



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلا
معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير



المرجع :/2020

الميدان: العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية

فرع: علوم التسيير

التخصص: إدارة أعمال

مذكرة بعنوان:

أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية
دراسة ميدانية بمستشفى المختص في الامراض العقلية وادي العثمانية

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير (ل.م.د)
تخصص " إدارة أعمال "

تحت إشراف:

د. عاشوري إبراهيم

إعداد الطلبتان:

- بن حركوزينب

- عميمور نواره

لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلا	بولصباغ محمود
مشرفا ومقررا	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلا	عاشوري إبراهيم
مناقشا	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلا	سنوسي أسامة

السنة الجامعية 2020/2019



شكر وتقدير

الحمد لله وحده الذي ألهمنا الصبر والثبات وأمدنا بالقوة والعزم على مواصلة مشوارنا الدراسي، وتوفيقه لنا على إنجاز هذا العمل. فنحمدك اللهم ونشكرك على نعمتك وفضلك، ونسألك البر والتقوى ومن العمل ما ترضى.

وسلام على حبيبك وخليتك الأمين عليه أزكى الصلاة والتسليم. فأحيانا تخوننا الكلمات المعبرة خاصة حينما نريد الإدلاء بالمشاعر الصادقة والحقيقة النابعة من القلب، ولعل شعور الامتنان والاعتراف من أصعبها. نتقدم بفائق الشكر والتقدير إلى من ربطنا بالعلم وقاسمنا إنجازه وعاش معنا حتى إتمامه.

إلى من كان حريص على الأمانة وكان فوق كل اعتبار... أستاذنا ومشرفنا "عاشوري براهيم" بفائق العرفان والامتنان، نشكره على قبوله الإشراف على هذا العمل وعلى إرشاداته وتوجيهاته القيمة والدعم الذي قدمه لنا. نرجوا من المولى عز وجل يثيبه خير الثواب وأسأل الله أن يحقق له الريادة والزيادة.

كما نتوجه بالشكر إلى جميع أساتذة المركز الجامعي "عبد الحفيظ بوالصوف" بميلة، وجميع العاملين فيها.

إهداء

أهدي عملي هذا إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة
المصطفى المختار سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.
إلى الجسد الذي اضمحل وبالغمد والسهم اكتمل وبالعقل والعلم
ارتحل وحن للعبد العمل بلا كلل ولا ملل، والله يرزقها الأمل ويقدر لها الأجل
إلى أجمل كلمة ينطق بها اللسان.
إلى من أضاءت دربنا وضحت بسعادتها من أجل سعادتنا التي كان
نجاحنا بدعائها إلى أمنا الغالية أطال الله في عمرها.
إلى من هو قدوتي في الحياة، إلى رمز المحبة والعطاء، إلى من أحبه حبا لا يوصف
إلى أبي العزيز، أطال الله في عمره.
إلى إخوتي وأخواتي الذين هم سندي في هذه الحياة، زينة، محمد الطاهر، ياسمين.
إلى كل أقاربي وأصدقائي، وكل من يعرفني دون أن أنسى زميلتي في هذا العمل
"بن حركوزينب"، وكل زميلاتي وزملائي تخصص ادارة أعمال، أهدي ثمرة جهدي.

نوارة

إهداء

الحمد لله الذي أعانني وألهمني الصبر وفقني لإتمام هذا العمل
المتواضع الذي أهديه بكل إمتنان:
إلى سبب وجودي في هذه الحياة إلى الذين أعيش بهما، ولهما تقديرا واعترافا
بفضلهما الذي لا يفوته فضل إلا فضل الله سبحانه وتعالى إلى والدتي والذي
حفظهم الله ورعاهم.

إلى رمز الكرم والحب والوفاء أختي رقية.
إلى من كانوا عمادا وسندا لي في هذه الحياة إخوتي كل بإسمه.
دون أن أنسى زميلتي في هذا العمل عميمور نواره.
إلى الأصدقاء وزملاء وجميع من وقف إلى جانبي وساعدني.
إلى من ثابروا في سبيل العلم وجعله نورا يستضاء به .

زينب

ملخص

في ظل التحديات التكنولوجية والمعرفية المتسارعة على مستوى المجال الصحي، تعتبر الكفاءات المحورية مصدر للمعرفة والمهارة والقدرة مما وجب على المنظمات الصحية التركيز عليها، هذا الأخير يتحدد بتفاعل مجموعة من الآليات الحديثة لتشخيصها وتمييزها وتقييمها وإدارتها وبالتالي الإشكال المثار في هذا الصدد يتمحور حول أثر الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية.

ولإثراء وإعطاء لمحة لمتغيرات الدراسة، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وذلك لتحقيق أهداف الدراسة النظرية والتطبيقية، ومن أجل التعرف على واقع الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية تم إجراء الدراسة الميدانية بالمؤسسة الاستشفائية شعبان موسى بوادي العثمانية من خلال توجيه استبيان لإطاراتها والمكون من (31) فقرة موزعة لعينة عشوائية بسيطة بلغت (70) موظف. ومعالجته عن طريق مجموعة من الأدوات الإحصائية وباستعمال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وتوصلت نتائج الدراسة بأنه توجد علاقة إيجابية بين الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية، ويتربط عنها طرح بعض التوصيات من بينها الكفاءات المحورية تعد من المفاهيم الحديثة التي تقوم على جملة من الأبعاد والتي يمكن لأي مؤسسة استشفائية الاعتماد عليها من أجل التحسين المستمر للخدمات الصحية في المستشفيات العمومية الجزائرية.

الكلمات المفتاحية: كفاءات محورية، جودة الخدمة الصحية، تنمية الكفاءات، إدارة الكفاءات، تقييم الكفاءات.

Summary:

With technological and cognitive challenges at the level of health field, pivotal competencies are a source of knowledge and skill and ability that health organizations must focus on, and this is determined by the interaction of a set of modern mechanisms for diagnosing, developing, evaluating and managing them, thus the problematic here revolves around the impact of pivotal competencies on the quality of health services.

In order to give a glimpse of the study variables, the study relied on the descriptive analytical approach in order to achieve the goals of theoretical and applied study, and in order to identify the reality of health services in public hospital institutions of Chaabane moussa at elaoutmania, by directing a questionnaire to its managers, consisting of (31) paragraphs, distributed to a simple random sample of (70) employees. Then it is treated by a set of statistical tools and by using SPSS program.

The results of the study concluded that there is a positive relationship between the pivotal competencies and the quality of health services in the public hospital hospital, and we also extracted some recommendations among them that pivotal competencies are one of the modern concepts that are based on a number of dimensions that any hospital institution can rely on for the continuous improvement of health services in Algerian public hospitals.

Key words: pivotal competencies, health service quality, competency development, competency management, competency assessment.

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
	إهداء
	شكر وعرهان
	المخلص باللغة العربية
	المخلص باللغة الإنجليزية
	فهرس المحتويات
	قائمة الأشكال
	قائمة الجداول
أ - ك	مقدمة عامة
الجانب النظري للدراسة	
الفصل الأول: الإطار النظري حول إدارة الكفاءات المحورية	
13	تمهيد
14	المبحث الأول: الإطار النظري للكفاءة
14	المطلب الأول: مدخل مفاهيمي للكفاءة
23	المطلب الثاني: تحديد أنواع الكفاءات في المنظمة
28	المطلب الثالث: أهمية، مؤشرات قياس الكفاءات
35	المبحث الثاني: الإطار النظري لتسيير الكفاءات
35	المطلب الأول: مدخل مفاهيمي لإدارة الكفاءات
38	المطلب الثاني: مبادئ ومراحل إدارة الكفاءات
43	المطلب الثالث: متطلبات وعوائق إدارة الكفاءات
49	المبحث الثالث: إدارة الكفاءات المحورية
49	المطلب الأول: مفهوم الكفاءات المحورية
52	المطلب الثاني: مفهوم تنمية الكفاءات المحورية
57	المطلب الثالث: إدارة الكفاءات المحورية وأساليب تعزيزها
59	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الإطار النظري حول جودة الخدمات الصحية	
61	تمهيد
62	المبحث الأول: أساسيات حول الخدمات الصحية
62	المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية
65	المطلب الثاني: عموميات حول الخدمات الصحية

68	المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية
70	المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية
70	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات
72	المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية وتطورها التاريخي
75	المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات وطرق قياسها
82	المبحث الثالث: واقع المنظومة الصحية في الجزائر
82	المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
86	المطلب الثاني: تنظيم وهيكله الخدمات الصحية في الجزائر
89	المطلب الثالث: علاقة الكفاءات المحورية في جودة الخدمات الصحية
91	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي للدراسة	
الفصل الثالث: الدراسة الميدانية للمنظمة الاستشفائية المخصصة لأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى وادي العثمانية _ميلة_	
93	تمهيد
94	المبحث الأول: تقديم المنظمة العمومية الاستشفائية لمصلحة الامراض العقلية.
94	المطلب الأول: تعريف المنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى
95	المطلب الثاني: نشاط المنظمة الاستشفائية وإمكانياتها
98	المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي للمنظمة الاستشفائية المختصة للأمراض العقلية
101	المبحث الثاني: الاجراءات المنهجية للدراسة
101	المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية
102	المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة
103	المطلب الثالث: بناء أداة الدراسة، واختبار صدقها وثباتها
106	المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة، تفسيرها واختبار الفرضيات
106	المطلب الأول: الوصف الإحصائي للبيانات الديمغرافية
110	المطلب الثاني: عرض وتحليل بيانات الحور الثاني الكفاءات المحورية والمحور الثالث جودة الخدمات الصحية
122	المطلب الثالث: اختبار الفرضيات
125	خلاصة الفصل

فهرس المحتويات

127	خاتمة عامة
131	الملاحق
139	قائمة المراجع

قائمة الأشكال والجداول

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	نموذج الكفاءات، القدرات والموارد	15
02	البنية التمثيلية لكفاءة المنظمة	16
03	عناصر الفاعلية	19
04	التكامل العمودي والأفقي لتحسين أداء المنظمة	35
05	مراحل إدارة الكفاءات في المنظمة	41
06	أهم المفاهيم المتعلقة بالخدمة	63
07	تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المستهلك	71
08	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	106
09	توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر	107
10	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الوظيفي	108
11	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى العلمي	109
12	توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية	110

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	أنواع الجدارة	40
02	تعاريف الكفاءات المحورية	50
03	أهم التعاريف المتعلقة بتنمية الكفاءات المحورية	53
04	الوظائف والأسلاك المشتركة في المنظمة الاستشفائية	96
05	رتب الأطباء في المنظمة الاستشفائية	98
06	رتب الشبه طبي	98
07	معامل ألفا كرونباخ	105
08	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	106
09	توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر	107
10	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	107
11	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الوظيفي	108
12	توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية	109
13	استجابات أفراد العينة على العبارات التي تقيس بعد الإدارة	110
14	استجابات أفراد العينة على العبارات التي تقيس بعد التنمية	112
15	استجابات أفراد العينة على العبارات التي تقيس بعد التقييم	113
16	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد الكفاءات	114
17	عرض وتحليل بيانات جودة الخدمات الصحية	115
18	تحليل نتائج الانحدار البسيط لاختبار أثر إدارة الكفاءات على جودة الخدمات الصحية	122
19	تحليل نتائج الانحدار البسيط لاختبار أثر تنمية الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية	123
20	تحليل نتائج الانحدار البسيط لاختبار أثر تقييم الكفاءات على جودة الخدمات الصحية	123
21	تحليل نتائج الانحدار البسيط لاختبار أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية	124

مقدمة عامة

في ظل العصر الجديد الذي يفرض نفسه على الساحة الدولية والعالمية الممزوج بين اقتصاد المعرفة والاقتصاد الرقمي، والذي يتسم بالعديد من التحديات والتغيرات المتسارعة من الناحية الاقتصادية، الصحية السياسية، الاجتماعية وغيرها. كان لها التأثير الواضح على الأنظمة الصحية التي تسعى إلى دفع عجلة التنمية الصحية والاجتماعية من خلال مواجهتها للتحديات، الأمر الذي دفعها إلى اتباع مناهج وأساليب واستراتيجيات إدارية معاصرة تهدف إلى تحسين الجودة في الخدمات الصحية المقدمة، فإن القطاع الصحي هو الجهة المسؤولة عن رفع مستوى أدائها وتحقيق الفعالية في تقديم الخدمات الصحية للمرضى من خلال توافرها للموارد البشرية والمادية والمالية التي تسمح بخلق الجودة وتحقيق الرفاهية الصحية لكافة أفراد المجتمع، فموضوع جودة الخدمة الصحية يعتبر من المواضيع التي طرحت من طرف الباحثين والمستفيدين إذ يستوجب على الإدارة الصحية أن تعمل على توفير الكفاءات المحورية التي تعتبر مقوم وركيزة أساسية لجودة الخدمات الصحية.

الكفاءات المحورية تعتبر من الموضوعات التي اهتم بها الباحثون في إدارة الموارد البشرية، فهي تعد إحدى القضايا الرئيسية اللازمة لتحسين جودة الخدمات الصحية والنهوض بالقطاع الصحي للبلد، لهذا فلا يمكن تصور جودة الخدمات الصحية بمعزل عنها، وعليه فمن سبل نجاح المنظمات الصحية الرائدة احتوائها على كفاءات محورية تتمتع بالقدرة والمهارة لبذل الجهود المطلوبة.

تواجه المنظمات العديد من التحديات من خلال البحث عن الكفاءات لاكتسابها والحفاظ عليها، وهذا ما جعلها تسعى لتوفير متطلبات لممارسة عملية تخطيط الكفاءات المحورية التي تقوم على استقطاب واختيار وتعيين الموظفين على أساس الكفاءة، وفق الحاجات للتوظيف وما تتطلبه الوظيفة.

ونظرا لما تواجهه المنظمات الصحية من تغيرات سريعة في المجال التكنولوجي وارتفاع حدة المنافسة أدى إلى تغيير نظرتها حول تقديم خدماتها الصحية، مما جعلها تولي اهتمامها على تنمية الكفاءات المحورية لكي تتمتع بالقدرة على التكيف مع هذه التغيرات المحيطة بالقطاع الصحي، ويتطلب هذا تفعيل طرق التنمية كالتدريب والتعلم التي تساهم في الرفع من المعارف والمهارات والقدرات التي تعمل على تحقيق الفعالية والفاعلية في تقديم الخدمات بجودة عالية وتكاليف منخفضة، لهذا أصبح الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية للمستشفيات مطلبا ملحا وضروريا لا غنى عنها في جميع الدول في الوقت الحاضر الأمر الذي يتطلب من وزارة الصحة زيادة الاهتمام به.

وتعد الجزائر من بين الدول التي سعت منذ الاستقلال إلى تطوير الهياكل الصحية ببناء وتشديد المؤسسات الصحية والارتقاء بالتعليم الطبي، ولهذا فرضت التحديات الاقتصادية والصحية على المنظومة العمومية للصحة بالجزائر اللجوء إلى التغيير وإعادة النظر في العنصر البشري خاصة مع وجود الأزمات الصحية التي يشهدها العالم بسبب نقشي فيروس كورونا الذي يؤثر على جودة الخدمات الصحية والتي تعتبر أحد السبل لإرضاء المستفيدين مع ضمان البقاء والاستمرارية.

أولاً: اشكالية الدراسة

أمام واقع التطور التكنولوجي في المجال الاقتصادي والصحي، أوجب المؤسسات الاستشفائية العمومية إلى معالجة الاختلالات سواء كانت في المستوى الاستراتيجي أو المستوى التنفيذي أو المستوى التشغيلي، للخروج من مشكلة تحسين جودة الخدمات الصحية، فلا يمكن لأي منظمة صحية أن تؤمن بالبقاء الدائم ما لم تسعى نحو تسيير وتقييم كفاءاتها التي تمكنها من تعزيز وتحقيق جودة خدماتها الصحية وتحسين صورتها أمام المستفيدين، فإن هذه الدراسة تحاول إبراز أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية، وبهدف معالجة هذا الموضوع، ومن خلال ما سبق فإننا نطرح الاشكالية التالية:

ما أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية من وجهة نظر المستجوبين؟

انطلاقاً من التساؤل الرئيسي أعلاه، يمكن أن نطرح مجموعة من الأسئلة الفرعية كالتالي:

- هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة الكفاءات في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين؟
- هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لتنمية الكفاءات المحورية في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين؟
- هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لتقييم الكفاءات في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين؟

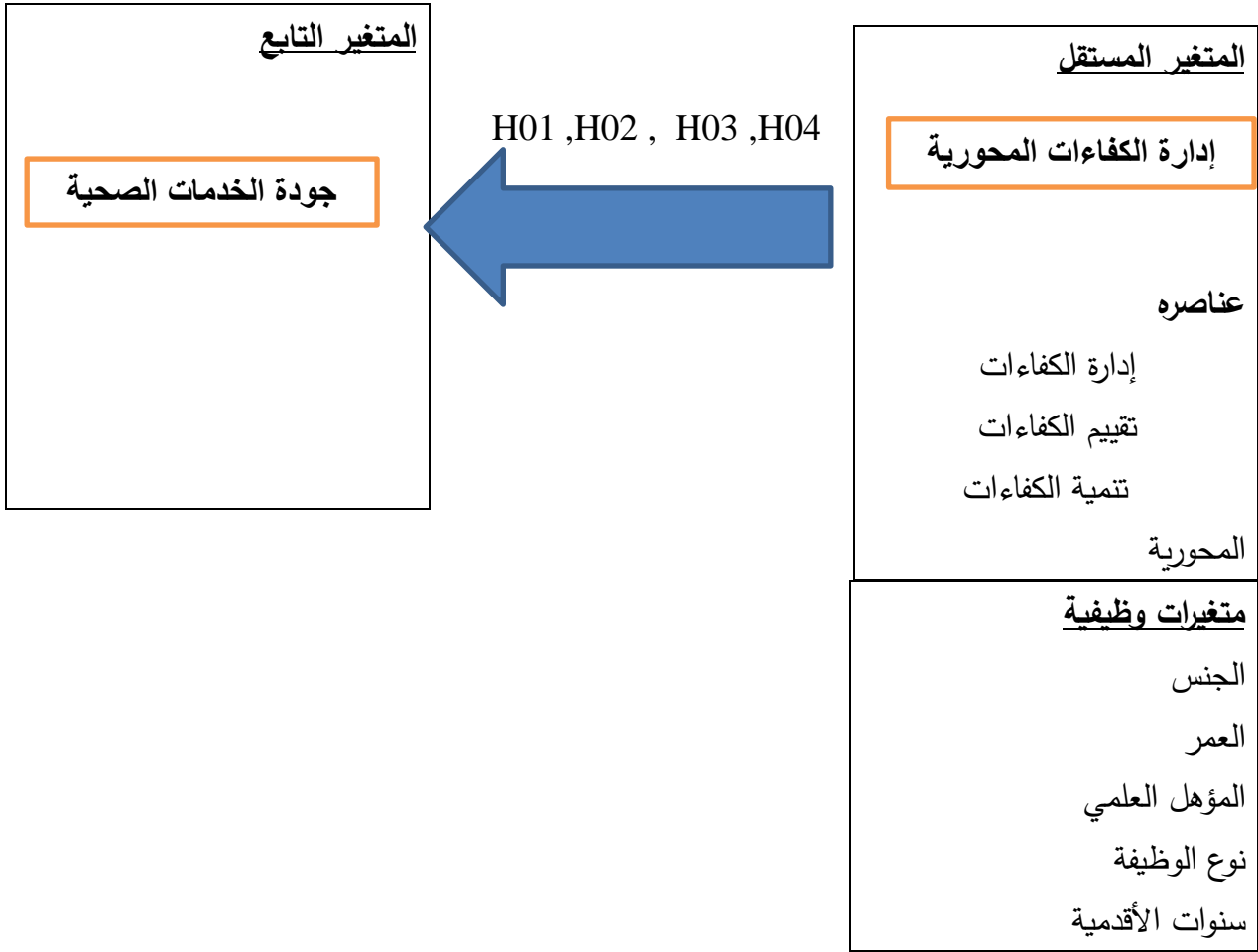
ثانياً: فرضيات الدراسة

لمعالجة الاشكالية الموضوعية في هذه الدراسة، فإننا ننطلق من الفرضيات التالية:

- 1- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة الكفاءات على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.
- 2- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لتنمية الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.
- 3- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لتقييم الكفاءات على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.

ثالثاً: نموذج الدراسة

يحدد النموذج الموالي الإطار العام للدراسة، من خلال تحديد المتغير المستقل والمتغير التابع للدراسة، والمتغيرات الوظيفية والشخصية.



يرتبط نموذج الدراسة بين إدارة الكفاءات المحورية كمتغير مستقل وجودة الخدمات الصحية كمتغير تابع، حيث يندرج ضمن المتغير المستقل (إدارة الكفاءات، تقييم الكفاءات، وتنمية الكفاءات المحورية)، ويندرج ضمن المتغير التابع جودة الخدمات الصحية.

رابعاً: أهمية الدراسة

تأتي أهمية الدراسة من أهمية دور المؤسسات الصحية في المجتمع في تقديم خدماتها الصحية والعمل على تطويرها وتحسينها، ولأهمية مصطلح الكفاءات المحورية الذي تركز عليه المنظمات خاصة المنظمات الصحية وذلك من أجل تحسين خدماتها الصحية وتحقيقها للتميز والارتقاء والاستمرارية في السوق الصحي، وتأتي هذه الدراسة لإثراء البحوث التي تدرس العلاقة بين إدارة الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية، من خلال البحث في العلاقة بينهما وبالتطبيق على مجتمع الدراسة المحدد إضافة لما سبق، يمكن حصر وإبراز أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

- تناول هذه الدراسة متغيرين هامين على مستوى الدراسات الاقتصادية والاجتماعية والانسانية والصحية وهما الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية.
- إلقاء الضوء على الدور الإيجابي الذي ينتج عن التطبيق والتفعيل الجيد لإدارة الكفاءات المحورية بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية.

- تتوافق أهمية الدراسة مع الباحثين من خلال اهتمامهما بدراسة الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية.
- سعي الدراسة إلى تقديم مساهمة علمية من خلال اختبار فرضيات الدراسة للتعرف على دور الكفاءات المحورية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.
- انعكاس الاستثمار الحقيقي للكفاءات المحورية في هذه المؤسسات إيجابا من خلال توفير الرفاهية والحماية الصحية للمجتمع بكافة شرائحه.

خامسا: أهداف الدراسة

- تسعى الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف، بحيث تتناسب مع موضوع الدراسة، ويمكن إجمالاً إبراز هذه الأهداف كما يلي:
- تحديد المفاهيم الخاصة حول الكفاءات المحورية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية.
 - توعية الكفاءات قيد البحث بأهمية التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية وتوجيه إدارة الكفاءات لتطبيق متطلبات التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية.
 - الكشف عن الفروق في الكفاءات المحورية وتحسين جودة الخدمات الصحية بين استجابات المبحوثين في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة وفقاً (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الأقدمية، نوع الوظيفة، الراتب الشهري).
 - لفت انتباه القائمين على القطاع الصحي بمساهمة الكفاءات المحورية في تحسين جودة الخدمات الصحية، وبالتالي زيادة اهتمامهم بها من أجل استغلالها في عملية تحسين جودة خدماتها على مستوى مؤسساتها الصحية.

سادسا: مبررات الدراسة

- تعددت أسباب ودوافع اختيار موضوع بحثنا، فكان اختيارنا لموضوع أثر الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية للأمراض العقلية نابعا من الأسباب التالية:
1. أسباب ذاتية: من بين الأسباب الذاتية التي دفعتنا لاختيار الموضوع، هي:
 - رغبة واهتمام الطالبتين بمعالجة أحد المفاهيم الإدارية الحديثة والمهمة وهي إدارة الكفاءات المحورية بكافة عناصرها وأبعادها، ومدى مساهمة هذه الأخيرة في تحسين جودة الخدمات الصحية.
 - موضوع ذو صبغة تمتاز بقابلية الإبداع وإظهار لمسة وبصمة الطالبتين من الناحية الفكرية والمعرفية.
 - شغف الطالبتين لمعرفة واقع إدارة الكفاءات المحورية السائدة في المؤسسات الاستشفائية العمومية ومساهمته في دفع عملية التحول نحو تطبيق فلسفة جودة الخدمات الصحية.
 2. أسباب موضوعية: من الأسباب الموضوعية التي دفعت الطالبتين لاختيار الموضوع، وهي:
 - الميل الشديد لمواضيع الإدارة الحديثة، وذلك محاولة منا رفع الغموض على كيفية إدارة الكفاءات المحورية الذي يعتبر مصطلح جديد في إدارة الموارد البشرية، وإسقاطها على القطاع الصحي.

مقدمة عامة

- محاولة التحسين بضرورة اعتماد إدارة الكفاءات كمنهج إداري مناسب لإدارة الموارد البشرية بالمؤسسات الاستشفائية، وهذا نظرا لتوفر الأصول غير الملموسة في القطاع الصحي، وهذا ما يبين إمكانية تجسيد إدارة الكفاءات على أرض الواقع.
- عدم الاهتمام بالكفاءات في القطاع الصحي، مما يؤدي إلى تشجيع الهجرة، وبالتالي نحاول لفت انتباه مسؤولي القطاع الصحي على ضرورة إدارة الكفاءات المحورية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية.
- محاولة الطالبتين النظرية والتطبيقية في تحديد العلاقة والأثر الفعال لإدارة الكفاءات المحورية في تحسين جودة الخدمات الصحية، وأمل الطالبتين الاستفادة من نتائج هذه الدراسة على الصعيد النظري والتطبيقي على حد سواء.

سابعا: صعوبات الدراسة

من أجل الصعوبات التي واجهت عملنا الموضوعية والتحليل الدقيق قمنا برسم حدود لدراستنا تتمثل فيما يلي:

- 1- صعوبة الوصول للمراجع في المكتبة نظرا لغلغ مكتبة الجامعة بسبب انتشار وباء كوفيد 19.
- 2- رفض إدارة المستشفى وصعوبات التنقل لمكان الدراسة الأول بسبب مخاوف انتشار كوفيد 19 من جهة، والتخوف من الإصابة بسبب أن المستشفيات أصبحت أماكن خطيرة على صحتنا.
- 3- الأضرار النفسية التي ألحقها انتشار فيروس كوفيد 19 مما أثر سلبا على الأداء المنشود لإتمام العمل على أكمل وجه.

ثامنا: عرض وتحليل الدراسات السابقة

من خلال إطلاعنا على أدبيات الدراسة ، وجدنا قصور في الدراسة المتعلقة بالكفاءات و العديد من الدراسات في جودة الخدمات الصحية في مجالات مختلفة غير أننا وجدنا صعوبة في إيجاد دراسات حول الكفاءات المحورية وأثرها على جودة الخدمات الصحية، وفي هذا العرض، سيتم تناول الدراسات التي ساهمت في بلورة دراستنا.

1. الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت موضوع إدارة الكفاءات المحورية

- دراسة أحمد إسماعيل المعاني بعنوان "أثر تمكين الكفاءات على تحقيق التميز للمؤسسات الأردنية المشاركة بجائزة الملك عبد الله الثاني للتميز"، دكتوراه في الإدارة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا الأردن 2008 :حاول صاحب الدراسة الإجابة على إشكالية التمكين للكفاءات وأثر ذلك على تحقيق التميز من خلال دراسة وصفية تحليلية للكفاءات وأثر ذلك على تحقيق التميز من خلال دراسة وصفية تحليلية للكفاءات، أنواعها ومصادرها، وكذا تحديد مفهوم التمكين وتحديد مستلزمات الهيكلية وكذا التطرق إلى التمكين النفسي للكفاءات كأحد أنواع التمكين المؤثرة على التميز، وتوصلت الدراسة إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوافر مستلزمات التمكين الهيكلي والتمكين النفسي للكفاءات على تحقيق الجودة الشاملة واستدامة الميزة التنافسية، كما توصل أيضا إلى أن توافر متطلبات الجودة الشاملة يؤثر على تحقيق التميز .

التعليق: بينت الدراسة أن هناك علاقة بين التمكين والكفاءة ودورهما في تحقيق الجودة الشاملة، كما اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وهو ما اعتمدت عليه دراستنا.

- دراسة عبد الرحمن ابراهيم أحمد المقادمة بعنوان "دور الكفاءات البشرية في تحقيق الميزة التنافسية، دراسة حالة الجامعة الإسلامية بغزة" رسالة ماجستير إدارة أعمال، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين 2013، هدف الباحث من خلال هذه الدراسة إلى معرفة دور الكفاءات البشرية في تحقيق الميزة التنافسية في الجامعة الإسلامية، وكذلك التعرف على أنواع الكفاءات ومكونات الكفاءة والميزة التنافسية ومحدداتها ومؤشراتها وأبعادها، وقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة على أسلوب الحصر الشامل لمجتمع الدراسة حيث اختار عينة مكونة من 172 فرداً، وخلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباط بين توفر الكفاءات البشرية وتحقيق الميزة التنافسية في الجامعة الإسلامية محل دراسة الحالة، وأن نسبة تحقيق الميزة التنافسية عالية حسب أفراد العينة، وأن هناك علاقة ارتباط بين مدى توفر المعرفة والقدرات والمهارات الموجودة في الكادر البشري ومدى قدرة الجامعة على تحقيق ميزة تنافسية.

التعليق: اعتمدت هذه الدراسة على حجم عينة صغير حوالي 172 فرداً بالمقارنة مع عدد طلاب الجامعة، لكن نتفق مع الباحث في وجود علاقة بين الكفاءات البشرية وتحقيق الميزة التنافسية وكذلك وجود ارتباط قوي بين المعرفة والقدرات والمهارات الموجودة وهذا ما توصلت إليه دراستنا النظرية.

- دراسة (Sharma Rakesh) والتي هي بعنوان "Talen Management-Competency Development : Key to Global Leadership", Industrial and Commerial Training, Management-Development Institute, India 2009 إدارة المواهب وتنمية الكفاءات، مفتاح القيادة العالمية" وقد هدفت الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى استخلاص الدروس حول كيفية بناء استراتيجية إدارة المواهب والكفاءات من خلال التركيز على قضية جذب واستقطاب وتطوير واستبقاء أو المحافضة على المواهب الرئيسية والتي بدورها تعمل على تنمية وتطوير المواهب والكفاءات حديثة التعيين، وقد خلصت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج تركزت حول سعي المنظمة الدائم إلى استقطاب المواهب والكفاءات ولو من الشركات المنافسة، والعمل على تحفيزهم للحفاظ عليهم من التسرب الوظيفي وكذا تنمية وتطوير مواهبهم وقدراتهم من خلال التعلم والتدريب المستمرين .

التعليق: بينت الدراسة أن نظام الحوافز هو الحل للحفاظ على الكفاءات والمواهب من التسرب الوظيفي والعمل أيضاً على تطوير وتدريب قدراتهم بشكل مستمر

_ دراسة الباحث "Tovar Gil HERANDO" 2015، بعنوان "إدارة الكفاءات كإستراتيجية الإنتاجية: دراسة حالة التحدي الإنتاجي لقطاع الزراعي مقاطعة هويلا"، أطروحة دكتوراه تخصص إدارة الكفاءات بقسم علوم التسيير بجامعة مان الفرنسية، تضمنت الدراسة الإشكالية الرئيسية التالية: كيف يتم تفعيل ممارسات إدارة الكفاءات البشرية من أجل تحقيق الإنتاجية المرغوب بها في بيئة تتسم بعدم اليقين؟، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة وتحديد الكفاءات المطلوبة للعمل لدى منتجي الزهور في مقاطعة هويلا وعلاقتها بمستوى

القدرة التنافسية الإقليمية، ومعرفة الطرق والأساليب التي تحافظ على الكفاءة البشرية وتنميتها وتقييمها بشكل فعال ومنطقي، وتوصلت إلى النتائج التالية :

- تعمل إدارة الكفاءات البشرية على ضبط التقدير الكمي والكيفي للمورد البشري في مقاطعة هويلا ترتكز القدرة التنافسية في مقاطعة هويلا على اكتساب الكفاءة البشرية باعتبارها المركز التنافسي المستدام.
- توفر تنمية الكفاءة البشرية القدرة على الاستجابة للتطورات الطارئة على القطاع الزراعي والإنتاجي لمقاطعة هويلا.

التعليق: اعتبرت هذه الدراسة أن إدارة الكفاءات هي مركز تنافسي مستدام، كما ركزت على الكفاءات في القطاع الزراعي فقط.

2. الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت جودة الخدمات الصحية

- دراسة للباحث عدمان مريزق، 2017-2018، بعنوان " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية- دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة"، أطروحة دكتوراه علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، تضمنت الدراسة الإشكالية الرئيسية حول ما هو واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة؟، وهدفت هذه الدراسة إلى إبراز مشاكل القياس التكاليفي في مجال جودة الخدمات الصحية، والوصول إلى الأولويات الخاصة بمشاكل جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية حيث يمكن توفير سبل العلاج، وعرض أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر كخطوة أولى، من أجل اقتراح الحلول لمعالجتها، عرض واقع جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية، والتطرق للمؤشرات الصحية في الجزائر التي تنذر بوجود مشاكل يجب الالتفات إليها، وأهم النتائج المتصل عليها من خلال الجانب النظري لهذه الدراسة تتمثل في إشراك المتعاملين خاصة الطاقم الطبي في تصميم إصلاح القطاع الصحي، من أجل تسهيل العملية، وإشراك كل المتدخلين والاهتمام بهم، وكما يعتبر اختيار الرجال الذين سوف يسيرون ويتابعون وضع الإصلاحات مهم جدا، وذلك بتحديد الجمهور المستهدف والوسائل، بالإضافة للموارد البشرية الواجب تجنيدها بهدف التنفيذ، و أما فيما يخص أبرز النتائج المتحصل عليها من خلال الجانب الميداني لهذه الدراسة في حصر الباحث جملة من المشاكل باختلاف وجهات النظر فمن وجهة نظر المرضى (عد تكفل الطاقم شبه الطبي بالمرضى وطول مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة، عدم رفاهية الأسرة ونظافة الغرف وعدم وجود الأكل)، أما من وجهة نظر الطاقم شبه طبي (قلة فرص التكوين المستمر، عدم ملائمة التكوين لاحتياجات المتكولين، وضعف التأطير وعدم وضوح نسبي للمهام ، وعدم الرضا عن ظروف العمل)، ومن ناحية أخرى (قلة إمكانيات التكوين المستمر، قلة توافر وسائل العمل والتنظيم، انخفاض مستوى الأجر ورداءة مستوى النظافة، وجود التهابات مكتسبة في المستشفى، ضعف التوعية بمشروع الإصلاح).

التعليق: أكدت الدراسة أن نجاح الإصلاح والقضاء على الاختلالات الصحية في القطاع الصحي يترتب على موارد بشرية مؤهلة، والعمل على تمكينهم وإشراكهم في بناء الاستراتيجية الصحية للمؤسسة والنظام

الصحي ككل، والسعي على تطويرها لتحقيق توقعات المرضى وذلك بالاعتماد على التكوين المستمر، وكذلك استخدام الباحث المنهج الوصفي التحليلي لدراسة موضوع الدراسة وتحليل العلاقة بين المتغيرات.

_ دراسة للباحثة زان مريم 2016-2017، بعنوان "الجودة في الخدمات الصحية- دراسة مقارنة بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة في الجزائر"، أطروحة دكتوراه تخصص إدارة الموارد البشرية، كلية العلوم السياسية، قسم التنظيم السياسي والإداري، جامعة الجزائر 3، تضمنت الدراسة الإشكالية الرئيسية حول أسباب وعوامل لجوء المرضى إلى استخدام المؤسسات الاستشفائية الخاصة المدفوعة التكاليف بدلا من خدمات المؤسسات الاستشفائية العمومية رغم مجانيتهما؟ وما أثر أبعاد جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية في القطاعين العمومي والخاص في الجزائر على رضا المستفيدين منها؟، وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهمية الخدمات الصحية من خلال تحديد دور الصحة وتأثيرها على التنمية، وتحديد الأسباب التي تدفع المرضى إلى التوجه للعلاج بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة سواء كان بشكل البحث عن الجودة أو بشكل اضطراري، ومعرفة وجهة نظر المرضى حول الخدمات الصحية المقدمة لكلا القطاعين وتقييمهم لمستوى جودتها، ومن ثم المقارنة باستخدام استبيان، وفي الأخرى التعرف بإشكالية الصحة في بلادنا، وأبرز النتائج المتحصل عليها من خلال الجانب التطبيقي لهذه الدراسة نستعرضها فيما يلي :

-إن المشاكل والضغوطات التي يواجهها المريض في الحصول على الخدمة الصحية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية تعد من العوامل الرئيسية التي تدفعه إلى التوجه للعلاج في المؤسسات الاستشفائية الخاصة؛

- رغم المشاكل والنقائص التي تطبع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي العمومي، إلى أن هذه الأسباب المختلفة لا يزال الكثير من المرضى يتوجهون إلى مؤسساته قبل التوجه إلى القطاع الخاص، لذا يجب العمل على تحسين ظروف تقديم الخدمات وتوفير الوسائل والشروط المواتية للتكفل الأحسن بالمريض في القطاع العمومي، كما لا يجب إهمال دور القطاع الخاص كقطاع فعال في تقديم الخدمات من خلال تنظيمه ومراقبة تسييره؛

-وجود المشاكل والعراقيل في المؤسسات الاستشفائية العمومية لا يفتح المجال لإقصائها أو تهميش دورها فهذه المؤسسات موجودة ويجب أن تبقى وتستمر وتتطور لأنها تؤدي دورا بالغ الأهمية في تمكين شريحة كبيرة المواطنين من الحصول على الخدمات الصحية وبصفة مجانية، بينما الخدمة التي يقدمها القطاع الخاص ذات تكلفة مرتفعة تعتبر محمودة لفئة قليلة من أفراد المجتمع؛

-لبناء منظومة صحية عصرية وقادرة على تقديم خدمة صحية ذات جودة يجب على الدولة الاهتمام بالموارد البشري، وهذا يتطلب في بناء قدرات الأفراد العاملين في هذا القطاع الهام لتحقيق الفائدة القصوى من الإمكانيات المتاحة له، فنجاح الإصلاحات مرهون بكفاءة المورد البشري وإرادتها وقوة هذه المنظومة الصحية من قوة موردها البشري، وهو ما يحتاج إلى إعطاء أهمية قصوى للتعليم الطبي والتكوين الفعال

لمهني الصحة، وبناء نظام حوافز يستجيب لتطلعاتهم ويرفع مستويات الرضا الوظيفي والولاء التنظيمي والاداء من أجل ضمان المشاركة في عملية الإصلاح وعدم معارضتها.

التعليق: استخدام الباحثة في الدراسة على استبيان وتحليله واختباره بالأداة الإحصائية spss التي تبين العلاقة بين المتغيرات وهو ما يتفق مع دراستنا ، كما ركزت على المؤسسات ذات الطابع الاستشفائي دون غيرها لعرفة واقع الخدمة الصحية.

-**دراسة الباحث خالد عوض الأحمري، 2014**، بعنوان "جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المريض في المملكة العربية السعودية: دراسة متعددة المستويات"، أطروحة دكتوراه في الفلسفة، كلية الإدارة الصحية وعلم الأنظمة، تضمنت الدراسة **الإشكالية الرئيسية** التالية: ماهي الأساليب والأدوات الحديثة لقياس جودة الخدمات الصحية السعودية مع مراعات وجهة نظر المريض؟ و**هدفت** هذه الدراسة إلى معرفة مستوى قياس الرعاية الصحية من وجهة نظر المريض، وتحديد جودة الرعاية الصحية السعودية، ومعرفة متطلبات رفع أداء النظام الصحي من خلال الاستعانة بالاستبانة المكونة من 600 مريض وافد على الرعاية الصحية بالمنظمات الصحية السعودية، وتوصلت إلى **النتائج** التالية :

- تساهم الخبرة المهنية لمقدمي الخدمات الصحية بالمنظمات السعودية على تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية وتحقيق رضا المرضى الوافدين إليها؛

- تساهم الثقافة التنظيمية والقيم الاجتماعية في المنظمات السعودية على خلق الأمان والرفاهية للمرضى؛

- توجد علاقة قوية وإيجابية بين مستوى قياس الخدمات الصحية ورضا المرضى.

التعليق: ركزت الدراسة على واقع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، حيث اعتمد الباحث على استبيان يتكون من 600 مريض وهذه تعتبر عينة صغيرة بالمقارنة بعدد المستشفيات في المملكة، واعتبرت أيضا أن الخبرة المهنية المقياس الوحيد الذي ساعد على تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية مع إهمال المقاييس الأخرى.

- دراسة للباحثة "Fentianah Azziz. A" 2012، بعنوان "تأثير كفاءة التمريض على جودة رعاية التمريض والسلامة التمريضية"، أطروحة دكتوراه تخصص الإدارة الصحية، بجامعة فونيكس بولاية أريزونا بالولايات المتحدة الأمريكية، تضمنت الدراسة **الإشكالية الرئيسية** التالية: كيف يمكن أن يتم تحسين جودة الرعاية التمريضية وضمان ممارسة التمريض الآمنة في مرافق الرعاية الصحية بالمملكة العربية السعودية؟ و ما مدى تأثير الكفاءة البشرية التمريضية على جودة الرعاية التمريضية وسلامة ممارسة التمريض؟، و**هدفت** الدراسة الوصفية التحليلية إلى تحديد مستويات كفاءة 250 ممرضة عاملة في مستشفيات وزارة الصحة في المنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية، وكذلك اختبار النظرية القائلة بأن كفاءة التمريض لها تأثير على جودة الرعاية التمريضية وسلامة ممارسة التمريض، فاستخدمت الدراسة الكمية الوصفية ستة كفاءات بشرية أساسية للتمريض لتحديد ما إذا كان الممرضون لديهم القدرة والمهارة على تأدية وظائفهم بكفاءة وأمان استنادا إلى معايير ممارسة التمريض، وتضمنت هذه الكفاءات الأساسية المختارة عن (قدرة الاستجابة للطوارئ، معرفة مكافحة العدوى، مهارات السلامة البيئية، مهارة سلامة المواد الخطرة، معرفة إدارة الدواء، مهارة منع

الوقوع في المشاكل)، وتم اختبار الفرضيات المحددة مسبقا بالاعتماد على الاستبيان الموزع للعينة المتواجدة في مستشفيات المنطقة الشرقية للمملكة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- يساعد نموذج كفاءة التمريض في تحديد الثغرات في ممارسة المعارف والمهارات والمواقف التمريضية، وتحديد برامج التدريب المطلوبة، والتخطيط لتطوير وتوظيف مهن التمريض في المستقبل؛
- مكنت الدراسة من التحقق بوجود إمكانية تأثير الكفاءة البشرية التمريضية على جودة الرعاية التمريضية وسلامة ممارسة التمريض من خلال عينة من المجتمع في المملكة العربية السعودية؛
- يعدّ نموذج الكفاءة في وزارة الصحة الذي تم بحثه في هذه الدراسة فعال في تحديد مستويات كفاءة المعارف والمهارات والمواقف بين الممرضات السعوديات والمغتربات المشاركين في العمل في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة في المنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية.

التعليق: قيام الباحثة بالاستعانة بالاستبيان وأخذ عينة تتكون من 250 وهي عينة صغيرة الحجم بالمقارنة بالمستشفيات السعودية، كما اعتبرت أن كل فرد يتميز بالمهارة والمعرفة والقدرة لديه الكفاءة وهذا ما ينطبق مع دراستنا النظرية، وأيضا اعتبرت الباحثة ان مهنة التمريض مرتبطة بالكفاءة .

- ما تميزت به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

لقد تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، بما يلي:

- ✓ في حدود علم الطالبتين تعتبر هذه الدراسة أولى الدراسات التي تناولت أثر الكفاءات خاصة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية .
- ✓ تعتبر الدراسة الحالية مكملة لما جاءت به الدراسات السابقة، حيث نسعى للاستفادة من النتائج المتوصل إليها من الدراسات السابقة والعمل على تثمينها بما يتناسب مع معرفة أثر الكفاءات على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية.

تاسعا: هيكل الدراسة

في إطار إنجاز هذه الدراسة المعنونة بـ: " أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية، تكمن في المحاولة للإجابة على الاشكاليات الفرعية وسعيا لإثبات صحة الفرضيات المتوقعة من عدمها، تتناول الدراسة من خلال ثلاث فصول، الفصلين الأول والثاني تضمن الجانب النظري، أما الفصل الثالث يخص الجانب التطبيقي، وهذا بغية الإلمام بجوانب الدراسة قدر الإمكان، وتتضمن هذه الفصول ما يلي:

- 1- الفصل الأول:** "الإطار النظري حول إدارة الكفاءات المحورية"، يتمحور هذا الفصل حول ثلاث مباحث يتضمن المبحث الأول على التأصيل النظري حول الكفاءة حيث تم التطرق إلى مفهوم الكفاءة وعلاقتها بمفاهيم إدارية مختلفة مبرزا خصائصها والاشارة إلى أبعاد ومستويات الكفاءة وأنواعها وأهميتها، وتحديد مؤشرات قياسها وتقييمها، أما المبحث الثاني، يتمحور على إدارة الكفاءات مشيرا إلى المفهوم والأهمية الاستراتيجية لإدارة الكفاءات ومبادئ ومراحل ودورة حياتها، وأيضا متطلبات وعوائق إدارة الكفاءات، أما المبحث الثالث فخصص لإدارة الكفاءات المحورية، مبرزا مفهوم والفرق بين الكفاءات والكفاءات المحورية

أهميتها، خصائصها، شروطها، أساليب تعزيزها، وكذلك تنمية الكفاءات المحورية من خلال المفهوم والخصائص والأبعاد والأهداف و الأهمية.

