) التي تشير إلى أن المستشفى يقوم بقياس الهدر في الموارد والوقت ويعمل على تحسين الوضع بمتوسط أدنى بين المؤشرات (3.5076) وانحراف معياري مرتفع (0.99709)، ما يعكس تفاوت الأقسام في كفاءة إدارة الموارد والحاجة إلى تطوير أدوات قياس أكثر دقة لتحقيق الكفاءة في استخدام الموارد والوقت بشكل فعال، تعزيز فعالية تقديم الخدمة الصحية. لذا، يمكن القول بأن المستشفيات في ولاية باتنة تبذل جهوداً لضمان الجودة في كافة جوانب تقديم الخدمات الصحية، مع التركيز على تحسين الكفاءة وتقليل الأخطاء، في حين أن هناك مجالاً للتحسين فيما يخص تعزيز دور المسؤولين عن الجودة في بعض المصالح المختلفة داخل المستشفى، وهو ما يتطلب متابعة مستمرة للعمليات والإجراءات التي تساهم في تحقيق الجودة العالية بكافة المعايير.

الشكل 30: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى ضمان الجودة



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

سابعاً: بعد كفاءة التكلفة

الجدول (5-35) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: كفاءة التكلفة

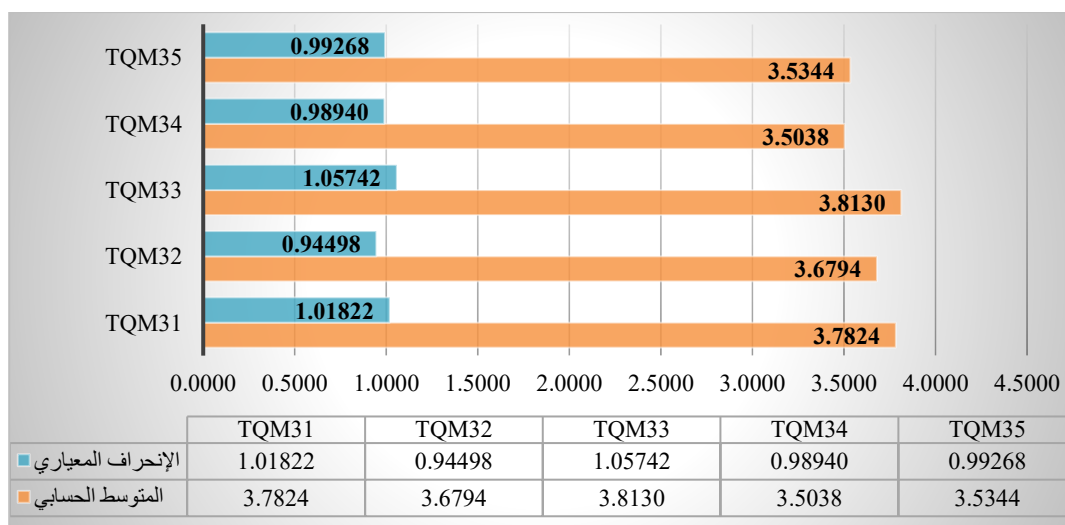
الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
TQM31	تخصص إدارة المستشفى الموارد حسب الاحتياجات الحقيقية للمصالح	3,7824	1,01822	درجة عالية
TQM32	يحرص عمال المستشفى على التقليل من هدر الموارد خلال القيام بنشاطاتهم	3,6794	0,94498	درجة عالية
TQM33	تقلل إدارة المستشفى من النفقات غير الضرورية	3,8130	1,05742	درجة عالية
TQM34	تضع الإدارة عناصر معينة لتقييم تكلفة جودة الخدمة الصحية	3,5038	0,98940	درجة متوسطة
TQM35	يقوم المستشفى بمراجعة دورية لتكلفة الخدمات المقدمة بهدف تدنيته.	3,5344	0,99268	درجة متوسطة
	مستوى ضمان الجودة	3,6626	0,74488	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعد كفاءة التكلفة إلى أن المستشفيات في ولاية باتنة تبذل جهوداً كبيرة لتحسين استخدام الموارد وتخفيض النفقات غير الضرورية، حيث أظهرت النتائج أن مستوى كفاءة التكلفة يعدّ عالياً بشكل عام، مع متوسط حسابي عام بلغ (3.6626) وانحراف معياري قدره (0.74488)، مما يدل على التزام المستشفيات بتطبيق استراتيجيات فعالة لخفض التكاليف دون التأثير على جودة الخدمات الصحية المقدمة، ففي العبارة (TQM31) التي تتعلق بتخصيص إدارة المستشفى للموارد حسب الاحتياجات الحقيقية للمصالح، حصلت على متوسط (3.7824) وانحراف معياري (1.01822)، ما يدل على أن المستشفيات تولي اهتماماً لتخصيص الموارد بشكل يتوافق مع احتياجات كل قسم أو مصلحة، وهو ما يساعد في توفير الموارد بشكل فعال ويحد من إهدارها، كما أظهرت العبارة (TQM32) التي تشير إلى حرص عمال المستشفى على التقليل من هدر الموارد خلال نشاطاتهم حصولها على متوسط (3.6794) وانحراف معياري (0.94498)، ما يعكس التزام الموظفين بتطبيق سياسات فعالة للحفاظ على الموارد وتحقيق أقصى استفادة منها، أما العبارة (TQM33) التي تتعلق بتقليل إدارة المستشفى للنفقات غير الضرورية فقد حصلت على متوسط (3.8130) وانحراف معياري (1.05742)، ما يعكس وعي الإدارة بأهمية تقليل النفقات غير الأساسية، وهو ما يعزز كفاءة التكلفة بشكل عام، وفيما يخص العبارة (TQM34) التي تشير إلى وضع الإدارة لعناصر معينة لتقييم تكلفة جودة الخدمة الصحية، فقد حصلت على أدنى المعدلات بمتوسط (3.5038) وانحراف معياري مرتفع (0.98940)، كذلك الأمر بالنسبة لنتائج العبارة (TQM35) التي تتعلق بمراجعة المستشفى الدورية لتكلفة الخدمات المقدمة بهدف تدنيته فقد سجلت متوسطاً (3.5344) وانحرافاً معيارياً (0.99268)، مما يدل على أن تفاوت كبير بين المستشفيات أو المصالح في تطبيق هذه الممارسات أو احتمال نقص اعتماد المعايير الموحدة أو الأدوات التحليلية. بشكل عام تواصل المستشفيات

مراقبة تكاليف الخدمات بشكل دوري بهدف خفضها، وهو ما يعزز الكفاءة الاقتصادية في تقديم الرعاية الصحية، مما يدل على وجود التزام بتحقيق كفاءة التكلفة وتحسين الاستدامة المالية للمستشفيات دون المساس بجودة الخدمات الصحية.

الشكل 31: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى كفاءة التكلفة



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

3- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة على فقرات المحور الثالث من الاستبيان الموجه للأفراد والمتعلق بجودة الخدمات الصحية.

أولاً: بعد جودة التعاطف

الجدول (5-36) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعدد: جودة التعاطف

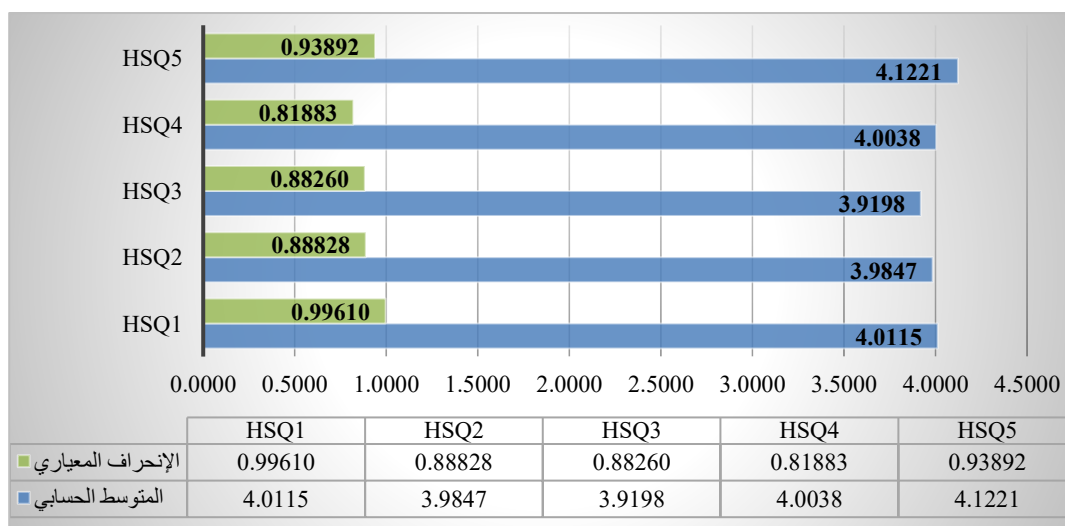
الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
HSQ1	يستمتع الطاقم الطبي بعناية إلى مخاوف المرضى ويظهرون تفهما لوجعهم	4,0115	0,99610	درجة عالية جدا
HSQ2	يتم تقديم الدعم العاطفي للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة أو الخطيرة	3,9847	0,88828	درجة عالية جدا
HSQ3	يعمل الفريق الطبي على تعزيز شعور الاحترام لدى المرضى خلال فترة الإقامة بالمستشفى	3,9198	0,88260	درجة عالية
HSQ4	يحرص الطاقم العامل في المصالح الاستشفائية على مراعاة مشاعر المريض وحالته النفسية	4,0038	0,81883	درجة عالية جدا
HSQ5	تبدل الفرق الطبية والتمريضية كل الجهد والعناية اللازمة خلال تلقي المريض للعلاج	4,1221	0,93892	درجة ممتازة
	مستوى جودة التعاطف	4,0084	0,75916	درجة عالية جدا

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعدد جودة التعاطف إلى أن المستشفيات تبدي اهتماما بتقديم الرعاية العاطفية والمهنية للمرضى، حيث حصلت جميع العبارات المتعلقة بجودة التعاطف على درجات عالية، مما يعكس التزام الطاقم الطبي بتقديم خدمات صحية تراعي الجوانب العاطفية والنفسية للمرضى. فقد أظهرت العبارة (HSQ2) التي تتعلق بتقديم الدعم

العاطفي للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة أو الخطيرة، حصولها على متوسط (3.9847) وانحراف معياري (0.88828)، مما يشير إلى أن الفرق الطبية تولي اهتماما خاصا للمرضى الذين يعانون من حالات صحية خطيرة أو مزمنة، مما يعزز الراحة النفسية لهم أثناء العلاج. فيما يخص العبارة (HSQ4) التي تشير إلى مراعاة الطاقم العامل في المصالح الاستشفائية لمشاعر المريض وحالته النفسية، فقد حصلت على متوسط (4.0038) وانحراف معياري (0.81883)، مما يدل على أن الطاقم الطبي يقوم بمراعاة الجوانب النفسية والعاطفية للمرضى. وقد أظهرت العبارة (HSQ5) التي تتعلق ببذل الفرق الطبية والتمريضية كل الجهد والعناية اللازمة خلال تلقي المريض للعلاج، حصولها على متوسط (4.1221) وانحراف معياري (0.93892)، ما يعكس مستوى عاليا من الرعاية والعناية التي يتم توفيرها للمرضى، مما يساهم في تعزيز جودة الخدمة الصحية. لكن العبارة (HSQ1) التي تشير إلى استماع الطاقم الطبي بعناية إلى مخاوف المرضى وإظهار التفهم لوجههم، حصلت على متوسط أدنى (4.0115) وانحراف معياري (0.99610)، بالإضافة إلى العبارة (HSQ3) التي تتعلق بتعزيز شعور الاحترام لدى المرضى خلال فترة الإقامة بالمستشفى، فقد حصلت على متوسط (3.9198) وانحراف معياري (0.88260)، وتعتبر النتيجة أدنى المعدلات نسبيا ويمكن أن يعود ذلك إلى اختلاف تجارب المرضى في نظر المسيرين أو نقص التواصل المستمر مع المرضى. لكن بشكل عام تبذل المستشفيات جهودا كبيرة في تحسين جودة التعاطف مع المرضى، مما يعزز شعورهم بالراحة والدعم النفسي أثناء فترة العلاج.

الشكل 32: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس مستوى جودة التعاطف



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

ثانياً: بعد جودة الملموسية

الجدول (5-37) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعدد: جودة الملموسية

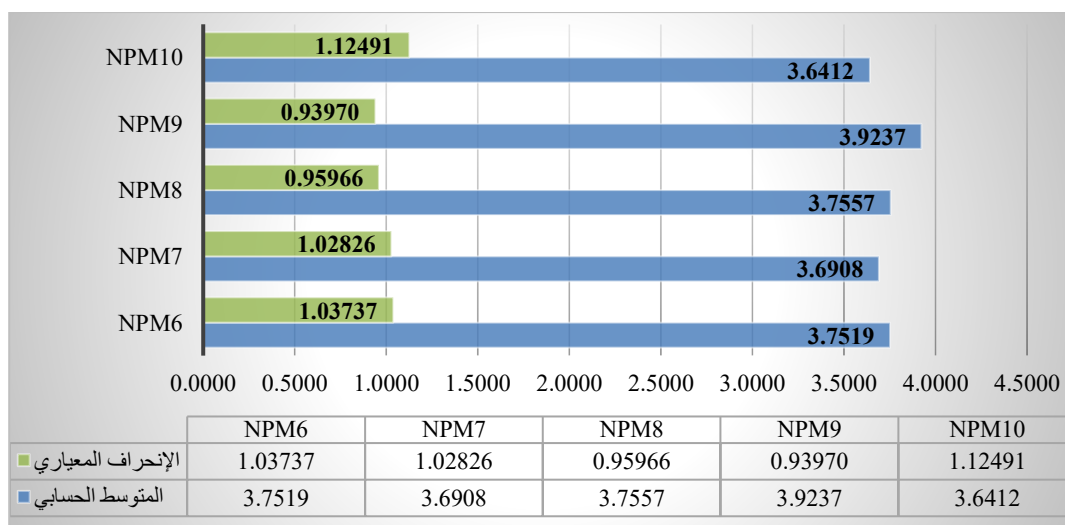
البيان	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
HSQ6	تتمتع مرافق المستشفى (قاعات العمليات الجراحية، غرفة المرضى، قاعات الانتظار ومكاتب الأطباء) بالنظافة والتهوية المطلوبة	3,7519	1,03737	درجة عالية
HSQ7	هناك تسهيلات ملائمة لإقامة المرضى في ظروف مناسبة (أوراق الدخول والخروج، الحصول على التحاليل، الأدوية، الأشعة...)	3,6908	1,02826	درجة متوسطة
HSQ8	يستعمل المستشفى معدات طبية نظيفة، حديثة ومتطورة لتقديم الخدمات الصحية	3,7557	0,95966	درجة عالية
HSQ9	مظهر وهندام الطاقم العامل في المستشفى يتناسب مع نوع الخدمة المقدمة	3,9237	0,93970	درجة عالية
HSQ10	الأدوية والتحاليل متوفرة ومتاحة داخل المستشفى للتكفل الجيد بالمرضى	3,6412	1,12491	درجة متوسطة
	مستوى جودة الملموسية	3,7527	0,81625	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعد جودة الملموسية إلى أن المستشفيات تهتم بشكل كبير بتوفير بيئة مادية تناسب احتياجات المرضى، حيث حصلت جميع العبارات المتعلقة بجودة الملموسية على درجات جيدة، مما يدل على أن المستشفيات تبذل جهداً لضمان مستوى جيد من النظافة والتجهيزات والمرافق الملائمة. ففي العبارة (HSQ6) التي تتعلق بنظافة وتهوية مرافق المستشفى مثل قاعات العمليات الجراحية، وغرف المرضى، وقاعات الانتظار ومكاتب الأطباء، حصلت على متوسط (3.7519) وانحراف معياري (1.03737)، مما يشير إلى أن المستشفيات تبذل جهداً للحفاظ على بيئة نظيفة وصحية داخل مرافقها إلا أن هناك فروقاً في تقييم هذه الجهود. أما العبارة (HSQ7) التي تتعلق بالتسهيلات الملائمة لإقامة المرضى في ظروف مناسبة مثل الأوراق والتحليل والأدوية والأشعة، فقد حصلت على متوسط (3.6908) وانحراف معياري (1.02826)، مما يدل على تباين كبير في أن المستشفيات توفر جميع التسهيلات التي يحتاجها المرضى خلال فترة إقامتهم لتسهيل عملية العلاج ويمكن أن يعود ذلك خاصة لضعف إتاحة التحاليل والأشعة في المستشفيات العمومية. وفيما يخص العبارة (HSQ8) التي تتعلق باستخدام المستشفى لمعدات طبية نظيفة، حديثة ومتطورة لتقديم الخدمات الصحية، فقد حصلت على متوسط (3.7557) وانحراف معياري (0.95966)، ما يعكس اهتمام المستشفى بتوفير أدوات وتقنيات طبية حديثة وفعالة تلبي احتياجات المرضى وتساهم في تقديم خدمات صحية عالية الجودة. كما أن العبارة (HSQ9) التي تشير إلى مظهر وهندام الطاقم العامل في المستشفى ومدى تناسبه مع نوع الخدمة المقدمة، حصلت على متوسط (3.9237) وانحراف معياري (0.93970)، مما يدل على أن المستشفى يولي اهتماماً لمظهر العاملين فيها بما يتناسب مع مستوى الخدمة الصحية المقدمة، ما يعزز الانطباع العام للمرضى. أخيراً، أظهرت العبارة (HSQ10) التي تتعلق بتوافر الأدوية والتحليل داخل المستشفى للتكفل الجيد بالمرضى، حصولها على متوسط (3.6412) وانحراف معياري عال (1.12491)، مما يشير إلى تباين في الإجابات حول توافر كافة الأدوية والتحليل الضرورية لضمان تقديم رعاية صحية

شاملة وقد يعود ذلك إلى ضعف الميزانية أو سوء توزيع الأدوية بين المصالح. وبالتالي، يمكن القول أن المستشفيات تبذل جهوداً كبيرة في تحسين جودة الملموسية، لكن يجب عليها تحسين نظام توزيع الأدوية وزيادة تدريب العاملين على معايير النظافة.

الشكل 33: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس جودة الملموسية



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

ثالثاً: بعد جودة السلامة

الجدول (5-38) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعدد: جودة السلامة

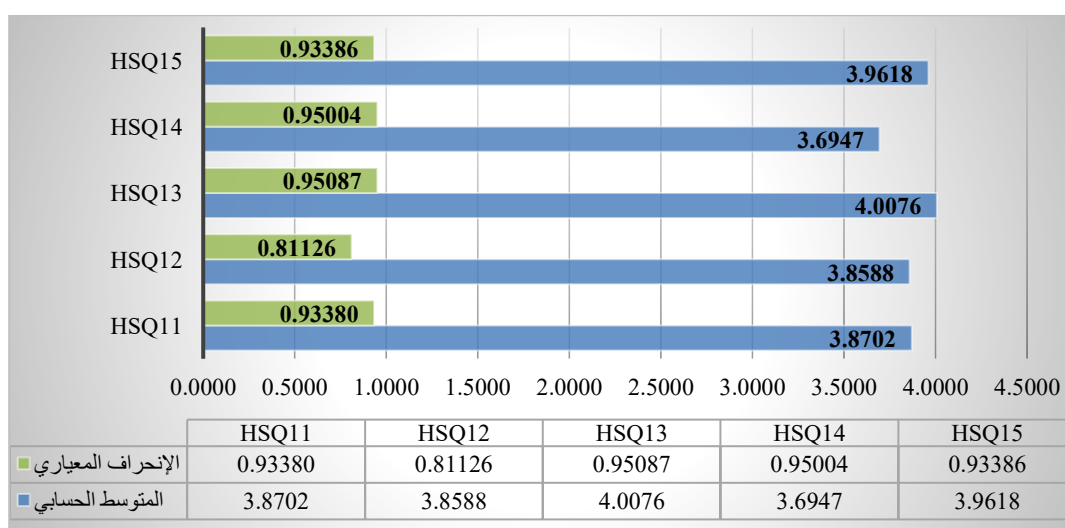
الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
HSQ11	يوفر المستشفى بيئة آمنة للمرضى ومرافقيهم خلال إقامتهم (هدوء، حسن معاملة أثناء تلقي العلاج)	3,8702	0,93380	درجة عالية
HSQ12	يثق المرضى في كفاءة الفريق الطبي والتمريضي خلال استفادتهم من الخدمة الصحية	3,8588	0,81126	درجة عالية
HSQ13	يحافظ عمال المستشفى على سرية الملفات الطبية للمرضى	4,0076	0,95087	درجة عالية جداً
HSQ14	نسبة الأخطاء الطبية قليلة بالمستشفى	3,6947	0,95004	درجة عالية
HSQ15	يتخذ الأطباء الاحتياطات اللازمة للحد من نسبة العدوى بالمصالح الاستشفائية	3,9618	0,93386	درجة عالية
	مستوى جودة السلامة	3,8786	0,67290	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تظهر نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعدد جودة السلامة إلى أداء مقبول للمستشفيات لتوفير بيئة آمنة للمرضى وضمان سلامتهم خلال فترة إقامتهم. جميع العبارات المتعلقة بجودة السلامة حصلت على درجات جيدة، ما يعكس فعالية السياسات والإجراءات المتبعة في المستشفيات للحفاظ على مستوى جيد من السلامة للمرضى. ففي العبارة (HSQ11) المتعلقة بتوفير بيئة آمنة للمرضى ومرافقيهم من حيث الهدوء وحسن المعاملة أثناء تلقي العلاج، حصلت على متوسط (3.8702)

وانحراف معياري مرتفع (0.93380)، ما يعكس تفاوت تقييم تجارب المرضى في المستشفيات. أما العبارة (HSQ12) التي تتعلق بثقة المرضى في كفاءة الفريق الطبي والتمريضي خلال استفادتهم من الخدمة الصحية، فقد حصلت على متوسط (3.8588) وانحراف معياري (0.81126)، مما يشير إلى أن المرضى يثقون في قدرة وكفاءة الفريق الطبي على تقديم العلاج المناسب، مما يعزز ثقة المرضى في رعاية المستشفى. وفيما يخص العبارة (HSQ13) المتعلقة بالحفاظ على سرية الملفات الطبية للمرضى، فقد حصلت على أعلى معدل بمتوسط (4.0076) وانحراف معياري (0.95087)، مما يدل على أن المستشفيات تهتم بشكل كبير بالحفاظ على الخصوصية وسرية المعلومات الطبية للمرضى، وهو عنصر أساسي في بناء الثقة بين المستشفى والمرضى. وقد يعود ذلك إلى صرامة القوانين المتعلقة بسرية الملفات في إطار أخلاقيات المهنة. وقد حصلت أن العبارة (HSQ14) التي تشير إلى نسبة الأخطاء الطبية في المستشفى على أدنى تقييم بمتوسط (3.6947) وانحراف معياري (0.95004) ما يعكس ضعف الإجراءات المتبعة للحد من الأخطاء الطبية أو نقص الخبرة لبعض الموظفين رغم المجهودات المبذولة. أخيراً، أظهرت العبارة (HSQ15) المتعلقة باتخاذ الأطباء للاحتياطات اللازمة للحد من نسبة العدوى في المصالح الاستشفائية حصولها على متوسط (3.9618) وانحراف معياري (0.93386)، مما يبرز اهتمام المستشفيات بتطبيق تدابير السلامة والوقاية للحد من العدوى وتحقيق بيئة صحية وآمنة للمرضى. ومن خلال هذه النتائج، يمكن التأكيد على أن المستشفيات تعمل بجد على تعزيز جودة السلامة، مما يساهم في تقديم خدمة صحية عالية الجودة وتوفير بيئة آمنة للمرضى. لكن عليها الاهتمام بتكثيف التدريب على بروتوكولات السلامة وتثقيف المرضى بإجراءاتها للحد من الأخطاء الطبية.

الشكل 34: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس جودة السلامة



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

رابعاً: بعد جودة الكفاءة

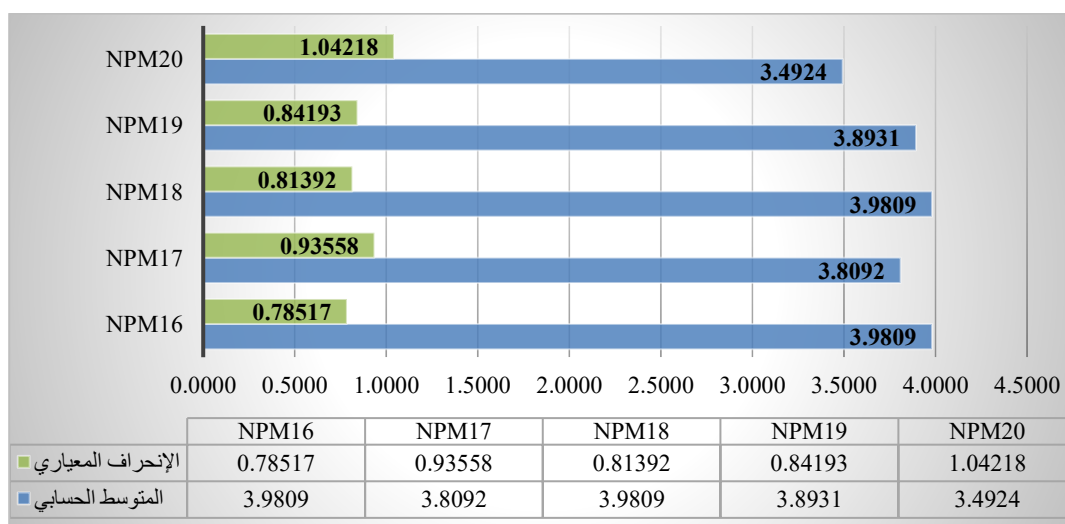
الجدول (5-39) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعدد: جودة الكفاءة

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
HSQ16	تطبق الأطقم الطبية بالمستشفى طرقاً سليمة في تشخيص وتقييم الحالات المرضية	3,9809	0,78517	درجة عالية
HSQ17	يتم تقديم العلاج للمرضى من طرف الأطباء والمرضى في الوقت المناسب	3,8092	0,93558	درجة عالية
HSQ18	يتم اتخاذ الإجراءات الضرورية أثناء تقديم العلاج للمرضى	3,9809	0,81392	درجة عالية
HSQ19	يسعى الطاقم الطبي لتحسين الحالة الصحية للمرضى من خلال تقديم خدمات طبية عالية الجودة	3,8931	0,84193	درجة عالية
HSQ20	تناسب تكلفة العلاج مع الخدمات الطبية المقدمة	3,4924	1,04218	درجة متوسطة
	مستوى الرقابة والتقييم المستمر	3,8313	0,63903	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعدد جودة الكفاءة إلى أن المستشفيات تبذل جهوداً مستمرة لضمان تقديم خدمات صحية فعالة من خلال تطبيق أفضل الممارسات الطبية. ففي العبارة (HSQ16) المتعلقة بتطبيق الأطقم الطبية للمستشفى لطرق سليمة في تشخيص وتقييم الحالات المرضية، حصلت على متوسط (3.9809) وانحراف معياري (0.78517)، وتمثل أعلى المعدلات ما يعكس أن المستشفيات تتبنى معايير لدقة التشخيص وسلامة الإجراءات الطبية المتبعة، مما يعزز الثقة في قدرة الأطقم الطبية على التعامل مع الحالات المرضية بكفاءة. أما العبارة (HSQ17) التي تتعلق بتقديم العلاج للمرضى في الوقت المناسب من قبل الأطباء والمرضى، فقد حصلت على متوسط جيد (3.8092) وانحراف معياري مرتفع (0.93558)، مما يعكس تفاوت في أوقات الانتظار بين التخصصات والحاجة إلى تحسين أنظمة إدارة تدفق المرضى. فيما يخص العبارة (HSQ18) المتعلقة باتخاذ الإجراءات الضرورية أثناء تقديم العلاج للمرضى، فقد حصلت على متوسط (3.9809) وانحراف معياري (0.81392)، مما يعكس الجهود المبذولة لضمان اتباع الإجراءات السليمة أثناء عملية العلاج، وهذا يدل على مستوى جيد من تنظيم بروتوكولات العلاج والتركيز على تحسين نتائج العلاج. كما حصلت العبارة (HSQ19) التي تتعلق بسعي الطاقم الطبي لتحسين الحالة الصحية للمرضى من خلال تقديم خدمات طبية عالية الجودة على متوسط (3.8931) وانحراف معياري (0.84193)، مما يعكس اهتمام المستشفى المستمر بتقديم علاج يركز على تحسين صحة المرضى. وأما العبارة (HSQ20) التي تشير إلى تناسب تكلفة العلاج مع الخدمات الطبية المقدمة، فقد حصلت على المؤشر الأضعف بمتوسط (3.4924) وانحراف معياري (1.04218)، ما يدل على اختلافات في تكييف نظام مجانية العلاج بالمؤسسات العمومية للصحة بالجزائر. وقد أظهرت النتائج بشكل عام أن المستشفيات تعمل على تحقيق كفاءة عالية في تقديم خدماتها، مما يساهم في تحسين مستوى الرعاية الصحية وجودتها.

