

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المدرسة العليا للتجارة - الجزائر -

مذكرة تخرج

مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية والمالية

تخصص: إدارة أعمال

الموضوع

## تأثير ازدواجية السلطة على اتخاذ القرار في المؤسسات الاستشفائية العمومية

دراسة المستشفيات العمومية لولاية المسيلة

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

رابح كشاد

من إعداد الطالب:

وليد بقاش

السنة الجامعية: 2015-2016



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المدرسة العليا للتجارة - الجزائر -

مذكرة تخرج

مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية والمالية

تخصص: إدارة أعمال

الموضوع:

## تأثير ازدواجية السلطة على اتخاذ القرار في المؤسسات الاستشفائية العمومية

دراسة المستشفيات العمومية لولاية المسيلة

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

رابح كشاد

من إعداد الطالب:

وليد بقاش

السنة الجامعية: 2015-2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

V	قائمة الجداول:
VI	قائمة الأشكال:
أ	مقدمة عامة
<b>الفصل الأول</b>	
أ	إدارة وتنظيم المستشفيات العمومية
1	مقدمة الفصل الأول
2	المبحث الأول: إدارة المستشفيات والأنظمة الصحية
2	المطلب الأول: تاريخ المستشفيات وتطورها
6	المطلب الثاني: نظام المستشفى ومكوناته
11	المطلب الثالث: الإدارة الصحية وخصوصيتها
13	المبحث الثاني: مساهمات نظريات التنظيم في إدارة وتنظيم المستشفيات
13	المطلب الأول: مفهوم ومبادئ التنظيم
15	المطلب الثاني: النظريات الكلاسيكية للتنظيم
20	المطلب الثالث: النظريات الحديثة للتنظيم
24	المبحث الثالث: بعض النماذج عن المستشفيات والأنظمة الصحية في العالم
24	المطلب الأول: النظام الصحي في الو.م.أ
25	المطلب الثاني: الأنظمة الصحية في أوروبا
28	المطلب الثالث: الأنظمة الصحية في الدول النامية
33	خلاصة الفصل الأول
<b>الفصل الثاني</b>	
34	اتخاذ القرار في المؤسسة الاستشفائية العمومية
35	مقدمة الفصل الثاني

36	المبحث الأول: مفاهيم حول اتخاذ القرار
36	المطلب الأول: مفهوم و أنواع القرارات التنظيمية
40	المطلب الثاني: مداخل اتخاذ القرارات
42	المطلب الثالث: مراحل اتخاذ القرارات التنظيمية
45	المبحث الثاني: نظريات اتخاذ القرار
45	المطلب الأول: النظريات الكيفية لاتخاذ القرار
52	المطلب الثاني: النظريات الكمية لاتخاذ القرار
56	المطلب الثالث: الأساليب الحديثة لاتخاذ القرار
58	المبحث الثالث: مهارات تحليل المشكلات و اتخاذ القرارات في المستشفى
58	المطلب الأول: المشكلات الإدارية و معوقات حلها
60	المطلب الثاني: مشكل اتخاذ القرار في المستشفيات
64	المطلب الثالث: الأخطاء الشائعة في اتخاذ القرارات الإدارية
66	خاتمة الفصل الثاني
	الفصل الثالث
67	خصائص ومميزات ممارسة السلطة في المؤسسات الاستشفائية العمومية
68	مقدمة الفصل الثالث
69	المبحث الأول: نظريات السلطة ومستوياتها
69	المطلب الأول: السلطة ماهيتها ومستوياتها
72	المطلب الثاني: نظريات السلطة
75	المطلب الثالث: أنواع السلطة في المؤسسة
82	المبحث الثاني: تأثير ازدواجية السلطة على قرارات المستشفى
82	المطلب الأول: مشاكل ازدواجية السلطة

85	المطلب الثاني: العلاقة بين السلطتين في القانون الجزائري.....
87	المطلب الثالث: الاستقلالية المهنية للأطباء وأثرها على جودة القرار .....
89	المبحث الثالث: خصائص الصراع في المستشفيات .....
89	المطلب الأول: مفهوم الصراع التنظيمي وأنواعه .....
92	المطلب الثاني: أساليب كشف وإدارة الصراع التنظيمي في المستشفيات .....
99	المطلب الثالث: تسيير الصراع في المستشفى .....
101	خاتمة الفصل الثالث.....
	<b>الفصل الرابع</b>
102	خصائص التنظيم في القطاع الصحي في الجزائر .....
103	مقدمة الفصل الرابع .....
104	المبحث الأول: بنية وسياسة القطاع الصحي في الجزائر.....
104	المطلب الأول: بنية القطاع الصحي وهيكلته في الجزائر .....
110	المطلب الثاني: السياسة الصحية من 1962-1990 .....
112	المطلب الثالث: السياسة الصحية 1990-2014 .....
116	المبحث الثاني: تمويل المؤسسات الصحية في الجزائر.....
117	المطلب الأول: الطبيعة القانونية المالية للمؤسسات الصحية وسلبيات نظامها المالي.....
118	المطلب الثاني: مصادر التمويل قبل مشروع اصلاح المستشفيات .....
123	المطلب الثالث: تطور النفقة الوطنية للصحة وآليات التحكم بها .....
127	المبحث الثالث: التنظيم الداخلي لمؤسسات الصحة العمومية في الجزائر.....
127	المطلب الأول: إجراءات الأنشطة الصحية بالمؤسسة الصحية العمومية بالجزائر .....
130	المطلب الثاني : الإجراءات الإدارية في مكتب متابعة وتقييم النشاطات الصحية .....
134	خلاصة الفصل الرابع.....

## الفصل الخامس

135	.....	بولاية المسيلة
136	.....	مقدمة الفصل الخامس
137	.....	المبحث الأول: تنظيم المنظومة الصحية لولاية المسيلة
137	.....	المطلب الأول: الخريطة الصحية على مستوى الولاية
139	.....	المطلب الثاني: المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة وهيكلها التنظيمية
145	.....	المطلب الثالث: المجلس الإداري والطبي ومهامهما داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية
147	.....	المبحث الثاني: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية
147	.....	المطلب الأول: عرض عينة الدراسة
151	.....	المطلب الثاني: مصادرة جمع البيانات وتحضير الاستبيان
153	.....	المطلب الثالث : اختبار صدق الاستبيان
159	.....	المبحث الثالث: تحليل البيانات وتفسير النتائج
162	.....	المطلب الأول: حساب المتوسط المرجح وتحديد اتجاه آراء المشاركين
171	.....	المطلب الثاني: اختبار ارتباط مكونات ازدواجية السلطة
175	.....	خلاصة الفصل الخامس
176	.....	خاتمة عامة
184	.....	قائمة المصادر والمراجع
191	.....	الملاحق



## قائمة الجداول:

- 77 ..... الجدول رقم (1.3): مزايا و عيوب أنواع السلطة.
- 114 ..... الجدول رقم (1.4) الهيكل الصحية العمومية لسنة 2007 حسب إحصائيات فيفري 2008 ....
- 121 ..... الجدول رقم (2.4) مصادر التمويل الصحي من 1979-1998 الوحدة 10 6 دج .....
- 122 ..... الجدول رقم (3.4) مصادر التمويل للفترة 1989-2002: الوحدة 10 3 دج .....
- 137 ..... الجدول رقم (1.5) : عدد المستخدمين على مستوى الولاية .....
- 139 ..... الجدول رقم (2.5) عدد الهياكل على مستوى ولاية المسيلة .....
- 140 ..... الجدول رقم (3.5): أرقام المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي- المسيلة.....
- 141 ..... الجدول رقم (4.5): المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير زريق - بوسعادة.....
- 142 ..... الجدول رقم (5.5): المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى .....
- 148 ..... الجدول رقم (6.5): بيانات حول مجتمع الدراسة .....
- 149 ..... الجدول رقم (7.5): نوع المؤسسات وعدد المشاركين.....
- 150 ..... الجدول رقم (8.5) : توزيع المشاركين حسب السلك المهني .....
- 151 ..... الجدول رقم (10.5) توزيع المشاركين حسب الجنس لكل مستشفى.....
- 154 ..... الجدول رقم (11.5): الاتساق الداخلي لفقرات المحور الأول .....
- 155 ..... الجدول رقم (12.5) الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثاني .....
- 156 ..... الجدول رقم (13.5) الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثالث.....
- 157 ..... الجدول رقم (14.5) الاتساق الداخلي لفقرات المحور الرابع.....
- 158 ..... الجدول رقم (15.5) الاتساق الداخلي للمحاور مع المحور الكلي .....
- 160 ..... الجدول رقم (16.5) معامل الثبات والصدق لمحاور الدراسة .....
- 161 ..... الجدول رقم (17.5) اختبار Kolmogorov-Smirnov لاعندالية التوزيع .....
- 162 ..... الجدول رقم (18.5) المتوسطات المرجحة لإجابات العينة حسب مكونات ازدواجية السلطة .....
- 163 ..... الجدول رقم (19.5): تحليل التباين الأحادي (ANOVA) .....
- 164 ..... الجدول رقم (20.5) إجابات العينة حول مكوّن وضوح القوانين حسب نوع المؤسسة .....
- 166 ..... الجدول رقم (21.5) إجابات العينة حول مكوّن صنع القرار حسب نوع المؤسسة.....
- 167 ..... الجدول رقم (21.5) إجابات العينة حول مكوّن لامركزية القرار حسب نوع المؤسسة.....
- 169 ..... الجدول رقم (22.5) إجابات العينة حول مكوّن العلاقات ودور المدير.....
- 172 ..... الجدول رقم (23-5) اختبار ارتباط مكونات ازدواجية السلطة.....

## قائمة الأشكال:

- الشكل (1.1): المستشفى نظام فرعي ..... 7
- الشكل رقم (2.1) المستشفى كنظام مفتوح ..... 9
- الشكل (3.1): مبادئ التنظيم ..... 14
- الشكل رقم (4.1) : نموذج منتزيع لأنماط الهياكل التنظيمية. .... 24
- الشكل رقم (1.2): موقع اتخاذ القرارات ..... 37
- الشكل رقم (2.2): أنواع القرارات ..... 39
- الشكل رقم (3.2): اختيار البديل المرضي لسايمون و مارش ..... 49
- شكل رقم (4.2): فكرة قيام أسلوب شجرة القرارات. .... 55
- الشكل رقم (5.2): حل المشاكل و اتخاذ القرار ..... 59
- كل رقم (6.2) معوقات صنع القرار الفعال ..... 59
- شكل رقم (7.2) محددات القرار السليم ..... 60
- الشكل رقم (1.3) مستويات السلطة ..... 71
- الشكل رقم (2.3) : المستشفى كنظام مصفوف ..... 84
- الشكل رقم (3.3): نموذج بوندي للصراع التنظيمي ..... 94
- الشكل رقم (4.3): نموذج Carnevala et lisen ..... 95
- الشكل رقم (5.3): نموذج توماس وكليمان لإدارة الصراع التنظيمي ..... 96
- الشكل رقم (6.3): نموذج young و freyand (1978) ..... 98
- الشكل رقم (1.4) بنية القطاع الصحي في الجزائر ..... 104
- الشكل رقم (2.4) تطور عدد المستخدمين ..... 113
- الشكل رقم (1.5) الهيكل التنظيمي المعتمد من مديرية الصحة ..... 138

- الشكل رقم(2.5): مخطط تنظيم المصالح الصحية ..... 143
- الشكل رقم(1.5) توزيع الجهاز الإداري والطبي على المستشفيات..... 150
- الشكل رقم(4.5) إجابات العينة حول مكوّن وضوح القوانين حسب نوع المؤسسة ..... 165
- الشكل رقم (5.5) إجابات العينة حول مكوّن صنع القرار ..... 166
- الشكل رقم (6.5) إجابات العينة حول مكوّن لامركزية القرار ..... 168
- الشكل رقم(7.5) إجابات العينة حول مكوّن العلاقات ودور المدير ..... 170
- الشكل رقم (8.5) درجة تأثير المكونات الأربعة لازدواجية السلطة على اتخاذ القرار في  
المؤسسات ..... 170
- الشكل رقم(9.5) مكونات الرقابة الداخلية حسب المؤسسة المدروسة..... 171
- الشكل رقم (5-10) لوحة الانتشار لمكونات ازدواجية السلطة..... 173

# مقدمة عامة

## مقدمة عامة

تجمع أدبيات الإدارة الصحية والباحثين في القطاع الصحي ومؤسساته على أن المستشفى هو أحد أكثر التنظيمات تعقيدا وتميزا في الوجود بالمقارنة مع التنظيمات الأخرى بما فيها التنظيمات الخدمية، ولقد أبدى الكثيرون ممن درسوا المستشفيات كتنظيمات سؤالهم من أن مثل هذه المؤسسات يمكنها أن تعمل على الاطلاق، ومما لاشك فيه أن هذا التعقيد والتميز ينبع من خصوصية وتميز المستشفى عن غيره من التنظيمات وما يتطلبه ذلك من ترتيبات إدارية وتنظيمية خاصة تتفق مع طبيعته المتميزة، هذا التميز يشكله مزيج من تركيبة بشرية مختلفة ممثلة في الأسلاك الطبية والشبه طبية والمهنية والإدارية، وبذلك يكون المستشفى هيكل إداري وتنظيمي متميز من جهة ونظام نفسي اجتماعي فريد من جهة أخرى، وفي حقيقة الأمر هو تنظيم بشري وبالتالي فهو نظام اجتماعي معقد، إذ أن مادته الخام هو الإنسان، إنتاجه إنساني، هدفه إنساني يتمثل في خدمة الأفراد والناس.

كما أن المنظمات الصحية اليوم تولي عناية خاصة للممارسات الإدارية المتميزة، وذلك لتحقيق الهدف الأساسي (كيفية التعامل مع المشكلات الصحية) فبعد أن كانت في القديم العلاقة مباشرة ومغلقة ومستقلة بين الطبيب والمريض أصبح اليوم لزاما على الطبيب أن يكون داخل التنظيم لعدم قدرته على توفير المعدات والوسائل اللازمة بالإضافة إلى التطور الهائل في التكنولوجيا جنبا إلى جنب مع الممارسات الطبية مما خلق أهدافا جديدة وأساليب متطورة للمستشفيات غير أن الهدف الرئيسي يبقى دائما تلبية حاجات المريض إضافة إلى الأهداف الأخرى كالتكوين الطبي والشبه الطبي والبحث العلمي.

ومن جهة أخرى فإن الهيكل التنظيمي للمؤسسات الصحية يختلف عن المنظمات الأخرى، فهي تبنى على علاقة فريدة ومميزة بين السلطة الرسمية المستمدة من المركز ممثلة بالهرم الإداري من جهة، وسلطة المعرفة ممثلة بالأطباء والمهنيين من جهة أخرى، مما يخلق هيكلًا رسميًا منتشرًا وغير عادي، وهكذا فالسلطة لا تتبثق عن مصدر واحد أو خط متفرد ولكن تقوم على سلطة مشتركة ليست بالتساوي خاصة بين الإدارة والأطباء، وكل مجموعة لديها الأساس لممارسة هذه السلطة، ولكن خطوط السلطة غير مرسومة بشكل واضح مما يؤدي إلى التداخل بين مصادر السلطة، والذي عادة ما ينجر عنه الصراع والتشتت وعدم الالتزام بالتنظيم الهرمي القانوني.

وإذا كانت السلطة هي إلزامية اتخاذ القرار، والقرار هنا يشكل تحديا كبيرا إذا أنه يتعلق أساسا بحياة الأفراد، مما يزيد من حساسية الموقف ويضع على عاتق المدراء مسؤولية جسيمة يجب أن يكونوا على استعداد لتحملها.

وبما أن دول كبيرة في العالم اليوم تعترف بتعدد هذه المنظمات، وكلفتها المالية المتزايدة لتقديم خدمات نوعية، أصبح لزاما التفكير في كيفية تدنية تكاليف الخدمات الصحية وبعد عدة بحوث، وجد أن المشكل ليس مشكل موارد بقدر ما هو مشكل تنظيم خاصة بين قطبي التنظيم داخل المستشفيات جماعة الأطباء وجماعة الإدارة، فصار هناك تضارب للرؤى حول من يجب أن تكون له صلاحيات أكبر، ومن الأحسن لتسيير المستشفى الطبيب الإداري، أم الإداري المتخصص، وبالتالي ظهر مشكل الصراع الذي أدخل مدراء المستشفيات في اتخاذ قرارات ارتجالية في بعض الأحيان، وتحت الضغط في أحيان أخرى، سواء من الإدارة العليا وذلك من خلال تنفيذ الإجراءات والمراسيم والقوانين، أو الأطباء من خلال ممارستهم لسلطتهم الفنية، التي تتداخل مع السلطة الإدارية وبالتالي تتحرف المؤسسات الصحية عن هدفها الأسمى ويصبح هناك عدم رضا عن الخدمات المقدمة.

هذا المشكل برز في عدة دول في العالم ولكن بدرجات متفاوتة مما استلزم دراسات معمقة في هذا المجال اختلفت فيها الدول حسب طبيعة كل دولة ونمطها المناسب في التسيير، الذي يتمشى وتحقيق الهدف الرئيسي للتقليل من تداخل المسؤوليات والصراعات، وتقديم خدمة للمريض بجودة عالية.

والجزائر كغيرها من الدول، ليست بمنأى عن هذه المشكلة فبالرغم من أنها تولي اهتماما كبيرا بهذا القطاع، من خلال الإصلاحات المستمرة منذ سنة 1989 وعبر توالي مختلف الحكومات، ورغم المبالغ الكبيرة المصروفة، غير أن الخدمات لم ترق إلى المستوى المطلوب.

وعلى العموم فإن الوضع الحالي للمؤسسة الصحية العمومية لا يخرج عن الإطار العام للإدارة العمومية التي تعاني من مساوئ البيروقراطية في التنظيم الإداري المرتكز على مبدأ الهرمية، هذا الأخير يساهم في تعميق المشكلة بين أطراف السلطة داخل المستشفى باعتباره يعترف بخط متفرد واحد، وباعتبار الإدارة العمومية الجزائرية لا تأخذ بعين الاعتبار الخصوصية والتعقيد داخل المؤسسات الصحية، كان لزاما أن تطرح الاشكالية التالية:

## الإشكالية الرئيسية

ما هو تأثير ازدواجية السلطة على اتخاذ القرار داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية؟

## الأسئلة الفرعية

- هل توجد قوانين واضحة تنظم عمل الطبيب والاداري؟
- هل يوجد هيمنة طرف على حساب آخر في صنع قرارات المؤسسة الاستشفائية؟
- هل يؤدي الصراع التنظيمي داخل المستشفى إلى اللامركزية في اتخاذ القرار؟
- ما هي مساهمة مدير المستشفى في تحسين العلاقات بين الإدارة والأطباء؟

## الفرضية الأساسية:

تؤثر ازدواجية السلطة بدرجة ضعيفة على اتخاذ القرار داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية؟

## الفرضيات الفرعية

- لا توجد قوانين واضحة تنظم العمل وتفصل في السلطات الممكن ممارستها داخل المستشفى.
- هناك هيمنة واضحة سواء من الطبيب أو الإداري في صنع القرارات داخل المستشفى.
- هناك لامركزية في اتخاذ القرار تساهم في تخفيف ازدواجية السلطة.
- يؤدي المدير دورا أساسيا في تحقيق التوافق وتحسين العلاقات داخل المستشفيات العمومية.

## المنهج المتبع

سيتم استعمال المنهج الوصفي التحليلي الذي يعد ملائما في مثل هذه الدراسات، و ذلك من أجل فهم و تحليل متغيرات الدراسة داخل المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، كما سيتم استعمال منهج المسح بالاستبانة، الذي يشمل عينة من السلك الإداري والسلك الطبي بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، من خلالها يتم اختبار الفرضيات حول ازدواجية السلطة ومدى تأثيرها على اتخاذ القرار.

## أهداف الدراسة

- تسعى الدراسة إلى إيضاح وإبراز مشكل تنظيمي داخل المستشفيات الجزائرية إلا وهو السلطة المزدوجة والتي لا يعترف بها التنظيم الهرمي.
- العمل على تقديم بعض الحلول والتوصيات التي من شأنها التخفيف من حدة هذا المشكل
- تقييم واقع العلاقات بين الطبيب والاداري داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة.
- الوقوف على أساليب الاتصال داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة.

## أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تناقش موضوعا هاما وحيويا وملحا، حيث أن ازدواجية السلطة في المؤسسات الاستشفائية العمومية خلق فجوة عميقة في التنظيم، فأصبحت عدة دول تعاني من هذا المشكل، فبعد أن كانت الدول تصب جهودها في ترشيد الإنفاق الصحي، اكتشفت أن التنظيم هو أساس تخفيض التكاليف وزيادة جودة الخدمات المقدمة إلى المريض الذي يعتبر ارضاءه الهدف الأول لأي مستشفى.

وبما أن المؤسسة العمومية في الجزائر، ومن خلالها قطاع الصحة في الجزائر تمر بوضعية صعبة، ناتجة عن مشاكل التنظيم والتسيير، أدت إلى تدني جودة هاته الخدمات مما استدعى إصلاح هذا القطاع، والوقوف على أهم المعوقات التي تحول دون تحقيق الأهداف المرجوة، خاصة أن هذه الدراسة أتت في وقت ابرام الوزارة اتفاقية مع جنرال إلكتروني بخصوص التكوين والاستعدادات الطبية وكذا تكوين الإطارات الجزائرية في التسيير.

من هذا المنطلق يتبين أن دراسة وتحليل نمط السلطة وتوزيعها، له دلالاته حيث من المتوقع أنه يؤدي إلى خلق منظومة اتصال فعالة، وبعث علاقات عملية إنسانية أكثر انسجاما بين مختلف المستويات التنظيمية، داخل المؤسسات الاستشفائية، وباعتبار دور السلطة كميكانيزم فعال لتحقيق الأهداف والسياسات العامة فيمكن النظر لهذه الدراسة كخطوة ربما تسهم في حث من يتمتعون بالسلطة على رسم الخطط والبرامج التي توزع وتمارس من خلالها بطريقة تساعد على تلبية حاجات العاملين ورفع روحهم المعنوية مما يرفع من مستوى الأداء.



ومن بين أهم الأسباب التي دفعتني إلى اختيار هذا الموضوع هو الميل إلى دراسته خصوصا وأنه يتمتع بالحيوية بالإضافة إلى أن المستشفى هو جزء من حياتنا اليومية ومشاكله تؤثر بطريقة ما على حياتنا فإبراز مشكل في حد ذاته هو مساهمة أو خطوة للوصول إلى حلول.

### الدراسات السابقة

#### الدراسة الأولى: اطروحة دكتوراه

للباحث: الحاج عرابة بعنوان اثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفيات، تخصص تسيير عمومي، جامعة بسكرة، السنة الجامعية: 2010-2011

حاولت هذه الدراسة قياس أثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفيات من خلال دراسة مقارنة بين مجموعتين مختلفتين من المستشفيات العامة والخاصة، لاستخراج أوجه التشابه والاختلاف بين نتائج وجود هذه الظاهرة في كلا النوعين من المستشفيات وذلك باستخدام عينتين مختلفتين من عمال كلا القطاعين، وقد تم بحث أثر هذه الظاهرة على أداء العاملين على مستوى كل قطاع باستخدام أداة الاستبيان وقد وجد الباحث بأن هناك اختلاف في أثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين في كل قطاع

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بأخذ عينة من أربع مستشفيات عامة وست مستشفيات خاصة حتى تخلق التوازن في عدد أفراد العينة.

خلصت الدراسة إلى ضرورة تطوير الهيكل التنظيمي للمستشفيات وإعادة هيكلته للحد من المستويات الكثيرة التي تعيق انسياب المعلومات داخل التنظيم، تشجيع العاملين على التدريب والحصول على شهادات عليا تضمن تحسين الخدمة وتقلل من الآثار السلبية لازدواجية السلطة، تغطية النقص في الكوادر الطبية المتخصصة

#### الدراسة الثانية: رسالة ماجستير

عصام محمد حمدان مطر، بعنوان التطوير التنظيمي وأثره على فعالية اتخاذ القرارات الإدارية في المؤسسات الأهلية في قطاع غزة، قسم إدارة أعمال، جامعة غزة، 2008

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر التطوير التنظيمي على فعالية القرارات الإدارية في المؤسسات الأهلية في قطاع غزة كما تهدف أيضا إلى التعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات المبحوثين تعزى للخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة، وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما هي على أرض الواقع ويصفه بشكل دقيق ويعبر عنه تعبيراً كمياً وكيفياً.

وبالنسبة للبيانات الثانوية فقد تم الحصول عليها من خلال البحث والاطلاع على الكتب والأبحاث والدوريات والدراسات السابقة وشبكة الانترنت.

ويضم مجتمع الدراسة من 262 منظمة أهلية مسجلة في دليل الأمم المتحدة لعام 2007 وتم اختيار عينة من 160 منظمة بعد التأكد من استيفائها للشروط، وقد استخدم الباحث استبانة خاصة لجمع البيانات الأولية من أفراد عينة الدراسة وتم توزيع 160 استبانة وارجاعها. وتم استخدام البرنامج الإحصائي واختبار الفرضيات. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- أظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جميع مجالات التطوير التنظيمي وفاعلية القرارات الإدارية في المؤسسات الأهلية في قطاع غزة. وقد شملت هذه المجالات الأهداف والاستراتيجيات، الهيكل التنظيمي، الأساليب والأدوات التكنولوجية، تنمية وتطوير العاملين، الأنظمة والسياسات الإدارية ومجال العمل الجماعي.
- أظهرت الدراسة وجود بعض الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة في بعض مجالات التطوير التنظيمي تعود للمتغيرات الشخصية مثل العمر والمؤهل العلمي وعدد سنوات الخبرة.

و توصلت الدراسة إلى عدد من التوصيات من أهمها:

- العمل على تطوير الهياكل التنظيمية في المؤسسات غير الحكومية بشكل مستمر يجعلها قادرة على مواكبة التغيرات في بيئة العمل.
- إجراء تعديلات في أنظمة وسياسات المؤسسة بما يزيد من فاعليتها في اتخاذ القرارات.
- العمل على تنمية وتطوير العاملين في مجال اتخاذ القرارات وزيادة مشاركتهم في العملية الإدارية بشكل عام الأمر الذي يؤدي إلى تطوير المؤسسة وتعزيز كفاءتها.

## الدراسة الثالثة: رسالة ماجستير

للباحث: فوزي عبد الرحمن، أنماط الصراع وأثرها على التطوير التنظيمي دراسة تطبيقية على وزارة الصحة الفلسطينية، ادارة اعمال، جامعة غزة، 2008.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أنماط الصراع الخمسة ( القوة والسيطرة، نمط التعاون، التسوية، نمط التجنب، نمط التنازل) ومدى تطبيقها من قبل الإدارة في وزارة الصحة الفلسطينية، وما هو النمط المتبع في هذا التنظيم وهدفت أيضا إلى مدى تأثير الأنماط على التطوير التنظيمي بمستوياته الثلاث (الأفراد، جماعات العمل، التنظيم)

وقد أجريت الدراسة في وزارة الصحة على عينة طبقية عشوائية للتقسيمات المختلفة في الوزارة من أطباء، أطباء أسنان، صيادلة، فنيين، مهنيين، أما فئة الإداريين تم تقسيمها إلى : مدير، نائب مدير، رئيس قسم، رئيس شعبة، اداري، عدد العينة 475 موظف من أربع عشرة مؤسسة تتبع الوزارة (مستشفى وعيادة رعاية أولية) نطاق قطاع غزة، وتم جمع البيانات والمعلومات من خلال استبيان صمم خصيصا لهذه الغاية استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لإجراء الدراسة.

خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- إدارة الأنماط الأربعة في الصراع وهي مرتبة تنازليا ( نمط القوة والسيطرة، نمط التسوية، نمط التجنب، نمط التنازل) إلا أن نسبة استخدام أنماط الصراع كانت ضعيفة، فجميع النسب كانت منخفضة.
- يعتبر نمط التعاون برغم كونه غير مستخدم إلا أنه من أكثر الانماط فعالية وإيجابية في تأثير على التطوير التنظيمي.

- التطوير التنظيمي على مستوى الأفراد والجماعات مهمل، نسبة التطبيق ضعيفة جدا

وقد أوصى الباحث بزيادة التوعية بأهمية الصراع التنظيمي، استخدام الأسلوب الأنسب لإدارة الصراع، كما أن على الإدارة الاهتمام بحاجات ورغبات الموظفين المرتبطة أكثر بالجانب الإنساني.

## الدراسة الرابعة: رسالة ماجستير

للباحث: نورالدين حاروش، البعد السياسي التنظيمي في تسيير المراكز الاستشفائية الجامعية،  
التنظيم السياسي والاداري، كلية العلوم الإنسانية، جامعة الجزائر، 2000

تناولت هذه الدراسة إشكالية التركيبة البشرية المختلفة التي ينفرد بها المستشفى، وكذا علاقته بالمحيط والبيئة التي يعيش فيها، تشير الدراسة إلى أنه وبالرغم من تحسين المؤشرات الصحية وزيادة النفقات الوطنية للصحة لم يكن هناك تحسن خطي ومواز للحالة الصحية مما يطرح التساؤل حول عقلنة وترشيد التسيير الاداري سواء عبر القطاعات الصحية او المراكز الاستشفائية الجامعية فأشكالية النظام الصحي تنظيمية بين مختلف مكونات المستشفى و كذا خارج المستشفى ( البيئة والمحيط)، العينة اخذت المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا وشملت 110عنصر بين سلك طبي وشبه طبي

## حدود الدراسة

- تقتصر هذه الدراسة على جماعة الأطباء والإدارة بما أنهما قطبي السلطة داخل المستشفى وبالتالي لن نتحدث عن العاملين أو المهنيين أو المرضى
- أيضا الدراسة تقتصر على المتغيرات المذكورة سابقا والتي من خلال الميدان تبين أنها الأكثر تأثيرا وبالتالي لن تدرس متغيرات أخرى ربما قد تؤثر بنسبة قليلة.
- اقتصرت الدراسة على أخذ عينة من أربع مؤسسات استشفائية عمومية كبرى من ولاية واحدة وبالتالي يمكن أن نعمم النتائج فيما بعد على مستوى هاته الولاية.

## الفصل الأول

### إدارة وتنظيم المستشفيات العمومية

## مقدمة الفصل الأول

تطورت المستشفيات بتطور الحضارات عبر التاريخ، فانتقلت من التركيز على الأفراد إلى العائلة ثم إلى قيم الجماعة وأخيرا إلى المجتمع المنظم، هذا التطور ساهم في خلق المسؤولية الاجتماعية أو العامة بضرورة حصول كل فرد في المجتمع على حقه في العلاج.

ونظرا لما يتوافر للمستشفيات اليوم من إمكانات مادية وبشرية ضخمة ومرتفعة الكلفة، زاد الاهتمام والتركيز على إدارتها وتشغيلها من قبل الجهات الممولة لها، والجهات المستفيدة من خدماتها، والجهات المتعاملة معها، بهدف ضمان كفاءة وفعالية استعمال هذه الموارد الضخمة، وبما يحقق الهدف الأساسي من وجودها.

يتناول الفصل الأول إدارة المستشفيات والأنظمة الصحية وخصوصيتهما، النظريات التنظيمية التي ساهمت في هذا التطور، ثم بعض النماذج لدول متقدمة، وأخرى تسعى لتحسين أنظمتها الصحية.

يحاول الفصل الأول التطرق إلى المستشفى من خلال تاريخه وتركيبه المميز، ونظامه من مدخلات وعمليات ومخرجات، بالإضافة إلى النظريات التنظيمية المساعدة على هذا التطور خاصة الحديثة منها، بالإضافة إلى الخصائص التنظيمية التي تمتاز بها المستشفيات الجزائرية

### المبحث الأول: إدارة المستشفيات والأنظمة الصحية

كان ولازال ليومنا هذا تشييد وإدامة المستشفيات نتيجة لثلاث عوامل:

- العواطف الإنسانية العائدة من الخوف من المرض و مشاعر التعاطف والتراحم والشفقة مع المرضى والمصابين.

- نمو الوعي والضمير المجتمعي مما أعطى دفعة قوية لظهور وتبني المسؤولية المجتمعية عن المرضى والفقراء، وهذا ما يعرف اليوم بدولة الرفاه الاجتماعي.

- الدوافع الدينية حيث لعب عامل الدين دورا مهما في إقامة وإدامة هذا النوع من المؤسسات.

ولعل التطور الكبير للمستشفيات صاحبه تطور ملازم للإدارة الصحية، هذه الأخيرة يقول عنها أحد الكتاب "الإدارة الصحية الجيدة بمثابة الصحة للجسم، فكلاهما يعني الأداء السلس والكفاء لجميع الأجزاء"، في هذا المبحث نحاول بإيجاز معرفة المفاهيم المرتبطة بالمستشفى بدءا بتاريخها، نظامها ثم إدارتها.....

### المطلب الأول: تاريخ المستشفيات وتطورها

مرّت المستشفيات عبر تاريخها بتطورات هامة، فقد كان الاعتقاد السائد عند بلاد أهل النهرين، أن المرض هو لعنة إلهية، فلذلك كان على الطبيب أن يعرف أولا الذنب الذي اقترفه المريض حتى يحدد طريقة العلاج<sup>1</sup> بينما حمورابي (من أشهر ملوك بابل ق 18 ق.م) وضع تشريع باسمه واهتم بالطب والقوانين التي تنظمه وفصله عن الجراحة.

في حين عرف الطب عند قدماء المصريين تطورا كبيرا فطريقتهم العجبية في التحنيط لا تزال إلى اليوم محل تساؤل، ناهيك عن معرفتهم بوظائف الأعضاء وتفصيلات الجسم البشرية والدورة الدموية

<sup>1</sup> نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص15.

وحركات القلب، وعرفوا الجراحة وأخذوا عملية الختان من اليهود وهم أول من استعمل كرسي التوليد، وكان لهم سجل يدونون فيه كل الأمراض والأطباء ويسمى " بالسفر المقدس"<sup>1</sup>

بينما عند اليونان وفي عام 480 ق.م بدأوا ولأول مرة بفحص المريض عن طريق الاستماع إلى قلبه، ولأول مرة أصبح بالإمكان إجراء عملية وتسجيل وصفي كالتبريض وقد عرف هذا العصر ولادة أبو قراط الذي عرف بأبو الطب Hippocrate (377،460ق.م) الذي ينسب إليه القسم للحاصلين على إجازة الطب وممارسته قانوناً<sup>2</sup>.

أما الرومان فقد اهتموا بالوقاية أكثر من العلاج ومن أشهر أطبائهم جالينوس. كما فرق الرومان بين السحر والطب، وكانت مستشفياتهم عبارة عن معابد، وتوصل الرومان إلى وصف الالتهاب بعلاماته الأربعة الاحمرار rougeur والورم tumeur، والحرارة chaleur والألم douleur، وكان الطب في بلاد فارس مقسم إلى ثلاثة أقسام طب العزائم والرقي، طب بالمداداة بالنباتات، الطب الجراحي، وقد اهتم الملوك بالطب فأقاموا مدارس منها مدرسة يسابور بناها سابور بن أردشير (سابور الأول) واسمها اليوم شاه اباد وتعرف عند العرب بالأهواز، فتحها أبو موسى الأشعري سنة 638م في زمن الخليفة عمر بن الخطاب رضي الله عنه.

وكان الطب في بلاد العرب قبل مجيء الإسلام يعتمد على الكهانة والعرافة والدجل، ومن مشاهير الأطباء في هذا العصر زهير بن جناب الحميري، ابن حديم، الحارث بن كلدة، أما في صدر الإسلام فقد بدأ الدين بعلاج ما بداخل الإنسان ثم أنقل تدريجياً لعلاج جسده ومجتمعه، بحيث تأسست مدرسة الإسلام في المسجد، وبدأ نشر الآداب والسلوك الجيد ومنها الطهارة والصلاة.

كما بدأ الدين بمحاربة العادات السيئة مثل السحر والشعوذة والتنجيم ودعا الدين إلى الالتفات إلى كل ما يفيد الإنسان ومنه الطب، وانتشرت هذه الأفكار الجديدة تحت لواء الإسلام من خلال أحاديث النبي صلى الله عليه وسلم التي تحث على الحفاظ على الصحة والعلاج من بعض الأمراض وهو ما عرف بالطب النبوي<sup>3</sup>، وهناك أحاديث كثيرة لها علاقة وطيدة بطب الأجساد، منها على سبيل المثال<sup>4</sup>:

<sup>1</sup> عبد المهدي بوعنة، إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، دار الحمد للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص8.

<sup>2</sup> ثامر باسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، ص25.

<sup>3</sup> نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، صص28-30.

<sup>4</sup> شعبان أحمد صالح، موسوعة العلاج بالقرآن والأذكار، دار البيان الحديثة، 2007، ص ص 199-200.



عن نافع عن ابن عمرو أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: " أنما الحمى من فيح جهنم فأبردوها بالماء"<sup>1</sup>

وعن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه أن رجلا أتى النبي صلى الله عليه وسلم فقال "إن أخي يشتكى بطنه، وفي رواية استطلق بطنه، فقال اسقه عسلا..."<sup>2</sup>

ولهذا كان الطب النبوي على ثلاثة أنواع: أدوية نفسية، طبيعية، مركبة من الاثنين، وكان للعرب المسلمين فضل كبير في أنقاذ الطب من الضياع، كما يقول الفيلسوف كيمستون kemosthone، ويقول الفيلسوف رشيد فينو(فيلسوف فرنسي 1886-1929) الذي أسلم وسمي عبد الواحد يحيى " أن العرب هم مؤسسو الكيمياء التجريبية، وكذلك الطبيعة العلمية والجبر والحساب وحساب المتلثات وعلم طبقات الأرض والاجتماع؛ وغير ذلك من مختلف العلوم، وغالبا ما سطا عليها اللصوص ونسبوها لأنفسهم؛...هذا جزء من كل من أثر الثقافة الإسلامية العريقة في بلاد الغرب".

ومن أشهر الأطباء للعرب المسلمين:

ابن سينا : ( 371هـ - 980م ؛ 428هـ - 1035م ) لديه 43 كتاب في الطب أهمها " القانون في الطب"، أول من وصف التهاب السحايا وفرق بين أسباب شلل الوجه، ووصف أعراض حصى المثانة.

أبو بكر الرازي لديه كتاب الحاوي (865م - 932م) وهو أوسع من كتاب ابن سينا في المادة والموضوع، اشتهر الرازي بالطب و الكيمياء وله عدة مؤلفات منها: الطب الروحاني، سر الأسرار...

وقد كانت كتب ابن سينا و الرازي هي المعول عليها في كليات الطب في أوروبا في القرن 17م، أيضا اعتمد على كتب الزهراوي في الجراحة وتجبير العظام خاصة كتاب" التعريف لمن لمن عجز عن التعريف" وأحمد أبو القاسم الزهراوي الأندلسي (936م - 1013م) ولد بقرطبة أدخل تعديلات و تجديدات في علم الجراحة، وتفتيت الحصاة داخل المثانة و التشريح.. ..

و هناك الكثير من الأطباء العرب المسلمين الذين أدخلوا الكثير إلى الطب نذكر منهم ابن النفيس، ابن الهيثم، جابر بن حيان، حنين بن اسحاق العبادي، الإشبيلي...

<sup>1</sup> رواه البخاري ومسلم.  
<sup>2</sup> البخاري ومسلم والتزمذي وغيرهما.

بينما الطب في أوروبا، كان إلى القرون المتأخرة متخلف جدا فكان مستشفى ستراسبورغ بفرنسا أول مستشفى التحق به طبيب رسمي سنة 1800م ( Hôtel dieu ) أي بعد 800 سنة من تأسيس أول مستشفى عربي ( بمارستان ) أنشأه الوليد الخليفة الأموي و عين به الأطباء و الممرضين.

كذلك تشهد الحقائق أنه بينما يعامل المسلمون مرضاهم المصابون بالأمراض العقلية معاملة حسنة، كان الأوربيون يكلون هؤلاء المرضى بالقيود ويصفون لهم الضرب كعلاج<sup>1</sup>.

وتشير المخطوطات التي تعود إلى سنة 1564م إلى مذكرات حددت واجبات الأطباء في المستشفى في مدينة بادو الإيطالية والتي كانت بها أكبر كلية طب في أوروبا، كما تأسست سنة 1506م جمعية الجراحين الملكية في ادنبرا وتلاها جمعية الأطباء الملكية في أنكلترا 1528م، كما تتم إغلاق بعض المستشفيات التابعة للكنيسة في بريطانيا وتحويلها إلى أجهزة الحكم المدني.

كما ظهرت أول مدرسة للتمريض في فرنسا سنة 1639م بقيادة الأخوات الأوغسطينيات، أول مدرسة للتمريض في بريطانيا سنة 1860م.

بينما أدت الفتوحات العلمية و الاكتشافات والاختراعات التي حصلت في نهاية ق 19 إلى تقدم كبير في بعدين من أبعاد الرعاية الطبية الاستشفائية وهما:

أ- جانب السلامة ( Safety ) :

- السيطرة على الألم ( اكتشاف التخدير على يد العالمين Well & loug ( 1840 – 1842 )
- السيطرة على انتشار العدوى خاصة الناتجة عن العمل الجراحي.
- بالإضافة إلى التقدم في علوم التمريض وتجارب نقل الدم من شخص لآخر.
- ب-فاعلية الطب السريري و الخدمات الاستشفائية ( Efficacy ) :
- اكتشاف المضادات الحيوية، واستعمال البنسلين في العلاج خاصة بعد الحرب العالمية الثانية واكتشاف الفيتامينات سنة 1912م.

إضافة إلى التكنولوجيا المتقدمة في العلاج و تشخيص الأمراض مثل أجهزة تنظيم عمل القلب التي تعمل بالطاقة الذرية، أجهزة التصوير التي تعمل بالطاقة الصوتية، والأشعة الحمراء وفوق الحمراء<sup>1</sup>...

<sup>1</sup> في عام 1313 أمر فيليب ملك فرنسا بضرب المجذومين، بينما بنى الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك سنة 707م أول مستشفى للجذام ( البرص) وبنى الأمويون مستشفيات في سوريا المجانيين و كذلك نفسيا وجسمانيا.

## المطلب الثاني: نظام المستشفى ومكوناته

يرجع تعقد المستشفيات إلى استخدام عناصر بشرية ذات تخصصات مهنية متعددة ومختلفة، ويعتمد في تنفيذ نشاطاته على تقسيم كبير للعمل من خلال الدوائر والأنشطة المتعددة، وعلى درجة عالية من التخصص مما يخلق مشاكل كبيرة في إدارة وتنظيم هذه النشاطات، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المستشفيات تتعامل مع تنظيمات خارجية أخرى من مؤسسات وهيئات رسمية ومجتمعات محلية<sup>2</sup>

فمفهوم المستشفى ومدخلات نظامه مخرجاته تعطينا صورة عامة وواضحة لهذا النظام فالجمعية الأمريكية للمستشفيات American hôpital association تعرفه بأنه مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للنوم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرض<sup>3</sup>.

وعرفت لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية المستشفى بأنها مؤسسة تكفل للمريض الداخلي ماوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض، كما يمكن توسيع هذا المفهوم ليشمل المستشفيات التي تقوم بالوظائف الاخرى كالتعليم والتدريب وإعداد البحوث الطبية والوبائية و الاجتماعية<sup>4</sup>.

ومن خلال مدخل النظم system approach يمكن أن نعتبر المستشفى كما يلي:

- نظام مركب من مجموعة من نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة، وخصائص مختلفة، كما تعتبر أيضا بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة الأفراد الذين يتفاعلون معه ويتأثرون به ويؤثرون فيه.
- المستشفى نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية المعاونة، الخدمات الفندقية الإدارية.. وتتفاعل هذه النظم لتحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> نصيرات فريد توفيق، إدارة المستشفيات، دار المسيرة، عمان ، الطبعة الأولى، 2014 ص35.

<sup>2</sup> نصيرات فريد توفيق، نفس المرجع، ص87.

<sup>3</sup> منظمة الصحة العالمية، سلسلة التقارير الفنية، (395)، 1980 ص76

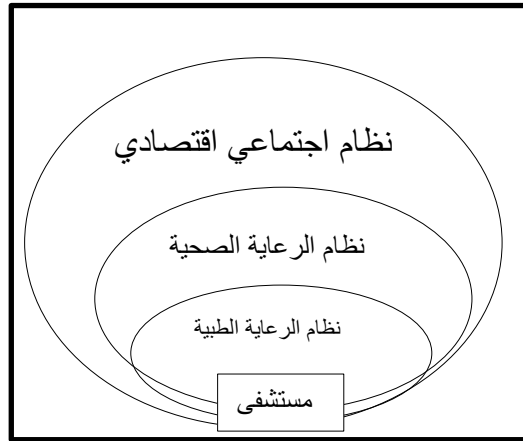
<sup>4</sup> غنيم محمد أحمد، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، 2006، ص23.

<sup>5</sup> عليوة السيد، إدارة الأزمات في المستشفيات، أيتراك للطباعة والنشر، القاهرة، 2001، ص81.

في ضوء ما تقدم يمكن تعريف المستشفى بأنه " نظام كلي مركب من مجموعة من النظم الفرعية، والتي تتميز كل منها بطبيعة مميزة وخصائص خاصة، وتتفاعل معا بغية تحقيق مجموعة من الأهداف الصحية المرجوة"<sup>1</sup>

ويمكن توضيح ذلك من خلال الشكل التالي:

### الشكل (1.1): المستشفى نظام فرعي



المصدر: فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، ص 64

والمستشفى كنظام مفتوح له مدخلات وعمليات ومخرجات فهو يأثر و يتأثر بالبيئة الخارجية فهو في علاقة تفاعلية متبادلة كما هو الحال بالنسبة للتنظيمات الإنسانية، و النموذج في الشكل رقم (2) يوضح كيف تتأثر مدخلات ومخرجات المستشفى ببيئته الخارجية ويمكننا شرحها فيما يلي:

#### 1- مدخلات النظام

تتمثل مدخلات النظام في الطاقة البشرية المتخصصة من المهارات المختلفة المتمثلة في الهيئة الطبية، وهيئة التمريض والمرضى الحاليين والمرقبين، والجهاز الإداري، والأجهزة والمعدات بالإضافة إلى المواد الأولية والمساعدة التي تستخدم في العلاج.

وهذه العناصر تتطلب البحث عن كيفية محددة لتشغيلها، بهدف تقديم خدمات علاجية أو وقائية بمستوى معين، والتي يترتب عنها الوصول إلى حالات الشفاء التام أو الوفاة والمواليد أو المعرفة العلمية الطبية،

<sup>1</sup> غنيم محمد أحمد، نفس المرجع، ص 24.

ولكي يقوم المستشفى بدوره على أكمل وجه، ويؤدي خدماته بطريقة أفضل، يجب أن يكون هناك تخطيط ورقابة على أداء الخدمة الطبية المقدمة ويمكن شرح هذه المدخلات كالاتي<sup>1</sup>:

أ- **المرضى:** يعتبر المريض أحد أهم العناصر التي تدخل في تنظيم المستشفى، كما أنه يعتبر محور تركيز واهتمام لعملية العلاج

فالحالة النفسية للمريض بما تتصف به من توتر وقلق وضغط نفسي، أثناء دخوله المستشفى تؤثر على حالته المرضية، إضافة إلى سلوك العاملين في المستشفى وتصرفاتهم، التي لها انعكاس على عملية العلاج.

أما العامل البيئي فهو يؤثر على حالة المريض، من خلال ظروف الأسرة وعدد أفرادها والبيئة التي يعيش فيها تؤثر على المريض في الاستجابة والتكيف مع بيئة المستشفى. أيضا الحالة الاجتماعية للمريض تؤثر على الاستجابة وردود الأفعال، داخل المستشفى من خلال علاقاته مع العاملين بالمستشفى.

#### ب- الهيئة الطبية

تتألف الهيئة الطبية من الأطباء المتفرغين العاملين في المستشفى، وتؤثر هاته الهيئة بما لديها من معرفة متخصصة ومهارات فنية لوصف العلاج، ووضع خطة المعالجة

#### ج- هيئة التمريض:

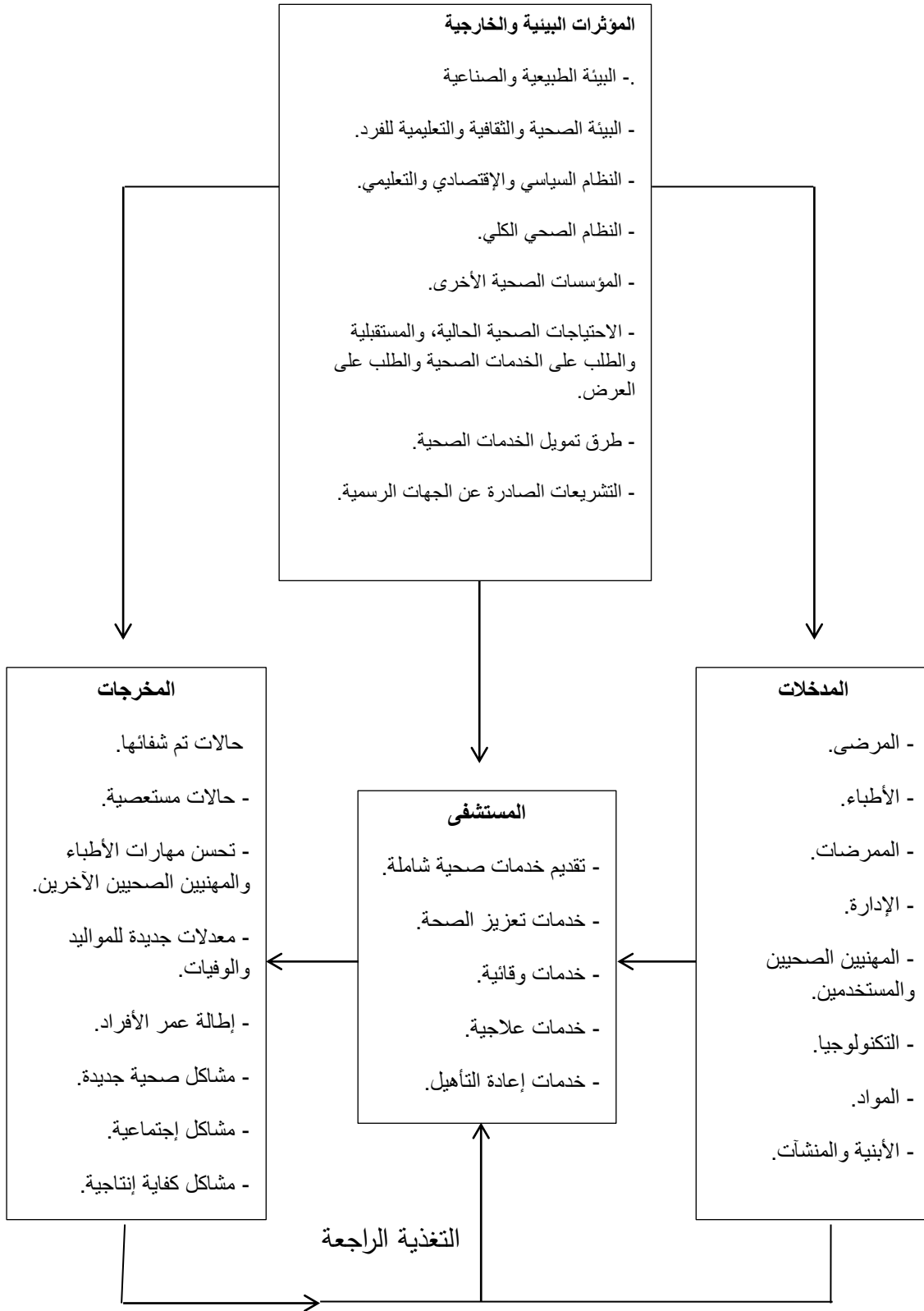
تعتبر جزء من التنظيم الإداري الرسمي للمستشفى، وتتكون من الممرضات ومساعدات التمريض، ومهمتها التنسيق بين رعاية المريض وهيئة العلاج.

#### د- الجهاز الإداري:

الذي يتكون من مدير المستشفى والمساعدين له ورؤساء الأقسام، والخدمات الإدارية والفنية

<sup>1</sup> نصيرات توفيق فريد، مرجع سبق ذكره، ص91.

الشكل رقم (2.1) المستشفى كنظام مفتوح



## هـ - التكنولوجيا:

المستشفى اليوم يستخدم معدات طبية متقدمة ومعقدة لا تقتصر على التكنولوجيا فحسب، بل تعدى ذلك للجانب المادي الذي يتطلب المباني والمنشآت المصممة وفق التكنولوجيا، بالإضافة إلى التخصصات الفنية لإدارة هذه المعدات.

## 2- التحويل والتكامل CONVERSION INTEGRATION

عملية تحويل المدخلات إلى مخرجات مرغوبة هي نشاط إداري داخلي أي يحدث في بيئة المنظمة الرسمية وذات طبيعة فكرية ومنطقية لتحقيق التكامل المدمج بن الموارد المتعددة المتاحة، حيث تتأثر عملية إحداث التكامل أيضا بالقدرات الإدارية للمدراء والإبداع، وتتألف عناصر التحويل من الهيكل التنظيمي، والتكنولوجيا والمهام المراد إنجازها، والعنصر البشري

وتحدث عملية التحويل عندما يقوم المدراء بإحداث التكامل والدمج بين هذه العناصر الأربعة، وبما يحقق أهداف ومصالح المنظمة والعاملين فيها وأهداف ذوي المصالح في البيئة الخارجية إضافة إلى أهداف المجتمع<sup>1</sup>.

## 3- مخرجات النظام

تتمثل مخرجات النظام في الحصلة النهائية لعملية علاج المرضى، فهي نتيجة كافة الجهود المبذولة في المستشفى، و يعتبر الأطباء أهم العناصر التي تؤثر على جودة الخدمة الصحية، لكونها تقع على عاتقهم وضع المقاييس لأداء الخدمة العلاجية، وللاستدلال على جودة الخدمة العلاجية هناك عدة نقاط متضمنة في عملية القياس تعطي المؤشر للجودة وهي<sup>2</sup>:

- تفحص الهيكل التنظيمي من خلال الخصائص التي يتميز بها والأنشطة التي تؤثر على الجودة، بالإضافة إلى المؤهلات العلمية لمقدمي الخدمة وكفاءتهم.

- تفحص الطريقة الفعلية لتقديم الخدمة العلاجية من خلال اختبار التفاعل الموجود بين المريض و الهيئة الطبية والتمريضية والخدمات المساعدة الأخرى ويمكن تحقيق ذلك بوسائل مختلفة مثل الملاحظة المباشرة لممارسة الطبيب ومراجعة السجلات الطبية العائدة للمرضى الذين تلقوا الخدمة الطبية.

<sup>1</sup> فريد نصيرات توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، عمان، الطبعة الخامسة، 2014، ص46.

<sup>2</sup> فريد نصيرات توفيق، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 100.

## المطلب الثالث: الإدارة الصحية وخصوصيتها

لقد ازدادت القناعة بأن المشكلة الحقيقية التي تواجه المستشفيات هي مشكلة كبيرة في الإدارة أكثر منها مشكلة موارد وإمكانات و بالتالي ازداد التوجه إلى تطوير مناهج و طرق التسيير الخاصة بإدارة المستشفيات في كثير من الدول المتقدمة وأصبحت الإدارة الصحية تخصص في حد ذاتها في الجامعات، ورغم الدور الكبير الذي يمكن أن تلعبه الإدارة الصحية في مجال تخطيط و رعاية الأنظمة الصحية إلا أنها لم تحظ بعد بما تستحقه من الاهتمام.

فالإدارة الصحية حسب الجمعية الأمريكية لإدارة المستشفيات هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي تتم بواسطتها تلبية الحاجات و الطلبات على خدمات الرعاية الطبية والصحية وتوفير البيئة الصحية، وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات، من خلال التعريف نلاحظ وجود قواسم مشتركة بين الإدارة الصحية والخدمات لكن هناك فروقات عندما يتعلق الأمر بالممارسة والتطبيق وتتمثل أساسا في:

- محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية وبالمقابل الطلب الكبير على هذه الموارد بمعنى أن المدير الصحي مطلوب منه كثير بالقليل المتوفر لديه.
- التوقعات العالية لمستهلك الخدمات الصحية فهو يتوقع المعجزات من الطب والنظام الصحي، كما أنه غير راض دائما عن جودة ما يستهلك بالإضافة إلى كلفة الخدمات.
- تدمير وعدم رضا من قبل مقدمي الخدمات الصحية خاصة الأطباء، بسبب ضغط العمل وزيادة الطلب على الخدمة من جهة وظروف العمل وقلة الأجر من جهة أخرى.

## 1- خصائص الإدارة الصحية

من هنا كان للإدارة الصحية عدة خصائص وميزات استمدتها من الخدمة الصحية يمكن أن نلخصها كالتالي<sup>1</sup>:

- الخدمة الصحية سلعة عامة يمكن استهلاكها من قبل شخص واحد دون أن يقلل ذلك من الكمية التي يستهلكها الآخرون.

<sup>1</sup>فريد توفيق نصيرات، ادارة منظمات الرعاية الصحية ، مرجع سبق ذكره، ص22.



- الخدمة الصحية غير قابلة للتخزين وتستهلك في نفس الوقت، فالطاقة غير المستعملة لا يمكن استخدامها في وقت آخر.
- الطلب على الخدمة الصحية يتغير بتغير الزمن، ويتمثل الزمن في عمر المريض، عمر مقدم الخدمة، وقت تقديم الخدمة.
- الخدمات الصحية حق لكل مواطن يجب أن يحصل عليه عند الحاجة، وهذه الخدمة تقدر في الغالب من قبل المواطنين بأقل من قيمتها الحقيقية.
- جودة الخدمة تخضع لرأي المريض (الزبون).

## 2- الفرق بين الإدارة الصحية والإدارة في المؤسسات الأخرى غير الصحية

أن أهم الفروقات بين الإدارتين تتمثل في ما يلي<sup>1</sup>:

- 1- طبيعة العمل في المؤسسات الصحية تكون بدون توقف على مدار 24 ساعة.
- 2- العمل في المؤسسة الصحية غالبا ما يكون تحت ظل من الاضطراب النفسي أو العاطفي، وهذا لا يعني عدم وجود العقلانية في اتخاذ القرارات.
- 4- المرونة العالية في إدارة المؤسسات الصحية لتمييزها في العلاقات الإنسانية الكثيرة في مختلف الاتجاهات.
- 5- يغلب على إدارة المؤسسات الصحية أسلوب إدارة الأزمات ، بالإضافة إلى أن المؤسسة الصحية لها القدرة على التكيف مع مختلف المتغيرات البيئية.
- 6- تتعامل إدارة المؤسسة الصحية بخدمات لا يمكن تقديرها بثمن وبالتالي فإن تحديد قيمة المخرجات تزداد صعوبة وتزداد معها صعوبة نجاح الإدارة الصحية، خاصة العمومية منها.
- 7- التأكد من صحة القرارات المتخذة في المؤسسة الصحية، تستغرق فترة زمنية طويلة وأحيانا تصل إلى سنوات فالفترة الزمنية بين القرار ونتائجه تكون كبيرة، الأمر الذي يجعل القرار في المؤسسة الصحية يتميز بالخطورة.

<sup>1</sup> صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات ( منظور شامل )، دار الفكر، عمان، 2012، ص31.

المبحث الثاني: مساهمات نظريات التنظيم في إدارة وتنظيم المستشفيات

المطلب الأول: مفهوم ومبادئ التنظيم

أ- مفهوم التنظيم

يعرف دونالد كلو التنظيم بأنه " ترتيب الأعمال أو الأنشطة في وحدات طبيعية وسهلة القيادة مع تحديد العلاقات الرسمية بين أولئك الذين يعينون أو يخصصون للقيام بتلك الأعمال المختلفة"<sup>1</sup>.

أما هنري فايول<sup>2</sup> فيعرف التنظيم على أنه " امداد مشروع بكل ما يساعده على تأدية وظائفه، من المواد الأولية والعدد ورأس المال والأفراد، وتقتضي وظيفة التنظيم من المدراء إقامة العلاقات بين العاملين بعضهم ببعض و الأشياء بعضها ببعض".

و قد عرفه جورج تيري ( George Terry ) في كتابه " Principale of management " بأنه "ترتيب وتنسيق وتوحيد الجهود والأعمال والنشاطات بما في ذلك تحديد السلطة والمسؤولية المعطاة للأفراد لغايات تحقيق الأهداف"<sup>3</sup>

أما مارش وسيمون فيعتبرون التنظيم على أنه منظمة (organisation) تحتوي على سلوكيات ودوافع وصراعات تؤدي بمجموعها إلى ما يعرف بالسلوك التنظيمي، بالإضافة إلى التعاريف السابقة هناك من يعتبر التنظيم كنظام (système) يتضمن مجموعة أجزاء تربطها علاقات متبادلة تسمى «subsystems» وتتفاعل مع بعضها بصورة منسقة وموجهة نحو تحقيق الهدف الرئيسي للنظام، ويتأثر النظام سلبا أو إيجابا بالبيئة المحيطة<sup>4</sup>، ويمكن أن نخلص إلى أن التنظيم يمكن أن نعتبره كبناء أو كوظيفة إدارية.

ب- مبادئ التنظيم

تعدد الكتاب الذين تحدثوا عن مبادئ التنظيم و يمكن أن نحصر المبادئ التي اشترك في عدها أغلب الباحثين في سبع نقاط وفقا للشكل التالي<sup>5</sup>:

<sup>1</sup> بغدود راضية، تحليل وتطوير الهياكل التنظيمية دراسة حالة المؤسسة الوطنية للدهن، مذكرة ماجستير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة بومرداس، 2008، ص 8.

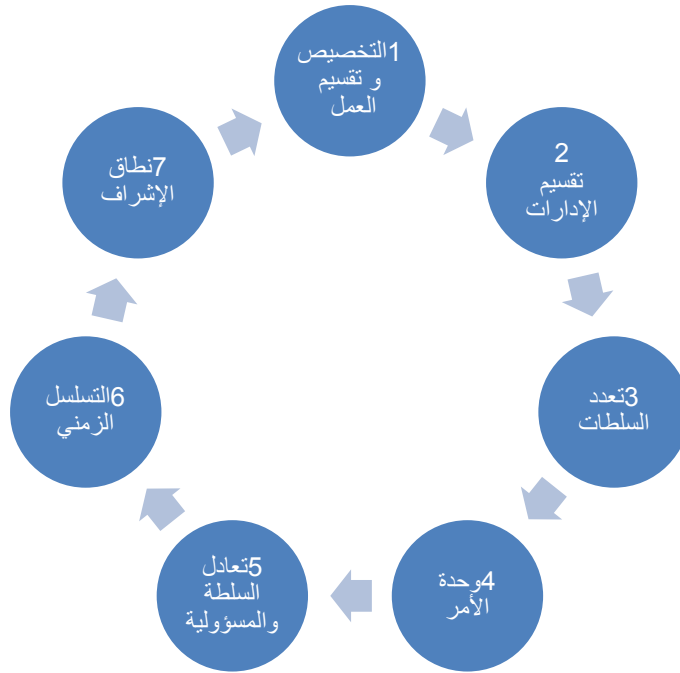
<sup>2</sup> Henry Fayol, **Administration industrielle et générale**, paris, dunod, 1918, p61.

<sup>3</sup> موسي اللوزي، **التنظيم وإجراءات العمل**، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2002، ص 21.

<sup>4</sup> حسن العلواني، **التنظيم الإداري المداخل والنظريات المعاصرة**، بروفيشنال للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، القاهرة، 2006، ص 15.

<sup>5</sup> أنظر في هذا الصدد:

الشكل (3.1): مبادئ التنظيم



المصدر: أحمد ماهر، الإدارة، المبادئ، المهارات، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص 328.

1- **التخصيص وتقسيم العمل:** يعني تقسيم العمل وضع الجهود الإنسانية والمادية بالمنظمة في شكل مقسم ومجزأ على الأفراد والأقسام والإدارات، بحيث يكون كل فرد أو قسم لديه التخصص.

2- **مبدأ التقسيم إلى إدارات:** ينصب على وحدات العمل الكبيرة مثل الأقسام الإدارية Département ويمكن النظر إلى الأمر باعتباره تجمعا للأعمال والوظائف في شكل أقسام، ثم تجميع الأقسام في شكل إدارات، ثم تقسيم الإدارة إلى أقسام فرعية.

