

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم: علوم التسيير

الرقم لتسلسلي:

رقم التسجيل:

العنوان:

متطلبات وعوائق الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية
دراسة عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير

تحت إشراف:

الأستاذ الدكتور: قاسمي كمال

إعداد الطالب:

خلفاوي عمر

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
تمار توفيق	أستاذ محاضر "أ"	جامعة محمد بوضياف - المسيلة	رئيسا
قاسمي كمال	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف - المسيلة	مشرفا ومقررا
حريزي فاروق	أستاذ محاضر "أ"	جامعة محمد بوضياف - المسيلة	ممتحنا
بومعراف إلياس	أستاذ محاضر "أ"	جامعة سطيف	ممتحنا
شلالي عبد القادر	أستاذ محاضر "أ"	جامعة البويرة	ممتحنا
علة محمد	أستاذ محاضر "أ"	المركز الخلفة	ممتحنا

السنة الجامعية: 2019 - 2020

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم: علوم التسيير

الرقم لتسلسلي:

رقم التسجيل:

العنوان:

متطلبات وعوائق الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية
دراسة عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير

تحت إشراف:

الأستاذ الدكتور: قاسمي كمال

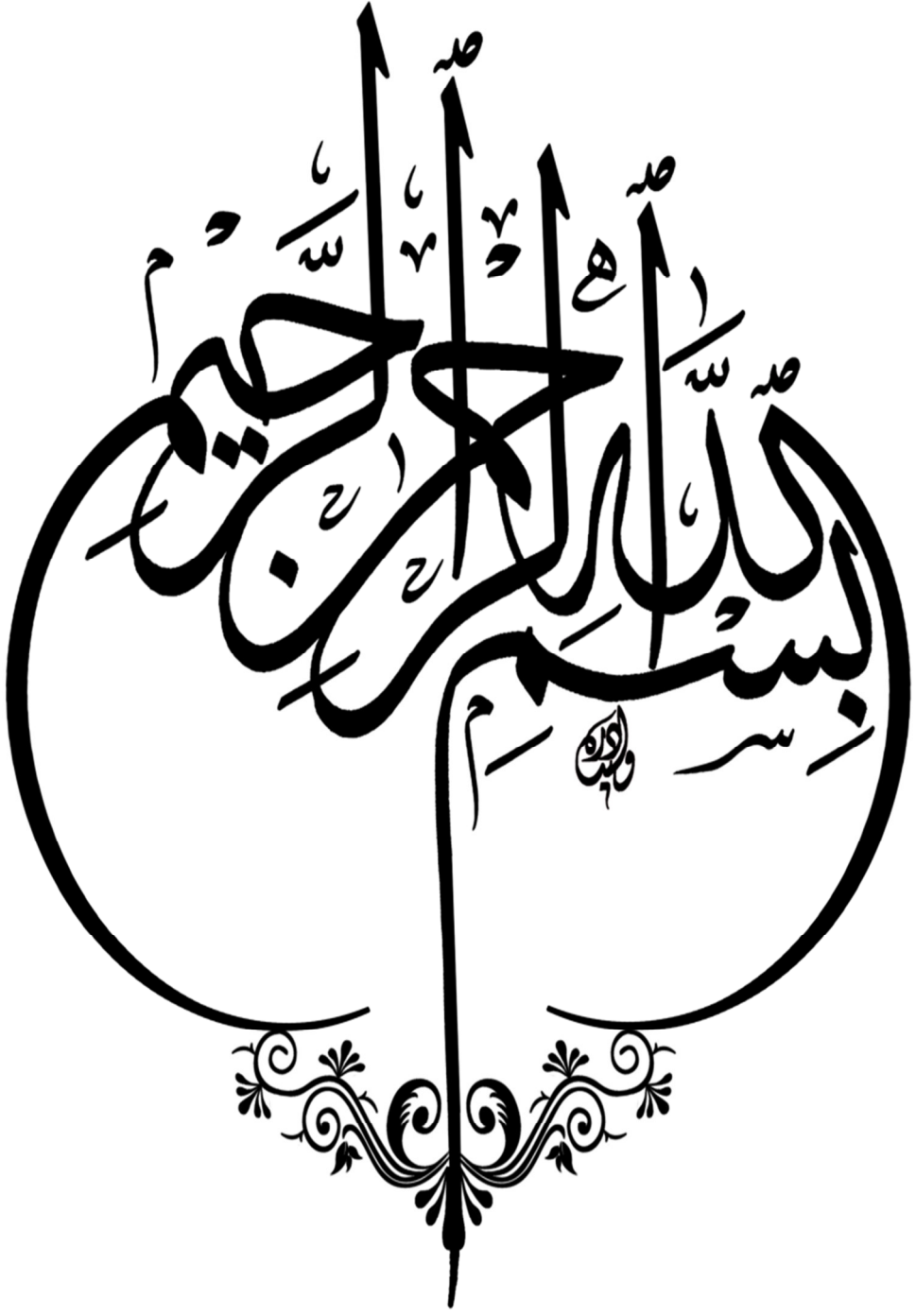
إعداد الطالب:

خلفاوي عمر

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
تمار توفيق	أستاذ محاضر "أ"	جامعة محمد بوضياف - المسيلة	رئيسا
قاسمي كمال	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف - المسيلة	مشرفا ومقررا
حريزي فاروق	أستاذ محاضر "أ"	جامعة محمد بوضياف - المسيلة	ممتحنا
بومعروف إلياس	أستاذ محاضر "أ"	جامعة سطيف	ممتحنا
شلالي عبد القادر	أستاذ محاضر "أ"	جامعة البويرة	ممتحنا
علة محمد	أستاذ محاضر "أ"	المركز الخلفة	ممتحنا

السنة الجامعية: 2019 - 2020



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" إِنَّمَا يَخْشَى اللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ الْعُلَمَاءُ إِنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ غَفُورٌ "

صدق الله العظيم .

الآية (28) سورة فاطر .

إهداء

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى:

إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما

إلى زوجتي وبناتي تسنيم وآلاء

إلى أخوتي وأخواتي

إلى جميع أفراد العائلة الكريمة

إلى كل الأصدقاء وزملائي في العمل

إلى المشرف: الأستاذ الدكتور كمال قاسمي

شكر و تقدير

الحمد لله الذي أنعم علينا بنعم العلم ووفقنا لإنجاز هذا العمل وإتمامه.
أتقدم بالشكر الجزيل والتقدير الخالص والاحترام الفائق إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد في إنجاز

هذا العمل المتواضع وأخص بالذكر:

"الأستاذ الدكتور كمال قاسمي"

على قبوله الإشراف على هذا العمل والذي لم يتوان في تقديم نصائحه وإرشاداته القيمة، أسأل الله أن
يبارك في صحته وعلمه.

والشكر لأعضاء لجنة المناقشة على تشريفهم لي بقبول مناقشة وإثراء العمل بملاحظاتهم وتوجيهاتهم
القيمة.

الأستاذة الأفاضل الذين شرفونا بتحكيم الاستبيان الخاص بالبحث

كما لا يفوتني أن أتقدم بشكري الجزيل لإطارات المنظمات الاستشفائية، مديرية الصحة لولاية برج
بوعرييج على تعاونهم.

الشكر موصول لكل من ساهم في إنجاز هذا البحث من قريب أو من بعيد.

الطالب: خلفاوي عمر

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوائق التي تواجهها المنظمات الاستشفائية ومتطلبات مواجهتها بما يحقق لها إدارة مستدامة تضمن الاستجابة لمتطلبات التنمية المستدامة بأبعادها الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية. تضمن الجانب النظري للدراسة المفاهيم الأساسية لإدارة المنظمات الاستشفائية والتنمية المستدامة "المتطلبات والعوائق"، وكذا الآليات التي من شأنها أن تحقق الاستدامة. أما الجانب التطبيقي فتضمن عرضاً تقييمياً كمياً للقطاع الصحي ومكوناته لولاية و برج بوعريج وكذا متطلبات تحقيق الاستدامة من وجهة نظر مدراء، مسيري وإطارات عينة من المنظمات الاستشفائية العمومية والخاصة للولاية.

خلصت الدراسة إلى أن القطاع الصحي بالولاية يواجه عديد المشكلات منها ما هو مرتبط بالهياكل والموارد البشرية وكذا التسييري والتنظيمي. بالنسبة لعينة الدراسة فيوجد إدراك أكبر لتعريف الاستدامة ومتطلباتها لدى المنظمات الاستشفائية العامة مقارنة بالخاصة ورغم الإدراك بأهمية التنمية المستدامة في تحسين الأداء الكلي إلا أن التحرك في هذا الإطار يبقى ضعيفاً، وهو ما يفرض البحث في الآليات الكفيلة بتحقيق الاستدامة في هذه المنظمات من جهة ومن جهة أخرى على الدولة توفير إطار تشريعي ومؤسسي يضمن تحقيق استدامة القطاع الصحي وكل مكوناته.

الكلمات المفتاحية: إدارة المنظمات الاستشفائية، الاستدامة، التنمية المستدامة، المسؤولية الاجتماعية، جودة الرعاية الصحية.

Abstract :

This study aimed to know the obstacles that hospital organizations face and the requirements of facing them in order to achieve sustainable management that ensures responding to the requirements of sustainable development in its economic, social and environmental dimensions..

The theoretical aspect of the study included the basic concepts of hospital organizations' management and sustainable development "requirements and obstacles", as well as mechanisms that would achieve sustainability. The applied side included a quantitative evaluation presentation of the health sector and its components for the wilaya of Bordj Bou Arrerj, as well as the requirements for achieving sustainability from the point of view of directors, managers from the public and private hospital organizations of the wilaya.

The study concluded that the state's health sector faces many problems, including those related to structures and human resources, as well as management and organizational. As for the study sample, there is a greater awareness of the definition of sustainability and its requirements among public hospital organizations compared to the private. Despite the awareness of the importance of sustainable development in improving overall performance, however, movement in this framework remains weak, which imposes research on mechanisms to achieve sustainability in these organizations on the one hand and on the other hand The state should provide a legislative and institutional framework that guarantees the sustainability of the health sector and all its components.

Résumé

Cette étude avait pour objectif de connaître les obstacles auxquels les organisations hospitalières sont confrontées et les exigences auxquelles elles doivent faire face afin de parvenir à une gestion durable garantissant de répondre aux exigences du développement durable dans ses dimensions économiques, sociales et environnementales.

La partie théorique de l'étude a inclus les concepts de base de la gestion et du développement durable des organisations hospitalières "exigences et obstacles", ainsi que les mécanismes qui permettraient d'atteindre la durabilité. Quant à la partie pratique, elle a compris une évaluation quantitative du secteur de la santé et de ses composantes pour la wilaya et Bordj Bou Arreridj, ainsi que les exigences pour atteindre la durabilité du point de vue des directeurs, des gestionnaires et des cadres d'un échantillon d'organisations hospitalières publiques et privées de la wilaya.

L'étude a conclu que le secteur étatique de la santé est confronté à de nombreux problèmes, y compris ceux liés aux structures et aux ressources humaines, ainsi qu'à la gestion et à l'organisation. En ce qui concerne l'échantillon de l'étude, la définition de la durabilité et ses exigences sont davantage connues par les organisations hospitalières publiques que privées. Malgré la prise de conscience de l'importance du développement durable pour l'amélioration des performances globales, les mouvements dans ce cadre restent faibles, ce qui impose une recherche sur les mécanismes permettant d'atteindre la durabilité dans ces organisations d'une part et d'autre part. L'État devrait fournir un cadre législatif et institutionnel garantissant la durabilité du secteur de la santé et de toutes ses composantes.

Mots clés : gestion de l'organisation hospitalière, durabilité, développement durable, responsabilité sociale, qualité des soins de santé.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ-ز	مقدمة عامة
1	الفصل الأول: الإطار النظري للمنظمات الإستشفائية في الجزائر
1	تمهيد
2	المبحث الأول: ماهية المنظمات الاستشفائية
2	المطلب الأول: تعريف وخصائص المنظمات الاستشفائية
3	المطلب الثاني: معايير تصنيف المنظمات الاستشفائية
6	المطلب الثالث: أهداف المنظمات الاستشفائية
11	المبحث الثاني: إدارة المنظمات الإستشفائية
11	المطلب الأول: الوظائف الإدارية في المنظمات الاستشفائية
27	المطلب الثاني: هيكله الوظائف الاستشفائية
32	المطلب الثالث: الأقسام الإدارية والفندقية والخدمية في المستشفى
35	المبحث الثالث: هيكله وتنظيم المنظمات الاستشفائية في الجزائر
35	المطلب الأول: تعريف المرافق الاستشفائية للصحة العمومية
37	المطلب الثاني: تصنيف الهياكل الصحية للقطاع العام
38	المطلب الثالث: المنظمة الاستشفائية الخاصة
43	المبحث الرابع: عرض لتطور المنظومة الصحية في الجزائر
43	المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي
46	المطلب الثاني: تطور مكونات القطاع الصحي في الجزائر
52	الفصل الثاني: آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها
52	تمهيد
53	المبحث الأول: آثار المنظمات الاستشفائية
53	المطلب الأول: الآثار الاقتصادية
55	المطلب الثاني: الآثار الإيكولوجية "البيئية"
59	المطلب الثالث: الآثار الاجتماعية والأخلاقية

62	المبحث الثاني: الإطار المفاهيمي للتنمية المستدامة
62	المطلب الأول: التطور التاريخي للتنمية المستدامة
65	المطلب الثاني: مفاهيم التنمية المستدامة
67	المطلب الثالث: خصائص ومقومات التنمية المستدامة
69	المطلب الرابع: أبعاد التنمية المستدامة وأهدافها
72	المبحث الثالث: الإطار العام للمسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال
72	المطلب الأول: مدخل إلى المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة
76	المطلب الثاني: الحاكمية والشفافية في منظمات الأعمال
83	المبحث الرابع : التنمية المستدامة، المسؤولية الاجتماعية والمنظومة الصحية
83	المطلب الأول : التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي
85	المطلب الثاني : محددات التنمية الصحية المستدامة
87	المطلب الثالث: المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي
99	الفصل الثالث: عوائق الإدارة المستدامة للمنظمات الإستشفائية
99	تمهيد
100	المبحث الأول: العوائق المرتبطة بالجوانب التنظيمية
100	المطلب الأول: تحديات إدارة الموارد البشرية في المنظمات الاستشفائية
103	المطلب الثاني: تحديات إدارة الصراع التنظيمي
107	المطلب الثالث: التحديات التكنولوجية في المجال الطبي
109	المبحث الثاني: العوائق المرتبطة بالجوانب الاقتصادية
109	المطلب الأول: صعوبة قياس مخرجات العملية الاستشفائية
113	المطلب الثاني: إشكالية التحكم في التكاليف الاستشفائية
114	المطلب الثالث: إشكالية التحكم في النفقات الصحية
118	المبحث الثالث: العوائق المرتبطة بالجوانب الاجتماعية
118	المطلب الأول: عوائق مرتبطة بسلوكيات الأفراد
120	المطلب الثاني: التحديات الأخلاقية في الرعاية الصحية
124	المطلب الثالث: السرقات في المنظمات الاستشفائية
126	المبحث الرابع: العوائق الإيكولوجية وإدارة المخاطر والسلامة المهنية

126	المطلب الأول: العوائق البيئية والإيكولوجية
129	المطلب الثاني: المخاطر في المنظمات الاستشفائية
134	المطلب الثالث: آثار المخاطر على العاملين بالمنظمات الاستشفائية
140	الفصل الرابع : آليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الإستشفائية
140	تمهيد
141	المبحث الأول : آليات تحسين الأداء الاقتصادي في المنظمات الاستشفائية
141	المطلب الأول : نظام إدارة الجودة الشاملة
145	المطلب الثاني: نظام الأيزو 9001 لإدارة الجودة
155	المطلب الثالث: إستراتيجية الانحراف السداسي Six Sigma
159	المبحث الثاني: آليات تحسين الأداء البيئي في المنظمات الاستشفائية
159	المطلب الأول : نظم الإدارة البيئية المتكامل
162	المطلب الثاني: المواصفة الأوروبية EMAS
164	المطلب الثالث: الإدارة البيئية من خلال الأيزو 14000
168	المبحث الثالث: آليات تحسين الأداء الاجتماعي في المنظمات الاستشفائية
168	المطلب الأول: نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18001:2007
174	المطلب الثاني: نظام المساءلة الاجتماعية SA 8000
183	المطلب الثالث: مواصفة المسؤولية الاجتماعية ISO 26000
186	المبحث الرابع: تجارب دولية في مجال استدامة المنظمات الإستشفائية
186	المطلب الأول: معايير الاعتماد الدولي للمنظمات الاستشفائية ISQUA
189	المطلب الثاني: تقييس المنظمات الاستشفائية الفرنسي إصدار 2014
194	الفصل الخامس: دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستدامة للمنظمات الإستشفائية محل الدراسة
194	تمهيد
195	المبحث الأول : تقييم واقع القطاع الاستشفائي لولاية برج بوعريريج
195	المطلب الأول: القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج
203	المطلب الثاني: الهياكل الصحية لولاية برج بوعريريج
213	المطلب الثالث: الخدمات الصحية والتأطير الصحي

219	المبحث الثاني: منهجية وأدوات الدراسة
219	المطلب الأول: عينة الدراسة
219	المطلب الثاني: أداة ومتغيرات الدراسة
221	المبحث الثالث: عرض نتائج الدراسة
221	المطلب الأول: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالسّمات الشخصية للعينة
224	المطلب الثاني: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الأول والثاني
231	المطلب الثالث: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الثالث والرابع
241	المبحث الرابع: تحليل نتائج الدراسة
241	المطلب الأول: اختبار صحة الفرضية الأولى
247	المطلب الثاني: اختبار صحة الفرضية الثانية
253	المطلب الثالث: اختبار صحة الفرضية الثالثة
262	المطلب الرابع: اختبار صحة الفرضية الرابعة
272	خاتمة عامة
282	قائمة المراجع
294	فهرس الجداول والأشكال
302	الملاحق

مقدمة عامة

مقدمة:

تواجه الدول عديد المخاطر التي تهدد صحة وحياة الأفراد خاصة في الوقت الحالي كون مصادر المخاطر أصبحت متعددة منها الطبيعية ومنها ما مسببه الدول والأفراد كالحروب والتلوث والسلوكيات الخاطئة للأفراد وما له من آثار وخيمة على الشعوب. ومحاولة التكيف مع متغيرات البيئة عملت الدول على تحسن الإطار المعيشي وتطوير منظوماتها الصحية محاولة منها للرفي بمستوى الخدمات الصحية، تحسين معدلات التغطية الصحية من جهة ومن جهة أخرى القدرة على مواجهة الأزمات الطبية والأوبئة بما يحقق تحسين ظروف ونوعية الحياة المادية والمعنوية والحريات السياسية وباقي الجوانب ذات العلاقة بالحياة الإنسانية .

السياسات الصحية المعاصرة للدول أصبحت ترمي إلى رسم سياسات صحية مستدامة مفهومها أشمل من مفهوم التنمية الذي يركز على النظرة الثابتة للنمو الاقتصادي، بل تحقيق تنمية مستدامة لها أبعاد تتجاوز الحدود الاقتصادية لتشمل الجوانب الصحية والاجتماعية والثقافية والسياسية وغيرها من الجوانب ذات الصلة بحياة الأفراد . وباعتبار المنظمات الإستشفائية المكون الرئيس لبنية القطاع الصحي في معظم الدول ونظرا للآمال المعلقة عليها في سبيل تحقيق تحسين جودة الرعاية الصحة وخدمة المجتمع، أصبح لزاما إدارتها بما يحقق الإستجابة السريعة لمتطلبات التنمية المستدامة خاصة في ظل تعدد آثارها على البيئة الإيكولوجية بسبب نفاياتها الطبية، ضخامة ميزانيات تسييرها وكبر حجم إستثماراتها المادية، المالية والبشرية وجب توجيهها نحو نمط تسييري مستدام يحقق تنمية صحية مستدامة بيئية، إقتصادية وإجتماعية.

تعاني الجزائر من تردي خدماتها الصحية وعدم رضى كل الأطراف ذات المصلحة على آدائها وآثارها السلبية على البيئة والمجتمع. ونتيجة لارتفاع مطالبات الأطراف ذات المصلحة بالرفي بمستوى الخدمات الصحية في ظل التحديات الاقتصادية، البيئية والاجتماعية . حاولت المنظومة الصحية في الجزائر الإستجابة لمتطلبات التنمية الصحية المستدامة، لذلك من خلال مراجعة الخريطة الصحية التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية، وسن مجموعة من القوانين والمراسيم المتعلقة بإنشاء وتنظيم المنظمات الاستشفائية وتسيير نفايات أنشطتها وكذا التعاون مع المؤسسات والهيئات كالصندوق الوطني للبيئة، المجلس الأعلى للبيئة والتنمية المستدامة، المرصد الوطني للبيئة والتنمية المستدامة ، المديرية العامة للبيئة والتنمية المستدامة وغيرها.

وعليه وجب على المنظمات الاستشفائية التفكير بجدية في الرفي بمستوى الخدمات الصحية وتحسين جودة الرعاية الصحية مع الحد من الآثار السلبية لأنشطتها بما يخدم ويحقق تنمية صحية مستدامة.

أولا: إشكالية الدراسة: تتمحور الإشكالية المطروحة في هذا البحث حول الإجابة على السؤال الرئيسي التالي:

ما مدى تأهيل المنظمات الاستشفائية عينة الدراسة للاستجابة لمتطلبات الإدارة المستدامة ؟

من الإشكالية الرئيسية يمكن طرح التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هي إتجاهات إطارات المنظمات الإستشفائية محل الدراسة نحو مفهوم ومتطلبات التنمية المستدامة؟
- هل تبذل المنظمات الاستشفائية محل الدراسة مجهودات في سبيل الإدماج الإداري للتنمية المستدامة؟

■ هل تتم عملية الإتصال وإدارة العلاقات العامة في المنظمات الاستشفائية ميدان الدراسة في اتجاه الاستجابة لمتطلبات التنمية المستدامة؟

■ هل تبني المنظمات الاستشفائية ميدان الدراسة سياسات الشراء المستدام إستجابة لتحقيق متطلبات التنمية المستدامة؟

ثانيا: فرضيات البحث:

-الفرضية الرئيسية:

"المنظمات الاستشفائية عينة الدراسة مؤهلة بشكل كبير للإستجابة لمتطلبات الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية".

-الفرضيات الفرعية:

■ لدى مديري وإطارات المنظمات الاستشفائية إدراك تام لمفهوم التنمية الصحية المستدامة وأسسها ومتطلبات تحقيق أبعادها.

■ تبذل المنظمات الاستشفائية مجهودات في سبيل تحقيق إستدامتها الإقتصادية، البيئية والإجتماعية.

■ تتم عمليات الاتصال وإدارة العلاقات العامة للمؤسسات ميدان الدراسة في إتجاه تحقيق التنمية المستدامة .

■ تبني المنظمات الاستشفائية ميدان الدراسة سياسات الشراء المستدام إستجابة لتحقيق متطلبات التنمية المستدامة.

ثالثا: أهمية الدراسة:

حدثة المواضيع المتعلقة بالتنمية المستدامة والمسؤولية الإجتماعية وتطبيقاتها على مختلف القطاعات حيث تهتم هذه الدراسة بتقديم الحلول العملية والخبرات الدولية في مجال إدارة المؤسسات الاستشفائية وفق متطلبات التنمية المستدامة. تشكل الأنواع العديدة من المخلفات والنفايات الطبية مصدرا متجددا للملفات والاقتصاد في الطاقة والمياه وبناء المستشفيات مع ما يتطابق والالتزامات البيئية والاجتماعية السبيل الوحيد لإدماج أبعاد التنمية المستدامة في التسيير اليومي للمستشفيات.

رابعا: المنهج المتبع: إستنادا لطبيعة موضوع الدراسة فقد تم استخدام الأسلوب الوصفي التحليلي الذي يركز على أسلوبين، يتمثل الأول في الأسلوب النظري لتقدم خلفية عن المنظمات الاستشفائية، آثارها، عوائق إدارتها المستدامة وآليات تحسين أدائها؛ من خلال الإطلاع على الدراسات والأبحاث والكتب والمجلات المتعلقة بموضوع الدراسة، في حين يتمثل الأسلوب الثاني على أسلوب دراسة حالة، إذ تم الإعتماد أداة الإستبيان المقترن بالمقابلة في جمع البيانات، واستخدام الأدوات الاحصائية المناسبة والتي يوفرها النظام الإحصائي SPSS ليتسنى إختبار الفرضيات والخروج بنتائج يمكن إعتقادها.

خامسا: مبررات اختيار الموضوع:

لعل من أهم المبررات التي دفعتني لاختيار هذا الموضوع:

- الموضوع يندرج ضمن التخصص إدارة الأعمال والتنمية المستدامة والرغبة الشخصية في البحث في مثل هذه المواضيع؛
- الرغبة الكبيرة في البحث في المشاكل القطاعية الجزائرية والتي يعد القطاع الصحي أهمها لتعلقة بصحة وحياة الأفراد.
- إمكانية تعميم نتائج الدراسة على المنظمات الاستشفائية والصحية عمومية كانت أو خاصة للاستفادة منها.

سادسا: الدراسات السابقة:

أجريت العديد من الدراسات حول النفايات الطبية خلال السنوات الماضية لكنها اقتصرت على النفايات الطبية دون تناول الإدارة المستدامة و التنمية المستدامة، لعل من أبرز هذه الدراسات:

1- الدراسات العربية:

أ. دراسة عاصم أحمد الخطيب سنة 2003 بعنوان: "إدارة النفايات الطبية في فلسطين-دراسة في الوضع القائم-" حيث ركزت الدراسة على حجم النفايات الطبية التي تنتجها المستشفيات الفلسطينية وتأثيراتها على الصحة العامة.

النتائج التي توصلت إليها:

- أهمية دور الموارد البشرية في إدارة النفايات الطبية؛
- وجود ممارسات غير صحيحة في معالجة النفايات الطبية؛
- ضعف القوانين التي تحكم العمل في مجال إدارة النفايات الطبية.

ب. دراسة الطاهر إبراهيم الثابت، 2005، بعنوان: "المحارق وطرق علاج النفايات الطبية في ليبيا"،

حيث ركزت الدراسة على إصابات العاملين في مجال معالجة النفايات الطبية وتحديد مصادرها في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية والمختبرات. وقد توصلت الدراسة إلى العمل بخطوات رئيسية للتعامل السليم مع النفايات الطبية.

ت. دراسة "إسلام عبد السلام إدريس محمد" بعنوان: دراسة الإدارة المستدامة للنفايات الطبية في بعض مستشفيات الخرطوم¹

تطرقَت الدراسة إلى الأهمية بنظام الإدارة البيئي والتعامل مع إدارة النفايات الطبية الخطرة، كما يتم إجراء هذه الدراسة للتعبير عن واقع إدارة النفايات الطبية والهدف تقييم إدارتها من حيث عملية الجمع والتخزين والنقل والتخلص النهائي.

¹ إسلام عبد المنعم إدريس محمد، الإدارة المستدامة للنفايات الطبية في بعض مستشفيات الخرطوم، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2007.

وتوصلت الدراسة إلى أن الخرطوم تعاني من مشكلات عديدة من خلال مؤشرات مختلفة طبيعية، اجتماعية سياسية، اقتصادية وفنية كانت سبب في تدهور البيئة الحضرية وتلوث البيئة بالمبوثات الطبية بمختلف أنواعها والتي تمثل اليوم أهم المشاكل الخطيرة للبيئة بصفة عامة وللمستشفيات بصفة خاصة، وبالتالي وفي إطار وسائل التنمية وتحقيق الاستدامة تأتي إدارتها من أكثر المشكلات وأكبر القضايا.

وتم الاعتماد في البحث لدراسة ومعرفة أسس إدارة النفايات الطبية في الدول العربية واستعراض الحالة الراهنة في مدينة الخرطوم، وعرض المشاكل الناتجة عن عدم الاهتمام بالمخلفات الطبية حتى يمكننا من الوصول لحل مشكلة البحث.

وباكتشاف حقائق جديدة عن طريق معلومات البحث واستخدام الكتب والمراجع التي تهتم بموضوع البحث والمعالجة هذا النوع من المشاكل البيئية، واستخدام المسح الميداني وذلك بالاتصال الشخصي المباشر مع القائمين بمنظومة إدارة النفايات بالمستشفيات، كما خصصت الدراسة لواقع النفايات بها وعمل مجموعة نقاش مع الطاقم الطبي - عمال النظافة - وسائقي سيارات نقل النفايات بالإضافة للزيارات الميدانية لمواقع الدراسة مع مراقبة كيف يتم فصل النفايات الطبية والاعتماد على المشاهدات الميدانية وتدوين الملاحظات وتحليل المعلومات عن طريق التحليل الإحصائي (SPSS).

وكانت أهم نتائج الدراسة بعد ثبوت صحة الفرضيات عدم وجود نظام متكامل ومستدام لتصنيف النفايات الطبية من فرز وجمع ونقل واضح في المستشفيات، مما جعل الباحث يوصي بضرورة إقامة إدارة نفايات طبية بالمستشفيات مكونة من الأعضاء المعنيين بأمرها، واتباع المعايير الدولية في جميع مراحل إدارة النفايات الطبية.

ث. دراسة مريم داود أبو محسن تقييم إدارة النفايات الطبية في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة¹:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم إدارة النفايات الطبية في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة من حيث عملية الفرز، الجمع والنقل، والتخلص النهائي، إضافة إلى معرفة كمية النفايات الطبية التي تنتجها المستشفيات. وقد اعتمدت الدراسة على عدة طرائق لجمع المعلومات شملت كتابة الملاحظات أثناء العمل الميداني، واستبانة قسمت إلى قسمين قسم خاص بعمال النظافة، وقسم خاص بالطاقم الطبي إضافة إلى المقابلات الشخصية، وقد أظهرت النتائج أن المتوسط العام لإنتاج النفايات الطبية بلغ 1.8 كغ/سرير/اليوم، ثم حددت كمية النفايات الطبية لكل قسم من أقسام المستشفيات، وقد بلغت أعلى قيمة في قسم النساء والولادة 744 كغ/اليوم، ولم تزد عن 10 كغ/اليوم في قسم العلاج الطبيعي، كما وبينت الدراسة افتقار المستشفيات إلى تطبيق تعليمات منظمة الصحة العالمية لمفهوم إدارة النفايات الطبية وافتقار الوعي لدى العاملين في مجال النفايات الطبية، وقد أظهرت الدراسة أيضا أنّ محارق النفايات الطبية في المستشفيات الحكومية قديمة، وتوجد بالقرب من التجمعات السكانية، كما في مجمع ناصر الطبي ومجمع الشفاء الطبي، وتعمل بدرجات أقلّ من 1200 درجة مئوية إضافة إلى عدم وجود صيانة مستمرة

¹ مريم داود أبو محسن، تقييم إدارة النفايات الطبية في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة، قسم الجغرافيا كلية الآداب، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2014.

لنلك المحارق، مما يؤدي إلى انبعاث الدخان الأسود وبذلك يكون مصدرا لانبعاث الغازات السامة كغاز الديوكسين المسرطن.

لقد أوصت الدراسة بضرورة تطبيق نظام الفرز بين النفايات الطبية الخطرة والنفايات الطبية غير الخطرة من المصدر وبالطرق الصحيحة، وأيضا استخدام وسائل الوقاية للعاملين في مجال النفايات الطبية، وكذلك رفع مستوى التعاون بين مختلف المؤسسات المعنية بإدارة النفايات الطبية من أجل حلّ المشاكل القائمة لتطوير هذا النظام والاجتهاد في البحث عن تقنيات بديلة سلمية بيئيا تفوق المحارق.

2- الدراسات الأجنبية:

(Diaz, Savage end Eggerth,2005)، بعنوان: "بدائل معالجة نفايات الرعاية الصحية والتخلص منها في الدول النامية"، تناولت هذه الدراسة موضوعا محددًا تمثل في أن الدول النامية تستعمل وسائل وطرائق غير صحيحة لإدارة النفايات الصحية، والتي يمكن أن تؤدي إلى تأثيرات سلبية على الصحة العامة، وسلامة العاملين والبيئة، وأفادت الدراسة أن هنالك عدد قليل من العاملين في المنظمات الصحية على إطلاع بالوسائل السليمة وأن إدارة النفايات الصحية أعطيت لأشخاص غير متعلمين أو ذوو تعليم بسيط وحددت الدراسة أنواع النفايات وكيفية معالجتها بالطرق المناسبة.

3-الدراسات الوطنية:

أ- دراسة بن عيشي عمار " تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية-دراسة ميدانية على مستشفى بشير بن ناصر بولاية بسكرة-الجزائر-2012¹:"

هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص واقع إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية، ومن أجل تحقيق ذلك قام الباحث باختيار عينة عشوائية طبقية عددها 203 عامل من مجتمع الدراسة والممثل في عدد العاملين مستشفى بشير بن ناصر بولاية بسكرة. وزعت عليهم استبانة وتم التحقق من صدقها وثباتها حيث شملت على 21 فقرة وزعت على أربعة محاور وهي: التركيز على الزبون(المريض)، التحسين المستمر، التزام الإدارة العليا، إشراك الموظفين، وتم إدخال البيانات إلى الحاسب الآلي معالجتها باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: إدراك العاملون في المستشفيات الجزائرية أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة والمتمثلة في: التركيز على الزبون(المريض)، التحسين المستمر، التزام الإدارة العليا، إشراك الموظفين؛ توجد فروق في اتجاهات العاملين في المستشفيات الجزائرية في إدراكهم لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى إلى كل متغير الجنس، العمر، المستوى التعليمي، نوع الوظيفة والخبرة.

¹ بن عيشي عمار، تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية-دراسة ميدانية على مستشفى بشير بن ناصر بولاية بسكرة-الجزائر-، مجلة أبحاث إقتصادية، العدد11، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، جوان 2012.

ب- دراسة زعيتز فاتح دور ادارة النفايات الطبية الصلبة في تحسين جودة الخدمة الصحية في الجزائر
(2016/2015):¹

هدف هذا البحث إلى دراسة دور إدارة النفايات الطبية الصلبة في تحسين جودة الخدمة الصحية، وللوصول إلى هذا الهدف تم تقسيم البحث إلى جزئين، جزء نظري تم التطرق فيه إلى المفاهيم النظرية الخاصة بكل من إدارة النفايات الطبية وجودة الخدمة الصحية، أما الجزء الثاني فقد تمثل في الجانب التطبيقي لمجموعة من المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الصحي في الجزائر. واقتصرت الدراسة على معرفة الدور الذي تحققه الاجراءات الخاصة بإدارة النفايات الطبية بشكل سليم في تحسين الجوانب الخاصة بجودة الخدمة الصحية، تم الاعتماد على الاستبانة كأداة أساسية للبحث تم توزيعها على مجموعة من الأفراد مقدمي الخدمة الصحية (الأطباء، الممرضين، الاداريين، العمال) في ميدان الدراسة، وتم الاستعانة بمجموعة من الأدوات الاحصائية في معالجة بيانات مفردات عينة البحث واختبار الفرضيات، ولقد تم التوصل إلى أن هناك دور لإدارة النفايات الطبية الصلبة في تحسين جودة الخدمة الصحية، وذلك من خلال وجود علاقة تربط بين الاجراءات الخاصة بإدارة النفايات الطبية الصلبة والأبعاد الرئيسية لجودة الخدمة الصحية (الاعتمادية، التوكيد، الملموسية، التعاطف، الاستجابة)، إلا أن هناك ارتباط متوسط بين الاجراءات الخاصة بإدارة النفايات الطبية الصلبة والأبعاد الرئيسية لجودة الخدمة الصحية، وهذا يعود الى عدم اهتمام الكثير من المسؤولين والقائمين بأهمية الإدارة السليمة والأمانة للنفايات الطبية وخاصة الصلبة منها وعدم معرفة الدور الذي تحققه الاجراءات الخاصة بالإدارة السليمة لهذه النفايات في الجوانب الخاصة بالخدمة الصحية وتقديمها بجودة عالية.

ت- دراسة واقع المسؤولية الإجتماعية للمستشفيات-دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي-
بشار-2017/2016:²

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة واقع ممارسة المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية اتجاه الأطراف أصحاب المصلحة وأخذت كعينة المؤسسة الاستشفائية العمومية 240 سرير بالجنوب الغربي للوطن باعتبارها أحد المؤسسات الهامة بالمنظمة، ارتكزت الدراسة على فرضيات تضمنت الأولى البعد الأخلاقي في ممارسة المستشفى لمسئوليتها الاجتماعية، أما الفرضية الثانية والثالثة فتضمنت أهمية أصحاب المصلحة وواقع التزام المستشفى بمسئوليتها الاجتماعية اتجاه هذه الأطراف من العمال والمرضى المستفيدين كطرف أساسي ثم المجتمع، المتعاملين والبيئة. الدراسة في شقها النظري تناولت التأصيل النظري للمسؤولية الاجتماعية بمفاهيمها وأبعادها المختلفة لتؤكد على البعد الأخلاقي والاجتماعي كهدف أول بالنسبة للمستشفيات يليه البعد الاقتصادي والبيئي كهدف ثاني.

¹ زعيتز فاتح، دور إدارة النفايات الطبية الصلبة في تحسين جودة الخدمة الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2015.2016

² واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات-دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي-بشار-، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر قايد، 2016-2017.

الجانب التطبيقي للدراسة كشف عن وجود تباين في واقع التزام المؤسسة بمسئوليتها الاجتماعية حيث كانت النتائج متوسطة اتجاه العاملين والمجتمع والمتعاملون على عكس المستفدون، فكانت جيدة إلى حدّ ضعيفة بالنسبة للبيئة، في نفس السياق كشفت الدراسة عن عدم وجود اختلافات كبيرة في واقع المسؤولية يعزى إلى المتغيرات الشخصية كالخبرة المهنية، طبيعة العمل، والعمر والجنس.

خلصت الدراسة إلى عدد من التوصيات أبرزها التأكيد على أهمية الأطراف ذات المصلحة باعتبار المؤسسات الاستشفائية نظام مخرجاته من خدمات صحية يتوقف على مدى مشاركة ومساندة جميع الأطراف وأصحاب المصلحة.

ث- ريمة أوشن، إيمان بن زيان و همامة بن عمومة، أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء -دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري-2017: ¹

تواجه المؤسسات الصحية في الجزائر تحديات عديدة، تم تصنيفها إلى عدة مستويات منها ما تعلق بالنظام الصحي، ومنها ما هو مرتبط بالخدمات الصحية وأخرى تتعلق بالمراكز الاستشفائية، وقد لوحظ من خلال هذه العوائق قصور النظام الصحي الجزائري وتدني مستوى الخدمات بشكل كبير.

هدفت هذه الدراسة البحث عن أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء وتم الاعتماد على استبيان استهدف عينة من أطباء المراكز الاستشفائية للشرق الجزائري بلغ عددهم 682 طبيب. توصلت الدراسة إلى أن بعدي العاملين والإدارة من أكثر الأبعاد المسببة لتدني مستوى الخدمات الصحية.

وخلص الباحثون أن الاصلاحات يجب أن تركز على النقاط التالية:

- الأخذ بعين الاعتبار ترشيد نفقات الصحة من خلال إدارة رشيدة وفعالة؛
- إعادة النظر في الخريطة الصحية من أجل تحقيق التوازن في توزيع الخدمات الصحية على مختلف المناطق الجغرافية التي يخدمها النظام الصحي؛
- تطوير نماذج تسييرية جديدة تتماشى مع المعطيات الجديدة، وتوضيح السياسة الصحية الواجب اتباعها من أجل مواكبة المتطلبات الاجتماعية وضمان وجود أنظمة متابعة ومراقبة للخطط وآلية تنفيذها؛
- توفير الموارد المادية والبشرية من حيث الكم والنوع بما يتماشى وحاجات المؤسسات الصحية في ظل توفير ظروف عمل ملائمة؛
- تحسين أنظمة السلامة والصيانة وذلك بسبب النسب المعتبرة للاعطال التي تؤثر على معدلات أعمار الأجهزة والمعدات التي تعتمد عليها المؤسسات الصحية بدرجة كبيرة؛

¹ ريمة أوشن، إيمان بن زيان و همامة بن عمومة، أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء -دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري-، مجلة الإقتصاد الصناعي، العدد 13، ديسمبر 2017، جامعة الحاج لخضر-باتنة1، الجزائر.

- تفعيل النظام الصحي القائم على التدرج في تقديم العلاج من المنشآت الصحية الوقائية إلى المستويات المتخصصة من أجل تخفيف الضغط الذي تشهده هذه الأخيرة؛
- تنظيم الحملات التحسيسية والوقائية عبر برامج وطنية لضمان التنسيق بين مختلف مؤسسات النظام الصحي؛
- توفير قاعدة بيانات صحية وطنية يمكن الاعتماد عليها من أجل تخطيط وتنظيم العلاج.
- ويجب التركيز على أن هذه الإصلاحات تشكل في مجموعها كلا متماسكا، ولا يمكن تحقيق اصلاح واحد في معزل عن تحقيق بقية الاصلاحات.

ج- سعيداني رشيد، أثر الإلتزام بالمسؤولية الإجتماعية للمؤسسات الصحية في تحسين جودة الخدمة المقدمة-حالة مستشفيات ولاية الأغواط 2018:1¹

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر تبني أبعاد المسؤولية الإجتماعية على جودة الخدمات الصحية المقدمة، في عينة من المؤسسات الصحية التي تنشط في ولاية الأغواط، وتم الاعتماد على استبانة وزعت لهذا الغرض على عينة مكونة من 100 فرد من مجتمع الدراسة، حيث تم إسترداد 90 استبانة وتوصلت الدراسة إلى ما يلي:

- تسعى المنظمات الصحية محل الدراسة لمواكبة التطورات التكنولوجية؛
- تلتزم المؤسسات الصحية محل الدراسة بإجراءات الصحة والسلامة العامة؛
- تلتزم المؤسسات الصحية محل الدراسة بتقديم خدماتها على مدار الساعة؛
- هنالك تأثير للبعد الاقتصادي، الإجتماعي، الأخلاقي والإنساني في تحسين جودة الخدمة المقدمة في المؤسسات الصحية.

ح- الإدارة البيئية المتكاملة لنفايات خدمات الرعاية الصحية -بالتطبيق على عينة من المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية- 2019/2018:2²

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر تطبيق الإدارة البيئية المتكاملة على استدامة تسيير نفايات خدمات الرعاية الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية، وكذا توضيح العلاقة بين الإدارة البيئية المتكاملة في جانب التطبيق كمتغير مستقل والمتغير التابع نفايات خدمات الرعاية الصحية في جانب الاستدامة وتحتوي بعدين أساسيين هما المسؤولية البيئية والتكنولوجيا الأنظف.

وتمت الدراسة الميدانية في ثلاثة مراكز استشفائية جامعية على مستوى ثلاثة مناطق صحية وسط، شرق،

¹ الطاهر ميمون وعبد القادر شارف، أثر الإلتزام بالمسؤولية الإجتماعية للمؤسسات الصحية في تحسين جودة الخدمة المقدمة-حالة مستشفيات ولاية الأغواط 2018، مجلة إقتصاديات الأعمال والتجارة، العدد الخامس، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة، مارس 2018.

² أم السعد سراي، الإدارة البيئية المتكاملة لنفايات خدمات الرعاية الصحية -بالتطبيق على عينة من المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية-، أطروحة دكتوراه علوم، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة، 2019/2018.

وغرب وهي المركز الاستشفائي الجامعي لبني مسوس بالجزائر، والمركز الاستشفائي الجامعي سعادنة محمد عبد النور بسطيف، والمركز الاستشفائي الجامعي حساني عبد القادر بسيدي بلعباس، واعتمدنا على دراسة كيفية استطلاعية، استخدمنا فيها المقابلة والملاحظة الميدانية وملاحظة الوثائق كأدوات رئيسية لجمع البيانات والمعلومات، حيث اختارت عينة قصدية تتكون من 12 خبيرا من المراكز الجامعية ميدان الدراسة، وأيضا استخدمت الباحثة فيها برمجية التحليل الكيفي للبيانات (Nvivo) والتي ساعدت حسبها على تحليل نتائج المقابلة مع الخبراء.

وبينت نتائج الدراسة أن هناك مستوى تسيير جيد لنفايات خدمات الرعاية الصحية؛ وأن هناك علاقة مقبولة بين تطبيق الإدارة البيئية المتكاملة وتسيير نفايات خدمات الرعاية الصحية من خلال مجموع الخطوات المتبعة في تسيير النفايات، والالتزام بتطبيق القوانين والتشريعات لتنظيم مراحل إدارتها، والتفاعل بين العمال عن طريق العمل التشاركي والتعاوني.

وأظهرت الدراسة أيضا أن أثر تطبيق الإدارة البيئية المتكاملة على الاستدامة في بعد المسؤولية البيئية قد تحقق بدرجة مقبولة؛ بينما لم يتحقق في بعد التكنولوجيا الأنظف.

تمثل القيمة المضافة التي يتوقع من الدراسة الحالية تقديمها هي إبراز الآليات والأطر التي تمكن من التوجه نحو تحقيق المنظمات الاستشفائية استدامتها الاقتصادية، البيئية والاجتماعية في توجه شامل وليس توجه مجزأ. دراستنا تعمق نظريا في مواضيع ذات علاقة وطيدة مع متطلبات الاستدامة بالتأصيل النظري للتنمية الصحية والمستدامة وآثار المنظمات الاستشفائية الاقتصادية، الايكولوجية والاجتماعية مع تقديم مختلف الآليات الكفيلة بتحسين الأداء المستدام. في الجانب التطبيقي تستهدف عينة من المنظمات الاستشفائية التابعة للقطاع العام والخاص مما سيشح معرفة متطلبات وعوائق المستدامة لدى كليهما.

الدراسة تستهدف تشخيصا وتقييما لواقع القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج وهو ما يعكس واقع الولايات الأخرى وكذا البحث في آراء الإطارات المسيرة للمنظمات الاستشفائية للولاية لمتطلبات وعوائق الادارة المستدامة.

سابعا: حدود الدراسة:

يتضمن الجانب الميداني للبحث دراسة عينة من إطارات ومسيري المنظمات الاستشفائية التابعة للقطاع العام والخاص على مستوى ولاية برج بوعريريج لأن واقعها يعكس واقع باقي المنظمات الاستشفائية على مستوى الوطن، اختيرت هذه العينة للدراسة لعد أسباب أهمها:

- الميزانيات الضخمة المخصصة لها،
- التجهيزات الطبية الضخمة،
- الكادر الطبي المعترف العامل بها؛
- مكان إجراء تريضات الشبه طبي؛
- العدد الكبير المعالج من طرف هذه المنظمات سنويا،
- الحجم الكبير للنفايات الطبية سنويا.

تمت هذه الدراسة في شقها الميداني ضمن الحدود المكانية والزمانية المبينة كما يلي:

أ. **الحدود المكانية:** تمت الدراسة على مستوى بعض المنظمات الاستشفائية العمومية والخاصة بولاية برج بوعريريج، وذلك لعدة إعتبارات كون نتائج الدراسة يمكن تعميمها على باقي الولايات خاصة وأن الأطر القانونية تحكم تسييرها، والجزئية المهمة الأخرى هي العمل على تقييم قطاع الصحي للولاية ومن ثم الخروج ببعض الاستنتاجات التي تخدم الدراسة.

ب. **الحدود الزمانية:** امتدت فترة تجميع بيانات القطاع الصحي للولاية وكذا توزيع الاستبيان، تفرغة وتحليله جانفي إلى نوفمبر 2019؛ أما فيما يخص الإحصائيات المقدمة حول الصحة في الجزائر وولاية برج بوعريريج، فقد تم الإكتفاء بعرض ما تم الحصول عليه محاولين في ذلك توفير أحدث الإحصائيات وأهمها حيث تتراوح في مجملها بين 2014-2017 .

ثامنا: تبويب الدراسة: تم تقسيم الدراسة الحالية إلى خمسة فصول وكل فصل قسم إلى أربعة مباحث بما يحقق الإحاطة اللازمة بالجوانب النظرية وكذا الفهم الجيد للدراسة التطبيقية.

◀ الفصل الأول: الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

قسم الفصل إلى أربعة مباحث هي: المبحث الأول: ماهية المنظمات الاستشفائية؛ المبحث الثاني: إدارة المنظمات الاستشفائية؛ المبحث الثالث: هيكلية وتنظيم المنظمات الاستشفائية في الجزائر والمبحث الرابع خصص لعرض لتطور المنظومة الصحية في الجزائر.

◀ الفصل الثاني: آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق إستدامتها

قسم الفصل إلى أربعة مباحث هي: المبحث الأول: آثار المنظمات الاستشفائية؛ المبحث الثاني: الإطار المفاهيمي للتنمية المستدامة؛ المبحث الثالث: الإطار العام للمسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال؛ المبحث الرابع التنمية المستدامة، المسؤولية الاجتماعية والمنظومة الصحية

◀ الفصل الثالث: عوائق الإدارة المستدامة للمنظمات الإستشفائية

قسم الفصل إلى أربعة مباحث هي: المبحث الأول: العوائق المرتبطة بالجوانب التنظيمية؛ المبحث الثاني: العوائق المرتبطة بالجوانب الاقتصادية؛ المبحث الثالث: العوائق المرتبطة بالجوانب الاجتماعية؛ المبحث الرابع: العوائق الإيكولوجية وإدارة المخاطر والسلامة المهنية .

الفصل الرابع : آليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الإستشفائية

قسم الفصل إلى أربعة مباحث هي: المبحث الأول: آليات تحسين الأداء الاقتصادي للمنظمات الاستشفائية؛ المبحث الثاني: آليات تحسين الأداء البيئي في المنظمات الاستشفائية؛ المبحث الثالث: آليات تحسين الأداء الاجتماعي في المنظمات الاستشفائية؛ المبحث الرابع: تجارب دولية في مجال استدامة المنظمات الاستشفائية.

◀ الفصل الخامس: دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستدامة للمنظمات

قسم الفصل إلى أربعة مباحث هي : المبحث الأول: تقييم واقع القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج؛ المبحث الثاني: منهجية وأدوات الدراسة؛ المبحث الثالث: عرض نتائج الدراسة؛ المبحث الرابع: تحليل نتائج الدراسة.

تاسعا: صعوبات الدراسة:

ككل البحوث العلمية، واجهت هذه الدراسة العديد من الصعوبات والتي أخصها إجمالاً في:

« صعوبة واجهتنا في الحصول على البيانات والإحصائيات وخاصة التقارير المتعلقة بتقييم القطاع الصحي للولاية سواء على مستوى مديرية الصحة أو لجنة الصحة والنظافة والبيئة على مستوى المجلس الشعبي الولائي.

« مراسلاتنا لمديرية التخطيط والتطوير على مستوى الوزارة عن طريق البريد الإلكتروني لمحاولة الحصول على بيانات وتقارير تخدم موضوع الأطروحة ولكن لم نتلق أية ردود.

« صعوبة واجهناها في عملية توزيع الاستبيانات وكذا استرجاعها نظراً لانشغالات مديري والإطارات المسيرة للمنظمات الاستشفائية عينة الدراسة.

الفصل الأول:

الإطار النظري
للمنظمات الاستشفائية
في الجزائر

تمهيد:

اتخذت المنظمات الاستشفائية بمفهومها المعاصر أشكالا متعددة وأطلق عليها مسميات عديدة، فهي تلك المؤسسة العلاجية المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية للمرضى، كونها تقدم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية والوقائية والتعليمية والتدريبية والبحثية وهي تسهم بذلك في تحسين الوضعية الصحية للسكان ومن ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الأهداف الإنتاجية والاقتصادية بمستوى كفاءة مرتفع.

إن إدارة المنظمات الاستشفائية هي علم وفن يعمل على تحقيق أهداف المستشفى من خلال استخدام الموارد والإمكانيات المتاحة مع إمكانية الأخذ بعين الاعتبار المعوقات المتوقعة وتحديد كيفية التعامل معها أو تفاديها. كما تتوفر المنظمات الاستشفائية على أقسام تشخيصية علاجية وإدارية وسوف نحاول في هذا الفصل الإلمام بهذه النقاط من خلال المباحث التالية:

- ◀ المبحث الأول: ماهية المنظمات الاستشفائية
- ◀ المبحث الثاني: إدارة المنظمات الاستشفائية
- ◀ المبحث الثالث: هيكلية وتنظيم المنظمات الاستشفائية في الجزائر
- ◀ المبحث الرابع: عرض لتطور المنظومة الصحية في الجزائر

المبحث الأول: ماهية المنظمات الاستشفائية

تعد المنظمات الاستشفائية أحد أهم وأكبر مكونات النظام الصحي التي تقدم الخدمة الصحية في المجتمعات وقد اهتمت المجتمعات المنظمة عبر التاريخ وما تزال بإنشاء وإدامة المنظمات الاستشفائية من قبل مختلف القطاعات والهيئات الحكومية والأهلية والخيرية ونظرا لما يتوافر للمنظمات الاستشفائية من إمكانات مادية وفنية وتكنولوجية وبشرية ضخمة ومرتفعة الكلفة، ازداد الاهتمام والتركيز على المنظمات الاستشفائية وإدارتها وتشغيلها من قبل الجهات الممولة لها والجهات المستفيدة من خدماتها والجهات المتعاملة معها بهدف ضمان كفاءة وفعالية استعمال هذه الموارد الضخمة وبما يحقق الهدف الأساسي من وجودها وهو تقديم خدمات استشفائية ذات جودة عالية وبأقل كلفة ممكنة.

المطلب الأول: تعريف وخصائص المنظمات الاستشفائية

نظرا لتعدد التعاريف المقدمة للمنظمات الاستشفائية تبعا للمقاربات الفكرية والهدف من إنشائها ربحي أو غير ربحي وتعدد الخصائص فسنستعمق من خلال هذا المطلب في شرحها.

الفرع الأول: تعريف المنظمات الاستشفائية

تعتبر المنظمة الاستشفائية العمود الفقري لأي نظام صحي وذلك لقدرتها على توفير كافة أنواع الرعاية الصحية وهو ما تعجز عن تقديمه أي مؤسسة صحية أخرى فالمستشفى هو المكان المفضل بالنسبة للمريض للعلاج ومكان العمل المفضل للطبيب كما يعتبر الواجهة الحضارية التي تبرز تقدم البلد الصحي والعلمي والاجتماعي. وقد عرفت الهيئة الأمريكية «American Hospital Association» المنظمة الاستشفائية بأنها: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى"¹

كما عرفته المنظمة العالمية للصحة (World Health Organisation) بأنه: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي طبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية أو وقائية، وتمتد عياداته الخارجية إلى البيوت، كما يعمل كمركز لتدريب القوى العاملة الصحية والقيام ببحوث اجتماعية حيوية"².

ويعرفها غازي فرحان أبو زيتون على أنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تشمل خدمات الأطباء والتمريض، وذلك من أجل إعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"³.

وعليه يمكننا القول في الأخير ومن خلال ما سبق، بأن المستشفى في النهاية هو "مجموعة من الإمكانيات البشرية والمالية والفنية، التي تسمح بتقديم خدمات صحية وطبية (تشخيصية وعلاجية وجراحية)، كما تعمل على تدريب القوى العاملة الصحية والقيام بالبحوث والدراسات الطبية."

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، الطبعة الثانية، القاهرة، مصر، 2014، ص 07.

² عرابية الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات (المفهوم والإشكالية)، جامعة ورقلة، الجزائر، مجلة الباحث عدد 07، 2010/2009، ص 234.

³ غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران، عمان، الأردن، 1999، ص 6.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

الفرع الثاني: خصائص المنظمة الاستشفائية: للمستشفى طبيعة وخصائص مميزة عن سائر المنظمات الأخرى، ويمكن تلخيص هذه الخصائص فيما يلي:

- **المستشفى نظام مفتوح:** المستشفى نظام مفتوح يحوي أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض؛
- **يعتبر المستشفى تنظيماً معقداً:** حيث يشتمل على عدد كبير من الأفراد علاوة على التخصص الدقيق في أقسامه المختلفة، وأساليب التكنولوجيا المستخدمة في الوقاية والعلاج؛
- **المستشفى نظام إنساني من الدرجة الأولى** لأنها تعمل من أجل الإنسان المريض أو المستفيد من خدماتها؛
- **المستشفى نظام متعدد الأهداف؛**
- **المستشفى نظاماً مزدوج فيه خطوط السلطة.**

المطلب الثاني: معايير تصنيف المنظمات الاستشفائية

يختلف تصنيف المنظمات الاستشفائية من دولة إلى أخرى، ومن كاتب إلى آخر وهذا الاختلاف في التصنيفات يعتمد على أسس تتباها هذه الجهة أو تلك، إضافة إلى الهدف المراد تحقيقه يمكن تصنيف المنظمات الاستشفائية وفقاً لمعايير ومن أكثر هذه المعايير قبولاً وشيوعاً:

الفرع الأول: معيار الملكية والإشراف: يمكن تقسيم المنظمات الاستشفائية على أساس الملكية والإشراف إلى نوعين:¹

أولاً: المنظمات الاستشفائية الحكومية:

هي مستشفيات تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها ومصالحها. وهذا النوع من المنظمات الاستشفائية يعتبر أكثر أنواع المنظمات الاستشفائية شيوعاً في العالم اليوم، حيث تعتبر الكثير من الدول وبخاصة الاشتراكية منها أن من أولى واجبات الدولة هو تقديم الخدمات الصحية إلى المواطنين مجاناً. ويمكن تصنيف المنظمات الاستشفائية الحكومية كما يلي:²

1- مستشفيات حكومية عامة وخاصة وتخصيصية: بالنسبة للمنظمات الاستشفائية الحكومية العامة فهي تابعة لوزارة الصحة والسكان غالباً، وأما المنظمات الاستشفائية الخاصة فهي تابعة لجهة معينة مثل: المنظمات الاستشفائية العسكرية والشرطة، بالإضافة إلى المنظمات الاستشفائية التابعة لمنشآت وهيئات معينة، وغالباً ما تقدم خدماتها للعاملين وأبنائهم بتلك الجهات. أما المنظمات الاستشفائية التخصصية، فتشمل مستشفيات الولادة، العيون، الأنف والأذن والحنجرة، التأهيل والعظام، الأمراض المزمنة، مرضى الاحتياجات الخاصة، القلب، ومستشفيات الأطفال وغيرها وهناك مستشفيات تشمل أكثر من تخصص واحد.

¹ سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق، عمان، الأردن، 2006، صص 35-36.

² كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2008/2009 صص 24-25.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

2-المنظمات الاستشفائية الجامعية والتعليمية: هي مستشفيات مملوكة للدولة، وإن كانت تابعة للجامعات، وتقدم خدماتها مجاناً أو مقابل رسوم زهيدة تغطي تكاليفها ومصاريفها الإدارية، ويقوم بإدارتها مجلس إدارة من أطباء كليات الطب المختلفة، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية التي تتيح فرصة التدريب العملي لطلاب الطب.

ثانياً- المنظمات الاستشفائية الخاصة:

وتكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من أشخاص (كشركة المساهمة) ويهدف هذا النوع من المنظمات الاستشفائية لتقديم الخدمات الطبية إلى تحقيق أرباح ويطلق عليها بالمنظمات الاستشفائية الربحية وتقاس كفاءة هذه المنظمات الاستشفائية بكمية الأرباح المحققة في نهاية السنة المالية، ويطبق في هذه المنظمات الاستشفائية مبادئ إدارة الأعمال والتي تسعى لتحقيق أقصى درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة في السوق ويمكن تقسيم المنظمات الاستشفائية الخاصة إلى قسمين أساسيين وهما: مستشفيات ذات طابع ربحي ومستشفيات ذات طابع غير ربحي¹.

الفرع الثاني: حسب الهدف من التشغيل:

فقد تكون مستشفيات ربحية (تسعى لتحقيق الأرباح كهدف لها) شأنها شأن أية مشروعات للأعمال وقد تكون خيرية (لا تهدف إلى تحقيق الربح).

بالرغم من أن الهدف العام من إنشاء المنظمات الاستشفائية هو تقديم الخدمات الصحية للأفراد، إلا أن هناك أهداف أخرى قد تكون أساسية، ومن بينها سعي المنظمات الاستشفائية لتحقيق الأرباح، وفي هذا السياق يمكن أن نميز بين ثلاثة أنواع من المنظمات الاستشفائية وهي كما يلي²:

أولاً: مستشفيات تهدف للربح: وهي المنظمات الاستشفائية التي تعود ملكيتها عادة إلى أفراد هم في الغالب من الأطباء، والتي تكون عادة لغرض الربح، حيث تقوم بتقسيم أرباحها التي تكسبها من المرضى مقابل ما تقدم إليهم من خدمات على مؤسسيها ومالكها وعلى المشاركين فيها، ويكثر هذا النوع من المنظمات الاستشفائية في الدول الرأسمالية.

ثانياً: مستشفيات خيرية: وهي مستشفيات أنشئت من قبل إحدى الجهات الخيرية إما على هيئة جمعية خيرية أو دينية، فهي مملوكة لجمعيات أهلية غير حكومية، وتقدم خدمات صحية مقابل رسوم ضئيلة نسبياً، تستخدم في تطوير المستشفى، وتحسين مستوى أداؤها، وهي وإن كانت تهدف إلى الربح نسبياً، إلا أنه يفضل أن تدرج ضمن النوع الثالث من المنظمات الاستشفائية.

ثالثاً: مستشفيات لا تهدف إلى الربح: وهي مستشفيات حكومية تقوم الدولة بتأسيسها بهدف تقديم الخدمات الصحية للأفراد من دون مقابل، أو مقابل رسوم رمزية زهيدة، ومثل هذا النوع من المنظمات الاستشفائية يكثر في الدول الاشتراكية.

¹ كحيلة نبيلة، مرجع سابق ص 25.

² نفس المرجع، ص.25.

الفرع الثالث: حسب المعيار الإكلينيكي:

حسب هذا المعيار تقسم المنظمات الاستشفائية إلى مستشفيات عامة General Hospital ومستشفيات متخصصة Specialty Hospital والمستشفى العام هو الذي يحتوي على التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب والجراحة وهي خدمات الطب، الباطني والجراحة والأطفال، وخدمات أمراض النساء والتوليد كما يمكن أن يضم الخدمات الأخرى مثل: طب الأنف والأذن والحنجرة، وطب العيون، وطب العظام، والطب النفسي وغيرها من الخدمات هذا علاوة على ما يقابل كل هذه الخدمات من خدمات مناظرة لها في العيادات الخارجية للمستشفى العام بالإضافة إلى خدمات الطوارئ، أما المستشفى المتخصص فهو الذي يقدم خدمة واحدة فقط أو أكثر من هذه الخدمات وليس كلها. كمستشفى العيون، ومستشفى العظام، والأطفال، والولادة، والقلب، والأمراض الصدرية وغيرها.¹

ويمكن التطرق إلى المنظمات الاستشفائية العامة والمتخصصة كالآتي:

أولاً: مستشفيات عامة: تضم اختصاصات متعددة، وتعالج أمراض مختلفة من خلال استقبال المرضى والمصابين بهذه الأمراض.

ثانياً: مستشفيات متخصصة: تختص في علاج جزء معين من أجزاء الجسم (العين، الأعصاب، الأنف والأذن والحنجرة، الأمراض المزمنة... الخ)

وهناك معايير أخرى يمكن استعمالها لتصنيف المنظمات الاستشفائية مثل معيار معدل مدة إقامة المرضى في المستشفى حيث تقسم المنظمات الاستشفائية حسب هذا المعيار إلى مستشفيات الإقامة القصيرة وهي المنظمات الاستشفائية التي يقل فيها معدل مدة الإقامة عن 30 يوماً لما يزيد عن 50% من المرضى ومستشفيات الإقامة الطويلة وهي التي تزيد فيها معدل هذه الإقامة عن 30 يوماً لما يزيد عن 50% من المرضى.²

1- مستشفيات قصيرة الإقامة: ويصل متوسط فترة إقامة المريض فيها من يوم إلى ثلاثين يوم، مثل: مستشفيات الأطفال ومستشفيات أمراض النساء والتوليد.

2- مستشفيات طويلة الإقامة: ويصل متوسط إقامة المريض فيها إلى أكثر من ثلاثين يوماً مثل: مستشفيات الحروق ومستشفيات الأمراض النفسية.

كما يمكن تصنيف المنظمات الاستشفائية حسب العوامل الديموغرافية، الحجم، والتعليم:

أ. **العوامل الديموغرافية:** يمكن تصنيف المنظمات الاستشفائية اعتماداً على بعض العوامل الديموغرافية ومن أهمها العمر والجنس، فموجب العمر تصنف المنظمات الاستشفائية إلى مستشفيات تعنى بالأطفال فقط

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 69.

² كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 26.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

وأخرى بالرجال أو تكون مختلفة رجالا ونساء عندما يخصص بعض الأجنحة والطوابق للرجال والأخرى للنساء¹.

ب. الحجم: وضمن هذا التصنيف نستطيع أن نميز بين الأنواع التالية²:

أولاً- المنظمات الاستشفائية الصغيرة الحجم: وهي التي تحتوي على 100 سرير أو أقل.

ثانياً- المنظمات الاستشفائية المتوسطة الحجم: وهي المنظمات الاستشفائية التي تحتوي بين 101 و 500 سرير.

ثالثاً- المنظمات الاستشفائية الكبيرة الحجم: وهي التي يزيد عدد أسرتها عن 500 سرير.

الفرع الثالث: التعليم

حيث يمكن تصنيف المنظمات الاستشفائية أيضا إلى كونها تعليمية أو غير تعليمية ويرتبط ذلك بوجود فرصة التعليم في هذه المنظمات الاستشفائية التعليمية بالجامعات أو المؤسسات العلمية البحثية المختلفة وعلى وفق برامج علمية متخصصة معدة لهذا الغرض³.

المطلب الثالث: أهداف المنظمات الاستشفائية

أهداف المنظمات الاستشفائية متعددة ومتنوعة تبعا للدور المهم الذي تلعبه في توفير الرعاية الصحية بمستوى علي من الجودة وكذا تنفيذ المخططات أو السياسات الصحية إدارة الأزمات الصحية، إلا أن أغلب المتخصصين قسموها إلى تحسين الرعاية الصحية، تدريب وتكوين العاملين في الصحة وتعزيز البحوث الطبية.

الفرع الأول: تحسين جودة الرعاية الطبية والصحية

يقصد بالرعاية الطبية مختلف الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية التي تقدمها مختلف الأقسام العاملة المستشفى، وما يرتبط معها من خدمات طبية مساندة كالخدمات المخبرية وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والفندقية. وهذا يعني أن المستشفى ملزم بضمان جودة الخدمات الطبية التي يقدمها، والتي يجب أن تقيم من أجل تفعيل دور المنظمات الاستشفائية في تحسين صحة المريض الذي يمثل محور اهتمام القطاع الاستشفائي ولب العملية الطبية. فالمستشفى مطالب بالتكيف مع محيط المريض الطبي، الاجتماعي والاقتصادي. فالمادة الرابعة من المرسوم التنفيذي رقم 97-467⁴ ترى بأن المنظمات الاستشفائية تهم "بتقديم الخدمات التشخيصية، العلاجية، الاستشفائية والاستعجالات الطبية، الجراحية وأنشطة الوقاية وكافة الأنشطة التي تهدف إلى حماية وترقية الصحة العامة. كما تتولى تطبيق البرامج الصحية الوطنية، الجهوية والمحلية، والمساهمة في حماية وترقية المحيط في المجالات المتعلقة بالوقاية والنظافة ومحاربة الآفات الاجتماعية". فلا يقتصر دور المنظمات الاستشفائية

¹ حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات (وجهة نظر معاصرة)، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية، عمان، 2009، ص 21.

² كحيله نبيلة، مرجع سابق، ص 27.

³ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، ص 30

⁴ Décret Exécutif n°97-467, 02/12/1997.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

في تلبية احتياجات بيئتها بل يتعداها ليشمل مدى تكامل المستشفى مع النظام الصحي عن طريق تنفيذ البرامج الوطنية التي تساهم في رفع المستوى الصحي.

ويحدد (Donabedian., A) العناصر التي تسمح للمستشفى برفع مستوى جودة الرعاية الطبية للمريض من خلال النقاط التالية¹:

- حسن التدبير التقني للرعاية الطبية والمتعلق بتطبيق علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية الأخرى لتشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها، بشكل يساعد على توفير أقصى حد من المنافع الصحية دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها المريض؛
 - حسن التدبير في العلاقات الشخصية المتبادلة بين الطبيب ومريضه، والمتعلق بالتفاعل الاجتماعي والنفسي القائم بينهما، لتسهيل نجاح تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها؛
 - توفير وسائل الراحة والتسهيلات التي يجدها المريض في المستشفى، مثل: الطعام الجيد، ووسائل الراحة في غرف الانتظار والفحص والإقامة، والسرعة في تقديم الخدمة، والترحيب وغيرها؛
 - ملاءمة كمية الرعاية الطبية المقدمة للمرضى لضمان تحقيق مستوى عال من جودة الرعاية الطبية. فعندما تكون الرعاية الطبية المقدمة لمريض ما غير كافية لتحقيق منافع ملموسة لحالته الصحية، فيمثل ذلك مستوى ضعيف لجودة الرعاية الطبية؛
 - ملائمة مستوى التكاليف مع مستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة للمريض. فمن الواضح أن جودة الرعاية الطبية تزيد من التكاليف الخاصة بالرعاية الطبية، فهي تتزايد مع تزايد كمية الرعاية الطبية المقدمة للمرضى. ولكن الكمية الزائدة من الرعاية الطبية لا ينجم عنها فقط زيادة في التكاليف، بل تنم أيضا عن تقديم رعاية سيئة للمريض، دون زيادة متوقعة في مستوى الجودة الطبية، وهذا يعد إهدارا في موارد المستشفى.
- إذا كانت الرعاية الطبية تمثل الهدف المباشر للمنظمات الاستشفائية، فإن هدفها النهائي يتمثل في تحسين المستوى الصحي للمجتمع المراد خدمته. فالصحة تشتمل على " مجموع جهودات المجتمع لترقية الصحة، وإطالة وتحسين جودة حياة السكان". فالرعاية الصحية تتمثل في الخدمات الموجهة أساسا للارتقاء بصحة الفرد من خلال عوامل غير طبية كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن، وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة الشخصية، والسلوك الصحي السليم، كالاتناع عن العادات الضارة بالصحة. ويسمى هذا النوع من الخدمات أيضا بالخدمات الوقائية عن طريق توجيه الأهداف العامة للمستشفى للحد من المشكلات الصحية التي يعاني منها المجتمع انطلاقا من العلاقات الوثيقة الموجودة بين المستشفى كتنظيم صحي والظروف البيئية المحلية². كما تساهم المنظمات الاستشفائية بشكل أو بآخر في تقديم الرعاية الصحية عن طريق العيادات الأولية الخارجية. ففي هذه العيادات يتم توفير عناية شاملة ومستمرة للمريض وتنسيق أمور رعايته مع العيادات التخصصية.

¹ محمد نذير الحرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1990، ص.38.

² نفس المرجع، ص.30.

الفرع الثاني: تدريب وتكوين العاملين في الصحة

في الوقت الحالي أصبحت المنظمات الاستشفائية مراكز لتنمية معلومات عدد كبير من العاملين في المجالات الطبية وشبه الطبية والإدارية، وتطوير مهاراتهم وقدراتهم وزيادة فعالية الأدوار التي يؤديونها. ومن الناحية العملية، فإنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومن ثم تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها.

وتتوافر في المنظمات الاستشفائية الجامعية والمتخصصة إمكانية التدريب والتعليم أكثر منها في المنظمات الاستشفائية الأخرى. ويرجع ذلك إلى إمكانات هذه المنظمات الاستشفائية من الناحية المادية والبشرية والتجهيزات اللازمة لعملية التدريب والتعليم. غير أن ذلك لا ينقص من أهمية المنظمات الاستشفائية الأخرى في القيام بمهام التدريب والتعليم الطبي والتمريضي خصوصا في تدريب الخريجين الجدد من الأطباء والممرضين.

الفرع الثالث: تعزيز البحوث الطبية

إن التقدم المذهل في علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية الأخرى، في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها خير شاهد على أهمية البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة.

وقد أضحت المستشفى يضم كل الإمكانيات الضخمة والهائلة المساعدة على إجراء هذا النوع من البحوث. فوجود سجلات طبية وإدارية تامة ومنظمة يساعد على توفير مركز أو بنك للمعلومات الديموغرافية والطبية والإدارية. وهذه المعلومات تمكن الباحثين من الأطباء والمسؤولين وغيرهم في مجال العلوم الطبية والإدارية من تحسين الفعالية التنظيمية للمستشفى. ففي المجال الطبي تهتم البحوث والدراسات بفعالية أساليب التشخيص المتبعة أو في معرفة كيفية التغيير في معدلات حدوث وانتشار الأمراض أو لاختبار فعالية عقاقير معينة أو أية إجراءات طبية متخذة وغيرها. أما في المجال الإداري فإن هذه المعلومات تساهم في تطوير الأساليب الإدارية المتبعة من طرف المستشفى وتساعد أيضا مختلف الباحثين والمهتمين بالإدارة في المنظمات الاستشفائية من دراسة الواقع الاستشفائي واقتراح البدائل الممكنة التي تسمح بالاستجابة لاحتياجات البيئة الخارجية. كما يتيح وجود معامل الإكلينيكية والتجهيزات الطبية الفرصة أمام الباحثين للقيام بالبحوث التطبيقية المتعلقة باختبار فعالية عقاقير جديدة أو اكتشاف وسائل جديدة لتشخيص بعض الأمراض أو تطويرها.

إن التعليم والتدريب والبحث والعناية الطبية والصحية تعتبر عناصر مكملة لبعضها البعض إلى حد كبير. فنظام العناية الصحية لا يمكن أن يجد مكانة له دون أن يتجهز بموظفين متدربين أو معارف وبحوث.

ويعد التعليم في المنظمات الاستشفائية مفتاحا أساسيا في أي نظام صحي. فهو يؤثر بشكل مباشر على جودة الخريجين الجدد ولكن أيضا بشكل غير مباشر على نظام العناية الصحية بشكل أوسع. إن التغييرات في بيئة العناية الصحية لها تأثير بالغ الأهمية لضرورة وجود التعليم والتدريب والبحث والعناية الطبية جنبا إلى جنب.

لكن نجد أن بعض البلدان تسعى لزيادة مستوى الشفافية في نظام العناية الصحية. كمثال، نظام الخدمات الصحية الوطنية للمملكة المتحدة يفصل الجانب التمويلي للتعليم والتدريب والبحث عن تمويل الجانب الطبي. ويرى البعض أن الموارد المالية للتعليم والتدريب والبحث من الأحسن اعتمادها في مؤسسات صحية أخرى غير المنظمات

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

الاستشفائية بغرض التخطيط الجيد حول سيرورة التمويل في قطاع العناية الصحية وتحسين مستوى أداء كل مؤسسة على حدة. إن الاعتماد على آليات واضحة لحماية التعليم والتدريب والبحث أصبحت ذات أهمية بالغة لمواجهة الضغوط المتزايدة من قبل مقتنبي العناية الصحية فيما يخص الكفاءة الاقتصادية، والذين يلحون على أن تكون المنظمات الاستشفائية مركزة فقط على صميم العناية الطبية والصحية.

ويعتبر هذا الفصل من خصوصيات نظام العناية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية أين أصبحت المنظمات الاستشفائية تبحث دائما على تعظيم أرباحها مما ولد أزمة حقيقية بالنسبة للمنظمات الاستشفائية الجامعية التي واجهت احتمال الإغلاق بفعل ارتفاع في تكاليف التعليم والتدريب والبحوث. وقد ولد هذا حدة المناقشة حول درجة اتساع نظام العناية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية ومدى استفادته من خدمات التعليم والتدريب والبحوث. ولكن بالمقابل يمكن أن ينتج عن الفصل بين نظام الرعاية الصحية ونظام التعليم والتدريب والبحوث تجزئة وعدم تكامل النظام الصحي خاصة إذا كانت مراكز التدريب متخصصة فقط في بعض الأمراض الحادة والمعقدة كالسرطان وأمراض الأعصاب كما هو سائد ولو جزئيا في النظام الصحي الوطني. حيث نجد فقط بعض المراكز المتخصصة في التكوين الشبه الطبي أما التكوين الطبي فيقع أساسا على عاتق المنظمات الاستشفائية الجامعية. كما نجد أيضا الوكالة الوطنية للوثائق الصحية التي تم بتطوير المعلومات الصحية والاتصال. فحسب المادة الرابعة المرسوم التنفيذي رقم 97-467 التي تنص على أن المنظمات الاستشفائية تهتم "بالقيام بالدراسات والبحوث في مجال العلوم الطبية، وتنظيم الملتقيات والأيام الدراسية وكافة التظاهرات العلمية والفنية من أجل ترقية الأنشطة العلاجية، التكوينية والبحثية في مجال الصحة"، ولكن ما يلاحظ أن مصاريف التكوين والبحث لا تتجاوز حدود 2.3% و 0.04% من الموازنة التشغيلية للمؤسسات الصحية العمومية لسنة 2004¹. كما أنه لا يوجد هناك مراكز متخصصة في التكوين والبحوث الطبية.

إن دمج أو فصل نظام العناية الصحية ونظام التعليم والتدريب والبحث ينطوي أساسا على مدى توسع المنظمة الاستشفائية وطبيعة علاقتها مع المحيط والتي تتحدد وفقا لمنظور كلي عن طريق وضع استراتيجيات متعلقة بهذه الوظائف وتقدير احتياجات النظام الاستشفائي من خدمات التعليم والتدريب والبحث.

فالتعليم والتدريب والبحث تعد وظائف أساسية في نظام العناية الصحية بشكل عام والمنظمات الاستشفائية بشكل خاص. ولكن مخاطر ازدياد الضغوطات حول تحقيق الكفاءة الاقتصادية سوف تؤدي إلى تقليص دور هذه الوظائف. ولكن عادة ما ينتج عنها زيادة في التكاليف على الأمد القصير لكن سوف تجلب مكاسب في الأمد الطويل وأثار إيجابية على الأداء المالي.

ويمكن تلخيص وظائف المنظمات من خلال الشكل التوضيحي التالي:

¹ La Banque Mondiale (Groupe n° 36270-DZ): **pour le Développement Socio-économique, Région Moyen Orient et Afrique du Sud), A la Recherche d'un Investissement Public de Qualité: Une** Revue des Dépenses Publiques, Volume 1, 15 Août 2007, p.180.

شكل رقم (01-01): وظائف المستشفى



Source: Healy., J, Mckee., M, **Hospital in a Changing Europe, European observatory on Health Care Systems**, Open University Press, Philadelphia 2002, p.60.

المبحث الثاني: إدارة المنظمات الاستشفائية

المستشفى منظمة كغيرها من المنظمات التجارية أو الصناعية، وكل ما في الأمر أنها منظمة خدمية تتخصص في تقديم خدمات التشخيص والعلاج وليس في تقديم منتج أو سلعة ملموسة، ومن ثم فإن إدارة المستشفى لا تختلف في الأنشطة والمهام أو الوظائف الإدارية عن غيرها من المنظمات، ويقتضي الأمر فقط تطويع هذه الأنشطة أو المهام لتلائم مع طبيعة أعمال المنظمة الاستشفائية.

المطلب الأول: الوظائف الإدارية في المنظمات الاستشفائية

وظيفة التخطيط هي الوظيفة الأولى من الوظائف الإدارية والتخطيط الصحي الناجح أساس تحقيق المنظمة الاستشفائية أهدافها في ظل محدودية الموارد.

الفرع الأول: وظيفة التخطيط في المنظمات الاستشفائية

يعتبر التخطيط أهم الوظائف الإدارية بالمقارنة مع بقية الوظائف الأخرى كالتنظيم والتوجيه والرقابة والتخطيط يسبق أي عمل تنفيذي آخر فمن خلال التخطيط نستطيع أن ننفذ بقية الوظائف الإدارية الأخرى.
أولاً: ماهية التخطيط:

التخطيط هو الرؤية المستقبلية لتقرير الاتجاه الذي يجب أن تتبعه المنظمة ووحداتها الإدارية التابعة لها. إنه ينطوي على مدخل رسمي وموجه لمساعدة الإدارة على أداء الأشياء الصحيحة مع الاحتفاظ بالأهداف واضحة في الأذهان¹.

1-تعريف وظيفة التخطيط:

يعتبر التخطيط عملية رئيسية في العملية الإدارية حيث يعرف على أنه "مجموعة من الأنشطة الإدارية المصممة من أجل تحضير المؤسسة لمواجهة المستقبل، والتأكد من أنّ القرارات الخاصة باستغلال الأفراد والموارد (الوسائل) تساعد على تحقيق أهدافها"². ويعرف على أنه "هو التنبؤ بما سيكون عليه المستقبل مع الاستعداد له"، كما يعرف أنه "عملية إرساء الأهداف وتحديد الخطوة اللازمة لبلوغها".

يعتبر التخطيط الوظيفة الأولى ضمن الوظائف البشرية (الإدارية)، وله أهمية بالغة بالنسبة للمؤسسة من خلال التحديد الجيد للأهداف، ووضع خطة لتحقيقها. ويمكن تلخيص أهميته في النقاط التالية:³

- التخطيط يقود إلى النجاح؛
- التخطيط يساعد العاملين في التركيز على أهداف المؤسسة؛
- التخطيط ضروري للقيام بالرقابة، حيث يوفر مقاييس موضوعية للرقابة؛
- يحدّد إطاراً موحداً للعمل في المؤسسة؛

¹ محمد بكري عبد العليم، مبادئ إدارة الأعمال، جامعة بنها مركز التعليم المفتوح، 2007، ص28.

² غول فرحات، مدخل إلى التسيير، دار الخلدونية، الجزائر، 2012، ص. 70.

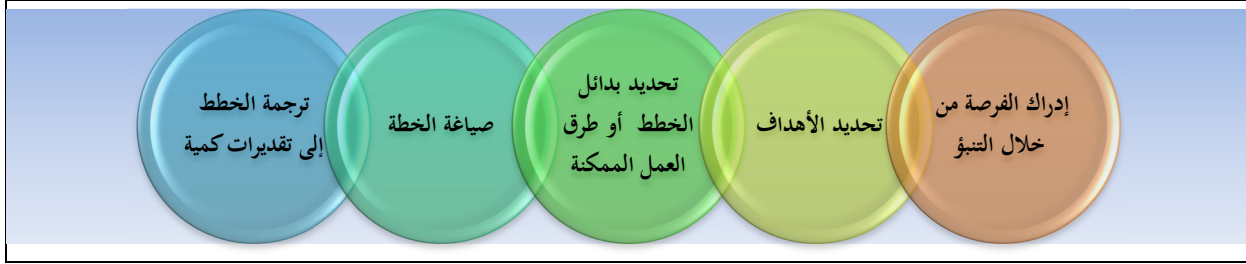
³ المرجع نفسه، ص. 72.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

- يساعد على تحديد الفرص والتهديدات المستقبلية، ومن ثم المساهمة في استغلالها أو الحد من تأثيراتها؛
- يساعد في زرع الرشد والتحليل والنظام والمنطق في نشاط وعمليات المؤسسة (الابتعاد عن الارتجال والعشوائية في أي القرارات، وسيطرة العقلانية والموضوعية)؛
- يعمل على استغلال الأمثل للإمكانات المتاحة، مما يؤدي إلى خفض التكاليف إلى حد كبير.

2- مراحل التخطيط: يمكن تلخيص مراحل التخطيط في الشكل الموالي:

شكل رقم (01-02): خطوات عملية التخطيط



المصدر: محمد رفيق الطيب، مدخل للتسيير «أساسيات-وظائف-تقنيات-»، الجزء الثاني، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2010، ص. 28.

يتضح من الشكل أعلاه أنه يجب على المخطط، من خلال دراسته للمعطيات والظروف، وجود فرصة يمكنه استغلالها لتحقيق فكرته أو مشروعه الاستثماري. إن قدرة المخطط على الرؤية والتنبؤ بما يمكن أن يكون عليه المستقبل، وقدرته على فهم الواقع واستيعابه، أمور لا غنى عنها لإعطاء تخطيطه صفة عملية بعيدة عن التمنيات والأحلام. يغطي التنبؤات الاعتبار البيئية الأساسية من اقتصادية، اجتماعية وسياسية. تتبلور نتائج التنبؤات على هيئة تنبؤ بالمبيعات ويشكل هذا التنبؤ القاعدة التي يركز عليها إعداد مخطط الأعمال الفعلي. السبب في ذلك، هو أن إيرادات المبيعات هي العصب المحرك لمختلف نشاطات المؤسسة.¹ ومن خلال ما سبق يمكن تعريف التخطيط بأنه:

نشاط يستهدف تحديد الوضع الحالي للمنظمة وتحديد الوضع المستقبلي المستهدف وكيفية تحقيق ذلك من خلال تحديد الغايات والأهداف النهائية للمنظمة وصياغة السياسات وتحديد الوسائل المؤدية إلى تحقيق تلك الغايات وتحديد وتوزيع الأدوار والموارد اللازمة لإنجاح الخطة مع تحديد الوقت الزمني اللازم لكل من الغايات والأهداف والأعمال والوسائل.

ثانيا: التخطيط في المنظمات الاستشفائية

1- تعريف التخطيط الصحي: هو عملية تحديد الكيفية التي تستطيع بها المنشأة الصحية الوصول إلى تحقيق أهدافها المحددة مستقبلا الإجراءات المستقبلية الممكنة، وموعد تنفيذها، ومن يقوم بتنفيذها وطرق هذا التنفيذ. وتشتمل عملية

¹ محمد رفيق الطيب، مدخل للتسيير «أساسيات-وظائف-تقنيات-»، الجزء الثاني، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2010، ص.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

التخطيط في جوهرها وأساسها على الأنشطة الإدارية التي تحدد الأهداف المستقبلية والوسائل المناسبة لتحقيق هذه الأهداف.¹

2- تعريف التخطيط في المنظمات الاستشفائية

ويمكن تعريف التخطيط في المنظمات الاستشفائية بأنه:

"عملية وضع الأهداف والخطط لتحقيق هذه الأهداف وفقا لظروف وأهداف المنظمة. والتخطيط يمثل المارة التي تسترشد بها المنظمة عند القيام بواجباتها ومسؤولياتها وأعمالها لتحقيق هذه الأهداف والآمال التي ترغب وتهدف لتحقيقها".²

أنه عملية مستمرة تتمثل في اقتراح الفكر بالقرار في اختيار بديل من عدة بدائل لتحقيق الأهداف المطلوبة، وهو أداء يستهدف فعالية البرامج والخدمات الصحية المقدمة من المستشفى، لتوفير خدماتها بأعلى جودة وأقل تكلفة. هو مرحلة التفكير واتخاذ القرارات التي تتعلق بالمنظمات الاستشفائية والخاصة بتحديد:³

- أهداف المستشفى الواجب تحقيقها؛
- العناصر الواجب استخدامها في المنظمات الاستشفائية لتحقيق الأهداف؛
- مجموعة القواعد التي ترشد تصرفات رجال المستشفى فهي بذلك تحكم سير الأعمال في المنظمات الاستشفائية؛
- الإجراءات التفصيلية التي تتبع في تنفيذ الأعمال في المنظمات الاستشفائية.

3- أهمية التخطيط في المنظمات الاستشفائية: للتخطيط أهمية كبيرة بالنسبة للمستشفى، والتي تتضمن النقاط التالية:

- التخطيط يعمل على توضيح أهداف المستشفى التي تسعى إلى تحقيقها، وتمكين كل فرد فيها من معرفة معالم الأهداف المحددة، للمساهمة في تحقيقها؛
- يساعد التخطيط المستشفى على استغلال الموارد المتاحة لديه أحسن استغلال ممكن، مما يسمح ذلك بتخفيض التكاليف والتحكم فيها، وبالتالي فإن الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، يتطلب توحيد الجهود المختلفة في المستشفى من أجل تحقيق تلك الأهداف؛
- وبما أن التخطيط هو التنبؤ بالمستقبل، فهو يحاول الكشف عن أبعاده، من خلال البرامج المعدة لمواجهة الأحداث المتوقعة، وبالتالي يسعى المستشفى إلى اتخاذ كافة الإجراءات اللازمة لمواجهة هذه الأحداث؛

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الصحة والمستشفيات، جامعة الملك سعود الرياض، مطبعة الفرزدق التجارية، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1993، ص12.

² محمد السيد البدوي، إدارة المستشفيات والمراكز الطبية، دار العلوم للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2017، ص.20.

³ عبد العزيز النجاز، الإدارة البنكية، المكتب العربي الحديث الإسكندرية، 2008، ص.323.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

- يساعد التخطيط في التحديد الدقيق، لحجم ونوعية الموارد المختلفة التي يتم استخدامها في المستشفى، سواء كانت موارد مادية تتعلق بالتجهيزات الطبية أو المباني أو المعدات، أو تعلق الأمر بالموارد البشرية والمتمثلة في الأطباء وشبه أطباء وفنيين وموظفين، أو تعلق الأمر بالموارد المالية اللازمة للقيام بكافة نشاطاته.
- يساعد التخطيط على معرفة الانحرافات إن وجدت داخل الأنشطة الرئيسية والفرعية، وذلك عن طريق تحديد الوقت، لأداء كل مرحلة من مراحل كل نشاط، والعمل على ربطها بالأنشطة الأخرى لتحقيق الأهداف المرجوة للمستشفى.
- إن التخطيط يسهل مهمة المدراء في عملية الرقابة للبرامج المحددة، ومتابعة خطواتها والتأكد منها على أنها تتم وفقا للأهداف المسطرة وبالإمكانات المتاحة.

ثالثا: عملية التخطيط في المنظمات الاستشفائية

التخطيط عملية فكرية مستقبلية تعتمد على المنطق والترتيب وتوافر قاعدة جيدة من البيانات وتنتهي بوضع خطة تتضمن الأهداف، والسياسات، والإجراءات، والقواعد والموازنات والجداول الزمنية الخاصة بالتنفيذ. وتنطوي عملية التخطيط في المنظمات الاستشفائية على العمليات الفرعية التالية:¹

- تحديد الأهداف المطلوب من المستشفى تحقيقها والمدى الزمني لتحقيق هذه الأهداف. ورغم أن الهدف أو الأهداف العامة للمستشفى تكون محددة من قبل جهات إدارية عليا أو تكون محددة في قرار إنشاء المستشفى، فإن الأمر يتطلب صياغة الأهداف التفصيلية أو الفرعية لجميع الأنشطة والوحدات التنظيمية التي تتصل أعمالها بشكل مباشر أو غير مباشر بالأهداف العامة للمستشفى. والأهداف هي الغايات أو النتائج النهائية المطلوب تحقيقها من كل نشاط أو وحدة تنظيمية (إدارة - قسم - وحدة). ومن أهم المجالات التي يجب أن توضع لها أهداف عامة وتفصيلية المجالات الخاصة بكل من:
- الخدمات التشخيصية والعلاجية بمختلف الأقسام الداخلية والخارجية؛
- الخدمات الطبية والإسعافية في مرحلة ما قبل دخول المستشفى؛
- خدمات التمريض والإشراف على المتطلبات المعيشية للمرضى؛
- الخدمات الصيدلانية وتوفير وتخزين وتوزيع وصرف الأدوية؛
- خدمات المختبرات وبنوك الدم والتحليل المخبرية والفحوصات المتخصصة؛
- الخدمات الغذائية وتوفير الوجبات الغذائية للمرضى؛
- خدمات استقبال وتسجيل المرضى والإحالة إلى الأقسام العلاجية؛
- التجهيزات والمباني والمرافق الطبية؛
- برامج التدريب والتعليم والبحوث وتطوير القوى العاملة الطبية والإدارية؛
- برامج الرعاية الصحية الأولية.

¹ عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمانة، مرجع سابق، ص.23.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

الفرع الثاني: وظيفة التنظيم في المنظمات الاستشفائية

يعد التنظيم الوظيفة الحيوية في المنظمة، كما يعتبر النشاط الأساسي للإدارة، فهو العامل الذي يعتمد عليه لمواجهة الصعوبات والمعوقات التي تواجه المنظمات، كما يسعى إلى تنسيق وترتيب جميع العناصر الضرورية للعمل بما في ذلك المورد البشري.

أولاً: تعريف التنظيم:

عرفه هنري فايول (Henry Fayol) " بأنه إمداد المنظمة بكل ما يساعدها على تأدية مهامها من المواد الأولية، الآلات والأفراد، ويتوجب على المدير إقامة نوع من العلاقات بين الأفراد بعضهم ببعض، وبين الأشياء بعضها ببعض".¹

عرفه الأستاذ أ. براون " بأنه يحدد ذلك الجزء الذي يتوقع أن يقوم على أدائه كل فرد من المنظمة، والعلاقات بين كل عضو، بما يؤدي أن تكون جهودهم المنسقة ذات أعلى كفاءة لغرض المنظمة.²

ومن خلال ما سبق يمكن تعريف التنظيم بأنه:

"تقسيم العمل إلى أنشطة لازمة لتحقيق أهداف المنظمة، ثم تحويل هذه الأنشطة إلى وظائف، ثم تجميع هذه الوظائف في وحدات إدارية يمكن إسنادها إلى أشخاص مع تحديد علاقات السلطة والمسؤولية وإقامة علاقات مع مختلف الإدارات والوحدات التنظيمية."

ثانياً: أنواع التنظيم:

أصبحنا نميز في وقتنا الحالي بين شكلين من التنظيم لا بد من وجودهما في المنظمة الواحدة واللذان يتمثلان في التنظيم الرسمي والتنظيم الغير رسمي³:

1-التنظيم الرسمي: يعرف التنظيم الرسمي على أنه التنظيم المعلن والقانوني للمنظمة والذي له صفة الاستمرار والاستقرار إلا إذا ظهر ما يوجب إدخال تعديلات عليه، وهو الذي قام بناء على أهداف حددت وخطط وضعت وسياسات رسمت، تم إقامته على ضوء مبادئ وقواعد، فهو الذي يحدد الإطار للأنشطة التي تمارس والإدارات والأقسام والمراكز التي يتم التعامل معها والسلطات والمسؤوليات للعاملين لتمكينهم من الاطلاع بالمهام الموكلة إليهم والاهتمام بإنجاز ما هو مطلوب منهم.

2-التنظيم الغير رسمي: يعرف هذا الأخير على أنه شبكة من العلاقات الشخصية والاجتماعية التي تنشأ وتستمر بين الأفراد نتيجة وجودهم في مكان واحد، وهو مكان العمل، وينشأ بطريقة عفوية.

¹ بغدود راضية، تحليل وتطور التنظيم والهيكل التنظيمية، مذكرة ماجستير، جامعة أحمد بوقرة بومرداس، 2007-2008، ص 05.

² توفيق محمد عبد المحسن، تقييم الأداء (مداخل جديدة لعالم جديد)، دار الفكر العربي / دار النهضة العربية، 2002، ص 09.

³ بغدود راضية، مرجع سابق، ص 15.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

جدول رقم(1-1): الفرق بين التنظيم الرسمي والتنظيم الغير رسمي

التنظيم الغير رسمي	التنظيم الرسمي
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ينشأ بطريقة عفوية غير مقصودة. ➤ العلاقات الشخصية هي الأساس. ➤ العلاقات الشخصية لها قوة التأثير على العاملين. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ينشأ بطريقة مقصودة ومحددة. ➤ تتحدد العلاقات عن طريق اللوائح المكتوبة. ➤ العلاقات الشخصية منفصلة عن العمل.

بغداد راضية، تحليل وتطور التنظيم والهياكل التنظيمية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أحمد بوقرة، بومرداس، 2007-2008، ص16.

ثالثا: تطبيق التنظيم في المستشفى: Hospital Organizing

يعتبر التنظيم من أهم الوظائف في الإدارة الحديثة، نظرا لوظيفته في إيجاد المناخ الملائم لأداء المستشفى جميع وظائفه بما يضمن تحقيق أهدافه المرجوة، من خلال تنسيق الجهود المشتركة للأفراد .

رغم اختلاف وجهات النظر ومفاهيم علماء الإدارة حول كلمة التنظيم من حيث الشمولية والعمق، فإنه يمكننا القول بأن التنظيم كوظيفة أساسية يمارسها مدير المستشفى تعني مايلي:

- " وضع وصياغة الهياكل والأطر التي يتم بها تقسيم الأنشطة الطبية والطبية المساعدة والإدارية في المستشفى وتنظيمها وتنسيقها، وتوزيعها على الأفراد من مختلف الفئات وتحديد العلاقات والأدوار بين هذه الأنشطة وهؤلاء الأفراد، وصياغة الأدوات وإجراءات التنسيق الرسمية وأنماط التفاعل الواجب إتباعها لتحقيق الأهداف المخططة للمستشفى".¹
- يعرف جورج تيرى التنظيم أنه " إقامة علاقات فعالة للسلطة بين العمل والأشخاص، وأماكن العمل بغرض تمكين الجماعة من العمل مع بعضها بكفاءة".²
- وفي ضوء المفهوم ما سبق يستخلص أن لوظيفة التنظيم في المنظمات الاستشفائية يمكن تحديد أهم مجالات ومكونات هذه الوظيفة فيما يلي:
- تصميم الهيكل التنظيمي للمستشفى في شكل إدارات أو أقسام أو فرق عامل.
- صياغة الاختصاصات وتوزيع الأدوار والمهام الوظيفية بين الكيانات التي يشملها الهيكل التنظيمي.
- تحديد علاقات السلطة والمسؤولية وتبادل المعلومات بين الكيانات التنظيمية والقيادات المسؤولة عنها وبعضها البعض.
- صياغة النظام الداخلي للعمل وما يرتبط بها من أدلة إجراءات وطرق عمل.
- إعادة أدلة الوصف الوظيفي لجميع المسميات والألقاب بالمستشفى متضمنة مهام كل وظيفة وشروط شغلها ومعايير تقييم أدائها.

¹ عبد العزيز مخيمر و محمد الطعمنة، مرجع سابق، ص 29.

² أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 148

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

- إعداد خريطة التوزيع المكاني لجميع وحدات العمل بالمستشفى.
 - إعداد أدلة تقييم الوحدات والوظائف الطبية المساعدة والإدارية بمستوياتها المختلفة.
- وتجدر الإشارة في هذا المقام إلى أن أداء المهام التنظيمية السابقة قد يتطلب تشكيل لجان أو فرق عمل من ذوي الخبرة والكفاءة في المستشفى وربما يقتضي الاستعانة بمكاتب استشارية متخصصة.
- إن الهدف العام من تنظيم المستشفى هو المساعدة في عمليات إنجاز مجموعة وظائف متعددة بأفضل وجه، ويعتمد التنظيم على الطريقة والكيفية التي يتم فيها وبشكل أساسي ومطابقتها للأهداف، فبينما تتشابه أهداف معينة مع بقية الوحدات العاملة للمستشفى، تختلف في مكان آخر عن مثيلها، وعندما تتشابه الوظائف يصبح التركيز عليها مختلفا نظرا لوجود خليط منوع من الأهداف المراد تحقيقها والوصول إليها، وحتى وان تقاربت مع بعضها فهناك مشكلة بما يطلق عليه حالة التكامل العام للأنشطة بين كافة الوحدات العامة في المستشفى¹.

الفرع الثالث: وظيفة التوجيه في المنظمات الاستشفائية

التوجيه هو الوظيفة الإدارية الرابعة بعد وظيفة رسم وتحديد وتعريف غاية وهدف نشاط المنظمة ووظيفتي التخطيط والتنظيم. كما أنه الوظيفة التي تبدأ بتفعيل نشاط المنظمة وتبقى القوة المحركة لكافة الأنشطة التي تقوم بها خلال حياتها العملية والتي يعود لها الفضل في إنجاح تلك الأنشطة إذا ما أحسن استخدام هذه الوظيفة.

أولا: ماهية التوجيه

1- تعريف التوجيه: هو إرشاد المرؤوسين إلى كيفية تنفيذ الأعمال الموكلة إليه حسب لوائح العمل والتعليمات التي تحكم أعمالهم ووفق سياسة المنظمة المعتمدة وتفسير ما قد يصعب عليهم فهمه في هذا المجال بطريقة لا تتعارض مع أهداف المنظمة.

هو الوظيفة الثالثة من الوظائف الرئيسية للمدير وببساطة يمكن تعريف التوجيه بأنه عملية التأثير على سلوك الأفراد لضمان تركيز جهودهم وتعبئة طاقاتهم حول الهدف المقصود فهو يتضمن استخدام السلطة والمسؤولية الحائز عليها المسير.

هو عملية يتم من خلالها إبلاغ الأفراد بما يجب عمله ومعرفة أو التأكد من أن كل فرد يبذل قصارى جهده في إنجاز العمل المناط به.

وتهتم هذه الوظيفة بإرشاد العاملين إلى أحسن السبل لتحقيق أهداف المشروع فمن واجب رئيس الشركة تنمية الولاء للشركة بين العاملين وتعريفهم بأهداف الشركة وسياساتها ونظم وقواعد الفصل بما كما أن هؤلاء المرؤوسين لابد أن يعرفوا وأن يفهموا عن طريق رؤسائهم الهيكل التنظيمي، والعلاقات الداخلية بين أفراد والإدارات والأقسام المختلفة بالمنشأة.

¹ حسن صالح سليمان القضاة، القيادة (مدخل في إدارة المستشفيات)، دائر وائل للنشر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2012،

2- أهمية التوجيه:

يستمد التوجيه أهميته من كونه الوظيفة التي تعكس حسن أو سوء أداء العملية الإدارية كلها، فبعد أن يتم تحديد الأهداف وتوزيع الواجبات بوضع الفرد المناسب في المكان المناسب فلا بد من إعلام الأفراد وإرشادهم وتشجيعهم وقيادتهم نحو تحقيق الأهداف وهذه هي وظيفة التوجيه.

3- أساليب وأدوات تحقيق عملية التوجيه:¹

3-1- أساليب تحقيق وظيفة التوجيه

وتتحقق عملية التوجيه من خلال عدة أساليب من أهمها ما يلي:

- إصدار التعليمات والتوجيهات اللازمة للعاملين؛
- قيادة المرؤوسين من خلال المبادأة والقدرة الحسنة واختيار أساليب القيادة الفعالة؛
- تحفيز العاملين بما يتلاءم مع احتياجاتهم ورفع روحهم المعنوية؛
- الاتصال الفعال ذو الاتجاهين مع المرؤوسين؛
- تحقيق الرضا الوظيفي للعاملين؛
- تحقيق المواءمة بين أهداف المنظمة والأهداف الشخصية للعاملين.

3-2- أدوات التوجيه: إن ممارسة وظيفة التوجيه يتطلب توافر عدة أدوات أو وسائل ومن هذه الأدوات والوسائل:

- أ. القيادة: عرفها كونتز وزملائه " القيادة هي عملية التأثير على الأفراد وتشجيعهم لتحقيق أهداف المنظمة "؛
- ب. الدافعية: وهي المؤثر الداخلي الذي يحرك وينشط ثم يوجه السلوك الإنساني نحو تحقيق أهداف معينة؛
- ت. ثالثا: الاتصال: يتوقف النجاح في مجال التسيير إلى حد كبير على مقدرة المسير على تفهم الأفراد من جهة وعلى مقدرتهم على تفهم المسير من جهة أخرى ولا يتفق هذا إلا بالاتصال والذي بواسطته يتم توجيه النشاط في أي تنظيم مهما كان نوعه؛
- ث. اتخاذ القرار: تلعب القرارات دور كبير في إقناع الأفراد بما يجب عمله لتحقيق الأهداف ليس هناك وسيلة للتغيب من ذلك الذي يجعل القائمين بالتنفيذ يحسون أن القرار قرارهم، ولم يأتي ذلك إلا بإشراكهم في عملية اتخاذ القرار.

مما سبق فالتوجيه هو السيرورة أو العملية التي تسمح بتنشيط وحث وتحفيز العمال سواء أفرادا أو جماعات من أجل القيام بالمهام المدرجة أو الموكلة لهم، بكل حماس وفخر وبهجة وسرور وارتياح من أجل المساهمة في تحقيق الأهداف.

رابعا: وظيفة التوجيه في المنظمات الاستشفائية

¹ محمد بكري عبد العليم، مرجع سابق، ص 31-32.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

تعتبر كل من وظيفتي التخطيط والتنظيم بالوظيفة التمهيديّة لعملية التنفيذ(التوجيه) والرقابة، حيث يتطلب من إدارة المنظمات الاستشفائية وضع الخطة أو البرنامج المقترح للعمل وتنظيمه، ويعد ذلك القيام بوظيفة التوجيه.

1- مفهوم التوجيه وأهميته في المنظمات الاستشفائية:

تمثل وظيفة التوجيه العمل الدائم للمدراء أثناء تنفيذ الخطط والبرامج الصحية، والتي تتطلب وجود الاتصال المباشر بالمرؤوسين وإرشادهم بالكيفية اللازمة لإنجاز تلك الأعمال، والسعي لرفع معنوياتهم بغية الحصول على مساندتهم لتحقيق الأهداف المرجوة.

2- تطبيق التوجيه في المنظمات الاستشفائية:

بناء على عملية الرقابة على الأداء لأفراد المنظمة يتم تحديد الأداء الفعلي والانحرافات عن الأداء المعياري الموجود في الخطة ويتم إتخاذ الاجراءات التصحيحية وذلك بتوجيه الأفراد وإرشادهم للأداء المعياري المطلوب وفقا "للخطة وأيضا" إجراء التعديلات اللازمة في الخطة بما يتلاءم مع الظروف الواقعية وذلك بما يتفق مع مبدأ المرونة في الهدف وفي الخطة. ويتخذ التوجيه عدة صور وهي:¹

-**التوجيه القبلي:** وهو الإرشاد والتوجيه لكل أفراد المنظمة قبل قيامهم بمهامهم وتدريبها على إمكانية القيام بالمهام المطلوبة منهم وإكسابهم بالمهارات اللازمة لذلك.

- **التوجيه المتزامن:** وهو التوجيه المستمر والمتزامن مع الأداء حيث يتم متابعة أداء أفراد المنظمة باستمرار وتوجيه الارشادات اللازمة لهم باستمرار أثناء التنفيذ.

-**التوجيه البعدي:** وهو التقييم للأداء بعد تنفيذ المهام حيث يتم توجيه الارشادات والتوجيه بناء على الأداء الفعلي. ويمكن أن يستخلص مما سبق أن وظيفة مدير المستشفى لا تقتصر فقط على الاهتمام بتقديم الخدمات التشخيصية العلاجية وما يرتبط بها من إجراءات وموازنات مالية، ولكن عليه أيضا الانتباه لمشاعر مختلف فئات العاملين معه من أطباء وفنيين وإداريين وعمال، وعليه تفهم الظروف التي يتم إنجاز العمل في ظلها، كما يجب أن يعطي لمعنوياتهم ورضاهم عن العمل الذي يقومون به نفس الأهمية التي تعطى للخدمات الشخصية والعلاجية. كما يجب أن يتفهم مدير المستشفى أن معظم العاملين بمختلف فئاتهم لا يتحملون بيئة العمل المتسلطة أو غير العادلة أو البيئة التي لا تمنحهم الفرصة للمشاركة في القرارات التي تؤثر فيهم أو في أعمالهم بشكل مباشر، وأن النتائج المتوقعة لمثل هذه الممارسات سواء آجلا أو عاجلا هي استخدام هؤلاء العاملين لكافة طاقاتهم وقدراتهم وخبراتهم في إرضاء رغباتهم واهتماماتهم الشخصية وعلى حساب مصلحة العمل وإنتاجيته.

الفرع الرابع: الرقابة وتقييم الأداء في المنظمات الاستشفائية

إن الرقابة كوظيفة إدارية أساسية في المؤسسة هي على العكس مما يتصور البعض من أنها تتبع التنفيذ فقط حيث تحاول كشف الأخطاء والانحرافات بل إنها عملية مستمرة منذ بدء التخطيط وحتى المرحلة الأخيرة من التنفيذ، فهي تضمن إنجاز العمليات الصحيحة وفي الوقت الصحيح وبالطريقة الصحيحة وعلى يد الأشخاص المناسبين.

¹ محمد السيد البدوي، مرجع سابق، ص.28.

أولاً: وظيفة الرقابة:

1- تعريف الرقابة: يمكن تعريف الرقابة بأنها:

هي عملية ملاحظة الشخص أو الموضوع أداء وسلوكا وفق معايير تعتمد على خطة العمل وأسلوب تنظيمه ومقارنة واقع الأداء والسلوك بما هو مطلوب في الخطة والتنظيم الخاص بذلك وتسجيل الانحراف وإبلاغ ذلك للمعنيين بالأمر.¹

عرفها هنري فايول " الرقابة هي التحقيق كما إذا كان كل شيء يحدث طبقا للخطة الموضوعة والتعليمات الصادرة والمبادئ المحددة وأن غرضها هو الإشارة إلى نقاط الضعف والأخطاء بقصد معالجتها ومنع تكرار حدوثها كما أنها تطبق على كل شيء الأشياء الناس الأفعال".²

الرقابة هي تعبير شامل عن الإشراف والمتابعة وقياس الأداء وتحديد المعايير ومقارنتها بالإنجازات.³

2- أنواع الرقابة

يمكن تصنيف الرقابة بالنسبة للنشاط الذي تمارس فيه إلى:⁴

2-1- الرقابة العملياتية: وتعني هذه الرقابة بالعمليات التي يتم خلالها تحويل عناصر الإنتاج إلى منتج سواء أكان سلعة أو خدمة.

2-2- رقابة عناصر الإنتاج: وتعني هذه الرقابة بعناصر الإنتاج قبل دخولها في عملية الإنتاج للتأكد من مطابقتها لمواصفات الإنتاج.

2-3- رقابة عناصر البشري: يعتبر العنصر البشري أهم عنصر إنتاج لذا يجب تركيز الرقابة عليه لكون عناصر الإنتاج الأخرى تابعة بشكل أو آخر له ويمكن له التحكم بها وبأنشطتها.

2-4- رقابة المنتج: يمثل المنتج سلعة كان أو خدمة غاية المنظمة ومبرر وجودها في المجتمع. وعليه يجب أن يكون في المستوى الذي تعهدت فيه للمجتمع. ومن هنا فإن مراقبة المنتج كي يكون وفق المواصفات المطلوبة أمر في غاية الأهمية لضمان استمرار بقاء المنظمة وتقديمها.

2-5- رقابة موجودات المنظمة الأخرى: من أبنية ومعدات ولوازم مساعدة لعملية الإنتاج بما في ذلك السجلات والمستندات والوثائق... الخ.

2-6- المراقبة المالية: وتعني بمراقبة الموارد المالية للمنظمة من إيرادات ومصروفات ورأسمال واستثمارات... الخ وفق الأنظمة المالية التي تحكم نشاط المنظمة في هذا المجال.

أما بالنسبة لزمان الرقابة الذي تمارس فيه فيمكن ملاحظة الأنواع التالية:

¹ صبحي جبر العتيبي، تطور الفكر والأساليب في الإدارة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 197.

² السعيد بلوم، أساليب الرقابة ودورها في تقييم أداء المؤسسة الاقتصادية، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، ص 15.

³ نفس المرجع السابق، ص 16.

⁴ صبحي جبر العتيبي، مرجع سابق، ص 198-199.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

- الرقابة المسبقة: وتعني بمراقبة مكونات النشاط وعناصره وبرناجه قبل بدء عملية التنفيذ. ويمارس هذا النوع من الرقابة في النشاطات الحساسة والخطرة والمكلفة وهي رقابة وقائية.

- الرقابة المتزامنة: وهي رقابة مرافقة للنشاط أثناء تنفيذه للنشاط كي لا تتراكم الأخطاء أو يتسع الانحراف وبالتالي يكون الثمن باهظا

- الرقابة اللاحقة: وهي رقابة تأتي بعد إنجاز العمل وعند تسليمه سواء أكان سلعة أو خدمة وتعتبر رقابة شاملة بالنسبة لأنواع الرقابة حسب طبيعة النشاط المرقب. وهي الرقابة التي تحدد إذا أنجحت المنظمة في تحقيق أهدافها أم لا وبأي ثمن وجوده وزمن.