2- الفصل الثاني: عنوانه: "الاطار النظري لجودة الخدمات الصحية"، احتوى هذا الفصل على ثلاثة مباحث، يتضمن **المبحث الأول** على الخدمات الصحية مشيرا إلى مفهوم الخدمة والصحة ومفهوم الخدمة الصحية معا وخصائص الخدمات الصحية ومحدداتها وأيضا مؤشرات قياسها وأنواعها، أما **المبحث الثاني** فتمحور على جودة الخدمات الصحية، مبرزا مفهوم جودة الخدمة وتطورها التاريخي وكذلك أهدافها وأبعادها ومستوياتها وأيضا أساليب قياسها، أما **المبحث الثالث:** فيرتكز على واقع المنظومة الصحية في الجزائر، مبرزا التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر وهيكله خدماته الصحية وأيضا علاقة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية.

3- الفصل الثالث: عنوانه "دراسة ميدانية للمؤسسة الاستشفائية المختصة الشهيد شعبان موسى وادي العثمانية"، تم التطرق في **المبحث الأول** الى لمحة عن المؤسسة الاستشفائية المختصة الشهيد شعبان موسى وادي العثمانية، نشاطها وامكانياتها وكذلك هيكلها التنظيمي، كما أشرنا في **المبحث الثاني** الى الاجراءات المنهجية للدراسة وأبرزنا حدود الدراسة، وفي **المبحث الثالث** حاولنا عرض وتحليل نتائج الدراسة ، تفسيرها واختيار الفرضيات.

الفصل الأول: الاطار النظري حول إدارة الكفاءات المحورية

تمهيد.

المبحث الأول: الإطار النظري للكفاءة.

المبحث الثاني: الإطار النظري لإدارة الكفاءات.

المبحث الثالث: أساسيات إدارة الكفاءات المحورية.

خلاصة الفصل الأول.

تمهيد:

يندرج في هذا الفصل موضوع الكفاءات المحورية والتي تشكل أصلا من أصول المنظمة غير ملموسة، والتي عرفت اهتماما متزايدا في وقتنا الحالي، ولمواجهة مختلف هذه التحولات تسعى معظم المنظمات إلى تفعيل إدارتها على أساس الكفاءة، مما يسمح لها بمسايرة التحولات المختلفة. ما دفع إلى اقتناع الإدارة بضرورة إدارة الكفاءات التي تعتبر مصدرا حقيقيا للقيمة وميزة تنافسية وجب على المنظمات المحافظة على مكانتها واستمراريتها، لهذا أصبحت المنظمات في وقتنا الحالي تبحث عن الكفاءات التي تحمل لواء البحث والاستكشاف والتغيير والابتكار، لما لها من مهارات ومعارف وقدرات.

ونظرا للدور الاستراتيجي الذي أصبحت تتميز به الكفاءات وما تحققه من تميز للمنظمات، فإن هذه الأخيرة جعلت الاستثمار في الكفاءات من أولوياتها لأنها تعتبره الاستثمار الدائم والحقيقي لها. وعليه أصبح موضوع الكفاءة يمثل أبرز المواضيع التي جلبت اهتمام الباحثين والمنظمات.

وقصد الاحاطة بالاطار النظري حول إدارة الكفاءات المحورية وإزالة الغموض الذي يحيط بمفهوم الكفاءات المحورية، سوف يتم التطرق في هذا الفصل إلى ما يلي:

- المبحث الأول: الإطار النظري للكفاءة.
- المبحث الثاني: الإطار النظري لإدارة الكفاءات.
- المبحث الثالث: أساسيات إدارة الكفاءات المحورية.

المبحث الأول: الإطار النظري للكفاءة

تحتل الكفاءات مكانة أساسية في استراتيجية المنظمة، وفي تسيير وتأهيل مواردها البشرية باعتبارها مؤشرا مهما للموارد غير الملموسة، والتي تمثل الكفاءات والمعارف أساسها، وسنحاول في هذا المبحث إعطاء مفاهيم للكفاءات ومؤشرات قياسها وتقييمها.

المطلب الأول: مدخل مفاهيمي للكفاءة

تشتمل الكفاءة على مفاهيم متعددة وكثيرة، لذلك سنتطرق في هذا المطلب إلى مفهوم الكفاءات وعلاقتها ببعض المفاهيم الأخرى وكذلك أبعادها ومستوياتها.

أولاً: مفهوم الكفاءة

إن مصطلح الكفاءة في عصرنا هذا كثير التداول ولا يمكن الاستغناء عنه في جميع العلوم سواء كانت إنسانية أو اجتماعية أو علمية.

وترجع كلمة الكفاءة من أصل يوناني **compétent** وتعني ما يتأقلم مع...¹

ويعود أول استخدام له إلى سنة 1920 في مجال علم النفس، ثم بدأ في البروز شيئاً فشيئاً في عدد من البحوث الإدارية، ومن بين أهم المفاهيم ما يلي:

1. تعريف الكفاءة لغوياً واصطلاحاً:

1-1 لغوياً: ورد تعريف الكفاءة لغة " كفاءة": كفاءة على الشيء مكافأة وكفاءة جازاه والكفاءة: النظر والمساوي".² أي الكفاءة هو النظر والمساوي، فهي استعداد على قوة القيام ببعض الأفعال.

1-2 اصطلاحاً: اختلف الباحثون في تحديد مفهوم مشترك للكفاءات، مما يمنحها معاني مختلفة، وهي كالتالي:

عرفها كل من **BOYE و ROPERT**: الكفاءة على أنها "القدرة على التحرك والعمل في محيط مهني ويتمثل في المقارنة **convergence** بين مهارات متحكم فيها، وقدرات فردية كامنة وتنظيم العمل الذي يمنح شرعية ممارسة معرفة معينة، وهي خاصة مرتبطة بالفرد أكثر من ارتباطها لتنظيم العمل".³ كما عرفها **MICHEL LEDRU**: أنها "القدرة على حل المشاكل المهنية ضمن إطار معطى كما أنها نتيجة لإستخدام المعلومات، وتقنيات معالجة المعلومة ضمن بيئة معينة وغير مستقرة".⁴

¹ Cuy le boterf **De la competencem :essai sur un attracteur etrange les edutions dorganisation**.2éme tirage.paris.1995.p20.

² ابن منظور، لسان العرب، ذو الجبل، بيروت، مجلد الخامس، 2000، ص269.

³ عبد الفتاح بوخمخ، شابونية كريمة، تسيير الكفاءات ودورها في بناء الميزة التنافسية، الملتقى الدولي الثالث حول تسيير المؤسسات، المعرفة الركيزة الجديدة والتحدي التنافسي للمؤسسات الاقتصادية، 11-12-13/2005، جامعة محمد خيضر بسكرة.

⁴ D.jedticzka.G.delahaye. **compétence et alternances**, édition laisons, 1994,p31.

ويعرفها **STABLER AND HIRSCH**: الكفاءة بأنها "مجموعة من المعارف والمهارات والخبرة والسمات والسلوك التي يحتاجها الفرد لأداء العمل بفعالية".¹

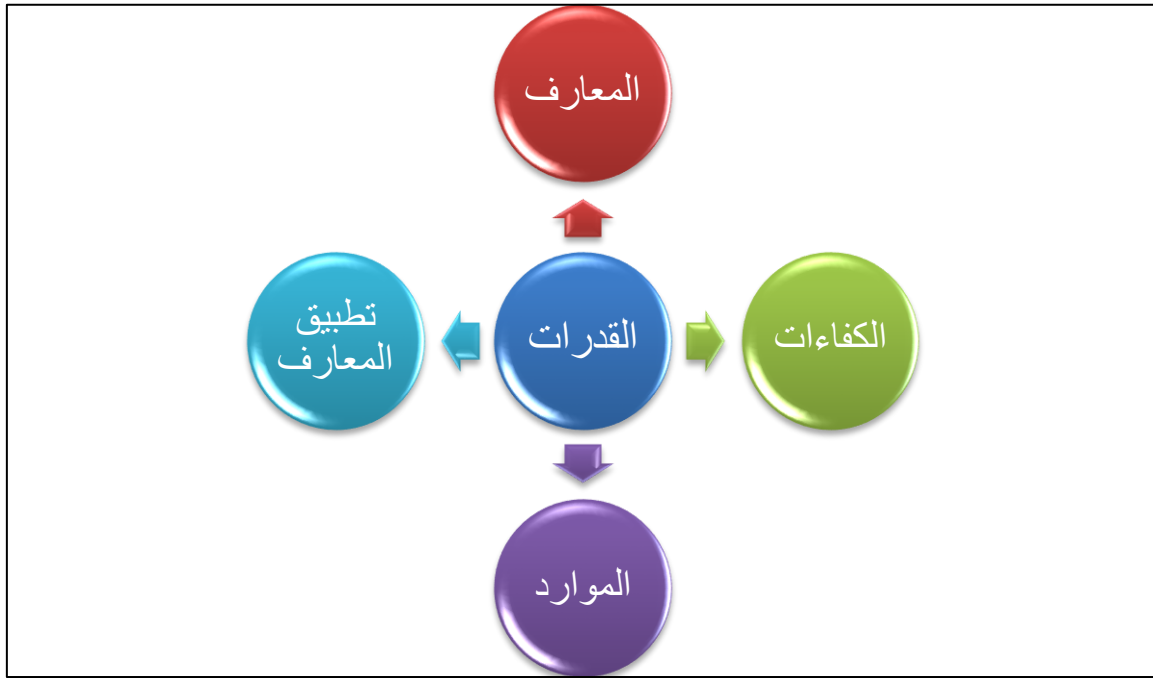
ويعرفها أيضا **ANDIJ**: أن مفهوم الكفاءة يقصد به: "تطبيق المعرفة والمعرفة الفعلية لتحقيق نشاط علمي كما يمكن ملاحظة الكفاءة بموضوعية انطلاقا من منصب العمل، حيث يمكن تثبيتها من خلال الاداء المهني".²

وعرفها أيضا **NANDA**: أنها الكفاءات قدرات وعرفت القدرات بالكفاءات.

وأیضا **CHASSANG**: اعتبر مصطلح القدرة أشمل من الكفاءة، وعرف القدرة الاستراتيجية على أنها أهلية جماعية مميزة تساهم مباشرة في أفضلية وضعية المنظمة.

ولتقادي الغموض بين المصطلحين وضع **TARANDEAU** نموذج الكفاءات القدرات والموارد كما يلي:³

شكل رقم (01): نموذج الكفاءات القدرات والموارد



المصدر: عبد المليك مزهودة، المقاربة الاستراتيجية لموارد المؤسسة أداة لضمان نجاعة الأداء، مداخلة مقدمة للمؤتمر العلمي الأول، جامعة الجزائر حول أهمية ونجاعة الأداء للاندماج الفعلي في الإقتصاد العالمي، جوان، 2003، ص12.

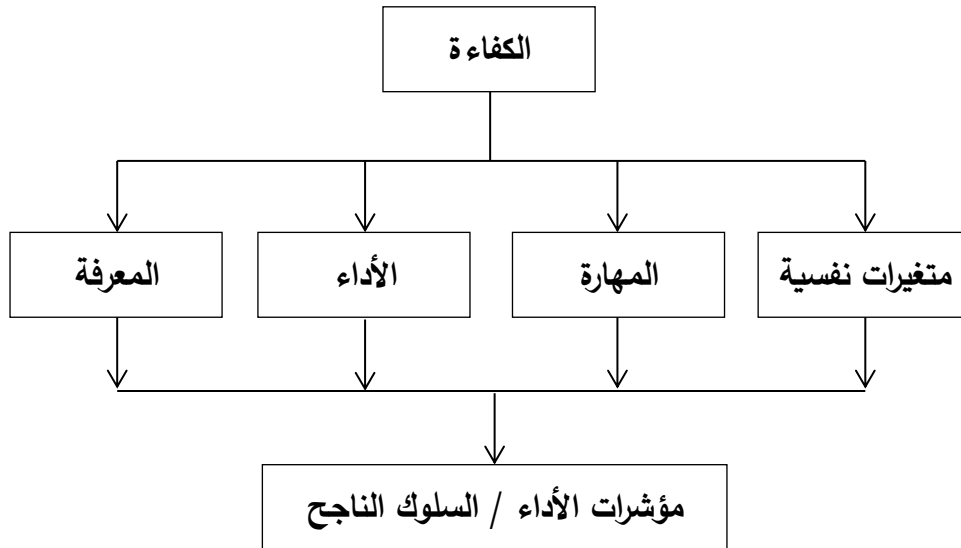
ومنه يمكن القول أن الكفاءة هي القدرة المتميزة على تحويل المعارف المكتسبة والمواقف الشخصية إلى معرفة علمية، تطبق في إنجاز الأعمال تحقيق الاهداف المبتغاة.

¹ Sylvia Horton **The competency movement**, international institute administrative sciences monographs, vol 19, july, 2002, p4.

² فاطمة الزهراء بوكرمة، الكفاءة مفاهيم ونظريات، دار هومة للنشر، الجزائر، 2008، ص139.

³ عبد المليك مزهودة، المقاربة الاستراتيجية لموارد المؤسسة أداة لضمان نجاعة الأداء، مداخلة مقدمة للمؤتمر العلمي الأول، جامعة الجزائر حول أهمية ونجاعة الأداء للاندماج الفعلي في الإقتصاد العالمي، جوان، 2003، ص 12.

كما أشار **PHILLIPE PERENARD**: في دراسة له أنها "تجنيد لمجموعة من الإمكانيات المعرفية والمهارات والقدرة الذاتية لمواجهة فئة من الوضعيات والمشكلات بدقة وفعالية".¹ ويعرف **PERETTI**: الكفاءة هي أنها "معارف وسلوكيات ومهارات متحركة أو قابلة للتحريك".² ويشير **CAIRD** أن مفهوم الكفاءة هو "مجموع المعرفة والمهارة ومتغيرات شخصية التي تخص السلوك الناجح في مجال معين، ويدعم ذلك بالشكل التالي".³ الشكل رقم (02): بنية تمثيلية لكفاءة المنظمة.



المصدر: صولح سماح، دور تسيير الكفاءات في بناء الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية دراسة حالة مؤسسة المطاحن الكبرى للجنوب، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، بسكرة، 2008، ص39.

كما توجد تعاريف أخرى منها:

الكفاءة تعني "تحقيق العمل المراد إنجازه، وذلك إما بتحقيق أقصى المخرجات من مدخلات معينة أو بتحقيق أدنى المدخلات لمخرجات محددة، وترتكز الكفاءة أساسا على مفهوم الاستعادة القصوى من الموارد المتاحة بأقل التكاليف".⁴

وتعرف كذلك بأنها "المعرفة والمهارة والقيم، ومنهج التفكير المطلوب لتنفيذ نشاط مهم لإنجاح حياة الفرد المهنية والشخصية، والقدرة على المواجهة والإحاطة بمستويات الإتقان الحالي".⁵

¹ عبد الحميد حامدي، دور الكفاءات الوظيفية في تدعيم الاستراتيجية التنافسية للمنظمات المعاصرة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، جامعة بسكرة، 2015، ص22.

² J.M.peretti, **dictionnaire des ressources humaines**, edition vuibert, paris, 1999, p58.

³ صولح سماح، دور تسيير الكفاءات في بناء الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية دراسة حالة مؤسسة المطاحن الكبرى لوماش، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، بسكرة، 2008، ص39.

⁴ عبد الصمد سميرة، دور الاستثمار في رأس المال البشري وتطوير الكفاءات في تحقيق الأداء المتميز بالمنظمات: دراسة حالة شركة الاسمنت عين توتة بباتنة، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2016، ص52.

⁵ Tai lee ming, **the influence of workers competencies on job performance of royal malaysian customrs department**, the sis phd university utara, malaysia, december, 2011, p89.

كما تعرف أيضا أنها: عبارة عن قدرة مركبة لا تتضمن القدرة على المعرفة أو مهارة ما أو اتجاه ما بل تكون مركبة بشكل يتضمن كل منهما، وهذا ما أدى إلى أداء العمل.

وهو أيضا "عبارة عن مجموعة من الجهود والسلوكيات والمهارات المتداخلة مع مجموعة من أنشطة المؤسسة، بغرض إنشاء موارد جديدة للمؤسسة لا تحل محل الموارد بل تسمح بتطويرها وتراكمها".¹

تعرف الكفاءة أنها "مجموعة قوائم أو فهارس للمهارات والسلوكيات التي يتحكم فيها بعض الأشخاص أكثر من الآخرين مما يجعلهم أكثر كفاءة في وضع معين".²

والكفاءة تعني أيضا "إنجاز عمل بأقل جهد ضائع أو فاقد".³

ومنه نستخلص أن الكفاءة هي موجودات غير ملموسة والتي تشكل مجموعة من المعارف والقدرات والمهارات المتاحة للموارد والتي تحقق أقل مستوى للتكلفة مع ضمان جودة مخرجات المنظمة.

ثانيا: الكفاءة وعلاقتها ببعض المفاهيم الإدارية

اختلفت المفاهيم المتعلقة بالكفاءة من باحث لآخر، ولتقليص الالتباس والخطأ، سنحاول إبراز علاقتها ببعض المفاهيم كما يلي:

1. الكفاءة والمهارة:

يتم الخلط كثيرا بين المهارات والكفاءات، فالمهارة ناتجة عن كل من الممارسة والخبرة، فالممارسة تؤدي إلى الخبرة، وهذه الأخيرة تؤدي إلى بناء المهارات.⁴

كما تعرف أيضا بأنها "مجموعة محصورة ضمن كفاءات معينة، تنتج عموما عن حالة التعلم وهي عادة ما تهيأ من خلال استعدادات وراثية، أما الكفاءات فهي مزج بين المهارات والمعارف والسلوكيات".⁵

2. الكفاءة والقدرة:

القدرة تتمثل في بعض الإنجازات والتي ترتبط مع بعضها البعض في خاصية معينة، فمثلا يمكن للمتعلم أن يقوم بإنجاز سلوكيات متعددة في مجالات مختلفة.

3. الكفاءة والاستعداد:

قدرة ممكنة، أي وجود بالقوة، أو أداء متوقع سيتمكن الفرد من إنجازه فيما بعد عندما يسمح بذلك عامل النمو والنضج أو عامل التعلم، والاستعداد كأداة يمكن على أساسه التنبؤ بالقدرة على المستقبل والاستعداد هو نجاح كل نشاط، سواء تعلق ذلك بمهمة أو سلوك معقد أو تعلم أو تمرن على مهمة ما فإنه يتطلب الفرد التحكم في القدرات والتحفيزات الملائمة.

¹ Cuy le boterf, **construire les compétence individuelles et collectives**, edition d'organisation, paris, 2011, p89 .

² ياسر مرزوقي، دور إدارة الكفاءات في تعزيز الميزة التنافسية لمؤسسات الصناعات الدوائية الجزائرية: دراسة حالة مجمع صيدال، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة الجزائر 3، 2014، ص 57.

³ ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، ط1، دار اليازوري للنشر، عمان، الاردن، 2012، ص 183.

⁴ اسماعيل حجازي، **مصنوفة الاستثمارات بيوسطن كأداة لمتابعة المسار الحرفي وتقييم الكفاءات**، مؤتمر دولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، 2005، ص ص 119-120.

⁵ قاسي ياسين، غردي محمد، دور رأس المال الفكري في تنمية الكفاءات البشرية لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسة الجزائرية، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، جامعة البليدة 2، عدد ثاني، ديسمبر، 2010، ص ص 88-89.

كما تعتبر القدرات أشمل من الكفاءات، حيث تعرف بأنها كل ما يجعل الفرد قادراً على فعل شيء ما ومؤهلاً للقيام به وإظهار سلوك أو مجموعة من السلوكيات تتناسب مع وضعية ما، أما الكفاءات فهي الكيفية التي يستغل بها الفرد قدراته.

4. الكفاءة والإنجاز:

الإنجاز هو ما يتمكن الفرد من تحقيقه أنياً من سلوك محدد.

5. الكفاءة والسلوك:

يشمل نشاط الإنسان وحتى الكائن الحي في تفاعله مع بيئته من أجل تحقيق أكبر قدر من التكيف معها، والسلوك بهذا المعنى، يشمل مختلف أنشطة الفرد، بل إن حتى الجماعة الصغيرة أو الكبيرة يكون لهما سلوك يميز خصائصها ويعبر عن أفكارها ومعتقداتها ومبادئها ... إلخ. وهناك أيضاً مفاهيم مرتبطة بالكفاءة وهي:¹

6. الكفاءة والاحتراف:

في الواقع إن مفهوم الكفاءة غير ملموس، ولكن الشيء الملموس هم الأشخاص الأكثر أو الأقل كفاءة فكلمة احتراف تتوافق مع مدى القدرة على التحكم في الحالات المهنية التي يمكن للفرد مواجهتها معا وبهذا فالاحترافية تعكس مستوى تحكم الفرد في قدراته أثناء عمله.

7. الكفاءة والتأهيل:

يعتبر التأهيل كصندوق يكتسبه الفرد من خلال التجربة أو عن طريق تكوين مهني، فإذا كان التأهيل مجموع عناصر مشكلة هذا الصندوق، فإن الكفاءة ماهي إلا طريقة استعمال لهذا الصندوق من قبل الفرد.

8. الكفاءة والموارد:

تشمل الموارد جميع الموجودات التي تملكها المنظمة، والإمكانات والمهارات المالية، البشرية والمعرفية... إلخ، وبهذا تشمل مجموع الأصول الملموسة وغير الملموسة، إذ تتمثل الموارد غير الملموسة في المصانع، التجهيزات، المواد الأولية... إلخ، أما الموارد غير الملموسة تتمثل في سمعة المنظمة وثقافتها والكفاءات والمعارف...²

وبهذا يظهر أن الكفاءات هي مورد من موارد المنظمة غير الملموسة.³

¹ Christian batal, **la gestion des ressources humaines dans le secteur public**, tome2, édition d'organisation, paris, 1998, p252.

² طاهر محسن منصور الغالبي، وائل محمد صبحي ادريس، الإدارة الاستراتيجية منظور متكامل، دار وائل للنشر، عمان، 2007، ص299.

³ زهية موساوي، خديجة خالدي، نظرية الموارد والتحديد في التحليل الاستراتيجي للمنظمات، الكفاءات كعامل لتحقيق الأداء المتميز للمنظمات

والحكومات، المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 2005، ص174.

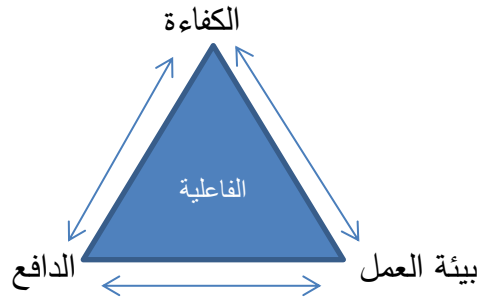
9. الكفاءة والخبرة:

الخبرة هي نوع من المعرفة، فتحصيل تراكم الأعمال السابقة تشكل الخبرة، والتي بدورها تساهم في إنتاج وتحقيق الكفاءات الحالية والمستقبلية، فهي عنصر أساسي في تفعيل الكفاءات.¹

10. الكفاءة والأداء:

الأداء "performance" يقصد به الجمع بين الفعالية "efficacite" والفاعلية "efficience". فهذه الأخيرة تعرف بالاستعمال الأمثل للموارد، أما الفعالية يقصد بها مدى تحقيق الأهداف في ظل الوسائل المتاحة، وعليه فالأداء هي الاستعمال الأمثل للموارد المتاحة للوصول إلى الأهداف المسطرة. هناك من يخلط بين مفهوم الكفاءة والفاعلية والتي تمثل أحد جوانب الأداء، حيث أن الكفاءة تعتبر عنصر من عناصر الفاعلية، وهذا بالتداخل مع مجموعة عناصر أخرى، كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (03): عناصر الفاعلية



Source: claire beyou, **manager les compétence**, édition laisons, paris, 2003, p 38.

ومنه يمكن القول أن هناك علاقة بين مفهومي الكفاءة والأداء، فالأداء الناجح يستوجب توفر الكفاءات، وهو نتيجة تطبيق الكفاءات من قبل الأفراد، ولكن فقد تتوفر لدى المنظمة كفاءات جيدة لأفرادها ولكن الأداء يكون ضعيف، ولهذا على المنظمة أن توازن بين الكفاءة وتوزيع الأدوار بطريقة جيدة.

ثالثاً: خصائص الكفاءة، أبعادها ومستوياتها

للکفاءة مجموعة من الخصائص والأبعاد وكذلك المستويات، والتي نحددها كالتالي:

1. خصائص الكفاءة:

تشكل الكفاءات أحد أهم الموارد النادرة بالنسبة للمنظمة لما تتمتع به من سرعة التكيف والتجاوب مع المتغيرات التنظيمية، تحقيق التمايز عن المنافسين، فالکفاءات مفهوم واسع متعدد الخصائص، ومن أهم الخصائص ما يلي:²

¹ اسماعيل حجازي، مرجع سبق ذكره، ص ص 119-120.

² اسماعيل السيد، **الإدارة الاستراتيجية**، المكتبة الجامعية الحديثة، الاسكندرية، مصر، 1998، ص 112.

1-1. ذات غاية:

يتم تشغيل المعارف والمهارات الكامنة لدى الكفاءات قصد تحقيق هدف محدد أو تنفيذ نشاط معين فالشخص يكون كفاء إذا استطاع تأدية هذا النشاط بصفة كاملة، وأن يحقق للمنظمة أقصى نجاح لها وتأكيد الغاية التي وجد لأجلها.

1-2. صياغتها بطريقة ديناميكية:

يتم معرفة نقاط القوة ونقاط الضعف لتدعيمها وتصبح المعارف والمكتسبات التي تتفاعل مع الكفاءة في حلقة مفرغة، كل ذلك يكون بشكل دوري ومستمر.

1-3. التجرد:

الكفاءة غير مرئية وهي كذلك مفهوم غير مادي ولكن نتائجه ملموسة، لا يمكن ملاحظة سوى الأنشطة والسلوكيات والتصرفات الممارسة والوسائل المستعملة فقط.

1-4. الكفاءة عبارة عن عملية:

الكفاءة ليست تأهب أو استعداد للتصرف إنما هي عبارة عن عملية " لأنها تنطوي على مجموعة من الوسائل والأدوات الخاصة بمعالجة المشاكل وهذا يتماشى مع المفهوم العام للكفاءة، فهي تتمثل في القدرة على استعمال المهارات، فلا تنحصر لا في الأداء المستهدف ولا في الموارد اللازمة لممارستها فهي تتعدى الإجراءات والعمليات التي توجه الأداء".¹

ومنه يمكننا فهم الكفاءة بأنها عملية لو تمكنا من الإجابة على سؤال " كيف نبني كفاءة؟"، ففهم وتتبع مراحل هذه العملية والفهم الجيد لها يقدم إمكانية جمع الشروط والمتطلبات اللازمة مما يساعد على نزع العوائق التي يمكن أن تعترضها.

1-5. الكفاءة عبارة عن نظام:

أكد فلورنت شنو على أن الكفاءة "قد تشترك في عنصرين على الأقل، وعلى هذا الأساس هي عبارة عن نظام جمع المعارف بمعناها الواسع من المعرفة، المهارات، التصرفات، وللنظام مدخلات، عمليات تشغيل، مخرجات".²

أ. مدخلات: مدخلات الكفاءة هي كل الموارد التي تساهم في بناء وممارسة الكفاءة سواء كانت ملموسة (توفر في المحيط المهني و التعليمي)، أو غير ملموسة (الموجودة لدى الأفراد كالمعارف...).
ب. عمليات التشغيل: فتقوم على الإتيان بالموارد وتنظيمها والتنسيق بينها، فالكفاءة تعرف عادة على أنها "مجموعة من القدرات التي تسمح بفهم الأوضاع المهنية، ومواجهتها بما يتلاءم معها"، وذلك عن طريقة التوجيه، طريقة التفكير، البرهان.. الخ، وغيرها من العمليات العقلية التي تساهم في فهم المعارف المختلفة واعتمادها لبناء معارف جديدة.

¹ Gilles, aymer, mobert, **caser le management des compétences**, la lettre de CEDIP en lignes, paris, n8, janvier, 1999,p8.

² Chenu florent, **vers une difinition opérationelle de la notion de compétence**, revue éducation permente , paris, 2005,n 162, p 201 .

ج. مخرجات: بعد القيام بعمليات التشغيل تظهر مخرجات متمثلة في النتائج التي تم التوصل إليها والتي تتجلى في نوعية وجودة الأداء وفاعليته.

1-6. تعدد الموارد:

جل المفاهيم التي تطرقنا إليها اتفقت على أن الكفاءة تتطلب مجموعة من الموارد، فهي تساعد على التصرف أو حل المشكلات المهنية بطريقة مرضية من خلال تجنيد مختلف القدرات، ومنه فإن نفس الموارد بإمكانها أن تساهم في بناء كفاءات متعددة وأن كفاءة واحدة قد تساهم في بنائها موارد متعددة¹، فلو تم التحكم على عاملان أن لهما نفس الكفاءة، فتحصيلهما لهذه الكفاءة يكون بطرق مختلفة وبدرجات جيدة ومتفاوتة.

1-7. التناسق والترابط:

الكفاءة هي ناتج عن التنسيق الملائم بين الموارد التي تكون مرتبطة بالأفراد أو البيئة المحيطة ومن جهة أخرى بين النشاطات والممارسات، "والقدرة على التنسيق هي كفاءة شخص في بناء كفاءات تتلاءم مع الظروف وجد للتفكير للاستفادة من المعارف المكتسبة من أجل تطوير معارف جديدة، كما لا ننسى بأن الخبرة أيضا تتطلب قدرة تنسيق كبيرة"².

1-8. الكفاءة ضمنية وصرحة:

يصبح الفرد كفاء من خلال اكتساب الكفاءة عن طريق التعلم من خلال التعليمات، فبعض الكفاءات تكون خاصة بالأفراد ولا يمكنهم التعبير عنها إلا من خلال تنفيذ مهمة ما، (هذا فيما يخص الكفاءة الضمنية).

1-9. الكفاءة مكتسبة:

فالفرد لا يولد كفاء لأداء نشاط معين، وإنما يكتسب ذلك من خلال ممارسته للنشاطات والخبرة المكتسبة من تجاربه في العمل أو إضافة للتدريب الموجه له³.

1-10. الكفاءة ظرفية:

حيث أنها تتقدم عند عدم استعمالها، لأن مصادرها الأفراد، فإذا لم يصرح لهم بإظهار كفاءاتهم ومهاراتهم تتلاشى، ومنه لا يتم الاستفادة منها من قبل المنظمة⁴.

2. أبعاد الكفاءة:

عند التعمق في تحليل الكفاءة تجدها مرتبطة بالمستوى الفردي والتنظيمي، حيث يلعب المستوى التنظيمي دور المنسق للكفاءات الفردية. أما على المستوى الفردي فقد تعددت الدراسات في تحليل كيفية

¹ <https://www.webcompetence.com/> visité 1/03/2020.,15 :00

² Le botref, cuy, **igénie et évaluation des competence.edition dorginisation**, paris,3éme édution ; 2001, p 44.

³ زهية موساوي، خديجة خالدي، مرجع سبق ذكره، ص ص08-09.

⁴ عبد الملوك مزهود، مرجع سبق ذكره، ص14.

تشكيل وتكوين الكفاءة ليأخذ مفهوم الكفاءة عدة أبعاد، وقد استطاع T.Durand الجمع بين عدة دراسات وبحوث لاستخلاص أن هناك ثلاث أبعاد للكفاءة.¹

ويمكن إبراز هذه الأبعاد فيما يلي :

1-1. المعرفة "Savoir":

المعرفة تتعلق بمجموع المعلومات المنظمة، تسمح لهذه الأخيرة بتوجيه نشاطاتها، و يمكن تعبئتها من أجل تقديم تفسيرات مختلفة، كما ترتبط أيضا بالمعطيات الخارجية وإمكانية استعمالها وتحويلها إلى معلومات مقبولة، والمعرفة سواء كانت ضمنية موجودة في عقول الموظفين، أو صريحة موجودة في قواعد وخزانات المعرفة المتواجدة على مستوى المنظمات فهي تعد من أهم مكونات الكفاءة، حيث توجد دائما معرفة وراء كل كفاءة.²

1-2. المهارة "savoir faire":

يتعلق الأمر بالقدرة على الإنجاز بصفة ملموسة، وفق مسار أو أهداف محددة. وهذا البعد لا يستبعد المعارف ولا يلغيها، لكن ليست شرط ضروري لتفسير المبررات، وهذا ما يجعل المهارة أكثر ضمنية من المعارف، إذ يصعب نقلها، وتجمع المهارات ثلاث أبعاد هي:

- أ. المهارات العملية "savoir faire opérationnel": تكتسب هذه المهارات أساسا من الخبرة المهنية لكن بإمكانها أن تكون موضوع تعلم، يسمح هذا النوع من المهارة للفرد بتنفيذ وإجراء العمليات الفعالة .
- ب. المهارات العلاقاتية "savoir faire relationnel": هي مجموع القدرات التي تسمح للفرد بمعرفة كيفية التصرف في سياق عمل خاص، فهي مكتسبة ليس فقط عن طريق السيرورة المهنية وإنما عن طريق احتكاك الفرد مع محيطه بصفة عامة، وأمثلة عن هذه المهارات: إدارة حوارها مع زبون غاضب أو العمل في فريق، التفاوض مع مسؤول.
- ج. المهارة الذهنية (التفكير الجيد) "savoir raisonner": هي عبارة عن مجموعة من العمليات الفكرية التي تهتم بتحقيق النشاطات البسيطة كالوصف، المقارنة، العد... إلخ. أو في العمليات المعقدة كتشكيل فرضيات، استنتاج النتائج، البرهان و غيرها. فيساهم هذا النوع في توليد معلومات جديدة انطلاقا من معلومات أولية.

ومنه نعتبر أن المهارة من أهم الموارد الغير ملموسة المتوفرة لدى الافراد، و تكتسب هذه المهارات في أماكن وأوقات مختلفة وليست فقط خلال المسار المهني، وكل المهارات التي يتم اكتسابها سيكون لها تأثير على تصرفات الأشخاص وسلوكياتهم.

¹ الحاج مداح عرابي، البعد الاستراتيجي للموارد والكفاءات البشرية في إستراتيجية المؤسسة، الملتقى الدولي الخامس : حول رأس المال الفكري ومنظمات الأعمال العربية في ظل الاقتصاديات الحديثة، جامعة حسبية بن بوعلی، الشلف، 2011، ص5.

² علي عبد الستار، عامر إبراهيم قنديلحي، المدخل إلى إدارة المعرفة، دار المسيرة، عمان، 2006، ص26.

1-3. الاستعداد:

يتمثل في قدرة الفرد على تنفيذ المهام، وممارسة كفاءته بتفوق، فهي ترتبط بإرادة الفرد وتشمل العناصر التي تتدرج تحت سلوكه وتحفزه لتأدية مهامه بطريقة جيدة، فالكفاءة تتطلب السيطرة على الاتجاهات السلوكية في ميدان العمل، ومن بين هذه الخصائص نجد روح المبادرة التي يتجلى بها الفرد الصرامة... إلخ.¹

3. مستويات الكفاءة:

تحدد الكفاءات في ثلاثة مستويات على النحو التالي:²

1-3. كفاءات التقليد:

تسمى بالمحاكاة وهي الكفاءات التي تسمح للعامل بإنجاز النشاط بتقليد كفاءات العمل أو التكرار بحيث يكون العمل أوتوماتيكيا يتم حسب إجراءات خاصة ومعروفة .

2-3. كفاءات الإسقاط:

تسمى أيضا كفاءات التحويل، بحيث يواجه الفرد وضعيات عملية غير متوقعة ولكنها تشبه نوعا ما وضعيات سابقة أو معروفة فيقوم بعمليات الإسقاط باللجوء إلى القياس.

3-3. كفاءات الإبداع:

يواجه الفرد مشاكل أو وضعيات جديدة لم يعرفها من قبل، في هذه الحالة لا يمكنه التقليد أو الإسقاط، بل يجب عليه البحث عن حلول مناسبة لهذه التطورات، فعليه أن يبدع إسنادا لرصيده المعرفي ومؤهلاته، حيث تسمح له بتحديد العناصر أو النقاط الأساسية للوضعيات، وهذا هو مستوى الكفاءات الذي تبحث عنه المنظمات لأنه يسمح لها بتحقيق مزايا تنافسية طويلة .

المطلب الثاني: تحديد أنواع الكفاءات في المنظمة

يمكن تقسيم الكفاءات إلى كفاءات أساسية وكفاءات تفاضلية ويتم تحديد كل منهم كما يلي:

أولاً: الكفاءات الأساسية والتفاضلية

1. الكفاءات الأساسية:

وتسمى أيضا بالكفاءات الجوهرية وتمثل ما تقوم به المؤسسة "على نحو أفضل مما تقوم به أية جهة أخرى ألا وهي الكفاءة المميزة للمؤسسة، ويمكن أن تكون كفاءة الشركة الجوهرية على شكل خدمة مميزة ذات نوعية أفضل أو سرعة أكبر في التسليم أو تكون التكلفة أقل".³

¹ أحمد مصنوعة، تنمية الكفاءات البشرية كمدخل لتعزيز الميزة التنافسية للمنتج التأميني، الملتقى الدولي السابع حول الصناعة التأمينية، الواقع

العملي وأفاق التطوير، تجارب الدول، الشلف، 3-4 ديسمبر 2012، ص 6.

² Jacques aubert, savoir et pouvoir, les compétences en question, edition presse universitaire de France, 1993, p16.

³ محمد عبد العال النعيمي، إدارة الجودة المعاصرة: مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات و الخدمات، دار اليازوري للنشر والتوزيع،

الأردن، 2009، ص ص 91-92.

قد تبذل مؤسسة ما جهداً لكي تكون الرائد في السوق بتصميمات إبداعية في حين تبحث مؤسسات أخرى عن النجاح ولكن تصل إليه بعد المؤسسة الأولى ولكن بنوعية أفضل، والكفاءات الأساسية يحتاج إليها الأفراد لكي يكونوا فعالين (أفراد فعالين) في أعمالهم، وتكتسب هذه الكفاءات بالتكوين والتطوير وهي:

1-1. المعارف:

تستخلص من مصادرها الإنسانية، كالمعرفة الموجودة عند الخبراء والمعرفة الموجودة في الوسائط الرقمية والمادية ونقلها وتخزينها لتصبح في الأخير تشكل قاعدة للمعرفة.

1-2. المؤهلات:

وتخص التثبيت السلوكي عن خبرة ما، مثل المؤهلات المتعلقة بتنظيم عتاد ورشة بطريقة منطقية حيث يحتاج ذلك إلى تنمية المهارات السلوكية وخبرات العمل الجماعي والمهارات القيادية والمرونة في تطبيق أساليب الإدارة وتنمية المهارات الفنية وأساليب وطرق العمل والمهارات الإشرافية وممارسة الأعمال اليومية وتقييم الأداء وتحديد المهارات الوظيفية وأساليب ونظم ترقية الأفراد.¹

وبناء على الخبرة والمعرفة تقدم الكفاءات الجوهرية "مزايا تنافسية قابلة لاستمرار ولهذا فمن النادر أن يطلق على المنتجات والتقنيات اسم كفاءات جوهرية لأن الفائدة المقدمة من طرف المنتجات والتقنيات قصيرة الأجل ويمكن للمؤسسة الأخرى شراؤها أو منافستها أو إدخال تحسينات عليها".²

1-3. الكفاءات الجوهرية (الكفاءات الأساسية):

يطلق اسم إجراءات وتتمثل في القدرة على عمل أشياء معينة بشكل أفضل من المنافس، فالمنتج الجديد ليس كفاءة ولكن عملية تطوير المنتج الجديد هي كفاءة جوهرية، مثلاً: شركة الفولاذ (بالفرنسية) تمتاز بانخفاض تكاليف منتجاتها وارتفاع التقنية فيها، بحيث كفاءتها الجوهرية ليست في مجال التقنية بل قدرتها على تحويل التقنية بسرعة إلى منتجات وعمليات جديدة، وفي الوقت الذي يقوم فيه منافس ما بتقليد التقنية الحالية لشركة، تكون هذه الشركة قد انتقلت قدماً إلى شيء آخر، وهذه الشركة تسمح للزوار بالتجوال داخل مصانعها بإرادتها ولكن لا يستطيعون هؤلاء أخذ أفضل ما تمتاز بصنعه إلى بيوتهم معهم.

2. الكفاءات التفاضلية:

وهي التي تسمح بالتمييز بين أصحاب الأداء المرتفع والأداء المتوسط وتشمل:

1-2. إدراك الذات:

وتتعلق بالمواقف والقيم وصورة الذات، مثل إدراك الشخص لذاته كقائد وعضو في فريق العمل.

2-2. صفات العبقرية:

وتمثل مجموعة من الصفات تقود السلوك بطريقة معينة كالمثابرة، المرونة والمبادرة.

¹ جمال داود سلمان، اقتصاد المعرفة، دار اليازوري للنشر والتوزيع الأردن، بدون سنة نشر، ص166.

² محمد عبد العال النعيمي، مرجع سبق ذكره، ص92.

2-3. الدوافع:

الدوافع لها "دور كبير في إنجاز الأعمال لما لها من دور كبير في الحصول على الرضا"¹، وهي القوى الداخلية التي تنشأ عنها سلوكيات، كالدافع للإنجاز أو الانتماء، ونظرا لاختلاف النفسي للأفراد ومهما كان الفرد في الإدارة لديه قدرات فنية عالية ومهارة غير عادية لاجتياز الأعمال وتباين مفاهيم الكفاءات يمكن تصنيفها باختلاف استعمالاتها المختلفة.

ثانيا: الكفاءات حسب النوعية المهنية

1. الكفاءات الفكرية (التصورية):

وتشمل القدرة على تصور المؤسسة ككل من خلال تداخلات مختلف الوظائف، والقدرة على إدراك علاقات المؤسسة بالمحيط الخارجي بكل عناصره، لأن هذه التصورات تمنح المسير أسلوبا خاصا في فهم وصياغة التوجهات التنموية للمؤسسة وأهدافها الاستراتيجية خاصة.

2. الكفاءات الإنسانية (العلاقية):

العلاقات الإنسانية تشير إلى "تكيف فرد معين مع عمله من خلال عملية الاختيار والتدريب والتحكم في البيئة بحيث يتمتع بأقصى درجات الشعور بالرضا عن عمله وفي نفس الوقت يعطي أكبر قدر من الخدمات لأصحاب العمل وللمجتمع"²، وتتمثل في قدرة المسؤول على العمل بفاعلية باعتباره عضوا في المجموعة، وبالتالي فهي تتعلق بالجانب السلوكي للفرد وبالعلاقات بمسؤوليه ومعاونيه، ولهذا يجب فهم ما يريدونه الآخرون أو يقولونه.

3. الكفاءات التقنية:

المنظمة التي تعتمد على التطور التكنولوجي تحتاج إلى موارد بشرية ذات تحصيل علمي مرتفع ومهارات عالية وخبرات كبيرة للتعامل معها، وتتضمن القدرة على الفهم والاستعمال الأمثل لإجراء تقنية معينة، والتي تترجم واقعا على شكل معرف متخصصة والتي تمكن الفرد من أداء العمليات اللازمة لاجتياز عمل خصوصي، كقيام المدقق المالي بإجراء مراجعة للحسابات المالية، وتتطلب العملية الإلهام والتحكم في المعارف الخصوصية التي تتدرج ضمن نطاق التخصص.

ثالثا: الكفاءات حسب رؤيتها للمهام المختلفة

ونميز في هذا التصنيف نوعين هما:

1. الكفاءات الخصوصية:

وهي الكفاءات التقنية اللازمة في إطار منصب عمل خصوصي بشكل لا يتسنى معه لهذا المنصب من انجاز المهام المنوطة به، مما يجعل هذا النوع من الكفاءات مرتبطا ارتباطا وثيقا بالمكانة القانونية التي يشغلها الفرد في المنظمة أو الوظيفة.³

¹ علي محمد منصور، مبادئ الإدارة: الأسس والمفاهيم، مجموعة النيل العربية، مصر، 1999، ص209.

² عبد الرحمان العيسوي، الكفاءة الإدارية، الدار الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 1999، ص67.

³ زواتي عبد العزيز، الموارد البشرية بين الكفاءة والفاعلية، ط1، مركز الكتاب الأكاديمي للنشر والتوزيع، 2020، ص109.

2. الكفاءات المشتركة:

وهي الكفاءات التي يستعملها الفرد لإنجاز أنواع كثيرة من المهام، ومن خلال امتلاكها يمكن أن يقوم بها في حال غياب أحد العمال في المؤسسة، وتطبق في كل مناصب العمل، وهذه الكفاءات بالرغم من عدم ارتباطها بالموقع التدريجي للفرد إلا أنها تمكنه من تحسين أداء عمله، كما أنها تعتبر كفاءات تأهيلية كونها:

- تساعد الفرد على انجاز مهامه المهنية ونشاطات يومية أخرى مختلفة عن مهمته؛
- تمنح الفرد قاعدة ومرتكزات لتحصيل معارف أخرى؛
- تدعيم قدرة الفرد على التكيف مع المتغيرات.

رابعاً: الكفاءات حسب مستويات الحياة

وتصنف إلى ما يلي:

1. الكفاءات الفردية:

تمثل "توليفة من الموارد الباطنية وظاهرية التي يمتلكها الفرد وتتمثل في القدرات والمعارف والاستطلاعات والمعرفة العملية والسلوكيات والقيم الاجتماعية التي يمكن أن تظهر أثناء العمل وعلى المؤسسة البحث واكتشاف الكفاءات الفردية ومعرفة أساليب تطويرها لأن للكفاءة جزء ظاهر (قدرات ظاهرة) وآخر مخفي".¹

كما يشير سوليدوجوكس أنها " تعكس مجموع خاص ومستقر ومهيكل من الممارسات المتحكم فيها، والتحكم المهني لدى الفرد والمعارف التي يكتسبها بالخبرة".²

كما عرف **LE BOTERF** الكفاءة الفردية أن "الكفاءة ليست بالحالة، بل هي سيرورة... الفرد الكفاء القادر على تعبئة وحسن إنجاز الأعمال المختلفة لنظام تتداخل فيه موارد متباينة، زيادة عن عمليات التفكير، المعارف وتفعيل الذاكرة، والعمليات المتعلقة بالتقييم، كل ذلك يشير أن الكفاءة الفردية مهيكل في إطار لتحقيق هدف معين".³

إن الكفاءات الفردية هي كل المؤهلات التي يحوزها الفرد عن طريق التكوين الأولي والتكوين المتواصل والتجربة المهنية والتجارب الشخصية، والتي يستعملها في نشاطه المهني لإنجاز أهداف محددة وبصورة فعالة، ومن الخصائص المرجعية للكفاءات الفردية نميز ما يلي:⁴

- أن يكون الفرد حيويًا؛

¹ كمال منصور، سماح صولح، تسيير الكفاءات: الإطار المفاهيمي والمجالات الكبرى، أبحاث الاقتصادية والإدارية، العدد7، جامعة بسكرة، 2010، ص52.

