



الموضوع

تقييم كفاءة أداء مؤسسات الخدمات الصحية في الجزائر

دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية - سليمان عميرات بالمسيلة-

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر (أكاديمي) في علوم التسيير

تخصص: مراقبة التسيير

الأستاذ المشرف:

* عسلي نور الدين

من إعداد الطالبة:

* خرخاش صباح

أعضاء لجنة المناقشة

أ. مرواني رابح رئيسا
أ. بيسار عبد المطلب مناقشا
أ. عسلي نور الدين مشرفا

كلمة شكر

احمد الله الذي وفقني لهذا ،حمدا يليق بجلاله وعظيم سلطانه اما بعد ،

اتقدم بشكري الى كل من اعانني على القيام بهذا العمل المتواضع ، و اخص بالذكر الاستاذ المشرف عسلي نور الدين الذي اشرف على مساعدتي على انجاز هذه المنكرة و كان خير دليل و موجه و نصح ، و على تقديمه لتوجيهاته القيمة و الارشادات التي لم يبخل بها عليا ،

كما اتقدم بجزيل الشكر و التقدير الى السادة الاساتذة اعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم

بقبول الاشراف في مناقشة هذا البحث المتواضع و تقييمه ،

والى من ساعدني في انجاز هذه المنكرة من قريب او بعيد .

الفهرس

-	شكر و عرفان
-	الفهرس
-	فهرس الجداول
-	فهرس الأشكال
أ-هـ	مقدمة
7	الفصل الأول
7	تمهيد
8	المبحث الاول: ماهية الاداء المؤسسي
8	المطلب الاول: مفهوم الاداء
8	الفرع الاول: تعريف الاداء، تصنيفاته، اهميته
12	الفرع الثاني: مكونات الاداء
13	الفرع الثالث: ادارة الاداء
15	المطلب الثاني: تقييم الاداء و قياس الاداء
15	الفرع الاول: تقييم الاداء و اهميته واهدافه
17	الفرع الثاني: تقييم كفاءة الاداء
18	الفرع الثالث: معايير تقييم كفاءة الاداء
21	المطلب الثالث: نماذج و مستويات تقييم الاداء
21	الفرع الاول: مستويات تقييم الاداء
22	الفرع الثاني: نماذج تقييم الاداء
25	الفرع الثالث: الفرق بين تقييم الاداء و قياس الاداء
27	الفرع الرابع: مؤشرات قياس الأداء
30	المبحث الثاني: طرق و تقييم الأداء
30	المطلب الاول: طرق تقييم الاداء
30	الفرع الاول: طريقة نظام من خلال الدرجات و المعدلات
31	الفرع الثاني: طريقة النظام التكاملي للتقييم
33	الفرع الثالث: طريقة تقييم الاداء من خلال الانتاجية
33	الفرع الرابع: طرق تقييم اداء العاملين
37	المطلب الثاني: ادوات قياس الاداء
37	الفرع الاول: قياس الاداء باستعمال لوحة القيادة:
39	الفرع الثاني: طريقة الاداء المتوازن و عوامل الانتاج الحرجة
43	الفرع الثالث: مقاييس الاخرى لقياس الاداء
45	الفرع الرابع: صعوبات و مؤشرات تقييم الاداء
49	خلاصة الفصل.
51	الفصل الثاني: النظام الصحي و التنظيم الصحي في المؤسسات الاستشفائية
51	المبحث الاول: الكفاءة على مستوى النظم الصحية
51	المطلب الاول: مفهوم الكفاءة و طرق قياسها
51	الفرع الاول: مفهوم الكفاءة

52	الفرع الثاني : أنواع الكفاءة وطرق قياسها
54	الفرع الثالث:الفرق بين الكفاءة والفعالية
55	المطلب الثاني : النظام الصحي
56	الفرع الاول : مفهوم النظام الصحي
57	الفرع الثاني: محددات أداء النظام الصحي
58	الفرع الثالث: اصلاح النظام الصحي
59	المبحث الثاني: التنظيم في المستشفيات والخدمات الصحية
59	المطلب الاول: التنظيم في المستشفى
59	الفرع الاول : مفهوم المستشفى وخصائصها
60	الفرع الثاني : أنواع وتصنيفات المستشفى
63	الفرع الثالث : التنظيم في المستشفى وأنواع التنظيم
71	المطلب الثاني : ماهية الخدمات الصحية
71	الفرع الاول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها
79	الفرع الثاني : أنواع الخدمات الصحية
80	الفرع الثالث: عناصر انتاج الخدمات الصحية
83	المبحث الثالث: تقييم كفاءة المؤسسات الصحية والنظام الصحي في الجزائر
83	المطلب الاول: قياس الكفاءة في الخدمات الصحية والنظام الصحي في الجزائر
83	الفرع الاول: قياس الكفاءة في الخدمات الصحية ومؤشراتها
85	الفرع الثاني: مفهوم النظام الصحي في الجزائر
88	الفرع الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر
90	المطلب الثاني: تقييم أداء المنظومة الصحية في الجزائر
90	الفرع الاول :آلية التقييم والتحفيز بمؤسسة الاستشفائية الجزائرية
93	الفرع الثاني :تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر
96	خلاصة الفصل
99	الفصل التطبيقي: دراسة ميدانية حول المؤسسة الاستشفائية بالمسيلة —سليمان عميرات—

99	الفصل التطبيقي : دراسة ميدانية حول المؤسسة الإستشفائية بالمسيلة-سليمان عميرات-
99	المبحث الأول: تقديم المؤسسة العمومية والاستشفائية سليمان عميرات
99	المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية
100	المطلب الثاني: دراسة الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية
104	المطلب الثالث : تقييم الخدمات المقدمة بالمستشفى
106	المطلب الرابع : تقييم أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية
108	المبحث الثاني: أدوات وأساليب منهجية الدراسة الميدانية
108	المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية
109	المطلب الثاني: أدوات الدراسة
112	المبحث الثالث: المعالجة الاحصائية، تحليل النتائج وتفسيرها
112	المطلب الأول: وصف خصائص عينة الدراسة والتحليل الوصفي
116	المطلب الثاني: التحليل الوصفي لإجابات أفراد العينة
120	المطلب الثالث: تحليل فرضيات الدراسة وتحليل دراسة المقابلة
126	خلاصة الفصل
128	الخاتمة
-	قائمة المراجع
-	الملاحق

فهرس الجداول

ص	العنوان	الرقم
13	العلاقة بين الأداء والفعالية والكفاءة	01
27	الفرق بين قياس و تقييم الأداء	02
31	طريقة النظام من خلال الدرجات و المعدلات الجدول رقم	03
34	ترتيب الأفراد حسب نتائج	04
35	أسلوب التوزيع الإجباري	05
39	الجدول يوضح الشكل العام للوحات القيادة	06
55	الفرق بين الكفاءة والفعالية في المؤسسة	07
76	الوظائف المكونة لخدمة الصحية	08
93	مؤشرات لتقييم أداء نظام الصحي في الجزائر	09
94	تطور معدل الوفاة الاطفال في الجزائر حسب الجنس في الفترة 1999-2005	10
94	تطور معدل الوفاة الأطفال في الجزائر حسب الجنس في الفترة 1999-2005	11
100	توزيع العاملين و فق المستوي الوظيفي لسنة 2014	12
105	مجموعة معايير الأداء و مؤشرات قياسها	13
106	معايير الأداء الخاصة بالكادر الصحي خلال السنوات من: 2010_2014.	14
107	معايير الأداء الخاصة بتشغيل المستشفى خلال السنة 2014.	15
110	درجة الموافقة	16
110	مجالات المتوسطة	17
111	قيمة معامل ألفا كرونباخ لمحاور الاستبيان	18
113	توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب المتغير الجنس	19
113	توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب المتغير السن	20
114	توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب المتغير المستوى التعليمي	21
114	توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب المتغير منصب العمل	22
115	توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب الخبرة المهنية	23
116	تحليل البيانات المتعلقة بأداء المورد البشري	24
117	تحليل البيانات المتعلقة بكفاءة الخدمات الصحية	25
119	تحليل البيانات المتعلقة بتقييم كفاءة الخدمات الصحية	26
121	نتائج اختبار T للتحقق من كفاءة أداء المورد البشري.	27

فهرس الأشكال

09	مثلث الكفاءة	01
21	مستوى تقييم الأداء	02
23	النماذج التقليدية لتقييم الأداء المؤسسي	03
41	الأبعاد الرئيسية في نموذج بطاقة الأداء المتوازن	04
64	مكونات المستشفى كنظام مفتوح	05
68	التقسيم وفقا لطبيعة العمل أو الوظائف بالمستشفى	06
69	التقسيم حسب الموقع الجغرافي للمستشفى	07
69	التقسيم حسب الخدمة الصحية	08
70	التقسيم حسب العمليات أو مراحل أداء الخدمة الصحية بالمستشفى	09
71	التقسيم حسب المرضى	10
74	مفهوم الصحة من ناحية مستوياتها	11
81	إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات	12
82	نموذج EigLier وLangeard لإنتاج الخدمة	13
101	هيكل التنظيمي لمستشفى سليمان عميرات	14

مقدمة عامة

مقدمة :

تواجه المؤسسات الصحية العديد من التحديات من أبرزها ارتفاع التكاليف و تبني أساليب غير فعالة لتحقيق الأهداف المسطرة ، فضرورة تحسين الخدمات الصحية من قبل المؤسسات الاستشفائية نظرا لكون هذه المؤسسات تعرف تغيرا ملحوظا في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية، وكذلك الرغبة في المشاركة في حثيثات الرعاية الصحية و المطالبة بتحسين هذه الخدمة لذلك تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية و تحسين جودة الخدمات التي تقدمها.

فالخدمات الصحية هي نتاج أداء هذه المؤسسات الصحية فانه من الضروري إجراء التقييم المستمر لأدائها وقياس كفاءة خدماتها من طرف القائمين عليها من اجل تحسين جودتها .

و لقد تعددت الأساليب المستخدمة في قياس كفاءة الخدمات التي تقدمها المستشفيات على اختلاف أنواعها حيث صار بالإمكان استخدام الأساليب الكمية الكفيلة بمعرفة مستويات كفاءة هذه الأساليب.

إن الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية للمستشفيات أصبح مطلبا ملحا وضرورة لا غنى عنها في جميع الدول في الوقت الحاضر الأمر الذي يتطلب من وزارة الصحة زيادة الاهتمام بموضوع ، تقييم أداء المستشفيات و العمل على تحديد مستوى الأداء فيها بصورة دورية سنوية أو شهرية بهدف تحديد نقاط الضعف و تعزيز نقاط قوة .

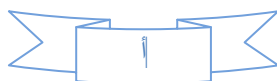
و تعد الجزائر من بين الدول التي سعت منذ الاستقلال إلى تطوير نظمها و هياكلها الصحية ببناء و تشييد المؤسسات الصحية و الارتقاء بالتعليم الطبي ، و لقد فرضت التحديات الاقتصادية و الثقافية و الصحية على المنظومة العمومية للصحة بالجزائر اللجوء إلى التغيير و التقييم الفعال لكفاءة أداء خدماتها الصحية و من ثم تحسينها و تطويرها و التي يعتبر احد السبل لإرضاء زبائنها مع ضمان البقاء و الاستمرارية .

❖ إشكالية البحث

و بناء على ماتقدم يمكن صياغة الإشكالية التي سنحاول الإجابة عنها من خلال هذا العمل بالشكل التالي :

"الى اي مدى يمكن تقييم كفاءة اداء المؤسسة الصحية الاستشفائية سليمان عميرات بالمسيلة ؟

وفي إطار تحليل الإشكالية سنحاول الإجابة على التساؤلات الفرعية التالية :



- ماهو مستوى أداء المورد البشري في المؤسسات الصحية ؟
- ماهو مستوى الخدمات في المؤسسات الصحية ؟
- ماهي مؤشرات قياس أداء الخدمات الصحية ؟
- مامدى كفاءة أداء المؤسسة الصحية الاستشفائية سليمان عميرات ؟

هذا ما سنحاول الإجابة عليه من خلال دراستنا الميدانية للمؤسسة الاستشفائية العمومية سليمان عميرات بالمسيلة التي اتخذناها كعينة عن باقي المؤسسات الصحية الموجودة بالمسيلة .

❖ الفرضيات

- تعزيز أهمية كفاءة الأداء لدى المورد البشري و إعطائه معلومات موجز عن أهم المعايير الخاصة بالتقييم .
- تعتبر الخدمات الصحية علاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أو إرشادا ينتج عنه رضا و انتفاع المريض .
- بالاعتماد على استخدام مؤشرات قياس الأداء التي تمكن من معرفة مستوى الأداء و درجة رضا وولاء العاملين و مستوى الغيابات في المستشفى مجال الدراسة .
- توجد كفاءة في أداء المؤسسة الصحية الاستشفائية عميرات سليمان .

❖ اهمية الدراسة

- ✓ تكمن أهمية هذه الدراسة من خلال :
- ✓ ما نتناوله لمفهوم النظام الصحي و الخدمات الصحية لمؤسسات الاستشفائية مع ضرورة قيام المؤسسات بتقييم أداء خدماتها المقدمة بالإضافة الى ضرورة اخذ اقتراحات كل الأفراد الطاقم الطبي و الإداري .
- ✓ تعزيز مفاهيم و معايير تقييم كفاءة الأداء و أهميتها في المؤسسات الصحية و ما لهذه المؤسسات من تأثير و أهمية في حياة الأمم والشعوب .
- ✓ تقدم إطار نظري و ميداني يرتبط بتقييم أداء المستشفى وفق بعض المؤشرات الأداء .

❖ اهداف الدراسة :

- ان التطرق الى هذا الموضوع و اختياره كان من اجل :
- دراسة الوضعية الحالية للمؤسسة الصحية في الجزائر و الوقوف على اهم نقائصها قصد التمكن من تبني افضل الحلول التي تؤدي الى تحسين ادائها .
- تسليط الضوء على واقع الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العمومية .
- ❖ أسباب اختيار موضوع الدراسة :

من بين الاسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع :

اهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع لما لها من تأثير على العنصر البشري .

الصعوبات و المشاكل المعقدة التي يعاني منها النظام الصحي بالجزائر .

❖ منهج البحث و اسلوب الدراسة

يعد المنهج مجموعة العمليات و الخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق اهداف بحثه و سعيها منه لتحقيق اهداف الدراسة السابقة الذكر ، فقد اعتمد على المنهج الوصفي التحليلي و بعض الاساليب الاحصائية لتحليل البيانات .

❖ الدراسات السابقة :

لقد تم التطرق لهذا الموضوع من طرف عدد من الباحثين الذين تناولوه بالدراسة من جوانب مختلفة نذكر بعضها فيما يلي :

1_ عدمان مريزق : "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية " اطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتورا في علوم التسيير من جامعة الجزائر 2007_2008.

_ كما اجري دراسة حالة على بعض المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة تناولت تحت اشكالية " ماهو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة " اذ ركز في دراسته على مفهوم الجودة من منظور المستفيد كما وقف عند معوقات تقديم خدمات الصحية ذات جودة محاولا معرفة اسبابها و سبل علاجها، كما تناول ضرورة قياس التكاليف المترتبة عن غياب الجودة في المؤسسة الصحية .

2_ نجاة صغيرو : "تقييم جودة الخدمات الصحية " مذكرة مقدمة للحصول على شهادة دكتورا في علوم التسيير 2011_2012 جامعة باتنة .

_ واجرت الباحثة دراسة ميدانية على المؤسسة الصحية الجزائرية بباتنة ، و تناول الموضوع تحت اشكالية : "كيف يمكن تقييم مستوى جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية بباتنة ."

اذ ركزت الباحثة دراستها على التعرف على مستوى الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية من جهة منظور الزبون _ المريض _ من اجل تحسينها و العمل على ارضاء المستفيدين منها .

3_ سعدى هند : "استخدام نماذج صفوف الانتظار لتحسين فاعلية الخدمات في المراكز الصحية

دراسة ميدانية بالمسيلة ،اطروحة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير ،جامعة المسيلة 2012_2011،

_كما ادرجت تحت الاشكالية "هل يمكن تحسين فاعلية الخدمات باستخدام نماذج صفوف الانتظار"، حيث ركزت الباحثة على :تحسين مستوى الاداء بالمستشفى و الوصول الى تصور عام خاص باستخدام نماذج صفوف الانتظار، و ذلك من حيث الحصول على المعلومات و البيانات، من اجل استعمال نموذج ملائم في حلها.

❖ هيكل الدراسة :

من اجل الاجابة على اشكالية البحث و الاسئلة الفرعية عنها تم تقسيم هذه الدراسة الى ثلاثة فصول، حيث يتناول الفصل الاول تقييم الاداء المؤسسي، و مفهوم الاداء و مكوناته، ومستويات التقييم ثم الادوات ومؤشرات قياس الاداء منها بطاقة الاداء المتوازن و لوحة القيادة، بينما سيخصص الفصل الثاني الحديث عن المنظومة و الخدمات الصحية، النظام الصحي في الجزائر و التنظيم الداخلي للمستشفى .

_اما الفصل الثالث فقد تم التطرق الى لمحة عن المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة، من جهة و محاولة تحليل نتائج الاستبيان و تفسيرها محل الدراسة .

❖ صعوبات الدراسة :

- صعوبة الحصول على معلومات من المستشفى محل الدراسة بسبب عدم التنظيم الجيد لأرشيف المؤسسة .
- عدم تجاوب الكادر الطبي و شبه الطبي في تسهيل عملية الحصول على المعلومة الطبية .

المفصل الأول

الإطار المفاهيمي لتقييم الأداء المؤسسي

تمهيد:

ان عملية قياس و تقييم الاداء هي عملية اساسية من العمليات الادارية المتخذة لا تقل اهمية عن العمليات الادارية الاخرى كاتخاذ القرار و بناء فريق العمل و غيرها ،ومن ثم لزم و وضعها من الخطوط العريضة لمؤسسة ما تريد ان تحقق نجاحات مختلفة في جوانب معينة ، و ان التطبيق الناجح لأساليب قياس و تقييم الاداء يعتبر احد اهم عناصر نجاح و تطور المؤسسة و استمرارها .

سنحاول في هذا الفصل تناول كل من المباحث التالية :

المبحث الاول :الأداء المؤسسي.

المبحث الثاني: طرق واساليب تقييم الأداء.

المبحث الأول: الأداء المؤسسي.

يستخدم الأداء على نطاق واسع في ميدان الأعمال فهو يستعمل في موضوع أداء الاقتصادات والمجتمعات وفي مواضيع الموارد البشرية وما يتعلق بالكفاءات والمجهودات المبذولة ولكل من الاستعمالات معنى وهدف وطرق تقسيم وتحديد على المتطرق إليها التمييز فيما بينها.

المطلب الأول: ماهية الأداء

الفرع الأول: تعريف الاداء، تصنيفاته، اهميته.

أولاً: تعريف الاداء

يحظى مفهوم الأداء بأهمية كبرى في تسيير المؤسسات لذا نال ولا يزال الاهتمام المتزايد من طرف الباحثين والمفكرين والممارسين في مجال الإدارة والتسيير وهذا من منطلق أن الأداء يمثل الدافع الأساسي لوجود أية مؤسسة من عدمه كما يعتبر العامل الأكثر إسهاماً في تحقيق هدفها الرئيسي ألا وهو البقاء والاستمرارية ويتضح معنى الأداء من خلال التعاريف التالية:

1. فحسب Khenkhen "من وجهة نظر هذا الكاتب فإن الأداء يدل على تأدية عمل وإنجاز نشاط أو تنفيذ مهمة بمعنى القيام بفعل يساعد على الوصول إلى الأهداف المسطرة"¹

نلاحظ من هذا التعريف أن الأداء يتجسد في القيام بالأعمال والأنشطة والمهام بما يحقق الوصول إلى الغايات والأهداف المرسومة من طرف إدارة المؤسسة.

2. فحسب Miller et Romilly ينظر هذان الكاتبان إلى الأداء على " أنه انعكاس لكيفية استخدام المؤسسة للموارد المالية والبشرية واستغلالها بكفاءة وفعالية بصورة تجعلها قادرة على تحقيق أهدافها"².

نلاحظ من هذا التعريف أن الأداء هو حاصل تفاعل عنصرين أساسيين هما الطريقة في استعمال موارد المؤسسة ونقصد بذلك عامل الكفاءة والنتائج (الأهداف) المحققة من ذلك الاستخدام ونعني بذلك عامل الفعالية.

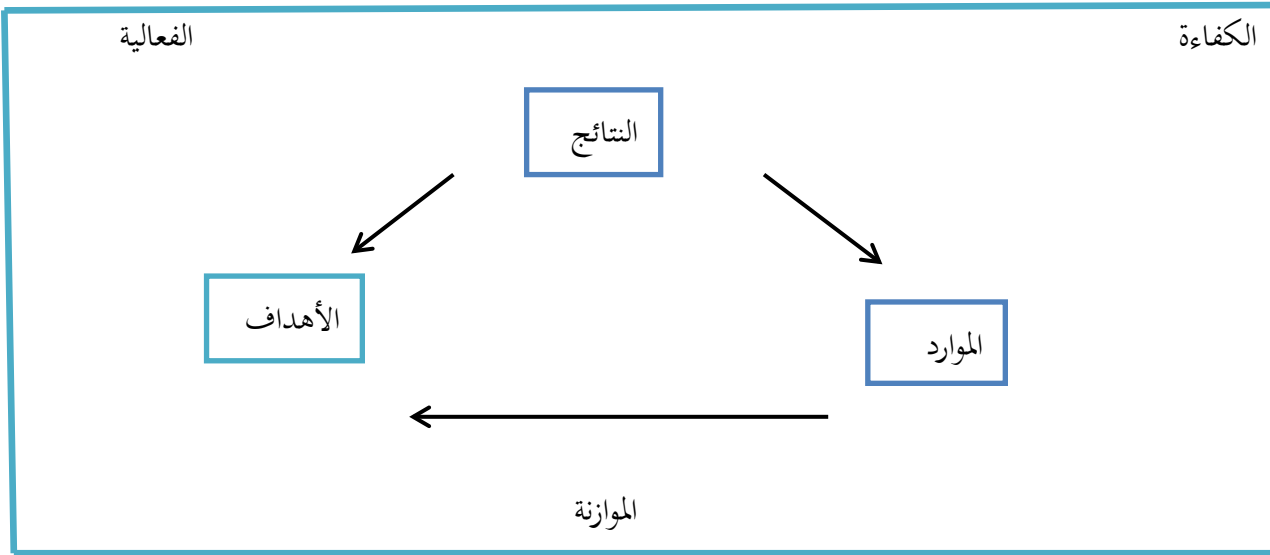
¹ - ناصر دادي عدون، عبد الله قويدر الواحد: مراقبة التسيير و الأداء في المؤسسة الاقتصادية، دار المحمدية العامة، الجزائر، ص، 12.

² - فلاح حسين عداي الحسين: الادارة الاستراتيجية، الطبعة الاولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الاردن، 2000، ص، 231.

3. وحسب بترسون آخرون (Peterson) الأداء المؤسسي «بأنه قدرة المنظمة على استخدام مواردها بكفاءة وإنتاج مخرجات متناعمة مع أهدافها ومناسبة لمستخدميها»¹.
4. "يتمثل في قدرة المؤسسة على تحقيق النتائج التي تتطابق مع الخطط والأهداف المرسومة والاستغلال الأمثل للموارد الموضوعية تحت تصرفها إذ الأداء هو الكفاءة والفعالية معا"².
5. " يمكن تعريف الأداء في العموم على أنه ذلك الفعل الذي يقود إلى إنجاز الأعمال كما يجب أن تنجز والذي يتصف بالشمولية والاستمرار"³.

بينما يرى (Bartoli) بأنه يمكن تصريف أداء المؤسسة من خلال العلاقة بين عناصر ..نتائج ، موارد أهداف والأبعاد ، الكفاءة ، الفعالية والموازنة الملائمة . ويمكن تلخيصها في الشكل التالي:

الشكل رقم (1): مثلث الكفاءة



المصدر : ناصر دادي عدون ، عبد الله قويدر الواحد ، مراقبة التسيير والأداء في المؤسسة الاقتصادية، دار المحمدية العامة ، الجزائر ، ص 13.

¹ - وصيفي الكساسبة : تحسين فاعلية الأداء المؤسسي، اءدار اليازوري للنشر و التوزيع،عمان-الأردن ،الطبعة الاولى، 2011،ص: 77.

² - عيادي حمزة،بطاقةالأداء المتوازن كنظام فعال لمراقبة التسيير ،مذكرة ماستر ،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ،جامعة مسيلة،الجزائر 2011\2012،ص: 20.

³ - د.الشيخالداوي :تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء ،مجلة الباحث ،العدد 07 /2009/2010،جامعة الجزائر،ص207.

إن الاختلاف حول مفهوم الأداء ينبع من اختلاف المعايير والمقاييس التي تعتمد في دراسة الأداء وقياسه والتي يستخدمها المدراء والمنظمات وعلى الرغم من هذا الاختلاف فإن أغلب الباحثين يعبرون عن الأداء من خلال النجاح الذي تحققه المنظمة في تحقيق أهدافه¹

ثانيا: تصنيفات الأداء و اهمية الأداء

(1) تصنيفات الأداء :

ان اي تطبيق لأي ظاهرة اقتصادية يطرح اشكالية تحديد و اختيار اي المعايير أكثر دقة واحسن استخداما و تصنيف الأداء يعتبر احد الظواهر التي تتطلب الدقة في اختيار المعيار الدقيق و العملي في ذات الوقت و الذي يعتمد عليه في تحديد انواع الأداء و عادة ما يتم تصنيفه وفقا للمعايير التالية:²

اولا :حسب معيارالمصدر :وفقا لهذا المعيار يمكن تقسيم اداء المؤسسة الى:

1. الأداء الداخلي: كذلك يطلق عليه اسم اداة الوحدة ،اي انه ينتج بفضل ما تملكه المؤسسة من موارد³.
2. الأداء الظاهري: هو الأداء الناتج من استغلال الفرص التي توفرها البيئة الخارجية للمؤسسة كافتتاح الاسواق الجديدة.
3. الأداء المالي :وهو الأداء الذي يصف مدى فعالية و كفاءة المؤسسة في تعبئة الموارد المالية و توظيفها .
4. الأداء التجاري:و هو الأداء الذي يصف كفاءة وفعالية الوظيفية التجارية أو التسويقية في تحقيق أهداف المبيعات ورضا الزبون المردودية ، عدد الزبائن .
5. الأداء الإنتاجي: يتمثل في قدرة المؤسسة على استخدام واستغلال تجهيزات الإنتاج في العملية إنتاجية وكذلك صيانتها وتعتبر كمية الإنتاج ونسبة استخدام الطاقة الإنتاجية من أبرز مؤشراتها .

¹ - وائل محمد صبحي إدريس وآخرون: أساسيات الأداء و بطاقة التقييم المتوازن. داروائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2009، ص: 38.

² - مشعلي بلال :دور البرامج ، السلامة المهنية في تحسين اداء العمال بالمؤسسات الصغيرة و المتوسطة الجزائرية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير جامعة فرحات عباس ،علوم التسيير سطيف ،2010\2011، ص4.

³ - سليخ حدة :دور نظام التكاليف المبني على الانشطة في تحسين اداء المؤسسة الاقتصادية ،مذكرة لنيل شهادة الماستر ،المسيلة، 2012\2013، ص36.

6. الأداء التموييني : يتمثل في فعالية وكفاءة وظائف الشراء ، النقل ، التخزين ، لتزويد المؤسسة بالمواد الأولية المعدات والتجهيزات ال إنتاجية بالنوعية والكمية المناسبة وفي الوقت المناسب ويعتبر معدل تلف المخزون وزمن وصول الطلبية من أبرز مؤشراتته .

7. الأداء البشري : يتمثل في أداء العاملين بالمؤسسة مهما كان موقعهم ومستواهم الوظيفي ، وهو من أهم مصادر تحسين الأداء¹ .

حسب معيار الشمولية : تبعاً لهذا المعيار يمكن تقسيم الأداء إلى² :

1- الأداء الكلي : وهو الذي يتجسد بالإنجازات التي ساهمت جميع العناصر والوظائف والأنظمة الفرعية للمؤسسة في تحقيقها ولا يمكن نسب إنجازها إلى أي عنصر دون مساهمة باقي العناصر

2- الأداء الجزئي : و هو الذي يتحقق على مستوى الانظمة الفرعية للمؤسسة و ينقسم بدوره الى عدة انواع تختلف باختلاف المعيار المعتمد لتقسيم عناصر المؤسسة .

ثالثاً : حسب معيار الوظيفي يرتبط هذا المعيار بشدة بالتنظيم لان هذا الاخير هو الذي يحدد الوظائف و النشاطات التي تمارسها المؤسسة و ينقسم الأداء في هذه الحالة الى:

1. أداء الوظيفة المالية : يتمثل هذا الأداء في قدرة المؤسسة على بلوغ أهدافها المالية بأقل التكاليف الممكنة فالأداء المالي يتجسد في قدرتها على تحقيق التوازن المالي و توفير السيولة اللازمة لتسديد ما عليها .

2. أداء وظيفة الإنتاج :يتحقق هذا الأداء عندما تتمكن المؤسسة من تحقيق معدلات مرتفعة للإنتاجية مقارنة بمثيلاتها و انتاج منتجات بجودة عالية و بتكاليف منخفضة .

3. أداء وظيفة الأفراد :لكي تضمن المؤسسة بقاءها يجب ان توظف الاكفاء و ذوي المهارات العالية و تسيرهم تسييرا فعالا و لإنجاز عمل المورد البشري يتجلى من خلال المعايير عائد الأفراد، عدد الحوادث، الإجراءات التأديبية، الغيابات".

¹ - شاوي صباح: اثر التنظيم الاداري على اداء المؤسسات الصغيرة و المتوسطة، رسالة ماستر جامعة فرحات عباس، الجزائر، 2009\2010، ص222.

² - عز الدين هروم: واقع تسيير الأداء الوظيفي للمورد البشري في المؤسسة الاقتصادية : رسالة ماجستير ،جامعة منتوري،قسنطينة،الجزائر، 2007\2008، ص،27.

4. أداء وظيفة التسويق: يتمثل الأداء في قدرة وظيفة التسويق على بلوغ أهدافها باقل التكاليف الممكنة،

هذا الأداء يمكن معرفته من خلال مجموعة من المؤشرات مثل "حصة السوق، رضا العملاء، السمعة..."

ثالثا: أهمية الأداء :

لأداء أهمية كبرى فهو يعتبر الوسيلة الهادفة للوصول الى الهدف معين و محدد وذلك كونه الناتج و المحصلة النهائية لجميع الانشطة التي يقوم بها المنظمة¹ و يمكن تلخيصها فيما يلي² :

✓ يعتبر أداة توجيه بالنسبة للمنظمة من اجل تحقيق اهدافها

✓ يعتبر اداة لمعرفة حالة المنظمة

✓ يستعمل كأداة لمعرفة الاختلال الواقع عند تحقيقي الاهداف

✓ تحديد سبل تطوير العاملين و دفعهم نحو تطوير انفسهم

✓ يساعد على ترجمة النتائج

الفرع الثاني: مكونات الأداء.

نظرا الارتباط الأداء بمدى نجاح في تحقيق الأهداف المحددة فإن تحقيقها يرتبط بمفهوم فعالية وكفاءة المؤسسة وتختلف الكفاءة والفعالية بمدى النجاح في تحقيق تلك الأهداف.

تتمثل كل من الكفاءة والفعالية معايير لقياس نجاح المؤسسة من خلال سعيها لمواصلة نشاطها بغية تحقيق أهدافها، لذا سنحاول التطرق لهما من خلال تعريفهما وإبراز علاقتهما بأداء المؤسسة:

¹ - هاني يوسف خاشقي: القيم التنظيمية و علاقتها بكفاءة الأداء الرياضي ، 2003 ص51.

² - صالح بلاسكا: قابلية تحقيق بطاقة الأداء المتوازن كأداة لتقييم الاستراتيجية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية ، مذكرة ماجستير ، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2011\2012، ص03.

✓ **الفعالية:** هي قابلية المؤسسة على البقاء والتكيف والمحافظة على النمو بغض النظر عن الوظائف التي تنجزها¹.

✓ **وتعرف الكفاءة:** على أنها استعداد وطاقة المؤسسة في الاستغلال الأفضل للموارد المتاحة لها ويمكن التعبير عنها بالإنتاجية، وكذلك ترتبط بتقسيم تحكم المؤسسة في العمليات ما ناحية تقنية اقتصادية².

حيث يمكن شرح العلاقة بين الأداء والفعالية من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم(1): العلاقة بين الأداء والفعالية والكفاءة

الأداء	الفعالية	الكفاءة	المفهوم
فعل أفضل الشئ بأفضل طريقة	فصل أفضل شئ	فعل الشئ بطريقة أفضل	المفهوم
متكامل	شامل أفقي نوعي	جزئي عمودي كمي	المدى

المصدر: برحومة عبد الحميد، زغبة طلال بطاقة الأداء المتوازن بإطار لتحسين أداء وفعالية المؤسسة، أبحاث المتلقي الدولي حول أداء وفعالية المنظمة في ضل التنمية المستدامة 10، 11 نوفمبر 2009 منشورات مخبر السياسات الاستراتيجية الاقتصادية في الجزائر : جامعة المسيلة ج ص423.

الفرع الثالث: إدارة الأداء:

تهدف المؤسسات على اختلاف مجال عملها و رؤيتها إلى الاستمرارية و التطور و التوسع و باعتبارها منظومة عمل متكاملة لن تتمكن من الوصول إلى رؤيتها المستقبلية الا بوضع ضوابط ادارية هامة تخص جميع مناحي النشاط في المؤسسة و من التعريفات المهمة التي وردت في هذا الاطار ، يمكن تعريفها:

1. "الجهود الهادفة من قبل المؤسسات المختلفة لتخطيط و تنظيم و توجيه اداء المؤسسة وضع المعايير ومقاييس واضحة ومقبولة كهدف"³.

