

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية

جامعة محمد خيضر
بسكرة

الموضوع:

دور إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية
دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي قالمة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية

إعداد المترشحة:

سمية حرنان

اللجنة المناقشة:

الأستاذ الدكتور: الطيب داودي جامعة بسكرة رئيسا
الأستاذ الدكتور: ميلود تومي جامعة بسكرة مشرفا ومقررا
الدكتور: عبد الله غالم جامعة بسكرة مناقشا
الأستاذ الدكتور: حسين بن الطاهر جامعة خنشلة مناقشا
الدكتورة: ليليا بن منصور جامعة خنشلة مناقشا
الدكتور: عبد المالك بضياف جامعة قالمة مناقشا

السنة الجامعية: 2015 / 2016

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية

جامعة محمد خيضر
بسكرة

الموضوع:

دور إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية
دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي قالمة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية

إعداد المترشحة:

سمية حرنان

اللجنة المناقشة:

الأستاذ الدكتور: الطيب داودي جامعة بسكرة رئيسا
الأستاذ الدكتور: ميلود تومي جامعة بسكرة مشرفا ومقررا
الدكتور: عبد الله غالم جامعة بسكرة مناقشا
الأستاذ الدكتور: حسين بن الطاهر جامعة خنشلة مناقشا
الدكتورة: ليليا بن منصور جامعة خنشلة مناقشا
الدكتور: عبد المالك بضياف جامعة قالمة مناقشا

السنة الجامعية: 2015 / 2016

الإهداء

أتقدم بهذا العمل كهدية متواضعة إلى:

والداي الكريمين نور الحياة وإشراقها حفظهما الله

أخي وأخواتي وزوجي

أبنائي عبد المعز وورنا متمنية لهما السير على درب العلم والمعرفة

كل الأهل والأقارب والزلاء وكل من هو أهل للاحترام والتقدير والإهداء

شكر وعرفان

أشكر الله سبحانه وتعالى الذي أعانني على إنجاز هذا العمل، كما أتقدم
بجزيل الشكر وأعظم الامتنان والتقدير إلى المشرف الأستاذ الدكتور الفاضل
" ميلود تومي " الذي لم يبخل علينا بنصائحه القيمة وتوجيهاته النيرة وأكثر من
ذلك تحفيزه الدائم لنا لإنجاز هذا العمل، فأدعو الله سبحانه وتعالى أن يوفقه
دوماً في خدمة المسيرة العلمية.

كما أتقدم بالشكر إلى كل من ساهم في إثراء هذا الموضوع من قريب أو
بعيد خاصة موظفي المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم محيي بقالمة الذين
قدموا لنا التسهيلات لإنجاز دراستنا الميدانية وخص بالذكر المدير الفرعي
للمصالح الصحية وكافة عمال مكتب الدخول.

وأوجه بشكري وتقديري إلى أعضاء لجنة المناقشة، كما يتطلب واجب
العرفان أن أقدم جزيل شكري وامتناني إلى جميع أساتذتي الذين أناروا
طريقنا بالعلم والمعرفة .

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات	
	الإهداء
	شكر وعران
I	فهرس المحتويات
VI	قائمة الجداول
VIII	قائمة الأشكال
	قائمة المختصرات
أ	مقدمة
الفصل الأول: الصحة ومؤسسات الخدمة الصحية	
2	تمهيد
3	المبحث الأول: الخدمة الصحية
3	أولاً: مفهوم الصحة والخدمة الصحية
5	ثانياً: خصائص الخدمة الصحية ومميزاتها
8	ثالثاً: إدارة الخدمة الصحية
9	المبحث الثاني: مؤسسات الخدمة الصحية
9	أولاً: مفهوم المؤسسة الصحية وتطورها التاريخي
10	ثانياً: تصنيف المستشفيات وخصائصها
13	ثالثاً: وظائف المستشفيات وأهدافها
16	المبحث الثالث: النظام الصحي كمحتوى للمؤسسات الصحية
16	أولاً: مفهوم النظام الصحي ومميزاته
17	ثانياً: العوامل المحددة لوضعية النظام الصحي
18	ثالثاً: تطورات النظام الصحي الجزائري
20	المبحث الرابع: إدارة المؤسسات الصحية
21	أولاً: إدارة المؤسسات الصحية وأسباب ظهورها
22	ثانياً: مميزات إدارة المؤسسات الصحية
22	ثالثاً: الوظائف الإدارية بالمؤسسات الصحية
34	المبحث الخامس: الأساليب المتبعة في إدارة المؤسسات الصحية

34	أولاً: إدارة المؤسسة الصحية بأسلوب الإدارة بالأهداف
36	ثانياً: إدارة المؤسسة الصحية بأسلوب إعادة الهندسة
39	ثالثاً: إدارة المؤسسة الصحية بأسلوب بالجودة الشاملة
40	خلاصة الفصل الأول
الفصل الثاني: دراسة الجودة بالمؤسسات الصحية	
42	تمهيد
43	المبحث الأول: مدخل إلى الجودة
43	أولاً: ماهية الجودة وأهميتها
44	ثانياً: التطور التاريخي لمفهوم الجودة
46	ثالثاً: أوجه الجودة، أبعادها ومتطلبات نشر ثقافتها
51	المبحث الثاني: قياس الجودة والرقابة عليها
51	أولاً: تحديد وقياس مستوى الجودة
54	ثانياً: الرقابة على الجودة وأساليبها
58	ثالثاً: تكاليف الجودة
63	المبحث الثالث: أساليب تحسين الجودة
64	أولاً: حلقات الجودة
66	ثانياً: التحسين المستمر
69	ثالثاً: المقارنة المرجعية
72	رابعاً: إدارة المعرفة
72	المبحث الرابع: إدارة الجودة الشاملة
72	أولاً: الفرق بين الجودة وإدارة الجودة الشاملة
75	ثانياً: مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومراحل تطبيقها
79	ثالثاً: متطلبات نجاح نظام إدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيقه
81	المبحث الخامس: تطبيقات الجودة بالمؤسسات الصحية
81	أولاً: الجودة في المجال الصحي
85	ثانياً: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية
89	ثالثاً: مجالات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية ومراحل تحسينها

94	رابعا: واقع الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية
95	خلاصة الفصل الثاني
الفصل الثالث: إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية	
97	تمهيد
98	المبحث الأول: مدخل إلى المعرفة
98	أولا: خصائص المعرفة
101	ثانيا: أنواع المعرفة
102	ثالثا: مصادر المعرفة
104	المبحث الثاني: إدارة المعرفة
104	أولا: ماهية إدارة المعرفة
106	ثانيا: أهداف إدارة المعرفة، متطلباتها ومبادئها
107	ثالثا: مراحل تطبيق إدارة المعرفة ومجالات استخدامها
109	رابعا: عوامل نجاح إدارة المعرفة وعوامل فشلها
112	المبحث الثالث: الزبون: مفهومه، قيمته، رضاه وولائه
112	أولا: مفهوم الزبون وأنواعه
115	ثانيا: دراسة وتحليل قيمة الزبون
118	ثالثا: رضا الزبون وولائه
122	المبحث الرابع: إدارة معرفة الزبون
122	أولا: إدارة علاقات الزبون
125	ثانيا: إدارة معرفة الزبون: المفهوم والأهمية
132	ثالثا: نماذج ونتائج تطبيق إدارة معرفة الزبون
134	المبحث الخامس: علاقة إدارة معرفة الزبون بجودة الخدمة الصحية
134	أولا: دراسة العلاقة بين إدارة معرفة الزبون وسلوكه الشرائي بالمؤسسات الصحية
138	ثانيا: مستلزمات تطبيق إدارة معرفة الزبون بالمؤسسات الصحية
139	ثالثا: مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق جودة خدمات المؤسسات الصحية
142	خلاصة الفصل الثالث
الفصل الرابع: تطبيق إدارة معرفة الزبون ومستوى جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة	

144	تمهيد
145	المبحث الأول: مدخل عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة
145	أولاً: نبذة عن المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة
151	ثانياً: أهمية وأهداف المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة
151	ثالثاً: الهيكل التنظيمي للمؤسسة
156	المبحث الثاني: الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة
156	أولاً: تصنيف خدمات المؤسسة
157	ثانياً: الجهات المسؤولة عن تقييم جودة خدمات المؤسسة
158	ثالثاً: ملامح تبادل المعرفة بين المؤسسة والزبون
158	المبحث الثالث: الإطار المنهجي للدراسة
158	أولاً: الحدود الزمنية والمكانية للبحث
159	ثانياً: العناصر المنهجية لدراسة عينة البحث
161	المبحث الرابع: الوسائل الإحصائية المستعملة في تحليل بيانات عينة الدراسة
161	أولاً: الأساليب والوسائل الإحصائية المعتمدة
163	ثانياً: قياس ثبات فقرات الاستبيان ومقياس البحث
164	ثالثاً: خصائص وسمات عينة الدراسة
170	المبحث الخامس: تحليل بيانات ونتائج الاستبيان واختبار فرضيات الدراسة
170	أولاً: تحليل بيانات المحور المتعلق بمتغير جودة الخدمة الصحية
179	ثانياً: تحليل بيانات المحور المتعلق بمتغير إدارة معرفة الزبون
188	ثالثاً: مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة
191	رابعاً: تحليل واختبار علاقة الارتباط بين متغيرات الدراسة
194	خلاصة الفصل الرابع
197	الخاتمة العامة
203	قائمة المراجع
215	الملخص
	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	تصنيف المستشفيات على أساس الحجم	12
02	وظائف المستشفى	14
03	تطورات السياسة الصحية في الجزائر	18
04	تطورات التغطية الطبية والهياكل الصحية وفقا لتطورات النظام الصحي الجزائري	20
05	ركائز وظيفة التوجيه	30
06	مقارنة بين المؤسسات التقليدية والمؤسسات المعاد هندستها	38
07	أبعاد جودة الخدمة	49
08	الفرق بين رقابة الجودة وتأكيد الجودة	56
09	أسس إقامة حلقات الجودة	64
10	دورة المعرفة	101
11	المعايير المميزة للمؤسسة قبل وبعد تطبيق إدارة المعرفة	104
12	مراحل تطبيق ادارة المعرفة	108
13	أنواع الزبائن	113
14	الفرق بين إدارة المعرفة <i>KM</i> ، إدارة علاقات الزبون <i>CRM</i> وإدارة معرفة الزبون <i>CKM</i>	130
15	عدد الموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي حسب التخصصات	146
16	توزيع الكادر الطبي لمؤسسة الحكيم عقبي - قالمة	146
17	توزيع الأسرة بالمؤسسة محل الدراسة على مختلف المصالح الاستشفائية	147
18	حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة لسنة 2012	148
19	حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة لسنة 2013	148
20	حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة لسنة 2014	149
21	تعداد المرضى المنقولين إلى مؤسسات صحية أخرى	150
22	درجات التقييم	163
23	معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات محاور أداة الدراسة	164
24	نسبة الاستثمارات المسترجعة	164
25	توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة	165
26	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	166
27	توزيع عينة الدراسة حسب السن	167
28	توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	168

169	توزيع عينة الدراسة حسب مدة الخدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي	29
170	إجابات أفراد الدراسة حول مستوى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة	30
174	إجابات أفراد الدراسة حول توافر مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة	31
177	إجابات أفراد الدراسة حول معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة	32
179	إجابات أفراد الدراسة حول عامل المعرفة من الزبون في المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة	33
181	إجابات أفراد الدراسة حول معرفتهم للزبون في المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة	34
184	إجابات أفراد الدراسة عن معرفتهم حول الزبون في المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة	35
186	إجابات أفراد الدراسة عن المعرفة المتبادلة بين الزبون وكوادر المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة	36
189	إجابات أفراد الدراسة عن مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة	37
191	معاملات الارتباط بين إدارة معرفة الزبون بمختلف مكوناتها وجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة	38

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	المؤسسات التي يمكن أن تعتمد أسلوب إعادة الهندسة	38
02	تطور مفاهيم إدارة الجودة	46
03	أوجه الجودة	47
04	العوامل المحددة لمستويات الجودة	53
05	التكاليف الكلية للجودة	61
06	مظلة <i>KAIZEN</i>	67
07	حلقة ديمنج <i>PDCA</i>	69
08	مراحل عملية المقارنة المرجعية للأداء	71

85	أبعاد جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها	09
86	مستويات جودة الخدمة الصحية	10
100	هرم المعرفة	11
115	موقع الزبون ضمن هرم الإدارة	12
116	تطورات التوجه نحو قيمة الزبون	13
118	أبعاد خلق القيمة من وجهة نظر الزبون	14
122	من القيمة، فالرضا إلى تحقيق ولاء الزبون	15
127	نموذج تكوين معرفة الزبون	16
129	نموذج إدارة معرفة الزبون	17
131	دورة إدارة معرفة الزبون <i>CKM</i>	18
138	إدارة معرفة الزبون والتنبؤ بسلوك الزبون	19
139	من إدارة معرفة الزبون إلى جودة الخدمة الصحية	20
152	توزيع المؤسسات العمومية الاستشفائية عبر إقليم ولاية قلمة	21
153	الهيكل التنظيمي الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قلمة	22
156	الهيكل التنظيمي للمصالح الاستشفائية والجناح التقني للمؤسسة	23
165	نسبة الاستثمارات المسترجعة من كل فئة من عينة الدراسة	24
166	توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة	25
166	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	26
167	توزيع عينة الدراسة حسب السن	27
168	توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	28
169	توزيع عينة الدراسة حسب مدة الخدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قلمة.	29

قائمة المختصرات

<i>WHO</i>	هيئة الصحة العالمية
<i>ISO</i>	منظمة المقاييس العالمية
<i>Servqual</i>	اسلوب قياس جودة الخدمات
<i>CK</i>	معرفة الزبون
<i>KM</i>	إدارة المعرفة
<i>CRM</i>	إدارة علاقات الزبون
<i>CKM</i>	إدارة معرفة الزبون
<i>EPH</i>	المؤسسات العمومية الاستشفائية
<i>EPSP</i>	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
<i>SPSS</i>	برنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for social science)

مقدمة عامة

تعمل المؤسسة الحديثة على تحقيق ذاتها من خلال التكيف مع متغيرات محيطها بما يتيح لها إمكانية التكيف والتأقلم معها ويعزز من مكانتها التنافسية، حيث تعتمد هذه الأخيرة على أساليب وتقنيات متطورة في كل ما تقدمه من مخرجات في شكل سلع أو خدمات، ومع زيادة العناية بالزبون على وجه خاص، فإن الجودة هي العنصر الفارق في تحديد مراكز المؤسسات في الأسواق، حيث أصبح مفهوم إدارة الجودة الشاملة اليوم من أهم المفاهيم الإدارية انتشاراً، ولقد حققت من خلاله بعض المؤسسات مستويات جد متميزة من التفوق.

فالجودة تركز على تلبية متطلبات الزبون كما أنها تمثل مدخلا تنافسيا واستثمارا لمعطيات المعرفة والتكنولوجيا كسمة من سمات القرن الواحد والعشرين في مختلف المجالات الإنتاجية والخدمية. ولقد انتقل مفهوم الجودة من الحرص على جودة المنتجات إلى الحرص على جودة الخدمات، وبما أن موضوع دراستنا يتمحور حول أهم أنواع المؤسسات الخدمية والمتمثلة في المؤسسة الصحية، فإنه من الضروري أن نؤكد على أهمية تطبيق مفهوم الجودة داخل هذه المؤسسات التي تعاني من مشاكل عديدة بالجزائر كنقص الكفاءات والمشاكل التنظيمية، فهي لا تزال تتخبط في مشاكل عديدة تستوجب إيجاد حلولاً سريعة لإعادة إدماجها وتكييفها مع متغيرات محيطها، ولتحقيق ذلك لابد من توجيه الاهتمام للزبون كأحد أهم السبل لتحقيق مستويات الجودة المطلوبة من خلال الاطلاع الدائم على تطورات حاجاته ومتطلباته إضافة إلى أهمية إشراكه في وضع قرارات المؤسسة بما يمكن من الاستجابة لتطلعاته.

ولكون زبون المؤسسة المعاصرة قد أصبح جزءاً هاماً ضمن بيئتها التنظيمية، فيجب على المؤسسة أن تزيد من مستوى اهتمامها به من خلال تحسين مكانته ضمن بيئتها الداخلية ومن وجهة نظر العاملين بها من خلال تبني أسلوب إدارة معرفة الزبون الذي ظهر كمدخل إداري حديث يضمن للمؤسسة تحسين صورتها بين منافسيها من خلال تبادل المعلومات والمعارف مع هؤلاء الزبائن لتحقيق التفوق والتمكن من توسيع حصتها السوقية.

فإدارة معرفة الزبون تعد من أهم القضايا المعاصرة في الفكر الإداري التي تساهم في بناء وتطوير علاقات طويلة الأمد مع الزبائن، واعتمادها لا يتم بمجرد تقليد مؤسسة لمؤسسة أخرى، وإنما يتعين على كل واحدة أن تملك الزبائن باعتبارهم يمثلون موجوداتها الحقيقية، والمؤسسة الحديثة تواجه تحدي المنافسة بالإضافة إلى تحدي مواكبة تطور سلوك الزبون الذي أصبح لا يقبل بالمستويات المتدنية للخدمات، بل فرض نفسه كطرف مهم يحكم على صورة ومكانة المؤسسة من منظور جملة من المعايير تأتي في مقدمتها الجودة، وكل هذه الضغوط دفعت بالمؤسسات إلى السعي جاهدة لتوطيد العلاقة التي تربطها بزبائنهم من خلال إيجاد أساليب وتقنيات تمكنها من الاستمرار في التواجد في محيطها المتقلب.

إشكالية الدراسة:

انطلاقا مما سبق ذكره، ونظرا لأهمية متغيري الدراسة، سنعمل على دراسة وتحليل هذا الموضوع انطلاقا من الإشكالية التالية:

كيف تساهم إدارة معرفة الزبون في تحقيق جودة خدمات المؤسسات الصحية الجزائرية؟

وفي إطار تحليل الإشكالية سنحاول الإجابة عن التساؤلات الفرعية الآتية:

- ما أهم الخصائص التي تميز مؤسسات الخدمات الصحية بمختلف أنواعها؟
 - ما المقصود بالجودة وما أهم متطلبات تحقيقها؟
 - ما مدلول إدارة المعرفة عموما وإدارة معرفة الزبون بصفة خاصة؟
 - كيف يمكن لإدارة معرفة الزبون أن تعمل على تحسين خدمة الزبون وتحقيق مستويات الجودة المطلوبة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي - قالمة- ؟
- هذا ما سنحاول الإجابة عنه من خلال دراستنا النظرية إضافة إلى الدراسة الميدانية للمؤسسة الاستشفائية العمومية حكيم عقبي لولاية قالمة التي اتخذناها كعينة عن باقي المؤسسات الصحية.

فرضيات الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على مجموعة فرضيات التي ستكون بمثابة إجابة أولية تستدعي اختبارها وهي:

- **الفرضية الأولى:** تواجه المؤسسة الصحية محددات لإمكانية تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة.
 - **الفرضية الثانية:** إن ربط العلاقات مع الزبائن من خلال اعتماد أسلوب إدارة معرفة الزبون يمكن المؤسسة الصحية من معرفة مستويات الجودة المطلوبة منهم.
 - **الفرضية الثالثة:** توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين إدارة معرفة الزبون كمتغير مستقل وجودة الخدمة الصحية كمتغير تابع بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة. وينبثق عن هذه الفرضية العديد من الفرضيات الفرعية، وهي كالتالي:
- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة من الزبون وجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة.
 - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة المقدمة للزبون وجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة.
 - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة عن الزبون وجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة.
 - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة المختلطة بين المؤسسة والزبون وجودة الخدمة الصحية.

أهمية الموضوع:

جاء اختيارنا لهذا الموضوع انطلاقاً من اعتبارات علمية وعملية تعكس مدى أهميته نجمها في:

1- التغيرات المتسارعة التي تشهدها البيئة الاقتصادية وبيئة الخدمات خاصة في ظل بروز مستوى عال من المنافسة.

2- احتلال الأنشطة الخدمية أهمية بالغة في الاقتصاديات الحديثة خاصة ما يتعلق بمستويات جودتها.

3- أهمية موضوع إدارة معرفة الزبون كونه من الموضوعات الجديدة نسبياً، حيث تفتقر المكتبات العربية للموضوع على المستويين النظري والتطبيقي، إذ أن معظم الدراسات قد أجريت في بيئة أجنبية، فضلاً على أن الدراسات السابقة قد ركزت على القطاعات الصناعية مقارنة بالقطاعات الخدمية.

4- أهمية الإلمام بالجانب العملي الواقعي إضافة إلى البعد الأكاديمي من خلال عرض النتائج الإحصائية لمجمل متغيرات الدراسة بصيغة تهيئ مدركات مسيري ومسؤولي المؤسسة المبحوثة لاستيعاب عمق التعامل مع الزبون، وذلك من خلال الخدمات المقدمة وتعامل الموظفين معه عن طريق إدارة العلاقة والمعرفة مع هؤلاء الزبائن لتحقيق جودة عالية لخدمات المؤسسة.

أهداف البحث: نسعى من خلال هذا البحث لتحقيق أهداف عديدة، منها:

1- وصف متغيرات الدراسة وتشخيص تلك المتغيرات المتمثلة في إدارة معرفة الزبون والجودة بالمؤسسات الصحية.

2- إبراز الدور الذي تلعبه إدارة معرفة الزبون كأداة تمكن المؤسسات الصحية من معرفة حاجات زبائنهم وتطويرها عبر الزمن من أجل ضمان ولائهم و الحفاظ عليهم.

3- محاولة عرض كيفية بناء علاقات تفاعلية مع الزبون بما يحقق السرعة والفعالية في الأداء من خلال الاهتمام بإدارة معرفة الزبون، وبما ينعكس على القيمة ونوعية الخدمات المقدمة.

4- محاولة تقديم ما يساهم في قدرة المؤسسة الصحية على تطوير أساليب إدارة معرفة الزبون مما يجعلها قادرة على الوفاء بالتزاماتها تجاهه.

5- محاولة تقديم بعض المقترحات للمؤسسة المبحوثة فيما يخص الاهتمام بإدارة معرفة الزبون لغرض الوقوف على حاجات وتوقعات الزبائن بما يحقق التفوق على المنافسين.

منهج الدراسة:

نسعى من أجل الدراسة المعمقة والتحليل الشامل لمختلف العناصر والمتغيرات المؤثرة في مفردات البحث الساعي إلى تبيان أهمية إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة لمؤسسات الخدمات الصحية، وبهدف اختبار صحة الفرضيات المقترحة استخدمنا في بحثنا المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على جمع البيانات والمعلومات عن الظاهرة المدروسة ثم تحليلها وتفسيرها للوصول إلى نتائج معينة؛ في خلال المنهج الوصفي تناولنا أهم المفاهيم المتعلقة بالجودة، إدارة المعرفة، إدارة معرفة الزبون، وبالمنهج التحليلي دراسة وتحليل الارتباط بين الجودة كأساس للتمييز وإدارة معرفة الزبون لتحقيق التفوق لمؤسسات الخدمات الصحية. أما دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي - قالمة، فتهدف إلى التعمق في فهم مختلف جوانب الموضوع وكشف أبعاده من خلال الزيارات الميدانية للمؤسسة والتحليل الإحصائي لآراء واستجابات أفراد العينة حول متغيرات البحث، ومن ثم إسقاط الجانب النظري على أرض الواقع.

حدود الدراسة:

لما كان موضوع بحثنا ينطوي على إدارة معرفة زبون المؤسسة الصحية وجودة خدماتها، فإن دراستنا تنطبق على واقع المؤسسات الصحية الجزائرية، التي اخترنا منها المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة لإجراء الدراسة الميدانية التي أجريت خلال السنة الجامعية 2015/2014 بغرض جمع المعلومات وتحليلها، حيث تتعلق البيانات والمعلومات المتحصل عليها بالفترة المحددة بين (2012-2014) من نشاط المؤسسة.

الدراسات السابقة:

تم الإطلاع على مجموعة من الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع، والتي أجريت ضمن مجال الجودة وإدارة معرفة الزبون، نذكر منها:

1- حنان الأحمدى: تحسين الجودة "المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية". دورية الإدارة العامة. العدد الثاني. الرياض. 2000

- سعت هذه الدراسة إلى تحديد أهم السبل الفاعلة في تحسين الجودة لأجل بناء وتعزيز الثقة بين الجهاز أو النظام الصحي والمستهلكين لخدماته، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من الاستنتاجات منها:
- ضرورة الاهتمام بمفهوم الجودة من وجهة نظر الزبون، لأن تحسين الجودة لا يمكن تحقيقه إلا من خلال مطابقة ما تقدمه المؤسسة الصحية مع توقعات زبائنها، ومن ثم تقديم مستوى الجودة المتوافق ووجهات نظر هؤلاء الزبائن.
- الهدف من تطبيق الجودة بالمؤسسات الصحية يشمل ثلاثة جوانب رئيسية: تحقيق الجودة، إرضاء الزبون ورفع معنويات العاملين.

2- علي حسون الطائي. إدارة معرفة الزبون وأبعاد الخدمة الصحية. كلية بغداد للعلوم الاقتصادية. الجامعة. العدد السابع عشر. بغداد. 2008.

وركزت هذه الدراسة على بعدين أساسيين بعد نظري يتمثل في كون إدارة معرفة الزبون وإدارة خدمة الزبون مصطلحين معاصرين يحتاجان إلى المزيد من الإثراء الفكري وبعد تطبيقي حاول من خلاله إسقاط دراسته النظرية على مستشفى بغداد التعليمي. وتهدف هذه الدراسة إلى:

- حصر آراء الباحثين والكتاب حول مفهوم إدارة معرفة الزبون في أربعة مداخل واتجاهات فكرية والمتمثلة في (مدخل العمليات، مدخل التفاعل، مدخل العمل الجماعي ومدخل زيادة المعرفة)؛
 - إبراز أهم الأبعاد المفاهيمية لإدارة معرفة الزبون؛
 - رصد أهم التحديات التي تواجه إدارة معرفة الزبون والاتجاهات المستقبلية لتطورها؛
 - الإشارة إلى أهم نماذج إدارة معرفة الزبون؛
 - بالإضافة إلى الجانب الثاني للدراسة والمتعلق بإدارة خدمة الزبون.
- ومن أهم النتائج المتوصل إليها نذكر:

- ضرورة الاهتمام بإدارة معرفة الزبون كطرح أكاديمي معاصر؛
- ضرورة اهتمام المؤسسة بزبائنها كونهم دالة النجاح بالنسبة إليها؛
- أهمية وضع إجراءات وسياسات واضحة ومحددة لمتابعة حاجات المرضى وتفهم رغباتهم التي تمثل وسيلة لتحقيق أهداف المؤسسة ككل.

3- ليث سلمان الربيعي وآخرون. أثر إدارة معرفة الزبون وتطوير الخدمات الجديدة في الأداء التسويقي. دراسات العلوم الادارية. العدد الثاني. الجامعة الأردنية. 2014.

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار العلاقة بين إدارة معرفة الزبون وتطوير الخدمات الجديدة والأداء التسويقي، حيث اتخذت من عمال 20 مصرفاً تجارياً كمجتمع دراسة، ومن أهم النقاط المرتكز عليها نذكر مفهوم إدارة معرفة الزبون، أهدافها، نماذجها بالإضافة إلى الدراسة التطبيقية في بعض المصارف العراقية، ومن أهم النتائج التي تم التوصل إليها ما يلي:

- ضرورة تعزيز إدارة المصارف لقدرات إدارة المعرفة والتي تعمل على جمع وتصنيف وتنظيم المعرفة وتكاملها، حفظها وتوزيعها إلى مصادر اتخاذ القرارات المختلفة؛
- ضرورة سعي إدارة المصارف إلى تكوين قاعدة لمعرفة الزبائن من خلال إنشاء إدارة معرفة الزبون تتولى تحديد المعرفة التي تحتاجها المنظمة عن الزبائن وتحقق التكامل بين مختلف مصادر هذه المعرفة؛

- ضرورة إدراك مديري المصارف للأهمية الإستراتيجية لكسب معرفة الزبائن لتطوير الخدمات الجديدة التي تحسن من مركزها التنافسي انطلاقاً من تحقيق رضا وولاء الزبون.

4- ميلود تومي، حبيبة قشي: آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية. مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية. العدد الثاني. جامعة بسكرة. 2007

تناولت هذه الدراسة إشكالية استخدام آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية بهدف تحسين جودة خدماتها واستعادة ثقة المواطن بها، ومن أهم النقاط التي تم تناولها في الدراسة:
أ- التسويق الصحي.

ب- سياسات المزيج التسويقي للخدمات الصحية.

ج- آليات تطبيق السياسات التسويقية للخدمات الصحية

وتم التوصل من خلال الدراسة إلى أن تطبيق مختلف سياسات المزيج التسويقي بالمؤسسات الصحية أمر عادي بل ضروري كدافع للنمو والاستمرار من جهة، ولتحسين نوعية الخدمات المقدمة والمحافظة على الصحة العمومية من جهة ثانية، وأن آليات تطبيق مختلف هذه السياسات بالمؤسسات الصحية لا تختلف كثيرا عن آليات تطبيقها في مؤسسات الإنتاج المادي إلا ما تعلق بطبيعة المنتج والعلاقات المترتبة عنها، حيث يكون المريض هو منتج أو منتج مساعد ومستهلك في آن واحد، والمؤسسات الصحية بشكل عام تجد نفسها ملزمة بتطبيق مختلف سياسات المزيج التسويقي لتحقيق الجودة المطلوبة وزيادة مستوى إقبال الزبائن.

5- Abdelfetteh Triki & Fekhta Zouaoui. Customer Knowledge Management Competencies Role in the CRM implementation projects. Journal of Organizational Knowledge Management. Institut Supérieur de Gestion- Tunis. 2011.

ركزت هذه الدراسة على إبراز أهم أنواع إدارة معرفة الزبون والمرتكزة حول المعرفة للزبون، المعرفة من الزبون والمعرفة حول الزبون، إذ من خلال هذه الأصناف الثلاثة للمعرفة المتعلقة بالزبون تتمكن المؤسسة من بناء أهدافها على أساس متطلبات هؤلاء الزبائن، وكنتيجة لذلك توسع من حصتها الزبونية بتقديم ما يتوقعه الزبون انطلاقا من معرفة ما ينتظره كنتيجة لمعرفتها له.

6- Meherdad Madhoushi & Others. Survey of Customer Knowledge Management impact on customer relationship management (Iranian study). 2011

وركزت هذه الدراسة على إبراز أهم المفاهيم الحديثة حول إدارة علاقة الزبون وإدارة معرفة الزبون، والهدف من ذلك إبراز أهم الفروقات بين المصطلحين، حيث تم التوصل إلى أن إدارة معرفة الزبون هي حصيلة تكامل بين إدارة المعرفة وإدارة علاقات الزبائن. كما تم التوصل إلى التأثير المتبادل لكل من إدارة علاقات الزبون ودورها في تكوين المعرفة عنه وإدارتها، بالإضافة إلى تأثير إدارة معرفة الزبون على علاقة المؤسسة بزبائنها.

7- A. Filemon & Jr Uriarte. Introduction to Knowledge Management. ASEAN Foundation. Japan. 2008

ركزت هذه الدراسة على إبراز أهم المفاهيم المتعلقة بإدارة المعرفة بداية من التعريف، التطورات التاريخية المساعدة على التركيز على المعرفة كمورد أساسي تعتمد عليه المؤسسة لتحقيق أهدافها وإرضاء زبائننا، وشملت عناصر المصدر المعتمد عليه ما يلي:

أ- تصورات ونظريات المعرفة.

ب- مفهوم إدارة المعرفة.

ج- التطورات التاريخية لمفهوم إدارة المعرفة.

د- عناصر إدارة المعرفة.

هـ- أدوات إدارة المعرفة.

و- وأخيرا أهم التعقيدات والعوائق التي تعترض إدارة المعرفة.

ولدعم الدراسة أكثر قام الكاتب بتطبيق دراسته على المعاهد الصحية الفلبينية وأثبت أن تميزها كان نتيجة الاعتماد على الإدارة بالمعرفة واستغلال هذا المورد بفعالية وكفاءة.

8- Claude Vilcot. Hervé Leclot. Indicateur qualité en santé . 2^{ème} édition. AFNOR. Paris. 2006

من أهم النقاط التي ركزت عليها هذه الدراسة نجد مختلف مستويات الجودة التي من الممكن أن يحصل عليها الزبون من المؤسسة الصحية والمتمثلة في الجودة المتوقعة، الجودة المقدمة، الجودة المدركة والجودة المنتظرة، بالإضافة إلى سعي الدراسة لإبراز أهم سبل قياس كل مستوى من المستويات هذه الجودة باستخدام مجموعة من المعايير كرضا الزبون.

ومن أهم النتائج التي تم التوصل إليها ما يلي:

أ- تعكس كل من الجودة المتوقعة والجودة المقدمة مستوى أداء المؤسسة الصحية.

ب- تعكس كل من الجودة المنتظرة والجودة المدركة وجهة نظر الزبائن ومستوى رضاهم.

9- Jaap Van Den Heuvel, The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Health Care, Beaumont Quality Publications, Nieuw Lekkerland, IBIS UVA , Amsterdam, December 2006 .

سعت الدراسة إلى إبراز أهم مبادئ مدخل سيجما ستة الذي جاء امتدادا لمختلف الدراسات المتعلقة بالجودة وجاء بهدف تطويرها، وتم إجراء دراسة تطبيقية على مجموعة من المؤسسات الصحية مثل:

- مؤسسة Commonwealth Health Corporation وهي أول مؤسسة صحية طبقت سيجما ستة وذلك سنة 1998 بمساعدة شركة جنرال إلكتريك، ثم استثمرت الشركة حوالي 900000 دولار سنة 2002 في مشروع سيجما ستة مما أدى إلى تحسين إيراداتها بقيمة 2.5 مليون دولار.

- مؤسسة **Mount Carmel Health System**: وهي عبارة عن مجموعة مكونة من 3 مستشفيات في منطقة كولومبس في ولاية أوهايو، حيث يبلغ عدد موظفيها 7300 فرد، وحققت إيرادات بقيمة 3.1 مليون دولار.

- مؤسسة **Charleston Area Medical Center**: وهي عبارة عن 3 مستشفيات في ولاية فرجينيا، حيث حققت وفورات عن طريق سيجما ستة تقدر بـ 841000 دولار. ومن أهم نتائج الدراسة أن تطبيق سيجما ستة يحقق للمؤسسة ما يلي:

- أ- تخفيض التكلفة و تقليل زمن دورة الإنتاج؛
- ب- النظرة المتفحصة لحاجات الزبون؛
- ج- التحسين المستمر للإنتاج والخدمات؛
- د- تغيير ثقافي ومنهجية جديدة للتفكير؛
- هـ- زيادة الحصة السوقية؛
- و- تخفيض نسبة العيوب في المنتجات.

10- حسين عجلان حسين: استراتيجيات الإدارة المعرفية في منظمات الأعمال. دار إثراء للنشر والتوزيع. الأردن. 2008.

سعت هذه الدراسة إلى إبراز الأسس والمقومات التي تقوم عليها العلاقة الترابطية بين الإستراتيجية والإدارة المعرفية للمؤسسة، بالإضافة إلى تحديد ماهية إستراتيجية البناء المعرفي وأهميتها في منظمات الأعمال، وتعتبر هذه الدراسة متممة لدراستين سابقتين في الموضوع وهما:

- دراسة (نجم عبود نجم: إدارة المعرفة " المفاهيم والاستراتيجيات والعمليات")
 - ودراسة (عبد الستار العلي وغسان العمري: مدخل إدارة المعرفة)
- وشملت هذه الدراسة على ما يلي:

- أ- الإطار المفاهيمي النظري للإدارة المعرفية.
- ب- دور المعرفة في اتخاذ القرارات الإستراتيجية.
- ج- تحليل استراتيجيات الإدارة المعرفية.
- د- تحليل رأس المال المعرفي ومكوناته.
- هـ- تحليل إنتاجية العمل المعرفي والتحديات المواجهة للمؤسسات في ظل اقتصاديات المعرفة.

11- عبد الرحمن بن عنتر. عبد الرزاق حميدي. اقتصاد المعرفة وتعزيز تنافسية المؤسسة. الملتقى الدولي الرابع حول المنافسة والإستراتيجيات التنافسية للمؤسسات الصناعية خارج قطاع المحروقات في الدول العربية ، جامعة الشلف. 2010.

هدفت هذه الدراسة إلى:

- أ- إظهار أهمية المعرفة في كافة نواحي الحياة؛
- ب- التعرف على الخصائص التي يتميز بها اقتصاد المعرفة؛
- ج- معرفة العراقيل التي تواجه الجزائر في طريقها إلى الاندماج في اقتصاد المعرفة؛
- د- بلورة مجموعة من الإجراءات اللازمة للاستفادة من تكنولوجيا المعلومات.
- ومن أهم النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة أنه لا بد من اتخاذ مجموعة من الإجراءات والتدابير لتمكين الجزائر بمختلف هياكلها من الاندماج في الاقتصاديات المبنية على المعرفة، ومن أهم هذه الإجراءات ما يلي:
- أ- التوعية والتحسيس عن طريق الجمعيات المهنية؛
- ب- المشاركة في الاتفاقيات والمفاوضات على المستوى الدولي؛
- ج- تشجيع المشاريع الموجهة للمؤسسات الصغيرة والمناطق النائية؛
- د- تشجيع تعريب محتوى المواقع الالكترونية؛
- هـ- تكوين المسؤولين والسياسيين وتوعيتهم بأهمية وضروة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات.

12- علاء فرحان طالب. أميرة الجنابي: إدارة المعرفة (إدارة معرفة الزبون). دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع. الأردن. 2009

سعت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة والأثر بين إدارة معرفة الزبون والتفوق التنافسي في المؤسسات الخدمية، وتحديد المصرفية منها، ومن أهم ما تم التوصل إليه في هذه الدراسة نذكر:

- ضرورة اعتماد الإدارات العليا للمصارف على إدارة معرفة الزبون باعتبارها فلسفة إدارية حديثة تهدف إلى توعية القيادات المصرفية والعاملين فيها بضرورة التخلي عن الأساليب والنظم التقليدية للإدارة لتحقيق التحسين المستمر في الخدمات المصرفية وما لذلك من تأثير على رضا الزبون وولاءه؛

- ضرورة التعرف على شكاوي الزبائن واقتراحاتهم لتطوير الخدمات المقدمة ومن منظور الزبون بدلا من منظور المؤسسة؛

- بناء ثقافة مؤسسية أحد رموزها فلسفة إدارة معرفة الزبون حيث يؤمن بها الأفراد ويجسدونها... الخ.

13- برشك صالح محمد العسكري. إدارة علاقات الزبون وإدارة معرفة الزبون وأثرهما في تحقيق القيمة العالية للأعمال المصرفية. أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل درجة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال. العراق. 2010

وركزت هذه الدراسة على تبيان أهمية إدارة علاقات الزبون وإدارة معرفة الزبون بالمؤسسات المصرفية من خلال إجراء دراسة استطلاعية لآراء عينة من مدراء المصارف التجارية الأهلية في إقليم كوردستان- العراق، وتم التوصل من خلالها إلى العديد من النتائج التي نذكر منها:

- يرقى مفهوم إدارة علاقات الزبون وإدارة معرفة الزبون ليكون مدرسة من مدارس التفكير الاستراتيجي وذلك لإمكانية تبنيه في إدارة المنظمات المختلفة؛
- إن كلا من إدارة علاقات الزبون وإدارة معرفة الزبون يكون الزبون فيهما هو محور عمليات المنظمة ويكون المؤثر على نجاحها أو فشلها؛
- تشكل إدارة علاقات الزبون وإدارة معرفة الزبون مدخلا استراتيجيا يمكن المنظمات من خلاله أن تحرر زبائنها من الاستلام السلبي لمصادر المعلومات والتقبل السلبي للمنتجات والخدمات نحو معلومات معززة، إذ تعتبر إدارة علاقات الزبون وإدارة معرفة الزبون أداة تنافسية قوية وكافية في تطوير ونجاح كل من المنظمة والزبائن معا.

يظهر جليا أن معظم الدراسات السابقة تناولت موضوع الجودة مستقلا عن موضوع إدارة معرفة الزبون، حيث نجد إما التركيز على الجودة بالمؤسسات الصحية دون التطرق إلى إدارة معرفة الزبون، بينما الدراسات المتعلقة بإدارة معرفة الزبون معظمها يركز على القطاع المصرفي ودون ربط هذا المتغير بالجودة، لذا ومن خلال دراستنا سنحاول إبراز أثر إدارة معرفة الزبون على جودة الخدمات الصحية.

الصعوبات الملازمة لانجاز البحث:

- لا يمكن لأي بحث علمي أن يتم دون أن تعترضه صعوبات خاصة فيما يتعلق بالدراسة الميدانية، وفيما يلي أهمها:
- بالنسبة للجانب النظري كان هناك نقص كبير في كمية المراجع المتعلقة بالمتغير الأول والأهم في دراستنا وهو إدارة معرفة الزبون، وخاصة المراجع باللغة العربية.
- صعوبة الحصول على المعلومة بداية من أول الزيارة، حيث تم الإمضاء على طلب إجراء الدراسة بعد 8 زيارات للمستشفى، ففي كل مرة نقابل بعذر غير مقنع لعدم إمضاء هذا الطلب الذي يعتبر أول خطوة لإجراء الدراسة؛
- صعوبة الحصول على المعلومات المتعلقة بموضوع الدراسة بسبب سوء تنظيم الأرشيف والتعذر بتعطيل أجهزة الإعلام الآلي؛
- تعذر مسؤولي المستشفى بسرية المعلومات الخاصة بالمؤسسة، وصعوبة إقناعهم بالالتزام بهذه السرية، وأن المعلومات تستخدم في حدود البحث العلمي؛
- التناقض في بعض البيانات والإحصائيات المقدمة من طرف المديرية الفرعية للمصالح الصحية والمقدمة من طرف مكتب الدخول والخاصة بنفس السنة والمجال؛
- صعوبة استرجاع كافة الاستبيانات الموزعة التي أخذت وقتا طويلا مما حتم علينا كثرة التنقلات بين مصالح المستشفى لاسترجاعها؛

- نقص ثقافة الاستقصاء لدى الأفراد وتخوفهم من الإلداء بأي معلومة حيث نجد بعضهم بمجرد عرض الاستبيان عليهم يلودون بالفرار والآخرين يقولون أنهم متخوفون من الإجابات التي ستقدم بالرغم من إقناعهم بسريرتها بالإضافة إلى كونها لا تتضمن أسماء المجيبين، وهذا ما زاد صعوبة مهمة بحثنا؛
- صعوبة تكبير حجم عينة الدراسة الميدانية أكثر بسبب العمل بنظام المناوبة في المؤسسة مما يزيد من صعوبة الاتصال بعدد أكبر خاصة من اللذين يشغلون المناوبة الليلية.

هيكال البحث:

تجاوزا مع التساؤلات الواردة في الإشكالية ولضرورة إبراز أهم جوانب متغيرات الدراسة تم بتقسيم البحث إلى أربعة فصول متكاملة فيما بينها وبما يساهم في إبراز أثر إدارة معرفة الزبون على جودة الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الصحية، حيث تضمن:

المقدمة بما تحويه من إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهمية وأهداف الدراسة، منهجها ومختلف الدراسات السابقة في الموضوع.

الفصل الأول بعنوان الصحة ومؤسسات الخدمات الصحية حيث تناولنا مفاهيم أساسية حول الصحة، الخدمة الصحية، النظام الصحي وأهم الأساليب الإدارية المتبعة في المؤسسات الصحية والتي من بينها أسلوب الإدارة بالجودة الذي سنركز عليه من خلال الفصل التالي.

الفصل الثاني بعنوان دراسة الجودة بالمؤسسات الصحية ويتمحور حول الجودة، إدارة الجودة الشاملة وأساليب تحسين الجودة بالمؤسسات الصحية وفي آخر الفصل قمنا بتقديم واقع الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية.

أما الفصل الثالث فكان بعنوان إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية، حيث تم الربط بين مختلف متغيرات الدراسة المتمثلة في الزبون، إدارة معرفة الزبون والجودة في المؤسسة الصحية.

الفصل الرابع المتعلق بالدراسة الميدانية بعنوان تطبيق إدارة معرفة الزبون وتأثيرها في مستوى جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة الذي تم من خلاله التعريف بالمؤسسة والأهم من ذلك قمنا بتوزيع استبيان يشمل كافة محاور الدراسة على أطباء، ممرضين وإداريين المؤسسة، ثم بعد جمعه تم تحليل البيانات للوصول إلى إجابة لإشكالية بحثنا.

أما الخاتمة فكانت بمثابة تلخيص لكافة النتائج النظرية والتطبيقية المتوصل إليها من خلال الدراسة إضافة إلى تقديم بعض التوصيات التي من شأنها ربط المؤسسة الصحية بمستجدات محيطها بما يمكنها من الحفاظ على زبائنها، استقطاب زبائن جدد ومن ثم المواكبة وضمان الاستمرار في تقديم خدماتها.

الفصل الأول:

إدارة مؤسسات الخدمات الصحية

تلخيص:

طالما كانت المؤسسة بصفة عامة والمؤسسة الصحية بصفة خاصة تعمل في بيئة ديناميكية وهادفة إلى البقاء والاستمرار لبلوغ ما خطط لها من أهداف، فإن تعاملها مع أفراد المجتمع بمختلف شرائحه، فئاته ومناطق تواجده يمثل الركن الرئيس في بلوغ مبتغاها، ولا شك أن تحقيق هذا المبتغى لا يتم دون أن يكون هناك فعل مبرمج ومخطط وفقا لأسس عملية دقيقة تتوافق مع دقة وحساسية العمل المؤدى والمسؤولية الكبيرة المناطة بالعاملين في هذا المجال، ألا وهي تقديم الخدمات الصحية للمواطنين التي تحول توصيلها من عملية تبادل شخصية (مريض - طبيب) إلى عملية تنظيمية تهدف إلى تجنيد الطاقات البشرية والمادية وتوجيهها نحو الطريق الصحيح لتحقيق الأهداف المنشودة. ومنه- ولكون العمل الإداري يسير جنبا إلى جنب مع العمل الطبي في المؤسسات الصحية- ننطلق في الدراسة من السؤال التالي: ما هي الأساليب المناسبة لإدارة المؤسسات الصحية والمساعدة على تحقيق أهدافها؟

وللإجابة على التساؤل سنحاول من خلال هذا الفصل الإمام بمختلف المفاهيم المتعلقة بالمؤسسة الصحية للتمكن من تحديد الأسلوب الأمثل لإدارتها.

المبحث الأول: الخدمة الصحية

يعد هذا المبحث كمدخل مفاهيمي للخدمة الصحية التي تعتبر محور دراستنا، حيث سنسلط الضوء على أهم جوانبها، أبعادها وأسس الارتقاء بها لضمان الديمومة والاستمرارية لمقدميها والقائمين عليها.

أولاً: مفهوم الصحة والخدمة الصحية

الصحة هي أحد الحقوق الأساسية للإنسان في أي مجتمع من المجتمعات دون تمييز، وتتأثر صحة أي مجتمع بالعديد من العوامل المتفاعلة والمؤثرة ببعضها البعض، وهذه العوامل هي التي تقرر مستويات الصحة بها.

1- تعريف الصحة:

وفقاً لهيئة الصحة العالمية WHO: " قد تغير مفهوم الصحة لدى الأطباء، فبعد أن كانت تعرف بأنها مجرد الخلو من المرض أو العجز، أصبح ينظر إليها على أنها السلامة والكفاية البدنية، العقلية والاجتماعية الكاملة".¹

كذلك تعرف الصحة بأنها: "مدى التواصل الفيزيقي، الوجداني والعقلي للشخص وقدرته الاجتماعية في مواجهة بيئته، فهي حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج عن تكيفه مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه".²

ولابد من الإشارة إلى ضرورة وأهمية تقديم الخدمة الصحية دون خطأ لكي تحظى برضا الزبون، ولعل هذا الأمر يبرز بخصوص الخدمة الصحية أكثر من أي مجال آخر تقدم به الخدمات، وهذا ما يعني تأكيد مسألة الجودة في تقديم الخدمة وهو بحد ذاته يمثل إستراتيجية متقدمة في العمل الإداري للمؤسسة الصحية عند تقديم خدماتها للمواطنين.

2- مفهوم الخدمة الصحية: من أهم ما يميز الخدمة الصحية أنها تتضمن عناصر مادية ملموسة مثل: العقاقير، الأدوية... الخ، ولإعطاء تصور شامل عنها يجب الإحاطة بالتفاصيل التي تتضمن المعنى المقصود بها، أهميتها وأوجه الاختلاف بينها وبين مختلف المنتجات الأخرى.

1-2/ تعريف الخدمة الصحية: من أهم التعاريف المقدمة للخدمة الصحية نذكر:

- عرفت الخدمة الصحية أنها: " تدخل مخطط من جانب المجتمع يهدف إلى مكافحة الأمراض وإعاقة المرض والموت المبكر أو وقاية المجتمع منهما".³

¹ أمانة كاظم مراد المنصوري، التربية الصحية ومجالاتها، جامعة بابل. 2014 عن موقع:

<http://www.uobabylon.edu.iq/uobcoleges/lecture.aspx?fid=11&lcid=38249> (17/03/2014)

² مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2008، ص185.

³ نفس المرجع، ص 196.

- كما تم تعريفها بأنها: " النشاط الذي يقدم للمنتفعين، وتهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى." ¹

وعليه فالخدمة الصحية هي مزيج من العناصر الملموسة وغير الملموسة التي تحقق وتقدم من طرف المؤسسة الصحية للزبون بما يتوافق واحتياجاته ورغباته بما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل.

2-2/ أهمية الخدمة الصحية: تسعى جميع دول العالم إلى تحقيق مستوى متقدم من الصحة للمواطنين، ولتحقيق ذلك عقدت الندوات والمؤتمرات التي كان من أهمها مؤتمر الماتا عام 1978، " الذي ركز على توسيع مفهوم الرعاية الصحية الأولية وجعل منها إستراتيجية رئيسية لبلوغ أهداف توفير الصحة للجميع." ²

فالاهتمام بموضوع الصحة والخدمات الصحية قد زاد بشكل كبير، وذلك للأسباب التالية: ³

- أن الصحة الجيدة تمثل الظرف المثالي لتمتع الناس بحياتهم؛
- أن موضوع الصحة يعتبر الوحيد الذي يهتم به كل الناس دون استثناء؛
- أن الخدمات الصحية هي أكبر وأعقد الصناعات حالياً بسبب ارتفاع تكاليفها، ازدياد ربحيتها، ارتفاع عدد العاملين بالقطاع الصحي، كثرة المحتاجين للخدمة... الخ؛
- أن موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة؛
- احتياج الخدمات الصحية لأرقى وأثمن وأعقد أنواع التكنولوجيا.

2-3/ أبعاد الخدمة الصحية وأنواعها:

2-3-1/ أبعاد الخدمة الصحية: توجد ثلاثة أبعاد للخدمة الصحية وهي: ⁴

- الصفة المميزة للخدمة: وترتبط أساساً بجوهر الخدمة الصحية المقدمة ذاتها التي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية، وقائية وعلاجية.
- المنافع المرجوة من الخدمة: وتتمثل في العناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض لمقابلة احتياجاته الصحية، والتي يطلق عليها في بعض الأحيان حزمة الرضا المتحقق للزبون. والمتضمنة الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكله الملموس وغير الملموس وبما يؤدي إلى شعوره بالاطمئنان لذلك العمل.

¹ فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع مصر، 1991، ص 92

² ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 27.

³ صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2009، ص 32.

⁴ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار البيازوري العلمية للنشر والتوزيع. عمان، 2006، ص 168.

- الخدمات السائدة: وتمثل بكافة العناصر المضافة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، استقبال المرضى، خدمات الاتصالات الهاتفية، التنسيق مع المؤسسات الأخرى والمنظمات الاجتماعية... الخ.

2-3-2/ أنواع الخدمات الصحية: يقسم بریت كاسينز Brett Cassens الخدمات الصحية إلى:¹

- 1- الخدمات الصحية الشخصية: وهي الخدمات الصحية الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية التي تقدم للفرد من قبل الفريق الطبي، فزيارة المريض للطبيب أو لأخصائي العلاج الطبيعي هما من صور الخدمات الصحية الشخصية.
- 2- خدمات الصحة العامة: وهي الخدمات الصحية التي تهدف إلى حماية صحة المواطنين والارتقاء بها، وتتولى الدولة متمثلة في وزارة الصحة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات التي تشمل في المقام الأول على الأنشطة التالية:
 - مكافحة الأمراض المعدية وبخاصة المتوطن منها؛
 - مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة كسلامة الغذاء والهواء والماء، ومكافحة الحشرات والتخلص من النفايات الضارة، معالجة المياه والصرف الصحي؛
 - الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز بصفة خاصة على برامج التحصين ضد الأمراض؛
 - القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة؛
 - توعية المواطنين بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة؛
 - وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والسياسات والاستراتيجيات التي تكفل الحفاظ على صحة المواطن.

ثانيا: خصائص الخدمة الصحية ومميزاتها

- تظهر الخدمات الصحية بالعديد من الخصائص كما تتميز عن المنتجات الأخرى بالعديد من المميزات والتي سنتعرف عليها من خلال هذا العنصر.
- 1/ **خصائص الخدمة الصحية:** إن خصائص الخدمات الصحية لا تختلف عن الخصائص الدالة عن الخدمات بشكل عام، ويمكن تحديدها كالآتي:²

¹ مدحت محمد أبو النصر، مرجع سابق، ص 196-197.

² ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 100-103.

1-1/ عدم الملموسية: وهذا ما يدل على عدم قدرة المستفيد من الخدمة الصحية على التعرف عليها إلا بعد عملية الحصول عليها، مما يدفعه إلى محاولة جمع المعلومات عنها بهدف تحديد مؤشرات عامة عن نوعيتها لكونها تتعلق بحياة الفرد وصحته.

إلا أن دعم هذه الخدمات بسلع ملموسة يسهل عملية الحكم بصورة أوضح وأسهل، حيث تظهر هذه الملموسية من خلال:

- سلع ملموسة متضمنة في عرض الخدمة وتستهلك من قبل المستفيد كالأدوية.
- البيئة المادية التي تحصل فيها عملية إنتاج/ استهلاك الخدمة.
- البرهان الملموس لأداء الخدمة.

1-2/ التماسك: إن إنتاج وتقديم الخدمات الصحية يتطلب وجود مقدم ومستقبل الخدمة، لذا فهي تقدم وتستهلك في الوقت ذاته.

1-3/ تباين الخدمات: تتصف الخدمات عموماً والخدمة الصحية خاصة بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة وأداء وسلوك مقدم الخدمة والمكان والزمان والمعلومات التي يقدمها المريض لمقدم الخدمة الصحية، مما يصعب من تحديدها وقياس إنتاجها وتحديد مستوى جودتها.

1-4/ تلاشي الخدمة: بما أن الخدمات تمثل نشاطاً أو فعلاً فإنها تتلاشى وتنتهي سواء إن تمت الاستفادة منها أو لم تتم، ولا يمكن تخزينها لحين وقوع الطلب عليها، وهذا ما يجعل المنظمات الخدمية لا تعاني مشكلة في حالة وجود طلب مستمر عليها ولكن المشكلة تثار عندما لا يكون هنالك طلب على الخدمات.

1-5/ عدم انتقال ملكيتها: إن عدم انتقال الملكية يعتبر ميزة خاصة بالخدمات، حيث أن ما يحصل عليه المريض هو مجموعة من المنافع، إذا فهي تتجسد في العملية التجارية المحققة من قبل المؤسسة حيث يكون هدف هذه المبادلة بعيداً كل البعد عن هدف نقل الملكية المتعلق بالمنافع الملموسة .

1-6/ تذبذب الطلب عليها: ويعود هذا لاختلاف حاجات المستهلكين وتغيرها وفقاً للعديد من الظروف كالأوضاع البيئية، الحروب، وحاجة الشخص نفسه لهذه الخدمات في أوقات غير معلومة.

ومن أهم ما يميز الخدمة الصحية كذلك الديناميكية المرتبطة بتقديم العلم والطب، فيوميًا تظهر حقائق جديدة للتشخيص والمعالجة.¹

2/ أوجه الاختلاف بين الخدمة الصحية وغيرها من السلع والخدمات: هناك مجموعة اختلافات تميز الخدمة الصحية، ومن أهمها:²

- الخدمة الصحية ذات جودة عالية نسبياً لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وشفاءه؛

¹ تشارلز فيليبس، ترجمة جلال البنا، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2003، ص 52.

² فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 33-38.

- جهل المستهلك للخدمة الصحية الناتجة عن قلة المعلومات حولها أو عدم توفرها لديه مما يترتب عنه ما يلي:
- أ- صعوبة الحكم عن جودة الخدمة الصحية لأنها ليست سلعة معيارية كما هو الحال في باقي السلع والخدمات؛
- ب- صعوبة تحديد المنفعة عن الاستهلاك أو عدم الاستهلاك للخدمة الصحية؛
- ج- عدم التيقن للنتيجة النهائية لاستهلاك الخدمة الصحية، وهذا متوقف على مهارة مقدم الخدمة والإجراءات الطبية والجراحية؛
- د- إن دليل فعالية الخدمة الصحية بعد استهلاكها والآثار الجانبية للتدخل الطبي غالبا مؤجل لأيام أو أسابيع أو أشهر؛
- هـ- غياب الإعلان والدعاية في الخدمة الصحية، فالإعلان فيها عن السعر والجودة هو شيء نادر جدا.
- هناك تحيز ضد إطلاق آليات وحوافز السوق لتعمل في قطاع الخدمة الصحية بسبب تضارب المصالح بخصوص تقديم الخدمة، وكذا الاعتبارات الأخلاقية، الاجتماعية والنواتج الاقتصادية المترتبة عن ذلك؛
- القوة شبه الاحتكارية للمهنة الطبية، حيث يشكل الأطباء مجموعة مهنية تحكم ذاتها من خلال أخلاقيات المهنة؛
- من النادر أن يحل الاستثمار الرأسمالي محل القوة العاملة في تقديم الخدمة الصحية، حيث تتميز الخدمة الصحية بكثافة العمالة، وهذا ما يعني أن الجزء الأكبر من الإنفاق على الخدمة الصحية يذهب للرواتب والأجور؛
- صعوبة وضع موازنة للإنفاق على الخدمة الصحية بشكل فردي مهما كان مستوى ثراء وغنى الفرد، فلا يمكن التنبؤ بحدوث المرض وكذا كم وكيف الخدمات التي قد يحتاجها هذا الأخير؛
- ممارسات التسعير غير العادية في الخدمة الصحية، فلا منافسة سعرية بين الأطباء والمستشفيات، كما أن الأسعار المدفوعة لا تعكس كلفة الإنتاج بسبب وجود برامج التأمين الصحي؛
- تعتبر الخدمات الصحية مزيج من الاستثمار والاستهلاك، فالخدمات المقدمة لتخفيف معاناة كبار السن تعتبر استهلاكاً، بينما ما يقدم للقوى العاملة والمجموعات العمرية الصغيرة يعتبر استثماراً.

ثالثاً: إدارة الخدمة الصحية

ما حصل من تطور كبير في إدارة المؤسسات الصحية كما سنراه في دراستنا، قد انعكس بشكل واضح على كيفية إدارة الخدمة الصحية المقدمة لمن يحتاجها، ولعل اهتمام المؤسسات الصحية بإدارة الخدمة الصحية وتقديمها جعلها تتمتع بمزايا مختلفة منها:¹

- تطبيق المفاهيم والأساليب الإدارية الصحيحة من تخطيط، تنظيم، رقابة وسيطرة على الأداء، جعل المؤسسة الصحية أكثر تحسناً ومعرفة باحتياجات الأفراد الصحية والأسلوب الذي يمكن أن تدار به في تأديتها للأعمال للوصول إلى فاعلية أفضل.
- الكثير من الوحدات الصحية تتماثل إلى حد كبير في الخدمات الصحية التي تقدمها، إلا أن تميز وحدة عن غيرها يكمن في حقيقة جودة الخدمة المقدمة، ولعل هذه الجودة تتحقق من خلال تضافر أهداف طرفين هما الطبيب والإداري، إذ أن كل واحد منهما يكمل الآخر، فبدون نظام إداري دقيق وأساليب منظمة في العمل لا يتمكن الطبيب من تقديم خبرته الطبية بشكل صحيح لمن يحتاجها، وبالعكس لا تستطيع الإدارة أن تقدم الخدمة الطبية الجيدة دون طبيب متخصص ومتفاعل بشكل حقيقي معها.
- عكس المفاهيم الإدارية الصحيحة في مساق عمل المؤسسة الصحية يجعلها أكثر قوة على:
 - 1- إيجاد نظام كفؤ لتوزيع الخدمة الصحية بين مختلف أقسام المؤسسة؛
 - 2- تنظيم وتقديم الخدمة في الوقت والمكان المناسب لمن يحتاجها؛
 - 3- إمكانية الانتقال في تقديم الخدمة الصحية خارج حدود المؤسسة والانتقال إلى المجتمع؛
 - 4- تطوير برامج تقديم خدماتها من خلال توقيت الخدمة الجديدة، الأسلوب المعتمد، استمرارية تقديمها وتطويرها... الخ.

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص ص 61-62.

المبحث الثاني: مؤسسات الخدمة الصحية

تستمد الخدمة الصحية خصوصيتها وتميزها من خلال المؤسسة الصحية التي تعرضها، وتعتبر المستشفيات من أهم هذه المؤسسات التي تقدم خدماتها على كافة أفراد المجتمع وفي كل الأوقات، لكونها تعالج المريض وتأويه إذا استلزم الأمر مما يوفر له الرعاية والمتابعة المستمرة مقارنة بمؤسسات صحية أخرى، لذا سنتعرف من خلال هذا المبحث على المؤسسات الصحية تركيزاً على المستشفيات بمختلف أنواعها.

أولاً: مفهوم المؤسسة الصحية وتطورها التاريخي:

1/ تعريف المؤسسة الصحية: قدمت العديد من التعاريف للمؤسسات الصحية من أهمها:

عرفت المؤسسات الصحية على أنها: " المؤسسات ذات أوجه النشاط غير الملموس الذي يقدم للمنتفع أو المعالج والتي تهدف أساساً إلى إشباع حاجاته ورغباته "1، " وتشمل المستشفيات، المستوصفات، المراكز الصحية، العيادات والجهات ذات العلاقة بالمحافظة على سلامة الإنسان الجسمية والعقلية، وتقدم هذه المؤسسات خدمات مصنفة ضمن قطاع الخدمات الاجتماعية وبالرغم من هذا فنشاطها يتمحور ضمن إطار اقتصادي".²

كما عرفت على أنها: " المؤسسات التي تقدم مزيجاً متكاملًا من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة والتي تحقق إشباعاً ورضاً معيناً للمستفيد، حيث تعتمد هذه المؤسسات والعاملين بها بدرجة كبيرة على الزبون في تحديد نوع المنتج الذي تقدمه له، فكل مؤشر عن الحالة الصحية يمكن أن يساهم في قياس مقدار الحاجة إلى الخدمات الصحية".³

ولكوننا سنركز دراستنا على المستشفيات سنقدم لها التعريف التالي:

" المستشفى هو مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة"⁴، فهو تنظيم يقوم بتعبئة المهارات والجهود لعدد كبير من الجماعات المهنية وشبه المهنية المحترفة من أجل حصول المرضى على خدمات ذات كفاءة عالية وبمختلف المستويات الأولية والثانوية والتخصصية التأهيلية للوصول معهم إلى أفضل مستوى من الصحة.

2/ التطور التاريخي للمستشفيات: تشير الدراسات إلى أن المستشفى ظهر بهذا الاسم في عصر

قريب، وكان موجوداً بأسماء أخرى مثل **البيمرستان** أو **السكيستا** في بعض الحضارات⁵، وتم استخدام المستشفى في عهد الفراعنة، وفي عهد الإغريق سنة (370 - 460) قبل الميلاد حيث كان يطلق

¹ فوزي شعبان منكور، مرجع سابق، ص 197.

² Nicolas Tanti-Hardouin, **Economie de la santé**, Armand Colin, Paris, 1994, P13.

³ Djamel Eddine Laouisset et autres, **stratégie de marketing – management hospitalier**, Edition distribution Houma, Alger, 2003, p 23 .

⁴ غازي فرحان، **خدمات الإيواء في المستشفيات**، دار الزهران، عمان، 1999، ص 06.

⁵ عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعمانة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق)**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص 4.

عليها اسم معابد الشفاء. وسنتناول مختلف تطورات المستشفى وأبرز سماته باختصار عبر مختلف العصور:¹

الحضارات القديمة: وتميزت المستشفيات حينها بـ:

- استخدامها كمركز لتدريب الأطباء الجدد والممرضين؛
- قيام الأطباء بإجراء العمليات الجراحية وتجبير الكسور ووصف العقاقير الطبية والدوائية؛
- دراسة تأثير العوامل البيئية المختلفة على الصحة والمرض؛
- استخدام المستشفى كمكان لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز على صحة الفرد الشخصية من حيث الاهتمام بتغذيته، نظافته وتوفير الإقامة الصحية؛
- الاهتمام بنظافة المستشفى من الداخل ونظافة كافة المرافق الصحية والتمريضية والإدارية التابعة له.

العصور الإسلامية: لقد ازدهرت المستشفيات وتميزت بالتنظيم والكفاءة وجودة الخدمات الصحية المقدمة خلال العصور الإسلامية، حيث كان المستشفى من المؤسسات المنظمة والمرتبطة على أصول علمية، ومن أبرز سمات المستشفيات في الحضارة الإسلامية أو ما يطلق عليها المشفى ما يلي:

- عدم السماح للمرضى والمصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين؛
- اختيار موقع جغرافي مناسب للمستشفى، حيث يعكس الجو الهادئ والهواء النقي؛
- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية والمرافق التابعة له؛
- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى سواء تعلق الأمر بتشخيص المرض أو نوعية العلاج أو خدمات التمريض؛
- تنظيم مزاوله مهنة الطب والصيدلة والرعاية التمريضية.

أما بالنسبة للعصور الحديثة " فقد اتسمت المستشفيات بتركيزها على العيادات الخارجية وتقديم الخدمات الصحية للمرضى في منازلهم باستخدام التقنيات الطبية والتكنولوجية الحديثة، كما ركزت على معايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية.²

ثانياً: تصنيف المستشفيات وخصائصها

1/ تصنيف المستشفيات: يختلف تصنيف المستشفيات من دولة إلى أخرى شأنها شأن المؤسسات الصحية الأخرى التي تخضع لنفس معايير التصنيف، وهذا الاختلاف يعتمد على أسس تتبناها هذه الجهة أو تلك إضافة إلى الهدف المراد تحقيقه من التصنيف، ومهما كانت الأسس والتصنيفات فمن أهمها نذكر ما يلي:

¹ سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص ص 19-22.
² أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات- رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2006، ص 20.

1-1/ تصنيف المستشفيات على أساس الملكية: وتقسّم المستشفيات وفق لها إلى ثلاثة أقسام:¹

- **المستشفيات العامة:** هي مستشفيات حكومية تقوم الدولة بتأسيسها بهدف تقديم خدمات طبية للمواطنين دون مقابل أو مقابل مبالغ رمزية زهيدة.
 - **المستشفيات الخاصة:** وهي المستشفيات التي تعود ملكيتها عادة إلى مجموعة من الأفراد يديرون شؤونها ويرسمون سياستها، وتهدف هذه المستشفيات عادة إلى تحقيق الربح إضافة إلى الهدف الذي أنشئت من أجله، حيث تقوم بتقسيم الأرباح التي تكسبها من المرضى مقابل ما تقدم إليهم من خدمات على مؤسسيها ومالكها وعلى المشاركين فيها.
 - **المستشفيات الخيرية:** هي مستشفيات طوعية تدار من قبل إحدى الجهات الخيرية (هيئة خيرية، جمعية أو منظمة دينية)، ويكون الهدف من إنشائها عادة هو هدف خيري دون أن يكون لها أي غرض مادي أو تفكير بالربح من وراء عملها.
- وضمن هذه الأنواع الثلاثة تحتل المستشفيات العامة مكانة جد متفوقة خاصة من ناحية وزنها المالي والمادي الذي يظهر من خلال الوظائف والخدمات المقدمة ضمن النظام الصحي ككل.²

1-2/ تصنيف المستشفيات على أساس التعليم والتدريب: تنقسم المستشفيات وفقا لهذا المعيار إلى:³

- **المستشفيات التعليمية:** وهي المراكز الاستشفائية الجامعية التابعة لكليات الطب أو المرتبطة معها وفقا لترتيبات معينة لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض وطلبة الدراسات العليا الطبية، وعادة ما يتطلب القيام بنشاط التعليم والتدريب الطبي توفير الإمكانيات البشرية والمادية اللازمة كأساتذة الطب والباحثين والمختبرات... الخ.
- **المستشفيات غير التعليمية:** وهي تلك المستشفيات التي لا تدير برامج التعليم وتدريب طلبة الطب، وتمتاز بصغر حجمها ومحدودية التخصصات المتوفرة فيها، ولكن وفقا لهذا التصنيف يجب الأخذ بعين الاعتبار أنه حتى في المؤسسات غير التعليمية هناك قدر من التعليم والتدريب كون المستشفيات الحديثة بمختلف أنواعها وأحجامها تمارس مقدارا من الأنشطة التدريبية والتعليمية، إلا أن حجم التدريب يختلف من مستشفى إلى آخر، إضافة إلى أن القيام بأنشطة التعليم والتدريب هو جزء من أخلاقيات المستشفى ووظيفة من وظائفه الأساسية لدعم وترقية مستوى الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.

1-3/ تصنيف المستشفيات على أساس الحجم: وفقا لهذا المعيار تقسم المستشفيات إلى ثلاثة أنواع:

¹ سليم بطرس جلد، مرجع سابق، ص 37.

² NOBRE Thierry. **Management de la valeur et pouvoirs dans l'Hôpital.** Journées nationales des IAE. **Le pilotage. Gestion des ressources humaines et système d'information.** Presses Académiques de l'Ouest. Tomes 4. Nantes. Juin 1998. P 559.

³ فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 71.

الجدول رقم (01): أنواع المستشفيات على أساس الحجم

طبيعة المستشفى	محدد الأسرة	نوعية الخدمات*	محدد التخصصات
صغير الحجم	50 - 150	خدمات الرعاية الأولية	01
متوسط الحجم	150-300	خدمات الرعاية الثانية	05
كبير الحجم	1000-300	خدمات الرعاية المتخصصة	10-08

المصدر: - زاهر محمد عبد الرحيم، إدارة المستشفيات والسجلات الطبية، دار الولاية للنشر والتوزيع، عمان، 2016، ص 15.

- فريد توفيق نصيرات. إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص ص 70-71.

وجدير بالذكر أن تصنيف المستشفيات حسب الحجم هو تصنيف نسبي يختلف من دولة إلى أخرى، فما يعتبر مستشفى كبير في دولة ما قد يعتبر مستشفى متوسط في دولة أخرى أو صغير. وبالإضافة إلى التصنيفات المذكورة يجب الإشارة إلى أنه هناك العديد من الأسس التي تصنف المستشفيات مثل: مدة بقاء المريض، جنس المريض، عمر المريض، هدف المستشفى... الخ.

2/ خصائص المستشفيات ومميزاتها:

يعد المستشفى من أحد أكبر المؤسسات تعقيدا وتميزا بالمقارنة مع المؤسسات الأخرى، لذا لابد من التعرف على طبيعة هذه المؤسسة المعقدة والخصائص المميزة لها كمؤسسة صحية، والتي من أهمها:¹

- يوصف المستشفى بالتعقيد، كونه يقوم على ترتيبات تنظيمية معقدة لاختلاف أهداف ومسؤوليات الجماعات المهنية العاملة فيه، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة التنسيق بين تلك الجماعات المتفاوتة على المستويين الثقافي والوظيفي، وللحساسية الناجمة عن طبيعة العمل الذي يمس حياة الإنسان، وما يتبع ذلك من توتر نفسي وجسدي طوال فترة العمل.
- يتميز المستشفى بنظام خدمة مستمرة على مدار الساعة.
- يتسم المستشفى بأنه نظام يتألف من عناصر إنسانية لديها القدرة على التفاعل والتعاطف والاتصال الجيد، إلى جانب القدرة على تشخيص وحل المشكلات.
- يتميز المستشفى بصعوبة قياس و تحديد مخرجاته.
- يحتاج العمل في المستشفى إلى درجة عالية من التخصص.

* هناك ثلاثة أنواع من الخدمات الصحية الممكن أن يحصل عليها الفرد: خدمات الرعاية الأولية وهي الخدمات التي تكون شائعة الطلب عليها من قبل الأفراد، أما خدمات الرعاية الثانية هي خدمات ذات تخصصات ومهارة كافية تقدم من قبل الأطباء العاملين فيها، وأخيرا تتمثل خدمات الرعاية الثالثة أو المتخصصة في الخدمات المقدمة والتي تتسم بدرجة عالية من التخصص والتي تستخدم في تقديمها أجهزة جد متطورة، وغالبا ما تتواجد مثل هذه الخدمات في المستشفيات الجامعية والتخصصية.

¹ عرابية الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات- المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث، العدد 7، جامعة ورقلة، الجزائر، 2010/2009، ص 235.

- يتميز المستشفى بازدواجية السلطة - سلطة الجهاز الإداري وسلطة الجهاز الطبي- التي قد تنشأ عنها مشاكل تنسيقية، وعدم الوضوح في أدوار العاملين.
- يتميز المستشفى بنظام دقيق فيما يتعلق بالمهن الطبية والخدمات الإدارية وغيرها من أقسام المستشفى، التي تتظافر في العمل من أجل تحقيق و إبراز أهدافه.
- من خصائص العمل في المستشفى نقص أو انعدام الحراك الوظيفي، بحيث يبقى العامل في نفس حقل التخصص الذي يلتحق به. فالمرضة مثلا تبقى في حقل التمريض مادامت تحمل مؤهلا لذلك، و هذا ما يسبب تدرجا طبقيًا يثير الصراع بين العاملين في المستشفى.

إن جملة هذه الخصائص المميزة للمستشفى عن غيره من المؤسسات من غير المحتمل أن تتغير، بل ستزداد تعقيدا وحدة مع التقدم المستمر والسريع للعلوم الطبية وما تقوم عليه من تكنولوجيا طبية معقدة.

ثالثا: وظائف المستشفيات وأهدافها:

تطورت وظائف المستشفيات عبر الزمن وفقا لتطور المستشفيات في حد ذاتها، فوفقا لفريدمان تتمثل وظائف المستشفى في الآتي:

- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخليين والخارجيين؛
- القيام بأنشطة التعليم والتدريب للمهنيين والصحيين والعاملين في القطاع الصحي؛
- تطوير المعرفة الطبية والصحية من خلال الأنشطة البحثية؛
- الوقاية من الأمراض لمرضى المستشفى وأفراد المجتمع ككل.

ولفهم هذه الوظائف أكثر بمحتوياتها وأهدافها سنقدم الجدول التالي:

المبحث الثالث: النظام الصحي كمحتوى للمؤسسات الصحية الجزائرية

لكل مؤسسة صحية دور خاص بها ضمن النظام الصحي على حسب حجمها، تخصصاتها وعوامل أخرى تتعلق بطبيعتها ونظامها الداخلي، كما تختلف الأنظمة الصحية من دولة لأخرى وفقا للعديد من الاعتبارات سواء اقتصادية أو اجتماعية أو غيرها.

أولاً: مفهوم النظام الصحي ومميزاته

عرف النظام الصحي بأنه: " جملة الموارد، والتنظيم، والتمويل، والإدارة، تكفل بمجموعها إيتاء الخدمات الصحية لعامة الشعب وهذا بطبيعة الحال لا يعني أن الخدمات الصحية هي أهم المحددات الصحية، فربما كان من العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة ما هو أقوى وأبعد أثرا من الخدمات الصحية. ومنه يمكن اعتبار النظام الصحي أنه مجموعة مدخلات بشرية ومادية ومالية يتم تحويلها من خلال عملية محددة لإنتاج الخدمات التعزيزية، الوقائية، والعلاجية، والتأهيلية.¹"

وعرف النظام الصحي كذلك بأنه: " أحد المكونات التي تؤثر على صيانة وحفظ الصحة بمفهومها الشامل.²"

وبالتالي يتضح أن النظام الصحي هو مجموعة من الأساليب والإجراءات المتبعة لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما اعتمادا على جمع المعلومات الضرورية في جميع المجالات، وذلك لضمان استمرارية تقديم الخدمة الصحية بمختلف أشكالها ومتطلباتها وبما يغطي احتياجات المواطنين وبالتكلفة المناسبة .

ومن أهم الخصائص المميزة للنظام الصحي نذكر:³

- تعقيد النظام الصحي الناتج عن تعدد القطاعات، العلاقات والاتصالات المحيطة بالمؤسسة الصحية والنظام ككل؛
- الصراع الناجم عن اختلاف أهداف هذه القطاعات وخصوصيتها مما يؤدي إلى زيادة التعارض والاختلاف بينها، فمثلا نجد القطاع الخاص يهدف لتحقيق الربح عكس القطاع العام مما يؤدي إلى حدوث خلاف بين مختلف أطراف النظام الصحي الواحد؛
- تماشي النظام الصحي مع آراء، ثقافة، عادات وتقاليد المجتمع التابع له، حيث أن الهدف الأساسي له يتمثل في تطوير الوضع الصحي للسكان وإرضائهم والاطمئنان عليهم بتقديم أفضل الخدمات الصحية لهم بأقل كلفة ممكنة.

ثانياً: العوامل المحددة لوضع النظام الصحي

¹ بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، ورقة عمل مقدمة ضمن مؤتمر: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، 12- 14 مارس 2002، ص 4.

² فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 51.

³ صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 59.