² لخضر بن دادة، التعليم من أجل التغيير: نظرة تحليلية في ضوء التوجهات السياسية المعاصرة، مركز الكتاب الأكاديمي لنشر، 2020، ص94.

³ كشاط أنيس، برياش توفيق، التحول من الكفاءة الفردية إلى الكفاءة الجماعية ضمن الممارسات الحديثة لإدارة الموارد البشرية، مجلة وحدة البحث في تنمية وإدارة الموارد البشرية، المجلد08 العدد02، سطيف، 2017، ص305.

⁴ حباينة محمد، دور الرأسمال الهيكلي في تدعيم الميزة التنافسية للمؤسسة الجزائرية، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير تخصص إدارة أعمال، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2012، ص43.

- سريع التعلم، يملك فكرة اتخاذ القرار؛
- متجه نحو العمل الجماعي؛
- يتصرف بمرونة.

2. الكفاءات الجماعية:

تسمى كذلك بالكفاءات المحورية وتتكون من مجموعة بشرية مهيكلية وذات أهداف، ونظرا للصبغة الجماعية للنشاط التنظيمي، فإن تحليل وتحديد الكفاءات يستدعي تجاوز الإطار الفردي للاهتمام بمستوى أعلى يتمثل في الكفاءات الجماعية.

إذن الكفاءات لا تقتصر على تجميع الكفاءات الفردية بل يتعدى ذلك ليصل إلى التضامن والتفاعل والتعلم والصورة العملية الجماعية واللغة المشتركة وغيرها، وتنتج الكفاءات عن التركيبية الفريدة من المعارف والمهارات والسلوكيات والقدرات المتوفرة لدى أفراد المنظمة تفوق نتيجتها المترتبة عن جمع الكفاءات الفردية، وهذا بفعل أثر المجموعة الناجم عن الديناميكية الجماعية للفاعلين، ومنه فإن المنظمة لا تكفي بالكفاءة الشخصية لكل عضو بل تنتظر إليها كهيكل جماعي منسق يحقق نوعا من المهنية العالية بقطع النظر عن الميزات الشخصية¹.

تنشأ الكفاءة الجماعية نتيجة تعاون الكفاءات الفردية لتسهيل عملية الوصول إلى نتائج المحددة وتسمح هذه الأخيرة بإنشاء موارد جيدة للمنظمة تسمح بتطويرها، "حيث أن الكفاءة الجماعية هي التي تحدد قوة المنظمة أو ضعفها وعلى أساسها يتوقف نجاح أو فشل المنظمة وبقائها وتطورها وإما انسحابها في مجال تنافسية المؤسسات، وهذا من خلال دقة اختيار المنظمة للمورد الأكثر كفاءة الذي يمثل جزء من الكفاءات الجماعية"².

والكفاءات الجماعية تحدد بمجموعة من المؤشرات تحدد أبعاد الكفاءات الجماعية نذكر منها:

- **التفاعل:** تشكل التفاعلات القوية بين أعضاء المجموعة؛
 - **التضامن:** يربط كل فرد بشبكة التعاون القائمة داخل فريق العمل؛
 - **التعلم:** تحدد القدرة التأهيلية للجماعة وتركز على نوعية التنظيم السائد؛
 - **الصورة العملية للجماعة:** تشير إلى وجود تمثّل مشترك للنشاط أو العمل؛
 - **الرموز واللغة المشتركة:** الثقافة المتوفرة في المؤسسة يجب أن تخدم كل الأفراد حتى يكون هناك توافق بين المهارات ويحوز الأفراد على معارف ومهارات وسلوكيات.
- وأخيرا نستخلص بأن هناك عدة عوامل تعمل على تطوير الكفاءات الفردية أو الجماعية بدءا بالنظام التربوي كنواة لتشكيل الكفاءات مروراً بالتعليم العالي ومراكز التكوين المهني وانتهاء بالمنظمة.

¹ كمال العياري، **المسير في الشركات التجارية**، ط1، مجمع الأطرش للكتاب المختصر، تونس، 2011، ص145.

² أحمد يوسف دودين، **إدارة الإنتاج والعمليات**، ط1، الأكاديميون للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص79.

خامسا: الكفاءات حسب درجة الاحتياج الآتية أو المستقبلية

ونميز منها ما يلي:

1. الكفاءات المكتسبة:

"هي الكفاءة الواجب توفرها في الرئيس الإداري، وهي تكون في غالب الأحيان الكفاءة الوراثية، أو كما تعرف بكفاءة التفكير"¹، وقد تكتسب هذه الكفاءة من تعليم وتدريب وتجارب الذي يخوضها الفرد، ترتبط هذه الكفاءة بمؤهلات التي يكتسبها الفرد ومتطلبات الوظيفة، وهذا لتحقيق الأداء الفعال.

2. الكفاءات التي تسعى المنظمة الحصول عليها مستقبلا:

في ظل التغيرات التي يشهدها العالم الخارجي والتقدم المستمر تسعى المنظمة باستمرار لمواكبة ما يحصل في خارج محيطها، لتبقى في صدارة المحافظة على مكانتها التنافسية، حيث أن المنظمة مطالبة بإدخال تكنولوجيا جديدة أو تصميم هيكل تنظيمي جديد، أو فتح فروع جديدة وإدخال تعديلات نوعية على منتجاتها أو الخدمات التي تقدمها كل ذلك يعتمد على كفاءات الفرد، حيث تقوم على عاتق المنظمة إعادة النظر في المؤهلات والكفاءات المتوفرة لديها ومدى تطابقها مع التغيرات، هنا تكون المنظمة أمام إعادة برمجة عملية تكوين أفرادها أو فتح مجال لاستقطاب كفاءات جديدة.

المطلب الثالث: أهمية، مؤشرات قياس الكفاءات

تشكل الكفاءات مسألة جوهرية لنجاح المنظمات لارتباطها على تحقيق الإبداع والتميز، فالكفاءات بالنسبة للمنظمة أصبحت تمثل دورا استراتيجيا وجب قياسه و تقييمه، وهذا ما سوف نتطرق إليه في هذا المطلب .

أولا: أهمية الكفاءات

يحتل مفهوم الكفاءة حيزا هاما في جميع المستويات داخل المنظمة، بدءا بالمستوى الفردي إلى المستوى الجماعي، فمستوى إدارة الموارد البشرية، وأخيرا مستوى المنظمة، وتتمثل أهميتها على النحو التالي:²

1. أهمية الكفاءات على المستوى الفردي:

أصبحت الكفاءة تشكل أهمية كبرى لدى الفرد في ظل التحديات الجديدة، والتي تتميز بالصعوبة وعدم التأكد واتصاف بيئة العمل بالتسارع لهذا أصبحت تشكل الكفاءة أهمية على هذا المستوى لعدة أسباب منها:

- زيادة خطر فقدان الوظيفة أو المنصب سواء بالنقل أو التسريح نظرا لمتطلبات المنافسة؛
- في حال امتلاك الفرد كفاءة جيدة فإن ذلك سيعزز من فرصة الحصول على مكان في سوق العمل يتناسب مع طموحه؛

¹ رابح سرير عبد الله، القرار الإداري، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص87.

² ياسر مرزوقي، مرجع سبق ذكره، ص85.

- لا يمكن للأفراد داخل المنظمة تحسين وضعيتهم كالترقية، إلا بامتلاكهم لعنصر التأهيل، و هذا الأخير لا يأتي إلا بإعطاء عنصر الكفاءة أهمية كبرى؛
- تضخم الشهادات، وبالرغم من أهمية المعرفة المحصلة عن طريق الدراسات الجامعية، فهي تقلص من حصول الأفراد على عمل يتناسب وطموحاتهم، وبالتالي يساهم في تحفيزهم أكثر نحو تطوير كفاءاتهم للحصول على المكانة المطلوبة ؛
- تشكل الكفاءة التصورية والمتمثلة في القدرة على اتخاذ القرارات الجيدة في ظل الحالات المعقدة وغير المؤكدة، أهمية بالغة في عدة مجالات منها قيادة الكفاءة للفريق؛
- تخلق الكفاءات لدى حاملها الاحترام والثقة من قبل الغير، وخاصة من قبل المدراء، في حسن الأداء؛
- والتفاني فيه بقدر الثقة الممنوحة، بمعنى أن هذا سيؤدي إلى منحهم الصلاحيات وتفويض السلطة لهم وكذلك تقاسم السلطات تحصيل المسؤوليات بين العاملين والمدراء .

2. أهمية الكفاءات على المستوى الجماعي:

- تمثل الكفاءة بالنسبة للجماعة في المنظمة عنصرا أساسيا لتحسين سير عملها من خلال ما يلي:
- تساهم فعالية الكفاءات في حل بعض النزاعات والصراعات بين الأفراد دون اللجوء للسلطة أو المدير فهي تساعد على التفاهم الجيد وزرع روح التعاون بينهم¹؛
- للكفاءة دور هام في تنمية العمل الجماعي من أجل تحقيق أهداف المنظمة؛
- يقوم العمل الناجح داخل المنظمة على أساس التعاون والتآزر بين الأفراد و هذا يؤدي إلى إقامة علاقات تؤثر على تبادل الكفاءات التي تتيح هذا التعاون²؛
- أصبحت المنظمات تعتمد على المعرفة التي تكمن في الكفاءة ، حيث أصبحت المنظمات تدرك قيمة رأس المال الفكري و مصدرها الأساسي في خلق القيمة تتمثل في كفاءاتها التي هي الحل الرئيسي للمنظمة من أجل مواجهة التحديات الجديدة و متطلبات اقتصاد المعرفة؛
- إدراك الدور الاستراتيجي للكفاءات، من خلال دعمها للميزة التنافسية في المنظمة لضمان لها الاستمرارية والبقاء في السوق؛
- تنمية و تطوير الكفاءات من خلال التدريب و التعلم المستمرين، ولذلك لعدم تقادم هذه المهارات ومن ثم الكفاءات التي تحملها وهو ما يطلق عليه "بالكفاءة الميتة".

¹ ماري برود جون بنوستورم، ترجمة عبد الفتاح السيد النعماني، تحويل التدريب إلى صراع، جامعة يميك، مصر، 1997، ص21.

² كمال عبد الحميد زيتون، تكنولوجيا التعليم في عصر المعلومات والاتصال، عالم المكتبة، القاهرة، 2002، ص 146.

3. أهمية الكفاءات على مستوى إدارة الموارد البشرية:

أصبحت للكفاءات أهمية بالغة خاصة من قبل المدراء على مستوى إدارة الموارد البشرية، وهذا في ظل الانتقال من التركيز على كفاءة الفرد إلى التركيز على كفاءة الفريق، حيث يمكن إبراز أهمية الكفاءة على هذا المستوى كما يلي:¹

- تغيير أنماط التوظيف وإدارة الأفراد من مجرد عمال دائمين إلى توظيف أفراد ذوي كفاءات قد يكونون دائمين أو حتى متعاقدين...الخ؛
- أصبحت إدارة الموارد البشرية الحديثة تركز في إدارتها على الكفاءة وليس الفرد أو المنصب، وهذا من خلال استقطاب وتوظيف الكفاءات بدل الأفراد؛
- مسايرة إدارة الموارد البشرية الحديثة للتطورات والتي يشهدها العالم ومواجهة تحديات الاقتصاد الجديد فيما يتعلق بالتكنولوجيا وكيفية التعامل مع التقنيات المعلوماتية وهذا عن طريق مساهمة الكفاءات في تطوير أنظمة التعلم والتدريب.

4. أهمية الكفاءات على مستوى المنظمة:

- تعتبر عملية تنمية وتطوير الكفاءات من أهم أولويات المنظمات كونها تمثل أحد أهم الموارد الأساسية والاستراتيجية للمنظمة، وتكمن أهمية الكفاءات على مستوى المنظمة كما يلي:²
- في مجال وضع الاستراتيجية، حيث أصبحت عملية تنمية الكفاءات من الأولويات التي تقوم عليها الرؤية الاستراتيجية للمنظمة؛
- تعد الكفاءات أهم الموارد الأساسية والاستراتيجية للمنظمة تشمل رأس المال البشري والمادي والتنظيمي؛
- اعتماد المنظمة على المعرفة عموماً والكفاءة خصوصاً وأعطتها حرية أكبر للعمل دون التدخل مباشرة للاستفادة من مزايا الابداع والابتكار؛
- إدراك المنظمة للدور الاستراتيجي للكفاءات، والذي يتجلى في دعم الكفاءات للميزة التنافسية للمنظمة التي تميزها؛³
- حجم العوائد المعتبرة من وراء الاستثمار في الكفاءات، سواء كانت عوائد ملموسة (أرباح، إنتاجية جيدة، نوعية ممتازة...الخ)؛
- تنمية وتطوير الكفاءات من خلال التدريب والتعلم، وذلك لضمان عدم تلاشي وتقادم هذه المهارات والكفاءات التي تحملها أو ما يطلق عليه بالكفاءة الميتة.

¹ أبو القاسم حمدي، تنمية الكفاءات الأفراد ودورها في دعم الميزة التنافسية للمؤسسات، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، جامعة الجزائر، 2003، ص47.

² أبو القاسم حمدي، مرجع سبق ذكره، ص48.

³ علي السلمي، خواطر في الإدارة المعاصرة، دار غريب للنشر، القاهرة، مصر، 2001، صص122-123.

ثالثاً: مؤشرات قياس الكفاءات وتقييمها

بهدف فعالية أكبر للكفاءة وجب تحديد مؤشرات لقياسها، وهذا بهدف تقييمها.

1. مؤشرات قياس الكفاءات:

تتكون مؤشرات قياس الكفاءات من مؤشرات مباشرة ومؤشرات غير مباشرة، وسنحاول شرحها كالاتي¹:

1-1. المؤشرات المباشرة:

تقوم هذه المؤشرات على قياس عمليات المنظمة وذلك من خلال المقارنة بين المخرجات والتمثلة في السلع والخدمات وكذلك المدخلات المتمثلة بالموارد المستخدمة خلال فترة زمنية معينة وتشمل على ما يلي:

أ. مقاييس كلية للكفاءة: تتمثل في الربح الصافي الذي يقاس بمجموع الموجودات او حق الملكية.

ب. مقاييس جزئية للكفاءة: تتمثل في المبيعات المحققة بعدد العاملين في قسم المبيعات.

ج. مقاييس نوعية للكفاءة: تتمثل في ارتفاع مستوى جودة المنتج.

ومنه نلاحظ أن هذه المؤشرات أو غيرها من مؤشرات أخرى قد تعجز عن توفير المقاييس الدقيقة الخاصة في الأنشطة الخدمية التي يتعذر فيها استخدام مثل هذه المقاييس، فالمؤشرات المباشرة تعاني من نقص قياس الكفاءة في بعض المنظمات وهذا راجع إلى الأسباب التالية:

- عدم دقة البيانات المتعلقة بالمدخلات والمخرجات بالمقارنة مع متطلبات تحقيق سبل القياس المطلوب للكفاءة ؛

- عدم دقة المقارنات التي تعد محور قياس الكفاءة، وكذلك صعوبة إجرائها بين الوحدات والأقسام المختلفة في المنظمة؛

1-2. المؤشرات غير مباشرة:

فهي تعد من أفضل الطرق لقياس كفاءة الأداء وهذا عن طريق قياس الرغبة في العمل، والتعرف على درجات رضا الأفراد العاملين، والروح المعنوية، وكذلك إمكانية تحليل الاستثمار الرشيد للموارد البشرية والمادية والمعلومات المتاحة.

¹ L.v. beirendonck, **tous compétents le managment des compétences dans l'entreprise**, édition boeck belgique, 2006, p88.

1. طرق تقييم الكفاءات:

يعد تقييم الكفاءات مرحلة هامة من مراحل تطويرها وتنقسم إلى: تقييم كفاءات فردية، وكذلك تقييم كفاءات جماعية¹.

1-2. تقييم الكفاءات: وتشمل عملية التقييم مجموعة من العناصر، هي:

أ. تقييم الكفاءات الفردية:

تشمل عملية تقييم الكفاءات الفردية على ما يلي:

- **التقييم الدائم والمستمر للكفاءات:** تشمل على جميع عمال المنظمة وتقوم بها الهيئة المكلفة بتسيير الموارد البشرية وذلك بصفة دائمة ومستمرة عند عمليات التوظيف، الترقية، وإعادة ترتيب و تصنيف العمال وهذا عن طريق التكوين الذي تقوم به المنظمة لصالحهم وذلك باستعمال أدوات تسييرية وتقنية كالاختبارات المتعددة **les tests dévaluation** و بطاقة التقييم **grille dévaluation**.

- **الكشف وتعيين الكفاءات النادرة:** تتمثل هذه العملية في البحث وتحديد الأفراد الذين يمتلكون قدرات وإمكانية عالية ونادرة وكذا الخبراء والمتخصصين في مجالات دقيقة وذلك لأجل العمل على المحافظة على هذه الكفاءات والخبرات فتشمل على مرحلتين:

- تعمل على تحديد تخصصهم و خبرتهم و دورهم الانتاجي أو الاستراتيجي.

- العمل على تحديد طرق تسيير هذه المعارف وكيفية المحافظة عليها ونشرها أو نقلها لأشخاص آخرين مؤهلين لذلك من داخل المنظمة.

- البحث والكشف عن الكفاءات غير معروفة: تهدف هذه العملية إلى البحث عن الكفاءات الغير معروفة بالنسبة للهيئات التسييرية، فهذه الكفاءات الخفية للهيئات التسييرية لها مكانة مهمة للمنظمة ويجب عليها استغلالها أحسن استغلال من أجل تحقيق النجاعة الداخلية والحصول على الميزة التنافسية والمحافظة عليها .

ب. تقييم الكفاءات الجماعية:

يتم البحث عن الكفاءات الجماعية من فرضية أن الكفاءات ليست فردية أو مشخصة في أفراد فقط بل أن فرق ومجموعات العمل داخل المنظمة يمكن أن تكون لديها كفاءات نوعية وخاصة موزعة على الأفراد المنتمين إليها، وهذا ما أدى إلى تفاعل ثلاثة عوامل وهي: التكنولوجيا، البيئة التنظيمية وخبرة الافراد، وذلك عبر مجال زمني معين، مما أدى إلى إعطائها كفاءات نوعية وخاصة كفريق عمل وليسوا كأفراد من حيث:

- روح التعاون؛

- التكامل المهني بينهم؛

- القدرة على التنظيم والابتكار لديهم؛

¹ بن عيسى محمد المهدي، **العنصر البشري من منطق اليد العاملة إلى منطق الرأسمال إستراتيجي**، الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصادا لمعرفة والكفاءات البشرية، قسم علوم التسيير جامعة ورقلة، الجزائر، 2004، ص ص 72-73.

- سرعة تنقل المعلومة بالشكل المطلوب من خلال وجود اتصالات عالية في الاتجاهات؛

- القدرة على التغيير والتطوير.

فهذه المجالات سابقة الذكر تعطي للفريق القدرة والكفاءة العالية التي تبحث عنها المنظمة، واستغلالها بشكل جيد في مختلف مشاريعها.

2-2. طرق تقييم الكفاءات:

تتمثل طرق تقييم الكفاءات كما يلي:¹

أ.مقابلة النشاط السنوية :

يجري تطبيق المقابلة السنوية اليوم في المؤسسات الكبيرة والمتوسطة، والتي تسمح للمسير بوضع النقطة السنوية وأحيانا السداسية للعمال، وأصبحت هذه الطريقة كلاسيكية ،لذلك فالمؤسسات المتقدمة في مجال تسيير الكفاءات قد أدخلت الإعلام الآلي في استعمال المقابلات السنوية للنشاط، مما يسمح لهم بتكوين ارتباط مهم بين المشاركة في التكوين وتطوير الكفاءات، وفي هذا الإطار فإن كل تقييم للكفاءات يجب أن يرفق بتقييم آخر للقدرات والسمات الشخصية ويستعمل لهذا الغرض تقنيات ووسائل من خلالها يتمكن من الكشف عن الخصائص الشخصية والفروق الفردية، هذه الوسائل تتمثل في الاختبارات والمقاييس لقياس الأبعاد النفسية والقدرات الفردية للكفاءات، حيث يتم تطبيق هذه الاختبارات والمقاييس بشتى أنواعها أفراد مؤهلين وبشكل موضوعي وفعال، باحترام المعايير اللازمة قصد الوصول لنتائج موضوعية.

ب. المرافقة الميدانية:

تسمح للمسؤولين بالتقييم الدوري لكفاءات أعضاء الفريق، وكذا تقديم الإرشادات ومساعدتهم على التطوير ويعتمد فيها على مرجعية كفاءات محدودة ويسمح بفحص التطورات المحققة بفضل التكوين. لكن هناك بعض السلبيات للمرافقة الميدانية، تظهر في حكم المسير الذي قد يكون غير سليم إذ لم يكن مكون قبلا على مثل هذه التقنيات، كما أن سلوك الأفراد أو المرؤوسين يكون غير عادي أثناء وجودهم برفقة مسؤولهم الذي وضع لتقييمهم.

ج. مرجعية الكفاءات:

وتعتبر هذه الطريقة أداة تسمح بتحديد الكفاءات الضرورية لكل نماذج العمل في لكل فرع مهني وتتجز عموما من قبل المسؤولين عن حركية العمل المكلفين بإعداد قائمة لمختلف المهن (التجارية، الموارد البشرية، جودة، إنتاج تطوير)، ثم تحديد نماذج العمل الأساسية لكل منها وأخيرا إبراز الكفاءات الضرورية لمزاولة هذه الأعمال بشكل جيد، وبالتالي فإن مرجعية الكفاءات تسمح بوضع كل فرد بالنسبة لمستويات الكفاءات الضرورية المطلوبة لكل عمل معين.

¹ Levy leboyer, **la gestion des compétences**, édition d'organization, France, 1996, pp 66-67.

د. طريقة **assissment centre**:

تعتبر هذه العبارة عن اسم مركز التقييم في السابق حيث كان المترشحون يخضعون لاختبارات و فروض للحكم على قدراتهم لشغل وظائف معينة وبعدها اختفى المركز وبقيت العبارة **assissment centre** تعبر عن المنهجية المستعملة في التقييم، حيث تعرف أنها عملية التقييم التي من خلالها يقيم الفرد أو المجموعة من قبل العديد من المقيمين الذين يستعملون مجموعة متكاملة من التقنيات: المحاكاة، ملاحظة السلوكات كقاعدة للتقييم.¹

هـ. حوصلة الكفاءات **bilane de competence**:

حوصلة الكفاءات تسمح للعامل بالتعرف على امكانياته وقدراته المهنية والشخصية، حيث يتمثل الهدف من حوصلة الكفاءات القيام بعملية تقييم المعارف والمعارف العملية، والقدرات المكتسبة من خلال الممارسة المهنية (ممارسة النشاط المهني)، كما يعمل أيضا على تحديد الحوافز و الكشف عن الطاقات الغير مستغلة لدى العامل، وحوصلة الكفاءات قد يتم وضعها في إطار مخطط التكوين أو تكون لرغبة من العمل للتعرف وتحليل قدراته، وإمكاناته في إطار برنامج حوصلة الكفاءات. وهي تتم في مراحل هي :

- **المرحلة التمهيديّة:** يتم تأكيد مشاركة العامل في هذه العملية، تحديد حاجاته، وضع معلومات حول التقنيات و الطرق التي ستجري عليها الحوصلة.
- **مرحلة البحث:** تحليل الدوافع والرغبات المهنية، والشخصية للمستفيد، الكشف عن الكفاءات والقدرات المهنية والشخصية، تقييم المعارف العامة وتحديد إمكانيات لتكوين كفاءاته.
- **مرحلة وضع الحوصلة النهائية:** وفيها يتم الإعلان عن النتائج النهائية المتحصل عليها من خلال هذه العملية، وكذا تحديد موقعه عند الدخول في التكوين.

¹ L.v. berirendonck, op, cit,pp 80-81.

المبحث الثاني: الإطار النظري لإدارة الكفاءات.

أصبحت تهتم المنظمات في وقتنا الحالي بممارسة إدارة الكفاءات التي تساعدها على جذب وتطوير الموظفين الأكفاء، وتحديد الشخص المناسب للعمل، والتخطيط للمناصب والوظائف المستقبلية، والتدريب والتعلم والتحفيز وغيرها من وظائف إدارة الموارد البشرية. فتبني المنظمات لإدارة الكفاءات يمكنها من صب تركيزها على مكونات وأصول الكفاءات التي يملكها الفرد بدلا من تركيزها على المؤهلات والأقدمية... لشغل الوظائف. وسنحاول في هذا المبحث التطرق إلى مفهوم إدارة الكفاءات وأهميتها الاستراتيجية وأيضا مراحل إدارة الكفاءات ودورة حياتها.

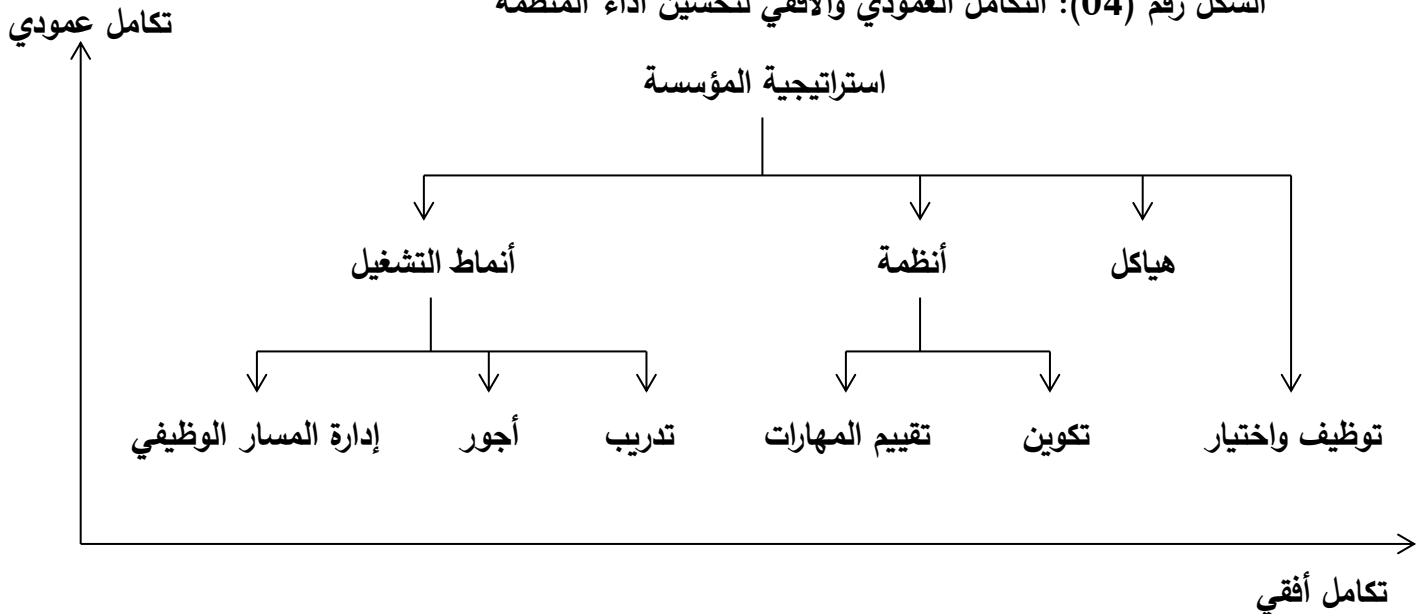
المطلب الأول: مدخل مفاهيمي لإدارة الكفاءات

تعد إدارة الكفاءات من المقاربات التي انبثقت من مقارنة إدارة الموارد البشرية، هذه الأخرى تساهم في حفاظ المنظمة على مواردها والاستفادة منها، وسنحاول التطرق في هذا المطلب إلى مفهوم إدارة الكفاءات وأهميتها الاستراتيجية.

أولاً: مفهوم إدارة الكفاءات

عرف الباحثون إدارة الكفاءات على أنها "مجموع الأنشطة لاستخدام وتطوير الأفراد والجماعات بطريقة مثلى بهدف تحقيق المنظمة وتحسين أداء أفرادها، بهدف استعمال تطوير الكفاءات الموجودة نحو الأحسن حيث تمثل أنشطة تطوير المسار، التكوين والاختيار وغيرها لتحسين أداء المنظمة بحيث يكون هناك تكامل عمودي و أفقي"¹ وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم (04): التكامل العمودي والأفقي لتحسين أداء المنظمة



المصدر: رياض عيشوش، مداخلة تسيير المهارات كمدخل لتعزيز فعالية تسيير الموارد البشرية في ظل اقتصاد المعرفة، مداخلة في الملتقى الوطني الأول حول مساهمة تسيير المهارات في تنافسية المؤسسات، جامعة بسكرة، 2012، ص11.

¹L.v.beirendock,op ,cit,p 33.

حيث يمكن القول أن تحقيق إدارة الكفاءات ناجح بتطبيق تكامل أفقي أكثر من العمودي، حيث نبحث في التكامل العمودي عن تكييف الكفاءات البشرية مع مهمة المنظمة، بحيث يجب أن تكون هذه الكفاءات منظمة ومطورة بطريقة معينة، في حين التكامل الأفقي عن تكييف مختلف أنشطة تسيير الموارد فيما بينها والكفاءات هنا تكون وسيلة مثلى لهذا التكيف، أي تصبح كل أنشطة تمييز الموارد تتمركز حول الكفاءة.

كما تم تعريفها أيضا على أنها "استعمال و تطوير الكفاءات الموجودة أو المستتربة نحو الأحسن".¹ وعرفتها SYLVIE STENG على أنها "التأثير في المهارات وسلوكيات الموارد البشرية لتكون أكثر قدرة على تحسين عوائدهم و التكيف مع التطورات الحاصلة في البيئة".² كما تر **celile dejoux** أنه لكي تقوم بعملية إدارة الكفاءات يجب أن: "يكون الفرد محفز بشكل كاف من أجل تطوير قدراته الفكرية التي تسمح له بتحقيق تعلم عملي انطلاقا من الحالات المهنية التي تصادفه في حياته المهنية".³

كما يعتبر كل من **M .LEDR و s . MICHEL** مصطلح نوعي يمكن تفصيله ب:⁴

♦ وصف الكفاءات المتصلة بالمناصب الحالية و المستقبلية؛

♦ تحليل الكفاءات الموجودة لدى الأفراد؛

♦ تحضير الكفاءات الضرورية للتسيير.

كما تم تعريفها أيضا على أنه " التأثير في مهارات وسلوكيات المورد البشري ليكون أكثر قدرة على تحسين عوائده، والتكيف مع التطورات الحاصلة في المحيط وهو أيضا عملية خاصة لجذب وتطوير وتجنيد و الاحتفاظ بعدد كافي من الموظفين الأكفاء لتحقيق الأهداف".⁵

ويقول **BEIRONDOUCH** أن " إدارة الكفاءات يتطلب تكاملا عموديا و آخر أفقي إلا إن تحقيق

تسيير ناجح للمهارات بتكامل أفقي أكثر من عمودي".⁶

وعرفه كل من **D . THIERRY AND C . SAURET** على أنها " تصميم، تنفيذ، ومتابعة

خطط عمل متجانسة بهدف تقليص الفروق بين الاحتياجات والموارد البشرية للمنظمة، بشكل مسبق، من

حيث الكفاءات والحجم تبعا لخطة الاستراتيجية أو الأهداف على المدى المتوسط".⁷

كما أنها مجموعة من النشاطات الموجهة نحو تطوير كفاءات الأفراد وفريق العمل، بهدف تنفيذ المهام

ورفع أداء الأفراد.

¹ ياسر مرزوقي، مرجع سبق ذكره، ص142 .

² Sylvie steng, **lelever les défis de gestion des ressource humaine, gatant morine, canda, 2001, p256.**

³ خولة ديمش، التسيير بالكفاءات في مصالح الارشيف الجزائرية بين واقع التطبيق و آفاق التطوير (دراسة ميدانية بالمديريات الولائية لقسنطينة)، اطروحة دكتوراه، تخصص تقنيات المعلومات في الأنظمة الوثائقية، جامعة قسنطينة2، 2017، ص 114.

⁴ سماح صولح، مرجع سبق ذكره، ص47.

⁵ إبراهيم عاشوري، حمزة غربي، **نحو الرفع من كفاءات إدارة الموارد البشرية من منظور تسيير الكفاءات**، مداخلة في الملتقى الوطني الأول حول المساهمة تسيير المهارات في تنافسية المؤسسات، جامعة بسكرة، 22-23 فيفري 2012.

⁶ L.v.beirondouch, op, cit, p 33.

⁷ رياض عيشوش، مرجع سبق ذكره، ص11.

ومن خلال المفاهيم السابقة يمكن أن نوضح النقاط المحددة لمفهوم إدارة الكفاءات:

- التحول من مفهوم الوظيفة والمهام إلى مفهوم الكفاءة؛
- مجموعة من العمليات والممارسات الإدارية التي تلبي احتياجات المنظمة من الموارد البشرية كما ونوعا خدمة للأهداف متوسطة وطويلة الأجل؛
- إيجاد الأساليب والوسائل المساعدة على تحديد، ونقل والحفاظ على الكفاءات؛
- إدارة الكفاءات تقضي على النظام التقليدي الذي يقوم على تصنيف الوظيفة الذي يركز على التأهيل أي تكوين أساسي وتتمين الجدارة، كما أن إدارة الكفاءات تقوم على المعارف والخصائص المهنية والسلوكية الضرورية لشغل المنصب.

ومنه يمكن إعطاء تعريف شامل لإدارة الكفاءات:

هي تلك الأنشطة والجهود التي تهتم بتوفير الكفاءات والمحافظة عليها وتنميتها وتوفير كل الظروف المناسبة لها للعمل وخاصة المحفزات المادية والمعنوية لدفعها نحو بذل أقصى جهد، وهذا ما يدعم تنافسية المؤسسة وتقديم أحسن الخدمات بجودة عالية.

ثانيا: الأهمية الاستراتيجية لإدارة الكفاءات

أصبحت الكفاءات تعد من بين الاستراتيجية العامة للمنظمة، فالمورد البشري يعد أهم مصدر نجاح والتفوق في المنظمة، وجب الإهتمام به، ولذا تكمن الأهمية الإستراتيجية لإدارة الكفاءات في النقاط التالية:¹

- استثمار الكفاءات بفعالية من أجل خلق قيمة للمنظمة والارتقاء بأدائها وتحسين موقعها وتنافسيتها؛
- زيادة قدرة الكفاءات على التخطيط الفعال للموارد البشرية وربطها بتحقيق الأهداف الإستراتيجية للمنظمة؛
- زيادة فعالية ونجاعة استراتيجيات تنمية الموارد البشرية، مما يؤدي إلى الإستغلال الجيد لهذه القدرات والمهارات واستثمارها في عملية الابداع والتطوير لرفع القدرة التنافسية للمنظمة؛
- تعمل على خلق تكامل بين الكفاءات الفردية بتطبيق آليات تنسيق معينة، وهذا ما يؤكد على أن الكفاءات الإستراتيجية تعد كفاءات جماعية.
- كما تكمن أهميتها أيضا:
- توجيه الكفاءات والمجهودات نحو قطاعات معينة لإضافة أقصى قيمة للمنتجات وخدمات معينة، مما يضيق المنظمة المنافسة من المناورة والمماثلة والتقليد؛
- تحسين أساليب استقطاب واختيار الكفاءات ذات القدرات والمهارة المتميزة وتدريبها وتنميتها وتحفيزها ماديا ومعنويا؛
- خلق بيئة تتميز بمرونة الاتصال وفعالية القيادة.

¹ الداوي الشيخ، دور التسيير الفعال للموارد و كفاءات المؤسسة في تحقيق الميزة التنافسية، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي حول التنمية البشرية ومعرفة الاندماج في اقتصاد المعرفة و الكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، 2004، صص 264-265.

المطلب الثاني: مبادئ ومراحل إدارة الكفاءات

تعتبر إدارة الكفاءات مجموعة من الأنشطة المستخدمة لتطوير الأفراد بطريقة مثلى لتحقيق أهداف المنظمة، ولهذا ارتأينا في هذا المطلب التطرق إلى مبادئ إدارة الكفاءات ومراحلها ودورة حياتها.

أولاً: مبادئ إدارة الكفاءات.

تقوم إدارة الكفاءات على عدد من المبادئ منها:¹

1. الإنجاز:

يطلق خبراء إدارة الأعمال مصطلح "ذكاء الكفاءة" على مدى اقتران المواهب والكفاءات بالإنجازات وترتبط صفة الموهوب لأي شخص يقدم عملاً متميزاً، وأن تتبع الكفاءة من حسن استخدام المهارات وحسن توظيف القدرات في ظل قيادة متميزة وتسيير فعال.

2. الثقافة:

يجب أن تتعامل المنظمة مع الكفاءة كثقافة تقوم على تبني عدد من المبادئ والأساليب التي تهيئ الظروف والمناخ المناسب لظهور ونمو الموهبة، وتعتبر القدرات والمواهب لدى الكفاءات من أهم العوامل اللازمة لنمو المنظمة .

3. الاختيار والتعيين:

لم تعد أساليب التعيين تقوم على الصفة العاطفية لظهور واكتشاف المواهب وإنما تحتاج إلى خبراء متخصصين، من خلال خبراتهم ومهاراتهم التي تمكنهم من الاختيار السليم للكوادر الفعالة القادرة على مواجهة التحديات وإنجاز المهمات .

4. التدريب:

يحتاج دائماً الأشخاص الموهوبين وذوي الكفاءات إلى استراتيجية تعمل على تدريب الكفاءات، وصقل مواهبهم بالخبرة والممارسة في ضوء التخطيط والتقييم، وهذا يقع على عاتق وظيفة إدارة الموارد البشرية .

5. الاتصال:

تحتاج الكفاءات إلى قيادات ذات خبرة ومهارة اتصالية كبيرة في توصيل الرسائل والمعاني ولا ننسى التغذية العكسية، كما يتطلب الإتصاف بالحكمة في التعامل مع الظروف والمواقف الإتصالية بمزيد من المرونة .

6. المسؤولية في التقييم:

يجب أن تتوفر لدى المسؤولين عن إدارة الكفاءات المسؤولية في التقييم استناداً لمعايير موضوعية من أجل منحهم طاقة أكثر، واستعادة نشاطهم، لأن التقييم غير الموضوعي والتحيز يسببان في القضاء على الكفاءة ولا يساعد على الانجاز والابداع .

¹ محمود عبد الفتاح رضوان، إدارة المواهب في المنظمة، ط1، دار المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر، 2012، ص ص11-13.

7. الذكاء العاطفي والاجتماعي:

هناك ارتباط وثيق بين الكفاءة والذكاء، حيث يجب العمل على مساعدة الكفاءات على تنشيط ذكائهم الاجتماعي، وهذا الذكاء يتميز به القادة ليتمكن من التعامل مع الكفاءات بشكل فعال.

8. إدارة الصراع:

عادة ما تكون الكفاءات سببا في الصراعات التي تحدث في المنظمة، فهم الأكثر عرضة للوقوع في الصراعات مع بعض العاملين من خلال اتصافهم بمهارات ومواهب، وهذا الصراع يحتاج إلى حكمة الإدارة في التعامل معه.

ثانيا: مراحل إدارة الكفاءات

من أجل الوصول إلى تحقيق الأهداف المرغوبة من الكفاءات لا بد لها من تخطيط و تنظيم و تقييم أي لابد من تسييرها، وتتمثل إدارة الكفاءات في العناصر التالية والمتكونة من ثلاث مراحل كما يلي:¹

1. المدخلات:

وتتميز هذه المرحلة بـ:

- السعي الدائم من أجل استقطاب الموهبة؛
- وضع معايير مناسبة عند الاختيار لضمان اكتشاف المواهب الحالية والمحتملة عند الأفراد؛
- تعريف العاملين الجدد بالمنظمة من حيث تاريخها وتطورها و قيادتها وأهدافها ورؤيتها؛
- اختيار و تعيين الكفاءات الذين تتوفر فيهم بعض المؤشرات التي تدل على الموهبة.

2. العمليات:

وتتميز هذه المرحلة بـ:²

1-2. الحفاظ على الكفاءة واستبقاها:

- نشر ثقافة أهمية الموهبة في تحقيق التمييز والقدرة على المنافسة في المنظمة؛
- ضمان مشاركة الأفراد الموهوبين في عمليات التطوير وإدارة الأزمات التي يمكن أن تؤثر على الأداء؛
- توفير الإدارة وخاصة إدارة الموارد البشرية البيئة المناسبة للكفاءات من أجل تقديم ابتكاراتهم وإبداعاتهم دون قيود التي تجعلهم أكثر خوفا من الخطأ أو الفشل، وللوصول إلى ابتكارات تتطلب تجربة والخطأ أكثر من مرة.

2-2. الجدارة:

الجدارة هي خاصية ضمنية موجودة لدى الأشخاص، تشير إلى كيفية تفكيرهم وتصرفاتهم، و يمكن تقسيم الجدارة إلى أقسام كما هو مبين في الجدول التالي:

¹ عبد الفتاح رضوان، مرجع سبق ذكره، ص ص 14-19.

الجدول رقم (01): أنواع الجدارة

الأنواع	الشرح
الدوافع	الأشياء التي يفكر فيها الفرد أو يرغب فيها باستمرار، وتقوم باختيار السلوك وتوجيهه نحو تحقيق أهداف معينة بعيدة عن الأخرى.
الصفات	الخصائص المادية والإستجابة للظروف أو المعلومات التي تتطلبها طبيعة الوظيفة.
المفهوم الذاتي	ما يحمله الفرد من قيم واتجاهات ذاتية، كالثقة بالنفس، أي اعتقاد أنه بإمكانه أن يكون عنصرا فعالا في أي ظرف.
المعرفة	المعلومات التي لدى الشخص ذات صلة بمجال عمله.
المهارة	القدرة على أداء مهمة ذهنية أو مادية.
الجدارات (المعرفة و المهارة) هي الجزء الظاهر والسطحي من صفات البشر ، بينما جدارات (الدوافع والصفات والمفاهيم الذاتية) أكثر خفاء وعمقا وتتمركز في الشخصية .	

المصدر: إعداد الطالبين بناء على: محمود عبد الفتاح رضوان، إدارة المواهب في المنظمة، دار المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر، 2012، ص ص14-19.

2-3. التطوير: الموهبة والكفاءة عنصران أساسيان في إدارة المنظمة، حيث تتطلب التطوير الدائم لأصحاب الكفاءات أنفسهم، لأجل خلق الفرص المتطورة التي تساعدهم على تنمية وتطوير مواهبهم.

2-4. التوجيه: من مستلزمات التوجيه الدائم للكفاءة هو القيام بتوجيه العناصر الكفؤة، أو على الأقل أن يكون لديهم قناعة بأهمية الكفاءة بالنسبة للمنظمة، لهذا تحتاج الكفاءة للتوجيه الدائم و التشجيع أثناء مراحل نموها.

2-5. التحديات: تعترض في طريق الكفاءات مشكلات وعقبات كثيرة خاصة في المجتمعات التقليدية، وهي بمثابة التحدي الذي يجب تدريب الكفاءات عليه لمواجهتها وعدم الاستسلام لها.

3. المخرجات (الأداء):

تتميز هذه المرحلة ب:¹

3-1. وضوح الدور:

من صفات الكفاءات الحماس والاندفاع في العمل، ولضمان المنظمة الاستثمار الأمثل للكفاءات المتوفرة لديها يجب أن تكون المسؤوليات والمهام الخاصة بوظائفهم واضحة، ويكون عملهم في اتجاه تحقيق الأهداف التي تسعى المنظمة الوصول إليها.

¹ محمود عبد الفتاح رضوان، مرجع سبق ذكره، ص ص14-19.

3-2. الاتفاق على معايير الجودة في الأداء:

تحتاج الكفاءات بصفة خاصة إلى تحديد دقيق لنظام عملهم حتى يكون تركيز كفاءاتهم في اتجاه تحقيق التميز للمنظمة ومنتجاتها، ويتطلب ذلك أن يكون هناك اتفاق على معايير الجودة والوقت والعمليات المستخدمة في الإنتاج.

