



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



الميدان: العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية

قسم: علوم التسيير

الشعبة: علوم التسيير

التخصص: إدارة أعمال

العنوان:

رأس المال الفكري ودوره في تحسين جودة الخدمات الصحية
-دراسة حالة مجموعة مؤسسات صحية عمومية

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير

إشراف الأستاذ(ة):

- د. عقون شراف

من إعداد الطالب (ة):

- بورويينة عزيز

أعضاء لجنة المناقشة:

اللقب والاسم	الرتبة العلمية	المؤسسة الأصلية	الصفة
بوشلاغم عميروش	أستاذ محاضراً	المركز الجامعي ميلا	رئيسا
عقون شراف	أستاذ محاضراً	المركز الجامعي ميلا	مشرفا ومقررا
بوطلاعة محمد	أستاذ محاضراً	المركز الجامعي ميلا	ممتحنا
مباركي سامي	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة1	ممتحنا
قريشي محمد الصالح	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة2	ممتحنا
صاطوري الجودي	أستاذ التعليم العالي	جامعة برج بوعرييج	ممتحنا

السنة الجامعية: 2022/2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَالصَّلَاةَ وَالسَّلَامَ عَلَى أَشْرَفِ الْمُرْسَلِينَ

وَأَكْبَادَهُ وَصَحْبَهُ وَالتَّابِعِينَ لَهُمْ بِإِحْسَانٍ

إِلَى يَوْمِ الدِّينِ

إهداء:

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع

إلى الوالدين الكريمين متعني الله

بسمعهما وأبصرهما وقوتهما

ولا أنسى فضل الوالدة

شكر وتقدير

بعد شكر الله

أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ المشرف شراف عقون على دعمه وتوجيهاته لنا طيلة مدة هذا العمل

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأستاذة مرغيت عبد الحميد على الدعم والتوجيهات التي قدمها لنا.

وأشكر أيضا أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة أطروحتي

كما لا أنسى جميع الأصدقاء من متصرفي مصلحة الصحة على دعمهم ومساندتهم

الملخص:

الهدف من هذه الدراسة هو التأكد من وجود دور لرأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية العمومية. ولتحقيق هذا الهدف تم تقسيم الدراسة إلى أربعة فصول. حيث اهتم الفصل الأول بإبراز الأطر النظرية لرأس مال الفكري وأبعاده المتمثلة في رأس مال البشري، رأس مال التنظيمي ورأس مال العلاقات، في حين اهتم الفصل الثاني بعرض الأطر النظرية لجودة الخدمات الصحية، أما الفصل الثالث فقد حاول إظهار العلاقة بين هذين المتغيرين في المؤسسات الصحية من خلال التطرق إلى الأدبيات الإدارية التي تناولت ذلك، أما الفصل الأخير فقد تم خلاله إجراء عرض لنشأة وتطور المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر كما تم خلاله أيضا محاولة اكتشاف دور رأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العمومية المتواجدة على مستوى إقليم ولاية جيجل من خلال استخدام أداة الاستبيان التي تم توزيعها على عينة من موظفي هذه المؤسسات بلغ عددها 323 موظف، ليتم بعدها تحليل البيانات المحصل عليها باستخدام مجموعة من الأدوات الإحصائية وبالاستعانة ببرنامج SPSS.

وقد أفضت هذه الدراسة إلى إثبات وجود دور لرأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة على مستوى المؤسسات محل الدراسة، وأوصت هذه الدراسة بضرورة زيادة الاهتمام بمكونات رأس مال الفكري كسبيل لتحسين جودة الخدمات المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية العمومية.

الكلمات المفتاحية: رأس المال الفكري، تحسين جودة الخدمات الصحية، المؤسسات الصحية العمومية.

Abstract:

The objective of this study is to ascertain a role of intellectual capital in improvement of health services quality provided at health public establishments. That's why the study was divided into four chapters.

The first chapter deal with intellectual capital theoretical frameworks and its dimension; human capital, organization capital, and relationship capital, the second chapter is concerned with health services quality theoretical frameworks , while the third chapter is trying to show the relationship between the two variables through the management literature. The final chapter deals with the emergence and development of public health establishments in algeria. and try to discover the role of intellectual capital in improving the quality of services provided at public health establishments in jijel Territory. by developing and distributing questionnaires to a sample consists 323 employees, then analyzing the results based on a set of tools and statistical tests using the SPSS program.

This study concluded that there is a role of intellectual capital in improving the services quality provided at public health establishments, and It recommended increasing the attention to a component of intellectual capital as a means of improving quality services provided at public health establishments

Keywords : Intellectual capital, Health services quality improvement, the Public Health establishments.

Résumé :

L'objectif de cette étude est de s'assurer qu'il y a un rôle du capital intellectuel existe dans l'amélioration de la qualité des services de santé offerts au niveau des établissements de santé publics. Pour réaliser cet objectif, l'étude a été divisée en quatre chapitres.

Le premier chapitre aborde les cadres théoriques du capital intellectuel et ces dimensions : le capital humain, le capital organisationnel et le capital relationnel. Le deuxième chapitre présente les cadres théoriques de la qualité des services de santé. Alors que pour le troisième chapitre, nous avons essayé de clarifier la relation entre les deux variables grâce à la littérature administrative. Le dernier chapitre présente l'émergence et l'évolution des établissements de santé publique en Algérie. Et on a essayé de découvrir le rôle du capital intellectuel dans l'amélioration de la qualité des services rendus dans les établissements publics hospitaliers au niveau de Territoire du Jijel. En élaborant et en distribuant des questionnaires à un échantillon de 323 employés, puis en analysant les résultats sur la base d'un ensemble d'outils et de tests statistiques à l'aide du programme SPSS.

Cette étude a conclu qu'il y a un rôle du capital intellectuel dans l'amélioration de la qualité des services fournis dans les établissements publics de santé, et elle a recommandé d'augmenter l'attention sur les composantes du capital intellectuel comme moyen d'améliorer la qualité des services fournis dans les établissements publics de santé.

Mots clés : Capital intellectuel, Amélioration de la qualité des services de santé, les établissements publics de santé

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	الإهداء
	شكر وتقدير
II-I	ملخص
V-III	فهرس المحتويات
VII-VI	قائمة الجداول
IX-VIII	قائمة الأشكال
X	قائمة الملاحق
أ-ل	المقدمة العامة
12	الفصل الأول: الاطار النظري لرأس مال الفكري
13	تمهيد
14	المبحث الأول: عموميات حول رأس المال الفكري
14	المطلب الأول: نشأة وتطور نظرية رأس المال الفكري
19	المطلب الثاني: ماهية رأس المال الفكري
27	المطلب الثالث: أهمية وأدوار رأس المال الفكري
32	المطلب الرابع: علاقة رأس المال الفكري بالمداخل الإدارية المعاصرة
35	المبحث الثاني: قياس وتصنيف رأس المال الفكري
35	المطلب الأول: مفهوم وأهمية قياس رأس المال الفكري
37	المطلب الثاني: طرق قياس رأس المال الفكري
40	المطلب الثالث: مؤشرات قياس رأس المال الفكري
42	المطلب الرابع: نماذج تصنيف رأس مال الفكري
48	المبحث الثالث: مخاطر رأس المال الفكري وإدارته وآليات بنائه
48	المطلب الأول: مخاطر رأس المال الفكري
50	المطلب الثاني: إدارة رأس المال الفكري
58	المطلب الثالث: آليات بناء رأس المال الفكري
65	خلاصة الفصل

66	الفصل الثاني: الاطار النظري لجودة الخدمات الصحية
67	تمهيد
68	المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمة والصحة والخدمات الصحية
68	المطلب الأول: عموميات حول الخدمات
74	المطلب الثاني: عموميات حول الصحة
79	المطلب الثالث: الخدمات الصحية
86	المبحث الثاني: عموميات حول الجودة
86	المطلب الأول: ماهية الجودة
93	المطلب الثاني: تكلفة وجوانب والعوامل المؤثرة في الجودة
97	المطلب الثالث: إدارة الجودة
104	المطلب الرابع: أدوات تحسين الجودة
108	المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية
108	المطلب الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية
114	المطلب الثاني: أهداف ومستويات الجودة في الخدمات الصحية
118	المطلب الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية وإبعادها
124	المطلب الرابع: منهجية التحسين
128	خلاصة الفصل
129	الفصل الثالث: أثر رأس مال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية
130	تمهيد
131	المبحث الأول: المؤسسات الصحية كوحدة من النظام الصحي
131	المطلب الأول: عموميات حول النظام الصحي
135	المطلب الثاني: عموميات حول المؤسسات الصحية
143	المطلب الثالث: تنظيم المؤسسات الصحية
149	المبحث الثاني: مكونات رأس المال الفكري في المؤسسة الصحية
149	المطلب الأول: رأس المال البشري
157	المطلب الثاني: رأس المال الهيكلي
165	المطلب الثالث: رأس المال العلاقات

169	المبحث الثالث: علاقة مكونات رأس المال الفكري بجودة الخدمة الصحية
169	المطلب الأول: رأس المال البشري وجودة الخدمات الصحية
173	المطلب الثاني: رأس المال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية
179	المطلب الثالث: رأس مال العلاقات وجودة الخدمات الصحية
183	خلاصة الفصل
184	الفصل الرابع: واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية
185	تمهيد
186	المبحث الأول: المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر
186	المطلب الأول: نشأة وتطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر
195	المطلب الثاني: المؤسسات الصحية العمومية المقدمة للخدمات الصحية في الجزائر
200	المطلب الثالث: إصلاح المؤسسة الصحية العمومية
205	المبحث الثاني: منهجية الدراسة الميدانية وإجراءاتها التطبيقية
205	المطلب الأول: منهج، مجتمع وعينة الدراسة
208	المطلب الثاني: أداة الدراسة وأدوات التحليل الإحصائي
212	المطلب الثالث: اختبارات الاستبيان وعينة الدراسة
219	المبحث الثالث: التحليل الإحصائي لمحاور الاستبيان واختبار الفرضيات
219	المطلب الأول: اختبار اعتدالية التوزيع
220	المطلب الثاني: تحليل آراء أفراد العينة حول فقرات محاور الدراسة
238	المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة
247	خلاصة الفصل
249	الخاتمة العامة
258	قائمة المراجع
296-275	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01.	تصنيف FLEENOR AND CALLAAHAN لمستويات رأس المال البشري	15
02.	الفروق بين رأس المال المادي ورأس المال الفكري	26
03.	مميزات الاقتصاد الجديد وموقع رأس المال الفكري فيه	28
04.	مؤشرات قياس مكونات رأس المال الفكري	40
05.	أنماط ومراحل إدارة رأس المال الفكري وفق النموذج المشاكل لرأس المال الفكري	56
06.	الفروقات بين إدارة الموارد البشرية القائمة على الجودة وإدارة الموارد البشرية التقليدية	98
07.	مظاهر أبعاد جودة الخدمات الصحية	123
08.	مقارنة بين مفهومي الموارد البشرية ورأس المال البشري	151
09.	الفرق بين إدارة الموارد البشرية وإدارة رأس المال	152
10.	اتجاهات تصنيف مكونات رأس المال البشري	155
11.	أبعاد ثقافة الجودة في المنظمة الصحية	175
12.	أوجه العلاقة بين رأس المال العلاقات وجودة الخدمات	180
13.	الهيكل الصحية الفرنسية خلال الفترة الاستعمارية	186
14.	تطور أعداد ممارسي الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (1962-1973)	188
15.	تطور أعداد الهياكل الصحية في الجزائر خلال الفترة بين (1974-1980)	189
16.	تطور أعداد ممارسي الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (1974 - 1979)	190
17.	تطور أعداد الهياكل الصحية في الجزائر خلال الفترة بين (1981-1995)	191
18.	تطور أعداد ممارسي الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (1981 - 1995)	191
19.	تطور مؤسسات الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (2010-2017)	194
20.	تطور ممارسي الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (2010-2017)	194
21.	مجتمع الدراسة	206
22.	عينة الدراسة	208
23.	سلم ليكارت الخماسي	209
24.	توزيع استبيان الدراسة حسب المؤسسات والفئات المهنية	210
25.	نتائج عملية توزيع الاستبيان	210
26.	معامل الارتباط ومستوى الدلالة لفقرات المحور الأول	212
27.	معامل الارتباط ومستوى الدلالة لفقرات المحور الثاني	213
28.	معامل الارتباط ومستوى الدلالة لفقرات المحور الثالث	214

215	معامل الارتباط ومستوى الدلالة لفقرات المحور الرابع	29.
216	معامل الفا-كرونباخ لمحاور الدراسة	30.
217	توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الشخصية	31.
219	معامل كولمجراف-سمرنوف لمحاور الدراسة	32.
220	نتائج اختبار X^2 لعينة وحيدة لفقرات المحور الأول رأس مال البشري	33.
223	نتائج اختبار مربع كاي لمؤشرات المحور الأول رأس مال البشري	34.
224	نتائج اختبار T لعينة وحيدة لفقرات المحور الثاني رأس مال التنظيمي	35.
228	نتائج اختبار مؤشرات المحور الثاني رأس مال التنظيمي	36.
229	نتائج اختبارات X^2 للمحور الثالث رأس مال العلاقات	37.
231	نتائج اختبار أبعاد مؤشرات المحور الثالث رأس مال العلاقات	38.
232	نتائج اختبار T لعينة للمحور الرابع جودة الخدمات الصحية	39.
235	نتائج اختبار مؤشرات المحور الرابع جودة الخدمات الصحية	40.
237	نتائج T / X^2 لعينة واحدة لمحاور الدراسة	41.
238	نتائج اختبار معادلة الانحدار	42.
239	نتائج معادلة الانحدار خاصة بالمحور الأول رأس مال البشري	43.
239	نتائج معادلة الانحدار خاصة بالمحور الثاني رأس مال التنظيمي	44.
240	نتائج معادلة الانحدار خاصة بالمحور الثالث رأس مال العلاقات	45.
241	نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغير سنوات الدراسة (رأس التنظيمي وجودة الخدمات الصحية)	46.
242	نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغيرات الفئة المهنية (رأس التنظيمي وجودة الخدمات الصحية)	47.
243	نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغيرات الخبرة المهنية (رأس التنظيمي وجودة الخدمات الصحية)	48.
244	نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغير سنوات الدراسة (رأس مال البشري، ورأس مال العلاقات)	49.
245	نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغير الفئة المهنية (رأس مال البشري، ورأس مال العلاقات)	50.
246	نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغير الفئة المهنية (رأس مال البشري، ورأس مال العلاقات)	51.

قائمة الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01.	مرتكزات مفهوم رأس المال الفكري	25
02.	رأس المال الفكري خطة طريق المؤسسة	29
03.	أدوار رأس المال الفكري	31
04.	مضامين إعادة الهندسة الإدارية	33
05.	نموذج الجمعية الأمريكية للتدريب والتطوير ASTD	43
06.	نموذج skandia navigiator لتصنيف مكونات رأس المال الفكري	43
07.	تصنيف KARL-ERIK SVEIBY لرأس المال الفكري	45
08.	نموذج sullivan لتصنيف رأس المال الفكري	46
09.	تصنيف Norton and Kaplan (Balanced Scorecard)	47
10.	منظومة مخاطر رأس المال الفكري	48
11.	مصفوفة المعرفة	53
12.	نموذج Matrix MIC لإدارة رأس المال الفكري	57
13.	منظومة خرائط المعرفة ومستويات المعرفة	59
14.	الأنسجة الفكرية	60
15.	مثلث الخدمات	70
16.	خصائص الخدمات	72
17.	زهرة الخدمات	73
18.	دورة حياة الخدمة	74
19.	مسار الزمن للصحة	78
20.	أقسام الخدمة الصحية الجوهري	84
21.	أقسام الخدمات المساعدة للخدمة الصحية	85
22.	مراحل تطور مفهوم الجودة	89
23.	تصنيفات أهداف الجودة	93
24.	جوانب الجودة	96
25.	طريقة البكويكي في تطبيق الجودة	104
26.	مخطط عظمة السمكة	107
27.	القيم الجوهريّة لجودة الرعاية الصحية	115

116	مستويات تطبيق الجودة على المؤسسة الصحية	.28
117	مستويات جودة الخدمات الصحية	.29
127	منهجية تحسين جودة الرعاية الصحية	.30
144	أنواع نماذج البناء التنظيمي	.31
145	التنظيم الخطي في المؤسسة الصحية	.32
146	التنظيم الخطي للموظفين في المؤسسات الصحية	.33
147	التنظيم الوظيفي للمؤسسة الصحية	.34
148	التنظيم على أساس المصفوفات للمؤسسة الصحية	.35
154	العناصر الأساسية المنشئة لرأس مال البشري	.36
171	نموذج عملية إدارة الموارد البشرية في المنظمة المعتمدة للجودة	.37
172	العلاقات التبادلية بين إدارة رأس المال البشري وإدارة الجودة	.38
178	الجودة كنظام للتسيير	.39
179	العلاقة بين قواعد البيانات ونظم المعلومات ونظام تسيير الجودة	.40
181	العلاقة بين الجودة ورضا العميل	.41
205	نموذج الدراسة	.42

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
275	قائمة محكمي الاستبيان	.01
279-276	استبانة الدراسة	.02
280	معاملات الارتباط سيبرمان الخاصة بمحور رأس مال البشري	.03
281	معاملات الارتباط سيبرمان الخاصة بمحور رأس مال التنظيمي	.04
282	معاملات الارتباط سيبرمان الخاصة بمحور رأس مال العلاقات	.05
283	معاملات الارتباط سيبرمان الخاصة بمحور جودة الخدمات الصحية	.06
284	معاملات الفا-كرومباخ الخاصة بمحاور الدراسة	.07
285	خصائص عينة الدراسة حسب المتغيرات الشخصية	.08
286	اختبار طبيعة التوزيع لمحاور الدراسة	.09
287-286	اختبارات إجابات أفراد العينة لمحور رأس مال البشري	.10
289-288	اختبارات إجابات أفراد العينة لمحور رأس مال التنظيمي	.11
290-289	اختبارات إجابات أفراد العينة لمحور رأس مال العلاقات	.12
292-291	اختبارات إجابات أفراد العينة لمحور جودة الخدمات الصحية	.13
293	نتائج اختبار الانحدار المتعدد لاختبار الفرضيات	.14
294	اختبارات فروق إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى المتغيرات الشخصية خاصة برأس مال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية	.15
296-295	اختبارات فروق إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى المتغيرات الشخصية خاصة برأس مال البشري ورأس مال العلاقات	.16

مقدمة

مع نهاية القرن العشرين عرف التنظيم الاقتصادي والإداري في العالم تحولا عميقا، فعلى المستوى الاقتصادي نما قطاع الخدمات والمعرفة على حساب القطاعات التقليدية الأخرى حيث عرفت الخدمات انتشارا مس جميع جوانب الحياة الإنسانية وأصبحت تمثل جزءا لا يتجزأ من سلسلة الإنتاج بل إن المراحل القائمة على الخدمات أصبحت تمثل الجزء الأكبر من الأنشطة، وبالمقابل نمت قطاع المعرفة بشكل مضطرد وعلى نحو ملفت يقوم على إنتاج وتقاسم واستخدام المعرفة بشكل مكثف في جميع الأنشطة الحياتية للإنسان، كل هذا عجل بدوره إلى التحول نحو اقتصاد الخدمات والمعرفة كأحد أهم خصائص المجتمعات المتقدمة.

وقد أحدث التحول نحو اقتصاد الخدمات والمعرفة تقلبا عميقا في القواعد الاقتصادية والإدارية، حيث انتقلت الأنشطة الاقتصادية من التركيز على مفهوم الحيز والمكان إلى مفهوم الافتراضية القائم على معنى اللاملموسية، وأصبح النشاط الاقتصادي يتميز بكثافة متنامية لعوامل الإنتاج اللامادية والتي لم تصبح مجرد معارف أو أفراد أو نظم فحسب وإنما أصبحت أصولا لها قيمة تضاهي قيمة الأصول المادية بل قد تتجاوزها، خاصة مع تعقد ظروف بيئة النشاط الحديثة وتوسع سلاسل الإمداد المادي وتيسر طرق الحصول على رؤوس الأموال، أين أصبحت قوة المنظمات واستمرار وجودها ونموها متوقفا على قدرتها في امتلاك وتنمية وتطوير أصولها اللاملموسة والتي يصعب اقتنائها ويطول زمن تكوينها. ومن هنا تبلورت لدى كل من المجتمع العلمي ومجتمع الأعمال فكرة رأس المال الفكري، هذا الأخير الذي يشمل جميع الأصول اللامادية في المنظمة، حيث حدث التحول من إدارة الملموسات إلى إدارة اللاملموسات. والتي أصبحت تمثل محور البناء الاستراتيجي للمنظمات وواحد من أهم العناصر التي تراهن عليها المنظمات الحديثة من أجل المنافسة والنمو وتحقيق الجودة.

من جانب آخر أصبح الاهتمام بجودة الخدمة مطلبا مجتمعا ورهانا للدول، وخاصة فيما يتعلق بجودة الخدمة الصحية العمومية التي تعبر عن أعلى درجات الرفاهية بالنسبة للمجتمع وبعدا استراتيجيا مهما في سياسة الدول، وقد تطور مفهوم الجودة في الخدمات الصحية تبعا للممارسات الطبية وازداد تطورا مع نجاح إسقاطات المفاهيم الإدارية للجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية على المنظمات الصحية، حيث أصبحت المنظمات الصحية تراهن على الجودة في تحقيق المنافسة والاستخدام الأمثل للموارد إضافة إلى تحقيق رضا المريض من خلال الرقابة عليها والعمل على ضبطها وتطبيقات إدارة الجودة الشاملة.

وعلى مستوى المنظمات الصحية العمومية تنعكس بشكل جلي أهمية الأصول اللامادية فيها، هذه الأخيرة التي تتزايد فيها أهمية رأس المال البشري باعتباره مكونا أصيلا لا ينفك عن الخدمة الصحية حيث لا يمكن تصور تقديم الرعاية الصحية دون وجود هيئة طبية تدعمها هيئة إدارية ولوجستيكية، كما أن رأس المال التنظيمي تتزايد أهميته في المنظمة الصحية وخاصة فيما يتعلق بفعالية الهيكل التنظيمي ونظم المعلومات والعمليات إضافة إلى قضايا الثقافة التنظيمية، والتي تعد كلها جوانب مهمة في توفير الرعاية الصحية الجيدة على اعتبارها تمثل البنية الارتكازية التي ينشط عليها رأس المال البشري، كما لا يمكن إغفال أهمية الاهتمام برأس المال العلاقات ودوره في تحقيق الرعاية الصحية وجودتها، وعلى اعتبار أن تحسين الجودة في المؤسسات

الصحية العمومية أصبح ضرورة يفرضها التطور الحاصل في ميدان الخدمات فبلا شك أنه يوجد أثر واضح لواقع رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسات الصحية العمومية.

أولاً: إشكالية الدراسة

بالنظر إلى أهمية موضوع الخدمة الصحية لارتباطه الوثيق بتحقيق الرعاية الصحية للحالة المرضية، هذه الأخيرة التي تستدعي توفير جميع الدعائم الضرورية التي تغذي جوهر الخدمة الصحية وهو ما يعني بالضرورة تحقيق مفهوم جودة الخدمة الصحية، وعلى اعتبار أن الخدمة الصحية تتطور بشكل مستمر نتيجة تطور طرق وأدوات ومتطلبات العلاج، الأمر الذي يتطلب بدوره العمل على تحسين جودتها بشكل مستمر، ولكون أن عناصر رأس المال الفكري (رأس المال غير المادي) لها أثر مباشر في تكوين وتوفير متطلبات الخدمة الصحية وتحسين جودتها، نطرح السؤال الرئيسي التالي:

• هل يوجد دور لرأس المال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟

حيث تتمخض عن هذه الإشكالية مجموعة من الأسئلة الفرعية المتمثلة فيما يلي:

- هل يوجد دور لرأس المال البشري في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟
- هل يوجد دور لرأس المال التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟
- هل يوجد دور لرأس المال العلاقات في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء مفردات العينة حول دور رأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تبعاً لمتغيرات سنوات الدراسة، الفئة المهنية، الخبرة المهنية المكتسبة؟

ثانياً: فرضيات الدراسة

من أجل الإجابة على الإشكالية الواردة أعلاه والتساؤلات الفرعية المتمخضة عنها قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

✓ الفرضية الرئيسية الأولى

- لا يوجد دور لرأس المال الفكري في تحسين جودة الخدمة الصحية عند مستوى معنوية 0.05 في المؤسسات محل الدراسة.

وينبثق عن هذه الفرضية مجموعة من الفرضيات والمتمثلة فيما يلي:

✓ الفرضيات الفرعية

- لا يوجد دور لرأس المال البشري في تحسين جودة الخدمة الصحية عند مستوى معنوية 0.05 في المؤسسات محل الدراسة.
- لا يوجد دور لرأس المال التنظيمي في تحسين جودة الخدمة الصحية عند مستوى معنوية 0.05 في المؤسسات محل الدراسة.
- لا يوجد دور لرأس المال العلاقات في تحسين جودة الخدمة الصحية عند مستوى معنوية 0.05 في المؤسسات محل الدراسة.

✓ الفرضية الرئيسية الثانية

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء مفردات العينة حول دور رأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تبعا لمتغيرات سنوات الدراسة، الفئة المهنية، الخبرة المهنية المكتسبة، عند مستوى معنوية 0.05.

ثالثا: أسباب اختيار الموضوع

تتمثل أسباب اختيار هذا الموضوع فيما يلي:

- الرغبة والميول الشخصية لتناول هذا موضوع.
- توافق هذا الموضوع مع الميدان المهني الأمر الذي وضعني في عين الإشكال خاصة فيما يتعلق بدعائم تحسين جودة الخدمة الصحية.
- كون أن إشكالية تحسين جودة الخدمة الصحية هي إشكالية مطروحة بقوة سواء على المستويين الخاص أو العام.
- الإصلاحات التي يشهدها القطاع الصحي العمومي في الجزائر واتجاهه نحو تبني جودة الخدمة الصحية.
- كون أن رأس المال الفكري في المؤسسات الصحية لم يحض بالعناية الكافية من الباحثين.

رابعا: أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهمية كبيرة خاصة في ظل اتجاه سياسة الصحة في الجزائر نحو العمل على تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية والتأكيد على ضرورة تبني المؤسسات الصحية العمومية لأساليب جودة الخدمات المقدمة للمريض، والعمل على تحقيق أحسن تكفل بالحالات المرضية المطروحة، كما تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال محاولة إبراز أهمية رأس المال غير المادي للمؤسسة الصحية وعلاقته بتحسين جودة الخدمة الصحية وضرورة الاعتناء به خاصة في ظل التوجه نحو التركيز على العناصر المادية فقط كوسيلة تمكن من تحسين جودة الخدمات المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية وإهمالها للجوانب غير المادية.

خامسا: أهداف الدراسة

تتمثل أهم أهداف هذه الدراسة فيما يلي:

- الإحاطة بالجوانب النظرية لمتغيرات موضوع البحث؛
- التعرف على واقع رأس المال الفكري في المؤسسة الصحية العمومية؛
- التعرف على واقع جودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية العمومية؛
- إبراز دور رأس المال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية.

سادسا: منهج وأدوات الدراسة

قصد الإحاطة بمختلف جوانب الموضوع ومن أجل الإجابة على إشكالية البحث واختبار صحة الفرضيات، وتمشيا مع المناهج المعتمدة في الدراسات الاقتصادية والإدارية، تم الاعتماد على المنهج الوصفي إضافة إلى المنهج الإحصائي والمنهج التاريخي، وذلك بهدف إبراز مختلف الجوانب النظرية للموضوع

من خلال جمع ما تم كتابته من طرف الباحثين حول موضوع الدراسة والعمل على تحليل الأفكار الواردة فيها، كما تم استخدام أداة الاستبيان قصد جمع البيانات حول متغيرات الدراسة والذي تم توزيعه على عينة من الموظفين ذوي مستويات تأهيل عالية في مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية، ليتم بعدها تحليل البيانات بواسطة الأساليب الإحصائية بالاستعانة ببرنامج الـ SPSS للوصول إلى أهداف البحث واختبار الفرضيات.

سابعاً: التعريفات الإجرائية لموضوع الدراسة

يتكون موضوع هذه الدراسة من متغير مستقل يتمثل في رأس المال الفكري ومتغير تابع يتمثل في جودة الخدمات الصحية والذين يتضمنان التعريفات الإجرائية التالية:

- **الخدمات الصحية:** نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات الطبيعة غير الملموسة، تحدث عن طريق التفاعل بين المريض ومقدم الخدمة الصحية، وباستخدام مجموعة من الموارد المادية وغير المادية والأنظمة التي توفرها المؤسسات الصحية والتي تحقق في مجموعها العناية الصحية للحالة المرضية.

- **جودة الخدمة الصحية:** يعبر عنها بمستوى التوافق أو عدم التوافق مع توقعات المستفيدين الداخليين والخارجيين واحتياجاتهم، مثل المرضى وأسرهم، الطاقم المعالج، أرباب العمل والموظفين، الزوار وحتى الهيئات الإعلامية.

- **رأس المال الفكري:** يعرف رأس المال الفكري بأنه القيمة الاقتصادية الناتجة عن ثلاث فئات من الأصول غير الملموسة والتمثلة في رأس المال التنظيمي ورأس المال البشري ورأس المال العلاقات.

- **رأس المال البشري:** يقصد برأس المال البشري مجموع المعارف، المهارات، القدرات، الكفاءات، الخبرات والمؤهلات المتوفرة لدى المنظمة ومدى مساهمتها في تكوين الكفاءات المحورية وتحقيق الميزة التنافسية، مع العلم بأن عوامل التخصص والندرة في الموارد البشرية تزيد من درجة إسهامها في تميز المنظمة.

- **رأس مال العلاقات:** هو العلاقة مع الأفراد والمؤسسات الذين تتعامل معهم المنظمة كالزبائن الموردين الهيئات العمومية والخاصة... الخ، وهو يمثل قيمة العلاقات التي تقيّمها المنظمة مع الزبائن من خلال زيادة رضا الزبون وولائه، ومدى الاحتفاظ به، وهو الأعلى قيمة بين مكونات رأس المال الفكري.

- **رأس المال التنظيمي:** يمثل البنية التحتية الارتكازية لرأس المال البشري، حيث يضم القدرات التنظيمية لمواجهة متطلبات السوق، كما يتضمن نوعية نظم المعلومات التقنية وإمكانية الوصول إليها ورؤى المنظمة، وقواعد المعلومات، والتوثيق التنظيمي، وهو يمثل الهيكل التنظيمي للمنظمة ومادتها الصلبة، وتعتمد قيمته على مدى قدرته على تمكين المنظمة من تحريك استخدام رأس المال البشري ومعارفها في خدمة أهدافها.

ثامناً: حدود الدراسة

تتمثل حدود هذه الدراسة فيما يلي:

- **الحدود المكانية:** المؤسسات الصحية العمومية EPH جيجل؛ EPH الطاهير؛ EPH الميلية؛
- **الحدود الزمنية:** يتمثل المجال الزمني الذي تمت فيه الدراسة في الفترة الممتدة بين (2020-2021)؛
- **الحدود البشرية:** شملت هذه الدراسة مجموعة من موظفي بعض المؤسسات الصحية العمومية؛

- الحدود الموضوعية: شملت هذه الدراسة المجالات المتعلقة بموضوع الدراسة وهي رأس مال الفكري، الخدمة الصحية، الجودة، المؤسسات الصحية العمومية.

تاسعا: الدراسات والأبحاث السابقة المتعلقة بالموضوع

تتمثل أهم الدراسات التي تتعلق بموضوع البحث والتي استطعنا الاطلاع عليها وبلورة فكرة الموضوع انطلاقا منها فيما يلي:

❖ ريمة أوثن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، أطروحة دكتوراه (ل.م.د) في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة1، 2017-2018.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، ومدى جاهزيتها لتبني إدارة الجودة الشاملة عن طريق تحليل العوامل الحرجة لنجاح التطبيق في ظل الظروف التي تمر بها الجزائر من إصلاحات في المنظومة الصحية، وذلك عن طريق معرفة اتجاهات المبحوثين من الأطباء نحو درجة ملائمة كل من التزام الإدارة العليا، ظروف الموارد البشرية، الجودة، ونظام الاتصال والمعلومات المعتمد في المراكز الاستشفائية الجامعية، حيث حاولت الإجابة عن الإشكالية التالية: ما مدى جاهزية المراكز الاستشفائية الجامعية لتبني إدارة الجودة الشاملة؟، ولتحقيق ذلك تم الاعتماد على كل من تحليل المؤشرات الصحية، المقابلة، الملاحظة، والاستبيان كأدوات للدراسة، حيث تم توزيع الاستبيان على أربعة مراكز استشفائية جامعية، وتم اللجوء إلى الأساليب الإحصائية لتحليل وتفسير النتائج المسجلة. وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها أن ظروف عمل الموارد البشرية تحقق مستويات مقبولة خصوصا فيما يتعلق بالتكوين رغم أن الإدارة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية، كما تم التوصل إلى أن جودة خدمات هذه الأخيرة في أدنى مستوياتها، وأوصت هذه الدراسة بأن المراكز الاستشفائية الجامعية مطالبة بدراسة بيئتها الداخلية والخارجية للوقوف على أهم التحديات والمعوقات التي تحول دون تحسين جودة الخدمات الصحية والتمكن اختيار الطرق والأساليب الملائمة.

❖ يحيوي فاطمة الزهراء: مقالة علمية محكمة بعنوان: رأس المال الفكري ودوره في تعزيز جودة الخدمات البنكية- دراسة ميدانية في البنوك العمومية بمدينة المدية-، مجلة الاقتصاد والتنمية- مخبر التنمية المحلية المستدامة- جامعة يحيى فارس-المدية العدد 80/ جوان 2017.

تمثلت إشكالية هذه الدراسة في التساؤل التالي: إلى أي مدى يمكن أن يساهم رأس المال الفكري في تعزيز جودة الخدمات المصرفية بالتركيز على البنوك العمومية بمدينة المدية؟، حيث اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وقد تمثلت عينة الدراسة في العملاء على مستوى البنوك العمومية بمدينة المدية مكونة من 50 شخصا يشرفون على تقديم الخدمات المصرفية، كما تم استخدام المقابلة الشخصية والاستبانة كأدوات رئيسية لجمع البيانات اللازمة لأغراض الدراسة.

وتوصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أبرزها أن هناك اهتمام للبنوك العمومية بالاستثمار في رأس المال الفكري ورضا العملاء عن جودة الخدمات المصرفية، إضافة للتأثير الواضح لرأس المال الفكري

في تحسين جودة الخدمات المصرفية، كما خرجت بعدة مقترحات أهمها ضرورة زيادة اهتمام البنوك برأس المال الفكري وتحسين جودة الخدمات المصرفية مع ضرورة التركيز على النقاط التي لم تتل رضا العملاء.

❖ زلماط مريم، دور رأس المال الفكري في استمرارية المؤسسة دراسة حالة ببعض المؤسسات بولاية سيدي بلعباس مؤسسة عزوز، مجمع حسناوي ENIE-CMA، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير تخصص: تسيير الموارد البشرية، جامعة تلمسان، 2016-2017.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على رأس المال الفكري ودوره في استمرارية وخلق القيمة داخل المؤسسة الجزائرية من خلال محاولة الإجابة عن الإشكالية التالية: كيف يساهم رأس المال الفكري في استمرارية المؤسسة الجزائرية؟، وقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، واعتمد على أداة الاستبانة لجمع المعلومات حول عينة الدراسة المكونة من موظفي مؤسسة عزوز ومجمع حسناوي، ثم قام بتحليل النتائج عن طريق استخدام أدوات التحليل الإحصائي بالاستعانة ببرنامج SPSS.

وقد أفضت هذه الدراسة إلى أهمية رأس المال الفكري في تحسين تنافسية المؤسسة من خلال تحسين جودة منتجات المؤسسة وتخفيض أسعارها بما يتوافق مع إمكانيات المستهلك، كما أوصت هذه الدراسة بما يلي:

- يجب على المؤسسة معرفة الأصول الفكرية التي تساهم في خلق القيمة ومحاولة تقييمها ثم تصنيفها حسب أهميتها وقيمتها.

- ضرورة الحفاظ على هذه الأصول الفكرية ومحاولة وضع استراتيجيات ملائمة للاستثمار فيها وإدارتها والحفاظ عليها.

❖ قوبع خيرة: أثر رأس المال الفكري في الإبداع التنظيمي دراسة حالة مؤسسة المطاحن الكبرى "الظهرة" مستغانم- أطروحة دكتوراه في علوم التسيير تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة تلمسان، 2016-2017.

تمثل الهدف من هذه الدراسة في فهم مكونات رأس المال الفكري ومدى مساهمتها في تنمية الإبداع التنظيمي، إضافة إلى معرفة مدى اهتمام المؤسسة محل الدراسة برأس مالها الفكري والإبداع التنظيمي من أجل البقاء والاستمرار في ظل التوجه نحو اقتصاد المعرفة. وقد انطلقت هذه الدراسة من الإشكالية التالية: كيف يمكن لرأس المال الفكري أن يساهم في تطوير الإبداع التنظيمي في مؤسسة الظهرة؟ وقد استخدم الباحث في دراسته المنهج الوصفي في الجزء النظري أما في الجزء التطبيقي فقد عمد إلى دراسة حالة مؤسسة المطاحن الكبرى "الظهرة" مستغانم، من خلال تحليل البيانات المتوفرة عن الاستثمار في رأس المال الفكري وعلاقته بتحقيق الإبداع في المؤسسة، حيث أفضت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن رأس المال الفكري يلعب دورا أساسيا في تنمية الإبداع التنظيمي وفي تحقيق ميزة تنافسية دائمة لمؤسسة الظهرة.

- أن الاستثمار في الموارد البشرية للمؤسسة والاهتمام بها ساهم في توليد أفكار جديدة ساهمت في تحسين أداء المؤسسة، سواء من حيث المنتج أو الزبائن، أو طرق التسيير كما ساهم في تحسين تنافسية المؤسسة واختراقها للأسواق الدولية.

وقد خرجت هذه الدراسة بمجموع من التوصيات والتي من أهمها ضرورة الاهتمام برأس المال الفكري وتوظيف أبعاده بشكل أكثر فاعلية لتعزيز الإبداع التنظيمي.

❖ نوال براهيم: قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر - بسكرة - أطروحة دكتوراه تخصص علوم التسيير، جامعة بسكرة، 2016-2017.

هدفت هذه الدراسة إلى الاطلاع على مدى معرفة مقدمي الخدمة الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بمؤشرات أداء المستشفى باعتبارها أهم العناصر التي تعبر عن تحسين جودة الخدمة الصحية، من خلال الإجابة على الإشكالية التالية: كيف يمكن أن يكون قياس الأداء المؤسسي للمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة؟، ولتحقيق ذلك قامت الباحثة بتوزيع استبيان على مقدمي الخدمة الصحية في مجموعة من المؤسسات العمومية الاستشفائية (المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر، المؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم سعدان، المؤسسة العمومية الاستشفائية بطولقة، المؤسسة العمومية الاستشفائية سيدي عقبة) وقد تم بناء نموذج الدراسة استنادا إلى نموذج EGIPSS الذي يضم أربعة محاور رئيسية وهي: التأقلم (الحصول على الموارد، التكيف مع احتياجات المجتمع، جذب الزبائن، الإبداع)، صيانة القيم (الإجماع حول قيم النظام، جودة الحياة في العمل)، الإنتاج (حجم الرعاية والخدمات، الإنتاجية، الجودة) و تحقيق الأهداف (فعالية الاستخدام، الفعالية السكانية، الكفاءة، المساواة).

وقد توصلت الدراسة إلى أن معرفة الفروق التي حصلت بين مقدمي الخدمة الصحية من (أطباء، ممرضين وإداريين) في المؤسسات العمومية الاستشفائية بمؤشرات أداء المستشفى ضعيفة، فمن أصل 73 مؤشر تعرف أفراد العينة على 6 مؤشرات منها فقط، وقد ظهرت مجموعة من الفروق تؤول أساسا إلى طبيعة العمل أكثر من الخبرة، إضافة إلى ذلك توصلت الدراسة إلى أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر لا تتبنى آلية محددة لقياس الأداء ماعدا بعض المؤشرات الكمية التي تستخدمها في تقاريرها.

❖ نادية حماش: مساهمة رأس المال الفكري في إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، دراسة حالة مؤسسة نقاوس للمصبرات باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (ل.م.د) في علوم التسيير شعبا: تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1 الحاج لخضر. السنة الجامعية 2016-2017.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى مساهمة رأس المال الفكري بأبعاده الثلاثة والمتمثلة في (رأس المال البشري، رأسا لمال الهيكلية، رأس المال العلاقات) في تبني وتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة بأبعاده المتمثلة في (التزام الإدارة العليا، التخطيط للجودة، التركيز على الزبائن، التحسين المستمر، تشكيل فرق العمل)، في مؤسسة نقاوس للمصبرات -باتنة- من خلال محاولة الإجابة على الإشكالية التالية: كيف يمكن لرأس المال الفكري أن يساهم في إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة محل الدراسة؟، ولتحقيق أهداف الدراسة

تم استخدام أداة الاستبيان، قصد جمع البيانات لعينة الدراسة المقدره بـ 118 إطار بالمؤسسة محل الدراسة، وتم تحليل البيانات واختبار الفرضيات إحصائياً بالاعتماد على برنامج SPSS.

وقد خرجت هذه الدراسة بمجموعة من النتائج حيث أكدت مساهمة أبعاد رأس المال الفكري بشكل متفاوت في إمكانية تبني وتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة بمؤسسة نقاوس للمصبرات. كما توصلت الباحثة إلى وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين رأس المال الفكري بمكوناته الثلاثة وإمكانية تبني وتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة محل الدراسة.

❖ **محمود فهد الدليمي، عماد عبد الأمير الحسني: دور رأس المال الفكري في تحسين جودة الخدمات - بحث ميداني في مدينة مرجان الطبية في محافظة بابل، مقال علمي، المجلة العراقية للعلوم الإدارية 11(43)، 2015.**

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العراقية من خلال التركيز على دور رأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية مع إجراء دراسة ميدانية على مدينة مرجان الطبية في محافظة بابل بالعراق، حيث انطلقت هذه الدراسة من إشكالية تدور حول التساؤل التالي: هل يساهم رأس المال الفكري في تحسين الخدمات الصحية في مدينة المرجان الطبية؟، ومن أجل الإجابة على هذه الإشكالية قام الباحث بإعداد استبيان تم توزيعه على عينة من موظفي المدينة وقد خلص الباحث إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين رأس المال الفكري ممثلاً بأبعاده الثلاثة (رأس المال البشري، رأس المال الهيكلية ورأس المال العلائقي مع أبعاد جودة الخدمات الصحية ممثلة بـ: (الاعتمادية الملموسية، الموثوقية، الاستجابة)، ومن بين أهم التوصيات التي قدمها الباحث هي ضرورة الاهتمام بالقبليات الدهنية لرأس المال البشري باعتبارها إحدى أهم أسباب تحسين جودة الخدمات الصحية.

❖ **يوسف مريم: أثر رأس المال الفكري على جودة التعليم العالي - جامعة باتنة 1 الحاج لخضر نموذجاً، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (ل م د) في علوم التسيير شعبة تسيير المنظمات 2015-2016.**

هدفت هذه الدراسة إلى توضيح أثر رأس المال الفكري بأبعاده الثلاث (رأس المال البشري، رأس المال الهيكلية، ورأس المال العلائقي) على جودة التعليم العالي من خلال محاولة الإجابة على الإشكالية التالية: هل يؤثر رأس المال الفكري على جودة التعليم العالي في جامعة باتنة 1؟، وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق ذلك، كما تم الاعتماد على أداة الاستبيان والذي تم توجيهه لأعضاء هيئة التدريس من الأساتذة وطلبة الدراسات العليا في جامعة باتنة قصد الحصول على البيانات والتي تمت معالجتها وفق الأساليب الإحصائية بالاستعانة ببرنامج SPSS.

ومن أهم نتائج التي وصلت إليها هذه الدراسة هي غياب التطبيق الفعلي لمعايير الجودة داخل المؤسسة الجامعية وتغيب لأهمية ودور رأس المال الفكري، حيث أوصت هذه الدراسة بأنه ومن أجل تحقيق نقلة نوعية في التعليم يجب التوجه نحو احتضان الموارد الفكرية الخلاقة ذات الأفكار الإبداعية من خلال تكوين الكفاءات وتشجيع البحث العلمي، وفتح تخصصات مرتبطة بسوق العمل.

❖ فرحاتي لويزة: دور رأس المال الفكري في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية في ظل اقتصاد المعرفة دراسة حالة شركة الإسمنت عين التوتة- باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، 2015-2016.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد دور رأس المال الفكري بأبعاده الثلاث (رأس المال البشري، رأس المال الزبوني، رأس المال الهيكلي) في تحقيق الميزة التنافسية بأبعادها المتمثلة في (الجودة، الكفاءة، الإبداع، الاستجابة) في شركة الإسمنت عين التوتة. وقد تمثلت إشكالية هذه الدراسة في التساؤل التالي: كيف يمكن لرأس المال الفكري المساهمة في تحقيق الميزة التنافسية لشركة الإسمنت عين التوتة- باتنة-، حيث اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت الاستبيان كأداة لجمع البيانات.

وقد أفضت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين رأس المال الفكري بأبعاده الثلاثة وبين تحقيق الميزة التنافسية في الشركة محل الدراسة، ومن أهم ما أوصت به الدراسة ضرورة زيادة الاهتمام برأس المال الفكري باعتباره مصدر هام لتحقيق التميز، مع ضرورة التعامل مع رأس المال الفكري على أنه أهم مورد استراتيجي تحوز عليه الشركة، والمحافظة عليه كونه يمثل العنصر الفعال في نجاحها خاصة في ظل التطور التكنولوجي الهائل الذي تعرفه بيئة الأعمال.

❖ سيد أحمد حاج عيسى: أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية- دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، 2011-2012.

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر التدريب في تحسين الجودة الشاملة الصحية بالمستشفيات الجزائرية محل الدراسة، وانطلقت إشكالية هذه الدراسة من التساؤل التالي: هل يمكن للتدريب أن يؤثر على تحسين الجودة الشاملة الصحية من وجهة نظر الأفراد العاملين (أطباء، شبه طبيين، إداريين) في المستشفيات الجزائرية؟، ولتحقيق ذلك قام الباحث بتصميم استبيان وزعه على عينة من العاملين (أطباء، شبه طبيين، إداريين) تم اختيارهم وفقا لطريقة العينة العشوائية الطبقية في المستشفيات الجزائرية المتواجدة على مستوى ولاية البلدة باختلاف هياكلها.

وتوصلت الدراسة إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين متغيرات التدريب (تحديد الاحتياجات التدريبية، تصميم البرامج والدورات التدريبية، تنفيذ العملية التدريبية، تقييم العملية التدريبية، تقييم بيئة العمل الداخلية) وأبعاد متغير الجودة الشاملة الصحية (مستوى الرضا الوظيفي، مستوى الكفاءة التشغيلية، مستوى التحسين المستمر للعلاقة مع المرضى).

وقد جاءت هذه الدراسة بمجموعة من التوصيات والتي من بينها ضرورة ترسيخ القناعة لدى إدارة المستشفى والعاملين في كافة المستويات التنظيمية بأهمية التدريب والفوائد الناجمة عن تطبيقه، وضرورة العمل على توفير الموارد البشرية المؤهلة والقادرة على تطبيق العملية التدريبية، والعمل على توفير البرامج التدريبية والتعليمية الخاصة بإدارة الجودة الشاملة لكافة العاملين والمعنيين بالجودة.

❖ قورين حاج قويدر، رضوان انساعد: أثر رأس المال الفكري على تطبيق الإدارة الشاملة لجودة الخدمات الشاملة في المنظمات الصحية، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي حول: رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة، 13 و14 ديسمبر 2011.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على دور رأس المال الفكري في تطبيق الجودة الشاملة في المنظمات الصحية حيث انطلقت من الإشكالية التالية: ما هو أثر رأس المال الفكري في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية؟، ومن أجل الإجابة عن ذلك قام الباحث باتباع المنهج الوصفي التحليلي من أجل إثبات أوجه العلاقة لمساهمة رأس المال الفكري في دعم تطبيق الإدارة الشاملة لجودة الخدمات في المنظمة الصحية، وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن تطبيق منهجية الجودة الشاملة في المنظمة الصحية ونجاحها يتوقف على مدى توفر رأس المال الفكري فيها والاهتمام به وتثمين تدخلاته.

•التعقيب على الدراسات:

الملاحظ على معظم هذه الدراسات أنها حاولت إبراز أهمية رأس المال الفكري ودوره في تحقيق نجاح المؤسسة وأهدافها والتي من بينها تحسين الجودة، كما حاولت الدراسات المتعلقة بجودة الخدمة الصحية رصد وتقييم مدى تحقيق مفهوم الجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية ومدى توفر متطلبات تحقيقها. من جهة أخرى انفتحت معظم هذه الدراسات على أن رأس المال الفكري يتكون من ثلاث أبعاد رئيسية هي رأس المال البشري، رأس المال التنظيمي وأخيراً رأس مال العلاقات.

وقد ساعدتنا هذه الدراسات في بناء تصور عن الموضوع المقترح من خلال بناء إطار مفاهيمي حول متغيرات الموضوع وصياغة النموذج الذي يربط العلاقة بينهما إضافة إلى وضع تصور حول كيفية معالجة موضوع الدراسة من حيث المنهج والأدوات، كما أنها وفرت لنا قاعدة مهمة لتأسيس خطة هذه الدراسة فيما بعد.

وأهم ما يميز دراستنا هذه عن الدراسات السابقة هو كونها تركز على دراسة رأس المال الفكري وعلاقته بتحسين جودة الخدمة الصحية على سبيل التعيين، كما أن مجال دراستنا ينحصر في مؤسسات القطاع الصحي العمومي والتي تتزايد فيها أهمية العناصر غير المادية كمكون رئيسي في الخدمة الصحية، خاصة إذا علمنا أن الجانب الإنساني والمهارات المتعلقة به هو جانب مهم في المنظمات الصحية.

عاشرا: تقسيم الدراسة

بهدف الإحاطة بمعظم الجوانب النظرية لمتغيرات الدراسة، وتقديم الشرح الوافي لإجراءات الدراسة الميدانية وعرض نتائجها، قام الباحث بتقسيم هذه الدراسة إلى أربعة فصول، وجاءت على النحو التالي:

•الفصل الأول: وجاء تحت عنوان "الإطار النظري لرأس مال الفكري"، وسيتم التطرق فيه إلى المفاهيم النظرية المتعلقة برأس المال الفكري، كما سيتم تناول إدارة رأس المال الفكري والمخاطر التي تواجهه، كما سيتم تناول أهم التصنيفات التي قدمت لرأس المال الفكري، وطرق قياسه.

• **الفصل الثاني:** وجاء تحت عنوان "الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية"، وسيتم التطرق فيه إلى المفاهيم النظرية المتعلقة بكل من الخدمات، الخدمات الصحية، كما سيتم أيضا تناول المفاهيم المتعلقة بالجودة عموما وجودة الخدمات الصحية خصوصا.

• **الفصل الثالث:** وجاء تحت عنوان "أثر رأس مال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية"، حيث تمت فيه محاولة الربط بين متغيرات الدراسة من الناحية النظرية وفي إطار المؤسسات الصحية من خلال تناول جميع الجوانب المتعلقة بالمؤسسة الصحية وبيان أهم العناصر المكونة لرأس المال الفكري فيها ومحاولة بيان أثرها على جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية.

• **الفصل الرابع:** وجاء تحت عنوان "واقع مساهمة رأس مال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية"، ويتضمن الدراسة الميدانية، حيث سيتم فيه التطرق إلى التعريف بمجتمع وعينة الدراسة وكيفية تحديد حجمها، وذكر المنهج المتبع، أداة الدراسة وكيفية بناءها، الأدوات والاختبارات الإحصائية المستعملة، مع إجراء كافة الاختبار الإحصائية اللازمة للتأكد من صدق وثبات أداة الدراسة، وتحليل إجابات أفراد العينة، وفي الأخير اختبار صحة الفرضيات للوصول إلى النتائج وتحقيق أهداف هذه الدراسة.

11- صعوبات الدراسة:

تتمثل أهم الصعوبات التي واجهتنا خلال إعداد هذه الدراسة فيما يلي:

- صعوبة الوصول إلى المراجع والمصادر الببليوغرافية المتوفرة على مستوى المؤسسات الجامعية نتيجة الحجر بسبب وباء كورونا؛
- صعوبة الوصول إلى عدد كبير من المؤسسات الصحية العمومية نتيجة تداعيات وباء كورونا مما أطرنا إلى قصر الدراسة التطبيقية على ثلاث مؤسسات عمومية استشفائية فقط؛
- صعوبة التعامل مع موظفي القطاع الصحي نتيجة مرورهم بضغوط نفسية ناتجة عن تداعيات الوباء، فضلا عن وجود عقدة لدى فيئة الموظفين الطبيين في التعامل مع كل ما يتعلق بالإدارة والعلوم الإدارية.

الفصل الأول: الإطار النظري

رأس المال الفكري

تمهيد:

بعد الثورة العلمية التي عرفها العالم خلال القرن الماضي والتحول نحو اقتصاد المعرفة عرفت البيئة الاقتصادية تحولات عميقة أصبحت فيها العناصر الناعمة والجوانب غير الملموسة تمثل جوهر نجاح المنظمات الحديثة، فقد أثبتت التجارب أن سر قوة المنظمات الناجحة واستمرار وجودها ونموها يتوقف على مدى امتلاكها لأصول رأس المال الفكري التي تعد من بين أهم العناصر التي تراهن عليها هذه الأخيرة من أجل تحقيق الأهداف. وبالنظر إلى هذه الأهمية فقد أصبح رأس المال الفكري من بين أهم المواضيع التي لاقت عناية كبيرة من طرف الباحثين والكتاب، خاصة وأن مضامينه ترتبط أجزائها بالعنصر البشري والتنظيم والعلاقات، وقد اعتنى الباحثون بموضوع رأس المال الفكري على مراحل متدرجة حيث عملوا على بلورة جميع المفاهيم المتعلقة به، بدءاً من تعريفه وتحديد خصائصه وأهميته، ومروراً بتصنيف مكوناته وانتهاءً بتوضيح كيفية قياسه، كما سنبينه في هذا الفصل.

المبحث الأول: عموميات حول رأس المال الفكري

لقد انتقل الفكر الاقتصادي والإداري تدريجياً من التركيز على العناصر المادية في المنظمة والاقتصاد إلى التركيز على العناصر غير المادية، خاصة مع تعقد الحياة الاقتصادية وحالة عدم الاستقرار التي تعرفها متغيرات البيئة الاقتصادية في جانبها اللامادي، أين أصبح التحكم في هذه الأخيرة يعد ضرورة للوصول إلى الأهداف.

المطلب الأول: نشأة وتطور نظرية رأس المال الفكري

مر الاهتمام بمفهوم رأس المال الفكري بعدة مراحل حسب أهمية مكوناته ومساهماتها خلال المراحل القائمة إلى غاية تبلور مفهومه النهائي كما سنوضحه فيما يلي.

أولاً: الاهتمام بالقبليات البشرية

تشير القبليات البشرية إلى دور وأهمية رأس المال البشري في خلق القيمة وتطوير الأداء الاقتصادي والمؤسسي، وترجع الاهتمامات الأولى بها إلى القرن السابع عشر حيث أكد الاقتصادي **Petty William** عام 1623 على فكرة اختلاف نوعية العمالة وطرح موضوع قيمة العاملين في حساب الثروة بطريقة إحصائية، والتي مهدت فيما بعد إلى ظهور مفهوم رأس المال البشري. كما أشار الاقتصادي **Adam Smit** في كتابه ثروة الأمم 1776 إلى أن العملية الإنتاجية تتأثر بمهارات العاملين، حيث أكد على أن جودة مخرجات العملية الإنتاجية تتوقف على درجة مهارة وكفاءة العنصر البشري، وعليه تتوقف قوة الاقتصاد على نوعية مخزون رأس المال البشري الذي يملكه هذا الاقتصاد. وقد اقترح آدم سميث أن يكون تحديد الأجور وفق ما يبذله الفرد من وقت وما يمتلكه من مهارات وكفاءة في أداء المهام المطلوبة منه¹.

من جهة أخرى أكد الاقتصادي **Alfred Marshall** عام 1890 أن رأس المال البشري أصبح يعد من بين أهم مجالات الاستثمار كون أن إنتاجيته تتزايد بنفس اتجاه خبرته كما أن عمره يتحدد مع تغيرات العصر ولا يندثر إلا بتوقف عمره الزمني²، بل إن التغيرات التي تحدث هي التي تظهر القدرات النوعية لرأس المال البشري من خلال مساهمته في صياغة الحلول، فالدخول في فترات الأزمات يستدعي زيادة نشاط الكفاءات في إبداع الحلول سواء على المستويات العليا أو الوسطى من أجل الخروج من حالات الأزمة أو الحد من آثارها على الأقل، وعليه يمكن القول أن رأس المال البشري لا يخضع إلى قانون المنفعة المتناقصة كون إنتاجيته تزداد وتتعاظم بتزايد مستويات الخبرة والتعلم.

ومع نهاية فترة الخمسينات توسع كل من **Jacob Mincer & Schultz Theodore** في نظرية رأس المال البشري، حيث اعتبروا هذا الأخير فئة مستقلة عن أنواع رأس المال الأخرى لما له من مميزات وخصائص فريدة لا تتوفر في باقي رؤوس المال الأخرى، ولما يلعبه من أدوار جوهرية سواء على المستوى الاقتصادي

¹ - رياض بوشوصة: رأسمال الفكري كمورد استراتيجي لتحقيق الميزة التنافسية في ظل اقتصاد المعرفة - دراسة حالة على المؤسسة الوطنية للحيوفيزياء، بحث مقدم للمشاركة في اليوم الدراسي بالمركز الجامعي بالوادي تحت عنوان الموارد الاستراتيجية الرهان الأقوى لتميز المؤسسات الاقتصادية في ظل الاقتصاد اللامادي، 2011-04-26، ص5.

² - المرجع نفسه، ص5.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

الكلية أو المستوى الاقتصادي الجزئي، فضلا عن كونه يمثل قوة الإدراك التي تنبثق عنها القوة التي تحرك وتفعّل أدوار عناصر رأس المال الأخرى كقدرات التنظيم والمعرفة. وابتداء من فترة الستينات إلى نهاية السبعينات عرفت نظرية رأس المال البشري تطورا ملحوظا أدى إلى التركيز على ضرورة فهم السلوك الإنساني على المستويين الفردي والاجتماعي¹.

من هنا ازداد التأكيد على القبلية البشرية عامة (فكرية، جسدية، وأدائية) والتي نتعامل معها مجتمعة في الشخص الواحد حيث برزت مدى أهمية رأس المال البشري والاهتمام به بالموازاة مع الاهتمام برأس المال المادي، والغرض من ذلك هو تصنيف الأفراد حسب أهميتهم في خلق القيمة المضافة المقدمة للأنشطة ومن ثم تحديد مستوى الأجر حسب مستوى مهارة وقدرات هذه الأصناف، وضمن هذا الإطار ظهرت عدة تصنيفات لرأس المال البشري نخص بالذكر ثلاثة منها هي²:

1- تصنيف Becker 1964: والذي ميز بين فئتين من رأس المال البشري هما:

- رأس المال البشري العام: الذي يزيد إنتاجية المالك؛
- رأس المال الخاص: الذي يزيد إنتاجية المالك ضمن نشاطات محددة تشكل ميزة له عن باقي الملاك الآخرين.

2- تصنيف Blang 1976: الذي قام بتصنيف رأس المال البشري إلى خمس فئات هي:

- التعليم الرسمي.
- التدريب أثناء العمل.
- البحث عن الوظيفة.
- استرجاع المعلومات.
- الهجرة.

3- تصنيف Callaahan & Fleenor 1998: صنف الأفراد إلى أربعة فئات هي:

الجدول رقم (01): تصنيف FLEENOR AND CALLAAHAN لمستويات رأس المال البشري

الأفراد تحت التجربة	النجوم	العاملون المعتمد عليهم	الخشبة الميتة
أفراد حديثو التعيين في وظائف جديدة قبل أن يصلوا إلى مستوى الأداء المطلوب، فهم لا يزالون في إطار الاندماج مع بيئة عملهم.	وهم أفراد ذوي مستوى عالي في الأداء ولديهم قدرات وخبرات عالية جدا، كما أنهم يتميزون بسرعة ارتقائهم في مستويات الهرم التنظيمي، كما أن المنظمة تعمل على تحقيق كفايتهم وتحافظ عليهم.	وهم الأفراد الذين يتميزون بمهارات عامة تتوفر لدى الغالبية، ويتم الاعتماد عليهم في تنفيذ الأعمال العادية، كما أن مستواهم يكون مقبول.	يتمثلون في الأفراد الذين تراجع أدائهم عن المستويات المطلوبة والعادية.

المصدر: سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، دار اليازوري، الأردن، 2008، ص 138.

¹ - سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، دار اليازوري، الأردن، 2008، ص ص: 136، 137.

² - المرجع نفسه، ص ص: 137، 138.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

وعليه فقد أولت هذه المرحلة اهتماما كبيرا لرأس المال البشري لدى المنظمة والاقتصاد، حيث أوضحت مدى أهمية رأس المال البشري في خلق الثروة ومضاهاة هذه الأهمية لأهمية رأس المال المادي، كما أكدت على ضرورة الاهتمام به عن طريق استثمار رؤوس المال فيه، إضافة إلى أن رواد هذه المرحلة حاولوا تصنيف رأس المال البشري إلى فئات ضمن مستويات مهارة معينة.

ثانيا: الاهتمام بالقابليات الذهنية

ابتداء من سنوات الثمانينات ومع الاضطرابات الاقتصادية والتعقيدات الاجتماعية وتزايد حدة المنافسة على إنتاج وكسب المعرفة وتزايد أهمية المراحل القائمة على العناصر اللامادية في دورة الإنتاج، إضافة إلى نمو قطاع الخدمات وتزايد أهميتها ونسب مساهمتها في تكوين المنتجات أصبح واضحا لدى المستويات الإدارية العليا والمجتمع الأكاديمي أن سر تفوق أي منظمة وقدرتها على البقاء والنمو، خاصة في ظل اضطراب بيئة الأعمال يبقى مرهونا بقوة مخزونها من المكونات اللامادية وليس بالمكونات المادية فقط التي أصبح استمرار وجودها ونموها تابعا للموجودات اللامادية. وعليه فقد لاحظ **Hirayuki 1980** وجود تباين في أداء الشركات اليابانية¹ وعزى ذلك إلى الاختلاف النوعي والكمي في المكونات غير الملموسة التي تمتلكها هذه المؤسسات، كما أصبح واضحا لدى الاستشاريين الأمريكيين أن سر تفوق المؤسسات اليابانية على الأمريكية هو طبيعة العناصر غير الملموسة والمتعلقة أساسا بطبيعة رأس المال البشري والخصائص التنظيمية ونظم إدارة المعرفة لهذه الشركات، كما لوحظ أيضا وابتداء من **1970** تعاظم مستمر لمساهمة العناصر غير المادية في خلق القيمة المضافة خلال مراحل العملية الإنتاجية².

وعليه استقر الرأي لدى مسيري المؤسسات الكبيرة أن سر التفوق والنجاح في العصر الحديث يتوقف على طبيعة العناصر غير الملموسة التي تملكها المنظمات كما يظهر ذلك من خلال الإشارات التالية³:

- في سنة **1990** صرح مدير شركة **Jouhn Sonville** للأطعمة **Ralph Styer** بأنه في السابق كانت المصادر الطبيعية تمثل أهم مكونات الثروة القومية وأهم موجودات المنظمات والمجتمع، وفي الوقت الحاضر حل محلها رأس المال الفكري الذي يعد من بين أهم مكونات الثروة القومية وأعلى موجودات المنظمات.

- في عام **1986** نشر **Karl Eric Sveiby** وهو مدير شركة صغيرة كتأبا باللغة السويدية عنوانه - شركة - معرفة - كيف - **The know -How Company** - أوضح فيه ضرورة الاهتمام بالموجودات غير الملموسة وكيفية إدارتها كونها تمثل المصدر الحقيقي لبقاء الشركة ونموها.

¹ - عبد الرحمن كساب عامر: رأس المال المعرفي، دار كتاب للنشر والتوزيع، الأردن، 2014، ص 14.

² - التقرير العالمي للملكية الفكرية 2017، رأس المال غير الملموس في سلاسل القيمة العالمية، المنظمة العالمية للملكية الفكرية، 2017، ص 10، متاح على الموقع التالي: <https://www.wipo.int/publications/ar/details.jsp?id=4225&plang=AR>.

³ - محمد الراشدي حامد هاشم: إدارة رأس المال الفكري بالمؤسسات التعليمية، دار طيبة الخضراء، الطبعة الأولى، السعودية، 2017، ص 18.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

من جهة أخرى زاد التأكيد من طرف الأكاديميين والباحثين على ضرورة الاهتمام بالعناصر غير الملموسة وخاصة منها ذات الطبيعة الذهنية (الفكرية) كما يظهر من النقاط التالية¹:

- في مقالة للأستاذ **David Teece** من جامعة كاليفورنيا تحت عنوان -الإفادة من الإبداع التكنولوجي حدد فيها الخطوات الضرورية لاستخراج القيمة من الإبداع وتحليلها وتفسيرها بالاستناد إلى نتائج وخبرات شركات غنية في هذا المجال (كثافة الإبداع) حيث ذكر انه من بين أهم هذه الخطوات هو ضرورة تعلم المديرين أولاً ومن ثم تعليم أفرادها تباعاً لآليات استخلاص العوائد من الإبداع.

- في عام **1989** قام **Patrick Sullivan** وهو مستشار تجاري متخصص في تحليل كيفية استخراج الأرباح والفوائد من التكنولوجيا بتأسيس نشاط تجاري مستقل يركز على كيفية تقديم النصائح للزبائن عن كيفية استخراج القيمة من الإبداع من وجهة النظر التجارية.

والملاحظ على هذه المرحلة هو تأكيدها على الدور المتنامي للأصول غير الملموسة ذات الصبغة الذهنية في نجاح المنظمات وتفوقها، إضافة إلى تزايد الاهتمام بالأصول غير الملموسة الناتجة عن نشاط الموارد البشرية عالية الكفاءة والمهارة والتركيز على كيفية استخراج القيمة انطلاقاً منها.

ثالثاً: مرحلة تكثيف الجهود البحثية وولادة نظرية رأس المال الفكري

بعد تأكد أهمية الموارد البشرية والعناصر غير الملموسة في المنظمة وابتداء من منتصف تسعينات القرن الماضي ازدادت الجهود البحثية حول موضوع رأس المال اللامادي أو بعبارة أخرى رأس المال الفكري، وذلك من أجل بلورة نظرية رأس المال الفكري وتحديد مفهومه الدقيق حيث تواصلت هذه الجهود من خلال مجموعة من الوقائع والملتقيات العلمية والمتمثلة فيما يلي²:

- في عام **1995** تم عقد اجتماع لممثلي ثمان منظمات فاعلة في استخراج القيمة في المؤسسة من موجوداتها غير الملموسة.

- في عام **1999** انعقدت ندوة دولية حول رأس المال الفكري في أمستردام تركزت جهودها حول دراسة موضوع رأس المال الفكري من حيث طرق قياسه، أبعاده ومستوياته، حيث نتج عنها صياغة ووصف لطرق قياسه وكيفية تطبيقها.

- في عام **2001** انعقد المؤتمر الدولي الرابع لإدارة رأس المال الفكري في كندا، وقبله في نيويورك عام **2000** ثم في عام **2003**.

- في عام **2010** عقد مؤتمر في الكويت يهتم بتطوير رأس المال الفكري تحت عنوان إدارة رأس المال الفكري، حيث تركز جدول أعماله على ضرورة وضع تعريف موحد لرأس المال الفكري، تحديد مكوناته، وكيفية استخراج القيمة من أصوله.

¹-عزيز دحماني: مساهمة الإنفاق على رأس المال الفكري في أداء المنظمات الصناعية-حالة مؤسسة سوناطراك، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة تلمسان، 2014/2015، ص28.

²-نادية حماش: مساهمة رأس المال الفكري في إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة - دراسة حالة مؤسسة نقاوس للمصبرات باتنة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، شعبة تسيير المنظمات، جامعة باتنة، 2015/2016، ص45.

وقد تم التوصل من خلال هذه النشاطات إلى مجموعة من النقاط التي أسست لنظرية رأس المال الفكري والتمثلة فيما يلي¹:

- اعتماد مصطلح رأس المال الفكري ضمن أبحاث عدد من الكتاب والباحثين.
- أن المفهوم الأساس لرأس المال الفكري هو أن المعرفة قابلة للتحويل إلى أرباح.
- قيمته رأس المال كموجود غير ملموس تتجاوز قيمته الملموسة بعدة أضعاف، كما أنه يعتبر المادة الخام التي يمكن أن تولد نتائج مالية إيجابية وهو يمثل من جهة أخرى أداة تحليل استراتيجية وأن المقياس المالي له يمثل الفرق بين القيمة الدفترية للشركة وقيمتها السوقية، وأن تراكمه يؤدي بالضرورة إلى تزايد إنتاجية المنظمات.
- يتميز هذا المفهوم بالحركية والتي تؤكد أن مفهوم رأس المال الفكري غير ثابت ومتجدد حيث انه يبقى يتكيف باستمرار مع متغيرات البيئة، كما أن نتائجه تكشف من خلال الأداء الميداني في الواقع وكذلك في الالتزام الحقيقي والعالي في الأداء مع قدرته على التكامل والتفاعل المستمر.
- يتميز مفهوم رأس المال الفكري بالانتساع والنمو خاصة عند ضمه مع مصطلحات أخرى مثل رأس المال الاستراتيجي ورأس مال المعرفة والإدارة الشاملة لرأس المال الفكري وصناعة المعرفة وذكاء الأعمال.
- وعليه فقد أصبح رأس المال الفكري يعبر عن مرحلة جديدة من تطور الفكر الاقتصادي والإداري، وهنا نذكر كذلك أن الدراسات المتعلقة برأس المال الفكري قد مرت بعدة مراحل تمثلت فيما يلي²:
- **المرحلة الأولى:** ركزت دراسات هذه المرحلة على وضع وتأسيس مفاهيم رأس المال الفكري والتأكيد على فكرة قدرات رأس المال الفكري.
- **المرحلة الثانية:** ركزت هذه المرحلة على محاولة وضع طرق عملية لقياس رأس المال الفكري وكيفية إدارته، وتأثيراته على المؤسسة.
- **المرحلة الثالثة:** ركزت هذه المرحلة على تقديم دراسات نقدية لواقع رأس المال الفكري وأثر الممارسات الإدارية عليه.
- **المرحلة الرابعة:** ركزت هذه المرحلة على بحث كيفية تموقع رأس المال الفكري في النظام الاقتصادي والاجتماعي، وذلك ضمن مجالات المجتمع والدول والمدن ودوره في حل المشكلات الاجتماعية والديموقراطية والإيكولوجية ضمن إطار مفهوم التنمية المستدامة.

¹ - سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، مرجع سبق ذكره، ص 143.

² - Florinda Matos, Valter Vairinhos, Paulo Mauricio Selig, Leif Edvinsson: **Intellectual Capital Management as a Driver of Sustainability Perspectives for Organizations and Society**; Springer International Publishing AG, USA, 2019, P12.

المطلب الثاني: ماهية رأس المال الفكري

قبل الخوض في مفهوم رأس المال الفكري لا بد من التطرق إلى المقاربات والمداخل التي اعتمدها الباحثون في بلورة مفهوم رأس المال الفكري وتحديد مضامينه.

أولاً: مداخل النظر في مفهوم رأس المال الفكري

يعتبر المدخل منهجية إعادة بناء المعرفة حول الموضوع وتشكيلها بطريقة منظمة ووفق مسارات متطورة تسمح للباحث بالسيطرة والتحكم في المعرفة المحصلة حول الموضوع بشكل أكثر دقة، وعليه توجد عدة مداخل ومقاربات تم من خلالها مناقشة مفهوم رأس المال الفكري حيث ساهمت في مجملها في بلورة هذا المفهوم، وتتمثل أهم هذه المداخل فيما يلي¹:

1- المدخل الفلسفي: يؤكد هذا المدخل على أن رأس المال الفكري معنى بالتظير العلمي للمفهوم المعرفي وكيفية جمع المعلومات حول الحقائق الاجتماعية والمنظمة، ويركز هذا المدخل على أهداف وأنواع ومصادر المعرفة إضافة إلى العلاقة بين معرفة رأس المال الفكري والمفاهيم الأخرى مثل درجة التأكد والسببية وتبرير المعتقد والشك وغيرها.

2- المدخل الإدراكي: يمثل هذا المدخل مساهمة كتاب الإدارة وأصحاب نظرية المنظمة والسلوك التنظيمي، الذين ينظرون إلى رأس المال الفكري من مقارنة اقتصادية بحثه تبحث في قيمته الاقتصادية التي تنعكس على القيمة الاقتصادية للمؤسسة، وتجعل منه مورد استراتيجي وجوده يمثل عاملاً لبقاء المنظمة ويضمن قدرتها على تحقيق شروط المنافسة في السوق بكفاءة وفاعلية، ومن أجل ذلك يتوجب على المنظمة أن تحصل على قدر من المعرفة والخبرة قصد توظيفها في حل المشاكل المطروحة سواء كانت إدارية أو تنظيمية من أجل استثمار الفرص المتاحة، والمدخل الإدراكي هنا يقوم على مقاربتين أساسيتين هما:

- **المقاربة الأولى:** تركز على مسار المعرفة والمقدرة العقلية، حيث تؤكد على فكرة خلق وتوسيع معرفة المنظمة.

- **المقاربة الثانية:** تركز على الموارد وتؤكد على كيفية خلق الأرباح من مجموعات الموارد الملموسة والفكرية في المنظمة.

والملاحظ على هادين المسارين وبالرغم استقلاليتهما فهما مرتبطين مع بعضهما البعض، حيث أن دمجهما يخلق بينهما منظومة تفاعلية تكاملية تجمعهما في نظرة واحدة هي الانطلاق من الداخل إلى الخارج أو ما يسمى استراتيجياً مسار السنجاب الذي يعاكس مسار الطير.

فمسار السنجاب يشير إلى فكرة قيام المنظمة بتحليل ودراسة بيئتها الداخلية التي تكون محور الانطلاق في التفكير، حيث تشبه استراتيجية المنظمة هنا السنجاب الذي ينطلق داخل الشجرة وفي كيانها من الأسفل إلى الأعلى، وبعكس مسار الطير الذي يركز على الانطلاق من الخارج نحو الداخل فالطير تبحث في الشجرة الكبيرة ذات الأغصان المتعددة على غصن معين لتقف عليه.

¹ - سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، مرجع سبق ذكره، ص ص: 159-161.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

3- **المدخل الشبكي:** ينص هذا المدخل على نظرية المنظمة الشبكية حيث يفسر رأس المال الفكري من خلال التركيز على استقطاب وتقاسم ونقل المعرفة عبر أنماط تبادل أفقية وانسياب متداخل للموارد وخطوط تبادلية، وبعد اقتناء وتقاسم المعرفة تكون الحلقة الأولى في سلسلة التعليم التنظيمي تليه ممارسات جديدة أخرى ترى المنظمة أنها ضرورية.

4- **مدخل الممارسة الجماعية:** ويستند هذا المدخل على المنظور الاجتماعي والتاريخي لدراسة المعرفة، حيث ينظر إليها على أنها ملك عام للزبائن أو الجماعة أو أنها لا شيء على الإطلاق وليس هناك الاتفاق والإجماع في تداول المعرفة، كما أنها نقلت من أجيال إلى أجيال بعملية تقليدية، فالمعرفة في إطار هذا المدخل تمثل التزام وثقة للجماعة في الرصيد المعرفي المتراكم.

5- **المدخل الكمي:** يمثل رأس المال الفكري بما يتضمنه من معرفة في إطار هذا المدخل نظاما متكاملًا للتعامل مع المشكلات وفق طرق علمية محددة تعطي نتائج تتصف بالأمثلية المرتكزة على الكفاءة والفاعلية، كما أن تكنولوجيا المعلومات والاتصال تتغير في إطار هذا المدخل لتأخذ بعدا علميا يتعامل مع مشكلات معقدة وكبيرة ويعطي أهمية للأفراد من خلال المعرفة التي يزودهم بها.

ثانيا: تعريف رأس مال الفكري وخصائصه

انقسم الباحثون في تعريف رأس المال الفكري على عدة فئات محاولة منهم لإبراز خصائصه كما سنوضحه فيما يلي:

1- التعريفات المقدمة لرأس المال الفكري

أعطيت لرأس مال الفكري العديد من المسميات تشير إلى نفس المعنى ضمن فوارق ضئيلة كالأصول غير المادية، الأصول المعنوية، رأس المال المعرفي، الأصول المعرفية، الأصول الفكرية، الموجودات المعرفية، وكما تم الإشارة إليه سابقا فإن مفهوم رأس المال الفكري هو مفهوم حركي الأمر الذي صعب على الباحثين الوصول إلى تعريف موحد له، وكما رأينا في المطلب السابق فإن التركيز على مفهوم رأس المال الفكري قد تطور عبر اتجاهات النظر إلى رأس المال البشري وما ينبثق عنه من أصول غير ملموسة لها وزنها المعترف في خلق الثروة، وهنا انقسم الباحثون عند تعريفهم لرأس المال الفكري إلى ثلاث فئات تتوافق مع حقب تاريخية هي كالآتي:

● **المجموعة الأولى:** ركز أصحاب هذه المجموعة على مفهوم القبلية البشرية (العنصر البشري) ضمن مجالاتها الكمية والنوعية والذي يؤكد على أهمية المورد البشري في خلق الثروة واستغلال رأس المال المادي ومن بين أهم تعريفات هذه المرحلة نذكر ما يلي:

- **تعريف (THEADOR SCHULTZ (1961):** هو مجموع الطاقات البشرية التي يمكن استخدامها لاستغلال الموارد الاقتصادية¹؛

¹-Theodore Schultz, **Investment in Human Capital**, American Economic Review, Vol. LI, March 1961.Number 1. p4.

- **تعريف Webster:** سمة من سمات القياديين التحويليين، الذين يملكون قدرة على تحويل التقنية من البحث إلى التصنيع مع مستويات عالية من الأداء الذي يساهم في دعم بقاء المنظمة ومواجهة المنافسة¹.
- **تعريف (HARRISON & MYERS (1966):** القوى البشرية القادرة على شغل الوظائف الإدارية والفنية²؛ والملاحظ على هذا التعريف تركيزه على العنصر البشري القادر على الفعل من خلال استقاء متطلبات الوظيفة مهما كان نوعها في المنظمة.
- **تعريف وهيب وآخرون (1987):**المجموع الكمي والنوعي من القوى البشرية المتاحة في المجتمع التي تمثل المستوى النوعي من حيث الكفاءات الذهنية والمستوى التعليمي إضافة إلى الخبرة والمعرفة³.
- **المجموعة الثانية:** اعتمدت هذه المجموعة على مبادئ المنهج السلوكي والمعرفي من أجل بيان مفهوم رأس مال الفكري حيث ركزت على عكس مفهوم رأس مال الفكري من خلال الإشارة إلى أهمية العناصر غير الملموسة في المنظمة والاقتصاد، ومن أبرز التعريفات التي تتضمنها هذه المجموعة نذكر:
- **تعريف(EDVINSSON(1991):** الذي عرف رأس المال الفكري على أنه الموجودات الفكرية التي تتجاوز قيمتها قيمة الموجودات الأخرى والتي تتكون من نوعين من الأصول هما الأصول البشرية تضم الابتكار والتجديد، وأصول هيكلية تمثل الأجزاء المساندة للأصول البشرية كنظم المعلومات وقنوات السوق والعلاقات مع الزبائن⁴.
- والملاحظ على هذا التعريف انه وسع فكرة اللاملموسية إلى عنصر التنظيم والعلاقات مع الزبائن والتي وصفها بأنها تمثل أجزاء مساندة لرأس المال البشري كونها تمثل أهم عوامل تحريكه وتوجيه نشاطه في إطار تحقيق أهداف المنظمة.
- **تعريف (BROOKING(1996:** عرف رأس المال الفكري على أنه تكامل لأصول غير الملموسة للمنظمة والتي تمكنها من أداء الأعمال⁵. وهذا التعريف ركز على فكرة تكامل الأصول غير الملموسة للمنظمة الأمر الذي يعكس جانب رأس المال الفكري ضمن رأس مال إجمالي للمنظمة.
- **تعريف (HANSEN (1999:** عرف رأس المال الفكري على انه الموجودات التنافسية غير الملموسة التي يمكن استخدامها كأداة استراتيجية تعتمد على الابتكار والإبداع والذي يعد وسيلة لبقاء المنظمة واستمراريتها في بيئة العمل ذات التغير السريع⁶.

¹- Maaradj Houari, Hiba Toua, Zid el Khier Miloud: the role of intellectual capital in managerial leadership prcesses a study based on the views of a sample of managers selected a pipeline company in Ghardaia province Algeria, greener journal of business and management studies, 4(1)• march2014.p2.

²-هاشم فوزي دباس العبادي، يوسف حجيم سلطان الطائي: التعليم الجامعي من منظور إداري -قراءات وبحوث، دار اليازوري العلمية، الأردن، الطبعة الأولى، 2014، ص36.

³- المرجع نفسه، ص36.

⁴-Edvinsson. Leif: intellectual Capital-nations for future wealth creation. Journal of human resource costing and accounting, vol4. n1, 1999. p22.

⁵ - Brooking, Annie: Intellectual Capital, International Thomson Business Press, first Edition, London,1996. p13.

⁶-Hansen Morten, Nohria Nohraia, Tierney Thomas, what's your strategy for managing knowledge. Harvard business review, 1(77). Harvard University, 1999. p106.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

وهذا التعريف ربط مباشرة بين العناصر الغير الملموسة ومفهوم الاستراتيجية إضافة إلى فكرة بقاء المنظمة والتي تعد من بين أهم أهدافها خاصة في ظل احتدام المنافسة في العصر الحالي.

- **تعريف ULRICH:** يمثل مجموعة مهارات المنظمة التي تتمتع بمعرفة واسعة تجعلها قادرة على جعل المنظمة عالمية من خلال الاستجابة لمتطلبات الزبائن والفرص التي تتحها التكنولوجيا¹.