الشكل 35: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس جودة الكفاءة



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

خامساً: بعد تحسينات خدمات الرعاية

الجدول (40-5) نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بـ: تحسينات خدمات الرعاية.

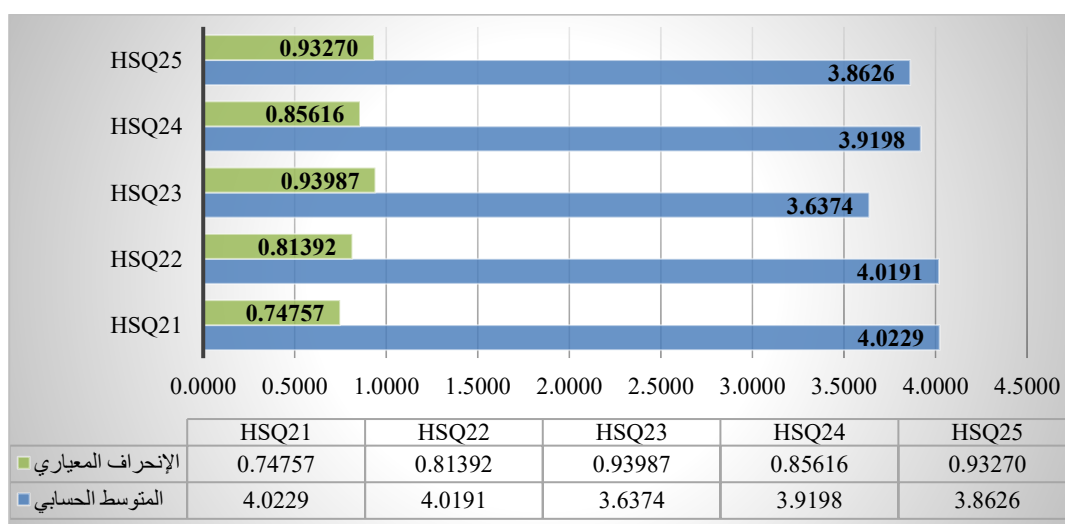
الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقييم
HSQ21	تتحسن الحالة الصحية للمرضى بعد الحصول على العلاج بالمستشفى	4,0229	0,74757	درجة عالية
HSQ22	يعلم الأطباء المريض بخطة متابعة العلاج خارج المستشفى ويحرصون على فهمه الجيد للتعليمات	4,0191	0,81392	درجة عالية
HSQ23	يقدر المريض مجهودات العمال لتلقيه العلاج	3,6374	0,93987	درجة عالية
HSQ24	يقوم الفريق الطبي بتوعية المرضى بكيفية الوقاية من الأمراض وتقديم الإرشادات اللازمة لتعزيز صحتهم	3,9198	0,85616	درجة عالية
HSQ25	يهتم الفريق الطبي بمتابعة حالة المريض بعد خروجه من المستشفى من خلال تحديد مواعيد مراقبة دورية	3,8626	0,93270	درجة عالية
	مستوى تحسينات خدمات الرعاية	3,8924	0,60788	درجة عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS .V 27

تشير نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بعد تحسينات خدمات الرعاية إلى أن المستشفيات العمومية تبذل جهداً في تحسين الرعاية الصحية المقدمة للمرضى بعد تلقيهم العلاج. في العبارة (HSQ21) التي تتعلق بتحسين الحالة الصحية للمرضى بعد الحصول على العلاج بالمستشفى، حصلت على أداء ممتاز بمتوسط (4.0229) وانحراف معياري (0.74757)، مما يشير إلى أن العلاج المقدم في المستشفيات يساهم بشكل كبير في تحسين صحة المرضى ويعزز ثقتهم في فعالية الرعاية الصحية. أما العبارة (HSQ22) التي تتعلق بتعليم الأطباء للمريض خطة متابعة العلاج خارج المستشفى، فقد حصلت على متوسط (4.0191) وانحراف معياري (0.81392)، مما يعكس اهتمام المستشفى بتوفير تعليمات واضحة للمريض حول كيفية متابعة العلاج، مما يساهم

في فهمهم الجيد لما يجب القيام به بعد الخروج من المستشفى. فيما يخص العبارة (HSQ23) التي تشير إلى تقدير المريض لمجهودات العمال في تلقيه العلاج، فقد حصلت على متوسط جيد (3.6374) وانحراف معياري (0.93987) لكنه الأضعف ما يدل على أن المرضى لا يعبرون عن تقديرهم للمجهود المبذولة من قبل الطاقم الطبي والتمريضي لتحسين حالتهم الصحية. أما العبارة (HSQ24) التي تتعلق بتوعية الفريق الطبي للمرضى بكيفية الوقاية من الأمراض وتقديم الإرشادات اللازمة لتعزيز صحتهم، فقد حصلت على متوسط (3.9198) وانحراف معياري (0.85616)، مما يعكس أن المستشفيات تركز على الطب الوقائي وتعمل على تقديم توجيهات وقائية مهمة للمرضى لتعزيز صحتهم بعد تلقي العلاج. وأما العبارة (HSQ25) التي تشير إلى اهتمام الفريق الطبي بمتابعة حالة المريض بعد خروجه من المستشفى من خلال تحديد مواعيد مراقبة دورية، فقد حصلت على متوسط (3.8626) وانحراف معياري (0.93270)، مما يعكس أن المستشفيات تواصل العناية بالمرضى بعد خروجهم من خلال متابعة حالتهم الصحية وتقديم الرعاية المستمرة. بشكل عام، تشير النتائج إلى أن المستشفيات تولي اهتماما كبيرا لتحسين الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، وتعمل على متابعة حالاتهم لضمان أفضل النتائج الصحية بعد تلقي العلاج.

الشكل 36: ترتيب عبارات البعد المتعلق بقياس تحسينات خدمات الرعاية



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Excel

المطلب الثاني- اختبار فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج:

أصبح اختبار الفرضيات الإحصائية من أهم الخصائص التي تميز البحوث التجريبية والميدانية والهدف الأساسي من اختبار الفرضيات هو استنتاج خصائص المجتمع أو بعضها من ملاحظة العينة التي أخذت منه.

وقد استخدم في هذه الدراسة لإختبار فرضيات الدراسة نموذج المعادلات الهيكلية القائمة على المربعات الصغرى الجزئية (Partial Least Squares) وتسمى أيضا نموذج مسار PLS، "وتستخدم النمذجة القائمة على التغير أساسا لتأكيد أو رفض نظريات البحث، كما تستخدم نموذج المعادلات الهيكلية القائمة على المربعات الصغرى الجزئية أساسا لتطوير النظريات في البحوث الوصفية، وهذا بواسطة التركيز على تفسير التغير الذي يحدث في المتغيرات التابعة عند قيامنا بفحص النموذج" (هاير وآخرون، 2020. ص 23).

كما تم الاعتماد على طريقة Bootstrapping؛ بحيث يرجع الفضل في تطوير هذه الطريقة إلى كل من بريشر Preacher وهايز Hayes وهي اختبار إعادة المعاينة، والميزة الرئيسة لهذه الطريقة هي أنها لا تشترط فرضية التوزيع الطبيعي، كما أن لها ميزة على طريقة Sobel، حيث يمكن أن تساعد في تحديد تأثير الوساطة بشكل مؤكد، يتم حساب متوسط جميع تقديرات Bootstrap بواسطة التقدير النقطي للتأثير غير المباشر (ab)، وتكمن أهميته في استنتاج التأثير غير المباشر (ab) من مجال الثقة من توزيع Bootstrap، إذا كان مجال الثقة لا يتضمن الصفر" (بداوي وآخرون، 2019. ص 241).

أولاً- إختبار نموذج الدراسة:

ومن أجل التأكد من صحة النموذج ينبغي أولاً تقييم نموذج القياس، بعدها الشروع في تقييم النموذج الهيكلي، ولتقييم نموذج القياس تستخدم مؤشرات الصديق التقاربي والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي وكذا الصديق التمايزي.

1- الصديق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي:

من خلال الجدوال الموالية يلاحظ أن معاملات التحميل (Factor Loadings) الخاصة بجميع العوامل كانت أكبر من (0.70)، ومن جهة أخرى فإن معاملات ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) والموثوقية المركبة (Composite Reliability) وكذا قيم معاملات (RHO-A) جميعها قد فاقت الحد الأدنى المقبول (0.7)، كما يلاحظ أيضا أن متوسط التباين المستخرج (Average Variance Extracted) لجميع المتغيرات قد كان معنوياً ومقبولاً من الناحية الإحصائية بإعتبار أن جميع المتغيرات قد فاق متوسط التباين المستخرج لها (0.50)، مما يدل أن كل متغير كامن أكثر من نصف تباينات عوامله، كما أن النموذج لا يوجد فيه مشاكل التعدد الخطي بحيث أن جميع قيم (VIF) أقل من الحد المسموح به (5)، ومنه يمكن القول أن شروط الصديق التقاربي وموثوقية النموذج وعدم وجود مشكلة التعدد الخطي في النموذج متوفرة.

ويوضح الجدول الموالي الصديق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي لمتغير التسيير

العمومي الحديث

الجدول (41-5) الصديق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي لمتغير التسيير العمومي الحديث

المتغير	العوامل	العبارات	معامل التحميل (FL)	ألفا كرونباخ	RHO-A	الموثوقية المركبة (CR)	متوسط التباين المستخرج (AVE)	التعدد الخطي (VIF)
التسيير العمومي الحديث	بعد اللامركزية	NPM1	0,809	0,868	0,874	0,905	0,657	2,119
		NPM2	0,843					2,958
		NPM3	0,903					4,117
		NPM4	0,777					2,368
		NPM5	0,707					1,385
	بعد مشاركة أصحاب المصلحة	NPM6	0,827	0,884	0,888	0,915	0,683	2,797
		NPM7	0,838					2,445
		NPM8	0,849					2,635
		NPM9	0,769					1,913
		NPM10	0,847					2,922
	بعد تطوير الشراكات	NPM11	0,754	0,858	0,862	0,898	0,639	1,856
		NPM12	0,820					2,164
		NPM13	0,763					1,933
		NPM14	0,864					2,670
		NPM15	0,792					2,018
	بعد الرقابة والتقييم المستمر	NPM16	0,704	0,843	0,854	0,888	0,615	1,648
		NPM17	0,780					1,860
		NPM18	0,775					2,093
		NPM19	0,850					2,591
		NPM20	0,803					1,972
	بعد المساءلة	NPM21	0,693	0,808	0,813	0,867	0,568	1,655
		NPM22	0,835					2,438
		NPM23	0,680					1,644
		NPM24	0,756					1,784
		NPM25	0,792					1,924

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

كما يوضح الجدول الموالي الصديق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي لمغير إدارة

الجودة الشاملة

الجدول (5-42) الصديق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي لمغير إدارة الجودة الشاملة

المتغير	العوامل	العبارات	معامل التحميل (FL)	ألفا كرونباخ	RHO-A	الموثوقية المركبة (CR)	متوسط التباين المستخرج (AVE)	التعدد الخطي (VIF)
إدارة الجودة الشاملة	بعد دعم القيادة العليا	TQM1	0,875	0,893	0,895	0,921	0,702	4,335
		TQM2	0,842					4,317
		TQM3	0,837					2,457
		TQM4	0,849					3,018
		TQM5	0,782					2,445
	بعد التحسين المستمر	TQM6	0,878	0,907	0,914	0,932	0,733	3,631
		TQM7	0,908					4,835
		TQM8	0,896					3,658
		TQM9	0,725					1,954
		TQM10	0,860					2,592
	بعد المقارنة بأفضل الممارسات	TQM11	0,896	0,939	0,943	0,954	0,805	4,085
		TQM12	0,917					3,961
		TQM13	0,846					2,647
		TQM14	0,934					4,218
		TQM15	0,890					3,183
	بعد التركيز على المريض	TQM16	0,838	0,905	0,905	0,930	0,726	3,370
		TQM17	0,876					4,879
		TQM18	0,896					3,916
		TQM19	0,874					2,924
		TQM20	0,772					1,948
	بعد اتخاذ قرار قائم على أدلة	TQM21	0,792	0,897	0,899	0,924	0,709	2,665
		TQM22	0,871					3,090
		TQM23	0,846					2,886
		TQM24	0,874					2,778
		TQM25	0,825					2,484
	بعد ضمان الجودة	TQM26	0,903	0,858	0,868	0,898	0,640	3,190
		TQM27	0,824					2,531
		TQM28	0,715					1,891
		TQM29	0,761					1,757
		TQM30	0,783					1,986
	بعد كفاءة التكلفة	TQM31	0,828	0,842	0,866	0,889	0,622	2,605
		TQM32	0,859					3,171
		TQM33	0,547					1,580
		TQM34	0,833					2,812
		TQM35	0,830					2,927

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

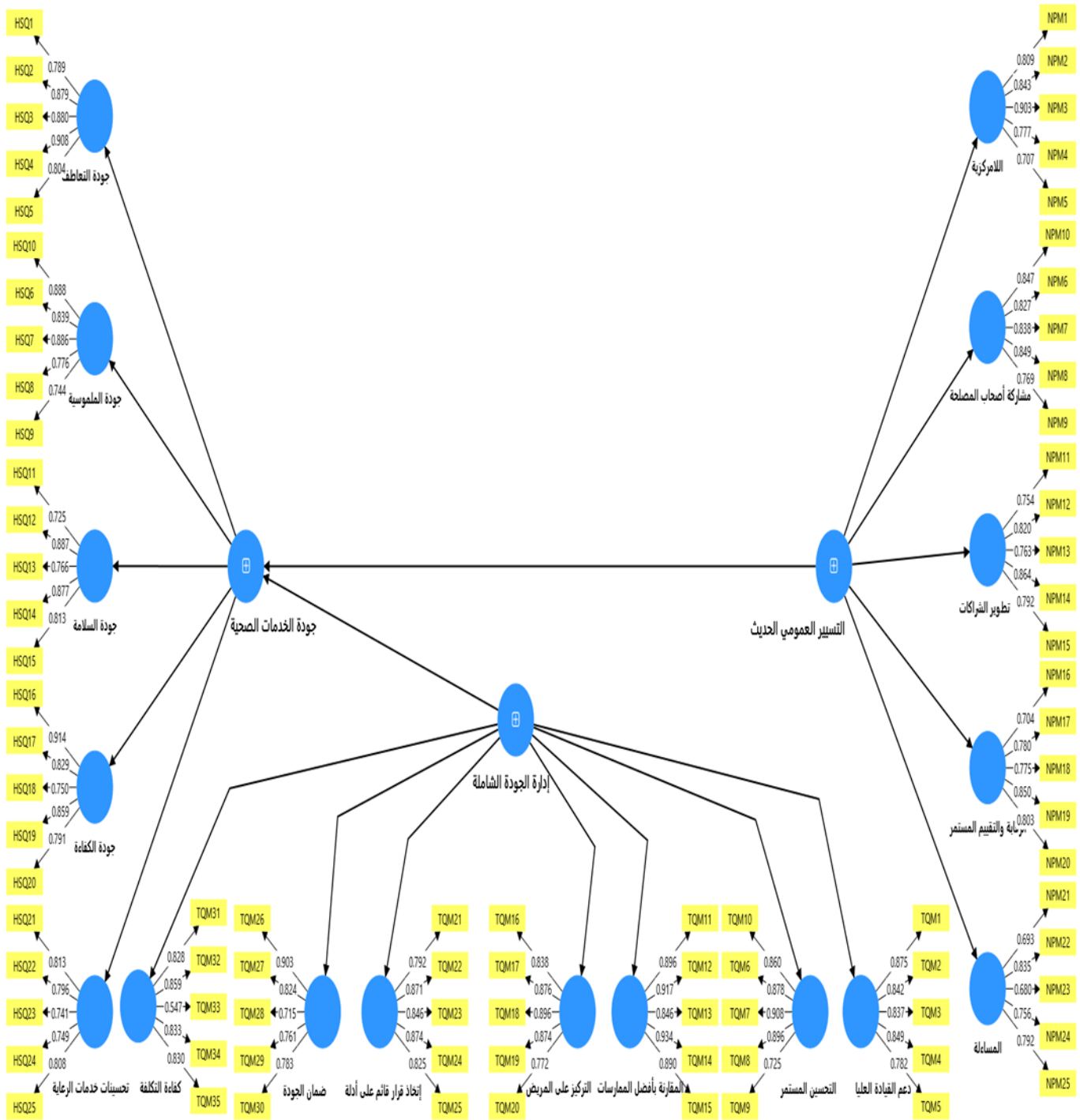
ويوضح الجدول الموالي الصديق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي لمتغير جودة الخدمات الصحية

الجدول (43-5) الصديق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي لمتغير جودة الخدمات الصحية

المتغير	العوامل	العبارات	معامل التحميل (FL)	ألفا كرونباخ	RHO-A	الموثوقية المركبة (CR)	متوسط التباين المستخرج (AVE)	التعدد الخطي (VIF)
جودة الخدمات الصحية	بعد جودة التعاطف	HSQ1	0,789	0,906	0,909	0,930	0,728	2,377
		HSQ2	0,879					3,751
		HSQ3	0,880					3,269
		HSQ4	0,908					3,839
		HSQ5	0,804					2,271
	بعد جودة الملموسية	HSQ6	0,839	0,884	0,886	0,916	0,686	3,429
		HSQ7	0,886					3,967
		HSQ8	0,776					2,114
		HSQ9	0,744					1,809
		HSQ10	0,888					3,289
	بعد جودة السلامة	HSQ11	0,725	0,872	0,881	0,908	0,666	1,960
		HSQ12	0,887					3,202
		HSQ13	0,766					2,537
		HSQ14	0,877					2,595
		HSQ15	0,813					2,072
	بعد جودة الكفاءة	HSQ16	0,914	0,886	0,898	0,917	0,690	4,407
		HSQ17	0,829					2,990
		HSQ18	0,750					1,840
		HSQ19	0,859					2,758
		HSQ20	0,791					2,032
	بعد تحسينات خدمات الرعاية	HSQ21	0,813	0,841	0,843	0,887	0,611	2,005
		HSQ22	0,796					2,770
		HSQ23	0,741					1,774
		HSQ24	0,749					1,903
		HSQ25	0,808					2,953

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 37: الصدق التقاربي وموثوقية النموذج والتحقق من عدم وجود مشكلة التعدد الخطي



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

2- الصدق التمييزي:

هنا يتم قياس اختلاف المتغيرات، ويجب أن تكون قيمة العلاقة بين المتغير ونفسه أكبر من قيمة العلاقة مع متغير آخر لكي يمكن القول بأن الأبعاد مستقلة حسب معيار فورنال لاركر Fornell-Larcker

الجدول (5-44) الصدق التمييزي

المتغيرات	إدارة الجودة الشاملة	التسيير العمومي الحديث	جودة الخدمات الصحية
إدارة الجودة الشاملة	0,767		
التسيير العمومي الحديث	0,729	0,817	
جودة الخدمات الصحية	0,743	0,702	0,749

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

من خلال الجدول أعلاه، يمكن ملاحظة أن المتغيرات الكامنة لها علاقة أكبر مع نفسها مقارنة مع متغير كامن آخر، وبالتالي يجدر قبول الصدق التمييزي للنموذج.

تقييم النموذج الهيكلي:

لتقييم النموذج من خلال النموذج الهيكلي تستخدم مؤشرات التطابق كما هو موضح أدناه.

*معامل التحديد (R Square):

يعتبر المقياس الأكثر استخداماً لتقييم النموذج الهيكلي هو معامل التحديد (قيمة R^2)، وهو مقياس القوة التنبؤية للنموذج يتم حسابه بمربع الارتباط بين القيم الفعلية للمبنى الداخلي المحدد وبين قيمة المتغير المتنبئ به، يمثل هذا المعامل مجموع التأثيرات للمتغيرات الكامنة الخارجية على المتغير الكامن الداخلي، أي أنه يمثل مقدار التباين في المباني الداخلية المفسر بواسطة جميع المباني الخارجية المرتبطة بها ولأن R^2 هو مربع الارتباط بين القيم الفعلية وبين القيم المتنبئ بها، فإنه يشمل جميع البيانات التي استخدمت في تقدير النموذج للحكم على القدرة التنبؤية للنموذج" (هاير وآخرون، 2020، ص 263)، وفيما يلي معامل التحديد المتحصل عليه في الدراسة:

الجدول (5-45) معامل التحديد R^2

المتغير التابع	R^2	R^2 AJUSTED	حجم التفسير (الأثر)
جودة الخدمات الصحية	0,713	0,704	مرتفع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

يوضح الجدول رقم (5-45) أن قيمة معامل التحديد (R^2) لمتغير جودة الخدمات الصحية بلغت 0.713، بينما بلغت القيمة المعدلة 0.704 (R^2 Adjusted) وتشير هذه القيم إلى أن المتغيرات المستقلة المدرجة في النموذج تفسر حوالي 71.3% من

التباين في جودة الخدمات الصحية، مما يعكس مستوى تفسير مرتفع وفقا للمعايير المعتمدة في الأدبيات الإحصائية، وتعزز هذه النتيجة أهمية العوامل المدرجة في النموذج، إلا أنها تشير أيضا إلى وجود متغيرات أخرى غير مدمجة قد تؤثر في جودة الخدمات الصحية، مما يفتح المجال لمزيد من الدراسات لاستكشاف متغيرات إضافية تعزز القدرة التفسيرية للنموذج.

*حجم الأثر (F-Square):

بالإضافة إلى تقييم قيم R2 لجميع المباني الداخلية، يمكن استخدام التغير في قيمة R2 عند حذف مبنى خارجي محدد من النموذج لتقييم ما إذا كان المبنى محذوف له تأثير جوهري على المباني الداخلية، ويشار إلى هذا المقياس باسم حجم الأثر (Effect size) وينصح بإستعماله بشكل متزايد من قبل محوري المجالات والمراجعين، وكقاعدة عامة لتقييم حجم الأثر، فإن قيمة أقل من (0.02) تمثل تأثيرا صغيرا للمتغير الكامن الخارجي، وتمثل القيمة من (0.15) إلى (0.34) تأثيرا متوسطا للمتغير الكامن الخارجي، وتمثل القيمة أكبر من (0.35) تأثيرا قويا للمتغير الكامن الخارجي، أما قيمة حجم التأثير التي تكون أصغر من (0.02) فتشير إلى عدم وجود أي تأثير للمتغير الكامن الخارجي (هاير وآخرون، 2020، ص267).

الجدول (5-46) معامل حجم الأثر (F-Square)

حجم الأثر	المتغيرات الكامنة
0,161	إدارة الجودة الشاملة -> جودة الخدمات الصحية
0,565	التسيير العمومي الحديث -> جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

يوضح جدول حجم الأثر أن متغير التسيير العمومي الحديث يمارس تأثيرا قويا على جودة الخدمات الصحية، حيث بلغ حجم الأثر (F²) قيمة قدرها (0,565)، وهو ما يفوق الحد الأعلى لتأثير قوي حسب القاعدة المعتمدة، مما يدل على أهمية هذا المتغير في تفسير جودة الخدمات الصحية، في حين أن متغير إدارة الجودة الشاملة سجل حجم أثر قدره (0,161)، وهو ما يشير إلى تأثير متوسط وفقا للمعايير المعتمدة، ما يعني أن له دورا فاعلا أيضا في تفسير جودة الخدمات الصحية ولكن بدرجة أقل مقارنة بمتغير التسيير العمومي الحديث، وتبرز هذه النتائج أهمية تعزيز ممارسات التسيير العمومي الحديث كأولوية استراتيجية لتحسين جودة الرعاية الصحية، وللتأكد من مؤشرات جودة النموذج وإعتماده مستقبلا قمنا بحساب جودة المطابقة (GOF) كما يلي:

إذ أن معيار جودة المطابقة Goodness of Fit (GoF) يعتمد على تحديد ما إذا كان نموذج الدراسة صالحا أم لا على معايير GoF (أقل من 0.1 = غير مناسب، من 0.1 إلى 0.25 = مطابقة صغيرة، من 0.25 إلى 0.36 = مطابقة متوسطة، أعلى من 0.36 = مطابقة كبيرة) وهو يحسب بالقانون التالي (Wetzels, Odekerken-Schröder, & Van Oppen, 2009, p. 177).

$$GOF = \sqrt{(R^2 \times AVE)}$$

وفي هذه الدراسة قد بلغ (0.43) ومنه نستنتج بأن نموذج الدراسة يتمتع بمطابقة كبيرة.

