



## جامعة الجزائر 3

### كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

#### قسم علوم التسيير

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير

تخصص: إقتصاد وإدارة الصحة

#### الموضوع:

#### تقييم أداء المستشفيات

دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى كنموذج.

-ولاية المسيلة-

إشراف الأستاذ(ة):

أ.د. ضحاک نجية

إعداد الطالب:

مايدي محمد لمين

#### أعضاء لجنة المناقشة:

الإسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ.د. خالفي علي	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 3	رئيسا
أ. د ضحاک نجية	أستاذ(ة) التعليم العالي	جامعة الجزائر 3	مشرف(ة)
أ.د. جيلالي عمير	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 3	عضوا
أ. شيهاني سهام	أستاذة محاضرة أ	جامعة الجزائر 3	عضوا
أ.د. عرابة الحاج	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	عضوا
أ.د. بار جميلة	أستاذ(ة) التعليم العالي	EHEC	عضوا

السنة الجامعية: 2023/2022

# إهداء

إلى من علمني النجاح والصبر... إلى من علمني العطاء بدون انتظار... أبي.

إلى من علمتني وعانت الصعاب لأصل إلى ما أنا فيه... إلى من كان دعاؤها سر

نجاحي وحنانها بلسم جراحي... أمي.

إلى جميع أفراد أسرتي العزيزة والكبيرة كل باسمه أينما وجدوا.

إلى رقيقة الدرب الدكتورة ريمة برج راسوطة.

إلى أستاذتي المشرفة أ.د ضحاك نجية.

إلى أساتذتي الكرام الذين أناروا دروبنا بالعلم والمعرفة بالأخص أ.د خالفي علي.

إلى كل من يقتنع بفكرة فيدعو إليها ويعمل على تحقيقها، لا يبغى بها إلا وجه الله

ومنفعة الناس.

إلى روح الزميل الدكتور علي بيازة .

إليكم أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع.

محمد لمين

# شكر وعرّفان

نحمد الله ونشكره ونثني عليه كما ينبغي لجلال وجهه ولعظيم سلطانه على توفيقه في إنجاز هذا العمل العلمي.

وعملا بقول رسول الله صلى الله عليه وسلم: (من لا يشكر الناس لا يشكر الله)، لذلك أتوجه في أوله بأعز وأخلص التشكرات والعرّفان للأستاذة الفاضلة المشرفة "أ.د ضحاك نجية"، على قبولها الإشراف، وكل ما قدمته لي من نصائح وتوجيهات.

كذلك لا يفوتني في هذه الرسالة إلا أن أتقدم بالشكر الوفير للبروفيسورة الدكتورة "ضحاك نجية" من جامعة الجزائر 3، والتي سمحت لنا طلبة دفعة إقتصاد وإدارة الصحة بالغوص في إقتصاديات إدارة الصحة والمؤسسات الصحية بالجزائر، من خلال فتحها هذا التخصص وتأطيرها له.

والشكر موصول أيضا لأعضاء لجنة التكوين كل بإسمه أساتذتنا الكرام: خالفي، العمري، بولحريق، جنوحات، العسكري، بيسان والقائمة تطول.

أشكرهم من باب ما قدموا لي من يد المساعدة والنصائح القيمة والتوجيهات العلمية، ولم ييخلوا على بدعمهم طيلة فترة إعداد هذا البحث، جزاهم الله كل خير وألف ألف شكر.

مايدي محمد لمين

## المخلص:

جاءت هذه الدراسة من أجل تقييم مستوى الأداء في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر (EPH)، من خلال مؤشرات تقييم أداء النظم والمؤسسات الصحية، في ظل التغيرات الهيكلية التي مست منظومة الصحة لضمان التغطية الصحية الشاملة والتحسين المستمر لجودة خدمات الرعاية الصحية.

وتحقيقاً لأهداف الدراسة، تم الاعتماد على المنهج التحليلي للتعريف ببيئة المستشفيات، نظراً لأهميتها في تقديم خدمات صحية شاملة ومتنوعة، مروراً بمفاهيم إدارة الصحة والمستشفيات وأهم المبادئ والركائز التي يقوم عليها القطاع الصحي. كما تم تقييم الأداء الصحي بالمستشفيات وتوضيح أهم المتغيرات ذات الأثر على العملية، إضافة لأهم النماذج والمؤشرات المتبعة في تقييم الأداء. أما في الجانب التطبيقي، تم الاعتماد على المنهج التجريبي في حساب مؤشرات تقييم الأداء، من خلال تجميع وتبويب معطيات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية سيدي عيسى -ولاية المسيلة- خلال الفترة الممتدة من 2016م إلى 2020م.

توصلت الدراسة إلى أن المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة تعاني من اختلالات في استغلال الموارد المادية والبشرية، حيث حققت معدلات منخفضة الكفاءة في كثافة توزيع الموارد البشرية على الموارد المادية (الأسره)، بالإضافة لقصور عدد الأسره في مصلحة طب الأطفال مقارنة بالإقبال الكبير للمرضى، انخفاض الإقبال على الخدمات الصحية لقسم الطب الداخلي وارتفاع معدل دوران مصلحة الأمومة وطب النساء والتوليد. أما من خلال نتائج الأداء الصحي عموماً، يمكن القول أن المؤسسة تحقق نتائج مرضية على مستوى التحسين الصحي، وذلك بالحد من مسببات العجز والوفيات.

**الكلمات المفتاحية:** إدارة الصحة، الأداء الصحي، مؤشرات تقييم الأداء.

## **Summary:**

This study comes in order to assess the level of performance in public hospital institutions in Algeria (EPH), through the indicators of performance in health systems and institutions, in light of the structural changes that affected the health system to ensure comprehensive health coverage and continuous improvement of the quality of health care services.

To achieve the objectives of the study, the analytical approach is used to define the hospital environment, given its importance in providing comprehensive and diverse health services, passing through the concepts of health management and hospitals and the most important principles and pillars upon which the health sector is based. The health performance in hospitals is also evaluated along with the most important variables that have an impact on the process are clarified, passing through the most important models and indicators used in evaluating performance. As for the applied work, the empirical method is relied on to calculate the performance evaluation indicators, by compiling and tabulating the data of the Regulation Office and following up on the health activities of the Public Hospital Institution of Sidi Aissa - M'sila - during the period from 2016 to 2020.

The study concludes that the public hospital institution under study suffers from imbalances in the exploitation of material and human resources, as it achieved low rates of efficiency in the intensity of distribution of human resources to material resources (the family), in addition to the shortage in beds in the Paediatric Department compared to the high turnout of patients, low turnout for Health services of the internal medicine department and high turnover of the maternity and obstetrics and gynecology services. As for the results of health performance in general, this institution achieves satisfactory results in terms of health improvement, by reducing the causes of disability and death.

**Keywords:** health management, health performance, performance indicators.

# قائمة المحتويات

فهرس:

	إهداء شكر الملخص
IV	الفهرس
IX	قائمة الجداول
X	قائمة الأشكال
XI	قائمة الملاحق
أ-م	مقدمة
70-14	الفصل الأول: إدارة الصحة والمستشفيات
16	01 المبحث الأول: الإدارة الصحية
16	المطلب الأول: طبيعة الإدارة الصحية (تعريف، خدمات صحية، تحديات...)
26	المطلب الثاني: مكونات نظام الإدارة الصحية
34	المطلب الثالث: القوى المؤثرة في نظام الإدارة الصحية
38	02 المبحث الثاني: المستشفيات أساس الرعاية الصحية
38	المطلب الأول: التطور التاريخي للمستشفيات
45	المطلب الثاني: مميزات وأهداف المستشفيات
49	المطلب الثالث: تصميم المستشفيات
58	03 المبحث الثالث: إدارة المستشفيات
58	المطلب الأول: خصوصيات الإدارة في المستشفيات
61	المطلب الثاني: الأدوار القيادية في المستشفيات (دوائر المسؤولية)
67	المطلب الثالث: التسيير الإداري في المستشفيات
145-72	الفصل الثاني: المؤشرات المعتمدة في تقييم أداء المستشفيات
74	01 المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للأداء
74	المطلب الأول: مفهوم الأداء
80	المطلب الثاني: تصنيفات الأداء
83	المطلب الثالث: العوامل المحددة والمؤثرة في الأداء
87	02 المبحث الثاني: المتغيرات المرتبطة بعملية تقييم الأداء في المستشفيات

87	المطلب الأول: مقاربات عملية تقييم الأداء	
98	المطلب الثاني: خصوصيات تقييم الأداء الصحي بالمستشفيات	
104	المطلب الثالث: نماذج تقييم الأداء في المستشفيات	
<b>118</b>	<b>البحث الثالث: معايير تقييم الأداء في المستشفيات</b>	<b>03</b>
118	المطلب الأول: نشأة الحاجة لتقييم الأداء في المستشفيات	
120	المطلب الثاني: أبعاد مؤشرات تقييم الأداء في المستشفيات	
127	المطلب الثالث: مؤشرات تقييم أداء المستشفيات	
<b>206-147</b>	<b>الفصل الثالث: دراسة تحليلية لمؤشرات أداء المؤسسات العمومية الإستشفائية - المؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى كنموذج -</b>	
149	<b>المبحث الأول: مؤسسات رعاية الصحة العمومية بالجزائر</b>	<b>01</b>
149	المطلب الأول: الصحة العمومية بأعين المشرع الجزائري	
159	المطلب الثاني: المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر	
172	المطلب الثالث: التصنيف الإداري لمؤسسات الصحة العمومية	
<b>178</b>	<b>المبحث الثاني: التقديم العام للمؤسسة محل الدراسة</b>	<b>02</b>
178	المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية - سيدي عيسى -	
181	المطلب الثاني: التنظيم الإداري للمؤسسة العمومية الإستشفائية - سيدي عيسى -	
184	المطلب الثالث: المصالح الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية - سيدي عيسى -	
<b>192</b>	<b>المبحث الثالث: مشروع تقييم أداء المؤسسة العمومية الإستشفائية - سيدي عيسى -</b>	<b>03</b>
192	المطلب الأول: تقييم أداء المورد البشري	
198	المطلب الثاني: تقييم أداء المصالح الإستشفائية	
203	المطلب الثالث: تقييم نتائج التحسين الصحي	
<b>211</b>	<b>خاتمة</b>	
<b>217</b>	<b>مراجع</b>	
<b>241</b>	<b>ملاحق</b>	



قائمة الجداول

والأشكال

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
21	مكونات الخدمة الصحية	1.1
54	التصنيف الأكثر شيوعا للمستشفيات	2.1
114	المحاور المقترحة لتقييم أداء المستشفيات حسب الأداة PATH TOOL	1.2
116	محاور تقييم الأداء الصحي وفق نموذج DONABEDIAN	2.2
143	القيم العالمية لمؤشرات تقييم الأداء بالمستشفيات	3.2
160	عدد المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر	1.3
163	توزيع المؤسسات الإستشفائية المتخصصة بالجزائر -2017م-	2.3
168	التكوين الهيكلي لمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالجزائر -2017-	3.3
172	النقاط الاستدلالية لتصنيف المؤسسات الإستشفائية المتخصصة	4.3
174	النقاط الإستدلالية لتصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية	5.3
176	النقاط الإستدلالية لتصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	6.3
179	التغطية الصحية للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى	7.3
179	المؤسسات العمومية للصحة بولاية المسيلة	8.3
184	حصيلة أنشطة مصلحة طب الأطفال	9.3
185	حصيلة أنشطة مصلحة الطب الداخلي	10.3
186	حصيلة أنشطة مصلحة الجراحة العامة	11.3
186	حصيلة أنشطة مصلحة الأمومة وأمراض النساء والتوليد	12.3
187	حصيلة أنشطة مصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية	13.3
188	حصيلة أنشطة مصلحة المخبر	14.3
189	حصيلة أنشطة مصلحة تصفية الدم	15.3
190	حصيلة أنشطة مصلحة الأشعة	16.3
192	توزيع الأطباء على الأسره في المؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	17.3
193	توزيع الممرضين على الأسره في المؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	18.3
194	توزيع الممرضين على الأطباء في المؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	19.3
195	توزيع الأسره لكل ذ. م. صحية في المؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	20.3
196	توزيع ذ. م. صحية على الأطباء بالمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	21.3

197	توزيع الأسره لكل صيدلي في المؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	22.3
198	مؤشرات أداء مصلحة طب الأطفال	23.3
199	مؤشرات أداء مصلحة الطب الداخلي	24.3
200	مؤشرات أداء مصلحة الجراحة العامة	25.3
201	مؤشرات أداء مصلحة الامومة وأمراض النساء والتوليد	26.3
203	نسبة الوفيات حسب المصالح بالمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	27.3
205	نسبة الوفيات العامة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	28.3
205	نسبة وفيات الأمهات بالمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	29.3
206	نسبة وفيات الأجنة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	30.3
207	نسبة وفيات المواليد بالمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	31.3
208	نسبة وفيات الأطفال بالمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	32.3

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
26	المعضلات التي يكابدها النظام الصحي	1.1
37	مكونات نظام الإدارة الصحية	2.1
66	التنظيم الوظيفي لإدارة المستشفى	3.1
87	محددات الأداء	1.2
119	حلقة تقييم وتحسين الاداء لاناتلي سندرا	2.2
158	مستويات رعاية الصحة العمومية بالجزائر	1.3
170	توزيع مؤسسات الصحة العمومية بالجزائر -2017-	2.3
171	توزيع الأسرة في مؤسسات الصحة العمومية بالجزائر -2017-	3.3
183	المخطط التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-	4.3
191	المخطط التنظيمي للمصالح الصحية بالمؤسسة الإستشفائية-سيدي عيسى-	5.3

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
241	نسبة شغل الأسره بمصلحة طب الأطفال	01
241	معدل دوران الأسره بمصلحة طب الأطفال	02
242	متوسط مدة الإقامة بمصلحة طب الأطفال	03
242	نسبة وفيات مصلحة طب الأطفال	04
243	نسبة شغل الأسره بمصلحة الطب الداخلي	05
243	معدل دوران الأسره بمصلحة الطب الداخلي	06
244	متوسط مدة الإقامة بمصلحة الطب الداخلي	07
244	نسبة وفيات مصلحة الطب الداخلي	08
245	نسبة شغل الأسره بمصلحة الجراحة العامة	09
245	معدل دوران الأسره بمصلحة الجراحة العامة	10
246	متوسط مدة الإقامة بمصلحة الجراحة العامة	11
246	نسبة وفيات مصلحة الجراحة العامة	12
247	نسبة شغل الأسره بمصلحة الأمومة وأمراض النساء	13
247	معدل دوران الأسره بمصلحة الأمومة وأمراض النساء	14
248	متوسط مدة الإقامة بمصلحة الأمومة وأمراض النساء	15
248	نسبة وفيات مصلحة الأمومة وأمراض النساء	16
249	نسبة وفيات مصلحة الإستجالات	17
249	توزيع المورد البشري بالمؤسسة العمومية الأستشفائية سيدي عيسى	18

# مقدمة

تعتبر الصحة من أهم الإحتياجات الأولية التي يسعى الأفراد إلى إمتلاكها، والتي تتدرج ضمن مستويي الحاجات الفسيولوجية والأمان لهرم "أبرهام ماسلو"، بحكم طبيعتها المعقدة تعد من ضروريات ممارسة الحياة الطبيعية كونها تتعلق بالسلامة الجسدية والعقلية والنفسية للأفراد، هذا ما جعلها تحتل مكانة بارزة في بناء مجتمعات قادرة على التطور والإزدهار بحكم أن الأفراد الأصحاء ممن يتمتعون بقدرات إدراكية وبدنية أفضل؛ إسهاماتهم تكون أكثر إنتاجية في المجتمع. لذلك لا يمكن تصور أي مسعى تنموي سواء كان إقتصادي أو إجتماعي أو فكري، بدون تمتع العنصر البشري بوضع صحي سليم وجيد يسمح له بممارسة وظائفه بكل أرحية، إذ أن المستوى الصحي يعد الهدف الأساسي لخطط التنمية الاقتصادية والإجتماعية في الدول التي ترغب في بناء وتثمين رأس مال بشري قادر على خلق القيمة المضافة.

من منطلق أهمية الصحة في إزدهار الحياة المجتمعية، تسعى العديد من الدول لإدراج برامج الصحة ضمن خططها التنموية، من خلال العمل على تحسين أداء النظام الصحي السائد بها وصياغة سياسات وإجراءات تتماشى مع الأهداف التي تسعى لتحقيقها. كما تولي النظم الصحية إهتماما كبيرا للنهوض بمستوى الخدمات الصحية؛ التي تقدمها المؤسسات والمنظمات الصحية ومراقبة مستوى التحسين على الأوضاع الصحية السائدة.

لذلك تعد مؤسسات الرعاية الصحية أو ما يعرف بالمؤسسات الصحية عموما والمستشفيات خصوصا الهياكل القاعدية لأي نظام صحي، وهي تمثل الأداة التنفيذية ذات الأثر المباشر على الوضع الصحي السائد، توفر وتحافظ على الصحة الفردية والجماعية. كما تتميز هذه الهياكل بالتركيبية الغير البسيطة في إنتاج خدماتها الصحية من خلال مهام وإجراءات متعددة ومتداخلة، تقوم على مهارات متخصصة ومتنوعة، وتضم مجموعة من الأنظمة الفرعية التي تغطي جميع أوجه النشاط الطبي والصحي والإداري؛ تتفاعل وتتكامل معا من أجل الوصول إلى نتائج التحسين الصحي المرغوبة بها.

بمقابل ذلك وكنتيجة لإرتفاع الوعي الصحي في المجتمعات وتطور المورد البشري، بعد التقدم في العلوم والمعارف الطبية وتطور الأجهزة والتقنيات، بالإضافة لإنتشار الأخطاء الطبية في فترة الثمانينات والبداية التسعينات، وزيادة الاهتمام بالإحتياجات النوعية للأفراد من خلال توفير خدمات صحية ذات مستوى ترقى إلى النتائج المرجوة منها من جهة، ومن جهة أخرى تلقى القبول من متلقي الخدمات ومقدميها. ظهرت الحاجة إلى تقييم أداء المؤسسات الصحية والمستشفيات خصوصا وفق معايير ومؤشرات تسمح بمعرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة ونتائجها على الأفراد والجماعات والنظام الصحي ككل.

وعليه ظهر مصطلح التحسين المستمر للرعاية الصحية المقدمة بالمستشفيات كهدف أساسي يعول عليه النظام الصحي من أجل تعزيز الصحة الفردية والمجتمعية، والذي لا يمكن تحقيقه إلا عن طريق برامج فعال لتقييم أداء المستشفيات من خلال معايير ومؤشرات علمية تعبر عن أهداف كمية ونوعية تسمح بالتعرف على طرق القيام بالأنشطة، كيفية إستغلال الموارد، تحديد نقاط القوة والضعف، بالإضافة لحجم النتائج المحققة ومقارنتها مع الأهداف المرجوة. هذا ما يضع النظام الصحي السائد أما تحديات التغيير الدائم لمواكبة النتائج التي تتجر عن عملية التقييم، وذلك من خلال التأثير على الطرق والإجراءات المتبعة في إدارة النظام الصحي، لضرورة التغيير حسب الأولويات الصحية والإنمائية، والتكيف مع حجم الإستثمارات والمكاسب القبلية المحققة بالإضافة للتركيز على الجوانب الغير منجزة في الأنشطة والنتائج.

في نفس السياق، شهد النظام الصحي بالجزائر القائم على هياكل إدارية ومؤسسات إستشفائية تعرف بمؤسسات الصحة العمومية؛ العديد من التحولات الهيكلية والتسييرية خلال فترات مختلفة، سعت هذه التحولات إلى تحقيق أهداف إنمائية صحية محلية ودولية، وتحسين الرعاية الصحية من خلال التوجه من مجرد توفير الخدمات الصحية للجمهور إلى تحقيق الجودة المقبولة للخدمات الصحية والسعي لمتابعة ومراقبة الأنشطة الوقائية والطبية والصيدلانية وفق مبدء تسلسل وتكامل أنشطة الوقاية والعلاج وإعادة تكييف مختلف الهياكل ومؤسسات الصحة من أجل لضمان التغطية الصحية الشاملة.

يهدف إطار إعادة تكييف الهياكل الصحية إلى تحسين خدمات رعاية الصحة العمومية، لذلك عرف النظام الصحي الجزائري 03 تحولات هيكلية، من القطاعات الصحية سنة 1985م إلى المؤسسات العمومية الإستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية لسنة 2007م، وأخرا وليس بأخير المقاطعات الصحية ضمن قانون الصحة الجديد سنة 2018م. المتتبع للأحداث التي مست النظام الصحي يتبين له إستمرارية الأنماط التسييرية القديمة بالرغم من الإصلاحات الجديدة، ومن منطلق من لا ماضي له ليس له مستقبل يتضح للعيان التساؤل التالي: على أي أساس تمت هذه التغييرات الهيكلية؟ وهل تم الأخذ بعين الإعتبار لمستويات أداء مؤسسات الصحة العمومية؟ هل تم تحديد أماكن القوة والضعف على مستوى أداء هذه الهياكل؟

## 1. الإشكالية:

إذا كانت مؤسسات رعاية الصحة العمومية قد شهدت مجموعة من التغييرات الهيكلية والتنظيمية، من أجل تحسين الخدمات الصحية المقدمة بها، فعلى أي أساس تم إتخاذ هذه الإجراءات، خاصة بعد تبني المنظومة الصحية الجزائرية لأداة مشروع المؤسسة سنة 2014م، وإتضح أوجه القصور فيها من حيث

نوع المؤشرات المقترحة وخلوها من القيم الإستدلالية، فهل قامت الجهات الوصية بتقييم الأداء الصحي لمؤسسات رعاية الصحة العمومية والوقوف عند أماكن القوة والضعف؟ لذلك جاءت هذه الدراسة من أجل تقييم أداء المؤسسات العمومية الإستشفائية بالجزائر وفق المؤشرات المتعارف عليها في تقييم أداء المؤسسات الصحية، ومقارنتها مع القيم المعيارية الموصي بها، من خلال تطبيق دراسة الحالة على المؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى كنموذج للدراسة.

وعليه نقوم بطرح إشكالية بحثنا على النحو التالي:

فيما تتمثل أهم مؤشرات الأداء التي يمكن إعتادها لتقييم أداء المستشفيات، وإلى أي مدى تشير القيم المحققة مقارنة مع القيم المعيارية؟

تقود الإشكالية الرئيسية إلى طرح العديد من الأسئلة الفرعية والتي نوجزها فيما يلي:

- فيما تتمثل أهم الأسس الفكرية التي تؤطر ميدان إدارة الرعاية الصحية؟
- هل يوجد إتفاق لدى المهتمين بميدان إدارة الرعاية الصحية حول مفهوم تقييم الأداء عامة والأداء الصحي بالمستشفيات خاصة؟
- ماهي الأبعاد التي تلمسها عملية تقييم الأداء في المستشفيات؟
- فيما تكمن أهم الإختلالات التي تعاني منها المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة، وهل يمكن أن تفسر المؤشرات المعتمدة لتقييم أداء المستشفيات الإختلالات التي تعاني منها المؤسسات الإستشفائية؟

## 2. فرضيات البحث:

من خلال ما تم عرضه، يمكن صياغة الفرضيات التالية:

- لا تختلف مبادئ الإدارة الصحية مع المبادئ الكلاسيكية في التسيير؛
- يمكن الوصول إلى إتفاق حول مفهوم وأليه موحدة لتقييم الأداء في مؤسسات الرعاية الصحية؛
- يكفي الإعتماد على المؤشرات الكمية دون المؤشرات النوعية في عملية تقييم الأداء؛
- من شأن الإعتماد على مؤشرات تقييم الأداء في المستشفيات المساهمة في التحسين المستمر لجودة خدمات الرعاية الصحية،
- تعزى الإختلالات في أداء المؤسسة الإستشفائية إلى شح الموارد المادية والبشرية، هذا ما يؤثر بالسلب على نتائج التحسين الصحي في المنطقة.



## 3. أسباب إختيار البحث:

لعل أهم الأسباب التي تجلب إهتمام الباحث وتدعوه إلى البحث في هذا الموضوع لتبديد الغموض عنه هي:

- دور صحة المواطنين في الرفع من مستوى نشاطهم الذي ينعكس على الأوضاع الاقتصادية والإجتماعية للبلد، في ظل مساعي الدولة لتحسين الأوضاع العامة للبلد وخاصة في دفع عجلة التنمية الشاملة التي تسعى الدولة لإرسائها عبر جملة من مخططاتها؛
- الدور الحساس الذي تلعبه المنظومة الصحية بمؤسساتها في المحافظة على صحة المجتمع؛
- الضرورة القصوى والأهمية البالغة لعملية تقييم الأداء في المؤسسات عامة والمستشفيات خاصة؛
- الأهمية البالغة لموضوع عملية تقييم الأداء الصحي في مؤسسات الصحة العمومية، خاصة أنها تسمح بتسليط الضوء على نقاط القوة والضعف، من أجل إتخاذ الإجراءات التقويمية المناسبة.
- تحديد تصور واضح، دقيق للأوضاع الصحية مبنى على معطيات حقيقية، ونتائج علمية رياضية، يمكن الإعتماد عليها في سن التغييرات الهيكلية والتسييرية المناسبة.

## 4. أهمية البحث:

- تتبع أهمية البحث من الناحية العلمية كونه تطرق إلى أهم عملية في حياة المؤسسات، والتي تعنى بتخصيص الموارد، كفاءة العملية التشغيلية مقارنة بالفعالية في تحقيق النتائج المرجوة. من خلال التقييم المعياري لمختلف مدخلات ومخرجات الأداء الصحي بالمستشفيات، الذي من شأنه يساهم في التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة، من خلال إبراز أماكن الإختلالات والقصور.
- تعتبر عملية تقييم الأداء في المستشفيات الوسيلة الفعالة في رسم السياسات الصحية والإستراتيجية، التي تسمح بتقييم أثر الإصلاحات الهيكلية على المدى القصير والبعيد.
- تسمح عملية تقييم الأداء بإعادة توزيع الموارد خاصة في ظل التغييرات الهيكلية الجديدة وعودة المقاطعات الصحية، من خلال تحديد أماكن الوفرات المادية والبشرية وتوجيهها نحو مناطق العجز.
- تعتبر هذه الدراسة إمتداد للدراسات السابقة التي إهتمت بقياس جودة الخدمات الصحية ومدى وملاءمتها لحماية صحة المجتمع والإرتقاء به؛

## 5. هدف البحث:

إن دراسة أداء المؤسسات العمومية الإستشفائية هي ضرورة ملحة؛ تؤكد الحاجة إلى آلية فاعلة لتقييم مواردها المتاحة بشكل مستمر ودقيق للحد من الإسراف في المال والوقت والجهد لبلوغ الأهداف المرجوة، لذلك الهدف من هذه الدراسة هو:

تعزيز أهمية تقييم الأداء المحتكم إلى معايير موضوعية لدى مسيري المنظومة الصحية في الجزائر عامة والقائمين على تسيير مؤسسات الصحة العمومية خاصة، وإعطائهم معلومات موجزة عن أهم المؤشرات المعمول بها عالميا والخاصة بتقييم الأداء في المستشفيات وكيفية إستخدامها، وكذلك تحديد مستوى الأداء الحقيقي للمستشفيات ومدى تحقيقه للأهداف المرجوة منه.

## 6. حدود البحث:

تنقسم حدود الدراسة إلى:

- **الإطار الزمني:** تقوم الدراسة على تحليل مؤشرات أداء المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH) سيدي عيسى طيلة الفترة الممتدة من 2016م إلى 2020م، وسبب ذلك يرجع توافر البيانات الكاملة لهذه الفترة.

- **الإطار المكاني:** تم إسقاط مختلف مصطلحات الدراسة على النظام الصحي بالجزائر، إضافة للإعتماد على المؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى (ولاية المسيلة) كنموذج للدراسة.

## 7. منهج البحث:

من أجل الإجابة على فرضيات البحث، تم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي تحليلي للتعريف بمختلف المداخل النظرية المرتبطة بإدارة الرعاية الصحية والمستشفيات، بالإضافة إلى حصر أهم متغيرات عملية تقييم أداء المستشفيات والمؤشرات المعمول بها، ثم إسقاط كل هذه المعارف على منظومة رعاية الصحة العمومية بالجزائر مع التركيز على المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، في حين تم الإعتماد على المنهج التجريبي في الجانب التطبيقي عن طريق جمع البيانات اللازمة والمعلومات من خلال مقابلات مع مديري بعض المؤسسات الإستشفائية العمومية (EPH) ومديريات الصحة، بالإضافة لعمال مصلحة التخطيط والإحصاء بوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، وأعاون المديرية الفرعية للأنشطة الطبية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى.

**8. أدوات البحث:**

من أجل الوصول إلى مختلف التعاريف والمتغيرات الإدارية والصحية تم الإعتماد على الوثائق الرسمية؛ المنشورات العلمية، تقارير منظمة الصحة العالمية، بالإضافة إلى بعض الأعمال العلمية ومقترحات من طرف الباحثين في مجال الرعاية الصحية والخدمات. أما الجانب التطبيقي فقد تم الإعتماد على المقابلات والمشاهدات لمعرفة واقع تقييم الأداء في المستشفيات ومديريات الصحة الولائية، بالإضافة لمصلحة التخطيط والإحصائيات بوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، أما الإحصائيات المستعملة فقد تم الإعتماد على الإحصائيات الدورية لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، بالإضافة إلى تقارير الأنشطة الإستشفائية للمؤسسة محل الدراسة.

**9. محتويات البحث:**

لتوضيح معالم هذا البحث إستوجب تقسيمه إلى محور تمهيدي لإدارة الصحة والمستشفيات، لكشف اللبس على ماهية إدارة الصحة والجزئيات التي تتعامل معها، التعريف بالمستشفيات من حيث النشأة والمفهوم، الوظائف والأنواع. بعدها مباشرة إدارة المستشفيات وعرض المفاهيم المرتبطة بالإدارة في المستشفيات. أما المحور الثاني فنتناول تقييم الأداء في المستشفيات، من خلال تحديد مفهوم الأداء، الإطار التعريفي لعملية تقييم الأداء، ثم التوجه نحو تقييم الأداء في المستشفيات مع تبيان أهمية تقييم أداء المستشفيات، وصولاً إلى معايير ومؤشرات تقييم الأداء في المستشفيات.

بخصوص المحور الثالث، فسيتمثل في دراسة حالة للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى - المسيلة-، وذلك من خلال التطرق لمؤسسات الصحة العمومية مع لمحة مختصرة لمنظومة رعاية الصحة العمومية، يليها التعريف بالمؤسسة محل الدراسة وعرض أهم التطورات الحاصلة بها، بالإضافة إلى حصيلة الموارد والأنشطة القائمة على مستواها، وصولاً إلى تقييم أداءها من خلال تطبيق المعادلات الرياضية للمؤشرات التي يمكن تناولها.

**10. الدراسات السابقة:**

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع تقييم أداء المنظمات الصحية والتي تناولته من زوايا مختلفة، ويشير الباحث أن هذه الدراسات جاءت في فترات زمنية متعاقبة، وشملت جملة من البلدان والأقطار مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي. لذلك سوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي تم الإستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها.

- دراسة أرزوقي عباس عبد، أكرم أحمد طويل، حسين نون البياتي (1988 م)<sup>1</sup>. بعنوان مؤشرات قياس أداء مستشفيات محافظة نينوى للفترة (1978م/1984م)، سعت هذه الدراسة للتعرف على التطور الحاصل في مستوى أداء المستشفيات للخدمات الصحية المقدمة للمرضى الراقدين، من خلال الإعتماد على جملة من المؤشرات التي تقيس كثافة القوى العاملة بالنسبة للأسرة والمرضى الراقدين، إضافة لنسب توزيع هذه القوى فيما بينها، كما تمثلت عينة هذه الدراسة في 17 مستشفى حكومي تابع لمقاطعة نينوى العراقية. إتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي تحليلي مستفيدة من المصادر العلمية المتوفرة والبيانات الصحية الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء بالعراق خلال الفترة 1978م إلى غاية 1983م، ومن أهم نتائج هذه الدراسة ملاحظة تحسن في بعض مؤشرات تقييم الأداء كمعدل مكوث المرضى ونسبة إشغال الأسرة مقارنة مع المعدلات العالمية، إلا أن المستشفيات محل الدراسة تعاني من سوء توزيع القوى العاملة فيما بينها، وكتوصية لهذه الدراسة فقد تم الحث على إستعمال هذه المؤشرات لمعرفة المستويات الكمية للأداء في المستشفيات.
- دراسة حسين ذنون علي حسين البياتي (2001 م)<sup>2</sup>. بعنوان أثر درجة الإعتمادية بين المعايير في أداء المستشفيات ، والتي سعت لبناء إطار شمولي يحقق التكامل بين الباحثين والمختصين والمهنيين لتحديد معايير تصميمية خاصة بموقع وهيكل وكل ما يرتبط بالبيئة الداخلية والخارجية للمستشفيات، ومعايير إدارية تعنى بتخطيط وتنظيم العلاقات الداخلية والخارجية للمستشفيات، إضافة لمعايير التقانة الصحية التي تمس الجانب الإداري والمعدات والأجهزة ، تمثلت عيناتها في عشرة (10) مستشفيات حكومية تابعة لمحافظة نينوى بالعراق نظرا لتشابه الكبير بينها وخدمة لأهداف الدراسة، كما إتمد الباحث في جمع البيانات على الدراسات والمصادر العربية والأجنبية المتخصصة في هذا المجال، بالإضافة إلى المقابلات الشخصية، السجلات الرسمية، إستمارة قياس مجموعة المعايير لجمع البيانات، وكان من أبرز نتائجها وجود علاقة ذات إرتباط قوي بين المعايير الثلاثة والأداء في المستشفيات، بالإضافة أن مستوى أداء المستشفيات يعتمد على نحو أساسي لدرجة إعتماد هذه المعايير .

<sup>1</sup> أرزوقي عباس عبد، الطويل أكرم أحمد، حسين ذنون البياتي، مؤشرات قياس أداء مستشفيات محافظة نينوى للفترة (1978-1984) دراسة تطبيقية، مجلة تنمية الراقدين، كلية الإدارة والإقتصاد، جامعة الموصل، مجلد 10، العدد23، العراق، 1988م.

<sup>2</sup> حسين ذنون علي حسين البياتي، أثر درجة الإعتمادية بين المعايير في أداء المستشفيات دراسة وصفية تحليلية في المستشفيات الحكومية في محافظة نينوى، أطروحة من متطلبات نيل شهادة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال، كلية الإدارة والإقتصاد، جامعة الموصل، العراق، 2001.

- The study Oliver Groene and all, entitled " **The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) : An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals** " . (2008)<sup>1</sup>.

مست الدراسة 37 مؤسسة إستشفائية موزعة على 06 مناطق، بلجيكا، كندا، الدنمارك، فرنسا، سلوفاكيا، جنوب إفريقيا. حيث سعت هذه الدراسة إلى تقييم التنفيذ التجريبي للأداة PATH التي تم إعتادها من طرف منظمة الصحة العالمية سنة 2003م كأداة لتقييم جودة الأداء في المستشفيات من خلال 06 محاور رئيسية (الفعالية السريرية، الكفاءة، التوجيه، الحوكمة، سلامة المرضى). وذلك من أجل معرفة توافق أو تشتت أوجه النظر بين مطبقي هذا النموذج، واتخذت الدراسة كل من مؤشر معدل الوفيات، إعادة القبول، جراحة اليوم الواحد، مدة الإقامة، إستخدام المضادات الحيوية، الرضاعة، الولادات القيصرية، كمؤشرات إستدلالية للتعبير عن محاور هذه الأداة. توصلت الدراسة أن 18 مستشفى قد تعذر عليه توفير المعلومات اللازمة حول هذه المؤشرات، بالإضافة لتسجيل إختلافات في تفسير مؤشرات نفقات التدريب وميزانية تعزيز الصحة ومحور المريض. وأكدت الدراسة على ارتفاع عبء جمع البيانات اللازمة لمعظم المؤشرات المقترحة، وتعقدها في ظل إختلاف الأنظمة الصحية وصلاحياتها، كما أن العملية تحتاج إلى إجماع دولي وإجراء مراجعات لمؤشرات وآليات موجهة. وأن يفهم التقييم بأنه إستراتيجية لفهم نقاط القوة والضعف الرئيسية في مشروع التقييم والتحسين.

- دراسة نزار قاسم الصفار (2009م)<sup>2</sup>. بعنوان "تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية -دراسة تطبيقية، سعت الدراسة إلى تعزيز مفاهيم وأهمية تقييم أداء المؤسسات الصحية كونها الأداة التي تسمح بمعرفة الإستخدامات ومدى الإنتفاع بها وحجم مخرجات التحسين الصحي؛ بالإضافة إلى كشف الإنحرافات وتصحيحها، لذلك تطرقت الدراسة إلى أهم معايير تقييم الأداء التي تمس جانب التصميم والإدارة والتقانة الصحة ومدى تأثيرها على الخدمات الصحية المقدمة. من أجل متطلبات الدراسة إعتمدت على المنهج الوصفي المقارن من خلال عرض المعدلات المقبولة عالميا لمؤشرات التقييم مع المؤشرات التي تم معالجتها إعتادا على قسم الإحصاء لمستشفى الجمهورية بمدينة الموصل العراقية.

<sup>1</sup> Oliver Groene And All, **The World Health Organization Performance Assessment Tool For Quality Improvement in Hospitals (PATH) : An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals**, International journal for Quality in Health Care, Oxford University press, Vol 20, N° 3, 2008, United Kingdom, PP 155-161.

<sup>2</sup> نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية -دراسة تطبيقية-، مجلة تنمية الراقدين، كلية الإدارة والإقتصاد، جامعة الموصل، مجلد 31، العدد 93، العراق، 2009.

من اهم نتائج هذه الدراسة انخفاض حجم الأسرة المستغل فعليا مع ما هو موجود، ضعف كفاءة تسيير الكوادر الصحية بالإضافة إلى انخفاض معدل المكوث لدى المرضى الراقدين.

- دراسة أكرم أحمد طويل، غانم محمود أحمد الكيكي، رغيد إبراهيم إسماعيل الحياي (2010م)<sup>1</sup>. بعنوان بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى للفترة (2003-2006)، سعت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى أداء مستشفيات محافظة نينوى العراقية، وقد جاءت هذه الدراسة كمرجعة لتقييم أداء مستشفيات هذه الدراسة التي قام الكاتب الرئيسي لها مشاركة مع حسين ذنون البياتي بدراستها خلال الفترة 1978-1983م، كما إعتمدت الدراسة على مؤشرات كمية ونوعية تمس كل من المورد البشري، آلية التشغيل، والنتائج المستوحاة من الدراسات السابقة ومنشورات منظمة الصحة العالمية. إعتمد البحث على المنهج الوصفي تحليلي للإمام مختلف الأدبيات المحيطة بموضوعه، إضافة لبيانات مرصودة من الجهاز المركزي للإحصاء والتكنولوجيا التابع لوزارة التخطيط والتعاون الإنمائي بالعراق، ومست هذه الدراسة 17 مستشفى حكومي نظرا لتشابه هياكلها وخدماتها الصحية، ومن أهم النتائج المتوصل إليها أن عملية تقييم الأداء هي الأساس لمعرفة نقاط القوة والضعف المعول عليها في التخطيط والتنظيم الصحي، الإقرار بأن هذه المؤشرات وسائل رقابية فعالة لمتابعة أداء المستشفيات، تعاني المستشفيات محل الدراسة من إختلال في توزيع الأسرة على الطاقم الطبي والصحي، ارتفاع المرضى الراقدين على الكادر الصحي، ضعف نسبة إشغال الأسرة، تحسن في معدا مكوث المرضى.

- دراسة عراية الحاج (2010م)<sup>2</sup>. بعنوان تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية-دراسة تطبيقية على عينية من المستشفيات-، سعت هذه الدراسة إلى التعريف بأهم المؤشرات المستخدمة في تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية في المستشفيات وكيفية الإستفادة منها في المستشفيات العمومية. ولمعالجة موضوع الدراسة قام الباحث بإختيار عينة من أربعة (04) مستشفيات متجانسة نظرا لقربها الجغرافي وعلاقاته الممتدة فيها، إعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي تحليلي من أجل تعريف مصطلحات الدراسة والمتغيرات المرتبطة بها، أما الإحصائيات فقد

<sup>1</sup> أكرم أحمد طويل، غانم محمود أحمد الكيكي، رغيد إبراهيم إسماعيل الحياي، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات/دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى للفترة من (2003-2006)، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والإقتصادية، كلية الإدارة والإقتصاد، جامعة تكريت، مجلد 06، العدد 20، العراق، 2010.

<sup>2</sup> عراية الحاج، تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية -دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات-، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرياح -ورقلة-، مجلد 07، العدد 07، الجزائر، 2010.

تم تجميعها من خلال أسلوب المقابلة، بعد القيام بحسابة مختلف المؤشرات المدروسة توصلت الدراسة إلى أن كل من معدل ذوي المهن الصحية لذوي المهن الطبية بالإضافة لنسبة الأسرة للمرضين لم يصل إلى المعدلات العالمية المعمول بها، في حين تم تحقيق المعدل العالمي بخصوص نسبة المرضين إلى الأطباء و عدد الأسرة للأطباء.

• دراسة **آمنة بشير سعيد (2010م)**<sup>1</sup>. بعنوان "تقييم أداء المستشفيات حالة دراسية في مستشفى أزادي العام - دهوك-، سعت الدراسة إلى التعريف بمجموعة معايير قادرة على التعبير الكمي والوصفي لمدخلات الخدمات الصحية وحجم مخرجاتها، والغرض من ذلك مقارنة النتائج المحققة مع الأهداف المتوقعة. وعليه تطرقت الدراسة في طياتها مختلف المفردات والمعاجم المرتبطة بالمستشفيات والخدمات الصحية بها، إضافة لأهم معايير تقييم كفاءة الأداء الصحي. ومن أجل ذلك إعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي تحليلي في عرض المصطلحات ذات العلاقة بموضوع المستشفيات، أما الجانب التطبيقي فتم الإعتماد على المقابلات والوثائق الرسمية لمستشفى أزادي من أجل الحصول على البيانات اللازمة، وقد نتجت الدراسة إلى أن نتائج أداء المستشفى ذات كفاءة عالية على وجه العموم، إلا أن المستشفى يفتقر لقاعدة بيانات رصينة وأن قرارات المستشفى لا تعتمد على القراءة الفعلية لنتائج أداء المستشفى.

• L'étude de **Amine Zenjari ET Autres**, Intitulé de " La performance Hospitalière : la mise à l'épreuve des relations entre ses dimensions, cas des Hôpitaux publics de la région Marrakech, Maroc ." (2017).<sup>2</sup>

مست هذه الدراسة المستشفيات الحكومية لمقاطعة مراكش المغربية. حيث سعت لقياس ثقافة تقييم الأداء في الوسط الصحي المغربي، وتوافق الآراء حول الأداء بين التمثيلات الداخلية للمستشفيات وأبعاد الأداء وفق نموذج Evaluation Globale de la Performance des Systèmes des Services de santé (EGISS) التي جاء بها Sicotte et autres سنة 1998م، ومن جهة أخرى معرفة درجة توافق رؤى التمثيلات فيما بينها. إعتمدت الدراسة على المنهج الإستقصائي والإحصائي من أجل تحليل إستبيان يدرس الإنحدارات المتعددة للتحقق من تصور العمال المؤهلين نحو الأداء الصحي وما تقتضيه محاور النموذج EGISS (تحقيق الأهداف، التأقلم، الإنتاجية،

<sup>1</sup> آمنة بشير سعيد، تقييم أداء المستشفيات حالة دراسية في مستشفى أزادي العام -دهوك-، مجلة تنمية الرافدين، كلية الإدارة والإقتصاد، جامعة الموصل، مجلد 32، العدد 100، العراق، 2010.

<sup>2</sup> Amine Zenjari et Autres, **La performance Hospitalière : la mise à l'épreuve des relations entre ses dimensions, cas des hôpitaux publics de la région Marrakech, Maroc**, Revue d'études en management et finance d'organisation, Vol 02, N°06, Maroc, 2017.

حماية القيم). بالإضافة لإعتمادها على مؤشرات معدلات الوفيات، متوسط مدة الإقامة، شغل الأسره، كمؤشرات إستدلالية لبعض محاور النموذج المدمج، وقد نتجت الدراسة إلى وجود فوارق في إدراك التمثيلات الداخلية لمكونات الإداء الصحي والذي من شأنها أن تعطل المساعي نحو أداء مستدام للمستشفيات، لذلك حثت الدراسة على إستثمار المزيد من الوقت على أرض الواقع لتقريب الآراء وتوحيد أوجه النظر بين التمثيلات الداخلية بمختلف رتبها نحو مكونات الأداء الصحي.

• دراسة خالد محمد عبد الستار (2017م)<sup>1</sup>. بعنوان "تقييم كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بمحافظة الفيوم"، تناولت هذه الدراسة المرجعية القياسية لجودة الخدمات الصحية وفق المعايير العالمية، سعيًا منها لتقييم الكفاءة المادية والبشرية الصحية من أجل الحكم على جودة أداء المنظمات الصحية، ولمعالجة موضوع الدراسة تم إختيار 06 مستشفيات حكومية كعينة لدراسة وصفية تحليلية في الشق النظري، معتمدة على مصادر ثانوية تتمثل في الكتب والمقالات العلمية التي تمس موضوع الدراسة، بالإضافة إلى المنهج المقارن في الشق التطبيقي من خلال تجميع البيانات من التقارير السنوية لأداء المستشفيات الصادرة من وزارة الصحة بمصر لسنة 2016؛ ومقارنتها مع المؤشرات المعيارية العالمية المعمول بها في تقييم أداء المورد البشري. توصلت الدراسة إلى أن جميع المستشفيات محل الدراسة لم تصل للقيمة المعيارية في معظم المؤشرات المدروسة، خلافاً لمؤشر عدد الأسره على الممرضين الذي حقق النصاب المعياري المقدر بـ 02) لكل ممرض.

• دراسة رايس وفاء (2018م)<sup>2</sup>. بعنوان "مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الإستشفائية دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر ببسكرة -الجزائر-، سعت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى مؤشرات الأداء في المستشفى محل الدراسة ومقارنتها بالمستوى العالمي، ومن أجل ذلك تطرقت الدراسة إلى مفهوم أداء المؤسسات الإستشفائية والتعريف بنظريات تقييم الأداء وأهمية العملية بالنسبة للمنظمة والمدراء، في محاولة منها لتوجيه المؤسسات الإستشفائية نحو إستخدام المؤشرات العالمية في متابعة الأداء. إعتمدت الدراسة على المنهج الإستنباطي لتكوين القاعدة النظرية للدراسة، بالإضافة إلى المنهج الإستقرائي في تحليل البيانات المرصودة من إدارة المستشفى ومقارنتها مع المعدلات المقبولة عالمياً،

<sup>1</sup> خالد محمد عبد الستار، تقييم كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية: دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بمحافظة الفيوم، مجلة الدراسات التجارية المعاصرة، كلية التجارة، جامعة كفر الشيخ، جلد 03، العدد 03، مصر، 2017.

<sup>2</sup> رايس وفاء، مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الإستشفائية دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر ببسكرة -الجزائر-، مجلة نماء للإقتصاد والتجارة، جامعة محمد صديق بن يحي -جيجل-، مجلد 02، العدد 04، الجزائر، 2018.



من أهم نتائج هذه الدراسة عدم تبني المؤسسات العمومية الإستشفائية لنماذج تقييم أداء وإستخدامها لبيانات لا تعبر عن المستوى الحقيقي للأداء، أما بخصوص مؤشرات تقييم الأداء فلم يحقق المستشفى محل الدراسة مستوى أداء يقارب المعدلات العالمية بالإضافة إلى ارتفاع معدل المكوث عن المعدل المعياري.

• **دراسة حمود محمد الطاهر، بدوي إبراهيم (2018م)<sup>1</sup>**. بعنوان قياس وتقييم أداء المؤسسات الإستشفائية العمومية لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر، سعت الدراسة إلى تبسيط عملية قياس أداء المستشفيات من خلال معايير كمية ونوعية من أجل ضبط جودة الخدمات الصحية، حيث أقرت الدراسة أن هذه المؤشرات تلعب دورا هيكليا في تسيير المنظمات الصحية في مختلف النظم الصحية، وخدمة لإشكالية الدراسة فقد تطرقت إلى المعايير والمؤشرات الهيكلية والتشغيلية ومؤشرات التحسين الصحي (النتائج)، إضافة إلى عرض حصيلة الموارد المادية والبشرية وكذا توزيعها الجغرافي. تبنت الدراسة المنهج الوصفي تحليلي في تناول المعطيات المستهدفة لمؤسسة الإستشفائية محل الدراسة، من خلال معالجة البيانات المعروضة في التقارير الداخلية للأنشطة السنوية. أهم ما توصلت إليه هذه الدراسة أن الأطباء لا يغطون العدد الكافي من الأسرة مقارنة مع المعدل العالمي، وكذلك تدنى معدل شغل الأسرة إلى أقل من 50 %، مع إختصار معدل مكوث المرضى إلى نصف المعدل العالمي، أما بخصوص مؤشرات التحسين الصحي فنبقى مقبولة مقارنة مع المؤشرات العالمية، مع تسجيل 00 حالة وفيات للأومومة.

• **L'étude de Sadki Tarik et Autres, Intitulé de " Tableau de bord prospectif comme outil de l'alignement stratégique et de pilotage de la performance des organisations : Cas de l'hôpital public" (2019)<sup>2</sup>**.

تمت هذه الدراسة على مستوى مركز إستشفائي جامعي بالمغرب يضم 810 سرير، وهدفت الدراسة لمعرفة قدرة بطاقة الأداء المتوازن في الموازنة بين الإستراتيجية وإدارة الأداء داخل المستشفى العام. من خلال المرور بأهم التحديات التي مست بطاقة الأداء المتوازن 1992، 1996، 2006م، وإبراز دور التوجيه الإستراتيجي وحجمه بالإضافة للثقافة التنافسية بين المستشفيات وفعالية نظام المعلومات داخل المستشفى على نجاح نموذج بطاقة الأداء المتوازن (رضى المرضى)، المساهمة في الأبحاث

<sup>1</sup> حمود محمد الطاهر، بدوي إبراهيم، قياس وتقييم أداء المؤسسات الإستشفائية العمومية لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر، مجلة دراسات إقتصادية، جامعة عبد الحميد مهري -قسنطينة-، مجلد05، العدد01، الجزائر، 2018.

<sup>2</sup> Sadki Tarik et Autres, **Tableau de bord prospectif comme outil de l'alignement stratégique et de pilotage de la performance des organisations : cas de l'hôpital public**, Revue Internationale des Sciences de Gestion, Université Chouaib Doukkali, Vol 02, N° 01, Maroc, 2019.

العلمية، تحقيق أهداف الصحة العامة). واعتمدت الدراسة على مؤشرات معدلات الوفيات، نسب شغل الأسره، معدلات الدوران، كثافة وتوزيع القوى العاملة للتعبير عن محاور النموذج. لجأت الدراسة إلى المنهج الإستقصائي من خلال إجراء مقابلات مباشرة مع موظفين في المديرية العامة والصيدلية المركزية. وقد نتجت الدراسة بأن أثر التحديد الدقيق لإستراتيجية المستشفى ورؤيته على نجاح نموذج بطاقة الأداء المتوازن أكبر من تحديد محاور ومؤشرات النموذج، وأن صعوبة تحديد إستراتيجية واضحة بالمستشفى يرجع لعدة إعتبارات وسياسات عمودية (الإدارة العليا) وأفقية (المصالح التنفيذية).

- **دراسة نعمان حسين عطية الجبوري ورويدة فؤاد عبد الله احمد (2020م)<sup>1</sup>. بعنوان " مؤشرات التحليل الوظيفي للخدمات الصحية في محافظة صلاح الدين لعام 2018م، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الخدمات الصحية بمنظور جغرافي إعتقادا على أهم المعايير والمؤشرات الرقمية المستخدمة في قياس كفاءة أداء الخدمات الصحية، وهذا من أجل تشخيص النقص الحاصل في عدد الموارد البشرية والمادية المرصودة. كما إعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي والإستقرائي والإحصائي لعرض إحصائيات وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي بالإضافة إلى إحصائيات وزارة الصحة التي تخص محافظة صلاح الدين العراقية، والتي تتكون من 17 وحدة إدارية وتتربع على 13 مستشفى حكومي، 59 مركز صحي رئيسي، 68 مركز صحي فرعي. من اهم نتائج هذه الدراسة وجود عجز في عدد الأطباء، أطباء العيون، ذوي المهن الصحية، الممرضين، عدد الأسرة المتاحة، عكس ما تم إيجاده بالنسبة لأطباء الأسنان والصيدلة.**

<sup>1</sup> نعمان حسين عطية الجبوري، رويده فؤاد عبد الله أحمد، مؤشرات التحليل الوظيفي للخدمات الصحية في محافظة صلاح الدين لعام 2018م، مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، جامعة تكريت، مجلد 27، العدد 10، العراق، 2020.

# الفصل الأول:

إدارة الصحة والمستشفيات

## تمهيد

الأنظمة الصحية وإدارتها حديث كثر تداوله في السنوات الماضية، خاصة بعد التتبع لحالة مختلف الأنظمة الصحية وكشف الإختلالات فيها وما يواجهها من مشاكل وقضايا مختلفة، إضافة لمحدودية الموارد اللازمة التي تتمثل في كل مدخلات النظام الصحي، وصولاً لعدالة توزيع الخدمات الصحية وجودتها وكفاءتها.

الإدارة بمفهومها الشامل والذي يعنى بالتدبر في توفير وإستخدام الموارد المتاحة؛ لتقديم أفضل الخدمات مع خفض التكاليف بدون المساس بجودة الخدمات المقدمة، جاءت بفرع متخصص بالإدارة الصحية الذي يهتم بطب المجتمع وعلوم الصحة العامة، والذي يقوم على تشخيص المجتمع وتحديد مشاكله، بالإضافة إلى التخطيط لتدابير حل المشاكل المرتبطة بالقطاع الصحي مع ضمان تنفيذها وتقييمها.

لذلك جاءت الإدارة الصحية بمفاهيم الإدارة التنفيذية للطب التشخيصي والعلاجي والوقائي وإدارة الرعاية الصحية على مستوى المؤسسات الصحية عموماً والمستشفيات خصوصاً؛ من خلال تحديد الاهداف وتنسيق الأنشطة لمختلف القوى المهنية والطبية والإدارية لتحقيق الأهداف المتوقعة والمرجوة من المؤسسة الصحية. ومن أجل تحقيق الأهداف والتطلعات التنموية الصحية، كان لابد لها من إيلاء الأهمية للمستشفيات باعتبارها الوحدات الأساسية ذات الأثر المباشر على الحالات المرضية والصحية، وكونها الوسيلة الفعالة في تحقيق النتائج الصحية، وهنا ظهر مصطلح إدارة المستشفيات، الذي يتمثل في علم إستخدام الموارد والإمكانات المتاحة لهذه المستشفيات من أجل تحقيق الأهداف الجزئية المنوطة به والتي تخدم سياسة الإدارة الصحية في رسم النظام الصحي.

ومن أجل التعريف بمجال إدارة الصحة عموماً ومختلف المتغيرات ذات الإرتباط المباشر بمجال الدراسة، تم التطرق إلى النقاط التالية:

- الإدارة الصحية، مفاهيم وتحديات.
- المستشفيات أساس الرعاية الصحية.
- الإعتبارات التي تتحكم في إدارة المستشفيات.

## الفصل الأول: إدارة الصحة والمستشفيات.

تعتبر الإدارة الصحية فرعاً متخصصاً من العلوم الإدارية؛ وهي علم تطبيقي إجتماعي يضم مزيج من علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة؛ بالإضافة إلى العلوم الطبية والصحة العامة؛ السياسات الصحية وعلم الأنظمة الصحية.

### المبحث الأول: الإدارة الصحية

التركيز على الإدارة الصحية في التغلب على المشاكل التي تواجه الأنظمة الصحية ومؤسساتها عنصر أساسي وجوهري، حيث تم الإتفاق على أن المشكلة الحقيقية التي يواجه القطاع الصحي عامة والمستشفيات خاصة هي مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانيات وموارد.

### المطلب الأول: طبيعة الإدارة الصحية.

الإدارة الصحية شأنها شأن الإدارة في المؤسسات الأخرى، تقوم على تحديد الأهداف والتنسيق بين أنشطة القوى العاملة الصحية، من أجل تأطير الأداء وفق أبعاد إستراتيجية تخطيطية والتوجيه عن طريق تحفيز ومراقبة الأداء. كما أن الإدارة الصحية السليمة هي الإدارة التي تقوم بإتخاذ قرارات إستغلال الموارد بكفاءة وفعالية في المؤسسة الصحية<sup>1</sup>.

مجال الإدارة الصحية يختص بمفاهيم الإدارة التنفيذية في مجال الطب التشخيصي، العلاجي، الوقائي؛ بالإضافة إلى إدارة الرعاية الصحية التي تعتبر حقل إداري تطبيقي وتدريبى متصل بنظم القيادة والإدارة الطبية والصحية وإدارة المستشفيات ونظم الصحة العامة<sup>2</sup>.

الإدارة الصحية فن لأنها تستعمل الكثير من المهارات الإنسانية والإجتماعية، التي لا يمكن قياسها كما. بالإضافة إلى كون جوهرها يكمن في الذات الإنسانية، فالإنسان هو الوسيلة والهدف لذلك يحتاج الإداري المخول له بالقيام بهذه العملية؛ إلى إستعمال وتوظيف فن التعامل مع العنصر البشري، وإستخدام المهارات الإنسانية في الإتصال والتوجيه والقيادة وتحفيز الأفراد على تحقيق الاهداف والمرامي المحددة.

كذلك الإدارة الصحية علم متخصص له أصوله وقواعده؛ يتطلب توظيف أساليب كمية ومنطقية لحل المشكلات وإتخاذ القرارات. فالأساليب الكمية كمعدلات دخول المرضى، معدل إقامة المرضى، معدلات

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع -همان-، الأردن، 2012، ص18.

<sup>2</sup> الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي؛ مفهوم الإدارة الصحية، متاح على الموقع: <https://abahe.co.uk/notions-health-care-management.html>، شوهد يوم 2018/11/07، على الساعة 16.39.

الوفيات، مدد الإنتظار، معدل شغل الأسرة وحركة وحالة المعدات والمخزونات، جودة الخدمات المقدمة؛ عناصر مهمة عند ممارسة العملية الإدارية من أجل إستكمال توظيف الموارد بكفاءة وفعالية<sup>1</sup>.

من خلال ما سبق؛ يمكن القول أن الإدارة الصحية هي ممارسة للعملية الإدارية مع مزج خصوصيتي الفن والعلم؛ من أجل التسيير الممنهج للعناصر البشرية والمادية والمالية منها، والتأثير فيها بما يخدم أهداف المنظومة الصحية والإحتكام للطرق والإجراءات العلمية التي تستعمل الأساليب الكمية والنوعية بغرض الإستغلال الكفاء والفعال للموارد المتاحة لها.

قبل التعمق في ماهية الإدارة الصحية، لابد من المرور بالجوهر الأساسي الذي يهتم به هذا الفرع الإداري، والذي يرتبط بكل المفاهيم ذات الصلة بالصحة والخدمات الصحية.

### 1. الخدمات الصحية موضع إهتمام الإدارة الصحية:

بالرغم من أنه يمكن إنتاج وتداول الخدمات الصحية والوصول بها حد الإتجار، إلا أن الصحة ليست قابلة للإتجار وهذا ما يقود إلى التعريف بمفهوم الصحة قبل الخدمات الصحية.

#### 1.1.1. الصحة:

عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها " حالة من إكتمال السلامة بدنيا وعقليا وإجتماعيا؛ لا مجرد إنعدام المرض أو العجز"؛ وأقرت أن حق تمتع الفرد بأعلى مستوى من الصحة هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون التمييز على أساس العرق أو الدين أو معتقدات سياسية وإقتصادية وإجتماعية<sup>2</sup>.

وأكدت نفس المنظمة أن صحة الأفراد هي عامل أساسي لتحقيق السلام والأمن، كما يعتمد تحقيقها على التعاون التام بين الشعوب والدول، بالإضافة إلى أن تفاوت بين مستويات التنمية في مجال الصحة العامة ومكافحة الأمراض هو خطر مشترك بين الدول.

لا يفسر مفهوم الصحة بالتكامل الجسدي والعقلي والخلو من المرض، بل يتجاوز إلى السلامة الإجتماعية التي تترجم لسلوك إجتماعي وإنساني يصدر من الفرد إتجاه عضلات أو ظواهر يومية

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 19.

<sup>2</sup>World Health Organization, **Constitution of WHO**, web site <https://www.who.int/about/mission/en/>, see

26/02/2019, at 16:31.

تصادف حياته. وتلعب الصحة دور أساسي في المحافظة على الإستقرار والأمن لدى الدول، كما تعتبر قاعدة صلبة لتنمية الظروف المعيشية والاقتصادية والاجتماعية من أجل الوصول إلى الرفاهية.

### 1.1.1. مستويات الصحة:

تختلف مستويات الصحة لدى الأفراد والجماعات، باختلاف العوامل السائدة في تلك المناطق والتي تتحصر في عوامل مرتبطة بالإنسان مثل: الجنس والعمر والوراثة والعادات والسلوكيات؛ بالإضافة إلى عوامل مرتبطة بالبيئة المحيطة التي تشمل كل من البيئة الطبيعية والبيولوجية والاجتماعية، وكذلك العوامل المسبب للأمراض. لذلك تم الإتفاق على تحديد مستويات الصحة إلى: <sup>1</sup>

- **المستوى المثالي:** وهي حالة التكامل المثالي لجميع جوانب الصحة، للوصول إلى الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرة أو باطنة ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية، وهو يعد هدف ببع المدى لجل برامج الرعاية الصحية.
- **المستوى الإيجابي:** وهي الحالة التي يغلب فيها الجانب الإيجابي لعناصر الصحة على الضعف في هذه العناصر، مما يرفع قدرته على مواجهة الأمراض المختلفة والتصدي لها، كما يسمح له على مواجهة المؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية الطارئة دون أن تسبب له الأذى.
- **المستوى المتوسط:** وهو المستوى الذي يكون فيه الفرد لا يشكو من أي مشكل ظاهر ولكن حالته الصحية لا تسمح له بمواجهة أي تهديد أو مؤشر فجائي سواء كان بدني أو نفسي أو إجتماعي.
- **مستوى الإحتضار:** وهو المستوى الذي يفقد فيه الإنسان كل القدرة على أداء دور أو وظيفة حيوية، ويعاني من صعوبة في إستعادة مستوى صحته.

### 2.1. الخدمة:

عرفت الخدمات على أنها "أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف لآخر، وتكون أساسا غير ملموسة في ذاتها بل يتم إنتاجها أو تقديمها بالإستعانة بمنتج مادي أو معنوي، على ألا ينتج منها حق للملكية عند الإستفادة منها"<sup>2</sup>. ركز هذا التعريف كثيرا على لا ملموسية الخدمة والتي تعتبر خاصية واحدة

<sup>1</sup> نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص إقتصاد تطبيقي وتسيير منظمات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر -باتنة-، الجزائر، 2012، ص13.

<sup>2</sup> P.Kotler and Other, **Marketing management**, 13eme edition, Pearson Education, Paris, 2006, P462.

من خصائص الخدمة، إلا أنه أهمل عدة جوانب أخرى تمتاز بها الخدمات والتي نظيف منها تلازمية الإنتاج والإستهلاك وعدم قابليتها للتخزين.

تعرف الجمعية الأمريكية للتسويق (AMA) الخدمات على أنها "منتجات غير ملموسة يتم تبادلها من المنتج إلى المستعمل، ولا يتم نقلها أو تخزينها وهي تفنى بسرعة ويصعب تحديدها أو معرفتها، لأنها تظهر للوجود في نفس الوقت الذي يتم الطلب على الحصول عليها مع إستهلاكها، غالبا ما تتضمن مشاركة المستفيد بشكل هام، على ألا يتم نقل ملكيتها وليس لها لقب أو صفة"<sup>1</sup>. أكدت الجمعية على عدم ملموسية الخدمة، إلا أنها منحتها عدة خصائص أخرى لم تأت في التعريف الذي سبقها بأنها غير قابلة للتخزين كدلالة لسرعة الإستهلاك، وأشارت لإرتباط وجودها بالمستهلك. الحاجة أو الرغبة هي جوهر ظهور الخدمة للعيان لذلك يخص مستهلكها بأهمية بالغة فيها. إلا أن هذا التعريف نفى تحديد مصدرها في حين يمكن جرد عدة مصادر للخدمات منها الأفراد أو منظمات أو حتى آلات نتيجة التطور التكنولوجي، كما نظيف إلى أن الخدمات تتخذ عدة صفات مثل خدمات مالية، طبية، تعليمية...إلخ.

### 3.1. الخدمات الصحية:

الخدمات الصحية هي شكل من أشكال الخدمات المعروفة، تعد أهم المؤثرات في مستوى الصحة، كما تعتبر من المخرجات الرئيسية للقطاع الصحي. عرفت بأنها "العلاج المقدم للمرضى سواء كانا إرشادا أو تشخيصا أو تدخل طبي، ينتج عنه رضا وإنتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"<sup>2</sup>. نستخلص من هذا التعريف أن الخدمات الصحية ما هي إلا الحل الأفضل ولأنجع الذي يحقق الحالة الصحية الجيدة للباحثين عن الصحة (المرضى)، حيث يتخذ هذا الحل عدة أوجه تتلخص في التشخيص والتوجيه أو التدخل الطبي المباشر (العلاج).

جاء تعريف آخر للخدمات الصحية يتماشى مع تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة، حيث سعى هذا التعريف لإعطاء الخدمات الصحية الأهمية في تحقيق مكونات الصحة. وهو كالتالي " الخدمات الصحية هي المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة التي

<sup>1</sup> دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة-، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، مجلد 11، العدد11، الجزائر، 2012، ص216.

<sup>2</sup> ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار البيازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص168.



تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والإجتماعية وليس فقط التخلص من الامراض والعلل"<sup>1</sup>.

قيل عن الخدمات الصحية أنها الخدمات التي يتم تقديمها لحصول الناس على تواصلية تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والتشخيص وعلاج الأمراض وإعادة التأهيل، بالإضافة إلى الخدمات الملطفة والتي يتم تنسيقها بين مختلف مستويات وأماكن الرعاية داخل القطاع الصحي وخارجه وفقا لإحتياجاتهم طوال العمر<sup>2</sup>. أشار هذا التعريف بأن الخدمات الصحية هي كل الخدمات التي تقدم للمحافظة وترقية الصحة الفردية والجماعية من طرف مختلف مستويات مؤسسات القطاع الصحي (الإدارة العليا والسفلى والوحدات التشغيلية) بالإضافة إلى المؤسسات خارج القطاع الصحي التي تؤثر أو تحافظ على توافر الصحة للأفراد.

كذلك الخدمات الصحية هي تقديم الرعاية والإشراف الوقائي والعلاجي، مع ضمان تتبع صحة المريض فيما يخص حالته النفسية والجسدية، عن طريق الإستخدام الأمثل لمختلف الوسائل والتقنيات العملية والعلمية المتداولة حسب نوع العلاج؛ هذا ما يحقق رقي القطاع الصحي والذي ينعكس على مستويات التنمية الاجتماعية والإقتصادية السائدة<sup>3</sup>.

جاء في نفس تقرير الأمانة العامة لجمعية الصحة العالمية التاسع والستون، بأن الخدمات الصحية ما هي إلا كافة الخدمات التي تعنى بتعزيز الصحة وصونها وإستعادتها وهي تشمل كل الخدمات الصحية الشخصية والمتركة على السكان. يبرز هذا الطرح الخاصة المتفردة للخدمات الصحية والتي ترتبط بشخصية الخدمة المقدمة، التي ترتبط بالعوامل السلوكية والبيئية والحالة الجسمانية لكل فرد، كما يبرز كذلك الكم الهائل الواجب توفيره لتغطية إحتياجات كل السكان.

<sup>1</sup> المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 1998، ص87.

<sup>2</sup> منظمة الصحة العامة، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، تقرير الأمانة، البند 01-16 من جدول الاعمال المؤقت-جنيف-، سويسرا، 2016، ص02.

<sup>3</sup> زينب شامي، واقع فساد المستشفيات الجزائرية وتأثيره على الخدمات الصحية المقدمة -دراسة حالة مستشفى فارس يحي بمليانة نموذجا، أطروحة مقدمة من أجل نيل درجة دكتوراه علوم في علم الإجتماع، تخصص علم إجتماع تنظيم وعمل، كلية العلوم الإجتماعية، جامعة الجزائر 02- أبو القاسم سعد الله-، الجزائر، 2017، ص148.

### 1.3.1. مكونات الخدمة الصحية:

تجدر الإشارة إلى أن عملية العلاج التي تأتي بالمريض إلى المؤسسة الصحية، لا تمثل الخدمة الصحية في حد ذاتها، بل مكون من مكوناتها، لذلك فجوهر الخدمة الصحية هو عبارة عن مجموعة أنشطة متكاملة، تأتي في شكل ثلاثة متغيرات رئيسية؛ موضحة في الجدول الموالي:

#### الجدول رقم (1.1): مكونات الخدمة الصحية.

الوظائف المكونة للخدمة الصحية	الإجراءات والأنشطة
الفندقة والإطعام	- الإيواء، الصيانة والتنظيف. - الإطعام. - الإستقبال. - التدفئة.
الإدارة والتسيير	- تسيير المخزونات، الصيدلية، التجهيزات. - تسيير الموارد البشرية. - إدارة المعلومات والملفات الطبية.
الخدمات الطبية والصحية	- الخدمات العلاجية. - الخدمات المساعدة (تحاليل، تخدير، أشعة، الرعاية الصحية). - العمليات الجراحية.

المصدر: نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، مرجع سابق، ص16.

### 2.3.1. تصنيف الخدمات الصحية:

تم تصنيف الخدمات الصحية في مختلف الدراسات التي إهتمت بمجال الرعاية الصحية إلى عدة تصنيفات، فمنهم من قسمها وفق درجة التخصص والتعقد إلى خدمات صحية أولية (وقائية توعوية)، خدمات صحية ثانوية (وقائية علاجية)، خدمات صحية تخصصية (علاجية)، خدمات صحية تأهيلية<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> زينب شامي، واقع فساد المستشفيات الجزائرية وتأثيره على الخدمات الصحية المقدمة -دراسة حالة مستشفى فارس يحي بمليانة نمونجا، مرجع سابق، ص ص 155، 156.

ومنهم من صنف الخدمات الصحية حسب هدف تقديمها إلى خدمات صحية مرتبطة بالفرد (التشخيص والعلاج)، خدمات صحية مساعدة (الرعاية السريرية)، خدمات الرعاية الصحية للمجتمع (الوقائية)<sup>1</sup>.

إلا أن أفضل تصنيف للخدمات الصحية، تطرق إلى الخدمة الصحية حسب الغرض منها، وهي مصنف وفق ثلاثة مجموعات أساسية:<sup>2</sup>

- **خدمات صحية علاجية:** موجهة للأفراد والجماعات، ترتبط بجميع الأنشطة العلاجية بالإضافة للخدمات المساعدة لها ( أشعة، تحليل، تغذية، إدارة).
- **خدمات صحية وقائية:** كل الخدمات التي تعمل على تسهيل أداء الخدمات العلاجية وتقلل منها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية.
- **خدمات صحية إنتاجية:** تتضمن كل المعارف والمهارات التي تؤدي إلى إنتاج الأمصال واللقاحات والأدوية والأجهزة.

### 3.3.1. خصائص الخدمات الصحية:

تتميز الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص التي ترتبط بنوعية الطلب عليها وظيفية عرضها وكيفية إيصالها للمستفيد منها، ونلخص أهم هذه العناصر فيما يلي:<sup>3</sup>

- **الخدمة الصحية غير ملموسة:** ونعني بأنها تتمثل في أداء أو عمل أو جهد غير ملموس يقوم به مقدم الخدمة على أن يكون هناك إتصال مباشر وقوي مع المستفيد منها.
- **تزامن الإنتاج والإستهلاك:** تتطلب الخدمات الصحية السرعة في التقديم، هذا ما يقابله الإستجابة للإستهلاك من طرف المستفيد والذي يتطلب منه أن يكون موجود أثناء تقديم الخدمة.

<sup>1</sup> عائشة واله، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون -دراسة حالة : المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية-، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2012، ص ص17،16.

<sup>2</sup> أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2009، ص35.

<sup>3</sup> نور الدين عسلي، الإتجاهات في التنظيم وأثرها على أداء العاملين في المؤسسات الصحية -دراسة حالة: عينة من المؤسسات الإستشفائية لولاية المسيلة-، أطروحة نيل درجة دكتوراه العلوم في علوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف-المسيلة-، الجزائر، 2017، ص73.

- **قلة التميّز والتوحيد للخدمة الصحية:** ترتبط الخدمة الصحية بالطبيعة الشخصية للمستفيد منها، فهي تتأثر بنوع مرضه وسنه ودرجة إستجابة مؤشراتته الحيوية.
- **الخدمة الصحية عام:** ونعني بها إستمرارية الطلب على الخدمة الصحية، بمعنى المستفيد من الخدمة الصحية أوقف فرصة مماثلة في نفس الوقت لمستفيد آخر نظير ساعات التشغيل التي يأخذها مقدمي الخدمة في تقديمها.
- **عدم القابلية للتخزين:** تتميز الخدمة الصحية بصفة عامة كونها غير قابلة للتخزين طالما أنها غير ملموسة، ما يجعل تكلفة تخزينها منعمة، إلا أن تلك الطاقة الغير مستعملة تعتبر هدر للموارد خاصة البشرية منها<sup>1</sup>.
- **صعوبة تحديد وقياس وتقييم جودة الخدمة الصحية:** يرجع ذلك إلى طبيعة الخدمة المقدمة وإرتباطها بحياة الإنسان وقدره.
- **مشاركة المريض في إجراءات الخدمة:** يعد المرضى الذين يتلقون أساس تحديد نوع الخدمة الصحية المطلوبة، كما يعمل المريض على إستكمال مراحل الإنتفاع بالخدمة الصحية لوحدة، عن طريق الإعتناء بنظافته وتغذيته وتناول أدويته العلاجية.
- **عدم تملك الخدمة:** أي أن الخدمة لا تمتلك أو تنتقل ملكيتها من المنتج إلى المستهلك عند الإتفاق عليها، وهذا ما يمثل الفرق بين الخدمات والسلع.

## 2. تعريف الإدارة الصحية:

عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات؛ الإدارة الصحية بـ " هي عملية التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الصحية؛ وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد أو جماعات أو المجتمع ككل"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> محمد فريد صحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية -الإسكندرية-، مصر، 1996، ص356.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص20.

كما تم تعريفها على أنها "عملية تحليل لحاجات المرضى والمجتمع وتخطيط وتنظيم الموارد المتاحة؛ للوفاء بتلك الحاجات مع مراقبة المدخلات الصحية والسياسات ومختلف الأنشطة؛ مع تحديد الأولويات الصحية وتحقيق الأهداف المرجوة<sup>1</sup>.

قيل كذلك أن الإدارة الصحية بأنها العملية التي تعنى بـ "الفحص الشامل وتحليل وتقييم والتوقع والوقاية من العناصر التي تهدد صحة الفرد والمجتمع"<sup>2</sup>.

نلاحظ من هذه التعاريف أن مفهوم الإدارة الصحية لا يختلف عن المفهوم التقليدي للإدارة أو التسيير؛ وبوجه أدق لم تتحرف عن المبادئ العامة للتسيير المتعارف عليها، إلا أن الإختلاف الجوهرى يكمن في خصوصية الخدمات التي تسعى لتوفيرها وتسييرها؛ والبيئة التي تسود فيها (القطاع الصحي).

لذلك خصوصية بيئة الإدارة الصحية والمتغيرات المرتبطة بها، تجعلها عرضة للعديد من التعقيدات لا توجد في القطاعات الأخرى، ولعل أهمها يكمن فيما يلي:<sup>3</sup>

- محدودية الموارد المتاحة والتكلفة المرتفعة لها؛ مع الضغط الرهيب للطلب على هذه المواد؛
- التوقعات العالية لمستهلك الخدمات الصحية؛ فهو يتوقع المعجزات من الطب والتنظيم الصحي، كما أنه غير راضى بشكل عام عن جودة ما يستهلكه من كلفة لهذه الخدمات؛
- التراكم المستمر لتكلفة الخدمة وما يصاحبه من عدم الرضى للجانب الممول للخدمات الصحية؛
- تدمير وعدم رضى من طرف مقدمي الخدمات الصحية؛ نتيجة ضغط العمل وزيادة الطلب على الخدمات الصحية؛ بالإضافة لظروف العمل وتدني الأجور؛
- الإعتبرات النفسية والأخلاقية والإجتماعية والمهنية التي تضع قيود ومعوقات؛ على الإستغلال الإقتصادي للخدمات الصحية.

<sup>1</sup> فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية: مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن: تكامل العلاج والدواء، الطبعة الأولى، الدار الجامعية للنشر والطباعة -الإسكندرية-، مصر، 2015، 42.

<sup>2</sup> شبكة الصين، مقال بعنوان الصين تستقدم مفهوم الإدارة الصحية، متاح على الموقع :-[http://arabic.china.org.cn/news/txt/2004-12/02/content\\_2145721.htm](http://arabic.china.org.cn/news/txt/2004-12/02/content_2145721.htm)، شوهد يوم 2019/01/02، على الساعة 10:00.