3- أهمية الرقابة: تبرز أهمية الرقابة من خلال ما يلي: ¹

- ارتباطها بالعملية الإدارية ارتباطا وثيقا، لان كل من التخطيط والتنظيم والتوجيه يؤثران ويتأثران بالرقابة، أي هناك تفاعل مشترك بين هذه الأنشطة بما يحقق الأهداف التي تسعى المنظمة؛
- إن عملية الرقابة تمثل المحصلة النهائية لأنشطة ومهام المنظمة فمن خلالها يمكن قياس مدى كفاءة الخطط الموضوعة وأساليب تنفيذها؛
- ترتبط الرقابة ارتباطا وثيقا بوظيفة التخطيط لأن التخطيط هو مطلب أساسي للقيام بوظيفة الرقابة؛
- إن أي برنامج للرقابة يتطلب وجود هيكل تنظيمي والمتمثل في أوجه المسؤولية المختلفة للمديرين ؛
- إن الخطأ الصغير الذي لا يكشف في وقته أي في يومه يصبح خطأ كبيرا في اليوم الذي يليه وبهذا فإن نظام الرقابة الفعال يمكن المديرين من التحكم والكشف عن الأخطاء في وقتها ومحاوله حلها والتغلب عليها؛
- إن الإدارة المعاصرة تتميز بالتعقيد الشديد في جميع نواحيها الفنية والسلوكية، ولهذا أصبح من الصعب السيطرة على هذا التعقيد، وبالتالي فإن نظام الرقابة يسمح للمديرين من متابعة الأنشطة والمهام للمسؤولين عليها؛
- إن البيئة المعاصرة للمنظمات شديدة التعقيد، وهذا الأمر يحتم على المنظمات ضرورة التجاوب مع التغيرات البيئية، إن الرقابة تمثل أحد القنوات الرئيسية لتوصيل المنظمة إلى حالة التجاوب السريع مع التغيرات البيئية.

ثالثا: الرقابة في المنظمات الاستشفائية

اهتم الكثير من الكتاب بتعريف الرقابة ومن بينهم فايول الذي عرفها أن الرقابة هي التحقق من أن ما يحدث يطابق الخطة المقررة، والتعليمات الصادرة، والمبادئ السارية. وتعتبر الرقابة في المنظمات الاستشفائية بأنها العملية التي تقيس الأداء الحالي وتوجهه لتحقيق الهدف المطلوب.

1- تعريف الرقابة في المنظمات الاستشفائية:

التأكد من أن الأعمال والأنشطة المنجزة تمت وفق ما مخطط لها، وباتجاه تحقيق الأهداف المحددة لها، إذن هي الوظيفة التي يمكن عن طريقها التأكد من كون الأعمال مطابقة لما يريد إتمامه. ²

¹ السعيد بلوم، مرجع سابق، ص 32.

² أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 152.

2- مجالات الرقابة في المنظمات الاستشفائية:

ترتكز عملية الرقابة في المنظمات الصحية على ثلاث مجالات رئيسية هي:¹

2-1- رقابة المدخلات: بما أن الخدمات الصحية لها خصوصيات تتميز بها، فإن الرقابة على مدخلاتها تحتل أهمية تفوق تلك الموجودة في المنظمات الأخرى، لكون النتائج المترتبة على خدماتها تنعكس مباشرة على صحة وحياة الأفراد. وكما هو معروف أن خدمات الرعاية الطبية هي خدمات نهائية، وأن أي خلل لا يمكن إدراكه، ولذا يستوجب على المنظمات الصحية أن تولي أهمية كبيرة لرقابة المدخلات، لضمان جودة خدماتها والتي تتطلب التأكد من جودة العناصر البشرية وقدراتها لتحقيق ذلك، بالإضافة إلى الرقابة على المدخلات الأخرى المتمثلة في نوعية الأدوية والمواد والتجهيزات المستعملة ومدى مطابقتها لأغراضها أي المطابقة لغرض الخدمة الصحية.

2-2- رقابة الأنشطة: إن عملية تحويل المدخلات إلى مخرجات تتطلب عدد من الأنشطة، وذلك بعد رسم الاستراتيجية اللازمة لتحقيق الأهداف المخططة ومن بين هذه الأنشطة نجد:

- تصميم هيكل تنظيمي يكون قادر على تحقيق تلك الأهداف، بتوفير العنصر البشري المؤهل والتنسيق بين مختلف الأقسام الموجودة في المستشفى.
- ولتحقيق الأهداف المحددة يتطلب الاستخدام الفعلي للمدخلات، وتنفيذ ما هو مخطط بتحفيز كل من العاملين والمشرفين عليهم، لأنه ليس من السهل وضع معايير لمراقبة الأنشطة وقياسها مباشرة، وإنما بالاستناد إلى الخبرات السابقة للمدراء، أو عن طريق السجلات التي تبين نتائج التشغيل السابقة، والتي من خلالها يمكن وضع معايير كعدد الأفراد اللازمة لكل نشاط لتقديم مستوى معين من الرعاية الطبية، ومنه نقول بأنه إذا زاد عدد العاملين عما هو متوقع حينئذ تشير إليه الرقابة من خلال معدل (دوران العمل، استهلاك المواد).

2-3- رقابة المخرجات: تهتم رقابة المخرجات بالتحقق من النتائج المتوصل إليها، فيما إذا كانت تتطابق مع الأهداف الرئيسية للأقسام والأنشطة بالمستوى المطلوب للخدمات، أي معرفة ما إذا كانت هذه المخرجات المتحققة من تلك الأنشطة هي نفسها المتوقعة، من خلال العدد الإجمالي للمرضى ومعدل تشغيل الأسرة في المستشفى وعدد الزيارات في العيادات الخارجية، بالإضافة إلى عدد العمليات الجراحية والوصفات الطبية وعدد وجبات الطعام المقدمة. فمن خلال هذه المقاييس يمكن للإدارة الكشف عن أي انحراف، وذلك من التقارير المقدمة عن كل نشاط أو من خلال التدقيق الطبي، الذي يشير إلى كيفية استخدام الأسرة والخدمات الأخرى، فيما إذا كان هناك استخدام غير مبرر.

3- رقابة جودة الرعاية الطبية في المنظمات الاستشفائية:

إن مفهوم جودة الرعاية الطبية يختلف باختلاف الفئات العاملة بالمنظمات الاستشفائية والمستفيدين من خدماتها، فبالنسبة للمريض تعني الجودة ذلك الاحترام والمعاملة الطبية من قبل الأشخاص، التي يحتك بها أثناء وجوده

¹ نفس المرجع، ص 152-153.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

بالمستشفى. أما بالنسبة للأطباء فهي تعني توفير مستوى معين من المعرفة الطبية، ونوعية المعدات المستخدمة في رعاية المريض. وتعني بالنسبة للإدارة توفير العنصر البشري والمادي الضروري لتقديم الخدمة الصحية.¹

بالرغم من الاختلاف في تحديد مفهوم الجودة في المنظمات الاستشفائية، إلا أن المتخصصين يجمعون على أن الرعاية الطبية الجيدة تنقسم إلى قسمين، الأول يشمل جودة الرعاية الفنية والثانية جودة فن الرعاية، حيث تشير الأولى إلى مدى تطابق الأنشطة وإجراءات التشخيص والعلاج للمرضى، بينما تشير الثانية إلى البيئة التي تقدم فيها الخدمات وسلوكيات مقدميها وطريقة تعاملهم مع المريض. ومنه يمكن القول بأن الرعاية الطبية الجيدة هي تلك التي تركز على الجوانب الوقائية للأمراض، وتحافظ على وجود العلاقات المباشرة بين الطبيب المعالج والمريض من خلال استعمال كافة المستلزمات الضرورية للطب الحديث لسد حاجاته.

-رقابة جودة خدمات الأطباء: وهو يعني تقويم ورقابة جودة الخدمات الطبية المقدمة للمرضى، ومدى تطابقها مع المعايير المقبولة للجودة حيث تستند المراجعة والاجتهاد الشخصي للطبيب، على أسس ومعايير متفق عليها من قبل الأطباء.

ومن أجل ضمان الجودة في الخدمة الطبية، تركز أغلب المنظمات الاستشفائية الحديثة على مايلي:

▪ تقييم مؤهلات الأطباء عند توظيفهم أو ترقيتهم، من أجل استخدام العنصر المؤهل لتقديم مستوى من الخدمات.

▪ التركيز على الوسائل الوقائية لتحسين جودة الخدمات الصحية، كضبط العدوى ورقابة انتقال الأمراض؛

▪ تقييم رقابة جودة الخدمة الطبية من خلال المراجعة للاستخدامات، والتركيز على وضع برامج للتكوين الطبي وشبه الطبي على ضوء الاحتياجات الصحية.

-رقابة جودة خدمات التمريض: وتعتبر خدمات التمريض من العوامل الرئيسية، والتي لها تأثير مباشر على جودة الخدمات الطبية المقدمة من طرف الأطباء، والخدمات الاستشفائية التي تقدم في المستشفى، ولهذا الغرض هناك طريقتين للتقويم.

▪ أسلوب التقويم غير الرسمي والذي تعتمد فيه إدارة المستشفى، على ملاحظات وتقويم الأطباء أنفسهم لخدمات التمريض والحكم على خدماتها، أو الاعتماد على الاستقصاء الاستبيان (لدراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم.

▪ أسلوب التقويم الرسمية والتي تتمثل في مراجعة وتدقيق، خدمات التمريض من خلال ملفات المرضى، حيث يتم كشف الانحرافات غير المقبولة في أداء خدمات التمريض، كما يمكن الاعتماد على التقارير اليومية التي ترفعها هيئة التمريض للإدارة.

ومن أجل ضمان جودة الخدمات التمريضية، يتطلب من المنظمات الاستشفائية وضع معايير تتعلق بخبرة الممرضات والعدد المناسب لأداء الخدمة، هذه المعايير تتطلب:

¹ أمير جيلالي، مرجع سابق، ص ص 153-154.

- وجود إدارة خدمات التمريض في المستشفى والإشراف عليها من قبل ممرضة مؤهلة.
 - وجود خريطة تنظيمية ودليل تنظيمي حديث لدائرة التمريض.
 - وجود برامج للتعليم المستمر للممرضات من أجل تحسين المعارف والخبرات في جهاز التمريض.
- رقابة جودة خدمات الدوائر الأخرى: وهي تخص خدمات الأقسام من خلال لجان متخصصة، إحداها تتعلق بالسجلات الطبية لمراجعتها، والتأكد من دقتها كأساس لتقييم جودة الخدمة الطبية، وأخرى تخص الفندقية للتأكد من استعمال أسرة المستشفى بشكل مناسب، ولجان أخرى تتعلق بالصيدلة وضبط العدوى وغيرها. وبسبب صعوبة وضع معايير محددة للجودة في المستشفى تم التركيز على الأبعاد التالية:
- أ-قياس وتقييم المدخلات: وهو يتضمن قياس نوعية المدخلات المستعملة في تقديم الخدمة، والتي تشمل على كافة الموارد منها البشرية والمادية من الأجهزة والمعدات والمنشأة، حيث تركز المنظمات الاستشفائية على الخبرة لدى العنصر البشري ونوع الأجهزة والمواد المستعملة لتقديم الخدمة.
- ب-قياس وتقييم العمليات: وهو يتضمن قياس نوعية وكفاءة التنظيم والأساليب المستعملة، في تقديم الخدمات ويركز على تقييم العمليات لكونها هي الأساس في مراجعة جودة الخدمة الطبية.
- ج- قياس وتقييم المخرجات: وهو يتضمن قياس نوعية وجودة الخدمات، التي يقدمها كل قسم في المستشفى بمقارنتها بمعايير محددة، كدقة المواعيد في تسليم الأدوية على الأقسام وانتظامها، أو نظافة غرف المرضى بعد إحلالها، ونظافة الأروقة والقاعات، ووصول وجبات الطعام إلى المرضى في الوقت المحدد لها.

4- الرقابة على أعمال المستشفى

الرقابة على أعمال المستشفى كأي رقابة هي التأكد من أن ماتم أو يتم في المستشفى مطابق لما يريد إتمامه، فالرقابة إذا ترتبط ارتباطا وثيقا بالتخطيط للمستشفى ولا يمكن تصور رقابة على أعمال المستشفى دون تخطيط لها، فالرقابة تتعلق بالتأكد من أن ماتم أو يتم مطابق للتخطيط أو الخطط الموضوعة سلفا. فالرقابة تسعى إلى التأكد من أن الأهداف الموضوعة قد تحققت، من أن العمليات الجراحية قد تم القيام بها على خير وجه، من أن الأطباء قد قاموا بواجباتهم، من الأموال التي صرفت قد تم صرفها طبقا للخطة الموضوعة، من أن الأبحاث التي تقرر القيام بها قد تمت، من أن الروح المعنوية للمرضى مرتفعة كما كان في الخطة.¹

وهكذا واضح من هذه الأمثلة إذ لا يمكن تصور رقابة دون تخطيط أو تصور رقابة شيء لم يكن موجود في التخطيط.

رابعا: تطبيق الرقابة ومتابعة الأداء في المنظمات الاستشفائية

تنطوي وظيفة الرقابة أو متابعة الأداء على ثلاث مهام أساسية هي:²

- 1- تحديد مستويات الأداء أو توقعات النتائج المطلوب تحقيقها من مختلف مجالات العمل بالمستشفى.
- 2- قياس وتقييم الإنجاز الفعلي بشكل مستمر ومقارنته بالمستويات المحددة سلفا.

¹ عبد العزيز النجاز، مرجع سابق، ص329.

² عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعامة، مرجع سابق، ص35-36.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

3- اتخاذ الإجراءات اللازمة لتصحيح مسارات العمل ومعالجة الانحرافات والأخطاء.

ومن الملاحظ أن نسبة كبيرة من مديري المنظمات الاستشفائية يهتمون مسألة متابعة الأداء ويكتفون بإصدار القرارات، وذلك لانشغالهم بأعمال أخرى يعتقدون أنها أكثر أهمية. وما ينبغي التأكيد عليه هو أنه بدون وجود أسلوب منظم لمتابعة الأداء في كافة مجالات العمل بالمستشفى فإن هناك احتمالا ضئيلا في تحقيق النتائج المرجوة. إن أحد المهام الأساسية لمدير المستشفى هي الحصول على المعلومات الكافية والصحيحة من خلال التقارير والزيارات الميدانية لمواقع العمل واللقاءات والاتصالات الشخصية مع بعض العاملين في المجالات المختلفة لمعرفة ما إذا كانت الخدمات الطبية تقدم لمستحقيها بمستويات مقبولة من الجودة وفي حدود الميزانيات المحددة وضمن سياسات وإجراءات عمل ملائمة، كما أنه في حاجة إلى معرفة كيف يعمل كل فرد من مجموعته، إنه في حاجة إلى التأكد من أن كل شيء يسير وفق الخطة المرسومة والجداول الزمنية المحددة، وأيضا في حاجة إلى التعرف على المجالات أو الأنشطة التي تحتاج إلى اهتمام أو إصلاح أو تطوير، وسيله في ذلك هو وظيفة الرقابة المتابعة.

خامسا: أساليب متابعة الأداء في المنظمات الاستشفائية:

تقتضي طبيعة العمل بالمنظمات الاستشفائية استخدام أسلوب أو أكثر من الأساليب التالية في متابعة الأداء في مختلف إدارتها وأقسامها والتعرف على إنجازاتها المرحلية: ¹

1. الزيارات الميدانية لمواقع العمل؛
2. الاتصال بالمرضى والزائرين؛
3. الاحتفاظ بالسجلات؛
4. المتابعة المرحلية للإنجازات؛
5. المناقشات الجماعية؛
6. التقارير والمذكرات المكتوبة.

في خضم هذه الصعوبات بذلت منظمة الصحة العالمية بوصفها الراعية الأولى المعنية بهذا الموضوع جهودا حثيثة للوصول إلى نظام لقياس الأداء يمكن اعتماده من قبل مختلف المنظمات الاستشفائية، كما اجتهد الباحثون المتخصصون في إدارة المنظمات الاستشفائية بهذا الاتجاه من خلال العديد من الدراسات والبحوث التي أثمرت هي الأخرى عن إيجاد بعض المقاييس ويوضح الجدول أدناه ذلك:

جدول رقم(1-2): المقاييس المقترحة لقياس أداء المنظمات الاستشفائية

أسماء الباحثين المقاييس	Ozdilek1992 pp67-86	البياني وآخرين 1988 pp99-100	Seoud 1996 p23	حريستاني 1990 pp 369-370	Mocmen 1986 p229	Kiral 1986 pp 102	Gursel 1990 pp 167-168	المؤلف
01	نسبة الدخول	معدل سرير	معدل	العدد	نسبة عرض	نسبة	نسبة نمو	1- معيار أداء:

¹ المرجع نفسه، ص ص 38-40

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

الخاصة بالكادر العامل وتضم: عدد	الولادات في المجتمع	الوفيات العام	السرر	اليومي للمرضى الوافدين	دخول المشفى	/طبيب	للمشفى	
سرر/طبيب (ع)- سرر/مرض (ع)-	عدد السرر/ممرضة	نسبة الوفيات التخدير	معدل أشغال السرير	معدل أيام رقود المرضى	معدل أيام رقود المستشفى	معدل أيام رقود المرضى	معدل أيام رقود المرضى	02
سرر/أحصائي تغذية (ع)-	نسبة وفيات الولادات	نسبة الوفيات بعد العملية	متطلبات السرر	معدل أشغال السرير	معدل أشغال السرير	معدل أشغال السرير	معدل أشغال السرير	03
سرر/صيدلي (ع)- سرر/أحصائي تحليل (ع)- سرر/خدمة اجتماعية (ع)- سرر/علاج طبيعى (ع)-	نسبة وفاة الأطفال	نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة		المتوسط اليومي لعدد المرضى الرافدين	فترة استبدال السرر	معدل السرر ذوي المهنة الصحية	نسبة أشغال السرير	04
2- معيار أداء الخاص بنتائج التشغيل وتضم: - معدل الرقود	نسبة وفاة الأمهات	نسبة وفيات الأطفال عند الولادة		معدل وفيات الأمهات أثناء الولادة		معدل ذوي المهنة الصحية/طبيب	نسبة السرر للنفوس	05
- نسبة أشغال السرر -معدل كلفة المريض -حالات التشريح -معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية	نسبة وفاة الأمهات	نسبة أشغال السرر		معدل عمليات التوليد القيصرية			معدل دورة السرر	06
التشريح -معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية	نسبة الوفيات	نسبة الوفيات من التلوث في المستشفى		معدل التشريح العام			كلفة المريض في اليوم	07
3- معيار أداء الخاص بنتائج التشغيل وتضم: - نسبة الوفيات العام	نسبة الإصابة بالمرض	نسبة التلوث ما بعد العملية						08
	عدد السرر/تغذية	معدل ايام الرقود						09

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

10										(ن) وفيات الأطفال
										(ن) وفيات الأمهات
										عدد السرر/ خ اجتماعية
										(ن) وفيات التخدير
										(ن) وفيات التلوّث

المصدر: حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات (وجهة نظر معاصرة)، جامعة الموصل، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية 2009، ص.114.

المطلب الثاني: هيكله الوظائف الاستشفائية

يحتوي المستشفى على أقسام تشخيصية علاجية وأقسام إدارية حي تسعى هذه الأقسام جاهدا لضمان توفير رعاية ذات جودة عالية للمرضى، وذلك عن طريق ضمان الجودة والرعاية الصحية للمرضى.

الفرع الأول: الأقسام التشخيصية والعلاجية في المستشفى

أولا: العيادة الخارجية

يمكن تعريف العيادة الخارجية وانسجاما مع طبيعة عملها بأنها ذلك القسم الذي يتم فيه استقبال المرضى والمصابين والمراجعين لها، وتقديم الخدمات الطبية لهم من قبل الاختصاصات الطبية والتمريضية في هذا القسم ودون مكوثهم في المستشفى، وإحالة الحالات المرضية المستعصية والحالات الطارئة والحوادث إلى الأقسام الداخلية التخصصية في المستشفى. علاوة على المساهمة في التوعية الصحية للمرضى والمصابين والمراجعين للمستشفى. ولا بد من الإشارة هنا إلى أن حجم العمليات والوظائف التي يقوم بها قسم العيادة الخارجية، تتوقف على حجم المستشفى وإمكانياته المادية والبشرية، ونوع تكرار الطلب على الخدمة الصحية من السكان. وقد ازداد الاهتمام بالعيادة الخارجية للمستشفى، وذلك بسبب كونها تستقبل المرضى والمصابين، ويتم فيه تقديم الخدمات للمستشفى، وذلك بسبب كونها تستقبل المرضى والمصابين، ويتم فيها تقديم الخدمات الصحية لهم، مع تشخيص الحالات المرضية المتعددة وتحديد الحالات المستعصية والطارئة¹.

ثانيا: قسم الطوارئ

يعد قسم الطوارئ من الأقسام المهمة في المستشفى، والذي يقوم أساسا على استقبال الحالات الطارئة التي تتطلب علاجاً سريعاً ومباشراً للتقليل من خطورة الحالة الطارئة التي يكون بها المصاب، وجعله بحالة أفضل لتلقي مستوى آخر من العلاج.

ثالثا: المختبرات

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 138.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

تعتمد أقسام المستشفى بشكل عام والأقسام السريرية بشكل خاص على ما تقدمه المختبرات الخاصة بالمستشفى نفسها أو المركزية من نتائج تحليلية تمكنها من التشخيص الدقيق للحالة الصحية المطلوب معالجتها، بل يمكن القول بأن مستوى الخدمة الصحية والارتقاء بدرجة نوعيتها يقترن إلى حد كبير بالنتائج المخبرية الدقيقة المقدمة للطبيب الاختصاصي التي تعد على أساس المعالجة الطبية.

1- تعريفه: يعتبر قسم المختبر من الأقسام الرئيسية والتي تعتبر القلب النابض للمنظمات الاستشفائية حيث تتم فيه جميع التحاليل الخاصة بالمرضى والتي تساعد الأطباء في تشخيص الحالة المرضية، يقوم المختبر بأخذ العينات من المرضى سواء عينات دم- بول- براز- سوائل الجسم المختلفة- مسحات من أماكن مختلفة أو عينات من أنسجة وأعضاء الجسم.

2- مهام المختبر: يمكن تحديد مهام المختبر وبشكل مختصر بالآتي:

- تحديد التشخيص الدقيق من الطبيب بالاعتماد على النتائج المخبرية؛
- متابعة حالة المريض بعد تلقيه العلاج يستوجب إعادة اختبار النتائج للوقوف على التقدم الصحي الحاصل في معالجة المرضى؛
- تقديم الاستشارة العلمية والطبية للحالات المطلوب دراستها وتحليلها؛
- انجاز مهام التدريب لطلبة الكليات المختصة في هذا المجال؛
- انجاز الفحوصات والتحاليل المخبرية في مجال الرقابة على الصحة العامة والتأكد من سلامة المواد الغذائية التي يتناولها المواطنون؛
- المساهمة في إجراء البحوث والدراسات العلمية بالاستناد إلى النتائج المخبرية المتحققة.

3- أقسام قسم المختبر: يحتوي قسم المخبر على ثلاثة أقسام وهي:

1-قسم الاستقبال (Reception Department): يتم في هذا القسم استقبال عينات المرضى من (المحطات- الطوارئ والعيادات) بمختلف أنواعها من خلال أشخاص مؤهلين ويتم تسجيلها في سجل الاستقبال الموجود بالقسم ثم توزع العينات على أقسام المختبر المختلفة كل حسب نوعية العينة المأخوذة ونوعية التحليل المطلوب.

2: قسم سحب الدم (Phlebotomy Department):

قسم سحب الدم يقوم هذا القسم بتعريف المريض عن طريق الاسم كاملا ورقمه الطبي ومطابقته بالبطاقة الطبية.

3: قسم الكيمياء الحيوية السريرية (Biochemistry section):

يهتم هذا القسم بإجراء التحاليل الخاصة بالكشف عن مدى فاعلية أعضاء الجسم في أداء وظائفها المختلفة كوظائف الكلي والكبد والبنكرياس وتحاليل الهرمونات وتحاليل مستويات الأدوية بالدم كأدوية الصرع والقلب والمسكنات. وتحاليل الكشف عن الأورام وأيضا عن المواد الكيميائية الموجودة في سوائل الجسم وخاصة الدم وجميع هذه المواد تكون بنسب ثابتة وأي اختلاف في هذه النسب يكون له مدلول مرضي.

4: قسم أمراض الدم (Hematology):

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

يقوم القسم بتشخيص الأمراض المتعلقة بأمراض الدم وكذلك متابعة ومراقبة فعالية الأدوية المستخدمة لبعض الأمراض السرطانية وعد الدم الآلي. (Automated Blood Cell Counter).

الفرع الثاني: الأشعة

تعد الفحوصات الشعاعية من الوسائل التشخيصية المهمة والتي لا يمكن الاستغناء عنها في أية مستشفى، سواء كان ذلك في علاقتها مع العيادة الاستشارية أو الطوارئ، أو الأقسام السريرية الأخرى في المستشفى، ويقوم قسم الأشعة بإجراء نوعين من الفحوصات الشعاعية وهما:¹

أولاً: الفحوصات الشعاعية التقليدية:

وتشمل الفحوصات الاعتيادية التي يحتاجها عدد كبير من المرضى يوميا، مثلا على ذلك أشعة الصدر والعظام والمجاري البولية...الخ. وكذلك الفحوصات الشعاعية الملونة مثل فحوصات الكليتين والأمعاء والمرارة...الخ.

ثانياً: الفحوصات الشعاعية المتطورة:

وتشمل فحوصات الرنين المغنطيسي وكذلك السونار، والأشعة المقطعية (السكانر)...الخ. وتخصص هذه الأنواع من الأشعة في الأمراض الخطيرة والدقيقة جدا التي يصعب تشخيصها سريريا أو الأشعة التقليدية.

أما من حيث طبيعة العمل في هذا القسم فإنها تتطلب درجة معينة من التنسيق والاتفاق المسبق مع الأقسام السريرية في تحديد مواعيد إجراء الفحوصات والكيفية التي يتم بها ذلك الفحص. فضلا عن الاستعداد المسبق للمريض لأخذ الصور الإشعاعية، سواء كان ذلك في الامتناع عن تناول الفطور أو السوائل أو بالعكس. واعتبار ذلك جزء من نجاح إجراء الفحص الشعاعي وذلك بالنسبة للمرضى الراقدين في المستشفى، أو بالنسبة للمراجعين الخارجيين سواء كان للعيادة الخارجية أو الطوارئ).

الفرع الثالث: الطب العلاجي (العلاج الطبيعي):

يقصد بالطب العلاجي بأنه ذلك العلم الذي يبحث في استخدام الوسائل الطبيعية والفيزيائية لأغراض التشخيص وعلاج العديد من الأمراض والعلل من دون استخدام الأدوية والعقاقير والمواد الكيماوية، لإعادة الجسم إلى وظائفه الطبيعية البدنية والنفسية وبقدر مستطاع بعد أن فقدت جزئاً من فعاليتها الحقيقية.² ويهدف هذا القسم إلى جعل المعوقين والمصابين بأمراض مزمنة أن يعيشوا معيشة تتفق مع رغباتهم وطموحاتهم المشروعة والقائمة على الاعتماد على النفس وبحدود المستطاع.

الفرع الرابع: العيادة الاستشارية

زاد الإقبال على مراجعة العيادة الاستشارية من المواطنين يوما بعد يوم، وذلك نتيجة لزيادة الوعي لديهم وتطلعهم للحصول على خدمات صحية وعلاجية ووقائية متقدمة. وخاصة أن الأطباء المتواجدين في هذه العيادة هم من ذوي الاختصاص والمعرفة الدقيقة بمجال تخصصهم الدقيق. ولا يقتصر عمل العيادة الاستشارية على التشخيص

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 144-145.

² المرجع نفسه، ص 145-146.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

فقط كما يعتقد البعض، بل إنها تمتد إلى إجراء العلاج وذلك من خلال صيغ التعاون والتفاعل المشترك مع العيادة الخارجية وعيادة الطوارئ.¹

وتتضمن العيادة الاستشارية في المستشفى العام التخصصات الطبية كافة في المستشفى، فضلا عن الصيدلية الخاصة بها. وتمثل واجبات العيادة الاستشارية بالمهام الآتية:

- القيام بتقديم الخدمات الطبية وعلى اختلاف أشكالها للمراجعين والمرضى.
- التعليم والتدريب للأطباء والصيدلة والمرضات وذوي المهن الصحية لطلبة الجامعات وبمختلف المستويات التعليمية.
- المساعدة على إنجاز البحوث العلمية والطبية التخصصية والاجتماعية للباحثين والمختصين في المجالات المبحوثة.
- المساهمة في نشر التوعية والثقافة الصحية ومن خلال الاتصال المباشر بالمراجعين للعيادة الاستشارية سواء كان من المرضى أو ذويهم.
- المساهمة في تقليل العبء والزخم وفي أوقات الذروة (الصباح) على بقية الأقسام الأخرى في المستشفى من خلال إنجازها لمهام الفحص والتشخيص والعلاج.

الفرع الخامس: قسم النسائية والتوليد

يعد أحد الأقسام المهمة من بين الأقسام السريرية لما له من أثر كبير على حياة الأم وفي أصعب مراحل حياتها والمتمثلة بالولادة أو ما يسبقها أو ما بعدها عندما تحدث الإشكالات والصعاب الناجمة من جراء الولادة فضلا عن الأمراض الكثيرة التي تتميز بها المرأة قياسا بالرجل.²

ويستقبل هذا القسم نوعين من الحالات... الأولى تتمثل في النساء المرضيات واللواتي يتم إحالتهم من الطببة الاختصاصية بالنسائية في العيادة الخارجية أو الاستشارية أو مراكز الرعاية الأولية بعد إجراء الفحص والتشخيص من قبلها. ويتم تنظيم المعلومات الخاصة بحالتها ليتم إجراء العلاج اللازم لها من قبل الطببة المقيمة والصيدلانية السريرية في صرف العلاج ومتابعة إعطاء الدواء بمساعدة الممرضة المختصة، التي تقوم بدورها في متابعة التطورات الصحية كافة للمريض وإبلاغ الطببة المختصة بذلك.

أما الحالة الثانية فهي تتمثل باستقبال النساء لأغراض الولادة التي تتم بنوعين هما...

الولادة الطبيعية والولادة غير الطبيعية (القيصرية) والتي تستوجب كل حالة منها العديد من الشروط والالتزامات منها:

- إعداد الطلبة (الاستمارة الخاصة) بالمریضة.
- تهيئة صالة الولادة والمستلزمات الضرورية لإجرائها.
- استقبال المولود الجديد وفحصه والتأكد من سلامته.
- تهيئة حاضنات الأطفال (الخدج) في حالة وضعه الصحي غير الجيد.

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 146-147.

² المرجع نفسه، ص 147-148.

- تهيئة صالة العناية المركزة لأية مضاعفات عند الولادة.
- إثبات البيانات الخاصة بالمولود وتوثيقها لإصدار شهادة الميلاد.

الفرع السادس: وحدة العلاج العصبي والنفسي

يعد هذا القسم أحد إفرانات التعقد الحاصل في البيئة المحيطة بالفرد، وانعكاساتها السلبية عليه. والتي تقوده لأن يكون إنسانا غير سوي أو طبيعي في السلوك والتصرف، مما يستوجب إعادة تأهيله نفسيا إلى المجتمع. فالعلاج النفسي هو ليس بعلاج طبي صرف، كما أنه لا يلجأ إلى استخدام أية مادة أو آلة عدا لغة الحديث والحوار ويتعامل مع الفرد من زاوية اضطرابه الذاتي وشعوره بعدم التوافق والكفاءة، مما يستوجب إعادة نظرة الإنسان إلى ذاته وإحساسه بالمستوى المعقول.

الفرع السابع: قسم الجراحة

يكاد يكون هذا القسم من أكثر الأقسام ارتباطا ببقية الأقسام الأخرى للحاجة إلى الخدمات الجراحية التي يقدمها إلى المرضى كافة بل نجد في الهيكل التنظيمي للمستشفى أن الوحدة الجراحية موجودة في جميع الأقسام السريرية. أي أن عمل الجراحية كوحدة تنظيمية تكون بصورة لامركزية وهذا يرتبط إلى حد كبير مع اتساع حجم المستشفى بعدد أسرتهما.

الفرع الثامن: قسم التخدير

يرتبط هذا القسم وبشكل كلي مع قسم الجراحة، إذ أن عمليات التخدير تترافق كليا مع إجراء العمليات الجراحية وسواء كان ذلك في الوحدة الجراحية والعيادة الخارجية أو الطوارئ.

الفرع العاشر: قسم الصيدلانية: اقتصر دور الصيدلانية لحقب زمنية سابقة على تجهيز الدواء للمرضى الراقدين في المستشفى والمراجعين من العيادة الخارجية، إلا أنه قد طرأ تغير كبير وواضح على عمل الصيدلانية لأسباب كثيرة ولعل من أبرزها هو الآتي¹:

- التوسع الحاصل في المهام الطبية والعلاجية للعيادة الخارجية والعيادة الاستشارية والطوارئ.
- التوسع والتنوع في الأقسام السريرية بالمستشفى وزيادة عدد الراقدين فيها.
- زيادة الوعي الدوائي لدى المرضى والمراجعين وسعيهم للحصول على مستوى عال من النوعية في الدواء المقدم لهم.
- التوسع الحاصل في مجال الصناعة الدوائية وانعكاس ذلك على التنوع وتعدد الدواء الواحد ومن مناشئ مختلفة مما يستوجب على إدارة قسم الصيدلانية متابعة ذلك وبما يحقق إقناع المرضى بما يحصلون عليه من دواء نتيجة لاختلاف ما اعتادوا الحصول عليه.

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 151.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

فضلا عن كل ذلك فهناك أقسام أخرى في المستشفى لا تختلف من حيث الجوهر عن المهام والواجبات الملقاة على الأقسام التي تم تناولها أو للبعض منها خصوصية تستدعي أن تكون على مستوى مستشفى تخصصي في ذلك المجال ومن بين أبرز هذه الأقسام أو المنظمات الاستشفائية التخصصية هي:

- قسم طب الأسنان؛
- قسم وحدة العناية المركزة بالأطفال؛
- أقسام أو مستشفيات الأمراض القلبية؛
- أقسام ومستشفيات الكسور والعظام؛
- أقسام ومستشفيات العيون؛
- أقسام أو مستشفيات الأمراض الجلدية والزهرية؛
- أقسام أو مستشفيات الكلية والكلية الاصطناعية؛
- أقسام أو مستشفيات الأنف والأذن و الحنجرة.

المطلب الثالث: الأقسام الإدارية والفندقية والخدمية في المستشفى

الفرع الأول: قسم الشؤون الإدارية

يتكون هذا القسم من مجموعة من الوحدات الفرعية التي تكون الهيكل الإداري للمستشفى ويرأسه في الغالب معاون الإداري لمدير المستشفى الذي تنحصر مهمته وصلاحياته بالآتي:

- يشارك في تخطيط وتنظيم وتنسيق وتوجيه أعمال وفعاليات وأنشطة الأمور المالية والإدارية؛
- يقترح ويشارك في إعداد الأنظمة والتعليمات التي تنظم العمل الإداري وشؤون الخدمات والصيانة؛
- يقوم بتطبيق القوانين والأنظمة وقواعد وتعليمات الخدمة والعمل الإداري وتأمين مستلزمات تنفيذها وتنفيذ الأوامر والتوجيهات الصادرة من مدير المستشفى والتسلسلات الإدارية الأعلى قدر تعلق الأمر باختصاصه؛
- يشارك في معالجة معوقات واختناقات العمل على مستوى المستشفى؛
- يراجع نتائج أعمال الأنشطة المرتبطة به للتأكد من سلامة سير العمل؛
- يشارك في إعداد الميزانية التخمينية للمستشفى ومتابعة فقراتها؛
- يشارك في مناقشة خطط عمل الشعب المرتبطة به ويضع خطة للإشراف على تنفيذ العمل؛
- يتخذ القرارات ويوقع الكتب ويؤمن الاتصالات المتعلقة بإنجاز الأنشطة المرتبطة به وبمحدود الصلاحية الممنوحة له، ويكون مسؤولا عن العاملين الذين بمعيته ويتولى تقييم نشاطات وإنجازات ما يرتبط به، وينجز الأعمال الأخرى بتكليف من مدير المستشفى.

الفرع الثاني: قسم إدارة المواد (المشتريات والمخازن):

أولاً: تعريفها: "هي ذلك النظام المتكامل من الوظائف والأقسام والمسؤول عن توفير المواد من نقطة التجهيز إلى نقطة الاستعمال"¹. وكتعريف شامل يمكن تعريفها على أنها: "تلك الإدارة التي تهتم بتوفير احتياجات المستشفى من المواد والإشراف على تدفقها من مصادرها إلى المستشفى وعبر أقسامها المختلفة والسيطرة عليها من خلال المطابقة بين حاجات الأقسام والمرضى والمراجعين للمواد واستلامها."

ثانياً: الأسباب التي أدت إلى الاهتمام بإدارة المواد في المستشفى

ازدادت الحاجة لوجود قسم لإدارة المواد في المستشفى كنتيجة طبيعية لتغير النظرة إلى عمل المستشفى، وإنها لم تعد حصراً في أن تكون ملاذاً للمرضى والراقيدين فيها لأغراض العلاج فقط. بل أنها بمثابة نظام مفتوح على المجتمع لتقديم واستيعاب العديد من المهام التي يمكن أن تقدمها كالتوعية والتدريب والتعليم والزيرة والوقاية الصحية والإرشاد... الخ. هذا التنوع ألزم إدارة المستشفى بإيجاد إدارة متخصصة تقوم على توفير المتطلبات التي يحتاجها المستشفى، وفق هذا المنظور ولإنجاح عملها وخدمتها للمجتمع، وبالتالي فقد برز الاهتمام بإدارة المواد في المستشفى لأسباب كثيرة منها:

■ المواد التي يحتاجها المريض لا تخضع لاعتبارات الرغبة (كما هو الحال لدى المستهلك في السوق الاعتيادي) بل تخضع لاعتبارات التشخيص والعلاج التي يحددها الطبيب، مما يستوجب توفيرها على وفق تلك المواصفات الطبية المناسبة.

■ القرار المتخذ في وصف المادة لأغراض العلاج أو الرعاية الصحية ويتم من الطبيب وليس للمريض دخل في تحديد مواصفاتها وشكلها. وبالتالي فإن إدارة المواد يستوجب عملها إقامة جسور العلاقة والاتصال مع الأطباء في تحديد ما يحتاجونه من مواد.

■ لا توجد معايير ثابتة للعمل الطبي في المستشفى (أي أن الحالات التي يتم معالجتها لا تتشابه كلياً بل تتشابه في الجوهر) لذلك يستوجب توفير المواد اللازمة لكل الحالات المحتملة ولتحقيق استجابة سريعة لها.

ثالثاً: أهداف إدارة المواد في المستشفى: لإدارة المواد أهمية خاصة وعامة تشكل أدوات خاصة في عمليات السيطرة لإدارة المواد، بدأ من إجراءات التوريد للمستودعات وعمليات التخزين والتوزيع والاستخدام حتى التخلص من المواد المستهلكة والتالفة والغاية هنا هو القيام بمسؤوليات المنظمة الأساسية بشكل فعال واقتصادي. وتهدف إدارة المواد إلى ضمان استمرار وتدفق المواد المناسبة والصحيحة والسليمة في الوقت والمكان المناسبين وبأقل جهد وكلفة ووقت.²

¹ نفس المرجع السابق، ص 166.

² حسن صالح سليمان القضاة، مرجع سابق، ص 192.

الفرع الثالث: قسم الخدمات الفندقية

ويتكون هذا القسم من عدد من الوحدات الخدمية المختلفة في المستشفى التي تكون بحملها حاجة ضرورية للمريض في رقوده ووجوده في المستشفى. وهذه الوحدات هي: ¹

أولاً: المغسلة (الغسل والتنظيف):

ويمكن تسميتها أيضاً بالمكوى كما درج استخدامه في المستشفى، إلا أن عملها لا ينحصر بالحدود البسيطة والمتعارف عليها في محلات الكوي العامة. إذ تعد هذه الوحدة من الوحدات المهمة في قسم الخدمات الفندقية نظراً لما يتطلبه من:

- استثمار كبير في المعدات المستخدمة لإنجاز أعمال هذه الوحدة.
- المهارة المناسبة للعاملين فيها بسبب التعقيد الواضح في الأجهزة والمعدات المستخدمة الحديثة منها في العمل الخاصة
- وضع مقاييس معيارية لأداء العاملين للسيطرة على كلف العمل ومستوى الإنجاز المتحقق.
- تحقيق الاستجابة السريعة لخدمات وطلبات الأقسام الأخرى في المستشفى.
- تأمين نظام اتصالات فعال وسريع مع مختلف ردهات وأقسام المستشفى لتلبية الطلب على الخدمة المقدمة.

ثانياً: التغذية: يعد قسم التغذية أحد الأقسام المهمة والرئيسة في المستشفى وبخاصة في ظل التغيرات الهيكلية في المنظمات الاستشفائية التي أوجدتها التغيرات الحاصلة في البيئة، وما تفرضه شروط التغذية والرعاية الصحية التي يجب أن تقدم للمرضى والعاملين أيضاً في المستشفى.

ثالثاً: التنظيف: من جملة ما تنشده المؤسسات الصحية وما توجه الناس إليه هو النظافة ومردوداتها الصحية والايجابية، والمخاطر الناجمة من عكس ذلك. لذا فمن المهم أن تهتم المستشفى بنظافتها وإظهارها بالمظهر اللائق فتكون بذلك قد حققت المردودات الصحية المناسبة وعكست أهمية النظافة الصحية على المريض.

رابعاً: مهام قسم الخدمات الفندقية: يقوم قسم الخدمات الفندقية في المستشفى بمتابعة ومراقبة عمل شركة النظافة بالمستشفى بشكل يومي ومستمر، حيث يقوم رئيس القسم بجولات ميدانية في كل أقسام المستشفى لمتابعة مستوى النظافة بالمستشفى ومطابقتها بما هو مطلوب وكذلك يتم متابعة النظافة في الساحات الخارجية للمستشفى وكذلك يتم متابعة توفير مواد النظافة وكل ما يتعلق بها في أقسام المستشفى المختلفة. ويتم متابعة أعمال الشركة في فترات الدوام المسائية والليلية بالمستشفى من خلال المشرف الإداري المتواجد ومن خلال زيارات ميدانية للمستشفى. من الجدير ذكره أن إدارة المستشفى تولي اهتمام كبير بموضوع النظافة في المستشفى وذلك للمحافظة على صحة المراجعين وأيضاً للمظهر العام للمستشفى والحفاظ على البيئة الداخلية للمستشفى. ويواصل قسم الخدمات الفندقية عمله بشكل مستمر ودؤوب حيث انه قسم مهم من أقسام المستشفى.

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص168

الفرع الرابع: قسم الهندسة والصيانة

يهتم هذا القسم بإنجاز أعمال الصيانة الدورية والمفاجأة على كل موجودات المستشفى التي يمكن إجراء الصيانة عليها وفي ضوء الإمكانيات والخبرة المتاحة لفريق العمل والقسم. ويتسع حجم هذا القسم أو يصغر تبعاً لحجم المستشفى وسعتها السريرية وتعدد المرافق والتخصصات الطبية والخدمية والفندقية التي تؤديها.

المبحث الثالث: هيكلية وتنظيم المنظمات الاستشفائية في الجزائر

يتم إنشاء مختلف هياكل ومؤسسات الصحة وكذا المؤسسات التي تساهم في الصحة وهيئات الدعم وفقاً للاحتياجات الصحية للمواطنين وضرورة التنمية والمميزات الاجتماعية والاقتصادية لمختلف نواحي الوطن والمقاييس المحددة في إطار الخريطة الصحية ومخطط تنظيم الصحة.

للعيش في كنف الأمن والاستقرار الصحي، توفر الدولة أكبر قدر ممكن من المرافق الصحية المتعددة والمتنوعة، ويظهر ذلك من خلال إتباعها لسياسة صحية بوضعها لقوانين وتنظيمات وسيورها عن طريق التنظيم.

لمزيد من التفصيل سنتناول في هذا المبحث:

- تعريف المرافق الاستشفائية للصحة العمومية؛
- المبادئ الأساسية وأنواع المرافق الاستشفائية للصحة العمومية.

المطلب الأول: تعريف المرافق الاستشفائية للصحة العمومية

في هذا المطلب ونظراً لطبيعة المرافق الصحية العمومية والتي يجب أن تستجيب لمتطلبات الإدارة في القطاع العام بسبب التنوع الكبير للمنظمات المكلفة بضمان تحقيق أهداف القطاع العام (الوزارات المكلفة، الجماعات المحلية، هيئات الضمان الاجتماعي، المؤسسات العمومية ذات الطابع العام....) تفسر صعوبة أي إرادة لتعريف إدارة عمومية¹. سنحاول التعريف بالمرافق الإستشفائية ومحتل مكوناته في المنظومة الصحية الجزائرية.

الفرع الأول: تعريف المنظمة الاستشفائية: المنظمة الاستشفائية هي بدرجة أولى منظمة مهنية، تجمع عدة مجموعات مهنية أهمها الأطباء، الممرضين، الإطارات والأعوان الإداريين وقد وصف تركيبها كل من Mintzberg وGloberman سنة 2001 في أربع عناصر مهمة (المعالج Cure وهم الأطباء، العناية Care وهم الممرضين، الإداريون ومجلس الإدارة).²

في هذا المطلب نتناول بالشرح المنظمة الاستشفائية العامة والخاصة وأطر إنشائها، تسييرها وفق التشريع الجزائري الساري.

¹ Alécian serge et Foucher Dominique, **Le management dans le service public**, éditions d'Organisation, Groupe Eyrolles, Paris, France, 2002, P.32.

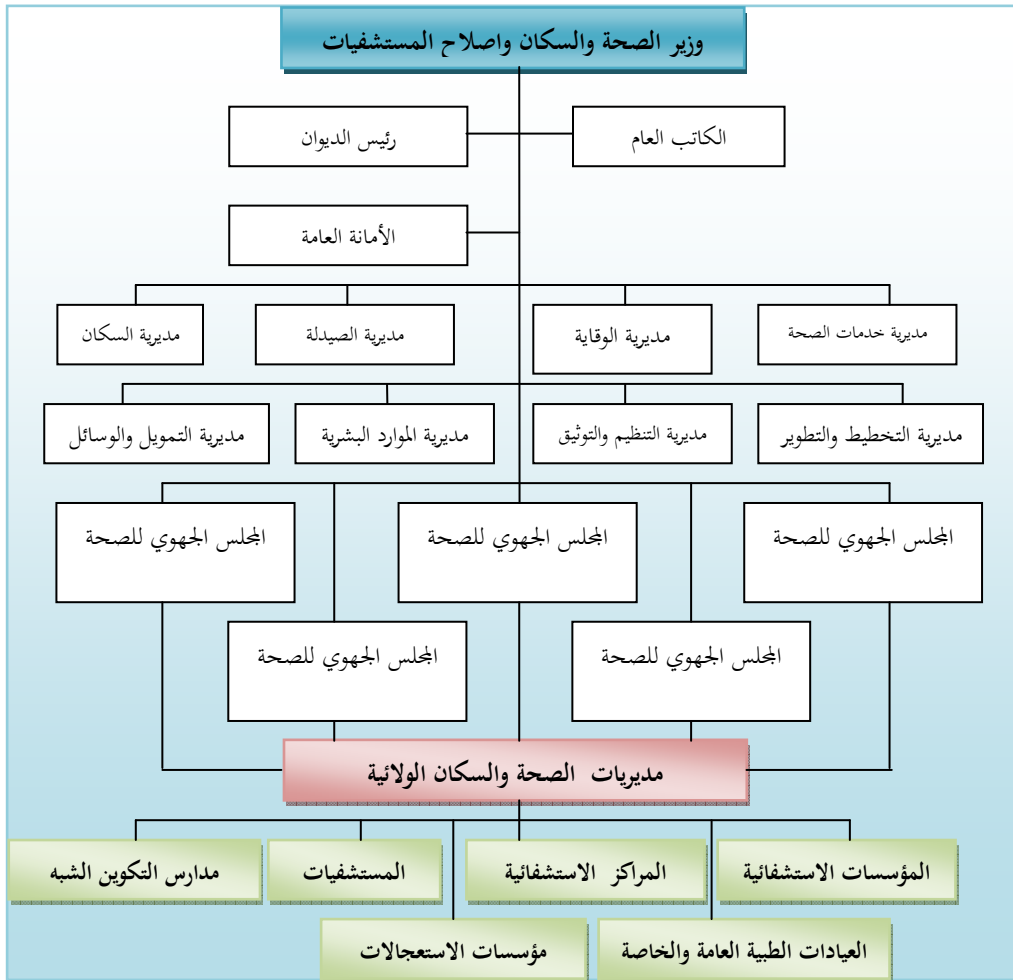
² Lobna Abid, **LA GREFFE DES OUTILS DE GESTION DANS LES HÔPITAUX PUBLICS TUNISIENS**, Management et Avenir, 2012/4 n° 54, p.111.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

الفرع الثاني: هيكله القطاع الصحي في الجزائر

اعتمد المشرع الجزائري في تقسيمه للمرافق الاستشفائية الى تقسيم ثلاثي منظم، يشمل كل من المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وهذا طبقا لما نصت عليه المادة 09 و10¹

شكل رقم (1-3): هيكله المنظومة الصحية في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد موقع: وزير الصحة والسكان واصلاح المستشفيات

¹ القانون رقم 85-05 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية 1985، العدد.

المطلب الثاني: تصنيف الهياكل الصحية للقطاع العام

1. **المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU):** تم إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، ويتقاسم كل من الوزارتين ممارسة الوصاية على المستشفى الجامعي،¹ وصاية وزارة الصحة تكون إدارية أما وصاية وزارة التعليم العالي والبحث العلمي فهي بيداغوجية، هذا ما تضمنته أحكام المادة 2 من المرسوم السالف الذكر، كما ان من مهام المراكز الاستشفائية الجامعية مهمة التشخيص والكشف، العلاج، الوقاية، التكوين والدراسة والبحث، بحيث يدير هذا المركز الاستشفائي الجامعي مجلس إدارة ويسيره مدير عام ويساعده في مهامه المجلس الطبي.²

2. **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS):** طبقا لنص المادة 2 من المرسوم التنفيذي رقم 97-465 يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها. ويتم إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح من الوزير الأول والوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي الذي توضع تحت وصايته.

تتكفل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بتوفير خدمات التشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء الى جانب التكوين في ميدان الشبه الطبي، يدير المؤسسات الاستشفائية المتخصصة مجلس إدارة ويسيرها مدير، كما يمثلها بتلك الصفة أمام الجهات القضائية نص المادة 19 من ذات المرسوم.

3. **المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية**

التشخيص الذي تم إعداده سنة 1999 أظهر أن نظام الصحة المعمول به يعاني بعض الاختلالات الهيكلية والتنظيمية التي كانت تحد من أدائه، وفي إطار هذا المفهوم، عمد قطاع الصحة إلى انتهاج سياسة إصلاح المستشفيات الهادفة إلى دفع منظومة الصحة الوطنية نحو العصرية، وذلك بتحسين أدائها المتعلق بالتسيير والتكفل الكامل بالمرضى. ولقد تم اعتماد تنظيم صحي جديد في ابتداء من شهر ماي 2007، يقوم على فصل مؤسسات الصحة عن المؤسسات التي تضمن العلاج القاعدي³. نشأت المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بموجب مرسوم تنفيذي رقم 07-140 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، حيث جاءت كبديل عن القطاعات الصحية المنظمة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-466 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها والذي تم إلغاؤه بموجب أحكام المادة 35 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 " تلغى أحكام المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها".

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن إنشاء، تنظيم وتسيير المراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية لسنة 1997، العدد 81، ص.29.

² المرسوم التنفيذي رقم 97-467 ل 02 ديسمبر 1997 المتعلق بإنشاء، تنظيم وسير المراكز الاستشفائية الجامعية.

³ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص.163.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

المؤسسات العمومية الاستشفائية هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي وتغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، تحدد مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية حسب نص المادة 4 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المتعلق بإنشائها وهي كالآتي:

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

كما تتمثل مهام المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في الآتي:

- الوقاية والعلاج القاعدي تشخيص المرضى والعلاج الجوارى؛
- الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي والأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

4. المؤسسات الاستشفائية ذات الطابع الخاص (EH-EPCS)

تعتبر المؤسسة الاستشفائية ذات طابع خاص مرفقا عموميا، تنشئها الإدارة العامة لممارسة وظيفتها الإدارية والمتمثلة أساسا في الصحة، والنظام القانوني لها يتميز بالصيغة الإدارية حيث تسوده قواعد القانون الإداري، بما تتسم به من أساليب السلطة العامة، المؤسسة الاستشفائية مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة.

تكلف المؤسسة الاستشفائية، في إطار السياسة الوطنية للصحة، بالتكفل بصفة متكاملة بالاحتياجات الصحية لسكان الولاية التي تغطيها وكذا الولايات المجاورة.

المنظمات الاستشفائية الجامعية: وتوجد مؤسسة استشفائية واحدة من هذا النوع وموجودة على مستوى ولاية وهران. وتسير هذه المؤسسة وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 03-270 ل 13 أوت 2003 المتعلق بإنشاء، تنظيم وسير المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهران.¹

المطلب الثالث: المنظمة الاستشفائية الخاصة

قبل صدور القانون رقم 88-15 المؤرخ في 03 ماي 1988 المعدل والمتمم للقانون رقم 85/05 المؤرخ في 16/02/1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها كانت الصحة في القطاع الخاص مقتصرة بموجب نص المادة 208 في

¹ للمرسوم التنفيذي رقم 03-270 ل 13 أوت 2003 المتعلق بإنشاء، تنظيم وسير المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهران.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

مكاتب جراحة الاسنان والصيدليات وفي مكاتب الفحوص الطبية والعلاج للأطباء وفي مخابر التحاليل الطبية، وفي مكاتب الطب البصري ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية، لكن بصدر القانون رقم 15/88 والمعدل لمقتضيات المادة 208 أصبح ممكن للحواص ممارسة الأنشطة الطبية في العيادات الاستشفائية وعيادات لفحص الطبي والعلاج والعيادات جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية والبصرية الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية.¹

وبعد ذلك تم تعديل مقتضيات المادة 208 بصدر القانون رقم 07/06 المؤرخ في 15/07/2006 المعدل والمتمم للقانون رقم 05/85 فأضيف إليها المؤسسات الاستشفائية الخاصة كوسيلة للممارسة الطب في القطاع الخاص بالإضافة إلى عيادات الفحص والعلاج وعيادات طب الأسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية والبصريات الطبية والنظارات والرمامات الطبية.

أما في مجال التنظيم، فقد صدر المرسوم رقم 204/88 المؤرخ في 18/10/1988 يحدد شروط إنجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها المعدل والمتمم بالمرسوم التنفيذي رقم 380/92 المؤرخ في 13/10/1992 وبالمرسوم التنفيذي رقم 69/02 المؤرخ في 06/02/2002 الذي فتح المجال لإنشاء مؤسسات الاستشفائية خاصة لا تقل طاقة استيعابها الدنيا عن (07) أسرة، ثم ألغي المرسوم رقم 204/88 بصدر المرسوم التنفيذي رقم 321/07 المؤرخ في 22/10/2007 يتضمن تنظيم المؤسسة الاستشفائية الخاصة وسيرها فبذلك وبصدر القانون رقم 15/88 استحدثت في النظام الصحي الجزائري العيادات الطبية الخاصة التي هي و بعكس المؤسسات الصحية العمومية، تهدف إلى تحقيق الربح من خلال نشاطها الطبي، فكان ذلك عبارة عن تغيير جذري في السياسات الصحية باعتبار أن مشروع مجانية العلاج كان موجودا في كل وثائق ومبادئ الثورة الجزائرية الذي تجسد واقعا في سنة 1974 بموجب الأمر رقم 65/73 المؤرخ 28/12/1973 المنشئ لمجانبة العلاج الطبي في القطاعات الصحية والهادف آنذاك إلى إنشاء تدرجي لنظام صحي شبيه بذلك الموجود في الدول الاشتراكية.

الفرع الأول: تعريف المؤسسة الاستشفائية الخاصة

القطاع الصحي الخاص الهادف لتحقيق الربح، يلعب دورا جد هام في العالم، وذلك راجع إلى قدرته على تقديم الخدمات الصحية والعلاجية، هذا القطاع يحتل مكانة هامة في الخريطة الصحية حيث يمكن اعتبارها كأرضية حلول لمختلف المشاكل المرتبطة بالقطاع العام.²

في الجزائر تعرفها مقتضيات المادة الثانية (02) من المرسوم التنفيذي رقم 321/07 المؤرخ في 22/10/2007 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة بما يلي:1: " المؤسسة الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج و استشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد و أنشطة الاستكشاف.

¹ عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق، كلية الحقوق بن عكنون، جامعة الجزائر-1، 2013/2012، ص.184.

² GUELMANI Hédi, Gestion Hospitalière « le guide du manager, éditions EMS Management and Societe, Paris, France, 2016,p.13.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

ويجب عليها بالنسبة للتخصص أو التخصصات التي تمارسها، القيام على الأقل بالأنشطة التالية:

- الفحص الطبي؛
- الاستكشاف والتشخيص؛
- الاستعجالات الطبية / أو الطبية الجراحية بما فيها إزالة الصدمات ولإنعاش والمراقبة؛
- الاستشفاء " .

فيلاحظ أن مجال نشاط المؤسسة الاستشفائية الخاصة لا يختلف كثيرا عن مجال نشاط المؤسسة الاستشفائية العامة ما دامت هي مؤهلة لضمان الاستشفاء وأيضا بإجراء الفحوصات والاستكشافات والتشخيصات الطبية، كما أنها مختصة أيضا بالإشراف على الاستعجالات الطبية وكذا الاستعجالات الطبية الجراحية، فيصبح دورها في مجال العلاج الطبي كاملا ناهيك أنه بإمكانها أن تضم ملحقات لها تمارس فيها أنشطة الفحص الطبي طبقا للمادة 17 من نفس المرسوم التنفيذي، وهو جدير بالذكر أن طاقة الاستيعاب الدنيا للمؤسسة الاستشفائية الخاصة تحدد بسبعة (07) أسرة وهي تتمتع بالشخصية المعنوية وموضوعة تحت المسؤولية الفعلية والدائمة لمدير تقني طبيب، كما أنها ملزمة بضمان خدمة دائمة ومستمرة و بأن تكتب تأمين لتغطية مسؤوليتها المدنية وكذا مسؤولية مستخدميها والمرضى.

الفرع الثاني: الطبيعة القانونية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة

بصدور القانون رقم 15/88 المؤرخ في 03/05/1988 المعدل والمتمم للقانون الصحي كانت العيادات الاستشفائية الخاصة بمقتضى المادة 208 مكرر من هذا القانون معرفة بمؤسسات علاجية واستشفائية تمارس فيها نشاطات الطب و جراحة بما فيها أمراض النساء والولادة وكذا الاستكشاف، ولم تترك نص المادة 208 مكرر المذكورة إمكانية استغلال هذه العيادات إلا من تعاضديات و جمعيات لا تهدف الربح، أو أن تستغل من طرف طبيب أو تجمعات أطباء بحيث كانت العيادات الطبية غير خاضعة لقواعد القانون التجاري كنتيجة ذلك. لكن بصدور لأمر 07/06 المؤرخ في 15/07/2006 المعدل والمتمم للقانون الصحي والموافق عليه طبقا لأحكام الدستور بالقانون رقم 16/06 المؤرخ في 14/11/2006 عدلت مقتضيات المادة 208 مكرر المذكورة أعلاه بحيث أصبحت تنص على ما يلي²: " المؤسسات الاستشفائية الخاصة هي مؤسسات علاج و استشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد و أنشطة الاستكشاف. يمكن استغلال المؤسسات الاستشفائية الخاصة من قبل:

- المؤسسات ذات الشخص الوحيد وذات المسؤولية المحدودة؛
- الشركات ذات المسؤولية المحدودة؛
- شركات المساهمة؛

¹ Art. 3 du Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant **organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.**

² عمر شنتير رضا، مرجع سابق، 185.

■ التعاضديات والجمعيات.

إن المؤسسة الاستشفائية الخاصة المنظمة في شكل شركة تجارية هادفة لتحقيق الأرباح تكون طبقا للقواعد العامة المنظمة لإجراءات التقاضي الخاضعة لإجراءات التقاضي المنضمة في القانون الإجراءات المدنية، فتكون نزاعاتها مع الغير ومن اختصاص القضاء العادي إلا ما تعلق منها بالقرار و رخصة إنشائها المسلمة من طرف الوزير المكلف بالصحة التي تكون هي من اختصاص القضاء الإداري طبقا للمادة 800 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية باعتبار أن قرار وزير الصحة صرار إداريا صادرا عن سلطة إدارية مركزية، غير أن الطبيعة القانونية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة، التي كما سبق لنا التعرض له تجعلها خاضعة لقواعد القانون الخاص، لا تعفيها من بعض الخصائص التي تتميز بها الهيئات العمومية الاستشفائية وذلك بالنظر لطبيعة نشاطها يخص من جوانب الصحة العمومية كما عرفها القانون الصحي الجزائري في المادة الخامسة والعشرين (25) أي جانب العلاج الطبي الهادف لحماية صحة الفرد والمجتمع.

وإن هذه الأهمية متعلقة باستمرارية الخدمة المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الخاصة والمنصوص عليها صراحة في مقتضيات المادة الخامسة (05) من المرسوم التنفيذي رقم 321/07 التي اقتضت ما يلي:¹ " يجب على المؤسسة الاستشفائية الخاصة أن تتضمن خدمة دائمة ومستمرة " هي ناتجة عن خصوصية النشاط الذي تقدمه مثل هذه المؤسسات، باعتباره يخص صحة مواطنين المستفيدين من خدمات هذه المؤسسات ومن ثم وصوله إلى خدمة الصحة العمومية، لذلك ألزم النص الذي أنشأها بهذه الخاصية إضافة إلى أخرى تجعل هذا النوع من المؤسسات تحت رقابة المصالح المختصة التابعة لوزارة الصحة كما اقتضت ذلك المادة 40 من نفس المرسوم التنفيذي وكذا المادة 10 من القانون الصحي، غير أن مثل هذه الخصائص الموجودة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة لا يعني أنها تقوم بتسيير مرفق عمومي صحي أو استشفائي على غرار الهيئات الاستشفائية العمومية، فهني تقوم من خلال تأدية نشاطاتها بتحقيق مصلحة عامة فقط ولا يمكن اعتبار ذلك تأدية وتسيير لمرفق العام، فطبيعة أنشطة التي تقوم بها لا تغير من طبيعتها القانونية التي تخضعها لقواعد القانون الخاص.

الفرع الثالث: شروط إنجاز وفتح المؤسسة الاستشفائية الخاصة

يخضع إنجاز المؤسسة الاستشفائية الخاصة إلى ترخيص وزير الصحة على أساس ملف إداري وتقني يودع لدى مديرية الصحة بالولاية المعنية وهو يحتوي بالإضافة إلى الوثائق والمستندات الخاصة بالبناء، المخططات والوصف التفصيلي للمشروع وموطن إقامته للأنشطة وأعمال المزمع القيام بها، قم تتأكد مديرية الصحة الولائية المعنية من صحة الملف لإداري والتقني وترسله إلى الوزير المذكور مرفقا برأي المدير الولائي للصحة المسبب وذلك كله في أجل لا يتجاوز خمسة وأربعين (45) يوما من تاريخ إيداع الملف الخاص بفتح المؤسسة الاستشفائية الخاصة، على أن يفصل الوزير في هذا الطلب في أجل ثلاثة (03) أشهر من تاريخ استلامه الملف بسعي مديرية الصحة الولائية

¹ المرسوم التنفيذي رقم 321-07 لـ 10 شوال 1427 الموافق لـ 22 أكتوبر 2007 المتعلق بتنظيم وسير المنظمات الاستشفائية الخاصة.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

المختصة، بعد ذلك يمنح صاحب المشروع أجل ثلاثة (03) ابتداء من تسلمه الترخيص بإنجاز المشروع على أن يمكن من تمديد هذا لأجل بستين بناء على طلب هذا لأخير المؤسس على أسباب مبررة.

إن عملية فتح المؤسسة الاستشفائية الخاصة ليست تلقائية بعد الانتهاء من عملية لإنجاز، وإنما على صاحب المشروع، كما اقتضت ذلك مقتضيات المواد 13-14 و 15-16 من المرسوم التنفيذي رقم 321/07 بأن يقوم بتقديم طلب مرفق بملف إداري وتقني آخر لدى مديرية الصحة الولائية المختصة التي بعد التأكد من صحته تقوم بإرساله إلى وزير الصحة مرفقا بتقرير زيادة يعده المدير الولائي للصحة المعنية مبرزا فيه ملاحظاته وكذا تحفظاته المحتملة، ليقوم الوزير بعد كل ذلك بالفصل في طلب الفتح في أجل ثلاثين (30) يوما ابتداء من تاريخ تسلمه الملف باعتبار هو من له الاختصاص القانوني في تسليم رخصة فتح المؤسسة الاستشفائية وكذلك لأمر بالنسبة لرخصة تغيير في تخصيص المقرات أو لأنشطة الطبية المتعلقة بهذه الاستشفائية الخاصة.

الفرع الرابع: تنظيم المؤسسة الاستشفائية الخاصة

كما بينه الأستاذ بونيسي B.BONNICI في مؤلفه الخاص بالمستشفى، فإن الليونة هي خاصية تنظيم المؤسسات الصحية الخاصة، فتنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة يأخذ بعين الاعتبار النظام القانوني لهذه لأخيرة التي هي غالبا تكون خاضعة لقواعد القانون التجاري ولبدأ المنافسة التجارية، لأمر الذي يجعل المشرع والسلطات لإدارية المختصة لا تتدخل كثيرا عملية تنظيمها بعكس ما هو عليه شأن بالنسبة للهيئات الاستشفائية العمومية، لذلك اقتضت المادة 21 من المرسوم التنفيذي رقم 321/07 على أن يتم تحديد تنظيم مؤسسة الاستشفائية الخاصة وفقا لشكل القانوني المنصوص عليه في قانونها الأساسي، إن مقتضيات المادة المذكورة معقولة لأنه لا يمكن مقارنة مؤسسة استشفائية خاصة منشأة من طرف جمعية أو تعاضدية مع تلك المنشأة في شكل شركات تجارية أي المؤسسة ذات شخص الوحيد أو الشركة ذات المسؤولية المحدودة أو شركات المساهمة، يكون تنظيمها مطابقا لتنظيم المنصوص عليه في أحكام وقواعد القانون التجاري، أما المؤسسات الاستشفائية الخاصة المنشأة من طرف التعاضديات والجمعيات فإن تنظيمها يشبه كثيرا الهيئات الاستشفائية العمومية بحيث أنه تمت تفريق في حالتها ما بين وظيفتي التسيير والإداري فبينما يقوم بالأولى مدير فإن الثانية يتولى بتأديتها مجلس إدارة، وبالإضافة إلى هاذين الجهازين يوجد أيضا في هذه المؤسسة جهاز ثالث استشاري متمثل في لجنة الطبية.

المبحث الرابع: عرض لتطور المنظومة الصحية في الجزائر

رأينا أنه من الضروري التعرض إلى تطور النظام الصحي الجزائري بشيء من الإيجاز حيث أنه من أجل ترقية القطاع الصحي، عرفت الهياكل الصحية في الجزائر تطورا عبر عدة مراحل إلى أن وصل إلى ما وصل إليه حاليا من عدد معتبر موزع عبر مناطق الوطن.

المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي

في هذا المطلب سنحاول استعراض تطور المنظومة الصحية في الجزائر من خلال تقسيمها إلى ستة مراحل رئيسية:

الفرع الأول: الفترة الممتدة من 1962 والى غاية 1973:

كانت الوضعية الصحية للسكان بعد الاستقلال متدهورة، بسبب السياسة الاستعمارية في هذا المجال، حيث كانت المرافق الصحية، وعدد المستخدمين محدودا جدا ومرتكزا في المناطق والمدن الكبيرة.¹

يمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد آنذاك إلى:

- المنظمات الاستشفائية التابعة للدولة؛
- مصحات خاصة يملكها الأفراد؛
- كانت المراكز والمستوصفات الصحية تدار من قبل البلديات وقد ألحقت بالمنظمات الاستشفائية بين عامي 1967 و1968؛
- كانت لقطاعات النشاط وبعض المؤسسات مراكزها الصحية الخاصة بها، مثل قطاع الفلاحة، سوناطراك، السكك الحديدية؛
- كانت المنظمات الاستشفائية مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية والاستقلال المالي.

كان نظام التشغيل مبنيا على لجنتين واحدة طبية استشارية، والأخرى إدارية تداولية، مع التحديد الدقيق لصلاحيات كل منها. يشترك ممثلو صناديق الضمان الاجتماعي والسكان في اللجنة الإدارية. لم يكن هدف هذه المؤسسات الربح، وإنما تقديم الخدمات الصحية للمواطن بأقل تكلفة. كان يتم وضع الميزانيات انطلاقا من معطيات محدودة ومبررة، والتي تمكن من وضع السعر اليومي والذي يمثل أساس التسديد بالنسبة لمختلف الدائنين. تقدر ديون الاستثمارات في الميزانيات، والتي كانت تستعمل لعدة اختصاصات (المنشآت القاعدية، التجهيزات، رأس المال، والتي مكنت المنظمات الاستشفائية من التمويل الذاتي لكل مشاريعها، إنشاء المصالح، شراء التجهيزات.....) مكنت الاستقلالية الحقيقية التي كانت تتمتع بها هذه المؤسسات استخدام أطباء متعاقدين، بجانب الأطباء الدائمين، وكان الأطباء الخواص يعملون في المنظمات الاستشفائية بانتظام من أجل التكفل بالمرضى والطلبة، وقد أدت قلة المنشآت والمستخدمين سهولة التسيير والتنظيم.²

¹ علي خواربي برازة، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2010-2011، ص ص 37-40.

² علي خواربي برازة، مرجع سابق، ص ص 46-50.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

الفرع الثاني: الفترة الممتدة من 1974 إلى غاية 1988: نظرا للوضعية الصحية المتدهورة لمعظم السكان، تم الإعلان عن سياسة الطب المجاني في جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار حق الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعتهم الاجتماعية.¹

نسجل خلال هذه الفترة تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين وهذا بفضل الاستثمارات المرتفعة التي تحملها الدولة، حيث ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986.

تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987، طبيب لكل 1124 نسمة.

انعكس ذلك إيجابيا على الوضع الصحي للبلاد، حيث ارتفع أمل الحياة من 51 سنة لعام 1965 إلى 65 سنة لعام 1987، انخفاض معدل وفيات الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية.²

أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك.

عرفت هذه المرحلة بالمركزية المفرطة في التسيير، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، حيث لا يمكن تحويل بعض الاعتمادات المالية من عنوان الآخر، رغم الحاجة الملحة إلا بالرجوع إلى السلطة الوصية، حيث لم تترك أي مبادرة للمدير للتكيف مع الظروف والمستجدات، صعوبة التعامل مع المؤسسات الخاصة، وبعض المؤسسات العمومية التي ترفض استخدام الإذن بالطلب.

لم يعد باستطاعة المؤسسات الصحية استخدام أطباء متعاقدين كما لا تستطيع الإدارة مكافأة العمال المجدين، مما أدى بهم ألا يدافعوا إلا عن حقوقهم: الأجور، العلاوات، شروط العمل... الخ ونسوا واجباتهم.

أدت هذه السياسة إلى تبديد الأموال العامة، معدات وتجهيزات طبية بما أعطاب بسيطة مهمة لم تصلح، حيث يتم اقتناء تجهيزات أخرى جديدة بفعل ارتفاع سعر النفط، فساد الأدوية بمبالغ خيالية.

كل هذا جعل المسيرين غير مسؤولين، وما أزم المشكل أكثر هو غياب مسيرين متخصصين في التسيير المالي والمحاسبي في القطاع الصحي انعكس ذلك بعدم القدرة على حل مشاكل الصحة للمواطنين، وهجرة هياكل العلاج القاعدية، واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية، والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور.

الفرع الثالث: الفترة الممتدة من 1988 إلى وقتنا الحاضر: أدى انخفاض سعر النفط سنة 1986، البلاد في أزمة اقتصادية حادة، فظهر عيب الأسلوب التنموي المتبع، أزمة تراكم إنتاجي، اعتماد الاقتصاد الوطني على قطاع

¹ Boussof Rabah: **Géographie de santé en Algérie**, édition OPU, Alger 1992

² Oufriha F.Zohra: **cette chère santé. Une analyse économique du système de santé en Algérie**. OPU, Alger 1994.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

الحروقات، البطالة، التضخم، المديونية... الخ، الشيء الذي غير بعمق الشروط الداخلية والخارجية لعمل الاقتصاد الوطني، مما انعكس على شروط تمويل وإعادة إنتاج وتسيير النظام الصحي الوطني وزاد من صعوباته الذاتية. إن الإصلاحات المتبعة منذ 1988، والأوضاع التي عرفها الاقتصاد الوطني حولت الشروط الداخلية والخارجية لتشغيل النظام الصحي الجزائري. من بين الإجراءات التي كان لها أثرا كبيرا، نذكر تخفيض قيمة الدينار التي ضاعفت أسعار المدخلات بعدة مرات، تحرير الأسعار، انتهاء احتكار الدولة للتجارة الخارجية وبالتالي المؤسسات الصيدلانية لاستيراد الأدوية، إلى جانب مشكل انخفاض العائدات من العملة الصعبة التي هل تستعمل لاستيراد سلع نهائية أو إنتاجية أو وسيطة.¹

كما أن النظام الصحي بطبعه إداري واجه صعوبات لإعادة النشاط في محيط محكوم بقوانين السوق نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع قواعد جديدة للعب وتسهيل مداخلته فيما يخص المشتريات والتمويل، هذا إلى جانب عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة وإلى تسجيل عجز الحماية الاجتماعية، فطرح مشكل ارتفاع نفقات الصحة ونموها غير المتحكم فيه، ومشكلة تسيير المؤسسات الصحية التي تكون النظام الصحي الجزائري.

ثانيا: المقصود بالمرافق الاستشفائية: يعتبر مفهوم المرافق العامة من المفاهيم الإدارية الأكثر جدلا واختلافا من قبل الفقهاء في القانون الإداري، ويعود سبب ذلك لتعدد المعايير التي اعتمدوا عليها والتي تتمحور حول المعيار العضوية والمعياري المادي.

-المعيار العضوي: يقصد بالمرفق العام حسب المعيار العضوي " مشروع تتولاه الإدارة العمومية لأداء خدمة عامة"²

-المعيار المادي: يعرف المرفق العام حسب هذا المعيار بأنه " كل نشاط مشروع به يهدف لإشباع مصلحة العامة "

وعليه يتميز نشاطه عن النشاط الخاص، فالأول تحركه المصلحة العامة والثاني يهدف إلى تحقيق الربح.³ وعليه ورغم الجدل الذي اكتنف مفهوم المرفق العام، فإنه لم يخرج عن كونه مشروع يعمل باطراد انتظام تحت إشراف ومراقبة الدولة بقصد أداء خدمة للجمهور، مع خضوعه لنظام قانوني معين، على أن يستمد هذا المفهوم جوهره من استمرار تقديم هذه الخدمة دون انقطاع⁴، ومن خلال ما ذكر أنفا يمكن القول أن المرفق العام الاستشفائي ميدان نشاط إداري ذي أهمية بالغة، ومن جهة أخرى هو قوام ومحور المنظومة الصحية في الدولة، حيث

¹ Oufriha F.Zohra , Op.cit, p21.

² جمال الدين سامي، أصول القانون الإداري، تنظيم السلطة الإدارية والإدارة المحلية، التنظيم القانوني للتوظيف العامة، نظرية العمل، الناشر منشأة المعارف، الإسكندرية، 2004ص.

³ أحمد محيو، محاضرات في المؤسسات الإدارية، الطبعة الرابعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006، ص.430.

⁴ المرجع نفسه، ص.484.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

ترتكز السياسة الوطنية للصحة، لاسيما، في تنفيذها، على العمل القطاعي المشترك عبر مساهمة مختلف الفاعلين المتدخلين في مجال الصحة.

وعليه المرافق الاستشفائية منظمة في شكل هيكل معنوية للقانون العام هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تملك سبب مهامها الواسعة تنوعا للموارد البشرية والمادية المعتمدة.¹

المطلب الثاني: تطور مكونات القطاع الصحي في الجزائر

عرفت الهياكل الصحية الاستشفائية تطورا من حيث العدد والخدمات المقدمة، وفي هذا المطلب سنتطرق إلى عرض لتطور المنشآت الصحية القاعدية، المنشآت الاستشفائية وكذا التغطية الصحية وذلك للسنوات الأخيرة.

الفرع الأول: المنشآت الصحية القاعدية

أولا: تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر

يلخص الجدول التالي تطور عدد المنشآت الصحية القاعدية للسنوات الأخيرة:

جدول رقم (1-3): تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر

المنشآت القاعدية الصحية										
نسبة التطور		2016		نسبة التطور		2015		2014		التعيين/السنة
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	التقنية	عدد الأسرة	التقنية	عدد الأسرة	التقنية	عدد الأسرة	التقنية	
	0,00 %		273	0,74 %		273		271		المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:
4,78%	1,51 %	4075	4	4,12%	1,34 %	3889	1659	3735	1637	عيادات متعددة الخدمات
	1,96 %		587	0,63 %		5762		5726		قاعات علاج
-1,04%	0,24 %	3142	416	-1,06%	0,24 %	3175	415	3209	416	دور الولادة العمومية
					0,80 %			627	622	مركز اجتماعي طبي
			630		1,54 %			10865	10700	الصيدليات:
			111		1,72 %			9962	9794	منها الصيدليات الخاصة
			40							
			102							
			60					91,69%	91,53%	المنشآت الخاصة:
			904							
			2					8352	7742	عيادة طبيب مختص

¹ عادل بن عبد الله، مرجع سابق، ص 32.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

			729							
			8				6910		6654	عيادة طبيب عام
			651				6144		5928	عيادة طب الأسنان
			4							
			709			0	600	0	512	عيادة ممارسة جماعية
			460				43875,		42368,	
		3142	09			3175	917	3209	915	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام 2014-2016.

يتضح من خلال بيانات الجدول أعلاه أن المنشآت الصحية القاعدية لم تعرف تطورا ملحوظا حيث ارتفع عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بمؤسستين (0.74%) سنة 2015 مقارنة بسنة 2014 في حين لم يعرف عددها زيادة أو استلام مشاريع مؤسسات جديدة سنة 2016 فيما يخص العيادات المتعددة الخدمات والتي تعتبر الأقرب من المواطنين حيث تقدم الخدمات العلاجية والتدخلات الطبية الأولية.

ثانيا: تطور المنشآت الاستشفائية الصحية في الجزائر

مرت المنظومة الصحية فب الجزائر بعدد التطورات، وواكب هذا التطور تطور لعدد المنشآت الاستشفائية، استجابة لتزايد الطلب على الرعاية الصحية. الجدول التالي يوضح تطور عددها:

جدول رقم (1-4): تطور المنشآت الاستشفائية الصحية في الجزائر

المنشآت القاعدية الصحية												
نسبة التطور		2016		نسبة التطور		2015		2014		التعيين/السنة		
عدد الأسرة	العدد	الخاص	العموم	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد			
التقنية			ي	التقنية		التقنية		التقنية				
0,27%	0,00%	38407	200	0,52%	2,04%	38305	200	38105	196	مؤسسة استشفائية عمومية		
37,92%	0,00%	1324	9	3,67%	80,00%	960	9	926	5	مؤسسة استشفائية		
-1,07%	0,00%	12910	15	1,46%	7,14%	13050	15	12862	14	مراكز استشفائية عامة		
0,99%	0,00%	818	14	0,50%	0,00%	810	14	806	14	مؤسسة استشفائية جامعية		
0,76%	0,00%	11725	75	1,20%	5,63%	11637	75	11499	71	مؤسسة استشفائية متخصصة		
	7,89%		123		17,53%		0		114	0	97	دور الولادة الخاصة
		12543	199			12447	190	12305	169	المجموع		

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام 2014-2016.

من خلال الجدول يتضح أن القطاع الصحي العام تعزز بإنشاء 3 مؤسسات عمومية استشفائية و4 مؤسسات استشفائية، والمراكز الاستشفائية العامة بمركز واحد، المراكز الاستشفائية الجامعية لم يعرف عددها تطورا خلال الثلاث

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

سنوات الأخيرة مع تسجيل تطور في عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بأربع مؤسسات جديدة وكذا دور الولاية الخاصة ب 17 مؤسسة جديدة.

بالنسبة لمؤسسات القطاع الصحي الخاص فهي تعكس عدم التطور الملحوظ في عددها وهو ما يتطلب البحث هل هنالك عزوف عن الاستثمار في المجال الصحي أم هذا راجع للعراقيل الإدارية والمشاكل التمويلية لأن القطاع الخاص الصحي هو مكمل للقطاع العام خدمة للمرضى وضمانا لتطور المنظومة الصحية في الجزائر.

الفرع الثاني: التغطية الصحية في الجزائر:

أشار التقرير الخاص بالصحة في العالم والصادر سنة 2013 عن منظمة الصحة العالمية أن عدة دول منها الجزائر بالرغم من انخفاض دخلها المتوسط تحمي الأفراد الأقل دخلا من من الاضرار إلى دفع مبالغ مالية طائلة من أجل الحصول على الرعاية الصحية. إلا أن السؤال الاضافي مرتبط بالتغطية الصحية وإمكانية الحصول على خدمات الصحية.¹ سنحاول استعراض تطور التغطية الصحية في الجزائر للقطاعين العام والخاص وذلك للسنوات 2014، 2015 و2016.

جدول رقم (1-5): تطورا لتغطية الصحية في الجزائر

التغطية الصحية في الجزائر في القطاعين العام والخاص									
التعيين/السنة	2014		2015		نسبة التطور		2016		نسبة التطور
	العمومي	الخاص	العمومي	الخاص	العمومي	الخاص	العمومي	الخاص	
أطباء (عامون وأخصائيون)	52306	16770	54953	18478	5,06%	10,18%	55158	19779	0,37%
جراحي أسنان	7240	5928	7261	6384	0,29%	7,69%	7014	6733	-3,40%
صيدالة	1284	9794	1501	9974	16,90%	1,84%	1695	10193	12,92%
المجموع	60830	32492	63715	34836			63867	36705	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام 2014-2016، ص.22.

نسب التغطية الصحية للأطباء سواء كانوا عامون أم أخصائيين وكذا جراحي الأسنان والصيدالة عرفت تطورا خلال السنوات الأخيرة في كلا القطاعين العام والخاص، إلا أن هذا التطور لا زال غير متوافق مع معايير التوزيع الجغرافي ومدى إتاحة الخدمات الطبية للسكان بسبب تركيزها في مناطق دون أخرى خاصة القطاع الخاص.

جدول رقم (1-6): توزيع عمال قطاع الصحة الطبي والشبه طبي في الجزائر

توزيع عمال قطاع الصحة الطبي والشبه طبي				
التعيين/السنة	2014	2015	نسبة التطور	2016
عدد العمال في السلك الطبي:	93322	98551	5,60%	100572
أطباء (عامون وأخصائيون)	69076	73431	6,30%	74937
جراحي أسنان	13165	13645	3,65%	13747

¹ المنظمة العالمية للصحة، التقرير الخاص بالصحة في العالم، بحوث التغطية الصحية، 2013، ص.11.

الفصل الأول:.....الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر

3,60%	11888	3,58%	11475	11078	صيادلة
3,16%	127365	1,36%	123458	121803	عدد العمال في السلك الشبه الطبي:
-3,70%	87575	2,78%	90939	88478	تقنيون سامون
-39,24%	4070	-19,06%	6698	8275	تقنيون
38,34%	35720	3,08%	25821	25050	مساعدون في السلك شبه الطبي

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام 2014-2016، ص.22.

جدول رقم (1-7): التغطية الصحية في الجزائر

التغطية الصحية في الجزائر					
التعيين/السنة	2014	2015	نسبة التطور	2016	نسبة التطور
أطباء (عامون وأخصائيون)	566	544	-3,89%	545	0,18%
جراحي أسنان	2970	2929	-1,38%	2971	1,43%
صيادلة	3531	3483	-1,36%	3435	-1,38%
تقنيون سامون	442	439	-0,68%	466	6,15%
تقنيون	4727	5966	26,21%	10033	68,17%
مساعدون في السلك شبه الطبي	1561	1548	-0,83%	1143	-26,16%

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام 2014-2016

يتضح من بيانات الجدول أعلاه أن التغطية الصحية في الجزائر وفي كل الأسلاك لم تعرف تطورا ملحوظا بل تراجعت فنسبة للأطباء العامون والأخصائيون تراجعت بنسبة 3.89% بين سنتي 2014-2015 ولتعاود الارتفاع بنسبة 0.18% ويرجع هذا التذبذب من جهة إلى عامل الهجرة ومن جهة أخرى الدفعات المتخرجة سنويا والتي تحافظ على مستويات التغطية الصحية.

باقي الفئات ينطبق عليها ما قيل في سلك الأطباء العامون والأخصائيون، فقط يسجل من بيانات الجدول التراجع الكبير في عدد المساعدون في السلك الشبه طبي حيث بلغ التراجع بين سنتي 2015-2016 نسبة 26.16% وهو ما يستوجب البحث في الأسباب والمشاكل المهنية التي تعاني منها هذه الفئة، في حين المؤشر الإيجابي في الجدول يخص فئة التقنيون والتقنيون السامون حيث عرفت الأولى نسبة تطور 6.15% في حين بلغت الثانية 68.17% ويعزى هذا التطور إلى سياسة التكوين وتوفير المناصب المالية لهذ الفئات.

خلاصة الفصل:

حاولنا من خلال هذا الفصل الإحاطة بالجوانب النظرية لموضوع المنظمات الاستشفائية في الجزائر وذلك نظرا لخصوصياتها، تم تقسيم الفصل إلى أربع مباحث المبحث الأول: ماهية المنظمات الاستشفائية، المبحث الثاني، إدارة المنظمات الاستشفائية، المبحث الثالث، هيكلية وتنظيم المنظمات الاستشفائية في الجزائر والمبحث الرابع عرض لتطور المنظومة الصحية في الجزائر.

خلصنا إلى أن تصنيفات المنظمات متنوعة وكذلك للوظائف الإدارية من تخطيط، تنظيم، توجيه ورقابة وكذلك هيكلتها خصوصياتها في المنظمات الاستشفائية نظرا لكبر حجمها وتعقيدها المرتبطة بالخدمة الصحية ورعاية المرضى.

واستعرضنا مراحل تطور القطاع الصحي وكذا التعرف بكل موارده المادية والبشرية وكل مكوناته، وفي الأخير تطرقنا اختصارا إلى أهم معوقات تطور القطاع الصحي الجزائري من منظور مختصين أهمها ضعف التمويل الصحي مع عدم الكفاءة والفعالية في ضمان تسيير مستدام لمؤسسات القطاع الصحي وتراجع الدخل والفقير والبطالة.

الفصل الثاني:

آثار المنظمات
الاستشفائية وأسس
تحقيق استدامتها

تمهيد:

أصبح مصطلح التنمية المستدامة من أكثر المصطلحات تداولاً في العالم الأكاديمي وعالم الأعمال على حد سواء. مصطلح «الاستدامة» كانت حاضرة طوال العقود الماضية في الدراسات الأكاديمية، المناهج الدراسية للكليات، مجالس السلطات المحلية والمنظمات والمكاتب.

على الرغم من أن تاريخ وتطور المفهوم قد يبدو غير مهم، إلا أنه يمكن أن يساعدنا على التنبؤ بالاتجاهات المستقبلية لظاهرة التنمية المستدامة والعيوب التي من الممكن أن تظهر. وسوف يساعدنا أيضاً للتأكيد بأن القرن 21 سيكون "قرن الاستدامة".

من أجل توضيح هذا المفهوم والتحديات التي تواجهها المنظمات الاستشفائية في سبيل التنبؤ والاستجابة لمتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية تم تقسيم هذا الفصل للمباحث التالية:

- ◀ المبحث الأول: آثار المنظمات الاستشفائية.
- ◀ المبحث الثاني: الإطار المفاهيمي للتنمية المستدامة.
- ◀ المبحث الثالث: الإطار العام للمسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال.
- ◀ المبحث الرابع: التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي

المبحث الأول: آثار المنظمات الاستشفائية

تحتوي بيئة العمل في المستشفيات على العديد من المخاطر الصحية التي تؤثر على كوارر العاملين المختلفة من الأطباء وهيئات التمريض وهيئات المساعدة في تقديم الخدمة الصحية، ويجب الاهتمام بتحقيق بيئات عمل تتحكم في المخاطر الناجمة عن انتقال العدوى من المرضى، وكذلك المنتقلة من البيئة الخارجية المحيطة بالمستشفى والمؤثرة بطريقة مستمرة على بيئة المستشفى الداخلية وفي هذا المبحث سنتطرق إلى مخاطر بيئة العمل للفئات الطبية وغير الطبية وطريقة حماية هذه الفئات لما يعود به ذلك على حماية المرضى وتحقيق جودة الخدمة المقدمة.

المطلب الأول: الآثار الاقتصادية

لا يمكن تصور المنظومات الصحية بشكل منعزل، فهي في تفاعل مع المجالات السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية، والبيئية التي تنتمي إليها، وكذا السياسات والبرامج المعتمدة لتحقيق الأهداف المسطرة. ورغم اختلاف المنظومات الصحية من مجتمع لآخر، فإنها تلتقي في أهداف مشتركة يبرزها السعي الدائم لتحسين المستوى الصحي للأفراد، وترقيته باستمرار، أخذًا بعين الاعتبار لخصوصية كل دولة، وإمكانياتها المتاحة.

الفرع الأول: تكلفة الحوادث والحروب وزيادة الطلب على الخدمات الصحية:

وصل عدد الحوادث عام 2005 في أمريكا وحدها حوالي 97 في 1000.000 نسمة (240.000) منهم 154.500 حوادث سيارات و56.500 بالمنزل، و44.200 في مراكز العمل وأدت حوادث الأطفال من سن سنة إلى 14 إلى معدلات وفاة تزيد عن تأثير ستة أمراض مجتمعة، وهذا يتطلب عدد أكبر من الأطباء والكيميائين العاملين في قطاع الأدوية، وفي عدد المستشفيات.¹

فإذا قلنا أن 74 مليون فرد جرحوا في عام 1995 في أمريكا فقط، فبعضهم تم علاجه بالمنزل أو بالعمل لعدم توفر عدد المستشفيات اللازم لمواجهة هذا الطلب أنه تم علاج بعضهم في عيادات خاصة أو عيادات خارجية أو أقسام الطوارئ بالمستشفيات، تقول الإحصائيات أن حوالي 2 مليون نسمة مما جرحوا علاجهم بالمستشفيات سنويا بأمريكا، أي أنه (لمن) الأسرة المتاحة بالمستشفيات والمصححات الأمريكية يستخدم لمواجهة الطلب على الخدمة الصحية الناتج عن حوادث، أضف إلى ذلك حوادث الحرائق والفيضانات والزلازل وتصادم السيارات والانفجارات.

ومن التحليل المتقدم يمكن القول أن الطلب على الخدمات الصحية يتزايد بمعدلات تفوق معدلات الزيادة في المعروض من تلك الخدمات ممثلة في الموارد الصحية والطبية ونقص عدد المنظمات وكفايتها الخدمية ونقص عدد المتخصصين من أطباء وممرضات ومديري معامل وأشعة وإداريون في المنظمات الصحية وغيرهم، ويزيد هذا من ضرورة إيجاد أنسب الطرق لتخطيط الخدمة الصحية على المستوى القومي والمستوى القطاعي حسب نوع الخدمة الطبية والمستوى الجزيئي على مستوى الوحدة العلاجية سواء كانت مستشفى أو مستوصف أو عيادة خاصة أو مجمع

¹ فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية "مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن-تكاملي العلاج والدواء-، الدار الجامعية، مصر، الإسكندرية، 2015، ص.50.

صحي، وسواء كانت الخدمة في ميدان الصحة العامة أو في مجال الصحة النفسية، إذن يمكن القول أن الطلب على الخدمات الصحية يأخذ المعادلة التالية.

الطلب على الخدمة الطبية يتوقف على (مشكلة تفجر السكان، مشكلة نقص الغذاء، مشكلة تلوث البيئة، مشكلة الحوادث، المشكلات النفسية، المشكلات الاجتماعية، الإمكانيات الطبية المتاحة، أو العرض، مستويات التعليم الصحي العام، والتعليم والثقافة).

أو أن الطلب = دالة (متغيرات مستقلة مفسرة مختلفة + خطأ في القياس) ويمكن الحديث عن الطلب الكلي والطلب النوعي بالنسبة لكل نوع من أنواع الخدمات الطبية والصحية والعلاجية والوقائية، من ثم يمكن استخدام تحليل الانحدار لقياس نوع ودرجة العلاقة إحصائياً، بهدف اتخاذ القرارات والتخطيط كما نعمل في الاقتصاد القياسي.

الفرع الثاني: مشكلة الانفجار السكاني وتزايد الطلب على الخدمات الصحية:

الصحة السكانية مطلب مهم وضروري نتيجة الانفجار السكاني وسوء توزيع المواطنين وتكديس معظمهم في المحافظات المركزية التي قد تتمتع بتكامل الخدمات أولى من التجمعات السكانية المحرومة تماماً من الخدمات. وتعد السيطرة على المشكلة السكانية من أهم أولويات الدول خاصة الدول النامية¹.

ويشير الدكتور لورنس يحيى أنه في كل سنة، أكثر من 81 مليون نسمة يضافون إلى سكان العالم، وأن 90 % منهم أي أكثر من 73. وهذه الزيادة غير المنضبطة ستؤدي في النهاية إلى دفع ثمن اقتصادي باهظ... (10 مليون يولدون في العالم الثالث لمواجهة هذه الآثار باهظاً إذ يرافق هذه الزيادة الكبيرة للسكان في الدول النامية آثار مختلفة تكلف الاقتصاد ثمناً عن التهديدات لمستقبل البشرية على وجه الكرة الأرضية. ويرى أن تقدير التكاليف المرافقة للزيادة السكانية مسألة في غاية الصعوبة بسبب تعدد العناصر غير الملموسة فيها elements Intangible ، فبعض هذه التكاليف صريحة costs Explicit إلا إن بعضها الآخر غير صريح أي ضمني costs Implicit ، فضلاً عن تكلفة الفرصة البديلة² cost Opportunity.

وكان أول من عالج هذه المشكلة العالم الإنجليزي الاقتصادي توماس د مالثس، حيث كانت فكرته في كتابه (eassy on the principle of population) المنشورة عام 1798 أن السكان تتزايد بمعدل يفوق نسبة الزيادة في العرض من السلع الغذائية وأن تلك الزيادة السكانية سوف يتم القضاء عليها بالأمراض والحروب.

ومن الجدير بالذكر أن تزايد السكان يخلق مجموعة من النتائج التي نجلها فيما يلي:³

- انخفاض معدل الدخل الحقيقي للفرد بسبب التضخم الاقتصادي المتزايد وخاصة في الدول النامية، وتزايد الفوارق بين مستويات الدخل بين الطبقات الاجتماعية في أي دولة؛

¹ محمد عبد المنعم شعيب، الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات "منظور تطبيقي"، دار المنهل، عمان، الأردن، 2014، ص.129.

² لورنس يحيى، التكاليف الاقتصادية للانفجار السكاني في الدول النامية - الصين حالة دراسية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد 31، العراق، 2012، ص.90.

³ فريد راغب النجار، مرجع سابق، ص.46.

- تزايد التفرقة العنصرية والتعصب السياسي والاجتماعي والاقتصادي والديني بين الجماعات المختلفة وتفكك التكوين الاجتماعي للأسرة؛
- وكنتيجة تزايد عدد الأطفال بنسبة قد تفوق معدل الزيادة الكلي للسكان، تبدو الحاجة لتعليم أعداد أكبر من السكان ضرورية مما لا يتناسب مع معدل الزيادة في الاستثمار في التعليم وعدد منظمات التعليم التي يتم بناءها كل يوم، ومن ثم ينخفض المعدل التعليمي للفرد ومثال ذلك ما حدث مؤخرا ويستمر في مصر وبعض الدول النامية الأخرى كإندونيسيا والصين والمجر، وإن اختلف معدل الانخفاض بينها؛
- وبالتالي نجد أن تكلفة الخدمات الصحية وطبيعتها ومستواها قد انخفض في بعض الدول عن غيرها؛
- تدهور مستويات البيئة وجودة الحياة؛
- بالإضافة إلى تأثير تزايد حجم السكان على مستوى المعيشة، قد أثر ذلك أيضا في متغيرات أخرى مثال نصيب الفرد من الدخل الحقيقي، مستوى التكنولوجيا، درجة تركز الإسكان الإنساني والتفاوت الاجتماعي والحضاري لبعض السكان والطبقات الاجتماعية.

المطلب الثاني: الآثار الإيكولوجية "البيئية"

تؤثر أنشطة المنظمات الاستشفائية على البيئة بشكل كبير من خلال النفايات الطبية وانبعاثات الغازات واستهلاكها الكبير للطاقة والمياه، سنحاول في هذا المطلب التطرق له الآتار.

الفرع الأول: النفايات الطبية:

أولا: تعريف نفايات الأنشطة الطبية:

هي غالبا من مواد كيميائية خطيرة إضافة إلى مواد مشعة إضافة إلى الشاش، ضمادات، منتجات الدم، المشكلة في هذا النوع من النفايات هي أن درجة خطورتها عالية جدًا فهي حاوية للجراثيم والفيروسات المختلفة المسببة للأمراض المختلفة، من هنا يجب التخلص من هذه النفايات بالطرق السليمة حسب القانون يجب فرز النفايات الطبية (نفايات المستشفيات، العيادات الخاصة). يجب فرزها وتعقيمها قبل التخلص منها في مواقع التخلص. التعقيم عادة يتم عن طريق تسخين هذه النفايات في خزانات بدرجة حرارة عالية كافية لقتل الجراثيم والفيروسات وبعد ذلك يمكن التخلص منها بالطرق المعتادة.

تعرف منظمة الصحة العالمية بأنها " النفايات الناتجة عن مؤسسات الرعاية الصحية ومراكز الأبحاث والمختبرات وتشمل كذلك النفايات الناشئة عن المصادر الثانوية والمتفرقة مثل ما ينتج عن الرعاية الصحية للأشخاص في المنزل (عمليات غسيل الكلى، حق الأنسولين... الخ).¹

¹ مريم داود أبو محسن، تقييم إدارة النفايات الطبية في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة، قسم الجغرافيا كلية الآداب ، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2014، ص.25.

هي النفايات التي تنتج عن النشاطات الطبية والتي تتكون كلياً أو جزئياً من نسج بشرية أو حيوانية أو دماء أو سوائل الجسم وإفرازاته، وكذلك الأدوية والمنتجات الصيدلانية الأخرى بالإضافة إلى أعواد التنظيف وملابس أقسام الجراحة إضافة إلى المحاقن والإبر والمواد الحارة الأخرى.

ثانياً: أنواع النفايات الطبية:

يمكن تصنيف هذا القسم في ست فئات كما يلي:

1-الأدوات الحادة:

هي النفايات التي تحتوي على الأدوات الحادة مثل المحاقن والمشارط والزجاج المهشم وأي أدوات حادة أخرى قد تسبب قطعاً أو وخزاً للجسم¹. هذه الفئة تتضمن جميع أنواع المواد الحادة السالفة بغض النظر عن كونها ملوثة بعوامل ممرضة أو لا حيث أنه ليس من الممكن تحديد فيما إذا كانت ملوثة بعامل ممرض أو لا.

2-النفايات الباثولوجية (النفايات التشريحية):

هذه النفايات تدعى أيضاً "النفايات المرضية"، وتشمل الأعضاء البشرية وأنسجة الجسم والأجنة الميتة وجثث الحيوانات وسوائل الجسم والدم من المرضى المصابين بأمراض معدية².

3-النفايات التي تتطلب اتباع إجراءات خاصة لتجميعها والتخلص منها فيما يتعلق بالوقاية من العدوى :

وتسمى أيضاً "النفايات الإنتانية" وتتضمن جميع العناصر التي يشك في احتوائها على العوامل الممرضة (كالجراثيم والفيروسات والطفيليات والفطريات) وذلك بتركيز أو كميات كافية لتسبب المرض عند مستقبل لديه القابلية للعدوى (كالإنسان مثلاً . ومن أمثلة هذه النفايات:

- الملابس الملوثة من أقسام الجراحة؛
- أعواد التنظيف والنفايات الملوثة الأخرى من أماكن المعالجة؛
- أي مواد على تماس مباشر مع أشخاص أو حيوانات مريضة بأمراض قابلة للعدوى؛
- مستعمرات الجراثيم والنفايات الحيوية المخبرية الأخرى؛
- أجهزة تنقية الدم؛
- الأدوات والملابس والصداريات والقفازات والمناديل وغيرها من أقسام تنقية الدم؛
- النفايات المتولدة عن أقسام الحجر الصحي بما فيها غيارات الأسرة وغيرها.

4-النفايات التي لا تتطلب اتباع إجراءات خاصة لتجميعها والتخلص منها فيما يتعلق بالوقاية من العدوى :

وهذه الفئة تتضمن ملابس المريض المعطاة إليه من المشفى والجبائر وغيارات الأسرة بالإضافة إلى الملابس والرداءات

¹ ميلود تومي وعديلة العلواني، تأثير النفايات الطبية على تكاليف المؤسسات الصحية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد العاشر، نوفمبر، 2006، ص.6.

² ² إسلام عبد المنعم إدريس محمد، الإدارة المستدامة للنفايات الطبية في بعض مستشفيات الخرطوم، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2007، ص.10.

المخصصة للاستخدام مرة واحدة والحفاضات والصداريات والقفازات والمناديل وغيرها والتي تتولد في أجنحة إقامة المرضى.

5-النفائات الكيماوية:

وهي تلك النفائات التي تشتمل على المواد الكيماوية الصلبة أو السائلة أو الغازية الناتجة من الأنشطة التشخيصية أو العلاجية أو المخبرية أو المستخدمة في التنظيف أو التطهير أو التعقيم¹. وهذه الفئة تتضمن كافة الكيماويات الصلبة والسائلة والغازية والتي انتهى مفعولها أو لم تستخدم أو انسكبت بشكل غير مقصود والناتجة من المخابر أو من مصادر أخرى كأعمال التشخيص وأبحاث التجارب والتنظيف وأعمال النظافة العامة وإجراءات التطهير. كما تتضمن جميع الأدوية والكيماويات والمنتجات الصيدلانية الملوثة والتي أعيدت من أجنحة المرضى، وينتمي إلى هذه الفئة نفائات الأدوية السرطانية لها درجة خطورة عالية إذا لم يتم التعامل معها بشكل صحيح وتشمل أساسي الأدوية ذات التأثير السمي على الخلايا.

6- النفائات الملوثة بالمواد المشعة: هي تلك النفائات التي تتضمن جميع المواد الصلبة والسائلة والغازية الملوثة بنويدات المواد المشعة الناتجة من استخدامها في فحوصات الأنسجة البشرية والسوائل وفي إجراءات تشخيص وتحديد الأورام وعلاجها².

7-النفائات التي لا تتطلب إجراءات خاصة للوقاية من انتشار الأمراض الإنتانية: ويتضمن هذا القسم فئة واحدة هي:

- النفائات المتولدة في غرف المرضى: هذا النوع من النفائات من قبل المرضى أنفسهم أو زائريهم في أجنحة المنشأة الطبية، وهذه النفائات ليس فيها خطر كامن من ناحية التلوث بالعوامل المرضية وقابلية نشر العدوى.

-النفائات المنزلية: يمكن تصنيف هذا القسم في فئتين كما يلي:

أ-النفائات الناتجة عن المطابخ وأماكن تحضير الطعام : هذه النفائات تنتج عن تحضير وتقديم الأطعمة بما فيها تغليف هذه الأطعمة والفضلات الناتجة عن ذلك والأطعمة الزائدة والمهدورة إضافة إلى مواد التنظيف وغيرها.

ب-النفائات المكتبية والمنزلية الأخرى : وتتضمن النفائات المتولدة في المكاتب مثل الأخشاب والمعادن والورق العادي والورق المقوى والنفائات السائلة وتصريف غرف غسيل الملابس.

والشكل التالي يلخص أهم تصنيفات النفائات الطبية وطرق معالجتها والتخلص منها:

¹ نفس المرجع، ص.6.

² محمد بن علي الزهراني وفايدة أبو الجدايل، الإدارة المستدامة للنفائات الطبية في الوطن العربي "الوضع الراهن والآفاق المستقبلية"، للمؤتمر العربي الثالث للإدارة البيئية (الاتجاهات الحديثة في إدارة المخلفات الملوثة للبيئة)، شرم الشيخ - جمهورية مصر العربية، 21-22 نوفمبر، ص.209.

شكل رقم (2-1): تصنيفات النفايات الطبية ومراحل معالجتها



المصدر: الموقع الإلكتروني: <https://www.albayan.ae/across-the-uae/news-and-reports/2016-10-24-1.2740665>

10-24-1.2740665

الفرع الثاني: مضار النفايات الطبية:

النفايات الناتجة عن أنشطة الرعاية الصحية تحمل إمكانية كبيرة للعدوى أو التسبب بالإصابة أكثر من أي نوع آخر من النفايات، وعليه فإنه من الضروري وجود طرق آمنة وموثوق فيها لمناولة هذه النفايات حيثما تتولد.¹ أشار المهندس الكثيري إلى أن للنفايات الطبية تأثيرات بالغة في الصحة العامة والبيئة، حيث هناك أخطار من التعرض للنفايات المعدية والإبر في انتشار الأمراض المعدية مثل فيروسات الكبد (التهاب الكبد B و C) والإيدز والتيتانوس.

كما أن أخطار التعرض للنفايات المشعة، النفايات المسببة لتسمم الخلايا المستخدمة في علاج السرطان، تتمثل في الصداع، الدوخة، القيء، إضافة إلى مشكلات أكثر خطورة مثل إحداث الطفرات والإصابة بأمراض السرطان.¹ ويمكن تلخيص التأثيرات السلبية للنفايات الطبية في الشكل التالي:

¹ بوقرة رباح وسراي أم السعد، الإدارة البيئية وآليات تفعيلها في المؤسسة الصحية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة محمد بوضياف، المجلد 2، العدد 2، 2018، ص.78.

شكل رقم (2-2): التأثيرات السلبية للنفايات الطبية



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: سعد على العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص ص 288-291.

المطلب الثالث: الآثار الاجتماعية والأخلاقية

هناك قوانين منظمة لبيئة العمل وحماية العاملين بالبيئات المختلفة في جميع الدول العربية، لكن تحقيق متطلبات هذه القوانين لا يؤخذ بالجدية المطلوبة، خاصة في قطاع الخدمات الصحية مما يجعل حماية جميع العاملين في منشآت الرعاية الصحية أمرا بالغ الأهمية، خاصة مع تعقد نظم إدارة هذه المنشآت وحساسية البيئة الداخلية فيها، وزيادة احتمالات انتقال الأمراض المرتبطة بالبيئة من المرضى للعاملين، ومن العاملين إلى المرضى. وتشمل خدمات الرعاية الصحية الجانبين الوقائي والعلاجي بهدف وقاية العامل من الأمراض والاعتلال الصحي البطيء والثانية تعالج الأمراض الطارئة². وتلعب المستشفيات دورا مهما في حماية صحة المجتمع من خلال

¹ مقال منشور بعنوان "مستشفيات البناء السكنية خاصة ضعيفة في تصريف النفايات الطبية بأمان"، أبو ظبي منشور بتاريخ 2016/10/24 متاح على الموقع الإلكتروني: <https://www.albayan.ae/across-the-uae/news-and-reports/2016-10-24-1.2740665>

² محمد عبد الفتاح محمد، الأسس النظرية للتنمية الاجتماعية في إطار الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2005، ص.288.

الفصل الثاني:.....آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

المفاهيم الواسعة لصحة البيئة، والتي تشمل الحماية من الإصابة والمرض والمسح الصحي، والتبليغ عن الأوبئة المرضية، وكذلك إدارة الناتج الصحي للكوارث.

الفرع الأول: التحكم في العدوى المتنقلة داخل المستشفيات:

الإقلال من التأثيرات الصحية السالبة وناتج الرعاية الصحية لغير المرضى، هو من أول الأساسات التي تسعى المنظمات الاستشفائية إلى ترسيخه من خلال برامج الجودة ومنه العدوى، ويعد مؤشر حالات العدوى داخل المستشفى من أهم الدلائل على تحقيق عوامل نجاح الرعاية في المستشفيات وجودتها ولا يجب هنا إهمال أهمية الإدارة البيئية المتكاملة التي تعد مظلة لجميع نظم الجودة وتحقيق التأكد منها، وكذلك نظم ضبط الجودة، وتعد مجموعة الحد من العدوى من أهم المجموعات التي يتأثر عملها بجودة البيئة الداخلية للمستشفى بمفهومها الفيزيائي والاجتماعي والاقتصادي الشامل، فلا يمكن أن نتوقع مثلاً تحقيق الحد من العدوى واتخاذ جميع الاحتياطات منعها في مبنى مستشفى يعاني من النشع في الحوائط نتيجة خلل وترسبات في شبكة المياه والصرف الصحي بالمبنى والذي يدعم نمو الفطريات والعفن ويجعل من الحوائط مستودعا لإنتاج وإيواء مسببات الأمراض وانتشارها في جو المستشفى.

الفرع الثاني: سلامة المرضى:

- منع الإصابة لدى المرضى قد يتطلب التدخلات العلاجية والرعاية الخاصة كلما لزم ذلك، كالاتي:
- التأكد من وضع جوانب الأسرة إلى أعلى في حالة المرضى الذين يعانون من فترات غياب الوعي وإغماء نتيجة مرضهم أو العلاج الذي يقدم لهم؛
- وجود القضبان المثبتة في الحوائط في الحمامات والطرفات المؤدية إلى غرف المرضى لمساعدة المرضى كبار السن أو ذوي الاحتياجات الخاصة؛
- قيام الممرضات بالعلاج الطبيعي وتحريك المرضى أثناء فترة النقاهة، مع التأكد من جودة البيئة في مناطق العلاج ومطابقتها لمنع العدوى؛
- وجود معدات مساعدة للمريض على الحركة في حالة عدم تمكنه من ذلك، والتأكد من عدم وجود عوائق في الأرضيات أو وجود مياه قد تؤدي إلى تعثر المريض أو انزلاقه على الأرض؛
- وجود الممرضة عند الحاجة لتغيير فرش السرير وتنظيف المرضى مع اتخاذ الاحتياطات اللازمة لحماية نفسها.

الفرع الثالث: خط تفريغ المبنى في حالة الطوارئ الداخلية بالمستشفى:

قد تتعرض المستشفيات إلى الحرائق الداخلية أو إلى انفجار أو تهديد ينسف المبنى بالقنابل وتحسباً لمثل هذه الحالات يجب أن تعد جميع المستشفيات خطة طوارئ مسجلة ويتم التدريب على تطبيقها من قبل العاملين في الرعاية الصحية لنقل المرضى غير القادرين على الحركة أو غير القادرين على مغادرة الأسرة إلى مستشفيات أخرى وتفريغ المبنى بالكامل أو الجزء المعرض لحالة الطوارئ.

الفرع الرابع: سلامة الغذاء:

تعد مطابخ المستشفيات وجبات لأعداد كبيرة من المرضى والنقاهين من الفئات العمرية المختلفة وباحتياجات غذائية متباينة، بالإضافة إلى مطعم العاملين بالمستشفى، وبالتالي فإن إعداد الطعام في جميع مراحل بدء من توريده ثم

الفصل الثاني:آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

تجهيزه وطهيه وغرفه ونقله خلال تروليات الوجبات وتقديمه إلى المرضى يجب أن يتم وفق أعلى مستويات السلامة الصحية والبيئية للتأكد من عدم حدوث أوبئة من أمراض الجهاز الهضمي داخل المستشفى في المرضى الذين يعانون أساساً من حالة صحية حرجة أو قليلة المقاومة للأمراض.

وعلى المشرف العام على المطبخ إعداد سجل لكل خطوات إعداد الطعام والمواصفات الصحية والبيئية التي يجب أن يتمتع بها جميع المكونات، إضافة إلى الاشتراطات الصحية والبيئية التي يجب أن يلتزم بها موردو مكونات الطعام من حيث طريقة النقل والتغليف وضمان خلوها من الملوثات البكتيرية والكيماويات والمواد الحافظة والملونة ومكسبات الطعم غير المصرح بوجودها في الأطعمة وتواريخ الصلاحية، خاصة في العالم العربي الذي يعتمد على المكونات المستوردة للغذاء.

المبحث الثاني: الإطار المفاهيمي التنمية المستدامة

عرف مفهوم التنمية المستدامة تطورا سواء من منظور المقاربة على المستوى الكلي أو جزئي، وسنحاول في هذا المبحث عرض مستويات ظهور وتطور المفهوم، خصائص وأبعاد التنمية المستدامة.

المطلب الأول: التطور التاريخي للتنمية المستدامة

لفهم مفهوم التنمية المستدامة لا بد من معرفة التطور التاريخي وهو ما سنتطرق إليه في هذا المطلب.