وقد ركز هذا التعريف على فكرة المعرفة المتراكمة لدى المنظمة والتي تتعكس في شكل خبرة تمكنها من تحقيق الاستجابة السريعة لاحتياجات الزبائن كما تمكنها من التوظيف والتحكم في التكنولوجيات الحديثة.

- **تعريف HAMEL 1994:** قدرة متفردة تتحقق من تكامل المهارات المختلفة التي تتفوق بها المنظمة على منافسيها، بحيث تسهم في زيادة القيمة المقدمة للعملاء، كما تعد تلك القدرة من أهم مصادر الميزة التنافسية².

والملاحظ على هذا التعريف أنه جعل من العناصر غير الملموسة أداة تميز المنظمة عن مثيلاتها وتتفوق عليها من الناحية التنافسية.

• **المجموعة الثالثة:** تتميز المفاهيم التي قدمتها هذه المجموعة بكونها اعتمدت على شمولية مفرداتها الاقتصادية والسلوكية والمعرفية، حيث أنها مزجت بين مستندات المجموعتين السابقتين وأعطت دلالات أكثر وضوحاً لمفهوم رأس المال الفكري ومن بين أهم التعريفات التي تضمها هذه الفئة نذكر ما يلي:

- **تعريف STEWART 1997:** عرف رأس المال الفكري بأنه المادة الفكرية المشكلة والمتحكم فيها والتي يمكن وضعها في الاستخدام حتى ننشئ الثروة من خلال إنتاج أصول جديدة تتميز بقيمة عالية³. فهذا التعريف قدم إشارة واضحة عن النشاط الفكري للموارد البشرية والذي ينجم عنه مادة فكرية يمكن التحكم فيها وتوظيفها من أجل خلق الثروة وإنشاء أصول جديدة تتميز بقيمتها الاقتصادية العالية مثل براءات الاختراع والخبرات المتراكمة والعلاقات مع الزبائن.

- **تعريف GUTHRIE 2000:** القيمة الاقتصادية لفئتين من الأصول غير الملموسة للمؤسسة والمتمثلتين في رأس المال التنظيمي ويشير بالتحديد إلى أشياء مثل نظم البرمجيات، وشبكات التوزيع، وسلسلة التجهيز، ورأس المال البشري والذي يتشكل من الموارد الإنسانية في المنظمة⁴. والملاحظ على هذا التعريف أنه حصر مصادر الأصول غير الملموسة (رأس المال الفكري) في رأس المال التنظيمي ورأس المال البشري.

- **تعريف العنزي 2001:** المعرفة المفيدة التي يمكن توظيفها واستثمارها بشكل صحيح لصالح المنظمة، فهو على هذا النحو يمثل المقدرة العقلية على توليد الأفكار الجديدة والمناسبة والقابلة للتنفيذ، والتي تتمتع

¹-Ulrich. A Dave :**New mandate for Human Resources**, Harvard Business Review, 76(1), Harvard University, 1998, p2.

²- عادل حرشوش المفرجي، أحمد علي صالح: **رأس المال الفكري - طرق قياسه وأساليب المحافظة عليه**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007، ص15.

³- سعد عبد الكريم الساكني : **رأس المال الفكري والتحديات التي تواجه المحاسبين في قياسه**، مجلة بغداد للعلوم الاقتصادية، جامعة بغداد، العدد18، 2008، ص5.

⁴- مدحت أبو النصر، ياسمين مدحت محمد: **التنمية المستدامة: مفهوماً، أبعادها ومؤشراتها**، المجموعة العربية للتدريب والنشر، 2017، القاهرة، ص27.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

بمستوى عال من الجودة، وتمتلك القدرة على تحقيق التكامل والتناغم بين مكونات مختلفة للوصول إلى أهداف المنظمة¹.

- تعريف **MALHOTRA 2000**: عرف رأس المال الفكري على أنه مجموع القوى العقلية والمعرفية والمعلومات والذكاء والخبرة التي تؤثر في زيادة القوة التشغيلية والتطويرية للمنظمة².

- تعريف منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي **OCDE1999**: عرفت رأس المال الفكري على أنه القيمة الاقتصادية الناتجة عن فئتين من الأصول غير الملموسة هما رأس المال التنظيمي (الهيكل) ورأس المال البشري³.

- تعريف **Lynne**: عبارة عن رأس المال الذي يتم الحصول عليه من خلال المكونات التالية⁴:

▪ **رأس المال البشري**: والذي يشير إلى الأفراد المتميزين من ناحية قدراتهم الفكرية والمعرفية ومهاراتهم التطبيقية وقدرتهم على الإبداع والابتكار وخلق أفكار جديدة أو تطوير الأفكار القديمة.

▪ **رأس المال العلائقي**: والذي يمثل قدرة المنظمة على إرساء وبناء علاقات مجدية من الناحية الاقتصادية والإدارية مع الأطراف الخارجية عنها (الزبائن والموردين المجتمع... الخ) والتي تخلق في مجموعها شبكة علاقات مهمة تساعد في تحقيق أهداف المنظمة بأقل جهد وأسرع طريقة وأقل تكلفة تترجم في الميزة التنافسية للمنظمة.

▪ **رأس المال الهيكلي**: يعبر عنه بنظام العمليات، وفعالية مكونات الهيكل التنظيمي للمنظمة إضافة إلى نظم الاتصال في المنظمة وطبيعة الثقافة التنظيمية والمناخ التنظيمي السائدين فيها.

والملاحظ على مجمل التعارف الواردة في المجموعات السابقة ما يلي:

- حصرت مفهوم رأس المال الفكري ضمن مفهوم اللاماديات وأخرجت العناصر المادية عنه مهما كانت أهميتها؛

- جعلت رأس المال البشري محور تكوين رأس المال الفكري ومصدره الأساسي؛

- ربطت مباشرة بين رأس المال الفكري والمعرفة ضمن مستوياتها المختلفة؛

- جعلت رأس المال الفكري مصدرا من مصادر خلق الثروة، كما اعتبرت القوة المحركة لرأس المال المادي؛

- جعلت هذه التعاريف من رأس المال الفكري محور نجاح المنظمة الحديثة.

¹ - الهلال الشريبي الهلالي: إدارة رأس المال الفكري وقياسه وتنميته كجزء من إدارة المعرفة في مؤسسات التعليم العالي، مجلة بحوث التربية النوعية- جامعة المنصورة عدد 22- جوان 2011، ص21.

² - Yogesh Malhotra: **measuring knowledge assets of a nation knowledge systems for development**, research paper prepared for the invited keynote presentation delivered at the USA meeting of the department of economic and social affairs division for public administration and development management, New York city .4-5 September 2003.p3.

³ - الهلال الشريبي الهلالي: إدارة رأس المال الفكري وقياسه وتنميته كجزء من إدارة المعرفة في مؤسسات التعليم العالي، مرجع سبق ذكره، ص27.

⁴ - سعد عبد الكريم الساكني: رأس المال الفكري والتحديات التي تواجه المحاسبين في قياسه، مرجع سبق ذكره، ص5.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

كما يلاحظ على التعريفات الأنفة الذكر أنها تفصل عناصر الإنتاج المادي عن مفهوم رأس المال الفكري الذي تربطه مباشرة بالموارد البشري للمنظمة، من حيث كونه يمثل انعكاس إيجابي لقدرات الموارد البشرية الكفوة في المنظمة والتأثير الإيجابي لها في الأبعاد التالية:

- التأثير الإيجابي على مخرجات المنظمة من الناحية الكمية والنوعية؛
- تحسين فعالية وكفاءة أداء المنظمة وخاصة فيما يتعلق بالتحكم في التكاليف وحسن توظيف الموارد؛
- كسب ولاء العملاء والتأثير الإيجابي عليهم؛
- خلق المعرفة وتطويرها والتحكم الجيد في توظيفها؛
- دعم التفكير الاستراتيجي والاختيار الاستراتيجي للمنظمة والحفاظ على تموقعها في السوق.

حيث تبقى المفاهيم السابقة مرتبطة بالتطورات التي ميزت تلك المراحل والتي مست النظم الاقتصادية وخاصة فيما يتعلق بتزايد أهمية قطاع الخدمات وقطاع المعرفة والانتقال من الاقتصاد المادي إلى الاقتصاد اللامادي، وهو ما أدى إلى زيادة أهمية المورد البشري عموماً كون أن الخدمات تتميز بالتلازمية أي أنها تنتج وتستهلك في نفس الوقت بمساهمة كبيرة من رأس المال البشري، في حين أن قطاع المعرفة يستدعي التركيز على الموارد البشرية التي تتمتع بصناعتها العقلية والمهاراتية فضلاً عن الاهتمام بعمليات إدارة المعرفة.

وانطلاقاً من التعاريف السابقة يمكننا اقتراح التعريف التالي لرأس المال الفكري:

رأس المال الفكري هو مفهوم ديناميكي جاء نتيجة التحولات التي مست هيكل الاقتصاديات المتقدمة خاصة فيما يتعلق بتزايد أهمية قطاع الخدمات ومن وراء ذلك أهمية قطاع المعرفة الأمر الذي زاد من قيمة العناصر اللاملموسة وجعلها تمثل المحور الأهم في تحقيق المنافسة وخلق القيمة وتحقيق الأسباب المؤدية للنجاح، حيث يتشكل رأس المال الفكري ثلاث فئات رئيسة هي:

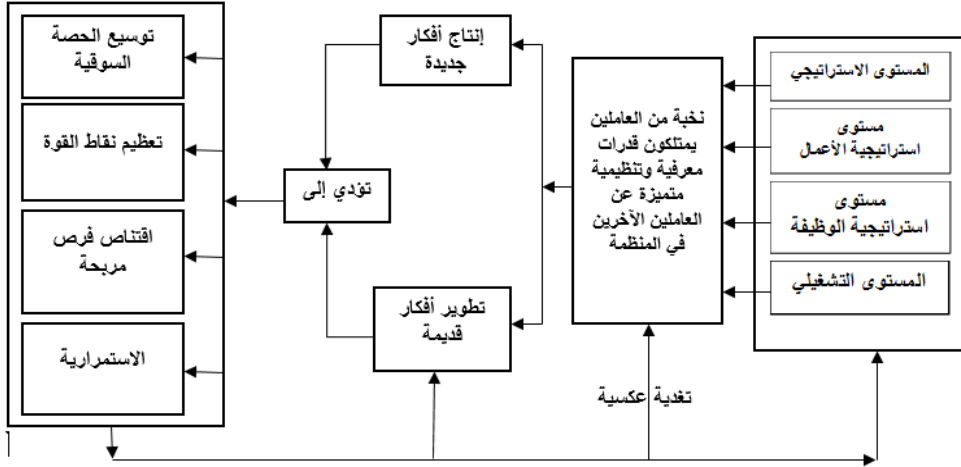
- **رأس المال البشري:** والذي يعتبر مصدر العناصر غير المادية كونه يمثل منبع الإبداع والابتكار، ويقصد به هنا الأفراد ذوي المهارات والقدرات والخبرات العالية والفريدة من نوعها.

- **رأس المال التنظيمي:** والذي يعبر عن الهيكل الداخلي للمنظمة والذي يتشكل أساساً من الهيكل التنظيمي، الثقافة التنظيمية، نظم المعلومات والاتصال... الخ، حيث يمثل قاعدة هامة لنشاط رأس المال البشري.

- **رأس المال العلاقات:** والذي يعكس الهيكل الخارجي للمنظمة وشبكة العلاقات التي تربطها مع الأطراف الخارجية عنها كالزبائن والموردين إضافة إلى الهيئات العمومية والخاصة.

ورأس المال الفكري يتوزع على كافة المستويات الإدارية للمنظمة ممثلاً في الأفراد المبدعين ذوي المهارات العالية والذين ينتشرون على مستوى الإدارة العليا والوسطى والتشغيلية والذين ينتجون أو يستقدمون أفكار ومعرفة ويطورون أساليب وطرق تتعكس آثارها على الهيكل الداخلي والخارجي للمنظمة وتجعل المنظمة في حالة التوازن من الناحية الإدارية والاقتصادية، كما أنه يرتبط بجميع الجوانب التنظيمية واللاملموسة في المؤسسة وما ينشأ عنها من علاقات وتبادلات داخل المنظمة وخارجها والشكل التالي يوضح لنا مرتكزات مفهوم رأس المال الفكري:

الشكل رقم(01): مرتكزات مفهوم رأس المال الفكري



المصدر: عادل حرشوش المفرجي، أحمد علي صالح (2007)، رأس المال الفكري - طرق قياسه وأساليبه المحافظة عليه، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، بحوث ودراسات، القاهرة، ص14.

2- خصائص رأس المال الفكري

على المفهوم السابق يتميز رأس المال الفكري بمجموعة من الخصائص التي تزيد من أهميته وأهمية الأدوار التي يلعبها في المنظمة، والمتمثلة فيما يلي¹:

• **الخصائص التنظيمية لرأس المال الفكري:** يتميز رأس المال الفكري بمجموعة من الخصائص التنظيمية والمتمثلة في:

- يتوزع رأس المال الفكري في جميع المستويات الإدارية في المنظمة؛
- يبرز رأس المال الفكري أكثر في الهياكل الإدارية المرنة لأن ذلك يوفر مناخا مناسباً للتجديد والإبداع وإظهار المواهب والطاقات المتميزة، فضلا عن أن العلاقات الغير الرسمية تنمو أكثر فيها.

• **الخصائص المهنية لرأس المال الفكري:** تتمثل أهم الخصائص المهنية لرأس المال الفكري فيما يلي:

- يتميز رأس المال الفكري بالمهارة المهنية النادرة والخبرة العالية؛
 - يتميز بالقدرة على التعلم التنظيمي والتدريب الإثرائي والتعلم الذاتي المستمر؛
 - يتميز بتراكم الخبرة لديه خلال عدة سنوات ما يجعله في النهاية يتسم بالجودة العالية.
- **الخصائص الشخصية والسلوكية لرأس المال الفكري:** تتمثل الخصائص الشخصية والسلوكية لرأس المال الفكري فيما يلي:

- المبادرة في تقديم الأفكار والمقترحات الجديدة والمساهمة في حل المشكلات؛
- القدرة على القيام بالممارسات الاشرافية والتعليمية بشكل مستمر؛
- القدرة على الفصل والحسم في اتخاذ القرارات (الروح القيادية)؛
- الذكاء والقدرة على التخمين والميل إلى الاستفادة من خبرة الآخرين؛
- الاستقلالية في الفكر والعمل.

¹- عادل حرشوش المفرجي، أحمد علي صالح: رأس المال الفكري - طرق قياسه وأساليبه المحافظة عليه، مرجع سبق ذكره، ص ص: 27، 28.

ثالثاً: تمييز رأس المال الفكري عن رأس المال المادي

إن الطبيعة اللامادية لرأس المال الفكري تجعله يتميز بعدة خصائص تفصل بينه وبين رأس المال المادي، كما هي ملخصة في الجدول التالي.

الجدول (02): الفروق بين رأس المال المادي ورأس المال الفكري

البيان	رأس المال المادي	رأس المال الفكري
الميزة الأساسية	مادي ملموس	غير ملموس
موقع التواجد	ضمن البيئة الداخلية للمؤسسة	في عقول الأفراد
النماذج الممثلة	المعدات الآلات المباني	أفكار العاملين ذو الخبرات والمعارف
القيمة	متناقصة بالاندثار	متزايدة بالابتكار
نمط تكوين الثروة	بالاستخدام المادي	بالابتكار
المستخدمون له	العمل الفصلي	المعرفي العمل
الزمن	له عمر إنتاجي وتناقص بالطاقة	له عمر مع تزايد القدرات الإبداعية
الواقع التشغيلي	يتوقف عند حدوث المشاكل	يبدأ عند حدوث المشاكل
الوظيفة	يعبر عن إحداث	يعبر عن عمليات
الزمن	يرتكز على الماضي	يرتكز على المستقبل
المحتوى	هو تكلفة	هو قيمة
الطبيعة	نقدي	غير مالي
الديمومة	وقتي	دائم
الاستعمال	ينقص ويستهلك	يزيد بالاستعمال
تشكيلات القيمة	يرتبط بسلسلة القيمة	يرتبط بشبكات القيمة
النوعية/الكمية	كمي	نوعي

المصدر: عبد الستار حسين يوسف: دراسة وتقييم رأس المال الفكري في شركات الأعمال، بحوث مؤتمر اقتصاد المعرفة والتنمية الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة الزيتونة عمان 27-29 أبريل 2005.

فمن خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن رأس المال الفكري يختلف جذريا عن رأس المال المادي وذلك من حيث كون أن خصائصه تتبع من صفته اللامادية، كما أنه يتميز بخصائص جوهرية تجعل أهميته تزداد في المنظمات والمؤسسات الحديثة وخاصة فيما يتعلق بكونه يرتكز على المستقبل وكونه يزيد بالاستعمال إضافة إلى أنه مبني على نشاط الإبداع والابتكار والعمل المعرفي ويظهر في شكل عمليات نوعية، عكس رأس المال المادي الذي تحكمه خاصية المادية ما يجعله قابلا للاندثار، إضافة إلى الجمود الذي يزداد فيه عند ظهور المشكلات وكونه يحتاج دوما إلى من يحركه، فانطلاقا من هذه الفوارق تظهر لنا أهمية رأس المال الفكري وأسباب زيادة تركيز الدول المتقدمة والمنظمات الحديثة على الاستثمار فيه وتنميته.

المطلب الثالث: أهمية وأدوار رأس المال الفكري

تتبنى أهمية رأس المال الفكري من خلال الأدوار التي يلعبها على مستوى الاقتصاد والمنظمات وبما يقدمه من مساهمات على المستوى الاستراتيجي والإداري:

أولاً: أهمية رأس المال الفكري

أصبح رأس المال الفكري رهانا حقيقيا للمنظمات الحديثة حيث بات يمثل أهم العناصر التي تتعقد عليها رؤية واستراتيجية المنظمة خاصة بالنظر إلى أهمية المجالات التي يغطيها، والملاحظ أن نوعية الأصول الفكرية تؤثر مباشرة على الميادين التي يمكن للمنظمة أن تحسن قدراتها على التميز والبقاء والحفاظ على موقعها ضمن بيئة النشاط، كما أن الأصول الفكرية التي يقوم عليها رأس المال الفكري لها علاقة وطيدة بعمليات الإبداع والابتكار سواء تعلقت بما هو قائم أو بتحسين ما هو موجود أو بإبداع عناصر جديدة ضمن المجالات الإدارية والتسويقية والتكنولوجية، بالإضافة إلى حفظ حقوق المنظمة ضمن مجال براءات الاختراع والحفاظ على حقوق الملكية الفكرية، فرأس المال الفكري يجعل المنظمات في حركة دائمة ومسايرة للمستقبل، كما يجعل المنظمة في موقع الأسبقية كونها تقوم على مفهوم التنمية الداخلية التي تضمن لها قوة أجزائها، وتزيد من قوة وصلابة هيكلها الداخلي في امتصاص التهديدات التي تفرضها البيئة الخارجية، كما أنه يجعل الهيكل الخارجي للمنظمة قادرا على اكتشاف الفرص وصد التهديدات التي قد تواجه المنظمة.

وقد لوحظ ابتداء من 1970 تزايد أهمية الأصول اللامادية في خلق القيمة المضافة على حساب أصول رأس المال المادي¹، حيث أصبحت المراحل التي توظف أصول رأس المال الفكري أكثر أهمية في خلق القيمة المضافة (والتي يعبر عنها محاسبيا بالقيمة التي تترجم عن الفارق بين قيمة مدخلات عملية الإنتاج وقيمة المخرجات الناتجة عنها)، مقابل تدني أهمية المراحل القائمة على الأصول المادية في خلق القيمة، وعليه فقد تعاضمت أدوار عمليات البحث والتطوير للتصاميم والتي أخذت منحا مضطرد في العصر الحالي وذلك من حيث الميزانيات المسخرة لها أو الأطر العمالياتية والتنظيمية التي تحكمها، كما أن عمليات التوسيم بخدمات ما بعد البيع قد زادت أهميتها لدرجة أنها أصبحت محط المنافسة الحقيقية بين المؤسسات وخلق الفوارق التنافسية بين منتجات المؤسسات خاصة في ظل سيادة مفهوم مناجمنت العمليات والذي يتجاوز مفهوم إدارة الإنتاج إلى استهداف الزبون وخدمته.

وبناء على ما تقدم يمكن حصر أهمية رأس المال الفكري في النقاط التالية²:

1- أضحي يمثل ميزة المرحلة الاقتصادية: كما تم الإشارة إليه سابقا أن الاقتصاديات الحديثة انتقلت من مرحلة الاقتصاد المادي القائم على رؤوس الأموال الثابتة والنقدية إلى مرحلة الاقتصاد اللامادي الذي تلعب فيه الخدمات والمعرفة وما يتعلق بهما دورا جوهريا في تركيبية الاقتصاد الحديث، حيث تمكن المنظمة

¹ - التقرير العالمي للملكية الفكرية 2017، رأس المال غير الملموس في سلاسل القيمة العالمية، المنظمة العالمية للملكية الفكرية، 2017، ص 10، متاح على الموقع التالي: <https://www.wipo.int/publications/ar/details.jsp?id=4225&plang=AR>

² - سعد على العنزري، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، مرجع سبق ذكره، ص ص: 152-156.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

من الاندماج في منظومة الاقتصاد اللامادي على اعتباره يمثل ضرورة المرحلة من خلال جعل المنظمة قادرة على إنجاز ما يلي:

- عملية الاستثمار في العقول المتوفرة بالمؤسسات من شأنه أن يحولها إلى منظمة ذكية تساهم في توفير بيئة أكثر مهنية وتطورا تعتمد على التكنولوجيا ضمن نظام قيمي يعتمد على الشفافية؛
 - يعتبر رأس المال الحقيقي للمؤسسة كون أن المعرفة الحقيقية والمعلومات الصحيحة والدقيقة تعطي المنظمة القدرة على النمو والاستثمار والتنافس؛
 - الاهتمام برأس المال الفكري من شأنه أن يجعل المنظمة تدعم تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع ويجعلها مهمة ضمن منظومة الاقتصاد المحلي؛
 - الاهتمام برأس المال الفكري يسمح بإدخال التعديلات الجوهرية ويدعم المنظمة بالابتكارات والتجديدات في الممارسات الاشرافية الأمر الذي ينعكس إيجابا على موقعها بالإضافة إلى دعم قوة الاقتصاد.
- والشكل التالي يوضح لنا أهم مميزات الاقتصاديات الحديثة وأهمية رأس المال الفكري بما يتضمنه من عناصر غير ملموسة في ظهور النموذج الاقتصادي الحديث.

الجدول رقم(03): مميزات الاقتصاد الجديد وموقع رأس المال الفكري فيه

عوامل الأداء الاقتصادي	الاقتصاد التقليدي	الاقتصاد الجديد
خلق القيمة	أدوات رأس المال الثابت والنقدي، المواد الخام، الطاقة، قوة العمل، الأصول التقليدية مع التركيز على النمو الحسابي.	المعرفة، التكنولوجيا، إدارة رأس المال الفكري وقدرات تنمية الأفكار، الابتكار، والإبداع.
الميزة التنافسية	الاختراع، استثمار رؤوس الأموال، منافسة الصناعة.	الأفكار، الابتكار، الإبداع.
روح الاقتصاد	المنافسة والتفوق.	التحالف والتعاون.

Source: Lindsay Moore, Lesley Craig: Intellectual Capital in Enterprise Success, Strategy Revisited; John Wiley & Sons, Inc Hoboken, New Jersey, 2008, p28.

2- يمثل رأس المال الفكري أداة تنافسية: أشار ستيوارت إلى أن إدارة رأس المال الفكري من شأنها أن تؤدي إلى التحكم في التكاليف وإدارة رأس المال المادي بطريقة أكثر عقلانية وأكثر رشادة من خلال ابتكار وتحديد الطرق المثلى لهذه العملية وهو ما ينعكس إيجابا على أداء المنظمة من حيث الكفاءة والفعالية، كما أن رأس المال الفكري يفتح مجالات أخرى تزيد من المقدرة التنافسية للمؤسسة، فضلا عن أن تسجيل براءات الاختراع وحقوق الملكية باسم المنظمة من شأنه أن يحفظ الموقع التنافسي للمنظمة فرأس المال الفكري وباعتباره سلاح تنافسي يمكن أن يدعم المنظمة من النواحي التالية:

- سرعة الاستجابة للتغيرات الفجائية والسريعة في البيئة التنافسية؛
- تكون المنظمة أكثر قدرة على مواجهة وإدارة الأزمات؛
- سرعة استجابة المنظمة للتغيير التنظيمي؛

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

- دعم شهرة وسمعة المنظمة، من خلال تقديم منتجات جديدة مع مستويات جودة عالية وبأسعار معقولة؛
- تطوير وتنمية وتحسين أداء ومعارف ومهارات العاملين في المنظمة؛
- إن كون رأس المال الفكري غير قابل للتقليد يسمح للمنظمة بالحفاظ على مركزها التنافسي.

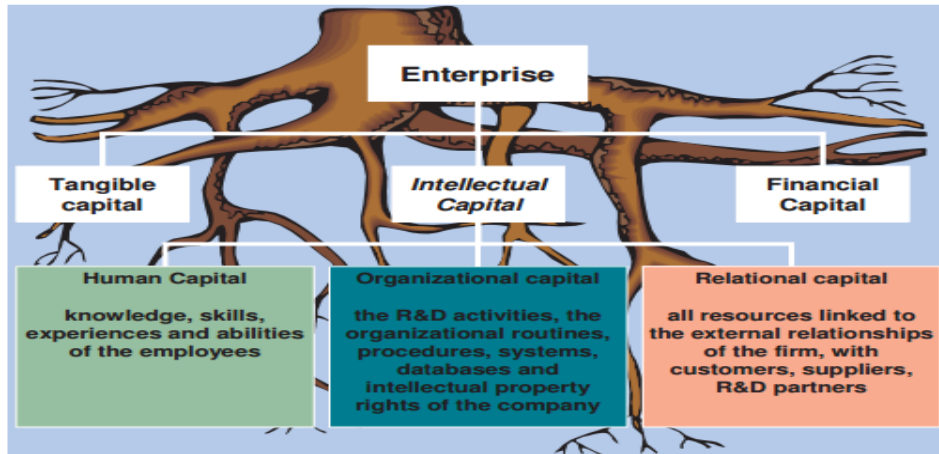
3- القيمة الرفيعة لرأس المال الفكري: يتميز رأس المال الفكري بالندرة أكثر من رأس المال المادي لدى فهو محط المنافسة في المنظمات والاقتصاديات الحديثة، كما أنه يعد العامل الأول لنجاح المنظمة والاقتصاد على حد سواء، وعليه أصبح بناء رأس المال الفكري يمثل أهم اهتمامات الدول التي ترغب في احتلال مكانتها ضمن الأمم من خلال التركيز على تقييم عنصرها البشري ومن ثم بناء ووضع المناهج الدراسية التي تنمي قدراته ثم العمل على استثمار الكفاءات والحفاظ عليها والحرص على تحقيق مفهوم التعلم مدى الحياة.

4- يمكن المنظمة من الوصول إلى مفهوم المنظمة الذكية: تتميز المنظمات الذكية بأنها منظمة تولي اهتماما كبيرا لاستثمار في العقول كما أنها توظف وتستثمر في تكنولوجيا المعلومات فضلا عن أنها تعمل على توفير نظام قيمى راق يقوم على الشفافية والإفصاح المعلوماتي وحسب نموذج منظمة skandia يعبر عن المنظمة الذكية وفق النموذج التالي:

المنظمة الذكية = رأس المال الفكري + تكنولوجيا المعلومات + القيم

وعليه يكون رأس المال الفكري أحد مقومات بناء المنظمة الذكية خاصة إذا تكامل دوره مع تكنولوجيا الإعلام والاتصال وتوفر النظام القيمي لتفاعل هذه العناصر مع بعضها البعض، كما أنه يعبر عن الإدراك والوعي الذي يمزج بين عناصر رأس المال المادي وعناصر رأس المال المالي كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم(02): رأس المال الفكري خطة طريق المؤسسة



source: European Commission 2006: encourage corporate measuring and reporting on research and other forms of intellectual capital, directorate general for research support for the coherent development of policies specific program: integrating and strengthening the European research area, p17.

5- يعبر عن جدوى الاستثمار ويتميز بعوائد عالية: في ظل مرحلة الاقتصاد القائم على المعرفة أصبحت هذه الأخيرة تعد سلعة مربحة، كما أصبح مجال الاستثمار في رأس المال الفكري أحد ميادين الاستثمار الناجح سواء كان ذلك من أجل تطوير الإمكانيات الفكرية الداخلية للمنظمة أو من أجل إنتاج المعرفة باعتبارها سلعة تحقق للمنظمة أرباحاً، فعلى سبيل المثال حققت شركة IBM عوائد تجاوزت بليون دولار من براءات الاختراع التي أنشأتها سنة 2000، كما حققت شركة (مكيرو سيستمز) لإنتاج الحواسيب ما يزيد عن 6 مليار دولار بواسطة من ستة إلى ثمان موظفين فقط يمثلون رأس مالها الفكري.

ثانياً: أدوار رأس المال الفكري

تتبع أهمية رأس المال الفكري من أهمية الأدوار التي يلعبها سواء في نجاح المنظمة أو في نجاح الاقتصاد ككل، وقد حدد هارسون وسليمان هذه الأدوار في الآتي¹:

1- **الأدوار الدفاعية:** إن الاهتمام برأس المال الفكري يحمي منتجات وخدمات المنظمة من التقليد أو الاستحواذ على علاماتها أو خصائصها، وذلك لأن رأس المال الفكري يدعم عملية التطوير والتحسين المستمر لهذه المنتجات، كما أن الاهتمام به يدعم عملية تصميم وتطوير منتجات جديدة تمكن المنظمة في النهاية من حماية حصتها السوقية وموقعها التنافسي، فضلاً عن أنه يمكن من تقييد الحقوق المختلفة للمؤسسة لدى الهيئات المحلية والدولية الأمر الذي من شأنه أن يحفظ حقوقها (ابتكارات، حقوق الملكية الفكرية، طرق... الخ) بالإضافة إلى أنه يمكن من تحقيق الأمن الداخلي للمنظمة من خلال تنمية قدرتها على بناء أنظمة أمنية داخلية تحافظ على الهيكل الداخلي للمنظمة وتمنع تعرضه للاختراق.

2- **الأدوار الهجومية:** إن الاهتمام برأس المال الفكري من شأنه أن ينقل المؤسسة من موقع الدفاع إلى موقع الهجوم من خلال جعلها قادرة على تحقيق ما يلي:

• **توليد عوائد جديدة للمنظمة:** إن قوة المركز المالي للمنظمة يعد أهم أسباب بقائها وقدرتها على الاستمرار خاصة إذا تدعم هذا المركز بمصادر جديدة من العوائد، وعلى اعتبار أن رأس المال الفكري للمنظمة يمكن من توليد مجموعة من العوائد والمتمثلة في:

- عوائد المنتجات والخدمات الناجمة عن إبداعات رأس المال الفكري.

- عوائد الملكية الفكرية والموجودات الفكرية والمعرفة في المنظمة.

وهو ما يدعم المركز المالي للمنظمة ويجعلها قادرة على المقاومة وتحمل تكاليف المواجهة في السوق حتى وإن كان ذلك قد يكبد المنظمة خسائر ضمن مجال زمني محدد من أجل إضعاف القدرة التنافسية لدى منافسيها.

• **خلق مقاييس للأسواق الجديدة والخدمات والمنتجات الجديدة:** فالمنظمة ضمن مقاربة تطوير رأس مالها الفكري تصبح قادرة على التأثير على الميكانزمات التي تحكم السوق، وذلك من حيث نوعية المنتجات والخدمات

¹ - سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، مرجع سبق ذكره، ص 157. وعمر أحمد همشري، إدارة المعرفة الطريق إلى التميز والريادة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص ص: 257، 258.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

المطلوبة وما يرتبط بها من خصائص، إضافة إلى آليات تحديد التكلفة والسعر وإمكانيات الإحلال والتبادل بين المنتجات ما ينعكس إيجابا على الاستراتيجيات التنافسية للمنظمة.

- **تهيئة المنافذ لاختراق تكنولوجيا المنافسين:** بما أن رأس المال الفكري يتعلق في جانبه الأكبر بعملية الإبداع والابتكار وخاصة في المجال التكنولوجي فإنه من البديهي أن يمكن المنظمة من تطوير تكنولوجياتها المستخدمة بشكل يجعلها أكثر كفاءة وفعالية وذلك من خلال الاستخبار عن تكنولوجيا المنافسين والافتتاء بعد التعرف على المصدر، أو التطوير والابتكار التكنولوجي الذاتي أو بالشراكة أو عن طريق عقود المناولة.
- **تحديد آليات النفاذ إلى الأسواق:** إن رأس المال الفكري للمنظمة يحدد ويبني استراتيجيات المنظمة كما أنه يعتبر محددًا جوهريًا للاستراتيجية التنافسية للمؤسسة، فامتلاك المؤسسة لعقول خلاقة من شأنه أن يدعم عملية الإبداع والابتكار في المنظمة ضمن مجالات تطوير المنتجات أو تطوير التكنولوجيا أو تطوير أدوات العمل الإداري أو تطوير أدوات التسويق وهو ما يمكن المؤسسة من بناء آليات جديدة لاختراق الأسواق، فرأس المال الفكري هو أداة استراتيجية في يد المنظمة تمكن من بناء وتحديد آليات النفاذ إلى الأسواق سواء كانت جديدة أو قديمة.

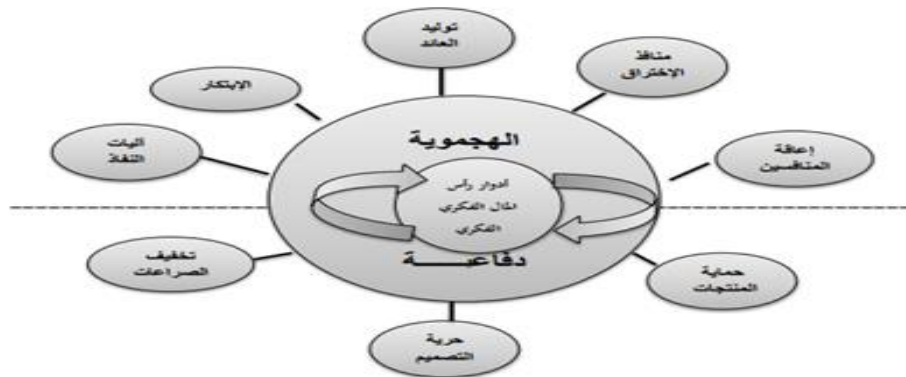
- **صياغة استراتيجية إعاقه دخول المنافسين الجدد:** تعمل الآليات التي يوفرها رأس المال الفكري على جعل المؤسسة أكثر تحكما في ثلاثية التكلفة والسعر وتحقيق رضا العميل وهو ما يمكنها من الحفاظ على حصتها السوقية والتأثير على المنافسين الجدد وإعاقه دخولهم إلى السوق.

وهنا نشير إلى أن أدوار رأس المال الفكري تبقى قابلة للتحويل من الأدوار الدفاعية إلى الأدوار الهجومية أو من الأدوار الهجومية إلى الأدوار الدفاعية تبعا لاستقرار بيئة الأعمال التي تنشط فيها المنظمة، هذا على المستوى الخارجي أما على المستوى الداخلي للمنظمة فيتوقف هذا التحول على النقاط التالية:

- الأهداف التي ترغب المنظمة في تحقيقها بواسطة رأس المال الفكري؛
- درجة تكامل أنشطة رأس المال الفكري مع استراتيجية المنظمة؛
- طريقة إدارة رأس المال الفكري مركزية أو لامركزية؛

ويمكن تلخيص أدوار رأس المال الفكري على النحو المبين في الشكل الموالي:

الشكل رقم(03): أدوار رأس المال الفكري



المصدر: سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، دار اليازوري،

الأردن، 2008، ص178.

المطلب الرابع: علاقة رأس المال الفكري بالمدخل الإدارية المعاصرة

إن الأهمية الكبيرة التي يتميز بها رأس المال الفكري تجعله على علاقة وطيدة بجميع المدخل الإدارية المعاصرة كإدارة المعرفة، الهندسة الإدارية، الإدارة الاستراتيجية.

أولاً: علاقة رأس المال الفكري بإدارة المعرفة

يعبر رأس المال الفكري عن مجموع الأفراد ذوي الكفاءات والمهارات القدرات الفكرية النادرة والتي تعكس جانب المعرفة لديهم، هذه الأخيرة التي يتم التحكم فيها من خلال وظيفة إدارة المعرفة والتي تضم عمليات توجيه تنظيم تنسيق ومراقبة الأنظمة المسؤولة عن خلق وتشكيل وتوزيع المعرفة داخل المنظمة، وعليه تعتبر إدارة المعرفة نتيجة طبيعية لاهتمام برأس المال الفكري في المنظمة أي أن إدارة المعرفة هي عملية تهدف إلى تنشيط رأس المال الفكري لدى المؤسسة واستخراج المعرفة منه ومن ثم العمل على استخدامها في خلق القيمة على نحو أهداف المنظمة.

وقد بدأ الاهتمام بإدارة المعرفة خلال منتصف التسعينيات حيث أكد عليها الكاتب **Koenig** سنة 1999، الذي أشار إلى أن عملية إدارة المعرفة هي الوظيفة المسؤولة عن التحكم والتنظيم والتوجيه لرأس المال الفكري في المنظمات¹، ويمكن حصر أهم العلاقات التي تربط بين رأس المال الفكري وإدارة المعرفة فيما يلي²:

- يقوم كل من رأس المال الفكري وإدارة المعرفة على إدارة عقول الموارد البشرية النادرة ذات المهارات العالية التي تحتاج إلى الإدارة قصد تمكين الأفراد الأكفاء وتحقيق العناية الضرورية بهم، ومن وراء ذلك إدارة المعرفة التي يمكن اعتبارها عصاره رأس المال الفكري (الموارد البشرية النادرة).
- تعمل إدارة المعرفة على بناء طريقة منظمة ضمن سياق عملياتي متجانس يقوم على سلسلة من الأنشطة التي تهدف إلى تحقيق الاستثمار الأمثل في رأس مال الفكري للمنظمة، وبالمقابل تبقى عمليات إدارة رأس مال الفكري من مسؤوليات المنظمة.
- أصبح الحصول على المعرفة ومن ورائها العقول المنتجة لها (رأس المال الفكري) محط المنافسة سواء بين الاقتصاديات الحديثة أو بين المنظمات وخاصة الكبيرة والمتوسطة منها، وذلك ضمن المستويات المحلية والدولية ففوة المعرفة لدى التنظيمات والدول تتوقف على مدى قدرتها على استقطاب رأس المال الفكري مهما كانت جنسياته.
- تهتم إدارة رأس المال الفكري بإدارة العقول ومنتجاتها الفكرية من خلال العمل على تنشيطها وتمكينها والحفاظ عليها واستخراج القيمة، في حين تسعى إدارة المعرفة إلى نشر وتوزيع المعرفة المنبثقة من رأس المال الفكري.

¹ - عادل حرحوش المفرجي: رأس المال الفكري طرق قياسه وأساليبه المحافظة عليه، مرجع سبق ذكره، ص 58.

² - محيا بن خلف عيد المطيري: إدارة رأس المال الفكري وتنميته بالتعليم الجامعي في ضوء التحولات المعاصرة، أطروحة دكتوراه، جامعة أم القرى

المملكة العربية السعودية، 2007، ص 141.

- ينصب اهتمام إدارة رأس المال الفكري على الموارد الإنسانية المنتجة للمعارف، في حين ينصب اهتمام إدارة المعرفة على الأنظمة المحيطة بالموارد الإنسانية. كما أن إدارة المعرفة تنظم عمليات بيع أو تطبيق وتنفيذ براءات الاختراع التي تعد أحد مخرجات رأس المال الفكري، وبذلك ستحقق المؤسسات أرباحا كبيرة جراء ذلك.

ثانيا: علاقة رأس المال الفكري بالهندسة الإدارية

تعتبر الهندسة الإدارية أو ما يعبر عنه بمصطلح الهندرة أو إعادة هندسة الأعمال مدخلا إداريا جديدا في الفكر الإداري المعاصر والذي يعنى بكيفيات تحقيق تغيير وتطوير إيجابي في العناصر التالية:

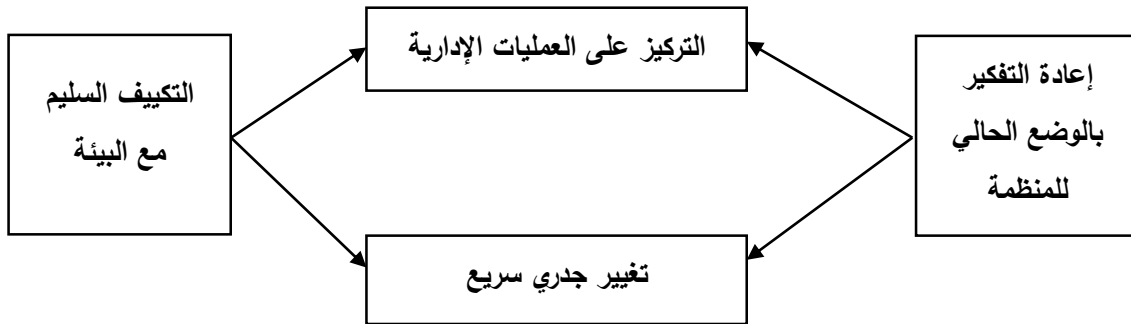
- خطوط السلطة وحدود المسؤولية؛

- طرق الاتصال، وأساليب وإجراءات العمل.

بالإضافة إلى عناصر أخرى تتعلق بفعالية المنظمة، فالهندسة الإدارية تهتم بكيفية الانتقال من الأساليب القديمة في العمل إلى أساليب أكثر حداثة من خلال إعادة هندسة العمليات الإدارية، وهو ما يؤدي إلى إعادة تأهيل المنظمة وتكيفها مع شروط النجاح الجديدة لبيئة العمل.

وقد ظهر مدخل إعادة الهندسة الإدارية في سنة 1993 على يد الباحثين **M.Hammer & H.kleim** واللذان عرفا إعادة الهندسة الإدارية على أنها البدء من جديد وليس إجراء تصحيح وترميم للوضع القائم الأمر الذي يترك البنى التحتية للمنظمة كما كانت عليه سابقا. فالمقصود بإعادة الهندسة التصميم السريع والجدري للعمليات الإدارية الاستراتيجية التي تحقق القيمة المضافة إلى جانب إيجاد السياسات والبنى التنظيمية المساندة لها بهدف تعظيم تدفقات العمل وزيادة الإنتاجية في المنظمة¹.

الشكل رقم (04): مضامين إعادة الهندسة الإدارية



المصدر: سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، دار اليازوري، الأردن، 2008، ص 409

فمن خلال الشكل أعلاه يمكننا حصر أهم البنود المتعلقة بإعادة الهندسة والمتمثلة في النقاط التالية:

- تقوم الهندرة على إعادة وضع نموذج جيد ينطلق من الصفر في إعادة هندسة العمليات الإدارية؛
- تركز الهندرة على إعادة بناء العمليات الإدارية في الإطار الذي يؤدي إلى تلبية حاجات العملاء؛
- تختلف الهندرة عن أساليب التطوير الإداري الأخرى كونها تبدأ من الصفر؛

¹ - مصطفى يوسف الكافي، الإصلاح: والتطوير الإداري بين النظرية والتطبيق، دار رسلان للطباعة والنشر، سوريا، 2018، الصفحات: 140-142.

- تعمل الهندرة على وضع فرضيات جديدة غير التي قامت عليها المنظمة؛
 - تعمل على تخصيص وتحقيق الاستغلال الأمثل للكفاءات والإمكانات المتاحة؛
 - تعمل على تحفيز الأفراد وتدعم مشاركتهم الفعالة في اتخاذ القرارات؛
 - تقوم على مفهوم الإبداع والابتكار، كما تركز على التوظيف الذكي لتكنولوجيا المعلومات.
- انطلاقاً من هذه الأهداف تظهر لنا علاقة عملية إعادة الهندسة برأس المال الفكري حيث أن عملية إعادة الهندسة تنطلق من الصفر وتهدف إلى إعادة بناء هيكل جديد للعمليات في المنظمة مع تحقيق توائم بين أساليب الإدارة والتنظيم للمنظمة مع المتغيرات البيئية، وهذه الأمور تتوقف على التجديد الذي يتطلب منظومة جديدة تقوم على الإبداع والابتكار أو ما يسمى بالتفكير الابتكاري والذي لا يتوفر إلا عند الأشخاص ذوي المهارات العالية (رأس المال الفكري) ، تعمل مجتمعة على الرفع من الكفاءة التنظيمية والإدارية للمنظمة وتجعلها أكثر اندماجاً مع بيئة نشاط المنظمة¹.

ثالثاً: علاقة رأس المال الفكري بالإدارة الاستراتيجية

يعد رأس المال الفكري سلاحاً استراتيجياً في يد المنظمة حيث يوجد ارتباط وثيق بين رأس المال الفكري والتفكير الاستراتيجي في المنظمة، هذا الأخير الذي يهدف إلى تحليل الفرص والتهديدات وتحديد نقاط القوة والضعف في المنظمة الأمر الذي يبين الموقع التنافسي الحالي للمنظمة في بيئة النشاط ومن ثم يعمل التفكير الاستراتيجي على رسم مستقبلها وموقعها المرتقب خلال الفترة اللاحقة².

والتفكير الاستراتيجي يعد نشاطاً خاصاً في المنظمة من صلاحيات الأفراد ذوي الكفاءات العالية والنادرة اللذين ينتمون إلى فئة رأس المال البشري الذي يعد أحد فروع رأس المال الفكري، كما أن عمليات التفكير الاستراتيجي في حد ذاتها هي عمليات معقدة تقوم على جمع وتحليل البيانات والمعلومات والتنبؤ بالمستقبل والتي تعد هي الأخرى جزءاً من رأس المال الفكري للمنظمة³.

من جهة أخرى يعد رأس المال الفكري للمنظمة من بين أهم أولويات وأهداف الإدارة الاستراتيجية حيث تعمل الإدارة الاستراتيجية على العمل على تقييم واستقطاب ودعم رأس المال الفكري في المنظمة، في الإطار الذي يعمل على بنائه والحفاظ عليه ثم توظيفه وتوجيهه على نحو يؤدي إلى خلق القيمة في المنظمة ويمكنها من تفعيل دور الاستراتيجيات التسويقية والتنافسية التي تضمن للمنظمة تموضعها في بيئة النشاط والحفاظ على عملاتها، من خلال التأثير على المنافسين الحاليين والجدد وكسب الميزة التنافسية التي تخلق الفارق بين أداء المنظمة وأداء المنظمات الأخرى⁴.

¹ - لويزة فرحاتي: دور رأس المال الفكري في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية في ظل اقتصاد المعرفة دراسة حالة شركة الإسمنت عين التوتة - باتنة، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير، تخصص الموارد البشرية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2015/2016، ص 83.

² - جواد ناظم، إسماعيل ندى: تحليل رأس المال الفكري كأداة استراتيجية، الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة الكوفة، المجلد 2، 2009، ص: 148.

³ - ياسين بوعبدلي، قويدر بورقية: علاقة رأس المال الفكري بالتحديات الإدارية المعاصرة وتأثيره على قدرات المنظمة، مجلة دفتار اقتصادية، المجلد 1، العدد 1، 2018، جامعة الجلفة، ص 169.

⁴ - جواد ناظم، إسماعيل ندى: المرجع نفسه، ص ص: 147، 146.

المبحث الثاني: قياس وتصنيف رأس المال الفكري

تعتبر عملية القياس في ميدان العلوم الاجتماعية من أصعب العمليات خاصة إذا كانت متعلقة بالعناصر غير الملموسة التي لا يمكن تقييمها بالوحدة النقدية، وعلى اعتبار أن رأس المال الفكري هو من بين أهم الأصول التي تخلق القيمة في المنظمة فقد اهتم العديد من الباحثين بمحاولة وضع أطر قياسية كما حاولوا بناء نماذج لتصنيفه.

المطلب الأول: مفهوم وأهمية قياس رأس المال الفكري

تستلزم عملية إدارة رأس المال الفكري قياسه عملاً بالقاعدة التي تقول بأن ما لا يمكن قياسه لا يمكن إدارته. وفيما يلي سنحاول بيان مفهوم وأهميته قياس رأس المال الفكري.

أولاً: مفهوم قياس رأس المال الفكري

إن كون رأس مال الفكري غير ملموس يزيد من صعوبة قياس مساهمته في المنظمة والاقتصاد على حد سواء. وبالرغم من ذلك فقد حاول العديد من الباحثين قياس رأس المال الفكري وأصوله من خلال مجموعة من النماذج وعلى رأسهم **Bontis1994, Edvinsson & Milon 1997** الذين يعتبرون من السباقين في هذا المجال، والمنظمات القادرة على ابتكار واستخدام نماذج لقياس رأس المال الفكري هي المنظمات التي تستطيع إدارة المعرفة بشكل أفضل كما أنها تستطيع أن تكون لها الريادة والتفوق على المدى الطويل خاصة مع تزايد أهمية الأصول غير الملموسة في ظل منظومة اقتصاد المعرفة، وفي هذا الإطار حدد **SKYME** الدوافع الرئيسية لقياس الأصول الفكرية في النقاط التالية¹:

- قياس رأس المال الفكري يمكن المنظمة من زيادة التركيز على الأصول غير الملموسة وتوجيهها بشكل أفضل؛
- تبرير سياسة الاستثمار في أنشطة المعرفة من خلال التركيز على المنفعة التي تستطيع المنظمة تحصيلها منها؛
- تحديد أهمية مكونات رأس المال الفكري وتحديد العوائد المتوقعة من خلال الاستثمار فيها؛
- تحديد قيمة عناصر رأس المال الفكري القابلة للتداول كما أنها تعد وسيلة مهمة للرقابة على الأصول غير الملموسة؛
- تمكن من الكشف عن القيمة السوقية الحقيقية للمؤسسة؛
- تساعد نماذج قياس أصول رأس المال الفكري في دعم المزايا التنافسية من خلال دعم كفاءة وفعالية أداء المنظمة؛
- تقييم وقياس رأس المال الفكري يجعل تقارير المنظمة تعكس وضعها وأدائها الحقيقي ويجعلها ذات مصداقية أكثر؛

¹ - عبد الرحمن كساب عامر: رأس المال المعرفي، مرجع سبق ذكره، ص 80.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

- تعد طرق قياس رأس المال الفكري بمثابة آلية للتغذية العكسية من خلال ضمان تدفق المعلومات بين الرؤية الاستراتيجية والأنشطة الفردية والجماعية في المنظمة.
- وعليه فإن عملية قياس رأس المال الفكري تعد وسيلة جيدة من أجل الإدراك الجيد لعناصر ومكونات رأس المال الفكري، كما أنها تعتبر أداة مهمة في قياس العائد عن الاستثمار فيه، وتمكن من تسليط الرقابة على الأصول غير الملموسة في المنظمة.
- وتتمثل أهم الحالات التي تلجأ فيها المنظمات إلى قياس رأس المال الفكري فيما يلي:
 - **التقييم:** وخاصة في حالات بيع أو شراء المؤسسات أو دمجها مع بعضها البعض، فتقييم أصول المنظمة من رأس المال الفكري يعكس القيمة الحقيقية للمنظمة.
 - **المقارنة:** عند يكون ضروريا إجراء مقارنة من خلال المعايير النموذجية بين مختلف وحدات المؤسسات أو بين عدة مؤسسات حيث تكون أصول رأس المال الفكري إحدى أهم المعايير النموذجية لأجراء هذه المقارنة.
 - **تطوير المنظمة:** إن عملية قياس وتقييم رأس المال الفكري تحدد مجالات التدخل والتطوير في المنظمة.
 - **التقارير الخارجية:** فعملية قياس رأس المال الفكري توفر للمنظمة معلومات التقارير حول المنظمة وأدائها وهو ما يعطي منظورا شاملا عن المنظمة.

ثانيا: عوائق قياس رأس المال الفكري

- بالنظر إلى الطبيعة غير الملموسة لرأس المال الفكري وكون معظم عناصره تتميز بالتغير المستمر، ورغم الجهود التي بذلت في إبداع مقاييس ونماذج لقياس أصول رأس المال الفكري في المنظمات والاقتصاديات إلا أنها ضلت محدودة من حيث قدرتها في الوصول إلى الهدف الذي وجدت من أجله، حيث يرجع ذلك إلى مجموعة من الصعوبات والمتمثلة فيما يلي¹:
- آليات قياس رأس المال الفكري لا تتعلق بالتقييم الرقمي كحساب عدد الأفراد أو عدد الأجهزة أو عدد براءات الاختراع، وإنما تهدف إلى تقييم مدى مساهمة عناصر رأس المال الفكري في خلق القيمة التي تؤدي إلى رفع مستويات الأداء التنظيمي وتحقيق المزايا التنافسية.
 - قواعد المحاسبة تهتم بالقيمة النقدية التي تعبر عن الموجودات المادية أو بعض الموجودات التي تتميز بكثافة المعلومات كالبرامج وأنظمة المعلومات، والتي تتحمل تكاليف استثمارية كبيرة إلا أنها لا تعكس مساهمتها الفعلية في خلق القيمة في المنظمة.
 - تتميز بعض الموجودات غير الملموسة بصعوبة قياسها أو تسجيلها في القوائم المالية كالإبداع في المنظمة على سبيل المثال.

¹- Starovic, D, Marr, B: **Understanding Corporate value: managing and reporting intellectual capital**, chartered institute of management accountants (CIMA), 2003. p7.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

- عدم وجود أسواق محددة يتم فيها تداول أصول رأس المال الفكري مثل: مهارات العاملين، رضا الزبائن، الثقافة التنظيمية.
- الطبيعة الخاصة لأصول رأس المال الفكري حيث يوجد منها ما ترتفع قيمته بالاستخدام كالموارد البشرية ومنها ما تنخفض قيمته بالاستخدام كما هو حاصل في بعض أصول رأس المال الهيكلي.
- صعوبة المقارنة بين منظمة وأخرى من ناحية عناصر رأس المال الفكري حيث أن أهمية أصوله تختلف من منظمة إلى أخرى خاصة عند اختلاف مجالات النشاط أو القطاعات.
- عدم توفر بيانات يعتمد عليها في مجال رأس المال الفكري، ويرجع ذلك إلى أن هذه الأصول لا يتم تداولها أو بيعها بشكل علني أو رهنها.
- عدم وجود طريقة واحدة متفق عليها في قياس رأس المال الفكري تمكن من الحوكمة الجيدة للأصول غير الملموسة في المنظمات.
- عدم وجود اتفاق في اللغة الاصطلاحية للأصول رأس المال الفكري ومكوناتها والعلاقات بين مدخلاتها ومخرجاتها الأمر الذي لا يمكن من إجراء المقارنة فيما يتعلق بها بين المؤسسات.

المطلب الثاني: طرق قياس رأس المال الفكري

من أجل قياس رأس المال الفكري تم وضع مجموعة من الطرق التي تعتمد في مجموعها على نماذج تصنيف مكونات رأس المال الفكري، وتتمثل أهم نماذج قياس رأس المال الفكري فيما يلي:

أولاً: النماذج الوصفية

وهي نماذج تعتمد أسلوب استطلاع الآراء والاتجاهات والتقصي من خلال السمات والخصائص، والتي يمكن من خلالها وصف التأثيرات المباشرة لرأس المال الفكري على أداء العمليات ومدى مساهمة مكوناته في تحقيق نتائجها المرغوبة بالاعتماد على تقييم الخبرة الذاتية والتقدير الذاتي للقائمين بالدراسة، ويدخل ضمن النماذج الوصفية ما يأتي¹:

1- أداة تقييم معرفة الإدارة: تعتمد هذه الأداة على طريقة الاستبيان حيث يتضمن الاستبيان خمسة محاور أساسية هي: عمليات المعرفة، القيادة، الثقافة، التكنولوجيا، القياس في إدارة المعرفة، ويمكن من خلال هذه الأداة تقييم مدى أداء وإنتاجية العمل المعرفي في المنظمة بين مستويين المستوى الأعلى والذي يشير إلى المستوى الممتاز، والمستوى الأدنى والذي يشير إلى عدم وجود إدارة المعرفة.

2- التقييم الذاتي لإنتاجية مهني المعرفة: وهذا التقييم يقوم على توجيه أربعة أسئلة لمهني المعرفة ليحددوا هم بأنفسهم مدى إنتاجيتهم المعرفية ومستوياتها، وتتمثل هذه الأسئلة فيما يلي:

- هل قمت بقياس إنتاجيتك؟
- هل تعتبر نفسك منتجاً؟
- هل تتلقى تغذية عكسية عن إنتاجيتك؟

¹- نجم عبود نجم: إدارة الملموسات إدارة ما لا يقاس، دار البازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2010، ص222.

3- بطاقات الأداء المتوازن: يتم العمل من خلال هذه الأداة على ترجمة رسالة واستراتيجية المنظمة إلى مجموعة شاملة من المقاييس حيث يقاس أداء المنظمة بمؤشرات تغطي أربع مجالات أو منظورات رئيسية: هي المنظور المالي، منظور الزبون، منظور العمليات الداخلية، وأخيرا منظور التعلم. حيث يكون ذلك في إطار تقييم العناصر السابقة مع الأهداف الاستراتيجية للمنظمة.

ثانيا: النماذج المرتبطة برأس المال المعرفي والملكية الفكرية

ضمن هذه النماذج يتم العمل على قياس المكونات الأساسية لرأس المال الفكري المتمثلة في رأس المال البشري، رأس المال الهيكلي، رأس المال الزبوني، حيث يربط هذه المكونات تحويل المعرفة والأصول المعرفية غير الملموسة الموزعة في المنظمة إلى أشكال الملكية الفكرية أكثر تحديدا وأسهل استخداما في تحقيق نتائج أفضل في المنظمة، وتتمثل هذه المقاييس فيما يلي¹:

1- تحويل المعرفة إلى ملكية فكرية: وفق هذا النموذج يتم تحويل المعرفة والأصول المعرفية في المنظمة إلى رأس مال معرفي وملكية فكرية ضمن أحد المجالات التالية:

- تحويل المعرفة إلى ملكية فكرية ممثلة في الأشكال التالية: براءة الاختراع، الأسرار التجارية، حقوق التأليف.

- تحويل المعرفة إلى شبكات: حيث تعتبر الشبكة مصدرا مهما للوصول المتميز وفرصة تنتج مكسبا اقتصاديا متبادلا.

- تحويل الأفراد إلى مواهب من خلال تثمين الخبرات والقدرات العالية الأداء بالمقارنة مع المنافسين.

2- نموذج رأس المال المعرفي: خلال هذا النموذج يتم تقسيم رأس المال الفكري إلى ثلاث أقسام رئيسية هي: الهيكلي، البشري، الزبوني.

3- دليل المعلومات: يقدم هذا الدليل عدة مؤشرات تعتمد على الترابط بين التغيرات في المعلومات حيث يعتمد هذا الدليل في قياس ذلك على أربع معايير هي: رأس مال العلاقات، رأس مال البنية التحتية، رأس المال البشري، رأس المال الابتكاري.

4- طريقة تقييم الأصول الفكرية: تعتمد هذه الطريقة على تقييم عوائد الملكية الفكرية مما يجعل استعمال هذه الطريقة مرهونا بوجود مكونات الملكية الفكرية كما ونوعا.

5- نموذج سمسار التكنولوجيا: يعبر سمسار المعرفة عن الفرد أو الشركة أو العملية التي تساعد على عقد الصفقات أو تحقيق التفاعل بين الباحثين عن المعرفة (المشتركون) ومقدمي المعرفة (البائعين) وإنشاء أدوات ومجالات الربط بينها.

¹ - عبد الرحمن كساب عامر: رأس المال المعرفي، مرجع سبق ذكره، الصفحات: 87-89.

ثالثاً: مقاييس ونماذج القيمة السوقية:

تحسب هذه المقاييس على أساس الفرق بين القيمة الدفترية للأصول الفكرية للمنظمة وقيمتها السوقية، أو بين قيمة المنظمة في السوق وحقوق الملكية لحملة الأسهم وهذه المقاييس أكثر اعتماداً في المبادئ والأسس المالية والمحاسبية وفق العلاقة التالية¹:

القيمة السوقية للمنظمة = رأس المال المادي ((الأصول الثابتة مضافاً إليها الأصول المتداولة) + رأس المال المعرفي)

وتتمثل أهم مقاييس القيمة السوقية للمنظمة فيما يلي:

1- القيمة السوقية إلى القيمة الدفترية: يقوم هذا النموذج على احتساب الفرق بين قيمة الشركة السوقية وقيمتها الدفترية، والأساس في ذلك هو أن القيمة الحقيقية للشركة تشمل القيمة الناتجة عن الأصول المادية والقيمة الناتجة عن الأصول غير المادية لرأس المال الفكري.

2- القيمة السوقية المخصصة للمستثمر: تقوم هذه الطريقة على أخذ القيمة السوقية للمنظمة وتقسيمها إلى مكونات أساسية هي: رأس المال الملموس، رأس المال غير الملموس والميزة التنافسية المستدامة.

ثالثاً: مقاييس العائد على الأصول

وهذه المقاييس تقوم على أساس احتساب العائد من المعرفة بقسمة العوائد قبل الضريبة على الأصول الملموسة في المنظمة ومن ثم مقارنتها مع متوسط الصناعة، حيث أن الفرق يمكن أن يكون بمثابة عائد على المعرفة ويمكن تلخيص أهم مقاييس رأس المال الفكري وفق نماذج العائد على المعرفة على النحو التالي²:

- القيمة غير المحسوبة: وتقوم هذه الطريقة على احتساب العائد على الأصول المادية ليتم بعدها استخدام هذا الرقم كأساس من أجل تحديد نسبة العوائد التي تعزى للأصول غير الملموسة ويمكن استخدامه كذلك كمؤشر لربحية الاستثمارات في أصول المعرفة.

- مكاسب رأس المال الفكري: حيث أن مكاسب رأس المال تحسب كنسبة للمكاسب المعلنة على المكاسب المتوقعة من الأصول الدفترية.

- طريقة القيمة المضافة على المعرفة: تركز هذه الطريقة على وقت التعلم في العمليات الجوهرية، وتتشكل من سبعة خطوات هي:

- تحديد العملية الجوهرية وعملياتها الفرعية؛
- تكوين الوحدات المشتركة لقياس وقت التعلم؛
- احتساب وقت التعلم لتنفيذ كل عملية فرعية؛
- تحديد فترة المعاينة للحصول على عينة ممثلة للعملية الجوهرية؛
- ضرب وقت التعلم لكل عملية فرعية بعدد أوقات العمليات الفرعية؛

¹- صبرينة رباحي: المحاسبة عن رأس المال الفكري في ظل التوجهات المحاسبية المعاصرة، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، المجلد 6 العدد2، جامعة البليدة، ص183.

²- عبد الرحمن كساب عامر: رأس المال المعرفي، مرجع سبق ذكره، الصفحات:90-91.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

- تخصيص العوائد للعمليات الفرعية بالتناسب مع الكميات المتولدة بالخطوة السابقة واحتساب التكاليف لكل عملية؛

- احتساب العائد على المعرفة وتفسير النتائج.

المطلب الثالث: مؤشرات قياس رأس المال الفكري

تختلف مؤشرات قياس رأس المال الفكري باختلاف طبيعة مكوناته، فأرأس المال الفكري وكما تم تقريره سابقا يتكون من رأس المال البشري إضافة إلى رأس المال التنظيمي ورأس المال الزبوني، وبالرغم من أن هذه المكونات تشترك في خاصية غير الملموسة وخصائص أخرى إلا أنها تفتقر في خصائص أخرى فعلى سبيل المثال رأس المال البشري يتميز بخاصية الحياة، في حين أن رأس المال التنظيمي لا يتميز بهذه الخاصية، فضلا عن أن رأس المال الزبوني يطغى عليه طابع العلاقات، ومن هنا تختلف مؤشرات قياس مكونات رأس المال الفكري كما هو موضح في الجدول التالي¹:

الجدول رقم (04): مؤشرات قياس مكونات رأس المال الفكري

المكون	البعد	مؤشرات القياس
رأس المال البشري	كفاءات الأفراد	- التفكير الاستراتيجي
		- نوعية الأفراد
	إبداع الأفراد العاملين	- مدى الاهتمام بالأفراد المتميزين في المنظمة
		- القدرة على التعلم لدى الأفراد
سلوك ومواقف الأفراد	- كفاءة عمليات تدريب الأفراد	
	- متوسط عدد سنوات الخبرة للعاملين	
ثقافة المنظمة	ثقافة المنظمة	- قدرة الأفراد على المشاركة في صنع القرارات
		- القدرة الإبداعية للأفراد وعدد براءات الاختراع
		- الدخل المتأتي من أفكار الأفراد الأصلية
		- نسبة الحصص المعدة للتدريب والتطوير
		- التفاعل مع القيم المؤسسية
		- درجة الرضا عند الموظفين
		- معدل دوران الأفراد
		- متوسط سنوات الخدمة
		- طبيعة بناء ثقافة المنظمة
		- تطابق العاملين مع منظور المنظمة ورؤيتها المستقبلية
		- توضيح العلاقة بين السلطة والمسؤولية والمنفعة

رأس المال التنظيمي	- صلاحية نظام الرقابة بالمنظمة
التعلم التنظيمي	- بناء شبكة معلومات داخلية والاستفادة منها - بناء مخزون تعليمي للمنظمة واستخدام هذا المخزون
العمليات التشغيلية	- فترة العمليات التجارية - كفاءة العمليات التشغيلية - مستوى جودة المنتج
نظم المعلومات	- الدعم المتبادل والتنسيق بين العاملين - توفر المعلومات والبيانات ذات العلاقة بأنشطة المنظمة - عدد الحواسيب وتطبيقات تكنولوجيا الإعلام والاتصال
القدرات التسويقية للمنظمة	- المشاركة في المعرفة - بناء واستخدام قاعدة بيانات المستفيدين - القدرة على خدمة المستفيدين - القدرة على تحديد حاجات المستفيدين
رأس مال العلاقات	الحصة السوقية للمنظمة - الأسواق المحتملة ومستوى الأرباح المحققة - الوحدات المباعة إلى عدد المستفيدين - سمعة العلامة التجارية للمنظمة في السوق - بناء قنوات البيع والتوزيع
ولاء الأطراف ذوي العلاقة بالمنظمة	- رضا المستفيدين ومستوى شكاوى المستفيدين - حجم الاستثمار في بناء العلاقات مع المستفيدين - مدى كسب مستفيدين جدد ومستوى خسارة المستفيدين الحاليين - القدرات التسويقية الأساسية ومستوى جودة المنتجات

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المصادر التالية:

- عبد الله علي: قياس رأس المال الفكري، مجلة الاقتصاد والإحصاء التطبيقي، المجلد6، العدد الأول 2009، الجزائر، ص ص: 14، 15.
- عبد الرحمن كساب عامر (2014)، رأس المال المعرفي، دار كتاب للنشر والتوزيع، الأردن، ص ص: 95، 96.
- محمد الراشدي حامد هاشم: إدارة رأس المال الفكري بالمؤسسات التعليمية، دار طيبة الخضراء، الطبعة الأولى، 2017، السعودية، الصفحات: 77-79.

ونشير هنا إلى وجود مؤشرات أخرى يمكن الاعتماد عليها في قياس رأس المال الفكري في المنظمات، كما أن مؤشرات قياس رأس المال الفكري تختلف من منظمة إلى منظمة تبعاً لاختلاف طبيعة تكوينها واختلاف أهدافها ونشاطها واستراتيجياتها، فعلى سبيل المثال مؤسسات المعرفة تختلف فيها مكونات رأس مالها الفكري عن المؤسسات الصناعية، كما أن المؤسسات الخدمة تتزايد فيها أهمية العنصر البشري، كما أن أهمية مؤشرات القياس قد تختلف حسب طبيعة وأهداف عملية القياس نفسها.

المطلب الرابع: نماذج تصنيف رأس المال الفكري

بالنظر إلى حركية واتساع مفهوم رأس المال الفكري كونه يتعلق بالأصول غير الملموسة والتي تختلف أهميتها ونسب تكوينها، فقد وضعت عدة تصنيفات لرأس المال الفكري من طرف العديد من الباحثين والمنظمات، وتعتبر نماذج التصنيف مهمة لكونها تساعد الباحثين والمسيرين في بناء عملية قياس رأس المال الفكري، حيث يمكن اعتبارها مخططات توجيهية لعملية القياس.

أولاً: تصنيف الجمعية الأمريكية للتدريب والتطوير ASTD: قدمت الجمعية الأمريكية للتدريب والتطوير نموذجاً لتصنيف عناصر رأس المال الفكري يتكون من أربع مكونات أساسية هي¹:

• **رأس المال البشري:** يشير إلى مجموع المعارف والمهارات والكفاءات التي تتوفر لدى المورد البشري الفعال في المنظمة.

• **رأس المال الإبداعي:** يشير إلى ثلاثة عناصر رئيسية هي:

- قدرة المنظمة على الإبداع؛

- إنتاج منتجات جديدة؛

- تقديم خدمات جديدة.

• **رأس مال العمليات:** ويتكون من أربعة أجزاء هي كالآتي:

- عمليات المنظمة؛

- تقنيات المنظمة؛

- نظم المعلومات؛

- حجم الإنفاق الفني والإداري.

• **رأس مال الزبائن:** يشير إلى قوة ونوعية العلاقة التي تربط بين المنظمة وعملائها في النواحي التالية:

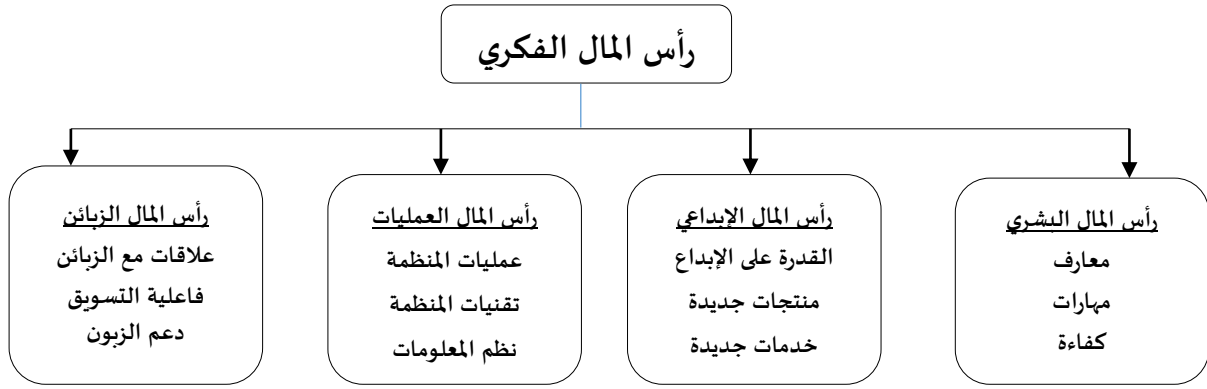
- قوة العلاقة مع الزبائن والتي تعبر عن ولاءهم للمنظمة؛

- مدى القدرة على الاستجابة لحاجات الزبائن؛

- مدى دعم الزبون للمنظمة.

¹ - أيمن سليمان أبو سويح: **العناصر والمكونات الأساسية لرأس المال الفكري - دراسة تحليلية**، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 23، العدد الأول، غزة، 2015، ص 348.

الشكل(05): نموذج الجمعية الأمريكية للتدريب والتطوير ASTD



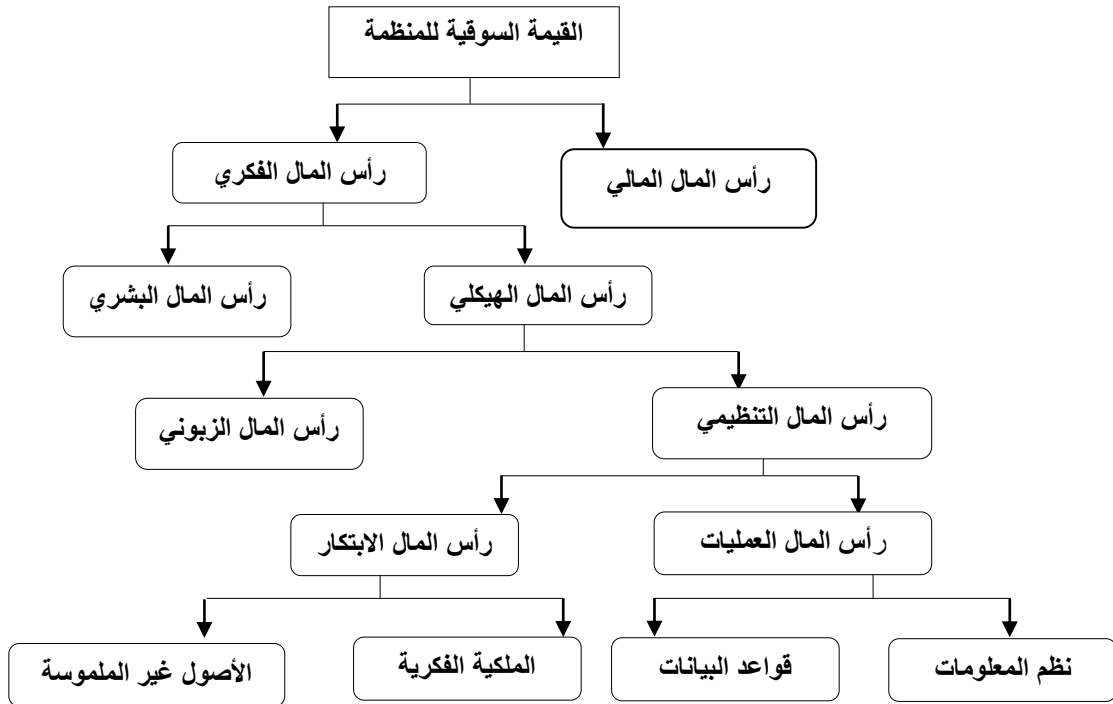
المصدر: عادل المبرجي، أحمد صالح: رأس المال الفكري طرق قياسه أساليب المحافظة عليه، القاهرة المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص 92.

ثانياً: تصنيف Skandia Navigator

وهو نموذج خاص بشركة التأمين السويدية قام بتطويره كل من Malon & Edvinson والذي تضمن خمس مجموعات أساسية، الأولى تتعلق بالجوانب المالية والأربعة الأخرى تتعلق برأس المال الفكري، وهي على النحو التالي¹:

رأس المال البشري، رأس المال الزبوني، رأس المال الابتكاري ورأس مال العمليات، والشكل التالي يلخص لنا ذلك:

الشكل رقم(06): نموذج skandia Navigator لتصنيف مكونات رأس المال الفكري



SOURCE: Ahmed Bounfour; Leif Edvinsson: Advance Praise for Intellectual Capital for Communities Nations, Regions, and Cities; Elsevier Butterworth–Heinemann. 2005.p117.

¹- Sandra Isabel Rodrigues Bailoa: Intellectual capital: The strategic resource of organizations; The Małopolska School of Economics in Tarnow Research Papers Collection, vol. 36, iss. 4, December 2017. p61.

ثالثا: تصنيف Broker 1996

حسب هذا التصنيف يتكون رأس مال الفكري من أربعة مجموعات رئيسية هي¹:

- **الأصول السوقية:** وتشمل جميع الجوانب اللامادية المتعلقة بالسوق كالعلاء والماركات وقنوات التوزيع؛
- **الأصول البشرية:** وتتضمن الخبرات المتراكمة، قدرات الإبداع والابتكار؛
- **أصول الملكية الفكرية:** وتشمل كل ما يتعلق بالأسرار التجارية وبراءات الاختراع والتصميم.
- **أصول البنية التحتية:** وتتضمن المكونات التي تحدد طرق العمل في المنظمة وخاصة فيما يتعلق بثقافة المنظمة، طرق تقييم الخطر وأساليب إدارة قوة العمل، قواعد بيانات العملاء ونظم الاتصال والمعلومات.

رابعا: تصنيف Stewart 1997

يعتبر هذا التصنيف من بين أهم التصنيفات المقدمة لمكونات رأس مال الفكري والمعتمدة في الدراسات، ويضم هذا التصنيف ثلاث مكونات رئيسية لرأس المال الفكري هي²:

- **رأس المال الهيكلي:** يعبر عن المعرفة الصريحة للمنظمة ويتضمن الأنظمة وبراءات الاختراع، قواعد البيانات والإجراءات، الثقافة التنظيمية للمنظمة، فهو على هذا النحو يشمل كل القيم التي تبقى في المنظمة حتى لو ترك الأفراد العمل بها أو غادروها.
 - **رأس المال البشري:** يمثل الأفراد أصحاب المهارات والقدرات العالية وما يمتلكونه من معرفة مكتنزة في عقولهم، حيث يتوقف وجود هذه العناصر في المنظمة على استمرار تواجدهم في المنظمة.
 - **رأس المال الزبوني:** يعبر عن القيمة الناتجة عن ولاء الزبائن ورضاهم والعلاقة القوية التي تربطهم بالمنظمة، حيث تنعكس آثار ذلك على سمعتها ومن وراء ذلك على أسهمها وعلامتها التجارية وهو ما يخلق أثر مضاعف ينعكس إيجابا على أرباحها.
- ويبقى الشيء الملاحظ عموما على هذا التقسيم انه عكس ثلاث محاور أساسية في المنظمة هي المحور الجوهر للمنظمة والذي يمثل رأس المال البشري الفريد من حيث قدراته، إضافة إلى المحور الداخلي للمنظمة والذي يعبر عنه برأس المال الهيكلي حيث يعكس مدى قوة التنظيم الداخلي للمنظمة، بالإضافة إلى المحور الخارجي للمنظمة والذي يعبر عنه برأس المال الزبوني أو العلائقي ويعكس مدى ارتباط المنظمة ببيئتها الخارجية.

¹- Sandra Isabel, Rodrigues Bailoa: **Intellectual capital: The strategic resource of organizations**, op cite. p61.

²- حسين عجلان: **استراتيجيات الإدارة المعرفية في منظمات الأعمال**، إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2008، ص133.

خامسا: تصنيف KARL-ERIK SVEIBY

يعبر عنه بنموذج **Intangible Assets Monitor** أي مراقب الأصول غير الملموسة حيث يقسم هذا التصنيف رأس مال المنظمة إلى الأصناف التالية¹:

- **الهيكل الخارجي:** يعبر عن علاقة المنظمة بالأطراف الخارجية عنها كالزبائن والشركاء والموردين والمستثمرين إضافة إلى الإدارات والمؤسسات الحكومية وغير الحكومية.
- **الهيكل البشري:** يتضمن الموارد البشرية لدى المنظمة بما تملكه من قدرات ومهارات وخبرات فردية وجماعية، حيث تنبثق في مجموعها عن أشخاص الأفراد وكياناتهم الاجتماعية.
- **الهيكل الداخلي:** يشير إلى مجموع الأنظمة والعمليات التي تزيد من الرفعة التنافسية، إضافة إلى ما يتعلق بتكنولوجيا المعلومات، وطرائق العمل، وقواعد البيانات والوثائق وحقوق النشر.

الشكل رقم(07): تصنيف KARL-ERIK SVEIBY لرأس المال الفكري



المصدر: محيا بن خلف عيد المطري: إدارة رأس المال الفكري وتنميته بالتعليم الجامعي في ضوء التحولات المعاصرة (تصور مقترح)، أطروحة دكتوراه تخصص الإدارة التربوية والتخطيط، جامعة أم القرى، 2008، ص146.

سادسا: تصنيف MITCHELL WILLIAMAS

يقسم هذا التصنيف رأس المال الفكري إلى المكونات التالية²:

- **الموارد البشرية:** والتي تمثل الجانب البشري من المنظمة بما يتضمنه تقارير شاملة حول مؤهلات الموظفين، الأنظمة الإدارية الخاصة بتطوير مهارات المورد البشري، علاقة المنظمة بمستخدميها.
- **العملاء:** ويمثل تقارير شاملة حول العملاء من حيث تركيبهم، الأنظمة في إطار دعم علاقة المنظمة بالعملاء وتحقيق رضاهم وكسب ولائهم.
- **تكنولوجيات المعلومات وأنظمة العمليات:** وتتعلق بأنظمة تكنولوجيا المعلومات التي تتوفر عليها المنظمة وما يتعلق بها من نشاطات البحث إضافة إلى نظم العمليات الخاصة بالمنظمة.

¹ - ياسين سعد غالب: نظم إدارة المعرفة ورأس المال الفكري العربي، مركز الإمارات للبحوث والاستراتيجية، الطبعة الأولى، 2007، ص68.

² - أبو سويرج أيمن سليمان: العناصر والمكونات الأساسية لرأس المال الفكري - دراسة تحليلية، مرجع سبق ذكره، ص347.

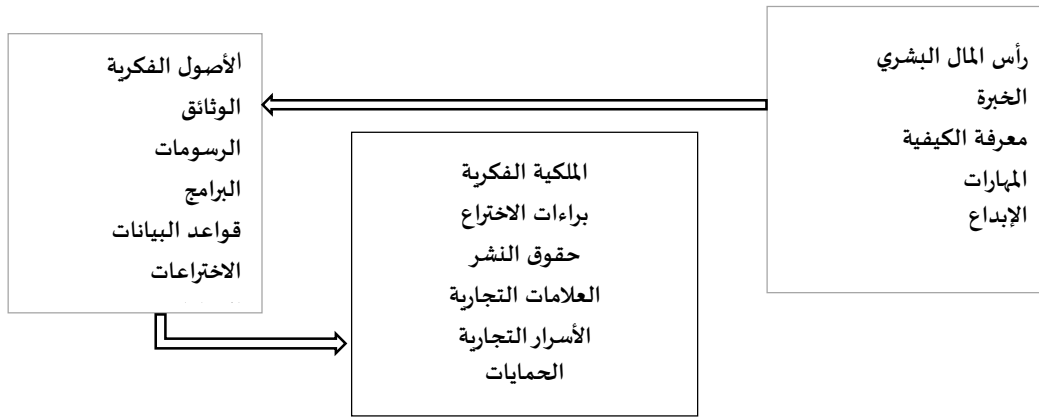
الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

- الملكية الفكرية: وتتمثل في تقارير المنظمة التي تغطي استثماراتها الداخلية فيما يتعلق بتطوير الأفكار الخلاقة والعناصر التي لها حقوق مخصصة والمشملة على براءات الاختراع، العلامات التجارية، حقوق النشر، التصاميم الصناعية، إضافة إلى الأسرار التجارية والمعلومات السرية.

سابعاً: تصنيف Sullivan

- لقي هذا التصنيف شهرة كبيرة في أمريكا حيث قسم رأس المال الفكري إلى المكونات التالية¹:
- رأس المال البشري: والذي يمثل الأفراد الذين تتوفر لديهم الخبرة ومعرفة الكيفية والمهارات والإبداع.
- الأصول الفكرية: وتتكون من البرامج، الاختراعات، العمليات، قواعد البيانات، الوثائق.
- الملكية الفكرية: والتي تعد مركز الأصول الفكرية وتتكون من الحماية، حقوق النشر، العلامات التجارية... الخ.