3- **مبدأ تعدد السلطات:** يمكن تحديد ثلاث سلطات الذي توجد في أغلب المنظمات وهي تنفيذية، استشارية، وظيفية.

4- **مبدأ وحدة الأمر:** يعني أن كل فرد في التنظيم يجب أن يكون مسؤولا أمام شخص أو رئيس واحد فقط فحصول المرؤوس subordinate على أكثر من أمر صادر من مشرف يؤدي إلى نوع من

محمد قاسم القربوتي، مبادئ الإدارة: النظريات والعمليات والوظائف، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، 2004، ص 222، 223.

عبد الغفار حنفي، عبد السلام أبو قحف، أساسيات تنظيم وإدارة الأعمال، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2004، ص 203.

التعارض في التعليمات، وبالتالي التخبط في العمل، ومن مظاهر ذلك قيام المسؤول الذي يشغل مستوى أعلى بإصدار تعليمات أو أوامر إلى مرؤوس معين متخطيا بذلك سلطة رئيسه المباشر الذي يشغل مستوى إداري أقل.

**5- مبدأ تعادل السلطة والمسؤولية:** وهذا يعني أن يكون هناك تكافؤ بين السلطة والمسؤولية فلا تزيد السلطة عن المسؤولية، ولا تزيد المسؤولية عن السلطة ويتضح أن السلطة تمنح للوظيفة التي يشغلها الفرد داخل المنظمة.

**6- مبدأ التسلسل الرئاسي:** يعني هذا المبدأ أن السلطة والمسؤولية تتناسب من الأعلى إلى الأسفل، وفي انسيابها تتحدد العلاقة بين كل رئيس ومرؤوسيه عبر المستويات التنظيمية المختلفة.

#### 7- مبدأ نطاق الإشراف

ويقصد بنطاق الإشراف الحد الأقصى من العاملين الذين يمكن لرئيس واحد أن يشرف عليهم

### المطلب الثاني: النظريات الكلاسيكية للتنظيم

#### 1- نظرية الإدارة العلمية:

كان "فريدريك تايلور F. Taylor" من رجال الإنتاج والإدارة، ومن أوائل من اهتموا بتطبيق أسلوب علمي في تناول مشكلات الصناعة، فمفهوم العمل عنده يرتكز على ثلاثة محاور<sup>1</sup>:

الأول: الاستمرار، ذلك أنّ كافة المهام يجب أن تؤدي بانتظام خلال فترة معينة من الزمن

الثاني: الإنتاج، وهو النشاط الذي يميّز العمل عن غيره من الأنشطة الإنسانية.

الثالث: الأجر، إذ أن الأفراد يمارسون العمل من أجل الحصول على مكافآت يواجهون بها حاجاتهم الاجتماعية والشخصية المختلفة.

ولقد كان تايلور أول من حاول دراسة الحركات اللازمة لأداء الأعمال الصناعية وتسجيل الزمن الذي تستغرقه كل حركة منها، ثمّ تقدير الزمن الكلي اللازم لأداء الحركات المتتالية التي يتألف منها العمل. وكان يعتقد - تايلور - أنّ الخبرة والتدريب على الحركات الصحيحة كفيلاّن بإيصال العامل من تلقاء نفسه إلى الطريقة المثلى في أداء ذلك العمل وبالتالي الاستغناء عن الحركات الزائدة أو الطائشة.

ويمكن أن نلخص التايلورية في المبادئ التالية:

<sup>1</sup> الفضيل الرتيمي، عقلنة المنظمة ونظريات التنظيم، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية ج/قسم العلوم الاجتماعية جامعة البليدة، العدد 10، جوان 2013، ص 12.

- تقسيم العمل وتحديده كميا إذا أمكن، وهكذا التحديد يكون بتوزيع عمل ما على عدد من العمال لتحقيق أعلى مستوى تبسيط العمل والفعالية في الأداء.
- ينبغي أن يكون اختيار العمل قدر الإمكان مطابقا لمستلزمات ومتطلبات الأعمال التي يقومون بها، فتايلور يؤكد على عدم تعيين شخص نشيط وذكي في عمل دون مستواه ونشاطه الجسمي والذهني.
- تدريب العمال لأداء مهماتهم وفق ما تتطلبه خطط تحليل العمل، بالإضافة إلى المراقبة المباشرة بحيث لا ينبغي أن يصرفوا أي نشاط (طاقة) خارج الإطار المحدد لهم.
- المكافأة المالية اليومية للعمال كحافز مادي للعمال لتحقيق امتثالهم للأوامر والإجراءات المفصلة المتعلقة بأداء عمل ما ونشير هنا أن التاييلورية ركزت على أربعة مفاهيم أساسية والمتمثلة في الطاقة، السرعة، التحمل، التكلفة. وقد وجهت عدة انتقادات إلى المدرسة التاييلورية منها:
- تعتبر المدرسة التاييلورية تشكيلا للإطار الفلسفي قاعدته تجسيد الروح الفردية وقمته صبغ هذه المبادئ بالطابع العلمي.
- وفي الحقيقة فإن هذه المبادئ لم توضع إلا لخدمة المبادئ الرأسمالية التي وجهت بفضل إمكاناتها المادية، البحوث النفسية و الاجتماعية لمعالجة مشاكلها المختلفة التي واجهتها في ميادين التخطيط والتنفيذ والتقييم.
- حللت العمل تحليلا ميكانيكيا واعتبرت الإنسان خاضعا للآلة، وبهذا فقد اهتمت بالعوامل الفيسيولوجية المؤثرة في أداء العمل .
- أن التقسيم الكبير للعمل قد أدى إلى نتائج سلبية على مستوى السلوك التنظيمي.

## 2- نظرية التكوين الإداري لفايول

جاءت هذه النظرية كفكرة متلازمة تقريبا لأفكار نظرية الإدارة العلمية، خاصة بعد أن وضع المهندس الفرنسي " هنري فايول " H.Fayol أسس هذه النظرية محاولا تطوير بعض أفكار الإدارة العلمية، ويركز على عدد من القضايا والمبادئ الإدارية التي يمكن أن تعزز من تطوير المؤسسات والمنشآت الإنتاجية الصناعية والإدارية. جاءت أفكار " فايول " H.Fayol ممتزجة بخبرته الواقعية، كمدير لأحد المنشآت الصناعية الكبرى والتي كانت تعمل في قطاع التعدين.

ومن أبرز الإسهامات التي تنتمي إلى أفكار "فايول"، أنه سعى لتحليل جميع ظواهر النشاط الواقعي داخل التنظيمات والمؤسسات الصناعية، ويمكن تصنيفها إلى ست مجموعات رئيسية وهي<sup>1</sup>: الأعمال الفنية، الأعمال التجارية، الأعمال المالية، أعمال الأمن أو الضمان، أعمال المحاسبة، الأعمال الإدارية.

أعطى "فايول" أهمية كبرى للخبرة العملية، وقدرات العامل الفنية والتي تماثل نفس النسبة والأهمية للقدرة الإدارية لدى فئة المديرين أو أصحاب السلطة العليا، كما حرص وأكد على أن كلاً من العامل والمدير يحتاجان بصورة مستمرة لتعزيز هذه القدرات سواء أكانت فنية أم إدارية، وذلك عن طريق ما يعرف بالتعليم المستمر للوسائل الفنية والإدارية<sup>2</sup>.

أكد "فايول" على وجود عدد من المبادئ العامة للإدارة التي توجد في المؤسسات والمنشآت أي كان نشاطها في المجتمع، كما أن هذه المبادئ لا يمكن أن تتسم بالجمود ولكنها تتسم بالمرونة التي يمكن تحديثها، حسب حالة المؤسسات أو المنشآت ذاتها، ومن أهم هذه المبادئ:

تقسيم العمل، السلطة والمسؤولية، النظام، وحدة الأمر، وحدة التوجيه، الخضوع، المكافأة، المركزية، تدرج السلطة، الترتيب، المساواة، ثبات الأفراد الابتكار، روح التعاون.

يمكن أن نسجل عدّة ملاحظات فيما يخص نظرية "فايول" حول التنظيم الإداري:

- يمكن اعتبار النظرية صالحة من حيث الطرح والتصور رغم المسافة الزمنية التي تفصلنا بها، وهي جدّ متوافقة مع النظريات التنظيمية الحديثة.

- تعتبر أفكار "فايول" الإدارية نقطة الانطلاق لكثير من الأطروحات حول النماذج التسييرية الحديثة.

- غالبية المنظرين في الحقل التنظيمي أخذوا المبادئ الأساسية لفايول وطوروها سواء الفرنسيين أو الأمريكيين.

- تعتبر المبادئ الأربعة عشر لفايول مبادئ تتسم بالعقلانية والمنطق خصوصا إذا طوّرت وأثريت لتكون صالحة للواقع التنظيمي التي تعيشه كثير من مؤسساتنا الإدارية والاقتصادية.

<sup>1</sup> Jean Claude Scheid, **Les grands auteurs en organisation**, paris, dunod, p86.

<sup>2</sup> Jean Claude Scheid, **OPCIT**, PP88,89.

## 3- النموذج البيروقراطي

طور هذا النموذج ماكس فيبر MAX WEBER وسمي بالنموذج المثالي للبيروقراطية ويتميز النموذج بنوع من التنظيم التسلسلي والبعد العقلاني<sup>1</sup>

ويمكن تلخيص أهم خصائص النموذج البيروقراطي المثالي عند WEBER فيما يلي<sup>2</sup>:

- توزيع أعمال التنظيم وتقسيمها بشكل واجبات رسمية مع ضمان التخصص والخبرة الفنية للموظفين.
- توضع الوظائف على سلم هرمي متدرج يجعل كل موظف مسؤول عن مساعديه وعن قراراته، وتحدد سلطة الرؤساء وفق قواعد واضحة.
- توثيق القواعد والاجراءات الضابطة للأفعال وللقرارات والاتصالات تحريرا ورسميا.
- يعتمد في التعيين على المهارات الفنية والتعليم الرسمي وتستبعد الارتباطات السياسية والأسرية وتعتمد الأقدمية أساسا للتقدم عند تساوي الأداء والكفاءة.
- فصل الإدارة عن الملكية.

غير أن هذه النظرية تعرضت للنقد ومن أهم ممن انتقدوا النظرية ميرتون MERTON الذي كشف عن بعض جوانب البيروقراطية التي لم يحسب لها WEBER حسابا فالهرمية والرشد والتخصص الذي افترض أنها تحقق الكفاءة العالية والدقة قد تكون في نفس الوقت معيقا للكفاءة والفاعلية، وهذا يعني أن لكل نظام اجتماعي أو اداري نتائج وظيفية ايجابية وأخرى لا وظيفية DYSFUNCTIONAL أي سلبية، وهنا تظهر مشكلة التوازن بين النتائج الايجابية والسلبية للخصائص البيروقراطية، ويضرب ميرتون الأمثلة على ذلك بقوله "حين يتقدم مواطن بالشكوى على الموظف البيروقراطي متظلما من سلوكه نجد أن الموظف يتمسك بالمزيد من الإجراءات الرسمية لعرقلة الشكوى والتستر على سلوكه السيء".

ويتفق مع ميرتون سيلزنيك SELZENIC حول النتائج غير المتوقعة للبيروقراطية ويضيف أن التنظيمات الرسمية والهيكلية على غرار ما توضحه نظرية WEBER لا يمكنها وقف السلوك اللاعقلاني للأفراد للضغوط التي تمارسها البيئة الخارجية على المنظمة، وكذلك فإن البيروقراطية تغفل الحاجات والأهداف الفردية والفرعية، المتعارضة مع أهداف التنظيم، فالمنظمات هي أنساق اقتصادية تحتاج إلى كفاءة وفاعلية، وهي في نفس الوقت أنساق اجتماعية تعاونية، فالهيكل الرسمي الذي يحكم المتغيرات

<sup>1</sup> سميرة لغويل، البيروقراطية في التنظيم بين الروى النظرية والامبريقية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2012، ص70.

<sup>2</sup> عامر الكبيسي، الفكر التنظيمي-التنظيم الإداري الحكومي بين التقليد والمعاصرة، دار الرضا للنشر، دمشق، الطبعة الأولى، 2004، ص 80.

الاقتصادية لا يستطيع مراقبة وضبط المتغيرات الاجتماعية، بما فيها قيم الأفراد واتجاهاتهم، وحاجاتهم الشخصية، بينما يثير GOLDNER التساؤل حول الرقابة التي تمارسها المنظمة البيروقراطية لتشرف على الأداء والإنجاز وضمان المعدلات المطلوبة، فالإشراف المباشر يشعر العاملين بأنهم موضع استغلال من طرف المنظمة، مما يجبر المسؤولين على زيادة الإجراءات الرقابية لإحداث التوازن، فتصبح هناك توترات جديدة نتيجة لذلك، ويوضحها GOLDNER ويسميها بيروقراطية -معاقبة، ويفرق بينها وبين بيروقراطية-خبرة<sup>1</sup>.

وكنتيجة لذلك، ساهمت الانتقادات التي طرحها ميرتون 1943، وسيلزنيك 1949، وقولدندر 1953، في تعميق الوعي بالنظرية البيروقراطية، وتعديلها، وتمهيد الطريق أمام انتشارها في ميادين العمل والممارسة، كما لفتت الأنظار إلى أهمية إجراء العديد من الدراسات الميدانية حول فرضياتها ومتغيراتها، وكانت حصيلة ذلك بلورة الاتجاه الجديد المسمى بالبيروقراطية المحدثة *new werbien*.

أما ميشيل كروزيه Michel Croiser فقد بين من خلال دراسته عدم تحقق المزايا التي يفترضها النموذج المثالي للبيروقراطية في المنظمات التي أخضعها للتحليل والمشاهدة، وعلى خلاف ذلك فقد أثبت تحقق عدد من الظواهر السلوكية المدانة التي نجمت عن تطبيقها ونوجز بعضها منها<sup>2</sup>:

- تسبب انعزال الأفراد عن بعضهم، وشيوع المنافسة المقيتة بينهم، وضعف العلاقات الجماعية والتعاونية وغيبة الأمن الوظيفي لديهم.

- تمسكها بالمركزية الشديدة وحصرها للصلاحيات في قمة الهرم وحرمان مستويات التنفيذ التي تمتلك المعلومات الهامة بسبب تعاملها مع الجمهور من المشاركة في اتخاذ القرار.

- ضعف الانتماء والولاء للمنظمات معا

- تعقد الاجراءات بسبب تأثير جماعات العمل.

ويخلص كروزيه إلى أن مقاومة الأفراد للتعقيد والروتين والهرمية يؤدي إلى ردود فعل لهذه المقاومة، تتجم عنها بيروقراطية أشد وأعدق وهذه هي الحلقة الجهنمية للبيروقراطية كما يسميها، ويقف كروزيه طويلا عند الروتين الذي تتميز به المنظمات البيروقراطية، والذي يصبح الحصن الحصين الذي يحتمي به البيروقراطي من رؤسائه وزملائه ومراجعيه ويدفن فيه خوفه من ممارسة صلاحياته فهو يتشبث بالشكلية والاجراءات مع ايمانه بعدم سلامتها<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> كزافيي غريف، البيروقراطية في التحليل الاقتصادي-حول اقتصاد عمومي جديد-، إيكونوميكا، باريس، 1987، تعريب محمد الصغير جاري، مؤسسة جاري للنشر والتوزيع، الجزائر، ص10.

<sup>2</sup> عامر الكبيسي، مرجع سبق ذكره، ص 84.

<sup>3</sup> V.MICHEL CROSIER, LE Phénomène bureaucratique، LE Seuil، collection point,1963,p216.



## 4- النموذج السلوكي

بالرغم من أهمية المبادئ التي ساهمت بها المجموعة الأولى من النظريات الكلاسيكية، إلا أنها أهملت الجوانب السلوكية المرتبطة بالعنصر البشري في التنظيم، ولذلك ظهر تيار ثاني من النظريات الكلاسيكية شملت مجموعة من الأعمال أهمها مدرسة العلاقات الإنسانية

اختلفت نظرية العلاقات الإنسانية عن سابقتها من النظريات بأنها لم تنظر إلى الأفراد في التنظيم من زاوية الهيكل الرسمي، بل أخذت في اعتبارها أهمية التنظيم غير الرسمي، وتأثيره على الأفراد وبعد إلتون مايو (Elton Mayo) وزملاؤه ممن ترتبط أسماؤهم بحركة العلاقات الإنسانية، حيث أكد هذا الأخير وبالإشتراك مع زميله روثليز برجر (Rothlis Berger) أن حل المشاكل الإنساني في العمل تحتاج إلى فهم إنساني، ومعرفة لهذا العمل وبناء على ما تقدم قام Mayo بعدة تجارب ليخرج في الأخير بعدة نتائج والتمثلة في:

- ليست الحوافز المادية التي تؤثر على إنتاجية العامل فقط، بل هناك عوامل أخرى كالاهتمام والتقدير.
  - لا يواجه الأفراد العاملون المواقف المتعلقة بالعمل كأفراد بل كجماعات منتظمة بصورة غير رسمية.
  - لا يحقق التخصص الوظيفي الدقيق في العمل بالضرورة مستوى الأداء الجيد في المنظمة، إذ أن العلاقات المتبادلة، وتفاعل الأفراد في الأداء الوظيفي الأثر الكبير في تحقيق كفاءة المنظمة.
- غير أنه وجهت لهذه المدرسة مجموعة من الانتقادات نذكر منها :
- ركزت حركة العلاقات الإنسانية على دراسة التنظيم غير الرسمي وأغفلت أهمية التنظيم الرسمي، ولم تبين أثره على تشكيل سلوك الأفراد.
  - تجاهلت هذه المدرسة مجموعة من الدوافع التي تحرك وتؤثر على سلوك الأفراد بتركيزها فقط على الدوافع الاجتماعية، ويعاب على هذه المدرسة حدودية عدد العاملين الذين شملتهم الدراسة، وبالتالي فإن النتائج التي توصلت إليها مشكوك فيها من الناحية العلمية.

## المطلب الثالث: النظريات الحديثة للتنظيم

تعتبر هذه النظريات المنظمة نظاما مفتوحا على البيئة، وبالتالي هناك عوامل خارجية تؤثر وبصفة مباشرة على طبيعة التنظيم، ويمكن أن نلخص النظرة الحديثة للتنظيم في بعض النظريات الحديثة ونركز على النظريات المهمة في بحثنا ونوجز أهمها فيما يلي:

1- النظريات السلوكية: وهي نظريات مكملة لمدرسة العلاقات الإنسانية، غير أنها تعتبر المنظمة كنظام مفتوح، ومن أهم مفكري هذه النظريات شيستر برنارد (Chester Barnard)، والذي سعى لتطوير نظرية جديدة للتنظيم منتهجا في ذلك المنهج السلوكي. فالمنظمة وفقا لآرائه هي نظام تعاوني، على أهمية الهيكل التنظيمي، فيما يتعلق بتفويض السلطة كأساس لبناء التنظيم، Chester وقد ركز كما أظهر أهمية خاصة لبناء هيكل أو شبكة جيدة للاتصالات كأساس لتماسك الهيكل التنظيمي، كما أكد Chester، كذلك أنه داخل المنظمة يوجد نوعان من التنظيم و هما التنظيم الرسمي و الذي يمثل الهرم الإداري وهيكل السلطة والرئاسات و كذا العلاقات الرسمية القائمة بين أعضاء المنظمة، والثاني تنظيم غير الرسمي الذي ينشأ نتيجة عوامل عاطفية أو مصلحة مشتركة، ويعتبر الإدارة الناجحة التي تقترب منه ولا تحاربه، بل تكسب ثقته، لأنه يمكن أن يساعدها على تنظيم الأعمال بسهولة ويسر. أما فيما يخص ليكرت (Likert) فقد أوضح بأن التنظيم عبارة عن تكوين إنساني، يتوقف نجاحه على الأعمال المتناسقة لأعضائه كما له خصائص أساسية وأنشطة محددة ،

في حين نجد ماري فوليت (M. Follet) التي انتقدت في كتاباتها النظريات الكلاسيكية، اقترحت فوليت اشتراك العاملين في تحليل وتصميم العمل الخاص بهم لأنهم أدرى الناس بطبيعة عملهم؛ وأوصت بأنه ينبغي السماح بالاتصالات المباشرة بين المديرين الذين يعملون في وظائف مختلفة، ولزيادة سرعة اتخاذ القرار دعت إلى تقليص درجة المركزية، وركزت على ضرورة التنسيق. كما اقترحت تكوين فرق عمل ينتمون لإدارات وظيفية مختلفة، للعمل على إنجاز مشروع معين، وهو من التنظيمات الشائعة في الوقت الحالي، وهو يوافق ما طرحه فريدريك فيير<sup>1</sup> FREDERIC WEER من خلال كتابه نهاية التنافس ونهاية الهرمية، فالهرمية كما يرى نظام لاإنساني يحاصر الأفراد ويخوفهم، فلا تأخذ المشاعر والعواطف بعين الاعتبار، ولا تحسب للمتغيرات المعنوية والنفسية حسابا، ولذلك يدعو فيير إلى القضاء على الهرمية وليس مجرد التعديل فيها أو إصلاحها.

أما البديل الذي يطرحه فيتمثل بالقيام بمنظمات بلا مستويات ولا جدران أو مواقع، ترتب الموظفين أو تصنفهم وفقا لألقابهم أو سنوات خدمتهم ورواتبهم، فيشبههم بفريق كرة القدم، أو كمؤسسة NASA لإدارة الفضاء والملاحة الجوية، وكمطاعم ماكدونالد، والمنظمتان الأخيرتان قد أخذتا بالفعل بالتنظيم الفرعي والمصفوفي وبالعمل الجماعي وقد نجحتا في ذلك.

<sup>1</sup> فهد الكبيسي، مرجع سبق ذكره، ص 93.

وهذا ما ذهب إليه وارن بنس (Werren Bennis) في نقده للبيروقراطية الذي تتبأ بتراجعها ثم انحلالها نهائيا قبل نهاية القرن العشرين لتضمهم أنماط تنظيمية جديدة، تلائم روح العصر وتواكب تطوراتها وقد شخص عيوب البيروقراطية أنها:

- تعيق النمو والنضج الشخصي للعاملين، وربما تدفعهم للتراجع والخمول.
- لا تحسب للمشاكل الطارئة والمواقف غير المتوقعة حسابا.
- تستلزم نظاما رقابيا متشددا، يمنع الإبداع وينشر الرعب.
- لا تسمح باستيعاب التكنولوجيا المستجدة ولا الفنيين المتعاملين معها.

وينتهي بنيس بأن البيروقراطية التقليدية بخصائصها ومشاكلها لا يمكن أن تعيش ظروف المستقبل الذي الذي سيشهد تغييرا جذريا في التكنولوجيا وأنماط القيم والعلاقات، وسبل التفكير والعيش، وستواجه البشرية مشكلات إنسانية لا تقوى المنظمات البيروقراطية على حلها.

## 2- النظرية الموقفية: تعتبر النظرية الموقفية من أهم ما ساهم به الفكر التنظيمي المعاصر، فهي

تدعي بأنه لا يمكن تقديم مبادئ وتوصيات عامة وصالحة لكل الظروف وفي جميعها لتحقيق فعالية المنظمة، وأهم ما ركزت عليه هذه النظرية عدم وجود تنظيم مثالي يصلح لجميع المنظمات أي أن شكل الهيكل التنظيمي يتوقف على طبيعة المنظمة وخصائص البيئة، فإذا كانت البيئة مستقرة فالتنظيم يكون ميكانيكيا يتميز بالمركزية، تحديد واضح للسلطات والمسؤوليات، أما في حالة بيئة سريعة التغيير فإن التنظيم العضوي أكثر ملائمة، فهو يتميز بدرجة عالية من اللامركزية، وذلك بتفويض السلطة إلى مختلف المستويات وتشجيع العاملين على المبادرة والتعاون وسرعة الإستجابة للمتغيرات التي تفرضها البيئة الخارجية<sup>1</sup> وهذا ما ذهبت إليه دراسة بيرنز وستوكر<sup>2</sup> (burns & stalker)، أما اييري وتريست<sup>3</sup> (F. Emery & E. Trist) فقد حلا أبعاد البيئة وميزا أربع متغيرات: اقتصادية، اجتماعية، نفسية، فنية وأوضحا أن البيئة الخارجية لأي منظمة ليست متجانسة، وأن فعالية المنظمة تتحدد وفقا للطبيعة التي توجد فيها وما إذا كان هيكلها التنظيمي يتناسب مع طبيعة البيئة المحيطة أو لا.

أما لورنس ولورش (p. laurence & J. lorch) فقد كانت مساهمتها حول مدى تأثير التخصص وتقسيم العمل بالمؤسسة على الأداء، ومدى قدرتها على الاستجابة للتغيرات التي تحدث في البيئة الخاصة، وتوصل الباحثان إلى أن تقسيم العمل وفقا لمبدأ التخصص سيترتب أن يسعى مدير كل إدارة

<sup>1</sup> حسن العلواني، مرجع سبق ذكره، ص 109.

<sup>2</sup> دراسة نشرت سنة 1961 عن منشأة في إنجلترا واسكتلندا تحت عنوان the management of innovation

<sup>3</sup> the casual texture of organisation environment, study published in 1965 by F. Emery & E. Trist

إلى تطوير أساليب خاصة للعمل طبقا لأسلوب تفكيره وحدود التخصص الذي يعمل في إطاره، ما يجعل هناك تمايز (deferenciation) واضح بين الإدارات، ولمعالجة ذلك قدم لورنس ولورش حلا بضرورة سعي الإدارة العليا للتنسيق والتعاون بين الإدارات المختلفة لتحقيق التكامل (integration) وفق نموذج أطلقا عليه نموذج التكامل والتمايز التنظيمي.

ومن أهم العوامل الموقفية التي تؤثر في اختيار وتصميم الهيكل التنظيمي إضافة إلى البيئة حجم المنظمة؛ التكنولوجيا؛ علاقات السلطة.

ولعل من أهم المساهمات هنا هي نموذج منتزبرغ

### 3- نموذج منتزبرغ هنري (H.Mintzberg)

حيث قام هنري منتزبرغ (H.Mintzberg) بصياغة نموذج حول العلاقة بين البيئة والهيكل

التنظيمي، بحيث ركز على بعدين من الأبعاد البيئية وهما<sup>1</sup>:

- التعقيد: complexity ويقصد مينتزبرغ بهذا التكنولوجيا الخاصة بالمنظمة، ويرى أنها يمكن أن تتراوح من بسيطة مثل الشركات المصنعة للصناديق القابلة للطي، إلى معقدة مثل وكالة الفضاء التي تستخدم معرفة متقدمة لإنتاج مخرجات معقدة للغاية، مع ملاحظة أنه لا يهتم تعقد التكنولوجيا بقدر ما يهتم فهمها.
- الاستقرار: stability فيمكن أن تتراوح بيئة المنظمة من الاستقرار إلى الديناميكية، ومثال على بيئة غير مستقرة صناعة الالكترونيات مثلا.

وأوضح مينتزبرغ أن بعد التعقيد يحدد مركزية أو لامركزية صنع القرار داخل المؤسسة في حين يحدد بعد الاستقرار درجة بيروقراطية أو عضوية الهيكل التنظيمي. يعني هذا أنه في ظل البيئة المستقرة يكون هناك نوعان من الهياكل البيروقراطية هما: الهيكل البيروقراطي المركزي الذي يتلائم مع البيئة البسيطة، والهيكل البيروقراطي اللامركزي الذي يتلائم مع البيئة المعقدة. أما في ظل البيئة المتغيرة فيوجد نوعان من الهياكل العضوية هما: الهيكل العضوي المركزي الذي يتلائم مع البيئة البسيطة والهيكل اللامركزي الذي يتلائم مع البيئة المعقدة. أي أننا نكون إزاء أربعة أنماط للهياكل التنظيمية التي تتناسب مع كل نمط من الأنماط البيئية الأربعة على النحو الذي سيوضحه الشكل رقم(5)، وهذه الأنماط الأربعة هي :

1/ هيكل بيروقراطي مركزي: تؤدي البيئة المستقرة البسيطة إلى ظهور الهياكل البيروقراطية المركزية، وتعتبر أمثلة شركة صناعة أنتاج الأغذية و شركات التبغ وشركات الحاويات نمودجا لذلك،

<sup>1</sup> HENRY Mintzberg, structure in fives desining effective organisation, prentice hall, Inc, New Jersey, p 136.

2/ هيكل بيروقراطي لامركزي : في حالة البيئة المستقرة المعقدة، فبسبب شمول العمل واتساع نطاقه وصعوبة تجزئة المعرفة المستخدمة يجب أن تتناسب السلطة في يد المهنيين المدربين بدرجة عالية، والتنسيق يتم من خلال تنميط المهارات، والأمثلة على ذلك الجامعات والمستشفيات.

3/ هيكل عضوي لامركزي: عندما تكون البيئة ديناميكية بسيطة، فإن ذلك يتطلب مرونة الهيكل العضوي لإبقاء المنظمة بعيدا عن البيروقراطية لكن صنع القرار يجب أن يظل مركزيا

4/ هيكل عضوي لامركزي: عندما تكون البيئة ديناميكية معقدة، كما هو الحال لمشروعات الدراسات الضخمة كدراسات الفضاء، وشركات صناعة الطائرات.

#### الشكل رقم (4.1) : نموذج منتزبرغ لأنماط الهياكل التنظيمية.

		الاستقرار ←	
		مستقرة	متغيرة
التعقيد ↓	بسيطة	1/ هيكل بيروقراطي مركزي	3/ هيكل عضوي مركزي
	معقدة	2/ هيكل بيروقراطي لامركزي	4/ هيكل عضوي لامركزي

المصدر: HENRY Mintzberg, opcit, structure in fives desining effective organisation p144

#### المبحث الثالث: بعض النماذج عن المستشفيات والأنظمة الصحية في العالم

نقدم في هذا المبحث بعض النماذج عن الأنظمة الصحية المتقدمة و مايقابلها من أنظمة تريد التطور وتحسين نوعية الخدمات المقدمة، بدءا بالوم أ باعتبارها الأولى في العالم من حيث الاقتصاد والرفاه الاجتماعي، ثم ألمانيا باعتبارها أقدم نظام رعاية صحية شامل في العالم، ثم فرنسا باعتبار نظامها الاجتماعي من أحسن الأنظمة في العالم، واخترنا نموذجين مجاورين للجزائر فيما يخص الدول النامية.

#### المطلب الأول: النظام الصحي في الو.م.أ

يعد النظام الصحي القائم في الولايات المتحدة الأمريكية مزيجا من النظام العام والخاص، وهو الأكثر كلفة من أي بلد آخر في العالم، والأكثر تكلفة لكل شخص، وتعد الولايات المتحدة البلد الوحيد من بين البلدان الصناعية المتقدمة التي لا تقدم نظاما صحيا عاما. ففي عام 2006 وصل عدد الأمريكيين الذين ليس لديهم تأمين صحي إلى نحو 16 بالمائة، وفقا لمكتب الإحصاءات الوطنية التابع للحكومة الأمريكية. إضافة إلى ذلك، فإن الكثير ممن لديهم تأمين صحي لا يمكنهم الحصول على الرعاية

الصحية الجيدة إذ أن سياسات المشاركة في تغطية النفقات الصحية تكون مكلفة، وهناك حد أقصى للمبالغ التي تقدمها شركات التأمين<sup>1</sup>.

يتكون النظام الصحي الأمريكي من نظام تأمين صحي حكومي يتم تغطية تكاليف نسبة 46% من الحكومة عن طريق نظامي<sup>(2)</sup> الـ Medicaid بالإضافة إلى التأمين الصحي الخاص مقابل اشتراكات تأمينية مختلفة بين العامل وصاحب العمل.

**1- نظام الرعاية الطبية (Medicare):** فهذا النظام من الرعاية الصحية هو برنامج فيدرالي يستهدف تمويل الخدمات الطبية بالنسبة لكبار السن.

**2- نظام المساعدة الطبية (Medicaid):** أما برنامج المساعدة الطبية فهو برنامج تشترك في تمويله الحكومة الفدرالية وحكومة كل ولاية من الولايات المتحدة لمساعدة المرضى المعوزين والفقراء.

الخدمات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية تعتبر من الخدمات المتميزة والمتقدمة ولكن النظام الصحي الأمريكي أكثر أنظمة العالم الصحية تعقيدا وغموضا، حيث أن النظام مؤسس على السوق فمن يدفع أكثر يحصل على أعلى المزايا الصحية... وهناك فرق كبير بين مستوى الخدمات الصحية وبين النظام الصحي، فعند الحديث عن النظام الصحي نعني بذلك: شمولية وكفاءة وعدالة النظام التغطية الشاملة لكافة شرائح المجتمع.

كما تشير بعض المؤشرات العالمية إلى الولايات المتحدة الأمريكية من أكثر دول العالم التي تنفق على الخدمات الصحية، حيث ينفق الأمريكيون 17% من إجمالي الناتج المحلي على النفقات العلاجية بمعدل 7290 دولار للفرد سنويا. وبالرغم من ذلك أظهر آخر استطلاع للرأي أن نسبة 80% من الأمريكيين يرون أن نظام الخدمات الصحية في بلادهم بحاجة إلى تغيير شامل.

## المطلب الثاني: الأنظمة الصحية في أوروبا

### 1- النظام الصحي الألماني

تملك ألمانيا أقدم نظام رعاية صحية شامل في العالم، فالنظام الألماني مبني على مبدأ التضامن والعدالة، من خلال تحديد مستوى عادل من المشاركة من قبل المستفيدين من الخدمات الصحية فالعدالة في النظام الصحي الألماني تقتضي تساوي الناس في تلقي الخدمة والمشاركة فيها بغض النظر عن الحالة الصحية

<sup>1</sup> علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية، اطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، تخصص تسيير المنظمات، 2011، ص 94.

<sup>2</sup> بول فلسطين، ترجمة محمد حامد عبد الله، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الأول، جامعة الملك سعود للنشر العلمي والمطابع، 1999، ص

للمستفيد من الخدمة. ومما تجدر الإشارة إليه أن النظام الصحي الألماني أتاح لأصحاب الدخل المرتفعة ممن يبحثون عن الرفاهية العلاجية (لأن الحصول على الرعاية الصحية مكفول للجميع) إمكانية الانضمام إلى نظام التأمين الخاص التجاري، وإن كانت شروط الانضمام إلى التأمين الصحي متاحة لمن لديهم القدرة المالية المرتفعة، كما أن شروط التحويل من النظام الصحي الاجتماعي إلى الخاص التجاري ليست بالسهلة فأحد هذه الشروط أن من يريد الانتقال من نظام التأمين الاجتماعي إلى النظام التجاري لا يمكنه العودة إليه.

طبقا للقوانين المعمول في النظام الصحي في ألمانيا، هناك ثلاث أنواع من المستشفيات التي تقدم الرعاية الصحية للمرضى: مستشفيات عامة، ومستشفيات خاصة لا تهدف إلى تحقيق ربح، ومستشفيات خاصة تهدف إلى تحقيق الربح، يستخدم النوع الأول والثاني أطباء يتقاضون راتب يكون ضمنه منحة جزافية يومية يتلقاها من طرف صندوق التأمينات على المرض على كل مريض يقوم بالكشف عليه، أما النوع الثالث فالطبيب يحصل على راتبه من خلال الدفع على الفعل (Acte) إلى جانب حصوله على منحة جزافية يومية يتلقاها من صندوق التأمينات الخاصة، حيث يقوم الطبيب بدفع جزء من هذه التعويضات إلى المستشفى.

يتميز النظام الصحي الألماني بما يلي:

- 1- النظام الصحي في ألمانيا هو نظام اتحاد فيدرالي، تتمتع فيه المقاطعات الفيدرالية باستقلالية كبيرة.
- 2- انتقال عدد كبير من المستشفيات من التسيير العمومي إلى التسيير الخاص.
- 3- يمثل القطاع الصحي العام 32% من إجمالي المؤسسات الصحية. و50% من إجمالي عدد الأسرة، بينما المؤسسات الصحية الخاصة والتي لا تهدف إلى تحقيق ربح تمثل 32% من إجمالي المؤسسات الصحية، و35% من إجمالي الأسرة، في حين أن المؤسسات الصحية الخاصة والربحية تشكل 30% من إجمالي المؤسسات الصحية، و15% من مجموع عدد الأسرة في ألمانيا.
- وفي حقيقة الأمر أن نسبة 53.5% من إجمالي المؤسسات الصحية العامة هي مشاركة ما بين القطاع العام والخاص، أين حصة الدولة (الجماعات المحلية) تفوق 51% منها.
- وفي سنة 2007، احتلت ألمانيا المرتبة الثانية أوروبا بعد فرنسا من حيث عدد المستشفيات التابعة ملكيتها للدولة (الجماعات المحلية).

- 4- تمويل المؤسسات الصحية يتم من خلال ما يسمى بمخطط المستشفى، حيث تمل الاستثمارات الصحية من طرف الدولة (الاتحاديات الفيدرالية) بينما النفقات الجارية، أجور العمال، نفقات العلاج،

الإقامة. ..الخ يتكفل بها صندوق التأمين الصحي العام وصناديق التأمين الخاصة. كما أن التأمين العام وصناديق التأمينات الخاصة تتبع نفس قواعد وطرق تمويل الرعاية الصحية.

5- الاتحاديات الفيدرالية هي المسؤولة:

- عن تخطيط المستشفى ( عدد الأسرة، التخصصات الطبية. ..الخ)

- التحقق من صحة المشاريع الاستثمارية لكل مؤسسة صحية.

أما المشاريع الغير ممولة من طرف الاتحاديات الفيدرالية، تتكفل بها الجماعات المحلية.

6- لقد عرف تمويل النظام الصحي في ألمانيا تغيرا عميقا بعد الانتقال التدريجي إلى نظام التسعيرة على أساس النشاط سنة 2003، من أجل الوصول إلى نظام تمويل أمثل للنظام الصحي في ألمانيا للتحكم خلال المرحلة الممتدة من 2005-2014.

## 2- النظام الصحي الفرنسي:

إن إدارة النظام الصحي في فرنسا يعود أساسا للدولة بوصفها ضامنة للمصلحة العامة من خلال تحسين صحة السكان كما أن الدولة تتدخل في بعض الأحيان مباشرة في إنتاج أو تمويل الرعاية الصحية. إن تنظيم وتنسيق الأنشطة الصحية في فرنسا جد معقدة، بسبب وجود عدد كبير من السلطات والهيئات الإدارية المختصة والمسؤولة عن تطوير المنظومة الصحية في فرنسا منها:

1- منظمي قطاع الصحة على المستوى الوطني: أن إدارة قطاع الصحة على المستوى الوطني يعود طبعا بالدرجة الأولى إلى الدولة الممثلة بوزير الصحة والوزير المكلف بالشؤون الاجتماعية الذين لهما مسؤولية خاصة في تنظيم القطاع الصحي وخاصة هذه الأربع مديريات المنتمية إلى الوزارتين فهي المعنية أكثر من غيرها بالغات الصحية وهي: مديرية الحماية الاجتماعية، مديرية المستشفيات، المديرية العامة للصحة ومديرية النشاط الاجتماعي إلى جانب وزير الاقتصاد والمالية والذي يتدخل فيما يخص الجانب التمويلي والتأمين على المرض ومن أهم المهام التي تقوم بها الدولة في مجال الصحة نوجزها فيما يلي:

- التكفل بالمشاكل العامة للصحة العمومية؛

- ضمان تكوين عمال الصحة وتدريبهم، كما تحرص على مواصفات جودة المنشآت الصحية؛

- ممارسة الوصاية على الحماية الاجتماعية في إطار الأهداف والتسيير، وتتدخل في كفاءات تمويلها؛



- تمارس الرقابة على العلاقة الموجودة بين مختلف مؤسسات التمويل، ومهنيي الصحة والمرضى في ظل الظروف الصحية والاقتصادية العامة السائدة؛
- ضمان توزيع عادل للمرافق الصحية بين مختلف أقاليم الجمهورية.
- إلى جانب ذلك هناك هياكل أخرى لامركزية مسؤولة عن تنظيم المرافق الصحية في فرنسا منها:
- الوكالة الفرنسية للسلامة الصحية للمنتجات الصحية ( Agence française de sécurité sanitaire "AFSSAPS"
- الهيئة العليا للصحة ("Haute autorité de santé "HHS")
- اللجنة العليا للصحة العمومية ("le haut conté de santé publique "HCSP")
- 2- منظمي قطاع الصحة على المستوى الإقليمي: تتمثل المهارات الرئيسية الإقليمية العادلة في النظام الصحي في فرنسا فيما يلي:
- مؤتمر الصحة الإقليمية (La conférence régional de santé "CRS") يضم مؤتمر الصحة الإقليمية كل الفاعلين الإقليميين في مجال تحديد أولويات الصحة العامة في الإقليم، كما يقدم مقترحات لتحسين صحة السكان والتي لها علاقة بجميع المرافق الصحية والطبية والاجتماعية.
- الوكالات الاستشفائية الإقليمية ("les agences régionales de l'hospitalisation "HRH")
- يتمثل دور الوكالات الاستشفائية الإقليمية في تحديد وتنفيذ السياسات الإقليمية فيما يخص عرض العلاجات الاستشفائية للمرضى.
- الإدارة الإقليمية للشؤون الصحية والاجتماعية ( Direction régionales des affaires sanitaires et sociales "ARASS").
- 3- أما على المستوى القطاعي، فالفاعل الرئيسي في المجال الصحي هي مديرية الصحة والشؤون الاجتماعية "DDASS" Direction départementales des affaires sanitaires et sociales وهي مسؤولة على تحسين تنظيم وتسيير تقويم الرعاية الصحية محليا وكذا اتخاذ كافة التدابير لترقية الصحة على المستوى المحلي.

### المطلب الثالث: الأنظمة الصحية في الدول النامية

اخترنا في المطلب الثالث الدول النامية القريبة من الجزائر، حتى نستطيع المقارنة فيما بعد بين الأنظمة الصحية للدول المجاورة للجزائر، وهل هي متقاربة من حيث نوعية الخدمات المقدمة، وفي هذا الصدد اخترنا تونس والمغرب

## 1- النظام الصحي في تونس:

## 1-1 بعض الأرقام

يتميز القطاع الصحي في تونس، بقطاع خاص متطور، وقطاع عام بطيء لايساير القطاع الخاص،، حيث شهد هذا الأخير تطورا ملحوظا طيلة السنوات العشر الأخيرة مسجلا بذلك رقم معاملات كبير جدًا، وبنسبة 100 % قيمة مضافة للدولة، وتشير المعطيات إلى أن حجم القطاع العام ثقيل جدًا مقارنة بحجم القطاع الخاص، حيث يشتمل على (2091) مركزا للرعاية الصحية الأساسية و (174) هيكل استشفاء و (3) مستشفيات تابعة لوزارة الدفاع ومستشفى(1) لوزارة الداخلية وبطاقة استيعاب تقدر ب(19630) سرير أي بما يعادل 1.84 سرير لكل ألف ساكن تونسي في السنة، دون أن ننسى (4) كليات الطب و(1) الأسنان، و(1) الصيدلة، في المقابل يحتوي القطاع الخاص على(81) مصحة بطاقة استيعاب تقدر ب(3650) سرير أي ما يعادل 0.3 سريرا لكل ألف ساكن تونسي.

عدد السكان لكل طبيب 811 ؛ عدد السكان لكل طبيب أسنان 3370؛

عدد السكان لكل صيدلي 3260 ؛ عدد السكان لكل إطار شبه طبي 308 ؛

عدد السكان لكل مركز صحي 5054 ؛

نسبة نفقات الصحة العمومية من ميزانية الدولة سنة 2009 6,8 % ؛

نسبة نفقات الصحة العمومية من الناتج الداخلي الخام 1,7 %؛

## 1-2 النقائص

على الرغم من النتائج الإيجابية المسجلة فإن قطاع الصحة لا يزال يشكو من عديد النقائص التي يتحتم العمل على تفاديها لضمان مردودية أفضل للهياكل الصحية ومزيد التحكم في الوضع الوبائي والصحي والتي من بينها

- الفوارق بين الجهات والفئات الاجتماعية فيما يتعلق بالتغطية الصحية ؛
- تفاقم ظاهرة الأمراض المزمنة التي أفرزتها التحولات الديمغرافية إضافة إلى التغيرات في أنماط العيش ؛

- ارتفاع كلفة المصاريف الصحية ؛ إضافة إلى النقص في تلبية الحاجيات والطلب الاجتماعي المتنامي في مجال الخدمات الصحية بالجودة والنجاعة المرجوتين
- التوزيع غير المتوازن للإطارات الطبية، وخاصة أطباء الاختصاص بين الجهات نتيجة ضعف الرغبة لدى الأطباء المختصين في العمل بالجهات الداخلية بالرغم من الحوافز، وهو ما أدى إلى غياب أو عدم انتظام عدد من الخدمات الصحية ببعض جهات البلاد<sup>1</sup>.

### 1-3 أهم الإنجازات:

- إرساء قاعدة تشريعية وترتيبية تتماشى مع متطلبات القطاع ومع مقتضيات المرحلة.
- تدعيم شبكة مراكز الصحة الأساسية والبرامج الصحية بالخطوط الأمامية. تطوير البنية الصحية الاستشفائية العمومية لتبلغ 180 هيكلا سنة 2012 .
- تطور عدد الأسرة العمومية ليناهاز 20000 سرير سنة 2012 .
- تأهيل المستشفيات الجهوية، و وضع استراتيجية للنهوض بالطب الاستعجالي .
- النهوض بالطب المتطور (زرع الأعضاء، الرنين المغناطيسي، معالجة أمراض القلب والأمراض السرطانية).
- تطوير مجال صناعة الأدوية الذي ارتفع عدد وحداته من 3 وحدات مصنعة في أواخر الثمانينات إلى 45 وحدة حاليا .
- تحسن مؤمل الحياة عند الولادة الذي بلغ 74.9 عاما سنة 2011 مقابل 71.2 عاما سنة 1994.
- تطور مؤشر عدد السكان للطبيب الواحد ليبلغ 808 ساكنا سنة 2012 مقابل 1635 ساكن للطبيب الواحد سنة 1994.
- انخفاض نسبة وفيات الأطفال لتبلغ 16.0 لكل ألف ولادة حية سنة 2012 مقابل 31.8 % بالألف سنة 1994 .

كما أدى التطور المطرد المسجل على مستوى الخدمات الصحية إلى استقطاب عديد المرضى الأجانب و إلى تعزيز إشعاع البلاد إقليميا ودوليا.

<sup>1</sup>الأمم المتحدة للسكان، 2013، تونس. الجمهورية التونسية، التقرير الوطني لتقييم مستوى تنفيذ الجمهورية التونسية لبرنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية+20، دعم صندوق

## 2- القطاع الصحي في المغرب

## 1-2 بعض الأرقام

يتميز النظام الصحي في المغرب بعدم وجود تغطية شاملة لجميع السكان، ورغم ذلك تحاول المغرب الرفع من عدد الأطباء والقائمين على شؤون الصحة ووفقا لآخر الاحصائيات فإن الأرقام كانت كالتالي أعداد الأطباء (0,5 لكل 1.000 نسمة)

أسرة المستشفيات (1,0 سرير لكل 1000 نسمة)، نظام الرعاية الصحية ويشمل 122 من المستشفيات، 2.400 من المراكز الصحية، و4 مستشفيات جامعية

24.000 سريرا فقط متاحة لـ 6 مليون مريض يحتاجون الرعاية الصحية كل سنة، بما في ذلك 3 ملايين من الحالات الطارئة.

ميزانية الصحة تتطابق مع 1,1 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي.

و5,5% من ميزانية الحكومة المركزية.

الأسباب الرئيسية للوفيات في عام 2001 بين سكان الحواضر كانت أمراض الدورة الدموية (20,4%) ؛ أمراض فترة ما قبل وبعد الولادة 3,9 ؛

السرطان (5,8%) ؛ التغذية والأمراض الأيضية (7,6%) ؛ أمراض الجهاز التنفسي (6,9%) ؛ والأمراض المعدية والطفيلية (4,7%) . وفي عام 2004 أعلن وزير الصحة أن البلد تمكن من القضاء على مجموعة متنوعة من أمراض الطفولة، وتحديدًا الدفتيريا، شلل الأطفال، الكزاز، والملاريا، لكن أمراضا أخرى لا تزال تشكل تحديات.

رغم أنها ما زالت مرتفعة في أكثر من 40 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2006 ، فإن معدل وفيات الأطفال فوق الرابعة يظهر تحسنا كبيرا منذ عام 1981 ، عندما كانت تقدر بـ 91 وفاة لكل 1000 ولادة حية.

## 2-2 نظام التأمين

تتكفل منظمات الاحتياط الاجتماعي بتأمين 249 ألف مستفيد من ضمن 720 ألف الذين استفادوا بحسب وضعياتهم الاجتماعية من موظفين عموميين والأشخاص الذين يزاولون مهنا مؤدى عنها وطلاب وفئة قداماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير. وبهذا تكون عملية الاستفادة من التغطية الصحية والتأمين الإجباري عن المرض قد شملت 3 ملايين و200 ألف شخص تقريبا، كما أن مائة و10 آلاف هو عدد المتقاعدين الذين انخرطوا بدورهم، ولأول مرة في هذه العملية، 90 في المائة منهم يؤدون مبلغا رمزيا للصندوق لا يتجاوز 70 درهما بحسب القانون 65.00 المؤسس لهذا النظام.

ومن جانبه قام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالتغطية الصحية لـ 2 مليون و788 ألف و485 شخصا من غير المشتغلين والذين لا يتوفرون على دخل قار مثل الحرفيين والفلاحين وغيرهم... بالإضافة إلى 83 ألف و337 عدد الأشخاص الذين لهم صلاحية الاستفادة من نظام خدمات الصندوق و847 ألف و395 شخصا في طريق الانخراط.

وبهذا يكون 6 ملايين من عموم المواطنين المشتغلين ما بين القطاع العام والقطاع الخاص يستفيدون من خدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بمراد لا تقل عن 3 مليارات و900 مليون درهم لترشيد القطاع.

بينما نظام المساعدة الطبية RAMED فهو قائم على مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة المعوزين.

إن تفعيل تعميم نظام المساعدة الطبية سنة 2011، بعد انطلاق تجربة نموذجية بجهة تادلة أزيلال سنة 2008، مكن الساكنة المعوزة الغير القادرة على تحمل مصاريف العلاج من الحصول على تغطية صحية أساسية والاستفادة من مجانية العلاجات. و مع تفعيل نظام المساعدة الطبية، سيتم وقف العمل بشهادة الاحتياج التي تخول الحق في الاستشفاء المجاني<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> عن وزارة الصحة المغربية 40: 21 A 21 , consulté le 5 nov 2015 <https://ar.wikipedia.org/wiki>

## خلاصة الفصل الأول

تعددت أساليب دراسة المنظمات المعاصرة بتعدد المعنيين بها، وتتنوع تخصصاتهم، وتباين وجهات نظرهم واختلاف مناهجهم وأدواتهم المستخدمة في التحليل والتعليل، ويعتبر المستشفى من بين أهم المؤسسات التي كان له الاهتمام غير البسيط في هذه الدراسات، وتطرق الفصل إلى التطور من الجانب التاريخي ثم التنظيمي له مدلوله المنهجي، فالمستشفيات تطورت وتعقدت شيئاً فشيئاً وكذلك نظريات التنظيم تداخلت وتشعبت على حسب المؤسسة المدروسة وطبيعة عملها ونشاطها، ففي إطار المدرسة التقليدية والمدرسة الإنسانية والسلوكية نجد المداخل الفرعية والمسالك المنهجية التي تتناول المنظمات من زوايا متعددة، فهناك من يدرس المنظمات من خلال قوانينها ونظمها ولوائحها الرسمية النافذة، وهناك من يدرسها من خلال البنى التنظيمية والأطر الهيكلية والخرائط الموضحة لمكوناتها وعلاقاتها، بينما يذهب آخرون إلى العمليات والوظائف والأنشطة التي تمارسها وتقوم بها فعلاً بعيداً عن اللوائح والرسميات والوثائق والتشريعات، ولقد ركزنا في تناولنا لنظريات التنظيم لأهم النظريات التي كان لها الدور المهم والقيمة المميزة لتطور هذه المستشفيات، بينما تناول المبحث الثالث لبعض الأنظمة الصحية المتميزة، وما يقابلها من بعض النماذج لدول عربية تسعى للنهوض بالقطاع الصحي مثل تونس والمغرب.

## الفصل الثاني

### اتخاذ القرار في المؤسسة الاستشفائية

#### العمومية

## مقدمة الفصل الثاني

تزداد أهمية وخطورة القرارات كلما كبر حجم المؤسسة الإدارية وتشعبت نواحي نشاطاتها، وكثر اتصالها بالجمهور، إذ تكتسب عندئذ أبعاداً وأعماقاً جديدة فيصبح القرار أكثر حساسية، وهذا ينطبق تماماً على المؤسسات الصحية خاصة العمومية منها، وقد عمد العلماء والباحثون إلى تناول موضوع اتخاذ القرارات في إطار نظريات ومدخل لا تظهر صورة هذا الموضوع في شكل متكامل، ويرجع السبب في ذلك إلى أن للموضوع جوانب متعددة وعناصر كثيرة متشابكة، بعضها يدخل في اهتمامات علماء القانون الإداري، وأخرى تدخل في اهتمامات علماء الإدارة، واهتمامات أخرى تتعلق بالجانب السلوكي، و جوانب أخرى تتصل بالأساليب الكمية وكيفية الاستفادة منها في ترشيد القرارات الإدارية وزيادة فعاليتها. والقرار في المستشفى ليس كغيره من القرارات لأنه يتعلق بحياة الإنسان فيكون فيه الجانب الكمي والكيفي معاً.

في هذا الفصل نحاول التعرف على المفاهيم والنظريات المتعلقة باتخاذ القرار بالإضافة إلى المشاكل التي تعيق اتخاذ القرارات، والخصائص الواجب توفرها في متخذ القرار حتى يتجنب الأخطاء ويتغلب على عوائق اتخاذ القرار الفعال



## المبحث الأول: مفاهيم حول اتخاذ القرار

نهجت البحوث و الدراسات العلمية الحديثة منهج التركيز على كيفية اتخاذ القرارات بفعالية أكثر مستهدفين من ذلك فهم السلوك التنظيمي و التنبؤ به، و قد يعود السبب لمثل هذا الابتعاد من الأساليب التقليدية لاتخاذ القرارات، إلى أن القرارات الإدارية التي تتخذ في المنظمات في الأداة و الوسيلة المعبرة عن مدى نجاح الإدارة أو فشلها في استثمار الموارد المادية و البشرية و استغلال الوقت المتاح للوصول إلى الأهداف المنشودة<sup>1</sup>.

## المطلب الأول: مفهوم و أنواع القرارات التنظيمية

## 1. مفهوم القرار:

اختلف العلماء و الإداريون في إعطاء تعريف محدد للقرار:

فيعرفه البعض على أنه: "الاختيار المدرك بين البدائل المتاحة في موقف معين أو هو عملية المفاضلة بين حلول بديلة لمواجهة مشكلة معينة و اختيار الحل الأمثل من بينها."<sup>2</sup>

و تعرف القرارات الإدارية أيضا بأنها القرارات التي تتعلق بالمشكلات العادية، المتصلة بإجراءات العمل اليومي، و تنفيذه و النشاط الجاري في المنظمة.<sup>3</sup>

و اتخاذ القرارات في المنظمات من اختصاص المديرين فيها، و تعتبر القرارات المهمة و الحاسمة أحد أبرز السمات المميزة لكفاءة المديرين في المؤسسات، و اتخاذ القرارات عادة لا يكون نتيجة لجهود فردية، بل يدخل في صناعة القرار أطراف عديدة حيث يتم عبر جهودهم البحث عن المشكلة على

أعراضها و أسبابها، ثم البحث عن الحقائق و المعلومات و وضع الافتراضات و تقييم الحلول المتاحة عن البديل المناسب الذي يحقق الهدف المنشود.

<sup>1</sup> محمد عبد الفتاح ياغي، اتخاذ القرارات التنظيمية، وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان ، 2010، ص4.

<sup>2</sup> عصام محمد حمدان مطر، التطوير التنظيمي و أثره على فعالية القرارات الإدارية، رسالة ماجستير، جامعة غزة، 2008، ص 26.

<sup>3</sup> Fklix A. nigro and L.G Nigro, **Model public administration**, (new york:happer and row publischer),1973, pp177,179.

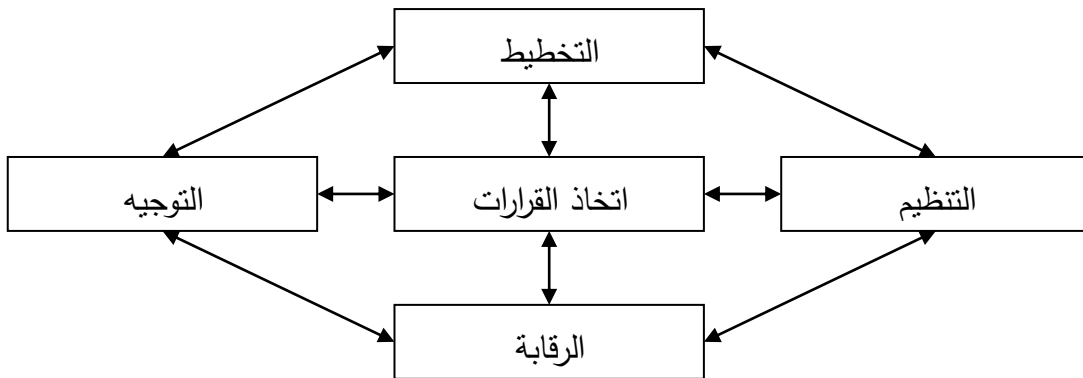
لذا فعملية اتخاذ القرارات عملية متغلغلة في العملية الإدارية و لا يمكن فصلها عنها فنحن نحتاج إلى قرارات لتحديد الخطة و اختيارها، و إلى قرارات لعمل و رسم الهيكل التنظيمي، و توزيع المؤسسات و الاختصاصات<sup>1</sup>.

و في الحقيقة هي جوهر العملية الإدارية، و هي النقطة التي تنطلق منها بقية الأعمال و الإجراءات و يتوقف عليها نشاط العمل أو تجميده.

و نظرا للمكانة التي تحتلها عملية اتخاذ القرارات في تحليل السلوك الإداري للمؤسسات، فقد عبر "هيريت سايمون" "Herbet Simon" على أن الإدارة هي اتخاذ قرارات، و"اتخاذ القرارات" هي الإدارة، مبررا ذلك بأن السلوك التنظيمي أو "الإداري" ليس إلا نتيجة لعملية اتخاذ القرارات التي تجري في التنظيم، و بالتالي فإن فهم دراسة كيف تتخذ القرارات التنظيمية الفعلية (Actual Decision Making)، و ما هي المؤثرات الفعلية التي تحدها هي عملية مهمة و أساسية للإدارة، و هي المحرك لجهود و نشاط الموارد البشرية، و تتخللها كل وظائف الإدارة و أساسياتها، سواء ما تعلق منها بأهداف العمل الموضوعية و رسم السياسات (Policy Making) و تحديد نظم العمل و قواعده و إجراءاته، أو ما تعلق منها بالحياة اليومية في أعمال المنظمة من اختيار أفراد و توجيه و تنظيم و رقابة و تحديد معايير و متابعة و غيرها.<sup>2</sup>

إذن يمكن أن يحتل القرار موقعا محوريا دائما في المنظمة. وهذا ما يوضحه الشكل

الشكل رقم (1.2): موقع اتخاذ القرارات



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على التعريفات السابقة

<sup>1</sup> عصام محمد حمدان مطر، مرجع سبق ذكره، ص 27.

<sup>2</sup> Herbert A.Simon, *Administrative behaviour*, New York, Macmillan, 1945, pp 1-3.

فمفهوم القرار باختصار هو إصدار حكم معين في موقف معين، بوجود بدائل وفق معايير محددة سلفا للوصول إلى هدف ما.

الشكل رقم (04): مفهوم القرار

القرار = حكم ← موقف ← بدائل ← معايير ← الهدف

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على التعريفات السابقة.

## 2. أنواع القرار:

يمكن تمييز عدة أنواع من القرارات و ذلك حسب عدة معايير<sup>1</sup>:

### 1-2 قرارات وفقا للنمط القيادي لمتخذها

- قرارات أوتوقراطية: و هذه القرارات يتم اتخاذها بشكل أنفرادي، و يعلنها على رؤوسه دون إعطائهم فرصة المشاركة في اتخاذها.
- قرارات ديمقراطية: و يتخذها من خلال إشراك العاملين في المستويات المختلفة من التنظيم، و تتميز هذه القرارات بتقاسم القائد مع رؤوسه سلطة اتخاذ القرار، و فعالية القرار و رشدها، و ذلك لأن مشاركة المرؤوسين تساعد على قبولهم للقرار، و عدم معارضته بعد إصداره.

### 2-2 قرارات على حسب الأساس الشكلي للقرارات:

#### 1-2-2 قرارات تقليدية (مبرمجة)

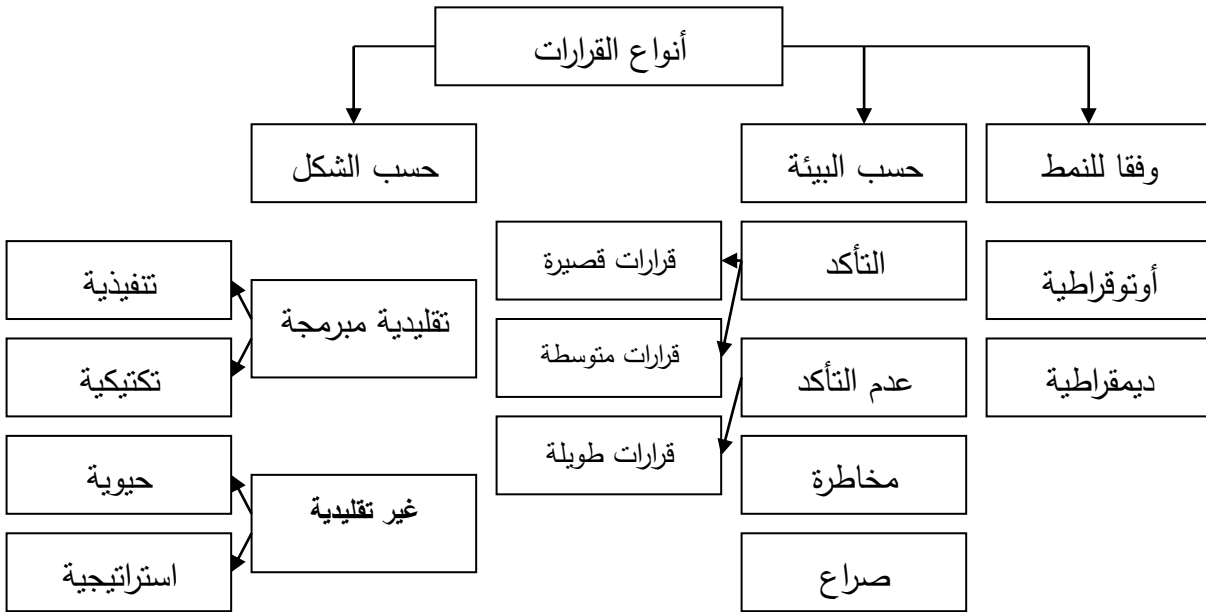
- قرارات تنفيذية: و هي تتعلق بالمشكلات البسيطة المتكررة كتلك المتعلقة بالحضور و الانصراف و توزيع العمل و الغياب و الإجازات، و هذا النوع من القرارات يمكن البث فيه على الفور نتيجة الخبرات و التجارب التي اكتسبها المدير و المعلومات التي لديه.
- قرارات تكتيكية: و تتصف بأنها قرارات متكررة و أن كان في مستوى أعلى من القرارات التنفيذية و أكثر فنية و تفعيلا.

<sup>1</sup> أحمد سليمان، العوامل المؤثرة في اتخاذ القرارات الادارية في المنظمات الصحية، الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، مذكرة ماجستير غير منشورة، بدون سنة نشر، ص ص 98، 109. 37: 5/2/2015 a 14. <http://www.abahe.co.uk>. Consulté le 5/2/2015 a 14:37.