الفرع الأول: ظهور مفهوم التنمية المستدامة

كان مؤتمر عام 1972 بشأن البيئة البشرية في مدينة ستوكهولم (السويد)، الذي حضرته 113 دولة وممثلون عن 19 منظمة دولية، أول مؤتمر دولي فعلي كرس حصرا لمناقشة القضايا البيئية. هناك، صاغت مجموعة من 27 خبيرا الروابط بين البيئة والتنمية، وأكدوا على أن: "رغم أنه في حالات فردية، كانت هناك اختلافات بين الأولويات البيئية والاقتصادية، فإنه في جوهرها هما وجهين لعملة واحدة". ومن بين النتائج الأخرى لمؤتمر ستوكهولم تم إنشاء البرنامج البيئي للأمم المتحدة (UNEP) الذي تمثلت مهمته في "توفير القيادة وتشجيع الشراكة في مجال رعاية وحماية البيئة من خلال إلهام وإعلام وتمكين الأمم والشعوب لتحسين نوعية حياتهم دون المساس بحياة أجيال المستقبل¹".

لعب هذا المؤتمر دورا محفزا في تعزيز اعتماد هذه المهمة لاحقا في الاتفاقات الدولية الخاصة بالتجارة البحرية، التلوث الناجم عن السفن، التجارة بأنواع الحيوانات المهددة بالانقراض. واعتمد المؤتمر أيضا "إعلان استكهولم بشأن البيئة البشرية"، والتي تضمنت مبادئ استشرافية، مثل مبدأ 13167، والذي نص على ضرورة التكامل والتنسيق في مجال تخطيط التنمية لحماية البيئة. ومع ذلك كان مؤتمر ستوكهولم محدود في فعاليته بسبب أنه كان يعتبر أن حماية البيئة والحاجة إلى التنمية، ولا سيما في البلدان النامية، كانت تمثل احتياجات تنافسية، وبالتالي تم استبعاده في خطط التنمية لهذه البلدان. وخلص بعض النقاد إلى أن "المؤتمر كان أكثر اهتماما بالمفاضلة بين البيئة والتنمية بدلا من تعزيز الروابط المتناغمة بين الاثنين"². وحتى أن وثائق الأمم المتحدة اعترفت بعد مؤتمر ستوكهولم أن القليل تم إنجازه على نحو الملموس في مجال إدماج الاهتمامات البيئية في السياسات والخطط الإنمائية. وكان هناك حاجة واضحة لمنظور أكثر تكاملا بين التنمية الاقتصادية والحساسيات البيئية.

في عام 1983، أنشأت الجمعية العامة للأمم المتحدة "اللجنة العالمية للبيئة والتنمية"، والتي عرفت فيما بعد باسم "لجنة برانتلاند"، الذي يحمل اسم رئيسها "غرو هارلم برانتلاند"، ثم رئيس وزراء النرويج في وقت لاحق، والمدير العام لمنظمة الصحة العالمية. في عام 1987، نشرت اللجنة تقرير برانتلاند بعنوان "مستقبلنا المشترك"، والذي بني على ما تم تحقيقه في مؤتمر ستوكهولم، وقد تطرق إلى أهم المعاني السياسية لجميع تعاريف التنمية المستدامة: "التنمية المستدامة هي التنمية التي تلبى احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال المقبلة على تلبية احتياجاتها

¹ Giles Atkinson / Simon Dietz / Eric Neumayer, **Handbook of sustainable development**, Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham, USA, 2007, p.432.

² Prizzia Ross, **Sustainable Development in an International Perspective**, Globalization and the Environment, CRC Press, Boca Raton, 2007, p. 21.

الفصل الثاني:أثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

الخاصة"⁽¹⁾. هذا التعريف يحتوي على مفهومين رئيسيين هما: أولاً، مفهوم "الاحتياجات"، ولا سيما الاحتياجات الأساسية للفقراء في العالم، والذين ينبغي أن تعطى لهم الأولوية، وثانياً فكرة القيود التي تفرضها التكنولوجيا على قدرة البيئة على تلبية الاحتياجات الحالية والمستقبلية.

في تلك الفترة اكتسب مفهوم التنمية المستدامة زخماً سياسياً من خلال ارتفاع القلق العام في البلدان المتقدمة على الظاهرة الجديدة والمقلقة للانفلات البيئي العالمي، والذي حل محل الخوف من الحرب النووية التي سادت في أوائل عام 1980.

ويقول بعض المنتقدين أن "مناقشة تقرير لجنة برانتلاند للاستدامة كان فيها تفاؤلاً وغموض في آن واحد. ورأت اللجنة أنه على الأرجح، من أجل أن يكون النقاش مقبولاً، يجب أن نكون متفائلين. ولكن بالنظر إلى الوقائع التي كانت غامضة ومتناقضة، بدا وأن معظم الحاضرين كانوا متشائمين. البعض الآخر كان أكثر انتقاداً: "قدمت السيدة برانتلاند شعاراً كان وراءه سياسيو العالم الأول لاسترضاء الناخبين والسياسيين الموالين للبيئة (الخضر)، وضد دول العالم الثالث بالحرمان الاقتصادي للدول التي لا تحترم البيئة". لكن رغم الغموض الذي بقي يكتنف الموضوع فإن الحقيقة هي أن مفهوم التنمية المستدامة قد ولد.

الفرع الثاني: تطور مفهوم التنمية المستدامة

كانت الخطوة التالية لمؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية (UNCED)، والذي عقد في ريو دي جانيرو (البرازيل)، خلال صيف عام 1992، وهو حدث لم يسبق له مثيل في التاريخ، حيث جمع 114 رئيس دولة، بما في ذلك 10000 ممثل من 178 دولة و1400 منظمة غير حكومية ممثلة بالآلاف من الحاضرين.

وأثبت المؤتمر على أنه حدثاً دولياً على نطاق لم يسبق له مثيل من خلال رغبة الرؤساء أن تكون لهم بصمة على ما كان يطلق عليه اسم "قمة الأرض في ريو". وكان عنوان هذا المؤتمر "ربط البيئة والتنمية"، وهذا يدل على المساومات الموجودة بين الشمال والجنوب في الأمم المتحدة، والذي طالب بضرورة وجود اتفاق حول البيئة والوقوف لتلبية الطلبات المتزايدة لتنمية إضافية ونقل التكنولوجيا". وكانت النتائج الرئيسية للمؤتمر: إعلان ريو (Rio Déclaration)، وجدول أعمال 21، ولجنة التنمية المستدامة. كل هذه النتائج كانت معنية بصراحة مع التنمية المستدامة، وفي ختام مؤتمر قمة الأرض وصل مفهوم التنمية المستدامة حقا إلى الساحة الدولية.

وكان واضحاً أن القادة من مختلف أنحاء العالم للتنمية المستدامة كانوا أكثر اتفاقاً على جدول أعمال 21 الوثيقة الرئيسية للقمة 500 صفحة تلم بمختلف الممارسات الصحية والنصائح لتحقيق التنمية المستدامة في أي مجال على سطح الأرض. اختصت أنشطة جدول أعمال 21 بمواضيع البيئة والتنمية¹: نوعية الحياة، والاستخدام الكفء للموارد الطبيعية، وحماية المشاعات العالمية، وإدارة المستوطنات البشرية، والنمو الاقتصادي المستدام. ويعترف جدول الأعمال 21 أن استمرار الفقر الشديد في مناطق عديدة من العالم مع مستوى معيشة مبني على أساس الاستهلاك

(1) Yvette Veyret, **Le développement Durable**, Edition Sedes, Paris, 2007, p.13.

¹ Élisabeth Laville, **L'entreprise verte: Le développement durable change l'entreprise pour changer le monde**, Pearson Education, France, 2009, p.377.

الفصل الثاني:آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

المسرف للموارد في مناطق أخرى ليست نموذجاً للاستدامة، ويجب أن تمارس الإدارة البيئية في البلدان النامية والصناعية على حد سواء. خلال عقد مؤتمر عام 1992 تم الاتفاق على أن تنفيذ جدول أعمال القرن 21، ينبغي للبلدان إعداد إستراتيجية وطنية للتنمية المستدامة.

على الرغم من أن التنمية المستدامة كانت المبدأ الرئيس لمؤتمر ريو، كان هناك خلاف حول معناها وآثارها. حاول مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية (UNCED) تقديم دليل توجيهي لتنفيذ التنمية المستدامة، من خلال وضع مجموعة من المبادئ وخطة العمل مبنية على أساس مفهوم التنمية المستدامة. وفي الواقع، كان مؤتمر ريو أقل مناقشة لتعريف للتنمية المستدامة مقارنة بمناقشة المناهج الفعالة لضمان تنفيذها. بعض النقاد يقولون بأن "تنفيذ مبادئ العدالة والعيش في حدود البيئة يمكن تنفيذها إلا في حالة ما إذا كانت الأنظمة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية لديها المرونة لإعادة توجيهها نحو الاستدامة وتكاملها فيما بينها ومع البيئة".

في مؤتمر كيوتو لعام 1997 الخاص بتغير المناخ، وافقت الدول المتقدمة على الأهداف المحددة الخاصة بخفض انبعاثاتها من الغازات المسببة للاحتباس الحراري، والذي أصبح يعرف باسم بروتوكول كيوتو، مع التفصيل في هذه الأهداف خلال السنوات القليلة المقبلة. اقترحت الولايات المتحدة عملية استقرار في الانبعاثات فقط وليس توقيفها نهائياً، في حين دعا الاتحاد الأوروبي خفض نسبته 15%. في نهاية المطاف، كانت هناك مفاضلة بين الأعضاء، واتفقت البلدان الصناعية لخفض إجمالي في انبعاث الغازات الدفيئة (greenhouse gazes) إلى 5.2% أقل من مستويات عام 1990 للفترة الممتدة من 2008 إلى 2012. ومع ذلك، فإن المفاوضات المعقدة التي جرت خلقت ارتباكاً كبيراً في الامتثال لهذا القرار بعد بروتوكول كيوتو، لأنه حدد فقط السمات الأساسية للامتثال له لكنه لم يشرح القواعد الهامة المتمثلة في كيفية تنفيذه. على الرغم من توقيع 84 دولة لهذا البروتوكول، مما يشير إلى وجود عزم على المصادقة عليه، العديد من الدول كانت مترددة في اتخاذ حتى هذه الخطوة.

رفضت الولايات المتحدة الأمريكية التصديق على بروتوكول كيوتو، في حين صادق الاتحاد الأوروبي على هذا البروتوكول، ولكن هذا لم يكن كافياً، لأن الاتحاد فشل في الحد من انبعاثات CO₂. والصورة العامة للوضع في عام 2030 لا تبعث على التفاؤل. وفيما يتعلق بمساهمة الولايات المتحدة في انبعاثات CO₂ سوف تزداد بنسبة 50%، مقابل زيادة 18% في الاتحاد الأوروبي¹. ولا يزال بروتوكول كيوتو واحداً من الاتفاقات الدولية الأكثر إثارة للجدل بين "الخضر" و"الليبراليين الجدد".

اتفق زعماء العالم في سبتمبر 2000 في قمة الألفية التي عقدت في نيويورك على أهداف التنمية للألفية، والتي حدد لها جدول زمني حتى 2015 واتخاذ عام 1990 بوصفه المعيار. هذه الأهداف هي على حد سواء متواضعة وطموحة. الأهداف الإنمائية للألفية أكدت أن "سبل العيش والرفاهية في العالم الفقير يتلخص في الحصول على الفرص وتوفير الأمن وخفض الفوارق"². وهي تمثل تعبيراً أكثر واقعية على مبدأ التوازن بين الركائز الاقتصادية والاجتماعية والبيئية للتنمية المستدامة. وهي تشمل:

¹ Camhis, Marios, Sustainable Development and Urbanization, published in The Future of Sustainability, Springer, Dordrecht, 2006, p. 74.

² Giles Atkinson, Simon Dietz, Op.cit., p194.

- خفض نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من دولار واحد في اليوم، وأولئك الذين يعانون من الجوع؛
 - تحقيق تعميم التعليم الابتدائي وتعزيز المساواة بين الجنسين؛
 - خفض وفيات الأطفال وتحسين صحة الأم؛
 - وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛
 - دمج مبادئ التنمية المستدامة في سياسات البلدان؛
 - بخفض نصف نسبة السكان الذين لا يحصلون على مياه الشرب الصالحة.
- ولا يزال العالم يحتاج الى معالجة "هذا المزيج الخطير من اللامبالاة والإخفاء ومن ثم إعادة بناء الثقة في نهاية المطاف بين الناس، الصناعة والحكومة، وهناك حاجة ماسة - أن نقف على فرص تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية- إذا أردنا مكافحة الفقر والمرض والحرمان".

وكان مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة في جوهانسبرغ (WSSD) عام 2002 علامة بارزة في إقامة شراكات بين الأمم المتحدة والحكومات وقطاع الأعمال والمنظمات غير الحكومية لجمع الموارد اللازمة لمعالجة البيئة العالمية والصحة والفقر. جاء مؤتمر قمة جوهانسبرغ لتأكيد أهداف الألفية وتكملتها عن طريق وضع عدد من الأهداف الإضافية مثل: خفض نسبة السكان الذين لا يحصلون على الخدمات الصحية الأساسية، التقليل من الآثار الضارة كالمواد الكيميائية، ووضع حد لفقدان التنوع البيولوجي. بعض الكتاب ينظرون للقمة على أنها "التقدم في [مفهوم التنمية المستدامة] نحو اكتشاف المزيد من العلاقة بين العملية الإنتاجية والتنمية الاقتصادية ونوعية البيئة"¹. قام هذا المؤتمر "بملاء بعض الفجوات التي كانت موجودة في جدول أعمال القرن 21 والأهداف الإنمائية للألفية، ومعالجة بعض القضايا الناشئة حديثاً، بما في ذلك خفض نسبة السكان الذين لا يحصلون على الخدمات الصحية الأساسية؛ استخدام وإنتاج المواد الكيميائية بحلول عام 2020 بالطرق التي لا تؤدي إلى آثار ضارة كبيرة على صحة الإنسان والبيئة، الحفاظ على أو استعادة الأرصد السمكية المستنفدة إلى المستويات التي يمكن أن تدر أقصى غلة مستدامة .

المطلب الثاني: مفاهيم التنمية المستدامة

تتعدد تعريفات التنمية المستدامة، فثم ما يزيد عن ستين تعريفا لهذا المفهوم ولكن الملفت للنظر أنها لم تستخدم استخداماً صحيحاً في جميع الأحوال، ونجد أن أصل مصطلح الاستدامة يعود إلى علم الأيكولوجي حيث استخدمت الاستدامة للتعبير عن تشكل وتطور النظم الديناميكية التي تكون عرضة إلى تغيرات هيكلية تؤدي إلى حدوث تغير في خصائصها وعناصرها وعلاقات هذه العناصر بعضها ببعض، وفي المفهوم التنموي استخدم مصطلح الاستدامة للتعبير عن طبيعة العلاقة بين علم الاقتصاد وعلم الأيكولوجيا.

إن التنمية كلمة مثقلة بالقيم ولقد توصل تقرير براندتلاند الشهير في عام 1987 إلى تعريف التنمية المستدامة كالتالي: "التنمية التي تفي باحتياجات الحاضر دون المجازفة بقدرة أجيال المستقبل على الوفاء

¹ Asefa, Sisay, The Concept of Sustainable Development: An Introduction, published in The Economics of Sustainable Development, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Michigan, 2005, p. 1.

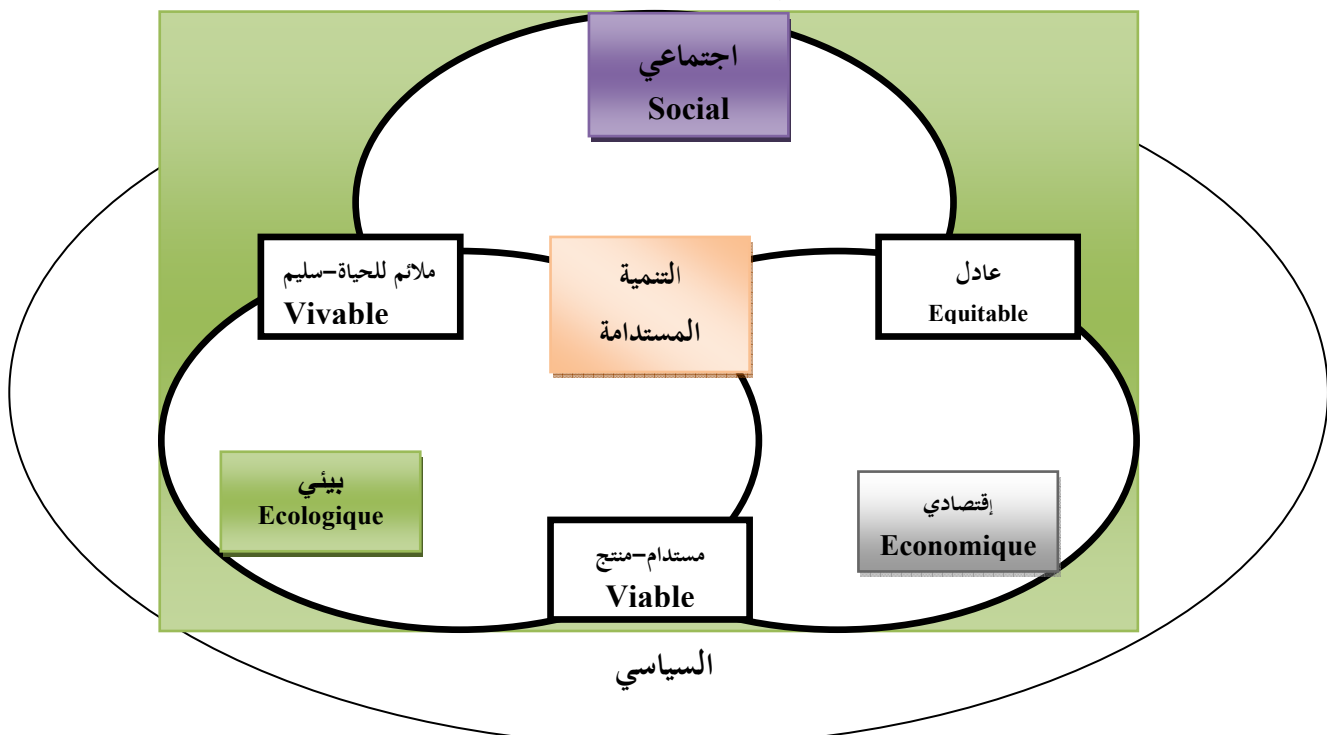
الفصل الثاني:آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

باحياجاتها¹". كما عرّفت من طرف اللجنة العالمية للتنمية المستدامة " بأنها تعمل على تلبية احتياجات الحاضر دون أن تؤدي إلى تدمير قدرة الأجيال المقبلة على تلبية احتياجاتها الخاصة". وانتهت اللجنة العالمية للتنمية المستدامة في تقريرها المعنون " بمستقبلنا المشترك " إلى أن هناك حاجة إلى طريق جديد للتنمية، طريق يستدم التقدم البشري لا في أماكن قليلة أو لبضع سنين، بل للكرة الأرضية بأسرها وصولا إلى المستقبل البعيد.

كما نجد أن من التعريفات المتفق عليها لتعريف التنمية المستدامة هو أنها "التنمية التي تفي باحتياجات الحاضر دون التقليل من قدرة أجيال المستقبل على الوفاء باحتياجاتها، وهي تهدف إلى التوافق والتكامل بين البيئة والتنمية من خلال ثلاث أنماط هي: نظام حيوي للموارد، نظام اقتصادي ونظام اجتماعي"، بمعنى أن التنمية المستدامة عملية مجتمعية يجب أن تساهم فيها كل الفئات والقطاعات والجماعات بشكل متناسق، ولا يجوز اعتمادها على فئة قليلة، ومورد واحد.

كما تعرف أيضا: "السعي الدائم لتطوير نوعية الحياة الإنسانية مع الأخذ بالاعتبار قدرات النظام البيئي الذي يحتضن الحياة وإمكاناته"² ويمكن أن نعبر عنها بالشكل التالي:

شكل رقم (2-3): أبعاد التنمية المستدامة



Source: N.Nedjadi / K.Khebbache, **Problématique de développement durable a travers l'Agenda 21: Concepts, priorités et perspectives**, colloque international "développement durable et exploitation rationnelle des ressources" université Farhat Abbas, Sétif du 07 au 08 Avril 2008, p. 29.

¹Jennifer A. Elliott, **An Introduction to Sustainable Development**, Routledge Second edition, 1999, p.24.

² Jean-Paul MARECHAL / Béatrice OUENAULT, **Le développement durable: Une perspective pour le 21^{ème} siècle**, press universitaire de revues, Rennes, 2005, p.63.

من الشكل السابق يتضح أن التنمية المستدامة لها أبعاد ثلاثة اقتصادية، بيئية واجتماعية. نلخص مضامين هذه الأبعاد في: ¹

البعد الاقتصادي: خلق الثروة، تحسين شروط العمل المادية والصناعية.

البعد الاجتماعي: الصحة، التعليم، السكن، التوظيف، التساوي في الفرص، العدالة، الاحتياط من الإقصاء.

البعد البيئي: حماية البيئة، حماية الموارد الطبيعية والطاقة.

إضافة إلى هذه الأبعاد الثلاثة هناك البعد السياسي أو ما يعرف بالحكم الراشد وستناوله بالتفصيل لاحقاً.

المطلب الثالث: خصائص ومقومات التنمية المستدامة

في هذا المطلب حتى يتضح أكثر مفهوم التنمية المستدامة، سنتناول خصائصها، مقوماتها وأبعادها.

الفرع الأول: خصائص التنمية المستدامة

من خلال جملة التعاريف السابقة، يمكن أن نستنتج خصائص التنمية المستدامة في النقاط التالية: ²

■ التنمية عملية وليست حالة أي أنها مستمرة ومتصاعدة.

■ التنمية عملية مجتمعية أي أنها تساهم فيها كل الفئات والقطاعات.

■ هي تنمية طويلة المدى وهذا من أهم مميزاتها، إذ تتخذ من البعد الزمني أساساً لها، فهي تنمية تنصب على مصير ومستقبل الأجيال القادمة.

■ مراعاة المساواة وحقوق الأجيال اللاحقة: فهي تنمية تراعي وتوفر حق الأجيال الحاضرة واللاحقة من الموارد الطبيعية، وإن الإنصاف في هذا السياق نوعان، الأول يكون بين أفراد الجيل الحالي، والثاني بين الجيل الحالي واللاحق.

■ هي عملية متعددة ومتراطة الأبعاد تقوم على أساس التخطيط والتنسيق بين خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية من جهة، والتنمية البيئية من جهة أخرى.

■ هي تنمية تولي اعتباراً كبيراً للجانب البشري وتنميته وتضع في المقام الأول تلبية حاجاته ومتطلباته الأساسية وتعتبره أولى أهدافها.

الفرع الثاني: مقومات التنمية المستدامة: يمكن إجمال مقومات وأسس التي تقوم عليها التنمية المستدامة في ثلاث نقاط رئيسية:

أ- **الإنسان:** وهو المسؤول وحامل الأمانة، وتوضح أجندة القرن الحادي والعشرين أنه نتيجة للنمو السريع في عدد سكان العالم فإن أنماط استهلاكهم تتزايد على الأرض والماء والطاقة والموارد الطبيعية الأخرى، لقد كان عدد سكان العالم أقل

¹ Bruno Cohen-Bacrie, **Communiquer efficacement sur le développement durable**, les Éditions Démos, Paris, 2006, p.15.

² حرفوش سهام و صحراوي إيمان، **الإطار النظري للتنمية المستدامة و مؤشرات قياسها**، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي "التنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة"، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس سطيف، 08/07 أبريل 2008، ص5.

الفصل الثاني:آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

من 5 بليون عام 1993 م ومن المتوقع أن يصل إلى 8 بليون عام 2025 وينبغي على استراتيجيات التنمية أن تتعامل مع النمو السكاني، وصحة النظام البيئي، ووسائل التكنولوجيا واستخداماتها المتقدمة، كما ينبغي أن تتضمن الأهداف الأولية للتنمية محاربة الفقر، وتأمين الحياة البشرية، والسعي لنوعية حياة جديدة متضمنة تحسين أوضاع المرأة، وتأمين الحاجات الأساس مثل الغذاء والمأوى، والخدمات الأساسية مثل التعليم وصحة الأسرة، وإعادة تشجير الغابات، وتوفير فرص العمل، والرعاية البيئية. كما ينبغي أن تكون اهتمامات السكان جزءًا من استراتيجيات التنمية المستدامة، ويجب على الدول أن تحدد لها أهدافًا وبرامج إسكانية، واطاعة في الاعتبار زيادة نسبة صغار السن، سوف يخلق في المستقبل القريب مطالب وضغوطًا على الموارد.

وتطالب أجنحة القرن الحادي والعشرين من الدول أن يتعرفوا على احتياجات البشر بدون إهدارها أو استنزافها، كما تنبه أجنحة القرن الحادي والعشرين إلى أن العالم يحتاج إلى دراسات جادة للتنبؤ بالنتائج المحتملة للأنشطة البشرية، متضمنة اتجاهات السكان، ونصيب كل فرد منهم من الناتج الإجمالي للدخل، وتوزيع الثروة، والهجرات المنتظرة نتيجة للتغيير المناخي.

ب- الطبيعة: وهي المحيط الحيوي، وهو خزانة الموارد المتجددة وغير المتجددة.

-الموارد المتجددة: مثل الغابات مصائد الأسماك المراعي المزارع، ويعد الإنسان عنصرًا رئيسًا من عناصر استهلاك تلك الموارد، وإنتاج الموارد السابقة هو إنتاج متجدد ما استمرت صحة النظام البيئي.

-الموارد غير المتجددة: وهي مواد مختزنة في باطن الأرض تكونت وتجمعت في عصور سابقة وسحيقة، ما يؤخذ منها لا يعوض ولا يتجدد، وتضم هذه المجموعة خامات البترول والفحم والغاز الطبيعي ورواسب المعادن وتكوينات المحاجر غالبية المياه الجوفية.

وترشيد وتنمية الموارد الطبيعية المتجددة وغير المتجددة نقيض استنزافها، أي تجاوز قدرة النظم البيئية على العطاء، وهذا الترشيد هو التنمية المتواصلة أو المستدامة أو المطردة .

ج- التكنولوجيا: لقد أصبح التطور التكنولوجي مترسبًا في نسيج المجتمعات وفي حياة الناس اليومية، وذلك لأن الكثير من المشاكل التي تنشأ عن التقنية ليس لها حل إلا البحث عن تقنيات جديد لتصحيح الأخطاء. فقد تبدو بعض الوسائل التكنولوجية عظيمة النفع أول الأمر، بريئة الضرر، ومع تطور المعارف العلمية والتكنولوجية تبين أن لها أضرارًا جسيمة خفية علينا مثل مركبات الفريون الكلور وفلوروكربون (والتي اكتشفت عام 1928 م، وطبقت عام 1930 م، كبديل لمركبات الأمونيال وثاني أكسيد الكبريت والتي كانت تستخدم في صناعة التبريد، وسرعان ما اكتشفت لها استعمالات عديدة باعتبارها مركبات آمنة، وبعد خمسين عامًا علمنا أن هذه المركبات قد تكون سببًا في واحدة من قضايا البيئة العالمية وهي الضرر بطبقة الأوزون في الأستراتوسفير.

وسادت في الزمن الحديث فكرة الحلول التكنولوجية لسائر المشكلات الصناعية والبيئية والاجتماعية، ولكن التجربة أظهرت أن المشاكل البيئية ناتجة عن التفاعلات بين الإنسان والطبيعة والتكنولوجيا، وأن الحلول المؤقتة قد تكون عبر الوسائل التكنولوجية، والحل الشامل لهذا الخلل يعتمد على إصلاح التفاعل وإيجاد طرائق تتصل بالعناصر الثلاثة لتحقيق الاتزان في تفاعلاتها، والسبيل إلى ذلك حزمة متكاملة تجمع بين الوسائل التقنية والوسائل الاقتصادية والوسائل

الاجتماعية، بما في ذلك التشريعات والإجراءات الإدارية، كما أن استخدام بعض هذه الحزمة دون جملة العناصر يعد قصورا لا يؤدي إلى الطريق الناجح¹.

المطلب الرابع: أبعاد التنمية المستدامة وأهدافها:

تتضمن التنمية المستدامة أبعادا مختلفة، متكاملة ومتداخلة فيما بينها وبالتالي فإن التركيز على تجانسها من شأنه إحراز تقدم في تحقيق التنمية المستدامة.

الفرع الأول: أبعاد التنمية المستدامة: هناك أربع أبعاد رئيسية هي الأبعاد الاقتصادية، البيئية، الاجتماعية والتكنولوجية.²

1 الأبعاد الاقتصادية: وتشمل الجوانب التالية:

- تحقيق الإنصاف بين سكان العالم في استغلال الموارد: ذلك أن الواقع يشير إلى أن حصة الاستهلاك الفردي من الموارد الطبيعية في البلدان المتقدمة يمثل أضعاف ما يتحصل عليه الفرد في البلدان النامية.
- إيقاف تبديد الموارد الطبيعية: من خلال التخفيض المستمر والتدريجي لمستويات الاستهلاك المبددة للطاقة والموارد الطبيعية في البلدان المتقدمة. بالإضافة إلى العمل على إحداث تغييرات في أنماط الاستهلاك التي تحدّد التنوع البيولوجي.
- تقليص تبعية البلدان النامية للبلدان الصناعية: إن تقليل الدول المتقدمة من استهلاك الموارد الطبيعية سوف يجرم الدول النامية من أهم مصادر إيراداتها. وهكذا ينبغي على هذه الأخيرة أن تتبنى نمطا تنمويا يقوم على الاعتماد على الذات لتنمية القدرات المحلية وتأمين الاكتفاء الذاتي، مما يسمح بالتوسع في التعاون الإقليمي والتجارة البينية للبلدان النامية.
- الحد من التفاوت في المداخليل بتخفيض الفرص في التفاوت المتنامي في الدخل وفي فرص الحصول على الرعاية الصحية؛ إتاحة ملكية الأراضي للفقراء؛ تقديم قروض إلى القطاعات الاقتصادية غير الرسمية وإكسابها صفة الشرعية؛ تحسين فرص التعليم بالنسبة للمرأة وغيرها من الخدمات الاجتماعية التي تلعب دورا حاسما في تحفيز التنمية.
- تقليص الإنفاق العسكري وهذا في جميع الدول من خلال تحويله إلى الأغراض التي تخدم التنمية.

2- الأبعاد التكنولوجية: تتضمن النقاط التالية:

- استعمال تكنولوجيات أنظف وأكثر في المرافق الصناعية تسمح بالاستخدام الأمثل للموارد الطاقوية والطبيعية.
- الاعتماد على التكنولوجيات المحسنة وفرض ذلك بالنصوص القانونية.
- الاعتماد على مصادر الطاقة المتجددة بدلا من المحروقات بغرض الحد من ظاهرة انبعاث الغازات.

¹ حرفوش سهام و صحراوي إيمان، مرجع سابق، ص ص 7-8.

² عماري عمار؛ إشكالية التنمية المستدامة وأبعادها، مداخلة مقدمة ضمن المنتدى الدولي " التنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة "، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس سطيف، 08/07 أفريل 2008، ص34.

▪ تطوير تكنولوجيات تستغل للتخلص التدريجي من المواد الكيميائية المهددة للبيئة.

3- الأبعاد البيئية: إن تجسيد الأبعاد البيئية للتنمية المستدامة يقتضي الالتزام بتجسيد بقية أبعادها والتي تقود إلى:

- العمل على الحد من انجراف التربة وتدمير الغطاء النباتي بتبني كافة الإجراءات التي تحد من استخدام المبيدات الحشرية ومن الممارسات البشرية التي تضر بمختلف الأوساط الحيوية من غابات مياه وهواء؛
- حماية الموارد الطبيعية اللازمة لإنتاج المواد الغذائية والوقود من خلال استغلال الأراضي الزراعية وإمدادات المياه بكفاءة أكبر بالإضافة إلى استحداث وتبني تكنولوجيات زراعية محسنة تساعد على زيادة الغلة؛
- حماية المناخ من ظاهرة الاحتباس الحراري؛
- معالجة التلوث: ينصب ذلك على عاتق البلدان الصناعية بشكل أساسي مسؤولية الحد من ظاهرة التلوث البيئي وذلك عن طريق استخدام تكنولوجيات أنظف واستغلال الموارد بطريقة أكثر عقلانية.

4- الأبعاد الاجتماعية: إن تحقيق الأبعاد الاجتماعية للتنمية المستدامة يقوم بالأساس على فكرة تنمية البشر وذلك من خلال الارتكاز على النقاط التالية:

- مشاركة الناس: يعد هذا من الركائز الجوهرية لنجاح التنمية عن طريق إشراك الناس في تخطيط وصنع القرارات من جهة ثم المساهمة في تنفيذها من جهة أخرى؛
- ضمان الحاجات الأساسية من تعليم؛
- رعاية صحية وفرص عمل ملائمة لكل فئات المجتمع؛
- تحقيق العدالة الاجتماعية بين أفراد الجيل الحالي من جهة ثم بين أفراد الجيل الحالي والمستقبلي من جهة أخرى؛
- ضبط السكان: تبلغ الزيادة في السكان حوالي 80 مليون نسمة سنويا وهي زيادة لا تتسع لها الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية السائدة، خاصة في البلدان النامية أين يسود الاكتظاظ، الفقر والتخلف. وهذا ما يشكل خطرا حقيقيا على العالم.

5- البعد السياسي والحكم الرشيد:

تعتبر الحوكمة وأمناتها شرطا مبدئياً وتحد قائم في طريق تحقيق التنمية المستدامة ويشمل ذلك تقوية أطر العمل المنظماتية والقانونية وتعزيز الشراكة في اتخاذ القرارات بما فيها المشاركة الفعالة للمجتمع المدني والقطاع الخاص وتعرف الحوكمة على أنها "ممارسة السلطات الاقتصادية، السياسية والإدارية على كل المستويات لتحقيق التسيير الشفاف للدول"¹.

والتحدي الرئيسي الذي يواجه أصحاب القرار في المنطقة هو وضع واعتماد سياسات التكامل أو بمعنى آخر إنجاز التطبيق المتكامل للسياسات المتعددة للتنمية المستدامة على مختلف الأصعدة، ومما يفاقم هذه المشكلة هو مركزية الحكومات في المنطقة ذات الطبيعة القطاعية في مختلف المجالات الاقتصادية، وفيما يخص تطبيق السياسات تعتمد حكومات المنطقة على آليات تشريعية بدلاً من الوسائل الاقتصادية والحوافز الطوعية.

¹ Maryse Lapergue-Denis Serre, **le développement durable de A à Z**, éditions Nérée, 2007, p. 106.

رغم صعوبة القياس الكمي لفعالية الحكم ومدى انتشار الفساد، إلا أننا يمكن أن نتفق على أن الحكم الضعيف والفساد لا يسببان فقط فقدان الإيرادات الضريبية الحكومية وبالتالي يساهمان في حدوث اختلالات مالية عامة ويقللان الاستثمار العام في مجالات أساسية كالصحة والتعليم، بل كذلك يعرقلان أيضا الاستثمار الأجنبي المباشر والمحلي، ولذلك نجد أن بعض الدراسات تحذر من أن هذه الجوانب يمكن أن تكون لها آثار سلبية ملموسة ودائمة على النمو "إن الفساد الذي ينخر في صميم النظام يفسد الحوافز ويقوض المنظمات ويعيد توزيع الثروة والسلطة لصالح غير المستحقين، وعندما يقوض الفساد حقوق الملكية، وحكم القانون، وحوافز الاستثمار، فإنه يشل التنمية الاقتصادية والسياسية".

وبينما تتطور وتحسن عمليات التنمية المستدامة والإدارة على المستوى الوطني فلا زالت المبادرات المحلية داخل كل دولة محدودة. تعتبر تشريعات الحد من المركزية المحدودة وضعف الإمكانيات الاقتصادية العائق الأساسي لتمويل وتنفيذ جدول أعمال القرن 21 في معظم دول المنطقة. إن تحقيق التنمية المستدامة على المستوى الوطني يتطلب تطوير أجهزة المراقبة والرصد الخاصة بتحقيق الأهداف والغايات التي تؤدي إلى إرساء نظام المساءلة وبالتالي يحسن من الأداء الإداري والمنظماتي. أما على المستوى العالمي فيجب اعتماد نظم حكمية حديثة لمواجهة التغيرات التي تفرضها العولمة والنظام الاقتصادي العالمي الجديد وثورة تكنولوجيا المعلومات بحيث يكون شفافا ويلبي حاجات الدول النامية. لذا فإنه لتحقيق التنمية المستدامة يجب تعزيز وتطوير دور الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات الدولية ذات العلاقة، ومن المتوقع أن تتيح قمة المؤتمر العالمي للتنمية المستدامة الفرص للمداولات لكل المواضيع المتعلقة بتحقيق التنمية المستدامة.¹

الفرع الثاني: أهداف التنمية المستدامة: تنطوي التنمية المستدامة على جملة من الأهداف هي:²

- تحقيق نوعية حياة أفضل للسكان اقتصاديا، اجتماعيا نفسيا وروحيا؛
- احترام البيئة الطبيعية؛
- تعزيز وعي الناس بالمشكلات البيئية القائمة وتنمية إحساسهم بالمسؤولية إزاءها وحثهم على المشاركة في إيجاد الحلول المناسبة لها؛
- تحقيق الاستغلال والاستخدام العقلاني للموارد ومنع استنزافها وتدميرها؛
- ربط التكنولوجيا الحديثة بأهداف المجتمع وذاك بتوعية الناس بأهمية التقنيات في المجال التنموي، وكيفية استخدامها في تحسين نوعية حياة البشر وتحقيق أهدافهم دون أن يكون ذلك على حساب البيئة؛
- إحداث تغيرات مستمرة ومناسبة في حاجات وأولويات المجتمع بطريقة تلائم إمكانياته وتسمح بتحقيق التوازن؛ وعلى نطاق الممارسة الميدانية، فالتنمية المستدامة تنشط فرص الشراكة والمشاركة في تبادل الخبرات والمهارات، وتساهم في تفعيل التعليم والتدريب لتحفيز الإبداع والبحث عن أساليب تفكير جديدة.

¹ القمة العالمية للتنمية المستدامة، الملخص التنفيذي لتقرير تقييم التقدم في المنطقة العربية، أبو ظبي، 2001، ص 20.

² حسن لطيف كاظم الزبيدي، الدولة و التنمية في الوطن العربي، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، عمان- الأردن، 2007، ص 502.

المبحث الثالث: الإطار العام للمسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال

لقد شغلت المنظمة حيزاً معتبراً في كتابات وأعمال الاقتصاديين بمختلف أيدولوجياتهم باعتبارها النواة الأساسية في النشاط الاقتصادي للمجتمع، حيث ولفترات طويلة الدور التقليدي هو اقتصادي، بحيث تقاس في ظل القيم الاجتماعية على أساس الربح فقط¹. والمنظمات الاستشفائية سواء كان لها هدف ربحي أو غير ربحي وجب تسييرها ضمن أطر المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال.

المطلب الأول: مدخل إلى المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة

في هذا المطلب سيتم التعريف بالمسؤولية الاجتماعية، أبعادها والمسؤولية الاجتماعية في المنظمة. حيث أصبح لزاماً على مؤسسات اليوم والمنظمات الاستشفائية تبني حوكمة الشركات والمسؤولية الاجتماعية كضمانات لإستمراريتها ونجاحها. سيتم التطرق في هذا العنصر إلى مفهوم المسؤولية الاجتماعية، تطورها التاريخي بالإضافة أبعادها.

الفرع الأول: مفهوم المسؤولية الاجتماعية:

يمكن إعطاء تعريف للمسؤولية الاجتماعية كما يأتي: عرفها Holms: "على أنها التزام على منظمة الأعمال تجاه المجتمع الذي تعمل فيه عن طريق المساهمة بمجموعة كبيرة من الأنشطة الاجتماعية مثل: محاربة الفقر، تحسين الخدمات الصحية، مكافحة التلوث، إيجاد فرص العمل، حل مشاكل الإسكان والمواصلات وغيرها"². كما عرفت الغرفة التجارية العالمية المسؤولية الاجتماعية على أنها: "جميع المحاولات التي تساهم في تطوع المنظمات لتحقيق تنمية بسبب اعتبارات أخلاقية واجتماعية، وبالتالي فإن المسؤولية الاجتماعية تتحقق من خلال الإقناع والتعليم".

وتعرف منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية OCDE المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة على أنها التزام هذه الأخيرة بالمساهمة في التنمية الاقتصادية مع الحفاظ على البيئة والعمل مع العمال وعائلاتهم والمجتمع المحلي والمجتمع بشكل عام بهدف تحسين جودة الحياة لجميع الأطراف.

يمكن تعريف المسؤولية الاجتماعية على أنها التزام المنظمات تجاه المجتمع للنظر والإحاطة بالانشغالات الاجتماعية، البيئية والأخلاقية، وذلك من خلال الأخذ بعين الاعتبار توقعات طويلة المدى بشرط أن يكون هذا التوجه طوعياً ومتجاوزاً للالتزامات المنصوص عليها قانوناً.³

¹ Bénédicte Faivre / Tavignot, Autour du développement durable, 2^{ème} Edition L'Harmattan, France, 2004, P65.

² طاهر محسن منصور الغالي وصالح مهدي محسن العامري، المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال وشفافية نظم المعلومات-دراسة تطبيقية لعينة من المصارف الأردنية-، مجلة وقائع المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002، ص.216.

³ طاهر محسن الغالي وصالح العامري، المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الإدارة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، طبعة 1، 2005، ص 51

الفصل الثاني:أثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

إذن المسؤولية الاجتماعية لا تهدف فقط إلى تحقيق رضا العمال، بل تهدف في إطار التنمية المستدامة إلى إرضاء كل الزبائن بل تتجاوز ذلك إلى "كل الأطراف ذات المصلحة المعنيين بنشاط المؤسسة والذين بدورهم لهم تأثير على نجاح المؤسسة"¹

وبشكل عام فإن مسألة المسؤولية الاجتماعية ودرجة تبنيتها أو عدم تبنيتها من قبل منظمات الأعمال يقوم في جوهره على ميل المنظمة للتركيز على الجانب الاقتصادي أو الجانب الاجتماعي بعناصرهما المختلفة والموضحة في الجدول أدناه:

الجدول رقم (2-1): الجانب الاقتصادي والاجتماعي للمسؤولية الاجتماعية

المسؤولية الاقتصادية والاجتماعية	
<p><u>النموذج الاجتماعي يركز على:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ نوعية الحياة ▪ المحافظة على الموارد الطبيعية ▪ قرارات على أساس أوضاع السوق مع رقابة متنوعة من المجتمع ▪ الموازنة بين العائد الاقتصادي والاجتماعي ▪ مصلحة المنظمة والمجتمع ▪ دور فعال للحكومة 	<p><u>النموذج الاقتصادي يركز على:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ الإنتاج ▪ استغلال الموارد الطبيعية ▪ قرارات داخلية قائمة على أساس أوضاع السوق ▪ العائد الاقتصادي ▪ مصلحة المنظمة أو المدير أو المالكين ▪ دور قليل جدا للحكومة

المصدر: د. طاهر الغالي/صالح العامري، المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الإدارة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، طبعة 1، 2005، ص 54.

الفرع الثاني: أبعاد المسؤولية الاجتماعية:

إن المسؤولية الاجتماعية يمكن أن تدرس في ظل أربعة أبعاد محددة وهي:²

أ- البعد الاقتصادي: ويستند إلى مبادئ المنافسة والتطور التكنولوجي حيث يشتمل على مجموعة كبيرة من عناصر المسؤولية الاجتماعية التي يجب أن تؤخذ في إطار احترام قواعد المنافسة العادلة والحرّة والاستفادة التامة من التطور التكنولوجي وبما لا يلحق ضرراً بالمجتمع والبيئة، وتمثل المسؤولية الاقتصادية أساساً يجب أن تطلع به المنظمات من حيث إنتاج السلع والخدمات ذات القيمة للمجتمع بتكاليف معقولة ونوعيات جيدة، وفي إطار هذه المسؤولية تحقق المنظمة الفوائد والأرباح الكافية بتعويض مختلف مساهمات أصحاب رأس المال والعاملين وغيرهم.

ب- البعد القانوني: ويقوم هذا البعد على أساس مبادئ حماية البيئة والسلامة المهنية والعدالة وقوانين حماية المستهلك ويحتوي مجموعة كبيرة من العناصر يفترض أن تحترم من قبل المنظمات وبالشكل الذي يعزز ويساهم في الارتقاء بالعلاقة مع المستهلك ومع العاملين بمختلف أجناسهم وأديانهم، وكذلك منع الأضرار بالبيئة من خلال الاستخدام التعسفي للموارد أو التلوث الحاصل في الماء والهواء والتربة.

¹ H.Jorda, Du paternalisme au managerialisme: les entreprises en quête de responsabilité sociale, Innovations 2009/1, N° 29, p.158.

² طاهر منصور الغالي/ وائل محمد إدريس، مرجع سابق، ص 539.

الفصل الثاني:أثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

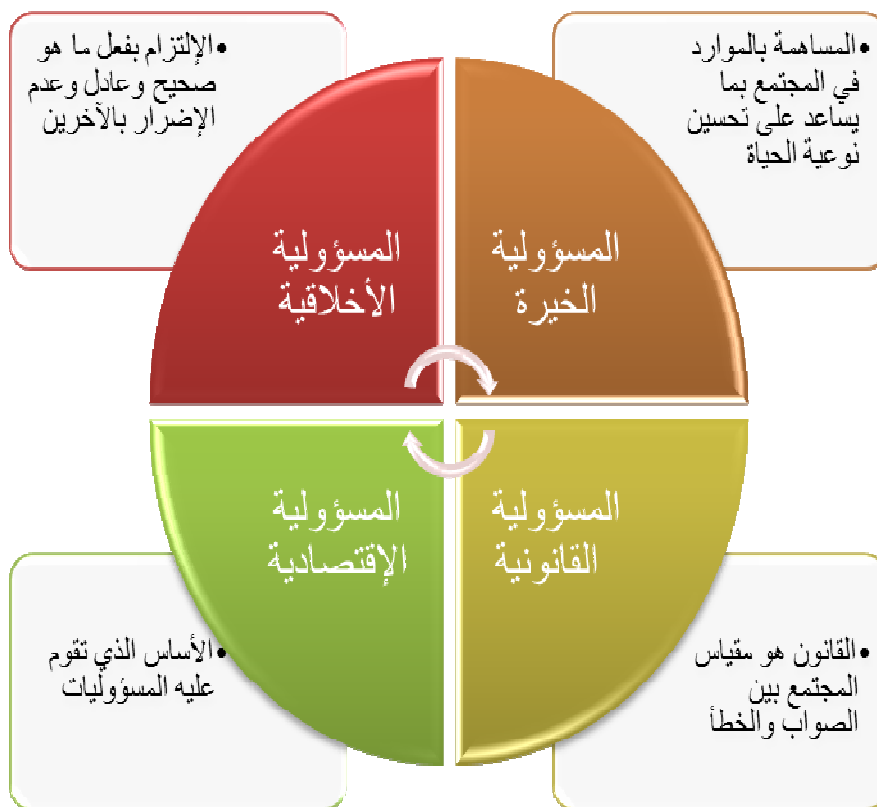
ويرى الباحثون أن هاتين المسؤوليتين ضرورية جدا وتشكل القاعدة لبروز دور اجتماعي أكبر لاحقا من قبل إدارة المنظمات، فلا معنى لأن تتبنى المؤسسة دوراً اجتماعياً وهي تخرق الجوانب القانونية، ولا تستطيع تقديم السلع والخدمات الضرورية للمجتمع.

ج- البعد الأخلاقي: يستند إلى مبادئ ومعايير أخلاقية وكذلك إلى أعرف وقيم اجتماعية، لذا يفترض على إدارة المنظمات أن تستوعب القيم والسلوك والمعتقدات في المجتمعات التي تعمل فيها، حيث أن هذه الجوانب لم تؤطر بعد بقوانين ملزمة لكن احترامها يعتبر أمراً ضرورياً لزيادة سمعة المنظمة في المجتمع وقبولها، فعلى المنظمة أن تكون ملتزمة بعمل ما هو صحيح وعادل ونزيه.

د- البعد الخيري: ويرتبط بمبدأ تطوير نوعية الحياة بشكل عام وما يتفرع عن ذلك من عناصر ترتبط بالذوق العام ونوعية ما يتمتع به الفرد من غذاء وملابس ونقل وغيرها من جوانب أخرى.

وهذه مبادرات طوعية غير ملزمة للمنظمة تبادر فيها بشكل إنساني وتطوعي من قبل برامج تدريب لا ترتبط بالعمل بشكل مباشر لعموم المجتمع أو لفئات خاصة به ككبار السن أو الشباب وغيرها، ولا تتوخى إدارة المنظمات من هذه البرامج ارتباطها المباشر بزيادة الأرباح أو الحصة السوقية وغيرها. والشكل الموالي يمثل المسؤوليات الأربعة:

شكل رقم (2-4): أنواع مسؤولية منظمة الأعمال تجاه المجتمع



المصدر: مدحت محمد أبو النصر، المسؤولية الاجتماعية للشركات والمنظمات: المواصفة القياسية ISO 26000، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر، 2015، ص.41.

فهذه الأبعاد الأربعة تعد في نظام الأولويات بالنسبة للمؤسسات، فالمنظمة ملزمة بتحقيق الأرباح والفوائد الاقتصادية، كذلك لكي تستمر في العمل يجب أن تحترم القوانين وتبعد نفسها عن المساءلات القانونية وإلا تكون مذنبه من خلال خرق هذه القوانين، بالإضافة إلى ضرورة أن تتحمل المنظمة مسؤوليات أخلاقية وخيرة تمثل دورها الاجتماعي وتعزز صورتها أمام المجتمع.

الفرع الثالث: أهمية المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة:

إن تبني المنظمة للمسؤولية الاجتماعية، يجعلها حلقة وصل ما بين مختلف الأطراف المتعاملة معها، وكلما كان هذا الاتصال فعال وإيجابي مكن المنظمة من تحقيق أهدافها من جهة، وأهداف الأطراف المتعاملة معها من جهة أخرى، وتنبع أهمية تبني المنظمات للمسؤولية الاجتماعية من خلال مساهمتها في:¹

- زيادة التكافل الاجتماعي بين شرائح المجتمع وإيجاد شعور بالانتماء من قبل الأفراد والفئات المختلفة؛
- تحقيق الاستقرار الاجتماعي نتيجة توفر مستوى من العدالة الاجتماعية؛
- تحسين التنمية السياسية انطلاقاً من زيادة مستوى التثقيف؛
- الوعي الاجتماعي على مستوى الأفراد والمجموعات والمنظمات؛
- المساهمة في تعزيز صورة المنظمة في المجتمع؛
- المحافظة على البيئة من خلال اللوائح والتشريعات التي تنظم عملها، وتكثيف استراتيجياتها في الاتجاه الذي لا يضر بالبيئة.

إضافة إلى بعض الجوانب المتعلقة ب:²

- فتح مجالات أمام السكان المحليين للحصول على فرص جديدة لتحسين مستوى معيشتهم وتكثيف استراتيجياتها في الاتجاه الذي لا يضر بالبيئة؛
 - تحسين الخدمات التي تقدم للمجتمع وخلق فرص عمل حقيقية؛
 - المشاركة في إيجاد حلول للمشكلات الاجتماعية والبيئية.
- كما من شأن الوفاء بالمسؤولية الاجتماعية تحقيق عدة مزايا أهمها:
- أ- بالنسبة للمنظمة:

تحسين صورة المنظمة في المجتمع وخاصة لدى العملاء والعمال سيما إذا اعتبرنا أن المسؤولية تمثل مبادرات طوعية للمؤسسة اتجاه أطراف مباشرة أو غير مباشرة من وجود المنظمة.

من شأن الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسة تحسين مناخ العمل، كما يؤدي إلى بعث روح التعاون والترابط بين مختلف الأطراف.

¹ طاهر محسن منصور الغالي / وائل محمد صبحي، الإدارة الإستراتيجية منظور منهجي متكامل، دار وائل للنشر، عمان - الأردن، 2007، ص 526.

² ORSE, Développement durable et entreprises, Op.cit., p. 50.

ب. بالنسبة للمجتمع: الاستقرار الاجتماعي نتيجة لتوفر نوع من العدالة وسيادة مبدأ التكافؤ في الفرص وهو جوهر المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة؛ حيث أنه من مصلحة المنظمة تعزيز وتحسين المجتمع الذي تعمل فيه، ذلك أن الوفاء بها هو مسألة أخلاقية:¹

- تحسين نوعية الخدمات المقدمة للمجتمع؛
- ازدياد الوعي بأهمية الاندماج التام بين المنظمات ومختلف الفئات ذات المصالح؛
- الارتقاء بالتنمية انطلاقاً بزيادة التثقيف والوعي الاجتماعي على مستوى الأفراد وهذا يساهم بالاستقرار السياسي والشعور بالعدالة الاجتماعية.

ج- بالنسبة للدولة: يمكن تلخيص أهم هذه الفوائد في العناصر التالية:

- تخفيف الأعباء التي تتحملها الدولة في سبيل أداء مهماتها وخدماتها الصحية والتعليمية والثقافية والاجتماعية الأخرى؛
- يؤدي الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية إلى تعظيم عوائد الدولة بسبب وعي المنظمات بأهمية المساهمة العادلة والصحية في تحمل التكاليف الاجتماعية.

الفرع الرابع: مكانة المسؤولية الاجتماعية ضمن استراتيجية المنظمة:

لما كانت المسؤولية الاجتماعية جزءاً من الإستراتيجية الشاملة للمؤسسة، وأحد أهدافها الرئيسية، فإن تحديدها من قبل إدارة المنظمة تبتدئ من التحليل البيئي لاختيار المجال أو الميدان الذي توجد فيه المنظمة وتتنافس عليه، وعليه فإن رسالة المنظمة والأهداف الإستراتيجية الموضوعة لها ستكون بمثابة مرشد ودليل لاختيار وإقرار الاهتمامات الخاصة نحو مجالات المسؤولية الاجتماعية التي تنهض بها المنظمة، وحالما يتحدد ذلك فإن المنظمة تبدأ بصياغة الإستراتيجية باتجاه تطوير الفرص المرتبطة مع الحالة المطلوب تناولها، أخذين بعين الاعتبار الكثير من البدائل التي من شأنها أن تؤثر في صياغة الإستراتيجية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية.

المطلب الثاني: الحاكمية والشفافية في منظمات الأعمال: لا يمكن للمنظمات الصحية والاستشفائية أن تتطور وتزدهر وتنمو وهي تعمل بطرق تقليدية غير مراعية للجوانب الأخلاقية، ولا توجد آليات واضحة لحاكتيتها والسيطرة على مجريات تواجها وبطريقة غير شفافة. لذلك أصبحت هذه الجوانب جزءاً مهماً من عمل الإدارة العليا اليوم في منظمات الأعمال عموماً والمنظمات الاستشفائية خصوصاً.

¹ مدحت محمد أبو النضر، المسؤولية الاجتماعية للشركات و المنظمات: المواصفة القياسية ISO 26000، المجموعة العربية للتدريب

والنشر، القاهرة، مصر، 2015، ص.42.

الفرع الأول: أخلاقيات منظمات الأعمال (العدالة والمساواة):

في صميم النقاش حول القيم الاجتماعية توجد مفاهيم الإنصاف (العدالة) والمساواة. لمواصلة منطق النهج المفاهيمي المقبول هنا، تشير المساواة إلى التوزيع المتساوي للصحة بين الأفراد والمجموعات في المجتمع. وهي في الأساس فكرة إحصائية وصفية. إذا أضفنا حكماً على ما هو عادل اجتماعياً، فإننا نتحدث عن الإنصاف.¹

أولاً: مفهوم أخلاقيات منظمات الأعمال: تشير الأخلاقيات (Ethics) إلى القيم والمعايير الأخلاقية التي تستند لها منظمات الأعمال لغرض التمييز بين ما هو صحيح وما هو خطأ. ولقد طورت المجتمعات معاييرها الأخلاقية والمهنية عبر قنوات زمنية طويلة، كما أن المصادر التي تستند عليها هذه الأخلاقيات عديدة ومتنوعة. وإن الأهمية النسبية لها في تشكيل المعايير والمبادئ الأخلاقية تختلف من مجتمع إلى آخر ومن فترة زمنية لأخرى. فالدين والتاريخ والتقاليد والتكوين العشائري والقبلي وجماعات المرجعية ووسائل الإعلام كلها تساهم في تطوير أو تأخر المعايير الأخلاقية.²

ثانياً: فوائد تبني الأخلاقيات في الممارسات الإدارية: حيث أنها تساهم بالعديد من الفوائد من أهمها:

- تعزيز سمعة المنظمة على صعيد البيئة المحلية والإقليمية والدولية، وهذا له مردود إيجابي عليها.
- يضع المنظمة في إطار المصلحة الذاتية المستنيرة، حيث تظهر ردود فعل سلبية على التصرف اللاأخلاقي من قبل فئات المجتمع والحكومة، وهذا يؤدي بالإضرار بسمعة المنظمة على المدى البعيد.
- إن تجاهل الجوانب الأخلاقية يضع المنظمة في مواجهة الكثير من الدعاوى القضائية بل والجريمة في بعض الأحيان، لذلك فإن الالتزامات الأخلاقية يبعدها عن هذه الأمور.
- هناك ارتباط إيجابي بين الالتزام الأخلاقي والمردود المالي الذي يمكن أن تحققه منظمات الأعمال.
- إمكانية الحصول على شهادات التميز العالمية كالأيزو (ISO) وغيرها من خلال الالتزام بالمعايير الأخلاقية والفنية في عمليات الإنتاج والاستهلاك.

إنما يشجع على التزام العمال بالسلوك الأخلاقي في المنظمة ما يلي:

- وجود مدونة أخلاقية تعطي تصوراً عن كيفية التعامل مع مختلف المواقف وتساهم في تحسين السلوك الأخلاقي للأفراد والمجموعات والإدارات. كذلك تساعد هذه المدونة على نشر ثقافة تنظيمية تعزز الاهتمام بالأبعاد الأخلاقية لمختلف القرارات والمواقف والأفعال.
- وجود مبادئ إرشادية للسلوك الأخلاقي، وهذه المبادئ ضرورية لمعرفة الأسس التي تقوم عليها كل الأخلاق والجوانب المعنية للأفراد والقوانين، وتمكن هذه المبادئ الإرشادية الحكم على أن السلوك أخلاقي أو غير أخلاقي بالنظر إلى الآتي:
- المنفعة المتحققة من هذا القرار لأكثر عدد ممكن من الأفراد أو المجتمع بشكل عام ودون أن يؤدي بالإضرار بمصالح الآخرين.

¹ Raynald Pineault, **Comprendre le système de santé pour mieux le gérer**, Les Presses de l'Université de Montréal, 2012, p.145.

² طاهر محسن منصور الغالي /وائل محمد صبحي، مرجع سابق، ص 528.

- حقوق الإنسان، فالقرار يكون أخلاقيا إذا لم يخرق المبادئ الأساسية لحقوق الإنسان وما يرتبط بها من جوانب إنسانية.
- العدالة، أي يجب أن تكون القرارات المتخذة عادلة ونزيهة وصادقة. والعدالة تعني إطار نسبي توزع في ضوءه المنافع والكلف بشكل لا يخرق الحقوق للأفراد والمجموعات. لذلك هناك العدالة التوزيعية والتي تعني أن الأفراد متساوون ويعاملون بنفس الطرق دون تمييز.

ثالثا: مكونات أخلاقيات الأعمال: Business Ethics Components

عند التحدث عن الأسس الأخلاقية للمسؤولية الاجتماعية، فإن ذلك يتمثل بشكل أساس في توفير أخلاقيات الأعمال للمنظمات الساعية نحو تطبيق مفاهيم المسؤولية الاجتماعية لمجموعة من المكونات التي تشكل قاعدة في الانطلاق نحو تحقيق المنظمات لمصالح الأطراف المرتبطة بها، وبرغم وجود مكونات متعددة ومتنوعة لأخلاقيات الأعمال، خاصة عندما يرتبط الأمر في التعامل مع الأطراف المختلفة، إلا أن المكونات اللاحقة تمثل المبادئ الأساسية التي تتكون منها تلك الأخلاقيات، وتشير أغلب الأدبيات أن أهم تلك المكونات هي (العدالة، الأمانة، السرية والشفافية).¹

جدول رقم (2-2): شرح مكونات أخلاقيات الأعمال

مكونات أخلاقيات الأعمال	شرح محتوى المكون
العدالة	يشير مفهوم العدالة إلى الاستقامة، والمعاملة العادلة بين الجميع دون تمييز، خاصة فيما تعلق بالاستفادة من الفرص المتاحة وتوزيع الثروات والمدخرات الوطنية، وتبين العدالة أن السلوك الصحيح هو الذي يكون عادلا لاهتمامات ومصالح كل فرد من الأفراد العاملين في المنظمة والذي لا ينتهك أو ينتقص من حقوق الأفراد الآخرين وتعتبر العدالة المبدأ الأول لجميع المؤسسات الاجتماعية التي تسعى لتحقيق المسؤولية الاجتماعية لكل الأطراف ذات العلاقة.
الأمانة	هي واحدة من أهم القضايا التي ينبغي أن تراعيها المنظمات في تعاملها مع موظفيها، وتركز على ضرورة أن يتمتع العاملون بها، حيث أنها تمثل طمأنينة النفس وزوال الخوف، فهي واحدة من الركائز الأساسية للأخلاق، كما أنها ضرورية ومهمة عندما تقصد المنظمة أن تكون مسؤولة أخلاقيا تجاه الأطراف المختلفة التي تتعامل معها.
السرية	تمثل السرية قدرة العاملين في المنظمات الاحتفاظ بما يشكل قضايا مهمة للمنظمة من جهة، وبما يعتبر قضايا خاصة لكل الأطراف المتعاملة معها من جهة أخرى، وتعني السرية حفاظ الموظف على سرية المعلومات التي يطلع عليها بحكم موقعه الوظيفي مما يزيد من ثقة رؤسائه به. كما تعني السرية أيضا حق الأفراد في الحفاظ على خصوصياتهم وحماية مظاهر حياتهم من النشر العام، واتخاذ القرارات الشخصية المستقلة والمتحررة من التأثير غير الشرعي. وتعتبر السرية في الشركات من القضايا الأخلاقية المهمة كونها تزيد من ثقة المتعاملين مع تلك الشركات.
الشفافية	تشير الشفافية إلى المبدأ الذي يعنى بخلق بيئة تكون فيها المعلومات المتعلقة بالظروف والقرارات

¹ ناصر جرادات وعزام أبو الحمام، المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية للمنظمات، إثناء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص96.

الفصل الثاني:أثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

والأعمال الحالية متاحة ومنظورة ومفهومة لكل المشاركين في السوق، وتقوم على أساس التدفق الحر للمعلومات. ويمكن للمنظمات أن توفر رضا كبيرا لمختلف الأطراف المتعاملة معها عندما تسعى إلى اعتماد الشفافية كمبدأ للتعامل مع تلك الأطراف، الأمر الذي سيزيد من القبول الاجتماعي لتلك المنظمة.	
---	--

المصدر: ناصر جرادات وعزام أبو الحمام، المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية للمنظمات، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 96.97

- **حاكمية منظمات الأعمال:** زاد الاهتمام منذ سنوات قليلة بإيجاد فلسفة وآليات تحكم طبيعة العمل في المنظمات وتؤطر لعلاقة واضحة في تقاسم الأدوار بين الإدارة التنفيذية العليا (المدير العام وفريقه) ومجلس الإدارة، وربما يكون سبب هذا الاهتمام هو زيادة حجم منظمات الأعمال وتأثيرها وظهور حالات الاختلاس والفساد الذي أدى بإفلاس بعض من المنظمات المهمة في العالم الغربي.

والمستشفى كمنظمة كباقي المنظمات ملزم بالاستجابة لمتطلبات الحكامة الرشيدة (exigences de la bonne gouvernance)، يبقى فقط التحديد الجيد للمفهوم.¹

2-1- مفهوم الحاكمة: لقد استخدم مفهوم الحاكمة مدخلا إجرائيا لتعزيز الثقة والأداء في المنظمات مركزين على مفهوم الحكم الصالح للمنظمة ومحاربة الفساد بجميع أنواعه ومصادره.

وفي هذا المنظور، فالحوكمة حسب كاوز، هي مجموعة من آليات التنسيق الداخلية للشركة، بعدها طور ويليامسون (Williamson 1975) تحليل كاوز من خلال نظرية تكاليف المعاملات (la théorie des coûts de transaction)، أن كل صفقة اقتصادية تولد تكاليف أولية قبل تنفيذها وإلى التسلسل الهرمي ما بين الأطراف الداخلية للشركة وأطراف وسيطة خارجية أو مختلطة، ويؤكد بعدها أنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار تكاليف المعاملات. ومع ذلك، يؤكد ويليامسون (Williamson, 1994) على الحاجة إلى الاختيار بين أساليب الحوكمة القائمة على الخصائص الخاصة بالمعاملات (خصوصية الأصول وعدم اليقين وتواتر المعاملات) وتكاليف المعاملات المرتبطة بكل وضع، وإلى حتمية حدوث صراع بالشركة عندما يكون هناك فصل بين الملكية والإدارة، وفي هذا السياق أكد على إمكانية حل مشكلة الوكالة من خلال التطبيق الجيد لآليات حوكمة الشركات.²

إن التطور اللاحق لهذا المفهوم يجب أن يفهم في البدايات الأولى حيث انفصال الملكية عن الإدارة ساهم في إيجاد أنظمة إدارية تدار بها المنظمة لتحقيق مصالح حملة الأسهم بالإضافة إلى مصالح الإدارة والعاملين. وبعد أن أصبحت الإدارة أكثر بعدا عن المساهمين والمالكين تشكلت مجالس إدارة لتتوب عن هؤلاء الآخرين وتراقب عمل فريق الإدارة العليا بقرائه وتوجهاته المختلفة، وكان يفترض أن يتقاسم مجلس الإدارة والإدارة العليا أدوار العمل والقرارات المهمة بطريقة تؤدي إلى تحقيق أفضل النتائج ودون الإخلال بمبادئ العمل الرئيسية. لكن الأمر لا يسير على هذا الحال،

¹ P. Svandra, **la gouvernance : le mot et la chose**, Revue Éthique & Santé, Volume 4, Issue 4, décembre 2007, Pages 191-194

² بعلة الطاهر ويقاش وليد، حوكمة المستشفيات من منظور إدارة الأعمال، مجلة البحوث في العلوم المالية والمحاسبة، المجلد 03/العدد 02، جامعة المسيلة، الجزائر، 2018، ص.60-61.

الفصل الثاني:أثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

وعادة ما ينحصر دور مجلس الإدارة بشكل كبير وخاصة (إذا كان متشكل في غالبيته من أعضاء خارجيين) لتبقى الإدارة العليا وحدها هي المسؤولة عن مجمل التوجهات الإستراتيجية لمنظمة الأعمال وكما هو موضح بالجدول:

جدول رقم (2-3): مدى مساهمة مجلس الإدارة في القضايا الإستراتيجية

مدى المساهمة					
منخفضة				عالية	
مشاركة وهمية	الموافقة الشكلية	الحد الأدنى من المراجع	مشاركة إسمية	مشاركة نشطة	فعال ومتحفز للمشاركة
لا يدري ماذا يفعل ومساهمته محدودة جدا	يسمح للمديرين باتخاذ كافة القرارات ويصوت حسب توجيه الإداريين في أمور التنفيذ	يسمح للمديرين باتخاذ كافة القرارات ويصوت حسب توجيه الإداريين في أمور التنفيذ	يراجع بشكل رسمي بعض الأمور والقضايا التي تصنعها أمامه الإدارة العليا	يوافق ويسأل ويتخذ قرارات نهائية بخصوص الرسالة والأهداف الإستراتيجية والسياسات ومعه لجنة تقوم بالتدقيق الآلي والإداري	يتولى دور قيادي لتحديد وتغيير الرسالة والأهداف الإستراتيجية والسياسات ربما تكون معه لجنة إستراتيجية نشطة جدا

المصدر: طاهر محسن منصور الغالي ووائل محمد صبحي إدريس، الإدارة الاستراتيجية منظور منهجي متكامل، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2007، ص533.

وهنا فإن الإدارة العليا تتصرف باعتبارها تمثل المساهمين أو المالكين الرئيسيين حيث هم المسؤولون عن اختيارها من خلال مجلس الإدارة. ويأتي هذا في إطار نظرية الوكالة (Theory Agency)، في حين يرى الاتجاه الحديث للحاكمية ضرورة تقاسم الأدوار وإشراك فعال لمجلس الإدارة مع الإدارة العليا للعمل بتحفيز عالي وفق المصلحة العليا للمنظمة بدلا من المصلحة الضيقة، ويمثل هذا رؤية جديدة في إطار نظرية الرعاية الشاملة (Stewardship Theory).

2-2- مسؤوليات مجلس الإدارة: يفترض أن تشمل مسؤوليات مجلس الإدارة ما يلي:

- وضع الأهداف الإستراتيجية والاتجاه العام من خلال الرسالة والرؤية والقيمة.
- تسمية المديرين التنفيذيين في المنظمة.
- الإشراف والسيطرة والرقابة على عمل الإدارة العليا.
- مراجعة وإعادة تقييم والمصادقة على استخدامات الموارد.
- الاهتمام الجدي بمصالح كافة الأطراف والفئات.
- وتتحقق هذه المسؤوليات من خلال ثلاث أدوار إستراتيجية وهي، الرقابة والإشراف، التأثير والتقييم، الاستحداث والتجديد. وفي المنظمات الحديثة فإن الدور المهم لمجلس الإدارة يفترض أن يكون تعزيز آليات وفلسفة التوجه العام للمنظمة باستخدام الحاكمية الشاملة التي يفترض أن ينظر إليها ليس بمجرد كونها إدارة

شاملة وإنما تتسع لتكون فاعلة وعادلة وشفافة، وهذه يفترض أن تحقق أهداف إستراتيجية ترضي مصالح أصحاب العلاقة والمستفيدين وتلبي وتنسجم مع المتطلبات القانونية والتشريعية كجزء من احتياجات ومتطلبات البيئة المحلية والإقليمية والعالمية.

2-3- مسؤوليات الإدارة العليا: يفترض أن تبتعد الإدارة العليا عن النظرة التقليدية للعمل لكونها تمثل مصالح فئات معينة أو أنها أكثر ارتباطا ببعض من هذه الفئات المالكين مثلا، ويجب أن تنطلق الإدارة العليا في نظرتها بعيدا عن مصالح هذه الفئة لوحدها فئة المالكين لتجرى موازنات تتسم بالعدالة والمساواة والحكم الصالح وتعزيز مبدأ المشاركة والديمقراطية وتقوية المساءلة والرقابة والنزاهة في عملها، وبما يعود بالنفع على مختلف الفئات.

إن المدير العام وفريقه، يساهم بفاعلية مع مجلس الإدارة في بناء رؤية المنظمة ورسالتها وتحقيق أهدافها الإستراتيجية كما أنه المسؤول الأول عن إعداد وتوفير إطارات للمنظمة تستطيع إدارة العملية الإستراتيجية برمتها، وبالتالي فإن الإدارة العليا أيضا مسؤولة عن طبيعة العمل بمختلف الأنظمة الإدارية التي من خلالها يتم تحقيق نتائج إيجابية تصب باتجاه نجاح المنظمة باستمرار.

3- شفافية منظمات الأعمال (Business Corporate Transparency)

بعد أن أصبح الفساد الإداري والمالي، بل وحتى السياسي ظاهرة متجذرة في أغلب المجتمعات وزادت وطأته أصبحت الوسائل التقليدية في مكافحته تبدو قاصرة في التأثير عليه، لذلك، طرحت في إطار الحكم الراشد مؤشرات مهمة تمثل معيار لصدق التوجه في محاربة الفساد ومن هذه المفاهيم مفهوم الشفافية (Transparence).¹

3-1- مفهوم الشفافية:

ترتبط الشفافية بالبحث عن معايير وقيم النزاهة والعدالة والمصادقية والوضوح والمساءلة في الأعمال والممارسات الإدارية، وهي بهذا الإطار تعني جعل الأمر واضحا وشفافا بعيدا عن اللبس والغموض وتعقد الإجراءات بطريقة لا تتيح إمكانية متابعة ومعرفة أوجه النقص والخلل والغموض فيه. إنها نظرة منهجية وعلمية تتسم بالوضوح التام في آليات صناعة القرار واتخاذ وبناء استراتيجيات العمل ورسم الخطط والسياسات وأساليب تنفيذها ورقابتها وتقييمها والتي يفترض أن تتناسب مع المستجدات الحاصلة. كما يفترض أن تأتي جميع هذه الأطر متقيدة بأخلاقيات النزاهة والصدق، وبما يؤدي إلى تنمية الثقة والمصادقية بين مختلف أصحاب المصالح.

3-2- عناصر الشفافية: ويمكن الإشارة إلى عناصر الشفافية بالآتي: تشمل الشفافية فلسفة ومنهج عمل يتجسد بالعديد من العناصر والمعايير ولا يفترض أن ينظر إليها باعتبارها مجرد إجراءات واضحة وبسيطة.

- تعزيز شرعية ومشروعية وجود المنظمة في المجتمع ورسم دور واضح لها وتعزيز الثقة مع الآخرين.
- مجموعة من آليات وإجراءات سهلة وبسيطة وواضحة وأن يجري تحديث وتعديل مستمر لهذه الإجراءات وفق آليات يتم مناقشتها مع مختلف الأطراف.

¹ Archie B. Carroll, Ann K. Buchholtz, **Business and Society: Ethics and Stakeholder management**, Edition South-Western, 2008, p.337.

- نشر وإيصال واسع للمعلومات والبيانات وتوفير أدلة للجمهور ومختلف الجهات، كما يندرج ضمن هذا البند التطوعية في إعطاء المعلومات وتقليد السرية، وهنا فإن الإدارة المفتوحة يمكن أن تكون مفيدة في منظمات الأعمال المعاصرة.
- ابتعاد منظمات الأعمال عن جميع الممارسات المثيرة للريبة والشك حيثما أمكن، ومن الضروري أن تمتلك منظم الأعمال موقع على الانترنت يغذى باستمرار ويعطي صورة ناصعة عنها.
- وضوح في رؤية ورسالة المنظمة ومبرر وجودها ودورها في المجتمع، ومبرر استخدامها للموارد المادية والبشرية لتحقيق الأهداف.
- الاهتمام بالمدونات الأخلاقية التي توضع من قبل إدارة منظمة الأعمال، وأن توضع هذه المدونات موضع تنفيذ فعال، وأن لا تبقى مجرد شعارات فضفاضة.

المبحث الرابع : التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي

أصبحت مفاهيم كل التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية من المفاهيم ذات الارتباط الوثيق بكل القطاعات سواء كانت تابعة للقطاع العام أو الخاص، ذات طابع ربحي أو غير ربحي. ومن القطاعات ذات الارتباط بحياة الأفراد من جهة والشاغل الأكبر للدول والحكومات القطاع الصحي فبات من الضروري إقامته على أسس الاستدامة والمسؤولية الاجتماعية، سنتناول في هذا المبحث التنمية المستدامة في القطاع الصحي، محددات التنمية الصحية المستدامة وفي المطلب الثالث المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي.

المطلب الأول : التنمية المستدامة في القطاع الصحي

سنحاول في هذا المطلب التعمق في مفهوم التنمية المستدامة في القطاع الصحي وكذا أبعادها وسبل تفعيل بناء استراتيجية تنموية صحية تتوافق مع أهداف الألفية والأجندة 21 الصحية والتي تعتبر المنظمات الصحية عموما والاستشفائية خاصة سواء كانت تابعة للقطاع العام أو الخاص الفاعل الرئيس في تجسيدها.

الفرع الأول: تعريف التنمية الصحية المستدامة

تعتبر الصحة من أساسيات التنمية، وهي شرط مسبق بل مؤشر وحصيلة للتقدم المحرز في تحقيقها بشكل مستدام¹. كانت الصحة سابقا تعرف بأنها غياب المرض، وفي منتصف السبعينيات اتخذ تعريف الصحة منحى شموليا وتعتبر الصحة في الوقت الحاضر مقسمة إلى أقسام رئيسية هي: الصحة البدنية، النفسية، العقلية، الاجتماعية والروحية، الوظيفية والمهنية². وتعرف الصحة في دستور منظمة الصحة العالمية بأنها "حالة اكتمال السلامة بدنيا، عقليا، مهنيا واجتماعيا، وليس مجرد انعدام المرض والعجز، وأن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان وهدف اجتماعي عالمي النطاق، وأنها أمر أساسي لتلبية الاحتياجات الأساسية للإنسان"³. ويمكن القول أن الصحة أصبحت من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية، وذلك بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتهما. فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة بدون سكان أصحاء. ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا للإنتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي والثقافي. ذلك أن العديد من حالات التزدي الصحية والصحة المعتلة تؤثر تأثيرا كبيرا في النمو والتنمية. ولأول مرة تناولت اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية⁴.

1 منظمة الصحة العالمية، ورقة نقاش بعنوان "تحديد موضع الصحة في خطة التنمية لما بعد 2015"، أكتوبر 2012، ص.1

2 عبد الله الحريري، كيف الصحة، منشورات ضفاف، الطبعة الأولى، 2013، بيروت، ص.12.

3 عبود زرقين ولامية حمايزية، التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري-دراسة مقارنة الجزائر، تونس والمغرب، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، الجزائر، العدد 9، ديسمبر 2015، ص.257.

4 عماري عمار وبومعروف إلياس، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 2009/07-2010، جامعة بسكرة، ص.28.

الفرع الثاني: مكانة الصحة في خطة التنمية المستدامة:

تضع الوثيقة المعنونة تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030 الخطوط العريضة لرؤية تحويلية تشمل 17 هدفاً للتنمية المستدامة من أجل التنمية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية. وفي حين أن الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة الذي ينص على ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار، هو الهدف الوحيد الذي يركز على صحة الإنسان، فإن جميع الأهداف مترابطة فيما بينها¹. ويتناول هذا الإصدار من نشرة منظمة الصحة العالمية العلاقة بين الصحة وأهداف التنمية المستدامة، والجدول التالي يلخص الغايات الثلاث عشر المتعلقة بالصحة:

جدول رقم (2-4): الغايات الثلاث عشر المتصلة بالصحة في ظل الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة:

1-3	خفض النسبة العالمية لوفيات الأمهات إلى أقل من 70 حالة لكل وفاة لكل 100.000 مولود حي بحلول 2030
2-3	وضع حد لوفيات المواليد والأطفال دون سن 5 التي يمكن تفاديها بحلول 2030، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن 5 على الأقل إلى 25 حالة لكل 1000 مولود حي.
3-3	وضع حد لأوبئة الايدز والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض السارية الأخرى بحلول عام 2030.
4-3	تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين بحلول 2030.
5-3	تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد بما يشمل تعاطي مواد الإدمان وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة.
6-3	خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على المستوى العالمي إلى النصف بحلول 2030.
7-3	ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة والمعلومات وأنشطة التوعية الخاصة بتنظيم الأسرة، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول 2030.
8-3	تحقيق التغطية الصحية الشاملة بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية الجيدة والمأمونة والفعالة والميسورة التكلفة.
9-3	الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلويث وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول 2030.
3-أ	تعزيز تنفيذ الاتفاقية الاطارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان حسب الاقتضاء
3-ب	دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية الخاصة بالأمراض السارية وغير السارية التي تتأثر بها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام التي ترد في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وتعلق بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العمومية ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية.

¹ Sumbhu Acharya, Vivian Lun et Natasha Dhingra, **the role of health in achieving the sustainable development goals**, disponible sur site: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-221432.pdf>. (consulter le: 17/05/2017).

الفصل الثاني:آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

3-ج	زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية وبخاصة في أقل البلدان نموا والدول الجزرية الصغيرة النامية.
3-د	تعزيز قدرات جميع البلدان ولا سيما البلدان النامية في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، المجلس التنفيذي، الدورة 138، ديسمبر 2015، ص.13.

توضح هذه الغايات الدور الكبير الذي تحتله المسألة الصحية ومحدداتها كجزء لا يتجزأ من أهداف التنمية المستدامة، ومساهم رئيسي في بلوغها، بالإضافة إلى وجود تأثيرات متبادلة بحكم أن تحسين مختلف المؤشرات الصحية يكون لها الأثر الإيجابي على تجسيد الأهداف والغايات الأخرى، كما أن التقدم المحرز في باقي أهداف التنمية المستدامة يكون له الأثر الإيجابي على الحالة الصحية للسكان.

إن تحليل الغايات المدرجة في الهدف الثالث يوضح بأن بعضها هو استمرار لما ورد في الأهداف التنموية للألفية، وخاصة المتعلقة بوفيات الأمهات، الأطفال دون سن الخامسة والأطفال الرضع، مكافحة الأوبئة والأمراض. كما تشير الغاية الثامنة إلى نقطة جوهرية وهي ضرورة السعي إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة وضمان الحماية من المخاطر المالية، ومن ثم تجسيد مبدأ العدالة والإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية. ومفهوم العدالة يعني أن تعتمد مساهمة الأفراد في تمويل المنظومة الصحية على دخلهم، ولا تكون متوقفة على حالتهم الصحية. ومن ثم فإن هذه الغاية تؤكد أهمية النفقات العمومية في تمويل المنظومة الصحية، من خلال الدور المحوري للدولة وهيئات الضمان الاجتماعي في تسهيل وصول الفئات الهشة إلى مختلف الخدمات الصحية.¹

المطلب الثاني: محددات التنمية الصحية المستدامة

العلاقة بين الصحة والتنمية علاقة وطيدة، حيث لا يمكن الحديث عن تنمية اقتصادية دون الركيزة الأساسية وهي صحة الأفراد والمجتمعات ومنه سنحاول في هذا المطلب التفصيل في هذه العلاقة.

الفرع الأول: العلاقة بين التنمية المستدامة والصحة

يمكن إدراك حجم وأهمية العلاقة بين التنمية المستدامة والصحة من خلال الأمثلة التالية:²

1. توافر مصادر متجددة ونظيفة للطاقة، خصوصا لأغراض طهو الطعام والتدفئة، من شأنه أن يخفض بقدر كبير من الالتهابات الرئوية بين الأطفال، ومن أمراض القلب والرئتين بين البالغين، في المجتمعات التي تعتمد حاليا على مصادر غير نظيفة للطاقة، تسبب تلوث وتسمم الهواء داخل المنازل ومحال الإقامة؛

¹ نور الدين عياشي، المسألة الصحية بين الأهداف التنموية للألفية وأهداف التنمية المستدامة-حالة الجزائر-، مجلة العلوم الانسانية المجلد "أ"، العدد 50، ديسمبر 2018، جامعة محمد خيذر بسكرة، الجزائر، ص.169.

² أكمل عبد الحكيم، الرعاية الصحية ومتطلبات التنمية المستدامة، مقال منشور بتاريخ: 2012/06/28، متوفر على الموقع: <https://www.alittihad.ae/wejhatarticle/66609>. تاريخ الإطلاع: 2017/12/17.

الفصل الثاني:آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

2. الاهتمام بتخطيط المدن والمجتمعات العمرانية، وتضمينها وسائل مواصلات ومساكن تعتمد على مصادر طاقة نظيفة ومستدامة، من شأنه أن يقلل من عوامل الخطر خلف العديد من الأمراض المزمنة وغير المعدية، مثل أمراض القلب والشرابين الناتجة عن تلوث الهواء، وأن يجد من انتشار طائفة الأمراض والعلل التي تترافق مع قلة النشاط البدني والرياضي، مثل السمنة والسكري، وأن يمنع الكثير من الإصابات والوفيات الناتجة عن حوادث السير؛

3. توفير مياه نظيفة صالحة للشرب، ونظم صرف صحي فعالة ومتوفرة، يمكنه خفض انتشار العديد من الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق المياه الملوثة، ومن خلال نظم الصرف الصحي المتهالكة، أو غير المتوفرة من الأساس أحياناً؛

4. الحفاظ على مصادر المياه العذبة، وإدارتها بشكل جيد، ما يمكن المجتمعات من إنتاج احتياجاتها من الغذاء، ويدراً عنها شبح المجاعة، والمضاعفات الصحية الناتجة عن سوء التغذية؛

5. التأكيد على أن جميع الوظائف، وأماكن العمل، تحقق الحد الأدنى من إجراءات الأمن والسلامة، وتتطابق مع المعايير الصحية، ما يحقق الوقاية من أمراض عدة، مثل الأمراض السرطانية، وأمراض الرئة المزمنة، بالإضافة إلى الوقاية من الإصابات والوفيات؛

وكما تسهم الصحة العامة الجيدة في التنمية الاقتصادية بمفهومها الواسع، وفي النمو الاقتصادي بمفهومه الضيق، لا يمكن تجاهل ضرورة مساهمة التنمية الاقتصادية والنمو الاقتصادي في توفير المصادر المالية الضرورية للحفاظ على الصحة العامة، ما يجعل هذه العلاقة تبادلية، حيث يصب كل طرف منها في مصلحة الآخر. وهو ما لو تحقق، فمن شأنه ضمان التغطية الصحية الشاملة، وتحقيق عدالة التوزيع للخدمات الطبية، ما يعتبر عاملاً أساسياً في توفير الاستقرار الاجتماعي والسياسي، كون الرعاية الصحية حق من الحقوق الاجتماعية الأساسية، يؤدي فقدانها وانتقاصها إلى الاضطرابات وإلى زعزعة الاستقرار المجتمعي.

الفرع الثاني: الأهداف والغايات الصحية في خطة التنمية المستدامة لعام 2030:

تمت بلورة هذه الأهداف والغايات الصحية في منشور الأمم المتحدة في خطة التنمية لعام 2030 والتي نستعرضها في هذا الجدول:

جدول رقم (2-5): إطار الأهداف والغايات الصحية في خطة التنمية المستدامة لعام 2030

الغايات لوسائل التنفيذ في أهداف التنمية المستدامة	الغايات الجديدة في أهداف التنمية المستدامة	البرنامج غير المكتمل للأهداف الإنمائية للألفية
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعزيز تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ؛ ❖ توفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية للجميع ودعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية؛ ❖ زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية وتعزيز الصحة والسلامة العقلية؛ ▪ تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد وعلاجها؛ ▪ خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف؛ 	<ul style="list-style-type: none"> • خفض النسبة العالمية لوفيات النفاس؛ • وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال التي يمكن تفاديها؛ • وضع نهاية لأوبئة الايدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض

الفصل الثاني:آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق استدامتها

المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى؛ • ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية صحية جنسية وإنجابية.	▪ الحد من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلويث وتلوث الهواء والماء والتربة.	القطاع في البلدان النامية؛ ❖ تعزيز القدرات في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية.
--	---	--

المصدر: منظمة الصحة العالمية، الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، المجلس التنفيذي، الدورة 138، ديسمبر 2015، ص.5.

مما سبق وتأكيدا على أن التنمية الصحية المستدامة تحقيقها مرتبط بالتعريف التحديد الدقيق لمحدداتها ومن ثم التحرك في اتجاه الاستجابة والتعامل السريع معها بما يخدم تحقيق الأهداف المرجوة. وتلخص هذه المحددات في أربعة:¹

- المحددات الداخلية les déterminants endogènes : وهي العوامل البيولوجية والجينية وأحيانا الوراثية؛
- المحددات البيئية les déterminants environnementaux: جودة المياه، نقاوة الهواء، تلوث التربة، الأشعة المضرة وأخطار المحيط المهني المتعددة؛
- المحددات الاجتماعية les déterminants sociaux: وتتلخص في البيئة المعيشية، نمط العيش، عادات معيشة الفرد داخل المجتمعات؛
- المحددات السلوكية les déterminants comportementaux: النمط الاستهلاكي للأفراد، استهلاك المواد الضارة كالتدخين والمشروبات الكحولية، العلاقات الجنسية...إلخ.

المطلب الثالث: المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي

بات لزاما على المنظمات الاستشفائية عامة والمنظمة الاستشفائية بخاصة الاضطلاع بمسؤولية كبيرة اتجاه المجتمع خدمة له وتفاعلا مع متطلباته، والمسؤولية الاجتماعية التي تعد من أحدث المفاهيم الفلسفية السائدة في منظمات الأعمال بعلاقتها مع البيئة المحيطة، ويرى (CHRISTINE BENOIT) المسؤولية الاجتماعية للمنظمات الاستشفائية يجب أن تتجسد تفاعليا بشكل مسؤول وأخلاقي مع متطلبات التنمية المستدامة وتطلعات الأطراف ذات المصلحة وتوجيه فعاليتها الاقتصادية تجاه ذلك.²

الفرع الأول: المنظمة الاستشفائية وأصحاب المصلحة (الأطراف المتعاملة مع المنظمة الاستشفائية):

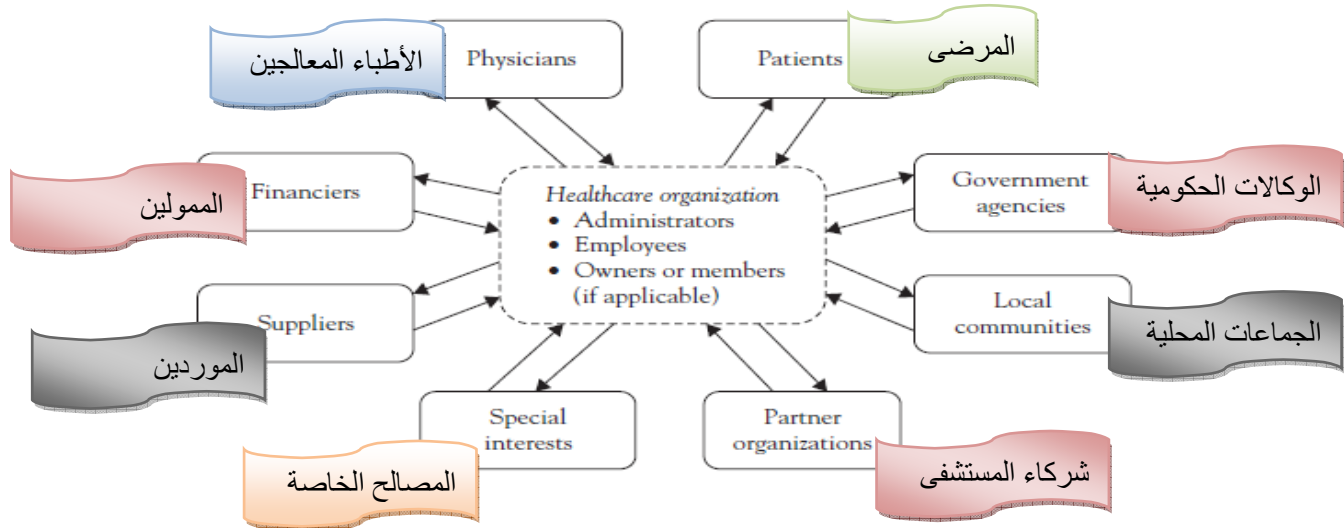
بداية تعرف الأطراف ذات المصلحة (stakeholders) ، غالبا ما يتم تعريف أصحاب المصلحة على أنهم مجموعات وأفراد لديهم اهتمام بأنشطة ونتائج المنظمة والذين تعتمد عليهم المنظمة من أجل تحقيق أهدافها الخاصة.³ الشكل التالي يلخص أهم الأطراف ذات المصلحة بالنسبة للمنظمات الاستشفائية:

¹ Gilles Bruker et autres, Santé publique et économie de la santé, cahiers des sciences infirmières, éditions ELSEVIER MASSON, 2013, Paris, 2013, p.14-15.

² CHRISRINE BENOIT, Manager un établissement de santé « la logistique au service de l'humain, édition GERESO, 2012, Le Mans Cedex 2, France, p.168.

³ JEFFREY S.Harrison and Steven M.thompson, Strategic Management of Healthcare Organizations, Business Expert Press LLC, New York, 2015, p.15.

شكل رقم (2-5): الأطراف ذات المصلحة بالنسبة للمنظمات الاستشفائية



Source : JEFFREY S.Harrison and Steven M.thompson, **Strategic Management of Healthcare Organizations**, Business Expert Press LLC, New York, 2015, p.16.

مما سبق يمكن القول أن المنظمات الصحية بمختلف أنواعها سواء كانت حكومية أو خاصة، يجب أن تلتزم بمسؤوليتها الاجتماعية تجاه الأطراف الأخرى، سواء كانوا العاملين فيها أو المتعاملين معها وذلك للأسباب التالية:

أولاً: المسؤولية الاجتماعية اتجاه العاملين بالمنظمة الاستشفائية:

وتشمل الهيئة الطبية والتمريضية والهيئة الإدارية.

1- مزايا التزام المنظمات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية تجاه العاملين فيها:

- إن قيام المؤسسة أياً كانت بالالتزام بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه العاملين فيها، تعتبر من قبيل الأعمال المرهجة على المدى الطويل، حيث أنّ راحة العاملين بالمستشفى يؤدي إلى رفع الروح المعنوية بالنسبة لهم، فهذا ينعكس على أدائهم بحيث يصبح متميزاً، وبالتالي يزيد إنتاجهم.
- إن الالتزام بالمسؤولية الاجتماعي يؤدي إلى زيادة قدرة المؤسسة على الاستقرار والبقاء والنمو في عالم الأعمال، فإذا قلنا أنّ المؤسسة ليس عليها الالتزام الصحي والاجتماعي والترفيهي اتجاه العاملين فيها، وإنّ هناك مؤسسات أخرى تعطي هذه الميزة للعاملين فيها، فإن هذا يؤدي إلى انتقال العمالة الخاصة الماهرة إلى منظمات التي تقدم بعض المزايا للعاملين بها، وبالتالي يزداد دوران العمل في المؤسسات الأولى، ويحدث نوع من عدم الاستقرار يترتب عليه عدم استقرار نظم وسياسات وتصحيح المؤسسة مهددة بالتوقف والإفلاس والخروج من السوق.
- يزيد التزام المنظمات الاستشفائية بالمسؤولية الاجتماعية اتجاه العاملين فيها إلى زيادة درجة الانتماء والولاء التنظيمي للأفراد العاملين فيها مما يؤدي إلى زيادة القوّة التنافسية لهذه المؤسسة.
- يهدف التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه العاملين إلى منع المشاكل قبل وقوعها حيث أن المنظمات العمالية والنقابية ومؤسسات التأمين الصحي والاجتماعي قد تعارض سياسات المؤسسة

إذا لم توفر خدمة معينة للعاملين، ويظهر هذا خاصة في العيادات الخاصة والمستشفيات والوحدات ومراكز التحاليل والأشعة الخاصة.

■ إن القوانين والنظم الحكومية لا تستطيع تغطية كل الظروف والحالات والمواقف، فالالتزام في المؤسسات الطبية بمسؤوليتها الاجتماعية يساعد الحكومة والمجتمع ويساهم في حل مشكلات وطنية منها الحد من البطالة، والحد من الهجرة العمالة للخارج وارتفاع مستوى دخل الفرد، ولذلك يمكن القول أنّ التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه العاملين هو هدف قومي واستراتيجي في نفس الوقت.

2- مجالات المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين بالمنظمة الاستشفائية:

هناك مجالات كثيرة يمكن للمستشفيات والوحدات الصحية المتنوعة أن تستجيب لزيادة الدعم الاجتماعي والاقتصادي للعاملين فيه، ويمكن إبراز أهمّ مجالات فيما يلي¹:

- تقوم المنظمة بتوفير الخدمات للعاملين كالنقل والاطعام والاسكان والخدمات الصحية ؛
- العمل على اعتماد سياسة معينة في ادارة المنظمة لمشاركة العاملين في ارباح المنظمة ؛
- منح مكافآت وحوافز الافراد العاملين وفق مبدأ كفاءة وجدارة العاملين؛
- من مسؤولية المنظمة الصناعية الاهتمام بتعويضات العاملين مقابل اصابات للعمل او الامراض المهنية ؛
- تعمل المنظمة على تكريم وتحفيز الافراد العاملين المتفوقين والمبدعين في العمل ؛
- اعداد وتنفيذ برامج توعية للأفراد العاملين تتضمن المعايير المهمة المعتمدة على المستوى الاجتماعي والبيئي والامان في العمل ؛
- اعتماد برامج او سياسة معينة لإيجاد فرص لإنجاز اعمال صغيرة للأفراد العاملين ؛
- الحفاظ على الافراد العاملين ومنع تسريحهم لتقليل البطالة والحد من مشكلات الغيابات ودوران العمل وحوادث العمل ؛
- اعداد سياسة تمنع الافراد العاملين من تسريحهم للمعلومات المهمة او السرية الخاصة بأعمال المنظمة خاصة الافراد العاملين في مجال الحاسوب وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات؛
- العمل على رفع الروح المعنوية للعاملين وبث روح التعاون والدافع والحافز بينهم؛
- اعتماد سياسة ادارية تسمح للأفراد العاملين من المشاركة في عمليات صنع القرار؛
- اتاحة فرصة لتشغيل الشباب خاصة اولئك المتخرجين من المدارس المحلية والعمل على رفع قدراتهم ومساهماتهم في المجتمع ؛
- اتاحة الفرص المتساوية للأفراد العاملين بشأن تعيين والمعوقين وتدريبهم ومنحهم فرص التقدم في المنظمة ؛

¹ دراسة ليث سعد الله حسين و ريم سعد الجميل، المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين وانعكاسها على اخلاقيات العمل دراسة لآراء عينة من منتسبي بعض مستشفيات مدينة الموصل، كلية الادارة والاقتصاد / جامعة الموصل متاحة على الموقع:

- محاولة المنظمة لوضع اجراءات معينة للحد من استخدام الافراد العاملين لموارد المنظمة المختلفة واستخداماتها لأغراض شخصية؛
 - اعتماد برنامج او نموذج للسلوك الاخلاقي لمعالجة ممارسات العاملين ذات العلاقة بالاعتبارات الشخصية كالنزاهة والتحيز والمحاباة ... ؛
 - التزام المنظمة بتطبيق القوانين والتعليمات الخاصة بالعمل وتنفيذها بعدالة على الافراد العاملين واقناعهم بذلك من خلال تفسير وتوضيح القوانين والتعليمات كونها تحقق مصالحهم ؛
 - متابعة الافراد العاملين فيما يتعلق بكل ممارسات حول عقد اتفاقيات غير مشروعة او غير واضحة بالنسبة للمنظمة ؛
 - المحافظة على حقوق الافراد العاملين في المنظمة بعدهم جزء من المجتمع ؛
 - متابعة كل ما يتعلق بالممارسات المالية الغير مشروعة التي تتم من قبل الافراد العاملين ؛
 - الالتزام بإنجاز وتكامل الاعمال في المنظمة خاصة فيما يتعلق باستخدام الافراد كبار السن والنساء والاطفال ومحاولة عدم تركهم للعمل ؛
- مما سبق ورغم أنه قد يرى البعض أنها مكلفة بمجهددة وتحتاج إلى وقت وموارد بشرية ومالية كثيرة، وهذا حقيقي إلا أنه يمكن القول بأنه باحتساب العائد في الأجل الطويل، فسوف تكون النتيجة في صالح المؤسسة.

ثانيا: المسؤولية الاجتماعية اتجاه المتعاملين مع المنظمة الاستشفائية:

1- الأطراف الخارجية للمؤسسات الصحية وأهمية التعامل معها:

- تعدد الفئات التي تتعامل معها المؤسسات والمنظمات الصحية ويمكن إجمال هذه الفئات فيما يلي:¹
- المرضى والجمهور المتردد على المنظمات الصحية (العملاء)؛
 - المنظمات الصحية المنافسة التي تقدم نفس الخدمات الصحية وتتفاوت فيما بينها في جودتها ونوعيتها؛
 - المنظمات الصحية مكملة مثل الشركات ومصانع الأدوية ومصانع وشركات إنتاج الأدوات والأجهزة والتجهيزات الطبية ومخابر التحليل والأشعة وغيرها؛
 - المنظمات العامة التي تساهم في نجاح المنظمات الصحية مثل الشؤون الاجتماعية، التعليم والإعلام، الإذاعة، التلفزيون والصحافة والمالية والقوى العاملة والجامعات ومراكز البحث العلمي وكليات الطب وغيرها؛
 - مؤسسات ومنظمات المجتمع المحلي المباشر مثل المجالس الشعبية المحلية والمجالس التنفيذية المحافظون والأعضاء ومجلسي الشعب وشخصيات ومؤسسات العامة التي تقدم الدعم والتأييد والمهتمة بالنشاط الصحي؛
 - المنظمات والمنظمات الصحة العالمية مثل منظمة الصحة العالمية ومختلف مكاتبها ووكالات التنمية الدولية ومراكز البحوث الطبية والجامعات الأجنبية والدولية المعروفة في هذا المجال؛

¹ سيدان رشيد، واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات-دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي-بشار، أطروحة

دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر قايد، 2016-2017، ص ص 132.133

- الحكومة بمفهومها العام، مصلحة الضرائب، الشهر العقاري، الجمارك، القوانين والتشريعات؛
- الموردون لجميع مستلزمات المنظمة وتشمل المؤسسات والأفراد الذين يقومون بتزويد المنظمة الاستشفائية بملزمات القيام بأعمالها من مواد وتجهيزات وغير ذلك، للقيم بإنتاج الخدمات وتقديمها وعلى المنظمة الاستشفائية أن يقوم بالتعرف على عدد الموردين ومستوياتهم ونوعية المواد والأجهزة التي يتعاملون بها سواء على المستوى المحلي أو الدولي وذلك ضمانا للمستشفى في استمرار تقديم خدماته الصحية.
- ويتضح مما سبق أن المنظمات الصحية تعتبر نظاما فرعيا، داخل المجتمع المحلي والدولي أيضا لذا فإنها تتعامل مع جميع نظم المحليّة وأيضاً النظم الطبية الدولية، ولذا يتعين عليها أن تأخذ في حسابها احتياجات ومتطلبات واتجاهات مختلف هذه الأطراف وتلك الأجهزة والمنظمات تمثّل البيئة الخارجية التي تعمل مع هذه المؤسسات.
- ويلاحظ أن البعض الأطراف السابقة التي تعتبر مباشرة في التعامل مع المنظمات الصحيّة، مثل العملاء والمجتمع المحلي وبعضها يعتبر غير مباشر مثل باقي النظم لكن ما نؤكد أن مؤسسات اليوم مؤسسات اليوم مفتوحة على البيئة الخارجية، فهي تؤثر وتتأثر بكل مكونات البيئة الخارجية على أي مؤسسة يكون أشد وأقوى أثرا من تأثير البيئة الداخليّة للمؤسسة (العاملين) ومختلف النظم الداخليّة وذلك لأن المؤسسة قد تستطيع التحكم في العوامل الداخليّة لكنها لا تستطيع التحكم في العوامل الخارجية، وبالرغم من ذلك فهي مضطرة إلى التعامل مع هذه العوامل وما عليها إلا أن تأقلم نفسها وتطور أنظمتها للتعامل مع هذه المتغيّرات البيئية وإلا فقدت أهميتها ووجودها، ويكون من المحترم ان تخرج من نطاق السوق والمنافسة.

2- متطلبات المسؤولية الاجتماعية للمنظمات الاستشفائية والأطراف ذات المصلحة:

- تقدم الخدمات الصحية والطبية والجيدة والمناسبة لجميع المرضى والمترددون على المنظمة الاستشفائية أي كانت ظروفهم المادية أو جنسياتهم أو عقائدهم وعمرهم ويمكن إجمالها بالتالي:¹
- الحق في العناية اللائقة التي تضمن له الاحترام والمعالجة حسب مستوى علمي رفيع؛
 - حق الحصول على المعلومات الخاصة بحالته وذلك بلغة يستطيع المريض فهمها؛
 - الحصول على المعلومات الكافية التي تمكنه من اتخاذ القرار الصحيح والإجراءات التي يوافق على اتخاذها؛
 - للمريض حقّ الرفض العلاج ضمن الحدود التي يسمح بها القانون؛
 - للمريض الاحتفاظ بسرية حالته المرضية وبرنامج المعالجة المتبع؛
 - للمريض حقّ في التحفظ على المعلومات والمراسلات والسجلات الخاصة بحالته المرضية ومعالجته بشكل سريّ؛
 - للمريض الحق في معرفة أيّ إجراءات تجريبية تتخذ بشأنه وتتعلق بمعالجته؛
 - للمريض الحق في تفحص فاتورة حسابه وتوضيح بشأنها بغضّ النظر على جهة التي تسدد الحساب؛

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 244.245.

- للمريض حقّ الاطلاع على قوانين المنظمة الاستشفائية وأنظمتها التي لها علاقة بكيفية وضعه كمرضى في مستشفى؛
- وهناك نقاط أخرى يلخصها الباحث سعيدان رشيد في إطار تصوره لعلاقة المنظمة الاستشفائية مع الأطراف ذات العلاقة محاولة منها للاستجابة لمتطلباتها وتمثل في العناصر التالية:¹
- لا يجوز إعطاء أي معلومات تتعلق بالمرضى (باستثناء ما تطلبه القانون) بدون الحصول على موافقة المريض أو عائلته أو الطبيب المعالج؛
- أن تكون المنافسة بين القطاع العام والخاص أو بين المستشفيات والعيادات الخاصة وبعضها منافسة شريفة تقوم على تقديم الأجرود من الخدمات وبأسعار مناسبة لظروف المجتمع الاقتصادية والاجتماعية؛
- أن تلتزم المنظمات الاستشفائية بالتشريعات والقوانين والنظم التي تضعها الدولة، مثل قوانين ونظم الإسكان والمرافق الأساسية والكهرباء والمياه والاستيراد والتوثيق في الشهر العقاري وغيرها؛
- أن تلتزم المنظمات بدفع ما عليه من الضرائب والرسوم للدولة يساهم من خلال إعادة توزيع حصيلته إلى تحقيق نوع من العدالة الاجتماعية في المجتمع؛
- أن يكون هناك نوع من التنسيق الموضوعي والفعال بين المنظمات الصحية والمؤسسات الأخرى المكمل لها أو المؤسسات العامة بهدف تحسين صحة الأفراد والمجتمع المحلي في نطاق الإمكانيات المتاحة ونطاق الدعم المحلي لهذه المؤسسات؛
- أن تتمكن المنظمات الاستشفائية الأجهزة المعنية من الرقابة عليها ومتابعة أنشطتها، ولا يتأتى ذلك إلا من خلال نظام معلومات يوفر المستندات والسجلات الملائمة للمتابعة واتخاذ القرار؛
- يتوجب على المستشفيات دعم وتشجيع كل طريقة فعالة من شأنها تخفيف العبء المالي المترتب على معالجة المرضى ويشمل ذلك (العلاج المجاني أو الميسر للفقراء، تقليل مدة إقامة المرضى ما أمكن، الامتناع على إدخال المرضى للمستشفى دون ضرورة طبية مبررة، إمكانية دفع لفاتورة المستشفى على أقساط...)
- على المستشفيات أن تكون أمينة وغير متحيزة في إدارة كل العلاقات المتعلقة بإجراء صفقات الأعمال مع الآخرين وأن تكون الأجور والأسعار عادلة للمستشفيات الأخرى؛
- أن تشارك المنظمات الاستشفائية في المؤتمرات الدولية للتعرف على الجديد في العلوم الطبية والجديد في العلوم الاجتماعية الطبية، وأيضا التعرف على الجديد في مجال التكنولوجيا الطب والهندسة الطبية؛
- وجود خطة محددة المعالم وواضحة للتنسيق المباشر والفعال مع أجهزة ومؤسسات المجتمع المحلي، خاصة في مجال الإعلام والتعليم والتوظيف والمتابعة، حتى تنهض هذه المنظمات بمسؤوليتها الصحية والطبية؛

¹ سعيدان رشيد، مرجع سابق، ص.ص 133.134.

- الاستجابة لحاجات المجتمع المستجدة ومشاركة المجتمع مشاكله وهمومه الصحية وإيجاد أفضل الطرق لحمايته من التلوث والوقاية ضد الأمراض والمساهمة في علاج وحل المشكلات المترتبة على الكوارث الطبية وغير الطبية وكذا المحافظة على معايير الأداء المهني؛
- يتوجب على المنظمة الاستشفائية توفير المنشآت الملائمة لتوثيق وحفظ سجلات طبية كاملة وملائمة ويتحمل المنظمة الاستشفائية وموظفيه مسؤولية حماية هذه السجلات.

الفرع الثاني: المسؤولية الأخلاقية للمؤسسات الصحية (الاستشفائية):

لطالما اعتبرت المساواة l'équité مفتاح رئيس في قياس فعالية الأنظمة الصحية، ويمكن تمييز عدة عناصر للمساواة: النتائج الصحية، التوزيع على الفئات الاجتماعية، المساواة في فرص الحصول على العلاج، استجابة النظام الصحي لمتطلبات مختلف الأطراف والتمويل¹. والأخلاقيات هي عبارة عن تلك المبادئ والقيم التي تؤثر على كل فرد وجماعة عند اتخاذ أي قرار وتلتزم إدارة المؤسسة سلوكيات ومبادئ إنسانية معيّنة عن التعامل مع العاملين في المؤسسة أو المتعاملين معها.

هذه السلوكيات يجب أن تنبع من العادات والقيم والعقائد السائدة في المجتمع؛ بحيث لا تأتي المؤسسة أفعال أو تصرفات تشير الرأي العام أو تخالف الاتجاهات والعقائد الدينية أو الأيدولوجية في هذا المجتمع. وإذا كانت المؤسسات مطالبة بالتمسك بالأخلاقيات واليقين عند التعامل مع غيرها أو مع جمهورها فإن المنظمات الاستشفائية مطالبة أكثر من غيرها بهذا الإطار؛ حيث أنّ هذه المؤسسات تهتمّ بأعلى وأتمن شيء ألا وهو صحة الفرد أو صحة المجتمع، والصحة يجب ألا تباع أو تشتري في سوق الأعمال، وإنما يجب الحفاظ عليها باستمرار بصرف النظر عن عمليات الربح والخسارة والتجارة وغيرها.

أولاً: أخلاقيات المهنة الطبية:

يعتبر الطب فن ومهنة تتعلق بحفظ الصحة ومقاومة المرض وإعادة الصحة للمريض ولما لهذه المهنة من دور حساس في المجتمع فإن الحديث عن الآداب والأخلاقيات المرتبطة بدأ منذ آلاف السنين ولا يزال موضوع يجلب انتباه جميع فئات المجتمع إلى يومنا هذا. فارتبطت أخلاق مهنة الطب بقيم الديانات المختلفة وعلى رأسها الدين الإسلامي، بالآداب العامة للمجتمع، وبأعراف وتقاليد الأمم، كما تم التطرق إلى الموضوع في عدة علوم مثل علم النفس، علم الاجتماع، والقانون².

¹ Or Zeynep, «Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé ?», in Pierre-Louis Brasnet al, Traité d'économie et de gestion de la santé Presses de Sciences Po« Hors collection », 2009p. 79.

² قطي جوهرة ومقراش فوزية، أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية- دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية جيجل، ورقة بحثية مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، يومي 06-07 ماي 2012، مخبر مالية، بنوكوإدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، ص.8.

يعتبر أيضا الطب فن ومهنة تتعلق بحفظ الصحة ومقاومة المرض وإعادة الصحة للمريض، ولما كان لهذه المهنة دور حساس في المجتمع، فإن الحديث عن الآداب والأخلاقيات المرتبطة بها بدأ منذ آلاف السنين ولا يزال موضوع يجلب انتباه جميع فئات المجتمع إلى يومنا هذا.

فقد ارتبطت أخلاق مهنة الطب بقيم الديانات المختلفة وعلى رأسها الدين الإسلامي بالآداب العامة وبأعراف وتقاليد الأمم، كما تم التطرق إلى الموضوع في عدة علوم مثل علم النفس، علم الاجتماع، والقانون حيث ربطت هذه العلوم مهنة الطب بعدة أبعاد مثل: النزاهة، الأمانة، التواضع احترام الآخرين، الصبر، المعاملة الحسنة للمريض، حفظ أسرار، العطف، العدل، إدراك مسؤولية المهنة المعرفة والكفاءة الضرورية لممارسة المهنة، نشر الوعي الصحي في المجتمع، تجنب النقد السلي لزملاء المهنة.

وأهم ثلاث أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب هي الشعور بالمريض، المهارات العالية، الاستقلالية في أداء المهنة، وفي دراسات تم تحديد مجموعة أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب تم استنتاجها من علوم التسيير حيث تمس هذه الأبعاد كل من إدارة الموارد البشرية وسلوكيات الموظفين، وتمثل هذه الأبعاد في الرقابة الذاتية، التطوير الذاتي للمهارات، دقة ووضوح الأدوار، الولاء الوظيفي، ويرى (John) أنه يمكن لأخلاقيات المهنة الطبية أن تتغير مع الوقت تبعا للتطور في العلوم الطبية والتكنولوجيا، وقيم المجتمع.