توجد العديد من المظاهر والملاح التي قد تعطي نظرة عن طبيعة النظام الصحي السائد في دولة أو منطقة ما، وهي العوامل التي تجعل من الأنظمة الصحية مختلفة، ومن أهم هذه العوامل نذكر:¹

1/ السكان: وهو العامل الأول والأهم والذي يجب أخذه بعين الاعتبار عند بناء النظام الصحي، ويؤثر هذا العامل من خلال العديد من النقاط التي نذكر منها الآتي:

- يتأثر النظام الصحي بعدد السكان إذ تختلف الأنظمة الصحية للمناطق ذات الكثافة السكانية العالية عنها في المناطق ذات الكثافة الأقل؛
- عند بناء أي نظام صحي لابد من الأخذ بعين الاعتبار معدلات نمو السكان لوضع خطة للأنظمة الحالية والمستقبلية؛
- يعكس معدل العمر السائد في الدولة المعنية نوعية النظام الصحي المطلوب، حيث يجب أن يعكس نوعية الخدمات الواجب توفرها والتركيز عليها بما يتناسب والفئات العمرية السائدة؛
- يجب الأخذ بعين الاعتبار تركز السكان في مناطق جغرافية معينة عند وضع النظام الصحي، وهذا لظهور بعض الأمراض في مناطق معينة دون أخرى؛
- يرتبط مستوى الخدمة الصحية المقدمة للسكان بمستوياتهم الثقافية ومعدلات الأمية السائدة، فعلى سبيل المثال نجد أنه من الواجب أن يركز النظام الصحي على الرعاية الصحية الأولية والتنقيف الصحي في المجتمعات ذات المستويات الثقافية المتدنية؛
- يساهم مستوى الدخل السائد في توجيه النظام الصحي إلى استخدام أرقى التكنولوجيات الحديثة أو التخلي عنها؛
- يجب التركيز كذلك على سلوكيات أفراد المنطقة مثل مدى إقبالهم على التدخين، الكحول والمسكرات.

2/ الموارد الطبيعية: إن توفر الموارد الطبيعية المختلفة يعكس القدرة على اعتماد نظام صحي ذو مستوى عالي، لكون الموارد الطبيعية هي عبارة عن موارد مالية لتلك الدولة أو المنطقة، إذ تمكنها من الإنفاق ورفاهية على الخدمات الصحية وبمستوى راق ومتطور.

3/ العوامل البيئية والطبيعية: إن الإطار العام للنظام الصحي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار المناخ، الطقس، الأوبئة، وجود حشرات وقوارض أو عدم وجودها ونوعيتها في المنطقة المعنية، وهذا عند رسم هذا النظام وتصميمه.

كما توجد هناك العديد من العوامل الأخرى والمتغيرات التكنولوجية، السياسية... ولكن نلاحظ أن من أهم المؤثرات في بناء النظام الصحي الوضع السكاني كركيزة أساسية يمكن الاعتماد عليها فعلا.

¹ نفس المرجع، ص ص 53-56.

ولفهم النظام الصحي أكثر سنحاول أن نلقي نظرة على النظام الصحي الجزائري وتطوراته وفقا للظروف السائدة عبر مختلف الفترات.

ثالثا: تطورات النظام الصحي الجزائري

" لا شك أن الجزائر ومنذ الاستقلال عملت على وضع مبادئ أساسية يقوم عليها النظام الصحي وذلك سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والديساتير، والذي اعتبر مكسبا ثوريا، هذه السياسات عرفت نجاحات وانتكاسات وذلك عبر المراحل المختلفة التي مرت بها الجزائر.¹"

ولإيضاح هذه المراحل أكثر سنتناول تطورات هذا النظام الصحي باختصار في الجدول التالي:

الجدول رقم (03): تطورات السياسة الصحية في الجزائر

الفترة	مميزاتها
قبل الاستقلال	<ul style="list-style-type: none"> - وضعية الصحة العمومية جد متردية؛ - معاناة الشعب الجزائري من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية والمعدية؛ العديدة، منها الملاريا، والسل، والكوليرا، والتيفوئيد، والإسهال... الخ؛ - تمركز المستشفيات والأطباء في المدن المتواجد فيها المحتل بكثافة، واعتماد المناطق الريفية فهي تسير أمور مرضاها على الطب التقليدي والأعشاب الطبية؛ - قلة عدد الأطباء حيث كان الممرض هو العمود الفقري للنظام الصحي؛
1962-1973	<ul style="list-style-type: none"> - تطورات عدد المستخدمين والهيكل القاعدية بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني؛ - تبعية المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء للدولة والمصحات الخاصة للأفراد؛ - الاستقلالية المالية للمستشفيات وتمتعها بالشخصية المعنوية؛ - إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1964؛ - استخدام أطباء متعاقدين إضافة إلى الأطباء الدائمين؛ - هدفت المؤسسات الصحية إلى تقديم خدماتها بأقل تكلفة ممكنة دون الأخذ بالربح كهدف؛ - اهتمام القائمين على النظام الصحي بالزامية التلقيح للقضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة وفيات الأطفال؛ - الاهتمام ببناء الهياكل وتكوين الإطار الطبي وشبه الطبي والإدارية.
1974 - 1988	<ul style="list-style-type: none"> • الإعلان عن سياسة الطب المجاني في جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار حق الصحة للجميع؛ • تزايد عدد الأطباء الجزائريين نتيجة الإصلاحات التي حدثت في مجال العلوم الطبية؛ • توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976؛ • انخفاض معدل وفيات الأطفال وانخفاض حدة الأمراض المعدية؛

¹ (<http://www.djazairss.com/elmassa/61937> (15/11/2012) (تطور المنظومة الصحية الجزائرية منذ الاستقلال)

<ul style="list-style-type: none"> • تحمل الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي لكل نفقات الصحة حيث ساعد ارتفاع أسعار النفط على ذلك. • المركزية المفرطة المعيقة للتكيف مع الظروف والمستجدات؛ • قلة وتيرة التطور في التنمية البشرية بحكم الحاجيات والتحديات محليا ودوليا؛ • سوء التسيير الناجم عن غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي. 	
<p>من 1988 إلى يومنا هذا</p> <ul style="list-style-type: none"> - دستور 23 فيفري 1989: جاء ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية؛ - إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية سنة 1993؛ - إشارة قانون المالية لسنة 1993 إلى تكفل الدولة بالوقاية والمعوزين؛ - إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات سنة 1994؛ - إنشاء الوكالة الوطنية للدم سنة 1995؛ - صدور المنشور الوزاري سنة 1995 المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي؛ - إنشاء الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي المكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال سنة 1995 كذلك؛ - إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي سنة 1996؛ - إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997، حيث تم استبدال مجلس المديرية بمجلس الإدارة؛ - خلال سنة 2007: إعادة تنظيم القطاعات الصحية لتصبح هناك المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص) لتسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المؤسسة الصحية من المواطن. - زيادة حجم الاعتمادات المخصصة والموجهة للقطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة وذلك سنة 2008. - خلال سنة 2009: أبرز مختصون طبيون أهمية تطوير النظام المعلوماتي في القطاع الصحي عن طريق رقمنة تسيير كل المؤسسات الاستشفائية الوطنية والملفات الطبية للمرضى. 	

المصدر: - نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب والنشر، الجزائر، 2008، ص ص 128- 162.

وللإمام أكثر بتطورات النظم الصحي الجزائري، لا بد من الإشارة إلى تطورات الهياكل الصحية من فترة زمنية إلى أخرى فيما يلي:

الجدول رقم (04): تطورات التغطية الطبية والهياكل الصحية وفقا لتطورات النظام الصحي الجزائري

الهيكل الصحية	التغطية الطبية	الفترة
---------------	----------------	--------

	300 طبيب لكل 10 ملايين نسمة	قبل الاستقلال
- 39000 سرير بالمستشفيات	- عدد الأطباء: 1319 طبيب (بمعدل طبيب لكل 8092 مواطن) - عدد الصيادلة: 264 صيدلي (بمعدل صيدلي لكل 52323 مواطن) - 151 طبيب أسنان (طبيب واحد لكل 70688 مواطن)	1965 - 1962
- عدد المستشفيات: 173. - عدد الأسرة: 45160 سرير	- عدد الأطباء: 6081 طبيب (بمعدل طبيب لكل 2960 مواطن) - عدد أعوان الشبه الطبي: 46669 عون (بمعدل عون شبه طبي لكل 386 مواطن)	1979 - 1965
- عدد الأسرة 62500 سرير؛ - عدد المراكز الصحية: 1147 مركزا سنة 1986 - إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية	• تطور عدد الأطباء، حيث أصبح كل طبيب يغطي خدمة ما يعادل 1124 مواطن؛	2007 - 1979

المصدر: نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص ص128 - 162.

بعد الاطلاع على تطورات النظام الصحي في الجزائر وبالرغم من كل التعديلات والجهود المبذولة، إلا أن المشكلة التي لم تنتهي بعد ليست شكلية تتعلق بالدفع المالي، بل هي أعمق من ذلك وتتعلق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة والبيئة التي يعيش فيها.

المبحث الرابع: إدارة المؤسسات الصحية

حظي موضوع إدارة المؤسسات الصحية باهتمام متزايد من قبل المهتمين والمشتغلين بالقطاع الصحي، الممولين وكذلك المنتفعين، وهو ما جعلنا نتناول هذا الموضوع من خلال مبحثنا الرابع، حيث سنركز على مفهوم إدارة المؤسسة الصحية، أهميتها، أسباب ظهورها، مميزاتها... الخ.

أولاً: تعريف إدارة المؤسسات الصحية وأسباب ظهورها

1/ مفهوم إدارة المؤسسات الصحية: اهتم العديد من المفكرين بموضوع إدارة المؤسسات الصحية، ومن أهم التعاريف التي وردت نذكر:

عرفت إدارة المؤسسات الصحية بأنها: " مجموع الأنشطة والمهام المرتبطة بتخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة استخدام الموارد البشرية والمادية المتاحة لتحقيق الأهداف المنشودة من المؤسسة الصحية بكفاءة وفعالية."¹

إذا يمكن القول أن إدارة المؤسسات الصحية هي عملية اتخاذ عدة قرارات تحكم سلوك وتصرفات القوى البشرية المنفذة للخدمة الصحية، إضافة إلى كفاءة استغلال الموارد المادية لتحقيق الهدف المرجو في أقل وقت وبأدنى جهد ممكن لتعظيم العائد المتمثل في الشفاء والراحة للمريض، والإدارة في ظل تحقيق أهدافها لا بد أن تهتم بالجانب الإنساني للعمال وتوفر الظروف الملائمة لممارسة نشاطهم.

وتتجلى أهمية إدارة المؤسسات الصحية في تزايد عددها بسبب زيادة الحاجة إليها، مما يستدعي ظهور أساليب حديثة في إدارة موارد وإمكانيات هذه المؤسسات الضخمة المادية والبشرية، بما يكفل تحقيق الكفاءة والفعالية المطلوبة.

" وكنتيجة لهذه الحاجة المتزايدة ظهر علم إدارة المؤسسات الصحية بنظرياته ومقوماته، وتبلور كحقل علمي في مطلع الثلاثينيات الميلادية بالولايات المتحدة الأمريكية في عدد من جامعاتها، ابتداء من جامعة نورث ويسترن بشيكاغو، وهي أول جامعة تقدم برنامج إدارة المستشفيات، ثم تلتها جامعات شيكاغو، مينيسوتا، نيويورك وواشنطن، ميتشجن، ويتسبرغ وويسكانسن وغيرها."²

2/ أسباب ظهور إدارة المؤسسات الصحية: من أهم الأسباب التي أدت إلى ظهور وتطور إدارة المؤسسات الصحية نذكر:³

- أهمية صحة الإنسان كأول أهم سبب لتطوير وممارسة الإدارة بالمؤسسات الصحية؛
 - ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية المقدمة مقابل محدودية موارد المؤسسات المقدمة لها، مما يستوجب كفاءة توزيع واستخدام هذه الموارد وحسن إدارتها؛
 - تنامي دور المؤسسة الصحية في المجتمع ونشاطاته الاقتصادية والاجتماعية؛
 - تعدد التخصصات الطبية وزيادة عدد القوى العاملة التي تحتويها المؤسسة الواحدة؛
 - تعدد أنواع المؤسسات الصحية وتصنيفاتها.
- كل هذه الأسباب وغيرها أدت إلى ضرورة الاهتمام بإدارة المؤسسة الصحية لضمان السير الحسن لنشاطها دون عوائق وتخفيض تكاليفها لتمكينها من تقديم حجم أكبر من الخدمات وبكفاءة للوصول إلى صحة وسلامة الفرد وفي أسرع وقت ممكن.

¹ عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعمنة، مرجع سابق، ص 15.

² وليد يوسف صالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص 20.

³ منتديات سكاو. ملخص إدارة المستشفيات. عن موقع: www.skaau.com (03/05/2011)

ثانياً: مميزات إدارة المؤسسات الصحية: تتميز إدارتها عن غيرها من الإدارات بالعديد من الميزات ومن أهمها:¹

- طبيعة العمل بهذا النوع من المؤسسات غالباً ما تكون على مدار الساعة ودون توقف أثناء العطل والأعياد؛
- يمكن للإدارة العليا أن تتصل مباشرة بأقل المستويات الإدارية دون ضرورة المرور بالتسلسل الإداري حسب الهيكل التنظيمي، والعكس صحيح بالنسبة للمستويات الدنيا؛
- تتميز إدارة المؤسسة الصحية بالتعقيد لتعدد المهن بها، عدد العاملين المرتفع بمختلف مستوياتهم التعليمية والتطور في الأجهزة الطبية المستخدمة؛
- المرونة العالية لإدارة المؤسسات الصحية لكثرة العلاقات الإنسانية بها؛
- يغلب على إدارتها أسلوب إدارة الأزمات بالإضافة لكونها قادرة على التكيف مع مختلف التغيرات البيئية؛
- ضرورة السرعة في اتخاذ القرارات بها تؤدي إلى عدم وجود أي نوع من المشاركة أحياناً؛
- يتميز القرار في المؤسسة الصحية بالخطورة لطول الفترة الزمنية بين اتخاذ القرار ونتائجه؛
- عدم إمكانية تحديد مواعيد الإنتاج ورسم الخرائط التوضيحية لما يمكن انجازه من عمليات خلال ساعات العمل بالمؤسسات الصحية عموماً؛
- اختلاف نوعية الرقابة بالمؤسسات الصحية عنها في المؤسسات غير الصحية، فهي تتطلب متابعة الأداء وتوفير قاعدة جيدة من البيانات من خلال الزيارات الميدانية لمواقع العمل واللقاءات والاتصالات لمعرفة ما إذا كانت الخدمات الطبية تقدم لمستحقيها بطريقة جيدة ووفقاً للميزانيات المحددة والسياسات المخططة.

ثالثاً: الوظائف الإدارية بالمؤسسات الصحية:

لا تختلف الوظائف الإدارية بالمؤسسة الصحية عنها في المؤسسات الأخرى الإنتاجية منها أو الخدمية، بالرغم من التمايز المتضمن لكل وظيفة من قطاع لآخر، فهي تندرج ضمن التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة.

1/ وظيفة التخطيط الصحي: يعتبر التخطيط من أول وأهم الوظائف الإدارية التي ترسم ملامح توجهات المؤسسة ومسارها المستقبلي من خلال الأهداف التي يحددها وبما يتوافق والإمكانات المادية، البشرية والمعرفية للمؤسسة، ولأهمية التخطيط في المؤسسة سنحاول دراسة مختلف جوانبه داخل المؤسسات الصحية وإبراز أهم إيجابياته.

¹ صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 36-37.

1-1/ تعريف التخطيط الصحي: عرف التخطيط الصحي كالآتي:

" التخطيط الصحي هو عبارة عن وصف لوظيفة إدارية تقنية يمكن منظمات الرعاية الصحية من التعامل مع الحاضر وتوقع المستقبل، حيث يتضمن ما يجب القيام به، متى، كيف ولماذا؟"¹ ومنه فالتخطيط الصحي هو دراسة للواقع الصحي الحالي من أجل تحقيق أهداف مستقبلية منطقية مقبولة، مع الأخذ بعين الاعتبار الدراسات والتجارب السابقة في المجال الصحي ورسم الطريق بين الواقع الحالي والهدف المستقبلي. وتبرز أهميته كذلك من خلال:²

* إتاحة فرص المشاركة وتوفير الحافز ورفع روح المعنوية لضمان الالتزام بالتنفيذ وتحسين الأداء؛

- * تزويد المؤسسة الصحية بالاتجاهات التي سوف تسلكها؛
- * تحسين قدرة المؤسسة الصحية على التنافس مع القطاعات الأخرى على الموارد المحدودة؛
- * السير الحسن للأنشطة والإجراءات وإزالة المعوقات مسبقا وتشجيع روح المبادرة على حساب ردود الأفعال؛
- * مقابلة التطورات التقنية؛
- * التقليل من المشاكل والمفاجآت؛
- * تلبية احتياجات المستهلكين بصورة أفضل؛
- * تقليل الازدواجية والتضارب نتيجة لتوحيد الجهود وتنسيقها؛
- * تسهيل الرقابة وضبط الجودة من خلال تحديد المقاييس؛
- * تحسين مستوى الخبرات والمهارات عن طريق تشجيع التفكير المستقبلي على حساب الانشغال بالمشاكل الآنية الفورية؛
- * تحسين كفاءة استخدام الموارد الصحية بأكثر الطرق اقتصادا؛
- * تحسين قدرة المؤسسة الصحية على التعامل مع الأنشطة الكبيرة والمعقدة؛
- * الاستفادة من الموارد البشرية المحدودة وحمايتها.

1-3/ مبادئ التخطيط الصحي: من أهم مبادئ التخطيط في المجال الصحي نذكر:³

- **الواقعية**: ويقصد بها أن يتم الأخذ بعين الاعتبار عند إعداد الخطة الإمكانيات المتاحة لدى المؤسسة الصحية من موارد بشرية، فنية ومادية، وكذلك المحددات المحتملة التي قد تحول دون تنفيذ الخطة.

¹ سامي محمد الحبيب، التخطيط الصحي والقيادة، دورة تدريبية في إدارة الصحة المستشفيات، جامعة الملك سعود، جدة، 1432.

² وليد يوسف الصالح، مرجع سابق، ص 43.

³ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 77-79.

- **الشمولية:** ويقصد بها أن تكون خطة المؤسسة شاملة لجميع الأنشطة والمستويات الطبية، الفنية والإدارية، ومحقة التوافق والترابط بين مختلف المستويات والتخصصات.
- **الالتزام:** يقصد به أن الخطة عندما توضع وتقرر من إدارة المؤسسة تصبح واجبة التنفيذ من الأقسام كافة الطبية، الفنية والإدارية ومختلف المستويات، ولا مجال للاجتهااد في الخطة بعد إقرارها حتى وان تباينت وجهات النظر.
- **المرونة:** ويقصد بها قابلية تحديث الخطة وتعديلها وفق المستجدات والمتغيرات البيئية المستقبلية غير المتوقعة.
- **الاستمرارية:** بمعنى عدم انتهاء عملية التخطيط بمجرد وضع الخطة وتحديد الأهداف وتوزيعها على الأطراف المعنية في المؤسسة، بل أن استمرارية الخطة تمتد إلى التنفيذ ومتابعة النتائج وجمع البيانات اللازمة لتحسين عملية وضع الخطة الجديدة.

4-1/ مراحل التخطيط الصحي: لا تختلف مراحل التخطيط في أي مجال عن مراحل التخطيط الصحي كثيرا، إلا أن الخطة الصحية يجب أن تكون موضوعة ومدروسة من قبل مجموعة من الخبراء في هذا المجال وتناسب نوعية العمل ونوعية التخصصات الطبية المتوفرة في المؤسسة الصحية، وتقلل أي خطورة محتملة أو غموض أو عدم وضوح، وتتمثل مراحل التخطيط الصحي فيما يلي:¹

1-4-1/ تحليل الحالة: ومن أهم مضامين هذه المرحلة الآتي:

- فحص الحالة الصحية المبحوثة بوقتها الحالي وما تتطلبه مستقبلا من احتياجات؛
- تحديد الأسلوب الذي تقدم به الخدمة الصحية؛
- هيكلية التنظيم المرتبطة بالحالة المبحوثة المتعلقة بالخدمة الصحية المخطط لها؛
- تحديد الموارد البشرية والمعدات اللازمة للحالة المبحوثة بوضعها المستقبلي؛
- تحليل البيئة المرتبطة بالقطاع الصحي ذات العلاقة مع الحالة المبحوثة والمتضمنة خاصة اللوائح والقوانين الصحية والأنظمة الحكومية.

4-1-2/ تحديد الأهداف المراد تحقيقها: تمثل هذه المرحلة تشخيصا لأسبقيات الأهداف المطلوب إنجازها من قبل المؤسسة بافتراض المرونة في الخطة بما يتوافق والمؤشرات الاجتماعية والقانونية التي تنعكس على تحديد تلك الأولويات.

4-1-3/ تحديد البدائل المتاحة: بعد وضع الأهداف يجب على إدارة المؤسسة الصحية أن تقوم بوضع قائمة البدائل المتاحة من أجل الوصول إلى الأهداف المحددة سلفا، حيث يجب أن تقتصر البدائل على ما يمكن تحقيقه والاستفادة منه، وتحديد هذه البدائل قد يكون على جانب كبير من التعقيد، حيث يستلزم إعداد تنبؤات مفصلة عن التكاليف والإيرادات لكل بديل.

¹ نفس المرجع، ص 82.

1-4-4/ اختيار البديل الأفضل: بعد عملية تحديد مجموعة البدائل يتم دراسة وتوضيح مميزاتهما وتقييمهما من خلال تحديد مجموعة من المعايير أو المؤشرات المشتركة، ومن أهمها نذكر: التكلفة، وفرة الموارد المادية، وفرة الموارد البشرية، الفترة المتوقعة لإنجاز كل بديل، مدى الحاجة إلى استخدام التكنولوجيا... الخ، فكل مؤسسة تستطيع اختيار العوامل التي تناسبها من أجل الوصول إلى المقارنة وتقييم البدائل المتاحة.

1-4-5/ التنفيذ: وتتمثل هذه الخطوة في نقل كل ما تم إعداده من الخطة إلى حيز التنفيذ من طرف المعنيين بالأمر، حيث يساهم كل قسم من أقسام المؤسسة في تنفيذ كافة أجزاء الخطة، حيث في هذه المرحلة المتعلقة باتخاذ أهم قرار تنفيذي للخطة، لا بد من دراسة ردود الفعل المتمثلة في مقاومة التغيير التي قد يبديها المعنيون، حيث هناك دائما مجموعة من النتائج غير المتوقعة التي تنشأ أثناء التنفيذ على الرغم من كل الخطوات المدروسة.

وفي الأخير وبعد تنفيذ الخطة تتم عملية قياس النتائج المحققة و التكلفة التي تم تحملها للوصول إلى تلك الأهداف المحددة، فهي مرحلة التأكد من فاعلية وكفاءة القرارات المتخذة وحسن تنفيذها حيث يتم إظهار نقاط الضعف لمحاولة تجنبها والتخفيف من حدتها، ونقاط القوة من أجل دعمها والاستفادة منها.¹

1-5/ عقبات التخطيط الصحي وعوائقه: من خلال الدراسة السابقة لتخطيط الخدمات الصحية يمكن إيجاز أهم المعوقات التي تعترضه فيما يلي:²

- سوء اختيار القيادات المسؤولة عن إدارة المؤسسات الصحية؛
- التراخي في توفير المتطلبات الأساسية للتخطيط الجيد من الوقت والمال وقواعد البيانات التي تمثل متطلبات أساسية لترتيب الأولويات وتقدير الاحتياجات؛
- غموض الأهداف الناجم عن عدم استيعاب المعنيين لأهمية ذلك العمل المطلوب ضمن الخطة أو الخوف من الفشل في تحقيقه؛
- مقاومة التغيير والتطوير: إذ يقوم التخطيط أساسا على نقل الحالة القائمة من وضعها الحالي إلى وضع أفضل، وهذا يتطلب تغيير عددا من المجالات القائمة في عمل المؤسسة الصحية ومحاولة صياغة ظروف عمل جديدة للمستقبل، إلا أن هذا الأمر قد يواجه مقاومة بعض العاملين على اختلاف تخصصاتهم تخوفا من المستقبل المجهول؛
- المؤثرات البيئية المحيطة بالمؤسسة خاصة اللوائح والقوانين والتعليمات التي تصدر عن الجهات العليا دون دراسة لطبيعة عمل المؤسسات الصحية واحتياجاتها، بالإضافة إلى

¹ خليل محمد حسن الشماخ، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال، دار المسيرة، عمان، ط4، 2004، ص 122.

² عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعمنة، مرجع سابق، ص 18.

المتغيرات السياسية والاجتماعية والتكنولوجية وما يرتبط بها من ضغوط والتي تمثل تحدياً متزايداً للقائمين بالتخطيط الصحي.

فبعد التطرق لأهم العقبات أمام التخطيط تجدر الإشارة إلى ضرورة التخفيف من حدتها من خلال الأخذ بعين الاعتبار أن للتخطيط حدود، فهو يتيح الفرص للنجاح ولا يضمنه، لذا فعلى مسؤولي المؤسسات الصحية العمل على ضمان الاتصال بين مختلف المستويات الإدارية، إشراكها في إعداد الخطط وتوحيد الجهود في سبيل تحقيق هذا النجاح من خلال المراجعة المستمرة لهذه الخطط وتطويرها لمسايرة وتكييف أوضاع المؤسسة وفقاً لمتغيرات المستقبل.

2/ وظيفة التنظيم بالمؤسسات الصحية: تأتي عملية التنظيم في المرحلة الثانية بعد التخطيط الصحي، ففي مرحلة التخطيط تحدد الأهداف التي تساهم في تحقيق أغراض المؤسسة الصحية، وفي مرحلة التنظيم تحدد الأعمال والمهام الوظيفية وتحدد العلاقات وتوحد جهود العاملين من أطباء، ممرضين، إداريين وكافة عمال المؤسسة في سبيل العمل لتحقيق هذه الأهداف.

1-2/ مفهوم التنظيم: رغم اختلاف وجهات النظر ومفاهيم علماء الإدارة حول كلمة **التنظيم** من حيث الشمولية والعمق إلا أنه يمكن لنا أن نقدم أهم هذه التعاريف وأشملها:

عرف التنظيم بأنه: " الترتيب والتوزيع المنظم للأنشطة على الأفراد مع تحديد اختصاصاتهم ومسؤولياتهم من أجل إنجاز الأهداف".¹

كما يعرف بأنه: " فضاء لتنسيق وتجميع الجهود، أين يسود تقسيم العمل وتخصيص المهام والمسؤوليات".²

ومنه يمكن اعتبار التنظيم كأحد الوظائف الإدارية التي يمارسها مدير المؤسسة الصحية أنه وضع وصياغة الهياكل والأطر التي يتم بها تقسيم الأنشطة الطبية وشبه الطبية والإدارية في المؤسسة من خلال تفويض السلطة وتنسيق الجهود من أجل تحقيق الأهداف المخططة.

2-2/ أهمية التنظيم: تظهر أهمية التنظيم في كونه:³

- يجعل كل موظف يعرف الأنشطة التي من الواجب عليه أن يقوم بها ويعرف موقعه ومكانه ضمن التنظيم العام؛
- يحدد علاقات العمل ومن خلاله يعرف كل موظف علاقته برؤسائه ومرؤوسيه وزملائه؛
- يوجه الجهود العاملة ويؤدي إلى علاقات سليمة ومرغوبة بين العاملين لتحقيق نوع من الرقابة الذاتية؛

¹ بلقاسم سلطانية، إسماعيل قيرة، **التنظيم الحديث للمؤسسة**، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008. ص 48.

² Yves- Frédéric Livian, **Organisation « Théories et Pratiques »**, Dunod, Paris, 1998, P 18.

³ ربحي مصطفى عليان، **أسس الإدارة المعاصرة**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 95.

- يحقق التنظيم الجيد أفضل استخدام للطاقات البشرية والإمكانات المادية المتوفرة؛
- يعالج مشكلة ازدواجية العمل والتكرار للعمليات الإدارية؛
- يساهم في زيادة خبرات ومهارات العاملين بالمؤسسة؛
- يساهم التنظيم المرن في إحداث تغييرات جديدة وإيجابية في الهيكل التنظيمي؛
- يمكن من الاستفادة من التخصصات الموجودة بكفاءة وفعالية من خلال استقطاب الكوادر الطبية المميزة بالإضافة إلى الموارد المادية والتكنولوجية المتاحة؛
- يجنب الإسراف في موارد المؤسسة الصحية من خلال وضع أنظمة لتحديد الاستهلاك.

2-3/ مبادئ التنظيم: يمكن تلخيصها في:¹

- تحديد كوادر بشرية متخصصة بكل نشاط لإنجاح المؤسسة الصحية وتحقيق أهدافها المنشودة؛
- تقسيم العمل على مختلف الوحدات الإدارية حسب حجم كل وحدة ومستواها الإداري؛
- نطاق الإشراف: ويقصد به قدرة المشرف على الإشراف على المرؤوسين، حيث يرتبط نطاق الإشراف بمجموعة من العوامل أهمها طبيعة العمل وقدرة وكفاءة المشرف... الخ.
- وحدة القيادة: بهدف تجنب ازدواجية السلطة وجعل القرارات واضحة لمختلف العاملين؛
- تفويض السلطة لتخفيف العبء عن الإدارة العليا من جهة، واكتشاف المواهب والقدرات الإدارية من جهة أخرى؛
- مبدأ المرونة لمواكبة التغيرات البيئية المختلفة؛
- مبدأ المسؤولية: وتعني تعهد المرؤوس بأداء الأعمال التي من شأنها تحقيق الأهداف.

2-4/ مراحل التنظيم: تتمثل مراحل العملية التنظيمية فيما يلي:²

- احترام الخطط والأهداف التي يتم وفقاً لها تحديد الوظائف التي تعتبر من الأمور الهامة لإدارة الموارد البشرية بالقطاع الصحي؛
- تحديد الأنشطة الضرورية لإنجاز الأهداف وفق طبيعة العمل والتخصصات الطبية المتوفرة؛
- تفويض العمل والسلطات من خلال التسلسل الوظيفي ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة؛
- تصميم مستويات العلاقات من خلال تحديد العلاقات العمودية والأفقية في المؤسسة ككل.

2-5/ الهيكل التنظيمي للمؤسسات الصحية: تعتبر المؤسسات الصحية تنظيمات متداخلة بشكل

كبير، حيث تتفاعل مع البيئة الخارجية والعلوم المرتبطة بالجوانب الحياتية المختلفة كالاقتصاد، السياسة والسلوكيات... الخ، ولذلك فإنه من الضروري البحث عن التنظيم الأمثل للمؤسسة الصحية بحيث يحقق

¹ صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 108 - 109.

² خيرى كتانه، مدخل إلى إدارة الأعمال. منهج تحليلي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 108.

الاتصالات الواضحة والقوية والمفهومة، ويحدد السلوك التنظيمي للأفراد والجماعات والعلاقات بين مختلف المستويات الإدارية، والهيكل التنظيمي هو الإطار الذي يوضح كل هذه النقاط ويبين أنماط التفاعل الواجب إتباعها، حيث نجد من أهم العوامل المساعدة على بناءه ما يلي:¹

- الطاقة التصميمية (عدد الأسرة)؛
- عدد العاملين بالمؤسسة؛
- أصول المؤسسة وموجوداتها الثابتة كالأراضي والمباني...
- عدد أيام العلاج وعدد أيام الدخول في فترة زمنية محددة؛
- الإيرادات الكلية والمصروفات؛
- حجم المؤسسة بشكل عام من حيث البناء ودرجة التعقيد المستخدمة فيه؛
- عمر المؤسسة، حيث كلما زاد كان الهيكل التنظيمي أكثر رسوخا وثباتا؛
- القدرات الإنسانية والمؤهلات العلمية والعملية المتوفرة.

3/ وظيفة التوجيه: بالرغم من جودة الخطط والهيكل التنظيمية فقد تفشل إدارة المؤسسة الصحية في تحقيق الأهداف المخططة نتيجة فشلها في أداء وظيفة التوجيه.

3-1/ تعريف التوجيه: " التوجيه كوظيفة إدارية هو الوظيفة التنفيذية التي تنطوي على قيادة الأفراد والإشراف عليهم وتوجيههم إلى كيفية تنفيذ الأعمال وإتمامها وتحقيق التنسيق بين مجهوداتهم وتنمية التعاون الاختياري بينهم من أجل تحقيق هدف مشترك."²

كما عرف بأنه: " كافة الجهود والأنشطة التي تستهدف التأثير في سلوكيات مختلف فئات الأفراد العاملين بالمؤسسة وحثهم على المساهمة بمستوى أداء جيد نحو تحقيق الأهداف المخططة لوحدهم من ناحية وللمؤسسة من ناحية أخرى، حيث أن وظيفة مدير المؤسسة لا تقتصر فقط على الاهتمام بتقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية وما يرتبط بها من إجراءات وموازنات مالية، ولكن عليه أيضا الانتباه لمشاعر مختلف فئات العاملين، وأن يعطي لمعنوياتهم ورضاهم نفس الأهمية التي تعطى للخدمات التشخيصية والعلاجية."³

3-2/ أهمية التوجيه:

" يستمد التوجيه أهميته من كونه الوظيفة التي تعكس حسن أو سوء أداء العملية الإدارية كلها، فبعد أن يتم تحديد الأهداف وتوزيع الواجبات بوضع الفرد المناسب في المكان المناسب، فلا بد من إعلام الأفراد وإرشادهم وتشجيعهم وقيادتهم نحو تحقيق الأهداف. ووظيفة التوجيه وإن كان يتعين أداؤها بجميع

¹ صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 121.

² رجي مصطفى عليان، مرجع سابق، ص 175.

³ عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعمانة، مرجع سابق، ص 21.

مستويات الإدارة، إلا أن أهميتها تتزايد في المستويات الدنيا حيث تكون العلاقة مباشرة بين الرئيس والمرؤوسين، وحيث تتزايد أهمية التعليم والإرشاد وحيث تظهر فعالية قيادة الأفراد والتأثير فيهم لإنجاز الأهداف، ففي هذا المستوى يتم اتصال المدير بالمرؤوسين عدة مرات، حيث تكون لهم الفرصة لتبادل الرأي في شأن مشاكلهم الشخصية وظروفهم المعيشية بالإضافة إلى مشاكل العمل وطرق إنجازهم بفاعلية.¹

3-3/ مبادئ التوجيه: إن نجاح وظيفة التوجيه يتوقف على الالتزام بالمبادئ التالية:²

- مبدأ تجانس الأهداف: يدل هذا المبدأ على ضرورة تجانس أهداف الفرد مع أهداف المؤسسة الصحية.
- مبدأ وحدة القيادة : إن التوجيه يكون فعالاً إلى أقصى حد حين يتبع المرؤوسون لرئيس واحد.
- مبدأ الإشراف المباشر : تتطلب طبيعة الاتصالات الشخصية التي بين الرئيس والتابع أن يقوم بالاتصال الشخصي المباشر، وذلك في توجيه جهود المرؤوسين وملاحظة قيامهم بوظائفهم .
- مبدأ ملائمة وسيلة التوجيه: يتطلب التوجيه الإداري الفعال أن تكون الوسيلة المستعملة بالنسبة للشخص موضع الإشراف، وبالنسبة للعمل الذي ينبغي القيام به وسيلة ملائمة.

3-4/ مكونات التوجيه: للتوجيه ثلاثة ركائز أساسية تتمثل في القيادة، الاتصال والتحفيز كما ستظهر في الجدول التالي:

¹ منتدى التمويل الإسلامي، وظيفة التوجيه، عن موقع: <http://islamfin.go-forum.net/t1559-topic> (29/09/2011)

² مبادئ عملية التوجيه الإداري، عن موقع: <http://www.hrdiscussion.com/hr85158.html> (01/05/2014)

¹ منتدى التمويل الإسلامي، وظيفة التوجيه، عن موقع: <http://islamfin.go-forum.net/t1559-topic> (29/09/2011)

² مبادئ عملية التوجيه الإداري، عن موقع: <http://www.hrdiscussion.com/hr85158.html> (01/05/2014)

4/ وظيفة الرقابة: تعد الرقابة من مهام ومسؤوليات كافة المستويات الإدارية، فهي وظيفة أساسية وهامة لإدارة المؤسسة الصحية خاصة لارتباطها بحياة الإنسان واستمراريته.

4-1/ مفهوم الرقابة: لقد تعددت وتتنوع التعاريف المرتبطة بالرقابة رغم اتحادها في المعنى، كما اختلفت وجهات نظر الكتاب في مجال تحديد تعريف موحد ودقيق يختص بالرقابة، فمنهم من يعرفها بأهدافها وآخر بإجراءاتها وآخر يربطها بنوع من أنواع الرقابة وآخر بأهمية الرقابة ذاتها. وبالرغم من ذلك فقد اتفق الجميع على أن الرقابة وظيفة من وظائف التسيير بالإضافة إلي التخطيط، التنظيم والتوجيه.

عرفت الرقابة بأنها: "العملية التي تسعى الإدارة من خلالها إلى التحقق من أن ما حدث هو الذي كان يفترض أن يحدث، وإذا لم يحدث ذلك فلا بد من إجراء التعديلات اللازمة".¹ حيث أنها "تتطوي على

¹ عبد الرحمان الصباح، مبادئ الرقابة الإدارية المعايير - التقييم - التصحيح، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1997، ص 17.

قياس وتصحيح أعمال الإداريين والمرؤوسين، بهدف التأكد من أن الخطط الموضوعة لتحقيق أهداف معينة قد نفذت وحقت المطلوب.¹

ومنه فإن عملية الرقابة بالمؤسسات الصحية هي عبارة عن وضع الخطط والمعايير المناسبة لطبيعة العمل الطبي والتمريضي وإلزام العاملين بها لتحقيق أفضل أداء وتقديم أجود خدمات طبية التي تحقق الرضا للمرضى وتحقق أهداف المؤسسة وكل من يساهم في نجاح تقديم هذه الخدمات، ومن ثم يتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة لاستمرارية تحقيق وتطوير أهداف المؤسسة وإرضاء الزبون أكثر.

4-2/ أهمية الرقابة: يمكن القول أن أهمية الرقابة بالنسبة للمؤسسة تستخلص من مفهومها باعتبارها:²

- أداة للتأكد من أن أهداف المؤسسة المسطرة تم إنجازها حسب ما خطط له؛
- أداة لتزويد الإدارة العليا بالمعلومات والبيانات التي تخص الواقع الفعلي للمؤسسة؛
- أداة لتحقيق أمثلية وفعالية لكل عمليات المؤسسة؛
- أداة للتحقق من ملاءمة وصدق المعلومات المالية ودقة القوائم المالية المنشورة؛
- أداة للتأكد من مدى الملائمة والمطابقة مع القوانين واللوائح الجاري العمل بها.

ولكن من الملاحظ أن نسبة كبيرة من مديري المؤسسات الصحية يهملون مسألة متابعة الأداء ويكتفون بإصدار القرارات وذلك لانشغالهم بأعمال أخرى يعتقدون أنها أكثر أهمية، وما ينبغي التأكيد عليه هو أنه بدون وجود أسلوب منظم لمتابعة الأداء في كافة مجالات العمل بالمؤسسة فإن هناك احتمال ضئيل أن تتحقق النتائج المرجوة، حيث أن أحد المهام الأساسية لمدير المؤسسة هي الحصول على المعلومات الكافية والصحيحة من خلال التقارير والزيارات الميدانية لمواقع العمل واللقاءات والاتصالات الشخصية مع بعض العاملين في المجالات المختلفة لمعرفة ما إذا كانت الخدمات الطبية تقدم لمستحقيها بمستويات مقبولة من الجودة وفي حدود الميزانيات المحددة وضمن سياسات وإجراءات عمل ملائمة، كما أنه في حاجة إلى معرفة كيف تعمل كل إدارة أو قسم أو وحدة في المؤسسة وما تحققه من إنجازات، وأن كل شيء يسير وفق الخطة المرسومة والجدول الزمنية المحددة، وسبيله في ذلك هو وظيفة الرقابة التي تنطوي على ثلاثة مهام أساسية، وهي:³

- تحديد مستويات الأداء في مختلف مجالات العمل بالمؤسسة الصحية؛
- قياس وتقييم الانجاز الفعلي بشكل مستمر ومقارنته بالمستويات المحددة سلفاً؛

¹ عاطف عبيد، أصول التنظيم والإدارة، دار النهضة العربية، بيروت، 1997، ص 108.

² إبراهيمي عبد الله، الرقابة وأهميتها في تطوير تنافسية المؤسسة، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الوطني الأول حول المؤسسة الاقتصادية وتحديات المناخ الاقتصادي الجديد، جامعة ورقلة، أفريل 2003، ص 22.

³ عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعمانة، مرجع سابق، ص 23.

- اتخاذ الإجراءات اللازمة لتصحيح مسارات العمل ومعالجة الانحرافات والأخطاء.

4-3/ الأساليب الرقابية بالمؤسسات الصحية: ومن أهمها:¹

- الزيارات الميدانية لمواقع العمل: وتعتبر من أكثر الطرق استخداما في متابعة الأداء، حيث يقوم مدير المؤسسة بزيارة الأقسام العلاجية والعيادات الخارجية والمختبرات وغيرها، للحصول على معلومات حقيقية عما يدور بداخلها.
- الاتصال بالمرضى أو الزائرين للتعرف على تقييمهم لجودة الخدمة الطبية والخدمات الطبية المساعدة وغيرها من الخدمات إضافة إلى أساليب التعامل معهم، ثم يحلل شكاويهم التي تعد مصدرا هاما من مصادر المعلومات عن مستوى الأداء في الأقسام العلاجية.
- الاحتفاظ بالسجلات: هناك بعض مجالات الأداء التي يمكن متابعتها بسهولة من خلال السجلات سواء اليدوية منها أو المجهزة عن طريق الحاسب الآلي، وغالبا ما تكون مرتبطة بالتكلفة، الوقت المجدول لتنفيذ بعض الأنشطة، إحصاءات دخول وخروج المرضى وغيرها من البيانات التي يحتاجها مدير المؤسسة في اتخاذ العديد من القرارات.

بالإضافة إلى المتابعة المرحلية للانجازات، التدقيق وغيرها من الأساليب الرقابية التي تختلف من حيث اعتمادها من مؤسسة صحية إلى أخرى.

المبحث الخامس: الأساليب المتبعة في إدارة المؤسسات الصحية

في الواقع العملي لا يوجد أسلوب مثالي ومحدد لإدارة المؤسسات إلا أن إدارتها تتطلب المعرفة التامة بالأساليب الإدارية والمدارس المختلفة، ولكن من الممكن تطبيق إحدى أفكار هذه المدارس لإدارة المؤسسة الصحية وفق معطيات معينة مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية كل مؤسسة، ومن بين أهم الأساليب ما يلي:

- إدارة المؤسسة الصحية بأسلوب الإدارة بالأهداف؛
- إدارة المؤسسة الصحية بأسلوب إعادة الهندسة؛
- إدارة المؤسسة الصحية بالجودة الشاملة.

أولا: إدارة المؤسسة الصحية بأسلوب الإدارة بالأهداف

لقد عرف النصف الثاني من القرن العشرين تطورا متسارعا في ظاهرة المشاركة في التسيير من خلال أسلوب الإدارة بالأهداف، حيث أن أول من أبرز مفهومها هو الأستاذ " بيتر دركر " سنة 1954 في كتابه « La pratique du Management » من خلال اقتراحه أن تشكل الأهداف

¹ نفس المرجع، ص ص 25-26.

وسيلة لمنهج تنظيمي للإدارة والتوجيه في المؤسسة¹، حيث "أكد أن ما تحتاج إليه التنظيمات الإدارية هو مبدأ إداري ينمي الإحساس بالمسؤولية لدى الأفراد العاملين فيها ويوفر لهم في نفس الوقت التوجيه الكافي ويجعل أهدافهم الشخصية منسجمة مع الأهداف العامة للتنظيم، والمدخل الوحيد الذي يمكن أن يحقق كل ذلك هو الإدارة بالأهداف والرقابة الذاتية".²

1/ تعريف أسلوب الإدارة بالأهداف:

تعرف الإدارة بالأهداف بأنها: "أسلوب إداري منطقي يجمع بين إستراتيجية التخطيط لضمان الاستمرار للمؤسسة والتخطيط التكتيكي، بالإضافة إلى تقييم الأداء ومحاولة تطويره وتحسينه بما يحقق الأهداف بكفاءة أعلى"³، فهي عبارة عن نظام يقوم فيه الرئيس والمرؤوس أو مجموعة من المرؤوسين بتحديد ووضع أهداف مشتركة.

من خلال هذين التعريفين نستخلص أن الإدارة بالأهداف هي مجموعة من العمليات يشترك في تنفيذها كل من الرئيس والمرؤوس، وتتضمن هذه العمليات تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها تحديدا واضحا وتحديد مجالات المسؤولية الرئيسية لكل فرد في المؤسسة على ضوء النتائج المتوقعة واستعمال هذه المقاييس كمعيار لتنظيم سير العملية الإدارية. ويتوقف نجاح هذا الأسلوب في إدارة المؤسسات الصحية على توفر إدارة تتميز بالكفاءة والمعرفة والقدرة على تطبيقه.

2/ خطوات الإدارة بالأهداف: تتضمن عملية الإدارة بالأهداف مجموعة من الخطوات الأساسية وهي:⁴

- لقاءات المدير والمرؤوسين لمناقشة أهدافهم المتوافقة مع الأهداف الكلية للمؤسسة وتقسيماتها؛
- إشراك المدير مع المرؤوسين في وضع أهداف لهم قابلة للتطبيق؛
- تحديد مجالات النتائج الأساسية حيث يرتبط ذلك بما لدى المؤسسة الصحية من مدخلات وما يحدث لها حتى تصل إلى المخرجات، ولا بد من تحويلها جميعا حتى تتسجم مع الأهداف؛
- توضيح الأدوار ووضع معايير الأداء وتنظيم المعلومات؛
- لقاءات المدير والمرؤوسين بوقت لاحق لتقييم مدى النجاح في بلوغ تلك الأهداف.

3/ ركائز الإدارة بالأهداف: من أهمها ما يلي:⁵

- طالما كانت أهداف المؤسسة معروفة فلا داعي لمشاركة العاملين مع الإدارة في اتخاذ القرارات؛
- أن يقتصر دور الرئيس على مشاركة المرؤوسين في تحديد الأهداف فقط؛

¹ Gisèle COMMARMOND, Alain EXIGA, **Manager par les objectifs**, 2ème édition, Dunod, Paris, 2004, P 04.

² لخضر مرغاد. حدة رايس، **الإدارة بالأهداف كأداة للتسيير الفعال**، مداخلة مقدمة ضمن المنتدى الدولي حول **التسيير الفعال في المؤسسة الاقتصادية**، جامعة مسيلة، الجزائر، ماي 2005، ص 2.

³ أحمد خاطر، **مقدمة في إدارة المؤسسات الاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1992، ص 67.

⁴ www.brooonzyah.net/vb/t4297.html (02/12/2011)

⁵ خيري كتانة، مرجع سابق، ص 196.

- أن تقتصر عملية تقييم الأداء على المرؤوسين فقط؛
- لا بد من المشاركة والديمقراطية بين العاملين والإدارة في جميع مراحل العمل.

4/ إيجابيات وسلبيات الإدارة بالأهداف:

4-1/ الإيجابيات: تحقق فلسفة الإدارة بالأهداف جملة من المزايا تتمثل في كونها:¹

- تحسن من ممارسة وظيفة التخطيط والمشاركة في وضع الأهداف؛
- تحقق التكامل بين أهداف الفرد وأهداف المؤسسة؛
- تمكن من استيعاب أهداف الجماعات الصغيرة ضمن أهداف المؤسسة؛
- تسهل عملية الاتصال بين القمة والقاعدة مما يزيد من الثقة والتعاون بين مختلف المستويات الإدارية؛
- تطور نظم الرقابة الفعالة وتزيد من المساعدات التي يقدمها الرئيس للمرؤوسين مما يرفع الروح المعنوية لديهم.
- وكأهم نتيجة لإتباع هذا الأسلوب يتم تقديم أحسن الخدمات للزبون وهو الأساس.

4-2/ السلبيات: بالرغم من الإيجابيات المذكورة إلا أنه توجد هناك العديد من السلبيات التي تنشأ عادة

عن سوء تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف والتي نذكر منها:²

- التركيز على تحقيق النتائج أكثر من تركيزها على الوسائل اللازمة لتحقيقها؛
- إن الإدارة بالأهداف تعنى بالأهداف قصيرة المدى ولا تعنى بالأهداف والإستراتيجيات العامة؛
- تشجيع الالتزام بالأهداف المعروفة المكررة كبديل عن التفكير الفعال، حيث هذا الأسلوب يدفع العاملين لأن يقبلوا على الأهداف السهلة المنال؛
- تتطلب الإدارة بالأهداف توفر قدرة عند الرؤساء والمرؤوسين على وضع أهداف واقعية ومناسبة للإمكانات الفعلية للمؤسسة وهذا لا يمكن تحقيقه دائماً؛
- صعوبة تحديد أهداف بعض المؤسسات بشكل محدد وواضح يسهل معه تقويم إنجازها، وهذه الظاهرة موجودة في المستشفيات العمومية التي تحدد نشاطاتها وفقاً لما تم تسطيره من قبل الوزارة الوصية بدلاً من أن تقوم بتحديد أهدافها؛
- صعوبة تطبيق هذا الأسلوب الإداري لما فيه من تحد كبير للموظفين والأجهزة الإدارية، لأن هذا الأسلوب يتطلب فهماً وإخلاصاً والتزاماً بالعمل قد لا يستطيعه أولئك الذين تعودوا على القيام بأعمال غير هادفة.

¹ Gisèle COMMARMOND, Alain EXIGA, Op cit, p 13.

² http://edu2day.blogspot.com/2013/04/blog-post_656.html (29/04/2013) (بحث حول الإدارة بالأهداف) ، عن موقع:

ثانياً: إدارة المؤسسة الصحية بأسلوب إعادة الهندسة (الهندرة)

لقد كانت هناك محاولات عدة لتحسين أداء الإدارة استناداً إلى افتراض أساسي مؤداه أن تحسين الأداء في أي جزء من أجزاء العمل سيؤدي إلى إيجاد حلول لمعظم المشاكل، حيث ظهرت نظريات ونتائج كثيرة استحوذت على مساحة كبيرة من الفكر الإداري وأدبياته (الإدارة بالأهداف، الإدارة المصفوفية، سلاسل القيمة المركزية... الخ)، لكن هذه المفاهيم والأساليب لم تخرج المؤسسات من تعثرها عندما طبقت كل منها بطريقة جزئية أو منفردة، وهنا ظهرت إعادة الهندسة كبديل لتلك المفاهيم والتي تعد من أحدث المداخل والأساليب الإدارية لتحسين وتطوير الأداء، فقد بدأت بالظهور مع مطلع التسعينيات من القرن العشرين في المؤسسات الاقتصادية بناءً على دراسة تجارب شركات مزدهرة خلال فترة الكساد الاقتصادي العالمي في أواخر الثمانينات.

1/ مفهوم إعادة الهندسة: إن أسلوب إعادة الهندسة أو الهندرة مصطلح جديد مشتق من كلمتي الهندسة والإدارة، حيث لقي هذا الأخير العديد من التعاريف منها:
تعرف إعادة الهندسة أنها: " إعادة تأسيس نموذج أو نوع جديد من المؤسسات حيث تستجيب لشروط المنافسة ضمن محيطها الجديد."¹

كما عرفها البعض بأنها إعادة تصميم عمليات وإجراءات العمل الرئيسية بشكل جذري دون النظر إلى الوضع الحالي استهدافاً لتطوير معدلات الأداء بحيث يتحقق تخفيض التكلفة وتحسين نوعية الخدمات وسرعة انجاز الأعمال وكسب رضا الزبون.

من خلال التعاريف السابقة يتضح أن إعادة الهندسة ما هي إلا أسلوب يهدف إلى إعادة النظر في كل نظم وإجراءات المؤسسة وتطويرها بشكل جذري لتحسين الأداء من خلال التكلفة، الجودة، الوقت ورضا الزبون.

2/ خصائص أسلوب إعادة الهندسة: يتميز أسلوب إعادة الهندسة بالعديد من الخصائص، ومن أهمها:²

- يعمل على جمع عدة وظائف في وظيفة واحدة؛
- يقوم العمال باتخاذ القرارات حيث يصبح القرار جزء من الوظيفة؛
- يتم تنفيذ الخطوات حسب ترتيبها الطبيعي، ويتم التنفيذ لبعض المهام بصورة متزامنة؛
- يكون للعمليات عدة نماذج مما يسمح بتمييز المنتجات والخدمات؛
- يتم تنفيذ العمل في الأماكن الأكثر منطقية، بما في ذلك أماكن تواجد الموردين أو الزبائن؛

¹ Michael Hammer, James Champy, **Le Reengineering**, Dunod, Paris, 1993, P 08.

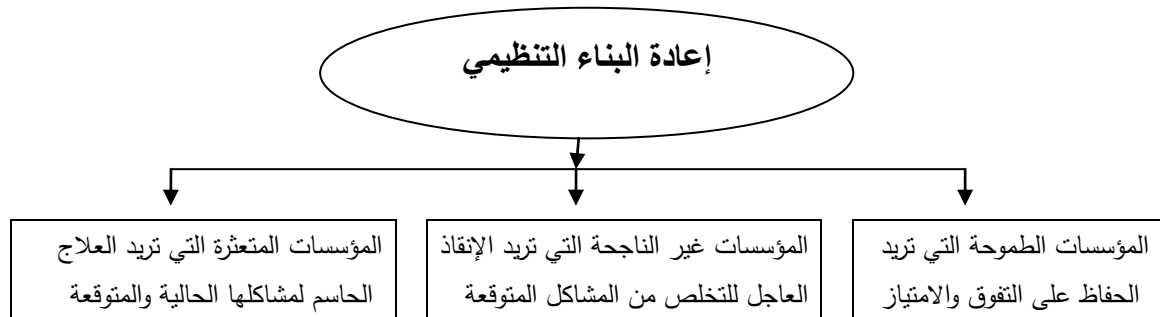
² ياسين الطيب، عمر حوتية، أسلوب إعادة الهندسة كمدخل لتحقيق فعالية التسيير بالمؤسسات الاقتصادية العمومية، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي الأول حول التسيير الفعال في المؤسسة الاقتصادية، جامعة مسيلة، 3 و 4 ماي 2005، ص 9.

- يتم الإقلال من عمليات الضبط والاختيار وغيرها من الأعمال التي تتصف بكونها لا تقدم قيمة مضافة إلى المنتج وذلك إلى الحد الأدنى؛
- يتم الإقلال ما أمكن من عمليات إعادة التوظيف وذلك بالإقلال من نقاط الاتصال الخارجية، وعن طريق خلق تحالفات بين العمال؛
- تستخدم عملية صحيحة من المركزية واللامركزية.

3/ المؤسسات المعنية بإعادة الهندسة والفرق بينها وبين المؤسسات التقليدية:

3-1/ المؤسسات المعنية بأسلوب إعادة الهندسة: بصفة عامة فإن كل المؤسسات تقريبا يمكن أن تنتهج أسلوب إعادة الهندسة، إلا أن الاختلاف يكمن أساسا في الهدف المحدد للعملية، ويمكن تحديد المجموعات الأساسية من المؤسسات المعنية بإعادة الهندسة كما يوضحها الشكل التالي:

الشكل رقم (01): المؤسسات التي يمكن أن تعتمد أسلوب إعادة الهندسة



المصدر: كمال قاسمي، إدارة التغيير - المنطلقات والأسس مع عرض أهم الاستراتيجيات الحديثة للتغيير، مداخلة مقدمة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات. جامعة ورقلة، 8 و 9 مارس 2005، ص 59.

3-2/ الفرق بين المؤسسات التقليدية والمؤسسات المعاد هندستها: لفهم خصائص أسلوب إعادة

الهندسة أكثر يمكننا أن نقارن بين المؤسسات التقليدية والمؤسسات المعاد هندستها في الجدول التالي:

خصائص المؤسسات المعاد هندستها	خصائص المؤسسات التقليدية
<ul style="list-style-type: none"> • فرق المعالجة • أعمال متعددة الأبعاد 	<ul style="list-style-type: none"> • الأقسام وظيفية • مهام بسيطة (تقسيم العمل)

<ul style="list-style-type: none"> • عناصر مسيطر عليها من قبل الإدارة • تدريب الموظفين • رفع الرواتب يستند إلى التغيير • الترقية تستند إلى الإمكانيات • يقوم المدير بالإشراف والسيطرة • بنية مؤسساتية هرمية • فصل الواجبات والوظائف • عمليات خطية ومتسلسلة • العمل في المكاتب وأعمال التفتيش والسيطرة مكثفة. 	<ul style="list-style-type: none"> • موظفون معززو السلطة • تحقيق الموظفين • رواتب منخفضة + إضافات عالية مرتبطة بمستوى الأداء • الترقية تستند إلى الأداء • يقوم المديرون بالتدريب وتقديم النصائح • بنية أفقية • فرق وظيفية متداخلة • عمليات متوازنة ومتلاقية • العمل في أي مكان وأعمال التفتيش والسيطرة خفيفة.
---	--

الجدول رقم (06): مقارنة بين المؤسسات التقليدية والمؤسسات المعاد هندستها

المصدر: سليمان بلعور، عبد اللطيف مصيطفى، إعادة الهندسة مدخلا للأداء المتميز، مداخلة مقدمة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول: الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 8 و9 مارس 2005، ص 476.

3/ متطلبات تطبيق إعادة الهندسة في المؤسسات الصحية: هناك العديد من الأمور التي تعتبر من متطلبات تطبيق أسلوب إعادة الهندسة في المؤسسة الصحية، ومن أهمها:¹

المتطلبات التنظيمية : وذلك بتوفير:

- قسم أو إدارة مسؤولة عن إعادة الهندسة في الهيكل التنظيمي.
 - إعادة هيكلة النشاط المستهدف في المنظمة بما يؤدي إلى المرونة والسرعة والدقة في الأداء.
 - تحديد العلاقة بين إعادة هندسة القسم المستهدف والأنشطة الأخرى.
- المتطلبات البشرية :** وذلك ب:

- الإعداد الجيد للمدربين لإحداث التغيير الجذري في المفاهيم والأفكار.
 - إقناع وتأهيل الأفراد لقبول إعادة الهندسة مع شرح مزاياها بالنسبة لهم في الأجل الطويل.
 - بناء الثقافة التنظيمية لدى الأفراد مثل التكيف مع إعادة الهندسة والجودة الشاملة والتحول إلى فرق العمل الموجهة ذاتيا، وتطوير التزام الأفراد بخدمة الزبون.
- المتطلبات المادية:** وتشمل:

- توفير الميزانيات الملائمة لتحقيق أهداف إعادة الهندسة.
- تصميم نظم فعالة للأجور والمكافآت.
- توفير بيئة عمل مناسبة من حيث الموقع، التصميم، المساحة، التجهيزات التدريبية.
- إدخال نظم متقدمة مثل شبكة الإنترنت والانترانت والاتصال عن بعد، والاعتماد على التجهيزات الآلية لترشيد الوقت والجهد والتكلفة.

¹ بوحنية قوي، إعادة هندسة الأداء الجامعي: مقاربة معاصرة، مجلة الباحث، العدد الخامس، جامعة ورقلة، ماي 2007، ص 141

3-4/ مزايا تطبيق أسلوب إعادة الهندسة: من أهمها:¹

- تحسين نصيب المعرفة والاستخدام بالمنظمة لجعلها لا تعتمد على خبرة بعض الأفراد فقط، وإنما بمشاركة آراء الآخرين؛
- تجاوز الحدود التنظيمية من خلال الاتصال بالزبائن من خلال قنوات الاتصال المختلفة والتكنولوجيا الحديثة وتبسيط إجراءات اتخاذ القرار؛
- تخفيض الوقت اللازم لتحقيق رغبات الزبائن وتلافي الأخطاء والشكاوي إلى جانب تخفيض زمن دورة تطوير الخدمات؛
- القدرة على تحقيق الربح، زيادة الحصة السوقية، المواكبة، الاستمرارية... الخ.

ثالثاً: إدارة المؤسسة الصحية بالجودة الشاملة

الآن وبعد التعرف على بعض الأساليب الإدارية المتبعة في إدارة المؤسسات الصحية، تجدر الإشارة إلى أنه من أهمها أسلوب الإدارة بالجودة الشاملة الذي يرتبط بحياة الفرد وأخذ حقه في العيش في صحة جيدة. فمفهوم الجودة في المجال الصحي يعني تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطر. ولكننا لن نتعمق في دراسة هذا الأسلوب الإداري وتطبيقاته في المؤسسات الصحية لكوننا سنفصل فيه أكثر في الفصل التالي.

خلاصة الفصل الأول

استعرضنا في هذا الفصل بالدراسة والتحليل كل من مفهوم الصحة، الخدمة الصحية والمؤسسات الصحية، وأهم الأساليب المتبعة في إدارتها بإيجابياتها وسلبياتها. حيث تم التوصل إلى ما يلي:

- أن الصحة هي أساس تحقيق التنمية الشاملة في كل المجتمعات، وهذا ما زاد من أهمية الخدمة الصحية مقارنة بمختلف الخدمات الأخرى؛
- ضرورة تحسين أسلوب إدارة المؤسسة الصحية لارتباط خدماتها بحياة الإنسان واستمراره؛
- معاناة المؤسسة الصحية (وخاصة المستشفيات) من مشكلة ازدواجية السلطة الناجمة عن عدم الوضوح في أدوار العاملين، بالإضافة إلى الاستقلال الشخصي والإدارة الذاتية لفئة الأطباء في ممارستهم لعملهم والتزامهم بمعايير مهنتهم لا بتعليمات ولوائح إدارة المؤسسة؛
- بعد متابعة تطورات النظام الصحي الجزائري، اتضح أنه بالرغم من الجهود المبذولة والتوسعات والتعديلات المدخلة عليه من فترة الاستقلال إلى وقتنا الحالي إلا أنه مازال

يعاني من عدة مشاكل أغلبها يعود للجانب التنظيمي مما يفرض على هذه المؤسسات إتباع أساليب إدارية حديثة اعتماداً على كفاءات متخصصة في مجال الإدارة الصحية؛ ➤ أسلوب الإدارة بالجودة هو من أهم الأساليب الإدارية في المجال الصحي الذي يرتبط بحياة الإنسان ووجوده، مما يستلزم تقديم خدمات ذات مستوى ونوعية جيدة، وهذا ما سنتناوله بالتحليل والتدقيق في الفصل الثاني.

الفصل الثاني:

دراسة الجودة بالمؤسسات الصحية

تكميلا:

لقد استأثرت الجودة باهتمام واسع من قبل العديد من الباحثين والمفكرين، سيما في ظروف التطورات التي تشهدها المجتمعات الإنسانية وبروز ظاهرة العولمة والتجارة الحرة ونظم المعلومات والاتصالات والانترنت، وقد أطلق على القرن الواحد والعشرين بأنه قرن النوعية لاقتترانه بأبعاد هادفة نحو معدل الجودة الأكثر حسما في تحقيق أهداف المؤسسات الاقتصادية المختلفة الإنتاجية أو الخدمية على حد سواء، حيث أن القدرة التنافسية لها ارتبطت بشكل لا يدعو للشك بالجودة العالمية للمنتجات أو الخدمات التي تستهدف تقديمها للمستهلك الحالي أو المرتقب، كما أن الاحتفاظ بالحصص السوقية والميزة التنافسية لتلك المؤسسات لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال تقديم المنتجات بالجودة الملائمة والتي تتسجم مع متطلبات المستهلكين وريغباتهم المستمرة، ومن هنا يتضح سبب اهتمام المؤسسات الاقتصادية المختلفة بجودة منتجاتها وخدماتها بصورة مستمرة.

وبما أن دراستنا مرتكزة حول المؤسسة الصحية، فما أهم الأساليب التي تمكن هذا النوع من المؤسسات من تطبيق الجودة وبلوغ المستويات المرجوة منها؟
وللإجابة على التساؤل سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى أهم أسس تبني إدارة الجودة بالمؤسسة الصحية، مبادئها، مراحلها وأهم أساليب تحسينها.

المبحث الأول: مدخل إلى الجودة

إن دراسة الجودة بالمؤسسات الصحية يتطلب أولاً التعريف بماهية الموضوع الذي تنصب عليه وتتمحور حوله، ومن خلال هذا المبحث سنلقي الضوء على ماهيتها، أهميتها، أبعادها، أوجهها، كلفها والرقابة عليها للخروج بنظرة عامة حول كل ما يتعلق بها.

أولاً: ماهية الجودة وأهميتها

" يرجع أصل كلمة جودة إلى الكلمة اليونانية *Qualitas* التي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة الصلابة، وقديماً كان يشير مصطلح الجودة إلى الدقة والإتقان في البناء.¹"
 " ويتعدى مفهوم الجودة المنتج ليشمل جودة الاتصال، جودة الخدمات، جودة المعلومات، جودة الأفراد وجودة الإشراف والإدارة.²"

من خلال هذه التعاريف نستخلص أن الجودة هي أداء عملية معينة إنتاجية كانت أو خدمية وفقاً لمعايير نمطية محددة مسبقاً بحيث تحقق أعلى مستوى رضا للزبون من خلال الخصائص الكلية التي تحملها وبأقل تكلفة ممكنة.

1/ مداخل الجودة وتأثيراتها: ترتبط أهمية الجودة بقيم ومعتقدات المجتمعات، فالدين الإسلامي الحنيف أعطى اهتماماً واسعاً في التوكيد على العمل الجاد، وهو ما نصت عليه الآية القرآنية الكريمة: "وقل *اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون*"³، أما السيرة النبوية فهي حافلة بالأحاديث التي تعظم العمل وإجادته، فيقول صلى الله عليه وسلم " *إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه*"، فضلاً عن أن الإسلام نهى عن الغش والتدليس في الأعمال التجارية وهو ما يدل عليه الحديث الشريف: "من غشنا فليس منا".
 بالإضافة إلى أدلة ديننا الحنيف، نلاحظ تزايد المنافسة وارتفاع مستوى طلبات الزبائن، وهو ما أدى إلى إدراك المؤسسات أن بإمكانها أن تجعل الجودة مصدراً لقوتها التنافسية، حيث أنها لم تعد اختياراً يمكن التغاضي عنه، وإنما هي التزام لا بديل له.

لذا يمكن دراسة الجودة من خلال ثلاثة مداخل (المنتج/المستهلك/المجتمع)، إذ تبرز أهميتها من خلال تأثيرها وصلتها بكل من:⁴

• المستهلك وإشباع حاجاته؛

¹ مدحت محمد أبو النصر، مرجع سابق، ص 25.

² وسيلة حمداوي، *الجودة ميزة تنافسية في البنوك التجارية*، مديرية النشر لجامعة قالم، الجزائر، 2009، ص 15.

³ القرآن الكريم، *سورة التوبة*. الآية 105.

⁴ سليمان زيدان. *إدارة الجودة الشاملة: الفلسفة ومداخل العمل*. دار المناهج. عمان. 2010. ص 128.

عن موقع: <http://books.google.dz>

- المنتج وقدرته على التميز في السوق والحصول على الموقع التنافسي؛
- المجتمع وأثره على الإنتاجية وخبرات العاملين وبيئة العمل بآثارها الصحية والثقافية والحضارية.

2/ أهداف تبني الجودة بالمؤسسة: من أهم الأسباب والمقاصد التي تستدعي إتباع منهج الجودة في تقديم الخدمات أو المنتجات ما يلي:¹

- تلبية متطلبات العملاء والأسواق؛
- التأكيد على ثبات مستوى الجودة المطلوبة ودعم وضع المؤسسة التنافسي؛
- رفع مستوى ثقافة وتعليم العاملين بالمؤسسة؛
- تطوير قنوات الاتصال داخل المؤسسة؛
- معرفة البيئة والتعامل مع مبدأ التغيير والتطوير المستمر؛
- التقييم الذاتي الدوري لمعرفة أماكن القوى ومكامن الضعف؛
- تطوير الفكر والعملية الإبداعية وتحسين الأداء المالي لإرضاء المساهمين؛
- الاهتمام بشؤون البيئة وسلامتها؛
- دعم المجتمع في مجال تطبيقات الجودة في كل أوجه الحياة.

ثانياً: التطور التاريخي لمفهوم الجودة

تجسدت معالم النهوض والتطور لفكرة الجودة من خلال الإسهامات الفاعلة للعديد من الرواد والمفكرين والعاملين في حقول تطوير النوعية، ويمكن إبراز التطورات التاريخية للجودة فيما يلي:²

- المرحلة الأولى: مرحلة الاهتمام بفحص المنتجات: في بداية القرن الثامن عشر وبظهور الثورة الصناعية أصبح الإنتاج بأحجام كبيرة، مما تطلب ضرورة أخذ عينات وفحص المنتجات ومطابقتها للمواصفات.
- المرحلة الثانية: مرحلة استخدام الأساليب الإحصائية للرقابة على الجودة: والتي شاعت في اليابان خلال الحرب العالمية الثانية، ومنها: العينات الإحصائية، عينات القبول، الرقابة على العملية ومخططات رقابة على الجودة.
- المرحلة الثالثة: مرحلة ضبط الجودة وضمانها: وظهرت في عام 1956 على يد **Feigenbaum**، وتميزت هذه المرحلة بما يلي:

- الاهتمام بدراسة تكلفة الجودة والقرار الاقتصادي المحدد لمستوى الجودة؛
- الاهتمام بقياس جودة السلع المتعددة القطع وخلو التصميم من الخلل؛

¹ سعد بحيري، دوائر الجودة الإسلامية كمدخل لتحقيق الجودة الشاملة، ورقة عمل مقدمة في ندوة قياس الأداء في المنظمات الحكومية - مدخل قائمة قياس الانجاز المتوازنة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، فيفري 2007، ص 299.

² محمد عبد العال النعيمي وآخرون، إدارة الجودة المعاصرة، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص ص 52-53.

- ظهور مفهوم ضبط الجودة.
- المرحلة الرابعة: مرحلة الإدارة الإستراتيجية للجودة (إدارة الجودة الشاملة) : ومن أهم خصائص هذه المرحلة ما يلي:
 - إدخال الجودة في عمليات التخطيط الاستراتيجي للمؤسسة؛
 - الربط الكامل بين الجودة وتحقيق الأرباح؛
 - استخدام الجودة كسلاح تنافسي؛
 - اهتمام رجال الإدارة العليا ورؤساء الشركات بمفهوم الجودة؛
 - اعتماد تشغيل المنظمة على جميع العاملين، العملاء والموردين بهدف التحسين المستمر للجودة والأداء على أمد بعيد.

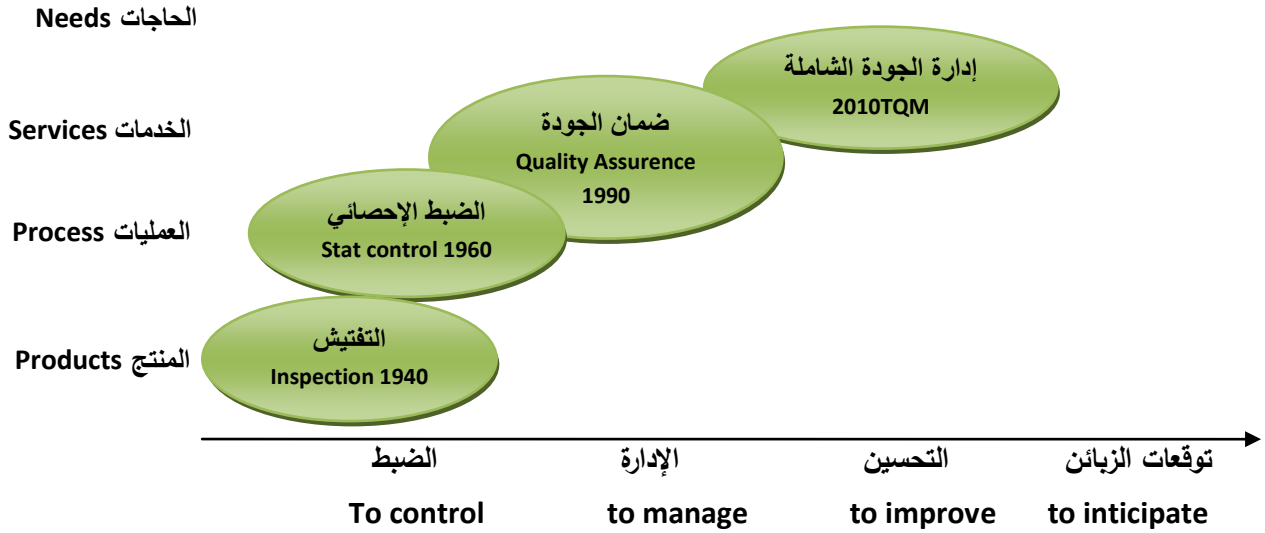
" أما بالنسبة المرحلة الخامسة فتعرف بمرحلة رفاهية الزبون (2010 إلى يومنا هذا): من المتوقع أن يشهد العقد القادم تطورات كبيرة في أساليب ضبط الجودة، إذ ولكي تحقق المنظمة مستوى الجودة المطلوب، عليها أن تبدأ بالزبون وليس بالسلعة الملموسة أو الخدمة المقدمة، إذ سيعتمد التركيز على الزبون في جميع عمليات ضبط الجودة بدءاً من التخطيط للأنشطة والفعاليات اللازمة لضبط الجودة وإدارتها وصولاً إلى المخرجات النهائية، أي بعبارة أخرى سوف يكون الاتجاه بالتحول نحو تحقيق القيمة الشاملة للزبون والذي يتطلب مكافأة العاملين مادياً ومعنوياً لتحقيق تلك القيمة وتحقيق رضا الزبون".¹

ومن خلال الشكل التالي سنحاول إبراز مراحل تطور الجودة ، حيث توضح كل مرحلة مسؤولية الجودة كما يلي:

الشكل رقم (02) : تطور مفاهيم إدارة الجودة

م. الحداد، إدارة الجودة الشاملة، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2009، ص60.

حقوق الزبائن
2020 Magisty



المصدر: عواطف إبراهيم الحداد، إدارة الجودة الشاملة، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2009، ص 61.

من خلال الشكل يتضح لنا ما يلي:

- حدوث تحولات جوهرية في مفهوم الجودة، إذ انتقلت من مفهوم الرقابة المستمرة للمنتج النهائي وعلاج الاختلالات، إلى اعتبار الجودة إجراء وقائي لتفادي حدوث الأخطاء والتلف في المنتجات؛
- تحقيق المستويات المطلوبة للجودة مسؤولية جميع المستويات التنظيمية بدل اقتصر مسؤولية تحقيقها على الإدارة العليا للمنظمة؛
- اعتبار الزبون كعنصر فاعل ومساهم في تحقيق الجودة بالمنظمة.

ثالثاً: أوجه الجودة، أبعادها ومتطلبات نشر ثقافتها

1/ أوجه الجودة

إن الاتجاه الحالي والحديث هو المفهوم التكاملي للجودة الذي يجمع الأوجه الثلاثة للتأثير المتبادل فيما بينها، الذي يعكس في محصلته النهائية ما يستلمه الزبون ويترتب عليه موقفه الإيجابي أو السلبي، وتتمثل أوجه الجودة في:¹

1-1/ جودة التصميم: وتشير إلى الخصائص المحددة للمنتج أو العملية بكلفة معينة ولقطاع سوقي معين، وهي مقياس لمدى ملائمة التصميم للخصائص المتفق عليها، وأهم جانب للتصميم الذي يؤثر في مستوى الجودة هي المواصفات والتي تنقسم إلى:

- مواصفات وظيفية: وتتعلق بالكيفية التي يعمل بها المنتج ويؤدي وظيفته المطلوب لأجلها.
- مواصفات المنتج: وتتعلق بكيفية صنع المنتج أو تقديم الخدمة.

¹ رعد عبد الله الطائي، عيسى قعادة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 33.

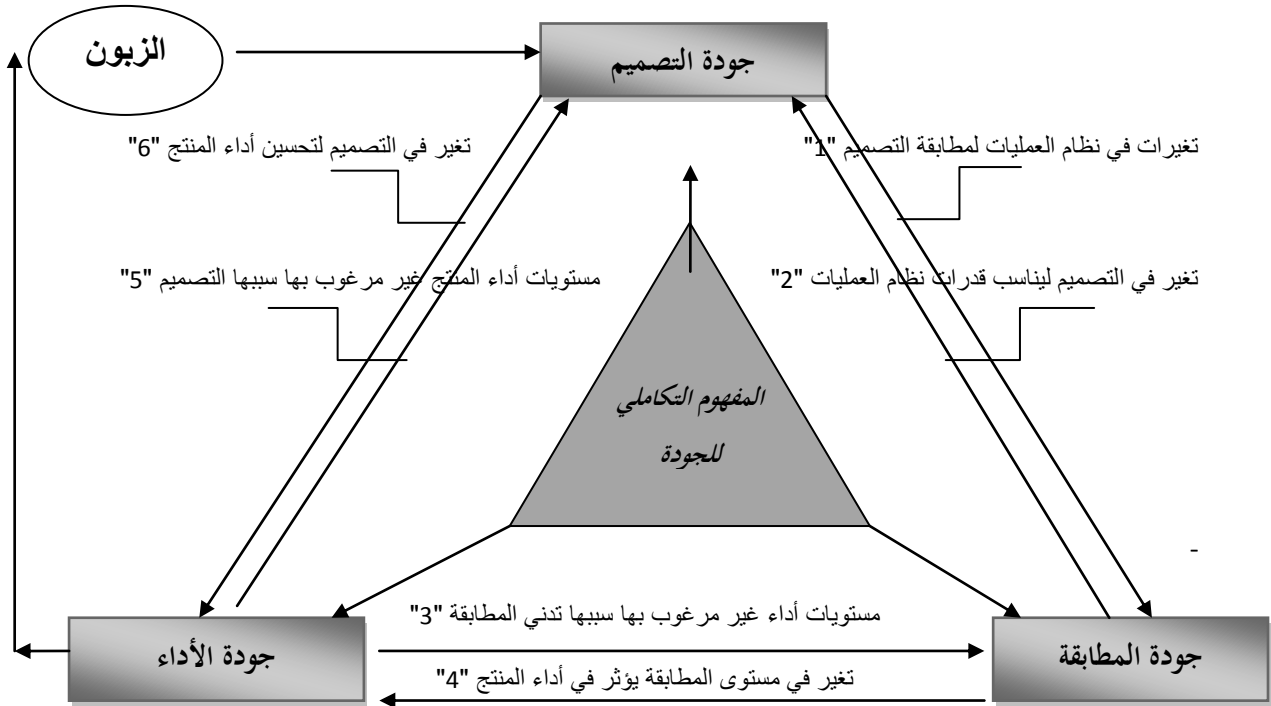
وتجدر الإشارة إلى أن مستوى جودة التصميم يجب أن يحقق على الأقل الحد الأدنى من حاجات ورغبات الزبون وبأقل كلفة ممكنة.

1-2/ جودة المطابقة: وتشير إلى مدى مطابقة المنتج الفعلي لمتطلبات التصميم، وهي تعبير عن مدى تحقيق جودة التصميم في المنتج الفعلي، وتعتمد المؤسسات العديد من الأساليب للسيطرة على جودة المطابقة، مثل منع المعيب، أو الكشف عن المعيب وإصلاحه، أو تحليل الأسباب واتخاذ الإجراءات التصحيحية، أو مزيج من عدة أساليب. حيث أن ما تعتمده من أساليب يؤثر على كلفة المنتج أو الخدمة المقدمة.