## 2-2-2 قرارات غير تقليدية (غير مبرمجة):

- حيوية: تتعلق بمشكلات حيوية يحتاج في حلها إلى التفاهم المناقشة و تبادل الرأي على نطاق واسع، و عادة ما يتم الاجتماع مع المتخصصين في هذا الشأن.
- استراتيجية: و هي قرارات غير تقليدية، تتصل بمشكلات استراتيجية و ذات أبعاد متعددة و على جانب كبير من العمق، و هذه القرارات تتطلب الدراسة المتأنية و المستفيضة التي تتناول جميع الاحتمالات و تناقشها.

## الشكل رقم (2.2): أنواع القرارات



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على المعلومات السابقة.

## 2-2-2 قرارات على حسب تأثير البيئة المحيطة بعملية اتخاذ القرار:

2-2-3-1 قرارات في حالة التأكد Certainly: و هو قرار مبني على بديل واحد في حالة توفر معلومات مؤكدة، و عادة نجد هذه القرارات في المدى القصير أما المدى المتوسط فهي تركز على حالة التأكد.

2-2-3-2 قرارات في حالة عدم التأكد uncertainly: و هي قرارات تبني على عدة اقتراحات في حالة عدم توفر المعلومات لذا فإن هناك احتمالات متعددة لنتائج القرار، و عادة تكون قرارات تخطيطية غايتها تحقيق النمو و الكفاءة في التنظيم على المدى الطويل.

2-3-3 في حالة المخاطرة: و هو قرار يتخذ بناء على قيمة متوقعة في القرار مستمدة من خيار تم اختياره من عدة خيارات لذا فإن القرار يتخذ على أساس القيمة المتوقعة للقرارات.

2-3-4 في حالة الاختلاف أو الصراع: و هو ما يطلق عليه (نظرية المباريات) (théorie des jeux) و يتم تحديد معيار للقرار و تحديد درجة الاختلاف في المصالح بين المتنافسين و ما ينتج بسبب الاختلاف و على طرفي نقيض بين طرفين أو شخصين أو مؤسستين فأى خسارة لطرف هي ربح للطرف الآخر، مثال ذلك الاحتكار الثنائي، فكل مؤسسة تأخذ في الحسبان رد فعل الطرف الآخر لوضع القرار المناسب، و منه فاتخاذ القرار يتعلق دائما بالطرف الآخر.<sup>1</sup>

### المطلب الثاني: مداخل اتخاذ القرارات

اتخاذ القرار يمكن تناوله من عدة جوانب نظرا لاهتمام مختلف العلوم بهذا الجانب: فالقانون و الاقتصاد و علم النفس و الهندسة و الرياضيات و الإدارة جميعهم تناولوا الموضوع مما أدى إلى وجود مداخل مختلفة تتفق مع الخلفيات العلمية لأصحاب هذه التوجهات و يمكن تمييز أهم المداخل فيما يلي:

#### 1. المدخل القانوني

يركز فقهاء القانون على الجوانب القانونية في اتخاذ القرارات، فيعرفون القرار بأنه أداة الإدارة المنفردة الملزمة للأفراد بما لها من سلطة عامة، و الذي يصدر في الشكل الذي تتطلبه القوانين و اللوائح، و ذلك بقصد إحداث أثر قانوني، متى كان ذلك ممكنا و جائزا.

هذا و يحدد فقهاء القانون خمسة أركان قانونية أساسية للقرار و أسباب بطلانه و رسائل الطعن في القرارات غير المشروعة و أحكام المحاكم العادية أو الإدارية، التي تصدر في شأن المنازعات الإدارية و هي باختصار:

- ركن السبب: لماذا يتخذ القرار؟
- ركن الاختصاص: من يتخذ القرار؟
- ركن الإفصاح عن الإرادة في الشكل القانوني: كيف يتخذ القرار؟
- ركن المحل: من يتأثر بالقرار؟

<sup>1</sup>Abdelkader Glize, introduction a la théorie des jeux, cours de magister 2013 /2014 , ECOLE SUPERIEUR DE COMMERCE, ALGER ,P3.

- ركن الغاية: لمصلحة من يتخذ القرار؟

## 2. المدخل التنظيمي

ينظر إلى المؤسسة على أنها نظام يتكون من الأنظمة الفرعية التالية:<sup>1</sup>

1-2 **نظام العقائد و القيم Belief system**: و يتكون من القيم و العقائد و الافتراضات التي يؤمن بها المدير متخذ القرار.

2-2 **نظام يتعلق بالهيكل التنظيمي الرسمي Formal organisational chart**: و يتكون من الهيكل الرسمي للمنظمة، و علاقات السلطة و الصلاحيات و السياسات و الإجراءات و غير ذلك من العناصر المرتبطة بهيكل المنظمة الرسمي.

3-2 **النظام الإنساني Human System**: و يتكون من القوى البشرية في المنظمة

4-2 **نظام العمل Action system**: و يتكون من التخطيط و القيادة و اتخاذ القرارات هذه الأنظمة تتفاعل مع بعضها لتؤثر على الفعالية في المؤسسة، أي تحقيق أهدافها و المحافظة على العلاقات بين أفراد التنظيم فيها أي أن هذا المدخل يربط بين فعالية التنظيم و اتخاذ القرار و الشكل التالي يبرز ذلك.

## 3. المدخل الكمي Quantitative Approach

و هو ذلك المدخل الذي يعتمد على القياس الكمي لمتغيرات المشكلة و تحليل أسبابها و صياغة الهدف من حلها، لا يتناول هذا المدخل سوى الجوانب الكمية للمشكلة و للقرار، أي تلك الجوانب القابلة للقياس الكمي و التعبير عنها برقم أو بنموذج كمي قابل لإجراء الحسابات الكمية عليه كالنماذج الرياضية و الإحصائية، المعادلات و المترجمات، التتابع و المصفوفات العددية و غيرها.

و بشكل عام يتوقف اختيار المدخل في هذا التصنيف على إمكانية القياس الكمي و ضرورته، فهناك الكثير من المتغيرات غير القابلة للقياس الكمي، و بالتالي لا بد في مثل هكذا حالات من الدخول مدخلا كفييا و هناك حالات يمكن استخدام الأساليب الكمية، من الأفضل استخدام الأساليب الكمية لما تتمتع به من ميزات تفوق الأساليب الكيفية من حيث دقة التعبير و التوصيف و التحليل، إلا أن التوصيف

<sup>1</sup>Thomas J, Sirgiovani and Fred D carver, *The New school Exucutive, A theory of Adminstration* (New york: Dodd, Mend and company,1974) pp239,242.

و التحليل الكمي المعبر عنه برقم أو نموذج كمي لا بد من تعريفه و توصيفه كفيًا، و غالبية الحالات تحتاج في الواقع العلمي إلى المزوجة بين المدخل الكمي و المدخل الكيفي.<sup>1</sup>

#### 4. المدخل السلوكي

يتميز المدخل السلوكي بأن رواده ينظرون إلى القرار الإداري بأنه حصيلة عملية معقدة، تتظاهر فيها العديد من الاعتبارات القانونية و السياسية، و الاجتماعية، و النفسية و الفنية.

و هكذا فهم ينظرون إلى المنظمة الإدارية على أنها وحدة نظام متكاملة بذاتها و أنها في الوقت نفسه، تعد جزءا مترابطا مع أجزاء أخرى تكون بمجموعها النظام الاجتماعي، كما أنهم يرون أن المنظمة الإدارية تتكون من أعضاء مختلفة تؤدي إلى وظائف متكاملة و أن تصميمها يأتي منسجما، مع كونها جهازا لاتخاذ القرارات التي تعتبر بمثابة الاستجابة الواعية للظروف البيئية الداخلية و الخارجية (مثل البيئة السياسية و الاقتصادية، و الاجتماعية و البيولوجية و الفنية) المحيطة بالمنظمة و المعوقات على القرارات و طريقة اتخاذها و بهذا فإنهم يرون بأن السلوك الإداري ليس إلا نتيجة لعملية اتخاذ القرارات التي تجري في التنظيم، و بالتالي فإن فهم السلوك التنظيمي، و الإحاطة بكافة متغيراته و أنماطه يقتضيان دراسة كيف تتخذ القرارات الإدارية و ما هي المؤثرات التي تحددها.<sup>2</sup>

#### المطلب الثالث: مراحل اتخاذ القرارات التنظيمية

لقد اختلفت الآراء حول تحديد مراحل اتخاذ القرار و عرض كل منها اتجاها يختلف و يتعارض مع الاتجاه الآخر، و أهم النقاط المشتركة بين الباحثين و المفكرين عن مراحل اتخاذ القرار تتمثل فيما يلي:

#### المرحلة الأولى: تشخيص و تحديد المشكل

تعرف المشكلة في مجال عملية اتخاذ القرار بأنها انحراف عن الهدف المحدد مسبقا أو هي حالة من عدم التوازن ما هو كائن و بين ما يجب أن يكون.

<sup>1</sup> السعيد قاسمي، الأسس النظرية لاتخاذ القرار في المؤسسة الاقتصادية، الملتقى الدولي صنع القرار في المؤسسة الاقتصادية 22، 23 مارس 2010، جامعة المسيلة، ص23.

<sup>2</sup>Ronald. N and others, **behaviorial decision making**, (Gluvien, Illinois,Forsman and company,1989),pp7-78.

و يتطلب تحديد الانحراف الذي يعتبر العنصر الأساسي للمشكلة معرفة المدير الزمان و المكان الذي لوحظ فيه الانحراف و الأشياء أو الأشخاص التي يمسه، و كل هذه المعلومات تكمن متخذ القرار من التمييز بين المواقع التي فيها مشكلة عن تلك التي ليس فيها.

و يعني التشخيص التعرف على أسباب المشكلة و تحديد أبعادها و تحري السبب الرئيسي لظهورها و معرفة أسبابها و أعراضها، و تتطلب هذه المرحلة من متخذ القرار القيام بنشاطات و أعمال متعددة تتضمن الاستعداد للتعرف على المشكلة و إجراء الدراسات التحليلية للمشكلة و أبعادها.

### المرحلة الثانية: جمع المعلومات

يقتضي تحليل المشكلة و تصنيفها تحديد البيانات و المعلومات المطلوبة لحلها و مصادرها، و يعني تصنيف المشكلة تحديد طبيعتها و حجمها و مدى تعقدها و نوعية الحل الأمثل المطلوب لمواجهتها، و عملية التصنيف و التويب تساعد في تحديد و معرفة من الذي سيقوم باتخاذ القرار.

### المرحلة الثالثة: إيجاد البدائل لحل المشكلة

يعني الحل البديل وسيلة الحل المتاحة أمام المدير لحل المشكلة المطروحة أو هو بمعنى آخر قرار مقترح يؤخذ بعين الاعتبار إلى جانب قرارات أخرى مقترحة بقصد المقارنة و التحليل حتى يتم اختيار أفضلها و يجب توفر شرطان في الحل البديل:<sup>1</sup>

- أن يساهم الحل البديل في تحقيق بعض النتائج التي يسعى إليها متخذ القرار.
- أن تتوفر إمكانية تنفيذ هذا الحل حال اختياره دون البدائل الأخرى.

### المرحلة الرابعة: تقييم البدائل المتاحة لحل المشكلة

بعد أن يتضح للمدير الحلول البديلة للمشكلة يجب عليه بعد ذلك إجراء تقييم شامل لها، و تعتبر هذه المرحلة من المراحل الصعبة، ذلك لأن عملية المفاضلة بين البدائل ليست عملية واضحة و سهلة لأن مزايا و عيوب كل بديل لا تظهر وقت بحثها و لكنها تبرز عند تنفيذ الحل مستقبلاً، و من هنا يأتي الشكل و عدم التأكد من صلاحية البدائل المطروحة للحل.

<sup>1</sup> فؤاد الشيخ سالم، الأساليب الكمية في اتخاذ القرارات، الأردن للمنشورات، عمان، 1990، ص 132.



تتم عملية تقييم الحلول المقترحة للمشكلة محل القرار على ضوء عدد من المعايير أهمها:

- إمكانية تنفيذ البديل و مدى توافر الموارد المادية و البشرية و الطبيعية اللازمة له، و بالتالي يبدو واضحا أهمية استبعاد البدائل التي تكون إمكانية تنفيذها صعبة أو مستحيلة بسبب تعارضها مع أهداف المؤسسة، أو لعدم توفر الإمكانيات المختلفة لتنفيذ الحل المقترح.
- تكاليف تنفيذ البديل و التي يمكن تقديرها من خلال الموازنة بين المكاسب التي يتوقع تحقيقها من تنفيذ البديل و الخسائر التي قد تترتب عنه، و تؤدي المحاسبة الإدارية دورا هاما في هذا المجال من خلال البيانات التي توجه اهتمام متخذي القرارات إلى معرفة نواحي القصور و عدم الكفاءة، و تساعدهم في توضيح المزايا النسبية و التوصية بأفضلها.<sup>1</sup>
- آثار تنفيذ البديل على المؤسسة الأخرى و على المجتمع ككل و هذا يختلف بحسب طبيعة المشكلة و أهميتها و طبيعة القرارات.
- مناسبة الوقت و الظروف للأخذ بالبديل، فقد لا تسمح الظروف الطارئة التي تتطلب مواجهة عاجلة لمتخذ القرار جراء الدراسة المتعمقة و الضرورية للحلول البديلة، مما يضطره إلى اتخاذ قرار فوري عاجل تحت تأثير تلك الظروف و هو ما يسمى القرار تحت الضغط.
- مدى استجابة المرؤوسين و تقبلهم للبديل و هو ما يجب أخذه بعين الاعتبار عند تقييم البدائل لما للمرؤوسين من أثر على تنفيذ هذا البديل.
- الزمن المستغرق لتنفيذ البديل، و هذا يتوقف على طبيعة المشكلة و نوعها.

#### المرحلة الخامسة: اختيار الحل الملائم للمشكلة

تعتبر عملية الاختيار النهائي للبدائل المتاحة لحل المشكلة من أهم الخطوات التي يوليها المديرين جل اهتمامهم، هناك العديد من المعايير و الاعتبارات يمكن لمتخذ القرار الاسترشاد بها من أجل اختيار أفضل بديل.

يجب على متخذ القرار الأخذ بعين الاعتبار عند اختياره للبديل الأمثل درجة المخاطرة المتوقعة من اختيار البديل، الاقتصاد في الجهد و النفقات، الإمكانيات و الموارد المتاحة.

<sup>1</sup>René Déméster, **Que peut-on attendre de comptabilité de gestion dans le secteur public**, In :politique et management public, vol 18 n 4, 2000, p27.

كما أنه هناك بعض الوسائل التي يمكن لمتخذ القرار الاستعانة بها في عملية المقارنة و المفاضلة بين البدائل المتاحة و تحديد الأمثل منها و تتمثل فيما يلي:

- أن تتم عملية المفاضلة بين البدائل و اختيار البديل الأمثل وفقا لاعتبارات و معايير موضوعية.
- الاستعانة و الاسترشاد بآراء الخبراء و المختصين من داخل المؤسسة و خارجها.
- ترتيب و تبويب البدائل المقترحة للحل لأن الترتيب يساعد على تفهم مدى تأثير العوامل و الاعتبارات الداخلية و الخارجية على اختيار البديل الأمثل.
- إخضاع كل واحد من البدائل المطروحة للاختبار للتأكد من مزاياه و عيوبه.

#### المرحلة السادسة: التنفيذ و مراقبة القرار

إن عملية اتخاذ القرار لا تنتهي بمجرد اختيار البديل الأمثل، بل تستلزم متابعة للتنفيذ، و المقصود به التحقق من أن التنفيذ يتم وفقا لما تم وضعه في الخطة المدروسة و المرسومة، و في حدود التعليمات و القواعد الموضوعية، قصد اكتشاف الأخطاء، و تصحيحها و تقادي تكرارها

#### المبحث الثاني: نظريات اتخاذ القرار

تنوعت النظريات و تعددت في تناولها لاتخاذ القرار فهناك من تناوله من جانبه الكيفي وهناك من تناوله من جانبه الكمي، و سنركز في هذا المبحث على أهم النظريات التي تناولت القرار.

#### المطلب الأول: النظريات الكيفية لاتخاذ القرار

##### 1. النظريات الكلاسيكية

النظريات الكلاسيكية في ظل النموذج الميكانيكي يحكمها جملة من الخصائص المشتركة:

- مبدأ الرشد الكامل.
- تقسيم العمل و التخصص فيه.
- التنظيم الرسمي المغلق.

بالإضافة إلى مبدأ التدرج، عدد محدود من المرؤوسين، وحدة القيادة، هذه الخصائص المشتركة كانت نتاج خصائص النموذج الميكانيكي الذي تميز ب:

- الاتجاه نحو التحليل و الاختزال، من خلال اهتمامه بالتحكيم و الدراسة في كل مرة لعنصر من العناصر المكونة للمنظمة دون النظر إليها على أنها نظاما متكاملًا.
- سيادة علاقة السببية الخطية المؤكدة.

كان لها الأثر الواضح على عملية اتخاذ القرار في ميدان العمل الإداري، و النموذج المقترح من طرف المدارس الكلاسيكية المؤسسة هو أنه نظام آلي مغلق تسوده ظروف التأكد التام فيظل هيكل هرمي، تتناسب فيه الأوامر من أعلى إلى أسفل عكس المعلومات التي تتناسب من أسفل إلى أعلى.

فحسب مبدأ الوضوح فإن كافة الواجبات و السلطات واضحة و مسجلة كتابيا و عليه فإن عملية اتخاذ القرار تكون على أساس توصيف الوظائف و بالتالي إذا وجد متخذ القرار موقفا معينا يجب عليه اللجوء إلى ما سبق ذكره، فإن وجد حلا لذلك الموقف اتخذ على إثره القرار، و إلا قام بتفويض الأمر إلى المستويات العليا في السلم الهرمي.<sup>1</sup>

أيضا بالنسبة لمبدأ الرشد فإن النظرية الكلاسيكية افترضت أن كل فرد يعمل داخل المؤسسة لديه المعلومات و البيانات الكافية التي توفرها له المؤسسة، و من خلالها فهو قادر على تحديد البدائل المتاحة أمامه لاختيار أفضلها.<sup>2</sup>

و انتقد كل من (March) و (H.Simon) النظرية الكلاسيكية بحيث لم تعط أهمية لكيفية اتخاذ القرار و العوامل المؤثرة فيه، حيث كان اهتمامها ينصب حول توزيع الوظائف، كما أن افتراض عنصر الرشد غير واقعي، ذلك أنه يتطلب من متخذ القرار أن يكون على علم و معرفة تامة، بظروف المستقبل و لديه المعلومات الكاملة التي تساعد في التنبؤ و تحديد الاحتمالات و الخصائص المتعلقة بموضوع الاختيار الرشيد، كما لديه القدرة على تحديد جميع البدائل و نتائجها و اختيار أفضلها لتحديد العائد الأقصى.

<sup>1</sup> حسين بلعجوز، نظرية القرار مدخل إداري و كمي، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2008، ص 25.

<sup>2</sup> حسين بلعجوز، نفس المرجع، ص 22.

## 2. النظرية السلوكية لاتخاذ القرار

ساهمت العلوم السلوكية في إعطاء مفاهيم جديدة حول نظرية القرارات الإدارية إذ قدمت إطار النظرية التنظيمية تختلف عن النظرية الكلاسيكية و اعتقدت أن القرار الإداري هو محور العملية الإدارية و أساسها و أهم روادها الذي تطرقوا إلى هذه العملية (Chester Bernard،H.Simon ،March)

**1-2 تشستر بارنارد Chester Bernard:** يعتبر بارنارد أول رائد وضع الأسس الأولية لدراسة

اتخاذ القرارات، و اعتبارها ركنا أساسيا في العمل الإداري، من خلال تحليله لأنواع و خواص قوى التفاعل في العمل و أسلوب تفاعلها ابتداء من الفرد منتقلا إلى النشاط التعاوني المنظم منتهيا بوظائف المدير و مهامه.

فقد نظر بارنارد إلى المؤسسة على أنها: "نظام رسمي لمجموعة جهود أو قوى منسقة لشخصين أو أكثر"<sup>1</sup>، كما أنه نظر إلى الجانب غير الرسمي و حدده بأنه نظام تعاوني **Cooperation system**.

حدد بارنارد ثلاثة أنواع للقرارات:

قرارات تنازلية: من المستويات العليا إلى الأسفل.

قرارات تصاعدية: تتبع من المستويات الدنيا و ترفع للمسؤولين لاتخاذ القرار النهائي.

قرارات ناتجة عن المبادرة الشخصية للإداري: و تعتبر هذه القرارات خير دليل على كفاءة الإدارية، و معرفته بحقائق مركزه و مبلغ تقديره لاستجابات رؤسائه، لأن المبادرة قد تتضمن بعض عناصر المخاطرة، مثل عدم موافقة الرؤساء على القرارات.

هذا و قد حدد بارنارد صنفين من القرارات:

القرار الإيجابي: و يتضمن عمل شيء معين أو إنجاز عمل ما أوقفه أو منعه.

القرار السلبي: و هو القرار بعدم اتخاذ القرار.

و سوف نتطرق في الفصل الثالث لنظرية بارنارد من حيث ارتباط السلطة باتخاذ القرار.<sup>2</sup>

**2.2 هيبيرت سايمون H.Simon:** يعتبر (H.Simon) أول رواد النظرية السلوكية لاتخاذ القرار الذي

لاحظ قصور مفهوم الرشد و المعيار الاقتصادي في اتخاذ القرارات و بين أن متخذ القرار لا يستطيع

<sup>1</sup>Chester L.Bernard, **the function of the executive**, (Cambredge, Man, Harvard, University press, p 73.

<sup>2</sup> أنظر الفصل الثالث، المطلب الثاني: نظريات السلطة

الوصول إلى الحلول المثلى للمشاكل موضوع الدراسة، ذلك لأن الحل الأمثل في فترة زمنية معينة لا يبقى في فترة زمنية أخرى، كما أن بدائل العمل المتاحة أمام متخذ القرار، قد لا تكون كثيرة و أن اختيار إحداها يتوقف على إمكاناته و قدراته في دراستها جميعا و تحديد نتائجها و توفير الوقت اللازم لذلك و هو بذلك يواجه الكثير من العوامل التي لا يستطيع السيطرة عليها أو لا يملك المعرفة بها أو القدرة على التنبؤ بها.

لذا اقترح (H.Simon) إضافة معيار نوعي لمفهوم الرشد حين استخدامه، و ذلك للتخفيف من تعقيد هذا المفهوم و جعله أكثر بساطة و واقعية، فقسم مفهوم الرشد في سلوك الأفراد إلى :

**الرشد الموضوعي (Objective Ratiolity):** و هو يعكس السلوك الصحيح الذي يهدف إلى تعظيم المنفعة في حالة معينة، و يقوم على أساس توافر المعلومات الكافية عن البدائل المتاحة للاختيار و نتائج كل منها.

**الرشد الشخصي (Subjective Rationality):** و هو يعبر عن السلوك الذي يسعى إلى تعظيم إمكانية الحصول على المنفعة في حالة معينة بالاعتماد على المعلومات المتاحة بعد أخذ كافة القيود و الضغوط التي تحد من قدرة الإدارية في المفاضلة و الاختيار

كما ميز (H.Simon) بين الرشد التنظيمي (**Rationality Organizational**) الذي يعكس سلوك متخذ القرار نحو تحقيق أهداف المنظمة و الرشد الفردي (**Ratiolity Personal**) الذي يعكس سلوك متخذ القرار في إشباع و تحقيق أهدافه الشخصية.

كما أضاف (H.Simon) بأن السلوك الإداري قد يكون بصورة واعية ( **Conscionsly Rational**) إذا أدى إلى استخدام الوسائل المختلفة لتحقيق الأهداف و الغايات بصورة واعية، كما قد يكون السلوك رشيدا بصورة متعمدة (**Delibertely Rational**) إذا تصرف متخذ القرار بصفة متعمدا لتحقيق أهداف و غايات محددة.

بالنسبة (H.Simon) فقد أيد الرشد الشخصي بعكس النظرية الكلاسيكية، التي تؤدي إلى الرشد الموضوعي و قدم تبعا لذلك نمودجا لاتخاذ القرار و هو النمودج الإداري و سمي الفرد متخذ القرار بالرجل الإداري.<sup>1</sup>

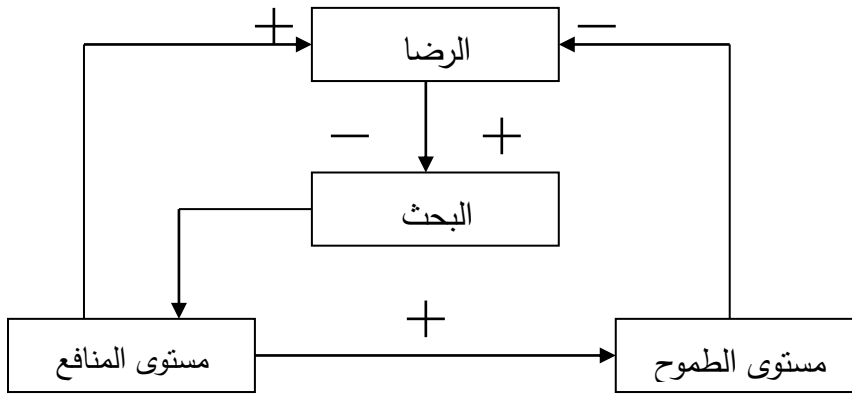
<sup>1</sup> حلمي شحادة، القرار النمودجي، مركز يزيد للنشر، عمان، 2006، ص 67.

الرجل الإداري يتصف بالآتي:

- عدم قدرته في الحصول على بديل مثالي بسبب عدم وجود المعلومات الكافية لديه.
- يبحث عن بديل مقبول ضمن ما يتوفر لديه من المعلومات (و هنا نميز بين القرار الأقصى، و القرار الرضي).
- يتخذ قراره بالاعتماد على الرشد المحدود (**BoundedRationality**) و على الإمكانيات المتاحة في اختيار البديل المرضي.

و قدم سيمون و مارش **March & Simon** نموذجا لاختيار البديل المرضي وفقا للشكل التالي:

الشكل رقم (3.2): اختيار البديل المرضي لسايمون و مارش



المصدر: محمد الصيرفي، القرار الإداري و نظم دعمه، ار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2012، ص 150.

و يتضمن نموذج مارش و سايمون أربعة مستويات في عملية اتخاذ القرار تتطوي على خمسة افتراضات أساسية تعبر عن طبيعة السلوك الإنساني في مسألة اتخاذ القرار.<sup>1</sup>

- 3 كلما انخفض الرضا لدى الفرد، كلما زاد البحث عن القيم و المكاسب المتوقعة.
- 4 كلما زاد مستوى المنافع كلما زاد مستوى الرضا.
- 5 و كلما زاد مستوى القيم زاد مستوى الطموح.
- 6 و كلما زاد مستوى الطموح انخفض مستوى الرضا.

<sup>1</sup> محمد الصيرفي، نفس المرجع، ص 150.

## 3.2. مارش و سايرت March and Cyert

ابتداءً سايرت و مارش ببحث أفكار المؤسساتية Institutionalizes أصحاب نظرية الإدارة في التنظيم Administrative theory of organization و التي تتخذ الإدارة العليا أو قمة السلطة الهراركية كنقطة انطلاق أساسية و ملائمة لتحليل المنظمة، و عمليا فإنهما رفضا كذلك بصراحة التمييز بين الدوافع و المساهمة و في الحقيقة فإنهما استبدلا نموذج المبادلة اللعائلية التقليدي ( Traditional exchange asymmetric model ) بنموذج الائتلاف بين أفراد بعضهم يكون ائتلافات فرعية، و يتضمن إعطاء الائتلاف في المنظمات العامة من مديرين و موظفين و مستخدمين و زبائن و منتفعين و مراقبين و إدارات مالية و رقابية و تنفيذية.. و غيرها، و يشترك أفراد الائتلاف مع بعضهم في أهداف مشتركة عديدة، لذا فالنزاع مستمر حول الأهداف غير المشتركة من جهة و حول المنافع المكتسبة من جهة أخرى.<sup>1</sup> بعد

ويرى سايرت و مارش أن الأهداف تتأثر بحجم المشكلة و بعدها ( Dimension of the Problem ) و يحددها مستويات الطموح (Aspiration levels)، فتأخذ عملية الاختيار مكانتها، استجابة لمشكلة عندما يكون هناك بديلا يرضي الطموحات من بين جميع أبعاد الهدف، أما المتغيرات التي تؤثر على عملية الاختيار فهي تلك التي تؤثر على تحديد المشكلة ( Definition of the problem )، و معايير اتخاذ القرار، و تسلسل أهمية البدائل.

و قدم سايرت و مارش نموذجا لعملية اتخاذ القرارات يعتمد على أربع أسس:

1. الحل الجزئي للنزاع.

2. تجنب عدم التأكد.

3. البحث الموجه للمشكلات.

4. التعلم التنظيمي.<sup>2</sup>

## 4.2. شارلز ليندبلوم (Charles lind bloom): يرجع الفضل في صياغة نموذج القرار الاستراتيجي

إلى تشارلز لنديبلوم الذي وجه سهام نقده للنموذج العقلاني من خلال بحثه علم الخطط<sup>3</sup> و هو يرى أن

<sup>1</sup> محمد عبد الفتاح ياغي، اتخاذ القرارات التنظيمية، ص97.

<sup>2</sup> عملية استثمار خبرات وتجارب المنظمة والأفراد العاملين بها، ورصد المعلومات الناجمة عن هذه الخبرات والتجارب في ذاكرة المنظمة، ثم مراجعتها من حين لآخر للاستفادة منها في حل المشكلات التي تواجهها

<sup>3</sup> Charles E. Lindblom, the science of moding through, public administration review, spring 1959, 19, pp 79-90.

الأسلوب العلمي في اتخاذ القرارات أو وضع السياسات (**policy making**) و الذي يفترض العقلانية الكاملة في المدير هو غير واقعي، فما دام المدير محدودا في تفكيره، فهو غير قادر على أن يلم بجميع البدائل لاختيار البديل الأمثل لكن البديل في رأيه يأتي نتيجة عمليات متتالية و متراكمة أساسها المحاولة و الخطأ، و نتيجة التجربة و التقويم المستمر يتخذ المديرون قرارات استراتيجية مبنية على حسابات متعددة و مقومة، وفق حسابات دقيقة يدركها المديرون، و قادة المؤسسات دون غيرهم لذا فإن القرار في نظر لنديلوم مظهر من مظاهر الاستراتيجية و يتميز هذا القرار بما يلي:<sup>1</sup>

- توظيف تجربة المديرين، و منحهم حرية المبادرة في طرح الحلول المناسبة و مدى ثقتهم في تلك القرارات.

- تقدير الظروف و تكيف القرار بما يتلاءم و ظروف المرحلة، و هذا يستلزم مرونة في التعامل مع الأهداف، و متطلبات المرحلة.

- يسمح هذا الأسلوب باستغلال الفرص المتاحة و هذا يتطلب نظام دقيق للمعلومات و نظم دعم القرارات و أن كان هذا الشرط صعب تحقيقه في الماضي، وقت إعداد هذا النموذج و سهل في وقتنا الحالي لوفرة أجهزة الحاسوب، و تطور نظم المعلومات و البرمجيات الخاصة بها.

درجة الفعالية في مثل هذه القرارات محدودة نتيجة تفويض القرار كليا لتقديرات رئيس المؤسسة، و هو ما حتم وجود نموذج رابع لاتخاذ القرار

**5.2. امتيائي اتزيوني AmitaiEtzioni (النموذج المختلط):** هو عبارة عن نموذج توفيقى للنماذج السابقة و قد اجتهد في هذا الاتجاه أمتاي اتزيوني في مقالة له بعنوان "التقسيم المختلط، المدخل الثالث لصنع القرارات".<sup>2</sup>

و قد اعتبر اتزيوني أن الواقعية التي نادى بها هيربرت سيمون واسعة و تقتض درجة عالية من الرقابة و الضبط على صانع القرار، أما نموذج القرار الاستراتيجي الذي جاء به **Charles lindblom** فإنه يمنح

<sup>1</sup> رايح سيرير عبد الله، القرار الإداري، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان ، 2012، ص 652.

<sup>2</sup>Etzioni Amitai, **Mixed Scanning: A third approach to decisions making**, public administration Review, vol 27/12/1967, pp 385-395.



درجة عالية من الحرية لمتخذ القرار، هذا في الوقت الذي غيب النموذجين مبادئ النموذج المثالي خاصة معايير قياس مستوى الرشد و الفعالية في اتخاذ القرار لاسيما قياس درجة المنفعة المكتسبة إلى المنفعة المضحى بها.

و للاستفادة من جهود العلماء في بناء نموذج أكثر واقعية لصناعة القرار اعتبر **Amitai Etzioni** أن بعض القرارات الأساسية يجب أن تتم على ضوء الموضوعية، و بالتالي تحكيم مبادئ النموذج المثالي، في حين قرارات أخرى يجب مراعاة العوامل السلوكية و النفسية و بالتالي الحصول على الرضا، أما القرارات المهمة و المتعلقة بالأهداف الاستراتيجية العامة فإن وضعها تحت المجهر و تقويمها وفق حسابات استراتيجية تصبح ضرورة لا غنى عنها، و عليه يخلص إلى القول أن عملية صنع القرار يجب أن ينظر إليها و كأنه عدسة تصوير ضيقة عند الحاجة و تتسع عند حاجات أخرى.<sup>1</sup>

و النتيجة التي يمكن الوصول إليها هي أن عملية اتخاذ القرار على جميع المستويات تحتاج إلى ضبط المراحل بداية من تحديد المشكلة، و جمع المعلومات و تحليلها و معالجتها بطريقة علمية، الأمر الذي يؤدي إلى تحديد البدائل الممكنة كما أن اختيار البديل غالبا ما يتطلب أخذ الحس الإنساني في الحسبان عند تفحص ما يترتب على مختلف البدائل المتعارضة من نتائج تفاوت في ميزانها.

### المطلب الثاني: النظريات الكمية لاتخاذ القرار

ترجع الجذور الأساسية للمدرسة الكمية إلى نظرية الإدارة العلمية في المدرسة الكلاسيكية، التي فتحت المجال أمام القياس الكمي للعديد من المتغيرات التي تؤثر على الكفاءة مثل دراسة الوقت و الحركة والزمن.

كما ترجع إلى مجموعة من أساليب التحليل الكمي التي استعملت أثناء الحرب العالمية الثانية للأغراض الحربية كأساليب بحوث العمليات، و بعد الحرب وجدت هذه الأساليب أرضا خصبة للتطبيق في المجالات الإدارية، و تطورت أكثر.

فركز العلماء جهودهم حول الأساليب الأكثر تأثيرا على فعالية القرار كما ركزت على الظروف المحيطة و الأهداف المرجوة من اتخاذ القرار.

<sup>1</sup> رابح سرير عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص 63.

كما صنفوا النظريات الكمية في أكثر من صنف تبعاً للمشكلة و مجال الاختصاص و ذلك للوصول إلى كيفية التعامل مع المشكلات؟ و ما هو الطريق الأفضل لترشيد القرار، و للإجابة على ذلك يمكن ذكر التصنيفات:<sup>1</sup>

**الصنف الأول:** يحصر النظريات الكمية في المحاور التالية:

- نظرية بحوث العمليات.
- نظرية الاحتمالات.
- نظرية المباريات (الألعاب).
- نظرية شجرة القرار.
- النظرية الإحصائية.

**الصنف الثاني:** يستعمل في مجال قطاع الأعمال بكثرة و يصنف النظرية إلى :

اقتصادية، رياضية، سلوكية.

و الأساس في تطبيق هذه النظريات هو المحاولة الجادة لتطبيق نتائج البحوث العلمية في مجال العلوم الاقتصادية و الرياضية و السلوكية.

**الصنف الثالث:** يعمل على مزج نتائج العلوم و تطبيقها في موضوع اتخاذ القرار، و يخلص إلى تحديد ثلاث نماذج:

النموذج الواقعي، الاستراتيجي، النموذج المختلط.

غير أننا سوف نركز على الصنف الأول من النظريات المتمثلة في:

### 1. نظرية بحوث العمليات

تعالج نظرية بحوث العمليات المشكلات الإدارية المعقدة بالطرق و النماذج الرياضية، و نظرية الاحتمالات، و المباريات، و البرمجة الخطية و نظرية خطوط الانتظار، و يضاف إلى هذه النظريات مختلف الأساليب المحاسبية.

<sup>1</sup> رايح سرير عبد الله، القرار الإداري، مرجع سبق ذكره، ص 98.

و المحاسبة الإدارية الدقيقة، حيث أن المراجعة و التقييم تشكل أساس الإقدام على المشاريع و المخططات الجديدة، كما تشكل إطار لدعم الثقة و الاطمئنان للقرار المتخذ، و استخدام تلك النظريات، و الأساليب في عملية صنع القرار و في وقت واحد تكون عندئذ أمام حالة استعمال نظرية بحوث العمليات، إذن بحوث العمليات إطار نظري و مدخل إداري يستعمل أكثر من نظرية التعامل مع مشكلة من المشكلات، و إذا استعمل المدير أو متخذ القرار نظرية بمفردها كاحتمالات فلا تكون بصدد بحوث العمليات.<sup>1</sup>

و التطبيقات العددية للنظرية جلها تتميز بجملة من الخصائص أهمها:<sup>2</sup>

- النظرة الكلية و الشاملة للموقف محل القرار **Setting Decosonal**.

- استخدام شامل لمداخل و نتائج البحوث العلمية في مختلف حقول المعرفة العلمية.

- التركيز على العوامل الكمية، واستخدام الأساليب الإحصائية والرياضية، والاحتمالات، في بناء نموذج لعملية صنع القرار.

## 2. نظرية الاحتمالات:

نظرية الاحتمالات (**Probability theory**) هي أحد النظريات الكمية التي تنطلق في حل المشكلة من المعطيات و المعلومات و من الظروف المحيطة بالموقف لتجيب على أسئلة متكررة مفادها هل المعلومات و المعطيات المتوفرة لدينا حقيقة و كاملة أم لا؟ و هل الظروف المحيطة بالقرار مراقبة و مناسبة لاتخاذ القرار؟ و ما درجة الموائمة تلك.

إن الإجابة عن تلك التساؤلات تجعل المدير أو الرئيس الإداري في وضعين مختلفين، وضع التأكد من المعطيات المتوفرة، و وضع عدم التأكد من تلك المعطيات و الحقائق، فوضع التأكد يشير إلى أن المعلومات المتوفرة مؤكدة و أن الأسباب و العوامل العشوائية قليلة و معدومة لدى الرئيس.

## 3. نظرية المباراة

هي أحد الأساليب الرياضية التي تحاول حل المشكلة الإدارية في ظروف عدم التأكد، باعتبار أن

<sup>1</sup>René Déméster, **Que peut-on attendre de comptabilité de gestion dans le secteur publique**, opcit, pp26-30

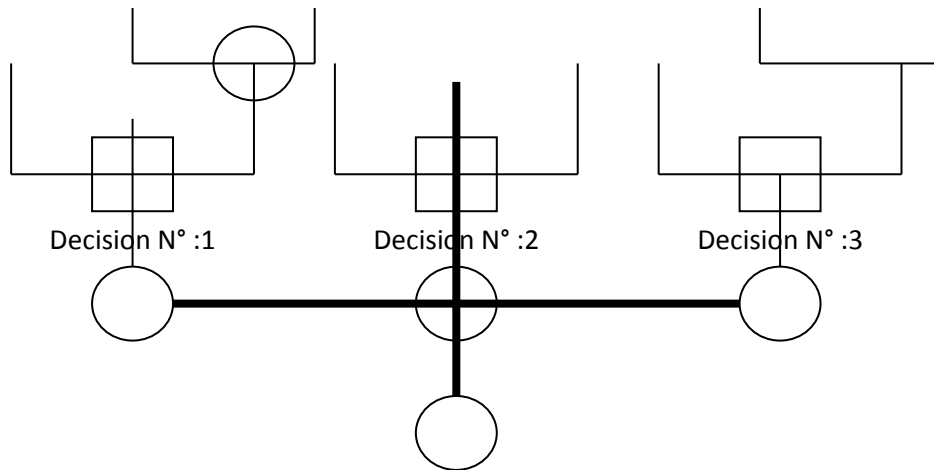
<sup>2</sup> رايح عبد الله السرير، مرجع سبق ذكره، ص 102.

للمشكلة طرفين أو فاعلين (**Actors**) يعملان وفق اللعبة و كل طرف منهما يحاول تحقيق منفعة على حساب الطرف الآخر، و من خلال توقعات كل طرف و معرفته بقوة الآخر يحاول رسم استراتيجية و معالم قراراته<sup>1</sup>، و العوامل المؤثرة فيها و الوقت و التكلفة و المكاسب المحتملة، و حتى يستطيع كل طرف تعظيم منفعته، و ربح المباراة فإنه يتوجب عليه وضع عدة احتمالات، و استعمال مختلف الأساليب الرياضية للمفاضلة بينها، ثم ترجيح احتمال على باقي الاحتمالات، و في حالة فشل الاحتمالات فإن البديل الثاني يكون جاهزا لسيناريو التعامل مع الموقف.

#### 4. نظرية شجرة القرار:

إن فكرة هذا الأسلوب مستمدة من تعبير مجازي و هي كلمة شجرة **Tree** على اعتبار أن عملية اتخاذ القرارات تتفرع و تتشعب في أكثر من اتجاه كما هو الحال بالنسبة لتفرع و تشعب أغصان الشجرة حيث يكون في هذه الحالة القاعدة الأساسية و تتشعب القرارات طبقا للظروف المحيطة بالقرار، و طبقا لمعطيات المشكلة مع الأخذ بنظر الاعتبار عوامل و مؤشرات البيئة الخارجية و الداخلية، و يكون البعض من هاته العوامل ذو طبيعة احتمالية و الشكل رقم (7) يعبر عن فكرة أسلوب شبكة القرار.

#### شكل رقم (4.2): فكرة قيام أسلوب شجرة القرارات.



المصدر: مؤيد عبد الحسين الفضل، نظريات اتخاذ القرار، مدخل كمي، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان، الأردن،

2004، ص 269.

<sup>1</sup> صلاح شحادة، القرار النموذجي، مرجع سبق ذكره، ص 229.

فمثلا إذا تم اتخاذ قرار بإنشاء مصنع معين، فإن هكذا نوع من القرارات، يعتبر بمثابة القرار العام الأساسي، و منه تتفرع قرارات أخرى ثانوية تعتمد على مؤشرات أخرى مثل مستوى الطلب، أو حجم الاستثمار و ما شابه و من هذه القرارات يمكن أن تتفرع قرارات أخرى أكثر خصوصية و بالتالي فشجرة القرار هي أسلوب كمي تصويري و تبياني للعناصر و العلاقات التي تتكون منها المشكلة، و ذلك في ظل الحالات المختلفة لمجالات الطبيعة.<sup>1</sup>

### المطلب الثالث: الأساليب الحديثة لاتخاذ القرار

تعددت الأساليب الحديثة لاتخاذ القرار ويمكن ذكر أهمها:

1. الإدارة بالأهداف: إن منهج الإدارة بالأهداف **Management by objection** يأتي ذكره كأسلوب كفي في ترشيد اتخاذ القرار، و ذلك نتيجة النتائج المتوصل إليها من خلال التجارب الكثيرة في مؤسسات موزعة في مختلف دول العالم، و منهج الإدارة بالأهداف و التقييم بالنتائج أسلوب تنظيمي تطورت مبادئه منذ المدارس الكلاسيكية، ثم السلوكية ثم المدارس الحديثة حيث تأثرت الإدارة العلمية بأفكار تايلور، و فايول، فيبر و مايو، وبارنارد و بيتر دركر **Peter Druker** حيث جاء في كتابات هذا الأخير لسنة 1954<sup>2</sup>، أن ما تحتاج إليه المؤسسات الإدارية هو تنمية الإحساس بالمسؤولية لدى الأفراد العاملين بها، و يوفر لهم في الوقت ذاته التوجيه الكافي، و يكون روح الفريق، و يجعل أهدافهم الشخصية منسجمة مع الأهداف العامة للتنظيم.

فالإدارة بالأهداف أداة ديناميكية تربط بين حاجات المؤسسة وحاجات الأفراد و من ثم حاجات التنمية والاستقرار، و تبعا لفلسفة ونظام الإدارة بالأهداف فإنها تصبح بالفعل أسلوبا و نظرية لاتخاذ القرار، وذلك بالنظر إلى المزايا و الأهداف التي حققتها تطبيق النظرية في مؤسسات مختلفة بالولايات المتحدة الأمريكية ابتداء من سنة 1960<sup>3</sup> و من بين تلك المزايا:

-الاتفاق بين الرئيس الإداري و المرؤوس على تحديد الأهداف و من ثم اتخاذ القرار، و هو مدخل المشاركة في اتخاذ القرار.

- تشجيع المرؤوسين على حل مشكلاتهم بأنفسهم، و تدريبهم على الرئاسة و تحمل المسؤولية.

<sup>1</sup> الفضل مؤيد حسين، مرجع سبق ذكره، ص 270.

<sup>2</sup> Peter Druker, **Management tast, responsabilites and practice**, Hiemman, London, 1974, p 16.

<sup>3</sup> Michel Darbel et autres, **l'essentiel sur le management**, 5eme édition, Berti Edition, Alger, 2007, p 361.

- تشجيع مبادئ التسيير الديمقراطي وتحديد أفضل الأساليب لتحقيق النتائج المتفق عليها خلال السنة المالية.

- يمكن هذا الأسلوب الأفراد من القدرة على استخدام التصور، و الابتكار لإنجاز الأهداف المحددة، و في الوقت و بالتكلفة المعينة لها.

2- أسلوب أو تقنية دلفي: تتسب تقنية دلفي (Technique Delphi) إلى معبد يوناني قديم و

استخدمت التقنية من قبل (Olaf Helmer و Norman Dakly) بمعنى: "استخراج أقوى التوقعات المتضاربة حول موضوع ما، و تبيان كافة الدلائل التي تدعم كل توقع من هذه التوقعات".<sup>1</sup>

نلاحظ في هذا الأسلوب أنه لا يتم جمع المشاركين في مكان واحد وجها لوجه، و مع ذلك يوجد أسلوب منظم لجمع الاقتراحات الخاصة بموضوع القرار، و ذلك باستخدام مجموعة من قوائم الاستبيان المتسلسلة، و التي تشمل كلا منهما على مجموعة من الأسئلة الجيدة، و المعدة بعناية من قبل رئيس المؤسسة، و تطرح تلك الاستمارة على الخبراء الذين لهم دراية بالموضوع، و الذي يمكنهم أن يقدموا اقتراحات و توقعات مفيدة، و يستحسن في مثل هذه الحالة أن يكون هؤلاء الخبراء في مناطق جغرافية متباعدة، و تكون هذه الطريقة أكثر فعالية في اتخاذ القرار الرشيد فلا بد أن يتم بالخطوات التالية:<sup>2</sup>

-تحديد المشكلة و ضبطها زمانا و مكانا.

- تحديد الخبراء الذي سوف توجه إليهم الاستمارة.

- تصميم قائمة الأسئلة الموجهة لكل خبير على حدة.

- تحليل الاجابات، و تركيبها في مجموعات متشابهة و كتابة تقرير بشأنها.

- إرسال التقرير مرة ثانية إلى الخبراء لمعرفة رد فعلهم، و موقفهم من البدائل المقترحة و ما هي توقعاتهم النهائية؟

- تجميع الإجابات، و رأي الخبراء مرة ثانية حيث يشكل الرأي الأخير قاعدة لاتخاذ قرار نهائية.

<sup>1</sup> رايح سرير عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص 145.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 146.

## المبحث الثالث: مهارات تحليل المشكلات و اتخاذ القرارات في المستشفى

في بعض الأحيان تواجه المديرين في المستشفيات مشاكل معقدة يقعون عاجزين أمامها، فلا يدرون من أين يبدأون، و لا أين ينتهوا، فبعض القرارات تتطلب سرعة في التنفيذ و سرعة في اتخاذ القرار.

وهذا ما يجعل الوقت يلعب دورا مهما أيضا، خاصة إذا ما علمنا أن هناك قرارات عوض أن تؤدي إلى التقدم في الحل، تؤدي إلى التأخير، و الترددي، و هذا ما يستلزم اتصاف المديرين بمهارات تمكنهم من التعامل مع المشكلات باحترافية و حنكة.

## المطلب الأول: المشكلات الإدارية و معوقات حلها

يمكن القول بأن مستوى الفعالية الكفاءة في المؤسسة، يرتبط مباشرة بجودة حل المشاكل و اتخاذ القرارات، و أن فعالية المؤسسة (القيام بما يجب عمله بشكل جيد) و كفاءتها (إنجاز العمل بأقل تكلفة) يمكن التنبؤ بكليهما.

من خلال التخصيص الجيد للموارد في المؤسسة و التوظيف الأمثل بها، و كلاهما يعمد على حسن عملية حل المشاكل و اتخاذ القرارات، و طالما أن المدراء يستعملون هذه الموارد المتاحة، فلا بد أن يتحملوا مسؤولية اتخاذ القرارات حول تخصيص هذه الموارد و توظيفها.<sup>1</sup>

يقوم جميع المدراء بحل المشاكل (و لكن بدرجات مختلفة) و بغض النظر عن مستواهم في التنظيم أو مدى مسؤوليتهم، و تتضمن عملية حل المشاكل سلسلة من الأنشطة و الخطوات يتم من خلالها أحداث التغيير لضمان توافق النتائج المرغوبة مع المخططة، و تتألف هذه العملية من:

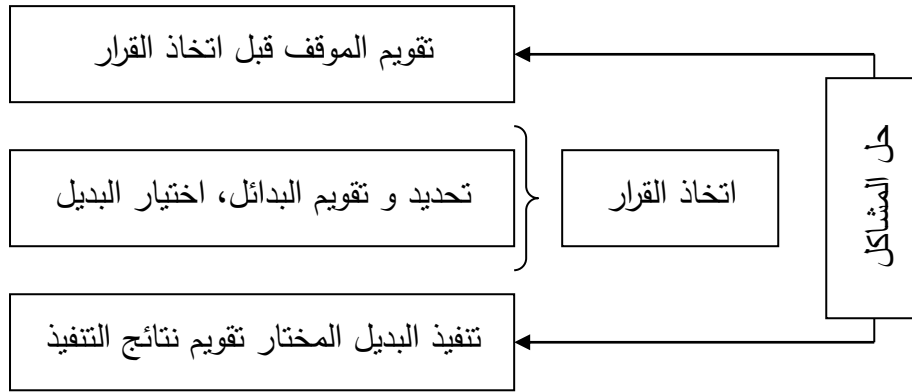
1. تحديد و تحليل الوضع الذي يحتاج إلى قرار.
2. تحديد و تحليل بدائل الحلول لحل المشكلة أو مواجهة الموقف.
3. اختيار البديل.
4. تنفيذ البديل المختار.

<sup>1</sup>فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 151.

فحل المشاكل كما نلاحظ يتضمن اتخاذ القرارات، و رغم أن المفهومين يستعملان بشكل متبادل، فهما مختلفان، فكل حل للمشكلات يتضمن اتخاذ قرارات (اختيار بديل مناسب)، و ليس كل القرارات تتضمن مشاكل يجب حلها.

فالفارق بينهما يكمن في حقيقة أن حل المشاكل يشمل تحليل المشكلة (تقييم يسبق اتخاذ القرار) و تنفيذ الحل (نشاط ما بعد اتخاذ القرار) كما يوضحه الشكل الآتي:

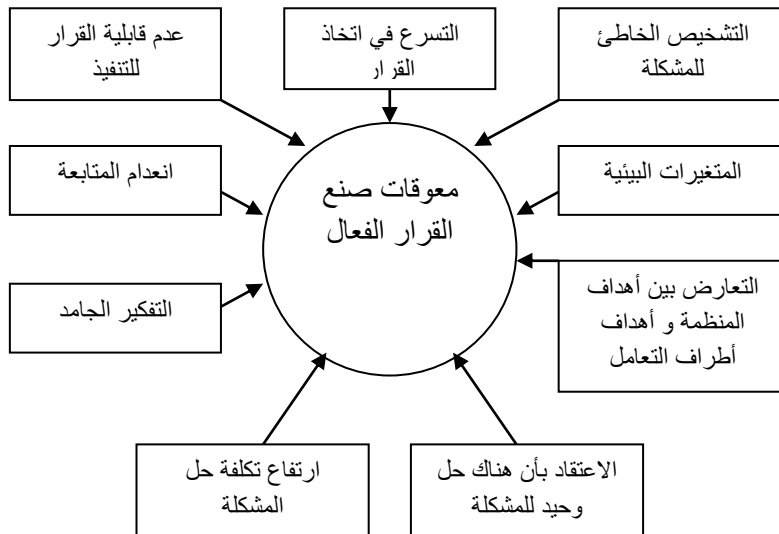
الشكل رقم (5.2): حل المشاكل و اتخاذ القرار.



المصدر: فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، ص 154.

ويعترض حل المشاكل الإدارية الكثير من المعوقات التي تؤثر على متخذ القرار و يجعله يتأثر في بعض الأحيان بهذه المعوقات مما يؤثر على جودة القرار و تمكين تلخيص هذه المعوقات في الشك

شكل رقم (6.2) معوقات صنع القرار الفعال



المصدر: محمد الصيرفي، القرار الإداري و نظم دعمه، مرجع سابق، ص 377.



## المطلب الثاني: مشكل اتخاذ القرار في المستشفيات

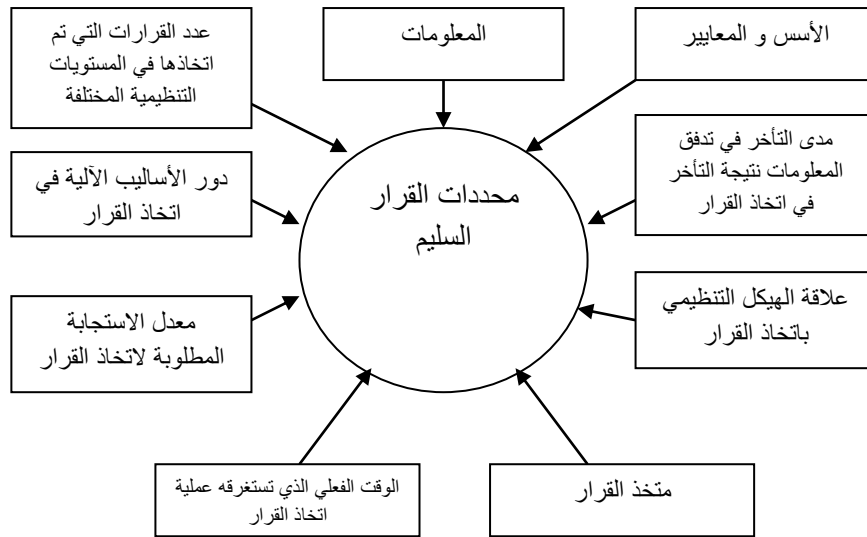
خصوصية اتخاذ القرار في المستشفى تتميز بالخطورة، ذلك لأن أي قرار في هاته المؤسسة له علاقة مباشرة أو غير مباشرة تؤثر على نوعية وفعالية الخدمات المقدمة، و بالتالي تؤثر على المريض في النهاية.

و لهذا فإن الكثير من المديرين في المستشفيات يتعاملون مع المشكلات بحذر شديد، يكون مضرا بجودة القرار في بعض الأحيان حرصا منهم على أن لا يكون اتخاذ القرار مشكل في حد ذاته.

و لهذا كان للقرار محددات لسلامته يجب توافرها و مراعاتها لتنفيذه.

نوجز في الشكل الآتي:

شكل رقم (7.2) محددات القرار السليم



المصدر: محمد الصيرفي، مرجع سابق، ص 375.

فيجب تجميع المعلومات أولاً، للتشخيص الحقيقي للمشكلة ليعرف حجمها، و مداها، ثم وضع الافتراضات للمشكلة ويمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات:<sup>1</sup>

1. افتراضات حدودية و تعود لبيئة المشكلة و إطارها.

- مثل: هل تقع المسؤولية ضمن أو خارج حدود مسؤولية المدير؟

- هل الموارد المطلوبة لحل المشكلة موجودة؟

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، المرجع السابق ، ص 157.

- هل دوائر أخرى تسببت في حدوث المشكلة؟
- 2. افتراضات شخصية تعود إلى :
  - ميول و أهواء و تحيز المدير نحو أداء و سلوك المرؤوسين.
  - استعداد و رغبة المدير بالتعامل مع المواقف الخطرة و ظروف عدم التأكد المصاحبة لعملية حل المشكلة.
- 3. افتراضات المشكلة و تتضمن ما يلي:

- الأهمية النسبية للمشكلة **Relative importance**

- الحاجة للعمل السريع و التمييز **Urgency**

- ردود الفعل السياسية لاتخاذ القرار أو عدم اتخاذه.

- احتمالية نجاح الحل عند تطبيقه.

تأتي الخطوة الموالية و هي تحديد البدائل التي تتأثر بقدرة التخيل و الإبداع و غنى الأفكار التي يطرحها المشاركون في القرار.

و القدرة على تحديد بدائل متميزة، غير تقليدية، تعتمد على مدى القيود و المحددات التي تضعها الافتراضات.

و هنا لا بد من:

- جمع البيانات و المعلومات عن كل بديل.
  - تقويم مبدئي للبدائل بهدف قبولها أو رفضها.
  - البحث عن بدائل أخرى في حالة الرفض المبدئي.
- ثم تأتي مرحلة تطوير و تطبيق معايير القرار.
- و هي تشمل الاعتبارات الهامة في تقويم و مقارنة بدائل الحلول و تشمل ثلاث معايير:

- فعالية البديل في حل المشكلة.

- إمكانية تطبيق البديل أو تنفيذه.

- قبول البديل من حيث معيار الكلفة/منفعة (تحليل موضوعي **objective**) أو من حيث الفوائد/مساوئ تحليل غير موضوعي **Subjective**.

و هنا في اختيار البدائل يجب أن يعرف المدير حاجته إلى استعمال أساليب آلية أولا في اختيار البديل المناسب حسب درجة تعقيد المشكلة و حسب الافتراضات هل هي مقيدة أم لا و حسب قدرة نظام المعلومات في المؤسسة و طاقته.

ثم يأتي تنفيذ القرار باختيار البديل الأفضل.

بعد ذلك تأتي مرحلة التقييم و المراجعة: في هاته المرحلة يتابع المدير مدى التنفيذ المتقن للقرار بحيث لا تكون الانحرافات أو أخطاء التنفيذ، لأن أي انحراف أو خطأ سيترك الشكل كما هو و لا يحقق الهدف المطلوب.

و المتابعة تعني في معناها العام قياس ما تحقق من تنفيذ القرار قياسا إلى الأهداف المحددة للقرار، لذا فهي لا تكون في نهاية تنفيذ القرار أو بعد استنفاد أغراضه، لأنه لو تركنا المتابعة للنهية قد يكون الأمر قد استفحل.

و ربما يكون من الصعب عندئذ تصحيح الانحرافات و الأخطاء الواقعة.<sup>1</sup>

و في الإدارة العامة الجزائرية، و في المستشفيات خصوصا هناك خلط في المفاهيم بالنسبة لمتخذ القرار بين المشكلة، و ما يشبهها من مفاهيم كالحادثة، و الواقعة، و الخلاف، و الصراع، و الأزمة، و مدى تطور تلك المفاهيم في اتجاه إما الحل (القرار الرشيد) أو التعقيد أكثر، وهنا نلاحظ أن هناك فروق بين متخذي القرار في المستشفيات ترجع بالدرجة الأولى إلى خبرة الشخص و كاريزمته و مدى تأثيره بالدرجة الأولى، ثم تأتي المعرفة و الكفاءة و الفعالية... الخ، و لهذا نجد بعض مدراء المستشفيات في الجزائر، يستعملون النمط الديكتاتوري في التسيير خوفا من انفلات السلطة من بين أيديهم، فيتخذون قرارات فردية في بعض الأحيان، دون معالجة المشكلة و مداها و هل تحتاج إلى إشراك المعنيين أولا، و هذا ما يصعب فيما بعد قبول أو تقبل القرار من طرف أسرة المستشفى فتحدث المقاومة، و من ثم الصراع.

<sup>1</sup> رابح سرير عبد الله، القرار الإداري، مرجع سبق ذكره، ص 227.

و لكي يكون القرار مفهوما من جانب المسؤولين عن التنفيذ و قواعد التنفيذ يجب توافر ركنين أساسيين:<sup>1</sup>

### 1. الأركان القانونية

و يقصد بها مجموعة السمات و الخصائص التي تشمل مشروعية القرار و عدم مخالفة القوانين أو اللوائح أو التعليمات الصادرة عن الجهات العليا، و من أهم هذه الأركان:

أ. **السبب:** بمعنى أن يكون لكل قرار أسبابه أو مبرراته و أن تكون هذه الأسباب أو المبررات مستمدة من الواقع الفعلي للمستشفى أو نتيجة شكاوي أو تظلمات الرضى أو العاملين فيها، أو من أجل الارتقاء بأسلوب العمل...

ب. **الشكل:** و يتعلق هذا الركن من الأركان القانونية بالمظهر الخارجي للقرار و كيفية صياغة أو الإعلان عنه أو إجراءات إصدار القرار نفسه.

ج. **الاختصاص النوعي:** وهي قصد به أن يصدر من السلطة المختصة و في حدود الاختصاصات الوظيفية لمتخذ القرار و الاختصاص قد يتعلق بموضوع القرار أو المدى الزمني للقرار أو المكان أو النطاق التي تقع في صلاحيات متخذ القرار.

د. **المشروعية:** و أن يكون القرار جائزا من الناحية القانونية.

هـ. **الهدف:** فينبغي أن يكون للقرار هدف واضح يسمى للوصول إليه، و أن يكون في إطار المصلحة العامة للمستشفى أو العاملين بها من أجل خدمة أو معالجة موقف بذاته.

### 2. الأركان الفنية

و يقصد بالأركان الفنية مجموعة العناصر التي تتعلق بترشيد و فعالية القرار الإداري و تدور حول محورين.

أ. **السلامة:** تعني جدوى القرار و ملائمة لتحقيق الهدف منه، و اتخاذه بناء على معلومات و تحليلات كافية و موضوعية.

ب. **القبول:** يعني استعانة بآراء من يسهم القرار و ضمان تعاونهم في تنفيذه أو إقناعهم بأهميته و جدواه و إيضاح الأهداف المنشودة منه.

<sup>1</sup> عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و التطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص 138.

## المطلب الثالث: الأخطاء الشائعة في اتخاذ القرارات الإدارية

مما لا شك فيه أن استراتيجية أي مستشفى توضع في ضوء مجموعة من المتغيرات الداخلية و الخارجية، والتي تمثل في مجموعها البيئة المحيطة بهذا المستشفى، و تقاس كفاءة متخذ القرار على أساس قدرته على الابتكار، و مهارته في تحقيق ثلاثة أهداف رئيسة هي:

1. التكيف مع عناصر البيئة الداخلية و الخارجية التي تحيط بالمستشفى.
2. التنبؤ بدرجة التغير المتوقعة في البيئة المحيطة بالمستشفى و الاستعداد لمواجهتها.
3. استخدام القوى التي يمكن التحكم فيها لمساعدته في التكيف مع المتطلبات البيئية الداخلية منها و الخارجية.

و مع أخذ الاعتبار السابقة في الحسبان فإنه كثيرا ما يقع متخذو القرارات في بعض الأخطاء عند إصدارهم للقرارات، و يمكننا حصر أهم هذه الأخطاء في ثلاث أنواع:

## 1. اتخاذ القرارات المسكنة

و تأخذ هذه القرارات أحد شكلين، الأول يتمثل في العلاج المؤقت المشكلة المطلوب حلها، و الثاني يهتم بعلاج ظواهر أو أعراض المشكلة دون محاولة التعرف على المشكلة ذاتها أو اتخاذ الإجراءات الجذرية لمعالجتها.

## 2. اتخاذ القرارات في وقت غير مناسب

و يأخذ هذا الخطأ بدوره أحد مظهرين أولهما أن يتم اتخاذ القرارات في وقت متأخر عن الوقت الذي كان يجب أن يتخذ فيه مما ينتج عنه تفاقم المشكلة، و ربما خلق العديد من المشاكل الإضافية، و ثانيهما: أن يصدر القرار قبل أن يكون من المناسب إصداره، و هذا أيضا مضاره كبيرة إذ أن الظروف المحيطة بالقرار قد تتغير من وقت لآخر.