■ **الرقابة الذاتية:** تسميها الأدبيات القديمة بالتعليم الذاتي من الموارد، وتتعلق الرقابة الذاتية بالقواعد الوجدانية والسلوك الإيجابي للفرد اتجاه عمله من حيث إنجاز المهام بكفاءة وفعالية، تحمّل ضغوط العمل، تجنب الوقوع في الخطأ، المساهمة في حلّ مشاكل العمل، بحيث أنّ هذا السلوك يحكمه قدرته على التحكم والسيطرة على النواحي السلبية في إدراكه، سلوكه، مواقفه.

كما تصف الرقابة الذاتية توجه الفرد نحو تجنب الممارسات التي لها تكاليف طويلة المدى تفوق المزايا المتحصل عليها من عوائدها النقدية، وعادة ما يتصف الأشخاص ذوي الرقابة الذاتية المنخفضة بروح المخاطرة، نقص ثقافة الاهتمام والتعاطف، تفضيل المهام البسيطة والسهلة، وتجنب المهام المادية.

■ **وضوح الدور:** يعرف وضوح الدور على أنه درجة المعلومات التي يحتاجها الفرد لإدراك وفهم عمله، ولدقة ووضوح الدور دور أساسي في تقليص عدم التأكد في توقع ما هو مطلوب من الموظفين، بحيث يمكن وضوح الدور من فهم قيم وأهداف كل من الأفراد والمؤسسات.

■ **تطوير المهارات:** المهارات على أنها الأصول المنتجة من القوى العاملة والتي تم اكتسابها من خلال الأنشطة التعليمية، كما أنّ مستوى المهارات تترجم في تركيب من التعليم والتدريب والخبرات.

وأكد Okewole أن المهارات تكتسب وتستخدم خلال فترة حياة المورد البشري، كما أن امتلاك المهارات يحتاج إلى التعلم في مختلف المجالات والميادين باعتبارها عوامل ضرورية للمورد البشري كما أكد Haan إلى ضرورة تطوير المهارات بشكل مستمر، ويرى أن ذلك يتحقق من خلال التعلم المستمر من الخبرة.

▪ **الولاء الوظيفي:** عرف (Gill) الولاء الوظيفي على أنه التزام الموظفين بكل ما يجعلهم ناجحين في المؤسسة واعترافهم بأن وظيفتهم أمر مفضل بالنسبة لهم، وهذا ما يترجم في تفاعل الموظفين مع الثقافة، الهيكل والقيادة في المؤسسة.

ثانيا: مبادئ المسؤولية الأخلاقية في المنظمات الاستشفائية:

1- تحقيق المفهوم النفعي:

وهو المفهوم الذي يحقق أكبر قدر ممكن من المنافع لأكثر قدر ممكن من الأفراد، ويجب أن تهدف المنظمات الاستشفائية إلى تحقيق هذا المفهوم، وذلك من خلال تحقيق الأهداف التنظيمية سواء فيما يتعلق بزيادة منافع وفوائد أصحاب رأس المال أو تحقيق بعض المكاسب للعاملين فيها أو المرضى والجمهور المتردد عليها. ويتم ذلك من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة سواء كانت بشرية أو مالية أو مادية وبما يحقق الكفاءة والفعالية المناسبين، ويجب على المنظمات الصحية وهي تسعى لتحقيق هذه الأهداف أن تأخذ في الحسبان التعارض أو الصراع القائم بينها، وتحاول التقريب بين وجهات النظر، وهكذا يركز مدخل المنفعة على تحقيق أكبر قدر ممكن من المنافع لأكثر عدد من الأفراد.

2- الالتزام بالحقوق الأخلاقية:

وهذا المفهوم يمكن تطبيقه في المنظمات الاستشفائية أكثر من غيرها بسبب طبيعة النشاط في هذه المنظمات، فيجب على المؤسسات الصحية أو القائمين بالعمليات العلاجية فيها ما يلي:

- **توفير الأمن والحماية للعاملين والمرضى داخل المستشفيات:** يجب ألا تتسبب الفئات العمالية في المستشفيات في إحداث أضرار أو أخطار أو مشاكل تؤذي الجمهور المتردد عليها.
- **المصداقية:** عند التعامل مع المرضى سواء من حيث الكشف أو الفحص أو التحليل أو إجراء العمليات الجراحية وأيضا المصداقية عند تحديد أسعار العلاج ورسوم الإقامة بالمستشفيات وغيرها واتباع المصداقية في العلاج والحوار مع المريض يوفّر إطارا عاما للثقة المتبادلة بين المريض والطبيب.
- **السرية:** هذا أن على الطبيب أو معاونوه أن لا يكشف أسرار المريض، فهناك من الأمراض ما تثير الحساسية لدى المرضى كالأعراض الجنسية مثلا، وأيضا يجب أن تحافظ إدارة المنظمة الاستشفائية على أسرار الموظفين بها، فلا تدلي بأي بيانات عن أي موظف لأي شخص إلا من خلال الأطر القانونية والتنظيمية.
- **حرية العقيدة:** وهذا يعني أن عمليات العلاج والطب بصفة عامة والأطباء بصفة خاصة يجب ألا يميزوا بين الأفراد والمرضى على أساس عقائدهم أو معتقداتهم، فالطبّ عملية أخلاقية وإنسانية في المقام الأول فإذا فقد الطبيب هذه الخاصية، فقد نفسه ومهنته في الأساس.
- **حرية التعبير:** وهذا المبدأ نجده واضحا في المنظمات الاستشفائية من خلال جانبين أساسيين هما:
- **علاقة الطبيب بالمريض:** وهي تحتم أن يستمع الطبيب إلى المريض، ويقول المريض كل ما يريد عن حالته ولا يخفى شيئا حتى يساعد الطبيب في سرعة العلاج، وما يعاب على الأطباء الكبار أو ذو الشهرة الطبية في

الدول النامية أنهم لضيق الوقت غالبا لا يسمعون للمريض سوى ما يقوله جهاز الضغط أو السماع أو التحليل أو الأشعة، وهناك جوانب نفسية لا تكشف عنها الأجهزة والمعدات. ولذلك يرى البعض أنّ المسؤولية الصحية مشتركة بين الطبيب والمريض، ولكلّ منهما حق معين فالطبيب عليه حق العلاج والمريض عليه حقّ الإدلاء والإفصاح بالمعلومات المرضية المتوفرة لديه، وأيضا عليه حق الحفاظ على نفسه واتباع التعليمات والإرشادات الطبية.

3- علاقة مديري المستشفيات بالعاملين في المنظمة الاستشفائية: يجب أن يكون الاتصال في اتجاهين من الإدارة إلى العاملين فيه أو من العاملين إلى الإدارة كما يلي:

الإدارة (أوامر، تعليمات، قرارات، إرشادات) العاملين؛

العاملين (آراء، شكاوى، اقتراحات، تظلمات) الإدارة.

4- تحقيق مفهوم العدالة: ويعني هذا المفهوم في إطار نشاط المنظمات الصحية ما يلي:

▪ العدالة في تحديد أسعار العلاج وتكلفتها؛

▪ العدالة في إجراءات وجودة إجراءات ونظم العلاج؛

▪ العدالة في توزيع الأنشطة الصحية على مختلف المناطق؛

▪ العدالة في توزيع المكافآت والحوافز على العاملين؛

▪ العدالة في تطبيق الثواب والعقاب؛

▪ العدالة في توزيع المهام والأعمال التي يكلف بها الأفراد.

مع ملاحظة أن مبدأ العدالة ليس مطلقا أي يجب ان تكون العدالة في إطار الوظائف والمهام والمستويات المتاحة داخل المؤسسة، ويلاحظ أنّ الصراعات التنظيمية داخل المؤسسات الخدمية ومنها المنظمات الاستشفائية قد تأتي في كثير من الاحوال نتيجة عدم العدالة في توزيع الموارد المادية والبشرية وأيضا عدم العدالة في توزيع الأدوار والمهام الإدارية بين مختلف الأفراد والقطاعات والأقسام الإكلينيكية أو الفنية المتخصصة والإدارية أيضا.

5- التزام الهيئة الطبية والتمريضية بالأخلاقيات التالية:

▪ الرفق بالمريض ومعاملتهم معاملة حسنة؛

▪ اتباع سياسة اللين والعلاقات الإنسانية عند التعامل مع المرؤوس أو معاونين؛

▪ اتباع المثل والأخلاقيات البالغة الحساسية عند علاج النساء؛

▪ إعطاء نفس الأهمية والدقة عند علاج الأغنياء والفقراء أو العلاج بجانا فليس هناك تمييز في صحة الناس؛

▪ متابعة المريض وملازمته إذا تطلب الأمر ذلك خاصة في الحالات الجراحية الحرجة؛

▪ النهي عن تناول المسكرات فأقدار الناس بيد الله ثم استأمن عليها الأطباء؛

▪ عدم إخضاع المرضى للتجارب إلا بعلم المريض وتكون القوانين السائدة تسمح بذلك وتنظم هذه العملية.

خلاصة الفصل الثاني:

تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف مفهوم التنمية المستدامة ودور المنظمة الصحية في تحقيق التنمية المستدامة، ثم تناولنا في الجانب النظري سبل إدماج التنمية المستدامة إداريا من خلال العناصر التالية:

- اعتماد رؤية صحيحة؛
- اعتماد أسلوب تنفيذ صحيح؛
- أدوات تطبيق التنمية المستدامة من طرف المنظمات الاستشفائية.

وحاولنا من خلال الجوانب النظرية الإجابة النظرية حول كيفية مساهمة المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال في تحقيق الأداء المستدام للمنظمات الاستشفائية. ولمعرفة مدى تطابق أنشطة المؤسسة مع متطلبات التنمية المستدامة بأبعادها الاقتصادية، البيئية والاجتماعية ظهر وجوب توفر مؤشرات لقياس التنمية المستدامة من خلال تحليل النقاط التالية:

- تعريف المؤشرات وخصائصها؛
- معايير نوعية مؤشرات التنمية المستدامة المؤشرات؛
- مؤشرات قياس التنمية المستدامة على المستوى الكلي؛
- مؤشرات قياس التنمية المستدامة على المستوى الجزئي " المنظمة الاستشفائية".
- أخلاقيات الأعمال والمسؤولية الاجتماعية.

الفصل الثالث:

عوائق الإدارة المستدامة
للمنظمات الاستشفائية

تمهيد:

تواجه المنظمات الاستشفائية عوائق ومشاكل كبيرة تمس عدة جوانب، فبالإضافة إلى التحكم في التكاليف الاستشفائية هنالك المشاكل التنظيمية التي وجب على المنظمات الاستشفائية إيجاد أفضل الحلول لها من خلال التقنيات الحديثة في التسيير واستخدام تكنولوجيا الإعلام والاتصال والبرامج المعلوماتية، وكذا التحديات الإيكولوجية أهمها تسيير النفايات خاصة الطبية منها من خلال أفضل الوسائل التي تضمن تسييرا مستداما لها والاجتماعية من صحة وسلامة مهنية وتوفير بيئة عمل آمنة للموظفين وكذا الأخلاقيات والعمل الخيري وتطور متطلبات الأطراف ذات المصلحة.

كل ذلك دفعنا إلى تقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث حاولنا من خلالها الغوص في تفاصيل العوائق التي تواجهها المنظمات الاستشفائية ومن ثم البحث عن أفضل الحلول التي تضمن تحقيق الأهداف بكفاءة وفعالية والتقسيم هو كالاتي:

- المبحث الأول: العوائق المرتبطة بالجوانب التنظيمية
- المبحث الثاني: العوائق المرتبطة بالجوانب الاقتصادية
- المبحث الثالث: العوائق المرتبطة بالجوانب الاجتماعية
- المبحث الرابع: العوائق المرتبطة بإدارة المخاطر والسلامة المهنية

المبحث الأول: العوائق المرتبطة بالجوانب التنظيمية

تواجه منظمات الأعمال عموماً والمنظمات الاستشفائية خاصة عديد العوائق التنظيمية والتسييرية، حيث أن لها موارد مادية، مالية وبشرية وجب تسييرها بشكل فعال خدمة لتجسيد استراتيجيتها وضمن تحقيق رضى المرضى ومستويات أعلى من جودة الرعاية الصحية، وفي هذا المبحث سنتطرق إلى أهم التحديات التنظيمية التي تواجهها المنظمات الاستشفائية.

المطلب الأول: تحديات إدارة الموارد البشرية في المنظمات الاستشفائية

تعتبر الموارد البشرية الركيزة الأساسية في المنظمات الاستشفائية وأهم مورد بها على الاطلاق في ظل استحالة مكنته المهام العلاجية والاستشفائية، سنحاول في هذا المطلب التعمق في الإحاطة بالجوانب النظرية لتحديات إدارة الموارد البشرية في المنظمات الاستشفائية.

الفرع الأول: مفهوم الموارد البشرية

وتشمل (HRM) عملية حصر الاحتياجات والبحث عنها وتوفيرها وتنميتها وتقييم أدائها (ضرورة لحصر الاحتياجات البشرية من جميع المهن والوظائف والأعمال الطبية والإدارية) ويجب تحديد أسواق العمل والاختيار من بينها والتعيين والتوجيه والتدريب والتكوين والنقل والترقية والتحويل والحفز والأجر وقياس الأداء وتطويره وإنهاء العلاقات التعاقدية للعمل وغيرها، ومن ثم نجد أن دور هذه الإدارة بالمنظمات الاستشفائية يشمل:¹

1. تخطيط الاحتياجات من الموارد البشرية تحديد الحجم والنوع ونطاق الإشراف بين كل مهنة وأخرى ومستوى إدارة وآخر وتحديد الأهداف والجدولة الزمنية والجدولة المكانية؛ وذلك في ضوء استراتيجية تكوين هذه الاستثمارات الإنسانية مع توضيح للإجراءات التكتيكية للتنفيذ مع خطة وميزانية تقديرية وبرامج عمل وتسهيلات لازمة؛
2. دراسة سوق العمل وتحركات العمالة الفروق الأجرية والظروف الاقتصادية لسوق العمل والتشريعات الحكومية والنقابية والاجتماعية والثقافية والسيكولوجية بهدف تحديد الطلب على العمل ومقارنته مع العرض؛
3. حصر المهن الطبية وغير الطبية (طبيب عام ومتخصص ومستشار، طبيب بشري أو نفسي، محلل اجتماعي أو باحث شؤون اجتماعية، محلل نفسي أو محلل نفسي إكلينيكي، ممرض على درجات مختلفة، أخصائي علاج طبيعي، وأخصائي تدريب مهني وظيفي، مدرس تعليم خاص، محلل كيميائي أخصائي أشعة، جراح وأخصائي بنج، إداري محاسب، طباط، متطوع، سكرتارية، طباط، أخصائي عاملين) أي رأس مال بشري وغيرهم ثم تحليل وتوصيف وتقييم كل وظيفة وفقاً لاعتبارات التعليم والخبرة وظروف العمل المادية وطبيعة العمل ومستوياته وغيرها؛
4. الإعلان والاختبار والمقابلة والاختيار والتدريب والتعيين ثم التدريب مرة أخرى وتنمية القدرات والتوجيه وقياس الأداء، الأجر، والحوافز، التدريب والبحوث والاستشارات لتكوين الفريق الأمثل للموارد البشرية (ترقية ونقل أو تحويل أو فصل أو تطوير أو رفع المستوى الإداري)؛
5. التخطيط التنظيمي وخلق فرص العمل الفعالة في شكل مصفوفات مترابطة بحيث تعمل عناصر إدارة الموارد البشرية بشكل متكامل ومتربط؛

¹ فريد راغب النجار، مرجع سابق، ص ص 305-306.

6. بناء نظام للاتصالات التنظيمية والإدارية بين عناصر رأس المال الصحي يربط بين المستويات الإدارية والمهن المختلفة أفقياً ورأسياً ووترياً؛
7. إعداد نظام للمعلومات الإدارية عن الموارد البشرية في التخصصات المختلفة البشرية الصحية وتشغيله؛
8. اقتراح نظام برنامج للتدريب والتنمية؛
9. مراقبة إدارة الموارد البشرية بالمنظمات الاستشفائية عن طريق قياس الأداء وفقاً لمعايير الخطة العامة؛
10. قياس حركة العمالة بالإضافة أو الحذف في قوائم الوظائف في المنظمة الاستشفائية؛
11. الرقابة على أداء العاملين؛
12. تطوير منظومة إدارة الموارد البشرية وفقاً للتفاعلات التالية:

- سوق العمل في المنظمات الاستشفائية؛
- نقابة الأطباء والنقابات الأخرى؛
- وزارة الصحة والسكن ومراكز الرقابة الصحية؛
- كليات الطب ومراكز الأبحاث المركزية؛
- تكنولوجيا الدواء والشركات الكيماوية والدوائية؛
- تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وأثرها على الطلب والتشخيص وممارسة المهنة؛
- تكنولوجيا الأجهزة الطبية والمعدات المساعدة؛
- البيئة ومشكلات السكان والتلوث والصحة العامة؛
- المؤثرات الاجتماعية والسيكولوجية والحضارية؛
- سوق العمل، الدخل القومي، المنافسة، الاقتصاديات.

الفرع الثاني: تخطيط الموارد البشرية بالمنظمات الاستشفائية: يعتبر الأطباء المحرك الرئيسي للمستشفى، فهي منظمة مهنية بالتعريف ومنظمة ترتبط بالعناصر البشرية أكثر من العناصر الرأسمالية، ونوضح في العناصر التالية الوظائف المهنية في أحد المنظمات الاستشفائية بهدف التخطيط:¹

- أطباء (إدارة، إكلينيكي، جراح، باطني، عام، وقاية، علاج نفسي)؛
- أخصائيون (أشعة وتحاليل وبنج)؛
- ممرضات (عام، متخصصة، إدارية)؛
- أخصائي خدمة اجتماعية، واجتماعي علم النفس العام، علم النفس الإكلينيكي؛
- أخصائي بحوث طبية ونفسية؛
- محلل وأخصائي تدريب مهني؛
- محلل وأخصائي تدريب رياضي؛
- مدرسون وموجهون تعليم لذوي احتياجات الخاصة؛

¹ نفس المرجع، ص. 306.

- مشرف عام للمرضى؛
- أخصائي الكلام والسمع؛
- أخصائي أسنان وعيون وعظام وصدر وغيرها؛
- أخصائي محلل معلومات ونظم، أخصائي حاسبات إلكترونية؛
- محاسبون وإداريون ماليون وسكرتارية؛
- مديري شؤون العاملين؛
- متطوعون؛
- قانوني وتشريعات طبية؛
- طباط، أخصائيو التغذية، مساعدون بالطبخ؛
- الحراسة والصيانة والهندسة والنظافة العامة وغيرهم؛
- خدمات الاتصالات والتليفون والعلاقات العامة؛
- خدمات التعليم والتدريب والبعثات والمؤتمرات؛
- خدمات الطباعة والنشر والتوزيع؛
- خدمات صيدلية وأدوية ومخازن؛
- خدمات غسيل وتنظيف وكوي وتغليف؛
- وظائف أخرى مساعدة ومكاملة ومؤقتة وغيرها.

الفرع الثالث: تنمية الموارد البشرية بالمنظمات الاستشفائية: لعملية التكوين أهمية على مستوى الأفراد من خلال تنمية مهاراتهم وقدراتهم، أما على مستوى المنظمة فيكون ذلك من خلال الآثار الإيجابية على الإنتاجية من خلال هذه التنمية المتولدة من التكوين¹.

وقد تطورت وظيفة تنمية رأس المال البشري الصحي بالمنظمات الاستشفائية خلال نصف القرن الماضي، وأخذت أشكالاً متباينة نعملها فيما يلي:

1. تدريب الممرضات فقط والوظائف الغير هامة؛
2. تدريب رئيسات وحدات التمريض؛
3. تدريب التنفيذيين بالمنظمات الاستشفائية؛
4. تدريب مدير المنظمات الاستشفائية؛
5. التدريب والبحوث للمنظمات الصحية؛
6. البحوث والاستشارات والتدريب؛
7. التنمية التنظيمية للمستشفيات.

¹ العبادي احمد، اقاسم عمر و بن يحيى طيبي غالية، أثر التكوين على تنمية الموارد البشرية في قطاع الوظيف العمومي الجزائري، مجلة دفاتر اقتصادية، العدد الثامن، المجلد الأول، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر، ص. 297.

فقدما كان الاهتمام الأساسي في ميدان التدريب على مستوى الممرضات الجدد أو ذوي التعليم الغير رسمي، ولكن ظهرت بعد ذلك اهتمامات التدريب على المستوى الإشرافي لرؤساء الوحدات الصحية وغير الصحية، وانتقلت بعد ذلك إلى الإدارات الوسطى ثم للإدارات العليا بالمنظمات الاستشفائية، ولكن التدريب وحدة يحقق أهداف بالمنظمات الاستشفائية؛ حيث يجب تقديم خدمات استشارية وخدمات بحوث في إدارة المنظمات الاستشفائية وهي تشكل مكونات التنمية الإدارية المتكاملة.

ويضاف للتدريب الترشيدي تدريب سلوكي في نفس الوقت، مثال تجارب تدريب الجماعة أو ما يطلق عليه أيضا تنمية الجماعات.

وتعنى تنمية المنظمة ككل التنمية التنظيمية، ولتحقيق تنمية تنظيمية بالمنظمة الاستشفائية نجد ضرورة إيجاد مناخ تنظيمي فعالي يسمح بالتفاعل والحوار حتى يمكن العمل في شكل فرق عمل أو وحدات متكاملة وهو الاتجاه الحديث في إدارة المنظمات الاستشفائية حتى تتكامل جميع المهن في فرق متكافئة طبيا ومترابطة سلوكيا حتى يرتفع مستوى الأداء والفعالية التنظيمية.

وللتنمية التنظيمية حاجة ماسة في المنظمات الاستشفائية ومراكز البحوث والمنظمات المهنية بصورة عامة لأسباب منها:

1. الصراع المستمر حول إدارة المنظمات الاستشفائية بين الطبيب والإداري؛
2. نقص الخبرة والمعرفة الإدارية لدى الأطباء والمهنيين؛
3. ازدواجية التنظيم الإداري للمستشفيات؛
4. التباين بين التخصصات والمهن وتعددتها، مما يحتاج إلى وظيفة محايدة كوظيفة المدير الإداري.

المطلب الثاني: تحديات إدارة الصراع التنظيمي

يعتبر الصراع التنظيمي من أكثر التحديات التي تواجه إدارة المنظمات الاستشفائية في الوقت الراهن، فرغم أن الصراع التنظيمي قد يكون أمرا حتميا ومرغوبا فيه أحيانا عندما يساعد على تطوير وتحسين الأداء في المنظمة الاستشفائية وزيادة فعاليتها، فإنه قد يكون غير مفيد وقد يؤدي إلى إعاقة تحقيق أهداف المنظمة الاستشفائية في ظروف أخرى.

ومن هنا يتطلب الأمر من مدير المنظمة الاستشفائية أن يكون على درجة عالية من الوعي الإداري ليتمكن من إدارة هذا الصراع بالشكل الذي يمكنه من تحقيق أهداف المنظمة الاستشفائية وأداء رسالتها بأكبر كفاءة ممكنة.

الفرع الأول: ماهية الصراع التنظيمي: كثيرا ما يحدث خلط بين مفهوم الصراع التنظيمي ومفهوم المنافسة سواء بين الأفراد أو الأقسام المختلفة داخل المنظمة الاستشفائية، وحقيقة الأمر أنّ المنافسة تعني السعي للحصول على تفضيلات أكثر أو مزايا أفضل من جانب طرف معين على حساب طرف أو أطراف أخرى، ولكن في حدود النظم والقواعد المعمول بها.

والمنافسة بهذا المفهوم قد تؤدي في حالة تطرفها إلى حدوث النزاع التنظيمي، الأمر الذي يمكن معه القول بأنّ النزاع التنظيمي هو حالة متطرفة من المنافسة التي تنطوي على تحقيق رغبات معينة لبعض الأطراف أو الوحدات التنظيمية في المنظمة الاستشفائية، وفي نفس الوقت إعاقة تحقيق رغبات وأهداف مجموعة أخرى من الأفراد أو

الوحدات التنظيمية، وغالبا ما ينتج الصراع عن عدم التوافق في الأهداف أو النزاع على الموارد المحدودة أو الرغبة في التميز أو الانفراد بالسلطة، كما قد يحدث الصراع نتيجة تباين القيم والاتجاهات والفلسفات والثقافات بين فئات العاملين بالمنظمة الاستشفائية أو نتيجة علاقات التبادل والاعتمادية بين الأقسام الطبية والأقسام الإدارية.

ويعرف الصراع التنظيمي على أنه "تعارض لرغبات معينة داخل الفرد، أو تعارض أو توتر بين فرد وآخر أو بين مجموعة من الأفراد وأخرى نتيجة لعدم وجود توافق حقيقي أو مدرك لرغبات الفرد أو لأهداف الأفراد وأهداف المجموعات أو نتيجة لعدم التوافق على وسيلة تحقيق الأهداف والرغبات"¹.

الفرع الثاني: أنواع الصراع التنظيمي:

تتعدد المعايير المستخدمة في تقسيم أو تصنيف الصراع التنظيمي، ومن أكثر هذه المعايير شيوعا أسباب النزاع، والمستويات الإدارية التي يحدث فيها النزاع، وأطراف النزاع، وعلى مستوى المنظمات الاستشفائية العامة منها والخاصة يأخذ الصراع التنظيمي أحد شكلين أو هما معا، الصراع على مستوى الأفراد، والصراع على مستوى الوحدات التنظيمية التي تتكون منها المنظمة الاستشفائية.

أولا: الصراع على مستوى الفرد:

هذا النوع من الصراع يقع بين الفرد وذاته وينعكس تأثيره على سلوك الفرد وعلاقاته في العمل وتحقيقه لأهداف المنظمة التي هو عضو فيها. كما يحدث الصراع عندما يستوجب على الفرد أن يختار بدائل متعارضة مع أهدافه وتوقعاته أو قيمة معتقداته لكنه مجبر على اختيار أحد البدائل ويتضمن هذا النوع كل من صراع الهدف وصراع الدور.²

ثانيا: الصراع على مستوى الأفراد: يأخذ الصراع على مستوى الأفراد أحد صورتين: الصراع داخل الفرد ذاته، والصراع بين الفرد وغيره من الأفراد سواء في نفس الوحدة التنظيمية التي يعمل بها أو خارجها في ذات المستشفى.³ وينشأ الصراع داخل الفرد ذاته عندما تتعارض بعض متطلبات العمل المطلوب منه مع متطلبات أخرى أو عندما يكون مطلوبا من الفرد أن يعمل بأكثر من الطاقة المتاحة له أو عندما تتعدد الأدوار المطلوب منه القيام بها مع عدم قدرته على التوفيق فيما بينها.

ومن أمثلة هذا الصراع سعي بعض الأطباء إلى اكتساب خبرات أو مهارات طبية معينة بغض النظر عن الحالة الصحية للمريض، وأيضا شعور بعض الأطباء بالسمو والانفرادية والثقة فيما يتخذونه من قرارات بشأن الرعاية الصحية اللازمة للمريض ورفضهم داخليا لأي قيود أو مشاركات أو توصيات خارجية بشأن هذه القرارات، مع عدم قدرتهم على إعلان مثل هذا الرفض أو النقاش فيه لأنه يأتي من سلطة أعلى أو من حاملي بعض الدرجات العلمية أو التخصصية الأعلى.

¹ زهير بوجمعة شلابي، الصراع التنظيمي وإدارة المنظمة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2019، ص. 93.

² المرجع نفسه، ص. 98.

³ عبد العزيز خمير ومحمد الطعامة، مرجع سابق، ص ص 66-67.

وينشأ الصراع بين الأفراد وبعضهم البعض سواء داخل نفس الوحدة التنظيمية أو خارجها نتيجة غموض أو تداخل الأدوار أو الاختلافات والفروق في الشخصية أو الثقافة و الاتجاهات ومستوى الإدراك وما شابه ذلك. ويأخذ الصراع بين الأفراد وبعضهم البعض في المستوى الواحد عدّة صور منها الصراع بين الأطباء والإداريين، فالأطباء بحكم تعودهم على الاستقلالية في اتخاذ قراراتهم الطبيّة المتعلقة بالمرضى ينظرون إلى الإجراءات والتعليمات واللوائح التنظيمية المنظمة للعمل في المستشفى على أنها قيود روتينية لا طائل من ورائها، وأنها لا تمثّل سوى محاولات لفرض النفوذ وتعقيد الأمور بما يعوق أدائهم المهني.

وفيما بين الأطباء وبعضهم البعض غالباً ما يشعر الأطباء الذين يحملون درجات علمية أعلى أو تتوافر لهم خبرة أو سمعة طبية أكبر بنوع من السمو تجاه الأطباء الأقل في الدرجة العلمية أو السمعة الطبية كما قد يظهر الصراع نتيجة اختلاف التخصصات الطبية كما هو الحال بين الطبيب العام والطبيب المتخصص، ونظراً لأن المنظمات الاستشفائية وخاصة الحكومية الكبيرة، تتميز بالتنظيم التخصصي الواسع نتيجة وجود العديد من العاملين بالتخصصات الطبية وشبه الطبية والإدارية مع اختلاف القيم والاتجاهات والثقافات الاجتماعية، فإنها تكون مجالاً خصباً للتنظيمات غير الرسمية التي قد يسير في اتجاه عكسي لأهداف إدارة المستشفى.

ثالثاً: الصراع بين الوحدات التنظيمية:

غالباً ما يحدث الصراع بين الإدارات والأقسام المختلفة في المستشفى، نتيجة العلاقة الاعتمادية لأنشطة العمل، وبتزايد احتمال وقوع هذا الصراع حينما تكون إحدى الجهات مثل أقسام الجراحة غير قادرة على بدء الأعمال قبل انتهاء عمل جهة أو جهات أخرى مثل أقسام الأشعة والتحليل، وقد يحدث الصراع بين الوحدات التنظيمية في المستشفى نتيجة تخصيص الموارد المتاحة بين الأقسام المختلفة فربما تحصل بعض الأقسام على موارد أقل مما تحتاج أو أقل مما تحصل عليه أقسام أخرى في نفس المستشفى مما يثير النزاع حول كيفية تخصيص هذه الموارد. كما أن الصراع التنظيمي في المنظمات الاستشفائية قد يحدث نتيجة تعدد خطوط السلطة في المستشفى فهناك السلطة الفنية والتي يتمتع بها ويخضع لها أعضاء الهيئة الطبية وهيئة التمريض والفنيين، والسلطة الإدارية التي تعنى بتطبيق مجموعة من التعليمات والقرارات التنظيمية، وكثيراً ما يحدث تضارب أو عدم توافق بين السلطتين ما لم تكن هناك خطوط واضحة للفصل بينهما.

الفرع الثالث: أسباب الصراع التنظيمي في المنظمات الاستشفائية:

هناك أسباب عديدة للصراع بعض العوامل المشتركة المسببة للصراع ذات صلة بالملاكات التمريضية مع غيرها من الملاكات داخل المستشفى وهي: صراع الدور، صراع الاتصالات وصراع الهدف¹. في ضوء ما سبق إيضاحه من أنواع الصراع التنظيمي في المنظمات الاستشفائية، فإنه يمكن إيجاز أهم أسباب هذا الصراع أياً كانت صورته فيما يلي:²

¹ سعد علي حمود العنزي وحسنين غالب علي، مسبات الصراع التنظيمي بين الملاكات التمريضية والطبية والإدارية وتأثيرها في قرارات المستشفى (بحث تطبيقي)، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 21، العدد 81، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، العراق، 2015، ص.9.

² عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، مرجع سابق، ص ص. 69-71.

أولاً: الهيكل التنظيمي للمستشفى: فالمستشفى تنظيم مركب يحتوي على عدة أنظمة فرعية طبية وفنية إدارية، ولكل منها خصائصه وأهدافه التي يسعى لتحقيقها، ولكل منها خطوط السلطة الخاصة به ومن المفترض أن تعمل هذه الأنظمة الفرعية على أساس التعاون والتكامل التام لتحقيق أهداف المستشفى وأداء رسالتها، ومن ثم فإن عدم صياغة الهيكل التنظيمي للمستشفى بشكل جيد أمر يؤدي إلى زيادة احتمال الصراع بين الأفراد والوحدات بدرجة كبيرة.

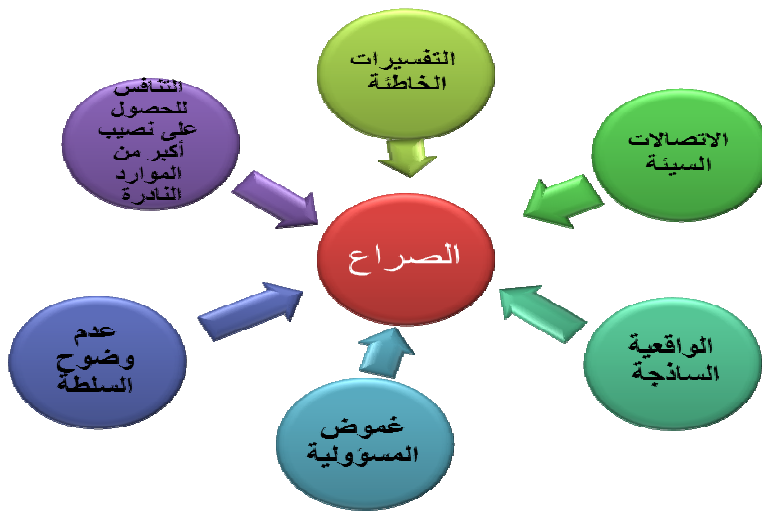
ثانياً: الاعتبارات المالية والإدارية: تتسم المنظمات الاستشفائية الكبيرة بدرجة من البيروقراطية التي تتمثل في نظم القوانين والقواعد المحددة للتصرف في المستشفى، وتمثل هذه الممارسات الإدارية قيوداً على حرية القرارات التي يتخذها الأطباء في رعاية مرضاهم، وتحد من قدرتهم على الالتزام بالأخلاقيات والمعايير المهنية واستخدام ما يملكونه من معارف وخبرات لصالح المرضى.

كما أنه مع زيادة الاهتمام بالتكاليف يتزايد التهديد للاستقلالية المهنية للأطباء نتيجة الإجراءات التي تفرضها السلطات العليا بهدف ترشيد استخدام الموارد المتاحة واحتواء التكاليف في المنظمات الاستشفائية العامة، وزيادة الأرباح في المنظمات الاستشفائية الخاصة، ولا شك أن هذه الإجراءات والضوابط تؤدي إلى وقوع الأطباء في صراع نتيجة محاولتهم الموازنة بين الاعتبارات المهنية والاعتبارات الاقتصادية والإدارية.

ثالثاً: نقص الإمكانيات الفنية والتقنية: لقد أدت الثورة المعرفية والتقنية التي تشهدها مهنة الطب في العصر الحديث إلى زيادة درجة التخصص، وزيادة الحاجة إلى الاعتماد على الفرق متعددة التخصصات في معالجة الحالات المرضية المختلفة وتوفير الرعاية الطبية المتكاملة لها، ويتعذر على بعض المنظمات الاستشفائية ولا سيما المنظمات الاستشفائية الخاصة توفير الإمكانيات الفنية والتقنية اللازمة لأداء العمل وفقاً للأسس والمعايير السليمة، مما يوقع الأطباء في صراعات داخلية قوية نظراً لعدم انسجام القيم المهنية مع ظروف بيئة العمل التي لا تسمح بتوفير المناخ المناسب لتبادل الخبرات والتدريب والتعليم المستمر.

ويمكن تلخيص مسببات الصراع التنظيمي من خلال الشكل التالي:

شكل رقم (3-1): مسببات الصراع التنظيمي في المنظمات



المصدر: سعد علي حمود العنزي وحسين غالب علي، مسببات الصراع التنظيمي بين الملاكات التمريضية والطبية والإدارية وتأثيرها في قرارات المستشفى (بحث تطبيقي)، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 21، العدد 81، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، العراق، 2015، ص. 11.

ثالثا: التعامل مع الصراع التنظيمي في المنظمات الاستشفائية:

لا يمكن لإدارة المنظمة الاستشفائية إغفال أثر الصراع التنظيمي على نجاحها وفعاليتها في تحقيق أهداف المستشفى وأداء رسالتها، ورغم تعدد الأفكار والآراء والمقترحات حول كيفية التعامل مع الصراع التنظيمي سواء كان ذلك على المستوى الوقائي أو العلاجي، فإن أهم استراتيجيات تقليص هذا الصراع ما يلي:

1. **السيطرة أو القمع:** وتتضمن هذه الاستراتيجية استخدام مدير المنظمة الاستشفائية لقوته أو سلطته الرسمية في حلّ النزاع، وتهديد أيّ فرد يقاوم الحل الذي يقدمه بكافة النتائج السلبية التي يمكن اتخاذها بحقه في حالة عدم الموافقة على هذا الحلّ، وقد تأخذ هذه الاستراتيجية شكلا آخر وهو التأجيل المتكرر للبتّ في الصراع حتى تتوافر للمدير المعلومات الكافية عن الموقف.
2. **المشاركة:** وتعتمد هذه الاستراتيجية على الإقناع لكل طرف من أطراف النزاع والسماح لهم بتقديم أفكارهم ومقترحاتهم لحل النزاع أو تشكيل لجنة أو فريق عمل لدراسة موضوع الصراع وتقديم التوصيات بشأنه، وهنا يجب أن يدرس المدير التوصيات والمقترحات المقدمة بشكل تفصيلي وأن يتأكد من أن الحل الذي يتم التوصل إليه ليس على حساب التضحية ببعض أهداف المنظمة الاستشفائية وأنه يتماشى مع القوانين أو اللوائح المنظمة للعمل.
3. **المواجهة:** وتعتمد هذه الاستراتيجية على إجراء مواجهة مباشرة بين أطراف الصراع لمناقشة أسبابه وطرق علاجه حتى يمكن الوصول إلى حل منطقي بشأنه، وتحتاج هذه الاستراتيجية إلى مهارات عالية من جانب المدير في إدارة الموقف وإمكانية السيطرة على طرفي النزاع حتى لا يترتب على المواجهة نتائج عكسية.
4. **إعادة هيكلة المنظمة الاستشفائية:** تستخدم هذه الاستراتيجية في حالة توافر الظروف المواتية لتغيير طرق وأساليب العمل بالمنظمة الاستشفائية وهيكلها التنظيمية والوظيفية وما يرتبط بها من آليات للتنسيق وتفويض السلطات وتغيير ثقافة المنظمة الاستشفائية ككل.

المطلب الثالث: التحديات التكنولوجية في المجال الطبي

مع دخول التكنولوجيا إلى عالمنا وغزوها لمنازلنا بشكل كبير وتأثيرها على جميع مناحي حياتنا، اخذ الباحثون والعلماء بتطوير هذه التكنولوجيا بهدف تسخيرها في مجال الطب والصحة.

القيام بهذا الأمر ساعد في تطوير جوانب مختلفة من الطب مثل جمع المعلومات وتطبيق الأبحاث والعلاجات وحتى تعزيز التواصل ما بين الباحثين والأطباء وغيرها الكثير، إليكم أهم الجوانب التي ساعدت من خلالها التكنولوجيا في تحسين المجال الطبي والصحي¹.

1- **أصبحت الانترنت المصدر الرئيسي للمعلومات الطبية:** حيث بالإمكان ملاحظة هذا من خلال انتشار المواقع الطبية باللغات المختلفة والتي تساهم في رفع الوعي ونشره حول الطب والصحة، إذ أصبح بالإمكان الحصول على المعلومة الطبية الموثوقة من خلال الانترنت وبسهولة دون التحرك من مكانك.

¹ مقال بعنوان "كيف ساهمت التكنولوجيا في تطوير الطب؟"، متاح على الموقع: <https://www.webteb.com/articles>

2-سهولة وصول مقدمي خدمات الرعاية الصحية إلى المرضى: ويتم ذلك عن طريق استخدام مواقع التواصل الاجتماعية المختلفة، حيث أصبحت كبرى المنظمات الاستشفائية العالمية تستخدم هذه المواقع للتواصل مع مرضاها وحتى الإجابة عن استفساراتهم وأسئلتهم بالإضافة إلى محاولتها لنشر الوعي حول القضايا الصحية الهامة.

3- ساعدت التكنولوجيا في تقديم علاجات أفضل والتقليل من المعاناة في الوقت نفسه: اذ تمكنت التكنولوجيا من توفير آلات جديدة وأدوية وعلاجات ساعدت في حماية العديد من الأشخاص وحسنت من فرص علاجهم، ليس هذا وحسب، بل استطاعت التكنولوجيا تحسين الأبحاث والدراسات العلمية لجعل الرعاية الصحية أكثر كفاءة.

4- التحسين من رعاية المرضى وكفاءة العاملين في القطاع الصحي: فالتكنولوجيا وفرت طرق لحفظ التاريخ الطبي لجميع المرضى، الأمر الذي سهل انتقاله ما بين الأطباء وعدم ضياعه، بهدف تحسين الرعاية الطبية لهم وزيادة كفاءة عمل العاملين في هذا القطاع. كما بالإمكان استخدام هذه المعلومات (بعد اخذ تصريح بذلك) لاستغلالها في أبحاث ودراسات علمية تصب في هدف إيجاد علاجات واكتشافات في المجال الطبي.

5- التواصل مع الأطباء بسهولة أكثر: فتواجد الجميع على شبكات الانترنت سهل التواصل فيما بينهم، حيث لم يعد من الضروري أن يتوجه المريض إلى العيادة والانتظار مطولا لاستشارة الطبيب، بل بإمكانهم استشارته الآن عن طريق الولوج إلى الانترنت.

6- تحيين المعلومات والمعارف: يتمكن الأطباء والعاملين في القطاع الصحي من تحديث معلوماتهم باستمرار والتواصل مع جميع الباحثين والأطباء لتبادل المعلومات بسهولة.

7- التنبؤ بانتشار بعض الأمراض: حيث وفر الانترنت والتكنولوجيا طرق تساعد الباحثين والعلماء في توقع الفترات التي من شأنها أن تشهد انتشارا كبيرا لبعض أنواع الأمراض والتحضير لمواجهةها بوقت أبكر من اجل تقليل الخسائر قدر المستطاع.

كما ولا تتوقف أهمية التكنولوجيا على النقاط المذكورة سابقا، بل قد يكون تسخيرها بهدف تطوير أعضاء لجسم الإنسان من أهم الجوانب التي تدخل فيها التكنولوجيا في الطب.

فالتكنولوجيا ساعدت الأطباء في زراعة أطراف صناعية لبعض المرضى، كما يقوم الباحثون في الوقت الحالي ببحث فرص استخدام التكنولوجيا بديلا عن التبرع بالأعضاء بهدف حماية العديد من الأرواح.

المبحث الثاني: العوائق المرتبطة بالجوانب الاقتصادية

يعتبر اجتياز العوائق الاقتصادية هاجسا كبيرا تواجهه المنظمات الاستشفائية نظرا لأن بقاءها واستمرارية نشاطها مرهون بتجاوزها، بالإضافة الى اجتياز العوائق التنظيمية مرهون بتحسين أدائها الاقتصادي، وفي هذا المبحث سنستعرض نظريا أهم العوائق ذات المصدر الاقتصادي.

المطلب الأول: صعوبة قياس مخرجات العملية الاستشفائية

نظرا لطبيعة النشاط الخدمي الاستشفائي وتعدد منتجاته (مخرجاته) وتداخل الخدمات مع بعضها البعض، فإن هناك صعوبة كبيرة لتحديد وتقييم الخدمات الاستشفائية.

الفرع الأول: تعريف الخدمات الصحية وأنواعها:

1- تعريف الخدمات الصحية:

هناك العديد من التعاريف الخاصة بالخدمة الاستشفائية، حيث يعرفها ثامر ياسر البكري بأنها " أي فعل أو أداء يمكن أن تحققه المنظمة الاستشفائية إلى المرضى ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك وأن إنتاج الخدمات الاستشفائية مرتبط بتوفير مجموعة من الهياكل المادية التي تسهل من عملية تقديم الخدمات الصحية¹. أما فوزي مذكور فعرف الخدمة الاستشفائية بأنها "أوجه النشاط غير الملموس والتي تسعى أساسا إلى إشباع احتياجات ورغبات المستهلك النهائي، بحيث لا يرتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى²".

يعرف زكي خليل المساعد، الخدمات الاستشفائية على أنها "أوجه النشاط غير الملموسة التي تقدم للمنتفع، والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته³".

مما سبق يمكن استنتاج الخصائص التالية للخدمات الاستشفائية:

- إن الخدمة الاستشفائية هي عبارة عن مجموعة من الأنشطة غير الملموسة؛
- إن المستشفى لا تبيع الخدمات الاستشفائية في حد ذاته، وإنما يبيع الاستفادة أو الرضا الناتج من أداء الخدمة المقدمة سواء كانت علاجية أو جراحية أو تشخيصية؛
- عدم التجانس في الخدمة الاستشفائية نظرا لتعدد المحددات المؤثرة فيها كالسرعة، التوقيت، الأدوات المستخدمة، طبيعة المرض وغيرها.

ومع ذلك تقدم العديد من الخدمات الملموسة كالأدوية، الأطعمة، المحاليل الطبية، صور الأشعة والتي تدخل في إطار المنتج الاستشفائي. فالخدمة الاستشفائية عبارة عن مجموعة من الأنشطة الملموسة وغير الملموسة، والتي تهدف إلى تحقيق إشباع المستفيد.

2- أنواع الخدمات الصحية: يمكن تقسيم الخدمات الاستشفائية إلى نوعين:

¹ ثامر ياسر البكري (2005)، مرجع سابق ص. 56.

² فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 1998، ص. 60.

³ زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، ط1، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان 2003، ص. 338.

- الخدمات الاستشفائية الوقائية: وهي الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليها بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة وتفادي التدهور الصحي للمجتمع من الأنشطة الملوثة. ويرتبط هذا النوع من الخدمات بصحة الفرد بشكل غير مباشر؛

- الخدمات الاستشفائية العلاجية: وتشمل الخدمات الصحية المرتبطة بالفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص والعلاج، سواء تم ذلك بالعلاج السريري داخل المنظمة الاستشفائية أو تم ذلك بالتدخل الجراحي.

تقدم الخدمات العلاجية في المنظمات الاستشفائية إلى فئتين من المرضى:

■ الخارجيين: وتشمل المرضى الذين لا يحتاجون إلى إدخال إلى المنظمة الاستشفائية، ولكنهم بحاجة إلى عناية ومتابعة طبية في العيادات الخارجية كـبعض الأمراض الحادة، حالات الطوارئ والحالات البسيطة. ويتلقى المريض في هذه العيادات خدمات طبية، تـمـريضية وخدمات طبية مساعدة كـصور الأشعة والتحليل المخبرية، بالإضافة إلى خدمات التثقيف الصحي والتطعيم؛

■ الداخليين: وتشمل المرضى الذين يحتاجون إلى عناية سريرية لمدة زمنية محددة: لمدة تزيد عن 24 ساعة. فبعض هؤلاء المرضى يحتاجون إلى إقامة داخل المنظمة الاستشفائية كحالات الجراحة العامة، حالات الكسور والأمراض المزمنة. هذه الفئة من المرضى تحتاج إلى خدمات أخرى مكملة لخدمات العناية الطبية كالإطعام، النظافة، خدمات اجتماعية ونفسية وغيرها من الخدمات الأخرى التي لا يحتاجها مرضى العيادات الخارجية.

الفرع الثاني: خصائص الطلب على الخدمات الصحية

إن الطلب على الخدمات الصحية يختلف عن الطلب على المنتجات (السلع). حيث ينفرد الأول بمجموعة من الخصائص نذكر منها¹:

■ إن طالبي الخدمات الصحية يختلفون عن طالبي السلع في كونهم أقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة وأساليب العلاج المطلوبة وكيفية إشباعها لحاجاتهم. إذ تتأثر الحاجة والطلب على الخدمات الصحية بالمستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للمستفيدين من هذه الخدمات؛

■ إن الحاجة والطلب على الخدمة الصحية يختلف منظوريهما من جانب المريض عنه بالنسبة للطبيب المعالج، إذ يقترح المريض توقيف العلاج بمجرد تحسن حالته، في الوقت الذي يقترح الطبيب استمراره؛

■ تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية، أي أنها تقدم لشخص معين، كما أن:

- لكل طبيب تخصص في مجال معين؛

- لا يستطيع الطبيب أن يعالج أكثر من مريض واحد دفعة واحدة، وبنفس تخصصه. إلا أن ذلك ليس

قاعدة عامة، إذ توجد بعض الخدمات الصحية التي تقدم لفئة كبيرة من الأشخاص كحملات التوعية الصحية والتطعيم... إلخ.

¹ مدحت عبد العزيز صالح حسن، مقدمة في اقتصاديات الصحة، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، العدد 1، كلية التجارة، جامعة الرقازيق، القاهرة 1998، ص. 93.

- إن الخدمات الصحية تتطلب السرعة في الأداء بسبب عدم قابليتها للتأجيل، أو ما يطلق عليه بتزامن الإنتاج والاستهلاك؛
- إن تقديم الخدمات الصحية يتطلب وجود علاقة دائمة، مستقرة ومباشرة بين الطبيب والمريض لمعالجة الحالة وتتبعها والإشراف عليها على فترات زمنية معينة وحسب طبيعة وظروف الحالة؛
- تتكون الخدمة الصحية من عناصر تكمل بعضها البعض، حيث نجد أن خدمات الفحص، التشخيص، العلاج، التمريض، الأشعة، الفندقية والخدمات الإدارية خدمات مكمل بعضها البعض.

الفرع الثالث: معايير قياس الإنتاج الاستشفائي

تستخدم المنظمات الاستشفائية العديد من عوامل الإنتاج (الأدوية، معدات، موارد بشرية..) وذلك للحصول على مخرجات (تتكون في معظمها من الخدمات)، والتي تكون صعبة القياس نظرا لتعددتها واختلاف الخدمات الاستشفائية المقدمة للمرضى. إلا أن المختصين في مجال الإدارة الاستشفائية يلجئون عادة إلى استعمال ثلاثة معايير لقياس الإنتاج الاستشفائي¹:

أولا: معيار اليوم الاستشفائي

يعد هذا المعيار من أكثر المعايير استعمالا نظرا لأن معظم المؤسسات الاستشفائية تسعر منتجاتها وخدماتها على أساس الأيام الاستشفائية. ويتم الحصول على سعر تكلفة اليوم الاستشفائي بالعلاقة التالية:

$$\text{سعر اليوم الاستشفائي} = \frac{\text{الميزانية الكلية للمستشفى - (إيرادات الاستشارات الطبية الخارجية التقديرية + إيرادات تقديرية أخرى)}}{\text{عدد الأيام الاستشفائية التقديرية}}$$

لقد رأينا أن هناك اختلافا كبيرا في الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، مما حتم تطبيق العديد من الأسعار على الأيام الاستشفائية. فمثلا تكاليف الخدمات الصحية المتخصصة قد تساوي أضعاف تكاليف الخدمات الصحية العادية.

بخلاف النفقات الفندقية التي تبقى ثابتة طيلة فترة إقامة المريض في المنظمة الاستشفائية، فإن النفقات الطبية تتغير بشكل كبير مع ارتفاع الأيام الاستشفائية. إذ يؤكد (Michel Gervais) أن هناك اختلافا في طبيعة وكمية الخدمات الاستشفائية المقدمة للمرضى، سواء أكانت علاجية أو تشخيصية أو جراحية. وعليه لا يعد اليوم الاستشفائي معيارا وحيدا لقياس النشاط الاستشفائي، وذلك لمستويين:

1- **المستوى الاقتصادي:** إن اليوم الاستشفائي لا يعد معيارا عمليا لتحليل الأنشطة الصحية، إذ توجد هناك بعض التكاليف التي تتغير مع عدد الأيام الاستشفائية مثل مصاريف التغذية والفندقة. لكن هناك بعض التكاليف التي تتغير بشكل أكبر من التغيرات في عدد الأيام الاستشفائية مثل: تكاليف الأشعة، الأدوية والمستلزمات الطبية، أجور الأطباء وغيرها؛

¹ بومعراف إلياس، دور الإدارة الاستراتيجية في تدعيم القدرة التنافسية للمنظمات الاستشفائية الجزائرية، مرجع سابق، ص ص 27-

2- **المستوى الطبي:** إن اليوم الاستشفائي يغطي العديد من الأنشطة العلاجية، التشخيصية والجراحية المختلفة داخل القسم أو المصلحة الواحدة. إذ يمثل اليوم الاستشفائي متوسط تكلفة الإنتاج وليس تكلفة الإنتاج الاستشفائي. وعليه، فإن اليوم الاستشفائي لا يعد معيارا متجانسا للدلالة على التغيرات في الأنشطة الاستشفائية ويلجأ البعض إلى استعمال معيار آخر يسمى باليوم الاستشفائي التحليلي.

ثانيا: معيار اليوم الاستشفائي التحليلي

بدلا من استعمال اليوم الاستشفائي يلجأ البعض إلى استعمال معيار اليوم الاستشفائي التحليلي (la journée d'hospitalisation éclatée) حيث يحلل اليوم الاستشفائي إلى عدة عناصر:

- التكلفة التقديرية لفتح الملف لكل مريض مهما كانت مدة إقامته في المنظمة الاستشفائية. ويتم حساب هذه التكلفة إجماليا كما يلي:¹

$$\text{عدد المرضى الاستشفائيين} \times \text{التكلفة التقديرية للملف}$$

- التكلفة التقديرية للإقامة اليومية، وتشمل المصاريف الفندقية أجور الإداريين؛
- التكلفة اليومية للعلاج: وهي متغيرة حسب العمليات الطبية وتمثل في أجور الأطباء، شبه الأطباء وغيرها؛
- الخدمات العلاجية الفردية: تمثل الخدمات الصحية المقدمة، أي التكاليف الحقيقية للاستهلاكات الطبية لكل مريض من المستلزمات الطبية، الأداءات الطبية وغيرها.

ثالثا: معيار الفئات المتجانسة للمرضى

إن الفكرة الأساسية لهذا المعيار تتمثل في دراسة تركيبة المرضى المعالجين حسب درجة الخطورة (la gravité) أو عدم الخطورة (la morbidité)، وهذا ما يسميه الأمريكيون بـ"Case-Mix" (تركيبة المرضى المعالجين). والسؤال المطروح هو كيف يتم تحديد هذه التركيبات:²

- يتم تصنيف المرضى وفقا للفئات الرئيسية للتشخيص "les Catégories Majeures de Diagnostics" للمنظمة الاستشفائية المعنية؛

- تقسم هذه الفئات بدورها إلى فئات فرعية للحالات الخطيرة والتي تتطلب تدخل جراحي والفئات غير الجراحية والتي لا تتطلب تدخلا جراحيا؛

- تقسم كل فئة بدورها إلى عدة مجموعات حسب درجة استهلاك موارد المنظمة الاستشفائية باستعمال معيار فترات الإقامة؛

- لا يمكن اعتماد هذه الفئات إلا إذا كانت متجانسة طبييا. أي تتبع نظاما متجانسا من الخدمات الطبية. من خلال المرحلة الأخيرة يتم تحديد الفئات المتجانسة للمرضى التي تعبر عن الإنتاج الاستشفائي. ويتم حساب تكلفة هذه الفئات بتحميل تكاليف المنظمة الاستشفائية عليها. ويمكن حساب تكلفة المريض بقسمة تكاليف كل فئة على عدد المرضى المتواجدين فيها.

¹ بومعروف إلياس، دور الإدارة الاستراتيجية في تدعيم القدرة التنافسية للمنظمات الاستشفائية الجزائرية، مرجع سابق، ص.28.

² نفس المرجع، ص.28.

يعتبر هذا المعيار من أهم معايير تقييم النشاط الإنتاجي للمستشفيات. إذ يعتمد على معطيات متعلقة بالنشاط الفعلي لمستشفى (النشاط الطبي) و ليس على معطيات إدارية وإحصائية (الأيام الاستشفائية، مدة الإقامة...).

ويرى الدكتور "ياشار أزجان" أنه لرفع الإنتاجية في المنظمات الاستشفائية كلها، من الضروري مطابقة الموارد المناسبة (المدخلات) مع الرعاية التي تقدم (المخرجات) بشكل أفضل، ويجب أن تكون الرعاية بدرجة عالية من الجودة مع تقديمها في الوقت المناسب، وعلى إداري الرعاية الصحية، إضافة إلى أداء المهام بشكل صحيح، التأكد من أداء جميع المهام اللازمة. ويرى أنه من السهل الحديث عن ضرورة تحقيق إنجاز أكبر بموارد أقل، إلا أن تحقيق هذه الطموحات على أرض الواقع، مع نيل رضا العاملين والأطباء وموولي الرعاية، ناهيك عن رضا المرضى المستفيدين من الخدمة أمر في غاية الصعوبة.¹

المطلب الثاني: إشكالية التحكم في التكاليف الاستشفائية

يعد التحكم في التكاليف الاستشفائية من بين أهم التحديات التي تواجهها المنظمات الاستشفائية لكلا القطاعين العمومي والخاص، حيث أنه وحسب منظمة الصحة العالمية فإن الولايات المتحدة هي الأكثر إنفاقاً على الصحة وخدمات الرعاية الصحية إلا أن ذلك لا يمكن اعتباره مؤشراً كفاءة لنظامها الصحي، فالمواطنين في فرنسا وإيطاليا واليابان يدفعون مبالغ أقل وبمستوى مماثل من جودة الخدمة الصحية وأنظمة هذه الأخيرة أحسن أداءاً.² من هنا وجب التطرق لضرورة التحكم في النفقات الصحية.

كشفت دراسة أن التحكم في التكاليف هو الشاغل الرئيسي من حيث الموارد البشرية في المنظمة الاستشفائية. بالنسبة إلى السؤال "ما هي الموضوعات التي تحشدها في الأولوية؟"، ذكر 80% من المجيبين السيطرة على فاتورة الأجور، وذلك قبل تحسين منظمات العمل (48%)، التغيب (39%)، وإنشاء مجموعات المستشفيات الإقليمية (GHT) 35%، أو حتى الحوار الاجتماعي (32%).

تعد دراسة التكاليف هي الشاغل الرئيسي من حيث الموارد البشرية في المستشفيات، أكثر من شركات القطاع الخاص وعلى حساب الرفاه في العمل، وفقاً لدراسة أصدرها اتحاد المستشفيات فرنسا (FHF) بالنسبة إلى "مقياس تحديات الموارد البشرية" الخاص بـ FHF-Obéa الأول، تمت مقابلة 274 من رؤساء المؤسسات ومديري الموارد البشرية ومديري الشؤون الطبية في شهر مايو أو حول "ثلث" المهنة، وفقاً للرئيس. من FHF، فريديريك فاليتو.

بالنسبة إلى السؤال "ما هي الموضوعات التي تعبئ عنها في الأولوية؟"، تم الاستشهاد بالتحكم في فاتورة الأجور من قبل 80% من المجيبين، أكثر بكثير من تحسين منظمات العمل (48%)، التغيب (39%)، وإنشاء مجموعات المستشفيات الإقليمية (GHT) (35%)، والحوار الاجتماعي (32%). عندما سئل المديرون عن أكثر ما يحفزهم على "تطوير" ممارساتهم في مجال الموارد البشرية، أجاب 92% من "القيود الاقتصادية وقيود الميزانية"، متقدماً بفارق

¹ يشار أزجان، الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية -تقنيات وتطبيقات-، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008، ص. 275.

² Jon A. Chilingerian, Grant T. Savage. **"The Emerging Field of International Health Care Management: An Introduction"** In **International Health Care Management**. Published online: 2005; 3-28

كبير، على سبيل المثال، عن المخاطر المرتبطة بفقدان المهارات (هروب الممارسين، على سبيل المثال) أو الصراعات الاجتماعية. على سبيل المقارنة، في القطاع الخاص، تم تحديد القيود الاقتصادية والميزانية من قبل 56٪ من المجهين، وفقاً لمقياس حددته سابقاً أوريا مع الرابطة الوطنية للمدافعين عن حقوق الإنسان.

يأتي التحكم في التكاليف (أو تخفيضها) أولاً بين "التحديات الرئيسية لوظيفة الموارد البشرية داخل" مؤسسات المجهين (74٪)، قبل تحسين منظمات العمل (62٪)، الجاذبية / الولاء المهنيين (46٪). يظهر التحسن في نوعية الحياة في العمل فقط في المرتبة الخامسة (37٪)، وتطوير المهارات المهنية (17٪)، مقابل 36٪ في القطاع الخاص) في 11". th. الحاجة إلى التعامل أولاً مع الرقابة المحاسبية عندما تكون مديراً، وهذا يعني أن الضغط (في الميزانية) قوي"، ندد رئيس FHF Frédéric Valletoux، خلال إحدى النقاط الصحفية، معرّباً عن أسفه لأن على المدافعين عن حقوق الإنسان أن "يضعوا في الخطة الثانية سياسات الرفاه في العمل" أو حتى سياسات التحسين الوظيفي... وبشكل أعم، يدعو FHF إلى "وضع حد لقيود الميزانية الدائمة وإلى الأوامر المتناقضة" التي تفرضها الحكومة على المستشفيات.

تم بالفعل التخطيط لأكثر من 700 مليون يورو من إعادة تقييم الإيرادات في الخدمة العامة بالمستشفيات، كما يتعين على المؤسسات تحقيق ما يقرب من 1.5 مليار يورو من المدخرات في عام 2017. وهناك موضوع آخر مثير للقلق بالنسبة لنصف المجهين تقريباً (44٪)، الزيادة في حصة الموظفين غير الطبيين (ممرض، مسؤول إداري، وما إلى ذلك) في حالة من انعدام الأمن الاجتماعي وكذلك حالة الموظفين المعرضين لحالات انعدام الأمن. حول هذه المسألة، أعلن الوزير الاثنين خطة من 75 مليون دولار على مدى ثلاث سنوات. ما يقرب من 40٪ يعتقدون أن ظروف ممارسة المسعفين تتدهور. إذا قال 80٪ من العاملين في الموارد البشرية الذين تمت مقابلتهم إن لديهم تصوراً إيجابياً عن المناخ الاجتماعي في المنظمة الاستشفائية، فإن أكثر من نصفهم يتوقعون حدوث تدهور في الفترات القادمة.¹

المطلب الثالث: إشكالية التحكم في النفقات الصحية

التحكم في النفقات الاستشفائية يعتبر من أهم التحديات الاقتصادية التي تواجهها المنظمات الاستشفائية والتي وجب عليها ضمان التسيير العقلاني والرشيد لها وفي هذا المطلب سنحاول التعريف بطبيعة هذه النفقات وكذا مصادر الحصول عليها وكيفيات وأنماط إنفاقها.

الفرع الأول: تعريف النفقات الصحية:

تندرج النفقات الصحية ضمن النفقات العامة والتي تعرف على "أنها النفقات التي تخرج من خزينة الدولة سداداً لحاجة عمومية".²

الفرع الثاني: أنواع النفقات الصحية وطرق تمويلها:

¹ Article intitulé « Santé: la maîtrise des coûts, préoccupation principale des hôpitaux », publié le : 05/10/2016, disponible sur site : <http://www.francesoir.fr/societe-sante/sante-la-maitrise-des-couts-preoccupation-principale-des-hopitaux>

² عبد المنعم فوزي، المالية العامة والسياسة المالية، لبنان، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، 1971، ص. 41.

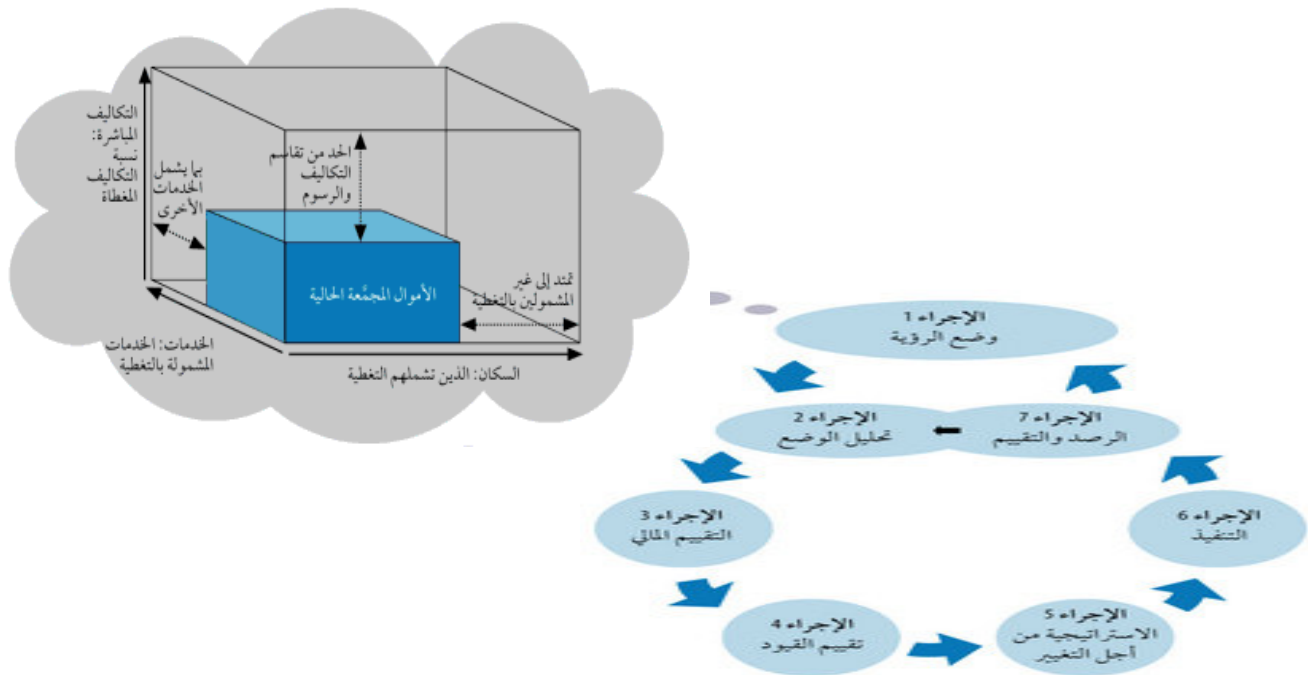
أولاً: أنواع النفقات الصحية: تستخدم منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE) والمنظمة الدولية للصحة (OMS) منذ سنة 2006 مفهوم مشترك لمقارنة النفقات في مجال الصحة لأعضائها النفقات الصحية الكلية (dépenses total de la santé).

حسب تقرير التنمية البشرية: "النفقات الصحية العامة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي الإنفاق الجاري والرأسمالي من ميزانيات الحكومة (المركزية والمحلية)، الاقتراض والمنح من الخارج (بما في ذلك تبرعات من وكالات دولية ومنظمات غير حكومية)، وأموال التأمين الصحي الاجتماعي (أو الإلزامي).

أما النفقات الصحية الخاصة، كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي فتمثل إنفاق الأسرة المباشر (من مالها الخاص) والتأمين الخاص وإنفاق مؤسسات غير ربحية تخدم الأسر ومدفوعات خدماتية مباشرة من شركات خاصة. تشكل مع النفقات الصحية العامة إجمالي النفقات الصحية.¹

ثانياً: طرق تمويل النفقات الصحية: يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة الأموال العامة والخاصة والخيرية وفي كل الأحوال فإن الحكومات تتدخل كثيراً في تقديم الخدمات الصحية أكثر من مجرد الترخيص لمقدمي الخدمة إلى تقديم الخدمات ذاتها. وتمر عملية اتخاذ قرارات التمويل الصحي عبر المراحل التالية:

شكل رقم (2-3): عملية اتخاذ قرارات التمويل الصحي



المصدر: منظمة الصحة العالمية، الأءءار الخاص بالصحة في العالم "تمويل النظم الصحية - السبيل إلى الأءءارة الشاملة-، 2010.

¹ بن حاج منير، بلعاطل عياش، أءر الأءءار في الإنفاق العام على الأءءارة الاجتماعية على الفقر البشري في الجزائر 2001-

2010، مءاءلة مقءمة ضمن فعالياء المؤءر الدولي "تقييم آءار الاسءءارات العامة وانعكاساءها على الأءءار والنمو الأءءادي خلال الأءءارة 2001-2014، جامعة سءيف-1، 2013، ص. 8.

يتضح من الشكل أعلاه أنه ضمانا لاتخاذ القرارات السليمة المتعلقة بالتمويل وجب بداية وجود رؤية واضحة لترشيد هذه القرارات مع ضرورة الرصد والتقييم في نهاية العملية للوقوف الدقيق على فعالية العملية وتصحيح الانحرافات. أنماط تمويل الخدمات الصحية:

يعرف زكي خليل المساعد، الخدمات الاستشفائية على أنها "أوجه النشاط غير الممولة التي تقدم للمنتفع، والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته¹. وهناك تصنيف بسيط للخدمات الصحية يشتمل على:

أ- الصحة العامة (البيئية): وتقدمها الحكومة وهيئاتها.

ب- خدمات الإسعاف
ج- خدمات المنظمات الاستشفائية

ويقدمها القطاع الخاص الذي قد يكون هدفه ربحي أو خيري هناك ثلاثة أنواع رئيسية للتمويل الصحي:

1- التمويل الضريبي للخدمات الصحية (المملكة المتحدة)؛

2- تمويل الخدمات الصحية من خلال التأمين الخاص (النموذج الأمريكي)؛

3- تمويل الخدمات الصحية من خلال التأمين الاجتماعي (النموذج الألماني والكندي والهولندي والفرنسي).

مما سبق يمكن تمويل الخدمات الصحية من خلال نظامين، فيمكن التمييز بين الخدمات الصحية المجانية (تمويل غير مباشر)، والخدمات الصحية المدفوع ثمنها بالكامل (تمويل مباشر)، وإن كان هذا لا يمنع أن يظهر بينهما أنماط عديدة لتمويل الخدمات الصحية جزئيا أو بالكامل. ويمكن تصنيف مختلف نظم التمويل كما يلي²:

■ التمويل غير المباشر: ويتمثل في السلطات الحكومية، المركزية أو المحلية؛ التأمين الإلزامي، علما بأن أي إعانة حكومية تحسب تحت البند السابق؛ التأمين الاختياري؛ التأمين المهني؛ تبرعات المؤسسات الخيرية التي تجمع في البلاد و المعونات الخارجية.

1- التمويل المباشر: يدفع المستفيدون ثمن الخدمات المقدمة إليهم.

الفرع الثالث: استخدامات النفقات الصحية: الرعاية الصحية ذات تكلفة فمن المهم تخصيص الموارد الضرورية لمواجهة هذه التكاليف، ويمكن تلخيص النفقات الجارية للمؤسسات الاستشفائية فيما يلي³:

■ نفقات الرعاية الطبية للمرضى؛

■ نفقات خاصة بالنظام الصحي: وتمثل في مجمل النفقات العامة والخاصة بالتكوين الطبي وشبه الطبي، الصيدلاني والبحث العلمي الصيدلاني.

■ نفقات الوقاية: وتمثل في مجمل نفقات الوقاية الطبية، الطب الوقائي والحماية الجماعية والرقابة الطبية.

¹ زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2003، ص. 338.

² طلعت الدرماش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة المدينة، الزقازيق، مصر، 2000، ص 36-37.

³ Albert MACHOZI SESETE, **Estimation des dépenses de soins de santé dans les différents transferts de fonds (ville de Kinshasa)**, disponible sur le site : http://www.memoireonline.com/06/09/2164/m_Estimation-des-depenses-de-soins-de-sante-dans-les-differents-transferts-de-fon1.html

■ نفقات التسيير العام للقطاع الصحي: وتتمثل في مجمل مصاريف التشغيل والتجهيز.

الفرع الرابع: أنواع المؤشرات في المجال الصحي:

لا يمكن الاعتماد على مؤشر وحيد لتقييم وقياس الواقع الصحي للمجتمع. لذلك توجد أربعة مؤشرات رئيسية يمكن الاعتماد عليها في عملية التقييم:¹

- المؤشرات السوسيو-ديمغرافية: تعكس تركيبة المجتمعات المستوى المعيشي لها، كمثال عليها: تقسيم المجتمع إلى مناطق حضرية وريفية، الوصول إلى المياه الصالحة للشرب... إلخ.
 - مؤشرات الموارد: تقيس مخصصات الميزانية الإدارية، التشريعية والقانونية التي تخدم وتؤطر القطاع الصحي مثلا: النسبة المئوية من النفقات العامة المخصصة للقطاع الصحي، التغطية الطبية.
 - مؤشرات النتائج: تقيس النتائج المحققة في المجال الصحي بالنسبة للمستفيدين (السكان) مثلا معدلات الاستشفاء، المرافقة في الولادات... إلخ.
 - مؤشرات الأثر: تقيس آثار تطور النتائج في القطاع الصحي على السكان مثلا: عدد وفيات الأطفال، وفاة الأمهات الحوامل أثناء الولادة... إلخ.
- الفرع الخامس: محددات الإنفاق الصحي: تتعد محددات الإنفاق الصحي ويمكن اختصار أهم هذه المحددات في العناصر المدرجة في الجدول التالي:

جدول رقم (3-1): محددات الإنفاق الصحي

محددات الإنفاق الصحي							
نسبة ميزانية	نسبة الإنفاق	نسبة الإنفاق	نسبة الإنفاق	نسبة الإنفاق	نسب الفرد	نسب الفرد	نسب الفرد
وزارة الصحة	الحكومي على	الذاتي من	العام على	على الصحة	إجمالي	إجمالي	إجمالي
من ميزانية	من	إجمالي الإنفاق	من	إجمالي	على	على	الناتج المحلي
الحكومة	إجمالي الإنفاق	على الصحة	إجمالي الإنفاق	الناتج المحلي	الحكومي على	الصحة	الصحة
السنة	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	متوسط سعر	بسعر صرف
						الدولار	الدولار
						الأمريكي	الأمريكي

المصدر: مديحة محمود خطاب، تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر والدول العربية، القاهرة، ديسمبر 2009، ص. 18.

ويمكن تلخيص هذه المقاييس عموما في العناصر التالية:

■ نسبة إجمالي الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي

¹ Ministère de la santé, République de Mali, Cellule de planification et de statistique, **guide des indicateurs santé**, disponible sur le site :

http://www.malikunnafoni.com/bibliostat/docs/150407194_cps-ms_sd.pdf

⁶data.worldbank.org/countru/algeria. Date 2018.

⁷ مديحة محمود خطاب، تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر والدول العربية، القاهرة، ديسمبر 2009، ص. 18.

- متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي؛
- إجمالي الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق العام في الموازنة العامة للدولة؛
- إجمالي الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق الاجتماعي في الموازنة العامة للدولة.

المبحث الثالث: العوائق المرتبطة بالجوانب الاجتماعية

تتعدد العوائق الاجتماعية وتتنوع تصنيفاتها انطلاقاً من سوء التغذية والمشكلات السلوكية إلى المخدرات والأمراض النفسية، الأكد أن هذه العوائق الاجتماعية تتعدى الجانب الاجتماعي إلى الجوانب الاقتصادية والتحكم فيها أصبح ضرورة حتمية لبناء منظومة صحية مستدامة تلعب المنظمات الاستشفائية دوراً مهماً فيها.

المطلب الأول: عوائق مرتبطة بسلوكيات الأفراد

تحاول المبادئ العامة في الصحة تقليل نتائج وتفاقم حالة المرض والقضاء عليه ولكن يتطلب ذلك التعرف على اللياقة الطبية للإنسان حتى يحافظ عليها والتنسيق بين أجزاء الجسم ووظائفها سواء الجسدية أو الباطنية أو العصبية أو الاجتماعية، ويتطلب المحافظة على لياقة الصحة فسيولوجياً ونفسياً وعصبياً واجتماعياً قيام الإنسان بتمارين رياضية لتشغيل وتدريب الأعضاء على وظائفها ويرتبط عنصر التعب بمقدرة الفرد على التمرينات الرياضية والصحية المختلفة، بالإضافة إلى ارتباط هذا المستوى الصحي بالنوم والراحة والاستحمام.

1. **سوء التغذية:** وللتغذية أثر فعال على المستوى الصحي العام، وكذلك المشكلة الصحية، ومن ثم يجب تعرف الإنسان على التغذية الغير مفيدة، وعلى مبادئ علم التغذية حتى يمكن قياس عدد وحدات الطاقة المطلوبة لإنجاز نشاط ما، ومن أمثلة ذلك العلاقة بين الطول والوزن للفرد سواء رجلاً أو امرأة والتي يجب مراعاتها في برامج التغذية مع مراعاة البروتينات والسمنة والفيتامينات والمعادن ونسب نظام التغذية والمحافظة على الوزن.

2. **المشكلات السلوكية:** وهناك مشكلات صحية ناتجة عن السمع وتكوين الأذن ووظائفها ومشكلات المحافظة عليها فكل ذلك يضمن عدم الدخول في مراحل العلاج للأذن والعين والجلد والأسنان عن طريق الاهتمام بالوقاية الصحية وتجنب العمليات الجراحية، هذا من الناحية الجسدية، أما من الناحية العاطفية والنفسية فيوجد هناك عديد من الأمراض يجب التغلب عليها، كالتأكد من أن السلوك الإنساني يرتبط بدافع معروف يجعل من السلوك طبيعياً، ومعروف أن غياب الدوافع يؤدي إلى القلق والتأخير في الأداء والخلافات المستمرة.

3. **الخمور والتدخين:** تؤدي الخمور والتدخين لأمراض عديدة للإنسان، وتختلف اتجاهات الشرب لدى الأفراد باختلاف الجنسية والمهنة والسن والديانة، فمثلاً تؤدي عادات الشرب للخمور إلى العصبية والغيوبة والحرمات من الإنفاق الرشيد والحوادث، ويؤدي التدخين إلى أمراض السل في اللسان والقلب وأمراض الكلى، ويمكن مراجعة الجدول التالي والذي يشير إلى نسب الوفيات من التدخين إلى إجمالي الغير المدخنين وفقاً لنتائج أحد الأبحاث التي نشرت عام 2000.

جدول رقم(3-2): نسب الوفيات وفقا للمسببات المرضية

المرض	النسبة
سرطان الرئتين	8.10
أمراض القصبة الهوائية	1.6
سرطان الخنجر	4.5
سرطان الفم	1.4
سرطان البلعوم	4.3
قرحات المعدة والأمعاء	8.2
سرطانات الدورة الدموية	6.2
تليف الكبد	2.2
سرطان المثانة	9.1
أمراض الشرايين	7.1
أمراض القلب الأخرى	7.1
أمراض القلب المزمنة	5.1
تصلب الشرايين	5.1
سرطان الكبد	5.1

المصدر: فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية "مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن-تكامل العلاج والدواء-، الدار الجامعية، مصر، الإسكندرية، 2015.ص.379

4. سوء استعمال الأدوية: ومن المشاكل الصحية الجديرة بالذكر أيضا الاستعمال السيئ للعقاقير والأدوية والكيمائويات لتغير الحالة الطبيعية والعاطفية للفرد، وتتمّ المجتمعات اليوم بالمشكلات التي تطرأ على الإنسان بسبب توفير الأدوية والعقاقير والكيمائويات في صيدلية المنزل أو بالمجتمع بصورة عامة باختلاف تأثيرها سواء أكانت البرودة العادية أو صداع الرأس أو القضاء على الغضب أو الانقباض النفسي، فلكل هذه الأدوية تأثيرات سلبية أخرى بجانب تأثيرها على الأم ذاتها، مثال ذلك التأثير السلبي لحبوب منع الحمل لدى السيدات أو استخدام الأدوية بدون وصفات كالأسبرين في الأشهر الأولى من الحمل أو حبوب البرد لمن لديهم ضغط دم أو أخذ حبوب النوم مع المشروبات الخمرية.

ويستخدم البعض الكيمائويات للتغلب على حالات عدم السرور والحزن ومن ثمّ يحول من حالته الإدراكية بأخذ تلك الكيمائويات بدون أمر الطبيب، وهذا هو الاستغلال السيئ للأدوية أو الاستغلال الغير أخلاقي، كما يطلق عايه البعض، ويعتبر هذا ليس تصرفا فرديا ولكن هو تصرف يرتبط بالمجتمع ومن ثم يعاقب عليه القانون بسبب تأثير ذلك على الفرد والأسرة والمجتمع لمن يعولهم الفرد الذي يستخدم الأدوية سيئا.

5. المخدرات: ومن أمثلة ذلك استخدام الحشيش والمرونة والأفيون والبانجو، ولقد وصلت تلك النسبة التي تدمن ذلك إلى حوالي 12 مليون نسمة أمريكا أي حوالي 6 من السكان خلال الأعوام القليلة السابقة، والخطورة هنا أن

بعض هؤلاء يصبح غير قادر على الأداء والحياة دون أخذ هذا الدواء ويصبح معتمدا عليه من الناحيتين الفيزيولوجية والسيكولوجية وبالتالي يصبح مزمنًا وتعرف منظمة الصحة العالمية تلك الحالة الآتي.

وتحاول المنظمات الصحية والقانونية والسياسية تقسيم الاستغلال المزمّن للأدوية والأفراد أصحاب تلك الأمراض أما وفقا لدرجة الأزمات أو نوع الكيماويات والعقاقير المستخدمة أو غيرها مثال النيكوتين والحشيش والمرونة والهلوسنوجين وغيرها مثال مخدر مسبب للهلوسة النفسية (LSD) .

6. **مشكلات الصحة النفسية:** تتعدد المشكلات النفسية التي يعاني منها كل المرضى والتي يمكن تلخيصها في الجدول التالي:

جدول رقم (3-3): الآثار المرضية للمشكلات النفسية

الأعراض	مشكلات الصحة النفسية
<ul style="list-style-type: none"> ■ حالات (Lsd) العارضة والمزمنة لدى الكبار والصغار ومن أعراضها الكلام الغير المنظم وعدم القدرة على المشي المنتظم وعدم التنسيق في الأداء؛ ■ حالات انفصام الشخصية وعدم التجانس والهلوسة حالات قتل أو إيذاء النفس. 	الاضطرابات النفسية
<ul style="list-style-type: none"> ■ سوء استغلال الوقت وسوء الرؤية؛ الاكتئاب والقلق والتصرفات مع ردّ الفعل الغير رشيد؛ السلوك الإنعزالي رفض السلوك الجماعي 	الاضطرابات غير النفسية
<ul style="list-style-type: none"> ■ انفصام الشخصية والغيوبية؛ حالات الإصابات العقلية. 	الانفعالات العصبية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على كتاب: فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية "مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن-تكامّل العلاج والدواء-، الدار الجامعية، مصر، الإسكندرية، 2015، ص.377.

ويتضح بعد ذلك أن النتائج الشخصية والاجتماعية لمشكلات الاعتماد على الدواء أو سوء استخدامه تحتاج إلى علاج ومعرفة جديدة عن كيفية القضاء على هذه الأمراض، ولكن نسبة الشفاء من هذه الأمراض قليلة جدا بالمقارنة إلى نسبة المنضمين إليها.

المطلب الثاني: التحديات الأخلاقية في الرعاية الصحية:

هي مشكلة كبيرة تدعم القصص الإخبارية الحديثة هذا الادعاء بعناوين عن الانتهاكات الأخلاقية لمقدمي الرعاية الصحية، في عام 2016، أفاد مركز البث البريطاني (BBC) أن الدكتور (Dr. Paolo Macchiarini)، متهم بتقديم أبحاث طبية مضللة أدت إلى وفاة سبعة مرضى. وفي الآونة الأخيرة، تم إدانة (Larry Nassar)، وهو طبيب علاج طبيعي للأولمبياد، وحُكم عليه بتهمة سوء السلوك الجنسي. هذه الحوادث تؤذي شخصية وثقة القادة الطبيين. بالإضافة إلى ذلك، فإنه يخلق تكاليف قانونية وارتفاع في التغطية التأمينية الخاطئة للوكالة.¹

إعطاء تداعيات خطيرة للغاية، يجب على قادة الرعاية الصحية ضمان سلوكهم وموظفيهم فوق الشبهات. يقترح برونينغ وباغيرست أن "الإصلاح يتطلب اتخاذ القرارات الأخلاقية من القادة" لأن هؤلاء القادة يؤثرون على

¹ Five top challenges affecting healthcare leaders in the future, disponible sur site: <https://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/five-top-challenges-affecting-healthcare-leaders-in-the-future.html> (consulté le: 25/02/2018).

"العلاقات المختلفة" و"يخلقون تغييرات ناجحة أساسية في الرعاية الصحية". "المبادئ الأخلاقية السليمة للقيادة التحويلية تحسن علاقات الرعاية الصحية وتخفف من التوتر والتوتر التي تنتجها التغيير" (برونينغ و Baghurst، يجب أن يفهم القادة نجاح المنظمة ؛ تعتمد اعتمادا كبيرا على سلوكهم الأخلاقي. بناء الثقة يكسب المال والتمويل ويقلل من تكاليف المسؤولية غير الضرورية للوكالة.

مما سبق تتضح أن للأخلاق أهمية بالغة باعتبارها من أفضل العلوم وأشرفها وأعلىها قدرا، والسلوكيات الأخلاقية وآدابها هي التي تميز سلوك الإنسان عن سلوك البهائم في تحقيق حاجاته الطبيعية، أو في علاقاته مع غيره من الكائنات الأخرى، فالآداب الأخلاقية في كل المعاملات زينة الإنسان وحليته الجميلة، وبقدر ما يتحلى بها الإنسان يضفي على نفسه جمالا وبهاء ، وقيمة إنسانية.

وتكمن أهمية الأخلاق من خلال الدور الذي تلعبه في التأثير على العديد من المجالات مما يجبر المنظمات والمؤسسات على الالتزام بها في توجيهها ومنها:¹

- تعزيز مصداقية المنظمة مع المرؤوسين.
- تزويد المنظمات بالربح والمنفعة في جميع المجالات.
- المساعدة في تحسين عملية صنع القرار
- إيجاد المصداقية بين المنظمات والمجتمع.
- المحافظة على المجتمع والبيئة بدرجة أكبر من القوانين والأنظمة.

الفرع الأول: مفهوم الخطأ الطبي أنواعه وأسبابه:

إن الأخطاء المهنية غير محصورة بالعادة في مهنة الطب أو المهن الصحية عموما وإنما تمتد لتشمل المهن كافة التي يتدخل فيها العنصر البشري بشكل مباشر أو غير مباشر، وبما أن الإنسان وصحته تمثل القيمة الأعلى، فإن الضرر الحاصل من الخطأ الطبي تكون له نتائج مادية ومعنوية لدى المريض وذويه، وكذلك الطبيب المعالج ومؤسسته الصحية، لذا فإن الأخطاء الطبية تأخذ اهتمام كبير جدا عن غيرها من الأخطاء المهنية الأخرى.

وفيما يلي سيتم تعريف الخطأ بشكل عام، ومن ثم تعريف الخطأ الطبي وتوضيح أنواعه وأسبابه:

أولا: تعريف الخطأ: لقد تعددت الخطأ، فقد عرفه الديناصوري بأنه: "الانحراف عن السلوك المؤلف للشخص العادي يصدر عن تمييز وإدراك".

ويعرفه هنري وليون مازي بأنه انحراف في السلوك لا يرتكبه الشخص الحريص إذا وجد في الظروف الخارجية نفسها للمتسبب في الضرر².

ثانيا: تعريف الخطأ الطبي: عرف مشروع قانون المسؤولية الطبية الأردني لسنة 2010، الخطأ الطبي على أنه " أي نشاط سواء بالفعل أو بالتارك لا يتفق مع القواعد المهنية وينتج عنه ضرر".

¹ أسامة خليل الزيناتي، دور أخلاقيات المهنة في تعزيز المسؤولية الاجتماعية في المستشفيات الحكومية الفلسطينية-مجمع الشفاء الطبي نموذجاً-، رسالة ماجستير في القيادة والإدارة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا بالمشاركة مع جامعة الأقصى، 2014، ص.13

² أنور يوسف حسين، ركن الخطأ في المسؤولية المدنية للطبيب-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، دار الفكر والقانون للنشر والتوزيع، المنصورة، مصر، 2014، ص.267.

وكذلك عرف القانون الاتحادي الإماراتي رقم 10 لسنة 2008 الخطأ الطبي على أنه " الخطأ الذي يرجع إلى الجهل بأمور فنية يفترض في كل من يمارس المهنة الإلمام بها أو كان هذا الخطأ راجعا إلى الإهمال أو عدم بذل العناية اللازمة".

ويرى قايد بأنه " كل مخالفة أو خروج من الطبيب في سلوكه على القواعد والأصول الطبية التي يقضي بها العلم، أو المعارف عليها نظريا وعلميا وقت تنفيذه للعمل الطبي أو إخلاله بواجبات الحيلة واليقظة التي يفرضها القانون متى ما ترتب على ما فعله نتائج جسيمة، في حين كان في قدرته وواجبا عليه أن يتخذ في تصرفه اليقظة والتبصر حتى لا يضرّ بالمريض".

وعرفه البعض الآخر بأنه: " تقصير في مسك الطبيب لا يقع من طبيب يقظ وجد في نفس الظروف الخارجية للطبيب المسؤول".

وعرف من قبل (European medicines agency) " بأنه فشل في عملية العلاج سواء عن طريق الإهمال أو قصد يؤدي إلى ضرر أو احتمال حدوث ضرر للمريض".

وترى الحسن بأن الخطأ الطبي: "الإخلال بالالتزامات الخاصة التي تفرضها مهنة الطب دون قصد الإضرار بالغير، ويكون هذا الإخلال بترك ما يجب فعله أو فعل ما يجب الإمساك عنه".

ويرى شلش أن " الخطأ الطبي يقوم على توافر مجموعة من العناصر" تتمثل:

1. عدم مراعاة الأصول والقواعد العلمية المتعارف عليها في علم الطب؛

2. الإخلال بواجبات الحيلة والحذر؛

3. إغفال بذل العناية التي كان باستطاعة الطبيب فعلها؛

4. توافر رابطة أو علاقة نفسية بين إرادة الطبيب والنتيجة الخاطئة.

وبناء على التعريفات السابقة يمكن الخروج بتعريف شامل للخطأ الطبي: " أنه كل مخالفة للعاملين بالمجال الصحي للقواعد والأصول الطبية المتعارف عليها نظريا وعمليا وقت تنفيذ العلاج الطبي، بشرط وجود علاقة سببية مباشرة بين الخطأ الطبي المرتكب والضرر الحاصل للمريض".

الفرع الثاني: أنواع الأخطاء الطبية: هناك نوعان للخطأ في المجال الطبي هما:

أولا: الخطأ العادي (غير المهني): وهو الخطأ الذي ليس له علاقة بالأصول الفنية والمهنية، أي الخطأ الذي لا يعد من جنس العمل الطبي،¹ والناجم عن سلوك مجرد يسببه الإخلال بالقواعد العامة للالتزام التي يتوجب على كافة الناس التقيد بها، فهذا النوع من الخطأ ناجم عن سلوك يمارسه الطبيب كأى إنسان، وليس عن ممارسات مهنية قام بها الطبيب تجاه المريض، أي أن الخطأ لم ينتج عن ممارسات فنية مهنية، بل عن سلوك معين أتاه الطبيب، فهو لا يخضع للخلافات المهنية ولا يتصل بالأصول العلاجية المعترف بها بل سببه ممارسات ذاتية شخصية يمكن أن يرتكبها أي شخص.

¹ صالح بن محمد بن مشعل العتيبي، الأخطاء الطبية وتقدير التعويض عنها في النظام السعودي، الطبعة الأولى، مكتبة القانون والاقتصاد، الرياض، 2019، ص. 103.

ثانيا: الخطأ الطبي (المهني): يعرف الخطأ الطبي على أنه "كل مخالفة أو خروج سلوك الطبيب على القواعد والأصول الطبية التي يقضي بها العلم، أو المتعارف عليها من الناحية العلمية والنظرية وقت تنفيذ العمل الطبي أو إخلاله بواجبات الحيطة والحذر واليقظة التي يفرضها القانون متى ترتب عن فعله نتائج وخيمة وجسيمة¹.

- سوء التشخيص الطبي؛
- الانفراد بالتشخيص؛
- مدة العملية الجراحية؛
- الإهمال وعدم الملاحظة؛
- الجهل الفني.

الفرع الثالث: أسباب الأخطاء الطبية: يمكن تلخيص أهم الأسباب المتعلقة بالأخطاء الطبية في النقاط التالية:³

- نقص الخبرات المطلوبة للممارسة؛
- ضعف الاتصال بين أفراد تقديم الخدمة الطبية أو الخلافات الشخصية الداخلية بين أفراد الفريق الطبي؛
- الإرهاق العام وإرهاق زيادة تحمل العمل وإرهاق الذهن بسبب المشاكل العامة والخاصة؛
- صعوبة تحديد بعض الأنواع غير المألوفة والغريبة من الأمراض؛
- الثقة الزائدة مثل التشخيص من النظرة الأولى وعدم اتباع الأساليب المنهجية المتعارف عليها في التشخيص والعلاج، بل قد يصل الأمر إلى إهمال بعض نتائج الفحوص بدون إعادة التأكد منها بسبب جمود الذهن على تشخيص محدد بدون وضع احتمالات أخرى للتشخيص؛
- مشاكل داخلية لفرق تقديم الخدمة الطبية مثل انعدام التفاهم بين الفريق المقدم للخدمة أو غياب الدعم المتبادل أو نظام العمل شديد الصرامة، مما يمنع الأفراد الأقل مرتبة من التصرف السريع في حالات الطوارئ غير المتوقعة، أو ضعف النظام الإداري لدرجة التسبب أو جمود الأفكار وعدم قبول النقاش والحوار العلمي البناء أو عدم وجود تفاهم متبادل بين أفراد الفريق وما هو مطلوب بصفة أساسية.

ويلخص البعض الأسباب الكامنة وراء وقوع الأخطاء الطبية، كما سبق ذكره في الآتي:

- عدم وجود البنية التحتية لإدارة الأخطاء الطبية كجزء أساسي من النظام الصحي؛
- عدم وجود المتابعة العملية المنتظمة من قبل القيادات الصحية للحد من الأخطاء الطبية؛
- غياب وجود نظام دقيق للإبلاغ عن الأخطاء الطبية ومتابعتها؛
- عدم ربط مفهوم الأخطاء الطبية كجزء من برنامجي الجودة الشاملة والجودة الوقائية؛
- عدم وجود حملات تثقيفية للمريض ومقدم الخدمة حول وسائل تفادي حصول الأخطاء الطبية وحول الحقوق والواجبات لكل طرف في حال وجود الأخطاء الطبية.

¹ ضحاك نجية، ظاهرة الأخطاء الطبية في المستشفيات وكيفية الحد والوقاية منها بالجزائر، حوليات جامعة الجزائر-1، العدد 33، الجزء الأول، مارس 2019، ص.620.

³ سائد عبد القادر أبو عطا، إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية لقطاع غزة، رسالة ماجستير، كلية التجارة قسم إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين، 2015، ص.26.

- عدم تبنى القيادات الصحية مبدأ الشفافية للإبلاغ عن الأخطاء الطبية بشكل دوري والتحقق منها.
- الفرع الرابع: العوامل التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في برامج الرصد للأخطاء الطبية:
- عادة تكون معدلات الخطأ أعلى خلال استلام وتسليم العمل؛
- قلة الخبرة والتدريب غير الكافي للموظفين؛
- الخدمات الطبية المقدمة لمرضى معينين مثل كبار السن والأطفال؛
- العوامل البيئية مثل قلة الإضاءة والضوضاء؛
- زيادة حجم العمل على الموظف مما يؤدي إلى الإرهاق؛
- ضعف التواصل بين طاقم الرعاية الصحية؛
- عدم وجود سياسات أو إجراءات فعالة لتقليل الأخطاء الطبية؛
- الأداء الضعيف للجان المراقبة.

المطلب الثالث: السرقات في المنظمات الاستشفائية:

تعرف السرقة على أنها استلاب الحيازة بدون علم أو رغم علم أو رغم مشيئة المالك أو الحائز السابق وهو اختلاس حقيقي¹. يعد موضوع السرقات التي يقوم بها العاملين من المنظمات التي توظفهم من الممارسات السلبية، التي لم تعد خافية أو يمكن إنكارها. وعلى الرغم من خصوصية المستشفيات كمنظمات خدمية تعمل على مدار الساعة، وتتعامل مع حياة الناس فأنها لم تكن معصومة من تلك الممارسات².

الفرع الأول: سرقات العاملين في المنظمات الاستشفائية وأسبابها

تشير الإحصائيات إلى أن الظاهرة تتعدى ممتلكات المنظمة الاستشفائية إلى ممتلكات المرضى والزوار، فمثلا تشير دراسة بلجيكية أن معدل السرقات المسجل يوميا هو 6 سرقات وهو عدد معتبر³ فكيف يكون الحل في دول نامية آليات الرقابة فيها ضعيفة أو منعدمة.

الفرع الثاني: أسباب السرقات في المنظمات الاستشفائية

إن إحدى المشاكل هي السرقات وخاصة الصغيرة منها وسيظهر ذلك في العديد من الصيدليات ويجب اتخاذ جميع الإجراءات لمنعها والذي يمكن أن يكون على مقياس ضخم أو مقياس صغير، صحيفة الصحافة الجزء اليومي 20 أيلول 1988 إن السرقات الصغيرة بحجم كبير للعقاقير الجوهرية في مستودعات المستشفيات هي سبب النقص المستمر في الأدوية في مستشفى البلدية "ديو الباي موهانلال مهتافي" ببومبي. ويعين أن تكون خطة المنظمة

¹ سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص. 109.

² سعد العنزي و دشوار جلال الأتروشي، السرقات في المستشفيات والعوامل المؤثرة فيها-دراسة حالة دائرة صحة بغداد "الرصافة"،

مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، العدد 15، سبتمبر 2009، جامعة بغداد، ص. 1.

³ Article intitulé « 6 vols par jour dans les hôpitaux belges en 2017 » publié le 18/12/2018 disponible sur site: <https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/2-263-vols-dans-les-hopitaux-les-derniers-chiffres.html>

الاستشفائية وصيدليتها وموقعها بحيث تكون السرقات الصغيرة ووصول الأشخاص غير المصرح لهم قد تم الحد منه¹. ويؤكد المعينون بالمستشفيات أن أسباب السرقات عديدة، صغيرة كانت أم كثيرة، إذ اتفقوا تقريبا على ما يأتي:²

أولا: ضعف الايمان والضمير غير الواعي: يعتبر الإيمان بالله وكتبه ورسله وباليوم الآخر أبرز القيم والمبادئ الاسلامية العليا، ولا يستكمل هذا الايمان الا بالفر ائض والشرائع والحدود والسنن فيقول سبحانه وتعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَيَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَالْبَغْيِ يَعِظُكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ﴾ (الآية 89 من سورة النحل)، وقوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَأْكُلُوا أَمْوَالِكُمْ بَيْنَكُمْ بِالْبَاطِلِ إِلَّا أَنْ تَكُونَ تِجَارَةً عَنْ تَرَاضٍ مِنْكُمْ وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ (الآية 29 من سورة النساء). فيلاحظ أن هذه الآيات وغيرها التي هي كثيرة تسعى إلى تهيئة النفس البشرية نحو أداء الوظيفة الروحية والاجتماعية الصحيحتين، وبناء الضمير الذاتي الحي. وعليه، إذا ضعف الإيمان بالله وشعر الفرد بأن الله غير موجود ولا يراقبه، فقد يخون ويستغل وظيفته للحصول على فوائد ومنافع شخصية من دون أن يكون له حق فيها.

ثانيا: الظروف المادية الصعبة: تؤدي الرواتب والأجور المنخفضة إلى مضاعفات اجتماعية تدفع العاملين بالخروج على قواعد الالتزام بأداب الوظيفة كقبول الرشوة وممارسة السرقة والاستغلال غير المشروع، فضلا عن آثار ذلك السيئة على المستشفيات والمجتمع الذي تحممه.

ثالثا: سوء اختيار العاملين: ينبغي أن ينصرف ذهن الإدارة إلى اكتشاف الجوانب السلبية التي يحتمل أن تؤدي إلى فشل الأفراد وظيفيا، إلى جانب تحديد الجوانب المشرقة التي يمكن استثمارها مستقبلا لصالح المشفى. فالموظف غير الكفاء يشكل عبء على المنظمة الاستشفائية، ويصعب التخلص منه وسوء الاختيار للتعين يولد حدوث ضررا ليس على المنظمة الاستشفائية فحسب، بل يهدد مصالح العاملين الآخرين والزبائن الذين يتعاملون معه.

رابعا: الثقة في غير محلها: تعد الثقة الأساس، بحيث يجب أن تركز على قدرات حقيقية يمتلكها الفرد الموثوق به، وإلا تصبح رغباته ضريا من ضروب الخيال. كما أنه لضمان إيجابية عملية التفاعل الاجتماعي، فالفرد ينبغي أن يدرك ما يجب فعله لاكتساب ثقة الجماعة، ومن ثم يمكنه الاحتفاظ بمركزه ومكانته فيها، فضلا عن المحافظة على سمعة المنظمة الاستشفائية ووجودها في المجتمع.

خامسا: العقوبة الضعيفة: عندما يكون السلوك السلبي للفرد (سرقة مثلا) فعلا كبيرا، والعقوبة كرادع سلبي تستخدمه الإدارة تكون ضعيفة وغير مؤثرة، فإن الفعل قد يتكرر من قبله أو قد يقتدي الآخرون به طالما الأمر لا يعدو عن عقوبة بسيطة. ولكي تكون العقوبة فاعلة، يجب أن تكون المردودات السلبية لها تفوق ما يمكن أن يحصل عليه الفرد المخالف من منافع شخصية، بحيث تردعه وتمنع الآخرين من تقليد الفعل السيء.

سادسا: كثرة المفسدين والمخربين: قد تكون الإدارة بسبب ضعفها ورداءتها سببا جوهريا لزيادة دافعية العاملين بالخروج على القواعد القمية ولوائح العمل، فتقل بالتالي مناعة المنظمات إزاء ظاهرة الفساد، وذلك بكثرة المفسدين

¹ مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص. 300.

⁵ سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص. 115-117.

والمخربين (السراق)، ويصبح هذا الفساد من النوع المنظم (systematic corruption)، وهذا يعني أن السلوك المنحرف يصبح متمركزا إلى درجة لا أحد يدان إداريا، وقد يدعو ذلك مشاركة الأكثرية بالأخطاء وبرز حالة استسراء السرقة والخراب التنظيمي، وقد يؤدي الأمر إلى انحلال المنظمة الاستشفائية وموتها حتى.

ضعف أنظمة السيطرة على الموجودات: في حالة سوء أنظمة التخطيط والرقابة على التخزين، يتشجع ضعاف النفوس على اقتراف السرقة، وقد لا تدرك الإدارة هذه السرقة، إلا بعد فوات الأوان، وكما يقول البعض أن تباع المنظمات بمزاد المنظمات الفاشلة، وبما يخلق هذا التطور تلك النهاية الحقيقية لها على يد موظفيها التي لم تستطع تربيتهم بسبب اختيارهم وتدريبهم وتطويرهما غير الدقيق.

المبحث الرابع: العوائق الإيكولوجية وإدارة المخاطر والسلامة المهنية

تواجه المنظمات الاستشفائية العديد من التحديات الإيكولوجية والمخاطر والأزمات الطبية التي تتهددها وتضعها أمام تحديات كبرى لاستقبال ضحايا هذه الأزمات كالأوبئة والعدوى وكذا توفير الأدوات الضرورية للسلامة المهنية للعمال وكذا المرضى.

المطلب الأول: العوائق البيئية والإيكولوجية

بيئة منظمات الأعمال عموما تتميز بعد الاستقرار وكذلك هو الحال بالنسبة لبيئة المستشفيات حيث تؤثر وتتأثر بها وبقاء المنظمة الاستشفائية واستمراريتها منوط بقدرتها على التكيف مع متغيراتها. وسنحاول في هذا المطلب تلخيص أهمها وهي الحوادث والكوارث الطبيعية والآثار الإيكولوجية.

الفرع الأول: آثار الحوادث والكوارث الطبيعية

من أحد تحديات العصر الحديث اليوم هي المقدرة على المعيشة بدون حوادث ولكن هذا شيء يصعب التأكد من حدوثه، خذ مثلا أي إحصائية عن الحوادث في أي دولة في العالم، ولتكن سلسلة زمنية وقارن الاتجاه فوق أفق زمني معين، سوف تجد أن هذا الاتجاه في تزايد مضطرد، فمثلا في أمريكا يبلغ متوسط عدد الحوادث سنويا حوالي 150 ألف حالات وفاة، 11 مليون جروح و 400 ألف حالات عجز، وتختلف أسباب الحوادث باختلاف فئات السن، ويوضح الجدول التالي وذلك والذي أعده مركز الإدمان القومي الأمريكي.

جدول رقم(3-4): أسباب الحوادث باختلاف فئات السن

جميع الأعمار	05-14 سنة	45-64 سنة
حوادث سيارات؛ الغرق في البحار؛ الوقوع والانزلاق؛ الحريق والحروق وغيرها.	حوادث سيارات؛ الغرق عند السباحة؛ الحريق والحروق وغيرها.	حوادث سيارات؛ الوقوع والانزلاق؛ الحريق والحروق؛ الغرق.
أقل من سنة	15-24 سنة	65-74 سنة
بسبب أدوات ميكانيكية؛ بعض المأكولات؛ حوادث السيارات؛ الحريق والحروق	حوادث السيارات؛ الغرق؛ الحريق والحروق وغيرها.	حوادث السيارات؛ الوقوع؛ الحريق والحروق و الغرق.
1-4 سنوات	25-44 سنة	75 فأكثر
حوادث السيارات؛ الحريق والحروق؛ الغرق السموم.	حوادث سيارات؛ الغرق؛ الحريق؛ الحروق والوقوع.	الانزلاق؛ حوادث السيارات؛ الحريق والحروق؛ السموم و الغرق.

المصدر: فرءء راغب النءار، إءارة المسءءفاءء وشركاء الأءوفف "مءءل معاءفر الآوءة الءوففة وكروف الأءاء المءوازن- ءكامل العلاء والءواء-، الءار الآامفة، مصر، الإسكءرففة، 2015، ص. 379.

وءءء هءة الءواءء ورفرها فف كل بفةة بالفإءافة على الءواءء الءف ءبع من البفةة ءائفها بالنسبة للهواء والماء رفر النقفف؁ بءانب مشكلة الأمفة والفقر؁ مما ءعى الأمم المءءءة إلى عقف مؤءمر عن البفةة الإنسائفة بءأء فف السوفء فف فونفو 1972 كمبارة لءراسة هءة الءائفراء والبءء عن الءول.

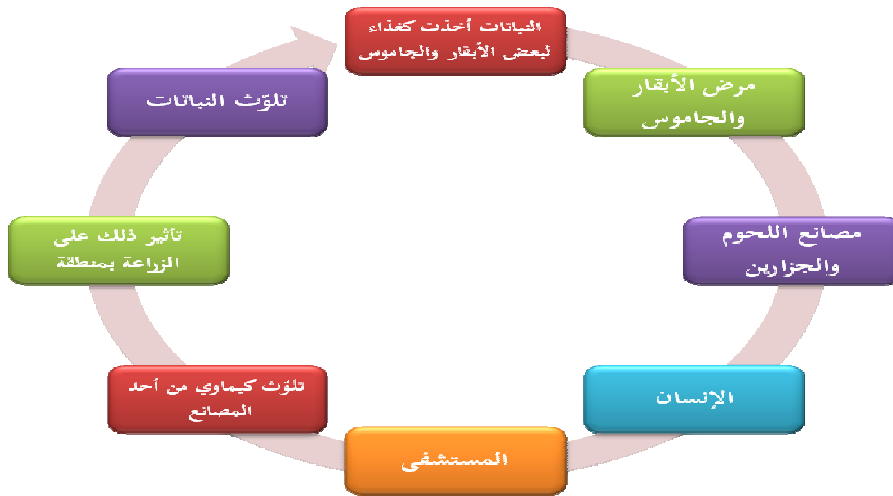
الفرع الءائف: الأءار الإفكولوففة

ومن أءء أسباب ءلك المشكلاء البفففة الفارق الواضء بفن ءءنولوففا والعولم البفولوففة وكءلك آءاهاء وقفم البفةة ءائفها؁ ومن ءم فءضء ضرورة معرفة أسباب ءلوء البفةة وءائفرها المشءرك أكثر من ءءرف فقط على وءوءها؁ وبمعنى آءر المشكلة لفسء ءمافة الإنسان من سموم ءعرضه للءلوء ولكن المشكلة هف ءءرف على مءاطر ءلك السموم وءائفرها على صءة الإنسان.

وبفءء علم البفةة فف ءراسة العلاءاء السببفة بفن الكائفاء الءفة والمناء المءفب بها والءف ءءلق سلسلة من الءفةة وءشمء:

1. الأشفاء الرفر الءفة؁ كالشمس والهواء والأوكسءفن والكرفون والءازاء؛
 2. النببائاء بءمفع أنواءها؛
 3. المسءهلكون من ءفواناء (مسءهلك أولف) أو الإنسان (مسءهلك ءانوفف أو أولف)؛
 4. ناءءء ءففاعلاء بفن ءالءاء عناصر السابفة وهو فشمء الءشرء الصءفرة والمفكروسكوففة مءال البكءرفا وهف ءءلق الءلقة أو سلسلة نظام البفةة.
- وبفبب أن فكون هءاك ءوازن بفن العناصر الأربعة المكونة لنظام البفةة وفف نظام البفةة ءائفه؁ فءضء ءلك من المءال الافتراضف الآف:

شكل رقم (3-3): الءائف المءءائل لأنواع ءلوء البفةة



المصدر: من إءءاء الطالب

وءرءاء ءرءاء ءلوء بفرءاء ءنافة السكان؁ ومن ءم فءائفرها بفها فبضا عءء كبفر من السكان وبفكد ءلك إءصاءاء الإءارة الأمفركة المركبفة للصءة؁ والءعلفم والرفاءفة؁ وءءء ءلوءء الآو فبضا بسبب مءلفاء الصناءة

وعادم السيارات وتصل تكلفة حماية الفرد من التلوث حوالي 600 دولار سنويا وفقا لإحصاءات عام 1969 بالولايات المتحدة الأمريكية تقدر الآن بحوالي 5000 دولار، ولكن تختلف كمية التلوث باختلاف بسبب التلوث مما يجعل من هذه التكاليف رقما يختلف باختلاف هذا السبب، ونستنتج ذلك من الجدول التالي:

جدول رقم (3-5): جدول تلخيصي لنسب التلوث استنادا لمصادرها

المصدر	موتوكسيد كربون	سلفور أوكسيدز	هيدروكربون	بنزين	معرفة مادة أخرى	غير معرفة مادة أخرى	المجموع
المواصلات	66	01	12	6	1	5	86
الصناعة	2	9	4	2	6	2	25
محطات الكهرباء والقوى	1	12	5	2	3	5	20
مراكز التدفئة	2	2	1	1	1	5	8
المخلفات المنزلية والصناعية	1	5	5	5	1	1	4
المجموع	72	25	18	12	12	4	142

المصدر: فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية "مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن-تكاميل العلاج والدواء"، الدار الجامعية، مصر، الإسكندرية، 2015. ص.381.

وتوجد قوانين مختلفة لحماية الفرد من التلوث تختلف من بلد لآخر، ففي العالم العربي قد نسمع عن التشريعات للصحة العامة وقوانين لظروف العمل المادية والأمن الصناعي ولكن لا توجد قوانين فعالة فيما يتعلق بالتلوث كما هو الحال في الدول الصناعية، ففي أمريكا مثلا توجد مجموعة من التشريعات المصحة العامة والرفاهية، حماية المزارع والحيوانات، حماية الرؤية للمواصلات الأرضية والجوية وصيانة البيئة وتثار هنا مسألة العدل الأنسب لجودة البيئة وتستخدم المعادلة الآتية للإجابة على هذا السؤال فيما يتعلق بتخطيط المدن والمناطق المتحضرة.

