

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة بومرداس

قسم علوم التسيير



كلية العلوم الاقتصادية و التجارية  
و علوم التسيير

مذكرة تخرج تدرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر  
تخصص: إدارة أعمال المؤسسات

الموضوع

أثر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية  
دراسة حالة: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية  
- ولاية البويرة -

تحت إشراف الأستاذ:  
الدكتور تميزار أحمد

من إعداد الطالبة:  
مصيدة رشيدة

دفعة جوان 2017  
السنة الجامعية 2016-2017

# شكر و عرفان

الحمد لله حمدا كثيرا على توفيقه لي في إعداد هذا العمل المتواضع.

أتقدم بجزيل الشكر للذين أوطأني الله بهما خيرا والذي العزيزين على دعمهما المتواصل لي.

كما أشكر زوجي الذي لم يبخل علي بالإعانة والتوجيه.

و بكل احترام و تقدير أتقدم بشكري الجزيل إلى أستاذي المحترم: الدكتور أحمد تميزار لما أبداه لي من تعاون، و ما أفادني به من تدخلاته و توجيهاته القيمة.

شكرا للسادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الموقرين على منحي شرف مناقشتهم لي و إبداء ملاحظاتهم القيمة التي بها نستفيد.

شكرا لكل الأساتذة الذين ساندوني في مشواري الدراسي و قدموا لي الدعم و لو بكلمة طيبة.

شكرا لمدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية السيد:

ابراهيم بوشناق على تشجيعه لي.

شكرا للطاقم الإداري للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية على تعاونهم اللامحدود معي.

شكرا لكل من ساعدني في إتمام هذا العمل المتواضع و لو بكلمة طيبة و ابتسامة صادقة.

# إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع

إلى أبي و أمي (حفظهما الله)، اللذان علماني حب العلم و الاجتهاد في طلبه.

إلى زوجي الذي شجعني و وقفني إلى جانبي طيلة فترة إعدادي لهذا العمل.

إلى إخوتي الأعزاء.

إلى زوجة أخي و أبنائه.

إلى جدتي أطال الله في عمرها و إلى جميع أفراد عائلتي.

إلى عائلة زوجي : والديه الكريمين (حفظهما الله)، إخوته، أخواته ، و جدتيه أطال الله

في عمرهما.

إلى أستاذي المشرف السيد أحمد تميزار.

إلى كل عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخصرية خاصة الطاقم الإداري .

إلى كل من يحبني و يتمنى لي التوفيق.

رشيدة

## ملخص الدراسة

تحاول المنظمات باختلاف نشاطاتها وأعمالها وحرصا على تحقيق التنافسية والديمومة على إجراء التغييرات لمواجهة الضغوط الناجمة عن البيئة الخارجية أو تلك الناجمة عن البيئة الداخلية، يعتبر الاهتمام بالجودة من ضمن أهم المدخل الاستراتيجية التي أثبتت نجاعتها للوصول إلى ميزة تنافسية.

الجودة في مجال الخدمات الصحية تعني إرضاء المرضى وذويهم من خلال تلبية متطلبات العلاج وتأمين العناية المناسبة للمريض وحسن التعامل مع المريض وزواره . في هذا الاطار يتطلب من مقدمي الخدمات الصحية من مستخدمي القطاع الصحي أن يكونوا مثقفين، ومدربين جيدا على مواجهة التحديات اليومية المتمثلة في تلبية احتياجات وتطلعات عملائهم. فالخدمات الصحية مجال معقد، وما لم تتوافر للعاملين الصحيين ثقافة تقنية جيدة، فإن فرصتهم تضعف في التمتع بثقة مراجعيهم. ومن ثم، فلا بد للجودة في الخدمة الصحية أن تكون مقترنة بقدرات ومؤهلات تقنية رفيعة المستوى.

التحسين المستمر في الجودة، من أجل ضمان الجودة يمثل من جهة منهجا وأسلوبا لتطوير الخدمات الصحية وإدارتها بشكل علمي من خلال التخطيط لها و تقييمها و معالجة الانحرافات في حدود الموارد المتاحة للمؤسسة. و من جهة أخرى يمثل التحسين المستمر شكلا من أشكال التغيير الذي أثبت فعاليته حسب الكثير من الباحثين و المختصين في مجال التغيير.

في هذا الاطار النظري وحسب هذه المقاربة المنهجية حاولنا البحث عن أثر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية للصحة الجزائرية من خلال المرسوم التنفيذي رقم 07/140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية، و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

خاصة أن المؤسسة الصحية كغيرها من المؤسسات تنشط في بيئة سريعة التغيير عليها أن تتلاءم مع المستجدات الاقتصادية والثقافية، والاجتماعية، والصحية بسرعة و فعالية أيضا. على المنظومة العمومية للصحة بالجزائر اللجوء إلى استراتيجيات التغيير والتطوير الفعال من خلال التغيير التنظيمي و أيضا التغيير في أساليب الإدارة و سلوك العاملين قصد التكيف مع متغيرات البيئة المتسارعة.

## قائمة الأشكال

الصفحة	محتوان الشكل	الرقم
03	الشكل العام للتغيير في المنظمة	01
08	التطور النوعي للإدارة	02
19	نموذج لوين لمراحل التغيير التنظيمي	03
20	النماذج النظرية المختلفة لعملية التعبئة للتغيير في المؤسسة	
38	مفهوم جودة الخدمة	04
46	نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمة الصحية	05
49	مقاييس الجودة المهنية	06
50	نموذج لتقييم جودة الخدمة الصحية	07
53	أهداف التحسين بدلالة الزمن	08
70	سلمية الخدمات الصحية العمومية في النظام الجزائري	09
74	التنظيم الوظيفي للعيادة المتعددة الخدمات	10
76	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية	11
86	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية	12

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
20	النماذج النظرية المختلفة لعملية التعبئة للتغيير في المؤسسة	01
45	أبعاد جودة الخدمات الصحية	02
50	وصف لتقليص الفجوة لجودة الخدمة الصحية	03
78	المؤسسات العمومية الاستشفائية التابعة لمديرية الصحة و السكان لولاية البويرة	04
79	مصالح تصفية الدم التابعة للمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية البويرة	05
80	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التابعة لمديرية الصحة و السكان لولاية البويرة	06
80	العيادات المتعددة الخدمات التابعة لمديرية الصحة و السكان لولاية البويرة	07
81	التطور الشامل للموظفين في القطاع الصحي العمومي لولاية البويرة في الفترة 2011 - 2016	08
89	تطور الموظفين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية في الفترة 2011-2016	09
90	تطور موازنة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية في الفترة 2013-2017	10
91	الفحوصات الطبية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية في الفترة 2013-2016	11
92	الفحوصات شبه الطبية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية في الفترة 2013-2017	12
92	فحوصات جراحة الأسنان في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية في الفترة 2013-2016	13
93	خدمات الفرق الطبية المتنقلة 2013 - 2016	14

## قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
01	دليل المقابلة
02	المرسوم التنفيذي رقم 97-466
03	المرسوم التنفيذي رقم 07-140

## فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر و عرفان إهداء ملخص الدراسة قائمة الأشكال قائمة الجداول قائمة الملاحق فهرس المحتويات
أ	<b>مقدمة</b>
1	<b>الفصل الأول: التغيير التنظيمي و أثره على جودة الخدمات الصحية</b>
2	تمهيد
3	المبحث الأول: مفهوم التغيير التنظيمي و إدارة التغيير في المؤسسات مقارنة نظرية
3	المطلب الأول: مفهوم التغيير التنظيمي
3	1- تعريف التغيير التنظيمي
7	2- أهمية التغيير التنظيمي بالنسبة للمؤسسة
7	3- التغيير في المؤسسة وأثر المحيط
8	4- أسباب التغيير التنظيمي
10	المطلب الثاني: تصنيف التغيير التنظيمي و خصائصه
10	1- تصنيف التغيير التنظيمي
11	2- خصائص التغيير التنظيمي
13	المطلب الثالث: مجالات التغيير التنظيمي
13	1- التغيير في رسالة ، و أهداف ، و استراتيجية المنظمة
13	2- التغيير في المجال الانساني
14	3- التغيير التكنولوجي
14	4- التغيير في الترتيبات المادية
14	5- التغيير في ثقافة المنظمة
15	6- التغيير في الهيكل التنظيمي
16	المطلب الرابع: منهج التغيير و دور الإدارة



16	المطلب الخامس: إدارة التغيير في المؤسسة
16	1- تعريف إدارة التغيير التنظيمي
16	2- الأسس النظرية لإدارة التغيير في المؤسسة
17	3- مراحل التغيير التنظيمي
18	4- بعض طرق التعبئة للتغيير
19	المبحث الثاني: مقاومة التغيير و استراتيجيات التعامل معها
24	المطلب الأول: مفهوم مقاومة التغيير التنظيمي
24	المطلب الثاني: أشكال مقاومة التغيير التنظيمي
25	المطلب الثالث: أسباب مقاومة التغيير، و مؤشرات ظهورها
25	1 - أسباب مقاومة التغيير
25	2 - مؤشرات ظهور مقاومة التغيير
28	المطلب الرابع: إيجابيات مقاومة التغيير
29	المطلب الخامس: استراتيجيات التعامل مع مقاومة التغيير
29	المطلب السادس: عوامل نجاح برامج التغيير التنظيمي
30	المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية
32	المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية
32	1- مفهوم الخدمات الصحية
32	2- خصائص الخدمات الصحية
33	3- أسس الخدمات الصحية
35	4- أنواع الخدمات الصحية
36	5- أهداف و منافع الخدمات الصحية
37	المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية و أبعادها
38	1- مفهوم جودة الخدمات الصحية
38	2- أبعاد جودة الخدمات الصحية
40	المطلب الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية
43	1- قياس جودة الخدمات من منظور المرضى
44	2- قياس الجودة المهنية
48	3- قياس الجودة من المنظور الشامل
50	المبحث الرابع: تأثير مظاهر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية في
51	المؤسسة الصحية

51	<b>المطلب الأول: التحسين المستمر للجودة</b>
51	1- مفهوم التحسين المستمر للجودة
52	2- نظام التحسين المستمر
52	3- أهداف التحسين المستمر للجودة
53	4- التحسين المستمر للجودة كهدف أساسي لعملية التغيير
54	5- مبادئ التحسين المستمر للجودة
55	6- فوائد تطبيق التحسين المستمر
55	<b>المطلب الثاني: إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية</b>
55	1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة
56	2- شروط نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية
57	3- خطوات تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
58	خاتمة الفصل الأول
	<b>الفصل الثاني: دور التغيير التنظيمي في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية</b>
60	تمهيد
61	<b>المبحث الأول: التغيير على مستوى المؤسسات الصحية</b>
61	<b>المطلب الأول: واقع الصحة في الجزائر</b>
61	المرحلة الأولى: 1963-1973
62	المرحلة الثانية: من 1974 إلى 1989
62	المرحلة الثالثة: من 1990 إلى 2001
63	المرحلة الرابعة: من 2002 إلى 2012
64	<b>المطلب الثاني: دوافع التغيير في المؤسسات الصحية</b>
64	1- السياق العام لنشاط المنظومة الصحية الجزائرية
65	2- واقع تنظيم و تسيير النشاط في المؤسسات الصحية
66	3- السعي إلى عصنة القطاع
66	4- البحث المستمر عن الفعالية التنظيمية
66	<b>المطلب الثالث: أهداف التغيير في المؤسسات الصحية</b>
66	1- الأهداف التنظيمية
67	2- التغيير كضرورة لمسايرة البيئة الخارجية(الوطنية و الدولية)
67	<b>المطلب الرابع: مجالات التغيير وأنواعه في المؤسسات الصحية</b>
67	

68	1. مجالات التغيير التنظيمي
69	2. أنواع التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية
69	<b>المطلب الخامس: إعادة هيكلة القطاع الصحي</b>
69	1. هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر
72	2. إعادة هيكلة القطاع الصحي منذ 2007
75	3- إعادة هيكلة الموارد البشرية
77	4- الإدارة المالية
78	<b>المبحث الثاني: واقع قطاع الصحة في ولاية البويرة</b>
78	<b>المطلب الأول: المؤسسات العمومية للصحة في ولاية البويرة</b>
	<b>المطلب الثاني: تطور الموارد البشرية في القطاع الصحي لولاية البويرة خلال الفترة 2011</b>
81	<b>– 2016</b>
82	<b>المبحث الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية</b>
82	<b>المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية</b>
82	1- نبذة تاريخية عن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية
83	2- الموقع الجغرافي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية
83	3- النظام القانوني للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية
83	4- الهياكل المكونة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية
87	5- المصالح الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية
88	6- المناصب العليا للمصالح الإدارية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية
89	<b>المطلب الثاني: تطور الموارد البشرية و المالية للمؤسسة</b>
89	1- تطور الموارد البشرية للمؤسسة
90	2- تطور الموارد المالية للمؤسسة
	<b>المطلب الثالث: إحصائيات الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية للصحة</b>
91	<b>الجوارية بالأخضرية خلال الفترة: 2013- 2017</b>
91	1- الفحوصات الطبية
91	2- الفحوصات شبه الطبية
92	3- فحوصات جراحة الأسنان
93	4- خدمات الفرق الطبية المتنقلة إلى منازل المرضى
	<b>المطلب الرابع: تقييم التغيير التنظيمي و أثره على جودة الخدمات الصحية من طرف</b>
94	<b>إطارات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية</b>

94	1- مجتمع و عينة الدراسة
95	2- تحليل و تفسير نتائج المقابلة
95	المحور الأول: التغيير كاستراتيجية
103	المحور الثاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية
105	المحور الثالث: اتجاهات أفراد المؤسسة فيما يخص مستقبل القطاع الصحي
108	المحور الرابع: الحلول المقترحة من الإدارة لتحسين جودة الخدمات الصحية
111	خلاصة الفصل الثاني
114	الخاتمة
117	قائمة المراجع

# المقدمة

## مقدمة

تنشط المؤسسة الصحية كغيرها من المؤسسات في بيئة سريعة التغير، و من أجل مواجهة التحديات المنتظرة لابد من توفر إدارة عملية إبداعية تتفق و المتغيرات السكانية المتوقعة كما و نوعا، و تتلاءم مع المستجدات الاقتصادية و الثقافية، و الاجتماعية، و الصحية. و لقد فرضت هذه التحديات على المنظومة العمومية للصحة بالجزائر اللجوء إلى استراتيجيات التغيير و التطوير الفعال لجعل الأهداف، و الهيكل التنظيمي و أساليب الإدارة و العاملين فيها في حالة انسجام و تقبل لعوامل التغيير المتسارعة.

كما تشهد المؤسسات الصحية في الجزائر العديد من الانتقادات، و عدم الرضا من طرف المرضى و أهاليهم من حيث نوعية الخدمة من جهة، و من جهة أخرى من طرف العمال الأجراء الذين ينتمون إلى مؤسسات هذا القطاع، و هو ما لاحظناه أثناء تواجدها خلال فترة التربص، و أيضا من خلال تجربتنا الشخصية في هذا القطاع، إضافة إلى ما يلاحظ من مظاهر الصراعات ما بين إدارة القطاع على اختلاف مستوياتها، و الأفراد الأجراء الذين ينتمون إليها من خلال الاحتجاجات الاجتماعية، و الإضرابات عن العمل المتتالية.

ولأهمية هذا القطاع في حياة المواطن الجزائري باختلاف فئاته الاجتماعية ارتأت الدولة الجزائرية إلى إدخال إصلاحات جديدة على قطاع الصحة من أجل عصرنته من خلال البحث عن الفعالية التنظيمية و النوعية في الخدمات الصحية وجاءت الخريطة الصحية مع صدور المرسوم التنفيذي رقم 07/140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتعلق بإنشاء و تنظيم و تسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية، و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، والذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات و الهياكل خارج الاستشفائية.

نظريا يتمثل الهدف الأساسي من إعادة هيكلة القطاع الصحي في العمل على تكريس مبدأ اللامركزية و تفعيل الصحة الجوارية من خلال تقريب الخدمة الصحية العمومية من المواطن الجزائري و تحقيق فعالية أكثر للهياكل الاستشفائية في المناطق الداخلية، و الجنوبية للجزائر، هذا على المستوى الاستراتيجي للدولة، و على المستوى التنظيمي للمؤسسة. لكن تبقى إشكالية تحسين جودة الخدمات الصحية مطروحة.

وبناء على ما سبق تتمحور إشكالية البحث في السؤال الجوهرية الآتي:

**ما هو أثر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة ؟**







هو أهم ضمان للحصول على خدمة ذات جودة عالية، و أثبتت أن المرضى غير راضيين عن مستوى جودة الخدمات المقدمة بالرغم من اقتناع الإدارة و الموظفين أن جودة الخدمة مستواها يعتبر مقبولاً.

### منهج الدراسة و وسائل جمع المعلومات:

إن منهج الدراسة يعد ضروريا لربط الجانب النظري مع الدراسة الميدانية، لذلك يجب تحديد منهج الدراسة، و الأدوات المستخدمة في جمع المعلومات .

### 1. المنهج المستخدم في الدراسة

يعتبر المنهج الوصفي هو الأكثر كفاءة في كشف حقيقة الظاهرة، و إبراز خصائصها، و وصفها، و يعرف المنهج الوصفي على أنه: <sup>1</sup> "مجموعة الاجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة اعتمادا على جمع الحقائق و البيانات، و تصنيفها و معالجتها، و تحليلها تحليلا كافيا، و دقيقا لاستخلاص دالاتها، و الوصول إلى نتائج و تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث".

و لقد قمنا باستخدام المنهج الوصفي بأسلوب دراسة الحالة بغرض وصف إدارة التغيير في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية - ولاية البويرة، و مستوى الخدمات الصحية المقدمة، و معرفة مدى تأثير التغيير التنظيمي على جودة هذه الخدمات، كما استخدمنا المنهج التحليلي بغرض تحليل البيانات و المعلومات التي تحصلنا عليها .

### 2. وسائل جمع المعلومات:

#### أ. مصادر جمع المادة العلمية النظرية:

اعتمدنا في جمع المادة العلمية النظرية على عدة مراجع تتقارب من حيث القيمة ولها علاقة كبيرة بموضوع الدراسة إضافة إلى المحاضرات و الملتقيات و الكتب و المجلات المحكمة.

#### ب. مصادر جمع المادة العلمية التطبيقية:

يلجأ الباحث في جمعه للمعلومات إلى مجموعة من الأدوات التي تساعده على اختبار فروضه و الإجابة على إشكالية بحثه و لعل أهم هذه الأدوات الملاحظة العلمية، الاستبانة، و المقابلة، هذه الأخيرة التي تعد من أفضل

<sup>1</sup> بشير صالح الرشدي، منهاج البحث التربوي-رؤية تطبيقية مبسطة، دار الكتاب الحديث، الكويت، 2000، ص 59.





# الفصل الأول

التغيير التنظيمي و أثره على جودة  
الخدمات الصحية

## تمهيد

يعتبر التغيير عنصرا ضروريا لنجاح المؤسسات في الوقت الحاضر، التي أصبحت من أهم مهامها تحقيق التكيف و التوافق مع المتغيرات السريعة و المتجددة، و يتعين عليها أن تتبنى اتجاهات إيجابية حيال التغيير للحفاظ على وضع جيد في الأسواق التي تتميز بالتنافس المستمر، و لاشك أن تجاهل التغيير وإهماله سيكون مكلفا جدا، ذلك أن إدارة التغيير تعلم المديرين كيف يتعاملون مع التغيير بشكل جيد، وذلك بالتعرف المسبق على أسبابه، أنواعه، مصادره، و المجالات الممكنة التغيير فيها، وما هي الصعوبات التي من المحتمل أن تواجهها المؤسسات، و طريقة إدارتها بفعالية من أجل الوصول إلى مكانة تنافسية، و تحقيق الاهداف.

من خلال هذا الفصل سنعمل على تحليل كل ما يتعلق بعملية التغيير التنظيمي و إدارة التغيير وقد قسمنا الفصل إلى أربع مباحث: الأول حول مفهوم التغيير التنظيمي و إدارة التغيير في المؤسسات: مقارنة نظرية ، الثاني حول مقاومة التغيير، أما المبحث الثالث فقد خصصناه لجودة الخدمات الصحية في حين قمنا في المبحث الرابع بالتطرق لمظاهر تأثير التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية.

## المبحث الأول: مفهوم التغيير التنظيمي وإدارة التغيير في المؤسسات: مقارنة نظرية

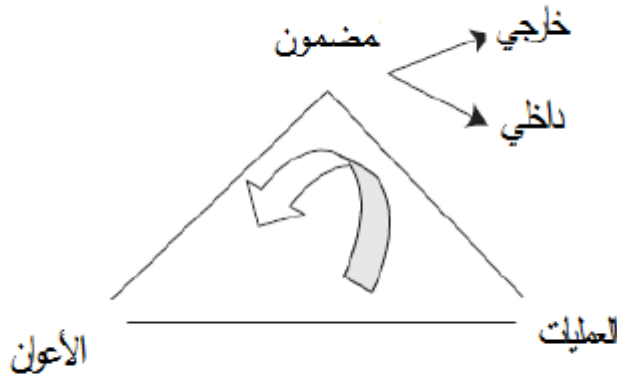
## المطلب الأول: مفهوم التغيير التنظيمي

مع نهاية القرن العشرين، أصبحت ظاهرة التحولات في تنظيم العمل ظواهر شائعة وعادية في حياة المؤسسات على الأقل في البلدان الغربية المصنعة. لماذا يتطلب على المؤسسات أن تتغير باستمرار؟ ما هي الدوافع التي تدفعها إلى التغيير؟ أعمال البحث التي تحاول تحليل، فهم وتفسير ظاهرة التغيير في المؤسسة هي كثيرة ومتنوعة أيضاً، لكن يبقى السؤال الرئيسي: ما هي متطلبات عملية التغيير في المؤسسة وما هو مفهوم التغيير التنظيمي؟

## 1. تعريف التغيير التنظيمي:

أ. التغيير لغة: غير الشيء أي بدله أو جعله على غير ما كان عليه، أي أن التغيير هنا يعني تبديل الشيء من الحالة التي كان عليها إلى حالة تختلف عن الأولى أي الإصلاح إلى الأحسن. في أبسط تعريف للتغيير: هو شيء جديد مختلف عن الشيء القديم، وهو شيء يطالب به في أغلب الأحيان من خارج المنظمة أو من داخلها أو عند تعيين مدير جديد أو عندما يتطلب الأمر إلى التغيير، ويجب أن يكون التغيير مخطط له بدقة وذو خطة زمنية محددة، وهذا خلاف التغيير الذي يحدث صدفة نتيجة العوامل الطبيعية (تغيير تلقائي) وقد أصبح التغيير من أهم العمليات التي يجب على مسيري المنظمات إدراكها وتبنيها قصد ضمان أداء فعال من التكيف مع التغيرات البيئية، ويمكن تصوير الشكل العام للتغيير وفق الشكل البياني التالي:

## الشكل 1: - الشكل العام للتغيير في المنظمة



المصدر: Christian GUYON & Autres, «Réussir le changement dans le service public», ed. Eyrolles (2e édition), Paris, 2003, p 49.

## ب. مفهوم التغيير في القرآن الكريم:

لقد ورد ذكر التغيير في القرآن الكريم في أربعة مواضع وذلك في سورة الأنفال، الرعد، النساء وسورة محمد حيث كان معنى التغيير في سورة الأنفال والرعد أن التغيير يأتي من داخل الانسان وبرغبته في ممارسة

النواحي الايجابية أو السلبية، ولقد أجمع غالبية من بحث في هذا الموضوع على أن التغيير يأتي أولاً من داخل النفس لتحقيق ما يريد الانسان<sup>1</sup>.

أما في سورة النساء فيظهر لنا أن الإنسان يستطيع التغيير من خلال ما يقوم به من ممارسات لما يجري حوله إذا أراد ذلك، وأما ما ورد في سورة محمد صلى الله عليه وسلم، أن هناك أمور ثانية لا يمكن تغييرها لأنها من سنن الله تعالى، و الآيات الأربعة التي ورد فيها مفهوم التغيير هي:

قال الله تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم: " ذَلِكَ بِأَنَّ اللَّهَ لَمْ يَكُ مُعَيَّرًا نِعْمَةً أَنْعَمَهَا عَلَيَّ قَوْمٍ حَتَّى يُعَيَّرُوا مَا بَأَنْفُسِهِمْ وَأَنَّ اللَّهَ سَمِيعٌ عَلِيمٌ " الأنفال الآية 53.

" سَوَاءٌ مِنْكُمْ مَنْ أَسْرَ الْقَوْلَ وَمَنْ جَهَرَ بِهِ وَمَنْ هُوَ مُسْتَخْفٍ بِاللَّيْلِ وَسَارِبٌ بِالنَّهَارِ (10) لَهُ مُعَقَّبَاتٌ مِنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمَنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُعَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُعَيَّرُوا مَا بَأَنْفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ (11) " الرعد الآيتان 10-11 .

" وَأَلْضَلْنَاهُمْ وَأَلْمَيْنَاهُمْ وَأَلْمَنَّا لَهُمْ فَلَيُبَدِّلْنَهُمْ أَجْرًا الْأَنْعَامِ وَلَا مَرْتَبَهُمْ فَلَيُعَيِّرُنَّ خَلْقَ اللَّهِ وَمَنْ يَتَّخِذِ الشَّيْطَانَ وَلِيًّا مِّنْ دُونِ اللَّهِ فَقَدْ خَسِرَ خُسْرَانًا مُّبِينًا " النساء الآية 119.

" مَثَلُ الْجَنَّةِ الَّتِي وُعِدَ الْمُتَّقُونَ فِيهَا أَنْهَارٌ مِّنْ مَّاءٍ غَيْرِ آسِنٍ وَأَنْهَارٌ مِّنْ لَّبَنٍ لَّمْ يَتَغَيَّرْ طَعْمُهُ وَأَنْهَارٌ مِّنْ خَمْرٍ لَّذَّةٍ لِلشَّارِبِينَ وَأَنْهَارٌ مِّنْ عَسَلٍ مُّصَفًّى وَهُمْ فِيهَا مِن كُلِّ الثَّمَرَاتِ وَمَغْفِرَةٌ مِّن رَّبِّهِمْ كَمَنْ هُوَ خَالِدٌ فِي النَّارِ وَسُقُوا مَاءً حَمِيمًا فَقَطَّعَ أَمْعَاءَهُمْ " محمد الآية 15

أعمال البحث التي تحاول تحليل، فهم وتفسير الظاهرة هي كثيرة ومتنوعة أيضا، يمكن استغلال وتوظيف ثلاث تيارات "فكرية - نظرية" رئيسية على الأقل إضافة إلى تيار رابع هو في غاية الغموض والبساطة والتناقض أيضا. التيار الأول يتصف بالعمومية الشديدة يدور حول أهمية التغيير في المؤسسات، ظهر نهاية الثمانينيات من القرن العشرين، يتلخص هذا الاتجاه في التأكيد أساسا على "أهمية التغيير"، الفكر الذي يشمل هذا التيار الأول، يظهر اليوم وكأنه غير كاف ولا يلي حاجيات المؤسسات، لأنه ليس " لماذا نغير هو الأهم بالنسبة للمؤسسة" بقدر ما يهمها و يهم الجميع: " كيف نغير؟"<sup>2</sup>.

التيار النظري الثاني: يتمثل في التيار النظري الذي يقدم التوضيحات أو الإيضاحات clarifications النظرية حول ميكانيزمات، و صيرورات عملية التغيير ويتعلق الأمر هنا بمجهودات علماء الاجتماع، علماء النفس وحتى

1 محمد بن يوسف النمران العطيات ، إدارة التغيير والتحديات العصرية للمدير، رؤية معاصرة لمدير القرن الحادي و العشرين، دار الحامد للنشر و التوزيع ، 2006، ص، 91.

<sup>2</sup>A.M. Pettigrew., Une approche contextualiste du changement in Autissier David et Moutot. Jean-Michel., Méthode de Conduite de Changement, Diagnostic, Accompagnement, pilotage. 3ème Édition, Dunod, Paris, 2013. P.45

الباحثين في علوم التسيير، دراسات وتحاليل هذا التيار هي موجهة على الخصوص نحو جمهور الباحثين والأكاديميين، مثل كتابات Weick حول خلق المعنى.

التيار النظري الثالث في التغيير هو تيار عملي برغماتي يسعى نحو وصف الأدوات التي يجب استعمالها وتوظيفها لإدارة التغيير والأمثلة عن هذا التيار كثيرة لا تسع هذه الورقة لتوضيحها كلها، مثلا مخطط الاتصال، ثقافة المؤسسة كأداة في خدمة التغيير: ثقافة المؤسسة أداة التغيير، ثقافة التعلم والتغيير، الثقافة كإطار لإنجاح التغيير الإستراتيجي. . الخ.

بالموازاة مع هذه التيارات النظرية الثلاثة، تيار نظري رابع يتصف بالسطحية والبساطة الشديدة والتخبط الظاهر في التعامل مع الأدوات المفاهيمية للتغيير. يُمثل هذا التيار بمجموعة من كتابات المؤلفين العرب من المشرق و المغرب العربي في موضوع التغيير، كتابات لا تتجاوز أن تكون مداخل للتغيير التنظيمي موجهة في معظمها إلى المكتبة الجامعية في البلدان العربية والجزائرية على الخصوص.

### ت. التغيير التنظيمي من خلال مفهوم التطوير التنظيمي

لقد أدى التحليل القائم على مفهوم " التطوير التنظيمي"، الذي برز في السبعينيات، وتطور في الثمانينيات، إلى إعطاء دفع قوي مجال تحليل سلوك المنظمات من خلال مدخل الهياكل، وكان بمثابة مدخل هام لمساعدة القيادات الإدارية على متابعة التغيرات الداخلية أو المحيطية، ومن ثم إجراء التغيير اللازم في هيكلها من أجل التكيف، إذ أن المقصود بالتطوير التنظيمي هو كل عملية تحسين تتعلق بالتنظيم تتم وفق أسس علمية وتكون استجابة لتغيرات حاصلة، أو متوقعة الحصول، داخل المؤسسة أو خارجها.

في دراستنا هذه حول أثر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية سينصب اهتمامنا كله حول التغيير التنظيمي من خلال مفهوم التطوير التنظيمي إذ أنه منذ بداية الثمانينيات بدأت تأخذ هياكل المؤسسات طابعا استراتيجيا، وهذا يعني أن اعتبارات تصميم الهياكل لم تعد داخلية بحتة، بل أصبح يراعى فيها أيضا تغيرات المحيط الحالية أو المرتقبة<sup>1</sup>.

قبل أن نستعرض التغيير التنظيمي من خلال مفهوم التطور التنظيمي سنستعرض مجموعة من التعريفات التي تحاول في مجملها توضيح مصطلح التغيير.

**التعريف الأول:** يعرف بأنه عملية تعديل التنظيم الحالي بغرض زيادة مستويات فعاليته و قدرته على تحقيق أهدافه المحددة<sup>2</sup>.

**التعريف الثاني:** هو تغيير ملموس في النمط السلوكي للعاملين، وإحداث تغيير جذري في السلوك التنظيمي ليتوافق مع متطلبات ومناخ وبيئة التنظيم الداخلية والخارجية<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> رحيم حسين، التغيير في المؤسسة و دور الكفاءات: مدخل النظم في مجلة العلوم الانسانية، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر، العدد7 فيفري 2005.

<sup>2</sup> جمال الدين المرسي، الثقافة التنظيمية والتغيير، الدار الجامعية، مصر، 2006، ص 47.

<sup>3</sup> محمد بن يوسف النمران العطيات، إدارة التغيير والتحديات العصرية للمدير، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 52.



**التعريف الثالث:** هو عبارة عن تغير موجه، ومقصود، وهادف، وواع يسعى لتحقيق التكيف البيئي (الداخلي والخارجي) بما يضمن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشكلات.<sup>1</sup>

**التعريف الرابع:** التغيير هو إحداث تعديلات في أهداف وسياسات الإدارة أو في أي عنصر من عناصر العمل التنظيمي استهدافاً لأحد الأمرين:

- ملائمة أوضاع التنظيم مع الأوضاع الجديدة في البيئة التنظيمية، وذلك بإحداث تناسق وتوافق بين التنظيم والظروف البيئية التي تعمل فيها.

- استحداث أوضاع تنظيمية وأساليب إدارية وأوجه نشاط جديدة تحقق للتنظيم تفوقاً على غيره من التنظيمات وتوفر له ميزة نسبية تمكنه من الحصول على مكاسب وعوائد أكبر.<sup>2</sup>

**التعريف الخامس:** التغيير هو في الواقع خطة إيجابية لتطوير أداء الجهاز أو المنظمة وتحسينها ونقلها من مرحلة إلى مرحلة أخرى أكثر فعالية ونجاحاً وملائمة لتغيرات البيئة والحياة المتغيرة دائماً، لأن منظمة العمل أو الجهاز الإداري يجب ألا يظل جامداً حتى لا يضطر إلى التغيير الإجباري وغير المرغوب.<sup>3</sup>

**التعريف السادس:** تعبر عملية التغيير التنظيمي بصورة عامة عن: "حركة الانتقال الجذري أو التدريجي من واقع راهن إلى حالة جديدة تختلف عن سابقاتها أو عن الحالة القائمة. وقد يتضمن التغيير تحسين أو تطوير طبيعة عمل أو نشاط المؤسسة لغرض تحقيق الأهداف بصورة أفضل".<sup>4</sup>

بالاعتماد على التعاريف المقدمة سابقاً يمكن تقديم أبسط تعريف للتغيير التنظيمي الذي نراه يمس الكثير من الجوانب للتغيير:

"التغيير التنظيمي هو سعي المؤسسة إلى التكيف مع تغيرات بيئتها الداخلية والخارجية، و الانتقال من حالة إلى حالة أخرى أكثر فعالية وملائمة لتغيرات البيئة، وهذا بغرض تحسين أو تطوير نشاط المؤسسة وتحقيق أهدافها".

**ث- الفرق بين التغيير التنظيمي و التغيير التنظيمي:**

التغير التنظيمي هو ظاهرة طبيعية، و مستمرة في حياة المنظمات، و تحدث دون تخطيط مسبق فهي تلقائية و عفوية، قد تنجم تحت تأثير التغيرات البيئية، أو المناخية ذات الصلة بمدخلات المنظمة، أو بعملياتها، أو بمخرجاتها.

أما التغيير التنظيمي فهو تغيير موجه ، وهادف يسعى الى تحقيق التكيف البيئي (الداخلي و الخارجي) بما يضمن التحول الى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشاكل، و بذلك تم ربط التغير بالمنظور الواسع في بيئة المنظمة الخارجية، أما التغيير فقد تم ربطه بالمنظور الضيق في البيئة الداخلية للمنظمة.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> زيد منير عبوي، إدارة التغيير والتطوير، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص21.

<sup>2</sup> علي السلمي، تطور الفكر التنظيمي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ص.256.

<sup>3</sup> صلاح الدين محمد عبد الباقي، السلوك الفعال في المنظمات، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2002، ص. 380.

<sup>4</sup> خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم حمود، نظرية المنظمة، الطبعة الأولى، 2000، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ص. 369.

<sup>5</sup> زيد منير عبوي، إدارة التغيير والتطوير، مرجع سبق ذكره، ص.21.

## 2. أهمية التغيير التنظيمي بالنسبة للمؤسسة

عملية التغيير تعتبر أساس التنمية الإدارية فهي ترتبط بما هو كائن ومعرفة ما يمكن أن يكون ومحاولة معرفة الطريقة التي يمكن عند اتباعها الانتقال من وضع إلى وضع أفضل، فالتغيير هو استجابة وهو حالة طبيعية في حياة الأفراد وكذا المنظمات حيث تعتبر محاولة المنظمات لإحداث التغيير محاولة لإيجاد توازن بيئي للتغيرات التي تحدث في مناخ المحيط وهناك ثلاث عناصر مهمة يجب أن تأخذ بعين الاعتبار لتحديد أهمية التغيير التنظيمي تتمثل فيما يلي:

أ . **بالنسبة للعاملين:** تكمن أهمية التغيير في تشجيع فرق العمل وتحسين التعاون بين العاملين عن طريق نشر روح العمل الجماعي، والتجديد في مكان العمل من حيث الوسائل والمهارات، وتقليل معدل دوران العمل بتوفير الاستقرار الوظيفي للعاملين ومنحهم المكافآت، وأيضاً تنمية الموارد البشرية بتطوير القدرات والمهارات المكتسبة وترقية الأنماط السلوكية لها.<sup>1</sup>

ب . **بالنسبة للعملاء:** التغيير التنظيمي له أهمية كبيرة في تحقيق أفضل إشباع للطلبات المتجددة خلال فترة وجيزة بتواجد دائم وبالكميات المطلوبة من خلال توجه المؤسسات نحو تحقيق رضا العميل الذي يريد منتجات خالية من العيوب، وأن يتم التسليم في الوقت المناسب، بالشكل المناسب وبالكمية المناسبة (الجودة الشاملة من نظر العملاء).

ت . **بالنسبة للمؤسسة:** التغيير التنظيمي له أهمية بالغة في تحسين مستوى الأداء لكل فرد عن طريق التكوين الذي يتلقاه عن كل تغيير يحدث داخل المؤسسة والذي ينعكس إيجاباً على المؤسسة وتطبيق المنهج العلمي في اتخاذ القرار من خلال التأني في اتخاذه وبالتالي تحقيق التوازن التنظيمي عن طريق جعل كل مكونات المؤسسات تتناسب مع أهدافها.<sup>2</sup>

## 3. التغيير في المؤسسة وأثر المحيط

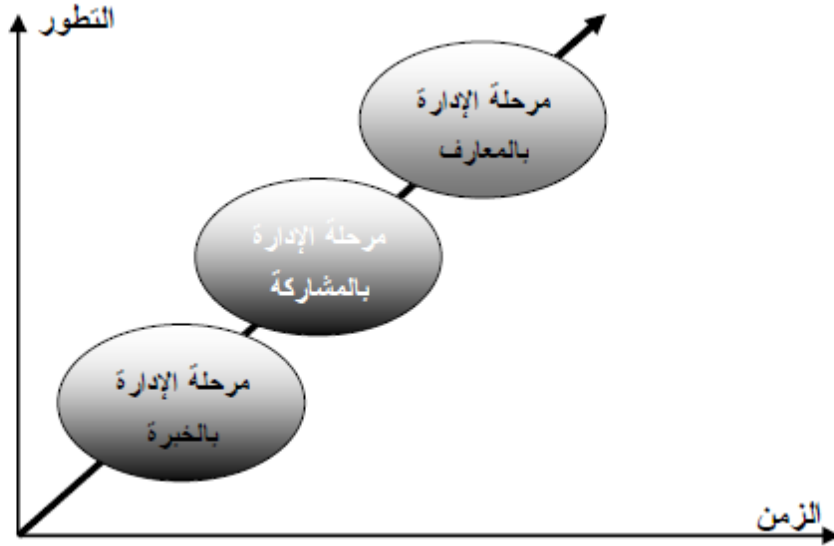
تعييدات المحيط المتغير تفرض على المؤسسة التكيف، وهو ما يقتضي اتسام هيكلها بالمرونة، وهذه التغيرات تشمل الجوانب الاقتصادية والتكنولوجية والاجتماعية والسياسية والثقافية، وفي ظل التحولات العميقة التي يشهدها الاقتصاد العالمي، والذي وصف بأوصاف شتى: اقتصاد المعرفة، الاقتصاد الرقمي، اقتصاد المعلومات.. ، والتي انعكست بوضوح على قطاع الأعمال، لم يعد هناك مكان للتسيير التقليدي الذي يقوم على قرارات فردية يتخذها صاحب المؤسسة (أو المسير)، حيث المعلومات كانت محدودة والأدوات والآليات متواضعة نسبياً والهياكل أقل بساطة. فالأسواق اليوم أضحت معومة، ودورات حياة المنتجات تقلصت، والآلات والتجهيزات رقمية، وظاهرة المؤسسات العابرة للقارات تنامت (المؤسسة الشبكية) ، واتخاذ القرارات أصبح يعتمد أكثر فأكثر

<sup>1</sup> عكوش عقيلة، أثر التكوين على التغيير التنظيمي، دراسة حالة جامعة أحمد بوقرة، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير، شعبة علوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، جامعة أحمد بوقرة، بومرداس، 2014/2013، ص 9.

<sup>2</sup> عكوش عقيلة، نفس المرجع السابق.

على الأنظمة الحبيزة، إلى غير ذلك من التحولات، وهذا ما يجعل التغيير ضرورة لا مناص منها، وهكذا فقد انتقلت وظيفة الإدارة إلى مرحلة جديدة وهي الإدارة بالمعارف، وهو ما أعطى لمفهوم التطوير التنظيمي مدلولاً جديداً. ولعلنا نستطيع التمييز بين ثلاثة مراحل في تطور الإدارة كما يوضح الشكل التالي:

الشكل 2 : التطور النوعي للإدارة



المصدر: منير حسن أحمد شاقورة، إدارة التغيير وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى مديري المدارس الثانوية في محافظات غزة من وجهة نظر المعلمين، مذكرة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، 2012، ص 28.

#### 4. أسباب التغيير التنظيمي

يمكن تصنيف القوى الدافعة للتغيير في مجموعتين رئيسيتين هما: القوى الداخلية، و القوى الخارجية حسب مايلي:

**I. القوى الخارجية:** تتضمن القوى الخارجية الدافعة للتغيير كافة العوامل أو المؤثرات التي تقع خارج سيطرة الإدارة، وتؤثر في قدرتها على تحقيق أهدافها، وتمثل هذه القوى في مايلي<sup>1</sup>:

1. **العملاء:** تحتاج المؤسسة دائماً الى متابعة التغييرات في احتياجاتها، ورغبات و توقعات عملائها و ترجمة ذلك في شكل منتجات أو خدمات جديدة أو تحسين المنتجات الحالية، إضافة الى دعم، و الارتقاء بأساليب الاتصالات، و أنظمة خدمة العملاء حتى يمكنها الحفاظ على مكانتها السوقية، أو تحسين موقعها السوقي.

2. **المنافسون:** عادة ما يسعى المنافسون للحفاظ على مكانتهم السوقية أو تنمية قاعدة عملائهم، أو زيادة عائد معاملاتهم مع عملائهم الحاليين وذلك من خلال منتجات او خدمات جديدة او زيادة أنشطة الاعلان و الترويج أو تخفيض الأسعار، أو تحسين مستويات الجودة و الخدمة... الخ. وفي كل حالة يجب على المنظمة تحقيق الاستجابة الملائمة لهذه التغييرات حتى لا تتأثر سلبياً بتصرفات المنافسين.

<sup>1</sup> جمال الدين المرسي، الثقافة التنظيمية والتغيير، مرجع سبق ذكره ص 50.

3. **التكنولوجيا:** ساهم التطور التكنولوجي المتسارع في تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات إلى إحداث تغييرات جوهرية في مضمون الأنشطة التنظيمية و أساليب إنجازها و نوعية المهارات التي يجب أن يكتسبها العاملون، وأنماط الاستجابة الإدارية المطلوبة للتعامل الفعال مع تلك التغييرات على سبيل المثال ، مع تقادم الخبرات و المهارات الحالية للعاملين نتيجة للتطور التكنولوجي فإن الإدارة يجب عليها زيادة استثماراتها الموجهة إلى التعليم، و التدريب وإعادة التأهيل ، كذلك فإن إحلال رقابة الحاسب بدلا من الرقابة الشخصية المباشرة قد ساهم في اتساع نطاق الإشراف و الاتجاه نحو الهياكل التنظيمية المسطحة.

إضافة إلى ذلك فإن تعقد تكنولوجيا المعلومات و تطورها قد ساهم في جعل المنظمات أكثر قدرة على الاستجابة لقوى السوق و المنافسة.

4. **البيئة العامة :** علاوة على تأثيرات القوى الخارجية السابقة، فإنه يوجد العديد من المؤثرات الخارجية الأخرى في البيئة العامة للمنظمة، و التي قد تفرض على المنظمة إحداث تغييرات للتوافق، أو تحقيق الاستجابة معها، ومن أهم هذه القوى: التغييرات في سياسات و استراتيجيات الموردين، الظروف الاقتصادية العامة، البيئة السياسية والتشريعية، تطورات البيئة الثقافية و الاجتماعية، الاتفاقيات الدولية.