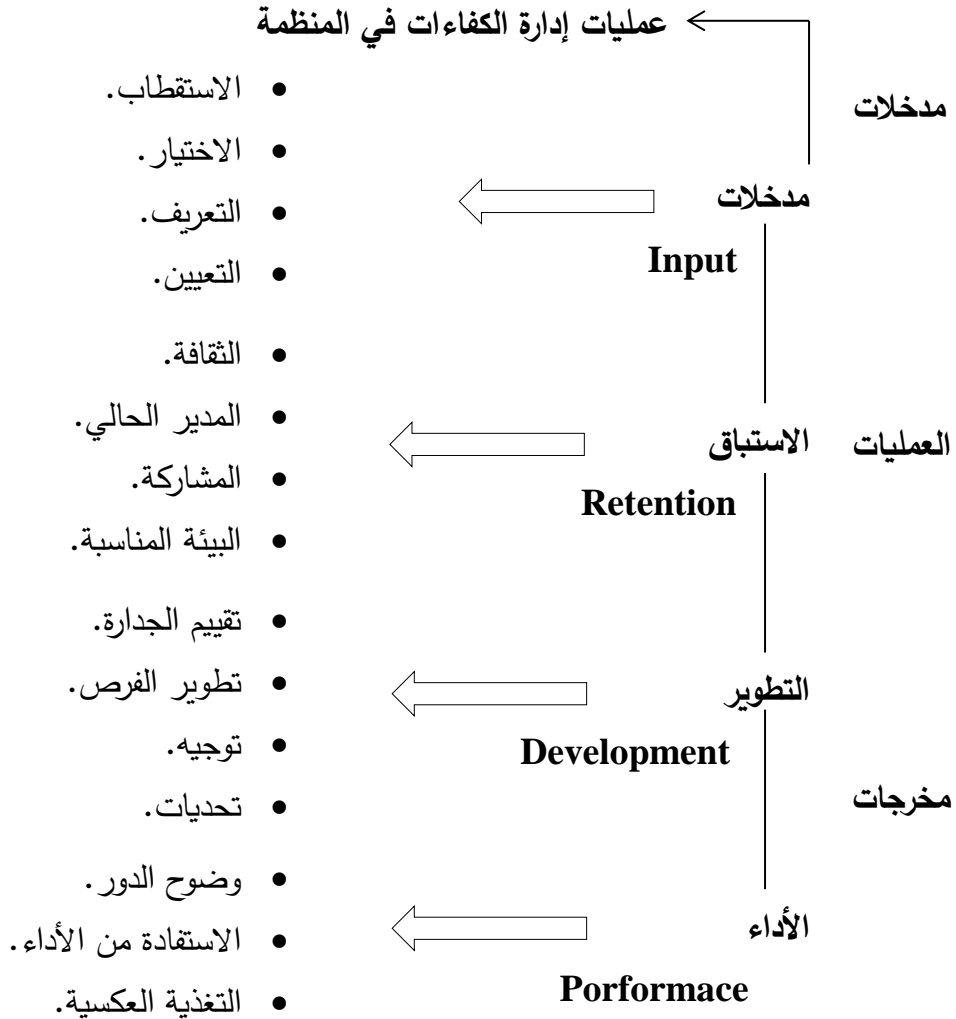
3-3. التغذية العكسية:

تحتاج عملية إدارة الكفاءات التعرف على التغذية العكسية أو ردة فعل الكفاءة أو الإدارة بشكل مباشر أو متقارب على الأقل، لتضمن الإدارة أن الكفاءات تسير في الطريق الصحيح للأداء المنشود.

3-4. الإعراف والمكافآت:

يعتبر التقدير المادي والمعنوي من أحد أهم العناصر في إدارة الكفاءات، فهي تضمن تطور المواهب والحفاظ عليها.¹ والشكل التالي يوضح لنا مراحل إدارة الكفاءات في المنظمة:

شكل(5): مراحل إدارة الكفاءات في المنظمة



المصدر: ياسر مرزوقي، دور إدارة الكفاءات في تعزيز الميزة التنافسية لمؤسسات الصناعات الدوائية الجزائرية: دراسة حالة مجمع صيدال، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة الجزائر 3، 2014، ص153.

¹ محمود عبد الفتاح رضوان، مرجع سبق ذكره، ص ص14-19.

ثالثاً: دورة حياة إدارة الكفاءات.

من أهداف دورة حياة إدارة الكفاءات في المنظمة هو العمل بشكل مستمر، فهدفها في وقتنا الحالي هو تحسين الموقع التنافسي للمنظمة وتحسين أدائها، لهذا تمر دورة حياة إدارة الكفاءات بمجموعة من المراحل وهي:¹

1. المرحلة الأولى التخطيط:

وتتميز بتوفر الخطط التالية:

- خطة عمل المنظمة؛
- خطة إدارة الموارد البشرية؛
- خطة إدارة الكفاءات؛
- السياسات المتبعة في التنفيذ.

2. المرحلة الثانية إدارة الكفاءة:

- تحديد قيم و ثقافة العمل؛
- تحديد الكفاءات داخل المنظمة؛
- تحديد القيادات الجديرة في المنظمة؛
- تحديد شكل و مواصفات الوظيفة.

3. المرحلة الثالثة الاستقطاب:

- تحديد مصادر الحصول على الكفاءة؛
- الاستفادة من شبكة العلاقات المجتمعية للمنظمة؛
- الاختيار الأفضل من المتقدمين للوظائف؛
- تأثير قوة العلامة التجارية للمنظمة؛
- الدقة و الجودة في عملية الاختيار؛
- تأثير الأجر والحوافز.

4. المرحلة الرابعة تكوين نظم المعرفة والتعليم:

- النظم التي تساعد المنظمة للصعود نحو الأعلى؛
- تحديد الاحتياجات التعليمية و التدريبية؛
- بناء ثقافة المنظمة؛
- الأدوار القائمة على المنهج العلمي؛
- استراتيجية التعليم الالكتروني؛
- برامج للحصول على الشهادات المعتمدة والتأهيل؛
- توفير نظام معلومات فعال للموارد البشرية.

¹ محمود عبد الفتاح رضوان، مرجع سبق ذكره، ص ص36-39.

5. المرحلة الخامسة إدارة الأداء:

وتشمل ما يلي :

- تحديد الهدف العام و الأهداف الفرعية للأداء؛
- الدعم الذاتي من الكفاءة للأداء و كذلك الدعم الإداري من المنظمة للأداء؛
- القيام بالتغذية العكسية؛
- تقييم الحوافز المادية والمعنوية.

6. المرحلة السادسة التعاقب الوظيفي:¹

ويضم ما يلي :

- مراقبة الموهبة و الكفاءة؛
- توقع الاحتمالات المقدمة لتحقيق الأداء الأفضل؛
- تخطيط المستقبل الوظيفي للكفاءة؛
- مراعاة خطة إحلال الكفاءات؛
- التعاقد والإحلال الوظيفي.

المطلب الثالث: متطلبات وعوائق إدارة الكفاءات

حتى تتمكن المنظمة من اعتماد منهج الكفاءة في تسيير مواردها البشرية و وضع عملياته حيز التنفيذ لابد أن توفر بعض المتطلبات وتتغاضى عن بعض العوامل التي قد تؤدي الى فشل عدم تحقيق الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها من وراء تسيير الكفاءات.

أولاً: مقاربات تسيير الكفاءات .

سوف نرى فيما يلي كيف ينظر إلى تسيير الكفاءات من خلال المقاربات:

1. المقاربات الوظيفية:²

ينظر الى المنظمة من خلال هذه المقاربة كنظام للمهام والوظائف والأهداف الواجب تحقيقها، وعلى الإدارة مهمة التنسيق بين المهام المحددة والمستويات التقنية حيث تبحث عن الكفاءات التقنية التي توائم شروط منصب العمل مع تناسي أو بالأحرى عدم الاهتمام بتحفيز الأفراد والأخذ بعين الاعتبار لحاجاتهم إلى التطور وكذا قدراتهم الإبداعية واقتراحاتهم، يمكن لكل هذا أن يفقر كفاءات الفريق، لذا تلجأ الإدارة الى التسيير التقديري لمناصب العمل والكفاءات Gestion prévisionnelle des Emplois et des compétences G.P.E.C

إن الثنائية (فرد/ منصب العمل) تصور ميكانيكي وتقنوقراطي قد أوضح في الماضي كل حدوده فمنصب العمل يحدد دوماً من خلال الطريقة التي يعمل بها الفرد ومدى تطويره له. إن المقاربة الوظيفية تنفي قدرة الفرد على التأقلم والإبداع برأيه واقتراحاته .

¹ محمود عبد الفتاح رضوان ، مرجع سبق ذكره، ص ص36-39.

² المرهون نسرين، إدارة المعارف وتسيير الكفاءات: توجه جديد في إدارة الموارد البشرية و مدخل استراتيجي لبناء ميزة تنافسية مستدامة للمنظمة الاقتصادية: دراسة حالة شركة حمود بوعلام وشركاه، رسالة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، جامعة الجزائر، 2008، ص142.

2. المقاربات الاقتصادية:

"تجدر الإشارة أن المقاربة الاقتصادية لا يجب أن تحدد بمعرفة أي الكفاءات يمتلكها الأفراد، لكن أيضا بأي طريقة يبحث عنها سوق العمل وكيف يستعملها، وفيما يتعلق بالأفراد فإنه يجب توضيح بطريقة تجريبية المعارف والتأهيلات والكفاءات والقدرات الأخرى التي تساهم في الإنتاجية، وفي الإبداع وفي قابلية الشغل في مختلف الوضعيات المهنية".¹

إن كفاءة الفرد هي استثمار طويل الأجل، نعلم أن غياب الكفاءة هي مصدر الخسارة في المنظمة، وانطلاقا من تفكير اقتصادي اذا ما خيرت المنظمة بين الاستثمار المادي قصير الأجل والاستثمار الانساني ستختار الاستثمار المادي لأنه أقل خطورة، السؤال المطروح هنا ما هي أهمية الاستثمار الانساني وتطوير الكفاءات اذا عملت المنظمة على أنها ستجد بديل في السوق، أو أن الفرد ممكن أن ينتقل إلى منظمة أخرى؟

هنا على المسير أو متخذ القرار أن يلجأ الى الاستثمار في الرأس المال البشري والمحافظة على الكفاءات الموجودة وتطويرها على أساسها إما يتوقف نجاح أو فشل المنظمة وبقائها وتطورها وإما انسحابها.

3. المقاربة الانسانية:

"أكدت البحوث والدراسات في مجال العلوم السلوكية أن اعطاء الفرد مكانة هامة وبعد نفسي واجتماعي وتقديم الحوافز يلعب دورا في تفاعل الأفراد مع المنظمة، إن اعتبار الفرد كمورد يمكن الاستثمار فيه وليس مجرد اناس يتحركون فقط على أساس مشاعرهم وأحاسيسهم".²

تعتبر المنظمة نظاما اجتماعيا، ومجموعة أفراد موجهة نحو مشروع معين، إن تفاعل هؤلاء الأفراد فيما بينهم مع تباين طموحاتهم وأهدافهم سيخلق نوعا من التوتر والعداء والصراع خاصة اذا ما تعلق الأمر بتحديد نطاق السلطة والقدرة، وبما أن الكفاءات جزء من هذه اللعبة العلائقية، فالواجب تصنيفها من حيث أهمية المعارف والمهارات ويكون التصنيف مقيدا عادة بظروف العصر وبطرق التسيير المعتمدة.

مثلا: في الماضي كان مهندس الانتاج ورجل البيع أهم من الأفراد الآخرين، أما اليوم فرجل البحث والإبداع مستقبلا وله دور الرجل النفسي الذي يهتم بالجانب السيكولوجي وادارة القلق و الوقت الخ .
فالمقاربة الانسانية تركز على الفرد أكثر من اهتمامها بالمنظمة كنظام كلي.

4. المقاربة العملية:

تكون الكفاءات وليدة التفاعل المستمر بين التدريب الجماعي، والسيرورة التنظيمية والتكنولوجية، وكذلك قدرة المنظمة على تعظيم التفاعل الإيجابي، فالقدرة حسب المقاربة العملية ليست فردية بل جماعية، وليست مطلقة بل نسبية ومتغيرة.

¹ مصطفى يوسف الكافي، اقتصاديات البيئة، دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا، 2013، ص255.

² علي غربي، تنمية البشرية، منشورات جامعة منتوري، قسنطينة، 2004، ص114.

مثلاً: قدرة المجموعة على السيطرة والتحكم في التكنولوجيا المتاحة، وكذا القدرة على التأقلم والتفاعل مع السيورة التنظيمية المطبقة من طرف المؤسسة، بهدف تحسين الفعالية ومسايرة تغيرات البيئة الداخلية والخارجية.¹

5. المقاربة الاستراتيجية:

وفق المقاربة الاستراتيجية (**La proche stratégique**) تحقق الكفاءات للمؤسسة إنجاز المشاريع وتحقيق الأهداف الاستراتيجية فالكفاءات تتحرر في تلك القدرات المعرفية والعملية، والتنظيمية المتسمة بصعوبة تقليدها، أو تعويضها بنمط تكنولوجي جديد، أو بابتكار طرق تنظيمية حديثة أو بكفاءات أخرى مشابهة. "ومنه فان المقاربة الاستراتيجية تعتمد على التحليل الاستراتيجي الذي يسمح للمنظمة تشخيص نقاط القوة والضعف في مواردها، بحيث تعمل المنظمة على تقوية نقاط الضعف واستخدامها في استغلال الفرص المتاحة وتجنب التهديدات المحتملة، وبالتالي تكون المنظمة نظرة شمولية للأهداف آخذة بعين اعتبار كفاءات الافراد".²

ثانياً: متطلبات إدارة الكفاءات من خلال المقاربات المتعددة للكفاءات

ولتطبيق إدارة الكفاءات في المنظمة لابد من تهيئة بيئة المنظمة الحديثة للوصول الى أقصى استفادة ممكنة من الكفاءات البشرية بحيث تكون البيئة مشجعة على أداء الكفاءات، ومن ثم يمكن استقطاب واختيار وتعيين الكفاءات، وبصفة عامة لابد من توافر عدة متطلبات وهي:

1. متطلبات إدارة الكفاءات لتحقيق الميزة التنافسية:

1-1. أن تكون الكفاءات ذات جودة عالمية:

أي يكون مخزون الرأس المال البشري والفكري ذا جودة عالية بسبب ما يخضع له من أساليب إدارية، تحسن من مهاراته كالتدريب والتطوير داخل المنظمة، بل بسبب امتلاك تلك الموارد والكفاءات لقدرات ومهارات عالية، وممتازة وأصيلة فإن الموارد المصنفة كرأس مال بشري بطبيعتها نادرة وغالبا ما تتصف ككفاءات يصعب الحصول عليها، وبالتالي يجب على المنظمة بغية استقطابها عدم التركيز على إغرائها بالحوافز المادية التي يعجز المنافسون عن دفعها، بل الأمر يتعلق بالتعاقد معه كشريك استراتيجي تتكامل أهدافه مع أهداف المنظمة على المدى الطويل، بدل توظيفه تأجير لمرحلة متوسطة أو قصيرة المدى، علاوة على ذلك قيام المنظمة بتوفير بيئة عمل مبنية على الجودة وتقودها المعرفة، ومناخ تسوده الثقة والتقدير، مناخ محفز على الإبداع والتجديد وتطوير تلك الكفاءات لقدراتها الاستراتيجية وتوظيف معرفتها الكامنة وجعلها تقبل وتساهم في نجاح التغيير التنظيمي.³

¹ كمال منصور، سماح صويلح، مرجع سبق ذكره، ص 57.

² عبد البارئ إبراهيم درة، **تكنولوجيا الأداء البشري في المنظمات**، المنظمة العربية للتنمية، مصر، 2003، ص 44.

³ يحضه سمالي، **تحليل الأدوات الحديثة للإدارة الاستراتيجية للموارد البشرية**، بمحلة أداء المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،

جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، العدد 13، 2018، ص 108.

1-2. إدماج إدارة الكفاءات في استراتيجية المنظمة:

فتسيير الكفاءات يكون أكثر فعالية عندما تكون الكفاءة مرتبطة بشدة بعمليات التخطيط الاستراتيجي مع معايير مردودية التنظيم الممكن قياسها، فتسيير الكفاءات عبارة عن نظام متكامل تتفاعل فيه كل مستويات المؤسسة، إنه يتجاوز دقة ميدانية تسيير الموارد البشرية لتصبح ورقة رابحة استراتيجية إنه أداة ديناميكية للتغيير الذي يحدث في إدارة المنظمة بشكل عام وعلى العموم يشكل تسيير الكفاءات أحد التطبيقات العملية الإدارية فهو يوجه من طرف الإدارة ويتمثل في الإجراءات الذين يتم وضعها في ترابط بين قواعد التسيير وقواعد المنظمة وإشراف الإدارة على تسيير الكفاءات يساهم في منحها بعدا استراتيجيا أو على الأقل أن يكون ضمن الأهداف الاستراتيجية للمنظمة التي يعبر عنها من خلال توجهات وتصرفات إدارة الموارد البشرية أثناء القيام بوظائفها المختلفة ولهذا يمكن اعتبار تسيير الكفاءات الجزء المتمم للتسيير الكلي لأي منظمة.¹

1-3. إشراك العمال في عملية إدارة الكفاءات:

إن محاولة ضبط تعريف الكفاءة لم يوجد من العدم وإنما هو نتاج فرد أو جماعة في وضع مهني معين، ولهذا يؤدي تسيير الكفاءات إلى تركيز سياسة تسيير الموارد البشرية على العمال (أفراد وجماعات) باعتبارهم حامل الكفاءات، فدورهم عامل جوهري خاصة في إعداد وتنفيذ نظام تسيير الكفاءات، ولهذا وانطلاقا من تسيير الكفاءات يتم تركيز سياسة الموارد البشرية على العمال الذين يجب عليهم طبيعيا أن يشاركوا أكثر في تنظيم وتسيير المنظمة وفي هذا الصدد ينتظر من العمال والكفاءات توظيف أنماط مشاركة جديدة تمتد إلى أبعد من منصب العمل الذي يعتمد على العمل المحدد سلفا، بل تتولد روح المبادرة والمشاركة والقدرة على اتخاذ القرارات سواء داخل المجموعة أو على مستوى المنظمة ككل.²

1-4. تجنيد عوامل البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة:

تحتاج عملية تسيير الكفاءات إلى تجنيد العوامل الداخلية والخارجية، فهي من جهة تعبر عن مجموع التطبيقات المتعلقة بتسيير مسار الأفراد في المنظمة منذ توظيفهم إلى منحهم رواتب وأجور، مرورا بتقييمهم ومراقبة حركتهم، وهي أيضا تضمن تلاحمهم، ومن ناحية أخرى إنها نادرا ما تكون لوحدها، فهي غالبا ما ترافقها تغيرات تكنولوجية وتنظيمية تسمح لمسيرتي المنظمة من الاستجابة إلى تحولات محيطهم، فتسيير الكفاءات يمنح الوسائل النظرية والتطبيقية لبرنامج عمل يحسن من تكيف المؤسسة مع محيطها، وهذا من خلال عمليات تسيير الكفاءات بوضوح فيما يتعلق بالأجور التوظيف، الترقية، التكوين، التدريب... الخ.

2. متطلبات إدارة الكفاءات في الإدارات العمومية:

يتم إعطاء نوع من الاستقلالية في عملية تحديد الاحتياجات من الموظفين للمنظمة أو الإدارات العمومية، دون اللجوء دائما إلى الوزارة الوصية، حيث تكتفي الوزارة الوصية بدور المراقب والمشرف العام

¹ يحضه سملالي، المرجع نفسه، المكان نفسه.

² ياسر مرزوقي، مرجع سبق ذكره ، ص146.

على أنشطة إدارتها اللامركزية، والمصالح المختصة للوظيفة العمومية ويكون ذلك بإصدار مراسيم تحدد ذلك، من الأحسن أن يراعي المخطط للموارد البشرية وضعية بعض المهن، وتطورها المستقبلي، لأن بعض المهن قد تكون في المستقبل القريب لا جدوى منها، كالمهن المهددة، لذا يستحسن أن يكون المخطط السنوي محتويا على تطور المهن وحساسيتها للتطورات مستقبلا.¹

ثالثا: عوائق إدارة الكفاءات:

إذا كانت نماذج إدارة الكفاءات ليست سليمة وتشوبها بعض المخاطر عند الاستعمال يمكن أن تؤدي إلى تحقيق نتائج سلبية فقد:²

- نقود المؤسسة إلى اكتساب كفاءات غير ملائمة بدون رؤية واضحة للأهداف والاستراتيجيات؛
- تكون مكلفة جدا ومضجرة في إدارتها؛
- نقص إدراك الكفاءات التنظيمية الأساسية بسبب رداءة تقبلها من طرف الموظفين؛
- سوء دمج الكفاءات المبدعة وعدم الانسجام فيما بينها أو عدم وجود تكامل بينها ككفاءات التبادل الثقافي؛
- عدم وجود نموذج موحد لمنهج الكفاءات، وكذلك لإدارة الكفاءات فكل منظمة لها تطبيق خاص بها تبعا لأوضاعها وإمكانياتها والأهداف التي تسعى إليها؛
- عجز المنظمة على تشاطر ونشر المعلومات ذات الخصائص الأكثر استراتيجية، وهذا ما يؤدي إلى ضعف التحليل الداخلي والخارجي مما يصعب من التحديد الدقيق للكفاءات الإستراتيجية الضرورية التي يجب أن تمتلكها المؤسسة و تستثمرها لتحقيق أهدافها.

كما يوجد تصنيف آخر لعوائق إدارة الكفاءات التي تتعرض لها المنظمة تتمثل فيما يلي:³

1. تقادم الكفاءات:

إن أبرز العوائق التي تواجهها إدارة الكفاءات هي تقادم الفرد، وعجزه على تطوير مهاراته، وخبراته باستمرار، وتخلفه عن مسايرة التطوير والتجديد الذي يحصل في حقل اختصاصه، نتيجة لأسباب شخصية أو تنظيمية أو بيئية تأخذ مخاطرة هذا التقادم ثلاث اتجاهات هي:

- **تقادم المعرفة:** يشمل تقادم الخبرات والمهارات الادارية والفنية والمهنية؛
- **تقادم القدرات:** ويظهر تحت تأثير الجوانب الشخصية الذاتية،
- **التقادم الثقافي:** يتبلور تحت تأثير القيم والمعتقدات والعادات الاجتماعية.

¹ أبو القاسم حمدي، أهمية إدارة الكفاءات في التنبؤ باحتياجات المؤسسة والادارات العمومية بالوظائف والكفاءات-نموذج مخطط تسيير الموارد البشرية، ورقة بحثية مقدمة للملتقى الدولي الأول حول: المؤسسة بين الخدمة العمومية وإدارة الموارد البشرية-مقاربات نظرية وتجارب عالمية، جامعة البليدة2، 2015، ص13.

² خولة ديمش، مرجع سبق ذكره، ص ص120-121.

³ ليلي بن زرقة، أثر الاستثمار التعليمي في تطوير الكفاءات: دراسة حالة منظومة التعليم العالي في الجزائر خلال فترة (1992-2014)، أطروحة دكتوراه علوم في إدارة أعمال، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2015، ص ص154-156.

2. إحباط الكفاءات:

تمثل عدم قدرة الفرد على إشباع الحاجات بأي أسلوب يقوم به، فتتولد نتيجة ذلك انفعالات لا يمكن تجنبها أو إخفاؤها تقوده الى اليأس، يكون تأثيرها عاليا عندما تفشل الكفاءات في إنجاز مهام معينة، بسبب وجود عوائق وعقبات لا يمكن السيطرة عليها، وتأخذ ثلاث اتجاهات هي:

- نفسية: تشمل عدم الرضا، الاستياء، التوتر، القلق، الفشل، الانطواء، الاكتئاب.
- مادية: وتضم العدوان، التدخل الشخصي، تخريب الأجهزة والمعدات.
- تنظيمية: تتمثل في الغياب، ارتفاع معدل دوران العمل، ارتفاع نسبة التذمر والشكاوى، ترك المنظمة، وضعف الانتماء والولاء.

3. عائق محدودية البحث عن التميز التنظيمي:

ترتبط هذه المخاطرة بمحدودية المنظمة في البحث عن التميز، خاصة في مجال تشجيع وزيادة عدد المساهمات الفكرية، وبالتالي تبقى المعرفة المخزنة في عقولهم، مما يعرضها إلى الاندثار، أو هجرتها الى منظمات منافسة من جهة، ويقلل من رصيدها من جهة أخرى، هذا من شأنه قتل الإبداع وإضعاف قوة المنظمة، وفي هذا السياق يقول "أماويل" أن المنظمة الأقوى هي التي لديها أكبر عدد من رؤوس الأموال البشرية الكفوة والمحفزة بشكل فعال، لأن تحفيزهم على الأداء المتميز يمثل مسألة حياة أو موت المنظمة، ويأخذ هذا العائق أربعة اتجاهات وهي: قتل الابتكار الجديد، ضعف تحفيز المقترحات ومخاطرة تشجيع الأعمال الروتينية أكثر من الإبداعية، وضعف الثقة.¹

¹إيلي بن زرقة، مرجع سبق ذكره، ص ص156،154.

المبحث الثالث: إدارة الكفاءات المحورية

المنظمة الساعية لتحقيق الميزة التنافسية، تلجأ إلى أحد مصادرها ومن بينها الكفاءات بنوعيتها، حيث أن قوة المنظمة تتمثل في القدرة على الحفاظ على الكفاءات، ويعتبر هذا الأخير مصدراً من مصادر الميزة التنافسية التي على المؤسسة تثمينها والمحافظة وتطويرها في ظل تقلبات البيئة الداخلية، وتعتبر الكفاءات المحورية من أهم أنواع الكفاءات وهذا ما سنتطرق إليه .

المطلب الأول: مفهوم الكفاءات المحورية

إن الكفاءات قاعدة أساسية لا يمكن للمؤسسة العمل دون وجودها، حيث تعتبر هي المهارات الخارقة النابعة من أصول المؤسسة بما فيها الملموسة وغير ملموسة، ذات الخصوصية في طبيعتها، والقادرة على تقديم قيمة مضافة حقيقية للمؤسسة وللعميل.

أولاً: التطور التاريخي للكفاءات المحورية

تمتد الأفكار الأولى في تطور العلوم الإدارية لمفهوم الكفاءات المحورية إلى المدارس الفكرية الإدارية عبر مراحل تطورها، فمدرسة الإدارة العلمية لـ **F. Taylor** أكدت على منح الخبراء الصلاحيات الفنية لوضع الطريقة اللازمة لإنجاز مهمات العاملين، أما مدرسة التقسيمات الإدارية لـ **H. Fayol** فوضعت 14 قاعدة إدارية تساهم في بناء الكفاءات المحورية، في حين إهتمت المدرسة البيروقراطية لـ **M. Weber** بالاختيار السليم للمديرين وتأهيلهم لتكون المنظمة قادرة على تحقيق مستويات عالية من الكفاءة، وأول من استخدم مفهوم الكفاءات المحورية في علم الإدارة **Prahald & Hemel. 1990** في سلسلة مقالات نشرت في جامعة (Harvad) بعنوان "الكفاءات الأساسية للمنظمة"، إذ ركز الباحثان أفكارهما في إشارة واضحة إلى مفهوم الكفاءات المحورية بأنها الموارد الحقيقية للتميز،¹ من خلال عدد من دراسات الحالة لمجموعة من الشركات اليابانية والأمريكية حاولا من خلالها الكشف عن أسباب تميز بعض الشركات عن الأخرى، بحيث توصلا إلى أن أسباب التميز هي امتلاكها كفاءات محورية لا تمتلكها الشركات المنافسة الأخرى في نفس المجال.²

ثانياً: مدخل تأصيلي للكفاءات المحورية

يمكن إيجاز مجموعة من المفاهيم المرتبطة بالكفاءات المحورية في النقاط التالية:
يقصد بالكفاءات المحورية مجموعة المهارات والإمكانات التي تجعل المنظمة متفردة بتخصصها وتحفظ دائماً بمزايا نسبية عن غيرها.³

¹ غني دحام تناي الزبيدي، حسين وليد حسين عباس، المقدرات الجوهرية للمورد البشري لإتجاهات المعاصرة لتنافسية الأعمال، دار عياد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص 17-18.

² جودي أمينة، منصور كمال، أثر بناء الكفاءات المحورية في تحسين أداء المؤسسات دراسة حالة مؤسسة عسكرية للإسمنت، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، العدد 15، 2015، ص 299.

³ جيمس كيلبي، فرنسيس جويلات، تحويل المنظمة، مدخل متكامل لتحديد الاتجاه وإعادة الهيكلة وتجديد الناس، الشركة العربية للإعلام العلمي، القاهرة، العدد 71، 1995، ص 06.

ونعرف أيضا الكفاءات المحورية هي تلك الكفاءات الناجمة عن تضافر وتداخل بين مجموعة من أنشطة المنظمة، حيث تسمح هذه الكفاءات الجماعية بإنشاء موارد جديدة للمؤسسة، وتطويرها وتراكمها. أيضا الكفاءات المحورية تعرف على أنها الكفاءات البشرية حزمة المهارات والقدرات التي تمكن المؤسسة من تقديم منفعة حقيقية للزبون.¹

كما يمكن تعريف الكفاءات المحورية هي نتيجة نسق تعلم جماعي للمنظمة خاصة فيما يتعلق بالتنسيق بين مختلف أنشطة الإنتاج وإدماج لمختلف الأنماط من التكنولوجيا.² ويمكن إيجاز مفاهيم الكفاءات المحورية من طرف أهم الكتاب في الجدول التالي:³

الجدول رقم (02): تعاريف الكفاءات المحورية

الكاتب	المفهوم
Prahalad@hemel	حزم من المهارات والتقنيات التي تمكن المؤسسة من تقديم الأفضل وقدرة تنافسية أكثر تأثيرا.
hemel@heene	المهارات الشخصية والخصائص المعرفية التي توجه نحو تحقيق أعلى مستوى ممكن من الرضا مقارنة بالمنافسين.
aquino@quinaraes	مجموعة من مهارات والمعارف الاعتقادات والمواقف والقيم التي تقود عمليات البحث والتطوير في المؤسسة.
macmilan@tampo	نظام فرعي تقني أو إداري يكامل بين التكنولوجيا والعمليات ومعرفة كيف know-How التي من شأنها منح المؤسسة ميزة تنافسية دائمة وفريدة .
conye@stephen	مجموعة من المهارات والمعرفة الموجودة في الفريق وتؤدي إلى القدرة على تنفيذ لوحدات أو أكثر من العمليات الحرجة للوصول إلى معايير المواصفات العالمية.

المصدر: أكرم سالم الجنابي، الإدارة الاستراتيجية وتحديات القرن الحادي والعشرون، دار أمجد للنشر والتوزيع، عمان الأردن، سنة 2016، ص 314.

وبناء على التعاريف السابقة يمكن تعريف الكفاءات المحورية بأنها مجموعة الخصائص التي تنفرد المؤسسة بامتلاكها دون غيرها من المنظمات الأخرى، التي تعمل على تطويرها والمحافظة عليها لأطول مدة ممكنة، وتؤثر الكفاءات المحورية على نجاح أو فشل منظمة ما أكثر من تأثيرها على نجاح أو فشل منتج معين.

¹ صدوقي عقيلة، غموض الكفاءات المحورية: نحو صعوبة تقليد الميزة التنافسية، مداخلة في الملتقى الوطني الأول حول تسيير المهارات ومساهمته في تنافسية المؤسسات، جامعة بسكرة، 2002.

² كمال منصور، إلهام منصور، مساهمة مهارات القطب (مهارات محورية) في تحقيق الميزة التنافسية، مداخلة في الملتقى الوطني الأول حول تسيير المهارات ومساهمته في تنافسية المؤسسات، جامعة بسكرة، 2002.

³ أكرم سالم الجنابي، الإدارة الاستراتيجية وتحديات القرن الحادي والعشرون، دار أمجد للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2016، ص 314.

ثالثا: الفرق بين الكفاءات والكفاءات المحورية

يمكن أن تكتنف هذه المفاهيم بعض الغموض والتداخل وأن هناك من ينظر إليها على أنها تشير وتهدف إلى نفس المعنى، إلى أن هناك فرق بين المفهومين:¹

إن الكفاءات تتميز عن الكفاءات المحورية: بأن الأولى عامة وتمثل الحد الأدنى من المهارات التي يمكن أن تمتلكها المؤسسة من أجل البداية في عملها، وهي لا يمكن أن تحقق التميز للمؤسسة، كما أنها سهلة التقليد ويمكن الحصول عليها بسهولة وقد تكون ضمن نشاط واحد، في حين أن الكفاءات المحورية: فهي مركزية وأساسية لتمييز المؤسسة وتحقيق ربحيتها وهي صعبة التقليد وغالبا ما تكون ثمرة للتعاون الفاعل بين مختلف أقسام المؤسسة ونتاج المعرفة الجماعية.

رابعا: خصائص وشروط الكفاءات المحورية

تساعد الاهتمام والاحاطة بالكفاءات المحورية في المنظمات على اختلاف أنواعها، ويعود ذلك للخصائص الفريدة التي تتمتع بها، وإمكانية استخدامها في مواجهة التغيرات السريعة ومواكبة المستجدات، كما تساعد المنظمة على امتلاك عناقيد للتمييز، ولهذا فإن المنظمات تمتلك قابليات عديدة تشتق من مصادرها الواسعة وإمكاناتها لجلب موارد إضافية كلما تسعى الحاجة، ولكن كفاءاتها المحورية تبقى منفردة ولا يمكنها الحصول عليها بسهولة ويعود ذلك لخصائصها التالية:²

- قدرات قيمة و متميزة صعبة التقليد؛
 - قيمة أساسية لضمان بقاء المنظمة سواء على المدى القصير أو الطويل؛
 - ناتجة عن مزج المهارات والموارد والعمليات؛
 - أساسية في عملية البحث والتطوير؛
 - أساس تنفيذ الهدف الاستراتيجي للمنظمة والتي تسعى إليها الإدارة العليا بلا انقطاع؛
 - ذات علاقة إيجابية بالثقافة والتعلم التنظيمي والخبرة المتراكمة؛
 - تتيح الوصول الى عدة أنواع من الأسواق؛
 - تساعد بشكل معتبر في قيمة المنتج النهائي الملحوظ من قبل الزبون؛
 - يصعب تقليدها من قبل المنافسين؛
 - تعتبر ثروة تصنع قيمة للمؤسسة.
- وهذه الكفاءات تتطلب شروط أساسية:³
- أن تكون لغة الخطاب موحدة، ويتم التشارك في المعارف والمفاهيم؛
 - التعلم من التجارب السابقة والاستفادة من الإخطاء وعدم تكرارها؛

¹ جودي أمينة، منصور كمال، مرجع سبق ذكره، ص301.

² أكرم سالم الجنابي، مرجع سبق ذكره، ص316.

³ زكية بوسعد، أثر تقليص العمال على الكفاءات في المؤسسة العمومية الاقتصادية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، 2008،

- المعرفة بأصول العمل الجماعي، من أجل القدرة على تسيير وإنجاح الفريق؛
- صورة تصرفيه مشتركة موحدة .

من خلال مختلف الخصائص للكفاءات المحورية، يمكن استنتاج العلاقة الوطيدة بينها وبين المنظمة ومدى تأثير الأولى على الثانية، بالنجاح أو الفشل باعتبار أن المنظمة نظام كفاءات تكون ذات قدرة مستمرة على العطاء للتماشي ومتطلبات الساحة التنافسية التي تفرض قيود للبقاء مرهونة بمدى إمكانية الوصول الى الأغراض المستقبلية أكثر من الحالية، خاصة وأن تحديات المنافسة لم تعد تتسع وتعترف بالعمالة من الإدارة الديناميكية المبادرة، والمبتكرة والمتطورة.

خامسا: أهمية الكفاءات المحورية

لقد أصبح من المؤكد أن المؤسسات التي تمتلك الكفاءات المحورية تتمكن من تحقيق النتائج القوية على المستويين المحلي والعالمي، وأنها تساعد المؤسسة على تنمية الخصائص المختلفة للموارد، والتطوير التنظيمي وتطوير معايير التقييم، توجيه وإدارة الوظائف وكل هذا يخولها بأن تكون إحدى أهم عناصر النجاح التنظيمي في ظل التغيرات البيئية التي تعيش فيها المؤسسة، كما تعمل على إضافة قيمة لأفراد المؤسسة في كافة المستويات من خلال تطوير المهارات السلوكية والفنية المطلوبة لأداء مهامهم لذا حددت أهمية الكفاءات المحورية من خلال مجالات استخدامها كالاتي:¹

- وضع دليل للمعارف والمهارات والسلوكيات المطلوب توفرها لدى العاملين؛
- مساعدة أرباب الأعمال والمدراء على الوصف الوظيفي؛
- تساعد على الاتصال الأفضل والعمل الجماعي في المشاريع متعددة الوظائف؛
- تساعد على خلق قوة عمل متكاملة ومشاركة بنفس القيم والممارسات؛
- تساعد المنظمة على إعداد خطط التدريب والتطوير الملائمة لاحتياجاتها؛
- مساعدة الإدارة في تحديد الفجوة بين الأداء الفعلي والأداء المتوقع من خلال قدرات العاملين في المنظمة ؛

- إعداد قائمة تقييم لتدقيق المهارات المتوفرة في المستويات المختلفة للمنظمة؛
- تساعد في تحديد نقاط القوة والضعف في المنظمة.

المطلب الثاني: تنمية الكفاءات المحورية

تختلف وتتفاوت أفكار آراء الباحثين حول مفهوم تنمية الكفاءات البشرية بصفة عامة وكفاءات المحورية بصفة خاصة بين من يعتبرها إما نظام أو عملية أو فلسفة، لكن رغم اختلافهم في تحديد مفهوم واضح لتنمية الكفاءات المحورية.

¹ أكرم سالم الجنابي، مرجع سبق ذكره، ص ص 28-29.

أولاً: مفهوم تنمية الكفاءات المحورية

DHC عرف تنمية الكفاءات المحورية على أنها: "جهداً استثمارياً، يركز على زيادة المعارف والقدرات لدى جميع الأفراد العاملين وهذا لتدعيم العناصر الأساسية المميزة للكفاءات"،¹ وتشير بأنها "عملية التعلم الذي ينمي المعرفة والمهارات والاتجاهات، وكذا عمليات التدريب والتطوير المستمر، وكل عملية لها ميزتها وخطواتها من أجل تحقيق التنمية الفعالة للكفاءات".²

كما تعرف أنها عملية بناء المهارات وتطوير القدرات والارتقاء بمستوى الطاقات، وصياغة وتنمية الكفاءات في جوانبها العلمية والسلوكية والعملية.³

والجدول الموالي يبين أبرز التعريفات المتعلقة بتنمية الكفاءات الموجودة في الأدبيات منذ فترة ما بين 1970-1995 فيما يلي:⁴

الجدول رقم (03): يبرز أهم التعريفات المتعلقة بتنمية الكفاءات المحورية

المؤلف	التعريف
NADLER ;1970	إن تنمية الكفاءات المحورية هي سلسلة من أنشطة المنظمة تجري على تغيير السلوك في الوقت المحدد للأداء.
CRAIG ;1976	إن تنمية الكفاءات تركز بصورة مباشرة على تطوير الإمكانيات البشرية من كل جوانبه سواء جانب الأداء أو جانب السلوكي أو جوانب الحياة.
JONES ;1981	إن تنمية الكفاءات البشرية هي توسع وازدهار منظم للقدرات المرتبطة بالعمل، والتي تركز على تحقيق الأهداف المنظمة والأهداف الشخصية.
MCLAGAN ;1983	إن تنمية الكفاءات المحورية تحدد طريقة التدريب للمساعدة في تطوير الكفاءات الأساسية التي بدورها تمكن الأفراد من أداء وظائفهم الحالية والمستقبلية.
CHALOFISKY and LINCOLN ;1986	تساعد تنمية الكفاءات على دراسة كيفية تغيير الأفراد وفرق العمل وجماعات العمل في المنظمات من خلال التعلم والتدريب.
NADLER and WIGGS ;1986	تنمية الكفاءات المحورية هو نظام تعليمي شامل لإطلاق القدرات البشرية للمنظمة وهو نظام يشمل كل من خبرات التعلم والتجارب على رأس العمل من أجل الاستمرارية والبقاء للمنظمة.
SWANSON ;1987	تنمية الكفاءات البشرية هي عملية هي عملية الحصول على القدرات والخبرات والدوافع لموظفيها أثناء تأدية مهامهم.

المصدر: إعداد الطالبتين بناء على المرجع (RICHARD A. SWANSON ; 2001 ;P4)

¹ أحمد يوسف دودين، إدارة التغيير والتطوير التنظيمي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة العربية، عمان، الأردن، 2012، ص377.

² بوحنيه قوي، تنمية الموارد البشرية في ظل العولمة ومجتمع المعلومات، ط1، مركز الكتاب الأكاديمي، الأردن، 2010، ص244.

³ مدحت أبو النصر، ياسين مدحت محمد، التنمية المستدامة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، 2017، ص164.

⁴ RICHARD A.Sanson ; **F oundation of Human Resource Development**; First Edition: Berrett-Koehler;San Francisco, 2001,p 4.

من خلال الجدول السابق الذي يوضح أبرز التعاريف المتعلقة بتنمية الكفاءات البشرية من قبل رواد وباحثين ومهتمين بالكفاءات البشرية، يستنتج الباحث مفهوماً لتنمية الكفاءات بأنها "تخطيط وتصميم وتنفيذ شامل لمجموعة مختلفة من التدابير (التدريب، التعلم، التحفيز، التمكين، إدارة المعرفة... إلخ) التي يمكن استخدامها وتطبيقها في المنظمة قصد تعزيز واكتساب وتحسين الكفاءة المحورية (المعارف، المهارات، السلوكيات) في البيئة الداخلية.

تجدر الإشارة أنه يوجد اختلاف بين مفهوم تنمية كفاءات البشرية والتنمية البشرية، ويحدث الخلط لأن المفهومين يسيرون في اتجاه واحد لأنهما يركزان على الاهتمام بالعنصر البشري، "فالتنمية البشرية تهتم بتطوير قدرات الإنسان للنجاح في الحياة العملية وتركز على الذات والمؤثرات النفسية من أجل بناء شخصية متزنة وهي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعلم النفس والعلوم الانسانية، أما تنمية الكفاءات يقصد بها زيادة المعرفة والمهارات والقدرات للقوى العاملة القادرة على العمل في جميع المجالات، والتي يتم انتقاؤها واختيارها في ضوء ما يجري من اختبارات مختلفة بهدف رفع مستوى كفاءتهم لأقصى حد ممكن".¹

ثانياً: خصائص وأبعاد تنمية الكفاءات المحورية

تتميز تنمية الكفاءات المحورية بمجموعة من الخصائص و الأبعاد أهمها:

1. خصائص تنمية الكفاءات المحورية:²

1-2. تنمية كفاءات الموارد البشرية عملية استراتيجية:

ينظر في الوقت الراهن الى تنمية الكفاءات المحورية بأنها عملية استراتيجية، تأخذ نظام شكل فرعي مكون من أجزاء متكاملة، وتعمل ضمن نظام واستراتيجية أكبر هي استراتيجية المنظمة، ضمن إطار ودور إدارة الكفاءات المحورية فيها، وتتكون استراتيجية تنمية كفاءات المحورية من مجموعة مخططة من برامج التدريب والتنمية المستمرة، التي تهدف وتوسع إلى تطوير وتحسين أداء الجماعة، كما تسعى هذه الاستراتيجية إلى تشكيل بنية تحتية من الكفاءات البشرية التي تحتاجها المنظمة في الحاضر والمستقبل، لرفع كفاءتها الانتاجية وفعاليتها التنظيمية باستمرار، لتحقيق الرضا لدى زبائنها الذي يتوقف وجودها على هذا الرضا، وكذلك التأقلم والتكيف مع التغيرات التي تحدث في البيئة وينعكس أثرها على نشاط المنظمة في المدى القصير والبعيد، حيث تحتاج هذه التغيرات التعليم واكتساب معارف ومهارات وسلوكيات إيجابية جديدة ومتنوعة لاحتوائها و التعايش معها، فهذه المكتسبات (معارف ومهارات وسلوكيات) التي تخلقها التنمية تساعد الى حد كبير على تخفيف الضغوط التي تشكلها التغيرات على الكفاءات.

¹ أحمد السيد كردي، بين التنمية البشرية وتنمية الموارد البشرية، موقع التنمية الإدارية، نشرت في 13 ديسمبر 2011، ص1، تاريخ الإطلاع

10 - 02 - 2020، 14:08، عبر الموقع <https://kenanaonline.com/users/ahmedkordy/posts/35806>

² عتيقة حرارية، هشام بوخاري، تنمية الموارد البشرية في المنظمات المعاصرة : تأصيل نظري، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية، كلية العلوم

الانسانية والاجتماعية، جامعة البليدة02، الجزائر، المجلد السادس، العدد الثامن، سبتمبر، 2018، ص 125.

1-2. تنمية الكفاءات المحورية عملية تعلم مستمرة:

إن تنمية كفاءات المحورية كاستراتيجية وعملية منتظمة تعتمدان على التعلم، وتهدف إلى بناء معارف ومهارات واتجاهات سلوكية، من أجل تطوير وتحسين أدائها الحالي والمستقبلي، والتكيف مع تغيرات البيئة الديناميكية، وهو ما يعبر ويدل على المحاولات الجادة لإحداث المطابقة والموائمة بين خصائص الكفاءات من جهة، وخصائص أعمالها الحالية والمستقبلية من جهة أخرى، ولجعل أدائها في حالة تحسن دائم ومستمر.

2. أبعاد تنمية الكفاءات المحورية على المستوى الوطني:¹

1-2. البعد الثقافي:

حيث ينعكس تزايد نسبة المثقفين من الأفراد في التنمية الحضارية للمجتمع وزيادة معرفة الفرد وتمسكه بما يخص وطنه من العقائد الدينية والتراث الثقافي واللغة، وارتفاع درجة الوعي.

2-2. البعد الاقتصادي:

من خلال الكفاءات المحورية يتم تنفيذ برامج التنمية الاقتصادية بما يحقق التقدم للدولة ويوفر احتياجات أفراد المجتمع من سلع وخدمات إضافة إلى أن الفرد المؤهل تعليمياً وتدريبياً لديه فرصة أكبر كمواطن منتج يحقق قيمة مضافة تسهم في تنشيط الدورة الاقتصادية.

2-3. البعد العلمي:

حيث يوفر التعليم الكوادر العلمية القادرة على البحث والابتكار والاختراع والتطوير بما يسهم في إحداث النقلة الحضارية المختلفة وأحداث التقدم التقني في مجالات الحياة والتحسين المستمر.

2-4. البعد الأمني:

حيث يؤدي العناية بالتعليم والتدريب إلى تخفيض نسبة البطالة والتي تتناقص مع ارتفاع مستوى التعليمي و التدريبي مما يسهم في تحقيق الاستقرار للمجتمع.

ثالثاً: أهمية وأهداف تنمية الكفاءات المحورية

إن تنمية الكفاءات المحورية لا تقتصر فقط على زيادة المعارف والمهارات، بل هي موقف تتبناه إدارة الكفاءات البشرية قصد مواكبة التغيرات والاستجابة الفورية للأحداث المحيطة بالمنظمة، ولكي تتجح عمليات تنمية الكفاءات المحورية لابد أن تحقق مجموعة من الأهداف والفوائد نذكر منها فيما يلي:

1. أهمية تنمية الكفاءات المحورية:

يمكن تجلية أهمية تنمية الكفاءات المحورية كما يلي:

يرى "حمودي حيمر" أن أهمية تنمية الكفاءات بالنسبة للمنظمة تتجلى من خلال النقاط التالية:²

¹ مساك أمينة، سلمى رزق الله، تنمية الموارد البشرية ودوره في تحقيق التميز الإداري، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 02، الجزائر، المجلد الثالث، العدد الخامس، مارس 2016، ص 308-309.