<sup>3</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص20.

### 3. التحديات التي تواجهها الإدارة الصحية:

تميز الإدارة الصحية ينبع من خصوصيات القطاع التي تسوده؛ وخصوصية مؤسساته، بإعتباره أعقد قطاع بالمقارنة مع القطاعات الأخرى في أي مجتمع كان؛ ومن بين أهم الخصائص المميزة للقطاع الصحي ما يلي:<sup>1</sup>

- **الطبيعة الفردية للخدمة الصحية:** بمعنى أن توفير الخدمة الصحية والتخطيط لها يتم وفقاً لحاجة كل فرد على حدى؛ لذلك فمفهوم الخدمة الصحية لا يمكن إخضاعه للإنتاج الكبير ومن ثم بيعها كما هو الحال في السلع المادية.
- **تشعب العمل اليومي:** الطبيعة الفردية والشخصية للخدمة الصحية؛ تجعل العمل اليومي للمؤسسة مختلف وغير خاضع لتتميط؛ وكون الجزء الأعظم من عمل المؤسسة الصحية يتم بواسطة الإنسان؛ وحسب كل حالة على حدى.
- **الدرجة العالية من التمهّن والتخصص:** يعتبر القطاع الصحي أكبر القطاعات التي تحوي مزيج متنوع من القوى العاملة؛ فإضافة إلى جانب الأطباء الذين يمثلون الشريحة الأكثر كثافة؛ والأكثر علماً وتخصصاً؛ نجد هناك الصيادلة والممرضين وأصحاب المهن الصحية والطبية المساعدة؛ بالإضافة إلى الإداريين والعمال المهنيين، هذا الاختلاف يصاحبه صعوبة في الإدارة والتنظيم من خلال التشريعات والقوانين الرسمية؛ التي تحكم في تحديد مساره المهني أولاً وتحديد مراكز القرار والمسؤولية ثانياً؛ مما يؤدي إلى الإحتكاك والاختلاف وتضيق للمشاكل في الإدارة.
- **تعدد المؤسسات الصحية وإختلافها:** إختلاف المؤسسات والجهات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية داخل البلد الواحد؛ بين المؤسسات المؤطره للقطاع الصحي مثل الوزارة والمديريات الجهوية والمصالح الإدارية؛ **مؤسسات الرعاية الأولية** من مراكز صحية ومستوصفات؛ ومؤسسات الرعاية الصحية الثانوية من مستشفيات ومراكز طبية كبيرة الحجم، إضافة إلى التنوع في ملكيتها وإدارتها بين عامة وخاصة هذا من جهة. ومن جهة أخرى تداخل أنشطة **المؤسسات الصحية الأخرى** المعنية بتقديم خدمات **الصحية كمؤسسات الصحة العامة** والصحة البيئية والصحة الوقائية وغيرها. كل هاته الظروف تتطلب مداخل إدارية مختلفة ومتعددة لا يوجد لها مثيل في القطاعات الأخرى.

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2014، ص42

- تباين الطلب على الخدمات الصحية: تختلف الحاجة للخدمات الصحية؛ باختلاف التطور الحضاري لأي مجتمع؛ فكلما زاد التطور والتحضر زاد الطلب على الخدمات الصحية؛ وبالتالي زيادة وتنوع المؤسسات الصحية، ويأتي دور الإدارة الصحية هنا في إبراز الأولويات وإعادة ترتيبها وفق الإحتياجات والموارد المتاحة.

الشكل رقم (1.1): المعضلات التي يكابدها النظام الصحي.



المصدر: من إعداد الباحث

المطلب الثاني: مكونات نظام الإدارة الصحية:

كلمة النظام هي كلمة مشتقة من المصطلح اليوناني "Systema"؛ وتعني الكل المركب من عدة أجزاء، لذلك فالنظام يعني مجموعة الأجزاء والعناصر المتكاملة؛ التي من خلالها يتم تحقيق أهداف النظام العام؛ بحيث يتكون النموذج العام للنظام من أربعة عناصر أساسية؛ المدخلات، عملية المعالجة، المخرجات والتغذية العكسية<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> أحمد هادي طالب إبراهيم اليساري، محاضرة لنظرية النظم كمدخل لدراسة نظام المعلومات الإدارية، قسم الإدارة الصناعية، كلية الإدارة والإقتصاد، جامعة بابل، العراق، متاح على الموقع:

<http://www.uobabylon.edu.iq/uobColleges/lecture.aspx?fid=9&cid=45424>، شوهد يوم 2018/11/12، على الساعة

لذلك تم الإتفاق على أن أنجع طريقة لتحليل مكونات نظام الإدارة الصحية هي نظرية النظم العامة؛ وذلك لتحليل العلاقة بينه وبين المكونات العديدة الأخرى للنظام الصحي. وعليه تم النظر إلى الإدارة الصحية في النظام الصحي؛ كعملية يتم من خلالها تحويل مجموعة من المدخلات إلى مخرجات؛ على أن يكون هذا النظام مفتوح، بمعنى أنه يتأثر بعوامل عديدة داخلية وخارجية؛ من شأنها أن تؤثر في تقديم وتوفير الخدمات الصحية<sup>1</sup>.

## 1. مدخلات الإدارة الصحية:

ولعل أهم مدخلات نظام الإدارة الصحية تتمثل فيما يلي:

- **الحاجة لخدمات الرعاية الصحية:** عادة ما تفسر بالطلب على الصحة، وهي تنقسم إلى قسمين رئيسيين؛ الطلب على العلاج الذي يشمل الخدمات التشخيصية والعلاجية التي تهدف إلى تخفيف المعاناة والإصابة، أما القسم الثاني فهو الطلب على الوقاية؛ سواء الوقاية الأولية التي تعنى بحملات التطعيم والعوامل البيئية التي تؤثر على الصحة العامة ( صحة الماء والهواء، الطعام، مكافحة الحشرات..الخ)؛ أو الخدمات الوقائية الثانوية من الكشف المبكر للأمراض، الفحوصات الدورية للفئات القابلة للإصابة بالمرض؛ أو خدمات الوقاية من الدرجة الثالثة كخدمات إعادة التأهيل الحركي<sup>2</sup>.
- **الموارد المطلوبة لتوفير الخدمات الصحية:** يقصد بالموارد المطلوبة في توفير الخدمات الصحية؛ كل العوامل التي من شأنها الإشراف الإداري، التمويل الفعال، الإنتاج الصحي والطبي، اليد العاملة المتمرس، وأوعية تقديم الخدمات الصحية. لذلك نستطيع تجميع هذه الموارد في 3 حسابات رئيسية:<sup>3</sup>
  - **الموارد البشرية:** وتتمثل في عناصر العمل التي تتمتع بالمهارات العالية رفيعة المستوى؛ من إدارات إدارية تعي حجم المسؤولية التي على عاتقها، التي تقوم بالإشراف بالتوجيه والتنظيم

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص23.

<sup>2</sup> العلواني عديلة، أسس إقتصاد الصحة، الجزء الأول، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص ص 28،30.

<sup>3</sup> بحدادة نجاه، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإقتصادية تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد-تلمسان، الجزائر، 2012، ص33.



والتنسيق بين مختلف المستويات؛ الأطباء؛ المرضى، ذوي المهن الصحية والفنيين، وصولاً إلى عمال الخدمات المساعدة (عمال نظافة، تغذية، حراسة، صيانة).

■ **الموارد العينية والمالية:** تتمثل هذه الموارد في جميع الأصول الثابتة في إنتاج الخدمات الصحية؛ والتي تشمل الأراضي والمباني والمعدات الطبية والإعبارات التكنولوجية المصاحبة لها والأثاث، وما يملكها من عملية تمويلية لمختلف هذه التثبيتات والعمليات التحويلية المرافقة لها؛ مع إجراءات تقديم الخدمات الصحية. في هذه النقطة تختلف المصادر المالية للإدارة الصحية من بلد لآخر؛ ولكن نجد عموماً مصادر حكومية ومصادر خارجية (ما يدفعه المواطنون وبعض المؤسسات الخاصة والتأمينات)<sup>1</sup>.

■ **موارد الإستخدامات الجارية:** وتشمل هذه الموارد كل من مستلزمات العلاج الطبي اليومي كالأدوية ومطهرات والمعدات والأدوات ومستلزمات النظافة اليومية؛ بالإضافة إلى المواد الغذائية وتحديد الإستخدامات الطاقوية؛ والإستخدامات المكتبية الإدارية.

- **المتغيرات السلوكية والثقافية:** يشتمل هذا المدخل على العوامل الوراثية التي يولد بها الإنسان من صفات جسمانية وصحية وسلوكية إتجاه قابليته للإصابة بالأمراض؛ وتعامله مع الأوضاع الصحية الخاصة والمحيط به، بالإضافة إلى ثقافته العامة ووعيه الصحي على تفهمه للمشاكل الصحية القائمة<sup>2</sup>، بالإضافة إلى السلوك الصحي الذي يمارسه بهدف الوقاية أو التعرف أو التشخيص المبكر للمرض والعادات والتقاليد التي تؤثر في نوع العلاج المتجه نحوه<sup>3</sup>.

- **التشريعات واللوائح الرسمية:** وهي تعني جميع الضوابط والأسس الرسمية التي تحدد الإطار الإجرائي لممارسة الإدارة المشرفة على القطاع الصحي عامة والأنشطة الطبية والصحية والإدارية المرافقة لعملية توفير وتقديم الخدمات الصحية خاصة؛ كما تعتبر المصادر التي تستمد منها القاعدة القانونية والشرعية والصفة الإلزامية للتطبيق؛ وهي تعد من المصادر الرسمية للقانون<sup>4</sup>؛ يتم

<sup>1</sup> البدائل العربي، سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة، ورقة بحثية جزء من مشروع ' الإقتصاد البديل ' الذي يقوم به منتدى البدائل العربي للدراسات بالتعاون مع مؤسسة روزا لوكسمبورج -مكتب شمال أفريقيا-، نشرت يوم 05 أكتوبر 2017، متاح على الموقع: <http://bel-ahmar.net/?p=2057>، شوهد يوم 2018/11/13، على الساعة 16:49.

<sup>2</sup> بن غدفة شريفة، السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص علم النفس المرضي الإجتماعي، كلية الآداب والعلوم الإجتماعية والإنسانية، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، الجزائر، 2007، ص35.

<sup>3</sup> عثمان يخلف، علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية، الطبعة الأولى، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، 2001، ص20.

<sup>4</sup> توفيق حسين فرح، المدخل للعلوم القانونية -موجز النظرية العامة للقانون والنظرية العامة للحق، الدار الجامعية للنشر والتوزيع -بيروت-، لبنان، 1993، ص65.

الإحتكام لها في سير العمليات الروتينية والدورية والنادرة؛ كما تستعمل كمعيار أساسي لممارسة الرقابة الداخلية والخارجية على مختلف الأنشطة.

## 2. العملية التشغيلية:

تعتبر العملية التحويلية أو العملية التشغيلية؛ أو ما يعرف بالعملية الإدارية الصحية؛ ويتعدها بالقول لإدارة العمليات الصحية؛ بأنها المرحلة التي يتم تحويل المدخلات فيها إلى مخرجات؛ أي نعني بها مجموعة الأنشطة التي تتم داخل القطاع الصحي؛ من تخطيط وإتخاذ القرارات وتعامل مع الأفراد بإستخدام المعدلات والتسهيلات لتحويل المواد الخام أو المتغيرات المدخلية<sup>1</sup>.

كذلك يمكن تعريف إدارة العمليات الصحية؛ بأنها العملية التي يتم من خلالها تحويل المدخلات الصحية من الشكل التي هي عليه إلى شكل يصلح للإستخدام الإنساني؛ بمواصفات وجودة ومستوى مهني مقبول. وهي تقتزن بالمهام الرئيسية المرجوة من الإدارة الصحية؛ من رؤى وإستراتيجيات لتجسيد السياسة الصحية؛ وصولاً للتخطيط العملي للوحدات السفلى؛ ونعني بذلك كل من:<sup>2</sup>

- **إختيار مواقع المؤسسات الصحية:** يتحكم في قرار إختيار موقع المنظمات الصحية عدة إعتبرات؛ يجب أن يتدارسها مخططي الخدمات الصحية والإدارات المركزية، منها إعتبرات جيولوجية بيئية خاصة بالمنطقة؛ وإعتبرات ديمغرافية؛ وإعتبرات تقنية كالتقريب من المؤسسات الصحية الأخرى، سهولة التوسعة والإضافة والحصول على المستلزمات؛ وإعتبرات سياسية كتتمية بعض المناطق....إلخ<sup>3</sup>.
- **حصر الطاقات والتجهيزات الخدمية:** ويعني هذا المبدأ؛ حصر الطاقات الإقتصادية التي تعنى بالتجهيزات وكثافة العمالة؛ الطاقات المالية وتعني القدرة على الوفاء بالإلتزامات والسيولة النقدية مع المحافظة على مصادر التمويل الدائمة؛ والطاقات الخدمية وتشمل القدرة على مواجهة الطلب على الخدمات الصحية. بالإضافة إلى تحديد الطاقة التشغيلية للأطباء بالساعة، تحديد طاقة الوحدات والإدارات الخدمية من معدات وأجهزة وطاقة تشغيلية.

<sup>1</sup> بوعكاز نوال، مدرسة النظم، مقال منشور على موقع مدارس الفكر الإداري، متاح على الرابط: [http://cte.univ-](http://cte.univ-setif.dz/coursenligne/site_bouakkaz/co/systems.html)

[http://cte.univ-setif.dz/coursenligne/site\\_bouakkaz/co/systems.html](http://cte.univ-setif.dz/coursenligne/site_bouakkaz/co/systems.html)، شوهذ يوم: 2018/11/20، على الساعة 17.27.

<sup>2</sup> محمد عبد المنعم شعيب، إدارة المستشفيات: المنظور التطبيقي لإدارة الصحة وإدارة المستشفيات، الجزء الثاني، دار النشر للجامعات - القاهرة-، مصر، 2013، ص36.

<sup>3</sup> حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع-عمان-، الأردن، 2009، ص ص 11.12.13.

- **التوصيف الوظيفي للقوى البشرية:** يتم التوصيف الوظيفي وفقا للتأهيل الطبي والخبرات من الممارسات الطبية والصحية؛ عن طريق تحديد مكونات الوظائف كطبيب جراحة أو عيون أو باطنة هذا من الجانب المهني، ويتعداه إلى تحديد الواجبات والمسؤوليات وسلطة كل وظيفة عن طريق دليل تنظيمي رسمي؛ يؤطر ويحتوى كل العلاقات والإختصاصات. كما يسرى ذلك على باقي الإداريين والفنيين وغيرهم من العمال في القطاع الصحي<sup>1</sup>.
- **تصميم التسهيلات الصحية:** يعنى بتصميم التسهيلات الصحية؛ إيجاد التكامل والإتصال بين الأنشطة الصحية المختلفة المحتوات داخل النظام الصحي، بحيث يؤثر ذلك في نوع الخدمات الصحية المقدمة والترسانة المادية المستعملة، ولتحقيق الغرض من تصميم التسهيلات الصحية؛ يتم عمل تصميم للهياكل الإدارية المركزية والجهوية منها والهياكل الصحية ؛ وفقا للأنشطة والمهام المنوطة بها؛ ونوع الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى تنسيق الخدمات وفقا لإحتياجات الناس ومطالبهم عن طريق دمج الهياكل والخدمات ومخططات العمل؛ من أجل الوصول إلى تحسين سبل تقديم الرعاية الصحية؛ من خلال مواعة العمليات والمعلومات وتنسيق بين مختلف الخدمات والجهات<sup>2</sup>.
- **توصيل الخدمات الصحية :** تعتبر عملية توصيل الخدمات الصحية أكثر أهمية عن تجهيز الخدمة الصحية؛ لدرجة أن المفهوم الحديث اليوم عن إدارة المنظمات الصحية لا يرتكز سوى على إدارة نظم توصيل الخدمات الصحية؛ وهو بذلك يتضمن إدارة أنشطة مختلفة؛ من لحظة توفيرها إلى وقت تقديمها لطالبيها، وتتطلب أنشطة توصيل الخدمات الصحية الإشراف على كل من أنشطة الخدمات الطبية العلاجية ومستلزماتها الطبية؛ أنشطة الخدمات الوقائية والمجتمعية؛ أنشطة التقارير الطبية والرسوم الصحية؛ أنشطة التسويق والإعلام والإعلان والدعاية؛ أنشطة تنمية الموارد وتعزيز الخبرات المهنية والإدارية<sup>3</sup>. يمكن إدراج هذه العملية في إطار ما يعرف بجهود المبذولة للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة؛ وهو ما تسعى إليه الإدارة الصحية بالتأكد

<sup>1</sup> محمد عبد المنعم شعيب، إدارة المستشفيات: المنظور التطبيقي الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات، الجزء الثاني، مرجع سابق، ص37.

<sup>2</sup> منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على السكان، تقرير من الأمانة، المجلس التنفيذي، الدورة 138، البند 01-10 من جدول الاعمال المؤقت، ديسمبر 2015، ص08، متاح على الموقع:

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_37-ar.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_37-ar.pdf)، شوهد يوم 2018/11/21، على الساعة 17:06.

<sup>3</sup> محمد عبد المنعم شعيب، إدارة المستشفيات: المنظور التطبيقي الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات، الجزء الثاني، مرجع سابق، ص38.

من حصول جميع الناس والمجتمعات على الخدمات الصحية ذات الجودة العالية مأمونة ومقبولة<sup>1</sup>.

- **الرقابة على العمليات الصحية:** نظرا لحقيقة التواجد الدائم للفوارق والإختلافات بين الخطط والتنفيذ في أي تنظيم؛ تكون الحاجة دائما للرقابة كعملية من عمليات الإدارة، فهي تستهدف قياس الأداء وإنجازات التنظيم بالنسبة للأهداف المحددة؛ لذلك أصبحت عملية لا غنى عنها في مختلف مستويات الإدارة، لذلك تحظى عملية الرقابة في القطاع الصحي بإهتمام كبير؛ لما لخدمات الرعاية الصحية من أهمية مباشرة على صحة وحياة الأفراد خصوصا؛ وأثر بالغ على مستويات التنمية عموما<sup>2</sup>.

### 3. مخرجات الإدارة الصحية:

تتأثر عملية التحويل عادة؛ بدرجة فعالية وكفاءة الجهاز الإداري الذي يقوم على عملية التشغيل، حيث تمثل نتيجة تحويل المدخلات الصحية؛ إنتاجية القطاع الصحي ككل، وحقيقة أن هناك صعوبة في تقييم مخرجات القطاع الصحي الذي تشرف عليه الإدارة الصحية؛ لإختلاف التوقعات الفردية والمجتمعية لما يفترض أن تقوم به الإدارة الصحية<sup>3</sup>؛ لذلك تم تمثيل مخرجات الإدارة الصحية في كل الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات، وما يرتبط بها من نتائج نهائية تنعكس على الصحة والمستوى الصحي. والتي يمكن حصرها في أهم النقاط التالية: <sup>4</sup>

- **خدمات صحية للأفراد والجماعات:** تتمثل هذه الخدمات في كل من الخدمات الوقائية؛ التي تعنى بعمليات التطعيم والمحافظة على البيئة والكشف المبكر للأمراض وإعادة التأهيل؛ الرقابة ومكافحة الأمراض والإصابات والعادات والسلوكيات الغير صحيحة للأفراد والأسر والجماعات، وصولا إلى الخدمات العلاجية التي تقوم بتحديد الحالات المرضية وعلاجها<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على السكان، مرجع سابق، ص02.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة 2008، دار المسيرة للنشر والتوزيع-عمان-، الأردن، 2008، ص209

<sup>3</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص 419.

<sup>4</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص25.

<sup>5</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة العربية الأولى، الإصدار الأول، دار الشروق للنشر والتوزيع-عمان-، الأردن، 2007، ص193.

- **تدريب وأبحاث:** يحتم التطور الهائل في العلوم الإدارية والطبية والصحية بالإضافة لتكنولوجيا؛ ضرورة البحث المستمر والتطوير من أجل تشخيص المشاكل الصحية للأفراد وعلاجها<sup>1</sup>؛ والعمل على إحتوائها وضمان الإشراف المناسب لهذه العمليات. وإعترافاً لأهمية هذا العنصر في تحسين الصحة والإنصاف في المجال الصحي؛ أقرت منظمة الصحة العالمية على تنفيذ سياسات للبحوث من أجل الصحة وإدارتها تكون متوافقة مع خطط الصحة الوطنية والدولية؛ وتنص على مشاركة جميع القطاعات العامة والخاصة؛ وتوفير الدعم للأولويات المتبادلة وتعزيز المؤسسات الوطنية الرئيسية<sup>2</sup>.

- **مؤشرات التنمية الصحية:** تعرف هذه النقطة كذلك بالمؤشرات الحالة الصحية؛ حيث تتضمن مجموعة من الإحصائيات الصحية التي تقدم ملخصاً عن التقدم الحاصل في بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية المتصلة بالصحة<sup>3</sup>. وهي تعبر كذلك عن درجة مرونة نظام الإدارة الصحية في إحتواء الحالات الصحية كما ونوعاً، عن طريق التخطيط والتوجيه والتوزيع العادل للخدمات الصحية وإنتقائها بما يتناسب مع الحاجة إليها؛ ضمان توفير الإمداد اللازم لمختلف الأنشطة التي تحقق ذلك والعمل على التأطير الجيد للقطاع الصحي. من بين أهم هذه المؤشرات نجد: <sup>4</sup>

- **المؤشرات الديمغرافية:** عدد السكان التقديري، تطور أعداد السكان حسب الفئات، معدلات النمو السكاني، معدلات الزيادات، معدل الولادات، معدل الخصوبة، متوسط العمر المأمول عند الولادة، معدلات الوفيات.
- **المؤشرات الإقتصادية:** نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، نسبة الإعتمادات المالية المخصصة للقطاع الصحي، نصيب الفرد من الإعتمادات المخصصة للصحة، تطوير وخلق المصادر التمويلية الذاتية، آلية صرف الموارد المالية والمحافظة عليها.

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع نفسه، ص33.

<sup>2</sup> منظمة الصحة العالمية، دور منظمة الصحة العالمية ومسؤوليتها في مجال البحوث الصحية، تقرير جمعية الصحة العالمية 36، البند 11-19 من جدول الأعمال، ماي 2010؛ ص02، <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21476ar/s21476ar.pdf>، شوهد يوم 2018/11/22، على الساعة 17:01.

<sup>3</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية 2009، جنيف، 2009، ص07، متاح على الموقع: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1412/9789246563814\\_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1412/9789246563814_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)، شوهد يوم 2018/11/26، على الساعة 16.22.

<sup>4</sup> وزارة الصحة السعودية، المؤشرات الصحية، الإدارة العامة للإحصاء، 2011، المملكة العربية السعودية، متاح على الموقع: <https://www.moh.gov.sa/Ministry/Statistics/Indicator/Pages/Indicator-2013-06-19-001.aspx>، شوهد يوم 2018/11/26، على الساعة 16.59.

- مؤشرات الموارد الصحية: تطور أعداد القوى العاملة الصحية بالنسبة لأعداد السكان، أعداد المؤسسات الصحية بالنسبة للسكان، معدل الأسرة بالنسبة للسكان.
- مؤشرات الأنشطة الصحية: نسبة التغطية التمنيعية، معدل الولادات بحضور عمال حاذقين، الأيام الإستشفائية، معدل دوران الأسرة، معدل شغل الأسرة، متوسط مدد الإقامة، معدل الحالات التي تم شفاؤها؛ معدل الحالات المستعصية، الأنشطة والحملات التوعوية والوقائية (خدمات صحية عامة)، معدل الحالات الإجتماعية والنفسية المعالجة.

#### 4. التغذية العكسية:

تعتبر التغذية العكسية بمفهومها البسيط؛ المعلومات المستنتجة من مقارنة بين مخرجات النظام الفعلية وبين المخرجات المخطط لها؛ إذ أن وجود أية إختلافات بينها يحتم إستخدام مدخلات جديدة أو إجراء تعديلات على العملية التحويلية؛ ولا يكون ذلك إلا بوجود عملية رقابة تمس مختلف المستويات<sup>1</sup>.

كما تعرف كذلك بأنها إشارات متلقاة تعبر عن نتائج السلوك (أداء)؛ سواء كان ذلك بصورة مباشرة أو غير مباشرة؛ بحيث تتيح معرفة أثر السلوك والنتائج. لذلك فإن التغذية العكسية تعمل على تعزيز وتحفيز الأداء؛ الإخبار والإفصاح عن المستويات الحقيقية للأداء والنتائج المحققة؛ العمل على تقييم وتقويم الأداء<sup>2</sup>.

يستعمل هذا العنصر من نظام الإدارة الصحية؛ في معرفة التقدم المحقق في إنجاز الأنشطة المختلفة، سواء المرتبطة بالجانب الإداري من تخطيط وتنظيم وحصر الموارد اللازمة للإستعمال؛ أو المستويات الوظيفية المتخصصة في الرعاية الصحية ودرجة التأثير في الأوضاع الصحية ومراقبة الفارق في مؤشرات نتائج الأداء الصحي؛ التي بدورها تعكس مستوى التسيير الذي يعنى به القطاع الصحي ككل. ولا تتحقق الخاصية المرجوة من التغذية العكسية؛ إلا بوجود نظام رقابي تقييمي فعال؛ يعمل على التحديد المضبوط للانحرافات بين الأهداف المخططة والنتائج المحققة؛ والغرض من ذلك إتخاذ الإجراءات التصحيحية سواء على مستوى المدخلات أو العملية التشغيلية؛ من أجل التحقيق الجيد للأهداف.

<sup>1</sup> أحمد هادي طالب إبراهيم اليساري، متاح على الموقع:

<http://www.uobabylon.edu.iq/uobColeges/lecture.aspx?fid=9&lcid=45424>، مرجع سابق.

<sup>2</sup> أحمد محمد، ما معنى تغذية الراجعة، مقال منشور على موقع موضوع، يوم 28 جويلية 2018، متاح على الموقع:

[https://mawdoo3.com/%D9%85%D8%A7\\_%D9%85%D8%B9%D9%86%D9%89\\_%D8%AA%D8%BA%D8%B0](https://mawdoo3.com/%D9%85%D8%A7_%D9%85%D8%B9%D9%86%D9%89_%D8%AA%D8%BA%D8%B0)

[https://mawdoo3.com/%D9%8A%D8%A9\\_%D8%B1%D8%A7%D8%AC%D8%B9%D8%A9](https://mawdoo3.com/%D9%8A%D8%A9_%D8%B1%D8%A7%D8%AC%D8%B9%D8%A9)، شوهد يوم 2018/11/27، على الساعة 17.26.

## المطلب الثالث: القوى المؤثرة في نظام الإدارة الصحية.

مما هو معلوم أن جميع الأنظمة الموجودة هي أنظمة تتفاعل مع البيئة التي تسود فيها، إلا أن البعض يقر بوجود أنظمة لا تتفاعل مع بيئتها (الأنظمة المغلقة)؛ وبحكم أن النظام المغلق هو نظام لا يتبادل المدخلات والمخرجات مع بيئته فإنه يكتسب صفة التدهور والتلاشي بطريقة لا إرادية؛ أما الأنظمة المفتوحة فهي الأنظمة التي تعتمد في بقائها على التفاعل مع بيئتها؛ من خلال تبادل المدخلات والمخرجات<sup>1</sup>.

بعد تشريح مكونات نظام الإدارة الصحية؛ نستنتج أن هذه الأخير تخضع لعدة متغيرات وقوى؛ تؤثر على مختلف مكونات نظامها من مدخلات أو مخرجات أو العملية التحويلية؛ سواء من آلية توفير الموارد المطلوبة ومصادر تمويلها، طبيعة نظام التكوين والتدريب، المتغيرات السوسولوجية التي تؤثر في الحياة الصحية وكيفية تقديم الخدمات الصحية؛ التشريعات والضوابط التي تؤثر في المجال الصحي؛ وصولاً إلى الأوضاع الصحية السائدة التي تؤثر على نتائج العملية التشغيلية.

لذلك يمكن القول أن نظام الإدارة الصحية يتأثر بنوعين أو صنفين من القوى المؤثرة؛ نصنفها إلى قوى خارجية عامة؛ أو ما يعرف بالقوى البيئية الكلية؛ وهي القوى التي تحكم وتسود في المجتمع ككل أو في كل القطاعات؛ والقوى البيئية الصحية؛ وهي القوى التي تؤثر على الوضع الصحي فقط؛ أو تختص بالقطاع الصحي فقط<sup>2</sup>.

## 1. القوى البيئية الكلية:

- القوى الاقتصادية: تشير هذه المتغيرات إلى خصائص وتوجهات النظام الاقتصادي الذي يعمل فيه أي نظام؛ ونشير في هذه النقطة إلى حالة ميزان المدفوعات والقيود على حرية التجارة الدولية، ودورة الأعمال التي تمثل فترات الركود والإزدهار؛ معدلات الدخل القومي وطرق توزيعه؛ السياسات المالية والنقدية للدولة في معالجة الوضع الاقتصادي السائد والمحتوى لبيئة المنظمات.
- القوى الاجتماعية والثقافية: للظروف المجتمعية تأثير بالغ على قطاع الخدمات والرعاية الصحية؛ خاصة في الدول النامية، حيث تتكون هذه القوى من التغيرات السكانية ومستوى التعليم والمسؤولية الاجتماعية؛ بالإضافة إلى الوعي الصحي والمواقف تجاه بعض الموارد الاستهلاكية

<sup>1</sup> بوعكاز نوال، مدرسة النظم، مقال منشور على موقع مدارس الفكر الإداري، متاح على الرابط: <http://cte.univ->

[setif.dz/coursenligne/site\\_bouakkaz/co/systems.html](http://setif.dz/coursenligne/site_bouakkaz/co/systems.html)، مرجع سابق.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص25.

والأنماط المعيشية؛ الطبقات الإجتماعية وحجم الأسر وبنيتها، بالإضافة إلى الأقليات العرقية ومدى تأثيرها على الوضع الصحي ككل<sup>1</sup>.

- **القوى السياسية والقانونية:** تعد البيئة السياسية من العناصر المهمة ذات التأثير في تصميم إستراتيجية الإدارة بأي مؤسسة أو منظومة صحية؛ ويعنى بها المؤثرات السياسية التي تأتي من مؤسسات النظام الحاكم والسياسة الداخلية والخارجية والتشريعات والقوانين واللوائح المنظمة للعمل داخل الدولة. وهي تترجم فلسفة وأسلوب الدولة في تحديد الأولويات وترتيب الضروريات والأهداف الصحية؛ وهذا ما سيعمل على تحديد مقومات ملامح السياسة الصحية؛ من خلال وضع الخطط العملية للإدارة العليا المعنية بالقطاع الصحي<sup>2</sup>.

## 2. القوى البيئية الصحية:

- **الصحة العامة:** تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة العامة بـ "علم وفن الوقاية من الأمراض، إطالة العمر، تعزيز الصحة من خلال الجهود المجتمعية للمجتمع"<sup>3</sup>، تهدف الأنشطة التي تسعى لتعزيز قدرات وخدمات الصحة العامة؛ إلى توفير الظروف التي تمكن الأفراد من الحفاظ على صحتهم أو منع تدهورها. تركز الصحة العامة على الخطوط الدفاعية التي تضعها السياسة الصحية من أجل القضاء أو إحتواء أمراض معينة (حملات التلقيح، المشورات الصحية، الحملات التوعوية... إلخ)؛ بالإضافة إلى الإهتمام بالجوانب الصحية والرفاهية (النظافة؛ المراقبة الدورية لجودة المياه الشروب... إلخ).

- **المستوى الصحي:** يعبر المستوى الصحي عن حالة نسيج الأفراد المكون للمجتمع؛ من نسب المواليد والوفيات؛ تفشي الأمراض؛ معدلات الحياة أو مأمول العمر؛ معدلات الغبن الصحي؛ مكونات الشرائح المجتمعية، الفئات الغالبة... إلخ، كما يبين درجة تأثير أنشطة الصحة العامة على نوعية الحياة الخاصة بمجتمع معين؛ كل هذه المتغيرات تلعب دورا هاما في التأثير على ممارسة أدوار الإدارة الصحية؛ وتحديد مستويات تأثير هذه الأخير في القطاع الصحي ككل.

- **البحث والتعليم:** إن الإستعانة بالبيانات المستمدة من البحوث الصحية؛ تعمل على تعزيز الصحة والوقاية والعلاج والحماية من المخاطر المالية؛ ذلك أنها تقدم إجابات تفيد تحسين صحة الإنسان

<sup>1</sup> محمد عبد المنعم شعيب، إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي، الجزء الثاني، مرجع سابق، ص 81.

<sup>2</sup> محمد عبد المنعم شعيب، إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي، الجزء الثاني، مرجع سابق، ص 83.

<sup>3</sup> World Health Organization, **Public health services**, site web: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services>, vu le 28/12/18, a 23:32.



ورفاهه وتطوره<sup>1</sup>، كما أن التقدم المطرد في التقنيات والعلوم الإدارية والطبية على حد سواء؛ يفرض ضرورة تطوير المهارات والخبرات من خلال التعليم والتدريب المستمر<sup>2</sup>؛ تعمل هذه البيئة على تسهيل المهام وتقديم الدعم الفعال لفلسفة الإدارة الصحية.

- **التكنولوجيا:** تعد وفرة الأجهزة والتجهيزات وكذا البرامج الحديثة اللازمة لتطوير الأداء والإبتكار من بين أهم العوامل اللازمة لتقديم المنتجات الصحية أو تحقيق عمليات جديدة أو تطوير ما هو موجود فعلا، وهو ما يؤثر تأثيرا بليغا ومباشرا على الإبتكار وتسيير الأزمات وإيجاد الحلول في أي كيان قائم<sup>3</sup>.

- **تمويل النظام الصحي:** توافر الأموال قضية رئيسية بالنسبة للقطاع الصحي؛ بحيث يمثل التحدي اللازم لتوفير مجموعة الخدمات الصحية بالجودة والحجم الكافي بأن يجعلها في المتناول؛ وذلك في مجالات العلاج والوقاية والتعزيز والتأهيل. يمكن لأي قطاع صحي أن يجمع أموالا إضافية من أجل الصحة وأن ينوع مصادر تمويله عن طريق إيلاء الحكومات أولوية أعلى للصحة في مخصصات ميزانياتها وتحصيل الضرائب؛ بما في ذلك إشتراكات التأمينات الإلزامية وآليات التمثيل المبتكرة<sup>4</sup>. تقدم هذه التوليفة من مصادر التمويل الدعم الكافي للإدارة الصحية وتساهم في تسهيل ممارساتها ووصولها إلى أهدافها المرجوة.

- **التشريعات الصحية:** تعد التشريعات الصحية الملائمة من أهم دعائم الخدمات الصحية؛ خاصة في تأمين الرعاية الصحية، عن طريق تكريسها للمتطلبات القومية في توفير وتوزيع الصحة للمواطنين وحماية صحة الفرد والمجتمع؛ جازمين أن الخدمات الصحية القومية تقتضي تشريعات صحية ملائمة لتأمين الإنجاز المناسب لهذه الخدمات؛ منذ وهلة التخطيط لها وفرز الأولويات وصولا إلى لحظة تقديمها لمحتاجيها، بما يتضمن ذلك تطويع التشريعات لإحتياجات

<sup>1</sup> منظمة الصحة العالمية، بحوث التغطية الصحية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2013، متاح على الموقع:

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22233ar/s22233ar.pdf>، شوهد يوم 2018/12/29، على الساعة 16:15.

<sup>2</sup> عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعامة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الطبعة الثانية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية - القاهرة-، مصر، 2014، ص09.

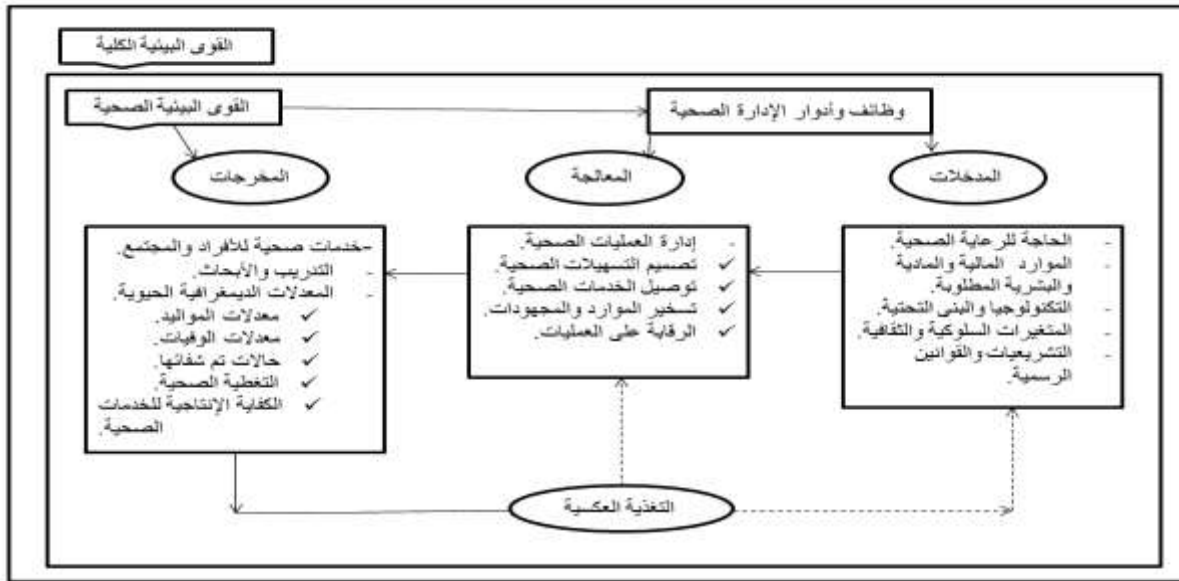
<sup>3</sup> نجاة مدلس، العوامل التكنولوجية والتنظيمية للإبتكار في المؤسسات الجزائرية، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة-، مجلد 05، العدد 09، الجزائر، 2016، ص137.

<sup>4</sup> منظمة الصحة العالمية، تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010، ص 13.12، متاح على الموقع [https://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_ar.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2010/10_summary_ar.pdf?ua=1)، شوهد يوم 2018/12/29، على الساعة 17:49.

الحاضرة لأي نظام؛ ووضع قوانين صحية جديدة لمواجهة المتطلبات الحديثة<sup>1</sup>. وعليه تلعب التشريعات الدور الفارق في إبراز أثر الإدارة الصحية في تسيير القطاع الصحي والتأثير على المستويات الصحية والصحة العامة؛ بحيث تعتبر هذه التشريعات إما تثبيط لمرونة ممارسة المهام الإشرافية أو الأساس الشرعي للتدخل في مختلف مستويات التسيير.

تأسيسا لما تم ذكره؛ تعمل الإدارة الصحية على تحقيق أهداف موضوعية؛ مرتبطة أساس بجوهر ظهور هذا الإتجاه الإداري، الذي يختص بإحتواء القطاع الصحي وعمل على حسن تدبيره؛ إنطلاقا من حشد وتعبئة الموارد والمواد؛ التدبير الفعال لإستخدام هذه الموارد والمواد عن طريق تخطيط وتنظيم وتوجيه الجهود والأنشطة؛ من أجل الوصول إلى الأهداف المرغوبة. عاملة على ترسيخ السياسات الصحية سواء القومية أو الدولية؛ التأثير بالإيجاب على الأوضاع الصحية السائدة في المنطقة بهدف إحلال تنمية صحية والتي بدورها تنعكس على مؤشرات التنمية المستدامة للمنطقة السائدة فيها.

### الشكل رقم (2.1): مكونات نظام الإدارة الصحية.



**المصدر:** من إعداد الباحث بالإعتماد على فريد توفيق نصيرات، إدارة المنظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص25.

<sup>1</sup> قرار جمعية الصحة العالمية، التشريعات الصحية، جمعية الصحة العالمية الثلاثون، 1977، متاح على الموقع [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/184118/WHA30\\_R44\\_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/184118/WHA30_R44_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)، شوهد

**المبحث الثاني: المستشفيات أساس الرعاية الصحية.**

تعتبر المستشفيات من المنشآت المهم في المجتمع، لتوليها تقديم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية والوقائية والتعليمية البحثية والتدريبية. لذلك تعددت إسهامات المستشفيات في وقتنا الحاضر لتشمل الكثير من المجالات الإقتصادية منها والعلمية وصولاً لتنظيم الحياة الصحية للمجتمع، وذلك من خلال مشاركتها الفعالة في التثقيف الصحي والصحة البيئية، مكافحة الأمراض والأوبئة وتحسين نمط المعيشي في المجتمعات. لأجل ذلك أصبح الإنفاق على الخدمات الصحية بمثابة إنفاق إستثماري، حيث أن من الأهداف الإقتصادية للعلاج هو تحويل المريض الغير منتج إلى مواطن سليم قادر على العمل والمشاركة في تنمية بلده وهذا ما يبرز الدور الفعال للمستشفيات في مستوى التحسين المعيشي.

**المطلب الأول: التطور التاريخي للمستشفيات.**

إتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة؛ حيث مرت بالكثير من المسميات والتغيرات وتحولات متنوعة عبر العصور المختلفة، خاضعة لعدة تحسينات وتطورات مست العديد من الجوانب سواء على مستوى الأفراد أو التجهيزات حتى وصلت إلى الوجه الذي تعرف به الآن.

**1. نشأة المستشفيات:**

يتفق العديد من المؤلفين؛ في مجال تاريخ نشأة وظهور المستشفيات أو ما يعرف بمؤسسات العناية الصحية؛ حول المراحل والحقب التي مرت بها هذه المؤسسات، حيث تم حصر هذه الحقب في <sup>1</sup>:

**1.1. المستشفيات في الحضارات القديمة:**

يرجع تاريخ المؤسسات الصحية التي تعني بالمريض؛ إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد وذلك في المعابد الإغريقية، حيث يعتبر أبقراط (Hippocrates) الطبيب الإغريقي الشهير (350-460 ق م)؛ ذو التأثير البالغ على ميدان الطب؛ فقد دعا إلى فصل الطب عن الدين والفلسفة وأهمية التدريب الطبي ودراسة العوامل البيئية على حالة الصحة والمرض. إستمر تطور الطب في الحضارة الإغريقية إلى حوالي 400 سنة ق.م؛ عندها ظهرت معابد آلهة الطب الإغريقية وأعتبرت أول أشكال المستشفيات التي ظهرت آنذاك؛ وقيل أنها إستعملت كماوى للمرضى والعبادة معا؛ في حين ركزت أنشطتها على تعريض المرضى

<sup>1</sup> مصطفى الباهي، مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة إستكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عمار تليجي-الأغواط، الجزائر، 2014، ص 123.

لأشعة الشمس والهواء الطلق؛ بالإضافة إلى أنظمة الراحة والتمرين والإستحمام والطعام؛ كما تم إستخدام العقاقير فيها بشكل محدود<sup>1</sup>.

كذلك يذكر المؤرخون أن الحضارة المصرية قبل 600 سنة ق.م؛ شهدت وجود معابد لرعاية المرضى سميت بمعابد الشفاء<sup>2</sup>، تم فيها إستعمال الشب والنعناع وزيت الخروع والحشيش للتخدير، كما برع الأطباء المصريين في الطب السريري وطب العظام وجراحاتها، وكانت المعالجة الطبية تتم غالبا في البيت أو المعابد أين تم التركيز على القيم الدينية والإيمان في العلاج<sup>3</sup>.

في حوالي (350-500) ق.م تم تزويد المدن التابعة للإمبراطورية الرومانية بمستشفى تابع للكنيسة؛ يعمل فيه مجموعة من المتطوعين، حيث سادت فيه العاطفة والرعاية الأبوية على حساب المعرفة العلمية. كما سادت في المعابد الرومانية ملحقات تم تخصيصها لإيواء وعلاج ورعاية المرضى والعباد على حد سوء، كما وجدت العيادات الخارجية التي نعرفها اليوم لأول مرة في تلك العصور لمعالجة المرضى الخارجيين<sup>4</sup>.

أما بالنسبة للهند بين فترة 273 و 232 سنة ق.م، فقد بنيت المستشفيات وأطلق عليها تسمية "السيكستا" (Cikista) وهو ما يعرف بمعابد الشفاء<sup>5</sup>؛ وقيل أن الأطباء الهندوسيين قد كانوا جراحين مهرة؛ وأنهم قد إكتشفوا أهمية النبض في تشخيص أمراض الإنسان، كما إستخدموا العقاقير لعلاج المرضى وأن الأماكن التي كان يقدم فيها العلاج فقد إمتازت بنظافة بيئتها<sup>6</sup>.

## 2.1. المستشفيات في العصور المسيحية.

بعد ظهور المسيحية تغير الوضع السائد في بعض الديانات القديمة من إعتقاد أن المرض ظاهرة غير طبيعية ويعود سببه إلى وجود قوى غير مرئية كالأرواح. فقد جاءت المسيحية وغيّرت هذا المفهوم إلى أن

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص ص 17-18.

<sup>2</sup> بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسات العمومية الإستشفائية ترابي بوجمعة -بشار-، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية، تخصص تسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد- تلمسان-، الجزائر، 2016، ص 145.

<sup>3</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 29.

<sup>4</sup> مصطفى الباهي، مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة إستكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 123.

<sup>5</sup> بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسات العمومية الإستشفائية ترابي بوجمعة -بشار-، مرجع سابق، ص 145.

<sup>6</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص 18.

المرض هو مشيئة إلهية، وعليه قامت الديانة المسيحية على بناء بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمعوزين. وتم تقديم العلاج والخدمات الغذاء للمرضى بغض النظر عن مقدرتهم للدفع، كما تم الإهتمام بالجانب الإنساني أكثر من الجانب العلاجي<sup>1</sup>.

كانت بيوت الكهنة تخضع لتقسيم وتوزيع معين، فقد كانت تخضع في المناطق النائية والريفية إلى الأديرة؛ أما في المدن الكبيرة فقد خضعت إلى الكاتدرائيات. لذلك أولى الملوك إهتماما خاصا بالمستشفيات في العهد المسيحي لما عرفوا أهميتها؛ فقد أمر الملك "لويس السادس" بتاريخ 14 جوان 1662م، بأن تستفيد كل مدينة كبيرة ببيت من بيوت الله كناية عن المستشفيات وذلك لإستقبال الفقراء والمسنين والأيتام لدوافع دينية إنسانية بحتة<sup>2</sup>.

### 3.1. المستشفيات في العصور الإسلامية.

أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" أي دور المرضى، وهي كلمة مقسمة على جزئين؛ "بیمار" تعنى عليل أو مريض، أما "ستان" فبمعنى دار<sup>3</sup>. أبدى المسلمون إهتماما كبيرا في مجال رعاية المرضى في كل من بغداد والقاهرة ودمشق وقرطبة وغيرها من المدن التي خضعت للحكم الإسلامي، فقد ازدهرت المستشفيات وتميزت بالتنظيم والكفاءة وجودة الخدمات الصحية، وكانت من المؤسسات المنظمة والمرتبطة على أصول علمية. ويتعداها إلى أن العاملين في مستشفيات العصور الإسلامية من الأوائل الذين قسموا المستشفى إلى أجنحة وأقسام على أساس نوع المرض والجنس<sup>4</sup>.

تشير المصادر التاريخية على أن الوليد بن عبد الملك أمر بإقامة أول مستشفى عام 706م بدمشق<sup>5</sup>، كما أن العصر العباسي شهد ازدهارا وتطورا في مجال الطب والتمريض، وتم تقسيم المستشفى حسب الجنس وكان يضم صيدلية لتركيب الأدوية ومكتبة ومدرسة للتعليم. كما ظهر في نفس العصر المستشفيات المحمولة التي ترافق الجيوش والتي ترسل للمناطق النائية لعلاج المرضى في بقاع الدولة الإسلامية، دور العزل المرضى المصابين بالأمراض المعدية، ظهور المستشفيات الخاصة بالأمراض

<sup>1</sup> عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمنة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتتمية الإدارية: بحوث ودراسات، مصر، 2014، ص ص 5.6.

<sup>2</sup> مصطفى الباهي، مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة إستكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 125.

<sup>3</sup> عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمنة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 06.

<sup>4</sup> صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص 250.

<sup>5</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص 20.

النفسية والعقلية. رافق التطور التاريخي للمستشفيات تطورا تاريخيا لمهنة التمريض والخدمات التمريضية<sup>1</sup>، حيث فرض على الأطباء والصيدالدة أن يجتازوا إمتحانا خاصا قبل السماح لهم بمزاولة المهنة<sup>2</sup>.

#### 4.1. المستشفيات في النهضة الأوروبية:

نتيجة للحركة العلمية التي شهدتها أوروبا في نهاية القرن 14م؛ والتي تميزت بإحياء العلوم والمعارف والإطلاع على الحضارة الإسلامية، تراجع دور الكنيسة في تقديم الرعاية الصحية وانتقلت مهمة إنشاء وإدارة وتشغيل المستشفيات إلى السلطات المحلية مع بقاء الرهبان ورجال الدين في تقديم الخدمات الإنسانية<sup>3</sup>. كذلك تم تحويل مراكز العزل إلى مستشفيات في هاته الحقبة مع مصاحبة ظهور الكثير من المستشفيات والأطباء، وصاحبة ذلك تطور الرعاية والعلاج المقدم للمرضى والإعتراف بعلم التشريح.

في هذه الحقبة تم تأسيس جمعية الجراحين الملكية في " أدنبر" سنة 1506م، تلاها تأسيس جمعية الأطباء الملكية في إنجلترا عام 1529م، وصاحب ذلك إغلاق المستشفيات التابعة للكنيسة الكاثوليكية في بريطانيا وتحويلها إلى أجهزة الحكم المدني، وانتشار المدارس الطبية والمكتبات والتعليم الطبي بالممارسة<sup>4</sup>.

تشير المخطوطات التي تعود إلى سنة 1569م؛ إلى وجود مخطوطات حددت واجبات الأطباء في مدينة " بادوا" الإيطالية، التي كانت تحتوي على أشهر كلية طب في أوروبا. التي كانت عبارة عن مستشفى تم تعليم وتدريب الأطباء فيه بطريقة التلمذة " **apprenticeship**" تحت إشراف الأطباء والجراحين وإنطلاق علم الجراحة الذي إستند على أسس علمية طبية، كما إتبع هذا الإجراء في كل من فرنسا وبريطانيا.

تميزت هذه الحقبة بتدخل الدولة في تنظيم القطاع الصحي وإنشاء ما يسمى بالمصحات أو المستشفيات؛ لتقديم الخدمة الصحية بهدف لا يرتبط بالربح، إذ أن إنشاء المنظمات والمؤسسات الصحية

<sup>1</sup> صلاح محمود زياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، مرجع سابق 251.

<sup>2</sup> مصطفى الباهي، مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة إستكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 126.

<sup>3</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص 22.

<sup>4</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 33.

كان بدافع الدور الإجماعي للدولة. ويمكن أن نخلص أن المستشفيات في عصر النهضة قد إنتقلت من مرحلة الإتجاه الديني إلى مرحلة الإتجاه العلمي<sup>1</sup>.

### 5.1. المستشفيات الحديثة (بداية القرن التاسع):

أدت الفتوحات العلمية والمكتشفات والإختراعات التي حصلت في القرن التاسع عشر وأوائل العشرينات؛ إلى تقدم كبير في مجال الرعاية الصحية، منها إكتشاف البكتيريا وعلم الجراثيم وتقدم علم البكتريولوجي على يد العالم "باستور". إكتشاف التعقيم مما أدى إلى ظهور الجراحة النظيفة في المستشفيات، التخدير والأشعة السينية في نهاية القرن التاسع عشر مما شكل دافعا قويا للرعاية والعلاج في المستشفيات الأوربية والأمريكية. ما أحدث قفزة نوعية بالنسبة للمستشفيات الحديثة، بحيث أصبح المستشفى العصري اليوم ذلك الكيان الذي يقدم الخدمات الصحية بجودة ونوعية عالية لمستحقيها، ويساهم كمركز لتعليم الطب والتمريض ويسهم في التنقيف الصحي للمجتمع.

صاحب هذا التطور تقدم كبير في بعدين من أبعاد الرعاية الصحية والإستشفائية في المستشفيات الحديثة وهما:<sup>2</sup>

#### • جانب السلامة في الرعاية الصحية والإستشفائية safety :

- إكتشاف التخدير سنة 1842م، وإستعماله في السيطرة على الألم الذي يصاحب العمل الجراحي؛
- إكتشاف التعقيم سنة 1865م، والسيطرة على إنتشار العدوى في المستشفيات؛
- ظهور الأسس العلمية لخدمات التمريض 1856م ؛
- نجاح تجارب نقل الدم مع بداية القرن العشرين.

#### • فعالية الطب السريري والخدمات الإستشفائية efficacy :

- إكتشاف المضادات الحيوية وإستعمال البنسلين في العلاج خلال الحرب العالمية الثانية، وإكتشاف الفيتامينات سنة 1912م ؛
- الثورة التكنولوجية في مجال تشخيص الأمراض كأجهزة تنظيم عمل القلب، أجهزة التصوير الصوتية والأشعة الحمراء وفوق الحمراء؛
- ظهور وحدات العناية المركزة ووحدات رعاية أمراض القلب.

<sup>1</sup> مصطفى الباهي، مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة إستكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص127.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص ص 34.35.

مرت المستشفيات بالعديد من التغييرات والتطورات، وهذا يرجع لتأثير عوامل كثيرة في هيكلها ونشاطها. لعلم أهم العوامل التي أدت إلى تطوير المستشفيات منذ العهود القديمة وحتى عصرنا الحالي، إختلاف الأديان والمجتمعات والثقافات؛ الحروب والكوارث الطبيعية؛ نوع الأمراض السائدة ومستوى إنتشارها؛ الإكتشافات الطبية في مجال الأدوية والعقاقير؛ ظهور المصول والمعقّمات؛ تطور تشخيص الحالات المرضية؛ تطور التكنولوجيا الطبية؛ تقدم خدمات التمريض؛ إزدهار التعليم الطبي؛ ظهور برامج التمويل والتأمين الصحي.

## 2. مفهوم المستشفيات:

المستشفى هو المكان المفضل بالنسبة للمريض لتلقي العلاج، ومكان العمل المفضل للطبيب وباقي القوى العاملة الإستشفائية الأخرى، كما يعتبر الواجهة الحضارية التي تبرز تقدم البلد الصحي والعلمي والإجتماعي<sup>1</sup>.

عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى " بأنه جزء أساسي من تنظيم إجتماعي وطبي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما يعد أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث إجتماعية بيولوجية"<sup>2</sup>. من الملاحظ من هذا التعريف؛ أن منظمة الصحة العالمية ركزت كثيرا على وظائف وأنشطة المستشفى للتعريف به، إلا أنها أهملت جانب التعقيد والتخصص للقوى العاملة به، تأثر المستشفى بالبيئة الخارجية له، أهمية تعريف المستشفى على أنه نظام مفتوح يؤثر ويتأثر بالبيئة المحيطة به.

ورأت منظمة الصحة العالمية أنه من الضروري تعريف المستشفى بصورة علمية أكثر، إذ ينبغي أن يكون التعريف بسيطا وشاملا قدر الإمكان كي ينطبق على كل أنواع المستشفيات مهما كانت؛ سيان في البلدان النامية او المتقدمة، وعليه قامت بتعريف المستشفى على أنه "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى في الرعاية الطبية والتمريضية"<sup>3</sup>. إكتفت منظمة الصحة العالمية في هذا التعريف بتوضيح الدور الأساسي للمستشفيات، الذي يمثل في التكفل بالمريض أي تقديم الخدمة المناسبة له سواء كانت طبية أو

<sup>1</sup> عرابة الحاج، إزدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة-، مجلد 07، العدد07، الجزائر، 2010، ص 234.

<sup>2</sup> منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية، رقم 395، جنيف سويسرا، 1980، ص06. متاح على الموقع:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1422/WHO\\_TRS\\_395\\_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1422/WHO_TRS_395_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)، شوهده

يوم 2019/01/15، على الساعة : 17.05.

<sup>3</sup> منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، مرجع نفسه، ص06.



صحية أو كليهما، مع ضمان المبيت وما يترتب عنه من ضروريات تتبعه حتى حين إستقرار الحالة الصحية للمريض أو تحسنها أو الشفاء النهائي لها.

أشاد التقرير الفني لمنظمة الصحة العالمية تحت عنوان إدارة المستشفيات إلى أنه يمكن التوسع أكثر في تعريف المستشفيات إلى أنها تؤدي أعمال إضافية، فقد يصبح المستشفى مركزا ذا مهارة خاصة في تشخيص وعلاج وتأهيل المرضى الداخليين والخارجيين، يوفر الرعاية للمرضى القادرين على الإنتقال أو الرعاية المنزلية والخدمات الوقائية الشخصية إما مباشرة أو بصفة إستشارية. كما يمكن أن يساهم المستشفى في تعليم وتدريب العاملين الصحيين، وأن يقوم ببحوث طبية ووبائية وإجتماعية وتنظيمية.

أما الجمعية الأمريكية للمستشفيات عرفته بأنه " مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتتويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى"<sup>1</sup>.

عرف كذلك المستشفى بأنه " تنظيم يقوم بتعبئة المهارات والجهود لعدد كبير من الجماعات المهنية المحترفة وشبه محترفة والعادية، من أجل تقديم خدمات ذات كفاءة عالية إلى المريض"<sup>2</sup>.

من التعاريف الشائعة أيضا، أن المستشفى: " جزء من النظام الإجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامح صحي متكامل مع النظام الصحي العام"<sup>3</sup>. نستنتج من هذا التعريف أن المستشفى عبارة مؤسسة إجتماعية؛ تعمل في ظل إطار متكامل مع منظمات صحية وفق سياسة صحية محددة الأهداف؛ الغرض منها ترقية التنمية الصحية والتأثير الأوضاع الصحية.

المستشفى هو مكان لعلاج المرضى وتأهيلهم مجهز بعيادات للأطباء وغرف للعمليات والإنعاش وتتويم المرضى، بالإضافة إلى قسم للإسعاف والطوارئ وعيادات خارجية لإستقبال المرضى الغير مقيمين. مجهز بجميع الأجهزة الطبية المتنوعة ويعمل فيه جميع الكوادر الطبية المختلفة (أطباء، ممرضين،

<sup>1</sup> American Hospital Association, **Classification of Health Care Institution**, edition chicago, U.S.A, 1974, p10.

<sup>2</sup> عرابية الحاج، إزدواجية السلطة في المستشفيات (المفهوم والإشكالية)، مرجع سابق، ص234.

<sup>3</sup> شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية دراسة حالة: عينة من المؤسسات الإستشفائية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص مناجمت المنظمات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -سكرة-، الجزائر، 2017، ص59.

صيادلة، أخصائي وغذائي التخصصات الطبية المختلفة (والكوادر المساندة)، يحتوي على جميع التخصصات الطبية التي تختلف حسب حجم ونوعية المستشفى<sup>1</sup>.

يبدو أن المستشفيات كلمة واضحة، إلا أن عرض التعاريف المختلفة لها تبين أوجه الاختلاف في التعريف بماهيتها، فمنهم من ركز في التعريف بها على وظائفها العلاجية والصحية؛ الخدمات الصحية التي تقدمها؛ ومنهم من ركز على هيكلها والتركيب البشري لها. وقصد تقديم تعريف يحاول أن يشمل كل الجوانب التي تفسر ماهية المستشفى، فإننا نقترح التعريف التالي: " المستشفى هو عبارة عن نظام مفتوح ذو طبيعة إجتماعية يؤثر ويتأثر بالأوضاع السائدة؛ يقوم بضمان التكفل والرعاية الصحية للأفراد والجماعات؛ من خلال قيامه بوظائف علاجية وقائية وتنقيفية وترقيتها بالتدريب التعليمي والبحث العلمي والتطوير؛ يمارس مهامه عن طريق نظام لتقديم الخدمات الطبية والصحية مع توفير خدمات فندقية لائقة في ظل أطر إدارية محددة، كما يركز أداءه على شقين أساسيين جانب مادي يشمل كل من الإنشاءات والتجهيزات والمعدات والأدوات؛ وجانب بشري مختلف الخصائص والتخصصات والمستويات العلمية والتعليمية؛ يعمل وفق نظام متكامل لضمان تحقيق أهداف صحية تتدرج تحت الأهداف التنموية للبلد القائم فيه.

### المطلب الثاني: مميزات وأهداف المستشفيات.

الإعتبرات العديدة والتطلعات الكثيرة المنتظرة من المستشفيات؛ كونها الوجهة الأولى للأفراد من أجل البحث عن الصحة جعلها تتميز بخصائص وتطلعات متفردة عن المنظمات الأخرى، وإذا أضفنا طابع ضرورة ضمان الصحة وتوفيرها كحق أساسي للمواطنين أين ما كانوا، نصل إلى معادلة صعبة الحل تتكون من مدخلات ومتغيرات عديدة.

### 1. خصائص المستشفيات:

إن المستشفى ظاهرة معقدة في الحقيقة، فهو مؤسسة إقتصادية، إجتماعية، بيولوجية، طبية. تسبح فيها الكثير من المعلومات، وتتعدد بها الهياكل والمسؤوليات، موضوعا وهدفا. ولهذه الأسباب بالذات فإن للمستشفى مجموعة من الخصائص والتي تميزه عن غيره من المنظمات ومن هذه الخصائص مايلي:<sup>2</sup>

<sup>1</sup> عامر عياد العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية "المبادئ الأساسية"، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، مصر، 2016، ص 110.

<sup>2</sup> ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية - دراسة حالة: مستشفى الولادة بجمع الشفاء الطبي، رسالة ماجستير، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية - غزة، فلسطين، 2016، ص ص 92.91.

- يوصف المستشفى **بالتعقيد**، كونه يقوم على ترتيبات تنظيمية معقدة لإختلاف أهداف ومسؤوليات الجماعات المهنية العاملة فيه، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة في التنسيق بين تلك الجماعات المتفاوتة على المستويين الثقافي والوظيفي، وللحساسية الناجمة عن طبيعة العمل الذي يمس حياة الإنسان، وما يتبع ذلك من توتر نفسي وجسدي طوال فترة العمل. مما يزيد في تعقيد نظام المستشفى، بإعتبار أن هذه الأمور لا تدخل ضمن إطار الترتيبات التنظيمية التي يقوم عليها.
- **الإستمرارية**: يتميز المستشفى بنظام خدمة مستمرة على مدار الساعة؛
- يتسم المستشفى بأنه **نظام يتألف من عناصر إنسانية** لديها القدرة على التفاعل والتعاطف والإتصال الجيد، إلى جانب القدرة على تشخيص وحل مشكلات المعني بها؛
- يتميز المستشفى **بصعوبة قياس** وتحديد الوحدات الإنتاجية له، نظرا لأن أطراف الخدمة في المستشفيات هم أطباء ومعاونيهم بالإضافة إلى مستهلك الخدمة إلى جانب صعوبة تقييم الخدمات بصفة عامة كون أن درجة الإنتفاع بها تختلف وفق متغيرات عديدة (السن، الصفات الوراثية... إلخ)؛
- يحتاج العمل في المستشفى إلى **درجة عالية من التخصص**؛
- يتميز المستشفى **بإزدواجية السلطة** - سلطة الجهاز الإداري وسلطة الجهاز الطبي - التي قد تنشأ عنها مشاكل تنسيقية، وعدم الوضوح في أدوار العاملين؛
- يتميز المستشفى **بنظام دقيق** فيما يتعلق بالمهن الطبية والخدمات الإدارية وغيرها من أقسام المستشفى، التي تتضافر في العمل من أجل تحقيق وإبراز أهدافه، والتي عادة ما تتعلق بصحة الإنسان وأن أي خطأ قد يؤدي إلى تدهور صحته أو وفاته<sup>1</sup>؛
- من خصائص العمل في المستشفى **نقص أو إنعدام الحراك الوظيفي**، بحيث يبقى العامل في نفس حقل التخصص الذي يلتحق به.

<sup>1</sup> دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الإستشفائية -دراسة الحالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح -ورقلة-، الجزائر، 2013، ص35.

## 2. وظائف المستشفيات:

مرت أهداف المستشفى بتطور وانتقال دائم طويلة تطور ماهيته، ولقد اختلفت آراء المعنيين بالمستشفيات حول وظائف المستشفيات ومهامها وذلك لتعدد وظائفها، إلا أنه تم الإجماع على مجموعة من الوظائف كانت كالتالي:<sup>1</sup>

- تقديم خدمات طبية ملائمة وعناية صحية إلى المرضى؛
- تعليم وتدريب المهنيين الصحيين والعاملين في القطاع الصحي، وطلاب الكليات الطبية والمدارس الصحية والمعاهد؛
- رفع المعرفة الطبية والصحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحثية في هذا المجال؛
- المشاركة في برامج الأبحاث سواء في المستشفى أو في حقول صحية أخرى؛
- المحافظة على الصحة العامة والمساهمة في وضع البرنامج الوقائي للبلد.

كما أوصت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمس وظائف أساسية هي:<sup>2</sup>

- **الوظيفة العلاجية:** تعتبر الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفيات، حيث تركز على تقديم أعلى مستوى ممكن من هذه الخدمات للمرضى الداخليين ومرضى العيادات الخارجية والحالات الطارئة، ويتم تقديم الخدمات العلاجية بواسطة إطارات بشرية متخصصة من أطباء وممرضين وإداريين.<sup>3</sup>
- **الوظيفة الوقائية:** تعد وقاية المجتمع من الأمراض أحد أهم أهداف المستشفيات؛ وهي الوظيفة الثانية للمستشفيات، حيث تعد طريقة للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقه كمؤسسة إجتماعية وتجسيدا لمقولة "الوقاية خير من العلاج"؛ وهي تصنف إلى ثلاثة مستويات خدمية:<sup>4</sup>
  - **خدمات الوقاية الأولية:** وهي خدمات محددة ومباشرة يتم التخطيط لها لوقاية الأفراد من مرض معين، ومن الأنماط الشائعة لها حملات التطعيم والتحصين الجماعي، كما تدخل خدمات ترقية

<sup>1</sup> إسطفان ورعد رزوق وآخرون، إدارة المستشفيات، مطابع جامعة الموصل، العراق، 1983، ص 31-33.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 68.

<sup>3</sup> بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسات العمومية الإستشفائية ترابي بوجمعة -بشار-، مرجع سابق، ص 150.

<sup>4</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار اليازوري للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2010، ص 23.

الصحة العامة فيها مثل صحة الماء والهواء والطعام، مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض والتخلص السليم من النفايات.

- **خدمات الوقاية الثانوية:** تشمل كل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل إستفحالها، خدمات المسح الصحي الشامل أو المسوحات الصحية المختارة لمجموعة سكانية محددة، فحوصات طبية دورية للفئات التي لها قابلية الإصابة بالمرض.
- **خدمات الوقاية الثالثة:** هي خدمات متخصصة تقوم على مجهودات فريق مختص، تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى والمصابين لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية مشطة ومنتجة إلى حد ما<sup>1</sup>.

- **وظيفة التعليم والتدريب:** تمثل المستشفيات بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات، مراكز تدريب عملية للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين، كما أنها تمثل مراكز متميزة لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها والعقاقير المناسبة لها، كما أنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والإجتماعي مع المرضى. بالإضافة إلى أن وجود المتخصصين في مجالات مختلفة، يسهم في نقل وتبادل نتائج الممارسات والتجارب السابقة إلى الخريجين الجدد من الأطباء والممرضين، وهذا ما يتعدى تحقيقه خارج المستشفيات<sup>2</sup>.

- **الوظيفة البحثية:** الهدف الأساسي للبحث الطبي وللبحوث الأخرى في مجال العلوم الطبية المساندة، هو الإضافة إلى المعرفة والعلوم الطبية وإثرائها، بما ينعكس على تحسين خدمات رعاية وعلاج المرضى، فلا بد لكل مستشفى وحسب إمكانياته من القيام بدور ما في مجال البحث العلمي<sup>3</sup>. كما تنقسم الأبحاث التي تقوم بها المستشفيات إلى أبحاث طبية تشمل الفحوصات والبحوث المخبرية المتطلبة بعملية علاج المرضى وتحسين رعايتهم، وأبحاث إدارية تعمل على

<sup>1</sup> بن قيط الجودي، إستراتيجية الإتصال لإدارة الإستشفائية الجزائرية دراسة وصفية لإدارة الإستشفائية بالأغواط، رسالة ماجستير في علوم الإعلام والاتصال، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2012، ص111.

<sup>2</sup> عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمنة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 10.

<sup>3</sup> سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة دكتوراه في العلوم التجارية، فرع التسويق، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2012، ص61.

تقديم الدعم للأبحاث الطبية، توفير الجو المناسب لها، حشد الموارد والمواد للقيام بها، التأطير المناسب لسير الأعمال اليومية والدورية.

- **وظيفة الخدمات الممتدة:** نصت منظمة الصحة العالمية على أهمية الخدمات الممتدة خارج أسوار المستشفى، لما لها من فوائد إقتصادية وإجتماعية للمريض والمستشفى والمجتمع. وكون هذه الخدمات تكلف أقل بكثير من تكلفة الرعاية في المستشفى، علاوة على توفير أسرة المستشفى للحالات المرضية التي تحتاج الرعاية الإستشفائية. ولإعتبار أن المستشفى مركز رئيسي لصحة المجتمع، لا ينبغي له تقديم الخدمات الصحية لمن يطلبها ويسعى في الحصول إليها فقط. بل لابد من مد خدماته خارج أسواره لتصل إلى المرضى في بيئتهم المنزلية، خاصة الحالات المرضية المزمنة التي لا تتطلب الرعاية الصحية المركزة في المستشفى<sup>1</sup>.

### المطلب الثالث: تصميم المستشفيات.

إتفق الباحثون في أدبيات القطاع الصحي ومؤسساته، على أن المستشفيات أكثر التنظيمات تعقيدا وتميزا مقارنة مع التنظيمات الأخرى، ومما لا شك فيه أن هذا التميز نابع من خصوصية هذه التنظيمات؛ وما يتطلبه الأمر من ترتيبات إدارية وتنظيمية خاصة تتفق مع طبيعته.

#### 1. المكونات والعناصر الأساسية للمستشفيات:

تختلف المستشفيات حسب تخصصها وحجمها وعدد الأقسام الموجودة فيها ونوعية الخدمات التي تقدمها، ولكن في الغالب يمكن تقسيم عناصر المستشفى وظيفيا إلى الأقسام الأساسية التالية:<sup>2</sup>

##### 1.1. قسم وحدات التمريض:

وحدات التمريض هي أكبر الأقسام من حيث عدد العاملين، حيث يشكل الممرضون ما يقارب 50% من مجموع العاملين داخل المستشفيات، ويعتبر هذا القسم المكمل الطبيعي للقسم الطبي، حيث يقوم الممرضون بتنفيذ الأوامر التي يعطيها الأطباء حسب كل قسم طبي.

##### 2.1. قسم الكشف والعلاج:

تمثل هذه الأقسام القطاع الرئيسي في المستشفى، وهي العمود الفقري للمستشفى بشقيها التشخيصي والعلاجي، حيث يتم تحديد حجم ودرجة تعقيد تنظيم المستشفى إنطلاقا من حجم وعدد هذه الأقسام.

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 79.

<sup>2</sup> عامر عياد العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية "المبادئ الأساسية"، مرجع سابق، ص 113.

### 1.2.1. الأقسام الطبية:

تعتبر هذه الأقسام المسؤولة عن جودة ومستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وهي عادة تتكون من الأقسام التالية:<sup>1</sup>

- قسم الأمراض الداخلية؛
- قسم أمراض القلب؛
- قسم أمراض النساء والولادة؛
- قسم المسالك البولية والكلية؛
- قسم الأمراض الجلدية والتناسلية؛
- قسم الأذن والحنجرة؛
- قسم الأطفال؛
- قسم التخدير؛
- قسم العظام والعلاج الطبي؛
- قسم الأسنان.

### 2.2.1. الأقسام الخاصة.

المقصود بالأقسام الخاصة تلك الأقسام التي تتميز بأهمية رئيسية في نشاط المستشفى والخدمة الطبية المقدمة، والتي على إثرها تخصص المستشفيات أجزاء هامة من ميزانيتها لإنشائها، وتتمثل في:<sup>2</sup>

- **غرف العمليات الجراحية.**

هي المكان الذي تجرى فيه الجراحات المختلفة ويتبع تشغيلها نظام خاص ودقيق، تتوفر فيها الأجهزة والمعدات اللازمة بكفاءة عالية، كما تراجع تجهيزاتها يوميا للتأكد من إمكانية إستخدامها الدائم. إلا أن بعض المستشفيات تتعد فيها غرف العمليات، فتخصص غرف للعمليات العامة، وأخرى للقلب، العظام... إلخ.

### - العيادات الخارجية:

تعتبر العيادات الخارجية بمثابة قسم إستقبال المواطنين، حيث تعمل على تقديم خدمات طبية شاملة وكافية وعالية المستوى سواء كانت وقائية أو علاجية أو تأهيلية؛ بهدف تقليل حاجة المريض للإقامة

<sup>1</sup> محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها، الطبعة الاولى، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2009، ص16.

<sup>2</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص81.

بالمستشفى إلى أدنى حد ممكن، على أن يتم ذلك بنحو يوفي الإحتياجات الصحية للمرضى وتوقعاتهم، ويسهم بصورة فعالة في الرقي بوضعهم الصحي.

#### - قسم العناية المركزة:

هو عبارة عن جناح خاص في المستشفى يقدم أقصى أنواع الرعاية الصحية الممكنة سواء من ناحية تخصص المعدات والعمال أو إحترام الشروط التصميمية، فقد تبلغ المساحة المخصصة للسرير الواحد 20 متر مربع، يعمل على تقييم ورعاية المرضى الذين يعانون من حالة عدم الإستقرار الفيزيولوجي التي يحتمل أن تكون وخيمة، والتي تتطلب دعماً تقنياً أو إصطناعياً للحياة<sup>1</sup>.

#### - قسم الأجهزة فوق صوتية:

عادة ما توضع هذه الأجهزة في قسم منفصل عن المستشفى أو في مركز محدد يسمى بمركز التشخيص للأجهزة فوق صوتية، وهو يعتبر من الأقسام الحديثة نسبياً التي تقوم المستشفيات بإنشائها، تحتاج هذه الأقسام لرعاية خاصة كون غالبية الأجهزة فيها باهظة الثمن، تستخدم في عمليات تشخيص أمراض القلب والأمراض الباطنية وأمراض النساء والولادة وغيرها.

#### - قسم الأشعة:

يتولى هذا القسم مسؤولية تشخيص الحالات المرضية معتمداً في ذلك على أجهزة وتقنيات طبية حديثة، مثل: أجهزة التصوير العادية وأجهزة التصوير الطبقي والمحوري والنووي وغيرها<sup>2</sup>. كما يقوم هذا القسم على أساس نشاطات مساعدة، الفنية منها التي تتعلق بالنشاط الرئيسي للقسم وتساهم في تحقيق أهدافه بطريقة مباشرة؛ منها النشاطات التي تساعد في تشخيص وعلاج بعض الأمراض أي التكامل بين التشخيص والعلاج. والنشاطات الإدارية لها وتشمل كل النشاطات التي تساهم بصفة غير مباشرة في تحقيق أهداف القسم؛ منها أنشطة إستقبال وتوجيه وتسجيل المرضى، تحديد مواعيد التصوير أو العلاج، تحصيل الرسوم وطبع تقارير الأشعة وفهرسة الأفلام وحفظها<sup>3</sup>.

#### - قسم المعامل والتحليل:

يعتبر هذا القسم ذو أهمية خاصة في المستشفى، حيث نادراً ما ألا يقوم الطبيب بطلب إجراء فحوصات وتحاليل من المريض، سواء لإتمام التشخيص أو العلاج أو القيام بالعمليات الجراحية. كما أصبح معلوماً

<sup>1</sup> إبراهيم هادي، مبادئ علم التخدير وتدبير الألم 2011، مقال منشور يوم 2018/10/12، على موقع:

<https://www.aspdkw.com/?p=3112460>، شوهد يوم 2019/01/22، على الساعة 18:39.

<sup>2</sup> كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص تسيير الموارد البشرية، شعبة علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري-قسنطينة-، الجزائر، 2009، ص33.

<sup>3</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص85.



أن الطب الحديث يعتمد اعتماداً كبيراً على مساعدة المخبر في تشخيص الأمراض السارية ونقصي مصادر العدوى في المستشفيات وأسباب إنتشارها. بالإضافة إلى تجهيز وسائل الوقاية للحد من إنتشار الأمراض، وتدريب القوي الصحية والمساعدة في إجراء البحوث الصحية اللازمة.

- قسم الصيدليات:

من الضروري في المستشفيات توفير الأدوية والعقاقير اللازمة للعلاج، لذلك الصيدليات جزء ضروري لا غنى عنه في المستشفيات. عادة ما يتم صرف هذه الأدوية بواسطة الطبيب المعالج وتعتبر من مستلزمات العلاج.

- قسم المشرحة والثلجة:

لا تستطيع المستشفيات أن تستغني عن هذا القسم، خاصة إذا كانت تعليمية أو كانت تستقبل أحداث بصفة دورية. يتم فيه بالأساس حفظ جثث المرضى الداخليين أو الخارجيين، مع حفظ أكياس الدم المختلفة لتجنب تلفها.