2-أكرم محسن الياسري،فاضل عباس العامري: القوة التنظيمية و ادارة المعرفة و تأثيرها في فاعلية المنظمة ،المجلة العربية للادارة ،المجلد السابع و العشرون،العدد 01،جامعة الدول العربية القاهرة - مصر ، يونيو 2007،ص121.

2 -سهيلة محمد عباس : ادارة الموارد البشرية ،مدخل استراتيجي،دار وائل للانتاج و التوزيع، عمان - الاردن، 2002،ص138.

3- الشيخ الداودي: المرجع السابق،ص222.

2. ان ادارة الأداء"هي العملية التي من خلالها يتأكد صاحب العمل من توجه العاملين لديه نحو تحقيق الأهداف التنظيمية ، أي أن إدارة الأداء عبارة عن منهج متكامل موجه بالأهداف نحو توجيه وتدريب وتقييم وتحفيز العاملين نحو الأداء الفعال¹.

تعرف إدارة الأداء "هي عبارة عن تواصل المستمر بين الرئيس والمرؤوس بهدف التوصل لفهم واضح للأعمال التي يجب إنجازها وتحديد العقبات التي تحول دون تحقيق تلك الأعمال وكيفية التغلب عليها"².

- تعرف إدارة الأداء على أنها : " ذلك المدخل النظام لتحسين وتطوير إدارة وكفاءة الأفراد والجماعات من أجل زيادة الفعالية العامة للمؤسسة ويمكن وصفها كما يلي :

- عملية تطويرية من شأنها توفير الاتفاق المشترك حول احتياجات التحسين و التطوير و منح الصلاحيات الى الافراد حتى تكون بيدهم زمام الامور على مجريات ادائهم و هذا بطبيعة الحال يتم من خلال حصولهم على الارشاد و الدعم من قبل مدراءهم و المؤسسة .

_عملية تعنى بالوسائل و الغايات المدخلات و المخرجات "اي الكفاءة وما يترتب عليها مننتائج"³.

¹ - سيد محمد جاد: استراتيجيات تطوير و تحسين الأداء، و الاطر المنهجية و التطبيقات العملية، مذكرة ماجستير، جامعة قنعة السويس، مصر، 2009، ص 39

² - صلاح محمود ذياب: ادارة المستشفيات، و المراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر، عمان - الاردن، الطبعة الاولى، 2009، ص 301.

³ - وائل محمد صبحي ادريس، طاهر محسن منصور الغالي: المرجع السابق، ص 114.

المطلب الثاني: تقيماً لأداء و قياس الأداء.

الفرع الاول: تقييم الاداء واهمية وأهدافه.

اولا: تقييم الأداء.

تعددت تعاريف تحليل و تقييم الأداء و اختلفت من مؤلف لأخر و من باحث لاخر بيدانه لم يتم التوصل الى تعريف لتقييم الأداء يجمع بين مختلف هذه الآراء العلمية و هذا ما تبينه بعض هذه التعاريف المفاهيم الأكثر تداولاً لمفهوم تقييم الأداء.

- تقييم الأداء هو "فحص تحليلي انتقائي شامل لخطط و اهداف و طرق التشغيل و استخدام الموارد البشرية بهدف التحقيق من كفاءة و اقتصاد الموارد و استخدامها افضل استخدام و اعلى كفاءة بحيث يؤدي ذلك الى تحقيق الاهداف و الخطط المرسومة لها".¹

- او معرفة مدى تحقق الاهداف المرسومة من الوحدة الصناعية و كيفية استخدام الموارد و حساب المنافع و التكاليف و آثار ذلك على الوحدة نفسها .

- يقصد بمفهوم تقييم الأداء هو " إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيقي المنظمة الاهداف التي اقيمت من اجلها ، و مقارنة تلك الأهداف بالأهداف المتحققة ، و معرفة و تحديد مقدار الانحرافات عما تم التخطيط له مسبقاً مع تحديد اسباب تلك الانحرافات و اساليب معالجتها".²

- و ينظر الى تقييم الأداء انه: "يرتبط الى حد كبير بقياس الأداء المتحقق من القوى البشرية العاملة في المنظمة ، من حيث عملهم و سلوكهم و كفاءتهم في القيام بأعباء اعمالهم الحالية و مدي تحملهم لمسؤولياتهم حيال الوظائف التي يشغلونها"³

- و نستنتج من هذه التعاريف ان التقييم اداء المنظمة هو " حلقة من حلقات السلسلة العمليات الادارية واحد مهام و الوظائف الرئيسية لإدارة مراقبة التسيير كما و تحتاج عملية تقييم الأداء الى مؤشرات و مقاييس لتعكس مدى نجاح ادارة المؤسسة في استغلال مواردها المتاحة بكفاءة و فعالية و ذلك من خلال مقارنة النتائج المحققة بالنتائج محددة مسبقاً ."

1- عبد المحسن توفيق محمد : تقييم الأداء ، دار النهضة العربية ، مطبعة الاخوة الاشقاء للطباعة، القاهرة ، مصر ، 1998، ص 03.

2- قاسم نايف علوان الخياوي : ادارة الجودة في الخدمات ، الطبعة الاولى ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان- الاردن ، 2006، ص 358.

3- ثامر البكري : ادارة المستشفيات ، الطبعة الاولى ، دار اليازوري للنشر ، عمان- الاردن، اصدار 2006 ، ص 385.

ثانيا :اهمية تقييم الأداء.

تكمن اهمية تقييم الأداء فيما يلي¹ :

✓ تطوير معايير اداء العاملين في المؤسسة وجعلها بمثابة مؤشرات واجب البلوغ او الوصول اليها من قبل العاملين فيها .

✓ مقاييس الأداء يمكن ان تكون مقابل للمعايير التي تم وضعها للأداء المخطط.

✓ جعل الافراد العاملين في المستشفى يعرفون دائما متى يكون اداءهم اقل مما يفرض ان يكون عليه

فالهدف الرئيسي من عملية تقييم الأداء ينصب نحو تطوير الأداء في العمل من خلال الطرق الاتية:

■ وضع مقاييس معيارية خاصة بأداء العاملين و يمكنهم الوصول اليها و استخدام هذه المعايير لقياس مستوى الأداء لهم .

■ قياس مستوى الأداء المتحقق لدى العاملين لإعادة وضع مقاييس معيارية جديدة بهدف الارتقاء بمستوى الأداء الاعلى .

■ تستطيع المنظمة من خلال عملية التقييم الوقوف على نقاط القوة و الضعف وانعكاساتها السلبية و الايجابية على انتاجية الفرد و فعالية المنظمة .

■ تساعد على تزويد المستويات الادارية بالوسائل الكفيلة لقياس و تخطيط الأداء داخل الوحدة الاقتصادية و بالتالي اعتمادهم على حقائق صحيحة و واقعية عند اتخاذ القرارات يساهم في الكشف عن الكفاءات الكامنة للعاملين مما ينعكس ايجابا على تحقيق الكفاءة الانتاجية للمنظمة .

ثالثا :أهداف تقييم اداء .

تكمن اهداف تقييم اداء في ادارة المستشفيات المؤسسات الصحية:

- يعتبر تقييم الأداء مؤشرا لتطوير و نمو ادارة المستشفيات و المؤسسات الصحية .
- زيادة فعالية و كفاءة القرارات الادارية في كافة المستويات الادارية في المستشفى² .

¹ - صلاح محمود ذياب، مرجع سابق ، ص 311.

- تطوير المعايير و الاسس المعتمدة لتقييم الأداء لإدارة المستشفى بحيث تكون مناسبة و متطورة مع الزمن لمختلف الاقسام الطبية و التمريضية و الادارية و المالية للمستشفى.
- ربط تقييم الأداء بإيجاد أنظمة اخرى تستخدمها ادارة المستشفى كيربط تقييم الأداء مع أنظمة الحوافز او أنظمة الترقية او أنظمة المكافآت او توفر فرص اخرى او اية أنظمة تراها الادارة ضرورية لتطبيقها في المستشفى.
- عملية تقييم الأداء ضرورية لغايات التصليح و الاصلاح بشكل عام و بيان مدى رضا العاملين عن اداء الادارة و رضا المرضى و المراجعين ايضا.
- انعكاس مستوى الأداء على المنافسة و سمعة المستشفى.

الفرع الثاني: تقييم كفاءة الأداء

"ان كفاءة اداء المؤسسة تعبر عنه امكانياتها على تحقيق زيادة في الانتاج و تقليل التكاليف بمعنى حسن استغلال الموارد المتاحة من مال و خدمات و قوى بشرية و تجهيزات الانتاج و تهدف الى رفع انتاجية الموارد المتاحة من حيث المددود الكمي و النوعي و اختصار الوقت و التكلفة و الجهود عبر استخدام الاساليب العلمية الحديثة و الوسائل التي توفرها العلوم و التكنولوجيا من اجل رفع مستوى الأداء و تمكين المؤسسة من الوصول للأهداف المحددة بأسلوب واعي " ¹.

"و كفاءة الأداء هي مفهوم يربط ما بين الأداء و مستواه المتحقق و يطلق على ذلك تقييم الأداء لغرض تحديد الكفاءة التي يتم بها انجاز الاعمال و المهام المحددة " ².

ويعرف ايضا بان: "كفاءة الأداء تعني تحديد مستوى معين من الأداء المرغوب تحقيقه بحيث يضمن هذا المستوى انجاز الفعاليات و العمليات الانتاجية بصورة فعالة و رشيدة".

¹ - نزار قاسم الصفار: تقييم كفاءة اداء المؤسسات الصحية، دراسة تطبيقية، مجلة العدد 31 لسنة 2009، كلية الادارة الاقتصاد، جامعة الموصل، ص45.

² - نزار قاسم الصفار، مرجع نفسه، ص46.

الفرع الثالث : معايير تقييم كفاءة الأداء

تأتي اهم المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة المستشفيات كالتالي:

- 1) **المعايير التصميمية:** وهي المعايير الخاصة بموقع المستشفيات و حجمها و تصميمها التي لها دور كبير في ادائها.
- 2) **المعايير الادارية:** وهي المعايير الخاصة بموقع المستشفيات و حجمها و تصميمها التي لها دور كبير في ادائها .
- 3) **المعايير و مؤشرات احصائية لتقييم اداء العامل في المستشفيات و مدى تأثير الية الخدمات و استثمارها¹:** إن هذه المعايير و المؤشرات عبارة عن قيم رقمية تصف المتغير او الظاهرة بعد معالجة المعلومات المتاحة باستخدام اساليب التحليل الاحصائي المناسب وهي شائعة الاستخدام في مجال الخدمات الصحية و التقارير المتعلقة بالشؤون الصحية.
- فالمؤشر يمكن المسؤولين عن الادارات و البرامج الصحية من مراقبة و تقييم البرامج و الخطط و قياس كفاءة الأداء و تستخدم في الغالب بعض هذه المعايير نظرا لصعوبة استخدام جميع المعايير في مجال البحث فهي تحتاج الى دراسة كاملة و مطلوبة ، فكلما زاد عدد المؤشرات و المعايير المستخدمة لتشمل نواحي عديدة كانت النتائج أكثر دقة و قريبة للواقع الفعلي ومن اهم المؤشرات المستخدمة عالميا:
1. معدل سرير/طبيب:

تقترن جودة الطبيب و جودة الخدمات التي يتلقاها المرضى الراقدين في المستشفى بعدد الاسرة المتاحة للرعاية الصحية و يعد المعدل المقبول عالميا هو سرير للطبيب الواحد .

مجموع أسرة المستشفى في فترة زمنية معينة .

معدل سرير/طبيب =

عدد الأطباء العاملين في المستشفى خلال الفترة

¹ - نزار قاسم الصفار : المرجع السابق، ص 46.

2. معدل سرير/ممرضة:

و هو احد المؤشرات الصحية المعتمدة في قياس تغطية الخدمات التمريضية التي يتلقاها المريض الراقد في المستشفى و يقيس هذا المؤشر متوسط عدد الاسرة لكل ممرضة و ارتفاع وانخفاض قيمة المعدل عن المعايير الوطنية او العالمية المتعارف عليها يبين عبء العمل التمريضي و المؤثر بصورة او بأخرى على كفاءة اداء العمل فارتفاع المعدل يؤشر على تدني كفاءة العمل و انخفاضه يدل على عدم استثمار اداء الملاك التمريضي.

ويستخدم المعدل وفق الصيغ الآتية:

$$\text{معدل سرير/ ممرضة} = \frac{\text{العدد الكلي للأسرة في المستشفى في فترة زمنية معينة}}{\text{إجمالي عدد الممرضات خلال الفترة نفسها}}$$

3. معدل سرير/اخصائي تحليل المختبري:

وهو يعني عدد ما يصيب اخصائي التحليل المختبري من الاسرة في المستشفى و زيادة عدد الاسرة للأخصائي الواحد تعني تدني الخدمات الصحية و العكس صحيح و ان المعيار القياسي و المستوى المقبول عالميا هو 100(سرير) لكل اخصائي تحليل مختبري .

4. معدل سرير /اخصائي الخدمة الاجتماعي:

نظرا لأهمية الخدمات الاجتماعية فقط اولت معظم المستشفيات في العالم الاهتمام لهذا المعيار و ان المستوى المطلوب له هو 75(سرير) لكل اخصائي خدمات اجتماعية .

5. معدل سرير/موظف:

و يعني هذا المعيار عدد جميع العاملين الذين ينجزون المهمات في المستشفى و المعيار القياسي هو عدد الموظفين يساوي عدد الاسرة في المستشفى ،فكلما زاد عدد الموظفين على عدد الاسرة يعكس ذلك تحسن الخدمات الصحية فيها اذا احسن توزيعهم و ادارتهم .

6. معدل اشغال الاسرة :

يعكس هذا المؤشر كثافة المكوث (مدة بقاء المريض في المستشفى) فكلما كان المعدل مرتفعا فذلك يعني ازدحام المستشفى و قد يكون الازدحام موسميا او شهريا كارتفاعه في فصل الصيف و هو من المؤشرات المهمة في ادارة المستشفى لمعرفة نسبة الارتفاع و الانخفاض و مقارنته مع المعدل المقبول و المتفق عليه و علما بان المعدل القياسي (80 بالمئة) .

$$\text{معدل / اشغال اسرة} = \frac{\text{مجموع ايام المكوث خلال سنة}}{\text{عدد الاسرة}} \times 100$$

7. نسبة الوفيات العام:

يؤشر هذا المعيار معدل المرضى الذين توفوا في المستشفى في مختلف الاعمار و الاسباب المختلفة ،اذ ان ارتفاعه يعني تدني في اداء المستشفى و انخفاضه يعني ارتفاع كفاءة في اداء المستشفى و ان المؤشر القياسي هو 3- 4 بالمئة

$$\text{نسبة الوفيات العام} = \frac{\text{مجموع الوفيات في المستشفى خلال فترة زمنية}}{\text{مجموع المرضى الراقدين خلال فترة نفسها}} \times 100$$

8. معدل رقود المرضى :

يرتبط هذا المقياس بأي ام مكوث المرضى في المستشفى ،و يختلف هذا المعدل من مستشفى الى اخرى ومن ردهة الى اخرى تبعا لنوع المرض و سببه ؛فاذا تجاوز هذا المعدل الرقم القياسي ،فهذا يعني ان هناك جهودا تبذل و نفقات تصرف من دون مبرر و احتجاز سرير ممكن ان يستفيد منه مريض اخر كما ان قصر المدة عما هو متعارف عليه يعني ذلك ان تعرض صحة المريض الى اضرار لعدم اكمال مدة العلاج المطلوب و المعدل القياسي المقبول هو 7ايام.

المطلب الثالث: مستويات تقييم الأداء و نماذج التقييم

الفرع الاول :مستويات تقييم الأداء و مراحل عملية التقييم

مجموع عدد ايام مكوث خلال سنة

$$\frac{\text{مجموع عدد ايام مكوث خلال سنة}}{\text{معدل ايام رقود المرضى}} =$$

مجموع عدد المرضى الراقدين خلال الفترة نفسها

اولا: مستويات تقييم الأداء

هناك ثلاث مستويات لتقييم الأداء المؤسسي يمكن تحديدها كما يلي¹:

1. تقييم الأداء العام (الكلّي) :وهو مستوى يتضمن تقييم اداء كل القطاعات الانتاجية و احيانا

يشير هذا المستوى الى تقييم كل قطاع انتاجي وحده .

2. تقييم الأداء المؤسسي الخاص (الوظيفي) :وهو مستوى يشير الى تقييم اداء المؤسسة ككل

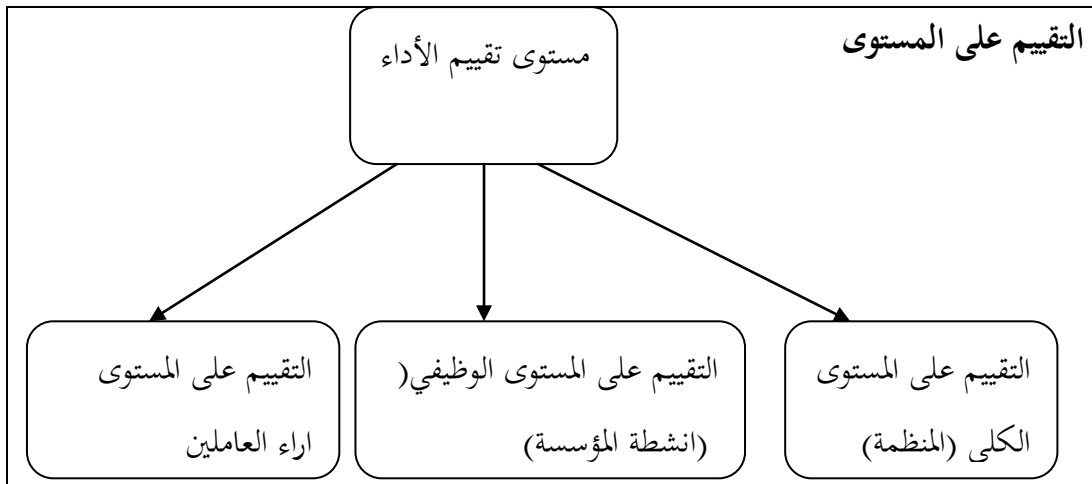
متكامل اضافة الى تقييم انجاز اقسامها او وحداتها الادارية و هذا يجعل المؤسسة هي وحدة

التقييم الاساسية .

3. تقييم الأداء الفردي : و هنا يكون الفرد العامل هو وحدة التقييم الاساسية ؛حيث يشير هذا

المستوى الى تقييم اداء الافراد العاملين داخل التنظيم .

الشكل رقم(2) مستوى تقييم الأداء



المصدر: زهير ثابت ، كيف تقييم اداء الشركات و العاملين ، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة ، مصر ،

2001، ص 15.

¹ - سمير خليل:ادارة الانتاج و العمليات ، دار اسامة للنشر و التوزيع ، ط1، الاردن عمان ،2010،ص163-164.

ثانيا:مراحل عملية تقييم الأداء

تتضمن عمليات التقييم المراحل التالية:

1_تحديد معايير الانجاز: و يشترط من هذه المعايير ان تكون واضحة و موضوعية بشكل يسهل فهمها و قياسها .

2_ابلاغ هذه المعايير و التوقعات الى المرؤوسين :لكي يعرف المرؤوس ما هو متوقع منه في انجاز عمله .

3_قياس الانجاز الفعلي:بناء على المعلومات المتوفرة على الانجاز .

4_مقارنة الانجاز الفعلي بالمعايير:وذلك لتحديد الانحرافات بين الانجاز الفعلي و المتوقع .

5_مناقشة نتائج التقييم مع المرؤوسين :ليتأكد المرؤوس ان تقييمه قد تم بطريقة موضوعية و البحث في امكانية وضع الحلول لأية مشاكل ناتجة عن عملية التقييم .

6_الاجراءات التصحيحية :و هي المرحلة الاخيرة في عملية التقييم ؛حيث يتم القيام باتخاذ هذه الاجراءات اذا كان هناك ضرورة لذلك .

الفرع الثاني :نماذج تقييم الأداء

بناءا على الاعتقاد انه لا يوجد تنظيم امثل يناسب جميع المؤسسات و الظروف بل ان لكل نوع من التنظيم نتائج فعالة وفقا لمعطيات معينة (طبيعة نشاط، و نوعية البيئة ، و مستوى الكفاءات التي تتوفر عليها....)فانه لا يمكن تقييم الأداء المؤسسي على اساس معيار واحد فقط ، و لهذا ظهرت مجموعة من المداخل لدراسة الموضوع تتباين بتوجهاتها و تركيزها و درجة تعقيدها و مدى ملاءمتها لأنواع المؤسسات الربحية منها و الخدمية ، و يمكن تصنيف هذه المداخل الى مجموعتين:

أولاً: النماذج التقليدية لتقييم الأداء المؤسسي¹ :

ركزت هذه المداخل على قدرة المؤسسة في قيامها بالعمليات التالية :

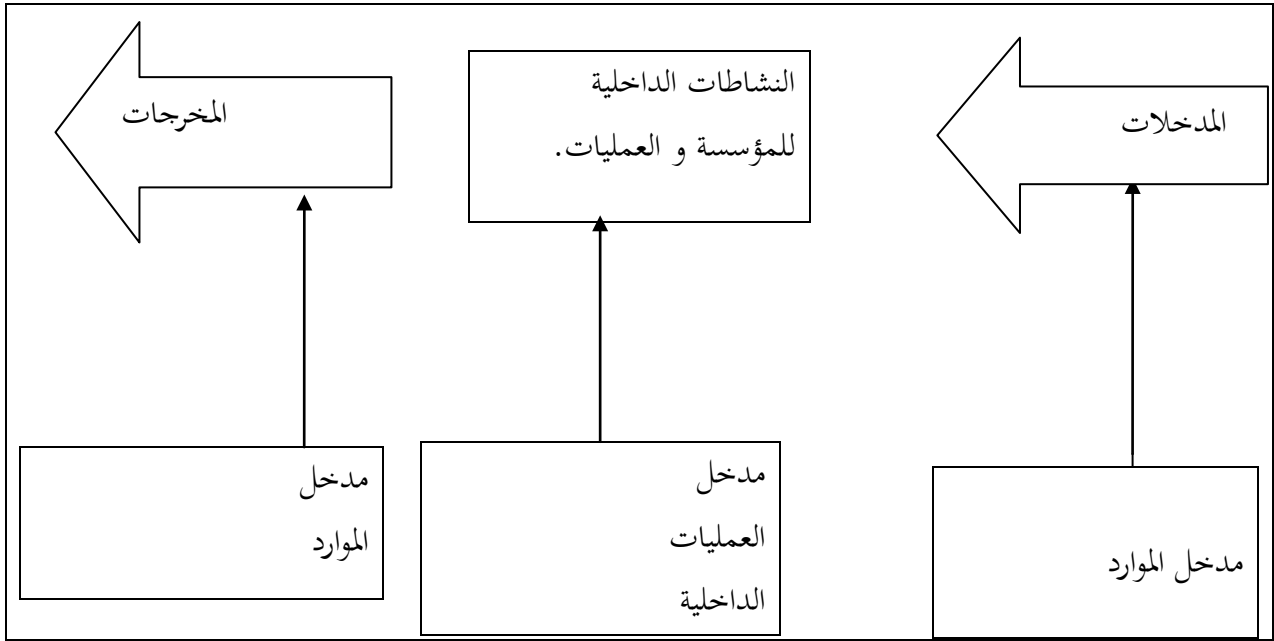
✓ الحصول على مختلف المدخلات :الموارد الضرورية للعملية الانتاجية

✓ القيام بعملية المعالجة :التفاعل بين مختلف المدخلات .

✓ تحقيق المخرجات:و التي تتمثل في الاهداف المسطرة.

ويمكن توضيح هذه المكونات للنماذج التقليدية من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم(3):النماذج التقليدية لتقييم الأداء المؤسسي.



المصدر: شاوي صباح: اثر التنظيم الاداري على اداء المؤسسات الصغيرة و المتوسطة (ولاية سطيف) مذكرة لنيل

شهادة الماجستير ،كلية الاقتصاد ؛جامعة فرحات عباس _سطيف_ ص 171.

¹ - علي عبد الهادي مسلم :تحليل و تصميم المنظمات ،الاسكندرية ،الدار الجامعية ،2002،ص171.

- **مدخل الموارد:** يركز هذا المدخل على عنصر المدخلات و مدى قدرة المؤسسة على الحصول عليها و قدرتها على اقامة العمليات اليومية و يمكن النظر للأداء من هذه الزاوية بانه : "القدرة المطلقة او النسبية على استغلال البيئة التي تعمل فيها المؤسسة و الحصول على ما تحتاج اليه من مختلف مستلزمات العملية الانتاجية .
- **مدخل العمليات الداخلية:** يقاس الأداء وفقا لهذا المدخل بالكفاءة و الصحة الداخلية للمؤسسة.
- **مدخل الاهداف :** يهتم هذا المدخل اساسا بجانب المخرجات لتقييم اداء المؤسسة ،اذ انه يركز على التعرف الاهداف التنظيمية المعلنة للمؤسسة ثم يقيس مدى قدرتها على تحقيق مستوى مرضي منها.

ثانيا:النماذج الحديثة لتقييم الأداء المؤسسي:

نتيجة للقصور الذي ميز المدخل التقليدية و تركيزها على النظرة الجزئية اما الاهداف او العمليات او الموارد اتجهت الدراسات الحديثة من خلال المدخل التي اعتمدها على دمج العديد من المؤشرات في اطار متكامل لقياس الأداء يسمح بتحقيق تآزر ايجابي بين متغيرات الأداء المؤسسي .

وتمثلت في ¹:

- ✓ **مدخل النظم:** بما ان المؤسسة نظام مفتوح يحتاج الى مدخلات تتحول الى مخرجات عن طريق عمليات تحويلية فان هذا المدخل يرى بان تقييم اداء المؤسسة يجب ان يكون على اساس قدرتها على:
- الحصول الى المدخلات .
 - تحويلها الى مخرجات.
 - توزيع هذه المخرجات .

الى جانب مقدرتها على حفظ التوازن و الاستقرار.

- ✓ **مدخل اصحاب المصالح:** يعرف هذا المدخل باسم مدخل العناصر الاستراتيجية وهو يرى انه مادامت المؤسسة نظام مفتوح فهي تؤثر و تتأثر بمحيطها الخارجي ،و بالتالي نجد مجموعة من اصحاب

1- خالد محمد بني حمدان وأخروون، الاستراتيجية و التخطيط الاستراتيجي ، الطبعة الاولى ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان -الاردن، 2009 ص 393-394.

مصالح في المؤسسة لها اهداف فيها تشابك مع اهدافها ومن هنا جاءت فكرة انه يمكن قياس اداء هذه المؤسسة من خلال قياس اهداف اصحاب المصالح و الحقوق .

- ✓ **مدخل القيم المتنافسة :** وهو يأخذ في الحسبان المؤشرات المختلفة و المتنوعة التي قدمتها المداخل السابقة و يعتمد هذا المدخل على بعدين اساسيين هما: توجهات المديرين و نوع الهيكل التنظيمي
- ✓ **لوحة القياس:** انطلاق من لوحة قيادة السيارة و الطائرة ثم استنباط لوحة القياس اداء الشركات ظهرت في فرنسا كأحد اساليب تقييم الأداء و التي تحتوي مؤشرات اداء لمستوى العمليات الانتاجية
- ✓ **نموذج لجنة معايير الادارية الامريكية:** قامت هذه اللجنة بوضع نموذج شامل لتقييم الأداء و اوصت المؤسسات باختيار مؤشرات الأداء التي تناسب مع ظروفها و احتياجاتها و الاستراتيجية التي تتبعها.

✓ **القياس المقارن:** يعتبر اسلوب القياس المقارن واحدا من اهم الاساليب الحديثة التي يمكن استخدامها لوضع مقاييس واقعية للأداء بالإضافة الى اكتساب افكار جديدة و مجالات للتطبيق يمكن نقلها للمؤسسة تساعد على تعديل و تكميل و تحسين الأداء .

- ✓ **نموذج مدخل بطاقة الأداء المتوازن :** قدم كل من " روبرت كابلان " و " دافيد نورتن " Norton و Kaplan " بطاقة الأداء المتوازن لتزويد المدراء بالأدوات المناسبة لقياس الأداء و الرؤية المستقبلية لمؤسساته و تستهدف هذه البطاقة وصف بعض الجوانب التنظيمية التي يجب قياسها بشكل يحقق التوازن في ما بينها دون التركيز على جانب واحد فقط ، و هي تمثل نظاما اداريا الى جانب كونها نظام قياسيا.

الفرع الثالث: الفرق بين تقييم الأداء و قياس الأداء

لقد جرت العادة على استعمال القياس و التقييم في عملية الرقابة بمفهوم واحد دون تمييز و لكن في الاصل الكلمتان تحملان معنيين مختلفين و خاصة اذا تم ربطهما بعملية تقييم الأداء .

فقياس الأداء: " هو تحديد كمية او طاقة عنصر معين ، و غياب القياس يدفع المسيرين الى التخمين استخدام الطرق التجريبية التي قد تكون او لا تكون ذات دلالة " .¹

¹ - سعيد فرحات جمعة : الأداء المالي لمنظمات الاعمال ، دار المريخ لنشر ، الرياض ، 2000، ص30.

و تعد عملية القياس المرحلة الأخيرة من عملية الرقابة .

و يقصد به: "عملية اكتشاف و تحسين تلك الأنشطة التي تؤثر على الربحية للمنظمة و ذلك من خلال مجموعة من المؤشرات التي ترتبط بأداء المنظمة في الماضي و المستقبل بهدف تقييم مدى تحقيق المنظمة لأهدافها المحددة في الوقت الحاضر " .¹

"و يعرف بانه عملية قياس موضوعية لحجم و مستوى ما تم إنجازه بالمقارنة مع المطلوب أنجازه كما و نوعا " .²

اما تقييم الأداء: " فيعني إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقق الاهداف المخططة و معرفة و تحديد مقدار الانحرافات على ما تم تحقيقه فعلا مع تحديد الاسباب لتلك الانحرافات و اساليب معالجتها"³ .

2- عيسى مزققة: الاساليب الاستراتيجية لقياس الأداء و الفعالية في المنظمات المادفة للربح ،الملتقى الدولي أداء وفعالية المنظمة في ظل التنمية المستدامة ،جامعة باتنة ،الجزائر، 2009،ص297.

² - موسى محمد ابو حطب:فاعلية نظام تقييم الازاء و اثره على المستوى اداء العاملين ، رسالة ماجستير ، الجامعة الاسلامية غزة،أغسطس 2009،ص64.

³ -بن قاسمية محمد الامين:الكفاءة التوزيعية و اثرها على الأداء في المؤسسة الاقتصادية ، رسالة ماجستير ،جامعة سعد دحلب،البلد، ديسمبر 2006،ص106.

الجدول رقم(2):الفرق بين قياس و تقييم الأداء.

قياسالأداء	تقييماأداء
1) يهتم بوصف السلوك.	1) يحكم على قيمة السلوك .
2) يهتم بالوسائل و الدقة الرقمية.	2) يهتم بالمعايير و المبادئ و الاسس.
3) التقدير(الوصف)الكمي للسلوك.	3) التقدير الكمي و النوعي للسلوك.
محدود المعلومات عن الموضوع المقاس.	4) عملية تشخيصية و علاجية في ان واحد.
4) عطاء وصف للموضوع المراد قياسه.	5) يقوم بمقارنة الشخص مع نفسه و مع الاخرين.
5) القياس أكثر موضوعية من التقييم (جزء منه).	6) التقييم أكثر شمولاً من القياس (أداة للقياس)

المصدر: يسرى علي مصطفى ،تقييم الأداء في القطاع المالي وأجهزته الجهاز المركزي والإدارة العامة
القاهرة -مصر، 1967، ص30.

الفرع الرابع: مؤشرات قياس الاداء

تحتاج المستشفيات الى مؤشرات محددة لقياس ومعرفة مستوى الاداء المتحقق والتقدم الحاصل في عملها وان تعطي هذه المؤشرات دلالات واضحة ودقيقة عن مستوى ذلك الاداء من دون ان تحدث اللبس والغموض

➤ مؤشرات تقييم اداء الموارد البشرية¹:

و يتمثل هذا المؤشر بعدد من التخصصات التي تتضمن: الاطباء /الملاك التمريضي /الاداريون و الخدميين :

¹ - ثامر ياسر البكري :ادارة المستشفيات ، الطبعة الاولى ،دار البازوردي للنشر ،عمان-الاردن، 2012، ص 204.

✓ المؤشرات الخاصة بالأطباء:

يمكن اعتماد المقاييس الآتية في تحديد مستوى ادائهم و منها :

$$\frac{\text{عدد العمليات الجراحية خلال السنة}}{\text{عملية/طبيب.}} =$$

عدد الاطباء الجراحين خلال السنة

$$\frac{\text{عدد المراجعين للعيادة الخارجية}}{\text{مراجع/طبيب.}} =$$

عدد الاطباء

$$\frac{\text{عدد الاطباء المقيمين}}{\text{طبيب مقيم/اجمالي}} =$$

عدد الاطباء الكلي

$$\frac{\text{عدد الاطباء المقيمين}}{\text{مجموع الاطباء الكلي}} =$$

مختص/طبيب =

✓ المؤشرات الخاصة بالملاك التمريضي:

$$\frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{ممرضة/طبيب.}} =$$

عدد الاطباء

$$\frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{ممرضة/مريض.}} =$$

عدد الراقدين في المستشفى

✓ المؤشرات الخاصة بالإداريين و الخدميين :

يمكن اعتماد المقاييس :

$$\frac{\text{عدد المسعفين}}{\text{مسعف/سيارة اسعاف.}} =$$

عدد سيارات الاسعاف

مجموع الملاك الكلي للمستشفى

= اداري/ملاك المستشفى

عدد الاداريين

➤ مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية و المالية¹:

عدد الاسرة في المستشفى × 360 - مجموع ايام البقاء في المستشفى

➤ عدد الايام التي يخلو فيها السرير من =

عدد المرضى الراقدين في المستشفى.