نسب التلوث المسموحة = كمية الهواء الممكن تلوثها × معدل الهواء النقي المطلوب بالبيئة

- وتعتبر مشكلات تلوث الجوّ والأكل والماء من مسؤوليات الحكومات، وإن كانت الحكومات العربية لم تفعل ذلك إلا مؤخرا، ولكن على الفرد أيضا مسؤوليات يجب أن يتحملها مع مسؤوليات المجتمع المدني والقطاع الخاص:
- حاول أن يكون لديك طفلين فقط، ويمكن إيواء آخرين إذا أردت تنظيم النسل؛
 - استعمل المواصلات العامة أو نظام المشاركة في سيارة بدلا من السيارات الخاصة؛
 - الوعي عند استعمال الكيماويات والأسمدة بالحدائق لضمان عدم تلويث الجوّ؛
 - استعمل أكياس البلاستيك أو غيرها عند إلقاء القمامات؛
 - التعاون مع أفراد البيئة لضمان استمرار النظافة وزراعة الورود والأشجار في الأحياء السكنية؛
 - كن على علم بوسائل توفير طرق الحصول على القوى الكهربائية والغازية والنفطية مثال بنزين السيارات وغاز البوتجاز والنور وغيرها؛

- أرسل بأفكارك للقيادة السياسية ووسائل الرأي العام فيما يتعلق بضمان معدلات مناسبة للهواء والمياه والأكل بدون تلوث؛
 - زيادة الثقافة الشخصية فيما يتعلق بالصحة العامة؛
 - أنظر لأهدافك الشخصية في ضوء هذه الأزمة الإنسانية العامة.
- ولكن يعمل مع الحكومة والأفراد لحل هذه المشكلات بعض الجمعيات المهتمة بالبيئة، وكذلك بعض المنظمات الدولية، ويختلف حجم ونوع وقدرة الجمعيات الخيرية الصحية من دولة لأخرى، ومن المعروف أنه ليس لتلك الجمعيات فعالية تذكر في الدول العربية والإسلامية، أما منظمة الصحة الدولية فتقدم خدمات فنية لحكومات دول العلم ومن تلك الخدمات:
- اقتراح نظام قواعد دولية للصحة العامة؛
 - اقتراح نظام لتقسيم الأمراض دولياً وإحصاءات كل قسم؛
 - تقديم اقتراحات حول كيفية استعمال الأدوية؛
 - دراسة الأمراض والمشكلات الناشئة عن الطاقة الذرية، وتقديم النصائح للدول الأعضاء عند الحاجة.
- ويتبع الأمم المتحدة أيضاً منظمة دولية أخرى تعمل في هذا المجال بالإضافة إلى منظمة الصحة الدولية، وهي منظمة صندوق الأطفال في العالم أو لتقديم خدمات عاجلة للأطفال وخاصة في الدول المتخلفة اقتصادياً وكلنا يتذكر دور تلك المنظمة الدولية في تلبية حاجات الأطفال في بيفرا وبنجلادش والكونجو والهند ومواقف أخرى عديدة في بقاع العالم.

المطلب الثاني: المخاطر في المنظمات الاستشفائية

المنظمة الاستشفائية عبارة عن هيكل معقد يولد مجموعة واسعة من المخاطر. البعض (الأكثر انتشاراً) مرتبط بشكل مباشر بخدمات الرعاية الصحية (يمكننا الاستشهاد بنقل الدم، والأدوية، والجراحية، ومخدر، ومخاطر العلاج الإشعاعي مؤخرًا..)، والبعض الآخر لا يتعلق بالمنظمة الاستشفائية (حريق، المخاطر المرتبطة بالمباني والمنشآت والمعدات، وما إلى ذلك)، دون إغفال المخاطر المرتبطة بالوظيفة الإدارية للمؤسسات الصحية. غالباً ما تتم إدارة هذه المخاطر ومنعها بطريقة متنوعة ومتسلسلة، دون تنسيق حقيقي ومركزة للمعلومات.¹

الفرع الأول: تعريف الخطر في المنظمات الصحية

في الآونة الأخيرة انتشرت العديد من الاستراتيجيات و التعليمات الخاصة بإدارة المخاطر داخل المنظمات الاستشفائية، و لعل النصيحة الأكبر لتجنب وقوع مشكلات داخل المستشفى هو انشاء وحدة خاصة بإدارة المخاطر والعمل على تطويرها و تنمية مهاراتها ، و بالتالي فان هذا الامر سيؤثر بالإيجاب على أداء المستشفى².

أولاً: تعرف الخطر في المنظمات الصحية: يمكن تعريف الخطر في المؤسسة الصحية بأنه " احتمالية الحصول وقوع حدث غير المرغوب والذي يتسبب في ضرر المريض (وحتى المعالج الجائر).

¹J. -F. Quaranta, N. Canivet et autres, **La coordination des vigilances sanitaires : pour une gestion plus globale des risques hospitaliers**, Elsevier Masson SAS, 2018. p. 285.

² مقال بعنوان "خطة إدارة المخاطر في المستشفى متاح على الموقع: <https://www.almrsal.com/post/778186>

فالخطر صفر غير موجود وبالتالي ينبغي عدم الوصول إلى مستوى خطر يعرف بأنه عتبة الخطر والتي ينظر إليها تحكيما او ذاتيا بأنها غير مقبولة.

كما تعرف الاخطار في المؤسسات الصحية بأنها " كل لأحداث المحتملة والتي تسبب في انقطاع العلاج وتراجع كبير ومهم أو أقل أهمية في وجود العلاج.

ثانيا: عوامل الخطر في الصحة:

يتم تعريف أولوية الصحة العامة من خلال جميع الإجراءات والقرارات (السياسات) التي تهدف إلى تحسين (الرعاية) أو حماية (الوقاية) صحة السكان. إنها مسألة معرفة العوامل التي ستؤثر على الحالة الصحية للسكان: معرفتها، تقديرها، تحسينها، القضاء عليها، بأي ثمن؟

هناك 3 أنواع من العوامل:¹

- بعضها مرتبط بالفرد (داخلي): العمر، الجنس، العرق، وراثي، المناعة؛

-العوامل الأخرى التي لا ترتبط بالفرد (خارجي): التلوث، مستوى الدخل، العوامل الثقافية والنفسية الاجتماعية (الإجهاد)... إلخ

-أخيرا، العوامل السلوكية: التدخين، ممارسة الرياضة، وضع الطعام.

يبدو أن أمراض القلب والأوعية الدموية تجعل هذه الأنواع الثلاثة من العوامل تتفاعل، أمراض القلب والأوعية الدموية هي القاتل رقم واحد في العالم. في فرنسا، فإن وزهم من حيث المرضى والوفيات والنفقات الصحية يجعلهم مشكلة صحية عامة كبيرة ويصفونها كهدف رئيسي للوقاية.

الفرع الثاني: أنواع المخاطر في المؤسسات الصحية:

يمكن تقسيم الاخطار على مستوى المؤسسات الصحية إلى:

أولا: الأخطار المنظمة réglementée: كالتى ترتبط بالحريق، التخدير، استعمال منتجات دم قابلة للتغير، خطر العدوى، الخطر المرتبط بالأدوية،... إلخ تدار هذه الأخطار نظريا من طرف المنشآت الصحية في إطار حماية تنظيمية منظمة (مثال حماية التخدير، لجنة مكافحة الالتهابات المكتسبة في المنظمة الاستشفائية، اليقظة الصيدلانية... إلخ). فليتلحق الأمر بخطوة قانونية ضرورية للمنشآت الصحية، لكن تسيير أمثل لهذه الأخطار المنظمة لا يعني غياب الأخطار.

ثانيا: الأخطار غير المنظمة: ونذكر منها النسيان، اللامبالاة، تأهيل غير مؤكد، أخطاء، حادث(سقوط) نقص اليقظة عدم التأطير للناشئين، سوء المتابعة عبء العمل، أدوية المنتهية الصلاحية، سوء الانشغال بالاستعجال... إلخ. والجدير بالإشارة أنه إذا أخذت المنظمة الاستشفائية بعين الاعتبار إلا لأخطار المنظمة، فهو سيدير 4% فقط من لأخطار

ثالثا: تعريف إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية

¹ Augustin LOUBATAN TABO, Analyse économique des comportements de prévention face aux risques de santé, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, UNIVERSITE PARIS DESCARTES, France, 2013, p. 25.

تعرف إدارة المخاطر بأنها " جهد منظم لتحديد وتقييم وتخفيض كل مرة أمكن ذلك، لأخطار التي تعرض لها المرضى، الزائرين ولأفراد العاملين في مجال الصحة، فهي مسار مستمر منسق ومدمج في كل المؤسسة والذي يسمح بتحديد وتحليل ومراقبة وتقييم الخلل في النشاط، الذي سبب أو قد تسبب في خسائر للمريض، الزائر، أو لأفراد العاملين في ميدان الصحة.

الفرع الثالث: خطوات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية

تشكل إدارة المخاطر مقارنة واقعية وكفؤه لتحديد المصادر لأساسية لنقص النشاط، بهدف تصحيحها والتنبؤ بظهور العوارض والحوادث.

وفي هذا لأطار توجد نظريتان متضاربتان هما:

- ظهور حادث غير مرغوب لا يمكن اعتباره كصدفة وكان من الممكن اجتنابه؛
- من ناحية أخرى، فالأخطار ليست نتيجة ليست نتيجة لنقص بشري شخصي، لكن عادة هي نتيجة نقص نشاط مرتبط بمسار تنظيمي للمؤسسة الصحية.

فعلى المؤسسات الصحية أن تندمج في منهجية تطوعية إدارة المخاطر، فهي منهجية مشتركة يمكن أن تتمحور في ثلاث مراحل:

أولاً: التنبؤ بالخطر: في مجال الصحة، الوقاية هي مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى ترقية الصحة الفردية والجماعية، ولكن أيضاً التدابير التي تجعل من الممكن منع ظهور الأمراض، مثل الحد من عوامل الخطر. وتلك التي تقلل من الآثار الضارة للأمراض المعلنة¹. وتتم عبر المراحل التالية:

- مرحلة تحديد وضعيات بالخطر: الكشف والإعلان بشكل نظامي عن لأحداث غير المرغوبة عن طريق بطاقة العرض: بطاقة الخطر.
- مرحلة وضعيات الخطر: توجد عدة أدوات في متناول مدير المخاطر.
- وضع المؤشرات وإعداد جداول القيادة من أجل المتابعة وقياس أثر الأفعال المنجزة.

ثانياً: إدارة البلاغات: ضرورة وجود شفافية على مستوى المؤسسات الصحية ووجود ملف طبي كامل ودقيق.

ثالثاً: إدارة استقصاءات الرضا الدورية: والهدف من منهجية الوقاية من الأخطار وتسير الجودة في المؤسسة الصحية هو الانتقال من ثقافة معيارية أو رد فعل، إلى سياسة تطوعية، خلاقة وإبداعية، تهدف إلى زيادة جودة العلاج. والسؤال الجوهرية الذي ربما يحتاج إلى إجابة هو: كيف يمكن جعل إدارة المخاطر أداة للإدارة المشتركة على مستوى المنظومة الاستشفائية.

الفرع الرابع: نموذج من الأخطار على مستوى المؤسسات الصحية

تعتبر مسألة إدارة بيئة العمل المادية والنفسية من أجل توفير السلامة والصحة للمورد البشري في مكان العمل، جزءاً هاماً من استراتيجية إدارة الموارد البشرية، ذلك لأن هذه المسألة ذات مساس مباشر بأهم ما يملكه الإنسان وهو صحته وحياته، وهي في نفس الوقت ذات أهمية اقتصادية كبيرة بالنسبة للمنظمة وللمجتمع، لأن ارتفاع معدل

¹ Augustin LOUBATAN TABO, Op. cit, p. 23.

إصابات وأمراض العمل في المنظمات يكلفها أموالاً طائلة تنفقها في علاجها، هذا إلى جانب أنها تعطل العمل فيها. وبالنسبة للمجتمع فارتفاع هذه النفقات يؤثر سلباً على الناتج القومي ويؤدي إلى فقدان جزء من الطاقة الانتاجية.¹ سوف نقوم بعرض نموذج من الأخطار على مستوى المؤسسة الصحية، يمثل في الالتهابات المكتسبة في المنظمة الاستشفائية أو عدوى المنظمات الاستشفائية infections nosocomiale.

يشير مصطلح المخاطر الطبية إلى عوامل الخطر من المنظور الطبي إلى مجموعة الإجراءات، المعدات و الأدوات والظروف المتغيرة، والمرتبطة باحتمالات الإصابة الجسدية أو العضوية أو النفسية أو زيادتها. وأحياناً ما يستخدم مصطلح محددات الصحة للإشارة إلى العوامل التي قد تخفض أو قد تزيد من تلك الاحتمالات، وهذه الأخطار متعلقة بالمرضى نتيجة بقائهم في المستشفيات أو و العاملين بحد سواء بسبب مزاوله المهنة وأيضاً الأخطار التي يتعرضون لها من المرضى أنفسهم أو نتيجة وجودهم في بيئة تعرضهم لخطر طبي، ومن بعض الأخطار:²

- المضاعفات العلاجية؛
- عدوى المستشفيات أو ما يسمى بـ"العدوى المكتسبة"؛
- تقرحات السرير؛
- سقوط المريض؛
- الالتهاب الرئوي المصاحب لجهاز التنفس الاصطناعي؛
- الأخطاء الدوائية؛
- الأخطاء الطبية؛
- المخاطر الطبية الإشعاعية؛
- مخاطر المخلفات الطبية الخطرة.

أولاً: تعريف الالتهابات المكتسبة في المنظمة الاستشفائية:

تعرف الالتهابات المكتسبة في المنظمة الاستشفائية بأنها " التهابات يصاب بها الفرد في منشأة علاجية والتي لم توجد عند دخوله "

وعرفت الالتهابات المكتسبة في المنظمة الاستشفائية كذلك بأنها " التهابات اكتسبها المريض في منشأة علاجية بعد خوله إما للاستشفاء أو تلقي علاجات إسعافية.

وبالتالي فالالتهابات المكتسبة في المنظمة الاستشفائية هي التهابات تصيب الفرد عند اتصاله بالمؤسسة الصحية، وتظهر دائماً أعراض العدوى بعد 84 ساعة على الأقل من الدخول إلى المنظمة الاستشفائية.

ومن أجل قياس الالتهابات المكتسبة في المنظمة الاستشفائية هنا نوعين من التحقيقات: تحقيقات الاستكشاف prevalence وتحقيقات الأثر incidence، والتي تعطي معدلات الاستكشاف ومعدلات الأثر.

ويمكن عرض هذين النوعين من التحقيق كما يلي:

¹ عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة "بعد استراتيجي"، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص. 569.

² منشور بعنوان "المخاطر الطبية" متاح على الموقع: <https://risk.ksu.edu.sa/node/1226>

■ في حالة تحقيق الاستكشاف يتم فحص المرضى الذين تم استشفائهم (أو ملفاتهم) في زمن معين، وبالتالي فمعدلات الاستكشاف تعكس الوضعية في المنظمة الاستشفائية، في مصلحة استشفائية، في منطقة أو بلد في زمن معين، وتعطي بيانات آنية حول الوضعية.

■ تحقيقات الأثر: تدرس ظهور حالات جديدة للالتهابات خلال فترة محددة، ويمكن أن نقوم بها بشكل رجعي، انطلاقاً من ملفات المرضى بمجرد خروجهم من المنظمة الاستشفائية، أو بتتبع المرضى منذ دخولهم، والجدير بالإشارة أن طريقة جمع المعلومات، اختيار العينة، ومدة التحقيق تؤثر بشكل معتبر على المعدلات المحصلة.

ثانياً: طرق انتقال الالتهابات المكتسبة في المنظمة الاستشفائية

هناك مصدران يتم من خلالها انتقال الأمراض بالمنظمات الاستشفائية او المنشآت الصحية وهما:

■ مصدر الالتهاب داخلي المنشأ (عدوى ذاتية Auto-infection): يوجد مسبب الالتهاب داخل المريض وقت دخوله المنظمة الاستشفائية.

■ مصدر الالتهاب خارجي المنشأ (عدوة مزدوجة) تكون العدوى عادة غير مباشرة، عن طريق ملامسة أيدي العاملين أو الأجهزة غير المعقمة.

وتعد المصادر الخارجية الأكثر شيوعاً في التسبب في العدوى وتصل إلى المريض عبر المرضى المخالطين أو من البيئة المحيطة أو عن طريق التعرض المباشر للأدوات الطبية الملوثة بالميكروبات أو غير المطهرة أو المعقمة بالشكل الصحيح، ويلعب العاملون في القطاع الصحي من أطباء وممرضين وفنيين الدور الأساسي في انتقال هذا النوع من العدوى.

ثالثاً: خصائص مختلف أنواع الالتهابات المكتسبة في المنظمة الاستشفائية

من الممكن أن تنتقل جميع أنواع الالتهابات (العدوى) المكتسبة في المنظمة الاستشفائية بين المرضى، إلا أن الأنواع الأساسية والأكثر ظهوراً هي التهابات الجهاز التنفسي، تسمم الدم، التهابات الجروح الموضعية أو جروح العمليات. ويمكن عرض هذه الأنواع من الالتهابات كما يلي:

■ **التهابات المسالك البولية:** تتعلق التهابات المسالك البولية بشكل كبير بالاستغلال الأودي instrumental للمسالك البولية، والاجراء الأكثر إتباعاً هو الحج المثاني sondes vésicales وهناك عوامل أخرى عديدة تؤثر في ظهور مثل التشخيص الأولي، سن المريض، الأمراض غير الظاهرة، العمليات الجراحية، مدة العملية وخطورة الالتهاب. تعتبر هذه الالتهابات في غالب الأحيان ليست خطيرة، ولا تتمد فترة الاستشفاء بشكل محسوس، ويمكن معالجتها باستعمال مضادات حيوية.

■ **التهابات الجروح الموضعية:** ينتج عن هذا النوع من الالتهابات معدلات وفاة ومرض كبيرة، وفي حالة كونها سطحية ستؤخر فقط مدة تعافي المريض وأثر الجرح، وتنتج حرج مادياً ونفسياً للمريض، وتتبع المعدلات وفاة كبيرة، ومثال ذلك جراحة الأوعية وجراحة تقويم اعوجاج الأعضاء.

■ **التهابات المجاري التنفسية:** يرجع تزيدها معدلات الوفاة الناتجة عن هذا النوع من الالتهابات، كون هذه الأخيرة تقاوم المضادات الحيوية العادية، وينشأ هذا النوع في وحدات العلاج الكبيرة، أين المرضى يسعفون بمساعدة تنفسية.

▪ **التهابات الدم:** تشير هذه الالتهابات عادة صدمة تعفنيه un choc septique تؤدي إلى الوفاة، وتعتبر النظافة الصارمة وتخصص فرق تركيب القسطرة الوريدية عاملان مهمان لتخفيض تسمم الدم.

المطلب الثالث: آثار المخاطر على العاملين بالمنظمات الاستشفائية

يتعرض العاملون في الرعاية الطبية من أطباء وتمريض للعديد من مصادر التلوث التي يزيد حدة الإصابة بتأثيراتها الصحية وقوع هؤلاء العاملين تحت تأثير الضغوط العصبية والنفسية المستمرة أثناء عملهم في المنظمات الاستشفائية .

الفرع الأول: المخاطر المرتبطة بالتدخلات والمهام العلاجية:

المخاطر المرتبطة بالتدخلات العلاجية أكثر من يواجهها هم الكادر الطبي بكل مكوناته، وفاتورة هذه المخاطر كبيرة وتعمل المنظمات الاستشفائية جاهدة للحد منها، يمكن تلخيصها في النقاط التالية:¹

أولاً: وحدات التصوير والتشخيص الإشعاعي (المسح الذري) والعلاج الإشعاعي: كما في حالة مرضى السرطان؛ حيث يستخدم مصادر إشعاعية مختلفة وتشمل هذه المصادر حاويات محكمة الغلق تحتوي على مواد مشعة، كالنظير المشع (أيزوتوب) للريديم، والكوبالت واللاسترونشيوم، كما تشمل وحدات الإشعاع الخطي الذي ينتج عنها إشعاع جاما قصير الطول الموجي، وهؤلاء يتم تدريبهم جيداً على طرق تداول هذه المواد وتعريفهم بمخاطر التعرض لها، إلا أن هناك دائماً عدم الوعي الكافي بمخاطر الإشعاع نظراً لعدم رؤيتها أو الإحساس الفوري بها، مما يجعل بعض الفئات العاملة في تقديم هذه الخدمة عرضة لنسيان متطلبات السلامة والصحة المهنية، فيقتصرون في الالتزام بمتطلبات الوقاية الشخصية، وهناك العديد من الحالات المماثلة لكن عدم الدقة في تسجيل إصابات العاملين في القطاع الطبي يتسبب عنه عدم وجود إحصاءات حقيقية توضح حجم المشكلة لتتخذ القرار، مما يدفع قيادات وزارة الصحة أن تغفل هذا الوضع الصحي، وبالتالي لا تضع السياسات الحامية أو الرادعة في حالة توفير الحماية وعدم التزام العاملين بها.

ثانياً: إصابات العمود الفقري وآلام الظهر: حيث يتعرض العاملون في المنظمات الاستشفائية خاصة هيئة التمريض لإصابات الظهر المتكررة، نتيجة حمل وتحريك المرضى غير القادرين على الحركة، أثناء الذهاب إلى الحمام أو قضاء حاجتهم في السرير، أو أثناء استحمام المرضى وتغيير ملابسهم وتغيير فرش الأسرة، ويستلزم ذلك تعيين أفراد لمساعدة التمريض في القيام بهذه المهام الصعبة، وكذلك استخدام معدات رفع المرضى للحد من إصابات الظهر وآلامها.

ثالثاً: الإصابة بالحروق: تتعرض فئات التمريض نتيجة استخدام التعقيم بالبخار في وحدات التعقيم الفرعية إلى ملامسة المعدات المعقمة الساخنة، في حالة عدم التزامهم بإتباع خطوات العمل الصحيحة في تداول الآلات والمعدات، كما لا يزال التعقيم في بعض الوحدات يستلزم التعقيم بالأوتوكلافات في وحدات المعامل وبعض حجرات العمليات، مما يستوجب التزام هؤلاء المتعاملين مع هذه الوحدات باتخاذ الحذر في تداول المعدات الساخنة، أو الالتزام بالتعقيم المركزي الذي يحقق التعقيم الأسلم وتلافي الحروق من هذا المصدر.

¹ سامية جلال سعد، الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، 2006، ص 109-

كما قد يتعرض بعض العاملين في غرف العمليات والعلاج الطبيعي من الأطباء والتمريض للحروق والصعق الكهربائي أو الصدمات الكهربائية نتيجة عدم التزام الإدارات الهندسية بصيانة الوصلات الكهربائية للأجهزة المستخدمة في العديد من الأقسام العلاجية والتشخيصية داخل المنظمات الاستشفائية، أو عدم تبليغ التمريض في غرف العمليات عن حدوث الخلل في الأجهزة الكهربائية والأعطال بها.

رابعاً: الحروق الناتجة عن أشعة الليزر: تستخدم الآن بصفة متكررة أجهزة أشعة الليزر في حجرات العمليات؛ حيث يجب استخدام هذه الأجهزة مع لبس الملابس الواقية من التعرض لهذه الأشعة، وخاصة معدات حماية العين من احتراق شبكتها، نتيجة التعرض المباشر لأشعة الليزر أثناء استخدامها في العلاج، ولا بد من استخدام هذه الأجهزة بعد التدريب والحصول على رخصة مزاولة العمل بها من الشركات المصنعة ووزارات الصحة.

خامساً: التعرض للعنف أثناء أداء العمل: وهو ما قد يتعرض له الكثير من الأطباء وهيئات التمريض من المرضى في حالات الطوارئ حيث يضطرون للتعامل مع المجانين والمحمورين أو الخارجين عن القانون الذين يكونون في حالة غضب أو هياج.

سادساً: التعرض للمواد الكيماوية السامة: يتعرض العاملون في الخدمة الطبية من الأطباء والتمريض إلى العديد من الكيماويات السامة أثناء عملهم في الكثير من المواقع داخل المنظمات الاستشفائية .

سابعاً: التعرض للمخاطر البيولوجية: يجب أن تغطي جميع البروتوكولات الخاصة بمنع العدوى الأبعاد البيئية في هذه البروتوكولات، بما يضمن الحد من التعرض للمواد الكيماوية السامة، بالإضافة إلى الحماية من المخاطر البيولوجية بطريقة متكاملة.

ثامناً: التعرض للإصابات النفسية: تعدّ المنظمات الاستشفائية أماكن ضغط نفسي للمرضى وعائلاتهم ولكنها أيضاً تمثل بيئة ذات ضغط نفسي وعصبي مستمرين للعاملين بها.

وللحد من هذه الضغوط النفسية فعلى إدارة المنظمة الاستشفائية تفهم طبيعة صناعة الخدمة الطبية والمتطلبات المتزايدة من المرضى، وللإدارة في المنظمات الاستشفائية التي يتوقع منها دائماً جودة الخدمة مع تحقيق سلامة المريض وسلامة العاملين أن تعمل دائماً على سماع شكاوى العاملين، وأن تحاول تقديم أكبر تعاون ممكن للحد من هذه الشكاوى، وأن تقدم خدمة التعليم المستمر والتدريب وتضع الأهداف الواقعية للخدمة المقدمة من العاملين في إطار الإمكانيات المتاحة مع العمل على تحقيق المتطلبات الأساسية من الحد من العدوى، وتحقيق سلامة العاملين، كما يجب تقديم الاستشارات النفسية لمحتاجيها للتخفيف عنهم.

الفرع الثاني: مخاطر مصدرها مكان العمل

ينتج عن ممارسة الكثير من الوظائف والأعمال إما بسبب طبيعتها أو الآلات والأدوات المستخدمة فيها، عدد من المخاطر تهدد سلامة وصحة من يزاوها¹. تتعدد وتتوزع المخاطر المرتبطة بأماكن العمل في المنظمات الاستشفائية وتتفاوت درجة خطورتها، ويمكن إيجازها في الجدول التالي:

¹ عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق، ص. 585.

جدول رقم (3-6): تصنيف مخاطر أماكن العمل على العاملين بالمنظمات الاستشفائية

مكان العمل	المخاطر الممكن حدوثها
أخطار العمل في المطابخ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ أخطار الحريق نتيجة ملامسة الأسطح الساخنة أثناء إعداد الطعام وطهيهِ وتقديمه كنتيجة لحدوث الانسكاب غير المتوقع؛ ▪ الكسور نتيجة انزلاق على أرضيات المطابخ المبتلة والتي تغطيها طبقات من الزيوت أثناء عمليات القلي؛ ▪ التقلصات العضلية نتيجة العمل في درجات الحرارة مرتفعة وإفراز العرق الغزير، مما يفقد الجسم العناصر الغذائية المسببة لحدوث هذه التقلصات المؤلمة، والتي يتسبب عنها عدم قدرة الطباخ على العمل مع آلام الظهر والعضلات؛ ▪ القطوع الجلدية والجروح نتيجة استخدام السكاكين الحادة في تقطيع اللحوم والدجاج وما شابه ذلك من مكونات الطعام؛ ▪ الالتهابات الجلدية نتيجة استخدام المواد الكيماوية المستخدمة في نظافة الأحواض والأطباق ومعدات المطبخ الكبيرة وكذلك الأفران والأرضيات؛ ▪ الإصابة بتقرح الجروح واليدين في حالة مرض الطباخين بمرض السكر لحساسية اليدين والأطراف عند الإصابة بذلك المرض؛ ▪ آلام الظهر والساقين نتيجة الوقوف لساعات طويلة.
أخطار العمل في المغاسل	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الإصابة بالالتهاب الكبدي الوبائي ب و ج والإيدز وأمراض الدم، نتيجة حدوث الشك بالإبر، أو تلوث الجروح والقطوع بأيديهم من الدم الموجود بالمفروشات أثناء عملية فرز المفروشات المتسخة من غيرها، وعدم التزام العاملين بلبس القفازات السميكة؛ ▪ الإصابة بالأمراض المعدية الناجمة عن تلوث المفروشات بالبول والبراز؛ ▪ الالتهابات الجلدية نتيجة التعرض للكيماويات المستخدمة في الغسيل وإزالة البقع؛ ▪ الحروق أثناء عملية الكي؛ ▪ آلام الظهر والساقين نتيجة الوقوف لساعات طويلة؛ ▪ التقلصات العضلية نتيجة العمل في درجات حرارة مرتفعة وإفراز العرق الغزير، مما يفقد الجسم العناصر الغذائية المسببة لحدوث هذه التقلصات المؤلمة، والتي يتسبب عنها عدم قدرة العاملين بالمغاسل على استكمال عملهم نتيجة آلام الظهر والعضلات.
أخطار العمل في وحدات التعقيم المركزي	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الإصابة بالالتهاب الكبدي الوبائي ب و ج والإيدز وأمراض الدم، نتيجة حدوث الشك بالإبر، والأسنان، أو تلوث الجروح والقطوع بأيديهم من الدم الموجود على المعدات المطلوب غسلها وتعقيمها أثناء عملية الفرز وعدم التزام العاملين بلبس القفازات السميكة؛ ▪ الحروق نتيجة ملامسة الأسطح الساخنة أثناء عملية التعقيم؛ ▪ الإصابة بأمراض السرطان نتيجة التعرض للمواد الكيماوية المعقمة للمناظير والمعدات التي يتم تعقيمها بالمواد المطهرة. ▪ في حالة استخدام جهاز التعقيم بالإيثيلين أوكسايد يتم تزويد العاملين في الوحدة بكمامات الغازات السامة؛ بحيث تلبس أثناء فترة فتح الجهاز وإخراج المعدات منه، كما يجب عزل مكان الجهاز عن باقي وحدة التعقيم وعمل نظام تهوية من أعلى إلى أسفل بواسطة تيار هوائي

<p>مدفوع للتغلب على تركيز المادة في المكان.</p>	
<p>يشكل عدم التزام العاملين في التحاليل الطبية بالالتزام بتعاليم الحماية من العدوى أهم الأسباب وراء إصابتهم بالأمراض المنتقلة عن طريق عينات الدم والبصاق؛</p> <p>التعرض للمواد الكيماوية كالمذيبات العضوية المستخدمة في بعض عمليات فصل المكونات أثناء إعداد العينات لمعرفة تحليلها بواسطة بعض الأجهزة.</p>	<p>أخطار العمل في المعامل</p>
<p>يتعرض العاملون في الصيدليات لمعدلات مرتفعة من الإصابة بالأمراض المنتقلة عن طريق الرذاذ الخارج من المرضى أثناء تسليم الدواء؛</p> <p>يتعرض بعض العاملين للحساسية الجلدية نتيجة ملامسة حاويات الأدوية المترية نتيجة ارتفاع معدلات الأتربة في المنطقة العربية، وسرعة تراكمها على الحاويات المحتوية على علب الدواء؛</p> <p>يؤدي التطاير السريع لبعض المواد المطهرة ومكونات بعض الأدوية إلى تكون روائح لهذه المواد تؤثر بطريقة تراكمية على العاملين في الصيدلية، مما يسبب الحساسية الصدرية لبعضهم؛</p> <p>يمكن التغلب على هذه الأخطار بوضع حاجز زجاجي به فتحة من أسفل لتسليم الدواء بين المرضى والقائمين على صرف الدواء في الصيدلية لحمايتهم من رذاذ المرضى، كما تعمل التهوية الجيدة والخزن المنظم لحاويات الدواء ونظافتها المستمرة إلى الإقلال من أخطار التعرض للأتربة.</p>	<p>أخطار العمل في الصيدليات</p>
<p>الصعق الكهربائي أثناء إصلاح الأجهزة الطبية؛</p> <p>السقوط من الأماكن المرتفعة أثناء عمليات صيانة المبنى؛</p> <p>العدوى بأمراض الدم نتيجة صيانة الأجهزة التي توجد بها ملامسة مباشرة مع دم المرضى كأجهزة غسيل الكلى؛</p> <p>استنشاق المذيبات العضوية المسرطنة نتيجة استخدام للمذيبات العضوية دون لبس الكمامة الواقية من هذه الأبخرة.</p>	<p>أخطار العمل في وحدات الصيانة بالمنظمات الاستشفائية:</p>
<p>يشكل عدم التزام العاملين في هذه الوحدات أثناء تداول أكياس النفايات الخطرة بتعاليم الحماية من العدوى أهم الأسباب وراء إصابتهم بالأمراض المنتقلة عن طريق المخلفات الطبية الخطرة مثل أمراض الدم؛</p> <p>عدم تكييف المكان يعرض العاملين للضغوط الحرارية وما يتبعها من إفراز العرق الغزير وحدوث التقلصات وخاصة أثناء أداء عملهم الذي يتطلب وضع الأكياس داخل وحدة الفرغ والتعقيم.</p>	<p>أخطار العمل في وحدات معالجة المخلفات البيولوجية الخطرة</p>

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: سامية جلال سعد، الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية،

جمهورية مصر العربية، 2006، ص. 109 . 124

خلاصة الفصل:

قسمنا هذا الفصل المعنون بعوائق الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية إلى أربعة مباحث محاولة منا للإحاطة بأهم الحواجز أمام المنظمات الاستشفائية في سبيل تحقيق استدامتها الصحية. وخلصنا من خلال هذا الفصل أن المنظمات الاستشفائية تواجه العديد من التحديات منها ما يمكن اعتباره اقتصاديا كالتحكم في التكاليف الاستشفائية وسياسات الدولة في مجال الانفاق الصحي وكذا التحديات المرتبطة بالإنتاجية الاستشفائية.

كذلك المنظمات الاستشفائية تواجه عدة عوائق تنظيمية كالصراع الوظيفي، مشكلة توظيف، تدريب وتطوير المورد البشري نظرا لأهمية البالغة وضرورة مواكبة التطورات التكنولوجية في المجال الطبي وذلك لآثارها المتعددة وخاصة التنظيمية وضرورة توظيف تكنولوجيا الاعلام والاتصال لبناء نظام للمعلومات الاستشفائي وتحسين أداءها. من خلال هذا الفصل خالصنا أيضا أن المنظمات الاستشفائية تواجه عديد التحديات ذات البعد الاجتماعية والأخلاقية وتهديدها الكبيرة ومن أهم ما تم تناوله عوائق مرتبطة بسلوكيات الأفراد الصحية وآثارها على الفرد والمجتمع مع التأكيد على ضرورة نشوء أفراد المجتمعات على تربية صحية سليمة، وعرضنا التحديات الأخلاقية في الرعاية الصحية وكذا السرقات في المنظمات الاستشفائية خاصة من العاملين وما لها من آثار نفسية وتكلفة اقتصادية وهي أمور حسب رأينا تعاني منها منظومتنا الصحية. وفي المبحث الأخير تناولنا بشيء من التفصيل وبما يخدم الدراسة العوائق البيئية والإيكولوجية، المخاطر في المنظمات الاستشفائية، آثار المخاطر على العاملين بالمنظمات الاستشفائية وذلك بهدف تعريفها الجيد ومن ثم العمل على معالجتها.

الفصل الرابع:

آليات تحسين الإدارة
المستدامة للمنظمات
الاستشفائية

تمهيد:

تواجه منظمات الأعمال عموما والمنظمات الصحية تحديات كبيرة في سبيل تحقيق الاستدامة وتعزيز الاهتمام بالبعد الايكولوجي والاجتماعي، توجب على الباحثين والمنظمات والهيئات توفير بعض الأدوات والأطر التي تعزز هذا التوجه.

تعاني المستشفيات الحكومية من مشاكل متعددة متعلقة بالتمويل والتنظيم نظرا لما تقدمه من خدمات صحية وطبية ووفقا للشريحة التي تقدم لها الخدمات والتي تعد من أكبر الشرائح في المجتمع من الذين يعانون من مشاكل وامراض خطيرة ويحتاجون لرعاية طبية شاملة بمختلف أعمارهم وحالتهم الصحية. لذلك فكان من الضروري ان تخضع المستشفيات والمؤسسات الصحية الحكومية لإدارة الجودة الصحية الشاملة لتقديم خدمات صحية عالية الجودة بتكاليف مناسبة وأصبح التحدي يواجه هذه المستشفيات لتحقيق معادلة خفض التكاليف والحفاظ علي جودة الخدمة المقدمة والتحسين المستمر في الكيان العام لهذه المستشفيات، توفير آليات لتحسين أدائها البيئي والاجتماعي في توجه نحو الاستجابة لمتطلبات الأطراف ذات المصلحة وتعزيز أدائها المستدام.

وسوف نحاول في هذا الفصل الإحاطة بأهم الأنظمة الإدارية وكذا معايير الاعتماد التي توفر دلائل إجرائية من شأنها تحسين أداء المنظمات الصحية عموما والمستشفيات خصوصا من خلال المباحث التالية:

◀ المبحث الأول: آليات تحسين الأداء الاقتصادي للمنظمات الاستشفائية

◀ المبحث الثاني: آليات تحسين الأداء البيئي في المنظمات الاستشفائية

◀ المبحث الثالث: آليات تحسين الأداء الاجتماعي في المنظمات الاستشفائية

◀ المبحث الرابع: تجارب دولية في مجال استدامة المنظمات الاستشفائية

الفصل الرابع:.....آليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية

المبحث الأول: آليات تحسين الأداء الاقتصادي للمنظمات الاستشفائية

بقاء المنظمات الاستشفائية وضمان استمرارية نشاطها وحركتها منوط بتحقيق مستويات أعلى من الكفاءة والفعالية وتحسين أدائها الاقتصادي، ويتحقق ذلك من خلال تحقيق مستويات جيدة لجودة الخدمات الصحية مع مستوى مقبول للتحكم في التكاليف الاستشفائية.

المطلب الأول: نظام إدارة الجودة الشاملة

الجودة لا تحدث عن طريق الصدفة، يجب على المؤسسات عموماً والمنظمات الاستشفائية بذل جهد واضح لقياس وتقييم وتحسين الأداء. ليس فقط بالتزام مجلس إدارة المنظمة وكبار المسؤولين بالجودة؛ يجب عليهم أيضاً إنشاء إطار لإنجاز أنشطة جيدة وبيئة تدعم التحسين المستمر. تعد المشاركة النشطة والشخصية في مجال الإدارة في مراقبة الجودة وسلامة المرضى عاملاً يساهم في بناء مؤسسة رعاية صحية عالية الأداء¹. وبما أن تحسين مؤشرات الأداء الاقتصادي هو الضامن لاستمرار منظمات الأعمال، فسنحاول في هذا العنصر التطرق إلى أهم الأدوات والمعايير والمواصفات التي تساهم في ذلك.

الفرع الأول: نظم إدارة الجودة من خلال الأيزو (9001)

أولاً: ماهية الجودة:

1- مفهوم الجودة: بالرغم من الاهتمام المتزايد بموضوع الجودة إلا أن الملاحظ أن هناك اختلافات في تعريف الجودة وفقاً لاختلاف وجهات النظر للكتابات في هذا الموضوع، ويظهر ذلك بوضوح من خلال مجموعة التعريفات التي نوردتها في هذا الجزء.

نشأ مصطلح الجودة لغة من الجيد أي تقليص الرديء وأصله جيود من جودة أي صار جيداً، بمعنى ما جاء من القول والفعل².

بالتعبير الحالي، مصطلح الجودة يعني طريقة حياة، مثلاً نقول عن سلعة أنها ذات جودة عالية عندما تلبى توقعاتنا أو تزيد، بينما في حقيقة الأمر هي أكثر ما تعكس المطابقة أو القدرة على القيام بالشيء كما هو مطلوب، وقد اتخذت كلمة جودة من الكلمة اللاتينية (QUALITAS) والتي تعني بالفرنسية (Tel que) أي "كما هو"³. ويتفق مع هذا التعريف إلى حد كبير ما ذكره (Thiery Nespoulous) في تعريفه للجودة "بأنها مجموعة من الخصائص والمواصفات للمنتج أو الخدمة وله القدرة على تلبية الحاجات وتعمل على احترام وفهم رغبات الزبون، هي تبدأ من دراسة الحاجات وتنتهي عند خدمات ما بعد البيع"⁴.

¹ PATRICE Spath, **Introduction to healthcare quality management**, Health Administration Press, Chicago, Illinois AUPHA Press, Washington, DC, 2009, p.235.

² ابن منظور، **لسان العرب**، الجزء الرابع (630هـ-711هـ)، ص114.

³ Daniel Duret, M. Pillet, **Qualité en production de l'ISO9000 aux outils de la qualité**, 3^{ème} édition, les éditions d'Organisation, Paris, 2000, p.17.

⁴ Nespoulous, Thiery, Notes, études techniques, **La certification qualité. Un enjeu PME/PMI européenne**, CLI 10/1993, p.12.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستهوائية

كذلك يرى (ph. Corsby) "إن الجودة هي المطابقة للمواصفات" ويقول بأن "الجودة هي مسؤولية الجميع ورغبات المستهلك هي أساس التصميم"¹

وفي تعريف آخر أورده (E. Deming) يماثل إلى حد كبير ما ورد في التعريف السابق إذ يرى أن الجودة هي "مطابقة الاحتياجات".²

وعرفها (Christian Meria) بأن الجودة هي "قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية حاجات المستعملين وبأقل تكلفة"³ وأعاد تعريفها (Crosby. Ph) بأن "الجودة ليست مطلقة ولا نتحدث عن الجودة العالية أو المنخفضة، بل نتحدث عن المطابقة".

ومن خلال استعراض التعاريف السابقة نلاحظ أن هناك اختلافا واضحا وكبيراً في تعريف الجودة، إلا أنه يمكننا حصر تعريفات الجودة وتقسيمها إلى عدة مجموعات يمكن اعتبارها أساساً للفرقة بينها:

- المستخدم: يميل إلى الأخذ بهذا المدخل رجال التسويق حيث يرون أن الجودة تعني أداء أفضل.
- أما رجال الإنتاج: فإن الجودة من وجهة نظرهم تقوم على أساس التصنيع حيث يرون أن الجودة تعني المطابقة للمعايير والمواصفات وأن يتم الإنتاج بطريقة صحيحة من أول مرة.
- أما وجهة النظر الثالثة والمبنية على أساس المنتج (produit) فإنها تنظر إلى الجودة على أنها المتغير في مجموعة من النقاط:

أ- **جودة المنتج:** وهذه الجودة يمكن ملاحظتها من خلال علاقة الثقة بين المورد والزبون، وأن استيفاء شروط الجودة يتم من خلال هذه العلاقة، وهي تتضمن معرفة رغبات وحاجيات كل من المورد والزبون.

ب- **التبادل المرتكز على الجودة:** وينشأ هذا التبادل بمجرد وجود رغبة للزبون في مواصفات معينة ومدى قدرة المورد على تلبيةها.

ت- **المكانة التفصيلية:** التي أصبح يحتلها الزبون في علاقة التبادل فمن خلال رغباته وطلباته يتم تعريف الجودة وبالتالي القيام بالتبادل لأن الزبون أصبح مركز اهتمامات المنظمة، ولأن غاية المنظمة هي إرضاء الزبائن والعملاء، ولا سيما إذا كان المنتج منخفض التكلفة، لكن هذا لا يكفي لوحده، وحتى لا يتوجه العميل إلى المنتجات المنافسة الأخرى، فإن إدارة المنظمة تقوم أساساً على المعلومات التي تقدمها المؤشرات التالية والتي تشكل ما يسمى بلوحة القيادة للمنظمة:

- توفر المنتج (الأمن الزمني والكمية)؛
- تكلفة الصنع (ابتداء من مرحلة الدراسات إلى مرحلة التسليم النهائي)؛
- الجودة بالعرض (مقارنة بالعرض الموجود).

¹ C. Philip, **La qualité c'est gratuit**, Economica, France, 1996, p. 19.

² Neuville (J. P), **La qualité en question**, revue française de gestion, mars, avril, mai, 1996, p.39.

³ Meria Cristian, **la qualité des produits industriels**, Edition Dunod, paris, 1991, p. 3.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الاستثنائية

2- مفهوم إدارة الجودة الشاملة: هنالك العديد من المحاولات التي تمت لتعريف إدارة الجودة الشاملة والمعروفة بإختصارا (T.Q.M).

وقد عرفها JABLONSK على أنها "شكل تعاوني لإنجاز أداء الأعمال يعتمد على القدرات والمواهب الخاصة بكل من الإدارة والعاملين وذلك لتحسين الجودة والإنتاجية بشكل مستمر عن طريق فرق العمل"¹.

وقد عرف SEHUCTA إدارة الجودة الشاملة على أنها خلق ثقافة متميزة في الأداء بحيث يعمل ويكافح المديرون بشكل مستمر ودؤوب لتحقيق توقعات المستهلك وأداء العمل الصحيح بشكل صحيح منذ البداية مع تحقيق الجودة بشكل أفضل وبفعالية عالية وفي أقصر وقت ممكن"².

3- أهمية نظم الجودة: للجودة أهمية إستراتيجية كبيرة سواء على مستوى المستهلكين أو على مستوى المنظمات على اختلاف أنشطتها أو على المستوى الوطني للبلاد، إذ أنها تمثل أحد أهم العوامل الأساسية التي تحدد الطلب على منتجات المنظمة، ويمكن تناول هذه الأهمية كما يأتي:³

أ- سمعة المنظمة: تستمد المنظمة شهرتها من مستوى جودة منتجاتها، ويتضح ذلك من خلال العلاقات المنظمة مع المجهزين وخبرة العاملين ومهاراتهم، ومحاولة تقديم منتجات تلي رغبات وحاجات زبائن المنظمة. فإذا ما كانت منتجات المنظمة ذات جودة منخفضة فيمكن تحسين هذه الجودة لكي تحقق المنظمة الشهرة والسمعة الواسعة والتي تمكنها من التنافس مع المنظمات المماثلة في الصناعة أو القطاع الذي تنتمي إليه المنظمة، كما هو الحال بالنسبة لشركة مرسيدس لإنتاج السيارات أو شركة (IBM) في صناعة الالكترونيات وغيرها.

ب- المسؤولية القانونية للجودة: تزايد باستمرار عدد المحاكم التي تتولى النظر والحكم في قضايا شركات تقوم بتصميم منتجات أو تقديم خدمات غير جيدة في إنتاجها أو توزيعها، لذا فإن كل شركة صناعية أو خدمية تكون مسؤولة قانونا عن كل ضرر يصيب الفرد الزبون من جراء استخدامه لهذه المنتجات.

ج- المنافسة العالمية: إن التغيرات السياسية والاقتصادية ستؤثر في كيفية وتوقيت تبدل المنتجات إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي، وفي عصر المعلومات والعولمة، تكتسب الجودة أهمية متميزة إذ تسعى كل من المنظمة والمجتمع إلى تحقيقها بهدف التمكن من تحقيق المنافسة العالمية وتحسين الاقتصاد بشكل عام، والحصول على سمعة جيدة في الأسواق العالمية، فكلما انخفض مستوى الجودة في المنظمة أدى ذلك إلى إلحاق ضرر بأرباح المنظمة ومن ثم التأثير على الميزان التجاري للبلد.

د- حماية المستهلك: إن تطبيق الجودة في أنشطة المنظمة ووضع مواصفات قياسية محددة ساهم وعزز في حماية المستهلك من الغش التجاري والثقة في منتجات المنظمة.

¹ إبراهيم بن مصطفى الهجان، الجودة الشاملة في المستشفيات، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، جدة، المملكة العربية السعودية، الطبعة الأولى، 2009، ص.29.

² نفس المرجع، ص.29.

³ قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001:2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص ص 30-32 .

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية

عندما يكون مستوى الجودة منخفضا يؤدي ذلك إلى إحجام المستهلك عن شراء منتجات المنظمة. إن عدم رضا المستهلك هو فشل المنتج الذي يقوم بشرائه من القيام بالوظيفة التي يتوقعها المستهلك منه.

وفي أغلب الأحيان يترتب عن ذلك أن يتحمل المستهلك كلفة إضافية سواء كانت متمثلة بضياع الوقت اللازم لاستبدال المنتج أو إصلاحه وبالحسارة الكاملة للمبالغ التي دفعها المستهلك ثمنا باهظا. وبعد نوعية المواصفات الموضوعية ظهرت جماعات حماية المستهلك بهدف حمايته وإرشاده إلى أفضل المنتجات جودة وأمانا.

ه- تخفيض التكاليف: تنفيذ الجودة المطلوبة في جميع عمليات ومراحل الإنتاج من شأنه أن يتيح الفرص لاكتشاف الأخطاء وتلافيها لتجنب تحمل كلف إضافية والاستفادة القصوى من زمن الماكينات والآلات عن طريق تقليل الزمن العاطل عن الإنتاج وبالتالي تخفيض الكلفة وزيادة ربح المنظمة.

4- فوائد التطبيق الجيد لنظام الجودة في المنشأة الصحية:

تعاني المنظمات الاستشفائية عديد المشاكل والتي يمكن أن يسهم تبني نظام لإدارة الجودة الشاملة في حلها، ويلخص رؤوف بوقفة أهما في البيئة الاستشفائية الجزائرية في العناصر التالية:¹

- ارتفاع معدل دوران العمالة؛
 - الخدمات السيئة؛
 - سوء التسيير بأشكاله المختلفة؛
 - ارتفاع معدل الأخطاء الطبية في الجراحة العامة؛
- ويقدم نظام إدارة الجودة الشاملة عديد الحلول يمكن تلخيص هذه فوائدها في النقاط التالية:²
- تحسين فرصة توفير الخدمة الطبية؛
 - تحسين الأداء وبالتالي تحسين خدمة المريض؛
 - تقليل الأخطاء؛
 - الاستفادة من الوقت بصورة أفضل؛
 - توفير التكلفة؛
 - رفع الروح المعنوية لدى العاملين بالمنظمة الاستشفائية.

5- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة: يمكن تلخيص أهم عناصرها في النقاط التالية:³

- فقدان الثقة في المدير؛
- الاتصالات الرديئة وغير الناجحة؛
- عدم انضباط الموظفين؛

¹ رؤوف بوقفة، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دار الزينقة للنشر الحر، الجزائر، 2017، ص.6.

² إبراهيم بن مصطفى الهجان، مرجع سابق، ص.47.

³ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سابق، ص.163.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

- ضيق الوقت؛
- الانفراد في الرأي؛
- سوء نظام المكافآت والحوافز.

المطلب الثاني: نظام الأيزو 9001 لإدارة الجودة:

تدل الحروف اللاتينية للأيزو(ISO) على المنظمة العالمية للتقييس¹، وهي مشتقة من الكلمة اليونانية (ISOS) التي تعني التساوي بين أعضاء المنظمة وتجنب الجدل حول الحروف الواجب استخدامها للدلالة عليها.

حيث تم في هذه السلسلة الجديدة إدماج معايير (ISO 9001)، (ISO9002)، (ISO9003) في معيار واحد هو معيار (ISO 9001)، وهذا من أجل التغلب على مشكلة الاختيار بين هذه المعايير، وتأكيد اشتمال معيار ISO 9001 على جميع أنشطة المنظمة وإمكانية تطبيقه في جميع أنواع المنظمات مهما كان نوعها أو حجمها أو القطاع الذي تنتمي إليه.²

بالإضافة إلى معيار ISO 9004 هو معيار إدارة متقدم علمي يوفر إرشادات لأي شركة أو مؤسسة لتحقيق النجاح من خلال نهج إدارة الجودة.³

الفرع الأول: تعريف الأيزو 9001: وهي المواصفة الخاصة بالمنظمات التي تطبق نظم الجودة الشاملة في مجالات: التصميم، التطوير، الإنتاج والتركيب، الفحص والاختبار وخدمات ما بعد البيع، حيث تعد هذه المواصفات الأكثر شمولية في سلسلة مواصفات ISO 9000.⁴

الفرع الثاني: مكونات الأيزو 9000

تتكون سلسلة الأيزو 9000 إصدار عام 2000 من المواصفات الآتية:

- الأيزو 9001: متطلبات نظم إدارة الجودة
- وقد حلت هذه المواصفة المعدلة محل مواصفات الأيزو الثلاث إصدار عام 1994:
- الأيزو 9001: نموذج ضمان الجودة في التصميم، التطوير، الإنتاج، التركيب، وخدمة ما بعد البيع.
- الأيزو 9002: نموذج ضمان الجودة في الإنتاج، التركيب، وخدمة ما بعد البيع.
- الأيزو 9003: نموذج ضمان الجودة في الاختبار والفحص النهائي.
- الأيزو 9004: إرشادات لتحسين أداء نظم إدارة الجودة إصدار 2005.

¹ Alexandra Fourcade, Loïc Ricour et autres, **La démarche qualité dans un établissement de santé**, DOIN EDITEURS, Paris, France, p.131.

² حيدر محمد أمين طرايشي، **المرشد إلى طريق ISO 9000 وتطبيقاته**، دار السلام للنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، الطبعة 1، 1999، ص 185.

³ Erick C. Jones, **Quality Management for Organizations Using Lean Six Sigma Techniques**, CRC Press Taylor & Francis Group, 2014 united states of america, p.18.

⁴ علي السلمي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو 9000**، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1995، ص 93.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

وقد حلت هذه المواصفة محل مواصفة الأيزو 9004 إصدار عام 1994 والتي كانت تهدف لتقديم مجموعة إرشادات تساعد في تطبيق عناصر نظام الجودة.

- أيزو 9000: مصطلحات نظم إدارة الجودة.

وقد حلت هذه المواصفة محل مواصفة الأيزو 8402 إصدار عام 1994، لكي تتوافق مع متطلبات المواصفة المعدلة، وبالتالي فإن زيادة سرعة التوافق مع متطلبات المواصفة المعدلة سيزيد القدرة التنافسية للمنظمات في الأسواق المحلية والدولية.

الفرع الثالث: مبادئ إدارة الجودة حسب المواصفة الأيزو 9001 إصدار 2000: سنتناول في هذا العنصر هذه المبادئ حسب إصدار 2000 حيث أن إصدار 2008 التي لم يشملها أي تغيير وإنما في مس التغيير فقط بعض المتطلبات. يتركز على مبادئ إدارة الجودة الثمانية الآتية:¹

- **التركيز على العميل (L'orientation client):** يجب أن تفهم المنظمة احتياجات العملاء الحالية والمستقبلية، ويجب أن تقابل متطلبات العملاء وتسعى جاهدة لتجاوز توقعاتهم.

- **القيادة (Leadership):** يجب أن توفر القيادة بيئة عمل تمكن الأفراد في أن يصبحوا مشاركين بشكل فعال في تحقيق أهداف المنظمة.

- **مشاركة الأفراد: (l'implication des personnes):** يعتبر الأفراد هم جوهر عمل المنظمة، وتمكن مشاركتهم الكاملة من استخدام قدراتهم لصالح تحقيق أهداف المنظمة.

- **مدخل العملية (Approche processus):** تتحقق النتائج المرجوة بكفاءة عندما تدار أنشطة وموارد المنظمة على أساس العملية.

- **مدخل النظام:** يساهم تحديد وفهم وإدارة العمليات المترابطة كنظام في تحقيق أهداف المنظمة بكفاءة وفعالية.

- **التحسين المستمر (L'amélioration continue):** يجب أن يتمثل الهدف الدائم للمنظمة بتحسين أداء المنظمة الكلي بشكل مستمر.

- **المدخل الواقعي لاتخاذ القرار:** تتحقق فعالية القرارات عندما تعتمد على تحليل البيانات والمعلومات.

-**العلاقة مع الموردين علاقة شركاء ومنفعة متبادلة:** يتم تعزيز قدرة المنظمة والموردين على خلق القيمة من خلال علاقات المشاركة والمنفعة المتبادلة، وتعتبر المبادئ الثمانية السابقة خطوط إرشادية تساعد على تحسين أداء نظام إدارة جودة المنظمة.

ويرتبط تقييم فعالية نظام الجودة بسياسة وأهداف المنظمة المتعلقة بالجودة، فإذا كانت سياسة الجودة لشركة صناعية هي تحقيق رضا العملاء، فإن هذه السياسة تترجم إلى عدة أهداف مثل: الجودة العالية، التسليم في الوقت المحدد، مقابلة المتطلبات، الملائمة للاستخدام، السعر المناسب، خدمة ما بعد البيع، فعندما تتحقق هذه الأهداف يوصف نظام الجودة بهذه المنظمة بأنه فعال.

¹ Henri Mitonneau, **ISO 9000 version 2000**, 2^{ème} édition, DUNOD, paris, 2001, pp. 168.169.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

الفرع الرابع: نموذج العملية المرتكز عليه الأيزو وعملية التحسين المستمر: ويركز مدخل العملية عندما يستخدم داخل نظام إدارة الجودة على الآتي:

- فهم ومقابلة المتطلبات؛
- الأخذ بعين الاعتبار العمليات المضافة للقيمة؛
- الحصول على نتائج عن أداء العملية وفعاليتها؛
- التحسين المستمر في العمليات بالاعتماد على قياس الهدف.

ويمكن تطبيق دورة (PDCA) على كل العمليات على النحو الآتي:

Plan : تحديد الأهداف والعمليات الضرورية لتحقيق النتائج وفقاً لمتطلبات العملاء وسياسات المنظمة.

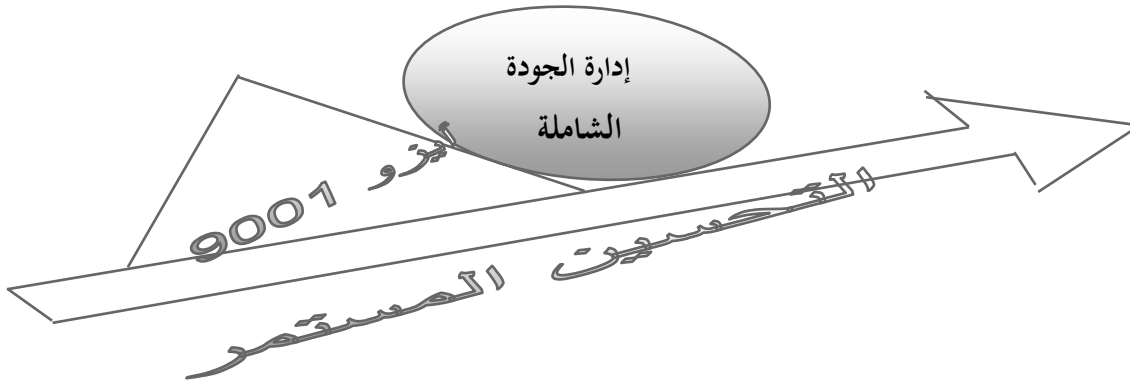
Do: تنفيذ العمليات.

Check: مراقبة وقياس العمليات والمنتج مقابل السياسات، الأهداف والمتطلبات للمنتج وكتابة تقرير بالنتائج.

Act : اتخاذ الإجراءات للتحسين المستمر في أداء العملية.

ويرتبط تقويم فعالية نظام الجودة بسياسة وأهداف المنظمة المتعلقة بالجودة، فإذا كانت سياسة الجودة لشركة صناعية تحقيق رضا العملاء، فإن هذه السياسة تترجم إلى عدة أهداف مثل: الجودة العالية، التسليم في الوقت المحدد، مقابلة المتطلبات، الملائمة للاستخدام، السعر المناسب، خدمة ما بعد البيع، فعندما تتحقق هذه الأهداف يوصف نظام الجودة بهذه المنظمة بأنه فعال.¹

شكل رقم(4-1):ضمان الجودة (مثل الأيزو 9001) متطلب أساسي لنجاح إدارة الجودة الشاملة



المصدر: حسين شرارة وبسام حسن زاهر، أيزو 9001 إصدار عام 2000 المتطلبات الجديدة والأزمة التي تواجه المنظمات الصناعية المصرية للتوافق معها، المؤتمر السنوي الخامس لإدارة الأزمات والكوارث، وحدة بحوث الأزمات، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة، 28-29 أكتوبر 2000، ص 447.

يوضح الشكل أعلاه أن المؤسسات التي تبنت نظام لإدارة الجودة وفق المواصفة الإيزو 9001 إصدار 2008

وفق حلقة التحسين المستمر تتجه نحو تطبيق مبادئ الجودة الشاملة.

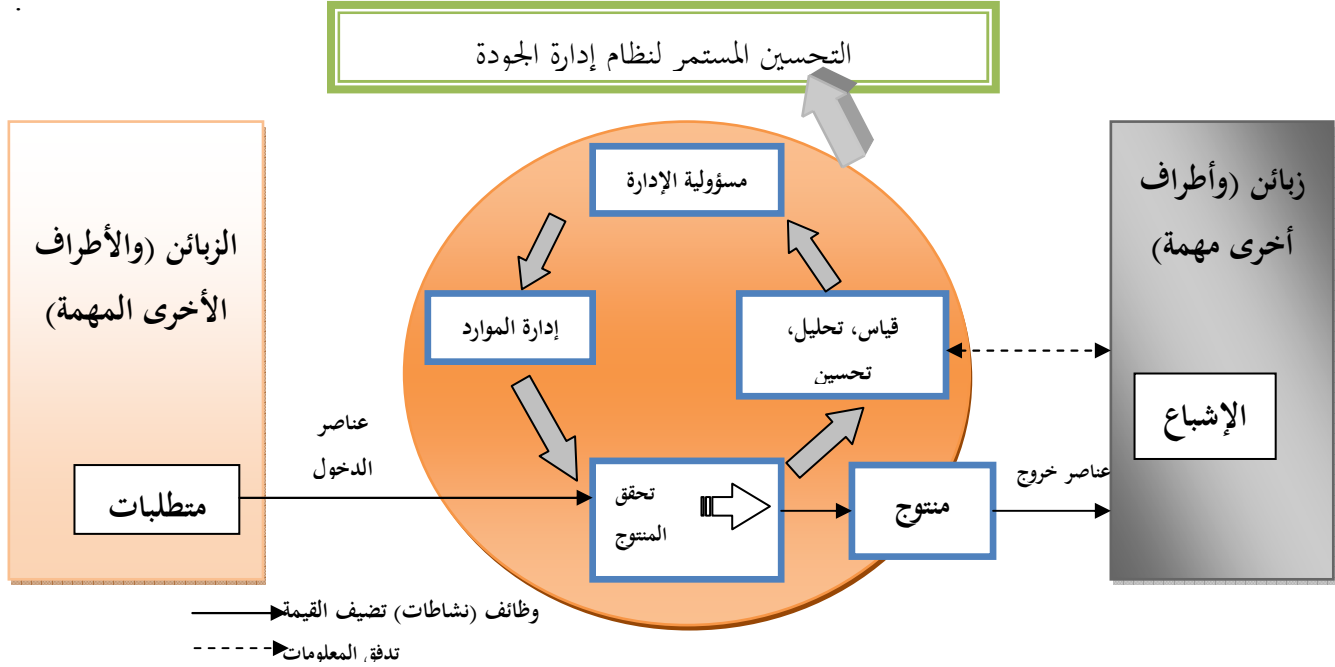
¹ Chaudhuri, A. K., & Acharya U. H., **Measuring effectiveness and suitability of a quality system**, Total Quality Management, Vol. 11 (No. 2, 2000), p. 150.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

ويبنى نموذج الأيزو 9001 إصدار عام 2008 على نموذج العملية (Process Model) الموضح في

الشكل:

شكل رقم (4-2): نموذج نظام إدارة الجودة المرتكز على العملية



Source: Systèmes de gestion de la qualité, Exigences, Quatrième édition 2008-11-15, p. 7

يتضح من الشكل (2) الركائز الأربع التي يبنى عليها نموذج نظام إدارة الجودة المرتكز على العملية وهي: مسؤولية الإدارة، إدارة الموارد، تحقيق المنتج، القياس والتحليل والتحسين.

كما يتضح أن الهدف الرئيسي لنظام إدارة الجودة المرتكز على العملية هو إنتاج منتجات تحقق رضا العملاء.

الفرع الخامس: متطلبات نظم إدارة الجودة ISO 9001:

نتحدث عن متطلبات نظام إدارة الجودة حسب المواصفة الأيزو 9001 إصدار 2015 للمنظمة عندما ترغب هذه الأخيرة في :

- إثبات مقدرتها على توفير منتج يفي بمتطلبات الزبون والمتطلبات المعمول بها،
- تعزيز رضا الزبون من خلال التطبيق الفاعل للنظام بما يتضمنه من عمليات التحسين المستمر للنظام وتأكيد المطابقة لمتطلبات الزبون والمتطلبات التنظيمية المعمول بها.

1- المتطلبات عامة: يجب على المنظمة أن تنشئ وتوثق وتطبق وتحافظ على نظام لإدارة الجودة وتحسن باستمرار فاعليته طبقاً للمتطلبات الواردة في هذه المواصفة القياسية الدولية¹.

1-1- عام: يجب أن تشمل وثائق إدارة الجودة ما يلي:

أ- بيان موثق لسياسة وأهداف الجودة.

¹ Association française de normalisation, Développement Durable « de la stratégie à l'opérationnel », AFNOR, Paris, 2007, p. 158.

ب- دليل الجودة.

ج- الإجراءات الموثقة والسجلات المطلوبة في هذه المواصفة القياسية الدولية.

د- الوثائق - متضمنة السجلات - التي ترى المنظمة أنها ضرورية لضمان التخطيط والتشغيل والضبط الفاعل لعملياتها.

1-2- ضبط الوثائق: يجب ضبط الوثائق المطلوبة لنظام إدارة الجودة، والسجلات هي نوع خاص من الوثائق يجب ضبطها طبقاً للمتطلبات ويجب إنشاء إجراء موثق يحدد الضوابط الضرورية.

1-3- ضبط السجلات: يجب مراقبة سجلات المنظمة لتقديم الدليل على المطابقة للمتطلبات والتشغيل الفعال لنظام إدارة الجودة. ويجب أن تقوم المنظمة بإنشاء إجراء موثق لتحديد الضوابط اللازمة لتمييز وتخزين وحماية واسترجاع وحفظ والتخلص من السجلات .

2- مسؤولية الإدارة: من خلال العناصر التالية¹:

1-2- التزام الإدارة: يجب على الإدارة العليا أن تبرهن على التزامها بتطوير وتطبيق نظام إدارة الجودة والتحسين المستمر لفاعليته.؛

2-2- التركيز على الزبون: يجب على الإدارة العليا التأكد من أن متطلبات الزبون تم تحديدها والوفاء بها بهدف تعزيز رضا الزبون.

2-3- سياسة الجودة: يجب على الإدارة العليا التأكد أن سياسة الجودة:

أ- مناسبة لأغراض المنظمة؛

ب- تتضمن الالتزام بالمطابقة مع المتطلبات والتحسين المستمر لفاعلية نظام إدارة الجودة؛

ج- تحدد إطار عمل لوضع ومراجعة أهداف الجودة؛

د- معلنة ومفهومة لجميع العاملين بالمنظمة؛

هـ تراجع لاستمرارية ملاءمتها.

2-4- التخطيط: يعد من أهم عناصر مسؤولية الإدارة ويتضمن العناصر التالية:

أ- أهداف الجودة: يجب على الإدارة العليا التأكد من أن أهداف الجودة، شاملة للاحتياجات المطلوبة لتلبية متطلبات المنتج، قد تم إعدادها للوظائف والمستويات المختلفة بالمنظمة. ويجب أن تكون أهداف الجودة قابلة للقياس ومتوافقة مع سياسة الجودة.

ب- تخطيط نظام إدارة الجودة: يجب على الإدارة العليا التأكد من:

أ- أن تخطيط نظام إدارة الجودة يتم بغرض تلبية المتطلبات الواردة في هذا الخصوص وأيضا بغرض تحقيق أهداف الجودة؛

ب- أن تكامل نظام إدارة الجودة قد تم المحافظة عليه عند تخطيط وتنفيذ أي تغييرات على نظام إدارة الجودة.

¹ Développement Durable « de la stratégie à l'opérationnel », Op.cit. p. 159.

الفصل الرابع:.....آليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

3- المسؤولية والصلاحيات والاتصال: تحديد المسؤوليات والصلاحيات يتم عبر النقاط التالية¹:

3-1- المسؤولية والصلاحيات: يجب على الإدارة العليا التأكد من تحديد المسؤوليات والصلاحيات ونشرها داخل المنظمة.

3-2- ممثل الإدارة: يجب على الإدارة العليا أن تحدد عضواً من إدارة المنظمة يتولى المسؤوليات والصلاحيات الآتية بغض النظر عن مسؤولياته الأخرى:

أ- التأكد من أن العمليات المطلوبة لنظام إدارة الجودة تم إنشاؤها وتطبيقها والمحافظة عليها؛

ب- رفع التقارير للإدارة العليا عن أداء نظام إدارة الجودة وأي احتياجات للتحسين؛

ج- التأكد من رفع الوعي بمتطلبات الزبائن خلال المنظمة.

3-3- الاتصال الداخلي: يجب على الإدارة العليا التأكد من أن عمليات الاتصال الملائمة للمنظمة قد تم إنشاؤها. وأن الاتصال يشمل فاعلية نظام إدارة الجودة.

3-4- مراجعة الإدارة: تعد مراجعة الإدارة من أهم المتطلبات وهي الضامن الوحيد لتقييم الأداء من خلال مراجعة الإدارة بما تم تحقيقه من أهداف.

3-4-1- عام: يجب على الإدارة العليا أن تراجع نظام إدارة الجودة بالمنظمة على فترات مخططة لضمان استمرارية الملائمة والكفاءة والفاعلية. ويجب أن تشمل هذه المراجعة تقييم فرص التحسين والحاجة لتغيير نظام إدارة الجودة متضمناً سياسة وأهداف الجودة.

3-4-2- مدخلات المراجعة: يجب أن تشمل مدخلات مراجعة الإدارة على معلومات عن:

أ- نتائج التدقيق (السابقة)؛

ب- التغذية المرتدة من الزبون؛

ج- أداء العملية ومطابقة المنتج؛

د- موقف الأفعال التصحيحية والوقائية؛

هـ متابعة أفعال ناشئة من مراجعات الإدارة السابقة؛

و- التغييرات التي يمكن أن تؤثر على نظام إدارة الجودة؛

ز- توصيات من أجل التحسين.

3-4-3- مخرجات المراجعة: يجب أن تشمل مخرجات مراجعة الإدارة على أي قرارات أو أفعال لها علاقة بالآتي:

أ- تحسين فاعلية نظام إدارة الجودة وعملياته؛

ب- تحسين المنتج فيما يتعلق بمتطلبات الزبون؛

ج- احتياجات الموارد.

4- إدارة الموارد: وتعالج العناصر التالية:¹

¹ Développement Durable « de la stratégie à l'opérationnel », Op. Cit. 161.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

4-1- توفير الموارد: يجب على المنظمة تحديد وتوفير الموارد اللازمة للآتي:

أ- لتطبيق نظام إدارة الجودة والمحافظة عليه مع التحسين المستمر لفاعليته؛

ب- تعزيز رضا الزبون بالوفاء بمتطلبات الزبون.

4-2- الموارد البشرية: المورد البشري من أهم متطلبات نظام إدارة الجودة عبر تكوينه وتدريبه.

4-2-1- عام: يجب أن يكون الأفراد القائمين بأعمال تؤثر على تطابق متطلبات المنتج ذوي كفاءة على أساس

التعليم والتدريب والمهارات والخبرة المناسبة.

4-2-2- الكفاءة والتدريب والتنوعية: يجب على المنظمة:

أ- تحديد الكفاءة الضرورية للأفراد القائمين بأعمال تؤثر على تطابق متطلبات المنتج؛

ب- في حالة تطبيق ذلك، توفير التدريب أو اتخاذ أفعال أخرى لتحقيق الكفاءة اللازمة؛

ج- تقييم فاعلية ما اتخذ من أفعال؛

د- التأكد من أن الأفراد على وعي بعلاقة وأهمية أنشطتهم وكيفية مساهمتهم في تحقيق أهداف الجودة؛

هـ- المحافظة على السجلات المناسبة للتعليم والتدريب والمهارات والخبرة.

4-3- البنية التحتية: يجب على المنظمة أن تحدد وتوفر الموارد وتحافظ على البنية التحتية اللازمة لتحقيق مطابقة

المنتج.

4-4- بيئة العمل: يجب على المنظمة تحديد وإدارة بيئة العمل اللازمة لتحقيق مطابقة المنتج للمتطلبات.

ملحوظة: يتعلق مصطلح "بيئة العمل" بالظروف التي يؤدي العمل تحتها مشتملة الظروف البدنية والبيئية العوامل

الأخرى (مثل الضوضاء- درجة الحرارة- الرطوبة - الإضاءة - الجو).

5- تخطيط وانجاز المنتج: ويتناول النقاط التالية²:

5-1- التخطيط لتحقيق المنتج: يجب على المنظمة أن:

أ- تخطط وتطور العمليات اللازمة لتحقيق المنتج؛

ب- يجب أن يتوافق التخطيط لتحقيق المنتج مع متطلبات العمليات الأخرى لنظام إدارة الجودة؛

ت- يجب على المنظمة عند التخطيط لتحقيق المنتج أن تحدد المناسب مما ورد في المواصفة.

5-2- العمليات ذات العلاقة بالزبون: وتتم عبر المراحل التالية:

5-2-1- تحديد المتطلبات ذات العلاقة بالمنتج: يجب على المنظمة أن تحدد:

أ- المتطلبات المحددة بواسطة الزبون متضمنةً متطلبات التسليم وأنشطة ما بعد التسليم؛

ب- المتطلبات غير المحددة من قبل الزبون ولكنها ضرورية للاستخدام الموصف أو المقصود؛

ج- المتطلبات التشريعية والتنظيمية المطبقة على المنتج؛

¹ Développement Durable, « de la stratégie à l'opérationnel », Op.cit. 161.

² Ibid. p.163.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

د- أي متطلبات إضافية يتم اعتبارها ضرورية من قبل المنظمة.

ملاحظة: تتضمن أنشطة ما قبل النقل عل سبيل المثال: التصرفات الحادثة بموجب نصوص الضمان والالتزامات التعاقدية مثل خدمات الصيانة والخدمات التكميلية مثل إعادة التصنيع أو التخلص النهائي.

5-2-2-2- مراجعة المتطلبات ذات العلاقة بالمنتج: يجب على المنظمة أن تراجع المتطلبات ذات العلاقة بالمنتج ويجب أن تتم هذه المراجعة قبل أن ترتبط المنظمة مع الزبون على توريد المنتج (أي مثل: قبل تقديم العطاءات - قبول العقود أو أوامر التوريد - قبول أي تعديلات على عقود أو أوامر التوريد).

5-2-3- الاتصال بالزبون: يجب على المنظمة أن تحدد وتطبق ترتيبات فاعلة للاتصال بالزبون فيما يتعلق بالآتي:
أ- معلومات المنتج؛

ب- الطلبات وتداول العقود وأوامر التوريد والتعديلات المتضمنة؛

ج- التغذية الراجعة من الزبون متضمنة شكاوى الزبون.

5-3-3- التصميم والتطوير: من خلال المراحل التالية:

5-3-1- تخطيط التصميم والتطوير: يجب على المنظمة أن تخطط وتراقب تصميم وتطوير المنتج.

5-3-2- مخرجات التصميم والتطوير: يجب أن تقدّم مخرجات التصميم والتطوير بشكل يتناسب مع مدخلات التصميم والتطوير كما يجب اعتمادها قبل السماح بتداولها.

5-3-3- مراجعة التصميم والتطوير: يجب إجراء مراجعات نظامية للتصميم والتطوير عند مراحل مناسبة طبقاً لترتيبات مخططة بهدف:

أ- لتقييم قدرة نتائج التصميم والتطوير على الوفاء بالمتطلبات؛

ب- لتحديد أي مشاكل واقتراح الأفعال اللازمة؛

يجب أن يشارك في مثل هذه المراجعات ممثلين للوظائف المعنية بمرحلة (أو مراحل) التصميم والتطوير التي يتم مراجعتها. ويجب المحافظة على سجلات نتائج المراجعات وأي أفعال ضرورية.

5-4-4- التحقق من التصميم والتطوير: يجب أن يتم إجراء التحقق طبقاً لترتيبات مخططة للتأكد أن مخرجات التصميم والتطوير تفي بمتطلبات مدخلات التصميم والتطوير. ويجب المحافظة على سجلات نتائج التحقق وأي أفعال ضرورية.

5-4-1- إقرار صلاحية التصميم والتطوير: يجب أن يتم إقرار صلاحية التصميم والتطوير طبقاً لترتيبات مخططة للتأكد أن المنتج الناتج قادر على الوفاء بمتطلبات التطبيق المعين أو الاستخدام المقصود كلما أمكن. يجب أن يتم إقرار الصلاحية قبل تسليم أو استخدام المنتج كلما أمكن ذلك. يجب المحافظة على سجلات بنتائج إقرار الصلاحية وأي أفعال ضرورية.

5-4-2- ضبط تغييرات التصميم والتطوير: يجب تحديد تغييرات التصميم والتطوير والمحافظة على السجلات. يجب مراجعة التغييرات والتحقق منها وإقرار صلاحيتها كلما أمكن واعتمادها قبل التطبيق. يجب أن تتضمن مراجعة

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

تغييرات التصميم والتطوير تقييم تأثير هذه التغييرات على الأجزاء المكونة للمنتج والمنتج الذي تم تسليمه. يجب المحافظة على سجلات بنتائج مراجعة التغييرات وأي أفعال ضرورية.

5-5- الشراء: ركزت المواصفة على وظيفة الشراء لما لها من أهمية كبيرة على جودة المنتج وكانت متطلبات المواصفة في مجال هذه الوظيفة كالآتي:

5-5-1- عملية الشراء: يجب على المنظمة أن تتأكد من تطابق المنتج المشتري مع متطلبات الشراء المحددة. إن نوع ومدى المراقبة المنفذة على المزود والمنتج المشتري يجب أن يعتمد على مدى تأثير المنتج المشتري في تحقيق المنتج التالي أو المنتج النهائي.

ويجب على المنظمة تقييم واختيار الموردين على أساس قدرتهم على توريد منتج طبقاً لمتطلبات المنظمة. يجب وضع معايير الاختيار والتقييم وإعادة تقييم المزودين. ويجب المحافظة على سجلات نتائج التقييم وأي أفعال ضرورية تنشأ عن التقييم.

5-5-2- معلومات الشراء: يجب أن توصف معلومات شراء المنتج المطلوب شراؤه متضمناً بقدر الإمكان:

أ- المتطلبات الخاصة باعتماد المنتج والإجراءات والعمليات والمعدات؛

ب- متطلبات تأهيل الأفراد؛

ج- متطلبات نظام إدارة الجودة.

يجب على المنظمة أن تتأكد من كفاية متطلبات الشراء المحددة قبل نشرها على المزود.

5-5-3- التحقق من المنتج المشتري: يجب على المنظمة أن تنشئ وتطبق التفثيش أو أي أنشطة أخرى ضرورية للتأكد أن المنتج المشتري يفي بمتطلبات الشراء المحددة.

حينما تنوي المنظمة أو زبونها إجراء تحقق لدى المزود. يجب على المنظمة أن تنص على ترتيبات التحقق المطلوبة وأسلوب قبول المنتج ضمن معلومات الشراء.

5-6- الإنتاج وتقديم الخدمة: عبر معالجة العناصر التالية:

5-6-1- ضبط الإنتاج وتقديم الخدمة: يجب على المنظمة أن تخطط وتنفذ متطلبات الإنتاج وتقديم الخدمة تحت ظروف خاضعة للتحكم.

5-6-2- إقرار صلاحية العمليات للإنتاج وتقديم الخدمة: يجب على المنظمة أن تقر صلاحية أي عمليات للإنتاج وتقديم الخدمة إذا كان ناتج العمليات لا يمكن التحقق منه بالمراقبة والقياس لاحقاً ونتيجة لذلك تصبح العيوب ظاهرة فقط بعد استخدام المنتج أو تقديم الخدمة. وإقرار الصلاحية يجب أن يبرهن على قدرة هذه العمليات على تحقيق النتائج المخططة.

5-6-3- التمييز والتبعية: يجب على المنظمة أن تميز المنتج بالوسائل المناسبة خلال مراحل تحقيقه كلما كان ذلك ممكناً. يجب على المنظمة تمييز حالة المنتج فيما يتعلق بمتطلبات القياس والمراقبة من خلال تحقيق المنتج. إذا كانت التبعية مطلباً فإنه يجب على المنظمة أن تراقب التمييز الفريد للمنتج وتقوم بحفظ السجلات.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

5-6-4- ملكية الزبون: يجب على المنظمة أن تولي عناية بملكية الزبون حينما تكون تحت سيطرة المنظمة أو تستخدم بواسطتها. ويجب على المنظمة أن تميز وتحقق من وتحمي وتؤمن ملكية الزبون الموجودة لديها بغرض الاستخدام أو إدخالها في المنتج. وفي حالة فقد أو تلف أي ملكية للزبون أو عدم صلاحيتها للاستخدام، تقوم المنظمة بإبلاغ المستهلك مع الاحتفاظ بالسجلات.

5-6-5- المحافظة على المنتج: يجب على المنظمة أن تحافظ على المنتج أثناء عمليات التشغيل الداخلي والتسليم للجهة المعنية من اجل المحافظة على مطابقة الشروط والمتطلبات. وكلما أمكن، يجب أن تتضمن المحافظة على التمييز والتناول والتغليف والتخزين والحماية. ويجب أن تطبق المحافظة أيضاً على الأجزاء المكونة للمنتج.

5-6-6- ضبط معدات المراقبة والقياس: يجب على المنظمة أن تحدد المراقبة والقياسات المطلوب تنفيذها وأيضاً معدات المراقبة والقياس اللازمة لإعطاء البرهان على مطابقة المنتج للمتطلبات المحددة . ويجب على المنظمة أن تنشئ عمليات تضمن إمكانية تنفيذ المراقبة والقياس وان التنفيذ يتم بأسلوب يتوافق مع متطلبات المراقبة والقياس .

6-القياس والتحليل والتحسين:وتتمثل في النقاط التالية:¹

6-1-عام: يجب على المنظمة أن تخطط وتطبق عمليات المراقبة والقياس والتحليل والتحسين المطلوبة.

أ- لتبرهن على مطابقة متطلبات المنتج؛

ب- لتؤكد مطابقة نظام إدارة الجودة؛

ج- لتحسن باستمرار فاعلية نظام إدارة الجودة؛

ويجب أن يتضمن هذا تحديد الأساليب المطبقة مشتملة على التقنيات الإحصائية ومدى استخدامها.

6-2- المراقبة والقياس: وتتم عبر تطبيق المتطلبات التالية:

6-2-1- رضا الزبون: كأحد قياسات أداء نظام إدارة الجودة، يجب على المنظمة أن تراقب المعلومات المتعلقة بتوقعات الزبون حتى تستشعر إلى أي مدى قامت بالوفاء بمتطلباته. ويجب تحديد أساليب الحصول واستخدام هذه المعلومات.

6-2-2- التدقيق الداخلي: يجب على المنظمة تنفيذ تدقيقات داخلية على فترات مخططة لتحديد ما إذا كان نظام إدارة الجودة مطابقاً للترتيبات المخططة، ومتطلبات هذه المواصفة القياسية الدولية ومتطلبات نظام إدارة الجودة المحددة بواسطة المنظمة ومطبق بفاعلية ويتم المحافظة عليه.

6-2-3- مراقبة وقياس العمليات: يجب على المنظمة أن تطبق الأساليب المناسبة للمراقبة وكلما أمكن قياس عمليات نظام إدارة الجودة، ويجب أن تبرهن هذه الأساليب على قدرة العمليات على تحقيق النتائج المخططة، وفي حالة عدم تحقيق النتائج المخططة يجب التصحيح واتخاذ الأفعال التصحيحية "كلما أمكن".

6-3- التحكم في المنتج غير المطابق: يجب على المنظمة أن تضمن تمييز ومراقبة المنتج غير المطابق لمتطلبات

¹ Développement Durable « de la stratégie à l'opérationnel », Op.cit. p.164.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية

المنتج حتى تمنع الاستخدام غير المقصود أو تسليمه. يجب إنشاء إجراء موثق يحدد أساليب التحكم والمسؤوليات والصلاحيات المتعلقة بالتعامل مع المنتج غير المطابق.

4-6- تحليل البيانات: يجب على المنظمة تحديد وجمع وتحليل البيانات المناسبة لتبرهن على ملائمة وفاعلية نظام إدارة الجودة ولتقييم أين يمكن عمل التحسين المستمر لفاعلية نظام إدارة الجودة. ويجب أن يتضمن ذلك البيانات المتولدة نتيجة للمراقبة والقياس ومن المصادر المعنية الأخرى .

5-6- التحسين: ويتمثل في النقاط التالية:

1-5-6- التحسين المستمر: يجب على المنظمة أن تحسن باستمرار فاعلية نظام إدارة الجودة من خلال استخدام سياسة الجودة، أهداف الجودة، نتائج التدقيق، تحليل البيانات، الأفعال التصحيحية والوقائية ومراجعة الإدارة.

2-5-6- الفعل التصحيحي: يجب على المنظمة أن تعمل فعلاً على إزالة أسباب عدم المطابقة بغرض منع تكرار حدوثه. ويجب أن تكون الأفعال التصحيحية مناسبة لتأثيرات حالات عدم المطابقة المكتشفة.

3-5-6- الفعل الوقائي: يجب على المنظمة أن تحدد فعلاً لإزالة أسباب عدم المطابقة الممكنة حتى تمنع حدوثها. يجب أن تكون الأفعال الوقائية مناسبة لتأثيرات المشاكل الممكنة.

المطلب الثالث: استراتيجية الانحراف السداسي Six Sigma

نشأت Six Sigma في قطاع الصناعات التحويلية في موتورولا وتم تطبيقها من قبل شركة جنرال إلكتريك التي لديها قسم استشاري للرعاية الصحية¹.

الفرع الأول: تعريف استراتيجية الانحراف السداسي

قدمت للانحراف السداسي عدة تعريف أهمها:

"Six Sigma" هو منهج تحسين قائم على البيانات ويهدف إلى التخلص من العيوب من كل منتج وعملية ومعاملة تقريباً²

يعرفه تومكنز (1997) على أنه: "برنامج يهدف إلى القضاء شبه التام على العيوب من كل منتج عمليّة ومعاملات". أمّا هاري (1998) فيعرفه بأنه: "مبادرة استراتيجية لتعزيز الربحية وزيادة الحصة السوقية وتحسين رضا العملاء من خلال الأدوات الإحصائية التي يمكن أن تؤدي إلى تحقيق مكاسب كبيرة في الجودة".

ومن منظور المقاربة الإحصائية فإن الانحراف السداسي يعبر عن: " مفردة إحصائية الهدف منها قياس مدى انحراف الانتاج عن القيمة المثلى، والذي ينظر له على أنه تقنية جد متطورة في إدارة الجودة الشاملة، تستهدف ما يقرب من الكمال في دقة الالتزام لمعايير الجودة وتجنّب الأخطاء في العمليات الإنتاجية".¹

الفرع الثاني: القيمة المضافة لتبني استراتيجية الانحراف السداسي:

¹ PATRICE Spath, **Introduction to healthcare quality management**, Op.cit, p.115.

² Ibid.p.115.

¹ Erick C. Jones, Op.cit., p.80.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية

تتلخص القيمة المضافة التي تتحقق للمنظمة الاستشفائية من خلال تطبيقها لاستراتيجية الانحراف السداسي في العناصر التالية:²

- التوسّع في المعارف العلمية ذات العلاقة بالعمليات من خلل المناقشة والتحليل المتكرر لها؛
- تقليل الأخطاء وتخفيض الزمن اللازم لتحقيق المنتج أو الخدمة من خلال فحص وتحليل كافة العمليات؛
- زيادة الانتاجية وتعظيم المردود من خلال التحسين المستمر للعمليات؛
- تحسين التواصل وروح العمل الجماعي من خلال المشاركة الجماعية في طرح الأفكار وإيجاد الحلول؛
- تقليص الاختلاف في الأداء مما يزيد في ثقة العميل بمنتجات المؤسسة؛
- تطوير فرق العمل لتحسين كامل المؤسسة؛
- تحويل الثقافة التنظيمية من منط مكافحة الأخطاء إلى منط منع الأخطاء؛
- رفع الروح المعنوية للعاملين؛
- إزالة الخطوات التي تعتبر غير مهمة في العمليات؛
- تخفيض تكلفة النوعية الرديئة؛
- الوعي المتزايد للأدوات والتقنيات المستخدمة في حل المشكلات وهذا يؤدي إلى رضا العاملين؛
- قرارات الإدارة الفاعلة بسبب اعتمادها على بيانات وحقائق بدل من الآراء الشخصية والافتراضات؛
- تحقيق تحسين يزيد عن 50% خلال 3-6 أشهر من التطبيق الناجح؛
- التركيز على بعض الأدوات الخاصة لتحقيق تحسين جوهري؛
- تحقيق نجاحات خاصة في مجال التصميم لقدرتها على تجنّب المشكلات وتحقيق توقعات العملاء؛
- التركيز على الربحية بشكل كبير؛
- الربط بين كلّ مستويات الأعمال؛
- تخفيض المدراء لإحكام السيطرة على العمليات؛
- الاعتماد بشكل كبير على القياسات والبيانات حيث يتم قياس التقدم والانجاز؛
- التركيز على إدارة العمليات ذات الطابع المتداخل؛
- تطوير المنتج على نحو أسرع وأكثر متانة؛
- عمليات التصنيع أكثر قدرة وكفاءة؛
- أداء العمليات الأكثر دقة.

² محمد عبد العال النعيمي، six sigma تحقيق الدقة في إدارة الجودة (مفاهيم وتطبيقات)، دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،

الفرع الثالث: أهداف وأهمية إستراتيجية الانحراف السداسي

أولا: أهداف استراتيجية الانحراف السداسي:

- يمكن تطبيق استراتيجية الانحراف السداسي على إحدى عمليات أو وظائف المؤسسة، كما يمكن تطبيقه على المؤسسة بأكملها؛ بحيث يهدف تطبيقها أساسا إلى:¹
- التركيز على كيفية إرضاء العميل سواء كانت المنظمة ذات هدف ربحي أو غير ربحي، مع العمل على إشباع رغبات العملاء، الموظفين، أصحاب العمل، وكل من له صلة بالمؤسسة والعمل على تلبية احتياجاتهم؛
 - السعي إلى تحسين العمليات والتغلب على الإجراءات التقليدية وتغييرها إلى ما هو أحسن وتوجيه المؤسسة نحو الجودة ودفعها إلى تحقيق التميز في الأداء؛
 - العمل على بث روح التعاون والعمل كفريق واحد من أجل النجاح الجماعي، والسعي نحو تحقيق الاتقان في العمل مع تحمّل أخطاء العاملين أثناء تدريبهم وتطويرهم؛
 - العمل على تحقيق النتائج والمكاسب المرغوبة في أسرع وقت ممكن وبأقل تكلفة وجهد، والتأكيد على ضرورة تحقيق فوائد إيجابية ذات جدوى داخل المؤسسة؛
 - إزالة الاختلافات وتقليل أخطاء العمال باستخدام أدوات وتقنيات إحصائية؛ حيث يقوم فريق الانحراف السداسي بتطوير كفاءة وفعالية الخدمات والمنتجات خاصة ما يتعلق بالوقت والتكلفة؛
 - التعرف على الجوانب السلبية في الوقت والطاقات الذهنية والمادية ومن ثم التخلص منها.

ثانيا: أهمية استراتيجية الانحراف السداسي:

لقد حققت الكثير من المؤسسات التي طبقت مفهوم الانحراف السداسي وفورات كثيرة في غضون فترة قصيرة نسبيا، ففي عام 2003 حقق بنك (أوف أمريكا) بعد تطبيقه للمفهوم حوالي 2 بليون دولار زيادة في الأرباح، فضلا عن 25% زيادة في مستوى رضا العملاء، كما أن هناك الكثير من المؤسسات التي أثبتت الدراسات أنها حققت وفورات كثيرة بعد تطبيق استراتيجية (الانحراف السداسي) لذلك نقترحها كمنهج لتعزيز جودة الرعاية الصحية في المنظمات الاستشفائية.

وفي هذا السياق يذكر (جاك ويلش) أن الانحراف السداسي سيكون الشيفرة الوراثية لقيادة المستقبل وهذا ما يدل على مدى أهمية هذا المفهوم.

كما أن النجاح الذي حققته مؤسسة (MOTOROLA) جراء استخدامها لمفهوم الانحراف السداسي، جعل باقي المؤسسات تدرك أهمية تطبيق هذا المفهوم على أعمالها؛ لذلك يمكن القول أن للانحراف السداسي أهمية كبيرة وأن على جميع المؤسسات أن تدرك هذه الحقيقة، إذا أرادت أن تصل إلى الصدارة في القطاع التي تنتمي إليه.

¹ مباركة جناد، دور استراتيجية الانحراف السداسي في الارتقاء بالخدمات الصحية لتحقيق رضى المريض-دراسة حالة بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية سطيف-، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف-1، الجزائر، 2017-2018، ص.9-10.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

هذا وتظهر أهمية تطبيق الانحراف السداسي في تقليل التكاليف التقليدية للجودة الرديئة، وهي التكاليف الظاهرة ومن أهمها: إعادة العمل، الفحص، الضمان والمرفوضات، فضلا عن التكلفة الأهم وهي التكلفة غير الظاهرة، وتشمل المبيعات الخاسرة بسبب الأخطاء أو طول زمن الدورة، تسليم متأخر، تكاليف تركيب مرتفعة، مخزون زائد، تخطيط طلبات مواد أولية زائدة، تكاليف طرق مختلفة لأداء الأعمال، تكاليف معلومات غير دقيقة وغيرها. بالإضافة إلى ما سبق، فإن تطبيق مدخل الانحراف السداسي يعد أفضل من تطبيق مداخل الجودة التقليدية للاعتبارات التالية:¹

- إن مدخل الانحراف السداسي هو منهج يركز على العملاء؛ حيث يتسع مفهوم العملاء ليشمل المستثمرين والموظفين والمستفيدين من السلعة أو الخدمة؛
- العمل من خلال فريق؛ حيث يضمن مدخل الانحراف السداسي مشاركة كل فرد في العمل الجماعي؛
- التحسينات الجوهرية التي يحدثها المفهوم في العمليات؛
- إن تطبيق الانحراف السداسي يؤدي إلى رفع مستوى الإنتاجية، مما ينعكس على أرباح أكثر أو جودة أعلى في الخدمة المقدمة؛
- رفع مستوى رضا العملاء وزيادة ولائهم للمؤسسة؛
- يعمل مدخل الانحراف السداسي على تحويل الثقافة التنظيمية من الإدارة برودة الفعل إلى إدارة معالجة للمشكلات قبل حدوثها، بمعنى تبني الإدارة الفعالة المبنية على التخطيط المسبق؛
- يؤدي مدخل الانحراف السداسي إلى التخفيض في التكاليف وزيادة في العائد؛
- إن مدخل الانحراف السداسي يبدأ من العميل، ويدعم من الإدارة العليا؛ حيث أنه يعمل على تغيير الكيفية التي تعمل بها الإدارة، وبذلك هو أكثر من مجرد مشروع للتحسين؛
- يؤدي هذا المدخل إلى رفع كفاءة الهيكل الإداري بالمؤسسة وخصوصا رفع كفاءة المستوى التشغيلي؛ حيث أنه يركز على تقليل العيوب بأقل تكاليف ممكنة؛
- يعتبر مدخل الانحراف السداسي ضمن تكاليف منع حدوث الأخطاء؛
- يعمل هذا المدخل على تخفيض دورة التشغيل وتخفيض عمليات إعادة الصنع؛
- يؤدي مدخل الانحراف السداسي إلى رضا العاملين، من خلال الوعي المتزايد للأدوات والتقنيات المستخدمة في حل المشكلات؛
- أخيرا لأن هذا المدخل يعمل على اتخاذ القرارات الفعالة، بسبب اعتماد الإدارة على بيانات وحقائق بدلا من الآراء الشخصية أو الافتراضات.

¹ مباركة جناد، مرجع سابق، ص.11.

الفصل الرابع:.....آليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية

كما يمكن تحديد أهمية الانحراف السداسي وباختصار في تخفيض التكاليف، تحسين الإنتاجية، نمو وزيادة الحصة السوقية، الاحتفاظ بالعملاء، تخفيض زمن الدورة، تطوير المنتجات والخدمات، وأخيرا التغيير في ثقافة المؤسسة.

فعند حدوث عيب في العملية أو الوقت أو العمل أو رأس المال أو الآلات أو المواد، فلا بد من استخدام الانحراف السداسي لفحص وتحليل وإصلاح هذا العيب، وترتبط عناصر هذه الدورة من فحص وتحليل وإصلاح ارتباطا وثيقا بعناصر تحقيق قناعة العميل الثلاثة، والتي تتمثل في جودة المنتج - حال من العيوب - في الوقت المحدد، تقليل زمن الدورة، وبالسعر المناسب والذي ينعكس بدوره على تكاليف التصنيع، أما إذا كانت العيوب ضئيلة جدا، فستصبح أنظمة الصيانة التي تقوم بالفحص والتحليل والإصلاح غير ضرورية، ومن ثم تنخفض التكاليف بصورة كبيرة وهذا هو منتهى أهداف الانحراف السداسي.

يتضح من خلال هذا الطرح أن أهمية الانحراف السداسي تتلخص في أن تطبيقه يحقق وفورات كثيرة وفي فترة وجيزة من أرباح ورضا العملاء وبأقل التكاليف، كما يمكن المؤسسات من الوصول إلى الصدارة كل في قطاعها بالإضافة إلى تميزه عن مداخل الجودة الأخرى، بالخصوص من خلال تركيزه على رضا العملاء.

المبحث الثاني: آليات تحسين الأداء البيئي في المنظمات الاستشفائية

سنتناول في هذا المبحث أهم أنظمة الإدارة التي تكفل للمنظمات التي تبناها تحسين أدائها البيئي بما يتوافق مع متطلبات التنمية المستدامة، خاصة وأن هذه الأخيرة ثبت نجاحها بالرقى بأداء المنظمات التي تبنتها نحو الأداء المستدام.

المطلب الأول: نظم الإدارة البيئية المتكامل

يعتبر تبني نظم للإدارة البيئية وفق متطلبات ما يسمى نظام الإدارة البيئية المتكامل كمدخل لاستجابة لمتطلبات تحقيق الاستدامة البيئية.

الفرع الأول: تعريف وأهمية نظام الإدارة البيئية

أولا: تعريف نظام الإدارة البيئية: يعرف على أنه: "جزء من النظام الإداري الشامل الذي يضم الهيكل التنظيمي للمنظمة والتخطيط والمسؤوليات والممارسات العملية والإجراءات والعمليات وإمكانات التطوير والمراجعة البيئية ومتابعة السياسة البيئية وأيضاً تنفيذها"¹.

وتعرف الإدارة البيئية المتكاملة على أنها "نسق إداري متكامل يتحقق من خلال التزام مستويات الإدارة العليا ومتخذي القرار التنموي بتطبيقه للوصول بالمؤسسة إلى التنمية المستدامة في كافة القطاعات الاقتصادية والاجتماعية.

¹ رعد حسن الصرن، نظم الإدارة البيئية والأيزو 14000، دار الرضا للنشر، دمشق، 2001، ص124.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

وتتحقق الإدارة البيئية من خلال التعرف الصحيح على الموارد المتاحة والتخطيط السليم لاستغلالها مع الترشيد في استهلاك الموارد الطبيعية للدولة والحفاظ على صحة أفراد المجتمع في جميع الأعمار من الذكور والإناث¹.
ثانيا: أهمية نظم الإدارة البيئية:

تسعى العديد من المنظمات لاعتماد معايير نظام إدارة البيئة وأهمها على الإطلاق (ISO 14000) والتنظيم الأوروبي الخاص بالإدارة البيئية (EMSE) أن ذلك سيعود عليها بفوائد كبيرة، إلا أنها في نفس الوقت تتحمل مجموعة من التكاليف، وسنحاول من خلال العنصر التالي معرفة كل من فوائد وتكاليف اعتماد المنظمات لنظام إدارة البيئة (ISO 14000).

- اعتماد المنظمات لنظام إدارة البيئة (ISO14000) يمكنها من تحقيق العديد من الفوائد يلخصها البعض في:²
- تمكين المنظمة من اعتماد نظام يضمن احترام قوانين البيئة؛
 - التحسين المستمر للأداء البيئي للمؤسسة، والمتمثل في النتائج القابلة للقياس والمتصلة بالنواحي والانعكاسات البيئية؛
 - تمكين المنظمة من امتلاك إدارة سليمة بيئياً؛
 - التقليل من حدة مراقبة وكالات حماية البيئة للمؤسسة، لأن اعتمادها لهذا النظام يدل على أنها تحترم قوانين البيئة، وهذا ما يساعد أيضاً في التقليل من نسبة الضرائب المفروضة على المنظمة والاستفادة من ذلك مالياً؛
 - تخفيف المنظمة على إجراء تقييم ذاتي لأدائها؛
 - تزويد المنظمة بلغة دولية مشتركة، لأنه يأخذ الطابع العالمي في معاييرها؛
 - تزويد المنظمة بالأدوات اللازمة للتطور والتحسين في مجال البيئة العالمية؛
 - المساهمة في زيادة وعي أفراد المنظمة بقوانين حماية البيئة، وإحراز تغييرات ثقافية عميقة.
- أما البعض الآخر فيرى أن فوائد اعتماد نظام إدارة البيئة تمثل في:³
- تحسين تسيير المحيط بتحسين تنظيم وإدارة المحيط، ومراقبة الجوانب المتعلقة به؛
 - حماية البيئة بالمساهمة في تخفيض نسبة التلوث، والتخلص من النفايات؛
 - تعزيز ثقة الزبون والمستهلك بالمؤسسة، نظراً لتماشيتها مع قوانين حماية البيئة، وتميزها بذلك تنافسياً.
- إذن هذه هي الفوائد التي قد تعود على المنظمة عند اعتمادها لمعايير نظام البيئة (ISO 14000)، والتي جعلت العديد منها يسعى للحصول على شهادة المطابقة لمعايير هذا النظام، إلا أن ذلك كلفها مجموعة من التكاليف نذكر منها:¹

¹ المنظمة العربية للتنمية الإدارية، تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية، كتاب بحوث وأوراق عمل المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات، القاهرة، نوفمبر 2007، ص.21.

² كرايغ ميسلر / توماس فلايف، دليل الجيب إلى ISO14000، ترجمة مركز التعريب والترجمة، منظمة الدار العربية للعلوم، بيروت، 1999، ص ص 11،55.

³ عمر وصفي عقيلي، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر، عمان، 2001، ص 66.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

- المبالغ التي يتم دفعها لخبراء الأنظمة البيئية، الذين تستخدمهم المنظمة كمساعدين استشاريين وكموجهين لها في تطبيق إستراتيجية نظام إدارة البيئة.
- الموارد الدّاخلية بما فيها ساعات العمل التي يتطلب من المنظمة تخصيصها عند اعتمادها لهذا النظام.
- تكلفة التقدم بطلب التسجيل التي تختلف قيمتها حسب حجم المنظمة المطالبة للتسجيل، وحسب المنظمة التي يتم التسجيل عندها والتي تختلف تكاليفها من بلد لآخر.
- إلا أن المنظمة يمكنها استعادة ما خسرت من تكاليف في حالة تطبيقها لنظام إدارة البيئة بشكل صحيح، لأنه يوفر عليها الضرائب التي قد تفرض عليها من طرف وكالات حماية البيئة، كما يساعدها في تفادي المشاكل التي قد تنجم عن البيئة، وبالتالي يوفر عليها تكاليف حل هذه المشاكل.
- كما أن المنظمة باعتمادها لهذا النظام ستحقق ميزة تنافسية، تساعدها على الحصول على أكبر حصة في السوق، وبالتالي تحقيق المزيد من الأرباح التي تعوضها عن التكاليف التي تحملتها.
- ومن خلال ما سبق ذكره نستنتج أن نظام إدارة البيئة (ISO 14000):
 - هو نظام لتسيير الجوانب المتصلة بالنواحي البيئية للمؤسسة؛
 - يجعل المنظمة تحترم قوانين حماية البيئة؛
 - يعزز ثقة المستهلك بالمنظمة، ويحقق لها ميزة تنافسية؛
 - يساعد على حماية البيئة من أخطار التلوث والفوضى والإشعاعات... إلخ؛
 - يحتوي على سلسلة من المعايير التي تعمل جنباً إلى جنب للحصول على إدارة سليمة بيئياً، شرط توفره على جميع العناصر اللازمة؛
 - يعمل جنباً إلى جنب مع نظام إدارة الجودة (ISO 9000) لتحقيق جودة شاملة بالمنظمة، ففي الوقت الذي يسعى فيه نظام إدارة الجودة للحصول على سلع وخدمات تتصف بالجودة ومطابقة لحاجات ورغبات الزبائن والمستهلكين، يسعى نظام إدارة البيئة (ISO 14000) لتوفير هذه السلع والخدمات دون إلحاق الضرر بالبيئة، فكلما النظامين يعمل على تحقيق الرضا وإشباع رغبات ومتطلبات الزبون والمستهلك اللذان يمثلان العنصر الأساسي في البيئة المحيطة بهذه المؤسسة.
- ولكن ذلك لا يجب أن يكون على حساب أفراد المنظمة الذين لا بد أن توفر لهم كل الظروف الملائمة لأداء عملهم بفعالية، وذلك من خلال اعتماد المنظمة لنظام يضمن حقوقهم، فكان نظام إدارة الصحة وسلامة العمل (OHSAS 18000) هو السبيل إلى ذلك، والذي سنتطرق إليه في المطلب الموالي.

¹ كرايغ ميسلر/ توماس فلايف، مرجع سابق، ص19.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

المطلب الثاني: المواصفة الأوروبية EMAS

تعتبر المواصفة الأوروبية الخاصة بإدارة البيئة من أهم الأنظمة الإدارية التي أثبتت من خلالها منظمات الأعمال نجاعتها وفعاليتها في الحد من التلوث.

الفرع الأول: تعريف المواصفة الأوروبية EMAS: تبني الاتحاد الأوروبي النسخة الخاصة من إدارة البيئة وخطة التدقيق Eco-management an audit schema سنة 1993، وأصبحت سارية المفعول بداية من عام 1995، وتم تنقيحها عام 2001 لتعكس نظاما طوعيا للمنظمات التي ترغب في تقييم وتحسين أدائها البيئي.¹ أظهر الاتحاد الأوروبي بسرعة سياسته الطوعية من خلال اقتراح تشريع غير إلزامي في مجال حماية البيئة، هذا التشريع الذي يطبق بصورة أكثر على المنتوجات المستوردة، ففي 29 جوان 1993 أصدر مجلس الاتحاد الأوروبي تشريعا تحت رقم 93/1836 يخص كيفية مساهمة المؤسسات الصناعية في نظام مشترك للإدارة والتدقيق البيئي يسمى إدارة البيئة ونظام التدقيق EMAS.

وفي سنة 2001 قام الاتحاد الأوروبي بمراجعة هذا التشريع، وفي أبريل 2001 أصدر النسخة الجديدة والمسماة EMAS271/2001، فساعدت هذه النسخة على الاهتمام بالإدارة البيئية في تسيير المؤسسات وتدعيم التحسين المستمر للأداء البيئي، وبهذا أصبحت EMAS271/2001 تتابع من طرف جميع أصناف المؤسسات، غير أن متطلباتها الصارمة والشكوك حولها بسبب حدودها الإقليمية جعل المؤسسات تتجه نحو المواصفة الدولية ISO14001.² كما أنه لا توجد قاعدة موحدة لتحرير هذه الوثيقة فتنظيم EMAS يشترط أن يكون الشكل والمضمون مفهوم لدى العموم (حسب الملحق III من EMAS).

الفرع الثاني: مضمون المواصفة الأوروبية EMAS: يمكن تلخيص المضمون في العناصر التالية:³

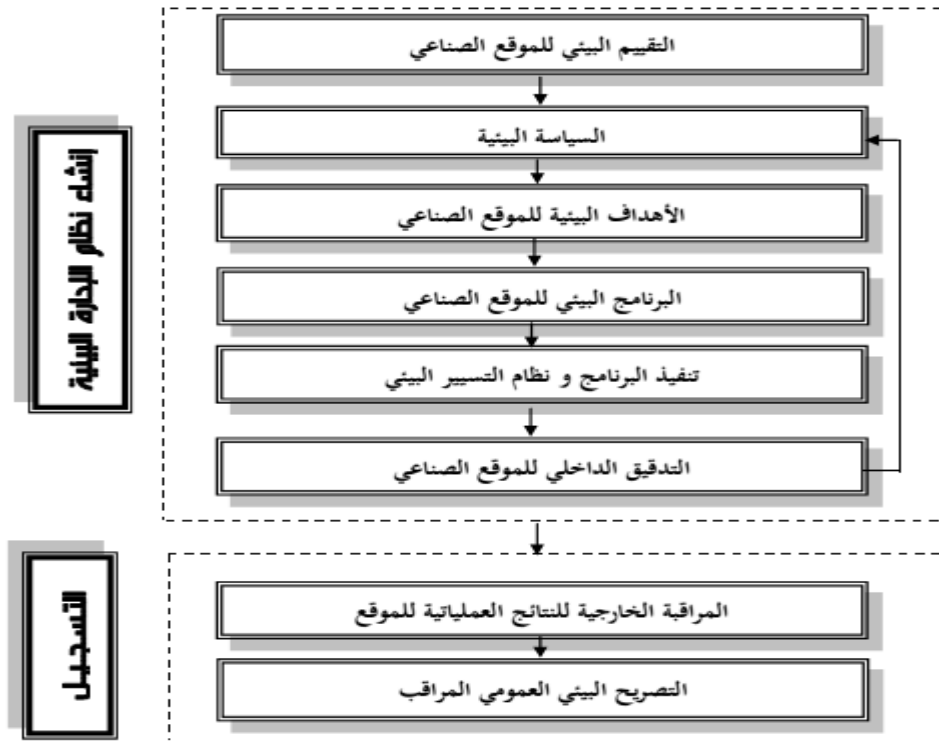
- 1 - توصيف المؤسسة وأنشطتها المنفذة؛
- 2 - نتائج التقييم البيئي؛
- 3 - السياسة البيئية؛
- 4 - إعطاء ملخص مستوعب للأداء البيئي المحقق؛
- 5 - البرنامج البيئي ونتائجه المحققة؛
- 6 - التعديل المستوعب مقارنة بالنسخة السابقة؛
- 7 - إسم المدقق البيئي وتاريخ صلاحية الوثائق؛ والشكل التالي يوضح هيكل تنظيم EMAS .

¹ كاظم المقدادي، حماية البيئة البحرية؟، مركز الكتاب الأكاديمي، الطبعة الأولى؛ 2016، ص.46.

² Le management environnemental, **Rapport de la commission de l'aménagement régional de l'environnement, du tourisme et des transports**, chambre de commerce, Paris, 1997, P. 07.

³ Paolo Bracchini, **Guide de la mise en place du management environnemental en entreprise selon ISO 14001**, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, 2007, P. 23.

الشكل رقم: (3-4) هيكل نظام الإدارة الأوروبي EMAS



Paolo Bracchini , **Guide de la mise en place du management environnemental en entreprise selon ISO 14001**, Presses polytechniques et universitaires romandes , Lausanne , 2007, P. 22.

يتضح من خلال الشكل السابق أن الحصول على المواصفة المحلية EMAS، يتم المرور بخطوات مرحلية بدءاً بتقييم الأثر البيئي، ووصولاً إلى التدقيق الداخلي للموقع الصناعي، ثم تأتي مرحلة التسجيل بعد أن تتم موافقة المراقبين الخارجيين، والتصريح البيئي العمومي المراقب، وبهذا تصبح المواصفة نهائية بالنسبة للمؤسسة المتحصلة عليها.

الفرع الثالث: خصائص المواصفة الأوروبية EMAS

ومن الخصائص الأساسية لنظام التدقيق لإدارة البيئة ونظام التدقيق EMAS نذكر¹:
تنفذ وتسجل في الأنشطة التصنيعية وإنتاج الطاقة فقط؛

- تركز على التحسينات المستمرة في الأداء البيئي وتشرط وضع أهداف وبرامج لذلك؛
- تعد إجراء مراجعة أولية واسعة قبل التسجيل جزء أساس من متطلبات النظام؛
- تشرط إعداد سجل بالتأثيرات البيئية المهمة والتشريعات ذات الصلة؛
- تشرط إجراء أنشطة تدقيقية شاملة ومتكررة من قبل طرف ثالث؛
- تشرط إعداد كشف بيئي شامل ونشره، وجعل السياسات والبرامج البيئية معلنة ومتاحة للجمهور وهذا الذي صعب من انتشارها؛
- تشير إلى ضرورة استخدام أفضل أنواع التكنولوجيات المتوفرة والتي يمكن تطبيقها من الناحية الاقتصادية.

¹ عبد الكريم خليل إبراهيم الصقار، " نموذج لتقويم نظامي إدارة الجودة والبيئة وفقاً لمتطلبات المواصفتين الدوليتين ISO 9001 & ISO 14001"، أطروحة دكتوراه، الجامعة العالمية ST. Clements، 2008، ص 58.

الفصل الرابع:.....آليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

المطلب الثالث: الإدارة البيئية من خلال الأيزو 14000:

سنتناول في هذه المطلب التعريف بمواصفة الأيزو 14000 وإصداراتها والمتطلبات الذي وجب على منظمات الأعمال عموما والمستشفيات خصوصا الالتزام بها إذا ما أرادت تحسين أدائها البيئي.

الفرع الأول: تعريف الإدارة البيئية من خلال الأيزو 14000

من بين التعريفات التي قدمت لها:

- يعرف نظام إدارة البيئة (ISO 14000) على أنه: «مجموعة إجراءات تتخذها المنظمة لإدارة الأنظمة المتصلة بالبيئة»¹.

- كما يعرف بأنه: «نظام للتسيير يتضمن مجموعة من معايير محددة يجب توفيرها في السلع والخدمات، وعملية تصنيعها بهدف حماية البيئة»².