- قسم الطوارئ:

هو القسم الذي يستقبل الحوادث والحالات الكارثية، وهو القسم المسؤول عن التحويل السريع إلى قسم العناية المركزة، بعد عناية المريض بشكل خاص وعزله عن بقية المرضى وإعطائه جرعات دوائية مكثفة من قبل الأطباء لمدة 24 ساعة متواصلة. لذلك يعد من الأقسام المهمة في المستشفيات كونه متخصص في الإنقاذ السريع من الحالات الحرجة<sup>1</sup>.

- قسم علاج المبتسرين:

يقوم هذا القسم على توفير رعاية صحية كثيفة للأطفال المبتسرين أو ما يعرف بالخدج، وهم المواليد الذين لم يكتمل نموهم بعد في أرحام أمهاتهم، وعادة يعتبر المولود خدج إذا تم ولادته في أقل من مدة الحمل بثلاثة أسابيع. يعاني الأطفال الخدج من أعراض عديدة لعدم إكتمال نموهم منها انخفاض درجات الحرارة، إضطراب عمل القلب، القابلية الكبيرة لحدوث نزيف داخلي، صعوبة التنفس والبلع مما قد يؤدي إلى وفاتهم. بالإضافة إلى إهتمام هذا القسم كذلك بمرضى الفشل الكلوي والحالات التي تتطلب التدخل السريع لإنقاذ المرضى وحجزهم لفترة ملائمة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص 93.

<sup>2</sup> محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تمييز العاملين بها، مرجع سابق، ص 20.

### 3.1. الأقسام الصحية المساعدة:

- تعتبر هذه الأقسام بالوحدات المساندة للأقسام الطبية، كما أنها لا تقوم بأي نوع من العلاج الطبي بل يتلخص دورها في الوقاية والمساندة وتوفير شروط الصحة. وهي تتمثل في:
- قسم التغذية: المطابخ وإعداد الطعام وعربات الأكل؛
  - قسم التجهيزات: التآثيث ومفروشات ولوزم المرضى؛
  - قسم المغسلة والبياضات: غسل وتنظيف وتعقيم ملابس وتجهيزات المرضى؛
  - قسم الأجهزة والتشغيل؛
  - مكتب خدمات النزلاء والزوار وغيرها.

### 4.1. الأقسام الإدارية:

هي الأقسام التي يتركز فيها النشاط الإداري ويتم تقسيم الاختصاصات فيها، فالإهتمام بالوظائف الإدارية هو أمر ضروري حتى يرتفع مستوى الخدمات في المستشفيات، وكذلك الحال بالنسبة للوظائف الطبية والصحية.

لذلك تسند المستشفيات الدور الإداري للموظفين الإداريين، بينما تترك العمل الطبي للأطباء المختصين من أجل تركيز الجهود حسب كل إختصاص وحتى يمكن تحقيق التوازن المطلوب، وعليه تتمثل أهم الأقسام الإدارية في المستشفيات فيما يلي:

- **قسم التخطيط والمتابعة:** وهو القسم المسؤول عن وضع الخطط المستقبلية ومتابعة تنفيذها، من أجل ضمان تحسين مستمر للأداء وخدمات الرعاية الصحية المقدمة، مع الحرص على توفير التجهيزات والمستلزمات الضرورية لممارسة الأداء الصحي.
- **قسم العلاقات العامة:** يعتبر القسم المسؤول عن التعامل مع الجمهور بمختلف نوعياته ومستوياته، والإعلام والصحافة ومتابعة كل ما يتعلق بنشاط المستشفى وخدماتها.
- **قسم التعاقدات والتوريدات:** وتتمثل في الجهة التي تقوم بتأطير عملية الحصول على الموارد والأعمال والخدمات الإستشارية لتسيير أعمال المستشفى وتلبية إحتياجات الأنشطة<sup>1</sup>.
- **قسم المخازن:** يهتم هذا القسم بإدارة وتخزين المواد والأجهزة والمعدات والأدوية، مع ضمان توزيعها داخل المستشفى، ومن الممكن تقسيمه إلى عدة مخازن حسب نوعية المواد المخزنة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> مركز تطوير المؤسسات الأهلية الفلسطينية، دليل التوريدات والمشتريات، ص08، متاح على الموقع:

<http://www.masader.ps/sites/default/files/Procurement%20Manual.pdf>، شوهد يوم 2019/01/24، على الساعة 14:39.

<sup>2</sup> كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مرجع سابق، ص33.

- قسم شؤون الأفراد: هو القسم الذي يتولى أمر رعاية العاملين بالمستشفى من موظفين وهيئات فنية ممثلة في الأطباء والمرضى، المساعدين. يتبع هذا القسم كل ما يتصل بشؤون الأفراد من تأمين العمالة اللازمة إلى الهدايا والأجور والتأمينات<sup>1</sup>.
  - قسم الخدمات الإدارية والمالية: يتولى هذا القسم مسؤولية تنفيذ السياسات واللوائح الداخلية للمستشفى، ويعمل على تأمين وصرف الإعتمادات المالية مع تحديد مصادر التمويل ومراكز التكلفة وتحضير موازنات الأقسام الداخلية والمستشفى.
- تختلف الأقسام المكونة للمستشفيات حسب حجمها والأغراض التي أنشأت لها، إلا أنها غالباً ما تحتوي على جميع هذه الأقسام. قد تختلف تسمياتها ووظائفها حسب فلسفة إدارة المستشفى أو لأغراض تسييره، كدمج بعض الأقسام أو فصلها عن بعض.

## 2. تصنيفات المستشفيات:

تتعد أساليب تصنيف المستشفيات وفقاً لمعايير التصنيف المستخدمة، وأهم هذه المعايير الملكية، الحجم، التخصصية، نوع الخدمة المقدمة، مدة الإقامة، السعة السريرية، توافر مقومات التعليم، الإعراف المهني<sup>2</sup>. هناك أعداد لا توصف ولا تحصى للمستشفيات حول العالم، حيث لكل أساس تصنيف وخصائص المنظومة الصحية عدة مشتقات أخرى ولكن على العموم تصنف المستشفيات حول العالم على أساس ما يلي:

### الجدول رقم (2.1): التصنيف الأكثر شيوعاً للمستشفيات.

خصائص	تصنيفات فرعية	أساس التصنيف	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تدار وتمول من قبل الحكومة وهي عمومية الخدمة.</li> <li>- تدار وتمول من قبل مؤسسات خيرية.</li> <li>- ملك للأفراد وتدار من قبل إدارة متخصصة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>حكومية خيرية.</li> <li>خاصة.</li> </ul>	الملكية	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعالج جميع أنواع الأمراض.</li> <li>- تعالج أمراض معينة خاصة (واحد أو اثنين).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مستشفيات عامة.</li> <li>مستشفيات متخصصة.</li> </ul>	نوع الخدمة	2

<sup>1</sup> محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها، مرجع سابق، ص25.

<sup>2</sup> أفنان محمد أحمد حمدان، واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط، رسالة ماجستير في التخطيط الحضري والإقليمي، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، 2008، ص18.

3	مدة المكوث	قصيرة الأمد. طويلة الأمد.	- مدة المكوث أقل من شهر مثل الأمراض الحادة. - مدة المكوث أكثر من شهر تعالج فيها الأمراض المزمنة.
4	الموقع	محلية صغيرة. مركزية.	- تخدم مناطق ذات كثافة سكانية قليلة وهي عمومية. - تخدم مناطق متوسطة الكثافة مثل ضواحي المدن.
5	الربحية	حكومية لا تهدف للربح. خيرية لا تهدف للربح. خاصة هدفها الربح.	- تقدم خدماتها للجميع بأسعار رمزية. - تقدم خدماتها للجميع بأسعار زهيدة. - تقدم خدماتها مقابل مبالغ عالية.

المصدر: أمانة بشير سعيد، تقييم أداء المستشفيات، تنمية الراقدين، مجلد 32، العدد 100، العراق، 2010، ص 310.

## 1.2. التصنيف على أساس الملكية:

يمكن تقسيم المستشفيات على أساس الملكية والجهة المنتسبة إليها وفق نوعين رئيسيين هما:

- **المستشفيات الحكومية (العمومية):** هي المؤسسات المملوكة للدولة تديرها أجهزة حكومية ووزارات وهيئات عامة لا تملك أي أهداف ربحية<sup>1</sup>، يتم سير إجراءات العمل فيها وفقاً للوائح والتنظيمات التي تحكم القطاع العام. وتعد من أهم المؤسسات الصحية التي تؤثر على الصحة العامة، وهي بدورها تنقسم إلى:<sup>2</sup>
  - **مستشفيات حكومية عامة:** تكون تابعة لوزارة الصحة والسكان، تقدم خدماتها لعامة الشعب.
  - **مستشفيات حكومية خاصة:** تكون تابعة لجهة معينة مثل المستشفيات العسكرية والشرطة، تقدم خدماتها للعاملين بها وأفراد عائلاتهم.
  - **مستشفيات حكومية تخصصية:** مثل مستشفيات الولادة، العيون، الحروق، العظام، أمراض القلب... إلخ. بالإضافة إلى المستشفيات التي تملك أكثر من تخصص.
  - **مستشفيات جامعية وتعليمية:** هي مستشفيات يقوم بإدارة مجلسها أطباء وكليات الطب المختلفة، تقدم خدمات مجاناً أو مقابل رسوم زهيدة، وتحتوي كذلك على أقسام تعليمية تتيح فرصة تدريب وتعليم طلاب الطب. كما أنها مملوكة للدولة وإن كانت تابعة للجامعات.

<sup>1</sup> صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، مرجع سابق، ص 254.

<sup>2</sup> شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية دراسة حالة: عينة من المؤسسات الإستشفائية، مرجع سابق، ص 66.

- **المستشفيات الخاصة:** هي مستشفيات يمكن أن تكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص، ويهدف هذا النوع من المستشفيات إلى تقديم خدمات طبية مقابل تحقيق أرباح، وهي تخضع لمنافسة فيما بينها بهدف إستقطاب المرضى والكوادر الطبية والتمريضية<sup>1</sup>.
- **المستشفيات الخيرية:** هذا النوع من المستشفيات يكوم مملوك لجهات خيرية تطوعية مبنية على أساس عرقي، ديني أو جهوي. تسعى إلى تغطية نفقاتها من جهة وتحقيق درجة من الرضا والمساعدة من جهة أخرى.

## 2.2. التصنيف على أساس نوع الخدمة:

تصنف المستشفيات على أساس نوع الخدمة إلى مستشفيات عامة وأخرى متخصصة، وذلك كما يلي:<sup>2</sup>

- **المستشفيات العامة:** تضم إختصاصات متعددة، وتعالج أمراض مختلفة من خلال إستقبال المرضى والمصابين بشتى أنواع الأمراض.
- **المستشفيات المتخصصة:** وهي التي تختص في علاج جزء معين من الجسم (العين، أعصاب، الأنف والاذن، القلب .... إلخ).

## 3.2. التصنيف على أساس مدة الإقامة:

يعد مكوث وبقاء المريض في المستشفى أساسا في تصنيف هذه المستشفيات إلى مدة بقاء قصيرة الأمد أو طويلة الأمد. وغالبا ما تعتمد مدة 30 يوم وأقل كمعدل تصنيف قصيرة الأمد، وإذا تجاوز ذلك فتعد مستشفيات طويلة الأمد<sup>3</sup>.

- **مستشفيات قصيرة الأمد:** وهي المستشفيات التي لا يتجاوز معد المكوث فيها 30 يوم، مثل: مستشفيات الأمراض والولادة .... إلخ.
- **مستشفيات طويلة الأمد:** وهي المستشفيات التي يتجاوز فيها معدل المكوث 30 يوما، مثل: أمراض الحروق، الاضطرابات النفسية، الكسور ..... إلخ.

<sup>1</sup> صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، مرجع سابق، ص254

<sup>2</sup> حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات (وجهة نظر معاصرة)، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص20.

<sup>3</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، مرجع سابق، ص29.

## 4.2. التصنيف على أساس الموقع والسعة السريرية:

يمكن تصنيف المستشفيات حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي:<sup>1</sup>

- **المستشفيات المحلية الصغيرة:** هي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية قليلة، لا تتجاوز عادة السعة السريرية بها 120 سرير. ومن أهم الخدمات التي تقدمها نجد خدمات الأمراض الباطنية، الجراحة العامة، خدمات رعاية الأمومة والطفولة.
- **المستشفيات المركزية المتوسطة:** وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية متوسطة مثل ضواحي المدن أو المنطقة الصحية، تتراوح سعتها السريرية ما بين 120 إلى 500 سرير. تعتبر بمثابة مستشفيات عامة نظرا لتوفر الإمكانيات البشرية والمادية بها.
- **المستشفيات العامة الكبيرة (مستشفيات المناطق):** هي مستشفيات تتواجد في العاصمة ومراكز المدن الكبيرة، تحتوي عادة على خدمات تخصصية لا يستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى. تبلغ سعتها السريرية إلى أكثر من 1000 سرير غالبا.

تعد المستشفيات أهم مكونات القطاع الصحي التي تقدم خدمات واسعة ومتنوعة تغطي كل مستويات الإحتياج للصحة، لذلك إهتمت المجتمعات السابقة بإنشاء المستشفيات من قبل الجهات الحكومية والخيرية والخاصة.

نظرا للموارد والإمكانيات المرصودة للمستشفيات، والأهداف التي يعول عليها في تحقيقها، تتجلى أهميتها في ترقية والمحافظة على الصحة العامة، عن طريق توفير خدمات فردية وجماعية من الرعاية الطبية والصحية. لذلك توجد عدة إعتبارات لتصنيف المستشفيات، ترتبط بهدف أو الغاية أو خاصية التصنيف، على إثرها قد نجد أن المستشفى الواحد يمكن تصنيفه في العديد من الأنواع. تكمن أهمية معرفة أنواع المستشفيات في تحديد الجهة المسؤولة عليه؛ تكلفة الخدمات التي يقدمها؛ حجم إمكانيات والموارد التي يحشدها المستشفى؛ أنواع الخدمات التي يقدمها.

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص 41.

### المبحث الثالث: إدارة المستشفيات.

ظهر علم إدارة المستشفيات نتيجة إتساع وتنوع وظائف المستشفيات، ويرجع ذلك إلى أهمية التسيير الفعال للموارد المتاحة وقدرته في ترتيب الأولويات وتحقيق الأهداف؛ من أجل الوصول إلى النتائج المرغوبة ذات الأثر البارز في المجال الذي تسود فيه، وبحكم إدارة المستشفيات أنها تسود في المجال الصحي فإن أعظم نتائجها هي تثمين صحة الأفراد والتصدي للتهديدات الصحية في ظل عقلنة التكاليف التي تعد عنصر كابح لأداء هذه المؤسسات. كانت البداية في الولايات المتحدة الأمريكية بعد إنتهاء الحرب العالمية الثانية، وصولاً إلى أن أصبح الآن علم يدرس في الجامعات كتخصص إداري شأنه شأن التخصصات الإدارية الأخرى.

### المطلب الأول: خصوصية الإدارة في المستشفيات.

إزداد الإهتمام والتركيز على إدارة وتشغيل المستشفيات، نظير الإمكانيات الهائلة التي يستلزمها نشاطها وإرتفاع تكاليف توفير الخدمات الصحية. ولذلك جاءت من أجل ضمان الإستخدام الأمثل للموارد المتاحة بما ينسج مع الأهداف الأساسية لوجودها.

#### 1. تعريف إدارة المستشفيات:

أقرت الجمعية الأمريكية للمستشفيات، أن الإدارة الصحية تعني " تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد، الإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلبات على الخدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كالأفراد والجماعات والمجتمع ككل"<sup>1</sup>.

من منطلق أن الإدارة الصحية هي فن وعلم تسيير للقطاع الصحي تسود في مختلف مستوياته، وحقيقة أهمية المستشفيات باعتبارها أهم الوحدات التشغيلية، فإن إدارة المستشفيات لا تخلو من المبادئ الأساسية للإدارة الصحية، التي تشمل كل من التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة والإلتزام بالإجراءات والتشريعات، من أجل توفير خدمات الرعاية الصحية لجمهور واسع من المجتمع، بغية التأثير في الصحة العامة وترقية صحة الأفراد، ضمن سياسة صحية محددة ووفق مناهج وشروط إجرائية محددة.

هذا ما يتوافق مع تعريف إدارة المستشفيات بأنها " وسيلة تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع المحيط بالمستشفى، من خلال الإستخدام الأمثل لمجموعة النظريات والموارد والتقنيات والثقافات التي تساعد على الوفاء بإحتياجات الصحة للفرد. وعليه فإن الإدارة تستهدف إنجاز أهداف السياسة

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص20.

العامة المتعلقة بالصحة العامة؛ مع السعي إلى إكتشاف أفضل طرق البحث لزيادة الفاعلية والاداء في خدماتها الصحية علاجيا، ووقائيا، وبحثا، وتنمية للقوى البشرية الصحية<sup>1</sup>.

نستخلص مما سبق أن المستشفى عبارة عن منظمة كغيره من المنظمات التجارية أو الصناعية، مختص في تقديم خدمات الرعاية الصحية (وقاية، تشخيص، علاج). ما يقود إلى أن إدارة المستشفيات لا تختلف عن الوظائف الإدارية الأخرى، الأمر يقتضي ترتيب الأنشطة والأهداف بما يتلاءم مع الخصوصية الوظيفية للمستشفيات؛ عن طريق التركيز على المهام المرتبطة بالتخطيط والتنظيم والتوجيه ومراقبة إستخدام الموارد البشرية والمادية المتاحة من أجل الوصول للأهداف المرجوة للمستشفى مع الإلتزام بالكفاءة والفعالية في التنفيذ.

## 2. طبيعة إدارة المستشفيات:

كما أشرنا سابقا حول الإدارة الصحية وإهتمامها بالقطاع الصحي، تركز إدارة المستشفيات على أساسيات ومبادئ الإدارة الصحية. حيث تعتبر إدارة المستشفيات كإمتداد لفلسفة الإدارة الصحية على مستوى المستشفيات (الوحدات التشغيلية في القطاع الصحي).

برغم من تشارك إدارة المستشفيات مع باقي إدارات المنظمات الأخرى من حيث الوظائف الإدارية، إلا أنها تختلف معها في العديد من الخصائص والمميزات، التي ترجع إلى طبيعة الخدمات التي تقدمها، وهي تتمثل في التالي: <sup>2</sup>

- المستشفى تنظيم ذو طبيعة خدمية إنسانية، وظيفته تقديم خدمات صحية لفئات وطبقات مختلفة؛
- الطبيعة الفردية للخدمة الصحية المقدمة؛
- الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات سلعة عامة بحيث إستهلاكها من طرف واحد لا يقلل من الكمية التي يستهلكها الأفراد الآخرون؛
- الخدمات الصحية عامة سلع غير قابلة للتخزين، لذلك فالخدمة الغير مستعملة لا يمكن إستخدامها في وقت آخر؛

<sup>1</sup> بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية -دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية ترابي بوجمعة ببشار-، مرجع سابق، ص159.

<sup>2</sup> بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية -دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية ترابي بوجمعة ببشار-، مرجع سابق، ص 160.



- خضوع أهمية الخدمة الصحية المقدمة برأي المريض (المستهلك)، وعادة ما يقيّمها من وقت الحصول عليها، مكان تقديمها، درجة الاستفادة منها، واتجاهاته الشخصية<sup>1</sup>؛
- غياب خط السلطة المنفرد نظرا لتعدد أوجه النظر بين المجالس (الإدارة والطبي والتعليمي) واللجان (الجودة والنوعية، مكافحة العدوى، الكوارث)، مما يؤدي إلى تصادم بين مختلف الجهات وبالتالي عرقلة سير العمل<sup>2</sup>؛
- الصراع الوظيفي بين الأطباء والإداريين وصعوبة التنظيم والإدارة من خلال التشريعات والأنظمة الرسمية المختلفة، مما يؤدي إلى الإحتكاك والإختلاف مع الإدارة؛
- أهمية العنصر البشري في تقديم الخدمة الصحية وضعف تنميط وتقييس هذه الخدمات؛
- خصوصية دوام العمل الذي يمتد على مدار 24 ساعة وخطورة مجاله (الموت والحياة وإنقاذ الأرواح).

### 3. الإعتبارات التي تحكم إدارة المستشفيات:

- في نوفمبر 1963م، قامت جمعية المستشفيات الأمريكية بوضع إطار عام للمبادئ الأساسية الواجب أن تكون محلا للإعتبار في إدارة المستشفيات بالولايات المتحدة، سواء كانت خاصة أو تتبع منظمة أهلية أو حكومية، وتكمن أهم هذه المبادئ في:<sup>3</sup>
- حصر الوظائف الأساسية لإدارة المستشفيات في تحقيق أعلى مستوى ممكن من الرعاية الصحية للمجتمع الواسع؛
- إجبارية تعاون المستشفيات مع المنظمات الصحية في سبيل الإرتقاء بالمستوى الصحي العام للمجتمع؛
- مسؤولية المستشفيات إتجاه تعليم العاملين ونشر الوعي الصحي في حدود الإمكانيات المتاحة لها؛
- إجبارية تحديد مصدر السلطة والمسؤولية الواضحة لسير عمل المستشفى؛
- هيمنة السلطة المخططة للسياسات الخاصة للمستشفى على الإدارة والكلمة الفصل بالمستشفيات مع تحملها لمسؤوليات الأعمال؛
- ضرورة إيجاد التنظيم السليم الذي يسمح بتفويض السلطة على مستوى الوحدات والأفراد؛

<sup>1</sup> صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص 31.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 58.

<sup>3</sup> محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة، مرجع سابق، ص 32.29

- ضرورة مقابلة الأهداف والحاجات والظروف الحاضرة والمستقبلية في عملية التخطيط بالمستشفيات؛
- مراعات تنظيم يسمح بالقيام بجميع الأعمال بسهولة وسلاسة تؤدي إلى تحقيق الأهداف المخطط لها<sup>1</sup>؛
- ضرورة التخطيط السليم للأعداد المطلوبة من العمالة والإختيار الموفق لها مما يؤدي إلى تحقيق الأهداف المرجوة من طرف الإدارة العليا؛
- يجب على الإدارة العليا ممارسة التوجيه المستمر أثناء تنفيذ السياسات التي أقرتها؛
- يجب أن يؤدي التنظيم إلى تحقيق رقابة مالية الإستغلال الأمثل للموارد؛
- دورية التقييم للتنظيم الداخلي للمستشفى من طرف إدارة المستشفى؛
- السلطة المهنية أو النهائية هي المسؤولة عن سير العمل بالمستشفى وهي التي تفوض جانبا كافيا من سلطاتها للهيئة الطبية، ومكان الهيئة الطبية يقع تحت السلطة المذكورة في التنظيم الإداري للمستشفى؛
- الهيئة الطبية هي المسؤولة على إدراك المعدلات التي تقرها إدارة المستشفى بالنسبة لمستويات الرعاية الصحية<sup>2</sup>.

### المطلب الثاني: الأدوار القيادية في المستشفيات. (دوائر المسؤولية في المستشفيات)

مما لا شك فيه أن المستشفيات من أكثر المؤسسات الصحية تعقيدا، ويرجع ذلك إلى طبيعة العمل المتخصص والمتنوع بالمستشفى بالإضافة إلى تعدد وظائفه. كما أن المستشفى يحرص على تقديم باقة واسعة ومتنوعة من الخدمات الصحية للجمهور، من أجل الحفاظ على الصحة الفردية والعامّة على حد سواء، لذلك لا بد للمستشفيات أن تولي أهمية بالغة للتنظيم الداخلي وتحديد مصادر إتخاذ القرارات والتعليمات من أجل ضمان السير الحسن لأنشطة المستشفى

#### 1. قيادة الفعاليات في المستشفيات: (إشكالية القيادة في إدارة المستشفيات)

تتفاوت الآراء حول من يعهد بإدارة المؤسسات الصحية، ومن هو الأنسب لقيادة الفعاليات في المستشفيات، هل تكون الإدارة بيد إداريين متخصصين أم بيد أطباء يجمعون بين مهنة الطب والعمل

<sup>1</sup> محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة، مرجع سابق، ص ص 34.33

<sup>2</sup> محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة، مرجع سابق، ص ص 38.37.

الإداري. إذ يتصور البعض أن إدارة المستشفيات تحتاج إلى المعرفة المتخصصة بالطب وهو تصور غير سليم لأن إدارة المستشفيات كمنظمة شيء ورعاية المرضى والمصابين من الناحية الطبية شيء آخر<sup>1</sup>. فحسب "حسين ذنون علي البياتي" فإن أغلب المستشفيات في إنجلترا وفرنسا تدار من قبل رجال القانون المختصين في إدارة المستشفيات، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فإن حوالي 94% من المستشفيات يتم إدارتها من المختصين في إدارة المستشفيات، وبالنسبة لكندا فنجد أن نسبة مديري المستشفيات من الأطباء هي 4/1 .

كما أنه من وجهة نظر وظيفية، يمكن تعويض الدور الإداري للطبيب من خلال وجود هيئة أو لجنة طبية، أو تسخير موظف إداري ليقوم بعمله الإداري. ولكن لا يمكن تعويض الدور العلاجي أو التشخيصي للطبيب في بيئته (عيادة أو مصلحة أو قسم) بشخص آخر، فالأنفع للمستشفى هو قيام الطبيب بدوره الأساسي المتمثل في العلاج والتشخيص. صف إلى ذلك نوعية التكوين والمناهج الأكاديمية التي تلقاها الطبيب في كليته، تجعله يعاني حتى لا نقول عاجزا في أول الأمر في التعامل مع المشاكل المتعلقة بالأفراد والمشتريات، المخازن، الجوانب المالية والتسييرية.

لذلك تعهد العديد من الدول المتقدمة إلى إعطاء مهمة إدارة المستشفيات للإداريين الذين تحصلوا على تكوين جيد والواسع في شتى العلوم المرتبطة بالإدارة الصحية كالتمويل الصحي، المحاسبة، الإتصال الصحي، التسويق والتخطيط الصحي، القانون، إدارة الأعمال<sup>2</sup>.

## 2. الأطراف الإدارية للمستشفيات: (المكونات الهيكلية للإدارة في المستشفيات).

مما لا شك فيه ضرورة وضوح الأدوار بين المراكز القيادية المكونة للمستشفى، وكذلك العلاقات التي ترسم حدود هذه الأدوار على النحو الذي يضمن كفاءة التدخلات الإدارية وفعالية إتخاذ القرارات في مواجهة مختلف الأحداث الطارئة في سير نشاط المستشفيات. وعليه تحصى المستشفيات 3 مراكز قيادية مهمة:

### ▪ مجلس الإدارة:

يعتبر مجلس الإدارة السلطة العليا في المستشفى ويحتل قمة الهيكل الإداري، واجبه الرئيسي التأكد من أن المستشفى يقدم أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية والصحية بأقل تكلفة ممكنة. يعرف تكوين مجلس الإدارة طريقتين<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات (وجهة نظر معاصرة)، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص44.

<sup>2</sup> Healthcare Business and Technology, **Management in Hospitals : A Vital Piece of the Healthcare Puzzle**, web site <http://www.healthcarebusinesstech.com/hospital-management/>, see 02/02/2019, at 18:31.

- إما تتحدد تشكيلته بالكادر العامل في المستشفى، لإمتلاك الكادر تأثيراً مهماً في أنشطة المستشفى كما يملك مستوى عالي من الأهلية التخصصية، التي تسمح له بتقديم خدمات تتلاءم مع حاجة المستفيدين والقدرة على التفاعل مع المتغيرات الحاصلة. إلا أن هذا التشكيل يعيبه إقصاء الجهات الفاعلة في المجتمع من المشاركة في إدارة المستشفى.

- الوجه الثاني لمجلس الإدارة هو توسيع أعضاء المجلس لتشتمل على الوجوه المهمة ورجال الأعمال وممثلي المجتمع المدني والحكومة والجهات المؤثرة إجتماعياً بالإضافة إلى كوادر المستشفى.

عموماً يمثل مجلس الإدارة من الناحية القانونية "مالكي المستشفى"، وبالتالي تقع عليه مسؤولية المراقبة الطبية والإدارية والمالية، بالإضافة إلى حماية المكونات الرئيسية للمستشفى مع التأكد من إستمرارية الصيانة والتحديث. وتتلخص أهم واجباته في:<sup>2</sup>

- إقرار جميع اللوائح والقوانين التي تؤطر سير الأنشطة في المستشفى؛
- وضع معايير إختيار الموظفين وإنتقائهم؛
- تحديد واجبات ومسؤوليات الموظفين؛
- تحديد خطوط توصيل الخدمة الصحية ومراقبة جودة العمل بالمستشفى؛
- تعيين مدير المستشفى وتحديد صلاحياته وواجباته.

#### ▪ المدير المنتدب للمستشفى:

يعد المدير المنتدب الرئيس التنفيذي الأول للمستشفى، يتم إختياره من طرف مجلس الإدارة وتخول له السلطة الفعلية والصلاحيات المناسبة لإدارة وتشغيل المستشفى وتحقيق الأهداف المرسومة له، كما يشارك المدير المنتدب لإدارة المستشفى في صياغة سياسات المجلس ويسهر على تنفيذها وإحترامها من طرفه وطرف الكادر العامل من جهة أخرى، كما يضع نغمة الأداء وكيفية التعامل مع مرضاه، لذلك يعتبر المسؤول عن نجاح المستشفى أو فشله.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات (وجهة نظر معاصرة)، مرجع سابق، ص37.

<sup>2</sup> كحيل نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مرجع سابق، ص28.

<sup>3</sup> مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2008، ص15.

يمكن للمدير التنفيذي الإستعانة بمدير مساعد أو أكثر يفوض لهم جزء من مهامه الإدارية، كما لا بد له من إختيار رؤساء مؤهلين للدوائر والأنشطة المختلفة في المستشفى، بحيث تقسم الدوائر في المستشفى العام إلى مجموعتين<sup>1</sup>:

- **الدوائر الفنية:** وهي الدوائر التي تقدم خدمات الرعاية الصحية المختلفة للمرضى والمراجعين، والخدمات الإجتماعية والتوثيق وإستقبال وتصريف المرضى.
- **دوائر الخدمات الإدارية:** وهي الدوائر المهتمة بالخدمات الإدارية المساعدة لخدمات الرعاية الصحية، بحيث تشمل إدارة الأفراد والإدارة المالية والعلاقات العامة.
- **الهيئة الطبية:**

تعتبر الهيئة الطبية من أهم عناصر الهيكل الإداري لأهمية الدور الذي تقوم به، من إنتاج وتقديم الخدمات للمرضى بالإضافة إلى التدريب والتعليم والبحث الطبي. تتكون الهيئة الطبية من الأطباء المختصين في شتى المجالات، لذلك عند القيام بمختلف هذه النشاطات فالهيئة الطبية تستعمل كافة الموارد والتسهيلات التي تؤثر على كم ونوع وجود خدمات الرعاية الصحية.

يتحمل مجلس الإدارة المسؤولية النهائية عن المستشفى والخدمات التي يقدمها، لذلك يعمد مجلس الإدارة بتفويض الصلاحيات والمسؤوليات للهيئة الطبية كونهم الوحيدون المفوضون بالقانون للممارسة مهنة الطب. ولتسهيل عمل الهيئة الطبية وتحديد مراكز المسؤوليات والصلاحيات يجب الإحتكام إلى الهيكل التنظيمي الرسمي للمستشفى وتحديد خطوط السلطة والمسؤوليات والإلتزام بها<sup>2</sup>.

تتلخص أهم أدوار الهيئة الطبية في<sup>3</sup>:

- رعاية المرضى وترقية طرق تقديم الخدمات الصحية هدف الأساسي للهيئة الطبية؛
- تنظيم أفراد الهيئة ووضع السياسات والقواعد التي تنظم سلوك أفرادها؛
- التعليم والتدريب وصقل المهارات وتجديد المعارف للأطباء عامة ولأعضاء الهيئة خاصة؛
- تبني مقاييس مهنية تحكم الاداء لضمان المستوى الجيد للخدمات المقدمة؛
- مراجعة إستخدام الوسائل وتقديم المشورة للإدارة والمساعدة في تنظيم شؤون المستشفى؛

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 87.

<sup>2</sup> كحيل نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مرجع سابق، ص 29.

<sup>3</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 94.

- تقديم خدمات إستشارية للمدير التنفيذي ومجلس الإدارة.

لزيادة قدرة الهيئة الطبية على أداء أنشطتها، يجري تقسيم الهيئة الطبية إلى لجان متخصصة يرأس كل منها طبيب أخصائي، هي تتمثل في:<sup>1</sup>

- **اللجنة التنفيذية:** وهي المسؤولة عن قيادة وإدارة الهيئة الطبية وتمثلها أمام مجلس الإدارة، كما تقوم بإستلام ودراسة التقارير التي ترفعها إليها اللجان الأخرى؛
- **لجنة القبول:** وهي المسؤولة عن دراسة ملفات توظيف الأطباء الجدد وتقييم مؤهلاتهم العلمية والعملية والشخصية؛
- **لجنة السجلات الطبية:** وهي اللجنة المسؤولة عن المحافظة على مستوى الخدمات الصحية، وتوثيق الأعمال التعليمية والبحثية مع توفير الحماية القانونية للمرضى والأطباء؛
- **لجنة التدقيق الطبي:** وهي اللجنة التي تقوم بمستوى الخدمات المقدمة بعد خروج المرضى، وتعمل على مطابقة وقائع السجلات الطبية مع البيانات المدونة في السجل الطبي للمريض؛
- **لجنة الأنسجة والأنشطة الطبية:** تقوم هذه اللجنة بمراجعة وتقييم كافة الأنشطة الجراحية وتتحمل مسؤولية التقيد بالمعايير المعتمدة للأنشطة الجراحية؛
- **لجنة مراجعة الإستخدام:** تتركز جهود هذه اللجنة على ترشيد الموارد والإستخدامات والإمكانات التي يوفرها المستشفى لخدمة المرضى مع تقليل تكاليفها وعدالة توزيعها بين المرضى؛
- **لجنة الدواء والصيدلانية:** تتولى هذه اللجنة رسم سياسات الطبية المتعلقة بتوفير وإستعمال الأدوية في المستشفى وضبط إستعمالها وتوزيعها على الأقسام بما يسمح بالإستخدام الأمثل لها؛
- **لجنة رقابة وضبط العدوى:** مسؤوليتها السيطرة على إحتتمالات حدوث العدوى، عن طريق دراسة حالات العدوى وتوضيح الأسباب، متابعة النتائج المخبرية، وضع أسس التعقيم، مراقبة التغذية وأعمال المغسلة .... إلخ.<sup>2</sup>

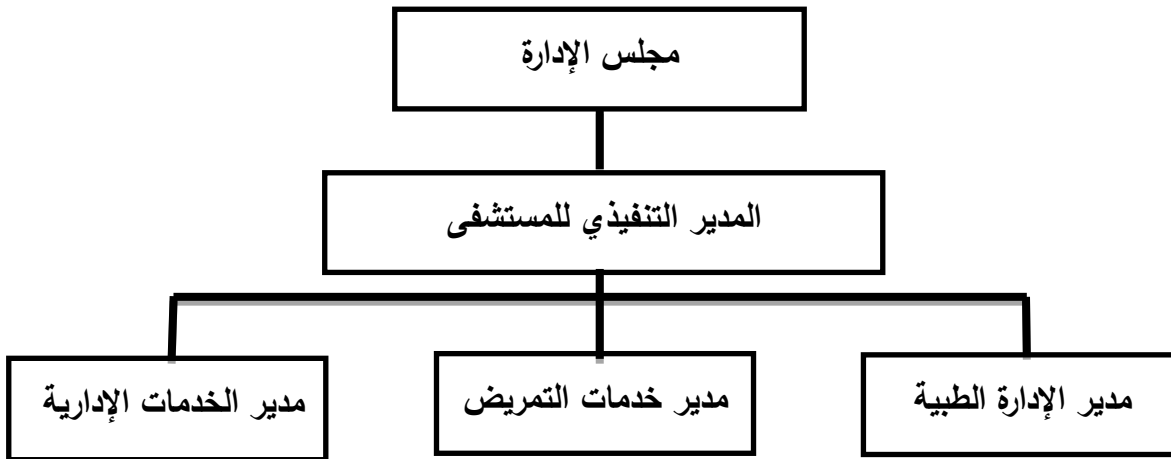
<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 104.

<sup>2</sup> صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، مرجع سابق، ص 271.

في غالب الأحيان يخضع تنظيم إدارة المستشفيات في المستويات الوسطى إلى التقسيم الوظيفي التقليدي؛ من أجل تنظيم أنشطتها حيث يتم إنشاء ثلاثة إدارات وظيفية؛ يرأسها ثلاثة مدراء لهذه المستويات يمارسون نشاطهم بالتنسيق مع المدير التنفيذي للمستشفى، وهي كالتالي<sup>1</sup>:

- **الإدارة الطبية:** تعتبر الجهة المسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بالإنتاج وتقديم وتقييم جودة الخدمات الطبية؛
- **إدارة التمريض:** تعتبر الجهة المسؤولة عن إدارة كافة الأنشطة المتعلقة بإنتاج وتقديم وتقييم جودة خدمات التمريض؛
- **الإدارة العامة:** تعتبر المسؤولة عن إدارة كافة الأنشطة الغير الطبية وغير تمريضية، والمتعلقة بتسيير الشؤون المالية والإدارية والخدمية المساعدة.

الشكل رقم (3.1): التنظيم الوظيفي لإدارة المستشفى.



المصدر: فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 89.

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 88.

### المطلب الثالث: التسيير الإداري في المستشفيات.

إنعكس ظهور علم إدارة المستشفيات على الكيفية التي تدار بها هذه المرافق من أجل تقديم خدمات الرعاية الصحية، ويتجلى إهتمام المستشفيات بإدارة خدماتها من خلال تكييفها للمفاهيم والأساليب الإدارية المختلفة من تخطيط وتنظيم ورقابة الأداء في ممارسة أنشطتها، بالإضافة إلى الإهتمام بمعرفة نوعية الخدمات الصحية الضرورية بالنسبة للمواطنين.

#### 1. طرق الإدارة في المستشفيات:

تتطلب إدارة المستشفيات المعرفة التامة بالأساليب الإدارية والأفكار المرتبطة بها، بالإضافة إلى العمل على تحقيق أهداف المستشفى من خلال إستخدام الموارد والإمكانات المتاحة مع الأخذ بعين الإعتبار المعوقات المتوقعة وكيفية التعامل معها، لذلك تبنت الإدارة في المستشفيات عدة طرق في التسيير من أجل المحافظة على رسالة هذه المؤسسات والتمسك بمسار تحقيق أهدافها.

#### 1.1. إدارة المستشفى بأسلوب الإدارة الموقفية:

الجوهر الإداري في هذا الصنف من التسيير هو عملية إتخاذ القرارات الفارقة، التي تفصل في نوع الإجراء الواجب إتباعه وتحديد الأهداف بدقة لتوجيه الأداء في المستشفيات، حيث يضطر القائم بعملية الإدارة في المستشفى أحيانا لأن يكون بيروقراطيا في إتخاذ القرار أو الإجراء؛ وأن يكون ديمقراطيا أو تشاركيا في موقف آخر للإدارة.

تخضع الإجراءات المتخذة إلى معطيات المواقف والظروف الحالية أو المتوقعة المحيط بالمستشفى، على أن يبتعد متخذ القرار كل البعد عن المزاجية والإعتماد على الخبرة الإدارية والإلمام بالأمور الفنية والطبية، ويتميز هذا الأسلوب في الإدارة بالمرونة العالية والديناميكية بالإضافة للمخاطرة العالية أحيانا<sup>1</sup>.

#### 2.1. إدارة المستشفى بأسلوب الإدارة بالأهداف:

الإدارة بالأهداف هي نظام تطبيقي يركز على النتائج، يستخدمها من أجل الإستفادة المثلى من جميع موارد التنظيم (المادية والبشرية)؛ عن طريق الربط المتكامل بين جميع الأطراف الداخلية والخارجية التي يتعامل بها<sup>2</sup>. كما تعتبر خطة مشتركة بين الإدارة والموظفين لوضع أهداف قابلة للقياس بالمستشفى، ثم

<sup>1</sup> صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، مرجع سابق، ص260.

<sup>2</sup> حازم فروانة، إنعكاسات الإدارة بالأهداف في تحقيق رضا العاملين في القطاع الصحي، مجلة التنمية الإقتصادية، جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي، -، مجلد 03، العدد 02، الجزائر، 2018ص45.



تحديد مسؤولية كل موظف على شكل نتائج متوقعة منه مطلوب إنجازها، ويتم ذلك عن طريق كتابة خطة واحدة لتحقيق تلك النتائج يشارك في إعدادها كل المستويات الوظيفية<sup>1</sup>.

يسمح هذا الإتجاه في الإدارة إلى تحقيق الذات والشعور بالرضى لدى الموظفين؛ عن طريق إشراكهم في رسم الأهداف العامة للمستشفى. والعمل على تحميل الموظفين جزء من مسؤولية تحديد الأهداف ودمج أهدافهم الخاصة مع الأهداف العامة للمستشفى، بالإضافة إلى إتاحة الفرص للتخطيط المنظم والمشاركة الفعلية في تحقيق الأهداف.

### 3.1. إدارة المستشفى بأسلوب الجودة الشاملة:

الجودة في إدارة المستشفيات، هي جودة الرعاية الصحية التي تقدمها هذه الأخيرة، والتي تقوم على ثلاثة مشتملات رئيسية نلخصها فيما يلي<sup>2</sup>:

- جانب فني ذو صلة بتطبيق العلوم التقنية والطبية للتعامل مع مشكلات الرعاية الصحية للمريض؛
- جانب إنساني ذو صلة بالعلاقات الإجتماعية والنفسية بين المريض ومقدم الخدمة؛
- جانب كمالى وهو يتعلق بتحقيق إحتياجات المريض من مختلف الكماليات التي تصاحب تقديم الرعاية الصحية.

لذلك على إدارة المستشفى التي تتبنى هذا الإتجاه الحرص على التحليل والفصل بين مفهومي الرعاية الصحية والرعاية الطبية في تخطيط وممارسة الأنشطة والمهام من أجل الوصول لأهدافها. الرعاية الطبية هي كل العمليات الباثولوجية التي تتضمن التشخيص المبكر وإعادة التأهيل وإسترجاع المؤشرات الحيوية<sup>3</sup>، فهي تركز على المرض والإجراءات الطبية لعملية الرعاية. أما الرعاية الصحية فهي مفهوم واسع يشمل الأنشطة الوقائية والرعاية الطبية والتكفل الصحى بالمريض من كافة جوانبه (إطعام، إيواء، نظافة، أمن، توثيق العلاج....).

إدارة المستشفيات وفق أسلوب الجودة الشاملة، يكون عبر تكريس مفهوم الجودة في الرعاية الصحية الذي جاءت به الهيئة الأمريكية المشتركة لإعتماد منظمات الرعاية الصحية، بأنها " درجة الإلتزام

<sup>1</sup> عنان أبو حمور، الإدارة بالأهداف وأثرها على الإبداع الإداري في القطاع الحكومى الأردني من وجهة نظر مديري الإدارة الوسطى في مراكز الوزارات، أبحاث اليرموك، جامعة اليرموك، مجلد 27، العدد 2، الأردن، 2011، ص 1167.

<sup>2</sup> هبة سيد أحمد حسين علي، إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في فلسفة إدارة الجودة الشاملة، كلية الدراسات العليا، مركز إدارة الجودة الشاملة والإمتياز، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2015، ص 30.

<sup>3</sup> مرزوق محمد عدمان، مدخل في الإدارة الصحية، دار الراية للنشر والتوزيع-عمان-، الأردن، 2011، ص 54.

بالمعايير المتعارف عليها لتحديد المستوى الجيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة صحية أو إجراء أو تشخيص أو معالجة طبية معينة<sup>1</sup>. هذا ما يقود إلى ضبط مفهوم الجودة في الرعاية الصحية المقدمة من طرف المستشفيات، والتي تعني ممارسة النشاط وفق معايير تقنية مهنية، تسمح بقيام عملية رقابة وتقييم للنشاط عن طريق الإحتكام إلى نفس المعايير الموضوعية.

وعليه أسلوب الجودة الشاملة لإدارة المستشفيات، لا بد له أن يعمل على ترسيخ التطبيق العلمي والتقني للإجراءات الطبية بأسلوب يضمن أقصى إستفادة للصحة مع وضع المريض مركز نشاطات المستشفى النشاط، ويتم ذلك من خلال تحقيق الشروط التالية<sup>2</sup>:

- تحقيق الكفاء الفنية والتي تتمثل في الإلتقاء الجيد للمهارات والقدرات المتوفرة لدى مقدمي الخدمة الصحية.
- الفعالية والكفاءة في إستخدام الموارد المتاحة بالمستشفى؛
- العلاقة الطيبة بين الأفراد والتعاون والعمل كفريق واحد؛
- تحقيق رضى المرضى والمجتمع عن نوعية وكمية خدمات الرعاية الصحية؛
- السلامة الصحية والإستمرارية في تقديم الخدمة.

#### 4.1. إدارة المستشفى بأسلوب الهندرة:

الهندرة كلمة عربية جديدة مركبة من كلمتين "هندسة" و "إدارة"، ظهرت سنة 1992م، عندما أطلقها الكاتبان الأمريكيان Hammer و Champy كعنوان لكتابهما الشهير (هندرة المنظمات)، ومنذ ذلك الحين أحدثت الهندرة ثورة في عالم الإدارة الحديث<sup>3</sup>.

للهندرة مصطلح آخر يتمثل في إعادة هندسة الأعمال، وهو عملية إعادة النظر في تصميم لنظم الأداء وأساليب العمل لتحقيق نتائج هائلة في مقاييس الأداء العصرية (التكلفة، السرعة، الجودة)، بالإضافة للتأثير الفعال على مستوى الخدمات المقدمة<sup>4</sup>. المقصود منها هو إعادة تصميم عمليات وإجراءات العمل الرئيسية للمرفق الصحي، من أجل الإرتقاء بمعدلات الأداء التي بدورها تؤثر في

<sup>1</sup> مرزوق محمد عدنان، مدخل في الإدارة الصحية، مرجع نفسه، ص56.

<sup>2</sup> صلاح محمود نياض وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، مرجع سابق، ص 262.

<sup>3</sup> معين أمين السيد، مقومات إدارة الجودة الشاملة وإعادة هندسة العمليات وترسيخ مكانة المنظمة ضمن المتغيرات العالمية الراهنة، مجلة دراسات في الإقتصاد والتجارة والمالية، جامعة الجزائر 3، مجلد 01، العدد 01، الجزائر، 2012. ص85.

<sup>4</sup> غانم زروقي أنيس العزاوي وإيناس حسين الكايشي، علاقة تطبيق إعادة هندسة الأعمال بمؤشرات الأداء دراسة إستطلاعية لعدد من العاملين في المستشفيات الرصافة، مجلة الغري للعلوم الإقتصادية والإدارية، جامعة الكوفة، مجلد 06، العدد 17، العراق، 2010، ص122

مستويات تكلفة تقديم الخدمات الصحية بصفة عامة وتحسين نوعيتها بالإضافة إلى العمل على كسب رضا المرضى بالمستشفيات.

تصميم تسلسل العمليات في كل مراحل الرعاية الصحية الشاملة هو شيء أساسي لتحقيق هذه الرعاية، فبالبناء السليم لخدمات المرضى المرتادين على المستشفيات تحقيق للخدمة الصحية المتميزة لهم، كما تسمح الخارطة الفعالة لتسلسل العمليات داخل المستشفى والفصل الفعال بين الرعاية الأولية والثانوية مع تحديد الأولويات، بإعادة تصميم أوقات الذروة وفق الأولويات سماح بتحقيق العدالة في تقديم الخدمة، وهنا نقصد بها أن من يعالج أولاً ليس الواصل أولاً بل من تقتضي حالته الصحية الأولوية في الاستفادة، هذا ما يقضي على إستغلال الأسرة في المستشفيات من طرف أشخاص ليسوا ذو أولوية<sup>1</sup>. كما نذهب بالقول أن إعادة هندسة العمليات تصل إلى نوعية وكيفية وآلية تقديم الخدمات ومختلف التحويلات إليها من خلال إعادة توزيع الأنشطة بين الأقسام والمؤسسات الصحية في حد ذاتها، كأن تلزم المستوصفات بحالات الكشف والعلاج الأولي وهي من تقوم بالتحويل للمستشفيات الأخرى كل حسب أولويته.

<sup>1</sup> محمد بوججي ومريم الجلاهية وجميلة السلطان، رعايتنا الصحية خيارنا. مساراتنا. قراراتنا، الطبعة الأولى، 2013، ص175، على الموقع : [https://books.google.dz/books?id=vA5dDwAAQBAJ&pg=PA175&lpg=PA175&dq=%D8%A7%D9%84%D9%87%D9%86%D8%AF%D8%B1%D8%A9+%D9%81%D9%8A++%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA&source=bl&ots=VV5IAE4Isf&sig=ACfU3U0FttotSCUpv70DeCuFalUws5e\\_Qw&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwj4sub42tDhAhVJVhoKHrdCYc4ChDoATABegQICBAB#v=onepage&q=%D8%A7%D9%84%D9%87%D9%86%D8%AF%D8%B1%D8%A9%20%D9%81%D9%8A%20%D8%A7%D8%AA&f=false](https://books.google.dz/books?id=vA5dDwAAQBAJ&pg=PA175&lpg=PA175&dq=%D8%A7%D9%84%D9%87%D9%86%D8%AF%D8%B1%D8%A9+%D9%81%D9%8A++%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA&source=bl&ots=VV5IAE4Isf&sig=ACfU3U0FttotSCUpv70DeCuFalUws5e_Qw&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwj4sub42tDhAhVJVhoKHrdCYc4ChDoATABegQICBAB#v=onepage&q=%D8%A7%D9%84%D9%87%D9%86%D8%AF%D8%B1%D8%A9%20%D9%81%D9%8A%20%D8%A7%D8%AA&f=false)، شوهديوم: 2019/04/16، على الساعة 01:43.

## خلاصة

إدارة الصحة هي مجموعة القواعد، الإجراءات والضوابط التي تؤطر سياسة النظم الصحية، والتي تتمحور حول توفير الخدمات والرعاية الصحية الخاصة والعامة الموجهة للأفراد والجماعات، من خلال حصر الجهود لتخطيط إنتاجها وتوجيهها لتصل بشكل كامل، متسلسل وشامل لمحتاجيها. كذلك تستمد إدارة الصحة فلسفتها من المبادئ الكلاسيكية للإدارة والتسيير، وهي تسود مختلف مستويات التسيير في النظام الصحي؛ سواء كانت المستويات العليا التي تهتم برسم و سن السياسات المحلية والدولية الصحية، أو القيام بأنشطة التخطيط الإستراتيجي الذي يندرج في المخططات التنموية الصحية والبشرية والإقتصادية؛ إدارة الموارد البشرية والمادية؛ تنظيم وتوجيه وتبسيط الإجراءات. أو المستويات التشغيلية التي تقتصر على تسيير مؤسسات النظام الصحي وتطبيق السياسات الصحية المتبنات؛ والتي عادة ما تكون عبارة عن وحدات لها تأثير وإحتكاك مباشر مع صحة وحالات المواطنين؛ تتمثل عموماً هذه المؤسسات في جميع أنواع المستشفيات والمؤسسات الصحية المفتوحة أمام الجمهور العام؛ والتي تتميز إدارتها بالانمطية لكنها لا تخلو من المبادئ الأساسية للإدارة الصحية.

لذلك دائماً ما تعول النظم الصحية على نشاط المؤسسات الصحية عموماً والمستشفيات خصوصاً، في تطبيق البرامج الصحية المسطرة، التي من شأنها التأثير على الحالة الصحية للأفراد والجماعات، وتعزيز مستويات التنمية الصحية محلياً. هذا ما يسلط الضوء على فعالية تحقيق هذه المؤسسات للأهداف الصحية المرجوة منها، والأسباب التي تدعو إلى إخفاقها في ذلك، مما يقود إلى البحث عن طرق لتقييم أداءها للوصول إلى نقاط القوة والعجز بها، من أجل العمل على تعزيز التحسين المستمر لخدماتها الصحية المقدمة.

# الفصل الثاني:

المؤشرات المعتمدة في تقييم

أداء المستشفيات

### تمهيد

يعد موضوع الأداء من أهم المواضيع التي يتناولها الباحثين بالدراسات والتحليل؛ نظرا لأهميته البالغة في الحكم على قدرة المنظمة في البقاء والاستمرار والمنافسة، لذلك يتأثر موضوع الأداء بمختلف أوجه النظر للمفكرين ومجال البحث فيه.

من بين المسائل الجدية التي تفكر فيها المنظمة منذ تأسيسها وطيلة فترة حياتها؛ هو تحقيق أداء عالي أو على الأقل جيد طول فترة النشاط؛ مما يدفعها إلى القيام بعملية مستمرة لمراقبة وتقييم أداءها، من أجل الوقوف على مستوياته الماضية والحالية؛ ورسم خطط مستقبلية له، قصد إتخاذ قرارات مصيرية لمسار المنظمة والطاقت العامل بها.

المؤسسات الصحية عموما والمستشفيات خصوصا كغيرها من المنظمات، تسعى لتحقيق أهداف صحية محددة بالعمل على الإستغلال الحسن للموارد المرصودة من أجل تحقيق أفضل النتائج؛ إلا أن التركيبية المعقدة لها وممارستها للأداء من خلال مهارات متخصصة ومتنوعة وإستنادا إلى مهام وإجراءات متعددة ومتداخلة، تتفاعل معا من أجل تحقيق أهداف حساسة، يضعها أمام معضلات عديدة لضبط ومراقبة وتقييم أداءها؛ بحيث تعتبر عملية تقييم الاداء في المستشفيات من العمليات المهمة لمعرفة النتائج المحققة وتحديد الموارد اللازمة وكيفية إدارتها؛ عن طريق الوقوف على مستويات الأداء الحالي؛ وتحديد مستويات الاداء المطلوبة تحقيقها مستقبلا، إنطلاقا من إكتشاف جوانب القوة وتدعيمها وتدارك نقاط الضعف والأخطاء السابقة.

لذلك سيتم الكشف في هذا الفصل عن " أهم المؤشرات المعتمدة في تقييم أداء المستشفيات "؛ من خلال المرور بأهم النقاط التي تبرز وتفسر المفاهيم المحيطة بهذا الموضوع؛ إنطلاقا من الخطة التالية:

- المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للأداء.
- المبحث الثاني: المتغيرات المرتبطة بعملية تقييم الأداء في المستشفيات.
- المبحث الثالث: مؤشرات تقييم أداء المستشفيات.

## المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للأداء.

الأداء مفهوم جوهري وهام بالنسبة لمختلف المنظمات، وهو القاسم المشترك لإهتمام الباحثين في العلوم الإدارية؛ بحيث يعتبر العنصر المحوري والظاهرة السائدة لجميع فروع وحقول المعرفة الإدارية.

### المطلب الأول: تعريف الأداء.

على الرغم من الدراسات والبحوث الكثيرة التي مست الأداء، لم يتم الوصول إلى مفهوم عام ومحدد للأداء؛ يعود السبب إلى إختلاف المعايير والمقاييس والمجالات التي تقوم فيها مزاوله الأنشطة المختلفة، لذلك يبقى الأداء مجال واسع للبحث فيه وهذا لإرتباطه بمتغيرات عديدة وعوامل بيئية مختلفة، سواء كانت هذه الأخيرة داخلية أو خارجية؛ بحيث تفاعل هذه المتغيرات مع بعضها البعض؛ مما يعكس الصورة الأولية للأداء التي تتمثل في " النتائج المرغوبة التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها"<sup>1</sup>.

**1. لغويا:** مصطلح الأداء مشتق من الكلمة اللاتينية "Performare" والتي تعني إعطاء كلية الشكل لشيء ما<sup>2</sup>، وكذلك performer، التي يعود أصلها إلى القرن 13م، وتعني تنفيذ أو تأدية المهام<sup>3</sup>، أما مصطلح to perform الإنجليزي الذي ظهر في القرن 15م، فقد أشار في معناه إلى تنفيذ مهمة أو إنجاز عمل أو القيام بفعل يؤدي إلى بلوغ الأهداف المسطرة<sup>4</sup>، أما كلمة "Performance" فهي تعني الكيفية التي يبلغ النظام فيها أهدافه<sup>5</sup>، أي الكيفية المرتبطة بالأهداف والنتائج المتوقعة من المؤسسة بغض النظر عن حقل النشاط والتي إشتقت فيما بعد من الكلمة الإنجليزية "to perform"<sup>6</sup>، والتي تعني إنجاز العمل أو كيفية التي يبلغ بها التنظيم أهدافه<sup>7</sup>.

**2. إصطلاحا:** يعرف الأداء بأنه قدرة المنظمة على تحقيق الأهداف المتوقعة، وبسبب تطور مفهومه وديناميكيته؛ فقد إكتسب مصطلح الأداء بعض المعاني الإضافية للمعنى الأصلي، والتي أعتبرت

<sup>1</sup> الناطور ونواف عبد الرحيم مصطفى، أثر المناخ التنظيمي على أداء المستشفيات الخاصة في الأردن، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، جامعة عمان العربية، الأردن، 2009، ص 42.

<sup>2</sup> محمد رضى بوسنة، تحليل العلاقة بين هيكل الصناعة والأداء: دراسة حالة الصناعة المصرفية في الجزائر خلال الفترة 2004/2014، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2016، ص 55.

<sup>3</sup> Ecosip, *Dialogues autour de la performance en entreprise*, Editions Harmattan, paris, France, 1999, p18.

<sup>4</sup> S.Jacquet, *Management de la performance : des concepts aux outils* ; la page 02, site web [www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/Management\\_de\\_la\\_performance\\_des\\_concepts\\_auxoutils.pdf](http://www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/Management_de_la_performance_des_concepts_auxoutils.pdf), Consulté Le :04 /08/2018, a 15 :30.

<sup>5</sup> A.Khemkhem, *la dynamique du contrôle de gestion*, Edition Borda, 2em Ed, Paris, France, 1979, p310.

<sup>6</sup> الشيخ الداوي، تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح -ورقلة-، مجلد07، العدد07، الجزائر، 2010، ص 217.

<sup>7</sup> السعيد بريش ونعيمة يحيوي، أهمية التكامل بين أدوات مراقبة التسيير في تقييم أداء المنظمات وزيادة فعاليتها، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح -ورقلة-، مجلد 01، العدد 01، الجزائر، 2012، ص 28.

كمرادفات لمعنى الأداء، ومنها الإنجاز، الكفاءة، الفعالية، القدرة، الإرضاء<sup>1</sup>. كل هذه المصطلحات من إنجاز، بلوغ الأهداف، النشاط، نموذج الحصول على نتيجة هي مقاربات لأوجه نظر المفكرين وكذلك أهداف تقييم الأداء.

تختلف النظرة إلى الأداء باختلاف المدارس والنظريات التي تناولته، فرواد المدرسة البيروقراطية من بينهم "M.Weber" يرون أن الأداء يكون من خلال المعايير والنمطية المحدد مسبقا، أما رواد مدرسة الإدارة العلمية من بينهم "F.Taylor" فيرون أن الأداء يكون هو تنميط النشاط الفردي وتخصيص المناقشات لتحسين الأداء ورفع الإنتاجية من خلال دراسة الوقت والحركة؛ أما رواد مدرسة العلاقات الإنسانية من بينهم "R.Owen and E.Mayo" ركزوا على دراسة أثر العوامل الاجتماعية والإنسانية وظروف العمل من أجل تحديد مفهوم الأداء<sup>2</sup>.

يتناول الكاتبين "D.Kaiserbruber ET J.Handrieu" مفهوم الأداء من جانب المشروعية؛ حيث إعتبروا الأداء بأنه إصدار حكم على الشرعية الاجتماعية لنشاط معين، لذلك ربطا الأداء بالفعل والمعرفة الاجتماعية له.

يرى الكاتب "P.Druker" أن الأداء هو قدرة المنظمة على الإستمرارية والبقاء محققة التوازن بين رضا المساهمين والعمال<sup>3</sup>. وهو عبارة عن مؤشر لقياس انجازات المنظمة لأهدافها؛ والمحافظة على مكانتها في ظل المنافسة السائدة؛ مع عملها للتنسيق مع إهتمامات المساهمين ورغبات العمال.

الإستخدام الواسع لكلمة الأداء يبين التضارب في المعاني والمفاهيم التي حاول المختصين تقديمها، ولا يبشر بتقارب الآراء بينهم، فمثلا "A.Bourguignon" تطرق لمفهوم الأداء من خلال ثلاثة إتجاهات رئيسية<sup>4</sup>:

- الأداء هو تمثيل للنجاح، متغير حسب المنظمات، ووفقا للجهات الفاعلة فيه.
- الأداء هو نتيجة الإجراء بغض النظر عن النتيجة.
- الأداء هو عمل أي عملية وليس نتيجة تظهر في وقت من الأوقات، إلا أن هذا المصطلح يستخدم في معظم الأحيان، كما لو أن الأداء أمر مسلم لا يستلزم التعمق كثيرا فيه.

<sup>1</sup> محمد رضى بوسنة، تحليل العلاقة بين هيكل الصناعة والأداء: دراسة حالة الصناعة المصرفية في الجزائر خلال الفترة 2004/2014، مرجع سابق، ص 55.

<sup>2</sup> سناء عبد الكريم الخناق، مظاهر الأداء الإستراتيجي والميزة التنافسية، المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، يومي 08-09/03/2005، ص35.

<sup>3</sup> الشيخ الداوي، تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء، مرجع سابق، ص 218.

<sup>4</sup> Dominique Bessire, **Définir la performance**, Revue comptabilité contrôle audit, Association Francophone de comptabilité, vol 02, tome 05, France, 1999, P 129.



فحسب "A.Bourguignon"، فإنه يعرف الأداء على أنه تحقيق أهداف تنظيمية بصرف النظر عن طبيعة هذه الأهداف وتنوعها، ويمكن فهم هذا بمعنى (الإنجاز والنتيجة) أو العملية التي تؤدي للنتيجة، كما أشار أن هذا التعريف ينطبق على الأفراد أو المنظمات من خلال التوقف عند كلمة الأداء وهو "الكفاء الذي يحقق هدفه"<sup>1</sup>. إضافة لذلك تم تناول الأداء كمصطلح ديناميكي بأنه القدرة على الذهاب أو التوجه أينما نريد، شرط أن يكون قابل للقياس من أطراف متعددة وليس حصرا بالنتيجة فقط<sup>2</sup>.

يتطرق الكاتبين "Miller ET Bromily" إلى الأداء بطريقة أكثر واقعية؛ حيث يقولان في صدد تعريفه أنه إنعكاس لكيفية استخدام المنظمة لمواردها المالية والبشرية، وإستغلالها بكفاءة وفعالية مما يسمح لها بتحقيق أهدافها<sup>3</sup>.

أضاف الباحث "Angelier" بعد آخر لمفهوم الأداء وهو البعد الإستراتيجي؛ فيرى أن أداء المنظمة يظهر من خلال قدرتها على تنفيذ إستراتيجياتها ومواجهة القوى المنافسة<sup>4</sup>. وهذا يعني أن الاداء معني بتغطية الأهداف، الإستخدام الأفضل للموارد، أمثلية العمليات الداخلية وإرضاء الأطراف الفاعلة في المنظمة مع تحقيق مكانة أو سمعة بين المنظمات الشبيهة<sup>5</sup>.

من الواضح جليا تضارب مصطلحات الباحثين بين النتيجة، النشاط، الكفاءة في إستخدام، الفعالية في النتائج. إلا أنه غالبا ما تم تعريفه بمعايير تتفق مع التمثيل الذي يقوم به الأفراد الممارسين أو المقيمين له<sup>6</sup>. أيد هذا الطرح كل من "Miller et Bromily"، حيث جاء بمفهوم الأداء أنه قياس التعبير النقدي للمورد المستعمل أو المستهلك مقارنة بتكلفة المنتج أو الخدمة المستخلصة منه، ويكون الأداء فعالا إذا تحققت النتائج القصوى من مستوى الإستخدام الأدنى. أما الفعالية فيتم تحديدها كليا بنسبة للنتيجة الفعلية مقارنة إلى المستوى المتوقع، فيما يخص النتيجة الغير مادية فيلجأ في تقييمها إلى رضا الجمهور والأطراف المتفاعلة خاصة في المنظمات ذات الطابع الإجتماعي<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Eric Cauvin et autres, **Evaluation de la performance des managers**, Revu comptabilité contrôle audit, Association Francophone de comptabilité, vol 02, tome 16, France, 2010, P 34.

<sup>2</sup> M.Lebas, **Oui, il faut definir la performance**, Revue Française de comptabilité, France, juillet-aout, 1995, p32.

<sup>3</sup> عداي الحسين فلاح حسن، الإدارة الإستراتيجية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، 2000، ص 231.

<sup>4</sup> عبد المليك مزهود، الأداء بين الكفاءة والفعالية: مفهوم وتقييم، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد الخيضر -بسكرة-، العدد01، الجزائر، 2001، ص87.

<sup>5</sup> Y.Dupay et autres, **les systèmes de gestion**, Edition Vuibert Gestion, Paris, France, 1989, p50.

<sup>6</sup> Jean Francois Ngok Evina, **la performance des entreprises est-elle liée au style de pouvoir du dirigeant**, Revue des sciences de gestion, Direction et gestion, N°230, 2008/2, France, P81.

<sup>7</sup> D.Blaga and All, **Efficiency, effectiveness and Performance of the Public Sector**, Romanian journal of Economic Forecasting, Institute For Economic Forecasting, Vol 13, Issue 04, Romania, 2010, P138.

كذلك يتجه العديد من الباحثين في تفسير الأداء؛ إلى التمييز بين السلوك والإنجاز والأداء للأفراد الذي من شأنه أن يفسر أداء المنظمات، حيث يرون أن السلوك يعبر على ما يقوم به الفرد من أعمال؛ أما الإنجاز فهو الأثر الباقي بعد أن يتوقف الفرد عن سلوكه، في حين أن الأداء هو التفاعل بين السلوك والإنجاز معا<sup>1</sup>. لذلك فالأداء هو النتائج التي يحققها الموظف أو العامل؛ عن طريق تأديته لواجباته وتحمله لمسؤولياته، بمعنى آخر هو حصة نشاط الموظف تجاه الوظيفة التي يكلف بها؛ المتضمن فيها إرشادات وتعليمات وطرق يجب التقيد بها؛ والعمل على إحترامها<sup>2</sup>.

من خلال ما تم ذكره نجد أن لمفهوم الأداء عدة تأويلات؛ تأكيدا للجدل الحاصل بين أوجه النظر له، ومجالات تناوله؛ وعليه لإيضاح صورة الأداء سنتطرق لمفهوم الأداء كالتالي:

#### • المفهوم الإقتصادي للأداء:

الأداء هو قدرة المنظمة على الإستمرارية والبقاء مع تحقيق التوازن بين رضى المساهمين والعمال<sup>3</sup>؛ وأضيف لهذا التعريف؛ أن الأداء هو قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها طويلة الأجل<sup>4</sup>؛ بالإستغلال الفعال والكفاء للموارد المادية والبشرية؛ مما يسمح بتحقيق الأهداف مهما كانت طبيعتها<sup>5</sup>.

#### • المفهوم البيئي للأداء:

المفهوم لبيئي للأداء هو مسعى من مساعي المنظمات؛ للحد من الآثار السلبية للبيئة الناتجة عن مزاوله النشاط، من خلال عقلانية إستهلاك الموارد وخاصة الطاقوية منها، لما لها من مخاطر تصيب البيئة بأضرار كارثية كالتلوث، إحتباس حراري، تسرب المواد والغازات السامة<sup>6</sup>. كل هذه المساعي من أجل إضفاء المصدقية للمنظمات التي تتبنى البعد البيئي في أدائها.

فحسب "Lilly Scheibe"؛ فإن المفهوم البيئي للأداء هو كل تصرفات المنظمة إتجاه البيئة، بغض النظر عن قابليتها أو عدم قابليتها للقياس؛ وبغض النظر أيضا عن تأثيرها أو عدم تأثيرها، أي أن المفهوم البيئي للأداء هو كل تأثير للمنظمة على البيئة سواء كان ذلك إيجابيا أو سلبيا<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> الناطور ونواف عبد الرحيم مصطفى، أثر المناخ التنظيمي على أداء المستشفيات الخاصة في الأردن، مرجع سابق، ص43.

<sup>2</sup> حمد عبد الرحمن حمد البيلي، أساسيات الإدارة والأداء، مطبعة جامعة أم درمان الإسلامية، الخرطوم، 2010، ص195.

<sup>3</sup> Druker Peter, L'avenir du management selon Drucker, Editions village mondial, Paris, 1999, P73.

<sup>4</sup> عداي الحسين فلاح حسن، الإدارة الإستراتيجية، مرجع سابق، ص231.

<sup>5</sup> Renaud et al, Mesure de la performance globale des entreprises, 28 em congres de l'AFC, 2007, P 04.

<sup>6</sup> عامر الحاج، دور تحليل الإنتاج وبحوث العمليات في تحسين الأداء الإقتصادي للمؤسسات، رسالة ماجستير في العلوم الإقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر -باتنة-، الجزائر، 2003، ص39.

<sup>7</sup> عثمان حسن عثمان، دور إدارة البيئة في تحسين الأداء البيئي للمؤسسة الإقتصادية، الملتقى الدولي حول التنمية المستدامة والكفاءة الإستخدامية للموارد المتاحة، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس -سطيف-، الجزائر، يومي 7/8 أفريل، 2008، ص526.

• المفهوم الإجتماعي للأداء:

يحتوي المفهوم الإجتماعي للأداء على بعدين البعد الأول يسمى المفهوم المجتمعي للأداء، وهو ما يعنى بالبيئة الداخلية للمنظمة؛ حيث يتم القول عن المفهوم المجتمعي للأداء؛ على أنه "الترجمة الفعلية للأهداف الإجتماعية للمنظمة بما يتوافق مع القيم الإجتماعية المقبولة". كما يعكس الكفاءة التي تسيير بها المنظمة مواردها البشرية؛ التي تركز على الإحترام حقوق الإنسان، القوانين، التشريعات. فهو إلتزام المنظمة بمسئوليتها إتجاه الأجراء ومدى رضا جميع الأطراف في نفس الوقت<sup>1</sup>.

البعد الثاني للمفهوم الإجتماعي للأداء؛ هو المساهمة في الحياة الإجتماعية والعمل على زيادة رفاهية المجتمعات التي ينشط فيها؛ وذلك من خلال دمج القضايا الأخلاقية والإجتماعية؛ سعياً لتطبيق المسؤولية الإجتماعية والقيام بتصرفات مسؤولة.

• المفهوم الرياضي للأداء:

تعرف منظمة الصحة العالمية الأداء بأنه: الدرجة التي يعمل بها تدخل إنمائي أو شريك إنمائي؛ وفقاً لمعايير وخطوط توجيهية محددة؛ بحيث يعمل هذا التدخل على تحقيق نتائج وفقاً لخطة معلنة. لذلك في محاولة لتقنين الأداء تم إقتراح النموذج الرياضي للأداء في شكل معادلة كالتالي:<sup>2</sup>

$$\text{الأداء} = \text{القدرة على العمل} * \text{الرغبة في العمل} * \text{البيئة}$$

↓ المعرفة والمهارات
 ↓ الإتجاهات والمواقف
 ↓ البيئة الداخلية والخارجية

وعليه فالأداء هو عبارة عن مزيج من العناصر التالية:<sup>3</sup>

- المعرفة والمهارة: ويقصد بها المعرفة الجيدة للعمل مع التعريف الجيد للمهام الموكلة والمسؤوليات الواجب تحملها؛ أما المهارة فتأتي من تراكم الخبرات.
- الدافعية: تعني الحافز لإنجاز الأعمال بالشكل الصحيح وتجسيد رسالة المنظمة.
- المصادر المتاحة: التكنولوجيا المناسبة والموارد الملائمة.
- البيئة: ظروف العمل (الإجراءات، ومحيط إجراء العمليات وكذلك الظروف الإنسانية).
- النجاعة: يقصد بها الإنتاجية، المردود، إستغلال الموارد والنتائج وتنظيم العمل.

<sup>1</sup> J.J.Pluchart et al, **le management durable de l'entreprise : les performances de l'entreprise socialement responsable**, Ed SEFI, Québec, Canada, 2011, P105.

<sup>2</sup> عبد الوهاب محمد جبين، تقييم الأداء في الإدارات الصحية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف، رسالة دكتوراه تخصص إدارة صحية، جامعة سانت كليمنتس العالمية، الجمهورية العربية السورية، 2009، ص08.

<sup>3</sup> عبد الوهاب محمد جبين، تقييم الأداء في الإدارات الصحية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف، مرجع نفسه، ص08.

- الفاعلية: وهي ملائمة الأهداف ودرجة تحقيقها؛ تلبية حاجات الزبائن والنتائج.

• المفهوم الشامل للأداء:

بالرغم من تقارب وجهات نظر الباحثين حول موضوع الأداء الذي يفسر نجاح أو فشل المنظمة ومدى قدرتها على تحقيق أهدافها، إلا أنهم لم يتفقوا على وضع صيغة نهائية لمفهوم الأداء، ويرجع ذلك لإختلاف المعايير والمقاييس التي تعتمد في دراسته، إلا أن العديد من الدراسات تشير أن مفهوم الأداء ذو صورة شمولية، لذلك تم تأطيره في ستة نقاط أساسية هي<sup>1</sup>:

- الأداء هو النجاح الذي تحققه المنظمة في تحقيق أهدافها، وهو يفسر قدرة وقابلية المنظمة في تحقيق أهدافها<sup>2</sup>؛
- الأداء هو العلاقة مع الموارد، وهو قدرة المنظمة على إستغلال مواردها وتوجيهها نحو تحقيق الأهداف المنشودة؛
- الأداء هو النتائج التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها سواء إيجابية أو سلبية<sup>3</sup>، من منطلق أن للمنظمة حتما نتيجة محققة؛ يفسر هذا التوجه بقدرة المنظمة على تحقيق أقصى أهدافها، وتحدي المستويات العليا في ظل الإستغلال الأقصى للموارد المتاحة؛
- الأداء هو البعد البيئي للمنظمة، وهو يركز على قدرة المنظمة على تكييف مواردها وعناصرها الداخلية مع تأثيرات البيئة الخارجية وإستغلال الفرص لتحقيق أهدافها؛
- الأداء هو مدخل نظمي، يشير إلى مخرجات المنظمة بعد العملية التشغيلية، ويترجم إلى الإنجاز الناتج عن تحويل المعارف النظرية إلى مهارات من خلال الممارسة العملية؛
- الأداء مفهوم شمولي، يفسر الأداء أنه نتائج الأنشطة التي تقابلها الأهداف الموضوعية، وانه تأدية للمهام والوظائف بطريقة فردية أو جماعية تؤدي إلى إنجاز رسالة المنظمة وتحقيق أهدافها.

<sup>1</sup> لارا حسن، التقييم الذاتي للمستشفيات العامة باستخدام نموذج EFQM للتميز، ودوره في تحسين الأداء-دراسة حالة: مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، رسالة مقدمة إستكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في إدارة الجودة، الجامعة الإقتصادية السورية، سوريا، 2014، ص22.

<sup>2</sup> إدريس، وائل محمد صبحي وآخرون، إدارة الأداء الإستراتيجي: أساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص 29.

<sup>3</sup> Nicolas Petit, **Le contrôle de gestion logistique hospitalier. Pratiques de performance et modélisations des coûts en TDABC**, Thèse pour le grade de docteur, Université de Rennes1, France, 2013, P54.

يعتبر هذا المفهوم محاولة لدمج وموازنة بين الأهداف الاقتصادية، الإجتماعية، والبيئية؛ على أن تحقق المنظمة أهدافها؛ التي تلبي تطلعات المساهمين وجميع الأطراف ذات المصالح؛ مع الإستمرار في المنافسة؛ وبدون أن تكون لنشاطاتها المختلفة أي آثار سلبية على البيئة<sup>1</sup>.

من خلال ما تم طرحه لتعاريف الأداء، يمكن القول أن الأداء هو عبارة عن مراحل ممارسة نشاط ما؛ تخضع لضوابط مادية وبشرية؛ ذات أثر إقتصادي وإجتماعي وبيئي؛ الهدف منه تحقيق مصالح شرعية خاصة عبارة عن أهداف ونتائج مختلفة الأهمية؛ مع ضرورة تغليب المصلحة العامة والإلتزام بروح المسؤولية إتجاه البيئة الداخلية والخارجية لنطاق ممارسة النشاط.

### المطلب الثاني: تصنيفات الأداء.

يخضع تصنيف الأداء لمعيار علمي دقيق، وهو ما يطرح إشكالية إختيار هذا المعيار، إلا أنه يمكن الإعتماد على مجموعة معايير متفق عليها وهي: معيار مصدر الأداء، معيار الشمولية، المعيار الوظيفي<sup>2</sup>؛ بحيث كل معيار يملك رزنامة من التصنيفات الفرعية.

#### 1. تصنيف الأداء حسب معيار المصدر:

التصنيف حسب هذا المعيار يمكن من تقسيم الأداء في المنظمات إلى نوعين هما:

##### 1.1. الأداء الداخلي:

يطلق عليه كذلك إسم أداء الوحدة؛ وهو عبارة عن مزيج من الأداء البشري؛ بإعتباره المورد الأساسي القادر على خلق القيمة المضافة، الأداء التقني من خلال الإستعمال الفعال لإستثمارات المؤسسة، إضافة للأداء المالي؛ وهو القدرة على تعبئة المصادر المالية وكيفية إستخدامها<sup>3</sup>.