يقيس هذا المؤشر كفاءة استغلال اسرة المستشفى خلال مدة زمنية محددة.

عدد المرضى الراقدين في المستشفى

➤ مريض رقد في السرير خلال الفترة =

عدد الاسرة المهيأة للوقود .

عدد الأجهزة الطبية العاطلة

➤ = نسبة الأجهزة الطبية العاطلة =

العدد الكلي للأجهزة الطبية

خزين آخر المدة للأدوية - تخزين أول المدة للأدوية

➤ متوسط تخزين الأدوية =

2

(1) مؤشرات تقييم اداء جودة الخدمات الصحية

عدد الوفيات من المرضى الراقدين

➤ = نسبة وفيات الراقدين =

عدد المرضى الراقدين

مجموع ايام الرقود في المستشفى

➤ معدل بقاء المريض في المستشفى في اليوم =

عدد المرضى الراقدين

¹-ثامر ياسر البكري: المرجع السابق، ص 205.

عدد
مجموع ايام الانتظار للمرضى
المنتظرين للعلاج

➤ متوسط عدد ايام الانتظار على قائمة العمليات =

عدد الشكاوي في المستشفى
عدد المراجعين

➤ نسبة الشكاوي للمراجعين =

عدد النتائج المنجزة و المطابقة للسيطرة النوعية
مجموع الفحوص المختبرية المرسله للسيطرة النوعية

➤ نسبة المطابقة مع السيطرة النوعية =

(2) مؤشرات تقييم أداء الخدمات الوقائية و الرعاية الصحية الأولية:

عدد الإصابات بمرض معين
عدد سكان المنطقة المخدومة

➤ معدل الإصابات بالأمراض السارية نوع

عدد الأطفال الملقحين عدد الأطفال المنطقه المخدومه

➤ نسبة الأطفال الملقحين =

عدد الزيارات المتحققة لرياض الأطفال

➤ نسبة زيارة رياض الأطفال الفعلية =

عدد الزيارات المخططة للزيارة
عدد النماذج المفحوصة مختبري (مياهالشرب)
العدد المخطط للفحص

➤ نسبة تنفيذ فحص مياه الشرب =

المبحث الثاني: طرق واساليب تقييم الأداء

المطلب الاول: طرق تقييم الأداء

الفرع الاول : طريقة النظام من خلال الدرجات و المعدلات

تعتبر من الطرق السهلة لتقييم الأداء و تعتمد هذه الطريقة على ايجاد عبارات تعكس اداء الادارة و تعطي كل عبارة معيار من خمس درجات او اربعة درجات و يتم تعبئة هذا الجدول من قبل لجنة فقط و تكون مكلفة بهذا التقييم و تعتمد اللجنة على المعلومات الرقمية الحقيقية الموجودة في المستشفى قبل الإجابة على اي من هذه الأسئلة و على سبيل المثال الجدول التالي يبين هذه الطريقة:

جدول رقم (3):طريقة النظام من خلال الدرجات و المعدلات

الرقم المتسلسل	العبرة	4درجات دائما در درجات دائما دائما	درجات3 عادة	2درجة احيانا احي	درجة واحدة نادرا
1	يوجد خطط واضحة وبمختلف المستويات لجميع الاقسام في المستشفى				
2	تلجأ الإدارة إلى أسلوب الحوار و المناقشة في في اتخاذ القرارات في المستشفى				
3	قياس مختلف المعدلات الحيوية و الإحصائية و النسب بين الموارد البشرية المختلفة و المتغيرات الديمغرافية .				
4	توفر المعلومات و البيانات بسهولة و يسر.				
5	توفر أنظمة السجلات و الحاسوب لمرضى و مختلف الجوانب الإدارية و المالية .				
6	عدد الشكاوي المقدمة بحق الإدارة و درجة الرضا.				
7	من مؤشرات يحددها المقيم (اللجنة)				

المصدر: صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، ط1، 2009، ص 314.

الفرع الثاني: طريقة النظام التكاملي لتقييم الأداء في المستشفيات

يتطلب تطبيق هذا النظام تحديد الغرض او الهدف من التقييم و ان يتم تقييم جميع اقسام المستشفى بشكل كامل دون استثناء لقسم دون اخر و كذلك استخدام المعلومات الكمية و البيانات الضرورية للتقييم اضافة الى اتخاذ القرارات لتصحيح الانحرافات بسرعة و دون تأخير .

- مع الإشارة الى ان عملية التقييم ليست هدفا بحد ذاته و لكن وسيلة لتحقيق هدف او مجموعة من الاهداف للمؤسسة الصحية او المستشفى .

يمكن استخدام الجوانب او المؤشرات لتقييم اداء الاقسام وهي على سبيل المثال ¹:

(1) _اقسام الادارة و المالية :اعتماد المؤشرات التالية لقياس اداؤها .

✓ عدد الشكاوي المقدمة في القسم و درجة الرضا .

✓ سهولة اجراءات و اساليب العمل و سرعتها .

✓ راي الادارة العليا و مدى الرضا عن الأداء العام لهذه الاقسام .

(2) قسم الجراحة /كأحد الاقسام الطبية.

✓ عدد العمليات الجراحية /عدد الأطباء الجراحين .

✓ عدد العمليات الكلية.

✓ عدد العمليات الجراحية عدد غرف العمليات.

✓ عدد الأخطاء الطبية /عدد المرضى الكلي /عدد الاطباء الكلي في القسم .

(3) التمريض :يمكن استخدام الكثير من المعايير و المؤشرات التي تقيم اعمال التمريض في المستشفى ومن

هذه المعايير :

✓ عدد المرضى الى الاطباء او الى اعداد الاسرة او الى اعداد المراجعين و المرضى .

✓ عدد الشكاوي /الى اعداد التمريض الموجود في القسم.

¹ - صلاح محمود ذياب :المرجع السابق ذكره،ص314-315.

✓ عدد الدورات /اعداد التمريض الذين حضروا الدورة/الى العدد الكلي .

✓ عدد الاخطاء المرتكبة لأعداد التمريض /او النشاطات التي يقوم بها التمريض .

✓ معايير اخرى مرتبطة بالأداء او النشاطات التمريضية .

4) قسم الصيدلة :هذه المؤشرات يمكن القياس عليها لجميع الاقسام الطبية المساندة :

✓ عدد الوصفات الطبية الى عدد الصيادلة و المساعدين مثلا تقاس على هذه النقطة

✓ عدد المرضى الذين حصل لديهم تأثيرات جانبية /الى عدد المرضى الذين صرف لهم علاج

✓ عدد الوصفات الطبية التي صرفت بطريقة الخطأ لإعداد الصيادلة أو لإعداد الوصفات الكليةالخ.

✓ عدد الأدوية المنتهية صلاحيتها دون استعمال او التالفة قياسيا مع مجموع الادوية الموجودة في الصيدلة.

الفرع الثالث :طريقة تقييم الأداء من خلال الإنتاجية

ويشمل هذا النظام تقييم الإنتاجية من الناحيتين الكمية و النوعية و كون المستشفى يقدم خدمات غير ملموسة فانه من الصعب الحكم على هذه الخدمات من ناحية كمية بشكل موضوعي دقيق الا ان المعدلات الحيوية و بعض القياسات في المستشفى كنسبة الاشغال و المقاييس الأخرى يمكن ان تعتبر مقياسا كميا و يمكن الاعتماد عليه كمؤشر للأداء المستشفى و إنتاجيته .

- أما الإنتاجية الفرعية فهي عملية قياس نسبية و تختلف باختلاف العوامل المرتبطة اصلا بالمرضى و المراجعين و مدى رضاهم عن الخدمة الطبية المقدمة في المستشفى.

الفرع الرابع :طرق تقييم أداء العاملين

يعبر أسلوب تقييم الأداء عن الكيفية التي من خلالها تتم عملية التقييم، وقد صنفت أكثر الأدبيات في الإدارة هذه الأساليب في مجموعات ثلاث، بحيث تضم كل مجموعة عدداً من الأساليب، التي تطبق منها واحداً في تقييم أداء الموارد البشرية، أي أنه يوجد فيما بينها قاسماً مشتركاً، وسنعرض فيما يلي هذه المجموعات وما تحتويه كل منها من أساليب تقييم.

مجموعات أساليب التقييم:

1) مجموعة اساليب الترتيب

2) مجموعة أساليب التقييم الوصفية.

3) مجموعة أساليب التقييم على أساس النتائج.

1. مجموعة أساليب الترتيب (المقارنة): الفكرة الأساسية لأسلوب المقارنة هي مقارنة أداء العاملين ببعضهم البعض، أي مقارنة أداء العاملين في مجموعة وظيفية معينة وترتيبهم وفقاً لجودة الأداء في هذا المجال تطبيق ثلاثة أساليب وهي: أسلوب الترتيب - أسلوب التوزيع الإجمالي - أسلوب المقارنة المزدوجة.¹

❖ أسلوب الترتيب البسيط: SIMPLE RANKING METHOD

بحيث يقوم المشرف بترتيب جميع الموظفين تنازلياً من الأفضل إلى الأسوأ أو بالعكس فإذا كان المطلوب تقييم 10 أشخاص فيعطى الرقم 1 لأفضل فرد ورقم 10 لأسوأ فرد ، ويكون الترتيب بناءً على إجمالي الأداء أو صفة معينة.

إيجابيات هذا الأسلوب سهولة تطبيقه على الأعداد القليلة ، أما سلبيات هذا الأسلوب صعوبة تطبيقه على الأعداد الكبيرة ، بالإضافة إلى التحيز من قبل المشرف للبعض.

❖ أسلوب المقارنة المزدوجة :

يقوم المقيم وفق هذا الأسلوب بتقسيم الأفراد العاملين في إدارته إلى أزواج ومقارنة أداء كل فرد ببقية الأفراد من ثم ترتيبهم حسب عدد المرات التي اختير فيها أنهم أفضل ، ونحصل على عدد المقارنات المطلوبة باستخدام المعادلة :

$$ع = \frac{n(n-1)}{2} \text{ حيث } n \text{ هو عدد الأفراد الخاضعين للتقييم .}$$

وبعد الانتهاء من إجراء جميع المقارنات يقوم المقيم بترتيب الأفراد حسب النتائج التي توصل إليها ولنفترض أنها كانت على الشكل(4)التالي :

الجدول رقم(4): ترتيب الأفراد حسب نتائج

الفرد	عدد المرات التي اختير فيها	ترتيبه في المجموعة
أ	2	2
ب	1	3
ج	3	1
د	0	4

المصدر: الطاهر الوافي، تحفيز وأداء المرضين، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة قسنطينة 2012-2013، ص68.

¹ - الطاهر الوافي: تحفيز وأداء المرضين، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص تنظيم وعمل جامعة منتوري قسنطينة، 2012-2013، ص68.

نلاحظ أن الفرد ج تم اختياره على أنه أفضل فرد أكثر من جميع أفراد المجموعة الباقين وبالتالي فإنه يحصل على المرتبة الأولى في المجموعة ومن ثم يتبعه جميع أفراد المجموعة المقيمة ، ويتميز هذا الأسلوب بالموضوعية والسهولة إذا كان عدد الأفراد قليلاً .

❖ أسلوب التوزيع الإجباري :

يعتمد هذا الأسلوب على مبدأ التوزيع الطبيعي أي أن أية ظاهرة تقوم بالتمركز حول قيمها المتوسطة بينما يقل تمركزها عند طرفيها وبالتالي يفترض أن العدد الأكبر من الأفراد قريباً من المتوسط الحسابي أي متوسط الكفاءة وعدد قليل منهم يصنف ضمن الكفاءة المرتفعة أو المنخفضة ويمكن توضيح ذلك بالجدول (5) التالي :

الجدول رقم(5):أسلوب التوزيع الإجباري

النسبة المئوية للأفراد الخاضعين للتقييم	مستوى الكفاءة	التقدير الذي يمنح لهم
10 %	كفاءة ممتازة	ممتاز
20 %	كفاءة عالية	جيد جداً
40 %	كفاءة متوسطة	جيد
20 %	كفاءة مقبولة	مقبول
10 %	كفاءة منخفضة	ضعيف

2. مجموعة أساليب التقييم الوصفية: ¹descriptive group

ويسمى البعض بأساليب المقارنة بمعايير التقييم الوصفية، ويتم تقييم أداء الموارد البشرية بموجب أساليب هذه المجموعة ،عن طريق معايير تصف الأداء والسلوك الجيد لكل نوع من الوظائف والتي يجب أن تتوفر في شاغلها ، حيث تمثل ما يجب أن يتصف به أداؤهم وسلوكهم أثناء أداء أعمالهم. ويتم التقييم من خلال مقارنة صفاتهم الفعلية وسلوكهم والنتائج التي حققوها مع المعايير الوصفية المحددة، حيث تمثل نتيجة المقارنة مستوى كفاءة كل فرد يجري تقييمه ، فتوضح نقاط القوة والضعف الموجودة لديه. وتقوم أساليب هذه المجموعة على الفروض التالية:²

✓ يتم التقييم وفق عدة أساليب متنوعة تصف الأداء الجيد.

¹ - الطاهر الوائلي :مرجع سابق،ص69.

1-سعيد فرحات جمعة، الأداء المالي للمنظمات الاعمال، المرجع السابق، ص30.

✓ يحدد التقييم درجة أو مدى توفر كل معيار على حده لدى الفرد الذي يقيم أداءه.

✓ يتم التقييم بشكل تفصيلي وليس بشكل عام.

✓ الفرد وحدة مستقلة في التقييم، أي يقيم بمعزل عن الآخرين

✓ معايير التقييم إلزامية لا يجوز للمقيم إغفال أحدها .

☒ أهم مزايا أساليب المجموعة الثانية:

✓ جميع أساليب هذه المجموعة تقيم الأداء بشكل دقيق، ذلك لأن معايير التقييم التي تستخدمها لها قيم وأوزان توضح أهمية كل منها بالنسبة لأداء الوظيفة.

✓ توفر قدر كبير من الموضوعية في التقييم، وهذا ناتج عن كون قيم المعايير سرية لا يعرفها المقيم، باستثناء الأسلوب البياني .

✓ جميع الأساليب توضح وتصف نقاط القوة والضعف في الأداء، ذلك لأن معايير التقييم جميعها وصفية تبين الأداء الجيد والضعيف، والأسباب التي أدت إلى كل منها.

✓ تجبر الأساليب المقيم على دراسة الأداء والسلوك بشكل جيد وتحليله، لتمكينه من تحديد نقاط القوة والضعف في الأداء.

✓ تسهل هذه الأساليب مناقشة المقيم لنتائج تقييمه مع من قيم أداءه ، وهذا ناتج عن كون هذه الأساليب توضح وتبرر سبب وجود نقاط القوة والضعف في الأداء.

–الصعوبات التي تصاحب استخدام هذه الأساليب:

▪ صعوبة تحضير معايير التقييم وصياغتها على شكل عبارات وجمل +وصفية.

▪ احتمال إساءة المقيم لفهم بعض العبارات الوصفية.

▪ تتطلب وقتاً وجهداً من المقيم لمتابعة أداء وسلوك من يقيم أداءه.

3. أسلوب التقييم على أساس النتائج:¹

يركز هذا المدخل على تحقيق الأهداف التنظيمية حيث يتم تقييم نتائج أعمال وظيفة أو جماعة عمل معينة ، ويفترض هذا المدخل أنه يمكن التقليل من أثر العوامل الشخصية في عمليات القياس والتقييم وذلك من خلال قياس مدى مساهمة الفرد في تحقيق

¹ - الطاهر الوائلي :مرجع سابق،ص71.

الكفاءة التنظيمية، ومن أهم الأساليب المستخدمة في هذا المدخل هو أسلوب الإدارة بالأهداف وأسلوب الجودة الشاملة ،وسف نركز على أسلوب الإدارة بالأهداف فقط.

المطلب الثاني: أدوات وقياس الأداء

الفرع الأول : قياس الأداء باستعمال لوحة القيادة

إن لوحة القيادة من أكثر أدوات التسيير الهامة و المستعملة للمتابعة الدائمة قصيرة الأمد و بعيدة الأمد إذ أنها تحتوي على مؤشرات متعددة للمتابعة المستمرة ،حيث تلعب دورا هاما في أنظمة قيادة المؤسسات و ذلك بتسهيل عملية التحكم في معلومات المؤسسة و تسييرها .عن طريق تحليل المعطيات و المعلومات من اجل اتخاذ القرارات ذات دقة عالية.

أولا: مفهوم لوحة القيادة

تعرف لوحة القيادة : " مجموعة من المؤشرات المرتبة في نظام خاضع لمتابعة فريق عمل او مسؤول ما للمساعدة على اتخاذ القرارات و التنسيق و الرقابة على عمليات القسم المعني " ¹.

و تعرف لوحة القيادة أيضا على أنها وسيلة يزود بها المسؤول لكي يتمكن بفضل مؤشرات معروضة بطريقة توليفيه من ضبط تشغيل نظامه بمعنى التحكم فيه ،عبر تحليل التفاوتات المعبرة .بهدف التوقع و اتخاذ القرار الذي يسمح بالعمل ² ."

وتعرف أيضا: "هي أداة تسمح بتشخيص الوضعية الحقيقية للمؤسسة في وقت معين و قياس الانحرافات المتواجدة مع الوضعية التنبؤية ،كما تقوم بتنظيم المعلومات وهي متعلقة بطبيعة المسؤوليات و تتميز بسرعة الوضع مقارنة مع الأدوات الأخرى" ³.

¹ - بونقيب محمد احمد: دور لوحات القيادة في زيادة فعالية مراقبة التسيير، رسالة ماجستير، علوم التجارية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2006،ص119.

² - جان بيار جشار، ليا حمودي: دليل عملي حول الادارة المؤسسات، 2006،ص20.

³ - ناصر دادي عدون واخرون: مراقبة التسيير والأداء المؤسسة الاقتصادية، دار المحمدية العلية،الجزائر،ص148.

ثانيا: مبادئ لوحة القيادة

وتمثلت مبادئ القيادة في¹:

- 1) الانسجام مع الهيكل التنظيمي: حيث يجب ان يتوافق المخطط العام للوحات القيادة مع تقسيم المسؤوليات سواء افقيا او عموديا وما يسمح بان يكون لكل مسؤول لوحة قيادة خاصة ،تحتوي على مؤشرات مناسبة له تمكنه من الفهم الجيد للوضعية و التدخل السريع و الفعال .
- 2) السرعة في جمع و نشر المعلومات : فمن الضروري تقليص أجال جمع المعطيات إلبادني حدود ممكنة و ليس من الضروري أن تكون نهائية او متناهية في الدقة .
- 3) التركيز على النقاط الهامة : حيث يجب اختيار من الكم النهائي من المعطيات و المعلومات أكثرها نفعا للمسؤول مع الحرص على قلة عددها و تلخيصها و هنا يظهر سر تسمية الانجلو سكسون للمعلومات الواردة في لوحة القيادة .

ثالثا :أهمية لوحة القيادة

تتمثل أهمية لوحة القيادة فيما يلي²:

- تسهل ممارسة المسؤوليات .
- تساعد في تقييم الأداء في المدى القصير .
- تساهم في اتخاذ القرارات .
- الاستعمال الأمثل لوسائل الاستغلال .
- توضح وضعية المؤسسة و محيطها .
- توضح مدى تطابق النشاط الفعلي مع التقديري .
- توجه المسؤولين بإعطاء العناية و الاهتمام بمصالح المؤسسة .
- تساهم في إمكانية التحاور اللازم بين أرباب الشركات بهدف تدعيم و تطوير السبل الايجابية .
- تمكن من الاستغلال الفوري للمعلومات .

¹ - نفس المرجع ، ص149.

² - بوديا ر زهية ،جباري شوقي ، لوحة القيادة كاسلوب فعال لاتخاذ القرار في المؤسسة ،الملتقى الدولي صنع القرار في المؤسسة الاقتصادية ، 14-15 افريل جامعة المسيلة ،الجزائر ،2009،ص521.

الجدول رقم (6):الجدول يوضح الشكل العام للوحات القيادة

الفروقات	الاهداف	النتائج	
			الصف 1: مؤشر أ_ـ مؤشر ب_ـ الصف 2: الصف ن:
منطقة الاهداف مطقة الفروقات		منطقة النتائج	منطقة المقاييس الاقتصادية

Source : Claude Alazard , sabine séparé, contrôle de gestion dunod

Paris, France, 2010, p557.

الفرع الثاني: طريقة الأداء المتوازن وعوامل النجاح الحرجة

تعد بطاقة الأداء المتوازن "balanced scorecard" احدى اهم الوسائل الادارية المعاصرة ومن اهم خمسة عشرة مفهوما إداريا التي تسند الى فلسفة واضحة في تحيد الاتجاه الاستراتيجي للمنظمة و قياس مستوى التقدم في الأداء باتجاه تحقيق الاهداف.

أولا : مفهوم بطاقة الأداء المتوازن

عرف كل من : " Kaplan وNorton" بطاقة الأداء المتوازنة : " نظام يقدم مجموعة متماسكة من الأفكار و المبادئ و خارطة مسار شمولي للشركات لتتبع ترجمة رؤيتها الإستراتيجية في ضمن مجموعة مترابطة لمقاييس الأداء " .¹

"هي عمل نظامي حاول تصميم نظام لتقييم الأداء يهتم بترجمة استراتيجية المنشأة الأهداف محددة و مقاييس و معايير مستهدفة و مبادرات للتحسين المستمر كما أنها توجد جميع المقاييس التي تستخدمها المنشأة " .²

¹ - طاهر محسن منصور الغالي،وائل محمد صبحي ادريس:الاستراتيجية و بطاقة التقييم المتوازن ،دار زهران للنشر والتوزيع ، عمان- الأردن، 2007،ص130.

² - محمد هاني محمد :ادارة وتنظيم وتطوير الاعمال ،قياس الأداء المتوازن، دار المعزز للنشر و التوزيع ،الطبعة الأولى،عمان-الأردن، 2014، ص257.

"هي إطار عملي لقياس الأداء و ذلك بتحويل الإستراتيجية إلى أهداف محددة للأقسام المختلفة في المنظمة ، و توصيل تلك الإستراتيجية إلى كل أجزاء المنظمة "

و تعرف بأنها "أداة لقياس تقدم المنظمة نحو أهدافها الاستراتيجية من خلال ترجمة رسالتها و أهدافها إلى تكتيكات و مقاييس نحو موازنة مجموعة المنظورات " ¹.

ولقد عرفت بطاقة التقييم المتوازن بأنها "مجموعة المقاييس المالية و غير المالية التي تقدم لمدراء الإدارات العليا صورة واضحة و شاملة عن أداء منظماتهم فهي :

_نظام قياس و كذلك نظام إدارة استراتيجي لكونها تحاول أن توازن و تربط بين رؤية و رسالة و أهداف المنظمة من خلال تجسيدها في المنظورات الأربعة لبطاقة التقييم المتوازن . ²

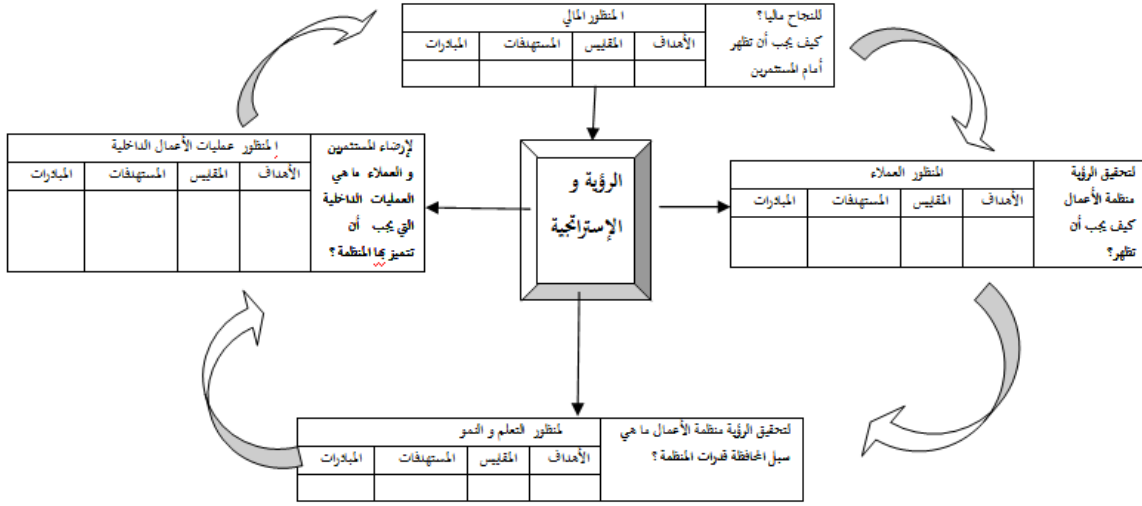
لقد عرفت بطاقة التقييم المتوازن بأنها مجموعة من المقاييس المالية و غير المالية التي تقدر لمدراء الإدارات العليا صورة واضحة المقاييس و شاملة عن الأداء منظماتهم فهي "نظام قياس، وكذلك نظام الإدارة استراتيجي لكونها تحاول أن توازن و تربط بين الرؤية و رسالة و أهداف المنظمة من خلال تجسيدها في المنظورات الأربعة لبطاقة التقييم المتوازن . ³

¹ - طاهر محسن منصور الغالي: مرجع سابق، ص 131.

² - وائل محمد صبحي ادريس، طاهر محسن منصور الغالي: أساسيات الأداء و بطاقة التقييم المتوازن، مرجع سابق ذكره، ص 146.

³ - وائل محمد صبحي ادريس، طاهر محسن منصور الغالي: المرجع السابق، ص 146.

شكل رقم (4): الأبعاد الرئيسية في نموذج بطاقة الأداء المتوازن



Source :kaplanrobertS&noiton.davide,p,"linking the balanced score card to strategy"colifornia management review .1996;P76.

تعرف بطاقة قياس الأداء المتوازن "بأنها الإطار متكامل لقياس الأداء الاستراتيجي ،تتكون من مجموعة من المقاييس المالية و غير المالية والتي تتلاءم مع أهداف و إستراتيجية المنظمة وكذلك مع أهداف و استراتيجيات الوحدات الفرعية في المنظمة(الأقسام) وترتبط هذه المقاييس بين بعضها البعض بعلاقة السبب و النتيجة و هذه العلاقة هي التي تحمل تعمل على تحسين النتائج المالية في الأجل الطويل بدلا من الارتكاز على المقاييس المالية فقط و التي تعمل على تحسين النتائج المالية في الأجل القصير " ¹.

ثانيا: أهمية بطاقة التقييم المتوازن

إن أهمية بطاقة التقييم المتوازن تتبلور من خلال المنافع العديدة من استخدامها التي جاءت نتيجة لتوظيفها في منظمات مختلفة و يمكن إجمالاً أهمها بالآتي ²:

✓ أنها تزود المدراء بمؤشرات السبب و مؤشرات النتيجة عن منظماتهم.

1- علي بن سعيد القرني: قياس الأداء المتوازن : المدخل المعاصر لقياس الأداء الاستراتيجي .

2 - وائل محمد صبحي ادريس، طاهر محسن منصور الغالي: اساسيات الأداء و بطاقة التقييم المتوازن، مرجع سابق ذكره،ص 153.

- ✓ تحديد المقاييس في بطاقة التقييم المتوازن يمثل الدافع الأساس للأهداف الإستراتيجية للمنظمة و متطلبات التنافس.
- ✓ تتمكن المنظمة من خلال المنظورات الأربعة في بطاقة التقييم المتوازن .
- ✓ تجمع و بتقرير واحد العديد من العناصر المتفرقة لبرامج العمل التنافسية مثل التوجه نحو العملاء ،تدنية وقت الاستجابة تحسين النوعية
- ✓ تلزم المدراء على تدارس كافة المقاييس التشغيلية المهمة .
- ✓ تعرف الارتباطات الاستراتيجية لتكاملا لأداء
- ✓ تعمل على إيجاد ترابط بين الأهداف و مقاييس الأداء. تعطيا لإدارة صورة شاملة عن طبيعة العمليات لمختلف الأعمال.

ثالثا: مكونات بطاقة الأداء المتوازن و عوامل النجاح الحرجة (الأساسية)

تضم بطاقة الأداء المتوازن ثمانية عناصر أساسية تتبلور من خلال آلية عمل هذه البطاقة و المتمثلة في¹:

1. الرؤية المستقبلية: و التي تبين إلأين تتجه المنظمة و ماهي الهيئة المستقبلية التي ستكون عليها .
2. الإستراتيجية: و التي تتألف من مجمل الأفعال و الإجراءات المهمة لتحقيق الأهداف و خطط تحقيق الأهداف التي قامت منظمة الأعمال بتحديددها .
3. المنظور : مكون يدفع باتجاه تبني إستراتيجية معنية وفق تحليل المؤشرات مهمة في المنظور او المكون ومن ثم العمل على تنفيذ هذه الاستراتيجية للوصول الى المؤشرات الواردة في المنظور
4. الأهداف : أن الهدف بيان عرض معنى الإستراتيجية وهو يبين كيفية القيام بتنفيذ الإستراتيجية المعتمدة و يعبر عنها بالمستويات المحددة و القابلة للقياس
5. المقاييس : تعكس قياس أداء التقدم باتجاه الأهداف و يفترض إن يكون المقياس ذو طابع كمي و توصل القياسات إلى الأعمال المطلوبة لتحقيق الهدف و يصبح الكشف الممكن و ضعه على شكل فعل لكيفية تحقيق الأهداف لاستراتيجية فالمقاييس ماهي إلا تنبؤات عن الأداء المستقبلي و هذه المقاييس هي التي تدعم تحقيق الأهداف .

¹ - وائل محمد صبحي، أساسيات الأداء وبطاقة الأداء المتوازن، المرجع السابق، ص 158.

6. **المستهدفات:** والتي تمثل البيانات و التصورات الكمية لمقاييس الأداء في وقت ما في المستقبل
7. **ارتباط السبب و النتيجة:** والتي تعبر عن علاقات الأهداف احدها بالآخر ،حيث تمثل مؤشرات السبب و النتيجة ترابط منطقي وواضح للنتائج المرغوبة و الأسباب المؤدية إلى هذه النتائج .
- إن مؤشرات النتيجة تشير أساسا إلى مدى مقابلة المنظمة لأهدافها فيما تشير مؤشرات السبب طريقة عمل المنظمة على طول المسار و تسمح لها بتعديل الأداء لكي تتمكن من أن يكون أكثر نجاحا في تحقيق و إنجاز أهدافها¹.
8. **المبادرات أو الخطوات الإجرائية:** تشير المبادرات إلى المشاريع التشغيلية اللازم تنفيذها لتحقيق الهدف مثال ذلك فتح فروع جديدة و توسيع مكاتب خدمات العملاء .

الفرع الثالث: ا لمقاييس الأخرى لقياس الأداء

لقد توصلت بعض الدراسات التي اهتمت بقياس أداء المؤسسة و خاصة منها الخدمائية و الإنتاجية إلى وضع سبعة مقاييس متكاملة مع بعضها البعض دون تحلي الواحد عن الآخر و تتمثل فيما يلي²:

1. **تسليم العمليات:** بمعنى التسليم الجيد من خلال جودة المنتج في أجال تسليمها و الكمية المطلوبة و الشكل المرغوب فيه . ويتم قياس التسليم الجيد وفقا لما يلي :

$$\frac{\text{عدد التسليمات المرضية لجميع العناصر}}{\text{عدد التسليمات في المدة}} \times 100$$

2. **صحة العمليات المتبنى بها:**

يتم حساب لهذا المقياس كما يلي:

$$\frac{(\text{الطلب المقدر} - \text{الطلب الحقيقي})}{\text{الطلب المتبنى به للمدة}} \times 100$$

مع العلم ان الطلب الحقيقي هو الطلب الذي يتم تنفيذه و تلبيته ،و ليس ذلك المتمثل في شكل طلبيات فقط .

¹ - وائل محمد صبحي ادريس، طاهر محسن منصور الغالي: النظور الاستراتيجي لبطاقة التقييم المتوازن ، الطبعة الاولى ،دار وائل للنشر ، 2009 ،ص164.

² - اوتان بومدين :دور نظم المعلومات في تفعيل اداء مجلس الادارة ،اطروحة دكتوراه، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر ، 2010\2011،ص190.

3. تخفيض الآجال:

يقصد بهذا المقياس التركيز على التخفيض المستمر للآجال البيع الانتاج و التوزيع ،الشراء ويتم حسابه :

$$\frac{\text{الآجال المتوسطة للمدة المعينة}}{\text{الآجال المتوسط للفترة الماضية}} \times 100$$

4. الجودة : يتم الحكم على الجودة من خلال عدد العيوب بالنسبة للمليون وحدة ثم معالجتها ، و تجدر

الاشارة الى ان هذا المؤشر يحن تصيغه على وصاف الموسسه ،يس تعص بالنسبه بوضيحي البيع و اسراء

5. احترام البرنامج: يقصد بهذا المقياس انه يجب على جميع العمال داخل المؤسسة احترام و تطبيق برامج

العمل التي تم تسطيرها في المؤسسة و تتمثل هذه البرامج عادة في برنامج الانتاج و الشراء البرامج الخاصة

بالحملات الاعلامية او برنامج بعث منتج جديد

و يتم حساب هذا المقياس بالعلاقة التالية:

$$\frac{\text{عدد النشاطات أو الأوامر المنجزة في الساعة}}{\text{النشاطات أو الأوامر المبرمج إنجازها في المدة المحددة}} \times 100$$

يتم حساب هذا المقياس بالعلاقة التالية:

$$\frac{\text{عدد الأوامر الخاصة بمنتجات جديدة المنجزة في الساعة}}{\text{عدد الأوامر الواجب أدائها في المدة المحددة}} \times 100$$

7. السرعة: يقصد بهذا المقياس سرعة تقديم قيمة مضافة و يحدد هذا المقياسوفقا للعلاقة التالية :

$$\frac{\text{الزمن المستغرق لتقديم قيمة مضافة}}{\text{الزمن الكلي للنشاط}} \times 100$$

الزمن الكلي للنشاط

الفرع الرابع: مؤشرات وصعوبات تقييم الأداء

أولا: صعوبات تقييم الأداء

وتمثلت صعوبات تقييم الأداء في مايلي¹:

- 1) عدم وجود اهداف واضحة و مفهومة لتقييم الأداء و السعي الى تحقيق أكثر من هدف في ان واحد مما يزيد التداخل في الاهداف المرجوة من تقييم الأداء.
- 2) عدم توفر المعلومات الدقيقة و الضرورية قبل القيام بعملية التقييم .
- 3) عدم وجود الاساليب المتطورة و الحديثة لتقييم الأداء في المستشفيات .
- 4) المركزية في تقييم الأداء تكون احيانا عائقا اساسيا في عملية التقييم .
- 5) نظرا لطبيعة العمل في المستشفى و عدم وجود مقاييس كمية دقيقة فان عملية التقييم تكون نسبية بشكل كبير .
- 6) عدم تجانس فترات العمل و انواع العمل داخل المستشفى .
- 7) وجود بض المفاهيم الخاطئة اختلاف المفاهيم لدى فئات الاطباء و التمريض و المهن الطبية الاخرى .