## 3. اتخاذ القرار وعدم متابعة تنفيذه

فاتخاذ القرار في حد ذاته لا قيمة له ما لم يتم تنفيذه و التعرف على نتائجه، و في حقيقة الأمر فإن متابعة تنفيذ القرار جزء لا يتجزأ من مسؤولية متخذ القرار.

ويمكن القول بأن ارتكاب تلك الأخطاء أو الوقوع فيها يرجع إلى عدد من الأسباب أولها و ربما أهمها أن متخذي القرارات لا يعطون الاهتمام أو الوقت الكافي لخطوات اتخاذ القرار (المشار إليها سابقا) حيث يعتمد البعض على خبرته و تقديره الشخصي في النواحي التي يجب أن يعتمد فيها على المعلومات، ثم يعتمد على المنطقية أو العقلانية في الأمور التي تتطلب الخبرة و التقدير الشخصي.

أما السبب الثاني فيتعلق بسوء توزيع الوقت المنفق في اتخاذ القرار فالبعض ينفق معظم الوقت في البحث عن الحلول البديلة لعلاج الظواهر أو الأعراض الواضحة للمشكلة في حين يحظى تحديد المشكلة ذاتها بجزء ضئيل من الوقت و الجهد، و قد سبق أن أوضحنا أن التحديد الدقيق و الواضح للمشكلة يمثل ما يزيد عن 50% من وقت و جهد متخذ القرار.

و يرتبط السبب الثالث بالنظر إلى القرار على أنه علاج لمشكلة و ليس اغتاما لفرصة، و يترتب على هذا الاعتقاد أن البعض يحاول دائما اختيار الحلول الأقل تكلفة رغم أن تلك الحلول قد تحتوي على مخاطرة أكبر أو قد لا تحقق سوى منافع محدودة، و مما لا شك فيه أن القرار الجيد هو الذي يحقق التوازن بين التكلفة، العائد، المخاطرة.

و أخيرا فإنه من بين أسباب الوقوع في الأخطاء السابقة جزئية القرار فغالبا ما يسعى كل قسم من أقسام أو إدارات المستشفى إلى تحقيق مصالحه الخاصة بغض النظر عما يتبع ذلك من آثار بالنسبة للأقسام أو الإدارات الأخرى، و هو الأمر الذي يجب تداركه -إذ أن تحقيق المصلحة العامة للمستشفى ككل يفوق في أهميته ما فيه مصلحة إدارة بذاتها أو قسم بعينه.

## خاتمة الفصل الثاني

تبين لنا في الفصل الثاني من خلال التعرف على النظريات والنماذج المساعدة لاتخاذ القرار أنها دائما تبقى غير كافية، فالمورد البشري هو أهم شيء في القرار، فمتخذ القرار يجب أن تتوفر فيه صفات معينة حتى يستطيع التوفيق بين ما هو منظر له وبين ما يجب أن يعمل، ولهذا عمدنا إلى الخصائص التي يجب أن تتوفر في متخذ القرار، ومقومات اتخاذ القرار السليم، وخاصة إذا كانت المؤسسة هي المستشفى، فمدير المستشفى مثلا يتحمل ضغط كبير، وهذا ما يحتم عليه أن يكون جريئاً في بعض الأحيان في قراراته هذا من جهة، من جهة أخرى فإن المشاركة في صنع القرار، وتحمل المسؤولية الجماعية يخفف العبء عن متخذ القرار داخل المستشفى، ويحسس الآخرين بأهميتهم واهتمام الإدارة بهم، لكن في الحقيقة أن هناك أطرافاً تتنازع حول من يتخذ القرار أصلاً في المستشفى، وهنا تظهر الازدواجية في السلطة وهذا ما سنتعرف عليه في الفصل الثالث، وهي خصائص السلطة في المستشفيات.

## الفصل الثالث

خصائص ومميزات ممارسة السلطة في

المؤسسات الاستشفائية العمومية



## مقدمة الفصل الثالث

المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر، لها ميزات خاصة ترتبط بالبيئة المحيطة والذهنية السائدة، بالإضافة إلى خصائص الفرد الجزائري وكاريزمته التي لها دور في إعطاء الصبغة الخاصة لهذه المؤسسة، وممارسة السلطة فيها تبرز هاته الخصائص، فلا تخلو أي مؤسسة مهما كان حجمها من تباين الأدوار والمسؤوليات من خلال صغرها وكبرها وتوزيعها، وهذا ما يحتم وجود السلطة في يد أشخاص معينين تخول لهم التحكم في الأدوار والمسؤوليات الأخرى، وتحمل المسؤولية الكاملة في الأخير عن أي خطأ أو مشكل يعارض الأهداف المسطرة، وعندما يكون هناك سلطتين متوازيتين في المستشفى خاصة فلا بد من أن تكون هناك ازدواجية وصراع، قد يخدم أو لا يخدم المؤسسة في الأخير، وهذا ما سنوضحه في الفصل الثالث مقدمين مفهوم السلطة وأنواعها ونظرياتها في المبحث الأول، ومبرزين مشكل ازدواجية السلطة والعلاقة بين الأطباء والمسيرين في المستشفيات الجزائرية في المبحث الثاني والصراع وطرق تسييره في المبحث الثالث.

## المبحث الأول: نظريات السلطة ومستوياتها

نحاول في هذا المبحث إبراز مفهوم السلطة والإطار النظري لها وإسقاط ذلك على المستشفيات من خلال أنواع السلطات فيها وتوضيح ازدواجية السلطة كشكل رئيسي تبرز فيه هذه الظاهرة التي يندرج وجودها في باقي المؤسسات مهما كانت طبيعتها.

## المطلب الأول: السلطة ماهيتها ومستوياتها

إن التنظيم لا يكتمل بمجرد تحديد الوحدات التنظيمية الضرورية وتوفير العوامل المادية المناسبة للبيئة، وتعيين الأفراد الأكفاء في كل وحدة تنظيمية، فهذه الوحدات التنظيمية ينبغي أيضا ربطها ببعضها البعض.

وتتحقق عملية الربط هذه بصورة رأسية أو أفقية بواسطة علاقات السلطة ويعد مفهوم السلطة واحدا من بين أهم المفاهيم الإدارية بالنسبة للإدارة،<sup>1</sup> وقد قدمت مجموعة كبيرة من التعاريف من طرف أصحاب الفكر الإداري للسلطة.

## 1- مفهوم السلطة: من بين التعاريف المقدمة ما يلي:

1-1- تعرف السلطة Authority على أنها: القوة القانونية أو الشرعية التي تمنح الحق للرؤساء في إصدار الأوامر للمرؤوسين، والحصول على امتثالهم للقرارات وتنفيذ الأعمال المكلفين بها.<sup>2</sup>

1-2- السلطة هي القوة أو الحق في التصرف أو إعطاء الأوامر، سواء كانت هذه الأوامر متعلقة بالقيام بعمل، أو الامتناع عنه.

1-3- عرفها شستر برنارد (chester bernard) بأنها: الصفة المميزة للأمر في التنظيم الرسمي بحكم قبولها، من أعضاء التنظيم لكي تحكم الأعمال التي يسهم بها.

1-4- وعرفها هيبيرت سايمون (H.simon) بقوله: أن السلطة هي قوة اتخاذ القرارات التي تحكم وتقود أعمال الآخرين.

1-5- بينما يرى كونتر conter أن السلطة هي الحق الذي بواسطته يتمكن المشرفون من الحصول على امتثال المرؤوسين للقرارات.

<sup>1</sup> الحاج عرابية، تأثير ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفى، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، تخصص تسيير المنظمات، ص70.

<sup>2</sup> قيس محمد العبيدي، عبد الغفار حنفي، أساسيات إدارة المنظمات، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، 1997، ص291.

وفي ضوء ما سبق من التعاريف فإن السلطة تمثل في يد المديرين قوة قانونية أو شرعية وأنها حق لهم في إصدار الأوامر إلى الأفراد الآخرين في التنظيم، وليقوموا أو ليكفوا عن القيام بأعمال معينة يرى أصحاب السلطة أنها لازمة لتحقيق الأهداف المرجوة.

وتتبع السلطة من عدة مصادر، من أهمها القوة التي تفرض صاحبها قائداً على الآخرين كما هو الحال في المجتمعات القبلية، كما قد تأتي السلطة نتيجة إدارة الجماعة كأن تعبر هذه الجماعة عن إرادتها باختيار من يصلح لقيادتها، ومن ثم يصبح مطاعاً من أفراد هذه الجماعة، هذا بالإضافة إلى التعيين الذي يمنح المدير الذي تم تعيينه في وظيفة ما سلطة إصدار الأوامر للمرؤوسين تحت إمرته.<sup>(1)</sup>

وهنا يجب أن نعطي تعريفات قريبة من السلطة حتى نميز بينها وبين القوة مثل Power والمسؤولية Responsabilité والسيطرة Dominance .. والهيمنة Domination

### القوة

يتطلب الأمر لفهم السلطة، أن تعرف العلاقة بين السلطة (Auttority) والقوة power، والقوة pouvoir، فكلية القوة pouvoir في الفرنسية ليست بمعناها تماماً في اللغة الإنجليزية power فيقصد بها الاسم بمعنى القوة، وفعل القوة بمعنى الاستطاعة في اللغة الفرنسية، بينما هي ليست كذلك بهذا المعنى في اللغة الانجليزية فهي أقل شمولية، وهنا يقول (dall 1957) أن القوة هي كل ما يلزم الشخص أ التحكم والسيطرة على الشخص ب بوسيط بينهما يربطهما كوظيفة معينة كأن تكون للأستاذ قوة على التلميذ أو لصاحب العمل على العامل....

### المسؤولية

يمكن تعريف المسؤولية بأنها التزام المساعد بالقيام بعمل معين كفله به رئيسه في العمل وعلى ذلك فإن حقيقة المسؤولية هي الالتزام، والالتزام لا يقع إلا على الأفراد، وتتسأ نتيجة العلاقة بين رئيس ومساعد، بمقتضاه يكون للأول سلطة تكليف الثاني بأعمال معينة، وقد تكون هذه العلاقة نتيجة تعاقد بين الطرفين قبل فيه الثاني بهذه الأعمال في مقابل مبالغ نقدية أو مكافآت أخرى.

وقد يتطلب قيام المساعد بالمهام المطلوبة منه تفويض بعض السلطات إليه لتمكينه من أداء هذه المهام، وعلى ذلك تتسبب السلطة من أعلى إلى أدنى، من الرئيس إلى المساعد كما يكلف الأول الثاني بواجبات معينة، بينما تصبح المسؤولية الملقاة على الثاني إلزاماً له بالقيام بأداء ما عليه من واجبات، وقد

<sup>1</sup> القضاء حسن، صالح سليمان، القيادة في المستشفيات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص150.

تكون المسؤولية التزاما مستمرا، أو التزاما بالقيام بعمل لمرة واحدة (كالاستعانة بخبير أو استشاري للمؤسسة أو الشركة)<sup>1</sup>.

والمسؤولية لا يمكن تفويضها، ولا يمكن التهرب منها بالقول بأنه كلف آخرين بالعمل المطلوب منه، لأنه يبقى في نظر المستويات العليا هو المسؤول الأول.<sup>2</sup>

**3- المساءلة:** هي الوجه الثاني للمسؤولية، فعند تكليف شخص بمسؤولية معينة فإنه ينتظر المحاسبة والمساءلة من رئيسه حول مدى نجاحه في إنجاز المهمة المطلوبة منه وما يميز المساءلة أنها تتناسب من الأسفل إلى الأعلى

## 2- مستويات السلطة

تعرف السلطة بأنها حالة تأثير على أشخاص معينين لإنجاز ما هو مطلوب منهم وفق المعادلة التالية:  
Autorité= ce qui est oliten/ ce qui est demande  
السلطة= ما أنجز/ ما هو مطلوب إنجازه (عمله).

إذن هناك هدف يجب على المكلف بالمهمة المطلوبة منه أو المتلقي للأمر أن ينجزه فهو إذن مسؤول، وهنا تختلف درجات أو مستويات السلطة، فقد ينجز الفرد ما طلب منه وقد لا ينجزه، وقد ينجزه بدون طلب، مما يدل على فهمه لمستواه في الهيكل التنظيمي، وتحمله لمسؤوليته الكاملة ضمن وظيفته، وقد يعارض ذلك وهنا يظهر ما يسمى بالصراع التنظيمي والجدول الآتي يوضح مستويات السلطة وفقا للمعادلة سابقة الذكر (رمز السلطة بـ A).

### الشكل رقم (1.3) مستويات السلطة

Leadership قائد	ننجز أكثر المطلوب بدون انتظار أن يطلب ذلك	>1 A
accord قبول	نجد العمل المطلوب منجز بالكامل	=1A
Risistance مقاومة للسلطة	نجد العمل المنجز أقل مما هو مطلوب	<1A
ignoré تجاهل للسلطة	لا ينجز العمل المطلوب	A=0
Conflits صراع على السلطة	نجد العمل المنجز عكس ما هم مطلوب	<0A

المصدر: Danil fenthamel, pierre massot, **développer son autorité**, opcite, p35

<sup>1</sup> الحاج عرابية، مرجع سابق، ص73.

<sup>2</sup> Hery Minteborg., **le pouvoir dans les organisation**, les Edition d'organisation, 1986,P42.

نلاحظ من الجدول بأن المستوى الوسط أي المقاومة للسلطة هو الأكثر شيوعاً بين المنظمات فنجد العمل المنجز دائماً أقل مما هو مطلوب، وهذا ما يفسره وجود مقاومة دائمة لما هو مطلوب إنجازه<sup>1</sup>، ورغم ذلك نجد أن هناك مؤسسات مستقرة، بحيث هناك توافق بين المسؤول والمتلقي للأمر، وهذا المستوى من السلطة نجده في المؤسسات غير المعقدة سواء في الهيكل التنظيمي أو في حجم المؤسسة. أما في حالة السلطة ( $A=0$ ) فإن السلطة هنا تكون ضعيفة فقوة التحكم في المؤسسة ليست في يد السلطة الرسمية، رغم أنها تظهر شكلياً كذلك، إذن فالأفراد غير قابلين للسلطة المفروضة عليهم لسبب أو لآخر. وفي حالة مستوى السلطة ( $A<1$ ) فإننا هنا في حالة صراع على السلطة وهنا تظهر الازدواجية فنجد المدير مثلاً يطلب إنجاز عمل معين في حين السلطة المعارضة تطلب إنجاز عمل آخر مغاير لما هو مطلوب، وهذا ما نلاحظه في المستشفيات وفي الجامعات بدرجة أقل<sup>2</sup>.

### المطلب الثاني: نظريات السلطة

تعددت في الحقيقة الكتابات الإدارية التي تناولت نظريات أو مصادر السلطة، تبعا لتعدد المدارس أو المشارب التنظيمية التي ينهل منها أصحاب الفكر التنظيمي أفكارهم ومساهماتهم العلمية، وسنحاول في هذا المطلب التطرق إلى أهم هذه النظريات.

#### 1- النظرية الكلاسيكية للسلطة "Fornel authority theory"

تستند النظرية الكلاسيكية في تفسيرها للسلطة إلى مفهوم هيراركية التنظيم فالمركز التنظيمي يخول للفرد نوع من القوة تسمى بالقوة الشرعية "legitimate power" فالفرد دائما يمتلك السلطة المصاحبة للمركز الذي يشغله، إذن مصدر السلطة هي قمة التنظيم ومنه يتم التفويض كأن يتم التفويض من الملاك إلى مجلس الإدارة مثلاً وبناء على ذلك فللإدارة الحق في اتخاذ القرار وإصدار الأوامر، وعلى الآخرين الامتثال لذلك، فعلاقة العمل تفرض على الفرد قبول السلطة، وبالتالي فالقبول ناتج من الخوف من العقاب.

#### 2- ماكس فيبر (1864-1920)

Max weber أول من حاول تقديم نظرية حول التنظيمات البيروقراطية واتصفت أطروحته بالاتساق المنطقي، وميز مفهوم السلطة authority من مفهوم القوة Power والتأثير Persuasion معتبراً أن

<sup>1</sup> Danil fenthamel pierre massot, **développer son autorité**, Edition d'organisation, groupe eyrolles, paris, 2007, p35.

<sup>2</sup> Danil fenthamel pierre massot, **opcit**, pp, 35-37.

لصاحب السلطة كل الحق في ممارسة سلطته على المرؤوسين، وعليهم الطاعة وامتثال الأوامر عن قناعة ورضا بسبب شرعية السلطة<sup>(1)</sup> التي ميز بين ثلاثة أنواع لها: (2)

**السلطة الروحية Charismatic:** وهي ما يعقبه قيد الفرد من قيم ويؤمن به، بالإضافة إلى القدرات التي تؤثر فيه ومحاول دائما تقليدها، أو الاتصاف بمبادئها وأخلاقها.

**السلطة التقليدية Traditional:** وتستمد شرعيتها من الأعراف والعادات والتقاليد والتراث واحترام الماضي.

**السلطة القانونية Legal:** وتقوم على أساس عقلائي وتصاغ بشكل قواعد ومعايير موضوعية ورسمية. ويرى (فيبر) أن أهم ما يحقق التوازن في التنظيمات الاجتماعية هو وجود تسلسل رئاسي يحقق الاستقرار في التنظيم وفق نظام كامل من الحقوق والواجبات، وضمن قواعد موضوعية تتم من خلالها ممارسة الضبط الاجتماعي الذي يحمل طابع الشرعية، من أجل تحقيق أعلى معدلات للأداء والإنتاجية وصولاً إلى الكفاية الإنتاجية المطلوبة، إذن فحسب فيبر السلطة تأتي من خلال كفاءة الفرد وخبرته وممارسته لها

تكون وفق قواعد وأطر، ويصبح كل رئيس مسؤولاً عن مرؤوسيه بشكل واضح بالاعتماد على النسق الثابت نسبياً من الأنظمة والقواعد المحددة للبناء التنظيمي.

### 3- تشيستر بارنارد: (1886-1961)

يؤيد تشيستر بارنارد النظرية الحديثة للسلطة حيث تسمى هذه النظرية بنظرية قبول السلطة (acceptance theory) وتتص هذه النظرية على أن السلطة لا تقوم ولا يكون لها وجود إلا بقبول من يفترض خضوعهم لها، ولذلك تعرف السلطة بأنها بين شخصين أو أكثر يقبل أحدهما قراراً أو فعلاً يصدر عن الثاني (الرئيس)، ويسمح لهذا القرار أن يؤثر تأثيراً مباشراً على سلوكه فكل شخص عنده فرصة في أن يسمح لهذا القرار أن يؤثر على سلوكه أو لا.

فكانت القاعدة التي تحكم قبول الفرد للسلطة وهي:<sup>3</sup>

<sup>1</sup> حسين صديق، الاتجاهات النظرية التقليدية لدراسة التنظيمات الاجتماعية - عرض وتقويم -، مجلة جامعة دمشق المجلد 27- العدد الثالث + الرابع، 2011، ص 332.

<sup>2</sup> عامر فهد الكبيسي، مرجع سبق ذكره، ص 81.

<sup>3</sup> الحاج عرابية، تأثير إزدواجية السلطة على الأداء في المستشفيات، مرجع سابق، ص 83.

يقبل الفرد سلطة آخر عليه، إذ كانت المزايا التي يتحصل عليها من قبوله للسلطة، مضافا إليها الأضرار التي تلحق به إذا لم يقبلها، تزيد عن المزايا التي يحصل عليها لو لم يقبل السلطة، مضافا إليها الأضرار التي تلحق به لو قبلها، وبالعكس فإنه لن يقبل السلطة إذا كانت العوامل الأخيرة تزيد عن العوامل الأولى. وكخلاصة لما سبق، ترى النظرية الحديثة أو نظرية قبول السلطة، بأن قبول السلطة مرتبط بالتأثير وليس بالموثر، وبذلك قد لا يتم الامتثال للأوامر في بعض الظروف، أو أن الفرد يحدد ما يقبله وما لا يقبله، ووفقا لهذا الرأي فإن قبول السلطة ترجع للمرؤوس وليس للرئيس وقد أيد Shester bernard هاته النظرية وحدد الظروف التي يقبل فيها الفرد السلطة وهي:<sup>1</sup>

- أن يكون لديه قناعة بأهمية الأمر؛
- أن لا يتعارض القرار مع مصلحة التنظيم؛
- أن يتماشى مع أو يحقق المصلحة الشخصية للجماعة؛
- أن يكون الفرد قادرا ذهنيا وجسمانيا على تنفيذ القرار؛

#### 4 - ميشال كروزيه M.Croier

يعد ميشال كروزيه من أهم المهتمين بنظرية السلطة، وذلك لقيامه بدراسة ظاهرة البيروقراطية، وعلاقات السلطة، بهدف تفسير مشكل الصراع في العلاقات الاجتماعية المهنية داخل النسق الاجتماعي. وقد استطاع كروزيه أن يحلل علاقات السلطة على أساس استراتيجيات الأفراد والمجموعات داخل بحثين: الأول يتمثل في دراسته لوكالة المحاسبة لمدينة باريس.

أما الثاني فيتمثل في دراسته لثلاثة مصانع، وقد توصل كروزيه في نهاية دراساته بأن السلطة تبنى على أساس مقدرة الفاعل على التحكم في مناطق الشك، أي المناطق غير محددة في الإطار الرسمي داخل النسق.

والملاحظ أن هناك علاقة طردية بين منطقة الشك ومقدار السلطة الناتجة عنها، ويبدأ الفاعل حسب كروزيه، بناء استراتيجية على الرهانات القابلة للتحويل وفق المعنى الذي يعطيه لها، وعلى حسب طريقة او قواعد اللعب القابلة للتغيير والمستعملة لإبقاء السيطرة على هذه الرهانات.<sup>(2)</sup>

<sup>1</sup> عبد الفتاح ياغي، اتخاذ القرارات التنظيمية، مرجع سبق ذكره، ص 26.

<sup>2</sup> V.MICHEL CROISIER, LE Phénomène bureaucratique, LE Seuil, collection point, 1963, p219.

## المطلب الثالث: أنواع السلطة في المؤسسة

تكلم أصحاب الفكر الإداري والتنظيمي على ثلاثة أنواع رئيسية تحدد شكل السلطة في المؤسسات وهي التنفيذية، الاستشارية، والوظيفية ونأني على شرحها فيما يلي:

## 1- السلطة التنفيذية Line Authority

"تشير السلطة التنفيذية إلى تلك العلاقات التي توجد بين الرئيس ومرؤوسيه في المنظمة، فمدير وحدة المشتريات مثلا يملك سلطة وقوى شرعية معطاة له من المنظمة في المركز الذي يشغله، لكي يوجه ويصدر لأوامر لكل المرؤوسين الموجودين في وحدته. ومدير التسويق بنفس المنطق يمتلك سلطة إصدار الأوامر وتوجيه كافة المرؤوسين الذين يعملون في الوحدة المسؤولة عن أداء النشاط التسويقي بالمنظمة... وهكذا. (1)

فالسلطة التنفيذية هي السلطة الرسمية أو الشرعية للرئيس على مرؤوسيه المباشرين، وأصحاب هذه السلطة هم الذين لديهم الحق في توجيه والرقابة على أعمال مرؤوسيه، وتسمى هذه السلطة كذلك عند بعض الإداريين بالسلطة الإدارية. وبموجب السلطة التنفيذية، يتم تأسيس وتصميم الوظائف التنفيذية "Line Function" في المنظمة، وهي الوظائف التي تكون مسؤولة عن تحقيق الأهداف بصورة مباشرة، أي أنها ترتبط بالغرض الأساسي للمنظمة والذي أوجدت من أجله في المجتمع. ومن أمثلة تلك الوظائف، وظائف الإنتاج السلعي أو الخدمي أو وظائف البيع والتسويق في منظمات الأعمال. وبصورة عامة فإن أساس السلطة التنفيذية يكون في يد مجلس الإدارة في المنظمة، ونظرا لتوسع الأعمال وزيادة تعقيدها، فإنه يتم تفويض جزء من هذه السلطة إلى الرئيس أو المدير العام، الذي يقوم بدوره بتفويض جزء منها إلى رؤساء الأقسام والوحدات في المستويات الأقل، وهكذا فإن السلطة التنفيذية تمارس من قبل المدراء أو الرؤساء مهما اختلفت أعمالهم.

## 2- السلطة الإستشارية Staff Authority

"إن السلطة الاستشارية تتمثل أساسا في تقديم النصح، بمعنى آخر فإن الاستشاري هو أحد أعضاء الفريق الإداري، ويملك الحق في توجيه النصح والتوصيات إلى المديرين التنفيذيين" فأصحاب هذه السلطة (السلطة الاستشارية)، يمكنهم القيام بتقديم توصيات غير ملزمة بالضرورة إلى أصحاب السلطة التنفيذية. فهم لا يمتلكون سلطة أو قوة وضع توصياتهم موضع التنفيذ في المنظمة، فهم في موضع خدمة الأفراد

<sup>1</sup> جلال إبراهيم العبد، إدارة الأعمال مدخل اتخاذ القرارات وبناء المهارات، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2003، ص 207.



أصحاب السلطة التنفيذية عن طريق تقديم بعض النصائح لهم، وتقديم أفكار تتعلق ببعض الخدمات الخاصة مثل الخدمات القانونية والمحاسبية أو التنبؤ، وبمتابعة تلك الأنشطة الخاصة بالوحدات التنفيذية. ويمكن القول بأن مديري الوحدات القانونية والمحاسبية، ونظم المعلومات والموارد البشرية، يمتلكون سلطة استشارية بالنسبة لبقية الوحدات الأخرى في المنظمة. وينبغي ملاحظة أن كل مدير منهم يمتلك سلطة تنفيذية بالنسبة لوحداتهم التي يتولون رئاستها، غير أنهم يقدمون النصح والإرشاد للإدارات الأخرى. وهناك نوعين من الاستشاريين هما: الاستشاري الشخصي والمتخصص.<sup>1</sup>

### 3- السلطة الوظيفية Functional Authority

تعرف السلطة الوظيفية بأنها: "الصلاحيات المخولة لأحد المديرين على عمليات معينة، أو طرق عمل، أو سياسات متعلقة بأوجه نشاط، يقوم بها أفراد في إدارات أخرى خارج نطاق إدارته".<sup>2</sup>

... فإن كان لمبدأ توحيد مصدر الأمر أن يتبع وبدون أي استثناءات، فإنه كان يجب أن تكون الصلاحيات على أوجه النشاط هذه، من اختصاص الرؤساء الإداريين الآخرين. ولكن هناك أسبابا متعددة منها النقص في المعرفة والخبرة في نواح متخصصة، وعدم القدرة على الإشراف على عمليات معينة، وخطر التفسيرات المختلفة لسياسات وطرق العمل، مما يفسر لنا لماذا لا يتمكن الرؤساء الإداريين في بعض الأحيان من القيام بأعمال معينة. وفي مثل هذه الحالات تسحب السلطة من الرئيس الإداري، وتفوض إلى مدير إدارة أخرى على شكل سلطة متخصصة أو وظيفية، بغرض التأكد من أن أوجه نشاط معينة ستنفذ على الوجه الصحيح...

ولا يقتصر منح السلطة الوظيفية إلى المديرين الفنيين الاستشاريين، فقد يزولها رؤساء إدارات إدارية أو إدارات خدمية، ولكن الحالات الأكثر أهمية، هي تلك التي تعطي فيها السلطة الوظيفية لمديرين في إدارات خدمية أو إدارات فنية استشارية، لأن هذه الإدارات عادة ما يعمل فيها متخصصون خبراء، عندهم المعرفة اللازمة كأساس للرقابة الوظيفية.

بعد العرض السابق يتضح لنا أن هناك ثلاثة أنواع من السلطة: تنفيذية، استشارية ووظيفية، وأنه لا غنى تقريبا عنها جميعا. ويبقى إذن على أي منظمة ناجحة أن تقيم التوازن في استخدام هذه الأنواع

<sup>1</sup> الحاج عرابية، ازدواجية السلطة في المستشفيات، المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث، عدد 07/2009-2010، جامعة ورقلة، ص 231.

<sup>2</sup> صلاح الشنواني، التنظيم والإدارة في قطاع الأعمال، مدخل المسؤولية الاجتماعية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 1999، ص 598.

الثلاثة، ويتم ذلك التوازن من خلال معرفة مزايا وعيوب كل منها، وهو ما نجده في محتوى الشكل الثاني (الجدول رقم 01).

### الجدول رقم (1.3): مزايا وعيوب أنواع السلطة.

نوع السلطة	المزايا	العيوب
السلطة التنفيذية	- تحديد حجم السلطة بوضوح وبساطة. - تشجيع المدير على التصرف. - أكثر أنواع السلطة فيها.	- هي عبء على كاهل المديرين. - تشجيع على مقاومة السلطة الأعلى. - تتجاهل سلطة المعرفة والخبرة والتخصص.
السلطة الاستشارية	- إتاحة الفرصة للمتخصصين لتقديم خبراتهم. - تدريب التخصصات الشابة على العمل. - تساعد على الابتكار وحل المشاكل. - تخفف العبء على التنفيذيين.	- يميل الاستشاريون للتمادي في استخدام سلطتهم الاستشارية. - عدم فهم الاستشاريين لحدودهم. - صراع بين التنفيذيين والاستشاريين.
السلطة الوظيفية	- تتيح الفرصة لربط المنظمة. - تساعد على التنسيق والتحكم. - تخفف من العبء على التنفيذيين.	- معناها غامض نسبياً. - تجعل العلاقات أكثر تعقداً. - تحتاج مديرين ذوي مهارات عالية.

المصدر: أحمد ماهر، "التنظيم: الدليل العملي لتصميم الهياكل والممارسات التنظيمية"، الدار الجامعية، الإسكندرية، ص96.

بينما في المؤسسات الأكثر تعقيداً كالمستشفيات نلاحظ وجود خطين بارزين للسلطة.

#### 1- السلطة الفنية (الطبية)

#### 2- السلطة الإدارية

#### 1- السلطة الطبية (المهنية)

هي في القانون هيئة استشارية لكن على المستوى العملي نجد أنها تستعمل سلطتها الفنية في التأثير على القرارات فاحتكار مجموعة من الخبراء و الفنيين للتقنية داخل المؤسسة، قد يكسبهم سلطة موازية للسلطة التنفيذية أو الإدارية، وهو نفس الشيء بالنسبة للأطباء الأخصائيين والأطباء العاميين داخل المستشفى، فهم يتمتعون بسلطة فنية مهنية- خلافاً للمدراء الذين يتمتعون بسلطة إدارية رسمية.

وتعرف السلطة المهنية على أنها: "جدارة أصحاب المهن الفنية العليا في الحكم على المسائل المتصلة بمهنتهم أو تحليلها".<sup>1</sup>

وبصفة عامة يقصد بالسلطة المهنية، تلك السلطة التي يستمدّها أصحابها أساساً من خبراتهم الفنية وخبراتهم الخاصة المعترف بها، وهي تركز على عنصرين أساسيين هما: الكفاءة والمسؤولية. ومنها تستمد السلطة الطبية قوتها، فلا يستطيع المدير مهما كانت قدراته أن يتدخل في أمور فنية خاصة بالطبيب، وهنا يجد الطبيب نفسه لديه القوة في ممارسة سلطته على المرضى، بالإضافة إلى المصالح التقنية، ويتعداهم إلى الممرضين... الخ.

فطبيعة التكوين وطبيعة الوظيفة التي يشغلونها، بفضل التأهيل والخبرة والكفاءة المعترف لهم بها، تجعلهم يتمتعون بالسلطة المهنية داخل المؤسسة، ويؤثرون بها على القرارات الإدارية.<sup>2</sup>

ويتميز أصحاب السلطة المهنية داخل المستشفى بمجموعة من الخصائص أهمها:<sup>3</sup>

1- الحافز على القيام بالعمل وتنظيمه لدى أصحاب الخبرة المهنية على وجه الخصوص باعتبارهم أهل ميدان.

2- يرغب أصحاب الخبرة المهنية كالأطباء مثلاً، الشعور بأهميتهم في المشاركة في أعمال المستشفى، حيث أن كثير من الأعمال تتوقف على تدخلاتهم المباشرة أو اقتراحاتهم.

3- طرح المتخصص المهني يختلف كثيراً عن تفكير المدير الإداري، فهو إذا تدخل يتبع المبادئ والقيم التي تفرضها طبيعة عمله المتعلقة بالمهنة المسندة إليه.

4- يتمتع المتخصص المهني بالحرية، وذلك بإتباعه القواعد التي يخططها لنفسه في مجال عمله، فالأخصائي يريد أن يكون حراً، ويطالب أقرانه مثله بحرية أكثر ليسيروا عملهم وليستعملوا طرقهم الخاصة في حل مشاكلهم، وهم بذلك يقاومون التوجيهات المفصلة والكثيرة من قبل الإدارة لأنهم حساسون جداً، ولا يودون أن يشعروا أنهم مسيروون أو مقيدون في تنفيذ مهامهم.

5- يهتم الأخصائيون والمختصون المهنيون بالقدرة الخلاقة والتجديدية، وليس بنمط الروتين الممل.

## 2- السلطة الإدارية

وإذا نظرنا إلى المستشفى، نجد أنها تتضمن نمطين من الإدارة، والذي يضيف عليها الخصوصية:

<sup>1</sup> Bolman.I, **repensez les organisations**, ed, maxima, 1996, p14.

<sup>2</sup> Dockes, pierre, pouvoir et autorité en économie, Economica, Paris, 1999, p23 .

<sup>3</sup> الحاج عرابية، تأثير ازدواجية السلطة على الأداء في المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 156.

الإدارة الإدارية والإدارة الطبية.<sup>1</sup>

**1-2 الإدارة الإدارية:** وهي التي تتولى أعمال إدارية كالاهتمام بالعاملين في المستشفى، ومختلف شؤونهم والحسابات والصيانة وحفظ المباني، الجوانب المالية...

كما تهتم بتنسيق جهود الأفراد، وكذا إجراء المفاوضات مع الهيئات والمنظمات والشخصيات الخارجية، كالسلطات العمومية والبنوك والمؤسسات الأخرى...

أيضا تقوم بمراقبة سير العمل وفق الخطة الموضوعية، وتقوم بتقسيم الأفراد واتخاذ الإجراءات الكفيلة واللازمة لمكافئتهم أو عقابهم، حسب ما يقتضيه سلوكهم في العمل.

**2-2 الإدارة الطبية:** وهي مسؤولة عن العلاج وتقديم الرعاية الصحية وضمان الخدمات الطبية، بالإضافة إلى التوجيه ونشر الوعي الصحي لدى الأفراد المترددين على المستشفى، سواء كانت هذه النواحي علاجية، خدماتية أو حسابية، لضمان السير الحسن للعمل بداخلها.

**المطلب الرابع: تفويض السلطة مزاياه وعيوبه**

إن قليلا من الكتاب من حاول الغوص في أعماق التفويض، حيث يرى هؤلاء أن التفويض يمثل فلسفة كاملة في فن وإدارة الأفراد والموارد البشرية، بحيث أنه يمثل إحدى أهم الأدوات والوسائل النافعة للمدير والمشرف والرئيس، وهو يهدف لجعل التنظيم ممكنا، وهو يشكل جزءا رئيسيا لا يتجزأ من الإدارة الناجحة.

**1- التفويض ومزاياه**

تكتسي عملية تفويض السلطة جانب كبير من الأهمية، ويتضح ذلك من مزاياها المتعددة والتي يمكن توضيحها في ما يلي:

**1-1- تفرغ الرئيس الإداري للمهام القيادية**

حيث تكون المهام المسندة إليه أكثر مما يستطيع القيام بها، في ظل وجود الكثير من الأعمال الإدارية الروتينية التي تنتزع الكثير من وقته، وتعوقه عن التفرغ للمهام القيادية، ولا يضر العمل أن تفوض سلطة تلك الأعباء للمرؤوسين.

**1-2- سرعة إصدار القرارات**

حيث أن قيام المنوط إليه بالسلطة بإصدار القرار لمواجهة الظروف الطارئة بدون الرجوع إلى الرئيس المباشر، يحقق فائدة ويوفر الوقت والمجهود، كما أن ذلك يؤدي إلى رفع قيمة القرار لأنه صادر من واقع الظروف المحيطة، نتيجة للاتصال المباشر بالموقف.

<sup>1</sup> الحاج عرابية، المرجع السابق، ص 157

### 1-3- خفض التكاليف المالية للقرارات الإدارية

تتضمن التكلفة المالية للقرار الإداري قيمة الموارد المستخدمة، واستهلاك الآلات والأجهزة وإيجار الأماكن من ناحية، وأجور العاملين ومكافئتهم عن ساعات العمل التي استغرقتها عملية تحضير القرار وإصداره من ناحية أخرى.

والأخذ بتركيز السلطة وإحالة جميع المسائل الإدارية للرئيس فيها، يؤدي إلى زيادة التكاليف نظرا لما تستغرقه هذه العملية من إجراءات تتطلب نفقات مالية لإعداد التقارير والمذكرات لمساعدة الرئيس على اتخاذ القرار، هذا بجانب الوقت الضائع في إنجاز هذه السلسلة من العمليات، كما أن ساعات العمل الضائعة لها تكاليفها المالية المتمثلة في أجور ومكافئات العاملين.

### 1-4- خلق قيادات جديدة قادرة على تحمل المسؤولية

يمنح التفويض المرؤوسين الشجاعة على تحمل المسؤولية، ويخلق لديهم التعود على المرونة والسرعة والحماس والاعتزاز بالنفس، كل هذا يؤدي إلى آثار إيجابية تساعد على نمو القدرات القيادية.

### 2- مشاكل التفويض

بالرغم من توضيح مدى أهمية تفويض السلطة والمزايا التي توفرها هذه العملية للمنظمات الإدارية، إلا أن هذه العملية (تفويض السلطة) لا تتم دائما بصورة سلسة أو بطريقة خالية من العيوب، حيث تواجهها العديد من الصعوبات التي لو تركت بدون الجدية في دراستها والقضاء عليها، لأدت في النهاية إلى فشل عملية تفويض السلطة تماما.

وترجع الصعوبات التي تواجه عملية تفويض السلطة في المنظمات إلى عدة أسباب من بينها:<sup>1</sup>

#### 2-1- الشعور الزائد بالذات من قبل الرئيس

مما يجعل هذا الأخير لا يقبل فكرة إسناد أي مسؤولية إلى الآخرين، وتوهم بأنه هو الشخص الوحيد القادر على البت في الأمور واتخاذ القرارات.

#### 2-2- الرغبة في التسلط

ف نجد أن بعض المديرين يرغبون في أن يقوموا بكل صغيرة وكبيرة، ويسعدون بأن يمنحهم من حولهم الاهتمام وبالرجوع إليهم في أتفه الأمور، وألا تسير حركة العمل إلا بإذنهم، وقد يدفعهم إلى ذلك دوافع شعورية أو لاشعورية، ويترتب على الأخذ بهذا الأسلوب تعطل العمل في حالة غياب هذا الرئيس، وغياب أي صف ثاني يسير العمل داخل المنشأة في حالة الاضطرار.

<sup>1</sup> محمد بهجت جاد الله كشك، المنظمات وأسس إدارتها، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1985، ص 237.

### 2-3- الخوف من تحمل نتائج خاطئة

إن عملية تفويض السلطة تعني الثقة في المرؤوس لاتخاذ بعض القرارات، وقد يخطئ المرؤوس ، على اعتبار أن هذا الخطأ جزء من تدريب المرؤوس، إلا أن بعض الرؤساء يخشون من ذلك ولا يستطيعون تحمل أي أخطاء من جانب المرؤوسين، ويدفعهم هذا إلى رفض عملية تفويض السلطة للآخرين، مما يجعلهم يجربون الخبرة اللازمة لإعداد المرؤوسين حتى يكونوا إداريين أكفاء عن طريق الممارسة الفعلية للعمل.

### 2-4- عدم الاقتناع بتفويض السلطة

قد يلجأ بعض الرؤساء إلى تلك العملية (عملية تفويض السلطة)، مع عدم الاقتناع الكافي بها وتفهمها فهما صحيحا، مما يجعلهم يبالغون في تعنيف وعقاب المرؤوسين إذا ما أخطئوا في الحكم والتقدير، وهذا يجعل المرؤوس يخشى اتخاذ القرار، ولا يستطيع القيام بمسؤولياته أو السلطات التي أسندت إليه، فنقتل تلك العملية.

### 2-5- خشية الرئيس على مركزه

يعتقد البعض من الرؤساء أن تفويض السلطة يعني منح الفرصة للمرؤوسين للتمرس على العملية الإدارية واتخاذ القرارات، مما يجعلهم على مستوى كفاية عالية قد تسمح لهم بالوصول إلى مراكز أعلى، مما يهدد مركز الرئيس نفسه، فيجعله ذلك رافضا لعملية تفويض السلطة حتى تظل الأمور دائما في يده.

### 2-6- عدم فهم تلك العملية من جانب المرؤوس

حيث نجد أن بعض المرؤوسين يتصورون أن تفويض السلطة إليهم في بعض الأمور، قد تجعلهم يفقدون صداقة زملائهم وعلاقاتهم الطيبة معهم، فيدفعهم إلى رفض تفويض السلطة.

### 2-7- فقد الثقة وعدم الرغبة في تحلم المسؤولية

نجد أيضا أن بعض المرؤوسين يخشون رؤسائهم تلك العملية في تصيد الأخطاء لهم، أو قد يشخون من تحمل مسؤولية قد يترتب عليها قرار خاطئ لا يدركون عواقبه، كما أن ثقتهم في أنفسهم لا تكون على مستوى يسمح لهم بالموافقة على تحمل بعض السلطات.

### 2-8- الصراع بين المرؤوسين

عندما تفتقد أي منشأة للروح الطيبة والعلاقات القوية بين المرؤوسين، فإن ذلك يوجد العديد من المشكلات ويدخلهم في صراع حول كل عمل يسند إلى أحدهم، مما يجعل المرؤوس يخشى أن تفويض إليه بعض

السلطات، مما يدفع الآخرين إلى الوشاية به أو إثارة الفتن حوله، الأمر الذي يؤدي إلى رفض لهذا العمل.

### المبحث الثاني: تأثير ازدواجية السلطة على قرارات المستشفى

#### المطلب الأول: مشاكل ازدواجية السلطة.

في المؤسسات بصفة عامة الازدواجية عادة تكون بين السلطة الاستشارية (التي تملك حق تقديم النصح) والتنفيذية (التي تملك حق القيادة) واتخاذ القرار فالثانية تلتزم بإنجاز أهداف المنظمة بينما الأولى تلتزم بتعزيز الوظيفة التنفيذية.

هذه الازدواجية تجعل المؤسسة تبدو وكأنها وحدتين منفصلتين الأولى تنفيذية والثانية استشارية والسبب في هذا هي نظرة كل فريق للدور الذي يؤديه في المؤسسة من خلال نقطتين: (1)

**1- المسؤولية:** فالتنفيذي يرى أن الاستشاري يحصل على كل التقدير في حالة النجاح ولا يحتمل أي مسؤولية في حالة الفشل، فهم يرون أن الاستشاريين يتدخلون دائما في سلطتهم ولا يتحملون أي مسؤولية في الأخير.

**2- الأهمية الوظيفية:** أما بالنسبة للاستشاريين فإن سبب النزاع مع السلطة التنفيذية عدم تقدير هاته الأخيرة للدراسات التي يجرونها، والنصائح التي يقدمونها، فالوظيفة الاستشارية هي مكمل فقط أو ثانوية. وقد خضعت هذه الظاهرة إلى العديد من الدراسات التجريبية التي استهدفت التحقق من حدة هذه المشكلة وخلصت في الأخير إلى التأكيد على الجمع بين الإداريين الاستشاريين كضرورة لازمة لفاعلية المؤسسة، مع محاولة تفادي المشاكل المرتبطة بهذا الجمع من خلال بديلين:

#### 1- الفريق الوظيفي **Faunctionel team-work**:

حيث من خلال هذا البديل يتم تكوين مناطق وظيفية حيوية للمسؤولية، وتكون له حرية التصرف نحو تحقيق الهدف غير أنه في الأخير يكون مسؤولا أمام المدير التنفيذي.

#### 2- قوة العمل **Fore-work** (تنظيم المشروع)

تختلف عن الفريق الوظيفي بحيث أن قوة العمل تعطي له صلاحيات لإنجاز أهداف محددة وفق جدول زمني محدد وهذا قد يتعلق بأجهزة جديدة أو إدخال تجهيزات، أو تقديم سلعة جديدة... الخ.

<sup>1</sup> الحاج عراية، تأثير ازدواجية السلطة على الأداء في المستشفيات، مرجع سابق، ص 96.

وفي المستشفيات فإن الجهاز الطبي إذا ما اعتبرنا أن المؤسسة الصحية كباقي المؤسسات تخضع لمبدأ وحدة الأمر فإن الأطباء لا يتعدى دورهم أو وظيفتهم الوظيفية الاستشارية. فازدواجية السلطة في المنظمات الصحية وغياب مبدأ وحدة الأمر أحيانا قد يؤدي إلى حدوث تضارب بين الجهاز الإداري والجهاز الطبي في المؤسسة، وقد يفسر أحيانا بتدخل كل منهما في مسؤوليات الآخر.

ورغم ذلك فإن غياب مبدأ وحدة الأمر ليس بالأمر الخطير طالما أن هناك اتفاقا على الأهداف من قبل عناصر التنظيم المختلفة (المدير والطبيب والمرضة والفنيين...) وتقديم أفضل خدمات ممكنة للمريض، إلا أن المشكلة هنا أن كل طرف من هؤلاء وخاصة الإدارة والأطباء قد يفسر وسائل تحقيق هذا الهدف انطلاقا من قيمه الخاصة، ووجهة نظره، والتي قد تتفق أو تتعارض مع أهداف التنظيم.<sup>(1)</sup> ومن هنا فقد لجأت بعض المنظمات الصحية إلى زيادة مشاركة الأطباء في أمور إدارة المؤسسة، وخاصة في المسائل الفنية، التي تحتاج إلى معرفة وخبرة الأطباء.

كما لا بد من الإشارة هنا إلى ضرورة اعتماد المؤسسات الصحية إلى حد كبير على التنسيق التطوعي بين العناصر المتعددة التي تسهم في تقديم الخدمة الصحية للمريض وأهمية الاتصالات الأفقية في التنظيم لتسهيل مهمة تقديم الخدمات الصحية وهنا ينبغي الإشارة إلى النموذج المصنوعي في التنظيم كبديل ثالث يساعد المستشفى خاصة (الفريق الوظيفي) للتخفيف من حدة الازدواجية وهو يجمع بين إيجابيات البديل الأول والبديل الثاني (تنظيم المشروع).

ويلخص كلياند وكنج kliland and king خصائص ومزايا التنظيم المصنوعي كما يلي:<sup>(2)</sup>

- 1- التركيز على مفهوم المشروع من خلال تعيين فرد واحد كمشرف على المشروع وكقائد للفريق كمحور مركزي لكافة المسائل والأنشطة المتعلقة بالمشروع.
- 2- المرونة في استغلال العنصر البشري بسبب توفر الاحتياطي البشري من الأخصائيين والاحتفاظ به على أساس من التنظيم الوظيفي.
- 3- تواجد المعرفة والمهارات المتخصصة لكافة البرامج (المرضى) على أساس المساواة حيث يمكن تحويل هذه المعارف والخبرات من مشروع لآخر حسب الحاجة.

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارات منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 197.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 233.



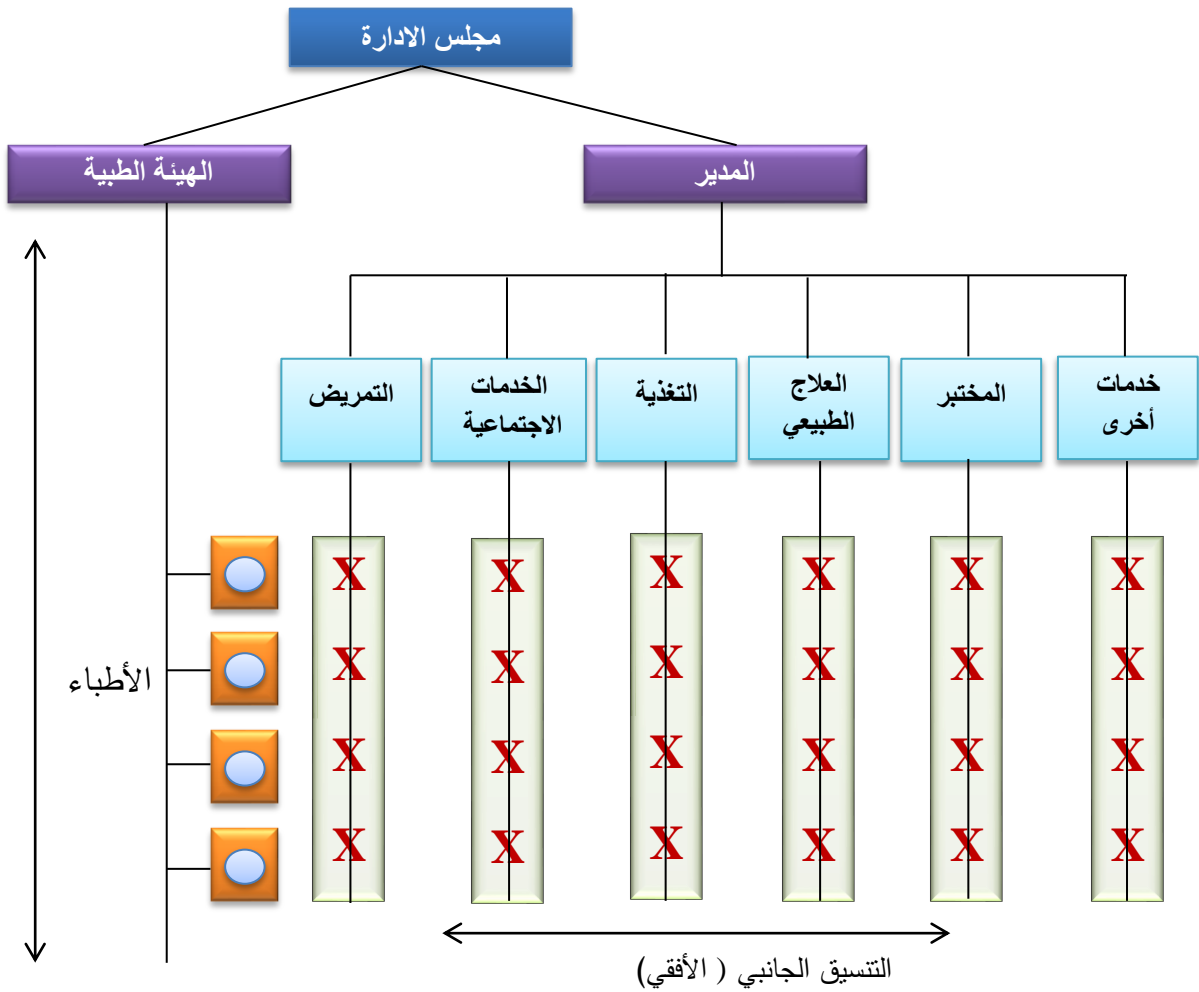
4- هناك تنظيم وظيفي أو دوائر وظيفية يمكن للعاملين أن يعودوا لها عند انتهاء مهمتهم في مشروع معين.

5- أن الاستجابة لاحتياجات المشروع (احتياجات ورغبات المريض) هي وبشكل عام أكثر سرعة بسبب تحديد ووضوح خطوط الاتصالات وبسبب مركزية اتخاذ القرار.

6- يمكن المحافظة على الانسجام والتناسق الإداري بين المشاريع المتعددة (فرق رعاية المرضى) من خلال الاحتكاك المتعمد والمدروس بين الأدوار المختلفة للعناصر البشرية العاملة في هذه المشاريع والتي تعمل في بيئة منظمة على أساس من التنظيم الوظيفي وتنظيم المشروع

Project fonctional environnement ويمكن اقتراح هيكل تنظيمي لتنظيم المستشفى كما يلي:

الشكل رقم (2.3) : المستشفى كنظام مصفوف



المصدر: فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 235.

## المطلب الثاني: العلاقة بين السلطتين في القانون الجزائري

ساهم كل من المرسوم التنفيذي رقم 91-106<sup>(1)</sup> والرسوم التنفيذية رقم 91-108<sup>(2)</sup> بشكل كبير في توضيح العلاقة بين المسؤول الإداري والطبيب والفصل بين مهام كل منهما داخل المستشفى، مع تحديد الشروط القانونية والمؤهلات اللازمة لشغل كل مهمة، حتى لا تتداخل سلطة وعمل كل منهما مع الآخر.

## 1- مهام مديري الإدارة الصحية

حسب المادة 18 من المرسوم التنفيذي رقم 91-108، فإن مديري الإدارة الصحية مسؤولون عن تسيير المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية، والهياكل الصحية الأخرى، وهم مكلفون بما يلي:

- ترجمة المبادئ الواردة في النصوص التشريعية والتنظيمية إلى تدابير تنفيذية، والسهر على احترام القواعد والإجراءات المعمول بها.
- دراسة القضايا العامة المتعلقة بتطبيق القوانين والتنظيمات الخاصة بقطاع الصحة، وإعداد التعليمات لتنفيذ التنظيم والسهر على تطبيقها.
- تصور كل مشروع دراسة أو أداة أو إجراء يرتبط بمجال نشاطهم وإنجازه.
- القيام بمهام استشارية أو مساعدة لدى الإدارة الصحية.
- دراسة كل ما من شأنه تحسين إدارة مؤسسات الصحة واقتراحه.
- القيام بمهام الخبرة والتفتيش والمراقبة لدى الهياكل والمؤسسات التابعة للإدارة الصحية.
- وحسب المادة 28 من نفس المرسوم (91-108)، فإن هؤلاء مسؤولون عن المحافظة على النظام والانضباط ويمارسون السلطة السلمية على كافة المستخدمين الموضوعين تحت سلطتهم.
- كذلك فقد أضاف المرسوم التنفيذي رقم 97-466<sup>(3)</sup> بعض المهام الأخرى الخاصة بمديري الإدارة الصحية وهذه المهام هي:

- أن المدير يمثل المؤسسة الصحية أمام العدالة في جميع أعمال الحياة المدنية.
- المدير هو الأمر بالصرف في ما يخص نفقات المؤسسة.
- المدير مكلف بتحضير الميزانية التقديرية وإعداد حسابات المؤسسة الصحية.

<sup>1</sup> المرسوم التنفيذي رقم 91-106 والمتضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين والمتخصصين في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية الجزائرية، العدد 22، 1991/04/27.

<sup>2</sup> المرسوم التنفيذي رقم 91-108 والمتضمن القانون الأساسي الخاص بمديرية الإدارة الصحية، الجريدة الرسمية الجزائرية، العدد 22، 1991/04/27.

<sup>3</sup> المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية، تنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية الجزائرية، 1997/12/02.

- المدير مكلف بوضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة الصحية.
  - المدير مكلف بإبرام جميع العقود، الصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به.
  - يمكن للمدير تفويض إمضائه على مسؤوليته لصالح مساعديه.
- إذن وكما نرى فإن جل المهام المرتبطة بمديري الإدارة الصحية هي مهام إدارية وقانونية بالدرجة الأولى وليست طبية، فهي ترتبط بالمؤهل العلمي أو التكوين الذي حصل عليه هؤلاء في مجال إدارة المؤسسات الصحية (راج المواد 19، 20، 21، من المرسوم رقم 91-108)
- 2- مهام الممارسين الطبيين:** الممارسون الطبيون العامون أو المتخصصون في الصحة العمومية، يمارسون مهامهم طبقاً للمرسوم التنفيذي رقم 91-106، وبالتالي فهم ملزمون بما يلي:
- الاستعداد للعمل بصفة دائمة.
  - القيام وبشكل إجباري بالمدوامة الطبية الفعلية المبرمجة داخل المصلحة أو المؤسسة الصحية.
  - تسيير كل مصلحة طبية يكون تحت مسؤولية الإدارة التقنية لممارس طبي عام أو مختص في الصحة العمومية بصفته رئيس مصلحة.
  - يخضع مستخدم كل مصلحة طبية لسلطة هذا الممارس الطبي العام أو المختص.
- وقد تم تفصيل المهام الطبية المتعلقة بنشاط الممارسين الطبيين العامين أو المتخصصين داخل المستشفى في المواد (18، 19، 20، 21) من المرسوم التنفيذي رقم 91-106. وكما يتضح فإن مهام هؤلاء تنحصر أساساً في الرعاية الطبية و الصحية للمرضى الداخليين والخارجيين للمستشفى، حيث أن مهامهم ترتبط كذلك بالمؤهل العلمي أو التكوين الذي تحصل عليه هؤلاء (راجع المواد 22، 23، 24، 55، 56، 57) من المرسوم التنفيذي رقم 91-106.

إذن ومن خلال ما سبق فإننا نستنتج بأن السلطة الإدارية في المستشفى هي بيد مدير المستشفى، والذي يمكنه تفويضها إلى نوابه حسب نسق الهيكل التنظيمي للمستشفى، ووفق خطوات التفويض الإداري للسلطة. أما السلطة الطبية فهي بيد الممارسين الطبيين العامين أو المتخصصين، والتي اكتسبوها نتيجة مؤهلاتهم العلمية ودورهم الحيوي داخل المستشفى، والذي لا يمكن الاستغناء عنه<sup>1</sup>

<sup>1</sup> صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات منظور شامل، مرجع سبق ذكره، ص210.

## المطلب الثالث: الاستقلالية المهنية للأطباء وأثرها على جودة القرار

الأطباء دائماً ما يحبون الاستقلالية في عملهم بحكم طريقة تكوينهم التي تفرض عليهم أن يكونوا مسؤولين عن ما يقومون به، والمسؤولية جزء من السلطة، بحيث أنها تعطي الدافع تلقائياً لتولي القيادة، والتأثير على جودة القرار يأتي من خلال التداخل الحاصل في المسؤوليات الذي يأتي من خلال الثغرات الموجودة في القانون أحياناً وفي التجاهل لأساسيات التنظيم وعدم الخضوع له في أحيان أخرى، وفي المستشفى يعتبر الأطباء لاعبين مؤثرين حسب Henry Mintzberg وكل مؤثر يستعمل مجموعة من الوسائل للتأثير على القرارات والطريقة التي يستعملون بها هذه الوسائل تحدد منظومة المؤسسة، والمستشفى بحكم تنوع تركيبته البشرية نجد فيه العديد من اللاعبين المؤثرين أهمهم مهنيي الصحة والمسيرين، الذي يترجم من خلال المسؤولية المزدوجة لإدارة المؤسسات الصحية، مسؤولية إدارة الخدمات العلاجية ومسؤولية إدارة الموارد، والتحدي الحقيقي يكمن في القدرة على ضمان تسيير جيد للموارد، بالمحافظة على الاستقلالية اللازمة للمهنيين حتى يؤديوا مهامهم.

ويرى منتزبرغ أن الأصلح لقيادة المستشفى هم المهنيون أي الأطباء بحكم معرفتهم ومهاراتهم الفنية، فهم يعرفون ما يلزمهم ويلزم المرضى، ومتطلبات المهام الصحية، وهنا تتضارب الآراء هل المدير الإداري أم المدير الطبيب من تتوفر فيه صفات القيادة اللازمة للمستشفى وهنا ينبغي التفصيل قليلاً،

فالقيادة تمتاز بصفات يصعب تحديدها بدقة أو تعليقها بشكل كامل وإنما يتم صقلها عن طريق التعليم والتدريب والتنقيف الإداري، كونها تعتمد على مثل وقيم شخصية وثقافية ومهنية تطبع صفات القائد الإداري حتى يقال بأنها تلد معه، أو كما يقال عن بعض القياديين بأنهم ولدوا قادة، كونهم ورثوا صفات القيادة أو اكتسبوها منذ الصغر التي تؤهلهم لقيادة الآخرين، ويشبه القائد الإداري المدرب الرياضي، فليس بالضرورة أن ينجح المدرب الذي لعب مباريات أكثر، أو من سجل أهدافاً أكثر، أو من حصل على شهادات أعلى في التدريب، ولكن ينجح صاحب الشخصية القيادية القادر على تفعيل طاقات الفريق وصهرها في بوتقة عمل جماعي متناسق يخدم الهدف النهائي للفريق.

والمجال الصحي تنقسم الإدارة فيه إلى إدارة قيادية وإدارة تنفيذية، وفي القيادة ليس مهماً أن كان القيادي طبيباً أم غير طبيب، بل المهم هو الحس القيادي للإداري وقدرته على فهم آليات العمل الصحي ضمن المنظومة الإدارية المحيطة وقدرته على تكوين وقيادة الفريق، وبالتالي مسألة أيهما أفضل في العمل القيادي الصحي، الطبيب أم غير الطبيب، تصبح قضية ثانوية بعد السمات الشخصية والثقافية

والقيم للشخص القائد، واصرار البعض على أنه لا يصلح لإدارة الشؤون الصحية أو وزارة الصحة سوى الطبيب ليس له مبرر علمي، وكذا اصرار البعض على عدم صلاحية الطبيب للقيادة الصحية لا يعتمد على براهين علمية مقنعة، لأن القضية كما أوردنا ليست علمية بقدر ما هي قيادية..

بالنسبة للإدارة التنفيذية الصحية، فمهام الإداري فيها ومن المسمى تتركز في القدرة على تطبيق النظم واللوائح مع التميز بمهارات الاتصال مع الرؤساء والمرؤوسين ومع العملاء الذين يصبح المدير التنفيذي مسؤولاً عن مواجهتهم بما يتطلبه ذلك من مهارة سلوكية يصاحبها مهارات أساسية في الجوانب المالية والتوظيفية والقانونية.. الخ.. وهنا يأتي السؤال أيهما أكثر تأهيلاً في هذه الجوانب من الناحية العلمية؟ بعد استبعاد الجوانب المتعلقة بالسمات الشخصية التي تميز كل فرد عن الآخر في جانب القدرات القيادية، يمكن القول بأن تخصصات إدارة المستشفيات والإدارة بصفة عامة تحوي تدريباً ومهارات ومناهج متعلقة بالجوانب الإدارية تفوق ما هو موجود في تخصصات الطب، وعليه فالكفة تميل لصالح غير الاطباء في حالة الاكتفاء بالتعليم الأساسي كمنطلق للمقارنة في هذا الجانب ومسألة كون الطبيب الإداري أفضل من الإداري المتخصص بحجة فهمه للقضايا المهنية، يمكن تجاوزها بتعاون الإداري مع الإدارة الطبية بالمنشأة الصحية. هذا لا ينفي وجود أطباء ناجحين في مجال الإدارة الصحية لأنهم تجاوزوا الاكتفاء بالتعليم الطبي الأساسي والتحقوا بدورات وبرامج تدريبية وتعليمية زودتهم بالمعارف والمهارات الإدارية اللازمة<sup>1</sup>.

من الطبيعي أن تبرز نماذج معينة يساعدها تميز شخصيات أصحابها وسماتهم الفردية وتساعدنا بعض الظروف المحيطة مثل وفرة المصادر المالية التي تخفي العيوب الإدارية في أي مجال. أو تبعده عن عيون النقد الموضوعي الحقيقي.. يضاف إلى ذلك التصنيف أو النظرة الاجتماعية وأحياناً التوظيفية للتخصصات والشهادات حيث يصنف الطبيب وحامل الشهادة العليا في درجة متقدمة اجتماعياً ووظيفياً، حتى في مجالات ليست من صلب التخصص والكفاءة العلمية المهنية<sup>2</sup>.

لفهم ما يحدث في بعض الدول يمكن طرح النموذج الكندي الذي استند عليه منتزيرغ في تحليله على اعتبار تميزه الصحي، حيث أشارت دراسة حديثة صدرت مؤخراً، إلى تغير أدوار الإداريين

<sup>1</sup> محمد عبد الله الحازم، A 22:49, consulté le 21 novembre 2014, جريدة الرياض <file:///F:/pouvoir%20au%20hopitaux/> الطبيب المدير والإداري المدير.

<sup>2</sup> Omar yahya, Qui dirige dans l'hospital' <file:///F:/pouvoir%20au%20hopitaux/Qui%20dirige%20C3%A0%20l'E2%80%99h%C3%B4pital%20%20%20%20%20Hospidroit.html> consulté le 15 décembre 2014 A 14:36.