الشكل رقم(08): نموذج Sullivan لتصنيف رأس المال الفكري



Source: Patrick. h Sullivan: **profiting from intellectual capital: extracting value from innovation**. John willy & SONS: INE. New York : 1998.p22.

ثامناً: تصنيف Norton and Kaplan (Balanced Scorecard)

يعتبر هذا التصنيف تطويراً لاستخدام طريقة بطاقة الأداء المتوازن التي ظهرت في عام 1996 حيث تم استخدامها كأحد أنظمة التخطيط الاستراتيجي وتقييم الأداء وقد حاول كل من Kaplan & Norton إسقاط تطبيقات بطاقة الأداء المتوازن على العناصر غير الملموسة الأمر الذي يمكن من تمييز العناصر غير الملموسة في حدود المحاور التالية²:

- المنظور المالي؛
- منظور ناحية الزبون؛
- منظور عمليات الأعمال الداخلية؛
- منظور التعلم والنمو.

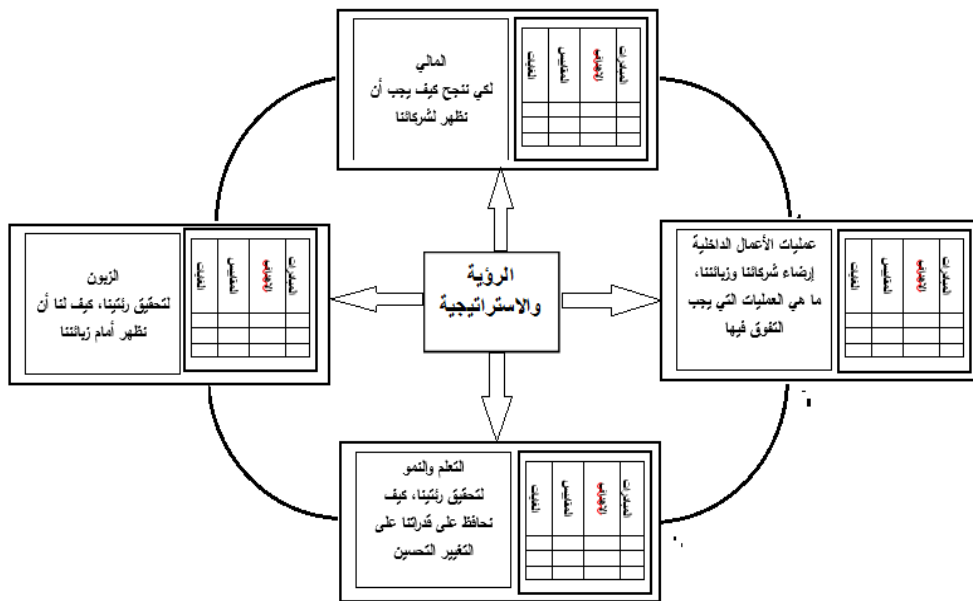
¹ - رزقي محمد: تحليل تأثير رأس المال الفكري على الأداء المالي للمؤسسة - دراسة تجريبية على عينة من المؤسسات الجزائرية، أطروحة دكتوراه، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة، قسم العلوم الاقتصادية، 2017-2018، ص 59.

² - رزقي محمد، المرجع نفسه، ص 59.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

والملاحظ على المنظورات الثلاث الأخيرة أنها تتقاطع مباشرة مع مكونات رأس المال الفكري التي تم التطرق إليها سابقا لكن ضمن مقارنة استراتيجية توضح موقع وقوة أداء المؤسسة في جانب العناصر غير الملموسة، فبطاقة الأداء المتوازن تبحث في إمكانيات قياس أثر العناصر غير الملموسة في المنظمة وذلك من حيث أن:

- هل المنظمة تمتلك رأس مال فكري؛
 - التوظيف الاستراتيجي لعناصر رأس المال الفكري في المنظمة؛
 - الأهمية الاستراتيجية للعناصر غير الملموسة في المنظمة؛
 - إمكانية مقارنة أهمية العناصر غير الملموسة إلى العناصر المادية في المنظمة.
- الشكل رقم(09): تصنيف (Norton and Kaplan) (Balanced Scorecard)



Source: Robert Kaplan, David Norton: **balanced scorecard**, Harvard business school press, 1edition, Massachusetts, september1,1996, p9.

المبحث الثالث: مخاطر رأس المال الفكري وإدارة وآليات بنائه

بالنظر إلى أهمية رأس المال الفكري في المؤسسة الحديثة فإنه بلا شك يتعرض إلى جملة من المخاطر التي قد تؤدي إلى زواله أو تؤثر على الدور الذي يلعبه في المنظمة، وهنا يستدعي الأمر ضرورة إدارته كسبيل لاكتسابه وتنميته والحفاظ عليه كما سنبينه فيما يلي.

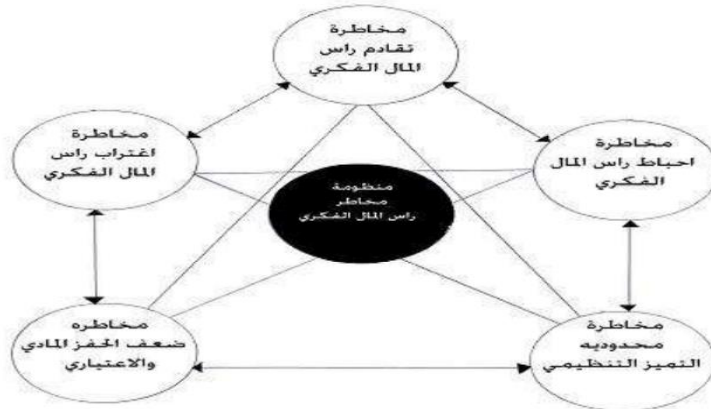
المطلب الأول: مخاطر رأس المال الفكري

تشير القاعدة العامة إلى أن رأس المال المادي في مجمله معرض إلى مجموعة من الأخطار خاصة عند عدم استغلاله أو عند استغلاله بطريقة خاطئة، ويبقى نفس الأمر الذي يتعرض له رأس المال المادي متحققا في رأس المال الفكري وهو ما يعبر عنها بمخاطر رأس المال الفكري، حيث ترجع هذه المخاطر إلى مجموعة من الخصائص التي تتميز بها بيئة الأعمال الحديثة والمتمثلة فيما يلي:

- تزايد تعقيدات البيئة الاقتصادية الحديثة وهو ما يزيد من الحاجة إلى أصول رأس المال الفكري؛
- تزايد حدة المنافسة على أصول رأس المال الفكري وذلك لكونها أصبحت تعد من أهم الأصول المسؤولة عن خلق القيمة وتحقيق الميزة التنافسية في المنظمات؛
- الاستقطاب الشديد الذي يتعرض له رأس المال الفكري من طرف الشركات الرائدة والقوية من الناحية المالية والتنظيمية؛
- تناقص مخزون الكفاءات لدى بعض الدول وعدم قدرته على تلبية حاجات اقتصاداتها من الخبرات والعمالة نتيجة ارتفاع نسبة الشيخوخة مقابل انخفاض نسب الفئة الشابة المتعلمة؛
- التغيير المستمر الذي تعرفه أنظمة العمل الحديثة نتيجة المنافسة الحاصلة في تكتيكات العمل وطرقه من أجل تحقيق الأسبقيات والتفوق؛
- عدم توازن توزيع المعارف والكفاءات بين أطراف العالم والأقاليم الأمر الذي يزيد من انتقال رأس المال الفكري من منطقة إلى أخرى.

ويمكن حصر أهم المخاطر التي يتعرض لها رأس المال الفكري على النحو الموضح في الشكل التالي:

الشكل رقم(10): منظومة مخاطر رأس المال الفكري



المصدر: سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، دار اليازوري، الأردن، 2008، ص415.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

فمن خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن مخاطر رأس المال الفكري هي عبارة عن منظومة يتعلق بعضها ببعض، حيث تنشأ عن مجموعة من الأسباب التي تترجم في زواله أو تفويت الفرص والإمكانيات التي يمكن أن يتحها كما سنوضحه فيما يلي¹:

أولاً: مخاطر تقادم رأس المال الفكري

يشير تقادم رأس المال الفكري إلى عجز الفرد في المنظمة عن تطوير مهاراته وخبراته وتخلفه عن مواكبة التطورات المستجدة ضمن حقل اختصاصه، وذلك نتيجة لأسباب تتعلق بالشخص نفسه أو لأسباب تنظيمية وبيئية، وتأخذ مخاطر التقادم ثلاثة اتجاهات هي:

- **تقادم المعرفة:** يتضمن التقادم في الخبرات والمهارات التي يتوفر عليها الفرد وهو ما يجعل أدائه غير متكيف مع متطلبات المرحلة.

- **تقادم القدرات:** غالباً ما يظهر ذلك تحت تأثير الجوانب الشخصية والذاتية وهو ما يجعل الأفراد غير قادرين على تأدية المهام المطلوبة منهم.

- **التقادم الثقافي:** وينشأ عن التمسك والتعصب إلى القيم والمعتقدات والعادات الاجتماعية والممارسات اليومية والتي تتميز بسلبيتها الأمر الذي يضعف من أداء المورد البشري.

ثانياً: مخاطر إحباط رأس المال الفكري

يقصد بإحباط رأس المال الفكري عدم قدرة الفرد على إشباع الحاجات التي يشعر بنقصانها عبر أية سلوك يقوم به حيث ينشأ عن ذلك انفعالات ظاهرة تؤدي إلى اليأس، ويكون تأثير مخاطر الإحباط عالياً عندما يفشل رأس المال الفكري في إنجاز أفكاره أو الوصول إلى غاياته نتيجة مجموعة من العوائق والعقبات التي لا يمكن السيطرة والتغلب عليها أو التحكم فيها، وتأخذ مخاطر إحباط رأس المال الفكري ثلاثة اتجاهات هي:

- **النفسية:** وتترجم من خلال عدم الرضا والاستياء والتوتر والقلق والفشل في الوصول إلى الاتفاق والتوافق مع الاتجاه نحو الانطواء على الذات والاكتئاب.

- **المادية:** وتترجم في العدوان، التدخل الشخصي، تخريب أدوات وسائل العمل.

- **التنظيمية:** وتترجم في كثرة الغيابات غير المبررة، ارتفاع معدلات دوران العمل، كثرة الشكاوى والتذمر، ضعف الالتزام والولاء التنظيميين.

ثالثاً: مخاطر اغتراب رأس المال الفكري

يعبر الاغتراب عن الحالة النفسية والاجتماعية التي تسيطر على الفرد بحيث تجعله بعيداً جداً عن الواقعية وهو ما يقلل من قدرته على التكيف مع محيطه وبيئته التي ينشط فيها، ويعد الاغتراب من أكثر المخاطر التي تواجه رأس المال الفكري حيث تأخذ مخاطر الاغتراب أربعة اتجاهات:

- **الاغتراب الثقافي:** أي أنه ينتمي إلى ثقافة لا تمت بصلة إلى ثقافة المنظمة التي ينشط ضمنها؛

- **الاغتراب الحضاري:** ويرجع ذلك إلى الهوية الموجودة بين تكوين الفرد الحضاري والثقافي وبيئته؛

¹ - سعد علي العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، مرجع سبق ذكره، الصفحات: 412-414.

-الاغتراب الاجتماعي: أي أنه يبدو غريبا عن المجتمع الذي ينشط فيه؛

-الاغتراب القيمي: وينتج عن الهوة الموجودة بين قيم الفرد وقيم التنظيم الذي ينتمي إليه.

رابعاً: مخاطر محدودية البحث عن التميز التنظيمي

يرتبط هذا النوع من المخاطرة بضعف ومحدودية المنظمة في البحث عن التميز خاصة في ميدان تشجيع عدد المساهمات لرأس المال الفكري العامل فيها، حيث تبقى المعرفة مختزنة في عقولهم وهو ما يعرضها للاندثار ويدفع بالأفراد إلى هجرة المنظمة إلى منظمات أخرى، ويأخذ هذا النوع من المخاطرة الاتجاهات التالية:

- مخاطر قتل روح الإبداع والابتكار؛

- مخاطر ضعف تشجيع وتحفيز المبادرة والاقتراح؛

- مخاطر تشجيع الأعمال الروتينية ومقاومة التغيير؛

- مخاطر ضعف الثقة والولاء؛

- مخاطر ضعف أنظمة التحفيز المادي والمعنوي.

والملاحظ على هذه المخاطر أنها متعلقة أكثر برأس المال البشري لكن أثارها في الحقيقة تنعكس أيضاً على مكونات رأس المال الفكري الأخرى خاصة إذا علمنا أن رأس المال البشري هو القاعدة المفعلة لرؤوس الأموال الأخرى، وعليه يتوجب على المنظمة العمل على إدارة رأس مالها الفكري والحفاظ عليه بالشكل الذي يحد من أثار هذه المخاطر ويضمن استمرار وجوده وأدائه لأدواره بالشكل المطلوب.

المطلب الثاني: إدارة رأس المال الفكري

يقصد بالعملية الإدارية في مدلولها الحديث تحديد أهداف المنظمة ووضع الخطط إضافة إلى تخصيص الموارد والمزج بينها من خلال مجموعة من العمليات وفي إطار منظم بالشكل الذي يؤدي إلى تحقيق أهداف المنظمة، حيث تتوزع الأصول والموارد التي تهتم بها عملية الإدارة بين الأصول المادية والأصول الفكرية هذه الأخيرة والتي تتميز بطبيعة خاصة هي عدم الملموسية الأمر الذي يحتاج إلى نموذج إداري خاص بها، وقد قدمت لإدارة رأس المال الفكري عدة تعريفات أهمها¹:

- هي مهمة التنسيق بين مكونات رأس المال الفكري داخل المؤسسة؛

- الإدارة الفعالة لرأس المال الفكري هي الإدارة التي تستطيع بموجبها المؤسسة توجيه موجوداتها الفكرية وتحقيق الإبداع والتميز من خلال عمليات الاستقطاب لدوي المهارات والمعارف؛

- هي عملية استراتيجية متكاملة لاكتشاف وتنمية واستثمار أصول رأس المال الفكري وتهيئة البنية التنظيمية والاجتماعية الداعمة لها ولعملية نشر وتدقيق المعرفة بهدف تدعيم التطوير التنظيمي، وتحقيق التميز في الأداء، وزيادة كفاءة وفعالية المنظمة.

وعليه يمكن تعريف عملية إدارة رأس المال الفكري على أنها عملية منظمة تهدف إلى تحقيق الاستفادة القصوى من الأصول غير الملموسة في المنظمة من خلال عمليات التقييم والتخطيط والتنظيم والرقابة، وذلك

¹ - محمد الراشدي حامد هاشم: إدارة رأس المال الفكري بالمؤسسات التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص 51.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

وفق منظور استراتيجي وعملياتي يجعل من الأصول غير الملموسة أداة مهمة في خلق القيمة وتحقيق الميزة التنافسية في المنظمة.

أولاً: متطلبات إدارة رأس المال الفكري

من أجل نجاح عملية إدارة رأس المال الفكري في المنظمة لا بد من توفر مجموعة من المتطلبات، حيث توفر هذه المتطلبات مجموعة من الأدوات والظروف التي تمكن وتهيئ لنجاح هذه العملية، وتتمثل هذه المتطلبات على وجه العموم فيما يلي¹:

1- سياسات عمل تنافسية: تعتبر القدرة التنافسية للمؤسسات من الأمور الهامة كونها تعمل على تهيئة البيئة المناسبة التي تتوفر بها الكفاءة في تخصيص واستخدام الموارد وتحفيز الإبداع والابتكار وتحسين مستوى الإنتاجية وجودة الإنتاج، والمقصود بالتنافسية هنا مجموعة من السياسات الداعمة لمعدلات النمو العالية في الأمد المتوسط.

وتتمثل سياسات العمل التنافسية بالمؤسسات في قدرتها على صياغة وتطبيق استراتيجيات وإجراءات العمل التي تجعلها تتميز في أدائها وأنشطتها بين بقية المؤسسات، ويظهر هذا في عملها بكفاءة وفق منظومة مؤشرات الأداء عالية الجودة، مع وجود برامج لتطوير ممارسات المنظمة ضمن خططها التشغيلية للمؤسسة والسعي إلى تحسين قدرتها على تحقيق الجودة من خلال عقد شراكات مع مؤسسات المجتمع المحلي وتشجيع العاملين على تقديم المبادرات الإبداعية للارتقاء بمخرجات المؤسسة.

2- الثقافة التنظيمية الداعمة: تتوفر الثقافة التنظيمية الإيجابية من خلال امتلاك المؤسسة لرؤية استراتيجية محفزة على الإبداع، وتهيئة مناخ الأعمال الإيجابي الذي يشجع على العمل الجماعي، إضافة إلى امتلاك جميع العاملين لرؤية مشتركة حول المهام التي يؤديونها والتحسين المستمر للأداء.

3- البيئة التنظيمية المناسبة: تتمثل البيئة التنظيمية في كافة الكيانات أو المتغيرات المحيطة بالتنظيم والتي يحتمل أن تؤثر على أدائها بصفة مباشرة أو غير مباشرة ولا تخضع نسبياً لسيطرتها، وتنقسم هذه البيئة إلى بيئة عامة تتكون من الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتقنية، وبيئة خاصة تتكون من العملاء والمنافسين والحكومة.

والبيئة التنظيمية المناسبة هي جميع العوامل الداخلية والخارجية التي تؤثر على المؤسسات فتؤثر فيها وتتأثر بها وتتفاعل معها في تصميمات تنظيمية تتميز بالمرونة والشفافية والقدرة على تعزيز العلاقات الإيجابية من خلال توفير هيكل تنظيمي يتميز بالمرونة والقدرة على الاستجابة لظروف العمل المتغيرة، وتوفير شبكات اتصال فعالة لخدمة المستفيدين والإفصاح عن النتائج بكل شفافية والعمل على تعزيز العلاقات الإيجابية بين الإدارة العليا بالمؤسسة وبين العاملين بها والمستفيدين منها من جهة أخرى.

4- النظم الفعالة لرفع كفاية الموارد البشرية: يستند هذا البعد على المفاهيم الحديثة لإدارة الموارد البشرية وذلك من خلال إتاحة فرص التطوير المهني والتعلم المستمرين وتطوير نظم الاستقطاب والاختيار للمتميزين

¹ - محمد الراشدي حامد هاشم: إدارة رأس المال الفكري بالمؤسسات التعليمية، المرجع السابق، ص ص: 57-60.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

فمفهوم كفايات الموارد البشرية يعبر عن مقدرة الشخص على إظهار المعارف والمهارات لتقديم خدمة أو منتج معين حسب المعايير المطلوبة.

وحتى تتمكن إدارة المنظمة من إدارة رأس المال الفكري بمهنية عالية تحتاج المعارف والمهارات المتوافرة لدى الأشخاص إلى نظم فاعلة للرفع منها وتحسين أدائها من خلال تطوير معايير الاستقطاب واختيار أفضل الكفاءات وإتاحة فرص التطوير المهني والتعلم المستمرين للعاملين بالمؤسسات وتحفيزهم على تطوير ممارساتهم الإشرافية.

ثانيا: مراحل إدارة رأس المال الفكري

على غرار رأس المال المادي تحتاج الأصول غير الملموسة في المنظمة إلى وضع استراتيجية محكمة ومضبوطة المراحل قصد التوفيق في إدارتها والحفاظ عليها وتتمثل مراحل إدارة رأس المال الفكري فيما يلي¹:

1- بيان أهمية المعرفة بالنسبة للمنظمة ودورها الاستراتيجي

تبدأ هذه المرحلة بمعرفة الدور الذي تلعبه الأصول الفكرية خاصة فيما يتعلق بالمعرفة في المنظمة، ثم العمل على تقييمها من منطلق أنها تمثل مجموعة من المدخلات والتي تخضع إلى عمليات تحويل ينتج عنها مجموعة من المخرجات، وتتمثل أهم الأسئلة التي يجب الإجابة عنها خلال هذه المرحلة فيما يلي:

- ما هو الوزن النسبي للمعرفة في المنظمة (كثافة استخدام المعرفة)؟
- من هو الذي يلقى مقابلا عن أية نوع من المعرفة؟
- من الذي يدفع وكم يدفع؟
- هل المنظمة تدير موجوداتها الفكرية بكفاءة وفعالية؟
- هل المنظمة تستفيد من يمتلكون المعرفة إلى الحد الأمثل؟

حيث يعتبر السؤال الأخير أهم سؤال يجب على المنظمة الإجابة عنه كونه يعبر عن مدى استغلال وتوظيف الأصول غير الملموسة في المنظمة، وتستطيع المنظمة إدراك موقع وأهمية الأصول المعرفية في نجاحها من خلال مقارنة أدائها مع أداء المنظمات المشابهة لها والتركيز على مساهمة العناصر غير الملموسة في ذلك، وغالبا ما يظهر من هذه المقارنة وجود نوع من الأصول غير الملموسة والذي يمثل أهم العناصر المساهمة في تحسين أداء المنظمة.

كما تستطيع المنظمة اكتشاف أهمية ودور الأصول الفكرية في نجاحها من خلال إجراء مقارنة بين كثافتها المعرفية الحالية والمحتملة ومستوى القيمة الذي يمكن أن تصل إليه في حال زيادة مخزونها من الأصول غير الملموسة، وقد أشار توماس ستيوارت إلى أنه كلما زادت الأصول الفكرية في المنظمة كلما زاد مستوى مخزون المعرفة لديها وهو ما ينعكس إيجابا على ربحية وقيمة المنظمة وفق التحليل الذي وضعت توماس ستيوارت المسمى بمصفوفة المعرفة.

¹ - قدوم زهر: أثر رأس المال الفكري على التحسين المستمر -دراسة عينة من المؤسسات الجزائرية الناشطة في صناعة الأدوية-، أطروحة دكتوراه، جامعة باجي مختار، كلية العلوم الاقتصادية، تخصص التسويق والاستراتيجية، 2016/2017، ص ص: 42-45.

الشكل (11): مصفوفة المعرفة



المصدر: توماس أ ستيفارت: رأس المال الفكري ومؤسسات القرن الحادي والعشرين، ترجمة علاء أحمد صلاح، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، القاهرة، 2004، ص 106.

والملاحظ من الشكل أن كثافة المعرفة وتزايدها لها أثر مباشر على تزايد الربحية في المؤسسة ضمن علاقة طردية لكن يبقى هذا التحليل محل نظر كون أن تزايد مخزون المعرفة في المنظمة لا يعني بالضرورة تزايد ربحية المؤسسة، ومن بين أهم المقاييس المستعملة في تقييم أهمية المعرفة نذكر:

- مقياس العائد على حقوق الملكية؛
- القيمة الاقتصادية المضافة؛
- العائد على الأصول الصافية.

2- المقارنة بين الإيرادات المحققة والأصول الفكرية المتولدة عنها

ضمن هذه الخطوة يتم الإجابة على التساؤل التالي: ما هي الخبرات القدرات والعلامات التجارية ومجموع الممتلكات الفكرية وعناصر رأس المال الفكري الأخرى التي تخلق القيمة في المنظمة؟ فهذه الخطوة تهدف إلى محاولة إيجاد رأس المال الفكري المنتج للمزايا التي تم اكتشافها في الخطوة السابقة (الأدوار والأهمية)، فخصائص كل أصل من أصول رأس المال الفكري يمكن أن تجلب للمنظمة منافع تتعكس على أدائها وقدراتها التنافسية وفق نسب متفاوتة، وعليه يمكن أن يؤدي فحص هيكل الأصول غير الملموسة في المنظمة إلى معرفة نوع وحجم الأصول التي تعتمد عليها المنظمة في خلق قيمها وتحقيق مزاياها التنافسية بالإضافة إلى وزن المكونات الداخلية لكل نوع من أنواع رأس المال الفكري.

كل هذا يتوقف في النهاية على فعالية النموذج الإداري المتبع في إدارة الموجودات اللامادية في المنظمة وذلك من حيث الكفاءة والفعالية، فقد تتوفر المنظمة على عناصر مهمة من رأس مال الفكري لكنها لم ترق إلى درجة الاستغلال الكامل وعلى هذا فإن مساهمتها في خلق القيمة تكون ضعيفة مقارنة مع مخزونها من أصول رأس المال الفكري ما يستدعي التفكير في كيفية تحقيق الاستغلال الأمثل لها خاصة إذا علمنا أن الأصول غير الملموسة في المنظمة هي الأخرى لها تكلفتها وذلك من ناحية تحمل التكاليف غير المبررة ومن ناحية تفويت فرص النجاح على المنظمة.

وتحليل مساهمة الأصول غير المادية في خلق القيمة يدفعنا بالضرورة إلى تحليل مدى مساهمة هذه الأصول خلال كل مرحلة من مراحل سلسلة خلق القيمة في المنظمة كون أن كل مرحلة منها لها مدخلاتها

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

الخاصة سواء كانت مادية أو غير مادية، حيث تكون نسبة المساهمة في مدخلات سلسلة خلق القيمة متفاوتة من مرحلة إلى أخرى من حيث الكم والنوع.

3- بناء استراتيجية الاستثمار في الأصول غير الملموسة

بعد تحديد المنظمة لأهمية وأدوار الأصول غير الملموسة ومدى مساهمتها في تحقيق أهداف المنظمة من حيث الواقع والإمكانات، تنتقل إلى وضع استراتيجية مضبوطة من أجل الاستثمار في عناصر رأس المال الفكري، وهنا تكون المنظمة أمام عدة خيارات فيما يتعلق بالأصول غير الملموسة الأمر الذي يستدعي بناء منظور استراتيجي من أجل تحقيق الاستغلال الأمثل لهذه الأصول، وتتمثل أهم العمليات التي يتم القيام بها خلال هذه لمرحلة فيما يلي:

- تحديد الموجودات الفكرية المولدة للقيمة في المنظمة والتي تمكن من تحقيق أهدافها على المستويين المتوسط والطويل الأجل؛

- التركيز على تطبيق الاستراتيجيات التي تزيد من الاستخدام المكثف للمعرفة في المنظمة؛

- تفعيل استخدام الطرق والأساليب التي يمكن من خلالها زيادة قدرة المنظمة على خلق وإدارة أصولها الفكرية بطريقة مثلى؛

- التركيز على كفاءات بناء وتطوير عمليات التحول في رأس المال الفكري وخاصة فيما يتعلق بتحويل المعرفة الضمنية لرأس المال الفكري إلى رأس مال هيكلي ضمن مجالاته المختلفة.

4- الرقابة المستمرة على مجالات الاستثمار في رأس المال الفكري

خلال هذه المرحلة يتم العمل على زيادة إنتاجية الأصول الفكرية، من خلال التقييم المستمر لمختلف مجالات الاستثمار في الأصول الفكرية في إطار تحسين كفاءة العمل المعرفي للعاملين أيا كان موقعهم في المستوى الإداري والوظيفي للمنظمة، وتعتبر هذه المرحلة بمثابة التغذية العكسية لاستراتيجية المنظمة، حيث تستطيع من خلالها تقييم مختلف تحركاتها التي قامت بها في إطار استراتيجية إدارة الأصول المعرفية، حيث تستطيع المنظمة الوقوف على مدى ملائمة النتائج المحصل عليها مقارنة مع ما هو مخطط له في استراتيجية إدارة الأصول غير الملموسة ومن تم إعادة توجيه وتصحيح هذه الاستراتيجية بما يضمن القدرة على الوصول إلى تحقيق الأهداف المسطرة، وهنا تلجأ المنظمة إلى البحث عن مقاييس جديدة غير تقليدية لقياس إنتاجية الأصول الفكرية.

ثالثاً: نماذج إدارة رأس المال الفكري

وضعت عدة نماذج لإدارة رأس المال الفكري والتي تمثل توجهات كبرى اعتمدها العديد من المنظمات في تفعيل استخدام أصولها الفكرية وتحقيق مستويات الاستفادة القصوى منها، وتتمثل أهم نماذج إدارة رأس المال الفكري فيما يلي:

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

1- نموذج Daniel: يتألف هذا النموذج من خمس خطوات رئيسية لإدارة رأس المال الفكري تتمثل فيما يلي¹:

- **البدء بالاستراتيجية:** حيث يتم تحديد دور المعرفة في العمل، وبيان أهمية الاستثمارات الفكرية في تطوير المنظمة والمخرجات التي تقدمها.
- **تقييم استراتيجية المنافسين:** وذلك من حيث أنماط إدارتهم للموجودات الفكرية إضافة إلى هيكل الأصول الفكرية لديهم.
- **وضع نظام مادي وإداري يهتم بالموجودات الفكرية:** وتهدف هذه الخطوة إلى تعزيز الموجودات الفكرية التي تمتلكها المنظمة أثناء التقييم وتحديد الموجودات الفكرية المطلوبة لملء الثغرات الاستراتيجية ومواجهة التهديدات من أجل استدامة هذه الأصول واستدامة أثرها الإيجابي.
- **تجميع ملف المعرفة وتكرار العملية:** حيث يتم العمل على تصنيف الموجودات الفكرية حسب قيمتها وأهميتها.

2- نموذج الإدارة الشاملة لرأس المال الفكري: ضمن هذا النموذج ينظر إلى رأس مال الفكري من منظور شامل يجعله يتعلق بجميع الوظائف الأساسية في المنظمة انطلاقاً من عملية إدارة الموارد مروراً بإدارة الإنتاج وأخيراً إلى وظيفة تعظيم القيمة لأصحاب المصالح، فالمرحلة الأولى تشير إلى ضرورة امتلاك الأصول الأولية لانطلاق في عملية التشغيل والإنتاج، أما المرحلة الثانية فتشير إلى عملية تحويل هذه المصادر عبر سلسلة من النشاطات ينتج عنها أصول ذات قيمة، والمرحلة الأخيرة هي العملية التي يتم بموجبها رفع وتعظيم قيمة هذه الأصول (الأصول الفكرية النهائية)، فضمن نموذج دورة أعمال رأس المال الفكري يكون هذا الأخير مصدراً ذو قيمة محتملة ممكنة ويتم تحويله إلى أصل ذو قيمة مدركة ليكون في النهاية منتجاً ذو قيمة سوقية، وكمورد تكون قيمة رأس المال الفكري كامنة وعليه تكون مهمة الإدارة في هذه المرحلة هي خلق القيمة من الأصول الفكرية من خلال عمليات الأعمال وعليه تصبح الأصول الفكرية عبارة عن منتجات جاهزة يمكن تسويقها وتزيد قيمتها من خلال الحماية القانونية التي تسمح بالمناجزة المستقبلية والترويج لتأسيس رأس المال الفكري في السوق المرتبطة، وهنا تستطيع المنظمة أن تبني نموذجاً شاملاً لإدارة رأس المال الفكري في إطار ما يسمى بالتصنيف الوظيفي لرأس المال الفكري الذي يبنى على ثلاث مراحل أساسية هي مرحلة المعرفة (تحديد مصادر المعرفة)، مرحلة إدارة الابتكار، وأخيراً مرحلة إدارة الملكية كما هو مبين في الجدول التالي²:

¹-خالد حمد أمين ميرخان: العلاقة بين الأساليب المعرفية ورأس المال الفكري وتأثيرها في التوجه الاستراتيجي: دراسة تحليلية، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الفلسفة، تخصص إدارة الأعمال، الجامعة المستنصرية، العراق، 2003، ص44.

²- أحمد عيسى سلمان: نموذج مقترح للعلاقة بين إدارة المعرفة ورأس المال الفكري في قطاع المستشفيات، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، مصر، 2009، ص117.

جدول رقم (05): أنماط ومراحل إدارة رأس المال الفكري وفق النموذج المشاكل لرأس المال الفكري

مرحلة التطور	رأس المال البشري	رأس مال العملاء	رأس مال الهيكلية
مرحلة المعرفة	المعرفة الضمنية، الخبرة، القوة الدهاغية والرؤية	الخبرة، المعرفة والعلاقات، شبكات الأعمال	قواعد البيانات، قاعدة المعرفة، الثقافة، أفضل التطبيقات والتدريبات
مرحلة إدارة الابتكار	الأفكار ومفاهيم الإنتاج والمهارات	أفكار مفاهيم الإنتاج، مهارات التعامل، التغذية العكسية، العلاقات	أنظمة العمل، عمليات التشغيل
مرحلة إدارة الملكية الفكرية	معرفة الكيفية، معرفة السبب	حقوق العلامة التجارية، الشهرة، التحالفات التجارية	براءات الاختراع، العلامات المسجلة، حقوق النشر، الأسرار التجارية

المصدر: أحمد عيسى سلمان، نموذج مقترح للعلاقة بين إدارة المعرفة ورأس المال الفكري في قطاع المستشفيات، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، مصر، 2009، ص 117.

3- نموذج Matrix MIC: يقوم هذا النموذج على الجمع بين التعلم التنظيمي وإدارة المعرفة، ويرتكز على نوعين من التغذية هما التغذية المرتدة للخلف (التعلم)، والتغذية المرتدة للأمام (الاستكشاف)، ويتشكل هذا النموذج من عدة مراحل متسلسلة تصل من خلالها المنظمة إلى مرحلة النضوج الفكري كما سنوضحه فيما يلي¹:

- **النقطة A:** والتي تمثل البداية الجديدة للمنظمة، وخلال هذه المرحلة تركز المنظمة على الاستكشاف للمعارف والخبرات المتاحة، وخاصة فيما يتعلق بالمعارف التي يمتلكها رأس المال البشري، حيث تعمل المنظمة على توظيف أفضل المواهب والكفاءات من خلال أدوات الاستقطاب.

- **النقطة B:** تعمل المنظمة خلال هذه المرحلة على استغلال المعرفة الفردية الموجودة في عقول مواردها البشرية، من خلال توظيفها في أعمال وأنشطة المنظمة وبالتالي نقل هذه المعرفة من النطاق الفردي إلى مستوى التطبيق داخل المنظمة.

- **النقطة C:** ضمن هذه المرحلة تعود المنظمة نحو مجالات الاستكشاف، حيث أصبحت المعرفة الفردية جزء لا يتجزأ من الموارد التنظيمية للمنظمة، وعليه تحاول المنظمة استغلال هذه الموارد الجديدة من خلال البحث عن فرص جديدة للنجاح.

- **النقطة D:** ضمن هذه المرحلة تصبح الفرص الجديدة للنجاح ضمن الملكية الفكرية للمنظمة متجسدة في شكل براءات اختراع وابتكارات وأسرار تنظيمية وهنا تعمل المنظمة على تحديد عدد من الأهداف الجديدة بالاعتماد على ما تملكه من موارد تنظيمية.

¹- Bontis Curado: **Managing intellectual capital: the MIC matrix**, international journal of Knowledge & Learning. Vol.3, N. 2/3, 2007, p p: 316-328.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

- **النقطة E:** خلال هذه المرحلة تعود المنظمة لمجال الاستكشاف من جديد حيث تعمل على استغلال التحليل الفكري باستخدام الموارد التنظيمية المتاحة في خدمة زبائننا، وذلك من أجل تحقيق فرص نجاح جديدة لخدمة زبائننا.

- **النقطة F:** تعمل المنظمة خلال هذه الرحلة على استغلال العوائد المحققة من المنتجات والخدمات الجديدة ومن تعزيز رأس مال علاقاتها بالمنظمة لمرحلة النضج في رأس مالها الفكري.

الشكل (12): نموذج Matrix MIC لإدارة رأس المال الفكري

مستوى الزبون	الحصول على ارادات وفرص جديدة من السوق	الابتكار المرتكز على العملاء والفرق	الوصول الى المنظمة الناضجة رأس المال الزبوني
مستوى التنظيم	F	E	رأس المال الهيكلي
مستوى الفرد	D	C	رأس المال البشري
	B	A	
	التغذية العكسية للتعليم	التغذية الأساسية للتعليم	

SOURCE: Bontis Curado: Managing intellectual capital: the MIC matrix, international journal of Knowledge & Learning. Vol.3, N. 2/3, 2007, P322.

4- نموذج Strauss & Leonard: يركز هذا النموذج على الخطوات التالية¹:

- تعزيز قليات حل المشكلات المهنية عن طريق كسب المعرفة في النظم وبرمجيات الحاسوب؛
- التغلب على مقاومة المحترفين للمشاركة بالمعلومات، باعتبار أن المشاركة على درجة كبيرة من الأهمية وباعتبار الموجودات الفكرية على عكس الموجودات المادية تزداد قيمتها باستعمالها؛
- تحويل التنظيم نحو الموجودات الفكرية، حيث أن جل اهتمام المنظمات ينصب على تعزيز عوائد استثماراتها من الموجودات الفكرية؛
- المنظمات المقلوقة، وذلك بالتخلي عن الهياكل الهرمية التقليدية وإعادة تنظيم نفسها وفق هياكل تسمح بإدارة رأسمالها الفكري بمرونة عالية؛
- تكوين شبكات فردية أو ما يطلق عليه أنسجة العنكبوت من خلال جمع الأفراد لحل مشكلة معينة ثم حل المجموعة بانتهاء المهمة.

5- نموذج Quinn لإدارة رأس المال الفكري: ويقوم على²:

- السعي إلى تعزيز الاستثمار في الموجودات الفكرية والتي تقدم الحلول المنطقية للمشاكل التي تواجه المنظمة من خلال تحويل التنظيم إلى الموجودات الفكرية؛

¹-Drucker, P.,F: Knowledge worker productivity: The biggest challenge, California Management, Review, Vol 41 N 2. 1999, P60.

²-Quinn, J. B, Anderson, P. Finkelstein, S: Managing Professional Intellect: Making The Most of the Best, Harvard Business Review, 1996, PP: 71 – 81.

- دمج المعرفة في النظم وبرمجيات الحاسوب لأجل تعزيز مقدرات المنظمة في حل المشاكل المهنة؛
- المشاركة بالمعلومات وتبادل المعرفة بين الأفراد العاملين في المنظمة وهو ما ينتج عنه زيادة الموجودات الفكرية؛

- التحول من الهيكل الهرمي التقليدي إلى هياكل تسمح بإدارة رأس المال الفكري؛
- استخدام الشبكات التي يطلق عليها الأنسجة العنكبوتية للاستفادة من رأس المال الفكري إلى أقصى حد ممكن عندما تتعدد المشاكل في المنظمة تبدأ الشبكة بجمع الأفراد (المختصون المهنيون) لمعالجة مشكلة.

المطلب الرابع: آليات بناء رأس المال الفكري

إن رأس المال الفكري لأية منظمة لا يتكون في لحظة واحدة وإنما يأخذ ذلك فترة تتفاعل فيها مكونات الهيكل الداخلي للمنظمة مع مكونات الهيكل الخارجي لها إضافة إلى رأس المال البشري من أجل بناء مكونات رأس المال الفكري للمنظمة، لكن يبقى رأس المال البشري المصدر الأول الذي تنبثق عنه عناصر رأس المال الفكري الأخرى.

أولاً: استقطاب رأس المال الفكري

يعد الاستقطاب عملية استراتيجية تمثل أحد أهم آليات الاستثمار البشري في المنظمات، حيث تتطلب هذه العملية مجموعة من الموارد إضافة إلى توجيه الجهود في إطار منظم يهدف إلى اكتشاف وجذب الكفاءات ذات المهارات العالية بهدف بناء رأس المال البشري للمنظمة وزيادة مخزون المعرفة لديها ورفع مستويات المهارات، وحتى تكون عملية الاستقطاب فعالة لا بد أن تبني على أساس تحليل الوظائف وخطط الموارد البشرية، فقبل توظيف أي شخص لا بد من معرفة متطلبات الوظيفة والخصائص التي يجب توفرها في شاغلها إضافة إلى معرفة كيفية تطبيق أساليب الاستقطاب المناسبة، وتتمثل أهم أساليب الاستقطاب فيما يلي¹:

1- شراء العقول من سوق العمل: ضمن هذا الأسلوب تعمل المنظمة على وضع لجان إدارية متخصصة تعمل على البحث عن الأفراد ذوي المهارات العالية ثم العمل على استقطابهم من خلال توفير مجموعة من الحوافز في إطار التغلب على منافسة المنظمات التي تحتاج إلى نفس هذه العقول، وحتى تنجح المنظمة في تطبيق هذا الأسلوب لا بد أن تمتلك نظاماً قوياً وشبكة فعالة للاتصالات للتعرف على جوانب التميز في المؤسسات ومحاولة استقطاب الموارد البشرية المتميزة.

2- شجرة الكفايات: هي عبارة عن مخطط يوضح الخبرات والمهارات والمعارف إضافة إلى السيرة الذاتية للأفراد بهدف تحديد المزيج الصحيح من الأفراد المطلوبين، وتتضمن الكفاية مكونين رئيسيين هما المكون المعرفي والمكون السلوكي، حيث يقصد بالمكون المعرفي مجموع المفاهيم النظرية والمعلومات والمهارات والخبرات المتعلقة بجدارة الشخص، ويقصد بالمكون السلوكي ما يقوم به الشخص أثناء تأدية العمل.

¹ - نادية حماش: مساهمة رأس المال الفكري في إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة - دراسة حالة مؤسسة نقاوس للمصبرات باتنة، مرجع سبق ذكره، ص 54.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

3- **مراجعة منظمات المعرفة والتعليم:** ويتعلق الأمر هنا بالمدارس، المعاهد، الجامعات... الخ والتي تعد مصدرا مهما لإنتاج الموارد البشرية المؤهلة حيث تستطيع المنظمات استقطاب الموارد البشرية المكونة فيها أو العاملة على مستواها.

ثانيا: صناعة رأس المال الفكري

تتطلب صناعة رأس المال الفكري استخدام مجموعة من الطرق والأساليب، والأنظمة المبتكرة، التي تهدف إلى تطوير القدرات للموارد البشرية العاملة في المنظمة من خلال بناء وتطوير المهارات والمعارف، ومن بين أهم طرق وأساليب صناعة رأس المال الفكري نذكر ما يلي¹:

1- **خريطة المعرفة:** خريطة المعرفة هي عبارة عن تقديم عرض مرئي للمعرفة الحيوية المؤدية إلى تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمنظمة، وهي تركز على النقاط التالية:

- ما هو نوع المعرفة التي نريد مشاركتها؟

- مع من سنشاركها؟

- أين يمكن أن نجدها؟

وتعرف خريطة المعرفة على أنها رسومات تمثيلية للمعلومات تصور العلاقة بين مختلف عناصر المعرفة في شكل خريطة، هنا ترسم المنظمة خريطة المعرفة الخاصة بها قصد التعرف على محفظة المعرفة المناسبة لها، وتقييم مستوى الفجوة بداخلها، وذلك مقارنة بالمنظمات المنافسة لها من خلال قياس ومقارنة مستويات المعرفة التالية المتوفرة كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل (13): منظومة خرائط المعرفة ومستويات المعرفة



المصدر: سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، دار البيازوري، الأردن، 2008، ص 241.

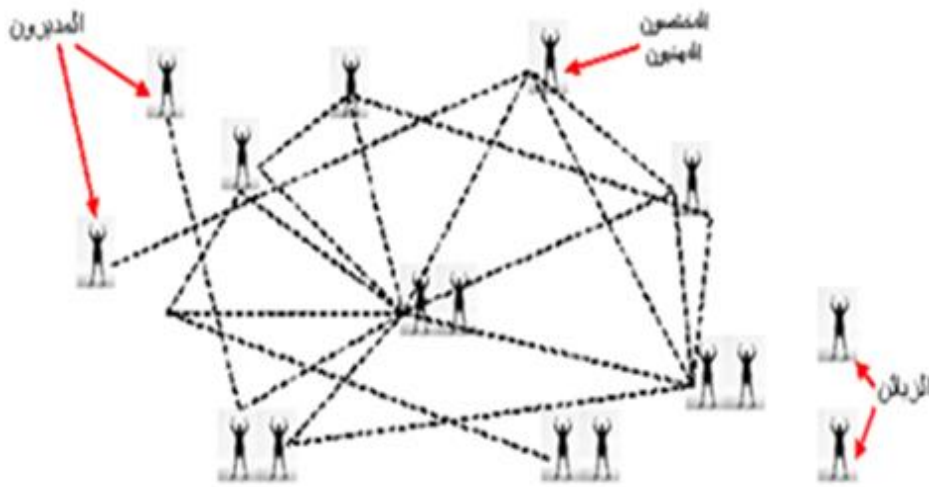
- المعرفة الجوهرية: وهي المعرفة الضرورية لدى المنظمة لمواجهة المنظمات المنافسة لها؛
- المعرفة المتقدمة: وهي المعرفة التي تمكن المنظمة من اكتساب قدرات تنافسية؛
- المعرفة الابتكارية: وهي المعرفة التي تخلق لدى المنظمة ميزة التنافسية؛

¹- سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، مرجع سبق ذكره، الصفحات: 239-244.

- بعد تحديد المنظمة لمستوى هذه الفجوات بينها وبين منافسيها تستطيع سدها من خلال ما يلي:
- تعزيز قليات الأفراد في حل المشكلات بالاستفادة من المعرفة المدونة في أنظمة البرمجيات.
- تمكين الأفراد من العمل مع ذوي الطاقات الذهنية (رأس المال الفكري) والاحتكاك بهم.

2- بناء الأنسجة الفكرية: كما هو موضح في الشكل أسفله تمثل الأنسجة الفكرية فريق عمل يأخذ شكل نسيج العنكبوت يشكل مجموعة ابتكاريه تتفاعل فيما بينها وتتعلم حيث تتحل هذه المجموعة بعد انتهاء المشروع، ليتم تشكيل مشروع جديد بمجموعة ابتكاريه هي الأخرى جديدة وبنسخة وتعلم جديدين، وحتى ينجح هذا الأسلوب لا بد من توفر الاستقلالية والمرونة من أجل نشوء التفاعلات الكثيفة والمختلفة بين مختلف المهنيين والابتكارين، وهو ما يؤدي إلى التعلم السريع وزيادة ما يصطلح عليه بالرافعة المعرفية.

الشكل رقم(14): الأنسجة الفكرية



المصدر: سعد على العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، دار اليازوري، الأردن، 2008، ص 241.

ومن بين أهم الخصائص التي يجب أن تتميز بها الأنسجة الفكرية نذكر ما يلي:

- أن يكون هناك تجانس بين أعضاء الفريق من حيث الانفتاح والخبرة الواسعة والتحسس المعرفي؛
- أن يكون هناك تفاعل حقيقي لإنتاج أفكار تلبي حاجات المؤسسة؛
- جو تفاوضي إقناعي للمديرين ومراكز القرار بالأفكار المقترحة وأهميتها في تقليل ضغط التنافس؛
- تمكن عالي في جعل الأفكار المقترحة قابلة للتنفيذ العملي.

3- القيادة الملهمة والذكية: يحتاج التعامل مع رأس المال الفكري وخاصة منه رأس المال البشري الذي يتميز بمهارات عالية إلى قيادة ذكية وملهمة قادرة على ضبطه وتوجيهه في الإطار الذي يمكن من تحقيق التعلم المنظمي، حيث تستطيع هذه القيادة ممارسة الإشراف والتعليم على من تشرف عليهم، كما أن القيادة الملهمة لها القدرة على وضع الأفراد في جاهزية واستعداد دائم من خلال أعمال التحفيز والتقدير خاصة إذا تمتعت بالخصائص التالية:

- الاستمرار: تعمل القيادة الملهمة على تقدير جهود الأفراد من خلال ممارسة التقدير للأفراد المتفوقين وهو ما يدفع بهم إلى بدل الجهود على النحو الذي يزيد من مخزون المعرفة لدى المنظمة وينعكس إيجاباً على أصول رأس المال الفكري فيها.

- **الفورية:** يتوجب على القيادة الملهمة أن تقدم التقدير الفوري في اللحظة التي يحقق فيها الأفراد النتائج الموجبة للتقدير.

- **الإمتاع:** فالقيادة الملهمة تجعل التقدير ممتعا وصعب النسيان.

- **الشمول:** تشجع القيادة الملهمة جميع المعاونين الأساسيين لها بتقدير الأفراد العاملين تحت سلطتها.

- **الدستور:** تضع القيادة الملهمة دستور لسياسة التقدير في منظماتها وتجعله تقليدا راسخا في ثقافتها التنظيمية.

ومن بين أهم المنظمات التي اعتمدت هذا الأسلوب في تنمية رأس مالها الفكري نذكر شركة **MICROSOFT** بقيادة **BILGATE** حيث أنت هذه السياسة بنتائج جيدة ساهمت في بناء رأس المال الفكري لهذه المنظمة.

4- اعتماد سياسة الهرم المقلوب: تقوم هذه السياسة على التحول من الهياكل التنظيمية الهرمية إلى الهياكل التنظيمية المقلوبة والتي تتميز بمرونتها العالية، حيث يتيح ذلك للأفراد ذوي المهارات العالية أيا كان موقعهم المساهمة في حل المشكلات وتقديم المبادرات، الأمر الذي يزيد من مستويات الحركة في المنظمة ويمكن من تحرير المعرفة الضمنية لدى الأفراد وجعلها معرفة صريحة، كما أن هذا النوع من الهياكل يسمح للمنظمة بإحداث تغييرات في نظم معلومات المنظمة وقواعد بياناتها كما يمكن أيضا من تحسين الثقافة التنظيمية.

ثالثا: تنشيط رأس المال الفكري

ضمن هذه الاستراتيجية تعمل المنظمة على تنمية رأس المال الفكري من خلال إتباع مجموعة من الأساليب والطرق التي تعمل على تنمية وتطوير قدرات رأس المال الفكري وجعله أكثر نشاطا وخاصة ضمن مجالات الإبداع والابتكار والتفاعل مع المشكلات التي تعترض المنظمة إضافة إلى القدرة على سبق المشكلات، ومن بين أهم أساليب تنشيط رأس المال الفكري نذكر ما يلي¹:

1- أسلوب التحويل بين مجالات رأس المال الفكري: يقوم هذا الأسلوب على فكرة التحويل بين مجالات رأس المال الفكري وبين مستوى فروع هذه المجالات، فرأس المال الفكري يتكون من ثلاثة مجالات رئيسية هي:

- **الهيكل الخارجي:** والذي يتكون من مجموعة العلاقات غير الملموسة مع العملاء والموردين ومختلف الأطراف الخارجية؛

- **الهيكل الداخلي:** الذي يعبر عن البنية الداخلية ويشمل براءات الاختراع ونظم التكنولوجيا والعمليات... الخ؛

- **الهيكل الثالث:** الذي يعبر عن الكفاءة التنظيمية للموظفين.

وعليه تسمح عملية التحويل بين مجالات رأس المال الفكري إلى بروز آثار التعلم على الموظفين من خلال احتكاكهم بالموردين والزبائن ومختلف شرائح المجتمع واكتساب أفكار جديدة وخبرات والتعامل مع تكنولوجيا جديدة.

¹ - مريم زلماط: دور رأس المال الفكري في استمرارية المؤسسة دراسة حالة ببعض المؤسسات بولاية سيدي بلعباس مؤسسة عزوز، مجمع حسناوي، أطروحة دكتوراه، جامعة أبي بكر بالفايد تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية، تخصص الموارد البشرية، 2016/2017، ص ص: 125، 126.

الفصل الأول.....الإطار النظري لرأس المال الفكري

2- **أسلوب العصف الذهني:** يدعى كذلك أسلوب دلفي وهو عبارة عن عملية تفاعلية (وسيلة اتصال منظمة) تقوم على استخدام الملاحظات المحددة المعزولة عن بعضها البعض لمجموعة من الأشخاص المجهولين (الخبراء) حيث تهدف هذه الطريقة إلى رصد وتوقع سيناريوهات لآراء الأشخاص حول مشكلة أو قضية ما من أجل الوصول إلى نتيجة نهائية بعد مقارنة مدى تطابق وتقارب إجابات الخبراء حولها، ويتم تطبيق هذا الأسلوب باتباع الخطوات التالية:

- تكوين مجموعة بحدود من 5-10 أفراد؛

- يرأس هذه المجموعة أحد الأفراد الذي يكون قادرا على الإثارة حيث يكون مديرا للجلسة؛

- يتم عقد جلسة لفترة تمتد بين 15-60 دقيقة يتم خلالها توضيح المشكلة، كفاءات العمل والسلوك، تمحيص الأفكار من خلال التقريب بينها.

ويتم الاعتماد على هذا الأسلوب بشكل أكثر في أساليب البحث والتطوير كآلية تمكن المنظمة من الوصول إلى الأفكار الإبداعية وإثراء عملية حل المشكلات، وقد تطورت ممارسات هذا الأسلوب ضمن طرق مختلفة ومتعددة إلا أن منطقتها تبقى واحدا.

3- **أسلوب حلقات الجودة:** تم اعتماد هذا الأسلوب في شركات الصناعة اليابانية، ويهدف هذا الأسلوب إلى تحقيق الكفاءة الإنتاجية عبر الوصول إلى صيغ مثلى وأفكار إيجابية تساهم في تطوير الجودة وتشجيع الأفراد على الإبداع والابتكار وهو ما يساهم في تنشيط رأس المال الفكري في المنظمة، ويقوم هذا الأسلوب على مجموعة من الخطوات هي:

- تكوين مجموعة من 5-10 أفراد يعملون ضمن قسم إنتاجي واحد ويلتقون لساعة أسبوعيا من أجل دراسة طبيعة العمل وتطوير الأفكار وتحديد الاستراتيجيات المناسبة؛

- تشارك الإدارة العليا مرة أو مرتين سنويا في هذه الحلقات من أجل الاطلاع على نسبة تقدم العمل فيها وتدعيم أنشطتها المستقبلية؛

- تعمل هذه المجموعات على تحديد المشكلات التي تتعلق بالجودة وتحديد أساليب العلاج الممكنة لذلك؛

ولقد اثبت هذا الأسلوب فعاليته في استثمار الطاقات الفكرية للأفراد حيث أنه وخلال سنة 1980 تم تقديم

5.23 مليون مقترح في 453 مصنع ياباني من أجل تطوير الإنتاجية.

4- **أسلوب الإدارة على المكشوف:** يعتبر هذا الأسلوب منهجا حديثا في الإدارة يقوم على استخدام المعلومات الموجودة في أذهان الأفراد من خلال شحن قدراتهم الذهنية بعد توفير الجو المناسب لتوليد الأفكار بتنظيم اجتماعات ولقاءات تتضمن المصارحة بلغة الأرقام بين أعضاء المنظمة، بحيث يكون لديهم الحس الرقمي الذي يمكن من إطلاق الطاقات وغريبة الاقتراحات ويتم تطبيق هذا الأسلوب من خلال إتباع الخطوات التالية:

- تكوين فريق العمل والذي يجب أن يكون ذو معرفة بالسيرورة التاريخية للمنظمة وآفاقها المستقبلية؛

- تعين مستشار لهذا الفريق من أجل ضبط إطار عمله ضمن منهج واحد؛
- تحديد مستويات المهارة والمعرفة عند كل فرد من أفراد هذا الفريق؛
- الالتزام بالضبط الاجتماعي للفريق من خلال قيم الإدارة ونظم التحفيز والتأديب.

5- **أسلوب الجماعات الحماسية:** وهي عبارة عن مجموعات صغيرة من الأفراد تكون نشطة ولها طموحات عالية وإقبال على المخاطرة، ويهدف هذا الأسلوب إلى إثارة الجدية في المناقشة بالشكل الذي يجعل الجماعة تشعر بالحيوية والتفاؤل ويزيد من استخدامهم للأفكار أكثر في سلوكياتهم الروتينية في حل المشكلات وإنجاز المهام المطلوبة منهم، ويقوم هذا الأسلوب على إشراك العاملين وجها لوجه في مجال تخصص المنظمة وتسهيل الحوارات مع ذوي الخبرة باستخدام تقنيات الإعلام والاتصال.

وهنا نشير إلى وجود أساليب أخرى تتدرج ضمن أساليب إدارة رأس المال الفكري كأسلوب الإدارة بالأهداف، التمكين، أساليب الهدرة... الخ.

رابعا: المحافظة على رأس المال الفكري

تعتبر مسألة الحفاظ على رأس المال الفكري للمنظمات الحديثة مسألة بالغة الأهمية خاصة في ظل المنافسة المحتدمة بين منظمات الأعمال في استقطاب رأس المال الفكري فضلا عن أنشطة السرقة كتقليد المنتجات وسرقة الأبحاث وتقليد نماذج العمليات وأساليب التسيير، من هنا تظهر وتزداد أهمية المحافظة على رأس المال الفكري للمنظمة خاصة إذا علمنا أن رأس المال الفكري يتميز بالخصائص التالية¹:

- يعد رأس المال الفكري ميزة تنافسية للمنظمات الحديثة؛
- يعتبر رأس المال الفكري أداة مهمة من أدوات خلق القيمة في المنظمة ومصدرا من مصادر تعظيم الثروة؛
- يعتبر رأس المال الفكري من أهم عوامل بقاء المنظمات الحديثة؛
- رأس المال الفكري في المنظمة عبارة عن تكلفة استثمار تحملتها المؤسسة من أجل اكتساب عوائد لذا يتوجب على المنظمة العمل على الحفاظ عليه.
- وعليه فالحفاظ على رأس المال الفكري يعد ضرورة تستوجب على المنظمة إيلائها الاهتمام اللازم، ومن أجل ذلك تتبع المنظمات الأساليب التالية²:
- تنشيط الحوافز المادية والمعنوية؛
- العمل على تطوير مهارات الأفراد وتنمية قدراتهم وكفاءاتهم بشكل مستمر والتكيف الدائم لمستويات تأهيلهم مع كل المستجدات من أجل التصدي للتقدم التنظيمي لرأس المال الفكري؛

¹ - رتيبة عروب: سبل تطوير رأس المال الفكري وأساليب المحافظة عليه، مجلة دراسات اقتصادية، العدد 18، الصفحات: 102-105.

² - منصور بن زاهي: الشعور بالاغتراب الوظيفي وعلاقته بالدافعية للإنجاز لدى الإطارات الوسطى لقطاع المحروقات-دراسة ميدانية لشركة سونطراك بالجنوب الجزائري-، أطروحة دكتوراه علوم، تخصص علم النفس وتسيير الموارد البشرية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، 2007/2006، ص ص: 43-45.

- مواجهة الإحباط التنظيمي والذي يقصد به الحالة النفسية التي تنشأ نتيجة فشل الفرد في إنجاز وتحقيق أهدافه داخل المنظمة ويظهر في عدم الرضا الوظيفي، الاستياء، التوتر والقلق...الخ، والتي تعتبر من بين أهم أسباب نشوء النزاع داخل المنظمات؛
- الاهتمام بالمتعاملين الخارجيين والذين يقصد بهم الزبائن والموردين والممولين وما إلى ذلك الذين تربطهم بالمنظمة علاقات نفعية تستلزم من المنظمة الحفاظ عليهم واستدامة الثقة التي تربطهم بها.

خلاصة الفصل:

يشتمل رأس المال الفكري على الأصول غير الملموسة في المنظمات حيث تتبثق مكوناته من رأس المال البشري بما يوفره من قدرات معرفية وتنظيمية تنعكس على الهيكل الداخلي للمنظمة ويتم من خلالها مجز الموارد المادية وغير المادية التي ينتج عنها مخرجات تنشأ عنها مجموعة من العلاقات مع الأطراف الداخلية والخارجية في المنظمة، الأمر الذي يجعله يمثل جوهر النشاط في المنظمة والمحرك الأساسي نحو تحقيق أهدافها، حيث أصبحت المنظمات الحديثة تراهن عليه في بناء استراتيجياتها التنافسية من خلال العمل على توظيفه استراتيجيا على نحو يخلق أكبر قيمة للمنظمة ويسمح لها بالاستمرار والنمو.

وبالنظر إلى هذه الأهمية فقد اعتنى الباحثون بمفهومه وتصنيف مكوناته ووضع نماذج لقياسه وإدارته والوقاية من المخاطر التي يتعرض لها، والشيء الملاحظ أن الباحثين لم يستطيعوا الاتفاق على مفهوم واحد حوله سوى أنه يتعلق بالعناصر غير الملموسة في المنظمة كما أنه يرتبط بالمعرفة، وفيما يتعلق بتصنيفاته فان معظم الباحثين يتفقون على أنه يتضمن مكونين رئيسيين هما رأس المال البشري ورأس المال الهيكلية في حين أن بعضهم يزيد عن ذلك رأس المال العلاقات الذي يشير إلى العلاقة مع الزبائن والموردين والأطراف ذات المصلحة مع المنظمة.

من جهة أخرى حاول الباحثون وضع نماذج لقياسه إلا أن هذه النماذج لم تستطع عكس القيمة الحقيقية التي يتم خلقها من رأس المال الفكري في المنظمة بالمقارنة مع النماذج التي تم وضعها لقياس رأس المال المادي حيث يمكن إرجاع ذلك إلى صعوبة التقدير الكمي لمكونات رأس المال الفكري بسبب خاصية اللاملموسية.

الفصل الثاني: الإطار النظري

لجودة الخدمات الصحية

تمهيد:

لقد اكتسبت الخدمات أهمية متزايدة خلال القرن الأخير خاصة مع تعقد البيئة الاقتصادية والاجتماعية المعاصرة وتزايد الطلب عليها، الشيء الذي أدى إلى توسع قطاع الخدمات بشكل مضطرد تجاوز فيه باق القطاعات الاقتصادية ، حيث أصبحت الخدمات تحض بعناية خاصة من الباحثين في إطار ما يسمى باقتصاد الخدمات، وفي الوقت نفسه برزت بعض أنواع الخدمات على نحو أصبحت تمثل فيه قطاعات نشاط مستقلة وعلى رأسها الخدمات الصحية، فقد أصبح العمل على توفيرها وتحسين مستوياتها وظروف تقديمها يمثل الشغل الشاغل للمشرفين على ميدان الصحة وللممارسين على حد سواء، خاصة مع الإحاطة القانونية التي ترافق مثل هذا النوع من الخدمات إضافة إلى اشتداد حدة المنافسة بين المؤسسات المقدمة لها على نحو أصبح مقياس التفوق فيها يتوقف على مدى جودتها، وعليه فقد اتجه الباحثون إلى العمل على إسقاط مفاهيم الجودة على الخدمات الصحية والمؤسسات المقدمة لها سعيا منهم للوصول إلى تحديد متطلباتها، كما عملوا على تطوير مجموعة من الأساليب والتقنيات التي يمكن أن تساهم في الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية كما سنبينه في هذا الفصل.

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمة والصحة والخدمات الصحية

لقد بات ينظر إلى الخدمات كقطاع اقتصادي مستقل، حيث أصبحت الخدمات اليوم أكثر تنسيقاً وتنوعاً ومعدة لمختلف الطبقات الاجتماعية حسب احتياجاتها وقدراتها، كما أصبح قطاع الخدمات يعبر عن مستويات الرفاه الاجتماعي والنمو الاقتصادي للبلدان، وأصبحت الخدمات تتطلب نموذجاً إدارياً فريداً يعتمد على الموارد البشرية، وأكثر توظيفاً للمعرفة والتكنولوجيا.

المطلب الأول: عموميات حول الخدمات

بالرغم من أن الخدمة هي عبارة عن منتج لكنها من الناحية التسويقية والتنظيمية تختلف عن السلعة، كما أن العمليات المتعلقة بها تختلف كلياً عن السلع كما سيتوضح لنا خلال هذا المطلب.

أولاً: تنامي أهمية الخدمات

لم تحض الخدمات باهتمام كبير من الاقتصاديين الأوائل حيث أنهم اعتبروها لا تضيف أي قيمة للاقتصاد، فقد رأى آدم سميت **ADAM SMITH** أن الإنتاج الذي لا يقدم منتجات ملموسة كنشاط الطبيب والمحامين والجيش يبقى فاقداً للأهمية من الناحية الاقتصادية، واستمرت هذه النظرة إلى الخدمات إلى غاية مجيء الاقتصادي **ALFRED MARSHALL** الذي اعتبر أن الفرد الذي يقدم خدمة في الحقيقة يقدم منفعة اقتصادية، كما أشار إلى أن وصول المنتجات المادية إلى مستهلكها لا يكون إلا من خلال سلسلة من الأنشطة الخدمية والمتمثلة في التوزيع والنقل وغيرها من الخدمات المصاحبة لها، وعليه فقد عرف قطاع الخدمات على أنه كل الأنشطة التي لا يمكن ضمها إلى القطاعين الزراعي والصناعي¹، وبهذا أصبح قطاع الخدمات قطاعاً مستقلاً بذاته يعبر عن مستوى الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للأمم، ومن بين أهم أسباب تنامي الخدمات وانفصالها كقطاع مستقل نذكر ما يلي²:

- الزيادة في أعداد وأشكال السلع مما ساهم في زيادة الخدمات المرافقة لها؛
- تحسن ظروف المستفيدين ومستوى معيشتهم نتيجة ارتفاع دخولهم مما أمكنهم من الإنفاق أكثر على الخدمات؛
- زيادة أوقات الفراغ أو الخلو عن العمل نتيجة التطور التكنولوجي مما زاد من استخدام الخدمات والإقبال عليها؛
- الخدمات تحسن من ظروف المستفيدين ومستوى المعيشة لديهم؛
- تغيرات البيئة المعيشية وتغيرها أدى إلى زيادة الطلب بعض أنواع الخدمات كالخدمات الاستشارية والخدمات الصحية والأمنية والتي تعتبر نتيجة للتغير الحاصل في أنماط الحياة العصرية؛
- تشتت سلاسل القيمة على طول سلسلة الإنتاج والتوزيع وتزايد توزيع الأنشطة الخدمية فيها؛

¹ - حميد عبد النبي الطائي، بشير العلاق: **تسويق الخدمات: مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي**، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص17.

² - المرجع نفسه، الصفحات: 19، 20، 21.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- تزايد مساهمة الخدمات في المنتجات خاصة العمليات قبل الإنتاج والعمليات ما بعد الإنتاج وهذا راجع إلى التركيز على المعرفة والتسويق بالخدمات كمنفذ وحيد يمكن من تعظيم أهمية وقيمة منتجات المنظمة؛

وقد حضرت الخدمات باهتمام كبير من ناحية إدارتها وتسويقها حيث أصبحت المؤسسات الخدمية تبعا لذلك تتميز بخصائص ومميزات جعلتها تتفرد عن مثيلاتها في القطاع الصناعي والزراعي، وذلك من حيث تكوينها والأطر القانونية والتنظيمية التي تحكمها فضلا عن طرق إدارتها وتسييرها، كما زاد التركيز أكثر على تحقيق جودة الخدمة، وتعاطت نسبة مساهمة الخدمات في الناتج الإجمالي للدول حيث تشير الدراسات إلى أن نسبة مساهمة الخدمات في اقتصاديات منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي وصلت إلى 70 % ضمن مجالات العمالة وخلق القيمة المضافة¹، كما أصبح قطاع الخدمات يلعب أهمية كبيرة في خلق الوظائف في سوق التشغيل لجميع دول **OCDE**، وهو ما يجعله قطاع تشغيلي كبير قادر على خلق مناصب العمل وامتصاص البطالة في السوق، كما تشير الدراسات إلى أن خدمات الصحة والتعليم تخلق 40% من إجمالي مناصب العمل في منطقة **OCDE**²، إضافة إلى أن قطاع الخدمات شجع العمالة النسائية مما أثر على التركيبة الاجتماعية لسوق العمل وساهم بشكل كبير في تحقيق العدالة الاجتماعية في توزيع الدخل بين الرجل والمرأة وتقليص فجوة الفقر بينهما، ومن جهة أخرى استطاع قطاع الخدمات أن يرفع مستويات الدخل لدى فئات عريضة من المجتمع³، وخلال الفترة 1980-2015 زادت حصة الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي لجميع الفئات من البلدان؛ حيث ارتفعت من 61% إلى 76% في الدول المتقدمة، ومن 42% إلى 55% في البلدان النامية⁴، وهذا راجع إلى تشعب قطاع الخدمات وضمه لمجالات نشاط واسعة تتوزع ما بين الخدمات الجماعية والخدمات الفردية كالصحة والتعليم والخدمات المالية...الخ.

ثانيا: مفهوم الخدمة

قدمت للخدمة عدة تعريفات نذكر بعض أهمها فيما يلي:

• عرفها **GRONROOS** على أنها نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة على الأكثر غير ملموسة، والتي تنشأ نتيجة التفاعل بين طالب الخدمة ومقدمها وبعد مزج مجموعة من الموارد والأنظمة وتقديم كحل لمشاكل المستهلكين⁵.

¹- OCDE: **Les services et la croissance économique Emploi, productivité et innovation**. Réunion du Conseil de l'OCDE au niveau ministériel de 2005. P2.

² - IBID; P8.

³ - عائشة عتيق: **جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية حالة الجزائر**، دار خالد اللحياني للنشر والتوزيع، السعودية، الطبعة الأولى، 2016، ص ص: 35، 36.

⁴- Nations Unies: **Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement, Rôle de l'économie et du commerce des services dans la transformation structurelle et le développement équitable**, Conseil du commerce et du développement Commission du commerce et du développement Réunion d'experts pluriannuelle sur le commerce, les services et le développement Cinquième session. Genève, 18-20 juillet 2017.p2.

⁵ - هاين حامد الضمور: **تسويق الخدمات**، دار وائل للنشر الطبعة الثانية، عمان، الأردن، 2004، ص17.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

•عرفتها الجمعية الأمريكية للتسويق **AMA** على أنها النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تقدم مرتبطة مع السلع المباعة¹.

•عرفها الباحثان **VOSS & NORMAN** على أنها تفاعل اجتماعي بين مجهز الخدمة والزيون، حيث يهدف هذا التفاعل إلى تحقيق الكفاءة لكليهما².

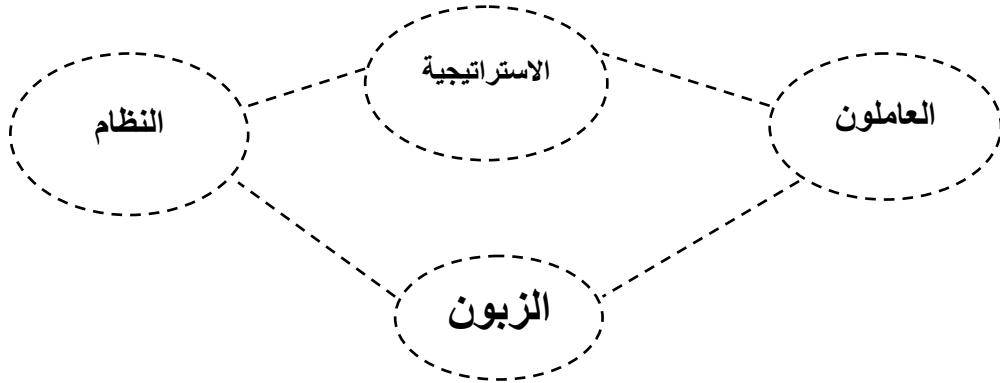
•عرفها **Kotler** على أنها كل نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون غير ملموسة ولا تنتج عنها أي ملكية، وأن إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون مرتبطا به³.

والملاحظ على هذه التعريفات أنها تتفق على أن مفهوم الخدمة يتمحور على التفاعل الحاصل بين مقدمها والمستفيد منها، كما أن التعريفات السابقة تغفل العناصر المادية الداخلة في تكوين الخدمة كالتجهيزات والمواد الخام... الخ، ومن أجل تدارك النقص الوارد في التعريفات المقدمة للخدمة جاء الباحث **SCHROEDER1989** بمفهوم أوسع ينظر إلى الخدمة على أنها نظام لخصه فيما أطلق عليه بمثلث الخدمة **SERVICE TRIANGLE** والذي يتكون من أربعة محاور هي⁴:

- الاستراتيجية: وتعني الرؤيا والفلسفة التي تكون مرشدا لإدارة المنظمة لكل جوانب تسليم الخدمة للزيون.
- الزيون: وهو جميع الخصائص التي تعكس طالبي الخدمة والراغبين في استخدامها حيث يمثل الزيون مركز هذا المثلث.

- النظام: وهو النظام المادي والإجراءات التي تستخدمها المنظمة في إنتاج الخدمة.
- العاملون: وهم الأفراد العاملون في المنظمة من أجل إنتاج الخدمة.

الشكل رقم(15): مثلث الخدمات



SOURCE: **SCHROEDER.R. G, Operation Management: Decision making in Operations Function.** 3TH. ED/INC. 1989. Singapore. p134.

¹ - حاتم الطائي، بشير العلق: تسويق الخدمات: مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، مرجع سبق ذكره، ص33.

² - قاسم نايف علوان المحياوي: إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2006، ص52.

³ - خديجة عتيق: أثر المزيج التسويقي المصرفي على رضا الزيون - دراسة ميدانية البنوك العمومية والأجنبية العاملة بولاية تلمسان، رسالة ماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، 2011-2012، ص27.

⁴ - **SCHROEDER.R. G Operation Management: Decision making in Operations Function.** op cite, p134.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

حيث نلاحظ من الشكل أعلاه أن الخدمة عبارة عن مجموعة من العناصر التي تتفاعل في بينها ضمن إطار متناسق، وعليه يكون مفهوم الخدمة مفهوما تركيبيا كونها تتميز بعدم الملموسية وتتكون من خلال مزج وتفاعل مجموعة من العناصر والمكونات المادية وغير المادية، هنا أيضا تظهر لنا أهمية العناصر غير المادية في تكوين الخدمة وخاصة فيما يتعلق بجانب المورد البشري والتنظيم فهذان العنصران تتزايد أهميتهما بشكل أكبر في المنظمات الخدمية، كما نلاحظ أيضا أن الزبون هو جزء من الخدمة حيث لا يمكن الحديث عن وجود هذه الأخيرة دون حضور الزبون الذي يطلبها في الحين الذي تنتج فيه؛ فعلى سبيل المثال الخدمة الصحية لا يمكن إنتاجها أو تقديمها إلا في حالة حضور المريض كما أن المؤسسة الخدمية تتأكد فيها أهمية الموارد البشرية فضلا عن ضرورة وجود أنظمة تحكم عالية الدقة، وهنا نتأكد لنا العلاقة الوطيدة بين مكونات رأس المال الفكري والخدمة في إطار أوسع من العلاقة التي تربط بينه وبين السلع، فكما لاحظنا أن أسس الخدمة هي الزبون والأفراد والنظام وهذه العناصر الثلاث هي أهم العناصر التي يقوم عليها مفهوم رأس المال الفكري للمنظمة.

ثالثا: خصائص الخدمات

من خلال التعريفات السابقة نستخلص بعض أهم الخصائص المميزة للخدمات والتي تجعلها مميزة عن السلع وتفرض عليها طابعا إداري وعملياتي مميز عن المنظمات الأخرى كما سنوضحه فيما يلي:

- 1- عدم الملموسية:** أي أنها ليس لديها وجود مادي، حيث لا يمكن رؤيتها أو إدراكها عن طريق الحواس كما هو الحال في السلع المادية، فالخدمات الصحية على سبيل المثال نجدها مركبة من مجموعة من الأنشطة والمتمثلة في الاستقبال الإيواء الفحص والعلاج والتحليل لكن تبقى الخدمة الصحية غير ملموسة و تتجسد من خلال المنافع التي يتحصل عليها شخص المريض، ويترتب عن خاصية عدم الملموسية عدم قدرة مستفيد من الخدمة في الحكم على جودتها أو تقييمها قبل القيام بشرائها¹.
- 2- التلازمية:** يقصد بالتلازمية ضرورة حضور مستهلك الخدمة ومقدمها في نفس الوقت، فعلى سبيل المثال لا يمكن للأستاذ أن يقدم خدمة التعليم إلا عند حضور الطلبة، وينجم عن هذه الخاصية أن الخدمة غير قابلة للتخزين وغير قابلة للنقل من مكان إلى آخر كونها مرهونة بوجود المنتج والمستفيد في نفس الحين².
- 3- عدم التجانس:** بما أن الخدمات يتم تقديمها بالاعتماد على كفاءة ومهارة مقدمها ووقت تقديمها، فمن الصعب أن يتم تنميطها على نسق واحد بحيث تكون بنفس الجودة في كل مرة حتى ولو قدمت من قبل نفس الشخص، ومن أسباب هذه الخاصية كذلك أن طالبي الخدمة ليسوا على طبيعة واحدة حيث أنه ليس لديهم نفس الاحتياجات بحكم اختلاف تجاربهم وطبائعهم³، وتسعى المنظمات إلى التقليل من التباين في الخدمات من خلال إتباع الأساليب التالية:

¹ - أنيس أحمد عبد الله: إدارة التسويق وفق منظور قيمة الزبون، دار الجنان للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2016، ص ص: 371، 372.

² - على بحار سعد عباس: تأثير المزيج الترويجي على الخدمات الصحية، دار التعليم الجامعي، مصر، 2020، ص 109.

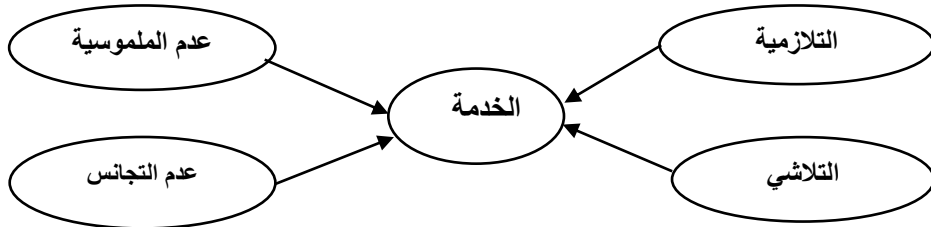
³ - على بحار سعد عباس: المرجع نفسه، ص 109.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- الاختيار المناسب للأفراد العاملين الذين يقدمون الخدمة والعمل على تدريبهم؛
- أتمتة عمليات تقديم الخدمة من خلال الاستعانة بالأجهزة والمعدات الإلكترونية للمحافظة على ثبات الخدمة، فكشف الحساب الجاري الذي يحصل عليه الزبون الكترونياً يكون أكثر دقة من كشف الحساب الذي يحصل عليه يدوياً.

4- التلاشي: ويقصد به أن الخدمات تتعرض للزوال حال استخدامها لأنه لا يمكن الاحتفاظ بها أو تخزينها، ومن أمثلة ذلك أن المقعد الموجود في الطائرة أو ساعة العمل عند الطبيب أو المحامي أو غرفة الفندق عند عدم استخدامها في الوقت الذي تم حجزها فيه فإنها بلا شك لا تؤجر ولا يمكن التعويض عنها أو إعادة بيعها فيما بعد فهي تعد خسارة بالنسبة لمقدم الخدمة إن لم يتم استغلالها، ومن أجل التغلب على آثار هذه الخاصية تعمل المنظمة على التنبؤ بالطلب على خدماتها ووضع خطة لاستثمار الطاقة المتاحة لديها كاستخدام أنظمة للحجز المسبق لمواجهة التغير في الطلب أو تشكيل قوة عمل مؤقتة لمواجهة تذبذبات الطلب على الخدمة¹.

الشكل رقم (16): خصائص الخدمات



المصدر: أنيس أحمد عبد الله: إدارة التسويق وفق منظور قيمة الزبون، دار الجنان للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2016، ص371.

رابعاً: الخدمة الجوهر والخدمات المكملة

تتكون الخدمة من عنصرين أساسيين هما الخدمة الجوهر والخدمات المكملة، فهي وكما تم الإشارة إليه أعلاه منتج ينشأ نتيجة تفاعل مجموعة من العناصر المادية واللامادية، حيث ينشأ عن ذلك خدمة أساسية جوهرية يطلبها الزبون لذاتها، وبالمقابل هناك مجموعة من الخدمات غير الأساسية التي تدعم الخدمة الجوهر، وقد عرفت الخدمة الجوهر على أنها المكون الرئيسي الذي يؤمن الحلول والمنافع التي يريدها الزبون، ومن الأمثلة عن ذلك خدمة نقل الركاب إلى المكان المطلوب وفي الزمن المطلوب.

وأما الخدمة التكميلية فتعرف على أنها الخدمات المساعدة التي تضيف قيمة إضافية للزبائن فوق قيمة الخدمة الجوهر، أو تقدم تسهيلات للحصول على الخدمات الجوهر، وتلعب هذه الخدمات دوراً تكميلياً للدور الرئيسي الذي تلعبه الخدمة الجوهر²، و تنقسم الخدمات التكميلية إلى ثمانية أقسام ملخصة في شكل زهرة الخدمات³ على النحو المبين في الشكل التالي:

¹ - أنيس أحمد عبد الله: إدارة التسويق وفق منظور قيمة الزبون، مرجع سبق ذكره، ص372.

² - علي محمد حسن بني مصطفى: أثر التخطيط الاستراتيجي في تسويق الخدمات، قطاع الاتصالات الأردنية، دار زهران للنشر، الطبعة الأولى، الأردن، 2017، ص128.

³ - حميد عبد النبي الطائي، بشير عباس العلق: إدارة عمليات الخدمة، مرجع سبق ذكره، ص29.

الشكل رقم(17): زهرة الخدمات



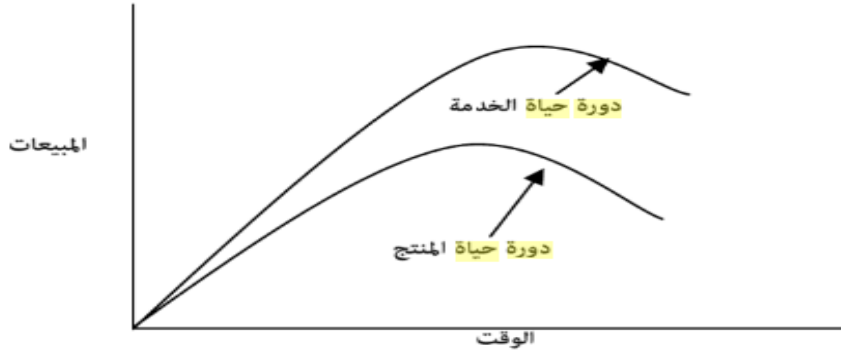
المصدر: حميد عبد النبي الطائي، بشير عباس العلق، إدارة عمليات الخدمة، دار اليازوري للنشر، الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص30.

خامسا: دورة حياة الخدمات

للخدمة دورة حياة شأنها شأن السلعة، حيث تمر بخمسة مراحل كل مرحلة لها مميزاتها الخاصة، وعلى الغالب الخدمة لا تبقى مثلما كانت موجودة في مراحلها الأولى حيث يتم تطويرها وتحديثها بشكل مستمر عن طريق إدخال مجموعة من التحسينات وإتباع مجموعة من الأدوات والإجراءات التي تمكن من نقلها من مرحلة إلى أخرى وإطالة عمرها الافتراضي، والملاحظ أن دورة حياة الخدمات تكون أطول من دورة حياة أي منتج آخر كما هو مشاهد في الخدمات الصحية حيث أن الطبيب كلما طال نشاطه زادت خبرته ومعرفته واستمر الإقبال على خدماته، كما أن بلوغ الخدمة للذروة تكون أبطأ من بلوغ السلع لها وذلك راجع إلى أنها غير قابلة للنقل كما أن محاكات الخدمة تكون أصعب نوعا ما من تقليد السلع، وبالمقابل يلاحظ أن فترة تحقيق الربح في الخدمة تكون أسرع من السلع كما أن فترة الخسارة تكون أقصر مما هو في السلع¹، وتتمثل دورة حياة الخدمة في المراحل المبينة في الشكل التالي:

¹ - نجم عبود، مداخل إلى إدارة العمليات، مرجع سبق ذكره، ص78.