**II. القوى الداخلية:** تمارس هذه النوعية من القوى أو العوامل تأثيراتها داخل المؤسسة و تفرض على الإدارة الحاجة للتغيير لتحقيق التوافق معها. ويلاحظ أن هذه القوى الداخلية إما أن تعكس شكلا من أشكال المبادرة *initiation* لإحداث التغيير رغبة في الوصول الى مستويات أعلى من الأداء أو الأهداف أو أنها تعكس شكلا من أشكال رد الفعل *reaction* وتسمى الحالة الأولى بالتغيير المخطط ، وهو أكثر فعالية من النوعية الثانية و الذي يحدث كنوع من الاستجابة ، أو رد الفعل لما يحدث داخل المنظمة و يمكن تصنيف القوى الداخلية الدافعة للتغيير إلى ثلاث مجموعات هي<sup>1</sup>:

1. **الأفراد:** و تكمن الأسباب المتعلقة بالأفراد في تفاوت هيكل القيم بين مجموعات العاملين، تزايد مساهمة المرأة في تركيبة العمالة، الأقليات و المجموعات العرقية، الرضى الوظيفي و معدلات دوران العمل.

2. **العمليات و الأنظمة:** و تشمل كل من: اللوائح و الاجراءات، أنظمة الاتصالات، أنظمة خدمة العملاء، أنظمة الرقابة و الجودة، أنظمة الاتصالات و اتخاذ القرارات... الخ.

3. **الهيكل:** و يشمل كل من: الرسمية، المركزية، التصغير (تقليص الحجم)، تفويض السلطة، نطاق الإشراف، تمكين العاملين، أسس بناء الوحدات.

<sup>1</sup> جمال الدين المرسي ، نفس المرجع السابق، ص. 51

## المطلب الثاني: تصنيف التغيير التنظيمي و خصائصه

### 1. تصنيف التغيير التنظيمي:

تتعد أنواع التغيير التنظيمي وتختلف باختلاف النظرة التي ينظر إليها، و أهم هذه التصنيفات هي كما يلي:

أ. من حيث درجة و عمق و تعقيد التخطيط : حسب هذا المعيار نجد التغيير غير المخطط والتغيير المخطط، فالأول يتم بشكل مستقل عن رغبة المنظمة، أما الثاني فهو تغيير يحضر له لمجابهة التغيرات المتوقعة، ويكون نتيجة جهود واعية من قبل مخططي التغيير.<sup>1</sup>

ب. من حيث المستوى التنظيمي: وينقسم هذا التصنيف إلى:

- التغيير الاستراتيجي: يهتم بالقضايا الرئيسية طويلة المدى، وهو خطوة للمستقبل ويطلق عليه الرؤية الاستراتيجية، ويتضمن هدف المنظمة ورسالتها وفلسفتها حول التطور والجودة والابتكار والقيم التي تخص العاملين، واحتياجات المجتمع، والتقنيات المستخدمة، ويحدث التغيير الاستراتيجي في إطار عدة عوامل هي البيئة الخارجية التنافسية و الاجتماعية والاقتصادية، والموارد الداخلية للمنظمة، والإمكانيات المادية والبشرية المتاحة، والثقافة والهيكل التنظيمي والأنظمة، ويستوجب التنفيذ الناجح لعملية التغيير الاستراتيجي تحليلاً وتفهماً عميقين لهذه العوامل في مرحلتي التخطيط والتشكيل.
- التغيير الوظيفي: ويرتبط التغيير الوظيفي بالنظم الجديدة والإجراءات والهياكل والأساليب التي لها اثر مباشر على تنظيم العمل داخل المؤسسة وهذه التغييرات لها أثرها الكبير على العاملين، فهي أكثر أثراً عليهم من التغييرات الاستراتيجية، مما يتطلب التعامل معها بحذر وعناية شديدة.<sup>2</sup>

ت. من حيث العمق: وينقسم هذا التصنيف إلى:

- التغيير العميق: وهو يهتم بمختلف الامور التنظيمية في المنظمة حين التخطيط للتغيير، كذلك هو يهتم بكافة الجوانب المختلفة سواء كانت تكنولوجية أو انسانية أو اجتماعية أو نفسية أو نظمية أو غير ذلك.
- التغيير السطحي أو الجزئي: ويقصد به ذلك التغيير الذي يركز على جانب واحد فقط، مثل الاهتمام بالجانب التكنولوجي مثلاً.

ث. التغيير المادي والمعنوي: و ينقسم إلى:

<sup>1</sup> محمد الصيرفي، إدارة التغيير، دار الفكر الجامعي، مصر، 2008، ص26

<sup>2</sup> منير حسن أحمد شاقورة، إدارة التغيير وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى مديري المدارس الثانوية في محافظات غزة من وجهة نظر المعلمين، مذكرة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، 2012، ص 26.

- التغيير المادي: وهو الذي يركز على النواحي المادية مثل الآلات أو النواحي المالية.
- التغيير المعنوي: وهو الذي يركز على النواحي السلوكية مثل اتجاهات العاملين.<sup>1</sup>
- ج. حسب المرحلة التي يتم فيها تنفيذه: وهنا يتم تصنيف التغيير إلى:<sup>2</sup>
  - تغييرات أولية ابتدائية تمهيدية: هذا النوع ذو طابع ابتدائي، يهدف إلى تمهيد المناخ الملائم لإجراء التغييرات الأساسية، و لذلك فالتغيير الأولي أو التمهيدي شديد الأهمية لأنه هو الذي يتولى مهمة إعداد المناخ المستقبلي للتغيير.
  - تغييرات ثانوية تكاملية بنائية: هذا النوع ذو طابع تكميلي، بمعنى أنه يكمل ما تم بناؤه من أفكار و مبادئ و قيم في مرحلة التغيير الأولية، بل و يضيف إليها سياسات و اجراءات تكاملية و وضع الهياكل الرئيسية.
  - تغيير علاجي نهائي تجميلي: هذا النوع يأتي لاستكمال أي قصور حدث أثناء إجراء التغييرات الثانوية أو نتيجة لسبب آخر، و بالتالي فإن مهمة هذا النوع هي مهمة كمالية و معالجة للنقص الذي صاحب عملية التغيير السابقة.
- ح. تصنيف التغيير وفقا للمضمون والعمق: يمكن تقسيم أنواع التغيير وفق هذا الأساس إلى:
  - تغيير هيكلية عميق: و هو تغيير ينفذ إلى الجذور و القواعد الأساسية للبنيان و التنظيم الإداري المستهدف تغييره، و من ثم فإن تأثيره يكون عميقا و جذريا في نمط التفكير السائد في المؤسسة.
  - تغيير شكلي غير عميق: و هذا التغيير يكون الهدف منه إجرائيا، و من ثم لا يتعدى تأثيره حيز هذا الإجراء، و هو تغيير وقي لظروف معينة.
- خ. تصنيف أنواع التغيير وفقا لمصدره: و يقوم هذا الأساس على معرفة من أين نشأت الرغبة في التغيير، و البواعث التي دعت إليه ، حيث يتم تقسيم التغيير إلى:
  - تغيير دوافعه ذاتية: و هنا تتبع الرغبة في التغيير من داخل المؤسسة و تتطور شيئا فشيئا حتى تجر متخذ القرار على إجراء التغيير المطلوب.
  - تغيير دوافعه خارجية: وهذا النوع من التغييرات يستمد محفزاته من البيئة الخارجة للمؤسسة نتيجة لضغوط خارجية قوية مؤثرة.

## 2. خصائص التغيير التنظيمي

يتميز التغيير التنظيمي أساسا بخاصية الاستمرارية و الانقطاع و التخطيط، ثم هو يهدف إلى تحقيق الفعالية التنظيمية:

<sup>1</sup> محسن على الكتيبي، محسن على الكتيبي، السلوك التنظيمي بين النظرية والتطبيق، جامعة قناة السويس، الطبعة الأولى، مصر، 2005، ص 372.

<sup>2</sup> نادية حريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية دراسة حالة: مستشفى بشير بن ناصر-بسكرة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، 2008، ص 27.

- أ. التغيير التنظيمي عملية مستمرة : كون أن التغيير هو استجابة لتغيرات حدثت في ظروف المنظمة أو من المتوقع أن تحدث، هذه التغيرات قد تحدث على فترات متقاربة أو متباعدة، لكن لا بد من حدوثها مع الزمن و هو الأمر نفسه بالنسبة للانقطاع<sup>1</sup>.
- ب. التغيير التنظيمي عمل مخطط: التغيير التنظيمي لا يتم بشكل عشوائي وليس تلقائيا مع الزمن ولكنه تغيير مخطط ومقصود إدخاله في المنظمة و يقوم على أساس اكتشاف الحاجة للتغيير.
- ت. التغيير التنظيمي مسؤولية إدارية : يتوقف نجاح عملية التغيير التنظيمي على مدى كفاءة توزيع المهام والمسؤوليات على الإدارة العليا من جانب، وجميع العاملين بالمؤسسة من جانب آخر، كما يعتمد على مشاركة العاملين في إحداثه.
- ث. التغيير التنظيمي مبني على مفهوم النظم المفتوحة : وهذا يعني أن التغيير التنظيمي يحدث في المؤسسة نتيجة لتأثرها بظروفها الخارجية، أي باعتبارها نظام يتكون من مجموعة من الأنظمة الفرعية تتفاعل فيما بينها وكونها تتواجد في نظام خارجي يتكون بدوره من أنظمة فرعية أخرى أشمل (اقتصادية سياسة، اجتماعية) ، فإن التغيير في هذه الأنظمة ينعكس بالضرورة على المؤسسة، لذلك نجد أن هناك صعوبة حصر التغيير في مجال سلوكيات الأفراد التي تحدث أثناء التغيير<sup>2</sup>.
- ج. التغيير يهدف إلى تحسين الفعالية التنظيمية: ويقصد بالفعالية التنظيمية قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها بكفاءة وقدرتها على البقاء والتطور في الظروف المتغيرة للمنظمة.
- ح. التغيير يعتمد أساسا على مشاركة العاملين مع الإدارة في إحداثه: ويمكن للمنظمة الاستعانة باستشارة بعض خبراء التغيير التنظيمي ولكن في جميع الأحوال يستلزم مشاركة العاملين والإدارة حتى يكتب له النجاح.
- خ. لا يوجد أسلوب واحد مثالي لإحداث التغيير التنظيمي : حيث أن أسلوب التغيير التنظيمي وكيفية إحداثه يمكن أن يختلف من منظمة إلى أخرى<sup>3</sup> وذلك باختلاف ظروفها، ولذلك ينبغي دائما القيام بدراسة تحليلية لظروف المنظمة لتحديد مشاكلها بشكل دقيق قبل وضع خطة التغيير التي تناسبها والتي قد لا تناسب منظمة أخرى تعمل في ظروف مختلفة.

<sup>1</sup> محمد الصيرفي، إدارة التغيير، مرجع سبق ذكره ، ص 34

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 34

<sup>3</sup> نفس المرجع، ص 35

## المطلب الثالث: مجالات التغيير التنظيمي

### 1- التغيير في رسالة ، و أهداف ، و استراتيجية المنظمة

يهتم هذا المجال برسالة ، و أهداف ، و استراتيجية المنظمة:

أ. **تغيير رسالة المنظمة:** و تتناول الرسالة الغرض الرئيسي للمؤسسة ، و مجال نشاطها، و أنواع منتجاتها، و السوق التي تخدمها، حيث أن تغيير هذه الرسالة يجب أن يكون لمواكبة التغييرات التي تهيئ فرصا يمكن استغلالها بإضافة نشاط جديد ، أو قد تفرض قيودا يتعين معها إلغاء نشاط أو أكثر ، أما الأهداف فهي الوسيلة التي تمكن المنظمة من الوصول إلى غاياتها العليا، و من الطبيعي أن تغيير الرسالة يترتب عليه تغييرات تابعة في الأهداف المتفرعة عن الرسالة، و المترجمة لها، و من ثم في الاستراتيجيات باعتبارها مناهج لتحقيق الأهداف.<sup>1</sup>

ب. **تغيير الأهداف و الاستراتيجيات:** تقوم بعض المنظمات بإجراء تعديلات في أهدافها، و في الاستراتيجيات المطبقة لتحقيق تلك الأهداف استجابة لتغيرات البيئة المحيطة، و قد يحدث هذا التغيير في جانب من الجوانب الاستراتيجية فقد تقوم المنظمة بتغيير أهدافها الاستراتيجية، أو تغيير أهدافها العامة للمنافسة (مثل التمييز، التركيز، أو القيادة بالتكاليف)، أو حتى تغيير استراتيجياتها من توسع إلى انكماش، و إذا كانت المنظمة مكونة من توليفة من وحدات الأعمال فإنه يمكن أن تغير من توليفة هذه الوحدات، و ذلك من خلال ضم أو بيع بعض الوحدات، و مثال ذلك أن تقرر المؤسسة الدخول مع مؤسسة أخرى في نوع من الاستثمار المشترك، أو تتجه إلى الأسواق الدولية.<sup>2</sup>

2- **التغيير في المجال الانساني:** و يتم التركيز عند إحداث التغيير من خلال الأفراد القائمين بالعمل على ناحيتين أساسيتين هما :

أ. التغيير المادي للأفراد: وذلك من خلال الاستغناء عن بعض العاملين، أو إحلال غيرهم محلهم.  
ب. التغيير النوعي للأفراد: و ذلك بالتركيز على رفع المهارات و تنمية القدرات، أو تعديل أنماط السلوك من خلال نظم التدريب أو تطبيق قواعد المكافآت و الجزاءات التنظيمية.  
و من الباحثين من ركز على النواحي الإنسانية عند إحداث التغيير التنظيمي في المنظمة، و ذلك من خلال إدخال التغيير في مجالين أساسيين هما<sup>3</sup>:

أ- **المهارات و الأداء:** و يستخدم لذلك ثلاث مداخل:

- **الإحلال:** أي الاستغناء عن العاملين الحاليين و استبدالهم بأفراد أكثر كفاءة و إنتاجية، إلا أن هذا الإحلال يصعب تطبيقه.

<sup>1</sup> أحمد سيد مصطفى،، إدارة السلوك التنظيمي - رؤية معاصرة، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2000، ص. 472 .

<sup>2</sup> محمود فريد الصحن و آخرون،، مبادئ الإدارة، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2002، ص 318

<sup>3</sup> علي الشريف،، الإدارة المعاصرة، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2000، ص 130



- التحديث التدريجي للعاملين: بمعنى وضع شروط و معايير جديدة لاختيار العاملين الجدد.
- تدريب العاملين: أي تدريب العاملين الموجودين بهدف تحسين أدائهم للعمل من خلال إكسابهم مهارات جديدة.

**ب-الاتجاهات و الإدراك و السلوكيات و التوقعات:** وذلك بأن يتم التغيير من خلال الاتجاهات، و الإدراك و التوقعات، كما يمكن تغيير ثقافة المنظمة، و سلوك الأفراد، و سلوك المجموعات.

**3- التغيير التكنولوجي:** ويتم التركيز لإحداث التغيير في المجال التكنولوجي على إعادة تركيب و تدفق العمل، وعلى أنماط العمل، و أساليبه و طرقه، أو على الوسائل المستخدمة في أداء العمل، أو إدخال معدات، و أدوات، و أساليب جديدة في العمل، كما أن العوامل التنافسية فرضت على وكلاء التغيير ابتداء معدات و وسائل، و أساليب عمل جديدة تمكنهم من إحراز السبق على غيرهم من المنظمات المنافسة. و لا شك أن للتكنولوجيا دور مهم و مؤثر في فعالية المنظمة، و هناك اتجاهان يمكن التعرف عليها بصفة عامة من الدراسات و الكتابات المهمة بالتكنولوجيا و المنظمات، و هما<sup>1</sup>:

الاتجاه الأول: و هو ذلك الذي يهتم بأثر التكنولوجيا في سلوك و اتجاهات العاملين.

الاتجاه الثاني: يهتم و يركز بصفة أساسية على دراسة أثر التكنولوجيا على الهيكل التنظيمي.

و يأخذ التغيير التكنولوجي عدة أشكال أهمها استخدام تقنيات حديثة بغرض زيادة الإنتاجية، و خفض تكلفة الصيانة، و تحسين جودة الإنتاج، كما أن مجال التكنولوجيا لم يعد مقتصرًا على نشاط الإنتاج فقط بل يشمل النشاط الإداري حيث تم استبدال الآلات الكاتبة بأجهزة الكمبيوتر الشخصية<sup>2</sup>.

**4- التغيير في الترتيبات المادية:** و يشمل التغيير في هذا المجال تغيير المسافات و الترتيبات في موقع العمل، كما يجب أن يكون التركيب الداخلي لموقع العمل بعيدًا عن العشوائية، و أن تأخذ الإدارة بعين الاعتبار متطلبات العمل، و متطلبات التفاعل الرسمي و الحاجات الاجتماعية حينما يتخذ القرار حول ترتيب العمل، و التصميم الداخلي، فعلى سبيل المثال يمكن التخلص من الجدران و التقسيمات الداخلية و فتح المكاتب على بعضها فيصبح من السهل على العاملين الاتصال مع بعضهم، كما يمكن للإدارة أن تغير كمية و أسلوب الإضاءة، و درجات الحرارة، بالإضافة إلى تغيير الأثاث و الديكور.

**5- التغيير في ثقافة المنظمة:** إن تغيير ثقافة المنظمة يكون ضروريًا إما كنتيجة لتغيير الرسالة و الأهداف و الاستراتيجيات، أو بشكل مستقل، و هو إعادة تطويع الموارد البشرية، و ترشيد استخدامها بما يسهم في تحسين بلوغ أهداف جديدة، و تخفيض التكلفة، أو تحسين الجودة أو زيادة الإنتاجية.

<sup>1</sup> محمد المحمدي الماضي، استراتيجية التغيير التنظيمي-مدخل إسلامي مقارن، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر، 2000، ص49

<sup>2</sup> علي الشريف، الإدارة المعاصرة، مرجع سبق ذكره، ص330

كما يعتبر التغيير الثقافي استجابة حتمية للضغط الخارجي للمؤسسة، ويتم التغيير الثقافي في المؤسسة لتحقيق التكيف ، و التأقلم الداخلي للمؤسسة و تتمثل أهم الضغوط في:

- **المنافسة:** إذ يؤدي التغيير في قواعد المنافسة ، و ما يحمل ذلك من انفتاح على الأسواق إلى تغييرات استراتيجية في ثقافة المؤسسة.
- **تطور التقنيات:** التطور الهائل في تقنيات الاتصال أدى إلى تطور طرق العمل .
- **عولمة الاقتصاد:** حيث أدت العولمة إلى تعقد الصفقات و اعتماد التحالفات مما أدى إلى ظهور أشكال جديدة للعمل.

إضافة إلى الضغوط السياسية و الاقتصادية، الضغوط الاجتماعية، و الثقافية، تواجه المؤسسة كل هذه الضغوطات بتنفيذ عمليات التغيير الثقافي.

**6- التغيير في الهيكل التنظيمي:** يتم إحداث التغيير من خلال إجراء تعديل، و تغيير في الهيكل التنظيمي للمنظمة. و يعرف الهيكل التنظيمي بأنه: "الإطار المؤسس الواضح لمكونات المنظمة ، و ما تضمنه من الأقسام و الفروع التي تتبعها ، و المحدد للمستويات التي تندرج عليها، و للاتصالات التي ينبغي أن تتفاعل عن طريقها، و للأنشطة التي تنهض بها، و للمستويات و الصلاحيات التي تعطى لها".<sup>1</sup>

ويتكون الهيكل التنظيمي من: تصميم العمل و التخصص، التكوين التنظيمي، التفويض، نطاق الإدارة، التنفيذيون و الاستشاريون، و من ثم فإن أي تغيير في أحد أو بعض هذه المكونات يدخل في مجال التغيير الهيكلي، أو البنائي مع ملاحظة أنه من الصعوبة تحديد العناصر أو المتغيرات التي تقع ضمن المجال الهيكلي، إلا أن المنظمات قد تلجأ إلى تغيير شامل في بنائها التنظيمي كله، و يطلق على هذه العملية اصطلاح "إعادة التنظيم"<sup>2</sup> أي إعادة كل مكونات التنظيم، و الكشف عن أي خلل موجود، ثم إعادة البناء مرة أخرى على أساس أكثر ملاءمة للأهداف و التطوير، و البيئة المحيطة بالمنظمة، بحيث يمتد لمختلف الأنشطة، و علاقاتها التنظيمية ، و من أمثلة ذلك تحول المنظمة من التنظيم الوظيفي إلى التنظيم المصنوعي.

كما أن عملية التغيير في الهيكل التنظيمي قد تتم من خلال إعادة توزيع الاختصاصات ، و تجميع الوظائف ، و إعادة تصميم طرق الاتصال و قنوات تدفق السلطة ، و المسؤولية ، بالإضافة إلى استحداث وحدات تنظيمية أو استبعاد وحدات أخرى، و ما يترتب على ذلك من تعديلات في عناصر التنظيم الأخرى من أفراد و سياسات و إمكانيات ، و نظم و إجراءات.

و مع سرعة التغيير و الحاجة المستمرة للتأقلم مع المتغيرات الجديدة، و غير المتوقعة فإن الكثير من الباحثين يرون أن الهياكل التنظيمية تتميز بالوقتية ، و كثرة اللجان أو مجموعات العمل التي تحتاج إلى قدر من التنسيق،

<sup>1</sup> عامر الكبيسي، التنظيم الإداري الحكومي بين التقليد و المعاصرة، مطابع دار الشرق، الدوحة، قطر، 1998، ص19

<sup>2</sup> علي الشريف، الإدارة المعاصرة، مرجع سبق ذكره، ص329

و التعاون بينها، حيث أن تلك المجموعات تعمل على أساس متناسق الأجزاء(عضوي) بدلا من العمل بصورة روتينية خالية من التفكير<sup>1</sup>.

### المطلب الرابع: منهج التغيير ودور الإدارة

يجب التمييز في البداية بين المنهج والطريقة فالمقصود بالمنهج هنا هو الفلسفة التي يقوم عليها التغيير، والتي تتجلى في التفكير ومجموعة القيم التي تتبناها الإدارة أو المنظمة بوجه عام، وهو ما ينعكس على نمط العلاقات والاتصال والأولويات المسطرة وترتيب الأهداف وفق هذه الأولويات. في حين يقصد بالطريقة مجموعة الإجراءات المعتمدة في تجسيد عملية التغيير، والتي يجب أن تتم وفق تسلسل منطقي وبأساليب علمية. إن إرساء نظام تغيير فعال في المنظمة يقتضي وضوح المنهج، وهذا الأخير يبدأ من تغيير عميق في الفكر والسلوك، ابتداء من الفرد إلى الفريق إلى المنظمة ككل.

تشير التجارب العملية في مجال التغيير على أن المنهج الفعال هو المنهج الذي ينطلق من تنمية روح الجماعة في المنظمة، ويستند إلى مرجعيات علمية، وبالتالي يكون عماده المعرفة والكفاءات.

يعتمد قياس المنافع على مقارنة التغيير في كفاءة المؤسسة بتكلفته، وهو ما يمكن الاصطلاح عليه بالرفع التغيير. وبطبيعة الحال يتم استخراج عدة رافعات بقدر المجالات التي مسها التغيير. ونحن ندرك جيدا مصاعب قياس التكاليف والمنافع الناتجة عن التغيير، إذ أن بعضها يكون معنويا، إلا أننا كلما تمكنا من تكميم المدخلات .

*leviers de changement réels* والمخرجات اقتربنا من رافعات تغييرية حقيقية.

حيث إن إدارة المؤسسة هي مركز القيادة، والمدير هو القائد، فإن مهمتها بالغة الأهمية في اختيار المنهج الملائم والطريقة الأكثر فعالية. فعلى أهمية إشراك العاملين في مختلف مجالات الخيارات الاستراتيجية للمؤسسة، وهو ما يعد في حد ذاته مكونا أساسيا من مكونات فلسفة الإدارة، إلا أن مسؤولية هذه الأخيرة في وضع إطار التغيير ووجهته تتحملها وحدها، باعتبارها مركز القرار. وعليه، يجب أن تسند وظيفة القيادة لأهلها، ونقصد هنا الكفاءات ذات التكوين والخبرة. هذا، فضلا عن الخصائص الذاتية التي يشترطها الخبراء في شخصية القائد.

### المطلب الخامس: إدارة التغيير في المؤسسة

#### 1- تعريف إدارة التغيير التنظيمي

تعتبر إدارة التغيير التنظيمي هي الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق التغيير، كما تعتبر من مهام القادة الإداريين في المنظمة لما تتطلبه من تخطيط محكم، و دراية بجميع المراحل التي تمر بها عملية التغيير.

<sup>1</sup> عبد الله عبد الغني الطحيم، و السواط طلق عوض الله، السلوك التنظيمي، المفاهيم و النظريات و التطبيقات، دار النوابع للنشر و التوزيع، جدة

**التعريف الأول:** عرفت على أنها " ذلك التغيير المخطط الذي يعمل على تحسين فعالية الإدارة، و تحسين قدرتها على مواجهة المشاكل التي تواجهها، و هي خطة طويلة المدى لتحسين أداء الإدارة في حل مشاكلها و تغيير ممارساتها الإدارية، و هذه الخطة هي مجهود متكامل بين الإداريين في ظل البيئة التي تنشط فيها المنظمة و العوامل الخارجية التي تؤثر في نشاطها"<sup>1</sup>.

**التعريف الثاني:** إدارة التغيير التنظيمي هي: " ذلك المنهج الإداري الذي يعنى برصد مؤشرات التغيير في منظمات الأعمال، و فرز تلك المؤشرات التي لها علاقة بنشاط المنظمة ضمن أولويات إدارتها بهدف تكيف و تأقلم تلك الإدارة في ممارستها لوظائف العملية الإدارية مع المتغيرات المتوقعة لتحسين أدائها وسلوكها"<sup>2</sup>.

**التعريف الثالث:** إدارة التغيير التنظيمي: " هي عملية تتبناها قيادة التغيير للانتقال من وضع غير مرغوب فيه إلى وضع أحسن، باستعمال أفضل الطرق اقتصادا وفعالية لإحداث التغيير وعلى مراحل لبلوغ أهداف المؤسسة"<sup>3</sup>، والاضطلاع بالمسؤوليات التي تليها أبعاد التغيير الفعال"<sup>4</sup>.

بالاعتماد على التعاريف المقدمة سابقا يمكن تقديم أبسط تعريف لإدارة التغيير وهو:

" تعد إدارة التغيير فلسفة لإدارة المؤسسة تتضمن تدخل مخططات طويلة الأجل في أحد أو بعض جوانب المؤسسة لتغييرها بهدف زيادة فعاليتها وتحقيق التوافق المرغوب"<sup>5</sup>.

## 2- الأسس النظرية لإدارة التغيير في المؤسسة

تعرض العديد من الباحثين والمتخصصين إلى عرض المراحل التي يمر عبرها التغيير التنظيمي كلٌّ حسب فلسفته، وذلك بعد المحاولة الأولى والرائدة لـ *Kurt Lewin*، حيث بين أن التغيير هو تتابع لثلاث مراحل: فيبدأ بإذابة الجليد *Dégel* للنظام القائم (الحالي) وذلك قبل المرور إلى مرحلة التغيير *Changement* ثم إلى مرحلة التجميد *Regel* للنظام الجديد<sup>2</sup>. تمثل المرحلة الأولى مرحلة التعبئة.

نتائج مرحلة الإذابة تتميز بمجموعة من الأفراد أو بمنظمة مقتنعة بالحاجة للتغيير و هي مستعدة للانضمام إلى صيرورة التغيير. هذه المرحلة نفسها (مرحلة إذابة الجليد) تتكون من ثلاث مراحل:

<sup>1</sup>Peter F. Drucker, Long-Range Planning : Challenge to Management Science, Management science, Vol 05, N= 03, April 1959, p: 249.

<sup>2</sup>صباحي العتيبي، تطور الفكر والأساليب في الإدارة، دار الحامد، الطبعة الأولى، عمان، 2005، ص65.

<sup>3</sup> معيزي قويدر، مفاهيم أساسية عن التغيير التنظيمي، إدارة التغيير ومقاومة التغيير، ملتقى دولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب بالبلدية، 12-13/05/2010، ص 09.

<sup>4</sup> سعيد يس عامر، الإدارة وتحديات التغيير، مركز وايد سرفس للاستشارات والتطوير الإداري، القاهرة، 2001، ص 255.

<sup>5</sup>الزعيبي علي فلاح، إدارة التغيير ودورها في تعزيز عملية التخطيط التسويقي الاستراتيجي في القطاع الصناعي الأردني: نموذج ريادي متكامل. أبحاث اقتصادية وإدارية، محمد خيضر بسكرة، العدد. 06 (ديسمبر) 2009، ص 70-103.

<sup>2</sup> Yvers Simon, Patrick Joffre, (sous la dir.), *Encyclopédie de gestion*, 2<sup>ème</sup> ed; Economica; Paris, 1997, p 308.

- مرحلة الانقطاع.
- مرحلة القلق أو تأنيب الضمير.
- مرحلة الأمان.

### 1. مرحلة الانقطاع *une phase de rupture*

- يحدث الانقطاع حينما يكون وعي لدى أفراد المؤسسة بأن الوضعية السائدة إلى غاية الآن تطورت بشكل عميق أو تغيرت بشكل أساسي. أمثلة على ذلك:
- تحول الإطار التنافسي مع وصول منافسين جدد أقوى، أو عرض سلعة جديدة منافسة من حيث الجودة و السعر على السوق.
  - انخفاض المردودية نتيجة أسعار التموين المرتفعة.
  - اضطراب يخلق خلل في قواعد اللعبة.

### 2. مرحلة القلق أو تأنيب الضمير *une phase d'anxiété ou de culpabilité*

- يظهر شعور القلق أو الشعور بتأنيب الضمير عندما يشعر الفرد أن طريقة أدائه لا تتلاءم مع الوضعية الجديدة والإطار الجديد أو مع مصالح مؤسسته أو حتى تذهب في اتجاه معها. هذا الشعور يعمل على خلق جو مشحون باللاستقرار و يؤثر أساسا على طريقة الأداء، طريقة التفكير، السلوك و الأحكام السائدة إلى غاية الآن و التي يجب تعويضها لانتهاج طريقة مجهولة أو غير مألوفة بعد و يمكن أن تكون خطيرة أيضا.

### 3. مرحلة الأمان *une phase de sécurité*

- حينما يفهم الفرد في المؤسسة ضرورة تغيير مهامه، طريقة أدائه أو سلوكه، الفهم الذي يرافقه نوع من القلق أو تأنيب الضمير. الارتقاء إلى حالة جديدة يمثل أيضا مصدر قوي للقلق نتيجة لشعور الفرد بعدم التأكد. و بالتالي للخطر الكامن الذي تمثله الحالة الجديدة أو كل تطور جديد بالنسبة للحالة الحالية المألوفة. الفرد في هذه الحالة مطالب بمواجهة ضرورة إجراء اختيار ما بين خطرين لا مفر من مواجهتهما: الأول يتعلق بالاستمرار بالعمل بالطريقة الحالية و الثاني يتعلق بمواجهة وضعية مجهولة بمخاطرها المختلفة ( وضعية ما بعد التغيير). يقبل الفرد التغيير - التطور - حينما يشعر أنه محمي ضد المخاطرة *le risque* - خطر ما هو جديد- بعبارة أخرى عندما يحس بالأمان من الجديد.

### 3. مراحل التغيير التنظيمي

- إن الدور الذي يساهم به التغيير التنظيمي في تحسين الأداء، شجع الباحثين والدارسين والمنظمات على دراسة هذه الظاهرة وبذل الجهود للاستفادة منه، وقد قدمت محاولات كثيرة لتوضيح الكيفية التي يتم بها التغيير، إضافة إلى تقديم نماذج وأفكار جديدة في هذا المجال تسهل الاستفادة من التغيير، ومن هذه المحاولات ما قدمه كيرت لوين Kurt Lewin سنة 1951 في محاولته لتحديد مراحل التغيير التنظيمي، والتي قام العديد من العلماء

والممارسين باستخدامها أو تطويرها لكي تناسب ظروفهم، فقد ساعد نموذج "لوين" في إحداث التغيير بنجاح في الكثير من المنظمات.

يصف "لوين" المنظمة من خلال هذا الشكل بأنها عبارة عن نظام في حالة ثبات من خلال قوى معادلة أو معارضة<sup>1</sup>، فمن ناحية يوجد مدى من القوى الدافعة - الضغوط - من أجل التغيير، وهي تضم على سبيل المثال الضغوط التنافسية، انتشار تقنية جديدة، الابتكار والإبداع من داخل المنظمة، والتشريع الجديد، والاهتمامات البيئية وحقوق العمال. ويعادل هذه القوة الدافعة حسبما ذكر "لوين" عدد من القوى المقاومة والتي تضم التقاليد وثقافة المنظمة والمناخ السائد؛ وحيث أن كل مجموعة من القوى يمكن أن تلغي كل منها الأخرى، فإن النظام يظل في حالة توازن والنتيجة الطبيعية لهذا النموذج كما يؤكد "لوين" أن أية عملية تغيير في المنظمة يمكن اعتبارها تحركاً مؤثراً في الوضع التوازني اتجاه وضع مرغوب أو محدد حديثاً، ويقترح "لوين" عملية ذات ثلاث مراحل، لتنفيذ التغيير وتبدأ بإذابة الجليد (Dégel) للنظام القائم (الحالي) وذلك قبل المرور إلى مرحلة التغيير (Changement)، ثم إلى مرحلة التجميد (Regel) للنظام الجديد<sup>2</sup>

الشكل 3: نموذج "لوين" لمراحل التغيير التنظيمي

المرحلة الأولى		المرحلة الثانية		المرحلة الثالثة
إذابة الجليد	←	التغيير	←	إعادة التجميد
- إيجاد الشعور بالحاجة إلى التغيير		- تغيير الأفراد		- تعزيز النتائج
- تقليص مقاومة التغيير.		- تغيير الأعمال		- تقييم النتائج
		- تغيير البناء التنظيمي		- إجراء تعديلات بناءة
		- تغيير التقنيات		

المصدر: رحيم حسين، و علاوي عبد الفتاح التغيير التنظيمي في منظمات الأعمال، دوافعه، أهدافه و مداخله،مداخلة ضمن الملتقى الدولي حول الإبداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة البليدة، 12-13/05/2010، ص 13

#### 4. بعض طرق التبعة للتغيير.

بالرجوع إلى الكم الهائل مما كتب حول التبعة للتغيير كخطوة أولى من خطوات صيرورة التغيير، يمكن أن نلاحظ أن هذه النماذج النظرية المختلفة هي متقاربة إلى حد بعيد، في هذا المستوى سنعمل على عرض نموذج كارت لوين، و النماذج التي جربت بنجاح في أوروبا و أمريكا على امتداد ثلاث عقود من الزمن. الجدول التالي يذكر مختلف هذه النماذج النظرية.

<sup>1</sup> رحيم حسين و علاوي عبد الفتاح ، التغيير التنظيمي في منظمات الأعمال، دوافعه، أهدافه و مداخله،مداخلة ضمن الملتقى الدولي حول الإبداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة البليدة، 12-13/05/2010، ص13

<sup>2</sup> نفس المرجع.

الجدول رقم 1 : النماذج النظرية المختلفة لعملية التبعنة للتغيير في المؤسسة.

الضرورة			النموذج
إعادة التجميد	التحويل	الإذابة	كارت لوين 1947 <sup>1</sup>
النموذج الهدف	التغيير	عدم الرضا	بيير 1980 <sup>2</sup>
عملية التغيير و التغيير المؤسساتي	القرارات الاستراتيجية و الأفعال الأولى	التخلي على التقاليد و الأزمة	كانتر 1983 <sup>3</sup>
التعزيز	التبعنة	الاستيقاظ	تيشي و ديفانا 1986 <sup>4</sup>
الفعل	الهدف	تحرير الطاقات	ندلار و تيشمان 1989 <sup>5</sup>

المصدر: نيجل كنج، نيل اندرسون، إدارة أنشطة الابتكار و التغيير- دليل انتقادي للمنظمات-تعريب محمود حسن حسني، الرياض ، دار المريخ للنشر، 2004، ص258.

### 1. نموذج إيفونسيفيتش Ivancevich

ويتكون هذا النموذج من عدة مراحل كما يلي<sup>6</sup>:

المرحلة الأولى: تحديد القوى الدافعة للتغيير ومسببات التغيير الداخلية و الخارجية.

المرحلة الثانية: الاعتراف بالحاجة للتغيير: فمن خلال البيانات المالية وانخفاض معدلات الأداء... الخ تستطيع الإدارة تحديد مدى الحاجة لإحداث التغيير.

المرحلة الثالثة: تشخيص المشكلة حيث يتم تعريف وتحديد المشكلة.

المرحلة الرابعة: تطوير البدائل واستراتيجيات التغيير- يتم التطرق إليها في البحث الخاص باستراتيجيات التغيير- يتم في هذه المرحلة تحديد استراتيجيات التي تعتبر الأكثر ملائمة لتحقيق الأهداف المتوقعة؛ المرحلة الخامسة: تحديد مقيدات التغيير.

المرحلة السادسة: مقاومة التغيير، يجب على الإدارة التعرف على مسببات مقاومة التغيير ومعالجتها.

المرحلة السابعة: تنفيذ التغيير ومتابعته ، ويتم في هذه المرحلة تحديد الإطار الزمني للتغيير، موعد حدوثه ، كما يتم تحديد نطاق التغيير بناء على الاستراتيجية المختارة، كما يتم في هذه المرحلة متابعة التغيير من خلال المعلومات المتوفرة من التغذية المرتدة.

### 2. نموذج كوتر Kotter لإدارة التغيير

حسب هذا النموذج لا بد من أن يمر التغيير بالخطوات الآتية<sup>7</sup>:

<sup>1</sup> Kurt Lewin 1947

<sup>2</sup> Beer 1980

<sup>3</sup> Kanter 1983

<sup>4</sup> Tichey & Devana 1986

<sup>5</sup> Nadler & Tushman 1989

<sup>6</sup> نيجل كنج، نيل اندرسون، إدارة أنشطة الابتكار و التغيير- دليل انتقادي للمنظمات-تعريب محمود حسن حسني، الرياض ، دار المريخ للنشر، 2004، ص259-260.

<sup>7</sup> حسن حريم، ادارة المنظمات منظور كلي، ص 288.

- إيجاد الشعور بالحاجة.
- إيجاد تحالف موجه للتغيير: يجب أن يكون هنالك جماعة قوية للتوجه تعمل كفريق.
- تطوير الرؤية و الاستراتيجية.
- إيصال رؤية التغيير.
- تمكين العمل ذي القاعدة العريضة(تمكين الموظفين من صلاحيات تساعدهم على التحرك و العمل).
- تحقيق مكاسب وإنجازات على المدى القصير.
- تكريس المكاسب و تحقيق مزيد من التغيير.
- ترسيخ مناهج جديدة في ثقافة المنظمة.

### 3. إدارة التغيير حسب نموذج لوين:

#### أولاً- مرحلة إذابة الجليد

وتتمثل هذه الخطوة في محاولة إثارة أذهان أفراد وجماعات العمل في المنظمة من عاملين وأقسام ومديرين بضرورة الحاجة للتغيير، والعمل على التخلص من الاتجاهات والقيم والممارسات والسلوكيات التي يمارسها الأفراد داخل التنظيم في الوقت الحالي، ثم العمل على تهيئة الأجواء الملائمة لخلق دوافع جديدة عند الأشخاص لعمل شيء ما، ثم العمل على تقوية الشعور لدى هؤلاء الأشخاص بضرورة استبدال الأنماط السلوكية والقيم والاتجاهات القديمة بأخرى جديدة، وتتضمن هذه العملية دفع الأفراد في المنظمة إلى إدراك أن السلوك أو الاستراتيجية الحالية التي يعملون بمقتضاها لم تعد ملائمة، أو أنها تؤدي إلى تدهور النتائج والأداء، وإشعار العاملين بالأمان باتجاه التغييرات التي قد تحدث مستقبلاً، ويتم ذلك بإزالة أي مسببات لمقاومة التغيير. وإذا حدث هذا الإدراك لدى الأفراد فإن ذلك يؤهلهم للقبول بضرورة القيام بالتغيير ويسهل تلك العملية، وتدعيم هذا الإدراك تستخدم بعض المعايير الخاصة بالأداء، والتي تظهر سوء في الأداء مثل انخفاض معدل الربح، أو تقلص حصة المنظمة في السوق.

ومن الممارسات التي يتم استخدامها لإذابة الجليد في هذه المرحلة، الضغط للتخلص من السلوكيات الحالية المتسببة في تدني مستويات الأداء، ثم على الإدارة العمل على إيجاد الدافعية وإيجاد الاستعداد و الرغبة لعمل شيء جديد، والتوصل إلى عدم جدوى وفاعلية الأساليب القديمة المطبقة لإنجاز الأعمال، ومن ضمن أساليب تحرير وإذابة الموقف ما يلي:

1- منع أي مدعمات أو معززات لأنماط السلوك التي تمثل نوعاً من المشاكل، وذلك لإظهار أن أنماط السلوك السيئة غير مرغوب فيها.



- 2- انتقاد التصرفات وأساليب العمل التي تؤدي إلى حدوث مشاكل، وقد يصل الأمر بالانتقاد إلى زرع الإحساس بالذنب، والبخس من القدر أو الحط من القيمة.
  - 3- إشعار العاملين بالأمان تجاه التغييرات التي قد تحدث مستقبلا ويتم ذلك بإزالة أي مسببات لمقاومة التغيير .
  - 4- نقل الفرد من القسم أو بيئة العمل التي تشجع أساليب العمل والتصرفات غير المرغوبة، وذلك لكي يشعر بمدى جسامة الموقف، وقد يكون ذلك النقل مؤقتا إلى أحد الأقسام الأخرى أو إلى دورة تدريبية تدور حول المشكلة المعينة.
  - 5- تغيير بعض الظروف المحيطة بالتصرفات السيئة، فإذا كان التأخر عن العمل والغياب والتوقف عن العمل قبل المواعيد الرسمية، فإن التغييرات التي تشعر العاملين بسوء هذه التصرفات، قد تكون مثل تغيير مواعيد الحضور والانصراف، وعدد ساعات العمل والراحة.
- إن تفكيك أو إذابة الموقف تسهل للأفراد القائمين على التغيير التنظيمي التبصر والوعي بوجود مشاكل في العمل تحتاج إلى تغيير أو حل، ولزيادة هذا التبصر والوعي يمكن مقارنة أداء أجزاء المنظمة ببعضها البعض، ودراسة تقارير الرقابة والمتابعة بشكل جاد، وأيضا إجراء البحوث الميدانية داخل العمل عن درجة الرضا، وتغيير قيم العمل، وإجراءات العمل والإنتاج.

#### ثانيا- مرحلة التغيير

في هذه المرحلة يجب التركيز على ضرورة تعلم الفرد أفكار وأساليب ومهارات عمل جديدة، بحيث يتوفر لدى الأفراد البدائل الجديدة لأداء الأعمال، من خلال ما تقدمه الإدارة لهم، وفي هذه المرحلة أيضا يتم إجراء تعديل وتغيير في الواجبات والمهام، وكذلك في التقنيات والهياكل التنظيمية الموجودة حاليا، الأمر الذي يتطلب من الإدارة ضرورة العمل على توفير المعلومات ومعارف جديدة وأساليب عمل جديدة للأفراد العاملين للمساهمة في تطوير مهاراتهم وسلوكهم، ومن ثم تحقيق المطلوب، ويكون التغيير في النواحي التنظيمية الهيكلية التالية :

**1- التغيير في أنماط توزيع السلطة:** يتم إعادة النظر في الصلاحيات الممنوحة للمستويات الإدارية المختلفة أو لبعض المسؤولين فيها، وتغيير الارتباطات الإدارية أو نظام التسلسل الإداري المعمول به، وقد تتم عملية إعادة التنظيم لتشمل إلغاء أو استحداث وظائف أو أقسام إدارية، كما يكون هناك تغيير في نمط القيادة وإعطاء المزيد من المرونة وتوفير فرص التدريب للقيادات الإدارية وإعادة تصميم الأعمال بشكل يتوافق مع المتطلبات الجديدة للعمل.