1-3/ جودة الأداء: وتشير إلى حسن أداء المنتج في السوق، أو مدى إدراك وقبول المنتج أو الخدمة من قبل الزبون ودرجة رضاه عن عرض المؤسسة عند استعماله لمخرجاتها.

وتعتبر جودة الأداء دالة لكل من جودة التصميم وجودة المطابقة، من هنا فإن توفير التغذية العكسية بين جوانب الجودة الثلاثة أمراً ضرورياً، وللتوضيح أكثر نقدم الشكل التالي:

الشكل رقم (03): أوجه الجودة



المصدر: رعد عبد الله الطائي، عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص31

يتضح من الشكل أن تصميم المنتج من المفروض أن ينطلق من استطلاع حاجات ورغبات الزبائن، حيث قد يتناسب هذا التصميم مع قدرات نظام الإنتاج في المؤسسة أو قد لا يتناسب معه، إذا:¹

- وفقا للسهم رقم 1: يجري التغيير والتعديل في نظام الإنتاج ليتناسب مع متطلبات التصميم.
 - وفقا للسهم رقم 2: يجري التغيير في التصميم ليتلاءم مع قدرات نظام الإنتاج والعمليات عندما يصعب إحداث التعديل في هذا الأخير.
- ومن جانب آخر تظهر مستويات من جودة الأداء عند استعمال العميل للمنتج، حيث قد تكون ردود الأفعال ايجابية أو سلبية، ومنه:

- وفقا للسهمين رقم 3 و 4: يجري التغيير في نظام الإنتاج والعمليات لتحسين مستوى جودة الأداء، وذلك عندما يكون السبب هو تدني مستوى جودة المطابقة.
 - وفقا للسهمين رقم 5 و 6: أما عندما يكون السبب هو تدني مستوى جودة التصميم، فإنه يحدث التعديل عليه لتحسين مستوى جودة الأداء.
- ومنه يتضح أن هناك تكامل بين مختلف أوجه الجودة وتفاعل فيما بينها، وهو ما أدى إلى ظهور المفهوم التكاملي للجودة.

2/ أبعاد الجودة: من خلال شيوع المفهوم التكاملي للجودة بأوجهه الثلاثة، يمكن تعريف الجودة وفقا لعدة أبعاد تتعلق برضا الزبون، من أهمها:²

- **الأداء:** ويشير هذا البعد إلى قدرة المنتج على أداء ما هو متوقع أن يؤديه.
- **الخصائص:** ويشير إلى الخصائص الثانوية للمنتج كسهولة استخدام الأجهزة والتحكم عن بعد.
- **المطابقة:** ويدل هذا البعد على مطابقة ما هو مقدم للزبون لاحتياجاته والمعايير المععلن عنها لتحسين فاعلية العملية التسويقية.
- **الموثوقية:** ويشير إلى الاتساق والثبات في الأداء.
- **الصلاحية:** يشير هذا البعد إلى مدة بقاء المنتج أو العمر المتوقع له قبل الحاجة إلى الإصلاح أو تصحيح أدائه.
- **الخدمة:** ويشير إلى بعض خدمات ما بعد البيع كالصيانة وحل المشاكل والشكاوي المقدمة من طرف المستهلك للتأكد من رضاه.
- **الجمالية:** وتتلق بحس الإنسان بالخصائص المفضلة كمظهر المنتج، مذاقه ورائحته.
- **السمعة:** وتتلق بالأداء السابق للمنتج حسب ما هو معروف لدى الزبون.

¹ نفس المرجع، ص 31.

² محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص ص 37-38.

وللاختلاف بين السلع والخدمات فإن الأبعاد السابقة للجودة قد لا يمكن استخدامها كلها لجودة الخدمة، لذا فمن خلال الجدول التالي سنوضح أهم أبعاد الجودة الخاصة بالخدمة - موضوع اهتمامنا- بما ينسجم مع طبيعتها من عدم الملموسية وغيرها من الخصائص التي تتميز بها عن السلع المادية.

الجدول رقم (07): أبعاد جودة الخدمة

الأبعاد	المعنى
زمن التسليم	كم ينتظر الزبون للحصول على دوره في تقديم الخدمة، ومدى الدقة في الالتزام بالموعد المحدد مسبقا للتسليم.
الإتمام	مدى اكتمال كافة جوانب الخدمة.
التناسق	مدى التماثل والنمطية في الخدمة المسلمة لكل زبون.
الدقة	مدى انجاز الخدمة بصورة صحيحة من أول مرة.
الحياسة	مدى ترحيب العاملين بكل زبون وللجميع دون تمييز.
سهولة المنال	مدى يسر الحصول على الخدمة
الاستجابة	مدى قيام العاملين على تقديم الخدمة بالتفاعل سريعا مع ما هو غير متوقع أو خاص لدى الزبون.
الملموسية	مدى توفر شواهد مادية للخدمة.
الأهلية	مدى توفر المهارات والمعارف والمعدات لتقديم الخدمة.
الأمان	مدى خلو تقديم الخدمة من الأخطار.

المصدر: رعد عبد الله الطائي، عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 38.

إذا، " يمكن اعتبار أن جودة الخدمة متغيرا استراتيجيا يتيح للمؤسسة فرصة الحصول على تغيير قوي لوضعيتها قد يمكنها من تجنب مواجهة المنافسة خاصة فيما يتعلق بأسعارها، مما يزيد من رضا عملائها ويزيد من عوائدها المستقبلية ويخفض من تكاليف البحث عن عملاء جدد."¹

ولكن من أجل تحقيق هذه الأهداف الإستراتيجية لابد من زرع ثقافة الجودة لدى جميع العاملين بالمؤسسة لتمكينها من تحقيق مختلف نتائجها المرجوة.

3/ متطلبات نشر ثقافة الجودة:

¹ Jean Baptiste Coumau et Autres, Manager par la marque, Editions d'Organisation, Paris, 2005, P 48.

3-1/ بناء ثقافة الجودة: إن بناء ثقافة الجودة ينطوي على خطط ونشاطات محددة لكل دائرة أو وظيفة من وظائف المؤسسة، وسنوضح أدناه المستلزمات الأساسية لبناء ثقافة الجودة:¹

- الالتزام الإداري: إن قبول وتطبيق نظام الجودة يتطلب تطوير نظام جديد للإدارة، إذ أن بلوغ النجاح في تحقيق الكفاية والفاعلية في أداء المؤسسة يستوجب جعل هذا النظام من المهمات الشاملة لكافة العاملين والإداريين ابتداء من الإدارة العليا.
- التنظيم: ويتطلب الالتزام التام من قبل المؤسسة وجميع العاملين فيها بهذا النظام، من خلال ترسيخ الإيمان بأهمية تطبيق مبادئ وأسس الجودة بالمؤسسة.
- فرق العمل: يعتبر العمل الجماعي ميزة خاصة من مزايا مبادئ تنفيذ نظام الجودة، وباعتباره الأداة التي من خلالها يساهم جميع الأفراد العاملين بالمؤسسة في تحقيق أهداف النظام، وهذا ما لا يمكن تحقيقه إلا من خلال تحديد مستوى ثقافة الجودة وتبيان مفهومها وأهميتها لكل الموظفين والعاملين بالمؤسسة.
- التعليم والتدريب: لزيادة قدرات العاملين في أداء الوظائف المختلفة.
- تحديد أهمية رضا الزبائن لمستقبل المؤسسة.
- دعم إقامة مؤتمرات وطنية وإقليمية عن الجودة.

3-2/ خطوات الانتقال لثقافة الجودة: نجعلها في:²

- التعرف على السلوكيات: تصف ثقافة المؤسسة كيفية تصرف أعضائها واستجاباتهم نحو المشاكل وكيفية تعاملهم مع بعضهم البعض، لتحديد ما إذا كانت الثقافة السائدة ثقافة تغيير أم لا.
- وضع التغيير المطلوب ضمن خطة مكتوبة: إن التقييم الشامل للثقافة الموجودة حالياً في المؤسسة سوف يعمل على التعرف إلى التحسينات التي يجب القيام بها.
- تطوير خطة لإحداث التغييرات وتفعيلها بناء على أساس:
 - من هم المتأثرون من عملية التغيير؟ ومن سيكون مسؤولاً عنها؟
 - ما هي المهام التي يجب إنجازها قبل ذلك؟ وما هي العوائق المتوقعة؟
 - متى يجب إحداث التغيير؟
 - أين يجب إحداثه، وفي أي وظيفة من وظائف المؤسسة؟
 - كيف ستتم هذه العملية وكيف ستعمل على تحسين الجودة؟

¹ قتيبة صبحي أحمد الخيرو، إرساء ثقافة الجودة هو الطريق نحو التميز والنجاح، المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 09/08 مارس 2005، ص 182.

² خضير كاظم حمود، روان منير الشيخ، إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص ص 90-91.

- فهم الحالات الذهنية والعاطفية للموظفين أثناء حدوث التغييرات والتعامل معها بناء على ذلك.
- التعرف على الأشخاص المؤثرين الذين من شأنهم أن يؤيدوا عملية التغيير أو العكس، لمحاولة تحويل المناهضين إلى مناصرين.
- تقديم الدعم المادي والمعنوي والنفسي للأشخاص الذين يمرون في عملية التغيير.

كل هذه الخطوات تشكل تحديا كبيرا يواجه المؤسسة ولكن التحدي الأكبر هو مدى القدرة على الحفاظ على ثقافة الجودة الجديدة مع مرور الزمن. وهذا ما يمكن التأكد منه من خلال القياس الدوري لمستويات الجودة والرقابة عليها.

المبحث الثاني: قياس الجودة والرقابة عليها

" إن وضع أو إتباع إستراتيجية الجودة من طرف أي مؤسسة، يتطلب تحديد مستوى الجودة الذي ترغب فيه أو تود الوصول إليه والذي يفترض أن يرضي ويلبي احتياجات ورغبات زبائننا، وهو ما يستدعي وضع معايير ومحددات لجودة منتجات وخدمات المؤسسة.¹ ثم بعد ذلك تتطلق عمليات التنفيذ الفعلي لنشاطها سعيا وراء بلوغ هذا الهدف، والذي تتم مقارنته مع ما أنجز أو أنتج فعلا لمعرفة أهم الاختلالات والنقائص الطارئة على نشاط وعمليات المؤسسة لمحاولة تعديلها بأقل مستويات تكلفتها.

أولا: تحديد وقياس مستوى الجودة

قبل التطرق لقياس الجودة لابد من التفرقة بينها وبين تحديد مستويات الجودة، ففي الواقع العملي ليست هناك مستويات ثابتة ومستقرة لجودة السلع والخدمات سيما أنها ترتبط بالحاجات والرغبات المتنامية للزبائن، ونظرا لكون الحاجات الإنسانية غير محددة، فإن الجودة ذاتها لا تركز لتحديد واضح وإنما تعتمد على أسس ومبادئ وأبعاد تمت الإشارة إليها في السابق.² ومن هنا يمكن القول أنه من أهم المرتكزات التي تدعم جودة السلع والخدمات وتساهم في تحديد مستواها ما يلي:³

¹ فلة العيهار، دور الجودة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في فرع إدارة الأعمال، جامعة الجزائر، 2005، ص 17.

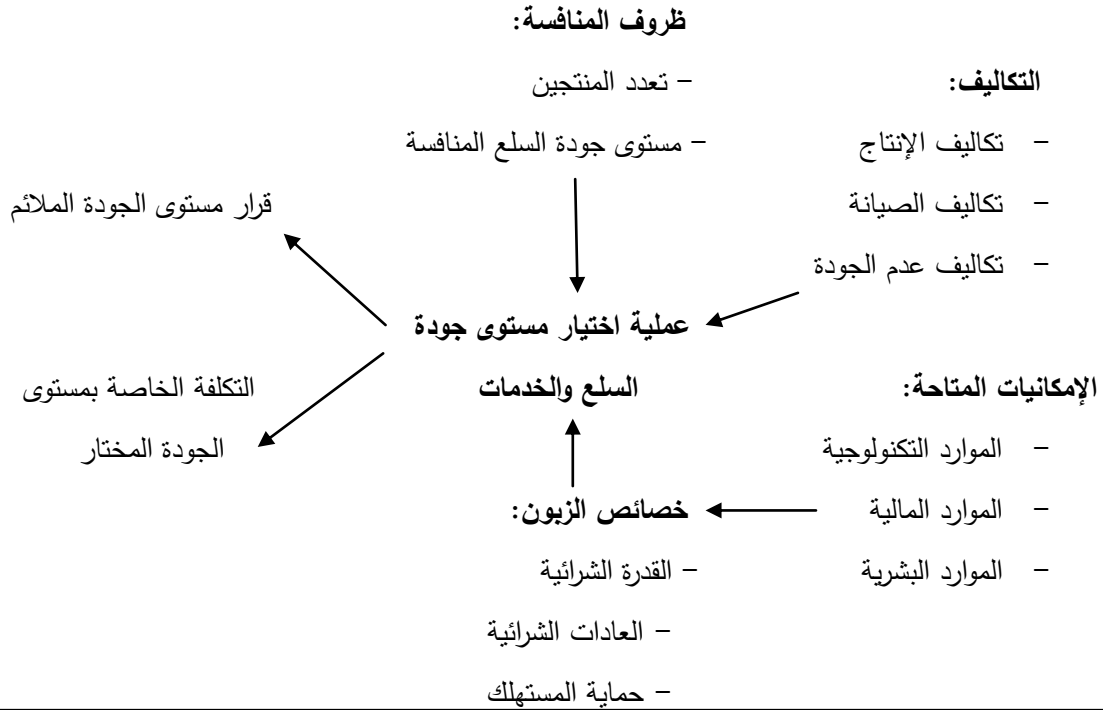
² خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط3، عمان/ الاردن، 2010، ص ص 71- 72.

³ مأمون الدراكية، طارق الشبلي، الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر، عمان، 2002، ص ص 86- 88.

- الملائمة للاستخدام: وهي درجة توافق الأداء الذي تقدمه السلعة مع توقعات الزبون عن الغرض الذي من أجله أنتجت السلعة، ففي العادة يعتمد الزبائن على ثلاثة عوامل للحكم على درجة ملاءمة السلعة للاستخدام وهي:
 - وجود رتبة معينة للسلعة بالنسبة للسلع البديلة كدليل على درجة ملاءمتها للاستخدام من قبل الزبون أعلى من غيرها؛
 - مدى ثبات مستوى جودة السلعة داخل نفس الرتبة، فمن الضروري عدم تعرضها للتقلب بسرعة؛
 - درجة اعتمادية أو جدارة السلعة التي تعكس قدرتها على أداء الوظيفة المطلوبة منها بنجاح في ظل ظروف الاستعمال العادية، ولمدة محدودة.
 - درجة استقرار المواصفات: وهي مدى استقرار مستوى الجودة الخاص بالسلع والخدمات التي تقدمها المؤسسة.
 - درجة الاعتمادية: وتعرف بأنها احتمال أن يعمل المنتج أو الجزء أو النظام حسب المواصفات الموضوعة لفترة زمنية معينة في ظل ظروف التشغيل العادية.
- إضافة إلى ما تم ذكره تعد الرتبة أو الدرجة من أهم محددات مستوى الجودة، إذ يرتب الزبون تفضيلاته للمنتج أو الخدمة بناء على معايير مختلفة، ويساعد نظام الرتب الموضوع من طرف المنظمات على تصنيف الخصائص الخاصة ببعض المنتجات أو الخدمات، مثل عدد النجوم في الفنادق.¹
- إذ، ومن خلال المحددات المذكورة يمكن للمؤسسة الحكم على مستويات الجودة المقدمة من طرفها مما يسهل من تعاملها مع زبائنها ويزيد درجة رضاهم وولائهم لما تقدمه من سلع وخدمات، والشكل التالي يوضح أكثر مختلف العوامل المحددة لمستويات الجودة:

الشكل رقم (04): العوامل المحددة لمستويات الجودة

¹ وسيلة حمداوي، مرجع سابق، ص 82.



المصدر: وسيلة حمداوي، الجودة ميزة تنافسية في البنوك التجارية، مديرية النشر لجامعة قالمة، الجزائر، 2009، ص 81.

وفيما يخص قياس الجودة، فيعبر عن جودة منتج ما بمدى توفر الصفات والخصائص التي تتفق مع استعمال هذا المنتج، وتعد هذه الصفات والخصائص اللغة المشتركة بين المنتج والزبون، لذا يجب على المسير أن يكون في حالة إصغاء دائم لمتطلبات السوق، وأن يقيس جودة منتجاته التي يفترض بها أن تكون مطابقة لرغبات واحتياجات زبائنه من خلال الحصول على أرقام أو مؤشرات للجودة يمكن من خلالها التعبير عن درجة المطابقة، لأن عدم رضا الزبون يؤدي حتما إلى عدم وفائه لمنتجات المؤسسة، مما يستدعي ضرورة قياس درجة رضا الزبون.

ووفق معايير قياس الجودة، يمكن أن تصنف المنتجات إلى:¹

- | | |
|---------------------|--------------------|
| - رديء الجودة | - ضعيف الجودة |
| - مقبول الجودة | - جيد في الجودة |
| - جيد جدا في الجودة | - ممتاز في الجودة. |

¹ حيدر علي المسعودي، إدارة تكاليف الجودة استراتيجيا، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 33.

حيث يتم وضع المعايير القياسية للجودة وفق رغبات المستهلك والقدرات المتاحة لديه، بالإضافة إلى الجدوى الاقتصادية. وتتم عملية قياس جودة المنتجات من خلال ثلاث طرق رئيسية، والمتمثلة في " الفحص النظري ويمكن اعتباره أسهل وأرخص طريقة للاختبار، وعيبه الوحيد عدم الثبات الكافي لقدرة التمييز التي تنقص تدريجياً تبعاً للإجهاد المستمر. أما الاختبار الإِتلافي فيتعلق بالقياسات الطبيعية والميكانيكية مثل اختبار قوة الشد وهي تسبب إتلاف المنتج بأكمله أو جزء منه. وتتجه المؤسسات الآن إلى تزويد المختبرات ومعامل ضبط الجودة بأجهزة اختبارات غير متلفة، مما ينتج عنه وفر في الوقت والتكاليف.¹

ثانياً: الرقابة على الجودة وأساليبها

تعد الرقابة أحد أهم الوظائف الإدارية في كافة المنظمات كونها أداة للمتابعة والتحقق من أداء كل الأعمال والأنشطة بفعالية.

1/ تعريف الرقابة على الجودة:

1-1/ تعريف رقابة الجودة: قدمت العديد من التعاريف للرقابة على الجودة، من أهمها: وفقاً لـ **Juran**: " الرقابة على الجودة إجراء إداري يتضمن عمليات الرقابة والضبط للمحافظة على استقرار الأوضاع وتجنب التغييرات المفاجئة وإبقاء الأمور تحت السيطرة.²" كما تعرف الرقابة على الجودة بأنها: " نظاماً شاملاً لجميع أوجه النشاط من الإجراءات والأساليب المستعملة من أجل التحقق من الأداء الفعلي وتطويره للارتقاء بالجودة.³" ومنه فالرقابة على الجودة هي مجموعة الأنشطة الإدارية التي تهدف إلى التأكد من مدى مناسبة المنتج (سلعة أو خدمة) للاستخدامات المطلوبة من طرف زبائن المؤسسة.

2-1/ أهداف الرقابة على الجودة: ويمكن حصر أهداف الرقابة على الجودة فيما يلي:⁴

- * تخفيض نسب مردودات المبيعات بسبب انخفاض مستوى الجودة؛
- * المحافظة على درجة تطابق المنتج النهائي مع مواصفات التصميم الأصلية واتخاذ الإجراءات التصحيحية لتلافي الانحرافات إن وجدت؛
- * تقليل حجم المعيب من المواد المشتراة حتى لا يؤثر على درجة جودة المنتج النهائي؛
- * تخفيض عدد شكاوي الزبائن من مستويات الجودة؛
- * تخفيض تكلفة الرقابة على الجودة وفحص الوحدات المنتجة؛

¹ مأمون سليمان الدرادكة، طارق الشبلي، مرجع سابق، ص 85- 86.

² محمد عبد النعمي وآخرون، مرجع سابق، ص 40.

³ محمد بودالي. دور المورد البشري في الرقابة على جودة المنتج. مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير.

جامعة بومرداس. الجزائر. 2010/2011. ص 31.

⁴ مأمون سليمان الدرادكة، طارق الشبلي، مرجع سابق، ص 103.

* تخفيض نسبة المواد التي يعاد تشغيلها مرة أخرى بسبب انخفاض الجودة.

ومن الضروري لضمان نجاح النظام الرقابي في تحقيق أهدافه أن يتم العمل على تحليل درجة تحقق هذه الأهداف، وإعادة النظر فيها وتحديثها في ضوء النتائج المحققة.

2/ المقارنة بين الرقابة (الضبط) على الجودة وتأکید (ضمان) الجودة: يخلط كثيرون بين مصطلح ضبط الجودة ومصطلح ضمان الجودة، والحقيقة أن هناك فرق كبير بين هذين المصطلحين، فضبط الجودة عملية بعيدة بالنسبة للمنتج أو الخدمة هدفها اتخاذ إجراء معين بالنسبة للمنتجات والخدمات التي تبين بعد الفحص والتدقيق أنها ليست بالمستوى المطلوب، بينما ضمان الجودة هي عملية قبلية هدفها إكساب المنتج أو الخدمة نوعية مطلوبة ومحددة مسبقاً¹ ويعتبر مفهوم تأکید الجودة أشمل وأوسع من ضبط ورقابة الجودة، حيث:²

- تتم عملية تأکید الجودة قبل وخلال العملية الإنتاجية وليس بعدها كما هو الحال في رقابة الجودة؛
 - تكون الجودة في عملية التأکید جزء لا يتجزأ من المنتجات، ويكون جميع العاملين مسؤولون عن الجودة وتطبيق المواصفات والسعي لمنع حدوث الخلل بخلاف رقابة الجودة؛
 - يشمل تأکید الجودة التحقق من أن الجودة الفعلية هي الجودة المطلوبة وذلك بالتقييم المستمر للجودة وفعاليتها؛
 - يكمن هدف رقابة الجودة في السيطرة على الأمور وتقييم الأداء أثناء العمليات، ومن ثم مقارنة الأداء بالهدف ويتم استخدام المعلومات الناتجة من قبل القوى العاملة، أما هدف تأکید الجودة فهو التحقق من حدوث الرقابة والضبط، ويتم تقييم الأداء بعد العمليات وتعطى النتائج للقوى العاملة وكل من يطلبها مثل المنتج أو الإدارة أو العملاء أو غيرهم.
- ولاستيعاب أهم الفروقات بين الرقابة على الجودة وتأکیدها سنلخصها في الجدول التالي:

¹ يوسف حجيم الطائي، محمد فوزي العبادي، هاشم فوزي العبادي، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص311.

² محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص42.

الجدول رقم (08): الفرق بين رقابة الجودة وتأکید الجودة

الرقابة على الجودة	تأکید الجودة
تعتمد على اكتشاف المنتجات المعيبة	تشمل جميع الوظائف والأنشطة الجارية بالمنظمة ما قبل وما بعد العمليات الإنتاجية
تركز على كشف الانحرافات بعد حدوثها	تركز على سبل منع الانحرافات أو الأخطاء أو المشكلات

المصدر: نزار عبد المجيد البروراي، لحسن عبد الله باشيوة، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة " مفاهيم وأسس وتطبيقات"، مؤسسة الوراق لنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص 158.

3/ مراحل الرقابة على الجودة و أنواعها:

3-1/ مراحل الرقابة على الجودة: تمر مراحل هذه العملية بنفس مراحل تطبيق مفهوم الرقابة ذاتها وهي:¹

- وضع وتحديد المعايير: ويتم وضع المعايير التي على ضوءها يتم تنفيذ باقي خطوات الرقابة، وعادة ما يعبر عن مستوى الجودة المطلوب في صورة معايير يتم تحديدها أثناء وضع خطة تقديم المنتج أو الخدمة، ومن هنا تتضح أيضا العلاقة بين التخطيط والرقابة على أساس أن الخطط تمثل معايير للأداء يجب القياس على أساسها؛
- قياس الأداء الفعلي: من أجل التأكد من مطابقة الأداء الفعلي للجودة للمعايير المحددة سابقا، يتم قياس الأداء الخاص بالجودة من خلال فحص المنتجات، ويصبح الهدف من عملية الفحص مقارنة مستويات التنفيذ بتلك المستويات المحددة لدى مختلف الإدارات والأقسام والأفراد داخل المؤسسة. وعلى المؤسسة أن تحدد مستوى الفحص الذي يؤدي إلى تخفيض التكاليف الكلية إلى أدنى درجة.
- مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير: والهدف من هذه المرحلة تحديد الانحرافات وهل هي مقبولة أو مبالغ فيها، بالإضافة إلى تحديد أسبابها الحقيقية لمحاولة التخلص منها قدر الإمكان.
- اتخاذ الإجراءات التصحيحية: وتكون الصورة في هذه الخطوة واضحة أمام متخذ القرار، إذ أن الانحرافات تكون قد أصبحت محددة، والأسباب التي أدت إليها أيضا أصبحت واضحة، وبالتالي فإن المسؤول يتخذ القرار الذي يترتب عليه إزالة أسباب الانحراف.

¹ نزار عبد المجيد البروراي، لحسن عبد الله باشيوة، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة " مفاهيم وأسس وتطبيقات"، مؤسسة الوراق لنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص 411.

3-2/ أنواع الرقابة على الجودة: هناك العديد من التصنيفات لأنواع الرقابة على الجودة، من أهمها:¹

- الرقابة الداخلية والرقابة الخارجية على الجودة.
 - الرقابة على العمليات، المعدات والآلات، مشتريات المادة الأولية والرقابة على المنتجات النهائية.
 - الرقابة على جودة الأنظمة وعلى الإجراءات المتبعة، وعلى الوثائق المتعلقة بالجودة.
- بالإضافة إلى الرقابة الأمامية، الحالية والخلفية على الجودة، حيث:²
- الرقابة الأمامية على الجودة: وهي منع دخول المدخلات التي لا تتوفر بها الشروط المطلوبة.
 - الرقابة الحالية على الجودة: وهي رقابة خط الإنتاج والعمليات خاصة عند الانتقال من عملية إلى أخرى.
 - الرقابة الخلفية على الجودة: تتم بعد تصنيع المنتجات للتأكد من استيفائها للمواصفات.

4/ أساليب عملية الرقابة على الجودة: ومن أهمها:³

4-1/ أسلوب الفحص الكامل: من أجل ضمان مطابقة الأداء الفعلي للجودة للمعايير التي تم تحديدها، يتم قياس الأداء الفعلي الخاص بالجودة من خلال فحص المنتجات، فعملية الفحص ضرورية في كافة مراحل الإنتاج من أجل ضمان الحصول على وحدات بمستوى الجودة المطلوب.

4-2/ الرقابة الإحصائية على الجودة: ترجع فكرة الرقابة الإحصائية على الجودة إلى استخدام العينات في عمليات الفحص، بدلا من الاعتماد على الفحص الشامل سواء للمواد أو الأجزاء أو الوحدات تامة الصنع، ويمكن التفرقة بين ثلاثة أنواع لهذا الأسلوب:

- خرائط الرقابة على الجودة: وتستخدم هذه الخرائط عادة للفحص أثناء العملية الإنتاجية، وتطور الفكرة الرئيسية لها على تحديد حد أعلى وحد أدنى لمستوى الجودة المقبول، وبالطبع هذا التحديد يكون على أساس حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمجتمع، ويكون الحد الأقصى مساويا للوسط الحسابي +3 انحراف معياري، كما يكون الحد الأدنى مساويا للوسط الحسابي -3 انحراف معياري.
- خرائط الرقابة لفحص المتغيرات: وتستخدم بهدف التأكد من مطابقة المواصفات القابلة للقياس الكمي، مثل: الطول أو الوزن أو درجة الحرارة، والتي تأخذ مدى معين يتم تبويبها على أساسه.

¹ فلة العيهار. مرجع سابق. ص 23.

² عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص 40. 41.

³ نزار عبد المجيد البروراري، لحسن عبد الله باشيوة، مرجع سابق، ص 412-423.

- خرائط الرقابة على الخصائص أو الصفات: وهي الخرائط التي تبني على أساس توفر نسبة خصائص معينة في العينات، أو عن طريق البحث عن خصائص معينة من خلال تحديد عدد الوحدات المعيبة.

3-4/ أسلوب عينات القبول: طبقاً لهذه الطريقة فإنه يتم رفض أو قبول الكميات المنتجة وفقاً لمدى مطابقة عينات القبول للمواصفات التي يتم تحديدها مسبقاً، فإذا توافرت الخصائص في العينة التي تم أخذها، ففي هذه الحالة تقبل الكمية كلها، وإذا لم تتوافر الخصائص في هذه العينة يتم رفض الكمية كلياً.

إن الأساليب السابقة الذكر تساهم في تحسين الجودة من خلال الرقابة عليها ولكنها غير كافية، فمن الضروري تدعيمها بتخفيض تكاليف الجودة بما يضمن الوصول إلى المستويات المطلوبة من الكفاءة والفعالية.

ثالثاً: تكاليف الجودة

تتحمل المؤسسة في سعيها إلى إنتاج سلعة (منتج أو خدمة) تلبية احتياجات الزبائن ورغباتهم وتوقعاتهم أنواعاً مختلفة من التكاليف المتعلقة بتحقيق الجودة، وتسمى تكاليف الجودة، مع العلم أنه تستعمل مصطلحات عديدة للتعبير أو لوصف هذه التكاليف، وتتضمن ما يلي:¹

- تكاليف الجودة
- تكاليف الجودة الرديئة
- التكاليف المرتبطة بالجودة.

1/ مفهوم تكاليف الجودة

1-1/ تعريف تكاليف الجودة:

عرفت تكاليف الجودة أنها: " النفقات اللازمة لتثبيت مستوى معين للجودة في المؤسسة، وعموماً تشمل تكاليف الجودة عنصرين هامين وهما تكاليف عدم الجودة الناتجة عن الأخطاء، وتكاليف الحصول على الجودة المطلوبة، حيث يساهم تخفيض أو إنهاء أسباب عدم الجودة في تعظيم الإنتاجية."²

كما عرفت بأنها: " التكاليف المرافقة للوقاية، إيجاد وتصحيح الاختلالات في العمل، حيث أن قيمتها جد مرتفعة، فقد تتراوح ما بين 20% إلى 40% من إجمالي مبيعات المؤسسة. إلا أنه هناك إمكانية للتخفيض منها أو تجنبها."³

¹ حيدر علي المسعودي، مرجع سابق، ص 50.

² فلة العيهار، مرجع سابق، ص 25.

³ www.kaner.com/pdfs/quality-cost-Analysis.pdf. (15/01/2013)

ومن هنا يظهر لنا أن تكاليف الجودة هي تكاليف السعي وراء الحصول على رضا وولاء الزبائن واستقطاب آخرين جدد بتقديم منتجات أو خدمات ملائمة لحاجاتهم واستعمالاتهم.

1-2/ أهمية تكاليف الجودة: تظهر أهمية قياس تكاليف الجودة انطلاقاً من:¹

- إشارة العديد من دراسات الفكر المحاسبي إلى أهمية محاسبة تكاليف الجودة خاصة للمؤسسة التي ترغب بالتميز على المستوى العالمي؛
- كبر حجم التكاليف المتعلقة بالجودة مما يستوجب على المنظمات القيام بدراسات موسعة لتكاليف الجودة لغرض معرفة سلوكها وتأثيرها في نشاطها وأرباحها؛
- تشمل تكاليف الجودة عنصري (التكلفة والجودة) اللذان يعدان من ضمن عوامل النجاح الرئيسية (التكلفة، الجودة، الوقت، الابتكار) للمؤسسة والتي تؤثر بشكل مباشر في قابلية النمو الاقتصادي لها؛
- أهمية قياس تكاليف الجودة للمساعدة على تبرير إجراءات التحسين؛
- يمكن ان يطبق نظام تكاليف الجودة على كل الأنشطة مهما كانت طبيعتها وحجمها، مما يساعد المسؤولين على إدراك أهمية نظام تكاليف الجودة ومن ثم إعداد موازنات خاصة تركز على التخلص من أسباب عدم المطابقة بشكل نهائي؛
- تستعمل المقاييس المالية لتكاليف الجودة كأساس عام لتقويم المبادلات بين تكاليف الوقاية وتكاليف الفشل، إذ توفر تكاليف الجودة مقياساً مميزاً لأداء الجودة؛
- تفيد عملية قياس تكاليف الجودة في قياس التحسينات في أداء الجودة؛
- عن طريق تحديد تكاليف الجودة، فإن الأفراد العاملين على إنتاج منتج أو تقديم خدمة ما يفهمون ما ستكون عليه الكلفة إذا كانت الجودة رديئة.

2/ أنواع تكاليف الجودة: أول نموذج قدم لتصنيف تكاليف الجودة من قبل *Feigenbaum* يعرف بنموذج (P- A- F)، وفيه صنفت إلى: تكاليف الوقاية (Prevention)، تكاليف التقويم (Appraisal) وكلف الفشل (Failure) .

1-2/ التكاليف الظاهرة: بالنسبة للعديد من المؤسسات هي التكاليف الكلية للجودة والتي تمثل عناصر مثل: التلف، إعادة العمل، الفحص والمردودات بموجب الضمان، وتنقسم هذه التكاليف إلى جزئيين:

1-1-2/ تكاليف الحصول على الجودة: وتحملها المؤسسة قبل تسليم المنتج (سلعة أو خدمة) إلى الزبون، وتتكون من تكاليف الوقاية بالإضافة إلى تكاليف التقويم:

¹ حيدر علي المسعودي، مرجع سابق، ص ص 79-80.

• تكاليف الوقاية: وهي تلك المرتبطة بتصميم وتنفيذ وتشغيل نظام الجودة، وتترتب على القيام بكافة الأنشطة المصممة لمنع الأخطاء وإنجاز الأعمال بصورة صحيحة من المرة الأولى، وتشمل:¹

- تكاليف المواصفات؛
- تكاليف معدات الفحص؛
- تكاليف تخطيط الجودة؛
- تكاليف التدريب؛
- تكاليف ضمان الجودة؛

- التكاليف الإدارية المرتبطة بالجودة.

• تكاليف التقويم: وتمثل التكاليف المرتبطة بالقياس والتقييم والتدقيق وفحص المنتجات أو

الخدمات للتأكد من المطابقة لمتطلبات الجودة الملائمة، ومن هذه أمثلة هذه التكاليف ما يلي:²

- تكاليف فحص التوريدات من مادة أولية ومنتجات نصف مصنعة؛
- تكاليف الاختبار والتفتيش أثناء العمليات الإنتاجية؛
- تكاليف المواد المستهلكة من خلال التفتيش والتقييم؛
- تكاليف تقييم المخزونات.

حيث أن تكاليف التقييم تتخفض عادة حينما تتسم المنتجات بالجودة العالية، وغالبا ما توصف أنشطة التقويم بأنها أنشطة لا تضيف قيمة، لأن الزبائن لا يدفعون مقابل الفحص، وإنما يدفعون مقابل المنتج عال الجودة، ويعتقد خبراء الجودة أن أنشطة التقويم يمكن تفاديها عن طريق وضع تعزيزات أكثر في منع العيوب.

2-1-2/ تكاليف عدم الجودة: أو ما يسمى بتكاليف الفشل، " وهي التكاليف التي يسببها المعيب في المنتج أو الخدمة مما قد يؤدي إلى اعتراض العميل عنها أو إرجاعها. وتمثل تكاليف عدم الجودة ما بين 10% إلى 30% من إجمالي رقم أعمال المؤسسات الاقتصادية.³ وتنقسم هذه التكاليف إلى:

• تكاليف الفشل الداخلي: وترتبط بسوء التسيير الداخلي للمؤسسة، وهي التكاليف التي تتحملها المؤسسة عند اكتشاف العيوب في منتجاتها ولكن قبل شحنها إلى الزبون، ومن أمثلتها:⁴

- تكلفة التالف من المواد والمنتجات؛
- التخزين بكميات غير ملائمة؛

¹ رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة، مرجع سابق، ص 39.

² خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، مرجع سابق، ص 74.

³ Nassima TERFAYA, Démarche qualité dans l'entreprise et analyses des risques, Editions Distribution HOUMA, Alger, 2004, p 23.

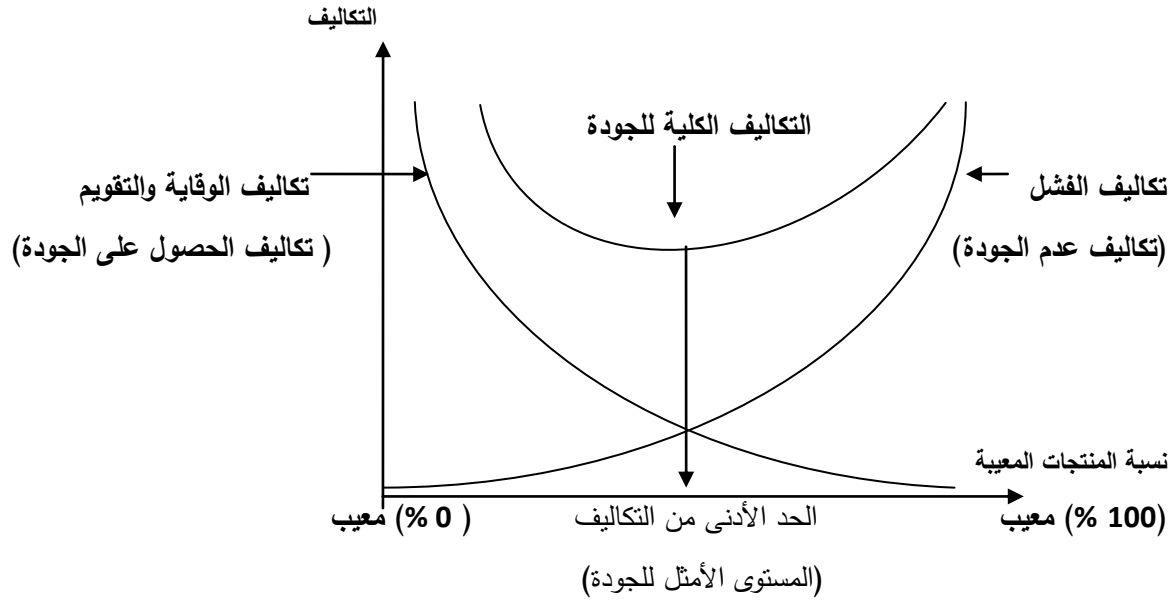
⁴ Ibid, P 23.

- توقف الإنتاج والوقت الضائع.

- تكاليف الفشل الخارجي: وترتبط باعترضات الزبون، مثل: ¹
 - كلفة المردودات؛
 - تكاليف معالجة شكاوي الزبائن؛
 - دفع الضمانات والتعويضات؛
 - ارتفاع تكاليف الاستخدام وعدم الملائمة للاستعمال.

وكما تم ذكره فإن تكاليف الحصول على الجودة وتكاليف عدم الجودة تمثل في مجموعها التكاليف الكلية لها والتي سنمثلها في البيان التالي:

الشكل رقم (05): التكاليف الكلية للجودة



المصدر: حيدر علي المسعودي، إدارة تكاليف الجودة استراتيجيا، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص61.

من خلال الشكل تبين أن: ²

- الجهة اليمنى لمنحنى التكاليف الكلية تتعلق أو تمثل تكاليف عدم الجودة، وتتميز بانخفاض الجودة وارتفاع التكاليف، وهي منطقة تستوجب الرفع والتحسين في الجودة؛
- الجهة اليسرى تمثل تكاليف الحصول على الجودة، وهي منطقة تتميز بارتفاع كبير للجودة وكذلك التكاليف، ويستلزم إيجاد مشاريع أكثر مردودية؛

¹ SEDDIKI Abd ALLAH, **Management de la qualité de l'inspection à l'esprit Kaizen**, 2ème édition, Office des publications universitaires, Alger, 2008, p 193.

² Nassima TERFAYA, Op, cit, p 26.

• بين المنطقتين السابقتين: هناك توازن ما بين تكاليف عدم الجودة وتكاليف الحصول على الجودة، وهي منطقة تحد بين الجودة الفائقة والجودة الدنيا. وهي منطقة المستوى الأمثل للجودة.

ومنه نستنتج أن:

- تكاليف الوقاية تتناسب طرديا مع مستوى الجودة، إذ كلما زادت هذه التكاليف ارتفعت مستويات الجودة، كما تكون تكاليف التقييم معدومة عند المستويات المنخفضة للجودة؛
- تتناسب تكاليف الفشل عكسيا مع مستوى الجودة، إذ كلما ارتفعت هذه التكاليف كلما دلت على انخفاض مستويات الجودة؛
- يستوجب على المنظمة الالتزام بالمستوى الأمثل للجودة الذي يحملها أدنى مستوى للتكلفة.

2-2/ التكاليف الضمنية: بالإضافة إلى أنواع تكاليف الجودة الظاهرة، فإن هناك أنواع أخرى لتكلفة الجودة تكون غير ظاهرة تسمى بتكاليف الجودة الضمنية أو المستترة (Hidden Quality costs)، وقد تعود إلى عدم كفاءة الأنظمة (مثل الطاقات الضائعة أو الزائدة عن الحاجة)، مما يؤدي إلى عدم وصول الإدارة إلى الاستخدام الأمثل للموارد.

كما أنه هناك بعض تكاليف أنشطة الجودة تحمل على أنشطة أخرى، فلا تظهر ضمن تكاليف الجودة الظاهرة مثل التكاليف الخاصة بالتعديلات المتعلقة بالإنتاج والهندسة، وعلى الرغم من أن هذه التكاليف مستترة إلا أن لها وزنها وقد تفوق في كثير من الأحيان تكاليف الجودة الظاهرة وتزيد عنها.¹ كذلك تجدر الإشارة إلى أن تكلفة الجودة تعد استثمارا له عائد يتمثل في الحصول على رضا الزبون وكسب ولائه، وفي جذب زبائن جدد وحصّة أكبر من السوق.²

3/ قياس تكاليف الجودة: إن توفير احتياجات الزبون وتوقعاته في الحصول على منتج أو خدمة متميزة يمكن أن يكون ممكنا إذا كانت المؤسسة قادرة على قياس الجودة وتوفير التغذية العكسية المفيدة لأفرادها، وقد صممت معظم نظم المحاسبة لتحقيق أهداف عدة، إلا أنه لم تصمم لتركز على تكاليف الجودة للمؤسسة بشكل أساسي، وهذا لكون أغلب تكاليفها مشتتة في حسابات التكاليف غير المباشرة. فبموجب أنظمة المحاسبة التقليدية، تجري عملية قياس تكاليف الجودة وفق الخطوات التالية:³

- تشكيل فريق عمل مدرب لحساب تكاليف الجودة وتكاليف الأعمال التصحيحية، حيث يجري تقييم شامل لنفقات جودة التصنيع والخدمات وتحدد المسؤوليات؛
- تحديد تكاليف الجودة وتصنيفها وتنظيم نموذج لتكاليف الجودة خاص بالمؤسسة؛

¹ سلمان زيدان، إدارة الجودة الشاملة- الفلسفة ومداخل العمل، الجزء الأول، دار المناهج للنشر، عمان، 2010، ص 232.

² زيد منير عبوي، إدارة الجودة الشاملة، دار كنوز المعرفة للنشر، عمان، 2006، ص 46.

³ حيدر علي المسعودي، مرجع سابق، ص ص 72-73.

- عقد اجتماع مراجعة لفريق العمل تجرى به مقارنة نتائج تكاليف الجودة وتحليلها وتقديمها في تقارير واضحة تبين مناطق الخلل وإصدار التوصيات بشأنها؛
- تكرار العملية ومقارنة النتائج.

أما المؤسسات التي تستعمل تقنيتي محاسبة التكلفة على أساس النشاط وإدارة التكلفة على أساس النشاط،* فإنها تمتلك المعلومات الضرورية لتصنيف معلومات تكاليف الجودة على أساس الأنشطة، ولذلك فهي تقوم بتصنيف الأنشطة على أساس أنواع تكاليف الجودة المذكورة سابقاً، وهذا يتطلب من محلي إدارة الكلفة العمل بشكل دائم مع أفراد الإنتاج لوضع هذه التصنيفات.

إن الرقابة على الجودة وكذا ضبط التكاليف قد يساهم في تحسين مستوى الجودة بالنسبة للسلعة أو الخدمة التي تقدمها المؤسسة لزيائنها، إلا أنه غير كاف لتحقيق المستوى المرغوب والمطلوب من طرف الزبون إلا بتطبيق أساليب تحسين الجودة كما سنوضحه في مبحثنا القادم.

المبحث الثالث: أساليب تحسين الجودة

تتعدد الأساليب المستخدمة من طرف المؤسسات لتحقيق المستويات المطلوبة من الجودة وتحسين مستوياتها وفقاً لمتطلبات الزبائن، وذلك حسب إمكانيات كل مؤسسة ومهارات فريق الجودة القائم عليها، ومن أهم هذه الأساليب ما يلي:

- حلقات الجودة.
- التحسين المستمر.
- المقارنة المرجعية.
- الإدارة بالمعرفة.

أولاً: حلقات الجودة: " تعتبر حلقات الجودة أسلوب من أساليب الإدارة بالمشاركة، وقد ظهرت في اليابان بعد الحرب العالمية الثانية، حيث أعطى اليابانيون اهتماماً خاصاً بمراقبة الجودة لإكساب صادراتهم سمعة أفضل في الأسواق العالمية. وهذا الأسلوب ما هو إلا منهج متميز يمزج مفاهيم الرقابة الإحصائية للجودة التي أسسها *Deming* مع منهج وأساليب حل المشكلات بواسطة المجموعات والذي قدمه *Juran* " ¹

* محاسبة الكلفة على أساس النشاط طريقة بموجيها تخصص الكلف الصناعية للأنشطة بناء على ما تستهلكه من موارد ثم للمنتجات على أساس الاستهلاك كل منتج من هذه الأنشطة باستعمال موجيات الكلف، فيما يستعمل تعبير الإدارة على أساس النشاط أو إدارة الكلفة على أساس النشاط لوصف تطبيقات إدارة الكلفة للكلفة على أساس النشاط.

¹ <http://kenanaonline.com/users/ahmedkordy/posts/203409> (28/12/2011).

1 / مفهوم حلقات الجودة: يعرفها *Ishikawa* الذي يعد أول من نادى بفكرة حلقات الجودة سنة 1960 بأنها: " أدوات للاتصال تتواجد في أقسام العمل تتكون من مجموعة صغيرة من العاملين المتطوعين يلتقون كل أسبوع لدراسة واقتراح حلولاً لمشاكل الجودة."¹

وتعرف حلقات الجودة بأنها: " أحد الطرق التي يمكن للمؤسسات أن تستخدمها في الحصول على أفكار للتحسين، وتتكون من مجموعة من العاملين الذين يجتمعون معا وفي فترات دورية لمناقشة الطرق المختلفة لتحسين المنتجات والعمليات. ولا تعتبر حلقات الجودة مصدرا للحصول على مدخلات من العاملين فقط، ولكن أيضا لتحفيز العاملين إذا تم تخطيطها بطريقة صحيحة واهتمام الإدارة العليا بالعاملين."²

ومن خلال هذه التعاريف نستخلص أن حلقة الجودة عبارة عن مجموعة من العاملين يعملون طواعية في تحمل مسؤولية معينة ضمن حقل اختصاص المؤسسة الإنتاجي أو الخدمي، يلتقون أسبوعياً لمناقشة وتحليل واقتراح الحلول الملائمة لمجابهة مشكلات النوعية في مجالات أعمالهم المختلفة، كما إنهم يستعينون بالخبرات الإدارية والفنية بالمؤسسة لمساعدتهم بوضع الإستراتيجية الشاملة لمعالجة المشكلات الحاصلة في النوعية وفقاً لأولويات المشاكل المتعلقة بذلك ووفق جداول زمنية محددة مسبقاً في العلاج، كما أنهم في الوقت ذاته يمارسون دورهم في تقييم الأداء النوعي للمجالات التي حققها جهدهم. وللفهم بصورة أوضح وأدق لحلقات الجودة نقدم الجدول التالي:

الجدول رقم (09): أسس إقامة حلقات الجودة

التعريف	مجموعة صغيرة مكونة من 3 إلى 10 أشخاص تابعين لنفس وحدة العمل ينضمون اختياريًا وبصفة منتظمة لإبراز وحل مشكلات لها علاقة بنشاطهم وتخصصاتهم.
الأهداف	<ul style="list-style-type: none"> - زيادة الإنتاجية والأداء في المؤسسة؛ - زيادة العلاقات، الاتصالات والإبداع؛ - زيادة امن وسلامة العمال وإشراكهم في عملية اتخاذ القرار لضمان ولائهم؛ - زيادة إنتاج السلع والخدمات وتخفيض التكاليف.
المعنيون	الأعضاء، المشاركين، الإدارة ولجنة القيادة والتوجيه.
نظام العمل	المكان: قاعة بوحدة عمل أو قسم تابع للمؤسسة. الفترات: بمتوسط لقاء أو حلقة كل 15 يوم.

¹ HUBERAC Jean- Pierre, **Guide des méthodes de la qualité- Choisir et mettre en œuvre une démarche qualité qui vous convienne dans l'industrie ou les services**, Edition MAXIMA, 2ème édition, Paris, 2001, P 39.

² سونيا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 254.

<p>المدة: ساعتين كأقصى حد لكل اجتماع.</p> <p>المواظبة: عند تقرير تاريخ وساعة الاجتماع يحضر الأعضاء إلا في الحالات الطارئة، ويتم عرض المشكلات، تحليلها، البحث عن حلول لها واختيار الحل المناسب للتنفيذ.</p>	
<p>- ثقافة الانفتاح وروح الإبداع لدى الأعضاء؛</p> <p>- التطوع لدخول الحلقة، فالالتحاق بها اختياري وكذلك الانسحاب منها؛</p> <p>- التنظيم وتقسيم المسؤوليات؛</p> <p>- التكوين والتدريب الجيد للأعضاء؛</p> <p>- تشجيع وقبول التغييرات داخل الحلقة؛</p> <p>- السعي لتحقيق الجودة.</p>	<p>القواعد الواجب إتباعها</p>

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على:

- سونيا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004/2003، ص ص 281- 290.

2/ طريقة عمل حلقات الجودة والقضايا التي تعالجها:

2-1/ الأساليب المستخدمة في حلقات الجودة: يمكن تقسيمها إلى ثلاثة مجموعات رئيسية هي:¹

- **المجموعة الأولى:** وهي الأدوات التي تهدف إلى بناء الأفكار وتتضمن مخطط السبب والنتيجة (*Cause and Effects*)، قوائم الاختبار (*Check Sheets*) ومخطط التبعثر (*Scatter Diagram*).
- **المجموعة الثانية:** وهي الأدوات التي تهدف إلى ترتيب وتنظيم البيانات وتتضمن خرائط التدفق (*Flow Charts*) ومخطط باريتو (*Pareto Diagram*).
- **المجموعة الثالثة:** وهي الأدوات التي تهدف إلى التعرف على المشكلات وتتضمن التوزيع التكراري (*Histogram*) وخرائط المراقبة (*Control Charts*).

2-2/ المشاكل التي تتولى حلقات الجودة معالجتها: ويمكن تلخيص أهمها في النقاط التالية:²

- مشاكل هدر المواد المستخدمة خلال العملية الإنتاجية؛
- مشكلة التأخير وعدم الإنجاز في المواعيد المقررة؛
- وجود تعليمات غير ملائمة للعمل يصعب تنفيذها؛
- بعض المشاكل البيئية؛
- مشاكل تتعلق باستهلاك الطاقة؛

¹ نزار عبد المجيد البراوي، لحسن عبد الله باشبوة، مرجع سابق، ص ص 176- 220.

² مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 168.

- مشاكل متعلقة بالجودة ومشاكل تقلل إنتاجية أقسام المؤسسة.

ولكن تجدر الإشارة إلى أن التمكن من إيجاد حلول لكافة هذه المشاكل قد يواجهه العديد من العوائق التي تمنع هذه الحلقات من بلوغ أهدافها، حيث قد قام العالم (Dessler) عام 1983 بتحديد مجموعة منها كما يلي:¹

- هناك نقص لدى العاملين في فهم فكرة أسلوب الحلقات، وتظهر هذه المشكلة عندما يشعر العاملين أن حلقات برامج الجودة ما هي إلا كباقي البرامج التي تتبناها الإدارة من أجل زيادة الإنتاجية؛

- عدم وجود تجانس بين الإدارة وأفكار ومقترحات العاملين؛
- مناقشة بعض المشكلات التي تكون خارج نطاق خبرة أفراد الحلقة عندما تختار الحلقة مشكلات خارجة عن تخصص أفرادها؛

- قيام أفراد الحلقة بالتصدي لمشاكل من الصعب حلها من خلالهم.
- بعدما تطرقنا لحلقات الجودة، اتضح أنها من أهم أدوات الاتصال داخل المؤسسة إضافة إلى دورها كوسيلة لتحسين الجودة، فهي من أهم وسائل توزيع المعلومات وزيادة قيمة العمل الجماعي بالمؤسسة، مما يساعد على فهم أهدافها من طرف أفرادها وسعيهم وراء تحقيقها.

ثانياً: التحسين المستمر

1/ تعريف التحسين المستمر (KAIZEN): " يستند التحسين كفلسفة إلى التوجه الدائم نحو الأفضل، حيث يسير التحسين بالتوازي مع متطلبات الاستجابة للتغيير لكونه الثابت الوحيد في الحياة، لذا يمكن النظر للتحسين كمرحلة لا نهاية معلومة بالنسبة للمنظمات التي تسعى للتنافس والسيطرة على الأسواق. ويمكن انجاز التحسين المستمر بثبات وتواصل من خلال خطوات كبيرة متسارعة أو خطوات بطيئة تدريجية، وهذا ما أدى إلى التمايز بين اليابانيين والمداخل الغربية للتحسين المستمر. وقد بين *Imai* أن المديرين اليابانيين يميلون لانجاز التحسين المستمر من خلال فلسفة *KAIZEN* التي تعني باليابانية *KAI* التغيير *ZEN* الجيد، وذلك عن طريق عدد من التحسينات المؤثرة والدقيقة التي تتجمع تدريجياً وتراكمياً لمستوى الأداء دون انقطاع.² ويرتكز مفهوم التحسين المستمر على مشاركة جميع الأفراد داخل المؤسسة في تحقيق أهدافها.

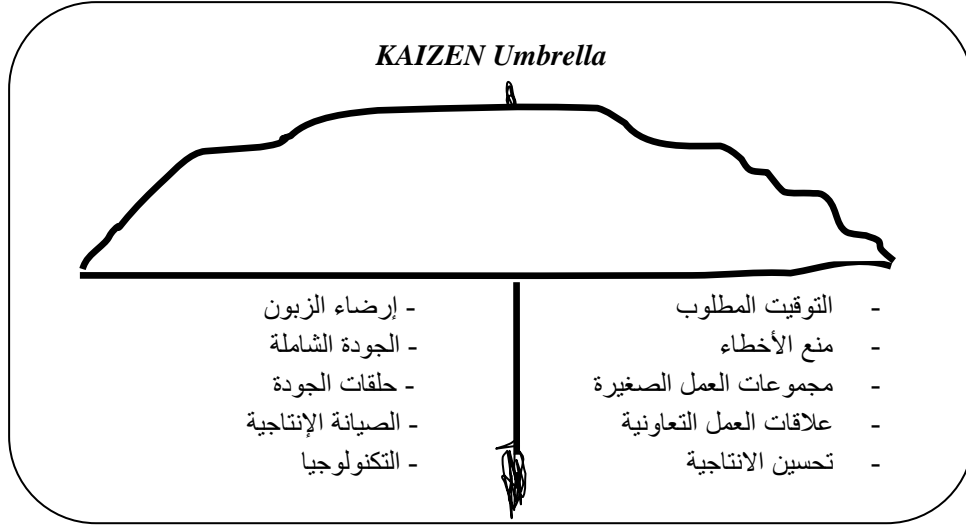
وتهدف طريقة التحسين المستمر إلى إعطاء الفكر أفقا واسعا طويل المدى مبنيا على الاستقرار والقدرة على التفكير السليم لصالح العمل والتحسين للقدرة على النجاح، وهذا من خلال إدخال تحسينات على كافة المجالات وفي جميع الأوقات.

¹ نفس المرجع، ص ص 174 - 175.

² نزار عبد المجيد البروراي، علي منصور محمد بن سفاع. تقنيات التحسين المستمر والاداء المنظمي: تاثير مفاهيمي ومؤشرات قابلة للتطبيق في المنظمات الصناعية، مجلة العلوم الادارية والاقتصادية، العدد الاول، يونيو 2008، ص ص 8/7.

ولقد تم التعبير عن فكرة التحسين المستمر في شكل مظلة كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (06): مظلة KAIZEN



المصدر: علي السلمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للإيزو، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 1995، ص 81.

فوفقا لهذا الأسلوب، يجب أن يتصف تطوير الأداء ب:¹

- تركيز التطوير والتحسين على العمليات وصولا إلى النتائج الأفضل؛
- التحسين المستمر للأداء في الحالات الإنتاجية، التسويقية... الخ؛
- التحسين المستمر مسؤولية شاملة ومشاركة بين الإدارة والعاملين.

2/ المتطلبات الإدارية لنجاح التحسين المستمر للأداء:

يجب أن ينال نظام التحسين المستمر تدعيم الإدارة على جميع المستويات التنظيمية، ومن ضمن بعض أهم السياسات الإدارية المساعدة على ذلك نذكر:²

- تطوير رؤية إستراتيجية وتكتيكية للمنظمة بمشاركة العاملين المساعدين؛
- تطوير أنماط إدارية تشجع الثقة والتعاون؛
- المحافظة على الهدف خصوصا خلال الأوقات الصعبة؛
- تطوير نظام الحوافز التي تشجع التعاون؛
- وضع برامج تدريب مستمرة؛
- الاعتراف بالإنجازات بطريقة تدعم الجهود الجماعية والفردية.

¹ أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة مدخل لتطوير الأداء الإداري للمنظمات، مداخلة مقدمة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول: الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، الجزائر، 09/08 مارس 2005، ص 517.

² سونيا محمد البكري، مرجع سابق، ص ص 234 - 235.

3/ مداخل تطبيق أسلوب التحسين المستمر في الأداء:

يوجد هناك العديد من المداخل لعملية التحسين المستمر ومن أهمها نجد **مدخل PDCA** أو ما يعرف بحلقة ديمينج، وهي أداة تساهم في التحسين المستمر من خلال تركيزها على:¹

- الوقاية من الأخطاء؛
- التقليل من الوحدات الضائعة أو التالفة.

ويرمز كل حرف من حروف هذا المدخل إلى مرحلة من مراحل حلقة ديمينج، وهي كما يلي:²

P - خطط Plan: الهدف في هذه المرحلة هو تخطيط ما يجب أن يفعل، بمعنى تحديد الأهداف والعمليات الضرورية لتحقيق المنتج حسب المواصفات.

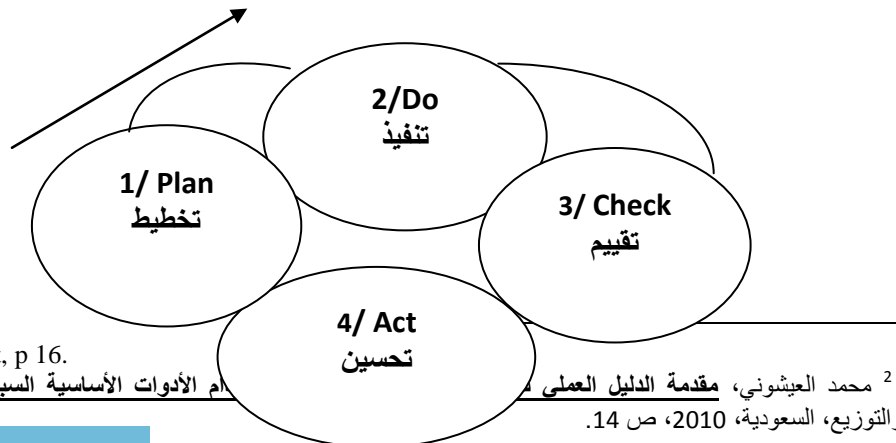
D - نفذ Do: ويتم في هذه المرحلة تنفيذ ما تم تخطيطه.

C - قيم أو افحص Check: في هذه المرحلة نقوم بتقييم ودراسة النتائج المتحصل عليها من العملية وهذا بمقارنتها مع الأهداف والمواصفات.

A - حسن Act: بناء على نتائج التقييم نقوم بإجراء التحسينات والتعديلات على العملية أو المنتج ونعود إلى المرحلة الأولى لتعديل التخطيط ومن ثم تسير الحلقة مستمرة.

والشكل الموالي يوضح طريقة عمل هذه الحلقة:

الشكل رقم (07): حلقة ديمينج PDCA



¹Nassima Terfaya, Op, cit, p 16.

²مقدمة الدليل العملي، دار الأصحاب للنشر، أدوات الأساسية السبع للجودة، ص 14.

محمد العيشوني، مقدمة الدليل العملي، والتوزيع، السعودية، 2010، ص 14.



Source : Nassima TERFAYA, **Démarche qualité dans l'entreprise et analyses des risques**, Editions Distribution HOUMA, Alger, 2004, p 18.

من خلال هذه الحلقة يتضح أن هذا الأسلوب يبحث عن التحسين المستمر الذي لا يحدث بالصدفة، وإنما يستوجب تخطيطا واضحا لكون أغلب المشكلات تأتي من سوء الإدارة، وأن الجودة تعني ملاءمة الاستخدام، حيث أكد **Juran** أن المهمة الأساسية للتحسين تركز في تنمية برنامج الإنتاج وفقا لاحتياجات ورغبات الزبائن.¹

ثالثا: المقارنة المرجعية

كانت اليابان أول من طبق مفهوم المقارنة المرجعية (**Benchmarking**)، وهذا عندما بدأت الشركات اليابانية في زيارة العديد من الشركات الغربية في بداية الخمسينات من القرن الماضي، واستطاعوا استيعاب ما نقلوه عن الغرب من خلال الحصول على حق المعرفة مع مراعاة اختيار الأنسب لظروفهم.

وكاصطلاح لغوي توجد العديد من التسميات لهذا الأسلوب مثل: القياس المقارن، القياس النمطي، المعايير، القياس بمنافس نموذجي... الخ.

1/ تعريف المقارنة المرجعية وأهدافها:

عرفت المقارنة المرجعية أنها: " أداة إدارية تتطلب قبول الإدارة العليا للمنظمة بتبني عمليات التغيير الناجمة عن محاكاة المنتجات والعمليات والممارسات الإدارية في تلك المنظمة مع نظيرتها من المنظمات الناجحة بغرض اعتماد تطبيقات جديدة لتحسين الأداء"²، " فجوهر عملية المقارنة المرجعية هو الانتقال من حيث أنت إلى حيث تريد."³

وتهدف المقارنة المرجعية إلى إحداث التحسين في عمليات المؤسسة من خلال أنشطتها وعملياتها، بالإضافة إلى تسريع حركة التغيير وتحقيق ميزة تنافسية للمؤسسة من خلال ثلاثة نقاط أساسية:⁴

- تحديد وقياس الفجوة بين أداء المؤسسة ومنافسيها؛
- الفهم والإدراك لأسباب الأداء الحالي وكيفية تغييره؛

¹ مدحت محمد أبو النصر، مرجع سابق، ص 51.

² نزار عبد المجيد البراوي، لحسن عبد الله باشوية، مرجع سابق، ص 306.

³ جمال الدين لعويسات، إدارة الجودة الشاملة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2003، ص 29.

⁴ أحمد بن عيشاوي، مرجع سابق، ص 517.

- اختبار أفضل الفرص الخارجية والتنبؤ بمستقبل المؤسسة بعد التغيير.

2/ أنواع المقارنة المرجعية: يمكن تصنيف أنواع المقارنة المرجعية إلى صنفين رئيسيين هما:

• **المقارنة المرجعية الداخلية (Internal Benchmarking):** وتتم عن طريق المقارنة بين أقسام أخرى من نفس المؤسسة، وقد يكون مع مؤسسات أو فروع تابعة لنفس المجموعة سواء على المستوى الداخلي أو الدولي.¹

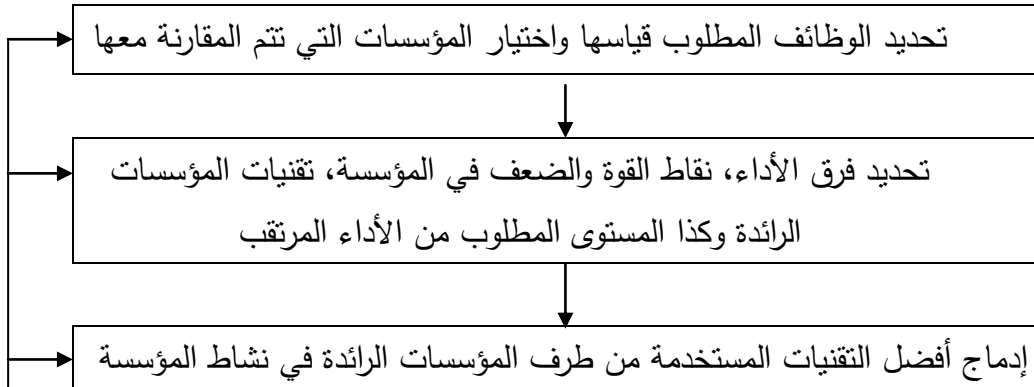
• **المقارنة المرجعية الخارجية (External Benchmarking):** وتتضمن إجراء المقارنة مع مؤسسات أخرى رائدة في نفس مجال عمل المؤسسة أو مجال آخر وتشمل:²

- المقارنة المرجعية التنافسية (Competitive Benchmarking): وتقوم على أساس المقارنة المباشرة مع أفضل المنافسين لتحقيق مستويات أفضل للأداء.

- المقارنة المرجعية الوظيفية (Functional Benchmarking): وتتضمن مقارنة وظيفة معينة (التسويق، الموارد البشرية...) أو عملية معينة (تدريب العاملين، أساليب التخزين...) بمثيلاتها في المؤسسات الأخرى.

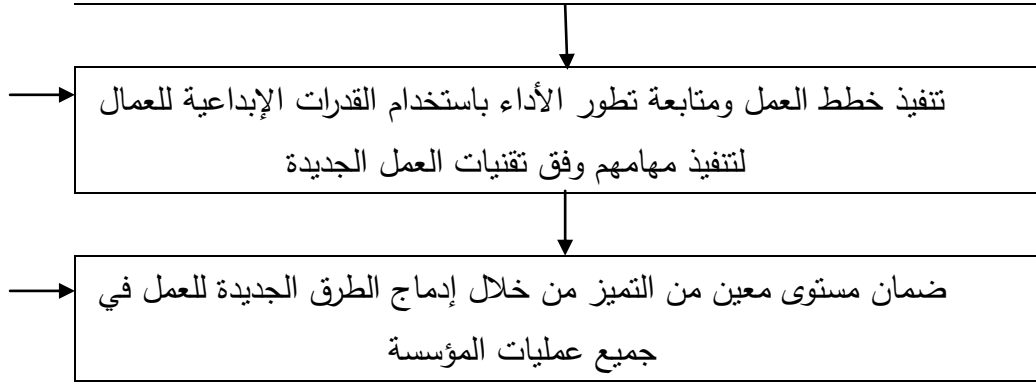
3/ مراحل المقارنة المرجعية: هناك خمسة مراحل أساسية نلخصها في الشكل التالي:

الشكل رقم (08): مراحل عملية المقارنة المرجعية للأداء



¹ جميلة مديوني، أسلوب القياس المقارن كمدخل لتحقيق التميز ومواجهة المنافسة - مع استعراض بعض التجارب الناجحة، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الوطني الثاني حول تسيير المؤسسات تحت عنوان: المؤسسة الاقتصادية الجزائرية والتميز، جامعة قلمة، الجزائر، 27/26 نوفمبر 2007، ص 117.

² نزار عبد المجيد البرواري، لحسن عبد الله باشوية، مرجع سابق، ص ص 306-307.



المصدر: سونيا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004/2003، ص289.

يلاحظ من خلال الشكل أن المؤسسة في آخر مرحلة من مراحل تطبيق القياس المقارن لأفضل أداء تصل إلى التميز - وهو الهدف المنشود-، ولأجل ضمان الوصول إلى هذه المرحلة لا بد من توافر مجموعة من العناصر والمتمثلة في:¹

- التحفيز الفعال للإطارات وتوعيتهم بأهمية برنامج القياس المقارن والنتائج التي من الممكن الوصول إليها من خلاله؛
- تكوين فريق من مجموعة من الأفراد المتفهمين للعمليات فهما كاملا للتمكن من مقارنتها بتقنيات أفضل لمؤسسات ولتحسين الأداء الفعلي للمؤسسة؛
- الرغبة الفعلية والالتزام بالتغيير تبعاً للنتائج المتوصل إليها من قبل القياس المقارن مع ضرورة الاقتناع بوجود مؤسسات تؤدي نفس نشاط المؤسسة وبطريقة أفضل.

رابعاً: إدارة المعرفة

إن جودة أداء المؤسسة تتوقف على مدى الإمكانيات التي تضعها هذه الأخيرة في أيدي زبائنها، وكذا قدراتها الإبداعية ومدى محافظتها على كفاءاتها المهنية وخبراتها المكتسبة، ودرجة إتاحة المعلومة لعمالها، بالإضافة إلى أهم شيء والمتمثل في استثمارها في المعرفة التي يمتلكونها. فلقد ساهم التطور التكنولوجي في زيادة انتشار المعرفة وتقديم الحلول الواقعية للمشاكل المطروحة، كظهور الأنظمة الخبيرة، تطور قاعدة المعطيات، ظهور البريد الإلكتروني والإنترنت.² كل هذه العوامل تساعد المؤسسة في تطوير أدائها ولحاقها بالركب التنافسي.

¹ فلة العيهار، مرجع سابق، ص 51.

² نفس المرجع، ص 55.

من هنا نستطيع القول أن من أهم أساليب تحسين الجودة بالإضافة إلى الأساليب المذكورة سابقا نجد أسلوب إدارة المعرفة والذي سنتناوله بالتفصيل من خلال فصلنا الدراسي التالي.

المبحث الرابع: إدارة الجودة الشاملة

بعد التطرق إلى مفاهيم الجودة وأهم سبل تحسينها، تجدر الإشارة إلى أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم التي تدعو إلى التطوير المستمر للعمليات الإدارية من خلال مراجعتها، تحليلها والبحث عن الوسائل والطرق لرفع مستوى الأداء وتقليل الوقت لإنجازها بالاستغناء عن جميع الوظائف والمهام عديمة الفائدة، وكل هذا من أجل تخفيض التكاليف ورفع مستوى الجودة مستنديين في جميع مراحل التطوير والتحسين على متطلبات وحاجات الزبون.

فإدارة الجودة الشاملة ليست هدفا محددًا يحقق وينتهي الأمر، وإنما عملية و غاية متواصلة ومتغيرة حسب حاجات الزبون التي تنمو وتتحسن باستمرار. ولأخذ فكرة أوضح حول محتوى وأسلوب إدارة الجودة الشاملة سنتطرق إليه بشيء من التفصيل من خلال هذا المبحث.

أولاً: الفرق بين الجودة وإدارة الجودة الشاملة

1/ تعريف إدارة الجودة الشاملة: لفهم إدارة الجودة الشاملة لابد من شرح عناصر مفهومها على الشكل التالي:¹

الإدارة: تعني التطوير والمحافظة على إمكانية المنظمة من أجل تحسين الجودة بشكل مستمر، وتبدأ الإدارة بالأقسام العليا وتنتهي بكل العاملين، أو أنها تخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة النشاطات كافة المتعلقة بتطبيق الجودة، كما يتضمن ذلك دعم نشاطات الجودة وتوفير المواد اللازمة.

الجودة: تعني الوفاء بمتطلبات المستفيد بل وتتجاوزها إلى تلافي العيوب والنواقص من المراحل الأولى للعملية بما يرضي المستفيد.

الشاملة: وهي البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل ابتداء من التعرف على احتياجات المستفيد والانتهاؤ بتقويم رضاه عن المنتجات أو الخدمات المقدمة إليه. وتضم: كل المؤسسة، في كل مجالات العمل وكل العاملين.

والآن يمكن تقديم مفهوم شامل لإدارة الجودة الشاملة بأنها: " أسلوب إداري متكامل يتضمن توظيف الاستراتيجيات التي من شأنها أن تقوم بعملية التحسين، التطوير، تخفيض التكلفة وتأكيد الثبات في الإنتاج الجيد ضمن المواصفات المطلوبة التي تحقق رضا المستفيد وغاياته."²

¹ مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص 27.
² فواز التميمي، أحمد الخطيب، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للايزو 9001، جدارا للكتاب العالمي للنشر والتوزيع، عالم الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 23.

كما عرفها البعض على أنها: " نظام شامل للتوصيف والتوجيه والتقويم، حيث يذكر *Sehueter* أنها تعني خلق ثقافة متميزة في الأداء حيث يعمل ويجتهد المديرون والموظفون بشكل مستمر لتحقيق توقعات المستهلك وأداء العمل بشكل أفضل وبفعالية عالية وفي وقت أقصر".¹

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن إدارة الجودة الشاملة هي عبارة عن أسلوب إداري يهدف إلى تأصيل ثقافة الجودة والعمل على تطبيقها على منتجات المؤسسة بما يحقق رضا الزبون الحالي ويجلب زبائن جدد لها، مما يمكنها من اختراق الأسواق والتصدي للمنافسة ويضمن استمراريتها.

2/ أهداف وأهمية إدارة الجودة الشاملة: إن هدف إدارة الجودة الشاملة بشكل عام ينطلق من فكرة أنه لا يمكن لأحد أن يصمد في وجه المنافسة إلا إذا كان يسعى إلى إرضاء العميل وتحقيق متطلباته ورغباته بدرجة كبيرة وتخطيها بشكل مستمر ودائم، وهذا ما لا يمكن أن يحدث إلا من خلال تحقيق مستوى عالي الجودة، وفيما يلي عرضاً لأهم أهداف تبني أسلوب الإدارة بالجودة الشاملة:²

- خفض التكاليف بتقليل الأخطاء ونسبة تكرار العمل والعمل الإضافي؛
- زيادة العوائد والأرباح بزيادة المبيعات وزيادة المشاركة في السوق.
- تحقيق الجودة؛
- تحقيق رضا الزبائن حيث يشترطون أكثر من مرة ويقومون بالدعاية للمؤسسة؛
- تمكين الموظفين ومنحهم السلطة تجنباً للمشاكل المستقبلية.

ومنه فالعمل بإدارة الجودة الشاملة يساعد على التكيف مع المتغيرات التقنية، الاقتصادية والاجتماعية للمحيط بما يخدم تحقيق مستويات الجودة المطلوبة، فهذه الأهداف المذكورة لا يمكن الوصول إليها إلا من خلال الانطلاق من دراسة حاجات ورغبات العميل لتحديد أسلوب ومنهج عمل المؤسسة، والتوصل إلى أهم سبل تخفيض تكاليفها للتمكن من تقديم ما يرضي عملائها ويزيد من حصتها السوقية باستقطاب عدد أكبر منهم.

3/ الافتراضات النظرية لإدارة الجودة الشاملة: فمن خلال هذه الأهداف كذلك يمكن التوصل إلى أهم مضايمين إدارة الجودة الشاملة والتي من أهمها:³

- قبول التغيير والتعامل مع المتغيرات؛
- استحداث أساليب للتعامل مع المحيط؛

¹ عيسى يوسف قعادة إيجابيات ومعوقات تطبيق الجودة الشاملة في الجامعات الأردنية- دراسة استكشافية، أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد 03، جامعة بسكرة، الجزائر، جوان 2008، ص 05.

² محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق، ص 46.

³ جمال الدين لعويسات، مرجع سابق، ص ص 13- 14.

- استيعاب التكنولوجيا الحديثة وإعادة تصميم الأساليب الإدارية؛
- إدراك أهمية الاستثمار الأمثل لكل الموارد المتاحة؛
- إدراك أهمية الوقت كمورد رئيسي للإدارة؛
- إدراك أهمية العميل واتخاذ كميّار أساسي في الاختيارات الإدارية؛
- الأخذ بمفهوم العمل الجماعي؛
- رفض الأنماط الجامدة في الهياكل التنظيمية والأساليب الإدارية.

4/ الاختلافات بين الجودة وإدارة الجودة الشاملة: مما سبق يتضح أنه بالرغم من ارتباط إدارة الجودة الشاملة كنظام تسييري حديث بالمفهوم التقليدي للجودة، إلا أن هناك أوجه اختلاف بارزة بينهما من أهمها ما يلي:¹

- فالجودة مرتبطة بالمنتج النهائي كمسؤولية العملية الإنتاجية فقط، في حين يوسع نظام إدارة الجودة الشاملة مفهوم الجودة ليشمل جودة الأداء في مختلف الأنشطة الوظيفية والأنظمة التسييرية، وأن جودة المخرجات مسؤولية تتحملها جميع وظائف وموارد المؤسسة؛
 - يسعى نظام الجودة إلى حل المشكلات العارضة بالتعرف إلى أسبابها مع اعتماد الأسلوب العقابي مع الأفراد المعنيين بها، في المقابل نجد أن إدارة الجودة الشاملة تركز على التحسين المستمر للعمليات رغم عدم وجود المشكلات مع استخدام أسلوب التشجيع، وتحميل تلك الأخطاء عند وقوعها للنظام لا للأفراد؛
 - يرتكز نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية الولاء والانتماء من قبل العاملين والإدارة لأهداف المؤسسة، بينما نجد أن نظام الجودة لا يولي هذا الأمر أية أهمية؛
 - يمتاز نظام إدارة الجودة الشاملة بالاعتماد على التخطيط المسبق للجودة كأسلوب وقائي، إلا أن نظام الجودة يعتمد على ردود الأفعال مع استخدام أسلوب التفتيش؛
 - يركز نظام الجودة على تلبية احتياجات المستهلكين وتوقعاتهم، بينما يوسع نظام إدارة الجودة الشاملة مفهوم العملاء إلى الموارد البشرية والكفاءات بالمؤسسة كعملاء داخليين يؤدي تلبية احتياجاتهم الاقتصادية والاجتماعية بشكل مباشر إلى تلبية احتياجات العملاء الخارجيين.
- بعد اتضاح مدى أهمية إدارة الجودة الشاملة من خلال ما قدمته من تطورات للإدارة الحديثة والمؤسسة بصفة خاصة، لابد من التعرف على أهم مبادئ هذه الإدارة وتطبيقاتها.

ثانياً: مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومراحل تطبيقها

¹ سملاي يحضيه، أثر التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية وتنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية (مدخل الجودة والمعرفة)، أطروحة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2004/2003، ص 194.