وتعرف الأيزو 14001: مواصفة الأيزو 14001:2004 "نظام الإدارة البيئية - المتطلبات ودليل الاستخدام" تشرح لنا المتطلبات والشروط التي يجب استيفاؤها لإقام نظام إدارة بيئية (ISO 14001) والتقييس من بعد ذلك.³

الفرع الثاني: مكونات الأيزو 14000:

تتكون أهم مواصفات سلسلة الأيزو 14000 من الآتي:

- أيزو 14001: نظم الإدارة البيئية: المواصفات مع إرشادات الاستخدام.
- الأيزو 14004: نظم الإدارة البيئية: إرشادات عامة عن المبادئ والنظم والتقنيات الداعمة.
- الأيزو 14010: إرشادات للمراجعة البيئية - مبادئ عامة.
- الأيزو 14011: إرشادات للمراجعة البيئية - إجراءات المراجعة - مراجعة نظم الإدارة البيئية.
- الأيزو 14012: إرشادات للمراجعة البيئية - معايير مؤهلات المراجعين البيئيين.

الفرع الثالث: نموذج العملية والتحسين المستمر المرتكز عليه الأيزو 14001:

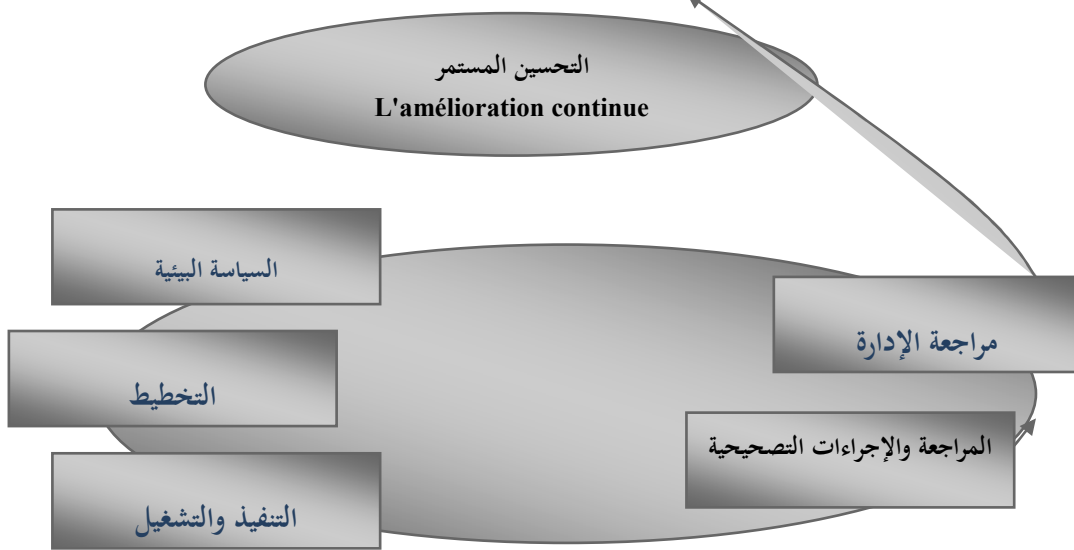
ويوضح الشكل (1-3) نموذج نظام الإدارة البيئية وعملية التحسين المستمر.

¹ كرايغ ميسلر/ توماس فلايف، مرجع السابق، ص57.

² عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق، ص66.

³ Loetitia Vaute / Marie -Paule Greveche: **Certification ISO 14001 les 10 pièges à éviter**, AFNOR, Paris, 2005, p. 92.

شكل رقم(4-4): نموذج نظام الإدارة البيئية وعملية التحسين المستمر.



Source: International Standard ISO 14001, Environmental management systems -specification with guidance for use, p.7.

يتضح لنا من الشكل أعلاه أن الضامن الوحيد لفعالية واستمرارية نظام الإدارة البيئية لا بد أن يكون ضمن عملية التحسين المستمر من خلال المراجعة والإجراءات التصحيحية ومراجعة الإدارة.

تستخدم العديد من المصطلحات للتعبير عن نظام متكامل، حيث نجد "نظام متناسق"، "نظام متداخل"، نظام موحد"، "نظام شامل". ولكن لا نقصد بالنظام المتكامل "نظام واحد" بأسلوب واحد وإجراءات وتعليمات واحدة، وإنما نقصد أن الأنظمة الفرعية الجودة-الأمن-البيئة:¹

- يمكن أن تكون أطرافاً مشتركة، أطرافاً منفصلة وخاصة؛
- يمكن أن تحتوي على عناصر متداخلة فيما بينها؛
- يجب أن تكون منسقة مشتركة في "نظام شامل جودة-أمن-بيئة" أو "أنظمة متناسقة جودة-أمن-بيئة" أو "نظام للإدارة الشاملة جودة-أمن-بيئة" أو "جودة-أمن-بيئة".

ولكن معنى "متكامل" لا تعني "مركزي". ولكن بالعكس، إن الاعتماد على مبادئ معينة ومحددة ومفهومة للتكامل تسمح بممارسة اللامركزية. يمكن إجمال المبادئ الأساسية للتكامل في ما يلي:

- تجنب التكرار وعدم التنسيق: إن ضمان عملية التكامل بين الأنظمة الفرعية الثلاثة تتطلب عدم تكرار في الإجراءات والتعليمات. لذا من الأحسن أن تكون الإجراءات موحدة ومنسقة في آن واحد حتى نضمن سلاسة النظام.

- تعظيم الجهود: إن تعظيم جهود الأفراد في المنظمة التي تريد اعتماد نظام إداري متكامل يعد شيئاً ضرورياً لضمان استمراريته. لأن النظام الإداري المتكامل يتطلب سلوكيات جديدة في العمل، أساليب جديدة في اتخاذ القرارات، أنماط جديدة في التسيير، طرقاً جديدة في توزيع الموارد، رؤى جديدة داخلية وخارجية.

¹Bernard Froman, Jean-Marc Gey, Fabrice Bonnifet, Qualité, Sécurité et Environnement: construire un système de management intégré, Édition AFNOR, Paris, 2007, pp 151.152.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الاستثنائية

- التكيف مع المستجدات المتعلقة بالجودة-الأمن والبيئة: إن النظام الإداري المتكامل الجيد هو الذي يأخذ بعين الاعتبار المستجدات والتطورات التي تعرفها كل من الجودة والأمن والبيئة.

الفرع الرابع: متطلبات الإدارة البيئية حسب الأيزو 14001 إصدار 2004.

نقدم في هذا المطلب كل المتطلبات الخاصة بنظام الإدارة البيئية حسب المواصفة الأيزو 14001.¹

1- متطلبات عامة: يجب على المنظمة إنشاء والمحافظة على نظام إدارة للبيئة.

2- السياسات البيئية: يجب على الإدارة العليا أن تحدد السياسة البيئية للمنظمة.

3- التخطيط: ويتم من خلال العناصر التالية:²

3-1- العناصر البيئية: يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على إجراءات لتحديد العناصر البيئية لأنشطتها ومنتجاتها وخدماتها والتي يتوقع أن تكون ذات تأثير واضح أو التي يمكن أن يكون لها تأثير واقع على البيئة. ويجب على المنظمة التحديث المستمر لهذه المعلومات .

3-2- المتطلبات القانونية والمتطلبات الأخرى: يجب على المنظمة إنشاء والمحافظة على إجراءات لتحديد ومعرفة المتطلبات القانونية والمتطلبات الأخرى الواجبة على المنظمة. والتي يجب أن تلتزم المنظمة بتطبيقها على العناصر البيئية لأنشطتها ومنتجاتها وخدماتها.

3-3- الغايات والأهداف: على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على غايات وأهداف موثقة في كل نشاط وعلى جميع المستويات في المنظمة.

على المنظمة عند إنشاء ومراجعة غاياتها أن تضع في الاعتبار المتطلبات القانونية وأي متطلبات أخرى، وكذلك عناصرها البيئية، خياراتها التكنولوجية، التمويل اللازم لها، المتطلبات الإجرائية للأعمال والخدمات. ووجهات نظر الجهات ذات العلاقة. ويجب أن تتماشى والغايات والأهداف مع السياسة البيئية بما في ذلك الالتزام بمنع التلوث.

3-4- برامج إدارة البيئة: يجب على المنظمة إنشاء والمحافظة على برنامج أو برامج لتحقيق غاياتها وأهدافها.

4-4- التطبيق والتشغيل: من خلال العناصر التالية:³

4-4-1- الهيكل والمسؤوليات: يجب تحديد وتوثيق المسؤوليات والسلطات لتحقيق إدارة بيئية فعالة وعلى المنظمة تخصيص الموارد الضرورية لتطبيق والتحكم في نظام إدارة البيئة وتشمل الموارد: الموارد البشرية والمهارات المتخصصة والتكنولوجيا والموارد المالية وعلى الإدارة العليا في المنظمة أن تعين ممثلاً خاصاً للإدارة والذي يتولى بجانب مسؤولياته الأخرى تحديد القواعد والمسؤوليات والسلطات اللازمة.

4-4-2- التدريب، التوعية والتميز: على المنظمة تحديد الاحتياجات التدريبية والتي تضمن أن جميع الأفراد التي يكون لعملهم تأثير واضح على البيئة قد حصلوا على التدريب المناسب لها.

¹ Paolo Braracchini, **Guide à la mise en place du management environnemental en entreprises selon ISO14001**, 3^{ème} édition, presses polytechniques et universitaires Romandes, Paris, 2007, p.28.

² Paolo Braracchini.Op.cit.p.29.

³ Paolo Braracchini.Op.cit.p.30

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

- على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على إجراءات تحقق لعمليها وأفرادها في كل الأنشطة والمستويات الوعي.
- 4-4-3-الاتصال:** في إطار العناصر البيئية ونظام إدارة البيئة للمنظمة يجب إنشاء والمحافظة على إجراءات لآتية:
- أ. الاتصال الداخلي بين مختلف المستويات والوظائف بالمنظمة؛
- ب. تلقي، توثيق، والرد على اتصال الجهات الخارجية المهتمة بالبيئة.
- يجب على المنظمة أن تحدد وسائل وأساليب لتلقى الاتصالات الخارجية بما ذات العلاقة بعناصرها البيئية المؤثرة وأن تسجل هذه الاتصالات والإجراءات التي اتخذت بشأنها .
- 4-4-4-توثيق نظام إدارة البيئة:** يجب على المنظمة إنشاء والمحافظة المعلومات إما في شكل كتابي أو إلكتروني.
- 4-4-5-التحكم في الوثائق:** يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على إجراءات للتحكم في جميع الوثائق المطلوبة بهذه المواصفة القياسية العالمية.
- 4-4-6-التحكم في التشغيل:** يجب على المنظمة أن تحدد العمليات والأنشطة التي لها آثار بيئية هامة وبما يتفق مع السياسة والغايات والأهداف البيئية.
- 4-4-7-الاستعداد للطوارئ ومواجهتها:** يجب على المنظمة إنشاء والمحافظة على إجراءات لتحديد الجهود والاستعدادات لمواجهة المواقف الطارئة ومنع أو تقليل التأثيرات البيئية الناتجة عنها.
- يجب على المنظمة مراجعة استعداداتها لمواجهة الطوارئ عند الضرورة. وبصفة خاصة بعد وقوع حادثة أو أي مواقف طارئة. ويجب على المنظمة أن تختبر دورياً مثل هذه الإجراءات للتأكد من استمرار فعاليتها .
- 4-4-5-التحقيق والإجراءات التصحيحية:** وتتم عبر العناصر التالية:
- 4-4-5-1-المراقبة والقياس:** يجب على المنظمة أن:
- تنشئ وتحافظ على إجراءات موثقة للمراقبة والقياس بشكل منتظم للخصائص الرئيسية الحاكمة من عملياتها وأنشطتها والتي لها تأثيرات واضحة على البيئة ويجب أن يشمل ذلك تسجيل المعلومات لمتابعة الأداء، عمليات التحكم المناسبة. والمتابعة مع الغايات والأهداف البيئية للمنظمة؛
 - تكون معدات المراقبة معايرة ومصانة والاحتفاظ بسجلات تؤكد ذلك طبقاً لإجراءات المنظمة؛
 - تنشئ وتحافظ على إجراءات موثقة للتقييم الدوري لمدى التطابق مع القوانين والقواعد البيئية ذات العلاقة.
- 4-4-5-2-عدم المطابقة والإجراءات التصحيحية والوقائية**
- يجب على المنظمة إنشاء والمحافظة على إجراءات لتعريف المسؤولية والسلطة للتعامل مع حالات عدم المطابقة ودراستها وتحليلها واتخاذ الإجراءات لتقليل أي آثار ناتجة. واتخاذ الإجراءات التصحيحية والوقائية التي تم اتخاذها.
- 4-4-5-3-السجلات:** يجب على المنظمة:
- أن تنشئ وتحافظ على الإجراءات للتعرف على السجلات البيئية وصيانة والتخلص منها؛
 - أن تضم هذه السجلات الأنشطة التدريجية ونتائج المراجعات الداخلية والمراجعات الأخرى؛
 - أن تكون هذه السجلات سهلة القراءة ومعروفة ومرتبطة بالنشاط أو المنتج أو الخدمة؛

الفصل الرابع: آليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية

- حفظ وصيانة السجلات البيئية بطريقة تمكن من استرجاعها والمحافظة عليها من التلف أو الفقد. ويجب تحديد وتدوين مدد الاحتفاظ بهذه السجلات؛
 - المحافظة على السجلات بالطريقة الملائمة للمنظمة وبما يوضح المطابقة مع متطلبات هذه المواصفة الدولية.
- 4-5-4- المراجعة الداخلية لنظام إدارة البيئة:** يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على برامج وإجراءات للمراجعة الداخلية الدورية لنظام إدارة البيئة وتنفيذها.
- 4-6- مراجعة الإدارة:** يجب على الإدارة العليا للمنظمة طبقاً للتوقيتات التي تحددها أن تراجع نظام إدارة البيئة. وتتأكد من استمرارية ملاءمته وكفاءته وفاعليته، ويجب أن توثق هذه المراجعات. ويجب على الإدارة أن تعلن احتمال الحاجة للتغيير في السياسة والأهداف وعناصر نظام إدارة البيئة الأخرى وفي ضوء نتائج المراجعات الداخلية لنظام إدارة البيئة، التغيير في البيئة المحيطة والالتزام بالتحسين المستمر.

المبحث الثالث: آليات تحسين الأداء الاجتماعي في المنظمات الاستشفائية

بالنظر إلى أهمية الدور الاجتماعي المنوط بكل مكونات القطاع الصحي عامة والمنظمات الاستشفائية بقطاعيها العام والخاص خاصة دور محوري في تحسين أدائها الاجتماعي الذي يستهدف داخل المنظمة وخارجها، وفي هذا المبحث سنحاول استعراض أهم المرجعيات والمواصفات التي من شأنها تحقيق ذلك.

المطلب الأول: نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18001:2007

من الحقائق المؤكدة في عصرنا الحديث أن التحول الصناعي والتقدم التقني يساعد على زيادة دخل الفرد ونمو الاقتصاد الوطني، إلا أنه يتقاضى ضريبة بشرية ومادية ناتجة عن الأخطار المهنية كأمراض المهن وحوادث وإصابات العمل والتي تسبب فقدان العنصر البشري والمادي وهذه جميعها تصب في رافد واحد وهو فقدان الوقت المخصص للعملية الإنتاجية وخسارة مادية ناتجة عن التلف الذي يصيب الآلات والعتاد.¹

لذا أصبح لزاماً على المنظمات الحرص على العنصر البشري وضمان سلامته من مخاطر مهنته من أجل تحقيق التقدم الحضاري والتطور التكنولوجي وفوق كل ذلك المسؤولية الاجتماعية والمساهمة في تحقيق التنمية المستدامة في شقها الاجتماعي، وهذا يعني تبني المنظمة لأنظمة إدارة الصحة والسلامة المهنية والتي أهمها على الإطلاق OHSAS18001:2007.

الفرع الأول: مفهوم نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية

سنحاول التعرف أكثر على هذا النظام من خلال بعض التعاريف.

"نظام إدارة الصحة وسلامة العمل (OHSAS 18000) يهدف إلى تسهيل تسيير المخاطر، والحوادث المرتبطة بنشاطات المؤسسة".²

¹ محمود ذياب العقابلية، الإدارة الحديثة للسلامة المهنية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2003، ص 7.

² Management de la santé et de la sécurité au travail, [en ligne] disponible sur: <http://www.iso.org>. (date:20/04/2018)

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

كما يعرف بأنه عبارة عن: «تقرير رسمي مدعم بالقوانين ويتعلق بالحوادث الخطيرة في العمل»¹. من خلال التعريفين نستنتج أن نظام إدارة الصحة وسلامة العمل هو نظام لتسيير الأمور المتعلقة بحوادث العمل، وكذا الأمراض المهنية انطلاقاً من قوانين يقوم عليها.

كما تعرف بأنها الإدارة التي تقع عليها مسؤوليات وواجبات الإدارة والتوجيه والتخطيط والتنفيذ والمتابعة لكل ما يتعلق بالأمن والسلامة المهنية في المنظمة ووضع القواعد والتعليمات الفنية لضمان سلامة العاملين والممتلكات والبيئة ووضع إستراتيجية سواء في برامج التدريب أو التثقيف والوعي التي يمكن من خلالها الارتقاء بمستوى أداء العاملين ومستوى وضع السلامة المهنية للوصول إلى معايير الجودة في السلامة المهنية.²

الفرع الثاني: نشأة مفهوم نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية:

أولاً: ظهور المواصفة OHSAS 18001 : نتيجة لتزايد طلبا المنظمات والأفراد لمكان عمل صالح من ناحية الأمان والبيئة، فان المنظمات بدأت في التحول من أسلوب رد الفعل إلى أسلوب المبادرة لإدارة مخاطر السلامة والصحة المهنية، وتقليل الحوادث والتكلفة المالية الناتجة عنها وكذا التحسين المستمر للأداء. ونتيجة للنجاح والظهور والانتشار الواضح للمواصفات الدولية:

- المواصفة الخاصة بنظام إدارة الجودة (ISO 9001)
- والمواصفة الخاصة بنظام إدارة البيئة (ISO 14001) ، ظهرت الحاجة لإنشاء مواصفة عالمية تختص بنظام للسلامة والصحة المهنية.

وظهرت المواصفة البريطانية (BS 8800:1996) كمواصفة إرشادية للسلامة والصحة المهنية،³ ووجدت قبولاً واسعاً في مختلف أنحاء العالم. والمواصفة البريطانية (British Standard 8800) هي مواصفة إرشادية وليست مواصفات قياسية كالمواصفات BS7750 وBS5750 .

وظهرت الرغبة الشديدة للمنظمة الدولية للقياسات ISO وكذا المنظمات التي تمنح التقييم في بعض الدول للحاجة إلى مواصفة دولية للسلامة والصحة المهنية. ومع هذا وبعد عدة سنوات وحتى الآن لم تقم منظمة ISO بإصدار مواصفة دولية للسلامة والصحة المهنية.

ولهذا فإن بعض المنظمات القياسية وكذا الهيئات المانحة للشهادة في بعض الدول اختارت إصدار المواصفات الخاصة بها. ولذلك نستطيع القول بأنه قبل إصدار سلسلة المواصفات (OHSAS)، كانت هناك بعض الأنظمة الخاصة بالسلامة والصحة المهنية في السوق العالمي، وهذا أدى إلى التعارض بينها حيث لم تستطيع المنظمات تمييز أيا منها الأحسن.

¹ BS8800 (ISO 18000) Le management de la sécurité, [en ligne] disponible sur: <http://www.bs8800presentation.html>

² http://www.sustainabledevelopment.in/services/management_system/activities/oh_&_s_auditor_training.html. (date:2017 /04/23) .

³ http://www.sustainabledevelopment.in/services/management_system/scope/sa_8000.htm (date: 23/04/2017).

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

ونظرا لتزايد الحاجة الملحة للعملاء لظهور مواصفة دولية للسلامة والصحة المهنية، فقد قامت 13 منظمة (تشتمل على جهات عالمية مانحة للشهادة (International Certification Bodies) وكذا معهد القياسات البريطانية BSI بإنشاء المواصفات الخاصة بالسلامة والصحة المهنية (OHSAS 18001:1999) وقد روعي في إنشاء المواصفة الخاصة بالسلامة والصحة المهنية (OHSAS 18001:1999) التوافق مع باقي متطلبات نظم الإدارة الأخرى: مواصفة نظام إدارة الجودة (ISO 9001) ومواصفة إدارة البيئة (ISO 14001) وذلك لتسهيل التكامل بين أنظمة إدارة الجودة والبيئة والسلامة والصحة المهنية للمنشآت التي ترغب في ذلك. وكذلك مع بعض المواصفات الأخرى المواصفة (SA 8000) (Social Accountability System) وينبغي أن نوضح أنه حتى هذه المرحلة فإن المواصفة (OHSAS 18001:2007) ليست مواصفة عالمية بمعنى أنه ليست لها رمز في تشكيلة الأيزو (ISO Number) ولكنها أصبحت مواصفة قومية في بعض الدول. وقد تم إنشاء المواصفة (OHSAS 18001) في أبريل 1999 وحدثت في جوان 2007. كما تم إنشاء المواصفة الإرشادية (OHSAS 18002) في فيفري 2000 وحدثت في 2007.

ثانيا: تقديم للمواصفة (OHSAS 18001:2007)

هذه المواصفة الخاصة بالسلامة والصحة المهنية (OHSAS 18001) وكذا المواصفة الإرشادية لتطبيقها (OHSAS 18002) تم إنشاؤها وذلك للحاجة الملحة للعملاء لمتطلبات نظام للسلامة والصحة المهنية والذي يتم على أساسها عملية مراجعة لهذا النظام ومنحه الشهادة. وقد روعي في إنشاء المواصفة الخاصة بالسلامة والصحة المهنية (OHSAS 18001) التوافق مع باقي متطلبات نظم الإدارة الأخرى مواصفة نظام إدارة الجودة (ISO 9001) ومواصفة نظام إدارة البيئة (ISO 14001) وذلك لتسهيل التكامل بين أنظمة إدارة الجودة والبيئة والسلامة والصحة المهنية للمنظمات التي ترغب في ذلك. وهذه المواصفة لا تحدد اشتراطات معينة لأداء السلامة والصحة المهنية أو تعطي مواصفات تفصيلية لتصميم نظام الإدارة (الإجراءات وأساليب التحكم) حيث تختلف من منظمة لأخرى وهذه المواصفة يمكن تطبيقها في أي المنظمات، كما أنها قابلة للتطبيق في المنظمات الصغيرة والكبيرة.

الفرع الثالث: المواصفة الإرشادية OHSAS 18002:

هي مواصفة إرشادية لتطبيق المواصفة (OHSAS 18001:2007)، حيث نعلم أن المواصفة القياسية، تستخدم للقيام بالمراجعة على المنظمة طبقا لبنودها، أما المواصفة الإرشادية فتعطي معلومات عن كيفية تطبيق النظام الذي تم توثيقه طبقا لمتطلبات المواصفة القياسية.

ولهذا فإن المواصفة (OHSAS 18002) لا تستخدم في أعمال المراجعة. أي أن الغرض العام من إنشاء هذه المواصفة الإرشادية هو مساعدة المنظمات في تطبيق أو تحسين نظام إدارة السلامة. كما يمكن استخدام المواصفة الإرشادية (BS 8800) لهذا الغرض.

وتشتمل المواصفة الإرشادية (OHSAS 18002) على:

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

المدخلات والمخرجات لكل بند من بنود المواصفة مع توضيح يساعد في تطبيق نظام إدارة السلامة وكذا توضيح علاقتها مع نظم الإدارة المطبقة بالمنظمة.

الفرع الرابع: المبادئ الأساسية لتطبيق المواصفة (OHSAS 18001:2007)

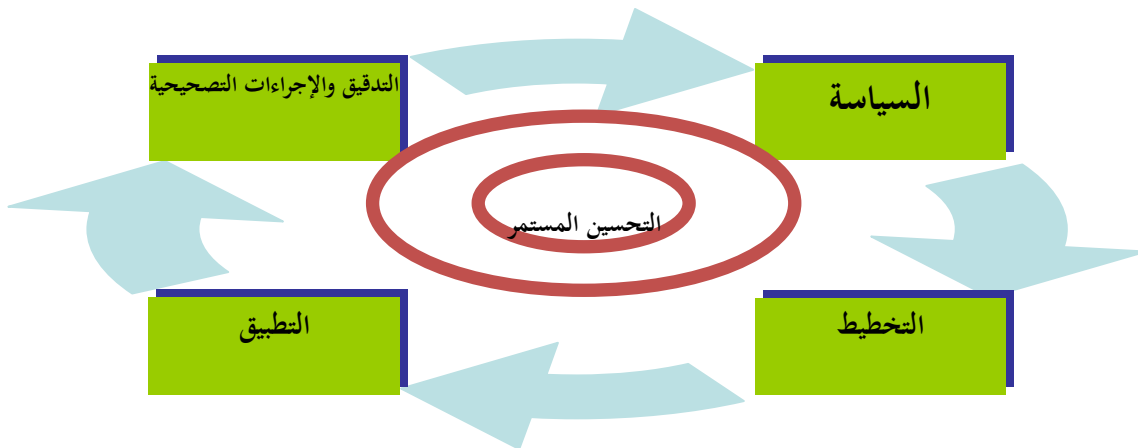
- السياسة: يجب أن تقوم المنظمة بتحديد سياستها بخصوص السلامة والصحة المهنية؛
- الالتزام: لا بد أن تؤكد المنظمة التزامها تجاه نظام إدارة السلامة والصحة المهنية؛
- التخطيط: لا بد أن تقوم المنظمة بالتخطيط لتحقيق سياستها بخصوص السلامة والصحة المهنية؛
- التطبيق: للتطبيق الفعال، فإنه ينبغي للمنظمة أن توفر القدرات والدعم اللازم لتحقيق السياسة والأهداف الخاصة بالسلامة والصحة المهنية؛
- القياس والتقييم: ينبغي أنه تقوم المنظمة بقياس ورصد وتقييم الأداء الخاص بالسلامة والصحة المهنية.
- المراجعة والتحسين: ينبغي أن تقوم المنظمة بالمراجعة والتحسين المستمر المتصاعد لنظام السلامة والصحة المهنية وذلك لتحسين الأداء العام للسلامة والصحة المهنية.
- وينبغي أن نعلم أن كل فرد في المنظمة يشترك في مسؤولية تحسين نظام السلامة والصحة المهنية.

الفرع الخامس: إنشاء النظام، التغيير والتحسين المستمر:

لا يمكن للمنظمات أن تكون بمعزل عن العالم. ولا يوجد شيء دائم، بل إن كل شيء سيتغير إن عاجلا أو آجلا.

وأياها فان أنشطة المنظمة والمخاطر المصاحبة لها عرضة للتغيير، وحتى في الأوقات التي لا يحدث فيها تغييرات فان النظام يجب أن يتعرض للتحسين المستمر كما في الجودة والإدارة البيئية. ان الحلقة (P-D-C-A Cycle) تسهل التحسين المستمر. فالتحسين في أداء السلامة والصحة المهنية يمكن تنفيذه عن طريق الحلقة (P-D-C-A Cycle) وكذا بالتحسين في نظام الإدارة. إن نظام الإدارة غير القادر على التغيير والتحسين المستمر سوف يفقد فاعليته وكفاءته.

شكل رقم (4-5): حلقة التحسين المستمر حسب نظام الصحة والسلامة المهنية



Source: OHSAS Project Group, **Occupational health and safety management system - Guidelines for the implementation of OHSAS 18001:2007**, Second Edition, Novembre, 2008, p.10.

الفرع السادس: متطلبات نظام إدارة السلامة والصحة المهنية OHSAS 18001

يتطلب التطبيق السليم لنظام إدارة الصحة والسلامة المهنية الالتزام التام بالإجراءات التي جاء المرجع بها OHSAS 18001 .

1- متطلبات عامة: يجب على المنظمة أن تقوم بإنشاء والحفاظ على نظام لإدارة السلامة والصحة المهنية ومتطلباته.¹

2- سياسة السلامة والصحة المهنية: لا بد من وجود سياسة للسلامة والصحة المهنية مصدق عليها من قبل الإدارة العليا للمنظمة، تعلن بوضوح الأهداف الكلية للسلامة والصحة المهنية والالتزام بتحسين الأداء في هذا المجال.

3- التخطيط

3-1- التخطيط لتحديد مصادر الخطر وتقييم الخطر الناتج والتحكم فيه:

يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على الإجراءات لتحديد المستمر لمصادر الخطر القائمة وتقييم الخطر الناجم عنها (أنواع المخاطر المختلفة التي يمكن التعرض لها داخل منظمة موجودة بنهاية الموصفة) وتنفيذ الإجراءات الضرورية المناسبة للتحكم.

3-2- متطلبات قانونية ومتطلبات أخرى: يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على الإجراءات لتحديد والتعرف على المتطلبات القانونية والمتطلبات الأخرى المتعلقة بالسلامة والصحة المهنية المطبقة عليها.

على المنظمة التحديث المستمر لهذه المتطلبات نشرها على جميع العاملين والأطراف ذات المصلحة.

3-3- الأهداف: يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على أهداف موثقة للسلامة والصحة المهنية بالنسبة الى كل وظيفة ومستوى داخل المنظمة (وتكون الأهداف قابلة للقياس كلما أمكن ذلك).

3-4- برامج إدارة السلامة والصحة المهنية: يجب على المنظمة أن تنشئ برنامج أو عدة برامج لتحقيق أهدافها وهذه تشمل توثيق:

- المسؤوليات والسلطات المعنية لتحقيق الأهداف على المستويات والوظائف ذات العلاقة داخل المنظمة؛
- الوسائل والمدى الزمني لتحقيق هذه الأهداف.

وهذه البرامج يجب أن تراجع على فترات دورية ومخططة، ويمكن أن يتم تعديلها إذا لزم الأمر لملائمة التغيرات في الأنشطة والمنتجات والخدمات وظروف التشغيل في المنظمة.

4- التطبيق التشغيل: وتتم من خلال تطبيق المراحل التالية:²

4-1 - الهيكل والمسؤولية:

الأدوار والمسؤوليات والسلطات للأفراد يديرون ويعملون في أنشطة ذات علاقة بالسلامة والصحة المهنية لأنشطة عمليات المنظمة يجب أن تكون معروفة وموثقة وتنشر من أجل تسهيل عملية إدارة السلامة والصحة المهنية.

¹ OHSAS Project Group, Op.cit. p.5.

² Ibid. p. 6.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

المسؤولية النهائية للسلامة والصحة المهنية تقع على كاهل الإدارة العليا وتقوم المنظمة بتعيين عضو من الإدارة العليا له سلطات ومسؤوليات محددة للتأكد من أن نظام إدارة السلامة والصحة المهنية مطبق بصورة صحيحة ويعمل وفق متطلبات جميع المواقع داخل المنظمة.

4-2- التدريب والوعي والكفاءة:

- يجب أن يكون الأفراد على كفاءة عالية حتى يتمكنوا من القيام بأعمالهم ذات الصلة بالسلامة والصحة المهنية داخل بيئة العمل ويتم تعرف الكفاءة على ضوء التعليم والتدريب أو الخبرة.
- تقوم المنظمة بإنشاء والحفاظ على الإجراءات للتأكد من أن العاملين لديها بمختلف الإدارات والمستويات على وعي بدورهم في مجال الصحة والسلامة المهنية.

4-3- الاستشارات والاتصال:

يجب على المنظمة أن يكون لديها إجراءات للتأكد من أن المعلومات المتعلقة بنظام إدارة السلامة والصحة المهنية يتم تبادلها من المنظمة للعاملين وسائر أصحاب العلاقة.

4-4- التوثيق: يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على المعلومات في أي وسائط مناسبة (أوراق أو أي صورة إلكترونية).

4-5- التحكم في الوثائق والبيانات: يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على إجراءات للرقابة والتحكم في جميع الوثائق والبيانات التي يتطلبها نظام إدارة السلامة والصحة المهنية.

4-6- الرقابة (على العمليات التشغيلية): يجب على المنظمة أن تحدد العمليات والأنشطة المتعلقة بالمخاطر المحددة والتي تحتاج إلى تطبيق إجراءات للرقابة. وتخطط المنظمة لهذه الأنشطة والتي تتضمن أعمال الصيانة ذلك للتأكد من أنها تنفذ طبقاً للظروف المحددة.

4-7- الاستعداد والاستجابة للطوارئ: يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على خطط وإجراءات لتحديد الاحتمالات والاستجابة للحوادث والمواقف الطارئة ومنع وتخفيف الأمراض الصحية والأضرار المرتبطة بها.

5- المراجعة والإجراء التصحيحي: تعد المراجعة والإجراءات التصحيحية الضامن الوحيد لنجاح نظام الصحة والسلامة المهنية.¹

5-1- الرصد وقياس الأداء: يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على إجراءات للرصد ولقياس الأداء والمراقبة لنظام السلامة والصحة المهنية بصفه دورية

5-2- الحوادث والحوادث المحتملة وعدم المطابقة والإجراءات التصحيحية والوقائية:

يجب على المنظمة أن تنشئ وتحافظ على إجراءات لتحديد المسؤوليات والسلطات.

5-3- السجلات وإدارة السجلات: يجب على المنظمة القيام بالإجراءات التالية:

¹ OHSAS Project Group, Op.cit. p.7.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

- على المنظمة أن تنشأ وتحافظ على إجراءات لتحديد وصيانة والتخلص من سجلات نظام إدارة السلامة والصحة المهنية وكذلك نتائج المراجعات؛
- أن تكون هذه السجلات مقروءة ومحددة ويمكن تتبعها لكل الأنشطة؛
- حفظ وصيانة سجلات النظام بطريقة تسهل استرجاعها وحمايتها من التلف أو الإهمال أو الفقد؛
- أن تنشأ وتسجل أوقات التحفظ على السجلات؛
- حفظ هذه السجلات بطريقة مناسبة للنظام والمنظمة وذلك لإيضاح التطابق مع مواصفة نظام السلامة والصحة المهنية.

- 5-4- المراجعة:** يجب على المنظمة أن تنشأ وتحافظ على برنامج المراجعة، وإجراءات المراجعة الدورية لنظام إدارة السلامة والصحة المهنية وذلك من أجل:
- أ-تحديد ما إذا كان نظام إدارة السلامة والصحة المهنية؛
 - ب-مراجعة نتائج المراجعات السابقة؛
 - ج-أعطاء المعلومات عن نتائج المراجعات للإدارة.
- 6- مراجعة الإدارة:**

- يجب على الإدارة العليا بالمنظمة مراجعة نظام إدارة السلامة والصحة المهنية في فترات محددة تقررها للتأكد من مناسبة النظام وكفاءته وفعاليتها؛
 - عملية مراجعته الإدارة سوف تتأكد من أن المعلومات المطلوبة قد تم تجميعها للسماح للإدارة لتنفيذ هذا التقييم؛
 - يجب توثيق هذه المراجعة؛
 - مراجعة الإدارة سوف تنصدر للاحتياجات الممكنة للتغييرات في السياسة والأهداف والعناصر الأخرى لنظام إدارة السلامة والصحة المهنية في ضوء نتائج مراجعة النظام والظروف المتغيرة والالتزام بالتحسين المستمر.¹
- المطلب الثاني: نظام المساءلة الاجتماعية (SA 8000):**

هذا المعيار وضع من قبل معهد المحاسبة الاجتماعية منذ صيف 2000 وهو امتداد للوكالة الأمريكية للأولويات الاقتصادية (CEPAA) (Council on Economic priorities Accreditation Agency) ويتعلق الأمر أساسا ببعض المنظمات المتعددة الجنسيات. هذه المنظمات تعمل في دول أين تكلفة اليد العاملة رخيصة جدا، بعض هذه الدول لا تأخذ في حسابها الاتفاقيات الدولية المتعلقة بشروط العمل. وقد أدى ذلك إلى بروز محاولات جادة للمطالبة بتحقيق مستوى معيشة أفضل للعمال وخاصة من قبل المنظمات التي تسعى إلى تحسين صورتها والتحكم في تكاليفها، وتحقيق مصداقية أكثر في عملها.

إن معيار المحاسبة الاجتماعية يعني بشروط العمل، منع عمل الأطفال، العمل الجبري، وهو خاص بالعمال والممولين على حد سواء، وهدف معيار (SA8000) وهو تعريف المتطلبات التي تسمح لمنظمة ما بإنشاء ووضع سياسات

¹ OHSAS Project Group, Op.cit. p.8.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

وعمليات تسمح لها بمعالجة القضايا التي ترتبط أساسا بالعمال، والمنظمة التي تتبنى هذا المعيار ملزمة باحترام التشريعات الوطنية ومبادئ بعض الاتفاقيات وخاصة المتعلقة بمنظمة العمل الدولية، التصريح العالمي لحقوق الإنسان واتفاقية الأمم المتحدة حول حقوق الطفل.

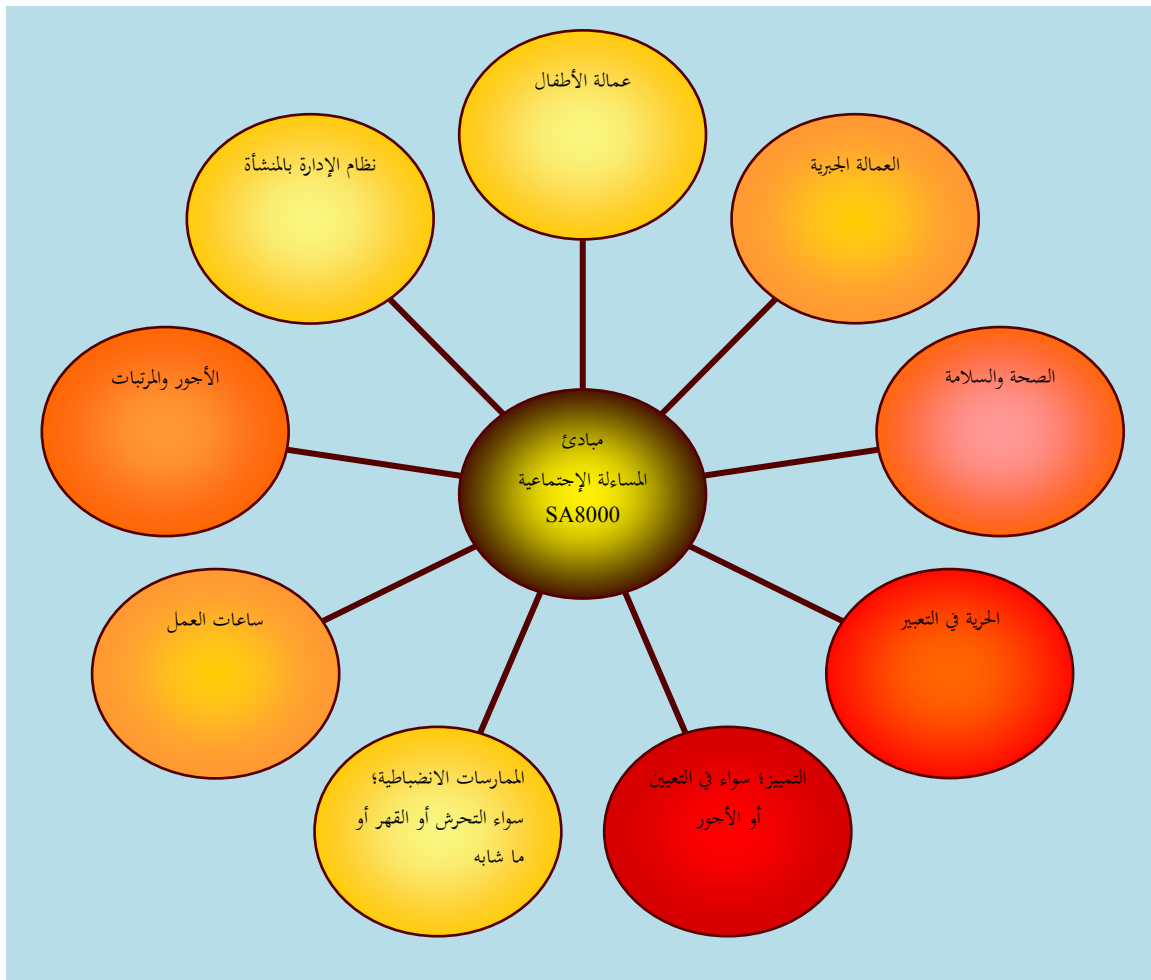
وربما هذا المعيار أساسا انصب على المسائل الاجتماعية والتي تتمثل في:²

▪ الأعمال الجبرية؛ عمل الطفل؛ حرية الجمعيات؛ التفاوض الجماعي والصحة والأمن.

ومنه يمكن القول أن نظام المساءلة الاجتماعية (SA 8000) هو مواصفة دولية لتقييم المسؤولية الاجتماعية لجهات الأعمال تجاه مجتمعاتها. تساعد على معرفة الاحتياجات التطوعية التي يتعين على أصحاب الأعمال القيام بها داخل مؤسساتهم، بما فيها حقوق العمال، بيئة العمل ونظم الإدارة. وتركز العناصر المعيارية لهذه المواصفة على القوانين المحلية والأعراف الدولية لحقوق الإنسان واتفاقيات منظمة العمل الدولية. ويمكن استخدام مواصفة المساءلة الاجتماعية (SA 8000) لتقييم مدى توافق بيئة العمل داخل مؤسسة مع هذه المعايير.

هي مواصفة تهتم بالعنصر البشري؛ بمعنى أنها تركز على الإنسان، ولا علاقة لها بالأيزو... وقد تأسست في نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1997 وتقوم على 9 مبادئ هي المبادئ التي تحكم منظمة العمل الدولية.

شكل رقم(4-6): المبادئ التسعة لمنظمة العمل الدولية



² Observatoire sur la responsabilité sociétale des entreprises (ORSE), **Développement durable et entreprises**, AFNOR, Paris, 2004, p. 95.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الموقع:

تاريخ الإطلاع: (2016/11/05) <http://www.iso-tec.com/sa8000-الاجتماعية-المساءلة>

الفرع الثاني: الغرض ونطاق التطبيق:

تهدف شهادة المساءلة الاجتماعية (SA 8000) إلى تقديم مواصفة تستند إلى الأعراف الدولية لحقوق الإنسان وقوانين العمل المحلية التي من شأنها حماية الأفراد وتمكينهم داخل نطاق عملهم. وتعد المساءلة الاجتماعية (SA 8000) مواصفة قابلة للمراجعة من خلال عملية مبنية على الأدلة والبراهين، حيث تسري شروطها عالمياً بغض النظر عن حجم المنظمة، أو موقعها الجغرافي أو القطاع الصناعي الذي تنتمي إليه.

إن التوافق مع متطلبات المسؤولية الاجتماعية لهذه المواصفة سيمكن المنظمة من:

- إعداد السياسات والإجراءات والحفاظ عليها وتنفيذها كي تتمكن من إدارة تلك الأمور التي يمكنها السيطرة عليها أو التأثير فيها.

- التوضيح بمصادقية للأطراف المهتمة أن سياسات المنظمة وإجراءاتها وممارساتها الحالية تتوافق مع متطلبات هذه المواصفة.

الفرع الثالث: العناصر المعيارية وتفسيرها:

تتوافق المنظمة مع كافة القوانين المحلية النافذة، كما تتوافق مع المعايير الصناعية السارية وغيرها من المتطلبات التي تسري عليها وكذلك هذه المواصفة. وفي حالة أن تقوم هذه القوانين المحلية وغيرها من المتطلبات التي تسري على المنظمة وهذه المواصفة بتناول نفس المسألة، يسري أفضل نص يكون في مصلحة العمال. ويتعين على المنظمة أيضاً احترام مبادئ الوثائق الدولية التالية:

- اتفاقية العمل الدولية (ساعات العمل-الصناعة) والتوصية 116 (تخفيض ساعات العمل) اتفاقية منظمة العمل الدولية 29 (العمالة الإجبارية) و105 (الحد من العمالة الجبرية)؛
- اتفاقية منظمة العمل الدولية 87 (حرية التعبير)؛
- اتفاقية منظمة العمل الدولية 98 (حق تنظيم الاتحادات العمالية)؛
- اتفاقية منظمة العمل الدولية 100 (نظام الرواتب المتكافئ)، و111 (التمييز العنصري-التوظيف والمهن)؛
- اتفاقية منظمة العمل الدولية 102 (الأمن الاجتماعي-المعايير الدنيا)؛
- اتفاقية منظمة العمل الدولية 131 (الحد الأدنى للأجور)؛
- اتفاقية منظمة العمل الدولية 135 (تمثيل العمال).

الفرع الرابع: الجهات المستفيدة من تطبيق نظام (SA 8000) تحدد مواصفة (SA 8000) المتطلبات وطريقة التدقيق المناسبة لتقييم الظروف المحيطة بمكان العمل بما في ذلك عمالة الأطفال والعمالة القسرية والأمور المتصلة بالصحة والسلامة في مكان العمل وحرية الارتباط والتمييز والمضايقات في مكان العمل والإجراءات التأديبية وساعات

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

العمل والأجور ومسؤولية الإدارة في تهيئة وتحسين ظروف العمل المناسبة. ومن ثم فقد تم تصميم مواصفة (SA8000) لتستهدف جهات كيانات الأعمال التي تهدف إلى تحقيق ما يأتي :

- تحقيق الالتزام تجاه الموارد البشرية بصفقتها قيمة أصلاً من أصولها القيمة(رأس المال البشري)،
- إظهار التزامها تجاه موظفيهم أمام الأطراف الأخرى المعنية،
- التحقق بشكل مستقل من سجل مسؤوليتها الاجتماعية.

الفرع الخامس:الفوائد التي تجنيها المختبرات من الحصول على شهادة: (SA 8000)إن الشهادة يتم إصدارها عن جهة تسجيل/ جهة إصدار مستقلة. ومن ثم فهي تعتبر مصدراً لثقة العميل في أن الجهة المعتمدة مقابل (SA 8000) قامت بتطبيق العمليات الداخلية الضرورية لضمان حصول الموظفين على حقوقهم الإنسانية الأساسية، ولذلك :

- تؤدي لزيادة ولاء الموظفين ورفع كفاءتهم في العمل؛
- الحد من معدلات دوران العمالة؛
- وضع قيم المنظمة موضع التنفيذ؛
- تحسين سمعة المنظمة في السوق وعلامتها التجارية؛
- تحسين أوضاع تعيين واستبقاء الموظفين وتطوير أدايتهم.

الفرع السادس: متطلبات المساءلة الاجتماعية (SA8000)

سنتناول في هذا المطلب متطلبات نظام المساءلة الاجتماعية لما ذهبت إليه في تدعيم تنمية الشق الاجتماعي للمنظمة وإمكانية تكاملها مع نظام الصحة والسلامة المهنية (OHSAS 18001).¹

1- عدم تشغيل الأطفال:

1-1- لن تقوم المنظمة بدعم استخدام عمالة الأطفال.

1-2-تقوم المنظمة بوضع السياسات والإجراءات المكتوبة وتوثيقها، الحفاظ عليها ونقلها بشكل فعال إلى الأفراد وغيرهم من الأطراف المعنية وذلك بغرض تشجيع الأعمال التصحيحية للأطفال الذين يعملون في ظل ظروف ينطبق عليها تعريف عمالة الأطفال، كما يتعين على المنظمة تقديم الدعم المالي الكافي وغيره من أوجه الدعم لتمكين هؤلاء الأطفال من البقاء في المدارس حتى بلوغ السن القانوني للعمل.

1-3- يجوز للمنظمة تعيين عمال صغار، ولكن إذا كان هؤلاء الأطفال يخضعون لقوانين التعليم الإلزامي، يجوز لهم العمل خارج ساعات الدراسة فقط. لا يجوز تحت أي ظرف من الظروف أن تتجاوز ساعات الدراسة، والعمل والانتقالات مجتمعة 10 ساعات إجمالاً في اليوم، كما أنه لن يقوم العمال الصغار في أي حالة من الحالات بالعمل لأكثر من 8 ساعات يومياً. ولا يجوز للعمال الصغار العمل خلال ساعات العمل الليلية.

1-4- لن تعرض المنظمة العمال الصغار ولا الأطفال لأية مواقف-داخل العمل أو خارجه- توصف بأنها خطيرة أو غير آمنة على صحتهم الجسدية والذهنية.

¹ David Rolland / Diane-Gabrielle Tremblay, **Responsabilité sociale d'entreprise et finance responsable: Quels enjeux ?**, presse de l'université Québec, Canada, 2004, p.16.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

2- العمالة القهرية والجبرية:

2-1- لن تتورط المنظمة أو تدعم استخدام العمالة القهرية أو الجبرية كما أنه لا تطلب المنظمة من أي فرد إيداع "ودائع" أو وضع أية أوراق لتحقيق الهوية لدى المنظمة عند بدء تنفيذ عقد العمل.

2-2- لن تجز المنظمة أو أي من موردي العمالة إليها أي جزء من رواتب الأفراد، المزايا، الممتلكات أو المستندات لإجبارهم على الاستمرار في العمل لدى المنظمة.

2-3- يحق للأفراد مغادرة مكان العمل عقب انتهاء يوم العمل الطبيعي، كما أن لهم الحرية في فسخ عقود عملهم بشرط تقديم إخطار مقبول لصاحب العمل.

2-4- لن تتورط المنظمة أو أي من الجهات الموردة للعمالة لها أو تدعم تجارة البشر.

3- السلامة والصحة:

3-1- توفر المنظمة بيئة عمل آمنة وصحية كما تتخذ خطوات فعالة لمنع وقوع الحوادث والأضرار التي قد تصيب صحة العمال أثناء العمل أو الناشئة عنه أو المرتبطة به وذلك عن طريق تقليص أسباب المخاطر المتأصلة في بيئة موقع العمل كلما أمكن ذلك من الناحية العملية، مع أخذ المعلومات العامة عن الصناعة وعن أية مخاطر بعينها في الاعتبار.

3-2- تعين المنظمة ممثل من الإدارة العليا يكون مسؤولاً عن ضمان توافر بيئة عمل صحية وآمنة للأفراد، فضلاً عن تنفيذ عناصر الصحة والسلامة لهذه المواصفة.

3-3- توفر المنظمة للأفراد بشكل دوري تعليمات خاصة بالصحة والسلامة بما فيها تعليمات الصحة والسلامة داخل موقع العمل وغيرها من التعليمات المرتبطة بطبيعة كل وظيفة إذا تطلب الأمر ذلك. وتكرر المنظمة هذه التعليمات سواء للأفراد الجدد أو الذين يوكل إليهم وظائف جديدة، وكذا في الحالات التي تقع فيها حوادث.

3-4- تضع المنظمة نظم اكتشاف التهديدات المحتملة على صحة وسلامة الأفراد أو كيفية تجنبها أو التعامل معها. وتحتفظ المنظمة بسجلات مكتوبة مسجل بها كافة الحوادث التي تحدث في موقع العمل، وما يقع في نطاق سيطرة المنظمة من أماكن سكنية أو ممتلكات.

3-5- توفر المنظمة على نفقتها الخاصة المعدات الوقائية الشخصية للأفراد. وفي حالة حدوث أي إصابة مرتبطة بالعمل، توفر المنظمة الإسعافات الأولية وتساعد العامل في الحصول على المتابعة الطبية اللازمة.

3-6- تتعهد المنظمة بتقييم جميع المخاطر للأمتهات الجددات أو المستقبلية التي قد تنشأ عن طبيعة أعمالهن، كما تضمن أن يتم اتخاذ الخطوات اللازمة المناسبة لإزالة أو تقليص أية مخاطر تهدد صحتهن وسلامتهن.

3-7- توفر المنظمة لجميع الأفراد استخدام دورات المياه النظيفة، والحصول على مياه شرب نظيفة كما توفر مكان صحي لتخزين الغذاء إذا اقتضت الحاجة.

4- الحرية النقابية حرية التعبير، وحق التفاوض الجماعي:

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

4-1- يحق لجميع الأفراد تكوين الاتحادات العمالية والانضمام إليها وتنظيمها باختيارهم للتفاوض بشكل جماعي نيابة عنهم بالمنظمة. وتحترم المنظمة هذا الحق، وتخطر الأفراد بأن لهم الحرية في الانضمام إلى منظمة من اختيارهم وأن ذلك لن يؤدي إلى عواقب سلبية، أو إلى انتقام المنظمة منهم لذلك. ولن تتدخل المنظمة بأي شكل من الأشكال في تكوين وعمل وإدارة منظمات العمال أو التفاوض الجماعي.

4-2- في حالة أن يكون حق حرية التعبير والتفاوض الجماعي مقيدا بموجب القانون، تسمح المنظمة للعمال بانتخاب من يمثلهم بجرية تامة.

4-3- تكفل المنظمة عدم تعرض ممثل العمال أو أي فرد يشارك في تنظيم العمال للتمييز أو التحرش أو التهيب أو الانتقام بسبب عضويتهم في اتحاد ما أو المشاركة في أنشطة اتحادات نقابية، كما تكفل المنظمة لممثلي هذه الاتحادات التواصل مع أعضائها في مكان العمل.

5- القضاء على التمييز:

5-1- لن تتورط المنظمة أو تدعم أي نوع من أنواع التمييز خلال عمليات التوظيف، وضع الرواتب، الفرص التدريبية، الترقية، إنهاء العقود، التقاعد على أساس الجنس، الأصل القومي أو الاجتماعي، الطبقة، الميلاد، الدين، حالات العجز، المسؤوليات الاجتماعية، عضوية الاتحادات، الآراء السياسية، السن أو غيرها من الظروف التي قد ينشأ عنها التمييز.

5-2- لن تتدخل المنظمة في حق ممارسة الأفراد لحقوقهم في أداء معتقداتهم أو ممارستهم أو حقهم في تلبية احتياجاتهم المتصلة بالأصل القومي أو الاجتماعي، الدين، العجز، المسؤوليات العائلية، الحالة الاجتماعية، عضويتهم في الاتحادات أو آراء السياسية وغيرها من الظروف التي قد ينشأ عنها التمييز.

5-3- لن تسمح المنظمة بأي سلوك تهديدي أو مؤذي أو استغلالي أو إكراهي جنسيا، بما فيها اللغة والاتصال الجسدي داخل موقع العمل، أو إذا اقتضت الحاجة داخل أماكن إقامة العمال وغيرها من الأماكن التي توفرها المنظمة للعمال.

5-4- لن تعرض المنظمة الأفراد لاختبارات الحمل أو البكورة تحت أي ظرف من الظروف.

6- الممارسات الانضباطية المقبولة:

تتعامل المنظمة مع جميع الأفراد بأسلوب يضمن لهم كرامتهم واحترامهم. ولن تتورط المنظمة في أي استخدام للعقاب الجسدي، أو الإكراه العقلي أو الجسماني أو الإساءة اللفظية للأفراد كما أنها لن تتسامح في ذلك. غير مسموح بأي معاملات قاسية أو غير إنسانية.

7- ساعات العمل مقبولة:

7-1- تلتزم المنظمة بالقوانين السارية ومعايير الصناعة المتعلقة بساعات العمل والعطل العامة. يعرف القانون أسبوع العمل العادي بدون وقت العمل الإضافي ولا يتجاوز أسبوع العمل الإضافي 48 ساعة في كل الأحوال.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

7-2- يحصل الأفراد على عطلة لمدة يوم واحد على الأقل بعد ستة أيام متتالية من العمل. استثناءات هذه القاعدة تسري فقط في حالة الطرفين التاليين:

أ- يسمح القانون المحلي بزيادة ساعات العمل عن هذا الحد؛

ب- في حالة سريان أي اتفاق بشأن التفاوض الجماعي يسمح متوسط لساعات العمل بما فيها فترات الراحة الكافية.

7-3- أداء ساعات العمل يكون طوعي باستثناء ما هو منصوص عليه في الفقرة 7-4 فيما بعد التي تقتضي بعدم تجاوز ساعات العمل الإضافي 12 ساعة في الأسبوع، ولن يتم ذلك بشكل دوري.

7-4- في حالات الحاجة لساعات العمل الإضافي من أجل الوفاء بالطلبات قصيرة الأجل، وفي حالة أن تكون المنظمة طرف في اتفاق جماعي مع أي من المنظمات العمالية التي تضم نسبة تمثيل كبيرة من عمال المنظمة، يجوز للشركة طلب ساعات العمل الإضافي طبقاً لهذه الاتفاقيات ويتعين أن ينسجم أي اتفاق مع الشروط المذكورة سالفاً.

8- مرتبات عادية:

8-1- تحترم المنظمة حق الأفراد في الحصول على أجر مناسب، كما تكفل المنظمة أن الأجور المدفوعة تفي دائماً على الأقل بالحد القانوني أو الصناعي وأن هذه الأجور المدفوعة تفي بالاحتياجات الأساسية للأفراد، وأنها توفر دخل تقديري مناسب.

8-2- تضمن المنظمة أن الخصومات التي تتم من الأجور لن تكون من أجل أغراض انضباطية، الاستثناء من هذه القاعدة فقط عند توافر الطرفين الآتيين:

أ- أن يسمح القانون المحلي بإجراء الخصومات لأغراض انضباطية.

ب- أن تكون هناك اتفاقية تفاوض جماعي سارية.

8-3- تكفل المنظمة أجور الأفراد والمزايا المالية المذكورة تفصيلاً كتابة عن كل فترة عمل. كما تكفل المنظمة أيضاً أن الأجور والمزايا المالية يتم تقديمها بما يتوافق مع جميع القوانين السارية وأنها جميعها يتم صرفها إما نقداً أو بشيكات بما يتناسب مع العمال.

8-4- يعرف بدل عمل الوقت الإضافي طبقاً لما يحدده قانون العمل المحلي. وفي حالة البلدان التي لا ينظم فيها القانون أو أي اتفاق جماعي قيمة بدل العمل الإضافي، يحصل الأفراد على بدل العمل الإضافي بأفضل قيمة، أو ما يساوي المعايير الصناعية السارية، أيهما أفضل لمصلحة العمال.

8-5- لن تتبع المنظمة أسلوب التعاقد بنظام العمالة المؤقتة فقط، أو العقود متوسطة الأجل، أو أي شكل من أشكال التلمذة غير الحقيقية وذلك بهدف التهرب من الوفاء بالتزاماتها تجاه الأفراد بموجب القوانين السارية المتعلقة بالعمال، وتشريعات ولوائح الأمان الاجتماعي.

9- نظم الإدارة:

9-1- السياسات: تقدم الإدارة العليا وصف مكتوب بلغة العمال لسياسات المنظمة المتعلقة بالمساءلة الاجتماعية وظروف العمل، وعرض هذه السياسات مع مواصفة المسؤولية الاجتماعية (SA 8000) في مكان ظاهر داخل

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

المنظمة وذلك لإحاطة الأفراد بأن المنظمة اختارت طوعية الالتزام بمتطلبات المسؤولية الاجتماعية وتشمل هذه السياسات بوضوح مايلي من التزامات:

أ-الالتزام بكافة متطلبات المواصفة.

ب-الالتزام بالقانون المحلي وغيره من القوانين سارية المفعول والمتطلبات الأخرى المنوطة بالمنظمة، كما تلتزم المنظمة باحترام الوثائق الدولية وتأويلها.

ج-الالتزام بالمراجعة الدورية لسياساتها من أجل الوفاء بالالتزامات المنصوص عليها في وثيقة إدارة السلوك وغيرها مع اخذ أي متغيرات في التشريعات في الاعتبار.

د-التأكد من توثيق كافة سياساتها وتنفيذها بفاعلية والحفاظ عليها وتوصيلها إلى الأفراد، والحصول عليها في صورة كاملة وشاملة بما في ذلك المديرين، التنفيذيين، الإدارة والمشرفين وفريق العمل سواء كانوا قد تم تعيينهم بشكل مباشر مع المنظمة، أو تم التعاقد معهم أو كانوا يمثلون المنظمة بشكل من الأشكال.

9-2- ممثل الإدارة: تعين المنظمة ممثل لها من الإدارة العليا تكون مهمته الأساسية التأكد من الوفاء بمتطلبات مواصفة المساءلة الاجتماعية بغض النظر عن مسؤولياته الأخرى.

9-3- ممثل العمال للمساءلة الاجتماعية: على المنظمة أن تدرك أن الحوار على مستوى مكان العمل هو أحد العناصر الرئيسية للمسؤولية الاجتماعية، كما تكفل المنظمة أن لجميع العمال الحق في التمثيل لتسهيل سبل التواصل مع الإدارة العليا فيما يتعلق بمواصفة (SA8000). أما في المنظمات التي تضم تنظيم عمالي داخلها، يكون هذا التمثيل من خلال اتحادات العمال المعترف بها ويجوز للعمال ممثل من بينهم مختص بالمواصفة فقط. ولا يمكن تحت أي ظرف من الظروف استبدال ممثل العمال لمواصفة المساءلة الاجتماعية بممثل اتحاد العمال داخل المنظمة.

9-4- مراجعة الإدارة: يجب على الإدارة العليا للشركة إجراء المراجعة الدورية للتأكد من مدى كفاية وملاءمة سياسات المنظمة وإجراءاتها ونتائج أدائها فيما يتعلق بمتطلبات هذه المواصفة، وغيرها من الالتزامات التي تتعهد المنظمة بها. كما يتعين على المنظمة تنفيذ أية تعديلات وتحسينات على النظام حسب الحاجة، وذلك بمشاركة ممثل العمال.

9-5- التخطيط والتنفيذ: على المنظمة التأكد من أن متطلبات هذه المواصفة مفهومة ومنفذة في كل المستويات بالمنظمة. وتشتمل وسائل تطبيق ذلك كما يلي:

أ-تقديم تعريف واضح لأدوار ومسؤوليات وصلاحيات جميع الأطراف؛

ب-توفير التدريب للأفراد الجدد الدائمين أو المؤقتين أو الأفراد الذين تغيرت طبيعة عملهم داخل المنظمة؛

ج-تقديم برامج التوجيه والتدريب والتوعية للأفراد بالمنظمة بشكل دوري؛

د-المتابعة الدائمة للأنشطة والنتائج لضمان فاعلية الأنظمة المتبعة لتحقيق سياسات المنظمة ومتطلبات هذه المواصفة. يتعين على المنظمة الرجوع إلى وثيقة المساءلة الاجتماعية (SA8000) الإرشادية فيما يتعلق بتفسير مواصفة المساءلة الاجتماعية.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

9-6- التحكم في الموردين أو المقاولين والموردين من الباطن:

يتعين على المنظمة الاحتفاظ بسجلات مناسبة بالتزامات الموردين/ والمقاولين من الباطن المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية بما فيها الاتفاقات التعاقدية والالتزامات الكتابية لهذه المنظمات.

9-7- تناول المشكلات واتخاذ الأعمال التصحيحية:

أ- يتعين على المنظمة تقديم وسيلة سرية لجميع الأفراد لتمكينهم من رفع التقارير الخاصة بأي حالات عدم التوافق مع هذه المواصفة إلى إدارة المنظمة وممثل العمال. كما يتعين على المنظمة بحث أية مشكلات تتعلق بالأفراد أو الأطراف الأخرى المعنية المتعلقة بحالات التوافق وعدم التوافق مع سياسات المنظمة ومتطلبات هذه المواصفة وإيجاد الحلول لها. ويجب أن تمتنع المنظمة عن تأديب أو طرد أي فرد من الأفراد أو ممارسة التمييز ضده نتيجة تقديم معلومات تتعلق بمتابعة تنفيذ هذه المواصفة.

ب- يجب على المنظمة تحديد السبب الأساسي لأي مشكلة وتنفيذ الأعمال التصحيحية والوقائية على الفور فضلا عن توزيع الموارد الكافية والمناسبة لطبيعة وحدة أي حالة من حالات عدم التوافق مع سياسات المنظمة أو مع هذه المواصفة أو مع كليهما.

9-8- الاتصال الخارجي ومشاركة الأطراف المعنية: يتعين على المنظمة وضع الإجراءات المناسبة للتواصل بشكل دوري مع جميع الأطراف المعنية فيما يتعلق بتقديم البيانات والمعلومات بشأن التوافق مع متطلبات هذه المواصفة، بما فيها نتائج مراجعة الإدارة وأنشطة المتابعة.

على المنظمة أن تبرهن على رغبتها في المشاركة في حوار مع كافة الأطراف المعنية بما فيهم العمال، الاتحادات العمالية، الموردين، المقاولين من الباطن، المشترين، المنظمات غير الحكومية ومسؤولي الحكومة على المستويين المحلي والقومي بهدف تحقيق التوافق المستدام مع هذه المواصفة.

9-9- سبل التحقق: في حالة المراجعات المعلنة وغير المعلنة للشركة بغرض اعتماد مدى توافقها مع متطلبات هذه المواصفة، ويتعين على المنظمة التأكد من سهولة الوصول إلى موقعها والحصول على المعلومات التي يطلبها المراجعون.

9-10- السجلات: يجب أن تحتفظ المنظمة بسجلات مناسبة لتبرهن على أنشطتها بالتوافق مع متطلبات مواصفة المساءلة الاجتماعية.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية

المطلب الثالث: مواصفة المسؤولية الاجتماعية ISO 26000

ترتكز المواصفة على عدد من المبادئ تضم الامتثال للقانون، احترام المبادئ والتوجيهات المعترف بها دولياً، الاعتراف بأصحاب المصلحة واهتماماتهم، المساءلة، الشفافية، التنمية المستدامة، السلوك الأخلاقي، المنهج الحذر واحترام حقوق الإنسان الأساسية والتنوع. وفي هذا المطلب سنتطرق الى هذه المواصفة التي يمكن تبنيتها من المنظمات الاستشفائية.

الفرع الأول: مفهوم المواصفة الدولية إيزو 26000:

المنظمة الدولية للمعايير (International Organization for Standardization) أيزو (ISO) هي منظمة غير حكومية لا تهدف للربح، تأسست في عام 1947، وتوجد الأمانة المركزية للمنظمة في جنيف بسويسرا ويشارك في عضويتها 157 هيئة مواصفات قومية من مختلف دول العالم وتعمل على رفع المستويات القياسية ووضع المعايير والأسس والاختبارات ومنح الشهادات المتعلقة بها من أجل تشجيع تجارة السلع والخدمات على مستوى عالمي في شتى المجالات.

وتعرف مواصفة الأيزو 26000 كذلك بأنها: " هي عبارة عن مواصفة عالمية تقدم الإرشادات العامة للمبادئ الأساسية للمسؤولية الاجتماعية والمواضيع والقضايا المرتبطة بها، كما أنها تتطرق للوسائل التي تمكن مؤسسات الأعمال من إدخال مفهوم المسؤولية الاجتماعية ضمن إطار استراتيجياتها وممارساتها، وهي مواصفة اختيارية صادرة عن المنظمة العالمية للتقييس ISO تم إعدادها بشكل نهائي في ديسمبر 2008 ثم تأجيل إعلانها إلى غاية سبتمبر 2010¹.

وتعتبر المواصفة بمثابة دليل إرشادي لتطبيق مبادئ المسؤولية الاجتماعية، كما تهدف إلى دمج ممارسات المسؤولية الاجتماعية ضمن الخطط الإستراتيجية والأنظمة والممارسات والعمليات للشركات.

الفرع الثاني: هيكل ومراحل الإعداد لمواصفة إيزو 26000:

بنود المواصفة تتكون مسودة المواصفة العالمية (ISO 26000) من تمهيد ومقدمة وسبعة بنود وعدة ملاحق، يوضح الجدول التالي بنود هذه المواصفة، وتتضمن المواصفة العناصر الآتية:

جدول رقم (4-1): بنود مواصفة الإيزو 26000:

البند	محتوى البند
مقدمة	تعرض معلومات عن محتوى المواصفة القياسية الإرشادية والأسباب التي تدعو لإعدادها؛
البند الأول	المجال يقوم هذا الجزء بتعريف موضوع المواصفة القياسية الإرشادية ومدى تغطيتها وحدود قابليتها للتطبيق؛
البند الثاني	المراجع القياسية يحتوي هذا الجزء على قائمة بالوثائق إن وجدت التي يجب قراءتها بما يرتبط بالمواصفة القياسية الإرشادية؛

¹ جميلة العمري، إسهامات تبني المسؤولية الاجتماعية في تحقيق الميزة التنافسية-دراسة ميدانية لبعض شركات التأمين في الجزائر-، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، الجزائر، 2015/2016، ص.29.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

المصطلحات والتعاريف يحدد هذا الجزء، المصطلحات المستخدمة في المواصفة القياسية الإرشادية والتي تتطلب تعريفا وسوف يتم تقديم هذه التعاريف في هذا الجزء؛	البند الثالث
سياق المسؤولية الاجتماعية الذي تعمل فيه كل المنشآت، يناقش هذا الجزء السياق التاريخي والمعاصر للمسؤولية الاجتماعية، ويتناول أيضا المواضيع التي تبرز من خلال طبيعة مفهوم المسؤولية الاجتماعية، كما يتناول المواضيع ذات الصلة التي تهم الأطراف المعنية؛	البند الرابع
مبادئ المسؤولية الاجتماعية ذات الصلة بالمنشآت يحدد هذا الجزء مجموعة من مبادئ المسؤولية الاجتماعية المستمدة من مصادر متنوعة، ويقدم التوجيه فيما يختص بهذه المبادئ ويتم تناول المواضيع ذات الصلة التي تهم الأطراف المعنية في هذا الجزء؛	البند الخامس
التوجيه بشأن الموضوعات والقضايا الجوهرية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية، يقدم هذا الجزء التوجيه بشكل منفصل بشأن مجموعة من المواضيع والقضايا الجوهرية وربطها بالمنشآت ويتم تناول القضايا ذات الصلة التي تهم الأطراف المعنية في هذا الجزء؛	البند السادس
توجيه المنشآت بشأن تطبيق المسؤولية الاجتماعية يثدم هذا الجزء توجيهها عمليا بشأن تطبيق وإدماج المسؤولية الاجتماعية في المنشأة، بما يشمل على سبيل المثال السياسات والممارسات والمناهج وتحديد الموضوعات وتقييم الأداء وإعداد التقارير والتواصل، ويتم تناول الموضوعات ذات الصلة التي تهم الأطراف المعنية في هذا الجزء.	البند السابع
تحتوي المواصفة القياسية الإرشادية على ملاحق عند الحاجة إليها، الملحق (A) الخاص بقائمة المبادرات التطوعية وأدوات متعلقة بالمسؤولية الاجتماعية التي تعالج جانب واحد أو أكثر من المواضيع الأساسية أو دمج المسؤولية الاجتماعية في جنيع أنحاء المؤسسة والملحق (B) يقدم اختصارات المصطلحات المستعملة في الايزو 26000.	ملاحق إرشادية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

Afnor, **ISO 26000 Responsabilité Sociétale « comprendre, déployer, évaluer, éditions AFNOR, 2010.**

يتبين مما تقدم أن المواصفة توفر إطار عمل يمكن للمنظمات استغلاله في الاضطلاع بمسؤوليتها الاجتماعية في حدود تعيين الأطراف أصحاب المصلحة والعمل معهم لتحقيق ذلك.

الفرع الثالث: أهداف مواصفة المسؤولية الاجتماعية أيزو 26000:

إن الانطباع المأخوذ عن المسؤولية الاجتماعية وواقع هذا الأداء في المنظمة يؤر على الميزة التنافسية والسمع بدرجة أولى ثم القدرة علة جذب والاحتفاظ بالعاملين وكل الأطراف ذات المصلحة¹.

ويمكن تلخيص أهداف المواصفة فيما يلي:²

¹ ملف حول المسؤولية الاجتماعية الايزو 26000 متاح على الموقع:

https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/ar/PUB100258_ar.pdf

² المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاقتصادية من خلال تطبيق المواصفة الدولية ايزو 26000 للمسؤولية الاجتماعية متاح على الموقع:

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/6779>

الفصل الرابع:.....آليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستثنائية

1. المسؤولية الاجتماعية تجاه المجتمع المحلي:

يعتبر المجتمع المحلي بالنسبة لمنظمات الأعمال شريحة مهمة إذ تتطلع إلى تجسيد متانة العلاقات معه و تعزيزها، الأمر الذي يتطلب منها مضاعفة نشاطاتها تجاهه، من خلال بذل المزيد من الرفاهية العامة، و التي تشمل: المساهمة في دعم البنية التحتية، إنشاء الجسور و الحدائق، المساهمة في الحد من مشكلة البطالة، دعم بعض الأنشطة مثل الأندية الرياضية و الترفيهية، احترام العادات والتقاليد، دعم مؤسسات المجتمع المدني، تقديم العون لذوي الاحتياجات الخاصة، الدعم المتواصل للمراكز الصحية والعلمية ورعاية الأعمال الخيرية.

2. المسؤولية الاجتماعية تجاه الزبائن: تتمثل في تقديم المنتجات بأسعار و نوعيات مناسبة، الإعلان الصادق، و تقديم منتجات صديقة و آمنة، تقديم إرشادات واضحة بشأن المنتج و استخداماته، التزام المنظمات بمعالجة الأضرار التي تحدث بعد البيع، و الالتزام بالتطوير المستمر للمنتجات، و الالتزام بعدم خرق قاعد العمل مثل الاحتكار.

3. المسؤولية الاجتماعية تجاه البيئة: حماية البيئة من الأضرار الناتجة عن نشاط المنظمة، المساهمة في حملات حماية البيئة و الحفاظ على الموارد الطبيعية، تبني سياسة بيئية رشيدة.

4. المسؤولية الاجتماعية تجاه المساهمين: تعظيم قيمة السهم و تحقيق أقصى ربح ممكن، حماية أصول المنظمة، الحق في الحصول على المعلومات الكافية عن أداء المنظمة، التعامل العادل مع المساهمين من دون أي تمييز، إشراك المساهمين في القرارات الهامة للمنظمة.

5. المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين: و تتضمن احترام قوانين العمل، و ضمان حق العامل في التدريب و التكوين المستمر، و حقوقه النقابية، و إشراكه في اتخاذ القرارات، تحقيق الأمن الوظيفي و الأمن من حوادث العمل.

الفرع الرابع: أهم الإرشادات والتوجيهات التي تقدمها أيزو 26000 للمنظمات:

تقدم أيزو 26000 توجيهات لجميع أنواع المنظمات، بغض النظر عن حجمها أو نشاطها أو موقعها من العمل، بأسلوب مسؤول اجتماعيا بتقديم إرشادات بخصوص:

- المفاهيم والمصطلحات والتعريفات المتصلة بالمسؤولية الاجتماعية؛
- خلفية واتجاهات وخصائص المسؤولية الاجتماعية؛
- المبادئ والممارسات المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية؛
- المواضيع والقضايا الأساسية ذات الصلة بالمسؤولية الاجتماعية؛
- تنفيذ وتعزيز السلوك المسؤول اجتماعيا في المنظمة بأسرها، ومن خلال سياساتها وممارستها ضمن مجال نفوذها؛
- تحديد أصحاب المصلحة والتعامل معهم؛
- تبادل الالتزامات والأداء والمعلومات الأخرى المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية

شهادة الايزو 26000 هي معيار دولي يقدم إرشادات حول المسؤولية الاجتماعية، وهو مصمم ليستخدم من قبل جميع أنواع المؤسسات، ويساعد هذا المعيار المؤسسات في العمل بطريقة مسؤولة اجتماعيا بأسلوب أفضل، بما يحقق النفع للمجتمع ويلبي متطلبات التنمية المستدامة ويشتمل معيار الأيزو 26000 على إرشادات طوعيّة وليست واجبة.

المبحث الرابع: تجارب دولية في مجال استدامة المنظمات الاستشفائية

تعمل المنظمات الاستشفائية جاهدة للحصول على شهادات الاعتماد سواء كانت محلية أو دولية، وذلك في ظل ارتفاع سقف تطلعات الأطراف ذات المصلحة، ومن أهم شهادات الاعتماد الدولية سنستعرض في هذا المبحث شهادة اعتماد اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المستشفيات.

المطلب الأول: معايير الاعتماد الدولي للمنظمات الاستشفائية ISQUA

ظهرت معايير الاعتماد الدولي للمنظمات الاستشفائية نتيجة الضرورة الملحة لوجود أنظمة إدارية لتطوير توجه المنظمات الاستشفائية نحو تحسين أدائها ورفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، وفي هذا المطلب سنستعرض متطلبات هذه المعايير.

الفرع الأول: تقديم اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المستشفيات

هي جهة مستقلة حيادية وغير ربحية معترف بها دوليا لتوفير معايير خارجية للجودة في خدمات المستشفيات تحدد من قبل مجلس إدارة دولي. ويعتبر "ختم الاعتماد الذهبي" من اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية درجة متميزة جداً للجودة. تهدف اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية إلى توفير الجودة، الريادة، والمصدقية في مجال الرعاية الصحية على المستوى العالمي. المقر الرئيسي للجنة يقع في إلينوي، بالولايات المتحدة الأمريكية ولديها مجموعة من المكاتب الإقليمية علي مستوي أوروبا، الشرق الأوسط، وآسيا. بدأت اللجنة الدولية المشتركة في ممارسة نشاطاتها في عام 1994 في أكثر من 80 دولة حول العالم، حيث اعتمدت ما يزيد على 400 مؤسسة صحية من القطاعين الخاص والعام. تقوم اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية باعتماد المؤسسات الصحية كالمستشفيات، معامل التحاليل الطبية، خدمات الرعاية الصحية الأولية، خدمات ومرافق العناية المتنقلة والإسعاف، وخدمات المتابعة والرعاية المستمرة وأيضا تمنح اللجنة شهادات التصديق والاعتماد لأكثر من 15 نوعا من برامج الرعاية السريرية. يصل مجموع برامج الاعتماد لدى اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية (JCI) إلى ستة برامج وبرنامج واحد للتصديق وإصدار الشهادات. يشمل الاعتماد كل من المستشفيات، المختبرات والمعامل الطبية، العناية المستمرة، وحدات الرعاية الطبية المتنقلة، مراكز الرعاية الأولية ومؤسسات النقل الطبية .

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية

لذلك تعمل المستشفيات في كافة أنحاء العالم على تطوير جودة خدماتها وعلى اتخاذ إجراءات كافية للحفاظ على سلامة المرضى والوصول إلى رضاهم عن طريق تحسين مستوى الخدمات المقدمة لهم ويعتبر الاعتماد أحد الوسائل التي تؤدي إلى الالتزام بتعظيم الجودة والسلامة إلى تقليص المخاطر¹.

الفرع الثاني: معايير اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية: JCI

ترتكز عملية الاعتماد من قبل اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية على قسمين:

القسم الاول: يتركز على الأهداف الدولية لسلامة المرضى والحصول على العلاج والرعاية وتقييم المرضى والتخدير والعناية الجراحية ومكافحة العدوى وإدارة الأدوية واستخدامها، وأيضا توعية المرضى وذويهم لعدد 166 معيارا و653 عنصر قياس لضمان وجود بيئة آمنة للمرض والزائرين والعاملين وتؤكد ضرورة التزام المرافق بالتحسين والتطور المستمر.

القسم الثاني: يعتمد على ادارة مؤسسة الرعاية الصحية وإدارة المعلومات والموارد البشرية، نُظم إدارة المرافق المختلفة، النظم القيادية والإدارية ومؤهلات العاملين وتدريبهم والتوصل لعدد 152 معيارا و557 عنصر قياس والتأكيد على أن برامج الوحدة وسلامة المرضى والاعتماد هي الهدف الرئيسي لوزارة الصحة.

الفرع الثالث: طريقة وشروط الحصول على الاعتماد وتكلفته

1- للحصول على الاعتماد يجب الحصول على نسخة من معايير اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية والإعداد للاعتماد.

2- عندما تصبح المؤسسة جاهزة ومستعدة للتقدم لطلب الاعتماد من اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية يمكنها المشاركة بتقييم تجريبي كوسيلة للتعرف على أسس التقييم الشامل للجنة لمعرفة الثغرات الموجودة والعمل عليها.

3- تتقدم المؤسسة بالطلب وجدولة مواعيد التقييم مع اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية وفي خلال التقييم الشامل يقوم المراقبون في اللجنة بمراجعة آخر أربعة أشهر قبل التقييم للتقييم حتي يتمكنوا من الحكم على أداء المؤسسة خلال مدة كافية.

4- قد تحتاج المؤسسة إلى تنفيذ وإجراء بعض النشاطات بعد انتهاء التقييم، ثم تقوم

اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية بدراسة القرار الخاص بالاعتماد.

5- مدة قرار الاعتماد ما بين 12 و24 شهراً بالنسبة للمستشفيات.

6- تكلفة الاعتماد تعتمد على حجم المؤسسة ومدى تعقيد نظامها حيث أن للمستشفيات الجامعية الكبيرة متعددة التخصصات تحتاج رسوم أكثر من بالمستشفيات المتخصصة العادية. كما تتحمل المؤسسة كافة تكاليف الانتقال والإقامة بالفنادق الخاصة بفريق اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية، ولا يتم وضعها ضمن الرسوم الإجمالية .

¹ هاشم أبو سنيينة، أثر تطبيق معايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد على جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة في عمان-الأردن-، مجلة أمارا باك، المجلد الخامس، العدد 13، 2014، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، ص.116.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية

وتتم عملية تجديد الاعتماد من قبل اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية كل ثلاثة سنوات بنفس إجراءات الدراسة الأصلية ويجب على المؤسسة الصحية تقديم طلب تجدد الاعتماد قبل موعده بمدة تتراوح من 6 إلى 9 أشهر.

الفرع الرابع: أهمية الاعتماد:

لقد ثبت بأن الاعتماد هو عبارة عن عملية تهدف إلى تحسين جودة وكفاءة وفعالية مؤسسات الرعاية الصحية بما في ذلك هيكلتها وعملياتها ونتائجها.

شكل رقم (4-7): الفوائد التي تحققها المنظمات الصحية من خلال الاعتماد



المصدر: من إعداد الطالب

يتضح من عناصر الشكل السبعة أن الفوائد التي ستجنيها المنظمات الاستشفائية ستكون كبيرة وتندرج ضمن استراتيجية تبني الأداء المستدام. ورغم أن ذلك بالإسقاط على واقع المنظمات الاستشفائية الجزائرية يكون صعباً نوعاً ما، إلا أنه وجب الإشارة إلى أنه مسافة الألف ميل تبدأ بخطوة واحدة وهي الإرادة في التغيير.

الفرع الخامس: مراحل الحصول على الاعتماد الدولي

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية

تمر عملية الحصول على شهادة الاعتماد الدولي بعدة مراحل ووجب على المنظمة الاستشفائية الالتزام بتتبعها والشكل التالي يلخصها:

شكل رقم (4-8):مراحل الحصول على الاعتماد الدولي:



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

[/https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/accreditation-programs/hospital](https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/accreditation-programs/hospital)

من خلال ما سبق يتضح بأن الإشكالية ليست في المراحل والإجراءات بقدر ما هي ضرورة استجابة المنظمات الاستشفائية لشروط الحصول على الاعتماد الدولي.

المطلب الثاني: تقييس المنظمات الاستشفائية الفرنسي إصدار 2014

في هذا المطلب سنتناول عرض موجز لشهادة تقيس المنظمات الاستشفائية الفرنسي إصدار 2014، حيث أنه منذ سنة 2018 تعمل السلطة العليا للصحة HAS والتي أنشأت وفق القانون رقم 2004-810 المؤرخ في 13 أوت¹ 2004 مع الفاعلين في المجال على التحضير للتقييس إصدار 2020 والذي يهتم كل المنظمات الاستشفائية للقطاع العام والخاص، مرافق الجراحة التجميلية وكذا مجموعات التعاون الصحي.

الفرع الأول: التعريف والنشأة

تطورت إجراءات إصدار الشهادات باستمرار منذ عام 1999 لتتكيف مع المتطلبات من حيث جودة وسلامة الرعاية الصحية ولتوفير استجابة ذات صلة لتوقعات المستخدمين والمهنيين والسلطات العامة.

¹ Robert Holcman, **Management Hospitalier « Manuel de gouvernance et de droit hospitalier**, édition DUNOD, Paris, 2013, p.248.

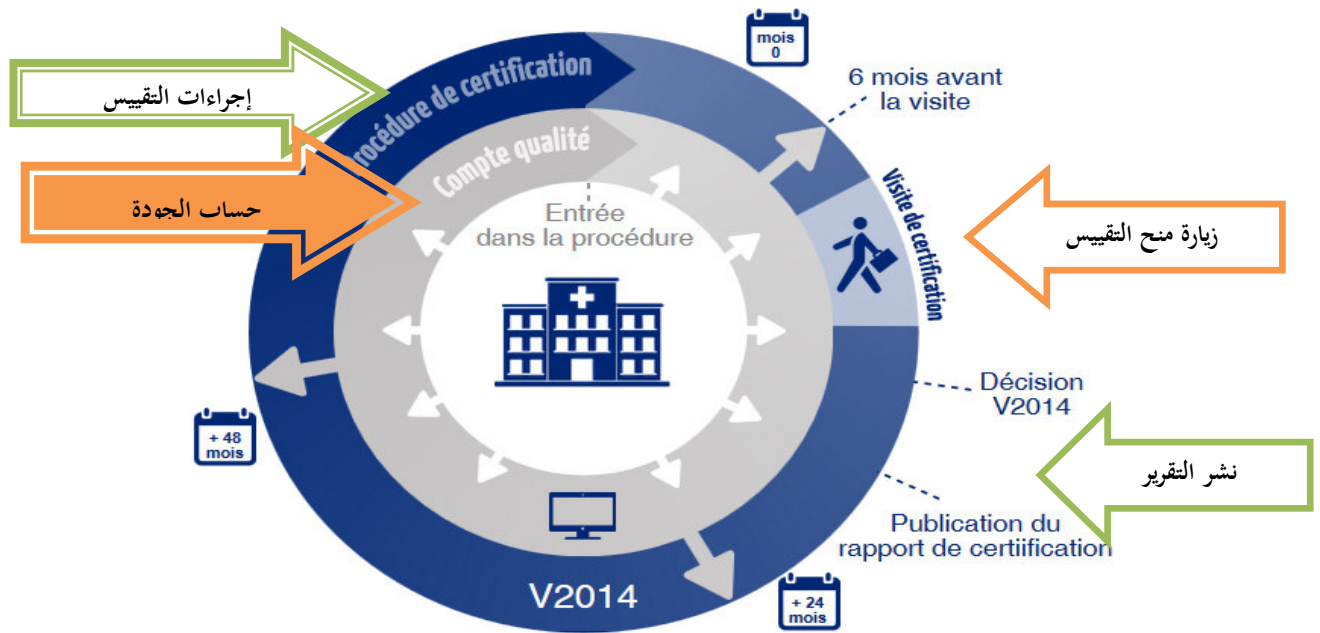
الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية

عملية إصدار الشهادات الفرنسية مستوحاة من النماذج الكندية والأمريكية. وهي تركز على رحلة المريض وتمكين المؤسسة من خلال منح تعليمي. HAS، التي طورت الإجراء في فرنسا، هي عضو في المنظمات الدولية وتطور إجراءات التعاون. وهو يضاعف الشراكات والاجتماعات. تعمل أفعالها على تعزيز تبادل الخبرات ونقل المهارات.¹

الفرع الثاني: إجراءات ومراحل الحصول على شهادة التقييم:

يمكن استعراض مراحل الحصول على شهادة تقييم المنظمات الاستشفائية الفرنسية V2014 من خلال الشكل التالي:

شكل رقم(4-9): مراحل الحصول على شهادة تقييم المنظمات الإستشفائية الفرنسية V2014



Source: Haute autorité de santé, **comprendre la certification des établissements de santé**, Article disponible sur le site: <https://www.has-sante.fr>

ويكمن من خلال الشكل أعلاه تلخيص أهم المراحل في النقاط التالية:²

البدأ في إجراءات التقييم:

هذه الخطوة تسمح للمنشأة أن تكون جزءاً من عملية التصديق. ولها أدوات (دليل منهجي، ورقة واجهة، تحديد وعرض المؤسسة...) للتحضير لعملية البدء في الإجراء وإبلاغ معلومات مفيدة له.

حساب الجودة: حساب الجودة هو نظام تم إنشاؤه بواسطة HAS والذي من خلاله تكون إدارة المنشأة الصحية مسؤولة عن جودة وسلامة الرعاية من خلال إشراك المهنيين وإشراك المستخدمين. وفقاً للمواعيد النهائية، فإنه يسمح ل HAS بإتباع التزامات المؤسسة من حيث تحسين الجودة وإدارة المخاطر.

¹ Haute autorité de santé, **comprendre la certification des établissements de santé**, Article disponible sur le site: <https://www.has-sante.fr> (consulter le: 30/04/2018).

² Haute autorité de santé, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, **Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique**, Avril 2019, p-4.6.

الفصل الرابع:.....أليات تحسين الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية

زيارة الشهادة: الغرض من زيارة الشهادة هو تحديد نقاط الامتثال والانحرافات عن المعيار المطبق، أي دليل الشهادة. يقودها خبراء زائرون ومهنيون في مجال الصحة مدربون على مهمتهم من قبل HAS. أثناء الزيارة، يستخدمون طرق التحقيق مثل مراجعة العملية أو مريض التتبع الذي يقوم بتقييم مدى نضج نصح إدارة الجودة والمخاطر والإدارة الفعلية للمريض.

قرار التصديق: يقوم الخبراء الزائرون بوضع تقرير لإصدار الشهادات في نهاية الزيارة: يحدد الإنجازات من حيث إدارة الجودة والمخاطر ونقاط عدم الامتثال. يسمح هذا التقرير له بتأسيس قرار متدرج (يتم إصدار 5 مستويات). إنها مسألة إصدار قرار مفيد ومفيد للمؤسسات وجعلها مستقلة في تحديد مخاطرها وتحديد أولويات خطط عملها. تؤدي القرارات إلى اتخاذ إجراءات متابعة للمؤسسات:

▪ حساب الجودة المتوسطة؛

▪ زيارة متابعة حول الموضوع (الموضوعات) المعنية والزيارات المستهدفة؛

يقدم تقرير الشهادة معلومات حول:

▪ قياس مستوى جودة وسلامة رعاية المؤسسة؛

▪ الديناميكيات التي وضعتها المؤسسة.

في نهاية الإجراء، يتم إرسال التقرير إلى المنشأة الصحية ووكالة الصحة الإقليمية ذات الصلة (ARS). يتم نشر النتائج على موقع HAS الإلكتروني وعلى Scope Santé، موقع المعلومات العامة عن جودة الرعاية الصحية في المنشآت. المؤسسة مدعوة أيضا إلى إبداء الرأي في خطوات الشهادة باستخدام استبيان نهاية الإجراء، لتغذية ملاحظات التجربة وتحسين الجهاز بشكل مستمر.

الفصل الرابع:.....آليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم تناوله من إحاطة بالجانب للآليات التي ارتأينا من خلال بحثنا هذا أن تبنيتها يمكن أن يقدم الإضافة للمنظمات الاستشفائية، وقد تم تقسيمها وفقا لطبيع مساهمتها التي قد تكون اقتصادية، إيكولوجية واجتماعية.

من أهم هذه الأنظمة هي نظام إدارة الجودة وفق المواصفة الإيزو 9001 إصدار 2015 و Six Sigma؛ نظام الإدارة البيئية وفق المواصفة الإيزو 14001 إصدار 2015؛ نظام الصحة والسلامة المهنية وفق نظام OHSAS 18001/2017.

وكإثراء للبحث عمدنا إلى شرح متطلبات نظام المساءلة الاجتماعية SA 8000 لإمكانية إدماجه مع نظام الصحة والسلامة المهنية وكذا المواصفة الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية ISO 26000 بهدف تدعيم الأداء الاجتماعي للمؤسسة.

وفي المبحث الأخير تناولنا عرض لبعض التجارب الدولية التي من شأنها المساهمة في تعزيز التوجه نحو التنمية المستدامة كالتقييس الفرنسي للمستشفيات إصدار 2014 وكذلك معايير الاعتماد الدولي للمستشفيات لما له من فوائد يمكن الاستفادة من محتواها النظري وكذا القيمة المضافة المحققة من تبنيتها.

وخلصنا من خلال الجانب النظري المتناول في هذا الفصل "آليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية" إلى الدور الرئيس في الذي يمكن أن تلعبه الأنظمة الإدارية ومعايير الاعتماد التي تم تناولها في تحسين الأداء الاقتصادي، البيئي والاجتماعي للمنظمة الاستشفائية وإمكانية ربطه بتحقيق التنمية المستدامة لها.

الفصل الخامس:

دراسة تحليلية لعوائق
ومتطلبات الإدارة
المستدامة للمنظمات
الاستشفائية محل
الدراسة

تمهيد:

أصبحت المنظمات الاستشفائية تنشط في محيط مثقل بالتحويلات المرتبطة بالنظام الاقتصادي للبلاد، في ظل كل هذه التغيرات تزايد الاهتمام لرفع كفاءة المنظمات الاستشفائية، وتحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدمها عن طريق التركيز على جانب تسييرها والرقابة على أدائها.

فالمنظمات الاستشفائية للصحة العمومية وكذا الخاصة والتي تأتي في مقدمتها المستشفيات بمختلف أشكالها القانونية، يعد تأثيرها بارز وحاجة المجتمع إليها كبيرة كونها تهتم بجانب الصحة العمومية.

وتعتبر صحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الجزائر بلوغه حيث أن السلامة الجسدية من أهم الحقوق التي كرستها معظم الدساتير والتشريعات على مدى الأحقاب والأزمنة، وتعد المنظمة الاستشفائية الجهاز الوحيد الذي يضطلع بمهمة تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية لأفراد المجتمع.

ومحاولة منا لدراسة تقييمية لمتطلبات وعوائق إدارة هذه المنظمات الاستشفائية عمدنا بداية إلى تقييم القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج ودراسة آراء ومقترحات مديري وإطارات المنظمات الاستشفائية حول عوائق ومتطلبات الاستدامة. تم تقسيم الفصل إلى أربع مباحث كالآتي:

◀ المبحث الأول: تقييم واقع القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج؛

◀ المبحث الثاني: منهجية وأدوات الدراسة؛

◀ المبحث الثالث: عرض نتائج الدراسة؛

◀ المبحث الرابع: تحليل نتائج الدراسة.

المبحث الأول : تقييم واقع القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج

يعتمد قطاع الصحة بالولاية على الإمكانيات البشرية والمادية التابعة للقطاع العام والخاص حيث أنه بتطبيق أحكام المرسوم التنفيذي: 140/07 المؤرخ في: 2007/05/19، المتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات الصحية الجوارية، أصبحت المنظومة الصحية في الولاية تتركز على هياكل كل من القطاع العام والخاص.

المطلب الأول: القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج

سيتم في هذا المطلب التطرق إلى التعريف بولاية برج بوعريريج وهيكل قطاعها الصحي وكذا بعض مؤشرات أداءه مقارنة بالمؤشرات والمعايير المعتمدة.

الفرع الأول: ديمغرافية ولاية برج بوعريريج

أولاً: تقديم الولاية: ولاية برج بوعريريج ولاية جزائرية من ولايات الهضاب العليا الشرقية. تقع في الشرق الجزائري، تعتبر همزة وصل بين الشرق، الغرب والجنوب، انبثقت هذه الولاية عن التقسيم الإداري لسنة 1984 مقسمة إداريا إلى عشرة (10) دوائر وأربعة وثلاثون (34) بلدية.

يقدر عدد سكان الولاية بـ 903621 نسمة، تتربع على مساحة إجمالية تقدر بـ: 3920,42 كلم مربع أي 600/1 من المساحة الإجمالية للوطن. تعتبر من أغنى الولايات لارتفاع عدد الشركات وبالتالي عوائد الجباية العادية، حيث تضم منطقة صناعية هامة توظف أعداد هامة من أبناء الولاية. وتساهم في تطوير الاقتصاد الوطني بعدة منتجات غذائية واستهلاكية والإلكترونية ومواد البناء وكذا أنشطة التصدير والاستيراد. موقعها جعل منها قطبا اقتصاديا مهما في إطار التنمية بالجزائر، كونها تضم وحدات اقتصادية وصناعية هامة. ففي إطار عملية الخوصصة، واقتصاد السوق، أصبحت هذه الولاية قبلة لبعض المستثمرين الأجانب قصد الاستثمار، خاصة في ميدان الصناعات الإلكترونية والكهرومنزلية.

ثانياً: الجغرافيا: يبلغ عدد سكان الولاية 639.653 نسمة (تقديرات 2007) ومساحتها الإجمالية 4.115 كلم². تقع على مرتفعات هضاب شرق البلاد حيث تمتد على محور الجزائر - قسنطينة. ويحدها شمالا ولاية بجاية، وشرقا ولاية سطيف وغربا ولاية البويرة وجنوبا ولاية المسيلة.

تشكل تضاريس الولاية من ثلاث مناطق كبرى : منطقة السهول العليا، منطقة الجبال ومنطقة السهوب.

أما مناخها فهو مناخ قاري شبه جاف، حيث يتميز فصل الشتاء بالبرد الشديد ويكون الصيف جافا وحارا.

ثالثاً: التقسيمات الإدارية: تتكون الولاية من مجموعة من الدوائر والتي تنقسم إلى بلديات.

جدول رقم (5-1): التقسيمات الإدارية لولاية برج بوعريريج

رقم	الدوائر الإدارية	البلديات التابعة لها
1	دائرة برج بوعريريج	برج بوعريريج
2	دائرة عين تاغروت	عين تاغروت / تكستار
3	دائرة رأس الوادي	رأس الوادي / عين تسرة / أولاد ابراهيم
4	دائرة برج الغدير	برج الغدير / تغلعت / غيلاسة / بليمور / العناصر

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

5	دائرة بئر قاصد علي	بئر قاصد علي / خليل / سيدي امبارك
6	دائرة الحمادية	الحمادية / الرابطة / العش / القصور
7	المنصورة	المنصورة / أولاد سيدي إبراهيم / المهير / بن داود / حرازة
8	دائرة مجانة	مجانة / ثنية النصر / حسناوة / اليشير
9	دائرة برج زمورة	برج زمورة / أولاد دحمان / تاسمرت
10	دائرة الجعافرة	الجعافرة / القلة / تفرق / الماين

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على le site officiel de la wilaya de Bordj Bou

<http://www.bibans-info.gov.dz:Arreridj>

الفرع الثاني: مؤشرات القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج:

أولا: مؤشرات الولاية مقارنة بالمؤشر الوطني: يتم دوريا على مستوى مصالح مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج حساب مؤشرات القطاع الصحي المتعارف عليها ومقارنتها بالمؤشرات الوطنية، والجدول التالي يلخص هذه المقارنة:

جدول رقم(5-2): مؤشرات القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج

المؤشر الوطني	ولاية برج بوعريريج لسنة 2017	المؤشرات
1413/1 ساكن	4368/1 ساكن	طبيب مختص
1118/1 ساكن	1766/1 ساكن	طبيب عام
1203/1 ساكن	502/1 ساكن	قابلات
1000/1 ساكن	1000/2 ساكن	سرير
23917/1 ساكن	16736/1 ساكن	عيادات متعددة الخدمات
6886/1 ساكن	4911/1 ساكن	قاعات العلاج
325/1 ساكن	664/1 ساكن	شبه طبي

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة للولاية.

مقارنة بالمؤشر الوطني، فإن الولاية تعاني نقصا في عدد الأطباء العاميين والخاصين وشبه الطبيين، أما بالنسبة للعيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج، فإن عددها يغطي بما يكفي تراب الولاية، وبالتالي يحتاج إلى تأطير بشري (طبي، شبه طبي) ووسائل مادية معتبرة مقارنة بالوسائل المتوفرة حاليا. وتجدر الإشارة بأنه يتم العمل على تدارك النقص العددي لسلك شبه طبي الحاصلين على شهادة بسلك مساعدي التمريض وذلك بعد تكوين متخصص في الأشعة، الأدوات الجراحية. ويمكن تلخيص عدد المناصب في الجدول التالي:

جدول رقم(5-3): عدد المناصب المفتوحة للتكوين الشبه الطبي

تاريخ دخول الدفعة	الدخول 2015	الدخول 2016	الدخول 2017
تاريخ خروج الدفعة	التخرج 2018	التخرج 2019	التخرج 2020
المجموع	91	79	63

المصدر: برنامج مكتب الاستثمار لقطاع الصحة.

استنادا لأحكام المرسوم الرئاسي 236/10 المؤرخ في: 2010/10/07 والمعدل والمتمم والمتضمن تنظيم الصفقات العمومية.

ثانيا: مشاريع قطاع الصحة بالولاية:

◀ المشاريع المجمدة: فيما يخص المشاريع المجمدة ومن خلال معلومات مقدمة من مديرية الصحة وقفنا على:

- دراسة لإنجاز مستشفى 240 سرير بـ برج بوعريـج (دراسة منجزة)؛
- دراسة لإنجاز وتجهيز مستشفى 240 سرير برأس الوادي (دراسة منجزة)؛
- دراسة وإنجاز مستشفى 60 سرير بزمورة (دراسة منجزة وقد تم اختيار مؤسسة الإنجاز مع انعدام تأشيرة لجنة الصفقات)؛
- دراسة لإنجاز أربعة عيادات متعددة الخدمات.

◀ العمليات القطاعية:

- دراسة لإنجاز مستشفى 60 بالحمادية (دراسة منتهية في انتظار موافقة CTC)؛
- اقتناء حظيرة السيارات لكل من المؤسسة العمومية الاستشفائية، منصور، برج الغدير (دفتـر الشروط على مستوى لجنة الصفقات)؛
- دراسة لإنجاز وتجهيز مستشفى العظام دون دخوله حيز الاستغلال لحد الآن.
- دراسة لإنجاز وتجهيز مدرسة التكوين الشبه الطبي بلغت 80% (التجهيز قبل نهاية السنة)؛
- رفع التجميد على مقر مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات للولاية واقتراح تحويله إلى مصلحة طب الأطفال (تابعة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بلحسين رشيد).

ثالثا: حالات الأمراض المتنقلة بالولاية:

1- الأمراض المتنقلة عن طريق المياه:

جدول رقم (4-5): عدد الأمراض عن طريق المياه 2016-2017

الأمراض								المؤسسة
الكوليرا		الزحار		الالتهاب الكبدي (أ)		الحمى التيفية		
2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	السنة
00	00	00	00	32	56	08	00	مجموع

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريـج

◀ الحمى التيفية: سجلت على مستوى بلدية الحمادية، بلدية رأس الوادي؛

◀ الالتهاب الكبدي الفيروسي: ارتفاع هذا الداء خلال سنة 2017 مقارنة بسنة 2016 أي ما يعادل نسبة

4.62% حالة لكل 100.000 ساكن؛

◀ داء الزحار: لم تسجل أية حالة خلال هذه السنة؛

الكوليرا: لم تسجل أية حالة خلال هذه السنة.

جدول رقم (5-5): مراقبة المياه الصالحة للشرب سنة 2017:

مراقبة المياه				المؤسسة
المراقبة البكتولوجية		مراقبة نسبة الكلور		
عدد النوعية الرديئة	عدد التحاليل	العدد غير معالج	عدد التحاليل	
277	902	2337	24775	مجموع

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

2- الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان لسنة 2017:

الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان متعددة وتعمل الدوائر الصحية على محاربتها والجدول التالي يعرض الحالات المسجلة لسنة 2017:

جدول رقم (5-6): الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان لسنة 2017

الأمراض										المؤسسة
داء الكلب		شمانيات الأحشاء		الشمانيات الجلدية		الحمى المالطية		الكيس المائي		
2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	السنة
00	00	02	01	77	44	16	11	111	55	مجموع

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

الحمى المالطية: تعرف نسبة هذا الداء تضاعف مقارنة بسنة 2016، ومن بين هذه البلديات التي سجل بها عدد أكبر هي كالاتي: اليشير، خليل، القصور، برج بوعريريج، المهير.

الشمانيات الجلدية: معظم الحالات سجلت على مستوى بلدية العرش، تغلبيت، المهير، الحمادية.

الشمانيات الأحشاء: سجلت على مستوى بلديتي حسناوة، أولاد دحمان.

والجدول الموالي يلخص الحالات المسجلة للأمراض المذكورة لسنتي 2016-2017

جدول رقم (5-7): الأمراض المسجلة لسنتي 2016-2017

الأمراض										المؤسسة
الكرزاز		الدفتيريا		السعال الديكي		الشلل		الحصبة		
2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	السنة
00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	مجموع

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

يتضح من معطيات الجدول مؤشر إيجابي وهو عدم تسجيل حالات للعدوى بالأمراض المذكورة أعلاه خلال

السنوات الأخيرة وهو مؤشر إيجابي استنادا للأجندة 21 الصحية.

3- الأمراض المتقلة الأخرى لسنة 2017:

1. جدول رقم (5-8): الأمراض المتنقلة 2016-2017

الأمراض						المؤسسة
التسمم الغذائي الجماعي		التهاب السحايا البكتيري		التهاب السحايا الفيروسي		
2017	2016	2017	2016	2017	2016	السنة
114	51	53	60	368	177	مجموع

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

4-التسممات الغذائية الجماعية: سجلت خلال هذه السنة (2017) حالات تسمم غذائي جماعي على مستوى بلديات حسناوة، مجانة، برج الغدير، برج بوعريريج، العناصر، وجل الحالات حسب مديرية الصحة تم التكفل الصحي بهم ومعظم الحالات كانت بسيطة ولم تسجل أية حالة وفاة.

5-الأمراض المتنقلة الأخرى لسنة 2017:

جدول رقم (5-9): الأمراض المتنقلة الأخرى 2016-2017

الأمراض								المؤسسة
داء السل				التهاب الكبد الفيروسي ب		التهاب الكبد الفيروسي س		
خارج الرئة		داخل الرئة						
2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	السنة
542	483	127	86	117	114	11	11	مجموع

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

تنص الغايات الثلاث عشر المتصلة بالصحة في ظل الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة خاصة البند الثالث على وضع حد لأوبئة الايدز والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض السارية الأخرى بحلول عام 2030. وبالنظر للحالات المسجلة أعلاه فقط على مستوى ولاية برج بوعريريج وجب على مكونات القطاع الصحي مجهودات كبيرة في سبيل تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

رابعا: الفحوصات الطبية على مستوى الولاية:

جدول رقم (5-10): العدد الكلي للفحوصات على مستوى الولاية للسنة الدراسية 2016-2017:

الفحوصات على مستوى الولاية						المؤسسة
النسبة المئوية %		العدد المفحوص		عدد التلاميذ		
2017	2016	2017	2016	2017	2016	السنة
99.64	99.86	173113	170139	173742	170376	مجموع

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

من خلال الجدول الخاص بالعدد الكلي للفحوصات على مستوى الولاية للسنة الدراسية 2016-2017 فإن الهدف المسطر قد تم تحقيقه وذلك عن طريق النسبة المسجلة التي تقارب 100%.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

جدول رقم (5-11): مقارنة خاصة بالتغطية التلقيحية في الوسط المدرسي على مستوى الولاية للسنة 2016-2017:

التغطية التلقيحية في الوسط المدرسي						اللقاح
النسبة المئوية %		عدد الملقحين		الفئة المعنية		
2017	2016	2017	2016	2017	2016	
70.96	79.41	281	779	396	891	ب س ج + شلل السنة الأولى ابتدائي
99.93	99.95	17001	16591	17013	16600	د ت السنة الأولى ابتدائي
99.93	99.95	17001	16591	17013	16600	البوحمون السنة الأولى ابتدائي
99.95	99.27	14570	12875	144577	1270	د ت السنة الأولى متوسط
99.89	99.39	7427	7299	7435	7344	د ت السنة الأولى ثانوي

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعرييج

- نسبة 70.96 خاصة بتلقيح (ب س ج) + شلل (في إطار عملية الاستدراك)؛

- د ت: تلقيح ضد الدفتيريا والتيتانوس

- ب س ج: تلقيح ضد داء السل.

من خلال جدول المقارنة الخاص بالتغطية التلقيحية في الوسط المدرسي على مستوى الولاية للسنة الدراسية

2016-2017 فيتضح أن العملية قد حققت الأهداف المسطرة، وذلك من خلال النسب المسجلة التي وقفنا عليها

والتي مست مجمل الفئات العمرية المعنية.

جدول رقم (5-12): مقارنة خاصة بالتكفل الصحي للأمراض المؤكدة في الوسط المدرسي خلال

السنة الدراسية: 2016-2017

التكفل للأمراض المؤكدة في الوسط المدرسي						الأمراض المكتشفة
النسبة المئوية %		العدد المتكفل به		العدد المكتشف		
2017	2016	2017	2016	2017	2016	
98.36	87.98	180	161	183	183	تشوه الأعضاء
45.31	45.37	1942	2097	4286	4622	نقص حدة البصر
100	100	1	2	1	2	السل
97.62	94.75	165	108	169	114	سوابق الرثوة المفصلية
100	100	144	162	144	162	السكري
99.44	95.57	179	194	180	203	الربو
98.86	97.33	174	146	176	150	الصرع
66.96	61.50	152	139	227	226	نقص السمع
93.76	87.19	421	388	449	445	الأنيميا
97.27	91.04	107	61	110	67	الغدة الدرقية
51.95	49.19	746	849	1436	1726	أمراض القلب
88.89	100	24	143	27	143	اعوجاج العمود الفقري

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

59.62	81.35	186	266	312	327	الخصية المعلقة
-------	-------	-----	-----	-----	-----	----------------

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج من خلال هذا الجدول والخاص بالتكفل الصحي للأمراض المؤكدة في الوسط المدرسي خلال السنة الدراسية 2016-2017، فإنه يوضح أن هذه العملية مستمرة، وقد بلغت 100% في بعض الأمراض خاصة السكري والسلس، إلا أنه وجب بذل مجهودات إضافية فيما يخص الأمراض الأخرى.
خامسا: حصيلة وحدات الكشف والمتابعة:

جدول رقم (5-13): حصيلة الأمراض المتنقلة 2015-2016-2017

المتنقلة	2017/2016	2016/2015	المؤسسات الصحية
07	06	06	برج بوعريريج
02	04	04	المنصورة
01	08	08	رأس الوادي
00	05	05	بئر قاصد علي
00	04	04	مجانة
04	02	02	القلعة
14	29	29	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج تحتوي ولاية برج بوعريريج على 43 وحدة كشف ومتابعة منها 29 وحدة دائمة و14 وحدة متنقلة وهذه الوحدات تقوم بتغطية ما يقارب 173742 تلميذ عبر كامل تراب الولاية.
الفرع الثاني: تقييم البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي لسنة 2017:
بلغ عدد سكان ولاية برج بوعريريج 712.069 نسمة منها 25% في سن الإنجاب، و12% تمثل النساء المتزوجات في سن الإنجاب.
أولا: عدد المراكز الخاصة بتباعد الولادات:

جدول رقم (5-14): توزيع عدد المراكز الخاصة بتباعد الولادات في الولاية

المؤسسات	البرج	رأس الوادي	مجانة	المنصورة	بئر قاصد علي	القلعة	المجموع
العدد	13	05	05	05	0	11	44

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج
تجدر الإشارة في هذا السياق إلى أن عملية التأطير مست كل القابلات اللواتي يعملن بمراكز تباعد الولادات فيما يخص وضع اللولب؛ منع الحمل بالحبوب وكشف سرطان الرحم، الثدي.
ثانيا: توزيع النساء حسب طرق منع الحمل لسنة 2017:

جدول رقم (5-15): توزيع النساء حسب طرق منع الحمل لسنة 2017:

عدد الممارسات	14117	النسبة %
الحبوب	1313851	98
اللولب	266	02

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج.

طريقة استعمال الحبوب دائما، هي الطريقة المفضلة عند النساء بنسبة 98%، مقارنة باستخدام اللولب التي لا تتجاوز 02%. تجدر الإشارة إلى وجود وحدة لمنع الحمل عن طريق الحقن بالمؤسسة الاستشفائية مجانية وهي وحدة نموذجية.

ثالثا: المؤشرات الديمغرافية: تعتبر المؤشرات الديمغرافية من أهم المؤشرات المعتمدة في معرفة القطاع الصحي للولاية مقارنة بالمعدل الوطني وفي الجدول التالي نوجز أهمها:

جدول رقم (5-16): المؤشرات الديمغرافية للولاية مقارنة بالمعدل الوطني

السنة المؤشرات	سنة 2017	المعدل الوطني
نسبة وفيات الأطفال ‰	15.93	25
نسبة الوفيات العامة ‰	2.7	4.31
نسبة الولادات العامة ‰	2.7	2
نسبة النمو الطبيعي ‰	2.3	1.97
نسبة وفيات الأمهات ‰	32.08	50

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج.