الشكل(18): دورة حياة الخدمة



المصدر: نجم عبود: مداخل إلى إدارة العمليات، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2013، ص78

- **مرحلة تقديم الخدمة:** تبدأ هذه المرحلة من الوقت الذي تطرح فيه الخدمة على المتعاملين، وتتميز ببطء نمو طلب الزبائن عليها حيث تكون المبيعات فيها قليلة وتكون الحاجة إلى الموظفين الأكفاء عالية من أجل إقناع الزبائن بهذه الخدمة.

-**مرحلة النمو:** خلال هذه المرحلة يزيد الطلب على الخدمة حيث تزيد المبيعات نتيجة تزايد إدراك ومعرفة العملاء بوجود الخدمة، وهنا تبدأ المؤسسة في نشر وتوسيع منافذ توزيع الخدمة، حيث تنمو أرباحها بشكل ملحوظ، ويجب على المؤسسة خلال هذه المرحلة تكثيف عمليات الإعلان في إطار المحافظة على الزبائن ومواجهة المنافسين.

- **مرحلة النضج:** خلال هذه المرحلة تحتل الخدمة موقعا راسخا في السوق وتصبح معروفة بشكل واسع بين المتعاملين، كما تصبح الخدمة تدر أرباحا منتظمة وهنا تعمل المؤسسات على إطالة عمر هذه المرحلة إلى أقصى حد ممكن، كما تصبح المنظمة متيقظة للمنافسين وردود أفعالهم وتركز المنظمة هنا على الإعلان التذكيري.

- **مرحلة الانحدار:** خلال هذه المرحلة تتعرض المبيعات من الخدمة إلى انتكاسة كبيرة نتيجة تغير أذواق المستهلكين وعدم قدرة المؤسسة على مواكبة تطلعات العملاء وهنا يتوجب على المؤسسة أن تبحث عن منتجات خدمية جديدة من أجل الصمود والبقاء.

المطلب الثاني: عموميات حول الصحة

الصحة هي قضية متشعبة الأبعاد تتجاوز كونها أمر يتعلق بالمرض والعلاج والشفاء كما أن مفهومها يتطور عبر الزمن خاصة مع تقدم العلوم الطبيعية والاجتماعية والنفسية كما سنبينه فيما يلي.

أولا: تزايد الاهتمام بالصحة

تعتبر الصحة قضية مهمة لكل شخص، وقد اقترن تحقيقها من خلال مجموعة من الممارسات العلمية كالطب وممارسات الميتافيزيقية كالشعوذة، ومع مرور الوقت تعقد التنظيم الاجتماعي للإنسان حيث أصبحت الصحة قضية جماعية تحرص الجماعة على تحقيقها من خلال مجموعة من الممارسات والأنظمة التي تهدف

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

إلى توفير والحفاظ على الصحة لجميع أفراد المجتمع، وقد لوحظ ذلك على امتداد الحضارات المتعاقبة كالرومان والمسلمين الذين قاموا بتأسيس المستشفيات وأجروا عليها الأوقاف والأموال وقاموا بهيكلتها وفق نظم توفر رعاية متكاملة للمريض منذ دخوله إلى غاية خروجه بما في ذلك توفير الطعام والمبيت والدعم النفسي، كما قاموا بفصل الطب عن الشعوذة وشجعوا قيام النظم الصحية المرتكزة على الطب ووفق الممارسات العلمية التي تراكمت عبر الزمن.

ومع انتهاء حقبة العصور الوسطى وازدهار الحياة العلمية في أوروبا وما صاحبها من فهم أدق للأمراض والعلاجات، إضافة إلى ما عرفته هذه الحقبة من تعقيدات على مستوى التنظيم الاجتماعي والاقتصادي للمجتمعات الأوروبية، ظهر القطاع الصحي الذي تسهر الدولة على رعايته كإحدى وظائفها الأساسية (الدولة الحارسة، والدولة المتحكمة)، وخلال هذه المرحلة أصبحت الدول تعمل على بناء هياكل صحية يتم توزيعها بشكل منظم على كافة نواحي البلاد ويتم دعمها من خلال هيكل أنظمة الرعاية الاجتماعية ودعم الدولة، كما تم هيكل المؤسسات الصحية وفق تنظيمات إدارية وتقنية ذات كفاءة وفعالية أكثر حيث تم على مستوى الهياكل الصحية خلق مستويين متوازيين من السلطة وهما سلطة الإدارة والتي تسهر على تقديم الدعم اللوجستي للطواقم المعالج وسلطة طبية متخصصة تعمل على تقديم العلاج للمرضى وتوفير شروط الصحة.

ومع تعقد الأنظمة الصحية وانتشارها وتزايد الإقبال على الخدمات التي توفرها الهياكل الصحية إضافة إلى تطور أنظمة التأمين الاجتماعي وانتقال تمويل الصحة من أنظمة التمويل الفردية إلى أنظمة التمويل الجماعي، إضافة إلى تغير طرق انتشار الأمراض وتزايد تعقيداتها، كل ذلك ساهم في تضاعف تكاليف العلاج وأثقل ميزانيات الدول في تغطية الإنفاق الصحي حيث أنه وبعد تحليل تكاليف التغطية الصحية ظهر بأن هذه التكاليف قد أخذت شكل متتالية هندسية وهو ما عجل بظهور علم اقتصاد الصحة الذي يعتني بكيفية تخصيص موارد الصحة وإدارتها بشكل أكثر عقلاني من أجل التحكم فيها، وفي المقابل ظهر ما يسمى بإدارة الصحة التي تهتم في كفاءات تسير المؤسسات الصحية وعلى رأسها المرافق الصحية العمومية بعقلانية مع تحقيق كفاءة أكبر وفاعلية في استغلال الموارد، كما أن إدارة الصحة لم تعد قضية الطبيب وإنما أصبحت قضية المدير، وأن المستشفى لم يعد هيكل طبي وإنما أصبح مؤسسة صحية متكاملة الأركان.

وعلى المستوى العالمي أصبحت الخدمة الصحية مجالاً يتم رعايته من خلال النظام الصحي العالمي الذي يتشكل من مجموعة من المنظمات الصحية العالمية كمنظمة الصحة العالمية، كما أصبحت الخدمات الصحية إحدى أهم بنود التبادل في العالم حيث أصبح التبادل والاستفادة من الخدمات الصحية يخضع لاتفاقيات تبادل الخدمات الدولية، وبالمقابل أصبح استهداف الصحة وتدمير الأنظمة الصحية للدول أحد أهم طرق السيطرة والاستعمار حيث تعمل المنظمات والدول ذات الهيمنة على تخريب أنظمة الصحة في الدول الضعيفة من خلال مجموعة من الممارسات التي تبقيها ضعيفة وتؤثر على استقرارها الاجتماعي والاقتصادي. ومن بين أهم الأمثلة على ذلك ما فعله الاستعمار الأوروبي للقارة الأمريكية من خلال نشر وباء الجدري في تجمعات الهنود الحمر قصد السيطرة عليها.

ثانيا: ماهية الصحة

ينبثق مفهوم الصحة عن مجموعة من المفاهيم المتشعبة عنها كالمرض والسلامة البدنية والسلامة العقلية وقد يمتد إلى سلامة البيئة والمحيط وأحيانا يتسع هذا المفهوم حيث ينظر إلى الصحة على أنها قضية تتعلق بسلامة المجتمع وخلوه من الأمراض، ومن أجل الغوص في مفهوم الصحة لا بد من التطرق إلى دلالتها اللغوية ثم الاصطلاحية كما سنبينه فيما يلي:

1- من الناحية اللغوية

من الناحية اللغوية وحسب المعجم الوسيط، يقصد بالصحة في البدن الحالة طبيعية حيث تجري الأفعال معها على المجرى الطبيعي، وحسب قاموس **LA ROUSSE** يقصد بالصحة الحالة التي يعمل فيها البدن بشكل طبيعي.

2- من الناحية الاصطلاحية

• حسب الدكتور **LERICHE 1963** وهو طبيب جراح عرف الصحة على أنها الحالة التي تسكت فيها الأعضاء، حيث يظهر هذا التعريف وكأنه مستقى من حيث الرسول عليه الصلاة والسلام إذا اشتكى منه عضو.....، أي أن الصحة هي الحالة التي لا يشتكي فيها أية عضو في الجسم من الألم¹.

• حسب **Georges Canguilhem** تعرف الصحة على أنها القدرة على التغلب على الأزمات، أي أن جسم الإنسان يبقى دوما معرض إلى أزمات صحية تتمثل في الأمراض وبالمقابل تبقى الصحة تعني قدرة جسم الإنسان على تجاوز هذه الأزمات ورجوعه إلى حالته الطبيعية².

• عرف **Alfred Marshall** في كتابه "مبادئ الاقتصاد"(1977) الصحة بأنها القوة الجسدية والقوة العقلية والقوة المعنوية أو النفسية للفرد³

• حسب منظمة الصحة العالمية **WHO 1946** تعرف الصحة على أنها حالة اكتمال العافية العضوية والعقلية والاجتماعية، فهي لا تقتصر فقط على غياب المرض والعجز⁴.

والملاحظ على التعريف الذي قدمته منظمة الصحة العالمية للصحة أنه شمل جميع الجوانب التي تساهم

في تحقيق الحالة الصحية وتؤسس لمفهوم العافية **BIEN-ETRE**.

وخلال سنة **1952** قامت منظمة الصحة العالمية **WHO** بتعريف الصحة العمومية على أنها علم وفن

الحيلولة دون وقوع الأمراض، والقدرة على إطالة أمل الحياة عند الأفراد وتحسين الصحة العضوية والعقلية لديهم من خلال مجموعة من الممارسات الجماعية⁵.

¹- DR OUHOUCINE A, DR TOUHANT.D: sante publique et activité de soins, dossier documentaire de formation des administrateurs principaux des service de sante APSS/A6/01, ENMAS, Alger, 2016, p1.

²-IBID.p1.

³ - Marshall. A: **Principals of economics**, the Mc Millan Press Ltd, Eight Edition, London, 1977, pp: 161 -169

⁴- JAMES S. LARSON: **THE WORLD HEALTH ORGANIZATION'S DEFINITION OF HEALTH: SOCIAL VERSUS SPIRITUAL HEALTH**, Social Indicators Research 38: 181-192, 1996. Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands. p181.

⁵- **Santé public. Disponible sur le site de :**

https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publique/90008. 23:51-18/10/2020.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

حيث نلاحظ أن هذا التعريف الأخير أعطى مفهوماً أوسع للصحة يتعلق بكونها علم له طرق وأساليب فنية تمنع وقوع الأمراض داخل المجتمع كما هو حاصل بالنسبة لإجراءات الحجر عند الأوبئة وحملات التطعيم الجماعية، كما أن الصحة تهدف إلى تحسين الصحة العضوية والعقلية للأفراد.

وقد أشار البنك الدولي إلى أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الأفراد وكذلك مقدار النفقات وكفاءة النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية التي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئة إلى حد كبير¹.

انطلاقاً من التعريفات السابقة التي قدمت للصحة نجد أن مفهوم الصحة يتمحور حول النقاط التالية:

- الصحة لا تعني عدم وجود أمراض فقط وإنما تعني العافية من الناحية العضوية والعقلية؛
- القدرة على تجاوز الأزمات الصحية؛
- يندرج تحت مفهوم الصحة مفهوم الصحة النفسية والاجتماعية؛
- الصحة مفهوم يتجاوز صحة الفرد إلى صحة الجماعة؛
- يرتبط مفهوم الصحة بالأمن والتعليم والتغذية بشكل أساسي؛
- يتجاوز مفهوم الصحة الفرد إلى جميع الأفراد المحيطين به أي أن تحقيق الصحة يكون من خلال أنظمة السلامة الجماعية.

ثالثاً: طبيعة الصحة كسلعة معمرة

تعتبر الصحة سلعة معمرة كون أن الحصول عليها يزيد من منفعة الشخص وأنها ترافق حياة الشخص كلها، كما أنها تخضع لقانون العرض والطلب لكن ضمن خصائص معينة، كما أشار إليه **Crossman** في كتابه "الطلب على الصحة" (1972) حيث اعتبر الصحة سلعة اقتصادية وبين كيف أن الشخص الرشيد يجب أن يكون له منحنى طلب للخدمات الصحية التي تشتق من الطلب على الصحة ذاتها، ولهذا يمكننا أن نفكر في أن الصحة تعتبر سلعة معمرة مثلها في ذلك مثل السيارة والمنزل.... الخ، فالفرد منا يأتي إلى الحياة ببعض الرصيد من الصحة، فإذا فكرنا في مجموعة سلع أخرى (x) ورصيد من الصحة h حينئذ نستطيع صياغة

$$U = U(x, h) \quad \text{دالة المنفعة للشخص ما } U \text{ تتخذ الشكل التالي}^2$$

وتمثيل ذلك أن السلع هنا تشبه السيارة في حين أن الصحة هي الطلب المشتق المتمثل في التنقل باستخدام السيارة (خدمة النقل) وعليه تكون المنفعة دالة تابعة للعلاقة الناتجة عن التفاعل بين استخدام السلع ومستوى الصحة المحق، ومثلما هو جار فإن الصحة تتعرض للإهلاك والتناقص مثلها مثل السلع المعمرة الأخرى كالسيارات حيث يتعرض الجسم إلى الوهن وتنتهي صحته بالموت، وتشير الدراسات إلى أن معدل اهتلاك وتناقص الصحة قد تباطأ خلال الفترات الأخيرة حيث يعزى ذلك إلى تحسن المؤشرات الصحية نتيجة

¹ - البنك الدولي: تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة، 1993، ص 7.

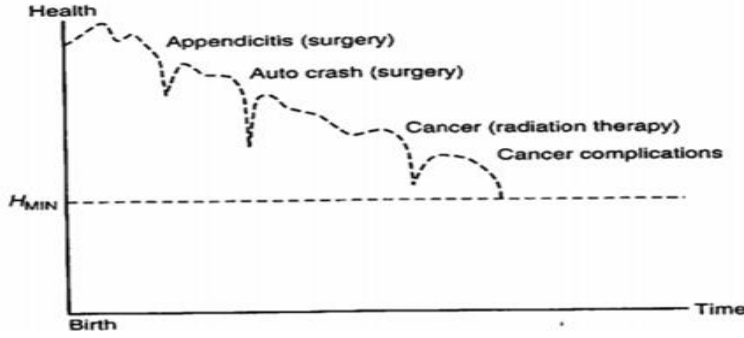
² - شارلز فيليب، ترجمة جلال البنا: نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة، والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)، المجلس الأعلى للثقافة، الطبعة الأولى، القاهرة، 2003، الصفحات: 21-22.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

تطور أنظمة الرعاية الصحية وتزايد القدرة على التقليل من مخاطر الأمراض المزمنة إضافة إلى التحكم في الأمراض المتقلبة بشكل جيد¹.

ومن الشكل الموالي يتضح لنا الزيادة المستمرة في الصحة خلال مرحلة الطفولة يتبعها تناقص تدريجي بسبب الوهن، حيث تأتي أحداث عشوائية من المرض والإصابات التي يمكن أن تنقص من مستوى الصحة لديه، وفي أدنى مستويات الصحة أي عندما تصبح تساوي الصفر يموت الإنسان. وتلعب الرعاية الصحية جزءا هاما في عملية الحفاظ على مستويات الصحة بعد هذه الأحداث ما لم تصل الصحة إلى أدناها.

الشكل رقم(19): مسار الزمن للصحة



المصدر: شارلز فيليب، ترجمة جلال البنا: نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة، والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)، المجلس الأعلى للثقافة، الطبعة الأولى، القاهرة، 2003، ص:21.

فالصحة ليست شيء ثابت وإنما تزيد وتنقص باستمرار وقد تؤول إلى الصفر الذي يعني الموت وهي تحتاج إلى عملية التحسين بشكل مستمر من أجل تثبيتها عند مستوى معين، وعليه تتوزع الصحة على المستويات التالية²:

- **الصحة المثالية:** وهي الحالة التي تجمع عناصر التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية حيث يكون فيها الفرد خاليا من أية أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً بالكفاءة الوظيفية والعقلية مع سلامة البدن والأعضاء.
- **الصحة الإيجابية:** وهي حالة يستطيع الفرد فيها مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أية أعراض مرضية.
- **السلامة المتوسطة:** يظهر المرض فيها للأفراد بصورة مباشرة بمجرد التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية.
- **المرض غير الظاهر:** في هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض أي أن هناك قصورا صحيا غير ظاهر ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكتشف المريض أن عنده مرض غير ظاهر.

¹ -تشارلز فيليب، ترجمة جلال البنا: نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة، والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)، مرجع سبق ذكره ص23.

² - بحار سعد عباس علي: تأثير المزيج الترويجي على الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص99.

• **المرض الظاهر:** في هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تتم عن إصابته بمرض معين.

• **مستوى الاحتضار:** وهو المستوى الذي يفقد فيه الإنسان جميع قواه وكل قدرته على أداء الوظائف الحيوية وتساء حالته من وقت لآخر وبالتالي يصعب استعادة حالته الصحية الطبيعية.

ويتأثر مستوى الصحة بمجموعة من العوامل التي تتفاعل مع بعضها البعض والتي تتوزع ما بين العوامل الطبيعية والعوامل الاجتماعية والعوامل الاقتصادية والثقافية وحتى الطبية نفسها.

ويتم إنتاج الصحة من خلال استعمال مجموعة من المدخلات تتوزع بين مدخلات مادية ملموسة كالهياكل والأدوية والأجهزة ومدخلات غير مادية كالأطباء والتقنيين إضافة إلى العناصر التنظيمية ونظم وقواعد المعلومات والبحوث والتطوير والتي تتكاتف مع أنظمة التغذية والأنظمة الاجتماعية والاقتصادية ونظم الممارسات الصحية في المجتمع (الرياضة، النظافة... الخ)، حيث تحقق مع بعضها البعض شروط ترقية الصحة، لكن تبقى الخدمة الصحية مدخل وحيد لإيجاد شروط الصحة. والتي يتم الحصول عليها من خلال أنظمة معقدة تنتشر على مستوى إقليم البلد أو الناحية بشكل واسع وعلى المستويين الرأسي والعمودي، حيث تتنوع أشكالها وكيفيةها كما توظف أنظمتها مجموعة من الموارد وذلك في إطار تقديم العلاج للمريض مع مجموعة عريضة من الخدمات التي ترافق العلاج كما سنوضحه فيما سيأتي.

المطلب الثالث: الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية خدمات ذات طبيعة خاصة وذلك من حيث طبيعتها والفئة الموجهة إليها، وهو ما ينعكس على مفهومها وخصائصها والمضامين المنبثقة عنها كما سنوضحه فيما يلي.

أولاً: مفهوم الخدمة الصحية

كنا قد تطرقنا إلى المفاهيم المتعلقة بالخدمة والصحة وذلك من حيث المفهوم والخصائص والمستويات والأنواع، وعند ضم هذين المصطلحين إلى بعضهما البعض نجدهما يعبران عن الخدمة الصحية التي تعد إحدى أهم أنواع الخدمات التي يتم العناية بها على المستويين الاقتصادي والاجتماعي، وقد قدمت للخدمة الصحية عدة تعريفات هي:

• عرفها **GREWAL & LEVY 2008** على أنها العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنه رضا وانتفاع من المرضى وينتج عنه أن يكون المريض بحالة صحية أفضل¹.

• تعرف الخدمات الصحية على أنها الرعاية الطبية التي تتعلق بالخدمات التي يقدمها أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر أو إلى المجتمع، سواء كانت طبية ضمن عيادات عامة أو خاصة، أو تمريضية، أو عبارة عن تحاليل تشخيصية تقدمها المختبرات².

¹ - بحار سعد عباس علي: تأثير المزيج الترويجي على الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 102، 103.

² - عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص 43.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

• تعرف الخدمة الصحية على أنها جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للأفراد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاجية متعلقة بإنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض¹.

• كما تعرف بأنها جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها، ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلب استكمالها التخلص من المرض².

• مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل³.

ومن خلال التعريفات المذكورة أعلاه نلاحظ أن مفهوم الخدمة الصحية هو مفهوم متعدد الأبعاد لا يشير إلى العلاج الطبي فقط وإنما يتسع إلى الخدمات المرافقة التي تسهل عمل الطبيب كالأشعة والتحليل، وأكثر من ذلك يتسع إلى الخدمات المساندة كالنقل الصحي وإعاشة المريض إضافة إلى الاستقبال، وعليه يمكننا تلخيص أبعاد الخدمة الصحية في ثلاث نقاط أساسية هي:

- **الصفة المميزة للخدمة:** يرتبط هذا البعد بجوهر الخدمة الصحية المقدمة والتي تتكون من عدة إجراءات تشخيصية مختلفة.

- **المنافع المرجوة من الخدمة:** وتتمثل في العناصر التي يتحصل عليها المريض مقابل احتياجاته الصحية والمتضمنة للإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى والتي يمكن تقسيمها إلى ما يلي:

■ **منافع مباشرة ملموسة يمكن حسابها وقياسها:** وتتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلاً نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.

■ **منافع غير ملموسة وبصعب قياسها:** وتتمثل في الحد من الآلام والأمراض التي يعانيها المريض أو التي سينتجها نتيجة للخدمات التي تحصل عليها.

■ **منافع غير مباشرة ملموسة يمكن حسابها:** تتمثل في الزيادة في الإنتاج كنتيجة للخدمات التي تحصل عليها أفراد القوة العاملة.

- **الخدمات المساندة:** وهي كل الخدمات المضافة لجوهر الخدمة الصحية كالاستقبال، ونظام حجز المواعيد.

¹ - عدنان مريزق: مداخل في الإدارة الصحية، دار الرابية، عمان، 2012، ص 12.

² - براق محمد، مريزق عدنان: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 14، 2008، ص10.

³ - زكي خليل المساعد: تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 1998، ص12.

ثانيا: خصائص الخدمة الصحية

تتمتع الخدمات الصحية بخصائص عامة شأنها شأن جميع الخدمات الأخرى كالاملوسية والتلاشي والتلازمية وعدم القابلية للتخزين... الخ، وبالمقابل تتميز تنفرد بخصائص أخرى، حيث تنبثق هذه الخصائص عن طبيعة الصحة والمريض والمرض، وتتمثل خصائص الخدمات الصحية فيما يلي¹:

1- قلة التمييز في الخدمة الصحية وصعوبة القياس: تتميز بأنها لا تناسب إلا الشخص الذي تقدم إليه، ويعود ذلك إلى طبيعة المرض التي تختلف من شخص إلى آخر من حيث الحدة والنوع وطبيعة جسم المريض ومناعته وقدرته على المقاومة، وهو ما يجعل المعالج يقدم خدمة صحية تتوافق مع خصائص المستفيد، وقلة التمييز في الخدمات الصحية تؤدي إلى عدم القدرة على قياس جودتها كما يصعب من تحديد تكلفتها كونها تختلف وقد تزيد نوعية مكوناتها عند كل طلب وكل تقديم.

2- تدبب الطلب على الخدمة الصحية: يؤدي عدم تجانس الخدمة وتباينها من فرد لآخر طبقا لحاجاته الشخصية إلى صعوبة التنبؤ بالطلب عليها، ونتيجة لذلك وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، تكون المنظمات الصحية دوما في حالة استعداد مبكر ولحشد كل الطاقات لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية لطلبها، كون أن الطلب يبقى في تدبب مستمر ولا يأخذ مسارا واحدا لأن أسباب الحالة المرضية تكون فجائية ومختلفة.

3- يعد الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا: فمصطلح "الطلب المشتق" يشير إلى السلع التي لا تطلب من أجل الاستهلاك المباشر ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى وهكذا فإن الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع والخدمات التي تساعد على إنتاجها، ويسمى الطلب على هذه السلع "الطلب المشتق" وعليه إذا اعتبرت الخدمات الصحية كمدخلات لإنتاج الصحة، يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة.

4- الخدمات الصحية تتميز بالاستعجال: حيث يرجع ذلك إلى طبيعة المريض الذي يحتاج إلى تلقي الخدمة الصحية ضمن ثلاث مستويات فالأول هو المستوى الوقائي كالتلقيح، والثاني يكون عند وقوع المرض حيث تحتاج هذه الحالة إلى التشخيص والمعالجة، والمستوى الأخير بعد وقوع المرض، وهذه المستويات كلها تحتاج إلى رعاية صحية آنية ولا تحتل الانتظار وهو ما يستدعي توفر الجاهزية لدى جميع الهياكل الصحية ومواردها لتقديم الخدمة بدوام كامل.

5- الخدمات الصحية لا يعرفها العميل: وهذا راجع إلى كونها قائمة على المعرفة المتخصصة جدا أين لا يدركها إلا الطبيب المتخصص والذي يحدد كيفها ونوعها ومقاديرها، كما أن المريض لا يستطيع الحكم على تحقيق الإشباع منها إلا بعد أخذ رأي المعالج بأنها قد أدت دورها ووصلت إلى حد الشفاء المطلوب، فالخدمات الصحية تتميز بصعوبة التقييم وصعوبة الحكم على فعاليتها كونها لم توجد من أجل الترفيه أو الاستمتاع وإنما وجدت من أجل نقل العميل من الحالة المرضية إلى الحالة الصحية.

¹ - سليمان درمان، صادق فريد كورتول: تسويق الخدمات الصحية، كنوز المعرفة، الطبعة الأولى، الأردن، 2012، ص ص: 87، 88.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

6- صعوبة الموازنة بين البعد الإنساني والبعد الاقتصادي للخدمة الصحية: فالحالة المرضية للعميل في المقام الأول هي ذات طبيعة إنسانية توجب تقديم الخدمة الصحية للمريض مهما كانت التكلفة ومهما كانت النتيجة سواء حققت الشفاء النهائي للحالة المرضية أو خففت من أعراضها وحدتها، وبالمقابل ضمن المقاربة الاقتصادية تتميز تكاليف الخدمة الصحية بكونها باهظة جدا وخاصة في بعض الأنواع من الأمراض كالعلاج الإشعاعي للمريض الذي يصل فيه الأمر إلى استهلاك 40 بالمائة من ميزانية المؤسسات الصحية، وهو ما يضع الإدارة الصحة في موقف صعب بين الخيار الاقتصادي والخيار الإنساني، ومن أجل حل هذه المشكلة تم إنشاء أنظمة الحماية الاجتماعية التي تهتم بتمويل الصحة.

7- طبيعة الجودة في الخدمة الصحية: من المفترض أن تكون الخدمة الصحية متميزة بجودة عالية جدا فهي على هذا النحو تعتبر من أجود المنتجات، وخاصة في ضرورة انعدام الخطأ الطبي الذي يتميز بتكلفته العالية جدا كون أن وروده قد يؤدي إلى تزايد حدة الحالة المرضية مما يؤدي إلى الوفاة، وهذا لا يعني أن الأخطاء الطبية غير موجودة إلا أنه يفترض انعدامها وقلتها في الخدمة الصحية أكثر من الخدمات الأخرى.

8- ارتفاع التكلفة الاستثمارية في الخدمات الصحية: تتميز المشاريع الخدمية عموما بارتفاع تكلفتها الاستثمارية، إلا أن ذلك يبرز أكثر في المؤسسات الصحية، حيث الأجهزة والمعدات الطبية ذات القيمة المرتفعة ومع التطور المستمر في تقنيات وأجهزة العلاج التي تؤدي إلى تقادم الأجهزة وضرورة مواكبة التطور الحاصل فيها ما يحمل المؤسسة تكاليف أكثر.

9- الخدمة الصحية مقيدة بالقانون: تعتبر الخدمات الصحية من بين أكثر أنواع المعاملات خضوعا للتنظيم القانوني، وذلك نظرا لحساسيتها وأهمية المجالات التي تغطيها، فالخدمات الصحية لا يمكن تقديمها من طرف المتعاملين التجاريين وإنما من طرف هيئة طبية متخصصة معترف بها بموجب القانون، كما أن الهيئة الطبية لا تستطيع تقديم أية خدمة صحية إلا إذا كانت معترف بها قانونا كعلاج، كما أن بعض الخدمات الصحية تعتبر حساسة جدا وخاصة منها المتعلقة بالنسل والأجنة وما يمس الجنس البشري.

ثالثا: أسس الخدمات الصحية

إن الطبيعة الخاصة للخدمات الصحية تجعلها ليست كغيرها من الخدمات، كونها تنتمي إلى مجال حساس جدا يتعلق بالسلامة الإنسانية، إضافة إلى التعقيدات التي تعترض عملية إنتاجها والنتائج الاقتصادية المترتبة عنها، ومن أجل أن تكون الخدمات الصحية مناسبة ذات كفاءة وفعالية سواء على المستوى الفردي أو على مستوى المجتمع يجب أن تقوم على الأسس التالية¹:

1- الكفاية الكمية: ويقصد بها توفر الخدمة الصحية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان، أي ينبغي أن تكون الخدمة الصحية متاحة أمام كل أفراد المجتمع، ومن أجل تحقيق ذلك لا بد من:

¹ - عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص ص: 46، 47.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- توفر العدد الكاف من الموارد البشرية على اختلاف تخصصاتهم أو مستوياتهم أو مجالات تدخلهم في إنتاج الخدمة الصحية، فهي ليست من مسؤولية الطبيب وحده بل هي مسؤولية تبدأ من الحارس وتنتهي بمدير المؤسسة الصحية.

- توفر عدد كاف من الهياكل الصحية حيث تكون هذه الهياكل موزعة بشكل عادل على جميع نواحي الإقليم كما يجب أن تكون متاحة لجميع شرائح المجتمع، وتتضمن وحدات كافية من أجل تحقيق التغطية الصحية الملائمة.

- لا بد أن تكون الخدمات الصحية متوفرة طوال الوقت من خلال تكيف برامج عمل المؤسسات الصحية بالشكل الذي يضمن مواصلة توفير العناية الصحية ليلا ونهارا وفي كل الظروف مهما كانت صعوبتها، وذلك من منطلق أن العناية الصحية بالمريض لا تحتل الانتظار.

- تنشيط عملية التثقيف الصحي لأفراد المجتمع من خلال تنشيط الدعاية للخدمات الصحية، خاصة فيما يتعلق بالأمراض وكيفية الوقاية منها وسبل علاجها بعد وقوعها إضافة إلى التعريف بأماكن وجود الهياكل الصحية.

- بناء أنظمة تمويل وتأمين صحية يتم من خلالها تغطية تكاليف الصحة خاصة بالنسبة للأمراض ذات التكلفة العلاجية العالية والتي تتطلب التمويل الجماعي.

2- الكفاية النوعية: إن توفر الهياكل والموارد البشرية والمالية لا يكفي لتوفير العناية الصحية اللازمة بل يجب أيضا توفير ظروف جيدة للعمل الصحي من خلال توفير مجموعة من المتطلبات المتمثلة في:

- العمل على تدريب أعضاء الهيئة المعالجة من أجل رفع كفاءتهم في الاستطباب، وهذا من خلال وضع برامج لرفع مستواهم العلمي والتعرف على أحدث التطورات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية والعلمية.

- تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفرادا أو مؤسسات من أجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية ما يمكنهم من تقديم الخدمات الطبية بالمستوى المقبول.

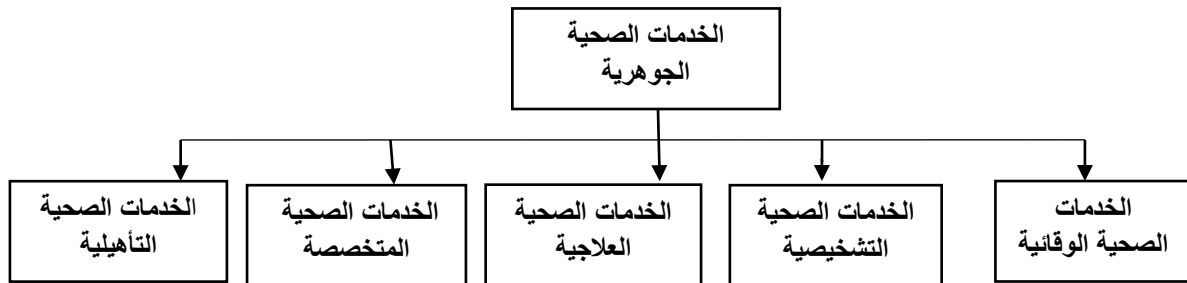
- دمج الخدمات الصحية العلاجية والوقائية واللذان تعتبران مكملتين لبعضيهما، وهو ما يؤدي إلى اكتمال العناية الصحية وتحقيق سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة الأمراض وعالجها.

ثانيا: أنواع الخدمات الصحية

كما تم الإشارة إليه سابقا أن الخدمة هي نظام مركب من مجموعة من الأنشطة والتي يمكن أن تكون أساسية أو ثانوية، ويبقى نفس الأمر منطبقا على الخدمات الصحية حيث أنها هي الأخرى تتكون من نشاط جوهري يتمثل في العلاج ونشاطات ثانوية أو تكملية تكون داعمة للخدمة الجوهري كما سنبينه فيما يلي¹:

1- الخدمة الصحية الجوهري: وتشمل التدخلات الطبية الاستعجالية والخدمات الوقائية وما يرتبط بها من عمليات وأقسام العلاج والعلاج الطبيعي، وتدخلات الطب النفسي، وخدمات إعادة التأهيل.... الخ، والملاحظ على هذه الخدمات أنها تتعلق مباشرة بعمل الهيئة المعالجة لإرجاع المريض إلى الحالة الصحية، حيث تعتبر المطلوب الأول للمريض، كما تعتبر محور نشاط الهيئة المعالجة والسبب الرئيسي لوجود المؤسسة الصحية، والشكل التالي يوضح لنا أقسام الخدمات الصحية الجوهري:

الشكل رقم (20): أقسام الخدمة الصحية الجوهري

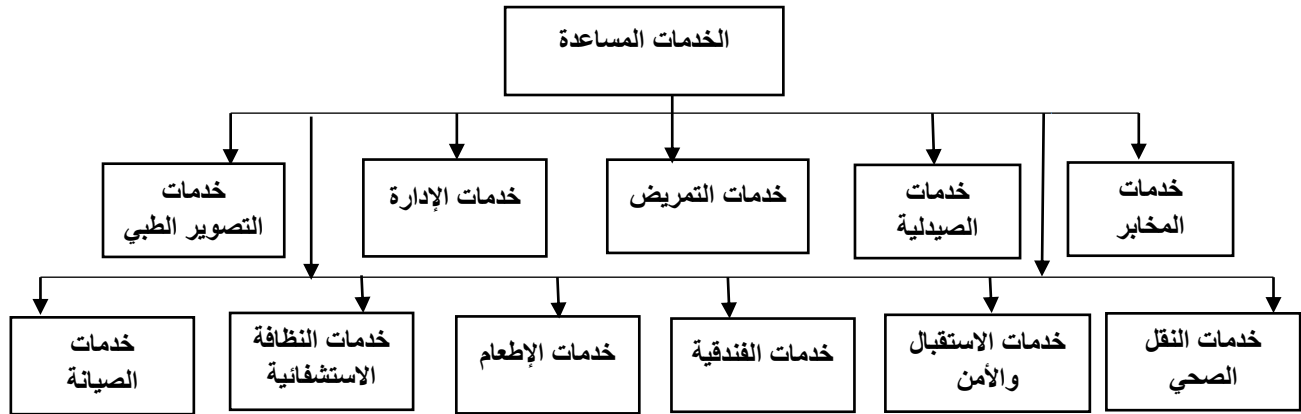


المصدر: من إعداد الباحث

2- الخدمات الصحية المساعدة: وتشمل جميع أنواع الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية وتعتبر مساعدة للهيئة المعالجة على القيام بمهامها كما أنها توفر الظروف الملائمة لعمل الطاقم المقدم للخدمة الجوهري من جهة ولاستضافة المريض من جهة أخرى، فالخدمات المساعدة هي خدمات غير مقصودة بذاتها وتشبه الخدمات العادية الضرورية لبقاء الشخص العادي لكن ضمن فروقات ضئيلة ترجع إلى طبيعة شخص المريض، فعلى سبيل المثال خدمة الإطعام في المؤسسة الصحية تتميز بمجموعة من الخصائص كتقليل الملح أو تقليل السكريات والدهنيات بما يتناسب مع الطبيعة المرضية، كما أن مفهوم النظافة الاستشفائية يختلف عن النظافة في الفنادق حيث يركز على مفهوم التعقيم، ومن جانب آخر لا تعتبر الخدمات المساعدة في المؤسسة الصحية موضوع نشاط المؤسسة الصحية وإنما هي عبارة عن دعم للنشاط الأساسي الذي وجدت من أجله هذه الأخيرة والمتمثل في تقديم العلاج، والشكل التالي يوضح لنا أقسام الخدمات المساعدة:

¹ - المساعد زكي خليل: تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص 294.

الشكل رقم(21): أقسام الخدمات المساعدة للخدمة الصحية



المصدر: من إعداد الباحث

والشيء الذي ينبغي التأكيد عليه هو أن الخدمات المساعدة هي خدمات مهمة جدا في تحقيق العناية الصحية المتكاملة إذ أنه لا يمكن تقديم العلاج دون توفير مثل هذه الأنواع من الخدمات، فعلى سبيل المثال يمثل الأفراد القائمون على عملية التمريض أكبر نسبة من الموارد البشرية التي تتوفر عليها المؤسسات الصحية حيث يمثلون الفئة المسؤولة عن تنفيذ الأنشطة العلاجية، كما أن للنظافة الاستشفائية أهمية كبيرة في حفظ الصحة عدا الأهمية الكبيرة لعمليات الصيدلية والمخابر والنقل الصحي وغير ذلك فهي تشكل مع الخدمة الصحية الجوهري نظام متكامل للعناية الصحية لا يمكن الاستغناء عن أية جزء منه.

المبحث الثاني: عموميات حول الجودة

تعتبر الجودة مفهوم قديم من حيث المنشأ ومنهجاً إدارياً حديثاً اعتنى به الباحثون كأحد أهم المداخل الاستراتيجية الحديثة لنجاح المؤسسة بشكل خاص والاقتصاد بشكل عام كما سنوضحه فيما يلي.

المطلب الأول: ماهية الجودة

لقد تطور مفهوم الجودة على مراحل متعددة وضمن مقاربات ومنهجيات متعددة أدت إلى اتساع مضامين الجودة وذلك من حيث مفهومها وأهميتها وأدواتها والتوظيف الاستراتيجي لها.

أولاً: لمحة تاريخية عن الجودة

تطور مفهوم الجودة نتيجة للممارسات التجارية للإنسان، هذا الأخير الذي جعل الجانب النوعي معياراً في اتخاذ خيارات التبادل، حيث أن ازدهار التجارة وتعقد المنافسة زاد من الاهتمام بالجودة التي اتخذت أبعاداً مهمة منذ العصور القديمة حتى رتبت على ما ينافيها عقوبات وخيمة، كما جرى العمل به في قوانين حمورابي 2150 قبل الميلاد في بلاد ما بين النهرين أين نصت على الحكم بالإعدام على من غش في منتج، وكما جرى به العمل عند الفينيقيين الذين كانوا يقطعون يد كل من قام بالغش في المنتجات، حيث دأب صيتهم في جميع أسواق المعمورة وكانوا تجاراً بامتياز، كما نهت جميع الأديان السماوية عن الغش ودعت إلى الإلتقان في العمل وتحقيق معايير عرف الجودة في ما يتم إنتاجه وبيعه، كما أكد على ذلك الدين الإسلامي بل قد ذهب إلى نفي صفة الإيمان عن الذي يغش في بيعه وبرز المسلمون بهذه الصفة حتى راجت تجارتهم في أصقاع العالم.

وفي فرنسا أشار الوزير لويس كولبير الرابع عشر في عام 1664 أنه إذا تم الاهتمام بجودة المنتجات ومطابقتها للجودة فهذا سيدعم التجارة مع الأجانب، وقام في عام 1689 بإصدار أمر بضرورة التحكم النهائي في المطابقة في إنتاج المصانع وترسانات البحرية الملكية، وابتداء من سنة 1907 بدأت عملية توحيد المعايير في الإنتاج من خلال إنشاء اللجنة الكهرو الإلكترونية والتي عملت على ضبط معايير الإنتاج المتعلقة بالكهرباء والأجهزة الإلكترونية بين البلدان الأعضاء حيث توسعت هذه اللجنة فيما بعد.

وخلال سنة 1907 عرض تايلور الخطوات العلمية التي يمكن من خلالها تحقيق الجودة عبر التركيز على تقسيم العمل بين المصممين والمنفذين بالاعتماد على مبدأ توزيع المهام، كم أكد تايلور أن الجودة لا تتحدد حسب توقعات العملاء، بل يتم تعريفها من قبل الشركة وقبل وصول المنتج إلى السوق¹، حيث يفسر غياب العميل في تحديد معايير الجودة إلى الوضع الاقتصادي الذي ميز هذه الفترة أين كان كل ما يتم إنتاجه يمكن بيعه عملاً بقاعدة العرض يخلق الطلب.

¹ - رضا صاحب أبو حمد آل علي، وسنان كاظم الموسوي: مفاهيم إدارية معاصرة: نظرة عامة، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص41.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

في عام 1924، قام الباحث **Shewhart** وهو باحث في مختبرات **BELL** بطرح نموذج بطاقات التحكم الإحصائية. حيث انصب اهتمامه الرئيسي على فهم كيفية التحكم في المنتج ضمن سلسلة إنتاج كبيرة. ورأى بأن مفتاح هذا التحكم يكمن في التحكم الإحصائي في تغيرات المنتج وحاول بواسطة الأدوات الإحصائية التحكم في جودة الإنتاج من خلال دراسة تباين خصائص الإنتاج حيث أكد على ما يلي:

- ضرورة تجاوز مفهوم الإنتاج التجاري والتركيز على تحقيق جودة المنتجات لأن ذلك يعني التحكم أكثر في تكلفة الإنتاج؛

- لا يجب الاكتفاء فقط بملاحظة عدم الجدوى بل يجب الاتجاه إلى التحقيق في أسباب وقوع ذلك واتخاذ التصحيحات الضرورية، كما أكد بأن الجودة عملية لا تتعلق فقط بالإنتاج بل تتعلق أيضا بجودة مدخلات العملية الإنتاجية؛

- لا يمكن الفصل بين أسس تحقيق الجودة والمتمثلة في العناصر التالية: المواصفات، الإنتاج، الرقابة. وبالرغم من هذا لم يتم استخدام مراقبة الجودة الإحصائية على نطاق واسع إلا بعد الحرب العالمية الثانية عندما فرضتها الحكومات على جميع مورديها، حيث تم التركيز بشكل أكبر على مراقبة الجودة. وسمحت الثورة الفرنسية بإنشاء النظام المتري المسمى الآن النظام الدولي **SI** من خلال توحيد طريقة قياس الأشياء، حيث يتيح هذا النظام للموردين والعملاء توصيل مواصفات المنتجات المعروضة أو المطلوبة بشكل أفضل (الوزن والحجم والقياسات وما إلى ذلك) وكنتيجة لذلك ولدت فكرة المعايير وطبقتها الجيوش النابليونية على جميع أسلحتها ما يمكنهم من الاستفادة من إمدادات موثوقة، وأعطاهم الغلبة لفترة طويلة. وهو ما ساهم في انتشار تطبيق معايير المنتج في أوروبا طوال القرن التاسع عشر.

خلال الخمسينات، تطور مفهوم الجودة إلى مفهوم ضمان الجودة، وكان **Edwards Deming** أول من أدخل أساليب مراقبة الجودة الإحصائية للمصنعين اليابانيين، مما سمح لهم بإعادة بناء صناعاتهم التي دمرتها الحرب العالمية الثانية، واستطاعت بذلك الصناعة اليابانية أن تكتسح الأسواق العالمية بعد أن كانت مخرجاتها تتميز بكونها رديئة وسيئة حيث كان ديمينغ يدرك جيدا أن التحكم البسيط في جودة المنتجات والعمليات لم يكن كافيا لضمان نجاح الشركات اليابانية، وهو ما جعله يؤكد أن الرقابة الإحصائية على الجودة ستمكن من تحديد نقاط الضعف في عملية الإنتاج ومجالات العمل على التحسين المستمر في الجودة، وعليه قام باقتراح أربعة عشرة مبدأ يساهم تطبيقها مباشرة في تحقيق الجودة¹، كما وضع **Edwards Deming** منهجية للعمل على تحقيق الجودة اختصرها في الحروف التالية (**PDCA**)، أو ما يسمى بعجلة الجودة-**Predict Do-Control-React**، ونظرا لأهمية موضوع الجودة ومساهمته في النهوض بالاقتصاد الياباني فقد أسست جائزة مشهورة في اليابان تمنح كل عام للشركات التي طبقت مبادئ الجودة بنجاح.

وخلال نفس الفترة تقريبا قام **Joseph Juran** وهو مهندس أمريكي مكلف بضمان الجودة في مصنع **Western Electric** بتطوير مقاربة تكلفة الجودة حيث أكد على ضرورة التحديد والقياس الدقيق لتكلفة الجودة وأن تحقيق معايير الجودة سيؤدي في النهاية إلى خفض التكاليف، وخلافا لديمنج فقد رأى جوزيف

¹ - لعلى بوكميش: إدارة الجودة الشاملة إيزو 9000، دار الراجحة للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص53.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

جوران بأن جودة المنتج تتوافق مع أدائه في وقت الاستخدام وليس فقط عند امتثاله للمعايير المعمول بها، كما رأى بأن العميل هو الأكثر قدرة على الحكم على مستوى الجودة، حيث أضاف جوران معنى جديد لمفهوم الجودة أين أخرجه من معنى الالتزام بالمعايير إلى ضرورة أن يلبي توقعات العملاء.

كما قام **Kawru Ishikawa** عضو المجموعة البحثية لمراقبة الجودة، باقتراح مخطط السبب الذي يحمل اسمه، وفي منتصف الخمسينيات من القرن الماضي اقترح **Armano Feigenbaum** مراقبة الجودة الشاملة، حيث رأى بأن الجودة الشاملة تعني نظام يدمج جهود مختلف المجموعات في المنظمة لتطوير وصيانة وتحسين الجودة، ورأى بأنها تأتي من خلال أربعة مجالات هي (الفنية والإدارية والاقتصادية والقياسية) والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار لتحقيق ذلك¹.

وخلال الستينيات طور **Philip Crosby** طريقة "**Zéro Défaut**" كجزء من برامج أبولو الفضائية الذي حضي بالتطبيق على مستوى المؤسسات الاقتصادية والتجارية فيما بعد²، كما استطاعت شركة **Ford Motor** تجنب الانهيار والخسائر الكبيرة التي لحقت بها بعد تبني منهجية 6 سيجما من أجل الحد من الوحدات المعيبة وزيادة مستويات الجودة الشاملة حيث تبنت الشركات الأمريكية سنة 1980 هذا المفهوم كفلسفة مهمة من أجل مواجهة الخسائر التي لحقت بها نتيجة المنافسة اليابانية³.

كل هذه الأحداث والأهمية المتعلقة بالجودة سواء على مستوى المؤسسات أو على مستوى الدول عجلت بظهور المنظمة الدولية للتقييس **ISO** والتي جمعت بين العديد من المنظمات التي تسهر على الاعتراف بالمؤسسات التي استطاعت تطبيق معايير الجودة في منتجاتها والتي أصبحت أبعادها تمتد إلى احترام متطلبات الحفاظ على البيئة، وعليه فقد أصبحت شهادة المطابقة **ISO** من بين أهم اهتمامات المؤسسات التي ترغب في الوصول إلى الأسواق الدولية.

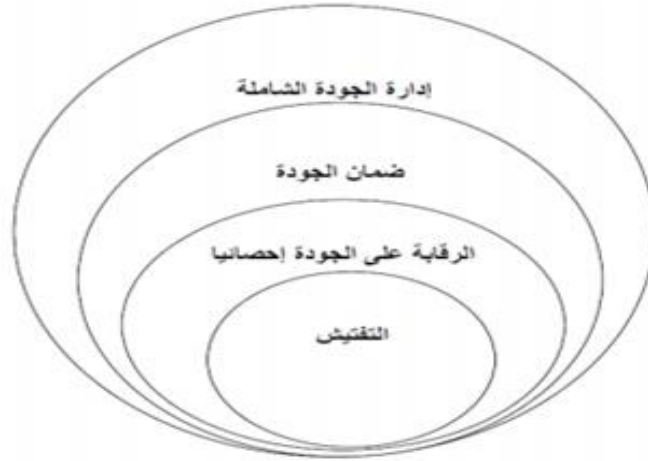
والشكل التالي يلخص لنا مراحل تطور مفهوم الجودة إلى غاية تبلور فكرة الجودة الشاملة:

¹ - مأمون الدرادكة وآخرون: **إدارة الجودة الشاملة**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2001، ص ص: 22، 57.

² - ماجدة محمد عبد الحميد جبريل: **إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة**، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، القاهرة، 2000، ص 50.

³ -David A. Waldman: **A Theoretical Consideration of Leadership and Total Quality Management**, Leadership Quarterly, International Leadership Association, USA, Vol4, N1, 1993, pp: 65-79.

الشكل رقم(22): مراحل تطور مفهوم الجودة



المصدر: عواطف إبراهيم الحداد: إدارة الجودة الشاملة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص61.

ثانيا: تعريف الجودة

الجودة لغة مأخوذة من الفعل **جاد**، وتعني كون الأمر **جيّدا** ويقال جاد المتاع وجاد العمل فهو جيد وجاد الشيء أي صار جيّدا وأجاد أي أتى بالجديد، وفي اللغة اللاتينية يرجع أصل هذه الكلمة إلى لفظة **Qualitase** والتي تعني طبيعة الشيء أو الصلابة، وتعطى للجودة عدة معاني أهمها أنه يقصد بها الكفاءة **Efficacité**، ومن الناحية الاصطلاحية قدمت للجودة عدة تعريفات نذكر بعض أهمها:

- عرفها **Edward Deming** على أنها الجودة والمستهلك أي الحصول على جودة عالية مع تحقيق رغبات المستهلك ووضع ديمينج بعض النقاط للنقاش حول تعريف الجودة أهمها الجودة يجب أن تعرف في حدود متطلبات الزبون¹.
- عرفها **Joseph Juran** بأنها الملائمة للغرض أو الاستعمال²، أي كلما كانت السلعة المصنعة أو الخدمة المقدمة ملائمة للاستخدام كلما كانت جيدة.
- عرفها **Philip grosby** بأنها المطابقة مع المتطلبات³، أي المطابقة للمواصفات المحددة مسبقا.
- كما عرفتها الجمعية الأمريكية للجودة **ASQ** على أنها مجموعة من المزايا والخصائص في المنتج أو الخدمة القادرة على تلبية حاجيات المستهلكين⁴.
- عرف **Feigebaum** الجودة على أنها الناتج الكلي للمنتج أو الخدمة الناتجة عن دمج خصائص نشاطات التسويق والهندسة والتصنيع والصيانة التي تمكن من تلبية حاجات ورغبات الزبون⁵.

¹- مصطفى نمر دعمس: إدارة الجودة الشاملة في التربية والتعليم، دار غيداء للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، الأردن، 2014، ص145.

²- أكرم محمد احمد الحاج علي: تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأثرها على كفاءة الأداء الأكاديمية في الجامعات السعودية (دراسة تطبيقية على جامعة الجوف)، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية- جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي، العدد11، جوان 2015، ص9.

³-Joel E. Ross, Susan Perry: Total Quality Management: Texte, Cases, and Reading, Third Edition, st Lucie press,USA, 1999,p107.

⁴- carol. A. Reeves, David. A. bender: defining quality alternatives and implications, academy of management Revie, vol19, n3,1994, pp:419-420.

⁵- محمد عبد الوهاب العزاوي: إدارة الجودة الشاملة- مدخل استراتيجي تطبيقي، إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2019، ص8.

لكن على العموم تتدرج معظم هذه التعريفات في أحد الاتجاهات التالية¹:

• **التعريف المبني على المنتج:** يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المقصود بالجودة هو درجة التفضيل **degree of superlative**، أي مدى اتجاه العميل إلى تفضيل منتجات المؤسسة على منتجات المؤسسات الأخرى مهما كان نوعها أو سعرها أو خصائصها، ومن بين أهم رواد الجودة الذي سلكوا هذا الاتجاه نذكر **jouran** الذي عرف الجودة على أنها: مدى ملائمة المنتج للاستخدام، أي القدرة على تقديم أفضل أداء وأصدق المعايير التي يجب أن تتوفر في منتجات المؤسسة.

• **التعريف المبني على أساس المثالية:** يقصد بالمثالية أو ما يصطلح عليه بالأجنبية **Edeality Focus** كون خصائص الشيء في أعلى درجات الكمال من حيث الكيف والنوع، حيث يقدم هذا المدخل مفهوما مطلقا يعبر عن أعلى مستويات التفوق والكمال لخصائصه على باق المنتجات الأخرى، وبدور معنى الجودة ضمن هذا المدخل على أنها الامتياز الطبيعي.

• **التعريف المبني على التصنيع:** أو ما يطلق عليه بالمطابقة للاستعمال **fitness for use** ووفقا لهذا الاتجاه تعرف الجودة على أنها مدى التوافق مع المواصفات والمتطلبات المتعلقة بالممارسات التصنيعية والتشغيلية والهندسية التي يتم تحديدها من خلال التصميم، ومن بين أهم رواد الجودة الذين سلكوا هذا الاتجاه المهندس الياباني تكوشي **Tagouchi** الذي عرف الجودة على أنها تعبير عن مقدار الخسارة التي يمكن تفاديها والتي قد يسببها المنتج للمجتمع بعد تسليمه، وتتمثل هذه الخسارة في الفشل في تلبية توقعات الزبون والفشل في تلبية خصائص الأداء والتأثيرات الجانبية كالتلوث والضجيج وغيرها.

• **تعريف الجودة على أساس القيمة:** يركز هذا الاتجاه على التكلفة والسعر **value focus** فالمنتج والخدمة الجيدة هي التي تحقق المواصفات بكلفة أقل وبأحسن المواصفات التي ترغب وتمكن الزبون من اقتنائها، ويتفق هذا التعريف مع مفاهيم الجودة لبروث **Broth** الذي عرف الجودة على أنها تحقيق توقعات المستفيدين بسعر يمكنهم من الحصول على قيمة مناسبة.

• **تعريف الجودة من خلال التركيز على الزبون:** يركز هذا الاتجاه على ضرورة العناية باهتمامات الزبون وتحقيق مطابقة خصائص المنتج مع المتطلبات التي يرغب الزبون توفرها في المنتجات بما يلبي حاجاته الضمنية، وعليه تعرف الجودة ضمن هذا المدخل على أنها أمر فردي يعتمد على تفضيلات المستخدم للخدمة والمنتجات أو الخدمات التي تحقق أعلى إشباع، ومن بين أهم رواد الجودة الذين تبناوا هذا الاتجاه **grosby** الذي أكد بأنها تنشأ من الوقاية وليس من التصحيح حيث يمكن قياس مدى تحقق الجودة من خلال تقييم كلفة عدم المطابقة.

¹ - أبو بكر محمود الهوش: إدارة الجودة الشاملة في المجالين التعليمي والخدمي، دار حميثرا للنشر والترجمة، لبنان، 2008، ص19.

ثالثا: أهمية الجودة

إن سياق تطور الجودة يبرز أهميتها البالغة خاصة في ضل البيئة الاقتصادية والاجتماعية المعقدة وتغير ظروف المنافسة وانتقالها من منافسة محلية إلى منافسة بين الاقتصاديات، يتوقف الفوز فيها على مدى قدرة الاقتصاد على استيعاب متطلبات تحقيق الجودة في منتجاته، ومن أبرز النقاط التي تزيد من أهمية الجودة وأهمية الاهتمام بها ما يلي¹:

• **شهرة المؤسسة:** فالشهرة تستمد من الجودة التي تظهر بها مخرجات المؤسسة، وخاصة فيما يتعلق بجودة التصميم وجودة التصنيع وجودة الأداء، وهو ما يزيد من إقبال الزبائن على منتجات المنظمة خاصة إذا استطاعت المؤسسة تحقيق ثنائية التكلفة المنخفضة والجودة العالية الأمر الذي يزيد من ولاء الزبائن للمؤسسة ويزيد من شهرة علامتها التجارية وينعكس إيجابا على قدراتها التنافسية.

• **المسؤولية القانونية للجودة:** فالجودة أصبحت مكرسة بموجب القوانين والأنظمة التجارية، خاصة فيما يتعلق باحترام المعايير الاقتصادية والصحية في المنتجات، واللاجودة تعني الغش في منتجات المؤسسة وهو ما يعني وقوعها في المسالة القانونية التي تكبدها خسائر متنوعة قد تصل إلى حد توقيف نشاط المؤسسة فضلا عن ضخامة التعويضات التي تقدم إلى العملاء في حالة نشوء أضرار على العملاء بسبب غياب الجودة.

• **التطبيقات الدولية:** حتى تكون المؤسسة قادرة على اختراق الأسواق الدولية لا بد عليها من تحقيق المطابقة للمعايير الدولية في الإنتاج أي مطابقة معايير الجودة العالمية، الأمر يمكنها من تحقيق متطلبات ولوج الأسواق العالمية.

• **التكاليف والحصة السوقية وزيادة الإنتاج:** إن التحكم في الجودة من شأنه أن يمكن من تقليل الأخطاء وتخفيض الوحدات المعيبة التي تشوب عملية الإنتاج في المؤسسة ما يجنب المؤسسة تحمل تكاليف غير مبررة ويمنع هدر الموارد ويمكنها من استغلالها بكفاءة وفعالية، وهو ما ينعكس بدوره على تنافسية منتجاتها التي تترجم من خلال ارتفاع حصتها السوقية نتيجة تزايد الطلب على منتجات المؤسسة ويزيد من إنتاجها مما يمكنها في النهاية من التحكم أكثر في التكلفة.

• **حماية الزبون:** إن احترام معايير الجودة من شأنه أن يحمي الزبون من الغش ومن الممارسات الغير شرعية كما أنه يحافظ على المعاملات التجارية والاقتصادية ويزيد من مستويات الثقة في الاقتصاد.

من جهة أخرى تخلف اللاجودة تداعيات سلبية على المنظمة الأمر الذي يستدعي ضرورة الاهتمام بالجودة، ومن بين الآثار السلبية للاجودة نذكر ما يلي²:

¹ - خالد بني حمدان، عطا الله علي الزبون: إدارة الجودة الشاملة- مفاهيم وتطبيقات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص ص: 66، 67.

² - علي السلمي: السياسات الإدارية في عصر المعلومات، دار غريب للنشر والطباعة، القاهرة، ص 299.

- **تدني الإنتاجية وارتفاع التكلفة:** فالنتيجة الطبيعية لعدم تحقيق الجودة في منتجات المنظمة هي ضعف الطلب عليها وفقدان ولاء الزبون اتجاهها مما يؤثر سلبا على الطلب وبدوره على مستوى الإنتاج في المنظمة ويرفع من تكلفة منتجاتها وينعكس سلبا على تنافسية المنظمة.
- **المسؤولية عن الأخطاء:** تزيد مسؤولية المنظمة اتجاه الأخطاء التي تمس الجودة في المنظمة خاصة في بعض الخدمات ذات الطبيعة الخاصة كالخدمات الصحية والمالية وهو ما يوقع المنظمة في المسائلة ويحملها تكاليف التعويض عن الأضرار.

رابعا: أهداف الجودة

يرى بعض الباحثين أن أهداف الجودة تتوزع على القسمين التاليين¹:

- **أهداف تخدم ضبط الجودة:** وهي كل الأهداف التي تتعلق بالمعايير التي ترغب المنظمة في المحافظة عليها حيث تصاغ على مستوى المنظمة ككل وذلك من خلال استخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل الأمان ورضا الزبائن.
- **أهداف تحسين الجودة:** غالبا ما تنحصر في الحد من الأخطاء وتطوير منتجات جديدة تحقق رضا الزبائن بفاعلية أكبر.

وانطلاقا من هذين القسمين يمكن تصنيف أهداف الجودة في خمس نقاط أساسية هي:

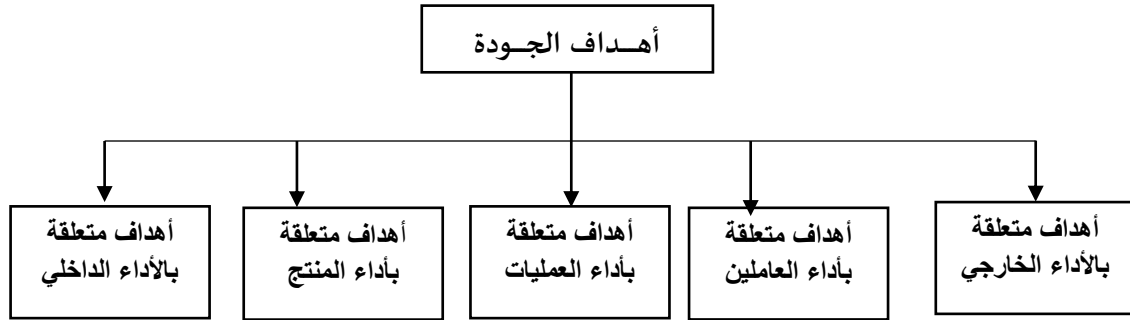
- أهداف متعلقة بالأداء الخارجي للمنظمة حيث تستهدف المنظمة خلالها الأسواق والبيئة والمجتمع؛
- أهداف أداء المنتج حيث تهدف الجودة إلى تلبية حاجات الزبون وتحقيق شروط المنافسة؛
- أهداف العمليات وتتناول مقدرة العمليات وفعاليتها وقابليتها للضبط؛
- أهداف الأداء الداخلي وتتعلق بقدرة المنظمة وفعاليتها ومدى استجابتها اتجاه المتغيرات البيئية ومحيط العمل.

هنا نشير أيضا أن أهداف الجودة تتمحور حول ثلاث عناصر رئيسية هي:

- **تخفيض التكاليف:** وقد سبق لنا بيان كيف أن تحقيق الجودة في المنتجات من شأنه أن يقلل من تكلفة المنتج ويمكن من تحقيق الاستغلال الأمثل لموارد المنظمة الحالية والمستقبلية.
- **تقليل الوقت:** فكما هو معروف أن الوقت والتكلفة هما متغيرين يسيران في اتجاه موازي حيث أنه كلما زاد الوقت زادت معه التكاليف والعكس يبقى صحيحا، وتعتبر جودة المنتج من بين الأسباب التي تمكن من خفض الوقت كونها تنقص من الوقت الذي سيتم هدره في الإصلاح والتصحيح أو تضيع الوقت في وحدات معيبة غير صالحة للتداول.
- **تحقيق الأفضل:** حيث أن تجسيد متطلبات الجودة من شأنه أن يمكن المنظمة من تحسين إنتاجها كما ونوعا، والشكل التالي يلخص لنا أهداف الجودة:

¹ - قاسم نايف علوان المحياوي: إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص38.

الشكل رقم (23): تصنيفات أهداف الجودة



المصدر: قاسم نايف علوان مذكور (2006)، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، الأردن، ص 39

المطلب الثاني: تكلفة وجوانب العوامل المؤثرة في الجودة

باعتبار أن الجودة عملية قائمة بذاتها فهي لها تكلفتها ولها عوامل مؤثرة فيها كما سنوضحه فيما يلي:

أولاً: تكلفة الجودة

من الضروري قبل التفكير في تحقيق الجودة التفكير في تكلفتها فمن المسلمات أن الجودة وتكلفتها عنصران يتماشيان مع بعضهما البعض، حيث يبقى اقتناع الزبون بالمنتج متوقفاً على مدى قدرته على اقتنائه وهذا الأمر يتوقف على مدى كون تكلفة المنتج منخفضة، وتتمثل أهم تكاليف الجودة في الآتي¹:

• **تكاليف المنع (الوقاية):** وهي التكاليف التي تتحملها المؤسسة من أجل تدنيه نسبة الوقوع في الأخطاء وتفاذي مسببات اللاجودة، ومن أهم الأمثلة عن هذا النوع من التكاليف:

- التكاليف المخصصة لتخطيط وتحسين الجودة؛
- تكاليف إجراءات مراقبة الجودة وتطوير أنشطة جديدة تمنع الوقوع في نفس الأخطاء؛
- تكاليف مراقبة انطباعات واحتياجات الزبائن من أجل تكيف المنتجات؛
- تكاليف مراقبة المشتريات؛ وهي مختلف الأجزاء والمكونات التي تدخل في تركيب المنتج النهائي حيث تعمل المؤسسة على مراقبتها من أجل ضمان توافرها مع احتياجات المؤسسة؛
- التكاليف الوقائية للعمليات؛ حيث تعمل المؤسسة على مراقبة كفاءات أداء العمليات والوقاية من الأخطاء الواردة فيها.

• **تكاليف الفشل الداخلي:** عند فشل أساليب الوقاية من اللاجودة تظهر تكاليف الفشل الداخلي، وهي التكاليف التي يتم اكتشافها أثناء العملية الإنتاجية أي قبل أن تحول المنتجات إلى العملاء ومن أمثلتها:

- ظهور الوحدات المعيبة؛
- تحمل المؤسسة لتكاليف إعادة التصنيع من أجل تحسن الجودة؛
- تكاليف الوقت الضائع من أجل مراقبة وإيجاد العيوب؛
- تكاليف إعادة العمل، تكاليف إعادة العملية، تكاليف إيقاف العملية؛

¹ - دال بستريليد، سرور على إبراهيم سرور (مترجم): الرقابة على الجودة، المكتبة الأكاديمية، الطبعة 2، القاهرة، 2000، الصفحات: 496-503.

- تكاليف تخفيض سعر المنتجات.

• **تكاليف الفشل الخارجي:** وهي تكاليف الأخطاء التي يتم اكتشافها بعد أن يتم تسليم السلعة أو تقديم الخدمة للعملاء ومن بين أهم أمثلتها نذكر ما يلي:

- التكاليف الناجمة عن شكاوى المستهلك؛

- تكاليف الاستكشاف والاستجابة لشكاوى المستهلك الناتجة عن تدني مستوى الجودة؛

- التكاليف الناتجة عن استرجاع المنتجات الرديئة من الزبائن؛

- تكاليف مسؤولية المنتج وهي التكاليف الناتجة عن الأضرار التي يسببها المنتج الرديء للزبائن؛

- تكاليف خسارة المبيعات وهي التكاليف الناجمة عن عدم رضا الزبائن عن جودة المنتجات الرديئة.

زيادة على أنواع تكاليف الجودة المعروفة والتي سبق ذكرها، توجد أنواع أخرى من تكاليف الجودة غير الظاهرة والتي تدعى بتكاليف الجودة المستترة، وهي تكاليف تعبر عن عدم القدرة على الاستخدام الأمثل للموارد، والتي ترجع إلى عدم كفاءة الأنظمة في المنظمة مثل عدم القدرة على الوصول إلى استخدام الطاقة الإنتاجية بشكل كامل، أو وجود مواد أولية مخزنة زائدة عن الحاجة.

ثانياً: العوامل المؤثرة على الجودة

تتأثر جودة المنتجات في المؤسسات بجملة من العوامل والتي تتعلق بالمؤسسة في حد ذاتها أو ببيئة نشاطها أو بطبيعة عملاتها كما سنوضحه فيما يلي¹:

• **المواد الأولية:** تؤثر المواد الأولية بشكل مباشر على الجودة ضمن المراحل المختلفة للعملية الإنتاجية، وفي مدى مطابقة السلعة للمواصفات، لأن عدم مطابقة المواد الأولية لمعايير الجودة من شأنه أن يؤدي إلى التأثير على فعالية النظام الإنتاجي وعدم قدرته على تقديم مخرجات موافقة لمعايير الجودة.

• **الآلات والمعدات:** يظهر أثر الآلات والمعدات في حالة مطابقة المواد الأولية للمواصفات، وكون الآلات من نوع جيد من ناحية مواصفاتها الإنتاجية وخضوعها إلى نظام صيانة جيد، حيث ينعكس ذلك على مستويات الجودة في المنتجات من حيث مطابقتها لمعايير الجودة.

• **الموارد البشرية:** يعتبر هذا الأخير محددًا رئيسيًا للجودة وذلك بالنظر إلى أهميته في تبني وتطبيق فلسفة الجودة في المنظمة، وكونه يشتمل على مهارات وخبرات ومعارف في مجال النشاط، فالمورد البشري يعتبر أحد أهم العوامل المؤثرة في جودة مخرجات المنظمة، لكن يبقى ذلك متوقفاً على مدى توفر نظام حوافز ملائم وبيئة ملائمة للنشاط.

• **طرق التشغيل:** وتعني مدى ملائمة طرائق التشغيل بالنسبة للعوامل السابقة ومدى مراعاة وتنفيذ تعليمات التشغيل وإمكانية تطويرها وتحسينها حتى تلائم التطور العلمي والتقني.

¹ - رعد الصرن: إدارة الجودة الشاملة مدخل الوظائف والأدوات، دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، دمشق، 2016، الصفحات:

● **الإشراف والملاحظة:** يعتبر الإشراف بما يتضمنه من ملاحظة عاملا حاسما في تحقيق الجودة حيث أنه كلما زاد الإشراف والملاحظة كلما زادت الجودة ويبقى العكس صحيحا، وذلك راجع إلى كونهما يمكنان من اكتشاف الأخطاء وإزالة العقبات أمام تنفيذ برامج الجودة.

● **الإدارة:** والمقصود بها هنا هو الأسلوب الإداري المتبع في المؤسسة ومدى مرونته اتجاه متطلبات تحقيق الجودة، إضافة إلى طرق التنظيم والنظم الإجرائية والرقابية المستخدمة في المؤسسة، فالإدارة وكما هو معلوم تعتبر آلة ضبط وتوجيه لجميع مكونات المؤسسات في اتجاه تحقيق هدف معين قد يكون الجودة.

● **المنافسة:** خلال القرن التاسع عشر ساد مفهوم الإنتاج الضخم دون إيلاء أية أهمية لجودة المنتج وذلك من منطلق أن قلة المنتجات ومحدودية البدائل المتاحة أمام العملاء كانت تجبرهم على اقتناء ما هو موجود في السوق فقط، لكن ومع اتساع شبكات الإنتاج وتعدد المنتجين وتشعب السوق أصبحت المنافسة أمرا واقعا تحتاج خلاله المؤسسة إلى التركيز على الجودة أكثر.

هذا وتوجد عوامل أخرى لها ارتباط قوي بتحقيق الجودة وهي مختلف مكونات رأس المال الفكري والمتمثلة في رأس المال البشري بما يتضمنه من قدرات ومعرفة وخبرة، ورأس المال الهيكلي وما يتضمنه من الثقافة التنظيمية والهيكل التنظيمي ونظم عمليات واتصال، إضافة إلى رأس المال العلاقات وما يتضمنه من علاقات مع الموردين والمناولين وقواعد بيانات العملاء والتي تعتبر في مجموعها من بين أهم أسباب تحقيق الجودة، وإن كان الكثير من الكتاب يرجعون تحقيق الجودة إلى عناصر رأس المال المادي إلا أن مساهمة عناصر هذه الأخيرة لا ترق إلى مساهمة عناصر رأس المال الفكري في تحقيق الجودة المطلوبة للمنتجات وذلك لمجموعة من حيث الاعتبارات المتمثلة في:

- تطبيق متطلبات الجودة يستدعي وجود اعتراف بها داخل المؤسسة من طرف رأس المال البشري؛
- أثبتت التجارب وعلى رأسها التجربة اليابانية أن التنظيم من بين أهم أدوات تحقيق الجودة؛
- عمليات الإبداع والابتكار على مستويات التكنولوجيا والمنتج وطرق العمل مهمة جدا في تحقيق الجودة؛
- المعرفة بالزبون أو بعبارة أخرى توفر قواعد بيانات عن الزبائن أصبحت تمثل أهم عناصر تحقيق الجودة؛
- العوامل الثقافية والتنظيمية لها أثر مباشر على مستوى جودة منتجات المنظمة سواء في الاتجاه الإيجابي أو السلبي.

ثالثاً: جوانب الجودة

قام كل من **DILOVTH & BOUNDS** بتحديد ثلاث مركبات أساسية تجعل المنتج ضمن أعلى درجات الجودة وتتمثل فيما يلي¹:

● **جودة التصميم quality design**

يجب على كل منظمة أن تقوم بصياغة المنتج وتصميمه وفق مواصفات الزبائن وبالشكل الذي يلبي احتياجاتهم، أي تنشئ المواصفات بما يتوافق مع طموحات الزبائن ورغباتهم.

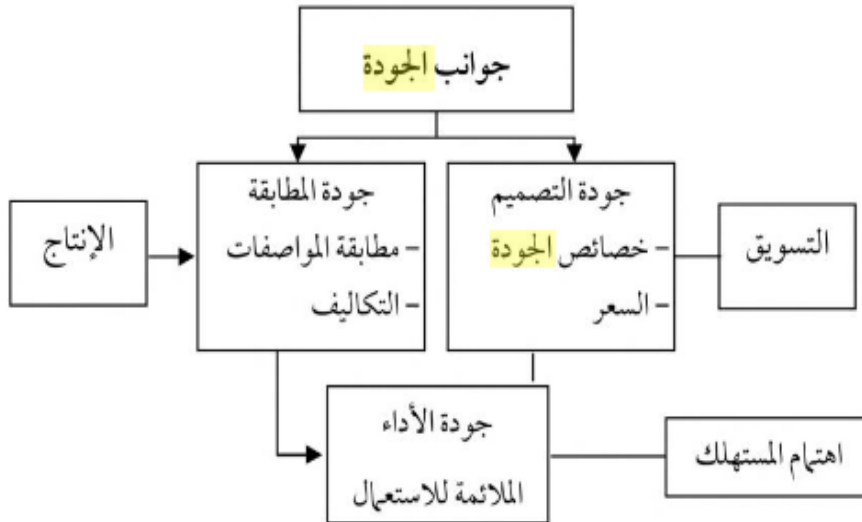
● **جودة المطابقة: quality conformance**

ويقصد بها إمكانية إنشاء تصميم مرغوب فيه، فجودة المطابقة تمثل تحدياً لأنها تتطلب الاستخدام الصحيح والمتطور لتكنولوجيا الإنتاج بحيث أن هذا المنتج أو الخدمة يتطابق مع التصميم الذي يتقابل بدوره مع المواصفات.

● **جودة الأداء: quality performance**

وتعني قدرة المنتج على تحقيق الغرض الذي صنع من أجله في ظل ظروف معينة وخلال مدة زمنية محددة وتوجيه الزبون إلى كيفية استخدامه بالشكل المناسب بحيث يلتقي بشكل آمن مع حاجات الزبون ولمدة مناسبة، وبناء على ذلك يتطلب من المبداء كافة القيام بالبحث بصورة مستمرة للتأكد من قدرة المنتج على تحقيق الفائدة للزبون، والشكل التالي يوضح لنا هذه الجوانب.

الشكل رقم (24): جوانب الجودة



المصدر: يوسف الطائي، محمد العجيلي: نظم إدارة الجودة في منظمات الإنتاجية والخدمية، اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص72.

¹ - يوسف الطائي، محمد عاصي العجيلي: نظم إدارة الجودة في منظمات الإنتاجية والخدمية، مرجع سبق ذكره، ص71.

المطلب الثاني: إدارة الجودة

يشير مفهوم إدارة الجودة إلى الأسلوب المتكامل الذي يتم تطبيقه في جميع فروع ومستويات المنظمة حتى يوفر للعاملين وجماعاتهم الفرصة لإشباع حاجات العملاء، أو فعالية تحقيق أفضل الخدمات بأكفاً الأساليب وأقل التكاليف الممكنة، فهي فلسفة إدارية تضم مجموعة من المبادئ الإرشادية التي تسمح للشخص أن يعمل إدارياً بشكل أفضل وتتمثل فوائد إدارة الجودة في تحقيق ما يلي:

أولاً: متطلبات تطبيق إدارة الجودة

قصد تطبيق الجودة في المنظمات لا بد من توفر مجموعة من المتطلبات، التي تعمل على تهيئة ظروف وأسباب تحقيق الجودة وقد حدد المعهد الأمريكي للجودة الشاملة ثمانية متطلبات أساسية من أجل نجاح خطة تطبيق الجودة تتمثل فيما يلي¹:

• **دعم الإدارة العليا لأسلوب إدارة الجودة الشاملة:** وذلك من حيث رعاية ومراقبة ومتابعة العمليات المتعلقة بها من طرف الإدارة العليا، حيث يتطلب ذلك توفر قيادات تؤمن وتتبنى قرارات تطبيق إدارة الجودة وتعمل على نشر ثقافة الجودة كما تعمل على توفير وتخصيص الإمكانيات اللازمة لتطبيقها وتعمل على تدليل كافة الصعاب التي تقف في وجه تحقيق الجودة.

• **نشر ثقافة الجودة:** يجب أن تعمل القيادة على التزويد المستمر للعاملين في المنظمة بمعلومات إيجابية وهادفة إلى إحداث دفعة قوية لجميع العاملين نحو العمل على تحقيق الجودة عبر تنبيههم بنموذج إدارة الجودة وتوجيه مساهماتهم في تجسيده، ومن بين أهم الوسائل التي تستخدمها المنظمات من أجل نشر ثقافة الجودة عقد الندوات والورش وإعداد النشرات التعريفية بإدارة الجودة، وخلق الدعاية المستمرة لفكرة الجودة الشاملة بين أفراد المنظمة.

• **التركيز على العميل:** حيث يعتبر العمل على تحقيق رضا العميل من بين أهم متطلبات إدارة الجودة الشاملة، وعليه يجب على المنظمة أن تعمل على تعميق فكرة أن الزبون هو الذي يدير المنظمة، ومن أجل تجسيد هذا المبدأ لا بد على المنظمة من إجراء دراسة للسوق وتحديد الاحتياجات الحقيقية للعميل ومن ثم العمل على تسخير جهود المؤسسة من أجل إشباع حاجات العملاء وتحقيق رضاهم، كما يجب على المنظمة أن تعمل على بناء نظام معلومات يتضمن قاعدة بيانات تعمل على تحيين المعلومات المتعلقة بالزبائن بشكل دوري يمكنها من معرفة الاتجاهات الحالية والمستقبلية للزبائن واحتياجاتهم.

• **تهيئة مناخ العمل:** يقصد بتهيئة مناخ العمل، اهتمام المنظمة بالأفراد العاملين على مستواها، وإقناعهم بمفاهيم إدارة الجودة قصد إدماجهم في عملية اتخاذ القرار وهو ما يزيد من حافزيتهم على العمل وبدل الجهد المطلوب من أجل تطبيق منهج إدارة الجودة في المؤسسة.

¹ - محمد أبو حولة: مبادئ إدارة الجودة الشاملة، دار ابن النفيس للنشر والتوزيع، عمان، 2018، الصفحات: 46-50.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- **قياس الأداء للإنتاجية والجودة:** فوجود نظام لقياس الأداء يكون قائماً على الأساليب والأدوات الحديثة هو أمر ضروري لنجاح عملية التحسين المستمر، والتي على أساسها يتم قياس جودة المخرجات وفعالية وكفاءة القرارات والإجراءات والنشاطات على مستوى المنظمة من خلال الحصول على معلومات تتعلق بالمنظمة وتكون قابلة للمقارنة والتقييم وحتى يكون نظام القياس فعالاً لا بد أن يكون مبنياً على خطوات علمية ومشملاً على معايير واضحة وموضوعية.
- **الإدارة الكفوة للموارد البشرية:** فرأس المال البشري يعد محور تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة، كونه العنصر الوحيد الذي يملك المهارات والخبرات والقدرات على الإبداع والابتكار والتي تعتبر عناصر جوهرية في نجاح استراتيجية الجودة في المنظمة، لكن المورد البشري يحتاج إلى إدارة فعالة وقادرة على استخراج هذه القدرات وتوظيف المهارات واستخدام خبرة الموارد البشرية في إطار تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة، فضلاً عن ضرورة الاهتمام بهذه الموارد من خلال وضع نظام أول للتحفيز ونظام ثاني للتدريب، هذان النظامان اللذين يجعلان الموارد البشرية في جاهزية تامة من أجل إنجاز استراتيجية الجودة في المنظمة وذلك من حيث امتلاك الموارد البشرية للمؤهلات المطلوبة وكونها في استعداد ذاتي للعمل، فإدارة الموارد البشرية ضمن مجال الجودة تتميز بمجموعة من الخصائص كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم(06): الفروقات بين إدارة الموارد البشرية القائمة على الجودة

وإدارة الموارد البشرية التقليدية

الخصائص	إدارة الموارد البشرية القائمة على الجودة	إدارة الموارد البشرية التقليدية
الفلسفة	فرق العمل والالتزام الجماعي	التركيز على الفرد
أهداف الجودة	تركز على كافة الجوانب والأنشطة في المنظمة	التركيز على السيطرة على الإنتاج
مشاركة العاملين	تركز على إشراك جميع العاملين	تقوم على الأسلوب السلطوي
التعليم والتدريب	التركيز على المهارات المتعددة	تطوير المهارات لأداء مهام محددة
نموذج التنظيم	اللامركزية والتمكين والتفويض	المركزية الشديدة

المصدر: عبد الستار العلي: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2008، ص39.

• **بناء نظام معلومات إدارة الجودة:** من أجل تطبيق برنامج إدارة الجودة لا بد من وجود نظام معلومات فعال يجمع البيانات ويصنع المعلومة ويوفرها في الوقت المناسب وبشكل مستمر، كما يجب أن يكون هذا النظام مبني على الأساليب الحديثة ويستقطب المعلومة من البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة، حيث يكون قادرا على رصد اتجاهات الجودة وأسبابها لدى المنافسين في الأسواق القريبة والبعيدة من بيئة المنظمة وذلك من حيث رغبات العملاء ومدى تفوق منتجات المؤسسات المنافسة، كما يجب أن يكون هذا النظام موزعا على كافة البناء الهيكلي الداخلي للمنظمة بالشكل الذي يجعله قادرا على اكتشاف أخطاء اللاجودة وتوفير المعلومات لمتخذي القرار في الوقت والمكان المناسبين.

• **تبني أنماط قيادية تدعم الجودة في المنظمة:** توجد علاقة وطيدة بين أنماط القيادة في المنظمة والجودة، ويرجع ذلك إلى كون أنماط القيادة المطبقة تحدد مدى قدرة الموارد البشرية فيها على التفاعل مع قضية الجودة وتقديم مساهمتها في تطبيق منهجية إدارة الجودة.