**2- التغيير في التكنولوجيا المستخدمة:** قد تشمل تلك التغييرات تغييرات في المعدات أو الأساليب المستخدمة في الإنتاج، وفي العلاقات بين النشاطات المختلفة، وفي تحسين طرق تدفق العمل.

**3- التغيير في العمليات الإدارية:** ويشمل إعادة النظر في نمط اتخاذ القرارات وأنماط الاتصالات، كأن يصبح أسلوب اتخاذ القرارات جماعيا من خلال تشكيل اللجان وقد يشمل تعديل السياسات والإجراءات وتعديل معايير اختيار العاملين.

في هذه المرحلة يجذر "لوين" من الإقدام بشكل متسرع في تنفيذ وإحداث التغيير، لأن ذلك سوف يترتب حدوث مقاومة شديدة له، الأمر الذي يؤدي إلى الارتباك والتشويش وعدم الوضوح وبالتالي عرقلة مسار التغيير.

### ثالثاً- مرحلة إعادة التجميد (التثبيت)

كما بدأت مراحل التغيير بضرورة إذابة الموقف ثم الانتقال إلى إدخال التغييرات المطلوبة؛ يكون من اللازم بعد التوصل إلى النتائج والسلوكيات المرغوبة، تجميد ما توصل إليه، أو يمكن القول أن هذه المرحلة تهتم بصيانة وحماية التغيير الذي تم التوصل إليه.

وفي هذه المرحلة يتم التأكد من أن ما تم إكسابه للعاملين من مهارات وأفكار واتجاهات جديدة في مرحلة التغيير يتم دمجها في الممارسات الفعلية، حيث تهدف هذه المرحلة إلى تثبيت التغيير واستقراره، عن طريق مساعدة الأفراد من العمل على دمج الاتجاهات والأفكار وأنماط السلوك التي تم تعلمها في أساليب وطرق عملهم المعتادة، وعلى الإدارة أن تعطي الفرصة الكاملة للأفراد لإظهار ممارساتهم السلوكية الجديدة، وضرورة العمل على تعزيز السلوكيات الإيجابية حتى يستمر الأفراد في مواصلة هذا السلوك برغبة ورضا.

وللحفاظ على ما تم اكتسابه من عملية التغيير لابد من إتباع الخطوات التالية:

1- المتابعة المستمرة لنتائج تطبيق التغيير التنظيمي، ومقارنة النتائج الفعلية بالنتائج المخططة والمطلوبة، ومناقشة الانحرافات المحتملة ومحاولة علاجها.

2- توفير سبل اتصالات مفتوحة بين المشاركين في التغيير، مع توفير كافة المعلومات المرتبطة به.

3- بناء أنظمة حوافز تشجع الأقسام والأفراد الناجحين والمساهمين في إنجاز عمليات التغيير.

4- إنشاء أنظمة تشجيع الاقتراحات الخاصة بالتطويرات والتغييرات الجديدة، وتشجيع السلوك والتصرفات الخاصة بالسلوك الإبداعي والمبادأة والابتكار سواء في العمليات الفنية الوظيفية أو في العمليات الإدارية.

وبهذه المراحل تكون الإدارة قد اتبعت أسلوباً علمياً لإدخال التغيير التنظيمي، يتلخص في تحديد الهدف من التغيير، وتحديد أنواع التغييرات المطلوبة، وجمع أكبر قدر من المعلومات ودراساتها وتحليلها جيداً واستشارة الأطراف المعنية من رؤساء ومرؤوسين، والتعرف على اتجاهاتهم وردود الفعل عندهم التي تكون مؤيدة ومساندة أو مقاومة ومعارضة له.

## المبحث الثاني: مقاومة التغيير و استراتيجيات التعامل معها

إن ممارسة عملية التغيير بالمؤسسة ليست بالعملية السهلة فكثيرا ما تواجه المؤسسات الراغبة في التغيير معوقات تحيل بينها و بين تحقيق الهدف وتعتبر مقاومة الأفراد للتغيير من أهم هذه المعوقات مما يستوجب على المسير البحث عن أسباب مقاومة التغيير و مؤشراتهما، أي العمل على تشخيصها و بالتالي تبني الاستراتيجية المناسبة لإدارتها و العمل على إنجاح عملية التغيير .

## المطلب الأول: مفهوم مقاومة التغيير التنظيمي

تتفق العديد من الدراسات على أن مقاومة التغيير تعتبر من أهم المشاكل التي تواجه القائمين عليها، إلا أنه لا يوجد اتفاق فيما يخص تعريف مقاومة التغيير التنظيمي، و كل باحث يعرض الموضوع من منظور مختلف .

ويعد Zendfer (1950)<sup>1</sup> من الباحثين الأوائل الذين تطرقوا لظاهرة مقاومة الأفراد للتغيير، و عرفها على أنها " أي تصرف يعمل على المحافظة على الوضع الراهن/ الحالي، و في وجه أي محاولات تعمل على تغيير هذا الوضع "

عرفها حمود (2002)<sup>2</sup> بأنها " ردود الفعل السلبية للأفراد اتجاه التغييرات التي قد تحصل أو التي حصلت بالفعل في المنظمة، بتأثيرها السلبي عليهم. "

و يعرف عبوي زيد منير (2007)<sup>3</sup> مقاومة التغيير على أنها " امتناع الأفراد عن التغيير أو عدم الامتثال له بالدرجة المناسبة و الركون و المحافظة على الوضع القائم. "

و يعرف الكبيسي (2010)<sup>4</sup> مفهوم مقاومة التغيير بأنه " سلوك تلقائي دفاعي لتجنب آثار سلبية حقيقية أو محتملة لما سيرافق التغييرات التنظيمية المراد إدخالها. "

1 يحي سليم ملم و محمد شاكر الإبراهيم، استراتيجيات و أسباب مقاومة التغيير في الشركات الصناعية، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد4، العدد2، 2008، ص219.

2 نواف بن فهد عبد الله العنزي، دور قيادات حرس الحدود في الحد من مقاومة التغيير التنظيمي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الرياض، 2015، ص39.

3 عبوي منير، إدارة التغيير و التطوير، دار الكنوز المعرفية ، ط1، 2007، ص41.

4 نواف بن فهد عبد الله العنزي، دور قيادات حرس الحدود في الحد من مقاومة التغيير التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص39.

## المطلب الثاني: أشكال مقاومة التغيير التنظيمي

تتعدد أشكال المقاومة و قد تكون :

1- من حيث جماعية و فردية المقاومة:

**المقاومة الفردية :** تعني أن مقاومة التغيير تأخذ صفة الفرد و تتراوح اتجاهات الأفراد بين مؤيد للتغيير و معارض له تبعا للرؤية الشخصية للتغيير المقترح.

**المقاومة الجماعية:** عدم الامتثال للتغيير يأخذ طابعا جماعيا حيث يقاوم التغيير معظم أو كل الموظفين.

2- من حيث الإفصاح عن المقاومة

تأخذ درجة الإفصاح عن مقاومة التغيير شكلين : الأول سري و الثاني ظاهري .

و تتحدد سرية و ظاهرية مقاومة التغيير حسب فلسفة القيادة و المناخ العام للمنظمة، و يبقى التعامل مع المقاومة الظاهرية أفضل بكثير من التعامل مع المقاومة السرية نظرا لصعوبة تصدي الجهة المسؤولة لهذا النوع من المقاومة الذي لا يمكن معرفة أطرافه و أبعاده.

3- من حيث إيجابية و سلبية مقاومة التغيير

المقاومة الإيجابية: تتمثل ايجابية مقاومة التغيير في كون التغيير المقترح سلبيا، بمعنى أن الفوائد المحققة منه أقل من التكاليف المدفوعة . و عدم الامتثال لهذا التغيير يصب في مصلحة الإدارة .

المقاومة السلبية: تتمثل سلبية مقاومة التغيير في أنها تتم عندما تكون نتائج التغيير إيجابية و مردودها على الموظف و المنظمة كبير مقارنة بتكاليفها.<sup>1</sup>

## المطلب الثالث: أسباب مقاومة التغيير، و مؤشرات ظهورها

### 1. أسباب مقاومة التغيير

تتعدد أسباب مقاومة التغيير ، و يرى بعض الباحثين أن مقاومة الأفراد للتغيير تعود لأسباب كثيرة سواء كان مصدرها فرديا أو جماعيا، و التي تحول دون إحداث تغيير في المنظمة.

1 عياش قويدر و ابراهيم عبد الله، ادارة مقاومة التغيير في المؤسسة المعاصرة، مجلة دراسات-العدد الإقتصادي-رقم 19/ 2013، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الأغواط، ص173.

يرى عبوي في كتابه إدارة التغيير و التطوير(2008)<sup>1</sup> أن الأسباب الشائعة لمقاومة التغيير تتمثل في :

#### أ. أسباب تعود للأفراد:

يرى الأفراد أن التغيير مضيعة للوقت و الجهد عندما يقتنعون أن الوضع الحالي هو الأنسب، لذلك يكون الأفراد عامل نجاح إذا توافرت فيهم خصائص محددة تدعم التغيير أو عوامل فشل إذا لم تتوافر فيهم هذه الخصائص و من بين هذه الأسباب التي تدفع الأفراد لمقاومة التغيير نذكر:

- عدم الإلمام بهدف التغيير .
- مخاوف من فقدان المنصب أو مزايا مكتسبة.
- تخوف الأفراد من عدم مقدرتهم الفنية و التقنية على تبني و تطبيق التغيير المطلوب.

#### ب. أسباب تعود للمنظمة:

و يمكن تلخيص الأسباب التي تعود للمنظمة فيما يلي:

- البنية التنظيمية للمنظمة: حجم المنظمة و مركزية صناعة القرار، درجة الاستقرار. فهذه الخصائص التي يعتقد أنها تؤثر في التغيير.
- عدم توافر الموارد سواء كانت موارد بشرية، مالية أو فنية.
- تراكمات من القوانين و القواعد و العمليات التي تحيط بالمنظمة.<sup>2</sup>

#### ت. أسباب تعود للبيئة الخارجية للمنظمة:

قد تعيق الأنظمة التي تحيط بالمنظمة سواء كانت إدارية، سياسية أو اقتصادية عملية التغيير و ذلك من خلال<sup>3</sup> :

- عدم توافر السيولة اللازمة لتمويل خطط التغيير .
- فقدان المرونة للسياسات و الإجراءات الإدارية الذي يعيق التغيير و خططه.
- قلة التجهيزات و الإمكانيات اللازمة للتغيير.

كذلك يمكن إجمال أسباب مقاومة التغيير التنظيمي في النقاط التالية:

1 عبوي زيد منير، إدارة التغيير و التطوير، دار الكنوز المعرفية ، ط1، 2007، ص42  
 2 نواف بن فهد عبد الله العنزي، دور قيادات حرس الحدود في الحد من مقاومة التغيير التنظيمي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الرياض، 2015، ص41  
 3 نواف بن فهد عبد الله العنزي، مرجع سبق ذكره ، ص ص41-42 .

أ. **التعود و العادات التنظيمية:** تتمثل العادات التنظيمية في الطرق التي تعود عليها الأفراد لأداء الأعمال و النشاطات و يتم اكتسابها بالتعلم أو الملاحظة أو التقليد. فالبعض لا يرغبون في التغيير نتيجة التعود على طرق عمل قديمة مريحة و سهلة .

و قد تكون المقاومة من طرف الموظفين أصحاب النفوذ بالمنظمة اذا أحسوا بأن عملية التغيير ستقلص من نفوذهم.

ب. **إهمال النظام الاجتماعي:** إن النظام الاجتماعي يتكون من مجموعة من أجزاء متكامل و تتفاعل مع بعضها البعض، و أي تغيير في جزء منها يؤثر في الآخر، و تشمل هذه الأجزاء: الأفراد، الهيكل التنظيمي، نظم المعلومات، النظام الإداري و التكنولوجيا. فمثلا إذا حدث التغيير التكنولوجي يؤثر على الواجبات و الأنشطة التي يؤديها الأفراد.<sup>1</sup>

ت. **الاتجاهات الفكرية و المعرفية:** تتمثل الاتجاهات في مجموعة الآراء الموجودة في ذهن الفرد نحو الأشياء المحيطة به من عمل، زملاء و مجتمع، و مدى تأثيرها السلبي و الإيجابي على سلوك الشخص تجاه هذه الأشياء و تتكون الاتجاهات من :

- الأفكار: تعبر عن إدراك الفرد لعمليات التغيير و منطقته و أهميته.
- المشاعر: تتكون من العواطف و الأحاسيس و الانفعالات التي توجد لدى الفرد.
- الميل للسلوك : يسبق التصرف الذي يسلكه الفرد، و الذي يمثل الموقف الذهني الذي يوجه السلوك لوجهة معينة.

أي أن عدم إحساس الموظفين بالحاجة للتغيير و عدم استعدادهم لذلك و إحساسهم بعدم قدرة المنظمة على إحداث التغيير تجعلهم يقفون بالمرصاد لكل الجهود المبذولة لتحقيق التغيير و يقول كوتر و سكلسنقر: "إن العاملين يرفضون التغيير انطلاقا من اعتقادهم بأن قبولهم لهذا التغيير يعني إقرارهم بأن ما كانوا يقومون به خاطئا و غير صحيح و حفاظا على ماء الوجه يقاومونه".

ث. **فقدان الثقة في القائمين على التغيير:** تزداد المقاومة عندما لا يثق الأفراد الموجودون بالمؤسسة في قدرات القائمين بالتغيير و منه ستكون الإستجابة ضعيفة أو منعدمة. (فقدان الثقة في الإدارة).

ج. **مركز الفرد و مكانته:** يؤدي التغيير إلى إعادة توزيع السلطات بين الأفراد، و هو ما يشكل تهديدا لعلاقات القوة داخل التنظيم و هذا ما يعني إيجاد سلوك مقاوم للتغيير من الأفراد لحماية أنفسهم (فقدان المراكز الوظيفية أو وظائفهم).<sup>2</sup>

1 عياش قويدر و ابراهيم عبد الله، إدارة مقاومة التغيير في المؤسسة المعاصرة، مرجع سبق ذكره، ص 174 - 175

2 عياش قويدر و ابراهيم عبد الله، إدارة مقاومة التغيير في المؤسسة المعاصرة، مرجع سبق ذكره، ص 176 - 177

### ح. الخوف من المجهول (ارتباطهم بالمألوف) و الشعور بعدم الأمان الوظيفي و المفاجأة:

إن إدخال التغيير قد ينتج عنه خوف من المجهول و شعور بعدم الأمان الوظيفي سواء المادي أو النفسي، و هو ما ينتج عنه مقاومة التغيير وتتجسد مظاهر الخوف في :

- الاستغناء على نسبة من العاملين.
- نقل بعض الأفراد لوظائف أخرى.
- شعور الفرد بعدم أهمية وظيفته بعد إدخال التغيير.

خ. ضعف التنسيق و نظام المعلومات و الاتصالات: يرجع الكثير إلى أن عدم إدراك أهمية التغيير تعود في جانب كبير إلى ضعف مستويات الاتصال و التنسيق و نظام المعلومات بين القائمين على التغيير و المنفذين حيث يقول "كوتر" : إن ضعف مستوى الثقة بين الموظفين و الإدارة يفرز نتائج كثيرة منها سوء الفهم و إدراك لأهداف و مقاصد التغيير، الأمر الذي يطور مقاومة للتغيير المقترح، كما أن ضعف نظام الاتصال و التنسيق بين القائمين على التغيير و بين الموظفين، يؤدي إلى تحليلات مختلفة للمعلومات التي يتلقونها و هو ما ينتج عنه اختلاف بين الموظفين و الإدارة لفوائد التغيير و تكاليفه.<sup>1</sup>

### 2. مؤشرات مقاومة التغيير

إن إصدار حكم وجود أو غياب أي ظاهرة يتم في الغالب من خلال جملة من المؤشرات، ولمعرفة وجود ظاهرة مقاومة التغيير من عدمها يمكن الاستعانة بمؤشرات كمية و نوعية مصاحبة لمقاومة التغيير تسمح لنا بالتنبؤ بالمقاومة قبل حدوثها أو تحديد مكامن و مواضع و جهات المقاومة داخل المؤسسة، و من ثم يسهل علينا معالجة هذه الظاهرة و اتخاذ التدابير و الإجراءات التصحيحية حتى تتم عملية التغيير و تحقيق أهدافها، و من بين هذه المؤشرات يمكن ذكر : كثرة الأخطاء ، البطء الملاحظ في تنفيذ إجراءات التغيير ، كثرة الغيابات و العطل، كثرة الاستقالات، كثرة الشكاوي، انخفاض روح المبادرة، رفض التغيير و العناد بدون مبررات، تخريب بعض أدوات التغيير، كثرة المهملات و كثرة العيوب في المنتج النهائي، كثرة التعطيل و التوقفات، الإضرابات و الاحتجاجات، ظهور النزاعات العمالية، تدني الإنتاج و الإنتاجية.

كما أن شيوع قيم مثل السلبية - الاتكالية و اللامبالاة و عدم احترام التعليمات و الأوامر و القوانين الجاري العمل بها.<sup>2</sup>

ولقد أشارت الدراسات إلى العديد من المؤشرات الدالة على المقاومة، نذكر البعض منها فيما يلي<sup>3</sup> :

<sup>1</sup> نفس المرجع ص 178-179

<sup>2</sup> - عياش قويدر و ابراهيم عبد الله، ادارة مقاومة التغيير في المؤسسة المعاصرة مرجع سابق ذكره، ص 179

<sup>3</sup> خالد إدريس شاكر دحلان، أثر التغيير على مستوى رضا العاملين بشركة توزيع الكهرباء بمحافظة غزة، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، 2012، ص ص 24-25.

1. عدم المبالاة، وضعف المشاركة في أنشطة التغيير و البطء في أداء العمل.
2. الدفاع عن الأوضاع القائمة، والتقليل من الحاجة للتغيير.
3. التعبير عن مشاعر الإحباط والقلق، والفرع من التغيير.
4. كثرة الشكاوي، والانسحاب من الاجتماعات والأنشطة المتعلقة بإحداث التغيير.
5. تدني مستوى أداء الأفراد عما كان عليه قبل بدء عملية التغيير.
6. كثرة غياب العمال و كثرة الصراعات والتخريب في نظم الإنتاج.
7. ضعف المشاركة في الأنشطة المتعلقة بالتغيير وزيادة الصراعات التنظيمية.
8. محاولة الأفراد التأثير على زملائهم، وإقناعهم بأن الوضع الحالي أفضل من التغيير.

### المطلب الرابع: إيجابيات مقاومة التغيير

قد تكون ظاهرة مقاومة التغيير ظاهرة إيجابية حيث يرى المرسي (2006)<sup>1</sup> بأنها ظاهرة صحية بحد ذاتها و ذلك للاعتبارات التالية :

- تساعد مقاومة التغيير في توفير درجة من الاستقرار و التنبؤ بالسلوك .
- يمكن أن تكون مقاومة التغيير مصدرا لإثارة وجهات النظر مما قد يساهم في التوصل إلى قرارات جيدة (المناقشة).
- و يقول عبوي رغم أنه ينظر إلى مقاومة التغيير على أنها سلبية إلا أن لها نواحي إيجابية منها :
- تؤدي مقاومة التغيير إلى إجبار إدارة المنظمة على توضيح أهداف التغيير و وسائله و آثاره بشكل أفضل.
- تكشف مقاومة التغيير في المنظمة عن عدم فعالية عمليات الاتصال و عن عدم توافر النقل الجيد للمعلومات.
- أن حالة الخوف من التغيير، و مشاعر القلق التي يعاني منها الأفراد العاملون تدفع بإدارة المنظمة إلى تحليل أدق للنتائج المحتملة للتغيير .
- تكشف مقاومة التغيير النقاب عن نقاط الضعف في عملية معالجة المشكلات و اتخاذ القرارات في المنظمة.<sup>2</sup>

### المطلب الخامس: استراتيجيات التعامل مع مقاومة التغيير

لضمان تحقيق النجاح لبرامج التغيير المخطط إدخالها، فإن الإدارة يجب أن تتوفر لديها القدرة على التغلب أو الحد من مقاومة العاملين أو الوحدات التنظيمية لها . و تشير نتائج الدراسات المتخصصة إلى وجود ستة طرق أو أساليب يمكن استخدامها للتعامل مع مقاومة التغيير:

<sup>1</sup> مرسي جمال الدين، الثقافة التنظيمية و التغيير، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2006 ، ص57

<sup>2</sup> عبوي منير زيد، إدارة التغيير و التطوير، مرجع سابق ذكره، ص43.



1. **التعليم و الاتصال:** يلجأ خبراء التغيير و القائمين عليه إلى حلقات المناقشة و المحاضرات للمجموعات و استخدام كافة الوسائل التوضيحية لتثقيف الآخرين و توعيتهم بأهمية التغيير و الحاجة إليه، و يتم اللجوء إلى هذه الطريقة في حالة قصور المعلومات المتوفرة عن التغيير أو التحليل الخاطئ للمعلومات المنشورة عن عملية التغيير، و من أبرز إيجابيات هذه الطريقة أنه عند اقتناع العاملين بهذه المعلومات سيساهمون في تطبيق التغيير بينما تتمثل سلبياتها أنها تستغرق وقتاً طويلاً .
  2. **المشاركة و الانضمام :** وفق هذه الطريقة يتم الاستعانة بجهود العاملين في تصميم و تنفيذ عملية التغيير لإتاحة الفرصة لمساهماتهم بالأفكار و النصائح و تكوين جماعات عمل حول التغيير بهدف مشاركتهم و كسب تضامنهم.
  3. **الدعم و التسهيلات:** يتم وفق هذه الطريقة تقديم الدعم الاجتماعي و العاطفي لمواجهة مصاعب التغيير عن طريق الاهتمام بالمشاكل و الاستماع للانتقادات و توفير التدريب للتغلب على ضغوط العمل.
  4. **التفاوض و الاتفاق:** عرض حوافز للأشخاص المؤثرين و المعارضين لعملية التغيير و العمل على عقد صفقات منافع مشتركة للحصول على التزام بعدم وضع عقبات لعملية التغيير. مثال: إعطاء النقابة العمالية أجر أعلى لمنتسبيها من الأفراد العاملين في المنظمة مقابل الموافقة على تغيير تعليمات العمل.
  5. **المنورة و الاستغلال:** استخدام محاولات مستترة و مقنعة للتأثير على الآخرين و تقديم معلومات مختارة و خلق مواقف تجعل من التغيير أمراً مرغوباً فيه و يحظى بالدعم المطلوب.
  6. **الإكراه العلني و الضمني:** يتم وفق هذه الطريقة استخدام القوة للحصول على قبول التغيير عن طريق التهديد لمعارضى التغيير بالعديد من وسائل الضغط في حالة عدم الموافقة على خطط التغيير<sup>1</sup> . مثال: تهديد العاملين يكون سرا أو علناً بفقدان وظائفهم أو حرمانهم من الترقية أو الفصل أو النقل...إلخ.
- المطلب السادس: عوامل نجاح برامج التغيير التنظيمي**
- ينبغي توفر عوامل معينة تتيح للقائمين على برامج التغيير التنظيمي في المنظمات فرص نجاح في جهودهم و أهم هذه العوامل تتمثل في:<sup>2</sup>
- حصول مشروع التغيير على دعم واضح، و مخلص من الإدارة العليا.
  - أن يشعر الأفراد العاملون أن التغيير من صنعهم و ليس مفروض عليهم.

1 عبد الله بن عبد الغني الطحيم، التطوير التنظيمي-المفاهيم-النماذج- الاستراتيجيات- الطبعة 5، 2009، جدة، ص ص 14، 15.

2 محمد بن يوسف النمران العطيات، مرجع سبق ذكره، ص ص 120، 122.

- أن يشعر المشاركون في التغيير بأنه سيقبل من واجباتهم الحالية و ليس زيادتها.
- أن يكون هناك متابعة جادة للتغيير و تشجيع الإيجابيات و إيجاد حلول للسلبيات.
- أن يكون المديرون قدوة في ممارسة التغيير في كافة نواحي سلوكياتها الإدارية
- جعل لغة التغيير الإداري سهلة و مفهومة ، و تزويد العاملين بالنشرات و الكتيبات لاستخدامها كمراجع، و مدهم بالعون و المساعدة ليتخطوه في نجاح.
- أن يبدأ التغيير من خلال فرق عمل حيث وجد أن الجهود الجماعية تأتي بنتائج أفضل من العمل الفردي، لأن فرق العمل تعتبر مؤسسة مصغرة يمكن من خلالها تقويم التجربة قبل تطبيقها على المؤسسة ككل.
- وضع العاملين في موقف تعلم نظري و عملي، و تقديم المعلومات المساندة لهم للقيام بالتغييرات الجديدة، التطبيق العملي هو الذي يأتي بالنتائج المرغوبة.
- التأكد من فهم العاملين لدورهم في إحداث التغيير، لأنه إذا لم تتضح لهم تلك الأدوار فلن يكون لديهم الحافز لتبني التغيير و التجاوب معه.
- جعل نتائج الأداء هي الهدف الرئيسي في التغيير ، و ذلك من خلال تغيير سلوك الأفراد و مهاراتهم للوصول إليه، لأن الأعمال بدون هدف محدد يتركها تسير بدون اتجاه واضح، مما يؤدي إلى فشلها بالتأكيد.
- التركيز على الأفراد المتجاوبين مع التغيير، و حثهم على مساعدة الآخرين على إحداث و تقبل التغيير و استيعابه، و بهذه الطريقة سيزيد عدد المتجاوبين للتغيير حتى تجد المؤسسة نفسها تعيش حالة تغيير كما يجب أن يكون.

و هناك من الباحثين من حدد عوامل نجاح التغيير في النقاط التالية:<sup>1</sup>

#### 1- تحقيق مشاركة فعالة للمرؤوسين : هي ركيزة هامة للقيادة الديمقراطية و من مزاياها :

- أ- إن إشراك المرؤوسين في وضع الخطط و السياسات و الأهداف و في عملية اتخاذ القرارات يجعلهم مطلعين على مشاكل التنظيم مما يمكنهم من معرفة دورهم في التنفيذ و معرفة أسباب التغيير، أو أسباب القرار و أهدافه مما يؤدي إلى تحسين العلاقات بين القادة و المرؤوسين و يرفع من روحهم.
- ب- تخلق المشاركة المناخ الملائم لتشجيع التغيير و تقبله في إطار مصلحة المرؤوسين و التنظيم.

1 صديقي خضرة ، علاوي نصيرة، صديقي خضرة، علاوي نصيرة، التأصيل النظري لماهية التغيير في منظمات الأعمال، مداخلة بعنوان الأسس النظرية للتغيير، جامعة بشار، الجزائر، ص ص 11-12.

- ت- المشاركة في عملية صنع القرارات تساعد على ترشيد عملية اتخاذ القرارات.
- 2- **التحفيز الإداري الفعال** : أي التحفيز الذي يؤدي إلى بناء علاقات إنسانية سليمة بين القادة و المرؤوسين تقوم كركيزة هامة للقيادة الديمقراطية و يمكن تحقيقه إذ استطاعت القيادة الإدارية خلق المناخ الملائم الذي يمكن للمرؤوسين في ظلّه أن يشبعوا حاجاتهم و ذلك يتطلب شروط أهمها:
- أ- معرفة و تحديد أهداف عملية التحفيز بوضوح.
- ب- بناء الحوافز على أساس الأداء الجيد وفق معايير ثابتة مبنية على أسس علمية.
- ت- التركيز على الحافز كأداة لدفع الموظف لبذل جهد إضافي و رفع الإنتاجية.
- ث- وجود نظام عادل للثواب.
- ج- إخضاع نظم التحفيز للمتابعة الدقيقة و للتقييم السليم.
- ح- أن تكون هناك فاعلية وسائل الاتصال بين القائد و مرؤوسيه.

### المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية

على الرغم من طول الفترة الزمنية التي أعقبت بدء الاهتمام في البحث حول الجودة، إلا أن البحث في جودة الخدمات الصحية لا زال موضوعا حديثا، و لم تظهر ملامحه حتى عام 1980، حيث أصبحت جودة الخدمات الصحية ضرورة لازمة تزداد أهميتها بازدياد قدرتها على إشباع حاجات المرضى.

وتعتبر الخدمات الصحية من أكثر الخدمات التي يقع على عاتق الكثير من الدول توفيرها، نظرا لأن وجودها و توافرها بدرجة مناسبة يؤدي إلى حماية أغلب السكان من الأمراض، و ذلك عن طريق الوقاية و العلاج و بالتالي يشعر الفرد بالاطمئنان و السعادة، مما ينعكس إيجابا على علاقة الفرد بالآخرين و لهذا فالفرد السليم صحيا أقدر على خدمة مجتمعه، و هو أكثر تحملا لمشاق العمل من الشخص المريض لذلك تولى الدول المتقدمة برامج الرعاية و الخدمات الصحية اهتماما كبيرا.

و قبل التطرق لجودة الخدمات الصحية أن نتطرق إلى الخدمات الصحية

### المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية و خصائصها

#### 1. مفهوم الخدمات الصحية

تعرف الخدمات الصحية على أنها عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائية موجهة للمجتمع، و البيئة، أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية

و المستحضرات الطبية، و الأجهزة التعويضية، و غيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين، و علاجهم، و وقايتهم من الأمراض المعدية.<sup>1</sup>

كما تعرف على أنها "كل ما يؤدي إلى وقاية الناس من الأمراض و يؤدي إلى السرعة في تشخيص المرض وعلاجه وحسن متابعته بعد التشخيص و العلاج، فهي تمثل بذلك مجموعة من النشاطات المحددة للمحافظة على الصحة أو تحسينها لمنعها من التدهور".<sup>2</sup>

إذن فالخدمة الصحية ماهي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة و غير الملموسة و التي تحقق إشباعا ورضا معينا للمستفيد.<sup>3</sup>

## 2. خصائص الخدمات الصحية

تتميز الخدمات الصحية عن المنتجات الأخرى كغيرها من الخدمات بمجموعة من الخصائص من بينها:

- اللاملموسية : أي عدم إمكانية مشاهدتها و لمسها.<sup>4</sup>
  - تزامن إنتاجها مع استهلاكها: أي أنها تنتج و تقدم للانتفاع بها في وقت واحد.
  - التباين: أي عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة، فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات متماثلة و متجانسة على الدوام .
  - الهلاك أو التلاشي: أي عدم إمكانية تخزينها و الاحتفاظ بها لحقبة من الزمن.<sup>5</sup>
  - عدم الملكية: أي عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق امتلاكها.<sup>6</sup>
- و إضافة إلى هذه الخصائص يمكننا أن نخص الخدمات الصحية بمجموعة من المزايا تعود إلى خصوصياتها ومن أبرزها نجد:
- أنها تتميز بوجود كونها على درجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه.<sup>7</sup>

<sup>1</sup> كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة منتوري- قسنطينة، 2008/ 2009، ص 37 .

<sup>2</sup> جدارة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية لمغنية، جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان، 2011/2012، ص 29

<sup>3</sup> فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر و التوزيع، مصر، 1998، ص 198

<sup>4</sup> هاني حامد الظمور، تسويق الخدمات، الطبعة 3، دار وائل للنشر و التوزيع، الأردن، 2005، ص 24

<sup>5</sup> زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات و تطبيقاته، دار المناهج للنشر و التوزيع، الأردن، 2008، ص 47

<sup>6</sup> هاني حامد الظمور، نفس المرجع، ص ص 31، 32.

<sup>7</sup> فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008، ص 315

- أن الخدمات الصحية تعد خدمات جماعية<sup>1</sup> فالخدمات الجماعية هي تلك التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع ليس فقط للفرد الذي يستهلكها ولكن للمجتمع ككل. و ينطبق ذلك على الخدمات الصحية إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط، ولكنه يفيد الأسر والأصدقاء وصاحب العمل... إلخ
- يعد الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا<sup>2</sup>، إذ يطلق اصطلاح "الطلب المشتق" عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر و لكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي وهكذا فإن الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع و الخدمات التي تساعد على إنتاجها، و يسمى الطلب على هذه السلع و الخدمات "الطلب المشتق". فإن كانت كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة، يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة.
- يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب وعدم الاستقرار و ذلك استنادا إلى الظروف البيئية و حاجة المريض للعلاج و الكوارث و الحروب وغيرها من العوامل، فعلى سبيل المثال في موسم الشتاء نجد أن هناك طلبا عالي على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام، وفي فترة أخرى من السنة على الأخص في بداية الصيف يكون هناك طلب على الأدوية و العناية الصحية، و عندما تحدث كوارث طبيعية في منطقة ما فإن الطلب سوف يزداد على حملات الإغاثة و التلقيح ضد الأمراض التي تخشى إدارة الصحة العامة من انتشارها<sup>3</sup>.
- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل و التنظيم الحكومي، تبدأ بالتدخل الحكومي التقليدي لوضع القواعد المهنية في الخدمات الصحية و التي تضعها الحكومة لحماية المرضى مثل تراخيص مزاولي المهنة وتنظيمها و القواعد المحددة بدفع مقابل الخدمات الصحية، ويتسع التدخل الحكومي في مجال الإنتاج المباشر للخدمات الصحية من خلال وحدات إنتاج مملوكة للدولة، وفي معظم دول العالم يرجع النصيب الأكبر لإنتاج الخدمات الصحية إلى الحكومات و نادرا ما تترك أسواق هذه الخدمات إلى قواعد السوق الحر بصورته المطلقة<sup>4</sup>.
- الخدمات الصحية تعد إنفاقا استهلاكيا<sup>5</sup>، فالسلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل الإشباع (المنفعة) التي تقدم إما مباشرة في نفس اللحظة الزمنية لاستهلاكها أو في صورة تدفق من الخدمات. ف شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعطي إشباعا مباشرا، بينما شراء جهاز قياس الضغط الشخصي أو جهاز قياس السكر يقدم خدمات على مدى فترة زمنية طويلة.

<sup>1</sup> عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة

الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 22

<sup>2</sup> فوزي شعبان مذكور، مرجع سبق ذكره، ص 189

<sup>3</sup> بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار زهران للنشر و التوزيع، الأردن، 2008.

<sup>4</sup> فريد كورتل، نفس المرجع السابق، ص 315.

<sup>5</sup> طلعت الدرمداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، مصر، الطبعة 2006، ص 33

- تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية<sup>1</sup> أي تقدم لشخص واحد حيث نجد أن لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية، هذا إلى جانب كون الطبيب لا يستطيع معالجة أكثر من مريض واحد في آن واحد وبنفس تخصصه.
- في حين نجد أن بعض الخدمات الأخرى تقدم لعدد من الأشخاص في آن واحد مثال على ذلك حملات التوعية الصحية من مرض معين الموجهة لأفراد المجتمع.
- أن الخدمات الصحية تتطلب السرعة في الأداء لأنها غير قابلة للتأجيل و هذا يتطلب انتشار منافذ الخدمة في المناطق السكانية و استقبال الحالات المختلفة في أي فترة زمنية.
- تتكون الخدمة الصحية من عناصر تكمل بعضها بعضا حيث نجد أن خدمات الفحص و التشخيص و الخدمات العلاجية و الوقائية و التمريض و الفندقية و الخدمات الإدارية خدمات مكمل بعضها البعض.

### 3. أسس الخدمات الصحية

هناك مجموعة من العوامل التي تحدد أسس و سمات الخدمات الصحية، كالحاجات العامة للسكان، و انطباق الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، و قد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير للحاجات الملحة، وله ارتباطا كبيرا بالبحوث و الدراسات الجارية في الرعاية الطبية، و نظم المعلومات الصحية، و تنظيم المؤسسات الصحية كالمستشفيات و العيادات المتعددة الخدمات، و هذا من أجل تقديم الخدمات الصحية بشكل كاف، و مستوى عال، أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية، و الكفاية النوعية.<sup>2</sup>

أ. الكفاية الكمية: و هي تعني توفير الخدمات الصحية بحجم، و عدد كاف يتناسب مع عدد السكان، و هذا يشمل:

- توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية: أطباء، ممرضين، فنيي مختبرات، و غيرهم من المساعدين، حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من ترميزية، و مخبرية، و إدارية.
- توفير عدد كاف من المراكز و المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية، و يشترط أن تكون هناك عدالة و مساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد.
- توفير الخدمات الصحية في جميع الأوقات، و هذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي مدة 24 ساعة، فالمرضى لا يعرف وقتا محددًا يقع فيه.
- توفير أساليب و وسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية، و تواجدها، و الخدمات التي تقدمها، و أهميتها، و طرق الاستفادة منها مبكرا، بمجرد إحساس الفرد بالمرض، و عدم الانتظار حتى يتطور المرض و يصبح خطيرا.

<sup>1</sup> فوزي شعبان مذكور، مرجع سبق ذكره، ص 198

<sup>2</sup> عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2011/2012، ص 38.

- يجب وضع النظم المالية و الإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات، و السعي لتوفير التأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين.<sup>1</sup>
- ب. الكفاية النوعية: لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية، و المؤسسات الصحية فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف ريفية المستوى للعمل الطبي، و هذا يشمل:
- وضع معايير و أسس تحدد المستوى المطلوب، والواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي و المعدات و الأجهزة، و وسائل التشخيص، و العلاج، و يجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص و الخبرة و الدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، و لا يسمح لأي كان سواء كان طبيبا، أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير.
- العمل على رفع كفاءة و حسن تدريب أعضاء الفريق الطبي سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا، أو ممرضا، أو صيدلانيا، و هذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي، و الاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية، و العلمية، و يشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة.
- تقديم التسهيلات و المساعدات المالية، و الإدارية، و الفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الصحية، سواء كانوا أفرادا أو مؤسسات من أجل الحصول على الأدوات، والأجهزة و المعدات الطبية اللازمة، و المرافق الطبية بأقل التكاليف المالية، و الجهود ليستطيعوا تقديم الخدمات الصحية على مستوى عال.
- دمج الخدمات الصحية العلاجية و الوقائية، و ذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل، و غرض شامل هو العمل على اكتمال سلامة الفرد من النواحي الجسمانية، و العقلية علاوة على مكافحة الأمراض، و علاجها.<sup>2</sup>

#### 4. أنواع الخدمات الصحية

يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى نوعين رئيسيين:

##### أ. الخدمات الصحية العلاجية:

و التي تشمل الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة و التي تشمل خدمات التشخيص و خدمات العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، أو تتم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج لرعاية سريره داخل المستشفى، أو بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء و تحدف هذه الخدمات إلى تخليص الفرد من المرض، أو تخفيف المعاناة من آلام المرض.

<sup>1</sup> عتيق عائشة، نفس المرجع السابق، ص ص 38، 39 .

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق، ص 39

1. **الخدمات الصحية الوقائية:** وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع، أو ما يمكن أن نطلق عليها بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية و الأوبئة و الحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد بصورة غير مباشرة فهي بذلك تمثل خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض ، وهي تشمل على خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية ، خدمات رعاية الأمومة و الطفولة وخدمات مكافحة الحشرات و الحيوانات الناقلة للمرض مثل البعوض و الفئران....وكذا خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء و المشروبات وخدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي و الزراعي، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.<sup>1</sup>

### 5. أهداف و منافع الخدمات الصحية

- الهدف الأساسي للخدمات الصحية هو الوقاية من المرض أولاً و الشفاء من المرض إذا أصاب الفرد، فإن لم يكن فيتمددن الهدف إلى التخفيف من آلام المرض، وإن تحقق تلك الأهداف إنما يعود بشماره على الاقتصاد القومي. إذ أن تحسين الحالة الصحية لأفراد المجتمع سيضمن المحافظة على رأس المال البشري من جهة، ومن جهة أخرى فتحسين الحالة الصحية سيؤدي إلى زيادة إنتاجية الفرد ومن ثم زيادة الناتج القومي الإجمالي الفعلي. لذا فإن الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني أو الاجتماعي فقط و إنما مرجعه الدافع الاقتصادي كذلك، ومما لا شك فيه فإن نظم الخدمات الصحية يمكن أن تحقق منتجات أخرى غير الصحة، إذ أن الخدمات الصحية يمكن أن تنتج الراحة و تحقق الأمان.
- و يمكن تقسيم المنافع المحققة من هاته الخدمات إلى:
- منافع مباشرة ملموسة: يمكن قياسها و حسابها و تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلاً نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.
  - منافع مباشرة غير ملموسة: و يصعب قياسها، تتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها.
  - منافع غير مباشرة ملموسة: يمكن حسابها و تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> بحدادة نجاة، نفس المرجع السابق، ص ص 29، 30

<sup>2</sup> بحدادة نجاة، نفس المرجع السابق، ص 30

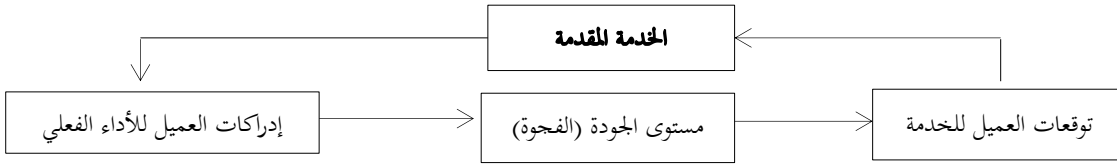


## المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية و أبعادها

### 1. مفهوم جودة الخدمات الصحية

تستمد الصعوبة في تعريف جودة الخدمة من الخصائص العامة المميزة للخدمات قياسا على السلع المادية ، ويمكن تعريف جودة الخدمة بأنها " معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء لهذه الخدمة"<sup>1</sup> . و ذلك كما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم 4: مفهوم جودة الخدمة



المصدر: عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة و النشر، القاهرة، 1999، ص: 337.

و يعني هذا الشكل أنه إذا توافقت إدراكات العملاء للأداء الفعلي مع توقعاتهم له فإنهم سوف يكونون راضين عن الخدمة، أما إذا تجاوز الأداء الفعلي التوقعات فإن الخدمة تعتبر مميزة، أما إذا تجاوزت التوقعات الإدراكات الفعلية فإنها تصبح رديئة، و سيكون العميل غير راضٍ<sup>1</sup> عنها.

إن التعريف الصحيح للجودة لا بد أن يتضمن وجهة نظر العميل، فالخدمة الجيدة تتحقق فقط عندما تقوم المؤسسة بتقديم خدماتها بالطريقة التي تتفق مع أو تتجاوز توقعات العملاء لها، و هو ما يساعد في النهاية على إشباع حاجات و رغبات هؤلاء العملاء، و تحقيق الرضا عند التعامل في الخدمة<sup>2</sup> .

و كما هو الحال في السلع فإن لجودة الخدمة التي تقدم إلى العملاء مستويات، و تتباين الآراء في مستوى الجودة، حيث يمكن تمييز خمسة مستويات لجودة الخدمة<sup>3</sup> :

- الجودة التي يتوقعها العملاء : و تمثل الجودة التي يرى العملاء و جوب توفرها.
- الجودة المدركة من إدارة المؤسسة: و تمثل الجودة التي تراها إدارة المؤسسة مناسبة.
- الجودة القياسية: و هي تلك الجودة التي تحدد بالمواصفات النوعية للخدمة.
- الجودة الفعلية: و هي التي تؤدي بها الخدمة فعلا.
- الجودة المروجة للعملاء: و هي الجودة التي وعد بها العملاء من خلال الحملات الترويجية.

<sup>1</sup> عوض بدير الحداد، "تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة و النشر، القاهرة، 1999، ص: 337

<sup>2</sup> عصام الدين أمين أبو علفة، التسويق (المفاهيم-الاستراتيجيات): النظرية و التطبيق، مؤسسة حورس الدولية للنشر و

التوزيع، الاسكندرية، 2002، ص: 496

<sup>3</sup> تيسير العجارمة، التسويق المصرفي، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، 2004، ص: 331، 330

أي أن درجة جودة الخدمة هي مقياس نسبي يختلف من شخص لآخر، و يعتمد على مقارنة الجودة المتوقعة مع الجودة المدركة. و يمكن التمييز بين نوعين من الجودة المدركة و هما: الجودة الفنية و الجودة الوظيفية ، وتعني الجودة الفنية ما يتم تقديمه للعميل فعلا و يتصل بالحاجة الأساسية التي يسعى لإشباعها، أما الجودة الوظيفية فهي درجة جودة الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمة، و من حيث الجودة المتوقعة يمكن التمييز بين نوعين منها و هما: الجودة المتوقع حدوثها، و الجودة كما يجب أن تكون، ففي حين تمثل الأولى التوقع العملي لمستوى الخدمة اعتمادا على تقييم لجهة تقديم الخدمة، فإن الثانية تمثل ما ينبغي أن يكون في مثل هذا النوع من الخدمات<sup>1</sup>.

و بالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية، و شيوع استخدام مصطلح الجودة في الأدبيات المتخصصة، و في الحياة العامة فإنه من الصعب إيجاد تعريف لجودة الخدمات الصحية، و هذا ما يتفق عليه الجميع.

فمفهوم جودة الخدمات الصحية يختلف من فرد لآخر، و ذلك حسب موقع الفرد في المؤسسة الصحية، و هو ما نوضحه فيما يلي:<sup>2</sup>

- الجودة لدى مقدم الخدمة تعني الالتزام بمعايير الجودة الصحية عند تقديم الرعاية الصحية، بهدف تحقيق النتائج المرجوة.
  - في حين يرى المريض أنها درجة الرعاية التي يقبلها هو نفسه.
  - كما أن إدارة المؤسسة الصحية ترى أن الجودة هي الوصول إلى مستوى مرتفع من رضى المرضى و بالتكلفة الأقل.
  - أما صانعو السياسات الصحية في أي بلد فيرون أن الجودة هي عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة، و تؤكد على أنه ليس من السهل تعريف الجودة خاصة في المؤسسات الصحية، و ذلك لطبيعة الصحة، حيث أنها موضوع شخصي خاص بالمريض، و يختلف حوله الأفراد باختلاف توقعاتهم، و تقديراتهم الشخصية.
- عموما هناك عدة تعاريف لجودة الخدمة الصحية من بينها ما يلي:

- عرفت منظمة الصحة العالمية على أنها: "التوافق مع المعايير و الأداء الصحيح بطريقة آمنة، و مقبولة من المجتمع، و بتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية و نسبة الوفيات، و الإعاقة، و سوء التغذية"<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، عدد 04، جامعة ورقلة، 2006، ص09.

<sup>2</sup> بدران بن عبد الرحمن العمر، مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، مجلة الإدارة العامة، المجلد الثاني و الأربعون، العدد الثاني، معهد الإدارة العامة، الرياض، يونيو، 2002، ص311.

<sup>3</sup> - و فائق حلمي الآغا، الجودة الشاملة و طرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 26-27 نيسان، 2006، ص3

- كما تعرفها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بأنها: "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة، و معرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء، أو تشخيص، أو معالجة مشكلة طبية معينة"<sup>1</sup>.
- و يتضح من خلال التعريفين السابقين أن الجودة تحدد على أساس الالتزام بالمعايير المهنية و تقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقاً، بهدف التحسين و التطوير المستمر.
- و تعرف الجودة في الخدمات الصحية من خلال مدى تحقيقها لاحتياجات المريض على النحو التالي:
- جودة الخدمة الصحية هي: "درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف، و موثقة جداً"<sup>2</sup>.
- كما عرفت كذلك بأنها: "تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض و تجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج، ثم الاهتمام بالمريض و ذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقه المريض و ما حصل عليه من فوائد، إضافة إلى ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية و العلاجية"<sup>3</sup>.
- كما تعرف جودة الخدمات الصحية بأنها "مقدار ما تحققه المنظمة الصحية من الأمان لكل من مقدمي الخدمة، و مستلميها"<sup>4</sup>.
- مما سبق يمكن تعريف جودة الخدمات الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية: الأولى تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض، و يمكن التحقق منها عن طريق قياس رضا المريض، و الثانية تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية و هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث الطرق العلمية و المهنية، و الثالثة تتركز على الجودة من وجهة نظر الإداريين و هي تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة، و القدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

## 2. أبعاد جودة الخدمات الصحية

إن أي تعريف لجودة الخدمة الصحية لابد أن يتوافق مع جملة من الأبعاد، هذه الأخيرة تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمات الصحية على تحديد، و تحليل المشاكل، و قياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها.

<sup>1</sup> - عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم و التطبيقات، المنظمة العربية للتنمية

الإدارية، القاهرة، 2003، ص 187

<sup>2</sup> - حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المؤسسات الصحية، مجلة الإدارة العامة، العدد الثالث، المجلد

الرابعون، معهد الإدارة العامة، الرياض، أكتوبر، 2000، ص 412

<sup>3</sup> - خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، دار العبيكان للطباعة و النشر، الرياض، 1997، ص 65

<sup>4</sup> - سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، 2009، ص 233

لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول الأبعاد التي تحدد مستوى جودة الخدمة، حيث يرى كل من صوان و كومب (Swan et Comb) أن جودة الخدمة لها بعدان أساسيان هما: الجودة المادية الملموسة التي يتعرض لها العميل حال حصوله على الخدمة، و الجودة التفاعلية وهي تمثل أداء عملية الخدمة ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع العملاء<sup>1</sup>.

و توصل جرونروس (Gronroos) إلى أن لجودة الخدمة بعدين هما: الجودة الفنية التي تشير إلى المخرجات الفعلية للخدمة، و الجودة الوظيفية و هي العلاقات و المعاملات بين العميل و مقدم الخدمة<sup>2</sup>.

و يميز دونا بديان (Donabedian) بين ثلاثة مجموعات من أبعاد جودة الخدمة هي<sup>3</sup>:

- البعد الفني و الذي يتمثل في تطبيق العلم و التكنولوجيا لمشكلة معينة.
- البعد غير الفني و هو عبارة عن التفاعل النفسي و الاجتماعي بين مقدم الخدمة و الفرد الذي يستخدم الخدمة.
- الامكانيات المادية و هي المكان الذي تؤدي فيه الخدمة.
- و قد توصل بارسرمان و زملاؤه (Parasuraman et al) إلى تطوير عشرة أبعاد للجودة و هي التي تحدد جودة الخدمة وفقا لإدراك العميل و هي:<sup>4</sup>

### 1. الجوانب المادية: أي الجانب المادي للخدمة وهي تشمل:

- المباني (مظهر المكان من الداخل و الخارج).
- مظهر مقدمي الخدمة.
- الأدوات و الأجهزة التي تستخدم في تقديم الخدمة.
- 2. الاعتمادية: أي تقديم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة و هي تتضمن:
  - الدقة في القيام بالعمل.
  - تقديم الخدمة بطريقة صحيحة.
  - أداء الخدمة في الوقت المحدد.
- 3. الاستجابة: أي سرعة استجابة مقدمي الخدمة لطلبات العملاء، و تتضمن:
  - الدقة في مواعيد التنفيذ.

1 - قاسم نايف علوان الحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم و عمليات و تطبيقات، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، 2006، ص: 92

2 - تيسير العجارمة، التسويق المصري، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، 2004، ص: 333

3 - محمد صالح الحناوي، اسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة، الطبعة الثانية، الدار الجامعية، الاسكندرية، بدون سنة نشر، ص: 163.

4 - فتيحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان الحياوي، قياس جودة أداء الخدمات الصحية و تأثيرها على رضا المرضى، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 26-27 نيسان، 2006، ص: 5، 6.

- السرعة في تلبية الخدمة.
  - تقسيم الخدمات التي من شأنها حث العميل على التعامل مع المؤسسة.
  - 4. **كفاءة و قدرة مقدمي الخدمة:** و هي تعني امتلاك املاك الأفراد مقدمي الخدمة للقدرات التي تمكنهم من تقديم خدمة متميزة للعملاء، و تتضمن:
    - قدرة و مهارة مقدمي الخدمة المتصلين اتصالا مباشرا بالعملاء،
    - قدرة و مهارة القائمين على مساعدة الأفراد المتصلين مباشرة بالعملاء.
    - قدرة المؤسسة على البحث و التقصي.
  - 5. **السهولة:** و تشير إلى سهولة الوصول إلى مقدمي الخدمة و الاتصال بهم عند الضرورة، و تتضمن:
    - سهولة الاتصال بالخدمة عن طريق الهاتف.
    - اختيار ساعات مناسبة للعمل.
    - اختيار مكان مناسب لتقديم الخدمة.
  - 6. **المجاملة:** و تشير إلى حسن معاملة العملاء و تقدير ظروفهم الخاصة.
  - 7. **المصداقية:** و تعني توفر درجة عالية من الثقة لدى مقدمي الخدمة، و تتضمن:
    - سمعة المؤسسة.
    - اسم المؤسسة.
    - السمات الشخصية لمقدمي الخدمة.
  - 8. **الأمان:** أي تقديم الخدمة من قبل العاملين دون مخاطر.
  - 9. **الاتصال:** ويشير إلى تبادل المعلومات المتعلقة بالخدمة و العملاء بشكل سهل و مبسط، و ذلك لتحقيق ما يلي:
    - توضيح الخدمة ذاتها للعميل.
    - توضيح تكلفة الخدمة للعميل.
    - توضيح العلاقة بين التكلفة و جودة الخدمة للعميل.
  - 10. **الاهتمام و الرعاية و العناية:** و تتضمن بذل الجهود للتعرف على حاجات العميل من خلال ما يلي:
    - معرفة طلبات العميل بالتحديد.
    - اعطاء اهتمام خاص لحاجاته و ظروفه الشخصية و التكيف معها.
- و قد تم دمج هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد هي: <sup>1</sup>

<sup>1</sup> أحمد بن عبد الرحمن الشميري، "جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية"، مجلة الإدارة العامة، المجلد الواحد و الأربعون، العدد الثاني، معهد الإدارة العامة.

1. الاعتمادية: و هي القدرة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد و بالدقة المطلوبة و مدى وفائها بالالتزامات.

2. الاستجابة: هي القدرة على التعامل الفعال مع الشكاوي و الاقتراحات و المبادرة في تقديم الخدمة بصدور رجب.

3. الضمان: هو الاطمئنان أي خلو الخدمة من الخطأ أو الخطر أو الشك، و يشمل الاطمئنان النفسي و المادي.

4. التعاطف: هو إبداء روح الصداقة و الحرص على العميل و إشعاره بأهميته و الرغبة في تقديم الخدمة حسب احتياجاته.

5. الملموسية: يرتبط هذا البعد بالجوانب الملموسة، و المتعلقة بتقديم الخدمة، و من ذلك التجهيزات المسهلة لتقديم الخدمة، الحالة العامة للمباني و البيئة، مظهر العاملين و حادثة الآلات.

و يظهر الجدول التالي توضيح لأبعاد جودة الخدمة الصحية، و ما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد من هذه الأبعاد، و الأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التطبيق لتقديم الخدمة الصحية.

الجدول رقم 2: أبعاد جودة الخدمات الصحية

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ثقة عالية لدى المريض بأن الحسابات المالية صحيحة عند مغادرته المؤسسة الصحية.</li> <li>- له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- دقة السجلات المعتمدة في إدارة المؤسسة الصحية.</li> <li>- المواعيد الدقيقة في الاجراءات الطبية.</li> </ul>	الاعتمادية
<ul style="list-style-type: none"> <li>- وصول سيارات الاسعاف خلال دقائق معدودة .</li> <li>- غرفة العمليات جاهزة كلياً و لكل الحالات.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقديم خدمات علاجية فورية.</li> <li>- استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية</li> <li>- العمل على مدار ساعات اليوم.</li> </ul>	الاستجابة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- المعاملة الطيبة للمرضى من قبل الأطباء.</li> <li>- تدريب و مهارة عالية في الأداء.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سمعة و مكانة المؤسسة الصحية عالية</li> <li>- المعرفة و المهارات المتميزة للأطباء و الطاقم التمريضي.</li> <li>- الصفات الشخصية للعاملين.</li> </ul>	الضمان
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض</li> <li>- النظر للمريض بأنه دائماً على حق.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اهتمام شخصي بالمريض</li> <li>- الاصغاء الكامل لشكاوى المريض</li> <li>- تلبية احتياجات المريض بروح من الود و اللطف.</li> </ul>	التعاطف
<ul style="list-style-type: none"> <li>- نظافة عيادة الطبيب و كوئتها ذات مظهر تخصصي.</li> <li>- نوعية الطعام المقدم للراقيدين في المؤسسات الصحية.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الأدوات المستخدمة في التشخيص و العلاج</li> <li>- المنظر الخارجي لمقدمي الخدمة</li> <li>- أماكن الانتظار لمقدمي الخدمة</li> <li>- أماكن الانتظار و الاستقبال المناسبة</li> </ul>	الملموسية

المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان، 2005، ص: 213.

### المطلب الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة لازمة لا سبيل إلى تجاهلها، و لكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس، و أنواع القياسات، و أنواع المتغيرات التي سوف نقيسها.

و فيما يلي استعراض لمداخل قياس جودة الخدمات الصحية:

**1- قياس جودة الخدمات من منظور المرضى:** من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات في إطار هذا المدخل نذكر ما يلي:

أ. **مقياس عدد الشكاوي:** يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى أو أن ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع توقعاتهم لها، و هذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الاجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، و تحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى<sup>1</sup>.

و مما تجدر الإشارة إليه، أن المؤسسات التي يكون لديها توجه بالعميل تتجاوب بشدة مع شكاوى عملائها، بل و تذهب إلى أبعد من ذلك، إذ أنها تحاول البحث عن شكاوي، لأن عدم وجود شكاوي من العملاء لا يعني بالضرورة وجود مستوى عال من رضا العملاء، و ذلك أن الوسائل المتبعة لإعطاء العملاء فرص تثبيت رضاهم عن الخدمة لا تكون كافية، كما أنه ينبغي الأخذ بالاعتبار أن هناك ما يسمى بالأغلبية الصامتة من العملاء و الذين ليسوا على استعداد لتقديم أي شكوى مهما كانت الظروف<sup>2</sup>.

ب. **مقياس الرضا:** و هو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات<sup>3</sup>، و ذلك من خلال جمع المعلومات عن المريض عن طريق عدة طرق منها: المقابلة و الاستمارة و الملاحظة، إلا أن الاستمارة تعتبر من أهم الأدوات المستخدمة في قياس مستوى رضا المرضى<sup>4</sup>.

و قد يتحقق الرضا لدى المريض الخارج من المؤسسة الصحية بعد تلقيه العلاج الطبي المناسب، و قد لا يتحقق لذلك المريض المصاب بمرض مستعص مهما كان الاهتمام و الرعاية التي بذلت من أجله، و مع ذلك يجب أن يقوم مقدم الخدمة بالالتزام بالمعايير، و الأبعاد النوعية التي من شأنها أن تحقق الرضا أو حتى الحد الأدنى من الرضا لدى المرضى، و يتضمن ذلك اهتماما و رعاية لاحتياجات المريض، و رغباته من اللحظة الأولى لدخوله المؤسسة الصحية و استقباله، مروراً بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات و استيفاء الرسوم و رعاية الطاقم التمريضي له، فضلا عن نوعية الخدمات الفندقية المقدمة، و انتهاء بإجراءات تصفية حسابات المريض و الأمانات، و إعطائه التعليمات و الإرشادات الصحية و خروجه من المؤسسة الصحية.

<sup>1</sup> - قاسم نايف علوان الحياوي، مرجع سبق ذكره، ص ص : 97،98 .

<sup>2</sup> - محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم و تطبيقات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان، 2006، ص ص : 97، 98.

<sup>3</sup> - قاسم نايف علوان الحياوي، مرجع سبق ذكره، ص: 98

<sup>4</sup> - محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 82

و عليه فإن جوهر الجودة يتمثل هنا في مقابلة احتياجات و متطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، و التي يستوجب توافرها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض، و هذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية و ما يعقبها من رضا، فدرجة الرضا تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة، و ما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة<sup>1</sup>.

ت. مقياس الفجوة (نموذج Servqual):

ينسب هذا المدخل إلى بارسرمان و آخرون (Parasuraman et al)، و هو يستند إلى توقعات المرضى لمستوى الخدمة و إدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل و من ثم تحديد الفجوة (أو التطابق) بين هذه التوقعات و الإدراكات، و ذلك باستخدام الأبعاد الخمس الممثلة لمظاهر جودة الخدمة و المشار إليها سابقاً<sup>2</sup>. عند التحدث عن هذا المقياس لابد من التطرق إلى مفهومين أساسيين يتقابلان لتحديد الفجوة في جودة الخدمة الصحية و هما<sup>3</sup>:

- توقعات المريض: و هي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة و القابلة للمقارنة، و التي تصاغ في شروط يعتقد المريض أن تكون في الخدمة، أو سوف يحصل عليها .
  - إدراكات المريض: و هي النقطة التي يدرك بها المريض الخدمة فعلياً كما قدمت له.
- و عليه فإن هذا النموذج يقوم على معادلة أساسية ذات طرفين هما الإدراكات و التوقعات و يمكن التعبير عنها بما يلي<sup>4</sup>:

جودة الخدمة الصحية = الخدمة المدركة - توقعات المريض

و ذلك لقياس خمس فجوات هامة تتعلق بكل من مؤسسة الخدمة الصحية، و بالمريض، و بالاثنين معاً، و تتلخص هذه الفجوات فيما يلي<sup>5</sup>:

**الفجوة الأولى:** و تنتج عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة، و بين تقديرات الإدارة لهذه التوقعات، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات و رغبات المرضى المتوقعة و من أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة نذكر:

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

<sup>1</sup> - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 215.

<sup>2</sup> فتيحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المياوي، مرجع سبق ذكره، ص 4

<sup>3</sup> تيسير العجارمة، مرجع سبق ذكره، ص 344

<sup>4</sup> سوسن شاكركمجيد، محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة و التعليم، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر و

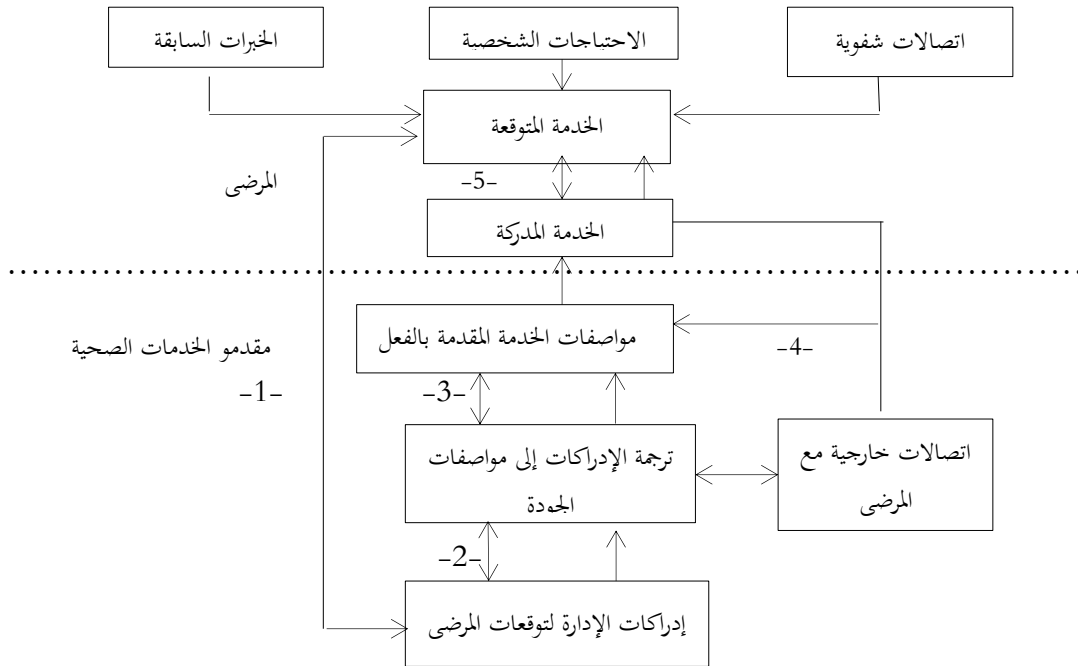
التوزيع، عمان، 2007، ص 19

<sup>5</sup> فتيحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المياوي، مرجع سبق ذكره، ص 8



- التقليل من شأن المرضى و الادعاء بأنهم أنفسهم لا يعرفون تماما ما الذي يجب أن يتوقعوه.
  - الفجوة الثانية:** و تنتج عن الاختلاف بين تقديرات الإدارة لتوقعات المرضى من الخدمة و المواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل، و من أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة ما يلي:
    - عدم الالتزام بتطبيق مواصفات جودة الخدمة الصحية من قبل مقدميها.
    - اعتقاد الإدارة في عدم جدوى تقديم جودة عالية للمرضى.
  - الفجوة الثالثة:** و تنتج عن الاختلاف بين مواصفات جودة أداء الخدمة، و الأداء الفعلي لهذه المواصفات، و من أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة ما يلي:
    - تدني مستوى مهارة الأفراد القائمين على خدمة المريض.
    - عدم وضوح دور مقدمي الخدمة الصحية.
  - الفجوة الرابعة:** و تنتج عن الخلل في مصداقية مؤسسة الخدمة الصحية بين ما تعلنه من مستويات أداء الخدمة و ما تقدمه فعليا، و من أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة نذكر:
    - قلة الاتصالات الجانبية بين أقسام مؤسسة الخدمة الصحية.
    - المبالغة في الوعود عن المستويات العالية للجودة.
  - الفجوة الخامسة:** و تنتج عن الاختلاف بين ما أدركه المرضى من مستويات أداء الخدمة و توقعاتهم المسبقة لهذه المستويات، و هي نتاج واحدة أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة.
- و الشكل التالي يوضح هذه الفجوات:

الشكل رقم 5: نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمة الصحية



المصدر: فتيحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المحيوي، قياس جودة أداء الخدمات الصحية و تأثيرها على رضا المرضى، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 26-27 نيسان، 2006، ص09

نلاحظ من الشكل رقم:5 بأن الفجوة -5- هي الفجوة الوحيدة التي يتلمسها المريض على أساس أن الفجوات الأخرى تحدث داخل المؤسسة الصحية، و كجزء من تصميم و صياغة الجودة للخدمة الصحية المقدمة إلا أنها جميعا تسهم في إظهار الفجوة الخامسة، و تعمل إدارة المؤسسة الصحية قدر المستطاع على تقليص حجم الفجوة كلما كان ذلك ممكنا. و يوضح الجدول الموالي بعض التفاصيل الممكنة في تقليص الفجوات الأربع داخل المؤسسات الصحية، للعمل على تقديم الخدمة الصحية بالجودة المطلوبة.

جدول رقم3: وصف لتقليص الفجوة لجودة الخدمة الصحية

الفجوة	التفاصيل
الأولى	<p>تعلم ماذا يتوقع المريض:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- العمل على تحقيق أفضل فهم لتوقعات العملاء من خلال البحوث، تحليل الشكاوي، آراء المستهلكين...إلخ.</li> <li>- زيادة و تحسين التفاعل المباشر بين المديرين و المرضى.</li> <li>- تحسين الاتصالات الرأسية بين مقدمي الخدمة الصحية(الذين هم على اتصال مباشر مع المرضى) و إدارة المؤسسة الصحية و تقليل عدد المستويات بينهما.</li> </ul>
الثانية	<p>تحديد المعايير الدقيقة لجودة الخدمة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- التأكد من التزام إدارة المؤسسة الصحية بمستوى الجودة كما يتوقعها المرضى.</li> <li>- جعل الإدارة بالصورة عن وجهة نظر المرضى حيال معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة في الوحدات المختصة بالمؤسسة الصحية.</li> <li>- توضيح وإفهام مقدمي الخدمة الصحية بأن ما يقومون به من عمل له أثر كبير في تحقيق الجودة المطلوبة و هو ما يجب أخذه بدرجة عالية من الاهتمام.</li> </ul>
الثالثة	<p>التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- توضيح الأدوار و المهام لمقدمي الخدمات الصحية و التأكد من أن ما يؤدونه من عمل يصب في تحقيق رضا المريض</li> <li>- زيادة مهارة العاملين و قدراتهم على إنجاز الأعمال المطلوبة منهم.</li> <li>- وضع برامج التدريب الفنية لزيادة مهارة العاملين في إنجاز العمل.</li> </ul>
الرابعة	<p>التأكد من كون الخدمة المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تطوير البرامج الترويجية و الوعود بما يتوافق مع قدرات و إمكانيات الطاقم الطبي في إنجاز الخدمات الصحية الجديدة.</li> <li>- ضرورة إطلاع و إخبار الطاقم الطبي و التمريضي بمضامين البرامج الترويجية المقدمة قبل إعلام المرضى بها.</li> <li>- التأكد من مصداقية الإعلان وكونه يعكس حقيقة الخدمة الصحية المقدمة.</li> </ul>

المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار البازوري للنشر و التوزيع، عمان، 2005، صص 219-222

إن الهدف من غلق الفجوات الأربع هو الوصول إلى تقديم خدمة صحية بجودة عالية للزبائن(المرضى)

### ث- مقياس الأداء الفعلي(نموذج servperf):

توصل إليه كل من كرونين و تايلور (cronin et Taylor) و يعتبر نموذجا معدلا من سابقه، و يركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للمريض على اعتبار أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات<sup>1</sup>.

و يمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة: **جودة الخدمة الصحية = الأداء الفعلي**

ولا يختلف هذا الأسلوب عن سابقه في الأبعاد المستخدمة في قياس جودة الخدمة الخاصة بالاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف، و الملموسية، و يرى أصحاب هذا المقياس بأنه يتميز عن سابقه بالبساطة و سهولة الاستخدام، و كذلك بزيادة درجة مصداقيته و واقعيته، إلا أنه يعجز عن مساعدة الإدارة على الكشف عن مجالات القوة و الضعف في الخدمة المقدمة و التي تتعلق بجوانب متعددة، و ليس فقط إدراكات المريض للخدمة. و بالرغم من المزايا التي يتمتع بها نموذج (servqual) في قياس جودة الخدمة، إلا أنه لا يقلل من أهمية نموذج (servperf)، بل أن هذا الأخير يتفوق على الأول من حيث الدلالة العملية الناتجة عن عمليات القياس<sup>1</sup>.

**ج. مقياس القيمة:** تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها مؤسسة الخدمة الصحية للمرضى تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة للمريض و التكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة و السعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات الصحية المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للمرضى، و كلما زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات و العكس صحيح، و بالتالي فإنه من واجب المؤسسة الصحية اتخاذ الخطوات الكفيلة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول على الخدمة، و لا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع المؤسسة الصحية إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للمرضى بأقل تكلفة ممكنة.

## 2. قياس الجودة المهنية: في هذا الإطار يمكن التمييز بين أنواع المقاييس التالية:<sup>2</sup>

**أ. المقاييس الهيكلية (قياسات البنية):** إن مقاييس الهيكل للرعاية الصحية مرتبطة بالأفراد و التسهيلات المستخدمة في تقديم و تزويد الخدمات و الطريقة التي تنظم بها، و لذلك فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد، و التسهيلات المتاحة في المؤسسة الصحية.

و توجد افتراضية عند استخدام هذا المدخل كمؤشر للجودة و هي:

- أن الرعاية الأحسن أو الأفضل يتم إمدادها حينما تكون هناك هيئة مؤهلة و على مستوى عال، و تجهيزات مادية ممتازة و هيكل تنظيمي جيد، و أموال متاحة.
- أنه يكون من الكافي التحديد لما هو جيد بشرط وجود هيئة مؤهلة و على مستوى عال، و تجهيزات مادية ممتازة، و هيكل تنظيمي جيد، و أموال متاحة.

1 قاسم نايف علوان الحياوي، مرجع سبق ذكره، ص: 105

2 فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك و تطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة، العدد الثالث، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1997، ص: 233، 234.

- أنه يكون من الكافي التحديد لما هو جيد بشرط وجود هيئة مؤهلة، هيكل مادي، تنظيم رسمي، مع ملاحظة أن هذه العناصر ليست متساوية الأثر في علاقتها بالجودة، إنما فقط تتوقع أن وجود خصائص هيكلية جيدة يعني أن هناك رعاية ذات جودة واردة- مع الاعتراف بأنه ليس هناك تأكيداً لحدوثها- و لذا فإن هذا المدخل بمفرده غير كاف كمؤشر للجودة.

ب. مقياس الاجراءات: تسمى كذلك مقاييس العمليات، و يدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقسيم أو توصيل الخدمة الصحية، و هي التي تتسبب في الوصول إلى النتائج(المخرجات).

ت. مقياس النواتج: يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنتائج للرعاية الصحية، و من المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي:

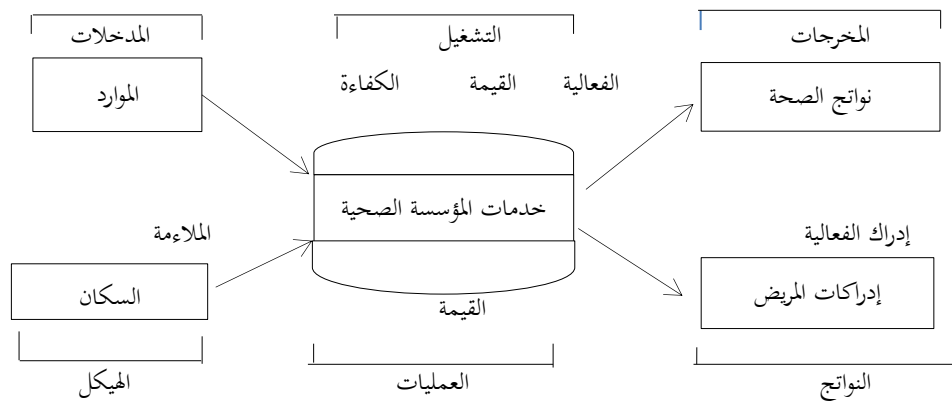
- الحالة الصحية العامة: و التي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثل: معدلات الوفيات أو أحد الأمراض.

- مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد: و ذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة، أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة، و هذا المقياس مثالي في تقييمه للجودة، فضلا عن صعوبة القياس لأنه لا يوجد تأكيد على ارتباط النواتج بعمليات التشخيص و المعالجة، حيث تتدخل عوامل اجتماعية و نفسية و مادية في هذه النواتج.

و لا بد أن نوضح هنا أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الاجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة، و لذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة السابقة، و ذلك حسب الهدف من القياسات، فقياس النتائج يستخدم غالبا بغرض تقييم الأداء، بينما قياس العمليات و الهيكل يستخدم بغرض تحسين و ضبط العمليات.

و يبين الشكل التالي الأنواع الثلاثة لقياس الجودة المهنية:

الشكل رقم 6:مقاييس الجودة المهنية

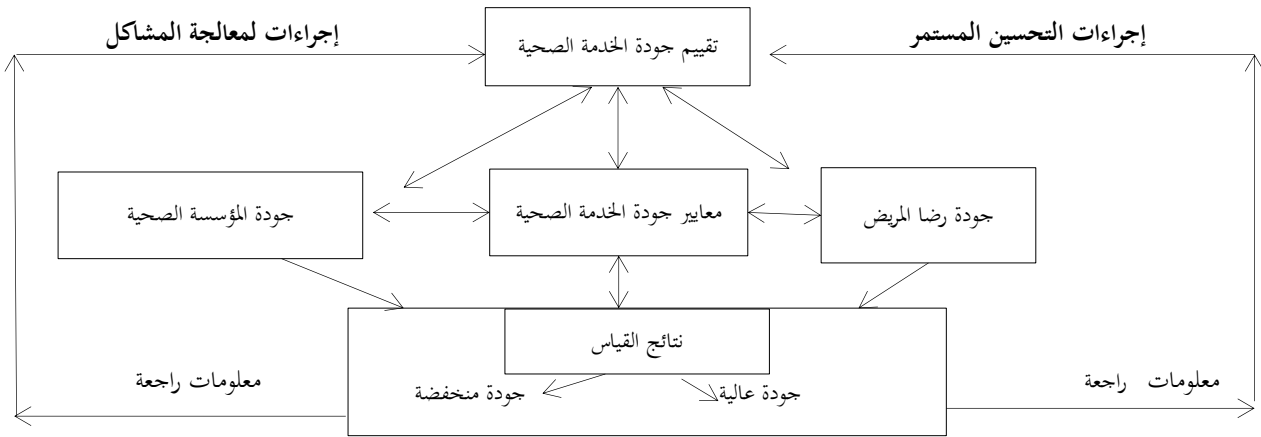


المصدر: فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك و تطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض،،المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة، العدد الثالث، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1997،ص236.

يجب الإشارة إلى أنه لا بد من توفر نظام لإدارة المعلومات بالمؤسسات الصحية لجمع و تحليل و توزيع المعلومات للأطراف المناسبة و في الوقت المناسب، و بالطريقة المناسبة.

**3. قياس الجودة من المنظور الشامل:** رغم ما أسهمت به كل من المداخل السابقة من تقدم في قياس الجودة و تقويمها، إلا أنها جميعها يغلب عليها الطابع الجزئي، و قد أدت هذه المداخل و المقاييس الجزئية إلى إبراز ضرورة المعالجة الشاملة في قياس جودة الخدمة الصحية و تقويمها. و الشكل الموالي يوضح نموذجاً شاملاً لقياس جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض، و نظر مقدمي الخدمة الصحية (المؤسسة الصحية).

الشكل رقم 7: نموذج لتقييم جودة الخدمة الصحية



المصدر: قاسم نايف علوان الحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم و عمليات و تطبيقات، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، 2006، ص108.

حسب هذا المدخل، فإن التركيز على الجودة و رقابتها يجب أن يوجه ليس فقط في ملامح محددة للمخرجات و العمليات أو الهيكل، بل يجب أن يوجه في كل مؤسسة الخدمة الصحية.

## المبحث الرابع: تأثير مظاهر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية في

### المؤسسة الصحية

في هذا المبحث سنعمل على البحث عن تأثير مظاهر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية .

عملية التغيير ليست هدفا في حد ذاتها، وإنما الهدف هو تكوين وضع تنافسي أفضل، أو على الأقل الحفاظ على الموقف التنافسي الحالي، والذي يصبح هدفا استراتيجيا إذا ما رأت المؤسسة نفسها غير قادرة على التطوير في المدى المنظور. ذلك أن العبرة بما يستطيع فعله، انطلاقا من الإمكانيات المتاحة، وليس ما يراد فعله.

ونفهم من هنا أن التغيير الذي لا يؤدي إلى تحسين ما هو إلا مجرد ضياع للوقت و الموارد المالية، والتحسين بصفة عامة قد يتعلق بجانب أو أكثر من جوانب كثيرة يتعذر حصرها: وسائل أو طرق الإنتاج، الجودة بمفهومها الشامل، التكلفة، آجال الإنتاج والتسليم، طرق التوزيع، الصيانة، التنظيم، العلاقة مع الزبون،... الخ، إذن ما هو مفهوم التحسين المستمر للجودة، ما هي أهدافه و مبادئ تسييره؟

### المطلب الأول: التحسين المستمر للجودة

#### 1. مفهوم التحسين المستمر للجودة

يقتضي التغيير باللجوء إلى التحسين المستمر ضمان و تأكيد الجودة، فضمن الجودة يمثل أسلوبا و منهجا سليما للارتقاء بالخدمات الصحية و رصدها و تقييمها على أساس علمي، و في حدود الموارد المتاحة، و هو وسيلة للوصول إلى مستوى جودة مقبول.

ومن أجل تحقيق هدف " التحسين المستمر " يتعين أولا إيجاد " نظام تحسين " قادر على جعل التغيير عملية إيجابية هادفة . وحتى يكون هذا النظام كذلك لابد من:

- أن يكون الهدف من التغيير واضحا ودقيقا في إطار خطة تفصيلية؛
- أن يتم تسخير كل الإمكانيات اللازمة لتنفيذ العملية؛
- أن يتم إشراك الجميع في العملية، وذلك بحسب طبيعة وحجم الهدف؛
- توفر نظام رصد (أو يقظة) ونظام ذكاء اقتصادي في المؤسسة؛
- تضمين نظام الحوافز في المؤسسة حوافز خاصة لدعم التغيير وتشجيع المبادرات الخلاقة؛
- وجود إدارة تتوفر على قدر معتبر من الكفاءة في مجالات التخطيط والتوجيه والتنسيق والرقابة، وهو ما يعتبر شرطا أساسيا في تحقيق الفعالية في تسيير التغيير ذلك أن الشروط السابقة له تتوقف على مستوى توفر هذا الشرط المحوري.

ما هو مفهوم التحسين؟ حسب M-H Walter هو "مجموع النشاطات المخططة و المنظمة و المخصصة لضمان المنتجات و الخدمات للزبائن"، أي تقديم الإثباتات لتكون الخدمات محددة و معروفة و يمكن السيطرة عليها، و يعيد مطابقة الممارسات مع المعايير الموجودة مسبقا، و ضمان الجودة بهدف الحصول على ثقة المرضى. 1

## 2. نظام التحسين المستمر

المبتغى الرئيسي لنظام التحسين أن يجعل من التغيير أصلا ثابتا، ولن يتحقق هذا الغرض إلا بتوفير جو من الحرية يشجع على الابتكار ويعظم شأن الكفاءات. فقلد كان من أبرز الانتقادات الموجهة للفكر التقليدي في التنظيم حصر عملية التفكير على مستوى الإدارة، وبالتالي اقتصار العاملين على التنفيذ فقط. وكانت نتيجة ذلك تباطؤ عمليات التحسين. ولعل بطء تغيرات المحيط من العوامل المساعدة في تكريس تلك الرؤية. غير أن محيط اليوم لا يمنح المؤسسة متسعا للاستمرار طويلا على نمط واحد من الهيكلة، أو على مواصفات مستقرة في المنتج. فالتجديد، الذي يمثل جوهر عملية التغيير، أضحي يحتل الحيز الأكبر في فكر المسيرين والمديرين. بالنسبة للخدمات الصحية الامر لا يختلف كثيرا لضمان تقديم خدمات عالية الجودة، ينبغي للمؤسسة الصحية تخطيط خطواتها المستقبلية، فعليها أن تعرف على وجه التحديد الوضع الراهن، و الأحوال الصحية السائدة، و الموارد المتاحة، و ما لديها من موارد بشرية، و أن تحدد بوضوح أين تريد أن تحدث تغييرا في الوضع الراهن، و هذا يعني أنه ينبغي أن يكون لديها رؤية واضحة للمستقبل، و أن تبين رسالتها، و تحدد أغراضها، و ينبغي لها بعد أن تحقق ذلك أن تسوغ الخطط و البنية التنظيمية لعمليات تحسين الجودة. 2

أما التحسين المستمر فيهدف للحصول على أقصى قدر من الجودة المطلوبة.

## 3. أهداف التحسين المستمر للجودة

تمثل أهم أهداف عملية التحسين فيما يلي: 3

- إدخال التحسينات اللازمة و المستمرة على عمليات تقديم الخدمة في ضوء البيانات المتجددة و تغيير حاجات الزبون، و احتياجات السوق و المجتمع المحيط بمنظمة الخدمة.
- تحقيق الأداء المتميز للمنظمة من خلال تقليل الأخطاء، و تحديد المشاكل بدقة و تقليل الانحرافات في تقديم الخدمة للزبون من الجودة أو الوقت، و الكلفة المطلوبة.

<sup>1</sup> نادية حريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية، دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر-بسكرة، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، 2008، ص 106.

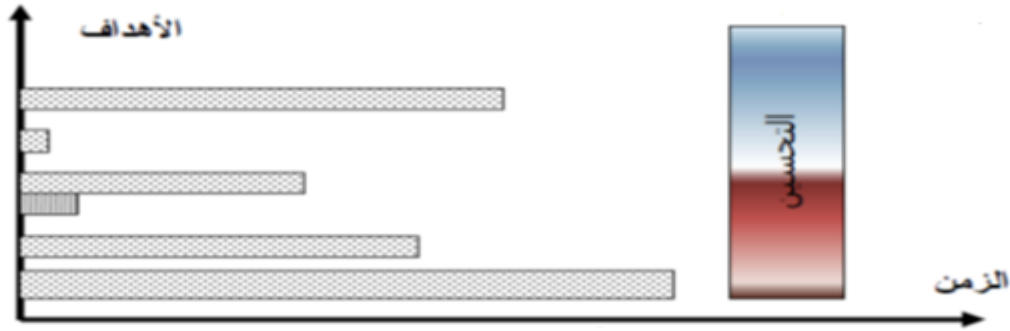
<sup>2</sup> نادية حريف، المرجع السابق، ص 107

<sup>3</sup> قاسم نايف علوان الحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 206

- خلق مناخ عمل ملائم لتقديم الخدمة، تسوده العلاقات المستمرة و الحرة بين الإدارة العليا، و العاملين في المنظمة، من خلال تحفيزهم للمشاركة في تحديد المشاكل التي تواجه عملهم والعمل على تحسينها بشكل مستمر.
- يهدف التحسين المستمر للعملية إلى جعل المنظمة قوة دافعة نحو الأمام، و لها القدرة على المنافسة في السوق و يتحقق هذا الهدف إذا فهم جميع الأفراد العاملين ماذا تعني التحسينات المستمرة في عملهم، و ما هو مقدار الجهد المطلوب الذي يجب أن يبذله للوصول إلى ما هو محدد و مخطط له، و أن يدركوا أن الفشل في تحقيق ذلك يقود إلى وجود زبائن غير راضين، و بالتالي ضعف قوتهم التنافسية في السوق أو المجتمع المحيط بمنظمة الخدمة.

ومهما تنوعت أهداف التغيير وتعددت فلا بد من الحرص على تجاوز تناقض بعضها ببعض الآخر. و بمعنى آخر لا بد من ضمان الانسجام ما بين مختلف الأهداف حتى تسير في اتجاه واحد وهو اتجاه التحسين. كما يجدر التذكير هنا بأن الأهداف المتوخاة من التحسين متجددة وفق مراحل متلاحقة، والمخطط أسفله لا يمثل إلا مرحلة من هذه المراحل.

الشكل رقم: 08 أهداف التحسين بدلالة الزمن



المصدر: نادية خريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية، دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر-بسكرة، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، 2008، ص 108.

#### 4- التحسين المستمر للجودة كهدف أساسي لعملية التغيير في المؤسسة

من أجل تحقيق هدف " التحسين المستمر للجودة" يتعين أولاً إيجاد " نظام تحسين "قادر على جعل التغيير عملية إيجابية هادفة. وحتى يكون هذا النظام كذلك لا بد من:

- أن يكون الهدف من التغيير واضحاً ودقيقاً في إطار خطة تفصيلية؛
- أن يتم تسخير كل الإمكانيات اللازمة لتنفيذ العملية؛
- أن يتم إشراك الجميع في العملية، وذلك بحسب طبيعة وحجم الهدف؛
- توفر نظام رصد) أو يقظة (ونظام ذكاء اقتصادي في المؤسسة؛



-تضمنين نظام الحوافز في المؤسسة حوافز خاصة لدعم التغيير وتشجيع المبادرات الخلاقة؛  
-وجود إدارة تتوفر على قدر معتبر من الكفاءة في مجالات التخطيط والتوجيه والتنسيق والرقابة، وهو ما يعتبر شرطاً أساسياً في تحقيق الفعالية في تسيير التغيير ذلك أن الشروط السابقة له تتوقف على مستوى توفر هذا الشرط المحوري.  
إن الهدف الرئيسي لنظام التحسين أن يجعل من التغيير أصلاً ثابتاً، ولن يتحقق هذا الغرض إلا بتوفير جو من الحرية يشجع على الابتكار ويعظم شأن الكفاءات. فقلد كان من أبرز الانتقادات الموجهة للفكر التقليدي في التنظيم حصر عملية التفكير على مستوى الإدارة، وبالتالي اقتصار العاملين على التنفيذ فقط. وكانت نتيجة ذلك تباطؤ عمليات التحسين. ولعل بطء تغييرات المحيط من العوامل المساعدة في تكريس تلك الرؤية. غير أن محيط اليوم لا يمنح المؤسسة متسعاً للاستمرار طويلاً على نمط واحد من الهيكلة، أو على مواصفات مستقرة في المنتج. فالتجديد، الذي يمثل جوهر عملية التغيير، أضحى يحتل الحيز الأكبر في فكر المديرين والمديرين.