الصحيين بكندا في السنوات الأخيرة، وفيها تم استفتاء 108 إداريين وقياديين (أكثر من مائة إداري) عمل في المجال الصحي، عن كثير من الأمور المتعلقة بالتوجهات الإدارية بكندا، وفي موضوع المقال كانت النتيجة أن 43% من المشاركين في الاستفتاء يحملون شهادة الماجستير في الإدارة الصحية، و 27,8% يحملون دبلوماً في الإدارة و 6% يحملون الماجستير في تخصصات صحية (غير أطباء) و 7,41% يحملون الماجستير في الإدارة، و 0,93% أطباء يحملون شهادات ماجستير في الإدارة العامة أو إدارة المستشفيات و 2,78% يحملون شهادة دكتوراه، ويمثل الأطباء الإداريون 3,7% فقط بمعنى آخر أقل من 6% من مديري المستشفيات أو الإداريين بالمستشفيات الكندية هم من الأطباء ونصف هؤلاء الأطباء لديه تخصص إداري اضافي..

### المبحث الثالث: خصائص الصراع في المستشفيات

#### المطلب الأول: مفهوم الصراع التنظيمي وأنواعه

لقد حظي موضوع الصراع التنظيمي باهتمام واسع من قبل الباحثين ومن مختلف الاتجاهات الفكرية، وقد عكست مختلف المدارس الفكرية تبايناً في المفاهيم المتعلقة بالصراع التنظيمي، لذا سنحاول ذكر مجموعة من المفاهيم وأنواع الصراعات داخل المؤسسة.

#### 1- مفاهيم حول الصراع التنظيمي

- الصراع التنظيمي هو نظام يسمح بتحديد الصراع داخل المنظمة، وكيفية التعامل معها وتسوية الصراع عند وقوعه .

- مفهوم آخر للصراع يرى أن " الصراع يعكس وجود توتر بين فريقين أو شخصين ويكون بسبب خلاف حول الأهداف، أو انفعال ذاتي سلبي جاء من وجود إحباط<sup>1</sup>؛ مما يلاحظ على هذا المفهوم هو اقتصره على اختلاف الأهداف والانفعالات الذاتية في تحديد مصادر الصراع بالرغم من وجود أسباب عديدة تؤدي إلى حدوث الصراع.

<sup>1</sup> Bruno Backy, Harche Christine, **Le management**, 2<sup>ème</sup> édition, ED Dundo, Paris, 2010, P.458.

- "سمة من سمات العلاقات العدائية بين العاملين تتميز بانهيار التعاون والقضاء على القيم"<sup>1</sup>؛ ما يلاحظ على هذا المفهوم هو إبراز للجوانب السلبية للصراع دون الإشارة إلى الآثار الإيجابية التي يحدثها الصراع، كما أنه يركز على آثار الصراع دون الحديث عن أسباب الصراع التنظيمي.
- مفهوم آخر للصراع يرى فيه أنه "العداء والتعارض الذي ينشأ بين الفاعلين فيما يتعلق بمواقفهم، وقيمهم، والمصالح والخطط والسياسات"<sup>2</sup>؛ يركز هذا المفهوم على مسببات الصراع من خلال المواقف أو القيم أو المصالح.
- يرى سايمون أن الصراع هو "عبارة عن حالة اضطراب وتعطيل لعملية اتخاذ القرار بحيث يواجه الفرد أو الجماعة صعوبة في اختيار البديل الأفضل"<sup>3</sup>؛ مما يلاحظ على هذا المفهوم هو تركيزه على نتائج الصراع من وجهة نظر متخذي القرار.
- كما يعرف الصراع على أنه "الصراع يبدأ من خلال اختلاف حيث لم يتم شرح الموقف في وقته ليتراكم مع الزمن ليشكل معارضة ونوايا سلبية تجاه الإدارة"<sup>4</sup>؛ يبرز هذا المفهوم الطبيعة التراكمية لحدوث الصراع وأنه ليس وليد لحظة معينة.
- من خلال المفاهيم السابقة يمكن إبراز مجموعة من الخصائص والسمات المشتركة لمفهوم الصراع التنظيمي:<sup>5</sup>

- 1- التركيز على السلوك الصريح للتدخل بغرض التأثير أو إعاقة تحقيق الأهداف.
- 2- هناك أهداف أو مصالح يدرك الأفراد وجود تعارض بينها.
- 3- وجود تفاعل واعتماد متبادل بين الطرفين المتصارعين.
- 4- الصراع عملية إدراكية وعاطفية إلى جانب كونه سلوك صريح.

## 2- أنواع الصراع التنظيمي

إن الاختلاف في تحديد مفهوم موحد للصراع التنظيمي أدى إلى اختلاف في تحديد أنواع الصراع التنظيمي، ويمكن إبراز أهم أنواع الصراع التنظيمي وفقاً لتقسيمات الكتاب والباحثين من خلال ما يلي:

### 1-2 حسب مصادره: و وفقاً لهذا البعد يمكن تقسيم الصراع إلى أربعة أنواع:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ralph Stacey, *Strategic Management and Organizational Dynamics*, 6<sup>th</sup> Edition, ED Pearson, paris, 2011, P. 189.

<sup>2</sup> Becker Beak, *Method for diagnosing interaction strategic*, small group Recherche, Vol 32, N°3, P 265.

<sup>3</sup> محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص 372.

<sup>4</sup> Gil Boitou, *Le Coaching, Ed d'organisation*, 1<sup>eme</sup> édition, 2000, Paris, P 183.

<sup>5</sup> محمد الصيرفي، السلوك الإداري، مرجع سبق ذكره، ص 273.

- 2-1-1 صراعات الاحتجاج والعنف: والتي تنتج عادة من طرف النقابات العمالية من أجل الحصول على الحقوق المشروعة للعاملين وتأخذ أشكال مختلفة كالإضراب عن العمل.
- 2-1-2 صراعات على الأرباح: وهو الصراع الذي ينتج من طرف المساهمين بسبب التعارض في تقسيم الأرباح الغير متوقعة عادة، الأمر الذي يؤدي إلى المطالبة إعادة النظر في التقسيم.
- 2-1-3 صراعات على القيم: هو الصراع الذي ينشأ من شعور الفرد بعدم احترام من طرف الآخرين أو أن القرارات تتعارض مع قيمه ومعتقداته. مما يسبب صراعا داخليا لدى الفرد.
- 2-1-4 الصراعات القانونية: هي الصراعات التي تنشأ من التداخل في الصلاحيات والأدوار والتي حددها الإطار القانوني، وقد تنشأ الصراعات نتيجة غموض في الجوانب القانونية المنظمة للعمل، الأمر الذي يتطلب إعادة النظر في القوانين أو شرحها بشكل واضح من أجل تفادي الغموض.
- 2-2 حسب تعدد المستويات: يمكن تقسيم الصراع هنا على حسب مستوياته، صراع بين شخصين؛ صراع بين شخص وجماعة؛ صراع الجماعات الغير رسمية.
- 2-2-1 الصراع بين شخصين: الصراع الذي ينشأ بين شخصين في العمل، ويكون عادة بسبب الاعتمادية بين الطرفين، أو بسبب تداخل المهام و الصلاحيات، أو بسبب مشاكل شخصية.
- 2-2-2 صراع بين شخص ومجموعة: عادة ما يكون هذا الشخص هو المسؤول عن هذه المجموعة، حيث يحاول هذا الشخص استغلال منصبه من أجل فرض نفسه على الجميع.
- 2-2-3 صراع الجماعات الغير رسمية: ينشأ هذا الصراع نتيجة محاولة كل مجموعة فرض نفسها على المجموعة الأخرى، أو محاولة مجموعة التقرب من الإدارة للحصول على مكاسب معينة على حساب المجموعة الأخرى، الأمر الذي يولد شعورا بالتهميش والإقصاء لدى المجموعة.
- 2-3 الصراع حسب الهدف: حيث حدد **بوندي (1967) Pondy** ثلاث أشكال للصراع حسب المصدر:<sup>2</sup>
- 2-3-1 صراع على الموارد: ينشأ بسبب وجود اعتمادية الأطراف على موارد محدودة، ومحاولة كل طرف الحصول على أكبر نصيب من هذه الموارد في ظل الإمكانيات المحدودة للمنظمة.

<sup>1</sup>Adami Catherine, **Comment Les grandes entreprises Préviennent-elles les conflits sociaux**, Mémoire magister, Université Paris, 2006, P 19.

<sup>2</sup>Nguyen Véronique, **Débats et conflit Lors De L'Elaboration DU Budget**, Thèse Doctorat sciences de gestion, Ecole des hautes Eudes commerciales de Paris, 2008, P131.



2-3-2 الصراع من أجل الاستقلالية: وهي محاولة الأطراف والمستويات الإدارية والوحدات الفرعية أخذ المبادرة والانفراد بالقرارات، وهنا تطرح مسألة قدرة الإدارة العليا في السيطرة على الوحدات التابعة لها في ظل محاولة الوحدات الاستقلالية عن الإدارة العليا.

2-3-3 الصراع على الأهداف بين الوحدات: هذا الصراع ينشأ نتيجة تضارب أهداف الوحدات وأهداف المنظمة ككل، ويأخذ هذا الصراع ثلاثة أشكال حسب بوندي *Ponday*: اختلاف في الرأي حول السياسات؛ السلطات، طريقة التعامل مع العميل.

2-4-4 الصراع وفقاً لاتجاهاته: يمكن أن نميز بين نوعين من الصراع: الصراع الأفقي والصراع الرأسي:<sup>1</sup>  
2-4-1 الصراع الأفقي: يقع هذا النوع من الصراع بين الجماعات أو الوحدات الإدارية التي تقع في مستوى تنظيمي واحد، حيث تفتقد كل وحدة السلطة التي تسمح لها بالسيطرة على الأخرى مع وجود ارتباط علائقي بينها.

2-4-2 الصراع الرأسي: يقع هذا الصراع بين الجماعات أو الوحدات التي تنتمي إلى مستويات تنظيمية مختلفة كالصراع بين الإدارة العليا والوسطى.

2-5-5 الصراع حسب درجة تأثيره: يمكن أن نميز ثلاثة أنواع من الصراع حسب درجة التأثير:<sup>2</sup>

2-5-1 الصراع الفعال (البناء): يكون هذا الصراع إيجابياً عندما تؤدي المواجهة بين الأفراد والجماعات إلى زيادة أداء العاملين ورفع كفاءة العاملين.

2-5-2 الصراع الغير فعال: كل تعارض أو مواجهة بين الأفراد أو الجماعات التي تؤثر بشكل سلبي على أداء العاملين وعلى أداء المنظمة ككل.

2-5-3 الصراع المدمر: الصراع الذي يؤدي إلى إعاقة تحقيق أهداف المنظمة، كما يؤدي إلى هدر الموارد والتأثير بشكل سلبي على معنويات العاملين.

### المطلب الثاني: أساليب كشف وإدارة الصراع التنظيمي في المستشفيات

يعتبر الصراع من الظواهر الإنسانية التي تتراكم مع الزمن لتخرج إلى العلن على شكل أفعال وردات فعل وسلوكيات تجاه الأطراف الأخرى، لذا حاول الباحثون إيجاد نماذج تحدد مختلف المراحل التي

<sup>1</sup> محمد سلامة، الصراعات التنظيمية وعلاقتها بالأداء التنظيمي: دراسة حالة شركة الأفريقية للزجاج بجيجل، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المسيلة، الجزائر، 2010، ص 11.

<sup>2</sup> ريم رمضان، أساليب إدارة الصراع الشخصي وأثره في الأداء الوظيفي: من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بجامعة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا، 2001، ص. 30.

يمر بها الصراع والأسباب التي أدت إلى ذلك، ونماذج أخرى لإدارة هذا الصراع وتسييره بما يفيد المؤسسة المدروسة، وسنحاول اسقاط هذه النماذج على المؤسسة الاستشفائية

### 1- نماذج كشف الصراع : سنختار نموذجين لكشف الصراع

#### 1-1 نموذج بوندي (Pondevy 1967)

حاول بوندي *Pondevy* تفسير ظاهرة الصراع التنظيمي من خلال اقتراحه لنموذج يفسر مصادر الصراع وكيف يتراكم الصراع ليظهر في الأخير على شكل سلوكيات تجاه الأطراف الأخرى، ووفقا لهذا النموذج يُنظر إلى الصراع على أنه عملية متسلسلة ومتراكمة وذلك موضح في الشكل رقم (3.3) يرى بوندي من خلال هذا النموذج أن الصراع يمرُ بمراحل متسلسلة يمكن من خلالها أن تؤدي البيئة الخارجية دورا في استثارة الصراع وهذه المراحل هي:

أ- **مرحلة الصراع الكامن:** في هذه الحالة لا يوجد صراع ظاهر مع وجود بعض الحالات التي قد تؤدي إلى إحداث الصراع.

ب- **مرحلة الصراع المدرك:** في هذه الحالة تدرك بعض الأطراف وجود صراع.<sup>1</sup>

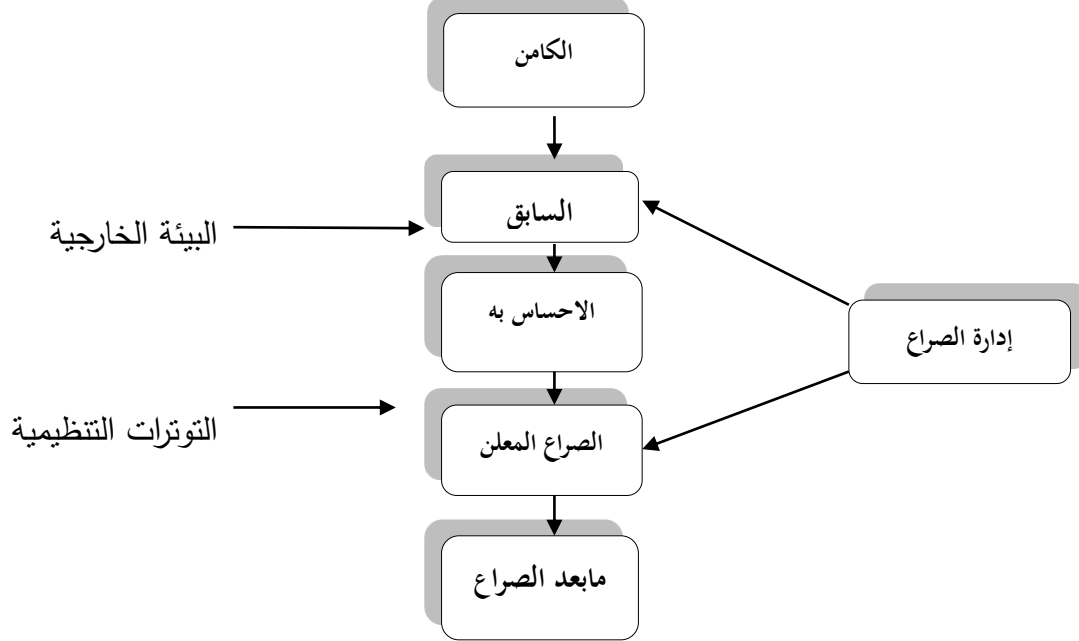
ج- **الصراع العاطفي:** هنا يبدأ إدراك الصراع من طرف المتنازعين على أنها مسألة شخصية.

د- **الصراع الصريح:** يبدأ الأفراد بممارسة بعض السلوكيات العدائية تجاه الأفراد المتنازعين معهم.

هـ- **مرحلة بعد الصراع:** هنا يرجع إلى نتائج حل الصراع وهل هناك رضا من الأطراف لحل هذا الصراع، أما الأطراف الغير راضية فتلجأ إلى عملية كبت الصراع ليتجدد هذا الصراع مرة أخرى.

<sup>1</sup> Jennifer Gerorge , **Understanding and Managing Organizational Behavior**, 6<sup>th</sup> edition, Pearson Education, NEW Jersey, 2012, P386.

الشكل رقم(3.3): نموذج بوندي للصراع التنظيمي



source: Pondy Louis, **systems Theory of organizational conflict**, The Academy of , management journal, Vol 9, N 3, www.jstor.org/discover/102307, (consulté le21/10/2015, ).

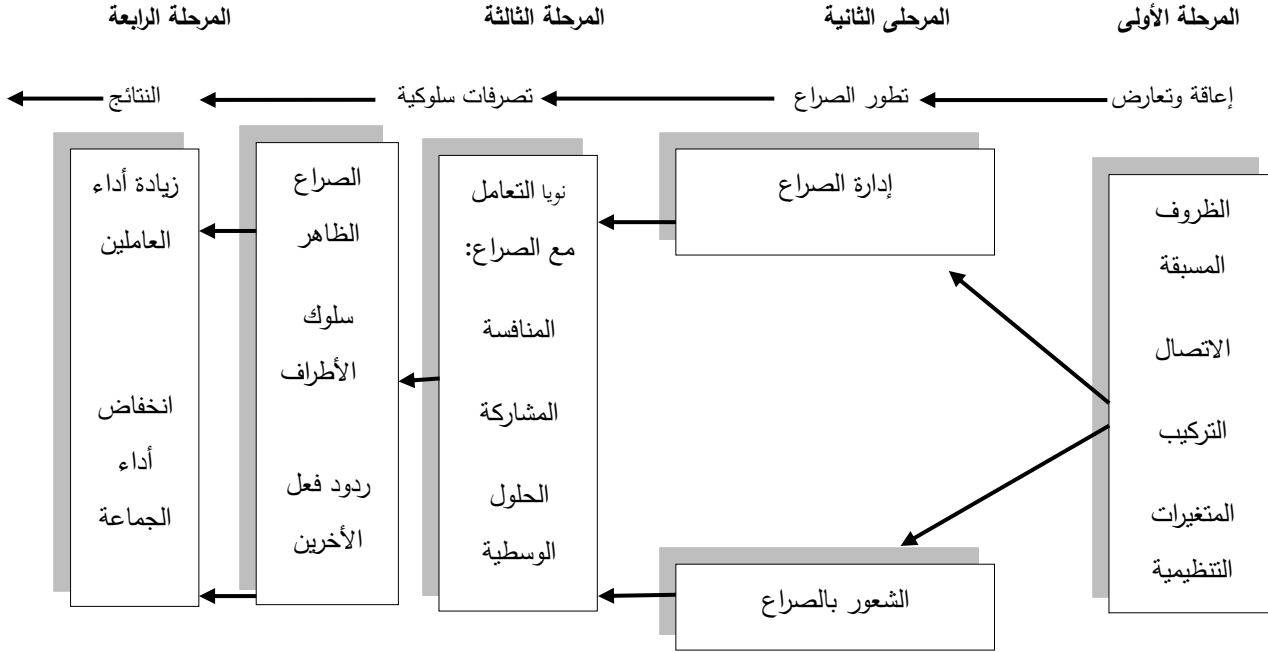
## 2-1 نموذج Lisen و Carnevala

يحدّد كلّ من ليسان و كارنفله *Carnevala et Lisen* (1986) خمس مراحل لتطور الصراع التنظيمي وأهم الأساليب لحل وإدارة هذا الصراع، كما يوضح هذا النموذج قدرة الأفراد على إثارة الصراعات، ويمكن توضيح هذا النموذج وفق الشكل رقم(4.3)

يوضح هذا النموذج أن المرحلة الأولى تتمثل في وجود مجموعة من الأطراف يحاولون إعاقة جهود الأطراف الأخرى من خلال تشويش الاتصال، عرقلة اتخاذ قرارات الإدارة من خلال الإضراب أو الاعتماد على المماطلة في تنفيذ القرارات ممّا يوجد أرضية لحدوث الصراع؛ المرحلة الثانية وتشمل إدراك الأطراف لوجود صراع الذي يصحبه توتر وقلق من الأطراف والذي يتطور ليترجم إلى أفعال؛ المرحلة الثالثة وهي عبارة عن ترجمة للمكونات والقلق والتوتر من خلال أفعال تجاه الآخرين سواء من خلال استعمال الألفاظ أو محاولة عرقلة جهود التنظيم، أو محاولة إقامة تحالفات ضد الإدارة أو أشخاص معينين؛ المرحلة الرابعة تحدد نتائج الصراع على أداء المنظمة سواء بزيادة أداء التنظيمي فيما إذا كان الصراع في

حدوده المعقولة، أو تشتيت جهود الإدارة و انحراف جهودها نحو تحقيق الأهداف فيما لو كان الصراع بمستويات عالية جدا

### الشكل رقم (4.3): نموذج Carnevala et lisen



المصدر: عياصرة معن، إدارة الصراع التنظيمي والأزمات وضغوط العمل و التغيير، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى عمان، الأردن، 2007، ص 37.

## 2- أساليب واستراتيجيات حل الصراع

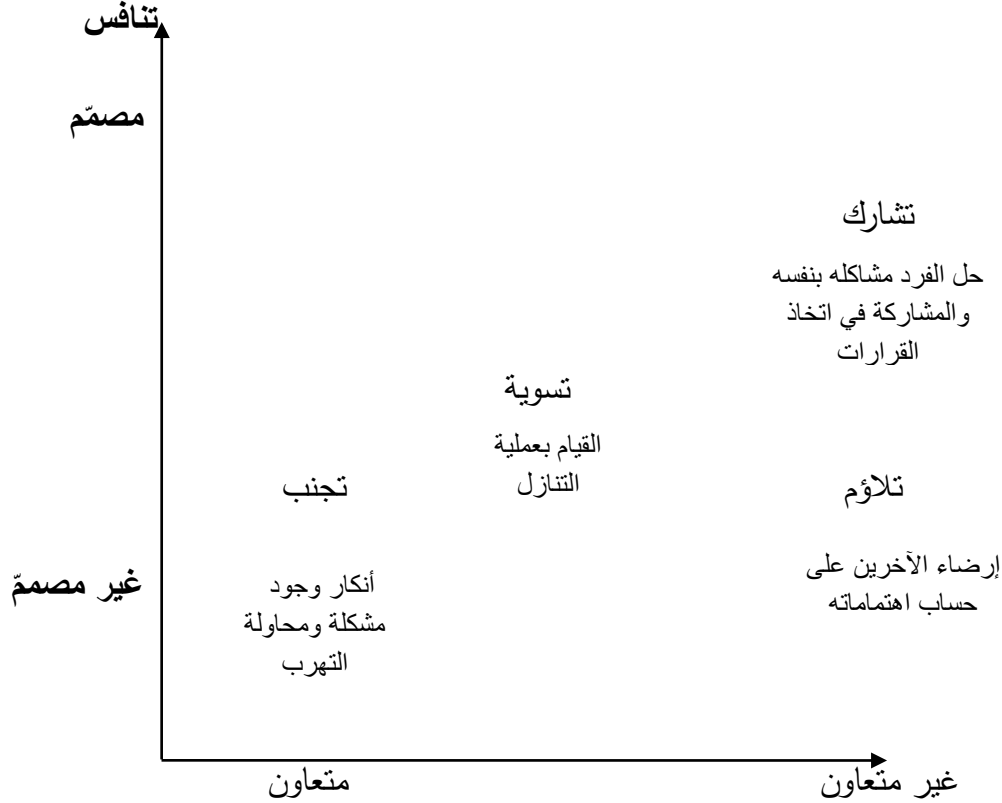
تتوقف نتائج وأثار الصراع التنظيمي إلى حد كبير على كيفية اختيار أساليب و استراتيجيات حل الصراع، وقد اهتم الباحثون بإيجاد نماذج تفسر وتشرح طرق حل الصراع داخل التنظيم.

اهتم الباحثون بإيجاد نماذج تحدد مختلف أساليب واستراتيجيات حل الصراع وإدارته، وتحدد هذه النماذج مختلف الوضعيات التي تواجه الإدارة في إدارتها للصراع وكيف يمكن لها التعامل معها في هذه الحالة، ومن أهم هذه النماذج نموذج توماس و كليمان، نموذج فراي و بونغ.

1-2 نموذج توماس *Thomas* و *Kliman*

يُمكن حل الصراع التنظيمي وفقا لهذا النموذج من خلال خمسة عناصر أساسية، وذلك وفق بُعدين أساسيين هما: التصميم والتعاون، حيث يشير التصميم إلى محاولة الفرد إشباع حاجاته الفردية؛ كما يشير التعاون إلى محاولة الفرد إشباع حاجات الأطراف الأخرى.

الشكل رقم (5.3): نموذج توماس و *Kliman* لإدارة الصراع التنظيمي



Source: Jennifer George : *Understanding and Managing Organizational Behavior*, 6<sup>th</sup> edition, Pearson Education, NEW Jersey , 2012, P. 393.

يمكن حل الصراع ومواجهته وفقا لهذا النموذج كالتالي:

## 1- أسلوب المجابهة (مصمّم وغير متعاون)

يعني محاولة الفرد إرضاء اهتماماته الخاصة على حساب الطرف الآخر ويعمد الأفراد إلى إتباع الأنظمة والقوانين من أجل الفوز بالصراع، وهذا الطريقة تؤدي إلى نتائج عكسية فهي تؤدي إلى خروج أحد الطرفين.<sup>1</sup>

## 2- أسلوب المجاملة (غير مصمّم ومتعاون)

<sup>1</sup> معن محمود عياصرة، المرجع السابق، ص67.

الشخص يُهمل اهتماماته لإرضاء اهتمامات الآخرين، وقد يأخذ المجامل صيغة أنكار الذات، الكرم، الصداقة أو غيرها، وهو يسعى لإقامة علاقات مع الأطراف الأخرى، إلا أنه مع الأجل الطويل يمكن لهذا الشخص أن لا يقدم تنازلات جديدة.

### 3- أسلوب تفادي المواجهة (غير مصمم وغير متعاون)

يُهمل الشخص كل من اهتماماته واهتمامات الطرف الآخر، لا يحب هذا الشخص إظهار وجود مشكلة كما يحاول تجنب وعدم الاحتكاك بالآخرين، وقد يحاول تجنب فتح الموضوع وإنكار وجود المشكلة أصلاً.<sup>1</sup>

### 4- أسلوب المتعاون (مصمم ومتعاون)

يحاول الفرد إيجاد حلول للمشكلة دون أن يحدد نفسه عن المشكلات، وكذلك يحاول الفرد المشاركة في اتخاذ القرار، وتحاول الإدارة أن تشرح لهذا الفرد للإمكانيات المتاحة للوصول إلى حل المشكلة.

### 5- أسلوب التسوية (وسط بين التصميم والتعاون)

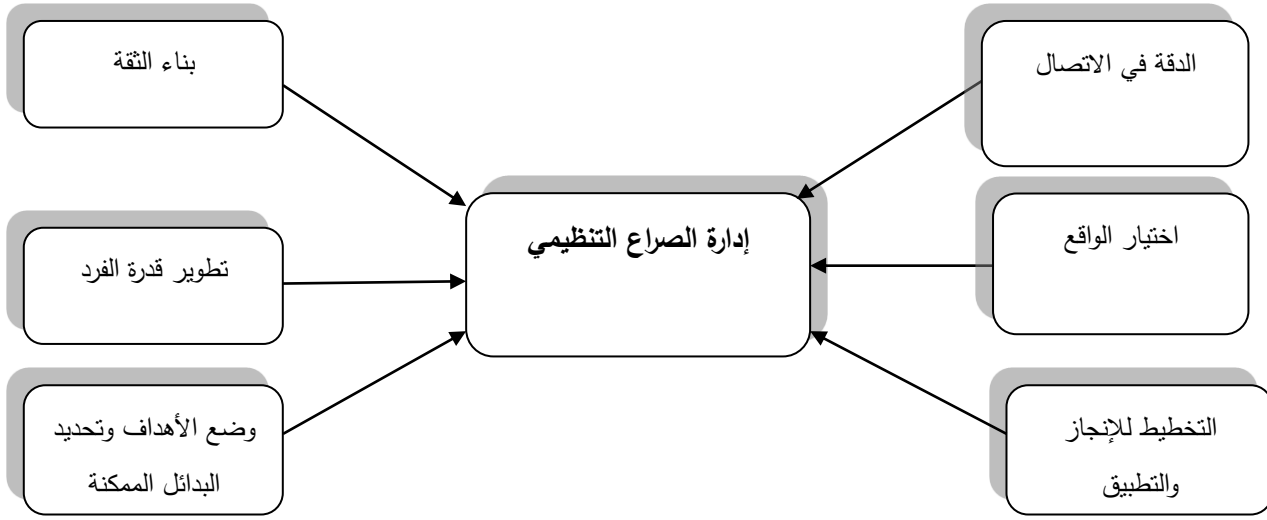
تحاول الأطراف حل المشكلة عن طريق تسوية المشكلة وذلك عن طريق عملية التنازل بين الطرفين وفق شروط يتم الاتفاق عليها في مرحلة التفاوض.

### 2-2 نموذج (Freyand Young 1978)

يعتمد هذا النموذج على مجموعة من الخطوات والتي تساعد المدراء على التقليل والحد من الصراع، والأساس الذي يقوم عليه هذا النموذج هو ضرورة القيام بحوار بناء مع كل الأطراف قبل حدوث الصراع وذلك تفادياً لحدوث الصراع نفسه، فهذا النموذج يستثمر في طرق الاتصال والتدريب وتنمية القدرات من أجل تفادي الصراع مستقبلاً، ويمكن أن نحدد مختلف الطرق لهذا النموذج والتي هدفت إلى إدارة الصراع التنظيمي من خلال الاهتمام بالفرد نفسه وفقاً للشكل الموالي:

<sup>1</sup> ليلي عبد الحليم قطيشات: إدارة الصراع في المؤسسات التربوية، مركز الكتاب الأكاديمي، الطبعة الأولى، عمان، 2006، ص 85.

الشكل رقم (6.3): نموذج freyand و young (1978)



المصدر: ريم رمضان، أساليب إدارة الصراع الشخصي وأثره في الأداء الوظيفي من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بجامعة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، دمشق، سوريا، 2010، ص 98. يمكن من خلال هذا النموذج أن نلاحظ مجموعة من الخطوات التي تهدف إلى إدارة الصراع داخل التنظيم وهي كالتالي:

- تطوير قدرات الأفراد: وذلك من خلال اكتشاف نقاط قوة وضعف كل فرد والعمل على تنمية هذه القدرات، الأمر الذي يساهم في تعزيز ثقة الأفراد في أنفسهم ويزيد من قدرتهم على مواجهة متطلبات العمل بكل سهولة.
- بناء الثقة: وذلك من خلال التواصل الدائم بين جميع أفراد التنظيم والشرح المستمر لأهداف وقرارات الإدارة، وإتاحة المعلومات لجميع الأفراد وذلك بهدف تعزيز الشعور بالانتماء لدى العاملين، الأمر الذي يساهم في تعزيز الثقة بين أفراد التنظيم.
- وضع الأهداف: يهدف تحديد الأهداف بشكل دقيق في المنظمة إلى توجيه الجهود وتجميع الوسائل المادية نحو تحقيق هذه الأهداف، كما تساهم مشاركة الأفراد في تحديد الأهداف إلى شعور الأفراد بالانتماء الذي يساهم بدوره في زيادة إنتاجية العاملين، كما تساهم مشاركة الأفراد في تحديد الأهداف إلى زيادة التزام الأفراد لتحقيق هذه الأهداف، الأمر الذي يقلل من الصراعات الناتجة عن تضارب الأهداف.
- الاختيار بين البدائل: على المدراء عند قيامهم بإدارة الصراع تحديد بدائل مختلفة ل طرحها على أفراد التنظيم وهذا بهدف إيجاد أكبر عدد ممكن من الحلول للحد من المشكلة التي تسببت في إحداث الصراع.

- التخطيط للإنجاز والتطبيق: تهدف عملية وضع الخطط في أثناء الإنجاز والتطبيق إلى تحديد مختلف المسؤوليات والسلطات والمهام، وهذا من أجل تقليل الصراعات الناتجة عن تضارب الدور، كما تهدف عملية التخطيط إلى وضع الموازنات وتوفير الموارد بالشكل اللازم لكل مشروع إلى التقليل من الصراع الناتج عن محدودية الموارد.

### المطلب الثالث: تسيير الصراع في المستشفى

يرى الفكر الإداري الحديث أن الصراع شيء طبيعي ومحذب في بعض الحالات، وبالتالي على الإدارة أن تعمل على وضع خطط وطرائق لإدارة هذا الصراع وتوجيهه بما يتوافق مع مصلحة وأهداف المنظمة، كما على الإدارة أن تعمل على فهم أسباب وطبيعة هذا الصراع وتحديد طرق مواجهته.

تبرز هنا في هذا المجال مجموعة من المفاهيم حول إدارة الصراع ويمكن أن نوجز منها:

- "إدارة الصراع لا تعني حل الصراع، فحل الصراع يتطلب التقليل من الصراع وإزالته، أما إدارة الصراع فتتطلب بدء تشخيص لتحديد أسباب الصراع وعلى ضوء ذلك يتم التدخل فيه بزيادته إذا كان منخفضاً أو التقليل منه إذا كان مرتفعاً"<sup>1</sup>؛ يحدد هذا المفهوم الفرق بين إدارة الصراع وحله وأن إدارة الصراع هي عملية إدارية متسلسلة وليست عملية أنية.

- "النشاط الذي تستهدفه من خلاله إدارة المنظمة الوصول بالصراع إلى مستويات مرغوبة والحفاظ على هذا المستوى داخل الحدود المعقولة وذلك بهدف زيادة كفاءة وفعالية المنظمة"<sup>2</sup>. يوضح هذا المفهوم أهمية الحفاظ على المستويات المعقولة للصراع.

تتدخل الإدارة وفقاً للمفاهيم السابقة من أجل تحديد حدود معينة للصراع، وتعمل على فهم طبيعة الصراع وأسبابه والعمل على مواجهته مستقبلاً سواء من خلال زيادة قاعدة الموارد المحدودة؛ تقليص درجة الاعتمادية بين الأفراد؛ تنمية أهداف مشتركة للمرؤوسين؛ تدريب المشرفين على الاتصال الفعال؛ مواجهة الصراعات، وهذا لا يكون إلا من خلال عملية تشخيص دقيقة لأسباب الصراع والنتائج المترتبة عنه وتحديد البدائل الممكنة في حالة فشل التفاوض مع الأطراف المتصارعة، ومن خلال إقامة علاقة تتسم

<sup>1</sup> محمد سليمان العيمان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، دار وائل للنشر عمان، 2002، ص. 371.

<sup>2</sup> عبد الوهاب أحمد جاد، السلوك التنظيمي، دراسة سلوك الأفراد والجماعات داخل منظمات الأعمال، دار وفاء للنشر والتوزيع، المنصورة، ص483.



بالثقة العالية بين جميع الأطراف العاملين في التنظيم، كما تعمل الإدارة أيضا على التنبؤ بحدوث الصراعات من خلال معرفتها الجيدة بطبيعة الأفراد العاملين و نفسياتهم وردود أفعالهم.

ولقد خلصت مجموعة من الدراسات إلى أن الصراع في المستشفى لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نحد منه خاصة فيما يتعلق بالصراع بين الأطباء والإدارة لكن يمكن أن نسيره بطريقة إيجابية تضمن تحقيق الأهداف، وزيادة فعالية الأداء ويمكن تلخيص أبرز ما توصلت إليه الدراسات كما يلي<sup>1</sup>:

- 1- أهم القرارات المتأثرة بصراع المجموعتين هي:
  - القرارات المتعلقة بالتخطيط الاستراتيجي.
  - قرارات تحديد كلفة تقديم الخدمة للمريض.
  - القرارات التي تخص جودة الخدمة المقدمة للجمهور.
  - قرارات تخص التعاون بين الإداريين والأطباء لتقديم الأفضل للجمهور.
  - قرارات الأجور والعوائد المخصصة لكلا الطرفين.
- 2- تحسس الأطباء لموضوع الصراع أكثر من الإداريين.
- 3- النتيجة الحتمية للصراع هي في أغلب الاحيان تكون في صالح الأطباء، بحيث تتحقق لهم الهيمنة في صنع القرارات داخل المستشفى.
- 4- هناك تقاطع كبير بين أهداف المجموعتين من جهة وبين أهدافهم والأهداف العامة للمستشفى من جهة أخرى.
- 5- دور المدير كبير في تحسين العلاقة بين المجموعتين وتوظيفه لصالح المستشفى.

<sup>1</sup> سعد العنزي، إيمان العبسي، تأثير الصراع بين الإدارة والأطباء في قرارات المستشفى، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 13/ ع 47، جامعة بغداد، 2007.

## خاتمة الفصل الثالث

ممارسة السلطة في المستشفيات تتطلب قدر كبير من الصبر ومن التميز، سواء من الجانب الإداري أو معرفة الحد الأدنى من الجانب المهني، حتى يتسنى للإداري معرفة ما يحدث داخل المستشفى، فالازدواجية تحدث عندما لا يكون هناك مشاركة حقيقة من جميع الفاعلين في المستشفى سواء في اتخاذ القرارات، أو في إعطائهم الأهمية وتحسيسهم بمكانتهم ودورهم، وهنا يلعب المدير دورا أساسيا في هذا الإطار، غير أنه من الجانب النظري ينبغي أن يكون هناك قدر ضئيل من الصراع الإيجابي المحفز الذي يخدم مصلحة المستشفى بالدرجة الأولى ثم الأفراد على المدى المتوسط والطويل.

## الفصل الرابع

### خصائص التنظيم في القطاع الصحي في

### الجزائر

## مقدمة الفصل الرابع

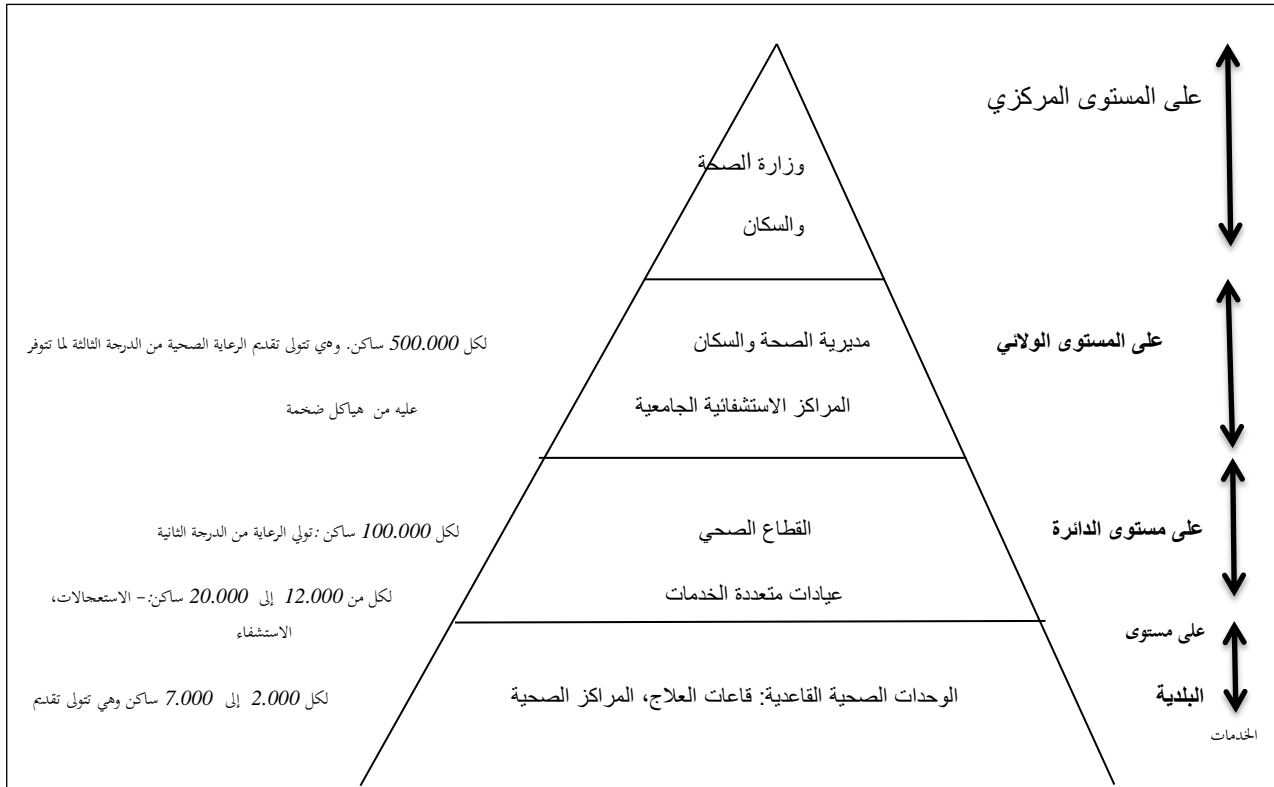
سعت الجزائر خلال العشرين سنة الأخيرة إلى وضع منظومة صحية وطنية ناجعة وفاعلة، وإرساء نظام صحي حديث ومتطور يوازي في مستوى خدماته ما هو موجود بالبلدان المتقدمة، حيث تركز الجهد على تعزيز البنية التحتية الطبية والصحية وتكوين الكفاءات ودعم التجهيزات الاستشفائية بالمؤسسات العمومية والنهوض بالاختصاصات الطبية المتطورة وتحسين تلقي المواطن لعلاج متطور هذا الفصل إلى بنية القطاع والهياكل الموجودة بالإضافة إلى السياسات الصحية المتعاقبة، في المبحث الثاني سنحاول التعرف على آليات تمويل القطاع بالإضافة على النفقات وسبل التحكم فيها أما المبحث الأخير فسيتناول تنظيم المستشفيات العمومية بالجزائر من خلال المصالح والمكاتب الموجودة لتنظيم الأنشطة الصحية والإدارية خاصة أن الدراسة الميدانية تتعلق بهذا النوع من المستشفيات.

## المبحث الأول: بنية وسياسة القطاع الصحي في الجزائر

عرفت المنظومة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال تطورات كبيرة مرت عبر عدة مراحل حيث ورثت الجزائر سنة 1962 حالة متردية ومتدهورة من الاستعمار الفرنسي، حيث كان النظام الصحي الموجود متركزا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، قسنطينة، ويتمثل أساسا في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية<sup>1</sup> نحاول في هذا المبحث التعرف على أهم المراحل التي مر بها القطاع بالإضافة إلى طرق التسيير وفق الهياكل التنظيمية المعتمدة

## المطلب الأول: بنية القطاع الصحي وهيكلته في الجزائر

## الشكل رقم (1.4) بنية القطاع الصحي في الجزائر



المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية المسيلة

<sup>1</sup> نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 132.

أولاً: على المستوى المركزي: يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتكون من:

أ- الوزير: يقوم وزير الصحة والسكان بوضع استراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال 1:  
-وقاية صحة السكان ورعايتها؛ التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛ التنظيم الصحي والخريطة الصحية؛ العلاج الطبي في الهياكل الصحية؛ تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين؛ العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات؛ ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها؛

-دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة؛

-التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛

-الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي؛

وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:

العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات؛

-ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها؛

-دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة؛

-التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛

-الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي؛

وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:

ب- ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون

بالديوان وعددهم أربعة (04)، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 36، المرسوم التنفيذي رقم 11-379 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمؤرخ في 21 نوفمبر 2011، ص 6.

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

د- المفتشية العامة: يشرف عليها ستة ( 06 ) مفتشين يقومون بالمهام التالية:

-الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية ؛

-توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛

-العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛

-ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

هـ- المديريات المركزية: وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي :

مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلانية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

ثانيا على المستوى الولائي:

1- مديرية الصحة والسكان

تتواجد مديرية الصحة والسكان في عاصمة كل ولاية عبر التراب الوطني الجزائري، تقوم هذه المديريات بتطوير كل التدابير التي من شأنها تأطير النشاطات الخاصة بالصحة والسكان ووضعها حيز التنفيذ، وبهذا تكلف كل مديرية للصحة والسكان على الخصوص بما يأتي<sup>1</sup> :

-السهر على تطبيق التشريع والتنظيم المتعلق بالصحة والسكان،

-تنشيط وتنسيق ونقويم تنفيذ البرامج الوطنية والمحلية للصحة، لاسيما في مجال الوقاية العامة، حماية الأمومة والطفولة، حماية الصحة في الأوساط الخاصة.

- العمل على احترام السلم التسلسلي للعلاج لاسيما بتطوير النشاطات الهادفة إلى ترقية العلاج القاعدي

- تطوير كل عمل يهدف إلى الوقاية من ادمان المخدرات ومكافحتها.

- التوزيع المتوازن للموارد البشرية والمادية والمالية دون المساس بالصلاحيات المخولة قانونا لمديري

الصحة الجهويين ورؤساء مؤسسات الصحة.

-تطوير الاتصال الاجتماعي لاسيما التربية الصحية بالاتصال مع الجمعيات والشركاء الاخرين المعنيين.

<sup>1</sup> بجدادة نجا، تحديات الامداد في المؤسسة الصحية -دراسة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية-، مذكرة ماجستير تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، 2012، ص159.

-السهر على وضع جهاز يقوم بجمع المعلومات الصحية والوبائية والديمغرافية واستغلالها وتحليلها وتبليغها.  
-السهر على وضع الاجراءات المتعلقة بحفظ المنشآت وتجهيزات الصحة وصيانتها ووضعها حيز التنفيذ.  
-تأطير هياكل الصحة ومؤسساتها العمومية والخاصة وتفتيشها.  
-اعداد المخططات الاستعجالية بالاتصال مع السلطات المعنية، والمشاركة في تنظيم الاسعافات وتنسيقها في حالة حدوث كوارث.

-دراسة برامج الاستثمار ومتابعتها في اطار التنظيمات والاجراءات المعمول بها.  
- متابعة وتقييم تنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة.

## 2- المراكز الاستشفائية الجامعية

أنشئت المستشفيات الجامعية بموجب قانون 74-100 الصادر ب 13 جوان 1974 وهي نتاج اتحاد مركز استشفائي جهوي (600 إلى 700 سرير) ومعهد طبي، يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم أنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية.<sup>1</sup>

بصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء، بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي:

-الميدان الصحي؛ الميدان التكويني؛ ميدان الدراسة والبحث.

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

ثالثا على مستوى الدائرة والبلدية

## القطاعات الصحية

القطاع الصحي هو مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويكون تحت وصاية الوالي، يتم إنشاء هذه المؤسسة باقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي وكذلك

<sup>1</sup> المرسوم التنفيذي رقم 07 - 140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية ومؤسسات الصحة، ومؤسسات الصحة الجوارية وطرق تسييرها.



يتم حلها بمرسوم تنفيذي يتكون القطاع الصحي من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية، التشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التكييف الطبي موجهة لمجموعة من البلديات والتابعة للوزارة المكلفة بالصحة .

كانت هيكلية القطاع الصحي تضم ما يلي :

- **عيادات متعددة الخدمات:** وهي مكلفة بتقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة، الاشراف الفني والاداري على المراكز الصحية البلدية، الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

- **المراكز الصحية:** وينشأ عند كل قرية أو تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، حماية الأمومية والفولة، التطعيم والعلاجات والفحوصات العامة. وقد ألغيت المراكز الصحية للتحويل بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات أو قاعات للعلاج حسب وضعيتها المادية.

- **قاعات العلاج:** وتتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 2000 إلى 2000 ساكن.

ولكن بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 07 260 المؤرخ في 21 ماي 2007 ألغيت القطاعات الصحية وتم تغيير تقسيمها إلى مؤسسات عمومية استشفائية (EPH) ، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP) ومؤسسات استشفائية متخصص (EHS) .

**المؤسسة الاستشفائية العمومية (EPH)**

يتعلق هذا المرفق بالمستشفيات المنحدرة من القطاعات الصحية، والتي أصبحت منذ 2002 مستقلة التسيير، المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالاستقلال المالي والشخصية المعنوية وتكون تحت وصاية الوالي، تتكون هذه المؤسسات من هيكل للتشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي وتغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات، تتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة بالحاجات الصحية للسكان، وبهذا تنو إلى المهام الآتية 1 :

- ضمان تنظيم وبرمجة العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة

- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم ويمكن استخدام المؤسسة العمومية

الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات

تبرم مع مؤسسات التكوين.

<sup>1</sup> صبيحات ابراهيم، الرقابة الداخلية في المؤسسات الاستشفائية العمومية، مذكرة ماجستير، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، ص76.

## المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS)

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية القانونية والاستقلال المالي، تتكون هذه المؤسسات من هيكل واحد أو هيكل متعددة متخصصة للتكفل بما يأتي 1: مرض معين، مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا معينا، مجموعة مرضى ذات فئة عمرية معينة. ويلزم القانون أن يذكر في تسميته المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الاختصاص الموافق للنشاطات المتكفل بها، وتكفل مثل هذه المؤسسة في مجال نشاطها بالمهام المتعلقة بتنفيذ نشاطات بالمهام المتعلقة بتنفيذ نشاطات الوقاية والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة، والمساهمة في إعادة تأهيل مستخدمى مصالح الصحة وتحسين مستواهم، كما يمكن استخدام المؤسسة لميدان التكوين شبه طبي والتسيير الاستشفائي على اساس اتفاقيات توقع مع مؤسسة التكوين. كما يمكن اعتماد المؤسسة (EHS) أو جزء من هيكلها لضمان نشاطات استشفائية جامعية بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي.

يدير المؤسسة الاستشفائية الجامعية مجلس ادارة يسيروها مدير وتزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي يعين أعضاء مجلس الادارة بقرار من الوالي لعهدته مدتها ثلاث سنوات قابلة للتجديد باقتراح من السلطات التي ينتمون اليها، ويتناول المجلس في موضوعات مخطط التنمية القصيرة والمتوسطة، ميزانية المؤسسة، الحساب الاداري، مشاريع الاستثمار...، تعرض مداورات مجلس الادارة على الوالي في حدود 2 أيام من الاجتماع، بينما يعين المدير بقرار من وزير الصحة، ويقوم بمهامه كأمر بالصرف فيما يخص النفقات، بعد الميزانية التقديرية ويضع حسابات المؤسسة، يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة، ويقوم بتنفيذ مداورات مجلس الادارة، بينما يكلف المجلس الطبي بإصدار آراء تعنيه تخص إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية، مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية 2.

## المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)

تضم هذه المؤسسات العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاء، نلها مهمة ضمان العلاج الطبي ومتخصص، ويتعلق هذا الأمر بتجميع الهياكل غير الاستشفائية المنحدرة من القطاعات الصحية السابقة، وهي كذلك مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت

<sup>1</sup> الجريد الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 21، المرسوم التنفيذي رقم 134 37 المؤرخ في 1 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء، تنظيم وتسيير المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، ص ص 12-15.

<sup>2</sup> الجريد الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 21، المرسوم التنفيذي رقم 134 37 المؤرخ في 1 ديسمبر 1337 المحدد لقواعد إنشاء، تنظيم وتسيير المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، ص ص 12، 15.

وصاية الوالي، تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات للعلاج تغطي مجموعة من السكان، وتمثل مهامها في: الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص الأمراض، العلاج الجوّاري، الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المتعلقة بالصحة الانجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان، المساهمة في حماية البيئة في مجال حفظ الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، وكذلك المساهمة في تحسين مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم يسير كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوّارية مجلس ادارة ويديرها مدير، وتزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي 1 .

### المطلب الثاني: السياسة الصحية من 1962-1990

#### 1- المرحلة الأولى 1962-1974

الصحة ليست حق أساسي فقط وإنما هي كذلك مصدر أساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي والفردى، وعلى أساس هذا المبدأ العام عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها إلى جعل مبدأ حق المواطنين في حماية الصحة حق أساسي لا يمكن نكرانه أو تجاهله. اتخذت الجزائر بعد استرجاع السيادة على أراضيها النهج الاشتراكي كنظام اقتصادي، وكقطيعة مع النظام الليبرالي الاستعماري، وكان لزاما على الحكومة استبدال الشكل الصحي الاستعماري الموروث، بشكل آخر يختلف عنه في عناصره وأهدافه.

غداة الاستقلال، كانت الجزائر تعد حوالي 500 طبيب ( 50 %جزائريين) وذلك لتغطية احتياجات السكان الذين قدر عددهم آنذاك بحوالي 10,5 مليون نسمة، أما الوضعية الصحية في هذه الفترة فقد كانت تتميز بوفيات الأطفال خاصة الرضع، والتي كانت بنسبة مرتفعة تجاوز معدلها 180%، و أمل حياة لم يصل إلى 50 سنة، وكان انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية السبب الرئيسي للوفيات<sup>2</sup>، وأمام هذه الوضعية ركزت وزارة الصحة في البداية على توزيع الأطباء والمؤسسات الصحية عبر كامل التراب الوطني وأيضا على محاربة الأوبئة والأمراض.

والمحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية لهذه المرحلة تمثلت في:

- الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 11، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوّارية وتنظيمها وسيرها، ص ص14، 10.  
<sup>2</sup> سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر أفاق 2010، اطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 3، 2010، ص ص 116-118.

- الحملة التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.
- علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
  - التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقاً للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية.
- تميزت هذه الفترة بذهاب الأطباء الفرنسيين، بحيث تقلص عددهم من 2500 طبيب إلى 630 طبيب، مع نقص فادح في الهياكل الصحية، أما عن المؤشرات الخاصة بالصحة العمومية هي كالآتي:1
- أمل الحياة 50 سنة، عدد الأطباء 1,2 إلى 1,6 لكل 10.000 ساكن، أطباء الأسنان من 1 إلى 2 لكل 100.000 ساكن، الصيادلة 3 لكل 100.000 ساكن.

## 2- المرحلة الثانية: 1974-1989

نظرا للوضعية الصحية المتدهورة لمعظم السكان، تم الإعلان عن سياسة الطب المجاني في جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار حق الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعتهم الاجتماعية.

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

تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987، طبيب لكل 1124 نسمة، أنعكس ذلك إيجابيا على الوضع الصحي للبلاد، حيث ارتفع أمل الحياة من 51 سنة عام 1965 إلى 65 عام 1987، انخفاض معدل وفيات الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية<sup>2</sup>.

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

عرفت هذه المرحلة بالمركزية المفرطة في التسيير، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، حيث لا يمكن تحويل بعض الاعتمادات المالية من عنوان الآخر، رغم الحاجة الملحة إلا

<sup>1</sup> براحو فافة سهيلة، إصلاح المنظومة الصحية. واقع و أفاق، مجلة دراسات استراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد6، 2009، ص113.

<sup>2</sup> وزارة الصحة والسكان، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري، 1990.

بالرجوع إلى السلطة الوصية، حيث لم تترك أي مبادرة للمدير للتكيف مع الظروف والمستجدات، صعوبة التعامل مع المؤسسات الخاصة، وبعض المؤسسات العمومية التي ترفض استخدام الإذن بالطلب.

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

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

كل هذا جعل المسيرين غير مسؤولين، وما فاقم المشكل أكثر هو غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي أنعكس ذلك بعدم القدرة على حل مشاكل الصحة للمواطنين، وهجرة هياكل العلاج القاعدية، واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية، والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور<sup>1</sup>

### المطلب الثالث: السياسة الصحية 1990-2014

#### 1- المرحلة الأولى 1989-1999

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية و سياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة و غير مسبوقه، و اللااستقرار في كل المجالات ما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل و البنى التحتية التربوية و التجارية والصناعية، والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة<sup>2</sup>، فضلا عن استفحال ظاهرة البطالة و المحسوبية، ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية، والتي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء أكثر إنسانية على الهياكل الاستشفائية الوطنية و عصرنتها وإضفاء نجاعة أكبر عليها ونسجل في هذه الفترة:

- ضعف الدخل و حجم المديونية الكبير بحيث تراوح من 37,28 مليار دولار سنة 1990 إلى 72,25 مليار دولار سنة 1993 ليصل إلى 47,30 مليار دولار سنة 1998.

<sup>1</sup> Boussof Rabah, *Géographie de santé en Algérie*, OPU, Alger 1992

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique, *Algérie Plan de travail 2004-2005*, novembre 2003, p.1.

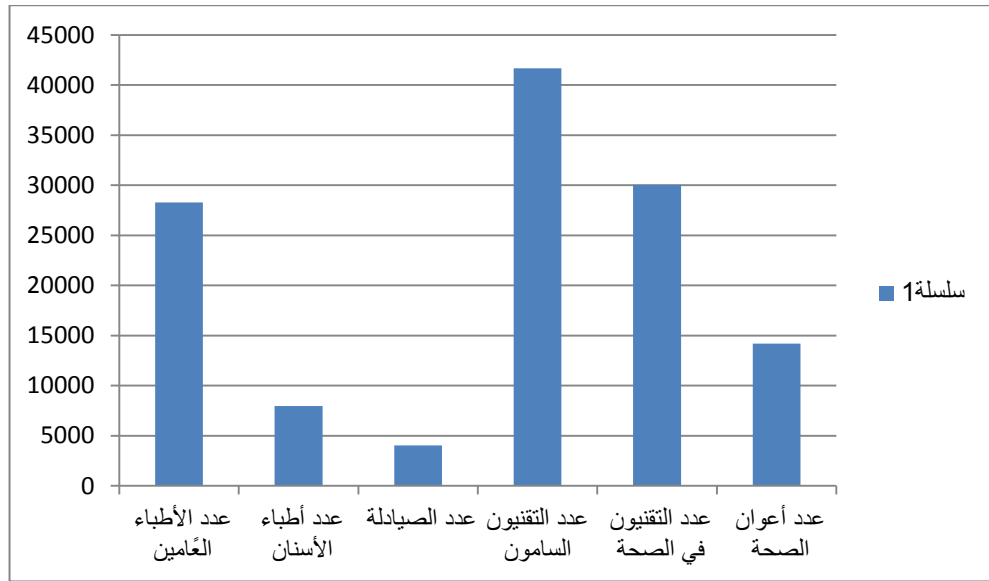
- أن نقص الموارد المالية قلص من أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية و الإستشفائية، خاصة مع تدهور قيمة العملة الوطنية، حيث بات موضوع اقتناء الأدوية والأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر، وعلى إثر ذلك جاء قرار سياسي عبارة عن منشور وزاري في 1995م و المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي<sup>1</sup>، وجاء في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية و البحث و بالمعوزين، أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعى<sup>2</sup>.

- المؤشرات الصحية لهذه الفترة كانت كما يلي:

نسبة الزيادات 25,3% ، نسبة الوفيات العامة 6,04% ، وفيات الأطفال 44% ، متوسط أمل الحياة 68 سنة.

في حين كان تطور عدد المستخدمين كما يلي

الشكل رقم (2.4) تطور عدد المستخدمين



المصدر: من إعداد الطالب اعتماداً على معطيات المركز الوطني للتخطيط والاحصاء الجزائر

و يمكن إحصاء عدد الهياكل المسجلة في هذه الفترة على النحو التالي:

عدد المستشفيات 223 ، عدد الأسرة 60000 ، عدد العيادات المتعددة الخدمات 465 ، عدد المراكز

الصحية 1144 ، عدد عيادات الولادة 433 ، عدد قاعات العلاج 4222

<sup>1</sup> بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، مذكرة ماجستير علوم سياسية وعلاقات دولية، جامعة الجزائر 3،

2011، ص 46

<sup>2</sup> نورالدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 152.

## 2- المرحلة الثانية: 1999 إلى يومنا

تم في بداية هذه الفترة وضع خريطة صحية وطنية تدفع إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق، أيضا ترقية القطاع والرفع من أداء المؤسسات الطبية وتحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات المقدمة، مع تشجيع القطاع الخاص<sup>1</sup>.

عرفت هذه المرحلة خريطة جديدة للصحة، جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية، والذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات والهيكل خارج الاستشفائية، حيث يتمثل الهدف الجوهرى من التغيير في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للهيكل الاستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن<sup>2</sup>. أما الهياكل فمتمثلة في الجدول

## الجدول رقم (1.4) الهياكل الصحية العمومية لسنة 2007 حسب إحصائيات فيفري 2008

عدد	الهياكل الصحية الخاصة	عدد الأسرة	عدد	الهياكل الصحية العمومية
5206	العيادات الطبية المتخصصة	35157	240	المستشفيات العمومية
6179	العيادات الطبية العامة		511	المستشفيات الخاصة بالأمومة
4381	عيادات طب الأسنان		147	الهيكل العمومية
6689	الصيدليات		5117 و 324 قاعة غير مشغلة	قاعات العلاج للصحة الجوارية
164	العيادات الطبية الجراحية		338	المراكز الصحية
13	عيادات تشخيص الأمراض	740	1	المؤسسات الاستشفائية الجامعية EHU
		12697	13	المراكز الاستشفائية الجامعية CHE
		9785	54	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة EHS

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على إحصائيات وزارة الصحة لسنة 2008.

<sup>1</sup> عمر بزاررة، مرجع سبق ذكره، ص 50.

<sup>2</sup> عدنان مريزق، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أنموذجا، ملتقى الابداع والتغيير في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب، البلدة، يومي 18-19 ماي 2011، ص 3.

- تطور عدد المستخدمين: عدد الأطباء 35368: طبيب أي 11 طبيب لكل 10000 ساكن ، أطباء الأسنان 9553: طبيب أي 03 لكل 10000 ساكن ، 17 سرير لكل 10000 ساكن ، الشبه الطبيين 69749: أي 22 لكل 10000 ساكن<sup>1</sup>.

ونسجل في هاته الفترة الأخيرة من هذه المرحلة عدة نقائص هامة:

- زيادة عدد الهياكل وتحسين للبنية التحتية للقطاع الصحي مع وجود نقص واضح في الأطباء المتخصصين خاصة في المناطق الداخلية.

-سنة 2015 ميزانية الصحة كلفت الدولة أكثر من 381 مليار دج أي ما يعادل أكثر من 110 دولار للشخص في السنة ،يصنفها من بين الدول المتوسطة في الرعاية الصحية، غير أنه بالمقابل نلاحظ أن عدة مؤشرات توحى بأن هناك عدم انسجام بين هذا الرقم ومؤشرات أخرى كمعدل الفقر الذي ارتفع من 12% سنة 1988 بالنسبة لعدد السكان إلى 22,6% سنة 2004 وهو ما يظهر بوضوح من خلال بداية اندثار الطبقة الوسطى من التقسيم الطبقي للسكان، مما أدى إلى عودة بعض الأمراض المرتبطة بسوء التغذية، النظافة. .. وهو ما يزيد من المسؤولية تجاه هذه الفئة وي طرح التساؤل حول مدى نجاعة العلاج ونوعيته المقدم نحوها<sup>2</sup>.

- انخفاض سعر البترول وهو ما أدى بالدولة إلى البحث عن سياسة نقدية، لكامل القطاعات منها قطاع الصحة، وهو ما يفسر عدم وجود هندسة شاملة للنظام الصحي العمومي، بحيث تكون بها منافسة وتحقق الاحتياجات، بكفاءة عالية دون تأثير كبير بالسياسات الاجرائية المؤقتة والعشوائية<sup>3</sup>.

- رغم ما تم إنجازه ورغم فتح القطاع الخاص، إلا أننا لم نصل إلى منافسة حقيقية تصل بنا إلى استعمال أمثل للموارد وترشيد النفقات، وهو ما يوضحه الجدول القائم اليوم حول سياسة "مجانية العلاج" الذي ارتبطت بالتبذير وعدم الفعالية، فأخذت الشكل دون توزيع عادل لهاته السياسة التي زادت العبء على النفقات العامة.

- إلى اليوم يفتقر القطاع في جانبه التنظيمي إلى الفعالية والانسجام بين مختلف وحداته ومصالحه وبدرجة أكبر إلى نقص في التسيير الاقتصادي، وعامل الاحتراف والعلمية المعتمدة على التخطيط

<sup>1</sup> عمر بزارة، مرجع سبق ذكره، ص52.

<sup>2</sup> سنوسي علي، مرجع سبق ذكره ، ص288.

<sup>3</sup> Abdelhak Lamiri ; pour une réingénierie globale du système de santé publique, Elwatan Economie, 2 février 2015.



المحكم والمراقبة المستمرة عند التنفيذ، فعملية التسيير تفتقر إلى الرؤية الاستراتيجية وهذا ما يفسر عدم وجود مراكز تخطيط واستشارات استراتيجية تخص هذا القطاع<sup>1</sup>.

#### المبحث الثاني: تمويل المؤسسات الصحية في الجزائر

استفادت السياسة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال من نظام تمويلي مبني على أساس التسعيرة لليوم الاستشفائي ( prix de journées d'hospitalisation des malades )، ونظرا للاستمرار بالعمل بنظام الحماية من الأمراض ( protection des maladies ) جاء الأمر رقم 73-65 المتضمن مبدأ مجانية العلاج على مستوى الهياكل الصحية العمومية، كما صاحب ذلك تبني نظام تمويلي شامل أساسه الدفع الجزافي.