ثانيا- إختبار الفرضيات وتفسير النتائج:

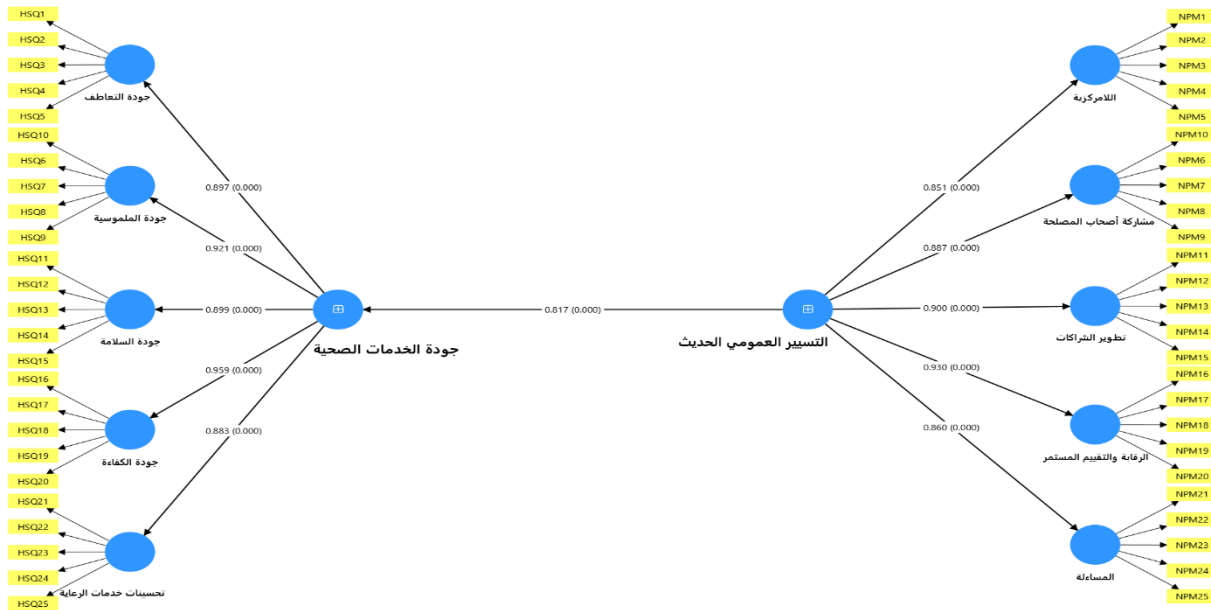
1-يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق التسيير العمومي الحديث على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (5-47) نتيجة الفرضية رقم 1

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
التسيير العمومي الحديث -> جودة الخدمات الصحية	0,817	0,815	0,055	14,769	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 38: نتيجة الفرضية رقم 1



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تظهر نتائج الفرضية رقم (1) دليلا قويا على أن التسيير العمومي الحديث يحسن جودة الخدمات الصحية، مع دعم إحصائي قوي (تأثير كبير، دلالة عالية، ونتائج مستقرة في المؤسسات العمومية للصحة في مجال الدراسة، حيث أظهرت القيمة الأصلية للعينات (0,817) تأثيرا قويا على تحسين جودة الخدمات الصحية، مما يعكس أهمية التوجهات الحديثة في الإدارة العامة مثل اللامركزية، ومشاركة أصحاب المصلحة، وتطوير الشراكات، بالإضافة إلى الرقابة المستمرة والتقييم الفعال. تؤكد هذه النتائج أن

التسيير العمومي الحديث لا يقتصر فقط على تحسين الأداء الإداري بل يمتد ليشمل تحسين جودة الخدمة المقدمة للمواطنين، فالتسيير العمومي الحديث يعزز من قدرة المؤسسات العمومية للصحة على التكيف مع التغيرات ويعزز من قدرتها على تقديم خدمات صحية ذات جودة أعلى تواكب تطورات العصر ومتطلبات المرضى بالإضافة إلى تعزيز الفعالية والكفاءة في استخدام الموارد. كذلك، يشير ارتفاع قيمة T التي وصلت إلى (14,769) إلى أن العلاقة بين التسيير العمومي الحديث وجودة الخدمات الصحية هي علاقة ذات دلالة إحصائية قوية، مما يجعل من الواضح أن هذه العوامل لها تأثير حاسم على تحسين الأداء المؤسسي في المؤسسات العمومية للصحة، فلا يمكن إغفال أن تحسين جودة الخدمات الصحية يحتاج إلى نظام إداري قوي يتمتع بالمرونة الكافية لتحقيق التغيير والتحسين المستمر، وتظهر قيمة P (0,000) دلالة قوية على أن هذا التأثير ليس محض صدفة بل هو نتيجة لتطبيق استراتيجيات التسيير العمومي الحديث بشكل منهجي ومدروس. وبناء على ذلك، تتضح ضرورة تفعيل ممارساته بشكل أكثر شمولية ودمجها مع برامج تحسين الجودة في القطاع الصحي العمومي، وذلك من خلال تبني أساليب الحوكمة الرشيدة والمشاركة المجتمعية في اتخاذ القرارات والتخطيط الاستراتيجي، كما أن هذه الممارسات تعتبر أساسية لضمان تقديم خدمات صحية متميزة تلبي احتياجات المواطنين في ظل التحديات الاقتصادية والهيكلية التي قد تواجه القطاع الصحي بالجزائر.

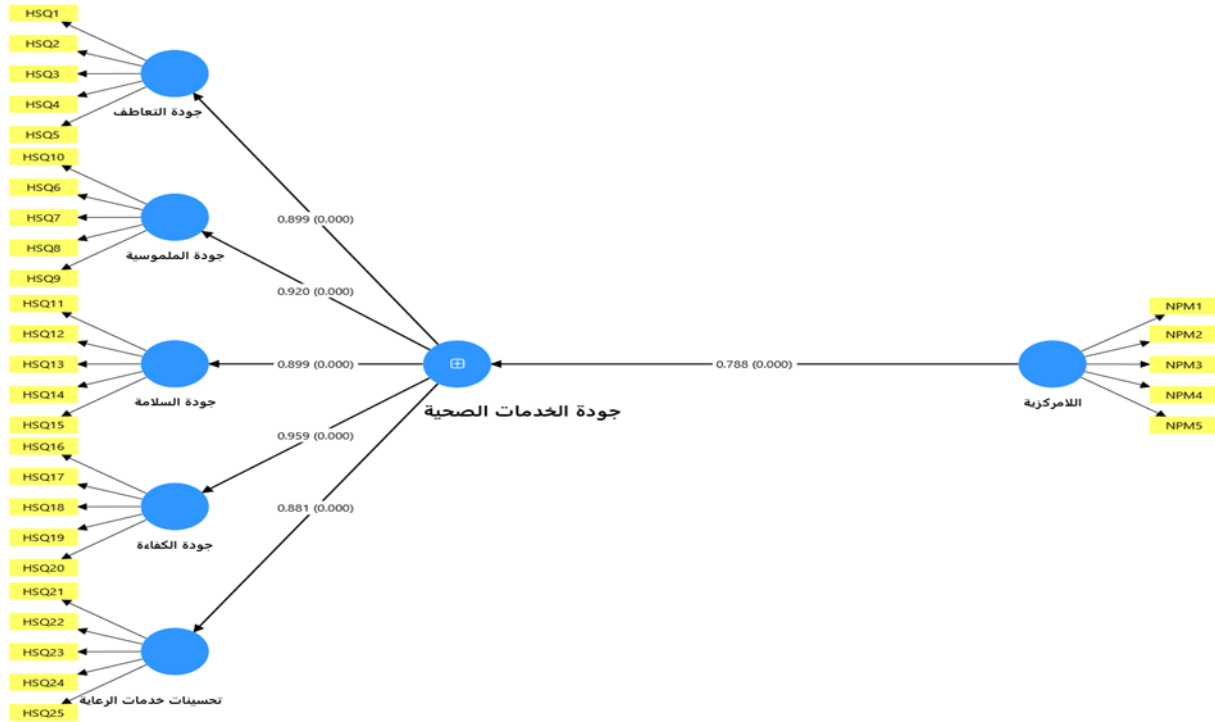
1-1- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ اللامركزية على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (5-48) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 1-1

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
اللامركزية - < جودة الخدمات الصحية	0,788	0,791	0,056	13,992	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 39: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 1-1



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تظهر نتائج الفرضية الفرعية رقم (1-1) أن هناك تأثيراً إيجابياً ذا دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ اللامركزية على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة في مجال الدراسة، حيث أظهرت القيمة الأصلية للعينات (0,788)، وهو ما يعكس تأثيراً قوياً في تحسين جودة الخدمات الصحية عند تطبيق مبدأ اللامركزية. هذا يعني أن توزيع السلطة والمسؤوليات بشكل أكثر مرونة بين مختلف المستويات الإدارية داخل المؤسسة يمكن أن يساهم بشكل فعال في تعزيز الأداء العام وتلبية احتياجات المرضى بشكل أفضل، فكلما كانت العمليات الإدارية أكثر قرباً من الواقع الميداني ومن احتياجات المواطنين، كلما كانت القرارات أكثر دقة وملائمة للمشاكل الحقيقية التي تواجهها المؤسسات العمومية للصحة. كما أظهرت النتائج أن قيمة **T Statistics** التي بلغت (13,992) تشير إلى وجود علاقة قوية بين اللامركزية وجودة الخدمات الصحية، مع دلالة إحصائية قوية كما يظهر من قيمة **P** التي بلغت (0,000)، مما يثبت أن هذا التأثير ليس محض صدفة بل هو نتيجة لتطبيق مبدأ اللامركزية بشكل منهجي ومدروس. وعليه، تشير هذه النتائج إلى ضرورة تفعيل مبدأ اللامركزية بشكل موسع في المؤسسات العمومية للصحة لتحسين الخدمات الصحية، خاصة في ظل تعقيدات المنظومة الصحية والحاجة إلى استجابة سريعة ومرنة للاحتياجات المتغيرة للمواطنين.

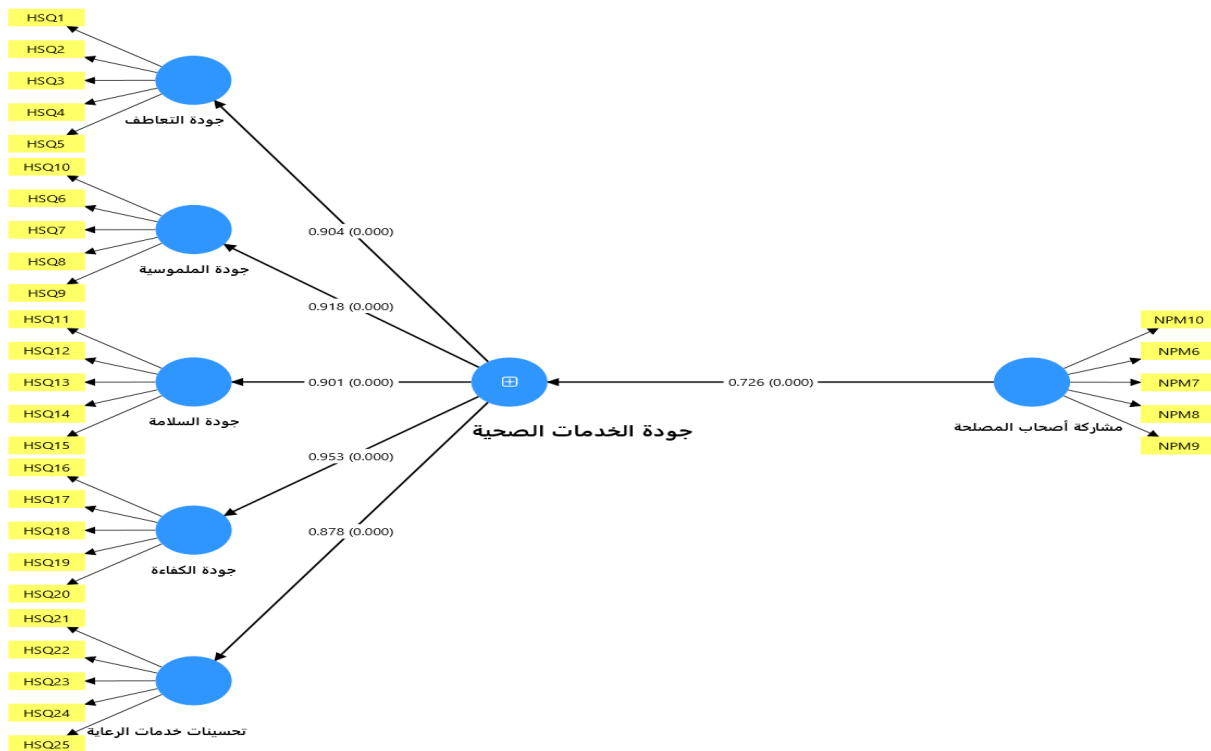
2-1- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ مشاركة أصحاب المصلحة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (5-49) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-1

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
مشاركة أصحاب المصلحة - < جودة الخدمات الصحية	0,726	0,729	0,061	11,980	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 40: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-1



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تشير نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية (2-1) إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ مشاركة أصحاب المصلحة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة، حيث بلغت قيمة معامل التأثير (0,726) مما يدل على وجود علاقة قوية ومباشرة بين إشراك أصحاب المصلحة وتحسين جودة الرعاية الصحية، كما أن قيمة **T** التي بلغت (11,980) وقيمة **P** التي تساوي (0,000) تؤكدان أن هذا الأثر معنوي وذو دلالة إحصائية عالية، وهو ما يعكس أن اعتماد مبدأ المشاركة

مع مختلف الفاعلين في القطاع الصحي من مهنيين ومستخدمين وممثلين عن المجتمع المدني يعزز من فعالية القرارات الإدارية والطبية ويتيح تكييف الخدمات وفق الحاجات الحقيقية للمواطنين، كما يساهم في تحسين الثقة بين الإدارة ومستخدمي الصحة من جهة وبين المؤسسة والمجتمع من جهة أخرى، ويؤدي إلى رفع درجة الانخراط والمسؤولية الجماعية في تحسين الأداء العام للمؤسسة الصحية، وهو ما يتماشى مع مقاربات التسيير العمومي الحديث الذي تؤكد على أهمية التشاركية في تحقيق جودة وفعالية الخدمات العمومية وخاصة الصحية منها.

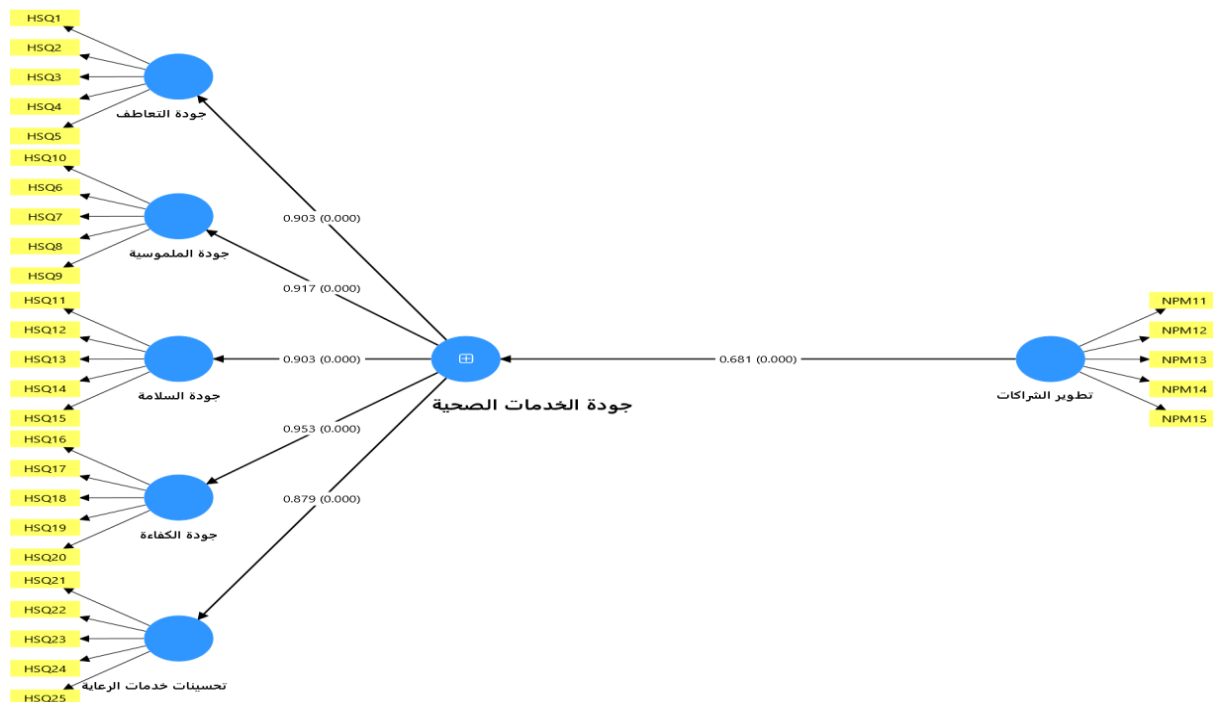
3-1- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ تطوير الشراكات على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (50-5) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 3-1

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
تطوير الشراكات - < جودة الخدمات الصحية	0,681	0,687	0,065	10,424	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 41: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 3-1



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تشير نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة (3-1) إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ تطوير الشراكات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة، حيث بلغت قيمة معامل التأثير (0,681) وهي قيمة تدل على وجود علاقة إيجابية قوية بين تطوير الشراكات وتحسين جودة الخدمات الصحية، كما أن قيمة **T** التي بلغت (10,424) وقيمة **P** التي تساوي (0,000) تؤكدان أن هذا الأثر معنوي وذو دلالة إحصائية مرتفعة، ويعكس هذا أن تبني مبدأ الشراكة سواء مع القطاع الخاص أو مع المنظمات غير الحكومية أو مع الفاعلين المحليين يسهم في تدعيم قدرات المؤسسة الصحية العمومية ويدعم التكامل في تقديم الخدمات من خلال توفير الموارد والخبرات والتجهيزات، كما يعزز الابتكار في الحلول الصحية ويتيح تبادل المعرفة والخبرات، ويخفف الضغط على الإمكانيات العمومية المحدودة، مما يؤدي إلى تحسين فعالية وجودة الخدمة المقدمة للمواطنين، وتؤكد هذه النتيجة أهمية تعزيز التوجه نحو بناء شبكات تعاون وشراكات استراتيجية في إطار التسيير العمومي الحديث لتحقيق أهداف الجودة الشاملة في القطاع الصحي العمومي.

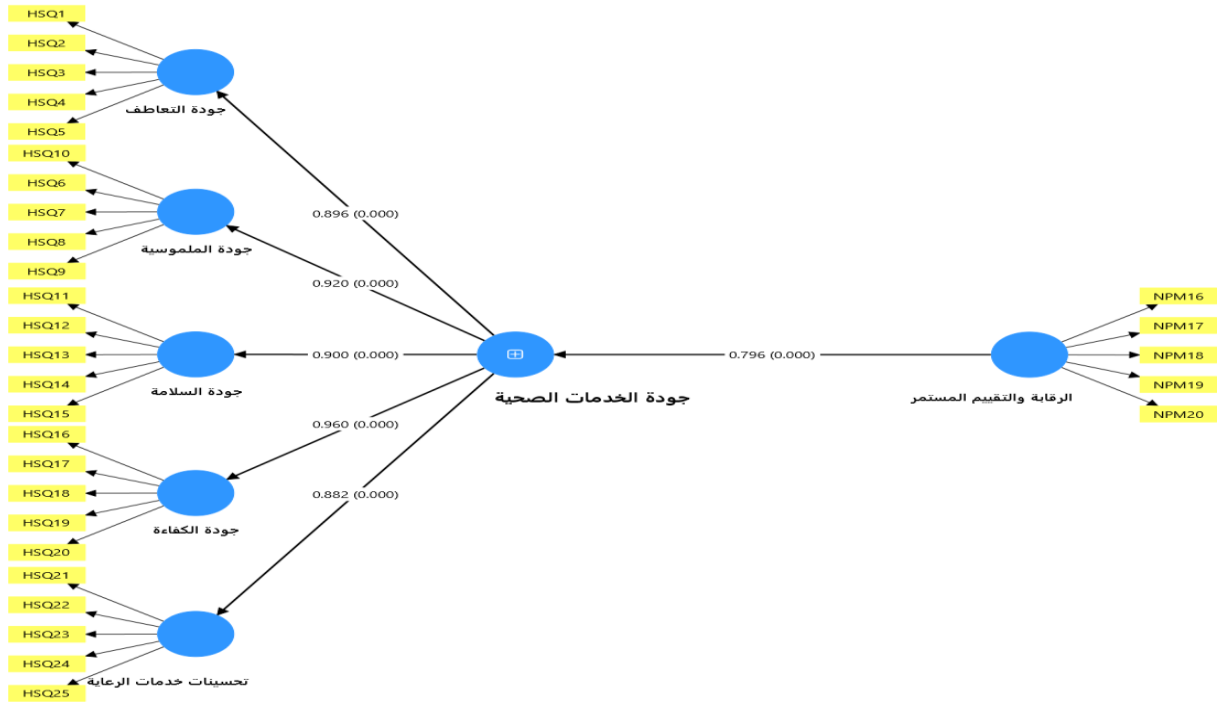
4-1- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ الرقابة والتقييم المستمر على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (51-5) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 4-1

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
الرقابة والتقييم المستمر - < جودة الخدمات الصحية	0,796	0,799	0,057	13,966	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 42: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 4-1



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

أظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة (4-1) وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ الرقابة والتقييم المستمر على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة، حيث بلغت قيمة معامل التأثير (0,796) مما يدل على وجود علاقة قوية وموجبة بين الرقابة والتقييم المستمر وجودة الخدمات الصحية، كما أن قيمة T المرتفعة (13,966) مع دلالة إحصائية قوية ($P = 0,000$) تعزز صحة هذا الأثر وتعكس أهميته العملية، وتشير هذه النتيجة إلى أن اعتماد آليات فعالة للرقابة والتقييم الدوري للخدمات والعمليات داخل المؤسسات العمومية للصحة يساهم في كشف نقاط الضعف ومعالجتها بشكل مستمر، ويتيح تحسين الأداء وضمان الامتثال للمعايير الصحية المعتمدة، كما يساعد هذا المبدأ في تعزيز الشفافية وتحقيق الاستجابة الفعالة لتطلعات المواطنين والفاعلين داخل المؤسسة، وبالتالي فإنه يمثل أحد الركائز الأساسية في إطار التسيير العمومي الحديث لضمان جودة عالية ومستدامة في تقديم الخدمات الصحية.

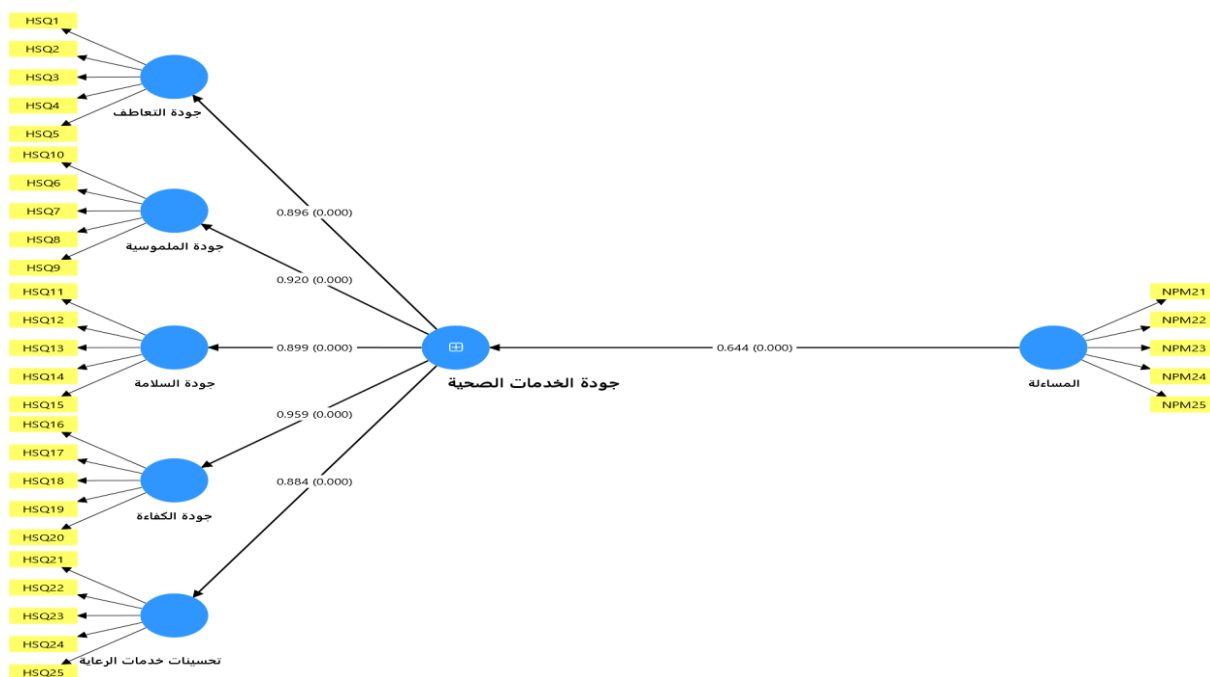
5-1- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ المساءلة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (52-5) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 5-1

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
المساءلة -> جودة الخدمات الصحية	0,644	0,654	0,078	8,304	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 43: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 5-1



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

أسفرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الخامسة (5-1) عن وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ المساءلة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة، حيث بلغت قيمة معامل التأثير (0,644) وهي قيمة دالة وتشير إلى وجود علاقة إيجابية متوسطة القوة بين مبدأ المساءلة وجودة الخدمات الصحية، كما أن القيمة العالية لإحصائية T (8,304) مع دلالة إحصائية قوية (P = 0,000) تؤكد موثوقية هذا التأثير، وتعكس هذه النتيجة أهمية تضمين ثقافة المساءلة ضمن أنظمة التسيير العمومي الحديث، إذ تساهم في تعزيز الانضباط والشفافية داخل المؤسسة العمومية للصحة، وتدفع الأفراد والفرق إلى

تحمل مسؤولياتهم والحرص على أداء مهامهم بكفاءة وجودة، كما تتيح آلية المساءلة للمؤسسات العمومية للصحة القدرة على تقييم الأداء بشكل مستمر وتصحيح الانحرافات وضمان الاستجابة الفعالة لتطلعات المرضى، مما يجعلها من المبادئ الأساسية التي تساهم في الرفع من جودة الخدمات المقدمة.