وهناك صعوبات اخرى تمثلت في :

- 1 صعوبة تحديد اداء الفرد و مدى مسؤولية عن هذا خاصة الأداء الناتج عن سلوكه .
- 2 الاهتمام بالنتائج دون الاهتمام بالوسائل المقدمة لتحقيق هذه النتائج .
- 3 كثرة المعايير و تشعبها ما يؤدي الى تحريف النتائج وتوجيهها وبالتالي اتخاذ القرارات تصحيحية خاطئة (عدم دقة المعايير .)
- 4 خلق جو من اللاتقة و الفوضى عند الافراد نتيجة شعورهم (شعورهم بالرقابة).
- 5 زيادة تكاليف العملية الرقابية بالنظر الى الايرادات المرجوة من رائها .
- 6 بالرغم من الصعوبات والانتقادات التي تواجه عملية تقييم الأداء الا انه يبقى يكتسي اهمية بالغة بالنسبة للمنظمة وبالنسبة للعاملين .

¹ - رمزي احمد عبد الحي: تقييم اداء الادارة الجامعية، في ضوء الادارة الجودة الشاملة، دار فاء لدينا، الطباعة والنشر، الاسكندرية-مصر، 2007، ص 151-152 .

بالرغم من الصعوبات و الانتقادات التي تواجه عملية تقييم الأداء الا انه يبقى يكتسي اهمية بالغة بالنسبة للمنظمة و بالنسبة للعاملين.

ثانيا : مؤشرات التقييم و قياس الأداء¹

ان عملية القياس لا يمكن ان تتم الا بتوفر مجموعة من المعايير التي هي الاخرى تفسر من خلال مجموعة من المؤشرات ففي هذا المقام يمكن الاشارة الى وجود فرق بين المعيار و المؤشر فالأول يعني الاساس او الركيزة التي تسند اليها عملية التقييم الأداء . اما المؤشر فهو اداة للقياس و تفسير للمعيار ،أي ان المعيار يتم قياسه و تفسيره

من خلال مجموعة من المؤشرات يمكن اولا تحديد مفهوم المؤشر ثم بعد ذلك تحديد خصائصه.

1. **التعريف الوارد في "encycloedie de la gestion":** هو شخص او شيء ما يقدم معلومات وهو كذلك اداة للقياس تقدم ملاحظات مفيدة ."

2. **اما التعريف الوارد في " DICTIONNAIRE DE GESTION":** كان كما يلي :هو معلومة بصفة عامة تكون في شكل رقمي تسمح بمتابعة التوقعات التي تنتج عن تسيير المؤسسة ."

من التعريفين السابقين : " يمكن استخلاص بان المؤشر هو اداة لقياس الأداء يكون عادة في شكل رقمي لمسؤولي المؤسسة و مقارنة نتائجها بالمعايير المرجعية و المؤشر الجيد هو الذي يسمح بان تكون عملية القياس الأداء فعالة و جيدة يجب ان تتوفر فيه مجموعة من الخصائص هي :معنوية المؤشر ،الوضوح ،سرعة الحصول عليه ،الشمولية .

➤ **معنوية المؤشر :** و يقصد بها ان التي يقدمها المؤشر تعكس بكيفية دقيقة الظاهرة او النتيجة التي تزيد المؤسسة ملاحظتها .

➤ **الوضوح:** وضوح المؤشر يعني سهولة فهمه من طرف الجميع فالشخص الذي يقرأ المؤشر يعرف ماذا يعنيه بالضبط و ما لا يعنيه.

➤ **سرعة الحصول عليه:** هذا يضمن للمؤسسة القيام بالتصحيحات اللازمة في الوقت المناسب .

➤ **الشمولية:** تعني ان المؤشرات تغطي جوانب المؤسسة ومن المستحسن اعتماد المؤسسة على بعض المؤشرات الشاملة التي تسمح بتقديم صورة اجمالية عن نشاط المؤسسة .

¹ - هوارى سويسى:دراسة تحليلية لمؤشرات القياس اداء المؤسسات من منظور خلق القيمة ، مجلة الباحث ،الجزائر العدد 07، 2010،ص33.

❖ انواع المؤشرات :

هناك العديد من المؤشرات تختلف حسب زاوية النظر او المعيار المعتمد و يمكن تقديم مجموعة منها: "المؤشرات الشخصية و المؤشرات الموضوعية"، فالمؤشرات الشخصية هي التي ترتب او ترجع الى تصورات و تقييمات الافراد الذين هم في علاقة مع المؤسسة فراي العمال في ظروف العمل داخل المؤسسة يعد من المؤشرات الشخصية .

اما المؤشرات الموضوعية هي التي لا يمكن ان تولد تناقضا لدى الاطراف المعنية اي انها تؤدي الى نفس النتيجة مهما كان المقيم ومثال ذلك مؤشر الانتاجية، عدد حوادث العمل داخل المؤسسة، معدل التغيبية.... الخ.

3) المؤشرات النوعية الكمية:

المؤشرات النوعية هي: "مؤشرات يصعب قياسها في اغلب الحالات ومن امثلة ذلك رضا العمال عن ظروف العمل، القدرة على الاتصال رضا العملاء عن خدمات المؤسسة .

اما المؤشرات الكمية : فتسهل عملية حسابها و هي على نوعين: "المؤشرات المالية النقدية و المؤشرات غير النقدية العينية، فالمؤشرات النقدية يعبر عنها في شكل تكاليف و موازنات، وهي تصلح للمستوى الاعلى للتنظيم، الاطارات، الوظائف المصالح، و هذا يرجع الى طول مدة حساب التكاليف من جهة ومن جهة اخرى الى طبيعة انشغال الاطارات العليا الذي لا يمثل في معالجة الانحرافات فوراً كل التفكير في الاجراءات التي تمنعها مستقبلاً، اما المؤشرات العينية التي يتم الحصول عليها بسرعة تتلاءم مع المستوى التشغيلي الذي يبحث عن التأقلم بسرعة.

4) المؤشرات الشاملة و المؤشرات الجزئية: المؤشرات الشاملة حسابها يقدم نظرة كلية عن أداء المؤسسة اما المؤشرات الجزئية فتسمح بقياس كفاءة و فعالية الانظمة التحتية.

خلاصة:

من خلال ما سبق لنا ان تقييم الأداء أهمية بالغة في تطوير المؤسسة و الوصول بها إلى درجة التميز من خلال تشخيص حالتها و تحديد نقاط القوة و نقاط الضعف و معالجتها.

و يمكن القول بان تقييم الأداء هي عملية ذات أهمية بالنسبة للمؤسسات خاصة منها المؤسسات الصحية فهي تعتبر على أنها وسيلة مهمة للوصول إلى أهداف معينة .

ولكي تحقق المؤسسات الخدمية و الإنتاجية أهدافها بفاعلية وكفاءة عالية لا بد منها لها من أن تولي اهتماما كبيرا لعملية تقييم كفاءة الأداء و المعايير و المؤشرات لقياس الأداء، و ذلك بوصفها لشرط أساسي و الأداة الفعالة التي تمكنها من معرفة مدى استخدامها و انتفاعها من موارد المادية و البشرية .

الفصل الثاني

النظام الصحي و التنظيم الصحي في
المؤسسات الاستشفائية

المبحث الأول: الكفاءة على مستوى النظم الصحية

يوصف الأداء الجيد للمؤسسة في أغلب الأحيان بعبارة "الكفاءة" هذا المصطلح الذي شاع استخدامه لتحليل قدرة المؤسسات على الإدارة الجيدة لتكاليفها وحسن استخدام مواردها، سنحاول من خلال هذا المبحث تسليط الضوء على تعريف الكفاءة، أنواعها، الاختلاف بينها وبين العناصر والمفاهيم الاقتصادية.

المطلب الأول: مفهوم الكفاءة و طرق قياسها

يحتل مفهوم الكفاءة مكانة أساسية في المؤسسة، في التسيير وتأهيل مواردها، حيث حظي المفهوم على قدر كبير من اهتمام الباحثين عن التفوق والنجاح، وإن اختلفت آرائهم فهي تشترك في عدة نقاط أساسية، سنحاول توضيحها في هذا المبحث:

الفرع الأول: مفهوم الكفاءة

أولاً: التعريف بالكفاءة

تعرف الكفاءة: "الاستخدام الرشيد للموارد المتاحة والذي يحقق أقل مستوى للتكلفة دون التضحية بجودة مخرجات المؤسسة".⁽¹⁾

- كما يعرف الكفاءة: "نسبة المخرجات الفعلية (المحققة) إلى المخرجات القياسية أو المخططة".⁽²⁾

وتزيد كفاءة المؤسسة كلما زادت هذه النسبة.

فالكفاءة تعني: "إنجاز عمل بأقل جهد ضائع أو فاقد".⁽³⁾

1 ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجود الخدمات اللوجستية، مفاهيم أساسية وطرق القياس، الدار الجامعية، 2006، ص 145.

2 نبيل ابراهيم محمود، تحليل المتغيرات الاقتصادية، الانتاجية، والكفاءات دار البداية، الأردن، 2008، ص 55.

3 ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، المرجع السابق، ص 183.

- ثانيا: الكفاءة في الخدمات الصحية

إنّ الكفاءة في الخدمات الصحية هي العلاقة بين النتائج النهائية المتحققة والجهود المبذولة على شكل نقود وموارد ووقت".⁽¹⁾

فإن أهمية الكفاءة في الخدمات الصحية تبرز من خلال المؤشرات:

- طول المدّة الزمنية التي تستغرقها عملية إعداد وتأهيل القائمين على إنتاج الخدمة الصحية وبخاصة الأطباء.
- الخدمة الصحية المقدمة تعتمد إلى حد كبير على مهارة القائمين على إنتاجها.
- ارتبطت أهمية الكفاءة برأس المال المتاح للمستشفى الذي يعد أحد أهم العناصر الرئيسية لمدخلاتها.

الفرع الثاني: أنواع الكفاءة و طرق قياسها

اولا: انواع الكفاءة

يوجد أنواع مختلفة للكفاءة نذكر منها⁽²⁾

1- الكفاءة الإنتاجية:

يمكن تعريف الكفاءة الإنتاجية بأنها: "العلاقة بين كمية الموارد المستخدمة في العملية الإنتاجية وبين الناتج من تلك العملية وبذلك ترتفع الكفاءة الإنتاجية كلما ارتفعت نسبة الناتج إلى المستخدم من الموارد".

تتضمن العملية الإنتاجية جانبين: الجانب الأول تقني يتمثل في كمية المخرجات الناتجة عن استخدام كمية من المدخلات والجانب الثاني "تكاليف" يتمثل في أسعار المدخلات، وعليه فالكفاءة الإنتاجية هي محصلة الكفاءة التقنية والكفاءة السعرية أو ما يعرف ب "كفاءة التكلفة".⁽³⁾

2- الكفاءة الهيكلية: يعبر مفهوم الكفاءة الهيكلية عن الكفاءة التقنية للصناعة ويهدف هذا النوع من الكفاءة

إلى قياس مدى استمرار تطور الصناعة وتحسينها بالاعتماد على أفضل مؤسساتها.

1: ثامر ياسر البكري، ادارة المستشفيات، مرجع السابق، ص184.

2: علي السلمي، إدارة الأفراد والكفاءة الإنتاجية، ط3، مكتبة الغرب القاهرة - مصر، بدون ذكر سنة النشر، ص21.

3مقالة حول أنواع الكفاءة، www/economicshelp تم الاطلاع عليها، 23.04.2015.

3- الكفاءة النسبية : هي مقياس للكفاءة سواء كفاءة تقنية أو كفاءة سعرية أو كفاءة اقتصادية لمؤسستين أو أكثر أي مقارنة درجة الكفاءة بين المؤسسات داخل الصناعة الواحدة، وتم هذه العملية في ظل فرضية توحيد العملية الإنتاجية للمؤسسات.

ثانيا : طرق قياس الكفاءة

تتم عملية قياس الكفاءة كخطوة اولى تمكن عن الكشف عن وضعيتها و تحدد ما يتم الاتحاد بشأنها ، لكن هذه العملية ليست سهلة بإمكان لدى تعددت و تطورت فنون قياس الكفاءة لغرض كشف الوضعية الحقيقية لكفاءة الوحدات المراد قياسها ، و سيتم فيما يلي:¹

— سرد مجموعات قياس الكفاءة ، اذ تتفاوت كل مجموعة من حيث جودتها في القياس ، و تتشابه الاساليب في المجموعة الواحدة من حيث المنهج المستخدم في قياسها .

ومن اهم الطرق لقياس الكفاءة في المنظومة الصحية :²

1_ طريقة التحليل باستخدام النسب:

بالإضافة الى كون هذه المقاربة تعطينا مؤشر فعال فكذلك يعتبر من اسهل طرق حساب الاداء و خصوصا الانتاجية (الكفاءة) ، و ينتج عن الطريقة اعطائنا معلومات عن العلاقة بين مدخل واحد و مخرج واحد ، و بالتالي الكفاءة لكل وحدة من المدخل .

2_ طريقة الانحدار باستخدام المربعات الصغرى :

تعتبر طريقة الانحدار باستخدام المربعات الصغرى الاداة البر مترية الاكثر شعبية ، و من خلال صيغتها فإنها تفترض ان كل منظمات الرعاية الصحية تعتبر كفؤة بينما يمكنها احتواء مدخلات و مخرجات متعددة ، و كذلك يمكنها الحساب في الضوضاء الاحصائية ، باستخدام مصطلح الخطأ تعبر ب ”e” في معادلات العامة للانحدار المربعات الصغرى .

¹ عبد الكريم منصورى ، قياس الكفاءة النسبية و محدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات ، أطروحة دكتورا ، ، علوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، الجزائر 2013 /2014. ص 169.

² عبد الكريم منصورى ، قياس الكفاءة النسبية باستخدام تحليل مغلف البيانات ، مرجع نفسه، ص 170.

3_ طريقة الانتاجية الكلية للعوامل : (T F P):

تتغلب طريقة الانتاجية الكلية للعوامل على طريقة التحليل باستخدام النسب ، و تستخدم طريقة T F P مدخلات متعددة و مخرجات متعددة لإعطاء مؤشر اداء واحد ، و بشكل محدد تقاس TFP عن طريق الارقام القياسية ، و الارقام القياسية استخدمها لقياس التغير في الاسعار و الكميات عبر الزمن و لقياس ايضا الاختلافات في الاسعار ، و الكميات عبر مؤسسات الرعاية الصحية .

الفرع الثالث: الفرق بين الكفاءة والفعالية

اولا : مفهوم الفعالية

"يمكن التفرقة بين الفعالية والكفاءة من حيث مدى تحقيق الأهداف حيث يمكن القول بأن الفعالية: "هي تعبير عن مدى القدرة على تحقيق أهداف المؤسسة، أو هي اتخاذ القرارات الصحيحة ومتابعة تنفيذها لتحقيق الأهداف العامة أو التشغيلية أو هي أيضا مقياس لملاءمة الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها ولدرجة تحقيق هذه الأهداف".⁽¹⁾

ثانيا: الفرق بين الكفاءة و الفعالية

ويمكن توضيح الفرق بين الكفاءة والفعالية من خلال الجدول التالي:²

1: ثابت عبد الرحمن ، كفاءة و جودة الخدمات اللوجستية، مرجع سابق ، ص 147 .
2 المرجع نفسه ، ص 148 .

الجدول رقم(7):.الفرق بين الكفاءة والفعالية

الكفاءة			
منخفضة	عالية		
<ul style="list-style-type: none"> ● كفاءة منخفضة/فعالية عالية <p>يختار المديرون الأهداف المناسبة لتحقيقها، ولكن يقومون بوظائفهم بدرجة ضعيفة في استخدام الموارد المتاحة لتحقيق هذه الأهداف</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● كفاءة عالية/فعالية عالية <p>يختار المديرون الأهداف المناسبة لتحقيقها ويستخدمون بشكل جيد الموارد المتاحة لتحقيق هذه الأهداف.</p>	عالية	الفعالية
<ul style="list-style-type: none"> ● كفاءة منخفضة/فعالية منخفضة <p>يختار المديرون الأهداف غير مناسبة لتحقيقها ويستخدمون بشكل سيء الموارد المتاحة والنتيجة هي منتجات أو خدمات منخفضة الجودة.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● كفاءة عالية/فعالية منخفضة <p>يختار المديرون الأهداف غير المناسبة لتحقيقها ويستخدمون بشكل جيد الموارد المتاحة لتحقيق هذه الأهداف والنتيجة هي منتجات ذات سعر مناسب.</p>	منخفضة	الفعالية

المصدر: ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية، مفاهيم أساسية وطرق القياس الدار الجامعية، 2006، ص 146 .

المطلب الثاني: النظام الصحي

إنّ النظام الصحي يحمل عدة مفاهيم لها علاقة بالهيكل التنظيمي والتي تسمح بتحليل مكوناته، هذه المكونات ليس لها معنى إلا في مجملها غير أنّ الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع

الفرع الاول: مفهوم النظام الصحي

سوف نستعرض جملة من التعاريف للنظام الصحي كما يلي:

- **النظام الصحي هو:** "مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار".⁽¹⁾

- **و عرف النظام الصحي بأنه:** "مجموعة الموارد المتاحة، وعملية تنظيم وإدارة هذه الموارد حتى تؤدي في النهاية إلى تقديم الخدمة الصحية لكل المواطنين".⁽²⁾

ويتكون النظام الصحي من خمسة مكونات أساسية تعرضها فيما يلي:⁽³⁾

1- إنتاج الموارد الصحية:

ولكل نظام صحي موارد صحية متنوعة، فلا بد أن يكون لديه موارد طاقة بشرية، صحية متطورة، ومؤسسات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية ولا بد أن يكون لدى النظام الصحي أ دوية، ومعدات وأجهزة طبية ومولد لرعاية المرضى و يجب أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام كالبحوث الصحية من أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية وأكبر دليل على المعرفة هي التكنولوجيا.

2- تنظيم البرامج الصحية:

وتقوم بها وزارات الصحة الوطنية وكذلك الوزارات والهيئات الحكومية الأخرى كوزارات الدفاع والهيئات العسكرية وبرامج الضمان الاجتماعي والمنظمات الخيرية التطوعية وكذلك النقابات واتحادات العمال والقطاع الخاص.⁴

¹: فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان 2008 ص54.

²: محمود خليل الشاذلي وآخرون، طب المجتمع، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت 1999 ص34.

³: فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات، مرجع سابق ص 54.

3- الدعم المالي والتمويل:

إنّ مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة كالضرائب، الجمارك وبرامج التأمين الصحي الحكومي والعسكري، وموظفي الشركات ونشاطات المجتمع، المجتمع المحلي التي لا تهدف إلى الربح والمساعدات والمنح والهيئات الخارجية الحكومية والخيرية والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي.

4- الإدارة الصحية للنظام الصحي:

تلعب الإدارة الصحية دوراً حيوياً وهاماً في إدارة النظام الصحي وتقوم بالتخطيط الاستراتيجي، وتقوم البرامج الصحية وتدريب طلاب الطب والمهن الطبية الأخرى، والقيام بالبحوث الصحية، وقيادة النظام الصحي، ووضع معايير الرقابة على الأداء، وتحسين مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي، وتنظيم الظروف البيئية، وترخيص واعتماد المهن الطبية والمؤسسات الصحية وإصدار التشريعات الصحية.

5- إنتاج وتقديم الخدمات الصحية:

إنّ الهدف الأساسي الذي يسعى إليه النظام الصحي يتمثل في تقديم خدمات صحية على المستويات الثلاث الأولوية والثانوية والتخصيصة لتلبية الحاجات الصحية، والقيام بعملية تعزيز الصحة، وما يترتب عليها من نشاطات فردية وجماعية للحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة على الصحة ويمكن توضيح مكونات النظام الصحي ووظائفه .

الفرع الثاني: محددات أداء النظام الصحي

لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000، تحت عنوان "النظم الصحية "تحسين الأداء" الدول من ناحية الأداء الصحي وفقاً للمعدات.⁽¹⁾

الاستجابة: أوضح التقرير أنّ القدرة على الاستجابة تنطوي إلى أمرين أساسيين، يتمثل أولهما: الاحترام والثاني توجيه المرض وإمكانية توفر الموارد.

¹: قدس برس، دعوة لعولمة الرعاية العلاجية:

- **مستوى الصحة العام:** لأنّ النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر، المأمول باحتساب المدد.
- **دور السلطات العمومية في كل النظم:** تعتبر الدولة المسؤولة عن تحديد السياسة الصحية وتحديد القواعد العامة لكن دور السلطات العمومية يختلف بصورة كبيرة من بلد لآخر فيما يتعلق بالمراقبة وتسيير أنظمة الصحة.
- **المؤشرات الصحية:** تتمثل المؤشرات الصحية المستخدمة لوصف الحالة الصحية لبلد معين عموما في أمل الحياة عند الولادة، المعدل الإجمالي للوفاة معدل وفاة الأطفال.

الفرع الثالث: إصلاح النظام الصحي:

تعني كلمة الإصلاح (Réforme) تغيير إيجابي، وهي تعتبر مسار مخطط يوجه الأبعاد الاستراتيجية للنظام الصحي، ويشمل مجموعة من المقاييس والتدخلات المستهدفة.

ويوجد اتفاق نسبي على المحاور الأساسية لأي إصلاح للنظام الصحي، والتي تشمل ما يلي: ⁽¹⁾

- يجب أن يكون التغيير الحادث هيكلي (Structurel) وليس سطحي.
- يجب أن يصاحب أهداف التغيير تغيير في المؤسسة وليس إعادة تحديد بسيط للأهداف.
- لا بد أن يكون التغيير طويل المدى وله أثر دائم عبر الزمن.
- الجدير بالذكر أنه من المهم أن نميز بين الإصلاحات المنبثقة من النظم الصحية وتلك المفروضة من الخارج.

¹: عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير كلية العلوم الاقتصادية ، وعلوم التسيير ، جامعة الجزائر 2007-2008.ص:110.

المبحث الثاني:التنظيم في المستشفيات و الخدمات الصحية

المطلب الاول: التنظيم في المستشفى

يعتبر المستشفى العمود الفقري لأي نظام صحي، وذلك بسبب توفيره لكافة أنواع الرعاية الصحية كخدمات الرعاية الصحية الثانوية وخدمات الرعاية الصحية التخصصية.

الفرع الاول: مفهوم المستشفى وخصائصها.

أولاً: مفهوم المستشفى:

عرفت الجمعية الأمريكية المستشفى بأنه: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين".⁽¹⁾

- كما عرفت منظمة الصحة العالمية على أنه: "جزء لا يتجزأ من نظام اجتماعي وصحي متكامل من مهامه تأمين خدمات صحية شاملة للمجتمع من الناحيتين العلاجية والوقائية، ويشمل عيادات خارجية تستطيع إيصال خدماتها للعائلة في موقعها الطبيعي كما أنه أيضا مركز لتدريب الكوادر الصحية وإجراء البحوث الطبية والاجتماعية".⁽²⁾

- تم تعريف المستشفى بأنه: "مؤسسة اجتماعية صحية تقوم بأداء مختلف الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية وأيضا الوظائف المهنية والتأهيلية بالإضافة إلى وظيفة البحث العلمي بهدف المساهمة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي".⁽³⁾

- كما عرفت المستشفى بأنه: "جزء متكامل من تنظيم اجتماعي وصحي يعمل على الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين ويصل بخدماته إلى الأسرة في بيئتها المنزلية بجانب أنه مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية وإجراء الاختبارات الطبية".⁽⁴⁾

¹غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان- الأردن 1999 ص 8.

² محمود خليل الشاذلي وآخرون طب المجتمع - أكاديميا إنترناشيونال، للنشر والتوزيع، بيروت- لبنان 1999 ص 62.

³ سيد محمد جاد الرب، تنظيم وإدارة المستشفيات (مدخل النظم) القاهرة دار النهضة ، 1989، ص33.

⁴ فريد راغب النجار، إدارة الأعمال في المنظمة الصحية و الطبية ، دار النهضة العربية ، القاهرة 1981، ص ص :148-149.

ومن التعاريف السابقة نستنتج أنّ المستشفى عبارة عن تنظيم كلي متكامل تتفرع منه عدة أنظمة فرعية هدفها تقديم الرعاية الصحية على أكمل وجه ممكن اعتمادا على طرق تسيير فعالة.

ثانيا: خصائص المستشفيات

تعتبر المؤسسات الخدمية ذات طبيعة فريدة ومتميزة لأنّ لها خصائص تنظيمية تميزها عن باقي المؤسسات وبالنظر إلى المستشفيات نجد أنّها تتميز بالعديد من الخصائص التي تنعكس على تنظيمها وذات أثر مباشر على مستوى فعاليتها التنظيمية،⁽¹⁾ ومن بين هذه الخصائص ما يلي:⁽²⁾

- تتعدد وتتعدد الوظائف التي يقوم بها المستشفى وفي ذلك يرى أحد الكتاب أنّ المستشفيات تعتبر أكثر المؤسسات الحديثة تعقيدا حيث أنه من أهم أهدافها تقوية الجسم البشري ودراسته حين يصبح مريضا.
- تعدد الفئات العاملة داخل المستشفى فهناك الطبيب والإداري وعضو هيئة التمريض والمساعد ولكل منهم اهتماماته الخاصة به ويهتم كل فرد بأداء وظيفته بصرف النظر عن الآخرين ولذلك نرى أنّ المتخصص داخل المستشفى.
- أدى تعدد الفئات وتعدد الوظائف داخل المستشفى إلى ازدواج خطوط السلطة فمنها الخاص بالجهاز الإداري البيروقراطي ومنها الخاص بالجهاز الطبي المهني.
- صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المستشفى نظرا لصعوبة التنبؤ لحالات المرض المتوقعة ولذلك على المستشفى أن يكون جاهزة بصفة مستمرة لاستقبال الحالات المتوقعة وغير المتوقعة.
- صعوبة تقسيم نشاط المستشفى بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الإنتاجية.

¹ فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ط1، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998، ص 17.

² سيد محمد جاد الطيب، إدارة المنظمات الصحية والطبية (منهج متكامل) في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، مرجع سابق ص 51-52.

الفرع الثاني: أنواع وتصنيفات المستشفى:

يمكن تصنيف المستشفيات وتقييمها وفقا لمعايير عديدة ومن أكثرها هذه المعايير قبولاً وشيوعاً:

1- تصنيف المستشفيات حسب نوعية الأمراض : يمكن تحسين المستشفيات حسب نوعية الأمراض التي تعالجها إلى نوعين أساسيين هما:⁽¹⁾

أ- المستشفى العام: يقصد به المستشفى الذي تتوفر فيه جميع الخدمات الطبية لمعالجة وتشخيص مختلف الحالات العامة.

ب- المستشفى التخصصي: هو المستشفى الذي تتوفر فيه خدمات متخصصة لمعالجة حالات مرضية معينة أو لعلاج فئة معينة من أفراد المجتمع، مثل مستشفى الصحة النفسية ومستشفى العيون ومستشفى الأطفال ومستشفى أمراض النساء والتوليد ومستشفى الأنف والحنجرة.

2- تصنيف المستشفيات حسب أنماط الإشراف والملكية: يمكن تصنيف المستشفيات طبقاً لملكيتها إلى نوعين أساسيين هما:

أ- المستشفيات الحكومية: يقصد بها تلك المستشفيات التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية في الدولة من مؤسسات وهيئات عامة ووزارات وذلك وفقاً للنظم واللوائح الحكومية التي تحكم تسيير وإجراءات العمل بهذه المستشفيات، ويتم إدارة هذا النوع من المستشفيات وفق مفاهيم الإدارة العامة، حيث لا تهدف إلى تحقيق الربح وبالتالي يتم تطبيق جميع الأنظمة الحكومية من لوائح مالية وإدارية وإجرائية على أعمالها وهي تنقسم بدورها إلى قسمين:

● مستشفيات حكومية متاحة خدماتها لجميع المواطنين في ظل نظام الخدمات الصحية الوطنية، مثل: المستشفيات التابعة لوزارة الصحة.

● مستشفيات حكومية متاحة خدماتها لفئة محددة من المواطنين مثل: المستشفيات العسكرية.

¹ محمود محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية مدخل لنظم المعلومات، ط1، 2009، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، ص ص

ب- المستشفيات الخاصة: يمكن تصنيفها إلى:

• مستشفيات ذات طابع ربحي: هي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو هيئة... بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.

• مستشفيات ذات طابع غير ربحي: هي المستشفيات التي تتوفر فيها نفس خصائص ومميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي غير أنّ الهدف من إنشائها هو المساهمة في تقديم خدمة اجتماعية عامة لأفراد المجتمع.

3- تصنيف المستشفيات حسب متوسط فترة الإقامة: يتم تقسيم أنواع المستشفيات وفقا لمعيار متوسط فترة إقامة المريض إلى نوعين أساسيين هما:

أ- مستشفيات ذات عناية طويلة الأجل: يبلغ متوسط إقامة المريض بهذه المستشفيات فترة تزيد عن 30 يوما، وذلك كما هو الحال بالنسبة لمستشفيات الصحة النفسية.

ب- مستشفيات ذات عناية قصيرة الأجل: يبلغ متوسط إقامة المريض بهذه المستشفيات فترة تقل عن 30 يوما، وذلك كما هو الحال بالنسبة لغالبية المستشفيات العامة وكذلك مستشفيات الولادة.

4- تصنيف المستشفيات حسب جودة خدمات الرعاية الطبية المقدمة:

يتم تقسيم أنواع المستشفيات حسب معيار مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها تلك المستشفيات إلى نوعين أساسيين هما: (1)

أ- المستشفيات المعتمدة: تتمثل هذه المستشفيات في تلك التي تعترف بها بعض الهيئات العلمية الاستشارية التخصصية، حيث تتمثل هذه المستشفيات للشروط والضوابط التي تكفل قيامها بأداء خدماتها الطبية، بمستوى أفضل.

ب- المستشفيات الغير المعتمدة: هذه المستشفيات لا تمثل لأي شروط أو ضوابط من قبل هيئات الاعتماد المختصة بتقويم ممارسات هذه المستشفيات وبالتالي فإنه لا يتم اعتمادها من قبل هذه الهيئات.

5- تصنيف المستشفيات حسب الموقع والسعة السريرية:

يتم تصنيف المستشفيات حسب الموقع والسعة السريرية إلى: (1)

أ- **المستشفيات المحلية الصغيرة:** هي المستشفيات التي تقدم تجمعات سكنية قليلة حيث لا تتجاوز عادة سعة المستشفى السريرية أكثر من 100 سرير، وأهم الخدمات المقدمة بهذه المستشفيات هي: (خدمات الأمراض، وخدمات الجراحة العامة، خدمات الرعاية والأمومة والطفولة).

ب- **المستشفيات المركزية:** هي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة كضواحي المدن أو المنطقة الصحة، وتتراوح سعتها السريرية غالباً ما بين (100-500) سرير، وتعتبر المستشفيات المركزية بمثابة مستشفيات عامة نظراً لتوفر كافة الإمكانيات المادية والبشرية بها لمواجهة مختلف الحالات الطبية والجراحة العامة.

ج- **مستشفيات المناطق (المستشفيات العامة):** هي المستشفيات التي عادة على خدمات تخصصية لا يستطيع توفرها أغلب المستشفيات السابق ذكرها.

الفرع الثالث : التنظيم في المستشفى وأنواع التنظيم:

أولاً: التنظيم في المستشفى

يختلف مفهوم المستشفى حسب الأطراف التي يتعامل معها، فكل طرف له مفهومه الخاص، عن المستشفى تبعاً لتلك العلاقة القائمة بينهما ويتضح ذلك فيما يلي: (2)

- **المرضى:** ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الصحية لهم واستشفائهم.

- **الكادر الصحي:** هو الموقع الذي يمارس فيه أعماله ومهامه الانسانية وبما يملكه من خبرة ومهارة في القيام بالرعاية الصحية.

- **إدارة المستشفى:** منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفاء وفعال.

¹ محمود محمود السجاعي، المرجع السابق، ص ص 37-38.

² ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات مرجع سابق، ص 21-22.