منذ اعتماد الدولة الجزائرية مبدأ مجانية العلاج ابتداء من سنة 1974، إلا أن نجاح هذه الأخيرة سرعان ما بدأ يتراجع، وأظهر انعكاساته السلبية على النظام الوطني للصحة، التي تجسدت من خلال تزايد النفقات بوتيرة أسرع من الموارد المخصصة من طرف الدولة.

ومن جهة أخرى فإن الأزمة الاقتصادية التي مرت بها البلاد والمتمثلة أساسا في تراجع وتباطؤ وتيرة النمو التي جعلت من قاعدة التمويل تنكمش بعلّة انخفاض مستوى التشغيل، إذ أن النظام المالي للصحة كان يعتمد ولا يزال على تمويل صندوق الضمان الاجتماعي.

لقد كان لسياسة التصحيح الهيكلي المنتهجة في الجزائر منذ السنوات الثمانينات الأثر البالغ في تغيير قواعد وأسس الاقتصاد الجزائري، في مجال الصحة نلاحظ إعادة ترتيب وتموقع لبعض الفاعلين: الدولة باعتبارها عارضة للخدمات الصحية ومنظمة له، الضمان الاجتماعي باعتباره مشتري ودافع لتكاليف الخدمات الصحية، كما عرفت مساهمة العائلات في تمويل الخدمات الصحية، تطورا وتنامي، مقابل تراجع الموارد الوطنية المخصصة للصحة

ومن هنا كانت ضرورة الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة والهيئات المانحة وهذا بمنظار: الفعالية والعدالة والعقلنة، أمرا لا بد منه وذلك لصد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية، التي كان لها أثر بالغ في التقليل من نشاطها، ومردوديتها، وضعف مستوى ونوعية

<sup>1</sup>Abdelhak Lamiri, la décennie de la dernière chance émergence ou déchéance de L'économie algérien, Chihab EDITION, 2013, P172.

الخدمات الصحية المقدمة، وبمعنى آخر، فإن التزايد المفرط في الإنفاق الصحي لم يصاحبه تزايد مماثل في المردود ولا في التحسين في الحالة الصحية للأفراد.

### المطلب الأول: الطبيعة القانونية المالية للمؤسسات الصحية وسلبات نظامها المالي

نتعرف من خلال هذا المطلب على الطبيعة القانونية المالية للمؤسسات الصحية كما يلي:

أولاً: الطبيعة القانونية المالية للمؤسسات الصحية: تعتبر المؤسسات الاستشفائية بمختلف أنواعها مؤسسات عمومية ذات طابع إداري، بحيث تمتع هذه الأخيرة بالشخصية المعنوية، الاستقلالية المالية، وتخضع في تسييرها المالي لقواعد قانون المالية والمحاسبة العمومية، وهو الشيء الذي جعلها تتمتع بميزانية مستقلة في الظاهر ومقيدة في الواقع، ذلك لأن معظم الوسائل المالية، أن لم نقل جلها تخضع لإجراءات وقيود يتم تحديدها من قبل السلطة الوصية، فسواء على مستوى التحضير واعتماد الميزانية أو على مستوى مراقبتها فالوصاية دوماً متواجدة، الشيء الذي كان له أثره السيء على التمويل المالي للمؤسسات الصحية<sup>1</sup>.

ثانياً: سلبات النظام المالي للمؤسسات الصحية: يمكن حصر نقائص وسلبات النظام المالي للمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر فيما يلي:

1- إن وضع ما يصطلح على تسميته بـ "الميزانية الإجمالية" وذلك منذ عام 1974، جاء مصاحباً لتحول هام جداً من منطق تسيير إلى منطق أنفاق. إذ أن العمل بهذه الصيغة بدل العمل بـ "السعر اليومي" كرس نوع من عدم المسؤولية لدى مسيري المؤسسات الصحية، والذين أصبحوا يعتبرون مجرد منفقين لميزانية موضوعة مسبقاً، مع تحديد مجالات الإنفاق منذ البداية.

2- عدم الخضوع للجدوى الاقتصادية بعد وضع مبدأ المجانية حيز التنفيذ، عملت الدولة الجزائرية على تخصيص مبالغ مالية هامة لقطاع الصحة، الأمر الذي جعل القطاع يعتمد على تمويل عمومي شامل لجميع نواحيه من دواء، يد عاملة... الخ.

3- إلى جانب زيادة المبالغ فيها على مستوى ميزانية تسيير الصحة مرت من 194 مليون دج عام 1963 إلى 13 مليار دج عام 1988، والملاحظ أنه لا يمكن تبرير هذه الزيادة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة، وإنما سياسة مجانية العلاج هي السبب الرئيسي.

<sup>1</sup> سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص 140.

4- تقسيم الميزانية على أساس عناوين النفقات، وحصة الأسد تعود لنفقات المستخدمين والتي تمثل أكثر من 70% من ميزانية القطاع

5- ان الأساس البيروقراطي والإداري الذي يطغى على تحضير الميزانية يعتبر عامل من بين أهم العوامل التي تؤدي إلى المغالاة في الإنفاق الصحي، وطلب موارد جديدة دون مقابل حقيقي لهذه الموارد الجديدة.

6- توزيع الاعتماد على مستوى المؤسسات الصحية عند تحضير الميزانية يتم عشوائيا وغير مبني على أسس علمية دقيقة.

7- عجز نظام المحاسبة المستخدم إلا وهي المحاسبة العمومية في القضاء على مواطن التبذير والاسراف وفشلها في مراقبة وحماية المال العام.

ثالثا: نقص مصادر تمويل الصحة: أن أنظمة التمويل العمومية تصبو إلى توزيع تكلفة المرض على عدد كبير من السكان والذي يمكن أن يكون على مستوى منطقة، أو بلد كامل، أو فئة عاملة معينة، أو مجموع مؤمنين ينتمون إلى صندوق معين، إلى غير ذلك.

كما أن تحديد اشتراكات الأفراد يكون سواء بطريقة مباشرة عن طريق الإعفاء أو الخصم من الأجر، واشتراكات تقسم على مختلف أفراد المجتمع لتغطية نفقات صحية إضافية، أو بطريقة غير مباشرة عن طريق الضرائب<sup>1</sup>.

ويمكن أن يمول العلاج الطبي من الاشتراكات العامة (ضريبة على الدخل، ضرائب على أرباح المؤسسات، ضريبة على القيمة المضافة....الخ)، أو عن طريق اشتراكات خاصة (ضرائب على بعض عوامل الإنتاج).

#### المطلب الثاني: مصادر التمويل قبل مشروع اصلاح المستشفيات

تتمثل أهم التحديات التي تحول دون تطوير قطاع الخدمات الصحية في نقص الموارد المتاحة لتمويل الإنفاق على الصحة، خاصة في ظل الارتفاع المطرد في تكاليف تقديم الخدمات الصحية، وغياب نظام فعال لتقويم أداء النظام الصحي.

<sup>1</sup> سنوسي علي، نفس المرجع، ص141.

نود في هذا المطلب أن نعرض موضوع تمويل النظام الصحي في الجزائر، والذي يعد أحد الأركان الأساسية لأي نظام صحي. لكن قبل التطرق إلى تطور ميزانية الصحة وما يرتبط بذلك، نرى من المناسب أن نسلط الضوء على مصادر التمويل في الجزائر منذ 1963 إلى بداية مشروع إصلاح المستشفيات سنة 2002

### 1- مصادر التمويل خلال الفترة 1963-1973

ورثت الجزائر غداة الاستقلال وضعية صحية مزرية، حيث تميزت هذه المرحلة بهجرة العديد من الإطارات ذوي الأصل الأوروبي، الذين كانوا يمثلون العمود الفقري للنظام الصحي، مقابل عجز في الإطارات الصحية الجزائرية، وهذا ما أدى إلى التعجيل باتخاذ القرارات لا سيما تلك التي تتعلق بالصحة العمومية، وعلى هذا الأساس كان للنظام الصحي المتبع آنذاك انعكاسات على الصحة العمومية بصفة عامة، وعلى طرق تمويله بصفة خاصة، حيث شهدت هذه المرحلة ثلاثة مصادر أساسية للتمويل، نبرزها فيما يلي:

أ- **المساهمة العمومية:** تشمل مساهمة الدولة والجماعات المحلية، حيث تقدر ب % 60 من مجموع النفقات على الصحة، والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا، وتخصص لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لهم مداخيل، حيث كان يتعين عليهم إحضار بطاقات تصدرها المصالح البلدية لكي يتمكنوا من الاستفادة من العلاج، بحيث كانت النفقات المحققة من جراء معالجة هذه الفئة تمول على النحو التالي :

85% من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة

% 15 من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية (% 8 لحساب الدوائر و % 7 لحساب البلديات).

ب- **مساهمة الضمان الاجتماعي:** تخص مساهمة الضمان الاجتماعي التكفل بالمؤمنين وذوي الحقوق، وتقدر بنسبة % 30 من مجموع نفقات الصحة.

ج- **مساهمة بعض الفئات من المرضى:** تتأتى هذه المساهمة من طرف الأشخاص ذوي المهن الحرة والذين لا يخضعون لأي نظام تأمين، فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من طرف الهياكل الصحية

العمومية يقوم المريض بدفع نفقاته مباشرة عند مغادرة الهيكل الصحية التي قدمت له العلاج، إلا أن هذه المشاركة كانت ضعيفة جدا مقارنة بالفئات السالفة الذكر، حيث مثلت نسبة % 10 من إجمالي نفقات الصحة<sup>1</sup>

## 2- مصادر التمويل خلال الفترة 1974 - 2002

73 / 02 / 1973 في - 28 تقرر إرساء مبدأ الطب المجاني على مستوى القطاع العمومي بموجب الأمر رقم 65 والذي أدخل حيز التنفيذ، ابتداء من أول جانفي 1974 ، وهذا ما أدى إلى حدوث تغيير هيكلي على مستوى النظام الصحي الوطني بصفة عامة ومصادر تمويله بصفة خاصة، حيث أصبح يتشكل مما يلي

- القطاع العمومي للصحة يضم أساسا القطاعات الصحية، إلى أن ظهرت المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية سنة 1986 ، إذ أصبح يطلق فيما بعد على مجموع هذه الهياكل مصطلح ES المؤسسات الصحية

- القطاع الشبه العمومي يضم المراكز الطبية الاجتماعية، التي تختص في تقديم العلاج للعمال الأجراء وعائلاتهم، إلا أنه تم دمج إداريا إلى القطاعات الصحية سنة 1980 ، وتم التخلي عنه تماما سنة 1984

- القطاع الخاص يشمل قاعات العلاج الخاصة بجراحة الأسنان، الصيدليات، ومخابر التحاليل والأشعة، عيادات ومراكز خاصة بتخصصات مختلفة.

والجدير بالتنويه أنه مع تبني مجانية العلاج على مستوى قطاع الصحة العمومية، تم استبدال (السعر اليومي ) بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية، والتي تحدد بموجب قرار مشترك بين الوزارة المكلفة بالصحة ووزارة المالية؛ وتقدم سنويا في إطار قانون المالية، تتضمن مختلف مصادر التمويل الرئيسية مجتمعة في فرع الإيرادات. كما يتم تحديد أوجه النفقة الوطنية للصحة.

ويمكن إبراز مختلف مصادر التمويل، وهي على فترتين: الأولى من سنة 1974 إلى سنة 1988 ، والثانية حتى 2002 ، وذلك من خلال الجداول التالية:

<sup>1</sup> أمير جيلالي، محاولة تسويق الخدمات في المنظومة الاستشفائية العمومية، ص 200.

الجدول رقم(2.4) مصادر التمويل الصحي من 1979-1998 الوحدة 6 10 دج

1988	1987	1986	1985	1983	1981	1979	البيان /السنوات
3465	3024	2287	3337	2362	1790	1516	مساهمة الدولة (1)
0,34	20,41	19,93	33,57	33,57	27,53	24,8	% = (5) / (1)
11731	9646	8678	7163	4011	3006	1788	مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي (2)
61,14	56,83	57,19	56,17	40,36	35,04	29,25	% = (5) / (2)
4111	3288	3163	2879	2345	1795	1198	مساهمة العائلات (3)
21,42	19,73	20,85	22,58	23,59	21,69	19,6	% = (5) / (3)
3280	574	308	246	1416	1416	1610	مساهمة المصادر الأخرى
17,09	3,38	3,31	2, 45	16,5	21,17	26,34	% = (5) / (4)
19187	16973	15173	12751	9939	8579	6112	النفقة الوطنية للصحة (5)

المصدر: سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص 144.

يتبين من الجدول أن هذه الفترة تميزت بوجود أربعة مصادر رئيسية للتمويل هي: الدولة، الضمان الاجتماعي، العائلات، مصادر أخرى (الجماعات المحلية والمراكز الطبية الاجتماعية). كما يلاحظ أن كل من نسبة مساهمة الدولة، العائلات، الجماعات المحلية، والمراكز الاجتماعية بالنسب للنفقة الوطنية للصحة شهدت انخفاضا على العموم بعد الخمس سنوات الأولى من إقرار مبدأ مجانية العلاج، ليستمر الوضع كذلك إلى غاية سنة 1988، ويمكن إرجاع ذلك إلى أنه نسبة الزيادة في النفقة الوطنية للصحة بوتيرة أسرع منها بالنسبة لهذه المساهمات، المذكورة سابقا. ونخص بالذكر سنة 1988 أين عرفت مساهمة الدولة في تمويل النفقة الوطنية للصحة انخفاضا مذهلا يقدر بنسبة % 98.12 مقارنة بسنة 1987، وذلك نتيجة الأثر الرجعي للانخفاض الشديد لأسعار البترول في

الأسواق العالمية في سنة 1986 ، الأمر الذي فتح المجال أمام بوادر أزمة اقتصادية ساهمت بتقليص الموارد المالية للدولة على وجه الخصوص.

بينما تتحقق الحالة العكسية بالنسبة لمساهمة صندوق الضمان الاجتماعي بالنسبة للنفقة الوطنية للصحة، حيث عرفت هذه النسبة ارتفاعا مستمرا على العموم منذ إقرار مبدأ مجانية العلاج، وذلك نتيجة الزيادة في النفقة الوطنية للصحة بوتيرة أبداً منها، بالنسبة لمساهمة صندوق الضمان الاجتماعي. أما مصادر التمويل في الفترة ما بين 1989 و 2002 ، فيمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول رقم (3.4) مصادر التمويل للفترة 1989-2002: الوحدة 10 3 دج

البيان /السنوات	1989	1992	1996	2000	2002
مساهمة الدولة (1)	3364000	13030000	23400000	43842845	57368050
(1) / (4) = %	24,8	27,53	24,34	28,18	32,92
مساهمة CNAS (2)	11987000	17037000	42700000	68770000	76830000
(2) / (5) = %	60,06	30,6	44,43	44,2	44,1
مساهمة العائلات (3)	4608000	12600000	30000000	42987551	40039869
(3) / (4) = %	23,09	22,62	31,21	27,63	22,98
النفقة الوطنية للصحة (4)	19959000	5569700	59970000	155600396	174237919

المصدر: أمير جيلالي، محاولة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية العمومية، مرجع سابق، ص 202.

يتبين من الجدول أن هذه الفترة شهدت وجود ثلاثة مصادر رئيسية للتمويل هي: الدولة، الضمان الاجتماعي، العائلات، وآخرون يتمثلون أساسا في التعااضديات، المؤسسات الاقتصادية، قطاع الصحة الخاص، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء والتعاون الدولي. كما يتضح لنا أن مساهمة الدولة سنة 1989، والتي قدرت ب 16.85 % من حصة النفقة الوطنية للصحة منخفضة مقارنة بمساهمة الصندوق الوطني للتأمين على حوادث العمل CNASAT

والتي بلغت 60,60 % بالنسبة للنفقة الوطنية للصحة، بحيث يرجع هذا الارتفاع إلى أن هذا الصندوق كان يضم العديد من الأنظمة الفرعية، والتي أصبحت تحت اسم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية CNAS سنة 1992 ( ماعدا النظام الخاص بموظفي الدفاع الوطني وموظفو البحرية CSSM والنظام الخاص بغير العاملين الأجراء CASNOS ) .

وشهدت مساهمة الدولة من حصة النفقة الوطنية للصحة ارتفاعا على العموم خلال الفترة الموالية الممتدة من سنة 1992 إلى غاية سنة 2002 ، إلا أن هذه المساهمة تبقى أقل من نظيرتها بالنسبة ل CNAS خلال نفس الفترة، وذلك نتيجة الوضعية المالية المترتبة عن إرساء مبدأ مجانية العلاج، حيث تحملت الدولة تكاليف كبيرة على عاتقها، لهذا كان لزاما عليها تخفيف هذا العبء الثقيل بتفعيل دور CNAS على أن يتحمل الحصة الكبرى من حجم النفقة الوطنية للصحة .أما فيما يخص مساهمة العائلات والمصادر الأخرى تبقى ثابتة نسبيا خلال فترة الدراسة بمتوسط يقدر ب 25.98%، ويمكن إرجاع ذلك إلى ثبوت التسعيرات الاستشفائية خلال هذه الفترة، سواء تعلق الأمر بالطب العام أو الطب الخاص أو تسعيرة المكوث في المستشفى.

### المطلب الثالث: تطور النفقة الوطنية للصحة وآليات التحكم بها

أضحت وتيرة تزايد الانفاق الصحي ظاهرة عامة مميزة لمختلف الانظمة الصحية، وأصبحت مشكلة الزيادة المتسارعة في الانفاق من الاهتمامات الأساسية للباحثين في ميدان الاقتصاد الصحي، كون أن وتيرة تزايد الانفاق الصحي تستنفذ شيئا فشيئا الموارد الوطنية المسخرة سنويا، لهذا فهم يوجهون الاهتمام إلى التسيير العقلاني للموارد والوسائل المخصصة لهذا الغرض.

ففي قطاعات أخرى من الاقتصاد الوطني فإن تزايد الانفاق بالخصوص يعبر عن ديناميكية وروج النشاط لهذا القطاع فلماذا لا يعتبر كذلك في ميدان الصحة ؟ ولماذا التزايد أصبح محل انشغال كبير للسلطات والرأي العام اليوم خاصة في ظل انخفاض أسعار البترول ؟ ونقاط الاجابة على هذا السؤال تكمن فيما يلي<sup>1</sup>:

1- فعالية جهاز انتاج وتوزيع الخدمة الصحية كانت ولا تزال تقيم على أن مردودية الانفاق الصحي سلبية حيث يعتمد على مقياس واحد وهو معدل الوفيات.

<sup>1</sup> Oufraïha Fatima Zohra, **Mécanismes pour rationalisé les dépenses de santé en Algérie**, colloque international sur les politiques des dépenses de santé en Algérie, les 24-25 novembre 2015, université de Msila.



2- انتقادات توجه إلى طرق تنظيم وسير الوحدات الصحية، التنظيم والتحكم في الموارد البشرية العاملة في هذا القطاع.

3- حتى في الدول الرأسمالية فإن الإنفاق الصحي يكون في غالبه موضوع تمويل إجمالي، في حين فإنه في حالة التمويل الفردي فإن الاستهلاك لسلعة أو خدمة ما مهما تكن وتيرة التزايد لا تؤخذ سوى أنها مؤشر ايجابي، ماعدا حالة العدالة الاجتماعية عندما يكون هذا الاستهلاك فإنه غير عادل، في ميدان الصحة 70 % من التمويل يكون عن طريق التحويل (التأمين، الضمان الاجتماعي، الدولة)، وهذا بمساهمات من الأفراد لتمويله، لكن استهلاك الخدمة يحمل اشكالية التوزيع غير العادل، والاشكالية الاخرى هي كيف نزيد في النوعية دون الاقتران المتزايد من موارد المجتمع.

وهذا ما يستلزم تحكم أكبر في النفقات وهذا بعد تحليل ميكانزمات تطورها وتزايدها وتحليل التطور في الانفاق الصحي لابد من تحليل مؤشرات ها علاقة بهذا العامل.

**1 مكونات النفقة الوطنية للصحة:** يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من الانفاق على الخدمات الصحية وهي:

1-1 **الانفاق على الموارد البشرية:** ويتمثل في المرتبات والحوافز المدفوعة لإعداد وتدريب الموارد البشرية في قطاع الخدمات الصحية سواء الطب الوقائي أو الطب العلاجي (المستشارين والأطباء الأخصائيين، الخدمات المساعدة....) ونلاحظ في هذا الاطار أن الانفاق على الموارد البشرية في القطاع الصحي لازال يستحوذ 70% من الموارد.

1-2 **الإنفاق العام على المنتجات الوسيطة في الخدمات الطبية المقدمة:** وتتضمن بنود الانفاق على الأدوية والمحاليل المعامل من مواد كيميائية... الخ، أن قسم الادوية يشكل منصبا هاما في النفقات الصحية لكونه يشكل تدفقا كبيرا على الصادرات والواردات على المستوى الدولي.

والجزائر ورغم دخلها المتوسط إلا أنها تعد من بين المستهلكين الكبار للمواد الصيدلانية ذات الاستيراد الواسع حيث أن تغطية السوق المحلية بالإنتاج المحلي لا تتجاوز 30%، و10% فقط بالنسبة للأدوية الأساسية، مقابل ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية بأكثر من 100 %، حيث بلغت فاتورة الأدوية المستوردة 758 مليون أورو، وعرفت ارتفاعا قياسيا سنة 2005 بوصولها 1,4مليار أورو لتصل بنهاية

عام 2014 مستويات عالية حيث تجاوزت 5 مليار دولار تركت الدولة تفكر في تشجيع الانتاج المحلي والدواء الجنيس<sup>1</sup>.

## 2- أسباب انخفاض إنتاجية النفقة في قطاع الخدمات الصحية

يتضح مما سبق أنه بالرغم من التحسن النسبي في العديد من المؤشرات الصحية في الجزائر إلا أن هناك العديد من المشكلات الصحية وفيما يلي نحدد مجموعة من الأسباب والتي ساهمت بصورة مباشرة أو غير مباشرة في تخفيض إنتاجية النفقة الصحية :

1-2 المعايير المعتمدة في توزيع الاعتمادات: المؤسسات الصحية هي مؤسسات عمومية ذات طابع اداري، وفي تحضير الميزانية وتوزيع الاعتمادات المالية، يطغى الطابع الإداري البيروقراطي، ويغيب المنظور الاقتصادي العلمي في هذا التوزيع وتغيب بذلك الرشادة والنجاعة في استعمال الأموال العمومية.

2-2 أدى ظهور التكنولوجيا الحديثة إلى مسارعة الحكومة لاقتنائها والاستفادة منها بحجة مسايرة العصر، دون مراعاة لأعبائها المالية، وظروفها الداخلية ومدى الاستفادة منها حيث أصبح الجزء الأكبر من المكون الرأسمالي للنفقة في مجال الخدمة الصحية يستخدم في إنشاء وتجهيز مستشفيات تخصصية على درجة عالية من التكنولوجيا في الوقت الذي يموت فيه العشرات من سكان الأرياف والمناطق النائية، إضافة إلى عدم ترشيد استعمال هذه الأجهزة والمعدات نظرا للاستعمال الخاطى في كثير من الأحيان لها، وقد أثبت واقع الدول النامية أن الاعتماد على التكنولوجيا في ظل التخلف الاقتصادي لم يكن له ما يبرره.

2-3 الوحدات والمراكز الصحية في البلديات والدوائر وبعض المدن الصغيرة لم يتوافر لها الحد الأدنى من الأجهزة والمعدات الطبية، وبعض حالات الطوارئ البسيطة، فتتعدم الثقة ومنه يلجأ الأفراد إلى المستشفيات الكبيرة والتخصصية، مما يزيد من عبء النفقات العلاجية.

2-4 الخلل الواضح في توزيع المورد البشري في القطاع الصحي، فهناك طول الانتظار لتلقي العلاج والفحص في مناطق نائية بينما هناك فائض في المناطق الحضرية.

<sup>1</sup> نورالدين حاروش، مداخلة حول واقع القطاع الصحي في الجزائر، الملتقى الدولي حول التحكم في الانفاق الصحي، أيام 24، 25 نوفمبر 2015، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.

2-5 عدم كفاءة الأنظمة الحكومية لشراء الأدوية فأغلبية هذه الأنظمة عقيمة وتتسم ببيروقراطية الإجراءات.

2-5 تأخير مواعيد استلام الأدوية من المراكز الرئيسية إلى المراكز الفرعية نظرا لمعوقات إدارية وتنظيمية، وهذا ما ترك بعض الأدوية تنتهي مدة صلاحيتها بدون استعمالها.

2-6 هجرة الكفاءات عالية المهارة إلى الخارج وغالبا ما يكون لها رصيد عالي من الخبرة والمهارة والتدريب.

### 3- آليات التحكم في الانفاق الصحي:

عند ملاحظتنا للنفقات الضخمة التي تناولناها سابقا، ومقارنتها مع موارد التمويل المحدودة، نلاحظ من جهة أن الدولة تنسحب تدريجيا عن تمويل الصحة بالشكل الذي عرفته سابقا في عهد المجانية، وهذا ما لمسناه في مشروع قانون المالية ل 2016، ومن جهة أخرى نجد التبعية النسبية لقطاع الصحة تجاه الوزارة الوصية حيث بلغت نسبة الميزانية المخصصة لهذا القطاع لسنة 2015، وفي مشروع المالية ل 2016 بنسبة زيادة قدرت ب هذه التبعية نتيجة الاعتماد على الاعتمادات الممنوحة في إطار ميزانية التسيير ضمن الميزانية العامة للدولة، ويمكن ابراز آليات التحكم في النقاط الآتية:

#### 3-1 البحث عن مصادر تمويل جديدة: تتمثل هذه المصادر في

- المؤسسات الملوثة والتي يمكن للدولة أن تفرض عليها ضرائب لصالح قطاع الصحة.
- المؤسسات الاقتصادية ذات النسبة العالية من حوادث لعمل ومن المرض وذلك في إطار مشاركة هذه المؤسسات في حماية صحة عمالها
- مساهمة التأمينات الاقتصادية: التأمينات الصحية يجب أن تقدم مشاركتها وذلك بوضع رسوم على الحوادث بقيمة الخدمات الصحية المقدمة لضحايا الحادث.
- مساهمة الجماعات المحلية

3-2- تخصيص الاعتمادات المالية وطريقة تسييرها: وضع معايير موضوعية لمنح الاعتمادات اللازمة لتحديد أهداف مسبقة، على العكس مما هو معمول به وهو المنح الجزافي للاعتمادات لمدة سنة مالية، حيث يكون المسير مجبر على التحكم في المالية وعلى أنفاقها كلية، لأنه إذا حدث العكس فإن التخصيص المالي للسنة المقبلة سوق يكون أقل، وهنا يكون نوع من تبذير المال، ولذلك لا بد من اعتماد نظام محاسبي جديد بدلا من المحاسبة العمومية إلا وهو المحاسبة التحليلية، على أساس الأنشطة... الخ

- 3-3 تطوير وتشجيع الاستثمار في صناعة الأدوية بالجزائر  
3-4 التحكم في التوظيف وعصرنة القطاع والتقليل من فترة المكوث في المستشفى.

### المبحث الثالث: التنظيم الداخلي لمؤسسات الصحة العمومية في الجزائر

تعرف المؤسسة الاستشفائية العمومية في الجزائر تنظيمًا خاصًا كباقي المستشفيات في العالم، بدءًا من استقبال المريض إلى مختلف المصالح والمكاتب المسؤولة على تقديم الخدمة للمريض وتسهيل العلاج وقبل الدخول في الدراسة الميدانية في الفصل الخامس، يتعين التعريف بالتنظيم الداخلي للمؤسسات الاستشفائية العمومية EPH، بدءًا بالمكاتب، إلى تنظيم المناوبات، إلى تنظيم المصالح...

#### المطلب الأول: إجراءات الأنشطة الصحية بالمؤسسة الصحية العمومية بالجزائر

تسهر المديرية الفرعية للمصالح الصحية المتواجدة على مستوى المؤسسات الصحية العمومية على التنسيق بين مختلف المصالح الاستشفائية والإدارية من جهة وتقييم حصيلة النشاطات المقدمة من طرف هذه المصالح من جهة أخرى، بالإضافة إلى الإحصائيات الدورية المقدمة إلى الهيئات الوصية كما تعمل على تنشيط الأيام الإعلامية والتحسيس بمختلف الأمراض والأوبئة المنتشرة. تتكون المديرية الفرعية للمصالح الصحية من عدة مكاتب وهي: مكتب الدخول، مكتب حساب التكاليف، ومكتب متابعة وتقييم النشاطات الصحية، وفيما يلي سيتم تقديم مختلف الإجراءات الإدارية التي تتم بهذه المكاتب:<sup>1</sup>

#### 1- إجراءات مكتب الدخول

يعتبر من أهم المكاتب الموجودة على مستوى المديرية الفرعية للمصالح الصحية والمؤسسة الاستشفائية ويتكون من مكتب الاستقبال والتوجيه، مكتب القبول، مكتب الحالة المدنية، مكتب الإحصائيات، مكتب الفوترة، مكتب الصندوق، مكتب الأرشيف.

#### 1-1 مكتب الاستقبال والتوجيه

يتم على مستواه استقبال وإعلام وتوجيه وإرسال الوافدين إلى المؤسسة نحو المصالح الاستشفائية والتقنية واستقبال البريد.

#### 1-2 مكتب القبول

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 15، القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، ص 20.

تتصدر مهام هذا المكتب في عملية استقبال المرضى ومتابعة حركاتهم مع إعداد الملف الإداري الخاص بالمريض والمتمثل في البطاقة المتنقلة *la fiche navette* ولواحقها.

عند قدوم المريض (حالة مرضية عادية) يتم توجيهه مباشرة إلى طبيب مكتب الدخول لإجراء الكشف الأولي أو المعاينة وتشخيص الحالة المرضية، إذا كانت حالة معاينة عادية يقوم بإعطائه وصفة طبية وتوجيهه إلى مكتب الصندوق لدفع مبلغ المعاينة (50 دج) ومقابل ذلك يمنح عون المكتب وصل الدفع ويقوم بالتأشير على الوصفة ليغادر المريض المؤسسة.

أما إذا كانت حالة المريض تستوجب وضعه تحت الاستشفاء لمدة معينة يقوم طبيب مكتب الدخول بمنحه طلب الاستشفاء (*demande d'hospitalisation*) يوضح فيه حالة المريض ومصالحة العلاج الموجه إليها ثم يوجه إلى مكتب القبول حيث يقدم المريض طلب الاستشفاء ومقابل ذلك يعد عون مكتب القبول أهم وثيقة والمتمثلة في البطاقة المتنقلة (*fiche navette*) التي تحتوي على كافة المعلومات المتعلقة بالمريض وترفق بملخص قياسي للخروج (*Résumé standard de* ) عيادي للخروج (*sorte*) يعد من طرف طبيب مكتب الدخول، وكشف القبول (*bulletin d'admission*) وملخص عيادي للخروج (*Résumé clinique de sorte*)، وتسلم للمريض ويتم توجيهه إلى مصلحة العلاج المتعلقة بحالته المرضية، بعد إكماله أيام الاستشفاء يقوم المريض بتسليم البطاقة المتنقلة المرفقة بملخص قياسي للخروج وكشف القبول وملخص عيادي للخروج إلى مكتب القبول للبدء في إجراءات الخروج بإعداد وثيقة الخروج وشهادة الإقامة الاستشفائية ثم توجيهه إلى مكتب الفوترة أين يتم استغلال البطاقة المتنقلة في إعداد وحساب تكاليف الإقامة ثم يوجه إلى مكتب الصندوق لدفع تكاليف الإقامة (100 دج لكل يوم استشفائي "24 ساعة") ويسلم للمريض وصل الدفع، وبعد ذلك يتوجه المريض إلى مكتب الاستقبال والتوجيه ويقوم بتسليم كافة الوثائق السابقة لعون المكتب الذي يقوم بالتأشير عليها والاحتفاظ بها ثم يسمح له بالخروج من المؤسسة.

أما حالة الولادة فيتم توجيه الحالة مباشرة إلى مصلحة طب النساء والتوليد للكشف من طرف طبيبة المصلحة أو القابلة ويمنح للمريضة طلب استشفاء يرفق بالدفتر العائلي ويقدم إلى مكتب القبول حيث يتم إعداد بطاقة التنقل وترفق بملخص قياسي للخروج وكشف القبول وملخص عيادي للخروج، عند وضع المولود تعد مصلحة الولادة وثيقة الإعلام بالولادة وإرسالها إلى مكتب الحالة المدنية ويتم تسجيل المولود الجديد في سجل الولادات، بعد إكمال أيام الاستشفاء تقوم المريضة بتسليم البطاقة المتنقلة المرفقة بملخص قياسي للخروج وكشف القبول وملخص عيادي للخروج إلى مكتب القبول للبدء في إجراءات

الخروج بإعداد وثيقة الخروج وشهادة الإقامة الاستشفائية ثم توجيهها إلى مكتب الفوترة أين يتم استغلال البطاقة المتنقلة في إعداد وحساب تكاليف الإقامة ثم توجه إلى مكتب الصندوق لدفع تكاليف الإقامة (100 دج لليوم الاستشفائي الواحد) ويسلم للمريضة وصل الدفع، وبعد ذلك تتوجه المريضة إلى مكتب الاستقبال والتوجيه وتقوم بتسليم كافة الوثائق السابقة لعون المكتب الذي يقوم بالتأشير عليها والاحتفاظ بها ثم يسمح لها بالخروج من المؤسسة.

**ملاحظة:** في حالة المرضى المتوجهين إلى مصلحة الاستعجالات تعد بطاقة إقامة استشفائية لليوم فقط (Fiche navette hop / jour) بحيث لا تتعدى مدة إقامتهم 24 ساعة.

### 3-1 مكتب الفوترة

بناء على المعلومات والبيانات المدونة في البطاقة المتنقلة يتم حساب قيمة تكلفة الاستشفاء للمريض وتتضمن الفاتورة مشاركات المواطنين المقدرة بـ 100 دج، قيمة الأدوية المقدمة للمريض، تكاليف الإقامة (الأكل والخدمات المقدمة)، قيمة الفحوصات والعناية المقدمة من طرف الأطباء والمرضى، ترسل هذه الفاتورة إلى هيئات التأمينات الاجتماعية (... CNAS, DAS, CASNOS).

### 4-1 مكتب الحالة المدنية

يتم على مستوى هذا المكتب تسجيل المواليد والوفيات كما يقوم بالتنسيق مع الإدارات والسلطات المحلية (البلدية، المحكمة، الشرطة، الدرك... الخ) وإعلامهم بالحالات المذكورة.

### 4-1 مكتب تحركات المرضى والإحصائيات

تتمثل مهام هذا الأخير في متابعة حركة الدخول والخروج للمرضى، حيث تتم المراقبة اليومية لحركاتهم من خلال التسجيل في سجل حركة المرضى المقيمين (registre de mouvement de la population) والخروج بإحصائيات يومية وشهرية عن العدد الفعلي للمرضى الذين خرجوا أيضا وعدد الوفيات وعدد الأيام الاستشفائية، كما يتم تقديم إحصاءات شهرية لهيئات الضمان الاجتماعي تتمثل في العدد الكلي للمرضى خلال الشهر على مستوى كل مصلحة، حوصلة تتضمن المبالغ والمداخل المحققة حسب التكلفة المتوسطة لليوم الاستشفائي، حوصلة تبين وضعية المرضى اتجاه الضمان الاجتماعي والهيئة التابعة لها، كما يتم على مستوى هذا المكتب الإحصاء اليومي للمرضى المقيمين داخل مختلف المصالح الاستشفائية وتقديم كشف يومي إلى رئيس المطبخ يحمل عدد المرضى في كل مصلحة ونوعية الوجبة المطلوبة.

### 5-1 مكتب الصندوق

يتم على مستوى هذا الصندوق قبض المبالغ المدفوعة لصالح المؤسسة (مبلغ المعاينة، تكاليف الإقامة، مقبوضات أخرى).

### 6-1 مكتب الأرشيف

يتم على مستوى هذا المكتب حفظ الأرشيف المتكون من السجلات والمطبوعات الخاصة بالمرضى للسنة الجارية أو لسنوات سابقة.

### المطلب الثاني : الإجراءات الإدارية في مكتب متابعة وتقييم النشاطات الصحية

يسير هذا المكتب مباشرة من طرف المدير الفرعي للنشطة الصحية ومن بين أهم الأعمال والإجراءات التي يقوم بها هذا المكتب إعداد جدول المناوبة، إعداد وتقديم إحصائيات إلى الجهات الوصية وتنظيم الأنشطة الصحية.

### 1 إعداد جدول المناوبة

#### 1-1-1 جدول مناوبة الإداريين

يتم إعداده على مستوى مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها بحيث يقدم المدير قائمة المناوبين المختارين والمقترحين لإجراء المناوبة التي تتمثل في تقلد مهمة المدير في الأيام العادية من نهاية العمل (الساعة 16.30) إلى غاية بداية العمل لليوم الموالي (الساعة 08.00)، بالإضافة إلى أيام نهاية الأسبوع (الجمعة والسبت) وأيام العطل، حيث غالبا ما يشترط أن يكون المناوب ذو رتبة ملحق إداري فما فوق، ومن اختيار مدير المؤسسة اعتمادا على الثقة الممنوحة للمناوب وانضباطه وقدراته ومهارته في العمل الموكل إليه، وبعد حصول مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها على قائمة المناوبين المختارين يشرع في إنجاز جدول المناوبة بقسمة عدد المناوبات الشهرية على عدد المناوبين، عادة ما تكون المناوبات الناتجة لكل مناوب شهريا ما بين 6 و7 مناوبات ولا يسمح بأكثر من ذلك إلا بقرار من مدير المؤسسة، تقسم عدد المناوبات بالتساوي بين المناوبين ويراعى في ذلك الدورية في العمل في نهاية الأسبوع لكل مناوب، لنتحصل في النهاية على الجدول التفصيلي الشهري للمناوبة يؤشر من طرف المدير وتقدم نسخ للمعنيين بتنفيذه.

#### 2-1-2 جدول مناوبة الأطباء الأخصائيين

هم من يقترحون جدول المناوبة حسب البرنامج المعد للعمليات الجراحية وبالتنسيق فيما بينهم آخذين بعين الاعتبار الدورية في العمل نهاية الأسبوع وأيام العطل، يقدم هذا الجدول إلى مكتب تنظيم

النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها الذي يقوم بمراجعتها والتأكد من عدم وجود أخطاء مع مراعاة شرط عدم تجاوز 10 منوبات في الشهر لكل طبيب أخصائي، ثم يقدم إلى مدير المؤسسة للتأشير عليه وبعد ذلك تقدم نسخ للمعنيين بتنفيذه.

### 1-3- جدول مناوبة الأطباء العامين

يقترحون ثلاث جداول مناوبة كما يلي:

- جدول العمل التناوبي خاص بفترة النهار في أيام العمل العادية حيث يتم تناوب ثلاث أطباء يوميا.
- جدول العمل التناوبي خاص بفترة الليل في أيام العمل العادية حيث يتم تناوب طبيبين يوميا.
- جدول مناوبة خاص بأيام نهاية الأسبوع والعطل حيث يتم تسخير طبيبين مناوبين في مصلحة الاستعجالات وطبيبين في المصالح الأخرى.

وتتبع نفس الإجراءات المتبعة في إعداد جدول مناوبة الأطباء الأخصائيين إلى غاية تنفيذه.

### 1-4- جدول مناوبة الشبه طبيبين

فهم من يقترحون جدول العمل التناوبي الخاص بكل مصلحة على حدة، بحيث يتم التناوب بالفرق، يضم كل فريق من 4 إلى 5 شبهين طبيبين، بحيث يسخر فريقين لفترة النهار وثلاث فرق لفترة الليل.

### 1-5- جدول مناوبة المراقبين الطبيين

يعد جدول المناوبة على مستوى مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها ويكون خاص بفترة الليل ونهاية الأسبوع والعطل، أما باقي أيام العمل العادية فهناك مراقب طبي وحيد المعين قانونيا، حيث يعمل المراقبون المناوبون وفقا لطريقة الدوران 1 على 3 أي يعمل المراقب الواحد منهم يوم ويعفى من المناوبة لمدة ثلاث أيام.

### 1-6- جدول مناوبة الصيدلية

بالنسبة لمصلحة الصيدلية يتم التناوب في نهاية الأسبوع وأيام العطل فقط وذلك تبعا لجدول مؤقت، أما أيام العمل العادية الأخرى فيتم تعيين أحد موظفي الصيدلية واستدعائه في حالة الضرورة فقط.

### 2 إعداد وتقديم الإحصائيات إلى الجهات الوصية

يتم تقديم تقارير وإحصائيات دورية بصفة منتظمة وغير منتظمة إلى مديرية الصحة بالولاية وهي الإحصائيات المرسله أسبوعيا إلى مديرية الصحة بالولاية وتخص الأمراض إجبارية التصريح (MDO) المحددة من طرف وزارة الصحة وتقارير عن الفحوصات، الإحصائيات المرسله شهريا مثل الأمراض



إجبارية التصريح المثبتة من طرف المخبر (MDO confirmées par labo)، الأمراض المتقلبة عن طريق الحيوانات (zoonose)، أسباب الوفيات، الشلل، الحوادث، التسمم، التثانوس بالنسبة للمواليد الجدد، بالإضافة إلى الإحصائيات المقدمة كل ثلاث أشهر وتخص تحويلات المرضى، الاستجابات الطبية الجراحية، الفحوصات المختصة، حساب التكاليف، قسم العمليات، حالات الانتحار... الخ.

**3- تنظيم الأنشطة الصحية:** يتم تنظيم الأنشطة الصحية وفقا للبرامج والتعليمات المرسله من طرف الهيئة الوصية بالإضافة إلى جدول الأعمال المسطر من طرف المديرية على المستوى المحلي والمطبق على مستوى المصالح الداخلية وذلك بالتنسيق مع مختلف رؤساء المصالح الاستشفائية ويتجلى ذلك في تنظيم النشاط الصحي داخل المصالح الصحية الاستشفائية، مراقبة مدى تطبيق برنامج النظافة الاستشفائية من خلال لجان النظافة، مراقبة سير المصالح الصيدلانية من خلال لجنة الأدوية، مراقبة سير وحرق النفايات الصحية من خلال لجنة الحررق، اقتراح التدابير التي تساهم في ترقية وتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمريض، الاستماع للانشغالات التقنية للأطباء والشبه طبيين... الخ.

#### 4- مصالح العلاج بالمؤسسة الصحية العمومية

تنقسم مصالح العلاج على مستوى المؤسسة الصحية العمومية إلى : المصالح الاستشفائية والمصالح التقنية:<sup>1</sup>

#### 4-1 المصالح الاستشفائية

تتمثل المصالح الاستشفائية في خمس مصالح نعرضها فيما يلي:

**4-1-1 مصلحة الجراحة العامة:** من مهام المصلحة إجراء العمليات الجراحية، السهر على راحة المريض، ضمان الاستشفاء الحسن للمريض بعد العملية، إعداد برنامج تغذية مناسب للمرضى، إعداد جدول العمليات وجدول المناوبات بالتنسيق مع الأطباء والشبه الطبيين.

#### 4-1-2 مصلحة طب أمراض النساء والتوليد

من مهام المصلحة الاستشفاء قبل الولادة، عمليات التوليد، العناية بعد الولادة، إعداد التقارير والإحصائيات الخاصة بالمصلحة (عدد المواليد والوفيات للأطفال أو الأمهات، أسباب الوفيات، التحويلات، عمليات التلقيح)، إعداد جدول المناوبات الخاص بالأطباء والشبه الطبيين.

#### 4-1-3 مصلحة الطب الداخلي

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 15، القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، ص 20.

مهمة المصلحة تتمثل في التكفل بالمرضى المصابين بالأمراض المزمنة خاصة منها مرضى السكري في مراحله الأولى، الشلل التام والجزئي، السل، الجهاز الهضمي، مرضى القصور الكلوي.

#### 4-1-4 مصلحة طب الأطفال

مهمة المصلحة تتمثل في التكفل بعلاج الأطفال المرضى الوافدين من مصلحة الولادة أو من خارج المؤسسة ومتابعة حالتهم الصحية.

#### 4-1-5 مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية

مهمة المصلحة تتمثل في استقبال الحالات الاستعجالية وتقديم العلاجات الضرورية والقيام بفرز المرضى وتحويل كل مريض حسب حالته إلى المصالح الاستشفائية والتقنية للمؤسسة أو خارج المؤسسة، وكذلك القيام باستشفاء المرضى لمدة لا تفوق 24 ساعة.

#### 4-2 المصالح التقنية

تتمثل المصالح التقنية في ست مصالح نعرضها فيما يلي:

#### 4-2-1 مصلحة الأشعة المركزية

مهمة المصلحة تتمثل في إجراء المعاينات بالأشعة للمرضى المتقدمين للمصلحة شريطة أن يكونوا مرفقين بوثيقة إثباتية مسلمة من طرف الطبيب المعين في مصلحة ما ووصل دفع مبلغ الفيلم المقدم بعد إجراء المعاينة بالأشعة.

#### 4-2-2 مصلحة المخبر المركزي

مهمة المصلحة تتمثل في إجراء التحاليل الطبية الخاصة بمرضى السكري والكلية والكبد، تحليل الدم، التحاليل المجهريّة للبكتيريا والفيروسات.

#### 4-2-3 نقطة حقن الدم

مهمة المصلحة تتمثل في استقبال المتبرعين بالدم وتجميع الدم وتحليله والتأكد من صحته وحفظه في جيوب وتوزيعه على احتياجات المصالح الاستشفائية.

#### 4-2-4 مصلحة تصفية الكلى

مهمة المصلحة تتمثل في التكفل بمرضى القصور الكلوي بحيث تجري حصص التصفية.

#### 4-2-5 جناح العمليات

مهمة الجناح تتمثل في إجراء العمليات الجراحية المستعجلة والمبرمجة.

## خلاصة الفصل الرابع

لقد سخرت الجزائر في مجال الصحة العمومية موارد كبيرة منذ أكثر من عشرين عامين، ومع هذا لم تتمكن من تحقيق النتائج المنتظرة والمسطرة، من خلال السياسة الوطنية للصحة من جهة ولا التحكم في النفقات الكبيرة مقارنة بدول أخرى خاصة المجاورة.

وإذا ما نظرنا إلى تمويل القطاع الصحي نجد أنه كان أنه كان كمي أكثر منه نوعي، وذلك من خلال التجهيزات والهيكل والوسائل على حساب نوعية الخدمة المقدمة، أما حل مشاكل التنظيم والتسيير فلم تحقق التغيير المنشود وذلك لغياب هندسة تسييره شاملة التي لا تقف عند الإصلاحات الترقيعية للقطاع بل تتعداها إلى الإنتاج والاستثمار للوصول إلى مواكبة التحولات والتكيف مع الانظمة الصحية العالمية المتطورة.

أما المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر فنخلص إلى أنها تعمل في بيئة تنظيمية واحدة، تحكمها لوائح وقوانين وتشريعات جامدة، وهذا ما نلاحظه من خلال تدني مستوى التسيير والأداء في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، حيث أصبحت غير قادرة على تقديم خدمة ذات نوعية تحقق مستوى ملموس من رضا المستفيدين.

## الفصل الخامس

الدراسة الميدانية لتأثير ازدواجية السلطة

على اتخاذ القرار في المؤسسات

الاستشفائية العمومية بولاية المسيلة

## مقدمة الفصل الخامس

تعتبر الدراسة الميدانية وسيلة بحث هامة، فمن خلالها يتم تحصيل معلومات هامة فضلا عن إسقاط الحقائق النظرية على أرض الواقع، سنحاول من خلال هذا دراسة تأثير ازدواجية السلطة على اتخاذ القرار في المؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية المسيلة، الفصل التعريف بالمنظومة الصحية بولاية المسيلة و إلى المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة التي قمنا باختيارها كعينة عن المؤسسات الاستشفائية العمومية بالجزائر.

كما سنتطرق في المبحث الثاني إلى الاجراءات المنهجية المتبعة من التعرف على خصائص العينة المدروسة إضافة إلى كيفية تحضير الاستبيان، ثم صدق وثبات الاستبيان

أما المبحث الأخير فهو لاختبار الفرضيات من خلال أربعة محاور تقيس درجة تأثير ازدواجية السلطة على القرار في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

## المبحث الأول: تنظيم المنظومة الصحية لولاية المسيلة

تتميز المنظومة الصحية بولاية المسيلة بشساعة المساحة الجغرافية وتركز السكان في أربع جهات رئيسية متفرقة على الولاية تتمثل في الدوائر التالية : المسيلة، بوسعادة، سيدي عيسى، مقرة، عين الملح، بن سرور

نحاول في هذا المبحث توضيح الهياكل الموجودة و عدد المستخدمين الطريقة المتبعة في التسيير على مستوى الولاية، بالإضافة إلى بعض النقائص

## المطلب الأول: الخريطة الصحية على مستوى الولاية

الخريطة الصحية تتبع التوزيع السكاني للمناطق الكبرى للولاية المذكورة سابقا ولذلك كان الخريطة الصحية لمديرية الصحية تعتمد على الهياكل الكبرى الموجودة على مستوى الولاية حسب تقسيم المرسوم التنفيذي 104/07 المؤرخ في 19ماي 2007 وفق الشكل رقم (1.5) وقد كان عدد المستخدمين على مستوى الولاية لسنة 2015 كآلاتي:

## الجدول رقم(1.5) : عدد المستخدمين على مستوى الولاية

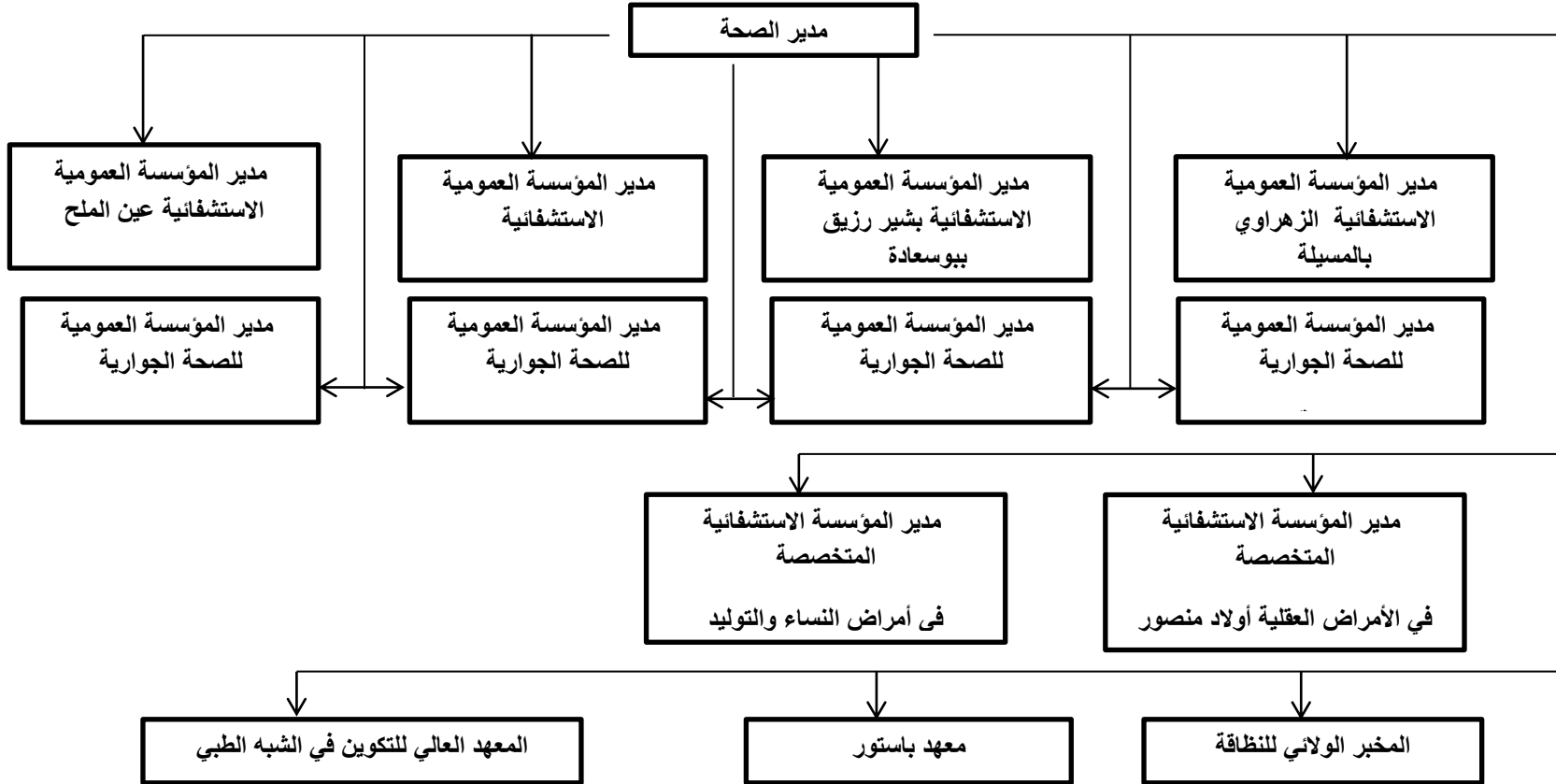
العدد	المستخدمون
519	أطباء عامون
232	أطباء متخصصون
22	صيدلي
122	أطباء أسنان
2815	شبه طبي
2141	جهاز إداري ومهنيين

المصدر: : مديرية الصحة لولاية المسيلة

رغم العدد المقبول نسبيا من عدد المستخدمين ، إلا أن هناك نقصا في الاحتياجات في المستشفيات

خاصة الأطباء فنلاحظ أن الفارق بين التعداد الحقيقي والمالي كبير في هذه الفئة وهذا ما تبينه الجداول المأخوذة من المستشفيات لتعداد المستخدمين ( أنظر الملحق رقم 05)

الشكل رقم (1.5) الهيكل التنظيمي المعتمد من مديرية الصحة



المصدر: مديرية الصحة لولاية المسيلة

أما الهياكل الصحية العمومية على مستوى الولاية فإنها تعتمد على التقسيم حسب المرسوم التنفيذي رقم 109/07 المؤرخ في 2007/05/19 المحدد لإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها والجدول التالي يوضح أعداد هاته الهياكل

#### الجدول رقم (2.5) عدد الهياكل على مستوى ولاية المسيلة

المؤسسات	العدد	المؤسسات	العدد
المؤسسات الاستشفائية العمومية	6	العيادات المتعددة الخدمات	53
المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	6	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	202

المصدر: مديرية الصحة لولاية المسيلة

نلاحظ من الجدول أن التقسيم الجديد خفف العبء على المؤسسات الاستشفائية العمومية التي كانت تسمى القطاع الصحي حسب المرسوم التنفيذي رقم 97 /466 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 حيث كانت تحت مسؤوليتها جميع الهياكل الأخرى، بينما أصبحت المؤسسات العمومية للصحة الجوارية هي المسؤولة بعد المرسوم، وصدر القرار الوزاري رقم 104/07 حيز التنفيذ حيث صار لكل من المؤسسات الاستشفائية العمومية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية إدارة مستقلة.

#### المطلب الثاني: المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة وهياكلها التنظيمية

تتميز المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة بهياكل تنظيم متشابهة تقريبا وفق الشكل رقم (2.5) الذي يعتمد تنظيمه على المجلس الإداري والمصالح الاستشفائية (أنظر الملاحق 6 و7)، بالنسبة للمصالح الاستشفائية ومكاتب المصالح الإدارية وطريقة سيرها بصفة عامة مشروحة في الفصل الرابع في المبحث الأخير إجراءات الأنشطة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية

لكن الفرق بين الهياكل التنظيمية للمؤسسات يتمثل في بعض المصالح الاستشفائية الموجودة في مستشفى وغير موجودة في آخر ولتبيين ذلك توضح الجدول المستشفيات ومصالحها وعدد الأسرة و المستخدمين حسب كل مستشفى مدروس وحسب المعلومات المعطاة لنا من مصالح الموارد البشرية لعينة المستشفيات



## 1- المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي - المسيلة

تتفرد هذه المؤسسة بوجود مصالغ لا توجد في المستشفيات الأخرى، غير أن مصلحة التوليد لا توجد بها وذلك لوجود مستشفى متخصص في أمراض النساء والتوليد (مستشفى سليمان عميرات لأمراض النساء والتوليد).

الجدول رقم (3.5): أرقام المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي - المسيلة-

المؤسسة الصحية العمومية	المصالح	عدد المنظمة	الأسرة	المستخدمين	العدد
المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي المسيلة	مصلحة الاستعجالات	37		الأطباء المتخصصون	49
	الجراحة العامة	24		الأطباء العامون	37
	الطب الداخلي	63		صيدلي	4
	أمراض العظام والرضوض	20		مخبري متخصص	5
	طب الأطفال	40		الشبه طبي	327
	الأمراض المعدية	30		الاداريون	47
	طب الأورام	20		التقنيون	10
	طب أمراض القلب	20		المهنيون	196
	المجموع	289		المجموع	685

المصدر: المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي - مصلحة الموارد البشرية-

## 2- المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق - بوسعادة-

تغطي هذه المؤسسة تقريبا كامل الجهة الجنوبية من الولاية، ولذلك سوف نلاحظ أن هناك أعداد

مكتملة للأسرة أكثر من الطاقة الاستيعابية للمستشفى ( أنظر الملحق رقم 08)

الجدول رقم (4.5): المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق - بوسعادة-

العدد	المستخدمين	عدد الأسرة المنظمة	المصالح	المؤسسة الصحية العمومية
46	الأطباء المتخصصون	26	مصلحة الاستعجالات	المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق - بوسعادة-
42	الأطباء العامون	60	الجراحة العامة	
3	صيدلي	92	الطب الداخلي + الأمراض المعدية	
327	الشبه طبي	60	أمراض النساء والتوليد	
197	الاداريون + التقنيون	52	طب الأطفال	
612	المجموع	282	المجموع	

المصدر: المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق بوسعادة - مصلحة الموارد البشرية-

### 3- المؤسسة العمومية الاستشفائية سيدي عيسى:

أنشئت هذه المؤسسة سنة 1985 من طرف مؤسسة بلجيكية (GEBA) بها مصلحة استعجالات بدأت الخدمة سنة 2008، تقع المؤسسة في الجهة الشمالية للولاية وتبعد عن مقر الولاية ب90كم، حيث تغطي حاجيات 164727 ساكن من دوائر ولاية المسيلة القريبة منها، و30000 ساكن من ولايتي البويرة والمدية.

أما أرقامها فهي مختصرة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (5.5): المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى

العدد	المستخدمين	عدد الأسرة	المصالح	المؤسسة الاستشفائية
29	الأطباء المتخصصون	16	مصلحة الاستعجالات	المؤسسة الإستشفائية العمومية سيدي عيسى
40	الأطباء العامون	64	الجراحة العامة	
2	صيدلي	72	الطب الداخلي	
270	الشبه طبي	60	أمراض النساء والتوليد	
170	الاداريون + التقنيون	44	طب الأطفال	
471	المجموع	256	المجموع	

المصدر: المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى - مصلحة الموارد البشرية-

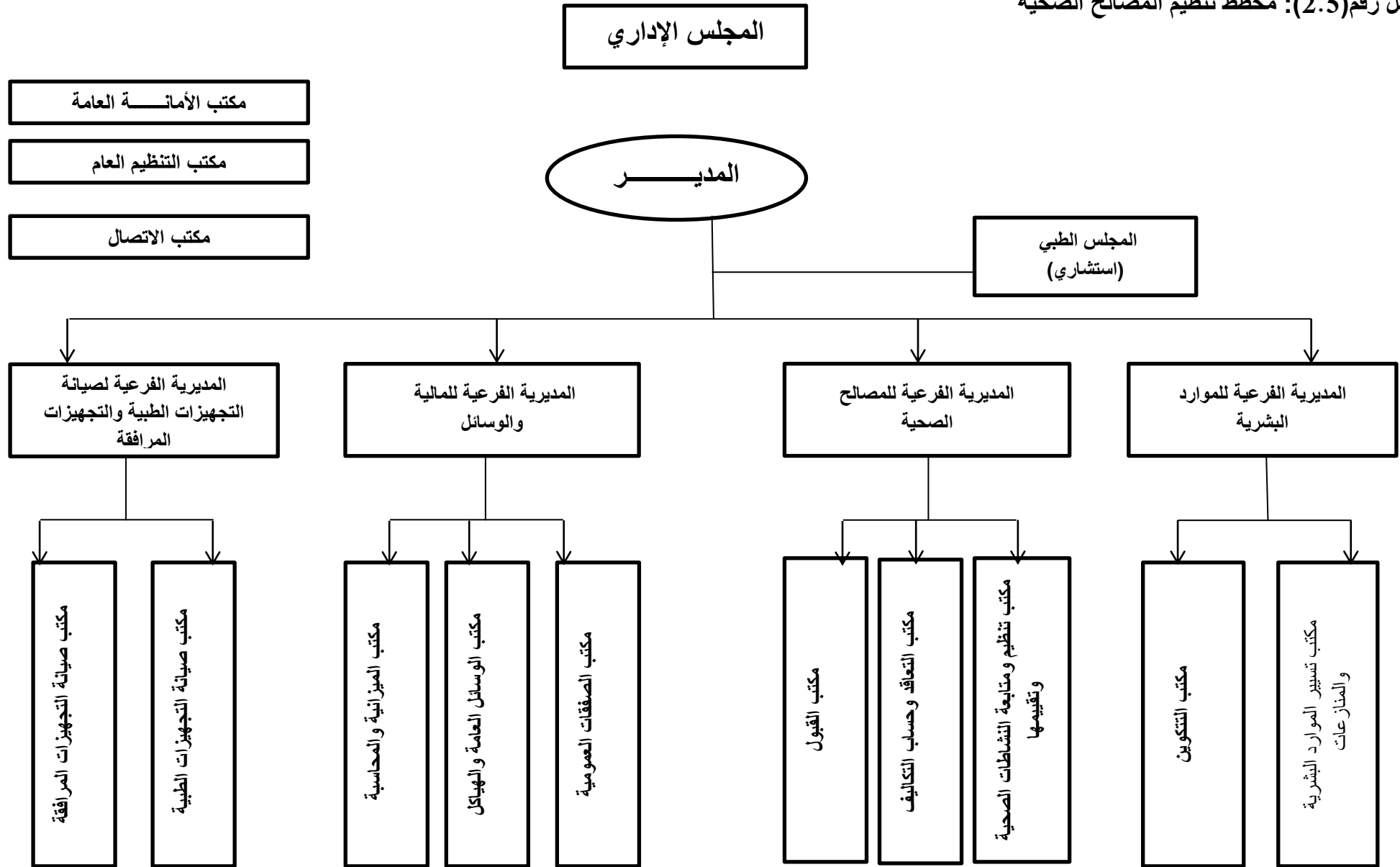
#### 4- المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين الملح

تبعد عن مقر الولاية ب 120 كم ، و عدد الأسرة بها هو 220

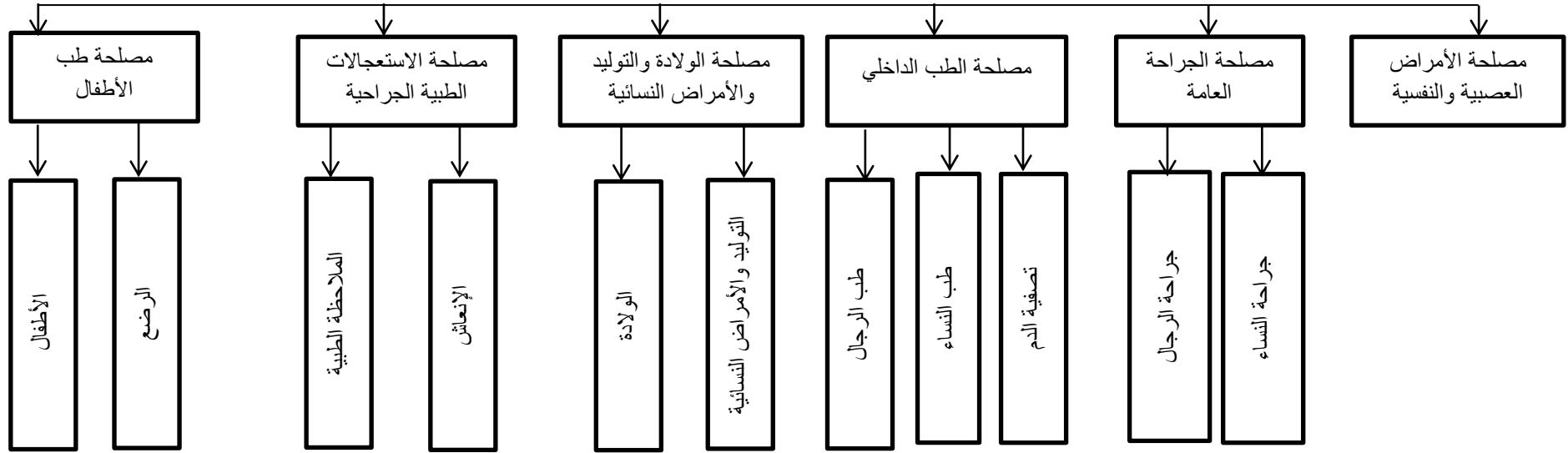
وعدد المستخدمين كالتالي: الأطباء العامون:37 ؛ الأخصائيون:15؛ الشبه طبي: 180؛ إدارة +تقنيين:

.120

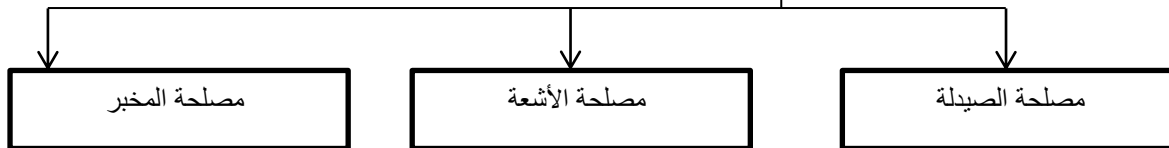
الشكل رقم (2.5): مخطط تنظيم المصالح الصحية



المصالح الاستشفائية



المصالح التقنية



المطلب الثالث: المجلس الإداري والطبي ومهامهما داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية

### 1- مجلس الإدارة

يعتبر مجلس الإدارة أعلى هيئة تسييرية في المؤسسة العمومية الاستشفائية، حيث يشرف على تحقيق المهام الخاصة بالمستويات العليا للإدارة، التعرف على هذا المجلس يتم من خلال ذكر أعضائه ثم مهامه، إضافة إلى دوره المفترض والواقعي في تسيير المؤسسة والقرارات الصادرة عنه.