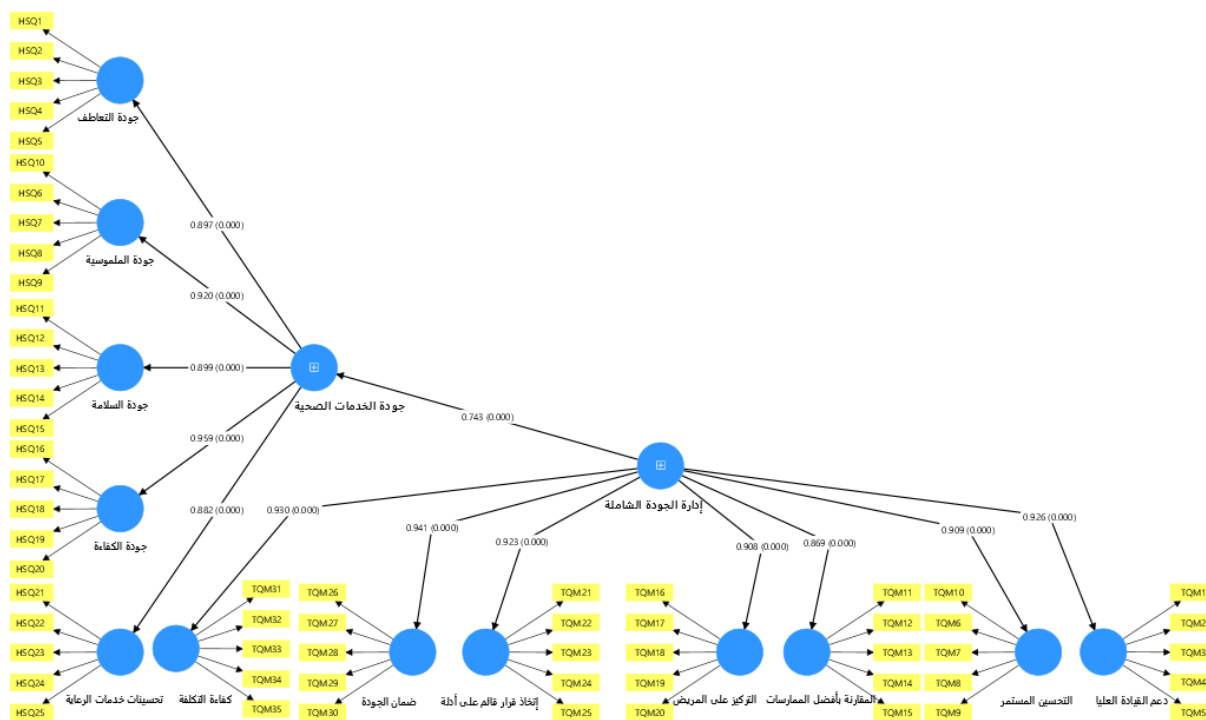
2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (53-5) نتيجة الفرضية رقم 2

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
إدارة الجودة الشاملة -> جودة الخدمات الصحية	0,743	0,740	0,064	11,546	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 44: نتيجة الفرضية رقم 2



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

أظهرت نتائج اختبار الفرضية الثانية أن هناك أثراً ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة، حيث بلغت قيمة معامل التأثير (0,743) وهي قيمة مرتفعة نسبياً تعكس وجود علاقة قوية ومباشرة بين تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وتحسين جودة الخدمات الصحية، كما تدعم القيمة العالية لإحصائية T (11,546) والدلالة الإحصائية ($P = 0,000$) هذه النتيجة وتؤكد موثوقيتها، ويعكس هذا الأثر الإيجابي الدور المحوري لإدارة الجودة الشاملة في ترسيخ ثقافة التحسين المستمر داخل المؤسسات العمومية للصحة، من خلال التركيز على رضا المستفيدين من الخدمة وتبني ممارسات قياسية قائمة على الوقاية من الأخطاء بدلاً من تصحيحها بعد وقوعها، بالإضافة إلى الاهتمام بتطوير الموارد البشرية وخلق بيئة عمل تدفع نحو الابتكار وتحقيق الفعالية التشغيلية، وهو ما ينعكس مباشرة على نوعية الخدمات المقدمة للمرضى ويؤكد ضرورة إدماج هذه المبادئ في أنظمة التسيير العمومي للرقى بالأداء الصحي.

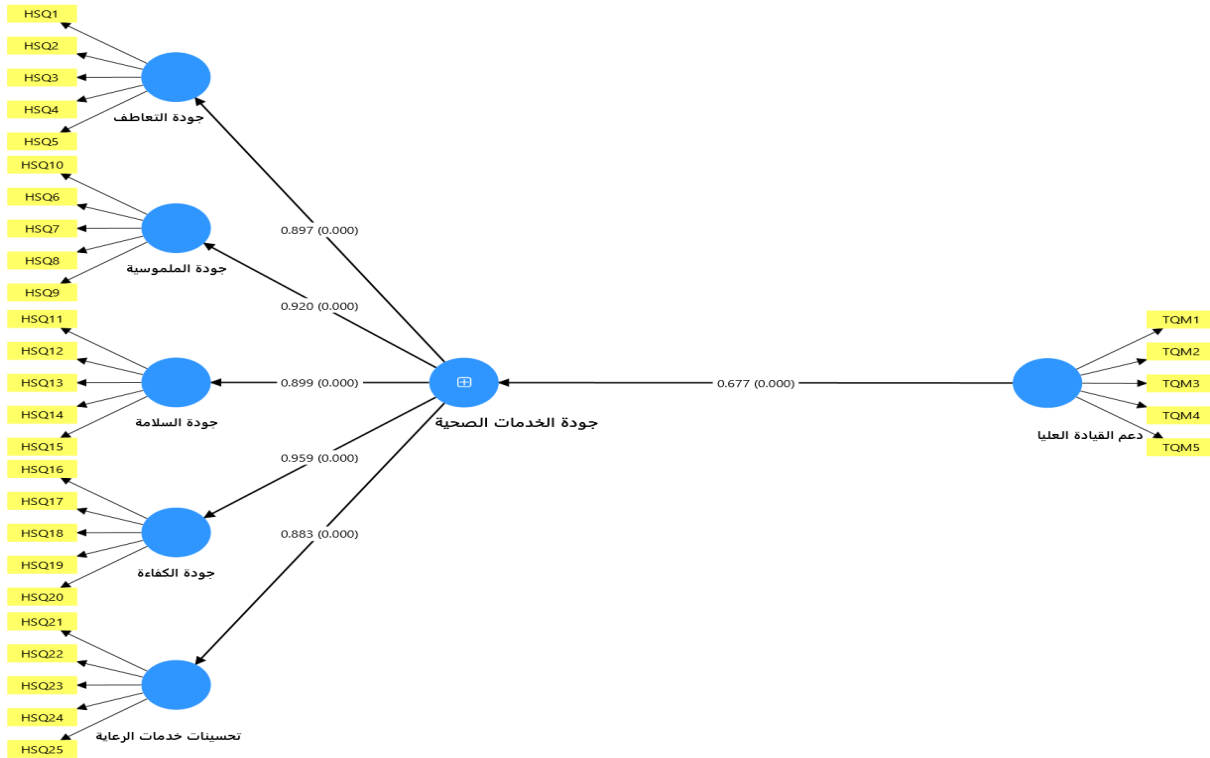
1-2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ دعم القيادة العليا على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (54-5) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 1-2

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
دعم القيادة العليا - < جودة الخدمات الصحية	0,677	0,679	0,066	10,244	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 45: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-1



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تظهر نتائج الفرضية الفرعية (2-1) وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ دعم القيادة العليا على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة، حيث تمثل القيمة الأصلية (0,677) تأثيراً إيجابياً قوياً لدعم القيادة العليا على تحسين جودة الخدمات الصحية، كما أن القيمة T التي بلغت (10,244) تشير إلى قوة التأثير ودلالته الإحصائية العالية، مما يعزز من أهمية هذا العنصر في تحسين أداء المؤسسات العمومية للصحة.

إن دعم القيادة العليا يعد عنصراً أساسياً في نجاح استراتيجيات تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث يعكس التزام القيادة على جميع مستوياتها بتحقيق أهداف الجودة وتوفير الموارد اللازمة لضمان تطبيق المعايير والممارسات الصحية عالية الجودة، وهذا يساهم في تحسين بيئة العمل داخل المؤسسات العمومية للصحة وزيادة التفاعل الإيجابي بين الموظفين والمرضى.

ومن خلال التوجيه والمشاركة الفعالة للقيادة العليا في مختلف جوانب عملية تحسين الجودة، تزداد فعالية الإجراءات المتخذة وتعزز المبادرات الصحية، مما يؤدي إلى تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة العمومية للصحة في تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية. كما يعزز ثقافة الجودة، مما ينعكس إيجاباً على أداء العاملين وتفاعلهم مع المرضى، ويساهم بشكل كبير في رفع مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة، وبالتالي تحسين سمعة المؤسسات العمومية وموثوقيتها.

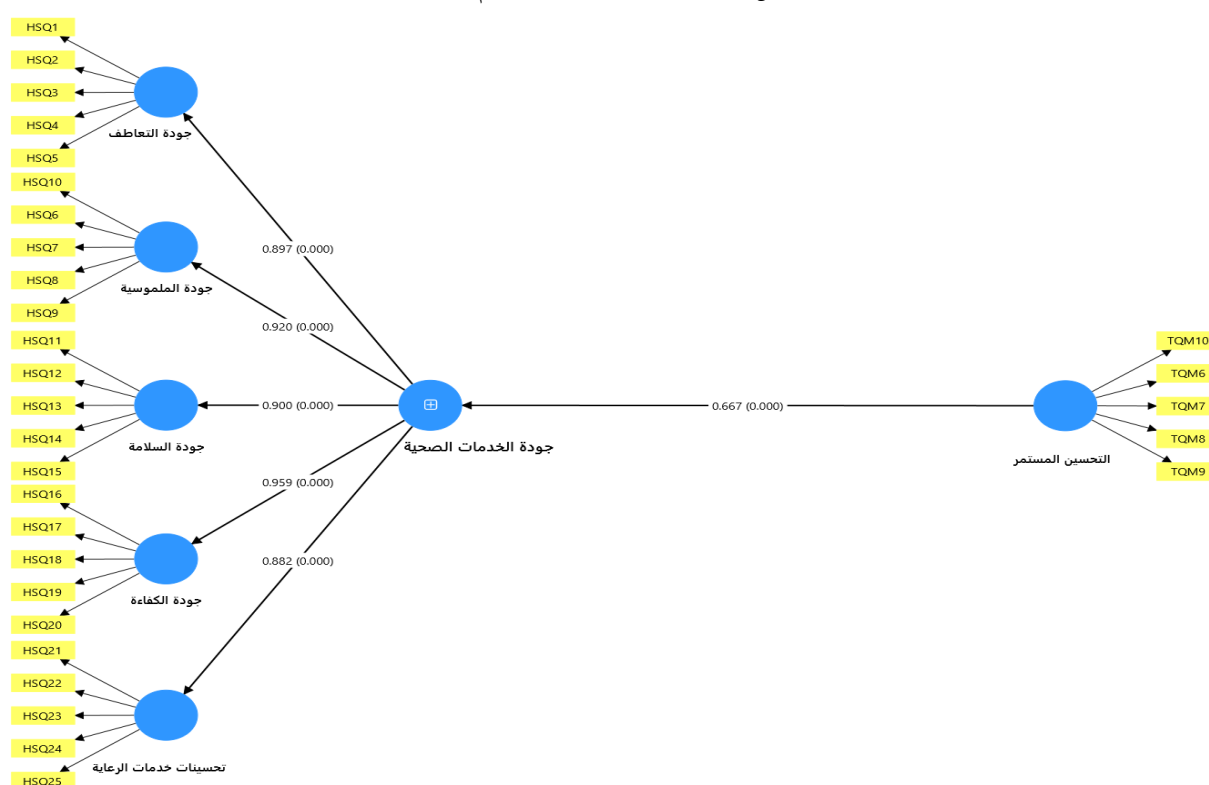
2-2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ التحسين المستمر على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (55-5) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-2

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
التحسين المستمر -> جودة الخدمات الصحية	0,667	0,668	0,074	8,974	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 46: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-2



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تعتبر نتائج اختبار الفرضية الفرعية (2-2)، والتي تشير إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ التحسين المستمر على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة، دلالة قوية على أهمية هذا المبدأ في تحسين الأداء وجودة الخدمات الصحية، فقد أظهرت قيمة معامل التأثير (0,667) أن تطبيق مبدأ التحسين المستمر له تأثير كبير على مستوى جودة الخدمات الصحية، ما يعكس العلاقة المباشرة بين الجهود المستمرة لتطوير وتحسين العمليات وجودة الخدمة المقدمة في المؤسسات

الصحية، كما تدعم القيمة العالية لإحصائية $T(8,974)$ الدلالة الإحصائية القوية لهذه النتيجة، حيث يعتبر P value الذي بلغ (0,000) مؤشراً على أن الأثر الذي يتمثل في التحسين المستمر يعد ذا دلالة إحصائية تامة ولا يمكن إرجاعه إلى الصدفة، إن مبدأ التحسين المستمر هو حجر الزاوية في تعزيز الأداء المؤسسي في القطاع الصحي، حيث يساهم في التحسين المستمر في كافة جوانب العمل من حيث تقديم الرعاية الصحية، وتقديم الدعم للممارسين الصحيين، وضمان رضا المرضى، يشمل هذا المبدأ العديد من العناصر الأساسية مثل التقييم، مراجعة الإجراءات، وتحليل البيانات بغرض تحسين الأداء بشكل دوري، من خلال هذه العملية، يتم تحديد المشاكل والنقاط التي تحتاج إلى تحسين، ثم اتخاذ الإجراءات التصحيحية والوقائية لضمان تقديم خدمات صحية عالية الجودة، التحسين المستمر لا يقتصر على التحسين في الإجراءات الداخلية فقط، بل يتعداه إلى تعزيز ثقافة الجودة داخل المؤسسة، ذلك من خلال إشراك كافة الموظفين في العملية، بدءاً من الطاقم الطبي وحتى الإداريين، مما يخلق بيئة عمل تشجع على الإبداع والمبادرة في تقديم أفضل الحلول للتحديات التي تواجه القطاع الصحي، ومن الجدير بالذكر أن تحقيق التحسين المستمر يعتمد بشكل أساسي على وجود نظام فعال لرصد الأداء وجودة الخدمات، مثل وضع معايير واضحة ومقاييس أداء دقيقة لقياس مدى تطور جودة الخدمات الصحية، وتقديم التدريب المستمر للعاملين، مما يساهم في تطوير مهاراتهم وتعزيز قدرتهم على التعامل مع المواقف الصحية المعقدة، إضافة إلى ذلك، يؤدي التحسين المستمر إلى زيادة رضا المرضى، حيث يعزز ثقته في المؤسسات الصحية ويشجعه على الالتزام بالعلاج والمتابعة، وهو ما ينعكس إيجاباً على نتائج العلاج وجودة الخدمة الصحية بشكل عام، كما يعتبر التحسين المستمر وسيلة فعالة لتحفيز العاملين في القطاع الصحي على الالتزام بمعايير الجودة والابتكار، مما يساهم في تحسين الأداء الوظيفي والمساهمة في الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة، بناءً على ما سبق، تبرز أهمية تطبيق مبدأ التحسين المستمر في المؤسسات العمومية للصحة كأداة أساسية لتحسين الأداء وجودة الخدمات الصحية، ويجب على هذه المؤسسات أن تعتمد هذا المبدأ ضمن استراتيجياتها لتعزيز فاعليتها وجودة خدماتها.

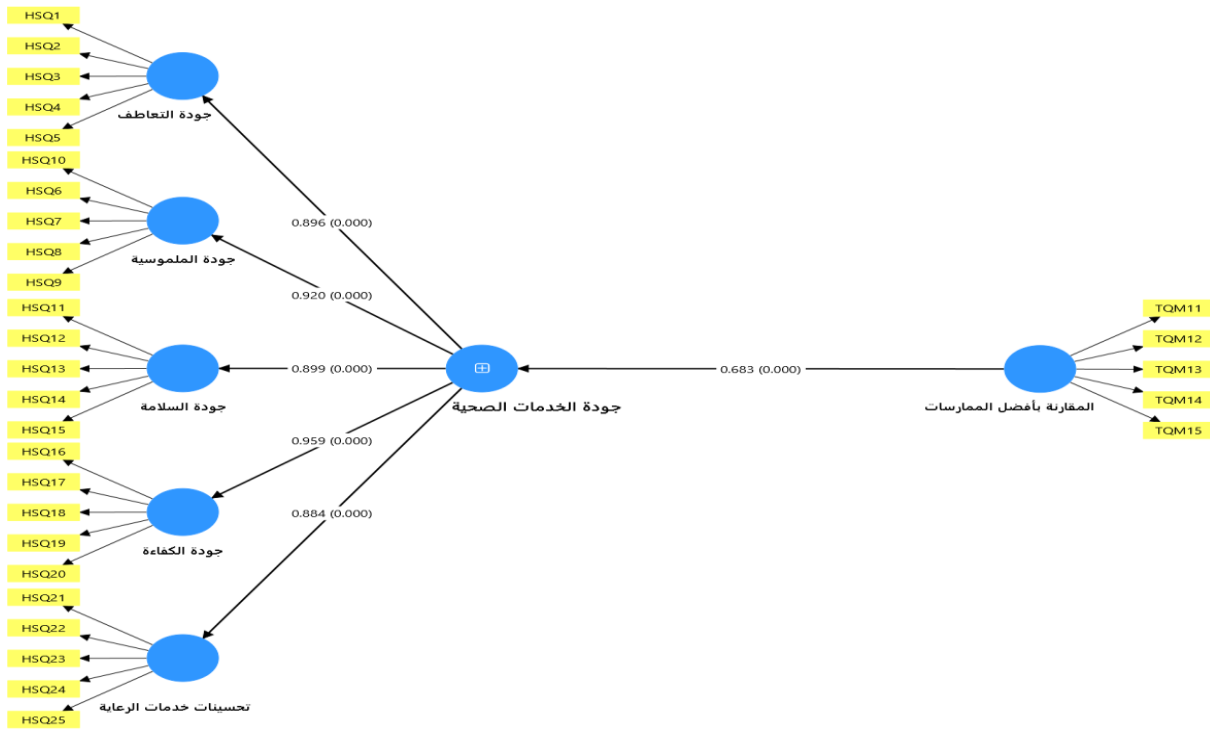
3-2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ المقارنة بأفضل الممارسات على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (5-56) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 3-2

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
المقارنة بأفضل الممارسات - < جودة الخدمات الصحية	0,683	0,683	0,061	11,154	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 47: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-3



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تشير نتائج اختبار الفرضية الفرعية (2-3) إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ المقارنة بأفضل الممارسات على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة، حيث أظهرت القيمة الخاصة بمعامل التأثير (0,683) أن مبدأ المقارنة بأفضل الممارسات له تأثير إيجابي كبير على جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما تدعم القيمة العالية لإحصائية **T (11,154)** هذه النتيجة، مما يعكس قوة العلاقة بين هذا المبدأ وجودة الخدمات الصحية، وتعتبر القيمة الإحصائية (**P value**) التي بلغت (0,000) دلالة على أن التأثير الناتج عن تطبيق مبدأ المقارنة بأفضل الممارسات ذو دلالة إحصائية قوية، ولا يمكن أن يعزى إلى الصدفة، يعتبر تطبيق مبدأ المقارنة بأفضل الممارسات أداة فعالة لتحسين الأداء في المؤسسات الصحية، حيث يمكن من خلاله تحديد أفضل الأساليب المتبعة في المؤسسات الصحية المتقدمة والمرموقة، ومن ثم تطبيقها على المستوى المحلي لتطوير وتحسين الأداء، يتضمن هذا المبدأ مقارنة الإجراءات والأنظمة الداخلية للمؤسسة مع نظيراتها في المؤسسات ذات الأداء العالي، وتحليل الفجوات بين الوضع الحالي والأفضل الممارسات، والعمل على سد هذه الفجوات، كما يساهم تطبيق هذا المبدأ في رفع معايير الأداء داخل المؤسسات العمومية للصحة من خلال تبني حلول مبتكرة وفعالة تتماشى مع أفضل ما تقدمه المؤسسات الرائدة في المجال الصحي، بالإضافة إلى أنه يعزز من قدرة العاملين في القطاع الصحي على التعلم من تجارب الآخرين، مما يساهم في تحسين مهاراتهم وزيادة كفاءتهم في التعامل مع الحالات الصحية المختلفة، لذا، فإن استخدام مبدأ المقارنة بأفضل الممارسات يعزز مستوى الكفاءة والفعالية في المؤسسات العمومية للصحة ويسهم بشكل مباشر في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، ويجب أن يكون جزءاً أساسياً من استراتيجيات المؤسسات العمومية للصحة التي تهدف إلى التميز وتحقيق أعلى مستويات الجودة في الخدمة، فضلاً عن تحقيق رضا المرضى وزيادة ثقتهم في مستوى الرعاية الصحية المقدمة، بناءً على ذلك، يبرز تطبيق مبدأ المقارنة بأفضل الممارسات كأداة رئيسية في رفع معايير الجودة في المؤسسات العمومية للصحة، مما يعزز القدرة التنافسية ويحقق مصلحة جميع الأطراف المعنية.

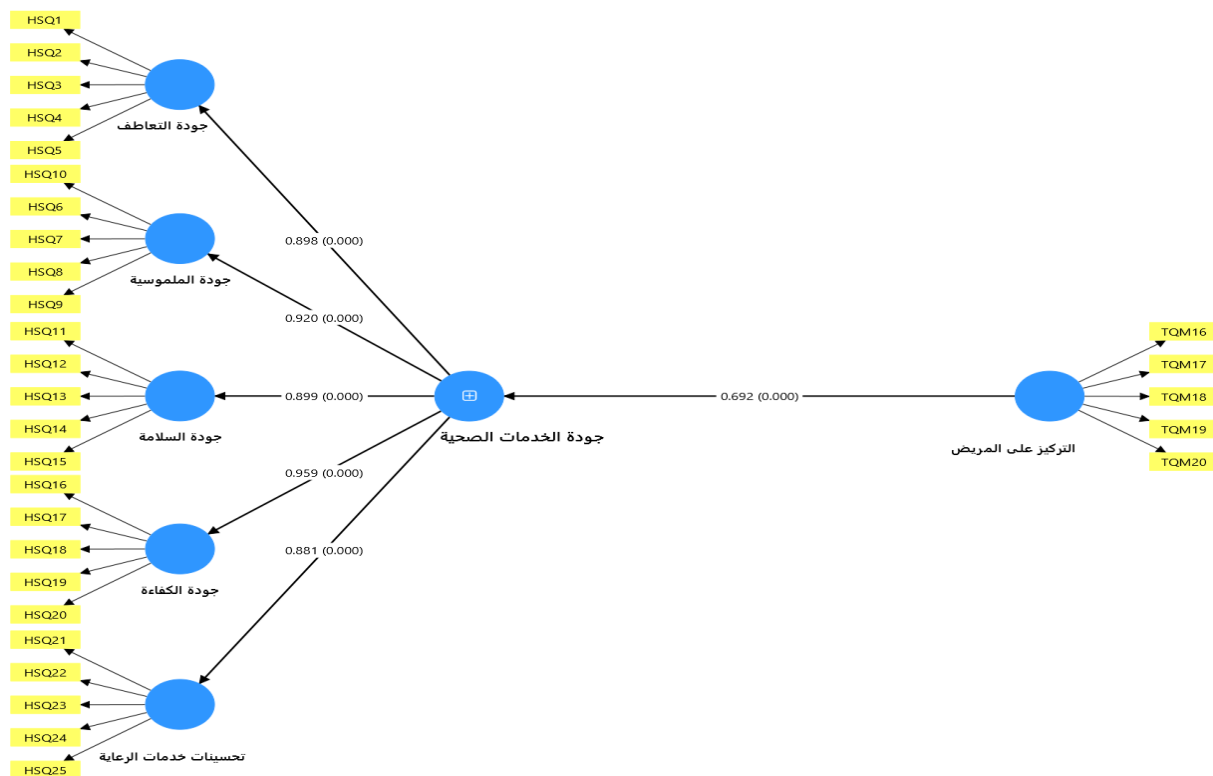
4-2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ التركيز على المريض على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (57-5) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 4-2

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
التركيز على المريض -> جودة الخدمات الصحية	0,692	0,690	0,074	9,329	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 48: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 4-2



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تشير نتائج اختبار الفرضية الفرعية (4-2) إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ التركيز على المريض على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة، حيث أظهرت القيمة الخاصة بمعامل التأثير (0,692) أن مبدأ التركيز على المريض له تأثير إيجابي كبير على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما تدعم إحصائية T (9,329) هذه النتيجة، مما يعكس قوة العلاقة بين التركيز على المريض وجودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى أن القيمة الإحصائية (P value) التي بلغت (0,000)

تشير إلى أن التأثير الناتج عن تطبيق مبدأ التركيز على المريض ذو دلالة إحصائية قوية، وهذا يوضح أن الاهتمام المتزايد بالمريض وتجربة رعايتهم يعد من العوامل الرئيسية التي تسهم في تحسين الأداء الصحي داخل المؤسسات العمومية للصحة. من خلال هذا المبدأ، يتم وضع المريض في قلب النظام الصحي، مما يضمن تلبية احتياجاته وتقديم رعاية صحية فعالة ومناسبة له، وهذا يؤدي بدوره إلى تحسين مستوى الرضا لدى المرضى وزيادة ثقتهم في الخدمات الصحية المقدمة، ويؤكد على أهمية تقديم الرعاية الصحية بشكل يتماشى مع احتياجات المرضى وتوقعاتهم، فضلاً عن تحسين تجربتهم في الرعاية الصحية، ويجب أن يكون التركيز على المريض جزءاً مهماً ضمن استراتيجيات إدارة المؤسسات الصحية التي تهدف إلى تحقيق التميز في تقديم الخدمات ذات الجودة العالية، وبالتالي ينبغي عليها تطبيقه من خلال تفعيل أساليب التواصل الفعالة مع المرضى، والاستماع لملاحظاتهم وتقديم العناية الطبية المناسبة في جميع مراحل العلاج، مما يساهم في تعزيز جودة الخدمات الصحية وتقديم تجربة صحية متكاملة للمرضى، لذلك، يظهر أن مبدأ التركيز على المريض ليس فقط عاملاً مهماً لتحسين جودة الخدمات الصحية، بل أيضاً جزءاً لا يتجزأ من استراتيجيات التميز الصحي التي ينبغي على المؤسسات العمومية للصحة العمل بها لتحقيق أفضل نتائج.