##### 2.1. الأداء الخارجي:

هو الأداء الناتج عن التغيرات البيئية المحيطة بالمنظمة<sup>1</sup>؛ وبالتالي المنظمة لا يمكنها التحكم في هذا الأداء، بل تقوم بمسايرة الأوضاع الخارجية المحيطة دون الحيادة عن مخطط عملها من أجل تحقيق أهدافها.

<sup>1</sup> أحمد فرعون، الأداء الشامل في المؤسسات الاقتصادية: دراسة حالة مؤسسات الصناعات الغذائية في الجزائر، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حسيبة بن بوعلي -الشلف-، الجزائر، 2017، ص36.

<sup>2</sup> محمد رزقون والحاج عرابية، أثر إدارة المعرفة على الأداء في المؤسسة الاقتصادية، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، جامعة قاصدي مرياح -ورقلة-، مجلد 01، العدد01، الجزائر، 2014، ص125.

<sup>3</sup> السعيد بريش ونعيمة يحيوي، أهمية التكامل بين أدوات مراقبة التسيير في تقييم أداء المنظمات وزيادة فعاليتها، مرجع سابق، ص29.

## 2. تصنيف الأداء حسب معيار الشمولية:

بما أن مفهوم الأداء مرتبط إلى حد بعيد بالأهداف، فيمكن نسخ خصائص الأهداف على الأداء وتصنيفه إلى:

### 1.2. الأداء الكلي:

الأداء الذي يتجسد في الإنجازات المحققة للمنظمة؛ والتي ساهمت فيها جميع العناصر والوظائف والأنظمة الفرعية، بحيث لا يمكن نسب هذه الإنجازات إلى أي عنصر، يعنى هذا النوع من الأداء إلى كيفية ومدى بلوغ المؤسسة لأهدافها الشاملة؛ كاستمرارية، تحقيق الأرباح، النمو، المكانة السوقية.... الخ<sup>2</sup>.

### 2.2. الأداء الجزئي:

الأداء الجزئي هو قدرة النظام التحتي على تحقيق أهدافه؛ فالنظام التحتي يسعى لتحقيق أهدافه الخاصة لا أهداف الأنظمة الأخرى وعليه فتحقيق مجموع أداءات الأنظمة التحتية يتحقق الأداء الكلي للمنظمة. لذلك أهداف المؤسسة يجب أن تكون متكاملة ومتسلسلة وتشكل شبة فيما بينها<sup>3</sup>.

### 3.2. الأداء الفردي:

يقصد بالأداء الفردي؛ الإنجاز المحقق على مستوى الوظائف من طرف الأعضاء المشاركين فيه<sup>4</sup>، وهو يعتبر نوات الأداء الجزئي والكلي، وعلى إثره ينعكس مفهوم وحجم ونوع الأداء ككل.

## 3. تصنيف الأداء حسب الوظيفة:

يرتبط أساسا التصنيف حسب المعيار الوظيفي؛ بعنصر التنظيم وتقسيم الوظائف داخل؛ أي حسب كل وظيفة من وظائف الأساسية للمؤسسة. وعليه يتم التصنيف كما يلي:

<sup>1</sup> محمد رزقون والحاج عرابية، أثر إدارة المعرفة على الأداء في المؤسسة الاقتصادية، مرجع سابق، ص12.

<sup>2</sup> عبد الملوك مزهود، الأداء بين الكفاءة والفعالية: مفهوم وتقييم، مرجع سابق، ص 89.

<sup>3</sup> عادل عشي، الأداء المالي للمؤسسة الاقتصادية، قياس وتقييم، مذكرة ماجستير في علوم التسيير تخصص تسيير المؤسسات الصناعية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2002، ص 19.

<sup>4</sup> سعود وسيلة، حوكمة المؤسسات كأداة لرفع أداء المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير تخصص إستراتيجية المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف -المسيلة-، الجزائر، 2016، ص131.

### 1.3. الأداء المالي:

يتمثل في قدرة المؤسسة على تحقيق توازن مالي مقبول، وبناء هيكل مالي فعال<sup>1</sup>. القدرة على التصدي للمخاطر والصعاب المالية والعمل على تقليل التكاليف وتوفير السيولة اللازمة لتسديد المستحقات؛ في ظل تحقيق معدلات مردودية جيدة.

### 2.3. الأداء الإنتاجي (الاقتصادي).

هو الإستعمال الفعال لموارد المؤسسة والذي يقاس بإنتاجية الآلات والأفراد، أي الإنتاجية المحققة من العمل ورأس المال المستثمر؛ وهو عبارة عن تجسيد الفوائض التي تحققها المنظمة من وراء تعظيم نواتجها وتدنية مستويات استخدام الموارد الإنتاجية<sup>2</sup>.

### 3.3. الأداء الإجتماعي:

يتعلق هذا النوع من الأداء بطبيعة العلاقة بين المنظمة ومجتمعها سواء الداخلي المكون من الموظفين؛ أو الخارجي المتمثل في المتعاملين والأطراف ذو العلاقة بها. وعادة ما يطلق على هذا النوع بـ "المسؤولية الإجتماعية"؛ بحيث تعتبر أوسع من الأداء الإجتماعي<sup>3</sup>.

جاء مفهوم المسؤولية الإجتماعية لمعهد الأمم المتحدة لبحوث التنمية الإجتماعية؛ على أنها " السلوك الأخلاقي للمنظمة إتجاه المجتمع وتشمل سلوك الإدارة المسؤولة في تعاملها مع الأطراف المعنية؛ التي لها مصلحة شرعية في منظمة الأعمال وليس مجرد ملاك المنظمة"<sup>4</sup>، إنطلاقاً من هذا المفهوم فالمسؤولية الإجتماعية ممارسة واسعة؛ حيث تركز التصرف الأخلاقي للمنظمة وإجبارية تحقيقها لتنمية المستدامة التي تعمل على تحسين نوعية ظروف العمل والمعيشة للقوي العاملة وعائلاتهم والمجتمع المحلي مع تبني القيم المرتبطة بحماية البيئة.

يشمل الأداء الإجتماعي كل الأنشطة التي لها علاقة بالأفراد؛ يتبنى كل من إدارة الأفراد، أو ما يسمى بالموارد البشرية التي تلعب دوراً هاماً في تحريك الموارد الأخرى وتوجيهها نحو هدف المنظمة؛ إضافة

<sup>1</sup> محمد رزقون والحاج عرابية، أثر إدارة المعرفة على الأداء في المؤسسة الاقتصادية، مرجع سابق، ص 126.

<sup>2</sup> عبد الملوك مزهوده، الأداء بين الكفاءة والفعالية : مفهوم وتقييم، مرجع سابق، ص 89.

<sup>3</sup> سعود وسيلة، حوكمة المؤسسات كأداة لرفع أداء المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، مرجع سابق، ص 132.

<sup>4</sup> مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية، كشف البيانات المتعلقة بتأثير الشركات على المجتمع: الإتجاهات والقضايا الراهنة، منشورات الأمم المتحدة، جنيف، 2004، ص 27.

إلى إدارة العلاقات العمومية والخاصة التي تعنى بكل علاقات المنظمة الخارجية وحتى الداخلية، فهي تمس جانب المساهمين، الموظفين، العملاء، الموردين، الدولة والمنافسين<sup>1</sup>.

### 4.3. الأداء التسويقي:

هو الأداء الذي يعكس فعالية وكفاءة عملية تحقيق رضا الزبائن وضمان ولائهم، شهرة العلامة وسمعتها لدى المستهلكين<sup>2</sup>؛ إلى جانب تحقيق نتائج مرضية للمؤشرات الكمية كحجم المبيعات، الحصة السوقية، بحيث يمكن ملاحظته من خلال مردودية كل منتج مقارنة مع تكاليف التشهير به.

### 5.3. الأداء التموييني:

يتمثل هذا الأداء في جميع النشاطات اللوجستكية المرافقة لعملية جلب الموارد اللازمة، الإستقلالية عن الموردين من خلال وضع خطط إحتياطية وتجنب الوقوع في العسر الذي تسببه ندرة الموارد وإحتكارها، المفاوضات المحكمة من أجل الحصول على آجال تسديد للموردين تفوق الممنوحة للعملاء، الإستغلال والتسيير الجيد للمخزونات<sup>3</sup>.

### المطلب الثالث: العوامل المؤثرة والمحددة للأداء.

الأداء مرتبط بكيفية ومدى قدرة المنظمة على تحقيق الأهداف، وهذا ما جعله عرضة لتأثير العديد من العوامل التي تقيد نشاط المنظمة وتؤثر على إمكانياتها، لذلك يمكن تقسيم العوامل المؤثرة في الأداء إلى عوامل "PESTEL" وهي إختصار لمجموعة من العوامل الخارجية، وعوامل داخلية مرتبطة بنشاط المنظمة<sup>4</sup>.

### 1.1. العوامل الخارجية

تتمثل العوامل الخارجية في مجموعة من المتغيرات والقيود التي تخرج عن نطاق التحكم، وبالتالي فإن لها آثار قد تكون في شكل فرص يسمح إستغلالها بتحسين الأداء، وقد تكون خطرا يؤثر سلبا على أداء المنظمة؛ مما يستدعى ضرورة التكيف معها لتخفيف أثارها<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> محمد زرقون والحاج عرابية، أثر إدارة المعرفة على الأداء في المؤسسة الإقتصادية، مرجع سابق، ص 126.

<sup>2</sup> الخرابشة وعبد الحميد محمد عبد الله، رؤية نظرية لمفاهيم التسويق السياحي ورضا السانحين، المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، مجلد 05، العدد 02، مصر، 2014، ص 176.

<sup>3</sup> محمد زرقون والحاج عرابية، أثر إدارة المعرفة على الأداء في المؤسسة الإقتصادية، مرجع سابق، ص 126.

<sup>4</sup> محمد رضا بوسنة، تحليل العلاقة بين هيكل الصناعة والأداء، مرجع سابق، ص 57.

<sup>5</sup> السعيد بريش ونعيمة بجاوي، أهمية التكامل بين أدوات مراقبة التسيير في تقييم أداء المنظمات وزيادة فعاليتها، مرجع سابق، ص 29.



### 1.1.1. العوامل السياسية (Political factors).

تعتبر هذه العوامل عن كيفية ومدى تدخل الدولة في نشاط المنظمات<sup>1</sup>، وكذلك على الإستقرار السياسي في الدولة؛ السياسة الداخلية والخارجية التي تنتهجها الدولة، القوانين المنظمة لنشاط وأسواق المنظمات، بحيث لهذه التغيرات أثر على الأداء قد يكون إيجابى أو سلبى وجب التخفيف من حدته<sup>2</sup>.

### 2.1.1. العوامل الإقتصادية (Economic factors).

تشكل هذا النوع من العوامل التأثير البالغ على المنظمات خاصة الصناعية منها؛ نظرا لطبيعة نشاط المنظمات من جهة وكون المحيط الإقتصادي هو مصدر مختلف موارد المنظمات ومستقبل منتجاتها من جهة أخرى، بحيث تؤثر هذه العوامل على أداء المنظمة في المستوى القصير (كالموارد، الطاقة، المنافسة)؛ مما يخل آثار على المدى الطويل<sup>3</sup>. من بين هذه العوامل: الناتج الداخلى الخام؛ الذي يعكس الوضع الإقتصادي للبلد، معدلات الفائدة والتضخم، القدرة الشرائية للمواطنين، مستويات الأجور.

### 3.1.1. العوامل الإجتماعية (Social factors).

تشمل هذه المتغيرات كل من النمو الديمغرافي، السلوك الإستهلاكي والبيئى للمجتمع، المستوى المعيشي والصحي للأفراد؛ القيم الأخلاقية والتيارات الفكرية للمجتمع الذي توجد فيه المنظمة؛ أي كل الظروف التي لها علاقة بالمجتمع، وقد تقف هذه العوامل في كثير من الأحيان كعائق أمام ممارسة أداء المنظمات<sup>4</sup>.

### 4.1.1. العوامل التكنولوجية (Technology factors).

تعد هذه العوامل من العوامل المهمة جدا في تحديد أداء المنظمة؛ على إعتبار إمكانية تأثيرها في كيفية إستغلال المنظمة لمواردها؛ وكذلك كيفية القيام بالنشاطات المختلفة وبالتالي إرتباطها إلى حد بعيد بالكفاءة والفعالية للمنظمة عن طريق تخفيض ورفع حجم التكاليف وزيادة جودة المنتجات<sup>5</sup>. تضم هذه

<sup>1</sup> علي عبد الله، أثر البيئة التسويقية على أداء المؤسسات العمومية الإقتصادية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2001، ص 69.

<sup>2</sup> سعود وسيلة، حوكمة المؤسسات كأداة لرفع أداء المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، مرجع سابق، ص 134.

<sup>3</sup> نعيمة يحيوي، أدوات مراقبة التسيير بين النظرية والتطبيق دراسة حالة: قطاع صناعة الحليب، أطروحة دكتوراه علوم في العلوم الإقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر-باتنة، الجزائر 2009، ص 220.

<sup>4</sup> السعيد بريش ونعيمة يحيوي، أهمية التكامل بين أدوات مراقبة التسيير في تقييم أداء المنظمات وزيادة فعاليتها، مرجع سابق، ص 29

<sup>5</sup> محمد رضا بوسنة، تحليل العلاقة بين هيكل الصناعة والأداء، مرجع سابق، ص 57.

العوامل إطلاق منتجات جديدة، كل الإستثمارات العامة والخاصة في مجال البحث والتطوير سرعة تحويل ونقل التكنولوجيا؛ براءات الإختراع والإبتكار<sup>1</sup>.

### 5.1.1. العوامل البيئية (Environmental factors).

تتمثل العوامل البيئية في كل المتغيرات التي تنشأ وتتغير خارج المنظمة؛ والتي تؤدي حتما إلى التغيير الحتمي في مسار المنظمة<sup>2</sup>. وتعرف كذلك هذه العوامل بأنها مجموعة الظروف الجيولوجية والمناخية والديمغرافية التي تعمل في ظلها المنظمة، من بينها: حجم البلد؛ المناخ والموارد الطبيعية ومدى توفرها وإستغلالها؛ تكاليف المواد الطاقوية..... إلخ<sup>3</sup>.

### 6.1.1. العوامل القانونية ( Legal factors ).

تشمل هذه العوامل مجموعة من القوانين التي تؤطر نشاط المنظمات بصفة مباشرة وغير مباشرة؛ مثل قوانين المستهلك، حماية البيئة، قوانين الخاصة بالعلاقات مع العاملين، القوانين الخاصة بالنظام الإقتصادي، قوانين المنافسة والإحتكار، قوانين الإندماج وغيرها. هذه العوامل هي نتاج نظام قانوني يحدد الحقوق والواجبات للمنظمات ولمختلف المتعاملين الإقتصاديين معها<sup>4</sup>.

### 2.1. العوامل الداخلية:

تتمثل العوامل الداخلية المؤثرة في الأداء؛ بمختلف المتغيرات الناتجة عن تفاعل عناصر المنظمة الداخلية؛ والتي بدورها تؤثر على أدائها، يمكن للمنظمة أن تتحكم فيها وتحديث تغيرات تسمح من زيادة الآثار الإيجابية والتقليل من الآثار السلبية<sup>5</sup>، وعليه تم تجميع المتغيرات الداخلية المؤثرة في الاداء في مجموعتين رئيسيتين هما:

<sup>1</sup> سعود وسيلة، حوكمة المؤسسات كأداة لرفع أداء المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، مرجع سابق، ص135.

<sup>2</sup> ثابت عبد الرحمان الإدريسي، الإدارة الإستراتيجية (مفاهيم ونماذج تطبيقية)، الدار الجامعية، مصر، 2003، ص213.

<sup>3</sup> الهاشمي بن واضح، تأثير متغيرات البيئة الخارجية على أداء المؤسسات الإقتصادية الجزائرية دراسة حالة قطاع خدمات الهاتف النقال في الجزائر (2011/2008)، أطروحة دكتوراه في العلوم الإقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس - سطيف1-، الجزائر، 2014، ص 54.

<sup>4</sup> الهاشمي بن واضح، تأثير متغيرات البيئة الخارجية على أداء المؤسسات الإقتصادية الجزائرية دراسة حالة قطاع خدمات الهاتف النقال في الجزائر (2011/2008)، مرجع سابق، ص48.

<sup>5</sup> السعيد بريش ونعيمة يحيوي، أهمية التكامل بين أدوات مراقبة التسيير في تقييم أداء المنظمات وزيادة فعاليتها، مرجع سابق، ص 29.

### 1.2.1. العوامل التقنية:

تمثل العوامل التقنية؛ بمختلف القوى والمتغيرات التي ترتبط بالجانب التقني في المنظمة وتشمل كل من:

- نوع التكنولوجيا المستخدمة في الأنشطة العملية أو الإدارية<sup>1</sup>؛
- نسبة الاعتماد على الآلات بالنسبة لعدد العمال؛
- الموقع الإستراتيجي للمنظمة؛
- نوعية المنتجات وتصميمه ومدى مطابقته لمعايير الجودة العالمية؛
- نوعية المواد المستعملة وتقنيات المعالجة؛
- تصميم المتميز للأقسام الرئيسية في المنظمة (مخزونات، ورشات، مكاتب، حظيرة العتاد...إلخ).

### 2.2.1. العوامل البشرية:

إضافة للعوامل المذكورة أعلاه؛ يوجد بعض العوامل الأخرى المرتبطة باليد العاملة في المنظمة، والتي تؤثر بشكل مباشر في أداء المنظمة وهي كالتالي:<sup>2</sup>

- الفئات العمرية السائدة بين العمال؛
- مستوى تأهيل الأفراد؛
- التوافق بين مؤهلات العمال والمناصب والتقانة المستعملة؛
- نظام إدارة الموارد البشرية والمكافآت والحوافز المعمول به في الإدارة؛
- الجو السائد بين العمال والعلاقة بين المشرفين والمنفذين.

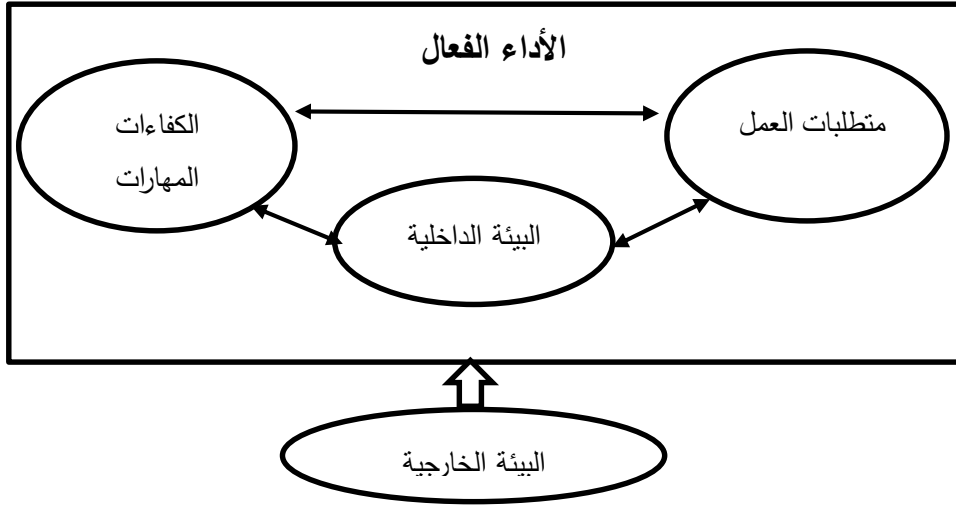
يبقى مجال العوامل المؤثرة في الأداء لا يمكن حصره، إلا أن الدراسات والأبحاث بينت أن الأداء في المنظمة يرتبط بعلاقة وطيدة مع حالة المنظمة بصفة خاصة أي ببيئتها الداخلية، في حين أن البيئة الخارجية تحتم على المنظمة تكيف نشاطها والتأقلم مع الظروف المعرضة لها.

لتحقيق أداء فعال لابد من وجود تكامل بين كل العوامل الداخلية مع الخصائص التي تفرضها بيئة العمل (التنظيمية)؛ في ظل وجود عوامل خارجية تؤثر على نوعية الأداء وحجمه.

<sup>1</sup> العوامة نائل عبد الحافظ، تطوير المنظمات: المفاهيم والهياكل والأساليب، مركز أحمد ياسين للنشر، عمان، 1995، ص75.

<sup>2</sup> عبد الملوك مزهود، الأداء بين الكفاءة والفعالية : مفهوم وتقييم، مرجع سابق، ص 94.

الشكل رقم (1.2): محددات الأداء.



المصدر: عبد الباربي إبراهيم درة، تكنولوجيا الأداء البشري في المنظمات، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003، ص120.

المبحث الثاني: المتغيرات المرتبطة بعملية تقييم الأداء في المستشفيات.

يتطلب كل نشاط في لحظة معينة؛ الوقوف قصد التعرف على النقائص أو الأخطاء المرتكبة في أدائه؛ وذلك من أجل إتخاذ القرارات المناسبة والقيام بالإجراءات التي من شأنها التقليل من الانحرافات أو حتى القضاء عليها؛ لذلك تعتبر عملية تقييم الأداء الوسيلة التي تعنى بتوجيه النشاط نحو المسار الصحيح والعمل على زيادة فعاليته وكفاءته.

المطلب الأول: مقاربات عملية تقييم الأداء.

تعدد تعاريف تقييم الأداء؛ تبعا لتعدد الجهات المختلفة في تحديد مفهوم الأداء، فمنهم من عرف عملية تقييم الاداء على أنها " تقييم نشاط الوحدة في ضوء ما توصلت إليه من نتائج في نهاية فترة زمنية محددة؛ وهي تهتم أولا بالتحقق من بلوغ الاهداف المخططة والمحددة مقدما؛ وبقياس كفاءة الوحدة في إستخدام الموارد المتاحة سواء كانت مادية أو مشرية". كذلك تقييم الاداء هو " التأكد بصورة منتظمة وموضوعية من ملائمة النشاطات وفعاليتها وكفاءتها وتأثيرها في ضوء ما نتوخاه من أهداف"<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> مريم زعبيط، مبادئ إعداد وتقييم عملية التكوين المهني في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الإخوة منتوري -قسنطينة01-، مجلد 25، العدد 04، الجزائر، 2014، ص332.

جاء تعريف الباحث "R.Fisher" بأنها " العملية التي يتم بواسطتها تحديد المساهمات التي يعطيها الفرد لمؤسسته خلال فترة زمنية محددة<sup>1</sup>. مبينا أهمية تقييم أداء الأفراد وما يحققه من نتائج أثناء تأديته لمهامه، من خلال الاهتمام بالجانب السلوكي له، إلا أنه قلل من الأثر الذي يتركه على النظام ككل (المنظمة)، وأن النظام مرتبط بأبعاد أخرى للأداء (إجتماعية، إقتصادية، بيئية... إلخ).

يعرف الدكتور **عبد الفتاح بوخمخ** عملية تقييم الأداء على أنها " النظام الذي بموجبه يتم الحصول على معلومات عن الأفراد في جميع المستويات الإدارية؛ بإستخدام أساليب تسمح بتقدير مدى قدرتهم على تحقيق معايير الأداء. بحيث يكون تقييم الأداء بشكل دوري ومنظم، تستخدم بياناته في عملية إتخاذ القرارات"<sup>2</sup>.

عادة ما يتم الربط بين الأداء بالعنصر البشري؛ كونه العنصر الفعال في تحريك النشاط والنواة التي تؤثر في تحقيق النتائج؛ لذلك فبعض الباحثين عرف تقييم الأداء كونه " التعرف على مستويات أداء العاملين ومدى صلاحيتهم للنهوض بأعباء الوظائف الحالية وإمكانية تحملهم لمستويات ووظائف ذات مستوى أعلى"<sup>3</sup>.

إلا أن عملية تقييم الأداء هي مفهوم أوسع من حصره على المورد البشري فقط، فهي " عملية إستراتيجية يمكن إستخدامها كأداة أو طريقة يتم بموجبها إدارة وتوجيه الأداء نحو أهداف فردية وجماعية وتنظيمية محددة؛ وهي العملية التي تمكن المنظمة من الحصول على التغذية المرتدة لفعالية تحقيق أهدافها"<sup>4</sup>.

لذلك جاءت العديد من التعاريف الأخرى التي تقول أن "عملية تقييم الأداء هي إصدار حكم عام على النظام ككل من خلال دراسة مختلف الفاعلين والمعنيين دراسة دقيقة يكون هدفها إتخاذ قرارات مستقبلية تدعم ما هو إيجابي وتصحح ما هو سلبي"<sup>5</sup>.

وأضاف "Gary Dessler" بأنها " تقييم للأداء الحالي أو الماضي بالنسبة لمعدلات أدائه"، إنطلاقاً من تعريفه عملية تقييم الأداء نستنتج أنها إعداد ووضع معدلات معينة؛ لتقييم الأداء على أساس هذه

<sup>1</sup> نور الدين شنوفي، تفعيل نظام تقييم أداء العامل في المؤسسة العمومية الإقتصادية دراسة حالة المؤسسة الجزائرية للكهرباء والغاز، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2005، ص14.

<sup>2</sup> عبد الفتاح بوخمخ، تسيير الموارد البشرية (مفاهيم أساسية وحالات تطبيقية)، دار الهدى، الجزائر، 2011، ص183.

<sup>3</sup> ثابت عبد الرحمن إدريس، إدارة الأعمال: نظريات ونماذج وتطبيقات، الدار الجامعية، مصر، 2005، ص564.

<sup>4</sup> أندروسي زلاقي ومارك جي ولاس، السلوك التنظيمي والأداء، ترجمة: جعفر أبو قاسم، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1991، ص379.

<sup>5</sup> وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير، شعبة تسيير منظمات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 01، الجزائر، 2016، ص64.

المعدلات؛ أو إستعمال نتائج مقارنة الأداء مع المعدلات من أجل التخلص من العيوب والعمل على الرفع من مستوى أداء إلى المعدلات المرغوبة<sup>1</sup>.

تهدف عملية تقييم الأداء إلى " البحث في مدى كفاءة المنظمات في إستخدام كافة الموارد المتاحة؛ الإستخدام الأمثل بطريقة إقتصادية دون تلف أو إسراف أو ضياع، كما تركز على زيادة فعالية المنظمة في تحقيق الأهداف العامة"<sup>2</sup>. بمعنى أن عملية تقييم الأداء هي تقييم للنتائج التي حققتها المنظمة في نهاية فترة زمنية؛ من خلال قياس فعاليتها (نسبة تحقيقها للأهداف) وكفاءتها (الإستخدام الأمثل والعقلاني للموارد المتاحة).

كذلك يعرف تقييم الأداء بكونه العملية التي بموجبها يقاس الأداء؛ طبقا لمهام وواجبات وظيفية في ضوء الإنجاز الفعلي؛ مما يساعد على معرفة جوانب الخلل، الإنحرافات، نقاط القوة والضعف؛ والعمل على التقليل من الآثار السيئة للإنحرافات وتعزيز نقاط القوة.<sup>3</sup>

تسمح عملية تقييم الأداء بتوضيح نتائج الأنشطة مقارنة بالأهداف المحددة مقدما من طرف المنظمة، وإعطاء صورة واضحة لموقع المنظمة مقارنة بإنجازها الحالي، من خلال فحص تحليلي إنتقادي شامل، لخطط وطرق تشغيل المنظمة، إضافة لكيفية إستغلال الموارد البشرية والمادية، بهدف التحقق من كفاءة إستخدام الموارد وفعالية تحقيق النتائج<sup>4</sup>.

أفضل ما قيل عن تقييم الأداء؛ أنه عملية إدارية فنية؛ يتم من خلالها تجميع ومعالجة البيانات من أجل إستخراج نتائج وصفية وكمية تدل على مستويات الأداء المحقق بالمنظمة؛ والقيام بمقارنات مع قيم معيارية توضح ما ينبغي أن يتحقق؛ وعلى هذا الأساس يتم تحديد مستوى كفاءة وفعالية المنظمة ومدى التحسن والتراجع في مسيرتها والتزامها بالقواعد واللوائح التي تضبط النشاط خلال فترة زمنية محددة. كما لا تغفل هذه العملية الوقوف على أساليب العمل والتعامل مع أنماط وسلوك الأفراد<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> جاري ديسلر، إدارة الموارد البشرية، ترجمة: محمد سيد أحمد عبد المتعال، دار المريخ، الرياض، ص 322، متاح على الموقع [https://archive.org/details/khalid\\_201611](https://archive.org/details/khalid_201611)، شوهد يوم : 2018/08/06، على الساعة 18:38.

<sup>2</sup> صلاح الدين محمد عبد الباقي، الجوانب العملية والتطبيقية في إدارة الموارد البشرية بالمنظمات، الدار الجامعية، مصر، 2001، ص257.

<sup>3</sup> أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية من منظور القرن 21، القاهرة، 2000، ص 332، متاح على الموقع :

<http://dar.bibalex.org/webpages/mainpage.jsf?PID=DAF-Job:63945&q>، شوهد يوم 2018/07/31، الساعة: 20:14.

<sup>4</sup> سهام نواري، محاولة تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر دراسة حالة مقارنة بين أداء المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات شهادة دكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2018، ص25.

<sup>5</sup> عامر خضير الكبيسي، إدارة الموارد البشرية في الخدمة المدنية، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2005، ص189.

## 1. علاقة تقييم الأداء بالرقابة:

من خلال تعريف عملية تقييم الأداء بأنها "القياس الفعلي للأداء ومقارنته بمعايير محددة"<sup>1</sup>. وهي عبارة عن عملية إدارية أساسية تظهر في نهاية الأنشطة الإدارية لقياس ما تم تنفيذه<sup>2</sup>؛ نستنتج أن عملية تقييم الأداء؛ ذات خاصية رقابية تهدف إلى التأكد من أن الأداء المحقق مطابق للأداء المخطط له أو مطابق لمستويات الأداء المرغوب فيها. ولا يكون ذلك إلا بعد القيام بقياس الأداء الفعلي وهذا ما يساعد على إتخاذ الإجراءات التصحيحية الموجهة لتحقيق الأهداف المرجوة؛ مما يعني أن قياس الأداء مرحلة أساسية في عملية التقييم.

بفرض أن الرقابة هي إحدى مبادئ العملية الإدارية؛ التي تسعى إلى متابعة العمل وقياس الإنجاز الفعلي، لذلك أساس قيام عملية رقابية محكمة هو المقارنات الإيجابية للإنجازات التي يجب تدعيمها والإنحرافات السلبية التي يجب علاجها وتفاديها مستقبلا والعمل على تحقيق الأهداف المطلوبة<sup>3</sup>.

تضمن الرقابة الممارسة السليمة للنشاط مما يحقق الأداء المثالي؛ وهي تمر بثلاثة مراحل أساسية:

- **تحديد الأهداف والمعايير الرقابية:** تعتبر هذه الخطوة من أهم خطوات عملية الرقابة لأن المعايير التي يتم وضعها تعتبر حجر الأساس الذي تقوم عليه الرقابة؛ إذ بدون هذه المعايير يتعذر التفرقة بين الأداء الجيد والرديء، فبدون مقاييس الأداء لا نستطيع مقارنة مستوى الأداء الفعلي بالمستوى المعياري المحدد سابقا، ما تتضمنه هذه المرحلة من قواعد وضوابط ومعدلات الأداء المعيارية محددة مسبقا؛ يتم على أساسها تقييم ما تم من أعمال وما قدم من خدمات<sup>4</sup>.
- **تقييم الأداء:** هي الخطوة الثانية للرقابة؛ وذلك لمعرفة مدى قرب الأداء الحالي للأهداف أو المعايير التي تم تحديدها سابقا كما أنه من الصعب القيام بمراقبة مختلف الأعمال في غياب وجود المعايير وبدون قياس دوري لمستوى الأداء<sup>5</sup>.
- **تحديد الأسباب وتصحيح الإنحرافات:** تعمل المقارنة بين الأداء الفعلي والمعايير على الكشف عن الإنحرافات في حالة وجودها و تحديد اتجاهاتها؛ وكذلك لتمكين المنظمة التنبؤ بالنتائج المستقبلية

<sup>1</sup> ثابت عبد الرحمن إدريس وجمال الدين محمد المرسي، الإدارة الإستراتيجية، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، مصر، 2002، ص423.

<sup>2</sup> محمد محمود يوسف، البعد الإستراتيجي لتقييم الأداء المتوازن، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2005، ص79.

<sup>3</sup> محمد الصيرفي، إدارة الأعمال الحكومية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، مصر، 2005، ص283.

<sup>4</sup> أحمد عرفة وسمية شبلي، الإدارة والفراغ، فعاليات التخطيط والرقابة، دار النيل للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1989، ص277.

<sup>5</sup> صالح هشام صادق، المدخل في التخطيط والرقابة، الجامعة المفتوحة، ليبيا، 1998، ص110.

وجعلها قادرة على مواجهة الأخطاء و إتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة<sup>1</sup>. ومن المعلوم أنه نادرا ما يتم التطابق بين الأداء الفعلي والأداء المعياري أو الأداء المخطط له؛ لذلك العمل التصحيحي يصبح ضروريا عندما يبتعد الأداء عن المعايير.

يمكن القول أن عملية تقييم الأداء؛ تستهدف دراسة كل الجوانب التي تصاحب مراحل إنجاز النشاط؛ سواء الجوانب الإيجابية أو السلبية على مستوى الأفراد والوحدات؛ أما قياس الأداء فيساعد على تحديد الانحرافات وتوضيح الإجراءات التصحيحية الواجب إتباعها، كما أن الرقابة الجيد لا يمكن أن تحقق نتائجها المرجوة منها بدون قيام عملية تقييمية للأداء تتصف بالجدية والموضوعية؛ لذلك التداخل والترابط بين عملية الرقابة وتقييم الأداء؛ يعتبر حقيقة لا يمكن تجاهلها.

## 2. أنواع تقييم الأداء:

تمس عملية تقييم الأداء بالمنظمة جميع نواحي النشاط، لذلك لا يمكن النظر إليها بصورة متفردة أو مجزئة، فالهدف منها هو الوصول إلى كفاءة الإستغلال مقابلة بفعالية تحقيق النتائج والأهداف التي لا تنفصل عن رسالة المنظمة وتوجهاتها، لذلك تم إقتراح الطرق التالية في التقييم<sup>2</sup>:

- **تقييم الأداء المخطط:** هي الطريقة التي تقارن المؤشرات الواردة من مختلف الأنشطة بالمؤشرات المخططة لها مستقبلا أو المستويات المستهدفة؛ والموضوعة وفق سياسات المنظمة التي تخدم رسالتها على المستوى القريب والبعيد، وهي الطريقة التي تقييم أداء المنظمة في مدى تحقيقها لأهدافها سواء من ناحية النتائج أو من ناحية العملية التشغيلية. تسمح هذه الطريقة بتحديد الانحرافات والأخطاء التي حدثت في عملية التنفيذ.

- **تقييم الأداء الفعلي:** يقصد بها النوع تقييم كفاءة إستغلال الموارد ومستوى تحقيق النتائج، من خلال مقارنة نفس المؤشرات في حقبات زمنية مختلفة، ممكن أن تكون لنفس السنة أو أخذ سنة معينة كأساس للقياس. تسمح هذه الطريقة بمعرفة التغيرات الحاصلة في أنشطة المنظمة ومدى تحقيقها للنتائج، كما أنها تستطيع الحصر وضبط المسببات بشكل أدق.

<sup>8</sup> سعيد محمد المصري، التنظيم والإدارة مدخل معاصر، الدار الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، مصر، 1999، ص244.

<sup>2</sup> منصف شرفي، محاولة تقييم الأداء الإقتصادي للمؤسسات الإقتصادية في الجزائر -دراسة حالة مؤسسة الأشغال العمومية بقسنطينة، Revue des reformes Economique et intégration dans l'économie mondiale، المدرسة العليا للتجارة، العدد 02، مجلد 13، الجزائر، 2019، ص04.



- **تقييم الأداء المعياري:** هي الطريقة التي تقوم بمقارنة النتائج الفعلية مع قيم معيارية محددة مسبقا، ويتم ذلك وفق طريقتين؛ إما من خلال قيم معيارية خاصة بالمنظمة تشمل فعاليتها تكلفة الموارد وحجمها، حجم الإنتاج، القيمة المضافة نسبة الأهداف المحققة ومن ثم الحكم على أداء المؤسسة إما مرضي أو لا. وإما من خلال نتائج المؤسسات المشابهة لها من حيث الإمكانيات والقدرات الإنتاجية ونوع النشاط بشكل يسمح لها بمنافسة هذه الشركات أو على الأقل الوصول لنفس مستويات أدائها.
- **تقييم الأداء الشامل:** يستلزم في هذا النوع من التقييم شمول كل الجوانب في نشاط المنظمة، بإستخدام جميع المؤشرات سواء المقارنة أو المعيارية. وأن يتم تغليب نشاط متميز بالنسبة للمنظمة عن الأنشطة الأخرى، كتقييم مستوى الإستخدامات بحجم المخرجات أو العوائد الكمية أو المعنوية.

### 3. معايير تقييم الأداء:

تمثل معايير تقييم الأداء المتغيرات التي إذا جمعت تعطي للأداء صورته النهائية، لذلك يعد إختيار هذه المعايير من الأمور اللازمة لنجاح تنفيذ هذه العملية؛ يرجع ذلك لمساعدة هذه المعايير في قياس كل أو جزء من عملية أو نظام أو خطة أو هدف إستنادا لإستراتيجية المنظمة، وهو لا يستلزم أن يكون رقما؛ بل يتخذ شكلا من أشكال المعلومات يفسر ظاهرة معينة. بحيث يسمح بتقديم الدعم والأساس لتطوير الأداء بشكل عام<sup>1</sup>، تصنف عموما معايير تقييم الأداء إلى نوعين أساسيين هما: <sup>2</sup>

#### 1.3. معايير العناصر:

تعتبر معايير العناصر، وسيلة لضبط وتحديد الصفات والمميزات التي يجب أن تتوفر في مستوى الأداء؛ والتي تساهم في العمل بكفاءة ونجاح؛ إضافة إلى كافة أنواع السلوكيات المحيطة بالنشاط؛ بحيث تنقسم هذه العناصر إلى عناصر ملموسة تسمح بتقييمها وعناصر غير ملموسة يصعب تقييمها<sup>3</sup>، من بين الأمثلة على هذه الصفات: الإخلاص، التقاني في العمل، التعاون، الأمانة، المسؤولية الإجتماعية....إلخ.

<sup>1</sup> Kennouche Samia, **Evaluation multicritères de la performance des entreprises : cas d'un échantillon d'entreprise de la wilaya de Bejaia**, Thèse en vue de l'obtention du diplôme de doctorat en sciences, Filière science de gestion, Faculté de sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, Université A.Mira –Bejaia-, Alger, 2021, P56.

<sup>2</sup> خالد ماضي أبو ماضي، معوقات تقييم أداء العاملين في الجامعات الفلسطينية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية -غزة-، فلسطين، 2007، ص17.

<sup>3</sup> فيصل حسونة، إدارة الموارد البشرية، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص 149.

تسمح هذه الوسيلة بقياس جملة من الصفات؛ الواجب تواجدها داخل المنظمة وكذلك في شخص الموظف وكذا تصرفاته تجاه المنظمة والبيئة التي ينتمي إليها؛ إلا أنه لوحظ إختلاف في نوعية هذه الصفات فمنها البارز سهل التقييم ومنها المستتر والذي يتعذر تقييمه بسهولة؛ لذلك تنقسم هذه العناصر المراد التقييم بها إلى صنفين هما:<sup>1</sup>

• **العناصر الملموسة:** وتتمثل في كل الصفات التي يسهل قياسها في المنظمة أو لدى الموظف كالإنضباط، جودة العمل أو المنتج، إحترازية المهام والتقارير، بالإضافة للعناصر التي تسمح بإخضاعها للرقابة وتتمثل عموماً فيما يلي:<sup>2</sup>

- **القيادة:** تعكس القيادة القدرات والمهارات الإستشرافية؛ الرغبة في تحمل المسؤولية؛ الإبداع والتطوير والإبتكار في العمل، كما لا تخلو من التحكم في مهارات الإتصال والإعلام الشفوي والكتابي.<sup>3</sup>

- **التخطيط:** وهو المقدرة على إتخاذ قرار حاضر بما سيتم في المستقبل وكيف سيتم ووقت إتمامه ومن سيقوم به، ويعكس الرؤية العميقة للمنظمة وإمكانية وضع البرامج المناسب للعمل؛

- **التنظيم:** وهو قدرة المنظمة على التوفيق بين كم العمل المطلوب لتحقيق الأهداف المسطرة والموارد المتاحة لها في إطار زمني محدد؛

- **الرقابة:** وهي رغبة على الإلمام بجميع حيثيات الأداء؛ والتحكم في تقنيات التدقيق في النشاط؛

- **الإنضباط في المواعيد:** إدارة الوقت والإلتزام بالجدول الزمنية للنتائج.

• **العناصر الغير ملموسة:** تعبر الصفات الغير ملموسة عن كل السمات المرتبطة برسالة المنظمة ككل والتي يغلب فيها الطابع السوسولوجي، لذلك يصعب حصرها وقياسها بطريقة موضوعية؛ حيث أنها تخضع لشفافية الأهداف والفهم الشخصي لرسالة المنظمة، ومثل هذه العناصر كثيراً ما تكون محل الجدل والخلاف بين أطراف التقييم، نذكر منها: المنافسة الشريفة، إحترام البيئة الخارجية، موقع رضا الزبائن نحو أنشطة المنظمة، الرضى الوظيفي، المرافقة المجتمعية .....إلخ.

<sup>1</sup> شاويش مصطفى نجيب، إدارة الموارد البشرية: إدارة الأفراد، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص101.

<sup>2</sup> عياصرة محمود معن وبني أحمد محمد مروان، القيادة والرقابة والإتصال الإداري، الطبعة الأولى، دار حامد، عمان، 2008، ص 108.

<sup>3</sup> رون ولينجهام، الناس هم الأساس نظرة جديدة للقيادة، خلاصات كتب المدير ورجل الأعمال، العدد 18، السنة السادسة، الشركة العربية للإعلام العلمي (شعاع)، القاهرة، مصر، سبتمبر 1998، متاح على الموقع <http://elibrary.medi.u.edu.my/books/MAL00169.pdf>، شوهد يوم 2018/08/13، الساعة 13:39.

### 2.3. معايير معدلات الأداء:

تعني معدلات الأداء في عملية تقييم الأداء؛ الميزان الذي بواسطته يقوم المقيم بوزن الأداء؛ ومعرفة كفاءة وفعالية النشاط كما ونوعا، بحيث يتم ذلك من خلال مقارنة العمل المنجز مع المعدل المرغوب والمحدد مسبقا (معدل الأداء)، مما يسمح بالتعرف على مستوى الأداء في المنظمة من حيث الكمية والجودة.

هي الوسيلة التي تعكس حجم ومستوى الأداء؛ بإستخدام الإمكانيات المتاحة في ظروف عمل عادية؛ من خلال الإلتزام بالشروط الموضوعية للعمل؛ وعليه تم تقسيم معدلات قياس الاداء إلى ثلاثة أنواع: <sup>1</sup>

- **المعدلات الكمية:** التي بموجبها يتم تحديد كمية النشاط وحجمه خلال فترة زمنية محددة، تسمح هذه المعدلات بدراسة مستويات الإستغلال والإنتاجية ومقارنتها وإستخراج نسب إحصائية منها؛ من أجل متابعة تطورها والحكم عليها.

- **المعدلات النوعية:** وهي المعدلات التي يتم بموجبها تحديد الجودة الإنتاجية للنشاط، عادة متكون عبارة عن صفة أو أداة وصفية لكيفية أو طريقة ممارسة النشاط ونتائجه.

- **المعدلات النوعية والكمية:** وهي عبارة عن معدل للنوعين السابقين، بحيث يفرض إلزامية وصول حجم نشاط إلى مستوى معين مع ضرورة إلتزام بنوعية (جودة وإتقان) نشاط محددة.

تم تطبيق هذه المعدلات في بادئ الأمر على الأعمال الإنتاجية والمبيعات؛ أين تم وضع معدلات أداء في شكل كمية الإنتاج ونوعيته أو رقم الأعمال، التكاليف، مستوى العائد المالي والإقتصادي من إستغلال رأس المال... إلخ؛ لكن مع الزمن أصبح تطبيق هذه المعدلات يمس الوظائف الإدارية والإشرافية؛ بإعتبارها أكثر نتائج التقييم دقة؛ وهي الطريقة التي تدرس عوامل وموارد وطرق الأداء وربطها بالنتائج المحققة.

### 4. أهمية تقييم الأداء:

تعتبر عملية تقييم الأداء إحدى سياسات إدارة الأفراد والمنظمات التي لا غني عنها نظرا لأهميتها، من خلال تطبيقها على أسس سليمة تتوافر فيها الموضوعية قدر الإمكان، والتي تسمح بتفسير وتوضيح

<sup>1</sup> فيصل حسونة، إدارة الموارد البشرية، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص 149.

الأداء الكلي للمنظمة؛ من خلال كشف نقاط القوة والضعف؛ التأكد من نجاعة السياسات والإجراءات. وعليه تبرز أهمية تقييم الأداء في النقاط التالي: <sup>1</sup>

- معرفة مستوى إنجاز المؤسسة للوظائف المكلفة بأدائها مقارنة بالوظائف المخطط لها؛
- معرفة نقاط الضعف والقوة؛ وانعكاساتها على الإنتاجية والفعالية للمنظمة؛
- الكشف عن أماكن الخلل والضعف في نشاط المؤسسة، وإجراء تحليل شامل لها مع تبيان مسببات ذلك مع وضع الحلول اللازمة لها وتصحيحها<sup>2</sup>؛
- تصحيح السياسات التخطيطية ووضع مؤشرات توازن بين الطموح والإمكانات المتاحة؛
- تزويد المسؤولين ومتخذي القرار بمعلومات حول مستوى أداء المنظمة؛ وسيلة لتوضيح تصورات المسؤولين تجاه تطور أداء من يتولون الأنشطة؛
- معرفة مساهم الموظفين في تحقيق أهداف المنظمة ومدى ملائمة الموظفين لمناصب عملهم؛
- فرصة لتدارك الأخطاء وتنمية المهارات والتقليل من الآثار السلبية للانحرافات؛
- تعتبر عملية تقييم الأداء العادلة وسيلة لضمان إستقرار المنظمة؛ كونها تحافظ على توازنها من خلال الحصول على رضا العاملين؛ المساهمين؛ الزبائن<sup>3</sup>.
- وسيلة لتوضيح نقاط القوة والضعف، والدافع للتحسين المستمر؛
- تعتبر عملية تقييم الأداء بمثابة الإختيار الحكم على مدى سلامة ونجاح الطرق المستخدمة في إنجاز الأنشطة الوسيطة.
- تؤدي عملية تقييم الأداء إلى الإستخدام الأمثل للموارد؛
- توضح العلاقات التبادلية بين المنظمة وبيئتها؛
- تساعد على التحقق من قيام الوحدات بوظائفها بأفضل كفاءة ممكنة<sup>4</sup>؛

<sup>1</sup> سعد صادق بحيري، إدارة توازن الأداء، الدار الجامعية، مصر، 2004، ص17.

<sup>2</sup> منصف شرفي، محاولة تقييم الأداء الإقتصادي للمؤسسات الإقتصادية في الجزائر -دراسة حالة مؤسسة الأشغال العمومية بقسنطينة، مرجع سابق، ص04.

<sup>3</sup> محمد نوري، أنظمة تقييم الأداء وأثرها على إدارة الموارد البشرية في المؤسسة الإقتصادية، مرجع سابق، ص 116.

<sup>4</sup> حسن بوعايدة، تقييم الاداء الإستراتيجي للمؤسسات الإقتصادية بإستخدام أسلوب المراجعة الإستراتيجية -دراسة حالة تعاونية الحبوب والخضر الجافة لولاية المسيلة-، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، تخصص علوم تجارية، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، بدون ذكر السنة، ص62.

## 5. أهداف عملية التقييم:

تعتبر عملية تقييم الأداء إختبار لأداء المنظمة، الغرض منه تحديد نقاط القوة والضعف مع تسليط أسبابا ذلك، هذا ما سيعطى صورة واضحة لوضعية المنظمة تجاه بيئتها الداخلية والخارجية<sup>1</sup>، لذلك تسعى عملية تقييم الأداء إلى تحقيق جملة من الأهداف، يمكن تصنيف أهداف هذه العملية إلى ثلاثة مستويات رئيسية:<sup>2</sup>

### - أهداف بالنسبة للمنظمة:

- تصبو عملية تقييم الأداء على إرساء نظام رقابي فعال؛ يعمل على حفظ بيانات حول أداء المنظمة مع تحديد نقاط القوة والضعف؛ عن طريق أساس موضوعي وحيادي، وهذا من أجل تسهيل التقييم المستمر للمنظمة؛ مما يعمل على تحسين العملية الرقابية.
- التحقق من مدى قدرة المؤسسة في تحقيق أهدافها؛
- تسليط الضوء على كفاءة إستغلال الموارد المتاحة (بشرية، مادية، مالية)؛
- الإسهام في التطوير الشامل للمنظمة، من خلال تشخيص المشكلات والعمل على معالجتها؛
- الوصول لأفضل مستوى لرضى الزبائن؛
- الكشف عن الأسباب التي أدت إلى عدم تحقيق الأهداف وإقتراح الوسائل الكفيلة للقضاء على الإنحرافات<sup>3</sup>؛
- الرفع من مستوى أداء الموظفين وإستثمار قدراتهم لصالح تطوير وتثمين المنظمة؛
- خلق الجو الملائم وتحسين المحيط الإجتماعي للمنظمة؛ بزيادة الثقة والتعامل الاخلاقي؛
- الوصول إلى تحديد معدلات ومعايير موضوعية لتحديد معدلات الأداء ذات الإستعمال طويل الأمد.
- وضع أسس البرامج التدريبية وتحديد إستراتيجية الحصول على الموارد البشرية ذات الكفاءة والتي تتماشى مع إحتياجات المنظمة.

<sup>1</sup> Abdellah Boujlida, **La performance financières des PME manufacturieres : conceptualisation et mesure**, mémoire comme exigence partielle de la maitrise en gestion des PME et de leur environnement, Université du Québec a trois-rivières, 2002, P10.

<sup>2</sup> بويرطخ عبد الكريم، دراسة فعالية نظام تقييم أداء العاملين في المؤسسات الاقتصادية دراسة حالة مؤسسة الجرارات الفلاحية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري- قسنطينة-، الجزائر، 2012، ص20.

<sup>3</sup> بركات ربيعة، دور تقييم الأداء في تحسين الخدمات العمومية -دراسة حالة: وحدة البريد الولائية بسكرة-، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر ، بسكرة، 2006، ص 70.

- أهداف خاصة بالتنظيم:

- يسمح تقييم الأداء للإدارة العليا؛ على مراقبة الجهود المبذولة والقدرات الإشرافية والتوجيهية؛ من خلال إقتراح برنامج التدريب المناسبة<sup>1</sup>؛
- تكوين علاقات جيدة مع المتعاملين والتقرب إليهم للتعرف على مشاكلهم وصعوباتهم؛
- تنمية قدرات في مجالات الإشراف والتوجيه واتخاذ القرارات السليمة؛
- التعرف على مستوى نشاط عموماً وتحديد الأفراد المتميزين خصوصاً؛

- أهداف خاصة بالأفراد:

- تحقيق حالة الشعور بالمسؤولية إتجاه تحقيق أهداف المنظمة؛
- تقديم مجموعة من الوسائل المناسبة لتطوير وتحسين السلوك والأداء الداخلي والخارجي؛
- حشد الموارد البشرية الجيدة للمنظمة وترقية المستخدمين ذوي المهارات والقدرات العالية،
- التغذية العكسية لحقيقة الوحدات التشغيلية.

<sup>1</sup> بويرطخ عبد الكريم، دراسة فعالية نظام تقييم أداء العاملين في المؤسسات الإقتصادية دراسة حالة مؤسسة الجرارات الفلاحية، مرجع نفسه، ص20.

## المطلب الثاني: خصوصيات تقييم الأداء الصحي بالمستشفيات.

قطاع الرعاية الصحية هو مجال في حالة تطور وتغيير مستمر؛ هذا ما يحتم الإهتمام بمراقبة الأداء والعمل الدوري على قياسه وتقييمه؛ من أجل إكتشاف الإنحرافات التي قد تحدث نتيجة عدة عوامل سواء كانت داخلية أو خارجية عن النظام الصحي، كل هذه الجهود الغرض منها تحقيق المرامي الصحية والعمل على ترقية الوضع الصحي للمواطنين.

## 1. تعريف الأداء الصحي:

حسب "Blanc" يقترح تقرير الوكالات الإقليمية للمستشفيات وإدارة نفقات المستشفيات؛ تعريف للأداء الصحي بأنه الأداء الذي يشتمل كل من الكفاءة الاجتماعية والإقتصادية مقارنة بجودة الخدمة الصحية المقدمة (هل تلبى خدمة الرعاية الصحية الإحتياجات الصحية، وهل تتكيف مع معايير الجودة المتوقعة من طرف متلقيها، وهل يمكن الحصول عليها في أوقات الحاجة لها)<sup>1</sup>.

عادة ما يتم التطرق لأداء المرافق الصحية وفقا لأهدافها المحددة مسبقا، ويتم إعتبره فعلا عندما يكون الأداء الصحي قادرا على تلبية الإحتياجات الصحية وضمان الجودة في النشاط؛ من خلال الإدارة الجيدة للمرافق والتكامل بين الكفاءة الاقتصادية والتنظيمية. ويعني ذلك التعامل مع التعقيدات المرتبطة بالكفاءة الاجتماعية والإقتصادية (العرض والطلب على الرعاية)، تلبية الإحتياجات الصحية مع إحترام الجودة المتوقعة بأفضل تكلفة من حيث إمكانية الوصول للرعاية في أفضل الأوقات<sup>2</sup>.

تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الرعاية الصحية "بأنها الخدمات الصحية التي تضمن أن يتلقى المريض مجموعة من الإجراءات التشخيصية والعلاجية التي تكفل له (المريض) أفضل النتائج الصحية وفقا للحالة الراهنة للعلوم الطبية وبأفضل تكلفة، مع تدنية مخاطر الإصابة بالجراثيم والعدوى إلى مستوياتها الدنيا<sup>3</sup>. إضافة إلى أنها زيادة إحتمال تحقيق الحصائل الصحية المرجوة من خلال الخدمات الصحية المتاحة للأفراد والسكان وإتساق هذه الخدمات مع المعارف المهنية، كما يشمل هذا التعريف لجودة الرعاية خدمات تعزيز الصحة والوقاية والعلاج والتأهيل والتلطيف، وينطوي على إمكانية قياسها ومواصلة تحسينها من خلال إتاحة خدمات الرعاية الصحية لكل محتاجيها (الفعالية)، تجنب إيذاء

<sup>1</sup> رايس وفاء، مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الاستشفائية دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر -بسكرة-، مجلة إنماء للإقتصاد والتجارة، جامعة محمد الصديق بن يحي -جيجل-، مجلد02، العدد02، الجزائر، 2018، ص 140.

<sup>2</sup> Valérie Gouffé, **Appropriation des outils de gestion et performance hospitalière : pour une approche interculturelle**, Thèse pour l'obtention du grade de docteur en science de gestion, Université de Pau et des Pays de l'ADOUR, France, 2013, P90.

<sup>3</sup> WHO EUROPE, **Gerontological nursing curriculum**, who Regional Office For Europe, Denmark, 2003, P04.

الأشخاص الذين تستهدفهم الرعاية (المأمونية)، توفير رعاية تستجيب لتفضيلات وإحتياجات الأفراد (التوقيت المناسب)، تقديم نفس الرعاية بصرف النظر عن السن والجنس والعرق أو الإلتناء (الإنصاف)، توفير رعاية تنسق جميع مستويات مقدمي الخدمات الصحية (التكامل)، تعزيز الإستفادة من الموارد المتاحة إلى أقصى حد وتجنب الهدر (الكفاءة)<sup>1</sup>.

وبالنسبة لمنظمة الصحة العالمية (تقرير الصحة في العالم 2000)، فإن القول بأن نظام خدمات الرعاية الصحية ذو أداء فعال يتلخص في مقارنة تحقيق أهداف النظام بما يتمكن النظام من تحقيقه، أي تحقيق أفضل النتائج الممكنة بنفس الموارد، وإعتمد هذا التعريف المكتب الإقليمي الأوربي لمنظمة الصحة العالمية من خلال مشروعه **Performance Assessment Tool For Quality Improvement in Hospitals (PATH)**، والذي يشير إلى أن المستوى المرضي للأداء في المستشفيات، هو المحافظة على أداء يتسق مع المعايير المجتمعية والمهنية المتعلقة بالمرضى"، بمعنى أن يستند الأداء في المستشفيات إلى المهارات المهنية فيما يتعلق بالمعارف الطبية، الموارد والتكنولوجيات المتاحة وإستخداماتها الفعالة، الحد الأدنى من المخاطر بالنسبة للمرضى ومدى إستجابتهم، بالإضافة للمساهمة القصوى في النتائج الصحية<sup>2</sup>.

يعرف كل من " **Lombrail et Naiditch** " الأداء الصحي للمستشفيات بأنه تحقيق النتيجة المرجوة والاهداف المرغوبة؛ وفقا لوجهة نظر: نوعية الرعاية، الأداء الاقتصادي، التغطية الصحية المناسبة. لذلك مفهوم الأداء الصحي هو مفهوم معقد ومتعدد الأبعاد يتأرجح بين رغبات وسياسات حكومية، مسيروا ومدراء، درجة رضا المرضى كل يتناوله حسب درجة إحتياجاته وأهدافه المرجوة منه<sup>3</sup>. بالإضافة أن يستجيب هذا الأداء لإحتياجات السكان بتوفير خدمات رعاية صحية متاحة للجميع بغض النظر عن وضعيتهم الإجتماعية والإقتصادية مع ضمان إستمراريتها إلى حين إستكمال العلاج.

لذلك يمكن تعريف الأداء الصحي سواء للمنظمات الصحية أو المستشفيات بأنه "كل الجهود والأنشطة والخدمات الموجهة للأفراد والجماعات التي تستهدف التأثير في حالتهم الصحية (الجسدية، النفسية، العقلية)، الهدف منها تحسين الوضع الصحي والقضاء على الأمراض، الحد من الأخطار ومسببات

<sup>1</sup> World Health Organization, **Quality health services**, web site <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>, 20 July 2020, see 10/12/2019, at 14 :00.

<sup>2</sup> François Champagne et al, **Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de santé**, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, 2005, P 27.

<sup>3</sup> Jessica Jacques, **Indicateurs de performance clinique hospitalière études empiriques basées sur les données médico-administratives Belges**, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences de la santé publique, Université de Liège, Belgique, 2013, P09.



الوفاء. بحيث تقدم هذه الأنشطة والخدمات وفق أطر تقنية، علمية، إكلينيكية مضبوطة ومقبولة، بدون إقصاء أي محتاج لها، بطريقة مضمونة، آمنة ومستمرة.

## 2. تقييم الأداء الصحي في المستشفيات:

تخص منظمة الصحة العالمية في تقريرها للصحة في العالم لسنة 2000م، الإهتمام البالغ لتقييم مدى إنجاز وفعالية الأنظمة الصحية من خلال تحقيق أربعة أهداف رئيسية هي<sup>1</sup>:

- التغطية الشاملة الكاملة لكل المواطنين؛
- التغطية العادلة لكل المواطنين؛
- عقلانية تكلفة التغطية الصحية؛
- إنتهاج أسس علمية صحيحة من أجل تغطية صحية شاملة.

جاء في نفس التقرير ذكر بعض المؤشرات الأساسية المستدل بها من أجل الوصول للتحسين الصحي المرغوب، تتمثل في إطالة معدل الحياة وتقليل الوفيات وعبئ المرض، كثافة القوى الصحية وتوزيعها، مكافحة بعض الأمراض المعدية كالتهاب السحايا والتيفوئيد والتهاب الكبد الفيروسي بالإضافة لحمى المستنقعات، الليشمانيات، الحصبة، الدفتيريا والسل والإيدز.

ويعتبر هذا التقرير بمثابة مرحلة واحدة من عملية طويلة تتبعها المنظمة، من أجل مواكبة التطور الصحي للأفراد والأسر، فقد سبقه العديد من النشرات التي تصبو إلى تحديد معالم علمية لدراسة التحسين الصحي الذي يستند على تقييم الأداء الصحي للنظام الصحي من خلال المؤسسات الصحية (المستشفيات).

تسمح عملية تقييم الأداء الصحي للمستشفيات بالإرتقاء بمستوى وجودة خدماته الصحية. فحقيقة أن النظام المتكامل لإدارة المستشفيات يضم مجموعة كبيرة من الأنظمة الفرعية؛ التي تغطي جميع أوجه نشاط المستشفى، تجعل الحكم على الأداء العام للمستشفى ككل؛ لا يكون إلا بالاعتماد على نظام تقييم أداء يمكن من قياس مدى كفاءة وفعالية كل من الأنظمة الفرعية داخل المستشفى ومستوى مخرجاتها. ولكي نستطيع الوصول لمستوى الأداء في المستشفيات؛ يجب أن يضم برنامج تقييم الأداء مجموعة من المؤشرات الكمية الخاصة بالمعايير النوعية للمستشفيات؛ مما يجعل عملية تقييم الأداء ذات أهمية بالغة بالنسبة لإدارة المستشفى؛ لأنها تمكنها من الإطلاع على أداء كل وظيفة على حدى.

<sup>1</sup> World Health Organization, The world health report 2000 : health systems improving performance, Geneva, Switzerland, 2000, P 44.

### 3. مفهوم تقييم الأداء في المستشفيات:

ينصب مفهوم تقييم الأداء في المنظمات الصحية عامة والمستشفيات خاصة؛ إلى تحسين البرامج والخدمات الصحية بالإضافة إلى نوعية الرعاية الصحية المقدمة، بما هو متاح لها من موارد مختلفة لتعبر عن حقيقة ما تقوم به من أعمال والسعي لبلوغ ما هو أفضل من ذلك<sup>1</sup>.

كما يعرف تقييم أداء المؤسسات الصحية على أنه " عملية قياس منطقية موجهة لأنشطة المستشفى؛ لمعرفة مدى تأثير فاعلية وكفاءة الجهود المبذولة في إطار هذه الأنشطة لتحقيق أهداف معينة في ضوء المقارنة بين ما تم إنجازه فعلاً وبين المعايير الموضوعية مسبقاً"<sup>2</sup>.

أما قياس الأداء فيعرف بأنه المراقبة المستمرة والفحص المنتظم لإنجازات برامج ونشاطات المستشفى وتوثيقها، خاصة جوانب سير التقدم نحو تحقيق الغايات الموضوعية مسبقاً، حتى يتسنى تكوين رأي واضح عن العمليات التشغيلية، واتخاذ القرارات التصحيحية والإصلاحية، لسد الثغرات وتفايدي القصور في حال وجود إنحرافات في مستويات الأداء<sup>3</sup>.

لذلك تقييم الأداء في المستشفيات بمثابة " إحتياج يفوق إحتياج المؤسسات والمنظمات الأخرى، فهو إحتياج فوري في الحال والإستقبال؛ يقيم نتائج الخدمات الصحية والطبية قبل وأثناء وبعد التدخل الطبي العلاجي؛ وهو يجمع بين التقييم الطبي الذاتي والتقييم الإداري النظامي؛ وهذا ما تستلزمه خصائص الخدمات التي يقدمها المستشفى، والتي لا تتحمل الخطأ ولا القصور ولا الإهمال"<sup>4</sup>.

أبرز هذا التعريف لتقييم الأداء بالمستشفيات، الخصائص المتفرد للخدمات الصحية المقدمة فيه، والتي لا تتحمل الخطأ أو التأخير أو الهدر في التنفيذ والكم الهائل والمركب لها؛ يرجع ذلك لنتائج هذه الخدمات على الحالة الصحية للمستفيدين منها (المرضى أو الأفراد) وترابط الخدمات فيما بينها (الإستقبال، التوجيه، الإستشارات الطبية أو الكشوفات، التدخل الطبي، الإيواء، والإطعام....إلخ)؛ كما ركز على أن تقييم أداء المستشفى هو أمر جد ضروري لإدارة المستشفيات؛ الغرض منه الوقوف على ظروف تقديم وتأثير الخدمات الصحية المقدمة وكيفية تسيير وإدارة التنظيم في نفس المنظمة.

<sup>1</sup> أمانة بشير سعيد، تقييم الأداء في المستشفيات: دراسة حالة مستشفى أزادي العام، مجلة تنمية الرافدين، جامعة الموصل، مجلد 32، العدد100، العراق، 2010، ص313.

<sup>2</sup> جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق -عمان-، الأردن، 2008، ص 103.

<sup>3</sup> ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية- دراسة حالة: مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي-، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية -غزة-، فلسطين، 2016، ص28.

<sup>4</sup> محمد عبد المنعم شعيبي، إدارة المستشفيات المنظور التطبيقي، الجزء السابع، دار النشر للجامعات، مصر، 2014، ص19.

نستنتج أن تقييم الأداء في المستشفيات؛ ما هو إلا تقييم للأنشطة التي يقوم بها المستشفى، التي تمس جميع الأقسام في المستشفى، سواء البشرية منها أو المادية والمالية، بمعنى آخر الأنشطة الفنية التي تصاحب عملية الرعاية الصحية؛ والأنشطة الإدارية التي تشرف على تأطير الأنشطة الفنية وإدارة الوسائل والموارد في المستشفى ككل. والغرض من ذلك التأكد من أن مستويات النشاط تتم بالطرق الأكثر نجاعة من حيث طريقة الإجراء، تكلفة الإجراء، ونتائج الإجراء.

#### 4. أهمية تقييم أداء المستشفيات.

تشتق عملية تقييم الأداء أهميتها من أهمية المستشفيات في حياة الأفراد؛ عن طريق أهمية الخدمات المتفردة التي تقدمها على غرار المنظمات الأخرى؛ ومن وجهة نظر أن المستشفيات عبارة عن وحدات إقتصادية فإنه يمكن الإستفادة من الأطر المفاهيمية لموضوع تقييم المشاريع الإقتصادية عند التطرق لأهمية تقييم أداء المستشفيات<sup>1</sup>، والتي يمكن إجمالها فيما أهم النقاط التالية:<sup>2</sup>

- يعكس تقييم الأداء التطور التاريخي للمستشفى؛ وتحليل أنشطتها وفعاليتها للفترة الماضية على النحو الذي يسهل مهمة تجاوز إخفاقاتها وتعزيز إيجابياتها؛
- توفر عملية تقييم الأداء؛ المعلومات الضرورية لمختلف الجهات المستفيدة على النحو الذي يتيح صورة واضحة عن كيفية سير أنشطة وفعاليات المستشفى والتزامها بالتعليمات الصادرة؛
- تسهيل عملية تحقيق الوفورات الإقتصادية؛ من خلا تعزيز التناغم بين مختلف أقسام المستشفى وأنشطتها وتفعيل حالة التناغم فيما بينها في الشكل الذي يقلل من الهدر والضياع في الموارد؛
- الكشف عن الإنحرافات السلبية والإيجابية على النحو الذي يسهل عملية البحث عن أسباب هذه الإنحرافات؛
- توفير فرصة للمنافسة بين المستشفيات الشبيهة أو بين مختلف الأقسام الفرعية؛ مما يتيح فرصة زيادة الإنتاج كما وكيفا وتحسين الجودة وترشيد التكاليف<sup>3</sup>؛
- تعتبر عملية تقييم الأداء الركيزة الأساسية لتوفير المعلومات الضرورية لإدارة المستشفى من جانب التخطيط ووضع الإستراتيجيات والكشف عن مواطن الخلل وإتخاذ القرارات التصحيحية.

<sup>1</sup> أمنة بشير سعيد، تقييم الأداء في المستشفيات: دراسة حالة مستشفى أزادي العام، مرجع سابق، ص313.

<sup>2</sup> حسين دنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الاولى، دار وائل للنشر -عمان-، الأردن، 2005، ص109.

<sup>3</sup> جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص104.

## 5. معايير تقييم الأداء في المستشفيات:

إن الطبيعة المعقدة لنشاط المستشفيات، تحتم عليها التعامل مع العديد من المؤثرات الداخلية منها والخارجية، والتي تجبرها على التأقلم والتغير من أجل محاولة المسايرة لها، وأهم المتغيرات المعيقة لتقييم الأداء المستشفيات ما يلي:

- **خصوصية المحيط:** يهدف النظام الإستشفائي كمجموعة من الوظائف إلى الإستجابة للأهداف العامة للسياسة الصحية الوطنية والعالمية<sup>1</sup>، من خلال اعتماد على إستراتيجيات متغيرة حسب الحالة الصحية السائدة ووفق الإمكانيات المتاحة على المستوى الكلي، إضافة إلى تكوين القوى العاملة ودعم الأبحاث في مجالات خدمات الرعاية الصحية من جهة، وضمان المساواة في الإستفادة من الخدمة الصحية وتمكين جميع المواطنين منها، تحقيق مستويات تنمية صحية من خلال تفعيل النظام الصحي من جهة أخرى<sup>2</sup>.
- **تأرجح هيكل السلطة:** دائما ما يسود صراع السلطة في المستشفيات<sup>3</sup>، بين إداريين مقيدين بلوائح وقوانين وإنشغالات منسقة ومرتبطة بقنوات إدارية أخرى. وجهاز طبي مرتبط بأخلاقيات مهنته وعبء وظيفي مغاير إضافة لمتغيرات سلوكية أخرى<sup>4</sup>.
- **صعوبة تمثيل النشاط:** ترتبط هذه الخاصية بالمسار المتفرد للمرضى، حيث لا يمكن للمقيم الوقوف على مسار محدد ومعروف وعام لكل المرضى<sup>5</sup>، بالإضافة لتداخل أنشطة وثقافات مختلفة فيه، مما يعقد ضبط الأطراف المساهمة في حلقة تقديم الرعاية الصحية<sup>6</sup>، والتي تنعكس على أداء الإستشفائي الذي يصعب حصره، ويؤدي إلى فقدان مصداقية عملية تقييم الأداء.
- **ضبابية أهداف ونتائج النشاط:** نتائج الأداء الإستشفائي يصعب تحديده أو الحكم عليه، يرجع ذلك لخصائص الخدمة الصحية التي تتسم باللاملموسية وانعدام قابلية التخزين وتزامن الإنتاج مع

<sup>1</sup> Frédéric Bonvoisin, **Evaluation de la performance des blocs opératoires : du modèle aux indicateurs**, Thèse présentée pour obtenir le grade de Docteur, Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis, France, 2011, P13.

<sup>2</sup> بوشلاغم عميروش وشرفي منصف وغلاب نعيمة، دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة دراسات إقتصادية، جامعة قسنطينة 02 - عبد الحميد مهري-، المجلد 01، العدد 04، الجزائر، جوان 2017، ص03.

<sup>3</sup> Cindy Pagés, **Contrôle de gestion et pratiques managériales a l'hôpital : La mise en œuvre d'un management de la performance au Centre Hospitalier d'Orsay**, mémoires fin d'étude, l'Ecole National de la Santé Publique (E.N.S.P), Promotion 2006, France, 2006, P32.

<sup>4</sup> Frédéric Bonvoisin, **OP CIT**, P12.

<sup>5</sup> الباهي مصطفى، مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة إستكشافية لمدى وجود وتطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات الجزائرية، مجلة دراسات العدد الإقتصادي، جامعة عمار ثلجين -الأغواط-، مجلد 02، العدد 02، الجزائر، 2011، ص 79.

<sup>6</sup> Frédéric Bonvoisin, **OP CIT**, P11.

الإستهلاك، لذلك الإنتاج يصعب تقييمه وتثمينه كميًا<sup>1</sup>، كما أن الخدمة الصحية المقدمة قد يكون الغرض منها تحقيق عدة أهداف في مرة واحدة، هذا ما يؤثر بشكل كبير على تحديد معايير القياس والغرض المراد تقييمه.

### المطلب الثالث: نماذج تقييم وتفعيل الأداء في المستشفيات.

تجتهد العديد من الهيئات والمنظمات التي تعنى بالصحة، وكذلك المختصين في الرعاية الصحية لإيجاد أدوات ونماذج تسمح بتقييم الأداء الصحي في المستشفيات وتسعى إلى تحسينه. كل حسب نظريته لإقتراح طرق تساعد في عكس مستوى الأداء بشكل يسمح بالحكم عليه والتحكم فيه، وتعد هذه النماذج النظرية المتعلقة بتقييم أداء الصحة العامة أو المنظمات الصحية أو الأداء متعدد الأبعاد محاولة لتطبيق مبادئ مراقبة التسيير على متغيرات الصحة الفردية والجماعية<sup>2</sup>، ولعل أبرز هذه النماذج ما يلي:

#### 1. بطاقة الأداء المتوازن: (Balanced Scorecard)

تعرف بطاقة الأداء المتوازن بأنها أحد الوسائل الإدارية المعاصرة التي قدمها كل من " Robert Kaplan and David Norton" عام 1992م، كمفهوم جديد للإدارة الإستراتيجية من خلال ترجمة رؤية وإستراتيجية المنظمة (المؤسسة) إلى مجموعة مقاييس تعكس الأداء الشامل للمنظمة، وتوفر إمكانية قياس الأداء من خلال أربعة محاور أساسية هي: البعد المالي، بعد العملاء، بعد العمليات الداخلية، بعد التعلم والنمو والإبتكار<sup>3</sup>.

تعتبر بطاقة الأداء المتوازن بأنها إطار جديد يسمح بدمج مجموعة من المقاييس المالية وغير مالية التي تقدم لمدراء الإدارات العليا صورة واضحة وشاملة عن أداء مؤسستهم ورسم تحركاتها المستقبلية. وتعرف كذلك "أنها أداة تترجم الأداء وفق منظورات مالية وغير مالية، ملموسة وغير ملموسة، داخلية وخارجية؛ من أجل التفسير الدقيق للطرق وفهم الأهداف وتحديد كيفية تحقيقها<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> لارا حسن، التقييم الذاتي للمستشفيات العامة باستخدام نموذج EFQM للتميز، ودوره في تحسين الأداء دراسة حالة: مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، رسالة ماجستير في إدارة الجودة، الجامعة الافتراضية السورية، سوريا، 2014، ص105.

<sup>2</sup> A.Marie, B.Vincent, **Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale**, Revue Management et Avenir, L'entreprise Management Prospective Editions, Vol 03, N° 61, France, 2013, P195

<sup>3</sup> R. Kaplan and D. Norton, **Putting the Balanced Scorecard to Work**, Harvard Business Review, September-October 1993, USA, 1993, PP 05, 06, 07.

<sup>4</sup> فاطمة الزهراء بوطورة، نوفل سمايلي، إمكانية بناء نموذج الخريطة الإستراتيجية في إطار أبعاد بطاقة الأداء المتوازن بمؤسسة إسمنت - تبسة-، مجلة الدراسات المالية، المحاسبية والإدارية، جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي-، مجلد08، العدد 02، الجزائر، 2021، ص353.

ترجع تسمية نموذج بطاقة الأداء المتوازن حسب "P.Atrill and E.Mc Laney" إلى ثلاثة أسباب رئيسية<sup>1</sup>:

- تستهدف بطاقة الأداء المتوازن لتحقيق التوازن بين المقاييس الخارجية المتعلقة بالعملاء والمساهمين والمقاييس الداخلية المتعلقة بالعمليات الداخلية والتعلم والنمو.
  - تستهدف بطاقة الأداء المتوازن تحقيق توازن بين المقاييس التي تبين النتائج مع قرارات سابقة والمؤشرات التي تتنبأ بالأداء المستقبلي (أهداف).
  - تهدف بطاقة الأداء المتوازن إلى تحقيق توازن بين مقاييس مالية مادية ومقاييس غير مالية معنوية.
- 1.1. مكونات بطاقة الأداء المتوازن:**

يرى الباحثان "Kaplan and Norton" أن أهم العوامل التي تحث على إستعمال بطاقة الأداء المتوازن في تقييم أداء المنظمات، أنها وسيلة متكاملة تسمح بإيجاد روابط وتفسير لعلاقة مؤشرات مالية مع أخرى غير مالية تعطي نظرة شاملة للأداء المقدم من طرف المنظمة، وأن التطبيق الجيد لهذه الأداء لا يكون إلا من خلال دمج النقاط التالية<sup>2</sup>:

- **ترجمة الرؤية والرسالة:** تعتبر عملية تحديد الرسالة والرؤية التي تنشأ من أجلها منظمة ما الأساس لتحديد إستراتيجيتها، فمن خلالهما تقوم المنظمة على تحديد الخطوط العريضة لأهدافها المراد تحقيقها من خلال رصف كل الموارد وتعزيز كل نقاط القوة. هذا ما سيسمح لها بتكوين تصور مبدئي لأهدافها على المدى القصير، المتوسط، والطويل.
- **تخطيط العمل:** من منطلق محدودية الموارد وندرتها، تقوم بطاقة الأداء المتوازن بتوفير أساس لتوزيع هذه الموارد من خلال حشدها لتحقيق أهداف وموازنات مضبوطة خاصة بأقسام العمليات التشغيلية.
- **التوصيل والربط:** بعد أن يتم إرساء نموذج بطاقة الأداء المتوازن، يقوم كل قسم بتحديد مقاييسه الخاصة كجزء من عملية ربط الأقسام فيما بينها لضبط محور العمليات التشغيلية، من أجل الوصول لأهداف تخدم رسالة ورؤية المنظمة وأهدافها الإستراتيجية.

<sup>1</sup> رايس وفاء، أهمية إستخدام بطاقة الأداء المتوازن في تقييم أداء المؤسسات الإستشفائية -عرض بعض التجارب-، أبحاث إقتصادية وإدارية، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، مجلد 09، العدد 01، الجزائر، 2015، ص346.

<sup>2</sup> نوال براهيم، قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر -بسكرة-، رسالة مقدمة كمتطلب لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، الجزائر، 2017، ص 120.