ثانيا: مستويات إدارة الجودة

تنقسم مستويات تبني إدارة الجودة إلى ستة مستويات رئيسية، والمؤسسات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة لا تزال في المستوى الأول أو الثاني، وكلما ارتفعنا في ترتيب المستويات نجد أن عدد المنظمات يقل تدريجيا، وتتمثل مستويات إدارة الجودة في المنظمات الحديثة فيما يلي¹:

1- مستوى غير الملتزمين: ويتمثلون في كافة المنظمات التي انطلقت في تطبيق بعض المفاهيم المتعلقة بالجودة لكنها لم تبدأ فعليا في تطبيق عمليات تحسين الجودة، فالجودة عند هذه المنظمات تنشأ من خلال مجموعة من الممارسات التي لا تندرج ضمن سياسة طويلة أو متوسطة الأمد لإدارة الجودة في المنظمة، ومن بين أهم خصائص المنظمات المنتمية لمثل هذا المستوى نذكر ما يلي:

- لا يوجد لديها استراتيجية واضحة لتحسين الجودة على المدى الطويل؛
- تتميز هذه المنظمات بأن تركيزها ينصب على كيفية تعظيم العائد على الأصول والمبيعات على حساب كافة المعدلات الأخرى؛
- عدم تخصيص هذه المنظمات لمبالغ للتدريب والاستثمار في المورد الفكري بما يتضمنه من مورد بشري ورأس مال تنظيمي ورأس مال زبوني؛
- غياب ثقافة الجودة لدى العاملين في مثل هذه المنظمات وعدم وجود اهتمام لديهم بقضية تحسين الجودة؛
- سيادة النموذج البيروقراطي في تسيير مثل هذه المنظمات والتركيز الشديد للسلطة وطغيان الممارسات الروتينية على حساب الإبداع والابتكار في طرق العمل؛
- تتبع هذه المنظمات لسياسة الأجر بحسب الوحدات المنتجة دون أن تعير أي اهتمام لمطابقة هذه الوحدات لمعايير الجودة؛
- عدم فاعلية الاتصالات مع العملاء وكذلك مع العاملين؛

¹ - محفوظ احمد جودة: إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2014، ص ص: 209-210.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- إتباع أسلوب الفحص الشامل للمواد المشتريات وكذا المنتج النهائي؛
- 2- مستوى المترددين:** لدى هذه المنظمات الاستعداد للتحويل من برنامج للجودة إلى برنامج آخر، كونها حديثة العهد بالتحسينات للجودة، وغالبا لم تتجاوز فترة اهتمامها بقضية الجودة ثلاث سنوات، ومن بين أهم خصائص مثل هذه المنظمات نذكر ما يلي:
 - لا توجد خطط لنشر وتعميم فلسفة إدارة الجودة الشاملة على كافة العاملين؛
 - لا تزال أنشطة تحسين الجودة تجملية أكثر من كونها حقيقية؛
 - دائرة الجودة غير فعالة وليس لها تأثير كبير في تسيير الأمور؛
 - فرق العمل تبقى صورية فقط مع وجود ثقافة التهرب وإلقاء اللوم على الآخرين وبين الدوائر؛
 - عدم اقتناع المديرين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة.
- 3- مستوى مستخدمي الأدوات:** ضمن هذا المستوى توجد لدى المنظمات خبرة في تحسين الجودة، نتيجة تراكمها بفعل تطبيق مجموعة من أدوات ضبط الجودة، حلقات الجودة، ومواصفات منظمات الجودة، ومن بين أهم خصائص المنظمات المنتمية إلى هذا المستوى نذكر:
 - ليس كل أعضاء الإدارة التنفيذية ملتزمون بإدارة الجودة الشاملة حيث يوجد منهم من يتصل من مهمة تحقيق الجودة؛
 - تتركز جهود تحسين الجودة على دوائر التصنيع والعمليات فقط مع بقاء الدوائر الأخرى مستمرة في أعمالها دون وجود جهود للتحسينات؛
 - قرارات الإدارة ما هي إلا ردة فعل اتجاه ما يجري، كما أنها تركز على حل المشاكل المستقبلية؛
 - المنتجات جيدة ومعروفة في السوق لكن هناك مجالات كثيرة لتحسين العمليات في المؤسسة.
- 4- مستوى منفذو التحسينات:** على العموم تكون هذه المنظمة قد مرت بتجربة تحسين الجودة لمدة تتراوح بين خمس إلى ثمان سنوات فهي تهتم بالجودة على المدى الطويل وتتميز بالخصائص التالية:
 - هناك تشدد في إتباع سياسة منع الأخطاء والتحكم فيها؛
 - انتشار ممارسات التحسين المستمر في كافة مستويات الإدارة؛
 - وجود برامج تدريب طويلة المدى ولجميع العاملين في المنظمة؛
 - اعتماد فرق العمل ووجود الثقة المتبادلة بين أفرادها؛
 - اعتماد أسلوب المقارنة المرجعية فيما يتعلق بأنشطة التحسين.
- 5- مستوى رابحو الجوائز:** ضمن هذا المستوى تكون المنظمات قادرة على الترشح لمسابقات الجودة كونها تكون قد التزمت بالكثير من المعايير التي تؤهلها للحصول على جوائز الجودة، ومن بين أهم خصائص المنظمات ضمن هذا المستوى نذكر ما يلي:

- يوجد اهتمام لدى كافة العاملين بتحسين الجودة؛
- نجاح العديد من التغييرات والتحسينات في المنظمة؛
- وجود اعتقاد لدى كافة العاملين في المنظمة بأن إدارة الجودة الشاملة هو الأسلوب الأمثل لإشباع حاجة الزبائن.

6- مستوى العالمية: ضمن هذا المستوى تكون المنظمات قد وصلت إلى درجة تحقيق التكامل والاندماج بين تحسينات الجودة واستراتيجياتها في أداء الأعمال، وذلك في إطار إرضاء العملاء وعموما تستغرق هذه المرحلة مدة تتجاوز عشرة سنوات ومن بين أهم خصائصها:

- يسعى العاملون في المنظمة دوماً إلى تحقيق رضا العميل وولائه؛
- تمثل إدارة الأعمال هنا إحدى أهم الفلسفات الشمولية في المنظمة.

ثانياً: استراتيجية إدارة الجودة

الاستراتيجية هي كلمة مشتقة من اللغة اليونانية ويقصد بها فن قيادة الحروب أو الجيوش فهي تعبر عن بعد النظر والرؤية الثاقبة التي ترسم خطة المستقبل، وفي ميدان الإدارة عرف **porter1990** الاستراتيجية على أنها تركيبة من الأهداف التي تسعى المؤسسة للوصول إليها من خلال مجموعة من الأدوات والوسائل¹، فهي خطة شاملة ومتكاملة تتضمن مجموعة متناغمة من الأفكار والمفاهيم والطرق ذات العلاقة بالمستقبل والمعدة من أجل تحقيق أهداف المنظمة من خلال توظيف الموارد والقدرات التي تمتلكها المنظمة قصد استثمار الفرص واثقاء التهديدات التي تنطوي عليها البيئة الخارجية للمنظمة²، فالاستراتيجية تعمل على تحديد وصياغة بدائل وتكتيكات العمل في المنظمة انطلاقاً من تحليل بيئة المنظمة بشقيها الداخلي الذي يتضمن نقاط قوة لا بد من دعمها ونقاط ضعف لا بد من تداركها، والخارجي الذي يوفر فرص النمو للمنظمة وتفرض عليها مجموعة من التهديدات، وتسلك المنظمات استراتيجيات مختلفة ضمن مجالات الموارد البشرية والإنتاج والتسويق وإدارة الجودة، هذه الأخيرة التي هي عبارة عن خطة ترسمها المنظمة قصد الوصول إلى تحقيق أفضل جودة، ومن بين أهم الاستراتيجيات التي تتبعها المنظمات في سبيل تحقيق الجودة نذكر ما يلي:

1- استراتيجية ضبط الجودة: وتعني تسليط الرقابة قبل الإنتاج وبعده، قصد اكتشاف وإزالة الوحدات المعيبة، فعملية ضبط الجودة تهدف إلى الوقاية وتجنب الوقوع في الأخطاء، حيث يمكن وصف نظام ضبط الجودة بأنه نظام لضمان الحفاظ على المعايير الصحيحة في الإنتاج، والذي يقوم من خلال الفحص العشوائي والدوري للمنتجات، ويعتبر جوران ضبط الجودة أحد العمليات الرئيسية الثلاث في إدارة الجودة الشاملة حيث عرفه على أنه ذلك الإجراء الإداري الذي يتضمن عمليات الرقابة والضبط للمحافظة على استقرار الأوضاع وتجنب التغييرات المفاجئة وإبقاء العملية الإنتاجية تحت السيطرة، ويمكن تقسيم نظام ضبط الجودة إلى ثلاثة أقسام هي³:

¹ - هيثم عبد الله ذيب: أصول التخطيط الاستراتيجي، الطبعة الأولى، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2017، ص5.

² - أكرم سالم الجنابي: الإدارة الإستراتيجية وتحديات القرن الحادي والعشرين، الطبعة الأولى، المكتبة الأردنية الهاشمية، الأردن، 2016، ص33.

³ - محمد النعيمي، راتب جليل صويص، غالب جليل صويص: إدارة الجودة المعاصرة، دار اليازوري، الأردن، 2009، الصفحات: 36-38

- الرقابة الأمامية على الجودة وتعني الرقابة على المدخلات؛
 - الرقابة الآتية على الجودة وهي الرقابة على خط الإنتاج للعمليات؛
 - الرقابة البعدية على الجودة والتي تكون بعد الانتهاء من عملية التصنيع.
- ومن أجل نجاح ضبط الجودة يجب تحقيق الخطوات التالية¹:
- وضع معايير للمنتج (مواصفات): وذلك من خلال أبحاث التسويق وترجمتها لموصفات فنية تستعمل في تصميم المنتج وتخطيط وتطوير العملية الإنتاجية؛
 - ضبط جودة المدخلات: أي المواد واللوازم الأولية الضرورية للقيام بالعملية الإنتاجية؛
 - ضبط جودة المنتج أثناء التشغيل: وذلك من خلال التحكم في العمليات ومراقبة وصيانة المعدات والوسائل؛
 - ضبط جودة المنتج النهائي: من خلال الفحص والاختبار على المنتج قبل بيعه إضافة إلى التغليف والتعبئة والتخزين والنقل؛
 - ضبط جودة المنتج بعد البيع: وتشمل عمليات التسويق والبيع والتوزيع والتكيب والتشغيل والمساعدة الفنية والصيانة؛
 - إدارة الجودة: وتشمل كل النواحي الإدارية المتصلة بتحسين مستوى الجودة.
- 2- استراتيجية التدريب على الجودة:** ضمن هذه الاستراتيجية تسعى المنظمة إلى تدريب العاملين، وعلى الغالب ما تبدأ عملية التدريب من المستويات الدنيا إلى المستويات العليا وتهدف إلى فهم واكتساب المهارات والأدوات الضرورية لتحقيق الجودة في المنظمة، وتتم عملية التدريب من خلال مجموعة من الفعاليات القائمة على عقد الندوات وبرامج التكوين المستمر وورش العمل، وحتى تكون عملية التدريب فعالة يجب أن تتحقق فيها مجموعة من الشروط والمتمثلة في الآتي²:
- وجود مدرّبين جيدين؛
 - وجود برامج تدريب متكاملة؛
 - أن تكون المادة التدريبية مختارة بعناية وتخدم عملية الجودة؛
 - إتاحة الوقت والوسائل والموارد الضرورية للإنجاح عملية التدريب على الجودة.
- 3- استراتيجية التركيز على العملاء:** تتبع هذه الاستراتيجية من قناعة ترسخت بعد سيادة المفهوم الزبوني للتسويق أين تأكدت ضرورة معرفة احتياجات العميل والعمل على خلق تصاميم منتجات تتوافق مع رغبات العميل وتعمل على كسب رضاه، فمعايير الجودة التي يتم التركيز عليها ضمن استراتيجية الجودة تبدأ من رغبات العميل والجودة هنا تتحقق عند قدرة المؤسسة على اكتشاف رغباته وإشباعها، ومن أجل نجاح هذه

¹ - محمد النعيمي، راتب جليل صويص، غالب جليل صويص: إدارة الجودة المعاصرة، المرجع نفسه، ص 39.

² - سلطان الطيار: سنة سيحما: الانحراف والجودة في العمليات الإنتاجية، الطبعة الأولى، E-UTUB LTKD، بريطانيا 2019، ص 111.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

الاستراتيجية يتوجب على المنظمة وبشكل مستمر أن تعمل على إجراء دراسات بصفة مستمرة لحاجات العميل ووضع جهاز متكامل من أجل تحويل هذه الحاجات إلى معايير إنتاج قابلة للتنفيذ¹.

4- استراتيجية تحسين الجودة: ضمن هذه الاستراتيجية تسعى المنظمة إلى تطوير وتحسين نظام العمليات المتعلقة بتخطيط الإنتاج وتطويره إضافة إلى عمليات شراء وتصنيع المنتجات، فعيوب الجودة غالباً ما تنشأ من ضعف أداء العمليات في المنظمة حيث تكون هذه العمليات متداخلة فيما بينها ومرتبطة بطريقة غير صحيحة فضلاً عن كونها لا تلتزم بالإجراءات والبروتوكولات العمالية الصحيحة، وهو ما يضعف أداء المنظمة وينعكس سلباً على جودة مخرجاتها كما يزيد من تكاليف المنظمة، ويؤثر سلباً على رضا الزبائن وولائهم اتجاه منتجات المنظمة، والمنظمة تحتاج دائماً إلى تحسين كل العناصر التي يمكن أن تزيد من جودة مخرجاتها، وهو ما يزيد من ضرورة تبنيتها لاستراتيجية تستهدف تحسين الجودة حيث تكون هذه الاستراتيجية ضمن المدى المتوسط والطويل وقائمة على التقييم المستمر لنظام العمليات في المؤسسة والتحسين، ويمكن تلخيص أهم نتائج تحسين الجودة في النقاط التالية².

- الرفع من كفاءة استغلال الموارد؛

- تحسين كفاءة نظام العمليات الإنتاجية؛

- تحسين المركز التنافسي للمنظمة؛

- تنمية رأس المال الزبوني واستدامته.

5- استراتيجية الضبط الإحصائي للجودة: تعتبر الأساليب الإحصائية إحدى أهم أدوات ضبط جودة الإنتاج والعمليات، وذلك من خلال استعمال مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت إضافة إلى مقاييس الارتباط والانحدار والتي تمكن من فحص العينات وتقييم مستوى الجودة في المؤسسة، وتعتبر أدوات الضبط الإحصائي للجودة نظام فعال في صيانة وتحسين جودة الإنتاج في كافة المراحل التشغيلية للعملية الإنتاجية بغرض تحقيق المواصفات المطلوبة كما يمكن من خلال هذه الاستراتيجية اكتشاف الأسباب الحقيقية لانحراف العمليات عن المعايير³.

¹ - ربي الخطيب: التركيز على العميل، حلول من الخبراء لتحديات يومية، الطبعة الأولى، العبيكان، السعودية، 2015، ص15.

² - سليمان الخطيب: إدارة الجودة الشاملة. الجزء الأول، الفلسفة ومداخل العمل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص159.

³ - حسين وليد حسين عباس، عبد الناصر علك حافظ: الاعتماد الأكاديمي وتطبيقات الجودة في المؤسسات التعليمية، الطبعة الأولى، دار غيداء للنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص188.

المطلب الرابع: أدوات تحسين الجودة

توجد عدة طرق وأدوات يتم استخدامها من أجل تحقيق الجودة في المنظمات الحديثة حيث تبقى هذه الطرق حصيلة تجارب طويلة للمؤسسات الرائدة في مجال الجودة، ويتمثل أهمها فيما يلي:

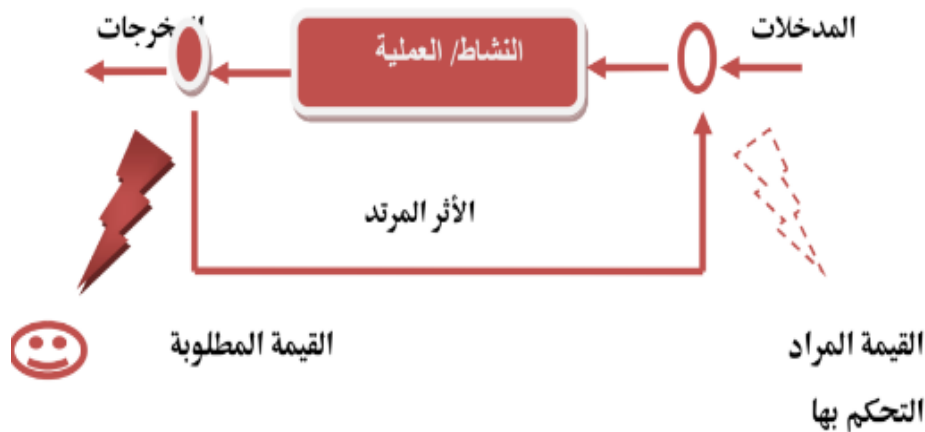
أولاً: طريقة بوكايوكي

مبدأ ياباني يعبر عن فلسفة التصنيع الرشيق التي تم إتباعها في شركة تويوتا، والتي تشير إلى تفادي الوقوع في الخطأ نهائياً، حيث يتم اعتماد هذا المبدأ في كل مرحلة من مراحل التصنيع والتي عادة ما تتخللها الأخطاء بهدف تحسين العمليات في المنظمة، ومن بين أبرز الأخطاء التي تم ملاحظتها في الشركة هي تركيب بعض القطع بطريقة غير صحيحة أو في غير مكانها وهو ما يؤثر سلباً على سلسلة العمليات في الشركة ويحمل المؤسسة تكاليف باهظة فضلاً عن إضاعة الوقت وما يتبعه ذلك من تأخر في إنجاز الطلبات، ومن أجل تفادي ذلك قامت الشركة بإنشاء تصميم لقطع الغيار بحيث لا يمكن تركيبها إلا في مكانها الصحيح، وهذه الطريقة تقوم على نقاط مهمة هي¹:

- رصد الأخطاء التي تقع في كل عملية؛
- تقديم الاقتراحات المفيدة في حل المشكلة؛
- إنشاء تصاميم واتخاذ إجراءات تمنع الوقوع في مثل هذا الخطأ من جديد؛
- التغذية العكسية عن نتائج تنفيذ الاقتراحات.

ومن بين أبرز الأمثلة عن تطبيقات هذه الطريقة آلة سحب النقود التي تم تصميم طريقة عملها من جديد بأن لا يتم الحصول على النقود إلا بعد سحب البطاقة منها وذلك تفادياً لنسيان العملاء لبطاقتهم النقدية، والشكل التالي يوضح لنا فلسفة هذه الطريقة.

الشكل رقم (25): طريقة البوكايوكي في تطبيق الجودة



المصدر: محسن باعمر (2017)، منهجية كايزن اليابانية، دار الأصحاب للنشر، الطبعة الأولى، السعودية، ص 98.

¹ - محسن باعمر: منهجية كايزن اليابانية، الطبعة الأولى، دار الأصحاب للنشر، السعودية، 2017، ص 98.

ثانيا: عجلة ديمينغ (ACT-check-Do -plan)

تقوم هذه الطريقة على أربعة محاور رئيسية هي: خطط- نفذ - افحص - افعل، كما سيتم شرحه فيما يلي¹:

• **التخطيط:** حيث يتوجب أن تكون الأهداف محددة بطريقة متسلسلة ومركزة على سياسة الإدارة العليا والتي يتم تفرعها إلى سياسات جزئية تناسب كل قسم وكل مستوى وظيفي ويتم تحديد السلطات والمسؤوليات، كما يجب أن تكون هذه السياسات مبنية على معلومات دقيقة وشاملة لكل الجوانب الفنية والتقنية والتسويقية والمالية وغيرها.

• **التنفيذ:** يتم تنفيذ العمل الذي تم التخطيط له من خلال إسقاط السياسات المسطرة على أرض الواقع عبر توزيع المهام وتنفيذها ورصد الموارد وتوزيعها.

• **فحص ومراجعة النتائج:** ضمن هذه الخطوة يتم التحقق من مدى مطابقة النتائج للأهداف التي تم تسطيرها سابقا، حيث يتم من أجل ذلك استخدام مخطط السبب والأثر في أعمال المراجعة من أجل تحديد واكتشاف العناصر المؤثرة في النتائج كما يتم الاعتماد على الطرق الإحصائية وخرائط المراقبة في ذلك.

• **باشر:** ضمن هذه الخطوة وبناء على نتائج الفحص ومراجعة النتائج يتم اتخاذ الإجراءات الضرورية لعلاج المشكلات التي تعترى قضية الجودة في المنظمة من خلال تعديل الخطط ومباشرة التنفيذ.

ثالثا: طريقة خمسة لماذا

تقوم فلسفة هذه الطريقة على التعامل مع المشكلة من خلال تواجه أعضاء فريق العمل مع بعضهم البعض والعمل على تحديد السبب المباشر في وقوع الأخطاء حيث يتم تجسيد هذه الطريقة من خلال الأنشطة التالية²:

- دعوة جميع المتضررين أو المعنيين بالمشكلة؛

- يتم اختيار رئيس للاجتماع؛

- يتم طرح سؤال لماذا لخمس مرات؛

- يتم تحديد مسؤوليات لإنجاز الحلول؛

- يتم إرسال النتائج عبر البريد الإلكتروني.

وكمثال عن هذه الطريقة عرض المشكلة التالية على أعضاء الفريق:

- لماذا توقف الروبوت؟، والإجابة شهدت الدارة تحميلا زائدا للطاقة ما أدى إلى انفجار الصمام؛

- لماذا تم تحميل الطاقة بشكل زائد؟، الإجابة لم يكن هنا تشحيم كاف على المحامل، ما تسبب في انغلاقها؛

¹ - عوض الطراونة: الجودة الشاملة في تنمية مهاراتي تحليل المحتوى والتقويم لدى معلمي الرياضيات، الطبعة الأولى، دار الخليج للنشر والتوزيع، عمان، 2016، ص ص:41،40.

² - محسن باعمر: منهجية كايزن اليابانية، مرجع سبق ذكره، ص96.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- لماذا لم يكن هناك تشحيم كاف على المحامل؟، الإجابة لأن مضخة الزيت لا توزع زيتا كافيا؛
- لماذا لا توزع المضخة زيتا كافيا؟، الإجابة مسرب هواء المضخة مسدود بنشارة معدنية؛
- لماذا تسد النشارة المعدنية مسرب الهواء؟، الإجابة لأن مضخة الهواء لا تحتوي على مصفاة.

رابعا: منهجية الكايزن

هي كلمة يابانية يقصد بها التحسين وفي مجال الأعمال التجارية، تشير كايزن إلى الأنشطة التي يتم تحسينها باستمرار لجميع الوظائف وتشمل جميع الموظفين بدء من الرؤساء إلى الموظفين البسطاء كما تمس أيضا منهجية كايزن العمليات، مثل عمليات الشراء والخدمات اللوجستية، وتهدف كايزن إلى القضاء على الهدر وذلك من خلال تحسين البرامج المعيارية والطرائق، وقد طبقت طريقة كايزن لأول مرة في الشركات اليابانية بعد الحرب العالمية الثانية¹. فأسلوب الكايزن يقوم على حشد القوى العاملة وتوفير القناة الرئيسية للموظفين من أجل مساهمتهم في تطوير المؤسسة من خلال ثلاث مفاهيم رئيسية:

-الاستمرارية: بمعنى أن البحث عن الجودة هو عملية دائمة ومستمرة.

-التدرج: فعلى عكس المناهج الإدارية الأخرى لا تركز منهجية الكايزن على إعادة الهيكلة وإنما على التدرج في تحسين الجودة.

-المشاركة: ويقصد بها مشاركة جميع الموظفين في العملية الإنتاجية والإدارية من خلال تقديم الاقتراحات والملاحظات في طرق العمل، وهو ما يعطيهم دافعية للتحسين من خلال توفير مناخ جودة الحياة الوظيفية.

خامسا: طريقة استعمال الآلية (JIDOKA)

هي طريقة يابانية تختصر في تسمية (JIDOKA) والتي تشير أجزائها إلى المعاني التالية:

-**JI**: وتعني وحيد أي وحده أو مستقل؛

-**DO**: تعني حركة، تنقل؛

-**Ka**: وهو مكمل ليصبح للكلمتين السابقتين معنى إسمي أي يصبح للفعل المشكل من الكلمتين السابقتان اسم فاعل؛

وبالعربية تترجم هذه الكلمات إلى المسار الآلي مع التدخل الإنساني حيث تركز هذه الطريقة حول أربع

نقاط رئيسية هي²:

- اكتشاف المشكلة؛

- أوقف الخط؛

- التصحيح الفوري للمشكلة؛

- قيادة الطريق من خلال التحليل والتطوير.

¹ - مدحت محمد محمود أبو النصر: إدارة الجودة الشاملة: إستراتيجية كايزن اليابانية لتطوير المنظمات، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة،

2015، ص ص: 67،68.

² - Jason Tisbury: **Your 60 Minute Lean Business – Jidoka**, Create Space Independent Publishing Platform, First Edition ،November 6, 2014، p8

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

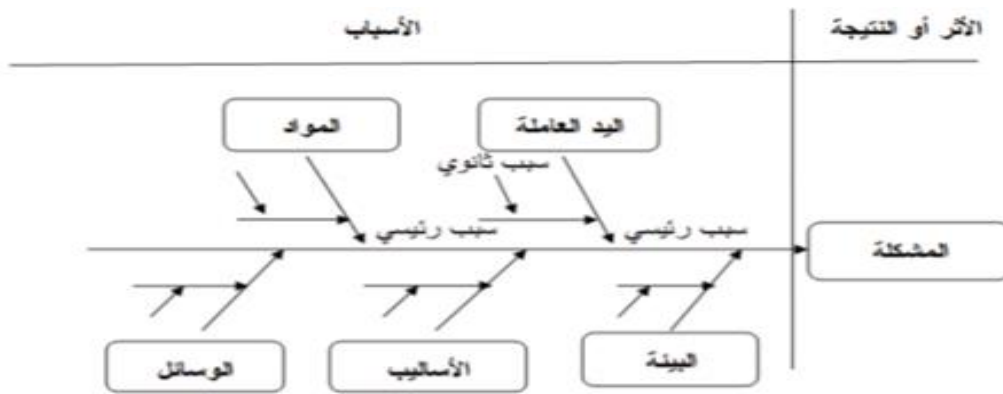
فالآلة في منطق (الهرم الياباني) هي عنصر أساسي للمنظمة يسهل العمل داخلها، ولكن دور العنصر البشري يتمثل في تشخيص واكتشاف الأحداث الخاطئة، والأساس في هذه العملية هو عدم ترك الأخطاء والاختلالات دون حل والاستمرار فيها خاصة وأن المنظمة تستعمل آلات صناعية.

سادسا: مخطط عظمة السمكة

الهدف الأساسي من استعمال هذه التقنية هو تحديد المشكلة في العملية أو وجه القصور في تحقيق الأهداف المسطرة، وكذا تحديد الأسباب المؤثرة في ذلك ومن ثم التركيز عليها وتطوير الحلول المناسبة واقتراح إجراءات تحسين العملية، ويعتبر مخطط عظمة السمكة تقنية مبسطة لعرض المشكلات وفعالة في نفس الوقت، وتقوم هذه التقنية على طرح مجموعة من الأسئلة هي ماذا ومتى وكيف وأين ولماذا، حيث تزيد أهميتها في المجالات التي تحتاج إلى بيانات ومعلومات مفصلة وتستخدم على نطاق واسع في برامج التحسين، ويتم تجسيدها من خلال جلسات العصف الذهني وتكوين فرق النقاش حول مشكلات الجودة، ومن أجل التطبيق الجيد لهذه الأداة يتم إتباع الخطوات التالية¹:

- تحديد المشكلة الرئيسية والتي تمثل في رأس السمكة؛
- تحديد الأسباب المؤدية إلى وقوع هذه المشكلة والتي يتم تمثيلها في باق الفروع الأساسية على هيكل السمكة؛
- تحديد الأسباب الثانوية التي يتم تمثيلها على فروع تتبثق عن الفروع الأساسية مع مواصلة ذلك إلى غاية الانتهاء من حصرها؛
- تصنيف الأسباب إلى مجموعات والتي تكون عادة ضمن خمس مجموعات هي: المتعلقة بالآلة، المتعلقة بالإنسان، المتعلقة بالمدخلات، المتعلقة بمنهج العمل، المتعلقة بالبيئة؛
- التحليل واقتراح الحلول.

الشكل رقم (26): مخطط عظمة السمكة



SOURCE: Hamilton Nana : améliorer la qualité des services : avec la gestion des problèmes, ITIL paris/éditions d'organisation , 2009, P.97.

¹ - لحبيب بلية: إدارة الجودة الشاملة: المفهوم- الأساسيات- شروط التطبيق، الأكاديمية الحديثة للكتاب الجامعي، مصر، 2019، ص161.

المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية

تعتبر الجودة إحدى أهم قضايا الخدمات الصحية وأحد أهم اهتمامات المؤسسات الصحية خاصة إذا تأكد لنا أن الممارسة الصحية تتطلب انعدام الخطأ الطبي وعرفنا أن الخدمة الصحية الجيدة تتجاوز مفهوم انعدام الخطأ الطبي إلى جودة كل ما هو محيط بخدمة المريض كما سنوضحه فيما يلي.

المطلب الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية

انبثق مفهوم جودة الخدمة الصحية عن الممارسات والتطبيقات الجيدة للخدمات الصحية من طرف الأطباء والمرضى، ومن ثم جاءت جهود الباحثين التي عملت على توسيعه.

أولاً: التطور التاريخي لجودة الخدمة الصحية

يعتبر قطاع الخدمات الصحية من بين أهم القطاعات التي تم فيها إيلاء مسألة الجودة أهمية خاصة حيث يظهر ذلك في قوانين حمورابي 2000 ق م، التي جعلت الأطباء مسؤولين مسؤولية مباشرة عن الأخطاء الطبية التي قد يقعون فيها والتي تصل نتائجها إلى حد القتل في حالة ثبوت أية إهمال من الطبيب أو تقديم علاجات غير نافعة، وفي الحضارة المصرية تشير كتابات توت إلى معايير يجب إتباعها في الممارسات الطبية وعواقب مخالفتها، وفي الحضارة اليونانية وضع أرسطو قانوناً لا يسمح للأطباء بتغيير طرقهم في العلاج إلا في الضرورة القصوى، كما أوجب أبقراط على طلبته القسم بأن يقدموا لمرضاهم أفضل رعاية صحية ممكنة¹.

ولطالما تميز الطب خلال العصور الأولى باختلاطه مع ممارسات السحر والشعوذة، حتى سمي الحكيم طبيباً، وهو اسم مشتق من الفعل طب أي سحره، كما جاء في الحديث الشريف [قال مطبوب قال من طبه، قال لبيد بن الأعصم²]، واستمرت هذه الممارسات إلى أن جاء الإسلام الذي هدم الكهنوتية وشرع معالجة الداء بالدواء، كما شرف مهنة الطب والطبيب وجعله قاعدة مبنية على التعلم والحدق حيث ازداد اهتمام المسلمين به من خلال إنشاء المستشفيات وإجراء الأوقاف عليها، والاعتناء بالعزل من الوباء، وعرف الطب نوابغ من المسلمين لا تزال آثارهم واضحة في الممارسات الطبية إلى غاية يومنا هذا، وهنا نستطيع القول أن الفصل بين السحر والطب والانتقال إلى الأدوية المعدة بالطرائق المادية يعتبر إحدى أهم قفزات تحسين الجودة في الرعاية الصحية.

وفي عام 1518 زاد اهتمام المسؤولين عن الكلية الملكية بلندن بجودة الخدمة الصحية، وفي القرن الثامن عشر قدم الطبيب البريطاني Francis Clifton³ المبادئ الأساسية للجودة النوعية في مجال الصحة كما قام الطبيب البريطاني Emory Groves باستخدام طريقة النتائج النهائية لفحص اتجاه معدلات الوفيات في المستشفيات.

¹ - بودية بشير، بلحاج فراحي: تطور الجودة في الخدمات الصحية، مجلة التكامل الاقتصادي، المجلد 08 العدد 01، مارس 2020، جامعة احمد دراية، ص ص: 180، 181.

² - انظر، صحيح البخاري، كتاب الطب، باب السحر، الحديث رقم: 5454.

³- James .E. Casanova: status of quality assurance programs in American hospitals, medical care, vol.28.no 11,1990, p222.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

وفي العصر الحديث وأمام ما حصل من تطور في العلوم المساندة لمهنة الطب وخاصة منها الإدارية والبيولوجية والفيزيائية انتقلت الممارسات الطبية إلى معايير دقيقة جدا وأصبحت تخضع إلى معايير الجودة والقياس وتطبيقات الممارسات الصحية الجيدة كما سيتوضح من الأحداث التالية:

- يعتبر كل من الطبيب **Codaman** والمرمضة **Nightingale** من بين أهم الشخصيات التي أثارت موضوع الجودة في الخدمات الصحية حيث قامت الممرضة **Nightingale** بإدخال معايير بسيطة في تأدية وظيفتها ما قلل من أعداد الوفيات. كما قام الطبيب **Codaman** بالدعوة إلى جمع وتحليل نتائج العمليات الجراحية من خلال استعمال بطاقة النتائج الأخيرة والتي تضمنت معلومات حول المريض ومرضه والطاقم المعالج والنتائج النهائية للعلاج¹.

- في عام **1912** تم تأسيس كلية الجراحين في الولايات المتحدة الأمريكية التي طورت الحدود الصحية المعيارية الأدنى التي يجب أن تتوفر في المستشفيات، حيث قامت بإجراء مسح تفتيشي على المستشفيات النشطة في أمريكا أظهر أن 13 بالمائة فقط من المستشفيات هي التي توافق فقط الحد المعياري الأدنى المطلوب².

- في سنة **1952** تم إنشاء لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية **JCAHO** التي تحصلت على الاعتماد الرسمي من الكونجرس الأمريكي، وهي منظمة مستقلة وغير ربحية تسهر على التأكد من تطابق موصفات المستشفيات مع المعايير والممارسات الطبية الجيدة³.

- في عام 1966 طور **Donadedian** نموذج في قياس الأداء والذي يقوم على أساس نظرية النظم، حيث وصف **Donadedian** نظام قياس الأداء بالنسبة لجودة الرعاية الصحية بأنه يتكون من ثلاث عناصر هي البنية، الإجراء، النتيجة، وأكد **Donadedian** أن تطوير المؤشرات الخاصة بقياس تلك المؤشرات سيؤدي إلى الحصول على معلومات شاملة عن الأداء على مستوى المؤسسة الصحية⁴.

- من جهة أخرى أصبحت الولايات المتحدة الأمريكية رائدة جودة الرعاية الصحية في العالم وذلك من خلال اعتمادها للمنظمات التي تسهر على التفتيش والتأكد من مدى تطبيق معايير جودة الخدمات الصحية بشكل جيد، حيث قامت في سنة **1970** باعتماد الأكاديمية الوطنية للطب والتي كانت تمثل هيئة استشارية مستقلة لتطوير قطاع الصحة، كما تم في نفس السنة اعتماد المنظمة الصحية المتنقلة، وتم كذلك في سنة **1989** تأسيس وكالة أبحاث جودة الرعاية الصحية⁵، وهنا يمكن القول أن الرعاية الصحية أصبحت تخضع للممارسات المعيارية كما أصبحت هذه الممارسات تخضع للرقابة من عدة منظمات فاعلة، وفي عام **1990** تم توكيل

¹ - June A.schmele, a.f.al-assaf: **the textbook of total quality in healthcare**, CEC press LLC , USA,1990, p222.

² - American College of Surgeons Online **What is the American College of Surgeons?** , disponible sur le site de : <https://www.facs.org/about-acsc>, 11 :42 ; 02/11/2020.

³-Healthcare-management-degree: **what is JACHO**, disponible sur le site de : <https://www.healthcare-management-degree.net/faq/what-is-jachoc/>; 11 :48, 02/11/2020.

⁴- Avedis donabedian: **evaluating the quality of medical care: Milbank memorial fund quarterly**, vol.44. N.3, part2: Health services research study section of united states public health services, discussed at a conference held in Chicago, October 15-16.1965(jul.1966), pp.166-206.

⁵-healthfinder.gov; "**National Committee for Quality Assurance NCQA**", disponible de site de : <https://web.archive.org/web/20190703195644/https://healthfinder.gov/FindServices/Organizations/Organization.aspx?code=HR2637>; 13 :07, 02/11/2020.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

اللجنة الوطنية لضمان الجودة **NCQA** بمنح برامج الاعتماد لمنظمات الصحة الناجحة بعد قياس أدائها، كما زاد التركيز على الرعاية النوعية في الرعاية الصحية.

والملاحظ من الأحداث السابقة أن برامج الجودة خلال الفترات السابقة كانت تركز على مراقبة مدى مطابقة المعايير كما ركزت أيضا على ضمان الجودة، حيث أشار كل من **Berwick & Schumacke** إلى الخاصية الاختزالية لبرامج تحسين الجودة التي كانت موجهة حسيهما إلى تحليل الممارسات المهنية، وتم حصر الجودة في الخبرة الطبية دون الأخذ بالحسبان باقي المهنيين، فظهور قصور معين لا يعني فقط ارتكاب المهنيين للأخطاء بل يعني عدم مقدرة المؤسسة الصحية على التنظيم الفعال للخدمات الصحية، كما أشار ديمينج إلى أن 15 بالمائة من النقائص ترتبط بالخبرة التقنية للمهنيين الصحيين والباقي تعود إلى عوامل تنظيمية أخرى، وخلال الفترة الأخيرة ومع اشتداد التنافس بين المؤسسات الصحية سواء على المستوى المحلي والدولي ودخول ممارسات التسويق إلى القطاع الصحي ازداد التركيز على المريض واحتياجاته وكيفية إشباع الاحتياجات المرافقة لتلقيه العناية الصحية والحاجات المحيطة بها، كما ازداد التركيز على جودة جميع العناصر المحيطة والمساهمة في تحقيق جودة العناية الصحية المقدمة ويعتبر المفكر **خسروف** أول من استخدم مفهوم الجودة في مجال الطب¹.

ثانيا: تعريف جودة الخدمات الصحية

- إن إعطاء تعريف موحد لجودة الخدمات الصحية هو أمر صعب لمجموعة من الاعتبارات هي:
- كون أن هذا التعريف يتعلق بالصحة الإنسانية التي تعتبر مفهوما نسبيا يخضع للمريض وحالته الشعورية التي لا يمكن الحكم على تحسنها إلا بعد الحصول على الخدمة الصحية والرجوع إلى المريض نفسه؛
 - كون أن الخدمة الصحية تتميز باللاملموسية والطبيب هو المسؤول عن تحديد نوعيتها وكيفيتها وكمياتها وليس المريض؛
 - كون أن الطلب على الخدمات الصحية لا يخضع إلى نفس قانون العرض والطلب مثلما هو جار مع أسواق السلع والخدمات الأخرى.

فمفهوم الخدمة الصحية هو مفهوم مركب من عدة رؤى رؤية الطبيب، رؤية المريض ورؤية الهيئة الإدارية للمؤسسة الصحية، فمن زاوية الطبيب تتعلق جودة الخدمة الصحية بتقديم أفضل خدمة تكون متطابقة مع المعايير الصحية المعمول بها، أما من زاوية الإداري تتأتى جودة الخدمة الصحية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة والقدرة على جلب أحسنها وبتكلفة معقولة، وأما من زاوية المريض فتشير الجودة في الخدمات الصحية إلى طريقة الحصول عليها ومدى فعاليتها في دفع العرض المرضي. وقد زاد الاهتمام بموضوع جودة الخدمات الصحية خاصة مع كونها لا تتحمل الخطأ بل يجب أن تقدم ضمن متطلبات وشروط لا يمكن تجاوزها أو مخالفتها وإلا سيفض ذلك إلى الوقوع في الخطأ الطبي.

¹ - سمر رफी الرجبي: الإدارة السياحية الحديثة، الأكاديميون للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2014، ص158.

وقد قد قدمت عدة تعريفات لجودة الخدمات الصحية والتي من أهمها:

• عرفها **LEE & JONES 1993** بأنها "تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية

بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع الحاجات الصحية للسكان"¹

• عرفها **SULEK & AL 1995** "الجودة هي تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الحية والمقدمة

إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع"²

• عرفتها المنظمة العالمية للصحة **WHO** " التماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة

من قبل المجتمع، وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات إيجابية على نسبة الحالات المرضية،

نسبة الوفيات، الإعاقة وسوء التغذية"³

• عرفتها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية (**JCAH**) الجودة بأنها درجة

الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة

أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"⁴

• عرفها **DONABEDIAN** من ثلاث زوايا هي⁵:

- الزاوية التقنية: ويقصد بها حسن إدارة الرعاية الطبية للوصول إلى أفضل توازن بين المنافع

الصحية ومخاطرها.

- من زاوية الفرد: تتعلق بالحكم الذي يعطيه المستفيد على مدى جودة الخدمات التي تقدمها

المؤسسات الصحية، وذلك من خلال استطلاعات آراء المستفيدين ورتباتهم وتوقعاتهم وتقييمهم لهذه

الخدمات.

- من زاوية المجتمع: وتتعلق بالحكم الذي يعطيه المجتمع على مدى جودة الخدمات الصحية

المقدمة من طرف المؤسسات الصحية، من خلال استطلاع آراء ورغبات المجتمع لهذه الخدمات.

• من ناحيته أشار **أبو نبعة** أن تعريف الجودة في الخدمات الصحية لا بد أن ينبثق من الأبعاد التالية⁶:

-**المطابقة مع المواصفات**: أي أن تحترم الخدمة الصحية المعايير الطبية والتقنية المعمول بها.

-**القيمة**: فبالنظر إلى أهمية الخدمة الصحية لا بد أن تكون تكلفتها منخفضة.

-**الموائمة مع الاستخدام**: أي التوافق ما بين الأداء المتحقق من الخدمة الصحية والغرض

الذي صممت له.

¹- عائشة عتيق: **جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية حالة**، مرجع سبق ذكره، ص 108.

²- عائشة عتيق: المرجع نفسه ص:108.

³- أحلام خان، وسيلة جيلولا: **جودة الحياة الوظيفية كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية**

سيدي عقبة - بسكرة، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد 14، العدد 03، جامعة بسكرة، السنة 2020، ص427.

⁴- وليد يوسف صالح: **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية**، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص2.

⁵-الغامدي سلطان صالح محمد: **أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الثقافة التنظيمية من وجهة نظر العاملين في مستشفيات القوات المسلحة**

بمنطقة تبوك المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير في الإدارة العامة، جامعة مؤتة، 2009، ص 22.

⁶- أبو نبعة عبد العزيز: **دراسات في تسويق الخدمات: منهج تطبيقي**، الطبعة الأولى، دار الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص48.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

-**الدعم:** وهو مستوى الاهتمام الذي توليه المنظمة الصحية لمستوى الجودة في الخدمة الصحية المقدمة.
-**التأثير السيكولوجي:** فالأثر النفسي الذي تتركه الخدمة الصحية على المريض يعتبر عنصراً مهماً يعبر عن جودتها.

فمن خلال التعريفات السابقة لجودة الخدمة الصحية نجد مفهوم يتعلق بمدى قدرة الخدمات الصحية على إشباع الحاجات الصحية للفرد والمجتمع مع القدرة على تحقيق الكفاءة المؤسسية للمؤسسات الصحية وتحقيق الفعالية في استخدام الموارد المتاحة.
وحتى نستطيع الوصول إلى تعريف شامل ومانع لجودة الخدمة الصحية لا بد لنا أن نناقش تعريف الجودة ضمن الزوايا التالية:

- نقول عن الخدمة الصحية أنها ذات جودة إذا فضلها المريض عن الخدمات الصحية للمؤسسات الأخرى وذلك بالنظر إلى نوعيتها والخصائص التي تتميز بها؛

- يمكن الحكم على الخدمة الصحية بأنها ذات جودة عالية إذا اتصفت بالمثالية من حيث النجاعة ومعايير التقديم أي أنها تتصف بصفة الكمال من حيث نوعيتها وكميتها وخصائصها كما هو حاصل في بعض الخدمات الصحية التي تتفرد بها مؤسسات صحية معينة؛

- يحكم على الخدمة الصحية بأنها ذات جودة عالية إذا طابقت المعايير الطبية والفنية المعمول والمعترف بها في الوسط الصحي؛

- تنبثق جودة الخدمة الصحية من مدى كونها متاحة للمريض حيث تكون تكلفتها منخفضة وأسعارها متاحة لجميع شرائح المجتمع كما أنها توفر جميع المنافع الزمنية والمكانية والشكلية لطالبيها.

- يمكن القول عن الخدمة الصحية أنها ذات جودة إذا توافقت مع احتياجات العناية الصحية للمريض واستطاعت تلبيتها، فالمريض لا يحتاج إلى عمليتي التطبيب والتمريض فقط وإنما يحتاج إلى خدمات مكملة أخرى كالتنويم والإعاشة والاستقبال... الخ.

ضمن المحاور السابقة يمكننا أن نضع التعريف التالي لجودة الخدمة الصحية:

"يقصد بجودة الخدمة الصحية مطابقتها للمعايير العلمية والفنية التي تمكن من تقديم الرعاية الصحية المثالية للمريض والمجتمع، حيث تكون هذه الخدمات متاحة أمام المرضى والمجتمع بالقدر الكافي وبالنوعية المطلوبة كما تكون بتكلفة معقولة تتلاءم مع الموارد المتاحة لدى المؤسسة، وتحقق الأهداف الصحية للمجتمع والفرد والمؤسسة وتحقق له مجموع المنافع الزمنية والمكانية والشكلية".

ثالثا: أسباب الاهتمام بجودة الخدمات الصحية

ترجع أهمية الاهتمام بجودة الخدمات الصحية إلى مجموعة من العوامل والمتمثلة فيما يلي¹:

● **موضوع الخدمات الصحية هو الحياة الإنسانية:** إن موضوع الخدمات الصحية يتعلق بالحياة الإنسانية والتي لا يمكن تقييمها وفق منظور التكلفة والعائد، فحياة الإنسان هي أثمن شيء يسعى الإنسان للمحافظة عليه بل إن كل الأنشطة الإنسانية تصب في إطار إطالة أمد الحياة، ولما كانت الخدمة الصحية هي مفتاح استمرار الحياة وصيانتها أصبحت هذه الخدمة لا تحتمل وقوع أية خطأ حيث أنها تخضع إلى مقاييس علمية دقيقة فضلا عن أنها تخضع إلى تنظيم قانوني محكم، وبالنظر إلى التكلفة العالية لوقوع الخطأ الطبي كونه يحدث عاهة أو قد يقضي على الحياة نهائيا، تتأكد أهمية الاهتمام بجودة الخدمة الصحية كحل وحيد يمكن من تحقيق فرضية الخطأ الصفري، خاصة إذا علمنا أن الجودة تبحث في كيفية تحقيق المطابقة مع المعايير.

● **اشتداد المنافسة في ميدان الخدمات الصحية:** مع اشتداد المنافسة ضمن مجال الخدمات الصحية أين زادت أعداد مقدمي الخدمات الصحية سواء على المستوى الجهوي أو المستوى الوطني، وانتشار تطبيقات التسويق في المجال الصحي كأحد أهم أدوات التنافس، أصبحت جودة الخدمات الصحية تمثل إحدى أهم أساليب المنظمات في مواجهة المنافسة من خلال عملها على تحقيق مطابقة خدماتها الصحية مع معايير العلمية ومعايير الأداء وجعلها أكثر ملائمة وإشباع لاحتياجات المرضى، من خلال توفير الخدمات الداعمة وتوفير المعلومة وحسن الاستقبال، فجودة الخدمات الصحية أصبحت إحدى أهم أدوات تحقيق الميزة التنافسية وتعظيم الأرباح والمحافظة على رأس المال الزبوني للمنظمة الصحية.

● **الصحة أصبحت مطلبا مجتمعيًا وقاعدة في السلم الاجتماعي:** أصبحت الخدمة الصحية مطلبا مجتمعيًا وإحدى أهم الركائز الدفاعية والأمنية للدول كما شوهد مؤخرا خلال فترة وباء كورونا، أين أصبحت مواجهة هذا الوباء في الدول متوقفا على مدى جودة نظامها الصحي وقدرته على امتصاص الصدمات الناتجة عن الأزمة الصحية، وعلى مستوى المؤسسة الصحية أصبحت الجودة ومطابقة معايير العلمية والفنية من بين أهم الأدوات التي تمكن المنظمة من التعامل مع الأمراض والأوبئة، وبالنظر إلى أهمية الخدمات الصحية بالنسبة للمجتمع فقد أصبح ترقيتها وتحسينها أحد أهم مطالب المجتمع المدني والمنظمات المجتمعية والتي باتت تشكل ضغطا على الهيئات التنفيذية والتشريعية للدول وهو ما دفعها إلى العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية التي توفرها أنظمتها الصحية قصد تجنب الاضطرابات داخل المجتمع، وأيضا لتجنب التوظيف السياسي للقضايا الصحية.

¹ - بولصباح محمود: تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر - من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر، 2015، ص ص: 106، 107.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

• تطوير وتحسين جودة المنظومة الصحية أصبح ضرورة أمنية: فإذا كان الدفاع قائماً على الجيوش فإنه في العصر الحديث أصبح أيضاً قائماً على المنظومة الصحية وما توفره من خدمات صحية، وقدرتها على اكتشاف الأمراض والأوبئة وخاصة منها المعدية والتي تتدرج ضمن معطيات الحروب البيولوجية، أو الناتجة عن المواد المستوردة كالأطعمة والألبسة وغير ذلك، حيث تبقى قدرة هذه الأنظمة متوقفة على مدى الاهتمام بجودة مكوناتها.

كما تعتبر جودة الخدمة الصحية إحدى أهم مداخل مواكبة التطورات الطبية والعلمية في مجال الصحة، خاصة فيما يتعلق باكتساب التكنولوجيا الحديثة وتدريب الهيئة المعالجة على كل ما هو جديد في ميدان الصحة، الأمر الذي يحمي القطاع الصحي المحلي ويزيد من تنافسيته وقدرته على تحقيق العناية الصحية للمستوى المحلي على النحو الذي يخفض تكاليف العلاج للدول ويحمي احتياطياتها النقدية من العملات الصعبة.

المطلب الثاني: أهداف ومستويات الجودة في الخدمات الصحية

تراهن المؤسسات الصحية على إدارة الجودة من أجل الوصول إلى مجموعة من الأهداف وبلوغ المستويات المطلوبة في الجودة.

أولاً: أهداف الجودة في الخدمات الصحية

تتمثل أهداف الجودة في الخدمات الصحية في تحقيق النقاط التالية¹:

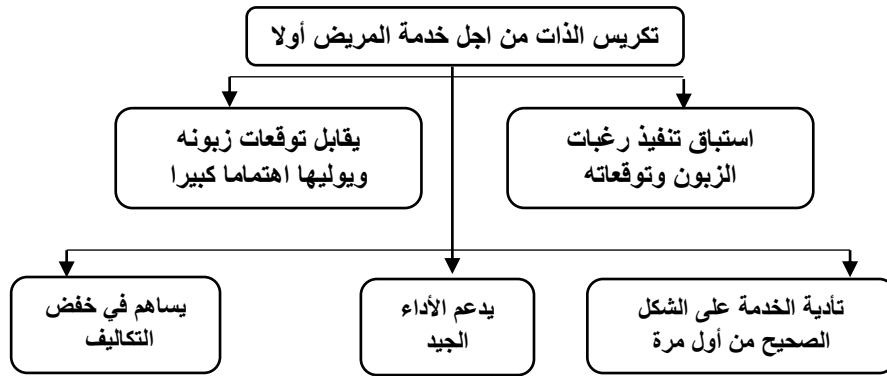
- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمريض وتأمين جميع احتياجاته المادية والمعنوية بما يتوافق مع المعايير المطلوبة والتي تزيد من إمكانية الشفاء؛
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة تحقق رضا المريض وتزيد من ولائه للمنظمة الصحية، هذا الأخير الذي سيصبح من بين أهم الأدوات الإعلامية للمؤسسة الصحية؛
- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين من الخدمة الصحية وقياس مستوى رضاهم عن الخدمة الصحية وسيلة هامة في ميدان البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية، وصياغة السياسات المتعلقة بها؛
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية والمؤسسة الصحية ومقدمي الخدمات فيها الأمر الذي ينمي من رأس مالها الزبوني؛
- تمكن جودة الخدمات الصحية من تأدية المؤسسة الصحية لوظيفتها بكفاءة وفعالية، كما تمكنها من توصيل رسالتها إلى جميع الأطراف ذات العلاقة معها؛
- تمكن جودة الخدمات الصحية من تحقيق مستويات إنتاجية أفضل إضافة إلى تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد والتحكم في التكاليف من خلال تقليص تكلفة اللاجودة؛

¹ - رضا محمد السيد: أساسيات الجغرافيا السياحية، الأكاديميون للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص ص: 49، 50.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- تمكن الجودة في لخدمات الصحية من كسب رضا العميل حيث أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أية منظمة صحية تعمل من خلالها على تحسين جودة الرعاية فيها قصد تطوير أداء العمل وكسب رضا المريض.
- تؤدي جودة الخدمات الصحية إلى الرفع من معنويات العاملين لديها وتجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء فريق يتمتعون بالحق في المشاركة في اتخاذ القرارات من خلال تقديم الاقتراحات، ومن جهة أخرى تضمن لهم برامج تحسين الجودة إمكانية تحسين المستوى وتجديد المعلومات من خلال برامج التدريب على الجودة.
- يؤدي تبني جودة الخدمات الصحية إلى تقليل فرص حدوث الأخطاء الطبية والتي تعتبر إحدى أكبر مشكلات المؤسسة الصحية تتحمل نتائجها المؤسسة تبعات قانونية ومالية وحتى جنائية تؤثر على كفاءتها العلاجية والإدارية والمالية وتمس بسمعتها في الوسط الصحي.
- تبني الجودة يؤدي إلى دفع الهيئة الإدارية والطبية في المؤسسات الصحية إلى تكريس نفسها لتحقيق قيم جودة الخدمة الصحية، والملخصة في الشكل التالي.

الشكل رقم(27): القيم الجوهرية لجودة الرعاية الصحية



المصدر: هيوكش: إدارة الجودة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان الالتزام بها، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2002، ص57.

ثانيا: مستويات جودة الخدمات الصحية

على العموم توجد أربع مستويات لجودة الخدمة هي¹:

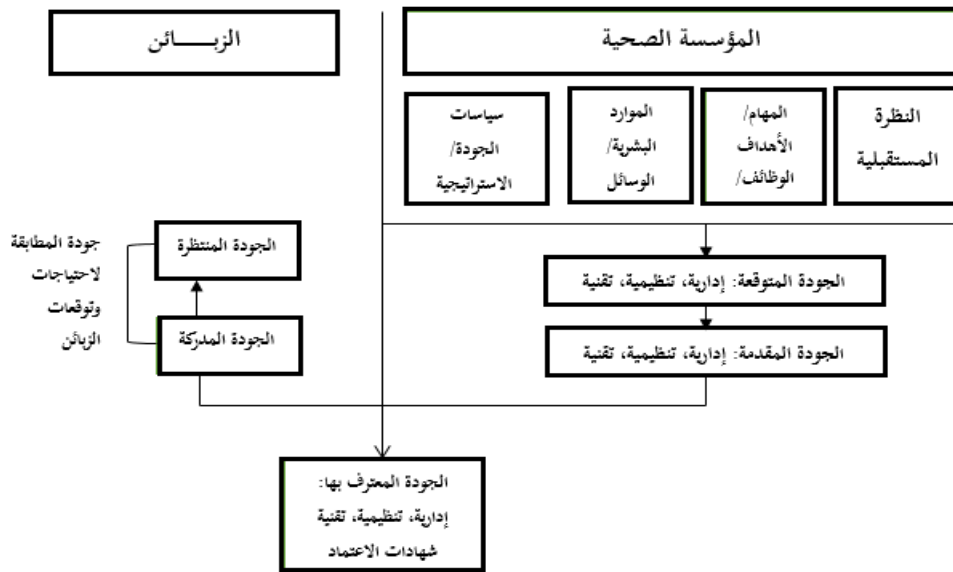
- **الجودة المتوقعة:** وتعني مستوى الجودة الذي ترغب المؤسسة بلوغه والظهور به أمام زبائنها وبوسائلها المتاحة، أخذا بعين الاعتبار ظروف بيئتها الداخلية والخارجية.
- **الجودة المقدمة:** وتعتبر عن مستوى الجودة الفعلي الذي تظهر به خدمات المؤسسة في ظل الظروف الطبيعية للعمل.

¹ - نجاه صغيرو: تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، كلية علوم التسيير، تخصص اقتصاد تطبيقي، 2011-2012، جامعة الحاج لخضر باتنة، ص: 40.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- **الجودة المدركة:** وهو مستوى الجودة المحسوس من طرف الزبائن، حيث يستطيع الزبون انطلاقاً من هذا المستوى أن يعبر عن رضاه من عدمه عن خدمات المؤسسة، ويعتبر هذا المستوى الأهم بالنسبة للمؤسسة لأنه يحدد استراتيجيتها المستقبلية.
 - **الجودة المنتظرة:** وتتعلق بمستوى الجودة التي ينتظرها الزبون، وتستطيع المؤسسة الوصول إليها بعد إدراكها الجيد لتوقعات الزبائن واحتياجاتهم ومن تم العمل على إشباعها.
- وعند إسقاط مستويات الجودة على المؤسسة الصحية تكون كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم(28): مستويات تطبيق الجودة على المؤسسة الصحية



Source: Claude Vilcot, Hervet Leclot, **Indication Qualité en Santé: Certification Et Évaluation des Pratiques Professionnelles**, France : AFNOR, 2006, P. 14

فمن خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن الجودة المتوقعة لدى المؤسسة تتوقف على العوامل المتعلقة بمواردها ووسائلها وأهدافها المستقبلية إضافة إلى ما تفرضه عليها متغيرات البيئة الخارجية من تهديدات وتوفره من فرص للنجاح، وهنا تظهر مدى جودة الخدمة من خلال الفارق بين الأداء الفعلي للمؤسسة الصحية والتوقعات المنتظرة والتي تعبر عن الاحتياجات العملية التي يتوقعها العميل أي أن:

$$\text{الجودة} = \text{الأداء} - \text{التوقعات}$$

- وهنا نشير بان إدراكات الزبون (المريض) تتأثر بمجموعة من العوامل التي تزيد في اتساع الهوة بين الجودة المدركة لدى المؤسسة والجودة المدركة لدى المريض والمتمثلة فيما يلي:
- الحاجات والرغبات؛
 - التجارب السابقة للمريض؛
 - الاتصالات الخارجية.

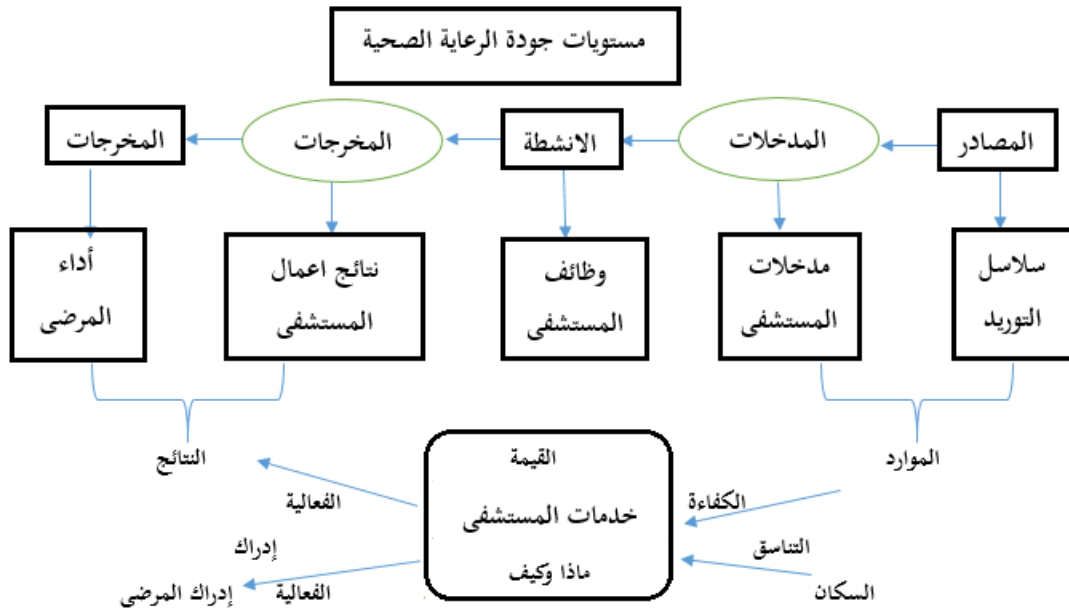
الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

حيث تظهر مجموعة من الفجوات التي تحدد مدى قوة وضعف سياسة الجودة في المؤسسة، وهي كالتالي¹:

- الفجوة بين توقعات المستفيد وإدراك المؤسسة؛
- الفجوة بين إدراك المؤسسة ودرجة دقة مواصفات الجودة؛
- الفجوة بين مستوى الجودة والتطابق الفعلي مع المواصفات المطلوبة؛
- الفجوة بين أداء الخدمة والاتصالات في السوق؛
- الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة.

من جهة أخرى وعلى مستوى التقني للمؤسسة الصحية تنقسم الجودة في الرعاية الصحية إلى المستويات المبينة في الشكل التالي:

الشكل رقم (29): مستويات جودة الخدمات الصحية



المصدر: فريد راغب النجار: إدارة المستشفيات وشركات الأدوية مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن، الدار الجامعية، مصر، 2015، ص478.

فمن خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن الجودة تتعلق بكل عناصر سلسلة العمليات في المنظمة ابتداء بسلسلة التوريد وما تتضمنه من مدخلات ومرورا بالأنشطة المكونة للخدمة وما ينتج عنها من أعمال تنعكس أثارها على المرضى، فعلى مستوى المدخلات لا بد من تحقيق الجودة في اختيار سلاسل التوريد والمدخلات وعلى المستوى الأنشطة لا بد من أدائها بالمستوى المطلوب وأخيرا على مستوى النتائج يجب أن تكون مطابقة للمعايير كما يجب أن تتوافق مع احتياجات المرضى، ويجب أيضا أن يكون هناك تكامل ما بين الموارد واستخداماتها وبين النتائج واستخدامات الموارد أي لا بد أن تكون بكفاءة وفعالية كما لا بد أن تكون هناك ملائمة بين الاستخدامات والنتائج المحققة.

¹ - نجاة صغيرو: تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص42.

المطلب الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية وأبعادها

بالنظر إلى أهمية الجودة في المنظمات الصحية فإن قياسها يكون ضرورة تظهر القيمة الحقيقية للخدمات المقدمة على مستوى المؤسسة الصحية ومدى فعاليتها في تحقيق الرعاية المتكاملة للمريض وتوفير شروط الخدمة الجيدة لجميع المتعاملين معها.

أولاً: قياس الجودة في الخدمات الصحية

يتميز قياس جودة الخدمة الصحية لدى المؤسسات الصحية بالصعوبة والتعقيد مقارنة مع المؤسسات الأخرى، حيث يعود ذلك إلى خاصية اللاملموسية التي تتميز بها الخدمة الصحية إضافة إلى كونها تتعلق بالصحة الإنسانية والتي تعد قضية نسبية يختلف مدلولها ما بين رؤية الطبيب ورؤية المريض ورؤية الإدارة ورؤية المجتمع، ويمكن حصر أهمية قياس جودة الخدمات الصحية في النقاط التالية:

- تحديد مستوى الجودة الحقيقي الذي وصلت إليه الخدمات التي يقدمها النظام الصحي للمؤسسة؛
- تحديد مساحات التحسين في جودة الخدمة الصحية التي يقدمها النظام الصحي؛
- تحديد طرق وآليات التحسين في جودة الخدمات الصحية؛
- مواكبة الأدوات والطرق الجديدة في عملية التحسين.

1- قياس الجودة من منظور المريض

تتمثل أهم الأساليب المستخدمة في قياس جودة الخدمة الصحية فيما يلي:

- **أسلوب الفجوة servqual**: يستند هذا الأسلوب إلى توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكاتهم بمستوى الخدمة الفعلي، ومنه يتم تحديد فجوة التطابق ما بين هذه الإدراكات والتوقعات وذلك باستخدام عشرة أبعاد للجودة هي: الفورية، الاتصالات، المقدر، الثقة، الاعتمادية، الاستجابة، التجسيد، الأمان، المجاملة، فهم ومعرفة العميل¹، ويعبر عن ذلك وفق العلاقة التالية:

جودة الخدمة الصحية = الخدمة المدركة - توقعات المريض

ويتم استخدام هذه الأداة على نطاق واسع في المؤسسات الخدمية للأسباب التالية:

- تعتبر هذه الأداة أكثر دقة وشمولية من نظيراتها؛
- أسلوب **Servqual** واضح الأبعاد وشامل لجميعها؛
- هي أداة علمية وإحصائية للإدارة ونتائجها جيدة؛
- تمكن هذه الأداة من قياس مستوى وتوقعات ومشاهدات المستفيدين من تلك الخدمات؛
- تمكن أيضا من التعرف على مدى التباين بين ما توقعه المستهلك حول الخدمة وبين ما تحصل عليه فعلا.

¹ - الشريف بوفاس، ربيع بلايلية: استخدام نموذج **servqual** لقياس تقييم جودة الخدمات الصحية- دراسة تحليلية-، الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر إمكانات التسيير ورهانات التمويل، 10-11 أبريل 2018 كلية علوم التسيير، جامعة قلمة، ص ص: 9،8.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

• مقياس الأداء الفعلي **servperf**: جاء به كرونين وتايلور وهو عبارة عن تعديل للأسلوب السابق الذكر، حيث يستند إلى التقييم المباشر للأساليب والعمليات المصاحبة للأداء الخدمة، أي أنه يعتمد على قياس جودة الخدمة باعتبارها شكلا من أشكال الاتجاهات نحو الأداء الفعلي للجودة والممثلة بأبعاد خمسة، حيث تحتوي هذه الأبعاد على عبارات تترجم ظاهر جودة الخدمة بالنسبة لهذه الأبعاد¹، ويعبر عنه بالعلاقة التالية:

$$\text{جودة الخدمة الصحية} = \text{الأداء الفعلي}$$

وهذا الأسلوب لا يختلف عن سابقه في الأبعاد المستخدمة في قياس جودة الخدمة المتمثلة في الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف واللموسية، ومن مميزات هذا الأسلوب البساطة والسهولة، وهو أكثر مصداقية وواقعية، إلا أنه يبقى ضعيفا في الكشف عن مجالات القوة والضعف في الخدمة المقدمة.

• مقياس عدد الشكاوى: تعبر الشكاوي عن مدى رضا الزبون حول خدمات المؤسسة الصحية ومدى تطابقها مع رغباته وحاجاته ومدى كونها مقدمة على الوجه الذي يرغب فيه المريض، حيث توجد علاقة وطيدة بين طول فترة الشكاوى واستمرارها وتكررها ومستوى التذني في الجودة إذ يعبر ذلك عن وجود خلل في نظام الجودة لدى المؤسسة، وهو ما يدفعها نحو إجراء التحسينات المطلوبة².

• مقياس رضا الزبائن: غالبا ما يتم قياس رضا الزبائن من خلال استخدام أداة الاستبيان والتي يتم من خلالها معرفة انطباعات المرضى حول الخدمات المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية، ومن ثم يتم تحديد نقاط القوة والضعف في هذه الخدمات ويتم اتخاذ استراتيجية الجودة الملائمة لتلبية احتياجات المرضى وما يمكن أن يزيد من مستويات الرضا لديهم، ومما يوجه من انتقادات لهذا المقياس نذكر³:

- عدم وجود معرفة طبية لدى المريض مما يضعف أحكامه على مستوى جودة الخدمة؛
- غياب الموضوعية لدى المرضى نتيجة خوفهم من الإلقاء بمعلومات حقيقية قد تؤثر على علاقاتهم بالهيئة المعالجة؛
- عدم تمكن المرضى من قياس كفاءة منظومة توصيل الخدمة؛
- تأثير العوامل غير الطبية على المريض.

وعليه فإن جوهر جودة الخدمة الصحية يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المريض من الخدمة الصحية المقدمة، والتي تستوجب توافرها مع الاستخدام المسبق الذي يريده، وهذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يحصلها من الخدمة الصحية وما ينتج عنه من رضا ويمكن التعبير عن ذلك بالعلاقة التالية:

$$\text{الرضا} \leq \text{الإدراك} - \text{التوقع}$$

¹ - عاطف محمد عبد الباري مبروك: تقييم جودة الخدمة بمراعاة الأهمية النسبية لأبعاد القياس في مؤسسات التعليم العالي، المجلة العلمية لقطاع كليات التجارة، جامعة القاهرة، العدد 20 يونيو 2018.

² - قاسم نايف علوان المحياوي: إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم، عمليات تطبيق، مرجع سبق ذكره، ص 97.

³ - عائشة عتيق: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية الجزائر، مرجع سبق ذكره، ص 102.

فدرجة الرضا تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة، وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة.

• **مقياس القيمة:** ينطلق هذا المقياس من فكرة مفادها أن القيمة التي تقدمها مؤسسة الخدمة الصحية للمريض تتوقف جودتها على مستوى المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة عند المريض وتكلفة الحصول عليها، وعليه تتحدد القيمة على أساس العلاقة بين المنفعة والسعر، حيث أنه كلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات الصحية المدركة زادت القيمة المقدمة للمرضى وزاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات ويبقى العكس صحيحاً، وهنا يتوجب على المؤسسة الصحية اتخاذ الخطوات اللازمة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول عليها، ولا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يمكن المؤسسة الصحية من تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للمرضى تحقق أحسن قيمة مقابل أدنى سعر¹.

2- قياس الجودة من منظور الجودة المهنية: تتمثل هذه المقاييس فيما يلي²:

• **المقاييس الهيكلية:** وتدعى كذلك مقاييس البنية حيث ترتبط هذه المقاييس بالتسهيلات المستخدمة في تقديم الخدمات وكيفية تنظيمها، وهذه المقاييس تقوم على مجموعة من الأبعاد هي: التنظيم، الأفراد، التسهيلات.

• **مقاييس الإجراءات والنواتج:** تدعى كذلك مقاييس العمليات، حيث يشير مفهوم العمليات إلى سلسلة العمل التي يتم من خلالها تقديم الخدمة الصحية للمريض، وتشير النواتج إلى التغيرات الصافية (تحسن الحالة) في الحالة الصحية كنتائج الرعاية الصحية³، ومن بين أهم المؤشرات يتم اعتمادها في مقاييس النواتج نذكر:

- **الحالة الصحية العامة:** ويتم قياسها انطلاقاً من معدلات الوفيات أو أحد الأمراض.

- **مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد:** كمعدلات الوفيات الخاصة بأمراض معينة أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة، ويعتبر هذا المقياس مثالياً في تقييمه لجودة الخدمة الصحية.

3- **قياس الجودة من المنظور الشامل:** رغم الفوائد التي تقدمها المقاييس السابقة في قياس الجودة، إلا أنه يغلب عليها الطابع الجزئي، هنا يأتي المدخل الشامل الذي يعالج مشاكل جزئية المقاييس السابقة، والذي بموجبه يجب أن لا يحصر التركيز على الجودة ورقابتها في ملامح مخرجات العمليات أو الهيكل، ولكن ضمن جميع مكونات وعناصر المؤسسة الصحية بما في ذلك العناصر غير القابلة للقياس، حيث يكون ذلك من خلال توجيه قوائم الاستقصاء لمختلف مستخدمي ومرتفقي المؤسسة الصحية (المرضى، العاملين والزائرين)⁴.

¹ - قاسم نايف علوان المحياوي: إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص 43.

² - فوزي شعبان مذكور: مدى ادراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، عدد3، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1997، ص ص: 233، 234.

³ - عائشة عتيق: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 102.

⁴ - قاسم نايف علوان المحياوي: إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص 109.

ثانيا: أبعاد الجودة في الخدمات الصحية

تعتبر أبعاد جودة الخدمة من العناصر الأساسية التي يبرز من خلالها المستوى الحقيقي لجودة الخدمة، ويبقى نفس الأمر ينطبق على جودة الخدمة الصحية مع وجود فوارق ترجع إلى الطبيعة الخاصة للخدمة الصحية التي تتعلق بالحياة الإنسانية، وهو ما يزيد من أهمية بعض الأبعاد عن غيرها، وعلى وجه العموم يتفق الباحثين على أن أبعاد جودة الخدمة الصحية تتمثل فيما يلي:

1- الملموسية: تشير الملموسية إلى التسهيلات أو العناصر المادية ذات العلاقة المباشرة أو غير المباشرة بتقديم الخدمة التي تجعل المريض أكثر تحسنا للخدمة الصحية من خلال انعكاس أثار تلك العناصر المادية وشبه المادية على محسوسية المريض اتجاه الخدمة، كالمعدات المادية والبشرية ومعدات الاتصال، إضافة إلى المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيها، والتسهيلات المرافقة الداخلية والتجهيزات المساعدة في تقديم الخدمة، والترتيبات الداخلية للمؤسسة الصحية، ومرافق الانتظار للمستفيد من الخدمة ووسائل الراحة والترفيه، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها، ونمط التقانة المستخدم وحادثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي¹.

2- الاعتمادية: تشير إلى مدى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية على الوجه الذي سبق أن وعدت به المستفيدين وعلى وجه الخصوص المرضى، حيث يكون ذلك ضمن المجالات المكانية والزمانية والنوعية، أي أن تقدم الخدمة في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء على النحو الذي يمكن من الاعتماد عليها، فضلا عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي المستفيد إحساسا وثقة بأن حياته بين أيادي أمينة وأن ثقته في الأطباء والأخصائيين عالية من حيث الفحص والتشخيص والعلاج².

3- الاستجابة: يشير هذا البعد في مجال جودة الخدمات الصحية إلى قدرة العاملين في المنظمة الصحية على تحقيق الاستجابة السريعة من خلال توفير العناية الصحية اللازمة في جميع الظروف والأوقات للحالات المرضية وكذلك للإصابات المطروحة أمامهم، إضافة إلى المبادرة السريعة بتقديم المساعدة لطالبي خدمات المنظمة الصحية وتقديم الإجابة والتوضيحات السريعة على جميع استفساراتهم وشكاويهم المقدمة، مع السرعة في إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند حاجتهم إليها³.

4- الأمان: ويعني أن يشعر الفرد دائما أنه تحت مظلة آمنة من الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية، حيث تعمل هذه الأخيرة على توفير كل العناصر الضرورية التي تضمن صحة المريض وتشعره

¹ - عيسى معزوزي، بن تريح بن تريح: أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق التميز، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، الجزائر، المجلد 02، العدد 01 - جوان 2018، ص 79.

² - عبد الله حمادوا، احمد بن عشاوي: أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة، مجلة الإصلاح الاقتصادي والاندماج في الاقتصاد العالمي، المجلد 13- العدد 26، السنة 2018، ص 7.

³ - طاهر ناصر: دور التسويق الاجتماعي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، المجلد 7 العدد 1، جوان 2018، ص 162.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

بالأمان اتجاهها والخدمات التي تقدمها، كما تعمل كذلك من أجل تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها، إضافة إلى توفر معايير السلامة والأمن على النفس والممتلكات سواء بالنسبة للمرضى أو الزائرين، ومن أجل قياس مستويات الأمان يتم استخدام مستوى الأمان كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة ومن يقدمها، أي ما يتعلق بمدى المخاطر المدركة لنتائج تلقي الخدمة من هذه المنظمة أو من مقدمها أو من كليهما¹.

5- التعاطف: يقصد بالتعاطف الحرص والانتباه من خلال العناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية للمستفيدين من خدماتها، فهو يعني إبداء روح الصداقة والاهتمام بالمريض مع إشعاره بأهميته وأهمية احتياجاته بالنسبة للمنظمة حيث يكون ذلك من خلال معاملته بلطف وإشاعة جو من الثقة والاحترام بين مقدم الخدمة والمريض والعمل على الإصغاء إلى احتياجاته من خلال التواصل معه والحفاظ على أسرارها التي تعرف أو يبوح بها إلى مقدمي الخدمة، إضافة إلى الاهتمام بالألمة والعناية بنفسيته وشعوره وأحاسيسه².

وتوجد عدة تقسيمات أخرى لأبعاد جودة الخدمات الصحية تختلف من باحث إلى آخر ومن مقارنة إلى أخرى، وقد قام بعض الباحثين بتقسيم أبعاد الجودة إلى ثلاثة أصناف هي³؛ البعد المادي، بعد المرافق والتسهيلات، بعد الأفراد القائمين على تأدية الخدمة، حيث ارتكز هذا التمييز بين أبعاد الجودة إلى فكرة مفادها أن جودة الخدمة تشير إلى الأكثر من المخرجات التي تتولد عنها، وتشمل أيضا الأسلوب التي تقدم به، نوعية الموظفين، التسهيلات، وبمعنى آخر تشمل زيادة عن مخرجات الخدمة مدخلاتها وطابعها الإجرائي، ومن الناحية العملية تتجاوز جودة الخدمة الصحية جودة الآثار الناتجة عن الحصول على الخدمة الصحية أو ما يتعلق بالأبعاد الخمسة السالفة الذكر، بل تتجاوز إلى عناصر قبلية كالموارد البشرية إجراءات التقديم وغير ذلك، والجدول التالي يلخص لنا بعض أهم المؤشرات والعناصر التي تعكس أبعاد جودة الخدمة الصحية.

¹ - طاهر ناصر: دور التسويق الاجتماعي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية، مرجع سبق ذكره، ص 162.

² - زعيتر فاتح، قاسمي كمال: مساهمة أنظمة الأمن والسالمة المهنية في تحسين جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة: دراسة حالة

المؤسسة الاستشفائية العمومية بوزيدي لخضر (برج بوعريج)، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد الخامس، العدد 1، 2019، ص 618.

³ - بولصباغ محمود: تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر - من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق،

مرجع سبق ذكره، ص 123.

الجدول رقم(07): مظاهر أبعاد جودة الخدمات الصحية

الترتيب	الأبعاد	المظاهر التي تعكس الأبعاد
01	الملموسية	<ul style="list-style-type: none"> - المباني وتقانة المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه. - التسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة. - المظهر الخارجي للعاملين يكون مرتباً. - الترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية تكون متناسقة. - مواقع الانتظار العميل تكون معدة بشكل جيد. - نظافة وتجهيز مكاتب الأطباء. - العاملين في المستشفى يستخدمون الوسائل والآلات القياسية. - الصفات الطبية تكون سهلة الفهم. - جاذبية المباني والتسهيلات المادية. - التصميم والتنظيم الداخلي للمباني. - حداثة المعدات والأجهزة الطبية.
02	الاعتمادية	<ul style="list-style-type: none"> - الدقة في تقديم العناية الصحية وعدم الوقوع في الأخطاء الطبية. - دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى. - الدقة في تنفيذ المواعيد والإجراءات الطبية. - توفر التخصصات وتناسقها. - توفر عنصر الثقة في الأطباء وممتهني الصحة. - الحرص على الاعتناء بمشكلات المريض.
03	الاستجابة	<ul style="list-style-type: none"> - السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة. - الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال. - الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض. - الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى. - إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاء منها. - تقديم خدمات علاجية فورية. - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. - العمل على مدار ساعات اليوم.
04	الأمان	<ul style="list-style-type: none"> - سمعة ومكانة المستشفى عالية. - المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والممرضين. - الصفات الشخصية للعاملين متميزة ولطيفة. - حسن معاملة المستخدمين من مقدمي الخدمة.

05	التعاطف	<ul style="list-style-type: none"> - مدى القابلية لإشاعة أو نشر روح الثقة والصدق - اهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين اهتماما شخصيا - تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين - ملائمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين - حرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين - الدراية الكافية باحتياجات المستفيدين.
----	---------	--

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المصادر التالية:

- بولصباح محمود: تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2015، ص123.

- بن عيشي عمار: أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون(المرضى) دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة-الجزائر، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد رقم3، العدد 1، 2017، ص ص: 12-13.

-محمد خثير، أسماء مرايمي: العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة ورضا الزبون بالمؤسسة، الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد3، العدد1، 2017، ص ص: 12، 13.

فمن خلال الجدول أعلاه يتضح لنا جليا أن أبعاد جودة الخدمات الصحية على ارتباط وثيق بكل من التسهيلات المادية، والأفراد العاملين في المؤسسة إضافة إلى أسلوب تقديم الخدمة، كما يتضح أن قياس جودة الخدمة الصحية له قنليات تتعلق بمدخلات الخدمة ويتعلق بسيرورة أدائها، كما يتعلق بنتائجها أو ما يعبر عنه بالمرجات، من جهة أخرى وانطلاقا من هذه الأبعاد وما تتضمنه من مؤشرات يمكن قياس مستوى جودة الخدمات الصحية بالنسبة لأي مؤسسة صحية سواء كانت عمومية أو خاصة من خلال استقصاء الآراء سواء بالنسبة للمستفيدين أو العاملين في المؤسسة الصحية، وانطلاقا من النتائج المتحصل عليها تستطيع المؤسسة الحصول على المعلومات الضرورية التي تساعد في اتخاذ القرارات المتعلقة بسياسة تحسين الجودة فيها.

المطلب الرابع: منهجية التحسين

تعتبر منهجية التحسين احدى أهم مقاربات الجودة الحديثة، كونها تجعل عملية استهداف الجودة عملية مستمرة تهدف إلى إحداث تغييرات جوهرية في جميع المجالات من أجل الرفع من مستويات الجودة.

أولا: مفهوم التحسين المستمر

تبقى الخدمة الصحية دائما في حاجة إلى التحسين سواء في جانبها الجوهري أو جانبها التكميلي ولقد أعطيت عدة تعريفات لعملية التحسين والتي من أهمها:

• المراقبة المستمرة لكل مرحلة من مراحل العمليات، والتي يتم فيها تحديد الأخطاء مسبقاً ومعرفة أسبابها ومعالجتها قبل وقوعها، والتطلع باستمرار لتقديم خدمة أفضل تساهم في تغيير رغبات العملاء¹.

• يقصد بالتحسين المستمر وفق المواصفة (ISO8402) مجموعة الإجراءات التي تتخذها المنظمة لتعزيز كفاءة الأنشطة والعمليات وفعاليتها بهدف تقديم منافع مضافة لكل من المنظمة والزبون².