### 5- مبادئ التحسين المستمر للجودة

يعتمد التحسين المستمر على تقسيم أنشطة المؤسسة الصحية في سلسلة عمليات، و هناك ثلاثة مبادئ تصف هذا المنهج:<sup>1</sup>

1. الوصف في شكل عملية: يمكن النظر للخدمات الصحية كمجموعة معقدة من المهام المعدة للتنفيذ، والتي يمكن جمعها في عملية بهدف تحقيقها، فكل عملية تتكون من عدة مراحل وكل مرحلة تتكون من تتابع مجموعة من المهام تتم بتدخل أطراف مختلفة، مثل عملية فتح ملف القبول، تولى مسؤولية المريض في جناح العمليات، خروج المريض... الخ
2. تحليل العمليات في سيرها الحالي: دراسة العمليات في الواقع تتطلب إشراك جميع الفئات المعنية، و هذا يحقق مزايا تسمح ب:
  - توضيح الخلل و النقاط الإيجابية و التركيز على الأولويات.
  - تثبيت الأهداف التي تم التوصل إليها، و مراعاة الإمكانيات الداخلية للتحسين لتجنب بسرعة حالة الفشل، أو الأهداف غير الواقعية.
3. قياس التحسين: اهتمام مستمر أثناء جميع خطوات التحسين، و من المهم أن يستند على الأفعال، لا على الأراء فقط، و تعتبر الاستعانة بمعطيات رقمية و سيلة جيدة لترسيخ منهج الجودة في الواقع، و التحقق من فعالية أعمال التحسين، و الحفاظ على النتائج التي تم التوصل إليها.
  - و تقوم طريقة التحسين المستمر على أربع مراحل:
  - تحليل منهجي للعمليات و تسلسلها.

<sup>1</sup> نادية خريف، مرجع سبق ذكره، ص 107

- تحديد الأخطاء الرئيسية و مصدرها.
- تعريف أنشطة التحسين التي تكون مرجعية الجودة.
- التقييم بوضع مؤشرات لمواصلة و تحسين مستوى الجودة المطلوب.

### 6- فوائد تطبيق التحسين المستمر

لقد أثبت النتائج التي تم الحصول عليها من جراء تطبيق برنامج التحسين المستمر للعمليات في العديد من منظمات الأعمال بشكل عام، و منظمات الخدمة بشكل خاص أن تطبيق التحسين المستمر له عدة فوائد أهمها<sup>1</sup>:

- خلق تغيير إيجابي لطريقة أداء عمليات الخدمة وصولاً إلى الأداء المتميز .
- تحديد انسيابية عمليات إنجاز الخدمة بشكل دقيق و واضح.
- إلغاء الأنشطة أو المهام التي لها قيمة أو تأثير على الأداء.
- تقليل الانحرافات في أداء العمليات نتيجة تطبيق المعيب الصفري.
- تقليل التكلفة الإجمالية لجودة الخدمة.
- التحسين المستمر لمستوى جودة الخدمة المقدمة للزبون.

## المطلب الثاني: إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

### 1. مفهوم إدارة الجودة الشاملة

إن الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تعني تقديم خدمة صحية سهلة المنال، و آمنة و عادلة، و تتحقق في الخدمات الصحية من خلال التزام الأفراد باستخدام قدراتهم بشكل فعال، و توسيع منطلق التحسين المستمر ليشمل جميع الهياكل<sup>2</sup>.

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثاً نسبياً في القطاعات الصحية ويستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ و جوران و كروزبي، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها القطاع الصحي. وتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية تركز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء والاختلافات مسبقاً. وتعرف أيضاً على أنها إطار تنظيمي

<sup>1</sup> قاسم نايف علوان الخياوي، مرجع سبق ذكره، ص ص 219 - 220

<sup>2</sup> نادية خريف، مرجع سبق ذكره، ص 109.

تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر.<sup>1</sup>

لا يوجد إطار موحد لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة إلا أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والمفكرين في هذا المجال على أن ذلك يتضمن توفير العناصر التالية<sup>2</sup>

- أ. **مساندة ودعم الإدارة العليا:** حيث مسؤولية الجودة بالدرجة الأولى تقع على عاتق الإدارة العليا وهم مسئولون عن توفير المصادر التي تهدف إلى تعليم وتدريب العاملين وتقديم التسهيلات لهم، وتمثل الإدارة القدوة والمثل الأعلى للالتزام بمبادئ وأهداف التحسين، إذ لا بد أن يكون لها الإصرار على استمرار عملية التحسين، والقضاء على مقاومة العاملين للتغيير.
- ب. **الاهتمام بالمستفيدين:** وذلك بهدف إرضاء المستفيد من الخدمة الصحية على اعتبار أنه محور إدارة الجودة الشاملة وضرورة الاتصال معه في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقويم.
- ت. **مشاركة العاملين:** وتعني ضرورة مشاركة كافة العاملين في جهود تحسين الجودة وإدارتها وتفويض اتخاذ القرارات والسلطات والمسؤوليات لهم، وتشجيع الثقة والإبداع والمجازفة لدى كافة الموظفين.
- ث. **بناء فرق العمل:** إن كافة جهود إدارة الجودة الشاملة لا يمكن تحقيقها إلا من خلال العمل الجماعي وتكوين فرق العمل المؤقتة والدائمة في التنظيم.
- ج. **تدريب العاملين:** إن حالات الإبداع والتميز في العمل تعتمد على القوى البشرية المؤهلة، ومن هنا فإن تدريب تلك القوى بصورة مستمرة لإكسابهم المهارات والمعارف اللازمة للارتقاء في الأداء أمر على جانب كبير من الأهمية.
- ح. **احترام وتقدير العاملين:** وتعني وجود اتصال واحترام متبادل بين العاملين بغض النظر عن مستواهم الوظيفي، وضرورة تقييم أداء العاملين بصورة موضوعية لترسيخ مبدأ مكافأة التميز والإبداع حيث يتطلب مفهوم إدارة الجودة الشاملة تغيير الثقافة السائدة في المؤسسة.

## 2. شروط نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

- أ. يجب توفير الشروط التالية لنجاح أي برنامج لجودة الرعاية الصحية:

<sup>1</sup> حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثالث، الرياض، أكتوبر 2000، ص 414.

<sup>2</sup> محمد الطعمانية: إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي (حالة وزارة الصحة) أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الأردن، 2001، ص 52.

- ب. التحسينات الصحية عملية مستمرة، تحقق تطوير في الفعالية الصحية وكفاءة الرعاية الصحية.
- ت. تؤثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على أساليب منظومة جودة الرعاية الصحية.
- ث. يجب التركيز على النتائج غير المقبولة في المنظومة الصحية حيث تمثل الأولوية الأولى في الرقابة على الجودة الصحية.
- ج. يجب أن يلعب التعليم الطبي المستمر وتكنولوجيا الإدارة الدور الأساسي في منظومة جودة الرعاية الصحية.<sup>1</sup>

### 3. خطوات تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

- إن وجود برنامج شامل لإدارة الجودة على المستوى العام للمؤسسة الصحية يعد أمراً ضرورياً لأهمية الجودة على كافة المستويات، وللتأكد من انسيابية الاتصال بين الأقسام والإدارات المختلفة، و من أجل تحقيق الشمولية، فإن نظام إدارة الجودة يجب أن يشمل على:
- مراقبة جودة الرعاية المقدمة على مستوى المؤسسة ككل، و تحقيق أعلى مستوى من الرعاية الصحية من خلال الاستغلال المناسب و الفعال للموارد المتاحة.
  - وضع نظام متكامل لمراجعة و توثيق الخدمات من خلال تقويم مستويات الرعاية التي تقدمها المؤسسة في جميع الأقسام الإدارية، و التعريف على مدى ملاءمة نظام الرعاية القائم لاحتياجات المرضى و أنها تقدم لهم في مواعيدها المحددة.
  - رفع الروح المعنوية للأفراد عند تحقيقهم للأهداف و مساعدتهم في تحديد احتياجاتهم من التعليم المستمر و زيادة الاهتمام بالدورات التدريبية بمختلف أنواعها.
  - يتطلب تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية قيادة شديدة و توجيهها قويا لتبنيه و وضع خطة عملية لتطبيقه على النحو الصحيح في جميع مراحلها، و على جميع المستويات التنظيمية، و قد تم تحديد أربع خطوات رئيسية لتطبيق هذا الأسلوب في المؤسسات الصحية:
1. الوعي الإداري بأهمية أسلوب الجودة الشاملة و الحرص الشخصي على الالتزام بتطبيقه.
  2. التخطيط الاستراتيجي لتطبيقه.
  3. التطبيق الإداري لهذا الأسلوب بتكامل الجوانب التحليلية و السلوكية لعناصر تطبيقه.
  4. تدريب الموظفين على كيفية تطبيقه.<sup>2</sup>

1 فريد النجار إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، مصر، 2007، ص481-482.

<sup>2</sup> نادية حريف، مرجع سبق ذكره، ص 110.

## خاتمة الفصل الأول:

إن التغيير أمر ضروري و حتمي لكل مؤسسة، و أصبح التعامل معه من معالم العصر، فهو يعبر عن حقيقة التطور الحضاري الإنساني، و عملية التغيير في كل أوجهها و مراحلها تعتمد بصورة أساسية على توفر شروط ضرورية لتحقيق الأهداف المطلوبة، و قد قمنا من خلال هذا الفصل بالتعرف على مفهوم التغيير التنظيمي و إدارة التغيير، الأسباب الدافعة له و مختلف مراحلها، كما تطرقنا إلى أهم الاستراتيجيات التي تتبعها المؤسسة في إدارة التغيير، و أسباب المقاومة، و كيفية التغلب عليها .

كما أصبح موضوع جودة الخدمة الصحية محل اهتمام عالمي، حيث شهد القطاع الصحي في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا سعيا من المؤسسات الصحية العمومية لتقديم خدماتها الصحية بجودة عالية لتحقيق أقصى رضا ممكن للمستفيدين من هذه الخدمات، و قد تم من خلال هذا الفصل التطرق إلى مفهوم الخدمات الصحية، و جودتها، أبعادها، و قياسها، كما تطرقنا إلى تأثير مظاهر التغيير التنظيمي على جودة الخدمات الصحية من خلال التحسين المستمر، و الإدارة بالجودة الشاملة.

## الفصل الثاني

دور التغيير التنظيمي في تحقيق

جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة

العمومية للصحة الجوارية

بالأخصرية

## تمهيد

تشهد المؤسسات الصحية في الجزائر العديد من الانتقادات، و عدم الرضا من طرف المرضى و أهاليهم من حيث نوعية الخدمة من جهة، و من جهة أخرى من طرف العمال الأجراء الذين ينتمون إلى مؤسسات هذا القطاع، و هو ما لاحظناه أثناء تواجدها خلال فترة التربص، وأيضا من خلال تجربتنا الشخصية في هذا القطاع، إضافة إلى ما يلاحظ من مظاهر الصراعات ما بين إدارة القطاع على اختلاف مستوياتها، و الأفراد الأجراء الذين ينتمون إليها من خلال الاحتجاجات الاجتماعية، و الإضرابات عن العمل المتتالية.

نظريا يتمثل الهدف الأساسي من استراتيجية التغيير في العمل على تقريب الخدمة الصحية العمومية من المواطن الجزائري و تحقيق فعالية أكثر للهياكل الاستشفائية في المناطق الداخلية، و الجنوبية للجزائر، هذا على المستوى الاستراتيجي للدولة، و على المستوى التنظيمي للمؤسسة. لكن تبقى إشكالية تحسين جودة الخدمات الصحية مطروحة.

في هذا الفصل سوف نتطرق إلى التغيير على مستوى المؤسسات الصحية بصفة عامة و الذي يتضمن واقع قطاع الصحة في الجزائر، دوافع التغيير في المؤسسات الصحية، أهدافه، ثم مجالات التغيير و أنواعه في المؤسسات الصحية الجزائرية، و أخيرا إعادة هيكلة القطاع الصحي ثم ننتقل إلى دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية .

## المبحث الأول: التغيير على مستوى المؤسسات الصحية

يعد قطاع الصحة من أهم القطاعات التي تقوم عليها المجتمعات، فهي أساس التنمية، و نقطة انطلاقها الأولى في مختلف مجالاتها، كما يعد المستوى الصحي للمجتمع مقياسا لدرجة تقدمه، و لتحقيق ذلك تسعى الجزائر على غرار باقي دول العالم إلى تحسين هذا القطاع من خلال زيادة الاهتمام به، و المتمثل في مجموعة من الإصلاحات عبر فترات مختلفة، و ذلك بزيادة عدد المؤسسات الصحية عبر ربوع الوطن، و زيادة الإنفاق عليها بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد، سعيا منها لتحقيق رضاهم، و توفير مستوى صحي ملائم لهم.

### المطلب الأول: واقع قطاع الصحة في الجزائر

سنحاول في هذا المطلب تقديم صورة عن واقع الصحة في الجزائر من خلال التطرق إلى المراحل المختلفة التي مر بها النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا و التي تتمثل في:

#### المرحلة الأولى: 1963-1973

كانت الجزائر غداة الاستقلال تملك 5000 طبيب (50% منهم جزائري) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم آنذاك حوالي 10.5 مليون نسمة، و كانت المؤشرات الصحية في هذه الفترة تتميز بمعدل وفيات مرتفع لدى الأطفال حيث تجاوز (180 طفل لكل ألف نسمة)، و كان توقع الحياة لا يصل إلى 50 سنة، بالإضافة إلى انتشار الأمراض المتنقلة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة و الإعاقة، و لمواجهة هذه الوضعية في ظل الظروف المحدودة ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

- العمل على تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي و الخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج.

- مكافحة الأمراض و التقليل من الوفيات و خاصة الأمراض المتنقلة منها.<sup>1</sup>

و قد تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين، و ضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، و المعدية من خلال فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال.

و في نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني يقوم على أساس الاستيراد، و التوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية PCA على الخصوص.

<sup>1</sup> أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008/2009، ص176



### المرحلة الثانية: من 1974 إلى 1989

تميزت هذه المرحلة بثلاث مستويات للسياسة الصحية، و هي:

- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقاً من بداية جانفي 1974<sup>1</sup> مما يسمح بتعميم الحصول على الخدمات الصحية من طرف المواطنين.
- إصلاح النظام التربوي و بالخصوص الدراسات الطبية، و يشمل ذلك تحسين جودة التعليم، و تدعيم التأطير مما يسمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
- إنشاء القطاع الصحي (SS)<sup>2</sup>، و يعد حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية، و قد تميزت هذه المرحلة كذلك ب:
  - إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة، و الهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات، و المراكز الصحية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن.
  - تشييد ثلاثة عشر (13) مركز استشفائي جامعي مكلف بثلاثة أدوار هي: العلاج، التكوين، و البحث. أما فيما يخص المؤشرات الصحية فقد سجلت تراجع في معدلات الوفيات، و هذا راجع إلى التحسن في مستوى معيشة السكان من جهة، و إلى وضع البرامج الوطنية للصحة حيز التطبيق (مخاربة مرض السل، سوء التغذية، و فاة الأطفال، البرنامج الموسع للتطعيم...) من جهة أخرى. بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من النشاطات هدفها التحكم في الحصوبة، و تدعيم النمو الديموغرافي، كما لوحظ تراجع معتبر في بعض الأمراض المتنقلة.

### المرحلة الثالثة: من 1990 إلى 2001

- تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل، و التي تطورت منذ نهاية الثمانينات، و التي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكييف مع التطور الاجتماعي و الاقتصادي للوطن، و ترجم هذا الأخير بما يلي:
- مشروع الجهوية الصحية: الذي شرع فيه في الثمانينات كإطار للوساطة، و التحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية، و تحقيق تنمية اجتماعية، و صحية متوازنة.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية عدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 3 ذو الحجة 1393 الموافق لـ 28 ديسمبر 1973 يتضمن قانون المالية لسنة 1974 المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

<sup>2</sup> القطاع الصحي هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي، و تتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية، و التشخيص و العلاج، و الاستشفاء، و إعادة التكييف الطبي، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات و التابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

على المستوى المؤسسي تركز الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق)، و على المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية للصحة لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت لها، نظرا لأن إطارها القانوني و التنظيمي يجد من صلاحياتها في بعض التوجيهات، فهي أكثر استشارية منها قرارية.

- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة: و التي تمثلت خاصة فيما يلي:

- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية LNCPP: مكلف بالمراقبة القبيلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق .
- الصيدلية المركزية للمستشفيات PCH: و هي مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية 1994.
- الوكالة الوطنية للدم ANS : و هي مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم 1995.
- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ANDS: مهمتها تطوير التوثيق، و المعلومات، و الاتصال.
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و يقظة العتاد CNPM: و هو مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية، و استعمال المعدات الطبية.<sup>1</sup>

كما عرفت هذه المرحلة إعادة النظر في النصوص القانونية المسيرة للمؤسسات الصحية بما فيها المستشفيات الجامعية و المؤسسات المتخصصة و المراكز الصحية بالإضافة إلى تطبيق النظام المسير للنشاطات الاضافية بين القطاعين العمومي و الخاص. كما عرفت نفس العشرية إعادة بعث البرامج الوطنية و تحديد سياسة للأدوية في مجال الاستيراد و التسجيل و المراقبة و التوزيع و تحلي الدولة عن احتكارها للمواد الصيدلانية في المجال.

#### المرحلة الرابعة : من 2002 إلى 2012

و التي أثبتت محدودية الخدمة بسبب معاناة المؤسسات من عدة اختلالات هيكلية و تنظيمية مما دفع بالسلطات العمومية إلى اتخاذ مبادرة سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط و تنظيم العلاج بها. كما تهدف السياسة الجديدة إلى أنسنة و تأمين الخدمات و عصنة النشاطات تماشيا مع الطلبات الجديدة مما يسمح بتوفير خدمة ذات نوعية مع المحافظة على مبدئي العدالة و التضامن المكرسين من طرف الدولة. و قد عرف القطاع من جانب آخر انتقالا للوضعية الديموغرافية و الوبائية للسكان إلى تعزيز العلاج الجوارى من أجل تقريب الصحة من المواطن.

و باشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية في سنة 2007 يهدف إلى فصل مهام المستشفيات الجامعية و تلك التي تضمن علاجا قاعديا. كما برزت تقسيما جديدا للمؤسسات الصحية

1 أمير جيلالي، مرجع سبق ذكره، ص 177

على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تشمل أيضا قاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات.

واستفاد القطاع من سنة 2005 إلى سنة 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دج تم استثماره في إنجاز 800 مؤسسة استشفائية و جوارية. وقد حقق القطاع خلال العشرية الاخيرة عدة مكاسب تمثلت في تعميم التغطية باللقاحات بنسبة 90% مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة أدت إلى الوفيات والإعاقات خلال السنوات الأولى للاستقلال بجانب القضاء على الامراض المتنقلة و تراجع الوفيات لدى الأطفال إلى معدل أوصت به المنظمة العالمية للصحة بالإضافة الى انخفاض وفيات الحوامل بنسبة 5% بكل سنة.

كما استفاد من تجهيزات طبية عصرية لعبت دورا هاما في الكشف المبكر والتشخيص الدقيق للأمراض المزمنة التي سجلت ظهور خلال السنوات الاخيرة مما يدل على مواكبة المجتمع الجزائري للتحويلات التي شهدتها المجتمعات المتقدمة لأن هذه الامراض مرتبطة بالمحيط والسلوك الفردي.

### المطلب الثاني: دوافع التغيير في المؤسسات الصحية

في هذا المطلب سنعمل على البحث عن دوافع التغيير التي أدت بالسلطات المعنية إلى إعادة تنظيم القطاع الصحي الذي جاء بما يعرف بالخريطة الصحية الجديدة<sup>1</sup>، و الذي يهدف أساسا إلى إنشاء و تنظيم، و تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية، و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي الفصل بين تسيير المستشفيات و الهياكل الصحية الأخرى. ما هي دوافع التغيير التي دفعت بالسلطات في التفكير في إعادة هيكلة القطاع؟ من خلال تحليلنا لمختلف النصوص المرتبطة بعملية التغيير محل الدراسة، و بالاعتماد على الأدوات المفهوماتية المحصل عليها سابقا نرى أن دوافع التغيير تتمثل في:

#### 1- السياق العام لنشاط المنظومة الصحية الجزائرية:

يتميز السياق العام لنشاط المنظومة الصحية الجزائرية قبل مرسوم 2007 القاضي بإحداث تغيير تنظيمي جديد عموما بتدني المستوى الخدماتي للمؤسسة الصحية مما أثار جدلا واسعا حول المنظومة نفسها.

الأمر الذي نعتبره في دراستنا هذه كأهم الدوافع التي أدت إلى التفكير في إحداث تغييرات هيكلية و تنظيمية تجسدت في توجيهات المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 .

- يرى الخبراء، و حتى العامة من الجزائريين أن مشاكل المؤسسات الصحية متشعبة جدا، من ناحية سوء الاستقبال الذي يؤثر سلبا على صورة المؤسسة، بالإضافة إلى سوء التغطية الصحية التي ينتقدها دائما المرضى أو

<sup>1</sup> المرسوم التنفيذي رقم 140/07، مرجع سبق ذكره

الزبائن من حيث النظافة، التغذية، تعطل الأجهزة الطبية، قلة الأطباء المتخصصين الذين ينتقلون إلى القطاع الخاص، أو الأعمال الحرة بسبب قلة مداخلكم.

إضافة إلى ظاهرة انخفاض التكفل بالطلبات الصحية حيث أثرت الظروف الاقتصادية، الاجتماعية، و المالية سلبا على مخطط الصحة في الجزائر، فبالرجوع إلى الحالة الصحية لسنوات التسعينيات في الجزائر تبين عودة مرض "الدفترية" بعدما قضي عليه في نهاية السبعينيات و هذا نتيجة لانقطاع التموين بالتلقيح في بداية التسعينيات.<sup>1</sup>

- إشكالية عدم فعالية الهياكل الصحية ترتبط أساسا بظاهرة عدم توازن الموارد و الوسائل و المناطق الموزعة عليها، إذ نجد تركز معظم المراكز الجامعية في الشمال، أما في الجنوب و المناطق الداخلية فلا نجد تغطية إلا بنسبة 10 إلى 15 % حيث تبقى مهمتهم الرئيسية في تحويل المريض نحو الشمال لتبقى بذلك 50% من الهياكل غير عملية<sup>2</sup>.
- غياب سياسة واضحة لصيانة المعدات و الأجهزة مما قد يؤدي إلى انخفاض معدل عمر الأجهزة.
- عدم فعالية تنظيم أقسام الاستعجال، و التكفل و الاستقبال.

## 2- واقع تنظيم و تسيير النشاط في المؤسسات الصحية:

انطلاقا من واقع النتائج الميدانية التي عرفتها المؤسسات الصحية الجزائرية يمكن إرجاع أهم الأسباب التي أدت إلى هذا الفشل النسبي إلى:

- أ- غياب منظومة واضحة للتحفيز، و تقييم الأداء.
  - ب- غياب المشاركة في اتخاذ القرارات التي تهم موظفي المؤسسة.
  - ت- غياب متابعة للقدرات، و الفعاليات الفردية و الجماعية.
  - ث- غياب ثقافة المؤسسة، أو عدم توافق نظام القيم.
  - ج- عدم قدرة الأجهزة التنفيذية على تلبية المطالب المتزايدة<sup>3</sup>
- من جهتنا نعتبر أن هذه النقاط الأخيرة هي نسبة خاصة أن الدراسات في هذا الاتجاه هي قليلة، و على قلتها فهي لا ترتبط مباشرة بموضوع التغيير الذي نحن بصدد دراسته.

و بالتالي يتعلق الأمر بالغياب النسبي لمنظومة التحفيز إلى جانب الغياب النسبي للمشاركة في اتخاذ القرارات.

<sup>1</sup> حليلة درياس، نحو أسس جديدة لاستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، مذكرة لنيل شهادة مابعد التدرج، تخصص إدارة أعمال

المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2000-2001، ص 2

<sup>2</sup> الطعامة محمد، مخيمر عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008، ص 71

<sup>3</sup> - حليلة درياس، نفس المرجع السابق، ص 4

- 3- السعي إلى عصنة القطاع: و هذا من أجل مواكبة تغير البيئة من جهة، و مواكبة طموحات الدولة إلى تلبية حاجيات المواطن من التنمية المستدامة التي تعتبر الصحة إحدى أهم مؤشراتنا.
- 4- البحث المستمر عن الفعالية التنظيمية: على غرار كل مشاريع التغيير في المؤسسة فإن البحث المستمر عن الفعالية التنظيمية قد يشكل دافعا قويا للتغيير.

### المطلب الثالث: أهداف التغيير في المؤسسات الصحية

يعتبر تقرب الخدمات من المواطن الجزائري الهدف الرئيسي للتغيير التنظيمي الذي جاء به المرسوم التنفيذي رقم 07/140 لسنة 2007 ، كما أن التغيير الملحوظ في المحيط الخارجي من تطور تكنولوجيا جعل المريض أو الزبون أكثر إدراكا لحقوقه مما يجعل المؤسسة الصحية ملزمة بتغيير نمط تسييرها من أجل مواكبة هذه التغيرات، و من خلال هذا المطلب سنعمل على البحث عن الأهداف الموضوعية للتغيير، و هي تتمثل في النقاط التالية:

#### 1- الأهداف التنظيمية:

من الناحية النظرية يعتبر التغيير ضروري لنمو وتحسين خدمات المؤسسات الصحية ، و هو يهدف على المستوى التنظيمي إلى<sup>1</sup>:

- خلق الفعالية، و مضاعفة العطاء والخدمة العامة.
  - تسهيل وسائل الاتصال بين المسؤول والموظف وجعل العلاقة أكثر مرونة.
  - تعميم التكوين على كافة الموظفين لمسايرة ما يجري في المحيط الخارجي.
  - وضع إجراءات عمل سهلة، مفهومة من طرف الجميع تساعد على تحسين العلاقات بين الموظفين (إداريين، تقنيين، أطباء، شبه أطباء) بحيث تكون هناك لغة مشتركة توضح أهداف المؤسسة.
  - تحسين نوعية وجودة الخدمات الصحية (الاستقبال، التغذية...).
  - البحث عن ثقافة جامعة شاملة لكل الأطراف دون إقصاء.
  - تحفيز الموظف واستشارته في قرارات المؤسسة يجعله أكثر ثقة في مسؤوليه مما يدفعه للعمل أكثر.
- حسب رأينا الأهداف الضمنية التي جاء بها المرسوم التنظيمي 140/07 لا تخرج عن هذا الإطار النظري حتى و إن لم يذكرها المشروع بصفة مباشرة.

2 -Jisette Hart- Sylvie Lucas ,management hospitalier :stratégie nouvelle des cadres,Edition Lamane ,France,2002,p 51<sup>1</sup>

## 2- التغيير كضرورة لمسايرة البيئة الخارجية (الوطنية و الدولية) :

أحدثت التطورات السريعة في العلوم والتكنولوجيا حقائق جديدة، في حين أن المؤسسات الاجتماعية لا تجاري هذا التطور، وبسبب جمود المؤسسة العمومية للصحة من جهة، وتغير الأوضاع وأساليب العمل الحديثة، وكذلك ظهور ما يسمى بالخصوصية كان لزاما على المؤسسة الصحية أن تدرك هذه الضرورة في تغيير مسارها الحالي فأحسن وسيلة لشكل جديد من التفكير في تطوير ونمو القدرات تتطلب العمل على تغيير المؤسسة نحو ما يسميه المختصون بالتنظيم المتمرن أين تصبح فكرة التغيير ضرورية وهاجسا للجميع، حيث تتمركز شيئا فشيئا في الفكر، السلوك والمعاملة، لتأخذ معها مراجعة دائمة للسياسات المعتمدة في تسيير المؤسسة. ففي معظم الأحيان عدة أشكال للتغيير تتحد فيما بينها ليكون برنامج تغيير جذري للإجابة على حالة أزمة، متبوع بسياسات إصلاحية متزامنة. وفي حالة أخرى مشروع إداري يطبق بصفة منتظمة على المؤسسة لتتبعه مراجعة عامة لنوع سياسة التسيير، وهكذا فالتغيير يجب أن يكون دوما مستمرا بتحسين برنامج العمل ويدفع بالموظفين بعيدا نحو التغيير الأحسن<sup>1</sup>.

### المطلب الرابع: مجالات التغيير وأنواعه في المؤسسات الصحية

1. **مجالات التغيير التنظيمي:** بالرجوع إلى استراتيجية التغيير التي تضمنها المرسوم التنفيذي رقم 140/07 لسنة 2007، و المتضمن إنشاء، تنظيم و تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية نجد أن مشروع التغيير في المؤسسات الصحية استهدف عدة مجالات أهمها الهياكل، و ثقافة المؤسسة.

#### أ. التغيير على مستوى الهياكل

يحدد التغييرات الداخلية في التنظيم، من حيث إعادة تنظيم الأقسام الإدارية، مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية وإعادة تعديل العلاقات بين الإدارات والأفراد وغيرها<sup>2</sup>. هذا من الناحية النظرية أما بالنسبة لدراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية فسوف نتطرق إلى هذه النقطة في المطلب الموالي .

<sup>1</sup> عدمان مريزق، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا في الملتقى الدولي حول الإبداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، دراسة و تحليل تجارب وطنية و دولية، 18 و 19 ماي 2011، جامعة البليدة.

<sup>2</sup> سيد محمد جاد الرب، السلوك التنظيمي موضوعات و تراجم و بحوث إدارية متقدمة، مطبعة العشري، جمهورية مصر العربية، 2005، ص 642

## ب. التغيير على مستوى العنصر البشري أو ثقافة المؤسسة

إن تطور الهياكل وتغيرها لا يأتي إلا بتغيير وتطور الموظفين الذين يتحكمون في الهياكل، حيث يعتبر العنصر البشري أساس نجاح أي مؤسسة فباستقامته تستقيم الأوضاع وبعوجاجه تخلق المشاكل، و تزداد الأوضاع حدة. أول نقطة يمكن التركيز عليها في تغيير ثقافة المؤسسة هي كيفية التأثير في تصرفات الموظفين وإدخال عوامل جديدة تدفعهم إلى تقديم مساهمات أكثر، لكن الأمر يبدو صعبا خصوصا، فالكل يعلم أن من أصعب الأمور التي تتطلب جهودا أكبر وإقناعا أكثر هو تكوين ذهنيات جديدة وتوجيه الأفراد وفق متطلبات المنظمة، لأن الفرد أو الموظف ينطلق من ثقافته وبيئته ويستعمل الأساليب التي يعرفها والمتعود عليها فليس من السهل إقناعه بالتخلي عن المبادئ التي رسخت في ذهنه وتعويضها بأفكار جديدة.<sup>1</sup>

ويمكن التغيير في سلوكيات الموظفين عن طريق تغيير إجراءات التوظيف وطرق التدريب والتكوين وتحسين وسائل الاتصال بين الموظفين، لكن هذه الطريقة تعتبر من أصعب الطرق، باعتبار أن هناك اختلافا في الذهنيات ومستويات التكوين الثقافي. أما في حالة امتناع أي موظف عن تقبل الإجراءات الجديدة بطرق ديبلوماسية، فعلى الإدارة اللجوء إلى العقاب بصورة استثنائية.

ومن الأمور التي تساعد الموظف على تقبل الجو الجديد للعمل هو جعله يحس فعلا أنه ينتمي إلى مؤسسته، وهذا بالنظر في مشاكله والاستماع إليه والتغلب على الخلافات الداخلية. وبهذا تصبح الأهداف مشتركة بين جميع الموظفين، بالإضافة إلى تحسيسهم بأهمية آراءهم والأخذ بها أحيانا واعتبارهم الثروة الأولى والأخيرة لنجاح مؤسستهم.

وبالنظر إلى المنظمة الصحية يمكن القول أن العنصر البشري مشتت الأفكار، فمن جهة الطبيب يفكر لوحده وكذلك شبه الطبي، فيلاحظ عدم تواجد اتحاد فكري منهجي والأهداف تكاد تكون غير واضحة ومشتركة.

## 2. أنواع التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية

من الناحية النظرية يمكن تصنيف التغيير الذي تتبناه المؤسسات الصحية إلى ثلاثة أنواع كما يلي<sup>2</sup>:

أ- التغيير التقني: ينصب هذا التغيير على الوسائل وليس على الغايات، ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة. على سبيل المثال: قرار تغيير جهاز تصوير إشعاعي بأخر ذي قدرة إنتاجية أعلى يتضمن كلفة قليلة للمنظمة وأثرا قليلا أيضا. في حين أن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسل الكلى في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة.

<sup>1</sup> حليلة درياس، مرجع سبق ذكره، ص2

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، 2008، ص313

إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة المختلفة، حيث سيحدث طلبا على هذه الأنشطة كنشاط التمريض والمختبر والأشعة، والهندسة والصيانة وغيرها.

وبالرغم من اختلاف القرارين في الكلفة والأثر إلا أن كلاهما يمثل تغييرا في الوسائل ولا يمثل التغيير في الأهداف الأساسية للمنظمة.

**ب- التغيير التعديلي :** وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل، حيث ينصب على أهداف المؤسسة دون تغيير في الوسائل الجوهرية، فقرار المستشفى مثلا بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة أو قرار المستشفى بأن تصبح مركزا للتعليم الطبي والصحي هما مثالين للتغيير التعديلي، حيث أن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين موجودة أصلا لدى المؤسسة، وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المؤسسة وتركيزها، وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المنظمة لتقديم خدمة لم تكن موجودة.

**ت- التغيير التكتيقي:** ويتضمن تغييرا في كل من الوسائل والغايات معا، وهذا النوع لا يحدث في المؤسسة الصحية بشكل متكرر. وعندما يحدث، فإنه يتضمن تعديلا جوهريا في توجه المنظمة (الغايات والأهداف)، وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة. بالنسبة للقطاع الصحي الذي نحن بصدد دراسته فيتعلق الأمر حسب تحليلنا بالتغيير التعديلي، أو التغيير الهيكلي كما سمي في المشروع، لهذا عملنا على تخصيص جزء كبير من تحليلنا لهذه الإشكالية، إشكالية إعادة هيكلة القطاع الصحي من منظور صيرورة التغيير.

## المطلب الخامس: إعادة هيكلة القطاع الصحي

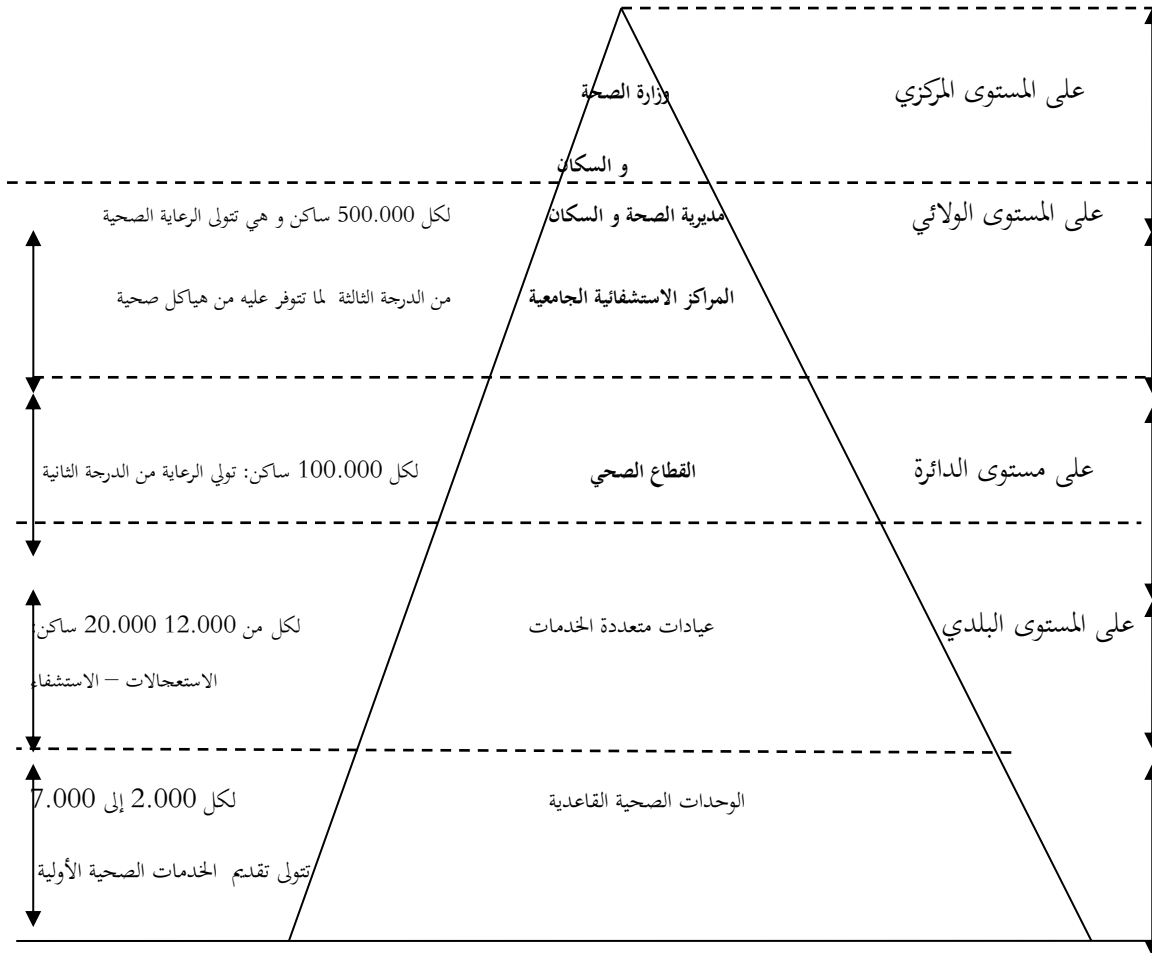
### 1. هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر:

تعتبر وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية و توفير الدواء و رفع المستوى الصحي للمواطنين ، و القضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية

و الجهوية ثم القطاعات الصحية و الوحدات القاعدية التابعة لها. و يوضح الشكل رقم:9 طريقة عمل نظام الخدمات الصحية في الجزائر.



الشكل رقم 9 : سلمية الخدمات الصحية العمومية في النظام الجزائري



المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية البويرة

من خلال الشكل السابق نلاحظ أن الخدمات الصحية العمومية في الجزائر تتم وفق المستويات التالية:

**1- على المستوى المركزي:** يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات، و هي الإدارة العليا للمنظومة الصحية في الجزائر.

**2- على المستوى الولائي :** نجد على المستوى الولائي كلا من:

**أ- مديرية الصحة والسكان :** يكلف مدير الصحة و السكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة و السكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة و السكان ، و العمل على توزيع الموارد الصحية توزيعا منسجما

و متوازنا، ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية و تنفيذها ، بالإضافة إلى مراقبة و توزيع الأدوية و المواد الصيدلانية و متابعة ظروف تخزينها وإعداد التراخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية و العلاج و الأدوية و الموارد البشرية، و المنشآت الأساسية و التجهيز و التكوين و تطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية و الوقاية العامة.

كما أن هذه المديرية تهتم بدراسة المنازعات و المشاكل المرتبطة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية بتحديد احتياجات موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاصة بميدان التكوين.

### ب-المراكز الاستشفائية الجامعية

أنشأت المستشفيات الجامعية بموجب قانون 74-100 الصادر ب 13 جوان 1974 وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي (660 إلى 700 سرير) ومعهد طبي . يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ،ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناءا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالتعليم العالي و البحث العلمي بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، و يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية البيداغوجية<sup>1</sup>. بصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير و يقع بمنطقة حضرية ، و الذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية و يستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، يهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث و الرعاية على السواء، بمعنى، أنه يشرف على ثلاثة ميادين أساسية هي: الميدان الصحي، الميدان التكويني، و ميدان الدراسة و البحث.

يدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي.

### 3- على المستوى المحلي(الدائرة و البلدية)

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة و البلدية في شكل قطاعات صحية، وحدات استشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية و المحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية و البشرية. وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات

<sup>1</sup> المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 1997/12/02 المتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها.

المرضية بعد كشفها و توجيه الخطير منها نحو المستشفى و الرعاية البسيطة منها ذاتيا ، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية و التطعيم لسكان منطقة معينة. وهي تتكون على الترتيب من:

أ- **عيادة متعددة الخدمات:** مهمتها تقديم مختلف الخدمات الصحية و الاستعجالية و الفحوصات العامة المتخصصة، و الإشراف الفني و الإداري على المراكز الصحية البلدية، كما تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

ب- **المركز الصحي :** ينشأ في كل قرية أو تجمع سكاني ،وتوكل له مهمة الوقاية الصحية و حماية الأمومة و الطفولة و التطعيم و العلاجات و الفحوصات العامة.

ت- **قاعات العلاج:** وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل من 1000 إلى 2000 ساكن.

## 2. إعادة هيكلة القطاع الصحي منذ 2007

إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 تحولت القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية Etablissements Hospitaliers و عددها 192، و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية Etablissement publique de santé de proximité و يبلغ عددها 271 مؤسسة، و تم الفصل في تسيير و مهام كل منهما، و هو موضوع التغيير.

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية EPH حسب المرسوم التنفيذي رقم 140-07 هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و توضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هياكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي، تغطية حاجات سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات<sup>1</sup>.

تحدد الموارد المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة، و توكل إليها عدة مهام بموجب المادة 4 و 5 من المرسوم 140-07 منها:

■ التكفل بالحاجات الصحية للسكان و ضمان نشاطات العلاج و التشخيص و الاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية.

■ ضمان تقديم و برمجة توزيع العلاج الشفائي و التشخيص وإعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء

<sup>1</sup> المرسوم التنفيذي رقم 140/07، مرجع سبق ذكره

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة
- ضمان حفظ الصحة و النقاوة ومكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تحديد معارفهم

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية كميدان للتكوين الطبي و الشبه الطبي و التكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP و التي هي محل دراستنا فتعرف حسب نفس المرسوم بأنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و توضع تحت وصاية الوالي ، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج . وتحدد المشتملات المادية و الحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة، أما مهامها حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بما يلي:

- الوقاية و العلاج القاعدي.
- تشخيص المرض.
- العلاج الجوارى.
- الفحوص الخاصة بالطب العام و الطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية و التخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان.

و تكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية و الصحة المدرسية.

وتتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغييرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة. وسيتم في هذا العنصر التعرض إلى كل من العيادة المتعددة الخدمات، و قاعة العلاج من خلال تعريفها ومهامها.

وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول بدورها الى عيادات متعددة الخدمات أو إلى قاعات للعلاج.

### 1. العيادة متعددة الخدمات: تمثل العيادة متعددة الخدمات الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية، وهي مرتبطة

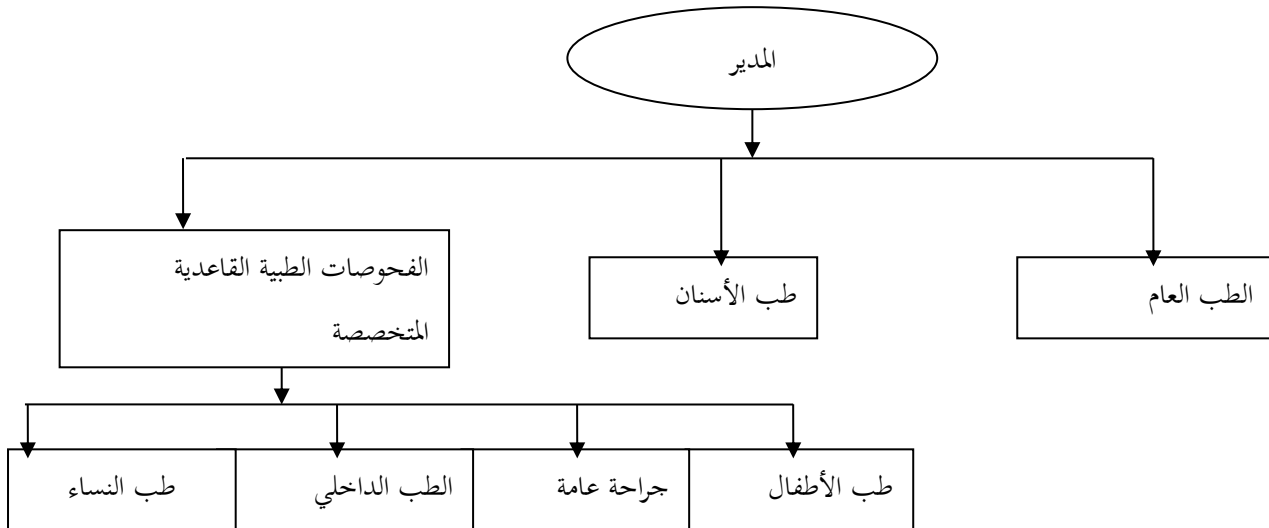
إداريا بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، ويمكن أن تكون في نفس الوقت المقر التقني الإداري لها.