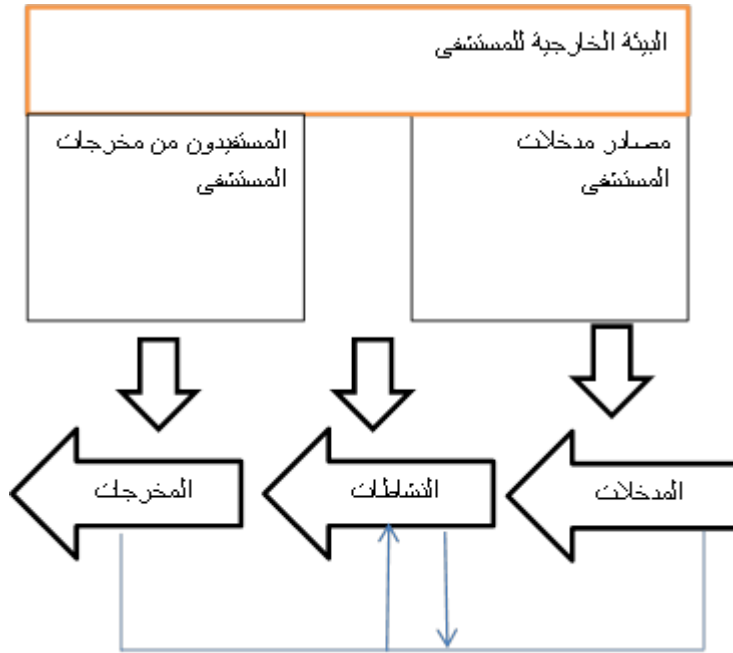
- **الدولة:** إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

- **مصانع الأدوية:** سوق واسع يستوجب إعداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية وفق اتفاقيات مسبقة.

- **الطلبة والجامعة:** موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة لإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب، بالإضافة إلى ذلك هناك وجهات نظر لأطراف أخرى تمتد إلى زوايا وتصورات مختلفة عن فهمها للمستشفى.

- وفي ضوء كل ذلك يمكن أن ينظر إلى المستشفى على أنه نظام مفتوح لأنه يتفاعل مع المجتمع ويتأثر بالبيئة التي يعمل فيها وبكل ظروفها، ويتكون المستشفى كنظام مفتوح من عدة مكونات كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم(5):مكونات المستشفى كنظام مفتوح.



المصدر: محمد نذيرحرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص 53.

1- المدخلات: تمثل المدخلات الإمكانية المادية والبشرية والتقنية اللازمة لقيام المستشفى بنشاطاته المتعددة هذه المدخلات تتكون من:⁽¹⁾

- **العنصر البشري:** يشمل جميع المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة بالإضافة إلى مختلف العاملين في المستشفى (سلك طبي، إداريين، عمال النظافة)

- **العنصر المادي:** يشمل مختلف الإمكانيات المادية اللازمة للإقامة بالمستشفى وأداء مهمته مثل: الأراضي/ المباني/ المعدات والأجهزة والأدوية/ الأغذية بالإضافة إلى مصادر التمويل المختلفة.

- **عنصر المعلومات:** هناك نوعان من المعلومات.

• **معلومات داخلية:** وهي لازمة للتعرف على نتائج النشاطات المقدمة للمرضى من حيث الاستفادة من خدمات المستشفى وتقييم جودة الخدمات المقدمة لهم.

• **معلومات خارجية:** تفيد في التعرف على كمية ونوعية الاحتياجات الصحية لسكان المنطقة التي يتواجد بها المستشفى.

- **النشاطات:** تتمثل في المرحلة التي يتم فيها تحويل المدخلات إلى مخرجات ويمكن تصنيفها إلى نوعين:

- **النشاطات الأساسية للمستشفى:** هي النشاطات المرتبطة بتقديم الخدمات الطبية والعلاجية للمستفيدين (المرضى) مباشرة ونذكر منها:

- **نشاط التشخيص (الفحص):** وينقسم بدوره إلى تشخيص سريري مخبري، شعاعي، تخطيطي، ونفسي.

- **نشاط العلاج:** وينقسم إلى علاج بالأدوية، شعاعي، جراحي، طبيعي، تأهيلي، والتنفس الاصطناعي:

النشاطات المساعدة للمستشفى: هي النشاطات التي تتعلق بتسهيل النشاطات الأساسية في صورة مستمرة وفعالة ويمكن تصنيفها فيما يلي:

¹ محمود محمود السجاعي، المرجع السابق، ص 37-45.

- **نشاطات ذات طبيعة خدمية:** وهي النشاطات التي تخدم المرضى والعاملين في المستشفى مثل: نشاطات الإدارة/ خدمات التمريض/ الخدمات العامة/ خدمات شؤون المرضى، الخدمات الطبية المساعدة.
 - **نشاطات ذات طابع استشارية:** وهي النشاطات التي تخدم الإدارة العليا للمستشفى والأقسام الطبية ولطبية المساعدة، ومن أمثلة هذه النشاطات نشاطات وحدات التخطيط والميزانية والمتابعة والتنظيم ومركز المعلومات والعلاقات العامة، ونشاطات اللجان الطبية وشبه الطبية مثل: لجنة جودة الرعاية الطبية وعدوى المستشفيات.
- **المخرجات:** المخرجات عبارة عن نتيجة نشاطات المستشفى ويمكن إيضاح ذلك فيما يلي:
- **مخرجات تتعلق بحالة المرضى عند الخروج:** عموماً ما ينظر المريض عند دخوله المستشفى تحسین حالته الصحية أو الشفاء بعد الفحص والعلاج المقدم له، لكن حالة تحسین المريض هي احتمال من بين مجموعة من الاحتمالات شفاء وفاء، أو إحالة إلى مراكز طبية أكثر تخصصاً.
 - **مخرجات تتعلق بكفاءة إدارة المستشفى:** إن المستشفيات ذات الهدف الربحي تسعى وبصفة مستمرة إلى جعل الإمكانيات مسايرة للاحتياجات من جهة ومن جهة أخرى تبحث عن مردودية تلك الإمكانيات، وهذا الهدف يحتاج إلى جهاز إداري ملم بتقنيات الإدارة الفعالة، ويعمل على تنظيم الجهود من أجل تحقيق أعلى مردودية ممكنة.
- **البيئة:** يعمل المستشفى في بيئة يأخذ منها مدخلاته ويطرح فيها مخرجاته فالمستشفى يؤثر في البيئة ويتأثر بها، ويمكن تصنيف البيئة إلى صنفين:
- **البيئة الداخلية للمستشفى:** وتصور الجوانب التي تساعد المستشفى على تحقيق أهدافه الأساسية وتشمل:
- **الجانب الإنساني:** يمثل التفاعل في العلاقات الإنسانية بين العاملين بعضهم مع البعض وبينهم وبين الإدارة والمستفيدين من خدمات المستشفى، ويقدر ما تكون هذه العلاقات جيدة بقدر ما تكون المساهمة في تحسين جودة خدمات الرعاية المقدمة للمرضى.
 - **الجانب التنظيمي:** يشمل اللوائح والأنظمة التي تقرها إدارة المستشفى لتنظيم عملية تقديم الرعاية الصحية.

– البيئة الخارجية: وتشمل مجموعة من المؤثرات:⁽¹⁾

• المؤثرات الخاصة بمصادر مدخلات المستشفى : تشمل القوى العاملة الموارد المالية، الموردين، المؤسسات العامة، المستفيدين وغيرها.

• المؤثرات المتعلقة بخصائص المجتمع: وتشمل احتياجات المجتمع الصحية وخصائصه السكانية.

ثانيا: أنواع التنظيم بالمستشفيات

هناك نوعان من التنظيم يعملان جنبا إلى جنب في أي مؤسسة هما:

أ- التنظيم الرسمي: " يهتم بالهيكل التنظيمي وبالتحديد العلاقات والمستويات الإدارية وتقسيم الأعمال وتوزيع الاختصاصات كما وردت في الوثيقة القانونية التي تأسست بموجبها المؤسسة وبالتالي هو يشمل القواعد والترتيبات التي تطبعها الإدارة وتعبر عن الصلات الرسمية بين كل وحدة إدارية وأخرى أو بين كل فرد وآخر في المؤسسة بهدف تنفيذ سياسات العمل فيها".⁽²⁾

ب- التنظيم غير الرسمي: مجموعة العلاقات والتفاعلات والاتصالات بين أعضاء التنظيم من أجل تحقيق هدف الجماعة وعادة ما يكون التنظيم غير الرسمي غير محدد الملامح فليس له شكل معين ولا يتبع أسلوب اتصال معروف وينشأ التنظيم غير الرسمي نتيجة العلاقات بين الأفراد في التنظيم الرسمي.⁽³⁾

– تحديد الطريقة المناسبة لتصميم الهيكل التنظيمي للمستشفى:

تستخدم المستشفيات العديد من الطرق لتصميم الهيكل التنظيمي لها وتقسيمه إلى وحدات وأقسام إدارية، وتمثل أهم الطرق شائعة الاستخدام في هذا الصدد فيما يلي:

¹ علي عباس، أساسيات علم الإدارة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن 2004، ص130.

² علي عباس، أساسيات علم الإدارة، المرجع السابق، ص131.

³ أحمد جاد عبد الوهاب، السلوك التنظيمي (دراسة سلوك الأفراد والجماعات داخل المنظمة الأعمال)، مكتبة الإشعاع، القاهرة، بدون ذكر سنة النشر ص:141-145.

أ) التقسيم وفقا لطبيعة العمل أو الوظائف بالمستشفى:

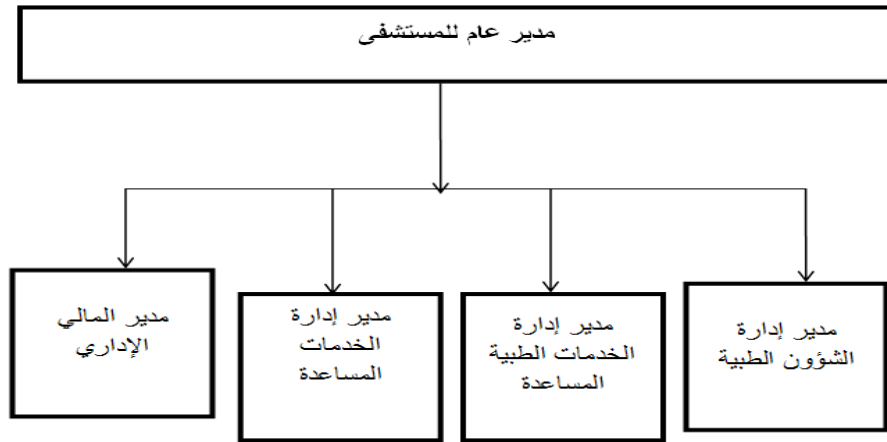
لقد كان " فرويديك تايلور " أول من أسهم في إرساء قواعد البناء التنظيمي على أساس الوظائف وأشار إليه في كتابه إدارة الورش الذي نشر عام 1903 وقد شرع تايلور في إظهار أهمية التنظيم الوظيفي من خلال تجربته عندما كان يعمل رئيسا للعمال في إحدى الشركات الأمريكية في أواخر القرن الماضي فقد لاحظ بأن

الأعباء الوظيفية تتطلب جهودا كبيرة ووقتا أطول في الإنجاز لذلك إقترح التنظيم الوظيفي بديلا عن التنظيم الرأسي (العمودي) ويقوم التنظيم الوظيفي على أساس مبدأ التخصيص وتقسيم العمل في مختلف الوحدات الإدارية العاملة في المؤسسة، وتجسيد مبدأ التفاعل الوظيفي في مختلف الوحدات الإدارية العاملة في المؤسسة، وتجسيد مبدأ التفاعل الوظيفي في مختلف جوانب الأداء الإداري عن طريق تعاون

التنفيذيين والاستشاريين في مختلف المستويات لتحقيق نجاح المؤسسة.⁽¹⁾

- يوضح الشكل التالي نموذجا لهذا التقسيم

الشكل رقم (6): التقسيم وفقا لطبيعة العمل أو الوظائف بالمستشفى:



المصدر: محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص 53.

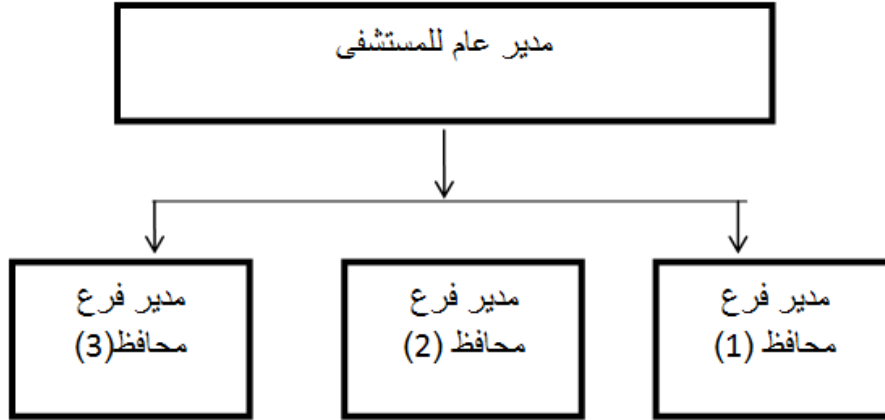
¹ خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم حمود، نظرية المنظمة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان - الأردن، 2000، ص ص167-

ب- التقسيم حسب الموقع الجغرافي للمستشفى:

يضمن التجميع على أساس المنطقة الجغرافية أو الموقع بتجميع الفعاليات أو الأنشطة على أساس المنطقة الجغرافية المعنية، إذ تقوم المؤسسات بتجميع أنشطتها الإنتاجية أو التسويقية على صعيد المناطق الجغرافية، حيث تؤلف كل منطقة (أو مدينة) وحدة تنظيمية متكاملة نسبيًا (أو فرعي) ترتبط بالإدارة الرئيسية (المركزية) في المؤسسة، ومن المزايا التي يمكن تحقيقها من التجميع اللامركزية في اتخاذ القرارات وتنمية القابليات الإدارية العاملة في المناطق والاستجابة للظروف والحاجات المحلية.⁽¹⁾

- يوضح الشكل التالي نموذجًا لهذا التقسيم.

الشكل رقم (7): التقسيم حسب الموقع الجغرافي للمستشفى:

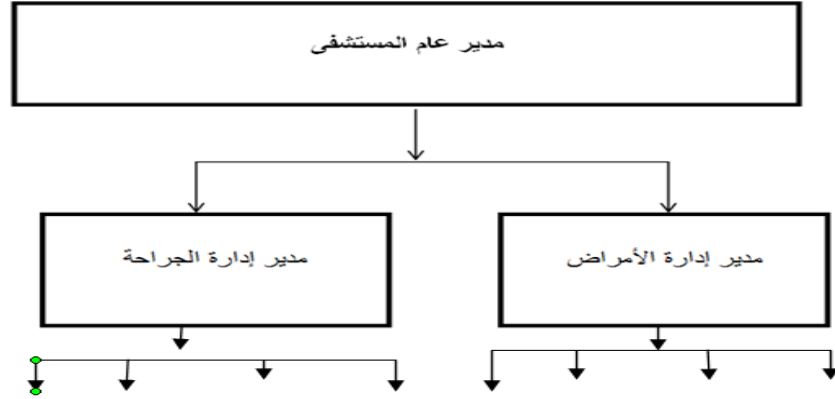


المصدر: محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص 54.

¹: نفس المرجع، ص 180.

ج) التقسيم حسب الخدمة الصحية: يتم بناء إدارات أو وحدات الهيكل التنظيمي بالمستشفى في هذه الحالة بتخصيص إدارة أو قسم لكل خدمة أو خدمة أو حتى لكل مجموعة من الخدمات الصحية.¹

الشكل رقم (8): التقسيم حسب الخدمة الصحي



المصدر: محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص 54.

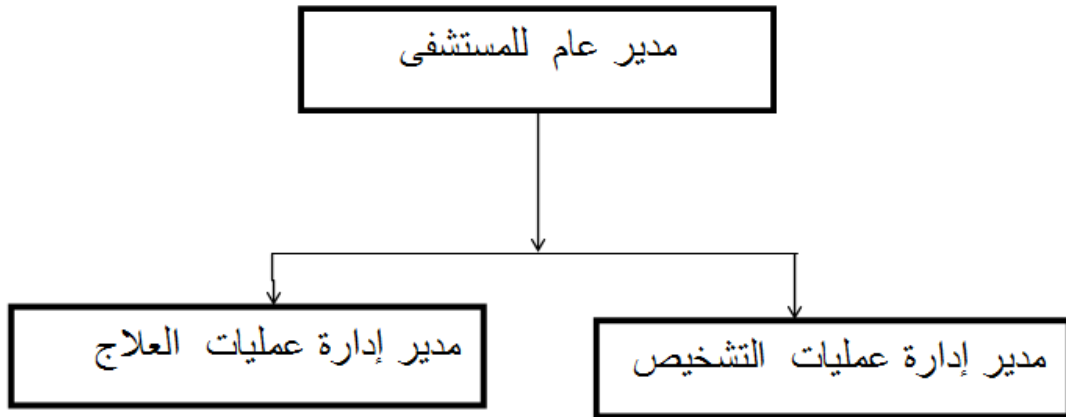
د- التقسيم حسب العمليات أو مراحل أداة الخدمة الصحية بالمستشفى:

يتم بناء الهيكل التنظيمي للمستشفى وفقا لهذه الطريقة بناء على العمليات أو المراحل الإنتاجية الرئيسية لإنتاج الخدمة الصحية.⁽²⁾

1: فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ص 138.

²فريد راغب النجار، مرجع سابق، ص 139.

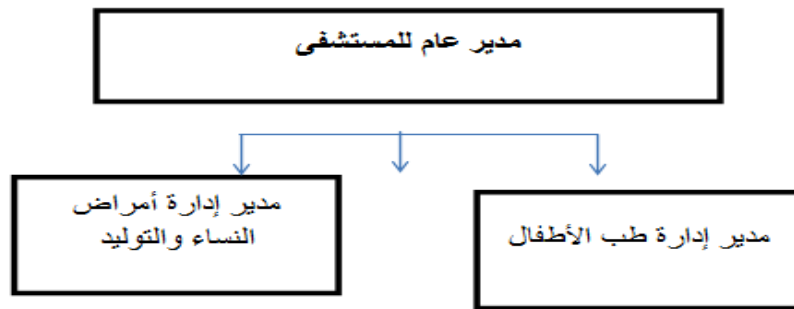
الشكل رقم (9): التقسيم حسب العمليات أو مراحل أداء الخدمة الصحية بالمستشفى:



المصدر: محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص 54.

هـ- التقسيم حسب المرضى: يتم بناء الهيكل التنظيمي للمستشفى وفقا لهذه الطريقة بتقسيم هذا الهيكل إلى إدارات أو أقسام، حيث يكون لكل نوعية من المرضى إدارة أو قسم خاص بهم⁽¹⁾ والشكل التالي يمثل نموذجاً لهذا التقسيم .

الشكل رقم (10): التقسيم حسب المرضى:



المصدر: محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص 54

¹ نفس المرجع، ص 140.

المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية عنصرا مهما لإحداث التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم، لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته، من هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين، وتسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها، والعمل على تطوير المؤسسات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية والخبرات العلمية، والإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات، إيماناً بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات.

سنحاول التعرف على مفهوم الخدمة الصحية ومختلف الخصائص المميزة لها؟ مع الإشارة إلى أنواعها وعناصرها وإنتاجها.

الفرع الأول: مفهوم الخدمات الصحية و خصائصها .

سنتناول مفهوم الخدمة الصحية مع إبراز أهم خصائصها.

أولاً: مفهوم الخدمات الصحية

بالرغم من أنه يمكن بيع و شراء الخدمات الصحية، إلا أن الصحة ليست كذلك فلا يمكن الإتجار بها، هذا ما يقودنا إلى تحديد مفهوم الصحة.

أولاً قبل تحديد مفهوم الخدمات الصحية.

1- مفهوم الصحة:

أ- تعريف الصحة:

اشتد الجدل حول تحديد مفهوم الصحة في السنوات الأخيرة، بعدما كان شائعا بين المشتغلين في المجال الطبي بأن الصحة تعني: "غياب المرض الظاهر و خلو الإنسان من العجز والعلل" ¹، فطلما أن جسم الإنسان قد خلا من

¹ عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية ، مصر، 2003، ص17.

العلة وبرأ من الداء، فذلك معناه أن الجسم سليم، إلا أن المختصين في مجال الصحة. اعتبروا هنا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبي مجرد أنه علاج للمرض.

وقد عرفه " PERKINO " الصحة بأنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها. أن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازيه"¹.

فقد عرفت الصحة بأنها " حالة السلامة البدنية (OMS) أما منظمة الصحة العالمية والنفسية و الاجتماعية الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان"².

لو تمعنا في هذا التعريف لوجدنا ما يلي:

* الصحة ثلاثة أبعاد مترابطة مع بعضها البعض وهي: الجانب البدني، الجانب النفسي، الجانب الاجتماعي.

* انتقاص أي عنصر من هذه العناصر ينتج عنه عدم اكتمال الصحة.

* نسبية الصحة، فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا.

* الصحة لا تعني الخلو من المرض فقط، وهنا يجب التفريق بين الصحة و المرض.

المرض هو حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا، وقد يكون هناك انحراف في أكثر من جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية، وهذا الانحراف يمكن أن يكون نسبيا أو مطلقا، و المرض ليس مرادفا تماما للاعتلال أو السقم حيث أن:³

* **المرض:** يمكن أن يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة بحرية الفرد الشخصية.

* **السقم:** هو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي على فردية وشخصية الفرد.

¹ أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، ط 1، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2000، ص13.

² - إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1991، ص50.

³ إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، المرجع السابق، ص50.

***الاعتلال:** يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي والتي يتأثر بها الجانب الاجتماعي وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين.

ب- مستويات الصحة: تتمثل مستويات الصحة فيما يلي:

الصحة المثالية: هي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية و النفسية و العقلية و الاجتماعية أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية و الاجتماعية تسعى لتحقيقه، وإذا كان صعب المنال.

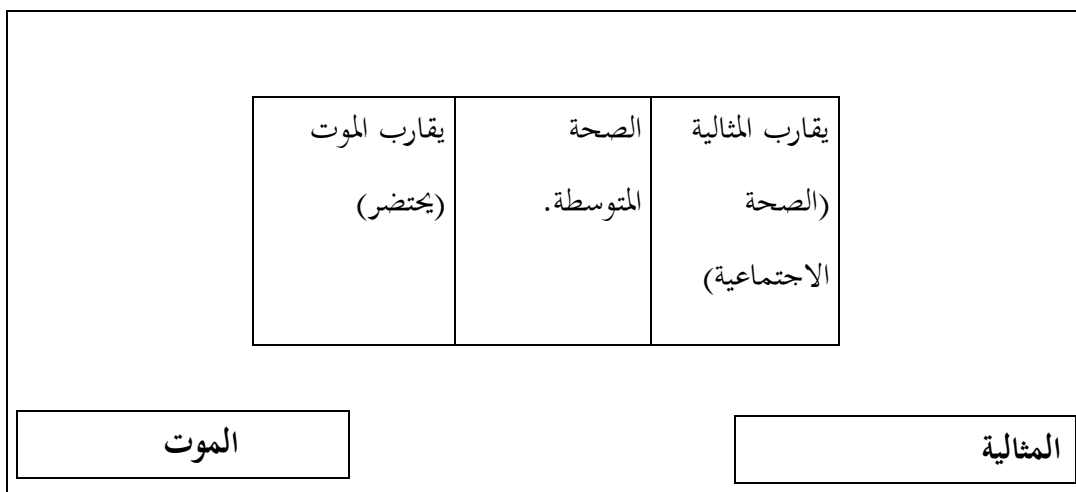
الصحة الإيجابية: هي حالة يستطيع الفرد فيها والمجتمع مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية.

الصحة المتوسطة: أي أن الفرد لا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين ولكن بصفة عامة لا تظهر عليه الطاقة الإيجابية.

مستوى الاحتضار: هو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية، وتسوء الحالة من وقت لآخر ومعه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية.

إن هذه المستويات تقسم النسبية المطلقة، حيث يصعب تحديدها وقياسها قياساً دقيقاً ومحدداً، والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم(11): مفهوم الصحة من ناحية مستوياتها.



المصدر: إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية اتجاهات تطبيقية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ،1991، ص50.

كما يتأثر مستوى الصحة بعدد من العوامل المتداخلة، وهي كالتالي:¹

*عوامل طبيعية: وتتمثل في العوامل المناخية، البيئة الجغرافية.

*عوامل بيولوجية حيوية: تتمثل في ناقلات العدوى سواء كانت حشرات مثل الذباب والناموس أو حيوانات كالفئران و الذئاب.

*عوامل اجتماعية: تتمثل في مستويات المعيشة، العادات والتقاليد.

*عوامل اقتصادية: مثل قصور الإمكانيات المادية مثل التشخيص التلقح.

*عوامل بيئية: تتمثل في عدم توفر المياه الصحية الصالحة للشرب. وصون الفضلات وما يترتب عن انتشار الأمراض المعدية.

*عوامل سكانية: زيادة معدلات المواليد والوفيات يترتب عليها مشاكل صحية وإجتماعية.

*عوامل طبية: مثل مدى توافر العيادات الطبية والأطباء والممرضين.

¹ فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، ط 1،الدار الجامعية، الإسكندرية، 2007، ص363.

_تعريف الخدمات الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية شكلا من أشكال الخدمات، وأحد مدخلات إنتاج الصحة. فقد عرفت بأنها " العلاج المقدم للمرض سواء كان شخصا أو إرشادا أو تدخلا طبيًا، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى. وما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"¹

هذا التعريف يشير في مضمونه إلى أن الخدمة الصحية تتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية هي:

***الصفة المميزة للخدمة:** ترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية.

***المنافع المرجوة من الخدمة:** تتمثل في العناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض لمقابلة احتياجاته الصحية، و المتضمنة للإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى، والتي يمكن تقسيمها إلى ما يلي:²

— منافع مباشرة ملموسة يمكن قياسها وحسابها: تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.

— منافع مباشرة غير ملموسة ويصعب قياسها: تتمثل في الحد من الآلام و الأمراض التي يعانيها المريض، أو التي يستجنيها، نتيجة للخدمات التي حصل عليها.

— منافع غير مباشرة ملموسة يمكن حسابها: تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة للخدمات الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة.

***الخدمات المساندة:** تشمل كافة العناصر المضافة التي تقدم إلى جوهر الخدمة الصحية، وتتضمن نظام حجز المواعيد، الاستقبال، التنسيق مع المؤسسات الصحية الأخرى والمنظمات الاجتماعية.

كما تعرف الخدمات الصحية أيضا بأنها: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسدية و العقلية و الاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض و العلل.

¹ فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، ط1 ا الدار الجامعية، الإسكندرية، 2007 ، ص363.

² ثامر ياسر البكري. المرجع السابق، ص168.

الفصل الثاني.....النظام الصحي و التنظيم الصحي في المؤسسات الاستشفائية

هذا التعريف يبين أن عملية العلاج التي أتت بالمريض إلى المؤسسة الصحية لا تمثل الخدمة الصحية في حد ذاتها، بل مكونا من مكوناتها فالخدمة الصحية عبارة عن نشاط مركب من ثلاثة متغيرات رئيسية، والتي تظهر في الجدول التالي:

الجدول رقم (8): الوظائف المكونة لخدمة الصحية

أمثلة	الوظائف المكونة
- الإيواء الصيانة والتنظيف. - الإطعام. - الاستقبال. - التدفئة.	الفندقة و الإطعام
- تسيير المخزونان, الصيدلة, التجهيزات. - تسيير الموارد البشرية, إدارة المعلومات تسيير الملفات الطبية.	الإدارة و التسيير
- الخدمات العلاجية. - مختبرات التحليل و الأشعة. - العمليات الجراحية. - عمليات التخدير.	الخدمات الطبية والشبه طبية

المصدر: نجاة صغيور: تقييم جودة الخدمات الصحية مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة باتنة، الجزائر، 2011/2012، ص16.

يوضح الجدول الوظائف الثلاثة المكونة للخدمة الصحية وهي خدمات الفندقة والإطعام، الخدمات الإدارية والخدمات الطبية وشبه الطبية، مع إعطاء أمثلة عن كل وظيفة.

وللاشارة فإن الخدمة الصحية تخضع حسب "Karny Darby" إلى اعتبارات سلع الاعتقاد وقد فرق هذين الكاتبين بين ثلاثة أنواع من السلع وهي:¹

1. **سلع الاعتقاد:** تتعلق بالمنتجات والخدمات التي يمكن الزبون أن يتحقق من جودتها وقيمتها إلا بعد استهلاكها، لأنه لا يملك المعارف ولا القدرات اللازمة ليقوم بذلك.
2. **سلع البحث:** تتعلق بالمنتجات والخدمات التي يستطيع الزبون أن يشعر بما يراها وبالتالي يمكنه تحليلها وتقييمها قبل عملية الشراء.
3. **سلع التجربة:** تتعلق بالمنتجات والخدمات التي لا يمكن للزبون أن يتحقق من جودتها إلا بعد عملية الشراء وخلال الاستهلاك.

ثانيا: خصائص الخدمات الصحية:

إن خصائص الخدمات الصحية لا تبتعد عن الخصائص العامة للخدمات، والتي تتمثل فيما يلي:

1-اللاملموسية: يقصد باللاملموسية "عدم رؤية، لمس أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنيا كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقا".

ولهذا يعتبر قرار شراء السلعة، ولتلاقي هذه الصعوبة يجب البحث عن علامات أو مؤشرات تدل على جودة الخدمة المقدمة مثل: مكان أدائها، مقدمها والأجهزة المستخدمة.

2-التلازمية أو عدم الانفصال : التلازمية مفهوم يتكون من بعدين البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج و الاستهلاك فنجد السلع المادية تنتج وتخزن ثم تباع وتستهلك، لكن الخدمات تباع أولا ثم تنتج وتستهلك في نفس الوقت، أما البعد الثاني التلازمية هو أن المستفيد لا يمكن فصله في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة.

3-عدم التجانس في تقديم الخدمة: تتميز الخدمات بالتباين لاعتمادها على كفاءة ومهارة مقدمها، وكذا مكان وزمان تقديمها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادا على ظروف معينة، وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا مما يؤدي إلى صعوبة تنميط الخدمة.

¹ نجاة صغيور، نفس المرجع السابق، ص17.

4-عدم القابلية للتخزين: تتميز الخدمات بصفة عامة بعدم قابليتها للتخزين طالما أنها غير ملموسة هذا ما يجعل تكلفة التخزين منخفضة نسبيا أو بشكل كامل في المؤسسات الخدمية، ويترتب عن ذلك أن الطاقة الغير مستغلة من الخدمة تعتبر إيراد مفقود.

5-عدم تملك الخدمة: أي أن الخدمة لا تمتلك أو تنقل ملكيتها من المنتج إلى العميل عند الاتفاق عليها، فالمستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون إمكانية تملك الخدمة ذاتها، وهذا يمثل الفارق بين السلعة والخدمة.

إلا أن الخدمة الصحية تتميز بخصائص إضافية وهي كالتالي:¹

1- تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية: أي أنها تقدم لشخص واحد فلا يستطيع الطبي على سبيل المثال أن يعالج إلا حالات محدودة من المرض والسبب يعود إلى تخصصه في مجال معين (الأمراض الباطنية مثلا) بالإضافة إلى أنه لا يستطيع معالجة أكثر من مريض واحد في نفس الوقت، لكن هذه الخاصية لا تطبق على كافة الخدمات الصحية، حيث أن هناك خدمات لا تقدم لشخص واحد بل لعدد من الأشخاص في آن واحد، مثل حملات التوعية من مرض معين وحملات تطعيم الأطفال.

2- تتطلب الخدمات الصحية السرعة في أدائها والطلب عليها غير قابل للتأجيل: فالإصابة بالمرض يتطلب علاجا فوريا للقضاء عليه حين ظهور أعراضه، وتتميز الخدمات الصحية بالإلحاح والسرعة.

3- صعوبة تحديد وقياس وتقييم جودة الخدمة الصحية: وهذا راجع لطبيعة الخدمة المقدمة وارتباطها بحياة الإنسان وسيتم تحليل كل عنصر على حدى فيما يلي:

أ- صعوبة تحديد جودة الخدمة الصحية: بسبب كون الخدمات الصحية غير ملموسة لذا يصعب معه تحديد جودة الخدمة التي تقدم للمستفيد لمواجهة هذه المشاكل الخاصة بتقييم الخدمة ينبغي أن تعطي المؤسسات الصحية اهتماما خاصا لمرحلة تخطيط خدماتها.

ب- صعوبة قياس جودة الخدمة الصحية: قد يكون من السهل على المؤسسة الصحية قياس ما تم استخدامه من إمكانيات مادية كعدد الأسرة وعدد الأطباء إنما ليس من السهل قياس جودة الخدمة المقدمة بطريقة القياس المباشر، ولكن يمكن قياسها بالتغيرات الاجتماعية ارتفاع المستوى الصحي.

¹ زكي خليل مساعد، مرجع سابق، ص ص 24-31.

ج- صعوبة تقييم جودة الخدمة: بسبب كون الخدمة الصحية غير ملموسة، لذا يصعب تقييم جودة الخدمة التي تقدم للمستفيد، فالتقييم يتم على أساس مقارنة عدد ما تم شفاؤهم من المرض من مدة معينة أو مقدار التزامالمستفيد بالإرشادات الصحية المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية، وقد اعتادت المؤسسات الصحية عند تقييم خدماتها أن تقيم ثلاثة عناصر هي:

1. تقييم الكفاءة: أي تقييم كفاءة الإمكانيات سواء بشرية كالأطباء والممرضين، أو مادية كالأسرة والتجهيزات.

2. تقييم الفعالية: أي تقييم ناتج ما تم أدائه فعلا من مدخلات بين ما كان متوقعا تقديمه في مدة محددة وعلاقته بما كان يهدف إليه.

3. تقييم التكلفة: أي ما تم إنفاقه على الخدمة.

الفرع الثاني: أنواع الخدمات الصحية

تنقسم الخدمات الصحية حسب أغلب النظم الصحية العالمية إلى قسمين:¹

1-الخدمات الصحية العلاجية: وتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة وتشمل:

✓ خدمات التشخيص.