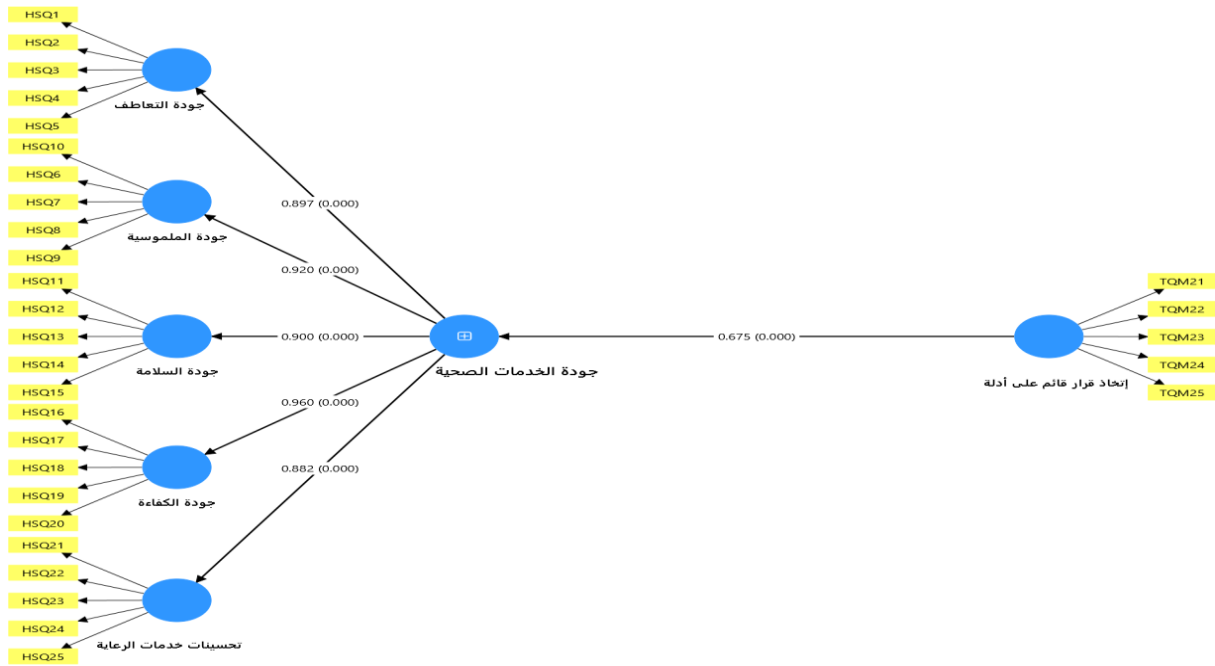
5-2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ اتخاذ قرار قائم على أدلة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (58-5) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 5-2

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
إتخاذ قرار قائم على أدلة - < جودة الخدمات الصحية	0,675	0,679	0,068	9,935	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 49: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-5



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تظهر نتائج الفرضية الفرعية (2-5) أن هناك تأثيراً ذا دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ اتخاذ القرار القائم على الأدلة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة، حيث أظهرت القيمة التي تمثل معامل التأثير (0,675) أن تطبيق مبدأ اتخاذ القرار المدعوم بالأدلة يساهم بشكل إيجابي في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما تدعم إحصائية T التي بلغت (9,935) هذه النتيجة، مما يدل على قوة هذا التأثير، وتؤكد قيمة P (0,000) أن هذا التأثير هو تأثير حقيقي وذو دلالة إحصائية قوية.

إن اتخاذ القرارات بناء على الأدلة يوفر أساساً قوياً وموضوعياً للممارسات الصحية، كذلك يضمن القرارات التي تتخذها الإدارة تكون مدعومة بالبيانات والتحليل الكمي والنوعي، مما يساهم في تحسين فعالية الإجراءات الصحية وجودتها، كما أن هذا المبدأ يعزز من قدرة المؤسسات العمومية للصحة على التكيف مع التحديات المستمرة من خلال اعتماد أساليب مستندة إلى أدلة حقيقية وموثوقة، ما يضمن اتخاذ قرارات مدروسة بعناية تؤدي إلى تحسين مستوى الرعاية الصحية وتلبية احتياجات المرضى بشكل أكثر دقة وكفاءة.

وبناء على ذلك، يعتبر تطبيق مبدأ اتخاذ القرار القائم على الأدلة من العوامل الأساسية التي تساعد المؤسسات العمومية للصحة في تحسين استراتيجيات العمل وتقديم خدمات صحية متطورة، كما يساهم في تعزيز الشفافية والمساءلة داخلها، مما يؤدي إلى تحسين الثقة بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى، وبالتالي فإن تعزيز هذا المبدأ سيكون له تأثير ملموس على تحسين الأداء وزيادة كفاءة الخدمات الصحية المقدمة.

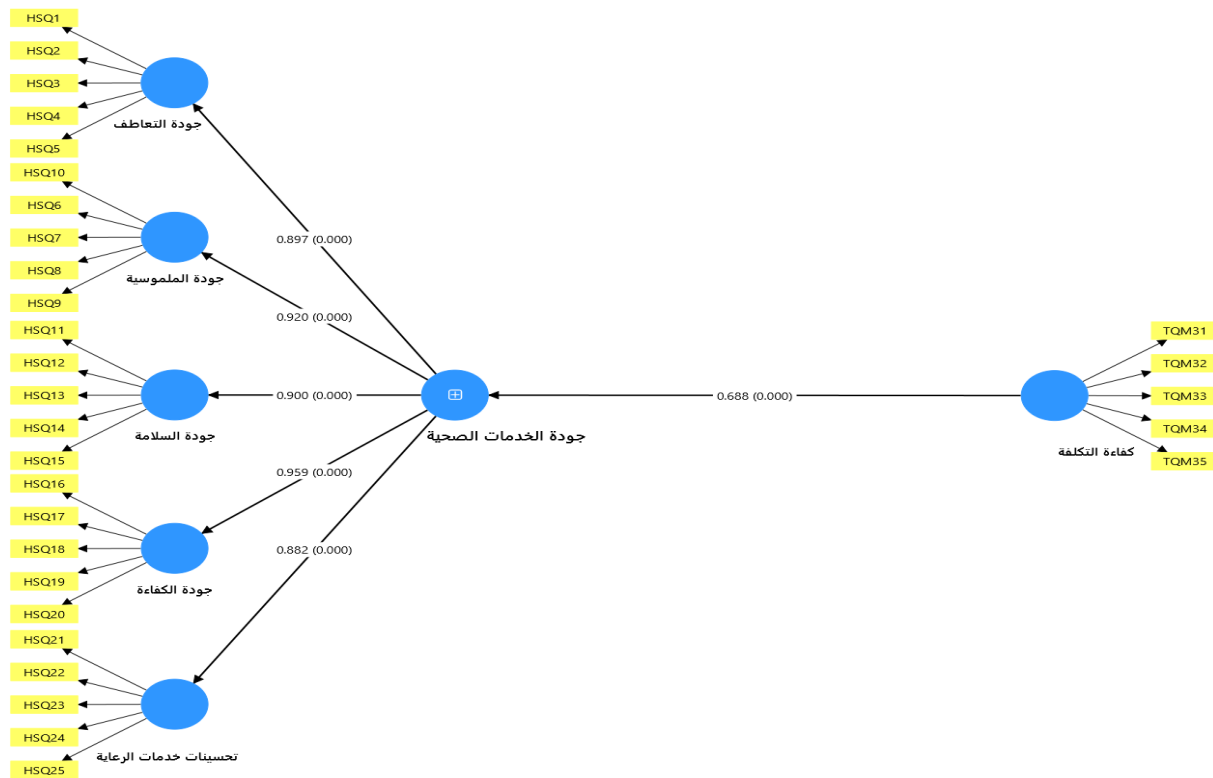
6-2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ كفاءة التكلفة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (59-5) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 6-2

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
كفاءة التكلفة - < جودة الخدمات الصحية	0,688	0,691	0,069	9,900	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 50: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-6



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تظهر نتائج الفرضية الفرعية (6-2) أن هناك تأثيراً ذا دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ كفاءة التكلفة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة، حيث أظهرت القيمة التي تمثل معامل التأثير (0,688) أن تطبيق مبدأ كفاءة التكلفة يؤثر بشكل إيجابي على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما تدعم إحصائية **T** التي بلغت (9,900) هذه النتيجة، مما يشير إلى قوة هذا التأثير، وتؤكد قيمة **P (0,000)** أن هذا التأثير ذا دلالة إحصائية قوية وغير عشوائي.

إن تطبيق مبدأ كفاءة التكلفة في المؤسسات العمومية للصحة يعد أحد الأسس المهمة لتحسين أداء هذه المؤسسات، حيث يعزز من استثمار الموارد المتاحة بأفضل طريقة ممكنة دون التأثير على جودة الخدمات المقدمة، مما يؤدي إلى تحسين الفعالية والكفاءة في تقديم الرعاية الصحية، كما يساهم في تحسين استدامة المؤسسات الصحية من خلال تخصيص الموارد بطريقة تضمن تحقيق أفضل النتائج الصحية مع الحفاظ على تكلفة معقولة.

ومن خلال تعزيز كفاءة التكلفة، يمكن للمؤسسات العمومية للصحة تحقيق توازن بين تقليص النفقات وزيادة مستوى الرعاية الصحية، ما يساهم في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية بشكل عام، ويظهر هذا التأثير كذلك ضرورة تبني استراتيجيات فعالة تركز على تحسين العمليات وتقليل الهدر في الموارد، مما يساعد في توفير خدمات صحية متوافقة مع معايير الجودة العالية وفي نفس الوقت في حدود التكلفة المعقولة، وبذلك يساهم تطبيق مبدأ كفاءة التكلفة في تحسين مستوى الخدمات الصحية وتعزيز رضا المرضى.

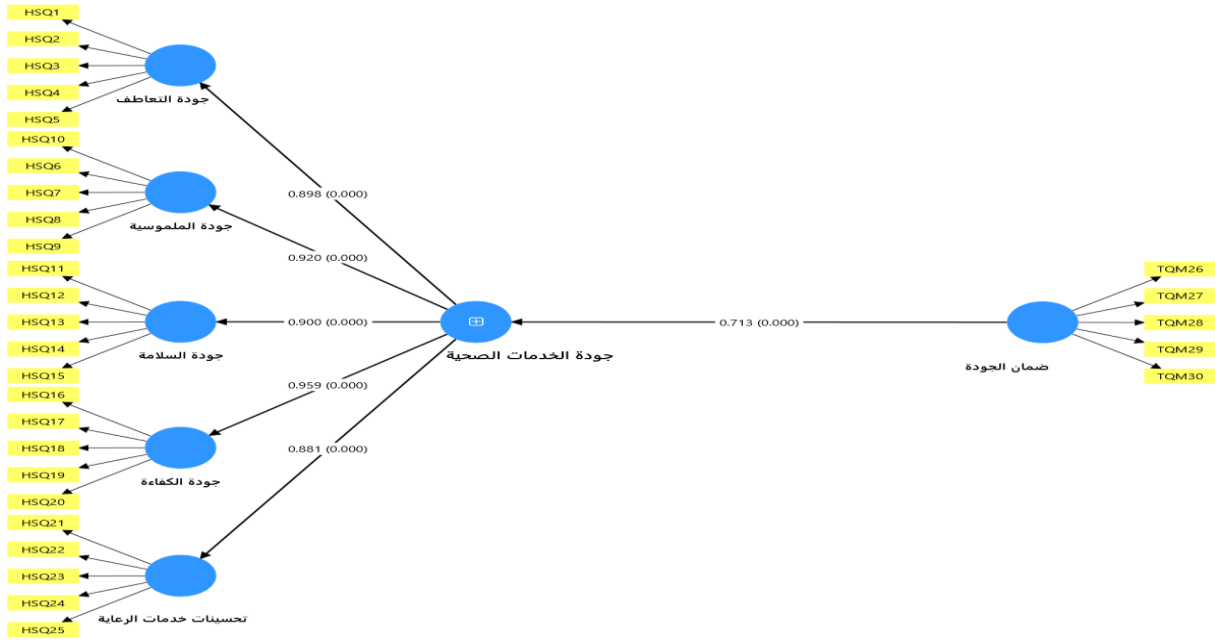
7-2- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ ضمان الجودة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة.

الجدول (5-60) نتيجة الفرضية الفرعية رقم 7-2

المتغيرات	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
ضمان الجودة - < جودة الخدمات الصحية	0,713	0,713	0,062	11,563	0,000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

الشكل 51: نتيجة الفرضية الفرعية رقم 2-7



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

تظهر نتائج الفرضية الفرعية (2-7) أن هناك تأثيراً ذا دلالة إحصائية لتطبيق مبدأ ضمان الجودة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة، حيث أظهرت القيمة التي تمثل معامل التأثير (0,713) أن ضمان الجودة له تأثير إيجابي قوي على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وهذا يتضح من خلال قيمة T التي بلغت (11,563) والتي تشير إلى قوة هذا التأثير، كما أن القيمة P (0,000) تؤكد أن هذا التأثير ذا دلالة إحصائية قوية.

فتطبيق مبدأ ضمان الجودة يعتبر من الأسس الجوهرية التي تساهم في رفع معايير الخدمات الصحية، حيث يعني هذا المبدأ بتطبيق مجموعة من السياسات والأنظمة التي تضمن تقديم خدمات صحية تلبي احتياجات المرضى بشكل فعال وآمن، كما يساهم في التأكد من تطابق الإجراءات والممارسات مع معايير الجودة المعترف بها، مما يؤدي إلى تحسين الكفاءة التشغيلية للمؤسسات الصحية وتعزيز قدرتها على تلبية توقعات المرضى.

لذا، إن ضمان الجودة يساهم في تعزيز الشفافية والمساءلة داخل المؤسسات العمومية للصحة، من خلال التقييم المستمر للأداء وتطبيق أساليب الرقابة الفعالة التي تضمن تقديم رعاية صحية متوافقة مع المعايير العالمية، ويساهم ذلك في رفع مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى تحسين سمعة المؤسسات العمومية للصحة في المجتمع، وبالتالي فإن تطبيق مبدأ ضمان الجودة يعد خطوة أساسية نحو تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية وضمان استدامتها.

الجدول (5-61) نتيجة الفرضية الرئيسية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Smart PLS 4

The diagram illustrates the relationship between various quality dimensions and their indicators. The central node is 'جودة الخدمات الصحية' (Health Services Quality), which is connected to several other nodes, each representing a different quality dimension. These dimensions are further broken down into specific indicators, with correlation coefficients and p-values provided for each connection.

جودة الخدمات الصحية (Health Services Quality)

- جودة الرعاية (Quality of Care): 0.897 (0.000)
- جودة التمريض (Quality of Nursing): 0.320 (0.000)
- جودة السلامة (Quality of Safety): 0.899 (0.000)
- جودة الكفاءة (Quality of Efficiency): 0.959 (0.000)
- جودة التكلفة (Quality of Cost): 0.883 (0.000)

إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management)

- جودة الرعاية: 0.930 (0.000)
- جودة التمريض: 0.941 (0.000)
- جودة السلامة: 0.923 (0.000)
- جودة الكفاءة: 0.908 (0.000)
- جودة التكلفة: 0.870 (0.000)
- جودة التقييم المستمر: 0.927 (0.000)
- جودة المساءلة: 0.909 (0.000)

التنسيق العمومي الحديث (Modern General Coordination)

- جودة الرعاية: 0.588 (0.000)
- جودة التمريض: 0.314 (0.005)
- جودة السلامة: 0.900 (0.000)
- جودة الكفاءة: 0.930 (0.000)
- جودة التكلفة: 0.860 (0.000)
- جودة التقييم المستمر: 0.927 (0.000)
- جودة المساءلة: 0.909 (0.000)

اللامركزية (Decentralization)

- جودة الرعاية: 0.851 (0.000)
- جودة التمريض: 0.887 (0.000)
- جودة السلامة: 0.900 (0.000)
- جودة الكفاءة: 0.930 (0.000)
- جودة التكلفة: 0.860 (0.000)
- جودة التقييم المستمر: 0.927 (0.000)
- جودة المساءلة: 0.909 (0.000)

مشاركة أصحاب المصلحة (Stakeholder Participation)

- جودة الرعاية: 0.851 (0.000)
- جودة التمريض: 0.887 (0.000)
- جودة السلامة: 0.900 (0.000)
- جودة الكفاءة: 0.930 (0.000)
- جودة التكلفة: 0.860 (0.000)
- جودة التقييم المستمر: 0.927 (0.000)
- جودة المساءلة: 0.909 (0.000)

تطوير الشراكات (Partnership Development)

- جودة الرعاية: 0.851 (0.000)
- جودة التمريض: 0.887 (0.000)
- جودة السلامة: 0.900 (0.000)
- جودة الكفاءة: 0.930 (0.000)
- جودة التكلفة: 0.860 (0.000)
- جودة التقييم المستمر: 0.927 (0.000)
- جودة المساءلة: 0.909 (0.000)

الرفعة والتقييم المستمر (Continuous Improvement and Evaluation)

- جودة الرعاية: 0.851 (0.000)
- جودة التمريض: 0.887 (0.000)
- جودة السلامة: 0.900 (0.000)
- جودة الكفاءة: 0.930 (0.000)
- جودة التكلفة: 0.860 (0.000)
- جودة التقييم المستمر: 0.927 (0.000)
- جودة المساءلة: 0.909 (0.000)

المساءلة (Accountability)

- جودة الرعاية: 0.851 (0.000)
- جودة التمريض: 0.887 (0.000)
- جودة السلامة: 0.900 (0.000)
- جودة الكفاءة: 0.930 (0.000)
- جودة التكلفة: 0.860 (0.000)
- جودة التقييم المستمر: 0.927 (0.000)
- جودة المساءلة: 0.909 (0.000)

تشير نتائج الفرضية الرئيسية إلى أن التكامل بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة يحقق تأثيراً ذا دلالة إحصائية على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة في مجال الدراسة، حيث أظهرت القيم الإحصائية تأثيراً إيجابياً وقوياً للمتغيرات المعنية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

وبالنظر إلى النتائج، يمكن ملاحظة أن تأثير التسيير العمومي الحديث على جودة الخدمات الصحية بلغ (0,588)، مما يشير إلى أن تطبيق مبادئ التسيير العمومي الحديث، مثل اللامركزية، والمشاركة الفعالة لأصحاب المصلحة، وتطوير الشراكات، إضافة إلى الرقابة والتقييم المستمر، له تأثير قوي على تحسين جودة الخدمات الصحية، كما أن قيمة T التي بلغت (4,974) تشير إلى قوة التأثير الإحصائي، في حين أن القيمة P (0,000) تؤكد دلالة هذا التأثير مما يستبعد احتمال الصدفة.

ومن جانب آخر، أظهرت إدارة الجودة الشاملة كذلك تأثيرا إيجابيا على جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت القيمة الأصلية (0,314)، مع قيمة T (2,840)، مما يعكس تأثيرا ملحوظا، وإن كان أقل من تأثير التسيير العمومي الحديث، وهذا يشير إلى أن تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة، مثل التحسين المستمر، والمقارنة بأفضل الممارسات، والتركيز على المريض، واتخاذ قرارات قائمة على الأدلة، ودعم القيادة العليا، يساهم بشكل فعال في تحسين جودة الخدمات الصحية.

وعند حساب التأثير المشترك المباشر (Combined Direct Effect) الذي يتم بجمع معاملي المسار (Original Sample) للمتغيرين المستقلين:

-التسيير العمومي الحديث : 0.588

-إدارة الجودة الشاملة: 0.314

-التأثير المشترك المباشر: $0.588 + 0.314 = 0.902$

فهذا يعني، أن التأثير المشترك للمنهجين (0.902) قوي جدا، مما يشير إلى أن تكامل النظامين له أثر كبير في تحسين الجودة. وهذا يعزز فرضية أن الجمع بين المنهجين يعد استراتيجية فعالة لتعزيز الأداء وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة.

وعليه، يمكن القول، أن النموذجين يساهمان بشكل تكاملي في الرفع من جودة الخدمات الصحية وقد ظهر من خلال النتائج أن التسيير العمومي الحديث هو المحرك الأقوى وهو ما يعكس أهمية الإصلاحات الهيكلية مثل اللامركزية والشراكات والمساءلة والتقييم والرقابة ومشاركة أصحاب المصلحة في اتخاذ القرار في تحسين الجودة، وقد يكون السبب أن التسيير العمومي الحديث يخلق البيئة التمكينية التي تسمح بتطبيق أدوات إدارة الجودة الشاملة بفعالية.

خلاصة

سمحت الدراسة الميدانية بإبراز أهمية التكامل بين تبني التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في الرفع من جودة الخدمات الصحية من خلال تحليل نتائج الاستبيان الموجه لـ 262 إطار مسير المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة سواء كانوا إداريين أو طبيين أو شبه طبيين. حيث كشفت النتائج عن علاقة تكاملية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة على مؤشرات جودة الخدمات الصحية. وقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام نمذجة المعادلات البنائية (SEM) أن كلا المنهجين التسييريين يمارسان تأثيراً موجباً ذا دلالة إحصائية على مستوى جودة الخدمات الصحية، مع تفوق ملحوظ في حجم تأثير التسيير العمومي الحديث ($\beta=0.588$) مقارنة بإدارة الجودة الشاملة ($\beta=0.314$). حيث بلغ معامل التأثير المشترك (Combined Effect) قيمة مرتفعة (0.902)، مما يدعم ضرورة تبني سياسات تشجع كلا المنهجين معاً، مع إعطاء أولوية للإصلاحات الإدارية الهيكلية.

اِخْلَاقَة

انطلاقاً من مقولة الفيلسوف الفرنسي أنطوان دو سانت إكسبيري Antoine de Saint-Exupéry التي تؤكد أن "كل ما لا يتغير محكوم عليه بالزوال" يمكننا استخلاص حقيقة جوهرية مفادها أن التكيف مع التحولات البيئية والمجتمعية هو شرط بقاء لا محيد عنه، خاصة في سياق المؤسسات العمومية للصحة. ففي ظل التحديات العالمية المتنامية، مثل تراجع الموارد المالية وزيادة مطردة في الطلب على الخدمات الصحية، أصبحت الحاجة ملحة إلى تبني استراتيجيات تسييرية مبتكرة تعزز مرونة هذه المؤسسات وقدرتها على الاستجابة الفعالة للتغيرات وتركز على رضا المريض وتعمل على خفض التكاليف.

ولقد أظهرت الدراسات الحديثة في مجال التسيير العمومي أن النظم الصحية العالمية تواجه ضغوطاً غير مسبقة تتطلب تبني أساليب تسيير حديثة تساهم في الرفع من كفاءة المؤسسة العمومية للصحة، ومن أبرز هذه المناهج التسيير العمومي الحديث الذي يقدم إطاراً منهجياً لتعزيز الشفافية والمساءلة، مع التركيز على تحسين الأداء وخفض التكاليف دون المساس بجودة الخدمات. بالإضافة إلى إدارة الجودة الشاملة التي تركز على التحسين المستمر والكفاءة التشغيلية وضمان تقديم خدمات عالية الجودة مع اعطاء الأولوية القصوى لرضا المريض.

وفي هذا السياق، تعد عملية التهجين أو التكامل بين مناهج التسيير وسيلة فعالة تتيح للمؤسسات العمومية للصحة التكيف مع البيئات المحلية المتباينة، مما يقوي مرونتها وقدرتها على الابتكار. وهذا التكامل بين الأساليب التسييرية المختلفة يسمح بخلق نموذج تسييري مرن وفعال، قادر على مواجهة التحديات المعقدة التي تواجهها النظم الصحية في القرن الحادي والعشرين.

أولاً- نتائج ومقترحات الدراسة

انطلاقاً مما سبق، يمكن تقديم النتائج التي توصلنا إليها من خلال التحليل النظري والتطبيقي الذي تم إجراؤه في هذه الدراسة والتي تسلط الضوء على التحديات والفرص التي تواجهها المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر في سياق تطبيق التكامل بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة ومنها:

*على المستوى النظري، أكدت الدراسات أن تبني منهجيات التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة ركيزة أساسية لتعزيز كفاءة المؤسسات العمومية للصحة. بالإضافة إلى أن عملية التهجين بين المناهج التسييرية تعتبر استراتيجية فعالة تحقق المرونة التنظيمية وتلاءم التكيف مع البيئات المتغيرة.

* وعلى المستوى التطبيقي، كشفت النتائج ما يلي:

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبادئ التسيير العمومي الحديث على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة مجال الدراسة

- تحقيق التكامل بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة له تأثير ذو دلالة إحصائية على مستوى جودة الخدمات الصحية العمومية للصحة مجال الدراسة

* كما أظهرت الدراسة الميدانية وجود فجوات كبيرة تعيق التطبيق السليم لتبني التكامل ومنها:

- الغياب المطلق للتخطيط الاستراتيجي سواء في عمليات تسيير الموارد البشرية والمادية والمالية أو التكفل بالقضايا الصحية المهمة التي تتميز بها بعض المناطق عن غيرها وتؤكد مبادئ التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة على ضرورة التخطيط الاستراتيجي والمستمر لتلبية احتياجات المجتمع.
- كذلك يلاحظ في المؤسسات العمومية للصحة عدم وضوح خطوط السلطة بشكل واضح. فهناك تداخلات عديدة بين مختلف الأسلاك مما يخلق العديد من الصراعات التي لا تخدم المؤسسة. فعملية التنسيق والتجاوب بين الأطباء والمسيرين عملية لا بد منها من أجل تنظيم ناجح، وهذا لا يتطلب فقط التنظيم الرسمي البيروقراطي بل إلى مرونة وتفاعل علاقات إنسانية وأخلاقيات مهنية ترقى لحل المشاكل بدل الصراع على السلطة. فالتسيير العمومي الحديث يدعم الهياكل المرنة القائمة على التفويض واللامركزية وكذلك إدارة الجودة الشاملة تعزز ثقافة التمكين بدل الصراع على السلطة.
- مكونات ميزانية المؤسسات العمومية للصحة يتم إعدادها من طرف وزارة الصحة ما جعلت المسيرين على المستوى المحلي منفذا لها، مما يفقد المسير المرونة في التخطيط حسب أولويات المؤسسة. وهو عكس ما يدعو إليه التسيير العمومي الحديث من لامركزية وإدارة الجودة الشاملة التي تعزز الاستقلالية النسبية لتحسين الجودة.
- طبيعة عملية التسيير المالي للمؤسسات العمومية للصحة تخضع لرقابة الإجراءات ومشروعية النفقة وتهمل الهدف منها، وهو ما لا يسمح بترشيد النفقات العمومية ويضعف كفاءة التسيير. فالتسيير العمومي الحديث يفضل الرقابة التي تجمع بين الشفافية وتحقيق الأهداف، كذلك إدارة الجودة الشاملة تركز على القيمة المضافة مقابل التكلفة.
- عدم وجود تقييم حقيقي للتكاليف على مستوى المؤسسات العمومية للصحة، مما يجعل تقديرات الميزانية خاضعة للتجربة والجزافية بدل الإدارة بالأهداف أو النتائج أو كما تقرر إدارة الجودة الشاملة قياس التكاليف بالمؤشرات.
- عدم استقرار موظفي القطاع الصحي العمومي، خاصة الأطباء والإطارات الإدارية، وهما حلقة مهمة في تسيير المؤسسات العمومية للصحة، فالأول وبمجرد نهاية الخدمة المدنية يتجه نحو القطاع الخاص لما فيه من حوافز مادية ونفسية أو للهجرة خارج الوطن، أما الثاني يهرب للقطاعات الأخرى لما في تسيير المؤسسات العمومية للصحة من ضغط رهيب بسبب الإكراهات والمتابعات المدنية والجزائية دون حوافز مادية. فيؤكد كل من التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة على تمكين العاملين وتحفيزهم لرفع الأداء. وفي ضوء هذه النتائج، يمكن تقديم مجموعة من الاقتراحات التي تشكل خارطة طريق لتحقيق التحول المطلوب، بما يضمن تمكين المؤسسات العمومية للصحة من أدوات دمج الأساليب التسييرية الحديثة بفعالية ومرونة:
- ينبغي تعزيز إشراك فئات المجتمع في عمليات التخطيط والتنفيذ والتقييم لكل العمليات المتعلقة بالصحة لتحديد الأولويات وتحليل الاحتياجات مما يضمن أن تكون السياسات والبرامج الصحية مستجيبة لتطلعات المواطن وملبية لاحتياجاتهم الفعلية.
- الاهتمام بكفاءات الموارد البشرية في القطاع العمومي للصحة وتأطيرها تأطيرا مستمرا، لأنهم هم منفذو السياسة العامة الصحية.
- الاهتمام ومعالجة المشاكل التي تقع خارج نطاق قطاع الصحة والتي لها تأثير مباشر عليه. فالصحة مقترنة بالقطاعات الأخرى في إطار التنمية الشاملة، فالظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية تؤثر بشكل كبير على حياة وصحة الفرد.
- تشجيع الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص من أجل اعتماد سياسة صحية رشيدة، لأن الشراكة تساهم في توسيع نطاق التغطية الصحية. وكذلك لأن الهدف المشترك لكليهما هو الحفاظ على صحة المواطن.