رابعا: الإنجازات المحققة:

- إنشاء وحدات انتقاء المرضى على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية للمؤسسة الاستشفائية برج بوعريريج وتكوين أطباء عاميين في الاستعجالات في إطار التكوين المتواصل؛
- إعادة تفعيل (SAMU) للمؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعريريج؛
- تم تحويل وحدة أمراض القلب (06) أسرة إلى مصلحة تحتوي على 30 سرير على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعريريج؛
- عملية توسيع وحدة طب الأورام التي انتقلت من 16 إلى 30 سرير مع تكوين أطباء عاميين في هذا الاختصاص؛
- تمت عملية وضع قيد الخدمة قاعة العمليات للمؤسسة العمومية الاستشفائية منصور، والمؤسسة العمومية برج الغدير في مجال الجراحة العامة، وذلك بالتوأمة مع المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعريريج، والمؤسسة العمومية الاستشفائية رأس الوادي؛

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

■ عملية توأمة مع المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهران، المستشفى الجامعي دويرة، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بن عكنون، الجمعية الفرنكو-جرائية، حيث أجريت عمليات جراحية مستعصية في عدة اختصاصات؛

■ إجراء 06 عمليات بالمنظار لأطفال ذوي 03 سنوات للمؤسسة الاستشفائية رأس الوادي؛

■ مصلحة الإنعاش على مستوى الولاية انتقلت من 21 سرير إلى 32 سرير مع خلق غرفة (Déchoquage) لمستشفى لخضر بوزيدي تحتوي على 06 أسرة؛

■ السهر على توفير الدواء واللوازم وصيانة العتاد الطبي ووضع أجهزة مثبتة للتيار الكهربائي على مستوى المؤسسات؛

■ توسيع عملية الفحوصات الطبية المتخصصة إلى 29 عيادة العيادات المتعددة الخدمات، وذلك من أجل تقريب الخدمات من المواطن وتخفيف الضغط على المؤسسات الاستشفائية العمومية كما تمت برمجة قوافل طبية متخصصة على مستوى المناطق النائية؛

■ إنشاء وحدات للاستشفاء المنزلي والطب المتنقل على مستوى المؤسسات؛

■ تعويد المريض على احترام السلم العلاجي، وذلك من أجل تخفيف العبء على المستشفيات؛

■ إعداد جدول المداومة ولائي يخص اختصاصات حساسة ومهمة مثل (أمراض النساء والتوليد، الأمراض

الداخلية وطب الأطفال) لضمان تغطية صحية مثلى.

■ وضع أنظمة الإعلام الآلي على مستوى مكاتب الدخول؛

■ تعميم استعمال جهاز التعقيم (Autoclave)؛

■ إعادة تفعيل لجنة الأدوية مع المكلفين بتسيير الصيدليات على مستوى المؤسسات الصحية للولاية؛

■ عمليات تفتيش فجائية على مستوى المؤسسات الصحية التابعة للولاية.

المطلب الثاني: الهياكل الصحية لولاية برج بوعريريج

سنتناول في هذا المطلب عرض عام لهياكل الولاية الصحية للقطاعين العام والخاص.

الفرع الأول: القطاع العام:

ترتكز المنظومة الصحية للقطاع العام على مؤسسات استشفائية ومؤسسات جوارية والتي تم التفصيل في طبيعتها القانونية وتعريفاتها في الفصل الخاص بهيكله القطاع الصحي في الجزائر.

أولا: المؤسسات الاستشفائية العمومية:

يمكن توضيح عدد المؤسسات العمومية للولاية من خلال معطيات الجدول التالي:

جدول رقم (5-17): المؤسسات العمومية لولاية برج بوعرييج

الملاحظات	المؤسسة
316 سرير(بعض المصالح في طور الترميم)	المؤسسة العمومية الاستشفائية لخصر بوزيدي، برج بوعرييج
276 سرير، الهيكل مقبول، يعاني من نقص التزود بالمياه وضيق مصلحة الاستعجالات.	المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بناني، رأس الواد
200 سرير، يلبي احتياجات الولاية	المؤسسة العمومية الاستشفائية بلحسين رشيد، برج بوعرييج
66 سرير، هيكل مقبول، انعدام جناح العمليات رغم وجود الأرضية	المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة سقال، مجانة
60 سرير، المصالح الاستشفائية وجناح العمليات دخل حيز الخدمة	المؤسسة العمومية الاستشفائية منصور
60 سرير، المصالح الاستشفائية وجناح العمليات خارج الخدمة	المؤسسة العمومية الاستشفائية برج الغدير

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على موقع مديرية الصحة لولاية برج بوعرييج: <http://dsp- /bba.ipresences.com>

ثانيا: المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

تلعب المؤسسات العمومية للصحة الجوارية دورا مهما في استقبال وتوجيه المرضى التي حالاتهم تتطلب تكفلا على مستوى أعلى، وسنستعرض في الجدول الموالي نطاق التغطية الصحية للولاية:

جدول رقم (5-18): نطاق التغطية الصحية للولاية

ملاحظات أولية	نطاق التغطية الصحية	المؤسسة الاستشفائية
العيادات تم ترميمها بشكل جيد باستثناء عيادة عبد المؤمن مغلقة، أما بعض قاعات العلاج فهي في حالة غير لائقة (خاصة قاعة علاج أولاد عيسى، الرابطة وقاعة علاج قمر بلدية العناصر، وقاعة علاج حي 1008 مسكن).	لتعداد سكاني يقدر بأكثر من 281 ألف نسمة، وتشمل: - 12 عيادة متعددة الخدمات؛ - 31 قاعة علاج؛ - 06 نقاط مداومة؛ - 01 عيادة ولادة ريفية ب 10 أسرة.	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية برج بوعرييج:
	خدماتها موجهة لتعداد سكاني يقدر بأكثر من 173 ألف نسمة وتشمل: - 10 عيادات متعددة الخدمات؛ - 32 قاعة علاج؛ - 08 نقاط مناوبة؛	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس الوادي
	خدماتها موجهة لتعداد سكاني يزيد عن 66 ألف نسمة وتشمل: - 04 عيادات متعددة الخدمات؛	المؤسسة العمومية للصحة

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

	<p>الجوارية مجانية</p> <p>- 17 قاعة علاج؛</p> <p>- 04 نقاط مناوبة؛</p> <p>- 02 عيادات توليد ريفية ب 20 سرير.</p>	
<p>الملاحظة في هذا الإطار أن قاعتي علاج بوعمران، وقاعة علاج 40 مسكن بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية منصور، تقومان بمهام عيادة متعددة الخدمات، وذلك لاتخاذ العيادة متعددة الخدمات منصور كقاعدة تقنية لمستشفى منصور.</p> <p>- عدم وجود بناية خاصة بالإدارة وهي حاليا في روضة البلدية؛</p> <p>- بعض قاعات العلاج في حالة غير لائقة، من حيث الهيكل مع وجود عيادة متنقلة؛</p> <p>- العيادة المتعددة الخدمات باليشير غير مكتملة الترميم.</p>	<p>خدماتها موجهة لتعداد سكاني يقدر بأكثر من 93 ألف نسمة وتشمل:</p> <p>- 04 عيادات متعددة الخدمات؛</p> <p>- 31 قاعة علاج؛</p> <p>- 04 نقاط مناوبة؛</p> <p>- 02 عيادات توليد ريفية ب 25 سرير.</p>	<p>المؤسسة العمومية للصحة الجوارية منصور</p>
	<p>خدماتها موجهة لتعداد سكاني يقدر بأكثر من 74 ألف نسمة وتشمل:</p> <p>- 06 عيادات متعددة الخدمات؛</p> <p>- 16 قاعة علاج؛</p> <p>- 05 نقاط مناوبة؛</p> <p>- 02 عيادة توليد ريفية ب 16 سرير؛</p>	<p>المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بئر قسد علي</p>
<p>تجدر الإشارة أيضا في هذا الإطار عرض إحصائيات عدد سيارات الإسعاف المتواجدة على مستوى المؤسسات الصحية للقطاع العام للولاية</p>	<p>لتعداد سكاني يقدر ب 49 ألف نسمة وتشمل:</p> <p>- 07 عيادات متعددة الخدمات؛</p> <p>- 15 قاعة علاج؛</p> <p>- 07 نقاط مداومة؛</p> <p>- 02 عيادة توليد ريفية ب 12 سرير؛</p>	<p>المؤسسة العمومية للصحة الجوارية القلة</p>

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعرييج.

جدول رقم (05-19): عدد سيارات الإسعاف حسب كل مؤسسة استشفائية 2017/12/31

عدد سيارات الإسعاف	المؤسسة
03	مؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمومة وأطفال
05	مؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعرييج
09	مؤسسة العمومية الاستشفائية رأس الوادي
04	مؤسسة العمومية الاستشفائية مجانة
01	مؤسسة العمومية الاستشفائية منصور

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

04	مؤسسة العمومية الاستشفائية برج الغدير
04	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية البرج
09	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس الوادي
05	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية مجانة
07	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية منصوره
05	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية بئر قاصد علي
07	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية القلة
59	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات مقدمة من مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج.

للإشارة فقط واستنادا إلى المسؤولين والموظفين فإن عدد سيارات الإسعاف على 59 سيارة إسعاف فقط، معظمها قديم، وهو عدد قليل بمقارنة كمية الخدمات المقدمة عبر تراب الولاية.

ثالثا: النقائص المسجلة إلى غاية 2018 على مستوى هياكل القطاع العام:

جدول رقم (05-20): النقائص الأولية المسجلة على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية للولاية

النقائص	المرفق الصحي العمومي
قنوات الصرف الصحي غير مربوطة بالشبكة الرئيسية بالعيادة المتعددة الخدمات مونيا.	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية برج بوعريريج:
- عيادة بوحفص السعيد بلدية رأس الواد، هيكل قديم غير صالح للخدمات، ضرورة تسجيل وإنجاز عيادة جديدة حسب المعايير؛ - عيادة متعددة الخدمات برج الغدير في طور الإنجاز، ضرورة الإسراع في استكمال الأشغال؛ - قاعة علاج الشايخة خضرة غير لائقة نظرا لضيقها، ضرورة تسجيل قاعة علاج جديدة في حي طوملة بلدية رأس الواد. - وحدة الكشف والمتابعة للطب المدرسي تقلعت بمجهزة وغير مستعملة لنقص التأطير.	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس الواد
- عيادة متعددة الخدمات مجانة لم تستفد من برامج الترميمات وجدار العيادة الموازي للمتوسطة في طور الإنجاز 50% الأشغال متوقفة. - عيادة متعددة الخدمات حسناوة عرضة للقمامة الخارجية، كونها غير محاطة بجدار واق، وهنا أيضا نسجل عيادة متعددة الخدمات برج زمورة نقطة سوداء بقطاع الصحة بالولاية، وتجدر الإشارة أن جميع نشاطات العيادة تم نقلها منذ حوالي أربع سنوات إلى مكتبة البلدية بما في ذلك فرع التوليد وهو حل مؤقت للتكفل بالمواطنين غير أن الوضعية لا تزال على حالها إلى يومنا هذا ولمعالجة هذا الوضع تقتضي الضرورة تسجيل وإنجاز عيادة متعددة الخدمات حسب المعايير في أقرب الآجال، علما أنّ قاعة أولاد جلال غير صالحة للنشاط الصحي.	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مجانة
- معظم الهياكل مستها الترميمات، وفي حالة مقبولة؛ - بعض قاعات العلاج في حالة غير لائقة من حيث الهيكل، على سبيل المثال قاعة علاج الخربة ببلدية خليل، وقاعة علاج قصير الغول ببلدية عين تاغوروت.	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بئر قاصد علي

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية القلة	- مقرّ إدارة المؤسسة العمومية غير مؤهل للنشاط الإداري، بالإضافة إلى قاعة علاج أولاد دحمان الهيكل غير مؤهل للنشاط.
--	---

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة ولجنة القطاع الصحي للمجلس الشعبي الولائي لولاية برج بوعريّج والزيارات الميدانية.

رابعاً: حصيلة نشاطات المؤسسات الاستشفائية للولاية:

1- النشاطات الصحية للمؤسسات العمومية الاستشفائية:

من خلال الإحصائيات المجمعة من تقارير أنشطة المؤسسات الاستشفائية، يمكن تلخيص أهم التدخلات العلاجية في الجدول التالي:

جدول رقم (5-21): فحوصات الاستعجالات للمؤسسات العمومية الاستشفائية لسنة 2017:

فحوصات الاستعجالات			نشاطات المؤسسة
وضع تحت الملاحظة الطبية	عامة	مختصة	
207	36793	9750	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمومة والطفولة
37971	78780	63860	المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعريّج
12790	83585	1084	المؤسسة العمومية الاستشفائية رأس الوادي
5460	55556	1133	المؤسسة العمومية الاستشفائية بجانة
4547	6570	00	المؤسسة العمومية الاستشفائية برج الغدير
14745	26573	00	المؤسسة العمومية الاستشفائية المنصورة
89161	287857	75827	المجموع

تجرى قرابة 207 فحص طبي مختص و788 فحص طبي عام على مستوى مصالح الاستعجالات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية للولاية.

2- نشاطات مكتب الدخول:

جدول رقم (5-22): إحصائيات فحوصات الاستعجالات لمكاتب الدخول لسنة 2017:

فحوصات الاستعجالات					عدد الأسرة	نشاطات المؤسسة
الخروج	الوفيات	الوفيات	أيام محققة	القبول		
13590	1.41	200	54060	14092	156	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمومة والطفولة
12160	3.84	553	72305	14372	236	المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعريّج
12353	2.21	281	36708	12707	234	المؤسسة العمومية الاستشفائية رأس الوادي
2010	2.88	60	13170	2077	48	المؤسسة العمومية الاستشفائية بجانة
1010	1.03	12	10273	1160	70	المؤسسة العمومية الاستشفائية برج الغدير
1044	1.43	15	2167	1044	60	المؤسسة العمومية الاستشفائية المنصورة
42167	2.46	1221	188683	45452	804	المجموع

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريّج

3-نشاطات قاعات العمليات:

جدول رقم (5-23): نشاطات قاعات العمليات لسنة 2017:

النشاطات									المؤسسة
نشاطات أخرى	عمليات قيصرية	استعجالات	أذن وحنجرة	جراحة الأطفال	جراحة العيون	جراحة الأعصاب	جراحة العظام	جراحة عامة	
00	2441	1180	00	00	00	00	00	00	م، إ للأمومة والطفولة
1475	00	1522	127	161	519	12	668	684	م، ع، إ برج بوعريريج
32	05	1421	164	986	1308	00	361	1161	م، ع، إ رأس الوادي
00	00	00	00	00	00	00	00	00	م، ع، إ بجانة
00	00	00	13	00	00	00	00	443	م، ع، إ برج الغدير
00	00	00	00	287	00	00	20	01	م، ع، إ المنصورة
1507	2446	4123	304	1434	1827	12	1049	2289	المجموع
14991									المجموع العام

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

تجرى على مستوى المؤسسات الاستشفائية التابعة للولاية ما يقارب 41 عملية جراحية في اليوم منها، 11 عملية في إطار الاستعجالات يوميا؛

أجريت 215 عملية جراحية في إطار التوأمة مع 753 كشف طبي بما فيه تحاليل طبية وأشعة؛

تجرى يوميا حوالي 10 عمليات قيصرية على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة برج بوعريريج منها 40% في إطار الاستعجالات أي ما يقدر بـ 04 عمليات قيصرية.

4-نشاطات وحدة طب الأورام:

جدول رقم (5-24): نشاطات وحدة طب الأورام لسنة 2017:

المجموع	النساء	الرجال	النشاطات	
			عدد المرضى	الطب
281	169	112	عدد المرضى	الطب
	2252		عدد الحصص	الكيميائي
317	192	125	عدد المرضى الجدد	
13	08	05	عدد المرضى خارج الولاية	

المصدر: مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

يتم التكفل بمرضى خارج الولاية كالولايات التالية: "المسيلة، بوسعادة، بسكرة، البويرة، سطيف"

5-نشاطات مراكز تصفية الدم:

جدول رقم (5-25): نشاطات مراكز تصفية الدم لسنة 2017:

معدلة	عدد الأجهزة				النشاطات			المؤسسة	
	أجهزة الاستعمالات	أجهزة العزل	جهاز غير مشغل	جهاز مشغل	عدد الحصص	حالات الاستعمال	قائمة الانتظار		
03	01	02	00	18	7935	593	00	59	مؤسسة، ع، إ برج بوعريريج
00	01	01	00	12	7207	66	05	47	مؤسسة، ع، إ رأس الوادي
00	01	01	00	06	1098	00	00	08	مؤسسة، ع، إ برج الغدير
00	01	00	00	06	1560	00	00	12	مؤسسة، ع، إ المنصورة
03	04	04	00	42	17800	659	05	126	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

يتضح من خلال الجدول أنه:

- تجرى حوالي 48 حصة خاصة بتصفية الدم يوميا على مستوى المؤسسات الصحية للولاية؛
- يتكفل القطاع العام بحوالي 126 مريض مصاب بالقصور الكلوي؛
- تقدر قائمة الانتظار بـ 35 مريض، وقد تمت 04 عمليات للزرع الكلوي على مستوى الولاية؛
- لضمان نوعية حسنة من الخدمات للمرضى المصابين بالقصور الكلوي، تمّ توسيع نشاطات مراكز تصفية الدم على مستوى المؤسسة الاستشفائية المنصورة وبرج الغدير، للتكفل بعدد أكبر من المرضى تحت إشراف أطباء عامون وشبه طبيين متكونين في هذا المجال، وكذا توفير الأدوية المستعملة في هذا المجال وكذلك صيانة العتاد الطبي.

6-النشاطات القاعدية: يقصد بالنشاطات القاعدية الحقن، التضميد، أشعة X، تخطيط القلب، الموجات فوق

الصوتية والتحليل المخبرية، والجدول التالي يقدم تفصيل بالخدمات المقدمة :

جدول رقم (5-26): إحصائيات النشاطات القاعدية لسنة 2017:

التحاليل المخبرية	نشاطات المخبر			العلاجات العامة		المؤسسة
	Echographie	ECG	أشعة أكس	تضميد	الحقن	
70495	12688	1538	3981	00	00	مؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمومة والأطفال
102802	00	6126	59916	48289	40966	مؤسسة العمومية الاستشفائية برج

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

بوعريبيج						
72868	3113	4484	16508	5136	40371	مؤسسة العمومية الاستشفائية رأس الوادي
21927	462	3512	12958	4974	30200	مؤسسة العمومية الاستشفائية بجانة
50198	00	00	10876	6422	19909	مؤسسة العمومية الاستشفائية منصوره
34956	1913	2076	12158	12540	29388	مؤسسة العمومية الاستشفائية برج الغدير
117134	1461	1598	12464	106633	203042	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية البرج
126567	00	1553	12423	76157	194960	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس الوادي
65269	143	968	4622	63217	177772	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية بجانة
84452	00	1526	35661	89325	74190	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية منصوره
76040	00	3378	17192	51069	38831	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية بئر قاصد علي
19161	618	1415	9001	463752	672111	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية القلة
806913	20398	28174	207760	453752	756840	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريبيج

يتضح من الجدول أعلاه ويقسمه الجاميع على 365 يوم أن متوسط العمليات التي تجرى يوميا هو:

- 2073 حقنة؛ 1270 تضميد؛ 569 أشعة أكس؛ 77 ECG؛ 55 إيكوغرافيا و 2210 تحليل مخبري.

7-نشاطات الطب المتنقل:

جدول رقم (5-27): نشاطات الطب المتنقل لسنة 2017:

علاج منزلي		نقل صحي		استشفاء منزلي		المؤسسة
الخرجت الميدانية	عدد المرضى	CLINO	SAMU	الخرجت الميدانية	عدد المرضى	
00	00	00	568	165	120	مؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعريبيج
00	00	00	00	29	22	مؤسسة العمومية الاستشفائية رأس الوادي
00	00	00	00	132	85	مؤسسة العمومية الاستشفائية بجانة
في طور الانجاز						مؤسسة العمومية الاستشفائية منصوره
في طور الانجاز						مؤسسة العمومية الاستشفائية برج الغدير
35	636	00	00	00	00	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية البرج
85	5733	01	00	00	00	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس الوادي
137	239	00	00	00	00	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية بجانة
57	06	01	00	00	00	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية منصوره
153	335	00	00	00	00	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية بئر قاصد

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

علي						
مؤسسة العمومية للصحة الجوارية القلة	00	00	00	00	00	00

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

8-نشاطات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

جدول رقم (5-28): نشاطات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لسنة 2017:

فحوصات جراحة الأسنان			عدد الفحوصات		المؤسسة
علاج	قلع	فحص	عامة	مختصة	
8258	19834	23595	455969	43905	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية البرج
10388	24668	33120	280216	33581	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس الوادي
3212	5271	7349	101212	5566	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مجانة
2188	10012	7326	82390	1154	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية منصوره
9641	8198	7324	114782	4176	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بئر قاصد علي
4759	6039	5688	111320	73	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية القلة
38747	74022	84402	1145889	88455	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

من خلال الجدول يتضح أنه يتم إجراء ما يقارب 242 فحص طبي مختص و3139 فحص طبي عام على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التابعة للولاية على مستوى 29 عيادة متعددة الخدمات؛ في حين الفحوصات المختصة التي تجرى على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية تتم بطاقم طبي مختص تابع غالبا للمؤسسات العمومية الاستشفائية.

9-نشاطات التوليد:

جدول رقم (5-29): نشاطات التوليد لسنة 2017:

عيادة التوليد	عدد الفحوصات	عدد الولادات	مواليد أحياء	مواليد أموات	وفيات عند الولادة	عدد وفيات الأمهات
مؤسسة استشفائية متخصصة						
برج بوعريريج	31050	4375	5983	44	155	02
المؤسسات العمومية الاستشفائية						
رأس الوادي	3536	1535	1531	00	00	00
منصورة	1863	298	277	01	00	00
برج الغدير	576	379	378	01	00	00
مجانة	1748	766	763	03	00	00
المجموع	7723	2978	2949	05	00	00
المؤسسات العمومية الاستشفائية						
الحمادية	2904	697	693	03	01	00
زمورة	2763	125	119	02	00	00
ثنية النصر	828	78	78	00	00	00

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

00	00	01	363	364	1890	بئر قاصد علي
00	01	01	378	379	1782	خليل
00	00	00	47	47	58	أولاد خليفة
00	00	04	246	250	285	أولاد دحمان
00	00	02	281	283	1485	المهير
00	00	01	61	62	466	بن داود
00	02	14	2266	2285	12461	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج من خلال الجدول سنة 2017 تم تسجيل 9638 ولادة في الوسط الطبي منها 2285 على مستوى العيادات الريفية أي ما يعادل 23% من مجموع الولادات.

تقدّر نسبة الولادات على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بـ 45% من المجموع الإجمالي للولادات على مستوى ولاية برج بوعريريج.

تحويلات المرضى:

- يتم تحويل المرضى بين المؤسسات الصحية التابعة للولاية في إطار عملية التنسيق بين المؤسسات الصحية حيث أنّ التحويلات داخل الولاية تقدر بـ 80 %، إذ يتم التكفل بالمرضى على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية التابعة للولاية، ولا يتم تحويل المرضى إلى المؤسسات الاستشفائية خارج الولاية إلا في الحالات القصوى كانهدام الاختصاص على مستوى مؤسسات الولاية
- تجدر الإشارة أنه يتم استقبال مرضى قادمين من ولايات مجاورة (المسيلة، البويرة...)

الفرع الثاني: الهياكل الصحية للقطاع الخاص:

يعدّ القطاع الخاص متمما للقطاع العام، ويحتوي على هياكل عديدة ومتنوعة، تساهم بشكل كبير في تقديم الخدمات الصحيّة للمواطن، ويتلخص القطاع فيما يلي:

جدول رقم (5-30): الهياكل الصحية للقطاع الخاص للولاية

العدد	الاختصاص
05	مؤسسة صحية ذات طابع استشفائي
04	مراكز تصفية الدم
139	عيادات أطباء مختصون
190	عيادات أطباء عامون
173	عيادات جراحي الأسنان
218	صيدليات
06	مخابر تركيب الأسنان
22	قاعات التدليك الطبي
29	مخابر تركيب النظارات الطبية

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

20	قاعات العلاج
08	عيادات الفحص النفسي العيادي
07	قاعات التأهيل الأرتفوني
01	مركز تركيب الأعضاء الاصطناعية
01	مركز تركيب الرامات السمعية الاصطناعية
03	مؤسسة صحية استشفائية طب العيون

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج

مؤسسات أخرى:

- 08 مؤسسات لتوزيع المواد الصيدلانية بالجملة؛
- 08 مؤسسات للنقل الصحي: تتوفر على 18 سيارة إسعاف، و 25 سيارة خفيفة؛
- 01 مدرسة للتكوين الشبه الطبي، برج بوعريريج؛
- 09 مخابر لتحاليل الطبية؛
- 03 مخابر لتحاليل التشريح الطبي؛
- 05 مراكز طبية اجتماعية معتمدة؛
- 17 مؤسسات (ENDIMED)؛
- 10 عيادات للتصوير الطبي.

الفرع الثالث: المشاريع المنجزة والمشاريع في طور الإنجاز:

أولا: المشاريع المنجزة:

تم استلام خلال 2015 مؤسستين استشفائيتين هما:

- المؤسسة الاستشفائية العمومية برج الغدير (60 سرير)؛
- المؤسسة الاستشفائية العمومية منصور (60 سرير) مع كافة التجهيزات اللازمة؛
- عيادتين متعددة الخدمات بكل من رأس الواد وعين تسرة.

ثانيا: المشاريع في طور الإنجاز:

- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في جراحة العظام نسبة الأشغال 95%؛
- مدرسة التكوين الشبه الطبي نسبة الأشغال 85%؛
- مقر مديرية الصحة نسبة الأشغال 65%؛
- مقر إدارة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببرج بوعريريج نسبة الأشغال 90%.

المطلب الثالث: الخدمات الصحية والتأطير الصحي:

تهدف مكونات القطاع الصحي إلى ضمان التأطير الصحي والخدمات الصحية للمواطنين بكل فئاتهم العمرية وهو ما سيتم استعراض نشاطاته على مستوى الولاية.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

الفرع الأول: الخدمات العلاجية: تتم الخدمات العلاجية في الصحة العمومية ضمن إطارين.

أولاً: الوسط الاستشفائي:

في هذا الإطار يتمّ التشخيص المختصّ والاستشفاء وإعادة التأهيل وكذا التكفل بالحالات الاستعجالية، وندرج في الجدول التالي الخدمات المقدمة لكل مؤسسة على حدا.

1- المؤسسة العمومية الاستشفائية لخضر بوزيدي:

جدول رقم (5-31): عدد الأسرة والتأطير الصحي للمؤسسة العمومية الاستشفائية لخضر بوزيدي

التأطير	عدد الأسرة	المصالح
● 51 طبيب عام؛	13	الاستعجالات الطبية الجراحية
● 62 طبيب مختص؛	12	الإنعاش (06 أسرة غير مجهزة)
● 501 شبه طبي؛	25	تصفية الدم
● 107 أعوان مهنيين.	33	جراحة العظام
	06	طبّ وجراحة العيون
	10	الأذن والأنف والحنجرة
	46	الجراحة العامة
	14	جراحة الأعصاب
	30	الطبّ الداخلي
	30	أمراض القلب
	30	الأمراض الصدرية
	30	الأمراض المعدية
	30	وحدة السرطان
		<ul style="list-style-type: none"> ■ مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية؛ ■ مصلحة الطب الشرعي ومخبر التشريح؛ ■ المخبر المركزي ومخبر الاستعجالات.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على تقارير مديرية الصحة لولاية برج بوعريريج.

بالرغم من ذلك تبقى هذه الخدمات غير كافية للتكفل الأمثل بالمرضى ولا تلي احتياجات المواطن في الصحة العمومية بهذه المؤسسة التي تعد واجهة القطاع الصحي العمومي في الولاية خاصة في ظل نقص الأطباء الأخصائيين، وبعض التجهيزات الضرورية (IRM)، كما تمّ إعلامنا بتزويد المستشفى بجهاز scanner من ميزانية الولاية، لاحظنا ترميم بعض المصالح على سبيل المثال جراحة العظام، أما وحدة طب الأورام فهي تشهد إقبالا كبيرا من المرضى من داخل وخارج الولاية، ورغم التحسن الملحوظ إلا أنه لا يزال يعاني من مشاكل عديدة أهمها:

- تزايد الضغط في قاعة العمليات؛
- مصلحة الإنعاش غير كافية (06 أسرة مجهزة، 06 أسرة غير مجهزة)؛

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

- قدم الأجهزة بمصلحة أمراض القلب (ECHODOPLAIRE)؛
- نقص الأخصائيين في جميع التخصصات، وخاصة أمراض القلب وأخصائي الأشعة (RADIOLOGUE)؛
- المطبخ غير لائق؛
- نقص بعض الأدوية أدوية المخبر (REACTIFS) بالمخبر المركزي؛
- نقص بعض أجهزة المخبر بدار السكري بالعيادة المتعددة الخدمات مونيا (AUTOMATE)؛
- عدم وجود مشغل أجهزة الأشعة بالعيادة المتعددة الخدمات 12 هكتار، وغرفة التبريد بالصيدلية معطلة؛
- نقص الأطباء الأخصائيين في إعادة التأهيل الوظيفي بالعيادة المتعددة الخدمات 1044 كما لاحظنا نقص الشبه الطبي في هذه المصلحة؛
- الفحوصات المتخصصة في التخدير قبل العمليات الجراحية تثير الكثير من الجدل لنقص الأخصائيين في المجال؛
- العيادة المتعددة الخدمات 15 تعاونية مغلقة.

2- المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بناني رأس الواد:

جدول رقم (5-32): عدد الأسرة والتأطير الصحي للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بناني رأس الواد

التأطير	عدد الأسرة	المصالح
• 33 طبيب عام؛	56	الجراحة العامة منها:
• 32 طبيب مختص؛	08	▪ وحدة طبّ العيون
• 323 شبه طبي؛	04	▪ وحدة الأنف، الأذن والحنجرة
• 71 أعوان مهنيين.	04	▪ وحدة جراحة الأطفال
	47	طب الأطفال
	18	طب النساء
	74	الطبّ الداخلي
	12	تصفية الدم

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على موقع مديرية الصحة لولاية برج بوعرييج:

<http://dsp-bba.ipresences.com/>

تعاني المؤسسة من قلة الأطباء المختصين في اختصاصات عدة (طب النساء والتوليد، طب التشخيص بالأشعة، طب الأمراض القلبية)، مما انعكس سلبا على نوعية الخدمات، كما وقفنا على أن غرفة العمليات الجراحية متوقفة لعدم تجهيزها.

تم مؤخرا تزويد مستشفى رأس الوادي بجهاز سكانير جديد، ويبقى الإشكال المطروح للمؤسسة يمكن في ضيق مصلحة الاستعجالات، مما يستلزم ضرورة بناء جناح للاستعجالات وحديد قرب المستشفى لتوفر الأرضية.

3- المؤسسة العمومية الاستشفائية بلحسين رشيد:

جدول رقم (5-33): عدد الأسرة والتأطير الصحي للمؤسسة العمومية بلحسين رشيد

التأطير	عدد الأسرة	المصالح
• 31 طبيب عام؛	76	مصلحة التوليد وطب النساء
• 13 طبيب مختص؛	58	مصلحة طب الأطفال
• 259 شبه طبي؛		
• 46 أعوان مهنيين.		

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على موقع مديرية الصحة لولاية برج بوعرييج:

<http://dsp-bba.ipresences.com/>

يبقى النقص الفادح في أخصائيي طب النساء والتوليد والقابلات بمصلحة الولادة، عاملا رئيسا في تدهور نوعية الخدمات المقدمة، إضافة إلى عدم استيعاب الهيكل نظرا للإقبال الكبير على المؤسسة من جميع أنحاء الولاية، خاصة في حالة التكفل بالتعقيدات الصحية للأم والمولود، وكذا التكفل بالحالات التي يتم تحويلها من طرف القطاع الخاص إلى المؤسسة، كون المؤسسة مختصة في الأمومة والطفولة وأمام هذا الوضع تجد هذه الأخيرة صعوبات كبيرة للتكفل بالمرضى.

ضرورة تسجيل وإنجاز وتجهيز هياكل جديدة، فيما يخص طب الأطفال والنساء لتحسين الخدمات وجلب الأخصائيين.

4- المؤسسة العمومية الاستشفائية مجانية:

جدول رقم (5-34): عدد الأسرة والتأطير الصحي للمؤسسة العمومية الاستشفائية مجانية

التأطير	عدد الأسرة	المصالح
• 17 طبيب عام؛	10	الاستعدادات الطبية الجراحية
• 13 طبيب مختص؛	18	طب الأطفال
• 155 شبه طبي؛	24	الطب الداخلي
• 45 أعوان مهنيين.	14	طب النساء والتوليد
		2- مخبر مركزي
		3- مصلحة الأشعة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على موقع مديرية الصحة لولاية برج بوعرييج:

<http://dsp-bba.ipresences.com/>

الخدمات بهذه المؤسسة مقبولة، مما يؤهلها لاستحداث مصلحة جراحية من شأنها تغطية احتياجات الجهة الشمالية للولاية في هذا الإطار، وتخفيف الضغط على المستشفى المركزي، ووجوب تهيئة الصيدلية وفق المعايير المعمول بها.

5- المؤسسة العمومية الاستشفائية برج الغدير:

- نقص الخدمات الاستشفائية، وتوقف العمليات الجراحية، وهذا راجع للنقص الفادح في التأطير (أطباء أخصائيين، أطباء عامون، ممرضين، قابلات، عمال مهنيين، عمال الإدارة)؛
- مصلحة الأشعة متوقفة.
- مصلحة تصفية الدم تحتاج إلى الأدوية؛
- تعطل بعض الأجهزة مثلا (AUTOCLAVE)؛
- عدم مطابقة غرفة الأشعة للمعايير مع تعطل جهاز الأشعة؛
- انعدام الأخصائيين بمصلحة التوليد؛
- ثلاثة أجهزة أشعة إيكوغرافيا معطلة، وكذا ثلاثة أجهزة تعقيم معطلة؛
- نقص بعض أدوية المخبر؛
- مصلحة حفظ الجثث مجهزة ومغلقة.

بالنسبة العيادة المتعددة الخدمات العناصر فقد تم تسجيل عديد النقائص أهمها:

- عدم وجود مشغل لجهاز الأشعة؛
- السكنات الوظيفية مستغلة من طرف أشخاص أجنب عن القطاع؛
- انعدام المناوبة الطبية رغم وجود الجامعة بالجوار؛
- انعدام المخبر وضيق قاعة الفحص.

6- المؤسسة العمومية الاستشفائية منصوره:

رغم إصرار وسعي الطاقم الطبي والشبه الطبي والعمال المهنيين والإداريين على تسيير المؤسسة والتكفل بانشغالات الصحية للمواطنين، إلا أنه توجد عديد النقائص أهمها:

- النقص الفادح للتأطير؛
 - التذبذب بمصلحة تصفية الدم يوميا نظرا لنقص العمال؛
 - نقص القابلات بمصلحة الولادة.
 - قاعات العلاج بوقابة والحمرة بلدية المنصورة، الملز، وبلمزيتي بلدية المهير مغلقة؛
 - وضعية مصلحة مكافحة مرض السل بلدية المهير غير لائقة؛
 - كمية الدواء بالعيادة المتعددة الخدمات بأولاد سيدي ابراهيم غير كافية.
- وفي هذا السياق فالملاحظ أيضا أن العيادة المتعددة الخدمات بن داود سجلت أيضا عديد النقائص منها:
- تعطل بعض الأجهزة مثال (AUTOCLAVE)، وكذا بعض أجهزة المخبر؛
 - عدم استغلال جهاز الأشعة بسبب تذبذب الكهرباء؛
 - قاعة علاج السوق بن داود معزولة لعدم صلاحية الطريق.

- جهاز الأشعة بالعيادة المتعددة الخدمات حرارة معطل، وكذا بعض أجهزة (ECG) ونقص الأجهزة بالمخبر (FNS)؛

● عدم توفر جهاز الأشعة بكل من بلدي تفرق والجعافرة.

ثانيا: في الوسط الجوّاري: يتكفل الوسط الجوّاري للصحة العمومية بالعلاجات القاعدية في الفحص والمتابعة، وتمثل هذه الخدمات فيما يلي:

- الطب العام: الفحوصات الطبية؛ المناوبات الطبية ومتابعة الأمراض المزمنة.
- طب الأسنان: فحوصات يومية (قلع، ترميم) ومتابعة الصحة المدرسية.
- الفحوصات المتخصصة: فحوصات موجهة؛ متابعة المرضى في فترة النقاهة؛ متابعة الصحة المدرسية وإعادة التأهيل الحركي والوظيفي.
- الخدمات الشبه طبية: وتمثل في الحقن والتضميد.
- أنشطة المخبر والأشعة: إجراء مختلف التحاليل والأشعة.

رغم التجهيزات الهامة لمعظم المؤسسات إلا أن الخدمات الصحية تبقى ناقصة، ولا تسمو للهدف المرجو، وهو التكفل الأمثل بالمواطن، وقد تم تسجيل جملة من النقائص منها المشتركة بين كل المؤسسات ونقائص أخرى خاصة ببعض العيادات.

النقائص المشتركة: يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

1. النقص الملحوظ في المستخدمين:

- قابلات؛
- أطباء عامون؛
- أطباء أخصائيون، خاصة أخصائي القلب، وطب النساء، وأخصائي الأشعة؛
- انعدام سلك المرشدة الاجتماعية، وكذلك المخبريين ومشغلي جهاز الأشعة؛
- أعوان النظافة وأعوان الأمن والسائقين.

2. الانقطاع المتكرر لمواد التحليل المخبرية؛

3. التعطل المتكرر لأجهزة الأشعة؛

4. الحظيرة: نقص في سيارات الإسعاف والسيارات النفعية.

ثالثا: الخدمات الوقائية:

معظم هذه الخدمات، تقدم على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوّارية وتمثل في:

- برمجة تطبيق وتقييم الأنشطة الوبائية المتعلقة بالعلاج القاعدي؛
- مراقبة ومتابعة الحالات الوبائية؛
- متابعة صحة الأم والطفل وتلقيحها؛
- متابعة وتطبيق البرامج الوطنية للصحة العمومية.

المبحث الثاني: منهجية وأدوات الدراسة

سنستعرض في هذا المبحث المنهجية التي تم اعتمادها بداية بتحديد عينة الدراسة إلى دراسة ثبات أداة الدراسة والتعريف بمتغيراتها. حيث تم تصميم استبيان موجه لمدراء والإطارات المسيرة للمنظمات الاستشفائية عينة الدراسة لمدراء والإطارات المسيرة بهدف الحصول على إجابات موضوعية تفيد دراستنا.
المطلب الأول: عينة الدراسة:

حاولنا تصنيف مجتمع الدراسة إلى طبقتين هما: المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة. ونظرا للصعوبات التي واجهتنا أثناء الدراسة، خاصة على مستوى المنظمات الاستشفائية الخاصة، فإن العينة اقتصرت على دراسة 06 منظمات استشفائية عامة و05 مؤسسات استشفائية خاصة اختيرت على أساس مكان نشاطها ولاية برج بوعرييج وكذا طابعها الاستشفائي. الجدول التالي يلخص عينة الدراسة:

جدول رقم (5-35): المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة عينة الدراسة

المؤسسات الاستشفائية العمومية	المؤسسات الاستشفائية الخاصة
المدراء والإطارات المسيرة للمنظمات الاستشفائية العمومية لولاية برج بوعرييج	المدراء والإطارات المسيرة للمنظمات الاستشفائية الخاصة لولاية برج بوعرييج

المطلب الثاني: أداة ومتغيرات الدراسة

قام الطالب بتصميم استمارة بهدف معرفة متطلبات وعوائق الإدارة المستدامة لكل من المنظمات الاستشفائية العامة والخاصة محل الدراسة. قسمت الاستمارة إلى جزأين، الجزء الأول متعلق بالبيانات الشخصية للمستجوبين. أما الجزء الثاني فيتعلق بمحاور متطلبات وعوائق الإدارة المستدامة من وجهة نظر المدراء والإطارات المسيرة.

الفرع الأول: تصميم الاستبيان

الجزء الأول: يحتوي هذا الجزء على خمسة مفردات هي:

1. الجنس؛
2. السن؛
3. المركز الوظيفي؛
4. المؤسسة الاستشفائية "عمومية-خاصة"
5. المؤهل العلمي.

الجزء الثاني: يتضمن هذا الجزء أربعة محاور رئيسية هي:

- المحور الأول: التنمية المستدامة في المنظمة الاستشفائية من وجهة نظر المسيرين؛
- المحور الثاني: الإدماج الإداري وتبني التنمية المستدامة في المنظمة الاستشفائية؛
- المحور الثالث: العلاقات العامة، الاتصال والموارد البشرية في المنظمة الاستشفائية؛
- المحور الرابع: سياسات الشراء في المنظمة الاستشفائية.

الفرع الثاني: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة

لغرض الإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها، تم الاعتماد على برنامج (SPSS) " الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية في التحليل"، وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- أسلوب الإحصاء الوصفي لوصف خصائص العينة اعتماداً على النسب المئوية والتكرارات والمتوسطات الحسابية.

الفرع الثالث: مدى صدق وثبات أداة الدراسة

أولاً: صدق أداة الدراسة:

لقد تم عرض الاستمارة على سبعة أساتذة مختصين في إعداد الاستمارات من كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير للجامعة فرحات عباس - سطيف - وجامعة محمد البشير الإبراهيمي برج بوعريريج، إضافة إلى ذلك تم عرض الاستمارة على إطار من مديرية الصحة والسكان ومدير تقني على مستوى مصحة استشفائية خاصة في ولاية برج بوعريريج، وذلك للتحقق من مدى وضوح وصدق محتوى الاستمارة. وقد أجريت بعض التعديلات على بعض الفقرات على ضوء الملاحظات التي أبدتها بعض المحكمين.

كما قام الطالب بإجراء دراسة اختبارية على 05 أفراد من الإطارات المسيرة لمؤسسة استشفائية عامة وخاصة على مستوى ولاية برج بوعريريج للتأكد من درجة فهم المفردات ووضوحها وقد أعيدت صياغة بعض المفردات على ضوء ذلك.

ثانياً: ثبات أداة الدراسة

يقصد بثبات الاستبيان أنه يعطي نفس النتيجة لو تم إعادة توزيعه أكثر من مرة، تحت نفس الظروف والشروط، بمعنى الاستقرار في نتائج الاستبيان، وعدم تغيرها بشكل كبير، حتى وإن تم إعادة توزيعها على أفراد العينة، عدة مرات وخلال فترات زمنية معينة، وقد تم التحقق من ثبات استبيان الدراسة.

ثالثاً: خصائص عينة الدراسة

يمكن تبيان توزيع الاستمارات على عينة الدراسة وخصائصها من خلال الجداول التالية:

جدول رقم (5-36): كيفية توزيع الاستمارات على المؤسسات الاستشفائية العمومية

الاستمارات المرسله	الاستمارات العائدة	الاستمارات المستبعدة	الاستمارات المعتمدة	
20	18	00	18	إطارات المنظمات الاستشفائية العامة لولاية برج بوعريريج

المصدر: من إعداد الطالب

جدول رقم (5-37). كيفية توزيع الاستمارات على المنظمات الاستشفائية الخاصة

الاستمارات المرسله	الاستمارات العائدة	الاستمارات المستبعدة	الاستمارات المعتمدة	
14	14	0	14	إطارات المنظمات الاستشفائية الخاصة لولاية برج بوعريريج

المصدر: من إعداد الطالب

المبحث الثالث: عرض نتائج الدراسة

يتناول هذا المبحث عرضاً تحليلياً لنتائج الدراسة التطبيقية، من خلال تبيان التكرارات والنسب المئوية الخاصة بالمحاور الأربعة للاستبيان، بالإضافة إلى تحليل السمات الشخصية لأفراد العينة المستجوبة. حيث يقسم المبحث إلى المطالب التالية:

المطلب الأول: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالسمات الشخصية للعينة؛

المطلب الثاني: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الأول والثاني؛

المطلب الثالث: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الثالث والرابع.

المطلب الأول: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالسمات الشخصية للعينة.

تم توزيع الاستمارات على عينة الدراسة المتمثلة في المدراء والإطارات المسيرة للمؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة، وقد تم اعتماد 33 استمارة قابلة للدراسة والتحليل. وكانت النتائج الخاصة بالسمات الشخصية لأفراد عينة الدراسة على النحو التالي:

الفرع الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.

سوف يتم عرض وتحليل نتائج الخصائص الديموغرافية الخاصة بعينة الدراسة والتي تتمثل في الجنس والعمر.

1. توزيع العينة حسب الجنس:

كانت نتائج توزيع العينة حسب الجنس على النحو التالي:

الجدول رقم (5-38): توزيع العينة حسب الجنس

النسبة %	التكرار	البيان	
90.6	29	ذكر	الجنس
9.4	3	انثى	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.

تكونت عينة الدراسة من 32 فرداً منهم 29 ذكر و 03 إناث، كما بينته النتائج الواردة في الجدول والشكل السابقين. والملاحظ من هذه النتائج أن نسبة سيطرة الذكور على ممارسة المهام الإدارية في المنظمات الاستشفائية محل الدراسة ويمكن إرجاع ذلك إلى الضغوط الكبيرة للعمل في بيئة المنظمات الاستشفائية حيث أن الذكور أكثر استعداداً وقابلية للتعامل معها.

2. توزيع العينة حسب العمر: تم تقسيم الفئات العمرية إلى أربع فئات وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (5-39): توزيع العينة حسب العمر

النسبة %	التكرارات	البيان
34.4	11	من 29 سنة إلى 39 سنة
37.5	12	من 40 إلى 49 سنة

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

28.1	9	من 50 الى 60 سنة
100.0	32	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول أعلاه أن أعمار عينة الدراسة تتراوح بين فئتين أساسيتين، الفئة الأولى من 40-49 سنة حيث بلغ عدد المستجوبين الذين ينتمون إلى هذه الفئة 11 مستجوب بنسبة تقدر بـ 37.50% والفئة الثانية من 29 سنة إلى أقل من 39 سنة حيث بلغ عدد المستجوبين 12 مستجوب بنسبة تقدر بـ 34.40%. في حين تمثل الفئة من 50 سنة إلى أقل من 60 سنة نسبة 28.10% حيث بلغ عدد المستجوبين 12، في حين نلاحظ غياب تام للفئة العمرية أقل من 29 سنة. وأكبر من 60 سنة.

والملاحظ من هذه النتائج أن هناك تنوعا في الفئات العمرية للمستجوبين وفقا للمناصب التي يشغلونها حيث أن المناصب العليا والمفتاحية تشغلها الفئتين العمرية ذات الخبرة الطويلة من 40-49 سنة والفئة 50 سنة إلى أقل من 60 سنة.

الفرع الثاني: الخصائص العلمية لعينة الدراسة.

في هذا الباب سيتم عرض وتحليل خصائص العينة المتعلقة بالجانب العلمي، وذلك على النحو التالي:

1. توزيع العينة حسب المؤهل العلمي:

يوضح الجدول والشكل المواليين توزيع مفردات العينة محل الدراسة حسب المؤهل العلمي.

الجدول رقم (5-40): توزيع العينة حسب المؤهل العلمي

النسبة %	التكرارات	البيان
59.37%	19	ليسانس ومهندس دولة
00%	00	ماستر
3.13%	01	ماجستير
37.50%	12	دكتوراه في الطب
100	32	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول والشكل أعلاه أن الغالبية العظمى لأفراد عينة الدراسة متحصلون على شهادة ليسانس ومهندس دولة كحد أدنى، وبلغ عددهم 19 مستقصى بنسبة تقدر بـ 59.37%، وبلغ عدد حاملي الشهادات العليا 13 مستقصى مقسمة بين حاملي شهادة ماجستير شخص واحد وحاملي شهادة دكتوراه في الطب بـ 12 شخص أي ما يعادل نسبة 3.12% و 37.50% على التوالي، أما بالنسبة لحاملي شهادة ماستر فبلغ عددهم 00.

2. توزيع العينة حسب الوظيفة:

جدول رقم (5-41): توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة

النسبة %	التكرار	الوظيفة
6.25	2	محاسب
3.1	1	مدير الأنشطة العلاجية
6.25	2	مدير الصيانة
15.6	5	مدير المالية والمحاسبة
25.1	8	مدير المنظمة الاستشفائية
12.5	4	مدير الموارد البشرية
3.1	1	مدير الوسائل العامة
18.8	6	مدير تقني
3.1	1	مسير
6.25	2	نائب المدير
100.0	32	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

استهدفت عينة الدراسة وظائف عديدة على مستوى المنظمات الاستشفائية العامة والخاصة عينة الدراسة ، حيث كان التمثيل الأكبر لفئة المدراء بنسبة 25.10% تليها وظيفة المدراء التقنيون بنسبة 18.8% ثم المالية والمحاسبة بنسبة 15.6% .

الفرع الثالث: توزيع العينة حسب القطاع العام والخاص

بعد التطرق لكل من الخصائص الديموغرافية والخصائص العلمية لعينة الدراسة، جاء الدور لمعرفة نتائج توزيع عينة الدراسة على متغير القطاع الصحي الذي تنتمي إليه "عام أم خاص" .

جدول رقم (5-42): توزيع العينة حسب القطاع عام وخاص

النسبة %	التكرار	البيان
56.3	18	عمومية
43.8	14	خاصة
100.0	32	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

بالرجوع إلى النسب السابقة نجد أن الاستبيان قد وزع على فئة تتمتع بالخبرة الكافية والدراية اللازمة التي تمكنهم من إبداء آرائهم حول موضوع الدراسة، خاصة وأن أكثر من 50% من عينة الدراسة واكبت كل مراحل تطور القطاع الصحي، وواكبت كل الإصلاحات بالإضافة إلى كونها متواجدة بمناصب رفيعة لمدة طويلة مما يمكنها على

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

الاطلاع على خبايا القطاع الصحي والمنظمات الاستشفائية التي يعملون بها، وهذه النقطة تعطي جانب إيجابي للدراسة التطبيقية ونتائجها.

المطلب الثاني: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الأول والثاني

في هذا المطلب سيتم عرض وتحليل نتائج المحور الأول الخاص بمكانة التنمية المستدامة في استراتيجية المنظمة الاستشفائية وكذا المحور الثاني المتعلق بالإدماج الإداري وتبني التنمية المستدامة في منظماتهم الاستشفائية.

الفرع الأول: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الأول

01-هل تعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها؟

جدول رقم (5-43): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الأول للاستبيان

النسبة %	التكرارات		البيان
65.6	21	نعم	01-هل تعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها؟
34.4	11	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال بيانات الجدول أن كل المستجوبين سواء كانوا في القطاع الخاص أو العام يعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي يسيرونها أو يعملون بها، مما يدفعنا للبحث في أسباب هذا الاعتقاد لديهم وهل تعطى الأهمية لبعدها من أبعادها دون آخر.

02-هل تعتقدون أن استجابة منظماتكم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أدائها؟

جدول رقم (5-44): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الأول للاستبيان

النسبة %	التكرارات		البيان
90.6	29	نعم	02-هل تعتقدون أن استجابة منظماتكم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أدائها؟
9.4	3	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

أجمعت معظم الإجابات أن استجابة المنظمات الاستشفائية لمتطلبات التنمية المستدامة يحسن من أدائها حيث كانت نسبة الإجابة بـ "نعم" 90.6% مقابل 9.4% بـ "لا".

03- حسب رأيكم، ما هي المجالات ذات الأولوية؟

جدول رقم (5-45): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الأول للاستبيان

الأولوية	النسبة %	التكرارات	العدد	
الثالثة	53.1	17	2	البعد البيئي
	46.9	15	3	
	100.0	32	المجموع	
الثانية	46.9	15	1	البعد الاجتماعي
	34.4	11	2	
	18.8	6	3	
	100.0	32	المجموع	
الأولى	56.3	18	1	البعد الاقتصادي
	12.5	4	2	
	31.3	10	3	
	100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يلاحظ من نتائج الجدول أن المنظمات الاستشفائية تولي أهمية نسبية حسب الإجابات لكل أبعاد التنمية المستدامة إلا أن الأولوية أعطيت للبعد الاقتصادي بنسبة 56.3% لكن يجب الإشارة في هذا الصدد أن المنظمات العمومية أعطت الأولوية للبعد الاجتماعي يليها البيئي ثم الاقتصادي وعند سؤالنا عن السبب أرجعه الإطارات إلى مجانية الخدمات الصحية وأن تصرف ميزانيتها في بنودها. المنظمات الاستشفائية الخاصة في ظل البيئة التنافسية أعطت الأولوية للبعد الاقتصادي، يليه البيئي فالاجتماعي كونها لا تضمن مجانية العلاج.

04- بالنسبة لكل بعد من أبعاد التنمية المستدامة، ما هي الإجراءات التي قمتم بها؟

جدول رقم (5-46): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الأول للاستبيان "البعد الاجتماعي"

نعم		ما هي الإجراءات التي قمتم بها؟	العدد
النسبة %	التكرارات		
10.0%	9	مكافحة التمييز؛	البعد الاجتماعي
4.4%	4	توظيف ذوي الاحتياجات الخاصة بدون تأهيل؛	
26.7%	24	التسيير المستدام للموارد البشرية؛	
28.9%	26	التكوين الصحي والطبي؛	
28.9%	26	الوقاية من المخاطر المهنية؛	
1.1%	1	تحسين جودة بيئة العمل؛	
100.0%	90		المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

في سبيل تعزيز أدائها الاجتماعي تم تقديم خيارات للمستجوبين مصدرها ما تم تناوله في الجزء النظري للأطروحة بهدف معرفة العناصر التي يمكن أن تكون محل تطبيق عملي، كانت الاجابات كما يوضحها الجدول أعلاه الأولوية للوقاية من المخاطر المهنية والتكوين الصحي والطبي بنسبة 28.9%، يليه التسيير المستدام للموارد البشرية بنسبة 26.7% .

فيما يخص توظيف ذوي الاحتياجات الخاصة بدون تأهيل كانت النسبة 4.4% كلها للمنظمات الاستشفائية العمومية.

بالنسبة لحماية البيئة الإيكولوجية فقد قدمت عدة خيارات للمستجوبين كانت كالاتي:

جدول رقم (5-47): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الأول للاستبيان "البعد الإيكولوجي"

نعم		ما هي الإجراءات التي قمتم بها؟	
النسبة %	التكرارات		
27.5%	25	التحكم في استهلاك الطاقة وترشيده؛	حماية البيئة الإيكولوجية
26.4%	24	تسيير عقلائي لاستهلاك الماء؛	
31.9%	29	تقليص حجم النفايات؛	
9.9%	9	تخفيض معدلات انبعاث الغازات المضرة بطبقة الأوزون؛	
4.4%	4	حماية التنوع الإيكولوجي؛	
100.0%	91	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

كل من المنظمات الاستشفائية العامة والخاصة أعطت الأولوية للعناصر التالية : تقليص حجم النفايات بنسبة 31.9%، التحكم في استهلاك الطاقة وترشيده بنسبة 27.5% والتسيير عقلائي لاستهلاك الماء بنسبة 27.5%، بينما حماية التنوع الإيكولوجي فكانت النسبة 4.4% .

بالنسبة للبعد الاقتصادي فقد قدمت عدة خيارات للمستجوبين كانت كالاتي:

جدول رقم (5-48): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الأول للاستبيان "البعد الاقتصادي"

نعم		ما هي الإجراءات التي قمتم بها؟	
النسبة %	التكرارات		
31.6%	25	التحكم في المشتريات؛	البعد الاقتصادي
5.1%	4	سياسة الشراء المستدام؛	
31.6%	25	تحليل الاحتياجات؛	
31.6%	25	التفكير في التكاليف الكلية؛	
100.0%	79	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

ركزت وبنسب متفاوتة كل من المنظمات الاستشفائية العامة والخاصة بعدد تكرارات 25 وبنسبة 31.6% على كل من التفكير في التكاليف الكلية، تحليل الاحتياجات والتحكم في المشتريات، بينما الشراء المستدام 5.1%

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

جدول رقم (5-51): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 06 من المحور الأول للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		البيان	
النسبة %	العدد		
2.2%	1	نموذج حول أحسن الممارسات في مجال الاستدامة؛	إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، هل يمكن تقديم تفسيركم لذلك؟
17.4%	8	التربية والتكوين الصحي؛	
17.4%	8	الوقاية من مخاطر البيئة والتلوث؛	
30.4%	14	تحسين ظروف عمل الموظفين؛	
32.6%	15	تحسين جودة الرعاية الصحية للمرضى؛	
100.0%	46	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من نتائج التحليل الاحصائي للجدول حول "دور المنظمة الاستشفائية فيما يخص تحقيق التنمية المستدامة" كان الخيار الأول بنسبة 32.6% هو تحسين جودة الرعاية الصحية للمرضى، يليه تحسين ظروف عمل الموظفين بنسبة قاربت سابقتها بلغت 30.4%، يليه كل من التربية والتكوين الصحي والوقاية من مخاطر البيئة والتلوث 17.4%، أجمع أغلب المستجوبين أنه في ظل الظروف الحالية لا يمكن القول بأن منظماتهم الاستشفائية يمكن أن تكون نموذج حول أحسن الممارسات في مجال الاستدامة حيث صادق 2.2% منهم حول الخيار. 7- هل عندكم علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة؟

جدول رقم (5-52): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 06 من المحور الأول للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
9.4	3	نعم	هل عندكم علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة؟
90.6	29	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

من أدبيات الإدارة الحديثة أنه على المنظمات الاستشفائية العمل على تحسين أدائها والتوجه نحو الأداء الشامل من خلال الاستفادة من تجارب رائدة من منظمات استشفائية محلية وأجنبية من خلال المقارنة المرجعية Benchmarking التي تعد الأداة القوية في مساندة المنظمات العامة والوحدات المحلية على تنظيم قدراتها، الملاحظ من نتائج الاستبيان أن نسبة 90.6% أجابوا بأنه ليس لديهم علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة، ويمكن إرجاع ذلك إلى ضعف التكوين وعدم الانفتاح على الملتقيات والمؤتمرات وتبادل الخبرات والتعاون بين الدول.

الفرع الأول: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الثاني

1- هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة؟

جدول رقم (5-53): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الثاني للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
40.6	13	نعم	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة؟
59.4	19	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وتم تقديم خيارات للمستجوب إذا كانت الإجابة بـ "نعم" وقد كانت الخيارات كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (5-54): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الثاني للاستبيان

"الخيارات"

الإجابات		البيان	
النسبة %	العدد		
86.7%	13	مشاريع داخلية؛	إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، هل هي:
13.3%	2	مشاريع خارجية "بالتعاون أو الشراكة".	
100.0%	15	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول أن الخمسة عشر وهم كلهم منظمات استشفائية عمومية ممن أجابوا بـ "نعم" حول تطوير منظماتكم الاستشفائية استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة أجابوا بأنها مشاريع داخلية و 2 فقط أجابوا مشاريع خارجية "بالتعاون أو الشراكة".

ومن خلال طلب توضيحات حول طبيعة المشاريع الداخلية يتضح إن إدارة النفايات هي المقصودة من طرف المستجوبين بالمشاريع الداخلية.

2- هل تبني منظماتكم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية؟

جدول رقم (5-55): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الثاني للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
31.3	10	نعم	هل تبني منظماتكم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية؟
68.8	22	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

من خلال معطيات الجدول يتضح أن 68.8 % نسبة المجيبين بعدم تبني منظماتهم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية، في حين أن 31.30 % أجابت بـ "نعم" وبعد طلبنا توضيحات خاصة في ظل عدم وضوح لموقعها ضمن الهيكل التنظيمي اتضح أنه يقدر به الطرق التقليدية في معالجة النفايات الطبية.

3- هل الحصول على شهادة الأيزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم

الاستشفائية؟

جدول رقم (5-56): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الثاني للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
15.6	5	نعم	هل الحصول على شهادة الأيزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم الاستشفائية؟
84.4	27	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من نتائج الجدول أن نسبة 84.4% عبرت على أن الحصول على شهادة الأيزو 14001 ليس من مشاريع المنظمة الاستشفائية؛ بينما عبرت نسبة 15.6% من المستجوبين أنها من بين مشاريعهم المستقبلية. تجدر الإشارة إلى أن من اعتبرها من المشاريع المستقبلية هم مستجوبون تابعون للقطاع الخاص على اعتبار أن هذا النوع من المشاريع بالنسبة للمستجوبين من القطاع العام يعتبر مقبولا إذا كان ضمن المخططات الصحية والسياسات الوطنية وهذا غير متاح حاليا.

أفراد العينة الذين أجابوا على الفقرة السابقة بـ "نعم" صادقوا على الخيارات المرتبطة بالمجالات ذات الأولوية للحصول شهادة الأيزو 14001 كالآتي:

جدول رقم (5-57): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الثاني للاستبيان «الخيارات».

الإجابات		البيان	
النسبة %	العدد		
30.8%	4	الإطعام؛	إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، ما هي المجالات ذات الأولوية؟
30.8%	4	المصالح التقنية؛	
38.5%	5	تسيير النفايات؛	
100.0%	13	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

من بين الخيارات الأربع المقدمة كان الإجماع حول تسيير النفايات بعدد تكرارات 5 يليه كل الإطعام والمصالح التقنية بعدد تكرارات 4. وكلها تعود للمنظمات الاستشفائية الخاصة. يبقى أن عدم تفكير المنظمات الاستشفائية في تبني نظام خاص بالإدارة البيئية وفي أي شكل يعد عائقا نحو تحقيق استدامتها البيئية.

4- هل توجد عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام؟

جدول رقم (5-58): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الثاني للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
50.0	16	نعم	هل توجد عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام؟
50.0	16	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

إذا كانت الإجابة ب"نعم"، فقد اقترحنا الخيارات التالية حول ما هي المجالات ذات الأولوية لقياس أدائها المستدام وكانت نتائج المصادقة على الخيارات في الجدول التالي:

جدول رقم (5-59): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الثاني للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		الخيارات
النسبة %	العدد	
30.2%	16	النفائيات؛
20.8%	11	الطاقة؛
20.8%	11	الماء؛
20.8%	11	المساحات الخضراء؛
1.9%	1	انبعاثات الغازات المضرّة بالصحة
5.7%	3	التنقلات؛
100.0%	53	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

المستجوبون أكدوا في هذا الإطار أنهم لا يعتبرونها مؤشرات لقياس الأداء المستدام رغم تبني بعضها، ويتضح من نتائج الجدول أن المنظمات الاستشفائية أعطت أولوية لعدة خيارات وفق تقارب في الأولوية حسبهم وهي النفائيات الطبية أولا بنسبة 30.2% ثم الطاقة والماء والمساحات الخضراء بنسبة 20.8%.

المطلب الثالث: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الثالث والرابع

في هذا المطلب سيتم عرض وتحليل نتائج المحور الثالث العلاقات العامة، الاتصال والموارد البشرية في منظماتهم الاستشفائية وكذا المحور الرابع المتعلق بسياسات الشراء في منظماتهم الاستشفائية.

الفرع الأول: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الثالث

المحور الثالث للاستبيان يخص العلاقات العامة، الاتصال والموارد البشرية في منظماتكم الاستشفائية، وقد كانت نتائج الاجابة على أسئلة المحور تباعا كالتالي:

1- هل تبني منظماتكم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية

الاجتماعية؟

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

جدول رقم (5-60): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الثالث للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
		نعم	لا
46.9	15	نعم	هل تبني منظمكم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟
53.1	17	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

أجاب أفراد العينة بنسب متقاربة حول تبني منظمهم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية حيث أجابت نسبة 53.10% بـ"لا" ونسبة 46.90% بـ"نعم". وللتعمق في أسباب الإجابة بـ"نعم" لأفراد العينة قدمت لهم بعض الخيارات الخاصة بشفافية الاتصال، اعتباره فرصة أو عائق أو مفهوم لا يُخذ بالاعتبار.

جدول رقم (5-61): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		البيان	
النسبة %	العدد		
90.9%	10	فرصة للإدارة؛	إذا كانت الإجابة بـ"نعم" الاتصال الشفاف هو: مفهوم لا تأخذه بعين الاعتبار
9.1%	1		
100.0%	11	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من نتائج الجدول أن الغالبية العظمى بنسبة 90.9% يرون أن تبني منظمهم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبر فرصة للإدارة لتحقيق نتائج إيجابية وتعزيز توجهها مع حشد وتركيز جهود الأفراد في كل المستويات نحو تحقيق التنمية الصحية المستدامة وتحسين جودة الخدمات الصحية، وبالرغم من ذلك فلم نلمس هكذا ممارسات فعلية.

2- هل مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظمكم

الاستشفائية؟

جدول رقم (5-62): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الثالث للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
		نعم	لا
31.3	10	نعم	هل مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظمكم الاستشفائية؟
68.8	22	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

يتضح من نتائج الجدول أن نسبة 68.8% أجابت بـ"لا" حول "مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتكم الاستشفائية" وأجاب 31.3% بـ"نعم"، والتعمق في الأبعاد ذات الأولوية اتضح أنها القضايا الاقتصادية والبيئية (تسيير النفايات الطبية). حاولنا من خلال الجدول الموالي معرفة خيارات المستجوبين أعلاه حول شكل الاتصال، فكانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (5-63): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		البيان
النسبة %	العدد	
60.0%	9	اتصال داخلي؛
40.0%	6	اتصال خارجي.
100.0%	15	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول قنوات الاتصال حسب العشر مستجوبين الذين أجابوا بنعم هي الاتصال الداخلي بنسبة 60% يليه الاتصال الخارجي مع مديرية الصحة والوزارة الوصية.

3- هل يوجد تحديد جيد من طرف منظماتكم الاستشفائية للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول

مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟

جدول رقم (5-64): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الثالث للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
28.1	9	نعم	هل يوجد تحديد جيد من طرف منظماتكم الاستشفائية للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟
71.9	23	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

نقف من خلال بيانات الجدول أنه نسبة 71.90% يعتبرون أن منظماتهم الاستشفائية لا تحدد بشكل واضح وجيد للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، في حين أن نسبة 28.10% أقرت بوجود تحديد جيد لتلك الأطراف.

وفي تحليلها للخيارات المصادق عليها من 09 مستجوبين الذين أجابوا بنعم نجد أن المرضى والمقيمين

والموظفين بنسبة 33.3%، يليهما الشركاء الخارجيون بنسبة 25.90%، وأخيرا الزائرين بنسبة 7.4%

جدول رقم (5-65): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		
النسبة %	العدد	
33.3%	9	المرضى والمقيمين؛
33.3%	9	الموظفين؛
7.4%	2	الزائرين؛
25.9%	7	الشركاء الخارجيون؛
100.0%	27	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

4- ما هي القنوات التي يتم الاتصال من خلالها مع الأطراف السابقة؟

في صياغتنا لأسئلة هذه الفقرة من المحور الثالث استنادا لتقديم خيارات للمستجوبين تتوافق والممارسات الدولية في عملية الاتصال مع مكونات الفقرة السابقة، فكانت النتائج كما هي موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-66): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الثالث للاستبيان

الإجابات		البيان
النسبة %	العدد	
21.1%	4	معلومات مدونة على كشوف الراتب المسلمة؛
31.6%	6	قوافل توعية بمفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؛
42.1%	8	مساحات على مواقع الانترنت وشبكات التواصل الاجتماعي أو على الموقع الالكتروني للمنظمة الاستشفائية؛
5.3%	1	معارض في مباني وفضاءات المنظمة الاستشفائية؛
100.0%	19	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من بيانات الجدول أن مساحات على مواقع الانترنت وشبكات التواصل الاجتماعي أو على الموقع الالكتروني للمنظمة الاستشفائية اختيرت بنسبة 42.10%، يليها قوافل توعية بمفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية بنسبة 31.60%، معلومات مدونة على كشوف الراتب المسلمة بنسبة 21.10% وختاما معارض في مباني وفضاءات المنظمة الاستشفائية بنسبة 5.3%، الملاحظ في هذا الإطار أنه وبالنظر إلى مواقع الانترنت فإن أغلب المنظمات الاستشفائية خاصة الخاصة منها لها موقت إنترنت تعريف وحاضرة في المواقع التسويقية إلا أن الأطراف التي يتم التواصل معها بهدف تسويقي بحث. في حين باقي الخيارات المرتبطة بها فاعتقادنا أنها تصور شخصي للقنوات التي يمكنها تقديم الإضافة فيما يخص عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية دون توافرها حاليا بشكل واضح.

5- هل توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في

منظمتكم الاستشفائية؟

جدول رقم (5-67): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 05 من المحور الثالث للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
		نعم	لا
31.3	10	نعم	هل توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظمتكم الاستشفائية؟
68.8	22	لا	
100.0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول أن معظم المستجوبين (22 مستجوب) يرون أنه لا توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظمتهم الاستشفائية بنسبة 68.8 % في حين يرى 31.3% منهم أن توجد مثل تلك المواضيع خاصة ما تعلق ببيئة العمل والصحة والأمن المهنيين، مخططات التكوين والموارد البشرية وأهما حسبهم هو تسيير النفايات.

المستجوبون قدمت لهم عدة اقتراحات تتعلق بالفقرة أعلاه، فكانت إجاباتهم ملخصة في الجدول التالي:

جدول رقم (5-68): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 05 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		الخيارات
النسبة %	العدد	
18.2%	2	نصائح ومعلومات عامة؛
36.4%	4	شرح استراتيجية المنظمة الاستشفائية؛
45.5%	5	ميزانية ونتائج تبني التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية لمنظمتكم الاستشفائية؛
100.0%	11	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من نتائج المصادقة على الخيارات من المستجوبين مصادقتهم بنسبة 45.5% حول خيار الاتصال حول الميزانية ونتائج تبني التنمية المستدامة، في حين نسبة 36.4% على شرح استراتيجية المنظمة الاستشفائية، في المصادقة على خيار نصائح ومعلومات عامة كانت بنسبة 18.2%.

6- هل الوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية تم مراعاة أن تكون

صديقة لبيئة؟

جدول رقم (5-69): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 06 من المحور الثالث للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
		نعم	لا
28,1	9	نعم	هل الوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية تم مراعاة أن تكون صديقة لبيئة؟
71,9	23	لا	
100,0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

يرى غالبية أفراد العينة أنه حتى وإن وجدت عملية اتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية فإنه لا تراعي أن تكون العملية صديقة للبيئة بنسبة 71.9% في حين ترى نسبة 28.1% أنه تتم مراعاة ذلك. الملاحظ هنا أنه هنالك توافق مع الإجابة على الفقرة السابقة حيث من بين 10 مستجوب حول عملية الاتصال وارتباطها بمواضيع التنمية المستدامة 09 منهم في هذه الفقرة صادقوا على أن الوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية تم مراعاة أن تكون صديقة للبيئة.

جدول رقم (5-70): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 06 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		الخيارات
النسبة %	العدد	
31,3%	5	الانترنت؛
43,8%	7	الانترانات؛
25,0%	4	الفاكس؛
100,0%	16	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول أن كل من الانترنت، الانترانات والفاكس بدرجة أقل هي وسائل تعتمد في عملية الاتصال داخل المنظمات الاستشفائية لكن جدير بالذكر أنه وفي إطار صفر ورق وجب على المنظمات الاستشفائية اعتماد أنظمة المعلومات في تسييرها والملفات الالكترونية للمرضى لتحقيق هدف صفر ورق مثلما نجحت في ذلك عديد الدول على غرار نظام المعلومات الاستشفائي الفرنسي والكندي.

7- هل تقوم منظماتكم الاستشفائية بتكوين موظفيها حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟

جدول رقم (5-71): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 07 من المحور الثالث للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
43,8	14	نعم	هل تقوم منظماتكم الاستشفائية بتكوين موظفيها حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟
56,3	18	لا	
100,0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يرى 14 مستجوب بنسبة 43.8% أن منظماتهم الاستشفائية تقوم بتكوين عمالها حول التنمية المستدامة وحول استفسارنا حول طبيعة البرامج التكوينية، خلصنا أنهم يقصدون التكوين الطبي وإدارة المخاطر وبدرجة أكبر تسيير النفايات الطبية، في حين ترى نسبة 56.3% أن منظماتهم الاستشفائية لا تقوم بتكوين عمالها حول المفهومين.

وللتوسع أكثر في هذا الإطار ارتأينا تقديم بعض الخيارات حول برامج التكوين التي يرى المدراء والإطارات المسيرة أنها ذات أولوية، وكانت النتائج مفصلة في الجدول التالي كالاتي:

جدول رقم (5-72): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 07 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		الخيارات
النسبة %	العدد	
1,9%	1	البناء المستدام الذي يأخذ بعين الاعتبار "الجودة، البيئة والاقتصاد في الطاقة؛
26,9%	14	تسيير النفايات الطبية؛
3,8%	2	الطاقة، الماء والهواء؛
1,9%	1	التنقلات والشراء المسؤول اجتماعيا؛
23,1%	12	جودة الرعاية الصحية للمرضى؛
19,2%	10	ظروف عمل الموظفين؛
3,8%	2	مكافحة العنصرية والتمييز؛
19,2%	10	التكفل بالأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة من مرضى وعمال؛
100,0%	52	المجموع

إذا كانت الإجابة ب"نعم"، ما هي من بين برامج التكوين من الآتي:

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول وتأكيدا لما سبق أن الأولوية في البرامج التكوينية هي تسيير النفايات الطبية، جودة الرعاية الطبية وظروف عمل الموظفين، باقي الخيارات كانت بنسبة ضعيفة على أهميتها لتحقيق استدامة المنظمات الاستشفائية ومنه وجب إعادة النظر في البرامج التكوينية بما يضمن تحقيق تنمية صحية مستدامة.

الفرع الثاني: عرض وتحليل النتائج الخاصة بالمحور الرابع

تضمن المحور الرابع أسئلة حول سياسات الشراء في منظماتهم الاستشفائية بهدف معرفة هل سياسات المنظمات الاستشفائية العامة والخاصة محل الدراسة الميدانية تتبنى عمليات الشراء المستدام أو المسؤول بيئيا واجتماعيا les politiques d'achats durables et responsables

1- هل قامت منظماتكم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط

للسلع والخدمات التي يتم شراؤها؟

جدول رقم (5-73): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الرابع للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
59,4	19	نعم	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها؟
40,6	13	لا	
100,0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

ترى نسبة 59.4% أن منظماتهم الاستشفائية قامت بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها والتي تمثل المستجوبين العاملين بالمنظمات العمومية في حين مستجوب فقط من القطاع الخاص أقر بوجود هكذا إجراء.

عمليات توريد احتياجات المنظمات الاستشفائية العمومية تخضع لقانون الصفقات العمومية والتي تولى أهمية لإعداد دفاتر الشروط وقانونية موادها. في حين كل موظفي المنظمات الاستشفائية الخاصة أكدوا على أن المعيار الاقتصادي هو الأولى وفق ما يستجيب للقوانين التشريعات مثل وجود القرار المؤرخ في 01 سبتمبر 2005 الخاص بممارسة نشاط استيراد المواد والأجهزة الطبية والذي يوفر حماية وتوافقا مع تحقيق الاستدامة.

إذا كانت الإجابة ب "نعم"، هل يمكنكم تحديد المجالات وأي نوع من المشتريات من بين العناصر التالية:

جدول رقم (5-74): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الرابع للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		الخيارات	
النسبة %	العدد		
3,7%	3	البناء وتجديد المباني؛	إذا كانت الإجابة ب "نعم"، هل يمكنكم تحديد المجالات وأي نوع من المشتريات من بين العناصر التالية:
23,2%	19	المعدات الطبية؛	
13,4%	11	التغذية؛	
7,3%	6	عتاد الإعلام الآلي؛	
7,3%	6	أثاث وتجهيزات مكتبية؛	
11,0%	9	صيانة المساحات الخضراء؛	
15,9%	13	مواد التنظيف والصيانة؛	
4,9%	4	الخدمات؛	
13,4%	11	السيارات ومعدات النقل؛	
100,0%	82	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

2- هل سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتكم الاستشفائية

تخضع لاعتبارات معينة؟

جدول رقم (5-75): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الرابع للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
46,9	15	نعم	هل سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتكم الاستشفائية تخضع لاعتبارات معينة؟
53,1	17	لا	
100,0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

يتضح من خلال بيانات الجدول التقارب في النسبة بين أفراد العينة حول خضوع سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتهم الاستشفائية لاعتبارات معينة. حيث أجاب 17 من أفراد العينة بـ"نعم" و15 منهم بـ"لا".

وفي حال أجاب المستجوب على الفقرة أعلاه بـ"نعم" ارتأينا تقديم الخيارات التالية لمحاولة معرفة الاعتبارات التي تخضع لها سياسة الشراء في منظماتهم الاستشفائية، فكانت نتائج المصادقة على الخيارات كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (5-76): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الرابع للاستبيان "الخيارات"

الإجابات		الخيارات
النسبة %	العدد	
52,4%	11	عملية ضرورية؛
4,8%	1	عائق إضافي (حاجز)؛
42,9%	9	قيمة مضافة تتحقق لمنظمتكم الاستشفائية؛
100,0%	21	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الخيارات المصادق عليها من 15 مستجوب الذين أجابوا بـ"نعم" نسبة 52.4% اعتبرها عملية ضرورية وبنسبة 42.9% اعتبروها قيمة مضافة تتحقق لمنظمتهم الاستشفائية، في حين اعتبرت نسبة 4.8% اعتبروها عائقا إضافيا.

3- هل قامت منظمتكم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا؟

جدول رقم (5-77): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الرابع للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
25,0	8	نعم	هل قامت منظمتكم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا؟
75,0	24	لا	
100,0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

أجابت نسبة 25% بـ"نعم" حول قيام منظماتهم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول بيئيا واجتماعيا، ومرد ذلك هو استفادتهم من برامج تكوينية في قانون الصفقات العمومية ودفاتر الشروط التي تحتوي موادا وجب على المورد اكتتاب تعهد بشأنها وهي الصحة والسلامة وكذا تسيير النفايات. في حين أجابت النسبة الأكبر بـ"لا" بنسبة 75%.

4- هل تأخذ منظمتكم الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية

الاجتماعية؟

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

جدول رقم (5-78): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الرابع للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
40,6	13	نعم	هل تأخذ منظمتم الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟
59,4	19	لا	
100,0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من إجابات عينة الدراسة على هذا السؤال أن النسبة الأكبر 59.4% أجابت بالنفي ونسبة 40.6% أكدت أن منظمتم الاستشفائية في عملية الشراء تأخذ بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية. هذا التقارب نوعا ما استجوب التأكيد على المستجوبين والذين أجابوا بـ"نعم" من خلال الخيارات التي قدمت لهم بهدف معرفة طبيعة وشكل هذه المبادئ، وتلخصت المصادقة على الخيارات في الجدول التالي:

جدول رقم (5-79): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الرابع للاستبيان "الخيارات"

النسبة % of Cases	الإجابات		الخيارات
	النسبة %	العدد	
41,7%	35,7%	5	المسؤولية الاجتماعية لموردي منظمتم الاستشفائية؛
75,0%	64,3%	9	المسؤولية البيئية لمورديكم؛
116,7%	100,0%	14	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من نتائج المصادقة على الخيارات أن 64.3% أعطوا الأولوية للمسؤولية البيئية للموردين في حين 37.5% صادقوا على خيار المسؤولية الاجتماعية لموردي منظمتم الاستشفائية.
5- هل تبني منظمتم الاستشفائية استراتيجية تمويل للحد من استخدام الأغلفة؟

جدول رقم (5-80): إجابات أفراد العينة حول الفقرة 05 من المحور الرابع للاستبيان

النسبة %	التكرارات	البيان	
71,9	23	نعم	هل تبني منظمتم الاستشفائية استراتيجية تمويل للحد من استخدام الأغلفة؟
28,1	9	لا	
100,0	32	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

أجاب أغلب أفراد العينة من المدراء وإطارات المسيرة أن منظمتم الاستشفائية تبني استراتيجية واضحة فيما يخص الحد من استخدام الأغلفة، حيث أجاب 23 مستجوب بـ"نعم"، في حين نفى 09 منهم ذلك.

المبحث الرابع: تحليل نتائج الدراسة

بعد عرض معطيات الإحصاء الوصفي في المبحث السابق، من خلال التكرارات والنسب المئوية لمحاو الاستبيان، حيث كان كل محور يدور حول فرضية من الفرضيات التي تبنتها الدراسة للإجابة على الإشكالية. سيتم في هذا المبحث اختبار صحة الفرضيات من خلال الاختبار الإحصائي المتمثل في اختبار "كاي مربع للاستقلالية"¹ Chi-Square Tests الذي يستخدم في اكتشاف العلاقة بين متغيرين فئويين بالاستعانة ببرنامج المعالجة الإحصائية SPSS، الذي تم فيه إفراغ الإجابات الخاصة بأفراد العينة على أسئلة الاستبيان محاولة منا لدراسة الجداول التقاطعية التي هي عبارة عن تقسيم للعينة حسب متغيرين وما بداخله عبارة عن تكرارات ونسب. وقد قسم هذا المبحث إلى المطالب التالي:

المطلب الأول: اختبار صحة الفرضية الأولى.

المطلب الثاني: اختبار صحة الفرضية الثانية.

المطلب الثالث: اختبار صحة الفرضية الثالثة.

المطلب الرابع: اختبار صحة الفرضية الرابعة.

المطلب الأول: اختبار صحة الفرضية الأولى.

في هذا المطلب تتم عملية اختبار صحة الفرضية الأولى من الدراسة والتي جاءت صياغتها على النحو التالي: "لدي مديري وإطارات المنظمات الاستشفائية إدراك تام لمفهوم التنمية الصحية المستدامة وأسسها ومتطلبات تحقيق أبعادها". وذلك باختبار العينة وتأكيد النتائج التي توصل إليها في المبحث السابق، والتي تم فيها استخدام كل من التكرارات والنسب المئوية.

الفرع الأول: اختبار صحة الفرضية الأولى لدى المؤسسات الاستشفائية العامة

جدول رقم (5-81): جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية العامة "المحور الأول"

المؤسسات الاستشفائية العامة	التكرارات والنسب المئوية	الإجابة	الفقرة
15	التكرار Count	نعم	هل تعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها؟
3	التكرار Count	لا	
16	التكرار Count	نعم	هل تعتقدون أن استجابة منظماتكم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أداؤها؟
2	التكرار Count	لا	
15	التكرار Count	نعم	حسب رأيكم، هل يوجد دور لمنظمتكم الاستشفائية فيما يخص تحقيق التنمية المستدامة؟
3	التكرار Count	لا	
3	التكرار Count	نعم	هل عندكم علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية
15	التكرار Count	لا	

¹ خالد العامري، التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، الطبعة الثانية، 2006،

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

المستدامة؟			
------------	--	--	--

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

كل الإجابات على أسئلة المحور الأول تؤكد تحقق فرضية أن مديري وإدارات المنظمات الاستشفائية إدراك تام لمفهوم التنمية الصحية المستدامة وأسسها ومتطلبات تحقيق أبعادها .

بينت الدراسة أن المنظمات الاستشفائية العمومية تعطي الأولوية للبعد الاجتماعي والبيئي على البعد الاقتصادي وذلك لاعتبارات متعلقة بالسياسة الصحية الوطنية وكذا مطابقة القوانين والتشريعات. كما سجلنا أن إدارات ومسيري المنظمات الاستشفائية العمومية ليس لديهم علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة.

الفرع الثاني: اختبار صحة الفرضية الأولى لدى المؤسسات الاستشفائية الخاصة

سنحاول من خلال الجدول التجميعي للتكرارات الخاصة بإجابات مديري ومسيري المنظمات الاستشفائية الخاصة اختبار صحة الفرضية الأولى.

جدول رقم (5-82): جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية الخاصة "المحور الأول"

المؤسسات الاستشفائية الخاصة	التكرارات والنسب المئوية	الإجابة	الفقرة
6	Count التكرار	نعم	هل تعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها؟
8	التكرار Count	لا	
13	التكرار Count	نعم	هل تعتقدون أن استجابة منظماتكم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أداؤها؟
1	التكرار Count	لا	
2	التكرار Count	نعم	حسب رأيكم، هل يوجد دور لمنظماتكم الاستشفائية فيما يخص تحقيق التنمية المستدامة؟
12	التكرار Count	لا	
0	التكرار Count	نعم	هل عندكم علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة؟
14	التكرار Count	لا	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

كل الإجابات على أسئلة المحور الأول تؤكد تحقق فرضية لدى مديري وإدارات المنظمات الاستشفائية الخاصة إدراك تام لمفهوم التنمية الصحية المستدامة وأسسها ومتطلبات تحقيق أبعادها .

بينت الدراسة أن المنظمات الاستشفائية الخاصة تعطي الأولوية للبعد الاقتصادي (نظرا للتنافسية والهدف الربحي لنشاطها) على البيئي (مطابقة القوانين والتشريعات المتعلقة بالبيئة) والاجتماعي (لقيام بعمليات جراحية وختان جماعي في بعض المناسبات كعيادة زرايبي).

الفرع الثالث: المقارنة بين نتائج المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة

أولا: تحليل نتائج الفقرة الأولى من المحور الأول:

جدول رقم (5-83): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الأولى المحور الأول

المؤسسة الاستشفائية	الفقرة: هل تعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها؟*		المجموع
	عمومية	خاصة	
المؤسسة الاستشفائية	Cross tabulation		
	نعم	Count التكرار	21
		%النسبة	65.6%
	لا	Count التكرار	11
%النسبة		34.4%	
Total المجموع		Count التكرار	32
		%النسبة	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 21 مستجوب يعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها وهو ما يمثل نسبة 65.6% من مجموع المستجوبين بينما 11 مستجوب يرون بأن منظماتهم الاستشفائية لا تعتقد ذلك وهو ما يمثل نسبة 34.4% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها يعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها أكبر من التي لا تعتقد ذلك.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 21 مستجوب الذي أجابوا بنعم 15 مستجوب من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 49.9% من إجمالي المستجوبين و06 مستجوبين من القطاع الخاص، أي بما نسبته 18.5% من إجمالي المستجوبين، ومن بين 32 مستجوب الذين أجابوا بلا 03 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 9.4% و08 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 25%، وبالتالي يمكن أن نستنتج من هذه البيانات أن منظمات القطاع العام هي الأكثر اعتقاداً أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها مقارنة بالمنظمات الاستشفائية الخاصة.

جدول رقم (5-84): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.719 ^a	1	.017		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول الاعتقاد أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

الاعتقاد أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي يسيرونها، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.017 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة (H1) التي تنص أن هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية والاعتقاد أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي يسيرونها، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه.

أولاً: تحليل نتائج الفقرة الثانية من المحور الأول:

جدول رقم (5-85): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثانية المحور الأول

02- هل تعتقدون أن استجابة منظمكم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أدائها؟ * المؤسسة الاستشفائية Cross tabulation		المؤسسة الاستشفائية		المجموع
		عمومية	خاصة	
نعم	Count التكرار	16	13	29
	%النسبة	50.0%	40.6%	90.6%
لا	Count التكرار	2	1	3
	%النسبة	6.3%	3.1%	9.4%
Total		Count التكرار	14	32
		%النسبة	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 29 مستجوب يعتقدون أن استجابة منظمكم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أدائها وهو ما يمثل نسبة 90.6% من مجموع المستجوبين بينما 3 مستجوب يرون بأن منظماتهم الاستشفائية لا تعتقد ذلك وهو ما يمثل نسبة 9.4% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها يعتقدون أن استجابة منظمكم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أدائها أكبر من التي لا تعتقد ذلك.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 29 مستجوب الذي أجابوا بنعم 16 مستجوب من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 50% من إجمالي المستجوبين و13 مستجوبين من القطاع الخاص، أي بما نسبته 40% من إجمالي المستجوبين، ومن بين 32 مستجوب الذين أجابوا بلا 02 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 6.3% ومستجوب واحد من القطاع الخاص بما نسبته 3.1%، وبالتالي يمكن أن نستنتج كل من المنظمات الاستشفائية العامة والخاصة تعتقد أن استجابة منظمكم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أدائها.

جدول رقم (5-86): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.146 ^a	1	.702		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

الاستشفائية، إي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول الاعتقاد أن استجابة منظماتهم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أداءها، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فننص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية الاعتقاد أن استجابة منظماتهم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أداءها، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.702 وهو أكبر من 5% وبالتالي نقبل الفرضية المبدئية (H0) التي تنص أن ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية والاعتقاد أن استجابة منظماتهم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أداءها، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه.

أولاً: تحليل نتائج الفقرة الثالثة من المحور الأول:

جدول رقم (5-87): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثالثة المحور الأول

المؤسسة الاستشفائية		المجموع	المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.		
			عمومية	خاصة	
نعم	Count التكرار	15	2	17	
	%النسبة	46.9%	6.3%	53.1%	
لا	Count التكرار	3	12	15	
	%النسبة	9.4%	37.5%	46.9%	
Total		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول أنه بشكل عام 17 مستجوب حول رأيهم يوجد دور لمنظماتهم الاستشفائية فيما يخص تحقيق التنمية المستدامة وهو ما يمثل نسبة 53.10% من مجموع المستجوبين بينما 15 مستجوب يرون بأن منظماتهم الاستشفائية لا يمكن أن تلعب دوراً في تحقيق التنمية الصحية المستدامة وهو ما يمثل نسبة 46.90% من المستجوبين.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 17 مستجوب الذي أجابوا بنعم 15 مستجوب من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 46.9% من إجمالي المستجوبين و 02 مستجوبين من القطاع الخاص، أي بما نسبته 6.3% من إجمالي المستجوبين، ومن بين 15 مستجوب الذين أجابوا بلا 03 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 9.4% و 12 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 37.5% ، وبالتالي يمكن أن نستنتج من هذه البيانات أن منظمات القطاع العام هي الأكثر اعتقاداً أنه يوجد دور لمنظماتهم الاستشفائية فيما يخص تحقيق التنمية المستدامة مقارنة بالمنظمات الاستشفائية الخاصة.

جدول رقم (5-88): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.077 ^a	1	.000		

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول وجود دور لمنظمتهم الاستشفائية فيما يخص تحقيق التنمية المستدامة، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتنبأ على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ووجود دور لمنظمتهم الاستشفائية فيما يخص تحقيق التنمية المستدامة، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.0009 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة (H1) التي تنص أن هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ووجود دور لمنظمتهم الاستشفائية فيما يخص تحقيق التنمية المستدامة، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه.

أولاً: تحليل نتائج الفقرة الرابعة من المحور الأول:

جدول رقم (5-89): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الرابعة المحور الأول

هل عندكم علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة؟ * المؤسسة الاستشفائية Cross tabulation	المؤسسة الاستشفائية		Total		
	عمومية	خاصة			
هل عندكم علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة؟	نعم	Count التكرار	3	0	3
		%النسبة	9.4%	0.0%	9.4%
لا	Count التكرار	15	14	29	
	%النسبة	46.9%	43.8%	90.6%	
Total	Count التكرار	18	14	32	
	%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 03 مستجوبين أجابوا بأنهم على علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة وهو ما يمثل نسبة 9.4% من مجموع المستجوبين بينما 29 مستجوب أجابوا بأنهم ليس لديهم علم بتلك الممارسات وهو ما يمثل نسبة 90.6% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها ليس لهم علم يمثل تلك الممارسات يفوق بشكل كبير الذين أجابوا بأن لهم علم.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 03 مستجوب الذي أجابوا بنعم كلهم من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 9.4% . ومن بين 29 مستجوب الذين أجابوا بلا 15 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 46.9% و 14 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 43.8% ، وبالتالي يمكن أن نستنتج أنه لا توجد فروقات بي القطاعين الصحيين العام والخاص حول العلم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة.

جدول رقم (5-90): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.575 ^a	1	.109		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول المعرفة بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية والمعرفة بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.109 وهو أكبر من 5% وبالتالي نقبل الفرضية المبدئية (H0) التي تنص أنه ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية والمعرفة بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية المستدامة، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه.

المطلب الثاني: اختبار صحة الفرضية الثانية

في هذا المطلب تتم عملية اختبار صحة الفرضية الأولى من الدراسة والتي جاءت صياغتها على النحو التالي: "تبدل المنظمات الاستشفائية مجهودات في سبيل تحقيق استدامتها الاقتصادية، البيئية والاجتماعية". وذلك باستخدام التكرارات والنسب المئوية والانحراف المعياري.

لدى المؤسسات الاستشفائية العامة

تم نفي الفرضية "تبدل المنظمات الاستشفائية مجهودات في سبيل تحقيق استدامتها الاقتصادية، البيئية والاجتماعية".

جدول رقم (5-91): جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية العامة "المحور الثاني"

الفقرة	الإجابة	التكرارات والنسب المئوية	المؤسسات الاستشفائية العمومية
هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة؟	نعم	التكرار Count	11
	لا	التكرار Count	7
هل تبني منظماتكم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية؟	نعم	التكرار Count	5
	لا	التكرار Count	13
هل الحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم الاستشفائية؟	نعم	التكرار Count	5
	لا	التكرار Count	13
هل توجد عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام؟	نعم	التكرار Count	13
	لا	التكرار Count	5

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

تم نفي الفرضية " تبذل المنظمات الاستشفائية مجهودات في سبيل تحقيق استدامتها الاقتصادية، البيئية والاجتماعية."، حيث يتضح من الجدول أن مديري والإطارات المسيرة يرون أن منظماتهم الاستشفائية لم تقم بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة وأنها تكتفي بالتسيير التقليدي وليس المستدام للنفايات الطبية رغم إقرارهم بوجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتهم الصحية لقياس أدائها المستدام خاصة المتعلقة بالصحة والسلامة المهنية وتسيير النفايات. في حين اتفق كل المستجوبين من مديري وإطارات المنظمات الاستشفائية أنه لا يوجد من بين مشاريعهم الحصول على الايزو 14001 أو أي شهادة أخرى لأنهم ليس لهم في ظل منظماتهم مجال لاقتراح وتبني هكذا مشاريع ويجب العمل وفق المخطط الصحي الوطني.

الفرع الثاني: اختبار صحة الفرضية الثانية لدي المؤسسات الاستشفائية الخاصة

جدول رقم (5-92): جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية الخاصة "المحور الثاني"

المؤسسات الاستشفائية الخاصة	التكرارات والنسب المئوية	الإجابة	الفقرة
2	التكرار Count	نعم	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة؟
12	التكرار Count	لا	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة؟
5	التكرار Count	نعم	هل تتبنى منظماتكم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية؟
9	التكرار Count	لا	هل تتبنى منظماتكم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية؟
0	التكرار Count	نعم	هل الحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم الاستشفائية؟
14	التكرار Count	لا	هل الحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم الاستشفائية؟
3	التكرار Count	نعم	هل توجد عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام؟
11	التكرار Count	لا	هل توجد عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام؟

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

تم نفي الفرضية " تبذل المنظمات الاستشفائية مجهودات في سبيل تحقيق استدامتها الاقتصادية، البيئية والاجتماعية"، حيث يتضح من الجدول أن مديري والإطارات المسيرة يرون أن منظماتهم الاستشفائية لم تقم بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة وأنها تكتفي بالتسيير الجيد للنفايات الطبية رغم إقرارهم بعدم وجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتهم الصحية لقياس أدائها المستدام عكس المنظمات الاستشفائية العمومية. في حين اتفق كل المستجوبين من مديري وإطارات المنظمات الاستشفائية أنه لا يوجد من بين مشاريعهم الحصول على الايزو 14001 أو أي شهادة أخرى وأنهم يطمحون إلى الحصول على شهادة الايزو 9001 كأولوية.

الفرع الثالث: المقارنة بين نتائج المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة

أولا: تحليل نتائج الفقرة الأولى المحور الثاني

جدول رقم (5-93): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الأولى المحور الثاني

المؤسسة الاستشفائية	هل قامت منظمتكم الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة؟		المجموع
	عمومية	خاصة	
المؤسسة الاستشفائية* Cross tabulation	نعم	Count التكرار	13
		%النسبة	40.6%
	لا	Count التكرار	19
		%النسبة	59.4%
Total	Count التكرار	32	
	%النسبة	100.0%	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 13 مستجوب أجابوا بأن منظمتهم الاستشفائية قامت بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة وهو ما يمثل نسبة 40.6% من مجموع المستجوبين بينما 19 مستجوب أجابوا بعدم قيام منظمتهم الاستشفائية بذلك وهو ما يمثل نسبة 59.4% من المستجوبين. وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 13 مستجوب الذي أجابوا بنعم 11 مستجوب من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 34.4%. ومن بين 19 مستجوب الذين أجابوا بلا 7 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 21.9% و 14 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 37.5%، وبالتالي يمكن أن نستنتج أنه المستجوبين الذين هم نفوا قيام منظمتهم الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة أكبر من الذين أكدوا محتوى الفقرة.

جدول رقم (5-94): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.158 ^a	1	.007		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول قيام المنظمة الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتنبى على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وقيام المنظمة الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.007 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة (H1) أي أن هناك علاقة

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وقيام المنظمة الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه.

ثانيا: تحليل نتائج الفقرة الثانية المحور الثاني

جدول رقم (5-95): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثانية المحور الثاني

هل تبني منظمتكم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية؛ المؤسسة الاستشفائية Cross tabulation		المؤسسة الاستشفائية		المجموع	
		عمومية	خاصة		
نعم	هل تبني منظمتكم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية؟	Count التكرار	5	5	10
	%النسبة	15.6%	15.6%	31.3%	
لا	هل تبني منظمتكم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية؟	Count التكرار	13	9	22
	%النسبة	40.6%	28.1%	68.8%	
Total		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 10 مستجوب أكدوا تبني منظمتهم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية وهو ما يمثل نسبة 31.3% من مجموع المستجوبين بينما 22 مستجوب نفوا تبني منظمتهم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية وهو ما يمثل نسبة 68.8% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها الذين نفوا تبني منظمتهم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية أكبر من الذين أكدوا ذلك.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 10 مستجوب الذي أجابوا بنعم 05 مستجوب من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 50% من إجمالي المستجوبين و05 مستجوبين من القطاع الخاص، بنسبة مساوية. ومن بين 22 مستجوب الذين أجابوا بلا 13 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 40.6% و09 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 28.1%.

جدول رقم (5-96): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.231 ^a	1	.631		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول تبني المنظمة الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتص على أنه هناك

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وتبني المنظمة الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.631 وهو أكبر من 5% وبالتالي نقبل الفرضية المبدئية (H0) أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وتبني المنظمة الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه.

ثالثاً: تحليل نتائج الفقرة الثالثة المحور الثاني

جدول رقم (5-97): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثالثة المحور الثاني

هل الحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم الاستشفائية؟		المؤسسة الاستشفائية		Total	
		عمومية	خاصة		
هل الحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم الاستشفائية؟	نعم	Count التكرار	5	0	5
		%النسبة	15.6%	0.0%	15.6%
	لا	Count التكرار	13	14	27
		%النسبة	40.6%	43.8%	84.4%
Total		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 05 مستجوب أكدوا أن الحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم الاستشفائية وهو ما يمثل نسبة 15.6% من مجموع المستجوبين بينما 27 مستجوب نفوا ذلك وهو ما يمثل نسبة 84.4% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها الذين نفوا الحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم الاستشفائية هو أكبر بكثير من الذين أكدوا ذلك. وعند تفصيل النتائج يتضح أنه 05 مستجوبين الذي أجابوا بنعم 05 كلهم من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 15.6% من إجمالي المستجوبين. ومن بين 27 مستجوب الذين أجابوا بلا 13 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 40.6% و 14 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 43.8%.

جدول رقم (5-98): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.609 ^a	1	.032		

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية والحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتكم الاستشفائية، أما الفرضية

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية والحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتهم الاستشفائية، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.032 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة (H1) أي توجد علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية والحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع منظماتهم الاستشفائية.

رابعاً: تحليل نتائج الفقرة الرابعة المحور الثاني

جدول رقم (5-99): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الرابعة المحور الثاني

هل توجد عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام؟		المؤسسة الاستشفائية		Total	
		عمومية	خاصة		
هل توجد عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام؟	نعم	Count التكرار	13	3	16
		%النسبة	40.6%	9.4%	50.0%
	لا	Count التكرار	5	11	16
		%النسبة	15.6%	34.4%	50.0%
Total		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 16 مستجوب أكدوا أن وجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام وهو ما يمثل نسبة 50% من مجموع المستجوبين بينما 16 مستجوب نفوا ذلك وهو ما يمثل نسبة 50% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها الذين نفوا وجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام مساوي للذين نفوا ذلك. وعند تفصيل النتائج يتضح أنه 16 مستجوب الذي أجابوا بنعم 13 مستجوب من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 40.60% من إجمالي المستجوبين و 03 مستجوب من القطاع الصحي الخاص. ومن بين 16 مستجوب الذين أجابوا بلا نجد 05 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 15.6% و 11 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 34.4%.

جدول رقم (5-100): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.127 ^a	1	.004		

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

الاستشفائية، إي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ووجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتهم الصحية لقياس أدائها المستدام، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ووجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.004 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ووجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه الذي بين أن المنظمات الاستشفائية العامة أكثر اهتماما بإيجاد عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام من مؤسسات القطاع الخاص. ويمكن ارجاع ذلك حسب مدرء ومسيرى المنظمات الاستشفائية العامة أنهم ملزمون بتقديم خدمة صحية مجانية وترقى للاستجابة لتطلعات المرضى واحترام القوانين والتسيير الجيد للنفايات الطبية.

المطلب الثالث: اختبار صحة الفرضية الثالثة

في هذا المطلب تتم عملية اختبار صحة الفرضية الثالثة من الدراسة والتي جاءت صياغتها على النحو التالي: "تتم عمليات الاتصال وإدارة العلاقات العامة للمؤسسات ميدان الدراسة في اتجاه تحقيق التنمية المستدامة".

الفرع الأول: اختبار صحة الفرضية الثالثة لدى المؤسسات الاستشفائية العامة

من خلال المعالجة الإحصائية تبين أن عملية الاتصال وإدارة العلاقات العامة لا تتم في اتجاه تحقيق التنمية المستدامة.

جدول رقم (5-101): جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية العامة "المحور الثالث"

الفقرة	الإجابة	التكرارات والنسب المئوية	المؤسسات الاستشفائية العامة
هل تتبنى منظماتكم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟	نعم	Count التكرار	12
	لا	Count التكرار	6
هل مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتكم الاستشفائية؟	نعم	Count التكرار	10
	لا	Count التكرار	8
هل يوجد تحديد جيد من طرف منظماتكم الاستشفائية للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟	نعم	Count التكرار	9
	لا	Count التكرار	9
هل توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتكم الاستشفائية؟	نعم	Count التكرار	9
	لا	Count التكرار	9

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

حيث يتضح من الجدول اختلاف بين مديري والإطارات المسيرة حول تبني منظماتكم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية حيث أجاب 12 مستوجب ب"لا" في حين أجاب فقط 06 مستجوبين ب"نعم". وأكد 10 من المستجوبين أن مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

الاجتماعية لا يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتهم الاستشفائية و 09 منهم أنه لا يوجد تحديد جيد للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية مع تأكيد نفس العدد على انعدام مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يتم الاتصال حولها. ونفس العدد على وجودها.

مما سبق وفي ظل التفاوت بين الاجابات بين النفي والتأكيد والنظر إلى أهمية الالفقرتين الأولى والثانية في تشخيص التوجه للمدراء والاطارات المسيرة فإنه نخلص إلى نفي الفرضية " عملية الاتصال وإدارة العلاقات العامة تتم في اتجاه تحقيق التنمية المستدامة في المنظمات الاستشفائية الخاصة".

الفرع الثاني: اختبار صحة الفرضية الثالثة لدي المؤسسات الاستشفائية الخاصة

من خلال المعالجة الإحصائية تبين أن عملية الاتصال وإدارة العلاقات العامة لا تتم في اتجاه تحقيق التنمية المستدامة.

جدول رقم (5-102): جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية الخاصة "المحور الثالث"

المؤسسات الاستشفائية الخاصة	التكرارات والنسب المئوية	الإجابة	الفقرة
3	Count التكرار	نعم	هل تتبنى منظماتكم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟
11	Count التكرار	لا	
0	Count التكرار	نعم	هل مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتكم الاستشفائية؟
14	Count التكرار	لا	
0	Count التكرار	نعم	هل يوجد تحديد جيد من طرف منظماتكم الاستشفائية للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟
14	Count التكرار	لا	
0	Count التكرار	نعم	هل توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتكم الاستشفائية؟
14	Count التكرار	لا	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

حيث يتضح من الجدول أن مديري والإطارات المسيرة يرون أن منظماتهم الاستشفائية الخاصة لا تتبنى منظماتهم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية حيث أجاب 11 مستوجب بـ"لا" في حين أجاب فقط 03 مستجوبين بـ"نعم". وأكد كل المستجوبين أن مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية لا يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتهم الاستشفائية وأنه لا يوجد تحديد جيد للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية مع تأكيدهم على إنعدام مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يتم الاتصال حولها.

مما سبق نخلص إلى نفي الفرضية " عملية الاتصال وإدارة العلاقات العامة تتم في اتجاه تحقيق التنمية المستدامة في المنظمات الاستشفائية الخاصة".

الفرع الثالث: المقارنة بين نتائج المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

فيما يخص الاتصال والعلاقات العامة ومن خلال الدراسة الاحصائية تبين لنا أنه ورغم تبين أن عملية الاتصال وإدارة العلاقات العامة لا تتم في اتجاه تحقيق التنمية المستدامة في كليهما إلا أن المؤسسات الاستشفائية العامة توفقت على المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

أولاً: تحليل نتائج الفقرة الأولى المحور الثالث

جدول رقم (5-103): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الأولى المحور الثالث

هل تتبنى منظمتكم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟	المؤسسة الاستشفائية		المجموع		
	عمومية	خاصة			
هل تتبنى منظمتكم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟	نعم	Count التكرار	12	3	15
		%النسبة	37.5%	9.4%	46.9%
	لا	Count التكرار	6	11	17
		%النسبة	18.8%	34.4%	53.1%
Total		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 15 مستجوب أكدوا أن منظمتهم الاستشفائية تتبنى الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية وهو ما يمثل نسبة 46.90% من مجموع المستجوبين بينما 17 مستجوب نفوا ذلك وهو ما يمثل نسبة 53.10% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها الذين نفوا وجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظمتكم الصحية لقياس أدائها المستدام مساوي للذين نفوا ذلك.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه 15 مستجوب الذي أجابوا بنعم نجد 12 مستجوب من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 37.50% من إجمالي المستجوبين و03 مستجوب من القطاع الصحي الخاص. ومن بين 17 مستجوب الذين أجابوا بلا نجد 06 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 18.8% و11 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 34.4%.

جدول رقم (5-104): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.472 ^a	1	.011		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

تبنيتها الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتنص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وتبنيتها الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.011 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة (H1) التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية (مشتة إحصائياً) بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وتبنيتها الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه.

ثانياً: تحليل نتائج الفقرة الثانية المحور الثالث

جدول رقم (5-105): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثانية المحور الثالث

هل مفهومى التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتكم الاستشفائية؟	المؤسسة الاستشفائية		Total		
	عمومية	خاصة			
هل مفهومى التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتكم الاستشفائية؟	نعم	Count التكرار	10	0	10
		%النسبة	31.3%	0.0%	31.3%
	لا	Count التكرار	8	14	22
		%النسبة	25.0%	43.8%	68.8%
Total	Count التكرار	18	14	32	
	%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%	

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 10 مستجوب أكدوا أن مفهومى التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتهم الاستشفائية وهو ما يمثل نسبة 31.3% كلهم من القطاع الصحي العام. بينما 22 مستجوب نفوا ذلك وهو ما يمثل نسبة 68.8% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها الذين نفوا مفهومى التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتهم الاستشفائية .

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه 10 مستجوب الذي أجابوا بنعم نجد 10 مستجوب من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 31.3% من إجمالي المستجوبين و00 مستجوب من القطاع الصحي الخاص. ومن بين 22 مستجوب الذين أجابوا بلا نجد 08 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 25% و14 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 43.80% .

جدول رقم (5-106): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.313 ^a	1	.001		

المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول "إعتبار مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتكم الاستشفائية عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أداؤها المستدام، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتنبأ على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية واعتبارها مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتكم الاستشفائية، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.001 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية اعتبار مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتكم الاستشفائية، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه الذي بين أن المنظمات الاستشفائية العامة أكثر اعتبارا لمفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية كجزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتكم الاستشفائية من مؤسسات القطاع الخاص. ويمكن الرجوع لذلك أن المؤسسات العمومية ترى أنها ملزمة بمطابقة القوانين والتشريعات وليس لديها مجال للمبادرة الفردية بل مطابقة القوانين والإجراءات.

ثالثا: تحليل نتائج الفقرة الثالثة المحور الثالث

جدول رقم (5-107): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثالثة المحور الثالث

هل يوجد تحديد جيد من طرف منظماتكم الاستشفائية للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟	المؤسسة الاستشفائية		المجموع		
	عمومية	خاصة			
هل يوجد تحديد جيد من طرف منظماتكم الاستشفائية للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟	نعم	Count	9	0	9
		% of Total	28.1%	0.0%	28.1%
	لا	Count	9	14	23
		% of Total	28.1%	43.8%	71.9%
Total	Count	18	14	32	
	% of Total	56.3%	43.8%	100.0%	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 09 مستجوب أكدوا أنه يوجد تحديد جيد من طرف منظماتكم الاستشفائية للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية وهو ما يمثل نسبة 28.1% كلهم من القطاع الصحي العام. بينما 23 مستجوب نفوا ذلك وهو ما يمثل نسبة 71.9% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها أكدوا أنه لا يوجد تحديد جيد من طرف منظماتكم الاستشفائية للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية أكبر من المستجوبين الذين أكدوا ذلك.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه 10 مستجوب الذي أجابوا بنعم نجد 10 مستجوب من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 31.3% من إجمالي المستجوبين و 00 مستجوب من القطاع الصحي الخاص. ومن بين 23 مستجوب الذين أجابوا بلا نجد 09 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 28.1% و 14 مستجوب من القطاع الخاص بما نسبته 43.80% .

جدول رقم (5-108): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.739 ^a	1	.002		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول "أنها تحدد بشكل جيد الجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتنبأ على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وتحديدها الجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.001 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وتحديدها الجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه الذي بين أن المنظمات الاستشفائية العامة أكثر تحديدا الجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية من مؤسسات القطاع الخاص.

رابعا: تحليل نتائج الفقرة الرابعة المحور الثالث

جدول رقم (5-109): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الرابعة المحور الثالث

هل توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتكم الاستشفائية؟	المؤسسة الاستشفائية		Total		
	عمومية	خاصة			
هل توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتكم الاستشفائية؟	نعم	Count التكرار	10	0	10
		%النسبة	31.3%	0.0%	31.3%
	لا	Count التكرار	8	14	22
		%النسبة	25.0%	43.8%	68.8%
Total		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومطالبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 10 مستجوب أكدوا أنه توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتهم الاستشفائية وهو ما يمثل نسبة 31.3% كلهم من القطاع الصحي العام. بينما 22 مستجوب نفوا ذلك وهو ما يمثل نسبة 68.8% من المستجوبين. أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها أكدوا أنه لا توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتهم الاستشفائية أكبر من المستجوبين الذين أكدوا ذلك.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه 10 مستجوب الذي أجابوا بنعم نجد 10 مستجوب من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 31.3% من إجمالي المستجوبين و 00 مستجوب من القطاع الصحي الخاص. ومن بين 22 مستجوب الذين أجابوا بلا نجد 08 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 25% و 14 مستجوب من القطاع الخاص بما نسبته 43.80% .

جدول رقم (5-110): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.313 ^a	1	.001		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول وجود مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتكم الاستشفائية، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتنبأ على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ووجود مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتكم الاستشفائية، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.001 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ووجود مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتهم الاستشفائية، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه الذي بين أن المنظمات الاستشفائية العامة يتواجد بها عدد أكبر من مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتهم الاستشفائية من مؤسسات القطاع الخاص.

خامسا: تحليل نتائج الفقرة الخامسة المحور الثالث

جدول رقم (5-111): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الخامسة المحور الثالث

هل الوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية تم مراعاة أن تكون صديقة للبيئة؟		المؤسسة الاستشفائية		Total	
		عمومية	خاصة		
هل الوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية تم مراعاة أن تكون صديقة للبيئة؟	نعم	Count التكرار	9	0	9
		%النسبة	28.1%	0.0%	28.1%
	لا	Count التكرار	9	14	23
		%النسبة	28.1%	43.8%	71.9%
Total		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 09 مستجوب أكدوا أن منظماتهم الاستشفائية تستخدم في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية وسائل صديقة للبيئة وهو ما يمثل نسبة 28.1% من مجموع المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن غالبية المستجوبين المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها الذين نفوا وجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام مساوي للذين نفوا ذلك. وعند تفصيل النتائج يتضح أنه 15 مستجوب الذي أجابوا بنعم نجد 12 مستجوب من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 37.50% من إجمالي المستجوبين و03 مستجوب من القطاع الصحي الخاص. ومن بين 17 مستجوب الذين أجابوا بلا نجد 06 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 18.8% و 11 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 34.4%.