- التغذية العكسية والتعلم: من خلال تقييم المحاور الأساسية لبطاقة الأداء، لا بد من ان تظهر بعض الإختلالات، لذلك يقيم المدراء المعلومات المعروضة من اجل تكييف العمليات أكثر للوصول إلى أعظم مستوى إستراتيجي.

## 2.1. أبعاد بطاقة الأداء المتوازن (محاور):

حسب " R.Kaplun and D.Norton"، تتمحور بطاقة الأداء المتوازن حول أربعة أبعاد للأداء، وهي عبارة عن توقعات إجابة لأربع أسئلة موضحة كالتالي<sup>1</sup>:

- كيف ينظر لنا زبائننا؟ (الزبائن).
  - كيف ننظر لمصالح المساهمين؟ (المنظور المالي).
  - كيف يمكن تفعيل الأنشطة الداخلية لتلبية أقصى مدى من توقعات الزبائن والمساهمين؟ (منظور العمليات الداخلية).
  - هل يمكن أن نواصل التطور والتحسين من أجل إستمرارية خلق القيمة المضافة؟ (منظور الإبتكار والتعلم).
- لذلك تنقسم بطاقة الأداء المتوازن أو بطاقة التقييم المتوازن إلى أربعة محاور أساسية، تلتخص في التالي<sup>2</sup>:

- المحور المالي: يفسر البعد المالي الأهداف قصيرة الأجل بالنسبة للمنظمة، وهو يشير إلى تنفيذ إستراتيجية التحسين المستمر للأنشطة وتحقيق الأهداف من وجهة نظر مالية، يتم قياسه بنتائج أداء منظمات منافسة أو معايير ومعدلات تاريخية للمنظمة.
- محور العمليات الداخلية: يرى "Kaplan and Norton" أنه يجب للمنظمة الإهتمام بكل الأنشطة الداخلية الخاصة بها والتي تساعد على تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة، كما تسمح بتقديم خدمات ومنتجات جاذبة للزبائن ومشبعة لإحتياجاتهم مع ضمان تحقيق عوائد مرضية للمساهمين<sup>3</sup>.
- محور الزبائن: تقوم هذه الأداة منح الزبون مكانة هامة في تصميم أهدافها وإستراتيجيتها، حيث تعتبر الزبون بأنه المساهم الأول في تحقيق النتائج المالية، لذلك يتحتم على المؤسسات أن توجه إهتمامها

<sup>1</sup> R.Kaplan and D. Norton, **The balanced scorecard-measures that drive performance**, Harvard Business Review, January-February USA, 1992, 1992, P72.

<sup>2</sup> لواج عبد الرحيم، لطرش بلال، تقييم الأداء وفق بطاقة الأداء المتوازن دراسة حالة المؤسسة المينائية جن جن جبجل، مجلة نماء للإقتصاد والتجارة، جامعة محمد صديق بن يحي -جبجل-، مجلد01، العدد01، الجزائر، 2018، ص 77.

<sup>3</sup> سهام توارى، محاولة تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر -دراسة مقارنة بين اداء المؤسسات الصحية العمومية-، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير، تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2018، ص 72.

إلى تنمية علاقاتها مع زبائنها بشكل مستمر<sup>1</sup>، عن طريق تلبية رغباتهم وإحتياجاتهم. ووضعه في قلب الخطط الإستراتيجية للمؤسسة.

- **محور النمو والتعلم:** يركز هذا المحور على الإستثمار في الأفراد المنتمين للمنظمة وكذلك نظم إدارة المعلومات بها، من خلال محاولة إجابته عن كيفية محافظة المنظمة على قدرتها في التغيير التكنولوجي ومواكبته، بشكل يسمح لها من تعظيم أهدافها وإمكانية ضمان منافستها للمنظمات الشبيهة أو المنافسة. حيث يشير "Kaplan and Norton" في هذا المحور إلى أهمية تحيين كل من مستوى الأفراد، الأنظمة، الإجراءات، كون الفجوة بين الأداء المالي والعمليات الداخلية التي تحقق الأهداف المالية ورضى الزبائن تسد من خلال التحسين المستمر للقدرات والمعارف والتكنولوجيات<sup>2</sup>.

### 3.1. صعوبة تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المستشفيات:

يعترف مصممو بطاقة الأداء المتوازن بوجود صعوبات في تنفيذها على مستوى المستشفيات، لأن الجانب المالي ليس سبب لوجودها كون الرسالة والرؤية لهذا النوع من المنظمات تكمن في التحسين الصحي للأفراد والجماعات بغض النظر عن الجانب المالي، خاصة في الدول الذي يتسم نظامها الصحي بالمجانبة خدمة لتوصيات المنظمة العالمية للصحة في التمكين الصحي ومبادئ التغطية الشاملة، أما تجربة بطاقة الأداء المتوازن الناجحة في مستشفى الأطفال "ديوك Duke" في الولايات المتحدة الأمريكية فلا يجب الإغفال أن المستشفى يدر عوائد مالية بقيمة 150 مليون دولار سنويا<sup>3</sup> من شأنها أن تعطي الأساس لبناء المحور المالي لنموذج البطاقة، لذلك من الصعب إعطاء تعريف واضح ومحدد لإستراتيجية المستشفى، بالإضافة للصعوبات التالية<sup>4</sup>:

- تعتبر بطاقة الأداء المتوازن معقدة، سواء من ناحية فهمها او تحديد محاورها، وبحكم البيئة التي تنشط فيها المستشفيات غير ثابتة ومعقدة جدا تتداخل فيها أطراف صحية وغير صحية، إقتصادية إجتماعية، سياسية وبيئية محلية وعالمية تزيد من تعقيد التحديد الواضح لمحاور البطاقة.

<sup>1</sup> شريف نجمة، محاولة تصميم بطاقة أداء متوازنة لمؤسسات التعليم العالي الجزائرية دراسة حالة جامعة أكلي محند أولحاج -البويرة-، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه ل.م.د. فرع التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2018، ص 61.

<sup>2</sup> معروف امال، دراسة وتحليل الأداء باعتماد على تقنيات التنقيب عن البيانات دراسة حالة مؤسسة سيال (SEAL)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2021، ص 25.

<sup>3</sup> وفاء ريس، دور بطاقة الاداء المتوازنة في تحسين أداء المؤسسات الإستشفائية عرض التجربة الأمريكية (مستشفى Duke للأطفال)، مجلة التكامل الاقتصادي، جامعة أحمد دراية -أدرار-، مجلد 07، العدد 02، الجزائر، 2019، ص 279.

<sup>4</sup> ريس وفاء، أهمية استخدام بطاقة الأداء المتوازن في تقييم أداء المؤسسات الإستشفائية -عرض بعض التجارب-، مرجع سابق، ص 352.



- تستخدم بطاقة الأداء المتوازن مفاهيم أساسية في إدارة العمليات التي تتطلب أحكاما عادلة مطلقة في تطبيقها، أما مجال الخدمات الصحية فيشهد عدة تأثيرات لا يمكن الحد من آثارها لذلك نتائج العمليات تتصف بعدم اليقين، مما يصعب عملية تحديد الأهداف القابلة لقياس هذه الخدمات.
- طبيعة العلاقة بين الأطباء والمرضى، لا تسمح بتدخل أي طرف آخر.
- البناء التنظيمي المعقد من حيث السلطة والقوة، وتعدد التوصيف الوظيفي (طبي، شبه طبي، إداري) يوسع فجوة الإتصال والتنظيم والإنضباط الداخلي؛
- إختلاف أوجه النظر لرؤية إستراتيجية المستشفيات بين عمال، مسيرين، مديريات، وزارة، ومرضى (زيائن)<sup>1</sup>.
- إستحالة تحديد أهداف وإستراتيجية خاصة بالمستشفى كونه يخضع لضوابط وأطر تحدد مهامه وآلياته ووسائله.
- نظرا لوجود عدد محدود من المؤشرات المستعملة في المحاور، فهي غير كافية لترجمة واقع أداء المستشفيات من خلال بطاقة الأداء المتوازن هذا ما يؤدي إلى ضرورة إيجاد مؤشرات فرعية تغذي المؤشرات الرئيسية، مما يخلق حالة مفاضلة بينها وإستناد على بعض المؤشرات دون الأخرى.
- يستوجب التسيير الإستراتيجي للمؤسسة الصحية، إعداد كل الخطط والأهداف الطويلة، المتوسطة والقصيرة، بالإضافة إلى تحديد كل الموارد والأطراف المساهمة في تحقيق الأهداف. إلا أن مشكل تبعية المؤسسات الصحية لخطط وسياسات عامة لقطاع الصحة أو الدولة، بالإضافة إلى تدخل جهات وصية في سيرورة عملها، وعدم تحكمها في مواردها بحكم أنها تخصص لها سنويا بطرق جزافية أو تقديرية كل هذه الظروف تؤدي إلى صعوبة صياغة أهداف المؤسسة الصحية وعرقلة لتنفيذ إستراتيجيتها الخاصة بالمؤسسة الصحية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> سهام توارى، محاولة تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر -دراسة مقارنة بين أداء المؤسسات الصحية العمومية-، مرجع سابق، ص97.

<sup>2</sup> Thierry noble, **Management Hospitalier : du contrôle externe au pilotage**, Revue Association francophone de comptabilité, vol 02, N°07, France, 2001, P133.

## 2. النموذج المدمج لقياس أداء النظم الصحية: Evaluation Globale Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS)

إقترح هذا النموذج من طرف "Claude Sicotte" ومجموعة من الباحثين في مجال الصحة سنة 1998م كمقياس للأداء المؤسسي، حيث تم وضع نموذج تكاملي للأداء التنظيمي يستند على النظرة العامة للوظائف التي يجب أن تؤديها أي منظمة في بيئة ما<sup>1</sup>. يأخذ هذا النموذج بعين الاعتبار كل العناصر المختلفة للأداء ويعيد تنظيمها وفق النظرية الاجتماعية لـ "Parson"، بحيث تعتبر هذه النظرية المنظمة بأنها نظام إجتماعي تتحدد أهدافه وفق مكانتها فيه (المجتمع)، فهي ليست كيان إقتصادي فحسب، بل نظام سياسي يشترط دمج مختلف العناصر من قيم وثقافة مؤسسية، فالمنظمة (من منظور خارجي) تهدف إلى تحقيق أهداف وغايات إقتصادية مالية، في حين أنها (من منظور داخلي) نظام إجتماعي تكافلي متكامل. لذلك يتألف نظام النشاط الاجتماعي لدى "Parson" من محورين داخلي وخارجي، بالإضافة إلى تكيف أربعة وظائف أساسية للمنظمة وفقه كالتالي<sup>2</sup>:

- **وظيفة تحقيق الأهداف:** حسب المنظور العقلاني، المؤسسة الفعالة هي التي تتمكن من تحقيق أهداف المحددة ومستهدفة.
- **وظيفة التكيف:** التكيف والمرونة في توفير وتخصيص الموارد المادية ومالية والبشرية، هو معيار الأداء الفعال للمنظمة
- **وظيفة الإنتاج:** منظمة فعالة هي من تعمل بدون مشاكل أو قيود داخلية، وهي الوظيفة التي تتعلق بتحويل الموارد إلى منتجات نهائية.
- **وظيفة المحافظة على القيم:** يحدد الأداء وفق للحالة الداخلية للمنظمة بإستخدام أبعاد فرعية مثل الروح المعنوية (الولاء)، المناخ والتماسك، الصراعات الداخلية، وأهمية الإستثمار في الموارد البشرية.

### 1.2 دليل العلاقات التي تربط بين الوظائف الأساسية حسب نموذج (EGIPSS):

يقوم هذا النموذج بتوضيح الوظائف الأساسية لبقاء المنظمات ويربط هذه الوظائف من خلال موازنات وعلاقات متبادلة، ليصبح النموذج عبارة عن " بناء متعدد الأبعاد يحكم عليه من خلال التفاعل بين أصحاب

<sup>1</sup> براهيم نوال، النموذج المدمج لقياس الأداء المؤسسي للمستشفيات، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، مجلد 17، العدد 02، الجزائر، 2017، ص308

<sup>2</sup> Amine Zanjar et Autres, **La performance Hospitalière : la mise à l'épreuve des relations entre ses dimension**, Revue d'Etudes en Management et Finance d'Organisation, Vol 02, N° 06, Maroc, 2017, P03

المصلحة حول الجودة الأساسية والخاصة لأداء المنظمة والتي تميز قيمة هذه المنظمة في بيئتها". وتتحصر هذه الموازنات في العلاقات التالية<sup>1</sup>:

- **الموائمة الإستراتيجية:** (التكيف -تحقيق الأهداف) تقيم هذه العلاقة مدى توافق توفير الموارد وفقا للأهداف التنظيمية (التشغيلية)، بالإضافة إلى أهمية الأهداف بالنسبة للبيئة، ومساعي المنظمة للبحث عن مزيد من التكيف التنظيمي مع البيئة الداخلية والخارجية.
- **الموائمة التخصيصية:** (التكيف -الإنتاج) يقيم هذا البعد مدى ملاءمة تخصيص الموارد (التكيف) مع ظروف الإنتاج ونتائجه.
- **الموائمة التكتيكية:** (تحقيق الأهداف-الإنتاج) يقيم هذا البعد قدرة آليات إختيار الأهداف التنظيمية في تحقيق المستويات الإنتاجية المستهدفة، وهو يقيس بصفة غير مباشرة درجة تحقيق جزء من أهداف المنظمة.
- **الموائمة التشغيلية:** (الحفاظ على القيمة-الإنتاج) يقيم هذا البعد القدرة على توليد وتعظيم القيمة ومناخ التنظيمي على تعبئة نظام الإنتاج بشكل إيجابي، بالإضافة على تأثير الإنتاج على قيم المناخ الداخلي والتنظيم بعلاقة ذات حدين.
- **الموائمة الشرعية:** (الحفاظ على القيمة-تحقيق الأهداف) يقيم هذا البعد قدرة آليات المولدة للقيمة والمناخ التنظيمي على المساهمة في تحقيق الأهداف التنظيمية، بالإضافة إلى كيفية تأثير الأهداف التنظيمية على القيم والمناخ الداخلي للمنظمة.
- **الموائمة السياقية:** (الحفاظ على القيمة-التكيف) يقيم هذا البعد قدرات توليد القيمة والمناخ التنظيمي على تعبئة نظام التكيف بشكل إيجابي، وكيفية تأثير متطلبات الإنتاج ونتائج التكيف على قيم المنظمة ومناخها التنظيمي.

## 2.2. المؤشرات المتبعة لتمثيل الوظائف حسب نموذج (EGIPSS):

من أجل متابعة الموازنات وتقييمها في المستشفيات التي تبنت هذا النموذج، تم إقتراح بعض المؤشرات التي تعبر عن الوظائف الأساسية للمنظمة وفق نموذج (EGIPSS)، تتمثل أساسا في النقاط التالية<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> François Champagne et autres, **Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes des services de santé : le modelés EGIPSS**, Rapport réalisé dans le cadre du mandat accordé par le conseil de la santé et du bien-être, Université de Montréal, Canada, 2005, PP 30,31.

<sup>2</sup> نوال براهيمى، قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر -بسكرة-، رسالة مقدمة كمتطلب لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، الجزائر، 2017، ص ص 105-115.

• **وظيفة التأقلم:**

ارتبطت وظيفة التأقلم بإمكانية تخصيص وإيجاد، تشغيل الموارد اللازمة لنشاط المنظمة والتي تتمثل أساساً في:

- **الطاقة:** المالية تحدد بمبلغ نفقات التشغيل بدلالة سكان الإقليم الصحي المخدوم، المادية تقاس بنسبة تخصيص الموارد وبصفة خاصة عدد الأسرة لكل 1000 نسمة، بشرية والتي تقاس عادة بكثافة التغطية الصحية للعمال المؤهلين مقارنة بالسكان.
- **التأقلم مع حاجات السكان:** يتم الإحتكام إلى مؤشرات التغطية الشاملة لخدمات الرعاية الصحية، عدد حالات الإستشفاء، نسبة العمليات الجراحية، متوسط أيام الإستشفاء، نسبة الدخول والخروج من المستشفى.

• **وظيفة المحافظة على القيمة:**

تكفل هذه الوظيفة الاهتمام بالقيمة الداخلية والخارجية في المنظمة، بالإضافة إلى تفعيل دورها الاجتماعي الممارس ومن أهم دلالات هذه الوظيفة:

- **مناخ العمل:** تمثل ساعات العمل مؤشر للإنضباط المتصل بالوظيفة، بالإضافة لساعات المخصصة لتكوين الأفراد دليل على إهتمام المنظمة بالإستثمار في رأس مالها البشري.
- **المناخ التنظيمي:** يتم تمثيله من خلال التطرق لنسبة دوران العاملين خلال السنة، وهي مؤشر على إستقرار اليد العاملة بالمنظمة، كما يشير إلى درجة رضى الموظفين إتجاه إنجازاتهم، إستراكتهم، إتجاه الأفراد، أنماط القيادة، نوعية الإتصال الداخلى.

• **وظيفة الإنتاج:**

يلف وظيفة الإنتاج في المؤسسات الصحية الكثير من الغموض لصعوبة تمثيلها، إلى أن العديد من الدراسات إتفقت على إنتاجية المؤسسات الصحية يعبر عنها من خلال:

- حجم المرضى المقبولين ومرتا دي المؤسسات الصحية.
- مدة الإقامة وساعات العمل بالمؤسسة.
- نسبة إستخدام قاعات العمليات.
- نسبة الدوران السنوي للأشخاص بالمؤسسات الصحية.
- نسبة الضرر الإضافي لمرضى أقسام الجراحة.
- درجة رضى متلقوا خدمات الرعاية الصحية إتجاه محيط تقديم الخدمة، إستمرارية تقديم، الأخلاقيات المهنية.

• وظيفة تحقيق الأهداف:

تهدف المنظمات الصحية بدرجة أولى إلى تحقيق أهداف صحية بحتة، من خلال التأثير في المؤشرات الحيوية والديمغرافية والصحية للأحواض السكانية المخدومة، لذلك من بين المؤشرات التي تعكس هذه الوظيفة ما يلي:<sup>1</sup>

- نسبة الوفيات: عامة، أمهات، أطفال، رضع، أجنة.
- إطالة العمر مع تمتع بقدرات صحية مقبولة: إطالة مأمول الحياة.
- نسب التأثير في بعض الأوبئة المستهدفة: ايدز، سل، كوليرا، تيفوئيد، السرطان، .... إلخ.

<sup>1</sup> Alice Teil, **Défi de la performance et vision partagée des acteurs application à la gestion hospitalière**, Thèse de doctorat des sciences de gestion, Université Jean Moulin-Lyon 3-, France, 2002, P 51.

### 3. نموذج تحسين الجودة في المستشفيات: The Performances Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)

تم تطوير أداة تحسين الجودة في المستشفيات من قبل المكتب الإقليمي الأوربي التابع لمنظمة الصحة العالمية سنة 2003م<sup>1</sup>، من أجل دعم المستشفيات في جمع البيانات الخاصة بأدائها إضافة لتحديد كيفية عملها بمقارنة الأداء بين المنظمات الشبيهة، وتحديد أنشطة تحسين الجودة. وقد صمم هذا البرنامج للإستخدام الداخلي للإستعمال الطوعي فقط<sup>2</sup>. وقد جاء هذا الإقتراح نظير تعرض الأنظمة الصحية في المنطقة الأوربية للضغط المتزايد من أجل الوصول بالأداء إلى المستوى الأمثل في تلبية الإحتياجات السكانية والتي تدعو بشكل متزايد إلى مزيد من المساءلة والشفافية<sup>3</sup>.

يعتبر هذا النموذج أن الأداء المرتفع يجب أن يتأتى من كفاءات مهنية تطبق المعارف الحالية من تكنولوجيات وطرق الإستخدام الكفاء للموارد التي تقلص المخاطر بالنسبة للمريض، مع إيلاء كل الاهتمام له مما يساهم بتحقيق النتائج الصحية بطريقة مثلى<sup>4</sup>.

#### 1.3. الإسهامات المرجوة من نظام PATH:

إنطلقت مجموعة من الخبراء الدوليين إلى إستقصاء أهمية المؤشرات المحتملة وفائدة توافرها في 20 بلد أوربي، بحيث تم إجراء أبحاث أولية في 66 مستشفى موزعة على 05 بلدان مختلفة كإختبار لهذه الأداة<sup>5</sup>، وقد تم التوصل أن الأداة PATH تسمع ب:<sup>6</sup>

- تقييم أداء المستشفيات من منظور متعدد.
- أداة تدعم تحسين الجودة والإستراتيجيات داخل المستشفى بالإضافة إلى نشر القيم.
- أداة تسمع بالإستفاد إلى أقصى حد من البيانات التي يتم جمعها في المستشفى.
- تقدم الدعم التقني لتنفيذ برنامج تقييم داخل المستشفيات.
- حصر أبعاد المؤشرات المستهدفة وعرض مبادئ الجودة المرغوبة في خدمات الرعاية الصحية.

<sup>1</sup> Yassen Jordanov, **Un modèle systémique d'analyse de changement dans les organisations : le cas de l'analyse de l'implantation du projet PATH de l'OMS Europe en France**, Thèse vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor en santé publique, Université de Montréal, Canada, 2012, P04.

<sup>2</sup> World Health Organization EUROPE, **PATH Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals**, Health report 2003, N° E89742, Danmark, 2013, P04.

<sup>3</sup> Vienna Statement on Hospital Performance Assessment, **PATH**, 2<sup>nd</sup> International WHO Conference on PATH, Vienna, 04 July 2008, P01.

<sup>4</sup> نوال براهيمى، قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية. دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر -بسكرة-، مرجع سابق، ص 126.

<sup>5</sup> Oliver Groene and All, **An international review of projects on hospital performance assessment**, vol 20, N° 3, International Journal For Quality in Health Care, Oxford University, England , 2008, P 164.

<sup>6</sup> World Health Organization EUROPE, **PATH Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals**, OP.CIT, P05.

- نموذج للإبلاغ عن الأداء الفردي للمستشفيات.

### 2.3. الأبعاد الأساسية للأداة PATH:

أعد الخبراء الدوليين الإطار العام لإختيار المؤشرات إستنادا لخلفية نظرية قوية ومواد تجريبية، بالإضافة إلى إستعراض أهم المؤلفات والدراسات الإستقصائية المتعلقة بتوافر البيانات وإمكانية توفيرها<sup>1</sup>. لذلك تم تحديد أهم الأبعاد الأساسية لهذا الإطار، والتي تتلخص فيمايلي:<sup>2</sup>

#### الجدول رقم (1.2): المحاور المقترحة لتقييم الأداء حسب الأداة PATH.

المحور	المؤشرات
الفعالية السريرية	عدد الولادات القيصرية، إستخدامات المضادات الحيوية، العمليات الجراحية المجدولة، معدل الوفيات (حسب الفئات والأسباب)، الحالات المعادة وأسباب فشل العلاج، مدة إنتظار لإجراء العمليات الجراحية، مستوى الإسترجاع الصحي.
الكفاءة	عدد الجراحات اليومية، متوسط مدة الإقامة، متابعة مخزون المواد الصيدلانية، كثافة التدخل الجراحي للعلاج، التسيير المالي.
توجيه الموظفين	الإمتيازات المالية، بيئة النشاط، تلبية الإحتياجات الفردية، أنشطة تعزيز الصحة والسلامة المهنية، التوجهات السلوكية.
إستجابة الإدارة	الاهتمام بآراء المرضى، التوجيهات الصحية المصدرة، درجة الإنصاف والإلتزام بالقيم، الإهتمامات البيئية.
رضى المريض	مستوى الإدراك العام والرضا، أثر الرضا على الجانب الشخصي للمرضى، عدد حالات إلغاء العمليات الجراحية، المعلومات والتمكين.

Source : François Champagne and All, **The Performance Assessment Tool For Quality Improvement In Hospitals (PATH Project)**, OP.CIT, PP 11-14.

- محور الفعالية السريرية: يشير هذا البعد إلى نجاح المستشفى في التأثير على الحالات المعالجة وفقا للحالة الراهنة للمعارف الطبية، بالإضافة إلى تحقيق رضى جميع المرضى المستفيدين من الرعاية الصحية بشكل توافقي مع الرعاية، النتائج، الرضى.

<sup>1</sup> François Champagne and All, **The Performance Assessment Tool For Quality Improvement In Hospitals (PATH Project)**, Technical Report, N° R05-06, University of Montreal, Canada, 2005, PP 3.4.

<sup>2</sup> World Health Organization EUROPE, **PATH Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals**, OP.CIT, P07.

- **محور الكفاءة:** يعالج هذا البعد الإستخدام الأمثل للموارد بغرض تحقيق الحد الأقصى من النتائج، ويشمل الإنتاجية وكيفية إستخدام التكنولوجيات الصحية للوصول إلى أفضل رعاية صحية ممكنة وملاءمة المدخلات.
- **محور توجيه الموظفين:** وهو مناسبة تأهيل البد العاملة المتخصصة بشكل يسمح لهم بالإحاطة بكل مهامهم الموكلة إليهم، وإمكانية التعليم المستمر، بالإضافة للعمل في بيئة داعمة مما يحقق الرضا الوظيفي. يشمل هذا البعد كل المؤشرات عن بيئة العمل وآفاق توفير الإحتياجات الفردية ومبادئ تعزيز الصحة العامة، وأي سلوك ذي صلة بصحة الموظفين والحالة الصحية.
- **محور إستجابة الإدارة:** يشمل هذا البعد مدى إستجابة المستشفى بالإحتياجات الصحية للأحواض السكانية المخدومة، مع ضمان إستمرارية تقديم الرعاية المطلوبة بغض النظر عن الفوارق العرقية، المادية، الثقافية، السياسية.
- **محور المأمونية:** وتتعلق بتطبيق وتعزيز الهياكل والعمليات بالمستشفى، التي تثبت الأدلة أنها تمنع المخاطر أو تحفظها. حيث لا تقتصر السلامة على المرضى فحسب بل تتعداها إلى الموظفين والبيئة ومرتادي المستشفيات.
- **محور رضى المريض:** يركز المريض على المستشفى وبقيم الخدمات المقدمة في ضوء احتياجاته وتوقعاته سواء تجاه المرضى المخدومين، المعدات والوسائل والأسرة، مقدمو الرعاية، حيث يلاحظ درجة الاهتمام والتكفل الفوري، سهولة الوصول إلى الخدمات، الاعمال الداعمة لمساره الإستشفائي، سهولة التواصل، إحترام إستقلاليته، السرية في التعامل مع حالته ومساعي الحفاظ على كرامته.



#### 4. نموذج دونابديان: (Structure-Process-Outcome)

في جزء من بحث حول الأداء العام، أصدر "Avedis Donabedian" أول مقال له سنة 1966م، حيث أعطى هذا المقال الأساس الذي تقوم عليه عملية تقييم جودة الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، من خلال تضمين معايير جديدة لتقييم الأداء بعيدا عن المعايير الإدارية، من خلال التطرق إلى هيكل وعمليات المنظمة الصحية<sup>1</sup>.

ومن أجل تحديد مفهوم جودة الرعاية الصحية، قام "A. Donabedian" بإجراء إستبيان مع المرضى والمهنيين في مجال الرعاية الصحية، وقد توصل إلى أن معايير الجودة من أوجه نظر مختلفة متنوعة ومتعددة وبالتالي لا يمكنها التحديد الدقيق والمباشر لمفهوم جودة الرعاية الصحية، لذلك من خلال دراسته حول تعريف الجودة، وجد أنها قابلة للتقييم من خلال ثلاثة محاور أساسية:<sup>2</sup>

#### الجدول رقم (2.2): محاور تقييم الأداء الصحي وفق نموذج "Avedis Donabedian".

مؤشرات المخرجات Outcome	مؤشرات العمليات Process	مؤشرات الهيكل Structure
- الحالة الصحية.	- الخدمات التمنيعية.	- الموارد المالية.
- نتائج الرعاية الطبية والوقائية.	- التشخيصات.	- الموارد البشرية.
- معدلات الوفيات.	- خدمات علاجية.	- المعدات والتجهيزات.
- الاستخدام الجيد للمواد.	- خدمات تأهيلية.	- التسهيلات.
- رضی المرضى.	- توجيهات وتعليمات للمرضى.	- نظام المعلومات.

Source : Hanes Ibn El Haj and All, Quality of care between donabediane model and ISO9001V2008, OP.CIT, P21.

- **محور الهيكل:** يشير هذا المحور إلى الخصائص الثابتة نسبيا للموظفين الذين يقدمون الرعاية الصحية، وهل تشمل كل من برامج التدريب والتعليم والخبرات المتراكمة بالنسبة للمورد البشري، وللأوضاع التي تقدم فيها الرعاية الصحية (البنية التنظيمية والتحتية)، إضافة إلى كفاية تغطية المعدات والموارد البشرية للمرضى وسلامة الأجهزة والتنظيم الشامل لسيرورة الأنشطة. وتمثل هذه الخصائص الثابتة مدخلات المنظمة الصحية من أجل ممارسة الأداء الصحي لذلك تأخذ بعين

<sup>1</sup> Alice Teil, Défi de la performance et vision partagée des acteurs –application à la gestion hospitalière, Thèse doctorats sciences de gestion, Faculté de droit, Université Jean Moulin-Lyon 3-, France ; 2002, P 222.

<sup>2</sup> Hanes Ibn El Haj and All Quality of care between donabediane model and ISO9001V2008, vol07, N° 01, International Journal For Quality Research, Universitu of Kragujevac, Serbia, 2013, P20.

- الإعتبار كل من أعداد الموارد البشرية (سبه طبي، أطباء، ممرضين، إداريين، مهن وسيطيه)، إضافة للموارد المادية والمالية (عدد الأسرة، سيارات الإسعاف، الأجهزة والمعدات)<sup>1</sup>.
- **محور العمليات:** يشير هذا المحور إلى مكونات الأنشطة التي تتم فيها تقديم الرعاية الصحية للمرضى (التشخيص-العلاج الطبي)، كما تخضع طريقة تقديم الرعاية الصحية لمعيارين أساسيين، الجانب التقني الذي يرتبط بالعلوم التكنولوجية وتطبيق العلوم الطبية في محاولة لتعظيم الفوائد وتقليل المخاطر، من خلال تحسين توقيت التشخيص والعلاج، ملاءمة العلاج، التقليل من المضاعفات والحوادث التي قد تحدث أثناء العلاج والتنسيق بين مختلف مراحل تقديم الرعاية الصحية. أما الجانب الثاني فهو إطار العلاقة بين الطبيب والمريض، والذي ينظم كل التفاعلات البشرية والأخلاقية الخاصة بالصحة وتوقعات المرضى (المعلومات، الإجابة عن التساؤلات...إلخ). وقد تم الإعتماد في هذا المجال على معدلات دوران الأسرة، متوسط مدة الإقامة، نسبة إشغال الأسرة، عدد العمليات القيصرية.
- **محور المخرجات:** يمكن تقييم جودة الرعاية الصحية من حيث مستوى النتائج التي تسعى إلى تحديد ما إذا كانت أهداف الرعاية الصحية تحققت أم لا (التحسين الصحي)، لذلك يمكن تحري نتائج التحسين الصحي من خلال مؤشرات وسيطية كمعدل إصابة الموقع بالتهابات أو تعفنات، معدل التحصين، معدلات إعادة قبول المرضى الخارجين. أو مؤشرات نهائية والتي تدرس التحسين في نوعية الحياة، التقليل من العجز والوفيات، كل الآثار الإيجابية أو السلبية من الناحية السريرية أو الفسيولوجية للمرضى.

<sup>1</sup> حمود محمد الطاهر، بدوي براهيم، قياس وتقييم أداء المؤسسات الإستشفائية العمومية لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر، مجلة دراسات إقتصادية، جامعة قسنطينة 2، مجلد05، العدد 01، الجزائر، 2018، ص36

### المبحث الثالث: معايير تقييم الأداء في المستشفيات.

تتأثر النماذج المتبعة في تقييم أداء المستشفيات بنوع الأنشطة التي تمارس بها بالإضافة إلى تنوع وتخصص الموارد والوسائل التي تستعملها، وصولاً إلى خصوصية النتائج التي تسعى لتحقيقها والأطراف التي تقوم بخدمتها (مرضى، مؤسسات، سياسات دولية ومحلية).

#### المطلب الأول: نشأة الحاجة لتقييم الأداء في المستشفيات.

عانت البلدان الأنجلوساكسونية من قيود في الميزانيات وزيادة الطلب على الرعاية الصحية في بداية سنة 1975م؛ النقل الذي هدد النظم الصحية الأوروبية؛ لذلك توجهت الإصلاحات الحكومية للدول الأنجلوساكسونية نحو تأطير المنافسة بين المؤسسات الصحية. إستندت هذه الإصلاحات على النماذج الإقتصادية الجزئية المستمدة من نظرية الحوافز. كذلك عمدت الحكومات على إرساء المنافسة المقارنة في خضم عملية تحول مقدمي الرعاية - ظهور أصحاب المشاريع الصحية-، الذين يتنافسون من أجل الحصول على الموارد وإستقطاب الزبائن؛ لذلك وفي إطار مراقبة وإحتواء هذا التحول؛ رغبت الحكومات في وضع أدوات تقييم وتحسين الأداء الغرض منها ترقية الأداء وتحقيق الأفضل<sup>1</sup>.

تعتبر الكفاءة؛ الإنتاجية، الأداء الصحي الإقتصادي، الأداء المالي، أفضل المفاهيم الإقتصادية التي تم دمجها في مختلف إصلاحات القطاع الصحي؛ وبعض جوانب الأداء الاستشفائي، كذلك تم إعادة النظر في نظام الرعاية الصحية؛ وتم الإتفاق على أن المستفيد - المعروف سابقاً بالمريض- هو مركز إهتمامات كل النظم الصحية.

تم دمج المستشفيات العمومية في النظام الصحي المركب الجديد؛ الذي يركز الأداء فيه على الابتكار المستمر؛ بحيث يمس كل من النوعية وإمكانية الوصول للخدمة، التفاعل، الأمان وإدارة المخاطر، الوصول العادل لخدمة صحية مناسبة وآمنة في الوقت المناسب؛ تلقي خدمة صحية من طرف قوى عاملة متخصصة وتمرسة، التنسيق بين الشركاء. وإعتبرت هذه التطلعات الأساس لأبعاد الأداء الإستشفائي<sup>2</sup>.

لذلك إقترح "سندرا نيثلي" - برفسور في السياسة العامة والإدارة في جامعة St Andrews بالمملكة المتحدة- سنة 1998م؛ حلقة تقييم وتحسين الأداء، إلا أن هذه الحلقة تختلف قدرتها باختلاف

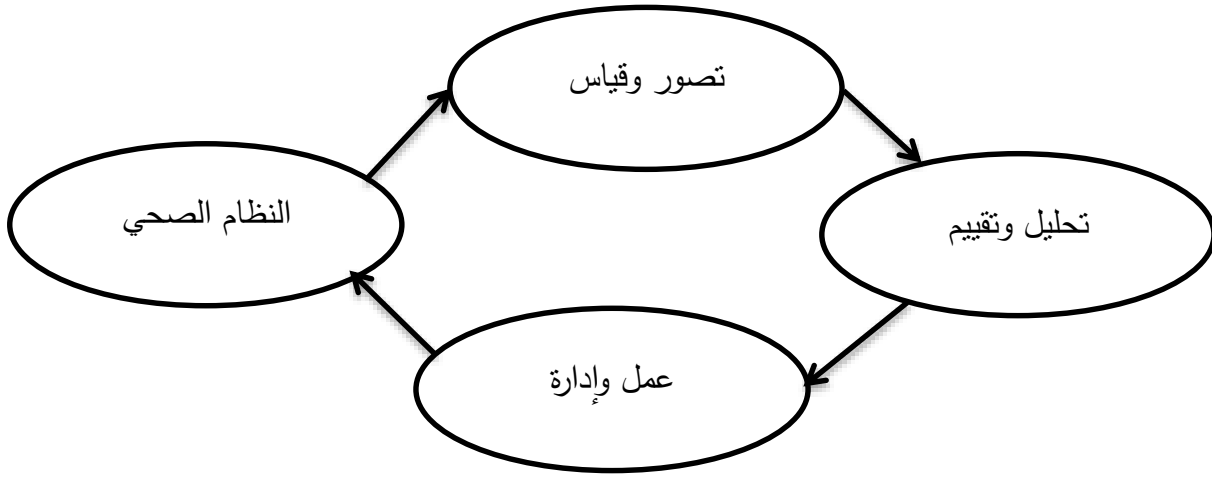
<sup>1</sup> Hassenteufel P et Palier B , **Construction Européenne et Politiques Sociales**, 02 Ed, Politiques Européenne, Montréal, Paris, 2000, P29.

<sup>2</sup> Marie Annick Le Pogam et al, **la performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent**, Revue Management et Avenir, No 25, France, 2009/5, P 118.

تركيبية النظم الصحية؛ نوع نظام التأمين الصحي، خصوصية موفري الخدمة الصحية (خواص أو دولة)، نظام التمويل السائد.

تحتوي حلقة الأداء لـ "تاتلي" على أربعة وظائف أساسية؛ تسهل عملية المراقبة، وتسمح للجهات التنظيمية بالملاحظة بصفة دورية ومستمرة لعمل نظام الخدمات الصحية، إضافة للتأثير على سلوك المهنيين والمنظمات تجاه المواطنين عامة والمرضى خاصة، وأخيرا تحديد الإجراءات الواجب إتخاذها<sup>1</sup>.

الشكل رقم (2.2): حلقة تقييم وتحسين الأداء لـ "تاتلي سندرا".



Source : Marie Annick Le Pogam et al, **la performance hospitalière : à la recherche d'un modele multidimensionnel cohérent**, OP.CIT, P119.

من خلال الشكل رقم (2.2)، نلاحظ أن الإجراءات المقترحة في الحلقة تتسم بالترابط والتكرار المستمر، فلا يمكن ضبط المتغيرات بصفة نهائية، كون ميدان الرعاية الصحية الذي يقوم على المؤسسات الموفرة للرعاية الصحية يخضع لمؤثرات عديدة لا بد من التأقلم الدائم معها بما يخدم التحسين الصحي المرغوب، وعليه يمكن أن نقدم التفسير التالي لهذه الحلقة بـ:

- **النظام الصحي:** دراسة الوضعية الصحية السائدة في المجتمع وإبراز الخصائص الديمغرافية، التحولات الوبائية، الأمراض المنتشرة والفئات المعرض للخطر. إضافة لدراسة الإجراءات والسياسات والتحديات التي تواجه ميدان الرعاية الصحية.
- **تصور وقياس:** تسمح هذه الوظيفة بتحديد المرامي والأهداف الواجب الوصول إليها أو مقارنتها، والتي تستوحي من خلال الوضع الصحي السائد، كالقضاء على تفشري الآفات الإجتماعية، مكافحة

<sup>1</sup> Leatherman S, **Etre à la hauteur : Mesure et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE**, OCDE, Paris, 2002, P15.

- بعض الأمراض والأوبئة، محاربة أمراض الشيخوخة، رعاية الفئات المقصية والمهمشة من برامج الحماية الإجتماعية، طرق تقليل مسببات الأمراض والموت...إلخ.
- **تحليل وتقييم:** تسمح هذه المرحلة بالوقوف على الأوضاع الحقيقية لمستوى الرعاية الصحية ونتائجها على الأفراد والجماعات، حصر الإمكانيات والموارد الموجودة وكيفية إستغلالها، تحديد الإحتياجات اللازمة للوصول إلى المرامي الإنمائية.
  - **عمل وإدارة:** في هذه المرحلة يتم وضع الإجراءات والسياسات والرسم خرائط الأداء، من خلال وضع الأهداف المراد الوصول إليها والتخطيط لها، تنظيم وتوجيه المهام والجهود ثم الوقوف على تطبيقها ومراقبة نتائج الإجراءات المتخذة على حالة النظام الصحي.

### المطلب الثاني: أبعاد مؤشرات تقييم الأداء في المستشفيات.

حسب ما تم الوصول إليه في موضوع الدراسة؛ والذي ينصب في البحث عن المؤشرات المعتمدة في تقييم أداء المستشفيات خصوصا والمنظمات الصحية عموما، تم الوصول إلى نتيجة أن تقييم الأداء الصحي للمستشفيات يكون من خلال تقييم مكونات الأداء التي تقترن بتعريفه والمتمثلة في الفاعلية والكفاءة والإنتاجية<sup>1</sup>؛ ومنهم من أضاف بعد الرضا الوظيفي الذي يشير إلى مواقف العاملين في المستشفى تجاه الأعمال الموكلة إليهم ودرجة إلتزامهم؛ و بعد الإبداع والتغيير الذي يعكس قدرة المنظمة على تبني تغييرات التي من شأنها ضمان إستمرار وإستقرار المستشفى<sup>2</sup>.

كذلك يتم تقييم الأداء في المستشفيات وفق الأنشطة الأساسية للنظام الداخلي بها، وهي نشاط العنصر البشري؛ النشاط المالي والمادي؛ البعد النوعي للخدمات المقدمة (الجودة)، البعد الوقائي (الرعاية الصحية الأولية)<sup>3</sup>، وهذا الأمر يقود إلى القول بأن عملية تقييم الأداء في المستشفيات يرتبط بنوعين من التقييم هما:<sup>4</sup>

- تقييم النتائج المحققة لبلوغ الأهداف المخططة الأمر الذي يتوافق مع مفهوم محور الفاعلية؛
- تقييم النواحي الوظيفية التي تتصل بكفاءة إستخدام الموارد المتاحة سواء البشرية أوالمادية أوالمالية.

<sup>1</sup> أمنة بشير سعيد، تقييم الأداء في المستشفيات: دراسة حالة مستشفى أزادي العام، مرجع سابق، ص314.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2014، ص424.

<sup>3</sup> عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دارالراية للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2012، ص ص 28، 33.

<sup>4</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار اليازوري للنشر والتوزيع-عمان-، الأردن، 2010، ص 200.

## 1. بعد الفاعلية:

يعتبر بعد الفاعلية؛ بالمؤشر الذي يمكن من قياس مدى تحقيق المنظمة لأهدافها، فحسب تعريف منظمة الصحة العالمية للفاعلية" فإنها مقياس لمدى تحقيق الأهداف الصحية"<sup>1</sup>؛ وعليه تعبر الفاعلية على مدى إنسجام وتكيف المؤسسة الصحية مع بيئتها؛ من حيث إستغلالها للموارد المتاحة لها لتحقيق أهدافها وغاياتها.

يرتكز محور الفاعلية في تقييم أداء المستشفيات على المعايير الإقتصادية التي يعبر عنها بالعدد الكلي للمرضى الخارجين من كل قسم طبي؛ معدلات التكاليف الكلية أو اليومية، الحجم الإنتاجي للخدمات المقدمة للمرضى. بالإضافة للمعايير السلوكية التي تعنى بقياس السلوك أو رد الفعل إتجاه ما يقدم من خدمات بما في ذلك رضا الزبائن والموظفين، الجهات الحكومية، المنظمات الصحية المرافقة<sup>2</sup>.

من وجهة نظر نظمية؛ يتم قياس الفعالية في المستشفيات باللجوء إلى دمج المعيارين السابقين في تقييم الأداء الصحي، من خلال التأثير في متغيرين أساسيين هما:<sup>3</sup>

- **المدخلات:** يقصد بالمدخلات في جانب أداء المستشفيات كل من أصحاب المهن الطبية (أطباء، صيادلة، أطباء أسنان)؛ ذوي المهن الصحية وهم الكوادر الوسيطة من ممرضين ومساعدين وعاملين صحيين وإداريين وفنيين، بالإضافة إلى الموارد المالية والمتمثلة في المصادر المالية المتأتية من الميزانيات العامة المرصودة من الدولة أو من أنشطة تمويلية الأخرى. حيث يعتبر توفير هذه الموارد بالقيم المناسبة مؤشرا على فعالية أداء المنظمة الصحية.

- **المخرجات:** يمكن قياس مخرجات أداء المستشفيات من خلال أثر الخدمات التي تقدمها، وذلك من أجل تقييم فاعلية تأدية هذه الخدمات في التقليل من معدلات الإصابات والوفيات الناجمة عن أمراض معينة، معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة، نسب التلقيحات، عدد الدورات والتكوينات الطبية، تطور الأجهزة الطبية ومواكبة التكنولوجيا...إلخ<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> أمنة بشير سعيد، تقييم الأداء في المستشفيات: دراسة حالة مستشفى آزادي العام، مرجع سابق، ص314

<sup>2</sup> أمنة بشير سعيد، تقييم الأداء في المستشفيات: دراسة حالة مستشفى آزادي العام، مرجع سابق، ص314

<sup>3</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع-عمان-، الأردن، 2005، ص188.

<sup>4</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، 2005، مرجع سابق، ص183

أهم ما يميز بعد الفعالية في تقييم أداء المستشفيات؛ أنه البعد المختص بالقيادة بإعتبار أن الفعالية مؤشر لقياس تحقق الأهداف، بهذا المعنى فإن هذا البعد يتعلق بنوعية الخدمة الصحية المقدمة<sup>1</sup>، وأهم مؤشرات مدى تغطية القوى العاملة الصحية لإحتياجات السكان من الرعاية الصحية؛ معدل الممرضين والأطباء لعدد السكان ولأسره المخدومة، فاعلية وحدات العمل (عدد الممرضين لكل طبيب، معدل العمليات الجراحية لكل طبيب... إلخ)<sup>2</sup>.

## 2. بعد الكفاءة:

يعتبر بعد الكفاءة، المحور الذي يمكن من قياس العلاقة بين حجم المدخلات وكمية المخرجات وتكلفة التحويل<sup>3</sup>؛ حيث عرفت منظمة الصحة العالمية الكفاءة في القطاع الصحي بأنها " تحقيق الأهداف الصحية بأقل النفقات والتكاليف المادية وبأقل وقت وجهد ممكن بالإضافة إلى مدى قبول مستوى الخدمات المقدمة". وحسب لجنة الإنتاجية الأسترالية؛ فإن الكفاءة الصحية هي " مدى إستخدام موارد الرعاية الصحية للحصول على تحسينات في الحالة الصحية"<sup>4</sup>.

تعرف الكفاءة في الميدان الصحي بـ " درجة المهارة في تحقيق النتائج المرجوة؛ من خلال التحديد السليم لعناصر الإنتاج أو الطاقة الإنتاجية (عمالة طبية، تمريضية ومساعدة بمختلف تخصصاتها ومستوياتها)، التجهيزات الطبية (أدوات طبية، مساحة توزع الانشطة الصحية، المعلومات الطبية وصيدلانية والفنية، الموارد...); وتجميعها وفق خط من خطوط نظام عمليات المستشفى، مع إستخدامها وفق معايير التكلفة والجودة من أجل بلوغ أهداف مخطط لها<sup>5</sup>.

وعليه فإن جوهر الكفاءة هو كمية النتائج المحققة بما يقابلها من موارد مستخدمة، ويصطدم مفهوم الكفاءة بإشكالية تحقيق مستويات مختلفة من النتائج عن طريق إستغلال نفس الموارد؛ لذلك تم ضبط

<sup>1</sup> C.Marie, D.Fédérique, C.Merlet, **Tableau de bord d'évaluation du système qualité des pôles en établissement de santé : un outil pédagogique**, Revue Recherche en soins infirmiers, Association de recherche en soins infirmiers, Vol 03, N° 98, France, 2009, P21

<sup>2</sup> مصطفى باهي، مراقبة التسيير في المستشفيات -دراسة إستكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عمار تليجي بالأغواط، الجزائر، 2014، ص 316.

<sup>3</sup> Philippe Lorino, **Méthodes et pratiques de la performance**, Edition d'organisation, Paris, 1998, p18

<sup>4</sup> رامي نهيل منها، تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة بإستخدام تحليل مغلف البيانات، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة في الجامعة الإسلامية -غزة-، فلسطين، 2014، ص38.

<sup>5</sup> أحمد السيد مصطفى، الكفاءة الإنتاجية في إدارة المستشفيات مفهومها وسبل بلوغها، المجلة العربية للإدارة، مجلد 11، العدد03، الأردن، 1987، ص65.

مصطلح الكفاءة كالتالي "الكفاءة هي التخصيص الأمثل والإستخدام الكفء للموارد المتاحة للحصول على أقصى قدر ممكن من النتائج"<sup>1</sup>.

يتضح من هذا المفهوم أن الكفاءة تركز على عنصرين هامين هما؛ الإنتقاء الأمثل والإستخدام الكفء للموارد؛ أما تعظيم النتائج يكون محصلة حاصل لا مفر منها. هذا ما يعطي لمفهوم الكفاءة خصائص نوعية؛ فالإنتقاء الأمثل فسر بالكفاءة التخصصية؛ أما الإستخدام الأمثل ففسر بالكفاءة التقنية<sup>2</sup>.

يتوافق هذا المضمون مع ما يعرف بالكفاءة الإقتصادية لإنتاج الخدمات الصحية؛ وهو مدخل فرض نفسه خاصة بعد ولوج إنتاج الخدمات الصحية إلى السوق الحر؛ نظير إشتداد المنافسة في مجال الخدمات الصحية نوعا وكما وكيفا وأسلوب تقديمها في العديد من الدول المتقدمة وبعض الدول النامية، إلا أن هذا المدخل يقوم بحصر أنواع الكفاءة اللازمة في التقييم تحت ما يسمى بالكفاءة الإقتصادية الشاملة؛ وهي عبارة عن توليفة من صيغ الكفاءة تمس مختلف الجوانب التي تعمل عليها المنظمة الصحية؛ من كفاءة إنتاجية، فنية، تخصصية، إجتماعية<sup>3</sup>.

- **الكفاءة التخصصية:** تعني عدالة تقديم الخدمات الصحية لكل من يطلبها بالأسلوب الأمثل في الوقت المناسب وبالتكلفة التي يقتدر الوفاء بها؛ وتشير إلى أن التدخلات الصحية تم إختيارها لإنتاج أكبر قدر ممكن من التحسينات على الحالة الصحية<sup>4</sup>.
- **الكفاءة فنية:** تشير الكفاءة الفنية إلى أن تدخلات الرعاية الصحية لحالة معينة نفذت بأقل قدر ممكن من المدخلات<sup>5</sup>؛ أي الإقتصاد في حجم الموارد المستخدمة دون الإنحراف عن تحقيق الغايات المرجوة.
- **الكفاءة الإجتماعية:** وهي تعني تخصيص الموارد بما يكفل إنعكاس الخدمات الصحية على البيئة والمجتمع المحيط؛ وليس على المستفيدين من الخدمات فقط.

<sup>1</sup> أحمد محمد فراج قاسم، المفاهيم النظرية للكفاءة الإقتصادية، الموقع: <https://kenanaonline.com/users/amfk/posts/89064>، شوهده يوم: 2018/09/20، الساعة 19:08.

<sup>2</sup> رامي نهيل منها، تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة بإستخدام تحليل مغلف البيانات، مرجع سابق، ص 38.

<sup>3</sup> محمد عبد المنعم شعيب، موسوعة إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي، الجزء التاسع، الطبعة الأولى، دار النشر للجامعات، مصر، 2014، ص 147.

<sup>4</sup> Espen Erlandsen, *Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : Enseignements tirés d'analyse partielles et sélectives de la performance des hôpitaux*, Revue économique de l'OCDE, L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques, Vol 01, N° 44, France, 2008, P 59.

<sup>5</sup> رامي نهيل منها، تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة بإستخدام تحليل مغلف البيانات، مرجع سابق، ص 38.



- **الكفاءة الإنتاجية:** وهي تعني إنتاج كمية من المخرجات بأقل كمية من المدخلات؛ أو إنتاج أقصى كمية من النواتج باستخدام كمية محدودة من المدخلات<sup>1</sup>.

بما أن الكفاءة تعنى كثيرا بقياس النتائج، فإن معظم الدراسات التي مست أداء المستشفيات؛ تقيس النواتج بأسلوب النسب البسيطة؛ كمؤشرات عامة للدلالة على مستوى كفاءة أداء المستشفيات مثل: أعداد المرضى الذين يعالجون، معدلات شغل الأسره ومدد الإقامة ومعدلات دوران الأسره، بالإضافة للتكلفة السريرية<sup>2</sup>. أما عن المؤشرات الجزئية للكفاءة في المستشفيات؛ فقد تم الإعتماد كذلك على نسب تغطية المهن الطبية والمساعدة للمرضى والأملاك المادية للمستشفى؛ مثل: عبء العمل على الملاك الطبي والتمريض سواء للمرضى الراقدين أو المراجعين أصحاب الإستشارات الطبية<sup>3</sup>؛ (مريض/طبيب)، (مريض/ممرض)، (ممرض/طبيب)... إلخ<sup>4</sup>.

### 3. بعد الإنتاجية :

تعرف الإنتاجية بدرجة المهارة في إستخدام الموارد أو المدخلات خلال فترة زمنية معينة، بما يؤدي إلى زيادة المخرجات مع ثبات أو تقليل حجم المدخلات، هذا مع الإلتزام بالمعايير المخطط لها من تكلفة وجوده<sup>5</sup>.

يقود هذا التعريف إلى التفرقة بين مصطلح الإنتاجية والإنتاج؛ فالإنتاجية يقصد بها تحقيق أكبر قدر من المخرجات بإستعمال قيمة محددة من المدخلات، أما الإنتاج فيشير إلى حجم المخرجات لكل وحدة من المدخلات؛ ويتعدى مرادف الإنتاجية كونه معالجة مدخلات للحصول على مخرجات؛ إلى عمل الأشياء الصحيحة بالشكل الصحيح؛ وهو ما يعطي للإنتاجية الشكل المركب والمكون من الكفاءة والفعالية.

تعتبر الإنتاجية في قطاع المستشفيات من المفاهيم المعقدة التي يصعب الإتفاق عليها؛ وغالبا ما يتم إستعمالها كمرادف للكفاءة، فبينما تشير الكفاءة في دليل الرعاية الصحية الأولية لمنظمة الصحة العالمية

<sup>1</sup> محمد عبد المنعم شعيب، موسوعة إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي، الجزء التاسع، مرجع سابق، ص14

<sup>2</sup>A.Marie, B.Vincent, **Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale**, OP.CIT, P195.

<sup>3</sup> فؤاد عبد الله، المؤشرات الكمية لتقويم كفاءة الأداء: دراسة الحالة مستشفى النجف التعليمي، مجلة مركز دراسات الكوفة، العراق، 2011، ص57.

<sup>4</sup> رامي نهيل منها، تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة باستخدام تحليل مغلف البيانات، مرجع سابق، ص 41.

<sup>5</sup> أحمد السيد مصطفى، الكفاءة الإنتاجية في إدارة المستشفيات مفهومها وسبل بلوغها، مرجع سابق، ص65.

بـ" إستعمال الموارد بصورة رشيدة"<sup>1</sup> ؛ فإن الإنتاجية قضية معقدة حول ما يفترض من المستشفيات القيام به؛ ذلك كونها تتعامل مع النتائج المحصلة عليها بغض النظر على أن هذه الإنتاجية تحقق الغرض المقصود من الخدمة الإستشفائية؛ وأن أكبر قدر من المخرجات الإستشفائية لا يعني بضرورة الأمر تحقيق مستوى صحي أفضل<sup>2</sup>. يرجع ذلك لطبيعة وخصوصيات خدمات الرعاية الصحية، وعدم ثبات التأثيرات المترتبة على التدخل الصحي في حياة المرضى، فمثلا: نفرض أن التدخل الصحي والطبي كان ناجح لمريض ما؛ ولكن جسده لم يملك القدرة على المقاومة والإستشفاء وتوفي في المستشفى، فإن نتيجة ذلك يؤدي لإرتفاع في الحصيلة الإنتاجية للمستشفى بالطريقة السلبية.

لذلك نتيجة التعقيدات الفنية المتضمنة لقياس مساهمة المستشفيات في تحسين المستوى الصحي للمجتمع والفرد؛ وما يتطلبه الأمر من إمكانيات فنية ومالية كبيرة يتعذر توفيرها، فإن المقاييس العلمية لإنتاجية المستشفيات التي أصبحت أكثر شيوعا، قسمت إلى نوعين:<sup>3</sup>

- **الإنتاجية الكمية:** تمثل الإنتاجية الكمية للمستشفى؛ قدرة المستشفى على تقديم خدمات صحية قادرة على تغطية الطلب عليها، نظرا للإقبال الهائل الذي تشهده المستشفيات. ويمكن قياس الإنتاجية الكمية للمستشفى؛ عن طريق مؤشرات إحصائية بسيطة كعدد الناس المخدمين، مجمل الأيام أو العمليات الإستشفائية التي تعني سلسلة من الأنشطة الإدارية والفنية والطبية يجتازها المريض من أجل إتمام علاجه، نسبة شغل الأسرة، معدلات الإقامة.
- **الإنتاجية النوعية:** تشير الإنتاجية النوعية في المستشفيات؛ إلى قدرة المستشفى على تقديم خدمات تتسجم مع المعايير المهنية المقبولة بحيث تحظى برضا المريض، وهي عملية قياس نسبية تختلف باختلاف العوامل المرتبطة بالمرضى ومدى رضاهم عن الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى<sup>4</sup>.  
يمكن تقييم الإنتاجية النوعية في المستشفيات من خلال التدقيق في ثلاث مداخل أساسية وهي :

<sup>1</sup> غانم رزوقي أنيس، جودة الرعاية الصحية على وفق قياس كفاءة الأداء التمريضي في مستشفى ابن نفيس، مجلة العلوم الاقتصادية، جامعة بغداد، العدد 82، المجلد 21، العراق، 2015، ص122.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص 419.

<sup>3</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص420.

<sup>4</sup> صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، 2012، ص369.

- **مقاييس هيكلية** : وهي الإجراءات التي تعني بإنتقاء مدخلات العملية الصحية (عدد العمال ومؤهلاتهم العلمية، توفير متطلبات تقديم الخدمة الصحية، جدية التنظيم المعمول به داخل المستشفى، إتباع سياسة صحية واضحة)<sup>1</sup>؛
  - **مقاييس العملية التحويلية**: تمثل الإجراءات وخرائط العمل التي تركز فيما إذا كانت الأنشطة تتم بشكل مناسب؛ وأن هذه الأنشطة تتطابق مع المعايير المهنية المتفق عليها، ويعرف ذلك من التدقيق وممارسة الرقابة على النشاط الطبي والتمريضي؛
  - **مقاييس المخرجات النهائية**: وهي عملية مراجعة النتائج ومدى إحداثها للتغير في المستوى الصحي للسكان والإفراد، والتي تتحدد من مستويات الوفيات والمواليد، معدل إنتشار الأمراض، التحسن المالي وتقليل التكاليف، مواقف المرضى من الخدمات المقدمة، التغير في سلوك الأفراد المرتبط بصحتهم<sup>2</sup>.
- تأسيساً لما سبق، يمكن قياس الإنتاجية بالمستشفيات اعتماداً على طريقتين: إما عن طريق مقدم الخدمة؛ بإستعمال مؤشرات صحية، مثل: معدل الوفيات، معدل الإصابة بالأمراض، المؤشرات الإكلينيكية الخاصة بالتخصصات الطبية كعدد المرضى المخدومين ونسبة إشغال الأسرة ومعدلات الدوران للأسرة؛ بحيث تعطي هذه المؤشرات فكرة عن نتائج التدخل من المنظور القريب لمقدمها. أما الطريقة الثانية فيتم قياس الإنتاجية من طرف متلقي الخدمات الصحية؛ عن طريق الحصول منهم على معلومات مباشرة وسريعة لنتائج الخدمة الصحية المقدمة، أو معلومات تتعلق بمخرجات بعيدة المدى<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص420

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص422.

<sup>3</sup> ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية- دراسة حالة: مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي - ، مرجع سابق، ص80.

### المطلب الثالث: مؤشرات تقييم الأداء في المستشفيات.

تحتاج عملية تقييم الأداء في المستشفيات إلى مؤشرات محددة لقياس ومعرفة حجم الأداء على مختلف مستويات الأنشطة بها؛ على أن تعطي هذه المؤشرات دلالات واضحة ودقيقة عن الأداء دون أن تحدث اللبس أو الغموض، لذلك على المؤشرات أن تحتوي متضمنات شمولية من شأنها إعطاء التصور الكامل عن مختلف الأنشطة والفعاليات القائمة على مستوى المستشفى<sup>1</sup>.

#### 1. مفهوم مؤشر أداء المستشفيات:

يعتبر مؤشر الأداء أداة تستخدم لمتابعة وتقدير مدى جودة الوظائف الهامة المتعلقة بالأنشطة الإدارية والإكلينيكية وأعمال الدعم داخل المستشفى، والمؤشرات هي بمثابة عدسة فاحصة ومحيدة؛ تعمل على إبراز التساؤلات الهامة عن حجم ونوعية الرعاية الصحية، وتسمح كذلك بتحديد سبل تطويرها<sup>2</sup>.

غالباً ما تركز مؤشرات أداء المستشفيات على مستويات الأداء الماضية؛ إلا أنها تسمح بتفعيل إنذارات لإنحرافات غير مرغوبة؛ عن طريق إستخدام البيانات التي تتعلق بأحداث تمت في الماضي؛ كأساس مرجعي لإحداث التغييرات المطلوبة في البرنامج الصحي المعمول به ؛ والتي من شأنها أن تحسن الرعاية الصحية في المستقبل؛ بحيث لا يجب إستخدام المؤشرات لمتابعة حالات منفردة بل على النظام الشامل الذي من شأنه تقديم الرعاية الصحية لطالبيها.

تعتبر المؤشرات عن قياسات يمكن إستخدامها لمتابعة مستوى الرعاية الصحية والخدمات التي يقدمها المستشفى، وعموماً هي تأخذ ثلاثة أشكال أساسية<sup>3</sup>:

- **مؤشرات العوامل الهيكلية (العوامل الأساسية)؛ المتمثلة في إمكانيات وقدرات مرافق المستشفى وموارده والكفاءات العاملة به،**
- **مؤشرات العوامل الوظيفية وهي المؤشرات التي تقيس التفاعل بين الأنشطة والموارد المرتبطة مع المدخلات لإنتاج المخرجات،**
- **المؤشرات الإنتاجية وهي المؤشرات تفسر الأداء الصحي من خلال درجة التحسين الصحي وجودة الإجراءات المرافقة للعملية الإستشفائية<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، مرجع سابق، ص204.

<sup>2</sup> عبد المحسن نعساني، مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، مؤتمر الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، المنظمة العربية للتنمية الإدارية -القاهرة-، مصر، 2002، ص2.

<sup>3</sup> عبد المحسن نعساني، مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، مرجع سابق، ص03.

## 2. أنواع مؤشرات تقييم أداء المستشفيات.

يتطلب النظام المتكامل للإدارة قياس مدى كفاءة وفعالية الوحدات الطبية والفنية والإدارية في القيام بالمهام المنوطة بها؛ من أجل تحقيق الأهداف أو القيام بالمسؤوليات المنوطة بها. لذلك من الجدير بالذكر أن مؤشرات الأداء ليست بأدوات مباشرة لقياس جودة الأداء؛ بقدر ما هي عدسة فاحصة وموضوعية تساعد على التعرف على ما إذا كان العمل الفعلي مواكب للخطط المرسومة، وإن مؤشرات الأداء تختلف حسب الهياكل التنظيمية ومكونات الإدارة على مستوى المنظمة المراد تقييمها<sup>2</sup>.

بالرغم من وجود العديد من الهيئات والمنظمات التي تعنى بموضوع قياس وتقييم الأداء في المستشفيات، إلا أن الجهود مازالت قاصرة في تحقيق نظام شامل ومتكامل لتقييم الأداء، فمثلا في الولايات المتحدة الأمريكية تم قياس أداء هيئة الأطباء من خلال دراسة توافر الحد الأدنى من المعدلات الموضوعية بالمستشفيات (أطباء/أسرة أو مرضى أو الإستشارات)، كما توجد منظمات تهدف لوضع حد أدنى من مستويات الرعاية الصحية التي يمكن قبولها لأي مستشفى<sup>3</sup>، وأوضحت نشرة منظمة الصحة العالمية لسنة 2009؛ بأن الولايات المتحدة الأمريكية تم فيها إختيار 37 مؤشر لتقييم الأداء الصحي تمس هذه المؤشرات كل من الحياة الصحية وإنتاجية الخدمات الصحية والجودة، الإتاحة، الكفاءة، العدالة، في حين نشرت هولندا تقرير الرعاية الصحية مرتين في السنة؛ مركزة على مؤشرات الإتاحة والجودة والتكاليف بإستخدام أكثر من 100 مؤشر<sup>4</sup>.

بذلت منظمة الصحة العالمية، بوصفها الراعي الأول بهذا الموضوع جهودا حثيثة للوصول إلى نظام لقياس الأداء؛ يمكن الإعتماد عليه من قبل مختلف المستشفيات<sup>5</sup>، ونظرا لإعتبرات تحديد مقاييس التي هي جوهر عملية التقييم؛ وإستحالة إستخدام جميع المؤشرات المتاحة، فإنه يمكن إيجاز أهم المؤشرات المتفق عليها والخاصة بتقييم أداء المستشفيات فيما يلي<sup>6</sup>:

<sup>1</sup> Frédéric Bonvoisin, OP CIT, P48.

<sup>2</sup> عبد الوهاب محمد جبين، تقييم الأداء في الإدارات الصحية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف، بحث ضمن متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه تخصص إدارة صحية، جامعة سانت كلمنتس العالمية، الجمهورية العربية السورية، 2009، ص111.

<sup>3</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص106.

<sup>4</sup> أكرم أحمد الطويل وآخرون، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات-دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى لفترة (2003-2006)، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة تكريت، مجلد06، العدد 20، العراق، 2010، ص15.

<sup>5</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص106.

<sup>6</sup> حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع - عمان-، الأردن، 2009، ص115.

## 1.2. مؤشرات الأداء الخاصة بالكادر العامل في المستشفى:

تعرف هذه المؤشرات؛ بمؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية، حيث تعمل على تقييم الأداء إستنادا إلى نسب قياسية عالمية أو محلية، تمس التوليفة المتنوعة للقوى العاملة في المستشفى والتي تتكون من: أطباء؛ ممرضين (الطاقم التمريضي)، عمال النظافة والوقاية، الإداريين، تقنيي الأجهزة .

### • المؤشرات الخاصة بالأطباء:

- **معدل الأسره لكل طبيب:** يقيس هذا المؤشر معدل عدد الأسره المخصصة لكل طبيب خلال فترة زمنية معينة؛ أي ما يصيب الطبيب الواحد من الأسره في المستشفى<sup>1</sup>، فغالبا ما تقترن جودة الطبيب والخدمة المقدمة من طرفه بعدد الأسره المتاحة له من أجل الحصول على الرعاية الصحية اللازمة<sup>2</sup>. المعدل العالمي لقياس لهذا المؤشر حسب توصيات منظمة الصحة العالمية حدد بـ( من 04 إلى 05 سرير) لكل طبيب<sup>3</sup>. ويحسب هذا المعدل وفق المعادلة التالية:<sup>4</sup>
- معدل سرير/ طبيب:** ( عدد الأسره المتاحة في المستشفى/ عدد الأطباء الموجودين بالمستشفى).
- **معدل المرضى الراقدين لكل طبيب:** يشير هذا المعدل إلى المتوسط اليومي لعدد المرضى الراقدين لكل طبيب خلال فترة زمنية معينة<sup>5</sup>، وهو يدل على حجم الوقت والعناية الذي يخصصهما الطبيب لكل مريض؛ بحيث تدل الزيادة في هذا المعدل على زيادة العبء على الطبيب بما يؤدي إلى تناقص في جودة الخدمات المقدمة، أما نقصه فيدل على عدم كفاءة إستغلال الأطباء وتضييع فرص للرعاية الصحية على المرضى المنتظرين للدور.

<sup>1</sup> أكرم أحمد الطويل وآخرون، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات- دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى لفترة (2003-2006)، مرجع سابق، ص16.

<sup>2</sup> نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية- دراسة تطبيقية-، مجلة تنمية الراقدين، جامعة الموصل، مجلد 31، العدد93، العراق، 2009، ص47.

<sup>3</sup> خالد محمد عبد الستار، تقييم كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية -دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بمحافظة القويوم، مجلة الدراسات التجارية المعاصرة، كلية التجارة، جامعة كفر الشيخ، العدد03، مصر، 2017، ص15.

<sup>4</sup> منير مصلح محمد الوصابي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن -دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر03، الجزائر، 2012، ص35.

<sup>5</sup> حسين ذنون علي حسين البياتي، أثر درجة الإعتمادية بين المعايير في تقييم أداء المستشفيات -دراسة وصفية تحليلية في المستشفيات الحكومية في محافظة نينوى، جزء من متطلبات نيل شهادة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال، كلية الإدارة والإقتصاد، جامعة الموصل، العراق، 2001، ص89.

المعدل المعياري لهذا المؤشر هو 20 مريض راقد لكل طبيب<sup>1</sup>؛ ويتم احتساب هذا المعدل وفق المعادلة التالية :

معدل مرضى راقدين/طبيب: عدد المرضى الراقدين في مستشفى/ عدد الاطباء الموجودين بالمستشفى.

- **معدل مراجعي العيادة الخارجية لكل طبيب**: يفسر هذا المعدل للإستغلال السليم للطاقات البشرية الطبية، فحسب المقاييس العالمية تم تحديد معدل 20 مريض (إستشارة طبية) لكل طبيب، وبدل إرتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، ويحسب هذا المعدل وفق المعادلة التالية:<sup>2</sup>

معدل المراجعين الخارجيين لكل طبيب: (عدد المراجعين - عدد المرضى الراقدين +مجموع مرضى قسم الطوارئ) / عدد أطباء العيادة الخارجية.

- **معدل العمليات لكل طبيب**: يعكس هذا المعدل عدد العمليات الجراحية التي يقوم بها الطبيب خلال مزاولته لنشاطه سواء في الوقت الرسمي أو الغير رسمي؛ لم يتفق على وضع معدل عالمي لقياس حجم أداء الأطباء الجراحين؛ إلا أنه يمكن الإعتماد على معدلات محلية تضمن الحد الأدنى من عدد العمليات؛ وتسمح كذلك بمراقبة وتقييم أداء الأطباء الجراحين. ويتم احتساب هذا المعدل عن طريق المعادلة التالية:<sup>3</sup>

معدل عملية/ طبيب: عدد العمليات الجراحية خلال السنة/ عدد الاطباء الجراحين خلال السنة.

- **معدل مراجع لكل طبيب**: يفسر هذا المعدل للإستغلال للطاقات البشرية الطبية، فحسب المقاييس العالمية تم تحديد معدل 10 مرضى (إستشارة طبية) لكل طبيب<sup>4</sup>، وبدل إرتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، ويحسب هذا المعدل وفق المعادلة التالية:

مراجع/طبيب: عدد الإستشارات الطبية/ عدد الأطباء في المستشفى.

<sup>1</sup> أكرم أحمد الطويل وآخرون، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات- دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى لفترة (2003-2006)،

مرجع سابق، ص 16

<sup>2</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية ، مرجع سابق، ص108.

<sup>3</sup> نادية خريف، أساليب قياس الاداء والفاعلية بالمؤسسة الصحية وسبل تطويرها، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الوادي، مجلد 02، العدد03، الجزائر، 2012، ص94.

<sup>4</sup> أمنة بشير سعيد، تقييم أداء المستشفيات -حالة دراسية في مستشفى آزادي العام دهوك-، مرجع سابق، ص316.

• المؤشرات الخاصة بأصحاب المهن الصحية:

تشمل هذه الفئة كل شخص يوفر خدمات الرعاية الصحية الوقائية؛ العلاجية؛ الترويجية أو التأهيلية بطريقة منظمة لطالبيها، وهم كل المساعدين في مجال الطب والجراحة، العلاج الفيزيائي، القبالة، طب الأسنان، التمريض<sup>1</sup>، الصيدلة، عمال النظافة والوقاية.

- **معدل المرضى الراقدين لكل من أصحاب المهن الصحية:** يشير هذا المعدل؛ إلى متوسط المعدل اليومي للمرضى الراقدين لكل موظف من المهن الصحية خلال فترة زمنية معينة، وبدل الإرتفاع في هذا المعدل إلى إنخفاض الوقت المستغرق للعناية الصحية لكل مريض والعكس صحيح، علماً أن المعدل العالمي لهذا المعدل هو 6 مرضى لكل موظف من المهن الصحية<sup>2</sup>، وبحسب وفق المعادلة التالية :

معدل المرضى الراقدين/ أصحاب المهن الصحية: عدد المرضى الراقدين بالمستشفى/ عدد أصحاب المهن الصحية في المستشفى.

- **معدل الأسره لكل من أصحاب المهن الصحية:** يشير هذا المعدل إلى عدد الأسره المخدومة من طرف موظفي المهن الصحية، ويشير الإرتفاع في هذا المعدل إلى قلة الوقت المخصص للأسره المتاحة؛ مما يؤثر على نوعية الخدمة الصحية المقدمة والمتابعة للحالات المرضية كما يشمل نوعية الخدمة الوقائية وخدمة النظافة، كل هذه العوامل تؤثر على جودة الخدمة الموفرة في المستشفى مما يترتب عليه إنعكاس على الحالة الصحية للمريض، وقد حدد المعدل المعياري لهذا المؤشر بـ 3 أسره<sup>3</sup> لكل موظف من المهن الصحية<sup>4</sup>، ويتم إحتساب هذا المعدل بالمعادلة التالية:

معدل عدد الأسره/ أصحاب المهن الصحية: عدد الأسره المتاحة/ عدد أصحاب المهن الصحية في المستشفى.

<sup>1</sup> خالد محمد عبد الستار، تقييم كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية -دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بمحافظة القويوم، مرجع سابق، ص14.

<sup>2</sup> أكرم أحمد الطويل وآخرون، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات - دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى لفترة (2003-2006)، مرجع سابق، ص17.

<sup>3</sup> عبد أرزوقي عباس، البياتي حسين نون، طويل أكرم أحمد، مؤشرات قياس أداء مستشفيات محافظة نينوى للفترة (1978-1984) دراسة تطبيقية، مجلة تنمية الراقدين، جامعة الموصل، المجلد 10، العدد 23، العراق، 1988، ص 106

<sup>4</sup> أكرم أحمد الطويل وآخرون، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات - دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى لفترة (2003-2006)، مرجع سابق، ص17.



- **معدل أصحاب المهن الصحية لكل طبيب:** يعبر هذا المعدل عن توفر الكوادر الفنية المساعدة أو ما يعرف بالكوادر الوسيطة لكل طبيب أو عامل من المهن الطبية؛ لذلك يعتبر هذا المؤشر كمستلزم أساسي للإستخدام الكفاء لكل من ذوي المهن الصحية والطبية، وقد إعتمدت منظمة الصحة العالمية على معدل 10-12 من المهن الصحية لكل طبيب<sup>1</sup>؛ كنسبة مقبولة له بحيث القصور في هذا المعدل يعتبر خلافا في إستخدام وتوفر كل من الموارد البشرية الطبية والصحية<sup>2</sup>.  
يتم حساب هذا المعدل بطريقتين؛ إما عن طريق حساب هذا المعدل في كل مصلحة من مصالح المستشفى، أو حساب المعدل الكلي لتوزيع المهن الصحية على الكادر الطبي في المستشفى؛ وعموما يلجأ للمعادلة التالية في إحتساب هذا المعدل:
- معدل أصحاب المهن الصحية لكل طبيب:** (عدد أصحاب المهن الصحية/ عدد الأطباء)<sup>3</sup>.
- **معدل الأسره لكل صيدلي:** لا يقتصر تطبيق مؤشر عدد الأسره على الاطباء فقط وإنما الصيادلة كذلك؛ والمعدل العالمي هو 100 سرير لكل صيدلي<sup>4</sup>، وأي نقص في هذا المعدل يدل على تدني مستوى الأداء في المستشفى<sup>5</sup>. ويتم حساب هذا المعدل بالمعادلة التالية:  
الأسره/ صيدلي: عدد الأسره بالمستشفى / عدد الصيادلة بالمستشفى.
- **معدل الأسره لكل أخصائي تغذية وأخصائي التحليل المخبري:** تولي المستشفيات الحديثة هذا المؤشر الإهتمام المناسب وتحرص على تحقيق المعيار العالمي لهذا المعدل؛ والمحدد بـ 100 سرير لكل أخصائي من النوعين لأهميتهما في المستشفى<sup>6</sup>. ويتم حسابه وفق المعادلة التالية:  
الأسره / إختصاصي (تغذية أو مخبري): عدد الأسره/ عدد المختصين (تغذية أو مخبري) في المستشفى.

<sup>1</sup> أكرم أحمد الطويل وآخرون، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات- دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى لفترة (2003-2006)، مرجع سابق، ص17.

<sup>2</sup> الحاج عزابة، تقييم كفاءة إستخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية -دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات-، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرياح -ورقلة-، مجلد 10، العدد 10، الجزائر، 2012، ص335.

<sup>3</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، مرجع سابق، ص206.

<sup>4</sup> أمنة بشير سعيد، تقييم أداء المستشفيات -حالة دراسية في مستشفى آزادي العام دهوك-، مرجع سابق، ص316.

<sup>5</sup> حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص 115.

<sup>6</sup> نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية- دراسة تطبيقية-، مرجع سابق، ص47.