• التحسين عبارة عن فلسفة إدارية تهدف إلى تطوير العمليات والأنشطة المتعلقة بالآلات والموارد وطرق الإنتاج وهي عناصر في مجملها تتعلق بالجودة مباشرة³.

• التحسين هو استراتيجية عمل تهدف للقضاء على الهدر في العمليات، وهو عملية البحث باستمرار من أجل تنفيذ طرق وتقنيات إجراءات تحسين جديدة، تقنيات وأساليب جديدة لإدارة المخاطر، والتي من شأنها إطالة مرحلة النضج من النظام التجاري أو الاستثماري⁴.

فلسفة التحسين تنطلق من فكرة مفادها أن كل عمل ينفذ يمكن تحسينه وكل عملية تتم حالياً لا بد وأنها تحتوى على أي نوع من الهدر سواء كان مادياً أو معنوياً أو فكرياً ... إلخ، والتقليل من هذا الهدر ينتج قيمة مضافة للعملية والعمل المستفيد من نتائجها، وعليه فالتحسين المستمر تعتبر من الركائز الأساسية لمنهجية إدارة الجودة الشاملة في المنظمة الصحية والتي تصبوا من خلالها إلى الوصول إلى الأمثلية في تقديم الرعاية الصحية عن طريق الاستمرار في تحسين العمليات والمخرجات، وعلى اعتبار أن وصول المنظمة إلى درجة الجودة الأفضل هو نتيجة لعملية متواصلة تقتضي مواكبة التطور والتقدم الحاصل سواء على مستوى تصميم الخدمات أو العمليات أو كفاءات التقديم والتسويق لهذه الخدمات، وتتجلى أهمية التحسين المستمر للجودة في المنظمات الحديثة في كونه يمكنها من تحقيق الفوائد التالية:

- تعزيز القيمة للزبون من خلال توفير منتجات وخدمات جيدة وعالية الجودة؛
- تقليل الأخطاء والوحدات التالفة والهدر في الموارد؛
- تحسين استجابة المنظمة وأداء العاملين؛
- تحسين الإنتاجية ودعم الفاعلية في استخدام الموارد.

ثانياً: مقومات نجاح فلسفة التحسين المستمر ودعائمها

يبقى نجاح فلسفة التحسين المستمر مرهوناً بتحقيق الشروط التالية⁵:

- تبني المنظمة لمنهجية التحسين المستمر من خلال التأكيد على ضرورة ضمان الكفاءة والفعالية والملائمة في عمليات التحسين التي يمكن القيام بها؛

¹ - محمد هادي العدناني: **مدخل مقترح لتدقيق الجودة كأحد أنواع الفحص لأغراض خاصة**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة السليمانية، مجلد 13، عدد 45، 2007، ص 227.

² - فؤاد هلال: **الدليل الصناعي للأيزو 9000**، دار الفجر الإسلامية، الطبعة الثانية، مصر، 1999، ص 212.

³ - محفوظ احمد جودة: **إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات**، دار وائل للنشر، الأردن، 2004، ص 181.

⁴ - Kumiega, Andrew, VanViet, Benjamin: **Quality Money Management**, Academic Elsevierincm, USA, 2008, p.276.

⁵ - مقداد مليكة: **دور مناهج التحسين المستمر للعمليات في تحسين أداء المؤسسة**، مجلة أبعاد اقتصادية، العدد: 7، جامعة بومرداس، 2017، ص 97.

الفصل الثاني.....الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- توفير أنظمة اتصال وأنظمة معلومات فعالة ومفتوحة في جميع الاتجاهات ومتصلة بأنظمة البيئة الخاصة والعامة تعمل على تحين المعلومة بشكل مستمر حول جميع العناصر التي يمكن أن تساهم في تحسين جودة الخدمات؛
- دعم الإدارة العليا لهذه المنهجية وتشجيعها من خلال رصد الحوافز المادية والمعنوية وكل العناصر الداعمة لنجاح جهود التحسين المستمر؛
- بناء ثقافة تنظيمية تتجه نحو تحقيق التحسين المستمر وتشجيع مختلف المستويات الإدارية والتنفيذية على تبني هذه المنهجية والمشاركة والمساهمة في إنجازها؛
- ضرورة تبني وسائل الإعلام والاتصال الحديثة وتنشيط عملية الاتصال بين مختلف المستويات التنظيمية وبين الأفراد في المنظمة من خلال آليات الاجتماعات المنظمة وأساليب إدارة فرق العمل؛
- ضرورة تبني التحسين كمدخل استراتيجي، حيث يقصد بذلك أن تكون عملية التحسين محور عملية التخطيط الاستراتيجي في المنظمة، على النحو الذي يجعل من التحسين خيار استراتيجيا في تحقيق أهداف المنظمة؛
- ومن أجل تفعيل عملية التحسين على مستوى الوحدات الصحية وضمان جودة الرعاية الصحية لا بد من توفر مجموعة من الدعائم والمتمثلة فيما يلي¹:
 - دعم وعمل التدقيق الإكلينيكي في جميع مصالح المرافق الصحية؛
 - تسجيل الأخطاء الطبية وتحليل الأسباب الجذرية ومتابعة إجراءات تصحيحها؛
 - تقييم ووضع خطة تدريبية لتعزيز ثقافة سلامة المريض وبناء قدرات الهيئة الطبية وشبه الطبية؛
 - استحداث ومراجعة إجراءات سلامة المريض بناء على آخر تحديثات معايير سلامة المرضى؛
 - ضمان وجود سياسات ذات فاعلية في الأقسام الإكلينيكية والإدارية؛
 - ضمان مطابقة مقدمي الخدمات غير الإكلينيكية مع البروتوكولات المعتمدة والعقود المبرمة؛
 - استيفاء معايير ومتطلبات تنظيم الخدمات الصحية؛
 - تطوير نظام لشكاوى المرضى في المرافق الصحية.

¹ - وزارة الصحة البحرينية: إستراتيجية تحسين الصحة 2015-2018، ورقة متاحة على الرابط التالي:

ثالثاً: منهجية التحسين في الخدمات الصحية

عملية التحسين في الرعاية الصحية عملية مستمرة ومتواصلة وتمس مختلف الجوانب الإدارية والتقنية والعملياتية في المؤسسة، كما أنها عملية تقوم على مراحل متناسقة ومتراصة وضمن حلقة مغلقة يتم تفعيلها من قبل جميع الكادر البشري الموجود على مستوى المؤسسة الصحية كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل(30): منهجية تحسين جودة الرعاية الصحية



المصدر: فريد راغب النجار: إدارة المستشفيات وشركات الأدوية مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن، الدار الجامعية، 2015، مصر، ص472.

فمن خلال الشكل أعلاه يتضح لنا أن عملية التحسين هي عملية مصاحبة لتطبيق الجودة بداية من التخطيط ومرورا بالتنفيذ أين يتم بعدها قياس النتائج وتحديد الانحرافات الحاصلة بين ما هو مخطط وما هو منفذ حيث تثمر عملية التحسين من خلال تصحيح الأخطاء والانحرافات المتسببة في تدني الجودة.

خلاصة الفصل:

تعتبر الخدمات الصحية قطاعا استراتيجيا بحكم موضوعه المتمثل في الصحة الإنسانية، هذه الأخيرة التي تعد إحدى اهتمامات الأفراد والمجتمعات الحديثة والتي تطور مفهومها ومدلولها إلى معاني أشمل تتجاوز فيه مفهوم الاستطباب والعلاج إلى مفاهيم تتعلق بالصحة الاجتماعية والنفسية للأفراد والمجتمع، وعلى اعتبار أن الصحة قضية اجتماعية تهتم جميع أفراد المجتمع فقد كان من الضروري الاهتمام بها عن طريق بناء أنظمة صحية شاملة وكاملة يتم من خلالها تغطية الاحتياجات الصحية للمجتمع، حيث تحض الخدمات الصحية بعناية قانونية وتنظيمية كبيرة يتم من خلالها ضبط الممارسات الصحية.

من جهة أخرى وبالنظر إلى أهمية الخدمة الصحية فقد كان من الضروري العناية بجودتها والتي انتقلت من مفهوم الممارسات الطبية الجيدة إلى مفهوم أوسع تم فيه إسقاط تطبيقات الجودة على الخدمات الصحية بالشكل الذي يجعلها أكثر تنسيقا ورعاية لطالبيها وأكثر أمنا وحفاظا على النفس البشرية، وفي إطار ذلك قام الباحثون بوضع نماذج لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، والملاحظ عموما أن الجودة في الخدمات الصحية هي قضية نسبية تختلف مضامينها ما بين المريض وممارسي الرعاية الصحية والمؤسسة، لكن وبالرغم من ذلك تبقى نماذج القياس المقترحة قادرة إلى حد ما على التعبير عن مستوى الجودة للخدمات الصحية المقدمة.

من جانب آخر تعتبر عملية تحسين الجودة في الخدمات الصحية عملية مطلوبة باستمرار خاصة إذا علمنا أن الصحة ووسائل تحقيقها هي مفهوم حركي يتطور ويتغير مع تطور العلوم الطبية أو العلوم المساندة لها، الأمر الذي يستدعي ضرورة إضفاء تحسينات جديدة على الخدمات الصحية بشكل مستمر.

الفصل الثالث: أثر رأس مال الفكري

على جودة خدمات المؤسسة الصحية

تمهيد:

يعبر النظام الصحي عن سياسة الدولة في إطار حفظ وترقية الصحة، حيث تمثل المؤسسة الصحية إحدى أهم الأطراف الفاعلة فيه، كما تعتبر هذه الأخيرة وحدة إدارية وخدمية معقدة جدا بحكم موضوع نشاطها المتعلق بالصحة الإنسانية وبالنظر إلى الأهداف التي وجدت من أجلها، إضافة إلى الرهانات التي يواجهها هذا النوع من المؤسسات، فهي مؤسسات قائمة على المعرفة واستغلال المعرفة كمورد مهم في نشاطها، حيث تشمل على موارد بشرية عالية التأهيل والمعرفة مما يفرض فيها نمطا إداريا وتنظيميا خاصا. من جهة أخرى تمثل الجوانب غير المادية في المؤسسة الصحية عنصرا مهما في تكوينها ونشاطها، حيث تتفاعل بشكل مباشر مع المكونات المادية لها على نحو تنعكس آثار هذه الأخيرة على جودة الخدمات المقدمة فيها إما إيجابا أو سلبا، بل إن العناصر غير الملموسة فيها والممثلة بمكونات رأس المال الفكري تتزايد أهميتها في تكوين وتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة في هذه المؤسسات، كما سنبينه في هذا الفصل.

المبحث الأول: المؤسسات الصحية كوحدة من النظام الصحي

تعتبر المؤسسة الصحية وحدة أساسية في النظام الصحي لأية دولة، حيث تنفرد بطابعها التنظيمي الخاص وبنموذجها الإداري الفريد المنبثق عن الأهداف التي وجدت من أجلها.

المطلب الأول: عموميات حول النظام الصحي

كما تم الإشارة إليه سابقا أن الصحة والخدمات الصحية هما قضيتين أوسع من اهتمامات الفرد وقدراته حيث تهم المجتمع ككل بل تعتبران من أهم وظائف الدولة الحديثة والتي تعمل على بناء وهيكلة أنظمة صحية شاملة تعمل على إنتاج الخدمات الصحية وتوفيرها لجميع أفراد المجتمع ضمن نسق أكثر شمولية وأكثر تنظيما كما سنوضحه فيما يلي.

أولاً: مفهوم النظام الصحي

قدمت للنظام الصحي عدة تعريفات نذكر منها:

- حسب منظمة الصحة العالمية **OMS** يعرف النظام الصحي بأنه تجميع كل الأنشطة الرسمية وغير الرسمية المتعلقة بالخدمات الصحية والموجهة لفائدة مجتمع معين، وللاستخدام من طرف أفراد المجتمع¹؛
- كما عرفه **JP. GRANGAUD** بأنه مجموعة معقدة من الأشخاص والهيكل والأنشطة التي تجمع بينها مجموعة من العلاقات المكرسة بموجب القانون والمنظمة بطريقة تهدف إلى الاستجابة للعناية الصحية لمجتمع في بلد ما²؛
- يعرفه **فريد توفيق نصيرات** بأنه مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معا على تحقيق هدف النظام الصحي والمتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار³؛
- وحسب قانون الصحة رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 الذي ذكر بأن النظام الصحي هو مجموعة من الأنشطة والوسائل المخصصة لحماية وترقية الصحة في المجتمع والمصممة بغرض الاستجابة لاحتياجاته الصحية⁴.

وعليه يشمل النظام الصحي كل أساليب العمل والإجراءات وكذا السياسات واللوائح التي تهدف لتحقيق الأهداف الصحية في دائرة معينة، فهو يأخذ بعين الاعتبار كثيرا من الأمور التي تؤثر في تلك الأهداف والتي لا يمكن تحقيقها إلا عبر إيجاد مجموعة من أساليب العمل والطرق والإجراءات التي يتم توزيعها على مختلف المؤسسات الصحية والأقسام والقطاعات من أجل تحقيق الأهداف الصحية العامة، وتختلف الأنظمة الصحية من دولة إلى أخرى وفق متطلبات اقتصادية واجتماعية وسياسية، ولبناء أي نظام صحي

¹ - www.who.int/topics/health-systems/in/index.html، page consulté le 22-02-2020

² - Salmi. M : **Économie de sante**, dossier documentaire de formation des administrateurs principaux des services de sante APSS/A6/01, ENMAS, Alger, 2016, p5.

³ - فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الرابعة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص 54.

⁴ - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد: 44، القانون المعدل والمتمم للقانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

لا بد من جمع المعلومات الضرورية في شتى المجالات من أجل تغذيته بالمعلومات اللازمة للاستمرار في تقديم الخدمة الصحية بمختلف مستوياتها.

وتتمثل أهداف النظام الصحي في ما يلي¹:

- تخفيض حجم الأخطار الصحية المحيطة بالمجتمع؛
- تحقيق الرعاية الصحية الفعالة والممكنة للمشكلات الصحية المطروحة؛
- ضمان العدالة في الحصول على التغطية الصحية بين جميع أفراد المجتمع.
- كما تتمثل أدوار النظام الصحي فيما يلي:
- تحديد الاحتياجات الصحية للمجتمع؛
- تحديد الأولويات أي الاحتياجات ذات الطابع الاستعجالي التي تحتاج إلى تخصيص الموارد المتاحة؛
- وضع سياسة التدخلات الصحية الكفيلة بتلبية الاحتياجات.

وحتى يكون النظام الصحي فعالاً وذو كفاءة لا بد أن يتميز بالخصائص التالية²:

● **الشمولية**: ويقصد بها أن يؤمن العلاجات اللازمة بدون استثناء من خلال ممارسة الأدوار التالية:

- **ترقية الصحة**: إن النظام الصحي لا يعمل فقط على منع وقوع الأمراض ولكن يعمل على توفير والتحكم في العناصر الأساسية للحفاظ على الصحة من خلال التأكيد على مسؤولية الجميع في ذلك؛
- **حماية الصحة**: حيث يجب أن يعمل النظام الصحي على توفير كل أسباب الوقاية الممكنة، ومنع وقوع الأمراض وانتشار العدوى؛

- **استرجاع الصحة**: حيث يعمل النظام الصحي على توفير كل الوسائل الكفيلة بإرجاع الفرد إلى حالة صحية أفضل بعد وقوع المرض.

● **المرونة اتجاه المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية**: سواء تعلق الأمر بالإطار العام للحياة أو بتعقيدات الاتصال؛

● **المرونة اتجاه المتغيرات الثقافية**: وذلك من خلال التأقلم والتكيف مع أنماط الحياة داخل المجتمع، ومع العادات والتقاليد والثقافة السائدة فيه؛

● **الفعالية**: وتتعلق فعالية النظام الصحي بالنواحي التالية:

- **من الناحية التقنية**: التركيز على الطرق العلمية؛
- **من الناحية العلمية**: ضرورة مواكبة ومسايرة التقدم العلمي والتقني؛
- **من الناحية الصحية**: من خلال تحسين الوضعية الصحية ومسايرة التغير في الأولويات التي تفرضها الأمراض.

¹ - نجاة بحداد: **تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية**، رسالة ماجستير، تخصص بحوث العمليات، جامعة أبي بكر بالفايد جامعة تلمسان، 2011-2012، ص 35.

² - Salmi. M : **Économie de sante**, op cite, pp : 5,6.

- من الناحية الاجتماعية: من خلال قدرة النظام الصحي على تغيير المواقف والرؤى إلى الصحة والمرض والعمل على تحسين جودة الحياة.

ثانياً: الأعدان الفاعلون في النظام الصحي

يتمثل الأعدان الفاعلون في أية نظام صحي في العناصر التالية¹:

1- المجتمع: ويقصد به المرضى، المستعملين، مستهلكي الخدمات الصحية، فالنظام الصحي يهدف إلى إشباع الحاجات الصحية لأفراد المجتمع والتي تتميز بعدم تجانسها وتعددتها نظراً لتعدد الأمراض الموجودة في المجتمع والآثار الناتجة عنها، إضافة إلى تعدد الشرائح الموجودة في المجتمع من شباب وشيوخ وأطفال رجال ونساء وتباين الاحتياجات الصحية بينها، وفي الوقت الذي يستفيد فيه المجتمع من الخدمات الصحية التي يوفرها النظام الصحي يساهم أفراد المجتمع في تمويل هذا النظام من خلال الاقتطاعات التي يدفعونها إلى أنظمة الحماية الاجتماعية التي يتم من خلالها تغطية تكاليف الخدمات الصحية.

2- مهني الصحة: يقصد بمهني الصحة أربعة مستويات أساسية هي الإداريون والأعدان الثانويين المنتمون للإدارة الصحية، الأطباء، شبه الطبيين، إضافة إلى الأعدان التقنيين الذين يمارسون الصحة، فوظيفة الإداريين والأعدان الثانويين ضمن النظام الصحي هي توفير الدعم اللوجستي للهيئة المعالجة، في حين تعمل فئة الأطباء على اتخاذ القرارات العلاجية التي يعمل الأعدان الثانويون وشبه الطبيون على تنفيذها، فمهني الصحة يعتبرون رأس مال بشري للنظام الصحي أو بعبارة أخرى يمثلون أحد أهم عناصر رأس المال الفكري للنظام الصحي لأية دولة كما يعتبرون العنصر الفاعل الأول في إنتاج وتقديم الخدمات الصحية.

3- المؤسسات العامة والخاصة للصحة: وهي مؤسسات تشكل نظام الخدمات الصحية الذي يتكون من مستويين رئيسيين هما:

- **نظام الرعاية الصحية الأولية:** وهو مجموع المؤسسات التي تقدم الرعاية الأولية للأفراد والمجتمع كالفحوصات الأولية، والاستشارات، الاستشارات الاستشفائية.

- **نظام الرعاية الصحية الثانوية:** هذا الأخير يوجه الطلب على الرعاية الصحية إلى الفحوصات بالأشعة، التحاليل المخبرية، أو الخضوع إلى فترات الاستشفاء.

4- المجموعات الصيدلانية: تعتبر الصناعات الصيدلانية ممثلة في المؤسسات الصيدلانية من بين أهم العناصر المؤثرة في النظام الصحي ويرجع ذلك إلى أهمية الدواء في تقديم الخدمة الصحية حيث لا يمكن القيام بأية تدخل علاجي دون وجود الدواء وخاصة في مؤسسات الرعاية الثانوية كالمستشفيات التي يجب أن تحتوي دوماً على صيدلية استشفائية والتي تمثل إحدى أهم عناصر الدعم اللوجستي للهيئة المعالجة ويلحق أيضاً بالمجموعات الصيدلانية المخابر البحثية.

5- مؤسسات الحماية الاجتماعية: حيث تعتبر هذه الأخيرة إحدى أهم دعائم النظام الصحي في الدولة من خلال مساهمتها في تغطية تكاليف الأنشطة الصحية عبر تنظيمها لعملية المساهمة في جمع الأموال من الفئات الناشطة ثم تخصيص وإعادة توزيع نسبة مهمة من الأموال المجمعة على أعباء الصحة، فالتكاليف

¹ -Salmi. M : Économie de sante,op cite, pp: 6,7.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

الصحية وكما سبق الإشارة إليه سابقا لا يمكن تحمل تكاليفها من طرف المريض وحده نظرا لضخامتها، وقديما كانت تغطية تكاليف العناية الصحية تكون بشكل تضامني من طرف العائلة الكبيرة، إلى أن جاءت فكرة مؤسسات الحماية الاجتماعية التي جعلت تغطية تكاليف الصحة تتم بشكل تضامني بين أفراد المجتمع وفي إطار منظم بين مجموعة من المؤسسات والقوانين، وتختلف أنظمة الحماية الاجتماعية من بلد إلى آخر لكنها تنحصر في الأنواع الأساسية التالية:

• **نظام التأمين الاختياري عن الأمراض:** حيث أن الأفراد يبقى لهم الاختيار في الانتماء إلى أنظمة التأمين عن الأمراض ولا يوجد أي إجبار لهم بالمساهمة في اقتطاعات التأمين الصحي ومن بين أهم البلدان التي تعتمد هذا النوع الولايات المتحدة الأمريكية.

• **نظام التأمين الإجباري عن الأمراض:** حيث يتم بموجب القانون والتنظيمات السارية المفعول إجبار كل الأفراد المنتمين إلى الفئة النشطة في المجتمع، أي الفئة التي تمتلك دخلا ناتجا عن عمل معين باقتطاع جزء من دخولهم كمساهمات في التأمين عن المرض، وتعتبر الجزائر إحدى الدول التي تعتمد على هذا النوع من التأمينات الصحية.

• **نظام التأمين الشامل:** في هذا النوع من أنظمة التأمين تعمل السلطات العامة على ضمان توفير التغطية الصحية لجميع أفراد المجتمع دون إلزامهم بالمساهمة في التأمينات الاجتماعية.

6- **الدولة والسلطات العامة:** تعتبر الدولة من المتدخلين الرئيسيين في النظام الصحي كونها تعمل على حوكمته وتوجيهه في الإطار الذي يؤدي إلى توفير الاحتياجات الصحية للمجتمع، وذلك من خلال توفير الغطاء القانوني الذي ينظم العلاقات بين الفاعلين فيه كما أنها تخصص له الموارد الضرورية، وتسهر على جعله أكثر عدالة في توزيع الصحة وجعله مندمجا أكثر ضمن المنظومة الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع.

ثالثا: مستويات الرعاية الصحية التي يقدمها النظام الصحي

حتى يقدم النظام الصحي رعاية متكاملة لا بد أن يوفر ثلاث مستويات من الرعاية والمتمثلة في الآتي¹:

1- **الرعاية الصحية الأولية:** حسب منظمة الصحة العالمية **WHO** تعرف الرعاية الصحية الأولية على أنها "الرعاية الصحية الأساسية الميسرة لكافة أفراد المجتمع والتي يتم فيها الاعتماد على وسائل وتقنيات سليمة علميا ومقبولة اجتماعيا، حيث يتميز هذا المستوى من الرعاية بتكلفة يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره وبإمكانياته الخاصة".

فهي على هذا النحو تتمثل في الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى من أجل علاج الأمراض الشائعة والإصابات والحوادث، إضافة إلى خدمات الإسعافات الأولية وما يتعلق بالخدمات الصحية الوقائية كالتطعيم ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية وطب العمل، إضافة إلى عملية التوعية والتثقيف الصحي والبيئي.

¹-صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، سوريا، 2009، ص ص: 56، 59.

2- الرعاية الصحية الثانوية: تمثل الرعاية الصحية الثانوية المستوى الثاني للخدمات الصحية وهي الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته بالمؤسسة الاستشفائية، حيث يأخذ المريض فترة إقامة يتحصل خلالها على الخدمات الصحية في إحدى مجالات الطب الرئيسية، كالطب الباطني والجراحة العامة وطب الأطفال وطب النساء والتوليد، طب العظام... الخ.

3- الرعاية الصحية المتخصصة: يتعلق هذا المستوى من الرعاية الصحية بالمجالات الطبية الفرعية أي كل التخصصات الطبية التي تتعلق بعضو معين أو مرض معين ويتم فيها استخدام تقنيات وتكنولوجيا أكثر تعقيدا كما أنها تعتمد على كفاءات بشرية عالية جدا، وتتميز خدماتها بتكلفتها العالية والطول النسبي لمدة الرعاية.

4- الرعاية الصحية التأهيلية: يشمل هذا المستوى الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة أو لمرضى لا يأمل شفاؤهم بحيث يتم تأهيلهم للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي أصابتهم، ومن أجل إعادة إدماج هذا المريض في مجتمع كفرد فعال يكون قادرا على خدمة نفسه، ويمكن تقديم هذه الخدمات في المستشفى أو المركز الطبي أو المنزل.

المطلب الثاني: عموميات حول المؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسة الصحية إحدى أهم مكونات النظام الصحي حيث تنتمي هذه الأخيرة إلى القطاع الخدمي وتقدم خدمات متخصصة.

أولاً: تعريف المؤسسات الصحية

قدمت للمؤسسة الصحية عدة تعريفات نذكر منها:

● **التعريف الأول:** المؤسسة الصحية هي مؤسسة تهدف إلى تحسين الصحة العامة للأفراد، حيث تحقق ذلك من خلال تقديم الخدمات الصحية والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد في حصولهم على الرعاية الصحية¹.

● **التعريف الثاني:** مركز مؤسستي يعمل على تقديم خدمة صحية متكاملة، تتشكل من مجموعة من التخصصات والمهن الطبية وغير الطبية والخدمات والأدوية والمواد التي تنظم بنمط معين بهدف خدمة المرضى وإشباع حاجاتهم الصحية².

● **التعريف الثالث:** عرفت منظمة الصحة العالمية المؤسسة الصحية على أنها جزء من النظام الصحي وظيفتها توفير العناية الصحية المتكاملة لجميع أفراد المجتمع سواء كانت علاجية أو وقائية، كما أنها تعد مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي ومركزاً للأبحاث الطبية والاجتماعية.

فالمؤسسة الصحية عبارة عن نظام شامل يتكون من مجموعة الموارد البشرية والمعدات والأجهزة المصنفة على أساس الأقسام والمهام، حيث أن كل قسم من هذه الأقسام يتكون من أنظمة فرعية أخرى لها واجبات

¹ - آلاء نبيل عبد الرزاق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 2011/90، العراق، ص 287.

² - حوالم رحيمية: تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان باستخدام نظرية السلوك المخطط)، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة أبي بكر بالفايد بتلمسان، تخصص تسيير، 2009-2010، ص 28.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

ومسؤوليات مختلفة، وتهدف المؤسسة الصحية إلى تحقيق العناية بصحة الأفراد ويمكن حصر أهم مكونات نظام المؤسسة الصحية فيما يلي:

- **الأهداف:** تمثل ترجمة للاحتياجات الصحية، وهي بمثابة الخطوط الرئيسية التي تسترشد بها الإدارة لتلبية هذه الاحتياجات؛
- **المدخلات:** تمثل العنصر الإنساني، العنصر المادي، عنصر المعلومات، وهي عناصر لازمة لقيام المؤسسة بنشاطها؛
- **النشاطات:** والتي يتم من خلالها تحويل المدخلات إلى مخرجات، وتشمل جميع العمليات التي تقوم بها مختلف الأقسام؛
- **المخرجات:** تتمثل في الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية للمرضى والتي تعكس مستوى الجودة الذي وصلت إليه مخرجات المؤسسة ومستوى الأداء الذي وصلت إليه المؤسسة؛
- **التغذية المرتدة:** تعبر عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العاملين وفقا للخطط المرسومة لها.
- **البيئة:** تمثل الظروف المؤثرة على المؤسسة وعلى نشاطها.

ثانيا: خصائص المؤسسة الصحية

إن الطبيعة الخاصة للمؤسسة الصحية والتي تتبثق من طبيعة نشاطها تجعلها تشترك مع المؤسسات الخدمية الأخرى بمجموعة من الخصائص وتفتقر عنها بخصائص أخرى، وتتمثل خصائص المؤسسة الصحية على العموم فيما يلي¹:

1- تعدد أسعار الخدمة الواحدة: كما هو معلوم أن الخدمة الصحية هي خدمة مركبة تتكون من عدة نشاطات علاجية، كالكشف الأولي، والتحليل الطبية والكشف الإشعاعي. حيث يكون لكل نشاط أسعار خاصة به تتحدد على أساسها التكلفة النهائية للخدمة الصحية، وفي الوقت الذي قد تقدم فيه خدمة معينة مجانا لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة قد تقدم بمقابل لفئة أخرى، كما قد تقدم بمقابل يساوي كلفة الخدمة أو بمقابل يزيد عن تكلفتها لفئة أخرى، كما قد تختلف طرق تحصيل المقابل على هذه الخدمات فقد تحصل قيمتها نقدا أو بالأجل، أو وفقا لتعاقدات بين المؤسسة الصحية ومؤسسات الضمان الاجتماعي.

2- وجود خطوط للسلطة: حيث نميز بين ثلاث أنواع من خطوط السلطة، الأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية ممثلا بالجهاز الإداري، والثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتميز بها أفراد الكادر الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، وهو ما يؤدي في بعض الأحيان إلى ظهور صراع ما بين الإدارة والكادر الطبي، أما النوع الثالث من خطوط السلطة هو السلطة النقابية التي لها ثقل تمثيلي يسمح بأن يكون لها موقع تفاوضي.

3- تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف: ويرجع ذلك إلى طبيعة نشاطها الذي يتميز بكونه طارئا وغير قابل للتأجيل، فالمؤسسات الصحية هي مؤسسات تواجه

¹ - حسان محمد نذير حريستاني: إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص 8.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

أزمات في كل حين تفرضها طبيعة الوضعيات الصحية للمرضى، وهذا ما يوجب عليها السرعة في اتخاذ القرار والقيام بالإجراءات الضرورية لحل الأزمة دون الاستشارة، كما أن أزمات المؤسسة الصحية تكون فجائية مما يحدث ضغوطا على الكادر الطبي ينتج عنها أزمات أخرى بين الطاقم المعالج والطاقم الإداري وحتى بين مستويات الطاقم الطبي ذاته.

4- تتعامل المؤسسات الصحية مباشرة مع مشكلة الحياة والموت: وهو ما يجعل العاملين فيها تحت ضغوط مستمرة، ويفرض عليهم درجة عالية من التخصص، كون أن تكلفة الخطأ الطبي تكون عالية جدا ويترب عنها متابعة قانونية ومساس بسمعة المؤسسة والطاقم المعالج، كما أن مشكلة الموت أو الحياة توجب على المؤسسة الصحية توفير جميع وسائل العلاج في المكان والزمان والاستعداد لكل طارئ، وهذه المشكلة قد تضع المؤسسة أمام خيارات صعبة هما الخيار الاقتصادي الذي يقتضي التحكم في النفقات، والخيار الطبي الذي يقتضي أن الصحة ليس لها ثمن.

5- أهمية المورد البشري في المؤسسة الصحية: فعلى غرار باق المؤسسات الخدمية الأخرى تزيد أهمية المورد البشري في المؤسسة الصحية بحكم أنها تتميز بخاصية التلازمية التي تفرض حضور مقدم الخدمة والذي يجب أن يتميز بالكفاءة والمهارة والخبرة، حيث تستطيع من خلاله المؤسسة الصحية تحقيق ميزة تنافسية تتعكس من خلال المعاملة والاستقبال الجيد والكفاءة العلاجية والتمريضية والتفاعل الإيجابي مع شخص المريض، وكلما كان الكادر البشري للمؤسسة الصحية قادرا على علاج المريض بما يحقق شفائه زاد نجاح المؤسسة وزادت شهرتها بين المؤسسات الصحية وزاد الطلب على خدماتها الصحية.

6- المؤسسات الصحية نظام لا يمكن مكنته نشاطاته أو توحيدده: وهذا عائد لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية فهم لا يحتاجون إلى خدمات معيارية معينة وإنما يحتاجون إلى خدمات تتوافق مع حاجاتهم النفسية والعضوية مما يمنع إحلال الآلات محل الكادر البشري المتخصص، لأن العنصر البشري وزيادة عن كونه مصدر اتخاذ القرار له طبيعة تفاعلية مع حالة المريض.

ثالثا: وظائف المؤسسة الصحية

يمكن حصر أهم وظائف المؤسسات الصحية فيما يلي¹:

1- الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستوى أفضل: عبر التركيز على تحقيق النقاط التالية:

- السعي المستمر نحو إطالة أمد الحياة والوقاية من الموت المبكر؛
- خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض؛
- خفض مستوى القلق الناجم عن المرض؛
- خفض مستوى الإعاقة ولا سيما حالات العجز؛
- تحصين المجتمع ضد الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة؛
- تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع؛

¹ - هاشم أحمد عطية، محمد عبد ربه: النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية في المستشفيات، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص ص: 24، 54.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

- تأمين الكفاءات البشرية بالأعداد والنوعيات المناسبة التي تحتاج إليها برامج خدمات الرعاية الصحية بصفة دائمة، والاستغلال الأمثل لهذه الكفاءات ودعم البرامج التعليمية والتدريبية؛
- تطوير نظام المعلومات الصحية بما يتيح توفير المعلومات عن الأوضاع والجهود الصحية وفي الوقت المناسب؛

- تأمين الموارد المالية اللازمة لتغطية نفقات النشاط الصحي؛

- تأمين الموارد اللازمة لإنشاء المرافق الجديدة وتجهيزها وصيانتها؛

- تحقيق التكامل والتناسق بين برامج الرعاية الصحية على المستوى الوطني؛

- تشجيع البحوث والدراسات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الرئيسية التي تواجه المؤسسات الصحية.

2- التعليم والتدريب: يفرض التطور المستمر في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطوير مهارات وخبرات كافة العاملين والمتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية من خلال التعليم والتدريب المستمرين، حيث تعمل المستشفيات الجامعية على الخصوص والمؤسسات الصحية على وجه العموم بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات وأطباء وتجربة على تنمية معلومات ومهارات ممتهني الصحة عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها ومواكبة التقنيات الطبية الحديثة.

3- البحث العلمي: تساهم المؤسسات الصحية من خلال مختبراتها الطبية، ونظام معلوماتها، والحالات المرضية المعروضة عليها، والكوادر البشرية المتخصصة مهنيًا، في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية للمساهمة في تطوير العلوم الطبية وتطوير الوسائل والأساليب العلاجية بما يؤدي في النهاية إلى الارتقاء بالمستوى الصحي للأفراد المجتمع.

4- وقاية المجتمع من الأمراض: يعتبر هذا الهدف من بين أهم أهداف المؤسسات الصحية، وذلك لأن الوقاية أقل تكلفة من العلاج، وتتم الوقاية عن طريق تفعيل أدوات التحسيس والتربية الصحية للأفراد بالإضافة إلى برامج الوقائية ضد الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة كبرامج التلقيح، إضافة إلى برامج التنقيف الصحي والتي تتوزع على عدة مراحل تبدأ من تحقق المرض ثم بعد وقوعه ثم قبل تحقق مضاعفاته.

5- تحقيق الربحية: من أجل استمرار نشاط المؤسسة الصحية لا بد من توفر عوائد تغطي تكاليفها وتمكنها من التوسع في النشاط، حيث يعتبر هدف تحقيق الربحية الهدف الثاني بعد تقديم الرعاية الصحية وخاصة في المؤسسات الصحية الخاصة التي يتوافق فيها هذا الهدف تماما مع أسباب وجودها كونها لا تملك مصادر لتمويل النشاط، كما أن المؤسسات الصحية العامة قد تسعى للربح من خلال تخصيص بعض الأقسام للعلاج بأجر وتقديم بعض الخدمات التشخيصية بأجر رمزي بهدف زيادة دخلها وتدعيم قدراتها المالية، وبالمقابل نجد أن المؤسسات الصحية العمومية تسعى لتحقيق نوع آخر من الربحية وهو الربحية الاجتماعية التي يقصد بها أن الحفاظ على صحة المجتمع يؤدي إلى زيادة الطاقة الإنتاجية للدولة وينعكس إيجابا على الاقتصاد.

رابعاً: تحديات المؤسسة الصحية

يمكن تلخيص أهم التحديات التي تواجهها المؤسسة الصحية فيما يلي¹:

1- التحديات المتعلقة بتنظيم المؤسسة: تدار معظم نشاطات المؤسسات الصحية من قبل الأطباء العاملين بها الذين يركزون اهتمامهم على الجوانب الطبية باعتبارها مجال تخصصهم مما يجعلهم يقللون من أهمية ودور النشاطات الإدارية وخاصة فيما يتعلق بالنجاعة والفعالية الاقتصادية للمؤسسة، ووجود أي جهة إدارية يجعلهم في حساسية وشك منها ويخشون مشاركتها في مسؤولياتهم، وهذا الأمر يقوي الصراع التنظيمي في المؤسسة الصحية ويدفع إلى تبني نماذج وهياكل تنظيمية معينة.

2- التحديات المتعلقة بممارسة وظائف المؤسسة الصحية: إن سيطرت التعقيدات الروتينية على عدد من مسؤولي إدارة المؤسسات الصحية وعلى بعض مقدمي الخدمات أدت إلى خلق هوة بين مقدم الخدمة والمستفيد، فالبيروقراطية تعتبر عاملاً معوقاً ومانعاً لابتكار أساليب جديدة للقيام بوظائفها والاستفادة من التطورات الحديثة والتجديد وبحث الحلول للمشكلات التي تواجهها وبالتالي يتحول نشاطها إلى روتين جامد، ويمكن أن نوجز أهم هذه التحديات في النقاط التالية:

- تحديات غياب التخطيط الاستراتيجي بسبب تعقد الوظائف الداخلية، والاهتمام بالأهداف القصيرة المدى دون الاستعداد للمستقبل؛

- أخطاء مزاوله المهنة كحالات الوفاة وتدهور حالة المريض، أو انخفاض جودة الخدمات الصحية في أحد الأقسام فضلاً عن الارتفاع المفاجئ للطلب على الخدمات الصحية وصعوبة التنبؤ به؛
- كيفية الرقابة على النشاطات المختلفة في المؤسسات الصحية خاصة على الجودة، التكلفة الإنتاجية، التغذية، الأدوية وغيرها.

3- تحديات إدارة الموارد البشرية: إن تعامل المؤسسات الصحية مع قضايا الحياة والموت، ينشئ ضغوطاً على الفريق الطبي وعلى جميع المستويات التنظيمية من مجلس الإدارة إلى المهن المساعدة، وهذا ما يسبب:
- صعوبة قياس الأداء لبعض الوظائف والمهن؛

- تعتبر المؤسسات الصحية ذات نشاط مستمر (24 ساعة و7 أيام / 7 أيام) ، وهو ما ينشئ عنه بعض الصعوبات في التخطيط وجدولة المهام وتوزيع الاختصاصات ومراجعة أو تعديل جداول التشغيل؛
- تعدد الأنشطة من أعمال طبية إلى مخازن ومحاسبة وصيدلية وتغذية، إلى مهن طبية مساعدة كالتحذير، التمريض، الأشعة، التحاليل وغيرها، يزيد من صعوبة توفير وتوزيع الموارد البشرية في المؤسسة.

4- تحديات تكنولوجيا الإعلام والاتصال: إن تطور مجال تكنولوجيا الإعلام والاتصال أدى إلى ظهور تطبيقات طبية جديدة في الميدان الصحي خاصة فيما يتعلق بالفحص عن بعد والخدمة الإلكترونية للمرضى، الأمر

¹ -واله عائشة: أهمية جودة الخدمات الصحية في تحقيق رضا الزبون - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية عين طاية-، رسالة ماجستير، تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2010-2011، ص ص: 42، 43.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

الذي يفرض على المؤسسة الصحية مواكبتها والعمل على إعادة هيكلة نفسها بما يمكنها من احتواء تقنيات المعلومات والاتصالات.

5- التحديات التسويقية: تتمثل أهم التحديات التسويقية التي تواجه المؤسسات الصحية فيما يلي:

- عدم اقتناع أو اهتمام المسؤولين في الإدارة بالوظيفة التسويقية وتركيزهم على تقديم العلاج وهذا يعني أن التوجه يتم بالإنتاج وليس بالتسويق، حيث يعزى ذلك إلى اعتقادهم بأن الطلب الصحي أكبر من العرض الصحي، لذلك لا يوجد مبرر للتسويق في تلك المؤسسات.
- على الرغم من أهمية المعلومات التسويقية في اتخاذ قرارات سليمة في جميع القطاعات وفي وضع استراتيجيات المزيج التسويقي، تفنقر المؤسسات الصحية إلى وجود جهات تقوم ببحوث التسويق وهذا ما يمنع من الاستفادة من أحد الأنشطة التسويقية المهمة ما ينتج عنه أن أغلب القرارات التي تتخذ على مستوى المؤسسات الصحية تكون عشوائية إلى حد ما وغير سليمة.
- على الرغم من الأهمية البالغة للترويج في تعريف المستفيد بالخدمة وإقناعه بها وإيجاد الصلات بينه وبين مقدم الخدمة إلا أن المؤسسات الصحية لا تهتم بهذا النشاط، وحتى التي تدعي استخدامها لبعض عناصر الترويج كالاتصال الشخصي والإعلان، والتثبيط (التحفيز والعلاقات العامة) يكون استخدامها لها محدودا جدا.

ويبقى أهم تحدي تواجهه المؤسسة الصحية وخاصة المؤسسة الصحية العمومية التي تقدم خدمات مجانية أو شبه مجانية هي مشكلة تضخم تكاليف علاج المرضى بشكل متزايد ومتسارع مقابل ضعف وندرة مصادر التمويل، الأمر الذي يطرح مشكلتين هما صعوبة التحكم في مستوى الخدمات الصحية المقدمة أو التحسين فيها والمشكلة الثانية هي صعوبة تحقيق خصائص الخدمة العمومية والمتمثلة في الاستمرارية والمجانية والتكليف.

سادسا: أنواع المؤسسات الصحية

توجد عدة أنواع من المؤسسات الصحية وذلك تبعا لعدة تصنيفات تنبثق عن وظائفها وطبيعتها القانونية وأحجامها كما سنبينه فيما يلي:

1- التصنيف على أساس الملكية والتبعية الإدارية: تصنف المؤسسات الصحية تبعا لهذا المعيار إلى مجموعتين رئيسيتين هما المؤسسات الصحية الحكومية والمؤسسات العمومية الخاصة، كما سنوضحه فيما يلي¹:

• **المؤسسات الصحية العمومية:** يقصد بالمؤسسات الصحية الحكومية المؤسسات التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية المختلفة من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة وفق نظم ولوائح حكومية تحكم سير وإجراءات العمل بهذه المؤسسات، وتأخذ هذه المؤسسات عدة أشكال أهمها ما يلي:

- **المؤسسات الحكومية العامة:** تتمثل أهم خصائص هذه المؤسسات في أنها مملوكة للدولة أو لإحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم على توفير متطلباتها ورعاية شؤونها وتنظيم العمل بها، حيث

¹ - جميل مخير عبد العزيز، الطعمانة محمد محمود: **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق)**، المنظمة العربية للتنمية، القاهرة، 2003، الصفحات: 8، 9، 10.

تقدم خدمات مجانية إلى المواطنين أو مقابل رسوم رمزية تحددها اللوائح، ويتمثل الهدف من إنشائها في تقديم خدمة اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع، كما يتميز هذا النوع من المؤسسات بأنها تضم مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة.

- **المؤسسات الصحية العمومية الخاصة بفئات معينة:** يتسم هذا النوع من المؤسسات بجميع خصائص ومواصفات المؤسسات العامة من حيث الملكية وتنوع الخدمات التي تقدمها ولكنها تختلف عن المؤسسات العامة في كونها تتبع إلى وزارة معينة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية، وتقتصر في تقديم خدماتها على العاملين في هذه الجهات وأسره، ومن أمثلتها المؤسسات الصحية العسكرية والمؤسسات الصحية الخاصة بالشرطة... الخ

- **المؤسسات الصحية الحكومية التخصصية:** تختص هذه المؤسسات في تشخيص ومعالجة أمراض معينة تستدعي عناية متخصصة لا يمكن توفرها إلا في مؤسسات مؤهلة لتحقيق العناية الضرورية لهذه الأنواع من الأمراض وذلك من حيث الخبرة بالمرض وتوفر تقنيات وأدوات العلاج، وغالبا ما يتم توجيه الحالات المرضية من المستشفيات العمومية إلى المستشفيات المتخصصة، ومن أمثلتها مستشفيات العيون أو مستشفيات الأطفال.

- **الوحدات العلاجية:** هيكل صغيرة الحجم مقارنة بالمستشفيات العامة تنتشر في القرى والمناطق الريفية، وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المؤسسات الأخرى، وتلعب هذه المؤسسات دورا محوريا في المنظومة الصحية كونها تخفف العبء عن المؤسسات الكبرى عن طريق العناية بالحالات المرضية الخفيفة وتقديم العلاجات الأولية.

- **المستشفيات الجامعية والتعليمية:** تتبع هذه المؤسسات إداريا إلى الجامعات أو كليات الطب وتقدم نفس خدمات المستشفيات العمومية، لكن تحتوي على بعض الأقسام التعليمية لممارسة التدريب العملي على العلوم الطبية، حيث يستطيع من خلالها الطلبة المتكويين والباحثين ومهني قطاع الصحة من الحصول على المهارات التطبيقية ومعاينة الحالات المرضية بشكل مباشر، وتكمن أهمية هذه المؤسسات في أنها تمكن القطاع الصحي من الحصول على الكوادر البشرية المؤهلة والمتخصصة.

• **المؤسسات الصحية الخاصة:** تتبع هذه المؤسسات لملاكيات (الأفراد، الهيئات الخاصة، جمعيات دينية أو خيرية، شركات خاصة)، وتتم إدارتها وفق نمط الإدارة في القطاع الخاص، وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة، وتأخذ عدة أشكال منها:

- **مؤسسات صحية بأسماء أصحابها:** كأن يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء، وتقدم خدماتها في مجال تخصصهم بمقابل يتم تحديده والاتفاق عليه حسب الخدمة المطلوبة من المريض، ويعتمد هذا النوع من المؤسسات على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها وجودة الرعاية المقدمة للمرضى.

- **مؤسسات الصحية الجموعية:** مؤسسات صحية تتبع لجمعيات مستقلة وغير حكومية تقدم خدماتها لمختلف الفئات من الأفراد مقابل رسوم محدودة نسبيا، حيث تهدف من وراء ذلك إلى تحقيق العمل الإنساني والديني والاجتماعي، فهي على هذا الأساس لا تسعى لتحقيق الربح.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

-مؤسسات صحية استثمارية: يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة، تحقق أرباحها من الخدمات الطبية التي تقدمها، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية وغالبا ما تأخذ شكل شركات المساهمة وذات المسؤولية المحدودة.

2- **التصنيف على أساس التخصص:** يقصد بالتخصص هنا مجالات الخدمات الصحية التي تغطيها المؤسسة الصحية وتكمن أهمية هذا المعيار في كونه يفرض على المؤسسة نموذج تسيير خاص يتوافق مع طبيعة النشاط الصحي للمؤسسة، حيث تصنف المؤسسات الصحية وفقا لهذا المعيار إلى¹:

• **المؤسسات الصحية العامة:** وهي المؤسسات التي تقدم خدمات صحية متعددة تجمع بين الطب والتشخيص والجراحة، كالمستشفيات العمومية والتي لا ينحصر مجال الرعاية الصحية فيها على تخصص واحد وإنما يتعدد حسب مجالات الأمراض.

• **المؤسسات الصحية المتخصصة:** تتخصص هذه المؤسسات في تقديم خدمات صحية معينة، كمراكز الفحص بالأشعة ومخابر التحليل الطبية ومستشفيات أمراض القلب.

3- **التصنيف على أساس طبيعة المنتج النهائي:** وفق هذا المعيار يتم تصنيف المؤسسة الصحية حسب المنتج النهائي الذي تقدمه إلى القطاع الصحي، حيث تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى ما يلي²:

• **مؤسسات الخدمات الصحية:** تتمثل في مختلف المؤسسات التي تقدم منتجات نهائية تتمثل في خدمات صحية لاملوسة، كالمستشفيات والعيادات الطبية ومخابر التحاليل الطبية.

• **مؤسسات السلع الصحية:** وهي مختلف المؤسسات الصحية التي يتمثل منتجها النهائي في سلع صحية مملوسة كالصيدليات ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية.

¹ - حبيبة قشي: آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية (دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة بسكرة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2006-2007، ص21.

² - حبيبة قشي، المرجع نفسه، ص6.

المطلب الثالث: تنظيم المؤسسات الصحية

تفرض طبيعة نشاط المؤسسة الصحة أنماط تنظيمية خاصة بها تتلاءم مع طبيعة نشاطها والمجالات التي تغطيها كما سنوضحه فيما يلي.

أولاً: أهداف التنظيم في المؤسسات الصحية والعوامل المؤثرة في بنائها التنظيمي

تهدف عملية التنظيم في المؤسسة الصحية إلى هيكلة المؤسسة الصحية بكفاءة، وعلى العموم تتمثل أهداف التنظيم في المؤسسة الصحية فيما يلي¹:

- إيجاد الوحدات التنظيمية التي تستدعيها طبيعة العمل في المؤسسة الصحية على نحو تتحدد فيه المهام والواجبات المناطة بكل هذه الوحدات بصورة واضحة ودقيقة.

- تحديد سلطات ومسؤوليات العاملين في المؤسسة الصحية على نحو تتحدد فيه المهام والواجبات بشكل واضح ودقيق يمكن من توقيع المسؤولية عن التصير.

- تحديد إجراءات وأساليب العمل للوحدات التنظيمية داخل المؤسسة الصحية التي تقوم بمهام تنفيذية نمطية كإجراءات السجلات الطبية من حيث ترتيب نماذجها وتصنيفها وفهرستها وترميزها وحفظها واسترجاعها.

- تحقيق التنسيق بين نشاطات الوحدات التنظيمية المختلفة من خلال تحديد علاقتها مع بعضها البعض وتدعيم خطوط الاتصال بينها، والتخطيط المسبق للأساليب التنسيقية الواجب إتباعها كالمشاورات الشفوية بين الأطباء والاجتماعات التي تعقدها اللجان الطبية وشبه الطبية والإدارية لندارس موضوعات معينة، وتقديم تقارير عن نتائجها إلى الوحدات التنظيمية ذات العلاقة.

- زيادة القدرة على الاستجابة لما يطرأ على المؤسسة الصحية من تغيرات وذلك بتوفير ما تستلزمه مواجهة تلك التغيرات سواء في أعمالها ونشاطاتها أو في التكنولوجيا المستخدمة في الأعمال والنشاطات أو في مهارات العاملين وهو ما يزيد من مستويات التكيف مع الظروف المستجدة.

وتتمثل العوامل المؤثرة في اختيار البناء التنظيمي للمؤسسة الصحية فيما يلي:

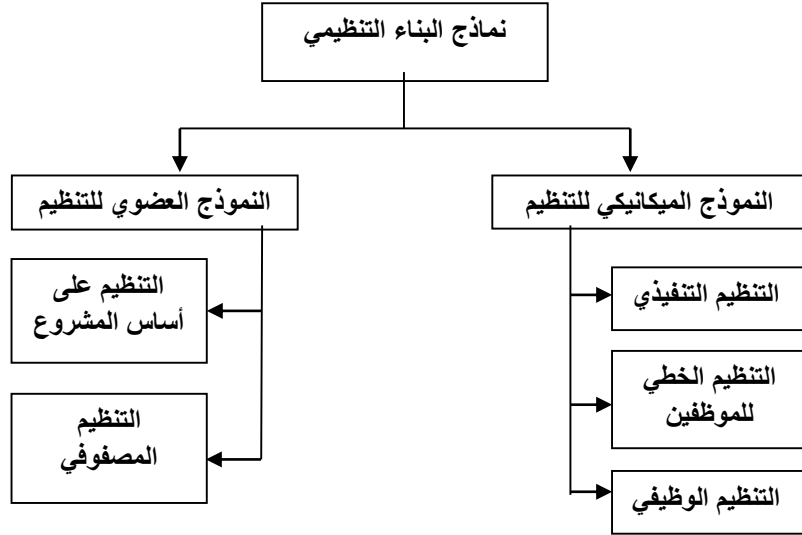
- عدد أسرة المؤسسة الصحية؛
- عدد العاملين على مستوى المؤسسة الصحية؛
- الأصول الثابتة للمؤسسة وموجوداتها المتداولة؛
- عدد أيام العلاج والاستشفاء في الوحدات الصحية؛
- العوائد الكلية في المؤسسة الصحية والمصاريف التشغيلية؛
- مدى التعقيد في المؤسسة.

¹ - محمد هيثم خياط: الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، أكاديمية إنترناشيونال، لبنان، 2007، ص 344.

ثانيا: نماذج التنظيم في المؤسسات الصحية

تنقسم نماذج التنظيم في المؤسسات الصحية إلى نموذجين هما النموذج الميكانيكي والنموذج العضوي للتنظيم، كما هو مبين في الشكل التالي¹:

الشكل رقم (31): أنواع نماذج البناء التنظيمي في المؤسسات الصحية



المصدر: محمد هيثم خياط (2007)، الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، ص 348.

1- النموذج الميكانيكي في التنظيم

يشبه هذا النموذج في التنظيم إلى حد كبير النموذج البيروقراطي لأنه من الناحية التقنية يشترك معه في عناصر جوهرية هي:

- تقسيم أعمال المنظمة إلى تخصصات دقيقة جدا؛
- تعريف واضح للتسلسل الهرمي في المنظمة؛
- تركيز التعليمات وضوابط العمل واتخاذ القرارات في المستوى الأعلى للمنظمة.

ومن بين أهم صيغ التنظيم الميكانيكي في التنظيم نذكر ما يلي:

● **التنظيم الخطي:** ويطلق عليه أيضا التنظيم الرأسي والتنظيم العمودي ويتكون على أساسه الهيكل التنظيمي من مستويات إدارية يرتبط بعضها ببعض بخطوط متصلة تتدرج فيها السلطة على شكل أوامر وتعليمات من المستوى الإداري الأعلى إلى الأدنى كما هو موضح في الشكل رقم (32)، ومن مزاياه نذكر ما يلي:

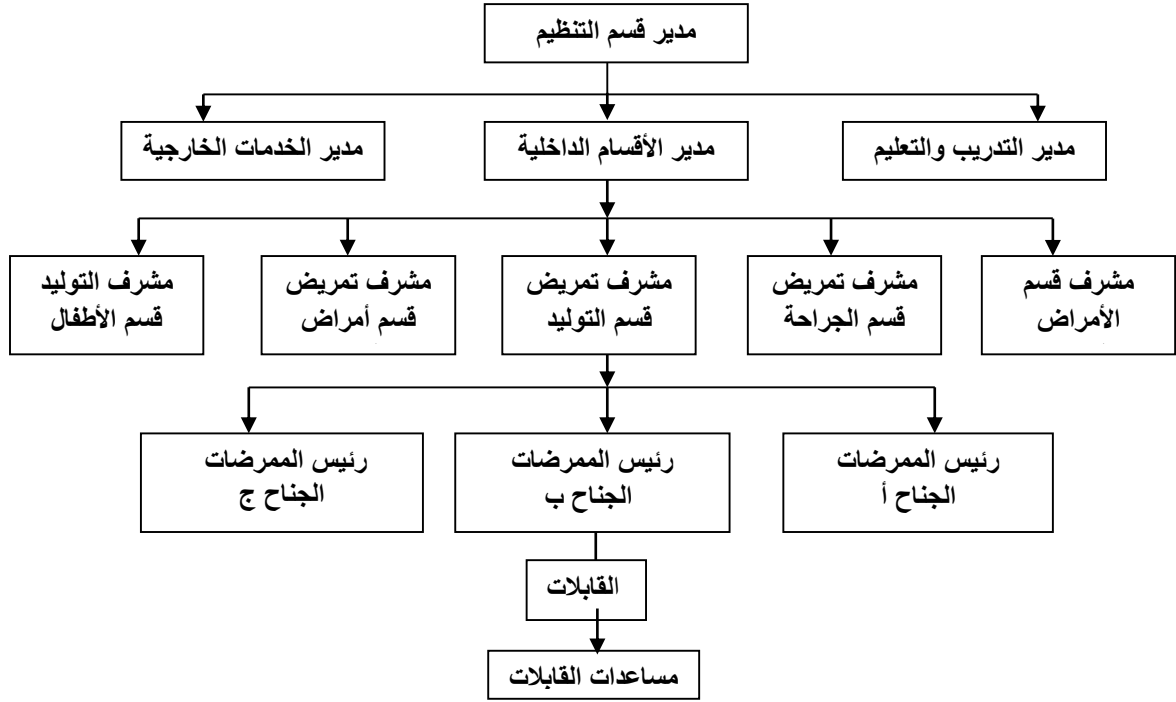
- يمكن اعتباره مناسباً للمنظمات الصحية الصغيرة التي لا تستدعي تقسيم العمل على أساس التخصص الوظيفي والتي تتسم ببساطة الأعمال التي تقوم بها.

¹ - محمد هيثم خياط: الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، مرجع سبق ذكره، الصفحات: 348-358.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

- أنه يعرض بوضوح خط تلقي الأوامر بالنسبة للمرؤوسين، فكل مرؤوس يعرف من هو رئيسه ومدى سلطاته فضلا عن معرفته لواجباته ومسؤولياته.
- من سماته أيضا وضوح الرؤية عند مديري الوحدات الإدارية وكذلك عند التنفيذيين التابعين لهم بالنسبة لطبيعة القرارات المتخذة عند كل مستوى من المستويات الإدارية.

الشكل رقم (32): التنظيم الخفي في المؤسسة الصحية



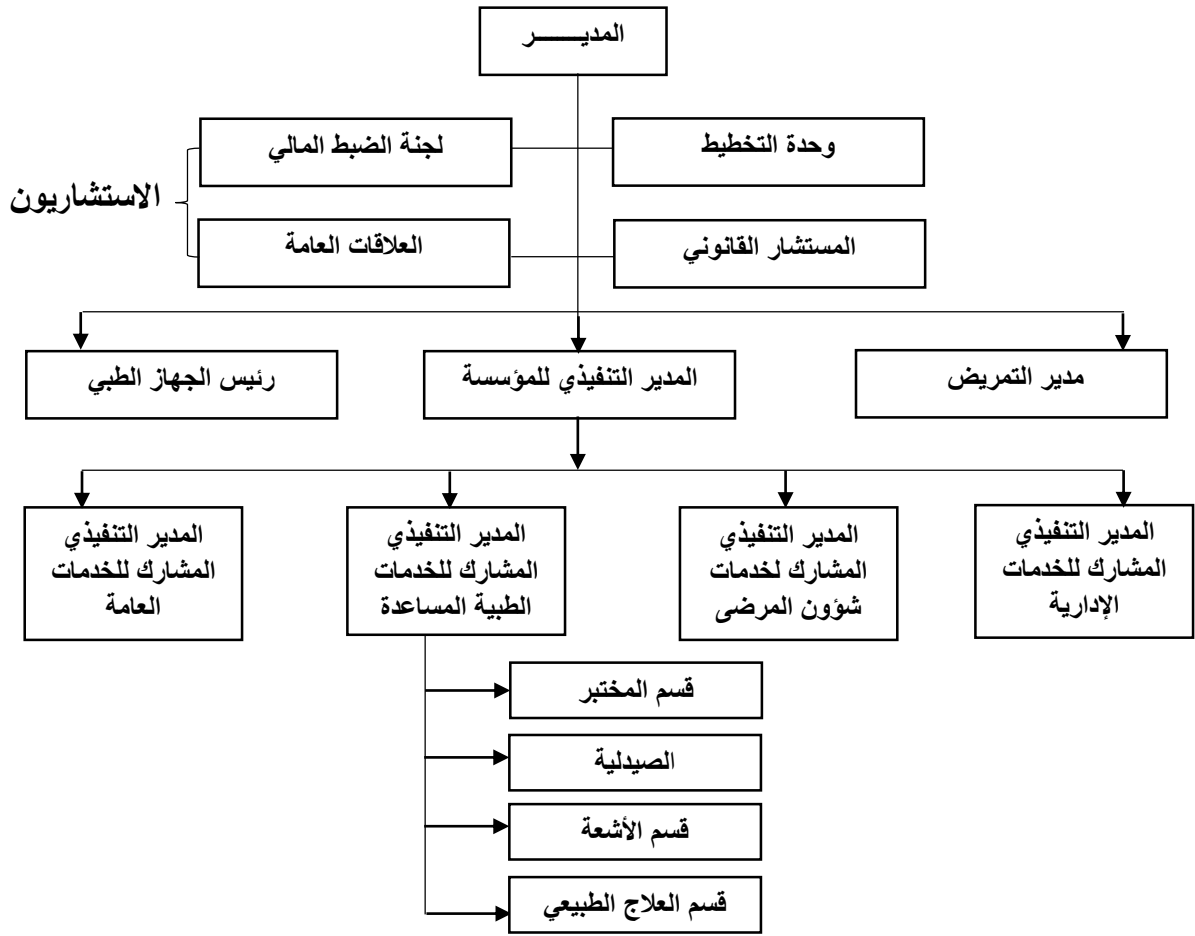
المصدر: محمد هيثم خياط (2007)، الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، أكاديمية إنترناشيونال، بيروت، ص 349.

ومما يعاب على هذا النوع من التنظيم صعوبة تطبيقه في المنظمات التي تؤدي مهام تخصصية بسبب إغفاله تقسيم العمل على أساس التخصص، مما يصعب على المدير الإشراف المباشر على أداء العاملين.

● **التنظيم الخفي للموظفين:** يقوم هذا النوع من التنظيم على عدة مستويات ترتبط ببعضها من خلال خطوط متصلة تتدرج فيها السلطة كذلك التي تكون في التنظيم التنفيذي، بالإضافة إلى وجود وحدات تضم مستشارين متخصصين تنحصر مهمتهم في تقديم الاستشارة إلى المديرين التنفيذيين، وهذا النوع من التنظيم يعتبر الأنسب بالنسبة للمنظمات الكبيرة، إضافة إلى أنه يعرض بوضوح مصدر الأمر بالنسبة للمرؤوسين، كما يجعل الرؤية واضحة لدى مديري الوحدات الإدارية وكذا عند التنفيذيين التابعين لهم بالنسبة لطبيعة القرارات المتخذة عند كل مستوى من المستويات الإدارية.

ومن عيوبه أنه قد ينشأ فيه صراع ما بين الإداريين التنفيذيين والاستشاريين عند تعارض الآراء فيما بينهم، إضافة إلى صعوبة تحديد المسؤول عن الإخفاق في المنظمة، فالإداريون ينسبون الإخفاق إلى سوء اقتراحات المستشارين والمستشارين ليسوا مسؤولين عن مقترحاتهم.

الشكل رقم (33): التنظيم الخطي للموظفين في المؤسسات الصحية

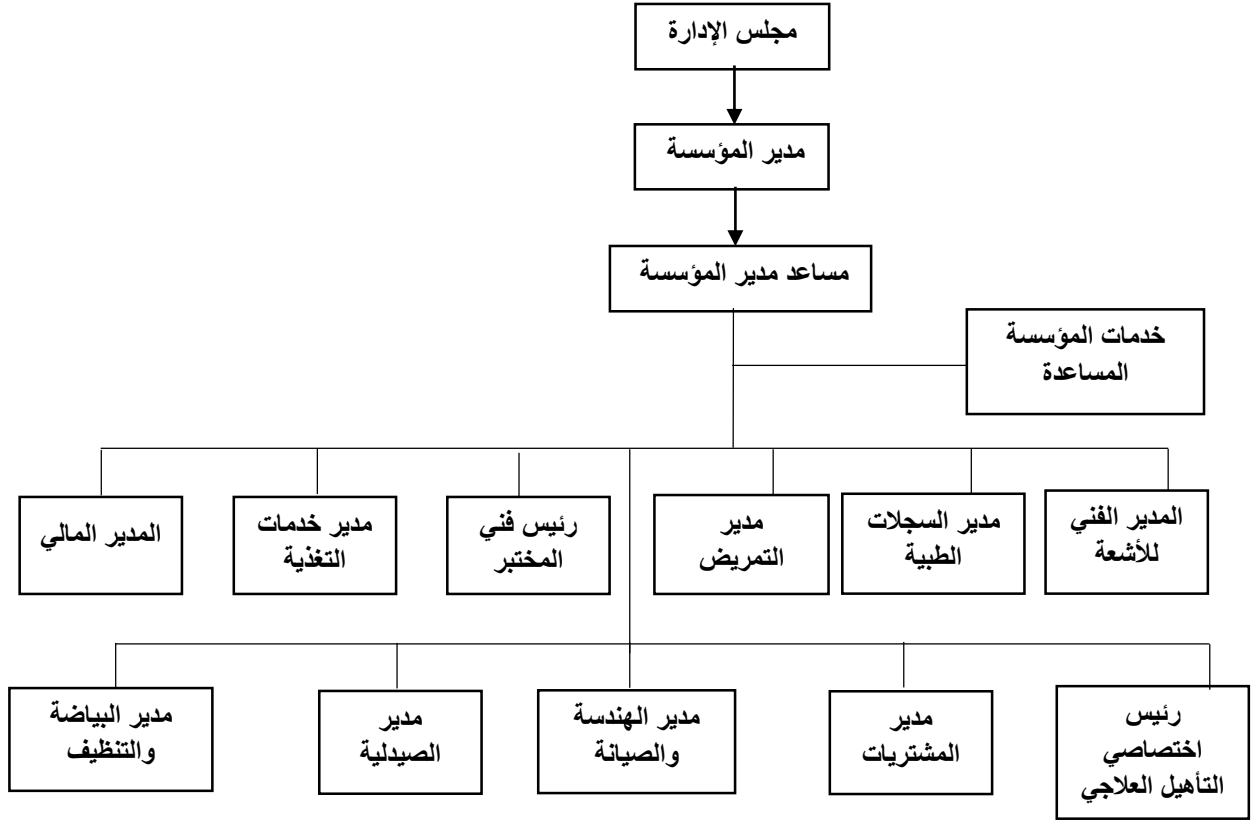


المصدر: محمد هيثم خياط (2007)، الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، ص 351.

● **التنظيم الوظيفي:** يختلف البناء التنظيمي الوظيفي عن التنظيمين السابقين، حيث يقسم العمل في هذا النوع من التنظيم على أساس التخصص لتحقيق الاستفادة من الخبراء المتخصصين، أي أنه بدلا من أن يتم الاستعانة باستشارة المتخصصين لتقديم الاستشارة إلى المديرين التنفيذيين، يكون هؤلاء المستشارين هم أنفسهم مديريين للوحدات التنظيمية التنفيذية حيث يكون لهم سلطة على من هم تحت نطاق إشرافهم وعلى الذين يمارسون مهامهم تدخل تحت اختصاص وحداتهم.

ومن بين أهم مزايا هذا التنظيم أن تقسيم العمل على أساس التخصص الوظيفي يسهل عملية اتخاذ القرارات ذات الطابع الفني القائمة على التخصص قبل الإدارات الفنية ما يزيد من كفاءة المنظمة وكفايتها. ومما يعاب على هذا النوع من التنظيم هو احتمال عدم وضوح السلطة والمسؤولية للموظفين نتيجة تداخل نطاق إشراف الفنيين والتنفيذيين.

الشكل رقم (34): التنظيم الوظيفي للمؤسسة الصحية



المصدر: محمد هيثم خياط (2007)، الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، أكاديمية إنترناشيونال، بيروت، ص 352.

2- النموذج العضوي للتنظيم في المؤسسة الصحية

يقوم هذا النموذج على مفهوم اللامركزية في التنظيم حيث يتيح للخبرات المتخصصة اتخاذ القرارات لمواجهة المشكلات والحالات المستجدة في كل مستويات التنظيم، كما يركز على مرونة أساليب القيادة والطابع غير الرسمي من أجل التكيف مع قدرات العاملين ومهاراتهم وتتمثل أهم أشكال هذا النموذج فيما يلي:

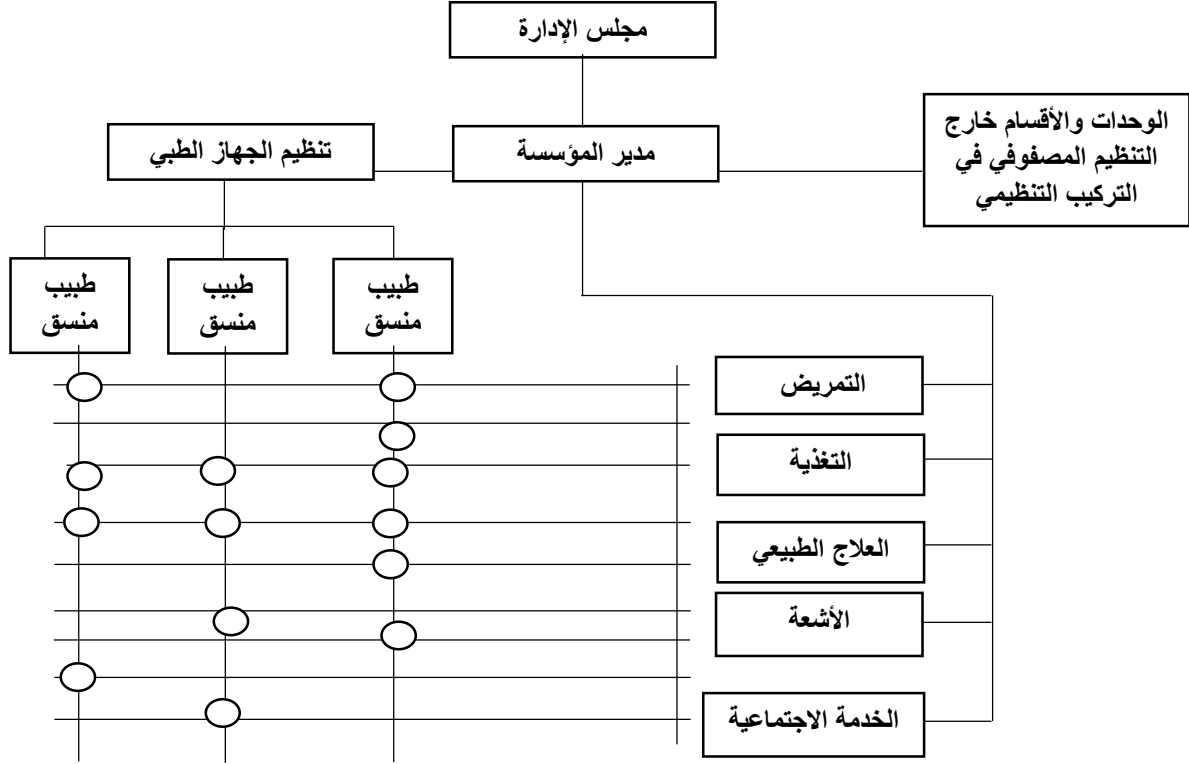
• **التنظيم على أساس المشروع:** يقوم هذا الشكل على قيام المؤسسة الصحية بتشكيل فرق مشروعات خاصة بالاعتناء بالمرضى تحت توجيه وقيادة الأطباء المتخصصين وتنسيق أمور العناية مع الفنيين ذوي العلاقة، وينتهي عمل هذه الفرق بمغادرة المرضى للمؤسسة الصحية ليتم بعدها إعادة إنشاء فرق جديدة أو الحفاظ على القديمة منها للتكفل بالمرضى الجدد، ومن بين أهم ما يميز هذا النوع من التنظيم اعتماده التام على العلاقات الأفقية والتنسيق الأفقي بين الأقسام الفنية فهو عكس التنظيم البيروقراطي الذي تكون الاتصالات فيه عمودية وهرمية فقط، ومن بين أهم مميزات هذا النوع من التنظيم أنه يوفر مرونة أكثر للأفكار المبدعة.

• **التنظيم على أساس المصفوفات:** يتشكل هذا النوع من التنظيم من خلال تنظيم فرق مشروعات يظهر العلاقات الأفقية بين العاملين في الوحدات التنظيمية الفنية والتنظيم الوظيفي الذي يوضح العلاقات العمودية بين رؤساء الوحدات التنظيمية ومرؤوسيهم الذين يعملون في فرق المرضى، وبمعنى آخر فإن الممرضة التي تعمل ضمن إدارة التمريض وهي إدارة وظيفية تشارك أيضا فريق العناية الخاص بالتمريض (التنظيم على

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

أساس المشروع) وعليه يكون موقع الممرضة مرتبط بعلاقتين هما علاقة عمودية مع رئيسة التمريض وعلاقة أفقية مع الطبيب المختص (رئيس فريق المشروع)، مما ينتج عن هذا النوع من التنظيم علاقات أفقية وعمودية في أن واحد، كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (35): التنظيم على أساس المصفوفات للمؤسسة الصحية



المصدر: محمد هيثم خياط (2007)، الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية،

أكاديمية إنترناشيونال، بيروت، ص 354.

ومن خلال العرض الذي تم التطرق إليه سابقا يمكن اعتبار أن كل من نماذج التنظيم الميكانيكي والتنظيم العضوي مفيدة في المؤسسات الصحية ضمن شروط معينة، لكن يبقى التنظيم العضوي وخاصة في جانبه المصفوفي هو الأنسب بالنسبة للمؤسسات الصحية وخاصة الكبيرة منها وذلك بحكم الطبيعة المعقدة للخدمات الصحية وصعوبة التحكم فيها وعدم القدرة على تحديد الاحتياجات والأولويات لاختلافها بين المرضى.

المبحث الثاني: مكونات رأس مال الفكري في المؤسسات الصحية

حاول الباحثون حصر أهم مكونات رأس المال الفكري وما ينبثق عنها من عناصر جوهرية، كما حاولوا أيضا تصنيف هذه المكونات ضمن أقسام متجانسة بهدف تسهيل عملية الإدارة والقياس كما سنبينه فيما يلي.

المطلب الأول: رأس المال البشري

كما تم تقريره سابقا أن رأس المال البشري هو أحد أهم مكونات رأس المال الفكري بل هو محور وجوهر رأس المال الفكري لأية منظمة. ولقد حظي رأس المال البشري بعناية كبيرة من طرف الباحثين كما سنوضحه فيما يلي.

أولاً: مفهوم رأس المال البشري

اعتنى الباحثون بمفهوم رأس مال البشري أو ما يطلق عليه المورد البشري على مراحل متعددة تبلور خلالها مفهومه وأهميته كما سنوضحه فيما يلي.

1- تطور مفهوم رأس المال البشري

يعبر رأس المال البشري عن الإدراك الذي يجعل منه منبع الإبداع والابتكار ومصدر تحقيق الميزة التنافسية لأية منظمة نظرا لقدرته على توجيه موارد المنظمة في الإطار الأكثر عقلانية وقد تطورت نظرية رأس المال البشري خلال مدة طويلة من الزمن، حيث تعود الإشارات الأولى لهذا المفهوم إلى آدم سميث في القرن الثامن عشر أين كان هناك اهتمام كبير من الباحثين بموضوع رأس المال البشري.

وقد بدئ باستخدام مصطلح رأس المال البشري منذ أوائل الستينيات من القرن الماضي أين ورد ضمن كتابات **ثيودور شولتز** سنة **1961** الذي أكد على أهمية اكتساب الأفراد للمعارف والمهارات، وكتابات **غاري بيكر** سنة **1974** الذي قدم شرحا مفصلا لهذا المفهوم وحصل عام **1992** على جائزة نوبل في الاقتصاد لتطويره نظرية رأس المال البشري التي تدور حول أهمية تعليم وتدريب الأفراد حتى يكتسبوا المعارف والمهارات لأداء المهام المطلوبة منهم بكفاءة وفاعلية، كذلك أشار بعض الباحثين إلى وجود علاقة قوية إيجابية وطردية بين المعارف والمهارات والإنتاجية مثل **ليفين** **1987** الذي أكد بأن حرية التصرف الممنوحة للأفراد والتمكين من المشاركة في صنع القرار، توزيع وتقاسم المسؤولية، والمعلومات المتاحة للموظفين، كل هذه العناصر تؤثر على العاملين ومدى الاستفادة من قدرتهم على الفعل¹.

أما على المستوى التنظيمي فقد أصبحت عمليات إدارة الموارد البشرية وظيفية مستقلة تعد من بين أهم وظائف الإدارة الحديثة، حيث انتقلت من مفهوم إدارة المستخدمين التي تهدف إلى مراقبة وتقييم المستخدمين إلى إدارة الموارد البشرية التي تهتم برعاية الأفراد سواء من الناحية النفسية أو من الناحية العملية من خلال عمليات الاستقطاب والتدريب والتعليم المتواصلين، إضافة إلى عمليات الترقية والتحفيز التي أصبحت تعد من بين أهم عوامل الحفاظ على الموارد البشرية وخاصة المتميزة منها بقدراتها ومهاراتها النوعية، كما أصبحت عملية التقييم والتخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية وإدارة الكفاءات من بين أهم اهتمامات المستويات

¹ - مدحت أبو النصر، ياسمين مدحت محمد: التنمية المستدامة، مفهومها أبعادها مؤشراتهما، المجموعة العربية للنشر والتدريب، القاهرة، 2017، ص26.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

الاستراتيجية (الإدارة العليا) في المنظمات الحديثة، وأصبحت إدارة الموارد البشرية علما مستقلا بذاته يقوم على أسس نظرية لها تطبيقاتها العملية وأدواتها التقنية وتنظيمها الهيكلي والوظيفي المحكم¹.

وخلال العقد الأخير أصبح ينظر إلى الموارد البشرية على نحو أكثر توظيفا من الناحية الاستراتيجية من خلال اعتبارها رأس مال بشري يساهم في خلق القيمة ويؤسس لقواعد بناء الميزة التنافسية للمنظمة، حيث أصبح رأس المال البشري أداة استراتيجية تركز عليها المؤسسات والمنظمات الحديثة في تطوير استراتيجياتها العامة والخاصة، وعلى المستوى الكلي أصبح رأس المال البشري يعد مخزوننا من بين أهم ثروات الأمم ومفتاحا لتحقيق أمنها القومي ومؤشرا واضحا يعبر عن القدرة التنافسية للاقتصاد.

وقبل مناقشة مفهوم رأس المال البشري لابد لنا من التطرق إلى مفهوم المورد البشري كونه يعبر عن حركية مفهوم رأس المال البشري، حيث تعرف الموارد البشرية على أنها مجموع المهارات والقدرات التي يمتلكها الأفراد بغاية إنتاجية والتي يمكن أن تكون موروثا أو مكتسبة خلال المسار التعليمي أو الخبرة المهنية عن طريق تحويل المعارف، فهو يمثل مجموع العاملين من مختلف الفئات والمستويات والتخصصات الذين تعتمد عليهم المنظمة الحديثة في تحقيق أهدافها².

وعليه فقد أصبح ينظر إلى الموارد البشرية على أنها³:

- مصدر القوة المحورية؛
- مصدر لتوليد وتنمية القدرات التنافسية؛
- طاقة فكرية وقدرات معرفية؛
- مصدر الإبداع والابتكار والتجديد؛
- قوة محرك لجميع الموارد الأخرى ومنتجة لها؛
- قوة لدفع التغيير وتفعيله أو مقاومته.

وقد قدمت لرأس المال البشري عدة تعريفات نذكر منها:

• يعرف رأس المال البشري على أنه المعرفة والمهارات بالإضافة إلى القدرات الذاتية لتحديد وإيجاد مصادر المعرفة والمهارات التي لا يمتلكها الأفراد حاليا وهو ما يطلق عليه بالمبادأة أو الابتكار أو قدرات المنظمة، وهنا يظهر الفرق بين رأس المال البشري ورأس المال الهيكلي، فالمعرفة والمهارات في عقول الأفراد تمثل رأس المال البشري، والتي تتحول إلى رأس مال هيكلي بعد نقلها وتوكيدها في المستندات الخاصة بالمنظمة⁴.

¹ - فارس رشيد مازن: إدارة الموارد البشرية، مكتبة العبيكان، السعودية، الطبعة الأولى، 2001، ص ص: 28-43.

² - إسماعيل حجازي، سعاد معالم: تسيير الموارد البشرية من خلال المهارات، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2013، ص ص: 19، 20.

³ - عبد الله حسن مسلم: إدارة لمعرفة وتكنولوجيا المعلومات، دار معزز للنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص ص: 76.

⁴ - محمد موسى احمد: إدارة الأفراد (إدارة الموارد البشرية) بين النظرية والتطبيق، مكتبة الوفاء القانونية، الطبعة الأولى، القاهرة، 2014، ص ص: 20.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

- يعرف رأس المال البشري على أنه مجموعة من المعارف والمؤهلات والكفاءات والمميزات الخاصة والفردية التي تسهل خلق الرفاهية الاجتماعية والاقتصادية، فهو مزيج من عناصر المعرفة المتعلقة بالمهارات، والخبرات المتراكمة، والإبداع، ومقدرة أفراد المنظمة على الأداء المتميز لمهامهم¹.
- يعرف رأس المال البشري بأنه المهارات والإمكانات والقدرات والصفات والخصائص المختلفة الكامنة في الأفراد والتي لها صلة وارتباط بالنشاط الاقتصادي، كما أن رأس المال البشري لا يركز فقط على ما يمتلكه الأفراد من معرفة ومهارات وما يمتلكونه من قدرات وصفات وخصائص، وإنما يشير إلى المدى الذي يمكن أن يستخدم فيه الأفراد كل ما يمتلكونه استخداماً منتجاً مرتبطاً بالنشاط الاقتصادي عموماً والنشاط الاجتماعي خصوصاً².
- كما يعرف رأس المال البشري على أنه مجموع العاملين داخل المنظمة الذين يمتلكون: القابليات، الخبرات، المهارات، المعارف أو القدرة الفردية للأداء³.

الجدول رقم (08): مقارنة بين مفهومي الموارد البشرية ورأس المال البشري

رأس المال البشري	المورد البشري
هو رأس مال يخلق القيمة	هو مورد
يحقق التسيير بالمهارات	تسيير المهارات
منظور الأفراد	منظور الجماعات
التكوين مسير من طرف الأفراد	التكوين مسير من طرف المؤسسة
تقدير الاحتياجات	المحافظة على السوق
اكتشاف المواهب	إغفال المواهب
ترقية الأفراد	علاقات في المدى القصير
المستوى الاستراتيجي	المستوى القاعدي
التسيير بالتفويض والاستقلالية	التسيير بالرقابة
الأداء على المدى البعيد	الأداء الحالي

المصدر: إسماعيل حجازي، سعاد معاليم (2013)، تسيير الموارد البشرية من خلال المهارات، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، ص: 19، 20.