جدول رقم (5-112): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.739 ^a	1	.002		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول "مراعاة الوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية أن تكون صديقة للبيئة، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتنص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومراعاة الوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية أن تكون صديقة للبيئة، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

0.002 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومراعاة الوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية أن تكون صديقة للبيئة، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه الذي بين أن المنظمات الاستشفائية العامة أكثر مراعاة لوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية أن تكون صديقة للبيئة من مؤسسات القطاع الخاص. ويمكن ارجاع ذلك أن المنظمات الاستشفائية العمومية ترى أنها ملزمة بمطابقة القوانين والتشريعات.

سادسا: تحليل نتائج الفقرة السادسة المحور الثالث

جدول رقم (5-113): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة السادسة المحور الثالث

الفقرة: هل تقوم منظماتكم الاستشفائية بتكوين موظفيها حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟		المؤسسة الاستشفائية		Total	
		عمومية	خاصة		
هل تقوم منظماتكم الاستشفائية بتكوين موظفيها حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟	نعم	Count التكرار	14	0	14
		%النسبة	43.8%	0.0%	43.8%
	لا	Count التكرار	4	14	18
		%النسبة	12.5%	43.8%	56.3%
Total		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 14 مستجوب أكدوا أن قيام منظماتهم الاستشفائية بتكوين موظفيها حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية وهو ما يمثل نسبة 43.80% من مجموع المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن غالبية المستجوبين المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها الذين نفوا وجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أداؤها المستدام مساوي للذين نفوا ذلك.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه 14 مستجوب الذي أجابوا بنعم كلهم من القطاع الصحي العام وهو ما يمثل نسبة 43.80% من إجمالي المستجوبين وصفر مستجوب من القطاع الصحي الخاص. ومن بين 18 مستجوب الذين أجابوا بلا نجد 04 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 12.5% و 14 مستجوب من القطاع الخاص بما نسبته 43.80%. وسؤالنا عن طبيعة ومجالات التكوين فوجدنا غالبتها تدور حول تسيير النفائات وإدارة الازمات.

جدول رقم (5-114): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19.358 ^a	1	.000		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

الاستشفائية، إي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول "قيام منظماتهم الاستشفائية بتكوين موظفيها حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية"، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وقيام منظماتهم الاستشفائية بتكوين موظفيها حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.0009 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وقيام منظماتهم الاستشفائية بتكوين موظفيها حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية.

المطلب الرابع: اختبار صحة الفرضية الرابعة

في هذا المطلب تتم عملية اختبار صحة الفرضية الثالثة من الدراسة والتي جاءت صياغتها على النحو التالي: "تتبنى المنظمات الاستشفائية ميدان الدراسة سياسات الشراء المستدام استجابة لتحقيق متطلبات التنمية المستدامة". وذلك باختبار العينة وتأكيد النتائج المتوصل إليها في المبحث السابق، والتي تم فيها استخدام كل من المتوسط الحسابي والتكرارات والنسب المئوية.

الفرع الأول: اختبار صحة الفرضية الرابعة لدى المؤسسات الاستشفائية العامة

جدول رقم (5-115): جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية العامة "المحور الرابع"

المؤسسات الاستشفائية العامة	التكرارات والنسب المئوية	الإجابة	الفقرة
15	التكرار Count	نعم	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها؟
3	التكرار Count	لا	
14	التكرار Count	نعم	سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتكم الاستشفائية تخضع لاعتبارات معينة؟
4	التكرار Count	لا	
8	التكرار Count	نعم	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا؟
10	التكرار Count	لا	
13	التكرار Count	نعم	هل تأخذ منظماتكم الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟
5	التكرار Count	لا	

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول أنه بالنسبة للفقرة الأولى فمن بين 18 مستجوب 15 أجابوا بنعم حول قيام منظماتهم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها وتحص تحديدا الحفاظ على البيئة والصحة والسلامة المهنية، وأكد 14 مستجوب على أن سياسات الشراء في منظماتهم الاستشفائية تتم وفق متطلبات التنمية المستدامة و13 مستجوب على أن منظماتهم الاستشفائية تأخذ بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في عمليات الشراء مع تأكيد الغالبية على عدم قيام منظماتهم بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا وإنما قانون الصفقات العمومية فقط.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

تم تأكيد الفرضية من خلال إجابات مديري وإطارات المنظمات الاستشفائية العمومية، لكن رغم ذلك حيث أنه ورغم الجهود المبذولة إلا أن عمليات التمويل لا تستجيب لمتطلبات الشراء المستدام، حيث أنه من خلال الدراسة ورغم وجود دفاتر شروط للشراء إلا أنها لا تتوافق مع الأدبيات النظرية والمعيارية لشروط التمويل المستدام.

الفقرة " سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتكم الاستشفائية تخضع لاعتبارات معينة"

الفرع الثاني: اختبار صحة الفرضية الرابعة لدى المؤسسات الاستشفائية الخاصة

جدول رقم (5-116): جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية الخاصة "المحور الرابع"

المؤسسات الاستشفائية الخاصة	التكرارات والنسب المئوية	الإجابة	الفقرة
4	Count التكرار	نعم	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها؟
10	Count التكرار	لا	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها؟
1	Count التكرار	نعم	سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتكم الاستشفائية تخضع لاعتبارات معينة؟
13	Count التكرار	لا	سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتكم الاستشفائية تخضع لاعتبارات معينة؟
0	Count التكرار	نعم	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا؟
14	Count التكرار	لا	هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا؟
0	Count التكرار	نعم	هل تأخذ منظماتكم الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟
14	Count التكرار	لا	هل تأخذ منظماتكم الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول أنه بالنسبة للفقرة الأولى فمن بين 14 مستجوب 04 أجابوا بنعم حول قيام منظماتهم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها وتخص تحديد الصحة والسلامة المهنية، وأكد 13 مستجوب على أن سياسات الشراء في منظماتهم الاستشفائية لا تتم وفق متطلبات التنمية المستدامة وكل المستجوبين أكدوا أن منظماتهم الاستشفائية لا تأخذ بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في عمليات الشراء مع تأكيد الغالبية (13 مستجوب) على عدم قيام منظماتهم بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا.

مما سبق تم نفي الفرضية حيث من خلال الدراسة لا توجد جهودات تجعل عملية التمويل تستجيب لمتطلبات الشراء المستدام لدى المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

الفرع الثالث: المقارنة بين نتائج المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة:

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

المنظمات الاستشفائية العمومية أكثر استجابة من المنظمات الاستشفائية الخاصة لشروط الشراء المستدام من المؤسسات الاستشفائية الخاصة والتي تسير فيها عمليات التمويل بدون إعداد دفاتر شروط ولا يدرج الالتزام البيئي للمورد فيها.

أولاً: تحليل نتائج الفقرة الأولى المحور الرابع:

جدول رقم (5-117): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الأولى المحور الرابع

هل قامت منظمتكم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها؟	المؤسسة الاستشفائية		Total		
	عمومية	خاصة			
هل قامت منظمتكم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها؟	نعم	Count التكرار	15	4	19
		%النسبة	46.9%	12.5%	59.4%
	لا	Count التكرار	3	10	13
		%النسبة	9.4%	31.3%	40.6%
Total المجموع		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 19 مستجوب يرون بأن منظماتهم الاستشفائية قامت بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها وهو ما يمثل نسبة 59.4% من مجموع المستجوبين بينما 13 مستجوب يرون بأن منظماتهم الاستشفائية لم تقم بذلك وهو ما يمثل نسبة 40.6% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي تقوم بإدراج معايير خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها أكبر من نسبة المنظمات الاستشفائية التي لا تقوم بإدراج هذه المعايير.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 19 مستجوب الذي أجابوا بنعم 15 مستجوب من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 46.9% من إجمالي المستجوبين و04 مستجوبين من القطاع الخاص، أي بما نسبته 12.5% من إجمالي المستجوبين، ومن بين 32 مستجوب الذين أجابوا بلا 03 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 9.4% و10 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 31.3%، وبالتالي يمكن أن نستنتج من هذه البيانات أن منظمات القطاع العام هي الأكثر اهتماما بإدراج معايير خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها مقارنة بمنظمات القطاع الخاص.

جدول رقم (5-118): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided) مستوى المعنوية	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.791 ^a	1	.002		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، إي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومدى إدراجها للمعايير الخاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتنص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومدى إدراجها للمعايير الخاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.002 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومدى إدراجها للمعايير الخاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه الذي بين أن المنظمات الاستشفائية العامة أكثر اهتماما بإدراج معايير التنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها من مؤسسات القطاع الخاص. ويرجع السبب في ذلك إلى التزام أكبر من المؤسسات العمومية الاستشفائية بتطبيق القوانين واحترام دفاتر الشروط وتطبيق سياسات الدولة الصحية.

ثانيا: تحليل نتائج الفقرة الثانية المحور الرابع

جدول رقم (5-119): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثانية المحور الرابع

سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتكم الاستشفائية تخضع لاعتبارات معينة		المؤسسة الاستشفائية		Total	
		عمومية	خاصة		
هل سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتكم الاستشفائية تخضع لاعتبارات معينة؟	نعم	Count التكرار	14	1	15
		%النسبة	43.8%	3.1%	46.9%
	لا	Count التكرار	4	13	17
		%النسبة	12.5%	40.6%	53.1%
Total المجموع		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 15 مستجوب يرون بأن سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في منظماتهم الاستشفائية تخضع لاعتبارات معينة وهو ما يمثل نسبة 46.9% من مجموع المستجوبين بينما 17 مستجوب يرون بأن منظماتهم الاستشفائية لم تقم بذلك وهو ما يمثل نسبة 53.10% من المستجوبين.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 15 مستجوب الذي أجابوا بنعم 14 مستجوب من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 43.80% من إجمالي المستجوبين ومستجوب من القطاع الخاص، أي بما نسبته 3.1% من إجمالي المستجوبين، ومن بين 17 مستجوب الذين أجابوا بلا 04 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 12.5% و13 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 40.6%، وبالتالي يمكن أن نستنتج من هذه البيانات أن منظمات

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

القطاع العام سياسة الشراء بما وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية تخضع لاعتبارات معينة مقارنة بمنظمات القطاع الخاص.

جدول رقم (5-120): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.778 ^a	1	.000		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومدى إدراجها للمعايير الخاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتنبأ على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومدى إدراجها للمعايير الخاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.002 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومدى إدراجها للمعايير الخاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه الذي بين أن المنظمات الاستشفائية العامة أكثر اهتماما بإدراج معايير التنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها من مؤسسات القطاع الخاص. ويرجع السبب في ذلك إلى التزام أكبر من المؤسسات العمومية الاستشفائية بتطبيق القوانين واحترام دفاتر الشروط وتطبيق سياسات الدولة الصحية.

ثالثا: تحليل نتائج الفقرة الثالثة المحور الرابع

جدول رقم (5-121): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثالثة المحور الرابع

هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا؟ * المؤسسة الاستشفائية		المؤسسة الاستشفائية		Total	
		عمومية	خاصة		
هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا؟	نعم	Count التكرار	8	0	8
	%النسبة		25.0%	0.0%	25.0%
لا	Count التكرار	10	14	24	
	%النسبة		31.3%	43.8%	75.0%
Total		Count التكرار	18	14	32
		%النسبة	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 08 مستجوب يرون أن منظماتهم الاستشفائية قامت بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وهو ما يمثل نسبة 25% من مجموع المستجوبين بينما 24 مستجوب يرون بأن منظماتهم الاستشفائية لم تقم بذلك وهو ما يمثل نسبة 75% من المستجوبين.

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 08 مستجوب الذي أجابوا بنعم 08 مستجوب من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 25% من إجمالي المستجوبين وصفر مستجوب من القطاع الخاص، ومن بين 24 مستجوب الذين أجابوا بلا 10 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 31.3% و 14 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 43.8%، وبالتالي يمكن أن نستنتج من هذه البيانات أن منظمات القطاع العام سياسة التكوين بها ستجيب لتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا.

جدول رقم (5-122): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	8.296 ^a	1	.004		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومدى ادراجها للمعايير الخاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر شروط مشترياتها، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتنبأ على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وقيام منظماتهم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.004 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وقيام منظماتهم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه الذي بين أن المنظمات الاستشفائية العامة أكثر اهتماما بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا من مؤسسات القطاع الخاص. ويرجع السبب في ذلك إلى التزام أكبر من المؤسسات العمومية الاستشفائية بتطبيق القوانين واحترام دفاتر الشروط وتطبيق سياسات الدولة الصحية.

رابعاً: تحليل نتائج الفقرة الرابعة المحور الرابع

جدول رقم (5-123): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الرابعة المحور الرابع

هل تأخذ منظماتكم الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟	المؤسسة الاستشفائية		Total		
	عمومية	خاصة			
هل تأخذ منظماتكم الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟	نعم	Count التكرار	13	0	13
		%النسبة	40.6%	0.0%	40.6%
	لا	Count التكرار	5	14	19

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

		%النسبة	15.6%	43.8%	59.4%
Total	Count التكرار		18	14	32
	%النسبة		56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول انه بشكل عام 13 مستجوب يرون أن منظماتهم الاستشفائية تأخذ في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية وهو ما يمثل نسبة 40.6% من مجموع المستجوبين بينما 19 مستجوب يرون بأن منظماتهم الاستشفائية لم تقم بذلك وهو ما يمثل نسبة 59.4% من المستجوبين. وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 13 مستجوب الذي أجابوا بنعم 13 مستجوب من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 40.6% من إجمالي المستجوبين وصفر مستجوب من القطاع الخاص، ومن بين 23 مستجوب الذين أجابوا بلا 05 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 15.6% و 14 مستجوبين من القطاع الخاص بما نسبته 43.8%، وبالتالي يمكن أن نستنتج من هذه البيانات أن المنظمات الاستشفائية أكثر أخذاً بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في عملية الشراء.

جدول رقم (5-124): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.029 ^a	1	0.0009		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية ومدى ادراجها للمعايير الخاصة بالتنمية المستدامة في دفا تر شروط مشترياتها، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فتتنبى على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول أخذ المنظمة الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.0009 وهو أقل من 5% وبالتالي نقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول أخذ المنظمة الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه الذي بين أن المنظمات الاستشفائية العامة أكثر اهتماما حول أخذ المنظمة الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية، من مؤسسات القطاع

الفصل الخامس:دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستخدمة للمنظمات الاستشفائية محل الدراسة

الخاص. ويرجع السبب في ذلك إلى التزام أكبر من المؤسسات العمومية الاستشفائية بتطبيق القوانين واحترام دفاتر الشروط وتطبيق سياسات الدولة الصحية.

خامسا: تحليل نتائج الفقرة الخامسة المحور الرابع

جدول رقم (5-125): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الخامسة المحور الرابع

		المؤسسة الاستشفائية		Total	
		عمومية	خاصة		
هل تبني منظمتكم الاستشفائية استراتيجية تمويل للحد من استخدام الأغلفة					
هل تبني منظمتكم الاستشفائية استراتيجية تمويل للحد من استخدام الأغلفة	نعم	Count	12	11	23
		% of Total	37.5%	34.4%	71.9%
	لا	Count	6	3	9
		% of Total	18.8%	9.4%	28.1%
Total		Count	18	14	32
		% of Total	56.3%	43.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من الجدول الأول أنه بشكل عام 23 مستجوب يرون أن منظمتهم الاستشفائية تبني استراتيجية تمويل للحد من استخدام الأغلفة وهو ما يمثل نسبة 71.9% من مجموع المستجوبين بينما 9 مستجوب يرون بأن منظمتهم الاستشفائية لم تقم بذلك وهو ما يمثل نسبة 28.1% من المستجوبين.

وعند تفصيل النتائج يتضح أنه من بين 23 مستجوب الذي أجابوا بنعم 12 مستجوب من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 37.5% من إجمالي المستجوبين و11 مستجوب من القطاع الخاص، ومن بين 09 مستجوب الذين أجابوا بلا 06 مستجوبين من القطاع العام وهو ما يمثل نسبة 18.8% و03 مستجوب من القطاع الخاص بما نسبته 9.4% وبالتالي يمكن أن نستنتج من هذه البيانات أنه تقارب في الإجابات بين المنظمات الاستشفائية الخاصة والعام.

جدول رقم (5-126): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة

اختبار كاي مربع للاستقلالية Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.552 ^a	1	.457		

المصدر: من إعداد الطالب استنادا إلى مخرجات برنامج SPSS.

وبالاعتماد على نتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية (Chi-Square Test) والذي يعتمد على الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين: الفرضية المبدئية (H0) إجابات المستجوبين مستقلة عن القطاع التي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية، أي ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية حول تبني المنظمة الاستشفائية استراتيجية تمويل للحد من استخدام الأغلفة، أما الفرضية البديلة لهذا الاختبار (H1) فننص على أنه هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وتبني المنظمة الاستشفائية استراتيجية تمويل للحد من استخدام الأغلفة، ومن خلال نتائج الاختبار نلاحظ أن مستوى المعنوية (Significance) يساوي 0.457 وهو أكبر من 5% وبالتالي نقبل الفرضية المبدئية (H0) التي تنص أنه ليس هناك علاقة ذات معنوية إحصائية بين القطاع الذي تنتمي إليه المنظمات الاستشفائية وتبني المنظمة الاستشفائية استراتيجية تمويل للحد من استخدام الأغلفة، وهو ما يتوافق مع نتائج التحليل الوصفي أعلاه.

خلاصة الفصل

من خلال هذه الدراسة التطبيقية والتي تطرقت بداية إلى دراسة تقييمية للقطاع الصحي لولاية برج بوعريج والإشارة إلى مكوناته والنقائص المسجلة على مستوى مؤسساته بمختلف أنواعها والتي تم تفصيلها في الدراسة والتي تؤكد مقولة أن الصحة بالجزائر مريضة خاصة في ظل تسجيل أمراض كان الأولى أن لا تظهر في ظل منظومة صحية متقدمة. استعرضنا في هذه الدراسة النقائص المسجلة على مستوى كل مؤسسة صحية والتي أهمها: نقص التأطير بكل من:

- قابلات؛
- أطباء عامون؛
- أطباء أخصائيون، خاصة أخصائي القلب، وطب النساء، وأخصائي الأشعة؛
- انعدام سلك المرشدة الاجتماعية، وكذلك المخبريين ومشغلي جهاز الأشعة؛
- أعوان النظافة؛
- أعوان الأمن والسائقين.

بالإضافة إلى الانقطاع المتكرر لمواد التحليل المخبرية والتعطل المتكرر لأجهزة الأشعة مع نقص في سيارات الإسعاف والسيارات النفعية.

تبين لنا من خلال تحليل نتائج الاستبيان وإجابات مدراء والإطارات المسيرة للمنظمات الاستشفائية العامة والخاصة عينة الدراسة وأنه رغم إدراكهم لمفهوم وأهمية التنمية المستدامة إلى أن إدماجها إداريا مع إقرارهم منظماتهم الاستشفائية لم تقم بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة وأنها تكتفي بالتسيير التقليدي وليس المستدام للنفايات الطبية رغم إقرارهم بوجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتهم الصحية لقياس أدائها المستدام خاصة المتعلقة بالصحة والسلامة المهنية وتسيير النفايات، مع غياب كل من شفافية في عملية الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية المجتمعية وعدم تبني سياسات الشراء المستدام.

خاتمة عامة

تحقيق الإدارة المستدامة لكل مكونات المنظومة الصحية الأمل بالنسبة للشعوب والمجتمعات، والمخرج والسبيل لحل المشاكل الاقتصادية، و الاجتماعية والظواهر البيئية، وقد أثر التقدم الصناعي والعلمي وما خلفه من آثار سلبية على صحة وسلامة الأفراد.

وتعتبر النفايات الطبية من أكبر الأخطار التي تهدد الصحة ورفاه المجتمعات، وسيكون لها تأثيرا كبيرا على صحة المواطنين وآثارها تتجاوز حدود الدولة الواحدة. وتتحج الأظنار الؤوم نحو المنظمات الاستشفائية لطبيعة الدور المنوط بها وهو توفير خدمات الرعاية الصحية، حيث لديها المفاتيح للعب دور في الحد من انبعاثات الكربون ودعم السكان المحليين من أجل التكيف مع تغير المناخ، وسيكون لها القدرة على احتضان مشروعات التعاون والابتكار وتحديد وسائل القيادة الأعلى للرعاية السريرية وتحقيق الجودة من خلال التحسينات البيئية.

غير أن الكثير من مستشفيات دول العالم الثالث ومنها الجزائر تعاني اليوم من مشكلة تحقيق استدامتها الإقتصادية، البيئية والإجتماعية وإدارة الأزمات والمخاطر في ظل وجود العديد من المعوقات والتي تم التفصيل فيها في الجزء النظري للأطروحة.

حاولنا من خلال هذه الدراسة الموسومة بعنوان " متطلبات وعوائق الإدارة المستدامة للمنظمات الإستشفائية-دراسة عينة من المنظمات الاستشفائية الجزائرية-، التفصيل في الأدبيات النظرية المرتبطة بالموضوع ولأجل ذلك تم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول:

- ◀ الفصل الأول: الإطار النظري للمنظمات الاستشفائية في الجزائر؛
- ◀ الفصل الثاني: آثار المنظمات الاستشفائية وأسس تحقيق إستدامتها؛
- ◀ الفصل الثالث: عوائق الإدارة المستدامة للمنظمات الإستشفائية؛
- ◀ الفصل الرابع : آليات تحسين الإدارة المستدامة للمنظمات الإستشفائية؛
- ◀ الفصل الخامس: دراسة تحليلية لعوائق ومتطلبات الإدارة المستدامة للمنظمات.

أولا: نتائج الدراسة:

إرتأينا تقسيم نتائج الدراسة إلى قسمين الأول نتائج مرتبطة بدراستنا للقطاع الصحي لولاية برج بوعريريج والثاني خاص بتحليل نتائج الاستبيان.

1- النتائج المرتبطة بتقييم القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج:

سجل القطاع الصحي للولاية تحسن عديد المؤشرات مقارنة بالمؤشر الوطني، لكن لازالت الولاية تعاني نقصا في عدد الأطباء العامين والخاصين وشبه الطبيين، أما بالنسبة للعيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج، فإن عددها يغطي بما يكفي تراب الولاية، وبالتالي يحتاج إلى تأطير بشري (طبي، شبه طبي) ووسائل مادية معتبرة مقارنة بالوسائل المتوفرة حاليا. مع تسجيلنا أنه يتم العمل على تدارك النقص العددي لسلك شبه طبي الحاصلين على شهادة بسلك مساعدي التمريض وذلك بعد تكوين متخصص في الأشعة، الأدوات الجراحية.

سجلنا كذلك من خلال الدراسة أن هنالك عديد المشاريع المجددة مصدرها معلومات مقدمة من مديرية الصحة وهو ما يعد عائقا نحو تطوير القطاع وتحسين خدمات الرعاية الصحية.

الدراسة وقفت على أنه لا زالت تسجل حالات مرضية من الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان كالحُمى المالطية، الشمانيات الجلدية وشمانيات الأحشاء. وكثرة التسممات الغذائية خاصة الجماعية منها، حيث تنص الغايات الثلاث عشر المتصلة بالصحة في ظل الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة خاصة البند الثالث على وضع حد لأوبئة الايدز والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض السارية الأخرى بحلول عام 2030. وبالنظر للحالات المسجلة أعلاه فقط على مستوى ولاية برج بوعريج وجب على مكونات القطاع الصحي بذل مجهودات كبيرة في سبيل تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

اتضح من خلال الدراسة أن الدولة تبذل مجهودات لتحسين القطاع الصحي للولاية من خلال مجموعة من

الإجراءات أهمها:

- إنشاء وحدات انتقاء المرضى على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية للمؤسسة الاستشفائية برج بوعريج وتكوين أطباء عاميين في الاستعجالات في إطار التكوين المتواصل؛
- إعادة تفعيل (SAMU) للمؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعريج؛
- تم تحويل وحدة أمراض القلب (06) أسرة إلى مصلحة تحتوي على 30 سرير على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعريج؛
- عملية توسيع وحدة طب الأورام التي انتقلت من 16 إلى 30 سرير مع تكوين أطباء عاميين في هذا الاختصاص؛
- تمت عملية وضع قيد الخدمة قاعة العمليات للمؤسسة العمومية الاستشفائية منصور، والمؤسسة العمومية برج الغدير في مجال الجراحة العامة، وذلك بالتوأمة مع المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بوعريج، والمؤسسة العمومية الاستشفائية رأس الوادي؛
- عملية توأمة مع المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهرا، المستشفى الجامعي دوير، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بن عكنون، الجمعية الفرنكو-جرائية، حيث أجريت عمليات جراحية مستعصية في عدة اختصاصات؛
- إجراء 06 عمليات بالمنظار لأطفال ذوي 03 سنوات للمؤسسة الاستشفائية رأس الوادي؛
- مصلحة الإنعاش على مستوى الولاية انتقلت من 21 سرير إلى 32 سرير مع خلق غرفة (Déchoquage) لمستشفى لخضر بوزيدي تحتوي على 06 أسرة؛
- السهر على توفير الدواء واللوازم وصيانة العتاد الطبي ووضع أجهزة مثبتة للتيار الكهربائي على مستوى المؤسسات؛

توسيع عملية الفحوصات الطبية المتخصصة إلى 29 عيادة العيادات المتعددة الخدمات، وذلك من أجل تقريب الخدمات من المواطن وتخفيف الضغط على المؤسسات الاستشفائية العمومية كما تمت برجة قوافل طبية متخصصة على مستوى المناطق النائية؛

- إنشاء وحدات للاستشفاء المنزلي والطب المتنقل على مستوى المؤسسات؛
- تعويد المريض على احترام السلم العلاجي، وذلك من أجل تخفيف العبء على المستشفيات؛
- إعداد جدول المداومة ولائي يخص اختصاصات حساسة ومهمة مثل (أمراض النساء والتوليد، الأمراض الداخلية وطب الأطفال) لضمان تغطية صحية مثلى.
- وضع أنظمة الإعلام الآلي على مستوى مكاتب الدخول؛
- تعميم استعمال جهاز التعقيم (Autoclave)؛
- إعادة تفعيل لجنة الأدوية مع المكلفين بتسيير الصيدليات على مستوى المؤسسات الصحية للولاية؛
- عمليات تفتيش فجائية على مستوى المؤسسات الصحية التابعة للولاية.

2- النتائج المرتبطة بتحليل نتائج الاستبيان:

- إتضح من خلال الدراسة أنه بشكل عام 21 مستجوب يعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي يسيرونها وهو ما يمثل نسبة 65.6% من مجموع المستجوبين بينما 11 مستجوب يرون بأن منظماتهم الاستشفائية لا تعتقد ذلك وهو ما يمثل نسبة 34.4% من المستجوبين، أي أنه بشكل عام فإن نسبة المنظمات الاستشفائية التي مستجوبوها يعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي يسيرونها أكبر من التي لا تعتقد ذلك.

- خلصت الدراسة أن مديري والإطارات المسيرة يرون أن منظماتهم الاستشفائية لم تقم بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة وأنها تكتفي بالتسيير التقليدي وليس المستدام للنفايات الطبية رغم إقرارهم بوجود عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتهم الصحية لقياس أدائها المستدام خاصة المتعلقة بالصحة والسلامة المهنية وتسيير النفايات. في حين اتفق كل المستجوبين من مديري وإطارات المنظمات الاستشفائية أنه لا يوجد من بين مشاريعهم الحصول على الايزو 14001 أو أي شهادة أخرى لأنهم ليس لهم في ظل منظماتهم مجال لاقتراح وتبني هكذا مشاريع ويجب العمل وفق المخطط الصحي الوطني.

- خلصت الدراسة أن مديري والإطارات المسيرة حول تبني منظماتهم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية حيث أجاب 12 مستجوب بـ"لا" في حين أجاب فقط 06 مستجوبين بـ"نعم". وأكد 10 من المستجوبين أن مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية لا يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها في منظماتهم الاستشفائية و09 منهم أنه لا يوجد تحديد جيد للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية مع تأكيد نفس العدد على انعدام مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يتم الاتصال حولها، ونفس العدد على وجودها.

- أوضحت الدراسة أن من بين 18 مستجوب 15 أجابوا بنعم حول قيام منظماتهم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها وتخص تحديدا الحفاظ على البيئة والصحة والسلامة المهنية، وأكد 14 مستجوب على أن سياسات الشراء في منظماتهم الاستشفائية تتم وفق متطلبات التنمية المستدامة و13 مستجوب على أن منظماتهم الاستشفائية تأخذ بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية في عمليات الشراء مع تأكيد الغالبية على عدم قيام منظماتهم بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول اجتماعيا وبيئيا وإنما قانون الصفقات العمومية فقط.

ثانيا: إختبار الفرضيات:

1- الفرضية الرئيسية: المنظمات الاستشفائية عينة الدراسة مؤهلة بشكل كبير للإستجابة لمتطلبات الإدارة المستدامة للمؤسسات الاستشفائية.

تم نفي الفرضية حيث من خلال تقييم القطاع الصحي للولاية وتشخيص الواقع والمشاكل التي تواجهها المنظمات الاستشفائية خلصنا إلى أن المنظمات الاستشفائية عينة الدراسة غير مؤهلة بشكل كبير للإستجابة لمتطلبات الإدارة المستدامة للمؤسسات الاستشفائية.

ورغم إجابات مدراء وإطارات المنظمات الاستشفائية التي في بعض الأحيان وتقاطعا مع محاور الاستبيان لا تعكس واقع منظماتهم الاستشفائية وبالرجوع إلى محتوى المبحث الأول والذي خصص لواقع القطاع الصحي بالولاية، والتي تعد المنظمات الاستشفائية عينة الدراسة الركيزة الأساسية له نجد عديد المشاكل التي تتخبط فيها والتي بوجودها لا يمكننا الحديث عن الإستجابة لمتطلبات الإستدامة وإنما وجب أولا البحث عن الحلول لهذه المشاكل التي بالمقارنة مع منظمات استشفائية لدول أخرى، تعد هامشية ومن بديهيات الموارد الواجب توافرها والأدبيات البسيطة للتسيير ويمكننا إجمال هذه المعوقات بالنسبة لكل منظمة كالاتي:

المؤسسة العمومية الاستشفائية لخضر بوزيدي

- تزايد الضغط في قاعة العمليات؛
- مصلحة الإنعاش غير كافية (06 أسرة مجهزة، 06 أسرة غير مجهزة)؛
- قدم الأجهزة بمصلحة أمراض القلب (ECHODOPLAIRE)؛
- نقص الأخصائيين في جميع التخصصات، وخاصة أمراض القلب وأخصائي الأشعة (RADIOLOGUE)؛
- المطبخ غير لائق؛
- نقص بعض الأدوية أدوية المخبر (REACTIFS) بالمخبر المركزي؛
- نقص بعض أجهزة المخبر بدار السكري بالعيادة المتعددة الخدمات مونيا (AUTOMATE)؛
- عدم وجود مشغل أجهزة الأشعة بالعيادة المتعددة الخدمات 12 هكتار، وغرفة التبريد بالصيدلية معطلة؛
- نقص الأطباء الأخصائيين في إعادة التأهيل الوظيفي بالعيادة المتعددة الخدمات 1044 كما لاحظنا نقص الشبه الطبي في هذه المصلحة؛

- الفحوصات المتخصصة في التخدير قبل العمليات الجراحية تثير الكثير من الجدل لنقص الأخصائيين في المجال؛
- العيادة المتعددة الخدمات 15 تعاونية مغلقة.

◀ المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بناني رأس الواد

تعاني المؤسسة من قلة الأطباء المختصين في اختصاصات عدة (طب النساء والتوليد، طب التشخيص بالأشعة، طب الأمراض القلبية)، مما انعكس سلبا على نوعية الخدمات، كما وقفنا على أن غرفة العمليات الجراحية متوقفة لعدم تجهيزها.

تم مؤخرا تزويد مستشفى رأس الوادي بجهاز سكانير جديد، ويبقى الإشكال المطروح للمؤسسة يمكن في ضيق مصلحة الاستعمالات، مما يستلزم ضرورة بناء جناح للاستعمالات وحديد قرب المستشفى لتوفر الأرضية.

◀ المؤسسة العمومية الاستشفائية مجانية

الخدمات بهذه المؤسسة مقبولة، مما يؤهلها لاستحداث مصلحة جراحية من شأنها تغطية احتياجات الجهة الشمالية للولاية في هذا الإطار، وتخفيف الضغط على المستشفى المركزي، ووجوب تهيئة الصيدلية وفق المعايير المعمول بها.

◀ المؤسسة العمومية الاستشفائية برج الغدير

- نقص الخدمات الاستشفائية، وتوقف العمليات الجراحية، وهذا راجع للنقص الفادح في التأطير (أطباء أخصائيين، أطباء عامون، ممرضين، قابلات، عمال مهنيين، عمال الإدارة)؛
- مصلحة الأشعة متوقفة.
- مصلحة تصفية الدم تحتاج إلى الأدوية؛
- تعطل بعض الأجهزة مثلا (AUTOCLAVE)؛
- عدم مطابقة غرفة الأشعة للمعايير مع تعطل جهاز الأشعة؛
- انعدام الأخصائيين بمصلحة التوليد؛
- ثلاثة أجهزة أشعة إيكوغرافيا معطلة، وكذا ثلاثة أجهزة تعقيم معطلة؛
- نقص بعض أدوية المخبر؛
- مصلحة حفظ الجثث مجهزة ومغلقة.

◀ المؤسسة العمومية الاستشفائية منصوره:

رغم إصرار وسعي الطاقم الطبي والشبه الطبي والعمال المهنيين والإداريين على تسيير المؤسسة والتكفل بانشغالات الصحة للمواطنين، إلا أنه توجد عديد النقائص أهمها:

- النقص الفادح للتأطير؛
- التدبذب بمصلحة تصفية الدم يوميا نظرا لنقص العمال؛
- نقص القابلات بمصلحة الولادة.

- قاعات العلاج بوقابة والحمرة بلدية المنصورة، الملز، وبلمزيتي بلدية المهير مغلقة؛
- وضعية مصلحة مكافحة مرض السل بلدية المهير غير لائقة؛
- كمية الدواء بالعيادة المتعددة الخدمات بأولاد سيدي ابراهيم غير كافية.

بالإضافة إلى ما سبق، يمكن إجمال بعض النقائص المشتركة:

أ- النقص الملحوظ في المستخدمين: قابلات؛ أطباء عامون؛ أطباء أخصائيون، خاصة أخصائي القلب، وطب النساء، وأخصائي الأشعة؛ انعدام سلك المرشدة الاجتماعية، وكذلك المخبريين ومشغلي جهاز الأشعة؛ أعوان النظافة؛ أعوان الأمن والسائقين.

ب- الانقطاع المتكرر لمواد التحليل المخبرية؛

ت- التعطل المتكرر لأجهزة الأشعة؛

ث- الحظيرة: نقص في سيارات الإسعاف والسيارات النفعية.

مما سبق نستخلص أن تأهيل القطاع الصحي للولاية عموماً والمنظمات الاستشفائية خصوصاً يتطلب بذل مجهودات وموارد جد معتبرة مع توافر الغدارة على التغيير وليس مقاومة التغيير لبناء غد صحي أفضل.

2- الفرضيات الفرعية:

- الفرضية الأولى: لدي مديري وإطارات المنظمات الاستشفائية إدراك تام لمفهوم التنمية الصحية

المستدامة وأسسها ومتطلبات تحقيق أبعادها.

تم تأكيد الفرضية: من خلال إجابات الإطارات المسيرة ومدراء ونواب مدراء المنظمات الاستشفائية تأكدت الفرضية حيث أن نسبة 65.6% بالنسبة للقطاع العام ونسبة 34.4% للقطاع الخاص. أكد إطاراتها أن لهم إدراك تام لمفهوم التنمية المستدامة ومتطلبات تحقيق أبعادها؛

ويمكن إرجاع هذه الفروقات في الإدراك إلى البرامج التكوينية التي يستفيد منها موظفو القطاع العام مقارنة بالقطاع الصحي الخاص. وقد خلصت الدراسة أن المنظمات الاستشفائية تولي أهمية نسبية حسب الإجابات لكل أبعاد التنمية المستدامة إلا أن الأولوية أعطيت للبعد الاقتصادي بنسبة 56.3% لكن يجب الإشارة في هذا الصدد أن المنظمات العمومية أعطت الأولوية للبعد الاجتماعي يليها البيئي ثم الاقتصادي وعند سؤالنا عن السبب أرجعه إطارات إلى مجانية الخدمات الصحية وأن تصرف ميزانيتها في بنودها.

المنظمات الاستشفائية الخاصة في ظل البيئة التنافسية أعطت الأولوية للبعد الاقتصادي، يليه البيئي فالاجتماعي كونها لا تضمن مجانية العلاج.

وفي سبيل تعزيز أدائها الاجتماعي فلامنظمات الاستشفائية تعطي الأولوية للوقاية من المخاطر المهنية والتكوين الصحي والطبي بنسبة 28.9%، يليه التسيير المستدام للموارد البشرية بنسبة 26.7%. وفيما يخص توظيف ذوي الاحتياجات الخاصة بدون تأهيل كانت النسبة 4.4% كلها للمنظمات الاستشفائية العمومية.

المنظمات الاستشفائية محل الدراسة أعطت الأولوية في إجاباتها حول البعد الأيكولوجي لتقليص حجم النفايات بنسبة 31.9%، التحكم في استهلاك الطاقة وترشيده بنسبة 27.5% والتسيير عقلائي لاستهلاك الماء بنسبة 27.5%، بينما حماية التنوع الأيكولوجي فكانت النسبة 4.4% وهو ما لا يتوافق مع متطلبات الاستدامة البيئية. أما فيما يخص البعد الإقتصادي فإن المنظمات الاستشفائية ركزت وبنسب متفاوتة بعدد تكرارات 25 وبنسبة 31.6% على كل من التفكير في التكاليف الكلية، تحليل الاحتياجات والتحكم في المشتريات، بينما الشراء المستدام 5.1% فالمستجوبون يرون أنه لا يتم التركيز على المسؤولية البيئية للموردين قدر تركيزهم على المعايير الاقتصادية البحتة (الجودة، السعر، آجال التسليم والتسديد).

- الفرضية الثانية: تبذل المنظمات الاستشفائية مجهودات في سبيل تحقيق إستدامتها الإقتصادية، البيئية والإجتماعية.

تم نفي الفرضية: حيث خلصنا من خلال هذه الدراسة والمعالجة الاحصائية للاستبيان أن المنظمات الاستشفائية لا تبذل مجهودات واضحة في مجال تحقيق إستدامتها الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية وأن المجهود الوحيد الذي يبذل يتلخص في تسيير النفايات الطبية وفق أساليب تقليدية، حيث اتضح من خلال الدراسة أن 68.8% نسبة الجيبين أجابت بعدم تبني منظمتهن الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية، في حين أن 31.30% أجابت بـ "نعم".

إطارات المنظمات الاستشفائية العمومية في هذه النقطة أشاروا أنهم ملزمون باللوائح والقوانين وأنه حتى وإن كانت لهم أفكار في مجال الاستدامة فهي تصطدم بتلك الحواجز والعراقيل التشريعية والتنظيمية.

- الفرضية الثالثة: تتم عمليات الاتصال وإدارة العلاقات العامة للمؤسسات ميدان الدراسة في إتجاه تحقيق التنمية المستدامة .

تم نفي الفرضية: لغياب إدارة عمليات الاتصال والعلاقات العامة بما يتيح تحقيق التبني السليم للممارسات المستدامة، حيث اتضح من خلال الاجابة على أسئلة المحور أن يتضح من نتائج الجدول أن الغالبية العظمى بنسبة 90.9% رغم أنها ترى أن تبني منظمتهن الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبر فرصة للإدارة لتحقيق نتائج إيجابية وتعزيز توجهها مع حشد وتركيز جهود الأفراد في كل المستويات نحو تحقيق التنمية الصحية المستدامة وتحسين جودة الخدمات الصحية، وبالرغم من ذلك فلم نلمس هكذا ممارسات فعلية، إلا أنها كتمارسه فعلية في أرض الواقع غائبة ومن أهم هذه المؤشرات يرى 14 مستجوب بنسبة 43.8% أن منظمتهن الاستشفائية تقوم بتكوين عمالها حول التنمية المستدامة وحول استفسارنا حول طبيعة البرامج التكوينية، خلصنا أنهم يقصدون التكوين الطبي وإدارة المخاطر وبدرجة أكبر تسيير النفايات الطبية، في حين ترى نسبة 56.3% أن منظمتهن الاستشفائية لا تقوم بتكوين عمالها حول المفهومين.

- الفرضية الرابعة: تتبني المنظمات الاستشفائية ميدان الدراسة سياسات الشراء المستدام إستجابة لتحقيق متطلبات التنمية المستدامة.

تم نفي الفرضية: رغم وجود بعض الممارسات لدى المنظمات الاستشفائية العمومية في عملية إعداد دفاتر الشروط في المجال البيئي والصحة والسلامة المهنية، تبقى المعايير الاقتصادية "سعر، جودة، آجال التسليم والتسديد" هي الفاصل في عملية انتقاء الموردين. وخلصت الدراسة إلى أن نسبة 59.4% من المستجوبين ترى أن منظماتهم الاستشفائية قامت بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها والتي تمثل المستجوبين العاملين بالمنظمات العمومية في حين مستجوب فقط من القطاع الخاص أقر بوجود هكذا إجراء. عمليات توريد احتياجات المنظمات الاستشفائية العمومية تخضع لقانون الصفقات العمومية والتي تولي أهمية لإعداد دفاتر الشروط وقانونية موادها. في حين كل موظفي المنظمات الاستشفائية الخاصة أكدوا على أن المعيار الاقتصادي هو الأول وفق ما يستجيب للقوانين التشريعات مثل وجود القرار المؤرخ في 01 سبتمبر 2005 الخاص بممارسة نشاط استيراد المواد والأجهزة الطبية والذي يوفر حماية وتوافقا مع تحقيق الاستدامة.

ثالثا: الإقتراحات

ويمكن تلخيص أهمها في العناصر التالية:

- ضرورة العمل على تطوير المنظومة الصحية وسن قوانين وتشريعات بما يساهم في تحقيق تنمية صحية مستدامة في الجزائر؛
- الاستفادة من التجارب الرائدة في مجال تحسين أداء المنظمات الاستشفائية وكذا الإدارة البيئية للنفايات الطبية وفق المعايير الدولية المتعارف عليها وإدارة المخاطر والأزمات الطبية؛
- توفير أغلفة وإعانات مالية في سبيل تبنى المنظمات الاستشفائية لأنظمة إدارة الجودة الشاملة والإدارة البيئية المتكاملة نظرا لما له من انعكاسات على تحقيق الاستدامة الصحية؛
- استحداث وظائف إدارية خاصة بإدارة الجودة والإدارة البيئية في الهياكل التنظيمية للمنظمات الاستشفائية مما سيحسن من أدائها وتبنيها للإدارة المستدامة جودة-بيئة-صحة وسلامة مهنية-
- التحكم في التكاليف الاستشفائية وترشيد النفقات الصحية بما يحقق أهداف السياسة الصحية للدولة ومتطلبات الأطراف ذات المصلحة؛
- خفض معدلات دوران العمل في القطاع الصحي وضمان مستويات مقبولة من التأطير الصحي من الأطباء العامون والخاصون مع تحسين الإطار المعيشي والأجور؛
- نشر الثقافة والتربية الصحية بما يقلل من أعداد الوافدين على المنظمات الاستشفائية، يعزز من درجة وحسن التكفل بالمرضى؛
- المراكز الصحية الجوارية لها دور استراتيجي في الرعاية الصحية وتقديم التدخلات الأولية وجب في هذا الإطار توعية المواطن بقدرتها على التكفل بالحالات غير المعقدة.
- عصنة طرق تسيير المنظمات الاستشفائية باستخدام الطرق الحديثة، الرقمنة ونظم المعلومات الاستشفائية؛

- تكوين المورد البشري بكل مكوناته والعامل على مستوى المنظمات الصحية من خلال برامج تكوين داخل وخارج الوطن من خلال تكثيف البرامج التكوينية والترقيات في إطار استراتيجية التحسين المستمر ومتابعة آخر المستجدات والتطورات في المجال العلاجي والتشخيصي؛
- من خلال الدراسة خاصة على مستوى المنظمات الاستشفائية العامة غياب للمبادرة ومن هنا وجب على الدولة منح هامش من الحرية وتشجيع المدراء والمسيرين على تقديم الإضافات لمنظمتهم الاستشفائية.
- الإهتمام بمعالجة المظاهر الاجتماعية والأخلاقية كالأخطاء الطبية، السرقات والأمن داخل المنظمات الاستشفائية؛
- تشجيع الاستثمار الخاص في قطاع الصحة (عيادات خاصة) وتسهيل عملية دراسة الملفات المودعة لدى اللجان الولائية للإستثمار؛
- تقديم الدولة توجيهات للبنوك والمؤسسات المالية حول التكفل بطلبات تمويل المشاريع الصحية من مستشفيات، عيادات وكذا مصانع الأدوية والملحقات الطبية وغيرها وذلك نظرا لضخامة المبالغ المستثمرة في القطاع الصحي.
- تشجيع التكوين في المجال الصحي وإيلاء أهمية خاصة للطب المدرسي فالوقاية خير من العلاج.
- من خلال ما سبق من توصيات يمكن القول أيضا أن مسألة النهوض بقطاع الصحة في الجزائر عموما والولاية ليست مسألة حصرية على مسؤولي القطاع بقدر ما هي قضية الجميع، لذلك وجب تظافر جهود الجميع .

رابعا: آفاق الدراسة:

- يمكن التطرق في أبحاث مستقبلية إلى عدة مواضيع ذات صلة بهذه الدراسة، تتناول جوانب مهمة لم تفصل فيها دراستنا، والتي من أهمها:
- ◀ دراسة مقارنة بين القطاع الاستشفائي العام والخاص حول تبني نظم الإدارة المتكاملة كمدخل لتحقيق الاستدامة؛
- ◀ واقع الأخلاقيات الطبية والأخطاء المهنية في المنظمات الاستشفائية الجزائرية؛
- ◀ مقومات المساهمة الفعالة للمنظمات الاستشفائية الجزائرية في إدارة المخاطر والأزمات الطبية، العدوى والأوبئة؛
- ◀ المنظمات الاستشفائية والبحث العلمي في العلوم الطبية - واقع وآفاق -.
- ◀ تقييم إستراتيجيات التكوين على مستوى المراكز الإستشفائية الجامعية في تكوين الأطباء العامون والمختصون في ظل التحديات المعاصرة.
- ◀ واقع تطبيق أساليب إدارة الأزمات في المنظمات الاستشفائية الجزائرية.

قائمة المراجع

1. إبراهيم بن مصطفى المحجان، الجودة الشاملة في المستشفيات، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، جدة، المملكة العربية السعودية، الطبعة الأولى، 2009.
2. ابن منظور، لسان العرب، الجزء الرابع (630هـ-711هـ).
3. أحمد محيو، محاضرات في المؤسسات الإدارية، الطبعة الرابعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006.
4. توفيق محمد عبد المحسن، تقييم الأداء (مداخل جديدة لعالم جديد)، دار الفكر العربي / دار النهضة العربية، 2002.
5. جمال الدين سامي، أصول القانون الإداري، تنظيم السلطة الإدارية والإدارة المحلية، التنظيم القانوني للوظيفة العامة، نظرية العمل، الناشر منشأة المعارف، الإسكندرية، ، 2004.
6. حسن صالح سليمان القضاة، القيادة (مدخل في إدارة المستشفيات)، دائر وائل للنشر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2012.
7. حسن لطيف كاظم الزبيدي، الدولة و التنمية في الوطن العربي، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، عمان- الأردن ، 2007. الطبعة الثانية 2009.
8. حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات(وجهة نظر معاصرة)، جامعة الموصل، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية 2009،
9. حيدر محمد أمين طرابيشي، المرشد إلى طريق ISO 9000 وتطبيقاته، دار السلام للنشر والتوزيع، القاهرة- مصر، الطبعة 1، 1999.
10. خالد العامري، التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، الطبعة الثانية، 2006.
11. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الصحة والمستشفيات، جامعة الملك سعود الرياض، مطبعة الفرزدق التجارية، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1993.
12. رعد حسن الصرن، نظم الإدارة البيئية والأيزو 14000، دار الرضا للنشر، دمشق، 2001، ص124.
13. رؤوف بوقفة، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دار الزنقة للنشر الحر، الجزائر، 2017.
14. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2003.
15. زهير بوجمة شلابي، الصراع التنظيمي وإدارة المنظمة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2019.
16. سامية جلال سعد، الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، 2006.
17. سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.
18. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق، عمان، 2006.
19. صالح بن محمد بن مشعل العتيبي، الأخطاء الطبية وتقدير التعويض عنها في النظام السعودي، الطبعة الأولى، مكتبة القانون والاقتصاد، الرياض، 2019.
20. صبحي جبر العتيبي، تطور الفكر والأساليب في الإدارة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.

21. طاهر الغالي/صالح العامري، المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الإدارة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، طبعة 1، 2005.
22. طاهر محسن منصور الغالي /وائل محمد صبحي، الإدارة الاستراتيجية منظور منهجي متكامل، دار وائل للنشر، عمان-الأردن، 2007، ص 526.
23. طلعت الدرماش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة المدينة، الزقازيق، مصر، 2000.
24. عارف صالح مخلف، الإدارة البيئية- الحماية الإدارية للبيئة-، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.
25. عبيد المنعم فوزي، المالية العامة والسياسة المالية، لبنان، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، 1971.
26. عبد العزيز النجاس، الإدارة البنكية، المكتب العربي الحديث الإسكندرية، 2008.
27. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، الطبعة الثانية، 2014.
28. عبد الكريم خليل إبراهيم الصقار، " نموذج لتقويم نظامي إدارة الجودة والبيئة وفقا لمتطلبات المواصفتين الدولتين ISO 9001 & ISO 14001"، أطروحة دكتوراه، الجامعة العالمية ST. Clements، 2008.
29. عبد الله الحريري، كيف الصحة، منشورات ضفاف، الطبعة الأولى، 2013، بيروت.
30. علي السلمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو 9000، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1995.
31. عمر وصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية المعاصرة "بعد استراتيجي"، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
32. عمر وصفي عقيلي، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر، عمان، 2001.
33. غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران، عمان، الأردن، 1999.
34. غول فرحات، مدخل إلى التسيير، دار الخلدونية، الجزائر، 2012.
35. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
36. فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية "مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن-تكامل العلاج والدواء-، الدار الجامعية، مصر، الإسكندرية، 2015.
37. فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 1998.
38. قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001:2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
39. كاظم المقدادي، حماية البيئة البحرية؟، مركز الكتاب الأكاديمي، الطبعة الأولى؛ 2016.
40. كرايغ ميسلر / توماس فلايف، دليل الجيب إلى ISO14000، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، منظمة الدار العربية للعلوم، بيروت، 1999.
41. محمد السيد البدوي، إدارة المستشفيات والمراكز الطبية، دار العلوم للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2017.
42. محمد بكري عبد العليم، مبادئ إدارة الأعمال، جامعة بنها مركز التعليم المفتوح، 2007.
43. محمد رفيق الطيب، مدخل للتسيير-أساسيات-وظائف-تقنيات-، الجزء الثاني، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2010.

44. محمد عبد العال النعيمي، six sigma تحقيق الدقة في إدارة الجودة (مفاهيم وتطبيقات)، دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
45. محمد عبد الفتاح محمد، الأسس النظرية للتنمية الاجتماعية في إطار الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2005.
46. محمد نذير الحرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض 1990.
47. محمود ذياب العقابلية، الإدارة الحديثة للسلامة المهنية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2003.
48. محمد عبد المنعم شعيب، الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات "منظور تطبيقي"، دار المنهل، عمان، الأردن، 2014.
49. مدحت عبد العزيز صالح حسن، مقدمة في اقتصاديات الصحة، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، العدد 1، كلية التجارة، جامعة الرقازيق، القاهرة 1998.
50. مدحت محمد أبو النصر، المسؤولية الاجتماعية للشركات و المنظمات: المواصفة القياسية ISO 26000، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر، 2015.
51. مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
52. المنظمة العربية للتنمية الإدارية، تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية، كتاب بحوث وأوراق عمل المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات، القاهرة، نوفمبر 2007.
53. المنظمة العربية للتنمية الإدارية، تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية، كتاب بحوث وأوراق عمل المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات، القاهرة، نوفمبر 2007.
54. ناصر جرادات وعزام أبو الحمام، المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية للمنظمات، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.
55. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
56. يشار أزجان، الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية -تقنيات وتطبيقات-، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008.

2-الملتقيات :

1. بن حاح منير، بلعاطل عياش، أثر التوسع في الإنفاق العام على القطاعات الاجتماعية على الفقر البشري في الجزائر 2001-2010، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر الدولي "تقييم آثار الاستثمارات العامة وانعكاساتها على التشغيل والنمو الاقتصادي خلال الفترة 2001-2014، جامعة سطيف-1، 2013.
2. حرفوش سهام و صحراوي إيمان، الإطار النظري للتنمية المستدامة و مؤشرات قياسها، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي " التنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة "، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس سطيف، 08/07 أبريل 2008.
3. حسين شرارة ويسام حسن زاهر، أيزو 9001 إصدار عام 2000 المتطلبات الجديدة والأزمة التي تواجه المنظمات الصناعية المصرية للتوافق معها، المؤتمر السنوي الخامس لإدارة الأزمات والكوارث، وحدة بحوث الأزمات، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة، 28-29 أكتوبر 2000.
4. عماري عمار؛ إشكالية التنمية المستدامة وأبعادها، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي " التنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة "، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس سطيف، 08/07 أبريل 2008.

5. قطبي جوهره ومقرش فوزية، أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية- دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية جيجل، ورقة بحثية مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، يومي 06-07 ماي 2012، مخبر مالية، بنوك وإدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة.
6. محمد الطعامة، توجهات إدارة الموارد البشرية في القطاع الصحي الحكومي السوري "نموذج علمي تطبيقي لتطوير جهاز التمريض"، مداخلة ضمن فعاليات المؤتمر العربي الثاني "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية 24-26 مارس 2003، عمان، الأردن.
7. محمد بن علي الزهراني وفايدة أبو الجدايل، الإدارة المستدامة للنفايات الطبية في الوطن العربي "الوضع الراهن والآفاق المستقبلية"، للمؤتمر العربي الثالث للإدارة البيئية (الاتجاهات الحديثة في إدارة المخلفات الملوثة للبيئة)، شرم الشيخ - جمهورية مصر العربية، 21-22 نوفمبر.
8. مديحة محمود خطاب، تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر والدول العربية، القاهرة، ديسمبر 2009.

3-المجالات :

1. بعلة الطاهر وبقاش وليد، حوكمة المستشفيات من منظور إدارة الأعمال، مجلة البحوث في العلوم المالية والمحاسبة، المجلد 03/العدد 02، جامعة المسيلة، الجزائر، 2018.
2. بوقرة رابح وسراي أم السعد، الإدارة البيئية وآليات تفعيلها في المؤسسة الصحية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة محمد بوضياف، المجلد 2، العدد 2، 2018، ص.78.
3. سعد العنزي و دشوار جلال الأتروشي، السراقات في المستشفيات والعوامل المؤثرة فيها-دراسة حالة دائرة صحة بغداد "الرصافة"، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، العدد 15، سبتمبر 2009، جامعة بغداد.
4. سعد علي حمود العنزي وحسنين غالب علي، مسببات الصراع التنظيمي بين الملاكات التمريضية والطبية والإدارية وتأثيرها في قرارات المستشفى(بحث تطبيقي)، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 21، العدد 81، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، العراق، 2015.
5. ضحاك نجية، ظاهرة الأخطاء الطبية في المستشفيات وكيفية الحد والوقاية منها بالجزائر، حوليات جامعة الجزائر-1، العدد 33، الجزء الأول، مارس 2019.
6. طاهر محسن منصور الغالي وصالح مهدي محسن العامري، المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال وشفافية نظم المعلومات-دراسة تطبيقية لعينة من المصارف الأردنية-، مجلة وقائع المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002.
7. العبادي احمد، اقسام عمر و بن يحيى طيبي غالية، أثر التكوين على تنمية الموارد البشرية في قطاع الوظيف العمومي الجزائري، مجلة دفاتر اقتصادية، العدد الثامن، المجلد الأول، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة زيان عاشور، الخلفة، الجزائر.
8. عبود زرقين ولامية حمائزية، التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري-دراسة مقارنة الجزائر، تونس والمغرب، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، الجزائر، العدد 9، ديسمبر 2015.
9. عبود زرقين ولامية حمائزية، التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري-دراسة مقارنة الجزائر، تونس والمغرب، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، الجزائر، العدد 9، ديسمبر 2015.

10. عراية الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات (المفهوم والإشكالية)، جامعة ورقلة، مجلة الباحث عدد 07، 2010/2009.
11. عماري عمار وبومعرف إلياس، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 2010-2009/07، جامعة بسكرة.
12. لورنس يحيى، التكاليف الاقتصادية للانفجار السكاني في الدول النامية - الصين حالة دراسية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد 31، العراق، 2012.
13. ميلود تومي وعديلة العلواني، تأثير النفايات الطبية على تكاليف المؤسسات الصحية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد العاشر، نوفمبر، 2006، ص.6.
14. نور الدين عياشي، المسألة الصحية بين الأهداف التنموية للألفية وأهداف التنمية المستدامة-حالة الجزائر-، مجلة العلوم الإنسانية المجلد "أ"، العدد 50، ديسمبر 2018، جامعة محمد خيدر بسكرة، الجزائر.
15. هاشم أبو سنيينة، أثر تطبيق معايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد على جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة في عمان-الأردن-، مجلة أمارا باك، المجلد الخامس، العدد 13، 2014، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا.
16. هاشم أبو سنيينة، أثر تطبيق معايير اللجنة المشتركة الدولية للاعتماد على جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة في عمان-الأردن-، مجلة أمارا باك، المجلد الخامس، العدد 13، 2014، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا.

4- الرسائل والأطروحات:

1. أسامة خليل الزيناتي، دور أخلاقيات المهنة في تعزيز المسؤولية الاجتماعية في المستشفيات الحكومية الفلسطينية- مجمع الشفاء الطبي نموذجاً-، رسالة ماجستير في القيادة والإدارة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا بالمشاركة مع جامعة الأقصى، 2014.
2. أم السراي سعد، الإدارة البيئية المتكاملة لنفايات خدمات الرعاية الصحية - بالتطبيق على عينة من المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية-، أطروحة دكتوراه علوم، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2019/2018.
3. بغدود راضية، تحليل وتطور التنظيم والهياكل التنظيمية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أحمد بوقرة، بومرداس، 2007-2008.
4. بومعرف إلياس، دور الإدارة الاستراتيجية في تدعيم القدرة التنافسية للمنظمات الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه علوم، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2010-2011.
5. جميلة العمري، إسهامات تبني المسؤولية الاجتماعية في تحقيق الميزة التنافسية-دراسة ميدانية لبعض شركات التأمين في الجزائر-، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2016/2015.
6. سائد عبد القادر أبو عطا، إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية لقطاع غزة، رسالة ماجستير، كلية التجارة قسم إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين، 2015.
7. السعيد بلوم، أساليب الرقابة ودورها في تقييم أداء المؤسسة الاقتصادية، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة.

8. سعيدان رشيد، واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات-دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي-بشار-، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر قايد، 2016-2017.
9. عبد الكريم خليل إبراهيم الصقار، " نموذج لتقويم نظامي إدارة الجودة والبيئة وفقا لمتطلبات المواصفتين الدولتين ISO 9001 & ISO 14001"، أطروحة دكتوراه، الجامعة العالمية ST. Clements، 2008.
10. علي خواربي برازة، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2010-2011.
11. عمر شننير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق، كلية الحقوق بن عكنون، جامعة الجزائر-1، 2013/2012
12. كحيله نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، 2009/2008 .
13. مباركة جناد، دور استراتيجية الانحراف السداسي في الارتقاء بالخدمات الصحية لتحقيق رضى المريض-دراسة حالة بعض المؤسسات الاستشفائية بولاية سطيف-، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف-1، الجزائر، 2017-2018.
14. محمود الأبرش، السياسة البيئية في الجزائر في ظل الاتجاهات البيئية العالمية، أطروحة دكتوراه علوم "علم الاجتماع تخصص علم اجتماع البيئة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2016-2017.
15. مريم داود أبو محسن، تقييم إدارة النفايات الطبية في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة، رسالة ماجستير، قسم الجغرافيا كلية الآداب ، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2014.

5-القوانين والمراسيم :

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد 41 المؤرخ في 26 يوليو 2019.
2. القانون رقم 85-05 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية 1985، العدد8.
3. المرسوم التنفيذي رقم 03-270 ل 13 أوت 2003 المتعلق بإنشاء، تنظيم وسير المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهران.
4. المرسوم التنفيذي رقم 07-321 ل 10 شوال 1427 الموافق ل 22 أكتوبر 2007 المتعلق بتنظيم وسير المنظمات الاستشفائية الخاصة.
5. المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن إنشاء، تنظيم وتسيير المراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية لسنة 1997، العدد 81.

6-الوثائق الرسمية والتقارير:

1. الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام 2014-2016،
2. القمة العالمية للتنمية المستدامة، الملخص التنفيذي لتقرير تقييم التقدم في المنطقة العربية، أبو ظبي، 2001.
3. منظمة الصحة العالمية، الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، المجلس التنفيذي، الدورة 138، ديسمبر 2015.
4. منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم "تمويل النظم الصحية -السييل إلى التغطية الشاملة-، 2010.
5. منظمة الصحة العالمية، ورقة نقاش بعنوان "تحديد موضع الصحة في خطة التنمية لما بعد 2015، أكتوبر 2012.
6. المنظمة العالمية للصحة، التقرير الخاص بالصحة في العالم، بحوث التغطية الصحية، 2013.

7-المواقع الإلكترونية:

1. موقع وزارة الموارد المائية:

2. <http://www.mree.gov.dz>

3. أكمل عبد الحكيم، الرعاية الصحية ومتطلبات التنمية المستدامة، مقال منشور بتاريخ: 2012/06/28، متوفر على

الموقع: <https://www.alittihad.ae/wejhatarticle/66609>. تاريخ الإطلاع: 2017/12/17.

4. مقال بعنوان "كيف ساهمت التكنولوجيا في تطوير الطب؟"، متاح على

الموقع: <https://www.webteb.com/articles>

5. مقال منشور بعنوان "مستشفيات البناء السكنية خاصة ضعيفة في تصريف النفايات الطبية بأمان"، أبوظبي منشور

بتاريخ 2016/10/24 متاح على الموقع الإلكتروني: [https://www.albayan.ae/across-the-uae/news-](https://www.albayan.ae/across-the-uae/news-and-reports/2016-10-24-1.2740665)

[and-reports/2016-10-24-1.2740665](https://www.albayan.ae/across-the-uae/news-and-reports/2016-10-24-1.2740665)

6. الموقع الإلكتروني: [https://www.albayan.ae/across-the-uae/news-](https://www.albayan.ae/across-the-uae/news-and-reports/2016-10-24-1.2740665)

[and-reports/2016-10-24-1.2740665](https://www.albayan.ae/across-the-uae/news-and-reports/2016-10-24-1.2740665)

7. موقع الوكالة الوطنية للنفايات: [/https://and.dz/presentation/apropos](https://and.dz/presentation/apropos)

8. <http://www.iso-tec.com/mساءلة-الاجتماعية-sa8000>

9. [/https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/accreditation-programs/hospital](https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/accreditation-programs/hospital)

10. دراسة ليث سعد الله حسين و ريم سعد الجميل، المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين وانعكاسها على اخلاقيات العمل

دراسة لآراء عينة من منتسبي بعض مستشفيات مدينة الموصل، كلية الادارة والاقتصاد / جامعة الموصل متاحة على الموقع:

<https://www.regionalcsr.com/>

11. مقال بعنوان "خطة إدارة المخاطر في المستشفى متاح على الموقع: <https://www.almsal.com/post/778186>

12. ملف حول المسؤولية الاجتماعية الايزو 26000 متاح على الموقع:

https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/ar/PUB100258_ar.pdf

13. المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاقتصادية من خلال تطبيق المواصفة الدولية ايزو 26000 للمسؤولية الاجتماعية متاح على الموقع:

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/6779>

II - المراجع باللغة الأجنبية :

1-Livre (Books)

1. Afnor, **ISO 26000 Responsabilité Sociétale « comprendre, déployer, évaluer**, éditions AFNOR,2010.
2. Alécian serge et Foucher Dominique, **Le management dans le service public**, éditions d'Organisation, Groupe Eyrolles, Paris, France, 2002.
3. Alexandra Fourcade, Loïc Ricour et autres, **La démarche qualité dans un établissement de santé**, DOIN EDITEURS, Paris, France,1997.
4. Archie B. Carroll, Ann K. Buchholtz, **Business and Society: Ethics and Stakeholder management**, Edition South-Western, 2008.

5. Asefa, Sisay, The **Concept of Sustainable Development: An Introduction**, published in The Economics of Sustainable Development, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Michigan, 2005.
6. Association française de normalisation, **Développement Durable « de la stratégie à l'opérationnel »**, AFNOR, Paris, 2007.
7. Augustin LOUBATAN TABO, **Analyse économique des comportements de prévention face aux risques de santé**, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, UNIVERSITE PARIS DESCARTES, France, 2013.
8. Bénédicte Faivre / Tavignot, **Autour du développement durable**, 2^{ème} Edition L'Harmattan, France, 2004.
9. Bernard Froman, Jean-Marc Gey, Fabrice Bonnifet, **Qualité, Sécurité et Environnement: construire un système de management intégré**, Édition AFNOR, Paris, 2007.
10. Boussouf Rabah: **Géographie de santé en Algérie**, édition OPU, Alger, 1992.
11. Bruno Cohen-Bacrie, **Communiquer efficacement sur le développement durable**, les Editions Démos, Paris, 2006.
12. Camhis, Marios, **Sustainable Development and Urbanization**, published in The Future of Sustainability, Springer, Dordrecht, 2006.
13. CHRISRINE BENOIT, **Manager un établissement de santé « la logistique au service de l'humain**, édition GERESO, 2012, Le Mans Cedex 2, France.
14. Daniel Duret, M. Pillet, **Qualité en production de l'ISO9000 aux outils de la qualité**, 3^{ème} édition, les éditions d'Organisation, Paris, 2000.
15. David Rolland / Diane-Gabrielle Tremblay, **Responsabilité sociale d'entreprise et finance responsable: Quels enjeux ?**, presse de l'université Québec, Canada, 2004.
16. Elisabeth Laville, **L'entreprise verte: Le développement durable change l'entreprise pour changer le monde**, Pearson Education, France, 2009.
17. Erick C. Jones, **Quality Management for Organizations Using Lean Six Sigma Techniques**, CRC PressTaylor & Francis Group, 2014, united states of america
18. F. Quaranta, N. Canivet et autres, **La coordination des vigilances sanitaires : pour une gestion plus globale des risques hospitaliers**, Elsevier Masson SAS, 2018.
19. Gilles Bruker et autres, **Santé publique et économie de la santé**, cahiers des sciences infirmières, éditions ELSEVIER MASSON, Paris, 2013.
20. GUELMANI Hédi, **Gestion Hospitalière «le guide du manager**, éditions EMS Management and Societe, Paris, France, 2016.
21. GUELMANI Hédi, **Gestion Hospitalière «le guide du manager**, éditions EMS Management and Societe, Paris, France, 2016.
22. Healy., J, Mckee., M, **Hospital in a Changing Europe, European observatory on Health Care Systems**, Open University Press, Philadelphia 2002.
23. Henri Mitonneau, **ISO 9000 version 2000**, 2^{ème} édition, DUNOD, paris, 2001.
24. Jean-Paul MARECHAL / Béatrice OUENAUULT, **Le développement durable: Une perspective pour le 21^{ème} siècle**, press universitaire de revues, Rennes, 2005.
25. JEFFREY S.Harrison and Steven M.thompson, **Strategic Management of Healthcare Organizations**, Business Expert Press LLC, New York, 2015.
26. Jennifer A. Elliott, **An Introduction to Sustainable Development**, Routledge Second edition, 1999.
27. Jon A. Chilingirian, Grant T. Savage. **"The Emerging Field of International Health Care Management: An Introduction" In International Health Care Management**. Published online: 2005.
28. Loetitia Vaute / Marie –Paule Greveche: **Certification ISO 14001 les 10 pièges à éviter**, AFNOR, Paris, 2005.
29. Margerin, J., Ausset, C., **Comptabilité Analytique, Outil de Gestion, Aide à la Décision**, édition: Sédifor, Paris 1984.

30. Maryse Lapergue-Denis Serre, **le développement durable de A à Z**, éditions Nérée, 2007.
31. Meria Cristian, **la qualité des produits industriels**, Edition Dunod, paris, 1991.
32. Michel Gervais, **contrôle de gestion et planification de l'Entreprise**, éd: Economica, Paris 1984.
33. OHSAS Project Group, **Occupational health and safety management system - Guidelines for the implementation of OHSAS 18001:2007**, Second Edition, Novembre, 2008.
34. Oufriha F.Zohra: **cette chère santé. Une analyse économique du système de santé en Algérie**. OPU, Alger 1994
35. Paolo Bracchini, **Guide de la mise en place du management environnemental en entreprise selon ISO 14001**, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, 2007.
36. PATRICE Spath, **Introduction to healthcare quality management**, Health Administration Press, Chicago, Illinois AUPHA Press, Washington, DC, 2009.
37. Prizzia Ross, **Sustainable Development in an International Perspective**, Globalization and the Environment, CRC Press, Boca Raton, 2007.
38. Raynald Pineault, **Comprendre le système de santé pour mieux le gérer**, Les Presses de l'Université de Montréal, 2012.
39. Robert Holcman, **Management Hospitalier « Manuel de gouvernance et de droit hospitalier**, édition DUNOD, Paris, 2013.
40. Yvette Veyret, **Le développement Durable**, Edition Sedes, Paris, 2007.

2-les revues :

1. C. Philip, **La qualité c'est gratuit**, Economica, France, 1996.
2. Chaudhuri, A. K., & Acharya U. H., **Measuring effectiveness and suitability of a quality system**, Total Quality Management, Vol. 11 (No. 2, 2000).
3. data.worldbank.org/countru/algeria. Date 2018.
4. H.Jorda, **Du paternalisme au managerialisme: les entreprises en quête de responsabilité sociale**, Innovations 2009/1, N° 29.
5. La Banque Mondiale (Groupe n° 36270-DZ): **pour le Développement Socio-économique, Région Moyen Orient et Afrique du Sud), A la Recherche d'un Investissement Public de Qualité: Une Revue des Dépenses Publiques**, Volume 1, 15 Août 2007
6. Lobna Abid, **LA GREFFE DES OUTILS DE GESTION DANS LES HÔPITAUX PUBLICS TUNISIENS**, Management et Avenir, 2012/4 n° 54.
7. Neuville (J. P), **La qualité en question**, revue française de gestion, mars, avril, mai, 1996.
8. P. Svandra, **la gouvernance : le mot et la chose**, Revue Éthique & Santé, Volume 4, Issue 4, décembre 2007.

3-les theses :

1. Augustin LOUBATAN TABO, **Analyse économique des comportements de prévention face aux risques de santé**, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, UNIVERSITE PARIS DESCARTES, France, 2013.

4-Les rapports, lois et Séminaires :

1. Giles Atkinson / Simon Dietz / Eric Neumayer, **Handbook of sustainable development**, Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham, USA, 2007.
2. Haute autorité de santé, **comprendre la certification des établissements de santé**, Archie B. Carroll, Ann K. Buchholtz, **Business and Society: Ethics and Stakeholder management**, Edition South-Western, 2008.
3. Haute autorité de santé, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, **Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique**, Avril 2019, p-4.6.
4. Jon A. Chilingerian, Grant T. Savage. "The Emerging Field of International Health Care Management: An Introduction" In **International Health Care Management**. Published online: 2005
5. La Banque Mondiale (Groupe n° 36270-DZ): **pour le Développement Socio-économique, Région Moyen Orient et Afrique du Sud), A la Recherche d'un Investissement Public de Qualité**: Une Revue des Dépenses Publiques, Volume 1, 15 Août 2007.
6. Le management environnemental, **Rapport de la commission de l'aménagement régional de l'environnement, du tourisme et des transports**, chambre de commerce, Paris, 1997
7. Le management environnemental, **Rapport de la commission de l'aménagement régional de l'environnement, du tourisme et des transports**, chambre de commerce, Paris, 1997.
8. N.Nedjadi / K.Khebbache, **Problématique de développement durable a travers l'Agenda 21: Concepts, priorités et perspectives**, colloque international "développement durable et exploitation rationnelle des ressources" université Farhat Abbas, Sétif du 07 au 08 Avril 2008.
9. Nespoulous, Theyry ,Notes, études techniques, **La certification qualité, Un enjeu PME/PMI européenne**, CLI 10/1993.
10. Observatoire sur la responsabilité sociétale des entreprises (ORSE), **Développement durable et entreprises**, AFNOR, Paris, 2004.
11. Or Zeynep, **«Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé ? »**, in Pierre-Louis Brasnet al, **Traité d'économie et de gestion de la santé** Presses de Sciences Po« Hors collection », 2009.

5- Les lois et les décrets :

1. Art. 3 du Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant **organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés**.
2. Décret Exécutif n°97-467, 02/12/1997.

6-Sites Internet :

1. Article disponible sur le site: <https://www.has-sante.fr> (consulter le: 30/04/2018).
2. Albert MACHOZI SESETE, **Estimation des dépenses de soins de santé dans les différents transferts de fonds (ville de Kinshasa)**, disponible sur le site :

- http://www.memoireonline.com/06/09/2164/m_Estimation-des-depenses-de-soins-de-sante-dans-les-differents-transferts-de-fon1.html
3. Article intitulé « **Santé: la maîtrise des coûts, préoccupation principale des hôpitaux** », publié le :05/10/2016, disponible sur site : <http://www.francesoir.fr/societe-sante/sante-la-maitrise-des-couts-preoccupation-principale-des-hopitaux>
 4. **BS8800 (ISO 18000) Le management de la sécurité**, [en ligne] disponible sur: <http://www.bs8800presentation.html>
 5. http://www.malikunnafoni.com/bibliostat/docs/150407194_cps-ms_sd.pdf
 6. http://www.sustainabledevelopment.in/services/management_system/activities/oh_&s_auditor_training.html. (date:2017 /04/23).
 7. http://www.sustainabledevelopment.in/services/management_system/scope/sa_8000.htm(date: 23/04/2017).
 8. <https://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/five-top-challenges-affecting-healthcare-leaders-in-the-future.html> (consulter le: 25/02/2018).
 9. **Management de la santé et de la sécurité au travail**, [en ligne] disponible sur: <http://www.iso.org>.(date:20/04/2017)
 10. Sumbhu Acharya, Vivian Lun et Natasha Dhingra, **the role of health in achieving the sustainable development goals**, disponible sur site: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-221432.pdf>. (Consulter le: 17/05/2017).
 11. Article intitulé « **6 vols par jour dans les hôpitaux belges en 2017** » publié le 18/12/2018 disponible sur site :<https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/2-263-vols-dans-les-hopitaux-les-derniers-chiffres.html>
 12. Five top challenges affecting healthcare leaders in the future, disponible sur site: <https://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/five-top-challenges-affecting-healthcare-leaders-in-the-future.html> (consulter le: 25/02/2018).
 13. Albert MACHOZI SESETE, **Estimation des dépenses de soins de santé dans les différents transferts de fonds (ville de Kinshasa)**, disponible sur le site : http://www.memoireonline.com/06/09/2164/m_Estimation-des-depenses-de-soins-de-sante-dans-les-differents-transferts-de-fon1.html
 14. Ministère de la santé, République de Mali, Cellule de planification et de statistique, **guide des indicateurs santé**, disponible sur le site : http://www.malikunnafoni.com/bibliostat/docs/150407194_cps-ms_sd.pdf
 15. **Management de la santé et de la sécurité au travail**, [en ligne] disponible sur: <http://www.iso.org>.(date:20/04/2018)
 16. http://www.sustainabledevelopment.in/services/management_system/activities/oh_&s_auditor_training.html. (date:2017 /04/23).
 17. http://www.sustainabledevelopment.in/services/management_system/scope/sa_8000.htm (date: 23/04/2017).
 18. Article intitulé « **Santé: la maîtrise des coûts, préoccupation principale des hôpitaux** », publié le : 05/10/2016, disponible sur site : <http://www.francesoir.fr/societe-sante/sante-la-maitrise-des-couts-preoccupation-principale-des-hopitaux>.
 19. Sumbhu Acharya, Vivian Lun et Natasha Dhingra, **the rôle of health in achieving the sustainable development goals**, disponible sur site: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-221432.pdf>. (consulter le: 17/05/2017).
 20. Article intitulé « **6 vols par jour dans les hôpitaux belges en 2017** » publié le 18/12/2018 disponible sur site: <https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/2-263-vols-dans-les-hopitaux-les-derniers-chiffres.html>

فهرس
الجداول
والأشكال

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
16	الفرق بين التنظيم الرسمي والتنظيم الغير رسمي	1-1
25	المقاييس المقترحة لقياس أداء المنظمات الاستشفائية	2-1
46	تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر	3-1
47	تطور المنشآت الاستشفائية الصحية في الجزائر	4-1
48	تطورا لتغطية الصحية في الجزائر	5-1
48	توزيع عمال قطاع الصحة الطبي والشبه طبي في الجزائر	6-1
49	التغطية الصحية في الجزائر	7-1
76	الجانب الاقتصادي و الاجتماعي للمسؤولية الاجتماعية	1-2
78	شرح مكونات أخلاقيات الأعمال	2-2
80	جدول مدى مساهمة مجلس الإدارة في القضايا الاستراتيجية	3-2
84	الغايات الثلاث عشر المتصلة بالصحة في ظل الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة	4-2
86	إطار الأهداف والغايات الصحية في خطة التنمية المستدامة لعام 2030	5-2
117	محددات الإنفاق الصحي	1-3
119	نسب الوفيات وفقا للمسببات المرضية	2-3
120	الآثار المرضية للمشكلات النفسية	3-3
126	أسباب الحوادث باختلاف فئات السن	4-3
128	جدول تلخيصي لنسب التلوث استنادا لمصادرها	5-3
136	تصنيف مخاطر أماكن العمل على العاملين بالمنظمات الاستشفائية	6-3
183	بنود مواصفة الإيزو 26000	1-4
195	التقسيمات الإدارية لولاية برج بوعريريج	1-5
196	مؤشرات القطاع الصحي لولاية برج بوعريريج	2-5
196	عدد المناصب المفتوحة للتكوين الشبه الطبي	3-5
197	عدد الأمراض عن طريق المياه 2016-2017	4-5
198	مراقبة المياه الصالحة للشرب سنة 2017	5-5
198	الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان لسنة 2017	6-5
198	الأمراض المسجلة لسنتي 2016-2017	7-5
199	الأمراض المتنقلة 2016-2017	8-5

199	الأمراض المتنقلة الأخرى 2016-2017	9-5
199	العدد الكلي للفحوصات على مستوى الولاية للسنة الدراسية 2016-2017	10-5
200	مقارنة خاصة بالتغطية التلقيحية في الوسط المدرسي على مستوى الولاية للسنة 2016-2017:	11-5
200	مقارنة خاصة بالتكفل الصحي للأمراض المؤكدة في الوسط المدرسي خلال السنة الدراسية: 2016-2017	12-5
201	حصيلة الأمراض المتنقلة 2015-2016-2017	13-5
201	توزيع عدد المراكز الخاصة بتباعد الولادات في الولاية	14-5
202	توزيع النساء حسب طرق منع الحمل لسنة 2017	15-5
202	المؤشرات الديمغرافية للولاية مقارنة بالمعدل الوطني	16-5
204	المؤسسات العمومية لولاية برج بوعرييج	17-5
204	نطاق التغطية الصحية للولاية	18-5
205	عدد سيارات الإسعاف حسب كل مؤسسة استشفائية	19-5
206	النقائص الأولية المسجلة على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية للولاية	20-5
207	فحوصات الاستعدادات للمؤسسات العمومية الاستشفائية لسنة 2017	21-5
207	إحصائيات فحوصات الاستعدادات لمكاتب الدخول لسنة 2017	22-5
208	نشاطات قاعات العمليات لسنة 2017	23-5
208	نشاطات وحدة طب الأورام لسنة 2017	24-5
209	نشاطات مراكز تصفية الدم لسنة 2017	25-5
209	إحصائيات النشاطات القاعدية لسنة 2017	26-5
210	نشاطات الطب المتنقل لسنة 2017	27-5
211	نشاطات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لسنة 2017	28-5
211	نشاطات التوليد لسنة 2017	29-5
212	الهياكل الصحية للقطاع الخاص للولاية	30-5
214	عدد الأسرة والتأطير الصحي للمؤسسة العمومية الاستشفائية لخضر بوزيدي	31-5
215	عدد الأسرة والتأطير الصحي للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بناني رأس الواد	32-5
216	عدد الأسرة والتأطير الصحي للمؤسسة العمومية بلحسين رشيد	33-5
216	عدد الأسرة والتأطير الصحي للمؤسسة العمومية الاستشفائية مجانة	34-5
219	المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة عينة الدراسة	35-5
220	كيفية توزيع الاستثمارات على المؤسسات الاستشفائية العمومية	36-5
220	كيفية توزيع الاستثمارات على المنظمات الاستشفائية الخاصة	37-5

221	توزيع العينة حسب الجنس	38-5
221	توزيع العينة حسب العمر	39-5
222	توزيع العينة حسب المؤهل العلمي	40-5
223	توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة	41-5
223	توزيع العينة حسب القطاع عام وخاص	42-5
224	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الأول للاستبيان	43-5
224	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الأول للاستبيان	44-5
225	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الأول للاستبيان	45-5
225	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الأول للاستبيان "البعد الاجتماعي"	46-5
226	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الأول للاستبيان "البعد الإيكولوجي"	47-5
226	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الأول للاستبيان "البعد الاقتصادي"	48-5
227	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 05 من المحور الأول للاستبيان	49-5
227	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 06 من المحور الأول للاستبيان	50-5
228	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 06 من المحور الأول للاستبيان "الخيارات"	51-5
228	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 06 من المحور الأول للاستبيان	52-5
229	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الثاني للاستبيان	53-5
229	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الثاني للاستبيان "الخيارات"	54-5
229	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الثاني للاستبيان	55-5
230	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الثاني للاستبيان	56-5
230	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الثاني للاستبيان "الخيارات"	57-5
231	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الثاني للاستبيان	58-5
231	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الثاني للاستبيان "الخيارات"	59-5
232	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الثالث للاستبيان	60-5
232	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"	61-5
232	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الثالث للاستبيان	62-5
233	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"	63-5
233	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الثالث للاستبيان	64-5
234	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"	65-5
234	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الثالث للاستبيان	66-5

235	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 05 من المحور الثالث للاستبيان	67-5
235	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 05 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"	68-5
235	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 06 من المحور الثالث للاستبيان	69-5
236	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 06 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"	70-5
236	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 07 من المحور الثالث للاستبيان	71-5
237	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 07 من المحور الثالث للاستبيان "الخيارات"	72-5
237	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الرابع للاستبيان	73-5
238	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 01 من المحور الرابع للاستبيان "الخيارات"	74-5
238	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الرابع للاستبيان	75-5
239	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 02 من المحور الرابع للاستبيان "الخيارات"	76-5
239	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 03 من المحور الرابع للاستبيان	77-5
240	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الرابع للاستبيان	78-5
240	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 04 من المحور الرابع للاستبيان "الخيارات"	79-5
240	إجابات أفراد العينة حول الفقرة 05 من المحور الرابع للاستبيان	80-5
241	جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية العامة "المحور الأول"	81-5
242	جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية الخاصة "المحور الأول"	82-5
243	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الأولى المحور الأول	83-5
243	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	84-5
244	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثانية المحور الأول	85-5
244	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	86-5
245	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثالثة المحور الأول	87-5
245	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	88-5
246	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الرابعة المحور الأول	89-5
247	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	90-5
247	جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية العامة "المحور الثاني"	91-5
248	جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية الخاصة "المحور الثاني"	92-5
249	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الأولى المحور الثاني	93-5
249	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	94-5
250	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثانية المحور الثاني	95-5
250	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	96-5
251	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثالثة المحور الثاني	97-5

251	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	98-5
252	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الرابعة المحور الثاني	99-5
252	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	100-5
253	جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية العامة "المحور الثالث"	101-5
254	جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية الخاصة "المحور الثالث"	102-5
255	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الأولى المحور الثالث	103-5
255	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	104-5
256	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثانية المحور الثالث	105-5
256	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	106-5
257	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثالثة المحور الثالث	107-5
258	جدول رقم (5-109): اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	108-5
258	جدول رقم (5-110): الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الرابعة المحور الثالث	109-5
259	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	110-5
260	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الخامسة المحور الثالث	111-5
260	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	112-5
261	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة السادسة المحور الثالث	113-5
261	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	114-5
262	جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية العامة "المحور الرابع"	115-5
263	جدول تلخيصي لتكرارات إجابات المنظمات الاستشفائية الخاصة "المحور الرابع"	116-5
264	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الأولى المحور الرابع	117-5
264	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	118-5
265	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثانية المحور الرابع	119-5
266	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	120-5
266	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الثالثة المحور الرابع	121-5
267	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	122-5
267	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الرابعة المحور الرابع	123-5
268	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	124-5
269	الجدول التقاطعي "Cross tabulation" الفقرة الخامسة المحور الرابع	125-5
269	اختبار كاي مربع Chi-Square Tests للاستقلالية للفقرة	126-5

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
10	وظائف المستشفى	1-1
12	خطوات عملية التخطيط	2-1
36	هيكل المنظومة الصحية في الجزائر	3-1
58	تصنيفات النفايات الطبية ومراحل معالجتها	1-2
59	التأثيرات السلبية للنفايات الطبية	2-2
66	أبعاد التنمية المستدامة	3-2
74	أنواع مسؤولية منظمة الأعمال تجاه المجتمع	4-2
88	الأطراف ذات المصلحة بالنسبة للمنظمات الاستشفائية	5-2
106	مسببات الصراع التنظيمي في المنظمات	1-3
115	عملية اتخاذ قرارات التمويل الصحي	2-3
127	التأثير المتداخل لأنواع تلوث البيئة	4-3
147	ضمان الجودة (مثل الأيزو 9001) متطلب أساسي لنجاح إدارة الجودة الشاملة	1-4
148	نموذج نظام إدارة الجودة المرتكز على العملية	2-4
163	EMAS هيكل نظام الإدارة الأوروبي	3-4
165	نموذج نظام الإدارة البيئية وعملية التحسين المستمر	4-4
171	حلقة التحسين المستمر حسب نظام الصحة والسلامة المهنية	5-4
175	المبادئ التسعة لمنظمة العمل الدولية	6-4
188	الفوائد التي تحققها المنظمات الصحية من خلال الاعتماد	7-4
189	مراحل الحصول على الاعتماد الدولي	8-4
190	V2014 مراحل الحصول على شهادة تقييم المنظمات الاستشفائية الفرنسية	9-4

قائمة الملحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
302	الاستبيان باللغة العربية	01
313	الاستبيان باللغة الفرنسية	02

الملاحق

جامعة محمد بوضيات-المسيلة-

كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير

إستمارة موجهة إلى مدراء مسيري المؤسسات الاستشفائية العمومية والمصحات الخاصة لولاية برج

بوعربريج

في إطار التحضير لدكتوراه علوم في علوم التسيير بعنوان: "متطلبات وعوائق الإدارة المستدامة للمنظمات الاستشفائية -دراسة عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية-". يتعين أولا القيام بدراسة تقييمية لأداء المنظمات الاستشفائية وهل يستجيب لمتطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية من وجهة نظر الإطارات المسيرة لهذه المنظمات.

ولذلك أرجوا منكم الإجابة بكل عناية وموضوعية على هذه الأسئلة التي ستستخدم لأغراض علمية بحتة، حيث سيتعامل معها بكل سرية، وعليه يمكنكم الإجابة بجرية تامة ولكم مني جزيل الشكر على تخصيصكم لي جزءا من وقتكم الثمين للإجابة على الأسئلة الواردة في هذه الاستمارة.

المعلومات العامة:

الجنس:

ذكر	أنثى

السن:

الوظيفة :

الشهادة:

خاصة

المؤسسة الإستشفائية: عمومية

المحور الأول: التنمية المستدامة في المنظمة الاستشفائية من وجهة نظر المسيرين

1- هل تعتقدون أن التنمية المستدامة لها مكانتها الاستراتيجية في المنظمة الاستشفائية التي تسيرونها؟

نعم لا

-إذا كانت الإجابة بـ"لا"، هل يمكن تقديم تفسيركم لذلك؟

.....
.....
.....

2- هل تعتقدون أن إستجابة منظماتكم الاستشفائية للتنمية المستدامة يحسن من أداءها؟

نعم لا

-إذا كانت الإجابة بـ"لا"، هل يمكن تقديم تفسيركم لذلك؟

.....
.....
.....

3- حسب رأيكم ، ما هي المجالات ذات الأولوية؟

- البعد البيئي؛
- البعد الاجتماعي؛
- البعد الاقتصادي.

4- بالنسبة لكل بعد من أبعاد التنمية المستدامة، ما هي الإجراءات التي قمتم بها؟

أ- البعد الاجتماعي:

- مكافحة التمييز؛
- توظيف ذوي الاحتياجات الخاصة بدون تأهيل؛
- التسيير المستدام للموارد البشرية؛
- التكوين الصحي والطبي؛
- الوقاية من المخاطر المهنية؛
- تحسين جودة بيئة العمل؛

- مجالات أخرى ذات صلة ترون أهميتها.

.....
.....

ب- حماية البيئة الإيكولوجية:

- التحكم في استهلاك الطاقة وترشيده؛
- تسيير عقلائي لاستهلاك الماء؛
- تقليص حجم النفايات؛
- تخفيض معدلات انبعاث الغازات المضرة بطبقة الأوزون؛
- حماية التنوع الإيكولوجي؛
- مجالات أخرى ذات صلة ترون أهميتها.

.....
.....

ت- البعد الاقتصادي:

- التحكم في المشتريات؛
- سياسة الشراء المستدام؛
- تحليل الاحتياجات؛
- التفكير في التكاليف الكلية؛
- مجالات أخرى ذات صلة ترون أهميتها.

.....
.....

5- من وجهة نظركم، تبني أبعاد التنمية المستدامة في مؤسستكم هو نتيجة ل؟

- التزام القوانين والتشريعات؛
- عملية طوعية؛
- استثمار؛
- مبادرة شخصية للمسير؛

الملحق رقم -1- الاستبيان باللغة العربية

- عملية جماعية؛
- إلتزام مكلف؛
- عنصر من سياسات الاتصال والعلاقات العامة؛
- قيمة مضافة بالنسبة لمنظمتكم الصحية؛
- تطلع شخصي؛
- استجابة لتطلعات المرضى ومستخدمي الخدمة الصحية؛
- مجالات أخرى ذات صلة ترون أهميتها.

.....
.....

6- حسب رأيكم، هل يوجد دور لمنظمتكم الاستشفائية فيما يخص تحقيق التنمية المستدامة؟

لا

نعم

إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، هل يمكن تقديم تفسيركم لذلك؟

- نموذج حول أحسن الممارسات في مجال الاستدامة؛
- التربية والتكوين الصحي؛
- الوقاية من مخاطر البيئة والتلوث؛
- تحسين ظروف عمل الموظفين؛
- تحسين جودة الرعاية الصحية للمرضى؛
- مجالات أخرى ذات صلة ترون أهميتها.

.....
.....

7- هل عندكم علم بالممارسات المحلية، الوطنية والدولية لمنظمات استشفائية في مجال الإدماج الإداري للتنمية

المستدامة؟

لا

نعم

-إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، هل يمكن ذكرها؟

المحور الثاني: الإدماج الإداري وتبني التنمية المستدامة في منظماتكم الاستشفائية

1- هل قامت منظماتكم الاستشفائية بتطوير استراتيجيات لتبني التنمية المستدامة؟

نعم لا

- إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، هل هي:

- مشاريع داخلية؛
- مشاريع خارجية "بالتعاون أو الشراكة".
- صيغ أخرى (أذكرها).

2- هل تتبنى منظماتكم الاستشفائية نظام خاص بالإدارة البيئية؟

نعم لا

3- هل الحصول على شهادة الايزو 14001 الخاص بنظام الإدارة البيئية هو من بين مشاريع

منظماتكم الاستشفائية؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، ما هي المجالات ذات الأولوية؟

- تبيض الملابس والأغطية؛
- الإطعام؛
- المصالح التقنية؛
- تسيير النفايات؛
- مجالات أخرى ترون أهميتها؟

.....
.....
.....

4- هل توجد عناصر ومؤشرات معتمدة في منظماتكم الصحية لقياس أدائها المستدام؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، ما هي المجالات ذات الأولوية؟

- النفايات؛
- الطاقة؛
- الماء؛
- الهواء؛
- المساحات الخضراء؛
- انبعاثات الغازات المضرة بالصحة؛
- التنقلات؛
- مؤشرات أخرى مرتبطة بمجالات أخرى تعتمد عليها منظماتكم الاستشفائية.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

المحور الثالث: العلاقات العامة، الاتصال والموارد البشرية في منظماتكم الاستشفائية

1- هل تبني منظماتكم الاستشفائية الشفافية في عملية الاتصال في ظل متطلبات التنمية المستدامة

والمسؤولية الاجتماعية؟

نعم لا

-إذا كانت الإجابة بـ"نعم" الاتصال الشفاف هو:

■ فرصة للإدارة؛

■ عائق " حاجز "

■ مفهوم لا تأخذه بعين الاعتبار.

2- هل مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية يعتبران جزء من القضايا التي يتم الاتصال حولها

في منظماتكم الاستشفائية؟

لا

نعم

-إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ، ما هو نوع الاتصال:

■ اتصال داخلي؛

■ اتصال خارجي.

3- هل يوجد تحديد جيد من طرف منظماتكم الاستشفائية للجهات والأطراف في عملية الاتصال حول

مفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟

لا

نعم

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ، ما هي من بين الجهات التالية:

■ المرضى والمقيمين؛

■ الموظفين؛

■ الزائرين؛

■ الشركاء الخارجيون؛

■ جهات أخرى (أذكرها)

.....
.....
.....

4- ما هي القنوات التي يتم الاتصال من خلالها مع الأطراف السابقة؟

■ معلومات مدونة على كشوف الراتب المسلمة؛

■ قوافل توعية بمفهومي التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؛

الملحق رقم -1- الاستبيان باللغة العربية

- مساحات على مواقع الانترنت وشبكات التواصل الاجتماعي أو على الموقع الإلكتروني للمنظمة الاستشفائية؛
- معارض في مباني وفضاءات المنظمة الاستشفائية؛
- قنوات أخرى (أذكرها).

.....
.....
.....

5- هل توجد مواضيع تخص التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية موضوع لعملية الاتصال في منظماتكم الاستشفائية؟

لا

نعم

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ، ما هي من بين المواضيع:

- نصائح ومعلومات عامة؛
- شرح استراتيجية المنظمة الاستشفائية؛
- ميزانية ونتائج تبني التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية لمنظماتكم الاستشفائية؛
- مواضيع أخرى (أذكرها).

.....
.....
.....

6- هل الوسائل المستخدمة في عمليات الاتصال حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية تم مراعاة أن تكون صديقة لبيئة؟

لا

نعم

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ، ما هي من بين هذه الوسائل:

- الانترنت؛
- الانترنت؛
- الفاكس؛

■ وسائل أخرى (أذكرها).

.....
.....
.....

7- هل تقوم منظماتكم الاستشفائية بتكوين موظفيها حول التنمية المستدامة والمسؤولية الاجتماعية؟

نعم لا

إذا كانت الاجابة ب "نعم"، ما هي من بين برامج التكوين من الآتي:

البناء المستدام الذي يأخذ بعين الاعتبار "الجودة، البيئة والإقتصاد في الطاقة؛

■ تسيير النفايات الطبية؛

■ الطاقة ، الماء والهواء؛

■ التنقلات والشراء المسؤول إجتماعيا؛

■ جودة الرعاية الصحية للمرضى؛

■ ظروف عمل الموظفين؛

■ مكافحة العنصرية والتمييز؛

■ التكفل بالأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة من مرضى وعمال؛

■ برامج تكوينية أخرى (أذكرها)

.....
.....
.....
.....

المحور الرابع: سياسات الشراء في منظماتكم الاستشفائية

1- هل قامت منظماتكم الاستشفائية بإدراج معايير انتقاء خاصة بالتنمية المستدامة في دفاتر

الشروط للسلع والخدمات التي يتم شراؤها؟

نعم لا

الملحق رقم -1- الاستبيان باللغة العربية

إذا كانت الإجابة ب "نعم"، هل يمكنكم تحديد المجالات وأي نوع من المشتريات من بين العناصر التالية:

- البناء وتحديد المباني؛
- المعدات الطبية؛
- التغذية؛
- عتاد الإعلام الآلي؛
- أثاث وتجهيزات مكتبية؛
- صيانة المساحات الخضراء؛
- مواد التنظيف واصيانة؛
- الخدمات؛
- السيارات ومعدات النقل؛
- عناصر أخرى (أذكرها).

.....
.....
.....
.....

2- هل سياسة الشراء وفق متطلبات التنمية المستدامة والمسؤولية الإجتماعية في منظماتكم

الاستشفائية تخضع لاعتبارات معينة؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة ب "نعم"، هل يمكنكم تحديد نوع الاعتبار:

- عملية ضرورية؛
- عائق إضافي (حاجز)؛
- قيمة مضافة تتحقق لمنظمتكم الاستشفائية؛
- إعتبارات أخرى (أذكرها).

.....
.....
.....

3- هل قامت منظمتكم الاستشفائية بتكوين مكلفين بعمليات الشراء المسؤول إجتماعيا

وبيئيا؟

لا

نعم

إذا كانت الإجابة ب "لا" فما أسباب ذلك؟

.....
.....
.....

4- هل تأخذ منظمتكم الاستشفائية في عملية الشراء بمبادئ ومتطلبات التنمية المستدامة

والمسؤولية الإجتماعية؟

لا

نعم

إذا كانت الإجابة ب "نعم"، هل يمكنكم تحديد نوعها:

- المسؤولية الإجتماعية لموردي منظمتكم الاستشفائية؛
- المسؤولية البيئية لمورديكم؛
- أخرى (أذكرها):

.....
.....
.....

5- هل تبني منظمتكم الاستشفائية استراتيجية تمويل للحد من استخدام الأغلفة؟

لا

نعم

Université Mohamed BOUDIAF de M'Sila
Faculté des sciences économiques, sciences
commerciales et sciences de gestion.

Questionnaire destiné aux directeurs et cadres des établissements publics de santé et des
cliniques privées de la wilaya de Bordj Bou Arreridj

Dans le cadre de la préparation d'un doctorat sciences en sciences de la gestion intitulé "**Exigences et obstacles à la gestion durable des organisations hospitalières - Etude d'un échantillon d'établissements hospitalières algériennes** -". Premièrement, il convient d'évaluer la performance des organisations hospitalières et de déterminer si elles répondent aux exigences du développement durable et de la responsabilité sociale du point de vue de leurs cadres et directeurs.

Dans ce sens, nous vous prions de répondre en toute objectivité aux questions suivantes qui seront utilisées pour des fins purement scientifiques. Nous vous assurons que vos réponses seront traitées d'une façon confidentielle. Veuillez donc répondre en toute liberté. Nous vous remercions d'avance du temps que vous allez consacrer pour répondre à nos questions.

Informations générales :

Sexe

Homme	Femme

Age:

Diplôme :

Fonction:

Etablissement de santé :

Public

Privé

Premier axe : le développement durable dans l'organisation hospitalière du point de vue des managers

1- Pensez-vous que le développement durable occupe une place stratégique dans votre organisation hospitalière?

Oui Non

Si vous répondez par "non", pourriez-vous expliquer pourquoi ?

.....
.....
.....

2- Pensez-vous que la réponse de votre organisation au développement durable améliore –t- il ses performances ?

Oui Non

Si vous répondez par "non", pourriez-vous expliquer pourquoi ?

.....
.....
.....

3- Selon vous, quels sont les domaines de priorité ?

- La dimension environnementale ;
- La dimension sociale ;
- La dimension économique.

4- Quelles actions avez-vous entreprises pour chacune des dimensions du développement durable?

A- La dimension sociale :

- Lutte contre la discrimination ;
- Recrutement des personnes ayant des besoins spécifiques sans qualification ;
- La gestion durable des ressources humaines ;
- La formation sanitaire et médicale ;
- Prévention des dangers professionnels ;
- D'autres domaines que vous voyez nécessaires.

.....
.....

B- Protection de l'environnement écologique :

- Maitrise et rationalisation de la consommation de l'énergie ;
- Gestion raisonnable de la consommation de l'eau ;
- Diminution du volume des déchets ;
- Réduction des émissions de gaz affectant la couche d'ozone ;
- Protection de la diversité écologique ;
- Autres domaines que vous voyez importants.

.....
.....

C- La dimension économique :

- Contrôle des achats ;
- Politique d'achat durable ;
- Analyse des besoins ;
- Réflexion sur les coûts globaux ;
- Autres domaines que vous voyez importants.

.....
.....

5- A votre avis, l'adoption des dimensions du développement durable c'est le résultat de:

- Conformité aux lois et règlements ;
- Processus volontaire ;
- Investissement ;
- Initiative personnel du gérant ;
- Processus collectif ;
- Engagement coûteux ;
- Elément des politiques de communication et de relations publiques ;
- Valeur ajoutée pour votre organisation de santé ;
- Aspiration personnelle ;
- Réaction aux aspirations des patients et des utilisateurs de service de santé ;
- Autres domaines que vous voyez importants.

.....
.....

6- A votre avis, y a-t- un rôle à jouer par votre organisation hospitalière dans la réalisation du développement durable ?

Oui

non

- Si oui, comment l'expliquez-vous?

- Un modèle sur les meilleures pratiques dans le domaine de la durabilité ;

- L'éducation et la formation sanitaire ;
- Prévention des dangers de l'environnement et de la pollution ;
- Amélioration des conditions du travail des fonctionnaires ;
- Amélioration de la qualité des soins médicaux pour les patients ;
- Autres domaines que vous voyez importants.

7- Connaissez-vous les pratiques locales, nationales et internationales des organisations hospitalières en matière d'intégration administrative du développement durable?

Oui Non

- Si oui, pouvez-vous les citer?

Axe II: Intégration administrative et adoption du développement durable dans votre organisation hospitalière

1- Votre organisation a-t-elle développé des stratégies adoptant le développement durable ?

Oui Non

▪ Si oui, s'agit-il de ?

- Projets internes ;
- Projets externes « en coopération ou en partenariat » ;
- Autres formules, citez les :

2- Votre organisation hospitalière adopte-t-elle un système spécial de la gestion environnemental ?

Oui non

3- La certification du système de management environnemental ISO 14001 fait-elle partie des projets de votre organisation hospitalière?

Oui Non

- Si oui, quels sont les domaines de priorité ?
 - Blanchissement des vêtements et des couvertures ;
 - La restauration ;
 - Services techniques ;
 - Gestion des déchets ;
 - Autres domaines que vous voyez importants.

.....
.....
.....

4-Y a-t-il des éléments et des indicateurs adoptés dans votre organisation de santé pour mesurer sa performance durable?

Oui Non

- Si oui, quels sont les domaines de priorité ?
 - Les déchets ;
 - L'énergie ;
 - L'eau ;
 - L'air ;
 - Les espaces verts ;
 - Les émissions de gaz nocifs pour la santé ;
 - Les déplacements ;
 - Autres indicateurs liés à autres domaines adoptés par votre organisation hospitalière.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Axe III: Relations générales, communication et ressources humaines dans votre organisation hospitalière

1- Votre organisation hospitalière adopte-t-elle la transparence dans le processus de communication en respectant les exigences du développement durable et de la responsabilité sociale?

Oui Non

- Si oui, la communication transparente, c'est:
 - Chance pour l'administration ;
 - Obstacle "barrière" ;
 - Concept que vous ne prenez pas en considération.

2- Les concepts de développement durable et de responsabilité sociétale font-ils partie des problématiques qui l'objet de communication dans votre organisation hospitalière?

Oui Non

- Si oui, quel est le type de communication?

- Communication interne ;
- Communication externe.

3- Votre organisation hospitalière a-t-elle bien identifié les acteurs et les acteurs du processus de communication concernant les concepts de développement durable et de responsabilité sociale?

Oui Non

- Patients et résidents ;
 - Fonctionnaires ;
 - Visiteurs ;
 - Partenaires externes ;
 - Autres
-
-
-

4- Quels sont les canaux par lesquels vous contactez les anciennes parties?

- Renseignements enregistrés sur les bulletins de paye remis ;
- Convois de sensibilisation sur les concepts de développement durable et de responsabilité sociale ;
- Espaces sur des sites Web et des réseaux sociaux ou sur le site Web de l'organisation hospitalière ;
- Autres canaux.

.....
.....
.....

5- Y a –t-il des sujets sur le développement durable et la responsabilité sociale qui font l’objet de communication au sein de votre organisation hospitalière?

Oui Non

- Si oui, quels sont parmi les sujets

- Conseils et renseignements généraux
- Explication de la stratégie de l’organisation hospitalière ;
- Budget et résultats de l’adoption du développement durable et de la responsabilité sociale de votre organisation hospitalière ;
- Autres sujets.

.....
.....
.....

6- Les moyens utilisés dans les processus de communication sur le développement durable et la responsabilité sociale sont-ils considérés comme respectueux de l’environnement?

Oui Non

Si oui, laquelle entre les moyens suivants ?

- Internet ;
- Intranet ;
- Fax ;
- Autres moyens.

.....
.....
.....

7- Votre organisation hospitalière forme-t-elle son personnel au développement durable et à la responsabilité sociale?

Oui Non

Si oui, laquelle parmi les programmes de formation suivants ?

- La construction durable qui prend en compte « qualité, environnement et économie de l'énergie
- La gestion des déchets médicaux ;
- L'énergie, l'eau et l'air ;
- Les déplacements et les achats responsables socialement ;
- Qualité des soins médicaux pour patients ;
- Conditions du travail pour les fonctionnaires ;
- Lutte contre le racisme et la discrimination ;
- Prise en charge des personnes à besoins spécifiques, patients et travailleurs ;
- Autres programmes de formation.

.....
.....
.....

AXE 4 : politiques d'achats dans votre organisation hospitalière

1- Votre organisation hospitalière a-t-elle inclus des critères de sélection pour le développement durable dans les cahiers des charges relatifs aux biens et services achetés?

Oui Non

- Construction et restauration des bâtiments ;
- Matériels médicaux ;
- Alimentation ;
- Matériel de l'informatique ;
- Meuble et matériel bureautique ;
- Entretien des espaces verts ;
- Matériel de nettoyage et d'entretien ;
- Services ;
- Véhicules et moyens de transport ;
- Autres.

.....
.....
.....
.....

2- La politique d'achat selon les exigences du développement durable et de la responsabilité sociale de votre organisation hospitalière, dépend-elle à certaines considérations?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous identifier le type de considération ?

- Opération nécessaire ;
 - Obstacle supplémentaire (barrière) ;
 - Valeur ajoutée réalisée au profit de votre organisation hospitalière ;
 - Autres considérations.
-
-

3- Votre organisation hospitalière a-t-elle organisé une formation au profit des chargés d'achats sur responsables les plans social et environnemental?

Oui Non

Si non, quelle en sont les raisons ?

.....

.....

4- Votre organisation hospitalière prend-elle en compte les principes et les exigences du développement durable et de la responsabilité sociale dans le processus d'achat?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous en identifier le type ?

- Responsabilité sociale des fournisseurs de votre organisation hospitalière ;
 - Responsabilité environnementale de vos fournisseurs ;
 - Autres.
-
-

5- Votre organisation hospitalière adopte-t-elle une stratégie d'approvisionnement limitant l'usage des emballages ?

Oui Non

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوائق التي تواجهها المنظمات الاستشفائية ومتطلبات مواجهتها بما يحقق لها إدارة مستدامة تضمن الاستجابة لمتطلبات التنمية المستدامة بأبعادها الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية. تضمن الجانب النظري للدراسة المفاهيم الأساسية لإدارة المنظمات الاستشفائية والتنمية المستدامة "المتطلبات والعوائق"، وكذا الآليات التي من شأنها أن تحقق الاستدامة. أما الجانب التطبيقي فتضمن عرضاً تقييمياً كميّاً للقطاع الصحي ومكوناته لولاية و برج بوعريرج وكذا متطلبات تحقيق الاستدامة من وجهة نظر مدراء، مسيري وإطارات عينة من المنظمات الاستشفائية العمومية والخاصة للولاية. خلصت الدراسة إلى أن القطاع الصحي بالولاية يواجه عديد المشكلات منها ما هو مرتبط بالهيكل والموارد البشرية وكذا التسييري والتنظيمي. بالنسبة لعينة الدراسة فيوجد إدراك أكبر لتعريف الاستدامة ومتطلباتها لدى المنظمات الاستشفائية العامة مقارنة بالخاصة ورغم الإدراك بأهمية التنمية المستدامة في تحسين الأداء الكلي إلا أن التحرك في هذا الإطار يبقى ضعيفاً، وهو ما يفرض البحث في الآليات الكفيلة بتحقيق الاستدامة في هذه المنظمات من جهة ومن جهة أخرى على الدولة توفير إطار تشريعي ومؤسسي يضمن تحقيق استدامة القطاع الصحي وكل مكوناته. **الكلمات المفتاحية:** إدارة المنظمات الاستشفائية، الاستدامة، التنمية المستدامة، المسؤولية الاجتماعية، جودة الرعاية الصحية.

Abstract :

This study aimed to know the obstacles that hospital organizations face and the requirements of facing them in order to achieve sustainable management that ensures responding to the requirements of sustainable development in its economic, social and environmental dimensions..

The theoretical aspect of the study included the basic concepts of hospital organizations' management and sustainable development "requirements and obstacles", as well as mechanisms that would achieve sustainability. The applied side included a quantitative evaluation presentation of the health sector and its components for the wilaya of Bordj Bou Arrerj, as well as the requirements for achieving sustainability from the point of view of directors, managers from the public and private hospital organizations of the wilaya.

The study concluded that the state's health sector faces many problems, including those related to structures and human resources, as well as management and organizational. As for the study sample, there is a greater awareness of the definition of sustainability and its requirements among public hospital organizations compared to the private. Despite the awareness of the importance of sustainable development in improving overall performance, however, movement in this framework remains weak, which imposes research on mechanisms to achieve sustainability in these organizations on the one hand and on the other hand The state should provide a legislative and institutional framework that guarantees the sustainability of the health sector and all its components.

Résumé

Cette étude avait pour objectif de connaître les obstacles auxquels les organisations hospitalières sont confrontées et les exigences auxquelles elles doivent faire face afin de parvenir à une gestion durable garantissant de répondre aux exigences du développement durable dans ses dimensions économiques, sociales et environnementales.

La partie théorique de l'étude a inclus les concepts de base de la gestion et du développement durable des organisations hospitalières "exigences et obstacles", ainsi que les mécanismes qui permettraient d'atteindre la durabilité. Quant à la partie pratique, elle a compris une évaluation quantitative du secteur de la santé et de ses composantes pour la wilaya et Bordj Bou Arreridj, ainsi que les exigences pour atteindre la durabilité du point de vue des directeurs, des gestionnaires et des cadres d'un échantillon d'organisations hospitalières publiques et privées de la wilaya.

L'étude a conclu que le secteur étatique de la santé est confronté à de nombreux problèmes, y compris ceux liés aux structures et aux ressources humaines, ainsi qu'à la gestion et à l'organisation. En ce qui concerne l'échantillon de l'étude, la définition de la durabilité et ses exigences sont davantage connues par les organisations hospitalières publiques que privées. Malgré la prise de conscience de l'importance du développement durable pour l'amélioration des performances globales, les mouvements dans ce cadre restent faibles, ce qui impose une recherche sur les mécanismes permettant d'atteindre la durabilité dans ces organisations d'une part et d'autre part. L'État devrait fournir un cadre législatif et institutionnel garantissant la durabilité du secteur de la santé et de toutes ses composantes.

Mots clés : gestion de l'organisation hospitalière, durabilité, développement durable, responsabilité sociale, qualité des soins de santé.