² حمودي حيمر، أهمية تنمية كفاءات الموارد البشرية بالنسبة للمنظمات: دراسة حالة مستشفى الإخوة مغلاوي ميلة، مجلة اقتصاديات المال والأعمال، المجلد 1، العدد 4، معهد العلوم الاقتصادية وتجارية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد بوصوف ميلة، الجزائر، ديسمبر 2017، ص ص 166-167.

- إثراء وتحسين معارف مواردها، وتحضيرها لمواكبة متطلبات الوظائف، في إطار برامج التطوير وإدارة مسارها الوظيفي؛
 - سد الثغرات المعرفية لدى الموارد وجعل مواقفها وسلوكياتها أكثر إيجابية، وزيادة لولائها للمنظمة؛
 - تخفيض معدل الغياب ومعدل دوران العمالة، وبالتالي زيادة إنتاجية المنظمة؛
 - تخفيض حجم العمالة من خلال اكتساب الموارد البشرية لمؤهلات جديدة، تمكنها من شغل وظائف متنوعة وإنجاز مهام متعددة؛
 - استفادة الموارد البشرية من فرصة الترقية، وتحسين مكانة المنظمة في سوق العمل، وتوفير الكفاءات الضرورية لمواجهة بيئة المنظمة الداخلية والخارجية.
- ويرى "ركاب توفيق" أن عملية تنمية كفاءات الأفراد أصبحت تشكل أهمية بالغة تصل حتى إلى ضمان بقاء المنظمة مستمرة ومستقرة، وتعددت أبعاد هذه الأهمية فيما يلي:¹
- أن تنمية كفاءات المحورية هي ضرورة لضمان وبقاء المنظمة مستمرة ومستقرة في سوق المنافسة؛
 - كما أن تنمية كفاءات المحورية ضرورية في ظل التقدم التكنولوجي السريع وإعادة تنظيم الأنظمة الاقتصادية؛
 - كما أن تنمية الكفاءات يؤدي إلى تحسين الأداء وبالتالي تحسين الإنتاج كما ونوعا، وتحسين الخدمات في القطاع الإداري.
- بالإضافة إلى ذلك، يرى كل من "مساك رزق الله" بأن تنمية الكفاءات تعد كمدخل لتدعيم التميز في المنظمة، بحيث تحتل عملية تنمية كفاءات المحورية في المنظمة أهمية كبيرة نظر للارتباط الوثيق بين جودة المنتجات وكفاءات الموظفين المساهمين في إنتاجها، لذلك تلجأ هذه المنظمات إلى تصميم وتنفيذ البرامج التدريبية المكثفة التي تعمل على اكتساب المعرفة لتقديم منتجات وخدمات ذات جودة عالية، وهذا ما جعل المنظمة تركز على أنشطة استراتيجية بداية من استقطاب أفضل الكفاءات وتنظيم دورات تكوينية متخصصة لها.²

2. أهداف تنمية الكفاءات المحورية:

إن عملية تنمية الكفاءات المحورية لا تأتي بطريقة عفوية وارتجالية، وغنما تكون عملية هادفة ومدروسة ومخطط لها مسبقا، وعليه فإن الهدف الأساسي من تنمية الكفاءات هو الاستفادة من الفوائد والمميزات التي تتيحها، والتي تتمثل فيما يلي:

¹ ركاب توفيق، إدارة التميز وتنمية كفاءات الأفراد، مجلة تنمية وإدارة الموارد البشرية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة البليدة2، الجزائر، المجلد4، العدد8، 2017، ص ص51-52.

² مساك أمينة، مرجع سبق ذكره، ص320.

1-2. إن الاهتمام بعملية تنمية الكفاءات داخل المنظمة، كان الهدف منه هو تحسين المردودية الانتاجية كما ونوعا، وكذلك بغية الحفاظ على الاستقرار ونجد ان لعملية تنمية الكفاءات كمجموعة من الاهداف هي:¹

- تحسين الأداء الكلي للمنظمة عن طريق تحسين أداء الافراد؛
- اكتساب الافراد روح المبادرة وكذلك روح التعاون؛
- تحفيز الافراد وتوفير الدوافع الذاتية للعمل؛
- اكتساب الكفاءات الخفية وغير الظاهرة ومحاولة استغلالها لأقصى حد.

2-2. ويضيف "محمد سمير أحمد" أن الهدف الاساسي لتنمية الكفاءات هو تحقيق أربعة مخرجات تقيس فعالية المستقبل الوظيفي، فتشمل كل من الأداء، الاتجاهات، الهوية الذاتية، التكيف، فكل من الأداء و الاتجاهات يهتم بالحاضر، تحقيق الأهداف الحالية ومشاعر الأفراد عن المستقبل الوظيفي، والتكيف هو استعداد الفرد لمقابلة متطلبات المستقبل الوظيفي، وبالتالي فإن أي نشاط يعزز واحد أو أكثر من تلك الأهداف الأربعة يدخل في إطار تنمية الكفاءات، وتكوين قوة عمل ذات جودة عالية، مستقرة، منتجة، ملتزمة، قادرة على اكتساب مهارات، اتجاهات ومعرفة جديدة وبسرعة.²

المطلب الثالث: إدارة الكفاءات المحورية وأساليب تعزيزها

إن التأثير في المعارف ومهارات وسلوكيات وقدرات الأفراد يكمن عن طريق إدارة الكفاءات وكذلك أساليب تطويرها وتعزيزها، وسنشير في هذا المطلب الى تسيير الكفاءات وأساليب تعزيزها.

أولاً: إدارة الكفاءات المحورية

يعتمد تسيير الكفاءات المحورية على ثلاث نقاط أساسية:

- تعبئة وتحديد كل الفاعلين بالمنظمة والذين يملكون كفاءات محورية؛
- وجود هيكل تنظيمي يسمح ويسهل التفاعل بين الكفاءات المحورية؛
- إدارة المعارف الموجهة نحو تبادل وتطوير المعارف.

ولتفعيل تسيير الكفاءات المحورية يجب أن تتوافر مجموعة من الظروف لتنمية المعارف من جهة ولتطوير وتجديد الكفاءات المحورية من جهة أخرى، ومن بين هذه الظروف: تفعيل نظام التعلم الإلكتروني تبادل المعلومات والمعارف بين الفاعلين، تكوين المسيرين حيث تتبلور إدارة الموارد البشرية الموجهة نحو تطوير الكفاءات المحورية.

ثانياً: أساليب تعزيز الكفاءات المحورية

يعتبر امتلاك المؤسسة للمعرفة والكفاءة كمادة خام، غير كاف لأن تكون مصدر للتميز، إلا إذا كانت تنمو وتقدم الجديد، وذلك لا يتم إلا بتفعيلها والاهتمام بها من خلال توفير مجموعة من المستلزمات

¹ ركاب توفيق، مرجع سبق ذكره، ص ص52-53.

² بلخضر ناصيرة وآخرون، تنمية الموارد البشرية رؤية استراتيجية لبناء رأس المال الفكري وتوطين المعرفة في الجزائر، مجلة الحقوق الإنسانية العدد الاقتصادي، جامعة زيان عاشور بالجلفة، الجزائر، العدد 35، المجلد 2، 2018، ص72.

وتهيئة بيئة مناسبة إذا ما أرادت المؤسسة تحسين الكفاءات المحورية للأداء المتميز لمواردها البشرية، ويمكن إبراز هذه الأساليب بالآتي:¹

1. فهم الأسلوب والفلسفة الإدارية:

وذلك يتمثل في فهم سلوك الموارد البشرية من خلال استخدام عدة نظريات لفهم هذا السلوك منها على سبيل المثال لا على سبيل الحصر نظرية (Y - X) لـ Douglas McGregor، نظرية سلم الحاجات لماسلو، كما يمكن كذلك الاستفادة من سلم ماسلو في تحسين الأداء وجعله متميزاً، وذلك عن طريق الربط بين سلوك الموارد البشرية الوظيفي وحاجاتهم الذاتية، إذ يتحفز المورد البشري للعمل إذا كان هذا العمل يلي حاجاته الذاتية.

2. تشجيع التفكير بالشاركة في العمل:

إن رغبة المؤسسة بالحصول على أعلى درجة من اندلاع العاملين وتحقيقهم لأداء متميز وكسبهم كرسيد مهم للمؤسسة، ينبغي عليها أن تجعل الأفراد يشعرون ويمارسون العمل بوصفهم مالكين أو شركاء في المؤسسة، وهذا الشعور يحفزهم للحرص على المؤسسة والمحافظة عليها وتطويرها نحو الأفضل.

3. ربط الحوافز بالأداء:

في هذا المجال يتم وضع ثمان خطوات لدفع الموارد البشرية للأداء المتميز وهي:²

- مساعدة الموارد البشرية في التطوير والتحسين من خلال التدريب والتعليم؛
- وضع معايير ومستويات واضحة للعمل؛
- تحديد حجم مسؤولية المورد البشري؛
- مساعدة الموارد البشرية في الوصول للمستويات الأعلى؛
- توثيق المعلومات الخاصة بالأداء؛
- المتابعة الدورية للأداء.

4. تحفيز الكفاءات البشرية على تحمل المسؤولية:

يتم هذا من خلال تمكين الكفاءات البشرية المسؤولة، لإنجاز عمل معين وتقويضهم السلطة لإنجاز هذا العمل بطريقتهم الخاصة مع تشجيعهم على الشعور بالقوة والقدرة والثقة بالنفس إذ لم يعد الأسلوب التسلطي مجدياً.

5. تجنب العوامل المحبطة للتحفيز:

يترتب على إدارة المؤسسة مسؤولية تجاه مواردها البشرية، إذ أنها مسؤولة عن غرس الثقة في النفوس مواردها البشرية.³

¹ غني دحام تناي الزبيدي، حسين وليد حسين عباس، المقدرات الجوهرية للمورد البشري لإتجاهات المعاصرة لتنافسية الأعمال، دار عياد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص ص74-75.

² غني دحام تناي الزبيدي، حسين وليد حسين عباس، مرجع سبق ذكره، ص76.

خلاصة الفصل الأول:

من خلال هذا الفصل تم التطرق الى مفهوم الكفاءة التي ترتبط بالقدرات الفردية والمهارات والسلوكات والمعارف.

ومن أنواع الكفاءات المحورية التي تعتبر حلقة أساسية في موارد التي تمتلكها المنظمة حيث تحتل الكفاءات مكانة أساسية في الاستراتيجية الكلية

وإسهامات الكفاءات المحورية على المنظمة هي تحقيق الريادة والتميز ومواكبة التغيرات التي تحصل بسرعة، بالإضافة لأهميتها المحورية في تحسين الكفاءات داخل المنظمة من خلال وضع البرامج التدريبية، وتحديد المتطلبات التقنية التي تحتاجها المنظمة لأداء عملها، كذلك تحدد نقاط ضعف المنظمة، تساهم في تغيير معارف وأفكار أفراد المنظمة نحو الأفضل عند قيام المنظمة بالتغيير الجذري أو الجزئي، مساعدة المنظمة على إدراك التغيرات الحاصلة في البيئة الخارجية في الوقت المناسب، الذي يوجب على المنظمة التي تمتلكها أن تحافظ عليها وتحميها لأنها تمثل المورد الحرج في المنظمة، والميزة التي يصعب تقليدها.

إلا أنه للاستفادة من ميزة هذه الموارد أو الكفاءات المحورية على المنظمة أن تقوم ب: تنمية، توصيل وتبادل المعلومات والمعارف بين أعضاء المنظمة وكذلك التعلم القائم على التجارب، كما عليها بالإبداع الذي يستعمل كفاءات محورية الحالية من أجل إنشاء كفاءات جديدة واكتشاف العلاقات الموجودة بين الكفاءات وكيفية ابتكارها وتطويرها عبر الزمن.

أيضا يتوجب على المنظمة الاستثمار في الكفاءات المحورية من أجل تثمين موقعها التنافسي وكذلك السعي الى المحافظة عليها بمختلف أشكال الحوافز.

الفصل الثاني:

الاطار النظري لجودة الخدمات الصحية

تمهيد

المبحث الأول: الخدمات الصحية.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية.

المبحث الثالث: المنظومة الصحية في الجزائر.

خلاصة الفصل الثاني.

تمهيد:

عرفت السنوات الأخيرة نموا كبيرا ومتزايد في قطاع الخدمات والذي أصبح يشكل مكانة متميزة في الاقتصاديات الدولية، ومن بين القطاعات الخدمية التي تحتل موقع متميزا نجد قطاع الخدمات الصحية، وهذا بسبب الأهمية التي تفرضها طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع والاتصال المباشر بأفراد المجتمع، فقد أصبحت جودة الخدمات الصحية لأي مجتمع يعطي صورة واضحة عن مدى التطور الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، مما دفع الدول المتطلعة للتقدم والنمو الى زيادة الاهتمام بجودة الخدمات.

والحديث عن جودة الخدمات المقدمة يقودنا إلى الكفاءات التي تمتلكها المؤسسة، التي تضطلع بتقديم خدمات صحية ذات جودة مميزة تختلف عن الخدمات التقليدية من أجل تحقيق رضا الأفراد (المرضى).

سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى الخدمات الصحية من ناحية المفاهيم والمضامين الأساسية بشكل واضح ومبسط، كما سنبرز علاقة الكفاءات المحورية داخل المؤسسة وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية المقدمة، وذلك من خلال ثلاثة مباحث:

المبحث الأول: الخدمات الصحية.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية.

المبحث الثالث: المنظومة الصحية في الجزائر.

المبحث الأول: أساسيات حول الخدمات الصحية.

تعتبر الخدمات الصحية من الخدمات التي تتميز بخصوصية بالغة الأهمية، كونها تمس حياة الفرد والمجتمع ككل، هذا الارتباط جعل المزيد من الاهتمام بمضمون الخدمة الصحية وأساسيتها.

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية

يتشكل مفهوم الخدمات الصحية من مفهومين هما: الخدمة والصحة، وكلاهما يشتمل على أساسيات ومضامين يمكن توضيحهما وتجليه الأبعاد المشكلة لهما.

أولاً: مفهوم الخدمة:

هناك عدة تعاريف مختلفة للخدمة نذكر منها:

تعرفها الجمعية الأمريكية للتسويق بأنها "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة".¹

ويعرفها **Adrian Palmer** الخدمة بالقول "أن الخدمة هي عملية إنتاج منفعة غير ملموسة بالدرجة الأساس، أما بحد ذاتها أو كعنصر جوهري من منتج ملموس، حيث يتم من خلال أي شكل من أشكال التبادل إشباع حاجة أو رغبة مشخصة لدى العميل أو المستفيد".²

كما يشير **Bull** أن الخدمة هي:³

- أنشطة غير ملموسة (تقديم استشارة، إلقاء محاضرة...);

- منافع يدركها المستفيد بعد الحصول على الخدمة (خدمات التأمين، خدمات صحية، خدمات النقل...);

- يرتبط تقديمها بالسلع المباعة لأنها تقدم مع هذه السلع ويلعب تقديمها دوراً أساسياً ومهماً في تحقيق المنافع التي يرغب المستهلك الحصول عليها من خلال شراء السلعة للصيانة، ضمان، توفير أدوات إضافية، نقل السلعة....).

بالإضافة إلى ذلك، يعرف **باكر barker** الخدمة بأنها "مجموعة من الأنشطة المهنية التي تهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات من أجل تحسين أو على الأقل المحافظة على قدراتهم لئلا يتكفروا من أداء وظائفهم، كما تهدف إلى إحداث تغييرات في الظروف المجتمعية لتحقيق تلك الأهداف".⁴

أما **STONTON** فقد عرف الخدمة بأنها "النشاطات الغير ملموسة والتي يحقق منفعة للزبون أو العميل والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة، أي أن إنتاج أو تقديم خدمة معينة لا يتطلب دوماً استخدام سلعة مادية".⁵

ومما سبق يمكن تمييز أهم المفاهيم المتعلقة بالخدمة والمبينة في الشكل التالي:

¹ ريجي مصطفى عليان، **أسس التسويق المعاصر**، ط1، صفاء للنشر و التوزيع، عمان، 2009، ص298.

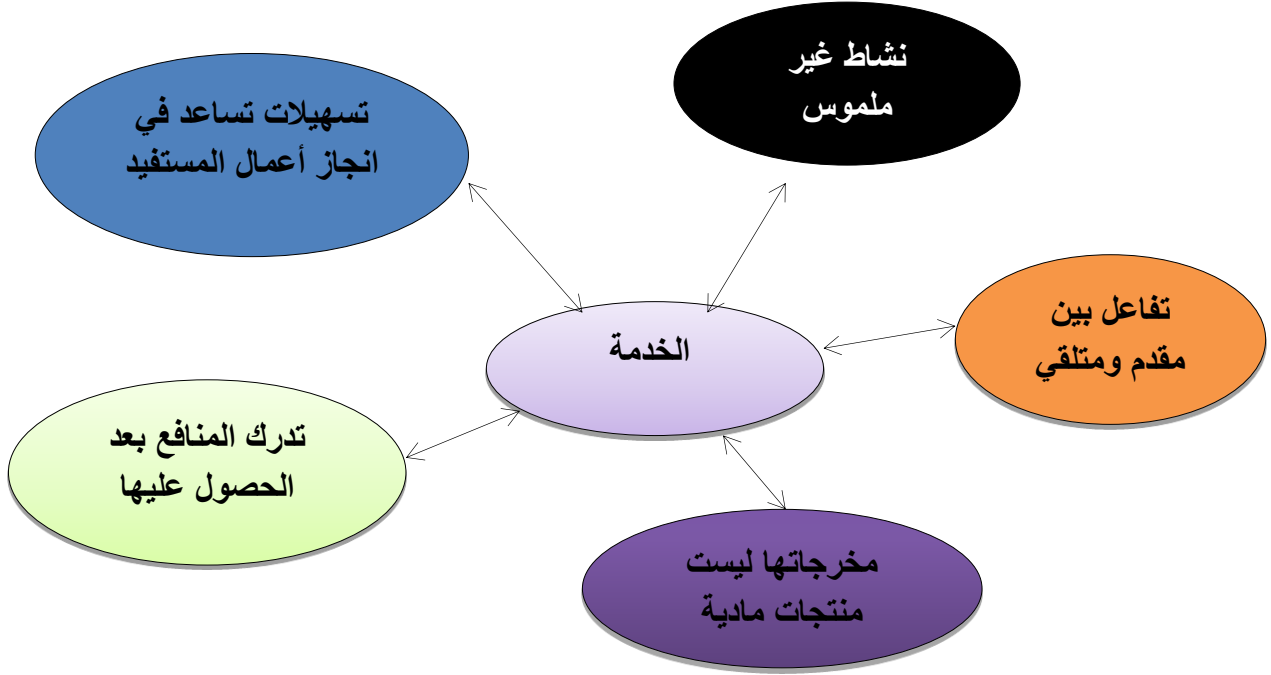
² حميد الطائي، بشير العلاق، **إدارة عمليات الخدمة**، دار يازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2016، ص14.

³ محمود جاسم الصميدعي، **تسويق الخدمات**، ط1، المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2010، صص22-23.

⁴ علي المبروك عون، عبد الجليل، **الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي**، ط2، مكتبة بورصة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2013، ص15.

⁵ بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي، **الخدمات: مدخل استراتيجي وظيفي وتطبيقي**، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص37.

شكل رقم(06): يوضح أهم المفاهيم المتعلقة بالخدمة



المصدر: إعداد الطالبتين بناء على ماسبق.

ثانياً: مفهوم الصحة:

يمكن تحديد مجموعة من المفاهيم المرتبطة بالصحة على النحو التالي:
عرفت الصحة على أنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل المسببة للأمراض والتي يتعرض لها الجسم، وقد يشمل مفهوم الصحة إطالة العمر ومنع الأمراض و السيطرة عليها".¹

كما أن هناك من اعتبر الصحة تشخيص وعلاج المجتمع.²
وهذا الاختلاف في التعاريف جعل منظمة الصحة العالمية تعطي مفهوماً أشمل عن الصحة واعتبرتها أنها: "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض والعجز".³
وحسب تعريف آخر تعد الصحة أشمل من أن تكون معالجة المرض، فهي تمتد لتشمل صحة الجسم وصحة العقل أو ما يسمى بالصحة النفسية والتي تعني "العلاج الوقائي للاضطرابات العقلية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الفرد وصحة المجتمع والبيئة وهي حالة توفر المواطن البيئي السليم

¹ صلاح محمود ديات، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2010، ص198.

² أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005، ص13.

³ الصحة العالمية الموقع: 2020/06/06 14:00. <https://www.who.int/features/fadfiles/menta/health/a0>

والمستقر للكائنات الحية، وعلى رأسها الإنسان بحث يستطيع أن يعيش حياته بشكل سليم ويحافظ على بيئة سليمة".¹

إذ لابد من أن ينظر إلى الصحة من مجال أبعد من أن تكون مجرد رعاية طبيب لمريض، لا يجب أن تكون المجتمعات صحية عياديا فقط، ولكن يجب أن تشعر بالصحة جسميا، واجتماعيا.² من المفاهيم السابقة ورغم اختلافها إلا أنها اتفقت على نقطة وهي أن الصحة هي حالة الرفاهية الجسمية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليست فقط مجرد الخلو من الأمراض.

ثالثا: مفهوم الخدمات الصحية:

وبناء على ما سبق من تحديد مفهوم الخدمة والصحة، يمكن نحدد مفهوم الخدمات الصحية وفق الأبعاد المشكلة للمصطلحين، ويمكن إيجاز أهم المفاهيم كما يلي:

تعرف الخدمة الصحية بأنها "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض".³

وتعرف الخدمة الصحية على أنها: "الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو الشخصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع مثل معالجة الطبيب لشخص مريض كان في مركزه الصحي الخاص، أو في مؤسسة صحية عمومية أو العناية التمريضية التي يقدمها طاقم التمريض أو التحاليل الشخصية التي يقدمها فنيو المخبر لشخص ما، أو لعدة أشخاص، غير الرعاية الطبية (الخدمات الصحية) قد تقدم رعاية صحية وقائية، كأن يقدم الطبيب المعالج لشخص ما معلومات حول مرض ما وطرق انتشاره، وكيفية الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه مستقبلا، وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية".⁴

وتعرف الخدمة الصحية على أنها: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستهلك (المريض) والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل".⁵

بالإضافة إلى ذلك، تعرف الخدمات الصحية على أنها النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى.⁶

¹ صلاح حسن الدهراوي، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل، الأردن، 2005، ص ص126-129.

² نظام موسى سويدان، عبد المجيد البروراي، إدارة التسويق في المنظمات غير ربحية، دار حامد، الأردن، 2009، ص 233.

³ مرزوق محمد عدمان، مداخل في الإدارة الصحية، ط1، دار الرابحة للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص 35.

⁴ فوزي منكور شعبان، تسويق الخدمات الصحية، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع القاهرة، مصر، 1998، ص 189.

⁵ المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1998، ص 87.

⁶ عائشة عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية، دار خالد اللحياني للنشر والتوزيع، عمان، 2016، ص 43.

كما عرفت الصحة هي المنفعة الحقيقية التي يسعى المريض للحصول عليها كالشفاء عند مراجعته المنظمة الصحية.¹

المطلب الثاني: عموميات حول الخدمات الصحية

لقد اكتست الخدمات الصحية أهمية بالغة في الدول، وأصبحت تؤدي دورا حيويا في المجتمعات، لذا فقد شهدت السنوات الأخيرة تطورا كبيرا في مجال تقديمها وبحث سبل تحسينها وتطويرها. تمتاز الخدمات الصحية بخائص تنفرد بها وتميزها عن الخدمات الأخرى.

سنشير في هذا المطلب الى خصائص الخدمات الصحية ومحددات استخدام الخدمات الصحية التي تطرقنا داخلها الى أهم النماذج التي تناولت المحددات.

أولاً: خصائص الخدمات الصحية

تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من المنظمات الصحية في خصوصية تلك الخدمات وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب و العمل الإداري الذي يمكن أن تقدمه إلى الجمهور، ويمكن تحديد هذه الخصائص كما يلي:²

- تتميز بكونها عامة للجمهور، وتسعى من خلال تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها.

- تتميز بكونها على درجة عالية حيث ترتبط بحياة الفرد وشفائه، وليس شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه، لذلك فإن معيارية الأداء للخدمة الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية؛

- تتأثر المنظمات الصحية عامة ومستشفيات خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو القطاع الخاص؛

- في منظمات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المنظمات الصحية بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء؛

- وجود اتصال مباشر بين المنظمة الصحية والمستفيد من الخدمة، إذ أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها إلا بحضور المريض نفسه للفحص و التشخيص و العلاج أو إجراء التحاليل...إلخ؛

- صعوبة تطبيق المفاهيم الاقتصادية المطبقة في خدمات أخرى على الخدمة الصحية، باعتبارها مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء؛

- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، ويهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الادارية والطبية لإنتاج الخدمة الصحية لطالبيها، إذ لا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك اخفاق في مهمة المنظمة الصحية الانسانية.

¹ فريد كورتل، درمان سليمان صادق، نجاه العامري، تسويق الخدمات الصحية، ط1، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص153.

² محمد الصرفي، التسويق الصحي، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2016، صص19-20.

ثانياً: محددات استخدام الخدمات الصحية

تتخذ قرارات عرض وطلب الخدمات الصحية من خلال النظم المختلفة لتقديم هذه الخدمات والتي تختلف من دولة الى أخرى، وتحليل العرض والطلب يفترض أن كلا من الأفراد والمؤسسات يسعون الى تعظيم هدف معين يتمثل في الاشباع بالنسبة لطالبي الخدمة الصحية والكفاءة بالنسبة للمؤسسات الصحية العمومية تحت قيد ميزان معين أو الريج بالنسبة لمؤسسات القطاع الصحي الخاص.¹

والطلب هو الاعراب عن تفضيل استهلاك شيء مرغوب، وهو مفهوم عادة ما يكون مرتبطاً بالقدرة الشرائية، وفي سياق الخدمة الصحية يفهم الطلب على أنه احتياج أدى الى اتخاذ اجراء ما بحثاً عن الخدمة الصحية، وتشير الحاجة للخدمة الصحية الى الحد الأدنى من الخدمات الصحية الضرورية لضمان حياة مرضية للفرد، أما الرغبة فهي مجموع الخدمات التي يود الفرد الحصول عليها كمتطلبات لما يعتبره الحالة الصحية المثلى، وحقيقة الأمر أن الحد الأدنى من الصحة والصحة المثالية هي مفاهيم نسبية تختلف من مجتمع لآخر حسب درجة رفاه هذا المجتمع أو ذاك ونظامه القيمي والاقتصادي.²

ففي المجتمعات المتطورة مثلاً الحاجات والرغبات تصبح واحدة أو متقاربة، والحياة المرضية تصبح بدورها الحياة المثلى، ونقطة الهامة هنا أن المبالغة في التركيز على الرغبات أكثر منها على حاجات يعد مشكلة ندرة الموارد في القطاع الصحي ومشكلة العدالة الاجتماعية في توزيع واستعمال هذه الموارد، وهذا ما يؤدي الى حصول بعض الأفراد والجماعات على خدمات صحية أكثر مما يرغبون فيه، بينما البعض الآخر قد لا يجد الحد الأدنى من الخدمات الصحية، لأن الرغبة في الحصول على الخدمة الصحية تختلف بين ما قد يراه المريض مناسباً لكيفية وكمية استعمال هذه الخدمات وبين ما قد يكون ضرورياً من الناحية الطبية.³

فمرحلة إدراك الحاجة للرعاية الصحية هي المرحلة التي يدرك فيها الفرد سوء حالته الصحية وبأنه بحاجة للرعاية الصحية وبأن عليه الدخول للنظام الصحي هي مرحلة سابقة لمرحلة طلب الخدمة الصحية، حيث يتوجه الفرد إلى النظام الصحي ليطلب الخدمة الصحية بصفة فعلية، وإذا تمكن من الحصول عليها يصل الى مرحلة استعمال الخدمات الصحية وهي المرحلة الأهم من ناحية الطلب، حيث يحصل فيها التواصل بين صاحب الحاجة الصحية ومقدم الخدمة الصحية، فاستعمالية الخدمات الصحية تشير إلى الاستخدام الفعلي لها وبمعنى آخر هي الطلب المنفذ على تلك الخدمات.⁴

وهذا الاستخدام تحكمه مجموعة من المحددات، وقد يظهر عدد من النماذج لتفسير سلوك طالب الخدمة الصحية في قراره المتعلق باختيار المرفق الصحي أو مقدم الخدمة الصحية، وهذه النماذج تعتبر بمثابة أطر نظرية يمكن الاسترشاد بها من قبل الباحثين عند دراسة العوامل المؤثرة في استخدام الخدمات

¹ محمد حامد عبد الله، دور الاقتصاد في رعاية الخدمات الصحية، ورقة عمل مقدمة لاقتصاديات لرعاية الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية: الواقع والمستقبل، الكلية العسكرية المتوسطة بالظهران، 2003، ص4.

² فريد توفيق النصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2014، صص90-91.

³ منظمة الصحة العالمية، بناء القدرات من أجل اشراك القطاع الخاص على نحو بناء في اتياء الخدمات الرعاية الصحية الأساسية، تقرير أمانة المجلس التنفيذي، الدورة 124، 11 ديسمبر 2008، ص56.

⁴ فريد توفيق النصيرات، مرجع سبق ذكره، ص92.

الصحية، لأنها حاولت التعرف على مجموعة العوامل المحفزة أو المعيقة لاستخدام الخدمات الصحية، وتشير معظم الدراسات إلى نموذجين أساسيين في هذا المجال وهما: النموذج السلوكي ونموذج القناعات الصحية.¹

1. النموذج السلوكي (The behavioural model)

قدم هذا النموذج من طرف أندرسون (Anderson) ونيومان (Newman)، إذ توصلا من خلال دراستهما للمتغيرات المفسرة لسلوك المرضى إلى أن سلوك المريض في البحث الرعاية الصحية يتحدد بناء على مجموعة من العوامل المستقلة التي تؤثر على المتغير التابع وهو استخدام الخدمات الصحية، وقسم الباحثان العوامل المستقلة إلى ثلاث مجموعات:

1-1. مجموعة العوامل المهنية:

هذه العوامل تشمل عددا من المحددات الموجودة لدى طالب الخدمة الصحية، والمتعلقة أساسا بخصائصه الديمغرافية كالجنس والعمر والحالة الاجتماعية والوضع الاقتصادي.²

1-2. مجموعة العوامل الممكنة:

عوامل التمكين هي العوامل التي يمكن أن تساعد المريض في الحصول على الخدمة الصحية المناسبة كسهولة الوصول للخدمة ومدى توافرها والقدرة على الانتقال إلى المرفق الصحي الذي يقدمها والتغطية التأمينية.

1-3. مجموعة عوامل الحاجة أو الحالة الصحية:

هي العوامل المتعلقة بصحة المريض بصفة مباشرة، أي شدة المرض ومدى تأثيره على صحة المريض، وهو أمر يخضع في البداية لتقييم المريض أو ذويه. ورغم أهمية التحليل الذي جاء به النموذج السلوكي إلا أنه تعرض لبعض الانتقادات، منها أنه لم يأخذ بعين الاعتبار بعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية كمتغيرات محددة لسلوك الفرد في بحثه عن الخدمات الصحية، كما أنتقد هذا النموذج من حيث أنه قام بدراسة أثر المتغيرات بشكل منفرد ولم يأخذ بعين الاعتبار التفاعلات المحتملة بين مجموعة هذه العوامل المستقلة وتأثيرها مجتمعة على استخدام المرافق الصحية.³

2. نموذج القناعات الصحية (Health belief model):

ظهر هذا النموذج في منتصف القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية بواسطة مجموعة من الباحثين كمحاولة للتنبؤ بسلوك الأفراد عند البحث عن الخدمات الصحية الوقائية، ثم تم تعديله ليشمل سلوك المرضى في البحث عن الخدمات الصحية بمختلف أنواعها.

¹ سعد بن عبد الله غانم، "سلوك المرض ذوي الحالات الصحية المزمنة في البحث عن الرعاية الصحية: دراسة مقارنة بمدينة الرياض بالملكة العربية السعودية"، المجلة العربية للإدارة، العدد الأول، المجلة الحادي والثلاثون، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية 2011، ص 86.

² فهاد بن معتاد الحمد، صالح بن عبد الرحمن الشهيبي، خدمات المستشفيات: استطلاع آراء وانطباعات المستفيدين، مجلة الإدارة العامة، العدد 17، جويلية 1991، ص 10.

³ سعد بن عبد الله غانم، مرجع سبق ذكره، ص 88.

ويفترض هذا النموذج إلى سلوك الفرد في البحث عن الخدمات الصحية يتوقف على تقييم منطقي يقوم به، وذلك بالمقارنة بين المنافع المتوقعة جراء القيام بهذا السلوك والمعوقات المحددة لهذا السلوك كما يعتقده الفرد.

ويشير روسنستوك (Rosenstock) إلى مجموعة من المحددات التي يمكن استخدامها للتنبؤ بسلوك الأفراد في استخدام الخدمات الصحية وهي:¹

2-1. اعتقاد القابلية:

يعني أن سلوك الأفراد بالتوجه نحو طلب الخدمات الصحية محكوم بمدى اعتقاده بأنه يواجه خطراً صحياً أو أنه قابل للتعرض لهذا الخطر.

2-2. اعتقاد شدة المرض:

أي أنه كلما اعتقد الفرد أن حالته الصحية سيئة كلما أصبح طلب الحصول على الخدمة الصحية ضرورة ملحة لا يمكن تأجيلها أو إلغاؤها.

2-3. الفوائد المتوقعة:

تعني أن الفرد يغير من سلوكه وطلبه للخدمة الصحية حسب الفوائد المتوقعة من هذا الطلب.

2-4. المعوقات المتوقعة:

الشخص قد يحجم عن طلب الخدمة الصحية إذا شعر أن هناك بعض الصعوبات التي قد تعترضه وتحول دون حصوله على الخدمة الصحية.

هذا النموذج تعرض أيضاً للانتقاد من حيث إهماله لبعض العوامل المهمة والمؤثرة على الطلب على الخدمات الصحية مثل العوامل البيئية والاقتصادية والاجتماعية للفرد.

ولقد أدت النقائص التي في النموذج السلوكي ونموذج القنوات الصحية إلى ظهور نماذج أخرى تم تطبيقها في الدراسات الصحية كمحاولة لتفسير سلوك المرضى والتنبؤ به عند البحث عن خدمات الرعاية الصحية وكذلك عند دراسة العوامل المؤثرة في الاستعادة من الخدمات التي تقدمها المرافق الصحية المختلفة، ومن هذه النماذج نجد النموذج الاقتصادي (Economic model)، النموذج الاجتماعي الديمغرافي (Socio- démographique model) والنموذج التنظيمي (Organisationnel model).²

المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية

تصنف الخدمات الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى ثلاث مجموعات أساسية هي خدمات علاجية، وقائية، إنتاجية نذكرها فيما يلي:³

¹ سعد بن عبد الله غانم، مرجع سبق ذكره، ص 89.

² سعد بن عبد الله غانم، مرجع سبق ذكره، ص 90.

³ بحار سعد عباس علي، تأثير المزيج الترويجي على الخدمات الصحية، دار التعليم الجامعي، الإسكندرية، 2020، ص 126.

أولاً: الخدمات الصحية العلاجية:

تتمثل الخدمات المرتبطة بصحة الفرد مباشرة، وتشمل:¹

- خدمات التشخيص،
- خدمات الرعاية الصحية،
- خدمات العلاج: وتشمل العلاج الدوائي المباشر داخل منزل الخدمات المساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات والتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر؛
- خدمات الرعاية الصحية حيث يتم الشفاء. "هي الخدمات الصحية العلاجية تهدف إلى نجاة الفرد من مرض إصابته و تخفيف معاناته"

ثانياً: خدمات الصحية الوقائية:

تتمثل الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع ويطلق عليها أيضا اسم "الخدمات الصحية البيئية أو العامة"، وتشمل:

- خدمات التطعيم ضد الأمراض و الأوبئة؛
- خدمات رعاية الأمومة والطفولة؛
- خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمريض؛
- خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء المشروبات ومحلات الحلاقة والتجميل،
- خدمات الرقابة البيئية على وحدات الانتاج الصناعي وزراعي؛
- خدمات الاعلام ونشر الوعي الصحي؛
- خدمات الحجر الصحي.

¹ بحار سعد عباس علي، مرجع سبق ذكره، ص 126.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية

ليس من السهل تعريف جودة الخدمة بطريقة دقيقة نظرا للخصائص المميزة للخدمات قياسا بالسلع المادية، و قبل التطرق إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية، سنشير في هذا المبحث الى مفهوم الجودة و مفهوم جودة الخدمات الصحية.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات

يعتبر مفهوم الجودة من المفاهيم متزايدة الاهتمام والتي ترتبط بالعديد من المصطلحات كجودة التعليم، جودة الخدمة وغيرها، من خلال هذه المطلب سنقوم بتجلية مفهوم الجودة وجودة الخدمة.

أولاً: مفهوم الجودة

يعرفها "كروسباي crosby" الجودة أنها المطابقة مع المتطلبات وأكد بأنها تنشأ من الوقاية preventative وليس من خلال التصحيح corrective وبأنه يمكن قياس مدى تحقق الجودة من خلال كلف عدم المطابقة.¹

يرى "إيشكاوا ishikawa" أن الجودة قد يتسع مداها ويتعدى المنتج نفسه لتشمل كل الجوانب في المؤسسة: جودة الخدمة، وطريقة الأداء، والمعلومات، والنظام، والأفراد، ومستوياتهم العلمية، وأماكن العمل والأهداف و المؤسسة.²

كما عرف ديمينج الجودة أنها: "الجودة والمستهلك، بمعنى الحصول على جودة عالية مع تحقيق رغبات المستهلك".³

عرف "فيقنم" الجودة بأنها "تحديد احتياجات ومتطلبات المستهلك لما يريد وليس تحديد الاسواق أو تحديد الادارة في المصنع أو الشركة وغيره".⁴

بالإضافة إلى ذلك، عرف "العجيلي" الجودة: "مدى التقارب بين خصائص المنتج وحاجات الزبائن ورغباتهم إذ يمكن من خلال ذلك بناء استراتيجيات الجودة الملائمة ومن ثم صياغتها إلى تصاميم وتتم بعدها مطابقة المنتج مع تلك التصاميم وتقديم الإرشادات لكيفية استخدامه وقياس مدى قبول الزبون له".⁵

من المفاهيم السابقة يمكن تعريف الجودة أنها تشمل الكفاءة والفاعلية معا، وذلك أنه إذا كانت الكفاءة تعني الاستخدام الأمثل للموارد والامكانيات المتاحة من أجل الحصول على نواتج ومخرجات معينة أو الحصول على مقدار محدد من المخرجات باستخدام أدنى مقدار من المخرجات (أقل تكلفة ممكنة) فهذا يمثل أحد الأسس التي تركز عليها الجودة الشاملة وهو تحقيق المواصفات المطلوبة بأفضل الطرق وبأقل جهد وتكلفة.

¹ أبو بكر محمود الهوش، إدارة الجودة الشاملة في المجالين التعليمي والخدمي، دار حميثرا للنشر والترجمة، طرابلس، 2018، ص23.

² أبو بكر محمود الهوش، نفس المرجع، ص23.

³ مصطفى نمر دعمس، إدارة الجودة في التربية والتعليم، ط1، دار غيداء للنشر والتوزيع، عمان، 2014، ص145.

⁴ مصطفى نمر دعمس، مرجع نفسه، ص147.

⁵ محمد عاصي العجيلي، ليث علي الحكيم، نظم إدارة الجودة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص51.

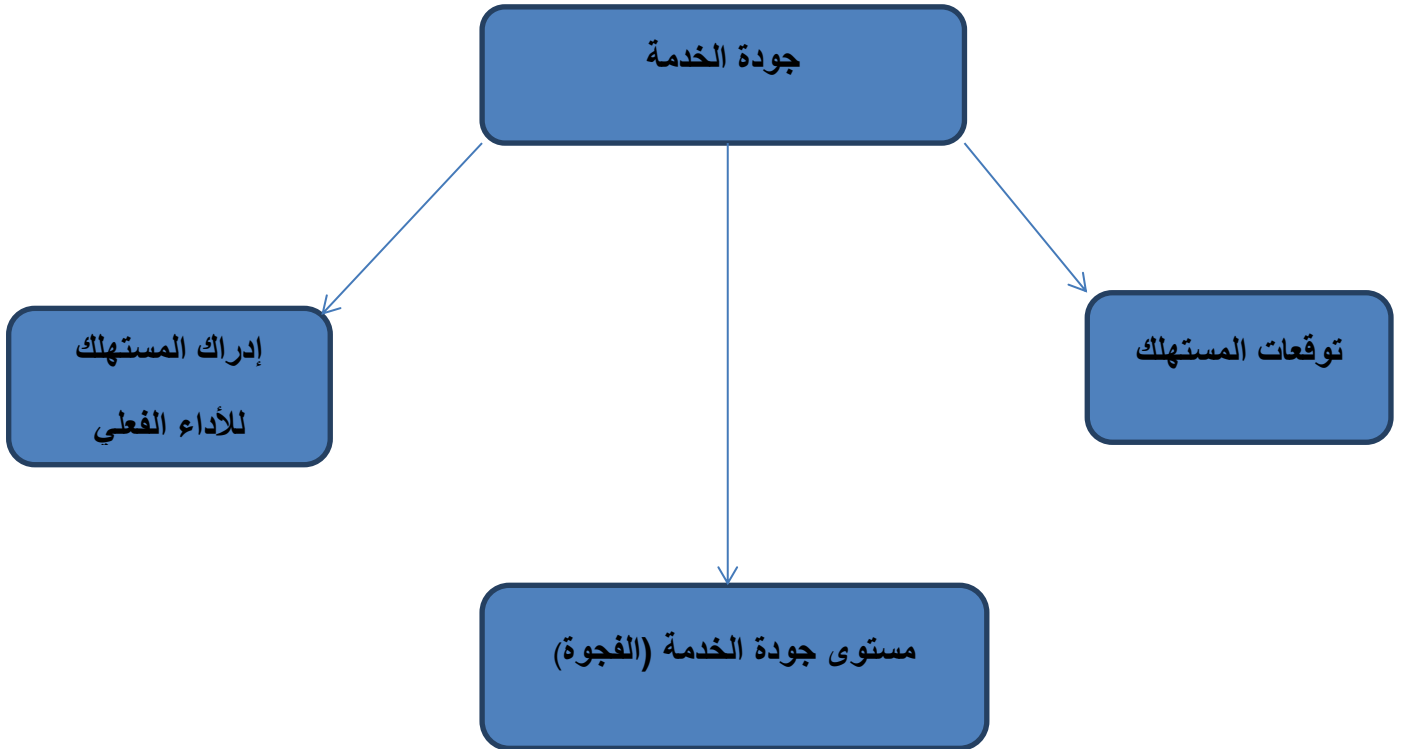
وإذا كانت الفاعلية في أبسط معانيها تعني تحقيق الأهداف فإن هذا أيضا أساسا مهما للجودة، حيث يعتبر التحسين المستمر في مراحل العمل المختلفة وفي أهداف المؤسسة من أهم أسس الجودة.

ثانيا: مفهوم جودة الخدمة:

يمكن إيجازا تحديد أهم المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة كمايلي:

1. جودة الخدمة هي التوافق مع الرغبة.¹
 2. تعرف جودة الخدمة على أنها ذلك الفرق الذي يفصل العمل عن الخدمة والجودة التي يحس بها بعد استعماله للخدمة، أو بعد تقديمها له.²
 3. جودة الخدمة تعتبر المقياس للدرجة التي يرقى إليها مستوى الخدمة، لتقابل توقعات العملاء، إذن هي مدى تطابق توقعات الزبائن مع الخدمة المقدمة فعلا من قبل مقدم الخدمة.³
- وتميل أغلب التعاريف الحديثة للجودة إلى أنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المستهلكين، وذلك وفق الشكل التالي:

الشكل(07): يوضح تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المستهلك



المصدر: قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو، دار الثقافة، ليبيا، 2005، ص90.

من الشكل يتضح أن مفهوم جودة الخدمة هو الفرق بين توقعات المستهلك وإدراكه للأداء الفعلي، وهو الذي يحدد مستوى جودة الخدمة أو ما يطلق عليه بالفجوة، ويمكن التمييز عن ذلك رياضيا كما يلي:⁴

¹ بريش عبد القادر، جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية والبنوك، مجلة الاقتصاديات شمال إفريقيا، العدد3، الجزائر، ص253.

² G toquerK M.longbois. marketing des services. Op cit.p45.

³ قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو، دار الثقافة، ليبيا، 2005، ص125.

⁴ قاسم نايف علوان، مرجع سبق ذكره، ص ص90-91.

جودة الخدمة = توقعات المستهلك - إدراك المستهلك للأداء الفعلي

في ضوء هذه المعادلة يمكن ذكر ثلاث مستويات للخدمة حسب جودتها هي:

- خدمة عادية: وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتساوى إدراك المستهلك لأداء الخدمة مع توقعاتها المسبقة عنها.
- الخدمة الرديئة: وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.
- الخدمة المتميزة: وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يفوق أو يتجاوز الأداء الفعلي للخدمة توقعات المستهلكين بالنسبة لها.

المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية وتطورها التاريخي

يعد مفهوم الجودة في مجال الرعاية الصحية مفهوماً متعدد الأبعاد والجوانب، لارتباطه بأحكام تقديرية عن ماهية الجودة ومكوناتها لذلك جاءت تعاريفها متعددة ومتباينة تبعاً للأطراف التي تقدمها. ومن المعلوم أن الاهتمام بالجودة في مجال الخدمة الصحية ليس أمراً حديثاً، لكن الجديد في الموضوع يكمن في التطور الذي شهده هذا الاهتمام وما ترتب عن ذلك من تطور مفهوم جودة الخدمة الصحية في حد ذاته تماشياً مع التقدم الحاصل في المجال الطبي والتغيرات التي تشهدها بيئة عمل المؤسسات الاستشفائية والتي أفرزت معايير جديدة لتجديد مفهوم الجودة في مجال خدمات الرعاية الصحية.