فمن خلال الجدول أعلاه نلاحظ وجود فروق جوهرية بين مفهوم رأس المال البشري والمورد البشري، وذلك من حيث النظرة العامة إلى المورد البشري والنظرة الخاصة إلى رأس المال البشري التي تركز على الفرد الذي يمتلك مهارات تجعل منه مهماً من ناحية خلق القيمة في المؤسسة بل تجعله أحد أسرار نجاح المؤسسة،

¹- Alain Chamak، Celine fromage: le capital humain comment le développer et l'évaluer، Edition Liaisons، 2006، p17.

²- عبد الرحمن كساب عامر: رأس المال المعرفي، مرجع سبق ذكره، 2014، ص43.

³- سعد العنزي، حميد علي احمد الملا: دور رأس المال الفكري في قوة منظمات الأعمال، مجلة دنانير، العدد الثامن، ص38.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

عكس النظرة التي يعكسها مفهوم الموارد البشرية الذي ينظر إليها وفق رؤية شمولية (منظور الجماعات) أين يتم توجيه الجماعة في اتجاه واحد دون الاهتمام بقدرات الأفراد، كما أن مفهوم المورد البشري هو مفهوم يهتم بالأداء الحالي عكس مفهوم رأس المال البشري الذي يهتم بالأداء على المدى البعيد وبيحث في كفاءات تنمية والحفاظ وتوظيف مهارات رأس المال على المدى البعيد، وعليه لا تعد كل الموارد العاملة في المؤسسة رأسمال بشري إلا إذا تميزت بقدرات ومهارات عالية.

والجدول التالي يلخص لنا الفروقات بين إدارة المورد البشري وإدارة رأس المال البشري:

الجدول رقم (09): الفرق بين إدارة الموارد البشرية وإدارة رأس المال

الفروقات	إدارة المورد البشري	إدارة رأس المال البشري
1	تهتم بالبناء المادي للفرد	تهتم بعقل الفرد والمعرفة
2	تركز على الأداء الآلي للمهام	تركز على الأداء الذهني والفكري
3	لا تتطلب فكر الإنسان ومعارفه	تسعى لاستخلاص المعرفة الكامنة
4	لا تطبق مفهوم التمكين	تركز على تمكين الأفراد
5	تركز على العناصر المادية في محيط الأداء	تركز على الجوانب المعنوية والفكرية للعمل
6	تركز على استخدام الحوافز المادية والمالية	تركز على التفويض والحوافز المعنوية
7	تركز على تنمية مهارات وقدرات الفرد الميكانيكية	تركز على تنمية القدرات الفكرية والقدرات الإبداعية للفرد
8	تركز على العمل الفردي	تركز على العمل الجماعي
9	تنتهي مهمتها بتوظيف الفرد ومتابعته	تنتهي مهمتها بإدارة الأداء وتحقيق النتائج

المصدر: عبد الله حسن مسلم (2015)، إدارة لمعرفة وتكنولوجيا المعلومات، دار معزز للنشر والتوزيع، الأردن، ص77.

2- خصائص رأس المال البشري

إن رأس المال البشري هو عنصر فريد من الموارد البشرية يتمتع بمجموعة من الخصائص التي تعكس أهميته في المنظمات الحديثة والمتماثلة فيما يلي¹:

- **القابلية للتوسع**: يقصد بالقابلية للتوسع قابلية الزيادة في رأس المال البشري من خلال الإثراء الناتج عن تراكم مخزون المعرفة لدى الأفراد والذي يمكن تحقيقه من خلال جملة من العوامل الداخلية والخارجية، فعلى سبيل المثال المعارف الأصلية يمكن تنميتها وإثرائها وتطويرها باستمرار من خلال توطيد العلاقة بين المعرفة الخارجية، المهارات، الخبرات، المعلومات... الخ.

¹ - عمر الشريف، سمير صلحاي: رأس المال البشري الأهمية وضرورة الاستثمار، مجلة الاقتصاد الصناعي، العدد12، جامعة باتنة، 2017، ص ص: 44، 45.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

● **التوليد الذاتي:** ويرجع ذلك لكون أن معظم خصائص رأس المال البشري تتركز على المعرفة الأمر الذي يزيد من قدرته على تحقيق الاستغلال الأمثل للموارد الحالية، فضلا عن قدرته على إيجاد بدائل وحلول للموارد المطلوبة الأخرى.

● **القدرة على الانتقال والمشاركة:** وهما خاصيتين لرأس المال البشري تعنيان أن المالك أو الحامل الأصلي للمعرفة يمكنه توزيع معارفه على الآخرين، مع إمكانية حفظه على ملكيته الحصرية لهذه المعرفة في مجالات محددة، والنتيجة عن التقاسم المعرفي بين حاملي المعارف ومثلقيها أنه يساعد على تحيينها الدائم ويزيد من مخزون رأس المال البشري.

كما يتميز رأس المال البشري بمجموعة من الخصائص الأخرى والمتمثلة فيما يلي:

- أن رأس المال البشري ليس منتج للسلع والخدمات فقط بل هو مستهلك لها أيضا؛
- أن إنتاجية العمل في رأس المال البشري لا تتوقف فقط على النواحي التقنية، بل هناك الدوافع والحوافز الذاتية والخارجية؛
- لا يمكن التخلي عن رأس المال البشري بمجرد أنه أصبح قديما من الناحية الإنتاجية كما هو الأمر في الرأس مال المادي؛
- لا يمكن بيع رأس المال البشري كما هو الحال بالنسبة للرأس مال المادي؛
- يتلاشى رأس المال البشري بوفاة الإنسان باستثناء الاختراعات المسجلة بموجب حقوق الملكية.

ثانيا: أهمية رأس المال البشري وموقعه ضمن رأس مال الفكري

رأس مال الفكري هو نتاج فئتين من الأصول هما رأس مال الهيكلية الذي يشير إلى مجموع الأنظمة والبرمجيات وأساليب التنظيم ونظم العمليات... الخ، بمعنى آخر رأس المال الهيكلية هو عبارة عن المعرفة المستنقاة من رأس المال البشري والموظفة في المؤسسة أو المكتنزة في الوثائق ووسائل العمل، والثانية هي فئة رأس المال البشري الذي يشير إلى مخزون الكفاءات والمهارات والمعارف الموجودة في عقول وأبدان الأفراد، التي تمكنهم من بناء رأس مال علاقات المنظمة مع الأطراف ذات المصلحة، فضلا عن قدرتها على خلق المعرفة التي تنعكس في أشكال رأس المال الفكري الأخرى.

فرأس المال الفكري لأية منظمة يبدأ من رأس مالها البشري الذي يعتبر منبع الإبداع والابتكار والقوة المحركة لرأس المال المادي الذي يتميز بجموده، وكونه المسؤول عن صناعة المعرفة وبناء التنظيم والهيكل الداخلي للمنظمة فضلا عن قدرته على نسج شبكات العلاقات مع الأطراف الأخرى، وعليه تنعكس أهمية رأس المال البشري انطلاقا من كون أن تراكم مخزون رأس مال البشري من شأنه أن يدعم نظام المعرفة الخاص بالمنظمة، وهو ما يزيد من القدرة على الإنتاج وحل المشكلات وإيجاد الحلول، كما تنبثق هذه الأهمية أيضا من خلال أدواره التالية¹:

¹-Barro.robert. J, Jong. Wāh Lee : **International Data on Education Attainment: Updates and Implications** Bartel A.P.and N.Si cherman, technological change and the skill Acquisition of Young workers, journal of labor Economics, The University of Chicago, Chicago, 1998, pp 711-718.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

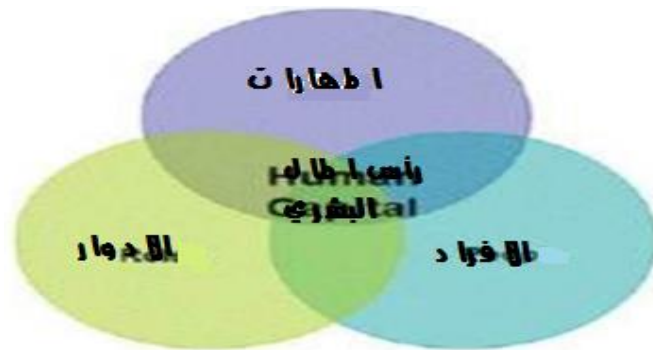
- يعد رأس المال البشري مصدرا من مصادر النمو والبقاء للمنظمة؛
- يعتبر عاملا أساسيا في دعم الإنتاج سواء في المنظمة أو المجتمع؛
- أضحي رأس المال البشري يمثل محورا رئيسيا في تحقيق التنافس المستدام؛
- يعتبر مصدرا من مصادر خلق القيمة المضافة والتي تزيد من خلال امتلاك المهارات والمعارف المتميزة، على عكس ما كان سائدا في السابق أين كان الاهتمام منصبا على الموارد المادية والكفاءة في استخدامها والتي تتناقص قيمتها عن طريق الاستخدام؛
- يعد مطلبا أساسيا في هذا العصر الذي يتميز بالتنوع الثقافي حيث تحتاج فيه المنظمات الحديثة إلى مديرين وأفراد يتميزون بالخبرات المتنوعة والكفاءة العالية للعمل في بيئات مختلفة؛
- يعد موردا استراتيجيا لا يمكن الاستغناء عنه لأن المؤسسة بحاجة متواصلة إلى أفكار ومفاهيم جديدة قابلة للتحويل إلى تكنولوجيا ومنتجات جديدة، عن طريق أفراد يتمتعون بالإنجاز الذاتي والقدرة المتميزة؛

- يعتبر أصلا دائما لا يتأكل، عكس الموارد المادية التي تتسم باهلاكها ونقصانها عند استخدامها.

ثالثا: المكونات الأساسية لرأس المال البشري

من خلال التعريفات السابقة نجد أن رأس المال البشري لا يتركز على مكون واحد وإنما على عدة مكونات تزيد وتنقص حسب الخلفية المفاهيمية التي ينطلق منها الباحثون، كون أن مفهومه لا ينفك عن مفهوم المهارات والخبرة والمعرفة والإبداع والابتكار هذه المفاهيم التي بدورها تقوم على مفاهيم جزئية أخرى أين يعتبر رأس مال البشري الجسم المشتمل عليها، والذي ينشأ عن تفاعل ثلاث عناصر رئيسية هي: الإنسان وهو ما يعبر عنه بالموارد البشري، والمهارات والتي تعبر عن القدرات النوعية التي يمتلكها هذا المورد، وأخيرا الأدوار وهي كل ما يعبر عن أهمية هذا المورد وموقعه ويجعل منه يمثل رأس مال في المنظمة أو المجتمع على حد سواء¹، والشكل التالي يلخص لنا تفاعل هذه العناصر في تشكيل رأس المال البشري:

الشكل رقم (36): العناصر الأساسية المنشئة لرأس المال البشري



المصدر: مدحت أبو النصر، ياسمين مدحت محمد (2017)، التنمية المستدامة: مفهومها، أبعادها ومؤشراتها، المجموعة العربية للتدريب والنشر، الطبعة الأولى، القاهرة، ص25.

¹ - مدحت أبو النصر: التنمية المستدامة: مفهومها، أبعادها ومؤشراتها، مرجع سبق ذكره، ص25.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

فمن خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن رأس المال البشري هو نتيجة لتفاعل الثلاث العناصر الأنفة الذكر، وفي دراسة قامت بها الباحثة سامية بعيبي حصرت فيها اتجاهات تصنيف رأس المال البشري في أربعة اتجاهات مبينة في الجدول أدناه:

الجدول رقم (10): اتجاهات تصنيف مكونات رأس المال البشري

الاتجاهات	الأبعاد
الاتجاه الأول	الكفاءات، المعارف، المؤهلات، التجارب والخبرات
الاتجاه الثاني	المعارف، المهارات، الكفاءات
الاتجاه الثالث	قدرات العاملين، إبداع العاملين، اتجاهات العاملين
الاتجاه الرابع	معرفة العاملين، خبرات العاملين، مهارات العاملين، معنويات العاملين، الخصائص الشخصية

المصدر: سامية بعيبي: الاستثمار في رأس المال البشري كمحدد لتطوير المؤسسات الاقتصادية الخاصة في العصر الرقمي، دراسة عينة من المؤسسات الاقتصادية الخاصة بالجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2017-2018، ص16.

وقد خلصت الباحثة إلى أن مكونات رأس المال البشري تتمحور حول المعرفة والكفاءة على اعتبار أن هذين البعدين يتضمنان باق الأبعاد المشار إليها في الشكل أعلاه، إلا أننا نتفق مع التصنيف الذي قدمه **Sullivan** والذي حصر مكونات رأس المال البشري في المهارات والخبرات إضافة إلى المعرفة والابتكار والذين يحددان الدور الذي يلعبه الفرد ضمن بيئة نشاطه، كما نرى ضرورة إضافة بعد آخر يعكس أهمية رأس المال البشري في المؤسسة، والذي يتمثل في اتجاهات العاملين والذي يعتبر مقياس جيد لمدى قدرة المؤسسة على الحفاظ على رأس مالها البشري، وفيما يلي سنشرح كل عنصر على حدا:

• **المهارات والكفاءات:** تتمثل المهارات في قدرات العاملين التي تكتسب عن طريق التمرين والتجربة في العمل، وتنقسم قدرات العاملين إلى مهارات قلبية (كمهارة التكيف والتحمل)، مهارات عقلية وما يتعلق بها من القدرة على الكلام وحسن المنطق، ومهارات حركية (يدوية)¹، فالمهارة تشير إلى السمات الشخصية التي يتمتع بها الأفراد والتي تمكنهم من القيام بمهامهم بكفاءة وفعالية².

• **الخبرات:** يقصد بالخبرة هنا المستوى التراكمي الذي يتمتع به الأفراد والذي تم تكوينه خلال ممارسة الوظيفة الحالية والوظائف السابقة وتكمن أهمية خبرة المورد البشري في النقاط التالية³:

- تحقيق فعالية إدارة الوقت؛

- تعتبر الخبرة مقياسا لمدى أهمية الفرد في المنظمة ومستوى المكافآت والترقيات التي سيحصل عليها؛

¹ - محمد منير عودة شبير: دور أنظمة ذكاء الأعمال في تنمية رأس المال البشري في القطاع المصرفي الفلسطيني - دراسة حالة بنك فلسطين، رسالة ماجستير، تخصص إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية غزة، 2015، ص38.

² - باري كشواي: إدارة الموارد البشرية، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة الثانية، 2006، ص57.

³ - محمد منير عودة شبير: مرجع سبق ذكره، ص38.

- تمثل الخبرة عاملاً اجتماعياً يساهم في تكوين سلوك الأفراد ضمن الجماعة من خلال التجارب السابقة في المنظمات؛

- تدعم الخبرة مهارات الفرد وتزيد من كفاءته في تأدية المهام.

• **المعرفة:** يقصد بالمعرفة هنا المعرفة الضمنية المخزنة في عقول الأفراد والتي يتوقف وجودها في المؤسسة على حضور الأفراد فيها فهي لا تكون متاحة للآخرين وقد ينتهي وجودها بموت أو انسحاب أصحابها من المؤسسة، وفي هذا الصدد يرى DAFT أن 80 بالمائة من المعرفة الموجودة في المؤسسة هي معرفة ضمنية ومخزنة في رأس المال البشري للمنظمة¹، لكن قد تنتهي الظروف التي تدفع الأفراد إلى التصريح بها حيث تصبح معرفة متعلقة برأس المال الهيكلي للمنظمة خاصة إذا تم تقييدها في السجلات والوثائق الخاصة بالمؤسسة.

كما تعرف المعرفة في معناها البسيط على أنها الإدراك والفهم والتعلم حيث ترتبط بحالة أو مشكلة استناداً إلى المعلومات المتوفرة والمتصلة بها، فالمعرفة عبارة عن معلومات معالجة ومفهومة تتوفر لدى رأس المال البشري والذي يوظفها في اتخاذ القرارات وحل المشكلات المطروحة، كما تعرف المعرفة على أنها الاستخدام الكامل والمكثف للمعلومات والبيانات التي ترتبط بقدرات الإنسان الأصلية والتي توفر له الإدراك والتصور والفهم من المعلومات التي يتم التوصل إليها عن طريق البيانات الخاصة بحالة معينة أو ظاهرة ما².

• **الابتكار:** يعرف الابتكار على أنه العملية التي يمر بها الفرد عندما يواجه مواقف انفعالية حيث يعيشها بعمق ثم يستجيب لها بما يتفق وذاته وبما يؤدي إلى تحسين هذه الذات وتطويرها، فالابتكار يعبر عن قدرات خاصة تظهر ثمراتها في شكل أعمال مميزة³، وعلى مستوى رأس المال البشري يعرف الابتكار على أنه المقدرة على تقديم الحلول الجديدة بدلاً من استخدام الحلول العادية والتقليدية حيث يعبر هذا النشاط عن قدرة رأس المال البشري على التكيف والتأقلم مع المتغيرات والمستجدات⁴، كما يعرف الابتكار بأنه عملية عقلية ديناميكية تتطلب أن يكون التفكير الابتكاري أحد مدخلاتها لتطوير أفكار جديدة أو خلق استخدامات جديدة للمنتجات القائمة مع التأكيد على أن التجديد يجب أن يكون شيئاً أفضل. ويمكن وصف ديناميكية الابتكار بأنها دورة تدور حول الإبداع والتغيير⁵.

¹ - خيرة قوبع: أثر رأس المال الفكري في الإبداع التنظيمي - دراسة حالة المطاحن الكبرى "الظهرة" مستغانم، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة أبي بكر بالفايد تلمسان، 2017، ص: 18، 19.

² - عبد الرحمن كساب عامر: رأس المال المعرفي، مرجع سبق ذكره، ص: 27.

³ - المجموعة العربية للتدريب والنشر، تنمية مهارات التفكير الابتكاري والإبداعي للمدراء، دار الكتب للنشر، الطبعة الأولى، القاهرة، 2012، ص: 32.

⁴ - عبد الرحمن كساب عامر: رأس المال المعرفي، مرجع سبق ذكره، ص: 62.

⁵ - ممدوح عبد العزيز رفاعي: استراتيجيات الابتكار: طريق الإدارة نحو الابتكار الجذري، المؤتمر العلمي الأول بعنوان دعم وتنمية المشروعات الصغيرة، استراتيجيات الابتكار، كلية التجارة جامعة عين شمس، 11-12 مارس 2012، ص: 3.

• **اتجاهات العاملين:** يقصد باتجاهات العاملين مدى توافق توجهات العاملين مع قيم المنظمة، إضافة إلى درجة رضا العاملين، ومعدل دوران العمل، وأيضاً متوسط (معدل) خدمة العاملين بالمنظمة¹.

المطلب الثاني: رأس المال التنظيمي

يمثل رأس المال التنظيمي ثاباً اهم مكونات رأس المال الفكري لأية منظمة حيث يمثل البنية الارتكازية التي ينشط عليها رأس المال البشري كما سنوضحه فيما يلي.

أولاً: مفهوم رأس المال التنظيمي

بدأ باستخدام مصطلح رأس المال التنظيمي **Organizational capital** لأول مرة سنة 1980 أين تم ذكره في بحث قدمه كل من **Visschler & Prescott** بعنوان رأس المال التنظيمي، ثم قام كل من **Lynch & Black** سنة 2005 بالتوسع في هذا المفهوم من خلال توضيح نظرية بريسكوت وفيشلار حول رأس المال التنظيمي واللذان لخصا مفهومه في ثلاث نقاط هي: التدريب، مشاركة العاملين في اتخاذ القرار، تصميم العمليات، وقد قام كل من **بروش ليف وراذ كريشانان 1980** بتلخيص النظريات المفسرة لرأس المال التنظيمي من خلال حصرها في أربع مقاربات أساسية هي²:

- **المقاربة الأولى:** يرى أصحاب هذه المقاربة أن رأس المال التنظيمي يتجسد في الأفراد حيث ينظر إلى رأس المال التنظيمي على أنه عبارة عن معلومات ومهارات يمتلكها الأفراد يتم على أساسها توزيع وتنسيق المهام فيما بينهم، حيث ينشأ عن ذلك فرق العمل ودعم رأس المال البشري من خلال التدريب.

- **المقاربة الثانية:** ضمن هذه المقاربة يتجسد رأس المال التنظيمي في رؤية والتزامات المنظمة وقيمتها وأعرافها حيث يكون رأس المال التنظيمي نتيجة للتناسب ما بين قيم وأعراف المنظمة والتزاماتها، ويتقوى رأس المال التنظيمي من خلال التزام المنظمة وتمسكها بالرؤية والقيم وأثر ذلك التمسك على أصولها المادية والمعنوية.

- **المقاربة الثالثة:** ترى هذه المقاربة أن رأس المال التنظيمي يتجسد في النظم الخاصة، حيث ينشأ نتيجة المعلومات التنظيمية المتراكمة والخاصة لدى المنظمة، وهو ما يفسر ريادة المنظمات الأقدم حيث أنها تتعلم عبر الوقت وتتحكم في الأمور بشكل أفضل وخاصة من ناحية التنظيم عكس المنظمات الجديدة التي لا تمتلك رأس مال تنظيمي كبير.

- **المقاربة الرابعة:** ترى هذه المقاربة أن رأس المال التنظيمي هو المعلومات المتجسدة في العمليات والممارسات والهيكل التنظيمية، وعليه يكون رأس المال التنظيمي نتيجة لتفاعل معلومات المؤسسة التي تعمل على الدمج وخلق التفاعل بين رأس المال البشري وأصول رأس المال المادي ضمن نسق معين.

¹ - السعيد بومنجل، رقايقية فاطمة الزهراء: **مساهمة رأس المال الفكري في تحقيق التميز التنافسي في منظمات الأعمال**، ورقة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الدولي حول: إدارة وقياس رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والعلوم الاقتصادية، جامعة الشلف، الجزائر، يومي 14-13 ديسمبر 2011، ص11.

² - تامر البطراوي: **رأس المال التنظيمي**، الحوار المتمدن-العدد5455-2017/3/9-21:44 المحور: الإدارة والاقتصاد، متاح على الموقع:

<http://www.m.ahewar.org/s.asp?aid=551025&r=0>، 2020/03/14، 20:47.

وقد أعطيت لرأس المال التنظيمي عدة تعريفات تجتمع في كثير من العناصر وتدرج على الغالب ضمن إحدى المقاربات الأنفة الذكر كما هو موضح فيما يلي:

• يعرفه **Mc Ebroy** بأنه يمثل كل الأشياء التي تدعم رأس المال البشري ويبقى في المنظمة عندما يغادرها الأفراد ويذهبون إلى محل إقامتهم¹، فهو يضم مجموعة الإجراءات والصيغ والبراءات والقواعد ومستودعات البيانات والأنظمة التي تبني وتطور المنظمة عبر الزمن لتمكين العاملين (رأس المال البشري) من أداء مهامهم في إنشاء المعرفة وتوليقاتها وتحقيق رافعتها وتطوير منتجات وخدمات المنظمة، وعليه فرأس المال التنظيمي يمثل البنية التحتية الضرورية لرأس المال البشري.

• كما يرى **Roos 2001** أن رأس المال التنظيمي يتكون من العمليات الإدارية، أنظمة المعلومات، الهيكل التنظيمي، الملكية الفكرية، وأي أصول أخرى غير ملموسة تمتلكها المنظمة ولكنها لا تظهر في ميزانيتها العامة².

فرأس المال الهيكلي ينشأ عن توظيف المعرفة التي ينتجها رأس المال البشري من خلال عمليات تخزينها وتطبيقاتها في شكل أنظمة وعمليات وإجراءات... الخ أو من خلال بناء قواعد بيانات يتم اللجوء إليها عند الحاجة، كما أن رأس المال الهيكلي يتعلق بعملية التنظيم في المؤسسة وخاصة في زاوية الهيكل التنظيمي بما يتضمنه من علاقات ومستويات وأنماط تقسيم للسلطة إضافة إلى نظم الاتصال، كما أن رأس المال الهيكلي يعكس تجربة المنظمة والعناصر التفاعلية فيها من خلال الثقافة التنظيمية للمنظمة التي تعتبر نتاج تفاعل الأفراد ضمن بيئتهم التنظيمية والعناصر الملموسة وغير الملموسة فيها، فهو يعبر عن جدارة المؤسسة وفعالية هيكلها الداخلي ومدى تناسقه وترابطه مع بعضه البعض بالشكل الذي ينشئ البيئة التي تدعم رأس المال البشري وتمكنه من ممارسة أدواره كما أنه يربط المؤسسة مع بيئتها الخارجية والعناصر الفاعلة فيها.

وانطلاقاً من التعريفات المقدمة لرأس المال التنظيمي يمكن تلخيص أهم خصائصه في النقاط التالية:

- رأس المال الهيكلي هو رأس مال ذو طبيعة لامادية يمثل المعرفة الصريحة لرأس المال البشري التي تأخذ أشكالاً مختلفة.

- رأس المال الهيكلي له ارتباط وثيق بعملية التنظيم كونه يتعلق بالجوانب التنظيمية في المنظمة؛

- رأس المال الهيكلي يشكل الهيكل الداخلي للمنظمة (الهيكل التنظيمي والثقافة التنظيمية)، كما يعكس تنظيم المعرفة الصريحة في المنظمة وسيرورة العمليات والإجراءات فيها؛

- تكوين رأس المال الهيكلي في المنظمة يحتاج إلى فترة زمنية طويلة نسبياً كونه يتميز بتراكم المعرفة وتزايد مستوى الخبرة والتعلم إضافة إلى تحقيق التفاعل بين عناصرها المادية واللامادية؛

- تعتبر المعرفة الصريحة جوهر بناء رأس المال الفكري فهو يمثل تطبيقات المعرفة الصريحة التي ينتجها رأس المال البشري إضافة إلى المعرفة التي تتحصل عليها المنظمة من مصادر خارجية؛

¹ - سعد غالب ياسين: إدارة المعرفة: المفاهيم، النظم، التقنيات، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص11.

² - [Göran Roos , Alan Bainbridge , Kristine Jacobsen](#): **Intellectual Capital Analysis as a Strategic Tool**, Strategy and Leadership, Vol 29, N° 4, 2001, p 23.

وتكمن أهمية رأس مال الهيكل في كونه يمثل البنية الارتكازية للمنظمة (يمثل بنائها الداخلي)، فمن غير المعقول تصور منظمة ليس لها هيكل تنظيمي بما يتضمنه من مستويات هيكلية ووظيفية إضافة إلى نظم اتصال ونظم عمليات وهيكل توزيع للسلطة والمهام، بالإضافة إلى الثقافة التنظيمية، وعليه فهو يمثل القاعدة التي يمارس من خلالها رأس المال البشري أدواره كما أنه يمكن من تحقيق التناسق بين العناصر الحية والأصول الملموسة وغير الملموسة في المنظمة.

ثالثاً: المكونات الأساسية لرأس المال الهيكلي

تتمثل أهم المكونات الأساسية لرأس المال الفكري فيما يلي:

1- الهيكل التنظيمي: الهيكل التنظيمي هو ذلك الرسم التصويري للعلاقات الرسمية وخطوط الاتصال ونقل المعلومات، فهو يوفر إطار يعمل الأفراد من خلاله كونه ينظم العلاقات بين المستويات الإدارية ويوفر الرقابة على الأنشطة كما أنه يوضح الأبعاد الرأسية والأفقية ويحقق التوازن بين المستويات الإدارية، وهنا يجب أن يعكس الهيكل التنظيمي أسلوب إدارة الأعمال ونمط الثقافة التنظيمية للمنظمة إضافة إلى خصائص البيئة المحيطة بها وأيضاً الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة لديها، وتوجد عدة مداخل في بناء الهياكل التنظيمية نوردتها فيما يلي¹:

- **المدخل التقليدي:** وفقاً لهذا المدخل يكون الهيكل التنظيمي في المنظمة الكفوءة قائماً على أساس السلطة الرسمية وعلى فلسفة البيروقراطية التي تقوم على التخصص في المهام والتدرج الوظيفي والعلاقات الرسمية، ومما يعاب على هذا المدخل هو تميزه بالجمود وقلة المرونة اتجاه التغيرات السريعة.

- **المدخل التقليدي المتجدد:** نظر لأن المدخل التقليدي أهمل العنصر البشري حيث أنه لم يولي اعتباراً للرضا الوظيفي للعاملين ركز هذا المدخل على التحول من النظرة السلبية للعاملين إلى النظرة الإيجابية وهي سمات وخصائص نظرية لا من حيث حبهم للعمل وإشباع حاجاتهم وتحقيق الرضا وتحملهم للمسؤولية والإبداع والابتكار والتميز في الأداء والتركيز على الحوافز، وهذا المدخل لم يركز على التنسيق بين الأنشطة أفقياً وعمودياً ومن ثم فإن هذا المدخل أهمل عنصري البيئة والاستراتيجية.

- **المدخل البيئي:** يرى هذا المدخل أن للبيئة تأثير كبير على الهيكل التنظيمي للمنظمات من حيث استقرارها أو تغيرها وعليه فالبيئة ثلاثة أنواع هي البيئة المستقرة، والبيئة المتغيرة، وهناك البيئة الجامحة أين لا تعرف المنظمة استقرار، وبناء على طبيعة البيئة تتحدد نوعية الاستراتيجية التي ستتبعها المؤسسة وكذلك نوعية الهيكل التنظيمي المناسب لتطبيق هذه الاستراتيجية.

- **مدخل تكنولوجيا المهام:** يرى هذا المدخل أن لتكنولوجيا المهام في المنظمة تأثير كبير في بنيتها التنظيمية وفي نجاحها ووصولها إلى أهدافها وعليه قسمت المنظمات الصناعية وفقاً لمستوياتها التكنولوجية إلى ثلاث أنواع هي:

- منظمات الإنتاج الصغير (دفعات صغيرة)؛

- منظمات الإنتاج الواسع؛

¹ - علي فلاح الزغبى، عادل عبد الله العنزي: الأسس والأصول العلمية في إدارة الأعمال، اليازوري، الأردن، 2015، الصفحات: 219-221.

- منظمات إنتاج العملية (الإنتاج المتشابه)؛
وتتمثل أبعاد الهياكل التنظيمية فيما يلي¹:
 - الرسمية: وتعني درجة تقييد التنظيم بالإجراءات والقواعد والقرارات والتعليمات في توجيه وضبط سلوك العاملين ومدى تمييط الوظائف في المنظمة من خلال الوثائق المكتوبة التي تحدد الإجراءات والسياسات والتي لا يمكن مناقشتها أو تجاوزها.
 - التخصص: والذي يشير إلى درجة تقسيم العمل بالمنظمة إلى مهام محددة ومنفصلة حيث أنه كلما زاد تكليف الموظف بأعمال محددة زادت درجة التخصص.
 - التسلسل الهرمي: يقصد به أن يتم ترتيب السلطات الإدارية من أعلى إلى أسفل في شكل هرمي كما يتعلق ذلك أيضا بنطاق الإشراف، وهنا نشير إلى أنه كلما كان نطاق الإشراف ضيقا كلما كان الهيكل التنظيمي طويلا والعكس صحيح.
 - التنميط: ويقصد به أن الأعمال المتشابهة يتم أدائها بنفس الأسلوب والكيفية مما يجعلها أكثر روتينية ويقلل من درجة الإبداع والابتكار.
 - التعقيد: والذي يشير إلى تعدد وتنوع الأنشطة التنظيمية وعدد الوحدات الإدارية للمنظمة ومجموعات الوظائف المختلفة والتخصصات الموجودة بالمنظمة.
 - المركزية: وتشير إلى موقع ومكان اتخاذ القرارات في المنظمة أو توزيع القوة فيها وهي تعني احتفاظ السلطة العليا باتخاذ القرارات في حين أن اللامركزية تعني تفويض السلطة للمستويات الدنيا.
- 2- الثقافة التنظيمية:** قدمت للثقافة التنظيمية عدة تعريفات نذكر منها:
- يرى روجر هاريسون **R.Harisson** بأن الثقافة التنظيمية هي المعتقدات والقيم المغروسة التي تسود المؤسسات وكذلك العادات الراسخة للطرق التي يجب أن يعمل بها الأفراد في المؤسسة².
 - كما يرى **Shermerhorn** أن الثقافة التنظيمية عبارة عن نظام من القيم والمعتقدات يشترك فيها العاملون في المنظمة حيث يتشكل هذا النظام وينمو ويزداد تعقيدا داخل المنظمة عبر الزمن أين يشكل مجموعة من المعايير التي يصعب مخالفتها³.
 - كما يرى **Bosseman** بأن الثقافة التنظيمية عبارة عن نظام يتكون من مجموعة من العناصر أو القوى التي لها تأثير شديد على سلوك الأفراد في المؤسسة، حيث تمثل النتيجة الكلية للكيفية التي يفكر ويعمل بها الأفراد باعتبارهم أعضاء ينتمون إلى هذا التنظيم⁴.

¹- طلال بن عايد الأحمدى: التنظيم في المنظمات الصحية، معهد الإدارة العامة، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية، 2011، ص ص: 57،

58.

²- سعاد نابف برونوطي: إدارة الموارد البشرية: إدارة الأفراد، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، الأردن، 2004، ص 107.

³- محمود سلمان العميان: السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2002، ص 311.

⁴⁴- عبد الحفيظ مقدم: علاقة القيم الفردية والتنظيمية وتفاعلاتها مع الاتجاهات والسلوك، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 12، العدد 01، 1994،

جامعة الكويت، ص 131.

-يعرفها **Francesco** بأنها مجموعة القيم المشتركة التي تكونت من خلال تفاعل أعضاء المنظمة فيما بينهم ومع الأطراف الخارجية عنها كالعملاء والموردين والموزعين وغيرهم، حيث يمكن أن تدفع ثقافة المنظمة القوية والصحيحة إلى التأثير الإيجابي على سلوك أعضائها في الإطار الذي يخلق الكفاءة والفاعلية ويكسبها التنافسية في أدائها¹.

فالثقافة التنظيمية تعد منظومة من القيم والفلسفة التي تتبناها المنظمة اتجاه موظفيها والعملاء والطريقة التي يتم بها إنجاز المهام، كما أنها تتضمن مجموعة من الافتراضات والمعتقدات التي يتبناها ويتقاسمها أفراد التنظيم والتي يكون لها تأثير قوي ومباشر على سلوكهم وأدائهم لأعمالهم وعلاقاتهم برؤسائهم ومرؤوسيههم وزملائهم والمتعاملين معهم، وتعكس هذه الثقافة درجة التماسك والتكامل بين أعضاء التنظيم حيث تعتبر نظام رقابة داخلي.

وتتمثل أهمية الثقافة التنظيمية للمنظمة في النقاط التالية²:

- تحقيق الهوية التنظيمية؛

- تنمية الولاء التنظيمي والانتماء إلى المؤسسة؛

- تحقيق الاستقرار التنظيمي؛

- تحديد مجالات الاهتمام المشترك؛

- التعرف على الأولويات التنظيمية؛

- تعزيز الأدوار القيادية والإرشادية؛

- تقرير معايير ما يجب أن يقوله ويفعله الأفراد اتجاه المنظمة.

ويمكن حصر أهم أنواع الثقافة التنظيمية فيما يلي³:

- **الثقافة البيروقراطية**: يقوم هذا النوع من الثقافة على تحديد المسؤوليات والسلطة وحقوق وواجبات

العاملين والإجراءات المحددة لاختياراتهم والتي يجب مراعاتها ولا يمكن تجاوزها؛

- **الثقافة الإبداعية**: تهتم بتوفير بيئة العمل التي تساعد على التجديد والإبداع، ويتميز أفرادها بالجرأة

والمخاطرة في اتخاذ القرارات ومواجهة التحديات؛

- **الثقافة المساندة**: تتميز هذه الثقافة بوجود صداقة بين العاملين حيث يسود جو الأسرة المتعاونة

ويكون التوجه بموجب هذا النوع من الثقافة نحو بناء العلاقات والتعاون؛

- **ثقافة النفود (القوة)**: يوجد لهذه الثقافة مصدر وحيد تستمد منه قوتها حيث تتركز في أشخاص محددين

يتخذون القرارات ويعملون على إيجاد وبناء مواقف يجب على باق أفراد التنظيم تنفيذها من منطلق الثقة

المتبادلة بين القائد والعاملين؛

¹- مصطفى بن عودة: دراسة وتحليل أبعاد الثقافة التنظيمية في المؤسسة الاقتصادية: دراسة ميدانية على عينة من مؤسسات دباغة الجلود بالجزائر،

دراسات العدد الاقتصادي ISSN: 1112-4652 المجلد: 15، العدد: 02، جوان 2018، جامعة الأغواط، ص 265.

²- محمد موسى احمد: إدارة الأفراد (إدارة الموارد البشرية) بين النظرية والتطبيق، مرجع سبق ذكره، ص ص: 130، 131.

³- مشنان بركة: دور الثقافة التنظيمية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة- دراسة حالة جامعة الحاج لخضر -باتنة-، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية

وعلوم التسيير، أطروحة دكتوراه، شعبة تسيير المنظمات، جامعة باتنة، 2016/2015، الصفحات: 65- 67.

- **ثقافة الدور:** ينظر إلى ثقافة الدور كمجموعة من الدعامات التي يتم إدارتها والتنسيق بينها بواسطة مجموعة محدودة من المديرين التنفيذيين حيث تسيطر القوانين والإرشادات والإجراءات والوصف الوظيفي على البيئة الداخلية.

- **ثقافة الفرد(الشخصية):** تعطى الأولوية في هذا النوع من الثقافة للأفراد، حيث تقوم هذه الثقافة على المساهمات الهامة للأفراد في صناعة القرارات، ويهيمن هذا النمط من الثقافة في المنظمات التقنية والصغيرة، وكذلك في المؤسسات الصحية والمؤسسات التي تقوم على المعرفة وإنتاجها.

- **ثقافة المهمة:** تركز هذه الثقافة على مدى تحقيق المهمة، حيث تقوم على الخبرة أكثر منها على المركز أو قوة التأثير الشخصي، وعادة ما ينمو ويتطور هذا النمط من الثقافة في المنظمات القائمة على مشاريع معينة.

ويمكن تلخيص أهم أبعاد الثقافة التنظيمية في النقاط التالية¹:

- **بعد الاحتواء والترابط:** ويقصد به مدى أهمية العمل بالنسبة للفرد، حيث يصبح العمل يمثل جزء مهما من حياته ما يجعله على صلة وثيقة بالمنظمة، الأمر الذي يمكن من تحقيق الأهداف النهائية ها، كما يعرف الاحتواء التنظيمي على أنه مجموعة من الممارسات والقيم التي تعمل على بناء بيئة عمل تجعل الفرد أكثر اهتماما بمنصبه ومنظّمته.

- **بعد الاتساق والتجانس:** ويقصد به مدى إيمان الأفراد بالقيم التي يعتقونها في المنظمة حيث تكون هذه القيم أكثر اتساقا كلما زاد وضوحها، وتكون أكثر تجانسا كلما قل تعارضها وتضادها مع بعضها البعض.

- **بعد إمكانية التكيف:** يشير هذا البعد إلى مدى إمكانية التأقلم مع متغيرات البيئة الداخلية والخارجية ووجود نظام من المعتقدات والقيم والمعايير التي تزيد من قدرة المنظمة على استقبال وتفسير وترجمة الإشارات الصادرة من البيئة إلى سلوكيات تزيد من فرصة المنظمة في البقاء والنمو والتكيف مع الأخطار والتهديدات التي تواجهها.

- **بعد تشجيع الإبداع والابتكار:** يتمثل في مجموعة القيم والمعتقدات التي تسهم في توليد الأفكار وخلق روح الإبداع لدى العاملين بالمنظمة، إضافة إلى روح العمل الجماعي بين العاملين وتوفير البيئة التي تدعم وتحتوي الأفكار والاتجاهات الجديدة وتقبل الطروحات الجديدة وإن كانت مخالفة.

- **بعد التوجه بالفريق:** حيث يكون ذلك من خلال التركيز على الهدف الواحد من جميع أفراد المنظمة إضافة إلى مدى إحساس العاملين بالهوية والانتماء والفخر بأدائهم الجماعي للعمل، ومدى قدرتهم على خلق بيئة أكثر تفاعلية وأكثر تكامل في أداء المهام والأنشطة.

- **بعد التوجه بالعمل:** وهو عبارة عن فلسفة وأسلوب إداري يعمل على توجيه سلوك أعضاء التنظيم إلى إيجاد وحفظ وتطوير المنظمة مع زبائنها ومع بقية الشركاء والأطراف ذات المصلحة كالموردين

¹ - مصطفى بن عودة: دراسة وتحليل أبعاد الثقافة التنظيمية في المؤسسة الاقتصادية: دراسة ميدانية على عينة من مؤسسات دباغة الجلود بالجزائر، مرجع سبق ذكره، ص ص: 267، 268.

والممولين والشركاء والمساهمين، من خلال توفير مجموعة من المنافع التي تزيد من رضاهم اتجاه المنظمة وكسب ولائهم.

3- أنظمة المعلومات: مع بداية الحرب العالمية الثانية تزايدت أهمية المعلومات كأحد أهم عوامل كسب الحرب، ومن ثم تزايدت أهمية نظم المعلومات والاستخبارات حيث أصبحت الجيوش تتبنى مفهوم نظام المعلومات وتعمل على تطويره والاستثمار في عناصره المختلفة، ومع الازدهار الاقتصادي الذي شهده العالم بعد الحرب العالمية الثانية أصبحت نظم المعلومات أحد أهم أجزاء المؤسسات على اختلاف أنواعها سواء كانت اقتصادية أو إدارية وأحد أهم عوامل بقائها ونموها، وأصبحت تمثل أهم الأصول غير الملموسة في المنظمة، وقد عرفت نظم المعلومات كما يلي:

• عرف **Robert Reix** نظام المعلومات بأنه مجموعة منظمة من الموارد، البرامج، الأفراد، والإجراءات المساعدة على اكتساب، معالجة، تخزين، توصيل المعلومات، في شكل بيانات، نصوص، صور، أصوات، في المنظمة¹.

• كما عرف نظام المعلومات بأنه سلسلة تتضمن مجموعة متجانسة ومتراصة من الأعمال والعناصر والموارد تقوم بتجميع وتشغيل وإدارة ورقابة البيانات بغرض إنتاج وتوصيل معلومات مفيدة لمستخدمي القرارات من خلال شبكة من قنوات وخطوط الاتصال².

• كما يعرفه **Laudon** بأنه مجموعة من العناصر المترابطة فيما بينها والتي بموجبها تتمكن المؤسسة من جمع البيانات ومعالجتها وتخزينها وتوزيعها قصد دعم عملية اتخاذ القرارات وتحقيق عمليات التنسيق، والمراقبة، وتحليل رؤيتها في إطار منظم³.

ومن خلال التعريفات السابقة نستخلص الخصائص التالية لأنظمة المعلومات:

- الهدف من بناء أنظمة المعلومات هو صناعة المعلومة الملائمة من حيث خصائصها الكمية والنوعية والتي تدعم عملية اتخاذ القرارات في المنظمة، بشكل يعمل على تحيين المعلومات بشكل آلي ومستمر.

- بالرغم من أن نظام المعلومات يتضمن مجموعة من العناصر المادية إلا أن جوهره يبقى لا مادي كونه يركز على جمع وتخزين ومعالجة البيانات قصد إنتاج المعلومات ومن ثم توزيع هذه المعلومة من أجل استخدامها في اتخاذ القرارات، من جهة أخرى تعتمد نظم المعلومات الحديثة على تكنولوجيا المعلومات التي تتميز بكثافة المعرفة (تكنولوجيا الإعلام والاتصال، قواعد البيانات)، إضافة إلى الموارد البشرية وهي عناصر في مجملها تنتمي إلى رأس المال الفكري.

¹- Robert Reix, **Systèmes d'information et management des organisations**, 4ème édition, Paris: Vuibert, 2002, p. 75.

²- هلا ليلي إسلام، أحمد قايد نور الدين: **مساهمة نظام المعلومات المحاسبية في تحسين عملية اتخاذ القرارات بالمؤسسة الاقتصادية**، مجلة دفاتر الاقتصادية، المجلد 11، العدد: 02، 2019، جامعة الجلفة، ص 377.

³- أسمهان خليفي: **دور نظام المعلومات في اتخاذ القرارات -دراسة حالة مؤسسة نقاوس للمصبرات**، رسالة ماجستير، تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة، 2008-2009، ص 65.

- تتميز نظم المعلومات بكونها متنوعة وتتنوع أجزائها على كافة هيكل المنظمة وعلى مستوياتها الإدارية المختلفة بالشكل الذي يحقق التنسيق بين مكوناتها، حيث تعمل نظم المعلومات على ربط كيان المؤسسة الداخلي ببيئتها الخارجية وهو ما يجعل المنظمة أكثر تفاعلا مع بيئتها.
- نظام المعلومات في المنظمات الحديثة بات يمثل الجهاز العصبي الذي يحرك المنظمة في اتجاه تحقيق الأهداف التي سطرته، وعليه فإنه يمثل نقطة قوة في المنظمة وإحدى أهم أسباب تحقيق الميزة التنافسية للمنظمة.

ويمكن إيجاز أهمية نظم المعلومات في ظل بيئة الأعمال الحديثة في النقاط التالية¹:

- تزايد أهمية المعلومات والمعرفة في المجتمعات الحديثة؛
- اتجاه المنظمات الحديثة إلى زيادة التركيز على تطوير شبكات الاتصال والمعالجة الدقيقة وظهور ما يسمى بنظم المعلومات الإلكترونية التي اختصرت الأعمال وقلصت حجم التكاليف وزادت من قدرة المنظمة على التكيف والمنافسة؛
- أصبح نظام المعلومات يعبر عن تحقيق أمن المعلومات في المنظمة كونه يحقق الكفاية الكمية والنوعية من المعلومات التي تحتاجها المنظمة من أجل النشاط فضلا عن أنه يوفر وسائل الحماية لمعلومات المنظمة في مجالها الزماني والمكاني.
- وتتمثل وظائف نظم المعلومات في ما يلي²:

- **تجميع المعلومات:** حيث يعمل نظام المعلومات في المؤسسة على تجميع البيانات من مختلف المصادر الداخلية والخارجية التي تكون في صورتها الأولية (بيانات خام)، ثم يتم تحويلها إلى المعالجة.
- **تشغيل المعلومات:** وفيها يتم معالجة المعلومات من خلال عملية فرزها والتخلي عن العناصر غير المفيدة منها أو المكررة، ثم يتم إخضاعها للعمليات والتحويلات المطلوبة للحصول على معطيات ذات معني إما جاهزة للاستعمال أو بإدخالها ضمن عمليات أخرى حسب نوع الاستعمال والتقنية المطبقة.
- **تخزين المعلومات:** يعني إدارة عمليات التخزين من أجل التحديث والاستدعاء فنظرا لتطور المعلومات وتأثير الزمن عليها هناك ضرورة متابعة المخزن منها وإجراء العمليات التي يفرضها التغير سواء بتحديثها أو إضافة التغيرات، أو التخلي عن الميتة منها.
- **رقابة وحماية البيانات:** أي استعمال مختلف أساليب الرقابة والأمان لتفادي الأخطاء عند إدخال البيانات ولتفادي التلاعب أو ضياع هذه المعلومات.

¹- خالد رجم وآخرون: **تقييم كفاءة نظام المعلومات الإلكتروني: دراسة مقارنة بين المؤسسة الوطنية للجيوفيزياء ومؤسسة الشراكة HESS**، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سطيف، المجلد 18 العدد 01-ديسمبر 2018، ص 37.

²- سليم منى: **أثر استخدام نظم المعلومات على فاعلية أداء الموظفين بالبنوك التجارية الجزائرية-دراسة حالة مجموعة من البنوك التجارية الجزائرية**، أطروحة دكتوراه، تخصص بنوك مالية ومحاسبة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، 2017، الصفحات: 70-73.

- إنتاج المعلومات: وهي الوظيفة النهائية والتي تتمثل في إنتاج التقارير وتوصيلها إلى مستخدميها في صورة مفهومه ومفيدة.

وهنا نشير إلى أن قواعد البيانات يمكن إلحاقها بنظام المعلومات على اعتبارها إحدى أهم الأصول المكونة لرأس المال الهيكلي وتعتبر إحدى أجزاء نظام المعلومات في المنظمة، كما تعتبر أيضا العمليات في المؤسسة إحدى أهم الأصول الهيكلية في المنظمة إضافة إلى الأنظمة واللوائح والإجراءات والقوانين والقواعد المكتوبة والتي تتعلق بالهيكل التنظيمي للمنظمة بشكل أكبر.

المطلب الثالث: رأس مال العلاقات

تعتبر العلاقات محور وجود المؤسسة كونها تعبر عن الفئات الرئيسية التي تسعى المنظمة إلى كسبها وتتمين العلاقة معها، وعليه يعد رأس المال العلاقات من بين أهم مكونات رأس المال الفكري في المنظمات كما سنوضحه فيما يلي.

أولاً: مفهوم وخصائص رأس مال العلاقات

أصبح تحقيق رضا الزبون وكسب ولائه والقدرة على الحفاظ عليه من الأمور التي تنعكس مباشرة على القيمة الاقتصادية للمؤسسة (قيمة العلامة التجارية، سمعة المؤسسة...الخ) حيث يقصد بالعلاقة هنا علاقة المؤسسة مع الأطراف ذات المصلحة سواء كانوا زبائن أو موردين أو ممولين أو مساهمين، ويعرف رأس المال العلاقات على أنه:

• العلاقة مع الأشخاص الذين تتعامل المؤسسة معهم والمتمثلون في الزبائن والموردين وقد أسماه البعض رأس مال الزبائن وهو الأعلى قيمة بين مكونات رأس المال الفكري والأسهل للقياس¹.

• كما عرف **Bontis** رأس المال العلاقات بأنه جميع العلاقات التي تؤسسها المؤسسة مع أصحاب المصالح (الزبائن، الشركاء، الحكومة، الموردين)².

ومن خلال التعريفين السابقين يمكننا استخلاص الخصائص التالية لرأس المال العلاقات:

- يعبر رأس المال العلاقات بدرجة أولى عن قوة وجود علاقة المؤسسة مع الأطراف الخارجية عنها كالزبائن والموردين والموولين والحكومة، حيث تنعكس هذه العلاقات في شكل قيم اقتصادية في المؤسسة.
- يعبر رأس المال العلاقات عن قوة تأثير وتفاعل المؤسسة مع بيئتها الخارجية المكونة من الأطراف الخارجية عنها، كما يعبر أيضا عن مستويات الثقة التي تتمتع بها المؤسسة ضمن بيئة النشاط.

¹ - ظاهر القشي: رأس المال الفكري: الأهمية والقياس، والإفصاح-دراسة فكرية من وجهات نظر متعددة، الملتقى الدولي الخامس: رأس المال الفكري في المنظمات العربية في ظل الاقتصاديات الحديثة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، 13-14-ديسمبر 2011، ص8.
²-Bontis,Nick,intellectual capital: an exploratory study That develops measures and models,management decision,vol 36, octobre 2000 .P 67.

ثانيا: أهمية رأس مال العلاقات

تظهر أهمية رأس المال العلاقات من خلال النقاط التالية¹:

- الزبائن هم من يدفع فاتورة المؤسسة لأن المهمة الأولى لأي مؤسسة هي بناء حصتها السوقية وبناء العلاقة المتميزة مع الزبائن مقابل الحصول على أتعاب ذلك، والمؤسسة الصحية تستهدف فئة معينة من العملاء هم المرضى.
- إن الولاء الذي تكسبه المؤسسة بالعلاقة الجيدة مع زبائنها أو مع الموردين والأطراف ذات المصلحة يحقق لها زيادة في العوائد، فولاء الزبون أو أي عميل من نوع آخر من شأنه أن يدعم الثقة في المؤسسة ويجلب معه عملاء آخرين.
- تنعكس أثار الحصة السوقية للمؤسسة مباشرة على حقوقها اللاملموسة والمتمثلة في العلامة التجارية، كما تنعكس على أدائها المالي من خلال ارتفاع قيمة أسهمها وسنداتها وتزايد معدلات الثقة في قدراتها الائتمانية.
- تمتع المؤسسة بعلاقات جيدة مع الأطراف الخارجية عنها يزيد من مستويات الثقة بها كما يمكنها من اكتساب ميزة تنافسية تمنحها الأفضلية في الوصول إلى السلع والخدمات التي توفرها هذه الأطراف قبل مثيلاتها.

ثالثا: المكونات الأساسية لرأس مال العلاقات

يعبر عن رأس المال العلاقات بمجموعة من الأبعاد والتي تتبثق عن شخص العميل نفسه واستمرار علاقته مع المؤسسة كما سنوضحه فيما يلي:

1- رضا الزبون: يعتبر رضا الزبون مؤشرا جيد عن مدى قدرة منتجات المؤسسة على إشباع حاجات الزبون، فالزبون لديه حاجات تشعره بالنقص وعدم الرضا تعمل المؤسسة على اكتشافها ومن ثم إشباعها من خلال توفير منتجات تشبع هذه الحاجات وتعكس المنافع التي تحققها خلال الزمن والمكان الذي يطلبها فيه الزبون، وقد قدم لرضا الزبون عدة تعريفات نذكر منها:

- درجة إدراك الزبون لمدى فاعلية منتجات المؤسسة في تلبية حاجاته وطلباته².
- الحالة التي تكون فيها المنفعة أكبر من التضحيات وبالتالي تزداد القيمة ويزداد رضا الزبون³.
- الرضا هو الحكم على جودة المنتج الناتج عن عملية المقارنة بين توقعات الزبون للخدمة والأداء الفعلي للمؤسسة⁴.

¹ - عروف راضية، بوزناق حسن: أثر الجودة في بناء رأس المال العلاقتي- دراسة حالة مؤسسة اتصالات الجزائر - وكالة تبسة، مجلة الاقتصاد الصناعي العدد 12 جوان، جامعة باتنة، 2017، ص 468.

² - حاكم جبوري الخفاجي: رضا الزبون كمتغير وسيط بين جودة الخدمة وولاء الزبون دراسة حالة في مصرف بايل الأهلي / فرع النجف، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 8، العدد 25، 2012، ص 84.

³ - يوسف حجيم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي: إدارة علاقات الزبون، عمان، دار الوراق، 2009، ص 221.

⁴ - حاكم جبوري الخفاجي: رضا الزبون كمتغير وسيط بين جودة الخدمة وولاء الزبون، مرجع سبق ذكره، ص 84.

- عرفه كوتلر بأنه حالة الاكتفاء والقبول التي يكون عليها الشخص بعد استخدام المنتج¹.
فالملاحظ من خلال هذه التعاريف أن مسألة رضا الزبون هي مسائل متعلقة بمفهوم الإشباع، والذي يعني الحد الذي يشعر عنده الزبون بانتفاء الشعور بالنقص والحاجة، ومسألة رضا الزبون لا تتوقف عند مستوى واحد وإنما تتوزع على عدة مستويات هي²:

- **الرضا عن النظام:** ويعبر عنه بالتقييم الموضوعي للعمليات للمنافع الكلية التي سيحصل عليها من النظام التسويقي مثل الأسعار، الجودة، توافر السلعة، والتصور الذهني عن السلعة.

- **الرضا عن المنظمة:** ويقصد به ما يحصل عليه العملاء عند التعامل مع منظمات السلع والخدمات وعليه ينتج الرضا عن المنظمة بعد استهلاك الزبون للسلع والخدمات وما يحيط بذلك كموقع المنظمة والتسهيلات المقدمة إضافة إلى ما توفره المنظمة من منافع للعميل.

- **الرضا عن المنتج:** يتعلق الرضا عن المنتج بالتقييم الموضوعي للفرد ومختلف خبراته عن استخدام أو استهلاك المنتجات، وتتوقف عملية التقييم على العملية العقلية التي بموجبها يقوم العميل بمقارنة توقعاته السابقة مع مخرجات المنتج.

2- ولاء الزبون: يعتبر ولاء الزبون مرحلة متقدمة عن رضا الزبون أين يصبح فيها هذا الأخير وفيها لمنتجات المؤسسة بشكل مستمر ومفضلاً لها عن باق منتجات المؤسسات الأخرى، وقد قدمت عدة تعريفات لولاء الزبون نذكر منها:

وعد المشتريين بشراء منتجات وخدمات وعلامات تجارية خاصة بمؤسسة ما على مدى فترة زمنية ثابتة، بغض النظر عن المنتجات الجديدة وابتكارات المنافسين مع عدم اضطرار هؤلاء إلى التبديل³. كما عرف بأنه مقياس لدرجة معاودة الشراء من علامة معينة من قبل الزبون⁴. ويتألف الولاء من ثلاث مكونات أساسية تتمثل فيما يلي⁵:

- **اتصالات الكلمة المنطوقة:** يقصد بها التوصية بالمنتج أو المؤسسة للآخرين؛

- **نية إعادة التعامل:** والذي يعني التعامل المتكرر مع المؤسسة؛

- **عدم الحساسية للسعر:** ويعني استعداد الزبون لدفع أسعار أعلى مقابل الحصول على خدمات المؤسسة وعدم التحول إلى مؤسسات منافسة توفر نفس المنتجات بأسعار أقل؛

¹- سعدون حمود جثير وآخرون: **صياغة استراتيجية إدارة علاقات الزبون عبر تحقيق العلاقة بين الذكاء الاستراتيجي والذكاء التنظيمي**، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية الإدارية، المجلد 5، العدد 11، 2017، ص 7.

²- عبد القادر مزيان: **أثر محددات جودة الخدمات على رضا العملاء- دراسة حالة الصندوق الوطني للتعاون الفلاحي**، رسالة ماجستير، تسويق دولي، جامعة أبي بكر بالقياد تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2012، ص 102.

³- Leninkumar, V. **The Relationship between Customer Satisfaction and Customer Trust on Customer Loyalty**. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 7(4), 2017, p 451.

⁴- أكرم احمد الطويل وآخرون : **دور أبعاد رأس المال الزبائني في تعزيز استراتيجيات الريادة لمنظمات الأعمال : دراسة تحليلية في الشركة الوطنية لصناعة الأثاث المنزلي في محافظة نينوى**، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، المجلد الأول، العدد 27، 2012، ص 4.

⁵- رقيقة بوقريقة، سامي زعباط: **أثر تبني أبعاد جودة الخدمة المصرفية في بناء ولاء الزبون- دراسة عينة من المصارف الخاصة بولاية جيجل**،

مجلة الاستراتيجية والتنمية، جامعة مستغانم، المجلد 10 / العدد : 1 مكر الجزء الأول، 2020، ص146.

- سلوك الشكوى: ويقصد به تحمل النتائج المترتبة عن المشاكل التي قد تحصل خلال التعامل مع المؤسسة، مع التكتّم عنها وعدم نشرها للزبائن والمؤسسات المنافسة.
 - وعلى العموم يتكون ولاء الزبون من المكونات التالية¹:
 - المكون المعرفي: يقصد به ما يعرفه الزبون عن المؤسسة أو العلامة التجارية من معلومات عامة أو خاصة؛
 - المكون الحسي (العاطفي): وهو ما يحس ويشعر به الزبون اتجاه العلامة بالإضافة إلى صورة العلامة وتفضيلات الزبون؛
 - المكون الإدراكي: يقصد بالمكون الإدراكي الأفعال التي يقوم بها الزبون كعملية الشراء.
- 3- إدارة العلاقة مع العميل: تعرف إدارة العلاقة مع العميل على أنها القدرة على الحوار المستمر بين المؤسسة وعمالها من خلال تشكيلة متنوعة من الوسائل والأنشطة والتي تبقى عملية الاتصال مستمرة²، كما تعرف إدارة العلاقة مع الزبون على أنها تطبيق لمفهوم التسويق بالعلاقات بهدف إشباع حاجات كل زبون بشكل فردي من خلال معرفة ما يريده الزبون³، حيث تهدف عملية إدارة العلاقة مع العميل إلى إقامة علاقات طويلة المدى مع الزبون، فهي على هذا النحو ليست عملية تجارية فقط وإنما هي عملية إدارة علاقة تفاعلية بين المؤسسة والعميل تستند على ركنين أساسيين هما⁴:
- تسير المعلومات بالاتجاهين بين المؤسسة والعميل؛
 - تفعيل عملية المعالجة لهذه المعلومات من الطرفين.

¹ - رفيقة بوقريقة، سامي زعباط: أثر تبني أبعاد جودة الخدمة المصرفية في بناء ولاء الزبون - دراسة عينة من المصارف الخاصة بولاية جيجل، مرجع سبق ذكره، ص 147.

² - ليث الربيعي، وائل الشرايعية: أثر إدارة علاقات الزبائن على أداء الفنادق، المجلة المصرية للدراسات التجارية، جامعة المنصورة، المجلد 34 العدد 4، الجزء 2، 2010، ص 208.

³ - مزريق عاشور، يوسف احمد: رأس المال الزبوني كآلية لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسات الجزائرية دراسة ميدانية لشركة اتصالات الهاتف النقال - موبيليس، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة المسيلة، العدد 18/2017، ص 222.

⁴ - أكرم الطويل ندى عبد الباسط: دور أبعاد رأس المال الزبوني في تعزيز استراتيجيات الريادة لمنظمات الأعمال دراسة تحليلية في الشركة الوطنية لصناعة الأثاث المنزلي في محافظة نينوى، مرجع سبق ذكره، ص 06.

المبحث الثالث: علاقة مكونات رأس المال الفكري بجودة الخدمة الصحية

من خلال ما تم التطرق إليه في المباحث السابقة يظهر لنا وجود علاقة وثيقة بين رأس المال الفكري وجودة الخدمات الصحية، خاصة وأن هذه الأخيرة على علاقة وطيدة بقضايا التنظيم والثقافة التنظيمية وهي ذات العناصر التي تشكل رأس المال التنظيمي للمنظمة الصحية، كما أن الجودة في الخدمات الصحية ليست سوى انعكاس للممارسات الجيدة للمورد البشري، زيادة عن ذلك هناك علاقة بين رأس مال العلاقات وجودة الخدمة الصحية خاصة من ناحية إشباع احتياجات العميل وتحقيق رضاه.

المطلب الأول: رأس مال البشري وجودة الخدمات الصحية

عند الحديث عن جودة الخدمة الصحية فإن ذلك يجرنا إلى الحديث عن رأس المال البشري وعلاقته بتحسين جودة الخدمة الصحية كما سنوضحه فيما يلي.

أولاً: أهمية رأس مال البشري في نجاح إدارة جودة الخدمات الصحية

يعتبر المورد البشري للمنظمة الصحية أحد أهم مقومات نشاطها خاصة وأنها تحتاج إلى تشكيلة متنوعة من الموارد البشرية تختلف مستويات تأهيلها، وفئة كبيرة منها لا بد أن تمتاز بمستوى تأهيل من متوسط إلى عالي كما أنها تحتاج إلى أصحاب المهارة والخبرة في المجال الصحي حيث تضم الفئات التالية:

- فئة الموظفين الإداريين والثانويين كالمدرء والمحاسبين والمتصرفين والذين تتوزع مستويات تأهيلهم من عادية إلى عالية؛
 - فئة الموظفين الطبيين الذين تتميز مستويات تأهيلهم بكونها عالية أو ممتازة؛
 - فئة الموظفين شبه الطبيين والتقنيين الذين تتميز مستويات تأهيلهم بكونها من متوسطة إلى عالية مع ضرورة التمتع بالمهارة؛
 - فئة الموظفين العاديين والمهنيين وما شابههم والذين يتميزون بمستويات تأهيل متوسطة مع ضرورة التحكم التقني في الأنشطة.
- وكلما زادت أهمية المؤسسة الصحية وزادت تجربها وخبرتها وانخرطت في وظيفة التعليم والتكوين والبحث الصحي كلما تطلبت فئات ذات مستويات تأهيل عالية جدا من الموارد البشرية كجزء مهم من رأس مالها اللامادي، خاصة وأن نشاط المنظمة الصحية يتميز بما يلي:
- نشاطها يتطلب المعرفة ضمن مجالاتها المختلفة؛
 - نشاطها يتحسن مع تعاقب التجارب وتزايد الخبرة؛
 - تحتاج المنظمة الصحية إلى تكثيف برامج التدريب والتعليم والتكوين المتواصل؛
 - يقوم نشاط المنظمات الصحية على روح الفريق؛
 - كلما زاد تحكم المورد البشري للمنظمة الصحية بالأزمات كلما تحسنت مستويات أدائه.

من جهة أخرى موضوع نشاط المؤسسة الصحية يتعلق بالنفس البشرية والحفاظ عليها وهو ما يفرض عليها توجيه جميع الجهود الممكنة في إطار توفير الرعاية الصحية اللازمة، كما يفرض أن تكون الرعاية الصحية مثالية وخالية من الأخطاء وموافقة للمعايير الصحية المعمول بها، أي أن تكون خدمات المؤسسة

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

الصحية ذات جودة عالية وموافقة للتطبيقات العلمية والممارسات المعيارية، وهذه الجودة لا تتبثق إلا من خلال الممارسات الجيدة للمورد البشري ذو الطبيعة الخاصة والذي يتميز بمهاراته وبخبرته العالية ومعرفته الواسعة وقدرته على التكيف مع الحالات الطارئة، حيث تعتبر هذه الأبعاد من بين أهم العناصر المحددة لمستوى الجودة في الخدمات الصحية¹، وكما سبق ذكره فإن من بين أهم متطلبات إدارة الجودة في الخدمات الصحية وجود موارد بشرية مؤهلة ومدربة بشكل جيد؛ وعليه يكون رأس المال البشري في المؤسسة الصحية أحد أهم الركائز الداعمة لجودة الخدمة الصحية للاعتبارات التالية²:

- إن تحسين الجودة في المنظمة يعني إحداث تغيير سلوكي وفكري في المنظمة وهو ذات الدور الذي يلعبه رأس المال البشري المتميز بقدراته الإبداعية والفكرية ومهاراته وخبراته العالية؛
- من بين أهم مرتكزات الجودة تحقيق الميزة التنافسية من خلال التركيز على العناصر التي يمكن أن تخلق هذه الميزة، حيث يعتبر رأس المال البشري أحد أهم العناصر التي يمكن التركيز عليها في هذا المجال بحكم تميزه عن رأس مال المنظمات الأخرى؛
- يعتبر رأس المال البشري العنصر الوحيد الذي يتمتع بالإدراك والقادر على فهم وتبني أبعاد الجودة كما أنه الوحيد القادر على إقناع جميع المستويات في المنظمة بتبنيها والعمل على تفعيل آليات تجسيدها وتحقيق شروط نجاحها؛
- كون أن منتجات المؤسسة الصحية عبارة عن خدمات يزيد من أهمية دور رأس المال البشري خاصة إذا علمنا أنه لا يمكننا الحديث عن تقديم الخدمة دون وجود مقدم لها؛
- إن الطبيعة الخاصة للخدمات الصحية تستدعي تحقيق الالتزام المطلق بالمعايير الطبية والتي يتم إنشائها وتطبيقها من طرف الخبرة الطبية المتخصصة الناتجة عن نشاط رأس المال البشري، فلا يمكن أن يمارس التطبيب إلا أشخاص ذوي المستوى العالي من ناحية المعرفة والخبرة والمهارة؛
- إن ملازمة الخطر الصحي لنشاط المنظمة الصحية والذي يتميز بالتنوع والاختلاف من شخص إلى آخر من حيث أسبابه وأعراضه يستدعي ضرورة وجود الإدراك الذي يمكن من إبداع الحلول؛
- باعتبار الخدمة الصحية هي خدمة مركبة من عدة أنشطة؛ فهي تتطلب تظافر جهود رأس المال البشري من أجل تقديم الخدمة الصحية الجوهر على أحسن وجه وتحقيق الدعم اللازم لعمل الهيئة الطبية.

ثانياً: إدارة رأس المال البشري كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية

إن أهمية دور المورد البشري تزيد من التأكيد على دور إدارة الموارد البشرية في إشراك رأس مال البشري للمنظمة الصحية في تحسين برامج الجودة فيها، حيث يرى الكثير من الباحثين أن إدارة الجودة ليست سوى أحد انعكاسات تهمين تدخلات رأس المال البشري، وفي إطار يقوم على إشراك العاملين في اتخاذ القرار، وعليه

¹ - قورين حاج قويدر، رضوان انساعد: أثر رأس المال الفكري على تطبيق الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية، الملتقى الدولي: رأس المال الفكري في

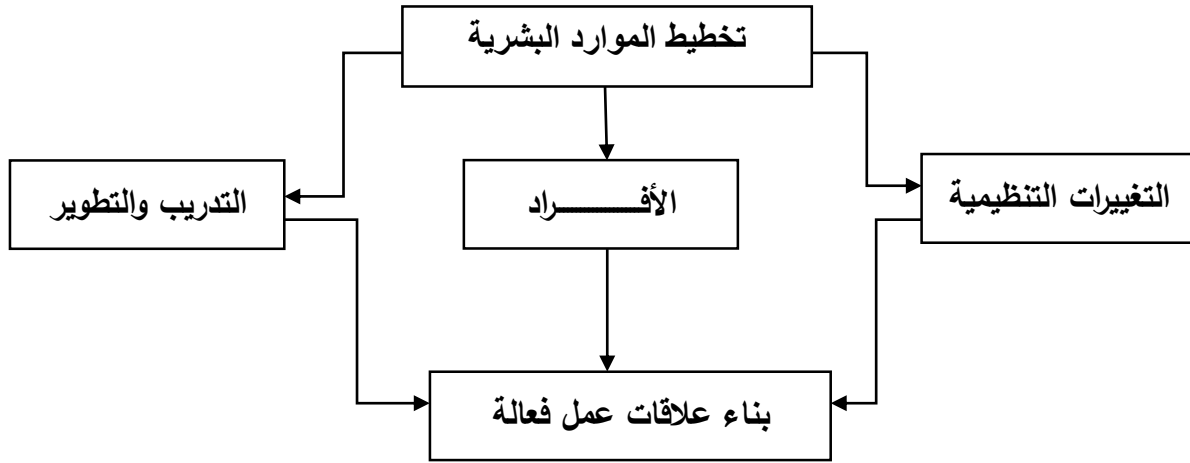
منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة، 13-14 ديسمبر 2011، جامعة الشلف، ص16.

² - سعد العنزي، أحمد علي صالح: إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، مرجع سبق ذكره، ص377.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

فإن مشاركة رأس المال البشري في ذلك تكون من باب أولى من خلال قيام المنظمة الصحية بإعادة صياغة نموذجها في إدارة رأس مالها البشري على النحو التالي:

الشكل رقم (37): نموذج عملية إدارة الموارد البشرية في المنظمة المعتمدة للجودة



المصدر: عبد الستار العلي: تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الأردن، دار الميسرة للنشر والتوزيع، 2008، ص 40

فإدارة رأس المال البشري في المنظمة الصحية لها دور كبير في تحقيق جودة الخدمات الصحية للأسباب

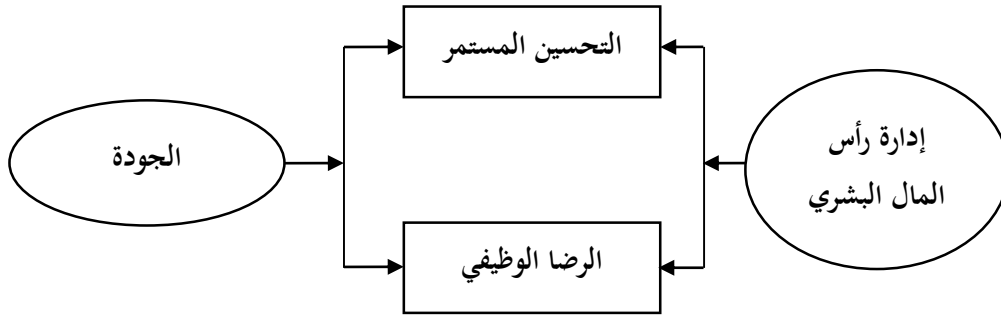
التالية¹:

- تحقيق مستوى جودة عالي يعتمد بدرجة أكبر على الاستخدام الأمثل للمهارات وقدرات الأفراد؛
- نجاح المؤسسة يتوقف على مستوى أداء موظفيها بجميع مستوياتهم؛
- هناك تأثير مباشر لأنشطة إدارة الموارد البشرية على استراتيجية المؤسسة وأدائها المتميز؛
- يوجد دور مهم لإدارة الموارد البشرية في تنفيذ برامج التحسين المستمر.

وكلما توفرت المهارات والكفاءات البشرية وتوفر المناخ التنظيمي الملائم لنشاطها وتم تدريبها وتطويرها على نحو يثمن تدخلاتها كانت نتيجة ذلك بناء العمل المشترك بين أفراد المنظمة على نحو يزيد من فعالية رأس المال البشري في خلق شبكات النشاط التي تدعم روح الإبداع والابتكار في المنظمة وتزيد من تحسين أدائها بما ينعكس بدوره على جودة خدمات المؤسسة الصحية، وبالمقابل تطبيقات الجودة تدفع دائما نحو تحقيق التحسين المستمر وتعمل على تحسين جودة الحياة لدى الموظفين من خلال إثراء مشاركتهم في صناعة قرارات المنظمة وتوجيه سياستها في الإطار الذي يحسن متطلبات أداء المهام، وهو ما ينعكس لديهم إيجابا على مستويات الرضا ويزيد من فعاليتهم في تحسين أداء المنظمة، كما هو موضح في الشكل التالي:

¹ - يحضية سمالي: أثر التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية وتنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية - مدخل الجودة والمعرفة، أطروحة دكتوراه دولة في علوم التسيير، تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، بتصرف، جامعة الجزائر، 2004، ص 202.

الشكل رقم (38): العلاقات التبادلية بين إدارة رأس المال البشري وإدارة الجودة



Source : Evans J, Dean, J: **Total Quality : Management, organisation and strategy**, South western, 2edition 2003, p. 271

وعليه فإن المؤسسات الصحية التي تمتلك كادر مؤهل بقدرات إبداعية في مجال توليد الأفكار وتعزيز العلاقات مع الخبراء في مجال التخصص وقادر على نقل المعرفة إلى الآخرين، مقابل توفرها على عملية تدريب مستمرة للحفاظ على تلك الكفاءات والمهارات تعد كلها إحدى أسس ضمان الجودة في المنظمة الصحية، كما أن جزء كبير من عملية تحسين الجودة في المنظمة الصحية ما هو إلا تحسين لأداء رأس المال البشري من خلال تنشيط أدوار الأفراد الفاعلين في المنظمة وخلق المناخ الأمثل لتقاسم المعرفة والخبرات بين مختلف المستويات التنظيمية، كما أن توحيد رؤية المورد البشري في المنظمة الصحية وتوجيه جهوده في الإطار الذي يدمج معرفته وأهدافه ويخلق روح الفريق في المنظمة من شأنه أن يمكن المنظمة من الوصول إلى أهداف تحسين الجودة، ويمكن حصر أهم المساهمات التي يمكن أن يقدمها رأس المال البشري في تطبيق برنامج جودة الخدمات في المؤسسات الصحية في النقاط التالية¹:

- خلق بيئة تحتضن التطوير المستمر وتشجع روح الإبداع والابتكار من خلال إشراك العاملين في التطوير والعمل فيه باستمرار؛
- تحسين نوعية المخرجات؛
- خلق ثقافة تركز بقوة على العميل (المريض) انطلاقاً من العميل الداخلي ووصولاً إلى العميل الخارجي باعتبارهما جانبان متكاملان لتحقيق نظام المؤسسة نظاماً له مدخلاته ومخرجاته؛
- تحسين مردودية المؤسسة وقدرتها على تحقيق العناية بعملائها؛
- زيادة الكفاءة بزيادة التعاون وروح الجماعة التي تقضي على الصراعات المعيقة؛
- رفع معنويات العاملين، بما يزيد من القدرة على استغلال عطائهم بشكل أفضل خاصة فيما يخص المهارات والمعارف الكامنة؛

¹ - نادية حماس: مساهمة رأس المال الفكري في إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة - دراسة حالة مؤسسة نقاوس للمصبرات باتنة، مرجع سبق ذكره، ص 211.

المطلب الثاني: رأس المال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

الجودة هي قضية تنظيمية بامتياز تقوم على إعادة ترتيب الأنشطة وتوجيه الجهود والاستخدامات ضمن نسق منظم يوفر شروطها، وتطبيقات الجودة في المنظمة تستدعي إحداث تغييرات هيكلية عميقة على مستوى المنظمة تمس مختلف جوانبها التنظيمية، وخاصة ما يتعلق بالثقافة التنظيمية، والهيكل التنظيمي، وأنظمة المعلومات والاتصال، أي الاهتمام برأس مال التنظيمي للمنظمة، والذي يمثل البنية التحتية التي ينشط عليها كل من رأس المال البشري ورأس المال الزبوني ويمثل أيضا مدخلا لتحقيق الجودة كما سنوضحه فيما يلي:

أولاً: الجودة والثقافة التنظيمية

عرف **KINICKI & KREINTNER** الجودة على أنها ثقافة تنظيمية تعنى بالتدريب والتعليم والتحسين المستمر وتحقيق رضا العميل، كما عرفها **SCHUCTYER** على أنها ثقافة يتميز بها الأداء وتجعل المديرين والموظفين يعملون بالشكل الصحيح على نحو يضمن الفاعلية والكفاءة في الأداء في جميع مراحل العمل وبأقصر وقت ممكن¹.

والمنظمة الصحية تتميز بثقافة تنظيمية خاصة تنشأ نتيجة تباين المستويات التنظيمية فيها من حيث مستواها التعليمي والوظائف التي تشغلها، فعلى سبيل المثال يتميز الأطباء بثقافة تنظيمية خاصة يبدأ تكوينها على مستوى كليات الطب، كما يتميز الشبه الطبيون بثقافة تنظيمية خاصة يبدأ تكوينها على مستوى المعاهد المتخصصة في التكوين الشبه الطبي، كما يتميز الإداريون والمساعدون الثانويين بثقافة تنظيمية خاصة يبدأ تكوينها في الجامعات ومؤسسات التكوين، حيث تتفاعل هذه الثقافات مع بعضها البعض ومع أهداف المؤسسة الصحية لتشكل الثقافة التنظيمية للمؤسسة الصحية، وذلك ضمن إطار توازني يوفر مجموعة من القيم والمبادئ التي تؤثر على سلوكيات الأفراد العاملين في المنظمة، وقد تكون أبعاد الثقافة التنظيمية في المنظمة الصحية من بين أهم العوائق التي تقف حاجزا أمام تبني الجودة وتطبيقاتها، وبالمقابل قد تكون عناصر مساندة في ترسيخ ثقافة الجودة، وعلى العموم تتضمن ثقافة المنظمة الصحية الأبعاد التالية²:

- بيئة النشاط؛
- القيم التنظيمية؛
- المثل العليا للقيم التنظيمية؛
- التقاليد والعادات التنظيمية؛
- القنوات الثقافية.

فبيئة النشاط في المنظمة الصحية تشكل بعدا هاما من الأبعاد الثقافية للمنظمة، وكلما كانت المنظمة تعمل ضمن بيئات نشاط عالية التنافس وغير مستقرة قامت المنظمة بتطوير ثقافة تتجه نحو معالجة التغيير

¹ - شادي رشيد الصرايرة، أكرم يوسف النجداوي: أثر رأس المال الفكري على إدارة الجودة الشاملة: دراسة ميدانية على الشركات الصناعية الدوائية وغير الدوائية المساهمة العامة المدرجة في سوق عمان المالي، أبحاث اقتصادية وإدارية-العدد الثاني عشر ديسمبر 2012، جامعة بسكرة الجزائر، ص133.

² - خضير كاظم حمود، روان منير الشيخ: إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2010، ص ص:73،

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

والتعامل معه، أما المنظمات الصحية التي تعمل ضمن بيئات مستقرة فإنها غالباً ما تطور ثقافة تقوم على فكرة " لا تصلحه ما لم ينكسر".

من جانب آخر تصف القيم التنظيمية كل ما تعتبره المنظمة هاماً، وعليه يكون الالتزام والتوافق مع القيم التنظيمية معززا من نجاحها كونها تشكل جوهر وروح الثقافة التنظيمية السائدة، وعلى مستوى المنظمة الصحية كلما كانت قيمها الثقافية تقدر النفس الإنسانية وتتجه نحو التفاني في منع وقوع الخطأ والإتيان الكامل في تقديم الرعاية الصحية، كلما تم التمكين لثقافة الجودة في المنظمة الصحية.

كما تعبر التقاليد والأعراف والعادات التنظيمية عن القواعد غير المكتوبة والسائدة في المنظمة، مثل الكيفية التي يرتدي بها الموظفون ثيابهم، وكيف يتفاعلون فيما بينهم، وكيف يؤديون أعمالهم، وهي في مجموعها عناصر مهمة في بناء نظام الجودة في المنظمة الصحية، كما تعتبر القنوات الثقافية والتي يتم من خلالها نقل الثقافة التنظيمية بين الأجيال المتعاقبة من الموظفين كالشعارات والاحتفالات السنوية عناصر مهمة في بناء ثقافة الجودة في المنظمة الصحية.

وقد تمت الإشارة إلى أن نجاح إدارة الجودة يعتمد بشكل أساسي على خلق ثقافة تنظيمية تتسجم مع القيم والاتجاهات السائدة في المنظمة ومع بيئة إدارة الجودة وتدعيم الاستمرار في العمل، وفقا لخصائصها وخلق علاقات عمل بناءة بين أفرادها وذلك عن طريق تبني قيم ومفاهيم قائمة على العمل التعاوني بمشاركة جميع العاملين، ومن خلال فرق العمل الممكنة لاقتراح وإجراء التغييرات المناسبة بهدف إرضاء العميل عن طريق تقديم خدمات ومنتجات ذات جودة عالية ترتقي لمستوى التوقعات¹.

وعليه فكلما كانت المنظمة تملك ثقافة تتبنى الجودة كمنهجية عمل كلما استطاعت إحداث التغييرات الضرورية التي تمكنها من توفير متطلبات تطبيق نظام الجودة بأقل تكلفة وأقصر وقت ممكن، وكلما كانت المنظمة تتميز بثقافتها المعارضة للجودة كلما ارتفعت التكلفة المادية لتبنيها وطالت المدة الزمنية لتحقيق ذلك، ويمكن حصر أهم أبعاد الثقافة التي تدعم تطبيقات الجودة في المنظمة الصحية على النحو المبين في الجدول التالي²:

¹ - مصطفى يوسف كافي: الإصلاح والتطوير الإداري بين النظرية والتطبيق، دار رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق سوريا، 2018، ص 169.