- معدل الأسره لكل من موظفي الخدمات الإجتماعية: نظرا لأهمية الخدمات الإجتماعية، فقد أولت معظم المستشفيات في العالم الإهتمام بهذا المعيار، وقد تم تحديد المستوى المطلوب من هذا المعدل بـ 75 سرير لكل أخصائي خدمات إجتماعية<sup>1</sup>.
- المؤشرات الخاصة بالمرضى:
  - عدد الأسره لكل ممرض: يعتبر هذا المعدل من المؤشرات الفرعية المتخصصة؛ لأنه يستعمل لمعرفة كفاءة استخدام الممرضين على ضوء الأسره المخدومة في المستشفى، حيث يفترض أن الإستفادة الجيدة من الممرضين لا تكون إلا عن طريق التوزيع المناسب لهم سواء على الأطباء أو على الأسره كما هو الحال في هذا المؤشر<sup>2</sup>. يدل الإرتفاع في هذا المؤشر على تدني جودة الخدمة المقدمة؛ أما إنخفاضه فيدل على عدم إستثمار في الممرضين المتاحين، والمعدل المقبول والمتعارف عليه هو من 02- 04 أسره لكل ممرض<sup>3</sup>؛ ويتم حسابه وفق المعادلة التالية:
    - عدد الأسره/ الممرض: عدد الأسره في المستشفى/ عدد الممرضين في المستشفى.
    - عدد الممرضين لكل طبيب: يعتبر هذا المعدل من المؤشرات النوعية المتخصصة لتقدير أداء الأطباء والمرضى؛ نظرا للدور الكبير الذي يقوم به هذا النوع من الموظفين فيما يخص تقديم الخدمات الطبية والصحية من جهة، ومن جهة أخرى ندرة هذه الفئات وزيادة الحاجة إليها، لذلك تم تحديد نسبة من 04 إلى 05 ممرضين لكل طبيب<sup>4</sup>؛ كنسبة مقبولة للحد الأدنى، وهي تختلف من مؤسسة صحية لأخرى. حيث تفسر الزيادة في هذه النسبة عن سوء إستغلال الممرضين؛ أما النقص فيها فيدل على أن الطبيب يقوم بأعمال بإستطاعة أي شخص أقل تأهيلا القيام بها. ويتم حساب هذا المعدل بالمعادلة التالية<sup>5</sup>:
    - ممرض/ طبيب: عدد الممرضين بالمستشفى/ عدد الأطباء في المستشفى.
  - معدل المرضى الراقدين لكل ممرض: يشير هذا المعدل إلى حصة كل ممرض من المرضى الراقدين خلال فترة زمنية معينة، وهو يدل على حجم الوقت والعناية الذي يخصصهما الممرض لكل مريض؛

<sup>1</sup> نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية- دراسة تطبيقية-، مرجع سابق، ص48.

<sup>2</sup> عرابية الحاج، تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية، مرجع سابق، ص 336.

<sup>3</sup> نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية- دراسة تطبيقية-، مرجع سابق، ص47.

<sup>4</sup> عرابية الحاج، تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية، مرجع سابق، ص 335.

<sup>5</sup> عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الاولى، ص29.

لم ترد معدلات قياسية لهذا المؤشر<sup>1</sup>، ولكن بحكم أن الطبيب يشرف على 20 مريض راقداً بالمستشفى إضافة إلى أن عدد الممرضين العاملين تحت إشراف الطبيب يتراوح ما بين 04-05 ممرضين، فنصيب الممرضين سيكون في حدود 04-05 مريضاً، كما أن الزيادة في هذا المعدل تدل على زيادة العبء على الممرض بما يؤدي إلى تناقص في جودة الخدمات المقدمة ونقص هذا المؤشر يؤدي لتضييع فرص الرعاية الصحية للمرضى المنتظرين. يتم حساب هذا المعدل عن طريق المعادلة التالية:<sup>2</sup>

المرضى/ ممرض: عدد المرضى الراقدين / عدد الممرضين بالمستشفى.

• **المؤشرات الخاصة بالموظفين:**

- **معدل الأسره لكل موظف:** يعني هذا المعدل؛ عدد جميع الموظفين الذين ينجزون المهمات في المستشفى، والمعدل العالمي لهذا المؤشر تم تحديده بـ 01 سرير لكل موظف<sup>3</sup>، فكلما زاد عدد الموظفين على الأسره ينعكس ذلك على تحسن في الخدمات الصحية المقدمة<sup>4</sup>. ويتم حسابه وفق المعادلة التالية:

موظف/ أسره: العدد الكلي للأسره بالمستشفى / عدد الموظفين بالمستشفى.

- **معدل سيارات إسعاف لكل سائق:** يعني هذا المعدل توفر السائقين المختصين لقيادة مركبات الإسعاف، أو توافر مركبات الإسعاف لإستعمالات السائقين؛ وعموماً يتم التأكيد على ضرورة توفير كل سائق لسيارة إسعاف. فحكم أن هذا المعدل يجنب المستشفى الكثير من أزمات نقل وتحويل المرضى؛ مما يسمح بتقديم الخدمات الصحية الضرورية لأي مريض بالوقت والكيف المناسب.

2.2. مؤشرات تقييم الأداء المالي والمادي بالمستشفيات:

تتحمل الإدارة مسؤولية القيام بالعمليات الإدارية من تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة، وعند القيام بهذه الوظائف تتخذ الإدارة القرارات وترسم السياسات المتعلقة بإستعمال وتوظيف الموارد المتاحة بالمستشفى، ويقدر ما تكون هذه الإدارة مؤهلة وفعالة؛ بقدر ما تحسن إستغلال الموارد وتحقق الأهداف بكفاءة وفعالية<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> أمنة بشير سعيد، تقييم أداء المستشفيات -حالة دراسية في مستشفى آزادي العام دهوك-، مرجع سابق، ص 316.

<sup>2</sup> عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص 29.

<sup>3</sup> حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص 116.

<sup>4</sup> نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية - دراسة تطبيقية-، مرجع سابق، ص 48.

<sup>5</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص 425.

بالرغم من الإستناد المطرد لحجم الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات في العديد من الدول المتطورة؛ من خلال قياس الفعالية المرتبطة بالتشخيص، تبقى الغلبة في تخطيط سعة المستشفيات لأعداد الأسرة ومعدلات إستغلالها؛ حيث يسود هذا النمط في كل من ألمانيا وإيطاليا وفنلندا ونيوزلندا<sup>1</sup>.

وعليه نقول أن الأسره تمثل الجزء الرئيسي لرأس المال في المستشفى، وطرق إستغلالها تمثل الأساس في تقييم الأداء المالي والمادي بالمستشفيات؛ وهو ما يعرف كذلك بتقييم الأداء التشغيلي بالمستشفى، ولعل أهم مؤشرات تقييمه تكمن فيما يلي:

- **معدل إشغال الأسره:** يشير هذا المؤشر إلى مدى إستغلال الأسره المتاحة في المستشفى خلال فترة زمنية محددة، ويمكن من التعرف على وجود أو عدم وجود أسره غير مستغلة<sup>2</sup>. بمعنى أنها هذا المؤشر يوضح الإستخدام الفعلي للأسره، ويدل إرتفاع هذا المؤشر على حسن الإستغلال للأسره مما يسمح من تقليل تكاليف المعالجة والعكس صحيح. المعدل المعياري العالمي المقبول لهذا المؤشر حددته منظمة الصحة العالمية بـ 80%<sup>3</sup>. ويتم إحتساب هذا المعدل وفق المعادلة التالية:

**نسبة إشغال الأسره:** (عدد أيام مكوث المرضى/ عدد الأسره \* 365 يوم) \* 100.

- **معدل خلو الأسره:** يشير هذا المؤشر إلى نسبة خلو الأسره وعدم إستعمالها من طرف إدارة المستشفى، وإرتفاعه يعبر عن سوء في إستغلال الموارد؛ بإعتبار أنه يمثل قيم مالية غير مستغلة وكذلك إرتفاع تكاليف الصيانة الدورية لهذه الأسره، لم يرد أي معدل قياسي له؛ لكن من المفروض أن نسبته القياسية تكون مكملة لنسبة معدل إستغلال الأسره لتصل إلى 100% من درجة الإستغلال. ويتم إحتسابه وفق المعادلة التالية:<sup>4</sup>

**معدل خلو الأسره:** [(عدد الأسره \* 365 يوم) - مجموع أيام البقاء في المستشفى]/ عدد المرضى الراقدين في المستشفى.

<sup>1</sup> بورند ريشال وآخرين، تخطيط قدرات المستشفيات: من قياس القدرة الإستيعابية إلى سريان النماذج المثالية، مجلة منظمة الصحة العالمية، المجلد 88، 2010، على الموقع: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-073361/ar>، شوهد يوم 2018/10/04، الساعة 17:05.

<sup>2</sup> نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية- دراسة تطبيقية-، مرجع سابق، ص49.

<sup>3</sup> أكرم أحمد الطويل وآخرون، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات- دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى لفترة (2003-2006)، مرجع سابق، ص16.

<sup>4</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، مرجع سابق، ص206.

كما ورود العديد من المؤشرات لتقييم الأداء المالي والمادي؛ من طرف الباحثين في مجال إدارة المستشفيات ومؤسسات الرعاية الصحية، تهتم كلها بالتسيير الحكيم لموارد المادية ذات التكلفة المالية المرتفعة للمستشفيات؛ إلا أن تسييرها ومراقبتها لا يحتكم إلى مؤشرات قياسية أو معيارية؛ بل يرتبط بنظرة المقيّم وحكمه الشخصي على كيفية إستغلالها، ومن أهم هذه المؤشرات مايلي: <sup>1</sup>

- نسبة الأجهزة الطبية المعطلة: عدد الأجهزة الطبية المعطلة / العدد الكلي للأجهزة الطبية؛
  - عدد ساعات التوقف لساعات التشغيل: ساعات التوقف للأجهزة / ساعات التشغيل ؛
  - معدل كلفة المريض: مجموع تكاليف المستشفى / عدد المرضى المخدومين؛
  - نسبة تلف قناني الدم: عدد قناني الدم التالفة / مجموع قناني الدم المخزنة؛
  - نسبة مصاريف الصيانة: مصاريف الصيانة الفعلية / المبالغ المخصصة للصيانة؛
  - معدل تكلفة المريض: مجموع نفقات المستشفى / عدد الأيام الإستشفائية<sup>2</sup>.
- 3.2. مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية:

يختلف مفهوم الجودة في هذا العنصر عن المفهوم التقليدي لجودة الخدمات الصحية؛ والذي يرمز إلى توافر كل من الإعتدالية؛ الإستجابة؛ الضمان؛ الملموسية والتعاطف من أجل تحقيق رضا المريض<sup>3</sup>، أما جودة الخدمة الصحية من خلال أداء المستشفيات؛ فتعنى بالجودة في أداء هذه الخدمة من خلال وسائل وطرق وإجراءات مدروسة، وعليه تصبوا المؤشرات إلى محاولة عكس درجة الرضى عن الخدمات الصحية المقدمة داخل المستشفى، ومن بين هذه المؤشرات مايلي: <sup>4</sup>

- معدل المكوث للإستشفاء: يرتبط هذا المعدل بأيام إقامة المرضى في المستشفى، بحيث يختلف هذا المعدل من مستشفى لآخر ومن قسم لآخر تبعاً لنوع المرض وسببه، وقد تم تحديد المعدل العالمي لهذا المؤشر والمعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية بـ 7 أيام<sup>5</sup>، فإذا تجاوز هذا المعدل هذه القيمة؛ فهذا يعني أن هناك جهوداً تبذل ونفقات تصرف من دون مبرر وإحتجاز سرير ممكن ان يستفيد منه مريض آخر، كما أن قصر هذه المدة قد يعني تصريف المريض نتيجة الضغط وتعريض

<sup>1</sup> عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، ص30.

<sup>2</sup> حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص 117.

<sup>3</sup> عائشة عتيقة وخديجة عتيقة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة، مجلة إدارة الأعمال، العدد 143، مصر، 2013، ص105، ص105.

<sup>4</sup> عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص30.

<sup>5</sup> أمّنة بشير سعيد، تقييم أداء المستشفيات -حالة دراسية في مستشفى أزادي العام دهوك-، مرجع سابق، ص321.

صحة المريض للضرر نتيجة عدم إستكمال مدة العلاج المطلوب<sup>1</sup>. ويتم إحتساب هذا المعدل عن طريق المعادلة التالية:

معدل المكوث للإستشفاء: مجموع أيام إقامة المرضى / عدد مرضى الخروج.

- **معدل دوران الأسره**: يسمح هذا المؤشر بمعرفة عدد المرضى الذين تمت خدمتهم بنفس السرير، كما يحظى هذا المؤشر بأهمية معتبرة في تقييم التكلفة السنوية للسرير مقارنة بميزانية التسيير، بحيث كلما كان معدل الدوران مرتفع كلما إنخفضت التكلفة نتيجة لإرتفاع الطاقة الإستيعابية داخل المستشفى<sup>2</sup>. ويتم إحتساب هذا المعدل بالإعتماد على المعادلة التالية:

معدل دوران الأسره: عدد حالات الخروج / عدد الأسره.

- **نسبة الشكاوى للمرضى**: يشير هذا المعدل إلى نسبة الشكاوى للمرضى المراجعين أو الراقدين؛ ويتعلق الأمر لهذه الشكاوى بالقصور في محور التغذية من طهي وتوزيع ونوع الأغذية، محور النظافة (الغرف ودورات المياه وغيرها)، محور الأدوية والتجهيزات حول توفرها وكيفية توزيعها. وقد نميز نوعين من الشكاوى؛ الشكاوى التي تخص جوانب المكوث؛ والشكاوى التي تمس جانب الخدمات الطبية وما يتعلق بتوفر الوسائل والعمل بشكل كاف أو ضعف التكوين؛ ويتم إحتساب هذا المعدل عن طريق المعادلة التالية<sup>3</sup>:

نسبة شكاوى المكوث للمرضى: عدد الشكاوى لخدمات المكوث / عدد المرضى.

نسبة الشكاوى للطاقم الطبي: عدد الشكاوى / عدد الاطباء.

- **نسبة حالات التشريح**: تشير هذه النسبة إلى عدد حالات التشريح للوفيات؛ الغرض منها التعرف على الأسباب المؤدية للوفيات مجهولة المصدر، كما يشير إرتفاع هذه النسبة في المستشفى إلى الأداء العالي له؛ لما لهذه الحالات من فوائد في معالجة الحالات المماثلة مستقبلا؛ والوقوف على المسببات لها من أجل الإحتراز منها وتفادي تكرار وقوعها؛ وقد تم تحديد نسبة عالمية قياسية لهذا

<sup>1</sup> منير مصلح محمد الوصابي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن -دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، مرجع سابق، ص30.

<sup>2</sup> بن الزاوي عبد الرزاق وبن فرحات عبد المنعم، دراسة تقييمية لمؤشرات الخدمة الصحية في ظل التحولات التنظيمية لقطاع الصحة العمومي بالجزائر، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، جامعة غرداية، المجلد 09، العدد 02، الجزائر، 2016، ص569.

<sup>3</sup> عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، مرجع سابق، ص ص 32.33.

المؤشر؛ من طرف منظمة الصحة العالمية والمحددة بـ 25%<sup>1</sup>؛ على أن يتم إحتساب هذه النسبة وفق المعادلة التالية:

نسبة حالات التشريح: (عدد حالات التشريح / عدد الوفيات) \* 100.

#### 4.2. مؤشرات تقييم الأداء خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية:

كان أول ظهور لمصطلح الرعاية الصحية الأولية في إعلان " المأتا " العالمي سنة 1978م؛ على أن الرعاية الصحية الأولية مفتاح تحقيق الصحة للجميع؛ بحيث تعتبر الرعاية الصحية الأولية حجر الأساس للخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات<sup>2</sup>؛ و تشمل العديد من الإمتيازات لكي يتمتع الفرد بصحة سليمة وجيدة منها: توعية المواطنين وإرشادهم صحيا، وضع الحلول المناسبة وخطط الدفاع للقضاء على المشاكل الصحية، مراقبة توفر الماء الصالح للشرب، تقديم خدمات الأمومة والطفولة، التطعيم والتحصين ضد الأمراض المعدية، مكافحة الأمراض السارية والسيطرة على إنتشارها.

وعليه تشمل مؤشرات تقييم هذه الخدمات كل من:<sup>3</sup>

- معدل الإصابة بالأمراض السارية: عدد الإصابات / عدد سكان المنطقة المخدومة؛

يتم إحتساب معدل الإصابة بالأمراض السارية؛ عن طريق تجميع وفرز بيانات الأمراض وأعداد الإصابة لكل نوع على حدى؛ ثم القيام بتصنيف هذه المعدلات حسب النوع والجنس والعمر ومقارنة نسب تطورها عبر السنوات، من أجل الوقوف على قدرة المستشفى للتصدي والقضاء على أنواع محدد تقوم بتهديد صحة المواطنين والوضع الصحي عامة.

- معدل الأطفال الملقحين: عدد الأطفال الملقحين/ عدد الأطفال المنطقة المخدومة؛

- معدل الولادات بإشراف مختصين: عدد الولادات بإشراف مختصين / عدد الولادات الكلي.

عمدت منظمة الصحة العالمية على ترسيخ مقومات التنمية الصحية؛ عن طريق الإهتمام بصحة الأم والطفل؛ بإعتبارهما أساس الصحة الجيدة وقد سعت إلى الإستثمار فيهما؛ إنطلاقا من المؤتمر العالمي لـ " المأتا " سنة 1978م وقمم الأرض المنعقد بريو دي جانيرو سنة 1992م. حيث تسمح هذه المعدلات

<sup>1</sup> منير مصلح محمد الوصاوي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن -دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي ، مرجع سابق، ص 35.

<sup>2</sup> وزارة الصحة لمملكة البحرين، على الموقع <https://www.moh.gov.bh/Services/primaryHealthCare>، شوهديوم 2018/10/09، على الساعة 17:34.

<sup>3</sup> عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الاولى، مرجع سابق، ص33.

بمقارنة التطور الحاصل في الرعاية التمنيعية الوقائية للأطفال وتجنب تدهور حالتهم الصحية؛ مع إكسابهم لخطوط دفاعية قوية للأمراض التي قد تصادف حياتهم، من خلال تقوية أجهزتهم المناعية بلقاحات تضمن ذلك؛ كذلك تبرز نسب الولادات بإشراف مختصين أو ما يعرف بعمال حاذقين؛ مدى العناية التي تتلقاها الأمهات الحوامل وما يترتب عنها من حماية لصحة الجنين والمرأة الحامل.

يمكن تقييم أداء خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية من خلال المؤشرات التالية:<sup>1</sup>

- عدد الحملات التوعوية والتحسيسية ضد الأمراض السارية والمحافظة على الصحة التي يقوم بها المستشفى؛
- عدد حملات التطعيم ؛
- عدد حالات فحص المياه الصالحة للشرب؛
- تقديم خدمات الأمومة والطفولة؛
- تطور الأمراض الوبائية (درجة الحد أو التقليل فيها)<sup>2</sup>.

## 5.2. مؤشرات تقييم الأداء الخاصة بنتائج التحسين الصحي:

تعتبر الإنتاجية قضية معقدة نظرا للتوقعات الفردية والجماعية؛ فبالنسبة للتوقعات الفردية؛ إنتاجية المستشفيات في نظرهم هي كل الأمور التي من شأنها ضمان صحة وشفاء المرضى والقضاء على الأمراض والأوبئة؛ أما إنتاجية المستشفيات من وجهة نظر جماعية؛ فهي كل الأمور التي تعنى بتحقيق تنمية صحية والتي بدورها تنعكس على الوضع الصحي للنظام ككل.

نظرا للتعقيدات الفنية التي تحيط بقياس إنتاجية المستشفيات؛ فقد تم اللجوء من أجل تقييم الإنتاجية إلى المؤشرات التالية<sup>3</sup>:

- نسبة وفيات الراقدين: يدل هذا المؤشر على معدل المرضى الذين توفوا في المستشفى من مختلف الأعمار ولأسباب مختلفة<sup>4</sup>؛ وذلك لما تهدف إليه الصحة من تمديد معدل العمر وخفض نسبة

<sup>1</sup> عبد المجيد قدي ومديني جميلة، أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية : دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة البرتقال بمدينة الشلف، مجلة الإستراتيجية والتنمية، جامعة عبد الحميد ابن باديس -مستغانم-، العدد 07، مجلد 04، الجزائر، 2014، ص171.

<sup>2</sup> بن الزاوي عبد الرزاق وبن فرحات عبد المنعم، دراسة تقييمية لمؤشرات الخدمة الصحية في ظل التحولات التنظيمية لقطاع الصحة العمومي بالجزائر، مرجع سابق، ص573.

<sup>3</sup> Alice Teil, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs application à la gestion hospitalière*, OP CIT, P 51.

<sup>4</sup> منير مصلح محمد الوصايي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن -دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، مرجع سابق، ص31.



الوفيات، مما يجعل هذا المؤشر دليل حسن التكفل بالمرضى كلما إنخفض والعكس صحيح<sup>1</sup>، وقد تم تحديد المعدل القياسي له من طرف منظمة الصحة العالمية بـ 3-4%؛ ويتم احتساب هذا المعدل عن طريق المعادلة التالية:<sup>3</sup>

نسبة وفيات الراقدين: (عدد الوفيات من المرضى الراقدين / عدد المرضى الراقدين) \* 100.

- **نسبة العمليات القيصرية:** الولادة القيصرية هي تقنية جراحية لولادة الجنين؛ تختلف أسباب اللجوء إليها حسب حالة الأم والجنين معاً؛ إلا أن الغرض منها هو حماية الجنين والأم؛ من جانب آخر تعبر العمليات القيصرية عن أعباء إضافية يتحملها المستشفى؛ لذلك تم تحديد نسبة معيارية لهذا المؤشر من طرف منظمة الصحة العالمية والمقدرة بي 03 إلى 04 % من عمليات الولادة لنفس السنة<sup>4</sup>. ويتم احتساب هذه النسبة بالمعادلة التالية:

نسبة العمليات القيصرية: (عدد الولادات القيصرية / عدد الولادات العادية والقيصرية) \* 100.

- **نسبة وفيات الأمهات:** يقيس هذا المؤشر عدد حالات وفيات الامهات في حالة الحمل أو الولادة؛ إذ يمكن أن تكون الحالات سببا لوفاة بعض الأمهات حتى الأصحاء منهم؛ فيحين توجد حالات يعود سبب الوفاة فيها إلى خلل في أداء الكوادر الطبية او الصحية أو الأجهزة أو الأوضاع المتردية في المستشفى، لذلك فإن ارتفاع هذه النسبة يعود على تدني أداء المستشفى والعكس صحيح<sup>5</sup>. والنسبة العالمية المعتمدة في هذا المؤشر والتي حددتها منظمة الصحة العالمية تقدر بـ 0.25%<sup>6</sup>، ويتم احتساب هذه النسبة بالإعتماد على المعادلة التالية:

نسبة وفيات الأمهات: (عدد وفيات الامهات نتيجة الولادة والحمل / عدد حالات الولادة الحية والميتة) \* 100.

<sup>1</sup> بن الزاوي عبد الرزاق وبن فرحات عبد المنعم، دراسة تقييمية لمؤشرات الخدمة الصحية في ظل التحولات التنظيمية لقطاع الصحة العمومي بالجزائر، مرجع سابق، ص 571.

<sup>2</sup> أمينة بشير سعيد، تقييم أداء المستشفيات -حالة دراسية في مستشفى أزادي العام دهاوك-، مرجع سابق، ص 321.

<sup>3</sup> عبد المجيد قدي ومديني جميلة، أهمية تقييم الاداء في المنظمات الصحية : دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة البرتغال بمدينة الشلف ، مرجع سابق، ص 170.

<sup>4</sup> عبد المجيد قدي ومديني جميلة ، أهمية تقييم الاداء في المنظمات الصحية : دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة البرتغال بمدينة الشلف ، مرجع سابق، ص 170.

<sup>5</sup> حسن ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص 118.

<sup>6</sup> منير مصلح محمد الوصافي ، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن -دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي ، مرجع سابق، ص 35.

- **نسبة وفيات الأطفال** : يدل هذا المؤشر على مدى نجاحة السياسات الوطنية في برامج التلقيح الموسعة؛ وبرامج حماية الأمومة والطفل والتي هي من صميم العمل الوقائي للهيكل الصحة العمومية<sup>1</sup>. وفي هذا الصدد يوجد عدة أنواع لهذا المؤشر؛ منها نسبة وفيات الرضع (المواليد) نسبة وفيات الأطفال (أقل من 05 سنوات)، نسبة وفيات الأطفال (من 00 إلى 12 سنة)؛ وتم تحديد قيمة عالمية لهذا المؤشر من طرف منظمة الصحة العالمية بـ 02%<sup>2</sup>؛ ويتم احتساب هذه النسبة بالإعتماد على المعادلة التالية:

**نسبة وفيات المواليد:** (عدد وفيات أطفال أقل من 28 يوم / عدد المواليد الأحياء) \* 100.<sup>3</sup>

**نسبة وفيات الأطفال أقل من 05 سنوات:** عدد اطفال أقل من 05 سنوات / عدد الاطفال أقل من 05 سنوات) \* 100.

**نسبة وفيات الأطفال:** (عدد وفيات الأطفال من 0 إلى 12 سنة / عدد الولادات الحية لنفس المدة) \* 100.<sup>4</sup>

- **نسبة الوفيات من التلوث:** تعد المستشفيات مكانا للعلاج؛ ومع ذلك يمكن أن تكون مصدرا للإصابة بالأمراض المختلفة نتيجة التلوث وعدم مكافحة العدوى ومسبباتها؛ سواء بالنسبة للمرضى او الكادر الطبي والصحي على مستواه؛ ويكون ذلك نتيجة غياب او ضعف التدابير الوقائية وقلّة المعدات والاجهزة التي تحد من حالات التلوث؛ لذلك فإن ارتفاع هذه النسبة يدل على تدني الأداء بالمستشفى<sup>5</sup>؛ وقد تم تحديد معدل عالمي لهذا المؤشر من طرف منظمة الصحة العالمية بـ 01%<sup>6</sup>؛ على ان يتم احتساب هذه النسبة بالمعادلة التالية:

**نسبة الوفيات من التلوث:** (عدد حالات التلوث / مجموع الخروج والوفيات) \* 100.

<sup>1</sup> بن الزاوي عبد الرزاق وبن فرحات عبد المنعم، دراسة تقييمية لمؤشرات الخدمة الصحية في ظل التحولات التنظيمية لقطاع الصحة العمومي بالجزائر، مرجع سابق، ص 571.

<sup>2</sup> عبد المجيد قدي ومدبوني جميلة، أهمية تقييم الاداء في المنظمات الصحية : دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة البرتقال بمدينة الشلف ، مرجع سابق، ص 170.

<sup>3</sup> بن الزاوي عبد الرزاق وبن فرحات عبد المنعم، دراسة تقييمية لمؤشرات الخدمة الصحية في ظل التحولات التنظيمية لقطاع الصحة العمومي بالجزائر ، مرجع سابق، ص 572.

<sup>4</sup> عبد المجيد قدي ومدبوني جميلة، أهمية تقييم الاداء في المنظمات الصحية : دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة البرتقال بمدينة الشلف ، مرجع سابق، ص 170.

<sup>5</sup> حسن ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص 119.

<sup>6</sup> منير مصلح محمد الوصايي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن -دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي ، مرجع سابق، ص 35.

- نسبة الوفيات نتيجة التخدير: يشير هذا المؤشر إلى نسبة المتوفين أثناء العمليات الجراحية بسبب قصور في إجراءات التخدير؛ ويشير ارتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى والعكس صحيح؛ فيحين تم تحديد نسبة عالمية من طرف منظمة الصحة العالمية لهذا المؤشر؛ والتي حددت بـ 5000/1؛ بحيث تعني حالة وفاة واحدة كل 5000 حالة تخدير<sup>1</sup>. على أن يتم احتساب هذه النسبة عن طريق المعادلة التالية:<sup>2</sup>

نسبة الوفيات نتيجة التخدير: (عدد وفيات التخدير / عدد العمليات الجراحية) \* 100 .

- متوسط عمر الحياة: يعتبر هذا المؤشر؛ من المؤشرات التي تعكس حجم التنمية الصحية التي تقوم الدولة على إرسائها، وهو يحدد مقدار أمل الحياة للإنسان في ظل النظام الصحي للبلد الذي يقطنه<sup>3</sup>؛ وبفعل أن النظام الصحي يقوم على مؤسسات الرعاية الصحية عامة والمستشفيات خاصة، يرتبط هذا المؤشر كثيرا بمستوى نشاط المؤسسات الصحية؛ لذلك يعتبر من بين أهم مؤشرات تقييم الأداء الصحي؛ ويتم احتسابه وفق المعادلة التالية:

متوسط عمر الحياة: مجموع أعمار المتوفين / عدد حالات الوفيات.

<sup>1</sup> عبد المجيد قدي ومديوني جميلة، أهمية تقييم الاداء في المنظمات الصحية : دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة البرتقال بمدينة الشلف، مرجع سابق، ص170.

<sup>2</sup> حسن ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص119.

<sup>3</sup> بن الزاوي عبد الرزاق وبن فرحات عبد المنعم، دراسة تقييمية لمؤشرات الخدمة الصحية في ظل التحولات التنظيمية لقطاع الصحة العمومي بالجزائر ، مرجع سابق، ص572.

الجدول رقم (3.2): القيم العالمية لمؤشرات تقييم أداء المستشفيات.

المؤشر الرئيسي	المؤشر الفرعي	طريقة الحساب	المعدل العالمي
المؤشرات الخاصة بالأطباء	معدل الأسره لكل طبيب	عدد الأسره المتاحة / عدد الأطباء في المستشفى	04-05 أسره لكل (01) طبيب
	معدل المرضى الراقدين لكل طبيب	عدد المرضى الراقدين / عدد الأطباء في المستشفى	20 مريض لكل (01) طبيب
	معدل مراجع لكل طبيب	عدد الإستشارات الطبية / عدد الأطباء في المستشفى	10 مراجعين لكل (01) طبيب
المؤشرات الخاصة بأصحاب المهن الصحية	معدل المرضى الراقدين لكل أصحاب مهن صحية	عدد المرضى الراقدين / عدد أصحاب المهن الصحية	06 مرضى لكل (01) أصحاب المهن الصحية
	معدل الأسره لكل أصحاب المهن الصحية	عدد الأسره المتاحة / عدد أصحاب المهن الصحية	03 أسرة لكل (01) من أصحاب المهن الصحية
	معدل أصحاب المهن الصحية لكل طبيب	عدد أصحاب المهن الصحية / عدد الأطباء	10-12 من أصحاب المهن الصحية لكل (01) طبيب
	معدل الأسره لكل صيدلي	عدد الأسره بالمستشفى / عدد الصيدلة	100 سرير لكل (01) صيدلي
	معدل الأسره لكل أخصائي (تغذية أو تحليل مخبري)	عدد الأسره بالمستشفى / عدد أخصائي (تغذية أو تحليل مخبري)	100 سرير لكل (01) أخصائي (تغذية أو تحليل مخبري)
المؤشرات الخاصة بالممرضين	معدل الأسره لكل موظفي الخدمات الاجتماعية	عدد الأسره بالمستشفى / عدد موظفي الخدمات الاجتماعية	75 سرير لكل (01) من موظفي الخدمات الاجتماعية
	عدد الأسره لكل ممرض	عدد الأسره بالمستشفى / عدد الممرضين	من 02-04 سرير لكل (01) ممرض
	عدد الممرضين لكل طبيب	عدد الممرضين بالمستشفى / عدد الأطباء	من 04-05 ممرض لكل (01) طبيب
	عدد المرضى لكل	عدد المرضى الراقدين / عدد	04-05 مرضى لكل (01)

مريض	المرضى بالمستشفى	مريض	
01 سرير لكل (01) موظف	عدد الأسره / عدد الموظفين بالمستشفى	عدد الأسره لكل موظف	المؤشرات الخاصة بالموظفين
80%	(عدد أيام المكوث / عدد الأسره * 365 يوم) * 100	معدل إشغال الأسره	المؤشرات الخاصة بجودة الأداء
07 أيام	مجموع أيام المكوث / عدد مرضى الخروج	متوسط معدل المكوث	
04-03 %	(عدد وفيات المرضى الراقدين / عدد المرضى الراقدين) * 100	نسبة وفيات الراقدين	المؤشرات الخاصة بنتائج التحسين الصحي
0,25 %	(عدد وفيات الأمهات نتيجة الولادة والحمل / عدد حالات الولادة الحية والميتة) * 100	نسبة وفيات الأمهات	
02%	(عدد وفيات الأطفال / عدد المواليد الأحياء) * 100	نسبة وفيات الأطفال أو المواليد أو الأجنة	

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على:

- أرزوقي عباس أكرم طويل وآخرون، مؤشرات قياس أداء المستشفيات محافظة نينوى للفترة (1978-1984)، مرجع سابق، ص ص 16-17-104-105.
- أمينة بشير سعيد، تقييم أداء المستشفيات حالة دراسية في مستشفى آزادي العام -دهوك-، مرجع سابق، ص ص 316،317،321.
- بوارى برهان محمد، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية في مدينة أربيل دراسة تطبيقية في مستشفى رزكري التعليمي للمدة 2014-2016، مرجع سابق، ص ص 112، 115، 119.
- الحاج عرابية، تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية في المستشفيات العمومية-دراسة حالة تطبيقية على عينة من المستشفيات-، مرجع سابق، ص 335.
- حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، مرجع سابق، ص 116.
- حسين ذنون علي البياتي، أثر درجة الاعتمادية بين المعايير في تقييم أداء المستشفيات -دراسة وصفية تحليلية في المستشفيات الحكومية في محافظة نينوى، مرجع سابق، ص 94.
- خالد محمد عبد الستار، تقييم كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية -دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بمحافظة القويم، مرجع سابق، ص ص 15، 14.

- رابيس وفاء، مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الإستشفائية دراسة حالة مستشفى بشير بناصر بسكرة -الجزائر-، مرجع سابق، ص ص 144، 145.
- رعد زروق إسطفان وآخرون، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 369.
- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص 11.
- عبد أرزوقي عباس وآخرون، مؤشرات قياس أداء مستشفيات محافظة نينوى للفترة (1978-1984) دراسة تطبيقية، مرجع سابق، ص 106.
- عبد المجيد قدي، مديوني جميلة، أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة "البرتقال" بمدينة الشلف، مرجع سابق، ص ص 167، 170.
- علي مصطفى مهوس الصبيح، محمد خضير سلمان العلي، تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في قضاء الفاو، مرجع سابق، ص 540.
- منير صالح الوصابي، أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن -دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي-، مرجع سابق، ص 35.
- نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية -دراسة تطبيقية-، مرجع سابق، ص 47.

يشير مفهوم الأداء في المستشفيات إلى قدرتها في تحقيق الأهداف الصحية المنوطة بها؛ والتي تركز عموماً على تقديم خدمات صحية وطبية من شأنها إحتواء والتأثير على الوضع الصحي للمواطنين المخدمين؛ ما يندرج تحت مسمى التنمية الصحية؛ لذلك المستشفيات شأنها شأن المنظمات الأخرى الإنتاجية والخدمية؛ تحتاج أن تراقب باستمرار لإمكانياتها المتاحة مقارنة مع أدائها وقدراتها الإنتاجية.

لذلك قد تلجأ المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة إلى توليفة من المؤشرات لقياس مستوى الأداء وتقييمه؛ بهدف معرفة التقدم الحاصل في أنشطتها ودرجة تأثيرها في الوضع الصحي السائد إضافة لمدى تحقيق أهدافها المسطرة، وبطبيعة الحال فإن إستعمال مؤشر دون الأخر؛ يعتمد على الرغبة الحقيقية لإدارة المستشفى للاستفادة من النتائج المحققة من ذلك المقياس، ومما ننوه له أن دقة النتائج المحققة من أي مؤشر للدلالة على مستوى الأداء؛ يعتمد كلياً على دقة البيانات المشغلة فيه والتي يتم التحصل عليها من إحصائيات المستشفيات؛ مع القيام بتبويبها وترتيبها بالشكل الذي لا يحدث تداخل في النتائج النهائية.

وكخلاصة يمكن القول، نظراً للتعقيدات التي ترافق مراحل عملية تقييم أداء المستشفيات، يتم الإعتماد على المتغيرات والمؤشرات الكمية في تقييم الأداء بالمستشفيات؛ وذلك لصعوبة قياس وتقدير المتغيرات النوعية التي تندرج ضمن الأنشطة المختلفة للمستشفيات، بالإضافة إلى عدم إستقرار نتائج التدخل الطبي والصحي؛ إلا أن ذلك لا يعنى إهمال التقييم النوعي لجودة خدمات رعاية الصحة المقدمة للأفراد والجماعات، خاصة أبعاد المأمونية والإنصاف. وتجدر الإشارة إلى أن هناك بعض الطرق في تقييم الأداء بالمستشفيات (لم يتم ذكرها)؛ تركز في تقييمها على رأي متلقى الخدمة (المرضى) أو ما يعرف بالتقييم عن طريق المستفيد الأخير، إلا أن هذه الطرق تتأثر بشكل كبير بعدة إعتبارات شخصية ونفسية لمتلقي الخدمة أو أفراد عائلته؛ مما يجعلها محل إنتقاد وكذلك يضعف مصداقية نتائجها.

# الفصل الثالث:

دراسة تحليلية لمؤشرات أداء

المؤسسات العمومية

الإستشفائية - المؤسسة

الإستشفائية العمومية سيدي

عيسى كنموذج -



## تمهيد

تعاني مؤسسات الصحة العمومية من الإرتفاع المفرط لنفقات الصحية نظرا لسياسة مجانية العلاج، بالإضافة إلى التدهور التدريجي لجودة الخدمات الصحية على مستواها، بالرغم من إمتلاك هذه الأخيرة إمكانيات مادية، بشرية، فنية وتكنولوجية معتبرة، هذا ما دفع بالسلطة الوصية إلى إتباع عدة سياسات إستصلاحية الغرض منها تدارك الوضع وتثمين الممتلكات لمؤسسات وهيكل الصحة بالجزائر، وذلك من خلال جملة من المراسيم التنظيمية، القرارات والندوات الوطنية، أبرزها المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في المؤرخ في 19 ماي 2007م، الذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

بعد صدور آخر تنظيم لخارطة الصحة 2007م، وطيلة 11 سنة موائية لتبنى هذه الخارطة الصحية بقيت مؤسسات وهيكل الصحة تعاني من عدة إختلالات وتخبط في مشاكل تسببت في الإنحراف عن الأهداف المرغوبة للتحسين الصحي المرجو من هذه الهياكل، هذا ما عجل بظهور القانون 18-11 المتعلق بالصحة في محاولة لإعادة هيكلة مؤسسات الصحة بشكل يسمح بتقديم خدمات صحية شاملة ومتسلسلة آمنة وفعالة، كما جاء ليلغي القانون 85-05 المتعلق بالصحة، إلا أن المراسيم التنظيمية بهذا الأخير تبقى سارية المفعول لحين صدور مراسيم أخرى تأطر قانون الصحة الجديد.

صدر مثل هكذا قرارات دليل على تفاقم المشاكل وتشعب الأسباب الرئيسية لهذه الإنحرافات، لذلك جاءت هذه الدراسة بمحاولة لتقييم أداء المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) من خلال تسليط الضوء على المؤسسة الإستشفائية العمومية "سيدي عيسى -بولاية المسيلة-" كنموذج للدراسة، والوقوف على أماكن القوة والضعف بهذا النموذج مرورا بالنقاط التالية:

- مفهوم الصحة العمومية ومؤسسات رعاية الصحة العمومية.
- مشروع تقييم أداء المؤسسة الإستشفائية العمومية سيدي عيسى-كويبي بلعيش-

### المبحث الأول: مؤسسات رعاية الصحة العمومية بالجزائر.

شهد قطاع الصحة بالجزائر عدة إصلاحات وإعادة هيكلة نظير المشاكل التي واجهها، بسبب إرتفاع الأعباء الصحية وسخط متلقو الخدمات الصحية من جهة، بالتوازي مع تآمر عمال قطاع رعاية الصحة لتدهور الأوضاع وسوء ظروف العمل، إضافة إلى التغيرات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية المحيطة به، كل هذه المتغيرات الداخلية والخارجية أثرت على النظام الصحي وهيكلته مؤسسته.

آخر إصلاح شهده قطاع الصحة العمومية كان سنة 2018م، من خلال صدور قانون الصحة 11/18 المؤرخ في 02 جويلية 2018م؛ والذي جاء ليحدد الأحكام والمبادئ الأساسية وتجسيد الحقوق والواجبات للمواطنين في مجال الصحة، كما خضع للتعديل سنة 2020م بحذف وتعديد بعض المواد من خلال الأمر 02-20 المؤرخ في 30 غشت سنة 2020، يعدل ويتمم القانون رقم 11-18 المتعلق بالصحة. وقد جاء لإنهاء القانون القديم 05/85 بتدارك وتنظيم بعض الجوانب منه، إلا أنه مضمونا مطابق له ومكمل له من حيث مجانية العلاج والعدالة والمساواة في تقديم الرعاية الصحية، بالإضافة إلى تقريب الخدمات للمواطنين من خلال تبنى سياسة التغطية الصحية الشاملة؛ عملا بتوصيات منظمة الصحة العالمية.

#### المطلب الأول: الصحة العمومية بأعين المشرع الجزائري.

تم إنشاء أول وزارة مستقلة للصحة العامة في عهد حكومة الرئيس هواري بومدين في 10 جويلية 1965م تحت إشراف الوزير التيجيني هدام، والتي إستحدثت من أجل هدفين رئيسيين هما: إعادة توزيع المؤسسات الصحية بما فيها اليد العاملة الصحية على جميع أقطار الوطن من أجل تجسيد عدالة التغطية الصحية؛ والهدف الثاني هو محاربة الأمراض والأوبئة المتتقلة<sup>1</sup>. لذلك تم الإعتماد في هذه المرحلة على سياسة صحية تركز على الفئات المحرومة، من خلال إجبارية تلقيح الأطفال وتأسيس الطب المجاني أو ما يسمى بالصحة العمومية، وهو الأجراء الذي يضمن السلامة الصحية لكل الأفراد وكتعبير سياسي للنهج الذي يتبناه النظام السياسي الجزائري آنذاك.

<sup>1</sup> سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مذكرة ماجستير في إطار مدرسة الدكتوراه دولة ومؤسسات عمومية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 01 - بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2017، ص 03.

## 1. الصحة العمومية:

عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 1952م الصحة العمومية، بأنها فن وعلم الوقاية من الأمراض وإطالة الحياة وتحسين صحة الأفراد الفيزيائية والذهنية، عن طريق نشاطات جماعية من أجل تطهير المحيط ومقاومة الأوبئة وتنظيم المصالح الطبية والشبه طبية مع تسهيل الإستفادة من الخدمات الصحية لكل فرد من الجماعة، من أجل العيش بنمط منسجم مع الصحة<sup>1</sup>.

رجعت المنظمة العالمية بعد ذلك سنة 1973م إلى مصطلح الصحة العمومية، وقامت بالتوسع فيه وصرحت أن الصحة العمومية هي كل المسائل المتعلقة بصحة السكان والحالة الصحية للجماعات، بالإضافة إلى مصالح الصحة العامة (مؤسسات الرعاية الصحية والمؤسسات المساندة للصحة) التي تعنى بتقديم وإدارة الخدمات الصحية لعامة الأفراد، وأصبحت الصحة العمومية وسيلة تهتم بتحقيق والمحافظة على الصحة من جوانب عامة (علاجية وقائية وتنقيفية وتوعوية) من أجل الرقي بمستويات التنمية الصحية للشعوب.

مؤكد ذلك أن الصحة العامة تستلزم وظائف وإجراءات لا غنى عنها تقع مسؤوليتها الرئيسية على الدولة، ويتمثل هدفها في تحسين صحة السكان وتعزيزها والحرص على إستعدادتهم لعافيتهم؛ عن طريق العمل الجماعي الذي تقوم به الدولة ومؤسساتها لتوفير مختلف الخدمات الصحية المناسبة. كما أكدت على تقييم نتائج هذه التدخلات من أجل دعم إستمرارية الممارسات الجيدة وتعديل التدخلات اللازمة لسد الفجوات<sup>2</sup>.

جاء مفهوم الصحة العمومية بالجزائر، في قانون الصحة الجزائري رقم 05/85 المؤرخ في 16 أبريل 1985م كما يلي: "يعني مفهوم الصحة العمومية مجموعة التدابير الوقائية والعلاجية والتربوية والاجتماعية التي تستهدف المحافظة على صحة الفرد والجماعة وتحسينها"<sup>3</sup>. لم يختلف هذا الطرح الجزائري عن تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة، إلا أنه إرتكز على الجانب الكلاسيكي للصحة العمومية والشائع، الذي يجعل الصحة العمومية سياسة الدولة العاملة في ترقية صحة مواطنيها من خلال

<sup>1</sup> La coopération internationale en matière de santé, L'OMS et la santé publique, site web [http://www.eduki.ch/fr/doc/dossier\\_5\\_ci.pdf](http://www.eduki.ch/fr/doc/dossier_5_ci.pdf), vu 04/03/219, a 18 :22.

<sup>2</sup> منظمة الصحة العالمية، تقييم الوظائف الأساسية للصحة العامة في بلدان إقليم شرق المتوسط، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على الموقع: <http://www.emro.who.int/ar/about-who/public-health-functions/index.html>، شوهد يوم 04/03/2019، على الساعة

16:09.

<sup>3</sup> المادة 25 من قانون الصحة الجزائري رقم 85-05 المؤرخ في 16 أبريل 1985، الجريدة الرسمية، العدد 08، الجزائر، 1985، ص179.

توفير باقة شاملة من خدمات الرعاية الصحية؛ غير أن تبني مفهوم الصحة العمومية يركز على تظافر وتجنيد الجهود لممتهمي القطاع الصحي والأشخاص الناشطين خارج مجال الصحة الذين يؤثرون ويتأثرون بها.

## 2. مبادئ خدمات الصحة العمومية:

تعمل الصحة العمومية وفق آليات تسمح بتوفير الرعاية الصحية للفرد والجماعة؛ مرتكزة على تخطيط وتوفير وتقديم الخدمات الصحية المختلفة لجميع شرائح المجتمع، دون تحيز عرقي أو ديني أو إنساني.

وورد في منشورات منظمة الصحة العالمية أن الخدمات الصحية، مجموعة من العناصر المترابطة التي تسهم بتحقيق الصحة في البيوت والمؤسسات التعليمية وأماكن العمل والمحلات العامة والتجمعات وكذلك في البيئة العمرانية والنفسية والاجتماعية وقطاع الصحة والقطاعات المرتبطة بها<sup>1</sup>. فهي بذلك تشمل كل من الخدمات الوقائية التي تكون في شكل تثقيف وإرشاد صحي، حملات صحية للتطعيم ضد الأمراض بالإضافة إلى العناية بصحة الأم والطفل قبل وبعد الولادة. كذلك الخدمات العلاجية التي تتمثل في رعاية الأفراد ضد مختلف أنواع الأمراض والإصابات التي قد تصيب الفرد. التي تنظم وترتب وفق سياسة صحية محكمة.

وعليه، تهدف الصحة العمومية إلى توفير كل خدمات الرعاية الصحية ذات الصبغة العمومية؛ ويعنى بذلك كل الخدمات التي تسعى إلى المحافظة وتعزيز مستويات الصحة بالمجتمع؛ والتي تنتج من نشاط مصلحة عامة، منظمة ومسيرة من طرف شخص عمومي، وتخضع إلى قواعد القانون العام.

تستمد الخدمة الصحية العمومية مفهومها من المرفق العام، بإعتبار هذا الأخير وسيلة في يد الدولة وصورة لها على أرض الواقع تنفذ من خلالها سياستها الصحية التي تندرج في إطار سياستها الإنمائية الكلية للبلد، ويبقى نجاح سياستها مرهون بنجاح تسيير المرفق العام وفعاليتها في توفير وتقديم خدمات صحية ذات أثر فعال على الوضع الصحي، وترقى لتطلعات المواطنين<sup>2</sup>.

كما تمتلك خدمات الصحة العمومية مجموعة من المبادئ؛ تميزها عن باقي الخدمات الأخرى، مستمدة هذه الخصائص من الطابع العمومي الذي يطغى عليها والتي نوجزها فيما يلي:

<sup>1</sup> سعيدة رحمانية، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة قسنطينة2، مجلد 11، العدد 01، الجزائر، 2015، ص216.

<sup>2</sup> ضريفي نادية، المرفق العام بين ضمان المصلحة العامة وهدف المردودية حالة عقود الإمتياز، أطروحة دكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق - بن عكنون -، جامعة الجزائر1، الجزائر، 2012، ص04.

- مبدأ الإستمرارية:

تقوم المرافق العمومية بتوفير خدمات أساسية تؤمن حاجات عمومية جوهرية في الحياة الصحة كمثل، ونظرا لضرورة هذه الخدمات ودوريتها، يجب أن يتسم تقديم الخدمة العمومية بإستمرار وانتظام مع إتاحتها لأي فرد يحتاجها في ظل ظروف محددة، وعلى إثر ذلك فالمؤسسات التي توفر خدمات عمومية عامة وصحية خاصة تخضع لنظام قانوني خاص يضمن إستمرارية سيرها وعدم توقف أو إنتهاء نشاطها<sup>1</sup>. كما نصت المواد 03,06,12 من القانون 11-18 المتعلق بالصحة صراحة، أن نشاطات الصحة العمومية مبنية على التسلسل والإستمرارية.

- مبدأ المساواة والشمولية:

تكريسا للمادة 32 من الدستور 1996 م المعدل والمتمم سنة 2016 م، الذي يقر بأن "كل المواطنين سواسية أمام القانون، ولا يمكن أن يتذرع بأي تمييز يعود سببه إلى المولد أو العرق... إلخ"<sup>2</sup>، فعلى هذا أساس تلتزم الجهات القائمة على إدارة المرافق العامة بأن تؤدي خدماتها لكل من يطلبها من الجمهور ممن تتوفر فيهم شروط الإستفادة منها، دون تمييز بين الجنس أو اللون أو اللغة أو الدين أو المكانة الإجتماعية أو الإقتصادية<sup>3</sup>. بالإضافة أن المادة 06 من القانون 11-18 المتعلق بالصحة، تقول " أن منظومة الصحة الوطنية تهدف إلى التكفل بإحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصفة شاملة ومنسجمة ومستمرة". وأكدت نفس القانون في عدة مواقف وشدد عليها من أجل تثمين مسعاه في تحقيق التغطية الشاملة للخدمات الصحية، خدمة للمساوي الإنمائية الدولية والمحلية.

- مبدأ التكيف أو الموائمة:

نصت المادة 03 من القانون 11-18 المتعلق بالصحة على أن النشاطات الصحية بمعنى الشامل، ترتكز على مبدأ التسلسل والتكامل والوقاية أولا ثم العلاج بالإضافة إلى إعادة تكييف مختلف الهياكل ومؤسسات بما يخدم الأهداف الصحية.

<sup>1</sup> ضحاك نجية، تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر -دراسة حالة: المؤسسات الإستشفائية في القطاع العمومي-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2012، ص54.

<sup>2</sup> المادة 32 من الدستور الجزائري 2016، العدد 14، الجريدة الرسمية، الجزائر، مارس 2016، ص10.

<sup>3</sup> علاء الدين عشي، مدخل القانون الإداري، الجزء الثاني، دار الهدى للنشر والتوزيع، الجزائر، 2010، ص28.

يسمح هذا المبدأ بمرونة محتوى الخدمة العمومية الذي يتغير ليوكب التطور الإجتماعي والتكنولوجي، بالإضافة إلى التطور في إحتياجات المواطنين. ويرى البعض أن مبدأ تكيف الخدمة العمومية يندرج ضمن مبدأ الإستمرارية، لأن جمود الخدمة العمومية وعدم مرونتها مع الأوضاع سيؤدي حتما إلى التوقف الفعلي لهذه الإجراءات عن تلبية إحتياجات المواطنين لاسيما الصحية منها<sup>1</sup>.

#### - مبدأ المجانية النسبية:

الخدمات العمومية لا تستهدف الربح في المقام الاول، وإنما هدفها إشباع حاجيات المواطنين، إلا أن المجانية المطلقة غير ممكنة في الوقت الراهن نظرا للأعباء الكثيرة الملقاة على عاتق الدولة، لذلك تم تكيف بعض الأسعار بما يتناسب القدرة الشرائية لمختلف الفئات الإجتماعية، وإعطاء هذه التسعيرات الرمزية الصفة التمويلية لخزينة الدولة<sup>2</sup>.

مبدأ المجانية النسبية هو مبدأ مقبول لحد ما، إلا أن قانون الصحة الجديد 18-11؛ لم يفصل فيها حيث نصت المادة 13 منه بـ " تضمن الدولة مجانية العلاج، وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر التراب الوطني، وتنفذ كل الوسائل التشخيصية والمعالجة وإستشفاء المرضى في كل الهياكل العمومية للصحة، وكذا كل الأعمال الموجهة لحماية صحتهم وترقيتها"، لم تتطرق هذه المادة نهائيا إلى المجانية النسبية بل صرحت بالمجانبة المطلقة، إلا أنها أشارت في الفصل الرابع من نفس القانون في المواد من 329 إلى 334 لكيفية تمويل قطاع الصحة من خلال تقديم العلاج للأفراد، بأن المؤمن لهم وذوي الحقوق تضمن هيئات التضامن الإجتماعي تسديد أعباء إستفادتهم من خلال مساهمات بعنوان التغطية المالية لمصاريف العلاج، بالإضافة للتأمينات الإقتصادية نظير تغطية ضد الأضرار الجسدية، كما يمكن لأن يطالب المستفيدون من العلاجات المساهمة في تمويل نفقات الصحة، إلا أن عدم مساهمتهم في الدفع لن يكون سببا معيقا لإستفادتهم خاصة في الحالات الإستعجالية. تسمح هذه المواد المتضاربة بالوقوع في إختلاف حول تمويل الرعاية الصحية، وذلك لإنعدام دليل واضح المعالم يفصل في أطراف الدفع ويلزمهم بذلك.

<sup>1</sup> سليمان نسرين، تسيير الخدمات العامة المحلية- دراسة حالة: ولاية تلمسان-، أطروحة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في إطار مدرسة الدكتوراه، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد -تلمسان-، الجزائر، 2018، ص31.

<sup>2</sup> الجمعي حجام، الخدمة العمومية الإعلامية سياقات التحول واقع الممارسة وآليات التحديث، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة العربي بن لهيادي - أم البواقي-، العدد 08، الجزء 01، الجزائر، 2017، ص138.

## - مبدأ التضامن:

الخدمة العمومية ماهي إلا تعبير عن التضامن الإجتماعي بين المواطنين، تتولى الدولة قيادته وتجسيده ميدانيا، عن طريق مساهمتها في تقليص الفوارق بين المواطنين بسبب الدخل أو الإعاقة الصحية والمادية، وتشجيع الإستعمال الفعال والعاقل للموارد المشتركة.

## - مبدأ الفعالية:

هو المبدأ الذي يقوم على تصحيح حالات الإستغلال الغير متوازن بين المناطق، عن طريق رسم خطط ومسارات توجيهية لقنوات إيصال الخدمات العمومية، التي بدورها تسهم في خلق التوازن الجهوي والحفاظ على مزاولة الأنشطة لإشباع إحتياجات المواطنين مما يضمن تهيئة وتنمية متوازنة بين المناطق.

يظهر القانون 11-18 إهتماما جليا بعدة جوانب لها أثر مباشر على الصحة العمومية، حيث أبرز ذلك في الباب الثاني من خلال الإهتمام بتوفير وتكريس كل الوسائل لحماية الصحة، تقنين الوقاية ضد الأمراض العادية والمتقلبة وكذلك الحوادث، مكافحة عوامل الخطر وترقية أنماط الحياة بمكافحة الإدمان، ترقية التغذية الصحية، حماية صحة الأم والطفل، الحث على التربية البدنية، العناية بصحة المراهقين والمسنين وذوي الوضع الصعب، تثمين الصحة في الأوساط التربوية والعمل، حماية البيئة.

كما تم الإهتمام بالصحة العقلية والنفسية في الباب الثالث من القانون 11-18، عبارة عن خطط دفاعية تضمن تحقيق الاهداف المسطرة، وفق نسق يخفف من التوجه نحو العلاج ويقلل مسببات الإعتلال والتدهور الصحي.

## 3. إجراءات ممارسة الصحة العمومية بالجزائر.

ترتكز الصحة العمومية في الجزائر أساسا على مجموعة من الإجراءات والمبادئ التي تركز التوجه السياسي الذي يسير البلاد، إنطلاقا من مبدأ مجانية العلاج، وإجبارية توفير الرعاية الصحية الشاملة للشعب الجزائر الذي أكدته كل الصيغ الدستورية للبلاد منذ الإستقلال وكذلك القانون 11-18 المتعلق بالصحة. لذلك تقوم الصحة العمومية على تطبيق العديد من الإجراءات في تخصصات مختلفة؛ من أجل الوصول إلى الغاية المنشودة لقيامها، والتي نحصرها في أهم النقاط التالية:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pitt Public Health, **Careers in public health**, WEB SITE <https://www.publichealth.pitt.edu/careers/what-is-public-health>, see 05/03/2019, at 16:10.

- رصد الحالة الصحية للمجتمع المحلي وتحديد المشاكل المحتملة؛
- تشخيص المشاكل الصحية والتحقيق في المخاطر المحدقة بالمجتمع؛
- إعلام الجمهور وتثقيفه ومساعدته في مواجهة القضايا الصحية الخاصة؛
- تعبئة الشراكات المجتمعية على تحديد وحل المشاكل الصحية؛
- وضع السياسات والقوانين واللوائح التي تحمي الصحة وضمان السلامة؛
- ضمان توفير وإيصال الخدمات الصحية لأفراد المجتمع؛
- ضمان المحافظة على الصحة وإجراءات السلامة للطالبي الخدمات الصحية ومقدميها؛
- تقييم فعالية وإمكانية ونوعية الخدمات الصحية ومقدميها؛
- البحث الدائم للحلول المبتكرة البديلة من أجل مواجهة المشاكل الصحية.

تتجسد هذه المبادئ من خلال إشراف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات على القطاع الصحة بممارسة كل المهام والصلاحيات ذات الصلة المباشرة والغير مباشرة. ونصت المادة 66 من الدستور الجزائري للنسخة المعدلة والمتممة في مارس 2016م؛ أن الرعاية الصحية حق للمواطنين<sup>1</sup>، وأن الدولة تتكفل بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها. لذلك تم وضع العديد من الإجراءات التي تضمن تأطير الصحة العمومية والتي نصنفها كما يلي:

• توفير الضوابط القانونية للصحة العمومية:

- توفير الأساس القانوني لحماية الصحة وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة بحماية صحة السكان وترقيتها<sup>2</sup>؛
- تبني حماية الصحة وترقيتها من طرف الدولة لأهميتها في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في البلاد<sup>3</sup>؛
- حصر أهداف محددة في مجال الصحة وحماية حياة الإنسان من الأمراض والأخطار وتحسين ظروف المعيشة والسكن<sup>4</sup>؛
- إنشاء وتوكيل المنظومة الصحية بالتكفل توفيراً شاملاً ومنسجماً وموحداً لحاجيات السكان في مجال الصحة<sup>5</sup>؛

<sup>1</sup> المادة 66 من الدستور الجزائري 2016، مرجع سابق، ص14.

<sup>2</sup> المادة 01 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص177.

<sup>3</sup> المادة 02 من القانون 11-18 المتعلق بالصحة المؤرخ في 02 يوليو 2018 م، الجريدة الرسمية، العدد46، الجزائر، 2018، ص05.

<sup>4</sup> المادة03 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص177.

<sup>5</sup> المادة 06 من القانون 11-18، مرجع سابق، ص05.



• توفير البيئة المناسبة لممارسة الصحة العمومية:

يقصد بها تبني الصحة العمومية من طرف مؤسسات الدولة؛ عن طريق توفير الوسائل والمواد من أجل الحفاظ على الصحة العامة وتكفل بإحتياجات المواطنين في مجال الصحة وكل الإجراءات المساعدة على ذلك والتي تتمثل فيما يلي:

- إدراج التخطيط الصحي ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية وتهيئة الإقليم<sup>1</sup>؛
  - يرسم التخطيط الصحي الأهداف والوسائل المطلوب إستخدامها؛
  - تشكيل الخارطة الصحية من أجل تصميم مسار توجيهي تمارس المنظومة الصحية مهامها المنوطة بها على أثره<sup>2</sup>؛
  - تترجم الخارطة الصحية الشبكة الصحية الوطنية التي تسمح بتوفير وتقديم وإيصال العلاج الصحي الشامل المتكامل لعامة الناس<sup>3</sup>؛
  - إنشاء الهياكل الصحية حسب حاجيات صحة السكان والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمختلف مناطق الوطن، وفي إطار خدمة الخارطة الصحية المعمول بها؛
  - تقريب الهياكل الصحية من السكان من اجل ضمان توصيل مختلف الخدمات الصحية وتوفير أكبر درجة من الفعالية وتكريس إحترام كرامة الإنسان؛
  - هيمنة الدولة على تسيير مختلف الهياكل الصحية أو ذات الطابع الصحي، وخضوعها لوصاية الوزير المكلف بالصحة ورقابتها.
- تحديد أنشطة الصحة العمومية:

تشمل أنشطة الصحة العمومية كل ما يندرج في إطار خدمات الرعاية الوقائية؛ التي بدورها تعنى بكل إجراءات المحافظة على البيئة ومكافحة الأمراض والأوبئة والخدمات التمنيعية للأفراد، بالإضافة إلى الخدمات الطبية الموجه لعلاج العلل الجسدية والعقلية النفسية. والتي حددها المشرع الجزائري فيما يلي:

- توفير العلاج مجانا لمختلف شرائح المجتمع؛ بغض النظر عن المساهمات الرمزية التي يدفعها المواطنون، لأنها لا تمثل أساس تكلفة الحصول على العلاج<sup>4</sup>؛

<sup>1</sup> المادة 07 من القانون 18-11، مرجع سابق، ص05.

<sup>2</sup> المادة 06 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص178.

<sup>3</sup> المادة 07 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص178.

<sup>4</sup> المادة 20 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص178.

الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

- التخطيط الصحي أساس ممارسة الأنشطة الصحية التي تهدف لترقية الصحة العامة، من خلال تحديد الهياكل الأساسية، التجهيزات اللازمة، الموارد البشرية اللازمة، رسم برامج التكوين الضرورية للقوى العاملة، تحديد برامج المحافظة على الصحة<sup>1</sup>.
  - العمل على المكافحة والوقاية ضد مختلف الامراض والأوبئة، ترقية الإتصال والإعلام والتحسيس، تطوير نشاطات التكوين والبحث والتربية في مجال الصحة<sup>2</sup>؛
  - تحديد وتقنين مختلف تدابير حماية المحيط والبيئة، التي تشمل كل إجراءات متابعة الماء الشروب ومعايير النظافة الواجب توفيرها، بالإضافة إلى مراقبة إنتاج المواد الغذائية<sup>3</sup>.
  - الوقاية من الأمراض غير معدية المنقشية والآفات الإجتماعية ومكافحتها؛ عن طريق تنظيم الهياكل الصحية والمستخدمون الصحيون، وبتسخير السلطات والهيئات العمومية للمشاركة في فعاليات مختلف الأنشطة التي تتكفل بذلك (التثقيف والتوعية، الحجز والمتابعة القضائية)<sup>4</sup>؛
  - تحديد مختلف التدابير الطبية والإدارية والإجتماعية الموجهة لحماية الأسرة والأمومة والطفولة<sup>5</sup>.
  - تقنين تدابير الحماية وسط العمل التي تعمل على الرفع من مستوى القدرة على العمل والإبداع؛
  - تأطير الحماية الصحية في الوسط التربوي؛ وتشجيع التربية البدنية والرياضية؛
  - التكفل بحماية الأشخاص المعوقين وضمان حقوقهم<sup>6</sup>؛
  - الإهتمام بالصحة العقلية كركن أساسي في تحقيق الصحة، وتقنين كل الإجراءات المرتبطة بترقيتها من وضع المريض رهن الملاحظة وإمكانية حجزه إجبارية إستكمال علاجه وشفائه<sup>7</sup>.
4. مستويات خدمات رعاية الصحة العمومية بالجزائر.

ترتكز نشاطات رعاية الصحة على مبدأ التسلسل وتكامل الوقاية مع العلاج، من خلال تكييف مختلف الهياكل ومؤسسات الصحية، بالإضافة للتوزيع المتناسق والعاقل والعقلاني للموارد البشرية والمادية على

<sup>1</sup> المادة 23 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص 179.

<sup>2</sup> المواد 14 و 17 و 18 و 19 و 20 من القانون 18-11، مرجع سابق، ص 06.

<sup>3</sup> المواد 32 و 33 و 35 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص 180.

<sup>4</sup> المادة 61 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص 182.

<sup>5</sup> المادة 67 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص 182.

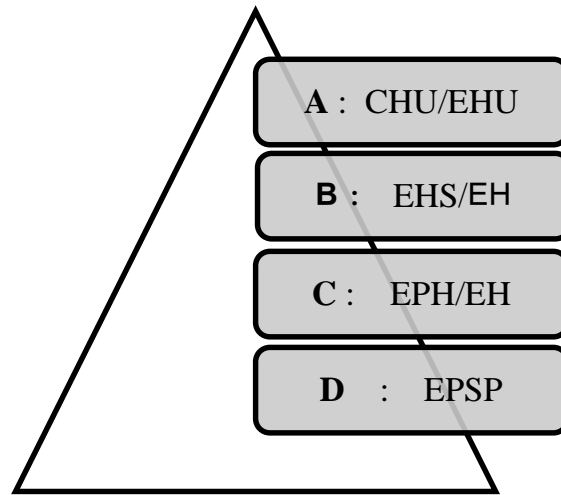
<sup>6</sup> المادة 89 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص 184.

<sup>7</sup> المادة 106 من القانون 85-05، مرجع سابق، ص 185.

أساس الإحتياجات الصحية، لذلك تسهر الدولة على ضمان العلاجات القاعدية والأولية والعلاجات الثانوية وذات المستوى العالي<sup>1</sup>.

تسهر هياكل ومؤسسات الصحة على توفير خدمات رعاية الصحة بعمل متناسق لمؤسسات الصحة العمومية والخاصة، تحمل هذه السلسلة بصمة الخارطة الصحية المتبناة، والتي تركز على التسلسل والتكامل في تقديم العلاج. وعليه فقد تم ترتيب مستويات رعاية الصحة العمومية وفق أربع مستويات صحية: A، B، C، D، وذلك وفقا لدرجة تعقيد وتخصص الرعاية الصحية المقدمة<sup>2</sup>.

الشكل رقم (1.3): مستويات رعاية صحة العمومية بالجزائر.



المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على ضحاك نجية، تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر -دراسة حالة المؤسسات الإستشفائية في القطاع العمومي، مرجع سابق، ص219.

#### - المستوى "D":

تتكفل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)؛ بتقديم خدمات الرعاية الأولية والتي تتمثل في خدمات الوقاية البيئية والتمنيعية بالإضافة إلى توفير الإستشارات العامة والمتخصصة والعلاج القاعدي، مع متابعة صحة الأم والطفل وطب الأسنان، وهي أول مسار للعلاج الواجب تقريبه من أماكن العيش والتعليم والتكوين والعمل<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> المادة 18 من القانون 11-18 المتعلق بالصحة، مرجع سابق، ص06.

<sup>2</sup> ضحاك نجية، تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر -دراسة حالة المؤسسات الإستشفائية في القطاع العمومي، مرجع سابق، ص219.

<sup>3</sup> المادة 283 من القانون 11-18 المتعلق بالصحة، مرجع سابق، ص29.

- المستوى "C":

المستوى الثاني نجد فيه خدمات الرعاية الثانوية (العلاج الإقامي)، حيث توفر المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) والمؤسسات الإستشفائية العامة (EH)؛ خدمات الرعاية الصحية المتنوعة والمتخصصة بالإضافة إلى الخدمات الفندقية التي ترافق مراحل تقديم الخدمة الصحية<sup>1</sup>.

- المستوى "B":

المستوى الثالث تتم فيه تلقين الخدمات المتخصصة سواء من ناحية تخصص نشاط المؤسسة المقدمة لها أو من ناحية الموارد المستعمل (تقنية، بشرية). وهو يشمل كل من المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS) والمؤسسات الإستشفائية (EH).

- المستوى "A":

المستوى الرابع هو أقصى درجات التخصص، تمتاز خدماته بالفعالية والتخصص، وتسمى بالعلاجات ذات المستوى العالي<sup>2</sup>، يسود هذا الصنف في المراكز الإستشفائية الجامعية التي تحوي النخبة العلمية ممن يلقنون أصول خدمات الرعاية الصحية ويوفرون مجموعة خدمات تشخيصية وعلاجية عالية التخصص، بالإضافة إلى تطور المعدات والمخابر المتواجدة على مستواها، وتعدد الأقسام التعليمية بها، ويسود هذا المستوى في المراكز الجامعية الإستشفائية (CHU) والمؤسسة الجامعية الإستشفائية (EHU).

**المطلب الثاني: المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر.**

يتم إنشاء مختلف الهياكل ومؤسسات الصحة وفقا للاحتياجات الصحية، وهي تضمن تقديم علاجات أولية وثانوية وذات المستوى العالي وكذا الإستجالي، حسب مخطط تنظيمي يسمح بالتدرج في تقديمها، لذلك تعتبر المؤسسات العمومية للصحة القاعدة المتينة التي تعول عليها المنظومة الصحية بالجزائر من أجل التأثير في الصحة العمومية، والتي ذكرتها المادة رقم 298 من القانون 18-11 المتعلق بالصحة بـ: المركز الإستشفائي الجامعي، المؤسسة الإستشفائية المتخصصة، المقاطعة الصحية، مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة.

<sup>1</sup> المادة 284 من القانون 18-11 المتعلق بالصحة، مرجع سابق، ص 29.

<sup>2</sup> المادة 285 من القانون 18-11 المتعلق بالصحة، مرجع سابق، ص 29.

الجدول رقم (1.3): عدد المؤسسات العمومية للصحة سنة 2017م.

عدد الأسرة	عدد الهياكل	المؤسسات
869	01	المؤسسة الإستشفائية الجامعية EHU
13668	15	المراكز الإستشفائية الجامعية CHU
11823	77	المؤسسات الإستشفائية المتخصصة EHS
1319	09	المؤسسات الإستشفائية EH
37784	205	المؤسسات الإستشفائية العمومية EPH
7269	273	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP
<b>72732</b>	<b>580</b>	<b>المجموع</b>

Source : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **sante en chiffres année 2017**, Direction des études et de la planification, Edition 2018, Alger p11.

من خلال الجدول رقم (1.3)، نلاحظ أن المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر تتوزع على 06 أصناف رئيسية تختلف حسب الحجم، درجة التمهين والتخصص، والموارد المرصودة لها، لتقدم مجموعة شاملة ومتكاملة من الخدمات الصحية حسب مبدأ تسلسل تقديم العلاج، بتعداد 580 مؤسسة، وطاقة إستيعاب تفوق 72 732 سرير.

### 1. المؤسسة الإستشفائية الجامعية (EHU)

لم يتم ذكر هذه المؤسسة الإستشفائية في القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، إلا أنها سادت ولا تزال في ميدان رعاية الصحة العمومية، كما أنها صنفت سابقا مثلها مثل المراكز الإستشفائية الجامعية، تم إنشاؤها بمقتضى مرسوم رئاسي خاص بها يحدد هياكلها وأهدافها وصلاحياتها.

أنشأت المؤسسة الإستشفائية الجامعية (EHU) أول نوفمبر بوهران، بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 03-270، المؤرخ في 13 أوت 2003م، الذي يتضمن إنشاء المؤسسة وتنظيمها وسيرها. وهي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، تمارس عليها وصاية إدارية من طرف وزير الصحة ووصاية بيداغوجية من طرف الوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> المواد 01 و02 من المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003، يتضمن إنشاء المؤسسة الإستشفائية الجامعية لوهران وتنظيمها وسيرها، العدد 48، الجريدة الرسمية، الجزائر، 2003، ص06.

تملك المؤسسة الإستشفائية الجامعية طاقة إستيعابية تقدر بـ869 سرير ومقرها ولاية وهران<sup>1</sup>، كما تعتبر أداة لتنفيذ السياسة الوطنية الصحية في ميدان العلاج ذي المستوى العالي والسياسة الوطنية للتكوين العالي والبحث العلمي. وتتولى على العموم المهام التالية:

- ضمان الأنشطة ذات المستوى العالي في ميادين التشخيص والكشف والعلاج والوقاية وكل نشاط يساهم في حماية الصحة وترقيتها؛
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة؛
- المشاركة في إعداد معايير التجهيز الصحي والعلمي والبيداغوجي للهياكل الصحية؛
- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في العلوم الطبية والمشاركة في إعداد البرامج التكوينية؛
- المبادرة بكل عمل لتحسين مستوى المستخدمين وتجديد معارفهم؛
- القيام بكل أشغال البحث في علوم الصحة وتنظيم المؤتمرات والندوات العلمية؛

## 2. المركز الإستشفائي الجامعي (CHU):

يندرج إنشاء أي مركز إستشفائي جامعي ضمن المبادئ الرئيسية للتخطيط الصحي والتكوين في علوم الطب، لذلك تم إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وفق المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997م المتضمن قواعد إنشائها وتنظيمها وسيرها، وهي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، يتم إستحداثها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على إقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، على أن يتولى وزير الصحة الوصاية الإدارية ووزير التعليم العالي الوصاية البيداغوجية<sup>2</sup>، كما يخضع قرار إنشائها لتوفر شروط دنيا منها المادية والمالية والبشرية، تضمن إمكانية ممارستها لنشاطاتها بشكل طبيعي .

تم بعث 13 مركز إستشفائي جامعي سنة 1997م، بعدها تم إستحداث مركزين جديدين سنة 2009م و2014م على التوالي ليبلغ عددها 15 مركز إستشفائي جامعي، بقدرة إستيعاب لـ 668 13 سرير<sup>3</sup>. طابع ونشاطات هذه المؤسسات جعلها خاضعة لسلطتين وصيتين، حيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية، أما الوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي فيكلف بالوصاية البيداغوجية، التي

<sup>1</sup> Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **sante en chiffres année 2017**, OP CIT, p11.

<sup>2</sup> المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، يحدد قواعد إنشاء المراكز الجامعية الإستشفائية وتنظيمها وسيرها، العدد 81، الجريدة الرسمية، الجزائر، 1997، ص29.

<sup>3</sup> Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Op cit**, p11.

تعنى بتنظيم النشاطات العلمية والبيداغوجية وتحديد شروط إلحاق الطلبة به وتوجيههم. بالإضافة إلى تكليفها بجملة من المهام والأنشطة المنصوص عليها قانونا وهي كالتالي:<sup>1</sup>

- ضمان نشاطات التشخيص والعلاج والإستشفاء والإستعجالات الطبية الجراحية والوقائية، بالإضافة إلى كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان؛
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة؛
- المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية والتربوية للمؤسسات الصحية؛
- حماية المحيط وترقيته عن طريق الإهتمام بنشاطات الوقاية والنظافة ومكافحة الأضرار والآفات الإجتماعية؛
- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب؛
- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم؛
- القيام بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة؛
- تنظيم المؤتمرات والندوات والأيام الدراسية والنظواهرات التي تعنى بترقية العلاج والتكوين والبحث في علوم الصحة؛

### 3. المؤسسة الإستشفائية المتخصصة (EHS):

أنشئ هذا الصنف من المؤسسات من طرف القائمين على إدارة القطاع الصحي، من أجل أن تتخصص كل مؤسسة بنوع معين من الأمراض دون غيره، كما حباها بتقديم خدمات وقائية، تشخيصية، علاجية وإعادة تأهيل طبي والإستشفاء، بالإضافة إلى منحها الحرية في إستخدامها كميدان للتكوين الشبه الطبي والتسيير الإستشفائي، عن طريق عقد إتفاقيات مع مؤسسات التكوين.

ظهرت المؤسسات الإستشفائية المتخصصة بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 20 ديسمبر 1997 والمحدد لقواعد إنشاء المستشفيات المتخصصة وتنظيم سيرها، وعرفها المشرع الجزائري من خلال المرسوم التنفيذي رقم 97-465، بأنها " مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، يتم إنشاؤها بمرسوم تنفيذي بناء على إقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد إستشارة الوالي، وتخضع لسلطة الوالي الموجودة بمقره"<sup>2</sup>. تتكون هذه المؤسسات من هيكل واحد أو عدة

<sup>1</sup> المادة 04 من المرسوم التنفيذي 97-467، مرجع سابق، ص 30.

<sup>2</sup> المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 20 ديسمبر 1997 والمحدد لقواعد إنشاء المستشفيات المتخصصة وتنظيم سيرها، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، العدد 81، الجريدة الرسمية، الجزائر، 1997، ص12.

هياكل تضمن التكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهاز أو جهازا عضويا معينا، أو مجموعة ذات عمر معين، كما يتم تسميتها وفق الإختصاص الموافق لنشاطها.

كفلها المشرع القيام بجملة من المهام التي تتسم بالشمولية في مجال التخصص، حيث تتمثل المهام المسندة إليها في التالي:<sup>1</sup>

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والإستشفائي؛
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية الصحية؛
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.