- مشروع المؤسسة الصحية يمثل نموذجاً شاملاً لتحسين الكفاءة التشغيلية والرفع من جودة الخدمات الصحية. فهو يستند على مقارنة علمية تجمع أدوات الإصلاح الهيكلي التي جاء بها التسيير العمومي الحديث من خلال تطبيق معايير الشفافية والمساءلة، والعمل التشاركي بين فواعل المستشفى، وتحديد الأولويات بناء على بيانات ومعايير علمية، وكذا آليات إدارة الجودة الشاملة من خلال وحدة الجودة التي يجب أن تكون حجر الأساس في جميع المؤسسات العمومية للصحة.
- تبني ثقافة ريادة الأعمال في القطاع الصحي، فقد برز مؤخراً نموذج جديد قادر على توفير الرعاية الصحية والتمويل هو ثقافة ريادة الأعمال أو المقاولاتية *entrepreneurial culture*. فحسب نونيس Nunes (2021) تعد المقاولاتية من النماذج المتكاملة الأكثر فاعلية التي تنخرط فيها الدول بالاعتماد على آليات السوق في مجال الرعاية الصحية لتحفيز المنافسة وزيادة الكفاءة في قطاع الصحة، وهو ما يخدم مبادئ التسيير العمومي الحديث.
- إنشاء وكالات تقييم خارجية مستقلة عن الهياكل الحكومية، تكون مهمتها الرئيسية تقييم أداء المؤسسات الصحية العمومية بطريقة منهجية ودورية. تعمل هذه الوكالات على تحليل مؤشرات الأداء الرئيسية وتقديم تقارير تقييمية دورية تعتمد على معايير موضوعية وبيانات قابلة للقياس، مع ضمان إتاحة النتائج للجهات الوصية لتعزيز المساءلة ومن خلال هذه الوكالات، يمكن تحقيق تقييم حيادي وموضوعي، يعزز ثقة المواطنين في الخدمات الصحية، ويدعم تبني أفضل ممارسات التسيير العمومي الحديث القائم على النتائج والشفافية.
- تعزيز القيم والأخلاقيات والمبادئ في القطاع الصحي والتي تشكل أساساً لبناء ثقة المجتمع في النظام الصحي ومن بينها العدالة، الشفافية واحترام حقوق المريض لضمان تقديم خدمات صحية عادلة ومتكافئة للجميع. فقد أخذت القيم والأخلاقيات حيز الاهتمام في المنهجين سواء التسيير العمومي الحديث أو إدارة الجودة الشاملة.

ثانياً- آفاق الدراسة المستقبلية

- تمثل هذه الدراسة محاولة علمية لاستكشاف سبل الارتقاء بجودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة من خلال إبراز أهمية التكامل بين نموذج التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة. وقد أسفرت النتائج عن تحديد آفاق بحثية مستقبلية تمكن من تعميق الفهم وتوسيع آفاق التطبيق. فتبني هذه المقترحات سيسهم لا محالة في إثراء المعرفة العلمية، وقد يضع الجزائر في مصاف الدول الرائدة في الابتكار الصحي الإداري. وفيما يلي أبرز الآفاق البحثية المقترحة:
- إجراء دراسات طولية *Longitudinal Studies* لتتبع استدامة النتائج على المدى المتوسط والبعيد.
- تطوير مؤشرات أداء دقيقة (KPIs) تقيس الأثر الاقتصادي والاجتماعي لتطبيق هذا التكامل، مثل: معدل رضا المرضى والعاملين، تقليص الأخطاء الطبية، نسبة تخفيض التكاليف التشغيلية.
- استكشاف دور التقنيات التكنولوجية الحديثة مثل الصحة الرقمية وانترنت الأشياء في تعزيز التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة ودراسة إمكانية توظيف الذكاء الاصطناعي في تحليل بيانات الجودة واتخاذ القرارات.
- اقتراح تعديلات تشريعية من شأنها المساهمة في تطوير إطار قانوني يدعم متطلبات التكامل بين النموذجين.
- إجراء دراسات مقارنة بين تجارب رائدة في دول طبقت التكامل بين التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة مثل ماليزيا وسنغافورة مع استكشاف إمكانية توطين هذه النماذج مع مراعاة خصوصيات البيئة المحلية.

- ربط نتائج الدراسة مع الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة " الصحة الجيدة والرفاه " ودراسة إمكانية إسهام هذا التكامل في تحقيق هذا الهدف.
 - دراسة تأثير النموذج المقترح لتكامل التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة على الكفاءة المالية للمؤسسات العمومية للصحة.
 - دراسة تأثير الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر على نجاح النموذج المقترح، مثل دور القيادة التحويلية في دعم التكامل، مقاومة التغيير لدى العاملين.
 - دمج معايير المستشفيات الخضراء مع نماذج التسيير المدروسة في إطار إستدامة المؤسسات العمومية للصحة.
 - اختبار مرونة النموذج المقترح للتكامل في الأزمات الصحية لتقييم سرعة الاستجابة وضمان استمرارية الخدمات دون انخفاض الجودة.
- وختاماً، يمكن القول أن نجاح المؤسسات العمومية للصحة في تحقيق أهدافها الاستراتيجية مرهون بقدرتها على التوفيق بين الأساليب التسييرية الحديثة مع الاحتياجات المحلية مع ضرورة اعتماد التشخيص الدقيق الذي من شأنه أن يكشف عن نقاط الضعف للمؤسسات العمومية للصحة لاستدراكها ونقاط القوة لتعزيزها، مع التأكيد على ضرورة الابتكار والتحسين المستمر كعوامل محورية لضمان جودة الخدمات الصحية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً - باللغة العربية:

1* الكتب:

- أبو النصر مدحت. (2008). أساسيات إدارة الجودة الشاملة. القاهرة: دار الفجر للنشر.
- أحمد سيد مصطفى. (2005). إدارة الجودة الشاملة المفهوم والايرو 9000 دليل عصري للجودة والتنافسية. القاهرة: النشر خاص بالكاتب.
- السيد فؤاد البهي. (1979). علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري (الطبعة الثالثة). دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- الضمور هاني حامد. (2002). تسويق الخدمات (الطبعة الأولى). عمان: دار وائل للنشر.
- المسعودي حيدر علي. (2010). إدارة تكاليف الجودة استراتيجيا: دار اليازوري العلمية للنشر.
- بن أحمد الصالح، شاك، وبن محمد الصرمي خالد. (2015). الجودة الشاملة (ط 1). الأردن: دار الفكر.
- جاد الرب محمد السيد. (2008). الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية: دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- جودة محفوظ أحمد. (2008). إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات. عمان: دار وائل للنشر.
- حمود كاظم خضير. (2000). إدارة الجودة الشاملة. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- عبيدات محمد، وأبو نصار محمد، ومبيضين عقلة. (1999). منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات. عمان، الأردن: كلية العلوم الاقتصادية والإدارية، الجامعة الأردنية.
- عطية بهجت راضي، ويوسف العربي هشام. (2016). إدارة الجودة الشاملة المفهوم والفلسفة والتطبيقات. القاهرة: روابط للنشر وتقنية المعلومات.
- نصيرات فريد توفيق. (2008). إدارة منظمات الرعاية الصحية. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- هاير جوزيف، وهالت توماس، وغينكل كريستيان، وزارستد ماركو. (2020). الأساس في نمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية. (ترجمة، زكرياء بلخامسة) عمان: مركز الكتاب الأكاديمي.

2* الأطروحات والرسائل الجامعية:

- الحاج نعاى خديجة. (2020). أثر تطبيق نظام الجودة الشاملة على تحسين جودة الخدمات -دراسة حالة اتصالات الجزائر بناء على نموذج بالدريج. (أطروحة دكتوراه). جامعة حسينية بن بوعلي الشلف.
- السلامية نضال حلمي. (2007). إمكانية استخدام سيجماستة لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي. (مذكرة ماجستير غير منشورة). جامعة عمان العربية الأردن.
- العابد محمد. (2017). معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية (أطروحة دكتوراه). جامعة يحي فارس المدية.

- العوادي حمزة. (2018). الجودة الشاملة كمحدد أساسي لترقية صادرات المؤسسات الصناعية الجزائرية خارج المحروقات " دراسة استشرافية. (أطروحة دكتوراه). جامعة محمد خيضر بسكرة.
- الغامدي فوزية علي. (2017). أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات (دراسة ميدانية على مستشفيات محافظة جدة). (رسالة ماجستير). جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
- أوشن ريم. (2018). إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية. (أطروحة دكتوراه). جامعة باتنة 1
- بن حمدون خديجة. (2023). إستراتيجية تطوير الموارد البشرية وانعكاسها على جودة الخدمات الصحية في الجزائر. (أطروحة دكتوراه). جامعة غرداية
- بن فرحات عبد المنعم. (2018). انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات-دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة. (أطروحة دكتوراه). جامعة محمد خيضر بسكرة
- بن نعوم عبد اللطيف. (2021). دور التسيير العمومي الجديد في ترقية التنمية المحلية-دراسة حالة القطاع العام في الجزائر. (أطروحة دكتوراه). جامعة الجليلي ليايس سيدي بلعباس
- بودية بشير. (2016). إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية تراي بوجمة-بشار. (أطروحة دكتوراه). جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان
- بورويينة عزيز. (2022). رأس المال الفكري ودوره في تحسين جودة الخدمات الصحية. (أطروحة دكتوراه). المركز الجامعي عبد الحفيظ بالصوف ميلة
- بوكليخة ياسين. (2022). المناجمت الاستشفائية في الجزائر. (أطروحة دكتوراه). جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان
- بوقيرة محمد. (2021). أثر تطبيق حلقات الجودة على الجانب التسييري والخدمي للمنظمات الصحية (أطروحة دكتوراه). جامعة الجزائر 3
- تيشات سلوى. (2015). آفاق الوظيفة العمومية الجزائرية في ظل تطبيق المناجمت العمومي الجديد بالنظر إلى بعض التجارب الأجنبية (نيوزلندا، فرنسا، والولايات المتحدة الأمريكية). (أطروحة دكتوراه). جامعة أحمد بوقرة بومرداس
- حيواني خالد. (2015). التسيير العمومي الجديد كمقاربة لترقية الخدمة العمومية ومحاربة الفساد دراسة على ضوء التجارب الرائدة الولايات المتحدة الأمريكية، بريطانيا وسنغافورة. (مذكرة ماجستير). جامعة الحاج لخضر باتنة 1
- دوار عبد القادر. (2022). التسيير العمومي الجديد كمدخل استراتيجي لتحقيق التميز في أداء الخدمة العمومية. (أطروحة دكتوراه). جامعة أحمد بوقرة بومرداس
- رجيمي سارة. (2023). دور ذكاء الأعمال في تحقيق جودة الخدمات الصحية. (أطروحة دكتوراه). المركز الجامعي عبد الحفيظ بالصوف ميلة
- زديرة شرف الدين. (2017). دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (أطروحة دكتوراه). جامعة محمد خيضر بسكرة،
- سلطاني وفاء. (2016). تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها. (أطروحة دكتوراه). جامعة الحاج لخضر باتنة 1

- صغيرو نجاة. (2012). تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية. (مذكرة ماجستير). جامعة الحاج لخضر باتنة 1
- ضحاك نجية. (2012). تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر. (أطروحة دكتوراه). جامعة الجزائر 3
- عتيق عائشة. (2012). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية. (رسالة ماجستير). جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان
- عشي عادل. (2017). تحسين كفاءة المؤسسات الصحية باستخدام أسلوبي تحليل مغلف البيانات وعملية التحليل الهرمي. (أطروحة دكتوراه). جامعة الحاج لخضر باتنة 1
- فوغالي أحلام. (2013). التسيير العمومي الجديد وإصلاح البيروقراطيات الدولية: الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة أنموذجا. (رسالة ماجستير). جامعة الحاج لخضر باتنة 1
- قشي حبيبة. (2020). أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية. (أطروحة دكتوراه). جامعة محمد خيضر،
- لعرابي كريمة. (2017). تحديث التسيير العمومي في الجزائر بين الرهانات المعلنة والنتائج المحققة 2001-2015. (أطروحة دكتوراه). جامعة الجزائر 3
- لعقون سليم. (2018). أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أداء المؤسسات الاقتصادية الجزائرية. (أطروحة دكتوراه). جامعة محمد خيضر بسكرة،
- مديوني جميلة. (2016). نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية بالجزائر. (أطروحة دكتوراه). جامعة الجزائر 3
- موساوي سارة. (2019). التوافق بين ثقافة المؤسسة واستراتيجيتها بمؤسسات القطاع الصحي العمومي. (أطروحة دكتوراه). جامعة الجزائر 3
- هبال رياض. (2012). المقارنة بين إعادة الهندسة وإدارة الجودة الشاملة في كيفية إحداث التغيير في المؤسسة. (مذكرة ماجستير). جامعة الجزائر 3
- وحشي عفاف. (2018). أثر التسيير العمومي الحديث على كفاءة الإدارة العدلية. (أطروحة دكتوراه). جامعة الحاج لخضر باتنة 1
- يحي بويقات عبد الكريم. (2009). إشكالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية الحاصلة على شهادة الأيزو 1009 (أطروحة دكتوراه). جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.

3* المقالات العلمية:

- أحمد وهبه أماني. (2023). أثر التكامل بين نظام تكاليف تدفق القيمة واستراتيجية Six Sigma على بيئة الإنتاج: دراسة ميدانية. *المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية*، 4(2)، 579-626.
- البركنو نورة، وبوكميش لعلی. (2018). مدخل مفاهيمي-معرفي لإدارة الجودة الشاملة. *مجلة الحوار الفكري*، 13(15).
- الشافعي حسن، ونادي أحمد علي، وعلي البنا محمد. (2021). متطلبات تطبيق نموذج كايزن الياباني للتحسين المستمر لتحقيق التميز الإداري بالمؤسسات الرياضية. *مجلة تطبيقات علوم الرياضة*، 7(109)، 248-268.
- الشامي محمد مسعد. (2023). دور الشراكة بين القطاعين العام والخاص كأداة لتحقيق التنمية المستدامة. *مجلة البحوث المالية والتجارية*، 24(01)، 42-67.

- بجنيقة ياسين، ومغيث حامة كنزة. (2019). الشراكة بين القطاعين العام والخاص مطلب تنموي للنهوض بالخدمة العمومية في الجزائر. *مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية*، 5(2)، 385-400.
- بداوي محمد، ونعيجات عبد الحميد، وحمدي أبو القاسم. (2019). تحليل الوساطة في أبحاث التسويق: تأثير الجودة المدركة على ولاء زبائن شركة موبيليس لإتصالات الهاتف النقال. *المجلة العربية للإدارة*.
- بديسي فهمية، وزويوش بلال. (2011). جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات. *مجلة الاقتصاد والمجتمع*، 07(07).
- برسولي فوزية، وعبد الصمد سميرة. (2018). جودة الخدمات الصحية: المفاهيم ومداخل القياس. *مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية*، 02(02).
- بلفوضيل حسين. (2022). دور عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحقيق التنمية المستدامة. *مجلة الاستثمار والتنمية المستدامة*، 1(2)، 48-68.
- بلمرداسي يامن. (2020). إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية. *مجلة الوقاية والأرغوميا جامعة الجزائر* 2، 08(02)، 81-101.
- بن سعيد حياة، وزباني عبد الحق. (2023). واقع تطبيق منهج Lean six sigma في المؤسسات الاقتصادية الجزائرية دراسة حالة مؤسسة نفطال. *مجلة المنهل الاقتصادي*، 06(01).
- بن عيسى ليلي. (2013). الحكم الراشد أحد مقومات التسيير العمومي الجديد. *مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية*، 14.
- بن عيشي عمار. (2012). تشخيص واقع إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية دراسة ميدانية على مستشفى بشير بن ناصر بسكرة. *أبحاث اقتصادية وإدارية*، 11(11).
- بوداوي فاطمة، وبوشنافة أحمد. (2020). حدود التسيير العمومي الجديد كنموذج لإصلاح للإدارة العامة في الجزائر. *مجلة البديل الاقتصادي*، 05(02).
- بومعروف إلياس. (2010). القدرة التنافسية للمنظمة الاستشفائية: المفهوم والأبعاد. *مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير*، 10(10).
- جوال محمد السعيد. (2016). أداء المنظمات العمومية في ظل مقارنة التسيير العمومي الجديد NPM: دراسة نظرية تحليلية. *مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا*، 14(14)، 53-84.
- خليل صبرينة، وزديرة شرف الدين، وحداد عمار. (2021). مشروع المؤسسة كأداة حديثة للتسيير الاستشفائي في الجزائر. *Journal of Economic Growth and Entrepreneurship*، 04(01).
- دبون عبد القادر. (2008). دور مداخل التكيف التكنولوجي في إدارة التغير في المؤسسة. *مجلة الباحث*، 6(1)، 159-174.
- دلندة مراد، وبن عمران محمد الأخضر. (2020). تأثير الشراكة بين القطاعين العام والخاص على أداء المرافق العامة. *المجلة الجزائرية للأمن الإنساني*، 05(01)، 245-407.
- دهان أحمد السعيد، وعقاقة عبد العزيز. (2023). التسيير العمومي الجديد ودوره في تحقيق جودة الخدمة الصحية في الجزائر. *المجلة الجزائرية للأمن والتنمية*، 12(3)، 16-32.
- رشيد ميسون عبد الكريم محمد، وفليح خلف رشم. (2022). تقييم جودة الخدمات الصحية باستخدام مقياس PubHosQual 2021-2022 بغداد-مشفى اليرموك التعليمي. *مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية*، 6(27)، 113-140.

- زديرة شرف الدين، زمران كريم، وباديس نبيلة. (2019). جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات دراسة استطلاعية لآراء المرضى في المؤسسة العمومية الاستشفائية على بوسجادة -خنشلة-. *مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية*، 02(01)، 172-191.
- سايحي عبد الحق، وخثيري محمد. (2007). محاولة لدراسة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية. *مجلة إدارة*، 17(33).
- سناني لبنى. (2023). جودة الخدمات الصحية: مدخل مفاهيمي. *مجلة سوسيولوجيا*، 7(1)، 57-68.
- شمخي فرح ناظم، وعامر محمد سلمان. (2021). تأثير تكاليف الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية. *Journal of Accounting and Financial Studies (JAFS)*، 16(54)، 27-49.
- عاشور طارق. (2012). مقارنة التسيير العمومي الجديد كآلية لدعم وتعزيز تنافسية وكفاءة المنظمات الحكومية. *أداء المؤسسات الجزائرية*، 01(01).
- عقون سعاد، ومقدود وهيبية. (2022). تفعيل المناجنت العمومي الجديد في المؤسسات الاستشفائية من خلال مشروع المؤسسة. *مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا*، 18(28)، 517-538.
- عيسى محمد عبد العال. (2018). الشراكة بين القطاعين العام والخاص: المفهوم والأسباب والدوافع والصور. *المجلة العربية للإدارة*، 38(3)، 37-52.
- غيدة فلة، وبن فريجة نجا. (2021). دراسة تجارب عربية وأجنبية أساليب الشراكة بين القطاعين العام والخاص. *مجلة صوت القانون*، 07(03).
- كواديك حمزة. (2021). مدى فعالية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين (عرض تجارب دولية لمؤسسات صحية رائدة). *مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية*، 05(02)، 267-284.
- لحول كمال، وديلمى هاجيرة. (2022). منهجية تسيير الإنفاق العمومي في الجزائر بين الواقع وآفاق الإصلاح لسنة 2023 دراسة تحليلية للقطاع الفرعي الشباب والرياضة بين التسيير التقليدي والتسيير الحديث. *المجلة الجزائرية للمالية العمومية*، 12(1)، 319-346.
- لكموتة إبراهيم، وضيف الله محمد الهادي، والعبيسي علي. (2023). تكاليف جودة الخدمات الصحية. *مجلة المنهل الاقتصادي*، 06(01)، 1297-1304.
- مايده محمد فيصل، ولكموتة ابراهيم. (2022). تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الإستشفائية بالجزائر من وجهة نظر الموظفين (الطاقم الطبي والإداريين) (دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بن عمر الجيلاني بالوادي). *مجلة الاقتصاد والتنمية المستدامة*، 05(01).
- مغيث كنزة. (2019). إشكالية إصلاح الدولة في ضوء مقارنة المناجنت العمومي الحديث. *مجلة إدارة*، 51(51).
- مناصرة سميحة. (2023). الشراكة بين القطاع العام والخاص ودورها في تحقيق التغطية الصحية الشاملة. *مجلة الحقوق والعلوم السياسية جامعة عباس لغرور خنشلة*، 10(01)، 429-441.
- يوسف أسماء، وتيشات سلوى. (2020). واقع جودة الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المريض في المؤسسة الاستشفائية لطب العيون صداقة الجزائر كوبا ورقلة. *المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية*، 07(01).

4* القوانين والمراسيم والقرارات الوزارية:

- القانون رقم 11-18. (2018). يتعلق بالصحة. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 46 المؤرخ في 02 يوليو 2018.
- القانون العضوي رقم 15-18. (2018). يتعلق بقوانين المالية. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 53 المؤرخ في 02 سبتمبر 2018.
- المرسوم الرئاسي رقم 03-270. (2003). يتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية الجامعية لوهراة وتنظيمها وسيرها. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 48 المؤرخ في 13 غشت 2003.
- المرسوم الرئاسي رقم 12-281. (2012). يتضمن إنشاء مؤسسات استشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 41 المؤرخ في 09 يوليو 2012.
- المرسوم الرئاسي رقم 16-03. (2016). يتضمن إنشاء المرصد الوطني للمرفق العمومي. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 02 المؤرخ في 07 جانفي 2016.
- المرسوم الرئاسي رقم 24-340. (2024). يعدل المرسوم التنفيذي رقم 18-114 المحدد للقانون الأساسي النموذجي للمستشفى المختلط. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 71 المؤرخ في 10 أكتوبر 2024.
- المرسوم التنفيذي رقم 93-05. (1993). يتضمن إعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية العدد 02، المؤرخ في 02 يوليو 1993.
- المرسوم التنفيذي رقم 97-465. (1997). يحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 81 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997.
- المرسوم التنفيذي رقم 97-467. (1997). يحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 81 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997.
- المرسوم التنفيذي رقم 98-423. (1998). يتضمن إنشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لدى المراكز الاستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 94 المؤرخ في 13 ديسمبر 1998.
- المرسوم التنفيذي رقم 07-140. (2007). يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وسيرها. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 33 المؤرخ في 19 مايو 2007.
- المرسوم التنفيذي رقم 15-11. (2015). يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي ومراكز تصفية الدم الخاصة. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 04 المؤرخ في 14 جانفي 2015.
- المرسوم التنفيذي رقم 18-114. (2018). يحدد القانون الأساسي النموذجي للمستشفى المختلط. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 22، المؤرخ في 17 أبريل 2018.
- المرسوم التنفيذي رقم 20-60. (2020). يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 16 المؤرخ في 14 مارس 2022.

- المرسوم التنفيذي رقم 23-216. (2024). يعدل ويتم المرسوم التنفيذي رقم 96-68 المؤرخ في 27-01-1996 المتضمن إنشاء المفتشية العامة في وزارة الصحة والسكان وتحديد مهامها وتنظيمها وعملها. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 40 المؤرخ في 07 جويلية 2023.
- القرار المؤرخ في 17 جويلية 2023. (2023). يتعلق المقرر والاختصاص الإقليمي للمفتشيات الجهوية للصحة. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية العدد 95 المؤرخ في 17 جويلية 2023.

ثانياً-باللغة الأجنبية:

1* Books :

- Bhagwan, Vishnoo, Vidya Bhushan, and Vandana Mohla. (1988). *Public administration* : S. Chand Publishing.
- Dale, Barrie G, Ton Van Der Wiele, and Jos Van Iwaarden. (2007). *Managing quality*: John Wiley & Sons.
- Engel, Eduardo, Ronald Fischer, and Alexander Galetovic. (2008). *Public-private partnerships* .
- Nunes, Rui. (2021). *Healthcare as a Universal Human Right: Sustainability in Global Health*. Taylor & Francis.
- OECD. (2008). *Public-private partnerships: In pursuit of risk sharing and value for money* (Vol. 03): Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD. (2023). *Government at a Glance 2023*: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OMS. (2019). *Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité : approche pratique de formulation d'une politique et d'une stratégie pour l'amélioration de la qualité des soins* .
- Pollitt, Christopher, and Geert Bouckaert. (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford University Press .
- Sekaran, Uma. (2003). *Research Methods for Business: A Skill-Building Approach* (4 ed.). USA: John Wiley & Sons, Inc.

2* Dissertation and theses:

- Abu Zayed, Mohammed. (1994). *Total Quality Management: The Case for the Public Sector a Comparative Study of the Implementation of Total Quality Management in Three Health Care Organizations*. (PhD dissertation). Portland State University.

- Guenoun, Marcel. (2009). *Le management de la performance publique locale. Etude de l'utilisation des outils de gestion dans deux organisations intercommunales* (PhD dissertation). Université Paul Cézanne-Aix-Marseille III.
- Vinot, Didier. (1999). *Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation*. (PhD dissertation). Université Jean Moulin-Lyon III.
- Zaghmouri, Noura. (2019). *Managerial innovations and local management within health organisations : Innovations managériales et management de proximité au sein des organisations de santé*. (PhD dissertation). Université de Lorraine.
- Zbaracki, Mark Joseph. (1994). *The rhetoric and reality of total quality management*: (PhD dissertation). Stanford University.