تغطي هذه الوحدة الصحية في الوسط الحضري 25000 مواطن، و3000 إلى 4000 مواطن في الوسط القروي. ويرجع هذا التفاوت في التقسيم إلى عدة أسباب منها (احتياجات السكان، القيود الاجتماعية الاقتصادية، الجغرافية، التضاريس، وكذا عزلة بعض المناطق).

باعتبار العيادة متعددة الخدمات وحدة خارج الاستشفائية يجب عليها تنظيم وضمان الوظائف الموالية: - وظائف الطب العام، و طب الأسنان.

- الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية وتشمل: الجراحة العامة، الطب الداخلي، التوليد، طب الأطفال... والشكل رقم:10 يوضح الهيكل التنظيمي الوظيفي للعيادة متعددة الخدمات.

الشكل رقم 10: التنظيم الوظيفي للعيادة المتعددة الخدمات



المصدر: نتائج البحث الميداني

من خلال الشكل رقم: 10 يتضح أن العيادة المتعددة الخدمات تقوم بالنشاطات الرئيسية التالية:

- توفير الفحوصات المتخصصة على حسب الأطباء المتخصصين المتاحين وذلك بالتنسيق مع المؤسسة العمومية الاستشفائية الأقرب إليها.
- ضمان الأنشطة شبه الطبية مثل تغيير الضمادات، الحقن... الخ
- التكفل بالاستعجالات الطبية الجراحية وذلك من خلال ضمان المناوبة الدائمة أي 24 سا/ 24 سا وتوفير على الأقل سيارة إسعاف وكذا توفير أسرة من أجل مراقبة المريض أو في حالة بقاءه للاستشفاء، وهذا الإجراء يكون بقرار من الوزارة الوصية في حالة ما إذا كانت المنطقة بعيدة أو معزولة.

- تأمين الأنشطة الوقائية من خلال تطبيق ومتابعة: البرامج الوطنية والمحلية للصحة العمومية و الأنشطة المتعلقة بالأمم والطفل، و متابعة الأمراض المعدية وغير المعدية.
- ضمان الوظائف المساعدة على التشخيص كمخبر للتحاليل الطبية لفحوصات الدم، الأمصال، البيوكيميائية، البكتيريا ومركز للأشعة.

كما تهدف العيادة متعددة الخدمات إلى: تحديد الأولويات في تقديم العلاجات الأساسية، إعادة ترتيب الأنشطة الصحية من أجل تلبية احتياجات السكان والعمل على تحسين الاستقبال ونوعية العلاجات المقدمة، تقوية وتكثيف الأنشطة الوقائية و كذلك تقوية علاقة الطبيب بالمريض من أجل تحقيق مفهوم " طبيب الأسرة "، و تصحيح التفاوت في توزيع الهياكل خارج الاستشفائية من أجل الضمان الأحسن للطب الجوارية.

**2- قاعة العلاج:** تمثل قاعة العلاج الوحدة الطبية الأقرب من المواطن، باعتبارها المعلم الأساسي للصحة العمومية، أين يتم فيها تلقي العلاجات القاعدية أو الأولية.

ولتمكين المواطن من الحصول على هذه الخدمات الصحية، يجب تكثيف شبكة قاعات العلاج، بحيث يتم تجهيز على الأقل قاعة علاج واحدة في كل حي في الوسط الحضري وكذلك في الأحياء القروية والريفية.

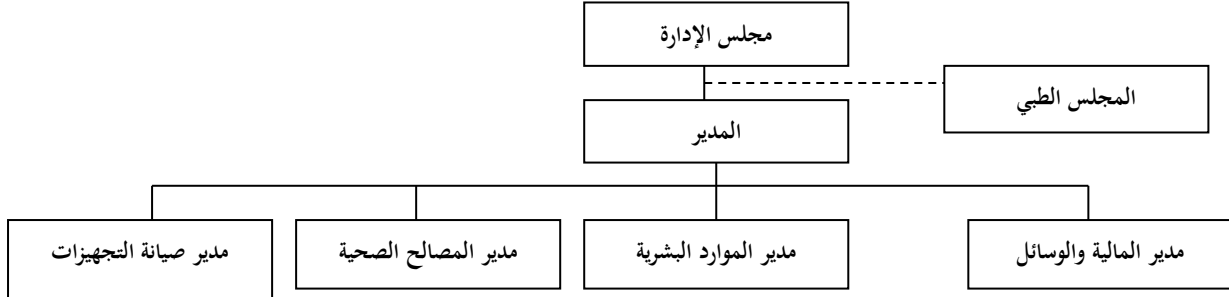
**مهام قاعة العلاج:** تتمثل مهام قاعة العلاج فيما يلي:

- تأمين فحوصات الطب العام وذلك بالتواجد الدائم لطبيب عام وممرض.
- ضمان تواجد قاعة للعلاجات العامة كتغيير الضمادات، الحقن.
- ضمان وظائف الوقاية المتمثلة في متابعة البرامج الوطنية للصحة، متابعة الوظيفة الوقائية الخاصة بالأمم والطفل مثل متابعة الأمهات الحوامل، التطعيم، و مكافحة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة و مراقبة نظافة الوسط.

### 3- إعادة هيكلة الموارد البشرية

تعتبر الموارد البشرية المحرك الأساسي لتجسيد الخريطة الصحية الجديدة، ولذلك تم اتخاذ عدة إجراءات بخصوص إعادة هيكلتها، تكوينها وتوظيفها. و وفقا للمرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 تنظم المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية حسب الهيكل التنظيمي الموالي:

الشكل رقم 11 : الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007

بالإضافة إلى التأطير الإداري الموضح في الهيكل التنظيمي في المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تم توفير مجموعة من الموظفين المكلفين بتسيير مصالح المؤسسات، بالتركيز في المقام الأول على الموارد البشرية المتوفرة في القطاع الصحي سابقا، حيث تم إعادة تنظيمها وفقا لاحتياجات كل مؤسسة، ومهامها أما بالنسبة للمدراء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فقد تم اختيارهم من بين الأطباء المنسقين للقطاعات الصحية السابقة.

أ- التوظيف: بهدف التجسيد الفعلي للخريطة الصحية الجديدة وتعزيز الإمكانيات البشرية للمؤسسات العمومية للصحة تم في مطلع 2007 تخصيص<sup>1</sup>:

- 6000 منصب عمل لتعيين الأعوان الشبه الطبيين.

- 3200 منصب عمل لتعيين الممارسين الطبيين.

ومن جهة أخرى تم تعيين 2000 طبيب اختصاصي في المستشفيات العامة في الهضاب العليا والجنوب، و60 إطار مسير متخرج من المدرسة الوطنية للإدارة ما بين 2006-2007.

أما في سنة 2008 فقد تم التنبؤ بتعيين:

- 2551 شبه طبي.

- 3400 ممارس طبي.

- 1200 ممارس اختصاصي.

- 30 إطار مسير متخرج من المدرسة الوطنية للإدارة.

ومنذ سنة 2007 إلى يومنا هذا تسعى وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات إلى استغلال كل القدرات البيداغوجية لمدارس التكوين الشبه طبي من أجل تحسين نسبة التغطية الشبه الطبية.

**ب- التكوين:** من أجل تجسيد الخريطة الصحية الجديدة، وتحسين القدرات التسييرية للإطارات تم وضع مخطط للتكوين المستمر يضم 57000 عون صحي من مختلف الفئات.

كما تم وضع برنامج خاص سنة 2007 استهدف مجموع الإطارات المسيرة للمؤسسات الجديدة (المدراء ونوابهم) وبالخصوص إطارات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية والذي يبلغ عددهم 1354 منهم 1084 نائب مدير و 271 مدير، حيث تم تكوينهم لمدة ستة أشهر تحت إشراف إطارات من القطاع الصحي، أساتذة جامعيين جزائريين، وإطارات من اسبانيا، بلجيكا فرنسا. في المجالات التالية:

التسيير العام، تقنيات الاتصال ونظام المعلومات الاستشفائي، الاقتصاد العمومي والصحي، الصحة العمومية (علم الأوبئة) ، تسيير العمليات، مالية ومراقبة التسيير، تسيير المصالح، و التسيير التطبيقي للموارد البشرية.

**4. الإدارة المالية:** تطلب تجسيد الخريطة الصحية الجديدة غلafa ماليا معتبرا يفوق 164 مليون دينار ، وذلك من أجل القيام بكل العمليات المتعلقة بإعادة تنظيم الهياكل الصحية، وتمثل أهم هذه العمليات في:

- توزيع موظفي القطاع الصحي السابق بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

- تعيين محاسبين على مستوى المؤسسات الجديدة وذلك بالتعاون مع مصالح وزارة المالية.
- إتمام عمليات جرد أثاث و بنايات المؤسسات المعنية.
- وضع مجموعة الدعائم المحاسبية والتسييرية.
- وضع مكاتب الدخول.
- تكوين المدراء المنسقين من أجل تسليمهم وظائفهم.
- إعداد موازنات التسيير لكل ولاية لسنة 2008.



## المبحث الثاني: واقع قطاع الصحة في ولاية البويرة

شهد قطاع الصحة على مستوى ولاية البويرة تحسنا في جميع معالم الصحة القابلة للقياس، و قد حقق نوع من الرقي و التقدم خاصة منذ بداية سنوات 2000، و يعود الفضل إلى الأولوية و الأهمية الممنوحة لهذا القطاع من جهة ، و من جهة أخرى ارتفاع ميزانية الدولة المخصصة للصحة<sup>1</sup>.

الخريطة الصحية 19 ماي 2007 التي تضمنت إنشاء، تنظيم، و تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية، و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية سمحت أيضا بإعطاء معيار آخر من أجل تحسين الخدمات الخاصة بالعلاج، من خلال سياسة تفعيل الصحة الجوارية ، و التي حققت نتائج ملحوظة منذ بداية سنة 2007.

### المطلب الأول: المؤسسات العمومية للصحة في ولاية البويرة

#### 1. المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)

تتوزع المؤسسات العمومية الاستشفائية عبر تراب ولاية البويرة حسب الكثافة السكانية لدوائرها، حيث تغطي الخدمات الصحية على مستوى 45 بلدية ، و توفر هذه المؤسسات 1086 سرير، و الجدول رقم 4 يبين توزيع هذه المؤسسات.

جدول رقم 4: المؤسسات العمومية الاستشفائية التابعة لمديرية الصحة و السكان لولاية البويرة

المؤسسة	عدد الأسرة التقنية	عدد البلديات المغطاة
المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبويرة	357	09
المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأخضرية	240	09
المؤسسة العمومية الاستشفائية بسور الغزلان	309	10
المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين بسام	92	10
المؤسسة العمومية الاستشفائية بمشدالة	88	07
المجموع	1086	45

Source : Fiche technique de la santé de la wilaya de BOUIRA, p 4

باعتبار: (01) سرير لكل 734 ساكن

من خلال الجدول رقم 4 نلاحظ أن الخريطة الصحية الجديدة التي جاءت إثر صدور المرسوم التنفيذي 140/07 ساهمت في تجسيد مبدأ اللامركزية و يظهر ذلك في الاهتمام بالمناطق النائية (92 سرير بعين بسام، 88 سرير بمشدالة) .

وتجسيدا لمشروع التغيير و اللامركزية هناك ثلاث مستشفيات حديثة في طور الإنجاز من أجل توفير: 120 سرير بمشدة، 120 سرير بعين بسام و 80 سرير ببرج اخريص.

## 2. المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)

على مستوى ولاية البويرة هناك مؤسسة استشفائية متخصصة واحدة في الأمراض العقلية(120 سرير) بسور الغزلان تم افتتاح جزء منها .

## 3. المصالح العمومية للتصفية services d'hémodialyse

تتواجد مصالح تصفية الدم على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية، و الجدول رقم5 يوضح توزيع هذه المصالح على مستوى مؤسسات القطاع الصحي لولاية البويرة.

جدول رقم 5 : مصالح تصفية الدم التابعة للمؤسسات العمومية الاستشفائية

عدد المرضى الخاضعين للتصفية	عدد الأجهزة المستغلة	تاريخ الفتح	المؤسسة العمومية الاستشفائية
124	22	1996/08/18	البويرة
41	11	2008/09/17	الأخضرية
45	18	2011/01/03	سور الغزلان
48	09	2008/09/15	عين بسام
32	09	2008/05/03	مشدة
290	69		المجموع

Source : Fiche technique de la santé de la wilaya de BOUIRA , p 6

من خلال الجدول رقم 5 نلاحظ أنه قبل 2008 كانت هناك مصلحة واحدة لتصفية الدم متواجدة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبويرة، و تجسيدا لاستراتيجية اللامركزية تم افتتاح ثلاث مصالح أخرى سنة 2008 في كل من الأخضرية، عين بسام، و مشدة، و في 2011 تم افتتاح مصلحة أخرى في سور الغزلان.

## 4. المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

تتولى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية إدارة الهياكل الصحية المتمثلة في العيادات المتعددة الخدمات، و قاعات العلاج، و في قطاع الصحة لولاية البويرة نجد خمس (5) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية تشرف على إدارة 34 عيادة متعددة الخدمات، و 143 قاعة علاج، و هي موزعة حسب الجدول رقم:6:

جدول رقم 6 : المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)

عدد قاعات العلاج	عدد العيادات المتعددة الخدمات	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
28	9	البويرة
31	6	الأخضرية
30	7	سور الغزلان
26	7	عين بسام
28	5	أحنيف
143	34	المجموع

Source : Fiche technique de la santé de la wilaya de BOUIRA, p 7

من خلال الجدول رقم:6 نلاحظ أن الهياكل الصحية في ولاية البويرة تتوزع توزيعا عادلا حسب الكثافة السكانية للدائر و البلديات حيث نجد عيادة متعددة خدمات لكل 23435 ساكن و قاعة علاج لكل 5572 ساكن.

#### 5. العيادات المتعددة الخدمات:

تسعى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات إلى تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال الاهتمام بالصحة الجوارية (تقريب الصحة من المواطن)، حيث تم افتتاح نقاط المناوبة (24 ساعة/24 ساعة) على مستوى العيادات الواقع مقرها بعيدا عن المستشفى، و تكثيف النشاطات الطبية بما (طب الأسنان، مخابر تحليل الدم، مصالح الأشعة.. إلخ) و الجدول رقم:7 يوضح توزيع العيادات المتعددة الخدمات في القطاع الصحي لولاية البويرة و عدد المصالح المختلفة التابعة لها.

جدول رقم 7: العيادات المتعددة الخدمات التابعة لمديرية الصحة و السكان لولاية البويرة

المصالح التابعة للعيادات المتعددة الخدمات			مصالح الأمومة المدمجة في العيادات	عدد العيادات التي تحتوي على نقطة مناوبة 24 ساعة /24 ساعة	عدد العيادات المتعددة الخدمات	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
مصالح الأشعة	مخابر تحليل الدم	مصالح طب الأسنان				
07	09	12	03	03	09	البويرة
05	04	11	01	02	06	الأخضرية
03	06	07	01	03	07	سور الغزلان
06	07	11	00	03	07	عين بسام
03	04	18	01	02	05	أحنيف
24	30	59	06	13	34	المجموع

Source : Fiche technique de la santé de la wilaya de BOUIRA ; p 8

من خلال الجدول السابق نلاحظ أنه تم افتتاح نقاط مناوبة على مستوى 13 عيادة من مجموع 34 عيادة، أما العيادات التي تتوفر على مصالح الأمومة فهي قليلة بالنسبة لعدد العيادات و عددها 6 عيادات، أما طب الأسنان فهو متوفر في كل العيادات، أما مخابر تحليل الدم فقد تم افتتاحها في معظم العيادات 30 من 34 عيادة، أما العيادات التي تتوفر فيها مصالح الأشعة فعددها 24.

### المطلب الثاني: تطور الموارد البشرية في القطاع الصحي لولاية البويرة خلال الفترة 2011 – 2016

يتوفر القطاع الصحي لولاية البويرة على موارد بشرية هامة في عدة اختصاصات منهم ممارسون اختصاصيون، أطباء عامون، جراحو أسنان، أعوان شبه طبيين، موظفون إداريون، تقنيون، و أعوان الصيانة... إلخ، و الجدول رقم:8 يبين عدد الموظفين في القطاع الصحي لولاية البويرة في الفترة الممتدة من 2011 إلى 2016.

جدول رقم 8: التطور الشامل للموظفين (2011-2016)

السنة	الممارسون الاختصاصيون	الأطباء العامون	جراحو الأسنان	الصيدالة	مختصين علم النفس	شبه الطبيين	البيولوجيون	الإداريون	التقنيون و عمال الصيانة
2011	156	386	112	7	17	1809	7	278	786
2012	154	413	116	8	20	1926	15	287	886
2013	187	434	118	12	26	2157	24	307	989
2014	213	441	120	13	38	1122	40	359	948
2015	255	439	119	17	39	2183	38	381	971
2016	313	414	127	23	56	2282	60	392	962

Source : Fiche technique de la santé de la wilaya de BOUIRA, p 13

من خلال الجدول رقم:8 نلاحظ التطور الإيجابي لكل الفئات المهنية على اختلاف طفيف في نسب التطور، و هو ما يترجم حسب رأينا معالم استراتيجية التغيير في القطاع الصحي، في الوقت الذي نجد فيه استقرار في عدد الأطباء العامون في الفترة الممتدة من 2011 إلى 2016 نجد أن عدد الأطباء المختصين قد تضاعف ( من 156 طبيب مختص في 2011 إلى 313 سنة 2016 ). عدد البيولوجيين تضاعف 9 مرات، و عدد مختصين علم النفس تضاعف 8 مرات. هذه الأرقام تظهر بوضوح معالم استراتيجية التغيير في القطاع الصحي الجزائري.

**النتيجة:** من خلال تحليلنا للجدول السابقة نستنتج أن تطور الموظفين في القطاع الصحي لولاية البويرة في تزايد مستمر و هذا التطور يظهر بوضوح معالم استراتيجية التغيير في القطاع الصحي ، كما نستنتج أن الدولة تسعى إلى تجسيد مبدأ اللامركزية في العلاج من خلال انجاز و افتتاح هياكل قاعدية ، و مؤسسات استشفائية في بعض الدوائر و البلديات النائية من أجل تمكين المواطن من الحصول على الخدمات الصحية في أحسن الظروف.

### المبحث الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

تعتبر المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية - ولاية البويرة من المؤسسات العمومية الجزائرية، وهي ثمرة الإصلاحات الجديدة 2007، فعلى الرغم من الصعوبات التي واجهتها في البداية لعدم اتساح الرؤية باعتبار أنها محاولة جديدة كانت وسيلة للاختبار، لكن ومع إصرار مديرها وطاقمه الإداري على إنجاح هذه الإصلاحات، حيث شكل طاقمه الإداري بكل إرادة وإصرار، على تحقيق الأهداف المرجوة من هذه الإصلاحات.

وقد أعادت المؤسسة ترميم بعض العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج التي تشرف على تسييرها بدعم من طرف مديرية الصحة والسكان لولاية البويرة وكان ذلك بطريقة نموذجية من حيث البنيات والعتاد الصحي، وهي متواجدة على مستوى دائرتين، دائرة الأخضرية وبها ثلاث عيادات متعددة الخدمات: الأخضرية، أولاد شلابي، قرومة، ودائرة قادية وبها كذلك ثلاث عيادات متعددة الخدمات: قادية، عمر، جباحية. و اليوم معظم هذه العيادات بها مخابر، أشعة، جراحو الأسنان، أطباء عامون و أخصائيون، مختصون نفسانيون و أرتوفونيون، و ممرضون بالإضافة إلى وجود قابلة على مستوى كل العيادات ومصالحة للتوليد على مستوى عيادة قادية، كما تتوفر فيها كل من الأدوية واللقاح وبها العمل بالمناوبة 24 ساعة/24 ساعة في كل من قادية و أولاد شلابي، كما تم تخصيص سيارات للإسعاف على مستوى كل العيادات متعددة الخدمات 24 ساعة/24 ساعة لتخفيف الضغط على المؤسسة الاستشفائية.

#### المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة

##### 1. نبذة تاريخية عن المؤسسة :

نشأ القطاع الصحي بالأخضرية في الفترة الاستعمارية حوالي سنة 1952. وبعد الاستقلال تم تجهيزه و تدشينه سنة 1967 من طرف البعثة الطبية السوفياتية نظرا لعلاقة الصداقة التي كانت تربط بين الجزائر والاتحاد السوفياتي سابقا، حيث تكفلت وزارة الصحة السوفياتية بتمويل المستشفى بالمعدات و الأدوات و الإمكانيات البشرية من أطباء و تقنيين بالإضافة للأدوية اللازمة لضمان السير الحسن للمستشفى، رحلت هذه البعثة سنة 1990، أين استبدلت بالإطارات و التقنيين الجزائريين، نتيجة الظروف الأمنية التي مرت بها الجزائر آنذاك، و في سنة 2007 تم تغيير القطاع الصحي حيث تم تقسيمه إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أين أصبح لكل مؤسسة مستخدميها الخاصين بها، و الميزانية الخاصة بها.

## 2- الموقع الجغرافي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية

تحتل المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية موقعا استراتيجيا، حيث تم بناؤها في منطقة مرتفعة عن المدينة بعيدة عن كل المؤثرات ، ولم يتم هذا البناء إلا بعد إجراء دراسات و أبحاث تقنية، نظرا لكونها تتوسط البلديات و الدوائر التابعة لولاية البويرة.

## 3- النظام القانوني للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ،تسير طبقا للمرسوم التنفيذي رقم:140/07 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و تسييرها حيث تم التقسيم فعليا سنة 2008 ، و الدليل على ذلك ما جاء في المادة 34 : "نفذ أحكام هذا المرسوم في أجل لا يتجاوز ستة (06) أشهر ابتداء من تاريخ نشره في الجريدة الرسمية<sup>1</sup>.

## 4- الهياكل المكونة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

تشرف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية على إدارة و تسيير: 06 عيادات متعددة الخدمات، و 32 قاعة علاج ، و تتوزع هذه المصالح الصحية على تراب دائرتي: الأخضرية و قادية، تحت إشراف مديرية الصحة و السكان لولاية البويرة.

## أ- التنظيم الإداري للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

تعتبر الإدارة المحرك الرئيسي و الأساسي للمؤسسات، فهي تلك الركيزة و السند الذي تقوم عليه، فهي وحدة تأثير ودعم كونها تزيل الإبهامات و تمدنا بالتفسيرات وتبين لنا مالنا وما علينا كل في مجال تخصصه و عمله فهي تقوم بتوفير جميع الوسائل الضرورية لسير الوحدات الأخرى الواقعة تحت مسؤوليتها و الخاضعة لسلطتها، وذلك في حدود الإمكانيات المالية المتوفرة، كما تقوم بتطبيق و تنفيذ المخطط التوجيهي للمؤسسة و كذا تنفيذ مداوالات و توصيات مجلس الإدارة، كما تسهر على تصحيح الاختلالات الملاحظة في مختلف هياكل المؤسسة.

تشكل مديرية المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية من:

1 المرسوم التنفيذي رقم:140/07، مرجع سبق ذكره.

1- مكتب الأمانة العامة: يقوم هذا المكتب بترتيب و تنظيم الوثائق مهما تعددت أشكالها، و متابعة البريد الوارد و الصادر، استقبال المكالمات الهاتفية، تحرير المحاضر، تنظيم و برمجة الاجتماعات.

2- مكتب التنظيم و الشؤون العامة: يقوم هذا المكتب بالتنظيم الإداري و التنسيق بين مختلف المديريات، و المكاتب، و المصالح الصحية.

3- المديريات الفرعية: تشمل المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية على أربع مديريات فرعية تتمثل في:

❖ **المديرية الفرعية للمالية و الوسائل:** و تتكون من ثلاثة مكاتب و هي:

- مكتب الميزانية و المحاسبة: و يقوم بإعداد ميزانية المؤسسة و التقارير المالية: شهريا، فصليا، سنويا.

- مكتب الصفقات العمومية: يقوم هذا المكتب بإعداد دفاتر الشروط الخاصة بالاستشارات و المناقصات، و إبرام العقود و الصفقات الخاصة بالتمويل و الخدمات.

- مكتب الوسائل العامة و الهياكل: و تتمثل مهام هذا المكتب في: إحصاء التجهيزات الخاصة بالمؤسسة و متابعة مختلف أعمال البناء و الخدمات و المساحات الخضراء، و تسيير مختلف أنواع الورشات العامة ( الكهرباء، الغاز، الدهن و الترميم الصحي).

❖ **المديرية الفرعية لتسيير الموارد البشرية:** و تتكون من مكاتبين هما:

- مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات: و يقوم بإعداد جداول المستخدمين في نهاية كل سنة، إعداد مخطط تسيير الموارد البشرية كل سنة، تنظيم مسابقات التوظيف لمختلف الأسلاك، إعداد مقررات تعيين المستخدمين و كذا المحاضر، تسيير الحياة المهنية للموظفين و ملفاتهم الإدارية منذ تاريخ تعيينهم إلى غاية إحالتهم على التقاعد، مراقبة تحركات المستخدمين، و متابعة الملفات الخاصة بالمنازعات.

- مكتب التكوين المستمر: و يقوم هذا المكتب بإعداد المخطط السنوي للتكوين المستمر و تحسين المستوى المهني للموظفين.

❖ **المديرية الفرعية للمصالح الصحية:** و تتكون من ثلاثة مكاتب تتمثل في:

- مكتب القبول و حساب التكاليف: و يقوم هذا المكتب بجمع المعلومات الخاصة بالتكاليف الصحية من جميع المصالح ليقوم بإعداد التقارير: شهريا، فصليا ثم سنويا.

- مكتب التنظيم و متابعة النشاطات الصحية: و يقوم هذا المكتب بتنظيم النشاطات الصحية، التنسيق بين المستخدمين شبه الطبيين لمختلف المصالح الصحية، متابعة الصحة المدرسية، إعداد برامج العمل الخاصة بالمستخدمين الشبه الطبيين، متابعة و تنفيذ مختلف برامج التلقيحات، إعداد الإحصائيات الرسمية: أسبوعية، شهرية، فصلية و سنوية .

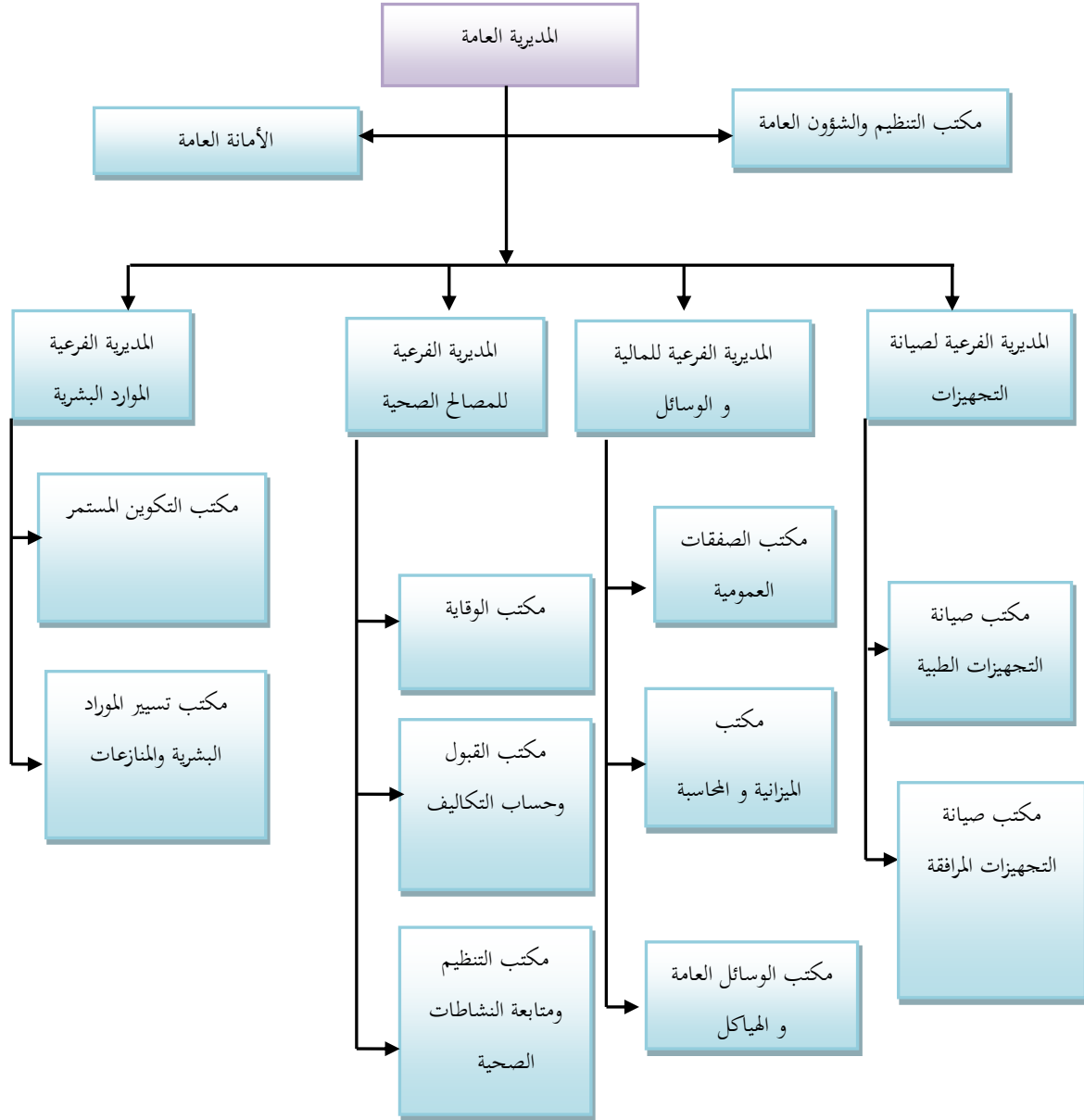
#### ❖ المديرية الفرعية للصيانة: و تتكون من مكاتبين :

- مكتب صيانة الأجهزة الطبية: و يقوم ب: التكفل بصيانة الأجهزة الطبية و متابعتها بصفة دورية.

- مكتب صيانة الأجهزة المرافقة: و يقوم بالتكفل بصيانة الأجهزة المختلفة للمؤسسة مثل أجهزة الإعلام الآلي و غيره.



الشكل رقم 12: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية



المصدر: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

## 5- المصالح الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية

أ- مصلحة الوقاية: وتتكفل مصلحة الوقاية بما يلي:

- إعداد السياسة المحلية لترقية الصحة و السكان و تحسينها و الحفاظ عليها و تنفيذ ذلك بالتعاون مع الإدارات و المؤسسات العمومية و الجماعات المحلية.
- ضمان المراقبة الوبائية للسكان و الاستعداد لمواجهة الأخطار المرتبطة بالأمراض البارزة و الأمراض المتجددة و القيام بالمراقبة الصحية.
- وضع مخططات و استراتيجيات و برامج لمكافحة الأمراض المتنقلة و غير المتنقلة و صحة البيئة و الصحة في الأوساط الخاصة.
- المشاركة في مراقبة تطبيق التشريع و التنظيم في مجال حفظ الصحة فيما يتعلق بالمياه و الأغذية و النفايات الاستشفائية.
- تفعيل التربية الصحية و التحسيس و تنظيمها في مجالات صلاحياتها و خصوصا عن طريق إقامة نشاطات و أيام دراسية و أبواب مفتوحة تهدف إلى تقليص عوامل الأخطار و ترقية أنماط معيشية سليمة و سلوكات صحية ملائمة.
- إعداد البرامج الصحية المتعلقة بالتلقيحات الخاصة بالسكان و تنفيذها و متابعتها و تقييمها.
- الاتصال مع الهياكل الصحية و الجماعات المحلية خصوصا فيما يتعلق بالأمراض المتنقلة عن طريق المياه و الحيوان.
- تنفيذ البرامج الخاصة بالتلقيح الإجباري و متابعتها و تقييمه.
- متابعة آثار ما بعد التلقيح و تقييمها.
- تنفيذ البرامج الوطنية للوقاية
- متابعة البرامج الصحية المتعلقة بالتغذية و أمراض الأطفال.
- تنفيذ البرامج المتعلقة بترقية صحة الطفولة الصغيرة و المراهقة و الشباب و الأشخاص البالغين و المسنين و متابعتها بالتنسيق مع القطاعات المعنية.
- جمع المعطيات الوبائية من الأمراض البارزة و المتجددة.
- تفعيل نشاطات الوقاية في الوسط المدرسي العادي و المتخصص للأشخاص المعوقين و الجامعيين.

- تنشيط البرامج في مجال الحماية الصحية في وسط العمل و مراقبتها و تقييمها .
- المساهمة في نشاطات الوقاية و ترقية الصحة في الوسط العقابي بالتعاون مع القطاعات المعنية.
- إعداد برامج للنشاط تتعلق بترقية الصحة العقلية و مكافحة تعاطي المخدرات و الادمان عليها و ذلك بالتعاون مع الهياكل المعنية .
- تدعيم النشاطات الجوارية.
- متابعة برامج مكافحة الإصابات التي تحدث في الوسط الاستشفائي و معالجها.
- وتضم مصلحة الوقاية ثلاث مكاتب هي: مكتب البرامج الصحية، مكتب الأمراض المنقولة و غير المنقولة، مكتب الحماية الصحية في الوسط المدرسي.
- ب- مصلحة طب العمل:** من مهامه المحافظة على صحة العمال في وسط ميدان الشغل و المتابعة عن قرب للأمراض المهنية و حوادث العمل و كل ما يؤثر على صحة العامل ، تطوير و تنويع شروط العمل، و المحافظة على البيئة بالمقارنة مع النظافة و طبيعة التقارب مع الشركاء المعنيين.
- ت- مصلحة الصيدلانية:** تقوم هذه المصلحة بتسيير مخزن الأدوية تحت إشراف صيدلي المؤسسة، و العمل على تزويد مختلف العيادات و قاعات العلاج بالأدوية اللازمة من أجل تقديم أحسن الخدمات الصحية.
- ث- مصلحة التحاليل الطبية:** وتتكون هذه المصلحة من عدة مخابر متخصصة في التحاليل الطبية المختلفة: التحاليل الميكروبيولوجية كتحليل الدم، والزرمة الدموية، والبيكتريولوجية كتحليل الماء و المواد السامة والفضلات.
- ج- مصلحة الأشعة:** تقوم مصلحة الأشعة بإجراء التصوير بالأشعة السينية x rays التي تهدف إلى الكشف عن الكسور في مختلف أعضاء الجسم، الكشف عن مرض السل الرئوي، الكشف عن بعض الأمراض التنفسية كالربو.

**د- مصلحة الطب النفسي :** وتقدم هذه المصلحة الخدمات المتعلقة بالصحة النفسية، وتتكون من طاقم

المختصين النفسيين العياديين و الأروطوفونيين.

## 6- المناصب العليا للمصالح الإدارية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

**المدير:** و هو المسؤول الأول عن النظام و الانضباط في المؤسسة ، يسهر على اتخاذ جميع الإجراءات الضرورية لضمان السير الحسن للمؤسسة . كما يمارس السلطة السلمية على جميع المستخدمين و يقوم بتنفيذ مداورات

مجلس الإدارة و تطبيق القوانين و التنظيمات و مراقبة الموظفين و السهر على تحقيق الأهداف المرجوة، ويتم ذلك بمساعدة أربعة (04) مدراء فرعيين و هم:

- نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل.
- نائب المدير المكلف بتسيير الموارد البشرية.
- نائب المدير المكلف بالمصالح الصحية.
- نائب المدير المكلف بصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة .
- ويعين نواب المدير بقرار من الوزير المكلف بالصحة .
- يعتبر المدير المسؤول عن حسن سير المؤسسة وبهذه الصفة فهو :
- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية.
- هو الأمر بالصرف في المؤسسة.
- يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية و يعد حسابات المؤسسة.
- يعد التقرير السنوي من النشاط و يرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة العليا.
- يبرم العقود والصفقات و الاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به.
- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته.
- يعين جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم.
- يمكنه تفويض إمضاءاته تحت مسؤوليته مساعدته الأقربين.

#### المطلب الثاني: تطور الموارد البشرية و المالية للمؤسسة

**1. تطور الموارد البشرية:** تصنف الموارد البشرية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حسب ثلاثة أسلاك: سلك الأطباء، سلك شبه الطبيين، و سلك الإداريين و الجدول رقم:9 يوضح تطور هذه الموارد خلال الفترة 2011 - 2016.

جدول رقم 9: تطور الموظفين حسب السلك من 2011 إلى 2016

2016	2015	2014	2013	2012	2011	السنوات المستخدمين
105	92	89	86	83	75	السلك الطبي
211	206	206	191	180	159	السلك شبه الطبي
95	94	89	87	82	75	السلك الإداري
<b>411</b>	<b>392</b>	<b>384</b>	<b>364</b>	<b>345</b>	<b>309</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على وثائق المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

من خلال الجدول رقم:9 نلاحظ التطور الإيجابي لكل الفئات المهنية على اختلاف طفيف في نسب التطور، و هو ما يترجم حسب رأينا معالم استراتيجية التغيير في القطاع الصحي.

**2. تطور موازنة المؤسسة:** نفقات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مقسمة إلى قسمين خاص بنفقات المستخدمين و آخر خاص بنفقات التسيير. و الجدول التالي يوضح تطور هذه النفقات خلال الفترة: 2017-2013.

جدول رقم 10 :تطور موازنة المؤسسة من 2013 إلى 2017 (الوحدة مليون دج)

2017	2016	2015	2014	2013	طبيعة النفقات
462.620	366.800	344.500	339.500	260	الموظفون
55.980	39.550	50.450	52.750	56.750	نفقات التسيير
518.600	406.350	394.950	392.250	316.750	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الميزانيات السنوية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

من خلال الجدول رقم:10 نلاحظ أن نفقات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في تزايد مستمر خلال السنوات الأخيرة ، و أكبر نسبة من ميزانية المؤسسة توجه إلى الموظفين، أما الباقي فيستغل في تسديد مختلف المصاريف، و تمويل المؤسسة بالأدوية و العتاد الطبي، و مختلف اللوازم الأخرى، بالإضافة إلى صيانة و إصلاح الهياكل الصحية .

هذا التزايد المستمر في نفقات المؤسسة يترجم حسب رأينا معالم استراتيجية التغيير في القطاع الصحي.

المطلب الثالث: إحصائيات الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية خلال الفترة: 2013-2017

### 1- الفحوصات الطبية:

تتمثل الفحوصات الطبية المقدمة من طرف مصالح المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في: الفحوصات الطبية العامة، الفحوصات الاستعجالية، الفحوصات المتخصصة، و فحوصات النساء الحوامل، و الجدول رقم: 11 يوضح تطور هذه الفحوصات خلال الفترة 2013-2016

جدول رقم 11: الفحوصات الطبية من 2013 إلى 2016

2016	2015	2014	2013	السنوات الفحوصات
269586	254876	210074	206467	الفحوصات العامة
61112	41775	20817	10998	الفحوصات بالاستعجالات الطبية
32044	21829	18670	17451	الفحوصات المتخصصة
497	361	184	147	فحوصات النساء الحوامل
<b>363239</b>	<b>318841</b>	<b>249745</b>	<b>235063</b>	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إحصائيات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

من خلال الجدول رقم: 11 نلاحظ التطور الإيجابي لكل الفحوصات الطبية على اختلاف طفيف في نسب التطور، و هو ما يترجم حسب رأينا معالم استراتيجية التغيير في القطاع الصحي، في حين نجد تغير طفيف في الفحوصات الطبية العامة نجد الفحوصات بالاستعجالات الطبية تضاعف 6 مرات، و عدد الفحوصات المتخصصة زاد بنسبة معتبرة من 17451 فحص في 2013 إلى 32044 فحص في 2016 (ما يقارب الضعف)، و عدد فحوصات النساء الحوامل تضاعف حوالي 3 مرات.

هذه الأرقام تظهر بوضوح معالم استراتيجية التغيير في القطاع الصحي الجزائري، و تحسن ملحوظ في مستوى الخدمات الصحية.

### 2- الفحوصات شبه الطبية:

تتمثل الفحوصات شبه الطبية المقدمة من طرف مصالح المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في: العلاج التمريضي، العلاج التمريضي بالاستعجالات الطبية، التصوير بالأشعة، و التحاليل المخبرية، و الجدول رقم: 12 يوضح تطور هذه الفحوصات خلال الفترة 2013-2016

جدول رقم 12: الفحوصات شبه الطبية من 2013 إلى 2016 (الوحدة ألف فحص)

2016	2015	2014	2013	السنوات الفحوصات
297.617	231.554	220.719	186.849	العلاج التمريضي
54.274	42.795	17.218	11.716	العلاج التمريضي بالاستعمالات الطبية
35.503	24.882	19.292	12.170	التصوير بالأشعة
102.535	93.206	96.407	62.164	التحاليل المخبرية

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على إحصائيات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

من خلال الجدول رقم:12 نلاحظ التطور الإيجابي لكل الفحوصات شبه الطبية على اختلاف طفيف في نسب التطور، و هو ما يترجم حسب رأينا معالم استراتيجية التغيير في القطاع الصحي، في حين نجد تغير طفيف في العلاجات التمريضية من 186.849 ألف فحص سنة 2013 إلى 297.617 ألف فحص سنة 2016 نجد العلاج التمريضي بالاستعمالات الطبية تضاعف حوالي 5 مرات من 11.716 ألف فحص سنة 2013 إلى 54.274 ألف فحص سنة 2016 ، التصوير بالأشعة تضاعف حوالي مرتين من 12.170 ألف فحص سنة 2013 إلى 35.503 ألف فحص سنة 2016 ، عدد التحاليل المخبرية من 62.164 ألف فحص سنة 2013 إلى 102.535 ألف فحص سنة 2016 (تضاعف تقريبا).

هذه الأرقام تظهر بوضوح أثر التغيير التنظيمي في القطاع الصحي الجزائري على الخدمات الصحية و الذي أدى إلى تحسن كبير في مستوى الخدمات الصحية.

### 3- فحوصات جراحة الأسنان:

يمثل الجدول رقم: 13 تطور عدد الفحوصات الخاصة بجراحة الأسنان : الفحص و العلاج والنزع خلال الفترة 2013- 2016 .

جدول رقم 13: فحوصات جراحة الأسنان من 2013 إلى 2016

2016	2015	2014	2013	السنوات الفحوصات
2436	5992	2516	1992	علاج الأسنان
17242	14428	21684	11368	نزع الأسنان
19678	20420	24200	13360	المجموع

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على إحصائيات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

من خلال الشكل رقم:13 نلاحظ تطور إيجابي في فحوصات جراحة الأسنان خلال الفترة 2013-2016 حيث كان مجموع الفحوصات الخاصة بجراحة الأسنان 13360 فحص في سنة 2013 و أصبح 19678 فحص في سنة 2016.

#### 4- خدمات الفرق الطبية المتنقلة إلى منازل المرضى:

تعتبر الفرق الطبية المتنقلة إلى منازل المرضى équipes mobiles من بين البرامج و الإجراءات التي وضعتها وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات من أجل تقريب الصحة من المواطن الجزائري مما يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية ، و الجدول رقم:14 يوضح تطور خدمات الفرق الطبية المتنقلة إلى المنازل في الفترة 2013-2016.

جدول رقم 14 : خدمات الفرق الطبية المتنقلة إلى منازل المرضى من 2013 إلى 2016

السنوات	2013	2014	2015	2016
الفحوصات المنزلية	997	1321	642	1466
العلاجات المنزلية	868	1113	202	696
عدد الخرجات	24	204	18	177

الفرقة المتنقلة مكونة من: طبيب عام، ممرضين(2)، قابلة، سائق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على إحصائيات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

من خلال الجدول رقم:14 نلاحظ أن عدد الفحوصات المنزلية تضاعف تقريبا من 997 فحص إلى 1321 فحص في الفترة 2013-2014 ثم انخفض في 2015 إلى 642 فحص ليعاود الارتفاع في سنة 2016 وكذلك بالنسبة للعلاجات المنزلية شهدت تطورا طفيفا حيث سجلت انخفاض في سنة 2015 ثم عادت للارتفاع في 2016، و قد شهد عدد الخرجات ارتفاعا ملحوظا من 24 خرجة في سنة 2013 إلى 177 خرجة في سنة 2016 (تضاعف أكثر من 7 مرات).