1/ مبادئ إدارة الجودة الشاملة: والمقصود بها مجموع القواعد والأسس التي تستند إليها المؤسسة لتطبيق أسلوب الإدارة بالجودة الشاملة، وذلك من أجل تحقيق النتائج والأهداف المرجوة، وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي:

1-1/ التركيز على الزبون:

يعتبر زبون المؤسسة الحديثة أساس استمرارها ونموها، فمن خلاله تتحقق مستويات الجودة المطلوبة من خلال متابعة وتحليل احتياجاته ومحاولة الاستفادة من آرائه للوصول إلى ولائه للمؤسسة، فكما لاحظنا في مراحل تطور إدارة الجودة، فرفاهية الزبون هي آخر أهم مرحلة توصل إليها الباحثون وأساس تحقيق أهداف المؤسسة.

1-2/ رفع مستوى أداء العاملين:

" يعتبر الأفراد العاملون بالمؤسسة أساس إتقان الجودة، وبالتالي يجب الاهتمام بمستوى أدائهم وتدريبهم وتطويرهم لتحقيق الهدف المرجو والمستوى المطلوب من الجودة."¹

1-3/ التحسين المستمر:

" تؤكد فلسفة إدارة الجودة الشاملة على أهمية التحسين المستمر لمختلف الأنشطة الوظيفية والعمليات التسييرية في المؤسسة، ويؤكد هذا المبدأ فرضية أن الجودة النهائية ما هي إلا نتيجة لسلسلة من الخطوات والنشاطات المترابطة، ففكرة التحسين المستمر تعتمد على تدعيم البحث والتطوير وتشجيع الأداء، وتنمية المعرفة والمهارات لدى الكفاءات المتاحة بالمؤسسة، لذا يتطلب الأمر إجراء دراسات مستمرة وتحليل النتائج للوصول إلى كفاءة عالية لأنظمة العمليات المختلفة من جهة، وتطوير جودة مخرجات المؤسسة من جهة أخرى."²

1-4/ القرارات المبنية على الحقائق:

"تعتبر هذه النقطة من العناصر الأساسية في الفلسفة الحديثة للجودة، شرط تواجد واكتشاف هذه الحقائق، فعدم توافر المعلومات الكافية عن رغبات واحتياجات الزبائن، سيؤدي إلى وضع وتطوير تصميم غير سليم للمنتج لا يلبي حاجاتهم وتوقعاتهم، لذا يتوجب على المؤسسة وضع إستراتيجية لاتخاذ القرارات مبنية على الحقائق الواجب توافرها قبل البدء في عملية الإنتاج، وليس على ضوء الحقائق المعتمدة على الحدس والخبرة الشخصية."³

1-5/ التركيز على العملية: "إن تحقيق رضا الزبون وخلق ميزة تنافسية في الأسواق العالمية يعتمدان

¹ نزار عبد المجيد البروراري، لحسن عبد الله باشبوة، مرجع سابق، ص 164.

² أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، العدد 4، جامعة ورقلة، الجزائر، 2006، ص 23.

³ فلة العيهار، مرجع سابق، ص 68.

بدرجة كبيرة على السلع والخدمات المقدمة لتلك الأسواق، لذلك يعد مبدأ التركيز على العملية الإنتاجية إحدى الاستراتيجيات المهمة التي تعتمدها أغلب المنظمات الصناعية، إذ تقوم هذه الإستراتيجية على تنظيم الأجهزة والمعدات وقوة العمل حول عملية تقليل فرص الضياع الذي يظهر في العملية بشكل إيجابي ويجعلها مرنة وقابلة للاستجابة لرغبات الزبائن المتغيرة ومن ثم يحقق للمنظمة زيادة في الإنتاجية والارتقاء في مستوى الجودة، وهو الشيء الذي تعمل من أجله كافة المنظمات الصناعية والخدمية على السواء.¹

1-6/ التزام الإدارة العليا: إن استخدام وإتباع أي أسلوب إداري حديث بالمؤسسة يتطلب تأييد ودعم الإدارة العليا، فمن خلالها تكون عملية التوعية بأهمية الأسلوب المستحدث بالنسبة للمؤسسة والعاملين بها، فقبل اعتماد أسلوب إدارة الجودة لابد من توعية بأهميته، تدريبهم وتوفير البيئة التنظيمية والإمكانات المالية الكافية لتحقيق عوائده.

1-7/ التغذية العكسية: يتيح هذا المبدأ الأخير للمبادئ السابقة أن تؤتي ثمارها، وفي هذا المجال تلعب الاتصالات الدور المحوري لأن أي منتج من أي نوع لا يمكن تصميمه بدون مدخلات بشرية، ولهذا فمن أكبر المسؤوليات التي يتحملها المشرفون ليست فقط مسؤولياتهم عن إدارة أموال، إنتاج وجدول زمنية للتنفيذ... الخ، بل أن إدارة الأفراد تعتبر التحدي الأكبر، ومن ثم فإن النجاح في الحصول على تغذية عكسية أمينة والرغبة المخلصة من المشرفين في مساعدة رؤوسهم على الارتقاء تعتبر من أهم عوامل الزيادة في فرص النجاح والإبداع.²

إن التعرف على هذه المبادئ الخاصة بأسلوب الإدارة بالجودة الشاملة تلفت انتباه الباحث إلى محاولة معرفة أهم المراحل الواجب إتباعها لتجسيد هذه الأسس والقدرة على تحقيقها على أرض الواقع، وهذا ما سنتطرق إليه من خلال مراحل إدارة الجودة الشاملة.

2/ مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة: تعتبر فاعلية تطبيق إدارة الجودة الشاملة من أكثر وأدق المراحل التنظيمية والإدارية، حيث ينبغي على المؤسسات المعنية دراستها باهتمام بالغ وتحليل متطلبات تطبيقها بالشكل الذي يحقق إمكانية النجاح عند الشروع باعتماد نظام إدارة الجودة الشاملة، سيما وأن إدارة الجودة الشاملة كنظام وبناء فكري وفلسفي يمتد ليشمل جميع أوصال المؤسسة من أفراد ومنتجات وعمليات بيئية وتنظيمية وثقافية... الخ، ولذا يمكن القول بأن مراحل التطبيق لا تعدو أن تتضمن المراحل التالية:

¹ سنان كاظم الموسوي، مؤيد حسن علي، مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأثرها في تحديد الأسبقيات التنافسية، مجلة آداب الكوفة، العدد الأول، العراق، 2008، ص 72.

² جوزيف جابلونسكي، إدارة الجودة الشاملة، الشركة العربية للإعلام العلمي (شعاع)، القاهرة، العدد السادس، فبراير 1993. www.edara.com (22/01/2011).

2-1/ المرحلة الصفريّة (الإعداد والتهيئة لتبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة):

إن التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة يبدأ من المرحلة الصفريّة، وفي هذه المرحلة تقرر إدارة المؤسسة رغبتها في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، وتعلن عن نيتها على التطبيق، وهنا يبدأ كبار المديرين بتلقي تدريبات متخصصة حول مفهوم النظام، أهميته، متطلباته والمبادئ التي يقوم عليها، ثم بعد ذلك يتم نقل المفاهيم والأفكار إلى باقي العاملين في المؤسسة وتوعيتهم. وتتلخص الإجراءات التي تطبق في هذه المرحلة في الآتي:¹

- إدراك وفهم الحاجة إلى حتمية التغيير؛
 - مراجعة وفحص الطرق والمفاهيم المختلفة لإدارة الجودة الشاملة؛
 - الاستعانة باستشاري إدارة الجودة الشاملة لتطبيق النظام؛
 - تأكيد الدعم والمساندة من جانب إدارة المؤسسة لفكرة تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- وتنتهي هذه المرحلة بالالتزام بتخصيص الموارد الضرورية لتطبيق المراحل المتبقية لإدارة الجودة الشاملة والتي تعد من أهم المراحل وهي كالتالي:²

2-2/ المرحلة الأولى (مرحلة التخطيط):

- وتعد من أهم مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة، حيث يتم وضع الخطط التفصيلية للتنفيذ وتحديد الهيكل الدائم والموارد اللازمة للتطبيق، وهذا من خلال:
- تحليل البيئة الداخلية والخارجية لغرض تحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات التي يمكن أن تتعرض لها المؤسسة؛
 - صياغة الرؤيا والرسالة ووضع الأهداف الإستراتيجية التي تسعى لتنميتها المؤسسة على المستوى الكلي والمستوى التشغيلي لتنفيذ العمليات؛
 - التخطيط لجودة المنتجات والخدمات والعمليات والأفراد وغيرها من متطلبات تحسين الجودة. وتعتمد عملية التخطيط على المدخلات من كل المراحل اللاحقة للمساعدة على إرشاد تطبيقها وتقييمها.

2-3/ المرحلة الثانية (مرحلة التطبيق):

ويتم في هذه المرحلة التنفيذ الفعلي لاستخدام طرق وأدوات الجودة الشاملة، سيما بعد أن يجري إعداد العاملين في المؤسسة إعداداً سليماً وقادراً على تطبيق تلك الوسائل، حيث يتم استخدام أدوات الجودة كالتقنيات الإحصائية في استخدام خرائط الجودة للمتغيرات وأساليب باريتو ومخطط السبب والنتيجة وغيرها من وسائل دراسة وتحليل المشاكل واتخاذ القرارات المتعلقة بمعالجتها.

¹ لعلى بوكميش، الجودة الشاملة. ايزو 9000، دار الراجية للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص 136.

² خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، مرجع سابق، ص 239-240.

4-2/ المرحلة الثالثة (مرحلة التقييم والرقابة):

يتم خلال هذه المرحلة مراجعة نتائج التنفيذ والتأكد من درجة تحقيق الأهداف المسطرة بحثاً عن الانحرافات الحاصلة، وهذا من أجل محاولة إيجاد الحلول الممكنة لها و تفادي حدوثها في المستقبل، حيث يستمد نظام إدارة الجودة الشاملة قدرته في متابعة الأداء المراد انجازه والتطوير المستمر للعمليات الإنتاجية والتشغيلية وفق سبل الرقابة القبلية، المتزامنة والبعديّة لجميع الأنشطة التي تمارسها المؤسسات.

ولكي يكون النظام الرقابي المعتمد فعالاً لا بد أن يتم تزويد العاملين بجميع المعلومات المرتبطة بالعمليات التشغيلية، كما ينبغي تدريبهم في مختلف العمليات بالأساليب الإحصائية المذكورة والوسائل المعتمدة في الوقاية أو المعالجة اللازمة لتجاوز انحرافات الأداء ومن ثم التمكن من اتخاذ الإجراءات اللازمة لتجنب تفاقم الاختلالات وآثارها.

5-2/ المرحلة المتقدمة (مرحلة تبادل ونشر خبرات المؤسسة):

إن إنجاز المرحلة الصفيرية وحتى المرحلة الثالثة يزودان المؤسسة بأساس معرفي جوهري، وفي المرحلة الأخيرة من مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتم استثمار الخبرات والنجاحات المحققة من طرف المؤسسة، حيث أن المؤسسة يمكن أن تكون قدوة ومرجعية في تطبيق نظام الجودة الشاملة، إذ أن غالباً ما تصبح المؤسسات الأخرى تتابع سبل وطرق نجاح هذه المؤسسة وتتابع تجاربها في بناء النظام النوعي الشامل لأنشطتها.

ثالثاً: متطلبات نجاح نظام إدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيقه

1/ عوامل نجاح نظام إدارة الجودة الشاملة: يتطلب تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة من المؤسسات عدم اعتباره على أنه منهجاً جديداً في الإدارة أو أنه علاج سريع للمشكلات التي تواجهها، على العكس من ذلك، حيث يجب النظر إلى الجودة الشاملة على أنها طريقة جديدة لأداء العمل. ومن أهم عوامل نجاح هذا النظام نذكر:¹

- وجود التزام واضح من جانب الإدارة العليا؛

¹ لعلى بوكميش، مرجع سابق، ص ص 153 - 159.

- ضرورة تأكيد الإدارة العليا على أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة وفوائدها الكثيرة والمتنوعة؛
 - ضرورة أمام المسؤولين بمتطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
 - الاستعانة عند الضرورة بالخبرات والاستشارات الخارجية المعروفة والمعترف بها لفهم وتطبيق الإدارة بالجودة الشاملة؛
 - تدريب وتكوين المديرين على تقبل التغيير وتشجيعه وتنمية مهارات الأفراد العاملين وتحسين أنماطهم السلوكية للقضاء على الصراعات داخل المؤسسة؛
 - زيادة الوعي بأهمية الجودة والعمل على نشر ثقافتها في أوساط العاملين على اختلاف مستوياتهم الإدارية؛
 - توفير الاعتمادات المالية اللازمة لتغطية تكاليف تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
 - حسن اختيار مسؤول إدارة الجودة والفريق الذي سيتولى قيادة البرنامج على أساس الكفاءة؛
 - ضرورة كتابة التعليمات والإجراءات الخاصة بالجودة وظروف المؤسسة؛
 - التأكيد على قيمة العمل الجماعي، واعتبار مسؤولية تنفيذ العمل مسؤولية جماعية بين الأفراد؛
 - الاهتمام بالعنصر الإنساني في العمل، وعمل الإدارة جنباً إلى جنب مع العاملين ومعاملتهم كشركاء لزيادة ولائهم؛
 - تحسين نظام الحوافز، تفعيل نظام الاتصال ووضع سياسات فعالة للتدريب بما يسمح بتحسين مستويات الأداء.
- من خلال ما سبق يجب التأكيد على ضرورة الاستمرارية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة لضمان استمرارية المؤسسة.

2/ مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة: إن الالتزام بالعوامل السابقة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة يحقق للمؤسسة العديد من المزايا من أهمها:¹

- تعزيز الموقع التنافسي للمؤسسات طالما يجري التركيز من خلالها على تقديم السلعة أو الخدمة ذات الجودة العالية للزبون وبالتالي زيادة الإنتاج بأقل التكاليف؛
- يمثل تطبيقها سلسلة من الفعاليات المتتابعة التي تتيح للمؤسسة إنجاز أهدافها والمتمثلة في تحقيق النمو، زيادة الأرباح، والاستثمار الأمثل لمواردها البشرية؛

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص ص 44 - 45.

- تمثل أحد أهم التحديات التنظيمية الكبيرة التي تستلزم تعبئة الجهود من خلال التركيز على الزبون الذي يعد كنقطة بداية؛
- التركيز المستمر على تحسين العملية وزيادة الابتكارات؛
- زيادة الكفاءة من خلال تقليص الضياع في المخزون، وتقليص الأخطاء بالعمليات التشغيلية وتقليص المشاكل المتعلقة بالزبائن؛
- زيادة الحصة السوقية، الأرباح وعوائد الاستثمار؛
- انخفاض شكاوي المستهلكين والعملاء من جودة السلعة والخدمة المقدمة إليهم؛
- تخفيض تكاليف الجودة.

3/ معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة: بعد التعرف على أهم عوامل نجاح نظام إدارة الجودة الشاملة

ومزاياها، يمكننا استخلاص أهم العوائق التي تحول دون نجاح هذا النظام والمتمثلة فيما يلي:¹

- عدم توفر الكفاءات البشرية المؤهلة لتطبيق أسس إدارة الجودة الشاملة؛
- تخصيص مبالغ غير كافية لأجل التطبيق؛
- الاعتقاد الخاطئ بعدم الحاجة إلى التدريب مما يؤدي إلى التطبيق الخطأ لخطوات ومبادئ إدارة الجودة الشاملة؛
- إتباع أسلوب القيادة الدكتاتوري وتشدد المديرين؛
- مقاومة التغيير من طرف الإدارة أو العاملين بسبب عدم نشر ثقافة الجودة؛
- التسرع في توقع النتائج علماً أن نتائج تطبيق إدارة الجودة الشاملة تتطلب وقتاً لا بأس به سيما وأنها مرتبطة بالتغيير الجذري في الثقافات والقيم داخل المؤسسة؛
- عدم وجود نظام فعال للاتصالات والتغذية المرتدة؛
- عدم وجود توافق بين أعضاء فرق العمل.

بالإضافة إلى التركيز على الفعاليات الداخلية للجودة والاهتمام بها لأنها مؤثرة على الأداء الرئيس للجودة وإغفالها حاجات الزبائن الخارجيين؛²

إن النقاط السابقة الذكر تشكل بعض العوائق التي تحول دون تطبيق نظام الجودة الشاملة، لذا ينبغي العمل على تحديدها وتحليلها وإزالة معظم آثارها لغرض التطبيق الفعال لهذا النظام مما يدعم مكانة المؤسسة ويضاعف من حصتها السوقية ومكانتها التنافسية.

www.kau.edu.sa

¹ خالد بن سامي محمد حسين، إدارة الجودة الشاملة، جامعة الملك عبد العزيز، عن موقع (13/08/2013)

² Markland & others, **Operation Management- Concepts in manufacturing and services**, West publishing company, New York, 1995, p 282.

المبحث الخامس: تطبيقات الجودة بالمؤسسات الصحية

تختلف الخدمات الصحية وتتعدد بحسب طبيعة وتخصص المؤسسة التي تقدمها، ولأهمية وخصوصية هذه الخدمات التي لا يحتمل تقديمها وجود أخطاء جعلت من الجودة الشاملة ضرورة ملحة ووسيلة وغاية في حد ذاتها.

أولاً: الجودة في المجال الصحي

إن ارتباط الخدمة الصحية بالحياة البشرية يجعل من الاهتمام بجودتها أمراً حتمياً، فالأشكال المختلفة من الممارسات غير الصحيحة قد تؤدي إلى نتائج غير مرغوبة كثيراً ما يصعب تداركها. كما تعتبر جودة الخدمات الصحية من العناصر الأساسية الحاكمة في مجال التنافس بين المؤسسات الصحية، حيث يتوقف تفضيل المريض للتعامل مع مؤسسة صحية دون أخرى على ارتفاع مستوى جودة هذه الخدمات.

1/ مفهوم جودة الخدمة الصحية وأهميتها:

1-2/ تعريف جودة الخدمة الصحية

إن تعريف جودة الخدمات الصحية تعد عملية في غاية التعقيد، لأن العديد من أوجه الخدمة الصحية تبدو دائماً غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها.

وبالتالي فإن محاولة تعريفها ستعكس وجهة نظر الشخص القائم بالتعريف مما جعل العديد من

العلماء والاقتصاديين أمثال *Palmar* يعرفون جودة الخدمة الصحية من عدة زوايا منها:¹

المريض: ويعرفها على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.

الطبيب: وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المريض.

المالكون: الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن.

إدارة المؤسسة الصحية: تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة.

وبالإضافة إلى المفاهيم السابقة، فقد تم تعريفها وفقاً لـ **الصانعي السياسات الصحية** بأنها: "تحسين

صحة أفراد المجتمع ومدى رضا المواطن في ضوء الموارد المتاحة".²

أما **المنظمة العالمية للصحة** فتعرف جودة الخدمات الصحية أنها محاولة توفير الحماية لكل شخص من خلال مختلف وظائف تشخيص الأمراض وعلاجها بما يضمن أحسن النتائج الصحية وبأقل

¹ صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد الأول، الأردن، يناير 2012، ص 72.

² ميلود تومي، نادية خريف، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية إستراتيجية لتحقيق التميز والقدرة على المنافسة. مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الوطني الثاني حول تسيير المؤسسات " المؤسسة الاقتصادية الجزائرية والتميز"، جامعة قلمة، الجزائر، 27/26 نوفمبر 2007، ص 27.

التكاليف الممكنة وبأقل مستوى خطر، لتحقيق رضا الزبون في أعلى مستوياته من خلال مختلف العلاقات الإنسانية السائدة داخل النظام الصحي.¹

من هذه التعاريف استنتج الباحثون في المجال الصحي أن تطبيق الجودة على الخدمة الصحية يهدف إلى:

- تقييم مستوى الجودة وسير الخدمات الصحية الوقائية، التشخيصية والعلاجية؛
- تقييم آثار الخدمات الصحية في المدى القصير، المتوسط والطويل ونتائجها على المستوى الفردي والجماعي؛
- معرفة مدى تحقق أهداف المؤسسة الصحية ونجاحها.

2-2/ أهمية الجودة في قطاع الخدمات الصحية

يعد الاهتمام المتزايد بالجودة مؤشرا على أهميتها في قطاع الخدمات الصحية الذي يعتبر من أكثر القطاعات احتياجا لاستخدام مثل هذه الأساليب، وذلك لأهمية هذا القطاع وكثرة عدد المستفيدين منه، وقد أكد *Brobst* على أهمية تأسيس برامج الجودة النوعية لكونها تساعد على:²

- تقديم معلومات أساسية وضرورية لتحديد مستوى ملاءمة الجودة المطلوبة وكيفية إنفاق الموارد المالية؛
- تقديم تغذية عكسية لبيانات ذات معنى، وفي الوقت المناسب لكافة أنشطة المؤسسة الصحية التي يمكن استخدامها على كافة المستويات؛
- التركيز على المشاكل الأكثر أهمية التي تؤثر على مستوى ودرجة الرعاية الطبية المقدمة؛
- تجنب المؤسسات الصحية تقديم خدمات متدنية الجودة، وتقليل الأخطاء وتحسين عملياتها؛
- التعرف على احتياجات العميل والعمل على تحقيقها.

ومن أهم دلالات أهمية تطبيق الجودة على الخدمات الصحية أنها تعد مؤشر مهم في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية، كما تؤثر مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض من تلك الخدمة.³

3/ أبعاد جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها:

3-1/ أبعاد الجودة في المؤسسات الصحية: إن الهدف الأساسي للخدمات الصحية يكمن في تحقيق أعلى معدلات القبول والرضا لدى المريض من خلال ضمان الصحة الجسدية والنفسية له، إلا أنه توجد

¹ Claude Vilcot, Hervé Leclot, **Indicateur qualité en santé- Certification et évaluation des pratiques professionnelles**, 2ème édition, AFNOR, Paris, 2006, P P 1 .2.

² خالد بن سعيد، **مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية**، المجلة العربية للعلوم الادارية، المجلد 2، العدد 1، مجلس النشر العربي، الكويت، 1994، ص 12.

³ ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سابق، ص 202.

هناك العديد من العوامل الأخرى بالإضافة إلى الرضا والتي يجب أخذها في الحسبان كأبعاد أساسية لجودة الخدمة أثناء قياس فعالية الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية، ومن أهمها:¹

◀ **المساواة:** وتعني حصول المرضى على نصيب عادل وقسط متساو من الرعاية الطبية وفقا لاحتياجاتهم.

◀ **الفعالية:** ويقصد بها تحقيق الفائدة المرجوة من العناية الطبية سواء على مستوى المريض أو على مستوى المؤسسة أو المجتمع ككل.

◀ **الملاءمة:** وتعني ملاءمة الخدمة للغرض الذي تقدم من أجله، من حيث أسلوب وإجراءات ومكان تقديمها، ومدى توافقها مع احتياجات المريض وحالته الصحية وقدراته الجسدية والذهنية.

◀ **سهولة الحصول عليها:** ويقصد بذلك أن لا تكون الخدمات الطبية مقيدة بحدود زمنية أو مكانية معينة، حيث تقدم لمن يحتاجها وقت ومكان الحاجة إليها.

◀ **القبول:** يجب أن تحظى الخدمة الطبية بقبول المرضى، ذويهم، ومقدمي الخدمة أنفسهم من أطباء وممرضين وفنيين وأفراد المجتمع بشكل عام.

◀ **الكفاءة:** وتعني التوازن في تخصيص الموارد المتاحة بين الخدمات المقدمة والمرضى المستفيدين منها.

فمن خلال هذه العناصر المذكورة يمكن لنا الحكم على جودة الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الصحية المختلفة.

2-3/ العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية: هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية، وتتمثل فيما يلي:²

تحليل توقعات الزبون: إن فهم اتجاهات الزبائن، إرضائهم وتلبية احتياجاتهم يدل حالياً على التوجه المبدئي في طريق تحقيق الجودة، لذا فمن واجب المؤسسات الصحية أن تصمم الخدمة الصحية تصميمًا يفوق ويوافق توقعات المرضى لتحقيق جودة عالية للخدمات المقدمة.

تحديد جودة الخدمات: حالما تستوعب المؤسسة الصحية حاجات المرضى والزبائن، يجب أن تضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من النوعية في الخدمة الصحية المقدمة، وهذا التوصيف يكون مرتبطاً مع أداء العاملين في المؤسسة بمستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في انجاز الخدمة الطبية.

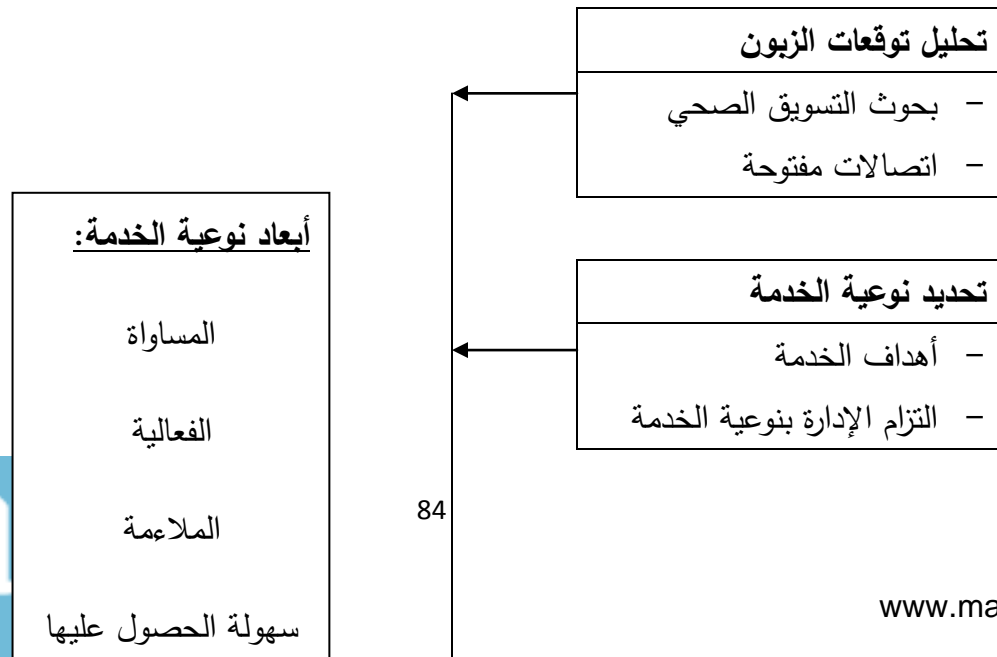
¹ جميل مخيمر، محمد محمود الطعمانة، مرجع سابق، ص ص 178 - 179.

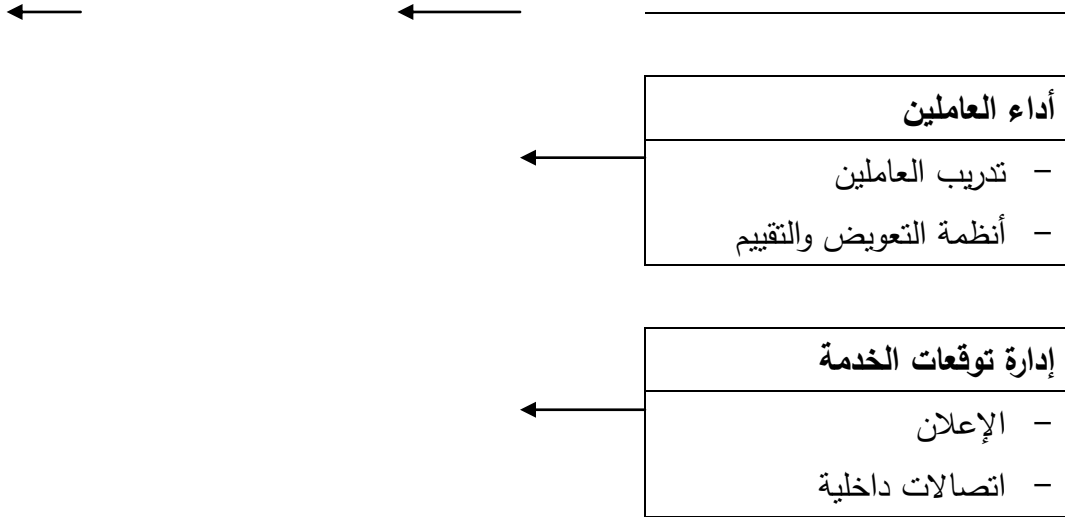
² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص ص 204 - 209.

أداء العاملين: عندما تضع إدارة المؤسسة معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي، فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب لعمالها من خلال تدريبهم وتطويرهم لإرضاء عملائها والارتقاء بجودة الخدمات المقدمة لهم، وهذا ما لا يمكن تحقيقه إلا من خلال توفير الأجهزة والمعدات اللازمة للقيام بعملهم بالإضافة إلى توفير بيئة العمل المادية والنفسية الملائمة والمقبولة.

إدارة توقعات الخدمة: يكون من المهم أن تتوقع إدارة المؤسسة تقييم الزبائن لنوعية الخدمات التي قدمتها لهم أو التي ستقدمها في المستقبل، ويجب أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهذا ما يجعل المؤسسة بعيدة كل البعد عن تقديم الوعود غير المتناسبة مع إمكانياتها. وسنحاول الجمع بين أبعاد الجودة الصحية وأهم العوامل المؤثرة فيها، وكيفية تحقيقها لرضا الزبائن في الشكل التالي:

الشكل رقم (09): أبعاد جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها





المصدر:

ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 203.

ثانيا: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية

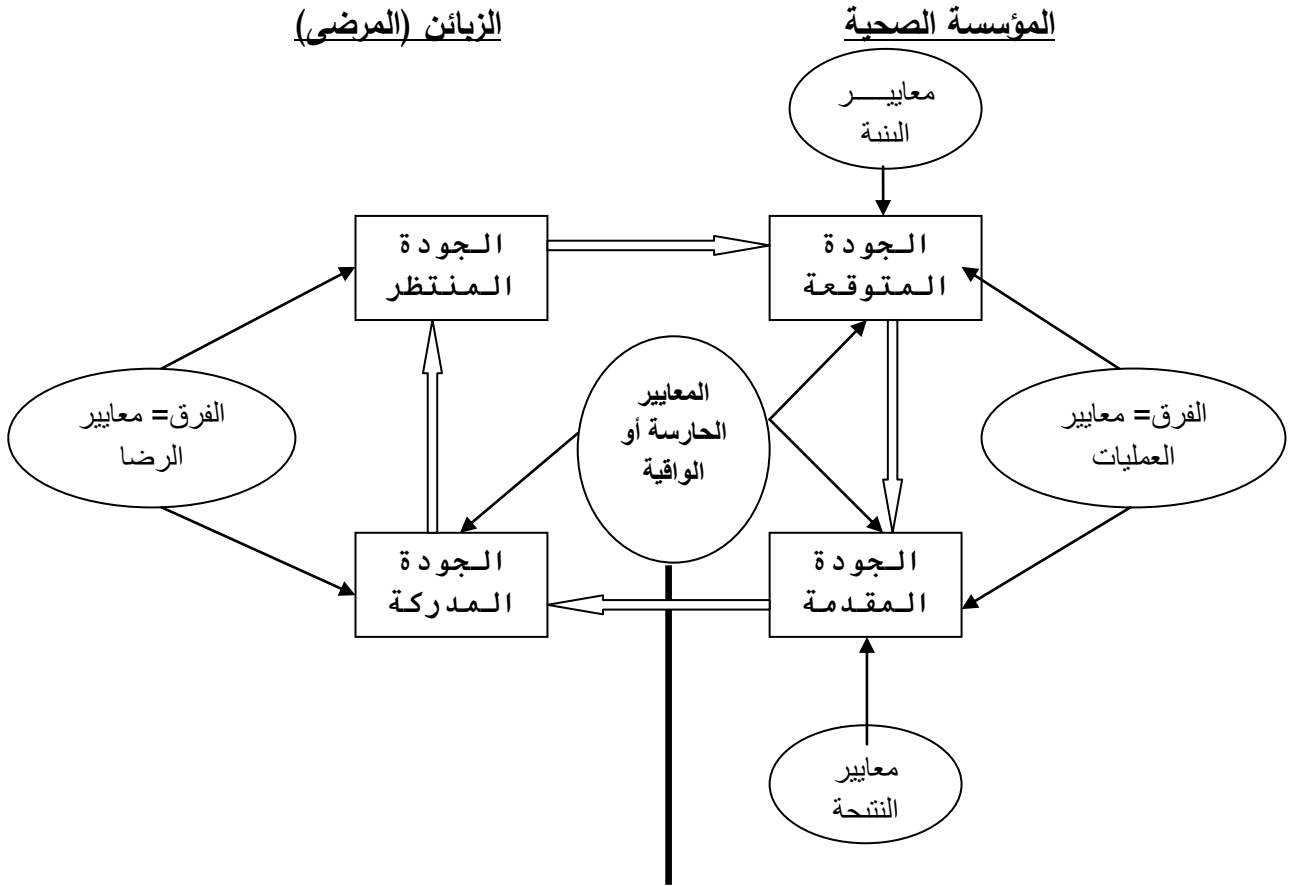
إن تحديد أساليب قياس جودة الخدمة الصحية والتعرف على المعايير التي يلجأ إليها الزبون للحكم على هذه الجودة، من الموضوعات التي نالت اهتمام الكثير من الباحثين، وللوصول إلى القياس والتقييم لابد من التعرف أولاً على مستويات الجودة المقدمة في المؤسسات الصحية.

1/ مستويات جودة الخدمات الصحية: هناك أربع مستويات مختلفة للجودة والتي من الممكن أن يحصل عليها زبائن المؤسسة الصحية وهي كالآتي:¹

- **الجودة المتوقعة:** وهو مستوى الجودة الذي تسعى المؤسسة الصحية إلى تحقيقه من خلال تقديم خدماتها لزيائنها بواسطة ما تملكه من إمكانيات، آخذة بعين الاعتبار مختلف الضغوطات الداخلية والخارجية التي قد تعترضها.
 - **الجودة المقدمة:** وهو المستوى المحقق فعلا من جودة الخدمات الصحية من طرف المؤسسة في ظل ظروفها الطبيعية للعمل.
 - **الجودة المدركة:** وهو المستوى المحسوس من طرف الزبون انطلاقاً من نظريته ورغبته الخاصة، وهذا المستوى هو الذي يعبر عن درجة رضاه.
 - **الجودة المنتظرة:** وهو المستوى الذي يرغبه وينتظر الزبون تحقيقه من طرف المؤسسة الصحية انطلاقاً من مفهومه الخاص للجودة (النظافة، الاستقبال، توفر المعدات والأدوية...)، ويتم الحصول عليها من خلال تحديد شروط تحقيقها اعتماداً على نظرة واهتمامات المريض.
- وتتضح أكثر مختلف المستويات المدروسة لجودة الخدمة الصحية في الشكل التالي:

الشكل رقم (10): مستويات جودة الخدمة الصحية

¹ Claude Vilcot, Hervet Lecllet, Op, Cit, p 19.



Source : Claude Vilcot, Hervé Leclot, Indicateur qualité en santé. Certification et évaluation des pratiques professionnelles, 2ème édition, AFNOR, Paris, 2006, P 49.

من خلال الشكل يستنتج أن:

- الجودة المتوقعة والجودة المقدمة تعكسان مستوى أداء المؤسسة الصحية؛
- الجودة المنتظرة والجودة المدركة تعكسان وجهة نظر الزبائن ومستوى رضاهم.

ويقاس كل مستوى من مستويات الجودة باستخدام معايير معينة، وهي:¹

- **معايير البنية:** وتقيس الوسائل والموارد المستعملة من طرف المؤسسة الصحية لتقديم خدماتها العلاجية وفقا لأهدافها المحددة (عدد الأشخاص المؤهلين، عدد الغرف الفردية، عدد الأسرة...)، ومن خلال هذه المعايير يتم تحديد المستوى المتوقع للجودة (الجودة المتوقعة).
- **معايير العمليات:** وتعمل على تحديد وقياس الأنشطة التي تسمح بتحقيق الأهداف المحددة، وهي تمثل الفرق بين الجودة المتوقعة والجودة المقدمة.
- **معايير النتيجة:** وتقيس مدى تحقيق الأهداف المحددة، وهي تعكس مستوى الجودة المقدمة.

¹ Claude Vilcot, Hervé Leclot, Op, cit, p 40.

- معايير رضا الزبون: وتقيس مستوى الجودة المدركة من طرف الزبون، وتمثل الفرق بين الجودة المنتظرة والجودة المدركة.
- معايير حراسة: وتتنبؤ بحادثة أو ظاهرة خاصة مما يتطلب تحليل معمق لأسبابها وتصحيحها في أسرع وقت ممكن.

2/ أساليب قياس جودة الخدمات الصحية: تلتزم المؤسسة الصحية بتقييم الجودة في الخدمات التالية:¹

- الخدمات الطبية: التشخيص، العلاج..
- الخدمات التمريضية: وتتعلق بأعمال الرعاية في المجالات التقنية والسلوكية مع المرضى،
- تقييم البحث والتعليم.
- تقييم الخدمات الفندقية
- الخدمات الإدارية: وقت الانتظار، نوعية الاستقبال، سرعة الإجراءات الإدارية...

وللإشارة فإن مفهوم الجودة في مجال الخدمات يعتبر مفهوما مركبا يصعب قياسه من خلال وسائل بسيطة أو عادية، وهو ما أدى إلى تعدد الدراسات التي استهدفت قياس توقعات وإدراك الزبائن لجودة الخدمة، ومن أهم الأساليب التي تم التوصل إليها نذكر مقياس عدد شكاوي الزبائن، مقياس رضا الزبائن، مقياس القيمة...، إلا أن أكثر هذه الأساليب أهمية هو أسلوب تحليل الفجوات (*Servqual*) * الذي حضي بدرجة كبيرة من القبول والتطبيق في قياس جودة الخدمة.

وينسب أسلوب تحليل الفجوات إلى *Berry, Parasuraman, Zeithmal* سنة 1988، حيث يقوم على مقارنة توقعات العملاء للخدمة والأداء الفعلي لها، وهو ما يمكن التعبير عنه رياضيا بالعلاقة التالية:

$$\text{جودة الخدمة} = \text{الإدراك} - \text{التوقعات}$$

ومن خلال هذه العلاقة بين *Berry* وزملاؤه وجود 5 فجوات يمكن أن تكون سببا في عدم النجاح في تقديم الجودة المطلوبة من الرعاية الصحية وهي كما يلي:²

1-2/ الفجوة الأولى: وتنتج عن الاختلاف بين توقعات المريض لمستوى الخدمة الصحية وبين إدراك الإدارة لتوقعات المريض، إذ ربما تفكر الإدارة بأن المريض يرغب في الحصول على طعام أفضل، بينما يفضل هذا الأخير عناية أكثر.

¹ ميلود تومي، نادية خريف، مرجع سابق، ص 28.

* يقصد بكلمة *Servqual* جودة الخدمة، وهي ناتجة عن دمج Service مع Quality

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 216 - 217.

2-2/ الفجوة الثانية: وتنتج عن اختلاف المواصفات الخاصة بجودة الخدمة وبين إدراك الإدارة لتوقعات المرضى، حيث أنها لا تحدد معايير أداء واضحة، وكمثال على ذلك أن تقوم الإدارة بحث الفريق التمريضي على الإجراء السريع في تقديم الخدمة الصحية للمرضى دون وضع مقاييس معيارية ولا إمكانيات لتحقيق ذلك.

2-3/ الفجوة الثالثة: وتظهر نتيجة الاختلاف بين المواصفات المحددة لجودة الرعاية الصحية ومستوى الأداء الفعلي لها لقلة تدريب أو قلة قدرة و/أو رغبة الأداء بالنسبة للقائمين على خدمة المريض بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة.

2-4/ الفجوة الرابعة: وتتمثل في الاختلاف والتباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقاً مع إدارة المؤسسة، كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المؤسسة في حصوله على غرفة نظيفة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله إليها يجد عكس ذلك.

2-5/ الفجوة الخامسة: وتنتج عن اختلاف إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية التي حصل عليها فعلا عن الجودة المتوقعة لها التي يأمل أن يحصل عليها، وتقع هذه الفجوة بسبب كل أو بعض الفجوات السابقة، وكمثال نجد محاولة الطبيب في الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه، في حين يفسر المريض هذا السلوك بسوء حالته الصحية.

الآن وبعد التعرف على مختلف الفجوات التي تنقص من جودة الخدمة الصحية التي يحصل عليها الزبون (المريض)، من الضروري الإشارة إلى بعض أساليب الإنقاذ من هذه الفجوات أو تفاديها، ومن أهمها ما يلي:

- معرفة وإدراك المحددات الرئيسية لجودة الخدمة من خلال إجراء البحوث التسويقية اللازمة؛
- صياغة وتنشيط معايير الجودة وإبلاغها للعاملين وتوعيتهم بأهميتها؛
- وضع أنظمة لمراقبة أداء الخدمة الصحية من خلال وضع مؤشرات لتقييم أداء الرعاية الصحية المقدمة للمريض من صحة، سهولة، تكلفة... الخ؛
- تبني المعايير المحددة لجودة الرعاية والخدمة الصحية ذات المواصفات العالمية؛
- تدريب العاملين في المؤسسة الصحية على الأساليب والطرق الإيجابية في التعامل مع الزبائن لخلق علاقات تفاعلية بين مفهوم الخدمة والمستفيد منها؛
- السعي لتحقيق الأفضل من وجهة نظر الزبون لتحقيق التميز في خدمته، وهذا من خلال جعل الجودة قيمة تنظيمية وثقافة في المؤسسة الصحية.

ثالثاً: مجالات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية ومراحل تحسينها

إن الهدف المرجو من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية هو التقييم المنتظم لمدى كفاية الأنظمة والعمليات نحو تحقيق توقعات العملاء، وتحديد وتحليل المسببات الحقيقية لانحراف الأداء وتصميم وتنفيذ برامج التصحيح التي يرجى أن يمنع حدوث الانحراف مستقبلاً، فقد أشارت *Greenberg et Lezzoni* سنة 1995 إلى أن أكثر مفهوم لإدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي هو أنها محاولة التعرف على مصادر الانحراف والعمل على التغلب عليها، وأنها العمل على تصميم نظام صحي قائم على الاحتياجات.¹

1/ مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية: بعد التعرف على أهم الطرق والأساليب المتبعة لتحسين الجودة، سنحاول تطبيق بعضاً منها على خدمات المؤسسات الصحية كما يلي:

1-1/ مدخل التحسين المستمر KAIZEN: كما تعرضنا له سابقاً، فالتحسين المستمر هو وسيلة من وسائل التغيير في المؤسسة الصحية من أجل الحصول على أقصى قدر من جودة خدماتها باعتبارها أسلوباً للحياة وليست مجرد تطبيق لمبادئ مسطرة.

إن تطبيق مدخل التحسين المستمر للجودة في المؤسسة الصحية يعتمد على تجزئتها لعملياتها إلى مجموعات وتحليلها لتحسين مستويات جودتها، ويعتمد هذا المدخل على أربعة مراحل أساسية كما يلي:²

- تحليل وتنظيم منهجي لعمليات المؤسسة المرتبطة بسيرورتها واستمراريتها؛
- معرفة الاختلالات الوظيفية الرئيسية وتحديد مصادرها؛
- تحديد أنشطة التحسين الضرورية لتحقيق الجودة؛
- تقييم مؤشرات تحقيق ضبط الجودة التي يمكن تحقيقها بالمستوى المطلوب.

وللإشارة فإن مدخل التحسين المستمر يتعلق بمجموعة من العناصر التي تؤثر على سيره، ففي دراسة أجريت لتحديد أثر تطبيقه في المؤسسة الصحية، توصلت النتائج إلى أنه لثقافة المؤسسة، حجمها وخبرتها أثر مهم في تطبيق هذا الأسلوب، حيث أنه كلما زاد حجم المؤسسة الصحية زادت صعوبة تطبيقه، والعكس بالنسبة للخبرة في مجال الجودة فكلما زاد مستواها تم التوصل إلى نتائج أفضل.

¹ قورين حاج قويدر، رضوان ساعد، اثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي حول: رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة، جامعة الشلف، الجزائر، 14/13 ديسمبر 2011، ص 7.

² Florence Douguet, Jorge Munoz, **Les Effets de l'Accréditation et des Mesures d'Amélioration sur la Qualité des Soins sur l'Activité des Personnels Soignants**, Document de Travail, Série Etudes no 48, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, France, Juin 2005, P 41.

1-2/ مدخل المقارنة المرجعية *BENCHMARKING*: تعتبر المقارنة المرجعية مدخلا من مداخل التحسين التي يمكن للمؤسسة الصحية أن تعتمدها في تحسين وتطوير خدماتها، وذلك من خلال إتباع الخطوات التالية:¹

- تحديد موضوع المقارنة المرجعية؛
- تحديد معايير المقارنة المرجعية؛
- تحديد مرجع المقارنة المرجعية؛
- تجميع المعلومات عن المرجع؛
- تحليل ومقارنة المعلومات من أجل تحديد الفوارق؛
- تحديد مخطط العمل ووضع الأهداف؛
- التحقق من إنجاز عملية المقارنة.

وعليه، فباستخدام المؤسسة الصحية لمدخل المقارنة المرجعية ستمكن من تقصي فرص التحسين واغتنامها من خلال تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق مستوى الأداء المطلوب.

2-3/ مدخل سيجما ستة *Six Sigma*: في الثمانينات كانت إدارة الجودة الشاملة شائعة جدا، حيث ركزت برامج الجودة على تلبية احتياجات العميل وبأى تكلفة، ولقد استطاعت الشركات إنتاج منتجات ذات جودة عالية على الرغم من قلة كفاءة العمليات الداخلية فيها مما يزيد من التكاليف التي تتحملها (تكاليف الجودة)، وهذا ما أدى إلى شيوع فكرة أن الجودة تكلف الكثير من الجهد والمال والوقت، ولكن مع ظهور سيجما ستة تغير الأمر، فلكونها امتدادا طبيعيا لجهود الجودة فهي تعد مبادرة لتطوير الجودة، حيث أنها تعمل على الربط بين أعلى جودة وأقل تكاليف الإنتاج. ومن أهم ما يميزها عن برامج الجودة السابقة ما يلي:²

- سيجما ستة تركز على الزبون، حيث تسعى بحرص شديد على إبقاء تذمر الزبائن الخارجيين في أدنى مستوياته، مما يمثل دافعا لجهود التطوير والتحسين؛
- مشاريع سيجما ستة تؤدي إلى إحداث عائد كبير على الاستثمار، على سبيل المثال في شركة جنرال إلكتريك، فإن مشاريع سيجما ستة أدت إلى تحقيق العوائد التالية:
 - في 1996 كانت التكلفة 200 مليون دولار والعوائد 150 مليون دولار.
 - في 1997 كانت التكلفة 400 مليون دولار والعوائد 600 مليون دولار.
 - في 1998 كانت التكلفة 400 مليون دولار والعوائد أكثر من 1 بليون دولار.

¹ Yvon Mongin, *Processus : Les Outils d'Optimisation de la Performance*, Edition d'Organisation, Paris, 2004, P P 97-98.

² محمد عبد العال النعيمي، راتب جليل صويص، *Six Sigma* تحديد الدقة في إدارة الجودة، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 48-49.

الرئيس التنفيذي للشركة كتب في التقرير السنوي أنه في خلال ثلاث سنوات فقط وفرت سيجما ستة أكثر من 2 بليون دولار.

- سيجما ستة تغير كيفية عمل الإدارة، فهي أكثر بكثير من مجرد تطوير مشاريع، فالمدراء التنفيذيون والقادة يتعلمون من خلال قطاع الأعمال مفهوم وأدوات سيجما ستة منهج جديد للتفكير، التخطيط، الإنجاز لتحقيق النتائج، فسيجما ستة هي غرس لفكرة العمل بنكاه أكثر وليس بجهد أكبر على أرض الواقع.

2-3-1/ أهداف سيجما ستة *Six Sigma*: من خلال ما سبق يتضح أن سيجما ستة هي منهجية لحل المشاكل، حيث تقوم بتخفيض التكلفة وزيادة رضا الزبون من خلال تقليل الأخطاء والعيوب في المنتجات. ومن أهم الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها ما يلي:

- تخفيض التكلفة و تقليل زمن دورة الإنتاج؛
- النظرة المتفحصة لحاجات الزبون؛
- التحسين المستمر للإنتاج والخدمات؛
- تغيير ثقافي ومنهجية جديدة للتفكير؛
- زيادة الحصة السوقية؛
- تخفيض نسبة العيوب في المنتجات.

2-3-2/ تجارب ستة سيجما في المجال الصحي: تتميز الخدمات الطبية بالدقة، لذلك فإن حدوث أي خطأ في تقديم الخدمة قد يؤدي بحياة المريض، فالمؤسسات الصحية التي تطبق مفاهيم ستة سيجما يقل فيها معدل الأخطاء لدرجة عالية وكذلك يمكن التنبؤ بمستويات الخدمة المقدمة، إن تطبيق ستة سيجما في الخدمات الصحية له علاقة بإدارة سياسة العمل وقوة تحسين الجودة أكثر من مجرد تطبيق الأساليب الإحصائية في القياس، فمؤسسات الخدمات الصحية بطبيعتها معقدة وفيها تداخلات كبيرة بين الأطباء، الممرضين، الإداريين والمستهلكين بسبب صعوبة اتفاهم على طريقة واحدة للتغيير، لذا يجب العمل على السير في منهج موحد مما يكفل نجاح جهود هذه الأطراف المتداخلة.

فمن أهم المؤسسات الصحية التي طبقت منهجية ستة سيجما نذكر¹:

- مؤسسة *Commonwealth Health Corporation*: وهي أول مؤسسة صحية طبقت سيجما ستة سنة 1998 وذلك بمساعدة شركة جنرال إلكتريك، حيث في بداية سنة 2002 استثمرت الشركة حوالي 900000 دولار في مشروع سيجما ستة مما أدى إلى تحسين عائداتها بقيمة 2.5 مليون دولار، مما نتج عنه اتباع العديد من المؤسسات الصحية لنفس المنهج.

¹ Jaap Van Den Heuvel, The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Health Care, Beaumont Quality Publications, Nieuw Lekkerland, IBIS UVA , Amsterdam, December 2006, P 81.

- مؤسسة *Mount Carmel Health System* المتواجدة بمنطقة كولومبس في ولاية أوهايو، التي يبلغ عدد موظفيها 7300 فرد، وحقت إيرادات بقيمة 3.1 مليون دولار مع توقع ارتفاع أسرع في مقدار عائداتها من خلال تطبيق مشروع سيجما ستة بكافة مراحله.
- مؤسسة *Charleston Area Medical Center*: الواقعة غرب ولاية فرجينيا، حيث حققت وفيات عن طريق سيجما ستة تقدر بـ 841000 دولار.
- بالإضافة إلى مؤسسة *Thibodaux Regional Medical Centre* بلويزيانا التي طبقت ستة سيجما سنة 2001 وفاقته عائداتها 475000 دولار سنة 2002، ومؤسسة *Red Cross Hospital* بهولندا...

- 2-3-3/ مزايا تطبيق سيجما ستة في المجال الصحي: لتحقيق النتائج المرجوة من استخدام سيجما ستة لابد من تضافر جهود مختلف الأفراد المكونين للمؤسسة الصحية من أطباء، ممرضين، إداريين، العاملين و المختصين في مجال سيجما ستة، مما يؤدي إلى الوصول إلى الفوائد التالية:¹
- تخفيض الأخطاء الطبية والإدارية؛
 - تخفيض معدل الدوران الوظيفي؛
 - رفع الطاقة الإنتاجية لغرف العمليات وتخفيض مدة إقامة المريض في المؤسسة؛
 - تخفيض وقت انتظار مرضى الاستعجال... الخ.

فبعد تطبيق بعض مداخل تحسين الجودة على المؤسسة الصحية كالمقارنة المرجعية والتحسين المستمر بالإضافة إلى سيجما ستة، نذكر أنه تم التوصل إلى أن الإدارة بالمعرفة التي تعد كأحد أهم أساليب تحسين الجودة وهي محور دراستنا في الفصل القادم.

3/ فوائد ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

- 3-1/ الفوائد المرجوة من تطبيقات الجودة الشاملة بالمؤسسة الصحية: ومن أهمها ما يلي:²
- تحقيق رضا المرضى، حيث يتضمن تحسين العلاقات معهم (الاتصالات المفتوحة والميسرة)، ورضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم؛
 - تحسين القدرة التنافسية؛
 - تحسين الإنتاجية الكمية من خلال زيادة عدد المرضى المخدمين للسريير الواحد؛
 - تقليل تكلفة إنتاج الخدمة الصحية (الكفاءة التشغيلية)؛
 - تقليل ومنع الأخطاء الطبية (التحسين المستمر للتقنيات).

3-2/ معوقات تطبيق الجودة الشاملة بالمؤسسة الصحية: ويمكن تلخيصها في النقاط التالية:¹

¹ <http://www.alamelgawda.com/vb/showthread.php?t=2563> (09/10/2012)

² فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص ص 406 - 407.

- إن الخدمات الصحية وتقديم الرعاية الطبية للمرضى أمر في غاية الصعوبة والتعقيد، ويتطلب تداخل العديد من الأنظمة والقوانين والتعليمات الخاصة بإدارة المؤسسة الصحية من ناحية، ومن الحكومة والنقابات من جهة أخرى مما يصعب تطبيق هذا الأسلوب؛
- عدم التزام الإدارة العليا وعدم قدرتها على تطبيق الإدارة بالجودة الشاملة وطبيعة الهيكل التنظيمي لا يساعد في تطبيق هذا الأسلوب؛
- وجود وحدة لتحسين الجودة في المؤسسة الصحية تتحمل مسؤولية فشل العمل الإداري وهذا ما تخشاه الكثير من المؤسسات عندما تتبنى أسلوب الإدارة بالجودة الشاملة؛
- صعوبة تطبيق أنظمة وقرارات موحدة على جميع العاملين بالمؤسسة الصحية في آن واحد وذلك لتباين اختصاصاتهم وقدراتهم العلمية والعملية؛
- الفهم الخاطئ للإدارة بالجودة الشاملة سواء من خلال الصعوبة والتعقيد أو من خلال التكلفة العالية أو عدم قناعة العاملين، أو من خلال تعارض الرغبات والمصالح مع هذا الأسلوب الإداري.

رابعاً: واقع الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية

بعد التعرف على أهم جوانب الجودة وأهم معوقاتهما، وينطبق الدراسة على المؤسسة الصحية الجزائرية نجد أنها تعاني -بالإضافة إلى العوائق السابقة- من عدة مشكلات تصعب عليها تطبيق هذا الأسلوب وبكفاءة، فانطلاقاً من واقع الإصلاحات المدروسة نرى أن نتائج هذه المؤسسات لم تصل إلى المستوى الذي يرضي زبائننا فعلاً، وهذا ما يستوجب التأييد القوي لبرامج الجودة الشاملة من خلال نشر ثقافة التغيير لدى كل المستخدمين بالمؤسسة الصحية من أطباء، ممرضين وكل العاملين بها لتخطي كافة العوائق التي تعترضها، بالإضافة إلى ضرورة:²

- إعادة النظر في أهداف وأسلوب إدارة المؤسسات الصحية؛
- صياغة أهداف واضحة تضعها وزارة الصحة وتقوم بإعلانها لكافة المؤسسات الصحية؛
- إنشاء قسم خاص لإدارة الجودة على مستوى المؤسسة الصحية ضمن هيكلها التنظيمي؛
- دعم الإدارة العليا لتطبيق برامج الجودة الشاملة وتشجيعها؛
- إيضاح أهمية تطبيق الجودة الشاملة وأثرها على الأداء داخل المؤسسة الصحية؛
- تحسيس المستخدمين الحاليين بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وإدخال ثقافة التغيير في أذهانهم، واستقطاب موظفين جدد مؤهلين في مجال الجودة؛
- إعادة توزيع نفقات المؤسسة الصحية بما يتماشى وبرامج تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛

¹ صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، مرجع سابق، ص 220.

² ميلود تومي، نادية خريف، مرجع سابق، ص ص 35 - 36.

- تشكيل حلقات الجودة المكونة من مختلف فئات المستخدمين لاكتشاف المشاكل وإيجاد الحلول؛
- تحفيز وترقية كل من ساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة... الخ.

خلاصة الفصل الثاني:

- في نهاية هذا الفصل وبعد التعرف على أهم الجوانب المتعلقة بالجودة وإدارة الجودة الشاملة، تم التوصل إلى أنه من أهم سبل الاستفادة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة ما يلي:
- يتم تحقيق الجودة قبل، أثناء وبعد تقديم المنتج أو الخدمة وبمساهمة جميع أفراد المؤسسة دون استثناء، لكون مستوى الجودة يؤثر على سمعة المؤسسة، ثقة زبائنها الحاليين، نظرة زبائنها المحتملين، ربحيتها وحصتها السوقية؛
 - يعد الزبون أهم هدف تسعى المؤسسة إلى جلبه وكسب ولائه، والدليل على ذلك أن آخر مرحلة من مراحل تطور الجودة كانت مرحلة تحقيق رفاهية الزبون التي أكدت على ضرورة البدء بالزبون وليس بالسلعة الملموسة أو الخدمة المقدمة لكي تحقق المؤسسة مستوى الجودة المطلوب؛
 - ضرورة مكافأة العاملين ماديا ومعنويا لمساهماتهم في تحقيق رضا زبائنها؛
 - لتحقيق مساهمة العاملين في زيادة رضا الزبائن لا بد من نشر ثقافة الجودة بالمؤسسة والقدرة على الحفاظ عليها مع مرور الزمن؛
 - ضرورة تطبيق المؤسسة لبعض أساليب تحسين الجودة المدروسة كالمقارنة المرجعية، التحسين المستمر، تشكيل حلقات الجودة الإدارية بالمعرفة... الخ؛

- إن تفضيل المريض للتعامل مع مؤسسة صحية دون أخرى يتوقف على ارتفاع مستوى جودة الخدمات التي يحصل عليها، ويعتمد قياسها على العديد من الأساليب والتي من أهمها أسلوب تحليل الفجوات (*Servqual*) الذي حاز على درجة كبيرة من القبول والتطبيق في قياس جودة الخدمة؛
- إن من أهم أساليب إدارة المؤسسات الصحية نجد الإدارة بالجودة الشاملة، ومن أهم أساليب تحسينها الإدارة بالمعرفة، كما أن آخر مراحل تطور الجودة مرحلة التركيز على الزبون ورفاهيته، ومنه نستنتج أن إدارة معرفة الزبون يمكن أن تساهم وبدرجة كبيرة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الصحية وهذا ما سنحاول التحقق منه خلال الفصل الثالث.

الفصل الثالث:

إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية

تلميح:

يقضي الاندماج في الاقتصاد العالمي المبني على المعرفة ضرورة سعي المؤسسات الاقتصادية إلى تثمين مواردها الداخلية، وكفاءاتها الإستراتيجية، ورصد المعرفة الكامنة لدى الموارد البشرية كمورد إستراتيجي يضمن للمؤسسة ديمومة ميزتها التنافسية، إذ تجمع أغلب الدراسات الحديثة على الأهمية الإستراتيجية للمعرفة باعتبارها مؤشرا لخلق القيمة، ومصدرا للميزة التنافسية. إلا أنه يجب الإشارة إلى كون هذه المعرفة قد تستمد من المحيط الداخلي أو الخارجي للمؤسسة، وهذا الأخير الذي يتميز بعدم التأكد والتعقيد وتداخل مكوناته وتعدد احتياجات المستهلكين به، دعا إلى ضرورة التوجه إلى تبني منهجية تركز على زبائن المؤسسة - كأهم مورد للمعرفة- كونهم أساس وسر بقائها استمراريته أو زوالها.

وعلى هذا الأساس، نجد أن المؤسسات ملزمة بالاهتمام المتزايد بمعرفة الزبون والعوامل المؤثرة على سلوكياته من أجل اختيار الاستراتيجيات والقرارات المناسبة للتغيرات السريعة التي قد تحدث في بيئتها، والتمكن من تقديم منتجاتها بالتكلفة، النوعية والجودة المناسبة لمتطلبات زبائنها. ولكون دراستنا تتركز حول المؤسسات الصحية، فكيف تؤثر إدارة معرفة الزبون على جودة خدماتها؟

لكي نتمكن من الإجابة على السؤال فمن الضروري إلقاء نظرة حول المعرفة، إدارة المعرفة وإدارة معرفة الزبون بالمؤسسة الصحية للتوصل إلى أهم نتائج تطبيق هذا التوجه الإداري الحديث.

المبحث الأول: مدخل إلى المعرفة

في الاقتصاد الحديث، تعد المعرفة من أحدث عوامل الإنتاج المعترف بها كمورد أساسي لإنشاء الثروة وتحقيق الميزة التنافسية، فالمعرفة تمثل عامل الإنتاج الأكثر أهمية والأعلى قيمة في ظل ثورة المعلومات وعصر المعلوماتية.

أولاً: خصائص المعرفة: من خلال هذا العنصر سنتطرق إلى مفهوم المعرفة، خصائصها ومصادرها.

1/ مفهوم المعرفة: هناك العديد من التعاريف التي قدمت للمعرفة كأصل من أصول المؤسسات الحديثة، منها:

عرفت المعرفة بأنها: " سلعة غير منظورة متميزة في مضمونها، منافية لقوانين السلع المنظورة، فهي لا تخضع لقانون الندرة كونها تعتمد على العقل البشري، ولا تخضع لقانون تناقص الغلة بل بالعكس فهي تحقق عوائد متزايدة." ¹

كما عرفت أنها: " نسيج من الخبرات والمهارات والمعلومات والقدرات المعرفية الضمنية والواضحة المتراكمة لدى العاملين بالمؤسسة." ²

وتظهر أهميتها في كونها: ³

- تعد قوة وثروة في آن واحد، فهي قوة لكونها المورد الأكثر أهمية في ظل ثورة المعلومات وعصر المعلوماتية، وثروة بوصفها الأكثر أهمية من مورد رأس المال وقوة العمل؛
- هي الأداة الفاعلة في إيجاد أو تكوين القيمة المضافة؛
- أنها المورد الوحيد الذي لا يخضع لقانون تناقص الغلة؛
- أنها لا تعاني من مشكلة الندرة لكونها المورد الوحيد الذي يبني بالتراكم ولا يتناقص بالاستخدام؛
- يمكن استخدامها في توليد وتطوير أفكار جديدة بتكلفة أقل أو بدون تكلفة إضافية؛
- هي ذات قيمة لأنها يمكن أن تتحول إلى سلع وخدمات ومنتجات ذات منفعة للفرد والمجتمع.

وبالإضافة إلى ما تم ذكره، فقد أجمع أغلب خبراء الإدارة والاقتصاد أن المعرفة تعد المصدر الاستراتيجي الأكثر أهمية في بناء الميزة التنافسية التي تعزز من مكانة المؤسسة. ⁴

من خلال هذه التعاريف يمكن التوصل إلى أن المعرفة هي مجموعة المعلومات التي تستخدمها المؤسسة وتترجمها لاستخدامها بما يعود عليها بالنفع والفائدة.

2/ خصائص المعرفة: تتميز المعرفة بما يلي: ¹

¹ فيصل بوطيبة، خديجة خالدي، دور تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تكيف التعليم مع اقتصاد المعرفة، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي حول: اقتصاد المعرفة، جامعة بسكرة، الجزائر، نوفمبر 2005، ص 321.

² حسين عجلان حسن، استراتيجيات الإدارة المعرفية في منظمات الأعمال، دار إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 15.

³ نفس المرجع، ص 15- 16.

⁴ عبد الستار العلي، عامر قندلجي، غسان العمري، المدخل إلى إدارة المعرفة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص 26.

- إن المعرفة يمكن أن تولد: فنجد بعض المؤسسات لديها خصوبة ذهنية مما يجعلها قادرة على توليد المعرفة الجديدة، وهذا ما يمثله الأفراد المبتكرون الذين يتم الارتكاز عليهم في عملية استدامة الابتكار وتوليد المعرفة في المؤسسة.
- المعرفة يمكن أن تموت: حيث أن القليل جدا من المعارف التي تتكون خلال تجاربنا هي التي تسجل، لذا فالغالبية العظمى من المعارف تموت مع الشخص، أو تموت بإحلال معارف جديدة.
- المعرفة متجذرة في الأفراد: فليست كل معرفة صريحة بالمؤسسة، فالكثير منها يحتفظ به في رؤوس الأفراد.
- المعرفة يمكن أن تمتلك: إن المؤسسات تمارس دورا كبيرا في تحويل المعرفة التي تمتلكها إلى براءات اختراع أو أسرار تجارية تتمتع بالحماية القانونية شأنها شأن الملكية المادية.
- المعرفة يمكن أن تخزن: إن المزيد من المعرفة يتم تخزينه خارجيا إما بخزنه على الورق، الأقلام والأشرطة، أو على وسائل الخزن الإلكترونية.

بالإضافة إلى الخصائص السابقة يمكن إضافة أن:²

- المعرفة متجددة ودائمة التنامي، ولذلك فمن الضروري أن تقوم منظومة مجتمعية كفأه ونشطة تتسم بالمرونة على مهام اكتساب المعرفة نشرًا وإنتاجًا وتوظيفًا في خدمة التنمية؛
- للمعرفة قدرة على تخطي المسافات والحدود خاصة إذا كانت مرقمنة؛
- المعرفة متواصلة البقاء لا تنتهي بالانتقال من شخص إلى آخر؛
- يتوقف نفع المعرفة على مدى إسهام مضمونها في إيجاد الحلول المناسبة لمشاكل التنمية في مجتمع ما وفي فترة معينة.

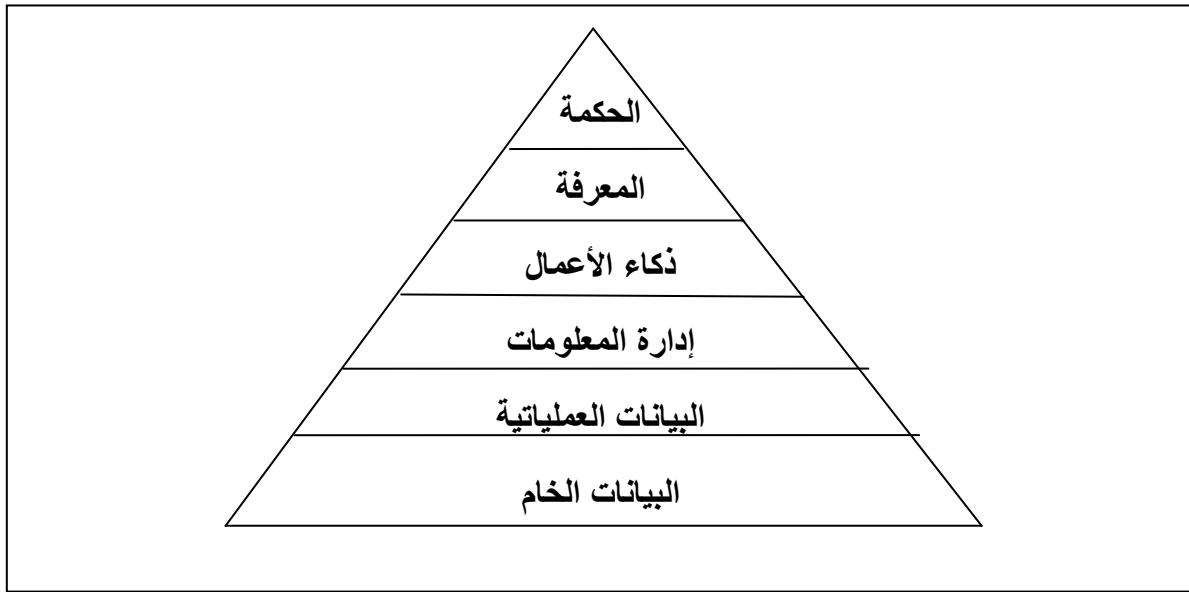
3/ الفرق بين البيانات، المعلومات والمعرفة: ويتمثل في كون:³

¹ نجم عبود نجم، إدارة المعرفة- المفاهيم الاستراتيجية والعمليات، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص ص 29 - 33.
² كمال منصور، عيسى خليفي، البنية التحتية لاقتصاد المعارف في الوطن العربي. الواقع والآفاق، ملتقى دولي حول اقتصاد المعرفة. جامعة بسكرة، الجزائر، 2005، ص 466.
³ سعد بن مرزوق العتيبي، إدارة المعرفة، عن موقع:

- **البيانات:** هي مجموعة من الحقائق الموضوعية غير المترابطة يتم إبرازها وتقديمها دون أحكام أولية مسبقة، وتصبح البيانات معلومات عندما يتم تصنيفها، تنقيحها، تحليلها ووضعها في إطار واضح ومفهوم للمتلقي.
- **المعلومات:** هي عبارة عن بيانات تمنح صفة المصادقية ويتم تقديمها لغرض محدد وواضح كالمقارنة، تقييم نتائج، الاتصال،... الخ، وهذا لغرض استخدامها لاتخاذ قرار معين.
- **المعرفة:** وهي نتاج لعناصر متعددة والتي من أهمها البيانات، المعلومات، القدرات والاتجاهات. ومنه:¹

- تمثل البيانات إبراز وإشارة إلى الحقائق؛
 - تمثل المعلومات تنظيماً للبيانات؛
 - تشمل المعرفة مجموعة معلومات، قرائن وأدلة، تجربة وخبرة.
- ولفهم الفرق بين هذه المصطلحات نورد الشكل التالي:

الشكل رقم (11): هرم المعرفة



المصدر: محمد عواد أحمد الزيادات، اتجاهات معاصرة في إدارة المعرفة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 48.

يوضح الشكل أنه من معالجة البيانات نحصل على المعلومات ومن معالجة المعلومات نصل إلى المعرفة.

ثانياً: أنواع المعرفة: تصنف المعرفة إلى صنفين أساسيين هما:²

¹ Jennifer E Rowley, **Reflections on customer knowledge management in e- business**, Qualitative Market Research: An International Journal, Volume 5, Number 4, 2002, P 271.

² نجم عبود نجم، التحول إلى المؤسسات العامة القائمة على إدارة المعرفة، أوراق عمل المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية: نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، الرياض، 1- 4 نوفمبر 2009، ص 03.

1/ **المعرفة الصريحة: (Explicit Knowledge):** وهي المعرفة التي من الممكن أن نجدها في أدلة وأنظمة وإجراءات العمل التي تحتوي على خبرة المؤسسة القابلة للتحديد والتدريب والنقل، وهي خبرة مكتوبة حيث تكون أقرب للماضي في التذكر والصياغة والاستخدام، كما أنها معرفة رسمية، قياسية، نظامية، صلبة ومعبر عنها.

2/ **المعرفة الضمنية: (Implicit Knowledge):** وهي المعرفة المتجذرة في ثقافة المؤسسة وتفاعلات الأفراد وفرق العمل، وتظل بعد العمل في عقول الأفراد، وهذه المعرفة لا يمكن وضعها بسهولة في أدلة وأنظمة العمل، كما لا يمكن تحديدها بدقة وتعليمها أو تدريبها أو نقلها، وتسمى كذلك بالمعرفة الملتصقة لأنها توجد في عمل الأفراد والطرق المتبعة داخل المؤسسة.

وهذه الأنواع من المعرفة يمكن أن تنتقل بين الأشخاص ويأخذ هذا الانتقال أربعة أشكال، وهي:

الجدول رقم (10): دورة المعرفة

	إلى المعرفة الضمنية	إلى المعرفة الصريحة
من المعرفة الضمنية	اجتماعية	خارجية
من المعرفة الصريحة	داخلية	تركيبية

Source : A. FILEMON, JR URIARTE, Introduction to Knowledge Management, ASEAN Foundation, Japan, 2008, p 7.

ويقصد بـ:¹

- **المعرفة الاجتماعية أو المشتركة: (Socialization)** هي عملية المشاركة للمعرفة الضمنية من خلال التجربة وخبرات الأفراد، وممارستهم لعملهم،... كلها تؤدي إلى انتقال المعرفة غير الظاهرة، إنشائها وتطورها.
- **المعرفة الخارجية أو المجسدة: (Externalization)** وهي عملية إيضاح للمعرفة الضمنية وتحويلها إلى معرفة صريحة في شكل مفاهيم، كتب ورسائل.
- **المعرفة التركيبية: (Combination)** وهي عملية جمع بعض المعارف الصريحة الموجودة فعلا وإعادة تنظيمها للتحويل إلى معرفة جديدة واضحة وذلك من خلال الاتصال بين الجماعات أو نشر المعرفة كعملية منتظمة يمكن تخزينها وفهرستها.
- **المعرفة الداخلية: (Internalization)** وهي عملية تجميع معرفة صريحة وتحويلها إلى معرفة ضمنية أو معرفة فردية أو معرفة عملياتية مثل تحويل المعرفة التنظيمية إلى روتين عمل يومي.

ثالثا: مصادر المعرفة

كما توصلنا إليه سابقا، تعد المعرفة نتاجا لعناصر متعددة والتي من أهمها البيانات، المعلومات، القدرات والاتجاهات، ولكن كل هذه العناصر لم تأت من فراغ، بل أن من أهم مصادرها نجد العنصر

¹ A. FILEMON, JR URIARTE, Introduction to Knowledge Management, ASEAN Foundation, Japan, 2008, P P 7- 8.

البشري كمنبع أساسي للمعرفة والمكون للبيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة، ومنه يتضح أن هناك مصدرين أساسيين للمعرفة هما:

1/ البيئة الداخلية للمعرفة: وتمثل المصادر التي تتبع من المؤسسة وتزودها بالمعرفة، ويمكن حصرها في الآتي:¹

1-1/ إستراتيجيو المعرفة: وهم خبراء الإستراتيجية والمنافسة القائمة على المعرفة في السوق، وتتمثل مسؤولياتهم في معرفة الأغراض (لماذا؟)، بالإضافة إلى:

- معرفة فجوة المعرفة التنافسية (فجوة المعرفة الداخلية والخارجية بالمقارنة مع المنافسين الأساسيين).
- التقاط الأدوار الجديدة للمعرفة بشكل فعال بوصفها رأس المال الفكري والمصدر الجديد لحقوق الملكية في المؤسسة وخارج المؤسسة؛
- إعادة تقييم أو بناء إستراتيجية المؤسسة على أساس معرفتها وتميزها المعرفي ونمط الإنتاج لهذه المعرفة واستخلاص الميزة التنافسية منها؛
- استيعاب الغرض المعرفي والتعامل مع فجوات المعرفة الداخلية والخارجية المتعلقة بالمعرفة التنافسية.

2-1/ مهنيوا المعرفة: وهم الذين يتعاملون مع المعرفة كموضوع ويعملون على معرفة السبب (ماذا وكيف؟) بالإضافة إلى:

- استيعاب المضمون المعرفي وأساليب الحصول على المعرفة واستيعابها بالمنهجية الفعالة لجعلها قادرة على العمل في مجالات الاستخدام المختلفة؛
- العمل على توليد وإنشاء المعرفة.

3-1/ عمال المعرفة: وتتمثل مهامهم في توفير عوامل الدعم والإسناد لمهنيي المعرفة من خلال جمع المعلومات وتصنيفها وجدولتها وخبزها وإيصالها، والاستجابة لكل الطلبات ذات العلاقة بالمواد المعرفية الخام.

2/ البيئة الخارجية للمعرفة: وتتمثل أهم أطرافها في:²

1-2/ الزبائن: وهم المصدر المتجدد لمعرفة الحاجات التي تطور المنتجات والخدمات القابلة للتسويق، حيث كلما كانت المؤسسة أكثر قدرة على الإصغاء والتفاعل الإنساني العميق والاستجابة الأسرع كلما تطورت معرفة المؤسسة أسرع وأفضل وأرخص بالسوق وكانت أكثر توجها إلى المستقبل، وعليه كلما

¹ حسين عجلان حسن، مرجع سابق، ص ص 106-110.

² نجم عيود نجم، إدارة المعرفة: المفاهيم- الإستراتيجيات والعمليات، مرجع سابق، ص ص 158-160.

استطاعت المؤسسة أن يكون لديها زبائن ذوو ولاء كلما كانت معرفتها ذات قيمة سوقية أكبر مقارنة بغيرها من المؤسسات المنافسة.

2-2/ الموردون: فالواقع أن العلاقة التكاملية بالموردين يمكن أن تقدم مصدرا للمعرفة العميقة عن المواد وتأثيراتها على المنتجات وخدماتها.

2-3/ المنافسون: إن أعمال ومنتجات وخدمات المؤسسات المنافسة تعد فرصا حقيقية للتعلم منها، فنجد أن نزوح العاملين من المؤسسات المنافسة إلى مؤسسات أخرى يمثل مصدرا متزايد الأهمية لسرقة المعرفة من المنافسين حيث انه يعتبر بمثابة تسرب لجزء من مواردها الأكثر أهمية.

2-4/ الشركاء: وهم المصدر الذي يوفر بطريقة جاهزة وسريعة ما تقتقد إليه المؤسسة من معرفة وخبرات، وهذا ما يتم بالتحالف عندما يكون بين شركتين متكاملتين بشكل ايجابي، أي أن الشركتين تحتاج إحداهما الأخرى ليس فقط في الموارد المادية وإنما في أصول المعرفة أيضا.

بالإضافة إلى المصدرين السابقين، يوجد هناك مصدر أساسي آخر وهو:

3/ روافع المعرفة: يوجد هناك سبع روافع للمعرفة ينبغي على المؤسسة الاهتمام بها، وهي:¹

- معرفة الزبون *Customer Knowledge* وهي أكثر أنواع المعرفة حيوية، وسنتعمق في دراستها أكثر من خلال المبحث التالي؛
- معرفة المنتجات *Knowledge in Product* ويقصد بها المنتجات الذكية ذات القيمة المضافة؛
- معرفة المورد البشري *Knowledge in People*؛
- معرفة العمليات *Knowledge in Processes* معرفة - كيف عندما نحتاج إليها؛
- الذاكرة التنظيمية *Organizational Memory* فهل نعرف ما ينبغي معرفته؛
- معرفة في العلاقات *Knowledge in Relationships* العميقة والغنية؛
- موجودات المعرفة *Knowledge Assets* ويقصد بها رأس المال الفكري.

وبعد التعرف على أهم المفاهيم المتعلقة بالمعرفة كأحد أهم أصول المؤسسة الاقتصادية المعاصرة، يتضح لنا أنه من الضروري للمؤسسات أن تمتلك هذا المورد غير المادي وأن تظهر قوتها وتميزها في حسن استخدامها للمعرفة وإدارتها بما يحقق أهدافها ويضمن مكانتها وحصتها وفي السوق الذي تنشط فيه أمام منافسيها.

المبحث الثاني: إدارة المعرفة

¹ غسان عيسى إبراهيم العمري، دور الروافد الفكرية والجنور الإدارية لإدارة المعرفة في بناء تكنولوجيا المعرفة، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد السادس، جامعة بكرة، ديسمبر 2009، ص 30.

لكون المعرفة من أهم موجودات المؤسسة الحديثة، لا بد من الكفاءة في استغلالها بما يحقق أهداف هذه المؤسسة من خلال إدارة هذه المعرفة بما يمكن من الاستمرار في البيئة المعقدة والديناميكية للمؤسسة.