جدول رقم (2.3): توزيع المؤسسات الإستشفائية المتخصصة بالجزائر -2017-

المجموع	المكان	العدد	التخصصات
77 مؤسسة	الحراش - الجزائر -	01	الإستعجالات الطبية الجراحية
	الجزائر وسط	01	الحروق والجراحة الترقيعية
11823 سرير	بن عكنون والدويرة - الجزائر -	02	الجهاز الحركي
	الجزائر	01	جراحة الأعصاب
	واد قريش - الجزائر -	01	الأمراض المعدية
	جزائر، بلدية، مسرغين، ورقلة، سطيف، باتنة، سيدي بلعباس	07	أمراض السرطان
	قسنطينة	01	المسالك البولية والكلية
	معسكر، الجزائر، عنابة، سطيف، جيجل، بجاية	07	تربية الأعضاء والتكيف الوظيفي
	البلدية	01	زرع الاعضاء والأنسجة

<sup>1</sup> المادة 05 من المرسوم التنفيذي 97-465، مرجع سابق، ص 14.



طب الامراض العقلية	19	07 شمال، 06 شرق، 06 غرب، 00 جنوب
طب النساء والتوليد وجراحة الاطفال	30	01 شمال، 09 شرق، 13 غرب، 07 جنوب.
أمراض وجراحة القلب	04	الجزائر، قسنطينة، تيزي وزو
طب العيون	03	وهران، بسكرة، الوادي .

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على بيانات وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

من خلال الجدول رقم (2.3)، نلاحظ أن المؤسسات الإستشفائية المتخصصة تتخصص في أكثر من 13 نوع من الأمراض، تتوزع على كامل تراب الوطن، حيث يبلغ عددها الآن 77 مؤسسة إستشفائية بقدرة إستيعاب تصل إلى 11 823 سرير أي بنسبة إستحواذ بلغت 16.26% من إجمالي عدد الأسره المرصود لمؤسسات العمومية للصحة، بالإضافة إلى أنها تمثل نسبة 13.28% من عدد المؤسسات الصحية بالجزائر<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **Op cit**, p11.

## 4. المقاطعة الصحية:

جاء ذكر هذه التسمية في القانون 18-11 المتعلق بالصحة، والذي أختزل تسمية 03 أصناف من مؤسسات الصحة العمومية التي كانت سائدة في قانون الصحة 85-05. كما بدأ التجسيد الفعلي لها حيز التطبيق إلا أنها لاقت عدة صعوبات خاصة بضم مؤسسات مختلفة المهام والوظائف تحت حكم إداري موحد.

أول ظهور لمصطلح القطاع الصحي كان في المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 والمتعلق بكيفية إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية<sup>1</sup>. حيث نصت المادة 02 من هذا المرسوم بـ" تحول إلى مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تسمى القطاع الصحي، مجموعة هياكل الوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة تقويم الأعضاء طبيًا، الواقعة في دائرة واحدة، والمعدة لمستشفيات وعيادات متعددة الإختصاصات، والمراكز الصحية وقاعات الفحص والعلاج وعيادات التوليد ومراكز المراقبة الصحية على الحدود، وكل هيكل صحي عمومي تابع لوزارة الصحة... إلخ".

تلى بعد صدور القانون 18-11 المتعلق بالصحة، عدة مراسيم تنظيمية للمؤسسات العمومية للصحة، بحيث تمت مواصلة ترقية أصناف مستشفيات المنظومة الصحية المعروفة في القانون 85-05 بدون ذكر أو صدور أي مراسيم متعلقة بتنظيم المقاطعة الصحية أو مؤسسة الإعانة الطبية. ونصت المادة 449 من القانون 18-11 المتعلق بالصحة بأن " تلغى أحكام القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بالصحة، غير أن النصوص التنظيمية المتخذة لتطبيقه تبقى سارية المفعول إلى غاية صدور النصوص التنظيمية المنصوص عليها في هذا القانون".

تأسيسا مما سبق، يمكن أن نعرف المقاطعة الصحية بأنها إقليم صحي معين بحدود، يضم كل أصناف المؤسسات العمومية للصحة بإستثناء المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)، والتي نلخصها كالتالي:

<sup>1</sup> بن فرحات عبد المنعم، إنعكاسات تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، الجزائر، 2018، ص11.

## 1.4. المؤسسة الإستشفائية (EH).

تم إنشاء هذه المؤسسات كل على حدى، فكل منها المرسوم التنفيذي الخاص بنشأتها، وهي مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة<sup>1</sup>، يبلغ عددها 09 مؤسسات منها 05 مستشفيات عامة وهي المؤسسة الإستشفائية عين تموشنت (240 سرير)، سكيكدة (240 سرير)، عين الترك ولاية وهران (240 سرير)، عين آزال ولاية سطيف (140 سرير)، ديدوش مراد بولاية قسنطينة (240 سرير). بالإضافة إلى 04 مؤسسات لطب العيون في كل من الجلفة وورقلة، بشار والوادي<sup>2</sup>. يبلغ إجمالي طاقتها السريرية حوالي 1319 سرير وهي تملك ما نسبته 1.81% من عدد الأسره، كما أنها تمثل 1.55% من إجمالي عدد المؤسسات العمومية الصحة.

تعنى المستشفيات العامة منها بتحقيق جملة الأهداف والمهام المنوطة بالمؤسسات العمومية الإستشفائية، من ضمان الوقاية والحماية والعلاج والكشف والتكفل التام بالمريض؛ أما المتخصصة منها في طب العيون فهي تتولي في إطار السياسة الوطنية للصحة، التكفل بأمراض العيون.

إضافة لكونها مكان للعلاج والإستشفاء، فهي ميدان للتكوين الطبي والشبه الطبي والتسيير الإستشفائي على أساس إتفاقيات تبرم مع مؤسسات التعليم والتكوين، كما يمكنها عقد صفقات وإتفاقيات مع كل هيئة عمومية أو خاصة أو أجنبية.

يتعين على المؤسسات الإستشفائية إعداد وتنفيذ مشروع المؤسسة، الذي يحدد الأهداف العامة السنوية ومتعددة السنوات بالإضافة إلى تحديد إستراتيجياتها وتطوير نشاطاتها لاسيما في مجال العلاج والتكوين والبحث والمسعى الإجتماعي، نظرا لأهميتها من حيث تخصص نشاطها وتكلفة إنشائها فهي تحظى بإهتمام ورقابة على مستويات أدائها<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> المادة 02 من المرسوم التنفيذي 12-281 المؤرخ في 09 جويلية 2012 يتضمن إنشاء مؤسسات إستشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها، العدد 41، الجريدة الرسمية، الجزائر، 2012، ص 09.

<sup>2</sup> عادل عشي، تحسين كفاءة المؤسسات الصحية بإستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات وعملية التحليل الهرمي دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علوم التسيير، شعبة تسيير المؤسسات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 01، الجزائر، 2017، ص 179.

<sup>3</sup> المادة 06 من المرسوم التنفيذي 12-281، مرجع سابق، ص 10.

#### 2.4. المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH) :

عرفها المشرع بأنها "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، توضع تحت وصاية الوالي"، بالإضافة إلى أنها تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والإستشفاء وإعادة التأهيل تغطي سكان بلدية واحدة أو عدة بلديات، توضع تحت سلطة الوالي<sup>1</sup>. يبلغ عدد المؤسسات العمومية الإستشفائية الآن 205 مؤسسة بقدرة إستيعاب وصلت إلى 37784 سرير أي بنسبة إستحواذ بلغت 51.59% من إجمالي عدد الأسره، بالإضافة أنها تمثل نسبة 35.34% من تعداد المؤسسات العمومية للصحة<sup>2</sup>.

تتمثل أهم مهام المؤسسة الإستشفائية العمومية بضمان التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، بالإضافة إلى إمكانية إستعمالها كميدان للتكوين الطبي والشبه الطبي والتسيير الإستشفائي بالإضافة للبحث والتطوير، وهي تتولي على العموم القيام ب:<sup>3</sup>

- تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والإستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة والتقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الإجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمى مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

#### 3.4. المؤسسة العمومية لصحة الجوارية (EPSP) :

لم يختلف تعريف المشرع للمؤسسات العمومية لصحة الجوارية عن المؤسسات العمومية الإستشفائية، فقد وصفها بأنها "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، توضع تحت سلطة الوالي"، وتحدد مشتملاتها وحيزها الجغرافي الصحي الذي تغطيه بقرار من الوزير المكلف بالصحة. يبلغ عددها 273 مؤسسة وهي تمثل ما نسبته 47.07% من تعداد المؤسسات العمومية لصحة، بطاقة إستيعابية تصل لـ 7269 سرير وهو ما يقابله نسبة 9.99% من عدد الأسره الإجمالي.

<sup>1</sup> المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، العدد 33، الجريدة الرسمية، الجزائر، 2007، ص10.

<sup>2</sup> Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Op cit, p11

<sup>3</sup> المادة 04 من المرسوم التنفيذي 07-140، مرجع سابق، ص10.

الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

تم تحديد مهامها بدقة وفق مبدأ التدرج في العلاج، الذي يعتبر أحد أهم الأسباب التي أدت إلى تغيير الخارطة الصحية، بالإضافة إلى إمكانية إستعمالها كميدان للتكوين الطبي والشبه طبي والتسيير الإستشفائي، على العموم كفلها المشرع بالقيام بالمهام التالية:<sup>1</sup>

- الوقاية والعلاج القاعدي؛
- تشخيص المرض؛
- العلاج الجوّاري؛
- الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان؛
- المساهمة في ترقية وحماية البيئة ومكافحة الآفات الإجتماعية؛
- المساهمة في ت حسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

الجدول رقم (3.3): التكوين الهيكلي للمؤسسات العمومية للصحة الجوّارية.

المؤسسة	الهيكل	العدد	السعة السريرية
273 مؤسسة عمومية للصحة الجوّارية	عيادة متعددة الخدمات (إستجالات)	1301	4213 سرير
	عيادة متعددة الخدمات (قسم ولادة)	394	2893 سرير
	عيادة أمومة ريفية	15	163 سرير
	قاعات علاج	5957	-
المجموع		7667	7269 سرير

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على إحصائيات وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

من الجدول رقم (3.3)، نلاحظ أن 273 مؤسسة عمومية للصحة الجوّارية تقوم بالإشراف على 7667 وحدة صحية قاعدية، بحكم أنها تابعة لها قانونيا على أن يحدد النطاق الصحي لها ومشتملاتها المادية بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وهي تملك حوالي 7269 سرير في مختلف وحداتها منها من

<sup>1</sup> المادة 08 من المرسوم التنفيذي 07-140، مرجع سابق، ص 11.

هو موجه للولادات وأمراض الأمومة، ومنها ما هو موجه للتكفل بالإستعجالات، كما تشير أن هذه الأسره لا تستعمل للتكفل الإقامي .

#### 5. مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة:

ظهر هذا الصنف من خلال المرسوم التنفيذي رقم 98-423 مؤرخ في 13 ديسمبر 1998 م، الذي يتضمن إنشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لدى المراكز الإستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية، وهو من بين الأحكام التنظيمية المرتبطة بالقانون 85-05 المتعلق بالصحة.

تعتبر مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة مصلحة تابعة للمراكز الإستشفائية الجامعية أو القطاعات الصحية، كما ورد ذكها في المادة 01 من المرسوم التنفيذي 98-423، تتمثل مهامها الأساسية في<sup>1</sup>:

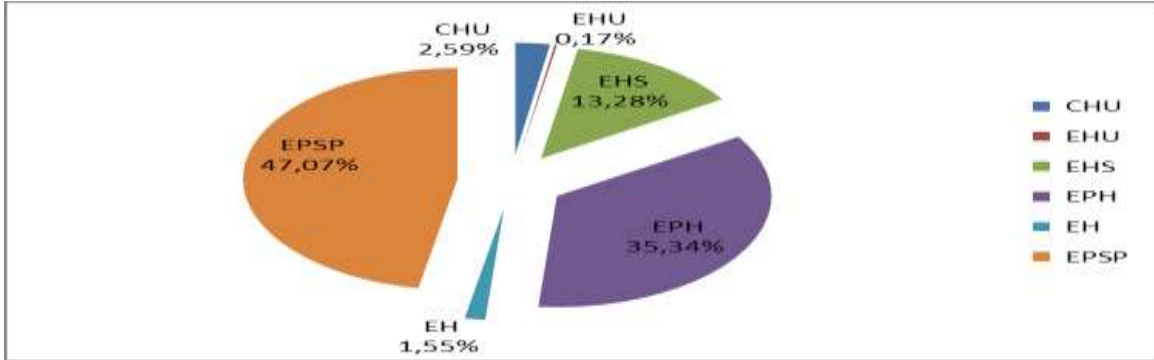
- تحديد الإستجابة الملائمة لطبيعة طلبات النجدة وتوفيرها بشكل أسرع؛
- ضمان طبي مستمر وإسداد النصائح والتوجيهات المستعجلة؛
- توفير كل معلومة مفيدة لا سيما عدد أسرة الإستشفاء المتوفرة وبرامج مصالح المناوبة الخاصة بالوظائف الطبية؛
- تسهيل وتحضير إستقبال المرضى في المؤسسات العمومية للصحة أو الخاصة والتأكد من توفر وسائل الإستشفاء الملائمة لحالتهم مع مراعاة حرية إختيارهم وتحضير عملية إستقبالهم؛
- المشاركة في مهام التربية الصحية والوقاية والبحث المتعلق بهدف المصلحة؛
- المشتركة في تعليم رجال الإنقاذ والمحترفين وتكوينهم في مجالي الصحة والنقل الصحي؛

رجع هذا المصطلح للظهور موازاة مع ظهور القانون 18-11 المتعلق بالصحة، وذلك بأن تستحدث مؤسستين جديدتين تتمثل الأولى في المقاطعة الصحية والثانية في مؤسسة الإغاثة الصحية المستعجلة، تكمن مهمتها الأساسية في توسيع شبكة الإعانة الصحية على مستوى كل الولايات وفق خصوصيات كل ولاية مع ضمان التنسيق بين المؤسسات الإستشفائية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 98-423 مؤرخ في 24 شعبان عام 1419هـ الموافق 13 ديسمبر 1998م، المتضمن إنشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لدى المراكز الإستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 94، الجزائر، 1998، ص14.

<sup>2</sup> شريفة/ع ، لا تراجع عن الخدمة المدنية ومجانبة العلاج -مختار حسبلاوي- ، جريدة المساء، قسم الحدث ، الجزائر، العدد 6477، 23 أبريل 2018م، ص 03

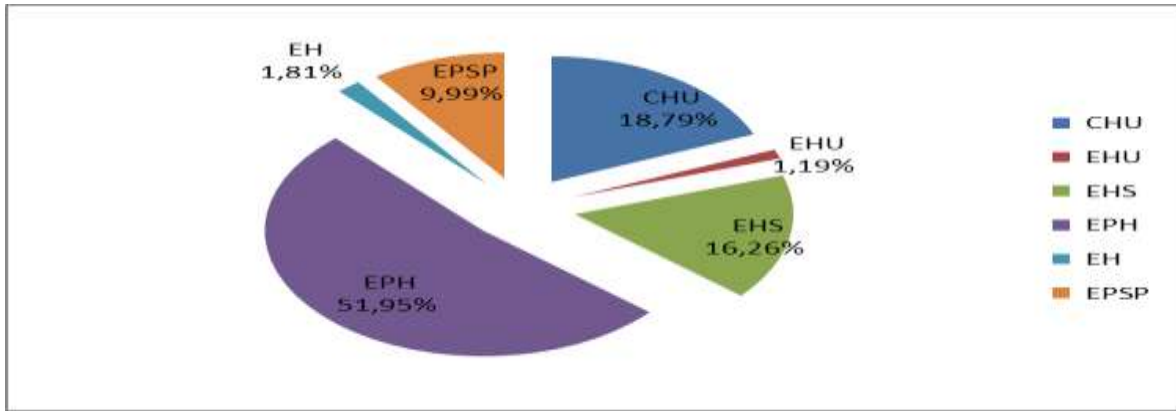
الشكل رقم (2.3): توزيع المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر -2017-



المصدر: تم إعداده بالإعتماد على الجدول (1.3).

من الشكل رقم (2.3) أعلاه، نلاحظ أن المؤسسات العمومية للصحة الجوارية تمثل ما نسبته 47.07% من إجمالي المؤسسات العمومية للصحة، ويعود سبب ذلك إلى مبادئ الخارطة الصحية التي تركز فلسفة التسلسل في تقديم العلاج، أي أن مؤسسات الصحة الجوارية تعتبر أولى خطوط الحماية الصحية، حيث تقدم كل من الخدمات التمنيعية والوقائية بالإضافة إلى الطب القاعدي، والإستشارات العامة، تلي بعد ذلك المؤسسات الإستشفائية العمومية بنسبة 35.34% وهي تمثل ثاني الخطوط الإستشفائية، المؤسسات المتخصصة بنسبة 13.28%، ثم المراكز الإستشفائية الجامعية بنسبة 2.59%، المؤسسات الإستشفائية 1.55%، وأخيرا المؤسسة الإستشفائية الجامعية بنسبة 0.17%، نفهم من هذا التوزيع أن الصحة العمومية بالجزائر تركز كثيرا على الخدمات الوقائية والعلاج القاعدي الغير إقامي، والغرض من ذلك تقليل وتدنية التكاليف الصحية، بالإضافة إلى تفادي العديد من الأمراض المستعصية من خلال الخدمات الصحية التمنيعية.

الشكل رقم (3.3): توزيع أعداد الأسره في المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر -2017-



المصدر: تم إعداده بالإعتماد على الجدول (1.3).

من الشكل رقم (3.3)، نلاحظ أن أكبر عدد للأسره يوجد في المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) بنسبة 51.95%، هذا دليل على أن المنظومة الصحية تعول على هذه المؤسسات في العلاج الإقامي، في حين تليها المراكز الجامعية (CHU) بنسبة 18.79% نظرا لأهمية هذه المؤسسات من حيث التجهيزات المتخصصة واليد العاملة الرفيعة، بعدها المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS) بنسبة 16.26% لأهمية وحساسية التخصصات التي تتكفل بها، ثم مؤسسات الصحة الجوارية (EPSP) بنسبة 9.99% معظمها موجه للتكفل بصحة الأم والطفل وبعض مصالح الإستعجال، أما المؤسسات الإستشفائية (EH) بنسبة 1.81% وغالبها لا توفر خدمات صحية شاملة، وأخير المؤسسة الجامعية بنسبة (EHU) 1.19% .



**المطلب الثالث: التصنيف الإداري للمؤسسات العمومية للصحة.**

مما هو ملاحظ إختلاف تركيبة المستشفيات في الجزائر، فمنها ما هو عام ومنها ما هو متخصص، ومنها المحلي والجهوي، ومنها من يقدم أنواع مختلفة من الخدمات، سواء من ناحية الكم أو النوع.

**2.2. المؤسسات الإستشفائية المتخصصة EHS:**

يخضع التصنيف الإداري للمؤسسات الإستشفائية المتخصصة للقرار المشترك المؤرخ في 17 سبتمبر سنة 1998م، والذي يحدد معايير تصنيف القطاعات الصحية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتصنيفها. حيث تم تحديد التصنيف عن طريق النقاط الإستدلالية، والتي تتأثر بحجم الأسره الموفره، الطابع الجهوي أو الوطني، الطابع التعليمي أو الغير تعليمي، وعدد المصالح المتواجدة. عموما تصنف هذه المؤسسات إلى:

- عدد النقاط يساوي أو أقل من 24 نقطة في الفئة (ج)؛
- عدد النقاط أكثر من 24 وأقل من 28 نقطة في الفئة (ب)؛
- عدد النقاط أكثر من 24 نقطة في الفئة (أ).

**الجدول رقم(4.3): النقاط الإستدلالية لتصنيف المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.**

النقاط	المعيار
<b>عدد الأسره</b>	
04	120-0
08	200-120
11	300-200
13	600-300
<b>الطابع الخدمي</b>	
10	وطني
05	جهوي

الطابع التعليمي		
05	جامعي	
02	غير جامعي	
عدد المصالح		
05	04-01	
08	06-04	
11	15-06	

المصدر: الملحق الأول من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 17 سبتمبر 1998، المتعلق بتصنيف القطاعات الصحية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة، الجريدة الرسمية، العدد 04، الجزائر، 1998، ص12.

## 2.2. المؤسسات العمومية الإستشفائية EPH :

يتم تصنيفها وفق النقاط الإستدلالية المبينة في الملحق الأول للقرار المشترك، ويتم قياس هذه النقاط الإستدلالية بحجم السكان المخدمين، وعدد البلديات المغطاة، وعدد الأسره التي تحتويها المؤسسة الإستشفائية، بالإضافة إلى الهياكل الغير إستشفائية (غير فندقية) التي تمارس نشاطها ضمن نطاقها الصحي، والتي تتمثل في عيادة متعددة الخدمات وعيادة الولادة، مراكز صحية، قاعات العلاج والعيادات المتنقلة.<sup>1</sup>

بعد تحديد وحساب النقاط الإستدلالية من الجداول المبينة أسفله، يتم إعطاء الأصناف حسب النقاط المحصلة، وهي كالتالي:

- يساوي أو أقل من 20 نقطة تصنف في الفئة (ج).
- أكثر من 20 مقطة وأقل أو يساوي 30 نقطة تصنف في الفئة (ب).
- أكثر من 30 مقطة تصنف في الفئة (أ).

<sup>1</sup> المادة 03 من القرار المشترك المؤرخ في 17 سبتمبر 1998، الذي يحدد معايير تصنيف القطاعات الصحية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة، العدد 04، الجريدة الرسمية، الجزائر، 1998، ص12.

الجدول رقم(5.3): النقاط الإستدلالية لتصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية.

النقاط	المعيار
<b>السكان</b>	
02	100.000-9.000
03	140.000-100.001
04	170.000-140.001
05	220.000-170.001
06	290.000-220.001
07	290.001- فما فوق
<b>عدد البلديات المخدومة</b>	
02	07-01
03	10-08
04	11- فما فوق
<b>عدد الأسره المتواجدة بالمؤسسة</b>	
04	120-01
07	180-121
09	240-181
11	300-241
13	300- فما فوق

عدد المصالح		
02	09-05	
03	13-10	
04	14- فما فوق	
04	الطابع الجامعي	
الموقع الجغرافي		
10	مقر الولاية	

المصدر: الملحق الاول من القرار الوزاري المشترك مؤرخ في 15 يناير 2012، يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، الجريدة الرسمية، العدد 20، الجزائر، 2012، ص 24 .

### 3.2. التصنيف الإداري للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):

يخضع تصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية إلى نفس القرار الوزاري المشترك الذي يصنف المؤسسات الإستشفائية العمومية، المؤرخ في 04 أبريل 2012م، وبنفس آلية النقاط المتحصل عليها تصنف إلى:

- يساوي أو أقل من 16 نقطة صنف "د".
- أكثر من 16 نقطة وأقل أو يساوي 20 نقطة صنف "ج".
- أكثر من 20 نقطة وأقل من 26 نقطة صنف "ب".
- 26 نقطة فما فوق صنف "أ".

الجدول رقم(6.3): النقاط الإستراتيجية لتصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية .

النقاط	المعيار	
<b>عدد السكان</b>		
01	60.000-4.000	
02	120.000 -60.001	
04	150.000 -120.001	
06	290.000-150.001	
08	-290.001 فما فوق	
<b>عدد البلديات</b>		
01	03-01	
02	07-04	
03	10-08	
05	11- فما فوق	
<b>عدد هياكل الصحة الجوارية</b>		
05	03-01	عيادات متعدد الخدمات مع التوليد
7	06-04	
10	07- فما فوق	
03	03-01	عيادات متعدد الخدمات بدون التوليد
05	06-04	

07	07- فما فوق	
04	20-01	قاعات العلاج
06	40-21	
08	41- فما فوق	

المصدر: الملحق الاول من القرار الوزاري المشترك مؤرخ في 15 يناير 2012، يحدد معايير تصنيف المؤسسات

العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، مرجع سابق، ص 25.

## المبحث الثاني: التقديم العام للمؤسسة محل الدراسة

تعتبر المؤسسة الإستشفائية العمومية سيدي عيسى -كويبي بلعيش-، من بين الهياكل والمؤسسات الصحية التي أنشأتها المنظومة الصحية، خدمة لأهداف صحية واجتماعية بما يسمح به التنظيم. وقد وقع الإختيار على هذه المؤسسة لقربها الجغرافي من الباحث بالإضافة إلى إمكانية الوصول للإحصائيات المطلوبة من أجل هذه الدراسة، ومن جهة أخرى موقعها الإستراتيجي وحجم النشاط بها.

## المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-

تأسست مدينة سيدي عيسى سنة 1906م، وفق القرار الصادر بتاريخ 16 ديسمبر 1905م عن الحاكم العام الفرنسي آن ذاك "موريس فارنييه". وهي تقع على بعد 170 كم من الجنوب الشرقي لعاصمة البلد (الجزائر)، تنتمي لولاية المسيلة التي تعتبر من الولايات الداخلية الجزائرية، التي تقع على خطي الطول والعرض رقم 35,8147768-3,7029002، تبلغ مساحة المدينة أكثر من 411 كم<sup>2</sup>، تقارب كثافتها السكانية 100.000 نسمة، أيضا تتميز بالطابع الرعوي والفلاحي ويسود فيها المناخ القاري البارد شتاء والحر والجاف صيفا، تمتلك عدد من الهياكل الصحية تتمثل أساسا في 01 مؤسسة إستشفائية، 01 مؤسسة للصحة الجوارية، 07 قاعات علاج، 01 مركز صحي.

المؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-، هي مؤسسة عمومي ذات طابع إستشفائي صنف (ب)، أنشئت بموجب المرسوم تنفيذي رقم 07/140 المتعلق بإنشاء وتنظيم المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حيث تم تشييد هذه المؤسسة في سنة 1985م من طرف مؤسسة بلجيكية (GEBA) بطابع بناء جاهز، يحتوي هذا المستشفى على 240 سرير بالإضافة لمصلحة للإستعجالات الطبية والجراحية من 16 سرير بدأت العمل تحت التصنيف الجديد في جانفي 2008 م.

تبعد المؤسسة عن مقر ولاية المسيلة بـ 90 كلم، على الطريق الوطني رقم 8 شمالا، يحدها شمالا بلدية ديرة، الحجرة الزرقاء، والمعمورة (ولاية البويرة)، أما جنوبا فبلدية عين الحجل، بوطي سايح (ولاية المسيلة)، شرقا بلدية سيدي هجرس ويني يلان (ولاية المسيلة)، وغربا دائرة شلالة العذاورة، شنيقل وعين القصير (ولاية المدية). تغطي الإحتياجات الصحية لـ 194247 ساكن موزعة على 07 بلديات تنتمي لـ 04 دوائر كالتالي:

الجدول رقم (7.3): التغطية الصحية للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى سنة 2020.

عدد السكان	البلديات
95786	بلدية سيدي عيسى
10811	بلدية بوطي سايج
12047	بلدية بني يلان
40160	بلدية عين الحجل
8480	بلدية سيدي هجرس
10155	بلدية خطوطي سيدي الجير
16808	بلدية ونوغة
<b>194247</b>	<b>المجموع</b>

Source : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Note méthodologique : relative à l'analyse des données de la wilaya de m'sila, Direction des études et de la planification, Algérie, 2020, P01.

تنتمي هذه المؤسسة العمومية الإستشفائية إلى مديرية الصحة لولاية المسيلة، والتي تشرف على (06) مؤسسات عامة و(02) متخصصة و(06) مؤسسات للصحة الجوارية كالتالي:

الجدول رقم (8.3): المؤسسات العمومية للصحة بولاية المسيلة.

عدد المصالح	عدد الأسره	نوع المؤسسة
- المؤسسات الإستشفائية العمومية - EPH -		
19	309	المؤسسة الإستشفائية العمومية -المسيلة-
15	308	المؤسسة الإستشفائية العمومية -بوسعادة-
13	264	المؤسسة الإستشفائية العمومية -سيدي عيسى-



الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

12	248	المؤسسة الإستشفائية العمومية - عين الملح -
09	88	المؤسسة الإستشفائية العمومية - بن سرور -
09	88	المؤسسة الإستشفائية العمومية - مقرة -
02	70	المؤسسة الإستشفائية المتخصصة - سليمان عميرات -
- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة - EHS -		
04	60	المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية - ولاد منصور -
02	70	المؤسسة الإستشفائية المتخصصة - سليمان عميرات -
- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية - EPSP -		
43	10	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - مسيلة - (08 بلديات)
34	11	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - بوسعادة - (10 بلديات)
29	09	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - سيدي عيسى - (07 بلديات)
24	07	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين الملح - (07 بلديات)
54	08	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - مقرة - (08 بلديات)
13	06	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - بن سرور - (07 بلديات)

Source : Direction de la santé et de la population wilaya de M'sila, **Structures sanitaires publiques**, Site web : <http://www.dsp-msila.dz/index.php/structures-sanitaires>, Vu le 27/01/2022.

يرجى من هذه المؤسسات تعزيز برامج الصحة وتشكيل حيز أساس يبنى عليه كل مسعى تنظيمي أو محاولة إعادة هيكلة لخدمات الرعاية الصحية مستقبلا، حيث يعزى للمؤسسات العمومية الإستشفائية مهمة تطوير وتوفير خدمات الرعاية الصحية الثانوية للتخصصات الضرورية كالطب الداخلي، جراحة عامة، طب الأطفال، طب العظام، أمراض النساء والتوليد، الأمومة، طب العمل، الإستعجالات الطبية- الجراحية، طب الأذن والحنجرة، طب العيون.

### المطلب الثاني: التنظيم الإداري للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى -كويشي بلعيش-

يخضع التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى -كويشي بلعيش-، إلى القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 03 محرم 1431هـ الموافق لـ 20 ديسمبر 2009، الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية، لذلك فهي تتكون من:

#### - مجلس الإدارة:

يتكون مجلس إدارة هذه المؤسسات العمومية من ممثلين عن الوالي وإدارة المالية وهيئات الضمان الإجتماعي، بالإضافة إلى ممثلين من المجالس الشعبية البلدية مقر المؤسسة، كما لا يقصى ممثلو المستخدمين الطبيين والشبه الطبيين والعمال وجمعيات مرتفقي الصحة من المساهمة فيه.

توكل لهم مهام المداولة التباحث في مشروع ميزانية المؤسسة ومراجعة الحسابات التقديرية والحساب الإداري، تقييم مشاريع الإستثمار وبرامج حفظ البنايات والتجهيزات الطبية وصيانتها، مناقشة الصفقات والعقود والإتفاقيات ومشروع تعداد المستخدمين<sup>1</sup>.

#### - المدير:

يعين مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة وتنتهي مهامها حسب الشكل نفسه.

يعد المدير الشخص المسؤول عن السير الحسن للمؤسسة العمومية الإستشفائية، بهذه الصفة فهو ملزم بتمثيل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع التظاهرات المجتمعية، بالإضافة إلى كونه الأمر بالصرف فهو المخول بتحضير مشاريع الميزانيات التقديرية والحساب الإداري، تنفيذ مداولات مجلس الإدارة بالإضافة لإعداد التنظيم الداخلي للمؤسسة والقيام بإعداد التقارير السنوية حول نشاط مؤسسته، عقد وإبرام الصفقات والعقود والإتفاقيات، وممارسة السلطة السلمية على المستخدمين<sup>2</sup>. تساعده في ممارسة مهامه الأمانة العامة، والتي تعالج مخلف أنواع البريد الصادر والوارد، حفظ الملفات والسجلات، تنظيم الإجتماعات، الإستقلال والتوجيه.

<sup>1</sup> المادة 14 من المرسوم التنفيذي 07-140، مرجع سابق، ص12.

<sup>2</sup> المادة 20 من المرسوم التنفيذي 07-140، مرجع سابق، ص 12.

- المجلس الطبي:

يتكون المجلس الطبي من مسؤولو المصالح الطبية، الصيدلي المسؤول في المؤسسة، جراح أسنان وممثل شبه طبي بالإضافة إلى ممثل من المستخدمين الإستشفائيين. يكلفون بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيهم الطبي والتقني فيها، لاسيما فيما يتعلق بالتنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية، المشاريع المتعلقة بالتجهيزات الطبية والتقنية وبناء المصالح، تقييم برامج الصحة والسكان. كما يقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها لاسيما مصالحي العلاج والوقاية<sup>1</sup>.

- المديرية الفرعية للمصالح الصحية (03 مكاتب)<sup>2</sup>: تهتم هذه المديرية ومكاتبها بكل ما يتعلق بالأنشطة الصحية، من متابعة وجمع الإحصائيات والتأكد من صحتها، إرسال التقارير والمعلومات إلى مديرية الصحة والسهر على تطبيق كافة التعليمات بين المصالح. إضافة لذلك يسهر مكتب التعاقد والتكاليف لحساب التكاليف الفصلية، وضمان تسجيل دخول وخروج المرضى بالإضافة لمسك تسجيلات الحالة المدنية والتنسيق مع مصالحي الحالة المدنية بالبلدية.

- المديرية الفرعية للموارد البشرية (نيابة المستخدمين) (02 مكاتب)<sup>3</sup>: هي المصلحة ذات الصلة المباشرة بالحياة المهنية للموظفين، تعمل على مسك السجلات الخاصة برخص الغياب، الإنجازات السنوية، العقوبات الإدارية، الخصومات، شهادات العمل، الترقية السلمية وتنظيم الترقيات عن طريق الإمتحانات والمسابقات، الإدماج والتوظيف، الإجازات والعطل المرضية، وكل الوثائق الخاصة بالعمال.

- المديرية الفرعية للمصالح المالية والوسائل (03 مكاتب)<sup>4</sup>: تضمن فروع هذه المديرية القيام بالجرد الدوري للمعدات والتثبيات، عقد الإتفاقيات وإبرام الصفقات العمومية (التجهيز أو أشغال أو خدمات)، بالإضافة لمصلحة الأجور والمحاسبة التي تمسك بتسيير أجور الموظفين.

<sup>1</sup> المادة 24 من المرسوم التنفيذي 07-140، مرجع سابق، ص13.

<sup>2</sup> المادة 03 من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 03 محرم 1431هـ الموافق لـ 20 ديسمبر 2009م، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية، الجريدة الرسمية، العدد 15، ص 20.

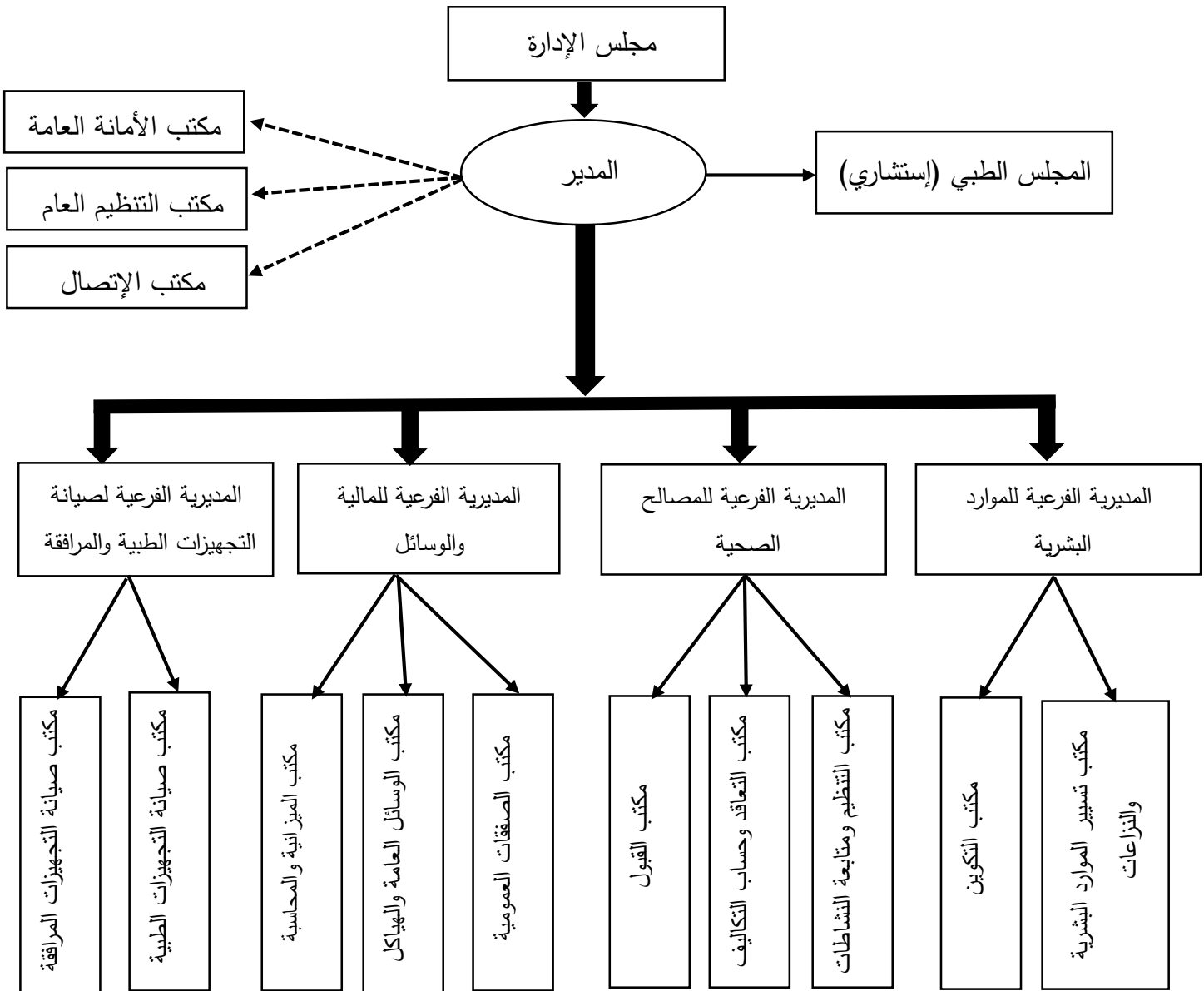
<sup>3</sup> المادة 04 القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 03 محرم 1431هـ الموافق لـ 20 ديسمبر 2009م، مرجع سابق، ص20

<sup>4</sup> المادة 05 القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 03 محرم 1431هـ الموافق لـ 20 ديسمبر 2009م، مرجع سابق، ص20.

الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

- المديرية الفرعية لصيانة الأجهزة الطبية والمرافقة (02 مكاتب)<sup>1</sup>: تتولى هذه المصلحة الإشراف على إستلام التجهيزات الطبية والمرافقة لها (الإمضاء على محاضر الإستلام)، ضمان التشغيل الأولي للمعدات، إبرام إتفاقيات الصيانة، تكوين الملف التاريخي لكل جهاز طبي (بطاقة الجرد، محضر التشغيل، تقارير الصيانة، الفواتير ومتابعة اعمال الصيانة).

الشكل رقم (4.3): المخطط التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية -سيدي عيسى-.



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على معلومات من مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات.

<sup>1</sup> المادة 06 القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 03 محرم 1431هـ الموافق لـ 20 ديسمبر 2009م، مرجع سابق، ص 20

**المطلب الثالث: المصالح الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى -كويشي بلعيش-.**

تقدر الطاقة الإستيعابية للمستشفى بـ 252 سرير، إلا أنها ترتفع وتنخفض حسب الأوضاع الصحية السائدة وحجم الإقبال على خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالمستشفى، وقد تم تقسيم المصالح الإستشفائية إلى 04 أقسام رئيسية إضافة إلى مصلحة الإستعجالات.

### 1. المصالح الإستشفائية:

يتكون الهيكل الأساسي للمصالح الصحية في المؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى -كويشي بلعيش من 04 مصالح رئيسية، موزعة كالتالي

#### 1.1. مصلحة طب الأطفال:

تحتوي هذه المصلحة على 44 سرير موزعة بالتساوي بين الرضع 22 سرير، والأطفال 22 سرير.

**الجدول رقم (9.3): حصيلة الأنشطة بمصلحة طب الأطفال.**

السنوات	عدد الأسره	المرضى الوافدين	الأيام الإستشفائية	الوفيات
2016	44	3045	15225	54
2017	44	3979	13888	96
2018	44	4400	15463	94
2019	44	4157	16095	55
2020	44	3575	14867	54

المصدر: إعتقادا على جداول الأنشطة للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى (من 2016 إلى 2020).

من الجدول (9.3)، نلاحظ أن المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة تستقبل ما بين 3000 إلى 4500 حالة مرضية في طب الأطفال سنويا مقابل إستغلال 44 سرير فقط، كما تحقق أيام إستشفائية معتبر مقارنة بعدد الأسره المرصودة، كل هذه الظروف ستؤثر على معدل شغل الأسره ومدد تقديم العلاج.

## 2.1. مصلحة الطب الداخلي:

تتكون مصلحة الطب الداخلي من 64 سرير، 32 سرير لطب الرجال، و32 سرير لطب النساء.

الجدول رقم (10.3): حصيلة أنشطة مصلحة الطب الداخلي.

الوفيات	الأيام الإستشفائية	المرضى الوافدين	عدد الأسره	السنوات
109	24129	4037	64	2016
119	16415	4038	64	2017
111	14756	3514	64	2018
90	15499	3467	64	2019
235	13249	2692	64	2020

المصدر: إعتقادا على جداول الأنشطة للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى (من 2016 إلى 2020).

من الجدول رقم (10.3)، نلاحظ أن مصلحة الطب الداخلي بالمؤسسة الإستشفائية، تشهد تراجع في الطلب على الخدمات الصحية خلال السنوات الدراسة، هذا ما أثر على حجم الأيام الإستشفائية المحققة طيلة الفترة المدروسة، أما بخصوص سنة الذروة لجائحة كوفيد19، فقد شهدت المصلحة أوضاع كارثية ساهمت بشكل مباشر في إرتفاع حصيلة الوفيات بالمصلحة إلى 235 حالة.

### 3.1. مصلحة الجراحة العامة:

تحتوي مصلحة الجراحة على 64 سرير، موزعة على جراحة الرجال بـ 32 سرير، وجراحة النساء بـ 32 سرير.

الجدول رقم (11.3): حصيلة أنشطة مصلحة الجراحة العامة.

السنوات	عدد الأسره	المرضى الوافدين	الأيام الإستشفائية	الوفيات
2016	64	2776	11104	16
2017	64	4670	14669	16
2018	64	3771	12753	10
2019	64	3413	10413	10
2020	64	2214	6844	11

المصدر: إعتامادا على جداول الأنشطة للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى (من 2016 إلى 2020).

من خلال الجدول رقم (11.3)، نلاحظ أن مصلحة الجراحة العامة شهدت تراجع في الطلب على الخدمات الصحية المقدمة، خاصة في الثلاث سنوات الأخيرة، هذا ما سبب تراجع في الأيام الإستشفائية المحققة، والذي بدوره سيؤثر على معدل شغل الأسره بالمصلحة ومدد تلقي العلاج.

### 4.1. مصلحة الولادة والأمراض النسائية:

تحتوي هذه المصلحة على 60 سرير، حيث تم تخصيص 30 سرير للولادة، و30 سرير للأمراض النساء.

الجدول رقم (12.3): حصيلة أنشطة مصلحة الأمومة وأمراض النساء والتوليد.

السنوات	عدد الأسره	المرضى الوافدين	الأيام الإستشفائية	الوفيات
2016	60	3723	10080	1
2017	60	11243	18411	6
2018	60	12349	20400	4
2019	60	9700	15474	0
2020	60	6721	11347	2

المصدر: إعتامادا على جداول الأنشطة للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى (من 2016 إلى 2020).

من خلال الجدول رقم (12.3)، نلاحظ أن مصلحة الولادة وأمراض النساء، تشهد إقبالا كبيرا لطالبي خدمات رعاية الصحة المقدمة، إلا أنه شوهد تراجع محسوس خلال الثلاث سنوات الأخيرة المدروسة يرجع ذلك إلى تراجع عدد أطباء التوليد بالمصلحة، ولكن تبقى القيم المحققة ذات تأثير مباشر على معدلات شغل الأسره ومدد تقديم العلاج.

## 2. مصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية:

هي مصلحة خارجية تتكون من 20 سرير، 16 مخصص للإستشارات الطبية 16 سرير، و04 مخصصة للإنعاش.

### الجدول رقم (13.3): حصيلة أنشطة الإستعجالات الطبية والجراحية - الخارجية -

السنوات	الإستشارات	عدد المخدمين	التحويلات	الوفيات
2016	99363	20239	359	99
2017	79060	15879	265	139
2018	110563	18050	320	148
2019	109644	20584	327	188
2020	105518	20404	342	216

المصدر: اعتمادا على جداول الأنشطة للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى (من 2016 إلى 2020).

من خلال الجدول رقم (13.3)، نلاحظ أن مصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية، تعاني من طلب كبير على خدمات الرعاية الصحية المقدمة خاصة إذا علما أن المصلحة تملك 15 سرير للعلاج، يرجع هذا الضغط لإستقبال المصلحة للحالات الإستعجالية (حوادث مرور، حالات إنتحار، إصابات.... إلخ) القادمة من البلديات المجاورة، إضافة للحالات المسجلة بتراب البلدية، هذا ما سيؤثر على الموارد المادية والبشرية المرصودة للمصلحة، وجودة الخدمة المقدمة.



### 3. المصالح التقنية:

- مصلحة المخبر.

يقدم المخبر تحاليل للكشف عن أمراض الدم (Hématologie)، أمراض الكبد (Sérologie)، التحاليل الكيميائية (Biochimie)، التحاليل البكتيريا (bactériologie)، التحاليل الطفيلية (Parasitologie).

الجدول رقم (14.3): حصيلة أنشطة مصلحة المخبر.

السنوات	Biochimie	Hémato	Sérologie	Bactério	Parasito
2016	77619	39708	12275	1575	77
2017	73687	42446	13805	1330	72
2018	95612	62587	22509	2009	90
2019	88392	55391	19738	1827	116
2020	50638	30760	15393	1480	95

المصدر: اعتمادا على جداول الأنشطة للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى (من 2016 إلى 2020).

من خلال الجدول رقم (14.3)، نلاحظ أن مصلحة المخبر بالمؤسسة الإستشفائية محل الدراسة، تقدم خدمات مخبرية معتبرة من ناحية التخصص والحجم، موجّهة لمرضى الأقسام (في إطار متابعة الحالات المرضية) أو مرضى الإستشارات الخارجية (لتحديد العلل والأمراض)، إلا أن نشاط هذه المصلحة شهد إنخفاض ملحوظ سنة 2020م بسبب الأوضاع الصحية السائدة آن ذاك.

- مصلحة تصفية الدم.

تتكون مصلحة المخبر من 22 جهاز غسل الكلى (générateur)، 17 منها في حالة تشغيل أما 04 الأخرى فهي متوقفة عن العمل منذ 2018م.

الجدول رقم (15.3): حصيلة أنشطة مصلحة تصفية الدم.

السنوات	عدد الأسرة	عدد الأجهزة	عدد المرضى	عدد الحصص
2016	16	22	70	9709
2017	16	22	79	10460
2018	16	22	97	11026
2019	16	17	89	11001
2020	16	17	91	11868

المصدر: اعتمادا على جداول الأنشطة للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى (من 2016 إلى 2020).

من خلال الجدول رقم (15.3)، نلاحظ أن مصلحة تصفية الدم تواجه طلب مرتفع على خدمات التصفية، هذا ما أثر على عدد المرضى المتكفل بهم وتواريخ المواعيد، خاصة بعد توقف 04 أجهزة لغسل الكلى سنة 2019م، والتي لم يتم إصلاحها أو تغييرها لحد نهاية الدراسة، بغض النظر عن الجهود المبذولة في مصلحة تصفية الدم، إلا أن نشاطها يبقى مرهون بدرجة توافر أجهزة غسل الكلى.

- مصلحة الأشعة.

تحتوي مصلحة الأشعة على 01 ماسح للجسد (scanner corps)، 04 أجهزة للموجات فوق صوتية (échographie)، 02 أجهزة التصوير الإشعاعي (cliché)، 01 جهاز تخطيط صدى القلب (échographie cardiaque)، 02 أجهزة مراقبة قلب الجنين (rythme cardiaque foetal)، 11 جهاز للتخطيط الكهربائي للقلب (électrocardiogramme)، 04 أجهزة للتنظير (fibroscopie).

الجدول رقم (16.3): حصيلة أنشطة مصلحة الأشعة.

السنوات	Clichés	Echographie	ECG	Fibroscopie
2016	14499	2557	4996	99
2017	12718	3642	4047	14
2018	13652	2197	5370	70
2019	13535	2746	5880	112
2020	13487	2026	5454	90

المصدر: اعتمادا على جداول الأنشطة للمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى (من 2016 إلى 2020).

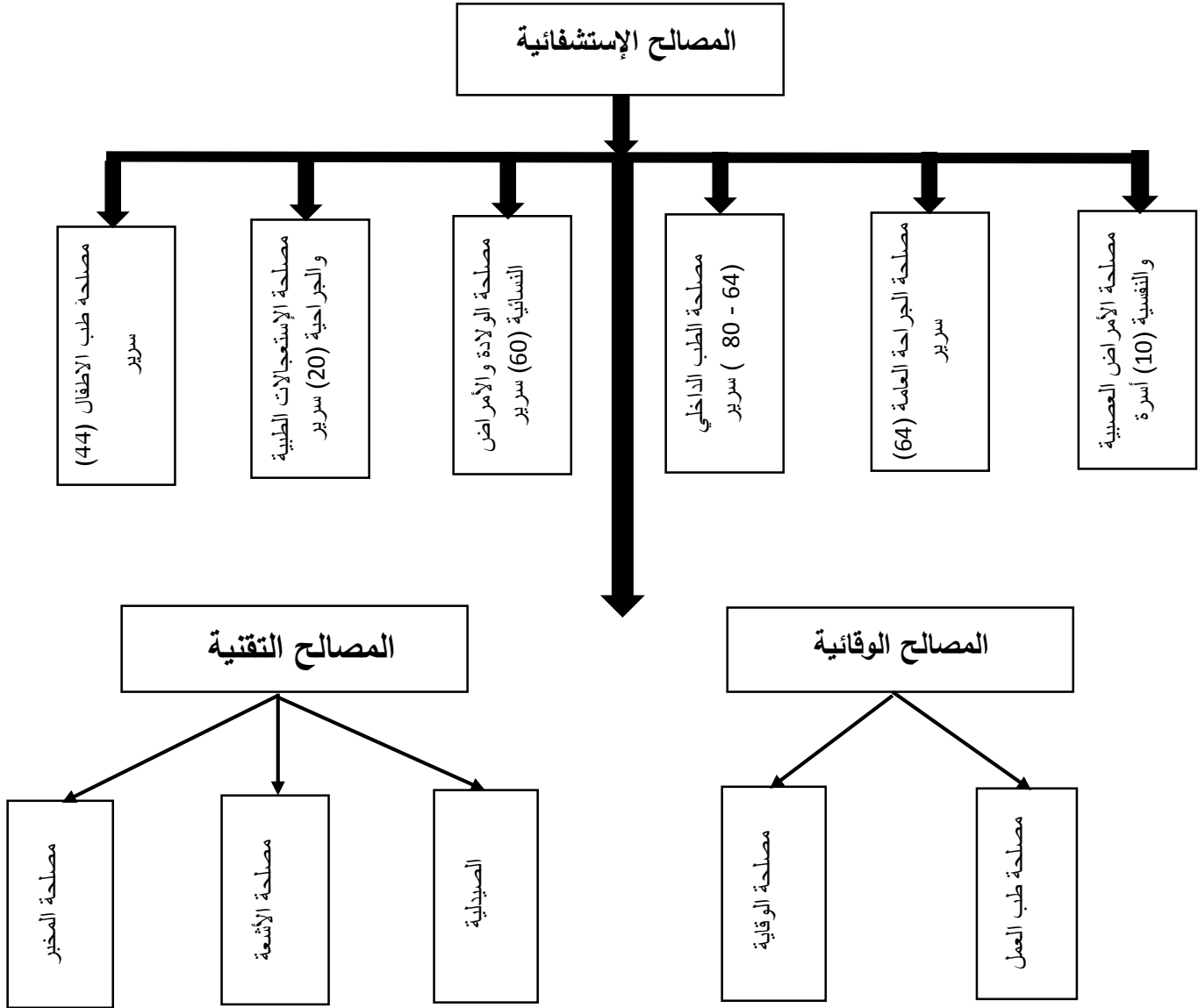
من خلال الجدول رقم (16.3)، نلاحظ أن المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة تملك ترسانة من الأجهزة المهمة، الغرض منها تسهيل الكشف عن الحالات المرضية وتحديدتها (جانب من العلاج)، هذا ما يسمح لها بتوفير الظروف والوسائل المناسبة لتقديم خدمات رعاية صحية متكاملة وذات جودة مقبولة، شهدت إنخفاض في حجم النشاط سنة 2020م يعزي ذلك إلى الظروف الصحية.

- مصلحة الصيدلية.

4. المصالح الوقائية:

- مصلحة الوقاية.
- طب العمل.

الشكل رقم (5.3): المخطط التنظيمي للمصالح الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى.



المصدر: من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

**المبحث الثالث: مشروع تقييم أداء المؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى - كويسي بلعيش-**

من أجل حساب وتقييم مؤشرات الأداء الصحي مقارنة مع النسب المعيارية المعمول بها في تقييم أداء المنظمات الصحية والمستشفيات، تم الإعتماد على البيانات والإحصائيات المتضمنة في تقارير الأنشطة الإستشفائية (Bilan d'activité) للفترة ما بين 2016م إلى 2020م، وهي مجاميع يتم إعدادها في المديرية الفرعية للمصالح الصحية (مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة).

**المطلب الأول: تقييم أداء المورد البشري.**

يعتبر المورد البشري العنصر الأهم في حلقة تقديم الرعاية الصحية، لذلك تحظى كثافته وطرق توزيعه داخل المستشفى بالأهمية البالغة، وذلك لضمان تغطية مناسبة للأسره المخدمه من طرف يد عاملة مؤهلة بالشكل الذي لا يسمح بممارسة العبء الوظيفي عليه.

**1. الأطباء**

يعد هذا المتغير من أهم المؤشرات التي يستدل بها في قياس أداء الكادر الطبي، ويتم إحتساب عدد الأطباء من خلال الجمع بين الأطباء العاميين والمتخصصين وقسمة الحاصل على المتغيرات الأخرى.

**1.1 مؤشر عدد الأسره لكل طبيب.**

يقيس هذا المؤشر مستوى التغطية الطبية للأسره المتاحة بالمستشفى، وهو أداة ذات حددين، حيث يسمح بمعرفة العبء الوظيفي على الأنشطة الطبية، وكثافة التغطية الطبية بمقارنة عدد الأطباء والأسره المتاحة.

**جدول رقم (17.3): توزيع الأسره على الأطباء في المؤسسة العمومية الإستشفائية.**

السنوات	عدد الأسره	عدد الأطباء	المعدل المحقق	القيمة المعيارية
2016	252	66	03,82	القيمة المعيارية (04)-(05) أسره لكل (01) طبيب
2017	252	66	03,82	
2018	252	75	03,36	
2019	252	67	03,76	
2020	252	74	03,41	

المصدر: من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من الجدول رقم (17.3) نلاحظ أن مؤشر عدد الأسره/ طبيب منخفض عن الحد الأدنى للمعدل المعياري طيلة سنوات الدراسة، وهذا دليل أن الكادر الطبي لا يعاني من العبء الوظيفي فيإمكانه العمل بكفاءة وتقديم خدماته بالشكل والمكان والتوقيت المناسب ويرجع ذلك لإرتفاع عدد الأطباء مقارنة بعدد الأسره المخدمة هذا من جهة، ومن جهة أخرى يمكن للمؤسسة العمومية الإستشفائية العمل بكفاءة أعلى إذا كانت إدارتها حكيمة في توزيع الطواقم الطبية ضمن واجبات العمل في مختلف الأوقات، تشير هذه القيم إلى إنخفاض كفاءة إستغلال الأطباء وذلك بوجود هدر لطاقة إستيعابية غير مستغله، فيمكن للمؤسسة العمومية الإستشفائية الرفع من عدد الاسره (فرص للعلاج) بالشكل الذي لا يؤدي للعبء الوظيفي على الأطباء بشرط ألا يرتفع المؤشر عن 05 أسره لكل طبيب. أنظر الجدول رقم (3.2) ص143.

## 2. الممرضين:

يعمل الممرضون والأطباء معا كزملاء في فريق الرعاية الصحية، ويكتسي هذا الصنف من القوى العاملة المؤهلة أهمية بالغة في تقديم العطف والرحمة، بالإضافة لمراقبة وتشخيص مشاكل المريض والقدرة على التقييم، توفير الدعم العاطفي وإعطاء الأدوية، تغيير الجروح وتنظيفها، وتعليم المريض كيفية الإعتناء بذاته، لذلك يتمتع الممرضون بمسؤوليات مستقلة وتابعة كما تتقاطع مهامهم مع واجبات التنظيف والتغذية وتقديم التقارير عن الأخطاء في النظم والمعدات للتقنيين.

### 1.2. مؤشر عدد الأسره لكل ممرض.

يسمح هذا المؤشر بقياس كثافة الممرضين بالنسبة لأعداد الأسره المتاحة، وهو يمكن من إستشعار العبء الوظيفي على الممرضين، والمقارنة بين الموارد البشرية المرصودة مع الموارد المادية المخدمة. جدول رقم (18.3): توزيع الأسره على الممرضين في المؤسسة العمومية الإستشفائية.

القيمة المعيارية	المعدل المحقق	عدد الممرضين	عدد الأسره	السنوات
(02) سرير لكل ممرض (01)	01,63	155	252	2016
	01,83	138	252	2017
	01,46	173	252	2018
	0,86	294	252	2019
	0,83	302	252	2020

المصدر: من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من خلال الجدول رقم (18.3) نلاحظ أن مؤشر أسرته/ممرض منخفض عن الحد الأدنى للمعدل المعياري طيلة سنوات الدراسة، وهذا دليل أن هذا المورد البشري لا يعاني من العبء الوظيفي الذي يمكنه من تقديم خدمات بالكيفية والكمية المناسبة والملائمة للحالات الصحية والتي من شأنها أن ترفع من كفاءة الرعاية الصحية المقدمة، إلا أنه يشير إلى انخفاض كفاءة إستغلال هذا المورد، بحكم أن أعداد الممرضين تفوق الإحتياجات الحقيقية لتغطية الأسره الموجودة، بالإضافة لهدر إمكانية الرفع من القدرة السريرية للمؤسسة العمومية الإستشفائية. أنظر الجدول رقم (3.2) ص 143.

## 2.2. عدد الممرضين لكل طبيب:

يقوم هذا المؤشر بدراسة توزيع الممرضين (كادر مساعد) على الأطباء، وهو يستشعر إمكانية إختلال الأدوار فيما بينهم، فإذا كان منخفض عن الحد المعياري فهو يدل على زيادة العبء الوظيفي لكلا الموردين، أما ارتفاعه فهو دليل على الأرحية في تأدية المهام. ويجب الإنتباه ألا تتجاوز قيمته الحد الأعلى المعياري فدليل ذلك هو وجود إسراف في إستغلال أعداد الممرضين.

### جدول رقم (19.3): توزيع الممرضين على الأطباء في المؤسسة العمومية الإستشفائية.

القيمة المعيارية	المعدل المحقق	عدد الأطباء	عدد الممرضين	السنوات
(05)-(04) ممرضين لكل طبيب (01)	02,35	66	155	2016
	02,09	66	138	2017
	02,31	75	173	2018
	04,39	67	294	2019
	04,08	74	302	2020

المصدر: من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من الجدول رقم (19.3) نلاحظ أن مؤشر ممرض/طبيب كان منخفض عن المعدل المعياري طيلة السنوات 2016، 2017، 2018، هذا ما أدى إلى قيام الأطباء بأعمال إضافية لا تتطلب مؤهلاتهم العلمية، مما يرفع من عبء ممارسة أعمالهم المنوطة بها، إلا أن هذا المؤشر شهد تحسن ملحوظ سنني 2019، 2020 يرجع ذلك لإرتفاع أعداد الممرضين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة، الذي أدى لتخفيف العبء الوظيفي على الأطباء، نتيجة وجود ممرضين مؤهلين للعمل بجانبهم، يقومون

بالأعمال المساندة والروتينية. عموما تشير القيم المحققة إلى كفاءة توزيع القوى المؤهلة فيما بينها بالشكل الذي يسمح بتقديم خدمة صحية مقبولة. أنظر الجدول رقم (3.2) ص 143.

### 3. أصحاب المهن الصحية:

تستمد هذه الفئة أهميتها من كونها تعتبر كوادرات فنية وسيطية تسمح بالإستخدام الجيد للأطباء، من خلال مساعدتهم في حصر الجهود الطبية في مهام تتناسب مع التأهيل العالي، وإيلاء الاهتمام بتوافرها بالنسب الكافية دليل على الإستخدام الكفء للموارد البشرية الطبية والصحية.

### 1.3. عدد الأسره لكل ذوي المهن الصحية.

يسمح هذا المؤشر بمعرفة مدى الاهتمام والرعاية الصحية الموجهة للأسره المتوافرة، التي تقدمها يد عاملة مؤهلة (مساعدة ووسيطية).

جدول رقم (20.3): توزيع الأسره على أصحاب المهن الصحية في المؤسسة العمومية الإستشفائية .

السنوات	عدد الأسره	عدد أ.م. الصحية	المعدل المحقق	القيمة المعيارية
2016	252	277	0,91	المهن الصحية (01) من أصحاب أسره لكل (03)
2017	252	250	01,01	
2018	252	294	0,86	
2019	252	355	0,71	
2020	252	361	0,70	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من خلال الجدول رقم (20.3) نلاحظ أن مؤشر أسره/ أصحاب المهن الصحية منخفض عن الحد الأدنى للمعدل المعياري طيلة سنوات الدراسة، تفسر هذه القيم إنخفاض العبء الوظيفي لأصحاب المهن الصحية مما يسمح لها بممارسة مهامها الصحية بشكل كفاء مع تخصيص العناية اللازمة لكل سرير، من جانب آخر تبين القيم المعروض إلى إنخفاض كفاءة إدارة الكادر الصحي وأن أعداد أصحاب المهن الصحية المتواجدة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة لا يتم إستغلالها بالشكل المناسب. أنظر الجدول رقم (3.2) ص 143.



### 2.3. عدد أصحاب المهن الصحية لكل طبيب

يدل هذا المؤشر على مدى توفر البيئة والظروف المناسبة للأطباء من أجل ممارسة أنشطتهم الطبية، بالشكل الذي يسمح لهم بتأدية مهامهم بكل أريحية وفعالية.

جدول رقم (21.3): توزيع أصحاب المهن الصحية على الأطباء في المؤسسة العمومية الإستشفائية .

السنوات	عدد أ.م. الصحية	عدد الأطباء	القيمة	القيمة المعيارية
2016	277	66	04,20	(10)-(12) أصحاب مهن صحية لكل طبيب (01)
2017	250	66	03,79	
2018	294	75	03,92	
2019	355	67	05,30	
2020	361	74	04,88	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من الجدول رقم (21.3) نلاحظ أن مؤشر أصحاب مهن صحية /طبيب منخفض عن المعدل المعياري طيلة سنوات الدراسة، و لم يقترب من الحدود الدنيا للمعدل المعياري، يدل ذلك أن الأطباء لا يمارسون أعمالهم في الظروف الملائمة لتقديم خدمات رعاية صحية ذات نوعية مناسبة، ولكن مقارنة بالجدول رقم (19.3) الذي يبين مؤشر ممرضين / أطباء والذي يقر بمناسبة هذا المؤشر للقيمة المعيارية، يتبين وجود نقص في المهن الوسيطة وليس المساعدة مثل عمال النظافة والصيانة، عمال المطبخ، السائقين، عمال الأمن والخدمات الأخرى، فمن شأن الرفع من أعداد هذه المهن تحسين المعدل المعياري لأصحاب المهن الصحية /الأطباء دون المساس بأعداد الممرضين الذي يشير معدله بأنه ملائم للمعدل المعياري. أنظر الجدول رقم (3.2) ص143.

4. مؤشر عدد الأسره لكل صيدلي:

يدل هذا المؤشر على توافر الصيادلة بالشكل المناسب لتسيير مخازن الأدوية، بالإضافة إلى تصريف الوصفات الطبية والمستلزمات التدخل الطبي حسب الحالات المتكفل بها.

الجدول رقم (22.3): عدد الأسره المخدمه لكل صيدلي في المؤسسة العمومية الإستشفائية.

القيمة المعيارية	القيمة المحققة	عدد الأسرة	عدد الصيادلة	السنوات
	126	252	02	2016
(100) سرير لكل	126	252	02	2017
(01) صيدلي.	126	252	02	2018
	126	252	02	2019
	126	252	02	2020

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من الجدول رقم (22.3)، نلاحظ أن مؤشر عدد الأسره / صيدلي مرتفع عن المعدل المعياري المحددة بـ 100 سرير لكل صيدلي طيلة سنوات الدراسة، وهذا دليل لإرتفاع العبء الوظيفي على الصيادلة والذي من شأنه أن يؤثر في فعالية أداء هذا المورد، وتشير هذه القيم إلى إنخفاض في كفاءة توزيع هذا الصنف من الموارد البشرية، إضافة إلى قصور في عدد الصيادلة، فطيلة 05 سنوات الأخيرة إستقر عدد الصيادلة على 02؛ في حين أنه كان من الضروري فتح التوظيف لزيادة منصب واحد (01) كفيل للوصول إلى حدود القيمة المعيارية. أنظر الجدول رقم (3.2) ص 143.

**المطلب الثاني: تقييم أداء المصالح الإستشفائية .**

من أجل تقييم الأداء في المصالح الإستشفائية تم الإعتماد على ثلاثة (03) مؤشرات إستدلالية لتقييم جودة الأداء المادي، والذي يسمح بتحديد حجم المرضى المخدومين وكيفية إستغلال الأسره لخدمتهم وصولاً إلى تأثير مدد إقامتهم في إستكمال العلاج مقارنة مع أعداد الأسره المستغلة، وعدد الحالات التي يخدمها السرير.

**1. مصلحة طب الأطفال.**

الجدول رقم (23.3): مؤشرات أداء مصلحة طب الأطفال في المؤسسة العمومية الإستشفائية .

السنوات	معدل شغل الأسره	القيمة المعيارية	معدل دوران الأسره	القيمة المعيارية	متوسط مدة الإقامة	القيمة المعيارية	
2016	94,80%	80%	69,20	غير محدد	05,00	07 أيام	
2017	86,48%		90,43		(شرط ألا		03,49
2018	96,28%		100		يؤثر في		03,51
2019	100,22%		94,48		متوسط مدة		03,87
2020	92,57%		81,25		الإقامة)		04,16

المصدر: من إعداد الباحث إعتقاداً على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

- **معدل شغل الأسره:** من الجدول رقم (23.3) نلاحظ أن مؤشر معدل شغل الأسره قد تجاوز القيمة المعيارية المحددة بـ 80%، وهذا دليل على إنخفاض كفاءة إدارة الموارد المادية (سرير) نظير إرتفاع عدد المرضى المخدومين ووجود إزدحام في المصلحة طب الأطفال، من شأن هذه القيم التقليل من التكاليف السريرية، إلا أنها تشير إلى قصور في عدد الأسره المتاحة لخدمة المرضى الوافدين، وعليه وجب على المؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة تكييف أعداد أسره مصلحة طب الأطفال للوصول للوصول إلى المعيار، الذي من شأنه أن يحسن في خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالمصلحة (أنظر الملحق رقم 01).
- **معدل دوران الأسره:** من الجدول رقم (23.3) أعلاه نلاحظ ان معدل دوران الأسره مرتفع علماً أن عدد الأسره الإجمالي لمصلحة طب الأطفال هو 44 سرير، حيث خدم السرير الواحد طيلة سنوات الدراسة ما بين 69 حالة إلى 100 حالة سنوياً، ما يؤكد هذا الطرح نسب إشغال الأسره المرتفعة

الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

بمصلحة طب الأطفال، ويرجع سبب ذلك إلى قصور أعداد الأسره في إحتواء المرضى الوافدين، مما يترتب عن هذه الظروف إستعمال السرير لخدمة أكبر عدد ممكن عن طريق تسريح المرضى المخدمين قبل إستكمال العلاج والذي بدوره يؤثر على فعالية خدمات الرعاية الصحية (أنظر الملحق رقم 02).

- **متوسط مدة الإقامة:** من الجدول رقم (23.3) نلاحظ أن مؤشر متوسط مدة الإقامة منخفض عن القيمة المعيارية والمحددة بـ 07 أيام، تدل هذه القيم لوجود تصريف مرضى مصلحة طب الأطفال وما يؤكد ذلك إرتفاع مؤشر شغل الأسره ومعدل الدوران، الذي إنعكس على مدة إقامة المرضى، ويعني ذلك إمكانية تدهور صحة المريض نتيجة عدم إستكمال مدة العلاج المطلوب (أنظر الملحق رقم 03).

2. مصلحة الطب الداخلي:

الجدول رقم (24.3): مؤشرات أداء مصلحة الطب الداخلي بالمؤسسة العمومية الإستشفائية .

السنوات	معدل شغل الأسره	القيمة المعيارية	معدل دوران الأسره	القيمة المعيارية	متوسط مدة الإقامة	القيمة المعيارية
2016	103,29%	80%	63,08	غير محدد (شرط ألا يؤثر في متوسط مدة الإقامة)	05,98	07 أيام
2017	70,27%		63,09			
2018	63,17%		54,91			
2019	66,35%		54,17			
2020	56,72%		42,06			

المصدر: من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

- **معدل شغل الأسره:** من الجدول رقم (24.3) نلاحظ أن مؤشر معدل شغل الأسره شهد إنخفاض تدريجي بمصلحة الطب الداخلي فبعد أن تجاوز نسبة الإستغلال التام 100% سنة 2016م، تناقصت قيمته لتتخلف عن القيمة المعيارية المحددة بـ 80% طيلة السنوات 2017م، 2018م، 2019م، 2020م، وهذا دليل على إنخفاض كفاءة إستغلال الأسره في مصلحة الطب الداخلي، إضافة لذلك من شأن هذه القيم الرفع من التكاليف السريرية بالمصلحة، وتضييع فرص للرعاية الصحية على المرضى الغير مقبولين أو المحولين (أنظر الملحق رقم 05).

الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

● **معدل دوران الأسره:** من الجدول رقم (24.3) نلاحظ أن مؤشر معدل دوران الأسره بلغ في ذروة إستغلاله 63 حالة سنويا سنة 2016م، في حين شهد إنخفاض طيلة السنوات الموالية ليبلغ 42 حالة سنة 2020م علما أن عدد أسره المصلحة 64 سرير، وهو دليل أن مصلحة الطب الداخلي تملك أسره أكثر من إحتياجاتها، وما يفسر ذلك إنخفاض معدل شغل الأسره الذي أدى لإنخفاض في معدل الدوران ، من شأن هذه القيم الرفع من كفاءة خدمات الرعاية الصحية المقدمة وإطالة متوسط مدة الإقامة، إلا أنها تبين إنخفاض كفاءة إستغلال الأسره المتاحة بمصلحة الطب الداخلي خاصة إذا علمنا أن مصلحة طب الأطفال ذات معدل شغل ودوران الأسره مرتفع، بالإضافة إلى تضييع إمكانية إستقبال أعداد إضافية من المرضى (أنظر الملحق رقم 06).

● **متوسط مدة الإقامة:** من الجدول رقم (24.3) نلاحظ أن مؤشر متوسط مدة الإقامة غير بعيد عن القيمة المعيارية والمحددة بـ 07 أيام، تدل هذه القيم بأن مرضى مصلحة الطب الداخلي يقضون مدد جيدة للإستشفاء، ويرجع ذلك لتوافر العدد الكافي من الأسره وإنخفاض معدل دوران الحالات المتكفل بها، هذا ما يعمل على الرفع من فعالية الرعاية الصحية المقدمة والتي من شأنها أن تسرع عملية الإستشفاء (أنظر الملحق رقم 07).

3. مصلحة الجراحة العامة.

**الجدول رقم (25.3):** مؤشرات أداء مصلحة الجراحة العامة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية .

السنوات	معدل شغل الأسره	القيمة المعيارية	معدل دوران الأسره	القيمة المعيارية	متوسط مدة الإقامة	القيمة المعيارية
2016	47,53%	80%	43,38	غير محدد	04,00	07 أيام
2017	62,80%		72,97		(شروط ألى	
2018	54,59%		58,92		يؤثر في	
2019	44,58%		53,33		متوسط مدة	
2020	29,30%		34,59		الإقامة)	

المصدر: من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

● **معدل شغل الأسرة:** من الجدول رقم (25.3) نلاحظ أن مؤشر معدل شغل الأسرة شهد تذبذب في مصلحة الجراحة العامة، حيث بلغ أقصى قيمة له سنة 2017م بنسبة 62,80% في حين شهد تراجع كبير طيلة السنوات 2018م 2019م 2020م، ويرجع ذلك إلى تراجع أعداد مرضى مصلحة

الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

الجراحة العامة (أنظر الملحق رقم 08)، عموما يشير معدل شغل الأسره إلى إنخفاض كفاءة إستغلال الأسره في المصلحة، لوجود فوائض في أعداد الأسره كان من الممكن إستغلالها في المصالح التي تعاني من قصور في عدد الأسره، ويبقى هذا المعدل المنخفض عن القيمة المعيارية يشير إلى سوء إستغلال الأسره وفرص ضائعة للرعاية الصحية على المرضى الغير مقبولين أو المحولين (أنظر الملحق رقم 09).

- **معدل دوران الأسره:** من الجدول رقم (25.3) نلاحظ أن معدل دوران الأسره يبدو منخفض خاصة إذا علمنا أن المصلحة تحتوي على 64 سرير، وما يؤيد هذا الطرح ضعف معدل شغل الأسره وقصر متوسط مدة الإقامة، كذلك توحى هذه القيم أن مصلحة الجراحة العامة لا تقوم بالعمليات الجراحية الكبيرة وتكتفي بالبسيطة منها التي لا تستوجب مدة إقامة طويلة (أنظر الملحق رقم 10).
- **متوسط مدة الإقامة:** من الجدول رقم (25.3) نلاحظ أن مؤشر متوسط مدة الإقامة منخفض عن القيمة المعيارية والمحددة بـ 07 أيام، وهذا يدل على تفسيرين، أنه يتم تصريف مرضى مصلحة الجراحة قبل إستكمال مدة العلاج، أو إكتفاء مصلحة الجراحة العامة بالجراحات البسيطة التي لا تستلزم مدد إستشفائية طويلة، ويشير هذا المعدل إلى إنخفاض في فعالية خدمات الرعاية الصحية بمصلحة الجراحة العامة (أنظر الملحق رقم 11).

4. مصلحة الأمومة وأمراض النساء والتوليد.

**الجدول رقم (26.3):** مؤشرات أداء مصلحة الأمومة وامراض النساء والتوليد بالمؤسسة العمومية الإستشفائية .

السنوات	معدل شغل الأسره	القيمة المعيارية	معدل دوران الأسره	القيمة المعيارية	متوسط مدة الإقامة	القيمة المعيارية
2016	46.03%	80%	62,05	غير محدد (شرط ألا يؤثر في متوسط مدة الإقامة)	02,71	07 أيام
2017	84,07%		187,38			
2018	93,15%		205,82			
2019	70,66%		161,67			
2020	51,81%		112,02			

المصدر: من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

## الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

- **معدل شغل الأسرة:** من الجدول رقم (26.3) نلاحظ أن مؤشر معدل شغل الأسرة شهد تذبذب في مصلحة الأمومة وأمراض النساء والتوليد، حيث بلغ أقصى قيمة له سنة 2018م بنسبة 93,15% في حين شهد تراجع سنتي 2019م و2020م، ويرجع ذلك إلى عزوف المرضى عن مصلحة الأمومة وأمراض النساء والتوليد جراء النقص وتذبذب أطباء التوليد واكتفاء المصلحة بإستقبال حالات الولادة العادية التي تشرف عليها القابلات المتمرسات، أما الحالات المستعصية فقد كان يتم توجيهها أو تحويلها نحو المستشفيات التي تملك أطباء التوليد، وفي أقصى الحالات الخطيرة كان يتم الإعتماد على الجراحين العاميين من أجل القيام بالعمليات القيصرية، تبين هذه القيم الإقبال الكبير للنساء الحوامل للمصلحة خاصة سنتي 2017م و2018م مما يستلزم الرفع من القدرة السريرية، عموما المؤشر دون المعدل المعياري مما يشير إلى إنخفاض كفاءة تقديم الرعاية الصحية والإستغلال الجيد للأسره (أنظر الملحق رقم 13).
- **معدل دوران الأسرة:** من الجدول رقم (26.3) يتبين أن معدل دوران الأسرة مرتفع خاصة إذا علمنا أن عدد الأسرة بمصلحة الامومة وأمراض النساء والتوليد هو 60 سرير، من شأن إرتفاع معدل الدوران الأسرة التأثير على مدة إقامة المرضى مما يحول دون إستكمال المدة اللازمة للإستشفاء خاصة في حالة الولادات القيصرية، فبالرغم من إنخفاض معدل شغل الأسرة سنتي 2019م و2020م إلا أن معدل الدوران بقي مرتفع نوعا ما مصاحبا ذلك إنخفاض في مدة متوسط الإقامة، وهذا دليل على تصريف الحالات المرضية، التي تؤدي إلى التأثير في كفاءة الرعاية الصحية المقدمة (أنظر الملحق رقم 14).
- **متوسط مدة الإقامة:** من الجدول رقم (26.3) نلاحظ أن مؤشر متوسط مدة المكوث منخفض عن القيمة المعيارية، وهو يدل على أن مرضى مصلحة الامومة وأمراض النساء والتوليد يتم تصريفهم مبكرا قبل إستكمال المدة اللازمة للعلاج، والذي من شأنه أن يؤثر في كفاءة الرعاية الصحية المقدمة (أنظر الملحق رقم 15).