#### 1-1 أعضاء مجلس الإدارة

ينكون مجلس الإدارة في المؤسسة العمومية الاستشفائية من أعضاء ممثلين كما يلي 1 :

ممثل عن الوالي رئيسا؛ ممثل عن إدارة المالية؛ ممثل عن التأمينات الاقتصادية؛ ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي؛ ممثل عن المجلس الشعبي الولائي، ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة، ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه؛ ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه؛ ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة؛ ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة. رئيس المجلس الطبي.

يُعيّن أعضاء مجلس الإدارة لعهدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي، بناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعة لها، وفي حالة انقطاع عهدة أحد أعضاء مجلس الإدارة يعين عضو جديد بنفس الطريقة لخلافته إلى غاية انتهاء العهدة.

مهام مجلس الإدارة:

#### 1-2 مهام مجلس الإدارة

أما مهام مجلس الإدارة فتتمثل في مداولة قرار ارت المؤسسة، وعلى الخصوص في 1 :

- مخطط تنمية المؤسسة على المديين القصير والمتوسط.
- مشروع ميزانية المؤسسة والحسابات التقديرية إضافة إلى مشاريع الاستثمار.
- الحساب الإداري.
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة، البرامج السنوية لحفظ البنايات والتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة وصيانتها.

<sup>1</sup> المادة 14 من المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها

- العقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة لاسيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والتعاضديات والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى.

- مشروع جدول تعداد المستخدمين.

- النظام الداخلي للمؤسسة.

## 2- المجلس الطبي

سنقوم بدراسة المجلس الطبي من خلال التعرف على أعضائه ومهامه، وكذا علاقته بعملية اتخاذ القرارات في المؤسسة العمومية الاستشفائية.

### 2-1 أعضاء المجلس الطبي

يتكون المجلس الطبي من عدة أعضاء كما يلي<sup>1</sup>:

- مسؤولو المصالح الطبية.

- الصيدلي المسؤول عن الصيدلية.

- جراح أسنان.

- شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبة في سلك الشبه طبيين.

- ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين، عند الاقتضاء.

### 2-2 مهام المجلس الطبي

يكلف المجلس الطبي بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وابداء أريه الطبي والتقني فيها، خاصة فيما يلي:

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية.

- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية واعادة تهيئتها.

- برامج الصحة والسكان.

- برامج العلمية والتقنية.

- إنشاء هياكل طبية أو إلغاؤها.

يقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها، لاسيما مصالحي العلاج والوقاية.

<sup>1</sup> المادة 24 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها

يمكن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية إخطار المجلس بشأن كل مسألة ذات طابع طبي أو علمي أو تكويني.

### المبحث الثاني: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمس هذه الدراسة الميدانية المؤسسات العمومية الاستشفائية على مستوى الولاية من عينة تم اختيارها بطريقة المعاينة العشوائية البسيطة على الجهاز الإداري والجهاز الطبي داخل المستشفيات، تم استخدام طريقة الاستبيان المغلق كأداة منهجية لجمع البيانات حول 4 محاور لقياس مدى تأثير ازدواجية السلطة على اتخاذ القرار، وقد تم صياغة الاستبيان خصيصا من أجل جمع البيانات التي تساعد على فحص الفرضيات الميدانية، وسيتم تقسيم هذا المبحث إلى ثلاثة مطالب، سيتناول الأول منها بيانات حول عينة الدراسة أما الثاني فسيتناول خصائص عينة الدراسة، أما المطلب الثالث فيتعلق بالاستبيان وطريقة تحضيره.

#### المطلب الأول: عرض عينة الدراسة

يتمثل مجتمع الدراسة في الجهاز الإداري والجهاز الطبي داخل المؤسسات العمومية الاستشفائية للصحة بولاية المسيلة، والتي تشمل المؤسسات الاستشفائية العمومية الكبرى.

#### 1- بيانات حول عينة الدراسة

يشتغل القطاع العمومي الاستشفائي بولاية المسيلة تحت وصاية مديرية الصحة والسكان الولائية، التي توظف نشاط المؤسسات الصحية العمومية، ومن خلال الاحصائيات لمديرية الصحة والسكان لولاية المسيلة المقدمة سلفا، يتضح أن الهياكل الصحية بالولاية تنطوي على 6 (ستة) مستشفيات عمومية 6 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، وعدد من العيادات المتعددة الخدمات وبالتالي يضم مجتمع الدراسة الأجهزة الإدارية والطبية لست 6 مؤسسات عمومية استشفائية.

وقد تم اختيار عينة عشوائية مكونة من أربع مؤسسات عمومية استشفائية، والجدول الموالي يقدم معلومات عن عينة الدراسة.



الجدول رقم (6.5): بيانات حول مجتمع الدراسة

عدد	الجهاز	المؤسسة الصحية العمومية
47	الجهاز الإداري	المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي المسيلة
98	الجهاز الطبي	
<b>145</b>	<b>المجموع</b>	
40	الجهاز الإداري	المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق بوسعادة
88	الجهاز الطبي	
<b>128</b>	<b>المجموع</b>	
35	الجهاز الإداري	المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى
69	الجهاز الطبي	
<b>104</b>	<b>المجموع</b>	
50	الجهاز الإداري	المؤسسة الاستشفائية العمومية عين الملح
30	الجهاز الطبي	
<b>80</b>	<b>المجموع</b>	

المصدر: المديرية الولائية للصحة والسكان لولاية المسيلة، بتصريف

## 2- خصائص عينة الدراسة

لقد تم توزيع الاستبيانات على المؤسسات المذكورة أعلاه، بالتسليم المباشر إلى الموظفين الذين يشغلون مناصب إدارية والذين يشتغلون في السلك الطبي خاصة الأطباء، بمعدل 15 إلى 20 استبيان في كل مؤسسة، وقد كانت وظائف الأفراد الذين وجه لهم الاستبيان بين طبيب مختص وعام في الجهاز الإداري، مساعد المدير، كتاب إداريين، تقنيي الاعلام الآلي، مدراء الموارد البشرية، مدراء الصفقات والمتصرفين ما بين رئيسي وعادي في الجهاز الإداري والجدول الموالي يوضح خصائص عينة الدراسة.

الجدول رقم (7.5): نوع المؤسسات وعدد المشاركين

نوع المؤسسة	الاستبيانات الموزعة	الاستبيانات المسترجعة	نسبة الاسترجاع (%)
المؤسسة الاستشفائية العمومية بوسعادة	20	17	%85
المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة	20	16	%80
المؤسسة العمومية الاستشفائية سيدي عيسى	18	15	%83,33
المؤسسة العمومية الاستشفائية عين الملح	15	09	%60
المجموع	73	57	%78,08

المصدر: تم إعداده بعد توزيع وتجميع الاستبيانات.

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن عدد المشاركين هو 57 مشاركا من 4 مؤسسات عمومية استشفائية، مع نسبة استرجاع فاقت 78%.

أما عن الصفات النوعية للمشاركين في الدراسة (الاستبيان)، فقد تم التقاطها من خلال الاستبيان وبيوضها الجدول الموالي.

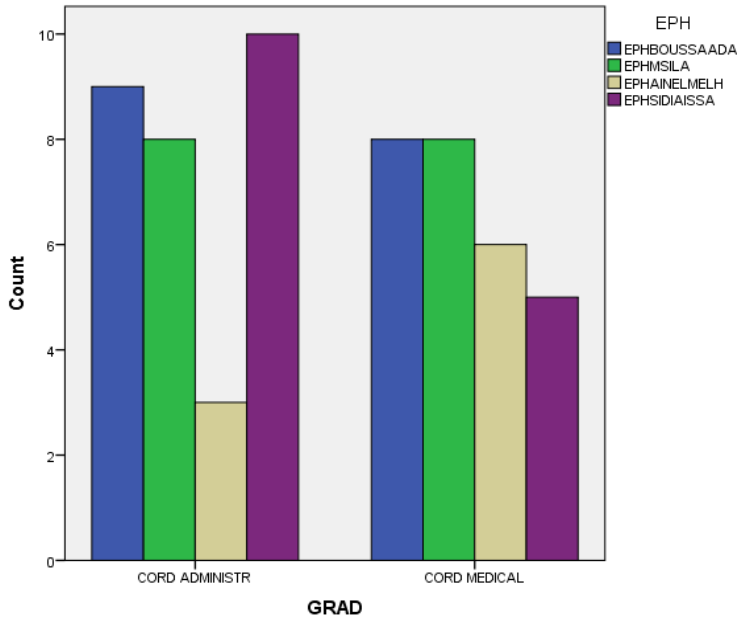
الجدول رقم (8.5) : توزيع المشاركين حسب السلك المهني

نوع المؤسسة	السلك الطبي	السلك الإداري	المجموع
المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق بوسعادة	8	9	17
المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهاوي بالمسيلة بوسعادة	08	08	16
المؤسسة العمومية الاستشفائية سيدي عيسى	06	09	15
المؤسسة العمومية الاستشفائية عين الملح	06	03	09
المجموع	28	30	57

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على برنامج spss

والشكل التالي يوضح توزيع الجهازين حسب المستشفى

الشكل رقم (1.5) توزيع الجهاز الإداري والطبي على المستشفيات



المصدر: من إنجاز الطالب بالاعتماد على مخرجات ال SPSS

في حين كان توزيع جنس المشاركين لكل مستشفى كما يبينه الجدول الموالي

الجدول رقم (10.5) توزيع المشاركين حسب الجنس لكل مستشفى

المجموع	أنثى	ذكر	الجنس
			نوع المؤسسة
17	8	9	المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق بوسعادة
16	10	06	المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهاوي بالمسيلة بوسعادة
15	09	06	المؤسسة العمومية الاستشفائية سيدي عيسى
09	04	05	المؤسسة العمومية الاستشفائية عين الملح
57	28	29	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على برنامج spss

المطلب الثاني: مصادرة جمع البيانات وتحضير الاستبيان

في هذا المطلب سيتم عرض كيفية جمع البيانات وإعداد الاستبيان:

#### 1- المنهجية ومصادرة جمع البيانات

لقد تم اتباع المنهج الوصفي التحليلي وقد تم استعمال بيانات ثانوية في الجانب النظري، من خلال مراجعة الكتب والمقالات والمنشورات والنصوص التشريعية والتنظيمية التي تتعلق بالقطاع العمومي الاستشفائي الجزائري، وذلك من أجل الحصول على فهم للموضوع ومستجداته، أما في الجانب الميداني فالبيانات الأولية هي التي ستستغل في الدراسة، وقد تم الحصول عليها بتوزيع استبيانات على أفراد العينة المستهدفة من أجل حصر وتجميع المعلومات اللازمة لاختبار الفرضيات، ويتم تفرغها وتحليلها باستخدام البرنامج الاحصائي SPSS. V21.

## 2- تحضير الاستبيان

لقد تم إعداد الاستبيان بالاعتماد على المفاهيم النظرية المحصلة من الإطار النظري للدراسة، حيث تم صياغته حتى يغطي أربعة محاور هي امتداد لفرضيات البحث، يتعلق الأمر بوضوح القوانين، صنع القرار، لامركزية القرار، العلاقات ودور المدير، وهذه المحاور حسب الدراسات السابقة وحسب الإطار النظري هي التي تخلق الازدواجية وتؤثر على القرار، لذلك تم اعتماد الفرضيات على حسب هذه المحاور لاختبارها.

## 2-1- مراجع إعداد الاستبيان

لقد حاول الباحث التأكد من فعالية الاستبيان في جمع المعلومات الضرورية لاختبار الفرضيات، وذلك باتباع الخطوات الآتية:

- إعداد قائمة من الأسئلة الأولية مقسمة على أربعة محاور
- توزيع عينة عشوائية أولية لقياس الثبات ولمراجعة الأسئلة، وقد وجدنا أن معامل الثبات مقبول نسبياً وكانت قيمته 0.763
- بغرض التأكد من صدق الاستبيان تم عرضه على أساتذة التعليم العالي وذوي الاختصاص والخبرة في الدراسات الاحصائية، واستشارتهم فيما يخص طريقة طرح الأسئلة، وقائمة الأساتذة المحكمين للاستبانة موجودة في الملحق رقم (4) أما الخطوات فكانت كالتالي
- تم تعديل وحذف ما يلزم وفق الاستشارة المنجزة.
- توزيع الاستبيان والقيام باختبار الثبات.
- استغلال الاجابات، تحليل النتائج واختبار الفرضيات.

## 2-2- محاور الاستبيان

كما سبق الذكر هناك أربعة محاور كما يلي:

- المحور الأول: يتضمن 08 فقرات.
- المحور الثاني: يتضمن 07 فقرات.
- المحور الثالث: يتضمن 07 فقرة.
- المحور الرابع: يتضمن 07 فقرات.

وكانت الإجابة عنها مغلقة باتخاذ أحد المواقف الآتية: غير موافق بشدة، غير موافق، موافق، موافق بشدة، وذلك وفق مقياس ليكرت الرباعي حسب مايلي:

التصنيف	غير موافق بشدة (توافق ضعيفة جدا)	غير موافق (توافق الدرجة الضعيفة)	موافق (توافق درجة القوة)	دائماً (توافق القوة الشديدة)
الدرجة	1	2	3	4

#### المطلب الثالث : اختبار صدق الاستبيان

تم التأكد من صدق الاستبيان من خلال

#### 1- صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاستبيان

يعني الاتساق الداخلي قوة ارتباط فقرات الاستبيان مع المحور الذي تنتمي اليه، ويتم هذا الاختبار بحساب معامل ارتباط سبيرمان Spearman لكل فقرة من فقرات الاستبيان مع المتوسط الكلي للمحور الذي تنتمي اليه الفقرة.

#### 1-1 اختبار صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الأول

يبين الجدول رقم (11.5) أدناه معامل ارتباط سبيرمان لكل فقرة من فقرات المحور الأول: وضوح القوانين في المؤسسات الاستشفائية مع المتوسط الكلي للمحور.

الجدول رقم (11.5): الاتساق الداخلي لفقرات المحور الأول

رقم الفقرة	الفقرة	معامل الارتباط r	مستوى الدلالة
1	القوانين التي تنظم عمل المستشفى تطبق بشكل صارم	0,700	0.000
2	درجة التفاهم بيني وبين رئيسي جيدة	0,582	0.000
3	درجة التفاهم بيني وبين مرؤوسي جيدة	0,719	0.000
4	أنفذ العمل المطلوب مني مع اقتناعي بجدواه	0,584	0.000
5	أتحمل مسؤولية تحقيق نتائج العمل لوجود صلاحيات كاملة مخولة لي	0,510	0.000
6	توجد درجة عالية من الثقة والتعاون بين الإدارة والأطباء	0,520	0.000
7	عدم وجود تداخل في المسؤوليات بيني وبين العاملين الآخرين سواء إداريين أو أطباء	0,458	0.000
8	يوجد عدالة في تطبيق القانون الداخلي على الجميع دون تمييز	0,418	0.001

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي وفق برنامج SPSS في الملحق رقم 03.

يتبين لنا من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط لكل الفقرات تراوحت بين 0,418 و 0,719 وهي دالة بحيث أن مستوى الدلالة لم يتجاوز 0,05، ومنه نعتبر جميع الفقرات صادقة معبرة عن صدق الأداة في هذا المحور.

## 1-2 اختبار صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثاني:

يبين الجدول أدناه معامل ارتباط سبيرمان لكل فقرة من فقرات المحور الثاني

## الجدول رقم (12.5) الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثاني

رقم الفقرة	الفقرة	معامل الارتباط r	مستوى الدلالة
1	توجد هيمنة واضحة للأطباء في صنع القرارات داخل مستشفىنا	0,504	0.000
2	يستخدم الأطباء نفوذهم في التأثير على القرارات المتخذة	0658،	0.000
3	تخشى إدارة المستشفى اشتراك جميع الأطباء دون استثناء في القرارات الاستراتيجية	0,107	0.428
4	لمدير المستشفى سلطة واضحة أكبر من سلطة جميع الأطباء فيها.	0,181	0.178
5	يوجد اشتراك حقيقي بين الإدارة والأطباء في اتخاذ قرارات مناسبة خاصة ما تعلق بتكلفة المريض وتقديم خدمات نوعية تجاهه.	0561،	0.000
6	يتوفر في المستشفى أنظمة لدعم القرار كنظام لوحة القيادة أو التحكم.	0547،	0.000
7	تتخذ القرارات النهائية دون الرجوع واستشارة الأطباء فيها	0,391	0.003

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي وفق برنامج SPSS

يتبين لنا من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط لكل الفقرات تراوحت بين 0,107 و0,561 وهي دالة بحيث أن مستوى الدلالة لم يتجاوز 0,05، ماعدا الفقرة الثالثة التي كانت 0,428



ومنه نعتبر جميع الفقرات صادقة معبرة عن صدق الأداة ماعدا الفقرة الثالثة التي ستحذف في هذا المحور.

### 3-1 اختبار صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثالث :

يبين الجدول رقم (5-13) أدناه معامل ارتباط سبيرمان لكل فقرة من فقرات المحور الأول: لامركزية القرار في المؤسسات الاستشفائية مع المتوسط الكلي للمحور

### الجدول رقم(5.13) الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثالث

رقم الفقرة	الفقرة	معامل الارتباط r	مستوى الدلالة
1	يوجد تفويض للسلطات للمرؤوسين داخل المصلحة التي أعمل فيها	0,691	0.000
2	الهيكل التنظيمي مرن ومناسب للعمل الجيد داخل المستشفى	0629،	0.000
3	يتم تشكيل خلية أزمة مكونة من الأطباء والإداريين لحل مشاكل طارئة	0,504	0.000
4	يتم تنظيم العمل بشكل مستمر	0,695	0.000
5	القرار دائما يأتي من الإدارة العليا	0358،	0.006
6	العلاقات داخل المصلحة التي أعمل بها لا تقوم على التسلسل الهرمي الرسمي وفقا للهيكل التنظيمي للمستشفى	0237،	0.076
7	تقوم إدارة المصلحة برفع تقارير دورية حول نشاطاتها إلى إدارة المستشفى	0,484	0.000

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي وفق برنامج SPSS

يتبين لنا من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط لكل الفقرات تراوحت بين 0,237 و 0,691 وهي دالة بحيث أن مستوى الدلالة لم يتجاوز 0,05، ماعدا الفقرة السادسة التي كانت 0,076 ومنه نعتبر جميع الفقرات صادقة معبرة عن صدق الأداة ماعدا الفقرة السادسة التي ستحذف في هذا المحور.

#### 1-4 اختبار صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الرابع :

يبين الجدول رقم ( 5-14) أدناه معامل ارتباط سبيرمان لكل فقرة من فقرات المحور الأول: العلاقات ودور المدير في المؤسسات الاستشفائية مع المتوسط الكلي للمحور

#### الجدول رقم(14.5) الاتساق الداخلي لفقرات المحور الرابع

رقم الفقرة	الفقرة	معامل الارتباط r	مستوى الدلالة
1	يتقبل المدير النقد ويحاول تقديم الأحسن والأفضل دائما	0,721	0.000
2	هناك علاقات جيدة بين الإداريين والأطباء خارج أوقات العمل	0651،	0.000
3	تستخدم الإدارة جميع القنوات الاتصالية في جميع الاتجاهات	0,675	0.000
4	تتسم الاتصالات بيني وبين الأطباء أو العاملين أو الإداريين بالسهولة	0,639	0.000
5	العلاقة بين الأطباء والإدارة تتسم دائما بالرسمية داخل العمل	0458،	0.006
6	يعالج المدير المشاكل في وقتها دون تأخير ويتخذ القرارات اللازمة حيال ذلك	0525،	0.009
7	يميل المدير إلى صف الأطباء عندما يكون هناك مشكل بين طبيب وإداري	0,341	0.000

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي وفق برنامج SPSS

يتبين لنا من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط لكل الفقرات تراوحت بين 0,341 و 0,721 وهي دالة بحيث أن مستوى الدلالة لم يتجاوز 0,05، ومنه نعتبر جميع الفقرات صادقة معبرة عن صدق الأداة في هذا المحور.

## 2- اختبار الصدق البنائي لمحاور الاستبيان

يقيس اختبار صدق الاتساق البنائي لمحاور الاستبيان معاملات الارتباط بين معدل كل محور من محاور الدراسة والمعدل الكلي للمحاور، وهذا بهدف التأكد من مدى تحقق الأهداف المبتغاة من الدراسة عن طريق المحاور التي تمت صياغتها.

يبين الجدول رقم (5-15) أدناه معامل ارتباط متوسط كل محور من محاور الدراسة مع المتوسط الكلي لمحاور الدراسة.

## الجدول رقم (5.15) الاتساق الداخلي للمحاور مع المحور الكلي

رقم المحور	المحور	معامل الارتباط r	مستوى الدلالة
الأول	وضوح القوانين في المؤسسات العمومية الاستشفائية	0.735	0.000
الثاني	صنع القرار في المؤسسات العمومية الاستشفائية	0.317	0.016
الثالث	لامركزية القرار المؤسسات العمومية الاستشفائية	0.723	0.000
الرابع	العلاقات ودور المدير في المؤسسات العمومية الاستشفائية	0.807	0.000

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي وفق برنامج SPSS

نلاحظ أن هناك ارتباط قوي بين المحاور ماعدا المحور الثاني، مع مستوى دلالة أقل من 0,05، وهذا يعني أن الفقرات صادقة لما وضعت من أجله.

## المبحث الثالث: تحليل البيانات وتفسير النتائج

سوف يتم في هذا المطلب معالجة ثبات الأداة المنهجية، وتحليل أجوبة المشاركين في عينة الدراسة.

## المطلب الأول: تحليل ثبات القياس

يعني الثبات استقرار المقياس وعدم تناقضه مع نفسه، أما الصدق فيقصد بها أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه، وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

زيادة معامل ألفا كرونباخ تعني زيادة مصداقية البيانات لأجل تعميم نتائج العينة على مجتمع الدراسة، وقد تم حساب معامل الثبات لل فقرات الـ 29 ماعدا الفقرتين المحذوفتين، وهما الثالثة من المحور الثاني والسادسة من المحور الثالث ونجد ألفا كرونباخ 0,757 وهي مقبولة ، كما يظهر الجدول الموالي:

## إحصائية الثبات (Statistiques de fiabilité)

عدد العناصر	Alpha de Cronbach
2	0.757

ولقد تم استخراج الفقرات التي تضعف الثبات، وهي الفقرات:

- 2، 5، 6 من المحور الثاني.

- 5، 7 من المحور الثالث.

وبالتالي يمكن حذف هذه الفقرات من أجل زيادة ثبات الأداة.

## 1- دراسة الثبات لكل محور بمفرده

فيما يلي سوف يتم دراسة الثبات عند كل محور .

## 1-2- ثبات المحور الأول

يحتوي المحور الأول على 8 عبارات، وقد راح مقياس ألفا كرونباخ قيمة 0,710، وهي قيمة مقبولة، ويوجد عبارة واحدة إذا حذفنا يزيد معامل الثبات ليصبح 0,716 وهي العبارة الثامنة

## 2-2- ثبات المحور الثاني

يحتوي المحور الثاني على 7 عبارات، وقد راح مقياس ألفا كرونباخ 0,442، وهي قيمة ضعيفة وهذا راجع إلى التشتت في الإجابات بين الجهاز الإداري والطبي داخل المستشفى، و إلى الاختلاف الواضح في وجهات النظر، أما حذف العبارات التي تؤدي إلى زيادة الثبات وهي الرابعة والسابعة ويصبح ألفا كرونباخ 0,659

## 3-2- ثبات المحور الثالث

يحتوي المحور الثالث على 7 عبارات، وقد راجح مقياس ألفا كرونباخ 0,661، وهي قيمة غير مرتفعة، لكن العبارات التي يؤدي حذفها إلى زيادة الثبات في هذا المحور هي العبارات 7 و5. وإذا تم حذفها تصبح قيمة المعامل 0,759.

## 4-2- ثبات المحور الرابع

يحتوي المحور الرابع على 7 عبارات، وقد راجح مقياس ألفا كرونباخ 0,720، وهي قيمة مقبولة، وتوجد عبارتان يؤدي حذفهما إلى زيادة الثبات في هذا المحور وهما 6،7، تصبح بعدها قيمة ألفا كرونباخ بعد الحذف هي 0,747.

## إحصائية الثبات (Statistiques de fiabilité)

عدد العناصر	Alpha de Cronbach
27	0.756

أما صدق الأداة فهو جذر  $0.756 = 0.842$  وهو قريب من الواحد مرتفع. بما أن معامل الثبات الكلي مقبول ولم يكن مرتفع كثيرا، لم نقم بحذف تلك الفقرات لأنها كانت تنطوي على أسئلة جوهرية في تحديد درجة ازدواجية السلطة، وهذا راجع لتشتت الإجابات بين الجهاز الإداري والجهاز الطبي داخل المستشفيات. ويمكن تلخيص النتائج السابقة في الجدول الموالي:

## الجدول رقم (16.5) معامل الثبات والصدق لمحاور الدراسة

الرقم	المحاور	عدد العبارات	الثبات	الصدق
1	وضوح القوانين	8	0,710	0,842
2	صنع القرار	6	0,442	0,664
3	لامركزية القرار	6	0,659	0,810
4	العلاقات ودور المدير	7	0,720	0,848
	الاجمالي	27	0.756	0,869

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.V21 بتصريف.

## اختبار التوزيع الطبيعي

يتم إجراء هذا الاختبار للتعرف على التوزيع الذي تتبعه البيانات والمتمثل في التوزيع الطبيعي أم لا، وهذا باستخدام اختبار كولموغوروف-سميرنوف Kolmogorov- Smirnov. عن طريق اختبار الفرضية (H0): البيانات تتبع التوزيع الطبيعي ضد الفرضية البديلة (H1): البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي. الجدول رقم (5-17) أدناه يوضح نتيجة هذا الاختبار.

## الجدول رقم (17.5) اختبار Kolmogorov-Smirnov لاعتدالية التوزيع

رقم المحور	المحور	عدد الفقرات	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأول	وضوح القوانين في المؤسسات الاستشفائية العمومية	8_	0.784	0.571
الثاني	صنع القرار المؤسسات الاستشفائية العمومية	6	0.707	0.700
الثالث	لامركزية القرار في المؤسسات الاستشفائية العمومية	6	0.816	0.518
الرابع	العلاقات ودور المدير في المؤسسات الاستشفائية العمومية	7	1.217	0.107
	جميع الفقرات	27	0.954	0.323

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.V21 بتصرف

يتبين لنا من خلال الجدول السابق أن مستوى الدلالة لكل محاور الاستبيان وكذا مستوى الدلالة لكل فقرات الاستبيان أكبر من مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي والذي يسمح لنا بإجراء الاختبارات المعلمية.

## المبحث الثالث: اختبار فرضيات الدراسة والفروق بين المتوسطات

نعالج ضمن هذا المبحث تحليل فقرات محاور الدراسة، ثم دراسة العلاقات الارتباطية لاختبار صحة الفرضيات من عدمها والتي كانت كإجابات أولية على الأسئلة الفرعية المطروحة في هذه الدراسة، كما ندرس عدم وجود فروقات في الإجابات تبرر بالمعلومات الشخصية لأفراد العينة المدروسة.

## المطلب الأول: حساب المتوسط المرجح وتحديد اتجاه آراء المشاركين

سيتم تحليل البيانات الإحصائية المجمعة على مستوى إجمالي المؤسسات ثم على مستوى كل مؤسسة على أفراد.

## 1- حساب المتوسط المرجح لإجمالي المحاور وتحديد اتجاه آراء المشاركين

باستعمال البرنامج الإحصائي SPSS نحصل على جدول يبرز المتوسطات المرجحة والانحرافات المعيارية لإجابات العينة حول كل محور، ونقوم بتلخيص النتائج في الآتي:

## الجدول رقم (18.5) المتوسطات المرجحة لإجابات العينة حسب مكونات ازدواجية السلطة

المحاور	وضوح القوانين	صنع القرار	لامركزية القرار	العلاقات ودور المدير
عدد المشاركين	57	57	57	57
المتوسط المرجح	1,824	2,017	1,725	1,764
الانحراف المعياري	0.403	0.535	0.391	0.430
الاتجاه	غير موافق	غير موافق	غير موافق بشدة	غير موافق

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS.V21 بتصرف

من خلال البيانات الإحصائية أعلاه يتضح عدم الموافقة حيال المكونات الأربعة: وضوح القوانين، مكون صنع القرار، لامركزية القرار والعلاقات ودور المدير في المؤسسات الاستشفائية المأخوذة في العينة المدروسة، وهذا ما يبرز الاختلاف الواضح بين الآراء، وهذا إذا أخذنا التحليل بإجمالي المؤسسات المدروسة أي دون التمييز بينها، لذلك سننتهج التحليل بالتمييز بين المؤسسات الاستشفائية حتى نعرف اتجاه كل مؤسسة والفروقات بينها.

## 2- إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)

نستعمل هذا الاختبار الذي يساعدنا في معرفة صحة الفرضية الصفرية ( $H_0$ ) القائلة بأنه لا يوجد فرق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمؤسسة الاستشفائية العمومية التي ينتمي إليها المشارك، ضد الفرضية البديلة ( $H_1$ ) القائلة بوجود فرق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمؤسسة الاستشفائية العمومية التي ينتمي إليها المشارك، والجدول الموالي يوضح ذلك.

وباستعمال البرنامج الاحصائي SPSS نحصل على جدول تحليل التباين الأحادي (ANOVA) الذي نلخصه في الجدول الآتي:

## الجدول رقم(19.5): تحليل التباين الأحادي (ANOVA)

المحاور	قيمة المعنوية	الملاحظة	القرار
وضوح القوانين	0.000	أقل من أو يساوي 0,05	نرفض $H_0$
صنع القرار	0.297	أكبر من أو يساوي 0,05	نقبل $H_0$
لامركزية القرار	0.005	أقل من أو يساوي 0,05	نرفض $H_0$
العلاقات ودور المدير	0.003	أقل من أو يساوي 0,05	نرفض $H_0$

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS.V21 بتصريف

من خلال نتائج الاختبار يتبين لنا أن:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الأول تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول وضوح القوانين تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه فالآراء غير متقاربة بين المشاركين حسب هذا المحور في المستشفيات المدروسة وذلك لاختلاف توجهات أصحاب السلطة في تطبيق القوانين واللوائح.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الثاني تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول صنع القرار لا تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه مكوّن صنع القرار متقارب نسبيا في المؤسسات المدروسة.



- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الثالث تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول لامركزية القرار تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه فهناك عدم تقارب في الإجابات في المؤسسات المدروسة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الرابع تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول العلاقات ودور المدير تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه مكوّن العلاقات غير متقارب نسبيا في المؤسسات المدروسة.

### 3- تحليل اتجاه آراء المشاركين حول عناصر ازدواجية السلطة تبعا للمؤسسة الاستشفائية العمومية

سيتم في هذا الفرع تحليل اتجاه آراء المشاركين حول مكونات ازدواجية السلطة حسب كل مؤسسة على حدى.

#### 3-1- وضوح القوانين

يلخص الجدول الموالي المستخرج من البرنامج SPSS المتوسطات المرجحة والانحرافات المعيارية لإجابات العينة حول مكوّن وضوح القوانين مقسمة حسب المؤسسة

الجدول رقم (20.5) إجابات العينة حول مكوّن وضوح القوانين حسب نوع المؤسسة

نوع المؤسسة	عدد المشاركين	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	الاتجاه
المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق بوسعادة	17	1.786	0.376	غير موافق
المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي المسيلة	16	1.687	0.332	غير موافق بشدة
المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى	15	2.183	0.368	غير موافق
المؤسسة الاستشفائية العمومية عين الملح	9	1.541	0.197	غير موافق بشدة

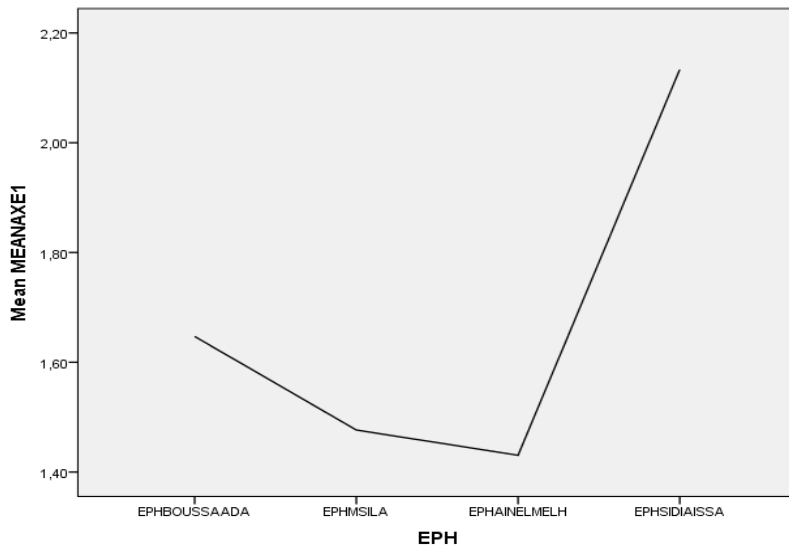
المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.V21 بتصريف

يوضح لنا الجدول أعلاه أن القوانين غالباً لا تطبق، وأنها إذا طبقت تكون غير مفهومة أو غير مناسبة للعمل داخل المؤسسة العمومية الاستشفائية، وهنا تتباين الأدوار ويصبح كل طرف يرى القانون بصفته عائقاً وليس مرشداً.

بالإضافة إلى أنه يمكن أن يكون المشكل في الثقافة السائدة التي لا تتطلع على جميع القوانين أو لا تولي عناية بالقوانين أو الثغرات الموجودة إلا عندما يحدث المشكل، وهنا تنطبع الصورة التي ترى القانون اجراء روتيني لا نطبقه أو لا نستعمله إلا عند المحاسبة أو على الأوراق الرسمية فقط.

ويمكن توضيح بيانات الجدول الاحصائي أعلاه من خلال الشكل رقم (4.5)

الشكل رقم(4.5) إجابات العينة حول مكوّن وضوح القوانين حسب نوع المؤسسة



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS.V21

من خلال الشكل يتبين لنا أن مكوّن وضوح القوانين يساعد نوعاً ما المؤسسة العمومية لسيدي عيسى فأتجاه الاجابات قريب من 2,5 ومنه نستنتج أن القوانين إما كيفية حسب المؤسسة العمومية الاستشفائية، أو مرنة التطبيق نسبياً داخل هذه المؤسسة.

ومن خلال الدراسة الميدانية تبين لنا وضوح ذلك من خلال الملاحظة على طاقم العمل داخل هاته المؤسسة فمثلاً تتم محاسبة العاملين على الأعمال التي قاموا بها أكثر من محاسبتهم على الاجراءات الروتينية المتمثلة في المحاسبة على وقت الدخول والخروج ، فنرى في بعض الأحيان أن عمالاً يعملون خارج أوقات دوامهم وعمال يخرجون قبل الوقت مع المحافظة على السير الحسن داخل هاته المؤسسة.

## 3-2 صنع القرار

يلخص الجدول الموالي المستخرج من البرنامج SPSS المتوسطات المرجحة والانحرافات المعيارية لإجابات العينة حول مكوّن وضوح القوانين مقسمة حسب المؤسسة.

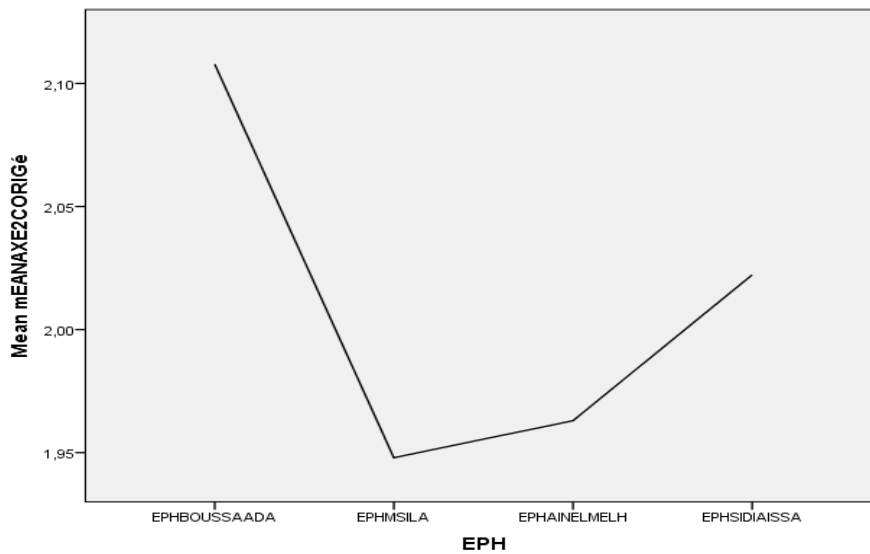
الجدول رقم (21.5) إجابات العينة حول مكوّن صنع القرار حسب نوع المؤسسة

الاتجاه	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	عدد المشاركين	نوع المؤسسة
غير موافق	0.653	2.107	17	المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق بوسعادة
غير موافق	0.466	1.947	16	المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي المسيلة
غير موافق	0.487	2.022	15	المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى
غير موافق	0.545	1.963	9	المؤسسة الاستشفائية العمومية عين الملح
غير موافق	0.535	2.0175	57	المجموع

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS

ويمكن توضيح بيانات الجدول الاحصائي أعلاه من خلال الشكل البياني الآتي:

الشكل رقم (5.5) إجابات العينة حول مكوّن صنع القرار



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS.V21

نلاحظ من خلال الجدول والشكل البياني أن اتجاه الإجابات في كل المؤسسات عينة الدراسة تتجه إلى التنافر بين الجهاز الطبي والإداري حول من يصنع القرار داخل هذه المؤسسات، هل هو الجهاز الإداري أو الجهاز الطبي، حيث أن هناك تقارب شديد في المتوسطات المرجحة التي تراوحت بين 1,947 و2,022 وهذا ما يوضحه أكثر الشكل البياني أعلاه

وتفسير ذلك هو وجود تخالف في الرأي بين الجهازين الإداري والطبي، فكلا منهما يرى في أن الآخر هو من يصنع القرار ومن يملك السلطة، وهذا معناه عدم وجود تنسيق واضح ينفي الغموض الواضح في العلاقة بين الجهازين وهذا ما يرفع من درجة الازدواجية داخل المؤسسات عينة الدراسة بصفة عامة.

### 3-3 لامركزية القرار

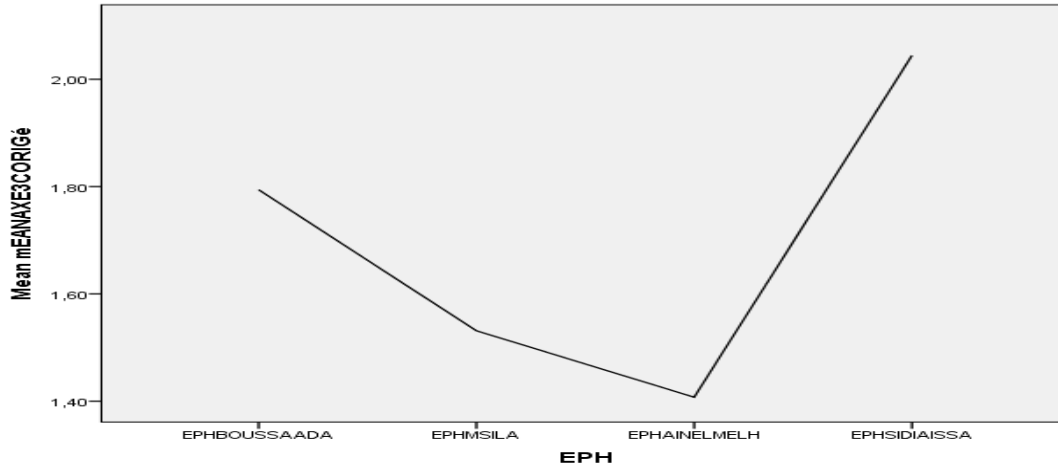
يلخص الجدول الموالي المستخرج من البرنامج SPSS المتوسطات المرجحة والانحرافات المعيارية لإجابات العينة حول مكوّن وضوح القوانين مقسمة حسب المؤسسة.

الجدول رقم (21.5) إجابات العينة حول مكوّن لامركزية القرار حسب نوع المؤسسة

نوع المؤسسة	عدد المشاركين	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	الاتجاه
المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق بوسعادة	17	1.794	0.401	غير موافق
المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي المسيلة	16	1.531	0.334	غير موافق بشدة
المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى	15	2.044	0.213	غير موافق
المؤسسة الاستشفائية العمومية عين الملح	9	1.407	0.265	غير موافق بشدة
المجموع	57	1.725	0.391	غير موافق بشدة

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS

الشكل رقم (6.5) إجابات العينة حول مكوّن لامركزية القرار



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS

يوضح لنا الجدول والشكل البياني أعلاه أن مكوّن لامركزية القرار يختلف من مؤسسة إلى أخرى حسب إجابات المشاركين، فهناك مركزية نسبية في مستشفى بوسعادة، ومركزية مرنة في مستشفى سيدي عيسى، بينما المؤسستان الاستشفائيتان الباقيتان توجد مركزية شديدة حيث تراوح المتوسط المرجح بين 1,407 و 1,531.

يمكن تفسير ذلك بعدم وجود من يتحمل نتائج القرارات وبالتالي يتركون التصرف لمن له الحق القانوني في اتخاذ القرار أو أن الهياكل التنظيمية المبنية على الشكل الهرمي لا تساعد على اتخاذ قرارات سليمة، بالإضافة إلى أنه لا توجد تفويضات حقيقية داخل المؤسسات عينة الدراسة التي تعطي الحرية الكاملة للمفوض له للتصرف وتحمل النتائج.

أما الملاحظة الميدانية فلاحظنا فيها أنه كلما زاد حجم المؤسسة الاستشفائية زادت المركزية والذي يجب أن يكون من المفروض هو العكس تماما، وهذا راجع إلى الخوف من تحمل المسؤوليات وعدم التوافق حول القرارات في بعض الأحيان، مما يُرجع القرار إلى المدير دائما للفصل فيه.

### 3-4 العلاقات ودور المدير

يلخص الجدول الموالي المستخرج من البرنامج SPSS المتوسطات المرجحة والانحرافات

المعيارية لإجابات العينة حول مكوّن وضوح القوانين مقسمة حسب المؤسسة

الجدول رقم (22.5) إجابات العينة حول مكوّن العلاقات ودور المدير

الاتجاه	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	عدد المشاركين	نوع المؤسسة
غير موافق	0.499	1.840	17	المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق بوسعادة
غير موافق بشدة	0.285	1.571	16	المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي المسيلة
غير موافق	0.194	2.076	15	المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى
غير موافق بشدة	0.357	1.444	9	المؤسسة الاستشفائية العمومية عين الملح
غير موافق	0.430	1.764	57	المجموع

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS

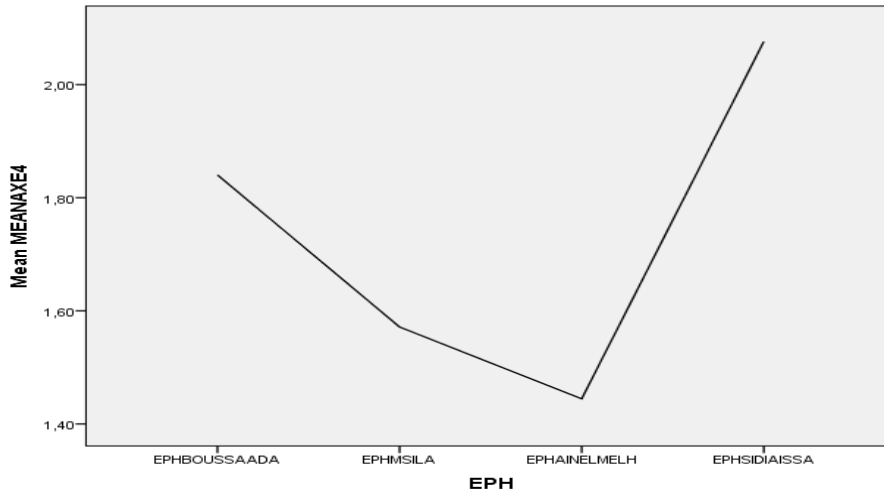
يوضح لنا الجدول والشكل البياني أدناه أن مكوّن العلاقات ودور المدير يختلف من مؤسسة إلى أخرى حسب إجابات المشاركين، فهناك علاقات مقبولة نسبيا في مستشفى بوسعادة، و اتجاه مرّن في العلاقات في مستشفى سيدي عيسى وهنا يتبين دور المدير، بينما المؤسساتان الاستشفائيتان الباقيتان المتمثلة في المسيلة وعين الملح لا توجد علاقات بين الجهاز الإداري والطبي تماما حيث تراوح المتوسط المرجح بين 1,444 و 1,571.

ويمكن تفسير ذلك بأن شخصية المدير مهمة جدا في نسج العلاقات، داخل المؤسسات الاستشفائية، فالمدير الدكتاتوري في رأيه، والذي دائما يرجح رأيه لا يتوافق عليه الجميع، كذلك المتساهل والذي لا يكون صارما في بعض الأحيان لا يتوافق عليه البقية، (وقد تطرقنا في الجانب النظري إلى كيفية اتخاذ القرار والأخطاء الشائعة في اتخاذ القرار-الفصل الثالث-)

أما الملاحظة الميدانية فقد أكدت ذلك من خلال تلمسنا للصفات الموجودة في المدراء وكيفية معاملاتهم وعلاقاتهم داخل المستشفى، والتي أكدت النتائج ومخرجات البرنامج الاحصائي spss .

ويمكننا من خلال الشكل تلمس ذلك بوضوح.

الشكل رقم (7.5) إجابات العينة حول مكّون العلاقات ودور المدير

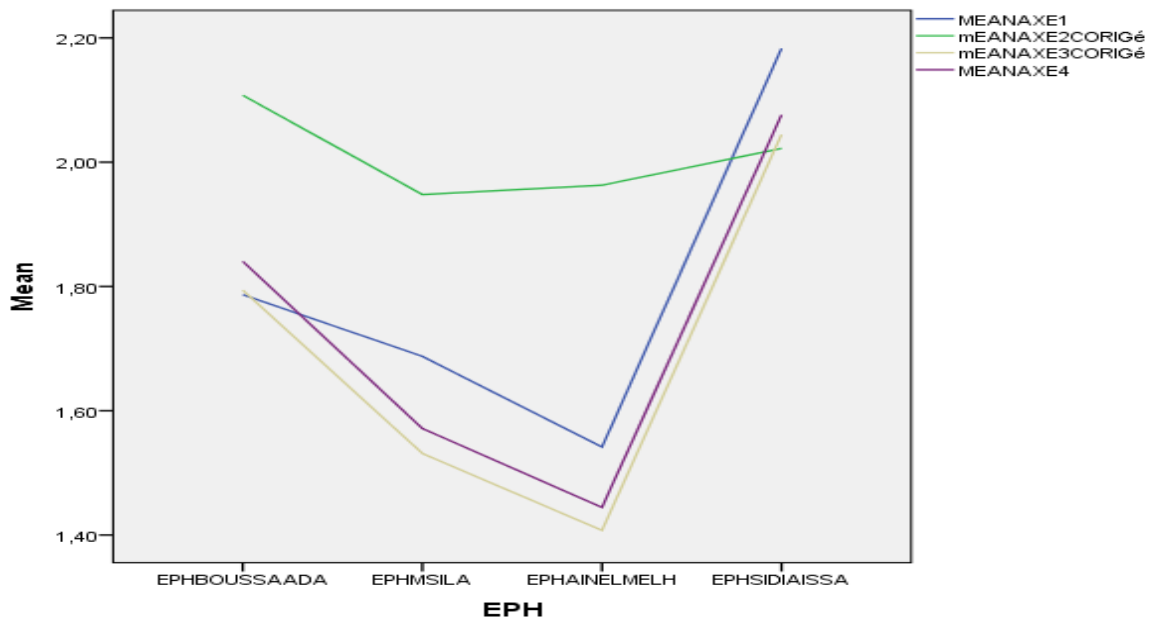


المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS

من خلال مختلف النتائج التي تم التوصل إليها يمكن استخلاص بعض الملاحظات فيما يخص ارتباط قوة تواجد مكونات الرقابة الداخلية في كل مؤسسة.

والشكل الموالي يوضح درجة تأثير المكونات الأربعة لازدواجية السلطة على اتخاذ القرار في كل من المؤسسات الاستشفائية الأربعة.

الشكل رقم (8.5) درجة تأثير المكونات الأربعة لازدواجية السلطة على اتخاذ القرار في المؤسسات



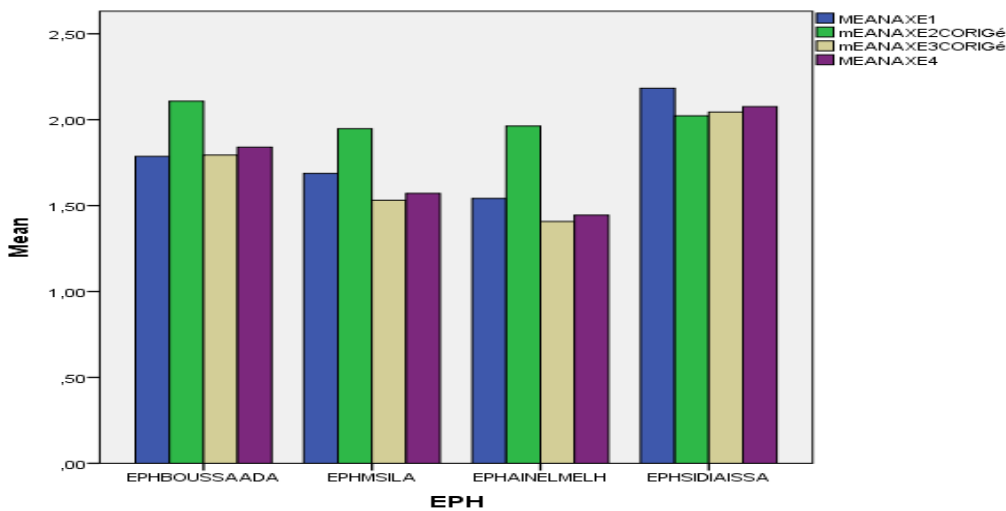
المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS

من خلال الشكل البياني أعلاه، يتضح وجود ارتباط بين ثلاث مكونات لازدواجية السلطة في كل مؤسسة، فهي ترتفع معا وتنخفض في نفس الوقت، غير أنها ليست بانتظام، أي ليست بنفس الدرجة ونفس الترتيب، ماعدا المكون الثاني وهو مكون صنع القرار الذي اختلف عن باقي المكونات، ونلاحظ كذلك أنه بالنسبة لمستشفى سيدي عيسى المكونات الثلاث وضوح القوانين ولا مركزية القرار والعلاقات تتجه نحو الإيجابية، رغم أن المتوسط المرجح أقل من القيمة المحددة وهي 2,5 إلا أن الوزن النسبي يعبر عن ذلك وهو أكبر من 50% ما يعني أن المتوسط يفوق 2 فقط وذلك حسب مقياس ليكرت الرباعي، يأتي بعد ذلك مستشفى بوسعادة الذي يتجه نحو الإيجابية في الإجابات في المحاور الثلاث، غير أن اتجاه الاجابات سلبى في مستشفى المسيلة وعين الملح في المحاور الثلاث، أما صنع القرار فنستطيع القول أنه بين الجهازين الإداري والطبي وذلك لاقتراب المتوسط المرجح في جميع المستشفيات من 2، حسب الإجابات وهذا يعني أن كلا الجهازين لا يمكن الاستغناء عنهما في صنع القرار داخل المستشفى، وبالتالي فالازدواجية موجودة لامحالة في المستشفيات.

#### المطلب الثاني: اختبار ارتباط مكونات ازدواجية السلطة

سنقوم في هذا الفرع بتحليل العلاقة بين مكونات ازدواجية السلطة المدروسة، والشكل الموالي يوضح مبدئياً وجود ارتباط بين درجات تواجد هذه المكونات في المؤسسة من عدمه.

الشكل رقم (9.5) مكونات ازدواجية السلطة حسب المؤسسة المدروسة



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS.V21



نلاحظ من خلال الشكل أن مكون صنع القرار لا يختلف حسب المؤسسة المدروسة باللون الأخضر، بينما باقي المكونات تختلف من مؤسسة إلى أخرى وواضح تماما من خلال الشكل أن المؤسسة الاستشفائية العمومية بسيدي عيسى أظهرت وجود كفاءة نسبية على باقي المؤسسات تليها المؤسسة العمومية ببوسعادة من خلال باقي المكونات المدروسة.

سنحاول القيام باختبار اتباع اتجاه باقي المكونات لمكون ازدواجية السلطة في مؤسسات العينة، وذلك بوضع الفرضية الصفرية ( $H_0$ ): لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين محاور الدراسة مثني مثني، ضد الفرضية البديلة ( $H_1$ ): توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين محاور الدراسة مثني مثني. باستعمال برنامج SPSS نحصل على الاحصائيات الموضحة في الجدول الموالي

الجدول رقم (5-23) اختبار ارتباط مكونات ازدواجية السلطة

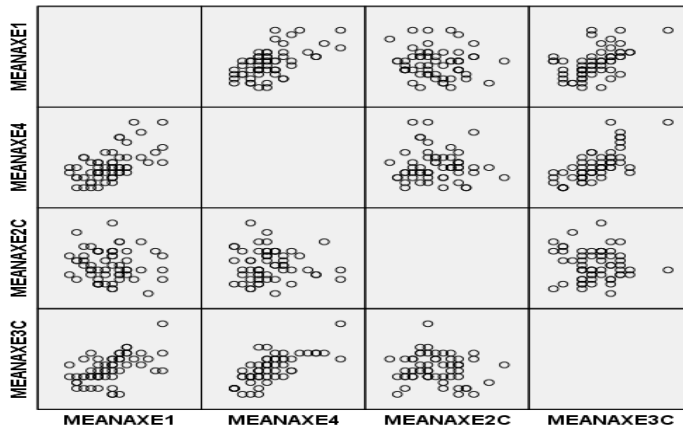
		الارتباط			
		وضوح القوانين	صنع القرار	لامركزية القرار	العلاقات
وضوح القوانين	معامل الارتباط (بيرسون)	1	-0,91 لا يوجد ارتباط قوي بمستوى دلالة $\alpha = 0.05$	0,521** وجود ارتباط قوي بمستوى دلالة $\alpha = 0.01$	0.578** وجود ارتباط قوي بمستوى دلالة $\alpha = 0.01$
	احتمال المعنوية		0.503 أكبر من $\alpha$ ومنه نقبل الفرضية الصفرية.	0,000 أقل من $\alpha$ ومنه نرفض الفرضية الصفرية.	0,000 أقل من $\alpha$ ومنه نرفض الفرضية الصفرية.
صنع القرار	معامل الارتباط (بيرسون)	-0,91 لا يوجد ارتباط قوي بمستوى دلالة $\alpha = 0.05$	1	-1,02 لا يوجد ارتباط قوي بمستوى دلالة $\alpha = 0.05$	-0,33 يوجد ارتباط قوي بمستوى دلالة $\alpha = 0.05$
	احتمال المعنوية	0.503		0.450 أكبر من $\alpha$ ومنه نقبل الفرضية الصفرية.	0.805 أكبر من $\alpha$ ومنه نقبل الفرضية الصفرية.
	معامل الارتباط	-0.91	-1.02	1	0.704** وجود ارتباط قوي

لامركزية القرار	(بيرسون)				بمستوى دلالة $\alpha = 0.05$
	احتمال المعنوية	0.000	0.450		0.016 أقل من $\alpha$ ومنه نرفض الفرضية الصفرية
العلاقات	معامل الارتباط (بيرسون)	0.587**	- 0.33	0.719**	1
	احتمال المعنوية	0.000 أقل من $\alpha$ ومنه نرفض الفرضية الصفرية	0.805 أكبر من $\alpha$ ومنه نقبل الفرضية الصفرية	0.000 أقل من $\alpha$ ومنه نرفض الفرضية الصفرية	
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					
* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).					

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS

من خلال مصفوفة معاملات الارتباط نجد أنه توجد علاقة ارتباط قوي بين كل متغيرين - ما عدا مكون صنع القرار - بعضها عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  وبعضها عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.01$  ، غير أن مكون صنع القرار ارتباطا لم يظهر ارتباطا إلا مع المحور العام وهو ازدواجية السلطة ، ولتمثيل النتائج يتم الاستعانة بلوحة الانتشار التي توضح شكل وقوة العلاقة بين كل متغيرين، وللتوضيح نعرض الشكل البياني الآتي المستخرج باستعمال برنامج SPSS.

الشكل رقم (5-10) لوحة الانتشار لمكونات ازدواجية السلطة



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS.V21

يوضح الشكل البياني أعلاه شكل وقوة الارتباط بين كل متغيرين (مكونين) لازدواجية السلطة، ويلاحظ أن العلاقة بين المحورين (لامركزية القرار والعلاقات) هي الأقوى ارتباطاً (معامل الارتباط=0,719)، وأن المحورين (وضوح القوانين ولامركزية القرار) هما الأقل ارتباطاً (معامل الارتباط=0,521).

من خلال هذا المبحث تم التوصل إلى أن ازدواجية السلطة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة دائماً متواجدة لكن درجتها تختلف من مستشفى إلى آخر، فمن خلال مكون صنع القرار يتبين لنا أن الجهاز الإداري والطبي لا يمكن الاستغناء عنهما داخل المستشفى، والذي يضعف الازدواجية هي المرونة التي ينبغي أن تكون بين الجهازين، من خلال النتائج أيضاً نلاحظ أن مكون وضوح القوانين يتجه إيجاباً خاصة في مستشفى سيدي عيسى وهذا يعني إما هناك وضوح للقوانين وفهم كامل لها أو أن هناك مرونة في استعمال القوانين بحيث لا يهمل التقيد بالقوانين الجامدة بقدر ما يهمل الوصول إلى الأهداف المسطرة في هذا المستشفى، وفي المستشفيات الأخرى يتراوح هذا المحور بين المتوسط والضعيف، أما المكونين الآخرين ويتعلق الأمر بكل من لامركزية القرار والعلاقات ودور المدير، فإن الاتجاه إيجابي في كل من مستشفى سيدي عيسى وبوسعادة بينما سلبي في كل من مستشفى المسيلة وعين الملح وهذا معناه أن في كل المؤسسات الاستشفائية الأخيرتين تفتقدان إلى التقارب بين الجهاز الإداري والطبي.

### خلاصة الفصل الخامس

خلصنا من خلال تناول هذا الفصل أنه يتم تنظيم الأنشطة الصحية وفقا للبرامج والتعليمات المرسله من طرف الهيئة الوصية بالإضافة إلى جدول الأعمال المسطر من طرف مديرية الصحة والسكان على المستوى المحلي والمطبق على مستوى المصالح الداخلية، وذلك بالتنسيق مع مختلف رؤساء المصالح الاستشفائية، ويتجلى ذلك في تنظيم النشاط الصحي داخل المصالح الصحية الاستشفائية، وهذا ما نستشفه من خلال الهياكل التنظيمية للمستشفيات محل الدراسة، بحيث نلاحظ أنها تتشابه فيما يخص المجلس الإداري غير أنها تختلف فيما يخص المصالح الاستشفائية

فيما يخص المجلس الاداري والطبي داخل المستشفى خالصنا إلى أنهما يتشاركان في اتخاذ القرار وأن لرأي المجلس الطبي أهمية بالغة بالنسبة للمدير، ذلك أنه يعطي أكثر شرعية للقرارات المتخذة ويعتبر غطاء للمدير أمام هيئات الاشراف والرقابة، حيث أن القرارات التي تكون صادرة بموافقة المجلس الطبي تكون لها أكثر حجية وقوة من القرارات الصادرة عن الإدارة فقط وهنا يبرز الدور التشاركي بين الجهازين الطبي والإداري

من بين ما خرجت به الدراسة الميدانية أن مكونات ازدواجية السلطة المدروسة ( وضوح القوانين، صنع القرار، لامركزية القرار، العلاقات ) تختلف قوة وجودها من نوع مؤسسة إلى أخرى، وقد اتضح وجود ارتباط بين ثلاثة من هاته المكونات عدا مكون صنع القرار في كل مؤسسة، فهي ترتفع معا وتنخفض في نفس الوقت، غير أنها ليست بنفس الدرجة ونفس الترتيب، وقد اتضح ذلك أكثر من خلال الارتباط بدرجات متفاوتة بين هذه المكونات، أما المكون الرابع وهو صنع القرار لم يكن مرتبطا وذلك لطبيعة الدراسة التي نتحدث عن تأثير ازدواجية السلطة داخل المستشفى، وبالتالي هناك تشتت في الآراء غير أنه هناك ارتباط قوي مع المحور العام للدراسة، من خلال دراسة المستشفيات تبين أن هناك وضوح نسبي للقوانين في مستشفيات سيدي عيسى وبوسعادة، غير أنها غير واضحة وهناك غموض في الأدوار والصلاحيات داخل مستشفي المسيلة وعين الملح، أما لامركزية القرار والعلاقات فهي غير موجودة تماما في مستشفيات المسيلة وعين الملح، بينما موجودة نسبيا في مستشفى سيدي عيسى وبدرجة أقل مستشفى بوسعادة.

خاتمة عامة

### خاتمة عامة

لقد تناولت هذه الدراسة أحد المواضيع في مجال التسيير والادارة ، وحاولت النظر في الواقع الميداني بأحد القطاعات العمومية ذات الأهمية الكبيرة في حياة الأفراد وتطور الاقتصاد، يتعلق الأمر ب ازدواجية السلطة داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية .

تعد هذه الظاهرة الفريدة التي من خلال الدراسات تم ملاحظتها في نوعين من المؤسسات وهما الجامعات والمستشفيات، واحدة من المشاكل الدائمة والموجودة في المستشفيات بحكم تعقد هذا النوع من المؤسسات ولاحتوائه على مكونات وأجهزة لا يمكن أن تتسق فيما بينها من الناحية النظرية، بينما في الواقع نجد هذا المشكل مطروح بين جهازين رئيسيين في المؤسسات الاستشفائية ، الجهاز الإداري والجهاز الطبي.