أولاً: ماهية إدارة المعرفة

1/ تعريف إدارة المعرفة: يختلط مفهوم إدارة المعرفة بمفاهيم أخرى مثل رأس المال الفكري، الذكاء التنافسي، وتكنولوجيا المعلومات. إلا أن إدارة المعرفة حقل معرفي متطور يهتم أساساً بالأفراد وليس بالتكنولوجيا. ومن هذا المنطلق سنحاول تقديم أهم التعاريف التي حظيت بها إدارة المعرفة كالاتي:

- " تتضمن إدارة المعرفة إيجاد بيئة مثيرة في المؤسسة تسهل عملية إبداع، نقل ومشاركة المعرفة بالتركيز على إيجاد الثقافة التنظيمية الداعمة، وبدعم من القيادة العليا ذات الرؤية الثاقبة وحفز العاملين والعمل على زيادة ولاء الزبون.¹
- عرفها نوناكا (*Nonaka*) بأنها: " العملية المنهجية المنظمة للاستخدام للخلاق للمعرفة وإنشائها.²
- إدارة المعرفة هي: " فرع علمي يشجع الأسلوب المتكامل لتعريف وإدارة والمشاركة في جميع موارد المعلومات التي تمتلكها منظمة ما.³

من خلال هذه التعاريف تم التوصل إلى أن إدارة المعرفة هي العملية التي تستخدم المعرفة المتاحة لدى المؤسسة كلما احتاجت إليها لتحسين أدائها وزيادة قيمتها أمام منافسيها، والجدول التالي يوضح مختلف التغيرات التي تحدث على مستوى المؤسسة بعد إدماجها للمعرفة في إدارتها.

الجدول رقم (11): المعايير المميزة للمؤسسة قبل وبعد تطبيق إدارة المعرفة

الإدارة ما قبل استعمال المعرفة	الإدارة ما بعد استعمال المعرفة
الرؤية الشخصية للمدراء والرؤساء أساس اتخاذ القرارات	المنهج العلمي أساس اتخاذ القرارات
التجربة والخطأ أساس تخطيط وإدارة العمليات	البحث العلمي والتطوير التقني أساس تخطيط وإدارة العمليات
الثروة الحقيقية الرئيسية هي رأس المال والعمل لتحقيق الربح والمردودية	رأس المال الفكري هو الثروة الحقيقية للمؤسسة لتحقيق الربح والمردودية
أفضل الاستثمارات هو الاستثمار في بناء القدرات المادية	أفضل الاستثمارات هو الاستثمار في بناء تنمية القدرات الفكرية
المهارات والقدرات العملية هي أساس تقويم الأفراد	المعرفة هي أساس تقويم الأفراد
التراكم الرأسمالي هو المظهر الأساسي لتطور المؤسسة	التراكم المعرفي هو المظهر الأساسي لتطور ونجاح المؤسسة
الموقع التنظيمي هو مصدر السلطة وأصحاب المناصب	المعرفة هي محدد السلطة وأصحاب المعرفة هم أصحاب السلطة

¹ نفس المرجع، ص 9.

² نذير عليان، عبد الرحمان بن عنتر، نحو نموذج لتسيير المعرفة في المؤسسة، ملتقى دولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، الجزائر، 10/9 مارس 2004، ص 228

³ سامي محمد هشام حريز، الإدارة بالأفكار، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 179.

العليا هم أصحاب السلطة	
الاختصاصات والمهام والعلاقات الوظيفية وطبيعة العمليات الإنتاجية والتسويقية هي أساس التنظيم	مصادر واستخدامات المعرفة هي أساس تصميم البناء التنظيمي في المؤسسة
النسبة الأكبر من العاملين هم أصحاب القدرات والمهارات العملية.	النسبة الأكبر من العاملين هم أصحاب المعرفة.
الأنشطة الإنتاجية هي مصدر القيمة المضافة.	الأنشطة المعرفية هي مصدر القيمة المضافة.
تخفيض التكاليف وأسعار البيع هي أساس بناء القدرات التنافسية	الابتكارات والاختراعات ومنتجات البحوث والتطوير هي وسائل كسب الزبائن وبناء القدرات التنافسية للمؤسسة.

المصدر: علي السلمي، إدارة التميز - نماذج وتقنيات الإدارة في عصر المعرفة، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2000، ص 223.

2/ أهمية إدارة المعرفة: وتكمن في كونها:¹

- تعد إدارة المعرفة فرصة كبيرة لتخفيض التكاليف ورفع موجودات المؤسسة الداخلية لتوليد إيرادات جديدة؛
- تعد عملية نظامية تكاملية لتنسيق أنشطة المؤسسة المختلفة في اتجاه تحقيق أهدافها؛
- تعزز قدرة المؤسسة للاحتفاظ بالأداء المؤسسي المعتمد على الخبرة والمعرفة وتحسينه؛
- تتيح للمؤسسة تحديد المعرفة المطلوبة، وتوثيق المتوافر منها وتطويرها والمشاركة بها وتطبيقها وتقييمها؛
- تعد أداة تحفيز للمؤسسات لتشجيع القدرات الإبداعية لمواردها البشرية لخلق معرفة جيدة؛
- تساهم في تحفيز المؤسسات لتجديد ذاتها ومواجهة التغيرات البيئية غير المستقرة؛
- توفر الفرصة للحصول على الميزة التنافسية الدائمة للمؤسسات من خلال طرح سلع وخدمات جديدة؛
- تدعم الجهود للاستفادة من جميع الموجودات الملموسة وغير الملموسة بتوفير إطار عمل لتعزيز المعرفة التنظيمية؛
- تساهم في تعظيم قيمة المعرفة ذاتها عبر التركيز على المحتوى.

فلإدارة المعرفة آثار هامة على الفعالية و التجديد لكل مؤسسة، ولهذا تعتبر المعرفة نوع من رأس المال الواجب توفره في المؤسسات كالتعليم و التكوين و البحث، ويتكون رأس المال المعرفي *capital intellectual* من:²

¹ محمد عواد أحمد الزيادات، اتجاهات معاصرة في إدارة المعرفة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 60.

² OCDE, Importance de la gestion des connaissances dans le secteur des entreprises, 2004. <http://www.OCDE.org> (02/10/2012).

- رأس المال الإنساني *capital humain*: و يتكون من مجموع الخبرات، القدرات، الإبداع و التأقلم... الخ، وهذا لكل فرد؛
- رأس المال الاجتماعي *capital social*: و يتكون من العلاقات، التفاعلات، اللغة... الخ والتي تنشأ بين أفراد المؤسسة؛
- رأس المال العملي التنظيمي *capital operational*: ويتكون من قاعدة المعطيات، التنظيم، الملكية الفكرية... الخ.

ثانيا: أهداف إدارة المعرفة، متطلباتها ومبادئها

1/ أهداف إدارة المعرفة: ومن أهمها نذكر: ¹

- أخذ المعرفة من مصادرها، خزنها، إعادة استعمالها، تعظيمها وحمايتها؛
- جذب رأس مال فكري أكبر لوضع الحلول للمشكلات التي تواجه المؤسسة؛
- التعريف والتوعية بمعنى إدارة وتطوير المعرفة وإشاعة ثقافتها؛
- مساهمة إدارة المعرفة في رفع عوائد المؤسسة من خلال تقديم الخدمات أو المنتجات التي تتوافق مع متطلبات الزبائن مما يعكس تحسن أداء ومعارف العمال.

2/ متطلبات إدارة المعرفة: يؤكد *Duek* أن هناك ثلاثة متطلبات أساسية لإدارة المعرفة، وهي: ²

- **متطلب التكنولوجيا:** ومن أمثلة هذا محركات البحث ومنتجات الكيان الجماعي البرمجي وقواعد بيانات إدارة رأس المال الفكري والتكنولوجيا المتميزة، والتي تعمل جميعها على معالجة مشكلات إدارة المعرفة بصورة تكنولوجية، ولذلك فإن المؤسسة تسعى إلى التميز من خلال امتلاك تكنولوجيا المعرفة.
- **المتطلب التنظيمي واللوجستي للمعرفة:** حيث أن هذا المتطلب يعبر عن كيفية الحصول على المعرفة والتحكم بها وإدارتها وتخزينها ونشرها وتعزيزها ومضاعفتها وإعادة استخدامها. ويتعلق هذا المتطلب بتجديد الطرائق والإجراءات والتسهيلات والوسائل المساعدة والعمليات اللازمة لإدارة المعرفة بصورة فعالة من أجل تحقيق قيمة اقتصادية مجدية.
- **المتطلب الاجتماعي للمعرفة:** ويركز على تقاسم المعرفة بين الأفراد، وبناء جماعات من صناعات المعرفة، وتأسيس المجتمع على أساس ابتكارات صناعات المعرفة، والتقاسم والمشاركة في الخبرات الشخصية وبناء شبكات فاعلة من العلاقات بين الأفراد، وتأسيس ثقافة تنظيمية داعمة.

¹ Louise EARL, **La gestion des connaissances en pratique au Canada 2001**. Enquête sur les pratiques de gestion des connaissances 2001, Canada, mars 2003, P 16

² سوزان صالح دروزة، **العلاقة بين متطلبات إدارة المعرفة وعملياتها وأثرها على تميز الأداء المؤسسي**، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، الأردن، يونيو 2008، ص 44. عن موقع: <http://www.dr-saud-a.com/vb/showthread.php?58999>

3/ مبادئ إدارة المعرفة: ومن أهم المبادئ لإدارة المعرفة ما يأتي:¹

- إدارة المعرفة تكون مكلفة وكذلك عدم المعرفة: تعد المعرفة مصدر قوة ولكن إدارتها الفاعلة تتطلب استثمار الأصول الأخرى مثل رأس المال والأيدي العاملة، وإذا كانت إدارة المعرفة مكلفة، إلا أن المقابل لذلك هو أن عدم إدارة المعرفة سيكون أكثر كلفة بسبب اتخاذ قرارات مبنية على معرفة خاطئة.
- الإدارة الفعالة للمعرفة تتطلب تفاعل الأفراد مع التكنولوجيا لتكوين مزيج من المهارات يمكن من تكوين بيئات إدارة معرفة مختلطة، بحيث يمكن استخدام البشر والأجهزة بطريقة تكاملية.
- إدارة المعرفة تتطلب مدراء للمعرفة يتحملون مسؤولية واضحة ومحددة عن عمليات جمع وتصنيف المعرفة، وكذلك إنشاء بنية تحتية قائمة على تكنولوجيا المعرفة ومراقبة استخدامها.
- أن إدارة المعرفة تعني تطوير عمليات معالجة المعرفة: أي من الضروري توحيد وتطوير عملية إدارة المعرفة الشاملة، ويتم تحسين المعرفة من خلال عمليات موجهة أساساً لتحديد وإيجاد المعرفة مثل الدراسات والبحوث ثم نشر واستخدام المعرفة من أجل تطوير النظام.
- إن إدارة المعرفة لا تنتهي أبداً: حيث أن الوصول إلى المعرفة يمثل البداية فقط وإن إدارة المعرفة هي عملية لا تنتهي أبداً، ويعود ذلك إلى أن فئات المعرفة المطلوبة تتغير باستمرار، فالتقنيات الحديثة والطرق الإدارية والوسائل التنظيمية واحتياجات العملاء تتغير كذلك، والمؤسسات تغير من استراتيجياتها وهيكلها التنظيمي وأساليب تقديم إنتاجها وخدماتها، كما أن المدراء ورؤساء الأقسام الجدد لديهم احتياجات جديدة للمعرفة... الخ.

وبأخذ هذه المبادئ بعين الاعتبار يمكن للمؤسسات أن تستفيد من المعرفة وتديرها بطريقة تمكنها من الاستمرار في محيطها المتقلب وبيئتها غير المستقرة والوقوف في وجه منافسيها.

ثالثاً: مراحل تطبيق إدارة المعرفة ومجالات استخدامها

1/ مراحل تطبيق إدارة المعرفة: يمكن تقديم الأنشطة التي تتضمنها كل مرحلة من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (12): مراحل تطبيق إدارة المعرفة

المرحلة الأولى: مرحلة المبادرة	المرحلة الثانية: مرحلة النشر
<ul style="list-style-type: none"> • بناء البنية التحتية؛ • بناء العلاقات الإنسانية؛ 	<ul style="list-style-type: none"> • تبرير الأفكار؛ • وضع إجراءات وسياسات التبرير؛

¹ محمد عواد أحمد الزيادات، مرجع سابق، ص ص 62 - 65.

<ul style="list-style-type: none"> • استخدام تكنولوجيا المعلومات ومعالجة وتحليل الأفكار لتبريرها؛ • مراقبة المعرفة وأدوات التحكيم؛ • الحصول على المعرفة التي تم تبريرها وتحكيمها. 	<ul style="list-style-type: none"> • نظم المكافآت؛ • إدارة الثقافة التنظيمية؛ • تكنولوجيا الاتصالات.
<p>المرحلة الرابعة: مرحلة التكامل الخارجي</p>	<p>المرحلة الثالثة: مرحلة التكامل الداخلي</p>
<ul style="list-style-type: none"> • كفاءة إدارة المعرفة؛ • الشبكات المتداخلة؛ • التمويل الخارجي؛ • إدارة التعاون؛ • المؤتمرات عن بعد والمؤتمرات المصورة؛ • البريد الإلكتروني؛ • نظم المشاركة بالمعرفة؛ • موضوعات التوحيد؛ • الحصول على المعرفة الأساسية والشبكية. 	<ul style="list-style-type: none"> • التكامل والتمويل المعرفي طبقاً لمستوى متطلبات السوق؛ • هيكلية المعرفة ورسم خريطتها؛ • استخدام محركات البحث واستراتيجياتها؛ • اعتماد التكنولوجيا في نظم قياس الأداء؛ • الحصول على المعرفة الممولة والمتكاملة.

المصدر: هدى بدروني، إدارة المعرفة كأحد المرتكزات الأساسية في بقاء منظمات الأعمال والرفع من كفاءة أدائها، الملتقى الدولي الخامس حول: رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في ظل الاقتصاديات الحديثة، جامعة الشلف، الجزائر، 14/13 ديسمبر 2011، ص 6.

3/ مجالات استخدام إدارة المعرفة: إن أي عمل يحتاج إلى المعرفة للقيام به، ومن أهم مجالات استخدام المعرفة بالإضافة إلى مجال منظمات الأعمال نذكر:¹

- اتخاذ القرارات في جميع المجالات: حيث تساعد إدارة المعرفة متخذي القرارات بالحصول على المعلومات المطلوبة مما يمكنهم من فهم جميع جوانب الموضوع، أبعاده وانعكاساته كافة؛

¹ إبراهيم الخلوف الملكاوي، إدارة المعرفة- الممارسات والمفاهيم، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 109.

- التخطيط الاستراتيجي: حيث أن الشخص الذي يتمتع بمعرفة وخبرة اقدر على التخطيط من غيره، وبالتالي فان المعرفة تفيد بشكل كبير في وضع وتطوير الخطط الإستراتيجية؛
- تخطيط العمليات وإعادة هندستها؛
- تسهيل عملية الاتصال لنقل المعلومات من خلال التقنية المستخدمة؛
- إضافة قيمة للمنتج أو الخدمة؛
- مجالات البحث والتطوير .

رابعا: عوامل نجاح إدارة المعرفة وعوامل فشلها:

1/ عوامل نجاح إدارة المعرفة: من أهم هذه العوامل نذكر:¹

- التركيز على قيم المؤسسة وأهميتها وضمان الدعم المالي من الإدارة العليا؛
- توفر قاعدة تقنية وتنظيمية يمكن البناء عليها؛
- هيكل معرفة قياسي مرن قادر على مواكبة طريقة إنجاز الأعمال بالمؤسسة واستخدام المعرفة المتوفرة؛
- تبني ثقافة الصداقة المعرفية التي تقوم على الاستخدام المتبادل للمعرفة؛
- تبني غاية واضحة ولغة مفهومة لدفع المستخدم للمعرفة للاستفادة القصوى من النظام المعرفي؛
- تبني عملية التغيير في أساليب التحفيز لخلق ثقافة المشاركة المعرفية وإشاعتها في المؤسسة؛
- ضمان تعدد القنوات المعرفية لتسهيل عملية نقل المعرفة كون العاملين لهم طرق مختلفة لتنفيذ الأعمال والتعبير عن أنفسهم؛
- تطوير مستوى عمليات المعالجة في المؤسسة بما يمكن من تحسين طرق إدارة الأعمال؛
- تبني طرق تحفيزية غير عادية كالمكافآت والتميز، لدفع العاملين للمساهمة في خلق واستخدام المعرفة المتوفرة؛
- دعم الإدارة العليا التام، وهذه مسألة أساسية لإقامة المشروع وتوفير الموارد اللازمة لذلك وتحديد أنواع المعرفة ذات الأهمية لنجاح المؤسسة.

2/ عوامل فشل الإدارة بالمعرفة: توجد هناك العديد من الأخطاء التي تتجم عن سوء إدارة المنظمات

- للمعرفة، أو عجزها عن توصيلها في الوقت المناسب أو تغذيتها وتحديثها بعد خزنها، ونوجزها في:²
- عدم تحديد التعاريف الإجرائية والعملية للمصطلحات التي ترد في البحوث والدراسات، أو يتم تداولها بين العاملين دون أن يتفقوا على المضمون أو التعريف الذي تدل عليه؛
- حرص الإدارة التقليدية على خزن المعرفة وحجزها وعدم إيصالها للمعنيين أو السماح بتداولها للمستويات الوسطى والدنيا التي تحتاج إليها؛

¹ محمد عواد احمد الزيادات، مرجع سابق، ص 70.

² عامر خضير الكبيسي، إدارة المعرفة وتطوير المنظمات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2005، ص ص 61-63.

- عدم توظيف المعرفة لإشاعة الفهم المشترك حول القضايا والظواهر ذات العلاقة بموضوعها، فتباين مستوى المعرفة بين العاملين يؤدي إلى اختلاف المواقف وظهور النزاعات حول تفسيرهم أو تعليلهم لها؛
- التوهم بأن الحواسيب هي المكان الذي تحفظ فيه المعرفة وليس عقول البشر، في حين أن أي نقاش أو حوار أو تفسير للمعرفة يستلزم حضور العارفين الذين يستوعبونها بعقولهم؛
- عدم الاهتمام بالمعرفة الكامنة أو الضمنية التي يمكن أن تستمد من المعرفة الصريحة والمعلنة وفقا لقاعدة ليس كل ما يعرف يقال، وكثيرا ما تكون هذه المعرفة التي يتم اشتقاقها أو استشفافها أكثر أهمية من المعرفة المعلنة أو المكتوبة؛
- التعامل مع المعرفة وكأنها مطلوبة لذاتها أو أن الحصول عليها يتم لأغراض إعلامية أو دعائية أو أن المنظمة تفتقر لمن يحسن توظيفها والاستفادة منها، وعندها يصبح جمعها وخبزها ترفا وكلفة لا عائد منها؛
- قد يؤدي شراء المعرفة الجاهزة والمتاحة من قبل بنوكها المتخصصة أو من الجهات الاستشارية إلى وقف عمليات التفكير والتعليل أو البحث من قبل العاملين فيها طالما أن كلفة هذه العمليات تفوق كلفة شرائها أو الاشتراك فيها؛
- أن يقتصر جل الاهتمام بإجراء البحوث عن المرحلة السابقة بحجة تقييمها واستخلاص الدروس منها، أو على الحاضر من أجل معالجة مشاكله أو التخفيف من ضغوطه، وبذلك يستنفذ الوقت والجهد والمال في هذه الدراسات التي تركز على استشراف المستقبل واستحضار تحدياته؛
- القصور والعجز في إجراء التجارب الموجهة لتوليد المعرفة أو اختبارها أو تطويرها والاكتفاء باستلامها دون معالجة أو التأكد من ملاءمتها للواقع القائم أو لطبيعة المشاكل التي يراد حلها؛
- أن يحل التعامل والاتصال للحصول على المعرفة عن طريق التقنيات والبرمجيات الحديثة محل اللقاءات والندوات والحوارات المباشرة، حيث الاتصال الإنساني لتنمية قدرات التحدث والاستماع والإصغاء والإقناع؛
- أن تحاول المنظمات وضع معايير ومؤشرات كمية لقياس عوائد المعرفة أو إجراء دراسات حول جدوى الحصول عليها أو إثرائها وتوظيفها لتعذر استحضار جميع العوائد والفوائد البعيدة المدى والتي يصعب قياسها.

من خلال ما تم التطرق إليه حول المعرفة وإدارتها، يتضح أن الزبون يعد أول اهتمام للمؤسسة من خلال محاولتها لتلبية رغباته والوصول إلى تحقيق ما يحتاجه لضمان مكانتها، بالإضافة إلى كون معرفة الزبون أحد أهم روافع، صناعات ومصادر المعرفة للمؤسسة التي تبني عليها خططها وقراراتها الإستراتيجية، ومنه فإن إدارة معرفة الزبون واحدة من أهم قواعد المعرفة بالنسبة للمؤسسة عموما

والخدمية بصفة خاصة (التي تعد محور اهتمامنا)، ونتيجة لذلك يجب أن تكون في الطليعة في نشاطات إدارة المعرفة، وهو ما يؤكد ضرورة وجود هيكل متكامل وبسيط لإدارة معرفة الزبون لفهم وإدراك حاجاته وتفضيلاته وعبر جميع وظائف وأعمال المؤسسة.

المبحث الثالث: الزبون: مفهومه، قيمته، رضاه وولائه

ما يميز البيئة الحالية هو أن الاستحواذ على السوق أصبح يشوبه الكثير من الصعوبات، فمع تنامي دور الزبون بشكل أكبر قياساً بدور المنتج أو البائع، بات من غير الممكن فرض المنتج أو الخدمة عليه وأصبح التعامل معه ليس على أساس التجانس في الحاجات والرغبات دائماً، مما يفرض على المؤسسة جهداً أكبر لمواجهة ذلك، وبذلك أصبح التفكير في الزبون وعلاقاته حتمية على المؤسسة. و من خلال هذا المبحث سنبين أهم المفاهيم المتعلقة بالزبون لاستكمال البعد الثاني لمصطلح إدارة معرفة الزبون، لكون الزبون يشكل المحور الأساسي لأنشطة المؤسسة والمعادلة الأصعب لإدارتها.

أولاً: مفهوم الزبون وأنواعه

1/ تعريف الزبون: سمح التطور الكبير الذي عرفه مفهوم التسويق وتجسيد أسس التوجه بالزبون لهذا الأخير بتبوء مكانة بارزة ضمن اهتمامات المؤسسة وفرض سيادته على قراراتها الإستراتيجية لإرضائه

وبناء ولأته باعتباره أحد العناصر الأساسية المتحركة في استمرارية المؤسسة ونجاحها، ومن أهم التعاريف التي حظي بها نذكر:

• الزبون هو: " الشخص الذي يقتني البضاعة أو يشتري بهدف إشباع حاجاته المادية والنفسية أو لأفراد العائلة." ¹

• كما عرف الزبون أنه: " الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي يدفع للحصول على سلعة أو عدة سلع أو الاستفادة من خدمة أو عدة خدمات لمصدر معين." ²

• الزبون هو: " الفرد الذي يتميز بشكل عقلائي ورشيد بحيث يعمل على الحصول على أكبر قدر ممكن من المنفعة والإشباع لرغباته بأقل قدر ممكن من التكاليف والجهود والتضحيات التي يتطلبها استهلاكه." ³

ومنه يتضح أن زبون المؤسسة هو كل من يقتني منتجاتها أو خدماتها لتلبية حاجاته ورغباته انطلاقا من عدة عوامل متحركة في قرار شراؤه سواء كانت نفسية، اجتماعية، اقتصادية أو دينية... ولقد تم التمييز بين نوعين من الزبائن هما: ⁴

الزبائن الداخليين: وهم الأفراد العاملين في جميع الوحدات والأقسام الذين يتعاملون مع بعضهم البعض لانجاز الأعمال.

الزبائن الخارجيين: وهم الذين يتعاملون مع السلعة أو الخدمة التي تنتجها المؤسسة ويتلقون المخرجات النهائية منها.

ومنه يجب على المؤسسة أن تعرف كل من زبائنها الداخليين والخارجيين مما يمكنها من بناء برامجها، خططها وأنشطتها وفقا لما يحقق رغباتهم ويعزز الثقة بينها وبينهم. فمفهوم الزبون أصبح محل اهتمام كل المؤسسات التي تبحث عن الاستمرارية في سوق مليء بالمنافسة.

2/ أنواع الزبون وتصنيفاته: يمكن تصنيف الزبائن إلى الأنواع التي تظهر في الجدول التالي:

الجدول رقم (13): أنواع الزبائن

نمط الزبون	صفاته الشخصية	كيفية التعامل معه
الزبون المتشكك	<ul style="list-style-type: none"> • يتصف بنزعة عميقة إلى الشك وعدم الثقة؛ • اللهجة التهكمية التي تتطوي على السخرية لما يقوله الغير له؛ • البحث الدائم عن البراهين. 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم مجادلته فيما يدعي ويقول؛ • معرفة الأساس الذي يبني عليه شكه؛ • تكييف الحوار معه عن طريق الحصول على موافقات على بعض الجوانب في محادثته.
الزبون	<ul style="list-style-type: none"> • يتصف بالخجل والمزاجية وكثرة الأسئلة؛ 	<ul style="list-style-type: none"> • الصبر ومحاولة الوصول إلى أسباب عدم القدرة

¹ ثامر ياسر البكري، الاتصالات التسويقية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 78.

² Claude Dumeur, Marketing, Édition DALLOZ, 4^{ème} édition, Paris, 2003, p 346.

³ سليم بوقفة، فارس بوبكور، استعمال الأساليب الكمية في دراسة سلوك المستهلك نحو خدمات النقل البري، مداخلة مقدمة ضمن ملتقى وطني حول: استعمال الأساليب الكمية في اتخاذ القرارات الإدارية، جامعة سكيكدة، الجزائر، 27/26 جانفي 2009، ص 3.

⁴ نجم عبود نجم، المدخل الياباني إلى العمليات الاستراتيجية والنظم والأساليب، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 298.

<p>على اتخاذ القرار؛</p> <ul style="list-style-type: none"> • تدعيم الحديث معه بالأدلة التي تعمق قناعته بما يقوله الموظف، وتعميق الإدراك لديه بأهمية وقته وجهده. 	<ul style="list-style-type: none"> • الرغبة في الإصغاء بانتباه ويقظة وببطء في اتخاذ القرارات. 	<p>السلبى</p>
<ul style="list-style-type: none"> • إشعاره بان الطريق إلى الحلول البديلة مغلقة؛ • إشعاره بان فرص الاختيار أمامه محدودة. 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم قدرته إلى اتخاذ القرار بنفسه؛ • التردد في الحديث وعدم الاستقرار في الرأي. 	<p>الزبون المتروك</p>
<ul style="list-style-type: none"> • محاولة مسابرتة فيما يقول والثناء على ذلك؛ • إظهار التقدير والاحترام لمعارفه وذكائه؛ • إشعاره بالاهتمام به وبما يقول. 	<ul style="list-style-type: none"> • ايجابي النزعة ونشيط ومبادر؛ • يتمتع باستقلالية عالية جدا ويفضل اتخاذ القرار بصورة منفردة؛ • غير متشبث بآرائه المبنية على علم. 	<p>الزبون العنيد</p>
<ul style="list-style-type: none"> • استيعاب ثورة الغضب لديه والتعرف على مشاكله؛ • الأدب والتحلي بالصبر في التفاعل معه؛ • الاستمرار في توجيه الأسئلة له والإصغاء له؛ • معرفة أسباب الغضب وعدم مجادلته. 	<ul style="list-style-type: none"> • إمكانية الإثارة بسرعة؛ • البحث عن صغار الأمور وتوافهها؛ • جعل المبررات الكافية لافتنال الغضب. 	<p>الزبون الغاضب</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الحرص على إعطائه المعلومات الصحيحة؛ • استخدام الحقائق والمنطق التحليلي ومعاملته بوقار واحترام • إعطائه أمثلة رقمية وأدلة مختلفة. 	<ul style="list-style-type: none"> • الهدوء وقلة الكلام فهو يستمع أكثر مما التكلم؛ • صعوبة فهم آرائه بسرعة؛ • الاتزان وعدم السرعة في اتخاذ القرار. 	<p>الزبون المفكر الصامت</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الحرص على ضرورة مسابرتة؛ • مجاملته في آرائه ومقترحاته؛ • الابتعاد عن الدخول في التفاصيل والتركيز على الهدف الأساسي؛ • استخدام عبارة نعم ولكن ومحاولة إنهاء معاملته بسرعة؛ • انتزاع زمام المبادرة في الحوار معه. 	<ul style="list-style-type: none"> • وهو المندفع في إدراك ذاته وإبراز اتجاهات التميز والسيطرة؛ • الشعور العالي بالثقة؛ • لجوئه للمقاطعة بالحديث. 	<p>الزبون المغرور</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تقديم النصيحة التي تساعد على الاختيار الصحيح؛ • طلب قراءة أية معلومات تتعلق باختياره قبل اتخاذ قراره؛ • توضيح أية التزامات تترتب على اختياره؛ • مساعدته لتجنب الخطأ. 	<ul style="list-style-type: none"> • التفاخر الدائم وقدرته على اتخاذ قرارات سريعة؛ • تحكم عواطفه بسلوكه الاستهلاكي؛ • تجذبه المظاهر أكثر من المضامين وكرهه للمعلومات التفصيلية. 	<p>الزبون النزوي</p>

المصدر: إياد شوكت منصور، إدارة خدمة العملاء، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص ص 131-133.

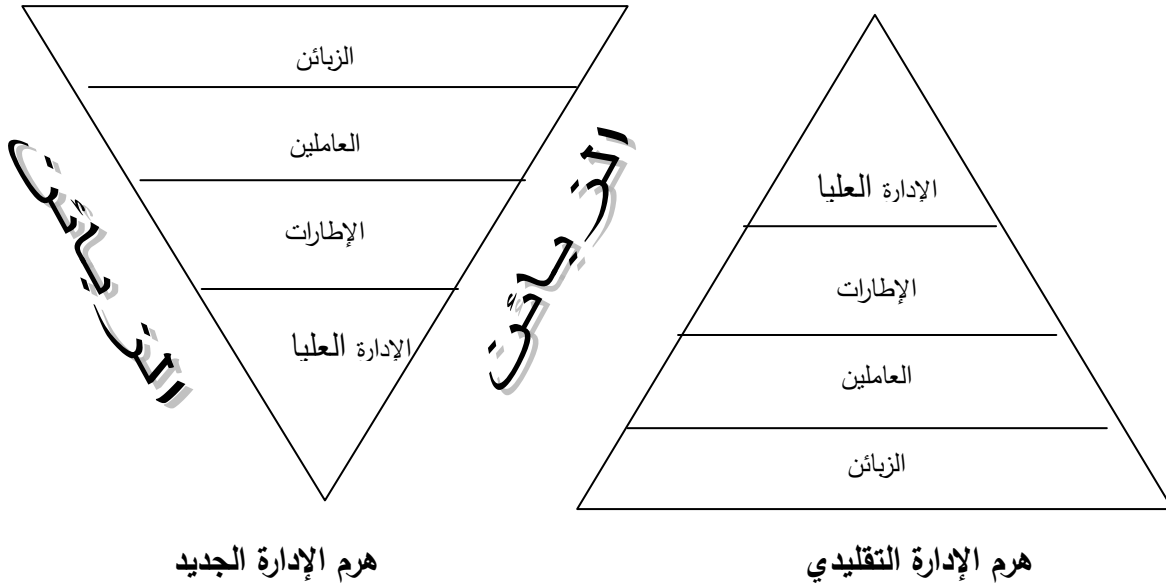
من خلال هذا الجدول الذي يبين أنواع الزبائن، يتضح أن المؤسسة الكفأة هي التي تتمكن من التعامل مع كل نمط من هذه الأنماط للتمكن من استقطابهم والحفاظ عليهم وعلى مكانتها قبل ذلك،

ولكن يجب كذلك معرفة بعض الجوانب الأخرى والمتعلقة بالزبائن بالإضافة إلى صفاتهم وأسلوب معاملتهم، ومن أهم النقاط الواجب الاهتمام بها ومعرفتها ما يلي:¹

- معرفة وتحديد الأسباب التي من أجلها يشتري الزبون السلعة أو يطلب الخدمة؛
- معرفة وتحديد نواحي استخدام أو استعمال السلعة أو الخدمة؛
- معرفة وتحليل عادات الشراء لدى الزبون؛
- معرفة وتحديد الكمية التي يتم بها الشراء؛
- معرفة وتحديد البدائل المتوفرة في الأسواق؛
- تحديد القدرة الحالية للزبون والدخل القابل للإنفاق من قبله؛
- معرفة وتحديد الأسعار التي يستطيع الزبون الشراء بها؛
- معرفة وتحديد العوامل المؤثرة في قرارات الشراء.

3/ الزبون وموقعه ضمن هرم إدارة المؤسسة: أخذ الزبون المراكز الأكثر حساسية وأهمية في إدارة المؤسسة الحديثة، وشكل مصدر لتغيير المستويات ضمن هرم الإدارة وحمل المؤسسة على إيجاد أهم الاستراتيجيات لتوجيه الإدارة الجديدة بالزبون.² وقد قدم **Kotler** نموذجا لهرم الإدارة التي أصبحت تركز على الزبون، كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (12): موقع الزبون ضمن هرم الإدارة



Source : Philippe Kotler et Autres, **Marketing Management**, Pearson Education, 12 éme édition, France, 2006, p 168.

¹ خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، مرجع سابق، ص ص 206 - 207.
² منير نوري، إبراهيم لجلط، التحالف مع العملاء ذوو الولاء- مدخل لإدارة رأس المال الفكري للمنظمة، مداخلة مقدمة إلى الملتقى الدولي الخامس حول: رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في ظل الاقتصاديات الحديثة، جامعة الشلف، الجزائر، 14/13 ديسمبر، 2011، ص 6.

إن المؤسسات التي تعتبر الزبون كمصدر أول لعوائدها هي أول من انتقل إلى الهرم الإداري التقليدي إلى الهرم الحديث المقلوب، حيث أصبح الزبون يقع أعلى الهرم بدلا من المدير لكونه المتحكم والمؤثر الأول في قرارات وعمليات ونتائج المؤسسة، ثم يليه العاملون الذين لهم اتصال مباشر بالزبائن، وبعدهم إطارات المؤسسة لتأتي الإدارة العليا التي أصبحت تقع أسفل الهرم الإداري، وتتمثل مهامها الأساسية في اتخاذ قراراتها اعتمادا على توجهات زبائن المؤسسة وميولاتهم. أما بالنسبة لوضع الزبون على جانبي الهرم فكان من أجل التأكيد على كافة أقسام المؤسسة على أهمية هذا الأخير بالنسبة للمؤسسة بمختلف مستوياتها.¹

ثانيا: دراسة وتحليل قيمة الزبون

في ظل التوجه بالزبون، أصبح من الضروري الاهتمام بالقيمة التي تقدمها المؤسسة لزيائنها وتحليل توجه القيمة كمنطق جديد للمؤسسة.

1/ تعريف قيمة الزبون: اهتم العديد من الباحثين بموضوع القيمة وقدموا عدة التعاريف، من أهمها:

- حسب *Kotler* القيمة هي: " الفرق بين القيم الكلية والتكلفة الكلية، حيث تتعلق القيم الكلية بالمنافع التي يحصل عليها الزبون من المنتج أو الخدمة، أما التكلفة الكلية فتتعلق بمجموع التكاليف المالية والتشغيلية والنفسية التي يتحملها الزبون."²
 - وعرفت القيمة بأنها: " متغير يزداد بتلبية حاجات الزبون أو انخفاض تكلفة المنتج."³
 - أما قيمة الزبون فقد عرفت بأنها: " عملية المبادلة التي يجريها الزبون بين المنافع التي يحصل عليها من السلعة أو الخدمة وكلفة الحصول عليها، وتشمل المنافع كلا من المنتج نفسه، وخدمات الإسناد والأطراف المشتركة في عملية الشراء، والوقت والجهد المبذولين للحصول على المنتج، والمخاطرة المدركة. وهكذا يسعى الزبون إلى جني أقصى المنافع مقابل التضحيات التي يقدمها للحصول على المنتج على أساس التقدير والمبادلة التي يجريها لتحقيق ذلك."⁴
- ومنه فالقيمة بالنسبة للزبون هي مدى تلبية المنتجات أو الخدمات لحاجته بما يتوافق وإمكاناته، فمن خلال المعلومات والأفكار لدى الزبون ومختلف العوامل الاجتماعية، الثقافية والشخصية، تنشأ القيمة المتوقعة عن المنتج والتي تعد العامل الأساسي الذي يحدد من خلاله الزبون نوعه، ثم يقوم بشرائه واستعماله، وبعدها تظهر القيمة المدركة، أي حكمه الشخصي على المنتج ومدى قدرته على تلبية حاجاته ورغباته.

¹ Philippe Kotler et Autres, **Marketing Management**, Pearson Education, 12^{ème} édition, France, 2006, p 168

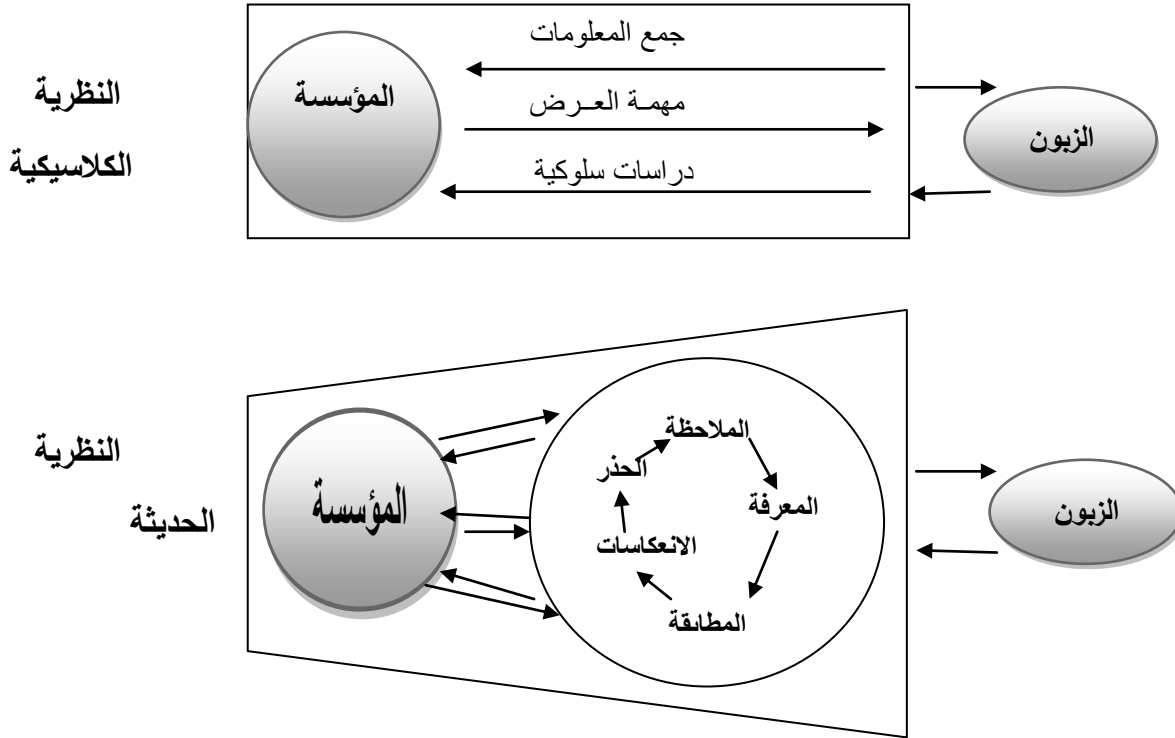
² Ibid, p169.

³ Guy Audiger, **Marketing pour l'entreprise**, Gualino édition, Paris, 2003, P 155.

⁴ عاصم رشاد محمد أبو فزع، اختبار العلاقة بين جودة الخدمة، رضا الزبائن وقيمة الزبون- دراسة مقارنة بين المصارف الإسلامية والمصارف التجارية في الأردن، جامعة الشرق الأوسط، 2015، ص 23. عن موقع: www.meu.edu.jo (27/12/2015)

ومن خلال الشكل رقم (13) سيتم التوضيح أكثر لتوجه اهتمام المنظمات بقيمة الزبون كما يلي:

الشكل رقم (13): تطورات التوجه نحو قيمة الزبون



Source : Michel Lafitte, La valeur client et ses implications bancaires, REVUE BANQUE Edition, Paris, 2005, P34.

يلاحظ من خلال الشكل كيفية تغير اهتمامات المؤسسة التقليدية التي كانت تركز على تصريف منتجاتها أو خدماتها من خلال العرض، وتحولها إلى مؤسسة تنطلق من دراسة زبائننا، ملاحظتهم، معرفتهم من خلال جمع المعلومات حولهم وإقامة علاقات معهم بهدف تقديم ما يطابق احتياجاتهم وتحقيق القيمة المتوقعة من طرفهم.

3/ تحليل مفهوم سلسلة قيمة الزبون:

ظهرت سلسلة القيم لبورتر للكشف عن أصل المزايا التنافسية للمؤسسة، وفكرتها جد بسيطة وهي أن المؤسسة مهمتها إضافة قيمة للمنتج وهذا يتحقق من خلال نوعين من الأنشطة تعمل بشكل متكامل يؤهل المؤسسة لتقديم القيمة المنتظرة للزبون.

إلا أنه حسب بورتر فللزبون كذلك سلسلة قيمة خاصة به، حيث أشار إلى " أن تميز المؤسسة وخلقها للقيمة ينشأ من تقريب سلسلة القيمة الخاصة بها للقيمة من وجهة نظر الزبون، وطالما أن القيمة تنتجها المؤسسة من خلال أنشطة رئيسية أو مساعدة فإنه من المنطقي الاهتمام بمختلف هذه الأنشطة وتوجيهها لما يخدم حاجات وتفضيلات الزبون." ¹

¹ Michel Lafitte, Op, Cit, P 37.

ويرجع خلق القيمة من وجهة نظر الزبون إلى بعدين أساسيين هما:¹

- **الفعالية:** وتعني قدرة السلعة أو الخدمة على إشباع حاجات ورغبات المستهلك.
- **الكفاءة:** وتعني الحد الأدنى من التكلفة التي يجب أن يتحملها المستهلك والتكلفة هنا مقومة بالنقود، الوقت، الجهد العضلي وغير ذلك في سبيل الحصول على القيمة، وكلما انخفضت التكلفة التي يتحملها المستهلك في سبيل حصوله على السلعة أو الخدمة كلما زادت الكفاءة من وجهة نظره. فمن خلال هذين البعدين تهدف المؤسسة إلى تقديم أعلى قيمة ممكنة للزبون وبأقل تكلفة ممكن أن يتحملها، وللايضاح أكثر نورد الشكل التالي:

الشكل رقم (14): أبعاد خلق القيمة من وجهة نظر الزبون

الفعالية	جيد	قيمة عالية	أفضل قيمة
	ضعيف	قيمة ضعيفة	قيمة كدوة
		ضعيف	جيد
		الكفاءة	

المصدر: عبد السلام أبو قحف، كيف تسيطر على الأسواق؟ تعلم من التجربة اليابانية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 242.

وهناك عدة أنواع للقيمة من وجهة نظر الزبون، وهي:²

¹ عبد السلام أبو قحف، كيف تسيطر على الأسواق؟ تعلم من التجربة اليابانية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 242.
² زكية مقري، التوجه بالمستهلك كمدخل استراتيجي لزيادة القدرة التنافسية لمنظمات الأعمال، المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، الجزائر، 9/8 مارس 2005، ص 415.

- **قيمة اقتصادية:** تمثل مستوى أداء السلعة، وتتنحصر في الجودة، التحديد، تلبية الطلب والضمانات.
 - **قيمة اجتماعية:** الكمية المتاحة محدودة الصورة، الصورة الذهنية عن الإعلان....
 - **قيمة وجدانية:** قدرة السلعة أو الخدمة على احتواء مزايا عاطفية يمكن أن يدركها الغير.
- وانطلاقاً من هذا التحليل فإنه كلما زادت قيمة الزبون المستلمة (منافع الزبون - تكاليفه الإجمالية) كلما اتجهت المؤسسة إلى تحقيق رضاه وولائه .

ثالثاً: رضا الزبون وولائه

من خلال انتقاء الزبون للمنتج أو الخدمة ذو القيمة المرجوة، فهو يسعى إلى تلبية مجموعة من الحاجات والرغبات يرى أنها تحقق له مستوى من الرضا وتضمن في نفس الوقت ربحية المؤسسة، وفي المقابل يمكن أن تتحمل هذه الأخيرة خسارة كبيرة نتيجة عدم رضا الزبون، فهو مصدر الأرباح الحالية ومصدر لجذب زبائن جدد مستقبليين.

1/ مفهوم رضا الزبائن وأهميته: يعد رضا الزبون من أهم مؤشرات أداء المؤسسات الحالية وأول خطوة من خطوات تحقيق الولاء لديه، ومن أهم المفاهيم التي حظي بها نذكر ما يلي:

- **حسب كوتلر:** " الرضا هو مشاعر تعبر عن السعادة والسرور نتيجة لمقارنة الزبون للخدمة بتوقعاته عنها." ¹
 - وعرف رضا الزبون: " أنه درجة إدراك الزبون لمدى فاعلية المؤسسة في تقديم المنتجات التي تلبى حاجاته ورغباته." ²
- من خلال التعاريف يتضح أن رضا الزبون أو عدم رضاه ينجم عن مقارنته للقيمة المتوقعة للمنتج أو الخدمة والقيمة المدركة لها، فإذا كانت:
- القيمة المدركة أقل من القيمة المتوقعة فإنه يشعر بحالة من الاستياء وخيبة أمل تجاه السلعة أو الخدمة والمؤسسة في حد ذاتها.
 - القيمة المدركة تساوي القيمة المتوقعة فإنه يشعر بالرضا والارتياح.

¹ Philip Kotler, **Marketing Management**, Millenium Edition, Prentice- Hall international, Inc, New Jersey, 2000, P 36.

² John Read H & Nicholas Hall, **Methods For Measuring Customer Satisfaction**, Energy Evaluation conference, Chicago, 1997, P 7.

- أما إذا كانت القيمة المدركة أكبر من القيمة المتوقع الحصول عليها من استعمال منتج أو خدمة المؤسسة فإنه يكون على درجة عالية من السرور والرضا مما يزيد من ولائه للمؤسسة.

وتبرز أهمية رضا الزبون إذا ما عرفنا أن الله عز وجل قد أشار إلى مفهوم الرضا في القرآن الكريم في سور عديدة، بقوله تعالى: " فلنولينك قبلة ترضاها " ¹ وقوله: " ولسوف يعطيك ربك فترضى " ²، ولعل تكرار هذا المفهوم في القرآن الكريم دليل واضح على أهمية توافره لدى البشر وضرورة السعي إلى تحقيقه عندهم. " ومن الجدير بالذكر أن الشركات بدأت تهتم بالزبون في الوقت الذي احتدمت فيه المنافسة بينها وأدركت أن الطرف الأكثر أهمية في كل عملياتها هو الزبون، لأنه الشخص الذي يستخدم المنتجات والخدمات وهو الذي يزودها بالأرباح. ويؤكد Kotler أنه على المؤسسة التي ترغب في النجاح في أسواق المنافسة اليوم أن تجعل من الزبون النواة التي تدور حولها عملياتها، وأن تبتعد عن المفهوم البيعي وتتركز على المفهوم التسويقي الحديث الذي يبدأ وينتهي بحاجات ورغبات الزبون وكيفية إشباعها. " ³

إذا، تهدف العديد من المؤسسات إلى تحقيق الرضا العالي للزبون، وذلك لأن الزبون الذي يكون راضياً أو راضياً بالتقريب سيكون من السهل عليه أن يتحول إلى عروض أخرى، أما الزبون ذو الرضا العالي سيكون أقل استعداداً للتحويل والنتيجة تكون ولاء كبيراً منه.

2/ أساليب تحقيق رضا الزبون: هنالك عدة سبل لتحقيق رضا الزبون أهمها ما يلي: ⁴

- إشراك الزبائن في مناقشة خطط الجودة وطرائق تطويرها وتخصيص مكافأة مجزية لكل مقترح من مقترحاتهم الذي تحقق نتائج إيجابية؛
- دعوة الزبائن لزيارة المنظمة وإطلاعهم على نشاطاتها والطلب منهم تقديم مقترحاتهم لتطويرها؛
- تقديم هدايا رمزية للزبائن في المناسبات الرسمية وبطاقات تهنئة بعبارات تتم على الإقدام والتقدير؛
- زيارة الزبائن المهمين بين الحين والآخر للاستماع ميدانياً لآرائهم ومقترحاتهم؛
- متابعة الزبائن الذين اشترى منتج المنظمة لمرة واحدة ولم يكرروا عملية الشراء ثانية للوقوف على السبب؛

¹ القرآن الكريم، سورة البقرة، الآية 144.

² القرآن الكريم، سورة الضحى، الآية 05.

³ عباس حسين جواد، سحر عباس حسين، أثر التخطيط الاستراتيجي في رضا الزبون وفق فلسفة إدارة الجودة الشاملة، مجلة أهل البيت، العدد الثالث، جامعة أهل البيت، كربلاء، 2005، ص 58.

⁴ يوسف حبيب الطائي، هاشم فوزي دباس العابدي، الدور الاستراتيجي لإدارة الجودة الشاملة في إدارة علاقات الزبون، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 36، جامعة الكوفة، 2008.

- إشعار الزبائن بأهميتهم من خلال اعتماد العاملين بمجال التسويق والترويج لإعلانات فيها تركيز واضح على أهمية الزبائن.

3/ ولاء الزبون: تعددت الأبحاث والدراسات في محاولة ضبط مفهوم سلوك الولاء الذي يبديه الزبون تجاه المؤسسة، ومن أهم تعاريف الولاء ما يلي:

- " ولاء الزبون هو شراء علامة ما في غالب الأحيان انطلاقاً من خبرة وتجربة إيجابية سابقة." ¹
- " الولاء هو الزبون الذي يشتري نفس العلامة عدة مرات و بشكل متتالي، ومنه يمكن تحديد وقياس الولاء بطريقة عملية مفادها أن الزبون يكون وفيّ إذا قام بشراء ثلاث أو أربع مرات نفس العلامة بشكل متتالي و يكون اعتقاد إيجابي اتجاه هذه العلامة." ²
- الولاء هو مقياس لدرجة معاودة الشراء من علامة معينة من قبل الزبون. ³

ومنه فالولاء هو مواظبة الزبون على اقتناء منتجات أو خدمات مؤسسة ما لتلبية رغباته وحاجاته وتحقيقها لمستوى معين من رضاه.

فمن خلال التعاريف السابقة يتضح أن الولاء مرتبط بفكرة تكرار الشراء، ولكن تكرار الشراء لا يعتبر دوماً مؤشراً للولاء، ومن هنا تظهر هناك أربعة أنواع للولاء وهي: ⁴

- **ولاء عن يقين:** ومفاده أن الزبون جرب وبطريقة مكثفة عدة علامات وأصبح وفياً للعلامة التي تحقق له أقصى إشباع؛
- **ولاء برضا كسلان:** الزبون جرب عدة علامات وأصبح وفياً للعلامة التي تحقق له الرضا وهو غير مقتن أنه بإمكان علامات أخرى أن تحقق له رضا أكبر؛
- **ولاء بتخوف من الخطر:** الخطر يجعل الفرد يبقى وفياً للعلامة التي تحقق له الرضا؛
- **ولاء جامد:** الاختيار محدد بالتعود والزبون لا يتساءل فيما إذا كان بإمكان علامات أخرى أن تحقق له رضا أعلى.

من خلال معرفة هذه الأنواع يتضح أن ولاء الزبون لا يوحى بالثقة، إذ يتوجب على مسيري المؤسسات التعرف على كل أنواع الولاء ومتابعة حركة الزبائن فيما إذا كانت في اتجاه المؤسسة أو في اتجاه منافسيها، للتأكد من مستوى رضاهم عما تقدمه لهم، حيث هناك عدة وسائل لقياس رضا زبائننا، مثل: الحصة السوقية، معدل الاحتفاظ أو فقدان الزبائن، متوسط تكرار الشراء، الشكاوي والمقترحات، البحوث الاستطلاعية، بحوث الزبون الخفي، تحليل الزبائن المفقودين... الخ.

¹ Jérôme Bon, Elisabeth Tissier, **Fidélise les clients**, la revue française du gestion, Adetem, N°127, Paris, 2002, p53.

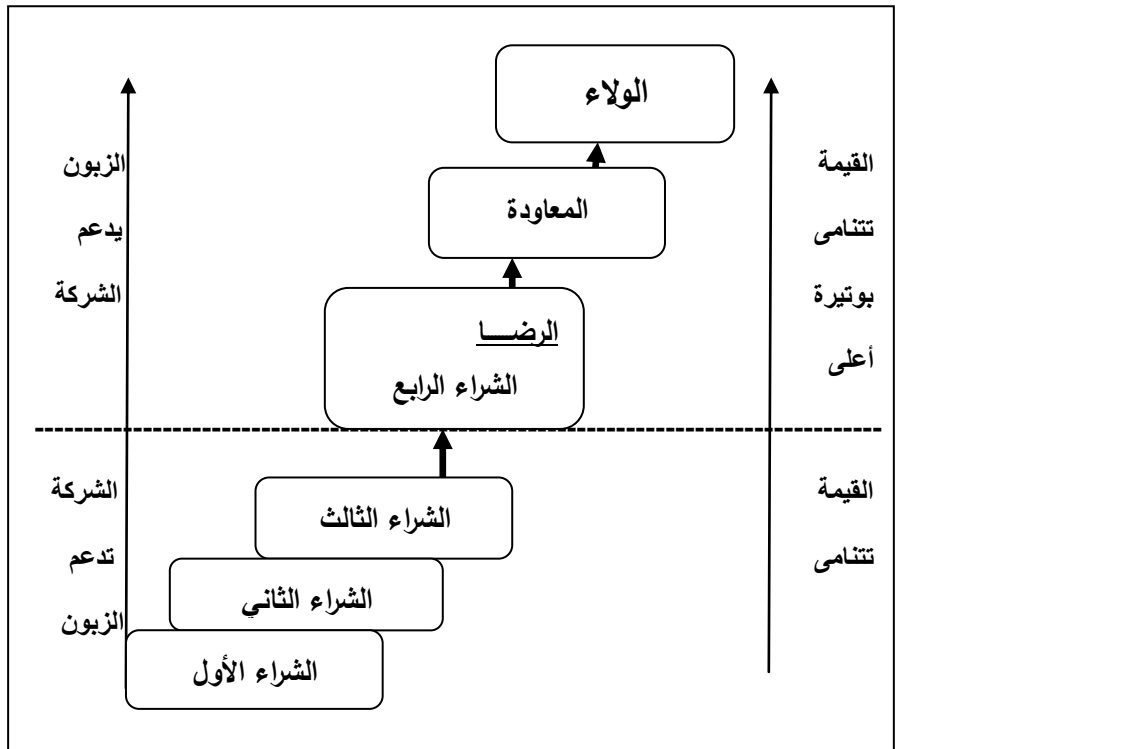
² Christian Michon, **Le Merkteur**, édition Pearson, Paris, 2003, P 71.

³ نجم، عبود النجم، إدارة المعرفة، مرجع سابق، ص 310.

⁴ زكية مقري، مرجع سابق، ص 414.

- 4/ نتائج رضا وولاء الزبون للمؤسسة: من أهم النتائج التي تتحقق للمؤسسة من ولاء زبائنها:¹
- **الولاء يخفض من التكاليف التسويقية:** إن الحفاظ على الزبائن الحاليين أقل تكلفة من البحث وجذب زبائن جدد، ويعتبر حاجز من حواجز الدخول الفعالة في وجه المنافسين الجدد، فمن الصعب الحصول على ربح في قطاع يتميز زبائنه بولاء مرتفع للمؤسسة والعلامة؛
 - **الولاء يقوي تموقع المنتج:** يفرض الولاء تموقع للمنتج في ذهن الزبائن؛
 - **الولاء يساعد على جذب زبائن جدد:** من المعروف عن قاعدة 80/20 لباريتو أن 80% من زبائن أي مؤسسة جاءوا عن طريق 20% الأولى، فإذا كان لدى المؤسسة قاعدة جيدة من الزبائن الأوفياء فمن السهل جدا جذب زبائن جدد خاصة عندما يكون شراء المنتج فيه مخاطرة؛
 - **الولاء يمنح الوقت والسهولة في الاستجابة للمنافسة:** إذا قام منافس بإطلاق منتج أحسن، فامتلاك قاعدة من الزبائن الأوفياء تمنح المؤسسة الوقت للاستجابة، لان الزبون الوفي راضي لا يبحث عن التجديد، في كل الأحوال يمكن أن لا يكون حتى منتبها لوجود منتجات جديدة.
- الآن وبعد التعرف على كل من القيمة، رضا وولاء الزبون يمكن إجماعها في الشكل التالي لفهم كيفية وصول المؤسسة إلى تحقيق كل من هذه الأهداف.

الشكل رقم (15): من القيمة، فالرضا إلى تحقيق ولاء الزبون (مبدأ الشراء الرابع)



¹ منير نوري، مرجع سابق، ص 12.

المصدر: نجم عبود نجم، إدارة المعرفة: المفاهيم الاستراتيجية والعمليات، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 307.

فمن خلال تقديم المؤسسة للمنافع والقيمة المرجوة للزبون فهي تشعره بالرضا عن منتجاتها أو خدماتها مما يجعله يكرر عملية الشراء ويزيد من ولائه لمنتجاتها ويوطد علاقته بهذه المؤسسة أكثر.

المبحث الرابع: إدارة معرفة الزيتون

لعل ظهور إدارة معرفة الزيتون يأتي منسجماً مع زيادة الاهتمام بالزبون، وأن معرفة الزيتون بدأت تعرف على نحو متزايد على أنها مورد استراتيجي أساسي لنجاح أي مؤسسة، وإدارة هذه المعرفة المتعلقة بالزبون تنتج من تكامل اثنان من المفاهيم هي إدارة علاقات الزيتون و إدارة المعرفة. لذا وبعد تطرقنا إلى المفهوم الأول والمتعلق بإدارة المعرفة، سنحاول من خلال هذا العنصر إبراز أهم جوانب إدارة علاقات الزيتون للتوصل إلى أساسيات إدارة معرفة الزيتون.

أولاً: إدارة علاقات الزيتون

إن إدارة علاقة الزيتون إحدى الاستراتيجيات الحديثة التي تتبناها المؤسسات من خلال ربط اتصال فعال غايته التقرب من زبائنها والتعرف عليهم ومراقبة كل طارئ يحدث في سلوكهم من أجل الاستجابة الفورية والمباشرة، ويعتبر الزبائن بالنسبة لأي مؤسسة مسألة حياة أو موت، لأنهم الدافع لوجودها والغاية لنشاطها، فالمؤسسة الرائدة اليوم يقاس نجاحها بحصتها الزبونية بدل حصتها السوقية، واستمرار هذا النجاح مرهون بقدرتها على الاحتفاظ بزبائنها وبمستوى الثقة والولاء اللذان يربطانها بهم، لهذا ظهرت إدارة علاقة الزيتون كأحد النماذج التي تضمن الاتصال المستمر بين المؤسسة وزبائنها.

1/ تعريف إدارة علاقات الزيتون: إن إدارة علاقات الزيتون مع أنها نشاط تسويقي في جوهره إلا أنها أيضاً جزء من إدارة المعرفة المرتبطة بالزبون، وفي ظل العلاقة المتبادلة بين المؤسسة وزبائنها فإن البعض يطلق تسمية رأس المال الزبوني على هذه العلاقات، تأكيداً على أن قواعد العلاقة التقليدية ذات الاتجاه الواحد من المؤسسة إلى الزبون قد حلت محلها العلاقات ذات الاتجاهين من المؤسسة إلى الزبون ومن الزبون إلى المؤسسة.

ومن أهم التعاريف التي حظي بها نموذج إدارة علاقات الزبائن ما يلي:

- " إدارة علاقة الزيتون إستراتيجية شاملة ونظام متكامل لتحديد الزبائن المربحين أكثر من فغيرهم، وفهم متطلباتهم ورغباتهم وأولوياتهم والعمل على إشباعها من خلال الاتصالات الفعالة بهم وتحليل بياناتهم، وذلك لزيادة ولائهم وريحتهم." ¹

¹ أسيل الجراح. سايا غوجل، إدارة علاقات العملاء، العلاقات العامة، كلية الاقتصاد، جامعة دمشق. عن موقع:

www.tahasoft.com/books/005.docx

• إدارة علاقة الزبون *CRM* هي: " نظرة إستراتيجية تهتم بإيجاد وتحسين القيمة للمؤسسة من خلال تطوير علاقات مناسبة مع الزبائن، حيث تمنح المؤسسة علاقات حسنة وطويلة الأمد مع زبائنهم، كما تزودها بفرص لتحسين استخدام البيانات والمعلومات لفهم الزبائن.¹ " ومنه فإدارة علاقة الزبون هي القدرة على تحقيق جذب أفضل الزبائن من خلال إقامة علاقات هادفة معهم بغية ضمان ولائهم وتحسين صورة المؤسسة لجذب عددا أكبر منهم.

2/ أهمية إدارة علاقات الزبون (*CRM*): إن إدارة علاقات الزبائن تساهم في:²

- بناء علاقة مستديمة مع الزبائن بما يحقق لهم الرضا والولاء، فهذا المفهوم يسعى لكسب زبائن جدد والمحافظة عليهم؛
- تعتبر *CRM* وسيلة فعالة لدى المؤسسة للتحكم الجيد في علاقتها مع زبائنهم والاستفادة منهم لتوسيع نشاطها بما يخدمهم من جهة، ودعم مركزها في السوق من جهة أخرى؛
- إن استخدام *CRM* قد يؤدي إلى تسويق منتجات المؤسسة بشكل أفضل بالإضافة إلى العناية التي يتلقاها الزبون وبصورة أفضل، وهو ما يؤدي في النهاية إلى الاحتفاظ به وانتقاله إلى مرحلة الولاء والإخلاص ومنه تحقيق الربح للمؤسسة.

3/ مبادئ إدارة علاقات الزبون: إن عملية إدارة علاقات الزبائن ترتكز على المبادئ الأساسية التالية:³

- **شخصنة العلاقة مع الزبون:** ترتكز إدارة علاقات الزبائن على فلسفة الشخصنة أو الفردية في التعامل مع الزبون التي يقصد بها إرضاء الزبون وتقديم خدمة مصممة ومرتكزة على تفضيلاته ورغباته مما ينشأ عنه ملائمة الخدمة أو السلعة له؛
 - **جذب الزبون والاحتفاظ به:** حيث أن المؤسسة في حاجة إلى إقامة علاقة مع زبائنهم وتحقيق ولائهم خاصة لما تصمم وتقدم ما يقابل ويوافق حاجات وتفضيلات زبائنهم؛
 - **اختيار أفضل الزبائن أو الزبائن الملائمين:** وهو ما يعظم فوائد المؤسسة وعوائدها اعتمادا على قيمة دورة حياة علاقة الزبون، وهذا من خلال اكتشاف الزبائن المناسبين الذين يمكنون المؤسسة من تحقيق أكبر عائد والحفاظ عليهم.
- وباختصار، فالشخصنة أو الفردية، الولاء، وقيمة دورة حياة الزبون تعد المبادئ الأساسية التي تضمن سيرورة إدارة علاقات الزبائن وتمكنها من تحقيق أهدافها.

¹ Adrian Payne, **Handbook of CRM**, Elsevier Linacre House, Great Britain, 2005, P 22.

² حكيم بن جروة، محمد بن حوجو، **تسيير العلاقات من خلال الزبون لتحقيق المنافسة واكتساب الميزة التنافسية**، الملتقى الدولي الرابع حول: **المنافسة والاستراتيجيات التنافسية للمؤسسات الصناعية خارج قطاع المحروقات في الدول العربية**. جامعة الشلف. الجزائر. 9/8 نوفمبر. 2010. ص 19.

³ Paul Gray, Jongbok Byun, **Customer Relationship Management**, Version 3-6, Irvine, University of California, March 2001, p p 28 - 29.

4/ أهداف إدارة علاقة الزبون: لقد تأكدت وازدادت أهمية العلاقة مع الزبون بتطور تقنيات أنظمة المعلومات، كما أن التحول من التوجه الإنتاجي إلى التوجه نحو الزبون كان نتيجة التطور البطيء الحاصل في تصور وذهنية المؤسسات من التصور الإنتاجي والبيعي إلى التسويقي، وفي نظرة المؤسسات إلى المستهلك كنقطة بداية ونهاية لكل قرار تتخذه في المستقبل في محيط يتميز بعدم التأكد والتعقيد والتداخل.

يتضح لنا من ذلك، " إن التقنيات التسويقية المستعملة في ضمن تلك السيورة، كانت منصبة على أساليب التوزيع وخاصة المتعلقة بالاتصال بغية التأثير على المستهلك، دون الاهتمام بحاجاته وطموحاته، ثم تحول هذا التصور إلى اعتباره كمحور رئيسي تتجمع حوله كل اهتمامات المؤسسة، حيث أن ظهور وسائل التكنولوجيا الحديثة أبرزت دور الزبون في نجاح المؤسسات الرائدة. فمن خلال علاقة المؤسسة بالزبون يمكن تعديل وتحسين المنتجات والخدمات الموجودة، وإبداع منتجات وخدمات جديدة بغية تلبية وإشباع الحاجات المتجددة (تسويق الطلب)، ولاشك قد تساعد على خلق حاجات جديدة لديهم (تسويق العرض).¹

4/ مزايا إدارة علاقات الزبائن: " إن إدارة وتحسين العلاقات مع الزبائن يساهم قبل كل شيء في تحقيق النجاح للمؤسسات، ففي السنوات الأخيرة اتجهت المؤسسات إلى إعادة هيكلة بنيتها وتنظيمها من خلال احتواء وإنشاء بنى معلوماتية وتكنولوجية لتحسين فهم عملائها ومعرفتهم أكثر²، وكل هذه الجهود المبذولة هي في سبيل تحقيق المزايا التالية:³

- تحسين وتطوير خدمة الزبائن، تحقيق ولائهم والاحتفاظ بهم؛
- التجاوب مع متطلبات الزبائن مما يؤدي إلى زيادة الإقبال على منتجات أو خدمات المؤسسة؛
- تخفيض نسبة التكاليف الإجمالية وتكلفة خدمة الزبائن؛
- اتساع قاعدة زبائن المؤسسة؛
- زيادة احتمال تحقيق الهدف المرجو والمتوقع؛
- اتخاذ انسب القرارات في أوانها.

ففي دراسة أجراها مركز ITG على 295 مشروع CRM، حيث تحوي هذه العينة 70 مؤسسة منسحبة ورافضة لإعادة هيكلة عملياتها البيعية التسويقية، أما النتيجة المتعلقة بـ 225 مؤسسة التي حاولت تطبيق مبادئ CRM كانت نتائجها كما يلي:⁴

¹ كربالي بغداد، الانترنت وتسيير علاقة الزبون، الملتقى الدولي حول اقتصاد المعرفة، جامعة بسكرة، الجزائر، 2005، ص ص 181 - 182.

² Graeme Shanks, Emily Tay, **The role of knowledge management in moving to a customer- focused organization**, Global Co-Operation in the New Millennium, The 9th European Conference on Information Systems Bled, Slovenia, June 27-29, 2001, P 721.

³ Ministry of economic development and trade, **Customer relationship management**, Queen's Printer for Ontario, Canada, 2010, <http://www.ontariocanada.com> (19/04/2013)

⁴ <http://www.softcomputing.com> (15/01/2013)

- ارتفاع المعدل المتوسط لمبيعاتها بنسبة 42%؛
- انخفاض تكاليفها التجارية بنسبة 35%؛
- انخفاض دورة مبيعاتها بمعدل 25%؛
- تحسن هامش الربح بمعدل 2%؛
- زيادة رضا زبائننا بنسبة 20%

ثانياً: إدارة معرفة الزبون: المفهوم والأهمية

إن إدارة معرفة الزبون تمثل في حقيقتها جزء من إدارة المعرفة الكلية للمؤسسة، وهناك مصادر مختلفة للبيانات التي يمكن الحصول عليها وتمثل صيغة من صيغ التفاعل مع الزبائن. " ففي الشركات الحديثة فإن مبدأ **اعرف زبونك** يعني معرفة أهم مصادر عوائدك، وأن تعرف زبونك يعني إن تجد إدارة المعرفة هي الوسيلة الأساسية في الوصول الملائم إلى الزبون، وإن الوصول الملائم إلى الزبون يعني إقامة علاقات قوية مع الزبون".¹

لذا فاهم سؤال يطرح: ما طبيعة معرفة الزبون؟ وما هي إدارة معرفة الزبون وما نتائجها المنتظرة؟

1 / مفهوم معرفة الزبون وأنواعها: " يلتقي مفهوم معرفة الزبون مع مفهوم إدارة علاقات الزبون، حيث يتضمن سجل تدون فيه تبادلات الزبون والمنتجات والخدمات التي يفضلها وخياراته الشخصية مثل اللغة وأسلوب الاتصالات، ويتم من خلالها تحديد قيمة الزبون للمؤسسة، وبدأت اغلب المؤسسات تطور هذا النوع من معرفة الزبون بإيجاد ملفات خاصة تتضمن معلومات عن كل زبون نظراً لأهميته في تهيئة المعلومات الخاصة بالزبون وإمكانية الاستفادة منها في فهم طلبات الزبائن وتطوير علاقات المنظمة بهم".²

فمعرفة الزبون تشير إلى مجالين مختلفين من المعرفة، وهي المعرفة التي يجب أن تمتلكها المؤسسة والتي يمكن استخدامها لمساعدة الزبون في اتخاذ قرار الشراء والمعرفة التي يمتلكها الزبون بخصوص الخدمات والمنتجات التي يهتم بشرائها.

من بين التعاريف التي حظيت بها معرفة الزبائن أنها " نوع من أنواع المعرفة ضمن مجال علاقات الزبائن التي تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الأداء التنظيمي للمؤسسة".³ " فمعرفة الزبائن تضم معرفة (**Know- What**) ويمكن التعبير من خلالها عن مهارة معرفة الزبون التسويقية التي يطلق

¹ نجم عبود نجم، إدارة المعرفة- المفاهيم الاستراتيجية والعمليات، مرجع سابق، ص 295.

² علي حسون الطائي، إدارة معرفة الزبون وأبعاد الخدمة الصحية- العلاقة والأثر، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، جامعة بغداد، العدد السابع عشر، أيار 2008، ص 150.

³ OGUNDE A. O & Others, **Towards an agent – based customer knowledge management system**, (IJCSE) International Journal on Computer Science and Engineering, Vol 02, No 06, 2010, P 2182.

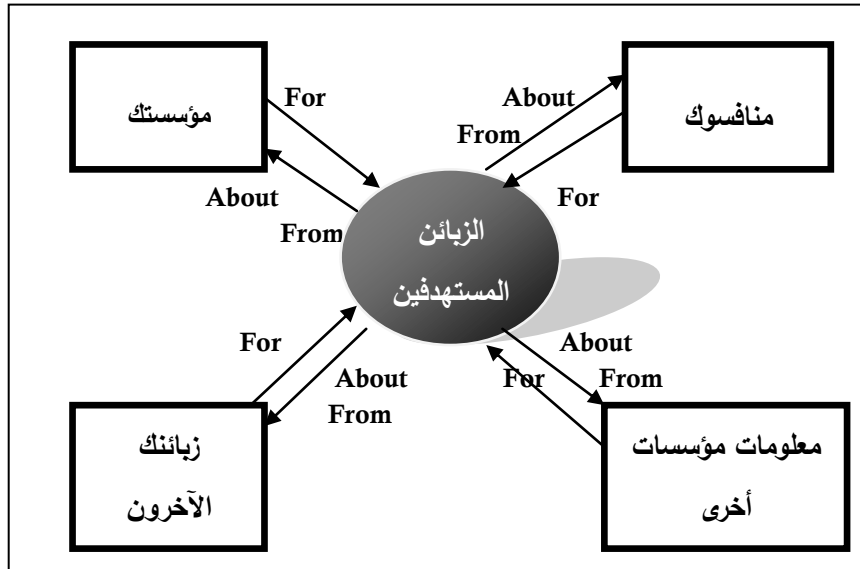
عليها المعرفة الفنية، ومعرفة (*Know-How*) والتي تعني التنبؤ، التخطيط، الإبداع، التحفيز، الاتصال والتطبيق والتي تعمل بشكل مباشر على تنمية القدرة في استخدام هذه المهارات.¹ وفيما يلي سنحاول إبراز أهم أنواع معرفة الزبائن، وهي:²

1-1/ المعرفة من الزبائن: (*From customer*) ويتم الحصول عليها من خلال الأخذ بملاحظات الزبائن ومقترحاتهم عند وضع الأهداف الخاصة بالمؤسسة، إشراكهم في دورات تدريبية تمكنهم من استخلاص المعلومات عن الزبائن، استخدام الأساليب النفسية في جمع المعلومات عنهم والاستفادة من تجاربهم،... الخ.

2-1/ المعرفة للزبائن: (*For Customer*) وهي نوع من المعرفة توجهه المؤسسة للزبون من خلال تقديم خبراتها وتجاربها السابقة له، توفير دليل إرشادي يتضمن معلومات عن كيفية الانتفاع بخدماتها،... الخ.

3-1/ المعرفة عن الزبائن: (*about customer*) وهي المعرفة التي تجمعها المؤسسة حول الزبون من خلال تخصيص مجموعة من العاملين لمتابعة المعلومات عن الزبائن، الاحتفاظ بمعلومات كل زبون يتعامل مع المؤسسة، استخدام الحاسب الآلي لمتابعة شؤونهم،... والشكل التالي يوضح لنا كيفية استخدام مختلف أنواع معرفة الزبون:

الشكل رقم (16): نموذج تكوين معرفة الزبون



Source: Mehdi Shami Zanjani, Roshanak Rouzbehani and Hussein Dabbagh, **Proposing a Conceptual Model of Customer Knowledge Management- A Study of CKM Tools in British Dotcoms**, International Journal of Human and Social Sciences, 2008, P 365.

¹ علاء فرحان طالب، أميرة الجنابي، إدارة معرفة الزبون، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 89.
² علي حسون الطائي، مرجع سابق، ص 161-166.

من خلال الشكل يتضح أن هناك بيانات، معلومات ومعرفة متبادلة بين المؤسسة وزبائنها، حيث أن الزبون هو مركز اهتمام كل الجهات المتعاملة مع المؤسسة لكونهم أساس نجاحها واستمراريتها، حيث أن أهم ما تسعى إليه أي مؤسسة هو توسيع حصتها الزبونية لتعزيز مكانتها في السوق الذي تنشط فيه، وكما تم ذكره سابقا فالعلاقة ذات اتجاهين من وإلى الزبون، حيث أن المؤسسة تجمع مختلف المعلومات المتعلقة بالزبون سواء كان مصدر المعلومة منه أو من محيطه (*About & From customer*)، فالزبون فرصة إستراتيجية للمؤسسات للتعلم منها، حيث أن المعرفة موجودة لدى الزبائن وما على المؤسسة سوى الحصول عليها منهم، مثل: تجاربهم مع المؤسسة والمؤسسات الأخرى، حاجاتهم، شعورهم تجاه المؤسسة، رأيهم تجاه التحسينات في المؤسسة... مما يساعد على تطوير إستراتيجية فعالة لإنتاج خدمات ومنتجات إستراتيجية.

أما الاتجاه العكسي للعلاقة (*Knowledge For customer*)، فيتركز على ضرورة اطلاع الزبون على معلومات عن المؤسسة تشمل منتجاتها وخدماتها وجهود البحث والتطوير فيها، حيث يمكن استفادة الزبون منها بما يساعده على ترشيد استخدامه لخدماتها مما يعطي للزبون ميزة تدفعه لترسيخ علاقاته مع المؤسسة إضافة إلى مزايا معينة، مثل: تقليل وقت استلام الخدمة واخذ وجهة نظره في تحقيق التقدم المستمر للخدمة وتنظيم هيكلها للالتقاء الأفضل مع حاجات الزبون، فالمعرفة للزبون تضع المعلومات الداخلية للمؤسسة على طاولة الزبون.

ومنه فمن أهم مخرجات وفوائد معرفة الزبائن ما يلي:¹

- تحسين المنتجات؛
- تحسين خدمة الزبون؛
- تعزيز رضا الزبون؛
- زيادة حجم المبيعات؛
- كشف احتياجات معرفة الزبون الجديد؛
- تحديد شكل ونوعية المعرفة الموجهة للزبون.