و حسب رأينا فإن هذا التطور يساهم إلى حد كبير في تعزيز مكانة الصحة الجوارية، و تحقيق أقصى حد من رضا المرضى و ذويهم، مما يساهم في تجسيد اللامركزية و تحقيق أهداف استراتيجية التغيير .

**النتيجة:** من خلال تحليلنا للجدول السابقة نستنتج أن تطور الموظفين، و تطور موازنة المؤسسة في تزايد مستمر و هذا التطور يظهر بوضوح معالم استراتيجية التغيير في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية ، كما نستنتج



أن الخدمات الصحية المقدمة من طرف مصالح هذه المؤسسة في تزايد مستمر و هذا ما يثبت أن التغيير التنظيمي أدى إلى تحسين جودة الخدمات الصحية.

## المطلب الرابع: تقييم التغيير التنظيمي و أثره على جودة الخدمات الصحية من طرف

### إطارات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

لقد قمنا في هذه الدراسة بجمع المعلومات و تحليلها، و اعتمدنا في ذلك على الملاحظة العلمية، و المقابلة كما ذكرنا سابقا في منهج الدراسة.

#### 1. مجتمع و عينة الدراسة

تشمل الدراسة موظفي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية، و قد قمنا بإجراء مقابلات مع عينة من إطارات هذه المؤسسة تتمثل في:

- مدير المؤسسة السيد ا. ب: الذي كان يشغل منصب طبيب عام منسق بالقطاع الصحي قبل إعادة هيكلة المنظومة الصحية.
- نائب المدير السيد ز. م المكلف بالمالية و الوسائل: و الذي شغل منصب نائب مدير مكلف بإدارة الموارد البشرية في القطاع الصحي سابقا .
- نائب المدير السيد ج. ب المكلف بإدارة المصالح الصحية: و الذي عمل سابقا بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بجريدة- الجزائر.
- المتصرف الرئيسي السيد م. ب : و الذي عمل سابقا في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالثنية-بومرداس
- رئيس العيادة المتعددة الخدمات بأولاد شلابي-بودربالة- السيد م. ب : و الذي شهد التغيير التنظيمي، حيث كان موظفا كمرض للصحة العمومية بالقطاع الصحي.

## 2. تحليل و تفسير نتائج المقابلة

## المحور الأول: التغيير كاستراتيجية

نظريا يعرف التغيير التنظيمي على أنه سعي المؤسسة إلى التكيف مع تغيرات بيئتها الداخلية و الخارجية، و الانتقال من حالة إلى حالة أخرى أكثر فعالية و ملائمة لتغيرات البيئة بغرض تحسين أو تطوير نشاط المؤسسة و تحقيق أهدافها. إلا أنه و من خلال المقابلات التي أجريناها مع إطارات المؤسسة محل الدراسة و جدنا أن لكل واحد منهم وجهة نظر خاصة حول التغيير، أي لكل فرد من الأفراد المستجوبين مفهوم خاص للتغيير كثقافة أو كسلوك تنظيمي أو كاستراتيجية هو مطالب أن ينظم إليها من أجل إنجاحها، أو يدفع نحو المقاومة.

## 1- استراتيجية التغيير

انطلاقا من فرضية أن بناء استراتيجية التغيير و تنفيذها تتم في فترات متتالية، و أيضا في مستويات إدارية مختلفة فنجد أن الاستجابة و الانضمام adhésion إلى الاستراتيجية، و أيضا المقاومة تختلف من فرد أو مجموعة أفراد إلى أخرى، و تختلف من فئة اجتماعية - مهنية catégorie socio-professionnelle إلى فئة مهنية أخرى. يفترض هنا أن الفئات القيادية من الإطارات الإداريين و التقنيين هم أكثر فهما لاستراتيجية و أهداف التغيير و بالتالي أقل مقاومة للتغيير، أي أنهم ينضمون بصورة إيجابية، و أكثر فعالية لمشروع التغيير فهل هو ذلك الحال بالنسبة للمؤسسة محل الدراسة.

عند مقابلتنا للسيد المدير لاحظنا أن مقارنته للتغيير هي مقارنة استراتيجية:

"... جاء مشروع التغيير أساسا لتجاوز حدود الاستراتيجيات و السياسات السابقة لقطاع الصحة، و الانتقادات الكثيرة للقطاع خاصة فيما يتعلق ببعده المهني، الخدماتي و النوعي، أي نوع الخدمة الصحية المقدمة، ثم فلسفة التغيير هي مرتبطة بفلسفة اللامركزية في اتخاذ القرارات و هذا ما يفسر التغيير العميق الذي أحدثه المرسوم 140 /07 من خلال مفهوم الصحة الجوارية..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

و عند مقابلتنا لنواب المدير، نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل، و نائب المدير المكلف بإدارة المصالح الصحية لاحظنا أن مقارنة كليهما للتغيير كانت مقارنة تسييرية دون الوقوف طويلا عند الأبعاد الاستراتيجية، اهتمام هؤلاء الإطارات ينصب حول التسيير، أي تنفيذ هذه الاستراتيجية المرسومة:

"...التغيير الذي نعيشه نحن هو الانتقال من نمط تسييري إلى نمط تسييري آخر، بالنسبة لي إدارة التغيير هي إدارة هذا التحول..."

السيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل  
يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40  
مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل

"...من وجهة نظري التغيير التنظيمي هو استخدام طرق تسيير جديدة..."

السيد ج. ب نائب المدير المكلف بإدارة المصالح الصحية  
يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 13:00 إلى الساعة 13:40  
مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي لإدارة المصالح الصحية

**النتيجة:** من خلال إجابات الأفراد المستجوبين توصلنا إلى أهم على دراية بمفهوم التغيير فالمدير له مقارنة استراتيجية للتغيير، أما نواب المدير فاهتمامهم ينصب حول التسيير أي أن مقارنتهما للتغيير هي مقارنة تسييرية.

## 2-أنواع التغيير

هناك عدة أنواع للتغيير التنظيمي، و عدة تصنيفات أيضا كما رأينا في الجانب النظري في أغلبها تصنف حسب العمق مقابل السطحية، و تصنف حسب الاستمرارية و الانقطاع و الحالات الوسيطة فيما بينها من خلال هذا التصنيف نستطيع أن نفرق بسهولة ما بين إعادة الهندسة كتغيير عميق يتصف بالانقطاع و ما بين الإبداع و الابتكار l'innovation كشكل من أشكال التغيير التنظيمي المستمر، بالنسبة لإعادة الهيكلة التنظيمية فقد تصنف كتغيير عميق مع الانقطاع أو تغير سطحي يتصف بالاستمرارية فماذا عن تصنيف الأفراد المستجوبين للتغيير.

عند مقابلتنا للسيد المدير لاحظنا أنه يعتمد في تصنيفه لأنواع التغيير على معيار العمق:

"...هناك عدة أنواع للتغيير، و التغيير الذي يحدث في القطاع الصحي هو تغيير كلي عكس ما

كان عليه القطاع الصحي قبل 2007 ..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

عند مقابلتنا للسيد م.ب متصرف رئيسي لاحظنا أن تصنيفه للتغيير كذلك يعتمد على معيار العمق

"... التغيير الذي اعتمد في القطاع الصحي إثر صدور المرسوم التنفيذي 140/07 يتمثل في

إعادة هيكلة القطاع الصحي و يمكن اعتباره تغييرا عميقا ..."

السيد م.ب متصرف رئيسي

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 14:00 إلى الساعة 14:40

مكان المقابلة: مكتب الميزانية و المحاسبة

النتيجة: حسب ما ذكرنا نظريا هناك عدة أنواع للتغيير إلا أن الطاقم الإداري للمؤسسة محل الدراسة اعتمدوا في

تصنيفهم للتغيير على معيار واحد ألا و هو معيار العمق.

### 3- إدارة التغيير

تعتبر إدارة التغيير التنظيمي الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق التغيير، كما تعتبر من مهام القادة الإداريين في

المنظمة لما تتطلبه من تخطيط محكم، و دراية بجميع المراحل التي تمر بها عملية التغيير، فهل هو كذلك الحال مع

القادة الإداريين للمؤسسة محل الدراسة.

عند مقابلتنا للسيد مدير المؤسسة لاحظنا أنه على دراية بإدارة التغيير:

"...إدارة التغيير هي السهر على تنفيذ البرامج الصحية و تحقيق الأهداف المسطرة من طرف الوزارة الوصية، وزارة

الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

و عند مقابلتنا للسيد م.ب متصرف رئيسي لاحظنا أن لديه فكرة عن جميع المراحل التي تتعلق بإدارة التغيير

"...بالنسبة لإدارة التغيير تركز على النقاط التالية: التخطيط المسبق للتغيير، الإشراف على عملية التغيير من طرف أشخاص مؤهلين، خلق جهاز رقابي فعال لمتابعة برامج التغيير و تقييم النتائج المتوصل إليها دوريا، و المسؤول عن إعداد برامج التغيير هي الوزارة الوصية..."

السيد م.ب متصرف رئيسي

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 14:00 إلى الساعة 14:40

مكان المقابلة: مكتب الميزانية و المحاسبة

**النتيجة:** جميع الإطارات الذين قمنا بإجراء مقابلة معهم يؤمنون بأن التغيير التنظيمي يكون قائم على تخطيط مسبق من أجل الإحاطة بكل الجوانب و المراحل التي قد يمر بها التغيير، و يرون بأنه من أجل إنجاح عملية التغيير، و تكريسه على أرض الواقع لابد من إنشاء لجنة مكونة من أشخاص مختلفة وفق طبيعة المؤسسة للإشراف على عملية التغيير، و لابد كذلك من خلق جهاز رقابي فعال يهتم بالإشراف و الرقابة على عملية التغيير من خلال برجة زيارات التفتيش الميدانية دوريا من طرف لجان مختصة من أجل التقييم و المتابعة لمعرفة مدى نجاح عملية التغيير و تحقيقها للأهداف المسطرة، و اتخاذ الاجراءات التصحيحية في حالة اكتشاف الانحرافات.

و قد أقر الجميع بأن المسؤول عن إعداد استراتيجية و برامج التغيير في المؤسسات العمومية الصحية هو الوزارة الوصية المتمثلة في وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

#### 4- مجالات التغيير

هناك عدة مجالات يمكن أن يمسه التغيير فنظريا هناك التغيير في الاستراتيجية، التغيير في الهيكل التنظيمي، التغيير الثقافي، التغيير في الموارد البشرية، و التغيير في التكنولوجيا.

عند مقابلتنا للسيد المدير تحدث عن التغيير الاستراتيجي الذي يمسه الأهداف المسطرة، و التغيير الهيكلي الذي يمسه الهيكل التنظيمي للمنظومة الصحية:

"...التغيير التنظيمي يمسه القوانين المسيرة للقطاع، الأهداف المسطرة، و الهيكل التنظيمي..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

و عند مقابلتنا لنواب المدير، و المتصرف الرئيسي م.ب فقد حصروا مجالات التغيير في الجانب التسييري الذي يشمل الموارد البشرية، الهيكل التنظيمي، الجانب المالي، الجانب القانوني (نصوص قانونية...)، طرق التسيير بصفة عامة، و في الجانب الخدماتي و الذي يشمل: نوعية و حجم الخدمات الصحية المقدمة:

"...مجالات التغيير هي: الهياكل التنظيمية، الموارد البشرية، التسيير المالي..."

السيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل

"...مجالات التغيير هي: التغيير في التنظيم، في طرق التسيير، و في نوعية و حجم الخدمات المقدمة..."

السيد ج. ب نائب المدير المكلف بإدارة المصالح الصحية

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 13:00 إلى الساعة 13:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي لإدارة المصالح الصحية

"...مجالات التغيير هي: ميزانية المؤسسة (المجال المالي)، الهيكل التنظيمي، وكذلك الجانب الخدماتي و الذي يمس طبيعة

الخدمات المقدمة للزبائن (المرضى) مثل: تخفيض فترة الانتظار، تخفيض الفترة المتعلقة بالمواعيد، تغطية اختصاصات طبية

جديدة، التغيير في برامج التلقيح و إدخال لقاحات جديدة..."

السيد م.ب متصرف رئيسي

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 14:00 إلى الساعة 14:40

مكان المقابلة: مكتب الميزانية و المحاسبة

**النتيجة:** من خلال أجوبة الأشخاص المستجوبين وجدنا أنهم يحرصون مجالات التغيير في التغيير الاستراتيجي،

التغيير في الهيكل التنظيمي، التغيير في ميزانية المؤسسة، التغيير في الموارد البشرية .

## 5-مقاومة التغيير

مقاومة التغيير تعرف نظريا على أنها ردود الفعل السلبية للأفراد اتجاه التغيرات التي قد تحصل أو التي حصلت

بالفعل في المنظمة، بتأثيرها السلبي عليهم، فهل شهد التغيير التنظيمي الذي مس القطاع الصحي بالأخضرية

مقاومة من طرف عمال القطاع.

عند مقابلتنا للسيد مدير المؤسسة أخبرنا بأنه كانت هناك مقاومة للتغيير خاصة من طرف العمال الذين مس التغيير مصالحهم الشخصية سواء كانت مادية أو معنوية مثل السلطة و النفوذ:

"...نعم كانت هناك مقاومة للتغيير خاصة من طرف العمال الذين يمس مصالحهم الشخصية مهما كان نوعها مادية أو تلك التي تتعلق بالنفوذ..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

أما نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل فقد أفادنا بأنه لم تكن هناك مقاومة ظاهرة لأن التغيير الذي حدث في قطاع الصحة كان مكرسا بنصوص قانونية و تنظيمية إلزامية من طرف السلطة الوصية:

"...لم تكن هناك مقاومة ظاهرة للتغيير باعتباره مكرس بنصوص قانونية، و تنظيمية إلزامية..."

السيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل

و عند مقابلتنا للمتصرف الرئيسي السيد م.ب أجابنا بأنه من الحتمي ظهور مقاومة للتغيير، و أرجع السبب في ذلك إلى العامل النفسي للموظف و دعم إجابته بمثال في قوله:

"...إنه من الحتمي ظهور مقاومة للتغيير، و سبب هذه المقاومة يكون غالبا نابع من العامل النفسي مثلا قرار ربط المصالح الصحية بتقنيات الإعلام الآلي شهد مقاومة من الموظفين الذين لا يجيدون استعمال الحواسيب، و يمكن التقليل من مقاومة التغيير عن طريق توعية و تحسيس الموظفين بضرورة التغيير، و بكونهم عنصر فعال في عملية التغيير، و كذلك بالتكوين المستمر، و تحسين المستوى..."

السيد م.ب متصرف رئيسي

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 14:00 إلى الساعة 14:40

مكان المقابلة: مكتب الميزانية و المحاسبة

النتيجة: من خلال إجابات الأفراد المستجوبين لاحظنا أنهم أقل مقاومة للتغيير، أي أنهم انضموا بصورة إيجابية، و أكثر فعالية لمشروع التغيير، إلا أنهم لاحظوا مقاومة من طرف العمال الآخرين خاصة الذين مس هذا

التغيير مصالحهم الشخصية مثل السلطة و النفوذ، وغالبا ما يكون سبب المقاومة نابعا من العامل النفسي إلا أن هذه المقاومة لم تؤثر تأثيرا كبيرا على عملية التغيير لأن هذه الأخيرة كانت مكرسة بنصوص قانونية إلزامية.

## 6- رأي إطارات المؤسسة محل الدراسة حول التغيير التنظيمي في القطاع الصحي

يتعلق التحسين المستمر بمجال ضمان و تأكيد الجودة، فـضمان الجودة يمثل أسلوبا و منهجا سليما للارتقاء بالخدمات الصحية ، و في حدود الموارد المتاحة، و هو وسيلة للوصول إلى مستوى جودة مقبول.

من المفترض أن التغيير التنظيمي الذي خططت له وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات كاستراتيجية من أجل تحسين النظام الصحي في الجزائر كان حلا ملائما من أجل مواكبة التطورات و التغييرات التي تحدث في العالم بأسره فهل رأي الإطارات المسيرة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية كان كذلك.

عند مقابلتنا للسيد المدير لاحظنا أنه انضم لمشروع التغيير خاصة و أنه كلف بإدارة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخصرية منذ نشوئها بعد أن كان يشغل منصب طبيب عام في القطاع الصحي سابقا. بمعنى أنه يساهم في إدارة التغيير التنظيمي من خلال تنفيذ البرامج و الاجراءات المتعلقة بالصحة الجوارية، و من خلال النتائج التي حققها هذا التغيير فإن المدير يرى أنه كان إيجابيا بالرغم من قلة الامكانيات المالية و البشرية المكرسة لتنفيذه:

"...التغيير كان إيجابيا و أدى إلى تحسين المنظومة الصحية، لكن الوسائل الممنوحة لم تكن كافية..."

السيد ا. ب مدير المؤسسة

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل كذلك يرى أن التغيير التنظيمي هو أمر إيجابي إلا أنه لم يدعم بالموارد الكافية:

"... هو تغيير إيجابي لكنه لم يسبق بالتحضيرات اللازمة و الضرورية قبل البداية في تطبيقه مما أدى إلى ظهور بعض المشاكل و

النقائص..."

السيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل



أما المتصرف الرئيسي م.ب فيرى أن الأمر الإيجابي لعملية التغيير هو الاهتمام أكثر بالوقاية و التوعية و التلقيح، إلا أن له عدة سلبيات:

"...من إيجابيات التغيير أنه كرس أهمية كبيرة للوقاية و التوعية، و التلقيح.... إلا أنه لا يخلو من السلبيات منها: تبديد المال العام إلى حد ما فبدل ميزانية واحدة أصبح لكل مؤسسة ميزانيتها الخاصة ، تشتت المريض الذي قد يتم توجيهه من المؤسسة العمومية للصحة الجوارية إلى المؤسسة الاستشفائية لأن حالته حرجة، أو العكس رفضه على مستوى الاستعجالات التابعة للمؤسسة الاستشفائية لأن حالته غير مستعجلة مما يؤدي إلى تدمير المريض، تشتت الجهات الوصية مثلا في ولاية البويرة كانت 5 قطاعات صحية قبل التغيير و بعده أصبحت 10 مؤسسات صحية عمومية ذات ذمة مالية مستقلة،....عملية التغيير هذه كانت كغيرها منقولة عن القطاع الصحي الفرنسي دون أن يكون هناك أي دراسة مسبقة حول مدى ملاءمة ما هو مطبق في فرنسا مع واقع الجزائر، تغيير جذري في هيكله القطاع الصحي دون أن يتم تغيير قانون الصحة الذي بقي سار المفعول منذ 1984.."

السيد م.ب متصرف رئيسي

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 14:00 إلى الساعة 14:40

مكان المقابلة: مكتب الميزانية و المحاسبة

عند مقابلتنا للسيد م.ب رئيس العيادة المتعددة الخدمات بأولاد شلابي لاحظنا أنه مقتنع بأن التغيير ساهم في تطوير القطاع الصحي خاصة فيما يخص الصحة الجوارية:

"... التغيير أعطى نتيجة جد حسنة بالنسبة للصحة الجوارية خاصة بعد إدراج نقاط المناوبة (24 ساعة/24 ساعة) ببعض العيادات البعيدة عن المؤسسة الاستشفائية، الأمر الذي خفف كثيرا من معاناة المرضى و ذويهم...."

السيد م.ب رئيس العيادة المتعددة الخدمات بأولاد شلابي

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مقر الإدارة

**النتيجة:** حسب رأي الأفراد المستجوبين فإن التغيير التنظيمي المتمثل في إعادة هيكله القطاع الصحي إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07 والذي نتج عنه تقسيم القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية استشفائية و أخرى عمومية للصحة الجوارية بصفة عامة كان إيجابيا، و أدى إلى تحسين الخدمات الصحية المقدمة، لكن الموارد المالية و البشرية المكرسة لتنفيذه لم تكن كافية.

المحور الثاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

### 1. نقاط القوة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية و النقص التي تعاني منها:

باعتبار أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي ثمرة التغيير التنظيمي، فمن المفروض أنها تمتلك نقاط قوة فيما تتمثل هذه النقاط وماهي النقص التي تعاني منها؟

عند مقابلتنا للسيد مدير المؤسسة و نائبيه المكلفين بالمالية والوسائل، و إدارة المصالح الصحية لاحظنا أنهم مقتنعين بأن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية لها مساهمة كبيرة في خدمة المجتمع و تتميز بطاقتهم إداري و طبي و شبه طبي متميز:

"...مؤسستنا تساهم في تدعيم الهياكل الصحية القاعدية، و تخفيف الضغط على المؤسسة الاستشفائية..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

"...تمتاز مؤسستنا بنوعية التأطير الممتازة، و تناسب الطواقم الطبية، شبه الطبية و الإدارية إلا أنها تعاني من نقص الموارد المالية و المادية، و بعض فئات المستخدمين خاصة شبه الطبيين، أعوان الوقاية، و الأمن وأعوان النظافة..."

السيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل

"..القوة العاملة: 77 طبيب، 217 ممرض،.... عدد الهياكل التابعة لها 32 قاعة علاج، 6 عيادات، 2 نقاط مناوبة كل هذه تعتبر نقاط

قوة لمؤسستنا، أما النقص فتمثل في ضعف الميزانية المالية للمؤسسة، قدم الهياكل، قلة الوسائل المادية..."

السيد ج. ب نائب المدير المكلف بإدارة المصالح الصحية ،

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 13:00 إلى الساعة 13:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي لإدارة المصالح الصحية

النتيجة: من خلال أجوبة الأفراد المستجوبين نستنتج أن المؤسسة محل الدراسة تكمن قوتها في حجم القوى العاملة فيها و نوعية التأطير الممتازة و تناسب الطواقم الطبية، شبه الطبية و الإدارية، إلا أنها تعاني من بعض النقص و المتمثلة في:

- نقص في الموارد المالية (ميزانية التسيير الممنوحة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية خاصة في القسم الثاني الخاص بالتسيير) مما يجعل المؤسسة في حاجة دائمة للوسائل و المعدات خاصة الطبية منها.

- نقص الموارد البشرية (بعض فئات المستخدمين خاصة الأطباء المتخصصين، شبه الطبيين، أعوان الوقاية و الأمن، وأعوان النظافة).

- اتساع نطاق التغطية لها حيث تغطي دائرتي الأخضرية و قادية (عدد كبير من السكان مقارنة بالإمكانات الممنوحة لها).

## 2. تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

عند مقابلتنا للسيد ا.ب مدير المؤسسة فإنه يرى أن جودة الخدمات الصحية في المؤسسة مقبول و هو في تحسن مستمر:

"...الخدمات الصحية المقدمة من طرف مؤسستنا لأبأس بها و هي في تحسن مستمر..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

عند مقابلتنا للسيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل فإنه أقر بجودة الخدمات الصحية في المؤسسة كما، أما من حيث النوعية فهي متوسطة:

"...الخدمات الصحية في مؤسستنا من الجانب الكمي هي نوعا ما في المستوى أما من ناحية الجانب النوعي فهي متوسطة وهي في تحسن مستمر..."

السيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل

**النتيجة:** من خلال إجابات الأشخاص المستجوبين لاحظنا أن جودة الخدمات الصحية من منظور الإطار الإداري مستواها مقبول و هي و في تحسن مستمر.

## المحور الثالث: اتجاهات أفراد المؤسسة فيما يخص مستقبل القطاع الصحي

## 1. ضرورة التغيير من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية

من المفترض أنه لتحسين جودة الخدمات الصحية لا بد من التغيير في كل المجالات في المؤسسة خاصة في ثقافة و قيم الموظفين .

حسب الإجابات التي تلقيناها من المدير و طاقمه الإداري فإن هناك ضرورة ملحة للتغيير في المنظومة الصحية من أجل تحسين جودة الخدمات المقدمة للمريض، و لا بد من التقييم المستمر لعملية التغيير من أجل انتهاج التغيير في الجوانب السلبية فقط لأنه الأفضل للوصول إلى الأهداف المسطرة.

فعند مقابلتنا للسيد ا.ب مدير المؤسسة فإنه يرى ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية و لكن لنجاح عملية التغيير فهو يرى أنه لا بد من التقييم المستمر لكل مشروع تغيير:

"...التغيير أمر ضروري في القطاع الصحي و من وجهة نظري فإن التغيير الجذري لا يفيد و إنما التقييم المستمر و تغيير السليات هو أفضل للوصول إلى الأهداف المسطرة..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

و عند مقابلتنا لنواب المدير، نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل، و نائب المدير المكلف بإدارة المصالح الصحية لاحظنا أن لهما نفس الاتجاه و يرون أن التغيير أمر ضروري و حتمي من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية.

"...نعم ، هناك ضرورة لإجراء تغييرات لتحسين مستوى الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية..."

السيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل

"...التغيير ضرورة حتمية من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية..."

السيد ج. ب نائب المدير المكلف بإدارة المصالح الصحية ،

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 13:00 إلى الساعة 13:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي لإدارة المصالح الصحية

## 2. الاجراءات المتخذة من طرف الوزارة الوصية من أجل تحقيق الجودة في الخدمات الصحية

نظريا لا بد لأي مشروع تغيير أن يكون مصحوبا بإجراءات و برامج مكثفة من أجل تحقيق الأهداف المسطرة فإذا كان هذا من الناحية النظرية فكيف هو الحال بالنسبة للجهة المشرفة عن التغيير في القطاع الصحي . من خلال ملاحظتنا إبان فترة التربص في المؤسسة محل الدراسة وجدنا أن وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات تقوم مؤخرا بإرسال عدة مراسلات تتعلق ببرامج و إجراءات لم تكن موجودة سابقا، وهذا ما أكده لنا الأفراد المستجوبون.

فعند مقابلتنا للسيد المدير و نوابه أخبرونا بالإجراءات التي تقوم بها الوزارة الوصية بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية:

"...من بين الاجراءات التي تتبعها وزارة الصحة و التي من شأنها تحسين جودة الخدمات التسيير بالطرق الجديدة مثل مشروع المؤسسة **projet d'établissement**، العمل بالبرامج **travail par programmes**، و إعداد مخطط العمل **plan d'action**..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

و عند مقابلتنا للسيد م.ب متصرف رئيسي أفادنا كذلك بأن وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات تقوم بعدة إجراءات بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية:

"..من بين الاجراءات التي تتبعها وزارة الصحة مؤخرا الاتجاه نحو التسيير التوقعي و الذي يظهر في توقعات الميزانية التي تطلبها الوزارة من المؤسسات سنويا ، و التسيير بالأهداف الذي يظهر في مراسلات بدأت منذ 2014 تطلب فيها الوزارة من المؤسسات الصحية تحديد أهداف أولية قابلة للقياس تسعى لتنفيذها خلال أطر زمنية بالإضافة إلى القيام بعملية تقييم دورية، شهرية و فصلية لمعرفة مدى تحقيق هذه الأهداف، حوسبة المؤسسات الصحية عن طريق ربط المؤسسات الصحية بتكنولوجيات الإعلام الجديدة، اعتماد سياسة تكوين فعالة (تكوين مستمر و تكوين تحسين المستوى، بوادر تغيير هيكلية جديد للمؤسسات الصحية، تكثيف عمليات التفتيش **les inspections** "

السيد م.ب متصرف رئيسي

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 14:00 إلى الساعة 14:40

مكان المقابلة: مكتب الميزانية و المحاسبة

عند مقابلتنا للسيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

"...هناك برامج جديدة من وزارة الصحة هدفها تحقيق جودة الخدمات الصحية أهمها أنسة و حوسبة القطاع الصحي

**...humanisation et informatisation du secteur de la santé**

السيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل

النتيجة: من خلال الأجوبة التي قدمها الأفراد المستجوبون لاحظنا أنهم يرون أن التغيير في القطاع الصحي ضروري لعصرنة القطاع و تحسين جودة الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الصحية ،و أن الوزارة الوصية تقوم بعدة إجراءات بهدف تحقيق الجودة في الخدمات الصحية و من بين هذه الاجراءات:

- التسيير بالطرق العلمية الجديدة و التي من بينها مشروع المؤسسة projet d'établissement، العمل بالبرامج travail par programmes، إعداد مخطط العمل plan d'actions، و الاتجاه نحو التسيير التوقعي gestion prévisionnel ، و التسيير بالأهداف gestion par objectifs بحيث التسيير التوقعي يظهر في توقعات الميزانية السنوية التي تطلبها الوزارة سنويا، أما التسيير بالأهداف فيظهر في مراسلات بدأت منذ 2014 تطلب فيها الوزارة من المؤسسات الصحية تحديد أهداف أولية قابلة للقياس mesurables تسعى لتنفيذها خلال أطر زمنية بالإضافة إلى عملية تقييم دورية(شهرية و فصلية) من أجل معرفة مدى تحقيق هذه الأهداف.
- حوسبة informatisation المؤسسات الصحية :حيث تلح وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات مؤخرا باستمرار على ربط المصالح المختلفة للمؤسسة الصحية بتكنولوجيات الإعلام الحديثة، أي ربط الإدارة بالمصالح، و المصالح ببعضها البعض، و المؤسسة بالأجهزة الخارجية مثل مديرية الصحة و السكان، و الوزارة الوصية، بالاستعانة كذلك بتطبيقات مختلفة logiciels.
- إنشاء قانون صحة جديد لا يزال في مرحلة الدراسة، و المصادقة يسعى لمواكبة التطورات التي شهدتها القطاع الصحي خاصة و المجتمع عامة.
- اعتماد سياسة تكوين فعالة (تكوين مستمر/تكوين تحسين المستوى) خاصة بالنسبة للأطباء.
- بؤادر تغيير هيكلية جديد للمؤسسات الصحية.

- تكثيف عمليات التفتيش les inspections عبر إرسال لجان تفتيش دورية للمؤسسة

الصحية تتركز حول: مصلحة الاستعدادات، مصالح الولادة و الأمومة،... و من بين

النقاط التي تركز عليها هذه اللجان النظافة الاستشفائية.

المحور الرابع: الحلول المقترحة من الإدارة لتحسين جودة الخدمات الصحية

1. رأي إطارات المؤسسة محل الدراسة في إعادة هيكلة القطاع الصحي (تقسيمه إلى مؤسسات

استشفائية، و أخرى للصحة الجوارية) كحل مناسب لتحقيق الجودة في الخدمات.

من المفترض أن الإطارات القيادية في المؤسسة أدري بمدى نجاح التغيير التنظيمي المتمثل في إعادة هيكلة

القطاع الصحي العمومي إلى مؤسسات استشفائية و أخرى للصحة الجوارية فهل يعتبرونه كحل مناسب

لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة على مستوى مؤسستهم.

عند مقابلتنا لمدير المؤسسة لاحظنا أنه مقتنع بأن مشروع التغيير التنظيمي للقطاع الصحي كان حلا مناسباً:

"...إعادة هيكلة القطاع الصحي كانت إلى حد ما حلاً مناسباً لتحسين جودة الخدمات الصحية، و يظهر ذلك في

الاهتمام أكثر بالصحة الجوارية، الوقاية و العلاج، تقرب الصحة من المواطن، إلا أن النقص في الموارد المالية و البشرية

و الوسائل المادية لم تكن كافية..."

السيد ا.ب مدير المؤسسة

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

و عند مقابلتنا لنائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل السيد ز.م أفادنا أن التغيير التنظيمي في المؤسسات

الصحية كان حلاً مناسباً إلا أنه غير كاف لتحسين جودة الخدمات الصحية:

"..حل مناسب لكنه غير كاف..."

السيد ز.م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

يوم 30 أفريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل

و عند مقابلتنا للسيد م.ب رئيس العيادة المتعددة الخدمات بأولاد شلابي أفادنا بأن الخدمات الصحية المقدمة

على مستوى العيادة المتعددة الخدمات بأولاد شلابي في تحسن مستمر و الفضل يعود إلى التغيير التنظيمي

و إعطاء أهمية أكبر للصحة الجوارية :

"...تقسيم القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية كان مجديا وساعد كثيرا في

تحقيق الجودة في الخدمات الصحية ...."

السيد م. ب رئيس العيادة المتعددة الخدمات بأولاد شلابي

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مقر الإدارة

**النتيجة:** حسب رأي جميع الإطارات التي تمت مقابلتهم فإن تقسيم القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (إعادة هيكلة القطاع الصحي) حل مناسب لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية لكنه غير كاف نظرا لنقص الموارد المادية، المالية و البشرية المكرسة لتنفيذه.

## 2. الحلول المقترحة من طرف إطارات المؤسسة من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية

الجودة من وجهة نظر الإداريين تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة ، و القدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة. فما هي الحلول المقترحة من طرف إطارات المؤسسة من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية.

عند مقابلتنا لمدير المؤسسة اقترح بعض الحلول المتعلقة بالوسائل و الهياكل و الموارد البشرية المؤهلة :

"... حسب رأيي لتحسين جودة الخدمات الصحية لابد من توفير الوسائل المادية اللازمة، و الموارد البشرية المؤهلة،

و توفير الهياكل المكيفة و كذلك تحسين الظروف المعيشية للعمال ..."

السيد ا. ب مدير المؤسسة

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 10:00 إلى الساعة 10:40

مكان المقابلة: مكتب المدير

و عند مقابلتنا لنواب المدير المكلفين بالمالية و الوسائل ، و إدارة المصالح الصحية اقترحوا تدعيم المؤسسة بمختلف الموارد، والمرونة في التسيير.

"... لتحسين جودة الخدمات الصحية لابد من تدعيم المؤسسة بالوسائل المادية، المالية، و البشرية الضرورية، و منح مرونة

أكثر في التسيير للطاقتهم المسير ..."

السيد ز. م نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل

يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 11:00 إلى الساعة 11:40

مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل



"...أرى أنه يمكن تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال الزيادة في الميزانية المخصصة للتسيير، و تكثيف برامج تكوين الموظفين..."

السيد ج. ب نائب المدير المكلف بإدارة المصالح الصحية ،  
يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 13:00 إلى الساعة 13:40  
مكان المقابلة: مكتب المدير الفرعي لإدارة المصالح الصحية

و عند مقابلتنا للسيد م. ب متصرف رئيسي اقترح كحلول اعتماد عملية تقييم و رقابة فعالة، و سياسة تكوين للطبيين و شبه الطبيين:

"..لتحسين جودة الخدمات الصحية يجب تفعيل عملية التقييم و الرقابة المستمرة، و أقصد بالتقييم هنا تقييم عملية التغيير و دراستها...، التركيز على سياسة التكوين خاصة للسلك الطبي و شبه الطبي "

السيد م. ب متصرف رئيسي  
يوم 30 أبريل 2017 من الساعة 14:00 إلى الساعة 14:40  
مكان المقابلة: مكتب الميزانية و المحاسبة

النتيجة: الحلول المقترحة من طرف الإطارات المسيرة للمؤسسة من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية تتمثل في:

- تدعيم المؤسسة بالوسائل المالية، المادية، و البشرية الضرورية .
- منح مرونة أكثر في التسيير للطواقم المسير.
- توفير الهياكل المكيفة و المجهزة بالعتاد الطبي اللازم لتقديم الرعاية الطبية.
- تحسين ظروف المعيشة للعمال من خلال تحسين رواتبهم مما يحفزهم على أداء مهامهم على أكمل وجه.
- تفعيل عملية التقييم و الرقابة المستمرة باعتبار أن التقييم لصيق بالتغيير أي دراسة فعالية التغيير من خلال التقييم.
- توسيع برامج التكوين للعمال خاصة للسلك الطبي، و شبه الطبي .

### خلاصة الفصل الثاني:

من خلال هذا الفصل أردنا أن نعرض صورة عن واقع التغيير في القطاع الصحي في الجزائر بصفة عامة، و في ولاية البويرة بصفة خاصة من خلال التطور التاريخي للمنظومة الصحية، و إعادة هيكلة القطاع الصحي إثر المرسوم التنفيذي 140/07 الصادر في 19 ماي 2007 ، و قد دعمنا دراستنا هذه ببعض الاحصائيات الخاصة بمديرية الصحة لولاية البويرة ، و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية، و من أجل معرفة مدى تأثير هذا التغيير على جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة محل الدراسة قمنا بإجراء مقابلات مع بعض إطارات المؤسسة، و بعد تحليل نتائج المقابلة توصلنا إلى النتائج التالية:

1- إن إطارات المؤسسة على دراية بمفهوم التغيير التنظيمي، و لكل منهم وجهة نظر خاصة، فالمدير مقارنته للتسيير هي مقارنة استراتيجية، و المسيرين الآخرين مقارنتهم للتغيير هي مقارنة تسييرية، و إن الاتجاه العام لهم يصب في أن التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية يتمثل في سلسلة التعديلات التي قد تطرأ على تنظيم المؤسسة بقصد تفعيل أو تنشيط القطاع الصحي، و تحسين جودة الخدمات، و هذا ما يثبت الفرضية الأولى.

2- إن الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية مستواها متوسط ، و هي في تحسن مستمر ، و يرى الطاقم الإداري أن لمؤسستهم نقاط قوة تكمن في حجم القوى العاملة فيها و نوعية التأطير الممتازة و تناسق الطواقم الطبية، شبه الطبية و الإدارية أما النقائص التي تعاني منها هذه المؤسسة فتتمثل في نقص في الميزانية الممنوحة للمؤسسة خاصة في القسم الثاني الخاص بالتسيير مما يجعل المؤسسة في حاجة دائمة للوسائل، و المعدات خاصة الطبية منها و النقص في بعض فئات المستخدمين مثل الأطباء المتخصصين، شبه الطبيين، أعوان الوقاية و الأمن، و أعوان النظافة، و هذا ما يثبت جزئياً الفرضية الثانية.

3- يرى مسيرو المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية أن عملية التغيير ضرورية لتحسين مستوى الخدمات الصحية في مؤسستهم، و هذا ما يثبت الفرضية الثالثة، و أهم النقاط التي أشاروا إليها من أجل نجاح عملية التغيير هي:

- ضرورة التقييم المستمر لعملية التغيير.
- انتهاج أسلوب التغيير الجزئي (التدريجي)، والذي يركز على تغيير الجوانب السلبية، و تفادي التغيير الجذري من أجل الوصول إلى الأهداف المسطرة.
- الإجراءات المتبعة من طرف وزارة الصحة و السكان، و إصلاح المستشفيات، و التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية تتمثل في:

- ✓ طرق التسيير الحديثة المتمثلة في التسيير بالأهداف، و التسيير بالتوقع من خلال العمل بالبرامج، إعداد خطط العمل، تحديد أهداف أولية قابلة للقياس، و التقييم الدوري من أجل معرفة مدى تحقيق الأهداف المسطرة.
- ✓ أنسنة و حوسبة المؤسسات الصحية أي ربط المصالح الصحية المختلفة للمؤسسة بتكنولوجيات الإعلام الحديثة.
- ✓ إنشاء قانون صحة جديد لا يزال في مرحلة الدراسة و التقييم.
- ✓ اعتماد سياسة تكوين فعالة.
- ✓ تكثيف عمليات التفتيش .

- 4- الحلول المقترحة من طرف الإدارة لتحسين جودة الخدمات الصحية: يرى الطاقم الإداري للمؤسسة أن إعادة هيكلة القطاع الصحي إثر المرسوم التنفيذي 140/07 كان حلا مناسباً لتحسين جودة الخدمات الصحية لكنه غير كاف نظراً لنقص الموارد المادية، المالية، و البشرية المكرسة لتنفيذه. و هذا ما يثبت جزئياً الفرضية الرابعة.

و قد اقترحوا كحلول:

- ✓ تدعيم المؤسسة بالوسائل المادية، المالية، و البشرية الضرورية.
- ✓ منح مرونة أكثر في التسيير للطاقم المسير.
- ✓ توفير الهياكل المكيفة و المجهزة بالعتاد الطبي اللازم لتقديم الرعاية الطبية.
- ✓ تحسين ظروف العمل للمستخدمين من خلال تحفيزهم مادياً، و معنوياً.
- ✓ تفعيل عملية التقييم، و الرقابة المستمرة.
- ✓ توسيع برامج التكوين للمستخدمين خاصة للسلك الطبي و شبه الطبي من أجل تحسين المستوى.

# الخاتمة

## الخاتمة

تظهر مكانة جودة الخدمات الصحية في التغيير التنظيمي الذي حدث إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07 من ناحية تنظيم و تسيير المؤسسات العمومية للصحة، فمنذ صدور هذا المرسوم التنفيذي لسنة 2007 و الذي دخل حيز التنفيذ في 2008 أعطى أولوية لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال تحديد النظام الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، و قد أعطت سياسة الإصلاح مكانة للقطاع العمومي للصحة و بالأخص ما يعرف بالصحة الجوارية التي تولي أهمية كبيرة للوقاية و العلاج، و تهدف إلى تقريب الصحة من المواطن. و من خلال دراستنا توصلنا إلى النتائج التالية:

- إن التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية له تأثير كبير في جودة الخدمات الصحية من خلال التحسين المستمر لها.
- إن الجودة في الخدمات الصحية تتحقق حينما تكون هناك هيئة مؤهلة و على مستوى عال، و تجهيزات مادية ممتازة و هيكل تنظيمي جيد، وأموال متاحة.
- يعتبر التغيير الجزئي (التدريجي)، والذي يركز على تغيير الجوانب السلبية، أفضل أنواع التغيير في المؤسسات الصحية من أجل الوصول إلى الأهداف المسطرة. مع ضرورة التقييم المستمر لعملية التغيير.
- إن إطار المؤسسة محل الدراسة على دراية بمفهوم التغيير التنظيمي، و لكل منهم وجهة نظر خاصة، فالمدير مقارنته للتسيير هي مقارنة استراتيجية، و المسيرين الآخرين مقاربتهم للتغيير هي مقارنة تسييرية، و إن الاتجاه العام لهم يصب في أن التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية يتمثل في سلسلة التعديلات التي قد تطرأ على تنظيم المؤسسة بقصد تفعيل أو تنشيط القطاع الصحي، و تحسين جودة الخدمات.
- إن الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخصية مستواها متوسط، و هي في تحسن مستمر.
- الإجراءات المتبعة من طرف وزارة الصحة و السكان، و إصلاح المستشفيات، و التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية تتمثل في: طرق التسيير الحديثة، و إدخال التكنولوجيا الحديثة في المؤسسات الصحية، و اعتماد سياسة التكوين الفعالة.
- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخصية تعاني من النقص في الموارد المادية، المالية، و البشرية خاصة في سلك الأطباء الاختصاصيين و سلك شبه الطبيين، و أعوان الأمن و النظافة.

## التوصيات:

من خلال نتائج الدراسة الميدانية السابقة يمكننا تقديم التوصيات التالية:

فيما يخص نجاح استراتيجية التغيير في المؤسسات الصحية يجب:

- 1- الدراسة و التخطيط المسبق لأي مشروع تغيير يمس قطاع الخدمات الصحية.
- 2- توفير الموارد المالية و البشرية اللازمة لتنفيذ مشروع التغيير.
- 3- خلق نظام رقابة فعال، و التقييم المستمر لبرامج و إجراءات التغيير المتعلقة بتحسين جودة الخدمات الصحية.
- 4- اعتماد التغيير الثقافي كمجال من مجالات التغيير بهدف توعية مستخدمي القطاع الصحي بضرورة التغيير.
- 5- وضع تحسين جودة الخدمات الصحية ضمن معالم استراتيجية التغيير.
- 6- التقييم المستمر لجودة الخدمات الصحية من خلال تقييم خدمات الطاقم الطبي، عن طريق تكوين لجان متخصصة بمراجعة السجلات الطبية، و تقييم الخدمات التمريضية من خلال تقارير رؤساء المصالح الصحية، و ملاحظات الاطباء بالإضافة إلى تكوين لجان متخصصة بتقييم الطاقم الإداري، و مختلف المصالح الصحية: مصلحة الوقاية، الصيدلية، مصلحة طب العمل.
- 7- ضرورة وجود تنسيق بين الإدارة و كل المصالح الصحية .
- 8- تقييم جودة الخدمات من خلال آراء المستفيدين (المرضى و ذويهم) عن طريق سير آرائهم بصفة دورية، أو وضع دفاتر ملاحظات في قاعات الانتظار.
- 9- توفير الإمكانيات المالية الكافية لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية.
- 10- توفير العدد الكافي من الأطباء الاختصاصيين .
- 11- توفير التجهيزات و المعدات الطبية الكافية.
- 12- تحسين مستوى النظافة الكلي للمؤسسة.
- 13- توظيف أعوان النظافة، و أعوان الأمن و الوقاية.
- 14- تحسين المستوى المعيشي لعمل المؤسسة من خلال تحسين رواتبهم.
- 15- اعتماد طرق التسيير الجديدة كالإدارة بالأهداف.
- 16- تكييف و تطوير الهياكل القاعدية للمؤسسة .
- 17- تدعيم نقاط المناوبة بالمعدات الطبية اللازمة .
- 18- توفير ظروف العمل الملائمة كتوفير غرف المناوبة .