حاولت الدراسة التعرف على أهم العوامل التي تدخل في ازدواجية السلطة أو التي تتأتى الازدواجية منها، من خلال الملاحظة والدراسات السابقة، التي تناولت الموضوع، والمقابلات مع الفاعلين والممارسين داخل المستشفيات، بالإضافة إلى الأساتذة والمهتمين بهذا القطاع، وخلصت إلى أربع مكونات رئيسية وهي: عدم وضوح القوانين، مركزية القرار، صنع القرار داخل المستشفى ، إضافة إلى العلاقات ودور المدير.

ثم عمدت الدراسة إلى تأثير درجات هاته العوامل على اتخاذ القرار داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة.

وقبل التطرق إلى النتائج من الضروري وصف وتحليل نشاط المؤسسات الصحية والوقوف عند تنظيمها في القطاع العمومي الاستشفائي الجزائري. من خلال ما تم تناوله في الفصول النظرية تم الخروج بمجموعة من النتائج أهمها أن الخدمات الصحية قد تكون علاجية موجهة للفرد، وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية للأدوية، و أن المؤسسة الصحية هي نظام كلي يضم نظام الخدمات الطبية، نظام الخدمات الطبية المعاونة، نظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الادارية، حيث يهدف تفاعل تلك الأنظمة إلى تحقيق أقصى رعاية صحية ممكنة للمريض وتدعيم الأنشطة التعليمية، التدريبية والبحثية في

المجال الطبي. وأن المؤسسة الصحية تتميز بتعدد ترتيباتها، ونظرا للحساسية الناجمة عن طبيعة العمل الذي يولد توتر نفسي وجسدي طوال فترة العمل، مما يزيد من تعقيد هذه المؤسسة، وتتميز كذلك بصعوبة القياس وتحديد المخرجات وأن القوانين والأنظمة الحكومية تؤثر على المؤسسات الاستشفائية العمومية، فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها، وأن قوة اتخاذ القرار فيها تكون موزعة بين الإدارة ومجموعة من الأطباء، مما يخلق وجود حساسيات مفرطة في بعض الأحيان حول من له سلطة اتخاذ القرار، هذا الأخير يعتمد بدرجة كبيرة على شخصية متخذ القرار، كما تم التوصل إلى أن ممارسة السلطة تكون وفق شروط معينة لا ينبغي تجاهلها فتتطلب من ممارستها أن يكون على قدر كبير من الصبر والتميز بالإضافة إلى الخبرة اللازمة لمواجهة الظروف الطارئة والأزمات، فالصراع التنظيمي في المؤسسات الاستشفائية سببه الرئيس تجاهل وعدم تقدير كل طرف لدور الآخر، حتى وإن لم يظهر الصراع جليا فإنه ما يلبث أن يكون كبيرا وغير متحكم فيه عند الأزمات، كما تم استنتاج أن المؤسسة الصحية العمومية تخضع للقطاع العام والقضاء الإداري، وتخضع في عقودها لقانون الصفقات العمومية، يحدد إنشاءها، تنظيمها وسيرها بواسطة نص تنظيمي، ويخضع نظامها المالي لقواعد المحاسبة العمومية، كما اتضح بأن تسيير مؤسسات الصحة العمومية في الجزائر مر بعدة مراحل واصلاحات منذ الاستقلال ساهمت في تطور هذا القطاع رغم النقائص الموجودة دائما.

تم التوصل أيضا من خلال هذه الدراسة إلى أن تنظيم الأنشطة في المؤسسات الصحية العمومية يتم وفقا للبرامج والتعليمات المرسله من طرف الهيئة الوصية بالإضافة إلى جدول الأعمال المسطر من طرف مديرية الصحة والسكان وهذا لا يساعد تماما على التعامل مع الظروف الطارئة والتي تتغير بسرعة كبيرة والتي تحكم العمل في المستشفى، فالمدبر بالإضافة إلى المسؤولين داخل المستشفى يجد نفسه في بعض الأحيان عاجزا عن اتخاذ قرارات مهمة لمصلحة المستشفى، والتي سببها عدم وجود الصلاحيات الكافية وعدم الحرية في اتخاذ بعض القرارات، وبالتالي فالهياكل التنظيمية الموجودة حاليا لاتساعد على تحقيق الفعالية التنظيمية المطلوبة بما يخدم المريض ومصلحة المستشفى.

### نتائج الدراسة الميدانية

أما عن نتائج الدراسة الميدانية التي أجريت في أربع مؤسسات استشفائية عمومية في الجزائر فيمكن تلخيصها في النقاط الآتية:

- إذا تم تحليل إجابات العينة بطريقة إجمالية يظهر عدم الموافقة (غير موافق) حيال وجود قوانين واضحة تنظم عمل المستشفى، عدم التوافق حول من يصنع القرار داخل المستشفى ، عدم الموافقة حول لامركزية القرار، وعدم الموافقة حول العلاقات الجيدة ودور المدير الفعال داخل المؤسسات المدروسة، إذن تتجه إجابات المشاركين في كل المؤسسات الاستشفائية إلى وجود ازدواجية في السلطة بين الجهاز الإداري والطبي تختلف درجتها من مؤسسة استشفائية إلى أخرى نظرا للاختلاف الواضح في الاجابات من خلال العينة المدروسة حسب كل مستشفى.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الأول تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول وضوح القوانين تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه مكوّن وضوح القوانين غير متقارب نسبيا في المؤسسات المدروسة.
- آراء المشاركين حول صنع القرار داخل المستشفى لا تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه هناك إجابات متقاربة نسبيا أن هناك جهازين رئيسيين لصنع القرار داخل المستشفى الجهاز الإداري والجهاز الطبي في المؤسسات المدروسة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الثالث تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول لامركزية القرار تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه درجة لامركزية القرار غير متقاربة نسبيا في المؤسسات المدروسة.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الرابع تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها أي أن آراء المشاركين حول العلاقات ودور المدير الفعال داخل المستشفى غير متقاربة نسبيا في المؤسسات المدروسة.
- درجة وضوح القوانين تختلف من مؤسسة استشفائية إلى أخرى ، فدرجتها واضحة نسبيا في مؤسسة استشفائية واحدة ، أقل من متوسطة في أخرى، وغير واضحة تماما في المؤسستين الاستشفائيتين الباقيتين.
- درجة صنع القرار بين الجهازين الإداري والطبي لا تختلف حسب العينة المدروسة ومنه يوجد جهازين لصنع القرار داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة، إما تشاركيا، أو تقاطعيا.
- درجة لامركزية القرار تختلف، فهناك مركزية نسبية في مؤسسة استشفائية عمومية ، ومركزية مرنة في أخرى، وتوجد مركزية شديدة في المؤسستين الباقيتين.



- درجة العلاقات ودور المدير مقبولة نسبيا في مؤسسة استشفائية عمومية ، وحسنة في مؤسسة استشفائية أخرى، بينما لا توجد علاقات بين الجهازين الإداري والطبي في المؤسستين الباقيتين.
- توجد علاقة ارتباط قوي بين كل محورين - ما عدا مكون صنع القرار - بعضها عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.05$  وبعضها عند مستوى معنوية  $\alpha = 0.01$  ، غير أن مكون صنع القرار لم يظهر ارتباطا إلا مع المحور العام.
- العلاقة بين المحورين (لامركزية القرار والعلاقات) هي الأقوى ارتباطا (معامل الارتباط=0,719)، وأن المحورين (وضوح القوانين ولامركزية القرار) هما الأقل ارتباطا (معامل الارتباط=0,521).
- وبعد دراسة الارتباط بين مختلف المحاور المدروسة اتضح وجود علاقة ارتباط طردية بين كل متغيرين، ما عدا مكون صنع القرار الذي لا توجد له علاقة ارتباط مع باقي المكونات إلا مع المحور العام ، ويمكن تفسير ذلك بطبيعة الدراسة التي تقتضي وجود تشتت في الاجابات في هذا المحور ، ومن ثم يمكن استنتاج أن مكونات ازدواجية السلطة لها علاقة فيما بينها وترتفع درجة تواجدها سويا، وليست بمعزل عن بعضها، وهو تفسير لانتمائها إلى المحور العام ، بينما صنع القرار هو الأرضية لباقي المكونات الأخرى رغم عدم الارتباط بها.
- المؤسسة الاستشفائية العمومية بسيدي عيسى كانت هي الأولى في الترتيب من حيث وجود ازدواجية ضعيفة لا تؤثر كثيرا على صنع القرار الفعال داخل المستشفى، ثم في المرتبة الثانية تأتي المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوسعادة بازواجية متوسطة تؤثر نسبيا على القرارات، تأتي المؤسسة الاستشفائية العمومية بالمسيلة من خلال ازدواجية عالية، ثم المؤسسة الاستشفائية بعين الملح بوجود ازدواجية عالية جدا.
- نلاحظ أيضا أن كبر المؤسسات الاستشفائية يزيد من الازدواجية، وقد يدل ذلك على عدم وجود مخطط سير متناسق أو نمط تنظيم موحد أو كفاءات بشرية وإمكانيات مادية متكافئة.

### اختبار الفرضيات

من خلال النتائج المعروضة أعلاه والمفصلة في الفصل التطبيقي يتم القيام باختبار الفرضيات الفرعية كالآتي:

- الفرضية الأولى: " لا توجد قوانين واضحة تنظم العمل وتفصل في السلطات الممكن ممارستها داخل المستشفى"، وهي فرضية مؤكدة، حيث تبين من خلال معالجة البيانات المجمعة من العينة

المدرسة أن الاتجاه العام لإجابات المشاركين حول وضوح القوانين يوافق الدرجة الضعيفة التي توافق درجة عدم الموافقة، مع وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات إجابات المشاركين حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه وضوح القوانين غير متقارب نسبيا في المؤسسات المدرسة.

- **الفرضية الثانية:** " هناك هيمنة واضحة سواء من الطبيب أو الإداري في صنع القرارات داخل المستشفى "، وهي فرضية مرفوضة، حيث اتضح من خلال معالجة البيانات المتعلقة بهذا المحور أن الاتجاه العام لإجابات المشاركين يوافق الدرجة الضعيفة كذلك، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في هذا المحور تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول صنع القرار لا تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه مكوّن صنع القرار متقارب نسبيا في المؤسسات المدرسة.

- **الفرضية الثالثة:** " هناك لامركزية في اتخاذ القرار تساهم في تخفيف ازدواجية السلطة "، وهي فرضية مرفوضة، حيث تتجه إجابات المشاركين في كل المؤسسات الاستشفائية العمومية المدرسة إلى وجود مركزية في القرارات ، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه لامركزية القرار غير متقاربة نسبيا في المؤسسات المدرسة.

- **الفرضية الرابعة:** " يؤدي المدير دورا أساسيا في تحقيق التوافق وتحسين العلاقات داخل المستشفيات العمومية"، وهي فرضية مرفوضة، حيث تتجه إجابات المشاركين في كل المؤسسات الاستشفائية العمومية المدرسة إلى عدم وجود علاقات مع دور غير فاعل بالنسبة للمدير لتحسين العلاقات بين الجهازين الإداري والطبي، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه مكوّن العلاقات غير متقارب نسبيا في المؤسسات المدرسة.

- **الفرضية الأساسية:** " تؤثر ازدواجية السلطة بين الإدارة والأطباء بدرجة ضعيفة على اتخاذ القرار داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية المسيلة"

من خلال مناقشة البيانات الاحصائية والفرضيات الفرعية نستنتج أن درجة تأثير ازدواجية السلطة على اتخاذ القرار قوية نسبيا في المؤسسات الاستشفائية المدرسة ، وتختلف درجة ازدواجية

السلطة من مؤسسة إلى أخرى داخل العينة المدروسة، فهناك مؤسستين استشفائيتين درجة ازدواجية السلطة بها متوسطة، ومؤسستين درجة الازدواجية بها عالية جدا.

بعد عرض أهم النتائج النظرية والتطبيقية يمكن تقديم الاقتراحات الآتية، التي من شأنها أن تؤدي إلى التخفيف من الازدواجية السلطوية في المؤسسات الاستشفائية العمومية:

- توعية الأفراد العاملين بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بأهمية معرفة القوانين، وفهماها من خلال توضيح الأدوار داخل المستشفى وضرورة التزام كل فرد بدوره، مع وجود مرونة في تطبيق القوانين التي لا تساعد على السير الحسن للمصالح الاستشفائية داخل المستشفى.
- على مسؤولي وزارة الصحة واصلاح المستشفيات حل المشكلة الخاصة بجمود اللوائح والقوانين والتشريعات المطبقة على مختلف المؤسسات الصحية والتي تحد من حرية المديرين في اتخاذ القرارات، كما تقف حائلا أمام تلك المؤسسات نحو التطوير والتجديد وتحقيق الاصلاح المنشود.
- ضرورة تسيير المستشفى بالنمط التعاوني الذي يوزع المسؤولية على الجميع داخل المستشفى ويجعل كل فرد يحس بدوره الفعال سواء كان طبيبا أو إداريا أو ممرضا أو عاملا، ومهما كانت مسؤوليته ورتبته.
- ضرورة إعادة النظر في الإطار النظري الذي يستند عليه التنظيم داخل المستشفيات العمومية فالكثير من مبادئ الإدارة والتنظيم التي يقوم عليها العمل داخل مستشفياتنا لا تتناسب مع الطبيعة المميزة والخاصة بمؤسسات القطاع الصحي.
- ضرورة تحسين الهياكل التنظيمية الموجودة على المؤسسات الاستشفائية العمومية، والتي أظهرت ضعفها خاصة على مستوى التنسيق والعلاقات العامة داخل المؤسسة الاستشفائية.
- ضرورة المشاركة في صنع القرار بين الجهاز الإداري والطبي داخل المستشفى بما يخدم الهدف الأساسي والأسمي ألا وهو تقديم خدمة نوعية ومميزة للمريض.
- يجب أن تعتمد إدارة المستشفى على الأساليب الحديثة في اتخاذ القرار، والتي تعتمد على الإدارة بالأهداف، الإدارة التشاركية.
- ضرورة تطبيق تقنيات التسيير الحديثة، كاستعمال التكلفة المستهدفة، نظام ال ABC ...
- تأسيس قنوات اتصال تخدم إنجاز العمليات واتخاذ القرارات في الوقت المناسب وبطريقة صحيحة، من خلال الاعتماد على نقل المعلومات المتعلقة بالأهداف والتعليمات والتوجيهات عن طريق روافد

ورقية وإلكترونية، حتى تكون المعلومة أو التعليمات موثوقة ولها دور في المساءلة (تتبع الأثر)، أخذاً بعين الاعتبار السرعة في الإبلاغ وانتقال المعلومات أفقياً وعمودياً، وتساعد التكنولوجيا الحديثة للمعلومات والاتصال في تحقيق هذا الهدف.

- ضرورة فهم المدير العميق للأمور وقدرته على التوقع.
- يجب وضع المدير صاحب الخبرات الطويلة والمتنوعة والذي لديه القدرة على الاستفادة من خبراته السابقة مع ضرورة وجود التخصص والمؤهل المناسب لشغل هذا المنصب الحساس.
- ضرورة انتقاء المستشارين والمساعدین المتخصصين لمعاونة المدير في اتخاذ القرار.
- ضرورة اصلاح المنظومة الصحية وطريقة سير المؤسسات الاستشفائية العمومية التي تعاني من عراقيل إدارية على مستوى التمويل وعلى مستوى التسيير الحسن بإعطاء نوع من الحرية في التسيير، واللامركزية في اتخاذ القرارات المهمة التي تخدم مصلحة المستشفى والمريض معا وتشجع على الابتكار والابداع .

## قائمة المصادر والمراجع

## قائمة المراجع

أولاً: باللغة العربية

## 1. الكتب

1. أحمد صالح شعبان، موسوعة العلاج بالقرآن والأذكار، دار البيان الحديثة، 2007.
2. البكري ثامر باسر، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان.
3. السيد عليوة، إدارة الأزمات في المستشفيات، أيتراك للطباعة والنشر، القاهرة، 2001 .
4. الشنواني صلاح، التنظيم والإدارة في قطاع الأعمال، مدخل المسؤولية الإجتماعية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 1999 .
5. الشيخ سالم فؤاد، الأساليب الكمية في اتخاذ القرارات، الأردن للمنشورات، 1990.
6. العبد جلال إبراهيم، إدارة الأعمال مدخل اتخاذ القرارات وبناء المهارات، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2003 .
7. العبيدي قيس محمد ، حنفي عبد الغفار ، أساسيات إدارة المنظمات، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، 1997، ص291.
8. العلواني حسن، التنظيم الإداري المداخل والنظريات المعاصرة، بروفيشنال للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، القاهرة، 2006 .
9. القريوتي محمد قاسم، مبادئ الإدارة: النظريات والعمليات والوظائف، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، 2004 .
10. القضاء حسن، صالح سليمان، القيادة في المستشفيات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص150.
11. الكبسي عامر فهد، الفكر التنظيمي-التنظيم الإداري الحكومي بين التقليد والمعاصرة، دار الرضا للنشر، الطبعة الأولى، دمشق، 2004.
12. اللوزي موسي، التنظيم وإجراءات العمل، الأردن، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2002.
13. بلعوز حسين، نظرية القرار مدخل إداري و كمي، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2008.
14. بوعانة عبد المهدي، إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، دار الحمد للنشر والتوزيع، عمان ، 2003.
15. توفيق نصيرات فريد ، إدارة المستشفيات، دار المسيرة، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2014.
16. نورالدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008.
17. توفيق نصيرات فريد، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، عمان، الأردن، الطبعة الخامسة، 2014 .
18. حنفي عبد الغفار ، أبو قحف عبد السلام، أساسيات تنظيم وإدارة الأعمال، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2004.
19. سرير رايح عبد الله، القرار الإداري، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان ، 2012.
20. شحادة حلمي صلاح ، القرار النموذجي، مركز يزيد للنشر، عمان ، 2006 .
21. غريف كزافيي، البيروقراطية في التحليل الاقتصادي-حول اقتصاد عمومي جديد، -، إيكونوميكا، باريس، 1987، تعريب محمد الصغير جاري، مؤسسة جاري للنشر والتوزيع، الجزائر .
22. غنيم محمد أحمد، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، 2006 .

23. قطيشات ليلى عبد الحليم، إدارة الصراع في المؤسسات التربوية، مركز الكتاب الأكاديمي، الطبعة الأولى، عمان، 2006.
24. محمود ذياب صلاح، إدارة المستشفيات (منظور شامل)، دار الفكر، عمان، 2012.
25. مخيمر عبد العزيز، الطعمانة محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و التطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص 138.
26. ياغي محمد عبد الفتاح، اتخاذ القرارات التنظيمية، وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان، 2010.

## II. المقالات و الملتقيات

1. الحاج عرابية، إزدواجية السلطة في المستشفيات المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث، عدد 2010-2009/07، جامعة ورقلة، ص 231.
2. السعيد قاسمي، الأسس النظرية لاتخاذ القرار في المؤسسة الاقتصادية، الملتقى الدولي صنع القرار في المؤسسة الاقتصادية 22، 23 مارس 2010، جامعة المسيلة، ص 23.
3. الفضيل الرتيمي، عقلنة المنظمة ونظريات التنظيم، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الاجتماعية جامعة البليدة، العدد 10، جوان 2013، ص 12.
4. براحو فافة سهيلة، إصلاح المنظومة الصحية. واقع و آفاق، مجلة دراسات استراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد 6، 2009، ص 113.
5. حسين صديق، الاتجاهات النظرية التقليدية لدراسة التنظيمات الاجتماعية - عرض وتقييم -، مجلة جامعة دمشق المجلد 27 - العدد الثالث + الرابع.
6. سعد العنزي، إيمان العبيسي، تأثير الصراع بين الإدارة والأطباء في قرارات المستشفى، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 13/ ع 47، جامعة بغداد، 2007.
7. عدمان مريزق، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أنموذجاً -، ملتقى الابداع والتغيير في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب، البليدة، يومي 18-19 ماي 2011، ص 3.
8. نورالدين حاروش، مداخلة حول واقع القطاع الصحي في الجزائر، الملتقى الدولي حول التحكم في الانفاق الصحي، أيام 24، 25 نوفمبر 2015، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.

## III. المذكرات والأطروحات

1. الحاج عرابية، تأثير ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفى، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، تخصص تسيير المنظمات .
2. بحدادة نجاة، تحديات الامداد في المؤسسة الصحية -دراسة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية-، مذكرة ماجستير تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، 2012 .
3. بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، مذكرة ماجستير علوم سياسية وعلاقات دولية، جامعة الجزائر 3، 2011.

4. بغود راضية، تحليل وتطوير الهياكل التنظيمية دراسة حالة المؤسسة الوطنية للدهن، مذكرة ماجستير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة بومرداس، 2008.
5. ريم رمضان، أساليب إدارة الصراع الشخصي وأثره في الأداء الوظيفي: من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بجامعة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، 2001، ص.
6. سميرة لغويل، البيروقراطية في التنظيم بين الرؤى النظرية والامبريقية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2012، ص70.
7. سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 2010، ص 116-118.
8. صبيعات ابراهيم، الرقابة الداخلية في المؤسسات الاستشفائية العمومية، مذكرة ماجستير، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، ص76.
9. عصام محمد حمدان مطر، التطوير التنظيمي و أثره على فعالية القرارات الإدارية، رسالة ماجستير، جامعة غزة، 2008، ص 26.
10. محمد سلامة، الصراعات التنظيمية وعلاقتها بالأداء التنظيمي: دراسة حالة شركة الأفرقية للزجاج بجيجل، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المسيلة، الجزائر، 2010، ص 11.

#### IV. التقارير

1. الجمهورية التونسية، التقرير الوطني لتقييم مستوى تنفيذ الجمهورية التونسية لبرنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية+20، دعم صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2013، تونس.
2. منظمة الصحة العالمية، سلسلة التقارير الفنية، (395)، 1980، ص76  
وزارة الصحة والسكان، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري، 1990.

#### V. النصوص التشريعية والتنظيمية

1. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، المرسوم التنفيذي رقم 37 134 المؤرخ في 1 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء، تنظيم وتسيير المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، العدد 21.
2. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 11، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها
3. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 36، المرسوم التنفيذي رقم 11-379 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمؤرخ في 21 نوفمبر 2011
4. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، العدد 15
5. المادة 14 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها



6. المادة 24 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها
7. المرسوم التنفيذي رقم 07 - 140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية ومؤسسات الصحة، ومؤسسات الصحة الجوارية وطرق تسييرها.
8. المرسوم التنفيذي رقم 91-106 والمتضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين والمتخصصين في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية الجزائرية، العدد 22، 1991/04/27.
9. المرسوم التنفيذي رقم 91-108 والمتضمن القانون الأساسي الخاص بمديرية الإدارة الصحية، الجريدة الرسمية الجزائرية، العدد 22، 1991/04/27.
10. المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية، تنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية الجزائرية، 1997/12/02.

### ثانيا : باللغة الفرنسية

#### i. LES OUVRQGES

1. Abdelhak Lamiri, la decinnie de la derniere chance émergence ou dechéance de L'économie algerien ,Chihab EDITION ,2013 .
2. Bolman.I, repensez les organisations, ed, maxima, 1996, p14.
3. Boussouf Rabah, Géographie de santé en Algérie, OPU, Alger 1992 .
4. Bruno Backy, Harchechristine , Le management , 2<sup>eme</sup> édition, ED Dundo, Paris, France, 2010, P.458.
5. Danil fenthamel pierre massot, développer son autorité, Edition d'organisation, groupe eyrolles, paris, 2007 .
6. Fklix A. nigro and L.G Nigro, Model public administration, (new york:happer and row publischer),1973 .
7. Gil Boitou, Le Coaching, Ed d'organisation, 1<sup>eme</sup> édition, 2000, Paris, P 183.
8. Hery Minteberg, le pouvoir dans les organisation, les Edition d'organisation ,1986,P42.
9. Jean Claude Scheid, Les grands auteurs en organisation , paris, dunod, p86.
10. MICHEL CROSIER,LE Phénomène bureaucratique ,LE Seuil ,collection point,1963.
11. Michel Darbel et autres, l'essentiel sur le management, 5eme édition, Berti Edition, Alger, 2007.

12. René Déméster, **Que peut-on attendre de comptabilité de gestion dans le secteur publique**, In :politique et management public, vol 18 n 4, 2000.
13. V.MICHEL CROSIER, **LE Phénomène bureaucratique** ,LE Seuil ,collection point,1963

## ii. LES ARTICLES ET LES MEMOIRES

1. Abdelhak Lamiri ; **pour une reingénierie globale du système de santé publique**, Elwatan Economie,2 février 2015.
2. Abdelkader Glize, **introduction a la théorie des jeux**, cours de magister 2013 /2014 ,ECOLE SUPERIEUR DE COMMERCE, ALGER .
3. Adami Catherine: **Comment Les grandes entreprises Préviennent-elles les conflits sociaux**, Mémoire magister, Unversite Paris, 2006.
4. Nguyen Veronique, **Debats et conflit Lors De L'Elaboration DU Budget**, Thèse Doctorat sciences de gestion, Ecole des hautes etudes commerciales de Paris, 2008 .
5. Organisation Mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique,**Algérie Plan de travail 2004-2005**,novembre 2003
6. Oufraïha Fatima Zohra , **Mécanismes pour rationalisé les dépenses de santé en Algérie**, colloque international sur les politiques de dépenses de santé en Algérie,les24-25 novembre 2015, université de Msila .

## ثالثا : باللغة الانجليزية

1. Becker Beak: **Method for diagnosing interction strategic**, small groubRecherche , Vol 32,N°3.
2. Henry Fayol, **Administration industrielle et générale**, paris, dunod,1918.
3. HENRY Mintzberg, **structure in fives desining effective organisation**, prentice hall, Inc, New Jersey, p 136.
4. Jennifer Gerorge, **Understanding and Managing Organizational Behavior**, 6<sup>th</sup> edition, Pearson Education, NEW JEREY , 2012, P386.
5. Peter Druker, **Management tast, responsabilites and practice**, Hiemman, London, 1974, p 16.

6. Ralph Stacey , **Strategic Management and Organistical Dynamics**, 6<sup>th</sup> Edition, ED Pearson, 2011, P. 189.
7. Ronald. N and others, **behavriol decision making**, (Gluvien, Illinois,Forsman and company,1989),pp7-78.
8. **the cusual texure of organisation envirenoment**, study published in 1965 by F.Emery & E.Trist
9. Thomas J, Sirgiovani and Fred D carver, **The New school Exucutive, A theory of Adminstration**, (New york ).

#### LA WEBOGRAPHIE

<file:///F:/pouvoir%20au%20hopitaux/>  
[http// :www.abahe.co uk](http://www.abahe.co.uk).

<file:///F:/pouvoir%20au%20hopitaux/Qui%20dirige%20C3%A0%20E2%80%99h%C3%B4pital%20%20%20Hospidroit.htm> .

الملاحق

## الملحق رقم (1)

### إستبيان

السلام عليكم وبعد

هذه الاستبانة تدخل في دراسة حول المستشفيات العمومية بالجزائر في إطار تحضير مذكرة نيل شهادة الماجستير للموضوع الموسوم ب: **تأثير ازدواجية السلطة على اتخاذ القرار داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية .**

يرجى قراءة الاستبيان المرفق، ومن ثم تعبئته بما يتفق وحقيقة الواقع الذي تراه (ترينه)، وذلك بوضع علامة (√) في الخانة التي تعبر عن درجة موقفك منها، التحلي بالموضوعية في الإجابة يزيد من مصداقية نتائج هذه الدراسة.

#### التوجيهات:

ذكر الاسم غير ضروري، وسوف تحظى الاجابة بالسرية، وسيقتصر استخدام نتائج هذه الدراسة لأغراض البحث العلمي. نشكرك سيدي(تي) مسبقا عن المساهمة في إنجاز هذه الدراسة. هذا الموضوع يركز على فاعلين أساسيين في المستشفى الجهاز الاداري والجهاز الطبي ، ويقيس درجة السلطة في هذين الجهازين، وتأثيرهما على اتخاذ القرارات في المؤسسة العمومية الاستشفائية .

**كل الإجابات سوف تحظى بالسرية التامة وسوف تستخدم نتائج دراسة هذا الاستبيان في مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير المعدة من طرف الباحث بقاش وليد –المدرسة العليا للتجارة – الجزائر -**

#### معلومات عن المشارك في الاستبيان

##### ➤ المؤسسة:

<input type="checkbox"/>	المؤسسة الاستشفائية ع سيدي عيسى	<input type="checkbox"/>	المؤسسة الاستشفائية ع عين الملح	<input type="checkbox"/>	المؤسسة الاستشفائية ع المسيلة	<input type="checkbox"/>	المؤسسة الاستشفائية ع بوسعادة
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

##### ➤ وظيفة المشارك:

##### ➤ المشارك من:

<input type="checkbox"/>	السلك الاداري	<input type="checkbox"/>	السلك الطبي
--------------------------	------------------	--------------------------	----------------

##### ➤ الجنس:

<input type="checkbox"/>	أنثى	<input type="checkbox"/>	ذكر
--------------------------	------	--------------------------	-----

##### ➤ المستوى التعليمي :

<input type="checkbox"/>	ثانوي	<input type="checkbox"/>	بكالوريا +	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------	--------------------------	------------	--------------------------

## محاور الاستبيان

### المحور الأول: غموض الدور وتداخل الصلاحيات

رقم	السؤال	غير موافق بشدة	غير موافق	موافق	موافق بشدة
1	القوانين التي تنظم عمل المستشفى تطبق بشكل صارم				
2	درجة التفاهم بيني وبين رئيسي جيدة				
3	درجة التفاهم بيني وبين مرؤوسي جيدة				
4	أنفذ العمل المطلوب مني مع اقتناعي بجدواه				
5	أتحمل مسؤولية تحقيق نتائج العمل لوجود صلاحيات كاملة مخولة لي				
6	توجد درجة عالية من الثقة والتعاون بين الإدارة والأطباء				
7	عدم وجود تداخل في المسؤوليات بيني وبين العاملين الآخرين سواء إداريين أو أطباء				
8	يوجد عدالة في تطبيق القانون الداخلي على الجميع دون تمييز				

### المحور الثاني: صنع القرار في المستشفى

رقم	السؤال	غير موافق بشدة	غير موافق	موافق	موافق بشدة
1	توجد هيمنة واضحة للأطباء في صنع القرارات داخل مستشفىنا				
2	يستخدم الأطباء نفوذهم في التأثير على القرارات المتخذة				
3	تخشى إدارة المستشفى اشتراك جميع الأطباء دون استثناء في القرارات الاستراتيجية				
4	لمدير المستشفى سلطة واضحة أكبر من سلطة جميع الأطباء فيها.				
5	يوجد اشتراك حقيقي بين الإدارة والأطباء في اتخاذ قرارات مناسبة خاصة ما تعلق بتكلفة المريض وتقديم خدمات نوعية تجاهه.				
6	يتوفر في المستشفى أنظمة لدعم القرار كنظام لوحة القيادة أو التحكم.				
7	تتخذ القرارات النهائية دون الرجوع واستشارة الأطباء فيها				

### المحور الثالث: لا مركزية القرار

رقم	السؤال	غير موافق بشدة	غير موافق	موافق بشدة	موافق
1	يوجد تفويض للسلطات للمرؤوسين داخل المصلحة التي أعمل فيها				
2	الهيكل التنظيمي مرن ومناسب للعمل الجيد داخل المستشفى				
3	يتم تشكيل خلية أزمة مكونة من الأطباء والإداريين لحل مشاكل طارئة				
4	يتم تنظيم العمل بشكل مستمر				
5	القرار دائما يأتي من الإدارة العليا				
6	العلاقات داخل المصلحة التي أعمل بها لا تقوم على التسلسل الهرمي الرسمي وفقا للهيكل التنظيمي للمستشفى				
7	تقوم إدارة المصلحة برفع تقارير دورية حول نشاطاتها إلى إدارة المستشفى				

### المحور الرابع: العلاقات ودور المدير

رقم	السؤال	غير موافق بشدة	غير موافق	موافق بشدة	موافق
1	يتقبل المدير النقد ويحاول تقديم الأحسن والأفضل دائما				
2	هناك علاقات جيدة بين الإداريين والأطباء خارج أوقات العمل				
3	تستخدم الإدارة جميع القنوات الاتصالية في جميع الاتجاهات				
4	تتسم الاتصالات بيني وبين الأطباء أو العاملين أو الإداريين بالسهولة				
5	العلاقة بين الأطباء والإدارة تتسم دائما بالرسمية داخل العمل				
6	يعالج المدير المشاكل في وقتها دون تأخير ويتخذ القرارات اللازمة حيال ذلك				
7	يميل المدير إلى صف الأطباء عندما يكون هناك مشكل بين طبيب وإداري				

### Questionnaire Anonyme

Ce questionnaire est destiné aux professionnels de la santé (DG des EPH, administrateurs et corps médicale de l'EPH), et concerne leurs visions envers le mécanisme décisionnel et la répartition de pouvoir au niveau de leur établissement sanitaire. Plus précisément, ce sujet s'appelle **l'effet de duopole d'autorité sur la prise de décision dans les EPH.**

Ce thème focalise sur deux principaux acteurs dans les hôpitaux, ceux liés au corps médical et les administrateurs. Il mesure (notre travail) le degré d'autorité, dans les deux corps, et son effet sur l'efficacité de la prise de décision.

Les résultats de cette enquête contribueront directement aux réflexions à ce sujet et fait partie d'une thèse de magister réalisée par, Mr BAKACHE Oualid de l'école supérieur de commerce – ESC Alger.

Toutes les réponses sont confidentielles et anonymes.

**NB.** Le nombre de questions est de 28

**Je vous remercie d'avance pour votre collaboration**

**Axe n° 1 : La clarté des règles.**



N	QUESTION	Totalement pas D'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord
1	Une grande discipline dans le travail.				
2	Bon entente avec mon supérieur.				
3	Bon entente avec mes subordonnés.				
4	J'exerce mes taches avec toutes mes conceptions.				
5	En dépit de pouvoir assigné dans le cadre de mon travail, j'assume toutes les responsables des actes fait sur mon autorité				
6	Niveaux élevé de confiance et de collaboration entre le corps médicale et l'administration.				
7	Il existe des interactions entre ma responsabilité et celles des responsables administratifs ou celles des médecins				
8	Il existe une démocratie entre l'ensemble d'acteurs de l'EPH et l'administration.				

### Axe n° 2 : La prise de décision dans l'EPH.

N	QUESTION	Totalement pas D'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord
1	Une domination claire des médecins dans le processus décisionnel de votre EPH.				
2	Les médecins influencent via leurs pouvoirs la décision dans les EPH.				
3	L'administration évite de faire participé l'ensemble des médecins dans la décision stratégique.				
4	L'autorité de directeur a une influence dominante dans le processus décisionnel dans l'EPH.				
5	Il existe une coordination réelle entre l'administration et le corps médical.				
6	L'EPH dispose des instruments d'aide à la prise de décision. Logiciels...Etc.				
7	a prise de décision finale s'effectue sans la participation des médecins.				

**Axe n° 3 : La Décentralisation de la décision.**

N	QUESTION	Totalement pas D'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord
1	Il existe une délégation de pouvoir par les autorités aux cheffes des services.				
2	L'organisation juridique de votre service est flexible et adéquate au travail collaboratif.				
3	Il y a des cellules de crises entre l'administration et les médecins dans les cas administratives urgentes.				
4	La réorganisation de travail et permanente.				
5	La décision vienne toujours des autorités supérieures et de la tutelle.				
6	La relation structurelle dans mon service ne respecte pas l'organisation hiérarchique.				
7	Le responsable de service faisait toujours de reporting.				

**Axe n° 4 : les relations et le rôle de dg dan l'hôpital.**

N	QUESTION	Totalement pas D'accord	Pas d'accord	D'accord	Totalement d'accord
1	Le directeur accepte les critiques et toujours améliore son mode de management.				
2	Il existe des relations amicales entre les acteurs de l'hôpital en dehors les horaires de travail.				
3	J'ai une bonne communication avec les autres personnes de L' EPH.				
4	Les relations sont sérieuses dans L'EPH.				
5	Le directeur règle tout le problème dans les délais immédiats.				
6	Le directeur se penche du côté des médecins en cas d'un problème.				
7	L'administration exploite tous les moyens de communications entre les acteurs de l'EPH.				

## Autres informations

### 1. L'établissement hospitalier :

- EPH Bousaada
- EPH Mssila
- EPH Ain el melh
- EPH Sidi Aissa

### 2. Cadre juridique de votre travaille

- Corps médicale
- Corps administratif

### 3. Votre fonction

### 4. Sexe

- Homme
- Femme

### 5. Niveau de formation

-Lycée

-Bac +

الملحق رقم (3): مخرجات برنامج ال spss الخاصة بالدراسة الميدانية

1- توزيع المشاركين حسب السلك المهني

EPH \* GRAD Crosstabulation

Count		GRAD		Total
		CORD ADMI- NISTR	CORD MEDI- CAL	
EPH	EPHBOUSSAADA	9	8	17
	EPHMSILA	8	8	16
	EPHAINELMELH	3	6	9
	EPHSIDIAISSA	9	6	15
Total		30	27	57

2- توزيع المشاركين حسب الجنس

EPH \* GENRE Crosstabulation

Count		GENRE		Total
		FEMENIN	MASCULIN	
EPH	EPHBOUSSAADA	8	9	17
	EPHMSILA	10	6	16
	EPHAINELMELH	9	6	9
	EPHSIDIAISSA	4	5	15
Total		28	29	57

3- قيمة ألفا كرونباخ للعينة العشوائية الأولية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,763	10

4- الاتساق الداخلي لفقرات المحور الأول

### Correlations

Spearman's rho		Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	MEANAXE1
Q11	Correlation Coeff	1,000	,343**	,448**	,272*	,264*	,275*	,220	,332*	,700**
	Sig. (2-tailed)	.	,009	,000	,041	,047	,038	,101	,012	,000
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57
Q12	Correlation Coeff	,343**	1,000	,502**	,446**	,112	,087	-,073	,035	,582**
	Sig. (2-tailed)	,009	.	,000	,001	,409	,519	,587	,794	,000
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57
Q13	Correlation Coeff	,448**	,502**	1,000	,374**	,237	,297*	,270*	,297*	,719**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,004	,076	,025	,042	,025	,000
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57
Q14	Correlation Coeff	,272*	,446**	,374**	1,000	,388**	,170	,196	-,153	,584**
	Sig. (2-tailed)	,041	,001	,004	.	,003	,206	,144	,255	,000
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57
Q15	Correlation Coeff	,264*	,112	,237	,388**	1,000	,203	,277*	,091	,510**
	Sig. (2-tailed)	,047	,409	,076	,003	.	,130	,037	,503	,000
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57
Q16	Correlation Coeff	,275*	,087	,297*	,170	,203	1,000	,174	,371**	,520**
	Sig. (2-tailed)	,038	,519	,025	,206	,130	.	,195	,005	,000
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57
Q17	Correlation Coeff	,220	-,073	,270*	,196	,277*	,174	1,000	,151	,458**
	Sig. (2-tailed)	,101	,587	,042	,144	,037	,195	.	,262	,000
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57
Q18	Correlation Coeff	,332*	,035	,297*	-,153	,091	,371**	,151	1,000	,418**
	Sig. (2-tailed)	,012	,794	,025	,255	,503	,005	,262	.	,001
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57
MEANAXE1	Correlation Coeff	,700**	,582**	,719**	,584**	,510**	,520**	,458**	,418**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	.
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5- الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثاني

		Correlations								
		Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	MEANAXE2	
Spearman's rho	Q21	Correlation Coefficient	1,000	,363**	-,070	,165	-,026	,046	-,021	,504**
		Sig. (2-tailed)	.	,005	,603	,219	,846	,733	,874	,000
		N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Q22	Correlation Coefficient	,363**	1,000	,089	,022	,329*	,084	,098	,658**
		Sig. (2-tailed)	,005	.	,511	,873	,013	,535	,468	,000
		N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Q23	Correlation Coefficient	-,070	,089	1,000	,206	-,026	-,142	-,235	,107
		Sig. (2-tailed)	,603	,511	.	,124	,850	,293	,079	,428
		N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Q24	Correlation Coefficient	,165	,022	,206	1,000	-,105	-,100	-,158	,181
		Sig. (2-tailed)	,219	,873	,124	.	,436	,461	,240	,178
		N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Q25	Correlation Coefficient	-,026	,329*	-,026	-,105	1,000	,379**	,106	,561**
		Sig. (2-tailed)	,846	,013	,850	,436	.	,004	,435	,000
		N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Q26	Correlation Coefficient	,046	,084	-,142	-,100	,379**	1,000	,252	,547**
		Sig. (2-tailed)	,733	,535	,293	,461	,004	.	,059	,000
		N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Q27	Correlation Coefficient	-,021	,098	-,235	-,158	,106	,252	1,000	,391**
		Sig. (2-tailed)	,874	,468	,079	,240	,435	,059	.	,003
		N	57	57	57	57	57	57	57	57
	MEANAXE2	Correlation Coefficient	,504**	,658**	,107	,181	,561**	,547**	,391**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,428	,178	,000	,000	,003	.
		N	57	57	57	57	57	57	57	57

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

6 - الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثالث

Correlations

		MEANAXE3	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37
Spearman's rho	Correlation	1,000	,691**	,629**	,504**	,695**	,358**	,237	,484**
	Coefficient								
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000	,006	,076	,000
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Correlation	,691**	1,000	,505**	,340**	,330*	,137	-,081	,268*
	Coefficient								
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,010	,012	,308	,549	,044
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Correlation	,629**	,505**	1,000	,457**	,512**	-,024	-,250	,214
	Coefficient								
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000	,861	,060	,110
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Correlation	,504**	,340**	,457**	1,000	,449**	-,046	-,051	,017
	Coefficient								
	Sig. (2-tailed)	,000	,010	,000	.	,000	,731	,708	,899
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Correlation	,695**	,330*	,512**	,449**	1,000	,154	-,010	,224
	Coefficient								
	Sig. (2-tailed)	,000	,012	,000	,000	.	,254	,941	,093
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Correlation	,358**	,137	-,024	-,046	,154	1,000	,178	,054
	Coefficient								
	Sig. (2-tailed)	,006	,308	,861	,731	,254	.	,186	,691
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
	Correlation	,237	-,081	-,250	-,051	-,010	,178	1,000	,186
	Coefficient								
	Sig. (2-tailed)	,076	,549	,060	,708	,941	,186	.	,167
N	57	57	57	57	57	57	57	57	
Correlation	,484**	,268*	,214	,017	,224	,054	,186	1,000	
Coefficient									
Sig. (2-tailed)	,000	,044	,110	,899	,093	,691	,167	.	
N	57	57	57	57	57	57	57	57	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

7- الاتساق الداخلي لفقرات المحور الرابع

Correlations

		MEANAXE4	Q41	Q42	Q43	Q44	Q45	Q46	Q47	
Spearman's rho	MEANAXE4	Correlation	1,000	,721**	,651**	,675**	,639**	,458**	,525**	,341**
	Coefficient									
	Sig. (2-tailed)		.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,009
	N		57	57	57	57	57	57	57	57
	Q41	Correlation	,721**	1,000	,251	,297*	,325*	,238	,602**	,205
	Coefficient									
	Sig. (2-tailed)		,000	.	,059	,025	,013	,075	,000	,127
	N		57	57	57	57	57	57	57	57
	Q42	Correlation	,651**	,251	1,000	,570**	,627**	,377**	,047	,173
	Coefficient									
	Sig. (2-tailed)		,000	,059	.	,000	,000	,004	,727	,197
	N		57	57	57	57	57	57	57	57
	Q43	Correlation	,675**	,297*	,570**	1,000	,512**	,189	,218	,172
	Coefficient									
	Sig. (2-tailed)		,000	,025	,000	.	,000	,160	,103	,202
	N		57	57	57	57	57	57	57	57
	Q44	Correlation	,639**	,325*	,627**	,512**	1,000	,336*	,100	,067
	Coefficient									
	Sig. (2-tailed)		,000	,013	,000	,000	.	,011	,459	,623
	N		57	57	57	57	57	57	57	57
Q45	Correlation	,458**	,238	,377**	,189	,336*	1,000	,090	-,028	
Coefficient										
Sig. (2-tailed)		,000	,075	,004	,160	,011	.	,504	,837	
N		57	57	57	57	57	57	57	57	
Q46	Correlation	,525**	,602**	,047	,218	,100	,090	1,000	-,014	
Coefficient										
Sig. (2-tailed)		,000	,000	,727	,103	,459	,504	.	,918	
N		57	57	57	57	57	57	57	57	
Q47	Correlation	,341**	,205	,173	,172	,067	-,028	-,014	1,000	
Coefficient										
Sig. (2-tailed)		,009	,127	,197	,202	,623	,837	,918	.	
N		57	57	57	57	57	57	57	57	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



## 8-الاتساق الداخلي بين المحاور

### Correlations

		MEANAXE4	MEANAXE1	MEANAXE2	MEANAXE3	MEANAXE
Spearman's rho	MEANAXE4					
	Correlation	1,000	,554**	,018	,680**	,807**
	Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,893	,000	,000
	N	57	57	57	57	57
	MEANAXE1					
	Correlation	,554**	1,000	-,089	,479**	,735**
	Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,510	,000	,000
	N	57	57	57	57	57
	MEANAXE2					
	Correlation	,018	-,089	1,000	-,131	,317*
Coefficient						
Sig. (2-tailed)	,893	,510	.	,332	,016	
N	57	57	57	57	57	
MEANAXE3						
Correlation	,680**	,479**	-,131	1,000	,723**	
Coefficient						
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,332	.	,000	
N	57	57	57	57	57	
MEANAXE						
Correlation	,807**	,735**	,317*	,723**	1,000	
Coefficient						
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,016	,000	.	
N	57	57	57	57	57	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## 7- الثبات الكلي لمعامل ألفا كرونباخ

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,757	27

## 8- العبارات القابلة للحذف

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q11	47,72	54,206	,563	,735
Q12	47,49	58,504	,130	,758
Q13	47,47	54,968	,515	,738
Q14	47,12	57,610	,248	,752
Q15	47,39	57,991	,213	,753
Q16	47,88	55,003	,464	,740
Q17	47,68	56,363	,393	,745
Q18	47,88	56,003	,369	,745
Q21	47,09	54,224	,304	,750
Q22	47,44	58,643	,047	,770
Q24	47,39	58,348	,167	,756
Q25	47,63	62,094	-,156	,784
Q26	47,33	62,048	-,153	,784
Q27	47,44	58,215	,067	,769
Q31	47,75	56,224	,413	,744
Q32	47,81	53,409	,680	,729
Q33	47,79	55,741	,512	,740
Q34	47,70	54,356	,604	,734
Q35	47,49	59,219	,093	,759
Q37	47,53	59,575	,065	,760
Q41	47,56	52,358	,660	,726
Q42	47,51	56,147	,417	,744
Q43	47,63	55,415	,542	,738
Q44	47,61	54,991	,515	,738
Q45	47,75	56,689	,300	,749
Q46	47,65	55,160	,465	,740
Q47	47,75	57,974	,183	,755

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,710	8

## 9- ثبات المحور الأول

## 10- ثبات المحور الثاني

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,442	6

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q21	9,79	7,812	,190	,414
Q22	10,14	6,837	,405	,274
Q24	10,09	10,046	-,049	,499
Q25	10,33	7,440	,296	,347
Q26	10,04	7,427	,289	,351
Q27	10,14	8,194	,136	,446

## 11- ثبات المحور الثالث

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,661	6

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q31	8,70	3,749	,548	,560
Q32	8,75	3,617	,559	,552
Q33	8,74	4,233	,385	,621
Q34	8,65	3,660	,572	,549
Q35	8,44	4,858	,076	,725
Q37	8,47	4,432	,261	,662

## 12- ثبات المحور الرابع

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,720	7

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q41	10,51	6,254	,552	,654
Q42	10,46	6,717	,584	,652
Q43	10,58	6,998	,548	,664
Q44	10,56	6,643	,573	,653
Q45	10,70	7,213	,331	,713
Q46	10,60	7,459	,287	,722
Q47	10,70	7,642	,217	,740

**-13 المتوسط المرجح والانحراف المعياري للمحاور**

**Statistics**

		MEANAXE1	MEANAX2	MEANAX3	MEANAXE4
N	Valid	57	57	57	57
	Missing	0	0	0	0
Mean		1,8246	2,0175	1,7251	1,7644
Std. Deviation		,40357	,53516	,39149	,43068

**-14 تحليل التباين الأحادي ANOVA**

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MEANAXE1	Between Groups	7,326	22	,333	6,310	,000
	Within Groups	1,794	34	,053		
	Total	9,121	56			
MEANAXE4	Between Groups	8,966	22	,408	9,748	,000
	Within Groups	1,421	34	,042		
	Total	10,387	56			
MEANAX2	Between Groups	7,063	22	,321	1,216	,297
	Within Groups	8,975	34	,264		
	Total	16,038	56			
MEANAX3	Between Groups	6,304	22	,287	4,274	,000
	Within Groups	2,279	34	,067		
	Total	8,583	56			

15- المتوسط المرجح والانحراف المعياري حسب المؤسسة الاستشفائية لكل محور

Report

EPH		MEANAXE1	MEANAXE2	MEANAX2	MEANAX3
	Mean	1,7868	2,0504	2,1078	1,7941
EPHBOUSSAADA	N	17	17	17	17
	Std. Deviation	,37699	,55084	,65336	,40195
	Mean	1,6875	1,9196	1,9479	1,5313
EPHMSILA	N	16	16	16	16
	Std. Deviation	,33229	,35367	,46634	,33455
	Mean	1,5417	1,9206	1,9630	1,4074
EPHAINELMELH	N	9	9	9	9
	Std. Deviation	,19764	,51066	,54504	,26498
	Mean	2,1833	1,9333	2,0222	2,0444
EPHSIDIAISSA	N	15	15	15	15
	Std. Deviation	,36860	,44808	,48741	,21331
	Mean	1,8246	1,9624	2,0175	1,7251
Total	N	57	57	57	57
	Std. Deviation	,40357	,45937	,53516	,39149

16-معامل ارتباط بيرسون لكل المحاور

Correlations

		MEANAXE1	MEANAX2	MEANAXE3	MEANAXE4	MEANAXE
	Pearson Correlation	1	-,091	,437**	,578**	,742**
MEANAXE1	Sig. (2-tailed)		,503	,001	,000	,000
	N	57	57	57	57	57
	Pearson Correlation	-,091	1	-,150	-,033	,305*
MEANAX2	Sig. (2-tailed)	,503		,264	,805	,021
	N	57	57	57	57	57
	Pearson Correlation	,437**	-,150	1	,694**	,726**
MEANAXE3	Sig. (2-tailed)	,001	,264		,000	,000
	N	57	57	57	57	57
	Pearson Correlation	,578**	-,033	,694**	1	,833**
MEANAXE4	Sig. (2-tailed)	,000	,805	,000		,000
	N	57	57	57	57	57
	Pearson Correlation	,742**	,305*	,726**	,833**	1
MEANAXE	Sig. (2-tailed)	,000	,021	,000	,000	
	N	57	57	57	57	57

الملحق رقم (4) : الأساتذة المحكمين للإستبيان

الجامعة	الأستاذ
المدرسة العليا للتجارة	الأستاذ الدكتور: رابح كشاد
المدرسة العليا للتجارة	الأستاذ الدكتور: ناصر دادي عدون
جامعة الجزائر 3	الدكتور: نور الدين حاروش
المدرسة العليا للتجارة	الدكتور : مريزق عدمان
جامعة ورقلة	الدكتور: الحاج عرابة
جامعة المسيلة	الدكتور: علي سنوسي
جامعة البلدية	الأستاذ: صبيحات ابراهيم
المدرسة العليا للتجارة	الأستاذ: أمين تغليسية
جامعة غليزان	الأستاذ: يوسف قروج

المؤسسة الاستشفائية العمومية - الزهراوي - المسيلة

الملحق رقم: 05

10	7	56	63	المجموع	
منهم نساء	الفارق	الحقيقي الى غاية 31/12/2015	التعداد المالي لسنة	الرتبة	
4	3	10	13	ممرض مؤهل	
4	3	10	13	المجموع	
130	40	327	367	المجموع	
0	3	0	3	رئيس متصرفي مصالح الصحة	متصرفي مصالح الصحة
0	1	3	4	متصرفي رئيسي لمصالح الصحة	
0	1	0	1	متصرفي مصالح الصحة	
0	5	3	8	مجموع متصرفي مصالح الصحة	
0	0	1	1	متصرف مستشار	التاطير
0	0	1	1	متصرف رئيسي	
2	2	6	8	متصرف	
0	0	1	1	وثائقي امين محفوظات	
2	2	9	11	مجموع التاطير	
0	0	1	1	ملحق رئيسي للإدارة	التنفيذ
0	2	6	8	ملحق ادارة	
3	1	6	7	عون ادارة رئيسي	
2	3	5	8	عون ادارة	
0	1	1	2	عون مكتب	
1	0	1	1	كاتب مديرية	
0	1	0	1	كاتب	
5	0	14	14	عون حفظ البيانات	
1	0	1	1	محاسب اداري	
12	8	35	43	مجموع التنفيذ	
14	15	47	62	المجموع	
1	2	2	4	نفساني عيادي للصحة العمومية	النفسانيين والبيولوجين
0	2	0	2	بيولوجي في الصحة العمومية الدرجة الثانية	
5	1	5	6	بيولوجي في الصحة العمومية الدرجة الاولى	
6	5	7	12	المجموع	
0	0	1	1	مهندس رئيسي في الاعلام الالي	المهندسين
0	1	0	1	مهندس دولة في الاعلام الالي	
0	0	1	1	مهندس رئيسي في المخبر والصيانة	
0	1	2	3	المجموع	
1	1	4	5	تقني سامي في الاعلام الالي	التقنيون
0	0	3	3	تقني في الاعلام الالي	
0	0	1	1	تقني سامي في المخبر والصيانة	
1	1	8	9	المجموع	

تابع للملحق رقم 05

1	2	10	12	مجموع التقنيين		
منهم نساء	الفارق	الحقيقي الى غاية 31/12/2015	التعداد المالي لسنة	الرتبة		
0	0	4	4	عامل مهني خارج الصنف	مال المهنيون و سائقي السيارات	
5	3	20	23	عامل مهني من الصنف الاول		
22	7	51	58	عامل مهني من الصنف الثاني		
0	2	0	2	عامل مهني من الصنف الثالث		
27	12	75	87	مجموع العمال المهنيين		
0	0	6	6	سائقي السيارات من الصنف الاول		
0	1	0	1	سائقي السيارات من الصنف الثاني		
0	1	6	7	مجموع السائقين		
0	0	4	4	عامل مهني من المستوى الثاني		العمال المتعاقدون توقيت كامل
1	2	8	10	عامل مهني من المستوى الاول		
10	1	9	10	عون خدمة من المستوى الاول		
0	4	9	13	سائق سيارة من المستوى الثاني		
0	1	0	1	سائق سيارة من المستوى الاول		
0	0	1	1	عون وقاية مستوى ثاني		
0	0	8	8	عون وقاية مستوى اول		
0	1	25	26	حارس		
11	9	64	73	مجموع المتعاقدون بالتوقيت الكامل		
24	8	51	59	المتعاقدون بالتوقيت الجزئي		
35	17	115	132	مجموع العمال المتعاقدون		
62	30	196	226	مجموع العمال المهنيين والمتعاقدين		
261	122	685	807	مجموع المؤسسة		

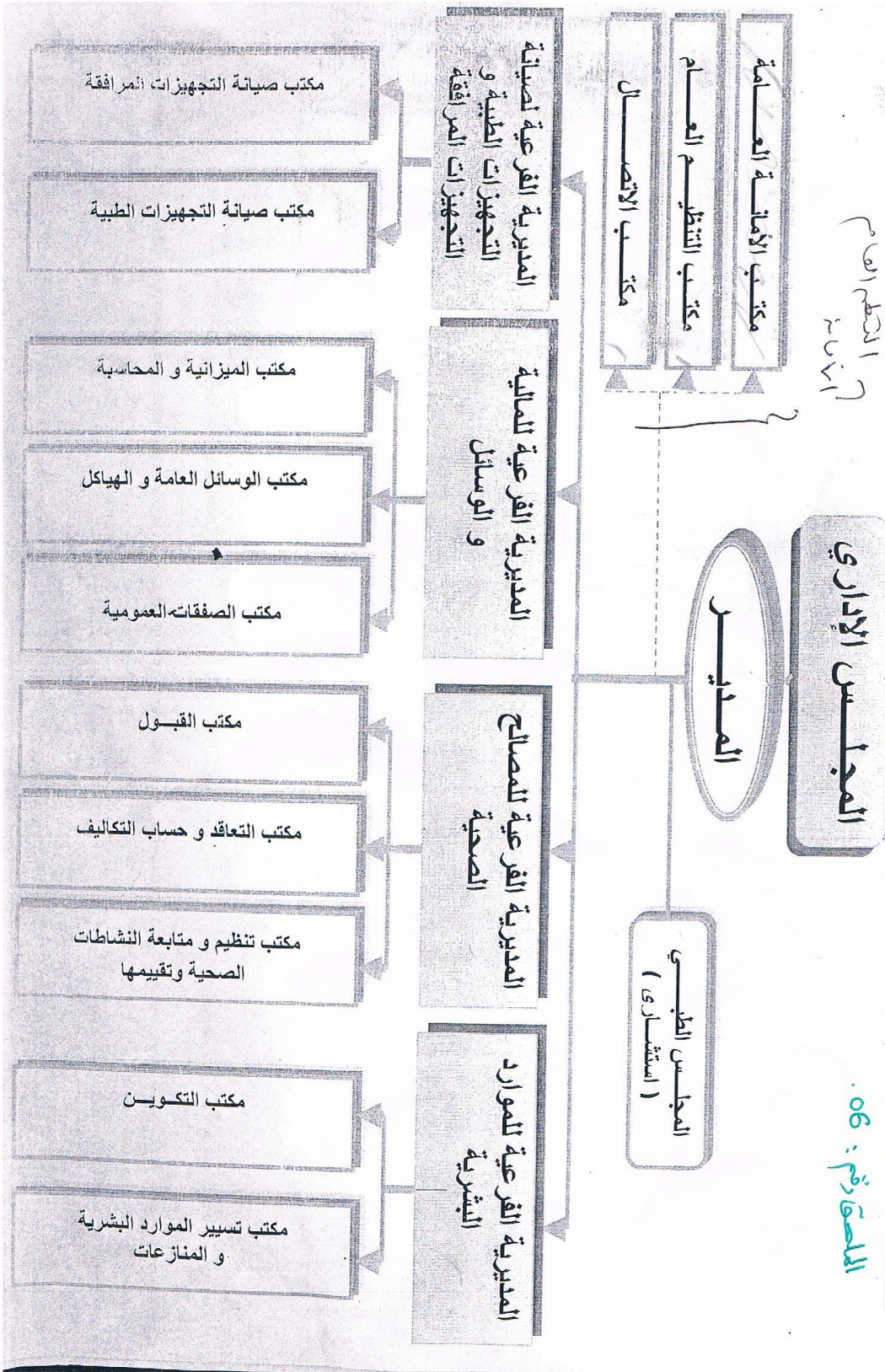
المدير



مخطط تنظيم المؤسسة الاستشفائية بسيدي كبيسي

النظام العام  
الاستشفائي

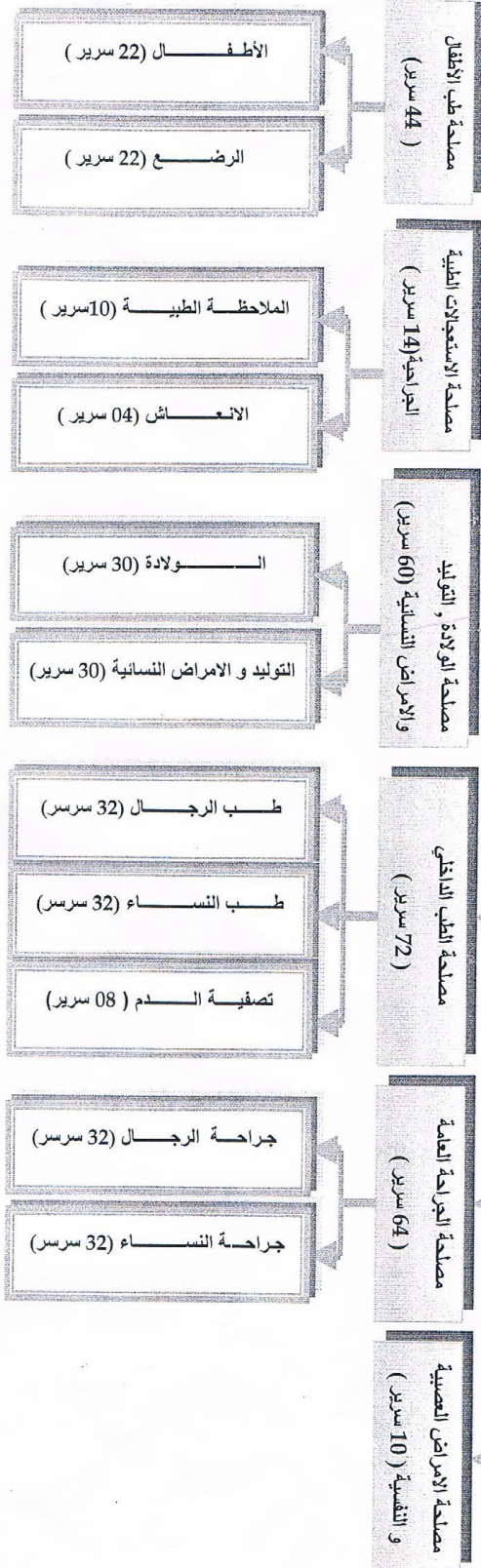
الملحق رقم: 06



## مخطط تنظيم المصالح الصحية

### المصالح الاستشفائية

تابع للملحق رقم: 06



### المصالح التتقيية

### المصالح الوقائية

مصحة المخبر

مصحة الأشعة

مصحة الصيدلانية

مصحة الرقابة

مصحة طب العمل

المؤرخ في

ملحق القرار رقم

الملحق رقم: 07

يتضمن إنشاء المصالح و الوحدات المكونة لها على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية المسيلة

الوحدات	عدد الأسرة	المصالح
-02- 1- أمراض النساء 2- طب أمراض المعدة والأمعاء		1- التشريح المرضي
-02- 1- التخدير 2- الإنعاش	12	2- الإنعاش و التخدير
-02- 1- الاستشفاء 2- الفحص والكشف	20	3- طب أمراض القلب
-03- 1- الاستشفاء 2- قاعة العمليات 3- الفحوصات	24	4- الجراحة العامة
-02- 1- الرضع 2- الأطفال الكبار	20	5- جراحة الأطفال



تابع للملحق رقم 07

-U2- 1- المعلومات الصحية 2- النظافة الإستشفائية		تابع للملحق رقم : 07 6- علم الأوبئة
-02- 1- علم الأحياء المجهرية 2- الكيمياء الحيوية		7- المخبر المركزي
-02- 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء	30	8- الأمراض المعدية
-02- 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء	50	9- الطب الداخلي
-02- 1- الخبرة الطبية القضائية 2- طب المساجين		10- الطب الشرعي
-02- 1- أمراض الكلى 2- تصفية الدم	13	11- طب أمراض الكلى وتصفية الدم
-02- 1- الاستشفاء 2- مستشفى النهار	20	12- طب الأورام



EPH Boumaada .  
ANNEX N° 08 .

### REPARTITION DES LITS PAR SERVICE

Service d'hospitalisation	Unités	Nombre de lits techniques	Nombre de lits organisés
Médecine interne + infectieux + Hémodialyse	Hommes	30+10	30+08
	Femmes	30+10	30+08
	Hémodialyse	16	16
Chirurgie générale + orthopédie	Chirurgie général hommes	20+10	20+10
	Chirurgie général femme	20+10	20+10
Gynéco - obstétrique	Néonatalogie	12	12
	Gynécologie	20	20
	Obstétrique	40	40
Urgence medio- chirurgicales	Urgence MC	10	14
	Salle de réveil	06	12
Pédiatrie Réanimation ophtalmologie ORL	Pédiatrie	40	40
	Réanimation	-	08
	ophtalmologie	20	00
ORL		20	00
<b>Total</b>		<b>308</b>	<b>282</b>

الملحق رقم 08