3* Scientific articles:

- Aagja, Jayesh P., & Garg, Renuka. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(1), 60–83.
- Abord de Chatillon, Emmanuel, & Desmarais, Céline. (2012). Le nouveau management public est-il pathogène ? *Management International*, 16(3), 10–24.
- Abuosi, Aaron A., & Atinga, Roger A. (2013). Service quality in healthcare institutions: Establishing the gaps for policy action. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(5), 481–492.
- Adil, Mohd, Al Ghaswyneh, Odai Falah Mohammad, & Albkour, Alaa Musallam. (2013). Servqual and Servperf: A review of measures in services marketing research. *Global Journal of Management and Business Research Marketing*, 13(6), 65–76.
- Ahmed, Selim, Manaf, Noor H. A., & Islam, Rafikul. (2013). Effects of Lean Six Sigma application in healthcare services: A literature review. *Reviews on Environmental Health*, 28(4), 189–194.
- Allahham, Lilas, Mouselli, Sulaiman, & Jakovljevic, Mihajlo. (2022). The quality of Syrian healthcare services during COVID-19: A Healthqual approach. *Frontiers in Public Health*, 10, 922-970.
- Almomani, R., Al-Ghdabi, R., & Banyhamdan, K. (2020). Patients' satisfaction of health service quality in public hospitals: A PubHosQual analysis. *Management Science Letters*, 10(8), 1803–1812.
- Alonso, Jose M., Clifton, Judith, & Díaz-Fuentes, Daniel. (2015). Did new public management matter? An empirical analysis of the outsourcing and decentralization effects on public sector size. *Public Management Review*, 17(5), 643–660.

-
- Amar, Anne, & Berthier, Ludovic. (2007). Le nouveau management public : Avantages et limites. *Gestion et Management Publics*, 5, 1–14.
- Anderson, Stuart. (2012). Public, private, neither, both? Publicness theory and the analysis of healthcare organisations. *Social Science & Medicine*, 74(3), 313–322.
- Andrews, Rhys, Beynon, Malcolm J., & McDermott, Aoife. (2019). Configurations of new public management reforms and the efficiency, effectiveness and equity of public healthcare systems: A fuzzy-set qualitative comparative analysis. *Public Management Review*, 21(8), 1236–1260.
- Arain, Mubashir, Campbell, Michael J., Cooper, Cindy L., & Lancaster, Gillian A. (2010). What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 1–7.
- Balak, Naci, Broekman, Marika L. D., & Mathiesen, Tiit. (2020). Ethics in contemporary health care management and medical education. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(3), 699–706.
- Barrios-Ipenza, Fernando, Calvo-Mora, Arturo, Velicia-Martín, Félix, Criado-García, Fernando, & Leal-Millán, Antonio. (2020). Patient satisfaction in the Peruvian health services: Validation and application of the Healthqual scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5111.
- Behrens, John T. (1997). Principles and procedures of exploratory data analysis. *Psychological Methods*, 2(2), 131.
- Bennaoum, Abdellatif. (2021). Les fondements et les principes du nouveau management public ‘NMP’ ; une nouvelle approche pour les administrations publiques en Algérie. *Journal d'Études en Économie et Management*, 4(1).
- Berman, Evan M., Milakovich, Michael E., & West, Jonathan P. (1996). Implementing TQM in state public health agencies. *Journal of Health and Human Services Administration*, 18(2), 182–205.
- Berman, Peter, Azhar, Azrina, & Osborn, Elizabeth J. (2019). Towards universal health coverage: Governance and organisational change in ministries of health. *BMJ Global Health*, 4(5), e001735.
- Bernrath, William. (1998). Le nouveau management public : Concept, situation en Wallonie. Quelques réflexions, visions et conclusions opérationnelles. *Revue OSF*, 92.
- Bhat, Shreeranga, Antony, Jiju, Gijo, E. V., & Cudney, Elizabeth A. (2020). Lean Six Sigma for the healthcare sector: A multiple case study analysis from the Indian context. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 37(1), 90–111.

- Black, Simon A., & Porter, Leslie J. (1996). Identification of the critical factors of TQM. *Decision Sciences*, 27(1), 1–21.
- Boubnad, Mohamed Amine, El Hila, Rachid, Hajbi, Rachid, & Saadi, Mohammed. (2021). Le New Public Management: Émergence et portée. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 2(5), 720–735.
- Bouherour, Nour El-Houda, & Zebouchi, Mohamed Abderraouf. (2022). Evaluation of public-private partnership (PPP) projects in the Algerian context: An overview of seven joint ventures active in particular sectors. *Algerian Review of Economic Development*, 9(1).
- Bouklikha, Yassine, & Kara Terki, Assia. (2021). New public management in healthcare institutions in Algeria (an institutional planning model)—Case study of the mother and child specialized hospital establishment of Tlemcen (Algeria). *Journal of Social Researcher*, 17(3).
- Bourque, Mélanie. (2007). Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : Les cas du Québec et du Royaume-Uni. *Revue Gouvernance*, 4(1).
- Boyne, George A., & Walker, Richard M. (2002). Total quality management and performance: An evaluation of the evidence and lessons for research on public organizations. *Public Performance & Management Review*, 26(2), 111–131.
- Bueno, David Cababaro, & Salapa, Aristeo C. (2021). The metamorphosis of management theories from classical to modern: Analysis in the context of public administration. *IMRad Journal*, 4.
- Buse, Kent, & Walt, Gill. (2000). Global public-private partnerships: Part II—What are the health issues for global governance? *Bulletin of the World Health Organization*, 78(5), 699–709.
- Chiarini, Andrea, & Bracci, Enrico. (2013). Implementing Lean Six Sigma in healthcare: Issues from Italy. *Public Money & Management*, 33(5), 361–368.
- Colak, Cagri D. (2019). Why the new public management is obsolete: An analysis in the context of the post-new public management trends. *Croatian and Comparative Public Administration*, 19(3), 517.
- Croasmun, James T., & Ostrom, Lee. (2011). Using Likert-type scales in the social sciences. *Journal of Adult Education*, 40(1), 19–22.
- Dhaouadi, Inès, El Akremi, Assâad, & Igalens, Jacques. (2008). Une analyse critique du management par la qualité totale : Implications pour la GRH. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 68, 2–22.

-
- Djellal, Faridah, & Gallouj, Faïz. (2005). Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy*, 34(6), 817–835.
- Dunn, William N., & Miller, David Y. (2007). A critique of the new public management and the neo-Weberian state: Advancing a critical theory of administrative reform. *Public Organization Review*, 7(4), 345–358.
- Endeshaw, Berhanu. (2021). Healthcare service quality-measurement models: A review. *Journal of Health Research*, 35(2), 106–117.
- Forrer, John, Kee, James Edwin, Newcomer, Kathryn E., & Boyer, Eric. (2010). Public–private partnerships and the public accountability question. *Public Administration Review*, 70(3), 475–484.
- Fourie, David Johannes, & Jordaan, Johan. (2013). Towards best practice financial performance management: A platform design for stewardship in public administration. *African Journal of Public Affairs*, 6(1).
- Ghobadian, Abby, & Gallear, David. (1997). TQM and organization size. *International Journal of Operations & Production Management*, 17(2), 121–163.
- Glouberman, Sholom, & Mintzberg, Henry. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–69.
- Glouberman, Sholom, & Mintzberg, Henry. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(2), 70–84.
- Groot, Tom, & Budding, Tjerk. (2008). New public management’s current issues and future prospects. *Financial Accountability & Management*, 24(1), 1–13.
- Hackman, J. Richard, & Wageman, Ruth. (1995). Total quality management: Empirical, conceptual, and practical issues. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 309–342.
- Hellsten, Ulrika, & Klefsjö, Bengt. (2000). TQM as a management system consisting of values, techniques and tools. *The TQM Magazine*, 12(4), 238–244.
- Hill, Stephen, & Wilkinson, Adrian. (1995). In search of TQM. *Employee Relations*, 17(3), 8–25.
- Hood, Christopher. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19.
- Hood, Christopher, & Peters, Guy. (2004). The middle aging of new public management: Into the age of paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(3), 267–282.
- Hurlimann, Claire. (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 35, 23–28.

- Ibrahim, Sarah A., Reynolds, Kelly A., Poon, Emily, & Alam, Murad. (2022). The evidence base for US Joint Commission hospital accreditation standards: Cross sectional study. *BMJ Journal*, 377.
- Ireh, Maduakolam. (1994). Applying the Deming TQM philosophy to the school setting. *American Secondary Education*, 22(2), 8–15.
- Itumalla, Ramaiah, Acharyulu, G. V. R. K., & Shekhar, B. Raja. (2014). Development of HospitalQual: A service quality scale for measuring in-patient services in hospital. *Operations and Supply Chain Management: An International Journal*, 7(2), 54–63.
- Jingjit, Rutaichanok, & Fotaki, Marianna. (2010). Confucian ethics and the limited impact of the new public management reform in Thailand. *Journal of Business Ethics*, 97(1), 61–73.
- Joudyian, Nasrin, Doshmangir, Leila, Mahdavi, Mahdi, Tabrizi, Jafar Sadegh, & Gordeev, Vladimir Sergeevich. (2021). Public-private partnerships in primary health care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–18.
- Kalimullah, Nazmul Ahsan, Alam, Kabir M. Ashraf, & Nour, M. A. (2012). New public management: Emergence and principles. *BUP Journal*, 1(1), 1–22.
- Kaluzny, Arnold D., McLaughlin, Curtis P., & Simpson, Kit. (1992). Applying total quality management concepts to public health organizations. *Public Health Reports*, 107(3), 257.
- Katsamunskaya, Polya. (2012). Classical and modern approaches to public administration. *Economic Alternatives*, 1, 74–81.
- Kolthoff, Emile, Huberts, Leo, & Van Den Heuvel, Hans. (2006). The ethics of new public management: Is integrity at stake? *Public Administration Quarterly*, 30(4), 399–439.
- Krüger, Volker. (2001). Main schools of TQM: “The big five”. *The TQM Magazine*, 13(3), 146–155.
- Lapuente, Victor, & Van de Walle, Steven. (2020). The effects of new public management on the quality of public services. *Governance*, 33(3), 461–475.
- Lee, DonHee. (2017). Healthqual: A multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business*, 11(3), 491–516.
- Lee, DonHee, & Kim, Kai K. (2017). Assessing healthcare service quality: A comparative study of patient treatment types. *International Journal of Quality Innovation*, 3(1), 1–15.
- Lukman, Arif. (2023). New public management critical review. *Journal Research of Social Science, Economics and Management*, 2(9).

- Maesschalck, Jeroen. (2004). The impact of new public management reforms on public servants' ethics: Towards a theory. *Public Administration*, 82(2), 465–489.
- Malmqvist, Johan, Hellberg, Kristina, Möllås, Gunvie, Rose, Richard, & Shevlin, Michael. (2019). Conducting the pilot study: A neglected part of the research process? Methodological findings supporting the importance of piloting in qualitative research studies. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1609406919878341.
- Martínez-Lorente, Angel R., Dewhurst, Frank, & Dale, Barrie G. (1998). Total quality management: Origins and evolution of the term. *The TQM Magazine*, 10(5), 378–386.
- McDermott, Olivia, Antony, Jiju, Bhat, Shreeranga, Jayaraman, Raja, Rosa, Angelo, Marolla, Giuliano, & Parida, Ratri. (2022). Lean Six Sigma in healthcare: A systematic literature review on motivations and benefits. *Processes*, 10(10), 1910.
- Milakovich, Michael E. (1991). Total quality management in the public sector. *National Productivity Review*, 10(2), 195–213.
- Minvielle, Etienne. (1999). Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? *Revue Politiques et Management Public*, 17(4), 59–84.
- Mitchell, Pamela H., Ferketich, Sandra, Jennings, Bonnie M., & American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care. (1998). Quality health outcomes model. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46.
- Mongkol, Kulachet. (2011). The critical review of new public management model and its criticisms. *Research Journal of Business Management*, 5, 35–43.
- Motwani, Jaideep. (2001). Critical factors and performance measures of TQM. *The TQM Magazine*, 13(4), 292–300.
- Naidu, Aditi. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 366–381.
- Näslund, Dag. (2008). Lean, Six Sigma and Lean Sigma: Fads or real process improvement methods? *Business Process Management Journal*, 14(3), 269–287.
- Nelissen, Nico, & De Goede, Peter. (2003). Public management: The need for ambiguity tolerance and moral engagement. *International Journal of Public Administration*, 26(1), 19–34.
- Nhema, Alfred G. (2015). Relevance of classical management theories to modern public administration: A review. *Journal of Public Administration and Governance*, 5(3), 165–179.

- Oughari, Nessrine, Gourine, Hadj Kouider, & Merhoum, Mohamed El Habib. (2020). Vers le nouveau management public, pour mettre en place une meilleure gouvernance dans les organismes de santé en Algérie. *Revue Algérienne d'Économie et Gestion*, 14(1).
- Oun, Tariq A., Blackburn, Timothy D., Olson, Bill A., & Blessner, Paul. (2016). An enterprise-wide knowledge management approach to project management. *Engineering Management Journal*, 28(3), 179–192.
- Pocha, Christine. (2010). Lean Six Sigma in health care and the challenge of implementation of Six Sigma methodologies at a Veterans Affairs Medical Center. *Quality Management in Healthcare*, 19(4), 312–318.
- Rachedi, Abdelkader. (2012). Le management de la qualité totale: T.Q.M les outils de développement de la performance des entreprises (le cas de l'entreprise algérienne). *مجلة الإستراتيجية والتنمية*, 2(2), 93–118.
- Radin, Beryl A., & Coffee, Joseph N. (1993). A critique of TQM: Problems of implementation in the public sector. *Public Administration Quarterly*, 17(4), 42–54.
- Rahman, Md Mizanur, Liberman, Leslie Sue, Giedraitis, Vincentas Rolandas, & Akhter, Tahmina. (2013). The paradigm from traditional public administration to new public management system in Bangladesh: What do reform initiatives stand for. *Advances in Economics and Business*, 1(3), 297–303.
- Rahman, Shamsur, & Bullock, Philip. (2005). Soft TQM, hard TQM, and organisational performance relationships: An empirical investigation. *Omega*, 33(1), 73–83.
- Ramsaran-Fowdar, Roshnee R. (2005). Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 28(4), 428–443.
- Rosenhoover, Donald E., & Kuhn, Harold W. (1996). Total quality management and the public sector. *Public Administration Quarterly*, 20(4), 435–455.
- Roy, H. J. Ghosh, Vinayek, Ravinder, & Gupta, Ravi. (2002). TQM in health care organisations: An empirical investigation. *Journal of Commerce and Information Technology*, 2(2), 1–13.
- Salah, Souraj, Rahim, Abdur, & Carretero, Juan A. (2010). The integration of Six Sigma and Lean Management. *International Journal of Lean Six Sigma*, 1(3), 249–274.
- Scharitzer, Dieter, & Korunka, Christian. (2000). New public management: Evaluating the success of total quality management and change management interventions in public services from the employees' and customers' perspectives. *Total Quality Management*, 11(7), 941–953.

- Sebai, Jihane, & Yatim, Fatima. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : Confluence et paradoxe. *Santé Publique*, 30(4), 517–526.
- Setijono, Djoko, & Dahlgaard, Jens J. (2008). The value of quality improvements. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 25(3), 292–312.
- Shine, Kenneth I. (2002). Health care quality and how to achieve it. *Academic Medicine*, 77(1), 91–99.
- Simonet, Daniel. (2014). Assessment of new public management in health care: The French case. *Health Research Policy and Systems*, 12, 1–9.
- Simonet, Daniel. (2015). The new public management theory in the British health care system: A critical review. *Administration & Society*, 47(7), 802–826.
- Skietrys, Eugenijus, Raipa, Alvydas, & Bartkus, Edverdas Vaclovas. (2008). Dimensions of the efficiency of public-private partnership. *Engineering Economics*, 58(3).
- Sohail, M. Sadiq, & Hasan, Mehedi. (2021). Students' perceptions of service quality in Saudi universities: The Servperf model. *Learning and Teaching in Higher Education: Gulf Perspectives*, 17(1), 54–66.
- Swiss, James E. (1992). Adapting total quality management (TQM) to government. *Public Administration Review*, 52(4), 356–362.
- Tabrizi, Jafar Sadegh, Azami-Aghdash, Saber, & Gharaee, Hojatolah. (2020). Public-private partnership policy in primary health care: A scoping review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11.
- Tabrizi, Jafar Sadegh, Goshayie, Elaheh Hagh, Doshmangir, Leila, & Yousefi, Mahmood. (2018). The barriers to implementation of new public management strategies in Iran's primary health care: A qualitative study. *Journal of Liaquat University of Medical & Health Sciences*, 17(1), 8–17.
- Talib, Faisal, Azam, Mohammed, & Rahman, Zillur. (2015). Service quality in healthcare establishments: A literature review. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 5(1–2), 1–24.
- Tetteh, Hassan A. (2012). Kaizen: A process improvement model for the business of health care and perioperative nursing professionals. *AORN Journal*, 95(1), 104–108.
- Torfing, Jacob, & Bentzen, Tina Øllgaard. (2020). Does stewardship theory provide a viable alternative to control-fixated performance management? *Administrative Sciences*, 10(4), 86.
- Trosa, Sylvie. (2006). À propos de la deuxième édition de l'ouvrage de Christopher Pollitt et Geert Bouckaert : Public management reform : A comparative analysis. *Revue Française d'Administration Publique*, 3, 555–561.

- Van Teijlingen, Edwin, & Hundley, Vanora. (2002). The importance of pilot studies. *Nursing Standard*, 16(40), 33.
- Vassileva, Bistra, & Balloni, Antonio José. (2015). Service quality measurement: Implications for healthcare sector in Bulgaria. *International Journal of Auditing Technology*, 2(3), 207–228.
- Vinni, Rauno. (2007). Total quality management and paradigms of public administration. *International Public Management Review*, 8(1), 103–131.
- Wetzels, Martin., Odekerken-Schröder, Gaby, & Van Oppen, Claudia. (2009). Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS Quarterly*, 33(1).
- Yamamoto, Hiraku. (2007). Multi-level governance and public private partnership: Theoretical basis of public management. *Interdisciplinary Information Sciences*, 13(1), 65–88.
- Zaato, Joshua Jebuntie. (2009). Re-examining the rhetoric of public management reform from a critical management studies perspective. *Revue Gouvernance*, 6(2).

4*Conferences

- Allen-Duck, Angela, Jennifer C Robinson, and Mary W Stewart. (2017). Healthcare quality: A concept analysis. Paper presented at the *Nursing forum*.
- Kasper, Maristel Silva, Felipe Lima dos Santos, Poliana Silva de Oliveira, Janaina Pereira da Silva, Karen da Silva Santos, Priscila Norié de Araujo, Gabriella Carrijo Souza, et al. (2023). The Work of Nurses in Primary Health Care: Crossings of the New Public Management. Paper presented at the *Healthcare Conference*.
- Prošić, Slobodan. (2011). Kaizen Management Philosophy. Paper presented at the *International Symposium Engineering Management and Competitiveness, Zrenjanin, Serbia*.

5*Others (Book Chapters, Reports, etc.)

- Mönks, Joost Gerard. (1998). *La Nouvelle Gestion Publique : Boîte à Outils ou Changement Paradigmatique ?*
- Lewis, Mervyn K. (2001). *Risk Management in Public Private Partnerships*. CEGE Discussion Papers.
- Trosa, Sylvie. (1997). The era of post-managerialism. In *Managerialism: The Great Debate*. Melbourne University Press.

إسلام حقيقى

الملحق رقم 1

جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير



استبيان دراسة بحثية

سيدي/سيديتي الكريم(ة):

يطيب لنا أن نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي صمم في إطار دراسة بحثية بعنوان: أهمية التكامل بين تبني التسيير العمومي الحديث وإدارة الجودة الشاملة في رفع جودة الخدمات الصحية دراسة حالة لعينة من المؤسسات العمومية للصحة بولاية باتنة، كجزء من متطلبات نيل شهادة الدكتوراه (ل م د) في تخصص التسيير العمومي.

ولما كان لآرائكم بالغ الأثر في نجاح هذه الدراسة، نرجو أن تكون قراءة فقراته بعناية والإجابة على جميع أسئلة الاستبيان بصدق وموضوعية، حيث أن صحة النتائج تعتمد على مدى مساهمتكم ودرجة توافق إجاباتكم مع انطباعاتكم، وذلك بوضع علامة X في الخانة المناسبة

نحيطكم علما أن إجاباتكم ستحظى بالسرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، ولكم منا فائق التقدير والاحترام.

تحت إشراف: أ.د. وفاء رايس

من إعداد الطالبة: زوليغة رحمان

القسم الأول: البيانات العامة

1*المسمى الوظيفي: مدير [] مدير فرعي [] رئيس مكتب []

طبيب رئيس مصلحة [] طبيب رئيس وحدة []
منسق نشاطات شبه الطبية بين المصالح [] شبه طبي رئيس مصلحة [] شبه طبي رئيس وحدة []

2*العمر: أقل من 30 [] من 30 إلى 39 [] من 40 إلى 49 [] 50 أو أكثر []

3*الجنس: أنثى [] ذكر []

4*المستوى التعليمي: ثانوي [] جامعي [] دراسات عليا []

5*سنوات الخبرة: أقل من 5 سنوات [] من 5 إلى 9 سنوات [] 10 سنوات فأكثر []

القسم الثاني: محاور الاستبيان

الجزء الأول: أبعاد التسيير العمومي الحديث

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	لست متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
بعد اللامركزية						
NPM1	يمكن للمسؤول اتخاذ قرارات في حدود مسؤوليته دون الرجوع إلى المسؤول الأعلى.					
NPM2	تمنح الاستقلالية لرؤساء المصالح بالمستشفى لاتخاذ القرارات المناسبة للمصلحة					
NPM3	تفويض الصلاحيات لصالح المستويات الدنيا يساهم في فاعلية عملية اتخاذ القرارات					
NPM4	يدرك كل موظف في المستشفى المهام الموكلة له حسب وثيقة توصيف الوظيفة					
NPM5	عمليات الاتصال بين مختلف عمال المصالح سهلة وسلسة في الاتجاهين الأفقي والعمودي					
بعد مشاركة أصحاب المصلحة (الموظفون، المرضى، ممثلو المجتمع المحلي...)						
NPM6	يتم تنظيم اجتماعات دورية بين إدارة المستشفى ومختلف الفاعلين من المجتمع المدني					
NPM7	يشارك الموظفون بالمستشفى في عملية صنع القرارات					
NPM8	يفتح المستشفى أبوابه لتعزيز العمل التطوعي والخيري لمختلف الأطراف ذات المصلحة					
NPM9	تعرض إدارة المستشفى لأصحاب المصلحة نتائج تقاريرها المالية والأدبية بكل شفافية					
NPM10	يقوم أصحاب المصلحة بتقييم أداء المديرين					
بعد تطوير الشراكات						
NPM11	توجد شراكة بين القطاعين العمومي والخاص تلي احتياجات المواطنين في مجال الصحة بفعالية أكثر					
NPM12	تكفل القطاع الخاص بتقديم الخدمات الصحية يعتبر حافزا للقطاع العمومي لتحسين جودة خدماته					
NPM13	تبنى القطاع الخاص لبعض المهام في مجال تقديم الخدمة يخفف الضغط على القطاع الصحي العمومي					
NPM14	استناد المستشفى لتقديم خدمات مثل التنظيف، الاطعام، الأمن للقطاع الخاص يحسن نوعية الخدمة					
NPM15	الشراكة بين القطاع العمومي والخاص ساهمت في ترشيد النفقات العمومية					
بعد الرقابة والتقييم المستمر						
NPM16	تقوم إدارة المستشفى بتقييم دوري لأداء الموظفين					
NPM17	تقوم إدارة المستشفى بعمليات رقابة وتقييم مستمر لمستوى الخدمات الصحية المقدمة					
NPM18	الفرق الطبية بالمستشفى تقوم بعملية رقابة مسبقة لمتطلبات التدخل الطبي لصالح المريض					
NPM19	تقوم إدارة المستشفى باستطلاع آراء المرضى حول جودة الخدمات الصحية بشكل دوري					
NPM20	يتيح المستشفى لمرضى إمكانية التعبير عن آرائهم عبر سجل الآراء والموقع الإلكتروني للمستشفى					
بعد المساءلة						
NPM21	تقوم إدارة المستشفى بمساءلة الموظفين عن أدائهم					
NPM22	يعاقب كل من عرقل سير عملية التكفل الجيد للمرضى					
NPM23	يحاسب كل من قام بتعطيل أو تخريب ممتلكات المستشفى وفق قوانين الدولة السارية المتعلقة بالمساس بالمرفق العمومي					
NPM24	تعزز إدارة المستشفى استخدام الحوافز بناء على الأداء بدل الرواتب الثابتة لتحسين الأداء العام					
NPM25	تمول المستشفيات ماليا بناء على نتائج أدائها التي حققتها					

الجزء الثاني: أبعاد إدارة الجودة الشاملة

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	لست متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
بعد دعم القيادة العليا						
TQM1	تحرص الإدارة العليا للمستشفى على تعزيز مفاهيم الجودة من خلال الالتزام بالمعايير الدولية للصحة					
TQM2	تدعم القيادات العليا الطبية والإدارية للمستشفى مبادرات تطوير وتحسين الأداء					
TQM3	تعتبر الإدارة العليا للمستشفى أن جودة الخدمة الصحية هي مسؤولية الجميع					
TQM4	تخطط الإدارة العليا لعملية تحسين الجودة بالمستشفى بمشاركة الموظفين					
TQM5	توفر القيادات العليا الموارد الكافية (بشرية، مادية، تقنية) لتحسين جودة الخدمة الصحية					
بعد التحسين المستمر						
TQM6	الفريق المعالج بالمستشفى يسعى دائما إلى تحسين أدائه لتفادي حدوث الأخطاء المهنية.					
TQM7	يعمل موظفو المستشفى على ابتكار طرق وأساليب جديدة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة					
TQM8	يصمم المستشفى برنامجا تدريبيا لصالح مختلف الفرق حسب احتياجاتهم التعليمية لتحسين أدائهم					
TQM9	يستعان بخبراء خارجيين لتقييم برنامج الجودة الداخلي					
TQM10	تباشر الإدارة العليا للمستشفى الإجراءات التصحيحية مباشرة بعد عملية الرقابة والتقييم					
بعد المقارنة بأفضل الممارسات						
TQM11	يلتزم الأطباء والفرق المرافقة لهم بالمستشفى باتباع المعايير الدولية في تقديم الخدمة الصحية					
TQM12	يجري المستشفى دراسات لمقارنة الأساليب المطبقة مع أحدث الممارسات الطبية					
TQM13	المسيرون بالمستشفى يعتمدون على الأساليب الإحصائية لاختبار جودة الخدمة الصحية المقدمة					
TQM14	يجري المستشفى مقارنات مرجعية للأداء بين المصالح وكذلك مع مستشفيات مماثلة					
TQM15	يحرص المستشفى على تطبيق معايير وتوصيات المنظمات الدولية لاعتماد المستشفيات					
بعد التركيز على المريض						
TQM16	تعطى للمريض الأهمية القصوى داخل المستشفى					
TQM17	تشارك كل فرق العمل في تلبية احتياجات المريض					
TQM18	يتفاعل المستشفى بالإيجاب مع انشغالات المرضى ومرافقيهم وإيجاد الحلول لها					
TQM19	يتم إعلام وتثقيف المرضى حول حالته وخيارات العلاج					
TQM20	تأخذ إدارة المستشفى بآراء المرضى بعين الاعتبار حين اتخاذ قرارات تحسين الجودة					
بعد اتخاذ قرار قائم على أدلة						
TQM21	يعتمد الأطباء على الحقائق بدل الحدس في تشخيص الحالات المرضية لتقديم العلاج المناسب للمريض					
TQM22	تتخذ القرارات الطبية بناء على مشاركة وتشاور أعضاء الفريق الطبي					
TQM23	يؤثق المستشفى كل خطوة من خطوات العلاج بقياس الجودة					
TQM24	يتخذ مسيري المستشفى قرارات بناء على نظام معلوماتي خاص بها					
TQM25	يعتمد مسيرو المستشفى على الأشكال البيانية في توضيح العلاقة بين النتائج والأسباب					
بعد ضمان الجودة						
TQM26	يسعى الأطباء والمرضون لتأدية عملهم بطريقة صحيحة من أول مرة دون السماح بأي أخطاء					
TQM27	يحرص المستشفى على تجنب الأخطاء الطبية ما أمكن					
TQM28	يضمن المستشفى صيانة المعدات والأجهزة الضرورية وصحة عملها ودقتها في التشخيص					
TQM29	يوجد مسؤول مكلف بالجودة على مستوى مصالح المستشفى لتقييم ورعاية جودة الخدمات الصحية					
TQM30	يقوم المستشفى بقياس الهدر في الموارد والوقت ويعمل على تحسين الوضع					
بعد كفاءة التكلفة						
TQM31	تخصص إدارة المستشفى الموارد حسب الاحتياجات الحقيقية للمصالح					
TQM32	يحرص عمال المستشفى على التقليل من هدر الموارد خلال القيام بنشاطاتهم					
TQM33	تقلل إدارة المستشفى من النفقات غير الضرورية					
TQM34	تضع الإدارة عناصر معينة لتقييم تكلفة جودة الخدمة الصحية					
TQM35	يقوم المستشفى بمراجعة دورية لتكلفة الخدمات المقدمة بهدف تدنيته					