2/ ماهية إدارة معرفة الزبون:

2-1/ تعريف إدارة معرفة الزبون: توجد هناك العديد من تعاريف إدارة معرفة الزبون *CKM* (*Customer Knowledge Management*) منها:

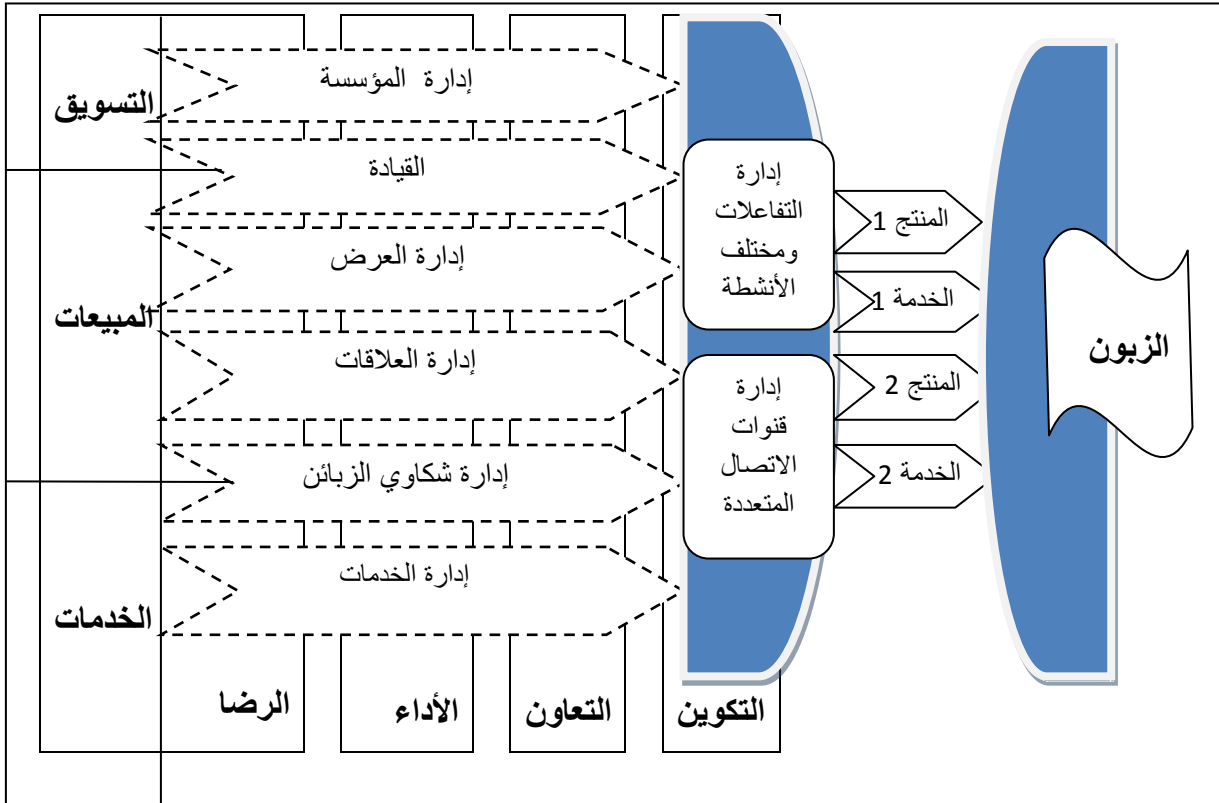
- إدارة معرفة الزبون هي: " عملية استقطاب، مشاركة، تحويل واستعمال البيانات، المعلومات والمعرفة المتعلقة بالزبائن لتحقيق أهداف المؤسسة وزيادة عوائدها."¹

¹ سليمان صادق درمان، العلاقة بين إدارة معرفة الزبون والتوجهات السوقية للمنظمات، جامعة دهوك، العراق، 2008. عن موقع: <http://ahmed2011.yoo7.com/t3-topic> (20/04/2012)

- عرفت كذلك: " إدارة معرفة الزبون هي مجال للإدارة أين تستعمل إدارة المعرفة مختلف وسائلها وإجراءاتها لدعم مبادلة معرفة الزبائن مع المؤسسة بهدف تحسين عمليات إدارة علاقات الزبائن *CRM* وتطوير خدمة الزبائن".²
- من خلال هذه التعاريف نستنتج أن إدارة معرفة الزبون هي عملية قيام المؤسسة بإحداث تكامل ما بين إدارة المعرفة وإدارة علاقات الزبائن لجذب أكبر عدد من الزبائن مما يدعم مكانتها ويعظم عوائدها.
- وتبرز أهمية إدارة معرفة الزبون *CKM* في:³
 - تحسين جودة المنتجات- وهو موضوع دراستنا؛
 - دعم القدرة الإستراتيجية للمؤسسة وبناء المركز التنافسي المتميز؛
 - المساهمة في تعرف المؤسسات على زبائنها وتبني معهم علاقات طويلة الأجل؛
 - المساهمة في الإصغاء للزبون مما يعكس المعرفة التي يقدمها أثناء تعامله مع المؤسسة؛
 - استفادة الزبائن من آراء ومبادرات المؤسسة؛
 - حصول المؤسسة على المعرفة التي تساهم في تقديم المنتج أو الخدمة بما يتوافق وحاجات زبائنها مما يمكنها من تحقيق رضاهم وتحسين مستويات خدمتهم.

ومن خلال الشكل التالي سنوضح أكثر مفهوم إدارة معرفة الزبون:

الشكل رقم (17): نموذج إدارة معرفة الزبون



Environment. Lulea University of Technology, Suede, 2007, P 2.

³ ليث سلمان الربيعي وآخرون، أثر إدارة معرفة الزبون وتطوير الخدمات الجديدة في الأداء التسويقي، دراسات العلوم الإدارية، المجلد 41، العدد 02، الجامعة الأردنية، 2014، ص 279.

Source : Adrian Bueren & Others, Customer Knowledge Management - Improving Performance of Customer Relationship Management with Knowledge Management, Proceedings of the 37th Hawaii International Conference on System Sciences, 2004, P 5.

من خلال هذا النموذج يتضح أن هناك ترابط كبير بين إدارة المعرفة وإدارة علاقات الزبائن، حيث أن أنشطة إدارة المعرفة تزود إدارة علاقات الزبائن بالخدمات والمعلومات الضرورية مما يجعل الفائدة والنفعة متبادلة بين نتائج المقاربتين، فعناصر إدارة المعرفة الملحقة تزيد من إمكانية منح إدارة علاقات الزبائن القدرة على التوسع من خلال تقنيها، خبراء التكنولوجيا للوصول إلى بيانات موجهة ومفيدة للمؤسسة لتوطيد علاقتها بزبائنهم، وبهذه الطريقة فإدارة المعرفة قادرة على إثبات قيمتها مباشرة من خلال سلسلة عمليات المؤسسة.¹

إذن، فالتكامل بين إدارة المعرفة وإدارة علاقات الزبائن يمكن من الوصول إلى نتائج إيجابية لإدارة معرفة الزبون بالمؤسسة مما يزيد من مستوى رضاه، تعاونه مع المؤسسة، ومن ثم التوصل إلى عائدات حسن أدائها ومهارتها في تحسين علاقتها بزبائنهم من خلال إفادتهم بما لديها من معرفة (*Knowledge for Customer*) والاستفادة من معارفهم (*Knowledge from/ about Customer*).

2-2/ الفرق بين *KM*، *CRM* و *CKM*: في الجدول التالي سنحاول إبراز أهم الفروقات ما بين إدارة المعرفة *KM*، إدارة علاقات الزبائن *CRM* وإدارة معرفة الزبائن *CKM*.

الجدول رقم (14): الفرق بين *KM*، *CRM* و *CKM*

CKM	CRM	KM	
تجربة الزبون، الإبداع، رضا الزبون أو عدم رضاه عن المنتجات والخدمات.	قاعدة بيانات الزبون.	المستخدم، الفريق، المؤسسة، شبكة معلومات المؤسسة.	المعرفة الصحيحة تبحث عن
إذا كنا نعرف فقط ما يعرفه الزبائن.	الاحتفاظ بالزبون احرص من كسبه.	إذا كنا نعرف ما نعرفه فقط.	القاعدة
الاستفادة بمعلومات مباشرة من الزبون بالإضافة إلى اقتسام وتوسيع هذه المعلومات.	البحث عن معلومات حول الزبون في قاعدة بيانات المؤسسة.	معرفة مكشوفة وموحدة للموظفين عن الزبون، عمليات البيع وإجراءات البحث والتطوير.	العقلانية
التعاون مع الزبائن لإنشاء قيمة مشتركة.	تعزيز قاعدة زبائن المؤسسة	الفعالية واقتصاد التكلفة .	الأهداف

¹ Henning Gebert & others, Towards Customer Knowledge Management: Integrating Customer Relationship Management and Knowledge Management Concepts, Institute of Information Management, University of St. Gallen, Switzerland, 2003, P 09. <http://iceb.nccu.edu.tw> (26/03/2012)

	والحفاظ عليها.		
المقياس	الأداء مقابل الميزانية.	الأداء في إطار رضا وولاء الزبون.	الأداء مقابل المنافسين في الإبداع والنمو والمساهمة في نجاح الزبائن.
المنافع	رضا الزبون.	الاحتفاظ بالزبون.	نجاح الزبون، الإبداع، التعلم التنظيمي.
متلقي الحوافز	الموظف.	الزبون.	الزبون.
دور الزبون	سلبي، متلقي للمنتج.	مقيد، يرتبط المنتج أو الخدمة بمخططات الولاء.	إيجابي، يشترك في عمليات إنشاء القيمة.
دور التعاون	تشجيع الموظفين لتقاسم معارفهم مع زملائهم.	بناء علاقات متينة مع الزبائن.	تحرير الزبائن وتحويلهم إلى منشئين إيجابيين للقيمة.

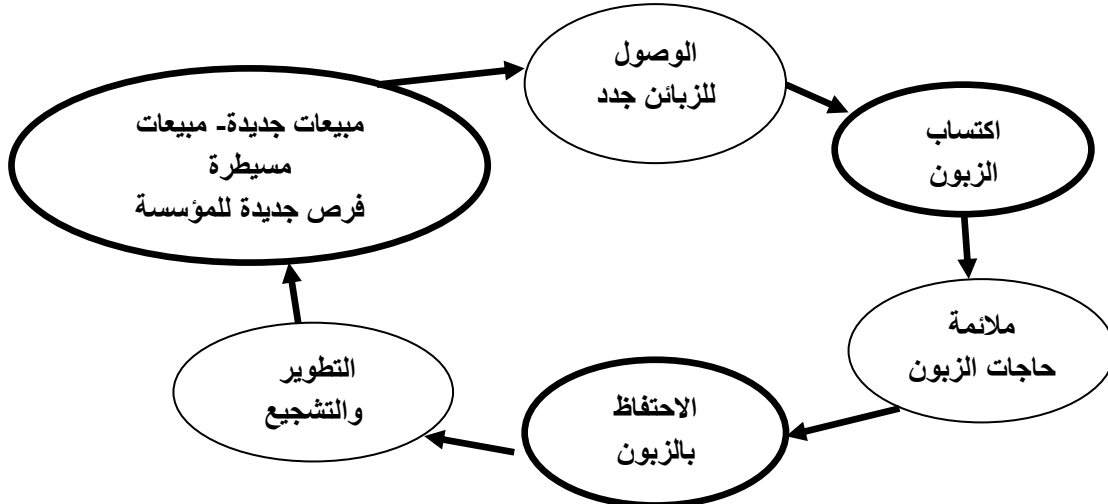
Source : MICHAEL GIBBERT & others, **Five Styles of Customer Knowledge Management and How Smart Companies Use Theme To Create Value**, European Management Journal Vol 20, No 5, Pergamon, Great Britain, 2002, P 461.

من الجدول وحسب رأي الباحثة يتضح أن إدارة معرفة الزبون تقوم على عدة مبادئ وهي:

- المؤسسة الكفأة هي تلك التي تهتم بالمعارف المتوفرة لدى الزبون بالإضافة إلى جمعها للمعلومات المتوفرة عنه؛
- ضرورة اقتسام وتوزيع المعرفة المتوفرة على الزبون داخل المؤسسة وبين عمالها؛
- اعتبار الزبون عنصر هام من المؤسسة ومشارك في إنشاء القيمة بدل كونه متلقي للمنتج أو الخدمة فحسب؛
- الزبون أساس استمرارية المؤسسة أو زوالها.

3/ دورة إدارة معرفة الزبون: انطلاقاً من الشكل أدناه سنوضح دورة إدارة معرفة الزبون كما يلي:

الشكل رقم (18): دورة إدارة معرفة الزبون CKM



Source : Caroll Becky § Others, **Powerful customer relationship management for small business**, Get App, 2012, P9. <http://getapp.com> (19/04/2013)

تبين لنا هذه الدورة أن:

اكتساب معرفة عن الزبون تعد نقطة البداية لحلقة *CKM*، ومن خلال معالجة هذه المعرفة تصبح بمثابة معرفة حول هذا الزبون، مما يسمح باستغلالها داخل المؤسسة لزيادة قدراتها الإبداعية وتحسين وتطوير منتجاتها أو خدماتها، إذ يجب على المؤسسة أن تحتفظ بهذه المعرفة وتأخذها بعين الاعتبار أثناء القيام بعملياتها ومن ثم يتم تزويد عمالها بهذه المعرفة وتدعيم الاتصال فيما بينهم لتوحد اتجاهاتهم وتزويد معرفتهم عن زبائن المؤسسة والتي يتم استغلالها في كل مرة لتحقيق رضاهم من خلال تقديم ما يتوافق وحاجاتهم المتغيرة من فترة لأخرى. ومنه فالدورة تتكرر في كل مرة تتغير فيها حاجات ومعارف الزبون.

ثالثاً: نماذج ونتائج تطبيق إدارة معرفة الزبون

1/ نماذج تطبيق *CKM*: هناك العديد من أساليب إدارة معرفة الزبون، نذكر منها:¹

- الدمج بين الزبون والمنتج؛
- التعلم المشترك على أساس الفريق؛
- الإبداع المشترك؛
- جماعات الابتكار؛
- الملكية الذهنية المشتركة.

إلا أنه من خلال دراستنا سنحاول إبراز أسلوب في إدارة معرفة الزبون والذي يتكون من أربعة مراحل أساسية هي:²

1-1/ الإيحاء بالمعرفة: في هذه المرحلة فإن تفاعل المنتج مع الزبون معا وجها لوجه يشجع الزبون ويجذبه أكثر لإلقاء بعض الأسئلة التي تمكن المنتج من الحصول على بعض المعلومات الهامة مثل:

- تفضيلات الزبون حول المنتج أو الخدمة، اللون، الحجم...
- اتجاهات الصناعة في نفس المنتج مقارنة مع المنتجات الأخرى؛
- معرفة أسباب الشراء؛
- الخصائص الفنية للمنتج...

¹ MICHAEL GIBBERT & others, Op, Cit, P 465.

² علي حسون الطائي، مرجع سابق، ص ص 153 - 154.

1-2/ تصنيف المعرفة: في هذه المرحلة فان البائع أو المنتج يقوم برسم خارطة لحاجات المستهلك ويحدد نوع المعرفة التي تفيد في وضع الخارطة وإبعاد المعرفة الأخرى، ومن هذه المعلومات مثلاً: مستوى الجودة، المنتجات المنافسة، الخيارات... مما يساعد في عملية اتخاذ القرار.

1-3/ تحديد هيكل المعرفة: في هذه المرحلة من التعامل فان الزبون يحصل على معلومات عن المنتج أو الخدمة والمؤسسة، كما أن المنتج يحصل على خيارات الزبون وحاجاته مما يجعله يأخذ فكرة واضحة ومتكاملة ومعدلة عن حاجات الزبون.

1-4/ تسجيل المعرفة: وهنا يتم تسجيل المعرفة النهائية التي تم الحصول عليها في سجلات المؤسسة وقواعد بياناتها وبهذا فهي تخدم جميع أقسام المؤسسة.

من خلال كل (تسميات) الأساليب المذكورة والمدرسة نستنتج أن إدارة معرفة الزبون تقوم على الاشتراك بين المنتج والزبون في كل ما يخدم الاثنين معاً، سواء تعلق الأمر بتقاسم المعرفة، الاشتراك في الإبداع، المعرفة والمعلومات، القرارات المشتركة، الملكية الفكرية... فالزبون أصبح بمثابة عنصر أو فرد من أفراد المؤسسة يشترك في كافة مراحل إعداد، تكوين، تطوير وتقديم المنتج أو الخدمة، وليس مجرد هدف لتصريف منتجات أو خدمات المؤسسة.

2/ نتائج تطبيق إدارة معرفة الزبون بالمؤسسة: إن إدارة معرفة الزبون مع أنها نشاط استراتيجي داعم في جوهرها، وهي تمثل جزء من إدارة معرفة المؤسسة المرتبطة بالزبون، وبالتالي فإنها تمثل احد مجالات استخدام مفاهيم وخبرات إدارة المعرفة في هذه العلاقة، وفي إدارة المعرفة فان الزبون يعتبر مصدراً أساسياً من مصادر المعرفة. حيث أن هذا المصدر في العلاقات طويلة الأمد يمكن أن يكون الممثل الأكثر حيوية وواقعية للسوق والتغيرات الجارية فيه.¹

فإلى جانب أن حاجاته تمثل الخصائص الأكثر أهمية لمنتجات وخدمات المؤسسة، فان التغيرات في السوق يمكن رصدتها وبشكل مبكر من خلال التغير في حاجات الزبون. ففي الاقتصاد الحديث نجد أن الشعار السائد هو اعرف زبونك، استمع باهتمام إلى ما يريد زبونك، والهدف من كل هذه الشعارات هو تقديم منتجات وخدمات تلبي حاجات الزبون وتحقق القيمة المتوقعة لديهم، ومن ثم تضمن الاستمرارية والتفوق للمؤسسة.

3/ التحديات المواجهة لإدارة معرفة الزبون CKM:

يواجه نظام إدارة معرفة الزبون مجموعة من التحديات التي تقف إزاء إمكانات نجاحه، ويمكن إبراز تلك التحديات فيما يلي:²

¹ علاء فرحان طالب، أميرة الجنابي، مرجع سابق، ص 106.

² علي حسون الطائي، إدارة معرفة الزبون وأبعاد الخدمة الصحية، مرجع سابق، ص 151-152.

- يتطلب التطبيق الفعال لـ *CKM* التحول من التنظيم المرتكز على المنتج إلى التنظيم المرتكز على الزبون، حيث تبدأ عمليات التنظيم الهيكلي بصورة معاكسة من الزبون إلى التسويق، والتحول من التركيز على بيع المنتجات إلى التركيز إلى الربحية والزبائن، وكل هذا من السهل قوله ولكن من الصعب تطبيقه، كما يجب على المؤسسة أن تتحول إلى تطبيق نظام المكافآت وفقا للمنظور الزبائني... الخ.
 - يتطلب كذلك تطبيق *CKM* تغيير ثقافة المؤسسة وتوجيهها نحو زيادة المعرفة عن الزبائن وفتح قنوات التفاعل معهم، وهو ما يستلزم تغيير سلوك العاملين وتعزيز ثقافتهم باتجاه الزبون.
 - إن التوجه نحو الزبون وتغيير العمليات الداخلية وثقافة المؤسسة، يحتاج إلى فهم الزبائن والغور في أعماقهم والتفاعل الايجابي معهم، كما أن تحويل هذا الفهم إلى معرفة يحتاج إلى مهارات واستخدام تكنولوجيا المعلومات لتطويع وتطوير المعلومات وتحويلها إلى معرفة، ومنه فإدارة معرفة الزبون تحتاج إلى مجموعة متكاملة من المهارات.
 - ينبغي على المؤسسات أن تراعي مشاعر الزبائن ومعلوماتهم الخاصة، وهذا ما يحتاج إلى دراسة الجوانب القانونية في طبيعة تعاملها مع زبائنها، فبعض الزبائن مثلا لا يشعرون بالراحة لمعرفة المنظمة المعلومات الخاصة بهم، لذلك فإن بناء الثقة في العلاقة مع الزبون والتعامل معه وفقا لخصوصياته أمرا في غاية الأهمية ويحتاج إلى رسم سياسات عمل فعالة تستجيب وتراعي الاعتبارات المذكورة.
- وكما تم ذكره سابقا، فإن من أهم أسباب الاهتمام بدراسة إدارة معرفة الزبون يعود إلى زيادة الاهتمام بقطاع الخدمات، وهو ما سنقوم بإثباته من خلال المبحث التالي بتطبيق دراستنا على مؤسسات الخدمات الصحية ومحاولتنا لإثبات العلاقة ما بين الجودة وإدارة معرفة الزبون بهذا النوع من المؤسسات.

المبحث الخامس: علاقة إدارة معرفة الزبون بجودة الخدمة الصحية

توجد هناك العديد من السياسات التسويقية المطبقة داخل المؤسسات الصحية، وتهدف هذه السياسات إلى تقديم خدمات صحية ذات جودة من خلال تقليص الفارق ما بين الخدمة المنجزة والخدمة المرغوبة من قبل المريض، وبالإضافة إلى زيادة توجه هذه المؤسسات إلى الزبون، فقد أصبح أهم سبيل لتحقيق الجودة في إنتاج الخدمة الصحية هو تبادل المعلومات الضرورية مع الزبون وجعله يشارك في إنتاج الخدمة الصحية بالإضافة إلى الاستفادة منها.

أولا: دراسة العلاقة بين إدارة معرفة الزبون والسلوك الشرائي بالمؤسسات الصحية

مستهلك الخدمة الصحية (المريض) هو الطرف النهائي الذي يستفيد مباشرة من السلعة أو الخدمة المقدمة من المنتج سواء كان مصنع أو مستشفى، وإن اتخاذه لقرار التعامل هو تعبير عن سلوكه الشرائي.

1/ العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمريض:

" السلوك الشرائي هو ذلك التصرف الذي يبرزه المستهلك في البحث عن شراء واستخدام وتقييم السلع والخدمات والأفكار والخبرات التي يتوقع أنها ستشبع رغباته وحاجاته وحسب الإمكانيات المتاحة"¹
 " فسلوك مستهلك الخدمة الصحية إذا هو النمط الذي يتبعه المريض في سلوكه للبحث أو الشراء أو الاستخدام أو التقييم للخدمات التي يتوقع منها أن تشبع حاجاته ورغباته."²
 وللإشارة فالسلوك الشرائي للمريض مرهون بالعديد من العوامل التي نذكر أهمها فيما يلي:³

1-1/ العوامل الموقفية: وتشمل:

• **المحيط المادي:** يتأثر المحيط المادي للمؤسسة الصحية بالموقع، الأصوات، الضوضاء، الرائحة، الضوء وغيرها من المتغيرات البيئية التي تؤثر في قرار المريض في شراء الخدمة الصحية من هذا المكان أو غيره، لذلك فإن المؤسسة تحاول جاهدة أن توفر بيئة خاصة من شأنها تسهيل وتشجيع المستهلكين على شراء الخدمة الصحية والإقدام عليها.

• **المحيط الاجتماعي:** ويتمثل في الخصائص والتفاعلات التي يبديها الأصدقاء، الأقارب والفرق الطبي في لحظة الإقدام على شراء الخدمة الصحية مما يؤثر سلبا أو إيجابا في السلوك الشرائي المتحقق.

• **البعد الزمني:** يؤثر عامل الزمن بشكل كبير على قرار الشراء والسلوك الشرائي للفرد، إذ أن مقدار الوقت المتاح للتعرف على المنتج أو الخدمة الصحية المقدمة للمرضى عامل مهم في تحقيق المعرفة الكافية عن تلك الخدمة، كما أن توقيت تقديم الخدمة فيما إذا كانت صباحا أو مساء أو خلال أحد أيام الأسبوع أو في نهاية الأسبوع... الخ، لها اثر كبير في قرار المريض لشراء الخدمة الصحية من عدمه.

• **سبب الشراء:** يختلف سبب الشراء للسلعة عما هو عليه للخدمات الصحية وما يتبعها من شراء الأدوية، إذ أن الأول قد يكون لإشباع حاجة شخصية أو لأفراد العائلة أو غيرهم، بينما الثاني يكون في الغالب للشخص ذاته أو للشخص المسؤول عنه، وبالتالي فإن سبب الشراء للحالة الثانية يكون واجب لأنه يتعلق بحالة صحية تستوجب المعالجة واتخاذ القرار المناسب للتعامل معها، بينما تكون الحالة الأخرى قابلة للتأجيل أو البحث عنها في مكان آخر على الرغم من أهميتها، وعليه يمكن القول بان السلوك الشرائي للخدمة الطبية يكون سببا واجبا إلى حد كبير لدى المرضى أو لعائلاتهم.

¹ سليم بوقنة، فارس بوباكور، مرجع سابق، ص 3.

² طلعت اسعد عبد الحميد، التسويق الفعال، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002، ص 95.

³ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 62 - 63.

- **مزاج المريض:** يتعرض المريض إلى حالات القلق، الغضب، الخوف، الإجهاد، الرضا... الخ، وجميع هذه الحالات من شأنها أن تؤثر على رغبة المريض في استقبال المعلومة الصحية أو البحث عنها أو تقييمها بالشكل الصحيح والدقيق، وبالتالي التأثير على السلوك الشرائي وقرار الشراء.
- 1-2/ العوامل الثقافية:** وهي مجموعة العوامل التي يعبر من خلالها الفرد على أسلوبه في التعامل مع المفردات اليومية اتساقا مع التراكم المعرفي المتحقق لديه عبر تجاربه الإنسانية وما تحفقه من تعميق فكري، وللتوضيح هذه العوامل نورد الأمثلة التالية:
 - أصبحت مزاولة الرياضة الصباحية لدى العديد من الأفراد جزءا أساسيا من مفردات العمل اليومي لما لها من اثر ايجابي على صحة الفرد؛
 - اتجاه العديد من الأفراد إلى تناول الأطعمة النباتية للحفاظ على سلامتهم والابتعاد عن الأمراض التي تسببها الدهون واللحوم... كزيادة نسبة الكولسترول في الدم، الذبحة الصدرية... الخ.
 - تتعامل المؤسسات الصحية مع شريحة معينة من المجتمع كل حسب مستوى تعلمه، مكان إقامته... الخ، مما يستوجب فهمها لمختلف أجزاء المجتمع بشكل دقيق لتوجيه برنامجها التسويقي مباشرة نحو الهدف المطلوب.
- 1-3/ العوامل الاجتماعية:** يتأثر الفرد بهذه العوامل التي تمثل في مجملها مجموعة من العلاقات التي تربطه بأفراد آخرين يتفاعل معهم باستمرار ويتأثر بهم، ومن أمثلة هذه المؤثرات نذكر:
 - تأثير الأصدقاء، الجيران، جماعات العمل... في قرار المريض وسلوكه في التعامل مع خدمة صحية معينة أو عزوفه عنها؛
 - أثر قرار عائلة المريض في خضوعه لعملية جراحية، أو تحليلات مخبرية... خاصة وأن العائلة هي أول من يتصل بالفرد وتؤثر وتتأثر به مباشرة.
- 1-4/ العوامل الشخصية:** وتشمل العمر، نمط المعيشة والشخصية الفرد، حيث:
 - يؤثر عمر الفرد في السلوك الشرائي للخدمة الصحية، فكلما ازداد العمر زاد الاعتماد على الذات في اتخاذ قرار شراء الخدمة الصحية من عدمه؛
 - قد يشترك الأفراد في نفس الثقافة، الوظيفة والشريحة الاجتماعية، إلا أنهم يختلفون في نمط الحياة الذي يؤثر في قرار اللجوء إلى الخدمة الصحية لمؤسسة أو مستشفى معين؛
 - أن تمتع الفرد أو المريض بشخصية وسمات مميزة يمكنه من حسن اختيار الطبيب أو المؤسسة أو الخدمة الصحية الحقيقية التي تتوافق وحالته الصحية وقدرته المالية.
- 1-5/ العوامل النفسية:** ومن أهمها:
 - التحفيز: يمثل الجانب الصحي المستوى الثاني من الحاجات في سلم ماسلو للحاجات، حيث أن الفرد بعد أن يشبع حاجته من المأكل، الملابس والسكن فهو بحاجة إلى تحقيق الأمن والاستقرار والذي تشكل الحالة الصحية للفرد أعظم جزء منه وهو ما يجعله يهتم أكثر بهذا الجانب.

- الإدراك: وهو معرفة الفرد للأشياء المحيطة به عن طريق حواسه ومعرفته لمدى أهميتها، فالمريض يدرك من خلال الملاحظة نوعية الخدمة المقدمة له، درجة نظافة المؤسسة، حداثة الوسائل والأجهزة الطبية المستخدمة... الخ، مما يدفعه إلى الإقبال أو العزوف والابتعاد عن الخدمة المقدمة.
- التعلم: وهو تراكم الخبرات لدى الفرد مما يكسبه المعرفة، فالمريض من خلال تفاعله مع مقدمي الخدمة الصحية يستطيع أن يحدد ما هو مضر بالصحة وما هو مفيد، متى وكيف يستشير الطبيب، ما طبيعة الأدوية المسموح بها... الخ.
- المعتقدات والاتجاهات: تشكل المعتقدات مجموعة الأفكار التي يأخذها الفرد عن شيء ما، أما الاتجاهات والمواقف فهي نظرته السلبية أو الإيجابية لفعل أو شيء ما، وخير مثال على ذلك معتقدات الأفراد واتجاهاتهم تجاه تناول المشروبات الكحولية وأثرها على صحة الفرد، المخدرات... الخ.

2/ مراحل شراء المريض للخدمة الصحية: تمر عملية اتخاذ قرار شراء الخدمة الصحية بالمرحل التالية:¹

2-1/ إدراك وتحديد الحاجة: تبدأ عملية الشراء بوجود حاجة لدى المستهلك تحتاج إلى إشباعها، فعندما يدرك المريض أن لديه مشكلة صحية تبدأ لديه الحاجة إلى مراجعة الطبيب أو المستشفى لمعالجة تلك المشكلة.

2-2/ البحث عن البيانات: بهدف التحديد الدقيق للمشكلة يحتاج المريض إلى البحث عن البيانات وتحليلها، وقد يكون ذلك بمساعدة الآخرين لتحويلها إلى معلومات تكون نافعة لاتخاذ القرار المناسب لحل المشكلة، فعندما يمرض الشخص يراجع الطبيب والذي بدوره يجري الفحص الأولي ويستفسر من المريض حول أسباب المشكلة وي طرح عليه الأسئلة حول الموضوع لتكوين قاعدة بيانات ينطلق منها لمساعدة المريض من خلال وصف العلاج المناسب لحالته المرضية.

2-3/ تقييم البدائل: عند الوصول لمعرفة سبب المشكلة تطرح بدائل عدة للمعالجة يتم تقييمها وفق معايير متعددة كالجودة، الكفاءة، الفاعلية، السعر، الوقت وغيرها، إذ ليس بالضرورة دائماً يتم تبني البديل الأمثل، لأن ذلك قد يكون مكلفاً مالياً، فالمريض قد يشتري الدواء البديل في حالة كون الدواء الأصلي ذا كلفة عالية.

2-4/ قرار الشراء: وهو اختيار أحد البدائل من بين مجموعة بدائل في ضوء المعايير التي تم ذكرها في النقطة السابقة، والتي تتعلق بعضها بظروف الزبون ذاته والبعض الآخر بظروف السلعة أو الخدمة المشتراة والآخر بالظروف البيئية الأخرى المحيطة.

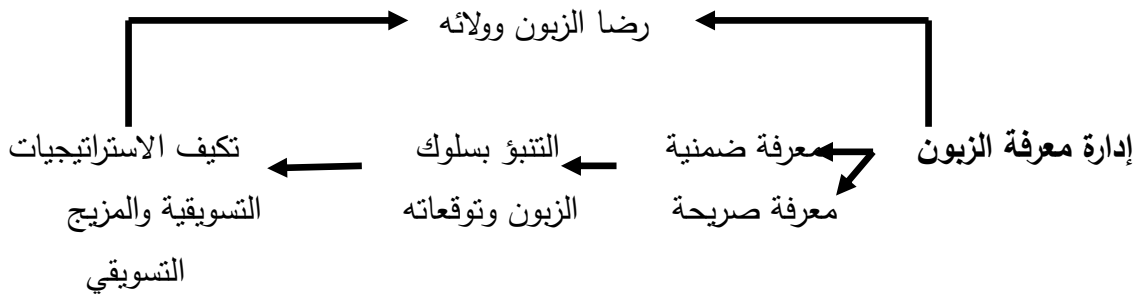
¹ سعدون حمود جثير وآخرون، قياس سلوك المستهلك تجاه الأدوية من وجهة نظر الطبيب، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 22، جامعة بغداد، 2009، ص ص 28 - 29.

2-5/ سلوك ما بعد الشراء: ويعبر عن ردود أفعال الزبون تجاه عملية الشراء التي قام بها وهل هو راض عنها أم أنها كانت دون مستوى التوقع؟ وهنا ينبغي على المؤسسة أن تهتم بهذا السلوك لأنه يمثل تغذية عكسية يمكن الاستفادة منها مستقبلاً في التطوير والتحسين للمنتج أو الخدمة.

وبما أن موضوع دراستنا هو إدارة معرفة الزبون، فلا بد من الإشارة إلى أن دراسة المؤسسة لهذه العوامل المؤثرة في سلوك الزبون ستمكنها من التوصل إلى فهم الزبون ومعرفته، فالزبائن هم كائنات متغيرة بحسب الاحتياجات التي تتغير مع تغير المحيط من حولهم، وذلك بهدف التوصل إلى الاتصال الدائم معهم وتقديم القيمة المضافة لهم من خلال فهم حاجاتهم والعمل على مواكبة توقعات الزبائن مع التركيز على صيانة العلاقة معهم وتحقيق رضاهم لكون رضا الزبون هو القوة الدافعة لعمل المؤسسات، وهو ما يستدعي العناية المتميزة برغبات الزبائن الحالية والمستقبلية ومحاولة تحقيق ما يفوقها، وهذا ما لا يمكن تحقيقه إلا من خلال تحليل سلوك الزبون والوقوف على أهم العوامل المؤثرة عليه.¹

والشكل التالي يوضح لنا العلاقة بين إدارة معرفة الزبون والتنبؤ بسلوك الزبون:

الشكل رقم (19): إدارة معرفة الزبون والتنبؤ بسلوك الزبون



المصدر: علاء فرحان طالب، أميرة الجنابي، إدارة المعرفة (إدارة معرفة الزبون)، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 83.

من الشكل يتبين أن اعتماد المؤسسة لإدارة معرفة الزبون يمكنها من الإلمام بكافة المعلومات الضرورية المتعلقة بزبائنهم إضافة إلى إطلاعهم على أهم ما يمكن معرفته حول ما تقدمه إليهم من خدمات، حيث من خلال معالجة هذه المعلومات تصل إلى معرفتهم مما يمكنها من التنبؤ بتوجهاتهم المستقبلية، ومن ثم وضع سياساتها وخططها الإستراتيجية بما يتوافق ورغبات زبائنهم ويحقق رضاهم وولائهم لها.

ثانياً: مستلزمات (دوافع) تطبيق إدارة معرفة الزبون CKM بالمؤسسات الصحية

¹ علاء فرحان طالب، أميرة الجنابي، مرجع سابق، ص ص 82-83.

تعد معرفة الزبون ذات أهمية بالغة نظرا لطبيعة الخدمة في حد ذاتها ولتعلقها بحياة الفرد من جهة، كما أنها تهتم المؤسسة الصحية لكونها تستخدمها في:¹

- تحديد أولوية الزبائن استنادا إلى نوعية حاجاتهم وحالتهم الصحية؛
 - معرفة ما يود المريض معرفته حول طبيعة الخدمة أو أي شيء آخر؛
 - تحديد حاجات الزبائن بدقة؛
 - محاولة تحقيق ولاء المريض انطلاقا من معرفته؛
 - تقديم خدمات متميزة للزبائن مما يحقق لها التحسين والتطوير في حجم مبيعاتها.
- والجدير بالذكر أن هناك متغيرات حاصلة في ممارسة أنشطة المؤسسات المختلفة خاصة المؤسسات الصحية منها جعلت هذه المؤسسات تتوجه نحو تبني هذا المفهوم الحديث (CKM)، ومن أهم هذه الدوافع أو التغيرات نذكر:²

- أنظمة المعلومات والمعرفة: تمكنت المؤسسات من تحديد القيمة الكلية للزبون في حالة استمرار علاقته بها، وتكلفة خسارته كنتيجة لعدم قدرتها على تحقيق الأداء؛
 - المنافسة: إن المنافسة الشديدة جعلت المؤسسات الصحية تتنافس على أساس خدماتها على أساس العلاقات الذكية مع مرضاها؛
 - تزايد أهمية قطاع الخدمات: الخدمات الصحية -موضوع دراستنا- تتطلب التفاعل مع الزبون (المريض) مما جعل هذه المؤسسات أكثر اهتماما بالجانب الإنساني في التفاعل مع المريض، مما يعني أن العلاقات هي النقاط الأكثر حرجا في رضا الزبون؛
- بالإضافة إلى مساهمة إدارة معرفة الزبون في زيادة منافع الزبون، فالعلاقة القوية مع الزبون والقائمة على المعرفة تساعد على أن يبادر هذا الأخير بتقديم الشكاوي عما يعانيه من الخدمات المقدمة والمقترحات من أجل تحسينها، سواء تعلقت هذه الخدمات بما يقدمه الممرضون والأطباء، الإطعام، الإقامة، توقيت الحصول على الخدمة... الخ، ومنه فهذه المقترحات تساهم في تقديم خدمات بمستوى الجودة الذي يرغبه الزبون.

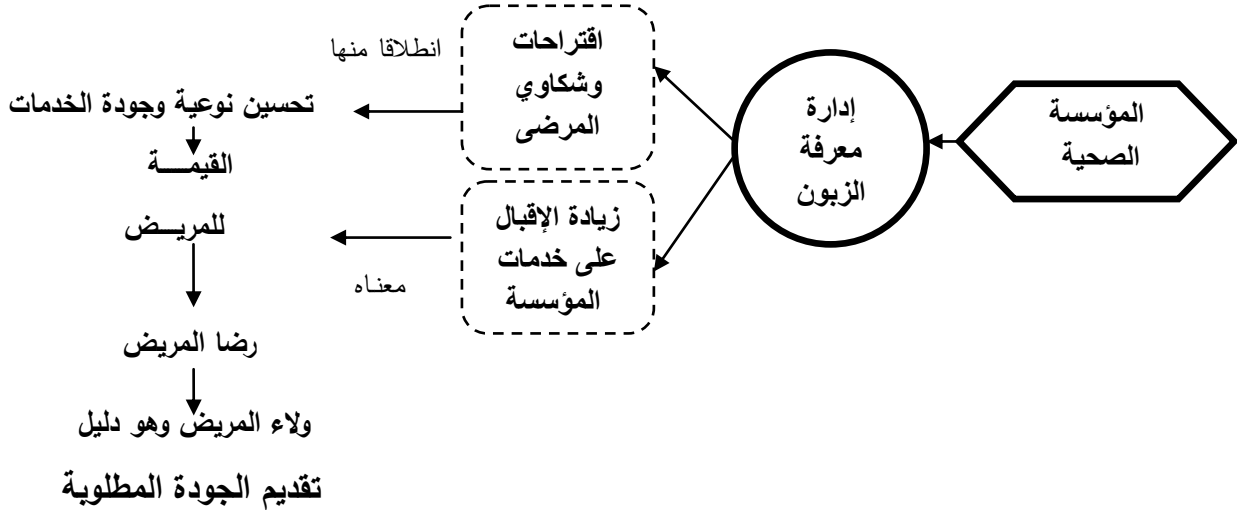
ثالثا: مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق جودة خدمات المؤسسات الصحية

1/ دور إدارة معرفة الزبون في إنشاء قيمة الزبون، رضاه وولائه: انطلاقا مما تمت دراسته حول الجودة وإدارة معرفة الزبون تم التوصل إلى أن الجودة التي تسعى المؤسسة الصحية لتحقيقها هي الجودة التي تحقق القيمة، رضا وولاء الزبون، وانطلاقا من الشكل التالي سنحاول إبراز كيفية مساهمة CKM في تحقيق الجودة للمريض:

الشكل رقم (20): من إدارة معرفة الزبون إلى جودة الخدمة الصحية

¹ Tapan Kumer Roy, Christos Stavropoulos, Op, Cit, P P 30 - 31.

² نجم عبود نجم، إدارة المعرفة: المفاهيم- الاستراتيجيات- العمليات، مرجع سابق، ص ص 305-306.



المصدر: إعداد الباحثة

من خلال هذا الشكل نستنتج أن من أهم نتائج إدارة معرفة الزبون ما يلي:

- تساهم إدارة معرفة الزبون في تشخيص توقعات الزبون، ومن ثم ترجمتها إلى سلع أو خدمات لتحسين استجابتها لإشباع حاجات مرضاها وتقديم ما هو مرغوب وتحقيق القيمة لهم؛
- يؤدي تحقيق القيمة للزبون إلى تحقيق رضاه الذي يتضمن جودة الخدمة الصحية، ملائمة السعر، سرعة الحصول على الخدمة... الخ، وكل هذا لا يتم دون الفهم والمعرفة التامة بحاجات وتوقعات المريض الأساسية؛
- إدارة معرفة الزبون عملية جوهرية في اجتذاب الزبائن واستدامة علاقاتهم مع المؤسسة؛
- انطلاقاً من معرفة المريض ودراسة شكاويه والنقائص التي يعاني منها إضافة إلى اقتراحاته، يتبين لنا مدى رضاه عن الخدمة المقدمة، ومن ثم تتخذ المؤسسة الصحية إجراءاتها لإدخال التحسينات الضرورية وتقديم خدمة بجودة تتوافق وحاجة المريض؛
- في حالة تقديم الخدمة الصحية وبالجودة المطلوبة تتمكن المؤسسة من الاحتفاظ بزبائنها الذين سيمكنونها من جذب زبائن آخرين من خلال تحدثهم عن نوعية وجودة الخدمات التي يحصلون عليها من هذه المؤسسة، وهو ما يمكننا التأكد من خلال دراستنا التطبيقية التي سيتم إجراؤها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بولاية قلمة.

2/ أدلة العلاقة بين إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية: من خلال فصول الدراسة النظرية تم

التوصل إلى النتائج التالية المثبتة لمساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة، وهي:

- الجودة هي التوازن بين رضا المؤسسة ورضا الزبون، وحسب ما تم دراسته فإدارة معرفة الزبون تؤدي إلى تحقيق القيمة للزبون، رضاه ومن ثم ولائه، إذن فإدارة معرفة الزبون دور هام في تحقيق جودة الخدمة الصحية؛

- تكمن أهمية إدارة معرفة الزبون في تحسين جودة المنتجات أو الخدمات، ومنه نستنتج مساهمتها في تحقيق الجودة بالمؤسسات الصحية؛
- بمعرفة ما ينتظره الزبون تتحقق الجودة بتقديم ما يرغبه؛
- تختلف الجودة من وجهة نظر المريض، الطبيب والإدارة، وهو ما يستلزم معرفة المؤسسة لمفهوم الجودة حسب المريض وما تتطلبه من نوعية الخدمات المقدمة، وهذا يدل على أن معرفة المرض تؤدي إلى تحقيق الجودة المطلوبة؛
- تمتاز المؤسسات الصحية بتعدد أنواع زبائنها، ومن أهم مبادئ إدارة معرفة الزبون درسنا مبدأ الشخصنة أو الفردية في التعامل مع الزبون، وهو ما يساعد على تقديم الخدمات بمستوى الجودة حسب وجهة نظر كل مريض على حدا؛
- العلاقة مع الزبون هي احد مكونات رأس المال الفكري الذي يساهم في إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة، كما إدارة معرفة الزبون جزء من إدارة علاقات الزبون، ومنه وبالعلاقة متعدية ف *CKM* تساهم في تحقيق الجودة الشاملة بالمؤسسة؛
- العلاقة القوية مع المريض والقائمة على المعرفة تساعد على تقديمه الشكاوي عما يعانيه من الخدمات المقدمة، من طرف المؤسسة والمقترحات من أجل تحسينها، سواء تعلقت هذه الخدمات بما يقدمه الممرضون والأطباء، الإطعام، الإقامة، توقيت الحصول على الخدمة... الخ، ومنه فهذه المقترحات تساهم في تقديم خدمات بمستوى الجودة الذي يرغبه الزبون.

ولإثبات هذه الاستنتاجات سنحاول من خلال الفصل التطبيقي التالي إسقاط دراستنا النظرية على المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي بقالة.

3/ الاتجاهات المستقبلية لتطور إدارة معرفة الزبون: إن إدارة معرفة الزبون كحقل أكاديمي في تطور ونضج مستمر على الصعيدين النظري والتطبيقي، وذلك أن جميع المؤسسات على اختلاف أنواعها تنظر إلى الزبون باهتمام متزايد كونه الدالة الأساسية على نجاحها أو فشلها، فقدرتها على تلبية متطلبات الزبون من فهمه وفهم حاجاته ورغباته بصورة اكبر وانعكاس ذلك على عملياتها الداخلية سوف يزيد من حصتها السوقية ويجعلها أقرب للحصول على الميزة التنافسية المستدامة، وفيما يلي بعض الاتجاهات المستقبلية لإدارة معرفة الزبون:¹

- زيادة أنماط التعاون بين المؤسسة وزبائنها مما يساعد على خلق معرفة جديدة تصبح القائدة لعمليات الإنتاج الإبداعية؛
- تشكيل فرق عمل من المؤسسة وزبائنها يكون لها تأثير من خلال انعكاس نتائج أعمال هذه الفرق على عمليات المؤسسة الداخلية؛

¹ علي حسون الطائي، إدارة معرفة الزبون وأبعاد الخدمة الصحية (العلاقة والأثر)، مرجع سابق، ص ص 152 - 153.

- زيادة استخدام التكنولوجيا في تقوية الاتصالات مع الزبائن، خاصة الاتصالات الالكترونية التي سيزداد تأثيرها مما يعزز ايجابيا العمليات الداخلية للمؤسسة؛
- زيادة قابلية التعلم من الزبائن، حيث سيشكل التعلم المنظمي المفتاح لصياغة استراتيجيات جديدة للمؤسسة؛
- بروز اتجاهات لدى المؤسسات لتحقيق التحالفات الإستراتيجية بين هذه المؤسسات وفي مجالات محددة خاصة بالأسواق والزبائن المترابطة؛
- توسع نمط الزبون من النمط الفردي إلى النمط الجماعي حيث سيشمل الكيانات الجماعية مثل الجمعيات المهنية، حيث ستصبح ذات قيمة ومولدة للمعرفة عن الأسواق؛
- إعادة النظر في الهياكل التنظيمية الموجودة في المؤسسات في الوقت الحاضر والمعمول بها وستتحول إلى هياكل داعمة للإبداع وقادرة على احتواء الزبائن ضمنها.

خلاصة الفصل الثالث:

من خلال هذا الفصل تم الإلمام بمختلف متغيرات الدراسة من معرفة، إدارة معرفة، إدارة معرفة الزبون والجودة بالمؤسسات الصحية والعلاقة بين مختلف هذه المتغيرات، وتم التوصل إلى العديد من النتائج، ومن أهمها نذكر:

تعد المعرفة من أهم الأصول التي قد تمتلكها المؤسسات المعاصرة سواء الإنتاجية منها أو الخدمية، حيث دون الحيازة على هذا الأصل لا يمكن لها الاستمرار في محيطها المتقلب والذي يتطلب التماشي مع متغيراته وبسرعة هائلة للتمكن من اللحاق بالمنافسين والتفوق عليهم، وهذا من خلال تقديم الأحدث والأكثر تميزا في منتجات وخدمات المؤسسة، وكأي أصل آخر فالمعرفة تحتاج إلى إدارتها لضمان حسن استغلالها والوصول إلى الأهداف المرغوبة كنتيجة لامتلاكها، وهنا يأتي دور إدارة المعرفة كوظيفة قيمة وجد هامة للمؤسسة.

وبما أن الزبون يعد أول اهتمام للمؤسسة فإن إدارة معرفة الزبون واحدة من أهم قواعد المعرفة بالنسبة للمؤسسة الخدمية بصفة خاصة، وهو ما يستدعيه التوجه الحالي للمؤسسات الحديثة المرتكز على زبائنها من خلال ابتكار منتجات وخدمات تتلاءم مع ما يطمح إليه الزبون وبما يعزز أو أصر الثقة والعلاقة بين الاثنين، فالزبون أصبح بمثابة عنصر أو فرد من أفراد المؤسسة يشترك في كافة مراحل إعداد، تكوين، تطوير وتقديم المنتج أو الخدمة، وليس مجرد هدف لتصريف منتجات أو خدمات المؤسسة.

فمن أهم أهداف تبني مدخل إدارة معرفة الزبون تبرز رغبة المؤسسة في تحقيق مستوى الجودة المرغوب من طرفه، وهذا ما يتم تحقيقه من خلال معرفة المؤسسة للتوجهات الفعلية لزبائنها وقيامها ببناء خطط عملها انطلاقاً من هذه التوجهات، كما أنه انطلاقاً من المعرفة التي تكتسبها المؤسسة عن المنتج أو الخدمة التي تقدمها يمكنها أن تقدم للزبون بعض المعلومات أو الفوائد الناتجة عن استهلاك ما تقدمه له، وأهم الخدمات التي يكتسبها من تعامله معها، مما يمكنها من توجيه خياراته ويستقطبه للتعامل مع المؤسسة، فالمعرفة متبادلة بين المؤسسة والزبون وليست ذات اتجاه واحد.

وفيما يخص المؤسسات الصحية، فلها بعض المميزات التي تجعلها مختلفة عن باقي المؤسسات الأخرى، كتقديمها لخدمات تحمي حياة الفرد، تنوع زبائنها ونوعية الخدمات الواجب تقديمها لهم... الخ، مما يجعلها الأكثر اهتماماً بإدارة معرفة الزبون التي تركز على بعض المبادئ التي تخدم هذا النوع من المؤسسات أكثر من غيرها، فبمعرفة المؤسسة الصحية لما ينتظره زبائنها تتحقق الجودة بتقديم ما يرغبونه لهم.

الفصل الرابع:

تطبيق إدارة معرفة الزبون وتأثيرها في مستوى جودة الخدمة
الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة

تلميح:

لتكثيف الجانب النظري من الدراسة وتطبيقه على أرض الواقع، اخترنا المؤسسة العمومية الاستشفائية -الحكيم عقبي بقالمة كدراسة حالة، حيث من خلال هذا الفصل سيتم تقديم المؤسسة المذكورة ومحاولة الكشف عن متغيرات الدراسة بها بأسلوب ممنهج اعتمادا على الاستبيان كأداة للدراسة للتوصل إلى النتائج التي تثبت الجانب النظري من الدراسة.

وننطلق في هذا الفصل من السؤال التالي:

هل تعتمد المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة إدارة معرفة الزبون لتحسين

مستويات جودة خدماتها المقدمة؟

أما الإجابة عن السؤال فسيتم التوصل إليها بعد تحليل البيانات المستخرجة من أداة الدراسة التي توضح كل ما يتعلق بدرجة اعتماد والتزام المؤسسة محل الدراسة بأسس إدارة معرفة الزبون ومبادئها بما يمكنها من التحكم في مستويات جودة خدماتها أو لا.

المبحث الأول: مدخل عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة

سنحاول من خلال هذا المبحث تقديم المؤسسة محل الدراسة من خلال التعريف بها بما تتضمنه من مصالح وأقسام، موارد بشرية وكفاءات طبية، قدرتها الاستيعابية، هيكلها التنظيمي، أهميتها... الخ.

أولاً: نبذة حول المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة:

تأسس القطاع الصحي لولاية قالمة في أبريل 1980، وبموجب المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن تسيير وتنظيم المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPH, EPSP)، أعيدت هيكله القطاع الصحي ليصبح فيما بعد تحت تسمية المؤسسة العمومية الاستشفائية وكذا المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حيث:

" تعرف المؤسسة العمومية الاستشفائية بأنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وتتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية من هيكل التشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي وتغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات. أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فتشكل الجزء الثاني من القطاع الصحي بعد تجزئته، حيث "تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات، وقاعات العلاج تغطي مجموعة كبيرة من السكان."¹

تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي في الناحية الجنوبية الشرقية (طريق عين العربي بقالمة، وهي مؤسسة مستقلة في تسييرها مهمتها تقديم مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الطبية للسكان، تبلغ مساحتها المبنية حوالي 6876 م² تغطي كثافة سكانية مقدرة بـ 518224 نسمة إلى غاية سنة 2012 التي تشمل مدينة قالمة بالإضافة إلى السكان الوافدين إليها من بعض البلديات، مثل: بلخير، مجاز عمار، لخزارة وبن جراح.

1/ التنظيم القانوني للمؤسسة ومهامها:

المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي، هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتمثل مهامها الأساسية في:

- التثقيف الصحي لمختلف أفراد المجتمع كأساس للوقاية الفعالة؛
- تقديم الخدمات العلاجية بكفاءة بما يضمن تحمل أقل تكلفة ممكنة؛
- العمل على رفع كفاءة العناصر البشرية العاملة بالمؤسسة إضافة إلى طلبة الدراسات العليا.

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 2007/05/19 المتضمن: تسيير وتنظيم المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

2/ الموارد البشرية للمؤسسة وقدرتها الاستيعابية: تضم المؤسسة 702 عامل موزعين كما يلي:

الجدول رقم (15): عدد الموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي

التخصص الوظيفي	العدد
الأطباء الأخصائيون	62
الأطباء العامون	55
الشبه طبيون	387
إداريون	48
الصيدالة	03
النفساتيون العياديون	05
البيولوجيون	02
العمال المهنيون	93
الأعوان المتعاقدون	47
المجموع	702

المصدر: المديرية الفرعية للموارد البشرية (2014)

بعد التعرف على مجمل ما تحويه المؤسسة من موارد بشرية، سنقدم تفصيلا لما تحويه المؤسسة من أطباء بمختلف اختصاصاتهم كما يلي:

الجدول رقم (16): توزيع الكادر الطبي للمؤسسة

العدد	التخصص
55	الأطباء العامون
05	جراحة عامة
01	جراحة الأطفال
01	جراحة المسالك البولية
01	طب الأنف، الأذن والحنجرة
01	جراحة الفك والوجه
05	طب العيون
05	جراحة العظام والرضوض
04	طب أمراض النساء والتوليد
01	التكبير الوظيفي
03	طب داخلي
02	الأمراض المعدية والهضمية
01	جراحة الأعصاب
01	طب الأمراض الدموية

04	طب أمراض القلب	
02	طب الكيمياء	
01	ميكروبيولوجيا	
01	بيولوجيا الدم	
03	طب الأشعة	
09	التخدير والإنعاش	
06	طب الأطفال	
01	طب تشريح الخلايا	
04	جراحة وطب الأسنان	
62	مجموع الأطباء المختصين	
117	العدد الإجمالي للأطباء بالمستشفى	

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية (2014)

ب- القدرة الاستيعابية للمؤسسة: كما أشرنا تصنف المؤسسات الاستشفائية ضمن المؤسسات صغيرة الحجم إذا كانت تحوي ما بين 50 إلى 150 سرير، وتصنف ضمن المؤسسات المتوسطة الحجم إذا كانت تحوي من 150 إلى 300 سرير، وتعتبر مؤسسة كبيرة الحجم إذا احتوت على أكثر من 300 سرير، ومنه فالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة مصنفة ضمن المؤسسات كبيرة الحجم لكونها تضم 308 أسرة. والجدول التالي يوضح توزيعها في كل أقسام المستشفى.

الجدول رقم (17): توزيع الأسرة في المؤسسة محل الدراسة على مختلف المصالح الاستشفائية

العدد	التخصصات	
32	قسم طب الأطفال	المصالح الاستشفائية
58	قسم أمراض النساء والتوليد	
64	قسم الجراحة العامة	
64	قسم الطب الداخلي	
32	قسم جراحة العظام	
16	قسم جراحة العيون	
16	قسم جراحة الأنف، الأذن والحنجرة	
26	الاستعجالات الطبية والجراحية	الجناح التقني
308		المجموع

المصدر: الملاحق (II- III- IV)

بعد الاطلاع على الطاقة الاستيعابية لمختلف مصالح المؤسسة لنلقي نظرة على حصيلة نشاطاتها في مختلف مصالح وأقسام المستشفى خلال ثلاثة سنوات (2012- 2014).

الجدول رقم (18): حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي سنة 2012: (366 يوم)

المصالح	عدد الأسرة	عدد المرضى المقيمين	عدد أيام الاستشفاء	متوسط فترة المكوث *	معدل شغل الأسرة **	عدد الوفيات	معدل الوفيات ***
التخصصات الطبية ****	96	8345	29066	3 أيام	%82.72	250	%03.00
الجراحة العامة	64	465	4393	9 أيام	%18.75	05	%01.08
جراحة العظام	32	709	2780	4 أيام	%23.74	01	%00.14
جراحة الأنف والأذن والحنجرة	16	423	742	2 أيام	%12.67	00	%00.00
جراحة العيون	16	641	1133	2 أيام	%19.35	00	%00.00
أمراض النساء	58	2518	5124	2 أيام	%24.14	00	%00.00
قسم الولادة والرضع		9135	9286	1 أيام		03	
الاستعدادات الطبية والجراحية	26	13534	6795	-	%71.41	265	%01.96
المجموع	308	35770	59319	2 أيام	%52.62	524	%01.47

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية (الملحق II)

الجدول رقم (19): حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي سنة 2013: (365 يوم)

المصالح	عدد الأسرة	عدد المرضى المقيمين	عدد أيام الاستشفاء	متوسط فترة المكوث	معدل شغل الأسرة **	عدد الوفيات	معدل الوفيات ***
التخصصات الطبية	96	9922	34482	3 أيام	%83.37	251	%02.53
الجراحة العامة	64	652	5788	9 أيام	%24.78	07	%01.09
جراحة العظام	32	1006	3603	4 أيام	%30.85	01	%00.10
جراحة الأنف والأذن والحنجرة	16	606	1286	يومين	%22.02	00	%00.00
جراحة العيون	16	644	1165	3 أيام	%19.95	00	%00.00
أمراض النساء	58	2648	6672	3 أيام	%31.52	03	%00.11
قسم الولادة والرضع		9087	10353	1 أيام		04	
الاستعدادات الطبية والجراحية	26	16567	8250	-	%86.93	266	%01.61
المجموع	308	41132	71599	2 أيام	%63.51	532	%01.30

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية (الملحق III)

• متوسط فترة المكوث بالمستشفى = عدد أيام الاستشفاء / عدد المرضى المقيمين

• معدل شغل الأسرة = $100 \times \frac{\text{عدد أيام الاستشفاء}}{(\text{عدد الأسرة} \times \text{عدد الأيام})}$

• معدل الوفيات = (عدد الوفيات / عدد المرضى المقيمين) $\times 100$

• التخصصات الطبية تتمثل في الطب الداخلي وطب الأطفال.

الجدول رقم (20): حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي سنة 2014: (335 يوم)

المصالح	عدد الأسرة	عدد المرضى المقيمين	عدد أيام الاستشفاء	متوسط فترة المكوث	معدل شغل الأسرة	عدد الوفيات	معدل الوفيات
التخصصات الطبية	96	10048	30722	3 أيام	%95.53	282	%02.81
الجراحة العامة	64	1084	6838	6 أيام	%31.89	08	%00.75
جراحة العظام	32	1157	3590	3 أيام	%33.49	02	%00.17
جراحة الأنف والأذن والحنجرة	16	561	1229	2 أيام	%22.93	01	%00.18
جراحة العيون	16	495	946	2 أيام	%17.65	00	%00.00
أمراض النساء	58	2859	7791	2 أيام	%40.10	04	%00.14
قسم الولادة والرضع		10558	12809	1 أيام		02	%00.02
الاستجالات الطبية والجراحية	26	16274	80347	5 أيام	%922.47	267	%01.74
المجموع	308	43036	144272	3 أيام	%139.82	566	%01.32

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية (الملحق IV)

يتضح من خلال عرض حصيلة نشاطات المؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة لثلاثة سنوات ارتفاع عدد المرضى المقيمين ببعض الأقسام مقارنة بأخرى، من أهمها أقسام التخصصات الطبية والاستجالات الطبية والجراحية خاصة، والدليل على ذلك:

- العدد الإجمالي للمرضى المقيمين بالمستشفى الذي قدر بـ 35770 سنة 2012، ثم 41132 سنة 2013 و 43036 سنة 2014، وهو ما يعكس الارتفاع المستمر لمستوى الطلب على خدمات المؤسسة؛

- معدل شغل الأسرة الذي قدر بـ (52.62% ، 63.51% و 139.82%) خلال السنوات الثلاثة 2012. 2013 و 2014 على التوالي، الذي يؤكد اشتغال المؤسسة بأكثر من طاقتها بسبب التزايد المستمر في عدد المرضى المقبلين من سنة إلى أخرى، فارتفاع هذا المعدل سنة 2014 تحديداً كان نتيجة اكتظاظ الاستجالات الطبية والجراحية التي بلغ بها معدل شغل الأسرة نسبة 922.47% بمعنى إقبال 9 مرضى للاستفادة من سرير واحد، مما يدل على العجز الذي تعانيه المؤسسة بهذا القسم مقارنة بالأقسام الأخرى التي لا تتعدى معدلات شغل الأسرة بها طاقتها الاستيعابية؛

- ما تمت ملاحظته أثناء الزيارة الميدانية لقسم الاستجالات الطبية والجراحية، حيث كانت أروقة القسم مليئة بالمرضى الذين يتلقون أحيانا خدمات طبية بتلك الأروقة على الكراسي وحتى على الأرض، بالإضافة إلى المرضى الذين لديهم الحظ في الحصول على سرير داخل هذا القسم، ويعود السبب إلى نقص الهياكل الاستشفائية على مستوى ولاية قالمة مما سبب هذه الأزمة؛

- نقص الأطباء الأخصائيين مقارنة بحجم الطلب المتزايد خلال سنوات الدراسة الثلاثة؛

- غياب أي توسعة أو تطوير في هياكل المؤسسة، فخلال ثلاثة سنوات المدروسة وبالرغم من الارتفاع المتزايد في حجم الطلب إلا أن عدد الأسرة مثلاً ثابت في 308 سرير دون زيادة بكافة الأقسام مما نتج عنه تدمير زبائن المؤسسة.
 - أما عن معدلات الوفيات فهي مستقرة تقريباً خلال السنوات الثلاثة.
- فمن خلال هذه الحصيلة يتضح سبب ارتفاع عدد المرضى المنقولين إلى مؤسسات صحية أخرى لعدم إمكانية الحصول على الخدمات المطلوبة بالمؤسسة محل الدراسة. والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (21): تعداد المرضى المنقولين إلى مؤسسات صحية أخرى

عدد المرضى المرسلين			سبب الإرسال		المؤسسة المرسل إليها
2014	2013	2012	نقص المختصين	نقص الأجهزة	
570	683	839	×	×	مستشفى ابن رشد - عنابة
5	8	14	×		مستشفى ابن سينا - عنابة
2	2	2	×	×	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الأطفال - سان تيراز بعنابة
2	1	1	×		مستشفى عبد الحميد ابن باديس - قسنطينة
3	4	4	×	×	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة البوني
-	1	1	×		المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الرياض - قسنطينة
-	1	1	×		مستشفى بالحسين رشيد - برج بوعريج
11	23	15	×		مستشفى ابن زهر - قالمة
-	-	1	×		مستشفى بوشقوف - قالمة
-	1	4	×		مستشفى على منجلي - قسنطينة
-	1	-	×	×	مستشفى مصطفى باشا - الجزائر
-	1	-	×		مستشفى قسنطينة (حي البير)
2	4	-	×	×	مستشفى دوربان - عنابة
595	730	882	المجموع		

المصدر: بيانات المديرية الفرعية للمصالح الصحية ومكتب الدخول

من خلال الجدول يتضح أن هناك تناقص في عدد المرضى المرسلين إلى مؤسسات صحية أخرى بالرغم من تزايد حجم الطلب من سنة إلى أخرى، مما يعكس بذل المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي جهوداً معتبرة لتغطية أكبر قدر ممكن من حجم طلبات زبائنها لمختلف خدماتها الصحية.

ثانياً: أهمية وأهداف المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة

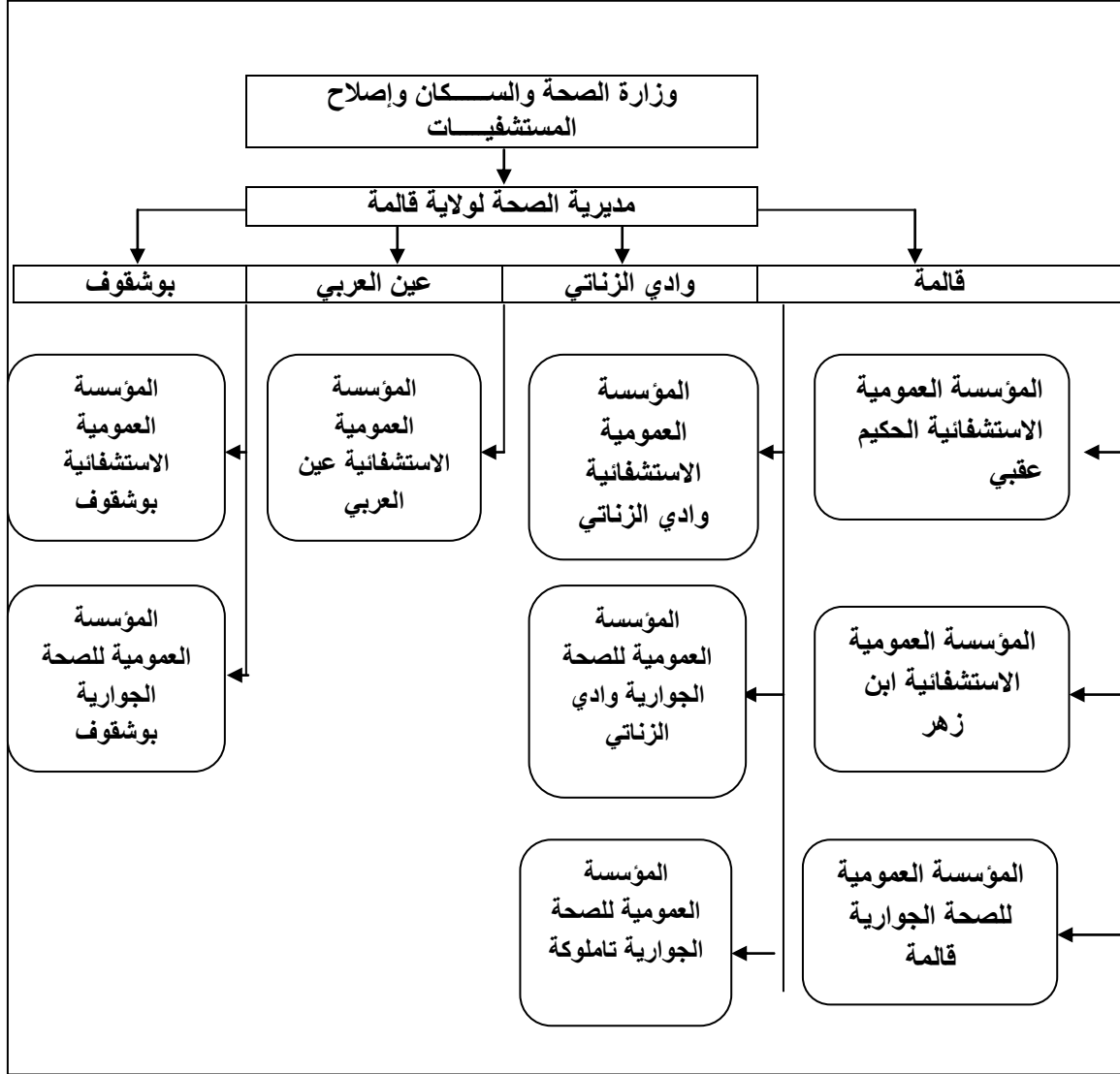
تكمن أهمية المؤسسة قيد الدراسة في تبعيتها للقطاع العام، حيث من المفروض أنها تهدف إلى تحقيق رضا الزبون بالدرجة الأولى، لكون قطاع الصحة من القطاعات الإستراتيجية التي تهم المواطنين ككل باختلاف فئاتهم الاجتماعية.

وبعد تطبيق الخريطة الصحية لسنة 2007 اتضحت أهمية المؤسسات العمومية الاستشفائية والتي تهدف إلى:

- تقريب الخدمات الصحية من المواطن؛
 - إعادة الثقة والتواصل بين المواطن ومؤسساته الصحية من خلال تحسين الخدمات المقدمة؛
 - الاستقبال الحسن للمرضى والذي يعد حق من حقوقهم مع توفير العلاج، الأطباء العامون والأخصائيون، جراحو الأسنان المخابر... الخ.
- وكل هذه الأهداف لا يمكن تحقيقها إلا من خلال تحقيق أهداف سابقة، ومنها:
- التكوين المستمر لتحسين مستوى الأداء المهني للعمال وإكسابهم أعلى مستوى من الكفاءة والثقافة والوعي؛
 - تحديد المهام لتفادي التداخل في الأدوار والحد من الصراعات الداخلية؛
 - إعطاء العامل كل حقوقه المهنية والمادية من تحسين الأجر، المنح، العلاوات، الترقيات...؛
 - فتح قنوات الحوار والتفاوض والتعاون مع الشركاء الاجتماعيين من أجل تفعيل الإصلاحات والارتقاء بالمنظومة الصحية بما يتماشى مع متطلبات هذه المرحلة؛
 - تغيير الذهنيات وتصحيح نظرة المسيرين للموارد البشرية باعتبارها موارد إستراتيجية وليست تكلفة؛
 - وأهم هدف إعادة الثقة إلى المؤسسات الصحية العمومية خاصة بعد التزايد المستمر في عدد المؤسسات الصحية التابعة للخواص.

ثالثاً: الهيكل التنظيمي للمؤسسة: الهيكل التنظيمي هو عبارة عن مخطط يبين مختلف المستويات الإدارية والوحدات التنظيمية الرئيسية والفرعية، أنواع الاتصالات والعلاقات القائمة داخل المؤسسة. وقبل إدراج الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة، يجب الإشارة إلى توزيع المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية قالمة كما يظهر في الشكل التالي:

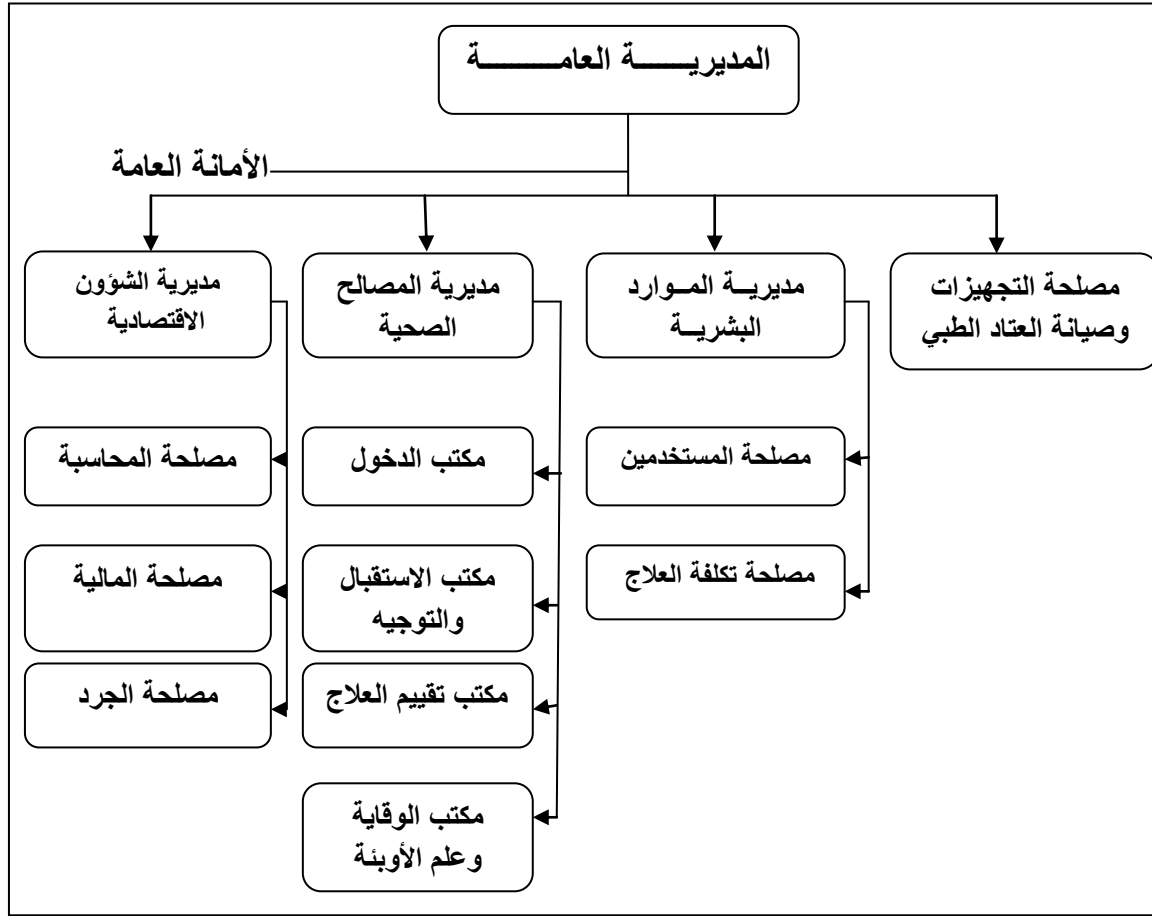
الشكل رقم (21): توزيع المؤسسات العمومية الاستشفائية عبر إقليم ولاية قالمة:



المصدر: مديرية الصحة لولاية قالمة

أما الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة وفقا للخريطة الصحية والتنظيم الساري العمل فيظهر في الشكل التالي:

الشكل رقم (22): الهيكل التنظيمي الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة



المصدر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 33، مرسوم تنفيذي رقم 70-140، المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428، الموافق لـ 19 ماي 2007، المتضمن لإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

وفقا للمادة 02 من القانون المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية³، يشمل التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية الموضوعة تحت سلطة المدير ما يلي:

أ/ المدير: تدار المؤسسة العمومية الاستشفائية من طرف مدير معين من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وهو المسؤول عن سير المؤسسة ككل بمساعدة مختلف المديرين التنفيذيين.

ب/ الأمانة العامة: وتمثل حلقة الوصل بين المدير العام والمديريات الفرعية ومختلف مصالح المؤسسة، حيث يقوم مكتب الامانة العامة بمتابعة البريد الصادر والوارد، تنظيم الملفات والوثائق، الرد على المكالمات الهاتفية، استقبال الزائرين، تنظيم الاجتماعات... الخ.

ج/ المديريات الفرعية: يساعد المدير أربعة نواب مكفون كالتالي:

³ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 3 محرم 1431 الموافق لـ 20 ديسمبر 2009، المادة 02 من القانون المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، العدد 15، ديسمبر 2009.

- **نائب المدير المكلف بصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة لها:** يهتم بصيانة التجهيزات التي يحتويها المستشفى، حيث تتم قبل حدوث الأعطال كإجراء وقائي أو بعدها كإجراء تصحيحي.
- **نائب مدير مكلف بالموارد البشرية:** يهتم بشؤون المستخدمين كافة من خلال تسيير ملفاتهم من تاريخ التوظيف إلى غاية التقاعد وتنفيذ المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية، ضمان استمرارية التكوين، تنظيم امتحانات التوظيف ومراقبة نشاط العمال، المنازعات... الخ.
- كما يهتم بجانب التكاليف من خلال إعداد تقارير دورية عن نفقات المؤسسة مثل: نفقات العمال، نفقات التوظيف، نفقات التكوين... الخ.
- **نائب مدير مكلف بالمصالح الصحية:** ويهتم بمتابعة النشاطات الصحية على مستوى المؤسسة، حيث نجد ضمن هذه المديرية مكتب الدخول الذي يقوم بالاتصال المباشر بزبائن المؤسسة خاصة الذين تستدعي حالتهم الصحية المكوث بها، كما يسهر على المراقبة المستمرة لحركة المرضى داخل مختلف المصالح الاستشفائية.
- وكما هو موضح في الهيكل التنظيمي فإن مكتب الاستقبال والتوجيه هو جزء من هذه المديرية الفرعية، وهو يعمل على توجيه المرضى والزوار ومتابعة المواليد والوفيات، بالإضافة إلى متابعة المرضى من لحظة دخولهم إلى المؤسسة إلى غاية خروجهم منها، فهو بمثابة الدليل الإرشادي بالمؤسسة.
- أما فيما يتعلق بمصلحة الوقاية وعلم الأوبئة فتتكون من قسم الأوبئة، قسم التلقيحات، التنظيف والتطهير وكل ما يتعلق بحماية محيط المؤسسة. وأخيرا مصلحة تقييم العلاج التي تعمل على تشخيص حالة المرضى علاجهم واتخاذ قرار مكوثهم بالمؤسسة.
- **نائب مدير مكلف بالشؤون الاقتصادية والتجهيزات:** يهتم بثلاثة نقاط أساسية هي المالية، المحاسبة والجرد، وذلك من خلال ترتيب وتنظيم الرواتب، تسيير الميزانية، إعداد الفواتير، متابعة الوضعية المالية للمؤسسة، عقد الصفقات، التكفل بكافة الأمور المتعلقة بالإطعام، نظافة المستشفى... الخ.
- كما يمكن إدراج الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية وفقا لتوزيع مصالحتها الاستشفائية وجناحها التقني كما هو مبين في الشكل التالي:

المبحث الثاني: الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي
بقالمة

بعد التعرف على المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة، لا بد من الإشارة إلى أهم الخدمات التي تقدمها إضافة إلى أهم ملامح استخدام إدارة معرفة الزبون بها.

أولاً: تصنيف خدمات المؤسسة

- 1- الخدمات الوقائية: وتتمثل في وتمثل في حملات التطعيم والتحصين الجماعية للسكان، تحسين ظروف الإسكان، إعداد برامج توعية نحو فئات معينة كالأمهات وطلاب المدارس، الكشف المبكر عن المرض وعلاجه من خلال حملات المسح الصحي الموجهة نحو تقصي الامراض في المجتمع أو مجموعات سكانية محددة ... الخ؛
- 2- الخدمات العلاجية: يتم تقديم هذا النوع من الخدمات العلاجية للمرضى الداخليين والخارجيين باستمرار وبمستوى مقبول أو عالي الجودة، الاهتمام باحوال المريض النفسية والاجتماعية كجزء من علاجه، توفير التسهيلات الطبية والفندقية للمريض... الخ.
- 3- الاستقبال والتوجيه: إن خدمة الاستقبال تتم على مستوى مكتب الدخول أين يتم توجيه كل مريض حسب حالته، لأن الوقت الضائع في البحث عن مصلحة أو مريض يكون في الغالب أكثر من الوقت الذي يقضيه الزبون بالمصلحة أو الزائر بجانب المريض، لذا عمدت المؤسسة محل الدراسة إلى تجنب هذه العوائق من خلال اتخاذ بعض الإجراءات مثل:
 - عرض لوحات التعريف والتوجيه لمختلف المصالح والأقسام في مدخل المستشفى؛
 - عرض مواعيد الزيارات.
- 4- النظافة: إن النظافة عامل من أهم عوامل صحة الإنسان وهو ما يستوجب القيام بالاهتمام بهذا الجانب وخاصة بمكان مثل المستشفى الذي يتجه إليه الزبون للتخلص من الأمراض وليس التعرض لها كنتيجة لنقص النظافة، فبالرغم من وجود وحدة خاصة بالنظافة الاستشفائية إلا أن الشيء الملاحظ وفي جل المستشفيات أن النظافة فقدت معناها الحقيقي وهي أول ما ينتقده الزبون خلال زيارته للمستشفى.
- 5- الإيواء والإطعام: وهو ما يعرف بخدمات الفندقية بالمؤسسات الاستشفائية، وما لاحظناه أثناء الزيارة الميدانية أن معظم الغرف تحوي ثلاثة أسرة بل وحتى أربعة مما يسبب الإزعاج للمرضى خاصة في أوقات الزيارة، أما الإطعام فيعمل المستشفى على توفير الوجبات الغذائية للمرضى حسب الحاجة من جهة وتعليمات الأطباء من جهة أخرى.

ثانياً: الجهات المسؤولة عن تقييم جودة خدمات المؤسسة

كما ذكرناه سابقا وبالرغم من جهود المستشفى لتحسين ظروف الاستقبال والدخول، إلا أن ما تم ملاحظته من خلال الزيارة الميدانية أن هناك مشكلة في تقديم هذه الخدمة، فمن خلال الاطلاع على سجل الاقتراحات الخاص بزبائن المؤسسة الاستشفائية وجدنا أغلبهم يشكون من سوء الاستقبال وخاصة من مشكلة الزبائن الذين لديهم واسطة بالإضافة إلى سوء المعاملة التي تبدأ من مكتب الدخول مروراً إلى بقية المصالح الأخرى.