✓ خدمات العلاج، وتمثل في العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل خدمات مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات.

✓ خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، هي عبارة عن خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من مرض إصابة أو تخفيف معاناته من آلام المرض.

2- الخدمات الصحية الوقائية: تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع ويطلق عليها أيضا اسم ((الخدمات الصحية البيئية أو العامة).

ترتبط الخدمات الموجهة للحماية من الأمراض المعدية و الأوبئة و الحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك

¹ إبراهيم طلعت الدمرداش, مرجع سابق, ص ص25-26

الأفراد وتشمل:

- ✓ خدمات التطعيم ضد الأمراض و الأوبئة.
- ✓ خدمات رعاية الأمومة والطفولة.
- ✓ خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض.
- ✓ خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات ومحلات الحلاقة والتجميل.
- ✓ خدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي و الزراعي.
- ✓ خدمات الإعلام و نشر الوعي الصحي.
- ✓ خدمات الحجر الصحي.

ويوجد تقسيم آخر للخدمات الصحية يتضمن:

- ✓ الخدمات الطبية.
- ✓ الخدمات الشبه طبية.
- ✓ الخدمات الصيدلانية.
- ✓ الخدمات الجراحية.
- ✓ خدمات ترميم الأعضاء.
- ✓ الخدمات الوقائية (الأولية والثانوية).
- ✓ الخدمات المتعلقة بالبيئة (التغذية/الماء/نوع الحياة).

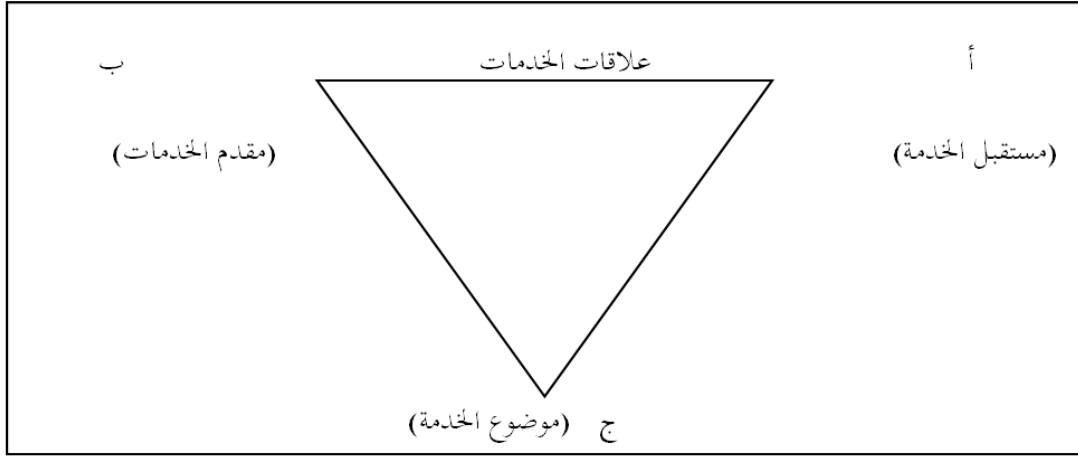
الفرع الثالث : عناصر إنتاج الخدمات الصحية:

سنعتمد على نموذجين لإبراز عناصر إنتاج الخدمة الصحية، الأول هو نموذج مثلث الخدمات والثاني هو نموذج .

1-إنتاج الخدمة الصحية حسب مثلث الخدمات:

اقترح نمودجا باسم مثلث انطلاقا من رؤيته للخدمة على أنها عملية وليست نتيجة لعملية، حيث عرفها على أنها: "مجموعة من العمليات المختلفة، المحققة، من طرف مقدم الخدمة بخصوص موضوع له علاقة مع الزبون" والشكل التالي يوضح هذا النموذج:

الشكل رقم(12): إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات .



source : Farida Dejellalet al l'Hospital Innovateur : de L'Innovation médicale à L'Innovation de service. Paris. Maison.2004. p48.

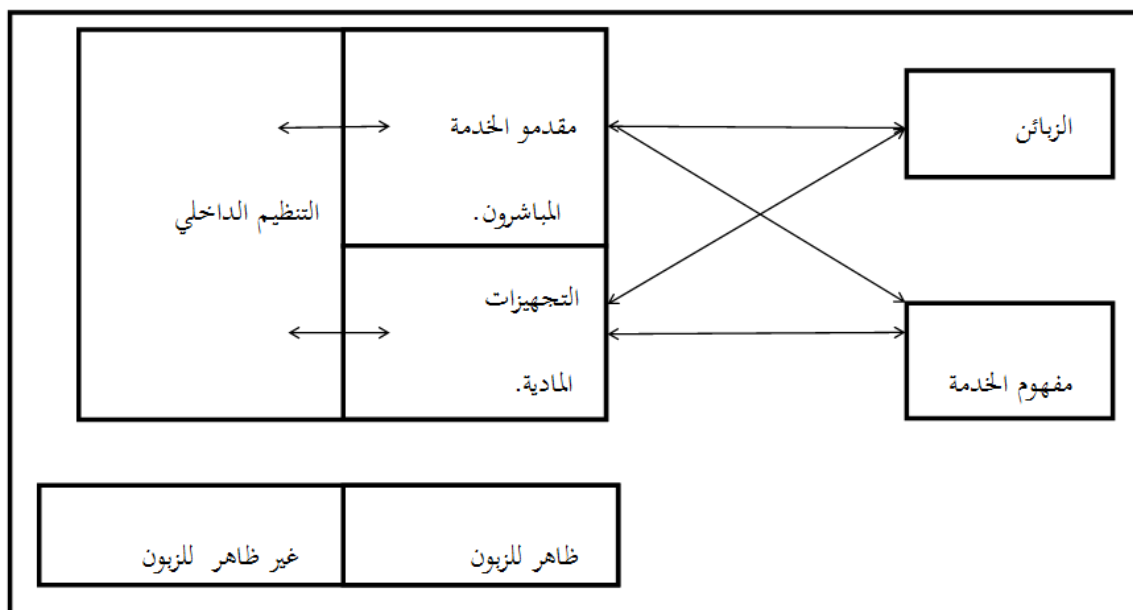
من خلال هذا الشكل نلاحظ أن هذا النموذج يمثل عناصر إنتاج الخدمة بصفة عامة وإذا قمنا بإسقاطه على المؤسسة الصحية فإن رؤوس المثلث ستمثل:

1. **موضوع الخدمة:** أي الهدف المرغوب تحقيقه من تقديم الخدمة لحساب طالبها (العلاج، خدمات الاستقبال وحجز المواعيد، العمليات الجراحية...).
2. **مقدم الخدمة:** يتمثل في العنصر البشري (الفريق الطبي، الشبه الطبي، المسيرين).
3. **مستقبل الخدمة:** نعني به زبون المؤسسة الصحية الممثل عادة في المريض.

2- إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج "EigLier وLangeard":

قام كل من "Eglier وlangeard" سنة 1978، بتقديم نموذج يعبر عن إنتاج الخدمة، وأطلق عليه تسمية "Modèle de servuction" وهو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم(13):نموذج Langedard و EigLier لإنتاج الخدمة



المصدر: نجاة صغيور: تقييم جودة الخدمات الصحية مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة باتنة، الجزائر، 2012/2011، ص 23.

إن الفرق بين هذا النموذج وبين نماذج الإنتاج العدية هو تقديمه ضمن نظام، فسلسلة الإنتاج العادية هي سلسلة خطة (بمعنى تتابع المراحل حيث الثانية تلي الأولى مباشرة) لا يمكن تطبيقها في المجال الخدمي أين تكون عناصر كثيرة ضرورية في وقت واحد لأداء الخدمة، وتكون مرتبطة فيما بينها ولا يمكن أن يكون لأي عنصر أهمية دون وجود لآخر بالإضافة إلى وجود جزء ظاهر للزبائن المتمثل في الأشخاص الذين لهم علاقة مباشرة مع الزبون أثناء تأدية الخدمة و كذلك الوسائل المادية، وأحيانا التسيير العملياتي وجزء نميز ظاهر (عاملي القاعدة الخلفية، نظام المعلومات...)

المبحث الثالث: تقييم كفاءة المؤسسات الصحية و النظام الصحي في الجزائر

أصبحت المؤسسات الصحية، تنشط في محيط مثقل بالتحويلات العميقة والمتداخلة، وفي ظل كل هذه التغيرات تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية، وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها فالمؤسسات الصحية والتي تأتي في مقدمتها المستشفيات لها وقعها في عصرنا وتأثيرها بارز والحاجة إليها ماسة كونها تهتم بأهم عنصر من عناصر الإنتاج والتمثل في العنصر البشري.

المطلب الاول : قياس الكفاءة في الخدمات الصحية والنظام الصحي في الجزائر

الفرع الأول: قياس الكفاءة في الخدمات الصحية و مؤشراتها

اولا :قياس الكفاءة الخدمات الصحية

يرتبط قياس الكفاءة للخدمات الصحية أساسا الموارد المتاحة والمستخدمه في عمليات إنتاج الخدمة الصحية التي تتمثل في الموارد البشرية والمالية والمادية، وبالتالي يمكن قياس الكفاءة مجتمعة أو فردا على الرغم من أن الأمر لا يخلو من صعوبة في ذلك، وبخاصة أن الكفاءة في الخدمات الصحية ترتبط بمستوى النوعية المقدمة إذ لا يكفي أن يتم الحصول على عدد أو حجم من المخرجات التي تمثل خدمة صحية بل المدى في نوعية تلك الخدمات وما يمكن أن تحققه من رضا لدى المستفيدين منها.

ويمكن "قياس الكفاءة" بعناصرها المجتمعة من خلال الموازنة بين ما متحقق فعلا من مخرجات قياسا بما تم التخطيط له فعلا. أي: (1)

الكفاءة= المخرجات الفعلية / المخرجات المخططة (المعيارية)

- يمكن قياس الكفاءة في الخدمات الصحية من خلال نسبة المخرجات الفعلية إلى كل من الموارد البشرية والموارد المالية، ووفقا للصيغة التالية:

- كفاءة الموارد البشرية= المخرجات الفعلية للخدمات الصحية / المخرجات المخططة من الموارد البشرية (الهيئة الطبية)

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 187-188.

• كفاءة الموارد المالية= المخرجات الفعلية للخدمات الصحية / المخرجات المخططة من الموارد المالية (لرأس مال)

• كفاءة الموارد المادية= المخرجات الفعلية للخدمات الصحية / المخرجات المخططة من الموارد المادية (التكنولوجيا والمستلزمات).

ثانيا: مؤشرات قياس الكفاءة:

هناك عدة مؤشرات لقياس كفاءة المنظمة نذكر منها:

1- المؤشرات المباشرة:⁽¹⁾

تتضمن هذه المؤشرات قياس عمليات المنظمة من خلال مقارنة المخرجات (السلع والخدمات) بالمدخلات (الموارد المستخدمة) خلال مدة زمنية معينة وتشمل:

- المقاييس الكلية للكفاءة مثل: الربح الصافي للموجودات أو حق الملكية.
- المقاييس الجزئية للكفاءة مثل: لمختلف أقسام المؤسسة.

2- المؤشرات غير المباشرة:⁽²⁾

تعاني المعايير المباشرة من القصور في قياس الكفاءة في بعض المنظمات للأسباب الآتية:

- عدم دقة البيانات المتعلقة بالمدخلات والمخرجات بالمقارنة مع متطلبات تحقيق سبيل القياس المطلوب للكفاءة.
- عدم دقة المقارنات التي تعد محور قياس الكفاءة وكذلك صعوبة إجرائها بين الوحدات والأقسام المختلفة في المنظمة.

¹ خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم حمود، نظرية المنظمة، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2007، ص 331-332.

² المرجع نفسه ص 333.

الفرع الثاني: مفهوم النظام الصحي في الجزائر

يعد قطاع الصحة في الجزائر من بين القطاعات الاقتصادية و الاجتماعية التي تولي لها الدولة أهمية كبيرة و تتحلى هذه الأهمية في الإصلاحات الجارية على مستوى قطاع الصحة ، فمشروع إصلاح المستشفيات جزء لا يتجزأ من برنامج الحكومة ، بل جزء لا يتجزأ من البرنامج الذي سطره رئيس الجمهورية ، و الذي يهدف أساسا إلى الانتعاش الاقتصادي ، و هذا إن دلَّ على شيء فإنما يدل على مدى اهتمام الدولة بهذا القطاع الحيوي و الذي يمس كافة شرائح المجتمع من حيث تمويله و طرق تسييره لمختلف الهياكل و المؤسسات التابعة له . إلا أن العراقيل التي حالت دون تحقيق أهداف هذا البرنامج ، أدت بالحكومة إلى إدراج مشروع إصلاح المستشفيات ضمن أهداف القطاع ككل

اولا: تقديم النظام الصحي في الجزائر

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي ، موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية و الاقتصادية ، و في هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات المجتمع في مجال الصحة توفيراً كاملاً و منسجماً و موحداً في إطار الميثاق الصحي الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة و تتميز هذه الأخيرة بسيطرة القطاع العمومي ، الذي يعدُّ الإطار الأساسي الذي يوفر العلاج من خلال تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة و ترقيتها في ظل قيود محددة .

ثانيا: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

فمن خلال هذا العنصر نحاول أن نعرض على المراحل المختلفة التي مرَّ بها النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال و حتى بداية الألفية الثالثة سواءً في تنظيم العلاجات أو توزيعها ، و من الظاهر أن غداة الاستقلال كان التركيز على سياسة وطنية للصحة لتحديد الأولويات بهدف القضاء على الأمراض المعدية المنتشرة ، و العمل على تعميم العلاج الوقائي من خلال التلقيح للأطفال ، و حماية الأمومة و الطفولة و النظافة المدرسية و طب الشغل ، و من هنا يمكننا التطرق إلى ثلاثة مراحل أساسية كما يلي¹ :

¹عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية، المرجع السابق، ص ص 193-194.

1. المرحلة الأولى (1963-1973)

كانت الجزائر غداة الاستقلال تملك 5000 طبيب (50% منهم جزائريون) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم آنذاك حوالي 10.5 مليون نسمة ، و كانت المؤشرات الصحية في هذه الفترة تتميز بمعدل وفيات مرتفع لدى الأطفال حيث تجاوز (180 طفل لكل 1000 نسمة) ، وكان توقع الحياة لا يصل إلى 50 سنة ، بالإضافة إلى انتشار الأمراض المتنقلة كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة و الإعاقة لمواجهة هذه الوضعية في ظل الموارد المحدودة المتوفرة في تلك الفترة إلا أن وزارة الصحة ركزت على هدفين أساسيين هما :

- ✓ العمل على تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي و الخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج .
 - ✓ مكافحة الأمراض و التقليل من الوفاة و خاصة الأمراض المتنقلة منها ، و ما يلاحظ في هذه الفترة التي تميزت بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين ، و ضمان الوقاية من الأمراض المستعصية و المعدية من خلال فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال .
- وفي نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني يقوم على أساس الاستيراد و التوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية (pca) على الخصوص .

2. المرحلة الثانية : (1974-1989)

تميزت هذه المرحلة باستحداث ثلاث مستويات للسياسة الصحية و هي :

- ✓ تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من بداية جانفي 1974 ، مما يسمح بتعميم الحصول على الخدمات الصحية من طرف المواطنين
- ✓ إصلاح النظام التربوي و بالخصوص الدراسات الطبية ، و يشمل ذلك تحسين جودة التعليم و تدعيم التأطير مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات
- ✓ إنشاء القطاع الصحي، و يعد حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية و لقد تميزت هذه المرحلة كذلك ب:

- ✓ إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات و المراكز الصحية) من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن
- ✓ تشييد 13 مركز استشفائي جامعي مكلف بثلاثة أدوار هي :العلاج و التكوين و البحث و فيما يخص المؤشرات الصحية التي سجلت تراجع في معدلات الوفيات، و هذا راجع بطبيعة الحال إلى التحسن في مستوى معيشة السكان من جهة و إلى وضع البرامج الوطنية للصحة حيز التطبيق (محاربة مرض السل ، سوء التغذية ، وفاة الأطفال ،البرنامج الموسع للتطعيم ...) من جهة أخرى بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من النشاطات هدفها التحكم في الحصوبة و تدعيم النمو الديمغرافي . كما لوحظ تراجع ملحوظ في بعض الأمراض المتقلبة.¹

3. المرحلة الثالثة: (1990-2001)

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل ، و التي تطورت منذ نهاية الثمانينات و التي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي ، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي و الاقتصادي للوطن ، و ترجم هذا الأخير بما يلي :

- ✓ مشروع الجهوية الصحية ، و الذي شرع فيه في الثمانينات كإطار للوساطة و التحكيم لتجسيد القطاعية اللامركزية و تحقيق تنمية اجتماعية و صحية متوازنة .
- ✓ على المستوى المؤسسي ، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) و على المرصد الجهوي للصحة لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت إليها .

ثالثا: تنظيم النظام الصحي في الجزائر

بعد عرض التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري من خلال المراحل الثلاثة التي مرَّ بها. سوف نتناول تنظيمه العام، والذي يشمل ثلاثة مستويات أساسية و هي:

➤: المستوى المركزي:

تشمل الوزارة (10) وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم و منسقة عن طريق الأمين العام إضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية و أخرى قطاعية تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة و السكان ، حيث تقوم هذه

¹عدمان مريزق، المرجع السابق، ص ص 193-195.

اللجان بالفحص كما أنها تلعب في الغالب دور مهم في تنمية و متابعة و تقييم البرامج الوطنية للصحة و في الغالب توجد (10) هيئات تحت وصاية الوزارة و مسيرة من طرف مجالس الإدارة .

➤ المستوى الجهوي :

من أجل تحقيق التناسب بين عرض العلاج و احتياجات السكان و ضمان مبدأ المساواة و العدالة في مجال الاستفادة من العلاج ، أسست الجهوية الصحية سنة 1995 و يعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة تتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص .مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين و المجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الإستراتيجية، اتخاذ القرار و على الخصوص تخصيص الموارد.¹

و على المستوى القانوني و الوظيفي ، يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومات الصحية.

➤ المستوى الولائي :

بما أن الجزائر تنقسم إدارياً إلى 48 ولاية فلكل منها مديرية للصحة و السكان طبقاً للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 التعلق بتحديد القواعد التنظيمية و تشغيل مديريات الصحة و السكان فمديرية الصحة و السكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت و الهياكل الصحية.

الفرع الثالث:اصلاح النظام الصحي في الجزائر

بعد عرض الاوضاع المحيطة بإصلاح المستشفيات ، نستعرض موضوع اصلاح النظام الصحي في الجزائر .

اولا: اهداف مشروع الاصلاح و ملفاته

لقد اورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني الاصلاح المستشفيات ،مجموعة من الاهداف التي يسعى الاصلاح الى تحقيقها و تتمثل في الاتي :

❖ احصاء عروض العلاج و الاستشفاء و تكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام

اعلامي فعال .

¹الظاهر الوفي: تحفيز وأداء المرضين، المرجع السابق، ص ص 243-244.

- ❖ ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
- ❖ التأكيد على حقوق و واجبات المستعملين و حماية المرضى على وجه الخصوص .
- ❖ اعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في الصحة ،بالخصوص صحة المواطن .
- ❖ توفير الامكانيات الضرورية لمحتري الصحة ،مهما كانت مسؤولياتهم و ذلك قصد الاستجابة باكثر فعالية للحاجات الصحية و الاجتماعية .¹

ثانيا: ملف الحاجيات الصحية و طلب العلاج

تعرض هذا الملف بشكل واف الى كينفيات التنسيق بين الهياكل الجوارية و مستشفى القطاع من جهة تلك الموجودة بين مستشفيات القطاع و المستشفيات المرجعية الجهوية او الوظيفية من جهة اخرى .

ثالثا: ملف الهياكل الاستشفائية

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الجوارية و مستشفى القطاع و ذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيمايلي :

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة .
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية و الخاصة على حد سواء من خلال ادخال ادوات التخطيط و المالي .
- ادراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي و الخاص .
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع اخذ حقوقه و واجباته بعين الاعتبار .

رابعا: ملف الموارد البشرية

اهتم هذا الملف بعنصر اساسي في النظام الصحي و هو المستخدمين و ذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية شروط و ظروف عملهم ،علاواتهم و اجورهم ترقيةهم في المسار المهني التكويني .

¹الطاهر الوفي ،المرجع السابق، ص ص 245-246.

خامسا: ملف الموارد المالية

ارتكز هذا الملف على ضرورة ادماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج الذي يستدعي توازنا بين الوسائل لمستوى النشاط و بين تسلسل العلاج و توفير الوسائل و الهدف من ذلك هو اعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط ان تكون موزعة بعقلانية .

سادسا :ملف التمويل

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات و ضرورة اعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي ،بالإضافة الى السهر على تكييف القوانين الاساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات ¹.

المطلب الثاني: تقييم اداء المنظومة الصحية في الجزائر

الفرع الاول: الية التقييم و التحفيز بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية

اولا: الية التقييم

قبل التطرق الى الطرق المعتمدة في التقييم في مؤسساتنا الاستشفائية الجزائرية ،لابد من توضيح مكونات الهيكل الشبه الطبي ،و ذلك لاختلاف الجهات المسؤولة عن التقييم بالنسبة للممارسين الشبه الطبيين .

1. الهيكل الشبه الطبي :

حسب المرسوم التنفيذي رقم 121/11 المؤرخ 20 مارس 2011 المتضمن القانون الاساسي الخاص بالموظفين المتتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية ،فان هذا السلك يتكون من خمس رتب و هي :

- رتبة ممرض مؤهل و هي رتبة في طريق الزوال .
- رتبة ممرض حاصل على شهادة الدولة .
- رتبة ممرض متخصص في الصحة العمومية .
- رتبة ممرض ممتاز للصحة العمومية .

¹الطاهر الوفي، المرجع السابق، ص 270.

2. الحقوق و الواجبات

يخضع الممارسون الشبه الطبيون كغيرهم من مستخدمي الصحة العمومية للقواعد الواردة في النظام الداخلي الخاص بالمؤسسة الاستشفائية فضلا عن الحقوق و الواجبات التي يتمتعون بها في اطار التشريع و التنظيم المعمول به .

❖ الواجبات :

يكلف الممرضين حسب رتبهم و اختصاصاتهم و تحت اشراف السلطة السليمة بما يلي:

_ **الممرضون المؤهلون** : يكلف الممرضون المؤهلون ، لاسيما بتنفيذ الوصفات الطبية و العلاجات الاساسية و يسهرون على حفظ الصحة و الحفاظ على العتاد و ترتيبه¹ .

_ **الممرضون الحاصلون على شهادة دولة** : زيادة على المهام المسندة للمرضين المؤهلين ، يكلف الممرضون الحاصلون على شهادة دولة بتنفيذ الوصفات الطبية و العلاجات المتعددة ، و بهذه الصفة يكلفون بما يأتي:

المشاركة في المراقبة العيادية للمرضى و طرق المداومة المطبقة .

_ تشجيع بقاء المرضى في اطار حياتهم العادية و ادماجهم و اعادة ادماجهم فيها.

_ المشاركة في نشاطات الوقاية في مجال الصحة الفردية و الجماعية .

_ **ممرضو الصحة العمومية** :

_ المساهمة في حماية الصحة الجسمية و العقلية للأشخاص و استرجاعها و ترقيةها .

_ مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى و تقييمها و متابعتها .

_ القيام بمشروع العلاج و تخطيط النشاطات المرتبطة بها.

❖ الحقوق :

نذكر على سبيل المثال :

_ الحق في الراتب بعد اداء الخدمة .

¹ الطاهر الوفي، المرجع السابق، ص ص 274-275.

_الحق في الحماية الاجتماعية.

_الحق في الترقية والاستفادة من الخدمات الاجتماعية.

ثانيا: طرق التقييم

طرق التقييم التي نص عليها المشرع الجزائري تتمثل في عملية التنقيط، فيكون من اجل منح بعض الحوافز، فهناك التنقيط من اجل الترقية في الدرجات و التنقيط من اجل منح علاوة الانتفاع، و هناك التنقيط من اجل منح المستخدمين شبه الطبيين تعويض اتقان الخدمة و تحسينها عن طريق انشاء اللجان المتساوية الاعضاء¹.

ثالثا: طرق التحفيز بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية

سوف نحاول تلخيص اهم الحوافز التي نص عليها المشرع الجزائري من اجل المستخدمين في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية .

_التكوين بالهيكل الصحية :

نصت النصوص التشريعية و القانونية على ضرورة تكفل كل المؤسسات و الهيئات المستخدمة اعمال التكوين و تحسين مستوى اداء المستخدمين و تحديد معلوماتهم و معارفهم خاصة الموارد من 171 الى 179 من القانون رقم 12/78 المؤرخ في 5 اوت 1978 و المتضمن القانون الاساسي للعام للعامل .

_الأجر و مكوناته :

القانون الجزائري يصنف الاجر الى فرعين رئيسيين هما الاجر الثابت و العلاوات .

_الاجر الثابت : بدوره ينقسم الى جزئيين،الاجر الوظيفي و الاجر الاساسي .

_العلاوات : بموجب المادة 70 من المرسوم 136/66 يتقاضى المستخدم اجرا رئيسيا يرتبط بمنصب العمل الذي

يشغله،فالتعويضات التي تقدم للمستخدم متى قام بعمل اضافي مثلا :التعويض عن الخدمة الدائمة،تعويض

العمل التناوبي،تعويض اتقان الخدمات و تحسينها...الخ.

¹الطاهر الوفي، المرجع السابق، ص 276.

الفرع الثاني: تقييم اداء النظام الصحي في الجزائر

سوف نتطرق لتقييم اداء النظام الصحي في الجزائر انطلاقا من المؤشرات التي حددتها منظمة الصحة العالمية خلال السنوات الماضية و المتمثلة اساسا في: معدلات الوفيات ،معدلات الولادات ،حجم السكان ،النمو الطبيعي . و قبل التطرق الى اتجاه الوفاة في الجزائر يحسن ان نقف عند تطور معدل النمو الطبيعي انطلاقا من حساب معدل الولادة الاجمالي و معدل الوفاة الاجمالي خلال سنوات ماضية . و سوف نوضح ما سبق في التالي:

الجدول رقم (9): مؤشرات لتقييم أداء نظام الصحي في الجزائر

السنة	السكان في 1.1 بالملايين	معدل الولادة الإجمالي لكل 1000 ساكن	معدل الوفاة الإجمالي لكل 1000 ساكن	معدل النمو الطبيعي %
1999	29.7	19.82	4.72	1.51
2000	30.2	19.36	4.53	1.48
2001	30.6	20.4	4.56	1.55
2002	31.1	19.68	4.41	1.53
2003	31.8	20.36	4.55	1.58
2004	32.3	20.67	4.36	1.63
2005	32.9	21.36	4.47	1.69

المصدر: عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية، أطروحة دكتوراه ، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 197.

عرف معدل الزيادة الطبيعية (الفرق بين المواليد و الوفيات)انخفاضا حيث انتقل المعدل من 1.55 سنة 1999 الى 1.69 السنة 2005، كما نلاحظ ان معدل الولادة قد انخفض من سنة الى سنة الى انخفاض منه 2000 ثم يرتفع مجددا في السنة الموالية .

و بالمقابل عرف معدل الوفاة الاجمالي انخفاضا بشكل ملفت من سنة 2000 الى سنة 2002 ثم يرتفع قليلا سنة 2003 ليعاود الانخفاض سنة 2004 بعد ذلك ارتفع مجددا سنة 2005.

فبعد عرض معدل الوفاة الاجمالي ،نقوم بتوضيح تطور معدل الوفاة عند الاطفال انطلاقا من الجدولين التاليين

الجدول رقم (10). تطور معدل الوفاة الاطفال في الجزائر حسب الجنس في الفترة 1999-2005

السنة	معدل الوفاة الاطفال لكل 1000		
	اجمالي	انثى	ذكر
1999	39.4	38.6	40.2
2000	36.9	35.3	38.4
2001	37.5	35.9	38,9
2002	34.7	33.3	36.1
2003	32,5	30.3	34.6
2004	30.4	28.5	32.2
2005	30.4	28.2	32.4

المصدر : عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية، أطروحة دكتوراه ، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 198.

يتجلى من الجدول أن معدل وفاة الأطفال لكل 1000 مولود حي ، عرف تذبذب ما بين 1999-2001 و ابتداء من 2001 شهد انخفاضا قدر ب : 7,1 نقطة كما يمكن إبراز تطور معدل الوفاة عند الأطفال حديثي الولادة و الأطفال اقل من خمس (05) سنوات في الجدول التالي :

الجدول رقم (11):تطور معدل الوفاة الأطفال في الجزائر حسب الجنس في الفترة 1999-2005

السنة	2005	2004	2000	1999	
ذكور	37.5	37,44	44.8	46.7	
اناث	32.95	33,41	41.3	44.8	
المجموع	70.45	70.85	86.1	91.5	

المصدر:عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية، أطروحة دكتوراه ، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 199.

يتضح من الجدول أعلاه ان معدل الوفاة في انخفاض مستمر منذ 1999 سجل انخفاض أكثر من 40% خلال 7 سنوات

ومنو فيما يتعلق بالوفاة عند الأمهات فيمكن ذكر الحقائق التالية¹ :

- لقد أكد بحث 1999 بعض الفروقات (الانحرافات) ما بين المناطق ، حيث قدر معدل وفاة الأمهات

ب 84 لكل 100000 مولود حي في الوسط الشمالي للوطن ، 210 في المنطقة الجنوبية الشرقية

و يتراوح معدل وفاة الأمهات ما بين 17 إلى 235 لكل 100000 مولود حي في مختلف الولايات

بالإضافة إلى ذلك تواجه الأمهات الحوامل ثلاث مرات أكثر خطر الوفاة جراء الحمل أو الولادة باختلاف

وجودها في شمال أو الجنوب

- كما أثبتت نتائج البحث السابق 29% من النساء المتوفيات يبلغ منهن 40% سنة و ما فوق و 45%

يبلغ منهن 35 فما فوق بالإضافة إلى ذلك أكد البحث أن عدم كفاية متابعة الحمل يعتبر من أسباب الوفاة ،

حيث ان 35.2 من النساء المتوفيات لم يستفدن من اي زيارة طبية من قبل الولادة

-تعتبر الأسباب المتكررة للوفاة ، أسباب كلاسيكية مثل : نزيف ، المضاعفات المرتبطة بارتفاع الضغط الشرياني

و الالتهابات كما يعتبر انقطاع الطمث و السبب الرابع لوفاة الأمهات بالجزائر .

¹عدمان مريزق: المرجع السابق، ص 208.

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل مفهوم النظام الصحي و الخدمات الذي يعتبر طريقة إجراءات تسعى المؤسسة لتحقيق أهدافها ، و لا يمكن إن تتحقق إلا بإيجاد مجموعة من أساليب العمل و الطرق و الإجراءات التي يتم توزيعها على مختلف المستويات في المؤسسات الصحية و الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى .

ويتم أداء النظام الصحي من خلال توفير مستوى صحي امثل للفرد و المجتمع على حد سواء .

تستطيع المستشفى بإمكانياتها الفنية و البشرية تقديم كافة أنواع الخدمات الصحية بالإضافة إلى تقديم الخدمات الوقائية و العلاجية

وتتميز الخدمات الصحية بمختلف أنواعها العلاجية و الوقائية بالإلحاح و السرعة في الأداء و الطلب عليها و على المؤسسة الصحية الحرص على تقديم الخدمات ذات كفاءة عالية مع إدامة و استمرارية تلك الخدمات .

الفصل التطبيقي

دراسة ميدانية المؤسسة

الاستشفائية سليمان عميرات

تمهيد:

بعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصلين الاولين، سنحاول من خلال هذا الفصل تناول الجانب التطبيقي لهذا الموضوع، حيث تم اختيار المؤسسة الاستشفائية سليمان عميرات بالمسيلة.

وتم تقسيم هذا الفصل الى ثلاثة مباحث، هي كالتالي:

المبحث الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات

المبحث الثاني: ادوات و اساليب منهجية الدراسة .

المبحث الثالث: المعالجة الإحصائية، تحليل النتائج و تفسيرها.

المبحث الاول :تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية _سليمان عميرات_

سيتم تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية _سليمان عميرات_ من خلال التعريف بها و دراسة هيكلها التنظيمي و الخدمات المقدمة بها .

المطلب الاول :التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية _سليمان عميرات_

اولا :التعريف بالمؤسسة

تعرف المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات المتخصصة في أمراض النساء و التوليد ، و طب و جراحة الأطفال و تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ،وهي ذات طابع اداري .

و المؤسسة الاستشفائية تغطي منطقة جغرافية تمتد على مساحة 18175 كلم²

يقدر 1086690 نسمة بمتوسط كثافة تقدر ب59 نسمة لكل كلم²

و بناء على المرسوم التنفيذي رقم :97_465 المؤرخ في:02_12_1997 المعدل و المتمم بالمرسوم التنفيذي رقم :08_62 المؤرخ في :24 فبراير 2008 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها.

ثانيا: مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية :

- تنظيم و توزيع الإسعافات و برمجتها .
- تطبيق الأنشطة المتعلقة بالوقاية و التشخيص و إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء .
- إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية مثل:مصلحة أمراض النساء التوليد ،طب و جراحة الاطفال . و تحسين مستواهم .

أما بالنسبة للعاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية _سليمان عميرات_ فان عددهم يفوق 400 عامل حسب آخر تعداد عام 2014،و هذا يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم (12):توزيع العاملين و فق المستوي الوظيفي لسنة 2014.