الجزء الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	لست متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
بعد جودة التعاطف						
HSQ1	يستمتع الطاقم الطبي بعناية إلى مخاوف المرضى ويظهرون تفهما لوجعهم					
HSQ2	يتم تقديم الدعم العاطفي للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة أو الخطيرة					
HSQ3	يعمل الفريق الطبي على تعزيز شعور الاحترام لدى المرضى خلال فترة الإقامة بالمستشفى					
HSQ4	يحرص الطاقم العامل في المصالح الاستشفائية على مراعاة مشاعر المريض وحالته النفسية					
HSQ5	تبذل الفرق الطبية والتمريضية كل الجهد والعناية اللازمة خلال تلقي المريض للعلاج					
بعد جودة الملموسية						
HSQ6	تتمتع مرافق المستشفى (قاعات العمليات الجراحية، غرفة المرضى، قاعات الانتظار ومكاتب الأطباء) بالنظافة والتهوية المطلوبة					
HSQ7	هناك تسهيلات ملائمة لإقامة المرضى في ظروف مناسبة (أوراق الدخول والخروج، الحصول على التحاليل، الأدوية، الأشعة...)					
HSQ8	يستعمل المستشفى معدات طبية نظيفة، حديثة ومتطورة لتقديم الخدمات الصحية					
HSQ9	مظهر وهندام الطاقم العامل في المستشفى يتناسب مع نوع الخدمة المقدمة					
HSQ10	الأدوية والتحاليل متوفرة ومتاحة داخل المستشفى للتكفل الجيد بالمرضى					
بعد جودة السلامة						
HSQ11	يوفر المستشفى بيئة آمنة للمرضى ومرافقيهم خلال اقامتهم (هدوء، حسن معاملة أثناء تلقي العلاج)					
HSQ12	يثق المرضى في كفاءة الفريق الطبي والتمريضي خلال استفادتهم من الخدمة الصحية					
HSQ13	يحافظ عمال المستشفى على سرية الملفات الطبية للمرضى					
HSQ14	نسبة الأخطاء الطبية قليلة بالمستشفى					
HSQ15	يتخذ الأطباء الاحتياطات اللازمة للحد من نسبة العدوى بالمصالح الاستشفائية					
بعد جودة الكفاءة						
HSQ16	تطبق الأطقم الطبية بالمستشفى طرقا سليمة في تشخيص وتقييم الحالات المرضية					
HSQ17	يتم تقديم العلاج للمرضى من طرف الأطباء والممرضين في الوقت المناسب					
HSQ18	يتم اتخاذ الإجراءات الضرورية أثناء تقديم العلاج للمرضى					
HSQ19	يسعى الطاقم الطبي لتحسين الحالة الصحية للمرضى من خلال تقديم خدمات طبية عالية الجودة					
HSQ20	تناسب تكلفة العلاج مع الخدمات الطبية المقدمة					
بعد تحسينات خدمات الرعاية						
HSQ21	تتحسن الحالة الصحية للمرضى بعد الحصول على العلاج بالمستشفى					
HSQ22	يعلم الأطباء المريض بخطة متابعة العلاج خارج المستشفى ويحرصون على فهمه الجيد للتعليمات					
HSQ23	يقدر المريض مجهودات العمال لتلقيه العلاج					
HSQ24	يقوم الفريق الطبي بتوعية المرضى بكيفية الوقاية من الأمراض وتقديم الإرشادات اللازمة لتعزيز صحتهم					
HSQ25	يهتم الفريق الطبي بمتابعة حالة المريض بعد خروجه من المستشفى من خلال تحديد مواعيد مراقبة دورية					

شكرا لكم على حسن تعاونكم

الملحق رقم 2: قائمة المحكمين

اسم ولقب المحكم	الرتبة	جامعة الانتماء	التخصص
وفاء رايس	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد خيضر بسكرة	تسيير عمومي
ليلى بن عيسى	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد خيضر بسكرة	تسيير عمومي
جوهره أقطي	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد خيضر بسكرة	إدارة الموارد البشرية
قدور بن نافلة	أستاذ التعليم العالي	جامعة حسبية بن بوعلي الشلف	التسويق والمناجيات
جميلة مديوني	أستاذ محاضر قسم أ	جامعة حسبية بن بوعلي الشلف	التسويق والتجارة
حسن بوزناق	أستاذ محاضر قسم أ	جامعة الحاج لخضر باتنة 1	إقتصاد وتسيير المؤسسة
عبد الغاني تغلابت	أستاذ محاضر قسم أ	جامعة الحاج لخضر باتنة 1	إدارة الموارد البشرية
رانية هدار	أستاذ محاضر قسم أ	جامعة الجزائر 3	إدارة عامة، علوم سياسية

الملحق رقم 3: مخرجات برنامج SPSS V 27 المتعلقة بالدراسة الاستطلاعية

		المسمى الوظيفي			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	مدير	1	3.3	3.3	3.3
	مدير فرعي	3	10.0	10.0	13.3
	رئيس مكتب	6	20.0	20.0	33.3
	طبيب رئيس مصلحة	5	16.7	16.7	50.0
	طبيب رئيس وحدة	4	13.3	13.3	63.3
	منسق النشاطات شبه الطبية بين المصالح	3	10.0	10.0	73.3
	شبه طبي رئيس مصلحة	7	23.3	23.3	96.7
	شبه طبي رئيس وحدة	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		الجنس			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	أنثى	6	20.0	20.0	20.0
	ذكر	24	80.0	80.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		السن			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	أقل من 30 سنة	1	3.3	3.3	3.3
	من 30 إلى 39	9	30.0	30.0	33.3
	من 40 إلى 49	10	33.3	33.3	66.7
	سن 50 أو أكثر	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		المستوى التعليمي			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	ثانوي	5	16.7	16.7	16.7
	جامعي	12	40.0	40.0	56.7
	دراسات عليا	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		سنوات الخبرة			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من 5 سنوات	1	3.3	3.3	3.3
	من 5 إلى 9	1	3.3	3.3	6.7
	سنوات أو أكثر 10	28	93.3	93.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

معامل ارتباط بيرسون

Correlations

		اللامركزية	NPM1	NPM2	NPM3	NPM4	NPM5
اللامركزية	Pearson Correlation	1	,833**	,855**	,608**	,596**	,725**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,001	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM1	Pearson Correlation	,833**	1	,959**	,355	,239	,463**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,055	,204	,010
	N	30	30	30	30	30	30
NPM2	Pearson Correlation	,855**	,959**	1	,370*	,333	,447*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,044	,072	,013
	N	30	30	30	30	30	30
NPM3	Pearson Correlation	,608**	,355	,370*	1	,434*	,237
	Sig. (2-tailed)	,000	,055	,044		,017	,208
	N	30	30	30	30	30	30
NPM4	Pearson Correlation	,596**	,239	,333	,434*	1	,266
	Sig. (2-tailed)	,001	,204	,072	,017		,155
	N	30	30	30	30	30	30
NPM5	Pearson Correlation	,725**	,463**	,447*	,237	,266	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,010	,013	,208	,155	
	N	30	30	30	30	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		مشاركة أصحاب المصلحة	NPM6	NPM7	NPM8	NPM9	NPM10
مشاركة أصحاب المصلحة	Pearson Correlation	1	,865**	,919**	,804**	,876**	,868**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM6	Pearson Correlation	,865**	1	,727**	,867**	,623**	,700**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM7	Pearson Correlation	,919**	,727**	1	,668**	,827**	,686**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM8	Pearson Correlation	,804**	,867**	,668**	1	,470**	,675**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,009	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM9	Pearson Correlation	,876**	,623**	,827**	,470**	1	,716**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,009		,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM10	Pearson Correlation	,868**	,700**	,686**	,675**	,716**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		تطوير الشراكات	NPM11	NPM12	NPM13	NPM14	NPM15
تطوير الشراكات	Pearson Correlation	1	,928**	,810**	,794**	,815**	,936**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM11	Pearson Correlation	,928**	1	,671**	,620**	,748**	,871**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM12	Pearson Correlation	,810**	,671**	1	,700**	,463*	,695**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,010	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM13	Pearson Correlation	,794**	,620**	,700**	1	,578**	,656**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,001	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM14	Pearson Correlation	,815**	,748**	,463*	,578**	1	,711**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,010	,001		,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM15	Pearson Correlation	,936**	,871**	,695**	,656**	,711**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		الرقابة والتقييم المستمر	NPM16	NPM17	NPM18	NPM19	NPM20
الرقابة والتقييم المستمر	Pearson Correlation	1	,776**	,911**	,893**	,921**	,895**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM16	Pearson Correlation	,776**	1	,775**	,593**	,593**	,573**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,001	,001	,001
	N	30	30	30	30	30	30
NPM17	Pearson Correlation	,911**	,775**	1	,739**	,746**	,783**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM18	Pearson Correlation	,893**	,593**	,739**	1	,829**	,729**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM19	Pearson Correlation	,921**	,593**	,746**	,829**	1	,825**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM20	Pearson Correlation	,895**	,573**	,783**	,729**	,825**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		المساءلة	NPM21	NPM22	NPM23	NPM24	NPM25
المساءلة	Pearson Correlation	1	,644**	,838**	,663**	,956**	,915**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM21	Pearson Correlation	,644**	1	,389*	,022	,528**	,528**
	Sig. (2-tailed)	,000		,033	,908	,003	,003
	N	30	30	30	30	30	30
NPM22	Pearson Correlation	,838**	,389*	1	,807**	,730**	,607**
	Sig. (2-tailed)	,000	,033		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM23	Pearson Correlation	,663**	,022	,807**	1	,580**	,490**
	Sig. (2-tailed)	,000	,908	,000		,001	,006
	N	30	30	30	30	30	30
NPM24	Pearson Correlation	,956**	,528**	,730**	,580**	1	,947**
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,000	,001		,000
	N	30	30	30	30	30	30
NPM25	Pearson Correlation	,915**	,528**	,607**	,490**	,947**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,000	,006	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		دعم القيادة العليا	TQM1	TQM2	TQM3	TQM4	TQM5
دعم القيادة العليا	Pearson Correlation	1	,877**	,962**	,709**	,890**	,867**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM1	Pearson Correlation	,877**	1	,878**	,444*	,620**	,735**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,014	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM2	Pearson Correlation	,962**	,878**	1	,697**	,820**	,746**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM3	Pearson Correlation	,709**	,444*	,697**	1	,638**	,390*
	Sig. (2-tailed)	,000	,014	,000		,000	,033
	N	30	30	30	30	30	30
TQM4	Pearson Correlation	,890**	,620**	,820**	,638**	1	,822**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM5	Pearson Correlation	,867**	,735**	,746**	,390*	,822**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,033	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		التحسين المستمر	TQM6	TQM7	TQM8	TQM9	TQM10
التحسين المستمر	Pearson Correlation	1	,847**	,870**	,876**	,854**	,866**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM6	Pearson Correlation	,847**	1	,915**	,590**	,630**	,565**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,001	,000	,001
	N	30	30	30	30	30	30
TQM7	Pearson Correlation	,870**	,915**	1	,645**	,561**	,694**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,001	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM8	Pearson Correlation	,876**	,590**	,645**	1	,728**	,827**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM9	Pearson Correlation	,854**	,630**	,561**	,728**	1	,667**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM10	Pearson Correlation	,866**	,565**	,694**	,827**	,667**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		المقارنة بأفضل الممارسات	TQM11	TQM12	TQM13	TQM14	TQM15
المقارنة بأفضل الممارسات	Pearson Correlation	1	,854**	,889**	,905**	,950**	,864**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM11	Pearson Correlation	,854**	1	,714**	,611**	,820**	,562**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,001
	N	30	30	30	30	30	30
TQM12	Pearson Correlation	,889**	,714**	1	,800**	,746**	,752**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM13	Pearson Correlation	,905**	,611**	,800**	1	,868**	,826**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM14	Pearson Correlation	,950**	,820**	,746**	,868**	1	,776**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM15	Pearson Correlation	,864**	,562**	,752**	,826**	,776**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		التركيز على المريض	TQM16	TQM17	TQM18	TQM19	TQM20
التركيز على المريض	Pearson Correlation	1	,860**	,923**	,872**	,905**	,909**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM16	Pearson Correlation	,860**	1	,831**	,646**	,702**	,673**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM17	Pearson Correlation	,923**	,831**	1	,755**	,780**	,780**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM18	Pearson Correlation	,872**	,646**	,755**	1	,728**	,790**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM19	Pearson Correlation	,905**	,702**	,780**	,728**	1	,809**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM20	Pearson Correlation	,909**	,673**	,780**	,790**	,809**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		اتخاذ قرار قائم على أدلة	TQM21	TQM22	TQM23	TQM24	TQM25
اتخاذ قرار قائم على أدلة	Pearson Correlation	1	,745**	,839**	,889**	,894**	,811**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM21	Pearson Correlation	,745**	1	,578**	,420*	,564**	,439*
	Sig. (2-tailed)	,000		,001	,021	,001	,015
	N	30	30	30	30	30	30
TQM22	Pearson Correlation	,839**	,578**	1	,779**	,733**	,483**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001		,000	,000	,007
	N	30	30	30	30	30	30
TQM23	Pearson Correlation	,889**	,420*	,779**	1	,796**	,776**
	Sig. (2-tailed)	,000	,021	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM24	Pearson Correlation	,894**	,564**	,733**	,796**	1	,682**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM25	Pearson Correlation	,811**	,439*	,483**	,776**	,682**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,015	,007	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		ضمان الجودة	TQM26	TQM27	TQM28	TQM29	TQM30
ضمان الجودة	Pearson Correlation	1	,863**	,839**	,808**	,827**	,864**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM26	Pearson Correlation	,863**	1	,921**	,493**	,536**	,722**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,006	,002	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM27	Pearson Correlation	,839**	,921**	1	,535**	,470**	,655**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,002	,009	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM28	Pearson Correlation	,808**	,493**	,535**	1	,765**	,574**
	Sig. (2-tailed)	,000	,006	,002		,000	,001
	N	30	30	30	30	30	30
TQM29	Pearson Correlation	,827**	,536**	,470**	,765**	1	,660**
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,009	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM30	Pearson Correlation	,864**	,722**	,655**	,574**	,660**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		كفاءة التكلفة	TQM31	TQM32	TQM33	TQM34	TQM35
كفاءة التكلفة	Pearson Correlation	1	,766**	,832**	,627**	,940**	,896**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM31	Pearson Correlation	,766**	1	,549**	,206	,610**	,636**
	Sig. (2-tailed)	,000		,002	,275	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM32	Pearson Correlation	,832**	,549**	1	,397*	,730**	,703**
	Sig. (2-tailed)	,000	,002		,030	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM33	Pearson Correlation	,627**	,206	,397*	1	,646**	,428*
	Sig. (2-tailed)	,000	,275	,030		,000	,018
	N	30	30	30	30	30	30
TQM34	Pearson Correlation	,940**	,610**	,730**	,646**	1	,861**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
TQM35	Pearson Correlation	,896**	,636**	,703**	,428*	,861**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,018	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		جودة التعاطف	HSQ1	HSQ2	HSQ3	HSQ4	HSQ5
جودة التعاطف	Pearson Correlation	1	,935**	,936**	,937**	,941**	,909**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ1	Pearson Correlation	,935**	1	,896**	,840**	,800**	,813**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ2	Pearson Correlation	,936**	,896**	1	,856**	,854**	,763**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ3	Pearson Correlation	,937**	,840**	,856**	1	,899**	,789**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ4	Pearson Correlation	,941**	,800**	,854**	,899**	1	,844**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ5	Pearson Correlation	,909**	,813**	,763**	,789**	,844**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		جودة الملموسية	HSQ6	HSQ7	HSQ8	HSQ9	HSQ10
جودة الملموسية	Pearson Correlation	1	,913**	,961**	,688**	,824**	,966**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ6	Pearson Correlation	,913**	1	,877**	,517**	,613**	,928**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,003	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ7	Pearson Correlation	,961**	,877**	1	,577**	,750**	,948**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,001	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ8	Pearson Correlation	,688**	,517**	,577**	1	,492**	,534**
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,001		,006	,002
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ9	Pearson Correlation	,824**	,613**	,750**	,492**	1	,755**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,006		,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ10	Pearson Correlation	,966**	,928**	,948**	,534**	,755**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,002	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		جودة السلامة	HSQ11	HSQ12	HSQ13	HSQ14	HSQ15
جودة السلامة	Pearson Correlation	1	,797**	,928**	,901**	,879**	,767**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ11	Pearson Correlation	,797**	1	,731**	,679**	,586**	,379*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,001	,039
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ12	Pearson Correlation	,928**	,731**	1	,837**	,764**	,646**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ13	Pearson Correlation	,901**	,679**	,837**	1	,729**	,631**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ14	Pearson Correlation	,879**	,586**	,764**	,729**	1	,649**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ15	Pearson Correlation	,767**	,379*	,646**	,631**	,649**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,039	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		جودة الكفاءة	HSQ16	HSQ17	HSQ18	HSQ19	HSQ20
جودة الكفاءة	Pearson Correlation	1	,918**	,944**	,846**	,887**	,945**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ16	Pearson Correlation	,918**	1	,844**	,713**	,805**	,837**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ17	Pearson Correlation	,944**	,844**	1	,763**	,756**	,880**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ18	Pearson Correlation	,846**	,713**	,763**	1	,686**	,707**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ19	Pearson Correlation	,887**	,805**	,756**	,686**	1	,829**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ20	Pearson Correlation	,945**	,837**	,880**	,707**	,829**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		تحسينات خدمات الرعاية	HSQ21	HSQ22	HSQ23	HSQ24	HSQ25
تحسينات خدمات الرعاية	Pearson Correlation	1	,901**	,857**	,902**	,793**	,857**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ21	Pearson Correlation	,901**	1	,758**	,746**	,610**	,790**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ22	Pearson Correlation	,857**	,758**	1	,756**	,642**	,628**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ23	Pearson Correlation	,902**	,746**	,756**	1	,686**	,674**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ24	Pearson Correlation	,793**	,610**	,642**	,686**	1	,522**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,003
	N	30	30	30	30	30	30
HSQ25	Pearson Correlation	,857**	,790**	,628**	,674**	,522**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,003	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

معاملات الثبات

إدارة الجودة الشاملة

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.983	35

الثبات العام

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.972	85

التسيير العمومي الحديث

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.950	25

جودة الخدمات الصحية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.980	25

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

الملحق رقم 4: مخرجات برنامج SPSS V 27 المتعلقة بالدراسة الرئيسية

		المسمى الوظيفي		Valid Percent	Cumulative Percent
		Frequency	Percent		
Valid	مدير	2	,8	,8	,8
	مدير فرعي	14	5,3	5,3	6,1
	رئيس مكتب	36	13,7	13,7	19,8
	طبيب رئيس مصلحة	35	13,4	13,4	33,2
	طبيب رئيس وحدة	35	13,4	13,4	46,6
	منسق النشاطات شبه الطبية بين المصالح	23	8,8	8,8	55,3
	شبه طبي رئيس مصلحة	53	20,2	20,2	75,6
	شبه طبي رئيس وحدة	64	24,4	24,4	100,0
	Total	262	100,0	100,0	

		السن		Valid Percent	Cumulative Percent
		Frequency	Percent		
Valid	أقل من 30 سنة	26	9,9	9,9	9,9
	من 30 إلى 39	77	29,4	29,4	39,3
	من 40 إلى 49	75	28,6	28,6	67,9
	سن 50 أو أكثر	84	32,1	32,1	100,0
	Total	262	100,0	100,0	

		الجنس		Valid Percent	Cumulative Percent
		Frequency	Percent		
Valid	أنثى	127	48,5	48,5	48,5
	ذكر	135	51,5	51,5	100,0
	Total	262	100,0	100,0	

		المستوى التعليمي		Valid Percent	Cumulative Percent
		Frequency	Percent		
Valid	ثانوي	40	15,3	15,3	15,3
	جامعي	149	56,9	56,9	72,1
	دراسات عليا	73	27,9	27,9	100,0
	Total	262	100,0	100,0	

سنوات الخبرة

		سنوات الخبرة		Valid Percent	Cumulative Percent
		Frequency	Percent		
Valid	أقل من 5 سنوات	28	10,7	10,7	10,7
	من 5 إلى 9	37	14,1	14,1	24,8
	سنوات أو أكثر 10	197	75,2	75,2	100,0
	Total	262	100,0	100,0	

Descriptives

Descriptive Statistics			
	N	Mean	Std. Deviation
NPM1	262	4,0305	,98990
NPM2	262	4,0534	,84248
NPM3	262	3,5191	,97753
NPM4	262	3,7214	1,03328
NPM5	262	3,4122	1,10983
اللامركزية	262	3,7473	,61810
NPM6	262	3,4504	1,10182
NPM7	262	3,3588	1,16835
NPM8	262	3,7824	,92351
NPM9	262	3,6870	1,11131
NPM10	262	3,6107	1,05825
مشاركة أصحاب المصلحة	262	3,5779	,75341
NPM11	262	3,5573	1,11870
NPM12	262	3,4466	1,10857
NPM13	262	3,7443	1,01684
NPM14	262	3,7557	1,01401
NPM15	262	3,2634	1,12925
تطوير الشراكات	262	3,5534	,72173
NPM16	262	4,1527	,81625
NPM17	262	3,8473	,91788
NPM18	262	3,8282	,93725
NPM19	262	3,3855	1,09346
NPM20	262	3,7023	1,02232
الرقابة والتقييم المستمر	262	3,7832	,70141
NPM21	262	3,7710	1,08324
NPM22	262	3,9389	,96097
NPM23	262	4,1450	,88946
NPM24	262	3,4695	1,27645
NPM25	262	3,5076	1,17686
المساءلة	262	3,7664	,70146
التسيير العمومي الحديث	262	3,6856	,51195
Valid N (listwise)	262		

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
TQM1	262	3,7977	1,07618
TQM2	262	3,6870	,95960
TQM3	262	3,9924	,82114
TQM4	262	3,7595	,94656
TQM5	262	3,7748	1,06082
دعم القيادة العليا	262	3,8023	,73916
TQM6	262	4,0840	,88007
TQM7	262	3,6107	1,10431
TQM8	262	3,7824	,90253
TQM9	262	3,3511	1,14419
TQM10	262	3,6107	,94745
التحسين المستمر	262	3,6878	,70841
TQM11	262	3,7557	1,01023
TQM12	262	3,5802	,93836
TQM13	262	3,6450	,92224
TQM14	262	3,4160	1,01266
TQM15	262	3,5229	,98914
المقارنة بأفضل الممارسات	262	3,5840	,76045
TQM16	262	4,0573	1,00980
TQM17	262	3,9962	,92433
TQM18	262	3,7824	,99153
TQM19	262	3,7366	,98422
TQM20	262	3,4237	1,07206
التركيز على المريض	262	3,7992	,77341
TQM21	262	4,2366	,89127
TQM22	262	4,1908	,74909
TQM23	262	3,7214	,91111
TQM24	262	3,5954	,93693
TQM25	262	3,3969	,98789
اتخاذ قرار قائم على أدلة	262	3,8282	,63870
TQM26	262	3,9580	,89814
TQM27	262	4,0420	,85442
TQM28	262	3,9885	1,01515
TQM29	262	3,5458	1,14629
TQM30	262	3,5076	,99709
ضمان الجودة	262	3,8084	,69487
TQM31	262	3,7824	1,01822
TQM32	262	3,6794	,94498
TQM33	262	3,8130	1,05742
TQM34	262	3,5038	,98940
TQM35	262	3,5344	,99268
كفاءة التكلفة	262	3,6626	,74488
إدارة الجودة الشاملة	262	3,7392	,59246
Valid N (listwise)	262		

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
HSQ1	262	4,0115	,99610
HSQ2	262	3,9847	,88828
HSQ3	262	3,9198	,88260
HSQ4	262	4,0038	,81883
HSQ5	262	4,1221	,93892
جودة التعاطف	262	4,0084	,75916
HSQ6	262	3,7519	1,03737
HSQ7	262	3,6908	1,02826
HSQ8	262	3,7557	,95966
HSQ9	262	3,9237	,93970
HSQ10	262	3,6412	1,12491
جودة الملموسية	262	3,7527	,81625
HSQ11	262	3,8702	,93380
HSQ12	262	3,8588	,81126
HSQ13	262	4,0076	,95087
HSQ14	262	3,6947	,95004
HSQ15	262	3,9618	,93386
جودة السلامة	262	3,8786	,67290
HSQ16	262	3,9809	,78517
HSQ17	262	3,8092	,93558
HSQ18	262	3,9809	,81392
HSQ19	262	3,8931	,84193
HSQ20	262	3,4924	1,04218
جودة الكفاءة	262	3,8313	,63903
HSQ21	262	4,0229	,74757
HSQ22	262	4,0191	,81392
HSQ23	262	3,6374	,93987
HSQ24	262	3,9198	,85616
HSQ25	262	3,8626	,93270
تحسينات خدمات الرعاية	262	3,8924	,60788
جودة الخدمات الصحية	262	3,8727	,58114
Valid N (listwise)	262		