أولاً: مفهوم جودة الخدمات الصحية:

تتعدد المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمات الصحية ويمكن تحديد أهم المفاهيم المتعلقة بها. إن مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لأراء مختلفة منها رأي الطبيب و المريض وإدارة المستشفى فلكل من هؤلاء رأيه الخاص بمفهوم جودة الخدمة الصحية، حيث أن جودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والكمي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، أما من منظور الإدارة فتعني كيفية استخدام الموارد المتاحة و المتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة إما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.¹

حيث عرف "لي وجون" جودة الخدمة الصحية: "تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان".²

كما ينظر لجودة الخدمة الصحية على اعتبارها من المقومات الأساسية في جسم الهيكل الصحي ودليلاً على تضافر الجهود المختلفة في الوصول إلى رضى المرضى فهناك الكوادر الطبية والتمريضية والإدارية

¹ عائشة عتيق، مرجع سبق ذكره، ص 108.

² نفس المرجع، نفس الصفحة.

بالإضافة إلى توفير المواد المادية في الرعاية الصحية والتي يفترض أن تشكل في مجموعها مستوى عال من الخدمة المقدمة والتي تنعكس في رضى المريض والطبيب والمجتمع عن مستوى الأداء للخدمة.¹ بالإضافة إلى ذلك، حسب "ريمون كولومب"، فإن مفهوم جودة الخدمات في مجال الرعاية الصحية يتطور في الزمن انطلاقاً من أربع مجالات: تصورها، غاياتها، الفاعلين (القائمين عليها)، والمناهج المستخدمة في توفيرها.²

ثانياً: نشأة وتطور جودة الخدمات الصحية

إن الاهتمام بالجودة في مجال الصحة قديم قدم الرعاية الصحية نفسها، فهناك الكثير من الشواهد التاريخية الدالة على الاهتمام بها وبجوانبها المتعددة ابتداءً من معايير الممارسات الطبية التي وضعت في الحضارات القديمة قانون هامورابي 3000 ق.م وكتابات "توث" (toth) في الحضارة المصرية التي حددت العقوبات ضد الأخطاء الطبية والاهمال.....³

وعند الاغريق أسس أبو قراط (460 ق.م) مدرسة للطب ووضع قسماً للأطباء لتقنين والممارسة الطبية محددًا العناصر الأساسية للرعاية الصحية وهي: الأخلاق، الجودة والسلامة، وفي 480 ق.م بدأ استخدام أسلوب الفحص للمريض عن طريق الاستماع إلى صدره، ولأول مرة أصبح بالإمكان إجراء العملية الجراحية واستخدام الأساليب وطرق مختلفة.⁴

أما بؤادر الاهتمام بجودة الخدمات الصحية في الغرب فقد بدأت تحديداً في المملكة المتحدة، حيث وثقت الكلية الملكية بلندن عام 1518 مجموعة من الأخلاقيات التي تحكم ممارسة المهن الطبية، وفي القرن الثامن عشر، قدم الطبيب البريطاني "فرانسيس كليفتون" دراسة بعنوان "المبادئ الأساسية للجودة النوعية"، وخلال القرن التاسع عشر صممت "فلورنس نايتجيل" برنامجاً تحسيسياً للخدمات العلاجية والنظافة والتغذية في المستشفيات، وهناك من يعتبر أوراقها عام 1859 التي أولى عمليات وضع المقاييس في مجال الرعاية الصحية.

في مطلع القرن العشرين وضعت "اسيل ستوارت" مايسمى ب معايير تنبؤات لقياس جودة الرعاية الصحية والاستخدام الفعال للموارد في المستشفيات، والتي اهتمت بالإضافة إلى جوانب الطبية بالجوانب الادارية أيضاً من أجل تحقيق الكفاءة في استخدام الامكانيات المتاحة وتحقيق مردودية ونوعية أفضل ووضعت مجموعة من المعايير لقياس ذلك.⁵

¹ خالد بني حمدان، عطا الله علي الزبون، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، اليازوري، 2016، ص240.

² Raymond Coulomb ; Cadre de Référence et Démarche Opérationnelle pour L implantation d un projet Intègrè de Management de la Qualité au centre Hospitalier de Gaspè . diplôme d entu Supèrieures en Queops. Canada ; universitè de Montèal ; 2001 ; p25.

³ عبد العزيز، محمود الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات، القاهرة، منشورات المنظمة العربية للتنمية الادارية، 2003، ص161.

⁴ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الاردن، 2014، ص9.

⁵ سعيد(خالد عبد العزيز)، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة العبيكان، الرياض، 1997، ص ص14-8.

أما الاهتمام الحقيقي بالجودة في المستشفيات بمقارنتها النظامية، فقد كانت بداياته الأولى في الولايات المتحدة الأمريكية التي كانت من أوائل الدول التي قامت بتطبيق فلسفة الجودة في المستشفيات.¹

ولقد انصب الاهتمام في الولايات المتحدة الأمريكية على تنظيم ممارسة المهن الطبية ووضع شروط ومعايير محددة لحصول مقدمي الرعاية الصحية على تراخيص المزاولة، وفي هذا الاطار تم استحداث ما يسمى بـ "عملية مراجعة الزملاء" كأسلوب رقابي وتقييمي حيث كان الأطباء يقومون فيما بينهم بالتقييم المتبادل للأداء من أجل تبادل الخبرات والوصول الى الممارسات الطبية الأفضل وتعميمها.

في غضون عام 1910، قامت الجمعية الطبية الأمريكية بإصدار ما عرف بـ "تقرير فلكنسينر" الذي أكد على أهمية تحسين الأداء ورفع مستوى الجودة النوعية للخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين.

وفي عام 1915، طورت الكلية الأمريكية للجراحين برنامجاً يتضمن مجموعة من المعايير التي تحكم الأداء في المستشفيات (Hopital Standardization Program) وقد أرسى هذا البرنامج مفاهيم الحد الأعلى من الجودة والحد الأدنى من المخاطر، وقدم دليلاً لتحسين الجودة في العديد من جوانب العمل بالمستشفيات وركزت هذه المعايير على جودة الطاقم الطبي، جودة وسائل التشخيص والعلاج والنظام الإداري الذي يتيح ذلك بالتركيز على أهمية تنظيم الأفراد وتطويرهم وأهمية القيادة والإشراف الكفاء والفعال.

وقد شهدت فترة الخمسينيات والستينيات من القرن العشرين إنتاج العديد من الأعمال الفكرية في هذا المجال، وأجريت عدة دراسات حول صياغة أساليب إرساء الجودة في المستشفيات وقياس مستوياتها، حيث ظهرت عدة محاولات لإسقاط أفكار ونظم الجودة في القطاع الصحي على أساس الدعائم التي أرساها الخبراء المختصون في القطاع الصناعي، إذ تم استنباط الأفكار وتطوير الطرق والأساليب العلمية لتلائم طبيعة المستشفى ومكونات الخدمات التي تقدمها وخصوصياتها.²

وفي سنة 1972، قامت الحكومة الفيدرالية الأمريكية بتأسيس ما يعرف بمنظمات مراجعة المعايير المهنية (Professional Standards Review Organization)، وذلك لتقويم الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات وتحديد علاقة الفعالية بالتكاليف ومدى كفاءة هذه المستشفيات.³

وفي أواخر فترة الثمانينيات من القرن العشرين، وبالضبط في سنة 1987 حدث تغير نموذجي في التفكير في كيفية إرساء معايير الجودة في المستشفيات عندما اجتمعت مجموعة من المسؤولين عن منظمات للرعاية الصحية مع مجموعة من الخبراء المتخصصين في الجودة في مجال الصناعة في مدينة "بوسطن" الأمريكية ليتم الإعلان عن تأسيس البرنامج القومي لتحسين الجودة في مستشفيات الولايات الأمريكية The National Demonstration Project on Quality Improvement In Health Care، والذي

¹ وليام مور، مور هريت، حلقات الجودة: تغيير انطباعات الأفراد في العمل. (ترجمة: زين العابدين الحفظي)، الرياض: معهد الإدارة العامة، 1983، ص33.

² عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998، صص 100-102.

³ Jocelyn Husser ; Le Management Stratègique de La Qualité Hospitalière par L encadrement Intermèdiaire ; Conférence Internationale de Management Stratègique ; Genève. 13-16 juin ;2006.p4.

جاء بعد تبادل الخبرات و المعارف بين الطرفين حول كيفية الاستفادة من نظم الجودة المطبقة في الصناعة عن طريق دراسة إمكانية إسقاطها وتطبيقها في حقل الرعاية الصحية، حيث تم تشكيل فريق من الباحثين لتقديم تقرير خلال مدة مقدرة بسنة واحدة حول سبل إرساء التطبيق، وبالفعل تم تقديم هذا التقرير في موعده وأعتبر لسنوات طويلة بمثابة المرجع الرئيسي للاستراتيجيات الجديدة المتوجهة بالجودة لارتقاء بمستوى أداء المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية، وتم التركيز على معايير جديدة تشمل الجوانب التنظيمية من قيادة وتخطيط وتنظيم بدلا من الاقتصار على الجوانب الفنية الطبية البحتة.¹

ولقد تطورت الاهتمامات بالجودة بعد الولايات المتحدة الأمريكية في مستشفيات الدول الغربية من خلال المساعي التي قامت بها العديد من الدول الأوروبية الأعضاء في منظمة الصحة العالمية باستحداث لجان متخصصة على المستويات الوطنية والإقليمية من أجل إنشاء وتطوير برامج إدارة الجودة كإحدى الاستراتيجيات التي بدأ تطبيقها فعليا مع بداية التسعينات من القرن الماضي، وهي المرحلة التي شهدت اهتماما متزايدا بقضية جودة الخدمات الصحية لا سيما مع ارتفاع تكاليفها ومع تطور نظم اعتماد المستشفيات في العديد من دول العالم.

المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية وطرق قياسها

نظرا للتطورات الحاصلة في الخدمات الصحية وتزايد الوعي بضرورة ضمان الجودة ووضع آلية لضمان الالتزام بالنوعية والسعي إلى تحقيق الاهداف الرئيسية التي أنشأت من أجلها المستشفيات و زيادة ثقة المستفيدين من خدماتها. لهذا سوف نتطرق في هذا المبحث إلى أهداف جودة الخدمات الصحية وأبعادها وكذلك مستويات وطرق قياسها .

أولا: أهداف جودة الخدمات الصحية

لجودة الخدمات الصحية مجموعة من الأهداف نذكر منها ما يلي:²

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين؛
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيدين (المريض)، وزيادة ولائه للمؤسسة الصحية والذي يصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية؛
- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها؛
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها؛
- تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية؛

¹ ماضي (محمد توفيق)، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في محالي الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الادارية، القاهرة، 2006، ص82.

² وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: تسيير المنظمات، جامعة باتنة، 2016، ص 41.

- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساسي من تطبيق الجودة؛
- كسب رضا المستفيدين (المريض)، بمعنى أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي مؤسسة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى إلى تطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وفي النهاية كسب رضا المستفيد ؛
- تحسين معنويات العاملين، حيث أن المؤسسة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على نتائج أفضل.

ثانياً : أبعاد جودة الخدمة الصحية والعوامل المؤثرة فيها:

هناك مجموعة من الأبعاد المشكلة لمضمون جودة الخدمات الصحية، كما أن هناك عوامل تؤثر فيها.

1. أبعاد جودة الخدمة الصحية: ¹

لجودة الخدمة الصحية جملة من الأبعاد تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد و تحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها. ويمكن عرض الأبعاد في العناصر التالية:

1.1. التمكين الفني:

ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدم الخدمة و مساعديهم بالدقة المطلوبة والتوافق وبصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى والمصابين والمراجعين. ويشمل هذا البعد المهارات الإكلينيكية المتعلقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية والإشراف والتدريب وحل المشاكل .

2.1. الإمكانيات المادية للمستشفى:

ويقاس هذا البعد من خلال تقييم العميل لمباني المستشفى ومعدات وأجهزتها، والإمكانيات والتسهيلات المادية الأخرى، وموقع المستشفى ومظهر المستشفى من الداخل ومن الخارج من حيث المظهر والديكور، ومدى توافر أماكن انتظار السيارات، ومظهر الأطباء والفنيين والإداريين والعاملين، وطرق وأدوات ومصادر المعلومات التي يحصل منها العملاء على المعلومات اللازمة لهم .

3.1. الأمان:

ويعني أن يشعر الفرد أنه دائماً مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها. ويعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية، سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها.

¹دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف)، ورقة مذكورة ماجيستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير. جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2012، ص ص 46-47.

4.1. الاستمرارية:

وتعني تقديم الخدمات الصحية دون توقف أو انقطاع، على أن تصمم هذه الخدمات على أساس مبدأ الاستمرارية وأن يحصل عليها المريض مباشرة عند الحاجة وأن تتوفر السجلات الطبية التي تسهل لمقدم الخدمة التعرف على التاريخ الصحي للمستفيد. وغياب الاستمرارية قد يضعف تأثير وفعالية وكفاءة الخدمة ويقلل من ضمان الجودة.

5.1. الفعالية والكفاءة :

فالفعالية تعني درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم بأن يتم الإجراء بطريقة صحيحة. أما الكفاءة فتعني تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة، أي أن هذا البعد يهتم بالعلاقة بين مردود الخدمة والتكلفة.

6.1. الاعتمادية :

وهي تعبر عن درجة ثقة العميل في المستشفى ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها. ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المستشفى على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة للعملاء، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات وتتلخص هذه المجموعة في العناصر الخمسة التالية:

- الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد؛
- الحرص المخلص على حل مشكلات العميل؛
- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص؛
- تكامل الخدمة وتوافر التخصصات.

2. العوامل المؤثرة على جودة الخدمة الصحية:

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في:¹

1. 2 تحليل توقعات المريض :

تحتاج المستشفيات إلى فهم احتياجات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية حيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة، ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكهم من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للنوعية .

2.2. تحديد جودة الخدمة :

يجب على المستشفى أن تضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة .

¹ صلاح محمود ذياب، قياس جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية

للدراستات الاقتصادية والإدارية، العدد 01، المجلد 20، عمان، 2012، ص ص74-73.

3.2. أداء العاملين :

عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى فإنها بالمقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب.

ثالثا: مستويات جودة الخدمات الصحية:

تتمثل مستويات جودة الخدمات الصحية فيما يلي:¹

1. الجودة المتوقعة:

هو مستوى الجودة التي تسعى المؤسسة الصحية بلوغه، أو هو مستوى الخدمات الذي تريد تقديمه لزبائننا، مع الأخذ بعين الاعتبار الضغوطات الداخلية والخارجية المعروضة عليها.

2. الجودة المقدمة:

تعتبر مستوى الجودة المحقق فعلا من طرف المؤسسة، في ظل الشروط الطبيعية للعمل.

3. الجودة المدركة:

مستوى الجودة المحسوس من قبل الزبون انطلاقا من رغباته الخاصة، وهو تعبير عن درجة رضاه وتعتبر أكثر أهمية من الجودة المقدمة في مجال رضا الزبون.

4. الجودة المنتظرة:

تتعلق بمستوى الجودة المرغوبة من قبل الزبون، من خلال مفهومه الخاص (النظافة، الاستقبال، توفر المعدات والادوية...) ويتم الحصول عليها من خلال تحديد الشروط اللازمة لتحقيقها اعتمادا على معايير المريض واهتماماته.

رابعا : طرق قياس جودة الخدمات الصحية:

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة ولا سبيل إلى تجاهلها، ولكن اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها. حيث هناك عنصرين أساسيين لقياس جودة الخدمة الصحية هما:²

- العنصر التقني: ويتعلق بتطبيق المعارف، المعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم في معالجة المشكلات الصحية، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها.
- العنصر الإنساني: ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفي مواقف المرضى بشكل

¹ نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، قسم علوم التسيير، جامعة باتنة الجزائر، 2012، ص39.

² يحي حنان الشريف، تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسة الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2007 / 2008، ص14.

خاص، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات واحتياجات المرضى. وأيضا من ناحية مستلزمات الراحة المتعلقة في الإقامة مثل توافر غرف الانتظار المريحة، نظافة أماكن الإقامة، الغذاء الجيد، توافر خدمات الاتصال والترفيه، وغيرها، باعتبارها مكملة للجوانب الاجتماعية والنفسية.

أما طرق قياس الجودة هي: ¹

1. طريقة القياس المباشرة وغير المباشرة:

ليس من السهل قياس جودة الخدمة بطريقة القياس المباشر، ولكن تقاس الجودة بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع ومدى ارتفاع المستوى الصحي، وتتمثل في:

- 1-1 . طريقة القياس المباشرة: إذ يتم قياس الناتج الفعلي للخدمة.
- 2-1 . طريقة القياس الغير مباشرة: إذ يتم قياس جودة الخدمة عن طريق المقارنة مع نتائج أخرى مثل:
 - أنماط مقننة: أي مع معدلات قياسية موضوعة بواسطة أنظمة وضعتها الأجهزة التنفيذية المشرفة على المؤسسات الصحية أثناء وضع الخطة.
 - مقارنة محلية: أي مع مؤسسات صحية مماثلة.
 - مقارنة تاريخية: أي مع الأعوام السابقة.
 - مقارنة قومية: أي مع معدلات أداء على الصعيد القومي.
 - مقارنة دولية: أي مع معدلات أداء لدول لها نفس ظروف الدولة التي توجد فيها المؤسسة الصحية.

ويكون أيضا من خلال توجيه قوائم استقصاء للمرضة بحيث تكون أسئلة سهلة وبسيطة ومحددة وذات صلة بموضوع الخدمة، فضمان جودة الخدمة أصعب من ضمان جودة السلع ، وهذا راجع لخصائص الخدمات .

2. الطرق التقليدية:

تشمل ثلاثة أنواع من المقاييس هي:

1-1. المقاييس الهيكلية (قياسات البنية):

إن مقاييس الهيكل للرعاية الصحية مرتبط بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد، التسهيلات المتاحة في المستشفى. ومن المفترض أنه يوجد افتراضية عند استخدام هذا المدخل كمؤشر للجودة وهي:

أن الرعاية الأحسن أو الأفضل يتم إمدادها حينما يكون هناك هيئة مؤهلة وعلى مستوى عال، وتجهيزات مادية ممتازة وهيكل تنظيمي جيد وأموال متاحة.

¹ دريدي أحلام، دور استخدام صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة رزيق يونس)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2013/2014. ص ص32-33.

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

1_2. مقاييس الإجراءات:

تسمى كذلك مقاييس العمليات، ويدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم وتوصيل الخدمة الصحية وهي التي تتسبب في الوصول إلى النتائج (المخرجات). وتعتمد كل المداخل المتصلة بتقويم الإجراءات على إصدار معايير مقبولة للرعاية الجيدة ودراسة تطبيقات هذه المعايير على حالات من المرض. ومثال على ذلك قياس إجراءات رعاية الحوامل أو مدة انتظار المرضى.

1_3. مقاييس النواتج :

يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنواتج للرعاية الصحية . ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي:
أ. الحالة الصحية العامة:

والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثال معدلات الوفيات أو أحد الأمراض كمقاييس، ويمكن ذلك في استخدام ملامح تأثير المرض.
ب. مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد:

وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة. وهذا المقياس مثالي في تقييمه للجودة، فضلا عن صعوبة القياس لأنه لا يوجد تأكيد على ارتباط النواتج بعمليات التشخيص والمعالجة، حيث تتدخل عوامل اجتماعية ونفسية ومادية في هذه النواتج.

ولابد أن نوضح هنا أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الإجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة، ولذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة من القياسات، وذلك حسب الهدف من القياسات. فقياس النتائج يستخدم غالبا بغرض تقييم الأداء، بينما قياس العمليات والهيكلية يستخدم تحسين وضبط العمليات. كما يجب الإشارة إلى أنه لابد من توافر نظام لإدارة المعلومات بالمؤسسات الصحية تحدد من خلال الإجراءات الفعلية لجمع وتحليل وتوزيع المعلومات للأطراف المناسبة وفي الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة.

أما المدخل الحديث، فيرى أن التركيز على الجودة وراقبتها يجب أن يوجه ليس فقط في ملامح متعددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل، ولكن في كل مؤسسة صحية.¹

¹قوزي شعبان مذكور، مرجع سبق ذكره.

3. الطريقة الحديثة:

وفق هذه الطريقة، يمكن قياس جودة الخدمة الصحية من خلال:¹

_ دراسة وتحديد توقعات المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية

- وضع مواصفات محددة ومعلنة ومدروسة على كل مستوى من مستويات المؤسسة الصحية وذلك كأداة رئيسية لتصميم الخدمات التي تتماشى مع توقعات المرضى والمتريدين على المؤسسة الصحية.
- تقييم الاداء الفعلي أولاً للتعرف على مدى مقابلة الخدمة لتطلعات وتوقعات طالبي الخدمة الصحية.

¹ دريدي أحلام ، مرجع سبق ذكره، ص 34.

المبحث الثالث: واقع المنظومة الصحية في الجزائر

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي، مورداً بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية، وفي هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً كاملاً ومنسجماً وموحداً في إطار الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة، من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة.

سنتناول في هذا المبحث التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر و كذلك تنظيم وهيكله الخدمات الصحية في الجزائر، وأخيراً أثر الكفاءات المحورية في جودة الخدمات الصحية.

المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

تم تقسيمه إلى ثلاث مراحل و تتمثل في:¹

أولاً: المرحلة الأولى من 1962 إلى 1965:

ورثت الجزائر سنة 1962 م حالة صحية متردية و متدهورة، حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزاً أساساً في المدن الكبرى كالجزائر، وهران، قسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات و عيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب. لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات وما بعدها، تطورات كبيرة من خلال المستخدمين والهيكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد، وكذا بجملة من النصوص والقوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر .

قبل سنة 1965 م لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيب منهم 285 جزائري فقط وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطناً، 264 صيدلي، أي صيدلي واحد لكل 52525 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيباً، أي طبيب أسنان واحد لكل 70680 نسمة. أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1967 م قرابة 39000 سريراً بالمستشفيات، وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لفاعات العلاج مقارنة بسنة 1962.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات والهيكل التي خلفها الاستعمار قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيفية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية. هذه المرحلة امتازت من جهة بطلب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء، والتي تسيير من طرف وزارة الصحة، والمراكز الصحية التي

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009، ص ص132-135.

تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن والبلديات ، والتي تدير من البلديات وأخيرا مراكز النظافة المدرسية والتي تدير من طرف وزارة التعليم، ومن جهة أخرى هناك قطاع صحي خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقد، وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة .

ثانيا: المرحلة الثانية من 1965 إلى 1979¹:

ميز هذه المرحلة مضاعفة قاعات العلاج في الفترة ما بين سنة 1969 إلى سنة 1979، وهذا لمحاولة إعطاء العلاج الأولي وألوية، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي، والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري ، وكذلك لإنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974م.

من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية فنجد تمركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية، هذه الأخيرة التي لا تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للتمريض، ولقد كان اتخاذ قرار الطب المجاني المتعلق بإنشاء قانونه، كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل ، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني، وانطلاقا من ذلك أصبح العلاج مهمة وطنية تستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من اجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك. أما بشأن تطور الموارد المادية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا نسجل ارتفاعا محسوسا في عدد العيادات المتعددة الخدمات حيث أن هذه الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة، والمستشفيات والقطاعات الصحية من جهة أخرى.

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة ومنذ سنة 1975 م، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، وهي كما يلي:²

_ المشكلات الصحية كمكافحة الأمراض المنتقلة، مثل الملاريا، السل، الرمد الأمراض المعدية... الخ؛

_ مكافحة الأمراض غير المعدية كأمراض القلب، الأمراض العقلية... الخ؛

_ المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل؛

_ المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقودها إلى التطور.

¹ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص ص 132- 135 .

² أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، ط1، دار الشروق للنشر، عمان الأردن، 2000، ص 65 .

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة بـ 60 بالمئة من مجموع النفقات، و 30 بالمئة من طرف الضمان الاجتماعي، والباقية 10 بالمئة من طرف السكان أو الأسر، بحيث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها وتضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية.

وما يقدم كانتقاد لهذه المرحلة التاريخية هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها، وانعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام، بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان وفي النهاية نشير إلى المقترحات الهامة الخاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني.¹

ثالثا: المرحلة الثالثة من 1979 إلى 2007:²

اعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني ضرورة أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على ما يلي:

- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني لسنة 1976 م إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأدوار، ليست فقط وزارة الصحة وإنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة، لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.
- تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.
- البطاقة الصحية كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية.
- التسلسل في العلاج، وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.
- جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية و نجاعة.
- بالإضافة إلى إعادة النظر في جملة المشكلات المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين من أجور ونقل وتكوين وغيرها.

ونواصل دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته وذلك في مرحلتي الثمانينات وبداية التسعينات، وما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986م وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، وكذا المنشور الوزاري سنة 1995م والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993م أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي، وهذا الأخير "النظام أو النهج التعاقدى" الذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997م، ومن خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية

¹ نورالدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 136.

² Ministre De La Sante Et De La Population ,Les Fondements De La Carte Sanitaire Nationale ,Novembre 1981, P2

والمراكز الاستشفائية الجامعية، في سنة 2007م يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن.

كما عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين، أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005م، فقد عرفت بعض التحسن دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر، حيث اعتبرت المنظمة انه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المخصصة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة بـ7 بالمئة من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة استراتيجية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية، كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف و النتائج.¹

وفي الأخير نقول أن موضوع الصحة والسكان كان دوما ذو أولوية وذلك منذ استقلال البلاد، إذ نص الدستور مادته 67 أن جميع المواطنين لهم الحق في الصحة، وتضمن الدولة هذا الحق من خلال الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستوطنة، ولقد منحت الأولوية في السنوات التي تلت استقلال الوطن إلى غاية سنة 1980 م ما يلي:

- إعادة بناء الوطن الذي دمرته الحرب.
- تشييد الاقتصاد الوطني بتتصيب شبكة صناعية واستجابة الحاجيات الاجتماعية والثقافية للسكان، كالتعليم والشغل والصحة.
- تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية للسكان لتحقيق الهدف وهو التحكم في النمو الديمغرافي وتنظيم النسل في السبعينات.

لكن الانطلاقة الفاعلة جاءت من خلال المصادقة سنة 1983 م على البرنامج الوطني للتحكم في النمو السكاني، حيث يركز هذا البرنامج على مبادئٍ اختبارية للانضمام الإرادي للأزواج إلى التخطيط العائلي واحترام القيم الاجتماعية والدينية، وكانت للبرامج الوفاية والأعمال الصحية المطبقة انعكاسا طيبا على صحة السكان، وببدو ذلك واضحا من خلال مؤشرات الوفيات بصفة عامة، ووفيات الأطفال بصفة خاصة، ولا بد من القول أن تحسين الظروف العامة لمعيشة السكان الناجمة عن التقدم والتطور في مجال ظروف السكن (التزويد بالماء الصالح للشرب والكهرباء، وقنوات صرف المياه... الخ ، وتحسين شروط النظافة، وطريقة التغذية قد أدت إلى اختفاء بعض الأمراض المعدية، وتراجعهم لبعض الأمراض الأخرى، وخلاصة القول هذه بعض المعطيات العلمية والميدانية المتعلقة بالسياسات الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، إن ما نسجله بشأنها أن هناك تغيرات جذرية مرتبطة بالتوجه الإيديولوجي للجزائر انعكس على القطاع الصحي، والذي يحتاج إلى تغيير جذري حتى يكون حق الصحة لكل المواطنين.

¹ نورالدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 131.

المطلب الثاني: تنظيم وهيكل الخدمات الصحية في الجزائر

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لهذا.

ويشمل ثلاثة مستويات أساسية وتتمثل في:¹

أولاً: المستوى المركزي:

يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ويتكون من:

1. الوزير:

يقوم وزير الصحة والسكان بوضع استراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في المجالات التالية:

- وقاية صحة السكان ورعايته؛
- التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛
- التنظيم الصحي والخريطة الصحية؛
- العلاج الطبي في الهياكل الصحية؛
- تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين؛
- العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات؛
- ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها؛
- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة؛
- التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛
- الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي.

2. ديوان الوزير:

يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون بالديوان وعددهم أربعة (04) بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم في مشاركة الوزير لأعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

3. الأمانة العامة:

تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

¹ عائشة عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير، كاية الاقتصاد والتسيير والعلوم التجارية، تخصص

تسويق دولي، جامعة تلمسان، 2012، ص ص 132-133.

4.المفتشية العامة:

- يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية:¹
- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية؛
 - توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛
 - العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛
 - ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

5.المديريات المركزية:

وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلة والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين مديرية التخطيط ومديرية التقنين والمنازعات.

ثانيا: المستوى الولائي:

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها، تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتققد ظروف خزنها وإعداد التراخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية وذلك في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعاقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية (EMS) ليستفيد منها العمال وعائلاتهم، كما أنها لا تتهاون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

كما أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974، وهي نتاج لاتحاد مركز جهوي 600 إلى 700 سرير ومعهد طبي دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة كما يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية، وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل

¹ عائشة عتيق، مرجع سبق ذكره، ص133.

مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، كما تهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء ،
بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية وهي:

- الميدان الصحي؛
- الميدان التكويني؛
- ميدان الدراسة والبحث؛
- يدير المركز الاستشفائي مجلس الإدارة، ويسيره مدير عام كما يزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي.

ثالثاً: المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية المنظمات الاستشفائية العمومية، وحدات استشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية، الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية، وللد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقاً لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد الكشف عنها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتياً، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة، وتتكون على الترتيب من:

1. عيادة متعددة الخدمات : وتتخصص مهماتها فيما يلي:

- تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة؛
 - الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية؛
 - تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.
2. المركز الصحي: ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة .

3. قاعات العلاج: وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000 إلى 2000 ساكن، ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى¹:

- المؤسسات العمومية الاستشفائية؛
 - المؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛
 - المؤسسة الاستشفائية المتخصصة.
- وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات أو إلى قاعات للعلاج حسب حالة ووضعها المادية. إن المنظمة الاستشفائية العمومية GPJ حسب المرسوم التنفيذي السابق ذكره هي منظمة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي وهي

¹ قرار المرسوم التنفيذي رقم (140 - 07) المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421 الموافق مايو سنة 2002 .

تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي وتغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، كما تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:¹

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

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين. حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة، أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الاستشفائية فهي تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات للعلاج تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

أما مهامه حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي؛
- تشخيص المرض؛
- العلاج الجوارية؛
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان؛
- وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

المطلب الثالث: علاقة الكفاءات المحورية بجودة الخدمات الصحية.

أصبحت المؤسسات الصحية تنشط في محيط مثقل بالتحويلات العميقة، وفي ظل كل هذه التغيرات تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية وجودة خدماتها التي تقدمها فالمؤسسات الصحية والتي تأتي في مقدمتها المستشفيات لها وقعها في عصرنا وتأثيرها بارز كونها تهتم بأهم عنصر من عناصر الإنتاج والمتمثل في العنصر البشري

تكمن علاقة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية "بأنها العلاقة بين النتائج النهائية والجهود المصروفة على شكل نقود وموارد ووقت، كما تعرف بأنها هي كل ما يتعلق بتحقيق أهداف منظمات الخدمات الصحية بأقل النفقات في الجهود، وسواء كانت تلك الجهود على شكل أموال، قوى عاملة، أو موارد

¹ قرار المرسوم التنفيذي رقم (140-07) المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421 الموافق مايو سنة 2002.

أخرى، ومدى قبول تلك الخدمات الصحية"¹، وهذا التعريف للكفاءة أخذ منحى آخر، حيث ارتبطت الكفاءة بالقبول المتحقق لدى المستفيد وهم المرضى.

لهذا فإن كفاءة المنظمة الصحية أو مدى تقديمها للخدمات للمستفيدين بجودة عالية فهذا لا تقاس حصرا داخل المستشفى بل يتم تقييمه وشعوره من قبل الآخرين وهم أفراد المجتمع والمستفيدين المباشرين من استهلاك واستعمال الخدمة الصحية.

فإن أهمية الكفاءات المحورية في جودة الخدمات الصحية تبرز من خلال المؤشرات:

- طول المدة الزمنية التي تستغرقها عملية إعداد وتأهيل القائمين على إنتاج الخدمة الصحية وخاصة الأطباء؛
- جودة الخدمة الصحية المقدمة تعتمد إلى حد كبير على مهارة القائمين على إنتاجها؛
- ارتبطت أهمية الكفاءات المحورية برأس المال المتاح للمستشفى الذي يعد أحد أهم العناصر الرئيسية لمدخلاتها.

ومنه نستنتج أن هناك علاقة طردية بين الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية، حيث كلما كانت لدى الكفاءات المهارة و القدرة العالية أدى إلى تقديم خدمات صحية بجودة عالية.

¹ تامر ياسر البكري ، إدارة المستشفيات ، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان، الاردن، 2012، ص ص 184-185-186.

خلاصة الفصل الثاني:

لقد تبين لنا من خلال هذا الفصل أن مسألة الجودة في مجال الخدمات الصحية مسألة محورية وأساسية وحتى إن وجد اختلاف في تعريفها إلا أن هناك اتفاق تام على ضرورة تكثيف الجهود لتحقيقها بمختلف أبعادها، فإذا كان جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى فإنه لا بد من معرفة مستوياتها للعمل على تحسينها وتقييمها بشكل مستمر وقياسها لمعرفة رأي المستفيد (المريض) من الخدمة وانطباعه عنها، فالمنظمة الصحية هي من أكثر المنظمات المطالبة بتقديم خدمات ذات جودة خاصة بعد التقدم في مجال العلوم الطبية والتطور الذي شهدته الخدمات الصحية عبر الزمن، وهذا راجع الي شدة المنافسة الذي يشهدها القطاع الصحي، حيث ان انتقال الاهتمام من الجوانب والابعاد الطبية البحتة الى الاهتمام بجودة الخدمة الصحية تعتبر نقلة نوعية في مجال الخدمات الصحية فالتركيز على كمية الخدمة المقدمة لا يكفي وإنما لابد من معيار جودة الخدمة المقدمة من طرف الكفاءات المحورية التي تمتلكها المنظمة والتي تسعى بشكل مستمر لتطويرها وهذا ما ينعكس ايجابا على جودة الخدمة المقدمة ومنه رضا المستفيد في نهاية المطاف، والجزائر من بين الدول التي اهتمت بهذا المجال وسعت على تطويره وهذا ما تجسد في منظوماتها الصحية التي تعمل على الاستجابة للاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع.

الفصل الثالث:

دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى.

تمهيد

المبحث الأول: تقديم المنظمة الإستشفائية .

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة.

المبحث الثالث: المعالجة الإحصائية، تحليل النتائج وتفسيرها.

خلاصة الفصل الثالث.

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية من الجوانب المهمة في اكتشاف وتوضيح مختلف العلاقات والآثار التي تنطلق منها الدراسة، وهذا انطلاقاً من الإشكالية المطروحة والفرضيات الموضوعية، وتسم الدراسة التطبيقية كذلك في معرفت الآراء حول التوجهات العامة لموضوع محل الدراسة، الأمر الذي يمكن من إبداء الاقتراحات والأفكار التي من شأنها حل المشكلة.

وهدفت دراستنا إلى تحقيق جملة من الأهداف على المستويين النظري والتطبيقي، فمن خلال الإستبيان الذي تم توجيهه لعينه من الكفاءات في المنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى بوادي العثمانية ولاية ميلة محل التطبيق، تم معرفت صحت الفرضيات التي تم الإنطلاق منها لمعالجة الإشكالية المطروحة.

وتم تقسيم الفصل الى ثلاث مباحث، وهي كالتالي:

المبحث الأول: تقديم المنظمة الإستشفائية .

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة.

المبحث الثالث: المعالجة الإحصائية، تحليل النتائج وتفسيرها.

المبحث الأول: تقديم المنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى.

سيتم تقديم المنظمة الاستشفائية المختصة للأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى من خلال التعريف بها ونشاط الذي تقدمه وامكانياتها ودراسة هيكلها التنظيمي.

المطلب الأول: تعريف المنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

موسى

تعتبر المؤسسة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى من اهم مرافق وهيكل الصحة المختصة في الجانب الطبي العقلي في الجزائر.

أولاً: نشأة المنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

نشأة المنظمة سنة 1932، وتحولت الى منظمة استشفائية مختصة في الأمراض العقلية سنة 1981 (أطلق عليها اسم جديد المنظمة الاستشفائية المختصة الشهيد شعبان موسى وادي العثمانية).

المنظمة ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي يديرها ويسيرها مدير يخضع لمديرية الصحة والسكان لولاية ميلة حيث ان المشتلات المادية للمنظمة تحدد بقرار من الوزير المكلف بالصحة. وتعتبر هذه المؤسسة الأكبر والأولى على مستوى الشرق والثانية على مستوى الوطن، المنظمة تغطي سبعة عشر ولاية وتحتوي على 260 سرير مقسمة على ثلاث مصالح :

- مصلحة الحجز القضائي رجال؛
- مصلحة الوضع الإجباري؛
- مصلحة الوضع الحر (رجال و نساء)؛
- إضافة إلى 20 سرير خاصة للأطفال و المراهقين ؛
- مركز الوسيط للإدمان.

المنظمة مقسمة إلى عدة وحدات وهي: المصالح الاستشفائية الخاصة بالنساء ومنها أربعة مصالح، والمصالح الاستشفائية الخاصة بالرجال ولها أربعة مصالح. وتعمل هذه المصالح 24/24 ساعة تحت إشراف طاقم طبي مختص وأطباء عامون ومرمضين ومرمضات وأعوان مصالح لضمان صحة المرضى المتواجدين بالمنظمة وإعطائهم العلاج اللازم لإعادة إدماجهم في المجتمع.

ثانياً: مكان تواجد المنظمة الاستشفائية ومساحتها

المنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى تتواجد بلدية وادي العثمانية ولاية ميلة، هذه الأخيرة يحدها من الشرق ولاية قسنطينة ومن الجنوب الشرقي ولاية جيجل ومن الشمال الغربي ام البواقي.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

تقع المنظمة الاستشفائية المختصة شعبان موسى في وسط بلدية وادي العثمانية حيث يحدها من الشمال مقر البلدية ومن الجنوب منطقة عمرانية ومن الشرق صندوق الضمان الاجتماعي ومن الغرب وحدة الطب العقلي للأطفال والمراهقين، تتربع على مساحة اجمالية تقدر بـ 6675 م².



المصدر: مصلحة الموارد البشرية.

المطلب الثاني: نشاط المنظمة الاستشفائية، وإمكاناتها

أولاً: نشاط المنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

يتركز نشاط المنظمة أساساً في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام الآتية:

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
- ضمان حفظ الصحة والتعاون ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي الصحة وتجديد معارفهم؛
- القيام بأيام تحسيسية من أجل نشر الوعي الفكري والثقافي في مجال الصحة من خلال تنظيمها وتكفلها بالتظاهرات الوطنية والعالمية (اليوم العالمي للصحة، اليوم العالمي للتدخين، اليوم العالمي لمحاربة السل).

هذا من الجانب التقني أما من الجانب الإداري وبحكم الإصلاحات التي أقرتها سياسات وتوجهات الحكومة الجزائرية فإن المؤسسة تظم طاقم إداري متكون ومتطور يسهر على الإدارة وتسيير المؤسسة وفق خطط واستراتيجيات وطنية أهمها تطوير القطاع من خلال عصنة الخدمات وفق التسيير الحسن لموارد الدولة وترشيد النفقات وذلك بتوفير كافة الإمكانيات المادية والبشرية واستغلالها أحسن استغلال، فالمؤسسة مدعمة بطاقم طبي متخصص في الطب العقلي وكذا الأطباء العامون بالإضافة الى يد عاملة مؤهلة من اداريين وشبه طبيين واعوان مصالحي وحراس.

ثانيا: إمكانات المنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية

1.الإمكانات المادية :

نظرا لتربع المستشفى على مساحة كبيرة فإنها تظم أربعة بنايات و60 مكتب نذكر منها مايلي:
مكتب المدير العام، مكتب الأمانة العامة، مكتب المدير الفرعي للموارد البشرية، مكتب التوظيف، مكتب المنازعات، مكتب المديرية الفرعية للنشاطات الصحية، مكتب الوسائل و المالية، مكتب الأجور ومكتب المالية، مكتب الإعلام الآلي، مكتب المحاسبة الثلاثية للمستشفيات (3-CHO)، مكتب الأرشيف....إلخ.
كل مكاتب المنظمة تتوفر على أجهزة الإعلام الآلي وأجهزة الطباعة اذ ان بعض المصالح تتوفر على أكثر من جهاز كمصلحة المستخدمين ومصلة الأجور والأمانة العامة ومكتب الدخول يتوفر على أربعة أجهزة ومكتب المحاسبة الثلاثية للمستشفيات بها 06 أجهزة كذلك تتوفر على أجهزة نسخ الصور والوثائق توجد أربعة، كما تتوفر المؤسسة على 47 جهاز مكيف للهواء حيث ان جميع المكاتب والمصالح تستفيد من هذه الخدمة.

كما تحتوي المؤسسة الاستشفائية على المخازن التالية: المخزن للمواد الغذائية والأفرشة، مخزن الأجهزة الإدارية (الوراقة، تجهيزات مكتبية و كهر ومنزلية، خردوات البناء، المطبوعات...)
وتظم عدة مصالح أخرى: مصلحة طب العمل، جراحة الأسنان، مصلحة المعاينة الخارجية المختصة و الطب النفسي، مصلحة الوقاية والنظافة، وملحقة التكوين الشبه طبي تتكون من مكتب وقاعتين للدراسة.
نظرا لتعدد الخدمات الصحية المتنوعة التي تقدمها المستشفى للمجتمع ككل فقد حرصت الدولة الجزائرية لتوفير كافة المعدات و التجهيزات الطبية اللازمة هي:

- أجهزة الأشعة (APPAREIL DE RADIO + DEVLOPPEUSE)؛
- أجهزة أشعة القلب (ECG)؛
- أجهزة التدليك الصحي (Rééducation fonctionnelle)؛
- أجهزة المخبر.

2.الإمكانات البشرية:

تتلخص إمكانات المنظمة الاستشفائية المختصة وادي العثمانية على الأسلاك المشتركة، الأطباء، الشبه طبيون، أعوان المصالح والحراس والسائقين.

2-1.الأسلاك المشتركة:

جدول رقم (04): الوظائف والأسلاك المشتركة في المنظمة الإستشفائية

الرتبة	العدد	المجموع
متصرف رئيسي المصالح الصحية	01	
متصرف إداري رئيسي	02	
متصرف إداري	10	

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

262	02	مساعد متصرف	
	02	ملحق إداري رئيسي	
	04	ملحق إداري	
	08	عون إدارة رئيسي	
	04	عون إدارة	
	06	كاتب	
	03	مهندس ممتاز + مهندس في الإعلام الآلي	
	03	مساعد مهندس	
	03	تقني سامي في الإعلام الآلي	
	02	تقني إعلام الآلي	
	02	عون تقني في الإعلام الآلي	
	01	محاسب إداري رئيسي	
	04	محاسب اداري	
	03	عون حفظ البيانات	
	04	أعوان مكاتب	
	01	امين محفوظات	
	15	عامل مهني خارج الصنف	
	03	عامل مهني صنف 01	
	06	عامل مهني صنف 02	
	04	عامل مهني المستوى الثاني	
	10	عامل مهني المستوى الاول	
	01	حاجب رئيسي	
	07	السائقين	
	30	الحراس	
	91	17	أعوان الوقاية
		42	العمال المتعاقدين 8 ساعات
32		المستفيدين من عقود الإدماج وتشغيل شباب	

المصدر: مصلحة المستخدمين في المنظمة الإستشفائية

2-2. الأَطباء :

الجدول رقم(05): رتب الأطباء في المستشفى

الرتبة	العدد	المجموع
الأطباء المختصين	20	59
الأطباء العامون	13	
الصيدلي عام للصحة العمومية	03	
المختصين النفسانيين	13	
نفساني في التصحيح التعبير اللغوي	09	
أطباء جراحة الأسنان	01	

المصدر: مصلحة المستخدمين في المنظمة الإستشفائية

2-3. الشبه الطبي:

الجدول (06): رتب الشبه طبي

الرتبة	العدد	المجموع
ممرض ممتاز	03	115
ممرض متخصص للصحة العمومية	46	
ممرض للصحة العمومية	21	
ممرض ذو شهادة دولة	16	
مساعد التمريض	29	

المصدر: مصلحة المستخدمين في المنظمة الإستشفائية

المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي للمنظمة الاستشفائية المختصة للأمراض العقلية.

تتكون المنظمة كغيرها من المنظمات من مستويات إدارية سيتم التطرق إليها:

أولاً: مجلس الإدارة

ويتكون من المدير العام هو مدير المنظمة له صلاحية التعيين والأمر لصرف وتمثل مهامه فيما يلي:

- تسيير المنظمة من خلال التسيير العقلاني للموارد البشرية؛
- ضمان السير العام للإدارة؛
- توجيه ومراقبة نشاطات المنظمة؛
- الاتصال المباشر بالهيئات العليا؛
- إعداد برامج الميزانية؛
- إعداد مشروع التنظيم والقوانين الداخلية للمنظمة؛
- تمثيل المؤسسة أمام القضاء وفي كل العقود المدنية.

ثانيا: المجلس الطبي

يكلف بدراسة كل المسائل التي تهم المنظمة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها خاصة في التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح وبرامج الصحة والسكان.