الوظيفة	سنة 2014
طبيب مختص	1
طبيب عام رئيسي	2
طبيب عام	27
أخصائي نفساني	2
صيدلي	2
مخبريون المخبر	2
ممرضون قابلات	28
عون شبه طبي	131
الاستقبال	49
مهندس الإعلام	1
تقني سامي في البرمجة	3
عمال صيانة	21
عمال دوام كلي	20
عمال دوام جزئي	41
المجموع	330

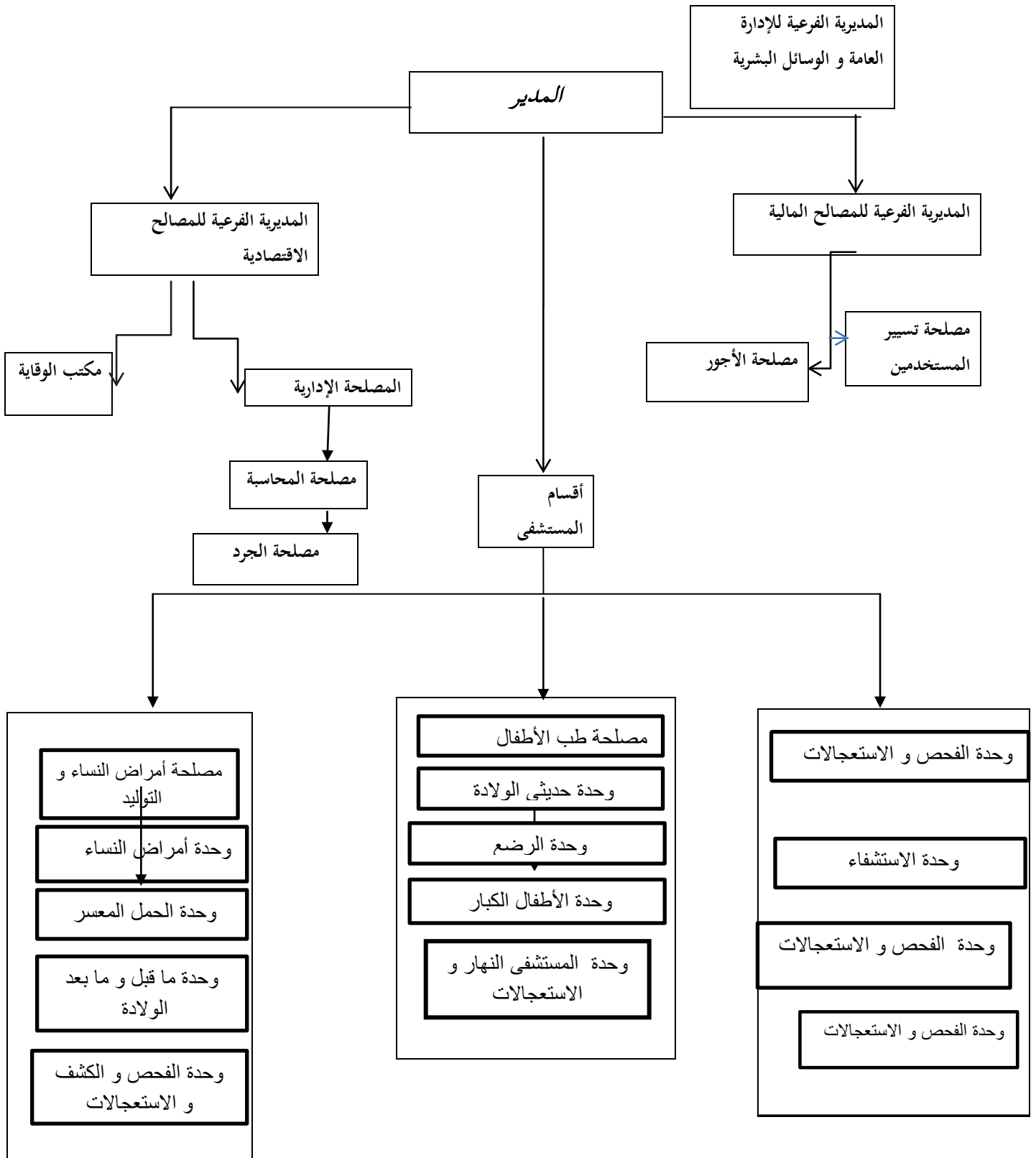
المصدر: مصلحة المستخدمين للمؤسسة

المطلب الثاني :دراسة الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية

أولاً: الهيكل التنظيمي

حسب القرار رقم 015 المؤرخ في 27 جانفي المتضمن إنشاء المصالح و الوحدات المكونة لها على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء و التوليد و طب و جراحة الأطفال بطاقة استيعاب تقدر ب 104 سرير مكونة من ثلاثة مصالح و عشرة وحدات موزعة كالتالي:

الشكل رقم (14) هيكل التنظيمي لمستشفى سليمان عميرات



المصدر: مصلحة المستخدمين

ثانيا :التنظيم الداخلي للمؤسسة

حسب القرار 95 المؤرخ في سبتمبر 2013 المتضمن انشاء المصالح و الوحدات المكونة لها على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في امراض النساء و التوليد و طب و جراحة الاطفال و تطبيقا للمادة الثالثة منه تلغي كل الاحكام المخالفة لهذا القرار سيما القرار رقم 015 المؤرخ في 27 جانفي، 2009 بطاقة استيعاب تقدر ب 70 سرير مكونة من مصلحتين وحدات موزعة كالتالي .

1_التنظيم الاداري :

يدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في امراض النساء و التوليد ،طب و جراحة الأطفال _مستشفى سليمان عميرات بالمسيلة مجلس إدارة و يسيروها مدير و تزود بمجلس استشاري يسمى المجلس الطبي .

➤ اولا مجلس الادارة:

هدف الاساسي تسيير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في امراض النساء و التوليد ،طب و جراحة الأطفال _ مستشفى سليمان عميرات بالمسيلة بحيث يتشكل من الأعضاء الاتيين :

➤ ممثلووالي، رئيسا.

➤ ممثل ادارة المالية.

➤ ممثل التأمينات الاقتصادية.

➤ ممثل هيئات الضمان الاجتماعي.

➤ ممثل المجلس الشعبي البلدي لبلدية مقر المؤسسة .

➤ ممثل المجلس الشعبي الولائي .

➤ ممثل المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه.

➤ ممثل جمعيات المنتفعين.

➤ ممثل العمال ينتخب في جمعية عامة .

➤ رئيس المجلس الطبي .

يشارك مدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في امراض النساء و التوليد ،طب و جراحة الأطفال _مستشفى سليمان عميرات _بالمسيلة في مداولات مجلس الادارة بصوت استشاري و يتولى امانة المجلس .

يتداول مجلس الادارة في المواضيع الاتية :

- ✓ مخطط التنمية القصير و المتوسط المدى
- ✓ مشروع ميزانية المؤسسة
- ✓ الحسابات التقديرية
- ✓ الحساب الإداري
- ✓ مشاريع المخططات التنظيمية للمصالح
- ✓ لبرامج السنوية الخاصة بصيانة البنايات و التجهيزات
- ✓ الاتفاقيات المبرجة مع مؤسسات التكوين
- ✓ العقود المتعلقة بالخدمات العلاجية و الموقعة مع شركاء المؤسسة لا سيما مع هيئات الضمان الاجتماعي و التأمينات الاقتصادية و التعاضدية و الجماعات المحلية و المؤسسات و الهيئات الاخرى
- ✓ مشروع جدول الموظفين
- ✓ النظام الداخلي للمؤسسة .

ثانيا _الموارد البشرية:

- ✓ قبول الهبات و الوصايا او رفضها
- ✓ لا يمكن لمجلس الادارة اتخاذ قرارات يترتب عليها تجاوز في الميزانية

ثالثا _المجلس الطبي:

يقوم المجلس الطبي في وضع اراء تقنية قصد التوضيح او اعطاء اراء مناسبة وهذا فيما يخص:

- ✓ اقامة علاقات عملية بين مختلف المصالح الطبية و ببناء المصالح الطبية و اعادة تهيئتها برامج الصحة و السكان.
- ✓ برامج التظاهرات العلمية و التقنية .
- ✓ إنشاء المؤسسات الطبية أو حلها .

يقترح المجلس الطبي كل الاجراءات المناسبة لتحسين تنظيم و سير مصالح العلاج و الوقاية.

المطلب الثالث: تقييم الخدمات المقدمة بالمستشفى

ان في تقييم الخدمات المقدمة بالمستشفى يعتمد العمال القائمين بذلك على عدة مؤشرات ففي خدمات الاقامة يعتمدون على حساب عدد الاسرة لكل غرفة و كذا عدد الغرف التي بها اسرة بدون مرضى لتحتوي مرضى جدد نسبة الرضا على شرط الاقامة و الاطعام، اما الخدمات الوقائية فيتم مثلا حساب نسبة الوفيات حسب نوع معين من الامراض التي تم الوقاية منها، نسب انتقال العدوى، نسب التسمم الغذائي اما الخدمات العلاجية فيتم تقييمها بالعديد من المؤشرات مثل فترة الانتظار في مصلحة الاستعجالات، نسبة الوفيات، عدد المرضى الذين تحسنت حالتهم، عدد الوفيات الناتجة عن أخطاء طبية، أما فيما يخص الخدمات المتخصصة في امراض النساء و التوليد و طب و جراحة الاطفال فيتم تقييمها نسب وفيات الامهات و وفيات الاطفال عند الولادة، الوفيات بعد العملية و معدل العمليات القيصرية عند الولادات، و الحمل المعسر .

وفي عملية التقييم دور مهم ايضا لمديرية الصحة و السكان بالولاية اي انها تحصل على تقرير و احصائيات تخص المستشفى و التي قد تكون اما شهرية، ثلاثية، سداسية او سنوية، و هنا تقوم بمقارنتها ببعض المعايير و عند اكتشاف الخلل تقوم بدراسته و معرفة اسبابه، الا ان حلها للمشاكل لا يكون الا في حالات عجز فيها عمال المستشفى عن حلها.

و بعد استعراض اهم المعايير التي يفترض اعتمادها لقياس اداء المستشفيات تقتضي الضرورة للإشارة الى اهم المقاييس بالحدود الدنيا و الحدود القصوى التي يجب الالتزام بها و مراعاتها عند محاولة تشخيص الانحرافات بهدف تحديد مقدار الانحراف و طبيعته، و يمكن الاعتماد على ما حددته منظمة الصحة العالمية كما هو موضح في الجدول.

الجدول رقم(13): مجموعة معايير الأداء و مؤشرات قياسها حسب منظمة الصحة العالمية .

المعايير	مؤشر القياس
عدد الاسرة/طبيب	4 اسرة
عدد الاسرة /ممرض	سريرين
صيدلي واحد	100 سرير
اخصائي واحد للتغذية	100 سرير
اخصائي واحد للتحاليل المختبرية	100 سرير
موظف واحد متخصص بنظام المعلومات	75
موظف واحد متخصص بالخدمة الاجتماعية	75
موظف واحد متخصص بالعلاج الطبيعي	75
موظف واحد	سرير واحد
الوفيات العام	%3
الوفيات نتيجة التخدير	500/1
الوفيات بعد العملية	%1
وفيات الامهات	%1
وفيات الاطفال عند الولادة	%2
معدل التلوث	% 1
معدل التلوث بعد العملية	%1
معدل التشريح	%25
معدل العمليات القيصرية	%4
متوسط فترة الإقامة	7 ايام
معدل اشغال السرير	%80
معدل دوران السرير	%65
مريض العيادة الخارجية /طبيب	15 مريض

المصدر: أسامة لعراي، تأثير نظام المعلومات علي جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر ، دراسة الحالة مستشفى – علي النمر - مروانة ، مذكرة ماستر في علوم التسيير ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة المسيلة ، الجزائر ، ص 120.

المطلب الرابع: تقييم أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

لتقييم أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية _سليمان عميرات_ تم اعتماد معيار الخاص بالكادر الصحي في المستشفى و هذا من خلال السنوات التالية و التي تم مقارنتها بالمعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية :

1_معايير الاداء الخاصة بالكادر الصحي في المستشفى:

يمكن استعراض اهم هذه المعايير في الجدول الموالي :

الجدول رقم (14) :معايير الأداء الخاصة بالكادر الصحي خلال السنوات من :2010_2014.

العدد المقبول عالميا	2014	2013	2012	2011	2010	
4	3.7	2.7	3.16	3.35	3.30	عدد الأسرة/طبيب
2	1.8	1.2	1.1	1.6	1.8	عدد الأسرة/ممرض

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على مصلحة المستخدمين بالمؤسسة .

يتضح من الجدول ان عدد الاسرة لكل طبيب لا يتعدى (3.7)، في حين بلغت النسبة التي حددتها منظمة الصحة العالمية (4) اسرة لكل طبيب مما يعني ارتفاع في اداء المستشفى و بالتالي كفاءة الخدمات التي تقدمها، كما يتضح من الجدول ان نسبة الاسرة الى الممرضين لا تتجاوز (1.8) كأقصى نسبة وصلت اليها سنة 2014 بينما تصل النسبة المعمول بها عالميا الى سريرين لكل ممرض وقد يرجع السبب الى ان قسم امراض النساء و التوليد يتطلب ممرض لكل مولود مما ادى الى انخفاض هذه النسبة و هذا يدل على ارتفاع مستوى الكفاءة في الخدمات المقدمة للمرضى .

2_ معايير الاداء الخاصة بتشغيل المستشفى :

يمكن استعراض اهم هذه المعايير في الجدول الموالي :

الجدول رقم(15) :معايير الأداء الخاصة بتشغيل المستشفى خلال السنة 2014.

العدد المقبول عالميا	السنة 2014	
%80	%66.4	معدلاًشغال السرير
%65	%54	معدل دوران السرير
%4	%5.4.	معدل العمليات القيصرية
7ايام	2 يومين	معدل رقود و مكوث المرضى
%3	%1.2	معدل العام للوفيات

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على مصلحة المستخدمين .

يتضح من الجدول ان معدل اشغال السرير لا يتعدى 66.4% في حين بلغت النسبة المقبولة عالميا 80% و لذلك تدل النسبة على كفاءة استخدام السرير مما يقلل من تكاليف المعالجة و العكس صحيح .و يصل معدل دوران الاسرة 54 % في حين يبلغ العدد المعمول به عالميا 65% .

و الجدير بالذكر ان معدل اشغال السرير يعتبر من الادوات اللازمة لوضع السياسة الصحية حيث ان الانخفاض في هذا المعدل يؤدي الى تخفيض عدد الاسرة و من ناحية اخرى يجب التنبيه الى عدم الاعتماد على هذا المعدل بصورة منفردة ،حيث ان هناك اقسام مثل :اقسام الامراض العادية ،اقسام الاطفال المتكررة يكون فيها هذا المعدل منخفضا .

_و نلاحظ من الجدول ان معدل العمليات القيصرية بلغ 5.4% سنة 2014 و هو اقل من المعدل الذي حددته منظمة الصحة العالمية حيث بلغ 4% مما يدل على كفاءة الخدمات المقدمة للأمهات اللواتي في حالة الحمل او الولادة .

_نلاحظ من الجدول ان معدل مكوث المرضى في المستشفى بلغ يومين 2 و هو اقل من المعدل الذي حددته منظمة الصحة العالمية حيث تبلغ عدد مكوث المريض بالمستشفى سبعة 7ايام ،و يعكس هذا المؤشر

كفاءة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى الراقدين بالمستشفى ، و يشير ارتفاعه الى انخفاض كفاءة الخدمة المقدمة لهم .

__ يتضح من خلال الجدول ان معدل الوفيات العام بلغ 1.2 % في حين تقدر النسبة المعمول بها عالميا 2% و يدل معدل انخفاض الوفيات مقارنة مع النسبة المعمول بها عالميا و التي تقدر 2 % ، مما يدل هذا مؤشر بانه مؤشر جيد لكفاءة في تقديم الخدمات الى المرضى الراقدين في المستشفى محل الدراسة .

المبحث الثاني: الاجراءات المنهجية للدراسة

المطلب الاول :منهجية الدراسة الميدانية .

حدود الدراسة :لقد تمت هذه الدراسة في اطار حدود زمنية و مكانية و بشرية معينة كمايلي :

__الحدود الزمنية :لقد تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة في مارس و افريل خلال هذه السنة .

__الحدود المكانية :بهدف التعرف على كفاءة اداء الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية بالجزائر و بصفة عامة ، اخترنا لتحقيق هذه الدراسة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية _سليمان عميرات__

__الحدود البشرية :تم اختيار عينة عشوائية تكونت من 50 عامل بالمستشفى بما فيها من الطاقم الشبه الطبي و الطاقم الاداري بالمستشفى .

__الاستبيان :تضمن الاستبيان 35 سؤالاً و تم تقسيم العينة 50 مستجوب ينقسمون الى 14 ممرض و 6 من اطباء و 8 اداريين والباقي من اعوان شبه طبيين و ذلك وفق الابعاد التالية :

__البعداول: يتكون من معلومات شخصية للمستجوبين .

__البعد الثاني: يهدف الى:

- قياس مدى ادراك المستجوبين بالمفاهيم المتعلقة بكفاءة الخدمات الصحية
- معرفة اراء المستجوبين حول مستوى الخدمات المقدمة في المستشفى و مدى توفيرها و تحسينها.
- قياس مدى ادراك المستجوبين للمفاهيم المتعلقة بالخدمة الصحية
- معرفة اراء المستجوبين حول تطبيق نظام التقييم الاداء داخل المستشفيات .

المطلب الثاني: ادوات الدراسة

اولا: ادوات جمع البيانات

تعتبر ادوات جمع البيانات الوسيلة الاساسية للحصول على الحقائق التي يسعى الباحث للوصول اليها باعتبارها من اهم المراحل الهامة التي تتطلب العناية الخاصة ،حيث ان طبيعة الموضوع هي التي تفرض علينا نوع الادوات المناسبة لذلك و على هذا الاساس فقد اعتمدنا في دراستنا على الادوات المنهجية التالية:

- **الملاحظة:** تعرف بانها توجيه الحواس و الانتباه الى ظاهرة معينة او مجموعة من الظواهر من اجل الكشف عن صفاتها او خصائصها بهدف كسب معرفة جيدة عن تلك الظاهرة .
 - **المقابلة:** وهي من اهم ادوات جمع البيانات حول موضوع معين و تعرف بانها تفاعل لفظي يتم بين فردين في موقف المواجهة يحاول احدهما (الباحث) ان يعرف المعلومات او التغيرات لدى الاخر (المبحوث)و التي تدور حول خبراته او آرائه و معتقداته و تكون ذات صلة بالظاهرة قيد الدراسة و تعرف بانها المعاينة او الاستجواب وهي تقوم على الاتصال الشخصي وجها لوجه بين الباحث او معاونيه و المبحوثين .
 - **الاستمارة:** تعد الاستمارة وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات و تسمى ايضا استبيان او استقصاء و هذه الكلمات جميعها تشير الى وسيلة واحدة لجمع البيانات قوامها الاعتماد على مجموعة من الاسئلة مصاغة بشكل جيد بهدف جمع بيانات حول موضوع معين ،يتم طرحها وتسليمها للمبحوثين تمهيدا للحصول على اجوبة.
- و تعرف استمارة البحث على انها نموذج يضم مجموعة اسئلة توجه الى الافراد من اجل الحصول على معلومات حول موضوع او مشكل او موقف و يتم تنفيذ الاستمارة اما عن طريق المقابلة الشخصية ،او ان ترسل الى المبحوث عن طريق البريد .
- والاستمارة من حيث طرح الاسئلة نوعان مغلقة و مفتوحة و قد اعتمدنا في دراستنا الراهنة على استمارة المقابلة التي يقوم الباحث و استفتاء بياناتها من خلال مقابلة تتم بينه و بين المبحوث اي انها تتضمن موقف المواجهة المباشرة .

ثانيا: اداة الاستبيان

باعتبار الاستبيان من أكثر الاساليب استعمالا في جمع البيانات ،تم تصميم استمارة بحث موجهة الى الطاقم الطبي و الاداري ،قصد التعرف على تقييمهم كفاءة اداء الخدمات المقدمة في المستشفى و تم اختيار اسلوب او طريقة الاستبيان للاعتبارات التالية:

- سهولة الاستخدام ،حيث يتم اعداد استمارة واحدة تحدد ادراكات العاملين لكفاءة الاداء بالمستشفى بالخدمات المقدمة فعلا .
 - البساطة من حيث القياس و التحليل.
 - لا يتطلب وقت طويل للإجابة على عباراته.
 - درجة المصدقية و الواقعية كبيرة .
- واعتمدنا على سلم ديكارت الخماسي
الجدول رقم (16) درجة الموافقة

عبارة	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
المعامل	1	2	3	4	5

المصدر: إعداد الطالبة

حيث أن المجال المتوسط يمتد كما يلي:

جدول رقم (17) مجالات المتوسطة

الدرجة	المجال
منخفضة جدا	[1.79-1]
منخفضة	[2.59-1.80]
محايد	[3.39-2.6]
عالي	[4.19-3.40]
عالي جدا	[5-4.2]

المصدر: إعداد الطالبة

تتكون الاستمارة من صفحة التقديم ،بالإضافة الى ثلاثة اجزاء .و محاور رئيسية:

الجزء الاول:

يحتوي على ثلاثة عشر عبارة تعكس الاداء المورد البشري داخل المستشفيات وكفاءة العاملين في انجاز اعمالهم في الوقت المحدد و بجودة عالية والمعرفة الكافية بمتطلبات الوظيفة التي يؤديها .

الجزء الثاني :

تم تقسيمه الى عشرة فقرات يتعلق بتحديد كفاءة الخدمات الصحية المقدمة مثل التزام ادارة المستشفى في تقديم الخدمات الصحية و العلاجية و تتوفر لدى العاملين في المستشفى الكفاءة و المصداقية في اداء عملهم

الجزء الثالث:

و تم تقسيمه الى اثني عشر عبارة يتعلق بتقييم كفاءة الخدمات الصحية و كفاءة ومهارة الاطباء و العاملين داخل المستشفى و السرعة في تقديم الخدمات الصحية ،وحداته المعدات و الاجهزة الطبية. و يتم الاستعانة باختبار ألفاكرونباخ للتحقق من ثبات اداة القياس، و تكون القيمة المتحصل عليها ذات دلالة احصائية عالية و الجدول يوضح نتائج ألفاكرونباخ صحة و صدق الاستبيان .

الجدول رقم(18): قيمة معامل ألفاكرونباخ لمحاور الاستبيان

الرقم	المحور	معامل ألفاكرونباخ
1	اداء المورد البشري	0.953
2	كفاءة الخدمات الصحية	0.926
3	تقييم كفاءة الخدمات الصحية	0.954

المصدر :من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الفاكرونباخ جيدة لكل من المحاور التالية: اداء المورد البشري، كفاءة الخدمات الصحية ،تقييم كفاءة الخدمات الصحية حيث قدرت ب 0.953 ، 0.926 ، 0.954.على التوالي .

و كانت قيمة ألفا كرونباخ لجميع المحاور تساوي 0.94 بالتقريب 93 %، وهي قيمة ذات دلالة احصائية عالية، تشير الى وجود ترابط بين عبارات الاستمارة ، و الى امكانية الحصول على نفس النتائج فيما لو تكرر القياس في ظل اوضاع مختلفة ومع مرور الوقت .

ثالثا :ادوات التحليل الاحصائي

تم الاعتماد في معالجة البيانات على برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم (SPSS) و تم توظيفها هذه الادوات الاحصائية :

- ✓ التكرارات و النسب المئوية ، لوصف خصائص عينة الدراسة.
- ✓ المتوسطات الحسابية ، لتحليل البيانات المتعلقة بتقييم افراد عينة الدراسة لمعايير كفاءة الخدمة الصحية.
- ✓ الانحرافات المعيارية ، لقياس درجة تشتت قيم استجابة افراد العينة عن المتوسط الحسابي .

المبحث الثالث :المعالجة الاحصائية ، تحليل النتائج و تفسيرها

المطلب الاول :وصف خصائص عينة الدراسة و التحليل الوصفي لإجابات افرادها

اولا :وصف خصائص عينة الدراسة .

لقد تم استخدام محور البيانات الشخصية لأفراد عينة الدراسة (الجنس،العمر ، المستوى التعليمي ،منصب العمل ،الخبرة المهنية) .

1. الجنس :يوضح الجدول أدناه توزيع أفراد العينة حسب المتغير الجنس

الجدول رقم (19): توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب المتغير الجنس

النسبة المئوية	التكرار	
54%	27	ذكر
46 %	23	انثى
100%	50	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة .

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان نسبة الذكور (54%) حيث بلغ عددهم (27) فرد ، في حين بلغ عدد افراد العينة من فئة الاناث (23) انثى و بنسبة قدرها (46 %)

2. السن: يوضح الجدول ادناه توزيع افراد العينة حسب المتغير السن

الجدول رقم(20): توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب المتغير السن

النسبة المئوية	التكرار	
34%	17	20_____35سنة
62%	31	36_____50سنة
04 %	02	50_____65سنة
100%	50	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة .

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان عدد افراد من فئة 20_____35(سنة) الذين هم 27 فردا بنسبة (34%) كما ان اغلب افراد العينة يتراوح اعمارهم ما بين (36_____50سنة) حيث بلغ عددهم (31) فرد ، و بنسبة مئوية اقدر ب (62%و هو ما يعني انتساب جلهم الى فئة الكهول K و من ثم تليها الفئة العمرية (50_____65سنة) و هلم فردين (2) حيث لا تشكل سوى نسبة (4 %)

3. المستوى التعليمي: يوضح الجدول ادناه توزيع افراد العينة حسب المتغير المستوى التعليمي
الجدول رقم (21): توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب المتغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرارات	مستوي التعليمي
14%	07	اقل من ثانوي
12%	06	ليسانس
20%	10	تقني سامي
06%	03	ماستر
12%	06	دكتوراه
36%	18	ممرض
100%	50	المجموع

المصدر : من اعداد الطالبة .

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أعلى نسبة من أفراد العينة هي فئة الممرضين و شبه الممرضين ، حيث بلغت 18 فرد بنسبة مئوية تقدر نسبة ب: (36%) ثم تليها فئة تقني سامي بنسبة (20%) . حيث بلغ عددهم (10) فرد ، اما الباقي من افراد العينة يتوزعون بنسب مختلفة ، حيث ان نسبة 14% هم من فئة اقل من الثانوي في حين نسبة 12% لفئة ليسانس و الدكتوراه في حين بلغت نسبة فئة ماستر (6%)

4. منصب العمل: يوضح الجدول ادناه توزيع افراد العينة حسب المتغير منصب العمل

الجدول رقم (22): توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب المتغير منصب العمل

النسبة المئوية	التكرارات	منصب العمل
26%	08	اداري
12%	06	طبيب
28%	14	ممرض
18%	09	مساعد ممرض
16%	13	عامل كتعاقد
100%	50	المجموع

المصدر : من اعداد الطالبة .

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان غالبية افراد العينة هم من سلك التمريض، ممرضين ، مساعدين ممرضين ، فنسبة فئة الممرضين بلغت (28%) حيث بلغ عددهم (14) فرد، في حين بلغ عدد افراد العينة من مساعدي التمريض (09) انثى و بنسبة قدرها (18%).

5. الخبرة المهنية: يوضح الجدول ادناه توزيع افراد العينة حسب المتغير الخبرة المهنية

الجدول رقم (23): توزيع افراد العينة (عينة الدراسة) حسب الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	التكرار	النسبة المئوية
اقل من 03 سنوات	09	18%
من 04 _____ 10 سنوات	62	52 %
من 11 _____ 15 سنوات	12	24%
اكثر من 15 سنة	03	06 %
المجموع	50	100%

المصدر: مراعداد الطالبة .

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان غالبية افراد العينة الذي تتراوح خبرتهم المهنية من (من 04 _____ 10 سنوات) الذين بلغ عددهم 26 فردا بنسبة (52%) كما ان في حين تتراوح عدد افراد العينة (من 11 _____ 15 سنوات) حيث بلغ عددهم (12) فرد ، و بنسبة مئوية (24 %) و تشكل فئة الذين هم اقل من 03 سنوات الذين بلغ عددهم (09) حيث قدرت نسبة (18%)

المطلب الثاني: التحليل الوصفي لإجابات افراد العينة

أولاً: تحليل البيانات المتعلقة بأداء المورد البشري

الجدول رقم (24) : تحليل البيانات المتعلقة بأداء المورد البشري

الدرجة	الدلالة	T	الانحراف المعياري	المتوسط	العبرة	الرقم
موافقة عالية	0.00	7.98	0.97	4.10	يحرص العاملون على اداء المهام بجودة عالية لتحقيق الاهداف العامة للمؤسسة.	1
موافقة عالية	0.00	4.66	1.21	3.80	يتم انجاز العمل المحدد في الوقت المحدد.	2
موافقة عالية	0.000	6.27	0.96	3.86	توجد قدرة للعاملين لتحمل مسؤولية انجاز الاعمال اليومية.	3
موافقة عالية	0.000	5.2	1.00	3.74	يوجد التزام و تقيد بأنظمة و قوانين العمل و تعليمات الرؤساء ..	4
موافقة عالية	0.001	3.52	1.16	3.58	توجد قدرة للعاملين على التكيف عند حدوث حالات طارئة في العمل.	5
موافقة عالية	0.000	3.78	1.15	3.62	يحافظ العاملون على الالتزام بأوقات العمل الرسمية.	6
موافقة عالية	0.000	4.24	1.13	3.68	تتوفر لدى العاملين الرغبة و الحماسة لإنجاز مهام العمل .	7
موافق	0.000	4.03	1.12	3.64	يبدل العاملون الجهد الكافي لإنجاز الاعمال بطريقة جيدة و صحيحة .	8
موافقة	0.005	2.9	1.21	3.5	تتوفر لدى العاملين المعرفة الكافية بمتطلبات الوظيفة التي يؤديونها .	9
موافقة	0.000	4.46	1.07	3.68	يتم التنسيق مع الاخرين لإنجاز العمل المطلوب .	10
موافقة	0.001	3.45	1.14	3.56	يتوفر لدى العاملين القدرة على الابداع و التطوير.	11
موافقة	0.17	2.47	1.14	3.4	هناك انخفاض في معدل الغيابات وترك العمل .	12
موافقة	0.001	3.42	1.07	3.52	يسعى العاملون الى تصحيح الاحطاء الناتجة عن قيامهم بأداء العمل.	13
	0.178	56.38	14.33	47.68	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري العام	المجموع

المصدر: من عداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

التعليق على النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اتجاهات افراد عينة الدراسة نحو كل العبارات (1. 2. 3. 4. 5....13) كانت ضمن الموافقة و الموافقة العالية و كان اعلى متوسط حسابي للعبارة الاولى و هي حرص العاملين على اداء المهام بجودة عالية لتحقيق الاهداف ، و الذي بلغ (4.1) و بانحراف معياري قدره (0.97) ثم تليها العبارة الثالثة و التي تتمثل في قدرة العاملين لتحمل مسؤولية انجاز الاعمال اليومية بمتوسط حسابي قدره (3.86) و

بانحراف معياري يساوي (0.96) اما ادنى متوسط حسابي فقدرب (3.4) و هو المتعلق بالعبارة 12 الخاصة بانخفاض معدل الغيابات و ترك العمل .

H_0 : لا توجد دلالة احصائية لايجاباتالمبحوثين حول العبارات

H_1 توجد دلالة احصائية لايجاباتالمبحوثين حول العبارات

و حسب اختبار t_test لعينة الأحادية حول أداء المورد البشري نلاحظ أن العبارات (1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 13) لديها دلالة اقل من 0.05 هذا يعني ان الاختبار دال احصائيا و ان كل افراد العينة يتفقون في الاجابة عن هذه الاسئلة بينما العبارة 12 ،خدماتها اكبر من 0.05 هذا يعني انها غير دالة احصائيا ،اي ان افراد العينة لا يتفقون حول الاجابة عن العبارة 12.

ثانيا: كفاءة الخدمات الصحية

الجدول رقم (25) : تحليل البيانات المتعلقة بكفاءة الخدمات الصحية

الرقم	العبارة	المتوسط	الانحراف	T	الدلالة	الدرجة
1	هناك اهتمام من قبل ادارة المستشفى بطريقة المعاملة و هيئة لباس العاملين.	3.94	0.95	6.95	0.000	موافقة عالية
2	ادارة المستشفى توفر المستلزمات المادية ضمن امكانياتها المتاحة .	3.62	1.08	4.037	0.000	موافقة
3	تلتزم ادارة المستشفى بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية.	3.38	1.19	2.25	0.029	موافقة
4	تتعاطف ادارة المستشفى مع المرضى عند تقديم الشكاوي	3.42	1.17	2.51	0.015	موافقة
5	تهتم ادارة المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل دقيق.	3.10	1.21	0.58	0.564	موافقة
6	تهتم ادارة المستشفى بتدوين المعلومات عن المرضى و حالاتهم الصحية.	3.44	1.127	2.75	0.008	موافقة
7	يتم اخبار المرضى عن اوقات تقديم الخدمة لهم.	3.40	1.22	2.30	0.026	موافقة
8	يرغب العاملون في المستشفى في مساعدة المرضى بشكل دائم .	3.46	1.164	2.79	0.007	موافقة
9	تتوفر لدى العاملين في المستشفى الكفاءة و المصادقية في اداء عملهم .	3.38	1.193	2.72	0.029	موافقة
10	تقدم ادارة المستشفى افضل ما لديها للمرضى.	3.36	1.12	2.27	0.028	موافقة
	المجموع	34.5	11.44	29.16	0.706	

المصدر :من عداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اتجاهات افراد عينة الدراسة نحو كل العبارات (1. 2. 3. 4. 5.10.) كانت ضمن موافقة اما العبارة الاولى فهي موافقة عالية الدرجة ،و كان اعلى متوسط حسابي للعبارة الاولى هي هناك اهتمام من قبل ادارة المستشفى من حيث طريقة المعاملة و هيئة اللباس العاملين و الذي بلغ 3.94 و انحراف معياري قدره 0.95 ثم تليها العبارة الثانية ب3.62 و التي تتمثل في توفير المستلزمات المادية ضمن امكانياتها المتاحة .