### آفاق الدراسة

- تقييم التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية.
- تقييم جودة الخدمات في المؤسسات العمومية للصحة.
- إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

### باللغة العربية:

#### الكتب:

- 1- أحمد سيد مصطفى، إدارة السلوك التنظيمي - رؤية معاصرة، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2000.
- 2- بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار زهران للنشر و التوزيع، الأردن، 2008.
- 3- تيسير العجارمة، التسويق المصرفي، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، 2004.
- 4- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان، 2005 .
- 5- جمال الدين المرسي، الثقافة التنظيمية والتغيير، الدار الجامعية، مصر، 2006.
- 6- خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، دار العبيكان للطباعة و النشر ، الرياض 1997.
- 7- خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم حمود، نظرية المنظمة، الطبعة الأولى ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان. 2000 .
- 8- زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات و تطبيقاته، دار المناهج للنشر و التوزيع، الأردن، 2008.
- 9- زيد منير عبوي، إدارة التغيير والتطوير، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.
- 10- سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، 2009.
- 11- سعيد يس عامر، الإدارة وتحديات التغيير، مركز وايد سرفس للاستشارات والتطوير الإداري، القاهرة، 2001 .
- 12- سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة و التعليم، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، 2007.
- 13- سيد محمد جاد الرب، السلوك التنظيمي موضوعات و تراجم و بحوث إدارية متقدمة، مطبعة العشري، جمهورية مصر العربية، 2005.
- 14- صبحي العتيبي، تطور الفكر والأساليب في الإدارة، دار الحامد، الطبعة الأولى، عمان، 2005.
- 15- صلاح الدين محمد عبد الباقي، السلوك الفعال في المنظمات، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2002 .
- 16- الطعمانة محمد، محييم عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008.
- 17- طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، مصر، الطبعة 2006.



- 18- عامر الكبيسي، التنظيم الإداري الحكومي بين التقليد و المعاصرة، مطابع دار الشرق،الدوحة،قطر،1998.
- 19- عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم و التطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية،القاهرة،2003.
- 20- عبد الله بن عبد الغني الطجم، التطوير التنظيمي-المفاهيم -النماذج- الاستراتيجيات- الطبعة 5، جدة،2009.
- 21- عبد الله عبد الغني الطجم، و السواط طلق عوض الله، السلوك التنظيمي، المفاهيم و النظريات و التطبيقات، دار النوايح للنشر و التوزيع، جدة 1995.
- 22- عصام الدين أمين أبو علفة، التسويق (المفاهيم-الاستراتيجيات):النظرية و التطبيق، مؤسسة حورس الدولية للنشر و التوزيع،الاسكندرية،2002.
- 23- علي السلمي، تطور الفكر التنظيمي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 24- علي الشريف،، الإدارة المعاصرة،الدار الجامعية،الاسكندرية،مصر،2000.
- 25- عوض بدير الحداد، "تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة و النشر، القاهرة،1999.
- 26- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، الطبعة الأولى، دار المسيرة،عمان،2008.
- 27- فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر،الأردن،2008.
- 28- فوزي شعبان مدكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر و التوزيع،مصر،1998 .
- 29- قاسم نايف علوان الميماوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم و عمليات و تطبيقات، دار الشروق للنشر و التوزيع،عمان،2006.
- 30- محسن على الكتيبي، محسن على الكتيبي، السلوك التنظيمي بين النظرية والتطبيق، جامعة قناة السويس، الطبعة الأولى، مصر، 2005 .
- 31- محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم و تطبيقات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان،2006.
- 32- محمد الصيرفي، إدارة التغيير، دار الفكر الجامعي، مصر،2008
- 33- محمد الحمدي الماضي، استراتيجية التغيير التنظيمي-مدخل إسلامي مقارنة، دار النشر للجامعات،القاهرة،مصر،2000.
- 34- محمد بن يوسف النمران العطييات ، إدارة التغيير والتحديات العصرية للمدير، رؤية معاصرة لمدير القرن الحادي و العشرين، دار الحامد للنشر و التوزيع ،الأردن، 2006.

- 35- محمد صالح الحناوي، اسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة، الطبعة الثانية، الدار الجامعية، الاسكندرية، بدون سنة نشر.
- 36- محمود فريد الصحن و آخرون.، مبادئ الإدارة، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2002.
- 37- منير حسن أحمد شاقورة، إدارة التغيير وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى مديري المدارس الثانوية في محافظات غزة من وجهة نظر المعلمين، مذكرة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، 2012
- 38- نيجل كنج، نيل اندرسون، إدارة أنشطة الابتكار و التغيير- دليل انتقادي للمنظمات-تعريب محمود حسن حسني، الرياض، دار المريخ للنشر، 2004.
- 39- هاني حامد الظمور، تسويق الخدمات، الطبعة 3، دار وائل للنشر و التوزيع، الأردن، 2005.

### الأطروحات:

- 1- أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2009/2008.
- 2- عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008-2007.

### المذكرات:

- 1- بحدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية لمغنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان، 2012/2011.
- 2- حليلة درياس، نحو أسس جديدة لاستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، مذكرة لنيل شهادة مابعد التدرج، تخصص إدارة أعمال المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2000-2001
- 3- خالد إدريس شاکر دحلان، أثر التغيير على مستوى رضا العاملين بشركة توزيع الكهرباء بمحافظات غزة، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، الجامعة الاسلامية، غزة، 2012.
- 4- عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2011/2012.

- 5- عكوش عقيلة، أثر التكوين على التغيير التنظيمي، دراسة حالة جامعة محمد بوقرة، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير، شعبة علوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، جامعة محمد بوقرة، بومرداس، 2014/2013.
- 6- كحيله نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بيججل، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة منتوري- قسنطينة 2008/2009.
- 7- منير حسن أحمد شاقورة، إدارة التغيير وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى مديري المدارس الثانوية في محافظات غزة من وجهة نظر المعلمين، مذكرة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، 2012.
- 8- نادية خريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية دراسة حالة: مستشفى بشير بن ناصر- بسكرة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، 2008.
- 9- نواف بن فهد عبد الله العنزي، دور قيادات حرس الحدود في الحد من مقاومة التغيير التنظيمي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الرياض، 2015.

### المؤتمرات و الملتقيات:

- 1- رحيم حسين و علاوي عبد الفتاح ، التغيير التنظيمي في منظمات الأعمال، دوافعه، أهدافه و مداخله، مداخلة ضمن الملتقى الدولي حول الإبداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب، البلدية، 2010/05/13-12 .
- 2- صديقي خضرة ، علاوي نصيرة، صديقي خضرة، علاوي نصيرة، التأصيل النظري لماهية التغيير في منظمات الأعمال، مداخلة بعنوان الأسس النظرية للتغيير، جامعة بشار، الجزائر.
- 3- عدمان مريزق، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجاً في الملتقى الدولي حول الإبداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، دراسة و تحليل تجارب وطنية و دولية، 18 و 19 ماي 2011، جامعة سعد دحلب البلدية.
- 4- فتيحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المحيوي، قياس جودة أداء الخدمات الصحية و تأثيرها على رضا المرضى، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 26-27 نيسان 2006.
- 5- معيزي قويدر، مفاهيم أساسية عن التغيير التنظيمي، إدارة التغيير ومقاومة التغيير، ملتقى دولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب بالبلدية، 2010/05/13-12 .
- 6- وفيق حلمي الآغا، الجودة الشاملة و طرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 26-27 نيسان 2006.

## المجلات:

- 1- أحمد بن عبد الرحمن الشميمري، "جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية"، مجلة الإدارة العامة، المجلد الواحد و الأربعون، العدد الثاني، معهد الإدارة العامة.
- 2- أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، عدد 04، جامعة ورقلة، 2006.
- 3- بدران بن عبد الرحمن العمر، مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، مجلة الإدارة العامة، المجلد الثاني و الأربعون، العدد الثاني، معهد الإدارة العامة، الرياض، يونيو، 2002 .
- 4- حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المؤسسات الصحية، مجلة الإدارة العامة، العدد الثالث، المجلد الأربعون، معهد الإدارة العامة، الرياض، أكتوبر، 2000.
- 5- رحيم حسين، التغيير في المؤسسة و دور الكفاءات: مدخل النظم في مجلة العلوم الانسانية، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر، العدد 7 فيفيري 2005.
- 6- الزعبي علي فلاح، إدارة التغيير ودورها في تعزيز عملية التخطيط التسويقي الاستراتيجي في القطاع الصناعي الأردني: نموذج ريادي متكامل. أبحاث اقتصادية وإدارية، محمد خضير بسكرة، العدد. 06 (ديسمبر) 2009.
- 7- عياش قويدر و ابراهيم عبد الله، ادارة مقاومة التغيير في المؤسسة المعاصرة، مجلة دراسات-العدد الإقتصادي-رقم 19/ 2013، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الأغواط.
- 8- فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك و تطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة ، العدد الثالث، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1997.
- 9- يحي سليم ملم و محمد شاكر الإبراهيم، استراتيجيات و أسباب مقاومة التغيير في الشركات الصناعية، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 4، العدد 2، 2008.

## الوثائق الرسمية:

- 1- 104، الأمر رقم 73- 65، الصادر في 3 ذو الحجة 1393 الموافق ل 28 ديسمبر 1973  
يتضمن قانون المالية لسنة 1974 المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

- 2 المرسوم التنفيذي رقم: 140/07، المؤرخ في 19/05/2007، المتضمن إنشاء المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، الجريدة الرسمية 2007، العدد 09.
- 3 المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 02/12/1997 المتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها.

### باللغة الأجنبية:

- 1- A.M. Pettigrew., Une approche contextualiste du changement in Autissier David et Moutot. Jean-Michel., Méthode de Conduite de Changement, Diagnostic, Accompagnement, pilotage. 3ème Édition, Dunod, Paris, 2013.
- 2- Christian guyon et autres, « Réussir le changement dans le service public » ,ed Eyrolles (2<sup>e</sup> édition ) ,Paris,2003.
- 3- Peter F. Drucker, Long-Range Planning : Challenge to Management Science, Management science, Vol 05, N= 03, April 1959, p: 249.
- 4- Yvers Simon, Patrick Joffre, (sous la dir.), **Encyclopédie de gestion**, 2<sup>ème</sup> ed; Economica; Paris, 1997.
- 5- Jisette Hart- Sylvie Lucas, management hospitalie: stratégie nouvelle des cadres, Edition Lamane, France, 2002.
- 6- Application de la nouvelle carte sanitaire élaborée par le ministère de santé, de la population et de la reforme hospitalière,12 /01 /2008.
- 7- Fiche technique de la santé de la wilaya de BOUIRA, 12/04/2017.

الملاحق

## ملحق رقم: 01

### دليل المقابلة

#### موجهة إلى إدارات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية

يعتبر التغيير التنظيمي عنصرا مهما لنجاح المؤسسات في الوقت الحاضر، التي أصبحت من أهم مهامها تحقيق التكيف و التوافق مع المتغيرات السريعة و المتجددة، و يتعين عليها أن تتبنى اتجاهات إيجابية حيال مبدأ التغيير من أجل تحسين جودة الخدمات المقدمة.

#### المحور الأول: التغيير كاستراتيجية

السؤال الأول: ما هو مفهومكم للتغيير و إدارة التغيير؟

السؤال الثاني: من هو المسؤول عن إعداد برامج التغيير؟

السؤال الثالث: ما هي أنواع التغيير التي تمس القطاع الصحي؟

السؤال الرابع: ما هي مجالات التغيير؟

السؤال الخامس: هل توجد مقاومة للتغيير؟

السؤال السادس: ما رأيكم في التغيير الذي حدث إثر المرسوم التنفيذي 140 /07 الذي نتج عنه تقسيم

القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية؟

#### المحور الثاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية

السؤال الأول: في رأيكم ما هي نقاط القوة التي تملكها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأخضرية؟ و ما هي

النقائص التي تعاني منها المؤسسة؟

السؤال الثاني: كيف تقيموا مستوى جودة الخدمات التي تقدمها مؤسستكم؟

#### المحور الثالث: اتجاهات أفراد المؤسسة فيما يخص مستقبل القطاع الصحي

السؤال الأول: هل ترون بأن هناك ضرورة لإجراء تغييرات لتحسين مستوى الخدمة المقدمة في المؤسسات

الصحية؟

السؤال الثاني: ما هي الإجراءات التي تتبعها وزارة الصحة و التي من شأنها أن تحسن من مستوى الخدمات

الصحية؟

المحور الرابع: الحلول المقترحة من الإدارة لتحسين الجودة في الخدمات الصحية

السؤال الأول: هل تعتقد أن تقسيم القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية استشفائية، ومؤسسات عمومية

للصحة الجوارية حلا مناسباً لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية؟

السؤال الثاني: حسب رأيك ما الذي تقترحه كحلول لتحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم؟

شكراً



قائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة ( تابع )

الاختصاص	التسمية	الموقع	الولاية
إعادة تربية الأعمضاء والتكليف الوظيفي	- مستشفى إعادة التربية والتكليف الوظيفي	بوحنيقية	معسكر
	- مستشفى إعادة التربية والتكليف الوظيفي	تقصرين	الجزائر
	- مستشفى إعادة التربية والتكليف الوظيفي	الشاطيء الأزرق (سطاوالي)	الجزائر
	- مستشفى إعادة التربية والتكليف الوظيفي	سرايدي	عنابة
	- مستشفى إعادة التربية والتكليف الوظيفي	رأس الماء	سطيف
طبّ العيون	- عيادة طبّ العيون بوهران	وهران	وهران
طبّ النساء والتوليد طبّ الأطفال جراحة الأطفال	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة سيدي مبروك	سيدي مبروك	قسنطينة

1988 والمتضمن القانون التوجيهي للمؤسسات العمومية الاقتصادية، المعدل، لا سيما المادة 43 منه،

- وبمقتضى القانون رقم 90 - 08 المؤرخ في 12 رمضان عام 1410 الموافق 7 أبريل سنة 1990 والمتعلق بالبلدية،

- وبمقتضى القانون رقم 90 - 09 المؤرخ في 12 رمضان عام 1410 الموافق 7 أبريل سنة 1990 والمتعلق بالولاية،

- وبمقتضى القانون رقم 90 - 21 المؤرخ في 24 محرم عام 1411 الموافق 15 غشت سنة 1990 والمتعلق بالمحاسبة العمومية،

- وبمقتضى الأمر رقم 95 - 20 المؤرخ في 19 صفر عام 1416 الموافق 17 يوليو سنة 1995 والمتعلق بمجلس المحاسبة،

مرسوم تنفيذي رقم 97 - 466 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997، يمدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.

إن رئيس الحكومة،

- بناء على الدستور، لا سيما المادتان 85 - 4 و 125 ( الفقرة 2 ) منه،

- وبمقتضى القانون رقم 85 - 05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى القانون رقم 88 - 01 المؤرخ في 22 جمادى الأولى عام 1408 الموافق 12 يناير سنة

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 92 - 05 المؤرخ في 28 جمادى الثابتة عام 1412 الموافق 4 يناير سنة 1992 الذي يحدد كفاءات تخصيص العائدات الناتجة عن الأشغال والخدمات التي تقوم بها المؤسسات العمومية زيادة عن مهامها الرئيسية،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 92 - 414 المؤرخ في 19 جمادى الأولى عام 1413 الموافق 14 نوفمبر سنة 1992 والمتعلق بالرقابة السابقة للنفقات التي يلتزم بها، لا سيما المادة 3 منه،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 93 - 301 المؤرخ في 24 جمادى الثانية عام 1414 الموافق 8 ديسمبر سنة 1993 الذي يحدد انتقاليا الأحكام التي تتعلق بأجال تقديم الحسابات وأشكالها إلى مجلس المحاسبة،

يرسم ما يأتي :

المادة الأولى : يحدد هذا المرسوم قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.

### الباب الأول أحكام عامة

المادة 2 : القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي . ويوضع تحت وصاية الوالي.

يقترح الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي، إنشاء أو حل أي قطاع صحي بمرسوم تنفيذي .

المادة 3 : يتكون القطاع الصحي من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات والتابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

المادة 4 : ترتب القطاعات الصحية في ثلاثة (3) أصناف على أساس معايير يحددها التنظيم المعمول به.

يحدد ترتيب القطاعات الصحية بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية والسلطة المكلفة بالوظائف العمومي.

- وبمقتضى الأمر رقم 95 - 27 المؤرخ في 8 شعبان عام 1416 الموافق 30 ديسمبر سنة 1995 والمتضمن قانون المالية لسنة 1996،

- وبمقتضى الأمر رقم 97 - 15 المؤرخ في 24 محرم عام 1418 الموافق 31 مايو سنة 1997 الذي يحدد القانون الأساسي الخاص لمحافظة الجزائر الكبرى،

- وبمقتضى المرسوم رقم 81 - 242 المؤرخ في 6 ذي القعدة عام 1401 الموافق 5 سبتمبر سنة 1981 والمتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى المرسوم رقم 86 - 179 المؤرخ في 29 ذي القعدة عام 1406 الموافق 5 غشت سنة 1986 والمتعلق بالتصنيف الفرعي للمناصب العليا في بعض الهيئات المستخدمة،

- وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 97 - 230 المؤرخ في 19 صفر عام 1418 الموافق 24 يونيو سنة 1997 والمتضمن تعيين رئيس الحكومة،

- وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 97 - 231 المؤرخ في 20 صفر عام 1418 الموافق 25 يونيو سنة 1997 والمتضمن تعيين أعضاء الحكومة،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 91 - 311 المؤرخ في 28 صفر عام 1412 الموافق 7 سبتمبر سنة 1991 والمتعلق بتعيين المحاسبين العموميين واعتمادهم،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 91 - 312 المؤرخ في 28 صفر عام 1412 الموافق 7 سبتمبر سنة 1991 الذي يحدد شروط الأخذ بمسؤولية المحاسبين العموميين، وإجراءات مراجعة باقي المسابات، وكفاءات أكتتاب تأمين يغطي مسؤولية المحاسبين العموميين،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 91 - 313 المؤرخ في 28 صفر عام 1412 الموافق 7 سبتمبر سنة 1991 الذي يحدد إجراءات محاسبة الأمرين بالصرف والمحاسبين العموميين وكفاءاتها ومضمونها،

**المادة 21 :** يساعد المدير أربعة (4) نواب مديرين يكلفون على التوالي بما يأتي :

- المالية و الوسائل،
- الموارد البشرية،
- المصالح الصحية،
- صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة .

يعين نواب المديرين بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

**المادة 22 :** يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بقرار مشترك بين الوزيرين المكلفين بالصحة و المالية و السلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

**المادة 23 :** يحدد تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية حسب الفئة بقرار مشترك بين الوزيرين المكلفين بالصحة و المالية و السلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

### الفرع الثالث المجلس الطبي

**المادة 24 :** يكلف المجلس الطبي بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها ، ولا سيما فيما يأتي :

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية ،

- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها،
- برامج الصحة و السكان،
- برامج التظاهرات العلمية و التقنية،
- إنشاء هياكل طبية أو إلغاؤها.

يقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة و سيرها، لاسيما مصالحي العلاج والوقاية.

يمكن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية إخطار المجلس الطبي بشأن كل مسألة ذات طابع طبي أو علمي أو تكويني.

**المادة 25 :** يضم المجلس الطبي ما يأتي :

- مسؤولو المصالح الطبية،
- الصيدلي المسؤول عن الصيدلية،

- جراح أسنان ،
- شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبة في سلك شبه الطبيين،
- ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين، عند الاقتضاء.

ينتخب المجلس الطبي من بين أعضائه رئيسا ونائب رئيس لمدة ثلاث (3) سنوات قابلة للتجديد.

**المادة 26 :** يجتمع المجلس الطبي بناء على استدعاء من رئيسته في دورة عادية مرة واحدة كل شهرين. ويمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بطلب إما من رئيسته و إما من أغلبية أعضائه و إما من مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية .

و يحرر في كل اجتماع محضر يقيّد في سجل خاص.

**المادة 27 :** لا تصح اجتماعات المجلس الطبي إلا بحضور أغلبية أعضائه. وإذا لم يكتمل النصاب، يستدعى المجلس من جديد في الثمانية (8) أيام الموالية و يمكن أن يتداول أعضاؤه حينئذ مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين.

يعدّ المجلس الطبي نظامه الداخلي و يصادق عليه أثناء اجتماعه الأول.

### القسم الثاني أحكام مالية

**المادة 28 :** تحدد مدونة الميزانية للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالمالية.

**المادة 29 :** تشمل ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بابا للإيرادات و بابا للنفقات.

#### في باب الإيرادات :

- إعانات الدولة،
- إعانات الجماعات المحلية،
- الإيرادات الناتجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي فيما يخص العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعيا و ذوي حقوقهم و التعاضديات والمؤسسات و مؤسسات التكوين،

**المادة 13 :** يمكن مجلس الإدارة الاستعانة بكل شخص من شأنه مساعدته في أشغاله.

**المادة 14 :** يتداول مجلس الإدارة على الخصوص فيما يأتي :

- مخطط تنمية المؤسسة على المديين القصير والمتوسط،

- مشروع ميزانية المؤسسة،

- الحسابات التقديرية،

- الحساب الإداري،

- مشاريع الاستثمار،

- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة،

- البرامج السنوية لحفظ البنايات والتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة و صيانتها،

- الاتفاقيات المنصوص عليها في المادتين 5 و 9 أعلاه،

- العقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة، لا سيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والتعاضديات والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى،

- مشروع جدول تعداد المستخدمين،

- النظام الداخلي للمؤسسة،

- اقتناء و تحويل ملكية المنقولات والعقارات وعقود الإيجار،

- قبول الهبات والوصايا أو رفضها،

- الصفقات والعقود والاتفاقيات والاتفاقات، طبقا للتنظيم المعمول به.

**المادة 15 :** يجتمع مجلس الإدارة في دورة عادية مرة واحدة كل ستة (6) أشهر.

و يمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بناء على استدعاء من رئيسه أو بطلب من ثلثي (3/2) أعضائه. وتحرر مداوات مجلس الإدارة في محاضر يوقعها الرئيس وأمين الجلسة وتقيّد في سجل خاص يرقمه ويؤشر عليه الرئيس.

يعدّ مجلس الإدارة نظامه الداخلي ويصادق عليه أثناء اجتماعه الأول.

**المادة 16 :** يحدد رئيس مجلس الإدارة جدول أعمال كل اجتماع بناء على اقتراح من مدير المؤسسة.

**المادة 17 :** لا تصح مداوات مجلس الإدارة إلا بحضور أغلبية أعضائه. وإذا لم يكتمل النصاب،

يستدعى مجلس الإدارة من جديد في الثمانية (8) أيام الموالية. و يمكن أن يتداول أعضاؤه حينئذ مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين.

تؤخذ قرارات مجلس الإدارة بأغلبية الأعضاء الحاضرين.

و في حالة تساوي عدد الأصوات يكون صوت الرئيس مرجحا.

**المادة 18 :** تعرض مداوات مجلس الإدارة على موافقة الوالي في الثمانية (8) أيام الموالية للاجتماع. وتكون المداوات نافذة بعد ثلاثين (30) يوما من إرسالها إلا في حالة اعتراض صريح يبلغ خلال هذا الأجل.

## الفرع الثاني

### المدير

**المادة 19 :** يعيّن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقرار من الوزير المكلف بالصحة. وتنتهي مهامهما حسب الأشكال نفسها.

**المادة 20 :** المدير مسؤول عن حسن سير المؤسسة.

و بهذه الصفة :

- يمثل المؤسسة أمام العدالة و في جميع أعمال الحياة المدنية،

- هو الأمر بالصرف في المؤسسة،

- يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية و يعد حسابات المؤسسة،

- يعد مشروع التنظيم الداخلي و النظام الداخلي للمؤسسة،

- ينفذ مداوات مجلس الإدارة،

- يعد التقرير السنوي عن النشاط و يرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة عليه،

- يبرم كل العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات في إطار التنظيم المعمول به،

- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته،

- يعيّن جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم،

- يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لمساعديه الأقربين.

**المادة 9 :** يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدانا للتكوين شبه الطبي و التكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

### الفصل الثالث

#### أحكام مشتركة

#### القسم الأول

#### التنظيم و السير

**المادة 10 :** يسير كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة ويديرها مدير. وتزودان بهيئة استشارية تدعى "المجلس الطبي".

#### الفرع الأول

#### مجلس الإدارة

**المادة 11 :** يضم مجلس الإدارة ما يأتي :

- ممثل عن الوالي، رئيسا،
- ممثل عن إدارة المالية،
- ممثل عن التأمينات الاقتصادية،
- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي،
- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي،
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة،
- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه،
- ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه،
- ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة،
- ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة،
- رئيس المجلس الطبي.

يحضر كل من مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مداوات مجلس الإدارة برأي استشاري ويتوليان أمانتهما.

**المادة 12 :** يعين أعضاء مجلس الإدارة لعهد

ثلاث (3) سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي، بناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعين لها .

وفي حالة انقطاع عهد أحد أعضاء مجلس الإدارة، يعين عضو جديد حسب نفس الأشكال لخلافته إلى غاية انتهاء العهدة.

وتنتهي عهدة الأعضاء الذين تم تعيينهم بحكم وظائفهم بانتهاء هذه الوظائف.

- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء،
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة،
- ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية،
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم.

**المادة 5 :** يمكن استخدام المؤسسة العمومية

الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي و شبه الطبي و التكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

### الفصل الثاني

#### المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

**المادة 6 :** المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. و توضع تحت وصاية الوالي.

**المادة 7 :** تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان.

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية والحيز الجغرافي الصحي الذي يغطي مجموعة من السكان بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

**المادة 8 :** تتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في التكفل، بصفة متكاملة و متسلسلة، فيما يأتي :

- الوقاية و العلاج القاعدي،
- تشخيص المرض،
- العلاج الجوارى،
- الفحوص الخاصة بالطب العام و الطب المتخصص القاعدي،
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإيجابية و التخطيط العائلي،
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان.

- و تكلف على الخصوص بما يأتي :
- المساهمة في ترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية،
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم.

- و بمقتضى القانون رقم 90 - 21 المؤرخ في 24 محرم عام 1411 الموافق 15 غشت سنة 1990 والمتعلق بالحاسبة العمومية،

- و بمقتضى الأمر رقم 95 - 20 المؤرخ في 19 صفر عام 1416 الموافق 17 يوليو سنة 1995 والمتعلق بمجلس الحاسبة،

- و بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 06-175 المؤرخ في 26 ربيع الثاني عام 1427 الموافق 24 مايو سنة 2006 و المتضمن تعيين رئيس الحكومة،

- و بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 06-176 المؤرخ في 27 ربيع الثاني عام 1427 الموافق 25 مايو سنة 2006 و المتضمن تعيين أعضاء الحكومة،

- و بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 96-66 المؤرخ في 7 رمضان عام 1416 الموافق 27 يناير سنة 1996 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان،

- و بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97 - 466 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها و سيرها،

### يرسم ما يأتي :

**المادة الأولى :** يهدف هذا المرسوم إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها.

### الفصل الأول

#### المؤسسة العمومية الاستشفائية

**المادة 2 :** المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. و توضع تحت وصاية الوالي.

**المادة 3 :** تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية من هيكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات .

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

**المادة 4 :** تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في التكفل، بصفة متكاملة و متسلسلة، بالحاجات الصحية للسكان. و في هذا الإطار، تتولى على الخصوص المهام الآتية :

**المادة 8 :** تحدد كفاءات تطبيق أحكام هذا المرسوم، عند الاقتضاء، بقرار من وزير المجاهدين.

**المادة 9 :** تُلغى أحكام المرسوم التنفيذي رقم 92-292 المؤرخ في 6 محرم عام 1413 الموافق 7 يوليو سنة 1992 والمذكور أعلاه.

**المادة 10 :** ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

حرر بالجزائر في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007.

عبد العزيز بلخادم

**مرسوم تنفيذي رقم 07 - 140 مؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها.**

إن رئيس الحكومة،

- بناء على الدستور ، لا سيما المادتان 85-4 و 125 ( الفقرة 2 ) منه،

- و بمقتضى القانون رقم 83 - 11 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983 والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية ، المعدل و المتمم،

- و بمقتضى القانون رقم 84 - 17 المؤرخ في 8 شوال عام 1404 الموافق 7 يوليو سنة 1984 والمتعلق بقوانين المالية ، المعدل و المتمم،

- و بمقتضى القانون رقم 85 - 05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، المعدل و المتمم،

- و بمقتضى القانون رقم 88 - 07 المؤرخ في 7 جمادى الثانية عام 1408 الموافق 26 يناير سنة 1988 والمتعلق بالوقاية الصحية و الأمن و طب العمل،

- و بمقتضى القانون رقم 90 - 08 المؤرخ في 12 رمضان عام 1410 الموافق 7 أبريل سنة 1990 والمتعلق بالبلدية، المتمم،

- و بمقتضى القانون رقم 90 - 09 المؤرخ في 12 رمضان عام 1410 الموافق 7 أبريل سنة 1990 والمتعلق بالولاية، المتمم،

المادة 35 : تلغى أحكام المرسوم رقم 81 - 242 المؤرخ في 5 سبتمبر سنة 1981 والمذكور أعلاه.

المادة 36 : ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

حرر بالجزائر في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997.

أحمد أويحيى

الملحق

قائمة القطاعات الصحية

الولايات :

01 - ولاية أدرار :

- أدرار،  
- تيميمون،  
- رقان.

02 - ولاية الشلف :

- الشلف،  
- تنس،  
- بوقادير،  
- أولاد فارس.

03 - ولاية الأغواط :

- الأغواط،  
- أفلو.

04 - ولاية أم البواقي :

- أم البواقي،  
- عين البيضاء،  
- مسكيانة،  
- عين مليلة،  
- عين فكرون.

05 - ولاية باتنة :

- باتنة،  
- أريس،  
- بريكة،  
- عين توتة،  
- مروانة،  
- نقاوس.

المادة 26 : يحضر المدير مشروع الميزانية ويعرضه على مجلس الإدارة للمداولة ويرسله بعد ذلك إلى السلطة الوصية للموافقة عليه.

المادة 27 : يمسك الأمر بالصرف محاسبية إدارية للإيرادات والنفقات.

تسجل محاسبة الإيرادات، الاعتمادات المسجلة والمصفاة وأوامر الإيرادات والتحصيل.

تسجل محاسبة الأوامر بالصرف، مبلغ الاعتمادات المخصصة أو الاعتمادات بالتفويض والأوامر بالدفع المقبولة والأرصدة المتوفرة.

المادة 28 : تحدد الكيفيات المناسبة لمراقبة النفقات بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية.

المادة 29 : تملك حسابات القطاع الصحي طبقا لقواعد المحاسبة العمومية وتساعد إدارة الأموال إلى محاسب يعينه أو يعتمده الوزير المكلف بالمالية.

المادة 30 : يمسك المحاسب المعتمد، إضافة إلى ذلك، محاسبة عامة ومحاسبة خاصة بالمواد والقيم والسندات ومحاسبة تحليلية تسمح على الخصوص بالتحكم في التكاليف المختلفة.

المادة 31 : تملك المحاسبة العامة وفقا لطريقة القيد المزدوج.

المادة 32 : المحاسب العمومي للقطاع الصحي هو المحاسب الرئيسي.

المادة 33 : تبدأ السنة المالية في أول يناير وتنتهي في 31 ديسمبر من السنة الجارية.

ويمكن أن تستمر المدفوعات والأوامر بالصرف إلى غاية 31 مارس من السنة الموالية.

الباب الرابع

أحكام ختامية

المادة 34 : تحدد قائمة القطاعات الصحية في الملحق المرفق بهذا المرسوم.

## الفصل الثالث

## المجلس الطبي

المادة 20 : يكلف المجلس الطبي بإصدار آراء تقنية فيما يخص.

- إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية.

- مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها.

- برامج الصحة والسكان.

- برامج التظاهرات العلمية والتقنية.

- إنشاء المؤسسات الطبية أو حلها.

يقترح المجلس الطبي كل الإجراءات التي من شأنها أن تحسن تنظيم مصالح العلاج والوقاية وسيرها.

يمكن مدير القطاع الصحي أن يطلع المجلس الطبي بكل أمر ذي طابع طبي، علمي أو تكويني.

المادة 21 : ينتخب المجلس الطبي من ضمن أعضائه رئيسا ونائب رئيس لمدة ثلاث (3) سنوات قابلة للتجديد.

يضم المجلس الطبي، فضلا عن الرئيس ونائب الرئيس، الأعضاء الآتي ذكرهم :

- مسؤولو المصالح الطبية والقطاعات الصحية الفرعية.

- الصيدلي المسؤول عن الصيدلية.

- طبيب أسنان يعينه المدير.

- موظف شبه طبي ينتخبه زملاؤه ويتمتع بأعلى رتبة في السلك شبه الطبي.

- ممثل المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء.

المادة 22 : يجتمع المجلس الطبي باستدعاء من رئيسته في دورة عادية مرة كل شهرين ويمكنه أن يجتمع في دورة طارئة بطلب من رئيسته أو أغلبية أعضائه أو بطلب من مدير القطاع الصحي.

يتوج كل اجتماع بمحضر رسمي يسجل في سجل خاص.

المادة 23 : لا تصح اجتماعات المجلس الطبي إلا بحضور أغلبية أعضائه. وإذا لم يكتمل التصاب يستدعى المجلس من جديد في الأيام الثمانية الموالية ويمكن أعضائه حينئذ أن يجتمعوا مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين.

يضع المجلس الطبي نظامه الداخلي ويصادق عليه.

## الباب الثالث

## التنظيم المالي

المادة 24 : تحدد مدونة ميزانية القطاع الصحي بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية.

المادة 25 : تتضمن ميزانية القطاع الصحي بابا للإيرادات وبابا للنفقات.

تتضمن الإيرادات ما يأتي :

\* إعانات الدولة المتمثلة في مساهمتها في أعمال الوقاية والبحث الطبي والتكوين والتكفل بالمعوزين غير المستفيدين من التأمينات الاجتماعية.

\* إعانات الجماعات المحلية.

\* الإيرادات الناتجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي والخاصة بالعلاج المقدم للمؤمنين الاجتماعيين وذوي حقوقهم وعن التعاقد مع التعااضديات والمؤسسات وهيئات التكوين.

\* التخصيصات الاستثنائية.

\* الهبات والوصايا الممنوحة في إطار التشريع والتنظيم المعمول بهما.

\* الإيرادات المختلفة.

\* الإيرادات والإعانات الأخرى المرتبطة بنشاط المؤسسة.

\* تسديدات التأمينات الاقتصادية الخاصة بالأضرار الجسدية.

تتضمن النفقات ما يأتي :

\* نفقات التسيير.

\* نفقات التجهيز.

\* أي نفقة أخرى ضرورية لتحقيق هدفه.



## الفصل الثاني

## المدير

المادة 17 : يعين مدير القطاع الصحي بقرار من الوزير المكلف بالصحة. وتنتهي مهامه بنفس الأشكال.

المادة 18 : يساعد المدير في تادية مهامه مديرون مساعدون.

يعين المديرون المساعدون بقرار من الوزير المكلف بالصحة وباقتراح من مدير المؤسسة.

يحدد المخطط التنظيمي للقطاع الصحي بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية والسلطة المكلفة بالوظيف العمومي.

المادة 19 : المدير مسؤول عن تسيير القطاع الصحي، وبهذه الصفة:

- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية،

- هو الأمر بالصرف فيما يخص نفقات المؤسسة،

- يحضر مشاريع الميزانية التقديرية ويعد حسابات المؤسسة،

- يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة،

- يقوم بتنفيذ مداولات مجلس الإدارة،

- يضع التقرير السنوي للنشاطات ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة،

- يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به،

- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته،

- يمارس سلطة التعيين والتسيير على مجموع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين خصص لهم شكل آخر من أشكال التعيين،

- يمكنه تفويض إمامائه، على مسؤوليته، لصالح مساعديه.

\* مشاريع الاستثمار،

\* مشاريع المخططات التنظيمية للمصالح،

\* البرامج السنوية الخاصة بصيانة البنايات والتجهيزات،

\* الاتفاقيات المنصوص عليها في المادة 7 أعلاه،

\* العقود المتعلقة بالخدمات الملاجية، والموقعة مع شركات المؤسسة لاسيما مع هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والتعاضديات والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى،

\* مشروع جدول الموظفين،

\* النظام الداخلي للمؤسسة،

\* اقتناء وتحويل المنقولات والعقارات وعقود الإيجار،

\* قبول الهبات والوصايا أو رفضها.

المادة 14 : يجتمع مجلس الإدارة وجوبا في دورة عادية مرة كل سنة أشهر.

ويمكنه أن يجتمع في دورة طارئة باستدعاء من رئيسه أو بطلب من ثلثي (  $\frac{2}{3}$  ) أعضائه. تهرز مداولات مجلس الإدارة في محاضر تسجل في سجل خاص مرقم وموقع يمنيه رئيس وأمين الجلسة.

يضع مجلس الإدارة نظامه الداخلي ويصادق عليه خلال اجتماعه الأول.

المادة 15 : لاتصح مداولات مجلس الإدارة إلا بحضور أغلبية أعضائه وإذا لم يكتمل النصاب يستدعى مجلس الإدارة من جديد في الأيام الثمانية الموالية ويجوز حينئذ للأعضاء أن يتداولوا مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين.

تتخذ القرارات بأغلبية الأعضاء الحاضرين وفي حالة تساوي الأصوات، يرجح صوت الرئيس.

المادة 16 : تعرض مداولات مجلس الإدارة للموافقة على الوالي في الأيام الثمانية التي تلي الاجتماع، وتكون المداولات قابلة للتنفيذ ثلاثين (30) يوما بعد إرسالها إلا في حالة معارضة صريحة يبلغ عنها خلال هذه المدة.

## الفصل الأول

## مجلس الإدارة

المادة 10 : يضم مجلس الإدارة :

- \* ممثل الوالي، رئيسا،
- \* ممثل إدارة المالية،
- \* ممثل التأمينات الاقتصادية،
- \* ممثل هيئات الضمان الاجتماعي،
- \* ممثل المجلس الشعبي البلدي، لبلدية مقر المؤسسة،
- \* ممثل المجلس الشعبي الولاوي،
- \* ممثل المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه،
- \* ممثل المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملاؤه،
- \* ممثل جمعيات المنتفعين،
- \* ممثل العمال ينتخب في جمعية عامة،
- \* رئيس المجلس الطبي.

يشارك مدير القطاع الصحي في مداوات مجلس الإدارة بصوت استشاري ويتولى أمانة المجلس.

المادة 11 : يعين أعضاء مجلس إدارة لعهد مدتها ثلاث ( 3 ) سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي وباقتراح من السلطات التي ينتمون إليها.

في حالة انقطاع عهد أي عضو، يعين عضو جديد حسب الأشكال نفسها ليعوضه إلى غاية نهاية العهد. تنتهي عهدة الأعضاء المعيّنين بحكم وظائفهم مع انتهاء هذه الوظائف.

المادة 12 : يمكن أن يستعين مجلس الإدارة بأي شخص من شأنه أن يساعده في مداواته.

المادة 13 : يتداول مجلس الإدارة في المواضيع الآتية :

- \* مخطط التنمية القصير والمتوسط المدى،
- \* مشروع ميزانية المؤسسة،
- \* الحسابات التقديرية،
- \* الحساب الإداري،

المادة 5 : يتكفل القطاع الصحي، في مجال نشاطه، بشكل منسجم ومنظم بحاجيات السكان الصحية، وفي هذا الإطار يقوم بالمهام الآتية :

- يضمن تنظيم توزيع الإسعافات وبرمجتها ،
- يطبق نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء،
- يضمن النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتخطيط العائلي،
- يطبق البرامج الوطنية والجهوية والمهنية للصحة والسكان،
- يساهم في ترقية المحيط وحمايته في مجالات الوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والأفات الاجتماعية،
- يساهم في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم.

المادة 6 : ينظم القطاع الصحي في وحدات جيو صحية تغطي مجموعة سكانية معينة، تطلق عليها تسمية "قطاعات صحية فرعية، حتى يتمكن من تأدية المهام المسندة إليه المنصوص عليها في المادة 5 أعلاه.

يتم إنشاء القطاعات الصحية الفرعية أو حلها بقرار من الوزير المكلف بالصحة وباقتراح من الوالي.

المادة 7 : يمكن أن يستعمل القطاع الصحي كميزان للتكوين شبه الطبي والتسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات توقع مع المؤسسة القائمة بالتكوين.

المادة 8 : يمكن أن تمتد هياكل القطاع الصحي حسب كفاءات يتم تحديدها بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي لضمان نشاطات استشفائية جامعية.

## الباب الثاني

## التنظيم الإداري

المادة 9 : يدير القطاع الصحي مجلس إدارة ويسيره مدير ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.

**الملحق الأول****قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية****01 - ولاية أدرار**

- أدرار
- تميمون
- رقان

**02 - ولاية الشلف**

- الشلف (أولاد محمد)
- الشلف (شرفة)
- تنس
- صبحة
- الشطية

**03 - ولاية الأغواط**

- الأغواط
- آفلو

**04 - ولاية أم البواقي**

- أم البواقي (محمد بوضياف)
- أم البواقي (المستشفى القديم)
- عين البيضاء (بوملي محمد)
- عين البيضاء (المستشفى القديم)
- مسكيانة
- عين مليلة
- عين فكرون

**05 - ولاية باتنة**

- باتنة
- أريس 1
- أريس 2
- بريكة (محمد بوضياف)
- بريكة (سليمان أعميرات)
- عين التوتة
- مروانة (علي نمر)
- مروانة (زيزة مسيكة)
- نقاوس

- المخصصات الاستثنائية،

- الهبات و الوصايا ،

- الإيرادات المختلفة،

- الموارد الأخرى المرتبطة بنشاط المؤسسة،

- تعويضات التأمينات الاقتصادية عن الأضرار الجسدية.

**في باب النفقات :**

- نفقات التسيير،

- نفقات التجهيز،

- كل النفقات الأخرى الضرورية لتحقيق هدفها.

**المادة 30 :** يعد المدير مشروع الميزانية و يعرضه على مجلس الإدارة للمداولة. و يرسله بعدئذ إلى السلطة الرصية للموافقة عليه.

**المادة 31 :** تمسك محاسبة المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية حسب قواعد المحاسبة العمومية. و يسند تداول الأموال إلى عون محاسب يعينه أو يعتمده الوزير المكلف بالمالية.

**المادة 32 :** تحدد الكيفيات المناسبة لمراقبة النفقات بقرار مشترك بين الوزيرين المكلفين بالصحة والمالية.

**الفصل الرابع****أحكام خاصة و ختامية**

**المادة 33 :** تحدد قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية في الملحقين المرفقين بهذا المرسوم.

**المادة 34 :** تنفذ أحكام هذا المرسوم في أجل لا يتجاوز ستة (6) أشهر ابتداء من تاريخ نشره في الجريدة الرسمية.

**المادة 35 :** تلغى أحكام المرسوم التنفيذي رقم 97 - 466 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها.

**المادة 36 :** ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

حرر بالجزائر في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007.

عبد المزين بلخادم