ثالثا: الامانة المديرية

تتمثل مهامها فيما يلي:

- اعداد كافة الاتصالات المكتوبة(تقارير، المذكرات، المحاضر،.....)؛
- تنظيم الوظائف والملفات الخاصة بأنشطة المؤسسة وحفظها بطريقة تضمن سلامتها؛
- الرد على المكالمات الهاتفية، استقبال الزوار وحسن معاملتهم؛
- القيام بأعمال الكتابية ومعالجة النصوص بواسطة الحاسوب؛
- التحضير للاجتماعات والسفرات وإعداد جداول الأعمال.

رابعا: المديرية الفرعية للوسائل والمالية:

وتتمثل مهامها فيما يلي:

- تسجيل مختلف العمليات المالية الخاصة بالمنظمة؛
- تصحيح النقائص الموجودة في الميزانية؛
- السهر على تطبيق الصارم لأعمال السير؛
- المراقبة الشهرية للميزانية؛
- اقتراح تقييم ميزانية التسيير؛
- تسجيل أجور ومرتبات العمال.

خامسا: المديرية الفرعية للموارد البشرية

تتركز مهام هذه المديرية على العنصر البشري من خلال التنسيق بين مكاتبها المتمثلة في: مكتب المستخدمين، مكتب حركة العمال، مكتب المنازعات.

وتتلخص المهام في:

- تسيير الاعمال داخل المنظمة؛
- مراقبة حركة العمال و الموظفين؛
- متابعة المخطط الوطني لتسيير العمال؛
- الإشراف على آليات التوظيف(تحضير الملفات، المسابقات.....)؛
- الإشراف على تكوين الموظفين ورسكلتهم؛
- التكفل ومتابعة قضايا المنظمة فيما يخص المنازعات.

سادسا: المديرية الفرعية للنشاطات الصحية

وتتمثل مهامها في :

- متابعة دخول وخروج المرضى؛
- إعداد تقارير شهرية و أسبوعية وسنوية وتتمثل في إحصاء عدد الفحوصات التي قام بها كل طبيب خلال أسبوع وشهر وسنة وكذا إحصاء الأدوية المعطاة للمرضى من خلال كل شهر؛
- إعداد جدول المناوبة الخاص بمختلف الاسلاك (المراقبين الطبيين و الممرضين و الاطباء و المدراء)؛
- التدخل من اجل الرقابة في حالة الأمراض المعدية؛
- إدارة تنظيم مختلف المصالح الاستشفائية والغير استشفائية (التقنية)؛
- تنسيق العمل مع مستشفيات أخرى فيما يخص علاج المرضى.

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة

يشير روبرت (Robert K. Yin) إلى الدراسة الميدانية باعتبارها "البحث عن ظاهرة حديثة في نطاق حقيقي أو واقعي، حيث تكون العلاقة بين الظاهرة والنطاق الحقيقي غير واضحة، مما يستلزم العديد من مصادر المعلومات، فالدراسة الميدانية تمكن من تحصيل تقنيات وأساليب، وتحديد مختلف القواعد وتقديم حلول واقتراحات مختلفة، والتي تشكل في مجموعها عناصر المعرفة التطبيقية، فالشق الميداني في الدراسة من شأنه معالجة الإشكالات من خلال الاختيار السليم للتقنيات والأساليب البحث العلمي التي تتوافق وطبيعة الدراسة، كما أن الاختيار السليم لمنهجية الدراسة يسهم في خروج الدراسة بنتائج ومقترحات علمية.¹

المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية

يعتبر تحديد منهج الدراسة من الأساسيات الضرورية قبل البدء في الدراسة الميدانية، فمن خلال الاختيار السليم للمنهج الذي يتوافق مع طبيعة الدراسة، تسهل عملية اختيار الأدوات والتقنيات البحثية التي تؤدي إلى معالجة العملية الدقيقة للإشكالية والفرضيات المطروحة.

أولاً: حدود الدراسة:

لقد تمت هذه الدراسة في إطار حدود زمانية ومكانية وبشرية معينة كما يلي:

- 1. الحدود الزمنية:** لقد تمت تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة في جويلية خلال هذه السنة.
- 2. الحدود المكانية:** بهدف التعرف على أثر الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية، اخترنا لتحقيق هذه الدراسة المنظمة العمومية الاستشفائية المختصة للأمراض العقلية بوادي العثمانية.
- 3. الحدود البشرية:** تم اختيار عينة عشوائية تكونت من (100) عامل بالمستشفى بما فيهم الطاقم الطبي والطاقم الإداري.

ثانياً: تقنيات جمع البيانات

كل دراسة تعتمد على مجموعة من الأدوات والأساليب التي تكون ركيزة أساسية للاعتماد عليها من خلال البحث، سيتم التطرق لأهم الأدوات المستعملة في الدراسة.

1. أدوات ومصادر جمع البيانات ومعلومات الدراسة الميدانية:

اعتمدنا في اعدادنا للدراسة على نوعين من المصادر:

- 1_1. المصادر الثانوية:** وشكلت الركيزة الأولى في إنجاز الجانب النظري للموضوع محل الدراسة وتتمثل في المجالات العلمية المتخصصة، الكتب، الأطروحات، المذكرات، المؤتمرات، الملتقيات، ومواقع ومكاتب الإلكترونية مثل: Google books، ومختلف محركات البحث الإلكتروني وما إلى ذلك من المصادر و المراجع التي لها علاقة مباشرة بالبحث.

¹عاشوري إبراهيم، المناخ التنظيمي وجودة مؤسسات التعليم العالي في الجزائر، رسالة ماجستير، علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2017، ص180.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

2_1. المصادر الأولية: وهي المصدر الرئيسي لجمع البيانات التي غطت جانبا من العمل الميداني وقد

تم الإستعانة بالوسائل التالية لجمع بيانات الدراسة الميدانية:

أ. الإستمارة: تعرف بأنها مجموعة من الأسئلة التي تعد إعدادا محددًا وترسل بواسطة البريد أو تسلم إلى الأشخاص المختارين لتسجيل إجاباتهم ثانياً.¹

ب. المقابلة: تعرف على أنها تفاعل لفظي يتم بين فردين في موقف المواجهة يحاول أحدهما (الباحث) أن يعرف بعض المعلومات أو التغيرات لدى الآخر (المبحوث) والتي تدور حول خبراته وأرائه، وتكون ذات الصلة بالظاهرة قيد الدراسة.²

لأن المقابلة تعتبر أدوات مهمة جدا لمعرفة الحلول للمشاكل المطروحة، وكذلك معرفة آراء الأفراد وميولهم واتجاهاتهم نحو الموضوع محل الدراسة، وعلى ضوء ذلك فقد قمنا بالمقابلة الالكترونية حيث تعذر علينا الذهاب للمستشفى في ظل الظروف التي تشهدها البلاد وتفشي فيروس COVID19، لكن المقابلة عبر المواقع الالكترونية سهلت لنا الحصول على معلومات مهمة جدا، كما ساعدتنا على بناء عبارات الاستبيان.

2. الأساليب الإحصائية المستعملة:

تم معالجة البيانات المتحصلة عليها من خلال الأدوات سابقة الذكر من خلال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Sps.v20 .

المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة

لتطبيق دراستنا الميدانية لا بد من توفر مجتمع الدراسة وعينة المختارة من المستجوبين وهذا ما سنتطرق إليه في هذا المطلب.

أولاً: مجتمع الدراسة

يعني مجتمع الدراسة جميع الأفراد أو الأشخاص الذي يشكلون موضوع البحث وهو يعتبر المكان الطبيعي لوجود الظاهرة أو المشكلة البحثية التي تدرس فيه المشكلة وتم جمع من خلال بيانات ومعلومات لها، ويسعى الباحث الى ان يعم عليها النتائج.³

ثانياً: عينة الدراسة

وتعني طريقة جمع البيانات والمعلومات وحالات محددة يتم اختيارهم بأسلوب معين من جميع عناصر مفردات ومجتمع الدراسة، بما يخدم ويتناسب ويعمل على تحقيق هذه الدراسة.⁴

¹محمد شقيق، البحث العلمي: الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2001، ص115.

²علي غريب، أجديات المنهجية في كتابة الرسائل الجامعية، مطبعة سيرتا، قسنطينة، الجزائر، 2006، ص84.

³نائل عبد الحفيظ العولمة، أساليب البحث العلمي، ط1، المكتبة الوطنية، الأردن، 1997، ص91.

⁴ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، أساليب البحث العلمي، ط2، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص150.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

كما تعتبر العينة في البحث العلمي دعامة أساسية، ومصدر لاستقصاء المعلومات، وجمع المعطيات من الواقع، ويمكن تعريف العينة بأنها عبارة عن مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة، وإجراء الدراسة عليها ومن استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي.¹

يتكون مجتمع الدراسة من (200) عامل من المستويات الوظيفية التالية: إداري، طبيب، ممرض، مساعد ممرض، عون شبه طبي، وبهدف الحصول على أكبر عدد ممكن من الاستثمارات الصالحة لتمثيل المنظمة الاستشفائية قيد الدراسة، فقد اعتمدنا على أسلوب العينة العشوائية البسيطة حيث وزعنا الاستثمارات عشوائيا على الموظفين على مستوى المنظمة، حيث تم توزيع (100) على عينة الدراسة من الأفراد المبحوثين في مواقع عملهم الخاصة، وكان العدد الإجمالي للاستثمارات المعادة هو (80)، وبعد عملية الفرز والمراجعة تم قبول (70) استثمار واستبعاد (10) لعدم صلاحيتها للتحليل، وبالتالي نسبة الاستثمارات الصالحة للتحليل هي (70) وهي نسبة كافية لإنجاز الدراسة حسب المعلومات الواردة في أدبيات البحث باعتبار مجال القبول محصور بين (30_500) تكون مناسبة لمعظم البحوث.

المطلب الثالث: بناء أداة الدراسة، واختبار صدقها وثباتها

أولاً: بناء أداة الدراسة

اعتمدت الاستثمار كأداة رئيسية في جمع البيانات، وقد تم تطويرها لتحقيق أهداف الدراسة من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة، وعلى طرق التحليل والنتائج التي تم التوصل إليها، مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الواجب توفرها بالمنظمة محل الدراسة، وبهذا الصدد تم تصميم استبيان على نحو يتلاءم مع عينة الدراسة واعتمدنا في بنائها مراعات تشخيص وقياس المتغيرات الرئيسية للدراسة بالاستناد على الجانب النظري.

وقد تم الأخذ بعين الاعتبار في تصميم الاستثمار على أمرين أساسيين:

ـ البساطة والسهولة، وذلك من خلال صياغة عبارات سهلة وغير مركبة، مع اعتماد أسلوب الأسئلة المغلقة في صياغة أغلب الأسئلة لتسهيل مهمة المبحوثين قدر الإمكان.

ـ قدرة الاستثمار على تشخيص وقياس دور الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية عبر التحديد الدقيق لمختلف أبعاد المتغير المستقل (الكفاءات المحورية) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

كما قسمنا الاستثمار إلى ثلاث محاور:

ـ **المحور الأول:** تضمن (05) أسئلة، وهي بيانات شخصية تعريفية لأفراد العينة والمتعلقة ب: الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، الخبرة المهنية.

ـ **المحور الثاني:** تضمن (10) أسئلة، تم تصميمها بناء على الخلفية النظرية للموضوع، فتم تخصيص في هذا المحور أسئلة تخص المتغير الأول وهو الكفاءات بهدف التعرف على الكفاءات التي تمتلكها المنظمة الاستشفائية. في هذا المحور نجد ثلاثة أبعاد تمثلها في :

¹منور أوسرير، رشيد بوعافية، أسس منهجية البحث العلمي في العلوم الاقتصادية وإدارة أعمال، ط1، مكتبة الشركة الجزائرية بوداود للنشر والتوزيع، 2011، ص66.

-بعد الإدارة (من العبارة 1 إلى العبارة 4)؛

-بعد التنمية (من العبارة 5 إلى العبارة 8)؛

-بعد التقييم (العبارة 9 و 10).

المحور الثالث: تضمن (21) سؤال، احتوت هذه الأسئلة على المتغير الثاني للموضوع محل الدراسة وهي جودة الخدمات الصحية، كما تم وضع أسئلة في هذا المحور تهدف إلى معرفة العلاقة التي تربط الكفاءات المحورية في المنظمة بجودة الخدمات المقدمة.

ولغرض قياس مدى توافق آراء أفراد العينة مع عبارات محاور الدراسة، تم اعتماد الشكل المغلق في إعداد الاستبيان، وفقا لقياس ليكرت (likert) الخماسي، وذلك بأن يقابل كل عبارة من عبارات المحاور قائمة تحمل الإختيارات الآتية: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)، كما تم إعطاء كل اختبار من الإختبارات السابقة درجات الترجيح لكي يتم معالجتها إحصائيا، وذلك على النحو التالي:

موافق بشدة (5 درجات)، موافق (4 درجات)، محايد (3 درجات)، غير موافق (2 درجة)، غير موافق بشدة (درجة واحدة). إن تحديد طول الفئات لمقياس ليكرت الخماسي المستخدم في محاور الدراسة، تطلب حساب المدى (5-1=4)، ثم تقسيمه على عدد فئات المقياس للحصول على طول الفئة الصحيح، أي ($0,8=5/4$)، بعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس)، وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الفئة، وهكذا أصبح طول الفئات كالاتي:

-من 1 إلى 1,80 يمثل (غير موافق بشدة) نحو كل عبارة بإختلاف المحور المراد قياسه؛

-من 1,81 إلى 2,60 يمثل (غير موافق) نحو كل عبارة بإختلاف المحور المراد قياسه؛

-من 2,61 إلى 3,40 يمثل (محايد) نحو كل عبارة بإختلاف المحور المراد قياسه؛

-من 3,41 إلى 4,20 يمثل (موافق) نحو كل عبارة بإختلاف المحور المراد قياسه؛

-من 4,21 إلى 5,00 يمثل (موافق بشدة) نحو كل عبارة بإختلاف المحور المراد قياسه.

ثانيا: صدق وثبات أداة الدراسة

الهدف من اختبار الصدق هو التأكد من أن أداة القياس (الاستمارة) صالحة للقياس، وأن محاور الفقرات التي تحتويها صالحة للحصول على البيانات المرغوبة، ولهذا فقد تم التأكد من صدق محتوى الأداة (الاستمارة) كما يلي:

1. الصدق الظاهري:

تم عرض الاستمارة بعد إعداد فقراتها على عدد من الأساتذة الجامعيين المحكمين ذوي الخبرة في المجال وبالغ عددهم (03)، وهذا بهدف معرفة آرائهم عن مدى وضوح وترابط فقراتها ومقدار ملائمتها لقياس متغيرات الدراسة وشمولية أبعاد ومتغيرات الاستبيان، وقد تم الأخذ إجمالا جل توجهاتهم شكلا وجوهرا، إذ أضيفت فقرات جديدة وحذفت فقرات أخرى واستبدلت بفقرات أكثر ملائمة وإعادة ترتيب بعض الأسئلة بما يتناسب وفرضيات الدراسة بما يضمن الدقة في القياس.

2. ثبات الاستمارة:

اعتمدنا على معامل الفا كرونباخ لقياس درجة ثبات وصدق أسئلة الاستبيان.
الجدول رقم(07): الإختبارات الإحصائية لثبات صدق المقياس (ألفا كرونباخ)

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,898	31

المصدر: مخرجات spss

المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة، تفسيرها واختبار الفرضيات

في هذا المطلب سيتم عرض النتائج وتحليلها واختبار الفرضيات، وذلك من خلال الإجابة على عبارات الدراسة واستعراض أبرز نتائج الاستبانة والتي تم التوصل إليها من خلال الإجراءات الإحصائية التحليلية، كما تم وصف عينة الدراسة حسب البيانات الديمغرافية، وكذلك تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات المتحصلة عليها من الاستبيان والمتعلقة بفقرات وأبعاد ومجالات الدراسة، إذ تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية spss.v20 للحصول على نتائج الدراسة التي تم عرضها وتحليلها في هذا المبحث.

المطلب الأول: الوصف الإحصائي للبيانات الديمغرافية

تتسم عينة الدراسة بعدة خصائص شخصية وعلمية ووظيفية من حيث (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، الخبرة المهنية)، والتي لها علاقة بدراستنا حيث تفيدنا في معرفة دور وأثر المتغيرات على فرضيات الدراسة، وتم توزيع هذه الخصائص بغرض تحليل وتفسير النتائج، وكذلك يهدف هذا الفرع إلى حساب التكرارات المئوية للعوامل الديمغرافية لمقدمي الخدمة الصحية، والجدول الموالية توضح توزيع عينة الدراسة حسب هذه الخصائص.

أولاً: توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

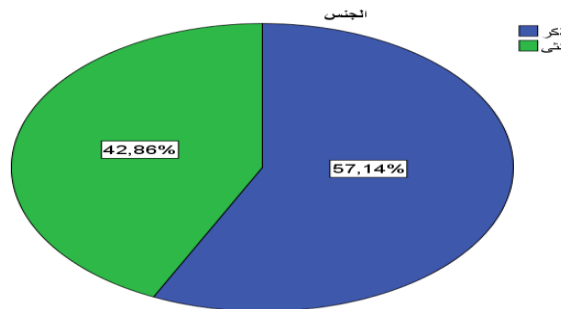
يوضح الجدول رقم (04) توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس، حيث يلاحظ أن غالبية موظفي المنظمة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى هم ذكور وذلك بنسبة (57.1) موظف، بينما نسبة الإناث (42.9) موظفة.

الجدول (08): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

النوع	العدد	النسبة
ذكر	40	57.1
أنثى	30	42.9
المجموع	70	100

المصدر: من إعداد الطالبان إعتامدا على مخرجات spss

الشكل رقم (08): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس



المصدر: من أعداد الطالبتين اعتمادا على مخرجات spss

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

ثانيا: توزيع عينة الدراسة حسب العمر

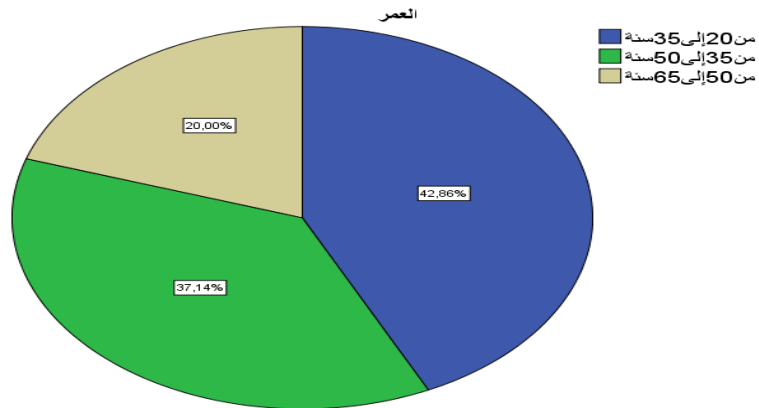
الجدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر

العمر	العدد	النسبة
من 20 سنة إلى 35 سنة	30	42.9
من 35 سنة إلى 50 سنة	26	37.1
من 50 سنة إلى 65 سنة	14	20

المصدر: من اعداد الطالبتين باعتمادا على مخرجات spss

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن هناك اختلاف في النسب المئوية بين أعمار أفراد العينة، حيث احتلت فئة من 20 سنة إلى 35 سنة المرتبة الاولى وقد بلغت 42.9، بينما فئة من 35 سنة إلى 50 سنة احتلت المرتبة الثانية وقد بلغت النسبة 37.1، واحتلت الفئة من 50 سنة إلى 65 سنة المرتبة الثالثة حيث بلغت 20، ويدل ارتفاع النسبة المئوية في الفئة الاولى من إلى أن المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من فئة شبابية، حيث عرف القطاع الصحي الجزائري زيادة في توظيف اليد العاملة خلال عشر سنوات الأخيرة، وفيما يخص احتلال فئة من الى المرتبة الأخيرة نظرا لرغبة وحتمية ذوي الأعمار الكبيرة للإحالة إلى تقاعد.

الشكل (09): توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر



المصدر: من إعداد الطالبتين بإعتماد على مخرجات spss

ثالثا: توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

الجدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	النسبة
دكتوراه	13	18.6
ماستر	15	21.4
ليسانس	17	24.3
تقني سامي	14	20

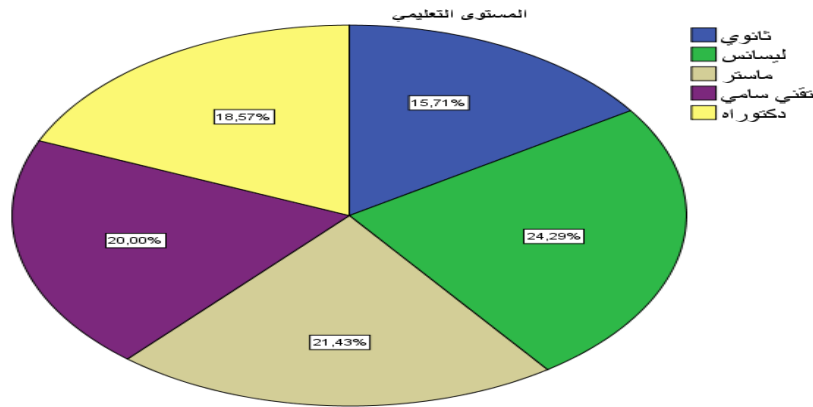
الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

ثانوي	11	15.7
المجموع	70	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بإعتماد على مخرجات spss

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن هناك إختلاف في النسب المئوية لأفراد العينة وفق المؤهل العلمي للموظفين، حيث احتلت الفئة ليسانس المرتبة الأولى وقد بلغت 24.3، بينما فئة ماستر احتلت المرتبة الثانية بلغت نسبتها 21.4، وفي المرتبة الثالثة حلت فئة تقني سامي بنسبة 20، وفي المرتبة الرابعة حلت الدكتوراه بنسبة 18.6، وفي المرتبة الأخيرة حلت فئة الثانوي وقد بلغت 15.7، ويدل إرتفاع النسبة المئوية في كل من فئة ليسانس وماستر وتقني سامي إلى أن المنظمة الاستشفائية محل الدراسة، تعتمد في تسيير مهامها ونشاطاتها التقنية والادارية على ذوي المؤهلات وتخصصات التقنية نظرا لإحتواء الأنشطة على المهام التقنية والفنية والممارسات الإدارية المختلفة.

الشكل (10): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطالبتين بإعتماد على مخرجات spss

رابعا: توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الوظيفي

يوضح الجدول رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الوظيفي

المستوى الوظيفي	العدد	النسبة
اداري	10	14.3
طبيب	24	34.3
ممرض	18	25.7
مساعد ممرض	10	14.3
عون شبه طبي	8	11.4
المجموع	70	100

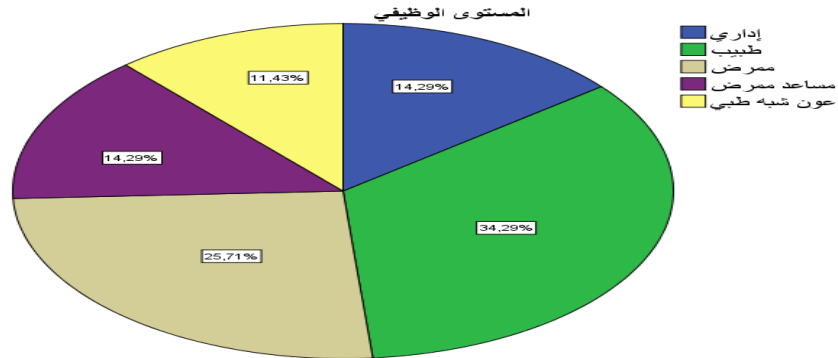
المصدر: من إعداد الطالبتين بإعتماد على مخرجات spss

من خلال الجدول أعلاه نرى إختلاف في النسب المئوية لأفراد العينة وفق المستوى الوظيفي، حيث احتلت فئة طبيب المرتبة الأولى وقد بلغت 34.3، بينما وظيفة ممرض احتلت المرتبة الثانية بنسبة 25.7،

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

وفي المرتبة الثالثة حلت فئة إداري ومساعد ممرض بنسبة متساوية قدرت ب 14.3، في حين حلت وظيفة عون شبه طبي في المرتبة الأخيرة بنسبة 11.4، ويدل ارتفاع النسبة المئوية في كل من فئة طبيب وممرض ومساعد ممرض إلى الهدف الأسمى والأساسي التي تعتمد عليها المنظمة الاستشفائية محل الدراسة والذي يتمثل في تقديم الخدمات الصحية التشخيصية والعلاجية والوقائية بنسبة 74.3، والباقي يحال الى وظائف داعمة كالوظائف الادارية والتقنية.

الشكل (11): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الوظيفي



المصدر: من إعداد الطالبتين بإعتماد على مخرجات spss

خامسا: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة المهنية

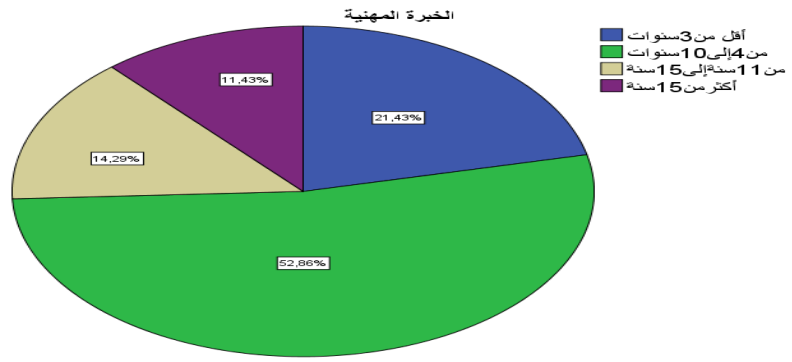
الجدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	العدد	النسبة
أقل من 3 سنوات	15	21.4
من 4 سنوات إلى 10 سنوات	37	52.9
من 11 سنة إلى 15 سنة	10	14.3
أكثر من 15 سنة	08	11.4
المجموع	70	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بإعتماد على مخرجات spss

من خلال الجدول السابق نرى بأن هناك إختلافات في النسب المئوية لأفراد العينة وفق الخبرة المهنية للموظفين، حيث إحتلت الفئة من 04 سنوات إلى 10 سنوات المرتبة الأولى وقد بلغت 52.9، بينما فئة أقل من 3 سنوات احتلت المرتبة الثانية وقد بلغت 21.4، واحتلت فئة من 11 سنة إلى 15 سنة المرتبة الثالثة وقد بلغت 14.3، وفي الأخير حلت فئة أكثر من 15 سنة وقد بلغت 11.4، ويدل ارتفاع النسب المئوية في فئة من 4 سنوات إلى 10 سنوات وفئة أقل من 3 سنوات إلى أن المنظمة الإستشفائية محل الدراسة، توسعت في نشاطاتها ومهامها والخدمات التي تقدمها مع توسع احتياجاتها فعملت على استغلال المناصب الشاغرة في فترة امتدت على 10 سنوات.

الشكل (12): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة المهنية



المصدر: من إعداد الطالبتين بإعتماد على مخرجات spss

المطلب الثاني: عرض وتحليل بيانات الحور الثاني الكفاءات المحورية والمحور الثالث جودة الخدمات الصحية

يختص هذا الجزء بعرض وتحليل آراء عينة الدراسة تجاه دور الكفاءات الحورية على جودة الخدمات الصحية، ولأجل تحقيق هذا الغرض سنقوم بإستخدام التكرارات، النسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، وترتيب إجابات الباحثين وفقاً لدرجة موافقتهم.

أولاً: عرض وتحليل بيانات المحور الثاني الكفاءات المحورية

تم تقسيم هذا المحور إلى ثلاثة أبعاد (بعد الإدارة، بعد التنمية، بعد التقييم)، حيث تم عرض عرض المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لهذه الأبعاد وترتيب إجابات الباحثين وفقاً لدرجة موافقتهم.

الجدول رقم (13): إستجابات أفراد العينة على العبارات التي تقيس بعد الإدارة

الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجات الموافقة					العبرة
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	
0,712	1,986	0	3	8	44	15	تك 1-تمتلك المؤسسة كفاءات لتحقيق أداء متميز.
			4,3	11,4	62,9	21,4	%
0,8040	2,071	1	4	9	41	15	تك 2-تحقق المؤسسة أهدافها من خلال معارف موظفيها
		1,4	5,7	12,9	58,6	21,4	%
7,850	1,929	2	1	8	38	21	تك 3-تتمتع المؤسسة بمجموعة من العاملين من ذوي
		2,9	1,4	11,4	54,3	30	%

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

المهارات الحركية.							
1,017	2,329	3	7	12	36	12	تك
		4.3	10	17.1	51.4	17,1	%
4-تشجع المؤسسة ذوي القدرات على تصميم ووضع القرارات في إطار العمل.							
0,689	2,079	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام لبعد الإدارة					

من خلال إستقراء للجدول رقم (13) لنتائج تحليل البعد الأول من أبعاد الكفاءة ، والذي تم قياسه من خلال أربعة فقرات من العبارة 1 إلى العبارة 4 كما جاء في أداة الدراسة، نلاحظ أن متوسط الموافقة على هذا البعد (2,079) بإنحراف معياري قدره (0,689)، ويدخل هذا المتوسط ضمن فئة (من 1,81 إلى 2,60)، مما يدل على أن المنظمة الإستشفائية محل الدراسة ذات إدارة ضعيفة وهذا بدرجة ضعيفة من وجهة نظر المستجوبين، تم ترتيب العبارات حسب درجة موافقة المستجوبين كالاتي:

1- جاءت العبارة رقم (04): (تشجع المؤسسة ذوي القدرات على تصميم ووضع القرارات في إطار العمل) في المرتبة الأولى من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغت متوسط درجة الموافقة (2,329) بإنحراف معياري قدره (1,017)، كما كانت نسبة الموافقة: $17.1\% + 51.4\% = 68.5\%$ من مجموع المستجوبين؛

2- جاءت العبارة رقم (02): (تحقق المؤسسة أهدافها من خلال معارف موظفيه) في المرتبة الثانية من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغت متوسط درجة الموافقة (2,071) بإنحراف معياري قدره (,840)، كما كانت نسبة الموافقة: $21,4\% + 58,6\% = 80\%$ من مجموع المستجوبين؛

3- جاءت العبارة رقم (01): (تمتلك المؤسسة كفاءات تؤهلها لتحقيق أداء متميز) في المرتبة الثالثة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغت متوسط درجة الموافقة (1,986) بإنحراف معياري قدره (,712)، كما كانت نسبة الموافقة: $21,4\% + 62.9\% = 84,3\%$ من مجموع المستجوبين؛

4- جاءت العبارة رقم (03): (تتمتع المؤسسة بمجموعة من العاملين من ذوي المهارات الحركية) في المرتبة الرابعة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغت متوسط درجة الموافقة (1,929) بإنحراف معياري قدره (0,857)، كما كانت نسبة الموافقة: $30\% + 54,3\% = 84,3\%$ من مجموع المستجوبين؛ مما يدل على عدم رضى المبحوثين على أداء الإدارة .

بصفة عامة فإن الإدارة كما يراها بعض المستجوبين يعاب أنها لا تشجع القدرات والكفاءات على تصميم ووضع القرارات وكذلك ضعف المشاركة في إتخاذ القرارات في إطار العمل، كما نلاحظ من إجابات المستجوبين أنهم غير راضين على مستوى أداء الإدارة.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

الجدول رقم (14): إستجابات أفراد العينة على العبارات التي تقيس بعد التنمية

الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					العبارة
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	
0,968	2,223	1	7	14	31	16	5-توظف المؤسسة الكفاءات وفق معايير متفق عليها مسبقا تتوافق مع احتياجاتها.
		1,4	10,1	20,3	44,9	23,2	%
0,929	2,443	4	14	17	31	4	6-تعمل المؤسسة على التبوؤ بالاحتياجات المستقبلية
		5,7	20	24,3	44,3	5,7	%
1,015	2,571	3	10	19	30	8	7- تشجع المؤسسة على التعلم القائم على التكنولوجيا للوصول إلى المعلومة في مالوقت المناسب
		4,3	14,3	27,1	42,9	11,4	%
1,028	2,757	4	14	17	31	4	8-تعمل المؤسسة على القيام ببرامج ودورات تكوينية للعاملين بها من زيادة مستويات الكفاءة لدى الافراد
		5,7	20	24,3	44,3	5,7	%
0,726	2,499	المتوسط الحسابي العام والإنحراف المعياري العام لبعء التنمية					

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss

من خلال إستقراء للجدول رقم (15) لنتائج تحليل البعد الثاني الذي يتمثل في بعد التنمية، والذي تم قياسه من خلال أربعة فقرات من العبارة 5 إلى العبارة 8 كما جاء في أداة الدراسة، نلاحظ أن متوسط الموافقة على هذا البعد (2,499) بإنحراف معياري قدره (0,726)، ويدخل هذا المتوسط ضمن فئة (من 1,81 إلى 2,60)، مما يدل على أن المنظمة الإستشفائية محل الدراسة تهتم بالتنمية الكفاءات وهذا بدرجة ضعيفة من وجهة نظر المستجيبين، تم ترتيب العبارات حسب درجة موافقة المستجيبين كالآتي:

1- جاءت العبارة رقم (08): (تعمل المؤسسة على القيام ببرامج ودورات تكوينية للعاملين بها من زيادة مستويات الكفاءة لدى الافراد) في المرتبة الأولى من حيث درجة موافقة المستجيبين، حيث بلغت

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

متوسط درجة الموافقة (2,757) بإنحراف معياري قدره (1,028)، كما كانت نسبة الموافقة:

$$5,7\% + 44,3\% = 50\% \text{ من مجموع المستجوبين؛}$$

2- جاءت العبارة رقم (07): (تشجع المؤسسة على التعلم القائم على التكنولوجيا للوصول إلى المعلومة

في الوقت المناسب) في المرتبة الثانية من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغت متوسط

درجة الموافقة (2,571) بإنحراف معياري قدره (1,015)، كما كانت نسبة الموافقة:

$$11,4\% + 42,9\% = 54,3\% \text{ من مجموع المستجوبين؛}$$

3- جاءت العبارة رقم (06): (تمتلك المؤسسة كفاءات تؤهلها لتحقيق أداء متميز) في المرتبة الثالثة

من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغت متوسط درجة الموافقة (1,986) بإنحراف معياري

قدره (,712)، كما كانت نسبة الموافقة: $5,7\% + 44,3\% = 50\%$ من مجموع المستجوبين؛

4- جاءت العبارة رقم (05): (تتمتع المؤسسة بمجموعة من العاملين من ذوي المهارات الحركية) في

المرتبة الأخيرة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغت متوسط درجة الموافقة (1,929)

بإنحراف معياري قدره (0,857)، كما كانت نسبة الموافقة: $23,2\% + 44,9\% = 68,1\%$ من

مجموع المستجوبين؛

بصفة عامة فإن بعد التنمية كما يراها بعض المستجوبين يعاب أن المنظمة للإستشفائية لا تهتم

بالتنمية الكفاءات ولا تشجع التعلم قائم على التكنولوجيا كما أنها نادرا ماتقوم بدورات تكوينية من أجل زيادة

مستوى كفاءاتهم، كما نلاحظ من إجابات المستجوبين أن المنظمة لا تعمل على التنبؤ بالإحتياجات

المستقبلية للكفاءات البشرية

الجدول رقم (15): إستجابات أفراد العينة على العبارات التي تقيس بعد التقييم

الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					العبارة
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	
0,944	2,329	2	7	13	38	10	9-منح المؤسسة حرية التصرف لدى كفاءاتها في تأدية مهامهم
		2,9	10	18,6	54,3	14,3	%
1,003	2,486	2	11	15	33	9	10-تنفذ المؤسسة

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

		2,9	15,7	21,4	47,1	12,9	%	عملية تقييم الكفاءات المحورية دون تحيز لمجموعات معينة
0.839	2.424	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام لبعده التقييم						

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss

من خلال إستقراء للجدول رقم (15) لنتائج تحليل البعد الثاني الذي يتمثل في بعد التنمية، والذي تم قياسه من خلال أربعة فقرات من العبارة 5 إلى العبارة 8 كما جاء في أداة الدراسة، نلاحظ أن متوسط الموافقة على هذا البعد (2,424) بإنحراف معياري قدره (0,839)، ويدخل هذا المتوسط ضمن فئة (من 1,81 إلى 2,60)، مما يدل على أن المنظمة الإستشفائية محل الدراسة ذات تنمية ضعيفة وهذا بدرجة ضعيفة من وجهة نظر المستجيبين، تم ترتيب العبارات حسب درجة موافقة المستجيبين كالآتي:

1- جاءت العبارة رقم (10): (تنفذ المؤسسة عملية تقييم الكفاءات المحورية دون تحيز لمجموعات معينة) في المرتبة الأولى من حيث درجة موافقة المستجيبين، حيث بلغت متوسط درجة الموافقة (2,486) بإنحراف معياري قدره (1,003)، كما كانت نسبة الموافقة: $12,9\% + 47,1\% = 60\%$ من مجموع المستجيبين؛

2- جاءت العبارة رقم (09): (منح المؤسسة حرية التصرف لدى كفاءاتها في تأدية مهامهم) في المرتبة الثانية من حيث درجة موافقة المستجيبين، حيث بلغت متوسط درجة الموافقة (2,329) بإنحراف معياري قدره (0,944)، كما كانت نسبة الموافقة: $14,3\% + 54,3\% = 68,6\%$ من مجموع المستجيبين؛

بصفة عامة من خلال بعد التقييم نلاحظ ومن خلال إجابات المستجيبين أن بعد التقييم في المنظمة محل الدراسة ضعيف.

يمكن توضيح المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري لأبعاد الكفاءات، كما يلي:

جدول رقم (16): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد الكفاءات

أبعاد الكفاءات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الإدارة	2,079	0,689
التنمية	2,499	0,726
التقييم	2,424	0,840
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام للمحور	3,357	0,901

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

يتضح من الجدول رقم (16) أن إجابات أفراد عينة الدراسة على العبارات المتعلقة بالمحور الثاني المتمثل في الكفاءات المحورية والذي تم تقسيمه إلى ثلاث أبعاد، جاءت محايدة، وبلغ المتوسط (3,357) بانحراف معياري قدره (0,901) ويدخل هذا المتوسط ضمن فئة (من 2,61 إلى 3,40)، مما يدل على أن الكفاءات في المنظمة الاستشفائية متوسطة وهذا من وجهة نظر المستجوبين.

ثانيا : عرض وتحليل بيانات جودة الخدمات الصحية

جدول رقم(17): استجابات أفراد العينة على العبارات التي تقيس متغير جودة الخدمات الصحية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					العبارات
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	
1.35927	2.9143	18	9	17	10	16	1- تتوفر المؤسسة الاستشفائية على تجهيزات طبية ذات تكنولوجيا عالية حديثة تستخدم حاليا
		25,7	12,9	24,3	14,3	22,9	
1.12601	3.4857	25	13	20	7	5	2- تتوفر المؤسسة الاستشفائية على سجلات وأجهزة كمبيوتر تمكنها من متابعة الحالة الصحية لمرضاهم بعد انتهاء فترة علاجهم
		35,7	18,6	28,6	10,0	7,1	
1.07522	2.0571	9	1	9	25	26	3- تتوفر في المؤسسة الاستشفائية تخصصات مختلفة
		12,9	1,4	12,9	35,7	37,1	
1.68781	.9286	2	3	8	43	17	4- يتجاوز العاملون بالمؤسسة
		2,9	4,5	11,4	61,4	24,3	

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

								الاستشفائية بالإيجاب مع شكاوي المرضى
1.60035	7571	9	2	6	41	23	تك	5- يشعر المريض
		18	6	8,6	58,6	32,9	%	بالثقة والأمان عند تعامله مع الأطباء
1.31530	2.7429	25,7	8,6	15	14	17	تك	6- طبيعة مرافق المؤسسة
		6.5	5.3	21,4	20,0	24,3	%	الاستشفائية) صالات المرضى، قاعة الانتظار، مكاتب الأطباء...) جيدة وتتوافق مع طبيعة العمل ونوع الخدمة المقدمة
0.8532	2.0429	6	0	10	35	19	تك	7- يلتزم العاملون في المؤسسة
		8,6		14,3	50,0	27,1	%	الاستشفائية بالانضباط في تقديم الخدمات الصحية في وقتها مع التطبيق الصارم للقواعد والأنظمة
.87346	2.0714	4	1	11	37	17	تك	8- توجد
		5,7	1,4	15,7	52,9	24,3	%	استراتيجية لتحسين جودة الخدمة الصحية من طرف ادارة المؤسسة
1.09997	2.9143	17	6	16	27	4	تك	9- تتوفر في
		24,3	8,6	22,9	38,6	5,7	%	المؤسسة

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

								الاستشفائية الأجهزة الطبية بشكل كاف
.97643	2.2143	7	1	15	30	17	تك	10- تحاول
		10,0	1,4	21,4	42,9	24,3	%	المؤسسة استخدام أفكار جديدة لحل المشكلات التي تؤثر في الخدمات الصحية
.75319	2.4286	3	1	32	27	8	تك	11- تشجع
		4,3	2,3	45,7	38,6	11,4	%	المؤسسة على تصميم العمليات بصفة جذرية بهدف تحقيق تحسينات جوهريّة على خدماتها الصحية
.99231	3.1714	22	6	21	20	1	تك	12- تقارن
		31,4	6,8	30,0	28,6	1,4	%	المؤسسة أدائها بأداء منظمات صحية رائدة و متميزة أخرى في السوق الصحية المحلية أو الدولية
.86620	2.3429	7	1	15	39	8	تك	13- تضع الإدارة
		10,0	14	21,4	55,7	11,4	%	والعاملين مصلحة المريض في مقدمة الاهتمامات
.99251	2.3188	6	4	6	45	8	تك	14- يلتزم
		8,7	5,8	8,7	65,2	11,6	%	العاملون في المؤسسة الاستشفائية

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

								بالانضباط في تقديم الخدمات الصحية في وقتها
.68040	2.1714	1	1	14	47	7	تك	15- تعمل
		1,4	1,4	20,0	67,1	10,0	%	المؤسسة الاستشفائية على الاطلاع بالتغيرات التي تؤثر على الخدمات الصحية المقدمة
.86201	2.1571	8	1	8	41	13	تك	16- يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالمواعيد ومختلف الوعود التي تقدم للمرضى
		11.4	1.4	11.4	58.6	18.6	%	
.71714	2.0857	3	3	12	43	12	تك	17- تقدم المؤسسة خدماتها الصحية بطريقة صحيحة ومدروسة
		4.3	4.3	17.1	61.4	17.1	%	
1.09771	2.4286	4	6	15	34	11	تك	18- هناك اهتمام من قبل إدارة المستشفى بطريقة المعاملة وهيئة لباس العاملين
		5.7	8.6	21.4	48.6	15.7	%	
.81599	2.0286	2	1	12	38	17	تك	19- يحرص العاملون على أداء المهام بجودة عالية لتحقيق أهداف
		2.9	1.4	17.1	54.3	24.3	%	

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

المؤسسة								
.74767	2.1429	2	1	13	44	10	تك	20- توجد قدرة لدى العاملين للتكيف عند حدوث الحالات الطارئة في العمل
		2.9	1.4	18.6	62.9	14.3	%	
.70137	2.0286	2	1	12	42	14	تك	21- يتوفر لدى العاملين القدرة على الإبداع و التطوير وسعيهم لتصحيح الأخطاء الناتجة عن قيامهم بأداء العمل
		2.9	1.4	17.1	60.0	20.0	%	
0,4508	2,3599	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام لجودة الخدمات الصحية						
6								

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال استقراء للجدول رقم (17) الذي يوضح نتائج تحليل المتغير التابع جودة الخدمات الصحية والذي يتضمن واحد وعشرون عبارة لقياسه من العبارة 11 إلى العبارة 31 كما جاء في أداة الدراسة حيث بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي لهذا المتغير (2,3599) بانحراف معياري قدره (0,45086)، ويدخل هذا المتوسط ضمن فئة (من 1,81 إلى 2,60)، مما يدل أن بعد جودة الخدمات الصحية تتمتع بدرجة ضعيفة من وجهة نظر المستجوبين، تم ترتيب العبارات حسب درجة موافقة المستجوبين كآتي:

1- جاءت العبارة رقم(2): (تتوفر المؤسسة الاستشفائية على سجلات وأجهزة كمبيوتر تمكنها من متابعة الحالة الصحية لمرضاها بعد انتهاء فترة علاجهم) في المرتبة الأولى من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة (3,4857) بانحراف معياري قدره (1,35927)، كما كانت نسبة الموافقين $10,0\% + 7,1\% = 17,1\%$ من مجموع المستجوبين.

2- جاءت العبارة رقم(12): (تقارن المؤسسة أداؤها بأداء منظمات صحية رائدة ومتميزة أخرى في السوق الصحية المحلية أو الدولية) في المرتبة الثانية من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة (3,1714) بانحراف معياري قدره (0,99231)، كما كانت نسبة الموافقين $1,4\% + 28,6\% = 30\%$ من مجموع المستجوبين؛

3- جاءت العبارتين رقم (1) و(9): (تتوفر المؤسسة الاستشفائية على تجهيزات طبية ذات تكنولوجيا عالية حديثة تستخدم حالياً) والعبارة الثالثة (تتوفر في المؤسسة الاستشفائية الأجهزة الطبية والكوادر الطبية بشكل كاف) في المرتبة الثالثة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسطي درجة الموافقة (2,9143)

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

بانحراف معياري قدره على التوالي (1,35927) و(1,09997)، كما كانت نسبة الموافقين على التوالي $14,3+22,9=37,2$ بالنسبة للعبارة الاولى أما العبارة التاسعة فكانت النسبة $5,7\%+38,6\%=44,3\%$ من مجموع المستجوبين؛

4- جاءت العبارة رقم(6): (طبيعبة مرافق المؤسسة الاستشفائية، صالات المرضى، قاعة الانتظار، مكاتب الأطباء..) جيدة وتتوافق مع طبيعبة العمل ونوع الخدمة المقدمة في المرتبة الرابعة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(2,7429) بانحراف معياري قدره(1,31530)، كما كانت نسبة الموافقين $20,0\%+24,3\%=44,3\%$ من مجموع المستجوبين؛

5- جاءت العبارتين رقم(11) و(18): (تشجع المؤسسة على تصميم العمليات بصفة جذرية بهدف تحقيق تحسينات جوهرية على خدماتها الصحية) والعبارة الثامنة عشر(هناك اهتمام من قبل إدارة المستشفى بطريقة المعاملة وهيئة لباس العاملين) في المرتبة الخامسة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسطي درجة الموافقة(2,4286) بانحراف معياري قدره على التوالي (0,75319) و(1,09771)، كما كانت نسبة الموافقين على التوالي $11,4\%+38,6\%=50\%$ بالنسبة للعبارة احدى عشر أما العبارة الثامنة عشر فكانت النسبة $15,7\%+48,6\%=64,3\%$ من مجموع المستجوبين؛

6- جاءت العبارة رقم(13): (تضع الإدارة والعاملين مصلحة المريض في مقدمة الاهتمامات) في المرتبة السادسة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(2,3429) بانحراف معياري قدره(0,86620)، كما كانت نسبة الموافقين $11,4\%+55,7\%=67,1\%$ من مجموع المستجوبين.