أما فيما يتعلق بالخدمات الطبية، فالمستشفى يعاني من نقص في عدد الأطباء خاصة المختصين منهم مما يجعل الزبون يتذمر دائماً من كونه مرغماً وفي معظم الأحيان على التوجه إلى عيادات خاصة، وهو ما يحملهم تكاليف إضافية، وبالتالي فالنقص يعود لندرة المورد البشري (الأطباء) من جهة وتأخر الأطباء عن مواعيد العمل من جهة أخرى، وهذا حسب ما اطلعنا عليه في سجل الاقتراحات الخاص بالمستشفى حيث وجدنا أغلب شكاوي الزبائن من تأخر الأطباء عن المواعيد المقررة للعمل، ويبقى الحكم على جودة الخدمة الطبية بالمستشفى مرتبط بالتزام الطبيب بالمواعيد وأسلوب المعاملة وهذا طبعا من وجهة نظر المريض، أما من وجهة نظر إدارة المستشفى فيتم تقييم جودة الخدمات الطبية من خلال اجتماعات يتم عقدها يقدم من خلالها الأطباء الحالات المستعصية التي تواجههم ويناقشون هذه الحالات ويقدمون اقتراحاتهم والبدائل الممكنة لإيجاد الحلول المثلى أو اتخاذ قرار بتوجيه هذه الحالات إلى مستشفيات أخرى. ولكن التقييم والرقابة الذاتية من طرف كل طبيب تعتبر أحسن وسيلة، حيث يعاني المستشفى من نقص الأطباء الأخصائيين مما يدل على أن كل طبيب مسؤول عن تصرفاته ومراقبتها، ويبقى المجال الوحيد للرقابة الإدارية هو متابعة الالتزام بالمواعيد العمل.

وبالنسبة للخدمات التمريضية لا يمكن إعطاء تقييم واقعي لها إلا من طرف الطبيب المشرف على مجموعة معينة من الممرضين، فهو الذي يحكم فعلا على نوعية الخدمات المقدمة لأنه الشخص الوحيد الذي يحدد أسلوب العلاج، توقيته وأساليبه المثالية. أما من وجهة نظر المريض فهو يبحث دوما عن الممرضين الذين يمتازون باللباقة وبمستوى النظافة المطلوبة.

وأخيرا، نجد الصيدلية التي تقيم جودة خدماتها بالالتزامها بالمواعيد التسليم، وبالكميات المطلوبة. بالإضافة إلى خدمات الغسيل والتنظيف والإطعام التي تقيم جودتها من طرف الأطباء وما يبدونه من ملاحظات بالإضافة إلى إدارة المستشفى دون أن ننسى رأي المرضى المقيمين بالمستشفى.

ثالثا: ملامح تبادل المعرفة بين المؤسسة والزبون:

نطلق في هذا العنصر مما تمت ملاحظته ومفاده أن النقص في جانب الاتصال والتواصل بين الأفراد العاملين بالمستشفى بالإضافة إلى كثرة الصراعات، سيؤدي حتما إلى نقص تبادل المعرفة بين المؤسسة وزبائنها، فمثلا صادفتنا حادثة أثناء الزيارة متعلقة بفقدان ملفات المرضى، ضياع تقارير الوفاة الخاصة بالمرضى المتضمنة كافة المعلومات عن المريض، سبب الوفاة، مكان الوفاة، توقيت الوفاة... الخ، والتي تعتبر وثيقة جد هامة داخل المستشفيات، حيث نجد أن كل عامل من عمال المستشفى يحمل الآخر مسؤولية هذا الإهمال، وهو ما لا يعتبر في صالح المؤسسة ولا زبائنها.

المبحث الثالث: الإطار المنهجي الدراسة

نرمي من خلال هذا المبحث إلى تقديم حدود البحث بالإضافة إلى كيفية تخطيط وتصميم أداة الدراسة، وذلك بإبراز مجتمع وعينة الدراسة ونوع أداة الدراسة التي استخدمت لجمع البيانات، فلعدم إمكانية استعمال أدوات كمية، لجأت الباحثة إلى محاولة القياس باستخدام الإحصاء لآراء الموارد البشرية للمؤسسة حول موضوع الدراسة، وتم جمع هذه الآراء عن طريق توزيع الاستبيان الذي تم إعداده وفقا لما تتطلبه متغيرات هذه الدراسة.

أولا: الحدود الزمنية والمكانية للبحث:

1- الحدود الزمنية للبحث: إن المدة التي خصصت لعملية توزيع استمارة الاستبيان وجمعها وإجراء العديد من المقابلات مع مدراء الأقسام والوحدات التنظيمية بهدف جمع المعلومات اللازمة عن واقع وطبيعة ومتغيرات البحث في المستشفى محل الدراسة، حددت خلال السداسي الأول للسنة الجامعية 2015/2014.

2- الحدود البشرية: بما أن البحث يعتمد على استمارة الاستبيان فإن العينة كانت متمثلة في (الأطباء شبه الطبيين، الإداريين، التقنيين والمهنيين)

3- الحدود المكانية: لقد اختيرت المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي بقالمة كمجال للبحث

والدراسة العملية وكعينة عن باقي المستشفيات الجزائرية الأخرى ويعود اختيارنا للأسباب التالية:

- التركيز على القطاع الصحي الذي يعد من أهم القطاعات الخدمية الداعمة للتنمية ولأن هذا القطاع رغم أهميته إلا أنه لم يحظى بالاهتمام الكافي كما في القطاع الصناعي؛
- المستشفى يعتبر المكان الأنسب للخوض في المجال الصحي وأبوابه مفتوحة دائما أمام الزبائن على اختلاف مستوياتهم؛
- الأفكار المنتشرة لدى معظم الأفراد والمتعاملين مع المؤسسات العمومية الاستشفائية مؤداها أن هذه المؤسسات لا تطبق أدنى معايير الجودة ولا تحترم أبسط حقوق زبائنها؛
- معرفة أهم أسباب إرسال مرضى وزبائن المستشفى محل الدراسة إلى مؤسسات إستشفائية أخرى خاصة منها المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية عنابة، وهذا ما يؤدي إلى تدمير

زبائن المؤسسة محل الدراسة. (وهو ما لمسناه من خلال تجربة سابقة للعلاج قبل بداية البحث).

ثانيا: العناصر المنهجية لدراسة عينة البحث

تتكون العناصر المنهجية لدراسة عينة البحث من تحديد مجتمع وعينة البحث، مصادر وأساليب جمع البيانات والمعلومات بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل. وقبل التطرق لهذه العناصر لابد من التذكير بإشكالية الدراسة المتمثلة في:

كيف تساهم إدارة معرفة الزبون في تحقيق جودة خدمات المؤسسات الصحية الجزائرية؟

وتهدف دراستنا إلى:

- تقييم جودة الخدمات المقدمة من طرف مستشفى قالمة من وجهة نظر الزبائن؛
- تقييم مدى اهتمام المؤسسة بما ينتظره الزبون بما يمكنها من تحقيق الجودة المطلوبة منه؛
- الوقوف على مدى اهتمام المؤسسة بإعلام زبائننا بالمعلومات اللازمة حول كيفية الاستفادة من الخدمة، أهميتها، أسهل السبل للحصول عليها،... الخ؛
- تقدير مدى الفردية في التعامل مع الزبون، وهو ما يساعد على تقديم الخدمات بمستوى الجودة حسب وجهة نظر كل مريض على حدا؛
- إبراز أوجه القصور التي يراها المريض في خدمات المستشفى وتطلعاتهم لتحسينها.

1- مجتمع وعينة الدراسة

لما كان هدفنا معرفة مدى أثر المعرفة المتبادلة بين المؤسسة وزبائننا على تحقيق المستويات المطلوبة من الجودة، كان من الواجب أن تستهدف دراستنا الميدانية مستخدمي المؤسسة الاستشفائية.

مجتمع الدراسة: تمثل في كافة مستخدمي المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة.

عينة الدراسة: على اعتبار أن الدراسة تشمل كل مستخدمي المستشفى، اعتمدنا أسلوب العينات أين تم سحب عينة من هذا المجتمع الكبير لدراستها وتعميم النتائج المتوصل إليها على المجتمع محل الدراسة، وقد تم سحب العينة سحبا عشوائيا مكون من 120 مستخدم بالمؤسسة.

2- مصادر وأساليب جمع البيانات والمعلومات:

من أجل الحصول على المعلومات والبيانات اللازمة التي تساعد في تنفيذ أهداف البحث والوصول إلى النتائج المرغوبة، اعتمدت الباحثة على المصادر والأساليب التالية:

2-1/ الجانب النظري: وتم الاعتماد في تغطيته على الأسلوب الوصفي التحليلي من خلال المصادر المكتبية التي تم الحصول عليها من عدة جامعات كجامعة قالمة، بسكرة، أم البواقي، الجزائر، بالإضافة إلى بعض الجامعات الأردنية مثل: الجامعة الأردنية، جامعة الزرقاء الخاصة، جامعة اليرموك.

كما استفدنا بالإضافة إلى ذلك من شبكة المعلومات العالمية (الانترنت) من مواضيع وتقارير بلغات عربية وأجنبية ذات صلة بموضوع البحث، بالإضافة إلى بعض الوثائق والجرائد الرسمية.

2-2/ الجانب العملي: اعتمدنا فيه على الوسائل التالية:

- الملاحظة الشخصية: استخدمنا الملاحظة كأسلوب في البحث بهدف التأكد من الفرضيات المنطلق منها وكوسيلة لإنشاء الاستبيان.
- الاستعانة ببعض الوثائق الرسمية الخاصة بالمؤسسة محل الدراسة.
- الاستبيان: يعتبر الاستبيان من أنسب وسائل جمع البيانات، وهي عبارة عن استمارة تحتوي على مجموعة من الفقرات المصاغة صياغة استقصائية، يجب كل مشارك في العينة عنها بنفسه.

3/ إعداد الاستبيان: بالنسبة لدراستنا قمنا بإعداد الاستبيان وفقا للخطوات التالية:

- إعداد استبيان أولي لأجل استخدامه في جمع البيانات الأولية؛
- عرض الاستبيان على الأستاذ المشرف لغرض اختبار مدى ملاءمته لجمع البيانات؛
- عرض الاستبيان على مجموعة من المتخصصين ضمن التخصص العلمي الذين قاموا بدورهم بتقديم النصح والإرشاد وتعديل وحذف ما يلزم؛
- إجراء دراسة اختبارية ميدانية أولية للاستبيان وتعديلها حسب ما يناسب الدراسة؛
- توزيع الاستبيان على جميع أفراد العينة لجمع البيانات اللازمة للدراسة.

وتضمن الاستبيان المحاور التالية:

- المحور الأول:** بيانات شخصية للأفراد المجيبين على الاستمارة، واشتملت على (العمر، الجنس، المستوى العلمي، إجمالي مدة الخدمة بالمستشفى)
- المحور الثاني:** جودة الخدمة الصحية: ويحتوي هذا المحور على ثلاثة محاور فرعية تتضمن أسئلة تتعلق باهتمام المؤسسة الاستشفائية بتطبيق الجودة أثناء تقديم خدماتها، إذ تمت صياغة 17 عبارة مقسمة كالآتي:

المحور الفرعي الأول (7 فقرات) حول مبادئ تطبيق إدارة الجودة الشاملة

المحور الفرعي الثاني: (6 فقرات) حول مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة

المحور الفرعي الثالث: (4 فقرات) حول معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

المحور الثالث: إدارة معرفة الزبون: ويحتوي هذا المحور على أسئلة تتعلق بمعرفة المؤسسة للزبون، المعرفة حول الزبون والمعرفة من الزبون، إذ تم وضع 19 عبارة مقسمة كآتي:

المحور الفرعي الأول (4 فقرات) حول المعرفة من الزبون

المحور الفرعي الثاني: (5 فقرات) حول المعرفة للزبون

المحور الفرعي الثالث: (5 فقرات) حول المعرفة عن الزبون

المحور الفرعي الرابع: (5 فقرات) حول المعرفة المختلطة

المحور الرابع: مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق جودة الخدمة الصحية

ويحتوي هذا المحور على أسئلة تتعلق بتأثير متغير الدراسة المستقل والمتمثل في إدارة معرفة الزبون على المتغير التابع وهو جودة الخدمة الصحية، إذ تم وضع 04 عبارات في هذا المحور.

المبحث الرابع: الوسائل الإحصائية المستعملة في تحليل بيانات عينة الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات المجمعة، تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Science)، والذي يرمز له بالرمز (SPSS)، وهو برنامج يحتوي على مجموعة كبيرة من الاختبارات الإحصائية التي تتدرج ضمن الإحصاء الوصفي مثل: التكرارات، المتوسطات، الانحرافات المعيارية... الخ، وضمن الإحصاء الاستدلالي مثل: معاملات الارتباط، التباين الأحادي... الخ. ومن خلال هذا المبحث سنحاول إبراز أهم الوسائل التي اعتمدها لتفسير إجابات عينة الدراسة، والتي بدورها سنتعرف على أهم مواصفاتها.

أولاً: الأساليب والوسائل الإحصائية المعتمدة

تمت معالجة البيانات التي تم جمعها باستخدام بعض الأساليب الإحصائية ومن أهمها ما يلي:

- التكرارات والنسب المئوية
- استخدام مقياس ليكارت الخماسي الذي يستخدم لقياس اتجاهات وإجابات أفراد العينة كما يلي:

1 ← غير موافق بشدة

2 ← غير موافق

3 ← محايد

4 ← موافق

5 ← موافق بشدة

- معامل ارتباط ألفا كرونباخ لتحديد مدى ثبات أداة الدراسة وصدقها.

- **المتوسط الحسابي المرجح:** ويستخدم لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض إجابات أفراد العينة على كل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الأساسية، ويعطى بالصيغة التالية:

$$X = \frac{\sum ni xi}{N}$$

حيث:

ni : عدد خيارات أفراد عينة الدراسة للخيار الواحد

xi : وزن الخيار في أداة الدراسة وهو يتراوح بين 1 و 5

N : مجموع أفراد العينة وفي دراستنا يقدر بـ 120

- **الانحراف المعياري:** ويستخدم لمعرفة مدى انحراف استجابات أفراد عينة الدراسة لكل عبارة أو فقرة من فقرات الدراسة، ولكل محور من المحاور الرئيسية والفرعية للدراسة عن متوسطها الحسابي، حيث كلما اقتربت قيمته إلى الصفر كلما دل ذلك على تركيز وانخفاض تشتت استجابات أفراد عينة الدراسة، وكلما كان الانحراف اقل من الواحد الصحيح كلما قل التشتت بين استجابات أفراد عينة الدراسة، والعكس صحيح في حالة إذا ما كانت قيمة الانحراف تساوي أو تفوق الواحد الصحيح. ويحسب الانحراف المعياري المرجح بالعلاقة الإحصائية التالية:

$$\sigma = \frac{\sum ni (xi - X)^2}{N}$$

حيث: ni : عدد خيارات أفراد عينة الدراسة للخيار الواحد

xi : وزن الخيار في أداة الدراسة وهو يتراوح بين 1 و 5

N : مجموع أفراد العينة وفي دراستنا يقدر بـ 120

X : المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة لعبارات الاستبيان ومحاوره الرئيسية والفرعية

σ : الانحراف المعياري.

- **المدى:** حيث بعد إدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا مقياس ليكارت الخماسي المستخدمة في محاور الدراسة، تم حساب المدى بين أكبر وأصغر قيمة لدرجات مقياس ليكارت (5-1=4)، ثم تقسيمه على عدد درجات المقياس للحصول على طول الخلية الصحيحة أي (5/4=1,25) بعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (1) وذلك لتحديد الحد الأعلى لأول خلية أو فئة (1,25 = 0,25 + 1). وهكذا أصبح طول الخلايا أو الفئات كما في الجدول التالي:

الجدول رقم(22): درجات التقييم

الدرجة الموافقة	تقابل	الوسط الحسابي
منخفضة جدا	غير موافق بشدة	من 1 إلى 1.80
منخفضة	غير موافق	من 1.81 إلى 2.60
متوسطة	غير متأكد	من 2.61 إلى 3.40
عالية	موافق	من 3.41 إلى 4.20
عالية جدا	موافق بشدة	من 4.21 إلى 5.00

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات SPSS

هذا ونشير أن درجات الموافقة بالنسبة للمحورين المتعلقين بالجودة الصحية وإدارة معرفة الزبون تمثل المستويات التالية:

- الخيار " غير موافق بشدة " يمثل المستوى المنخفض جدا للجودة وإدارة معرفة الزبون.
 - الخيار " غير موافق " يمثل المستوى المنخفض للجودة وإدارة معرفة الزبون على التوالي.
 - الخيار " غير متأكد " يمثل المستوى المتوسط للجودة وإدارة معرفة الزبون على التوالي.
 - الخيار " موافق " يمثل المستوى المرتفع للجودة وإدارة معرفة الزبون على التوالي.
 - الخيار " موافق بشدة " يمثل المستوى المرتفع جدا للجودة وإدارة معرفة الزبون على التوالي.
- أما بالنسبة للمحور الأخير " مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق جودة الخدمة الصحية " فدرجات الموافقة تمثل المستويات التالية:

- الخيار " غير موافق بشدة " يمثل المستوى المنخفض جدا لتأثير إدارة معرفة الزبون على مستويات الجودة.
- الخيار " غير موافق " يمثل المستوى المنخفض لتأثير إدارة معرفة الزبون على مستويات الجودة.
- الخيار " غير متأكد " يمثل المستوى المتوسط لتأثير إدارة معرفة الزبون على مستويات الجودة.
- الخيار " موافق " يمثل المستوى المرتفع لتأثير إدارة معرفة الزبون على مستويات الجودة.
- الخيار " موافق بشدة " يمثل المستوى المرتفع جدا لتأثير إدارة معرفة الزبون على الجودة.

ثانيا: قياس ثبات فقرات الاستبيان ومقياس البحث

انطلقنا في إعداد أداة الدراسة المتمثلة في الاستبيان من عملية البناء المبدئي مع المحاولة للإلمام بكافة جزئيات متغيري الدراسة، ومن أجل التأكد من ثبات أداة الدراسة قمنا بإتباع مختلف المراحل السابقة الذكر حتى توصلنا إلى الصورة النهائية للاستبيان. ومن أجل التأكد من ثبات أداة الدراسة، تم حساب معامل ألفا كرونباخ كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (23): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات محاور أداة الدراسة

محاور الاستبيان	عدد العبارات	ثبات المحور
جودة الخدمة الصحية	17	0,873
إدارة معرفة الزبون	20	0,913
معدل الثبات العام	37	0,893

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات SPSS

(الملحق V)

يتضح من الجدول أن معامل الثبات العام للاستبيان عال وقدر بـ (0.893)، وهذه القيمة أعلى من القيمة التي تقبل عندها الاعتمادية والبالغة 0,60، وهو ما يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ثالثا: تحليل بيانات المحور الأول المتعلق بالخصائص الشخصية لعينة الدراسة

تمثلت خصائص عينة الدراسة في: الجنس، السن، المستوى التعليمي وإجمالي مدة الخدمة في المستشفى، وتم التركيز على عينة منحصرة في فئة الأطباء، الممرضين والاداريين لعدم استجابة العمال في التخصصات الأخرى (عمال الأمن النظافة والصيانة...) لأسئلة الاستبيان أو عدم إرجاعها أصلا، وقد يعود ذلك إلى انخفاض المستوى التعليمي لهؤلاء وتخوفهم من الإجابة على الاستبيان بالرغم من إقناعهم بسرية الإجابات من جهة وخلو الاستبيان من اسم ولقب المجيب عليه. وقد تحدد حجم عينة الدراسة على أساس أن: " نسبة 10 % من مجتمع الدراسة تعد نسبة مقبولة لحجم العينة في الدراسات الوصفية وخاصة في حالة وجود مجتمع دراسة كبير."¹

حيث بالنسبة لدراستنا قدر مجموع الاستثمارات الموزعة بـ 120 استثمارة ضمن العدد الكلي لعمال المؤسسة والمقدر بـ 702، أي عينة بنسبة 17% من إجمالي مجتمع الدراسة. ويظهر توزيع أفراد العينة المدروسة في الجدول التالي:

الجدول رقم (24): نسبة الاستثمارات المسترجعة

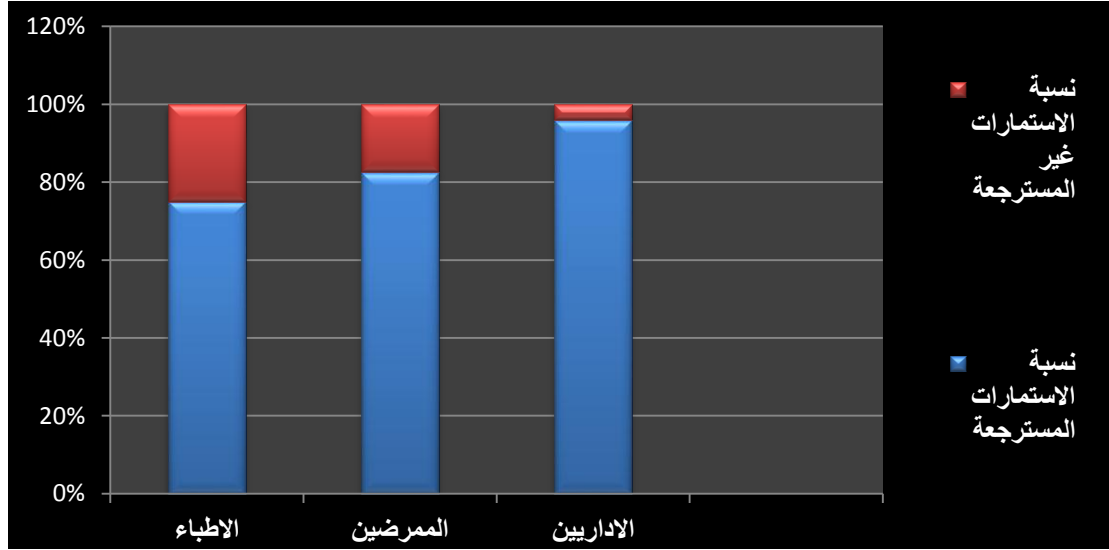
الوظيفة	عدد الاستثمارات الموزعة	عدد الاستثمارات المسترجعة	نسبة الاستثمارات المسترجعة
طبيب	20	15	75%
ممرض	75	62	82,66%
إداري	25	24	96%
مجموع الاستثمارات	120	101	84,17%

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

¹ كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة قسنطينة، الجزائر، 2009/2008، ص 137.

يمكننا تمثيل النتائج المحصل عليها في الشكل التالي الذي يوضح تصدر الإداريين قائمة أعلى نسبة مستجيبة ويليهم الممرضين ثم الأطباء.

الشكل رقم (24): نسبة الاستثمارات المسترجعة من كل فئة من عينة الدراسة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

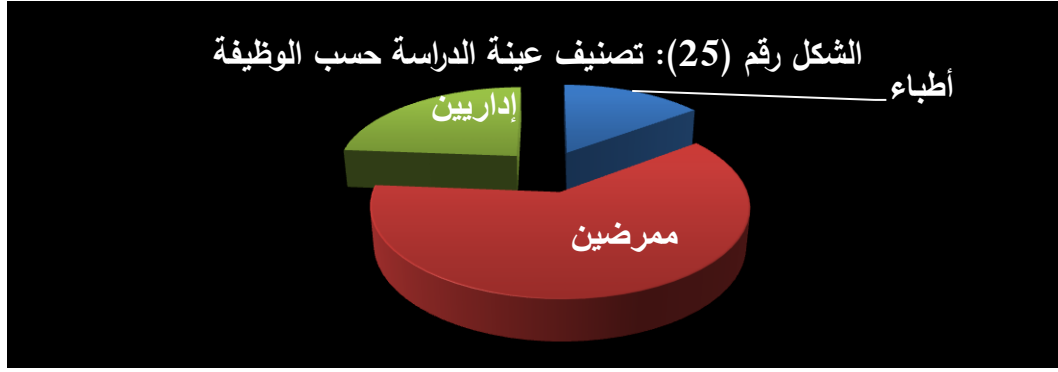
وحسب كل خاصية من خصائص عينة الدراسة، كانت النتائج كما يلي:
1- وفقا لمعيار الوظيفة:

الجدول رقم (25): تصنيف عينة الدراسة حسب معيار الوظيفة

الوظيفة	العدد	النسبة
طبيب	15	14,85%
ممرض	62	61,39%
إداري	24	23,76%
المجموع	101	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

تم اختيار العينة بصفة عشوائية، وتمثلت أكبر نسبة منها في الممرضين كونهم يشكلون أكبر نسبة ضمن مجتمع الدراسة كما رأينا سابقا، وهذا ما جعلهم يشكلون نسبة 61,39%، ويليهم الإداريين بنسبة 23,76%، وأخيرا الأطباء بنسبة 14,85%. ويعود انخفاض نسبة الأطباء ضمن عينة الدراسة إلى قلة عددهم من جهة، وانشغالهم من جهة أخرى مما صعب علينا إمكانية جمع عدد أكبر من الاستبيانات ضمن هذه الفئة من كوادر المؤسسة، كما هو موضح في الشكل رقم (25):



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج الاستبيان

2- وفقا لمعيار الجنس: تتوزع عينة الدراسة كما يلي:

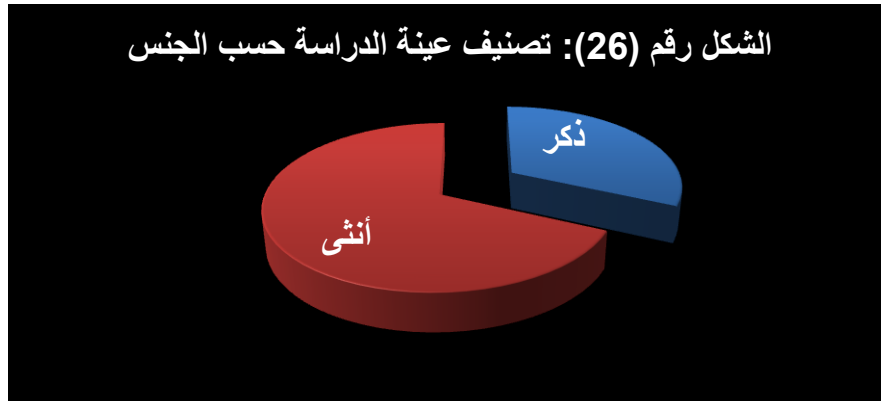
الجدول رقم (26): تصنيف العينة حسب معيار الجنس

الجنس	العدد	النسبة
ذكر	32	%31,68
أنثى	69	%68,32
المجموع	101	%100

المصدر: من

إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

تبين النسب المدونة أنه من بين إجمالي عينة الدراسة نجد 68% عبارة عن إناث وأن نسبة الذكور تشكل حوالي 32%، أي أن عدد الإناث ضعف عدد الذكور، كما هو موضح في الشكل رقم (26):



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

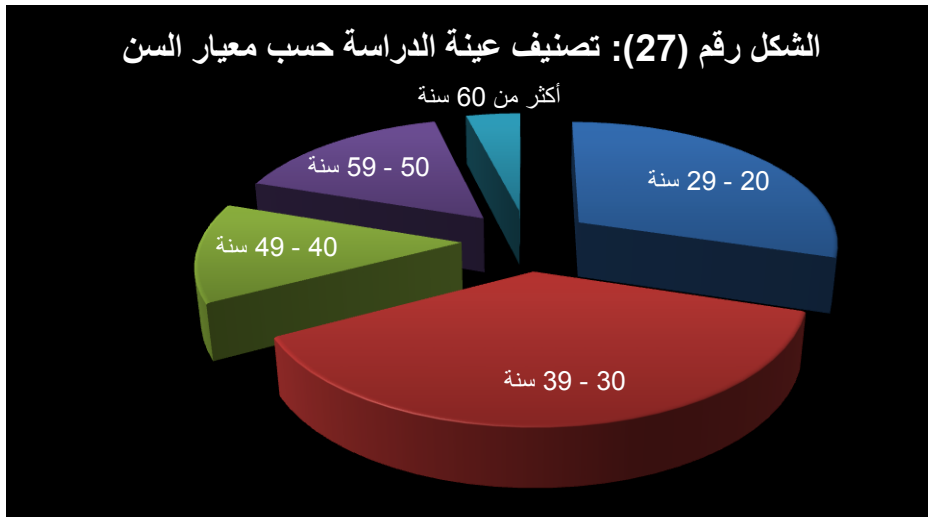
3- وفقا لمعيار السن: أما فيما يخص أعمار عينة الدراسة فقد كان توزيعها كما يلي:

الجدول رقم (27): تصنيف العينة حسب معيار السن

السن	العدد	النسبة
من 20 إلى 29	30	29,70%
من 30 إلى 39	38	37,62%
من 40 إلى 49	13	12,87%
من 50 إلى 59	16	15,85%
من 60 فأكثر	04	03,96%
المجموع	101	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

من خلال هذه النتائج يتضح أن أكبر جزء من عينة الدراسة تتراوح أعمارها ما بين 30 و39 سنة بنسبة 38% تقريبا، وتأتي في المرتبة الثانية فئة الأعمار المحصورة بين 20 و29 سنة بنسبة 29,70%، ويلاحظ أن هاتين الفئتين أي ما بين 20 سنة إلى 39 سنة تمثل فئة الشباب التي من المفروض نتوقع منها أفضل أداء وتقدر بـ 67,32% من إجمالي العينة المدروسة، ونجد الفئة المحصورة ما بين 50 إلى 59 سنة في المرتبة الثالثة أي بنسبة، وتلي فئة الأفراد المحصورة أعمارهم بين 40 و49 سنة بنسبة وأخيرا ما تبقى من عينة الدراسة تفوق أعمارهم 60 سنة، كما هو موضح في الشكل التالي:



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

4- وفقا لمعيار المستوى التعليمي: تتوزع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي كما في الجدول التالي:

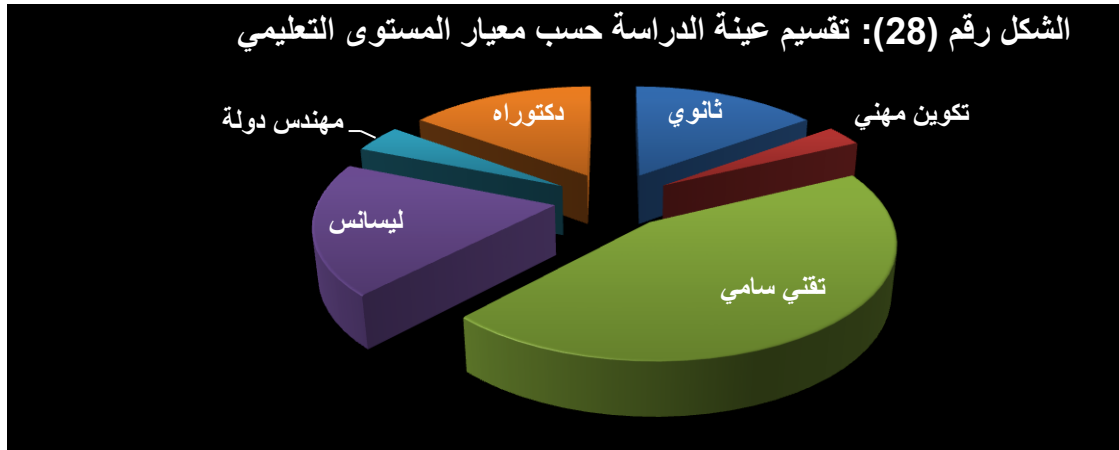
الجدول رقم (28): تصنيف العينة حسب معيار المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	النسبة	المجموع
------------------	-------	--------	---------

مستوى تعليمي منخفض نوعا ما	ثانوي	15	14,85%	17,83%
	شهادة تكوين مهني	03	02,98%	
شبه الطبيين	تقني سامي	45	44,55%	44,55%
مستوى تعليمي عالي	ليسانس	19	18,81%	37,62%
	مهندس دولة	04	03,96%	
	دكتوراه	15	14,85%	
المجموع		101	100%	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

يلاحظ أن النسبة الأكبر من عينة الدراسة حاصلة على شهادة تقني سامي وتتمثل عموما في الكادر التمريضي بنسبة 44.55%، وهي أعلى نسبة من الذين شملتهم الدراسة، وتليها فئة الحاصلين على شهادة الليسانس بمعدل 18,81%، ثم تأتي فئة حاملي الدكتوراه بنسبة 15% تقريبا، وفي المرتبة الأخيرة نجد فئة الحاملين لشهادة التكوين المهني بنسبة حوالي 3%. وهو ما يدل على أن حوالي 82,17% من أفراد العينة لديهم مستوى تعليمي يسمح يؤهلهم للتفاعل مع مثل هذا النوع من الدراسات ويمكن من الاستفادة من تجاربهم، ومن المفروض أن يكون هناك ارتفاع في مستوى الكفاءة لهؤلاء الأفراد كما هو موضح في الشكل التالي:



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

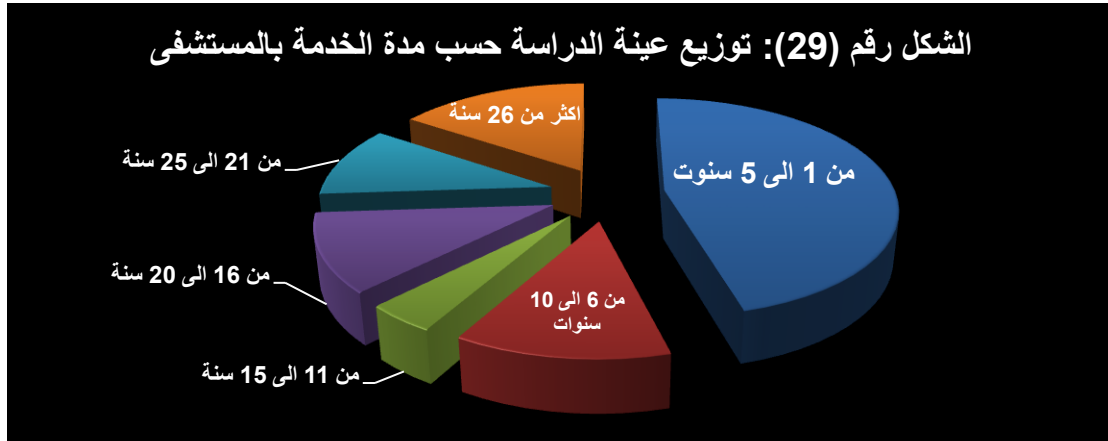
4- وفقا لمدة الخدمة بالمستشفى: من خلال الجدول التالي يمكننا توضيح مدى اقدمية أفراد العينة:

الجدول رقم (29): تصنيف العينة حسب معيار مدة الخدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة

عدد سنوات الخدمة	العدد	النسبة
من 1 إلى 5	44	43,56%
من 6 إلى 10	12	11,88%
من 11 إلى 15	04	03,96%
من 16 إلى 20	11	10,89%
من 21 إلى 25	10	09,90%
26 سنة فأكثر	20	19,81%
المجموع	101	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

نلاحظ من الجدول أن الفئة المستجوبة التي تتراوح أقدميته بالمستشفى ما بين 1 إلى 5 سنوات تمثل أعلى نسبة وتقدر بحوالي 43,56% من أفراد العينة، وفي المرتبة الثانية الفئة التي تفوق أقدميته 26 سنة بحوالي 19,80%، ثم الفئة المحددة بـ 6 إلى 10 سنة بنسبة 11,88%، أما الفئة المحددة بـ 16 إلى 20 سنة والفئة المحددة بـ 21 إلى 25 سنة والفئة من 11 إلى 15 سنة فقدرت بنسبة 10,89%، 9,9% و 3,96% على التوالي. كما هو موضح في الشكل التالي:



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

من خلال الشكل رقم (29) يتضح أن المؤسسة خلال العشر سنوات الأخيرة وظفت ما يقارب 50% من إجمالي عمالها وهذا ما تدل عليه الفئتين الأولى والثانية أي من 1 إلى 10 سنوات أقدمية، أما 50% المتبقية فنتشكل من خبرات وكفاءات مهنية جد هامة تفوق مدة خدمتها بالمستشفى 10 سنوات مما يمكن المؤسسة من استغلالها في تكوين وتدريب الكفاءات الجديدة والمترشحين في مجال الخدمة الصحية.

المبحث الخامس: تحليل بيانات ونتائج الاستبيان واختبار فرضيات الدراسة

للتعرف على مدى اعتماد أسلوب إدارة معرفة الزبون بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة ومدى تحقق مستويات الجودة المطلوبة، سنقوم من خلال هذا المبحث بتفسير إجابات أفراد العينة عن مختلف محاور الاستبيان لإثبات أو نفي صحة مختلف فرضيات الدراسة حول متغيري الدراسة والعلاقة بينهما.

أولاً: تحليل بيانات المحور المتعلق بجودة الخدمة الصحية

يتمثل المتغير الأول للدراسة في جودة الخدمة الصحية، حيث أن أول عامل جذب للزبون بهذا النوع من المؤسسات هو مستوى جودة الخدمات التي تقدمها والتي تتعلق بحياة الفرد، ولتحقيق هذا المطلب لا بد للمؤسسة أن تلتزم بمجموعة من المبادئ التي تمكنها من الحصول على مزايا تحقيق الجودة وتجنبها خسارة حصتها من الزبائن، ومن خلال هذا المحور سنحاول استخدام مختلف الأساليب الإحصائية لاختبار إجابات أفراد عينة الدراسة حول متغير جودة الخدمة الصحية.

المحور الفرعي رقم 1: مبادئ تطبيق إدارة الجودة الشاملة

لمعرفة مدى التزام المؤسسة محل الدراسة بتطبيق مختلف مبادئ ومقومات إدارة الجودة الشاملة، قمنا بتحليل إجابات أفراد العينة حول تطبيق كل مبدأ من هذه المبادئ التي تضمنها المحور الفرعي الأول ضمن محور جودة الخدمة الصحية، وتظهر نتائج إجابات عينة الدراسة في الجدول التالي:

الجدول رقم (30): إجابات أفراد الدراسة حول مستوى تحقيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في

المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة

العبارة	التكرار	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1- يعمل المستشفى على دراسة السوق وتحديد متطلباته واحتياجات الزبائن لتركيز جهوده في الاستجابة إليها لتحقيق رضا الزبون	ك	1	2	10	64	24	1.93	0,711	منخفضة
	%	1.0	2.0	9.9	63.4	23.8			
2- يبدي المستشفى اهتماما بمستوى أداء العامل وتدريبهم وتطويرهم لتحقيق الهدف المرجو والمستوى المطلوب من الجودة	ك	6	26	00	44	25	2.45	1,277	منخفضة
	%	5.9	25.7	00	43.6	24.8			
3- وجود وعي بفلسفة الجودة الشاملة وتقبلها من قبل المورد البشري العامل بالمستشفى	ك	00	12	2	52	35	1.91	0.918	منخفضة
	%	00	11.9	2.0	51.5	34.7			
4- يتم عقد ورشات عمل داخل المستشفى تختص في مناقشة السياسات والإجراءات التي تدعم تحسين مستويات الجودة	ك	00	04	08	51	38	1.78	0.756	منخفضة جدا
	%	00	4.0	7.9	50.5	37.6			

منخفضة	0.797	2.16	16	62	14	09	00	ك	5-يسعى المستشفى إلى وضع إستراتيجية لاتخاذ قرارات مبنية على الحقائق قبل البدء في عملية تقديم خدماته.
			15.8	61.4	13.9	8.9	00	%	
منخفضة	0.862	2,24	10	74	1	15	1	ك	6-هناك استغلال امثل للأجهزة والتقنيات الحديثة بالإضافة إلى القوى العاملة في المستشفى مما يقلل من فرص الضياع ويزيد من سرعة الاستجابة لرغبات الزبائن المتغيرة وبالجودة المطلوبة
			9.9	73.3	1.0	14.9	1.0	%	
منخفضة	0,470	1.86	19	77	05	00	00	ك	7-هناك التزام من الإدارة العليا بتشجيع برنامج الجودة حيث تنظم برامج تدريبية بالمستشفى لتعلم أساليب وطرق حل المشاكل وتحسين الجودة
			18.8	76.2	5.0	00	00	%	
منخفضة	0.382	2,04	الإجمالي						

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان وباستخدام التحليل الإحصائي SPSS (الملحق V)

تشير هذه النتائج الإحصائية إلى إجابات أفراد عينة الدراسة حول تطبيق مختلف مبادئ الإدارة بالجودة الشاملة، وكانت إجاباتهم كالتالي:

العبارة رقم 1: يعمل المستشفى على دراسة السوق وتحديد متطلباته واحتياجات الزبائن لتركيز جهوده في الاستجابة إليها لتحقيق رضا الزبون:

قدر إجمالي نسبة العينة الموافقة على توفر هذا المبدأ بـ 3%، حيث كان عدد الموافقين 3 أفراد من إجمالي 101 فردا، أما إجمالي نسبة عدم الموافقة فقدر بـ 87.2%، حيث كان عدد الأفراد غير الموافقين 88 فردا، أما بالنسبة لـ 10 أفراد الباقين أي ما نسبته 9.9% فإجابتهم كانت بعدم التأكد.

درجة موافقة عينة الدراسة على تطبيق هذا المبدأ كانت منخفضة، بمتوسط حسابي 1.93 وانحراف معياري 0,711 مما يدل على عدم وجود تشتت في الإجابات وانخفاض فعلي في مستوى الالتزام بتطبيق هذا المبدأ.

العبارة رقم 2: يبدي المستشفى اهتماما بمستوى أداء العاملين وتدريبهم وتطويرهم لتحقيق الهدف المرجو والمستوى المطلوب من الجودة:

قدر إجمالي نسبة العينة الموافقة على توافر هذا المبدأ بـ 31.6%، حيث كان عدد الموافقين 32 فردا، أما إجمالي نسبة عدم الموافقة فقدر بـ 77.4%، حيث كان عدد الأفراد غير الموافقين 69 فردا.

بالنسبة لهذا المبدأ كانت درجة الموافقة منخفضة، بمتوسط حسابي بقيمة (2.45) وانحراف معياري 1,277.

العبارة رقم 3: وجود وعي بفلسفة الجودة الشاملة وتقبلها من قبل المورد البشري العامل بالمستشفى: وحقق هذا المبدأ درجة (موافقة منخفضة) حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 1.91 والانحراف المعياري بقيمة 0.918، وتشير البيانات بالجدول أعلاه أن نسبة العينة الموافقة على إتباع هذا المبدأ قدرت بـ 11.9% أي ما يساوي 12 فردا من بين 101 إجمالي أفراد العينة، في حين قدرت نسبة عدم الموافقة بـ 86.2%، حيث كان إجمالي عدد غير الموافقين هو 87 فردا، أما 2% المتبقية فتتعلق بالأفراد غير المتأكدين وعددهم 2.

العبارة رقم 4: يتم عقد ورشات عمل داخل المستشفى تختص في مناقشة السياسات والإجراءات التي تدعم تحسين مستويات الجودة: تدل بيانات الجدول أعلاه على أن إجمالي نسبة العينة الموافقة تقدر بـ 4% ما يعادل 4 أفراد، أما فيما يتعلق بنسبة غير الموافقين فقدت بـ 88.1% ما يقابله 89 فردا من إجمالي أفراد العينة، والنسبة المتبقية 7.9% مثلت الفئة غير المتأكدة التي لا تتعدى 8 أفراد. قدر المتوسط الحسابي لهذا المبدأ بـ (1.78) مما يدل على أن درجة الموافقة على تطبيقه داخل المؤسسة منخفضة وكان انحرافه المعياري يساوي (0.756).

العبارة رقم 5: يسعى المستشفى إلى وضع إستراتيجية لاتخاذ قرارات مبنية على الحقائق قبل البدء في عملية تقديم خدماته: جاء هذا المبدأ بدرجة موافقة منخفضة بمتوسط حسابي قيمته (2.16) وانحراف معياري (0.797)، تشير البيانات إلى أن إجمالي النسبة الموافقة على توافر هذا المبدأ تقدر بحوالي 8.9% أي ما يعادل 9 أفراد، أما فيما يخص العينة غير الموافقة فتقدر بـ 77.2% وعددهم 78 فردا، في حين بلغت نسبة الفئة غير المطلعة على مصدر قرار المؤسسة بـ 13.9% وتتمثل في 14 فردا من إجمالي أفراد العينة.

العبارة رقم 6: هناك استغلال امثل للأجهزة والتقنيات الحديثة بالإضافة إلى القوى العاملة في المستشفى مما يقلل من فرص الضياع ويزيد من سرعة الاستجابة لرغبات الزبائن المتغيرة وبالجودة المطلوبة: تشير البيانات إلى أن النسبة الموافقة تقدر بحوالي 16% فقط من إجمالي عينة الدراسة ما يعادل 16 فردا ضمن إجمالي 101، وفي المقابل نجد أن 83.2% غير موافقة على وجود عنصر الاستغلال الأمثل للإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة، أما نسبة عدم التأكد فقدت بـ 1%. ومنه قدر المتوسط الحسابي لهذا المبدأ بـ (2.24) وانحراف معياري (0.862) وكانت درجة الموافقة به منخفضة كذلك.

العبارة رقم 7: هناك التزام من الإدارة العليا بتشجيع برنامج الجودة حيث تنظم برامج تدريبية بالمستشفى لتعلم أساليب وطرق حل المشاكل وتحسين الجودة: جاء هذا المبدأ بدرجة موافقة منخفضة بمتوسط (1.86) وانحراف معياري (0,470)، حيث قدر إجمالي النسبة غير الموافقة على توفر هذا المبدأ عموما

تقدر بـ 95% ما يعادل 96 فردا من إجمالي أفراد العينة ، أما ما نسبته 5% فقط فيتعلق بالفئة غير المتأكدة من إتباع هذا المبدأ وعددها 5 أفراد، وتبقى نسبة الموافقة منعدمة في هذا المبدأ. وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذا المحور (2,04) بانحراف معياري (0.382) مما يشير إلى الموافقة وبدرجة منخفضة على التزام المؤسسة بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وابتفاق معظم أفراد عينة الدراسة لكون الانحراف المعياري أقل من الواحد مما يدل على عدم التشتت في الإجابات. أما فيما يخص تفسير هذه النتيجة فوجدناه لدى المدير الفرعي للمصالح الصحية للمؤسسة بالإضافة إلى مجموعة من الأطباء والمرمضين، حيث برر هذا الانخفاض في تطبيق مقومات ومبادئ إدارة الجودة الشاملة إلى:

- تبعية المؤسسة للقطاع العام يجعلها مجرد مطبق لتوجيهات وأوامر الوزارة الوصية المتمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، حيث تقوم المؤسسة بالأعمال الروتينية في حدود الميزانية المتوفرة خلال السنة المالية، فليس لديها اتجاه لدراسة السوق ولا توجهات الزبائن واحتياجاتهم المتغيرة من فترة إلى أخرى؛
- إقامة برامج تدريبية بالمستشفى تشمل غالبا العاملين الجدد لإكسابهم الخبرة اللازمة لأداء عملهم، حيث من خلال المقابلات التي تم إجراؤها اتضح أن العاملين ذوا الأقدمية بالمستشفى لا يستفيدون عموما من هذه البرامج التي من المفروض أن تمنح لهم لتجديد معارفهم، طاقاتهم وخبراتهم التي تساعدهم على التكيف مع متطلبات الزبون وتجعلهم يواكبون بيئتهم المتغيرة باستمرار؛
- وجود وعي بفلسفة الجودة الشاملة بالمستشفى ولكن لا توجد فرصة لتطبيق هته الفلسفة والاستفادة من نتائجها، والسبب في ذلك ضغوطات العدد المرتفع من الزبائن المقبلين على المستشفى الذين يرغبون في الحصول على الخدمة وفي أسرع وقت ممكن، وهذا راجع إلى خصوصية الخدمة الصحية التي تتطلب سرعة استجابة مقدمها، وهذا السبب يدفع بأطباء أو ممرضي المؤسسة مثلا إلى محاولة تقديم أكبر كم من هذه الخدمات دون التركيز على نوعيتها أو مستويات جودتها.
- بالنسبة لإستراتيجية المؤسسة التي من المفروض أن تبني على حقائق، فهي من مهام الوزارة الوصية، أما المؤسسة محل الدراسة فهي من بين مختلف المؤسسات العمومية الاستشفائية المنفذة لهته الاستراتيجيات والسياسات الموضوعية وفقا لما يتوفر لديها من إمكانيات، ومنه فالمؤسسة لا تنفرد ببرامج خاصة فيما يتعلق ببرامج الجودة.

في حين لو كانت المؤسسة خاصة فهي تحوز على حرية نسبية في وضع سياساتها واستراتيجياتها، مما يدفعها إلى استغلال كل طاقاتها ومحاولة جذب أكبر عدد ممكن من الزبائن من خلال إتباع مختلف المبادئ وتحقيق أكبر قدر ممكن من الجودة لتحقيق أكبر عائد من خلال توسيع حصتها في السوق.

وهو ما يثبت صحة الفرضية الأولى المتعلقة بـ: "تواجه المؤسسة الصحية محدداً للمكانية تطبيقتها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة".

وسنتأكد أكثر من خلال تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول المحورين الفرعيين التاليين اللذان يتعلقان بمزايا وعوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة محل الدراسة.

المحور الفرعي رقم 2: مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة

من خلال الجدول التالي سنحاول إظهار نتائج عدم التطبيق الجيد لمبادئ إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة وفقاً لآراء وإجابات أفراد العينة.

الجدول رقم (31): إجابات أفراد الدراسة حول توافر مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة

العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة

العبارة	التكرار	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1- يبغي المستشفى تدمير الزبائن في أدنى مستوياته من خلال تقديم أفضل الخدمات	ك	1	4	3	73	20	1.94	0.690	منخفضة
	%	1.0	4.0	3.0	72.3	19.8			
2- هناك تزايد مستمر في عدد الزبائن المقبل على خدمات المستشفى من فترة إلى أخرى	ك	61	36	00	04	00	4.52	0.701	عالية جدا
	%	60.4	35.6	00	4.0	00			
3- يقدم المستشفى خدمات تتوافق وما ينتظر زبائنها فيما يخص مستوى جودة هذه الخدمات	ك	00	6	1	58	36	1.77	0.747	منخفضة جدا
	%	00	5.9	1.0	57.4	35.6			
4- يستجيب المستشفى بصورة سريعة لطلبات الزبائن المستعجلة وخدمتهم كما ونوعا باستمرار	ك	5	19	00	49	28	2.25	1.195	منخفضة
	%	5.0	18.8	00	48.5	27.7			
5- لا يعتمد المستشفى في بناء قراراته على التكلفة فقط	ك	00	5	27	66	3	2.34	0.621	منخفضة
	%	00	5.0	26.7	65.3	3.0			
6- استفادة المستشفى من التجارب الناجحة مؤسسات مماثلة والمستغلة في تحسين خدماته من خلال تحقيق أعلى مستويات للجودة	ك	00	00	1	12	88	1.14	0.375	منخفضة جدا
	%	00	00	1.0	11.9	87.1			
الإجمالي							2.32	0.205	منخفضة

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان وباستخدام التحليل الإحصائي SPSS (الملحق V)

من خلال الجدول سنؤكد من نتائج الجدول (30) التي بينت انخفاض موافقة أفراد العينة على تطبيق المؤسسة لمبادئ الإدارة بالجودة الشاملة، ونتائجه كما يلي:

العبارة رقم 1: يبقي المستشفى تدمر الزبائن في أدنى مستوياته من خلال تقديم أفضل الخدمات: قدر إجمالي عدد الموافقين على تحقق هذه الميزة بـ 5 أفراد من بين 101 فرد أي ما نسبته 5% من إجمالي أفراد العينة وهي نسبة جد منخفضة، أما نسبة عدم الموافقة الإجمالية فقدت بـ 92.1% ما يعادل 93 فردا، أما النسبة المتبقية فتتعلق بالفئة غير المتأكدة ونسبتها 1%. ومنه تحققت هذه الميزة بدرجة موافقة منخفضة، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي (1.94) وانحراف معياري (0.690).

العبارة رقم 2: هناك تزايد مستمر في عدد الزبائن المقبلين على خدمات المستشفى من فترة إلى أخرى: حصلت هذه الميزة على درجة موافقة عالية جدا، حيث قدر بمتوسط حسابي بقيمة (4,52) وانحراف معياري (0.701)، فمن خلال الجدول نلاحظ أن 97 فردا من أفراد العينة أي ما نسبته 96% موافقون على تزايد عدد زبائن المؤسسة، أما النسبة المتبقية فتتعلق بالفئة غير الموافقة.

العبارة رقم 3: يقدم المستشفى خدمات تتوافق وما ينتظره زبائنها فيما يخص مستوى جودة هذه الخدمات: قدر المتوسط الحسابي لهته الأخيرة بـ (1.77) وانحراف معياري قدره (0.747) مما يدل على أن درجة الموافقة منخفضة جدا على توفر هته الميزة، فمن خلال الجدول نلاحظ ارتفاع عدد الأفراد غير الموافقين على تحقق هذه الميزة والمقدر عددهم بـ 94 فردا مقابل 6 أفراد موافقين، فنسبة عدم الموافقة 93% مرتفعة جدا مقارنة بنسبة الموافقة 5.9%، أما النسبة المتبقية 1% فتخص الفئة غير المتأكدة.

العبارة رقم 4: يستجيب المستشفى بصورة سريعة لطلبات الزبائن المستعجلة وخدمتهم كما ونوعا باستمرار: قدرت قيمة المتوسط الحسابي لهذه الميزة بـ (2,25) وانحراف معياري (1,195)، فقد تحققت بدرجة موافقة منخفضة، وهذا ما نلاحظه في الجدول، حيث قدر إجمالي النسبة غير الموافقة على تحقق هذه النقطة الايجابية بـ 76.2% أي ما يعادل 77 فردا، في حين نجد في المقابل ما نسبته 23.8% توافق على ذلك وهم 24 فردا من إجمالي 101 عدد أفراد العينة.

العبارة رقم 5: لا يعتمد المستشفى في بناء قراراته على التكلفة فقط: جاءت هته الميزة بدرجة موافقة منخفضة كباقي الميزات الأخرى بمتوسط حسابي بقيمة (2,34) وانحراف معياري (0,621)، حيث قدر عدد الأفراد الموافقين بـ 5 أفراد ما نسبته 5%، أما نسبة الفئة غير المتأكدة فقدت بـ 26.7% ما يعادل 27 فردا، أما النسبة غير الموافقة فتقدر بـ 68.3% أي بعدد 69 شخصا، ويعود هذا الارتفاع في النسبة

عدم التأكد إلى عدم علم وإطلاع كل عمال المؤسسة، مرضيها وأطبائها على كيفية توزيع تكاليف المؤسسة وتفضيلاتها.

العبارة رقم 6: استفادة المستشفى من التجارب الناجحة في مؤسسات مماثلة والمستغلة في تحسين خدماته من خلال تحقيق أعلى مستويات الجودة: قدر المتوسط الحسابي لهذه الأخيرة بـ (1.14) وانحراف معياري قدره (0,375) مما يدل على أن درجة الموافقة منخفضة جدا، حيث تشير البيانات إلى أن إجمالي نسبة العينة غير الموافقة قدر بـ 99% وتساوي 100 فردا من بين إجمالي 101، أما الفئة غير المتأكدة فتقدر بـ 1% ، أما نسبة الموافقة فهي منعدمة.

وقد بلغ المتوسط الحسابي لهذا المحور (2,32) وانحرافه المعياري (0,205) مما يشير إلى الموافقة وبدرجة منخفضة على تمكن المؤسسة من تحقيق مختلف مزايا إدارة الجودة الشاملة المدروسة، مما يؤكد لنا نتائج المحور السابق والمتعلقة بالموافقة المنخفضة لأفراد العينة على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، حيث لا نتوقع مزايا لإدارة الجودة الشاملة دون الالتزام بمبادئها.

المحور الفرعي رقم 3: عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة

بعد التوصل إلى سوء تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة محل الدراسة ومن ثم تضييع فرصة الاستفادة من نتائجها ومزاياها، من خلال الجدول التالي سنحاول التعرف على أهم عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة محل الدراسة.

الجدول رقم (32) : إجابات أفراد عينة الدراسة حول معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في

المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة

العبارة	التكرار	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1-عدم وفرة التخصيصات المالية اللازمة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة	ك	3	10	4	69	15	2.18	0.910	منخفضة
	%	3.0	9.9	4.0	68.3	14.9			
2-وجود مقاومة للتغيير من طرف الإدا أو العاملين بالمستشفى	ك	29	49	10	7	6	3.87	1.092	عالية
	%	28.7	48.5	9.9	6.9	5.9			
3-نقص المهارات التدريبية مما يؤدي	ك	27	58	00	8	8			

التطبيق الخطأ لخطوات ومبادئ إدارة الجودة الشاملة	%	26.7	57.4	00	7.9	7.9	3,87	1,137	عالية
4- هناك صعوبة في تطبيق أنظمة وقرارات موحدة على جميع العاملين بالمستشفى في آن واحد وذلك لتباين اختصاصاتهم وقدراتهم العلمية والعملية	ك	11	79	00	6	5	3,84	0.880	عالية
	%	10.9	78.2	00	5.9	5.0			
الإجمالي							3,07	0,310	متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان وباستخدام التحليل الإحصائي SPSS (الملحق V)

من خلال الجدول نحاول معرفة آراء عينة الدراسة حول أهم معوقات تطبيق الجودة وتحقيقها بالمؤسسة محل الدراسة، وأهم ما تم التوصل إليه ما يلي:

العبارة رقم 1: عدم وفرة التخصيصات المالية اللازمة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة: كانت الموافقة على وجود هذا العائق بدرجة منخفضة، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي (2.18) وانحراف معياري (0.910)، حيث تشير البيانات إلى أن إجمالي النسبة غير الموافقة على وجود هذا العائق تقدر بحوالي 83.2% ما يعادل 84 فردا ضمن 101، مقابل موافقة 13 فردا أي ما نسبته 13 % على توفر هذه التخصيصات، أما النسبة المتبقية فكانت غير متأكدة وقدرت ب 4%.

العبارة رقم 2: وجود مقاومة للتغيير من طرف الإدارة أو العاملين بالمستشفى: قدرت نسبة إجمالي الموافقين على وجود هذا العائق بنسبة 77.2% أي 78 فردا من إجمالي أفراد عينة الدراسة، مما يدل على أن الموافقة جاءت بدرجة عالية، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي (3.87) وانحراف معياري (1.092)، في حين نجد أن إجمالي النسبة غير الموافقة على وجود هذا العائق تقدر بحوالي 12.8% ما يعادل 13 فردا، أما النسبة المتبقية فكانت غير متأكدة وقدرت ب 10% ويقابلها 10 أفراد من بين 101.

العبارة رقم 3: نقص المهارات التدريبية مما يؤدي إلى التطبيق الخطأ لخطوات ومبادئ إدارة الجودة الشاملة: قدرت نسبة إجمالي الموافقين على وجود هذا العائق بنسبة 84.1% ما يعادل 85 فردا من إجمالي أفراد عينة الدراسة، مما يدل على أن الموافقة جاءت بدرجة عالية، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي (3.87) وانحراف معياري (1.137)، في حين نجد أن إجمالي نسبة عدم الموافقة بحوالي 15.8% وتتمثل في 16 فردا من إجمالي أفراد العينة.

العبارة رقم 4: هناك صعوبة في تطبيق أنظمة وقرارات موحدة على جميع العاملين بالمستشفى في آن واحد وذلك لتباين اختصاصاتهم وقدراتهم العلمية والعملية: كانت نسبة الموافقة على وجود هذا العائق بدرجة عالية كذلك، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي (3.84) وانحراف معياري (0.880)، حيث تشير بيانات الجدول إلى أن نسبة الموافقة على وجود هذا العائق هي 89.1% وعدد الموافقين هو 90 فردا، و في المقابل نجد ما نسبته 10.9 % لا توافق على ذلك وعددهم 11 فردا.

وفيما يخص المتوسط الحسابي للمحور الفرعي ككل فكانت قيمته (3.07) بانحراف معياري (0.310)، مما يدل على اتفاق أفراد عينة الدراسة وعدم التشتت في إجاباتهم حول عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهو ما يثبت انحراف المعيار الذي قيمته أقل من الواحد. وأهم ما تم التوصل إليه في هذا المحور ما يلي:

✓ احتل عائق **مقاومة التغيير** بالمؤسسة محل الدراسة المرتبة الأولى ضمن مختلف العوائق الأخرى، ولكون إدارة الجودة الشاملة في الأصل هي إستراتيجية من استراتيجيات التغيير التنظيمي، وكل رفض للتغيير يمنع ويعيق إتباع هذه الإستراتيجية ويضيع فرص الاستفادة من نتائجها، ومن أهم أسباب مقاومة التغيير نذكر ما يلي:

- الخوف، فأول شيء يفعله الأفراد عندما يسمعون بالتغيير، أنهم يحولونه إلى اهتمام شخصي، ويتساءلون عن كيفية تأثير التغيير عليهم؛
- أن التغيير يعني أداء الأشياء بشكل مختلف وإيجاد معرفة جديدة ومعلومات إضافية يجب تعلمها وتطبيقها، مما يجعل الأفراد يدركون فقد السيطرة على ما يؤدونه من عمل؛
- القلق من عدم القدرة على أداء الأشياء الجديدة؛
- أن التغيير قد يعني مزيداً من أعباء العمل؛
- الإستيلاءات الماضية وعدم التفكير والتخطيط للمستقبل؛
- عدم الثقة في إدارة الجودة الشاملة؛
- عدم الرغبة في تحمل المسؤولية والالتزام.

✓ يأتي في المرتبة الثانية عائق نقص المهارات التدريبية مما يؤدي إلى التطبيق الخطأ لخطوات ومبادئ إدارة الجودة الشاملة، حيث كانت درجة الموافقة على وجود هذا العائق عالية، ويعد هذا العائق كاستمرارية للعائق السابق، حيث أن كل مقاومة للتغيير تزيد من تكاسل العامل فيما يخص تحسين مهارتها ومستوى كفاءته، ومن ثم إعاقة توجهه إلى تحقيق أحسن مستويات الجودة.

✓ أما فيما يخص ثالث أهم عائق فيتمثل في صعوبة تطبيق أنظمة وقرارات موحدة على جميع العاملين بالمستشفى في آن واحد، والسبب الأساسي لهذه المشكلة يعود إلى ازدواجية السلطة بالمؤسسات الصحية كما تطرقنا إليه في الجانب النظري، حيث نجد سلطة الجهاز الإداري وسلطة الجهاز الطبي مما ينجم عنه عدة مشاكل تنسيقية وعدم الوضوح في أدوار العاملين وسوء تطبيقهم لمختلف الأوامر والتوجيهات التي يتلقونها، وبالتالي صعوبة ضمان تطبيق القرارات على كافة العاملين بالمؤسسة.

ثانياً: تحليل بيانات المحور المتعلق بمتغير إدارة معرفة الزبون

من خلال هذا المحاور سنحاول وفقا لما تم تقديمه من إجابات أفراد عينة الدراسة أن نتعرف على مستوى واهتمام المؤسسة بالمعرفة المأخوذة من زبائنها، المعرفة المقدمة لهم، المعرفة التي يتم جمعها عنهم بالإضافة إلى مبادلتهم المعرفة لتحقيق أهدافها المرجوة وبالجودة المطلوبة.

المحور الفرعي رقم 1: المعرفة من الزبون

لمعرفة مدى التزام المؤسسة محل بجمع المعلومات والمعرفة من زبائنها، قمنا بتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة في المحور الفرعي الأول ضمن محور إدارة معرفة الزبون، وفي الجدول التالي عرض لنتائج إجابات عينة الدراسة

الجدول رقم (33): إجابات أفراد العينة حول عامل المعرفة من الزبون في المؤسسة العمومية

الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة

العبارة	التكرار	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1- كيف العاملون بالمستشفى تصرفاتهم وفقا لطبيعة مرضاهم وخصوصياتهم	ك	14	2	00	67	18	2.12	0.864	منخفضة
	%	13.9	2.0	00	66.3	17.8			
2- يقوم الكادر الطبي والتمريضي بالمستشفى بالمتابعة الدائمة للحالة الصحية للمرضى والاستماع لانشغالاتهم	ك	29	62	00	10	00	4.09	0.826	عالية
	%	28.7	61.4	00	9.9	00			
3- يتم استخدام الأخصائيين النفسانيين بالمستشفى لمعرفة الزبائن وتحديد توجهاتهم.	ك	15	74	00	9	3	3.88	0.875	عالية
	%	14.9	73.3	00	8.9	3.0			
4- عملية اتخاذ قرارات المستشفى تتم بناء على تحليل جيد لملاحظات الزبائن	ك	6	7	00	76	12	2.20	0.949	منخفضة
	%	5.9	6.9	00	75.2	11.9			
الإجمالي									
							3.07	0.310	متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان وباستخدام التحليل الإحصائي SPSS (الملحق V)

من الجدول توصلنا إلى ما يلي:

العبارة رقم 1: كيف العاملون بالمستشفى تصرفاتهم وفقا لطبيعة مرضاهم وخصوصياتهم: كانت الموافقة على وجود هذا العنصر بدرجة منخفضة، حيث كانت بمتوسط حسابي (2.12) وانحراف معياري (0.864)، حيث يتبين إلى أن إجمالي نسبة الموافقة على وجود محاولة لتكييف تصرفات العاملين مع

خصائص المرضى تقدر بحوالي 15.9% أي ما يعادل 16 فردا فقط، في حين نجد في المقابل 85 فردا أي ما نسبته 84.1% لا توافق على ذلك.

العبارة رقم 2: يقوم الكادر الطبي والتمريضي بالمستشفى بالمتابعة الدائمة للحالة الصحية للمرضى والاستماع لانشغالاتهم: تحققت درجة موافقة عالية على توافر هذه الخاصية، بمتوسط حسابي (4.09) وانحراف معياري (0.826)، فنلاحظ أن إجمالي النسبة الموافقة على تحقق هته النقطة الايجابية تقدر بحوالي 90.1% وتمثل هذه النسبة 91 فردا، بينما في المقابل ما نسبته 9.9% فقط لا توافق على ذلك وعددهم 10 أفراد.

العبارة رقم 3: يتم استخدام الأخصائيين النفسانيين في المستشفى لمعرفة الزبائن وتحديد توجهاتهم: كانت الموافقة على وجود هذا العنصر الايجابي بدرجة عالية، بمتوسط حسابي (3.88) وانحراف معياري (0.875)، حيث يبين الجدول أن النسبة الموافقة على وجود محاولة لتكييف تصرفات العاملين مع خصائص المرضى تقدر بحوالي 88.2% أي ما يعادل 89 فردا، في حين نجد في المقابل ما نسبته (11.9%) فقط لا توافق على ذلك وعددهم 12 فردا.

العبارة رقم 4: عملية اتخاذ قرارات المستشفى تتم بناء على تحليل جيد لملاحظات الزبائن: فيما يخص اعتماد المنظمة على ملاحظات زبائننا في اتخاذ قراراتها فكانت درجة موافقة العينة المستجوبة منخفضة بمتوسط حسابي (2.20) وانحراف معياري (0.949)، حيث نلاحظ من خلال الجدول أن هذه النسبة تقدر بحوالي 12.8% فقط ما يعادل 13 فردا من بين 101، في حين نجد في المقابل ما نسبته 87.1% وهي النسبة الأعلى لا توافق على ذلك وعددهم 88 فردا.

وفيما يخص المتوسط الحسابي للمحور الفرعي ككل فكانت قيمته (3.07) بانحراف معياري (0.310)، مما يدل على اتفاق أفراد عينة الدراسة وعدم التشتت في إجاباتهم حول عمل المؤسسة على جمع المعلومات من زبائننا. ومن خلال الجدول يتضح لنا أن الزيارات الدورية للمرضى والتي احتلت المرتبة الأولى من حيث نسبة قبولها من قبل أفراد عينة الدراسة كسبيل للحصول على المعرفة من الزبون، والمتوسط الحسابي أكبر دليل على ذلك حيث كانت قيمته (4.09)، ويليهما في المرتبة الثانية الاعتماد على الأخصائيين النفسانيين ومعاملتهم مع المرضى بمتوسط حسابي قدره (3.88) وانحراف معياري اقل من الواحد كذلك، وهذه النتائج تبين ضرورة استخدام هته المعرفة المأخوذة من الزبون كوسيلة لتحسين قرارات المؤسسة وتكييفها مع متطلبات هؤلاء الزبائن، إلا أن العبارة أو الفقرتين الأولى والرابعة أثبتت عكس ذلك، حيث جاءت درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على استخدام هته المعرفة منخفضة، حيث أن المؤسسة لا تأخذها بعين الاعتبار أثناء اتخاذ قراراتها كما لا تكيف تصرفات عمالها وفقا لهته المعرفة وبما يرضي زبائننا.

المحور الفرعي رقم 2: المعرفة للزبون

ويمثل المحور الفرعي الثاني ضمن محور إدارة معرفة الزبون، وكانت إجابات أفراد عينة الدراسة حوله كما يلي:

الجدول رقم (34): إجابات أفراد الدراسة حول معرفتهم للزبون في المؤسسة العمومية الاستشفائية

الحكيم عقبي بقالمة

العبارة	التكرار	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة	
1- يمتلك المستشفى موقعا الكترونيا لعرض أهم خدماته، تخصصاته وما يملكه من كفاءات.	ك	00	00	00	95	6	1,06	0,238	منخفضة جدا	
	%	00	00	00	94.1	5.9				
2- يعلم المستشفى مرضاه بتطورات حالتهم الصحية باستمرار	ك	1	64	10	25	1	3.13	1,324	متوسطة	
	%	1.0	63.4	9.9	24.8	1.0				
3- يطلع المستشفى زبائنه على خدماته ومشاريعه المستقبلية	ك	00	23	1	47	30	2,17	1,096	منخفضة	
	%	00	22.8	1.0	46.5	29.7				
4- يخصص المستشفى مجموعة من العاملين ويدربهم لتوجيه المرضى ومساعدتهم في تحديد أسلوب الاستفادة من خدماته	ك	2	12	11	49	27	2,14	1,010	منخفضة	
	%	2.0	11.9	10.9	48.5	26.7				
5- يعلن المستشفى تطورات حصيلة نشاطاته دوريا.	ك	00	00	00	71	30	1.70	0.459	منخفضة جدا	
	%	00	00	00	70.3	29.7				
الإجمالي									منخفضة	
								2,03	0,314	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان وباستخدام التحليل الإحصائي SPSS (الملحق V)

من الجدول (34) وانطلاقا من إجابات أفراد عينة الدراسة على كل فقرة أو عبارة من عباراته يتضح

لنا ما يلي:

العبارة رقم 1: يمتلك المستشفى موقعا الكترونيا لعرض أهم خدماته، تخصصاته وما يملكه من كفاءات: وجاءت إجابات أفراد العينة على هذه العبارة كلها بعدم الموافقة، والدليل على ذلك قيمة المتوسط الحسابي (1.06)، والدال على الموافقة بدرجة منخفضة جدا وانحراف معياري (0.238) مما يدل على عدم التشتت إطلاقا في إجابات أفراد العينة واتخاذها لاتجاه واحد بنسبة 100% غير موافقين.

العبارة رقم 2: يعلم المستشفى مرضاه بتطورات حالتهم الصحية باستمرار: كانت اجابات أفراد عينة الدراسة بدرجة موافقة متوسطة، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي (3.13) وانحراف معياري (1.324)

حيث أن إجمالي النسبة الموافقة على تحقق هذه النقطة الايجابية تقدر بحوالي 64.4% أي ما يعادل 65 فردا من أفراد العينة، في حين نجد في المقابل ما نسبته 25.8% فقط لا توافق على ذلك وعددهم 26.

العبارة رقم 3: يطلع المستشفى زبائنه على خدماته ومشاريعه المستقبلية: قدرت نسبة إجمالي الموافقين على هذه العبارة بنسبة 22.8% أي 23 فردا من إجمالي أفراد عينة الدراسة، مما يدل على أن الموافقة جاءت بدرجة منخفضة، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي (2.14) وانحراف معياري (1.092)، في حين نجد أن إجمالي النسبة غير الموافقة على تحقق هذا العنصر تقدر بحوالي 76.3% أي 77 فردا، أما النسبة المتبقية فكانت غير متأكدة و قدرت ب 01% وتمثلت في فرد واحد.

العبارة رقم 4: يخصص المستشفى مجموعة من العاملين ويدربهم لتوجيه المرضى ومساعدتهم في تحديد أسلوب الاستفادة من خدماته: كانت استجابة أفراد العينة لتحقيق هذه العبارة سلبية ومنخفضة، بمتوسط حسابي (2.17) وانحراف معياري (1.010)، حيث تبين الإحصائيات المدونة في الجدول أن إجمالي نسبة الموافقة تقدر بحوالي 13.9% والممثلة في 14 شخصا، بينما في المقابل ما نسبته 75.2% لا توافق على ذلك وعددهم 76 شخصا، بالإضافة إلى 10.9% الممثلة في 11 فردا الخاصة بغير المتأكدين من الإجابة.

العبارة رقم 5: يعلن المستشفى تطورات حصيلة نشاطاته دوريا: وكانت الإجابات بدرجة موافقة منخفضة جدا، حيث نجد 100% من أفراد عينة الدراسة أبدوا عدم موافقتهم على شفافية مستوى نشاط المؤسسة، وكان المتوسط الحسابي مرآة عاكسة لذلك من خلال قيمته (1.70) وانحراف معياري (0.459).

وفيما يخص المتوسط الحسابي للمحور الفرعي ككل فكانت قيمته (2.03) بانحراف معياري (0.314)، وهو ما يبين أن المستشفى لا يقدم معارفه إلى الزبون ولا بأي شكل إلا في حدود ما يتعلق بصحته فحسب، فبالرغم من عمل المؤسسة في عصر المعرفة والإدارة الالكترونية، وبالرغم ما يوجد من تشجيع لتكنولوجيات الإعلام والاتصال، إلا أن المؤسسة محل الدراسة على ما يبدو لا زالت مقيدة في حدود الأساليب الإدارية الكلاسيكية، وهذا ما تبينه العبارة الأولى، فمن المفروض أن لكل مؤسسة حديثة موقعا إلكترونيا تعرض من خلاله خدماتها، وتتواصل من خلاله كذلك مع زبائنها لاستقطاب أكبر عدد منهم، فالزبون هو مفتاح نجاح أو فشل المؤسسة، والتوجه نحو الزبون وتغيير العمليات الداخلية وثقافة المؤسسة، يحتاج إلى فهم الزبائن والغور في أعماقهم والتفاعل الايجابي معهم، كما أن تحويل هذا الفهم إلى معرفة يحتاج إلى مهارات واستخدام تكنولوجيا المعلومات لتطويع وتطوير المعلومات وتحويلها إلى معرفة، ومنه فإدارة معرفة الزبون تحتاج إلى مجموعة متكاملة من المهارات.

فعلى سبيل المثال نجد أن الزبون بعد تلقي العلاج يتوقع النتائج السريعة والشفاء العاجل، وهذا ليس من الضروري أن يتحقق وفي كل الحالات، هنا نجد أنه من واجب الطبيب المعالج يوضح ذلك

للزبون ليطمئن من جهة، ولا يزعج الطبيب باستدعائه من حين إلى آخر من جهة أخرى، لأن التوضيح أثناء أو قبل اخذ العلاج يجعل الزبون يضع ثقته أكثر في الطبيب المعالج وبطريقة أفضل من إيضاح ذلك بعد تحقق وظهور فعالية العلاج بعد الفترة المحددة والتي هي من وجهة نظره طويلة وقد تجعله في ريب من مستوى كفاءة كوادر المؤسسة محل الدراسة، وقد جاء ذكرنا لهذا المثال لمصادفتنا أثناء إجراء زيارة ميدانية - ضمن موضوع دراستنا - لحادثة تطورت إلى شجار داخل المؤسسة بسبب عدم تقديم الطبيب للإيضاحات الكافية للزبون حول طول مدة ظهور فعالية الدواء المقدم واكتفائه فقط بتقديمه، فاللغة وأسلوب الاتصال بالزبون يعد من تفضيلاته الشخصية التي يتم من خلالها تحديد قيمة الزبون للمؤسسة.

ومنه نجد أن المعرفة للزبون تضع المعلومات الداخلية للمؤسسة على طاولة الزبون مما قد يزيد في مستوى رضاه أكثر ويحسسه بقيمة وجودة خدمات المؤسسة من جهة، كما سيجنبها في نفس الوقت العديد من المشاكل والانتقادات التي قد توجه لها من جهة أخرى.

المحور الهيكلي رقم 3: المعرفة عن الزبون

ويمثل بدوره أحد أهم محاور إدارة معرفة الزبون، وكانت إجابات أفراد عينة الدراسة حوله كما يلي:

الجدول رقم (35): إجابات أفراد الدراسة عن معرفتهم حول الزبون في المؤسسة العمومية

الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة

العبارة	التكرار	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1-يملك الأفراد العاملين قاعدة بيانات كافية عن كل زبون مما يشجع على بناء علاقات جيدة معه	ك	6	21	3	51	20	2,43	1,195	منخفضة
	%	5.9	20.8	3.0	50.5	19.8			
2-يتحلى المستشفى بروح المسؤولية فيما يخص المعلومات الشخصية لزيائنه	ك	35	48	16	2	00	4.15	0.753	عالية
	%	34.7	47.5	15.8	2.0	00			
3-يمتاز موظفي المستشفى بالمهارات والخبرات والقدرات المعرفية مما يساعد على توقع توجهات الزبون	ك	27	29	4	35	6	3,36	1,353	متوسطة
	%	26.7	28.7	4.0	34.7	5.9			
4-يسعى المستشفى إلى تطوير علاقته مع الزبائن للحصول على معلومات أكثر حولهم	ك	00	05	00	73	23	1.87	0,643	منخفضة
	%	00	5.0	00	72.3	22.8			
5-يقوم المستشفى بدراسات استطلاعية	ك	00	00	07	59	35			

منخفضة جدا	0,585	1.72	34.7	58.4	6.9	00	00	%	مستمرة للتعرف على حاجات الزبائن المتنوعة والمتغيرة
متوسطة	0.344	2,70							الإجمالي

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان وباستخدام التحليل الإحصائي SPSS (الملحق V)

العبارة رقم 1: يمتلك الأفراد العاملين قاعدة بيانات كفوة عن كل زبون مما يشجع على بناء علاقات جيدة معه: قدر المتوسط الحسابي لهذه العبارة بقيمة (2.43) وانحراف معياري (1,195)، مما يدل على انخفاض درجة موافقة عينة الدراسة على وجود علاقات تربط كوادر المؤسسة بزبائنهم حيث قدرت نسبة الموافقين بـ 26.7% ما يعادل 27 فردا من بين 101، أما بالنسبة لغير الموافقين فقدت نسبتهم بـ 70.4% أي 71 فردا من إجمالي أفراد عينة الدراسة، و3% المتبقية تمثل إجابات الفئة غير المتأكدة ويمثلها 3 أفراد.