**المطلب الثالث: تقييم نتائج التحسين الصحي.**

بعد القيام بتفسير مؤشرات الأداء الخاصة بالمصالح الإستشفائية، والتي تطرقت لإستغلال الموارد المادية (الأسره)، مقارنة بأعداد المرضى المخدمين والأيام الإستشفائية وصولاً إلى معدل متوسط مدة الإقامة، سيتم تقييم نتائج التحسين الصحي نظير تلقى المرضى لخدمات الرعاية الصحية بمختلف المصالح، والتي أسفرت عن النتائج التالية:

**1. نسبة الوفيات حسب المصالح**

الجدول رقم (27.3): نسبة الوفيات العامة بمختلف المصالح في المؤسسة العمومية الإستشفائية.

القيمة المعيارية	الإستعجالات	الأمومة وأمرض النساء	الجراحة العامة	الطب الداخلي	طب الأطفال	السنوات
03-04%	0,50%	0,03%	0,58%	2,70%	1,77%	2016
	0,98%	0,05%	0,34%	2,95%	2,41%	2017
	0,82%	0,03%	0,27%	3,16%	2,14%	2018
	0,91%	0,00%	0,29%	2,60%	1,32%	2019
	1,06%	0,01%	0,50%	8,73%	1,51%	2020

المصدر: من إعداد الباحث إعتقاداً على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

- **طب الأطفال:** من خلال الجدول رقم (27.3) نلاحظ أن نسبة الوفيات تأرجحت بين 01,32% و 02,41% كأقصى قيمة لهذا المؤشر، إلا أنها منخفضة عن القيمة المعيارية المسموحة، وهذا يدل على فعالية الرعاية الصحية المقدمة للحد من مسببات الموت ومعالجة الحالات المرضية (أنظر الملحق رقم 04).
- **طب الداخلي:** من الجدول رقم (27.3) المبين أعلاه يتجلى لنا أن نسبة وفيات المرضى المخدمين في المصلحة مرتفعة، حيث بلغت ما نسبته 02,60% إلى 03,16% من سنة 2016 إلى 2019م، والملاحظ أن هذه النسب لم تتجاوز القيمة المعيارية لمؤشر نسبة الوفيات العامة، وهذا دليل على فعالية التدخلات الطبية ونجاعة البروتوكولات العلاجية. أما سنة 2020م فقد شهدت إرتفاع كبير في نسبة وفيات مصلحة الطب الداخلي لتتجاوز القيمة المعيارية لهذا المؤشر بـ 08,73% ويرجع ذلك لتداعيات الموجة الأولى لجائحة كوفيد 19، حيث عانت المؤسسة كغيرها من المؤسسات



## الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

العمومية الإستشفائية من ندرت غاز الأوكسجين ومكثفات الغاز، مع إنفجار الأوضاع الصحية وتهايوي الطاقم الطبي والصحي نتيجة إصابته بالعدوى، كل هذه الظروف أدت للإرتفاع في مؤشر الوفيات (أنظر الملحق رقم 08).

● **الجراحة العامة:** من خلال الجدول رقم (27.3) نلاحظ أن نسبة وفيات المرضى المخدومين منخفضة جدا، وهي لا تقترب من الحد الأدنى للقيمة المعيارية لمؤشر نسبة الوفيات العامة، بحيث بلغت في أقصى قيمة لها %0,58 سنة 2016م لتتخفض تدريجيا طيلة 03 سنوات موالية. لوحظ إرتفاع طفيف فيها سنة 2020م، ولكن عموما تبقى هذه القيم أدنى من الحدود الدنيا للمعدل المعياري، وهو دليل على فعالية الرعاية الصحية المقدمة بالمصلحة (أنظر الملحق رقم 12).

● **الأمومة وأمراض النساء:** من خلال الجدول رقم (27.3) نلاحظ أن نسبة الوفيات في مصلحة الأمومة وأمراض النساء والتوليد منخفضة عن الحد الأدنى المعياري لمؤشر الوفيات، فقد أشارت إلى تحسن ملحوظ طيلة 03 السنوات الأخيرة، بحيث بلغت %0,03 سنة 2018م، 00 حالة وفاة سنة 2019م و%0,01 سنة 2020م، وهذا دليل على المرافقة الجيدة للأمهات قبل وأثناء وبعد مرحلة الولادة بالإضافة إلى فعالية الرعاية الصحية المقدمة (أنظر الملحق رقم 16).

● **الإستعجالات:** من خلال الجدول رقم (27.3) نلاحظ أن نسبة الوفيات في مصلحة الإستعجالات قد شهدت إرتفاع متزايد طيلة سنوات الدراسة، فقد قفزت من %0,50 سنة 2016، %0,98 سنة 2017م، %0,82 سنة 2018م، إلى %0,91 سنة 2019م، وصولا إلى %01,06 سنة 2020م، إلا أن هذه القيم تبقى مقبولة مقارنة بالحد الأدنى للقيمة المعيارية لمؤشر الوفيات، وهذا دليل على نجاح وفعالية التدخلات الطبية والصحية في الحد من تدهور الحالة الصحية للمرضى المستقبليين على مستوى مصلحة الإستعجالات (أنظر الملحق رقم 17).

حسب القيم المعروضة في الجدول رقم (27.3)، نلاحظ أن أعلى نسبة وفيات تتركز في مصلحة الطب الداخلي، تليها مصلحة طب الأطفال، ثم مصلحة الإستعجالات وأخيرا مصلحة الجراحة العامة، إلا أن النسب المتراوححة بين %0 و %03,16 تبقى مقبولة وضمن الحدود الدنيا للقيمة المعيارية لمؤشر نسبة الوفيات العامة. أما فيما يخص أقصى قيمة مسجلة بـ %08,73 على مستوى مصلحة الطب الداخلي، فهي حالة إستثنائية للوضعية التي مرت بها كل النظم الصحية بالعالم في ظل جائحة كورونا، خاصة إذا علمنا أن ذات المؤسسة عانت من نقص المواد الصيدلانية والطبية، تعطل مكثفات

الإستشفائية العمومية سيدي عيسى كنموذج -

الأكسيجين، أزمة الأكسيجين قبل أن يتم التبرع بمحطة توليد الأكسيجين في ظل الجائحة، وإضافة لكل ما سبق إستقبال المؤسسة العمومية الإستشفائية لمرضى الكوفيد19 المتدفقة من 07 بلديات مجاورة.

2. نسبة الوفيات بالمستشفى.

الجدول رقم (28.3): نسبة الوفيات العامة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى.

القيمة المعيارية	النسبة	عدد الوفيات	المرضى المخدومين	السنوات
03-04%	0,70%	282	40177	2016
	0,84%	393	46977	2017
	0,73%	367	50135	2018
	0,73%	343	47095	2019
	1,29%	517	40232	2020

المصدر: من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من خلال الجدول رقم (28.3) نلاحظ أن المؤشر الكلي لنسبة الوفيات العامة بالمستشفى قد تراوح بين 0,70% كأدنى قيمة له سنة 2016م و 01,29% كأعلى قيمة له سنة 2020م، وبذلك هو منخفض عن الحد الأدنى للقيمة المعيارية والمقدر بـ 03%، وهو دليل على فعالية الرعاية الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية.

1.2. نسبة وفيات الأمهات:

الجدول رقم (29.3): نسبة وفيات الأمهات بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى .

القيمة المعيارية	النسبة	الولادات الميتة	الولادات الحية	وفيات الأمهات	السنوات
0,25%	0,03%	42	3005	1	2016
	0,12%	64	4804	6	2017
	0,08%	71	5067	4	2018
	00%	48	4008	0	2019
	0,03%	51	3211	1	2020

المصدر: من إعداد الباحث إعتقادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من الجدول رقم (29.3) نلاحظ أن نسبة وفيات الأمهات مقارنة بعدد حالات الولادة الحية والميتة لم تتجاوز القيمة المعيارية لهذا المؤشر والمحددة بـ 0,25%، فقد بلغت أقصى قيمة لها بـ 0,12% سنة 2017م، لتتخفف إلى 0,03% سنة 2020م، وهذا دليل على فعالية الرعاية الصحية المقدمة، والإهتمام الكافي لهذه الفئة إقتداءا بالتوصيات منظمة الصحة العالمية وبرامج الأمم المتحدة حول أهمية صحة الأم والطفل.

## 2.2. نسبة وفيات الأجنة

الجدول رقم (30.3): نسبة وفيات الاجنة في المؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى .

السنوات	ع. الولادات الميتة	ع. الولادات الحية	النسبة	القيمة المعيارية
2016	42	3005	01,38%	02%
2017	64	4804	01,31%	
2018	71	5067	01,38%	
2019	48	4008	01,18%	
2020	51	3211	01,56%	

المصدر: من إعداد الباحث إعتامادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من الجدول رقم (30.3) نلاحظ أن مؤشر نسبة وفيات الأجنة بالمؤسسة يقارب القيمة المعيارية المعمول بها والمقدرة بـ 02%، فقد تراوح بين أدنى قيمة 01,18% سنة 2019م وأعلى قيمة مسجلة بـ 01,56% سنة 2020م، يؤثر هذا المؤشر على مستويات التنمية الصحية والتي تنعكس على المساعي الإنمائية للرأس المال البشري، وهو ما يخفف من المعدلات الديمغرافية التي تؤدي على المستوى البعيد بالتأثير على التركيبة السكانية، لذلك يحظى هذا المؤشر بأهمية بالغة في تقييم أداء المنظمات الصحية بشكل عام والنظم الصحية بشكل خاص. عموما هذا المؤشر منخفض على القيمة المعيارية المقبول بها وهو دليل على فعالية الرعاية الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى.

3.2. نسبة وفيات المواليد:

الجدول رقم (31.3): نسبة وفيات المواليد بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى.

القيمة المعيارية	النسبة	ع. الولادات الحية	ع. وفيات بعد الولادة	السنوات
02%	01,60%	3005	48	2016
	01,73%	4804	83	2017
	01,70%	5067	86	2018
	01,20%	4008	48	2019
	01,56%	3211	50	2020

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من خلال الجدول رقم (31.3) نلاحظ أن مؤشر نسبة وفيات المواليد (وفيات بعد الولادة من 00 يوم إلى 28 يوم) قد قارب المعدل المعياري سنة 2017م بقيمة بلغت 01,73%، إلا أنه شهد تراجع في السنوات الموالية لذلك، فقد بلغ 01,70% سنة 2018م، 01,20% سنة 2019م، في حين عاود الإرتفاع إلى 01,56% سنة 2020م، ويجب الإشارة أنه خلال سنتي 2017 و 2018 إستقبلت مصلحة طب النساء والأمومة العديد من الحالات الخطيرة للمواليد حديثي الولادة، بعد أن تمت معالجتهم بطرق تقليدية لدى عائلاتهم نجى البعض منهم في حين توفي العديد منهم، إلا أن هذ القيم تبقى منخفضة عن القيمة المعيارية والمحددة بـ 02% ولكن يستلزم دراسة مسببات هذه الوفيات والعمل على الحد منها. عموما النسب المحققة تشير إلى فعالية الرعاية الصحية المقدمة لهذه الفئة.

4.2. نسبة وفاة الأطفال أقل من سنة:

الجدول رقم (32.3): نسبة وفيات الأطفال أقل من سنة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي .

السنوات	ع. وفيات أقل من سنة	ع. الولادات الحية	النسبة	القيمة المعيارية
2016	79	3005	02,63%	02%
2017	95	4804	01,98%	
2018	101	5067	01,99%	
2019	58	4008	01,45%	
2020	63	3211	01,96%	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على معلومات مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية.

من الجدول رقم (32.3) نلاحظ أن مؤشر نسبة وفيات الأطفال قد تجاوز القيمة المعيارية سنة 2016م وبلغ 02,63%، إلا أنه شهد تراجع ملحوظ طيلة السنوات الموالية بـ 01,98% سنة 2017م، 01,99% سنة 2018م، 01,45% سنة 2019م، ليعاود الإرتفاع إلى 01,96% سنة 2020م. تبقى القيم المسجلة لهذا المؤشر أقل من القيمة المعيارية والمحددة بـ 02%، وهو دليل على فعالية الرعاية الصحية الموجهة لهذه الفئة. إلا أن ذلك لا يعني إهمال البحث عن مسببات وفيات الأطفال والعمل على توعية الأمهات خصوصا والمحيط الواسع عموما.

## خلاصة

جاء هذا الفصل للتذكير بأهمية الحوكمة السريرية (الإكلينيكية) والإدارة في تفعيل أداء المستشفيات من أجل الحصول على خدمات جيدة وعالية المردود، وذلك من خلال ضم مهتمتي الإدارة وضمان جودة الخدمة الصحية معاً، إقرار بأن المسؤول عن تحسين نوعية الرعاية الصحية لا بد له أن يكون قادر على التأثير في إستخدام الموارد، لذلك تم تقييم أداء المؤسسة العمومية الإستشفائية في ضوء مجموعة من المؤشرات، تسمح بالوقوف على كفاءة إستخدام الموارد المادية والبشرية، وفعالية الأداء الصحي، للمساعدة على الإستجابة بنحو أفضل لإحتياجات مقدمي ومنتقو الخدمات الصحية وللمجتمع ككل.

وقد أفضت الدراسة المستندة للبيانات والمعلومات المتحصل عليها من المديرية الفرعية للمصالح الصحية (مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة) بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سيدي عيسى، بعد المعالجة وفق أهداف تسهل من عملية حساب بعض المؤشرات المعتمدة في تقييم أداء المستشفيات؛ إلى إكتشاف أن المؤسسة العمومية الإستشفائية تعاني من إختلال في توزيع وإستغلال الموارد المادية (الأسره) مقارنة بالموارد البشرية، وذلك من خلال ما أسفر عنه حساب المؤشرات ومقارنتها مع القيم المعيارية، حيث تبين وجود إختلالات في توزيع الأطباء، الممرضين، وذوي المهن الصحية مقارنة مع أعداد الأسره المخدومة. ويعزى هذا الإختلال إلى وجود فوائض من الموارد البشرية الغير مستغلة جيداً بما يقابلها من موارد مادية، كذلك بينت المؤشرات وجود فوائض من الموارد المادية (الأسره) في بعض المصالح مقارنة بقصور في مصالح أخرى؛ من شأن هذه الإختلالات التأثير على القدرة الإستيعابية وفرص تلقي الرعاية الصحية. بالإضافة إلى وجود قصور في عدد الصيادلة والذي من شأنه أن يزيد من العبء الوظيفي على هذه الفئة. هذا ما يقود بالقول أن هناك إنخفاض في كفاءة إستغلال الموارد المتاحة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة.

أما من ناحية الفعالية في تحقيق النتائج الصحية، فقد حققت المؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة نتائج جيدة من خلال التأثير الإيجابي في حالات الوفاة والحد منها، إنه قد لوحظ وجود إرتفاع محسوس في نسب وفيات مصلحة الطب الداخلي مقارنة بالمصالح الأخرى، إضافة إلى إرتفاع في معدل وفيات الأطفال الأقل من (01) سنة.

خاتمة

الغرض الأساسي من تقييم الأداء في المستشفيات هو مراقبة جودة الرعاية الصحية المقدمة وفق موارد متاحة في ظل العوامل السائدة، وذلك لما له من انعكاسات إيجابية أو سلبية على المستوى الصحي للأفراد والجماعات، الذي بدوره ينعكس بشكل مباشر على مستويات التحصيل العلمي والمستوى المعيشي للأفراد، من خلال تأثيرها على القدرات الجسمانية، العقلية والنفسية للأفراد مما يساعد أو يعطل أي مسعى إنمائي.

من أجل ذلك إجتهد العديد من الباحثين في مجال إدارة الصحة والخدمات الصحية، بالإضافة إلى هيئات دولية ومحلية تعنى بالصحة لوضع أساس علمي متكامل، مبني على معايير ومؤشرات تكون بمثابة أداة فحص لجودة الرعاية الصحية، الغرض منها تحديد الطرق والوسائل الفاعلة في تقديم الخدمات الصحية المناسبة داخل المؤسسات الصحية، إلا أن الإعتقاد على معيار واحد من بين عدة معايير قد لا يعكس مستوى الأداء الكلي لهذه المؤسسات، وقد يعطي دليل مضلل لأنه يغطي بعد واحد فقط من أبعاد تقديم خدمات الرعاية الصحية، لهذا تحث الدراسة على إستعمال مجموعة واسعة من المؤشرات تمكن من قياس الفعالية السريرية، الكفاءة وتوجيه الموظفين، درجة الإستجابة للأهداف الصحية، المأمونية في تقديم الرعاية الصحية.

إقتداءً بذلك، سعت المنظومة الصحية بالجزائر إلى تحسين خدمات الرعاية الصحية المقدمة على مستوى مؤسسات الصحة العمومية، من خلال توفير المصادر والموارد المادية والبشرية، إضافة إلى تطبيق جملة من الإقتراحات الهيكلية والوظيفية، منها مشروع المؤسسة الصحية الذي يقوم على أساس المشروع الطبي والاهداف العامة في المجال الطبي والشبه الطبي، وعلاقة السياسة الاجتماعية ومخططات التكوين، بتحديد وسائل الإستشفاء والإمكانات البشرية والمادية التي ترصدها المؤسسة لتحقيق أهداف صحية وإقتصادية. كل هذه الإجراءات جاءت في محاولة للوصول إلى التوليفة المناسبة لممارسة أنشطة خدمات الرعاية الصحية بطريقة ترضي أطراف مقدمي الخدمات الصحية وملتقوها بالإضافة إلى ممارسة التغطية الشاملة للخدمات الصحية. لذلك جاء التغيير الهيكلي الجديد للخارطة صحية، الذي يوحى ظاهره بإعادة توزيع الموارد المادية والبشرية من خلال الرجوع للمقاطعات الصحية، إلا أن نتائج هذا التغيير الهيكلي تبقى مرتبطة بما ستسفر عنه مؤشرات تقييم أداء مؤسسات الصحة العمومية مستقبلا.

#### نتائج الدراسة:

تتلخص أهم نتائج الدراسة في الآتي:



1. تواجه الإدارة الصحية عدة تحديات من أجل الوصول للنتائج المنتظرة منها سواء على مستوى تسيير المؤسسات والهيئات، التخطيط للاهداف والغايات، توفير وتوجيه الموارد والإستخدامات أو من خلال التحسين الصحي المرغوب فيه وجودة الخدمات الصحية المنتجة؛ نظرا لإرتباط النظام الصحي بعدة متغيرات يمكن التحكم في بعضها أما الآخر خارج نطاق تحكمها.
2. تؤثر عملية تقييم أداء المؤسسات الصحية عموما والمستشفيات خصوصا، على طرق أداء المهام والأنشطة، نوعية الرعاية والخدمات الصحية المقدمة، كما لها دور بالغ في إتخاذ القرارات الهيكلية، رسم السياسات الصحية، تحديد الإحتياجات للموارد المادية والبشرية، التأثير على الميزانيات المرصودة سواء على المستوى المؤسسي أو الكلي؛
3. نظرا لتعدد الأنشطة الصحية والإستشفائية الداخلية وضبابية نتائج التحسين الصحي، خاصة مع تأثير عدة ظروف خارجية فيها؛ يصعب التقييم الدقيق لأداء المؤسسات الصحية، لذلك يجب إعتداد طرق تقييم مختلفة كمية، نوعية، قياسية، علمية طبية واقتصادية إجتماعية؛ بالإضافة إلى تحديد رؤية جادة وواضحة حول أهمية صحة الأفراد والجماعات ضمن برامج السياسة الوطنية، الغرض منه تغليب المصلحة الاقتصادية على الاجتماعية أو العكس.
4. بعد التطرق لتنظيم مخطط رعاية الصحة العمومية، إتضح أن سياسة تسلسل خدمات الرعاية الصحية تسودها نوع من الضبابية والغموض، وهذا لعدم تحديد بروتوكول واضح ومحدد يؤطر العملية، بالإضافة إلى أن المحطات التي يمر عبرها المريض من أجل وصوله لوجهته المحددة قد تعرض حياته للخطر، وتضيع عليه فرصت تلقيه للعلاج المناسب في الوقت المناسب.
5. تشابه المهام والوظائف لمؤسسات الصحة العمومية فيما بينها، مع تسجيل بعض الإختلافات الغير الواضحة في درجة تخصص البعض منها، إلا أن غالبيتها يضمن أنشطة التشخيص والعلاج والوقاية، بالإضافة إلى تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمساهمة في التكوين والتحسين المستوى للعمال وتبني الأبحاث والدراسات.
6. سجلت المؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة معدلات منخفضة الكفاءة في توزيع الموارد البشرية مقارنة بالموارد المادية، وتشير هذه المعدلات أن المؤسسة تملك أعداد قوى عاملة (أطباء وممرضين) أكبر من إحتياجها مقارنة مع عدد الأسره المخدومة.
7. سجلت المؤسسة العمومية الإستشفائية معدلات كفاء في تناسب توزيع الأطباء مع الممرضين، وهذا دليل على توافر الظروف المناسبة لتقديم رعاية صحية مقبولة للمرضى.

8. سجلت المؤسسة محل الدراسة معدلات منخفضة الكفاءة في توزيع أصحاب المهن الصحية مقارنة مع عدد الأطباء، وهذا يعني أنها تشهد قصور في اليد العاملة الوسيطة.
9. تشهد مصلحة طب الأطفال إقبال الكبير من طرف المرضى، ما يفسر ذلك هو ارتفاع معدل شغل الأسرة ومعدل الدوران، مقابل إختزال مدة الإقامة من أجل إحتواء أكبر عدد ممكن من الحالات المرضية، وهو دليل على نقص عدد الأسره بالمصلحة وتراكم للعبئ الوظيفي بالمصلحة.
10. تعرف مصلحة الطب الداخلي إنخفاض في إقبال المرضى عليها، ما يفسر ذلك إنخفاض معدل شغل الأسره ومعدل دورانها (إمكانيات غير مستغلة)، إلا أن هذه العوامل ساعدت في الرفع من متوسط مدة الإقامة بها، مما يساعد في تلقى العلاج لأطول مدة بالنسبة للمرضى المقبولين.
11. تعرف مصلحة الجراحة العامة إختلال في الأداء، نظرا لانخفاض إقبال المرضى عليها، بالإضافة لتسجيلها معدل شغل أسره ومعدل دوران منخفض، وكذلك متوسط مدة إقامة منخفض.
12. تعرف مصلحة الأمومة وطب النساء والتوليد معدلات منخفضة الكفاءة، فقد سجل معدلات شغل أسره متذبذبة إضافة لإنخفاضها عن المستوى المعياري طيلة (03) سنوات الأخيرة، مقابل ذلك إرتفاع في معدل دوران الأسره وإختزال متوسط مدة الإقامة، مما يشير إلى تصريف المرضى لهذه المصلحة.
13. تشهد مصلحة طب الأطفال إقبالا كثيفا للطلب على خدمات الرعاية الصحية، تليها خدمات مصلحة الطب الداخلي ثم مصلحة الأمومة وأمراض النساء، وبشكل أخف مصلحة الجراحة العامة (من خلال معدل شغل الأسره).
14. يخدم السرير أكبر عدد من الحالات على مستوى مصلحة أمراض النساء والتوليد، تليها مصلحة طب الأطفال ثم الطب الداخلي وأخيرا الجراحة العامة (من خلال معدل الدوران).
15. يقضى المرضى أفضل مدة لتلقي العلاج على مستوى مصلحة الطب الداخلي، تليها مصلحة طب الأطفال والجراحة العامة، وبشكل مختزل مصلحة الامومة وأمراض النساء والتوليد (من خلال متوسطة مدة الإقامة).
16. بالرغم من تذبذب في مؤشرات كفاءة الموارد البشرية والمادية، إلا أن المؤسسة سجلت معدلات جيدة في درجة التحسين الصحي، من خلال الحد والتقليل من مسببات الوفاة، بحيث تشير النسب المحققة في مختلف المصالح؛ أن نسبة الوفيات ضمن الحدود المعيارية المسموحة.
17. تم تسجيل أعلى قيم للوفيات في مصلحة الطب الداخلي، كما يجب الإشارة أن معدلات وفيات المواليد والأجنة والأطفال أقل من سنة تشهد إرتفاع نحو الحدود المعيارية.

18. المؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة تملك الموارد المادية والبشرية اللازمة لتحسين خدمات الرعاية الصحية بها، إلا أنها تعاني من إختلالات هيكلية وتشغيلية.

### التوصيات:

بعد عرض أهم نتائج الدراسة، يوجز الباحث توصياته في النقاط التالية:

1. تطوير منظومة إحصائيات واضحة، شاملة، مفصلة، دقيقة وموثوقة من أجل تسهيل الأبحاث والدراسات التي تمس خدمات الصحة بشكل عام.
2. إيلاء أهمية بالغة لعملية تقييم أداء المؤسسات الصحية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص، لما لها من أثر على مستويات الإنتفاع بالموارد، سبل إستغلال والتشغيل، ونتائجها على التحسين الصحي للأفراد والمجتمعات.
3. إعطاء أهمية بالغة لإيضاح منهج التسلسل في تقديم خدمات الرعاية الصحية خاصة على المستويات A.B.C، مع تصنيف وتوزيع مؤسسات الصحة العمومية بالإحتكام إلى معايير موضوعية علمية. والتوجه كل البعد عن محابيات المناطق والتجاهل البعض، خاصة مناطق الجنوب.
4. إعادة النظر في سياسة ممارسة النشاط الطبي والصحي، برامج العمل داخل المؤسسات الصحية، خاصة الأطباء، الممرضين، ذوي المهن الصحية.
5. إعادة النظر في توزيع الموارد المادية (الأسرة والأجهزة) بين مؤسسات الصحة العمومية، خاصة بعد الرجوع للمقاطعات الصحية، أو داخل أقسام المؤسسة الواحدة؛ ومنح المرونة للإدارة الوصية من أجل مواجهة الطلب الغير متوقع لخدمات صحية أخرى.
6. نحو أساس علمي يستند في توزيع الموارد البشرية وفق القدرة السريرية لمؤسسات الصحة العمومية، ثم التناسب بين القوى العاملة وفق معدلات مقبولة تسمح بتقديم خدمة صحية ذات نوعية وممارسة المهن الصحية ضمن ظروف مقبولة.
7. مراعات القدرة الإستيعابية للمؤسسات الصحية والموارد البشرية المتوفرة، خلال تحديد الإحتياجات في التوظيف خاصة الطاقم الطبي والهيئات المرافقة.
8. منح إستقلالية أكثر للمستشفيات من أجل تطوير أعداد الأسرة والأقسام والأفراد وتوزيعهم حسب المصالح والحالات والإحتياجات الصحية.

9. نحو وضع بطاقة تقنية لإنشاء وتسيير مؤسسات الصحة العمومية، بشكل يتناسب مع القدرة السريرية، التخصص، أعداد القوى العاملة، كثافة القوى العاملة، الكثافة السكانية؛
10. الحث على القيام بدراسات مشابهة تأخذ بعين الاعتبار توزيع القوى العاملة وأعداد الأسره المخدمه داخل أقسام مؤسسات الصحة العمومية والمصالح كالقيام بتقييم أداء مصالحة الجراحة، الطب الداخلي، طب الأطفال.... إلخ.

مراجع

قائمة المصادر والمراجع باللغة العربية:

• الكتب:

1. أحمد عرفة وسمية شبلي، الإدارة والفرغ، فعاليات التخطيط والرقابة، دار النيل للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1989.
2. إدريس، وائل محمد صبحي وآخرون، إدارة الأداء الإستراتيجي: أساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
3. إسطفان ورعد رزوق وآخرون، إدارة المستشفيات، مطابع جامعة الموصل، العراق، 1983.
4. أندروسي زلاقي ومارك جي ولاس، السلوك التنظيمي والأداء، ترجمة: جعفر أبو قاسم، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1991.
5. توفيق حسين فرج، المدخل للعلوم القانونية - موجز النظرية العامة للقانون والنظرية العامة للحق، الدار الجامعية للنشر والتوزيع - بيروت -، لبنان، 1993.
6. ثابت عبد الرحمان الإدريسي، الإدارة الإستراتيجية (مفاهيم ونماذج تطبيقية)، الدار الجامعية، مصر، 2003.
7. ثابت عبد الرحمن إدريس وجمال الدين محمد المرسي، الإدارة الإستراتيجية، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، مصر، 2002.
8. ثابت عبد الرحمن إدريس، إدارة الأعمال: نظريات ونماذج وتطبيقات، الدار الجامعية، مصر، 2005.
9. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار اليازوري للنشر والتوزيع - عمان -، الأردن، 2010.
10. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع - عمان -، الأردن، 2005.
11. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
12. جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة العربية الأولى، الإصدار الأول، دار الشروق للنشر والتوزيع - عمان -، الأردن، 2007.
13. جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق - عمان -، الأردن، 2008.
14. حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع - عمان -، الأردن، 2009.
15. حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر - عمان -، الأردن، 2005.

16. حمد عبد الرحمن حمد البيلي، أساسيات الإدارة والأداء، مطبعة جامعة أم درمان الإسلامية، الخرطوم، 2010.
17. سعد صادق بحيرى، إدارة توازن الأداء، الدار الجامعية، مصر، 2004.
18. سعيد محمد المصري، التنظيم والإدارة مدخل معاصر، الدار الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، مصر، 1999.
19. شاويش مصطفى نجيب، إدارة الموارد البشرية: إدارة الأفراد، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
20. صالح هشام صادق، المدخل في التخطيط والرقابة، الجامعة المفتوحة، ليبيا، 1998.
21. صلاح الدين محمد عبد الباقي، الجوانب العملية والتطبيقية في إدارة الموارد البشرية بالمنظمات، الدار الجامعية، مصر، 2001.
22. صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (المنظور الشامل)، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2012.
23. عبد الفتاح بوخمخ، تسيير الموارد البشرية (مفاهيم أساسية وحالات تطبيقية)، دار الهدى، الجزائر، 2011.
24. عثمان يخلف، علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية، الطبعة الأولى، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، 2001.
25. عداي الحسين فلاح حسن، الإدارة الإستراتيجية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، 2000.
26. عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع - عمان، الأردن، 2012.
27. علاء الدين عشي، مدخل القانون الإداري، الجزء الثاني، دار الهدى للنشر والتوزيع، الجزائر، 2010.
28. العلواني عديلة، أسس إقتصاد الصحة، الجزء الأول، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.
29. العوالمة نائل عبد الحافظ، تطوير المنظمات: المفاهيم والهياكل والأساليب، مركز أحمد ياسين للنشر، عمان، 1995.
30. عياصرة محمود معن وبني أحمد محمد مروان، القيادة والرقابة والاتصال الإداري، الطبعة الأولى، دار حامد، عمان، 2008.

31. فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية: مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن: تكامل العلاج والدواء، الطبعة الأولى، الدار الجامعية للنشر والطباعة -الإسكندرية-، مصر، 2015.
32. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2014.
33. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة 2008، دار المسيرة للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2008.
34. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2012.
35. محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2009.
36. محمد الصيرفي، إدارة الأعمال الحكومية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، مصر، 2005.
37. محمد عبد المنعم شعيب، إدارة المستشفيات المنظور التطبيقي، الجزء السابع، دار النشر للجامعات، مصر، 2014.
38. محمد عبد المنعم شعيب، إدارة المستشفيات: المنظور التطبيقي الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات، الجزء الثاني، دار النشر للجامعات -القاهرة-، مصر، 2013.
39. محمد عبد المنعم شعيب، موسوعة إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي، الجزء التاسع، الطبعة الأولى، دار النشر للجامعات، مصر، 2014.
40. محمد فريد صحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية -الإسكندرية-، مصر، 1996.
41. مرزوق محمد عدمان، مدخل في الإدارة الصحية، دار الرياءة للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2011.
42. المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 1998.
43. مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع -عمان-، الأردن، 2008.
- الرسائل الجامعية:
1. أحمد فرعون، الأداء الشامل في المؤسسات الإقتصادية: دراسة حالة مؤسسات الصناعات الغذائية في الجزائر، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الإقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حسيبة بن بوعلي -الشلف-، الجزائر، 2017.



2. أفنان محمد أحمد حمدان، واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط، رسالة ماجستير في التخطيط الحضري والإقليمي، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، 2008.
3. أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2009.
4. بدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإقتصادية تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد-تلمسان-، الجزائر، 2012.
5. بركات ربيعة، دور تقييم الأداء في تحسين الخدمات العمومية -دراسة حالة: وحدة البريد الولائية بسكرة-، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر ، بسكرة، 2006.
6. بن غدفة شريفة، السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص علم النفس المرضي الإجتماعي، كلية الآداب والعلوم الإجتماعية والإنسانية، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، الجزائر، 2007.
7. بن فرحات عبد المنعم، إنعكاسات تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، الجزائر، 2018.
8. بن قيط الجودي، إستراتيجية الإتصال لإدارة الإستشفائية الجزائرية دراسة وصفية لإدارة الإستشفائية بالأغواط، رسالة ماجستير في علوم الإعلام والإتصال، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2012.
9. بوبرطخ عبد الكريم، دراسة فعالية نظام تقييم أداء العاملين في المؤسسات الإقتصادية دراسة حالة مؤسسة الجرارات الفلاحية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري- قسنطينة-، الجزائر، 2012.
10. بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسات العمومية الإستشفائية ترابي بوجمعة -بشار-، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية، تخصص تسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان-، الجزائر، 2016.

11. حسن بوبعابة، تقييم الاداء الإستراتيجي للمؤسسات الإقتصادية باستخدام أسلوب المراجعة الإستراتيجية -دراسة حالة تعاونية الحبوب والخضر الجافة لولاية المسيلة-، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، تخصص علوم تجارية، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، بدون ذكر السنة.
12. حسين ذنون علي حسين البياتي، أثر درجة الإعتمادية بين المعايير في تقييم أداء المستشفيات -دراسة وصفية تحليلية في المستشفيات الحكومية في محافظة نينوى، جزء من متطلبات نيل شهادة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال، كلية الإدارة والإقتصاد، جامعة الموصل، العراق، 2001.
13. خالد ماضي أبو ماضي، معوقات تقييم أداء العاملين في الجامعات الفلسطينية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية -غزة-، فلسطين، 2007.
14. دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الإستشفائية -دراسة الحالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مباح -ورقلة-، الجزائر، 2013.
15. رامي نهيل منها، تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة باستخدام تحليل مغلف البيانات، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة في الجامعة الإسلامية -غزة-، فلسطين، 2014.
16. زينب شامي، واقع فساد المستشفيات الجزائرية وتأثيره على الخدمات الصحية المقدمة -دراسة حالة مستشفى فارس يحي بمليانة نموذجاً، أطروحة مقدمة من أجل نيل درجة دكتوراه علوم في علم الاجتماع، تخصص علم إجتماع تنظيم وعمل، كلية العلوم الإجتماعية، جامعة الجزائر 02-أبو القاسم سعد الله-، الجزائر، 2017.
17. سعود وسيلة، حوكمة المؤسسات كأداة لرفع أداء المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير تخصص إستراتيجية المنظمات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف -المسيلة-، الجزائر، 2016.
18. سعودي علي، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الإستشفائية في الجزائر، مذكرة ماجستير في إطار مدرسة الدكتوراه دولة ومؤسسات عمومية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 01 -بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2017.

19. سليمان نسرين، تسيير الخدمات العامة المحلية- دراسة حالة: ولاية تلمسان-، أطروحة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في إطار مدرسة الدكتوراه، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد -تلمسان-، الجزائر، 2018.
20. سهام توارى، محاولة تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر -دراسة مقارنة بين أداء المؤسسات الصحية العمومية-، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير، تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2018.
21. سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة دكتوراه في العلوم التجارية، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2012.
22. شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية دراسة حالة: عينة من المؤسسات الإستشفائية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص مناجمات المنظمات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، الجزائر، 2017.
23. شريف نجمة، محاولة تصميم بطاقة أداء متوازنة لمؤسسات التعليم العالي الجزائرية دراسة حالة جامعة أكلي محند أولحاج -البويرة-، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه ل.م.د فرع التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2018.
24. ضحاك نجية، تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر -دراسة حالة: المؤسسات الإستشفائية في القطاع العمومي-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2012.
25. ضريفي نادية، المرفق العام بين ضمان المصلحة العامة وهدف المردودية حالة عقود الإمتياز، أطروحة دكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق -بن عكنون-، جامعة الجزائر 1، الجزائر، 2012.
26. عادل عشي، الأداء المالي للمؤسسة الإقتصادية، قياس وتقييم، مذكرة ماجستير في علوم التسيير تخصص تسيير المؤسسات الصناعية، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2002.

27. عادل عشي، تحسين كفاءة المؤسسات الصحية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات وعملية التحليل الهرمي دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علوم التسيير، شعبة تسيير المؤسسات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 01، الجزائر، 2017.
28. عامر الحاج، دور تحليل الإنتاج وبحوث العمليات في تحسين الأداء الإقتصادي للمؤسسات، رسالة ماجستير في العلوم الإقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر -باتنة-، الجزائر، 2003.
29. عائشة واله، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون -دراسة حالة : المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية-، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2012.
30. عبد الوهاب محمد جبين، تقييم الأداء في الإدارات الصحية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف، رسالة دكتوراه تخصص إدارة صحية، جامعة سانت كليمنتس العالمية، الجمهورية العربية السورية، 2009.
31. علي عبد الله، أثر البيئة التسويقية على أداء المؤسسات العمومية الإقتصادية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2001.
32. كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص تسيير الموارد البشرية، شعبة علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري-قسنطينة-، الجزائر، 2009.
33. لارا حسن، التقييم الذاتي للمستشفيات العامة باستخدام نموذج EFQM للتميز، ودوره في تحسين الأداء-دراسة حالة: مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، رسالة مقدمة إبتكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في إدارة الجودة، الجامعة الإفتراضية السورية، سوريا، 2014.
34. محمد رضى بوسنة، تحليل العلاقة بين هيكل الصناعة والأداء: دراسة حالة الصناعة المصرفية في الجزائر خلال الفترة 2004/2014، أطروحة دكتوراه في العلوم الإقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2016.
35. مصطفى الباهي، مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة إستكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص

- علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عمار تليجي-الأغواط-، الجزائر، 2014.
36. معروف أمال، دراسة وتحليل الأداء بإعتماد على تقنيات التنقيب عن البيانات دراسة حالة مؤسسة سيال (SEAAL)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2021.
37. منير مصلح محمد الوصابي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن - دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2012.
38. ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية -دراسة حالة: مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، رسالة ماجستير، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية -غزة-، فلسطين، 2016.
39. الناطور ونواف عبد الرحيم مصطفى، أثر المناخ التنظيمي على أداء المستشفيات الخاصة في الأردن، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، جامعة عمان العربية، الأردن، 2009.
40. نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص إقتصاد تطبيقي وتسيير منظمات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر -باتنة-، الجزائر، 2012.
41. نعيمة يحيوي، أدوات مراقبة التسيير بين النظرية والتطبيق دراسة حالة: قطاع صناعة الحليب، أطروحة دكتوراه علوم في العلوم الإقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر -باتنة-، الجزائر 2009.
42. نوال براهيم، قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر -بسكرة-، رسالة مقدمة كمتطلب لنيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمخ خيضر -بسكرة-، الجزائر، 2017.
43. نور الدين شنوفي، تفعيل نظام تقييم أداء العامل في المؤسسة العمومية الإقتصادية دراسة حالة المؤسسة الجزائرية للكهرباء والغاز، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2005.

44. نور الدين عسلي، الإتجاهات في التنظيم وأثرها على أداء العاملين في المؤسسات الصحية - دراسة حالة: عينة من المؤسسات الإستشفائية لولاية المسيلة-، أطروحة نيل درجة دكتوراه العلوم في علوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف-المسيلة-، الجزائر، 2017.
45. الهاشمي بن واضح، تأثير متغيرات البيئة الخارجية على أداء المؤسسات الإقتصادية الجزائرية دراسة حالة قطاع خدمات الهاتف النقال في الجزائر (2011/2008)، أطروحة دكتوراه في العلوم الإقتصادية، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس -سطيف-1، الجزائر، 2014.
46. هبة سيد أحمد حسين علي، إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في فلسفة إدارة الجودة الشاملة، كلية الدراسات العليا، مركز إدارة الجودة الشاملة والإمتياز، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2015.
47. وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير، شعبة تسيير منظمات، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 01، الجزائر، 2016.
- المجلات العلمية:
1. أحمد السيد مصطفى، الكفاءة الإنتاجية في إدارة المستشفيات مفهومها وسبل بلوغها، المجلة العربية للإدارة، مجلد 11، العدد 03، الأردن، 1987.
2. أكرم أحمد الطويل وآخرون، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات - دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوى لفترة (2003-2006)، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة تكريت، مجلد 06، العدد 20، العراق، 2010.
3. آمنة بشير سعيد، تقييم الأداء في المستشفيات: دراسة حالة مستشفى آزادي العام، مجلة تنمية الرافدين، جامعة الموصل، مجلد 32، العدد 100، العراق، 2010.
4. الباهي مصطفى، مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة إستكشافية لمدى وجود وتطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات الجزائرية، مجلة دراسات العدد الإقتصادي، جامعة عمار تلاجين - الأغواط-، مجلد 02، العدد 02، الجزائر، 2011.
5. براهيم نوال، النموذج المدمج لقياس الأداء المؤسسي للمستشفيات، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، مجلد 17، العدد 02، الجزائر، 2017.

6. بن الزاوي عبد الرزاق وبن فرحات عبد المنعم، دراسة تقييمية لمؤشرات الخدمة الصحية في ظل التحولات التنظيمية لقطاع الصحة العمومي بالجزائر، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، جامعة غرداية، المجلد 09، العدد 02، الجزائر، 2016.
7. بوشلاغم عميروش وشرفي منصف وغلاب نعيمة، دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة دراسات إقتصادية، جامعة قسنطينة 02 - عبد الحميد مهري-، المجلد 01، العدد 04، الجزائر، جوان 2017.
8. الجمعي حجام، الخدمة العمومية الإعلامية سياقات التحول واقع الممارسة وآليات التحديث، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة العربي بن لمهيدي - أم البواقي-، العدد 08، الجزء 01، الجزائر، 2017.
9. الحاج عرابة، تقييم كفاءة إستخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية -دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات-، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرياح -ورقلة-، مجلد 10، العدد 10، الجزائر، 2012.
10. حازم فروانة، إنعكاسات الإدارة بالأهداف في تحقيق رضا العاملين في القطاع الصحي، مجلة التنمية الإقتصادية، جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي-، مجلد 03، العدد 02، الجزائر، 2018.
11. حمود محمد الطاهر، بدوي براهيم، قياس وتقييم أداء المؤسسات الإستشفائية العمومية لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر، مجلة دراسات إقتصادية، جامعة قسنطينة 2، مجلد 05، العدد 01، الجزائر، 2018.
12. خالد محمد عبد الستار، تقييم كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية - دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بمحافظة القيوم، مجلة الدراسات التجارية المعاصرة، كلية التجارة، جامعة كفر الشيخ، العدد 03، مصر، 2017.
13. الخرايشة وعبد الحميد محمد عبد الله، رؤية نظرية لمفاهيم التسويق السياحي ورضا السائحين، المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، مجلد 05، العدد 02، مصر، 2014.
14. دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة-، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، مجلد 11، العدد 11، الجزائر، 2012.
15. رايس وفاء، أهمية استخدام بطاقة الأداء المتوازن في تقييم أداء المؤسسات الإستشفائية - عرض بعض التجارب-، أبحاث إقتصادية وإدارية، جامعة محمد خيضر -بسكرة-، مجلد 09، العدد 01، الجزائر، 2015.

16. رابيس وفاء، مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الاستشفائية دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر -بسكرة-، مجلة إنماء للإقتصاد والتجارة، جامعة محمد الصديق بن يحيى -جيجل-، مجلد02 ، العدد02 ، الجزائر ، 2018.
17. السعيد بريش ونعيمة يحيوي، أهمية التكامل بين أدوات مراقبة التسيير في تقييم أداء المنظمات وزيادة فعاليتها، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح -ورقلة-، مجلد 01، العدد 01، الجزائر، 2012.
18. سعيدة رحمانية، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الإجتماعي، قسم العلوم الإجتماعية، جامعة قسنطينة2، مجلد 11، العدد 01، الجزائر، 2015.
19. الشيخ الداوي، تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة-، مجلد07، العدد07، الجزائر، 2010.
20. عائشة عتيقة وخديجة عتيقة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة، مجلة إدارة الأعمال، العدد 143، مصر، 2013، ص105.
21. عبد أرزوقي عباس، البياتي حسين ذنون، طويل أكرم أحمد، مؤشرات قياس أداء مستشفيات محافظة نينوى للفترة (1978-1984) دراسة تطبيقية، مجلة تنمية الرافدين، جامعة الموصل، المجلد 10، العدد 23، العراق، 1988.
22. عبد المجيد قدي ومديوني جميلة، أهمية تقييم الاداء في المنظمات الصحية : دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الخاصة البرتقال بمدينة الشلف، مجلة الإستراتيجية والتنمية، جامعة عبد الحميد ابن باديس -مستغانم-، العدد 07، مجلد 04، الجزائر، 2014.
23. عبد الملوك مزهود، الأداء بين الكفاءة والفعالية: مفهوم وتقييم، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد الخيضر -بسكرة-، العدد01، الجزائر، 2001.
24. عرابة الحاج، إزدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح -ورقلة-، مجلد 07، العدد07، الجزائر، 2010.
25. عنان أبو حمور، الإدارة بالأهداف وأثرها على الإبداع الإداري في القطاع الحكومي الأردني من وجهة نظر مديري الإدارة الوسطى في مراكز الوزارات، أبحاث اليرموك، جامعة اليرموك، المجلد 27، العدد 2أ، الأردن، 2011.



26. غانم زروقي أنيس، جودة الرعاية الصحية على وفق قياس كفاءة الأداء التمريضي في مستشفى ابن نفيس، مجلة العلوم الاقتصادية، جامعة بغداد، العدد 82، المجلد 21، العراق، 2015.
27. غانم زروقي أنيس العزاوي وإيناس حسين العكايشي، علاقة تطبيق إعادة هندسة الأعمال بمؤشرات الأداء دراسة إستطلاعية لعدد من العاملين في المستشفيات الرصافة، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة الكوفة، مجلد 06، العدد 17، العراق، 2010.
28. فاطمة الزهراء بوطورة، نوفل سمايلي، إمكانية بناء نموذج الخريطة الإستراتيجية في إطار أبعاد بطاقة الأداء المتوازن بمؤسسة إسمنت - تبسة-، مجلة الدراسات المالية، المحاسبية والإدارية، جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي-، مجلد 08، العدد 02، الجزائر، 2021.
29. لواج عبد الرحيم، لطرش بلال، تقييم الأداء وفق بطاقة الأداء المتوازن دراسة حالة المؤسسة المينائية جن جن جيجل، مجلة نماء للإقتصاد والتجارة، جامعة محمد صديق بن يحي -جيجل-، مجلد 01، العدد 01، الجزائر، 2018.
30. محمد زرقون والحاج عرابية، أثر إدارة المعرفة على الأداء في المؤسسة الاقتصادية، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، جامعة قاصدي مرباح -ورقلة-، مجلد 01، العدد 01، الجزائر، 2014.
31. مريم زعيبط، مبادئ إعداد وتقييم عملية التكوين المهني في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الإخوة منتوري -قسنطينة-01، مجلد 25، العدد 04، الجزائر، 2014.
32. معين أمين السيد، مقومات إدارة الجودة الشاملة وإعادة هندسة العمليات وترسيخ مكانة المنظمة ضمن المتغيرات العالمية الراهنة، مجلة دراسات في الإقتصاد والتجارة والمالية، جامعة الجزائر 3، مجلد 01، العدد 01، الجزائر، 2012.
33. منصف شرفي، محاولة تقييم الأداء الإقتصادي للمؤسسات الاقتصادية في الجزائر -دراسة حالة مؤسسة الأشغال العمومية بقسنطينة، Revue des reformes Economique et intégration dans l'économie mondiale، المدرسة العليا للتجارة، العدد 02، مجلد 13، الجزائر، 2019.
34. نادية خريف، أساليب قياس الاداء والفاعلية بالمؤسسة الصحية وسبل تطويرها، مجلة رؤى اقتصادية، جامعة الوادي، مجلد 02، العدد 03، الجزائر، 2012.
35. نجاة مدلس، العوامل التكنولوجية والتنظيمية للإبتكار في المؤسسات الجزائرية، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح -ورقلة-، مجلد 05، العدد 09، الجزائر، 2016.

36. نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية- دراسة تطبيقية-، مجلة تنمية الرافدين، جامعة الموصل، مجلد 31، العدد93، العراق، 2009.
37. وفاء ريس، دور بطاقة الاداء المتوازنة في تحسين أداء المؤسسات الإستشفائية عرض التجربة الأمريكية (مستشفى Duke للأطفال)، مجلة التكامل الاقتصادي، جامعة أحمد دراية -أدرار-، مجلد07، العدد 02، الجزائر، 2019.
- التقارير والمنشورات العلمية
1. الأمم المتحدة للتجارة والتنمية، كشف البيانات المتعلق بتأثير الشركات على المجتمع: الإتجاهات والقضايا الراهنة، منشورات الأمم المتحدة، جنيف -سويسرا-، 2004.
2. عامر خضير الكبيسي، إدارة الموارد البشرية في الخدمة المدنية، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2005.
3. عامر عياد العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية "المبادئ الأساسية"، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، مصر، 2016.
4. عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعامة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الطبعة الثانية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية - القاهرة-، مصر، 2014.
5. عبد المحسن نعساني، مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، مؤتمر الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، المنظمة العربية للتنمية الإدارية -القاهرة-، مصر، 2002.
6. عبد الوهاب محمد سمير والبرادعي مصطفى ليلي، إدارة الموارد البشرية: المفاهيم والمجالات الجديدة، مركز الدراسات وإستشارات الإدارة العامة، القاهرة، مصر، 2006.
7. محمد محمود يوسف، البعد الإستراتيجي لتقييم الأداء المتوازن، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2005.
8. منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية، رقم 395، جنيف، 1980، سويسرا.
9. منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، تقرير الأمانة، البند 01-16 من جدول الاعمال المؤقت-جنيف-، سويسرا، 2016.
10. منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على السكان، تقرير من الأمانة، المجلس التنفيذي، الدورة 138، البند 01-10 من جدول الاعمال المؤقت، ديسمبر 2015.

11. منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية 2009، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2009، سويسرا.
  12. منظمة الصحة العالمية، التشريعات الصحية، جمعية الصحة العالمية الثلاثون، 1977، سويسرا.
  13. منظمة الصحة العالمية، بحوث التغطية الصحية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2013، سويسرا.
  14. منظمة الصحة العالمية، تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010، سويسرا.
  15. منظمة الصحة العالمية، دور منظمة الصحة العالمية ومسؤوليتها في مجال البحوث الصحية، تقرير جمعية الصحة العالمية 36، البند 11-19 من جدول الأعمال، ماي 2010.
- الملتقيات العلمية:
    1. سناء عبد الكريم الخناق، مظاهر الأداء الإستراتيجي والميزة التنافسية، المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، يومي 08-09/03/2005.
    2. عبد المحسن نعلاني، مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، مؤتمر الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، المنظمة العربية للتنمية الإدارية -القاهرة-، مصر، 2002.
    3. عثمان حسن عثمان، دور إدارة البيئة في تحسين الأداء البيئي للمؤسسة الإقتصادية، الملتقى الدولي حول التنمية المستدامة والكفاءة الإستهلامية للموارد المتاحة، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس -سطيف-، الجزائر، يومي 7/8 أفريل، 2008.
  - النصوص القانونية:
    1. الدستور:
    - الدستور الجزائري 2016، العدد 14، الجريدة الرسمية، الجزائر، مارس 2016.
    2. القوانين:
    - قانون الصحة الجزائري رقم 85-05 المؤرخ في 16 أفريل 1985، الجريدة الرسمية، العدد 08، الجزائر، 1985.

- القانون 18-11 المتعلق بالصحة المؤرخ في 02 يوليو 2018 م، الجريدة الرسمية، العدد 46، الجزائر، 2018.

### 3. المراسيم التنفيذية:

- المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، يحدد قواعد إنشاء المراكز الجامعية الإستشفائية وتنظيمها وسيرها، العدد 81، الجريدة الرسمية، الجزائر، 1997.

- المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 20 ديسمبر 1997 والمحدد لقواع إنشاء المستشفيات المتخصصة وتنظيم سيرها، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، العدد 81، الجريدة الرسمية، الجزائر، 1997.

- من المرسوم التنفيذي 12-281 المؤرخ في 09 جويلية 2012 يتضمن إنشاء مؤسسات إستشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها، العدد 41، الجريدة الرسمية، الجزائر، 2012.

- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، العدد 33، الجريدة الرسمية، الجزائر، 2007.

- المرسوم التنفيذي رقم 98-423 مؤرخ في 24 شعبان عام 1419 هـ الموافق 13 ديسمبر 1998 م، المتضمن إنشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لدي المراكز الإستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 94، الجزائر، 1998.

### 4. المراسيم الرئاسية:

- المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003، يتضمن إنشاء المؤسسة الإستشفائية الجامعية لوهران وتنظيمها وسيرها، العدد 48، الجريدة الرسمية، الجزائر، 2003.

### 5. القرارات المشتركة:

- القرار المشترك المؤرخ في 17 سبتمبر 1998، الذي يحدد معايير تصنيف القطاعات الصحية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة، العدد 04، الجريدة الرسمية.

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 03 محرم 1431 هـ الموافق لـ 20 ديسمبر 2009 م، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية، العدد 15، الجريدة الرسمية.

### • المواقع الإلكترونية:

1. إبراهيم هادي، مبادئ علم التخدير وتديرير الألم 2011، مقال منشور يوم 2018/10/12، <https://www.aspdkw.com/?p=3112460>.
2. أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية من منظور القرن 21، القاهرة، 2000، <http://dar.bibalex.org/webpages/mainpage.jsf?PID=DAF-Job:63945&q>.
3. أحمد محمد فراج قاسم، المفاهيم النظرية للكفاءة الإقتصادية، الموقع: <https://kenanaonline.com/users/amfk/posts/89064>.
4. أحمد محمد، ما معنى تغذية الراجعة، مقال منشور على موقع موضوع، يوم 28 جويلية 2018، [https://mawdoo3.com/%D9%85%D8%A7\\_%D9%85%D8%B9%D9%86%D9%89\\_%D8%AA%D8%BA%D8%B0%D9%8A%D8%A9\\_%D8%B1%D8%A7%D8%AC%D8%B9%D8%A9](https://mawdoo3.com/%D9%85%D8%A7_%D9%85%D8%B9%D9%86%D9%89_%D8%AA%D8%BA%D8%B0%D9%8A%D8%A9_%D8%B1%D8%A7%D8%AC%D8%B9%D8%A9).
5. أحمد هادي طالب إبراهيم اليساري، محاضرة لنظرية النظم كمدخل لدراسة نظام المعلومات الإدارية، <http://www.uobabylon.edu.iq/uobColeges/lecture.aspx?fid=9&lcid=45424> - الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي؛ مفهوم الإدارة الصحية، <https://abahe.co.uk/notions-health-care-management.html>.
6. البدائل العربي، سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة، <http://bel-ahmar.net/?p=2057>.
7. بورند ريشال وآخرين، تخطيط قدرات المستشفيات: من قياس القدرة الإستيعابية إلى سريان النماذج المثالية، مجلة منظمة الصحة العالمية، المجلد 88، 2010، <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-073361/ar>.
8. بوغكاز نوال، مدرسة النظم، [http://cte.univ-setif.dz/coursenligne/site\\_bouakkaz/co/systems.html](http://cte.univ-setif.dz/coursenligne/site_bouakkaz/co/systems.html).
9. تقرير منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية 2009، جنيف، 2009، ص 07، متاح على الموقع: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1412/9789246563814\\_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1412/9789246563814_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
10. جاري ديسلر، إدارة الموارد البشرية، ترجمة: محمد سيد أحمد عبد المتعال، دار المريخ، الرياض، [https://archive.org/details/khalid\\_201611](https://archive.org/details/khalid_201611).
11. رون ولينجهام، الناس هم الأساس نظرة جديدة للقيادة، خلاصات كتب المدير ورجل الأعمال، العدد 18، السنة السادسة، الشركة العربية للإعلام العلمي (شعاع)، القاهرة، مصر، سبتمبر 1998، <http://elibrary.mediou.edu.my/books/MAL00169.pdf>.
12. شبكة الصين، مقال بعنوان الصين تستقدم مفهوم الإدارة الصحية، [http://arabic.china.org.cn/news/txt/2004-12/02/content\\_2145721.htm](http://arabic.china.org.cn/news/txt/2004-12/02/content_2145721.htm).

13. قرار جمعية الصحة العالمية، التشريعات الصحية، جمعية الصحة العالمية الثلاثون، 1977،  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/184118/WHA30\\_R44\\_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/184118/WHA30_R44_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. محمد بوحجي ومريم الجلاهمة وجملبة السلطان، رعايتنا الصحية خياراتنا. مساراتنا. قراراتنا، الطبعة الأولى، 2013، ص 175،  
[https://books.google.dz/books?id=vA5dDwAAQBAJ&pg=PA175&lpg=PA175&dq=%D8%A7%D9%84%D9%87%D9%86%D8%AF%D8%B1%D8%A9+%D9%81%D9%8A++%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA&source=bl&ots=VV5IAE4lsf&sig=ACfU3U0FttotSCUpv7ODeCuFaIUws5e\\_Qw&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKewj4sub42tDhAhVJVhoKHrdCYc4ChDoATABegQICBAB#v=onepage&q=%D8%A7%D9%84%D9%87%D9%86%D8%AF%D8%B1%D8%A9%20%D9%81%D9%8A%20%20%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA&f=false](https://books.google.dz/books?id=vA5dDwAAQBAJ&pg=PA175&lpg=PA175&dq=%D8%A7%D9%84%D9%87%D9%86%D8%AF%D8%B1%D8%A9+%D9%81%D9%8A++%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA&source=bl&ots=VV5IAE4lsf&sig=ACfU3U0FttotSCUpv7ODeCuFaIUws5e_Qw&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKewj4sub42tDhAhVJVhoKHrdCYc4ChDoATABegQICBAB#v=onepage&q=%D8%A7%D9%84%D9%87%D9%86%D8%AF%D8%B1%D8%A9%20%D9%81%D9%8A%20%20%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA&f=false)
15. مركز تطوير المؤسسات الأهلية الفلسطينية، دليل التوريدات والمشتريات، ص 08،  
<http://www.masader.ps/sites/default/files/Procurement%20Manual.pdf>
16. منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية، رقم 395، جنيف سويسرا، 1980، ص 06،  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1422/WHO\\_TRS\\_395\\_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1422/WHO_TRS_395_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. منظمة الصحة العالمية، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على السكان، تقرير من الأمانة، المجلس التنفيذي، الدورة 138، البند 01-10 من جدول الاعمال المؤقت، ديسمبر 2015، ص 08،  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_37-ar.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_37-ar.pdf)
18. منظمة الصحة العالمية، بحوث التغطية الصحية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2013، متاح على الموقع: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22233ar/s22233ar.pdf>
19. منظمة الصحة العالمية، تقييم الوظائف الأساسية للصحة العامة في بلدان إقليم شرق المتوسط، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على الموقع: <http://www.emro.who.int/ar/about-who/public-health-functions/index.html>
20. منظمة الصحة العالمية، تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010،  
[https://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_ar.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2010/10_summary_ar.pdf?ua=1)

21. منظمة الصحة العالمية، دور منظمة الصحة العالمية ومسئوليتها في مجال البحوث الصحية، تقرير جمعية الصحة العالمية 36، البند 11-19 من جدول الأعمال، ماي 2010؛ ص 02،  
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21476ar/s21476ar.pdf>
22. وزارة الصحة السعودية، المؤشرات الصحية، الإدارة العامة للإحصاء، 2011، المملكة العربية السعودية، متاح على الموقع: <https://www.moh.gov.sa/Ministry/Statistics/Indicator/Pages/Indicator-2013-06-19-001.aspx>
23. وزارة الصحة للمملكة البحرين، متاح على الموقع: <https://www.moh.gov.bh/Services/primaryHealthCare>

قائمة المصادر والمراجع باللغة الأجنبية:

• الكتب

1. A.Khemkhem, **la dynamique du contrôle de gestion**, Edition Borda, 2em Ed, Paris, France, 1979.
2. American Hospital Association, **Classification of Health Care Institution**, edition chicago, U.S.A, 1974.
3. Druker Peter, **L'avenir du management selon Drucker**, Editions village mondial, Paris, 1999.
4. Ecosip, **Dialogues autour de la performance en entreprise**, Editions Harmattan, paris, France, 1999.
5. François Champagne et al, **Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de santé**, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, 2005.
6. Hassenteufel P et Palier B , **Construction Européenne et Politiques Sociales**, No 02, Politiques Européenne, Montréal, Paris, 2000.
7. J.J.Pluchart et al, **le management durable de l'entreprise : les performances de l'entreprise socialement responsable**, ed SEFI, Québec, Canada, 2011.
8. P.Kotler and Other, **Marketing management**, 13eme edition, Pearson Education, Paris, 2006.
9. Philippe Lorino, **Méthodes et pratiques de la performance**, Edition d'organisation, Paris, 1998.
10. Y.Dupay et autres, **les systèmes de gestion**, Edition Vuibert Gestion, Paris, France, 1989.

• الرسائل الجامعية

1. Abdellah Boujlida, **La performance financières des PME manufacturieres : conceptualisation et mesure**, mémoire comme exigence partielle de la maitrise en gestion des PME et de leur environnement, Université du Québec a trois-rivières, 2002.
2. Alice Teil, **Défi de la performance et vision partagée des acteurs application à la gestion hospitalière**, Thèse de doctorat des sciences de gestion, Université Jean Moulin-Lyon 3-, France, 2002.
3. Alice Teil, **Défi de la performance et vision partagée des acteurs – application à la gestion hospitalière**, Thèse doctorats sciences de gestion, Faculté de droit, Université Jean MouLin-Lyon 3-, France ; 2002.
4. Cindy Pagés, **Contrôle de gestion et pratiques managériales à l'hôpital : La mise en œuvre d'un management de la performance au Centre**



- Hospitalier d'Orsay**, mémoires fin d'étude, l'Ecole National de la Santé Publique (E.N.S.P), Promotion 2006, France, 2006.
5. Frédéric Bonvoisin, **Evaluation de la performance des blocs opératoires : du modèle aux indicateurs**, Thèse présentée pour obtenir le grade de Docteur, Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis, France, 2011.
  6. Jessica Jacques, **Indicateurs de performance clinique hospitalière etudes empiriques basées sur les données médico-administratives Belges**, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences de la santé publique, Université de Liège, Belge, 2013.
  7. Kennouche Samia, **Evaluation multicritères de la performance des entreprises : cas d'un échantillon d'entreprise de la wilaya de Bejaia**, Thèse en vus de l'obtention du diplôme de doctorat en sciences, Filière science de gestion, Faculté de sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, Université A.Mira –Bejaia-, Alger, 2021.
  8. Nicolas Petit, **Le contrôle de gestion logistique hospitalier. Pratiques de performance et modélisations des couts en TDABC**, Thèse pour le grade de docteur, Université de Rennes1, France, 2013.
  9. Valérie Gouffé, **Appropriation des outils de gestion et performance hospitalière : pour une approche interculturelle**, Thèse pour l'obtention du grade de docteur en science de gestion, Université de Pau et des Pays de l'ADOUR, France, 2013.
  10. Yassen Yordanov, **Un modèle systémique d'analyse de changement dans les organisations : le cas de l'analyse de l'implantation du projet PATH de l'OMS Europe en France**, Thèse vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor en santé publique, Université de Montréal, Canada, 2012.

• المجلات العلمية

1. A.Marie, B.Vincent, **Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale**, Revue Management et Avenir, L'entreprise Management Prospective Editions, Vol 03, N° 61, France, 2013.
2. Amine Zanjari et Autres, **La performance Hospitalière : la mise à l'épreuve des relations entre ses dimension**, Revue d'Etudes en Management et Finance d'Organisation, Vol 02, N° 06, Maroc, 2017.
3. C.Marie, D.Fédérique, C.Merlet, **Tableau de bord d'évaluation du système qualité des pôles en établissement de santé : un outil pédagogique**, Revue Recherche en soins infirmiers, Association de recherche en soins infirmiers, Vol 03, N° 98, France, 2009.

4. D.Blaga and All, **Efficiency, effectiveness and Performance of the Public Sector**, Romanian journal of Economic Forecasting, Institute For Economic Forecasting, Vol 13, Issue 04, Romania, 2010.
5. Dominique Bessire, **Définir la performance**, Revue comptabilité contrôle audit, Association Francophone de comptabilité, vol 02, tome 05, France, 1999.
6. Eric Cauvin et autres, **Evaluation de la performance des managers**, Revu comptabilité contrôle audit, Association Francophone de comptabilité, vol 02, tome 16, France, 2010.
7. Espen Erlandsen, **Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : Enseignements tirés d'analyse partielles et sélectives de la performance des hôpitaux**, Revue économique de l'OCDE, L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques, Vol 01, N° 44, France, 2008.
8. Hanes Ibn El Haj and All **Quality of care between donabediane model and ISO9001V2008**, vol07, N° 01, International Journal For Quality Research, Universitu of Kragujevac, Serbia, 2013.
9. Jean Francois Ngok Evina, **la performance des entreprises est-elle liée au style de pouvoir du dirigeant**, Revue des sciences de gestion, Direction et gestion, N°230, 2008/2, France.
- 10.M.Lebas, **Oui, il faut definir la performance**, Revue Française de comptabilité, France, juillet-aout, 1995.
- 11.Marie Annick Le Pogam et al, **la performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent**, Revue Management et Avenir, No 25, France, 2009.
- 12.Oliver Groene and All, **An international review of projects on hospital performance assessment**, vol 20, N° 3, International Journal For Quality in Health Care, Oxford University, England , 2008.
- 13.R. Kaplan and D. Norton, **Putting the Balanced Scorecard to Work**, Harvard Business Review, September-October 1993, USA, 1993.
- 14.R.Kaplan and D. Norton, **The balanced scorecard-measures that drive performance**, Harvard Business Review, January-February USA, 1992.
- 15.Thierry noble, **Management Hospitalier : du contrôle externe au pilotage**, Revue Association francophone de comptabilité, vol 02, N°07, France, 2001.

• التقارير والحوليات :

1. François Champagne and All, **The Performance Assessment Tool For Quality Improvement In Hospitals (PATH Project)**, Technical Report, N° R05-06, University of Montreal, Canada, 2005.

2. François Champagne et autres, **Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes des services de santé : le modelés EGIPSS**, Rapport réalisé dans le cadre du mandat accordé par le conseil de la santé et du bien-être, Université de Montréal, Canada, 2005.
3. Leatherman S, **Etre à la hauteur : Mesure et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE**, OCDE, Paris, 2002.
4. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, **sante en chiffres année 2017**, Direction des études et de la planification, Edition 2018.
5. Renaud et al, **Mesure de la performance globale des entreprises**, 28 em congres de l'AFC, 2007.
6. Vienna Statement on Hospital Performance Assessment, **PATH**, 2<sup>nd</sup> International WHO Conference on PATH, Vienna, 04 July 2008.
7. WHO EUROPE, **Gerontological nursing curriculum**, who Regional Office For Europe, Denmark, 2003.
8. World Health Organization EUROPE, **PATH Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals**, Health report 2003, N° E89742, Danmark, 2013.
9. World Health Organization, **The world health report 2000 : health systems improving performance**, Geneva, Switzerland, 2000.

• المواقع الإلكترونية :

1. Healthcare Business and Technology, **Management in Hospitals: A Vital Piece of the Healthcare Puzzle**, web site <http://www.healthcarebusinesstech.com/hospital-management/>.
2. La coopération internationale en matière de santé, **L'OMS et la santé publique**, site web [http://www.eduki.ch/fr/doc/dossier\\_5\\_ci.pdf](http://www.eduki.ch/fr/doc/dossier_5_ci.pdf).
3. La coopération internationale en matière de santé, **L'OMS et la santé publique**, site web [http://www.eduki.ch/fr/doc/dossier\\_5\\_ci.pdf](http://www.eduki.ch/fr/doc/dossier_5_ci.pdf).
4. Pitt Public Health, **Careers in public health**, web site <https://www.publichealth.pitt.edu/careers/what-is-public-health>
5. Pitt Public Health, **Careers in public health**, WEB SITE <https://www.publichealth.pitt.edu/careers/what-is-public-health>.
6. S.Jacquet, **Management de la performance : de s concept aux outils**, [www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/Management\\_de\\_la\\_performance\\_des\\_concepts\\_auxoutils.pdf](http://www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/Management_de_la_performance_des_concepts_auxoutils.pdf).
7. World Health Organization, **Constitution of WHO**, web site <https://www.who.int/about/mission/en/>.

8. World Health Organization, **Public health services**, site web: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services>.
9. World Health Organization, **Quality health services**, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.

ملاحق

• مصلحة طب الأطفال

الملحق رقم (01): نسبة شغل الأسره

السنوات	عدد أيام إستشفائية	عدد الأسره	النسبة	القيمة المعيارية
2016	15225	44	94,80 %	80 %
2017	13888	44	86,48 %	
2018	15463	44	96,28 %	
2019	16095	44	100,22 %	
2020	14867	44	92,57 %	

\*نسبة شغل الأسره: (عدد أ. إستشفائية / (عدد أسره \* 365 يوم)) \* 100.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (02): معدل دوران الأسره .

السنوات	عدد المقبولين	عدد الأسره	النسبة	القيمة المعيارية
2016	3045	44	69,20 حالة	غير محدد شرط ألا يؤثر في متوسط مدة الإقامة
2017	3979	44	90,43	
2018	4400	44	100,00	
2019	4157	44	94,48	
2020	3575	44	81,25	

\*معدل دوران الأسره : المخدمين / عدد الأسره.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (03): متوسط مدة الإقامة

السنوات	عدد الأيام الإستشفائية	عدد المقبولين	النسبة	القيمة المعيارية
2016	15225	3045	05,00 يوم	07 أيام
2017	13888	3979	04,49	
2018	15463	4400	03,51	
2019	16095	4157	03,87	
2020	14867	3575	04,16	

\*متوسط مدة الإقامة: أ. إستشفائية / المخدمين.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (04): نسبة الوفيات بمصلحة طب الأطفال.

السنوات	عدد الوفيات	عدد المقبولين	النسبة	القيمة المعيارية
2016	54	3045	01,77 %	04-03 %
2017	96	3979	02,41 %	
2018	94	4400	02,14 %	
2019	55	4157	01,32 %	
2020	54	3575	01,51 %	

\* معدل الوفيات : (عدد الوفيات / عدد المخدمين) \*100..

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

• مصلحة الطب الداخلي

الملحق رقم (05): نسبة شغل الأسرة

القيمة المعيارية	النسبة	عدد الأسرة	عدد أيام إستشفائية	السنوات
80 %	103,29 %	64	24129	2016
	70,27 %	64	16415	2017
	63,17 %	64	14756	2018
	66,35 %	64	15499	2019
	56,72 %	64	13249	2020

\*نسبة شغل الأسرة: (عدد أ. إستشفائية / (عدد أسرة \* 365 يوم)) \* 100.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (06): معدل دوران الأسرة .

القيمة المعيارية	النسبة	عدد الأسرة	عدد المقبولين	السنوات
غير محدد شرط ألا يؤثر في متوسط مدة الإقامة	63,08 حالة	64	4037	2016
	63,09	64	4038	2017
	54,91	64	3514	2018
	54,17	64	3467	2019
	42,06	64	2692	2020

\*معدل دوران الأسرة : المخدمين / عدد الأسرة.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.



الملحق رقم (07): متوسط مدة الإقامة

السنوات	عدد الأيام الإستشفائية	عدد المقبولين	النسبة	القيمة المعيارية
2016	24129	4037	05,98 يوم	07 أيام
2017	16415	4038	04,07 يوم	
2018	14756	3514	04,20 يوم	
2019	15499	3467	04,47 يوم	
2020	13249	2692	04,92 يوم	

\*متوسط مدة الإقامة: أ. إستشفائية / المخدومين.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (08): يبين نسبة الوفيات بمصلحة الطب الداخلي .

السنوات	عدد الوفيات	عدد المقبولين	النسبة	القيمة المعيارية
2016	109	4037	02,70 %	04-03 %
2017	119	4038	02,95 %	
2018	111	3514	03,16 %	
2019	90	3467	02,60 %	
2020	235	2692	08,73 %	

\* معدل الوفيات : (عدد الوفيات / عدد المخدومين) \* 100.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

• مصلحة الجراحة العامة

الملحق رقم (09): نسبة شغل الأسرة

القيمة المعيارية	النسبة	عدد الأسرة	عدد أيام إستشفائية	السنوات
80 %	47,53 %	64	11104	2016
	62,80 %	64	14669	2017
	54,59 %	64	12753	2018
	44,58 %	64	10413	2019
	29,30 %	64	6844	2020

\*نسبة شغل الأسرة: (عدد أ. إستشفائية / (عدد أسرة \* 365 يوم)) \* 100.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (10): معدل دوران الأسرة .

القيمة المعيارية	النسبة	عدد الأسرة	عدد المقبولين	السنوات
غير محدد شرط ألا يؤثر في متوسط مدة الإقامة	43,88 حالة	64	2776	2016
	72,97	64	4670	2017
	58,92	64	3771	2018
	53,33	64	3413	2019
	34,59	64	2214	2020

\*معدل دوران الأسرة : المخدمين / عدد الأسرة.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (11): متوسط مدة الإقامة

القيمة المعيارية	النسبة	عدد المقبولين	عدد الأيام الإستشفائية	السنوات
07 أيام	04,00 يوم	2776	11104	2016
	03,14	4670	14669	2017
	03,38	3771	12753	2018
	03,05	3413	10413	2019
	03,09	2214	6844	2020

\*متوسط مدة الإقامة: أ. إستشفائية / المخدومين.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (12): نسبة الوفيات بمصلحة الجراحة العامة .

القيمة المعيارية	النسبة	عدد المقبولين	عدد الوفيات	السنوات
04-03 %	0,58 %	2776	16	2016
	0,34 %	4670	16	2017
	0,27 %	3771	10	2018
	0,29 %	3413	10	2019
	0,50 %	2214	11	2020

\* معدل الوفيات : (عدد الوفيات / عدد المخدومين) \*100..

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

• مصلحة الأمومة وأمراض النساء.

الملحق رقم(13): نسبة شغل الأسره

السنوات	عدد أيام إستشفائية	عدد الأسره	النسبة	القيمة المعيارية
2016	10080	60	46,03 %	80 %
2017	18411	60	84,07 %	
2018	20400	60	93,15 %	
2019	15474	60	70,66 %	
2020	11347	60	51,81 %	

\*نسبة شغل الأسره: (عدد أ. إستشفائية / (عدد أسره \* 365 يوم)) \* 100.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (14): معدل دوران الأسره .

السنوات	عدد المقبولين	عدد الأسره	النسبة	القيمة المعيارية
2016	3723	60	62,05 حالة	غير محدد شرط ألا يؤثر في متوسط مدة الإقامة
2017	11243	60	187,38	
2018	12349	60	205,82	
2019	9700	60	161,67	
2020	6721	60	112,02	

\*معدل دوران الأسره : المخدمين / عدد الأسره.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (15): متوسط مدة الإقامة

القيمة المعيارية	النسبة	عدد المقبولين	عدد الأيام الإستشفائية	السنوات
07 أيام	02,71 يوم	3723	10080	2016
	01,64	11243	18411	2017
	01,65	12349	20400	2018
	01,60	9700	15474	2019
	01,69	6721	11347	2020

\*متوسط مدة الإقامة: أ. إستشفائية / المخدمين.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (16): نسبة الوفيات بمصلحة الجراحة العامة .

القيمة المعيارية	النسبة	عدد المقبولين	عدد الوفيات	السنوات
04-03 %	0,03 %	3723	1	2016
	0,05 %	11243	6	2017
	0,03 %	12349	4	2018
	0,00 %	9700	0	2019
	0,01 %	6721	1	2020

\* معدل الوفيات : (عدد الوفيات / عدد المخدمين) \* 100.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

• مصلحة الإستعجالات

الملحق رقم (17): نسبة الوفيات بمصلحة الإستعجالات .

السنوات	عدد الوفيات	عدد المقبولين	النسبة	القيمة المعيارية
2016	102	20239	0,50 %	04-03 %
2017	156	15879	0,98 %	
2018	148	18050	0,82 %	
2019	188	20584	0,91 %	
2020	216	20404	01,06 %	

\*معدل الوفيات: (عدد الوفيات / عدد المخدمين) \* 100.

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

الملحق رقم (18): توزيع المورد البشري بالمؤسسة الإستشفائية العمومية سيدي عيسى.

2020	2019	2018	2017	2016	التخصص	الفئة
29	37	37	37	37	طبيب مختص	الطاقم الطبي
38	38	38	29	29	طبيب عام	
67	75	75	66	66	المجموع	
0	0	0	0	0	طبيب أسنان	طب أسنان
2	2	2	2	2	صيدلي	صيدلي
302	294	173	138	155	شبه الطبي	ذوي المهن الصحية (الطاقم الصحي)
//	//	57	46	48	مساعد تمريض	
0	0	1	2	2	أخصائي نفساني	
0	0	0	1	1	أرطفونيا	
59	61	63	63	71	تقني	
361	355	294	250	277	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على بيانات مكتب التنظيم ومتابعة الأنشطة.