7- جاءت العبارة رقم(14): (يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالانضباط في تقديم الخدمات الصحية في وقتها) في المرتبة السابعة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(2,3188) بانحراف معياري قدره (0,99251)، كما كانت نسبة الموافقين $11,6\%+65,2\%=76,8\%$ من مجموع المستجوبين؛

8- جاءت العبارة رقم (10): (تحاول المؤسسة استخدام أفكار جديدة التي تؤثر في الخدمات الصحية) في المرتبة الثامنة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(2,2143) بانحراف معياري قدره(0,97643)، كما كانت نسبة الموافقين $24,3\%+42,9\%=67,2\%$ من مجموع المستجوبين؛

9- جاءت العبارة رقم(15): (تعمل المؤسسة الاستشفائية على الإطلاع بالتغيرات التي تؤثر التي تؤثر على الخدمات الصحية المقدمة) في المرتبة التاسعة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة (2,1714) بانحراف معياري قدره(0,68040)، كما كانت نسبة الموافقين $10\%+67,1\%=77,1\%$ من مجموع المستجوبين؛

10- جاءت العبارة رقم(16): (يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالمواعيد ومختلف الوعود التي تقدم للمرضى) في المرتبة العاشرة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(2,1571) بانحراف معياري قدره(0,86201)، كما كانت نسبة الموافقين $18,6\%+58,6\%=77,2\%$ من مجموع المستجوبين؛

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

11- جاءت العبارة رقم(20): (توجد قدرة لدى العاملين للتكيف عند حدوث الحالات الطارئة في العمل) في المرتبة الحادية عشر من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(2,1429) بانحراف معياري قدره(0,7176)، كما كانت نسبة الموافقين $14,3\% + 62,9\% = 77,2\%$ من مجموع المستجوبين؛

12- جاءت العبارة رقم(17): (تقدم المؤسسة خدماتها الصحية بطريقة صحيحة ومدروسة) في المرتبة الثانية عشر من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(2,0857) بانحراف معياري قدره (0,71714)، كما كانت نسبة الموافقين $17,1\% + 61,4\% = 78,5\%$ من مجموع المستجوبين؛

13- جاءت العبارة رقم(8): (توجد استراتيجية لتحسين جودة الخدمة الصحية من طرف إدارة المستشفى) في المرتبة الثالثة عشر من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة (2,0714) بانحراف معياري قدره (0,87346)، كما كانت نسبة الموافقين $24,3\% + 52,9\% = 77,2\%$ من مجموع المستجوبين؛

14- جاءت العبارة رقم(3): (تتوفر المؤسسة على تخصصات مختلفة) في المرتبة الرابعة عشر من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(2,0571) بانحراف معياري قدره (1,12601)، كما كانت نسبة الموافقين $35,7\% + 37,1\% = 72,8\%$ من مجموع المستجوبين؛

15- جاءت العبارة رقم (7): (يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالانضباط في تقديم الخدمات الصحية في وقتها مع التطبيق الصارم للقواعد والانظمة) في المرتبة الخامسة عشر من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة (2,0421) بانحراف معياري قدره (0,87536)، كما كانت نسبة الموافقين $27,1\% + 50,0\% = 77,1\%$ من مجموع المستجوبين؛

16- جاءت العبارتين رقم (19) و(21): (يحرص العاملون على أداء مهامهم بجودة عالية لتحقيق أهداف المؤسسة) والعبارة الواحد والعشرون (يتوفر لدى العاملين القدرة على الإبداع والتطوير وسعيهم لتصحيح الأخطاء الناتجة عن قيامهم بأداء العمل) في المرتبة السادسة عشر من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسطي درجة الموافقة (2,0286) بانحراف معياري قدره على التوالي(0,81599) و(0,70137)، كما كانت نسبة الموافقين للعبارة رقم تسعة عشر $54,3\% + 24,3\% = 78,6\%$ أما العبارة الواحدة والعشرون $20\% + 60\% = 80\%$ من مجموع المستجوبين؛

17- جاءت العبارة رقم(4): (يتجاوب العاملون بالمؤسسة الاستشفائية بالإيجاب مع شكاوي المرضى) في المرتبة السابعة عشرة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(1,9286) بانحراف معياري قدره (0,68781)، كما كانت نسبة الموافقين $61,4\% + 24,3\% = 85,7\%$ من مجموع المستجوبين؛

18 - جاءت العبارة رقم(5): (يشعر المريض بالثقة والأمان عند تعامله مع الأطباء) في المرتبة الثامنة عشر والأخيرة من حيث درجة موافقة المستجوبين، حيث بلغ متوسط درجة الموافقة(1,7571) بانحراف معياري قدره (0,60038)، كما كانت نسبة الموافقين $32,9\% + 58,6\% = 91,5\%$ من مجموع المستجوبين؛

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

بصفة عامة ومن خلال دراسة واستقراء النتائج، دلت أن استجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات متغير الدراسة التابع تركزت ما بين فئة إجابة بدرجة موافق وغير موافق حسب سلم لكارث وهذا يعني أن أفراد عينة الدراسة منهم من راض عن وجود جودة الخدمة الصحية المقدمة ومنهم من أبدى عدم رضاه على جودة الخدمات التي تقدمها المنظمة الاستشفائية محل الدراسة.

المطلب الثالث: اختبار الفرضيات

في هذا المطلب سنقوم بعرض وتحليل نتائج الانحدار البسيط، والتأكد من صحة الفرضيات الموضوعية، وهذا من المعالجة الإحصائية للبيانات.

أولاً: نتائج الاختبار البسيط لتأثير إدارة الكفاءات على جودة الخدمات الصحية

جدول رقم (18): تحليل نتائج الانحدار البسيط لاختبار أثر إدارة الكفاءات على جودة الخدمات الصحية

المعاملات / اسم المتغير	معامل الارتباط r	معامل التحديد	القيمة المحسوبة	درجة الحرية	معامل الانحدار	مستوى الدلالة
تأثير إدارة الكفاءات على جودة الخدمات الصحية	0.620	0.384	43.126	1	0.755	0.000
				70		
				70		

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات spss

من خلال استقراء للجدول (18) يتضح أنه يوجد تأثير بين المتغير المستقل إدارة الكفاءات والمتغير التابع جودة الخدمات الصحية، بحيث بلغ معامل الارتباط ($r=0,62$) عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) أما معامل التحديد ($r^2=0.38$) والذي يعني أن نسبة (38%) من التغير في جودة الخدمات الصحية ناتج عن إدارة الكفاءات بالمستشفى، بحيث بلغت قيمة درجة التأثير ($\beta=0.755$) مما يدل على أنه كلما زادت إدارة الكفاءات بدرجة واحدة أدت إلى الزيادة في تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة (75.5%) ويؤكد هذا التأثير نتيجة مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.000$) وهي أقل من مستوى المعنوية المعتمد ($\alpha \leq 0.05$)، مما يقتضي رفض فرضية العدم (H_0) التي تنص على عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين إدارة الكفاءات وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية وقبول الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين إدارة الكفاءات وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية.

ثانيا: نتائج الاختبار البسيط لتأثير تنمية الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية

جدول رقم (19): تحليل نتائج الانحدار البسيط لاختبار أثر تنمية الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية

المعاملات / اسم المتغير	معامل الارتباط	معامل التحديد	القيمة المحسوبة	درجة الحرية	معامل الانحدار	مستوى الدلالة
تأثير تنمية الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية	0.820	0.384	47.75	1	0.795	0.000
				70		
				70		

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم (19) أنه يوجد تأثير بين المتغير المستقل تنمية الكفاءات المحورية والمتغير التابع جودة الخدمات الصحية، واستنادا إلى قيمة معامل الارتباط ($r=0.82$) عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) أما معامل التحديد ($r^2=0.38$) والذي يعني أن نسبة (38%) من التغير في جودة الخدمات الصحية ناتج عن تنمية الكفاءات المحورية بالمؤسسة الاستشفائية، بحيث بلغت قيمة درجة التأثير ($\beta=0.795$) مما يدل على أنه كلما حدثت زيادة في تنمية الكفاءات المحورية بدرجة واحدة أدت إلى الزيادة في جودة الخدمات الصحية بقيمة (79.5%) ويؤكد هذا التأثير نتيجة مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.000$) وهي أقل من مستوى المعنوية المعتمد ($\alpha \leq 0.05$)، مما يقتضي رفض فرضية العدم (H_0) التي تنص على عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين تنمية الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية وقبول الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين تنمية الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية.

ثالثا: نتائج الاختبار البسيط لتأثير تقييم الكفاءات على جودة الخدمات الصحية

جدول رقم (20): تحليل نتائج الانحدار البسيط لاختبار أثر تقييم الكفاءات على جودة الخدمات الصحية

المعاملات / اسم المتغير	معامل الارتباط	معامل التحديد	القيمة المحسوبة	درجة الحرية	معامل الانحدار	مستوى الدلالة
تأثير تقييم الكفاءات على جودة الخدمات الصحية	0.750	0.584	43.25	1	0.573	0.000
				70		
				70		

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20) أنه يوجد تأثير بين المتغير المستقل تقييم الكفاءات والمتغير التابع جودة الخدمات الصحية، واستنادا إلى قيمة معامل الارتباط ($r=0.75$) عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) أما

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمنظمة الاستشفائية المختصة في الأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى

معامل التحديد ($r^2=0.58$) والذي يعني أن نسبة (58%) من التغير في جودة الخدمات الصحية ناتج عن تنمية الكفاءات المحورية بالمؤسسة الاستشفائية، بحيث بلغت قيمة درجة التأثير ($\beta=0.573$) مما يدل على أنه كلما كان تقييم الكفاءات جيد أدى إلى الزيادة في جودة الخدمات الصحية بقيمة (57.3%) ويؤكد هذا التأثير نتيجة مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.000$) وهي أقل من مستوى المعنوية المعتمد ($\alpha \leq 0.05$) ، مما يقتضي رفض فرضية العدم (H_0) التي تنص على عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين تقييم الكفاءات وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية وقبول الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين تقييم الكفاءات وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية.

رابعا: نتائج الاختبار البسيط لتأثير إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية

جدول رقم(21): تحليل نتائج الانحدار البسيط لاختبار أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية

المعاملات اسم المتغير	معامل الارتباط	معامل التحديد	القيمة المحسوبة	درجة الحرية	معامل الانحدار	مستوى الدلالة
أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية	0.644	0.414	47.23	1	0.644	0.000
				70		
				70		

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات spss

يتضح من خلال استقراء للجدول(21) أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين المتغير المستقل بكل أبعاده (إدارة الكفاءات المحورية) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، بحيث بلغ معامل الارتباط ($r=0,644$) عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) أما معامل التحديد ($r^2=0.414$) والذي يعني أن نسبة (41.4%) من التغيرات في جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية ناتج عن التغير في إدارة الكفاءات المحورية بالمؤسسة الاستشفائية، بحيث بلغت قيمة درجة التأثير ($\beta=0.644$) مما يدل على أنه كلما حدث تغير في إدارة الكفاءات المحورية بدرجة واحدة يؤدي إلى الزيادة في جودة الخدمات الصحية بقيمة (64.4%) ويؤكد هذا التأثير نتيجة مستوى المعنوية ($\text{sig}=0.000$) هي أقل من مستوى المعنوية المعتمد ($\alpha \leq 0.05$) ، مما يقتضي رفض فرضية العدم (H_0) التي تنص على عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين إدارة الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية وقبول الفرضية البديلة (H_1) التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين إدارة الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية.

خلاصة الفصل الثالث:

من خلال هذا الفصل وبقيامنا بالدراسة التطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بن شعبان موسى_وادي العثمانية_ لمعرفة أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية، استخلصنا من الدراسة الميدانية وتحليل الاستبانة وبالاعتماد على نتائج مخرجات البرنامج الاحصائي للحزم الاجتماعية للمعادلات التي تم اعتمادها والتمثلة في معادلة الارتباط ومعادلة الانحدار الخطي البسيط ومعامل التحديد، تم التوصل إلى أن إدارة الكفاءات محل الدراسة يجب أن تتوفر على مرجعية لتقييم الكفاءات، أما بالنسبة لتنمية الكفاءات فهي لا تتماشى مع المفهوم الحقيقي لإدارة الكفاءات المحورية، ومنه وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين إدارة الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية.

خاتمة عامة

خاتمة عامة:

يحتم السوق على المنظمات تبني أفكار ومبادئ وتوجهات الفكر الإداري الجديد القائم على مبدأ الكفاءة كمنهج للتسيير ونموذج للتنظيم والإدارة وهذا نظرا للدور الكبير للكفاءات في بيئة الأعمال تتسم بالتعقيد والديناميكية لذا كانت الحاجة ماسة إلى تبني التسيير التقديري للوظائف والكفاءات لدى المنظمات المعاصرة وتنفيذها بطرق إشرافية علمية وأسس دقيقة، وهذا من أجل اكتساب وجلب كفاءات مناسبة تتوافق مع الوظائف المستقبلية بشكل كمي وكيفي، وهذا التوافق بين الوظائف والكفاءات يعود بالفائدة على فعالية وظيفة الموارد البشرية من جهة، ومن جهة أخرى على استمرارية وبقاء ونجاح المنظمات.

تتضمن الخاتمة في الأخير لأهم النتائج العلمية والعملية وذلك من خلال معالجة الإشكالية الرئيسية للدراسة واختبار الفرضيات وتفسيرها، مما يسمح بتقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات بناء على رؤية وتطلعات الطالبتين للكفاءات المحورية بالمنظمة الاستشفائية العمومية الجزائرية وذلك قصد الاهتمام بشكل أكبر بالكفاءات والقدرات الذي يدفع إلى التحسين المستمر للخدمات الصحية، وفي الأخير تم تحديد آفاق الدراسة.

أولاً: نتائج الدراسة

انطلاقاً من الدراسة النظرية والميدانية التي أجريت حول أثر الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية بالمنظمة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية الشهيد شعبان موسى بوادي العثمانية، وبالاعتماد على ما تم تناوله من مفاهيم متعددة في الإطار النظري وأدبيات الدراسة، إضافة إلى ما تم استقصائه من بيانات من خلال أداة الاستبانة، وبعد نتائج التحليل الإحصائي لمحاو ومجالات الدراسة وتفسيرها، توصلنا من خلال الدراسة إلى مجموعة من النتائج النظرية والميدانية على النحو التالي:

1. النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة النظرية:

- إن تزايد الاهتمام بالكفاءات المحورية استلزم على المنظمات أن تفعل إدارة الكفاءات وذلك من خلال اكتساب كفاءات وتطويرها وتحفيزها والمحافظة عليها من أجل الاستفادة منها؛
- التسارع المعرفي والتكنولوجي الكبير الذي عرفه السوق وبيئة المنظمات، أدى بهذه الأخيرة بتوجيه كل اهتماماتها على الرأس المال الفكري والمورد الغير ملموس الذي أصبح ينجر عنه تحقيق الاستمرارية والبقاء، فندرتها ووفرتها يتم ضبطها من قبل الإدارة بمنهج حديث ومعاصر ألا وهو التسيير التقديري للوظائف والكفاءات الذي يسمح بتحديد التصورات المستقبلية للوظائف والكفاءات؛
- وضع برنامج واضح لتنمية الكفاءات من تدريب وتعليم وتحفيز وتمكين، يساهم في نجاح المنظمة الاستشفائية ويؤهلها على تحقيق الجودة الصحية، وبقائها في بيئة الأعمال لأن المنظمات الاستشفائية تعمل في بيئة ديناميكية معقدة يتوجب عليها مواكبة التغيرات التي تحصل في محيطها وعليها اقتناص الفرص التي تطرحها هذه البيئة للتصدي للعقبات والتحديات من خلال أصولها

خاتمة عامة

- الملموسة وغير الملموسة المتمثلة في المعارف والمهارات والقدرات السلوكية التي أصبحت قوة وميزة تنافسية في وقنا الراهن؛
- إن تطور الكفاءات يعتمد بدرجة كبيرة على الأساليب التنموية التي تقوم بها المنظمة الاستشفائية، وعلية فإن دور الكفاءات المحورية في خلق القيمة يتعلق بمدى قدرتها على تنمية معارفها ومهاراتها وقدراتها السلوكية وخبراتها؛
- إن توفير الجو الوظيفي المناسب له دور كبير في تحسين مستوى أداء الأفراد ومن ثم تحسين جودة الخدمات المقدمة؛
- تقييم الكفاءات في المنظمة الاستشفائية تساعد في تحسين مستوى معارف وسلوكيات الأفراد، من خلالها يتم معرفة نقاط القوة واستغلالها ونقاط الضعف ومعالجتها؛
- تعبر جودة الخدمات الصحية عن مدى توفر كفاءات في منظمة، ومدى توافق النتائج الصحية مع المبادئ المهنية والأخلاقية للكفاءات البشرية من أجل تحقيق درجة عالية من رضى المستفيدين.

2. النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة التطبيقية:

- وجود علاقة ارتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين إدارة الكفاءات وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية.
- وجود علاقة ارتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين تنمية الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية.
- وجود علاقة ارتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين تقييم الكفاءات وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية.
- وجود علاقة ارتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين إدارة الكفاءات المحورية وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية.

ثانياً: المقترحات

- ضرورة التنبؤ بالاحتياجات المستقبلية للكفاءات ووضع استراتيجية مرنة تساعد المنظمة؛
- تشجيع ذوي القدرات في المنظمة على تصميم ووضع قرارات في إطار العمل، ومنحهم حرية التصرف والإبداع في تأدية مهامهم؛
- ضرورة إدراك المنظمة لقيمة الموارد والكفاءات الاستراتيجية الممثلة في مجمل الأصول، القدرات، المهارات، وأنها مصدر لجودة الخدمة؛
- ضرورة استجابة المنظمة للتطورات في المجال الصحي والسهر الدائم على التميز وتفوق؛
- الاهتمام بتكوين الكفاءات لما لها دور كبير على الخدمات المقدمة؛
- الالتزام بالتحسين المستمر على جودة الخدمات المقدمة داخل المنظمة الاستشفائية؛
- ضرورة قيام المنظمة الاستشفائية بتهيئة خدمات تناسب وحاجة عملائها، وكذلك تبني المفاهيم العصرية في أساليب تقديم الخدمات بما يتلاءم واحتياجاتهم؛

- على المنظمة توفير عتاد وتجهيزات طبية ذات تكنولوجيا عالية وحديثة تسمح بالتقديم بالخدمات بجودة عالية تؤدي إلى رضى عملائها.

ثالثا: آفاق البحث

- ونحن نختم هذا العمل لفت انتباهنا عدة مواضيع يمكن أن تشكل دراسات مستقبلية من بينها:
- دور الكفاءات المحورية في تحقيق الميزة التنافسية في المنظمات الاستشفائية.
 - تنمية الكفاءات ودورها في تحسين أداء موارد المنظمة.
 - أهمية الكفاءات البشرية في تطبيق الجودة الشاملة في المنظمة.
 - تنمية الكفاءات المحورية وأثرها على ميزة التنافسية.

ملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف - ميله-

معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

تخصص إدارة أعمال

أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية
دراسة ميدانية للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض
العقلية الشهيد شعبان موسى بوادي العثمانية - ميله-

أخي/ أختي الموظف(ة) المحترم(ة)

تحية طيبة وبعد:

في إطار التحضير لموضوع المذكورة تخصص إدارة أعمال تحت عنوان " أثر إدارة الكفاءات المحورية على جودة الخدمات الصحية" دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية شعبان موسى بوادي العثمانية - ميله-، واستكمالاً للحصول على درجة ماستر ل.م.د. يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم بهذا الاستبيان والموجه إلى المستخدمين الإداريين والأطباء والشبه طبيين لهاته المؤسسة محل الدراسة ، كما يرجى منكم التجاوب مع الفقرات من أجل الوصول إلى نتائج تتسم بالدقة والموضوعية. علما بأن هذه المعلومات سيتم استخدامها لأغراض البحث العلمي فقط، مع فائق شكرنا وتقديرنا لكم.

أولاً: البيانات الشخصية : يهدف هذا القسم إلى التعرف على بعض الخائص الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة من أطباء وشبه الطبيين وإداريين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية شعبان موسى، وهذا بغرض تحليل النتائج لاحقاً ، لذا نرجوا منكم التكرم بالإجابة على التساؤلات التالية وذلك بوضع العلامة (x) أمام العبارة الصحيحة.

1. الجنس: ذكر أنثى
2. العمر: من 20 إلى 35 سنة من 35 إلى 50 سنة من 50 إلى 65 سنة
3. المستوى التعليمي: ثانوي ليسانس تقني سامي ماستر دكتوراه
- 4- المستوى الوظيفي: إداري طبيب مساعد ممرض ممرض عون شبه طبي
5. الخبرة المهنية: أقل من 3 سنوات من 4 إلى 10 سنوات من 11 سنة إلى 15 سنة أكثر من 15 سنة

ثانيا: محور حول الكفاءات المحورية : يهدف هذا المحور إلى تشخيص متغير الدراسة "إدارة الكفاءات المحورية" في المستشفى، لذا نرجو منكم وضع العلامة (x) أمام كل عبارة ما ترونه مناسبة من الخيارات المتاحة.

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	تمتلك المؤسسة كفاءات تؤهلها لتحقيق أداء متميز.					
2	تحقق المؤسسة أهدافها من خلال معارف موظفيها					
3	تتمتع المؤسسة بمجموعة من العاملين من ذوي المهارات الحركية.					
4	تشجع المؤسسة ذوي القدرات على تصميم ووضع القرارات في إطار العمل.					
5	توظف المؤسسة الكفاءات وفق معايير متفق عليها مسبقا تتوافق مع احتياجاتها.					
6	تعمل المؤسسة على التنبؤ بالاحتياجات المستقبلية.					
7	تشجع المؤسسة على التعلم القائم على التكنولوجيا للوصول إلى المعلومة في الوقت المناسب					
8	تعمل المؤسسة على القيام ببرامج ودورات تكوينية للعاملين بها من زيادة مستويات					

					الكفاءة لدى الافراد.
					9 منح المؤسسة حرية التصرف لدى كفاءاتها في تأدية مهامهم
					10 تنفذ المؤسسة عملية تقييم الكفاءات المحورية دون تحيز لمجموعات معينة

ثالثا: محور حول جودة الخدمات الصحية: يهدف هذا المحور إلى تشخيص متغير الدراسة " جودة الخدمات الصحية" في المستشفى لذا نرجو منكم وضع العلامة (×) أمام كل عبارة كما ترونه مناسبة من العبارات المتاحة.

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
11	تتوفر المؤسسة الاستشفائية على تجهيزات طبية ذات تكنولوجيا عالية حديثة تستخدم حاليا.					
12	تتوفر المؤسسة الاستشفائية على سجلات و أجهزة كمبيوتر تمكنها من متابعة الحالة الصحية لمرضاها حتى بعد انتهاء فترة علاجهم.					
13	تتوفر في المؤسسة الاستشفائية تخصصات مختلفة .					
14	يتجاوب العاملون بالمؤسسة الاستشفائية بالإيجاب مع شكاوي المرضى					
15	يشعر المريض بالثقة و الأمان عند تعامله مع الأطباء.					
16	طبيعة مرافق المؤسسة الاستشفائية (صالات المرضى، قاعة الانتظار، مكاتب الأطباء...) جيدة وتتوافق مع					

					طبيعة العمل ونوع الخدمة المقدمة
					17 يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالانضباط في تقديم الخدمات الصحية في وقتها مع التطبيق الصارم للقواعد والانظمة
					18 توجد إستراتيجية لتحسين جودة الخدمة الصحية من طرف إدارة المؤسسة.
					19 تتوفر في المؤسسة الاستشفائية الأجهزة الطبية وكذا الكوادر الطبية بشكل كاف
					20 تحاول المؤسسة استخدام أفكار جديدة لحل التي تؤثر في الخدمات الصحية
					21 تشجع المؤسسة على تصميم العمليات بصفة جذرية بهدف تحقيق تحسينات جوهرية على خدماتها الصحية
					22 تقارن المؤسسة أدائها بأداء منظمات صحية رائدة ومتميزة أخرى في السوق الصحية المحلية أو الدولية.
					23 تضع الإدارة و العاملين مصلحة المريض في مقدمة الاهتمامات
					24 يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالانضباط في تقديم الخدمات الصحية في وقتها.
					25 تعمل المؤسسة الاستشفائية على الاطلاع بالتغيرات التي تؤثر على الخدمات الصحية المقدمة.
					26 يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالمواعيد ومختلف

					الوعود التي تقدم للمرضى
					27 تقدم المؤسسة خدماتها الصحية بطريقة صحيحة ومدروسة
					28 هناك اهتمام من قبل إدارة المستشفى بطريقة المعاملة وهيئة لباس العاملين.
					29 يحرص العاملون على اداء المهام بجودة عالية لتحقيق أهداف المؤسسة .
					31 توجد قدرة لدى العاملين للتكيف عند حدوث الحالات الطارئة في العمل
					32 يتوفر لدى العاملين القدرة على الابداع والتطوير وسعيهم لتصحيح الاخطاء الناتجة عن قيامهم بأداء العمل.

الأستاذ	الجامعة
ابراهيم عاشوري	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوصوف-ميلة-
بن موسى محمد	جامعة زيان عاشور - الجلفة-
ياسين بوبكر	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوصوف-ميلة-

قائمة المراجع

1. الكتب:

- (1) أبو بكر محمود الهوش: إدارة الجودة الشاملة في المجالين التعليمي والخدمي، دار حميثرا للنشر والترجمة، طرابلس، 2018.
- (2) أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005.
- (3) أحمد يوسف دودين: إدارة التغيير والتطوير التنظيمي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة العربية، عمان، 2012.
- (4) اسماعيل السيد: الإدارة الاستراتيجية، المكتبة الجامعية الحديثة، الاسكندرية، 1998.
- (5) أكرم سالم الجنابي: الإدارة الاستراتيجية وتحديات القرن الحادي والعشرون، دار أمجد للنشر والتوزيع، عمان، 2016.
- (6) أيمن مزاهرة: الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، عمان، 2000.
- (7) بحار سعد عباس علي: تأثير المزيج الترويجي على الخدمات الصحية، دار التعليم الجامعي، الاسكندرية، 2020.
- (8) بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي: الخدمات مدخل استراتيجي وظيفي وتطبيقي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1999.
- (9) بن سعيد(خالد عبد العزيز): إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة العبيكان، الرياض، 1997.
- (10) بوحنينه قوي: تنمية الموارد البشرية في ظل العولمة ومجتمع المعلومات، مركز الكتاب الأكاديمي، الأردن، 2010.
- (11) ثامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2012.
- (12) جمال داود سلمان: اقتصاد المعرفة، دار اليازوري للنشر والتوزيع الأردن، دون سنة نشر.
- (13) حميد الطائي، بشير العلاق: إدارة عمليات الخدمة، دار يازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2016.
- (14) خالد بني حمدان، عطا الله علي الزبون: إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، اليازوري، الاردن، 2016.
- (15) رايح سرير عبد الله: القرار الإداري، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2011.
- (16) ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم: أساليب البحث العلمي، ط2، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- (17) ربحي مصطفى عليان: أسس التسويق المعاصر، صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
- (18) زواتي عبد العزيز: الموارد البشرية بين الكفاءة والفاعلية، ط1، مركز الكتاب الأكاديمي للنشر والتوزيع، 2020.

- 19) صلاح حسن الدهراوي: مبادئ الصحة النفسية، دار وائل، الأردن، 2005.
- 20) صلاح محمود ديات: إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2010.
- 21) طاهر محسن منصور الغالبي، وائل محمد صبحي ادريس: الإدارة الاستراتيجية منظور متكامل، دار وائل للنشر، عمان، 2007.
- 22) عائشة عتيق: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية (الجزائر حالة)، دار خالد اللحياني للنشر والتوزيع، عمان، 2016.
- 23) عبد الاله ساعاتي: مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.
- 24) عبد الباري إبراهيم ذرة: تكنولوجيا الأداء البشري في المنظمات، المنظمة العربية للتنمية، مصر، 2003.
- 25) عبد الرحمان العيسوي: الكفاءة الإدارية، الدار الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 1999.
- 26) علي السلمي: خواطر في الإدارة المعاصرة، دار غريب للنشر، القاهرة، 2001.
- 27) علي المبروك عون، عبد الجليل: الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، ط2، مكتبة بورصة الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2013.
- 28) علي عبد الستار، عامر إبراهيم قنديلحي: المدخل إلى إدارة المعرفة، دار المسيرة، عمان، 2006.
- 29) علي غريب: أجديات المنهجية في كتابة الرسائل الجامعية، مطبعة سيرتا، قسنطينة، الجزائر، 2006.
- 30) علي محمد المنصور: مبادئ الإدارة : الأسس والمفاهيم، مجموعة النيل العربية، مصر، 1999.
- 31) غني دحام تناي الزبيدي، حسين وليد حسين عباس: المقدرات الجوهرية للمورد البشري للاتجاهات المعاصرة لتنافسية الأعمال، دار عيذاء للنشر والتوزيع، عمان، 2013.
- 32) فاطمة الزهراء بوكرمة : الكفاءة مفاهيم ونظريات، دار هومة للنشر، الجزائر، 2008.
- 33) فريد توفيق النصيرات: تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2014.
- 34) فريد كورتل، درمان سليمان صادق، نجاة العامري: تسويق الخدمات الصحية، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، طبعة الأولى، 2012.
- 35) فوزي مذكور شعبان: تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع القاهرة، مصر، 1998.
- 36) قاسم نايف علوان: إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو، دار الثقافة، ليبيا، 2005.
- 37) كمال العياري: المسير في الشركات التجارية، مجمع الأطرش للكتاب المختصر، تونس، 2011.
- 38) كمال عبد الحميد زيتون: تكنولوجيا التعليم في عصر المعلومات والاتصال، عالم المكتبة، القاهرة، 2002.

- 39) لخضر بن دادة: التعليم من أجل التغيير: نظرة تحليلية في ضوء التوجهات السياسية المعاصرة، مركز الكتاب الأكاديمي لنشر، الأردن، 2020.
- 40) محمد الصرفى: التسويق الصحي، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2016.
- 41) محمد شقيق: البحث العلمي: الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2001.
- 42) محمد عاصي العجيلي، ليث علي الحكيم: نظم إدارة الجودة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- 43) محمد عبد العال النعيمي: إدارة الجودة المعاصرة: مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات و الخدمات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
- 44) محمود جاسم الصميدعي: تسويق الخدمات، المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2010.
- 45) محمود عبد الفتاح رضوان: إدارة المواهب في المنظمة، دار المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، 2012.
- 46) مدحت أبو النصر، ياسين مدحت محمد: التنمية المستدامة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، 2017.
- 47) مرزوق محمد عدمان: مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، 2012.
- 48) المساعد زكي خليل: تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 1998.
- 49) مصطفى نمر دعمس: إدارة الجودة في التربية والتعليم، ط1، دار غيداء للنشر والتوزيع، عمان، 2014.
- 50) مصطفى يوسف الكافي: اقتصاديات البيئة، دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، 2013.
- 51) منور أوسرير، رشيد بوعافية: أسس منهجية البحث العلمي في العلوم الاقتصادية وإدارة أعمال، ط1، مكتبة الشركة الجزائرية بوداود للنشر والتوزيع، 2011.
- 52) نائل عبد الحفيظ العولمة: أساليب البحث العلمي، ط1، المكتبة الوطنية، الأردن، 1997.
- 53) نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري: إدارة التسويق في المنظمات غير ربحية، دار حامد، الأردن، 2009.
- 54) نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009.
3. الرسائل والأطروحات:
- 55) أبو القاسم حمدي: تنمية الكفاءات الأفراد ودورها في دعم الميزة التنافسية للمؤسسات، رسالة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، جامعة الجزائر، 2003.

- 56) حباينة محمد: دور الرأسمال الهيكلي في تدعيم الميزة التنافسية للمؤسسة الجزائرية، أطروحة دكتورة، تخصص إدارة أعمال، جامعة الجزائر 3، 2012.
- 57) خولة ديمش: التسيير بالكفاءات في مصالح الأرشيف الجزائرية بين واقع التطبيق وآفاق التطوير: دراسة ميدانية بالمديريات الولائية لقسنطينة، أطروحة دكتوراه، تخصص تقنيات المعلومات في الأنظمة الوثائقية، جامعة قسنطينة، 2017.
- 58) دريدي أحلام: دور استخدام صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة رزيق يونس)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2014/2013.
- 59) دلال السويسي: نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف)، ورقة. مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير. جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2012.
- 60) زكية بوسعد: أثر تقليص العمال على الكفاءات في المؤسسة العمومية الاقتصادية، رسالة ماجستير، الجزائر، 2008.
- 61) صولح سماح: دور تسيير الكفاءات في بناء الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية -دراسة حالة مؤسسة المطاحن الكبرى للجنوب أوماش، رسالة شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، بسكرة، 2008.
- 62) عاشوري ابراهيم: المناخ التنظيمي وجودة مؤسسات التعليم العالي في الجزائر، رسالة ماجستير، علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2017.
- 63) عبد الحميد حامدي: دور الكفاءات الوظيفية في تدعيم الاستراتيجية التنافسية للمنظمات المعاصرة، رسالة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، جامعة بسكرة، 2015.
- 64) عبد الصمد سميرة: دور الاستثمار في رأس المال البشري وتطوير الكفاءات في تحقيق الأداء المتميز بالمنظمات (دراسة حالة شركة الاسمنت عين توتة بباتنة)، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2016.
- 65) عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير، تخصص لتسويق الدولي، جامعة تلمسان، 2012.
- 66) ليلي بن زرقة: أثر الاستثمار التعليمي في تطوير الكفاءات: دراسة حالة منظومة التعليم العالي في الجزائر خلال فترة 1992-2014، أطروحة دكتوراه علوم في إدارة أعمال، قسم علوم التسيير، كلية علوم الإقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2015.

- (67) المرهون نسرين : إدارة المعارف وتسيير الكفاءات - توجه جديد في إدارة الموارد البشرية و مدخل استراتيجي لبناء ميزة تنافسية مستدامة للمنظمة الاقتصادية: دراسة حالة شركة حمود بوعلام وشركاه، رسالة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، جامعة الجزائر، 2008.
- (68) نجات صغيرو: تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، قسم علوم التسيير، جامعة باتنة الجزائر، 2012.
- (69) وفاء سلطاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: تسيير المنظمات، جامعة باتنة، 2016.
- (70) ياسر مرزوقي: دور إدارة الكفاءات في تعزيز الميزة التنافسية لمؤسسات الصناعات الدوائية الجزائرية: دراسة حالة مجمع صيدال، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة الجزائر3، 2014.
- (71) يحي حنان الشريف، تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسة الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2007/2008.
- 3.المجلات العلمية**
- (72) ابن منظور: لسان العرب، ذو الجبل، بيروت، مجلد الخامس، 2000.
- (73) بريس عبد القادر: جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية والبنوك، مجلة الاقتصاديةيات شمال إفريقيا، العدد3، الجزائر، دون سنة نشر.
- (74) بلخضر نصيرة وآخرون: تنمية الموارد البشرية رؤية استراتيجية لبناء رأس المال الفكري وتوطين المعرفة في الجزائر، مجلة الحقوق الإنسانية العدد الاقتصادي، جامعة زيان عاشور بالجلفة، الجزائر، العدد 35، المجلد 2، 2018.
- (75) جودي أمينة، منصور كمال: أثر بناء الكفاءات المحورية في تحسين أداء المؤسسات: دراسة حالة مؤسسة بسكرية للإسمنت، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، العدد15، 2015.
- (76) حمودي حيمر: أهمية تنمية كفاءات الموارد البشرية بالنسبة للمنظمات : دراسة حالة مستشفى الإخوة مغلوي ميلة، مجلة اقتصاديات المال والأعمال، المجلد1، العدد4، معهد العلوم الاقتصادية وتجارية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحفيظ بوصوف ميلة، الجزائر، 2017.
- (77) ركاب توفيق: إدارة التميز وتنمية كفاءات الأفراد، مجلة تنمية وإدارة الموارد البشرية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة البليدة2، الجزائر، المجلد4، العدد8، 2017.

- (78) سعد بن عبد الله غانم: سلوك المرض ذوي الحالات الصحية المزمنة في البحث عن الرعاية الصحية: دراسة مقارنة بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، المجلة العربية للإدارة، العدد الأول، المجلة الحادي والثلاثون، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، 2011.
- (79) صلاح محمود ذياب: قياس جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، العدد 01، المجلد 20، عمان، 2020.
- (80) عبد العزيز، محمود الطعمنة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات، القاهرة، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003.
- (81) عتيقة حرارية، هشام بوخاري: تنمية الموارد البشرية في المنظمات المعاصرة: تأصيل نظري، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 02، الجزائر، المجلد السادس، العدد الثامن، 2018.
- (82) علي غربي: تنمية البشرية، منشورات جامعة منتوري، قسنطينة، 2004.
- (83) فهاد بن معتاد الحمد، صالح بن عبد الرحمن الشهب: خدمات المستشفيات: استطلاع آراء وانطباعات المستفيدين، مجلة الادارة العامة، العدد 17، جويلية 1991.
- (84) قاسي ياسين، غردي محمد: دور رأس المال الفكري في تنمية الكفاءات البشرية لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسة الجزائرية، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، جامعة البليدة 2، عدد ثاني، ديسمبر، الجزائر، 2010.
- (85) كشاط أنيس، برباش توفيق: التحول من الكفاءة الفردية الى الكفاءة الجماعية ضمن الممارسات الحديثة لإدارة الموارد البشرية، مجلة وحدة البحث في تنمية وإدارة الموارد البشرية، المجلد 08 العدد 02، سطيف، 2017.
- (86) كمال منصوري، سماح صولح: تسيير الكفاءات: الإطار المفاهيمي والمجالات الكبرى، أبحاث الاقتصادية والإدارية، العدد 7، جامعة بسكرة، 2010.
- (87) مساك أمينة، سلمى رزق الله: تنمية الموارد البشرية ودوره في تحقيق التميز الإداري، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 02، الجزائر، المجلد الثالث، العدد الخامس، 2016.
- (88) يحضه سملاي: تحليل الأدوات الحديثة للإدارة الإستراتيجية للموارد البشرية، بمجلة أداء المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، العدد 13، 2018.

3. ملتقيات ومؤتمرات وندوات علمية

- 89) إبراهيم عاشوري، حمزة غربي: نحو الرفع من كفاءات إدارة الموارد البشرية من منظور تسيير الكفاءات، مداخلة في الملتقى الوطني الأول حول المساهمة تسيير المهارات في تنافسية المؤسسات، جامعة بسكرة، 2012.
- 90) أبو القاسم حمدي: أهمية إدارة الكفاءات في التنبؤ باحتياجات المؤسسة والإدارات العمومية بالوظائف والكفاءات- نموذج مخطط تسيير الموارد البشرية، ورقة بحثية مقدمة للملتقى الدولي الأول حول: المؤسسة بين الخدمة العمومية وإدارة الموارد البشرية-مقاربات نظرية وتجارب عالمية، جامعة البلديّة، 2015.
- 91) أحمد مصنوعة: تنمية الكفاءات البشرية كمدخل لتعزيز الميزة التنافسية للمنتج التأميني، الملتقى الدولي السابع حول الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير، تجارب الدول، الشلف، 2012.
- 92) اسماعيل حجازي: مصفوفة الاستثمارات بيوستن كأداة لمتابعة المسار الحرفي وتقييم الكفاءات، مؤتمر دولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، 2005 .
- 93) بن عيسى محمد المهدي: العنصر البشري من منطق اليد العاملة إلى منطلق الرأسمال لإستراتيجي، الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصادا لمعرفة والكفاءات البشرية، قسم علوم التسيير جامعة ورقلة، 2004.
- 94) الحاج مداح عرايبي: البعد الإستراتيجي للموارد والكفاءات البشرية في إستراتيجية المؤسسة، الملتقى الدولي الخامس: حول رأس المال الفكري ومنظمات الأعمال العربية في ظل الاقتصاديات الحديثة، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، 2011.
- 95) الداوي الشيخ: دور التسيير الفعال للموارد وكفاءات المؤسسة في تحقيق الميزة التنافسية، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي حول التنمية البشرية ومعرفة الاندماج في اقتصاد المعرفة و الكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، 2004.
- 96) زهية موساوي، خديجة خالدي: نظرية الموارد والتحديد في التحليل الاستراتيجي للمنظمات، الكفاءات كعامل لتحقيق الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 2005.
- 97) صدوقي عقيلة: غموض الكفاءات المحورية: نحو صعوبة تقليد الميزة التنافسية، مداخلة في الملتقى الوطني الأول حول تسيير المهارات ومساهمته في تنافسية المؤسسات، جامعة بسكرة، 2002.
- 98) عبد الفتاح بوخمخ، شابونية كريمة: تسيير الكفاءات ودورها في بناء الميزة التنافسية، الملتقى الدولي الثالث حول تسيير المؤسسات، المعرفة الركيزة الجديدة والتحدي التنافسي للمؤسسات الاقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2005.

قائمة المراجع

99) عبد الملوك مزهودة: المقاربة الاستراتيجية لموارد المؤسسة، أداة لضمان نجاعة الأداء، مداخلة مقدمة للمؤتمر العلمي الأول، جامعة الجزائر حول أهمية ونجاعة الأداء للاندماج الفعلي في الإقتصاد العالمي، 2003.

100) كمال منصور، إلهام منصور: مساهمة مهارات القطب (مهارات محورية) في تحقيق الميزة التنافسية، مداخلة في الملتقى الوطني الأول حول تسيير المهارات ومساهمته في تنافسية المؤسسات، جامعة بسكرة، 2002.

101) محمد حامد عبد الله: دور الإقتصاد في رعاية الخدمات الصحية، ورقة عمل مقدمة لاقتصاديات رعاية الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية: الواقع والمستقبل، الكلية العسكرية المتوسطة بالظهران، السعودية، 2003.

4. قوانين والمراسيم:

102) قرار المرسوم التنفيذي رقم (140 . 07) المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421 الموافق مايو سنة 2002.

103) منظمة الصحة العالمية: بناء القدرات من أجل اشراك القطاع الخاص على نحو بناء في ايتاء الخدمات الرعاية الصحية الأساسية، تقرير أمانة المجلس التنفيذي، الدورة 124، 11 ديسمبر 2008.

ثانيا: مواقع الإلكترونية:

104) <https://www.techcompetences.qc.ca/apropostic/profilsdecompetences/de>

f. disponible sur 22 /04/2020.

105) <https://www.who.int/featres/fadfiles/menta/health/ar>. disponible sur

06/06/2020.

106) <https://www.webcompetence.com/> , page visité disponible sur 01/03/2020.

107) <https://kenanaonline.com/users/ahmedkordy/posts/35806>. disponible sur

03/06/2020.

ثالثا: مراجع باللغة الأجنبية:

108) Cécile déjoux ; les compétences au cour de l'entreprise ; op cit ;p141.

- 109) Chenu florent, vers une définition opérationnelle de la notion de compétence, revue éducation permanente , paris, 2005.
- 110) Christian batal, la gestion des ressources humaines dans le secteur public, tome2, édition d'organisation, paris, 1998.
- 111) Cuy le boterf, construire les compétence individuelles et collectives, édition d'organisation,paris,2011
- 112) Cuy le boterf. de la competence :essai sur un attracteur étrange les éductions d organisation.2ème tirage.paris.1995.
- 113) cuy Le botref, , igéniem et évaluation des competence,édition d'organisation, paris,3ème édition ; 2001
- 114) D.jedticzka.g.delahaye. compétence et alternances, édition laisons,paris ; 1994
- 115) Gilles, aymer, mobert, casier le management des compétences, la lettre de CEDIP en lignes, paris, n8, janvier, 1999
- 116) Jacques aubert, savoir et pouvoir, les compétences en question, édition presse universitaire de France, 1993
- 117) Jocelyn Husser ; Le Management Stratégique de La Qualité Hospitalière par L encadrement Intermédiaire ; Conférence Internationale de Management Stratégique ; Genève. 13-16 juin ;2006

- 118) L.v. beirendonck, tous compétents le managment des compétences dans l'entreprise, édition boeck belgique, 2006
- 119) Levy leboyer, la gestion des compétences, édition d'organization, France, 1996
- 120) Marie peretti, dictionnaire des ressources humaines, édition vuibert, paris, 1999
- 121) Ministre De La Sante Et De La Population ,Les Fondements De La Carte Sanitaire Nationale , Novembre 1981.
- 122) Raymond Coulomb ; Cadre de Référence et Démarche Opérationnelle pour L implantation d un projet Intègrè de Management de la Qualité au centre Hospitalier de Gaspè . diplôme d'entu Supèrieures en Queops. Canada ; universitè de Montèal ; 2001
- 123) RICHARD A.Sanson ; F oundation of Human Resource Development; First Edition: Berrett-Koehler; San Francisco, 2001
- 124) Sylvia horton. the competency movement, international institute administrative sciences monographs , vol 2002
- 125) Sylvie steng, lelever les défis de gestion des ressource humaine, gatant morine, canda, 2001

- 126) Tai lee ming, the influence of workers competencies on job performance of royal malaysian customrs department, the sis phd university utara, Malaysia 2011