العبارة رقم 2: يتحلى المستشفى بروح المسؤولية فيما يخص المعلومات الشخصية لزبائنه: من خلال الجدول يتضح أن المؤسسة تلتزم بأخلاقيات الحفاظ على بيانات ومعلومات زبائنها، حيث نلاحظ ارتفاع درجة الموافقة، فقد قدر المتوسط الحسابي بـ (4.15) بانحراف معياري (0.753)، ويقدر إجمالي نسبة أفراد العينة الموافقين بـ 82.2% ما يعادل 83 فردا، أما غير الموافقين فنسبتهم قدرت بـ 2% وهي نسبة لـ فردين فقط من بين 101 فردا، أما النسبة المتبقية فتتعلق بالأفراد غير المتأكدين وعددهم 16 فردا.

العبارة رقم 3: يمتاز موظفي المستشفى بالمهارات والخبرات والقدرات المعرفية مما يساعد على تفهم حاجات الزبائن: جاءت الموافقة على توفر هذا المستوى من الكفاءة بدرجة متوسطة، حيث قدر المتوسط الحسابي بقيمة (3.36) وانحراف معياري (1.353)، حيث قدرت نسبة إجمالي الموافقين بـ 55.4% أي أكثر من نصف عينة الدراسة وعددهم 56 فردا، أما بالنسبة لغير الموافقين فقدت نسبتهم بـ 40.6% أو 41 فردا من إجمالي أفراد عينة الدراسة، و4% المتبقية تمثل إجابات الفئة غير المتأكدة.

العبارة رقم 4: يسعى المستشفى إلى تطوير علاقته مع الزبائن للحصول على معلومات أكثر حولهم: يتضح من خلال الجدول ان علاقة المؤسسة بزبائنها تنتهي بمجرد تقديم الخدمة الصحية لهم ودرجة الموافقة المنخفضة اكبر دليل على ذلك، حيث قدر المتوسط الحسابي بـ (1.87) بانحراف معياري (0.643)، ويقدر إجمالي نسبة أفراد العينة الموافقين بـ 5% ما يعادل 5 أفراد، أما غير الموافقين إجمالا فنسبتهم قدرت بـ 95% وعددهم 96 من بين 101 فردا.

العبارة رقم 5: يقوم المستشفى بدراسات استطلاعية مستمرة للتعرف على حاجات الزبائن المتنوعة والمتغيرة: درجة الموافقة على تحقق هذا العامل منخفضة جدا بمتوسط حسابي بقيمة (1.72) وانحراف معياري (0.585) مما يدل على ان المؤسسة تقوم بتقديم خدماتها العلاجية الوقائية وفقا لمخططاتها

بعيدا عن تطلعات الزبون، حيث قدرت نسبة غير الموافقين بـ 93.1 % أو 94 فردا من إجمالي أفراد عينة الدراسة، و6.9 % المتبقية تمثل إجابات الفئة غير المتأكدة وعددهم 7 أفراد.

وفيما يخص المتوسط الحسابي للمحور الفرعي ككل فكانت قيمته (2.70) بانحراف معياري (0.344)، أي أن درجة الموافقة المتعلقة بجمع المؤسسة المعلومة والمعرفة عن الزبون ومن محيطه كانت متوسطة بالرغم من أن الزبون يعتبر فرصة إستراتيجية للمؤسسات للتعلم منها، حيث أن المعرفة موجودة لديه وما على المؤسسة سوى الحصول عليها منه، مثل: تجاربه مع المؤسسة والمؤسسات الأخرى، حاجاتهم، شعورهم تجاه المؤسسة... الخ، مما يساعد على تطوير وخلق إستراتيجية فعالة لتقديم خدماتها.

والعائق الأساسي الذي يواجه المؤسسة في هذا المجال هو الارتفاع المستمر في عدد زبائنها لكونها مؤسسة عمومية إستشفائية مما يصعب أكثر من مهمة الحصول على المعرفة عن كافة زبائنها، ولقد جاءت العبارة الثانية من الجدول (35) في المرتبة الأولى لكون الملف الإداري والطبي للزبون من أهم مصادر جمع المعلومات عنه وأسهلها، أما العبارة الثالثة من نفس الجدول والمتعلقة بامتلاك العاملين للخبرات التي تمكنهم من الحصول على المعرفة فكانت الموافقة عليها بدرجة متوسطة، ولكن حتى ولو كانت بدرجة مرتفعة فالعدد المرتفع للزبائن يبقى دوما من أول العوائق التي تواجه المؤسسة بمختلف كوادرها ولا يمكنها من بناء، توسيع ولا تطوير علاقتها معهم.

المحور الفرعي رقم 4: المعرفة المختلطة

ويمثل المحور الفرعي الشامل لتبادل المعرفة بين المؤسسة وزبائنها ضمن محور إدارة معرفة الزبون، حيث تمثل المعرفة المختلطة " تلك العلاقة المزدوجة بين الزبون والمنظمة، وتهدف إدارة المعرفة لتسهيل التفاعل بين الزبون والمنظمة حول تطوير معرفة جديدة. " 1 وكانت إجابات أفراد عينة الدراسة حوله كما يلي:

الجدول رقم (36): إجابات أفراد الدراسة عن المعرفة المتبادلة بين الزبون وكوادر المؤسسة العمومية

الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة

العبارة	التكرار	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1-يعمل المستشفى على تحسين سمعته وخدماته لضمان استمرارية علاقته بزبائنه.	ك	00	00	00	79	22	1.78	0.415	منخفضة جدا
	%	00	00	00	78.2	21.8			

1 علي حسون الطائي، مرجع سابق، ص 151.

منخفضة جدا	0,255	1.07	94	07	00	00	00	ك	2-يستشير المستشفى زبائنه قبل اتخاذ قراراته المتعلقة بهم
			93.1	6.9	00	00	00	%	
متوسطة	1,132	2,86	10	39	10	39	3	ك	3-يستشير الزبائن مختلف كوادر المستشفى فيما يخص نوعية الخدمات المناسبة لهم
			9.9	38.6	9.9	38.6	3.0	%	
منخفضة جدا	0.535	1.79	25	74	00	2	00	ك	4-يعمل المستشفى على تبادل المعرفة مع الزبائن لتحقيق أهداف الطرفين.
			24.8	73.3	00	1.9	00	%	
منخفضة جدا	0.400	1,20	81	20	00	00	00	ك	5-يتواصل المستشفى باستمرار مع زبائنه لضمان رضاهم وولائهم
			80.2	19.8	00	00	00	%	
منخفضة جدا	0,316	1.74	الإجمالي						

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان وباستخدام التحليل الإحصائي SPSS (الملحق V)

من خلال الجدول (36) يتبين لنا أن درجة الموافقة منخفضة جدا فيما يتعلق بالمعرفة المتبادلة بين المؤسسة وزبائنها، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي العام للمحور الفرعي الرابع من محور إدارة معرفة الزبون تساوي 1.74 بانحراف معياري 0.316 مما يدل على اتفاق وتقارب إجابات معظم أفراد عينة الدراسة، ولمعرفة سبب انخفاض معدل التواصل بين الطرفين سنحاول تحليل كل عبارة من عبارات المحور كما يلي:

العبارة رقم 1: يعمل المستشفى على تحسين سمعته وخدماته لضمان استمرارية علاقته بزبائنه: بالنسبة لهذا العبارة وكمعظم باقي العبارات السابقة وردت بدرجة موافقة منخفضة جدا، حيث قيمة المتوسط الحسابي قدرت بـ (1.78) بانحراف معياري (0.415)، وقدرت نسبة أفراد العينة غير الموافقين بـ 100% ، بمعنى عدم موافقة جماعية على توفر هذا النوع من العلاقات بين المؤسسة وزبائنها.

العبارة رقم 2: يستشير المستشفى زبائنه قبل اتخاذ قراراته المتعلقة بهم: نتج عن إجابات أفراد العينة إلى عدم الموافقة على إشراك زبائن المؤسسة في اتخاذ قراراتها، حيث قيمة المتوسط الحسابي قدرت بـ (1.07) بانحراف معياري (0.255)، فنسبة أفراد العينة غير الموافقين قدرت بـ 100% كذلك كسابقتها، بمعنى عدم التشتت في إجابات أفراد العينة من خلال عدم موافقة الجماعية على تبادل الآراء بين المؤسسة وزبائنها.

العبارة رقم 3: يستشير الزبائن مختلف كوادر المستشفى فيما يخص نوعية الخدمات المناسبة لهم: جاءت درجة الموافقة على توافر هذه العلاقة بدرجة متوسطة، بمتوسط حسابي بقيمة (2.86) وانحراف معياري (1.132)، حيث قدرت نسبة إجمالي الموافقين بـ 41.6% ما يقارب 42 فردا، أما بالنسبة لغير

الموافقين فقدرت نسبتهم بـ 48.5% من إجمالي أفراد عينة الدراسة أو 49 فردا، و9.9% المتبقية تمثل إجابات الفئة غير المتأكدة.

العبارة رقم 4: يعمل المستشفى على تبادل المعرفة مع الزبائن لتحقيق أهداف الطرفين: جاءت درجة الموافقة على تحقق هذا النمط من تبادل لمعرفة بين المؤسسة وزبائنها منخفضة جدا بمتوسط حسابي بقيمة (1.79) وانحراف معياري (0.535)، حيث قدرت نسبة غير الموافقين على تبادل الآراء بين المؤسسة وزبائنها بـ 98.1% أي معظم أفراد العينة وعددهم 99 فردا، أما الفئة الموافقة فقدرت نسبتها بـ 1.9%.

العبارة رقم 5: يتواصل المستشفى باستمرار مع زبائنه لضمان رضاهم وولائهم: قدر المتوسط الحسابي للعبارة بـ 1.20 بانحراف معياري (0.400)، مما يدل على درجة موافقة منخفضة جدا فيما يتعلق بتواصل المؤسسة مع زبائنها وبمستوى اهتمامها برضاهم وولائهم، ويقدر إجمالي نسبة أفراد العينة غير موافقين بـ 100% أي إجمالي أفراد العينة. من خلال هذه النتائج نستخلص ما يلي:

- أن المؤسسة تتواصل مع زبائنها في حدود مستلزمات تقديم الخدمة لهم دون السعي إلى جعل العلاقة دائمة مع الزبائن، وباعتبار أن التعاطف في تقديم الخدمة الصحية للزبون من خلال سماعه وإعطائه الوقت الكافي لإبداء رأيه أو توضيح حاجته يلعب دورا هاما لتحقيق رضاه وولائه، فهو أيضا يمثل بعدا أساسيا من إبعاد جودة الخدمة الصحية؛
- لا يوجد هناك أخذ ورد ولا تبادل معرفة بين المؤسسة محل الدراسة وزبائنها، بالإضافة إلى انتهاء العلاقة مع الزبون بمجرد الانتهاء من تقديم الخدمة له ومغادرته للمؤسسة، بمعنى أن شبكة اتصالات المؤسسة بزبائنها هي شبكة داخلية فقط بالرغم من أن المؤسسة تنشط في محيط يتطلب وضع الزبون في قائمة الاهتمامات وهو ما يحتم عليها الاحتفاظ به من خلال فتح قنوات الاتصال الداخلية والخارجية معه ليتسنى لها معرفة العوامل التي تحدد سلوك هذا الزبون الحالي أو المحتمل، والتواصل الإلكتروني من أسهل وأنجع السبل لضمان ذلك؛
- يعد إشراك الزبون في مناقشة خطط المؤسسة المستقبلية وطرق تطويرها من الأمور الغائبة بالمؤسسة، بالرغم من كون مشاركة الزبون وأخذ اقتراحاته بعين الاعتبار تجعل الرؤية واضحة أمام المؤسسة أكثر مما يزيد من فعالية قراراتها المتخذة من جهة بالإضافة إلى امتلاك القدرة والإبداع في توجيه أنشطة الزبائن وتحقيق رغباتهم وزيادة ولائهم ورضاهم وزيادة القيمة المتوقع الحصول عليها .

ومن خلال هذا المحور تتضح أهمية الأخذ والرد مع الزبون باعتباره مصدرا للحصول على المعرفة منه وتقديمها له، مما يسهل التطلع على أهم احتياجاته وتوفيرها له بما يحقق رضاه وولائه، وذلك طبعا بعد اقتناعه بنوعية الخدمات التي يحصل عليها، وهو ما يعتبر إجابة وإثبات لصحة الفرضية الثانية: " أن

ربط العلاقات مع الزبائن من خلال اعتماد أسلوب إدارة معرفة الزبون يمكن المؤسسة الاستشفائية من معرفة مستويات الجودة المطلوبة منهم".

ثالثا: مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة: هذا المحور الأخير هو الرابط بين متغيرات الدراسة الرئيسية والفرعية، وكانت إجابات أفراد عينة الدراسة ورأيهم حول أهمية إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة بالمؤسسة الصحية كما يلي:

الجدول رقم (37): إجابات أفراد الدراسة عن مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة

العبارة	التكرار	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب الأهمية
1-تساعد اقتراحات الزبائن حول نوعية الخدمة الصحية المطلوبة على تحسين مستويات الجودة المقدمة	ك	22	68	00	11	00	4.00	0.812	الاول
	%	21.8	67.3	00	10.9	00			
2-المعرفة الجيدة للزبون هي أساس إقناعه بجودة الخدمات التي يحصل عليها	ك	10	55	05	16	15	3.29	1.275	الرابع
	%	9.9	54.4	5.0	15.8	14.9			
3-جمع المعلومات حول الزبون يمكن كوادر المؤسسة من التوصل إلى مستويات الجودة المطلوبة التي تحقق رضاه وولائه	ك	33	37	10	11	10	3.71	1.299	الثاني
	%	32.7	36.6	9.9	10.9	9.9			
4-يمكن تبادل المعارف مع الزبائن على إقناعهم بمستويات الجودة المحققة والإقناع بمستويات الجودة المطلوبة منهم	ك	23	49	1	20	8	3.58	1.259	الثالث
	%	22.8	48.5	1.0	19.8	7.9			
الإجمالي							3.64	0.914	عالية

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان وباستخدام التحليل الإحصائي SPSS (الملحق V)

يكشف لنا الجدول (37) عن ارتفاع المتوسط الحسابي العام (3.64) بانحراف معياري (0.914) مما يدل على أهمية كافة أنواع المعرفة المتبادلة بين المؤسسة وزبائنها انطلاقا من الموافقة وبدرجة عالية لأفراد عينة الدراسة، وبترتيب عبارات الجدول حسب الأهمية، فهي كالتالي:

العبارة رقم 1: تساعد اقتراحات الزبائن حول نوعية الخدمة الصحية المطلوبة على تحسين مستويات الجودة المقدمة: ومن خلال هذه العبارة يتبين لنا درجة أهمية المعرفة التي تحصل عليها المؤسسة من الزبون ومساهمتها في تحقيق جودة الخدمة الصحية، وجاءت أهمية هذه العبارة في الدرجة الأولى بمتوسط حسابي (4.00) وانحراف معياري (0.812) حيث وافق على أهمية اقتراحات الزبائن والمعرفة المأخوذة منهم أغلبية أفراد عينة الدراسة بنسبة 89.1% أو ما يعادل 90 فردا من بين 101 فرد.

العبارة رقم 3: جمع المعلومات حول الزبون يمكن كوادر المؤسسة من التوصل إلى مستويات الجودة المطلوبة التي تحقق رضاه وولائه: وتعكس هذه العبارة أهمية المعرفة التي تجمعها المؤسسة عن الزبون ومن محيطه ودرجة مساهمتها في تحقيق مستويات الجودة المطلوبة، ولقد أخذت أهميتها المرتبة الثانية، حيث قيمة المتوسط الحسابي (3.71) والانحراف المعياري (1.299)، مما يدل على درجة الموافقة العالية على أهمية جمع هذه المعرفة للحصول على مستوى الجودة الذي يرضي الزبون، ويظهر ذلك في نسبة أفراد العينة الموافقين إجمالا التي قدرت بـ 70% مقابل 20% فقط من أفراد العينة لا يوافقون على ذلك، و حوالي 10% غير مدركين لهذه الأهمية.

العبارة رقم 4: يمكن تبادل المعارف مع الزبائن من إقناعهم بمستويات الجودة المحققة والافتتاح بمستويات الجودة المطلوبة منهم: ومن خلال هذه العبارة يتبين لنا درجة أهمية تبادل المعرفة بين المؤسسة والزبون ومساهمة ذلك في تحقيق جودة الخدمة الصحية، وجاءت أهمية هذه العبارة في الدرجة الثالثة بمتوسط حسابي (3.58) وانحراف معياري (1.259)، ومن ثم فإن درجة الموافقة عالية، حيث وافق على هذه الأهمية ما نسبته 71.3% من إجمالي أفراد عينة الدراسة مما يدل على وعيهم بأهمية تبادل المعرفة مع الزبائن لتحقيق ما يرغبونه، مقابل 27.7% لم يوافقوا على ذلك لعدة عوامل كالخبرة، المستوى التعليمي، السن... الخ.

العبارة رقم 2: المعرفة الجيدة للزبون هي أساس إقناعه بجودة الخدمات التي يحصل عليها: وجاءت هذه العبارة للدلالة على أهمية ما يقدمه المستشفى من معرفة لزيائنه لإقناعهم بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، وقد أخذت المرتبة الرابعة من حيث الأهمية ضمن مختلف أنواع المعرفة الأخرى المتبادلة مع الزبائن، وكانت درجة الموافقة متوسطة، حيث قيمة المتوسط الحسابي (3.29) والانحراف المعياري (1.275)، ونسبة الفئة الموافقة 64.3% ما يعادل 65 فردا، في حين بلغت النسبة غير الموافقة من إجمالي أفراد عينة الدراسة 30.7%، أما 5% المتبقية فمثلت أفراد العينة غير المتأكدين من مساهمة هذه المعرفة في تحقيق الجودة في الخدمات المقدمة للزبون.

ومنه، نستنتج من هذا التحليل إدراك أفراد عينة الدراسة للأهمية العالية لكل نوع من أنواع المعرفة التي تقدمها المؤسسة لزيائنها، تأخذها منهم، وتجمعها عنهم وتتقاسمها معهم مما يدل على ضرورة الاهتمام بهذه المعرفة، الكفاءة في إدارتها، استغلالها أفضل استغلال والاستثمار فيها بما يضمن للمؤسسة الوصول إلى مستويات الجودة المطلوبة من طرف زيائنها وبما يحقق رضاهم وولائهم لها. فهذا المحور الأخير هو المرآة العاكسة لعلاقة متغيري الدراسة الطردية وهو ما سنتأكد منه أكثر من خلال العنصر التالي بحسابنا لمعامل الارتباط بين كافة المتغيرات الفرعية منها والرئيسية.

رابعاً: تحليل واختبار علاقة الارتباط بين متغيرات الدراسة

يهدف هذا العنصر إلى اختبار الفرضيات التي تتعلق بعلاقات الارتباط بين المتغيرات الرئيسية والفرعية للدراسة، ومن أجل دراسة هته العلاقة واختبار اتجاه وقوة العلاقة الخطية بينها، نستخدم معامل ارتباط بيرسون (*Pearson*) الذي يتراوح بين (-1 إلى +1)، أي إذا كانت قيمة الارتباط صفر فهذا يدل على عدم وجود علاقة، وإذا كانت قيمة الارتباط أكبر من الصفر إلى غاية +1، فهذا يعني وجود علاقة طردية، أما إذا كانت قيمة الارتباط أقل من الصفر وحتى -1، فهذا يعني وجود علاقة عكسية. وتجدر الإشارة إلى انه كلما كان مستوى الدلالة أقل من 0,05 نرفض الفرضية العدمية (نرمز لها ب H_0) التي تقتضي عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة ونقبل الفرضية البديلة (نرمز لها ب H_1) التي تقتضي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين متغيري الدراسة.

أما إذا كان مستوى الدلالة أكبر من 0,05 نقبل الفرضية العدمية التي تقتضي عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة ونرفض الفرضية البديلة التي تقتضي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين متغيري الدراسة. وننتقل في اختبار الفرضيات من الجدول التالي:

الجدول رقم (38): معاملات الارتباط بين إدارة معرفة الزبون بمختلف مكوناتها وجودة الخدمة

الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة

العلاقة بين كل:	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المعرفة من الزبون وجودة الخدمة الصحية	0,203	0,042
المعرفة حول الزبون وجودة الخدمة الصحية	0,567	0,058
المعرفة للزبون وجودة الخدمة الصحية	0,475	0,000

0,104	0,163	المعرفة المختلطة (المتبادلة) وجودة الخدمة الصحية
0,000	0,439	إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية

المصدر: إعداد الباحثة بالاعتماد على إجابات أفراد العينة ومخرجات SPSS (الملحق V)

من خلال الجدول (38) يتضح لنا ما يلي:

- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة من الزبون وجودة الخدمة الصحية

بالنسبة للعلاقة التي تربط المعرفة من الزبون بجودة الخدمة الصحية، كانت قيمة معامل الارتباط (0,203) موجبة، مما يدل على وجود علاقة طردية حيث كلما زادت المعرفة المأخوذة من زبون المؤسسة محل الدراسة زاد مستوى جودة خدماتها، والعكس صحيح إذا نقصت المعرفة المأخوذة من الزبون انخفض مستوى جودة الخدمة الصحية. أما فيما يخص مستوى الدلالة فقيمه (0,042) أقل من (0,05) مما يدفعنا إلى رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة الدالة على وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة من الزبون وجودة الخدمة الصحية، وهو ما يثبت صحة الفرضية الفرعية الأولى للفرضية الثالثة.

- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة حول الزبون وجودة الخدمة الصحية.

بالنسبة للعلاقة التي تربط المعرفة حول الزبون وجودة الخدمة الصحية، كانت قيمة معامل الارتباط (0,567) موجبة، مما يدل على وجود علاقة طردية حيث كلما زادت المعرفة حول زبون المؤسسة محل الدراسة زاد مستوى جودة خدماتها، والعكس صحيح إذا نقصت المعرفة حول الزبون انخفض مستوى جودة الخدمة الصحية. أما فيما يخص مستوى الدلالة فقيمه (0,058) أكبر من (0,05) مما يدفعنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية العدمية الدالة على أنه لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة حول الزبون وجودة الخدمة الصحية، مما ينفي صحة الفرضية الفرعية الثانية المتعلقة بالفرضية الرئيسية الثالثة.

- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة للزبون وجودة الخدمة الصحية.

بالنسبة للعلاقة التي تربط المعرفة للزبون وجودة الخدمة الصحية، كانت قيمة معامل الارتباط (0,475) موجبة، مما يدل على وجود علاقة طردية حيث كلما زادت المعرفة المقدمة للزبون حول المؤسسة محل الدراسة زاد مستوى جودة خدماتها، والعكس صحيح إذا نقصت المعرفة للزبون انخفض مستوى جودة الخدمة الصحية. أما فيما يخص مستوى الدلالة فقيمه (0,000) أقل من (0,05) مما يدفعنا إلى رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة الدالة على وجود علاقة ارتباط ذات دلالة

إحصائية بين المعرفة للزبون وجودة الخدمة الصحية، مما يثبت صحة الفرضية الفرعية الثالثة التابعة للفرضية الرئيسية الثالثة.

- **توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة المختلطة بين المؤسسة والزبون وجودة الخدمة الصحية.**

بالنسبة للعلاقة التي تربط المعرفة المختلطة (المتبادلة) وجودة الخدمة الصحية، كانت قيمة معامل الارتباط (0,163) موجبة، مما يدل على وجود علاقة طردية كذلك، حيث كلما زادت المعرفة المتبادلة بين الزبون والمؤسسة محل الدراسة زاد مستوى جودة خدماتها، والعكس صحيح إذا نقصت المعرفة المتبادلة بين الزبون والمؤسسة أدت إلى انخفاض مستوى جودة الخدمة الصحية. أما فيما يخص مستوى الدلالة فقيمته (0,104 أكبر من 0,05) مما يدفعنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية العدمية الدالة على أنه لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة المختلطة بين المؤسسة والزبون وجودة الخدمة الصحية مما ينفي صحة الفرضية الفرعية الرابعة التابعة للفرضية الرئيسية الثالثة وفقا لإجابات أفراد عينة الدراسة.

- **توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين إدارة معرفة الزبون كمتغير مستقل وجودة الخدمة الصحية كمتغير تابع.**

بالنسبة للعلاقة التي تربط إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية، وهما المتغيرين الرئيسيين للدراسة، كانت قيمة معامل الارتباط (0,439) موجبة، مما يدل على وجود علاقة طردية حيث كلما زاد اعتماد المؤسسة على إدارة معرفة لزون زاد مستوى جودة خدماتها، والعكس صحيح إذا قل اعتماد أسلوب إدارة معرفة الزبون انخفض مستوى جودة الخدمة الصحية. أما فيما يخص مستوى الدلالة فقيمته (0,000 أقل من 0,05) مما يدفعنا إلى رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة الدالة على وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية، مما يؤكد صحة الفرضية الرئيسية الثالثة.

خلاصة الفصل الرابع:

تضمن هذا الفصل عرض نتائج الدراسة الميدانية المتعلقة بدراسة أثر إدارة معرفة الزبون على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة، وقد اقتصرَت الدراسة على أخذ 101 استمارة التي تم استرجاعها من بين 120 استمارة موزعة، وبعد تفريغ بيانات هذه الاستمارات الموزعة وتحليلها باستخدام مجموعة أساليب إحصائية تم الوصول إلى النتائج التالية:

- بلغ المتوسط الحسابي لمحور مبادئ تطبيق إدارة الجودة الشاملة (2,04) بانحراف معياري (0,382) مما يشير إلى الموافقة وبدرجة منخفضة على التزام المؤسسة بتطبيق تلك المبادئ وبتوافق معظم أفراد عينة الدراسة لكون الانحراف المعياري أقل من الواحد مما يدل على عدم التشتت في الإجابات.
- بلغ المتوسط الحسابي لمحور مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة (2,32) بانحراف معياري (0,205) مما يشير إلى الموافقة وبدرجة منخفضة على تمكن المؤسسة من تحقيق مختلف مزايا إدارة الجودة الشاملة المدروسة، مما يؤكد لنا نتائج المحور السابق والمتعلقة بالموافقة على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وبدرجة منخفضة كذلك. حيث لا نتوقع مزايا لإدارة الجودة الشاملة دون الالتزام بمختلف مبادئها.
- وفيما يخص المتوسط الحسابي للمحور الخاص بعوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة فكانت قيمته (3,07) بانحراف معياري (0,310)، مما يدل على اتفاق أفراد عينة الدراسة وعدم التشتت في إجاباتهم حول وجود العديد من العوائق التي تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة، وهو ما يثبت انحراف المعياري الذي قيمته أقل من الواحد.

- قدر المتوسط الحسابي لمحور المعرفة من الزبون بـ(3.07) بانحراف معياري (0.310)، مما يدل على اتفاق أفراد عينة الدراسة وعدم التشتت في إجاباتهم حول عمل المؤسسة على جمع المعلومات من زبائنهم.
- قيمة المتوسط الحسابي لمحور المعرفة المقدمة للزبون (2.03) بانحراف معياري (0.314)، وهو ما يبين أن المستشفى لا يقدم معارفه إلى الزبون ولا بأي شكل إلا في حدود ما يتعلق بصحته لا أكثر.
- قدر المتوسط الحسابي لمحور المعرفة عن الزبون (2.70) بانحراف معياري (0.344)، أي أن درجة الموافقة المتعلقة بجمع المؤسسة المعلومة والمعرفة عن الزبون ومن محيطه كانت متوسطة بالرغم من أن الزبون يعتبر فرصة إستراتيجية للمؤسسات للتعلم منها.
- درجة الموافقة (منخفضة جدا) فيما يتعلق بالمعرفة المتبادلة بين المؤسسة وزبائنهم، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي العام للمحور الفرعي الرابع من محور إدارة معرفة الزبون تساوي (1.74) بانحراف معياري (0.316) مما يدل على اتفاق وتقارب إجابات معظم أفراد عينة الدراسة.
- ارتفاع المتوسط الحسابي العام (3.64) والمتعلق بأهمية كل نوع من أنواع المعرفة المتبادلة مع الزبون ومساهمتها في تحقيق مستويات الجودة المطلوبة للمؤسسة محل الدراسة، حيث قيمة الانحراف المعياري (0.914) مما يدل على عدم التشتت والموافقة بدرجة عالية لأفراد عينة الدراسة على العلاقة الطردية والأساسية بين متغيري الدراسة (الجودة وإدارة معرفة الزبون).
- وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة من الزبون وجودة الخدمة الصحية.
- لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة حول الزبون وجودة الخدمة الصحية.
- وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة للزبون وجودة الخدمة الصحية.
- لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة المختلطة بين المؤسسة والزبون وجودة الخدمة الصحية.
- وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية.
- السبب الرئيسي لعدم تحقق الجودة المطلوبة بالمؤسسة محل الدراسة الكم الهائل من الزبائن الطالبين للخدمة الصحية مما يعيق عملية التواصل وتبادل المعرفة مع زبائنهم وينقص من القيمة النوعية للخدمة المقدمة من طرف كادرها الطبي، التمريضي وبقية الأفراد العاملين بها، حيث نجد كل فرد منهم يشككي من تقديمه لطاقة تفوق ما يتوفر عليه من قدرات لتقديم ما يمكن من الخدمات للزبائن ومحاولتهم للتركيز على الكم لا الجودة في عملهم نتيجة هامة لهذا الارتفاع في عدد الزبائن.

الخاتمة العامة

بعد استعراضنا لأهم الأدبيات النظرية المتعلقة بمتغيري الدراسة (إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية) وأثبتنا العلاقة بينهما من خلال إسقاط هذه الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة، سنورد فيما يلي أهم النتائج النظرية والتطبيقية التي تم التوصل إليها بالإضافة إلى مجموعة من التوصيات.

أولاً: النتائج النظرية

يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- ✓ إن إصلاح النظام الصحي الجزائري يجب أولاً أن يشمل إصلاح الجوانب التنظيمية المتعلقة بتوسيع هيكله، زيادة عدد وكفاءة موارده البشرية... الخ، مما يجعله أكثر فعالية ويزيد من مردودية الخدمات الصحية المقدمة.
- ✓ يفترض الحصول على شهادة في الإدارة الصحية لتسيير المؤسسات الاستشفائية لتحقيق مستوى التأهيل اللازم للمورد البشري، وهذا لزيادة الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمة الصحية.
- ✓ من أكبر التحديات التي تواجه المؤسسة الصحية الحديثة إلزامية تبنيتها لثقافة الجودة وفرضها على كافة مستوياتها من إدارة، أقسام ووحدات وكل الوظائف بالمؤسسة بما يضمن لها الكفاءة والفعالية.
- ✓ لم تتمكن المؤسسات الصحية الجزائرية بعد من تحقيق مستوى الجودة الذي يرضي زبائنها، مما يستوجب التأييد القوي لبرامج الجودة الشاملة من خلال نشر ثقافة التغيير لدى كل المستخدمين بالمؤسسة الصحية من أطباء، ممرضين وكل العاملين بها لتخطي كافة العوائق التي تعترضها.
- ✓ من أهم أساليب إدارة المؤسسات الصحية الإدارة بالجودة الشاملة، ومن بين أساليب تحسين الجودة الإدارة بالمعرفة، كما أن آخر مراحل تطور الجودة مرحلة الانطلاق من الزبون ورفاهيته، ومنه نستنتج أن إدارة معرفة الزبون يمكن أن تساهم وبدرجة كبيرة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الصحية.
- ✓ يعد الزبون أول اهتمامات المؤسسة من خلال محاولتها لتلبية رغباته والوصول إلى تحقيق ما يحتاجه لضمان مكانتها، بالإضافة إلى كون معرفة الزبون أحد أهم صناعات ومصادر المعرفة للمؤسسة التي تبني عليها خططها وقراراتها الإستراتيجية.
- ✓ يعتبر زبون المؤسسة الحديثة بمثابة فرد من أفراد المؤسسة يشترك في كافة مراحل إعداد، تكوين، تطوير وتقديم المنتج أو الخدمة، وليس مجرد هدف لتصريف المنتجات أو الخدمات.
- ✓ لا يمكن حصر هدف إدارة معرفة الزبون في تحقيق الميزة التنافسية والريادة للمؤسسة، وإنما يتعدى ذلك إلى توسيع قاعدتها المعرفية بزبائنها مما يزيد من إقبالهم على خدماتها.

- ✓ تعتبر المؤسسة الصحية من بين المؤسسات الأكثر اهتماما بإدارة معرفة الزبون، فبمعرفة المؤسسة الصحية لما ينتظره زبائنها تتحقق الجودة بتقديم ما ينتظرونه لهم.
- ✓ تحتاج المؤسسات الصحية إلى إعادة هيكلة وإعادة هندسة عملياتها، وتغيير ثقافة العاملين بها للتمكن من التطبيق الفعال لإدارة معرفة الزبون.
- ✓ العلاقة مع الزبون هي أحد مكونات رأس المال الفكري الذي يساهم في إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة، كما أن إدارة معرفة الزبون جزء من إدارة علاقات الزبون، وبالعلاقة متعدية فإدارة معرفة الزبون تساهم في تحقيق الجودة الشاملة بالمؤسسة.

ثانيا: نتائج الدراسة الميدانية

يمكن لنا تلخيصها في النقاط التالية:

- ✓ الإشكالية الأساسية المطروحة بخصوص القطاع الصحي الجزائري هي عدم قدرته في الوقت الحالي على تلبية حاجيات الصحة التي تزداد باستمرار وسبل تكييف هذه الحاجيات بالتطور التكنولوجي الذي يعرفه القطاع.
- ✓ 50% من الكوادر البشرية للمؤسسة تتشكل من خبرات وكفاءات مهنية جد هامة تفوق مدة خدمتها بالمستشفى 10 سنوات مما يمكن من استغلالها في تكوين وتدريب الكفاءات الجديدة والمتربصين في مجال الخدمة الصحية.
- ✓ ضرورة رفع مستوى الكفاءة بالمؤسسة وزيادة دافعية مواردها البشري وتحفيزهم لاستغلال قدراتهم في تحقيق الأفضل للزبون والمؤسسة.
- ✓ الارتفاع المستمر لمستوى الطلب على خدمات المؤسسة محل الدراسة مما يستوجب توسيعها أكثر واستقطاب عدد أكبر من الأطباء الذين يغطون طلبات الزبائن، لكون هذا الازدحام سيزيد من تذمر الزبون وعدم رضاه على الخدمات المقدمة بالإضافة إلى انخفاض فرص تبادله للمعلومة مع كوادر المستشفى الطبية، التمريضية والإدارية.
- ✓ انخفاض التزام المؤسسة بمبادئ إدارة الجودة الشاملة لكونها تهدف إلى تقديم أكبر كمية ممكنة من الخدمات باستغلال ما تتوفر عليه من طاقات مادية وبشرية أكثر من اهتمامها بالجانب النوعي، وذلك لمقابلة الطلب المتزايد لخدماتها، بالإضافة إلى كونها منفذة لأوامر وتوجيهات السلطة العليا المتمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وليست حرة في تحديد سياستها وبرامجها، وهو ما توصلنا إليه من إجابات أفراد عينة الدراسة والمدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة.

- ✓ عدم الالتزام بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة انجر عنه انخفاض مستوى تحقيق مزاياها، وذلك ما ينعكس في انخفاض مستوى رضا الزبائن وتذمرهم المتزايد بسبب العديد من الأسباب ومنها البطء والتأخر في تقديم الخدمة لهم.
 - ✓ ارتفاع نسبة إجابات أفراد عينة الدراسة حول مقاومة التغيير من طرف إدارة المؤسسة ومختلف عمالها، وصعوبة تنفيذ قرارات موحدة على كافة العاملين مما يعيق تحقيق المستويات المطلوبة للجودة، وهذا يعود إلى مشكلة ازدواجية السلطة من جهة بين إدارة وأطباء المؤسسة، بالإضافة إلى انخفاض مستوى ثقافة التغيير ومواكبة التطورات لدى الأفراد.
 - ✓ وجود علاقة طردية بين المعرفة المقدمة للزبون وجودة الخدمة الصحية، فكلما أطلعت المؤسسة زبائنها أكثر على مستجداتها، التحسينات المبرمجة... زاد اقتناعهم بمستويات جودة الخدمات المقدمة.
 - ✓ وجود علاقة طردية بين المعرفة التي تجمعها المؤسسة عن الزبون والتي تحصلها منه وجودة الخدمة الصحية، فكلما زاد الاهتمام بالزبون وزادت المعلومات التي تمكن المؤسسة من معرفته أكثر زادت قدرة هذه الأخيرة على تقديم الخدمة بالجودة المنتظرة من طرفه ومن ثم تقبلها وزيادة الإقبال عليها.
 - ✓ وجود علاقة طردية بين المعرفة المتبادلة بين المؤسسة والزبون وجودة الخدمة الصحية، والتي تساهم في زيادة التواصل والتبادل المعرفي بينهما مما يمكن المؤسسة من فهم متطلبات الزبون وبما يقنع الزبون بمستويات الجودة المقدمة له.
 - ✓ وجود علاقة طردية بين إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية كمتغيرين رئيسيين في الدراسة، فكلما زاد اعتماد هذا الأسلوب الإداري الاستراتيجي الحديث زادت مستويات الجودة المحققة.
- أما ما يخص ارتباط متغيرات الدراسة الأساسية والفرعية فقد توصلت الدراسة إلى قبول الفرضية الأولى التي بينت أن المؤسسة الصحية محل الدراسة تواجه محددات لإمكانية تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، كما تم إثبات صحة الفرضية الثانية التي تتمحور حول أهمية ربط العلاقات مع الزبائن من خلال اعتماد أسلوب إدارة معرفة الزبون بما يمكن المؤسسة الصحية من معرفة مستويات الجودة المطلوبة منهم.
- ونفس النتيجة بالنسبة للفرضية الرئيسية الثالثة فقد تم قبولها وإثبات صحتها من خلال وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة، وهذا ما يظهر من خلال نتائج مختلف نتائج الفرضيات الفرعية الخاصة بالفرضية الثالثة التي كانت كما يلي:
- ✓ وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة من الزبون وجودة الخدمة الصحية.

- ✓ وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة للزبون وجودة الخدمة الصحية.
- ✓ وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين إدارة معرفة الزبون وجودة الخدمة الصحية، وهذه العلاقة تثبت الارتباط الايجابي بين المتغيرين الرئيسيين للدراسة ومن ثم مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق جودة الخدمة الصحية.
- ✓ لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة حول الزبون وجودة الخدمة الصحية، كما لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعرفة المتبادلة بين المؤسسة والزبون وجودة الخدمة الصحية، حيث قد تتنافى هذه النتيجة مع نتائج دراسات مشابهة وذلك استنادا إلى إجابات أفراد العينة المدروسة.

ثالثا: اقتراحات

تماشيا مع الاستنتاجات التي أوردتها الدراسة فإن التوصيات المقدمة تمثل مساندة لعمل الكثير من المؤسسات الاستشفائية من أجل النهوض بواقع القطاع الصحي وتحقيق الجودة العالية في المؤسسات الصحية.

1- ضرورة أن تسعى المؤسسات الصحية إلى تأسيس مصلحة ضمن هيكلها التنظيمي تسمى (مصلحة علاقات ومعرفة الزبون) للتمكن من الفهم الجيد لحاجاتهم من جهة، وتوسيع ثقافة المؤسسة حول إدارة معرفة الزبون من جهة أخرى، ومن ثم رفع شعار رضا الزبون ويستوعب من طرف كافة العاملين بالمؤسسة، وصولا إلى رضاه وولائه؛

2- ضرورة تبني إدارة المؤسسة لمفهوم إدارة معرفة الزبون CKM وتخصيصها للموارد الكافية خاصة البشرية منها بما يضمن الالتزام بمبادئ هذا المفهوم، ومن ثم تحقيق نتائجه بفعالية؛

3- لعلاج مشكلة مقاومة التغيير التي تعيق تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية العمومية، لا بد من إيجاد الطرق الملائمة للتغلب عليها، منها:

- إشراك الأفراد العاملين في التغيير؛
- بناء منظومة اتصالات متطورة تمد العاملين بالمعلومات الحقيقية بشكل دائم؛
- عدم تجاهل عادات وقيم العمل الحالية لدى العاملين؛
- رفع الروح المعنوية وإشعال الحماس نحو التغيير؛
- الاهتمام بالتنظيمات النقابية والتنظيمات غير الرسمية وكسب تأييدها ونقته؛
- اعتماد البرامج التدريبية؛
- استخدام أسلوب حل المشاكل والاهتمام بالابتكار والإبداع.

4- حتمية الاهتمام بتحقيق الجودة العالية من خلال تحفيز العاملين وزيادة وعيهم بما تتضمنه من مبادئ، وجعلها هدفا استراتيجيا يخدم مصلحة كل من المؤسسة، العاملين والزبائن؛

- 5- ضرورة اهتمام المؤسسة الصحية بزبائنها لكونهم أساس نجاحها واستمرارها وتوسيع حصتها السوقية؛
- 6- ضرورة اعتماد الإدارة العليا للمؤسسة الصحية على إدارة معرفة الزبون وتوعية العاملين بها وتوجيههم لزيادة اهتمامهم بالزبائن للتمكن من الوصول إلى التحسين المستمر في الخدمات الصحية ومن ثم الوصول إلى رضا وولاء الزبون الحالي واسترجاع الزبائن المفقودين من خلال الاتصال بهم والحوار والمناقشة معهم لمعرفة أسباب تحولهم إلى مؤسسة أخرى وإعادة ثقتهم بالمؤسسة؛
- 7- ضرورة التقرب من الزبون أكثر من خلال إشراكه في وضع خطط المؤسسة وعدم الاكتفاء بالاطلاع على سجل الاقتراحات والتي من المفروض أن يتم سماعها مباشرة من الزبائن للتعرف على شكاويهم واقتراحاتهم، مما يمكن المؤسسة من تحسين وتطوير الخدمة المقدمة لهم؛
- 8- زيادة حجم وقيمة المعلومات المقدمة للزبائن ، ولا يقتصر الأمر هنا على المعلومات المتعلقة بحالتهم الصحية، وإنما أكثر من ذلك اطلاعهم على سياسات المؤسسة والتغييرات التي ستجرى داخلها، التحسينات المنتظر تحقيقها، الوسائل والتقنيات المعتمدة... الخ مما يزيد من الارتباط النفسي للزبون بالمؤسسة؛
- 9- التأكيد على تحويل أكبر قدر من المعرفة الضمنية إلى معرفة صريحة في المؤسسات الصحية من خلال تشجيع نقل المعرفة بين العاملين والزبائن لجعلهم جزءا من عائلة المؤسسة؛
- 10- أهمية الاحتفاظ بقنوات الاتصال المفتوحة مع الزبائن حتى بعد مغادرتهم المؤسسة الصحية لمتابعة حالتهم الصحية واستمرارية استقبال مقترحاتهم اعتمادا على أحدث الوسائل العلمية للاتصال كالانترنت.

رابعاً: مواضيع بحث مستقبلية

- 1- دور إدارة خدمة الزبون في تحقيق الجودة بالمؤسسة الخدمية.
- 2- دور إدارة معرفة الزبون الالكترونية في تحقيق التفوق التنافسي للمؤسسة الصغيرة والمتوسطة.
- 3- دور إدارة معرفة زبون المؤسسة الجزائرية في تحقيق تفوقها التنافسي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

- 1- أحمد إبراهيم أحمد، إدارة الأزمات - الأسباب والعلاج، دار الفكر العربي، القاهرة، 2002.
- 2- أحمد خاطر، مقدمة في إدارة المؤسسات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1992.
- 3- أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات - رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2006.
- 4- إبراهيم الخلوف الملكاوي، إدارة المعرفة الممارسات والمفاهيم، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
- 5- إياد شوكت منصور، إدارة خدمة العملاء، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- 6- بلقاسم سلاطينية، إسماعيل قيرة، التنظيم الحديث للمؤسسة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008.
- 7- تشارلز فيليبس، ترجمة جلال البنا، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2003.
- 8- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
- 9- ثامر ياسر البكري، الاتصالات التسويقية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
- 10- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
- 11- جمال الدين لعويسات، إدارة الجودة الشاملة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2003.
- 12- حسين عجلان حسن، استراتيجيات الإدارة المعرفية في منظمات الأعمال، دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- 13- حيدر علي المسعودي، إدارة تكاليف الجودة استراتيجيا، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
- 14- خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط3، 2010.

- 15- خضير كاظم حمود، روان منير الشيخ، إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2010.
- 16- خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر، عمان، 2000.
- 17- خليل حسن الشماع، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال، دار المسيرة، عمان، ط4، 2004.
- 18- خيري كتانه، مدخل إلى إدارة الأعمال - منهج تحليلي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
- 19- ربحي مصطفى عليان، أسس الإدارة المعاصرة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
- 20- ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- 21- رعد عبد الله الطائي، عيسى قعادة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- 22- زيد منير عبوي، إدارة الجودة الشاملة، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
- 23- زاهر محمد عبد الرحيم، إدارة المستشفيات والسجلات الطبية، دار الريبة للنشر والتوزيع، عمان، 2016.
- 24- سامي محمد هشام حريز، الإدارة بالأفكار، دار الريبة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- 25- سلمان زيدان، إدارة الجودة الشاملة - الفلسفة ومداخل العمل - الجزء الأول، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2010.
- 26- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.
- 27- سونيا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004/2003.
- 28- صباح حميد علي، غازي فرحان أبو زينون، الاتصالات الإدارية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
- 29- صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2009.
- 30- طلعت أسعد عبد الحميد، التسويق الفعال، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002.
- 31- عاطف عبيد، أصول التنظيم والإدارة، دار النهضة العربية، بيروت، 1997.
- 32- عامر خضير الكبيسي، إدارة المعرفة وتطوير المنظمات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2005.

- 33- عبد الرحمان الصباح، مبادئ الرقابة الإدارية المعايير - التقييم - التصحيح، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1997.
- 34- عبد الستار العلي، عامر قندلجي، غسان العمري، المدخل إلى إدارة المعرفة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
- 35- عبد السلام أبو قحف، كيف تسيطر على الأسواق؟ تعلم من التجربة اليابانية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003.
- 36- عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003.
- 37- علاء فرحان طالب، أميرة الجنابي، إدارة معرفة الزبون، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2009.
- 38- علي السلمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للإيزو، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 1995.
- 39- علي السلمي، إدارة التميز - نماذج وتقنيات الإدارة في عصر المعرفة، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2000.
- 40- عواطف إبراهيم الحداد، إدارة الجودة الشاملة، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2009.
- 41- عودة أحمد سليمان، فتحي ملكاوي، أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية، مكتبة المنار، عمان، 1992.
- 42- غازي فرحان، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار الزهران، عمان، 1999.
- 43- فتحي احمد يحيى العالم، نظام إدارة الجودة الشاملة والمواصفات العالمية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2010.
- 44- فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- 45- فواز التميمي، أحمد الخطيب، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للإيزو 9001، جدارا للكتاب العالمي للنشر والتوزيع، عالم الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- 46- فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
- 47- لعلى بوكميش، الجودة الشاملة. ايزو 9000، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.
- 48- مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2006.
- 49- مأمون الدرادكة، طارق الشبلي، الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر، عمان، 2002.

- 50- محمد العيشوني، مقدمة الدليل العملي للتحسين المستمر للعمليات باستخدام الأدوات الأساسية السبع للجودة، دار الأصحاب للنشر والتوزيع، السعودية، 2010.
- 51- محمد عبد العال النعيمي، راتب جليل صويص، Six Sigma تحديد الدقة في إدارة الجودة، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- 52- محمد عبد العال النعيمي وآخرون، إدارة الجودة المعاصرة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
- 53- محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
- 54- محمد عواد أحمد الزيادات، اتجاهات معاصرة في إدارة المعرفة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- 55- محمد علي جعلوك، القادة هل يولدون أم يصنعون، دار الراتب الجامعية، لبنان، 1999.
- 56- مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2008.
- 57- مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.
- 58- نجم عبود نجم، إدارة المعرفة. المفاهيم. الاستراتيجيات والعمليات، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
- 59- نجم عبود نجم، المدخل الياباني إلى العمليات الإستراتيجية والنظم والأساليب، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
- 60- نزار عبد المجيد البرواري، لحسن عبد الله باشيوة، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة - مفاهيم وأسس وتطبيقات، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2011 .
- 61- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب والنشر، الجزائر، 2008.
- 62- وسيلة حمداوي، الجودة ميزة تنافسية في البنوك التجارية، مديرية النشر لجامعة قلمة، الجزائر، 2009.
- 63- وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.
- 64- يوسف حجيم الطائي، محمد فوزي العبادي، هاشم فوزي العبادي، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2008.

المذكرات:

- 1- سملالي يحييه، أثر التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية وتنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية (مدخل الجودة والمعرفة)، أطروحة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2004/2003
- 2- فلة العيهار، دور الجودة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في فرع إدارة الأعمال، جامعة الجزائر، 2005.
- 3- محمد بودالي. دور المورد البشري في الرقابة على جودة المنتج. مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير. جامعة بومرداس. الجزائر. 2011/2010
- 4- نبيلة كحيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة قسنطينة، الجزائر، 2009/2008.

المجلات:

- 1- أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، العدد 4، جامعة ورقلة، الجزائر، 2006.
- 2- بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، جامعة سكيكدة، ديسمبر 2003.
- 3- بوحنية قوي، إعادة هندسة الأداء الجامعي: مقارنة معاصرة، مجلة الباحث، العدد الخامس، جامعة ورقلة، الجزائر، ماي 2007.
- 4- حنان الأحمد، تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية. دورية الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة، الرياض، 2000.
- 5- خالد بن سعيد، مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الادارية، المجلد 2، العدد 1، مجلس النشر العربي، الكويت، 1994.
- 6- سنان كاظم الموسوي، مؤيد حسن علي، مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأثرها في تحديد الأسبقيات التنافسية، مجلة آداب الكوفة، العدد الأول، العراق، 2008.
- 7- صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد الأول، الأردن، يناير 2012.

- 8- عباس حسين جواد، سحر عباس حسين، أثر التخطيط الاستراتيجي في رضا الزبون وفق فلسفة ادارة الجودة الشاملة، مجلة اهل البيت، العدد الثالث، جامعة اهل البيت، كربلاء، 2005.
- 9- عرابية الحاج. ازدواجية السلطة في المستشفيات- المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث، العدد 7، جامعة ورقلة، الجزائر، 2010/2009.
- 10- عيسى يوسف قدارة، ايجابيات ومعوقات تطبيق الجودة الشاملة في الجامعات الأردنية.دراسة استكشافية، أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد 03، جامعة بسكرة، الجزائر، جوان 2008.
- 11- علي حسون الطائي، إدارة معرفة الزبون وأبعاد الخدمة الصحية. العلاقة والأثر، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، جامعة بغداد، العدد السابع عشر، أيار 2008.
- 12- غسان عيسى، إبراهيم العمري، دور الروافد الفكرية والجزور الإدارية لإدارة المعرفة في بناء تكنولوجيا المعرفة، أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد السادس، جامعة بسكرة، ديسمبر 2009.
- 13- ليث سلمان الربيعي وآخرون، أثر إدارة معرفة الزبون وتطوير الخدمات الجديدة في الأداء التسويقي، دراسات العلوم الإدارية، المجلد 41، العدد 02، الجامعة الأردنية، 2014.
- 14- ميلود تومي، حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد الثاني، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، ديسمبر 2007.
- 15- نزار عبد المجيد البرواري، علي منصور محمد بن سفاع. تقنيات التحسين المستمر والاداء المنظمي: تاثير مفاهيمي ومؤشرات قابلة للتطبيق في المنظمات الصناعية، مجلة العلوم الادارية والاقتصادية، العدد الاول، يونيو 2008
- 16- يوسف حجيم الطائي، هاشم فوزي دباس العابدي، الدور الإستراتيجي لإدارة الجودة الشاملة في إدارة علاقات الزبون، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 36، جامعة الكوفة، 2008.

الملتقيات، المؤتمرات والتقارير:

- 1- إبراهيم عبد الله، الرقابة وأهميتها في تطوير تنافسية المؤسسة، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الوطني الأول حول المؤسسة الاقتصادية وتحديات المناخ الاقتصادي الجديد، جامعة ورقلة، الجزائر، أبريل 2003.
- 2- أحمد السيد الكردي، مبادئ إدارة المستشفيات، ملتقى البحث العلمي، موسوعة الإسلام للتنمية، ماي 2010.
- 3- احمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة مدخل لتطوير الأداء الإداري للمنظمات، مداخلة مقدمة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، الجزائر، 09/08 مارس 2005.

- 4- بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، ورقة عمل مقدمة ضمن مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، 12- 14 مارس 2002.
- 5- جميلة مديوني، أسلوب القياس المقارن كمدخل لتحقيق التميز ومواجهة المنافسة - مع استعراض بعض التجارب الناجحة، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الوطني الثاني حول: المؤسسة الاقتصادية الجزائرية والتميز، جامعة قلمة، الجزائر، 26/27 نوفمبر 2007.
- 6- حكيم بن جروة، محمد بن حوحو، تسيير العلاقات من خلال الزبون لتحقيق المنافسة واكتساب ميزة تنافسية، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي الرابع حول: المنافسة والاستراتيجيات التنافسية للمؤسسات الصناعية خارج قطاع المحروقات في الدول العربية. جامعة الشلف، الجزائر، 8/9 نوفمبر 2010.
- 7- زكية مقري، التوجه بالمستهلك كمدخل استراتيجي لزيادة القدرة التنافسية لمنظمات الأعمال، مداخلة مقدمة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، الجزائر، 8/9 مارس 2005.
- 8- سامي محمد الحبيب، التخطيط الصحي والقيادة. دورة تدريبية في إدارة الصحة للمستشفيات. جامعة الملك سعود، جدة، 1432.
- 9- سعد بحيري، دوائر الجودة الإسلامية كمدخل لتحقيق الجودة الشاملة، ورقة عمل مقدمة في ندوة قياس الأداء في المنظمات الحكومية - مدخل قائمة قياس الانجاز المتوازنة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، فيفري 2007.
- 10- سليمان بلعور، عبد اللطيف مصيطفي، إعادة الهندسة مدخلا للأداء المتميز، مداخلة مقدمة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، الجزائر، 8/9 مارس 2005.
- 11- سليم بوقنة، فارس بوباكور، استعمال الأساليب الكمية في دراسة سلوك المستهلك نحو خدمات النقل البري، مداخلة مقدمة ضمن ملتقى وطني حول: استعمال الأساليب الكمية في اتخاذ القرارات الإدارية، جامعة سكيكدة، الجزائر، 26/27 جانفي 2009.
- 12- صرارمة عبد الوحيد، بالوطار مهدي، دور المعرفة في إعداد وتنفيذ السياسات العمومية. مداخلة مقدمة الملتقى الدولي حول اقتصاد المعرفة، جامعة بسكرة، الجزائر، 2005.
- 13- عبد العزيز بن عبد الله العرب، الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات، ملتقى البحث العلمي. جدة، 1429.

- 14- فيصل بوطيبة، خديجة خالدي، دور تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تكيف التعليم مع اقتصاد المعرفة، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي حول اقتصاد المعرفة، جامعة بسكرة، 2005.
- 15- قتيبة صبحي أحمد الخيرو، إرساء ثقافة الجودة هو الطريق نحو التميز والنجاح، المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، الجزائر، 09/08 مارس 2005.
- 16- قورين حاج قويدر، رضوان أنساعد، اثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي حول: رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة، جامعة الشلف، الجزائر، 14/13 ديسمبر 2011.
- 17- كربالي بغداد، الانترنت وتسيير علاقة الزبون، الملتقى الدولي حول اقتصاد المعرفة، جامعة بسكرة، الجزائر، 2005.
- 18- كمال قاسمي، إدارة التغيير - المنطلقات والأسس مع عرض أهم الاستراتيجيات الحديثة للتغيير، مداخلة مقدمة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، الجزائر، 9/8 مارس 2005.
- 19- كمال منصور، عيسى خليفي، البنية التحتية لاقتصاد المعارف في الوطن العربي - الواقع والآفاق، الملتقى الدولي حول اقتصاد المعرفة، جامعة بسكرة، الجزائر، 2005.
- 20- لخضر مرغاد، حدة رابيس، الإدارة بالأهداف كأداة للتسيير الفعال، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي حول التسيير الفعال في المؤسسة الاقتصادية، جامعة مسيلة، الجزائر، ماي 2005.
- 21- محمد بوهزة، رفيق مرزوقي، القيادة الإدارية وعلاقتها بالإبداع الإداري، الملتقى الدولي حول: صنع القرار في المؤسسة الاقتصادية، جامعة محمد بوضياف، الجزائر، 2009.
- 22- منير نوري، إبراهيم لجلط، التحالف مع العملاء ذوو الولاء مدخل لإدارة رأس المال الفكري للمنظمة، مداخلة مقدمة إلى الملتقى الدولي الخامس حول: رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في ظل الاقتصاديات الحديثة، جامعة الشلف، الجزائر، 14/13 ديسمبر 2011.
- 23- ميلود تومي، نادية خريف، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية إستراتيجية لتحقيق التميز والقدرة على المنافسة، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الوطني الثاني حول المؤسسة الاقتصادية الجزائرية والتميز، جامعة قالم، الجزائر، 27/26 نوفمبر 2007.

- 24- نجم عبود نجم، التحول إلى المؤسسات العامة القائمة على إدارة المعرفة، أوراق عمل المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية: نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، الرياض، 4/1 نوفمبر 2009.
- 25- نذير عليان، عبد الرحمان بن عنتر، نحو نموذج لتسيير المعرفة في المؤسسة، الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، الجزائر، 10/9 مارس 2004.
- 26- هدى بدروني، إدارة المعرفة كأحد المرتكزات الأساسية في بقاء منظمات الأعمال والرفع من كفاءة أدائها، الملتقى الدولي الخامس حول: رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في ظل الاقتصاديات الحديثة، جامعة الشلف، الجزائر، 14/13 ديسمبر 2011.
- 27- ياسين الطيب، عمر حوتية، أسلوب إعادة الهندسة كمدخل لتحقيق فعالية التسيير بالمؤسسات الاقتصادية العمومية، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الدولي الأول حول التسيير الفعال في المؤسسة الاقتصادية، جامعة مسيلة، الجزائر، 4/3 ماي 2005.

منشورات وقوانين:

- 1- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 33، مرسوم تنفيذي رقم 70-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428، الموافق لـ 19 ماي 2007، المتضمن لإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

المراجع باللغة الأجنبية:

- 1- A. FILEMON, JR URIARTE, Introduction to Knowledge Management, ASEAN Foundation, Japan, 2008.
- 2- Adrian Payne, Handbook of CRM, Elsevier Linacre House, Great Britain, 2005.
- 3- Christian Michon, Le Merkatour, édition Pearson, Paris, 2003.
- 4- Claude Dumeur, Marketing, Édition DALLOZ, 4^{ème} édition, Paris, 2003
- 5- Claude Vilcot, Hervé Leclot, Indicateur qualité en santé- Certification et évaluation des pratiques professionnelles, 2ème édition, AFNOR, Paris, 2006.
- 6- Djamel Eddine Laouisset et autres, stratégie de marketing – management hospitalier, Edition distribution Houma, Alger, 2003.
- 7- Florence Douguet, Jorge Munoz, Les Effets de l'Accréditation et des Mesures d'Amélioration sur la Qualité des Soins sur l'Activité des Personnels Soignants. Document de Travail, Série Etudes n° 48, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, France, Juin 2005.
- 8- Gisèle COMMARMOND, Alain EXIGA, Manager par les objectifs, 2ème édition, Dunod, Paris, 2004.
- 9- Guy Audiger, Marketing pour l'entreprise, Gualino édition, Paris, 2003
- 10- HUBERAC Jean- Pierre, Guide des méthodes de la qualité- Choisir et mettre en œuvre une démarche qualité qui vous convienne dans l'industrie ou les services. Edition MAXIMA, 2ème édition, Paris, 2001.

- 11- Jaap Van Den Heuvel, **The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Health Care**, Beaumont Quality Publications, Nieuw Lekkerland, IBIS UVA , Amsterdam, December 2006
- 12- Jean Baptiste Coumau et Autres, **Manager par la marque**, Editions d'Organisation, Paris, 2005.
- 13- Kotler § Armstrong, **Principles of marketing**, Prentice- Hall. Tenth ed, New Jersey, 2004.
- 14- Louise EARL, **La gestion des connaissances en pratique au Canada- 2001**, Enquête sur les pratiques de gestion des connaissances, 2001, Canada, mars 2003.
- 15- Luc Boyer. Noel Equilbey, **Organisation « Théories / Applications »**, Editions d'Organisation, 2ème édition, Paris, 2003.
- 16- Mand Champy, **Reengineering the corporation- A manifesto for business revolution**, London, 1993.
- 17- Markland & others, **Operation Management. Concepts in manufacturing and services**, West publishing company, New York, 1995.
- 18- Michael Hammer, James Champy, **Le Reengineering**, Dunod, Paris, 1993.
- 19- Michel Lafitte, **La valeur client et ses implications bancaires**, REVUE BANQUE Edition, Paris, 2005.
- 20- Nassima TERFAYA, **Démarche qualité dans l'entreprise et analyses des risques**, Editions Distribution HOUMA, Alger, 2004.
- 21- Nicolas Tanti-Hardouin, **Economie de la santé**, Armand Colin, Paris, 1994.
- 22- NOBRE Thierry. **Management de la valeur et pouvoirs dans l'Hôpital**. Journées nationales des IAE. **Le pilotage. Gestion des ressources humaines et système d'information**. Presses Académiques de l'Ouest. Tomes 4. Nantes. Juin 1998
- 23- Paul Gray, Jongbok Byun, **Customer Relationship Management**, Version 3-6, Irvine, University of California, March 2001.
- 24- Philip Kotler, **Marketing Management**, Pearson Education , 12 ème édition, France, 2006.
- 25- Philippe Kotler. B Dubois, **Marketing Management**, Pearson Edition, 11ème édition, France, 2003.
- 26- SEDDIKI Abd ALLAH, **Management de la qualité de l'inspection à l'esprit Kaizen**, 2ème édition, Office des publications universitaires, Alger, 2008.
- 27- Tapan Kumer Roy, Christos Stavropoulos, **Customer Knowledge Management (CKM) in the e- Business Environment**, Luleå University of Technology, 2007.
- 28- Yves- Frédéric Livian, **Organisation « Théories et Pratiques »**, Dunod, Paris, 1998.0
- 29- Yvon Mongin, **Processus : Les Outils d'Optimisation de la Performance**, Edition d'Organisation, Paris, 2004.

Journaux et Revues:

- 1- Adrian Bueren & Others, **Customer Knowledge Management - Improving Performance of Customer Relationship Management with Knowledge Management**, Proceedings of the 37th Hawaii International Conference on System Sciences, 2004.
- 2- Florence Douguet, Jorge Munoz, **Les Effets de l'Accréditation et des Mesures d'Amélioration sur la Qualité des Soins sur l'Activité des Personnels Soignants**, Document de Travail, Série Etudes n0 48, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, France , Juin 2005.

- 3- Graeme Shanks, Emily Tay, **The role of knowledge management in moving to a customer- focused organization**, Global Co-Operation in the New Millennium, The 9th European Conference on Information Systems Bled, Slovenia, June 27-29/ 2001.
- 4- Jennifer E Rowley, **Reflections on customer knowledge management in e-business**, Qualitative Market Research: An International Journal, Volume 5, Number 4, 2002.
- 5- Jérôme Bon, Elisabeth Tissier, Desbordes, **Fidélise les clients**, la revue française du gestion, Adetem, N° 127, Paris, 2002.
- 6- John Read H & Nicholas Hall, **Methods For Measuring Customer Satisfaction**, Energy Evaluation conference, Chicago, 1997.
- 7- Mehdi Shami Zanjani, Roshanak Rouzbehani, and Hosein Dabbagh, **Proposing a Conceptual Model of Customer Knowledge Management. A Study of CKM Tools in British Dotcoms**, International Journal of Human and Social Sciences, 3:5 2008.
- 8- MICHAEL GIBBERT & others, **Five Styles of Customer Knowledge Management and How Smart Companies Use Theme To Create Value**, European Management Journal, Vol 20, N° 5, Pergamon, Great Britain, 2002.
- 9- NOBRE Thierry, **Management de la valeur et pouvoirs dans l'Hôpital**, Actes des journées nationales des IAE, **Le pilotage- Gestion des ressources humaines et système d'information**, Presses Académiques de l'Ouest, Tomes 4, Nantes, 1998.
- 10- OGUNDE A. O & Others, **Towards an agent – based customer knowledge management system**, (IJCS) International Journal on Computer Science and Engineering, Vol 02, N° 06, 2010.

مواقع انترنت:

- 1- www.brooonzyah.net/vb/t4297.html (02/12/2011)
- 2- www.kaner.com/pdfs/quality-cost-Analysis.pdf. (02/01/2012)
- 3- www.Cesseworld.com/rentrée/cours/download.php? (01/08/2012)
- 4- <http://kenanaonline.com/users/Ahmedkordy/Topics/72306/posts/156677> (28/12/2011)
- 5- www.memoireonline.com (02/02/2011)
- 6- <http://www.alnoor-world.com/learn/topicbody.asp?TopicID=119&SectionID=1> (2012/09/27)
- 7- <http://www.OCDE.org> (02/10/2012).
- 8- <http://www.dr-saud-a.com/vb/showthread.php?58999> (14/10/2013)
- 9- www.tahasoft.com/books/005.docx (30/04/2012)
- 10- <http://eco.asu.edu.jo/ecofaculty/wp-content/70.doc> (21/04/2013)
- 11- <http://www.ceasames.net/fichier.php?id=99> (23/04/2013)
- 12- <http://www.ontariocanada.com> (19/04/2013)
- 13- <http://www.softcomputing.com> (15/01/2013)
- 14- <http://ahmed2011.yoo7.com/t3-topic> (20/04/2012)
- 15- <http://www.academicjournals.org/AJBM> (30/01/2013)
- 16- <http://getapp.com> (19/04/2013)
- 17- <http://www.uobabylon.edu.iq/uobcoleges/lecture.aspx?fid=11&lcid=38249> (17/03/2014)
- 18- <http://www.djazairss.com/elmassa/61937> (15/11/2012)
- 19- www.skaau.com (03/05/2011)
- 20- <http://islamfin.go-forum.net/t1559-topic> (29/09/2011)

- 21- http://edu2day.blogspot.com/2013/04/blog-post_656.html (29/04/2013)
- 22- [http://alirtikaa.mummygallery.com/t3-topic\(17/04/2014\)](http://alirtikaa.mummygallery.com/t3-topic(17/04/2014))
- 23- www.edara.com (22/01/2011)
- 24- <http://www.alamelgawda.com/vb/showthread.php?t=2563> (09/10/2012)
- 25- www.meu.edu.jo (27/12/2015)
- 26- <http://iceb.nccu.edu.tw> (26/03/2012)
- 27- www.iasj.net (22/01/2014)
- 28- <http://www.hrdiscussion.com/hr85158.html> (01/05/2014)
- 29- <http://books.google.dz>
- 30- www.kau.edu.sa (13/08/2013)

المخلص:

تعد المعرفة من أهم الأصول التي قد تمتلكها المؤسسات الصحية الحديثة، إذ يقتضي الاندماج في الاقتصاد العالمي المبني على المعرفة سعي هذه المؤسسات إلى تثمين مواردها الداخلية، كفاءاتها الإستراتيجية، ورصد المعرفة الكامنة لدى الموارد البشرية بما يضمن لها ديمومة ميزتها التنافسية، ولتحقيق هذا الهدف بالإضافة إلى زيادة توجه هذه المؤسسات نحو الزبون، فقد أصبح أهم سبيل لها هو تبادل المعلومات والمعرفة الضرورية معه وجعله يشارك في إنتاج الخدمة الصحية بالإضافة إلى الاستفادة منها، وذلك من خلال معرفة كل ما يتعلق بزبائنهم من احتياجاتهم، ميولاتهم وأولوياتهم استناد إلى حالتهم الصحية، معرفة ما يودون معرفته حول طبيعة خدماتها،... الخ لتلبية احتياجاتهم وبمستوى الجودة المطلوب، تحقيق القيمة لهم، رضاهم وولائهم للمؤسسة. ومن خلال بحثنا تم التوصل إلى أهمية ودور إدارة معرفة زبون المؤسسة الصحية في تحقيق الجودة المطلوبة لخدماتها على اعتبار أن المعرفة مؤشرا لخلق القيمة ومصدرا للاستمرارية وكون الزبون أحد أهم مصادر المعرفة وأهم هدف للمؤسسة.

الكلمات المفتاحية: المؤسسة الصحية، المستشفى، الجودة، إدارة المعرفة، إدارة معرفة الزبون.

Résumé:

La connaissance est l'actif le plus importants qui peut être détenue par l'institution de santé moderne, car l'intégration à l'économie mondiale fondée sur la connaissance nécessite la poursuite de ces institutions à la valorisation de ses ressources internes, une stratégie de compétences et de surveiller le potentiel de connaissance des ressources humaines afin d'assurer à l'institution sa durabilité concurrentielle, et pour atteindre cet objectif ainsi qu'accroître l'orientation de ces institutions envers le client, il est devenu plus important pour eux d'échanger des informations et des connaissances nécessaires avec lui et de le rendre participant à la production du service de santé ainsi que d'en profiter, cela en connaissant tout ce qui concerne les besoins de leurs clients, leurs priorités en fonction de leurs états de santé, savoir ce qu'ils désirent connaître sur la nature de leurs services, ...Etc. pour atteindre leur valeur, leur satisfaction et leur loyauté. Grâce à notre recherche, nous avons abouti à la conclusion que la gestion de la connaissance du client de l'établissement de santé a un rôle et une importance primordiale pour la réalisation de la qualité voulue sur la base que la connaissances est un indicateur pour crée la valeur et une source de continuité et le fait que le client est l'une des sources les plus importantes de connaissances et l'objectif le plus important de l'entreprise.

Mots clés : l'entreprise de santé, L'hôpital, La qualité, la gestion de la connaissance , la gestion de la connaissance du client.

Abstract

The Knowledge is the most important value that may be owned by the modern health institutions, it requires integration based on global economy in pursuing of these institutions to the valorization of these internal resources, strategic efficiency and monitor the inherence of human resources in order to insure its competitive advantage. To achieve this goal in addition to the increase of these institutions culminated towards the customer, for most it has become necessary to exchange information and knowledge with it because it takes part in production of the health service as well as it takes advantage of them, and through knowledge of all aspects of its customers, their orientation, their priorities based on their health status and find out what they would like to know about the nature of their services to make ends, the required quality is to achieve value for them and their satisfaction and loyalty to the institutions. And through our research has been reached the importance of customer knowledge management in health institutions, in achieving the required quality of service on the fields which manage the knowledge indicator of value creation, a source of continuity and the fact that the customers most important sources of knowledge and also is the most important goal of the institution.

Key words: Health institution, The hospital, The Quality, Knowledge Management, Customer Knowledge Management

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية

تحية طيبة وبعد

تجري الباحثة دراسة علمية بعنوان: "دور إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية" وذلك لاستكمال متطلبات الحصول على شهادة الدكتوراه، وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير إدارة معرفة الزبون على تحقيق جودة الخدمات الصحية ومن ثم رضا وولاء الزبون للمؤسسات المقدمة لهذه الخدمات.

لذا نرجو من سيادتكم التكرم بالمساعدة في إتمام هذه الدراسة عن طريق الإجابة على الأسئلة التي تتضمنها الاستمارة المرفقة، علما أن إجاباتكم تعامل بشكل سري ولأغراض البحث العلمي فقط.
شاكرين لكم سلفا جهودكم وحسن تعاونكم
ومن الله التوفيق

الباحثة
سمية حرنان
2014 - 2015

المشرف
الأستاذ الدكتور
ميلود تومي

يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة المطروحة في المكان المخصص بوضع علامة (X).

المحور الأول: البيانات الشخصية

1- الوظيفة:

طبيب

ممرض

إداري

2_الجنس:

ذكر

أنثى

2-السن:

من 30 سنة إلى 39 سنة

من 50 سنة إلى 59 سنة

من 20 سنة إلى 29 سنة

من 40 سنة إلى 49 سنة

60 سنة - فأكثر

3- المستوى العلمي

شهادة تكوين مهني:

ليسانس:

دكتوراه:

ثانوي:

تقني سامي:

مهندس دولة:

4- إجمالي مدة الخدمة بالمستشفى

10 - 6

20 - 16

26 فأكثر

5 - 1

15 - 11

25 - 21

لمحور الثاني: جودة الخدمة الصحية: هي محاولة توفير الحماية لكل شخص من خلال مختلف وظائف تشخيص الأمراض وعلاجها بما يضمن أحسن النتائج الصحية وبأقل التكاليف الممكنة وبأقل مستوى خطر، لتحقيق رضا الزبون في أعلى مستوياته من خلال مختلف العلاقات الإنسانية السائدة داخل النظام الصحي.

غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق بشدة	العبارة	
					1-يعمل المستشفى على دراسة السوق وتحديد متطلباته واحتياجات الزبائن، لتركيز جهوده في الاستجابة إليها لتحقيق رضا الزبون	(1) مبادئ إدارة الجودة الشاملة
					2- يبدي المستشفى اهتماما بمستوى أداء العاملين وتدريبهم وتطويرهم لتحقيق الهدف المرجو والمستوى المطلوب من الجودة	
					3-وجود وعي بفلسفة الجودة الشاملة وتقبلها من قبل المورد البشري العامل بالمستشفى	
					4-يتم عقد ورشات عمل داخل المستشفى تختص في مناقشة السياسات والإجراءات التي تدعم تحسين مستويات الجودة	
					5-يسعى المستشفى إلى وضع إستراتيجية لاتخاذ قرارات مبنية على ال قبل البدء في عملية تقديم خدماته، وليس على ضوء الحقائق المعتمدة على الحدس والخبرة الشخصية.	
					6-هناك استغلال امثل للأجهزة والتقنيات الحديثة بالإضافة إلى القوى العاملة في المستشفى مما يقلل من فرص الضياع ويزيد من سرعة الاستجابة لرغبات الزبائن المتغيرة وبالجودة المطلوبة.	
					7-هناك التزام من الإدارة العليا بتشجيع برنامج الجودة حيث تنظم برامج تدريبية بالمستشفى لتعلم أساليب وطرق حل المشاكل وتحسين الجودة.	
					1-يبقي المستشفى تدمر الزبائن في أدنى مستوياته من خلال تقديم أفضل الخدمات	(2) مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة
					2-هناك تزايد مستمر في عدد الزبائن المقبلين على خدمات المستشفى من فترة إلى أخرى	
					3-يقدم المستشفى خدمات تتوافق وما ينتظره زبائنها فيما يخص مستوى جودة هذه الخدمات	
					4-يستجيب المستشفى بصورة سريعة لطلبات الزبائن المستعجلة وخدمتهم كما ونوعا باستمرار	
					5-لا يعتمد المستشفى في بناء قراراته على التكلفة فقط	
					6-استفادة المستشفى من التجارب الناجحة في مؤسسات مماثلة والمستغلة في تحسين خدماته من خلال تحقيق أعلى مستويات للجودة	
					1-عدم وفرة التخصيصات المالية اللازمة لتطبيق نظام إدارة الجودة	(3)

					الشاملة	عوائق
					2-وجود مقاومة للتغيير من طرف الإدارة أو العاملين بالمستشفى	تطبيق
					3-نقص المهارات التدريبية مما يؤدي إلى التطبيق الخاطئ لخطوات ومبادئ إدارة الجودة الشاملة	ادارة الجودة
					4-هناك صعوبة في تطبيق أنظمة وقرارات موحدة على جميع العاملين بالمستشفى في آن واحد وذلك لتباين اختصاصاتهم وقدراتهم العلمية والعملية	الشاملة

المحور الثالث: إدارة معرفة الزبون: هي عملية استقطاب، مشاركة، تحويل واستعمال البيانات، المعلومات والمعرفة المتعلقة بالزبائن لتحقيق أهداف المؤسسة وزيادة عوائدها.

غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق بشدة	العبارة	
					1-يكيف العاملون بالمستشفى تصرفاتهم وفقا لطبيعة مرضاهم وخصوصياتهم	(1) المعرفة من الزبون
					2-يقوم الكادر الطبي والتمريضي بالمستشفى بالمتابعة الدائمة للحالة الصحية للمرضى والاستماع لانشغالاتهم	
					3-يتم استخدام الأخصائيين النفسانيين في المستشفى لمعرفة الزبائن وتحديد توجهاتهم	
					4-عملية اتخاذ قرارات المستشفى تتم بناء على تحليل جيد لملاحظات الزبائن	
					1-يملك المستشفى موقعا الكترونيا لعرض أهم خدماته، تخصصاته وما يملكه من كفاءات	(2) المعرفة للزبون
					2-يعلم المستشفى مرضاه بتطورات حالتهم الصحية باستمرار	
					3-يطلع المستشفى زبائنه على خدماته ومشاريعه المستقبلية	
					4-يخصص المستشفى مجموعة من العاملين ويدربهم لتوجيه المرضى ومساعدتهم في تحديد أسلوب الاستفادة من خدماته	
					5-يعلم المستشفى تطورات حصيلة نشاطاته دوريا	
					1-يملك الأفراد العاملين قاعدة بيانات كافية عن كل زبون مما يشجع على بناء علاقات جيدة معه	(3) المعرفة عن الزبون
					2-يتحلى المستشفى بروح المسؤولية فيما يخص المعلومات الشخصية لزبائنه	
					3-يتمتاز موظفي المستشفى بالمهارات والخبرات والقدرات المعرفية مما يساعد على توقع توجهات الزبون	
					4-يسعى المستشفى إلى تطوير علاقته مع الزبائن للحصول على معلومات أكثر حولهم	

					5-يقوم المستشفى بدراسات استطلاعية مستمرة للتعرف على حاجات الزبائن المتنوعة والمتغيرة
					1-يعمل المستشفى على تحسين سمعته وخدماته لضمان استمرارية علاقته بزبائنه
					2-يستشير المستشفى زبائنه قبل اتخاذ قراراته المتعلقة بهم
					3-يستشير الزبائن مختلف كوادر المستشفى فيما يخص نوعية الخدمات المناسبة لهم
					4-يعمل المستشفى على تبادل المعرفة مع الزبائن لتحقيق أهداف الطرفين
					5-يتواصل المستشفى باستمرار مع زبائنه لضمان رضاهم وولائهم

(4)
المعرفة
المختلطة

المحور الرابع: مساهمة إدارة معرفة الزبون في تحقيق جودة الخدمة الصحية

غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق بشدة	العبارة
					1- تساعد اقتراحات الزبائن حول نوعية الخدمة الصحية المطلوبة على تحسين مستويات الجودة المقدمة
					2- المعرفة الجيدة للزبون هي أساس إقناعه بجودة الخدمات التي يحصل عليها
					3- جمع المعلومات حول الزبون يمكن كوادر المؤسسة من التوصل إلى مستويات الجودة المطلوبة التي تحقق رضاه وولائه
					4- يمكن تبادل المعارف مع الزبائن على إقناعهم بمستويات الجودة المحققة والافتتاح بمستويات الجودة المطلوبة منهم