بمتوسط حسابي يقدر ب 3.62 و بانحراف معياري قدره 1.08. اما ادنى متوسط حسابي فقدر ب 3.1 و هو المتعلق بالعبارة او الفقرة الخامسة الخاصة اهتمام ادارة المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل دقيق و يقترب منه المتوسط الخاص بالعبارة العاشرة و هو تقديم ادارة المستشفى افضل ما لديها للمرضى ،الذي قدر ب 3.36 و بانحراف معياري 1.12.

H_0 : لا توجد دلالة احصائية لإيجابيات المبحوثين حول عبارات كفاءة الخدمات الصحية

H_1 : توجد دلالة احصائية لإيجابيات المبحوثين حول عبارات كفاءة الخدمات الصحية

و حسب t_test للعينة الأحادية حول كفاءة الخدمات الصحية المقدمة، نلاحظ ان العبارات (1. 2. 3. 4. 6. 7. 8. 9. 10) لديها دلالة اقل من 0.05 هذا يعني ان الاختبار دال احصائيا و ان كل افراد العينة يتفقون في الاجابة اعن هذه الاسئلة .بينما العبارة الخامسة 5 ،معدلاتها اكبر من 0.05 هذا يعني انها غير دالة احصائيا ،اي ان افراد العينة لا يتفقون حول الاجابة عن العبارة 5.

ثالثا: تقييم كفاءة الخدمات الصحية

الجدول رقم (26) : تحليل البيانات المتعلقة بتقييم كفاءة الخدمات الصحية

الرقم	العبرة	المتوسط	الانحراف المعياري	T	الدلالة	الدرجة
1	الخدمات الطبية و التمريضية	4.1	0.75	10.66	0.000	موافقة عالية
2	كفاءة و مهارة الاطباء.	3.94	1.1	6.52	0.000	موافقة
3	كفاءة و مهارة الممرضين.	3.86	1.03	5.90	0.000	موافقة عالية
4	حداثة المعدات و الأجهزة.	3.72	0.92	5.49	0.000	موافقة عالية
5	نظافة المؤسسة.	3.76	0.84	6.34	0.000	موافقة عالية
6	السرعة في تقديم الخدمة.	3.62	0.96	4.53	0.000	موافقة عالية
7	اهتمام الطبيب أثناء المعالجة.	3.62	0.85	5.13	0.000	موافقة عالية
8	كفاية الوقت المخصص للتشخيص.	3.42	0.99	2.99	0.004	موافقة
9	معاملة الكادر الطبي و الممرضين.	3.48	1.03	3.28	0.002	موافقة
10	استمرارية متابعة حالة المريض.	3.44	1.01	073.	0.003	موافقة
11	سعر الخدمة الصحية.	3.3	0.73	2.88	0.006	موافقة
12	الأمن داخل المؤسسة.	3.78	0.97	5.65	0.000	موافقة عالية
	المجموع	44.04	12.3	62.44	0.017	

المصدر: من عداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ،ان اتجاهات افراد عينة الدراسة نحو كل العبارات (1. 2. 3. 4. 5. ... 12) كانت ضمن الموافقة و الموافقة العالية ،و كان اعلى متوسط حسابي للعبارة الاولى وهي الخدمات الطبية و التمريضية ،الذي بلغ 4.1 و انحراف معياري قدره 0.75. ثم تليها العبارة الثانية و التي تتمثل في كفاءة و مهارة الاطباء بمتوسط حسابي قدره 3.94 و انحراف معياري قدره يساوي 1.01 اما ادنى متوسط حسابي قدره ب 3.30. و هو المتعلق بالعبارة الحادي عشر الخاصة بسعر الخدمة الصحية ،و يقترب منه المتوسط الخاص بالعبارة الثانية و هي كفاية الوقت المخصص للتشخيص الذي قدره ب 3.42 و انحراف معياري يساوي 0.99 .

و حسب اختبار t_test للعينة الأحادية حول تقييم كفاءة الخدمات الصحية المقدمة ،نلاحظ ان كل العبارات دون استثناء لديها دلالة اقل من 0.05 هذا يعني الاختبار دلالة إحصائية و إن كل أفراد العينة يتفقون في الإجابة عن هذه الأسئلة.

المطلب الثالث: تحليل فرضيات الدراسة وتحليل دراسة المقابلة

أولاً:تحليل فرضيات الدراسة

1 - الفرضية الرئيسية الأولى

H_0 : لا توجد كفاءة لأداء العاملين في المستشفى . $\alpha \leq 0.05$.

H_1 : توجد كفاءة لأداء العاملين في المستشفى . $\alpha \leq 0.05$.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار T لعينة واحدة للتحقق من مستوى امتلاك المستشفى للكفاءات اداء الموارد البشرية .

جدول رقم(27): نتائج اختبار T للتحقق من كفاءة أداء المورد البشري.

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	DF درجة الحرية	Sig مستوى الدلالة
وجود كفاءة اداء العاملين	3.66	0.88	5.32	49	0.000

المصدر : من عداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

وهي دالة عند مستوى $\alpha \leq 0.05$

من خلال الجدول أعلاه نتيجة وجود كفاءة اداء العاملين في المستشفى حيث اشارت نتائج التحليل الاحصائي ان قيمة T المحسوبة 5.32 وهي دالة عند مستوى $\alpha \leq 0.05$ و هذا يؤكد عدم صحة الفرضية الصفرية و عليه نرفض H_0 و نقبل ب الفرضية البديلة H_1 و التي تنص انه يوجد هناك تقييم اداء العاملين في المستشفى .

2 - الفرضية الرئيسية الثانية :

H_0 : ليس هناك كفاءة خدمات صحية للعاملين في المستشفى . $\alpha \leq 0.05$.

H_1 : هناك كفاءة خدمات صحية للعاملين في المستشفى . $\alpha \leq 0.05$.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار T لعينة واحدة لتحقيق من مستوى كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى .

جدول رقم (28) يوضح نتائج اختبار T للتحقق من كفاءة الخدمات الصحية

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	DF درجة الحرية	Sig مستوى الدلالة
كفاءة الخدمات الصحية	3.45	0.891	3.57	49	0.000

المصدر: من عداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

وهي دالة عند مستوى $\alpha \leq 0.05$

من خلال الجدول نلاحظ النتيجة وجود كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى حيث اشارت نتائج التحليل الاحصائي الى كفاءة الخدمات الصحية بلغت قيمة T المحسوبة 3.57 و هي دالة عند المستوى $\alpha \leq 0.05$ بالمقارنة مع T الجدولية، و هذا يؤكد عدم صحة الفرضية الصفرية اي ان ليس هناك كفاءة في الخدمات الصحية داخل المستشفيات و عليه نرفضها و نقبل بالفرضية البديلة التي تثبت صحتها .

3 - الفرضية الرئيسية الثالثة :

H_0 : لا يوجد تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى . $\alpha \leq 0.05$.

H_1 : يوجد تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى . $\alpha \leq 0.05$.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار T لعينة واحدة للتحقق من تقييم كفاءة الخدمات الصحية للتحقق من تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى .

جدول رقم (29) يوضح نتائج اختبار T للتحقق من تقييم كفاءة الخدمات الصحية

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T الجدولية	DF درجة الحرية	Sig مستوى الدلالة
تقييم كفاءة الخدمات الصحية	3.67	0.77	6.158		49	0.000

المصدر: من عداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

وهي دالة عند مستوى $\alpha \leq 0.05$

من خلال الجدول نلاحظ ان تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى، اشار الى نتائج التحليل الاحصائي حيث بلغت قيمة T 6.158 و هي دالة عند $\alpha \leq 0.05$ مما يؤكد عدم صحة H_0 و عليه نرفض H_0 و نقبل H_1 و التي تنص انه يوجد التقييم فيكفاءة الخدمات الصحية في المستشفى محل الدراسة .

ثانيا: تحليل دراسة المقابلة

أسئلة المقابلة :

تم اجراء المقابلة مع رئيسة المصلحة بالمؤسسة محل الدراسة .

➤ هل تتم طريقة التقييم بصفة دورية ؟

تتم بطريقة دورية ، كل ثلاثي ، بهدف زيادة المردودية و تحفيز العاملين .

➤ في حالة تحويل احد العاملين و تعويضه باخر هل يؤدي العمل بنفس الجودة ؟

يؤدي تحويل العامل مكان اخر ،نتيجة عدم قيامه بالعمل الجيد و عدم كفاءته في ذلك المنصب و تعويضه بالعامل الاخر كقدرته على تحمل مسؤولية المنصب وكفاءته للقيام بالعمل .

➤ هل هناك التزام بأخلاقيات المهنة وما هو و ما واقعها في المستشفى ؟

يوجد التزام بأخلاقيات العمل مثل :النظافة . حسن سير المصالح ،الاطباء ،المرضى ،

➤ في تقديرك ماهي درجة ولاء و رضا العاملين في المستشفى ؟

درجة رضا العاملين جيدة جدا و ذلك من خلال مردودية العاملين ،الحرص على نظافة المستشفى ،احترام قانون المؤسسة .

➤ ما هو مستوى غيابات العاملين؟ وكيف يتم التعامل معها؟

مستوى الغيابات متوسط نوعا ما ،على حسب ظروف العامل كمرض احد افراد عائلته ،او ظروف طارئة ...الخ.يتم التعامل معها ،اما بتنبيه او خصم او استفسار.

➤ ماهي أحسن طريقة لتحسين اداء العاملين ؟

طريقة التكوين التكميلي.

➤ ما هي أهم مميزات الخدمات الجيدة في المستشفى ؟

الاعتناء بالمرضى ،السرعة في الاداء ،الحرص على التشخيص المرضى ،معاملة المريض الجيدة،الخ.

➤ اذا كان هناك نقص في كفاءة اداء المستشفى اين يكمن ذلك برأيك ؟

يكون النقص في كفاءة اداء العامل او وجود عاملين غيرا كفاء، اي نقص في التجهيزات اللازمة اي نقص في المعدات الطبية .

➤ المعدات و التجهيزات المتوفرة هل هي كافية ام لا؟

نعم، كافية نوعا ما لكن تسعى المؤسسة في توسيع النشاط و تطوير الاجهزة الطبية .

➤ هل يمكن التحكم في تكاليف الخدمات الصحية؟ كيف يتم ذلك برأيك؟

يتم التحكم في تكاليف الخدمة الصحية ،من خلال برنامج تسديد التكاليف الذي يتم بصفة يومية في مكتب يسمى مكتب القبول و مع نهاية اليوم عون من المكتب بالقيام بإحصاء مدخول المستشفى و يحاسب به مكتب الاجور ؟

➤ هل يمكن للمؤسسة الاستشفائية ان تنال رضا الزبائن ؟

نعم ، و هذا من خلال توفير لهم الجو الملائم في نظافة و امن توفير الادوية ،و ذلك يحصل رضا المريض.

➤ هل يمكن ان نقيس كفاءة اداء المستشفى من خلال اراء المرضى ؟

نعم ، يكون المريض راضي عن الخدمات المقدمة و بالتالي تكون نسبة رضا جيدة ، و ذلك بما يفسر وجود كفاءة في الاداء ، السرعة في تقديم ، و عمالها اكفاء .

➤ ماهي اقتراحاتك لتحسين جودة اداء الخدمات الصحية ؟

__توفير المزيد من المعدات و التجهيزات الطبية المطورة

__تدعيم المستشفى بالأطباء الأخصائيين و هذا لنقصهم الفادح .

__زيادة التحفيزات المادية للعمال و الامن بتدعيم بأعوان من لنقصهم .

خلاصة:

لقد حاولنا في هذا الفصل ان نبين و نبرز اهمية و المساهمة ادارة الاداء و تطبيق نظام الاداء في المؤسسات الصحية الاستشفائية ،محل الدراسة ،من خلال تشخيص حالة المؤسسة و ذلك بوضع مؤشرات للتقييم الاداء و بالاعتماد على المؤشرات التي اقترحتها منظمة الصحة العالمية .

و في هذا الصدد تم تقسيم الدراسة الى ثلاث مباحث :

تناولنا في المبحث الاول نظرة عامة حول المؤسسة و الهيكل التنظيمي لها .

اما بالنسبة للمبحث الثاني تطرقنا فيه الى تحديد منهج الدراسة و ادوات البحث المستعملة.

وبالنسبة للمبحث الثالث من الدراسة فتم تخصيصه لتحليل و تفسير النتائج التي تم التوصل اليها من خلال استخدام اسلوب الاستبيان .

غير ان الملاحظ هو ان اغلب الدراسات النظرية التي تناولناها فيما يخص بالخدمات الصحية ،و المؤسسات الصحية تتلاءم احيانا مع الواقع داخل المؤسسة .

الختمة

خاتمة

يعتبر قطاع الصحة أهم القطاعات على الإطلاق لما له علاقة مباشرة بنشاط الإنسان فتحقيق السلامة الصحية العامة و النفسية هي من بين الأهداف الأساسية للمنظومة الصحية، و الوصول إلى تحقيق ذلك يؤكد قدرة و قوة النظام الصحي المعمول به و بما يتكون من التوليفة البشرية ذات المهارة و الكفاءة في التسيير و التنظيم الرشيد و بذلك يساعد الفرد على الأداء وواجباته و أعماله بشكل فعال، ولكن بإسقاط ذلك على طبيعة النظام الصحي الجزائري.

فالإصلاح هو عملية دورية و متجددة و ذلك من اجل درئ مساوئ و النقائص و دعم كل أشكال النجاح المحقق، و عليه فعملية إصلاح المنظومة الصحية الجزائر هي سياسة قطاعية مثل باقي السياسات الأخرى .

إذا يمكن القول أن سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ككل السياسات ، لم تحقق كل أهدافها الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية المقدمة للمريض سواء داخل المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة .

ومن خلال هذا البحث و بالاعتماد على الاطار النظري في الفصلين الاول و الثاني، يتضح ان نجاح المؤسسات الصحية في تقييم ادائها من خلال كفاءة اداء العاملين فيها، و زيادة مستوى تحسين خدماتها المقدمة للمرضى و المراجعين لها، مما يمكنها من التعرف على جوانب الهدر في الوقت و الطاقات و الإمكانيات، و من ثم التخلص منها .

ومن خلال الدراسة الميدانية في المستشفى تم التوصل الى:

✓ إثبات صحة الفرضيات

الفرضية الأولى : تعزيز أهمية كفاءة الأداء لدى المورد البشري و إعطائه معلومات موجز عن أهم المعايير الخاصة بالتقييم

بعد إجراء الدراسة الميدانية نستنتج بان : أهمية تطبيق المعايير الخاصة و الحكم على كفاءة أداء المورد البشري الصحية فالمستشفى في حاجة ماسة لتقييم كافة أداء مواردها البشرية الصحية مما يؤكد صحة الفرضية.

الفرضية الثانية : تعتبر الخدمات الصحية العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً ينتج عنه رضا و انتفاع المريض .

من خلال الدراسة الميدانية تبين اننا يمكن قياس درجة الرضا المريض عن الخدمات المقدمة، و بالتالي تكون نسبة الرضا جيدة و بما يفسر وجود كفاءة في الخدمات المقدمة من قبل المستشفى محل الدراسة و هذا ما يؤكد صحة الفرضية .

الفرضية الثالثة : بالاعتماد على استخدام مؤشرات قياس الأداء التي تمكن من معرفة مستوى الأداء و درجة رضا وولاء العاملين والمرضى و مستوى الغيابات في المستشفى محل الدراسة.

تم الاعتماد على مؤشرات و معايير و مقارنتها بالمعايير العالمية و عدها كأهداف تسعى الى تحقيقها عند تقييم الخدمات الصحية و هذا ما يؤكد صحة الفرضية .

فالمعايير و المؤشرات التي تتم تطبيقها على المستشفى تعكس الواقع الحقيقي لكفاءة المستشفى بصورة دقيقة .

● الفرضية الرابعة: توجد كفاءة في أداء المؤسسة الصحية الاستشفائية عميرات سليمان.

من خلال الدراسة يتضح : يمكن قياس كفاءة أداء المستشفى من خلال آراء المرضى، و درجة

رضا المريض، وذلك بما يفسر وجود جودة و كفاءة في تقديم الخدمات الصحية

▪ من خلال تقديم الحوافز المادية و المعنوية الأطباء و الطاقم الإداري و كل العاملين في

المؤسسة و ذلك لخصوصية عملهم مما يعكس على تقديم أفضل خدمات بالمستشفى و

هذا يثبت صحة الفرضية.

الاستنتاجات

- ✓ تهدف هذه الدراسة محاولة لمعرفة مدى كفاءة الخدمات الصحية المقدمة و الأداء المقدم من قبل و خاصة إدارة المستشفى سليمان عميرات .
- ✓ تصمم الخدمات الصحية وفقا لتوقعات المرضى لان هذا يعتبر حجر الزاوية في تقييم و تطوير الخدمات المقدمة و المتوافقة مع توقعات المرضى .
- ✓ يقيم الافرادو العاملين _بمستشفى سليمان عميرات_ الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية المؤشرات القياس و معايير كفاءة أداء الخدمة ، تقييما ايجابيا.
- ✓ وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل المعايير كرضا عن الخدمة المقدمة و جودتها .
- ✓ كفاءة الطبيب المهنية العامل في المؤسسة الصحية _ سليمان عميرات_ التي يقصدها المريض تؤدي دورا أساسيا في تحسين جودة و كفاءة الخدمات المقدمة
- ✓ تعد عملية تقييم أداء المستشفى من المواضيع التي حظيت باهتمام المؤسسة الصحية _سليمان عميرات_ الصحية حيث تعتبر الأساس الذي يمكن من خلاله تحديد النقاط للقوة و نقاط الضعف في أداء المستشفى و بالتالي تسهم في التطوير دعم الخدمات الصحية .
- ✓ عدم اعتماد المؤسسة كثيرا على استخدام للمؤشرات الاداء في عمليات التقييم .
- ✓ تبين بان معدل أيام مكوث المرضى في المستشفى قيد البحث كان لا بأس به من خلال فترة الإقامة مقارنة او الاعتماد على معدل الذي حددته منظمة الصحة العالمية .
- ✓ لوحظ بان نسبة إشغالات الأسرة في المستشفى محل الدراسة كان لا بأس به ، مقارنة مع النسبة التي حددتها منظمة الصحة العالمية .


الاقتراحات

- ✓ ضرورة زيادة اهتمام إدارة المستشفى بموضوع تقييم الأداء من خلال وضع برامج نظام دوري لعملية التقييم و المتابعة و باستخدام المؤشرات المعتمدة في البحث .
- ✓ على إدارة المستشفى قيد البحث اعتماد مؤشرات ومعايير الأداء التي اقترحتها منظمة الصحة العالمية و عدها كأهداف تسعى إلى تحقيقها عند تقديم خدماتها الصحية .

- ✓ تحديد الأسباب الكامنة وراء المؤشرات التي أظهرت نتائج سلبية مقارنة بمعدلات منظمة الصحة العالمية ووضع الحلول المناسبة لها لتعزيز نتائج تلك المؤشرات لديها .
- ✓ زيادة في كفاءة الأداء الخدمات الصحية بالمستشفى عن طريق استعمال الأجهزة الحديثة المتطورة .
- ✓ تأسيس قاعدة المعلومات كفاءة في المستشفى يمكن من خلالها توفير البيانات اللازمة لاحتساب المؤشرات المحددة في البحث .
- ✓ إعداد برنامج المحوسبة الخاصة بموضوع تقييم أداء المستشفى و توفير الكادر المناسب لعملها.
- ✓ التأكيد على إجراء تقييم دوري لأداء المستشفى في مختلف جوانب الخدمات الصحية باستخدام مؤشرات تقييم كفاءة الأداء في المستشفيات
- ✓ ضرورة توسع في تعيين المزيد من الأطباء و موظفي المهن الصحية في المستشفى قيد البحث بهدف تقديم خدمات صحية أفضل للمرضى و المصابين .

أفاق الدراسة

- ❖ قياس الفعالية و الكفاءة في المستشفيات .
- ❖ رضا العملاء كمؤشر قياس جودة الخدمات الصحية .
- ❖ اثر البيئة على الأداء الخدمات الصحية .
- ❖ تقييم الأداء في المؤسسات الصحية العمومية .



قائمة المراجع
و المصادر

قائمة المراجع:

الكتب:

1. أحمد جاد عبد الوهاب، السلوك التنظيمي (دراسة سلوك الأفراد والجماعات داخل المنظمة الأعمال)، مكتبة الإشعاع، القاهرة، د ت
2. إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1991.
3. أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، ط 1، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2000.
4. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2012 .
5. جان بيار جشار، ليا حمودي: دليل عملي حول الادارة المؤسسات، 2006.
6. خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم حمود، نظرية المنظمة، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان - الأردن.
7. رمزي احمد عبد الحي: تقييم اداء الادارة الجامعية، في ضوء الادارة الجودة الشاملة، دار فاء لدينا، الطباعة والنشر، الاسكندرية-مصر، 2007.
8. سعيد فرحات جمعة: الأداء المالي لمنظمات الاعمال، دار المريخ لنشر، الرياض، 2000.
9. سمير خليل: ادارة الانتاج و العمليات، دار اسامة للنشر و التوزيع، ط 1، الاردن عمان، 2010.
10. سهيلة محمد عباس: ادارة الموارد البشرية، مدخل استراتيجي، دار وائل للانتاج و التوزيع، عمان - الاردن، 2002.
11. سيد محمد جاد الرب، تنظيم وإدارة المستشفيات (مدخل النظم) القاهرة دار النهضة، 1989.
12. سيد محمد جاد: استراتيجيات تطوير و تحسين الأداء، و الاطر المنهجية و التطبيقات العملية مطبعة العشري، جامعة قناعة السويس، مصر، 2009.
13. صلاح محمود ذياب: ادارة المستشفيات، و المراكز الصحية الحديثة، الطبعة الاولى، دار الفكر للنشر، عمان - الاردن، الطبعة الاولى.
14. طاهر محسن منصور الغالي، وائل محمد صبحي ادريس: الاستراتيجية و بطاقة التقييم المتوازن، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2007 .

15. عبد الحفي محمود حسن صالح ، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية ، مصر، 2003، .
16. علي السلمي، إدارة الأفراد والكفاءة الإنتاجية، ط 3، مكتبة الغريب القاهرة - مصر، بدون ذكر سنة النشر .
17. علي عباس، أساسيات علم الإدارة، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن 2004.
18. علي عبد الهادي مسلم :تحليل و تصميم المنظمات ، الاسكندرية ، الدار الجامعية ، 2002،
19. غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان-الأردن 1999
20. فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية, ط 1، الدار الجامعية، الإسكندرية ، 2007.
21. فريد راغب النجار، إدارة الأعمال في المنظمة الصحية و الطبية ، دار النهضة العربية ، القاهرة 1981.
22. فلاح حسين عداي الحسين: الادارة الاستراتيجية ، الطبعة الاولى ، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان-الأردن، 2000
23. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية ، ط 1 ، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة ، 1998
24. قاسم نايف علوان الحياوي :ادارة الجودة في الخدمات ، الطبعة الاولى ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان-الأردن .
25. محمد هاني محمد :ادارة وتنظيم وتطوير الاعمال ، قياس الأداء المتوازن ، دار المعزز للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى، عمان-الأردن، 2014،
26. محمود خليل الشاذلي وآخرون طب المجتمع - أكاديمية إنترناشيونال، للنشر والتوزيع، بيروت-لبنان 1999 .
27. محمود محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية: مدخل لنظم المعلومات، الطبعة الأولى ، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، القاهرة 2009.
28. ناصر دادي عدون واخرون :مراقبة التسيير والأداء المؤسسة الاقتصادية ، دار المحمدية العالمة، الجزائر.
29. نبيل ابراهيم محمود، تحليل المتغيرات الاقتصادية، الانتاجية، والكفاءات دار البداية، الأردن ، 2008،

30. هاني يوسف خاشقي: القيم التنظيمية و علاقتها بكفاءة الأداء الرياضي ، 2003 .
31. وائل محمد صبحي إدريس وآخرون: أساسيات الأداء و بطاقة التقييم المتوازن. داروائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2009 .
32. وصيفي الكساسبة : تحسين فاعلية الأداء المؤسسي، الطبعة الاولى ، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان-الأردن ، الطبعة الاولى، 2011،

❖ المذكرات:

1. بن قاسمية محمد الامين: الكفاءة التوزيعية و اثرها على الأداء في المؤسسة الاقتصادية ، رسالة ماجستير ، جامعة سعد دحلب، البلد، ديسمبر 2006.
2. بونقيب محمد احمد: دور لوحات القيادة في زيادة فعالية مراقبة التسيير، رسالة ماجستير، علوم التجارية ، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة ، الجزائر ، 2006.
3. سليخ حدة : دور نظام التكاليف المبني على الانشطة في تحسين اداء المؤسسة الاقتصادية ، مذكرة لنيل شهادة الماستر ، المسيلة، 2012\2013.
4. شاوي صباح : اثر التنظيم الاداري على اداء المؤسسات الصغيرة و المتوسطة ، رسالة ماستر جامعة ، فرحات عباس ، الجزائر، 2009\2010.
5. صالح بلاسكا :قابلية تحقيق بطاقة الأداء المتوازن كأداة لتقييم الاستراتيجية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية ، مذكرة ماجستير ، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2011\2012.
6. الطاهر الوائي :تحفيز وأداء المرضين ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص تنظيم وعمل جامعة منتوري قسنطينة، 2012-2013 .
7. عبد الكريم منصوري ، قياس الكفاءة النسبة و محدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات ، أطروحة دكتورا ، ، علوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، الجزائر 2013 / 2014.
8. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير كلية العلوم الاقتصادية ، وعلوم التسيير ، جامعة الجزائر 2007-2008.
9. عز الدين هروم: واقع تسيير الأداء الوظيفي للمورد البشري في المؤسسة الاقتصادية : رسالة ماجستير ، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2007\2008.
10. عيادي حمزة، بطاقة الأداء المتوازن كنظام فعال لمراقبة التسيير ، مذكرة ماستر ، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ، جامعة مسيلة ، الجزائر 2011\2012 .

11. مشعلي بلال : دور البرامج ، السلامة المهنية في تحسين اداء العمال بالمؤسسات الصغيرة و المتوسطة الجزائرية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير جامعة فرحات عباس، سطيف ، 2010\2011.

12. موسى محمد ابو حطب:فاعلية نظام تقييم الاراء و اثره على المستوى اداء العاملين، رسالة ماجستير ، الجامعة الاسلامية غزة، أغسطس 2009،

13. وتان بومدين : دور نظم المعلومات في تفعيل اداء مجلس الادارة ، اطروحة دكتوراه، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر ، 2010\2011.

❖ المقالات والمجلات:

1. اكرم محسن الياسري، فاضل عباس العامري: القوة التنظيمية و ادارة المعرفة و تأثيرها في فاعلية المنظمة ، المجلة العربية للادارة ، المجلد السابع و العشرون، العدد 01 ، جامعة الدول العربية القاهرة - مصر ، يونيو 2007.

2. الشيخ الداوي :تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء ، مجلة الباحث ، العدد 07 /2009/2010، جامعة الجزائر .

3. نزار قاسم الصفار :تقييم كفاءة اداء المؤسسات الصحية ، دراسة تطبيقية ، مجلة العدد 31 لسنة 2009، كلية الادارة الاقتصاد ، جامعة الموصل.

4. هواري سويسي:دراسة تحليلية لمؤشرات القياس اداء المؤسسات من منظور خلق القيمة ، مجلة الباحث ، الجزائر العدد07 ، 2010.

❖ المواقع الالكترونية :

1. 2مقالة حول أنواع الكفاءة، [www/economicshelp](http://www.economicshelp) تم الاطلاع عليها، 23.04.2015

2. [http:// www.islam.onliene.net/iol.arabik/dowalia](http://www.islam.onliene.net/iol.arabik/dowalia) mamaa.45/namaa.cask.top

علي بن [http:// www.hediscussion.com/hr6413,html04/04/2015,20:00PM](http://www.hediscussion.com/hr6413,html04/04/2015,20:00PM)

سعيد القرني :قياسالأداءالمتوازن : المدخل المعاصر لقياس الأداء الاستراتيجي .

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف المسيلة

كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير

قسم علوم التسيير

بحث مقدم لاستكمال متطلبات الحصول على شهادة ماستر تخصص مراقبة التسيير

استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

في البداية نشكرك على ما خصصته لما من وقتك الثمين و نشكر لك حسن تعاونك مسبقا

نظرا لأهمية هذا البحث نرجو منكم التعاون في الإجابة على هذا الاستبيان الذي يهدف إلى تقييم كفاءة أداء مؤسسات الخدمات الصحية، لذلك نأمل من حضرتكم التكرم تعبئة هذا الاستبيان . علما بان جميع المعلومات الواردة بهدف الاستبيان سوف تستخدم لأعرض البحث العلمي فقط ، شاكرين لكم حين تعاونهم وإتاحة الفرصة للاستفادة من خبراتكم في هذا البحث مع تقديرنا المسبق للجودة أرائكم .

نرجو منكم وضع علامة x في الإجابة التي توافق رأيكم

شكرا

البيانات العامة

(1) الجنس : ذكر انثى

(2) العمر : من

من 20 الى 35 سنة من 36 إلى 50 سنة من 50 إلى 65 سنة

(3) المستوى التعليمي

اقل من الثانوي ليسانس تقني سامي ماستر

دكتوراه مساعد تمريض ممرض شهادة دولة

أخرى اذكرها

(4) منصب العمل

إداري طبيب مساعد ممرض عون شبه طبي

ممرض عامل متعاقد أخرى

الخبرة المهنية

أقل من 03 سنوات من 04 إلى 10 سنوات

من 11 الى 15 سنة أكثر من 15 سنة

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	يحرص العاملون على اداء المهام بجودة عالية لتحقيق الاهداف العامة للمؤسسة.					
2	يتم انجاز العمل المحدد في الوقت المحدد.					
3	توجد قدرة للعاملين لتحمل مسؤولية انجاز الاعمال اليومية.					
4	يوجد التزام و تقييد بأنظمة و قوانين العمل و تعليمات الرؤساء ..					
5	توجد قدرة للعاملين على التكيف عند حدوث حالات طارئة في العمل.					
6	يحافظ العاملون على الالتزام بأوقات العمل الرسمية.					
7	تتوفر لدى العاملين الرغبة و الحماسة لإنجاز مهام العمل .					
8	ي بذل العاملون الجهد الكافي لإنجاز الاعمال بطريقة جيدة و صحيحة .					
9	تتوفر لدى العاملين المعرفة الكافية بمتطلبات الوظيفة التي يؤديونها .					
10	يتم التنسيق مع الاخرين لإنجاز العمل المطلوب .					
11	يتوفر لدى العاملين القدرة على الابداع و التطوير.					
12	هناك انخفاض في معدل الغيابات وترك العمل .					
13	يسعى العاملون الى تصحيح الازطاء الناتجة عن قيامهم بأداء العمل.					

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	هناك اهتمام من قبل ادارة المستشفى بطريقة المعاملة و هيئة لباس العاملين .					
2	ادارة المستشفى توفر المستلزمات المادية ضمن امكانياتها المتاحة .					
3	تلتزم ادارة المستشفى بعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية.					
4	تتعاطف ادارة المستشفى مع المرضى عند تقديم الشكاوي					
5	تهتم ادارة المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل دقيق.					
6	تهتم ادارة المستشفى بتدوين المعلومات عن المرضى و حالاتهم الصحية.					
7	يتم اخبار المرضى عن اوقات تقديم الخدمة لهم.					
8	يرغب العاملون في المستشفى في مساعدة المرضى بشكل دائم .					
9	تتوفر لدى العاملين في المستشفى الكفاءة و المصداقية في اداء عملهم .					
10	تقدم ادارة المستشفى افضل ما لديها للمرضى.					

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	العبارة	الرقم
					الخدمات الطبية و التمريضية	1
					كفاءة و مهارة الاطباء.	2
					كفاءة و مهارة الممرضين.	3
					حدائة المعدات و الاجهزة.	4
					نظافة المؤسسة.	5
					السرعة في تقديم الخدمة.	6
					اهتمام الطبيب اثناء المعالجة.	7
					كفاية الوقت المخصص للتشخيص	8
					معاملة الكادر الطبي و الممرضين.	9
					استمرارية متابعة حالة المريض.	10
					سعر الخدمة الصحية.	11
					الامن داخل المؤسسة.	12

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ملخص الدراسة

تعد المستشفيات من المنظمات الخدمية التي تقدم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع، الأمر الذي يتطلب من الدولة زيادة الاهتمام بها والعمل على تطويرها كما ونوعاً لتقديم أفضل الخدمات الصحية للمرتادين لها والراشدين فيها من المرضى والمصابين ويسعى البحث إلى التعرف على مستوى أداء مستشفيات و ذلك باستخدام بعض مؤشرات تقييم الأداء المستشفى نظراً لمحدودية الدراسات المتعلقة بتقييم الأداء .

و هدفت الدراسة إلى استخدام مجموعة من مؤشرات قياس الأداء و ذلك بالاعتماد على مؤشرات القياس التي اقترحتها منظمة الصحة العالمية .

الكلمات المفتاحية: تقييم الأداء، المستشفى، الخدمات الصحية، مؤشرات تقييم الأداء.

Résumé:

Les hôpitaux se considèrent comme l'une des organisations néta-mere qui offrent des services de la santé aux individus et partant à la société ; c'est la chose que l'état doit le prendre en considération et l'apporter une grande importance, et le travail de l'améliorer quantitativement et qualitativement pour offrir des meilleurs services hygiéniques et saines aux patients et aux tiqueurs.

la recherche à pour but de connaître le niveau de performance des hôpitaux , cela se fait à travers l'utilisation de quelques pointeurs d'évaluation en raison de la limitation des études concernant cette évaluation

Mots clés:évaluation des performances, hôpital, services ,hygiéniques , pointeurs.