الشكل رقم (11): أبعاد ثقافة الجودة في المنظمة الصحية

المضمون	البعد
عملية تهدف إلى التأثير على سلوك الأفراد وتنسيق جهودهم لتحقيق أهداف معينة، بالإضافة إلى الحزم والشفافية وتوضيح طرق الاتصال، الرؤيا الاستراتيجية والتخطيط طويل الأمد للجودة.	القيادة والتزام الإدارة
مدخل تعزيز ثقافة الفرد اتجاه الجودة عبر قيامه برقابة عمله بنفسه، ومساهمته في جهود التحسين المستمر بشكل طوعي غير إجباري، وتتضمن أيضا: التدريب والتعلم، إدارة العاملين والتمكين، التشجيع على الإبداع، احترام العاملين، الاستقرار المهني	الرقابة الذاتية وتطوير أداء الأفراد
عبارة عن حلقة من التغييرات الصغيرة والمتكررة والتي لا نهاية لها مع استمرارية تغير وتطوير حاجات الزبون، وتشمل هذه التحسينات جميع أوجه النشاط في المنظمة وتتطلب مستوى وعي كبير من طرف الأفراد بمفهوم الجودة والسلوكيات الإيجابية في الأداء.	التحسين المستمر
من منظور إدارة الجودة الشاملة عكس بعد علاقة المنظمة بأطراف متعددة، تشمل: الزبائن، الموردون، العاملون وجميع الأطراف المستفيدة، وهي علاقة لها تأثير كبير على النمط الثقافي للمنظمة والموجه بالجودة والمرتكز على المفاهيم التالية: علاقة الشراكة مع الزبائن، علاقة التعاون طويلة الأجل مع الموردين، الاهتمام برضا العاملين كأساس لتحقيق رضا الزبائن، تحقيق المصلحة وإرضاء الأطراف الأخرى المستفيدة.	العلاقة زبون مورد
ويعطى عليها فرق تحسين الجودة، وهي من أبرز مظاهر ثقافة الجودة في المنظمة حيث تبرز أهمية انسجام الأفراد وتوحيد جهودهم ووحدة هدفهم في تحقيق مستويات أعلى من الجودة، وكذلك تسهل عملية مشاركتهم واندماجهم، إلى جانب تنمية روح الولاء وحب الانتماء والمبادرة والإبداع مع ضرورة توفر الكفاءات والقدرات المناسبة.	العمل في الفرق

المصدر: فتحة بوحود: الإدارة بالجودة الشاملة مدخل لترقية تنافسية المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الجزائرية: دراسة

ميدانية على بعض المؤسسات بسطيف، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم اقتصادية، جامعة سطيف، 2013، ص73.

لكن وفي حالة وجود ثقافة مضادة للجودة في المنظمة الصحية فإن ذلك يستوجب عليها تبني مجموعة من الإجراءات التي من شأنها أن تحول الثقافة السائدة في المنظمة من ثقافة مناهضة لها إلى ثقافة تتبني الجودة، وتتمثل هذه الإجراءات فيما يلي¹:

- تحديد السلوكيات والإجراءات والعمليات التي يراد تغييرها؛
- رسم خطة التغيير؛
- تطوير خطة شاملة لإجراء التغيير؛
- التأكد من أن كل مناصري التغيير ملمون بالحالات التي يمر بها الأفراد عند مواجهة التغيير؛

¹ - خضير كاظم حمود، روان منير الشيخ: إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، مرجع سبق ذكره، ص89.

- تحديد الأشخاص المؤثرين الذي يناصرون عملية التغيير أو قد يواجهونها؛
- تقديم الدعم اللازم لخطة التغيير.

ثانيا: الهيكل التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

يحدد الهيكل التنظيمي للمنظمة خارطة توزيع المهام والمستويات التنظيمية فيها، إضافة إلى توزيع المسؤوليات وتحديد نطاق الإشراف، كما يوضح العلاقات التي تربط مختلف وظائف المسؤولية والمستويات الوظيفية، وقد أشار **ماكينزي** في نموذج الذي اقترحه في تطبيق نظام الجودة أن الهيكل التنظيمي يعد أحد العناصر الأساسية في تطبيق الجودة¹، وعلى مستوى المؤسسة الصحية نميز بين نوعين من وظائف المسؤولية التي يتضمنها الهيكل التنظيمي وهي:

- **وظائف المسؤولية الهيكلية:** والتي تتعلق بمسؤوليات الإدارية العليا ومن أمثلتها وظيفة المدير، وظيفة المدراء الفرعيين كمدير الموارد البشرية ومدير المصالح الاقتصادية ومدير النشاطات الصحية، وهذه الوظائف تشكل مع بعضها البعض هيكل المسؤولية الإدارية في المنظمة الصحية.

- **وظائف المسؤولية الوظيفية:** والتي تتعلق بمسؤوليات الرعاية الصحية وترتبط مباشرة بأنشطة الطاقم الطبي وشبه الطبي، حيث يتم من خلالها توزيع مسؤوليات التنسيق في الرعاية بين الموظفين والوحدات والأقسام في المؤسسة الصحية.

كما أن الهيكل التنظيمي يضبط خارطة العلاقات بين مختلف أقسام ووحدات المنظمة الصحية ويحدد النطاقات بين وظائف المسؤولية وينظم طرق الاتصال الرسمي بين أفرادها ووحداتها المختلفة، وأكثر من ذلك يوجه نشاط المؤسسة ضمن نسق منظم يقوم على دمج وتحقيق التكامل بين الأنشطة والمهام ويمنع التداخل في الصلاحيات أو التعارض بين المهام والمسؤوليات أو الوقوع في تضارب المصالح، فهو عكس ما هو متعارف عن كونه رسم بياني يمثل منظومة تتبثق عن قاعدة عريضة من القوانين واللوائح والتعليمات والأنظمة التي ترتب الهيكل اللامادي في المؤسسة وفق ما يشبه الجهاز العصبي للإنسان².

فالهيكلة التنظيمية يعتبر أحد أهم الدعائم الأساسية لتحسين الجودة في المنظمة الصحية لأن مكوناته تمثل أهم العناصر التي تسعى المنظمة إلى تحقيق التغييرات المطلوبة من أجل إنجاح تطبيق برنامج الجودة، فعلى سبيل المثال ومن أجل أن تنطلق المنظمة في تحسين الجودة لا بد لها أن تنشئ هيئة إدارية وطبية مشتركة تسهر على ضمانها من خلال مراقبة العمليات والنتائج وإعادة تصحيح الانحرافات الموجودة في عملية تقديم الخدمات، كما يتوجب عليها تحسين نظام الاتصال وانتقال المعلومات بين أجزاء هيكلها التنظيمي بالشكل الذي يجعلها متاحة لجميع الأطراف التي تهمها وعلى نحو يتوافق مع متطلبات تطبيق الجودة، كما يجب أن تكون عملية الاتصال ضمن سلسلة مفتوحة قائمة بين أفراد فرق العمل وبين المستويات التنظيمية المختلفة وعلى نحو يسهل إجراءات الهيئات الرقابية بشكل جيد، كما أن هيكل الجودة لا بد أن يوزع المسؤوليات

¹- ريمة اوشن: إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة1، 2017-2018، ص37.

²- فتحي سرحان: إدارة الجودة الشاملة: الاتجاهات الإدارية الحديثة، مكتبة الشريف ماس للنشر والتوزيع، القاهرة، 2012، ص133.

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

في المنظمة بشكل متوازن يمنع التداخل في الصلاحيات ويمكن لجميع الأفراد في المؤسسة من المساهمة في إنجاح تطبيق الجودة.

ومن جهة تكوينه الوظيفي لا بد أن تتسجم وظائف المسؤولية الهيكلية مع وظائف المسؤولية الوظيفية بحيث تقلل من الصراعات بين هاتين السلطتين لأن ذلك يؤثر سلبا على جودة الخدمات ويؤثر على رضا المريض وانطباعاته حول المؤسسة الصحية. وإذا عدنا إلى متطلبات تحقيق جودة الخدمة الصحية فإن الهيكل التنظيمي للمنظمة الصحية لا بد أن يكون مرنا وعلى نحو يتلاءم مع السرعة المطلوبة لتحقيق الاستجابة السريعة لاحتياجات المريض ووفق طرق جيدة، خاصة إذا علمنا أن الأنشطة الصحية تستدعي الاستعجال والاستعداد الذي يسبق أي حالة صحية يمكن أن تطرح وهو ما يفرض ضرورة التقليل من المركزية والتفويض في اتخاذ القرارات.

وفي نفس الإطار لا بد أن تدمج هيئات التسيير والمشاركة واللجان كإحدى أهم متطلبات إدارة الجودة الحديثة، والتي تعتبر عناصر لها علاقة وطيدة بالهيكل التنظيمي للمنظمة الصحية كونها تمثل إحدى أهم أدوات المشاركة في اتخاذ القرار والتفعيل الجيد لعمليات التخطيط والتنظيم والرقابة والتوجيه ويمكن حصر أهم هيئات التسيير فيما يلي:

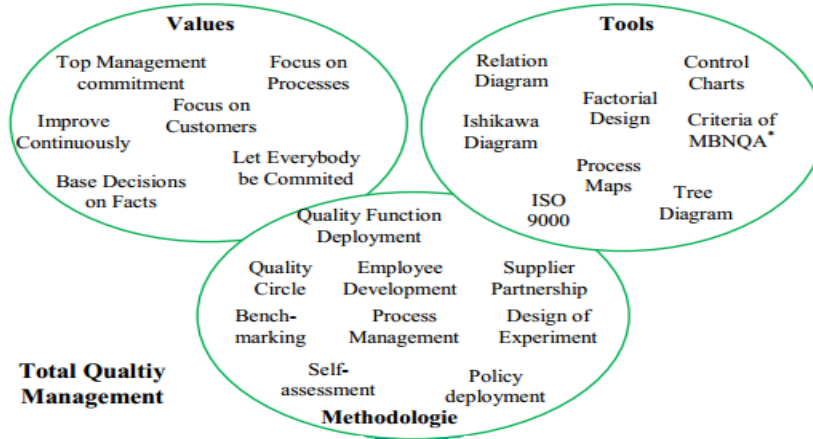
- **المجلس الإداري:** وهو المجلس المسؤول عن الرقابة على التسيير في المنظمة الصحية؛
- **المجلس العلمي:** والذي ينحصر وجوده في المؤسسات الصحية التي لها علاقة بالتكوين؛
- **المجلس الطبي:** وهو مجلس تنسيقي يتم من خلاله تحقيق التنسيق بين الأطباء وشبه الطبيين والتنسيق مع المستوى الإداري في عملية التسيير؛
- **هيئات المشاركة والطقن:** وهي الهيئات التي تشارك في تسيير الشؤون المتعلقة بالموارد البشرية؛
- **اللجان التقنية:** وهي لجان البث في القرارات الحيوية ضمن المجالات الهامة في المؤسسة الصحية كالأمن والنظافة والأدوية والعناد... الخ.

ثالثا: نظم المعلومات والتسيير وقواعد البيانات وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية

تعتبر نظم المعلومات على اختلاف أنواعها بمثابة الأجهزة الحيوية للمؤسسة الصحية، فنشاط هذه الأخيرة قائم بدرجة أولى على جمع المعلومات ومعالجتها وإعادة استخدامها، حيث تشتمل معظم المؤسسات الاستشفائية على مديرية للنشاطات الصحية والتي يعتمد جزء كبير من نشاطها على جمع المعلومات وبناء قواعد البيانات التي تستخدم على نطاق واسع سواء على المستوى الداخلي أو الخارجي للمنظمة، والجودة كفلسفة هي في حد ذاتها نظام قائم بذاته يرتبط بجميع أنظمة المعلومات والتسيير في المؤسسة الصحية، حيث تعتبر مخرجات هذه الأنظمة عبارة عن مدخلات يتم استخدامها في نظام الجودة، والذي بدوره يقوم بمعالجتها وتحويلها إلى مخرجات في شكل قرارات متعلقة بالجودة يتم تنفيذها والخروج من خلالها إلى نتائج.

الشكل رقم (39): الجودة كنظام للتسيير

Aim: Increase external and internal customer satisfaction with a reduced amount of resources



Source : Rallabandi Srinivasu, G. Satyanarayana Reddy, and all, 2010, The contribution of TQM and six Sigma in the organisations to achieve the success in terms of quality, International Journal of computer applications, Volume 8, Issue 4. P11.

فنظام تسيير الجودة وكما هو موضح في الشكل أعلاه يتكون من ثلاث حلقات متقاطعة تتفاعل فيما بينها ضمن علاقات منظمة هي:

- **القيم:** والتي تتمثل في التسيير بالمشاركة، التركيز على العمليات، التركيز على المريض، التحسين المستمر، بناء القرارات على الحقائق... الخ.
- **المنهجية:** والتي تتمثل في نشر ثقافة الجودة، حلقات الجودة، لوحة القيادة، تصميم التجارب، تطوير مهارات العاملين، المناجمنت العمالياتي.
- **الأدوات:** تتمثل أهم أدوات الجودة في بطاقة المراقبة، خرائط العمليات، شجرة الأسباب... الخ.

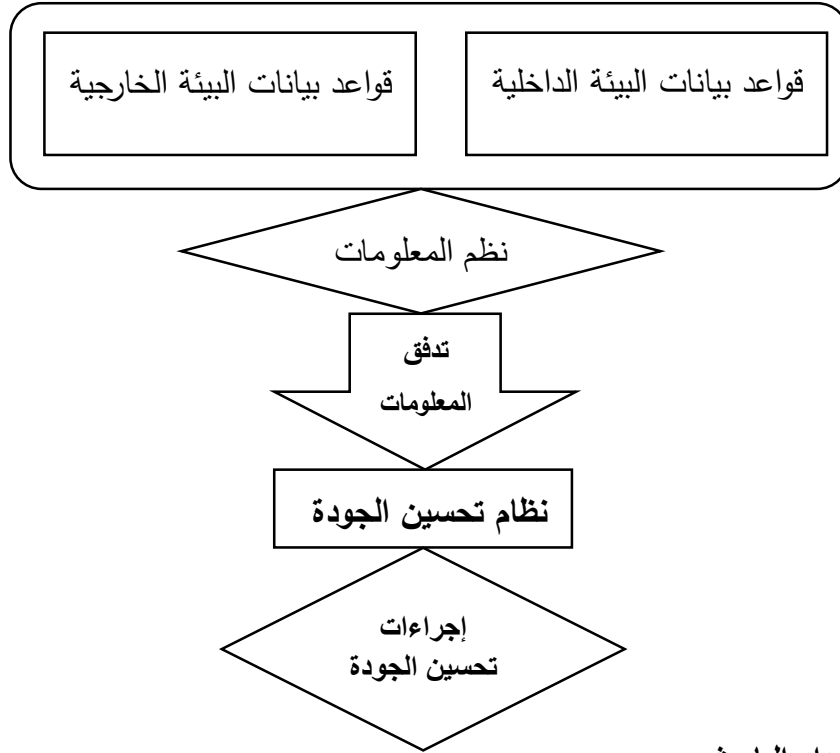
ونظام تسيير الجودة في المنظمة يعد في حد ذاته مساهمة في تكوين رأس المال الفكري للمنظمة لأن النسبة الأكبر منه قائمة على عناصر فكرية ومعلوماتية وبشرية، وكما أشرنا سابقا أن رأس المال الفكري في المنظمة يتم تكوين بعض عناصره بالتدرج من خلال تبني بعض منهجيات التسيير واستيعاب قيمها واستغلال أدواتها، حيث تكون هذه الأنظمة في البداية ضعيفة إلى حد ما ثم تتحسن مع الوقت إلى درجة أن تصبح قادرة على تطوير فلسفة المنظمة ضمن مجال النظام، وقادرة على إدماج عناصر بشرية وفكرية جديدة إلى أن تصبح إحدى أهم عناصر القوة في المنظمة وجزء أصيل من مكونات رأس مالها وملكيته الفكرية، حيث تصبح المنظمة قادرة على بيع وتبادل وتقاسم هذه المكونات مع المنظمات الأخرى، وكما أشرنا إليه سابقا أن مستويات تبني المنظمات للجودة ليست واحدة وإنما هي حصيلة التفاعل بين مكونات نظام الجودة فيها عبر الوقت.

من جهة أخرى تعتبر قواعد البيانات مهمة جدا لإنجاح تطبيق الجودة على مستوى المنظمة الصحية، سواء كانت هذه القواعد متعلقة بنشاط المؤسسة الداخلي أو الخارجي فنظام الجودة بدوره يحتاج إلى التغذية المستمرة بالمعلومات والبيانات التي تقدم قراءات حول كل ما يتعلق بالخدمات المقدمة وانطباعات العملاء والمنافسين والمراقبين إضافة إلى الاحتياجات الحالية والمستقبلية للعملاء، فضلا عن المعلومات الخاصة بأسواق

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

المدخلات وغيرها التي تمثل أساسا تعتمد عليه المنظمة في اختيار توجهاتها المتعلقة بالجودة، حيث يتم انطلاقا من المعلومات التي توفرها قواعد البيانات اتخاذ القرارات اللازمة من أجل تصحيح الجودة، فتحسينات الجودة تعتمد على نوعين من المدخلات هي المدخلات المادية والمدخلات غير مادية هذه الأخيرة التي تتمثل في المعلومات الأولية التي تساهم في تحسين الجودة ولا يمكن توفيرها إلا من خلال قواعد البيانات المعدة مسبقا.

الشكل رقم(40): العلاقة بين قواعد البيانات ونظم المعلومات ونظام تسيير الجودة



المصدر: من إعداد الباحث

هنا نشير كذلك أن لجودة الخدمات الصحية ارتباط وثيق بنظم العمليات والتي تعتبر مكونا أصيلا من رأس مال الفكري للمنظمة وبالمقابل يمثل عنصرا جوهريا من حيثيات الجودة، كما أن النظم والإجراءات المكتوبة إضافة إلى الوثائق والترسانة القانونية لدى المنظمة تمثل جزء مهما من رأس المال الفكري لدى المنظمة وفي نفس الوقت فإنها تمثل عناصر أساسية في تحقيق الجودة.

المطلب الثالث: رأس مال العلاقات وجودة الخدمات الصحية

إن رأس المال العلاقات هو أحد أهم مكونات رأس المال الفكري للمنظمة، وهو يمثل محور وجود واستمرار نشاطها كما أنه يعد مورد مهم في تعظيم قيمة المؤسسة، وله علاقة مباشرة بالجودة كون أن بعض أبعاده تمثل أهم أهداف عملية تحسين الجودة وتعتبر عن المستوى الحقيقي للجودة الحالية والمطلوبة من المنظمة.

أولا: أهمية العلاقات مع الأطراف ذات المصلحة في بناء الجودة

يتمثل رأس مال العلاقات في العلاقات التي تربط بين المؤسسة ومختلف المتعاملين معها، وعلى وجه الخصوص الزبائن والموردين والمنافسين والممولين وغير ذلك، وإذا كنا قد تحدثنا عن أهمية العلاقات على

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

مستوى رأس المال الهيكلي فإن ذلك يبقى في حدود البيئة الداخلية للمنظمة، وهي من بين أهم العناصر التي تعكس حجم الفرص أمام المنظمة وتعكس نقاط الضعف، ومما لا شك فيه أن العلاقات تمثل قيمة كبيرة للمنظمة من حيث كونها:

- أنها تسهل عمل المؤسسة؛
 - أنها تشكل قنوات يتم من خلالها تغذية نظام تسيير الجودة في المنظمة بالمعلومات بشكل مستمر؛
 - كونها تمكن المنظمة من تحقيق الأسبقية في الوصول إلى وسائل تحسين الجودة؛
 - تمكن المؤسسة من تحقيق معرفة انطباعات المتعاملين حول جودة مخرجاتها الحالية والمتوقعة.
- وامتلاك المؤسسة لعلاقات قوية مع محيطها الخارجي من شأنه أن يمنحها الأفضلية في الوصول إلى المواد واللوازم والمدخلات والمعلومات إضافة إلى التسهيلات على نحو يجعل لها الأسبقية في كل ذلك، وهي عناصر يمكن أن تساهم في تحسين جودة الخدمات المقدمة، كما أن العلاقات تساهم في خفض تكاليف الحصول على العناصر السابقة الذكر وبأسعار معقولة، فضلا عن أنها تختصر الزمن وتقلل من الجهد المبذول من أجل الحصول على ما تريده قصد تحسين جودة خدماتها، كما تمكنها العلاقات أيضا من الحصول على الاستشارات التي تعتبر مهمة جدا للمؤسسة من أجل الحصول على معلومات الجودة، والجدول التالي يلخص لنا أهم أوجه العلاقة بين رأس مال العلاقات والجودة.

الجدول رقم(12): أوجه العلاقة بين رأس المال العلاقات وجودة الخدمات

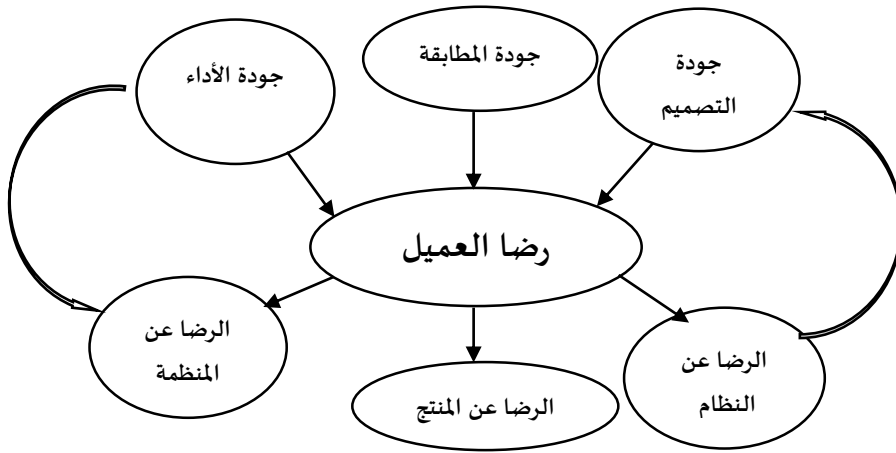
طبيعة العلاقة	المنافع على الجودة
- العلاقة مع الموردين والممولين	- الحصول على مدخلات العملية الإنتاجية بأقل تكلفة وأقصر وقت. - الحصول على المعلومات الضرورية عن سوق التوريد والتمويل. - الاندماج الجيد في سلاسل التوريد.
- العلاقة مع الزبائن	- الحصول على آراء الزبائن حول الجودة الحالية للمنتجات. - الحصول على المعلومات حول الجودة المتوقعة. - تعظيم أرباح المؤسسة وتغطية تكلفة تحسين الجودة.
- العلاقة مع المنافسين	- الحصول على المعلومات. - الحصول على العلامات التجارية وحقوق الملكية. - إمكانيات الاندماج من أجل تحقيق النفع المتبادل. - المشاركة في إعداد بحوث الجودة.

المصدر: من إعداد الباحث

ثانيا: رأس المال الزبوني وجودة الخدمات الصحية

كما سبق التطرق إليه أن رضا العميل يعد بعدا جوهريا لرأس مال العلاقات كونه يعبر عن حجم الحصة السوقية للمؤسسة، وهو مقياس جيد عن الجودة كونه يعبر عن مدى رضا الزبائن عن الخدمة المقدمة، فالرضا يعرف على أنه "درجة إدراك الزبون لمدى فاعلية منتجات المؤسسة في تلبية حاجاته ورغباته"، كما يعرف على أنه "الرضا هو الحكم على جودة المنتج الناتج عن عملية المقارنة بين توقعات الزبون للخدمة والأداء الفعلي للمؤسسة" وهو يتأثر بشكل مباشر بجودة الخدمات المقدمة حيث أن مستوى الجودة ينعكس إيجابا أو سلبا على الرضا، وهو ما يثري عملية إدارة الجودة ويوجهها نحو التحسين، كما هو موضح الشكل التالي:

الشكل رقم(41): العلاقة بين الجودة ورضا العميل



المصدر: من إعداد الباحث

فدرجة رضا العميل تمكن المنظمة من معرفة مستوى الجودة الذي وصلت إليه ضمن جوانبها المختلفة، وهو يمكنها بدوره من بناء استراتيجية الجودة الخاصة بها انطلاقا من العناصر الأساسية التي يجب أن تركز على تحسينها قصد الوصول إلى المستوى المطلوب من الجودة، وعليه إذا قلنا أن الجودة هي إحدى عوامل رضا العميل فرضا العميل يمكن أن يكون موجها لعملية إدارة الجودة في المنظمة لكن ذلك يتطلب بحثا في مدى رضا العملاء على جودة خدمات المنظمة ليتم من خلالها بناء نموذج المنظمة في إدارة الجودة. وكما سبق التطرق إليه أن ولاء العميل هو وعد المشتريين بشراء منتجات وخدمات وعلامات تجارية خاصة بمؤسسة ما على مدى فترة زمنية ثابتة بغض النظر عن جودة المنتجات الجديدة وابتكارات المنافسين مع عدم اضطرار هؤلاء إلى التبديل، فهو يعد مرحلة متقدمة لرضا الزبون كونه نتيجة لجودة الخدمات المقدمة ما يجعل المؤسسة تكسب العميل بعد اقتناعه بأهمية الخدمات التي تقدم له، وعلى اعتبار أن الجودة هي قضية متواصلة وتتطلب التحسين المستمر فإن ولاء المتعاملين اتجاه المنظمة من شأنه أن يدفعهم للمساهمة في تحسين جودة خدمات المؤسسة من خلال مجموعة من الفوائد التي يمكن لنظام الجودة في المؤسسة أن يستفيد منها وهي:

الفصل الثالث..... أثر رأس المال الفكري على جودة خدمات المؤسسة الصحية

- الحصول على بيانات ومعلومات وانتقادات يتم من خلالها تغذية نظام الجودة بالمعلومات الضرورية عن كيفية التحسين؛
 - يعمل العميل الموالي للمؤسسة على إقناع متعاملين آخرين بجودة خدمات المؤسسة مما يدعم نظام جودتها أكثر؛
 - يمكن للعميل الموالي للمنظمة من أن ينقل إلى المنظمة معلومات حول جودة منتجات المنظمات المشابهة مما يساعدها في الحصول على المعلومات اللازمة والعناصر التي يمكن أن تساهم في تحسين جودة خدماتها.
- وهنا نشير كذلك أن الولاء والرضا لا يتعلق فقط بالزبائن بل يتعلق بجميع الأطراف التي يمكن للمنظمة أن تتعامل معها كالموردين والممولين ومؤسسات الاستشارة وحتى الموظفين في الإدارات العامة، حيث تبقى كل هذه الأطراف قادرة على دعم نظام الجودة في المؤسسة خاصة إذا كان هناك رضا اتجاه تعاملاتهم مع المؤسسة وتحقق ولاؤهم اتجاهها، حيث أنهم وبالضرورة لن يتوانوا في تقديم الأسبقية للمؤسسة وذلك من ناحية دعمها المادي والمعنوي.
- بالمقابل تعتبر إدارة العلاقات مع المريض أمراً مهماً جداً في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمريض فتحسين مهارات الاتصال وتعزيز العلاقة بين الأطباء والمرضى يتطلب المناقشة والحوار بين الطبيب والمريض بهدف تقديم أفضل رعاية لمرضاهم، وقد أظهرت الدراسات إمكانية تحسين كفاءة الرعاية بغض النظر عن طول مدة الزيارة من خلال امتلاك مهارات الاتصال، كما أن العبارات التي يدلي بها المريض تساعد الطبيب على فهم طبيعة المرض ثم وضع خطة علاجية للمريض تتناسب مع حالته¹.

¹ - أحمد يوسف بوعباس: أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت، رسالة ماجستير تخصص إدارة الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الكويت، 2010، ص3.

خلاصة الفصل:

حاولنا خلال هذا الفصل التعرف على المؤسسة الصحية كوحدة أساسية في النظام الصحي من خلال التطرق إلى جوانبها المفاهيمية والتنظيمية، حيث وجدنا بأنها وحدة إدارية وهيئة تنظيمية معقدة جدا، حيث ينبثق هذا التعقد من طبيعة نشاطها الذي يهتم بتقديم العناية الصحية للمريض.

من جهة أخرى حاولنا استعراض مكونات رأس المال الفكري للمؤسسة الصحية والذي يتكون من ثلاث مركبات أساسية هي رأس مال البشري الذي يمثل محور نشاط المؤسسة ورأس المال التنظيمي الذي يمثل البنية الارتكازية التي ينشط عليها رأس المال البشري للمؤسسة الصحية، وأخيرا رأس مال العلاقات والذي ينعكس من خلال قوة العلاقات التي تربط المؤسسة بالعناصر الفاعلة ضمن محيطها الداخلي والخارجي.

من جانب آخر يمكن القول أن هناك علاقة وطيدة تربط ما بين مكونات رأس المال الفكري والجودة في الخدمات الصحية، من خلال مجموعة الأدوار والمزايا التي يمكن أن توفرها مكونات رأس المال الفكري لنظام الجودة في المؤسسة الصحية.

الفصل الرابع: واقع مساهمة

رأس المال الفكري في تحسين جودة

خدمات المؤسسة الصحية العمومية

تمهيد:

بعد عرض الأطر النظرية لمتغيرات الدراسة (رأس مال الفكري، رأس مال البشري، رأس مال التنظيمي، رأس مال العلاقات وجودة الخدمات الصحية)، وللاقترب أكثر من واقعها بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، نحاول خلال هذا الفصل التطبيقي التأكد من وجود علاقة تربط بين هذه المتغيرات من جهة ومن جهة أخرى طبيعة هذه العلاقة ومدى قوتها، حيث سنحاول أولاً استكشاف المؤسسة الصحية العمومية من حيث مراحل تأسيسها وتطورها وجوانبها التنظيمية والإدارية، ثم سنحاول بعدها استكشاف واقع ومساهمة رأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية على مستواها من خلال اتباع بعض أساليب البحث العلمي.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

المبحث الأول: المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر

اهتمت الجزائر بالقطاع الصحي منذ الاستقلال من خلال العمل على إنشاء مؤسسات صحية عمومية سعت من خلالها إلى توفير الرعاية الصحية اللازمة للأفراد والمجتمع، وقد مرت المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر بمراحل تغيرت فيها طرق تنظيمها وأساليب إدارتها كما سنوضحه فيما يلي.

المطلب الأول: نشأة وتطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر

مرت المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر بعدة مراحل تطورت خلالها ضمن مسارات حاولت جعلها أكثر توافقاً مع الاحتياجات الصحية وأنماط التسيير الجيد، كما سنوضحه فيما يلي:

أولاً: فترة ما قبل الاستقلال (1830- 1862)

خلال هذه الحقبة كان المجتمع الجزائري يعاني من بعض الآفات والتي من أبرزها السل والملاريا، وقد قام الجيش الفرنسي بإنشاء أول مستشفى سنة 1833، كما أنشأ مدرسة للطب سنة 1931، لكن تم إيقاف عمل هاتين المنشأتين سنة 1936 بناء على أوامر الماريشال **valée**¹. وكان تنظيم العلاج يتم على أساس إقامة عيادات للتمريض يستفيد منها الجيش الفرنسي والمعمرين ثم يأتي الجزائريون في المقام الثاني²، وابتداء من 1850 تم إقامة مقاطعات صحية على مستوى المدن الكبرى والأقطاب الاقتصادية الكبرى، كما تم إنشاء المدرسة المشتركة في الطب والجراحة سنة 1855 التي تعد لبنة كلية الطب والصيدلة في الجزائر التي تم إنشائها سنة 1909، كما تم استحداث ما يسمى بأطباء البلديات سنة 1904، وتم إنشاء معهد باستور سنة 1894، كما أنشئت عيادات متخصصة على مستوى كل من بلكور الحراش الجزائر الوسطى بني مسوس من أجل مواجهة الأوبئة وإقامة مراكز صحية كنسية ذات أجنحة تبشيرية في ربوع الوطن الجزائري³، والجدول التالي يوضح لنا مناطق توزع المنشآت الصحية الفرنسية خلال الفترة المذكورة أعلاه.

الجدول رقم (13): الهياكل الصحية الفرنسية خلال الفترة الاستعمارية

المستشفى الكولونيالي عمالة الجزائر	مصطفى باشا - الدويرة - مليانة - بوفاريك - حجوظ - شرشال - الشلف
المستشفى الكولونيالي عمالة وهران	وهران - سيدي بلعباس - غليزان - مستغانم - عين تيموشنت - سيق
المستشفى الكولونيالي عمالة قسنطينة	قسنطينة - سوق أهراس - بجاية - عنابة - جيجل - سطيف - سكيكدة
المستشفى الكولونيالي للأمراض العقلية	البلدية
المستشفيات البلدية	ميلة - واد العثمانية - أقبو
المستشفيات الخاصة	العطاف، مدينة الجزائر، بسكرة، باتنة

المصدر: بن الشيخ حكيم: المنظومة الصحية في الجزائر خلال فترة الاحتلال الفرنسي للجزائر، 1830-1962 -

جامعة يحي فارس - المدية، المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية، 2014، مجلد 6، العدد 2، ص 8.

¹ - حوالم رحيمة: واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات، جامعة تلمسان، مجلة المؤسسة العدد 06-2017، ص 221.

² - حوالم رحيمة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان باستخدام نظرية السلوك المخطط)، مرجع سبق ذكره، ص ص: 133، 135.

³ - حوالم رحيمة: نفس المرجع، ص: 221.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- وبالرغم من وجود مثل هذه الهياكل إلا أنها عانت من مجموعة من الصعوبات والتمثلة فيما يلي:
- موجهة لخدمة المصالح الكولونيالية؛
 - تعاني من نقص فادح في الأطباء والمرمضين؛
 - لا تتوفر على التجهيزات الضرورية؛
 - لا تهتم بصحة الجزائريين إلا في الحدود التي تمنع انتشار الأوبئة وانتقالها إلى الكولونيين.

ثانيا: فترة ما بعد الاستقلال (1962 - 1973)

بعد الاستقلال ورثت الجزائر من الاستعمار الفرنسي قطاعا صحيا متهالك وحالة صحية متأزمة، حيث كان الجزائريون يعانون من تردي الوضعية الصحية نتيجة سوء التغذية والفقر وانتشار الأمراض المعدية بالإضافة إلى وجود فئة كبيرة من المعطوبين نتيجة أعمال الحرب، ويمكن تلخيص المشكلة الصحية آنذاك في النقاط التالية¹:

- هجرة الكوادر الطبية الفرنسية والبالغ عددها 2200 طبيب و 2700 ممرض.
 - ضعف التغطية الصحية للفرد الجزائري سواء من الناحية الكمية أو النوعية، حيث أنه لم يكن يتوفر إلا 8 أطباء لكل 100.000 نسمة، مع نقص فادح في الصيدالة حيث لم يكن يتوفر سوى 50 صيدليا و 30 طبيب أسنان وهو ما يشير إلى أن التغطية الصحية كانت شبه منعدمة؛
 - النقص الفادح في كوادر التسيير المؤهلة عدا ضعف البنية الهيكلية والتنظيمية لهياكل القطاع؛
 - تمركز الهياكل الصحية في المدن الكبرى وعدم وجود توازن في توزيعها بين النواحي والولايات؛
 - انتشار الأمراض البوائية والمعدية بين الجزائريين بشكل كبير؛
 - ارتفاع مضطرب في أعداد السكان الذين وصل عددهم إلى 10.5 مليون.
- هذه الأسباب جعلت الدولة الجزائرية تعمل على إعادة إصلاح المنظومة الصحية المتوفرة آنذاك والموروثة من الاستعمار الفرنسي من خلال الاستعانة بخبرات من الدول الأجنبية مثل بلغاريا روسيا رومانيا بالإضافة إلى إرسال الطلبة الجزائريين للتكوين في معاهد البلدان الأجنبية، كما قامت ببرمجة وإنشاء العديد من الهياكل القاعدية خلال سنة 1967 وتم إنشاء لجنة تسهر على شراء وتجهيز المستشفيات والوحدات الصحية بالمستلزمات الطبية الضرورية سنة 1979.
- وقد سعت هذه السياسة إلى تحقيق هدفين رئيسيين هما² تخفيض اللامساوات بين المواطنين من أجل الحصول على الخدمات الصحية، والثاني هو القضاء على الأمراض المتنقلة بمختلف أنواعها، وعليه تم تقسيم أنظمة الخدمات الصحية خلال تلك الفترة إلى ما يلي³:

¹ - نجاة صغبروا: تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، رسالة مقدمة لنيل متطلبات الماجستير، جامعة باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2011/2012، ص 83.

² - عدنان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007/2008، ص 168.

³ - نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الطبعة الأولى، الجزائر، 2009، ص 132.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- المستشفيات العمومية التي كانت تتبع إلى وزارة الصحة؛
 - الطب المدرسي وكان يتبع إلى وزارة التربية والتعليم؛
 - العناية الطبية المجانية والتي كانت تتبع إلى مصالح البلديات؛
 - قامت الدولة بخلق آلية تمويل للتكاليف الصحية عن طريق إنشاء صناديق التأمين الجهوية.
- كما سعت الدولة إلى تحقيق الكفاية من الموارد البشرية من خلال الاعتماد على استراتيجية التكوين بالإضافة إلى استقدام موارد بشرية أجنبية من الدول الصديقة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(14): تطور أعداد ممارسي الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (1962 - 1973)

السنوات	التخصصات	البيانات	
		جزائري	أجانب
1962	الأطباء	342	937
	جراحي الأسنان	36	115
	الصيدالة	70	194
1965	الأطباء	304	1115
	جراحي الأسنان	86	85
	الصيدالة	160	84
1969	الأطباء	519	1179
	جراحي الأسنان	132	80
	الصيدالة	206	59
1694	الأطباء	1241	1226
	جراحي الأسنان	279	93
	الصيدالة	332	64

المصدر: https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf

فمن خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن سياسة الموارد البشرية الصحية اعتمدت بشكل كبير على الأجانب، إضافة إلى تكوين الكوادر الوطنية والتي تفوقت من حيث العدد في نهاية 1973 أين استطاعت رفع الموارد البشرية الطبية إلى ما يصل 3.62 مرة مقارنة مع سنة 1962، كما استطاعت رفع نسبة الكوادر الوطنية إلى 41 بالمائة بعدما كانت لا تتجاوز 26 بالمائة سنة 1962، واستطاعت خفض حصة كل طبيب بـ24 بالمائة مقارنة مع سنة 1962 وهو ما يعني أن نسبة التغطية الصحية للمجتمع قد تحسنت، وتبقى هذه النتائج إبان تلك الفترة مهمة جدا خاصة إذا علمنا أن الجزائر كانت حينها حديثة الاستقلال وكانت بنيتها الاقتصادية والاجتماعية ضعيفة وأغلبية المجتمع كانت تعاني من الأمية والجهل.

ثالثا: فترة التوجه الاشتراكي (1974-1980)

في سنة 1973 صدر قانون الطب المجاني، كما تم إنشاء القطاع الصحي مع بداية تنفيذ خطة الطب المجاني سنة 1974، وتم إصدار الميثاق الوطني للصحة سنة 1976 الذي أكد على ضرورة توسيع هياكل

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الصحة إلى جانب بناء مستشفيات جديدة، وتكوين كوادر طبية جديدة وذلك بهدف توفير طبيب لكل 2000 ساكن، مع زيادة الاهتمام بالأمومة والطفولة¹، وقد تمثلت أهداف هذه المرحلة في النقاط التالية²:

- وضع استراتيجية وطنية تضمن فرص العلاج المتساوية لجميع المواطنين؛
 - تحقيق مفهوم العدالة الاجتماعية في الحصول على العلاج.
 - ومن أجل ذلك تم هيكلة العلاج خلال هذه المرحلة وفق خمسة مبادئ أساسية هي:
 - القطاعية والجهوية وتدرج العلاج؛
 - إعادة تعريف دور ووظائف وزارة الصحة وجميع الوزارات التي تتدخل في قطاع الصحة؛
 - مشاركة جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها في تطبيق برامج الصحة الجهوية والوطنية؛
 - إدخال النشاطات الوقائية والعلاجية في جميع مستويات تقديم الخدمة الصحية؛
 - خضوع كل توسع للشبكة الصحية إلى شكل مدار ومخطط (الخريطة الصحية الوطنية)؛
 - برمجة إنشاء 12 مدرسة للتكوين شبه الطبي؛
 - إنشاء المستشفيات الجامعية سنة 1976.
- ومن بين اهم المشاكل التي عانى منها القطاع الصحي خلال هذه الفترة نذكر ما يلي:
- هجرة الكوادر الطبية وشبه الطبية؛
 - عدم التوازن بين نمو القطاع والاحتياجات المتزايدة والمتنوعة للسكان؛
 - تمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى وصعوبة توجيهها إلى المناطق الأخرى.
- كما استطاعت الجزائر خلال هذه الفترة أن ترفع عدد الهياكل على النحو المبين في الجدول التالي:
- الجدول رقم(15): تطور أعداد الهياكل الصحية في الجزائر خلال الفترة بين(1974-1980)**

المنشآت	1974	1976	1978	1980
المستشفيات	143	183	183	183
المراكز الصحية	558	590	664	662
عيادات متعددة الخدمات	106	139	162	161
قاعات العلاج	1402	1295	1364	1364
عدد الأسرة في المستشفيات	43404	44594	45168	43028
دور الولادة	50	40	54	54

المصدر: https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf

وفيما يتعلق بالكوادر الصحية استطاع القطاع الصحي رفع عددها والتقليل من الاعتماد على الأجانب بشكل كبير جداً، كما استطاع القطاع تحقيق مستوى أحسن من التغطية الصحية كما هو موضح في الجدول التالي:

¹ - نجاة صغبروا: تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص ص:69،70.

² - المرجع نفسه، ص70.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الجدول رقم (16): تطور ممارسي الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (1974 - 1979)

1979			1974			التخصصات
تغطية	أجانب	جزائري	تغطية	أجانب	جزائري	
2855	1785	4561	5675	1247	1425	الأطباء
17240	50	1001	27978	101	441	جراحي الأسنان
12706	121	1305	30696	84	410	الصيدالة

المصدر: https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf

رابعا: فترة الاتجاه نحو التصحيح (1981 - 1995)

شهدت هذه المرحلة وضع وتنفيذ العديد من الإصلاحات حيث تم عقد مؤتمر استثنائي سنة 1980 تحت شعار من أجل حياة أفضل، تم خلاله تقديم توصيات هدفت إلى تحسين الخدمات الصحية من خلال¹:

- إعداد خريطة صحية سنة 1982 تضم 13 منطقة على مستوى الإقليم الوطني؛
- دعم المنظومة الصحية بهياكل جديدة هي المراكز الاستشفائية الجامعية سنة 1986؛
- فتح المجال أمام الخواص للنشاط ضمن القطاع الصحي.

وتم خلال سنة 1984 إعادة تنظيم الهياكل الصحية على النحو التالي:

- القطاع الصحي؛
- القطاع الصحي الفرعي؛
- المستشفيات المتخصصة؛
- المراكز الاستشفائية الجامعية.

كما تم خلال هذه المرحلة إصدار القرار رقم 22 المؤرخ في 05/09/1981 المتعلق بتنظيم وسير القطاعات الصحية والذي دمج الهياكل الصحية الموجودة ضمن الدائرة في وحدة واحدة تسمى القطاع الصحي، وتم خلال سنة 1986 التأكيد على استقلالية المراكز الجامعية بموجب قانون الاستقلالية في الميزانية والتسيير الصادر في 06/12/1986.

وقد راهنت السياسة الصحية إلى تعزيز المنظومة الصحية الوطنية بعد أن حققت توسعا ونتائج حسنة في الارتقاء بوضع الصحي من خلال التركيز على التقويم والرفع من مردودية الهياكل الصحية ودعم الهياكل القاعدية قصد تخفيف الضغط عن المؤسسات الصحية الكبرى كالمستشفيات والمراكز الاستشفائية الجامعية² والجدول التالي يوضح لنا ذلك:

¹ - بولصباغ محمود: تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر، من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق، مرجع سبق ذكره، ص 146.

² - نجاة صغيرو: تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص 70.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الجدول رقم(17): تطور أعداد الهياكل الصحية في الجزائر خلال الفترة بين(1981-1995)

1995	1992	1989	1985	1983	1981	المنشآت
251	263	275	211	198	188	المستشفيات
1152	1117	1238	969	910	745	المراكز الصحية
462	451	485	319	249	192	عيادات متعددة الخدمات
3601	3958	/	2454	1664	1431	قاعات العلاج
54213	52802	58605	49315	47360	44315	عدد الأسرة في المستشفيات
489	486	333	/	/	/	دور الولادة

المصدر: https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf

وعليه نلاحظ أن الجزائر قد حققت توسعا في عدد الهياكل الصحية وخاصة قبل سنة 1986، واستطاع القطاع الصحي الجزائري الاستغناء كلية عن الأطباء الأجانب بفضل تواصل جهود تكوين الكوادر الصحية كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (18): تطور أعداد ممارسي الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (1981- 1995)

السنوات	التخصصات	البيانات	
		جزائري	أجانب
1962	الأطباء	6858	2501
	جراحي الأسنان	1061	80
	الصيدالة	1831	105
1965	الأطباء	11170	2051
	جراحي الأسنان	1325	34
	الصيدالة	2644	106
1969	الأطباء	20436	1031
	جراحي الأسنان	1836	3
	الصيدالة	6884	8
1973	الأطباء	27317	00
	جراحي الأسنان	3691	00
	الصيدالة	8056	00

المصدر: https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf

خامسا: مرحلة الإصلاح (1996-2005)

- ميزت هذه المرحلة مجموعة من الظروف التي زادت من ضرورة الإصلاح والمتمثلة فيما يلي:
- الوضعية الأمنية والسياسية المضطربة التي ميزت هذه الفترة؛
- انخفاض مداخل البترول وعجز الميزان التجاري للبلاد؛

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- أزمة المديونية وسعي المدينين الدوليين بالضغط اتجاه التخلي عن نهج السياسة الاجتماعية؛
 - ارتفاع حاجات السكان الصحية من الناحية الكمية والنوعية وعجز القطاع العام عن تلبيتها؛
 - تراكم المشاكل الصحية سواء على مستوى القطاع ككل أو على مستوى المؤسسات؛
 - هجرة جزء كبير من رأس مال البشري للقطاع الصحي إلى الخارج؛
 - الاضطرابات والإضرابات التي ميزت هذه الفترة والمطالبات بتحسين ظروف العمل؛
- وعليه قامت الدولة بإعادة تنظيم القطاع الصحي قصد النهوض بجودة الخدمات الصحية من خلال التركيز على المجالات التالية¹:

- **إعادة مراجعة الإطار القانوني الذي يحكم القطاع الصحي:** وذلك بهدف تكييف أنماط التسيير مع الواقع الجديد إضافة إلى إضفاء المرونة على التسيير في المؤسسات الصحية.
- **اعتماد النظام التعاقدية:** وذلك قصد التحكم في النفقات الصحية، حيث يقوم أسلوب التمويل بالتعاقد على فكرة أن التمويل لنفقات الصحة يكون عن طريق العلاقات التعاقدية التي تربط بين الأطراف التالية:
 - **الممولون:** وهم الأشخاص الذين يتكفلون بتمويل جزء من النفقات الصحية والمتمثلون في الاتي:
 - **الدولة:** حيث تتكفل الدولة بالأشخاص الداخلين في دائرة العوز.
 - **صناديق الضمان الاجتماعي:** وتتكفل بتغطية النفقات للأشخاص المؤمنين اجتماعيا، وما يتبعهم من ذوي الحقوق.
 - **أصحاب الخدمة:** وهي المؤسسات والهيئات الصحية التي تلتزم بتقديم الخدمات الصحية للمرضى.
 - **مستهلكي الخدمات الصحية:** وهم زبائن القطاع حيث نميز بين الفئات التالية منهم:
 - **فئة المحرومين:** تتكفل بهم الدولة بشكل كامل؛
 - **فئة المؤمن عليهم:** جزء من التغطية تتحمله هيئات التأمين وجزء آخر يتحملونه بأنفسهم؛
 - **فئة غير المسدد:** يتحملون كامل التكلفة.
- **الخريطة الصحية:** تهدف الخريطة الصحية إلى عقلنة تنظيم توزيع المستخدمين والموارد والوسائل بين مختلف أفرع القطاع الصحي من خلال وضع مخطط لتطوير الطب والشراكة عن بعد عبر القيام بما يلي:
 - القيام بإحصاء شامل لحظيرة العتاد الطبي وغير الطبي والقيام بتحديثها؛
 - إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان تتكفل بالتجهيزات والصيانة؛
 - إعادة تأهيل مكاتب الدخول بالشكل الذي يمكن من إعداد فواتير التكاليف الاستشفائية؛

سادسا: إعادة تنظيم نظام الخدمات الصحية بعد 2005

مع استقرار الظروف السياسية والاقتصادية للبلاد وتزايد النمو الديموغرافي للسكان وتعدد احتياجاتها الصحية كان لا بد من العمل على إعادة إصلاح المنظومة الصحية في البلاد، ومن بين أهم ما ميز هذه المرحلة هو إعادة هيكلة القطاعات الصحية التي كان معمولا بها قبل سنة 2007 عبر إصدار الأمر رقم

¹ - نجاة صغيرو: تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص ص: 72، 73.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

140-07 المؤرخ في 19/05/2007 والذي فصل بين هياكل القطاعات الصحية وأنشأ المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حيث منح لكل منها الاستقلالية المالية والإدارية والتصرف في مواردها المادية والبشرية، وقد هدف ذلك إلى:

- تحسين أساليب التسيير من خلال التحكم أكثر في الموارد المتاحة؛

- تقريب الخدمات الصحية أكثر من المواطنين من خلال فصل الاستشفاء عن الفحص والعلاج.

وقد بدأ التطبيق الفعلي لذلك ابتداء من الأول جانفي 2008، كما تم التجسيد الفعلي لفكرة المؤسسة الاستشفائية الجامعية عن طريق إنشاء المؤسسة الاستشفائية بالجامعية بوهرا بمرسوم التنفيذي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003، وتم استحداث المؤسسات الاستشفائية عن طريق إصدار خمسة مراسيم تنفيذية تم بموجبها إنشاء خمسة مؤسسات استشفائية ذات طابع خاص تخضع لنظام المحاسبة المالية والتي تعبر عن تحول هام هو الانتقال التدريجي من مجانية العلاج إلى النظام التعاقدى للعلاج، كما تم إنشاء عدة مؤسسات استشفائية لطب العيون بموجب المرسوم 12-281 المؤرخ في 9 جويلية 2012 بالاستعانة بالشراكات الأجنبية وخاصة منها الكويتية، والاستعانة بكوادر طبية أجنبية ضمن هذا المجال وهو ما يمكن اعتباره تحول جديد في السياسة الصحية للبلاد.

هنا يمكن القول بأن المنظومة الصحية العمومية الوطنية أصبحت مكونة من فئتين من المؤسسات الصحية تختلف أنماط التسيير فيها على النحو التالي:

• الفئة الأولى: وتتكون من المؤسسات التالية:

- المراكز الجامعية؛

- المؤسسات العمومية الاستشفائية؛

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة؛

- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

حيث تكتسي هذه المؤسسات الطابع الإداري العمومي وتخضع لأحكام قانون المحاسبة العمومية وتندرج ضمن أهداف السياسة الاجتماعية، كما أنها تعبر عن استمرارية مجانية العلاج وقواعد المناجمت العمومي وقد مثلت هذه المؤسسات الغالبية المهيمنة.

• الفئة الثانية: وتتكون من المؤسسات التالية:

- المؤسسة الاستشفائية الجامعية؛

- المؤسسات الاستشفائية؛

- المؤسسات الاستشفائية لطب العيون.

حيث تكتسي هذه المؤسسات الطابع الخاص وتخضع لأحكام قانون المحاسبة المالية وتعبر عن الاستراتيجية الجديدة لتطوير القطاع الصحي والتي تقوم على التخلي عن مجانية العلاج والاتجاه نحو النهج التعاقدى في تسيير المؤسسات الصحية، وهنا نشير إلى أن القطاع الصحي خلال هذه الفترة حقق توسعا محتشما على مستوى الهياكل كما هو موضح في الجدول التالي:

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الجدول رقم (19): تطور مؤسسات الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (2010-2017)

المنشآت	2010	2015	2017
مؤسسات استشفائية عمومية	194	200	205
مؤسسات استشفائية	04	09	09
مراكز جامعية	13	15	15
مؤسسة استشفائية جامعية	01	01	01
مؤسسة استشفائية متخصصة	64	75	77
المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	/	273	273

المصدر: https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf

وعلى صعيد التكوين استمرت الدولة في تكوين إطارات القطاع الصحي حيث استطاعت خلال السنوات الأخيرة تحسين التغطية الصحية للمجتمع على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (20): تطور ممارسي الصحة في الجزائر خلال الفترة بين (2010-2017)

التخصصات	2010			2015			2017		
	جزائري	أجانب	تغطية	جزائري	أجانب	تغطية	جزائري	أجانب	تغطية
الأطباء	56209	/	640	73431	/	544	78838	/	529
جراحي الأسنان	11633	/	3093	13645	/	2929	14263	/	2925
الصيدلة	9081	/	3962	11475	/	3483	12337	/	3382
تقني سامي	/	/	/	90939	/	439	86694	/	481
تقني	/	/	/	6698	/	5966	3267	/	12770
مساعد ص ع	/	/	/	25821	/	1548	37662	/	1108
المجموع	/	/	/	222009	/	/	233061	/	/

المصدر: https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf

فقد أسفرت سياسة التكوين عن توفير عدد معقول من الكوادر الصحية، لكن بالرغم من كل هذا بقيت الهياكل الصحية تعاني من نقص فادح في الكوادر الطبية وشبه الطبية خاصة مع إحالة نسبة كبيرة منهم على التقاعد وهجرة الكثير منهم واتجاه نسبة معتبرة منهم للعمل في القطاع الخاص، هذا الأخير الذي بات يمثل عبئا ثقيلا على القطاع الصحي العمومي حيث أصبح يستقطب عدد كبير من عمال القطاع بشكل طفيلي وبصيغ متنوعة في إطار ما يسمى بالمنافسة بين القطاع العام والقطاع الخاص بالرغم من أن هذا الأخير لا يملك إمكانيات القطاع العمومي فضلا عن كونه خلق مجموعة من الممارسات غير المشروعة في مجال الخدمات الصحية.

وهنا نشير أن نمو هياكل القطاع الصحي قد عرف بطئا ابتداء من سنة 2014 نتيجة انخفاض أسعار البترول وعدم قدرة ميزانية الدولة على توفير التمويل الضروري لتغطية تكاليف إنجاز هياكل صحية جديدة،

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

كما نشير أيضا إلى أن الدولة سعت خلال العشر سنوات الأخيرة إلى تجهيز الهياكل الصحية بالعتاد الطبي على نحو ملفت.

المطلب الثاني: المؤسسات الصحية العمومية المقدمة للخدمات الصحية في الجزائر

يتم تقديم معظم الخدمات الصحية في الجزائر من طرف القطاع الصحي العمومي ممثلا بمجموعة من المؤسسات الصحية العمومية التي تتكامل أدوارها ضمن مجالات اختصاص معينة ووفق أنماط إدارية وتنظيمية خاصة، وعلى العموم يمكننا التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر.

أولا: المؤسسات الصحية العمومية ذات الطابع الإداري

يتميز هذا النوع من المؤسسات الصحية العمومية بطابعه الإداري الذي يفرض مجموعة من الخصائص والمميزات كما سنوضحه فيما يلي.

1- المؤسسات العمومية الاستشفائية: حسب المرسوم **104-07** المؤرخ في **19/05/2007** والمتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، تعرف المؤسسة العمومية الاستشفائية على أنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي.

ومن خلال هذا التعريف نستنتج الخصائص التالية للمؤسسات الاستشفائية العمومية:

- تتبع المؤسسة العمومية الاستشفائية للقطاع الإداري؛
- تتمتع بالشخصية المعنوية ولها حقوق وعليها واجبات؛
- تتمتع بالاستقلالية المالية وعليه تكون لها ذمة مالية مستقلة تتجسد في ميزانيتها الخاصة.
- وتغطي كل مؤسسة عمومية استشفائية مجموعة بلديات وتتكون من ثلاث أنواع من الهياكل هي:
- هيكل للتشخيص.
- هيكل للاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي،
- هيكل للعلاج.

وتتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية على وجه الخصوص فيما يلي:

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

ومن الناحية الإدارية يتم تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية من خلال مجلس إداري وتزود بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي تعمل على تزويد إدارة المؤسسة والمجلس الإداري بالاستشارات الضرورية؛ وتعتبر المؤسسات العمومية الاستشفائية وحدة أساسية في النظام الصحي الجزائري، وذلك من حيث انتشارها على مستوى كامل القطر الجزائري وكونها تشتمل على أهم التخصصات الأساسية وتوفر العلاجات الضرورية فضلا عن أنها تتكفل بالحالات الصحية المعقدة التي لا تستطيع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

ومؤسسات القطاع الخاص التكفل بها، كما أنها تعتبر من بين الوحدات الأساسية التي تلجأ الدولة إليها لتوفير التغطية الصحية أثناء فترات الأوبئة والكوارث وفي تنفيذ البرامج الصحية، ولطالما مثلت المؤسسات العمومية الاستشفائية بؤرة التذمر في القطاع الصحي، ويشتمل هذا النوع من المؤسسات على فئة كبيرة من الموظفين ذوي الكفاءة والخبرة والمعرفة الجيدة وعليه فهي تمثل أحد أهم حلقات رأس المال الفكري الصحي في الجزائر.

2- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: حسب المادة رقم 06 من المرسوم 07-140 تعرف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية على أنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، ويتم إدارتها بواسطة مجلس إداري كما تزود بمجلس طبي. ومن خلال هذا التعريف نجد أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تتمتع بنفس خصائص المؤسسات العمومية الاستشفائية والتي سبق لنا ذكرها، وتتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي؛
 - تشخيص الأمراض؛
 - العلاج الجوارى؛
 - الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛
 - الأنشطة المرتبطة بالصحة الإيجابية والتخطيط العائلي؛
 - تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان؛
 - المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
 - المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم؛
- ويتم إدارة المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من طرف مجلس إدارة كما يتم تزويدها بمجلس طبي، وتتوفر المؤسسات العمومية للصحة الجوارية على الهياكل التالية:
- العيادات المتعددة الخدمات؛
 - قاعات العلاج؛
 - عيادة التوليد الريفية.

وتمثل المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وحدة صحية أساسية في النظام الصحي الجزائري تتوزع هياكلها وتنتشر على مساحات واسعة حيث تضمن تقريب الخدمات الطبية إلى المواطنين، وتلعب المؤسسات العمومية للصحة الجوارية دورا مهما في مكافحة الأوبئة والأمراض المعدية من خلال كونها تمثل الوحدة الأساسية المسؤولة عن تنفيذ برامج التلقيح والطب الوقائي وتوفير الخدمات الصحية القاعدية.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

3- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: حسب المرسوم 97-465 المؤرخ في 02/09/1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وكذا تنظيمها وسيرها، تعرف المؤسسة الاستشفائية المتخصصة على أنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إدارتها من خلال مجلس إداري ويتم تزويدها بهيئة استشارية تسمى المجلس الطبي. وتتكون المؤسسة الاستشفائية المتخصصة من هيكل واحد أو عدة هياكل للتكفل بما يلي:

- مرض معين؛

- مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا معينا؛

- مرض أصاب مجموعة ذات عمر معين.

وتسهر المؤسسة الاستشفائية المتخصصة على القيام بالمهام التالية:

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء؛

- تطبيق البرامج الوطنية والمحلية والجهوية للصحة؛

- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم؛

كما يمكن استخدام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة كميدان للتكوين شبه الطبي والتسيير الاستشفائي،

ويمكن اعتمادها أو جزء من هياكلها لضمان نشاطات استشفائية جامعية.

4- المراكز الاستشفائية الجامعية: حسب نص المادة رقم 02 من المرسوم 97-467 المؤرخ في

1997/12/02 الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، يعرف المركز

الاستشفائي الجامعي على أنه مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي،

ويتم إنشائها باقتراح من وزير الصحة ووزير التعليم العالي والبحث العلمي، حيث يمارس الوزير المكلف بالصحة

الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية.

وحسب المادة 3 من المرسوم المذكور أعلاه يكلف المركز الاستشفائي الجامعي بمهام التشخيص والكشف

والعلاج والوقاية والتكوين والدراسة والبحث وذلك بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في علوم الطب المعنية.

ويمارس المركز الجامعي على وجه الخصوص المهام التالية:

• في ميدان الصحة: تعمل المراكز الجامعية في ميدان الصحة على تطبيق الأنشطة التالية:

- ضمان نشاطات التشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعدادات الطبية والجراحية والوقاية؛

- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة؛

- المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسات الصحية؛

- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية والنظافة والصحة.

• في ميدان التكوين: في مجال التكوين تسهر المراكز الجامعية العمومية على ضمان المهام التالية:

- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي؛

- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- **في ميدان البحث:** في مجال البحث تسهر المراكز الجامعية العمومية على ضمان المهام التالية:
 - القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة؛
 - تنظيم مؤتمرات وأيام دراسية وتظاهرات من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحث.
- والملاحظ على هذا النوع من المؤسسات الصحية أنها تتبع إلى وزارة الصحة من ناحية الإدارة والتسيير الصحي، بالمقابل تتبع هذه المؤسسات بيداغوجيا إلى وزارة التعليم العالي وخاصة في الجوانب التالية:
 - تنظيم نشاطات المركز الاستشفائي الجامعي البيداغوجية والعلمية؛
 - تحديد شروط التحاق الطلبة وشروط توجيههم؛
 - المصادقة على مداوات مجلس بالنسبة للمسائل المتعلقة بالتكوين والبحث في علوم الطب.
- كما تلعب هذه المؤسسات دورا جوهريا في تحقيق التغطية الصحية للمرضى خاصة إذا علمنا أنها تمتلك من القدرات البشرية والمادية والإدارية مالا تمتلكه المؤسسات الصحية الأخرى، ومن بين أهم مميزات المراكز الجامعية أنها تتبع مباشرة إلى وزارة الصحة والسكان عكس باق المؤسسات الأخرى التي تبقى تابعة إلى المديرية الولائية للصحة والسكان.
- وبالمقارنة مع التنظيم الداخلي للمؤسسات الصحية الأخرى، تعتبر الهياكل التنظيمية للمراكز الجامعية أكثر تعقيدا كونها تتبع مباشرة إلى السلطات المركزية إضافة إلى كونها تشتمل على عدد كبير من المصالح التي تستدعي وجود هيكل طويل يتضمن عدة مصالح ومكاتب قادرة على تغطية النشاطات الصحية والعلمية لهذه المؤسسة المزدوجة الأدوار.

ثانيا: المؤسسات الصحية العمومية ذات الطابع الخاص

تختلف المؤسسات الصحية العمومية ذات الطابع الخاص عن المؤسسات الصحية العمومية ذات الطابع الإداري من حيث استقلاليتها في التسيير ونظامها المالي والمحاسبي وهيئات التسيير فيها إضافة إلى طرق الإدارة والتوظيف وخضوعها لأنظمة القانون الخاص، وتتمثل هذه المؤسسات فيما يلي:

1- المؤسسات الاستشفائية الجامعية

حاليا توجد مؤسسة استشفائية جامعية واحدة هي المؤسسة الاستشفائية الجامعية وهران، التي تم إنشائها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 والذي يعرفها على أنها مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت الوصاية الإدارية للوزير المكلف بالصحة ويتولى الوصاية البيداغوجية الوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، حيث تخص الوصاية البيداغوجية مجمل الأعمال المتعلقة بـ:

- تنظيم الأنشطة البيداغوجية والعلمية للمؤسسة الاستشفائية الجامعية؛
- تحديد شروط الالتحاق للطلبة وتوجيههم؛
- الموافقة على مداوات مجلس الإدارة فيما يخص التكوين العالي والبحث العلمي؛

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

والملاحظ على مثل هذا النوع من المؤسسات أنها تسهر على تحقيق نفس مهام المراكز الجامعية تقريبا، كما أنها تتبع إداريا إلى وزارة الصحة، أي أنها هي التي تشرف على إدارتها وتسييرها وتغطية جوانبها المالية والمادية والبشرية، بالمقابل تتبع هذه المؤسسات بيداغوجيا إلى وزارة التعليم العالي.

ويتم تسيير المؤسسات الاستشفائية الجامعية من خلال مجلس إداري، كما تزود بمجلس علمي يتكون من 12 إلى 15 عضوا يتم انتخابهم من المجموعة العلمية للمراكز الجامعية. ومن الناحية المحاسبية تخضع محاسبة هذه المؤسسة إلى نظام المحاسبة المالية وليس نظام المحاسبة العمومية.

2- المؤسسة الاستشفائية: مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالاستقلال المالي والإداري توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة مباشرة، وتعمل هذه المؤسسات على التكفل بصفة متكاملة بالاحتياجات الصحية لسكان الولاية المقر إضافة إلى الولايات المجاورة، وتتمثل مهام هذه المؤسسات فيما يلي:

- ضمان نشاطات التشخيص والعلاج والفحص والوقاية وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛

- تطبيق البرامج الصحية الوطنية والجهوية والمحلية؛

- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين التابعة للوقاية والنظافة الصحية؛

- المشاركة في تطوير كل الأعمال والمناهج والطرق التي ترمي إلى ترقية تسيير عصري وفعال؛

- ضمان النشاطات المتعلقة بتحسين مستوى المستخدمين وتجديد معارفهم والمساهمة في ذلك؛

- إعداد معايير التجهيز الصحي والعلمي والبيداغوجي للهيكل الصحية؛

- الاستشفاء والاستعجالات الطبية والجراحية إلى جانب أية نشاط يساهم في حماية السكان؛

ويتم تسيير المؤسسات الاستشفائية من خلال مجلس إداري، كما يتم الاستعانة بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي ويتم إدارة المؤسسة من طرف مدير يتم تعيينه بموجب مرسوم رئاسي، وتخضع محاسبة هذه المؤسسات إلى المرسوم 07-11 المؤرخ في 25/11/2007 والمتضمن النظام المحاسبي المالي، ويقوم الوزير المكلف بالمالية بالاشتراك مع الوزير المكلف بالصحة بتعيين محافظ للحسابات لدى كل مؤسسة.

ومن بين أهم مزايا هذا النوع من المؤسسات الاستشفائية أنها من الناحية التقنية تشبه المؤسسة العمومية الاستشفائية إلا أنها من الناحية الإدارية هي ذات طابع صحي خاص يخضع نشاطها إلى قانون المحاسبة المالية وليس قانون المحاسبة العمومية، ونشير هنا إلى وجود مؤسسات استشفائية لطب العيون تخضع للمرسوم رقم 12-281 المؤرخ في 9 جويلية 2012 والتي تعتبر مؤسسات عمومية ذات طابع خاص لا تختلف كثيرا عن المؤسسات الاستشفائية.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

المطلب الثالث: إصلاح المؤسسة الصحية العمومية

لقد أصبحت عملية إصلاح المؤسسة الصحية العمومية ضرورة فرضتها التغيرات التي عرفتتها بيئة هذه المؤسسة والرهانات الجديدة التي باتت تواجهها.

أولاً: مشاكل وملفات إصلاح المؤسسة الصحية العمومية

يعاني القطاع الصحي العمومي من مجموعة من المشاكل التي شكلت مجموعة من الملفات التي تستدعي عملية الإصلاح كما سنوضحه فيما يلي:

1- مشاكل المؤسسة الصحية العمومية

لا يخلو النظام الصحي لأية دولة من نقاط ضعف تنعكس على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، حيث يبقى الإصلاح عملية مطلوبة ومتواصلة خاصة مع تغير المعطيات الصحية للسكان وتأثر النظام الصحي بالتحولات والتقلبات التي تشهدها البيئة الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية والوبائية، وباعتبار أن النظام الصحي في الجزائر نظام فتي ولا يزال يعاني من ضعف اندماجه فهو يعاني من مجموعة من المشاكل التي تبقى دوماً تتطلب إجراء الإصلاحات المطلوبة، والتي يمكن حصرها فيما يلي:

- عدم قدرة الهياكل على استيعاب الحاجات الصحية للمجتمع؛
- غياب نظام معلومات قوي يكون قادراً على صناعة وتوفير المعلومة المحيطة بالكمية والنوعية المطلوبة؛
- ضعف تحفيز الموارد البشرية الصحية وغياب نظام المكافآت؛
- معانات الموارد البشرية للقطاع من الاحتراق الوظيفي والصراعات الوظيفية إضافة إلى غياب العدالة الوظيفية وضعف مستوى جودة الحياة الوظيفية؛
- عدم وجود برنامج صحي قوي قادر على الوقاية من الأمراض المزمنة ما يزيد من الضغط على المؤسسات الصحية ويحملها تكاليف غير مبررة ويشكل ضغطاً على هياكلها وحسن سيرها.
- ضعف تنافسية القطاع العمومي في استقطاب والحفاظ على رأس المال البشري والذي هاجر إلى القطاع الخاص والخارج من أجل الحصول على فرص أفضل.
- ضعف سياسة القطاع في تكوين الكوادر البشرية مما أضعف نسبة تغطية احتياجاته؛
- تمركز غالبية الهياكل الصحية في الأقطاب العمرانية الكبرى؛
- ضعف الصناعات الصيدلانية والصناعات التي تمون القطاع الصحي مما زاد من ضعف قدرة المؤسسات الصحية على الحصول على التجهيزات وطول المدة وارتفاع التكلفة.
- مجانية العلاج الأمر الذي أضعف المراكز المالية للمؤسسات الصحية وأثر سلباً على مستوى التسيير في المؤسسات الصحية وقدرتها على خلق مصادر تمويلها بنفسها وأفقدها القدرة على التحكم في تكاليف العلاج.
- افتقاد الهياكل الصحية لثقافة المؤسسة وضعف أداء الهيئة الإدارية فيها مقابل غطرسة الهيئة الطبية وممارستها للضغط على الهيئة الإدارية الأمر الذي زاد من ارتباكها وعدم قدرتها على اتخاذ قرارات التسيير المجردة والصحيحة.

الفصل الرابع.... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- ضعف برامج الصيانة سواء بالنسبة للهياكل أو للتجهيزات إضافة إلى ضعف مستويات استغلال الطاقة الاستعمالية لهذه الهياكل والتجهيزات وهو ما يحمل المؤسسات الصحية تكاليف إضافية.
- عدم قدرة الهيئات الإدارية الوصية على ترجمة القرارات المتعلقة بتزويد المؤسسات الصحية بأنظمة الإعلام الآلي وربطها بالبرامج المعلوماتية الحديثة نظرا لعدم إمام المستويات الإدارية في الهياكل الصحية بهذه التقنية وعدم وجود إرادة في تحقيق ذلك؛
- غياب التنسيق بين مؤسسات القطاع الصحي نفسها وبينها وبين القطاعات الأخرى كقطاع التعليم العالي، العمل التأمينات الاجتماعية، الحماية المدنية، البيئة...، مما جعلها شبه منغلقة على نفسها.
- معظم مؤسسات القطاع الصحي تعاني من ضعف التأطير وضعف مراكز القرار نتيجة عدم وجود رغبة لدى الكوادر البشرية في شغل مناصب المسؤولية بسبب ضعف نظام الحوافز المقابل لذلك.
- عدم مسايرة التشريعات المتعلقة بمجال الصحة للتطورات والتطبيقات الحديثة في ميدان الصحة إضافة إلى عدم تغطيتها لبعض القضايا الصحية المستجدة.

2- ملفات إصلاح المؤسسات الصحية العمومية

إن المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر على وجه العموم والمؤسسات الصحية العمومية على وجه الخصوص، جعلت هذا القطاع متأخرا جدا إلى حد كبير على جميع المستويات، الإدارية، التقنية، اللوجستية والفنية، وهو ما انعكس على مستوى الخدمات الصحية المقدمة على مستواه، وعليه يبقى القطاع الصحي العمومي في الجزائر والمؤسسة الصحية على وجه الخصوص يحتاجان إلى إجراء عمليات إصلاح عميقة على كل الأصعدة، حيث تتمثل أهم الميادين التي تمسها عملية الإصلاح فيما يلي¹:

- **ملف الحاجات الصحية وطلب العلاج:** يتعلق هذا الملف بكيفية تحقيق التنسيق بين النظام الصحي الوطني والمنظومة الاستشفائية الفرعية المنبثقة عنه، وذلك من خلال تفادي عزل إصلاح المؤسسة الصحية عن إطارها الاجتماعي والوبائي، المالي والتنظيمي، فالملاحظ أن عملية التخطيط والإنجاز في القطاع الصحي لم تكن تتوافق مع الاحتياجات الصحية للسكان كما أنها لم تراعي الجوانب الاجتماعية والوبائية والمالية والتنظيمية للمؤسسة، مما أدى إلى تدهور مستويات أدائها وتدمير الساكنة من خدماتها.
- **ملف الهياكل الصحية:** يتمحور هذا الملف حول معالجة النقاط التالية:
 - تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة؛
 - الحرص على إيجاد تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي؛
 - إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص؛
 - المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها؛

¹ - ريمة اوشن: إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري-، مرجع سبق

ذكره، ص ص: 224، 225.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- استعجال وضع دعامة إعلامية والتي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.
- **ملف الموارد البشرية:** يهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة مسارهم المهني، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيتهم في المسار المهني وتكوينهم، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.
- **ملف الموارد المادية:** يتعلق هذا الملف بضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، ما يستدعي خلق توازن بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقيس الوسائل. والهدف من ذلك هو توفير كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتعيين الأطمق الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.
- **ملف التمويل:** يتعلق هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وإعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، والشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج.
- **ملف إشراك القطاعات:** نظرا لارتباط وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد كبير بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين السياسة الصحية والسياسات الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة.

ثانيا: إعادة تنظيم المؤسسة الصحية العمومية في ظل القانون 11-18

حسب نص المادة رقم 297 من القانون رقم 11-18 تعرف المؤسسة العمومية للصحة على أنها مؤسسة عمومية ذات تسيير وطابع صحيين تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتتمثل مهمتها في ضمان وتطوير وترقية كل نشاطات الصحة. كما يمكنها ضمان نشاطات التكوين والبحث في مجال الصحة. ويمكنها أن تطور كل النشاطات الثانوية ذات الصلة بمهامها. وتتمثل المؤسسات الصحية العمومية حسب هذا القانون فيما يلي:

- المركز الاستشفائي الجامعي؛

- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة؛

- المقاطعة الصحية؛

- مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة.

هنا نقول أن المؤسسات العمومية للصحة وعكس ما كان معمول به سابقا قد تم الاعتراف بطابعها الخاص، كما أن تسييرها أيضا هو ذو طابع خاص ينبثق من طبيعة نشاطها والمتمثل في توفير الخدمات الصحية للمجتمع، الأمر الذي يفرض عليها مجموعة من الخصائص والمتمثلة فيما يلي:

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- المؤسسة العمومية الصحية على الغالب هي مؤسسة غير ربحية وهي مرفق عمومي يوفر الخدمة الصحية لطالبيها؛
- يبرز البعد الإنساني في المؤسسة العمومية الصحية بشكل جلي؛
- تتعامل المؤسسة الصحية مع حالة يكون فيها الأفراد ضعفاء تتعلق بالنفس البشرية (الحياة أو الموت)؛
- إن الطبيعة الصحية للمؤسسة العمومية الصحية تجعلها تتعامل مع هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاجتماعية حيث أن تحمل تكاليف الصحة قد يكون مستحيلا من قبل الأفراد، لذا فإنه لا بد من تجسيد فكرة التمويل الجماعي لتكاليف الصحة.
- المؤسسة العمومية الصحية هي مؤسسة تقدم خدمات ذات طبيعة خاصة.
- وعلى المستوى المالي يتم سنويا تسجيل الاعتمادات المالية الضرورية لتأدية المؤسسة العمومية للصحة العمومية لمهامها في ميزانية الدولة، وتتأتى الموارد المالية للمؤسسة العمومية للصحة مما يأتي:
 - الإعانات المسجلة في ميزانية الدولة؛
 - مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما؛
 - الإيرادات الناتجة عن كل النشاطات ذات الصلة بمهامها التي تقوم بها المؤسسة لفائدة الهيئات والهيكل العمومية والخاصة في إطار تعاقدية؛
 - الإيرادات الناتجة عن الخدمات العلاجية المقدمة للأشخاص الأجانب غير المتعاقدين في مجال الضمان الاجتماعي؛
 - تعويضات التأمينات الاقتصادية بعنوان الأضرار الجسدية؛
 - الهيئات والوصايا؛
 - كل الإيرادات الأخرى المتعلقة بنشاطاتها.
- ومن الناحية المحاسبية تخضع المؤسسة العمومية للصحة في مجال التسيير المالي والمحاسبي لما يأتي:
 - المحاسبة العمومية بالنسبة لنفقات المستخدمين؛
 - النظام المحاسبي المالي المنصوص عليه في القانون رقم 07-11 المؤرخ في 15 ذي القعدة عام 1428 الموافق 25 نوفمبر سنة 2007 والمذكور أعلاه، بالنسبة للنفقات الأخرى.
- ويسند مسك محاسبة المؤسسة إلى عون محاسب يعينه الوزير المكلف بالمالية، أما من ناحية الرقابة المالية فان المؤسسة العمومية الصحية تخضع لنوعين من الرقابة هما:
 - المراقبة المالية المسبقة بالنسبة لنفقات المستخدمين؛
 - المراقبة المالية البعدية بالنسبة للنفقات الأخرى.
- ويتولى تدقيق حسابات المؤسسة العمومية للصحة والتصديق عليها محافظ حسابات يعينه الوزير المكلف بالمالية بالاشتراك مع الوزير المكلف بالصحة.
- والملاحظ على التنظيم المؤسسي خلال القانون الجديد أنه حافظ على نوعين من المؤسسات الصحية العمومية هي المراكز الجامعية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة، وألغى باقي أنواع المؤسسات العمومية

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

للصحة، واستحدث نوع جديد تمثل في مؤسسات الإعانة الطبية المستعجلة، أي أنه فصل مصلحة الاستعجلات عن المؤسسات الصحية الأخرى وذلك من أجل منع تأثيرها على سير المصالح الطبية الأخرى، كما تم أيضا إنشاء ما يسمى بالمقاطعات الصحية والتي سيتم خلالها الدمج بين المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية حيث سيصبحان كيانا مؤسساتي واحد تحكمه دائرة تنظيمية واحدة تعمل على تحقيق التسيير الجيد للموارد المتاحة على مستوى كل هياكل المقاطعة الصحية.

من جهة أخرى نلاحظ أنه قد تم إحداث تغييرات جذرية على التنظيم المحاسبي للمؤسسة الصحية من خلال إخضاع عمليات المؤسسة خارج نفقات المستخدمين للنظام المحاسبي المالي المنصوص عليه في القانون رقم 07-11 المؤرخ في 15 ذي القعدة عام 1428 الموافق 25 نوفمبر سنة 2007، أي أن المؤسسات العمومية الاستشفائية قد أصبحت تخضع لمعايير المحاسبة المالية القائمة على الإفصاح والقوائم المالية المعتمدة، وعليه فإن إخضاع المؤسسات الاستشفائية العمومية لنظام المحاسبة المالية من شأنه أن يتيح للمسيرين استقلالية أكبر على مستوى اتخاذ القرارات.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

المبحث الثاني: منهجية الدراسة الميدانية وإجراءاتها التطبيقية

سيتم التطرق في هذا المبحث إلى المنهج المتبع وأنموذج الدراسة، المجتمع وعينة الدراسة، والأدوات الإحصائية المستعملة في تحليل البيانات.

المطلب الأول: منهج، مجتمع وعينة الدراسة

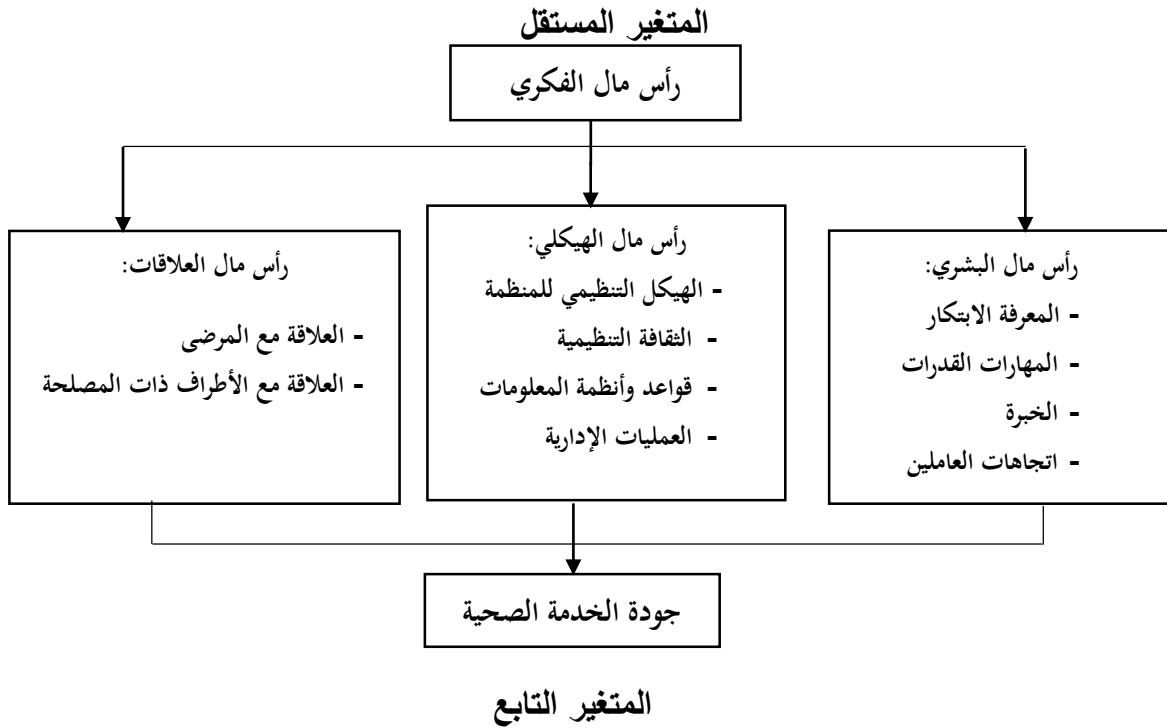
قبل الخوض في أية دراسة علمية لا بد من اتباع المنهج الصحيح واختيار المجتمع وعينة الدراسة المناسبين لذلك كأحد أهم شروط بناء الدراسة العلمية الجيدة.

أولاً: منهج وأنموذج الدراسة

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع البحث ظهر لنا أن المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي والذي يقوم على دراسة الظواهر كما هي في الواقع والتعبير عنها بشكل كمي و/أو كفي على نحو يوضح حجم الظاهرة ويقيسها ودرجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى أو بوصف الظاهرة وتوضيح خصائصها، وقد وقع الاختيار على أسلوب المسح بالعينة كونه يعد الأسلوب المناسب لجمع البيانات حيث يقوم هذا الأسلوب على اختيار عينة ممثلة للمجتمع محل الدراسة، ليتم بعدها تحليل البيانات وتعميم النتائج المتوصل إليها على مجتمع الدراسة.

ومن أجل تبسيط مقارنة الدراسة تم تصميم النموذج التالي:

الشكل رقم(42): نموذج الدراسة



المصدر: من إعداد الباحث

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

ثانيا: مجتمع وعينة الدراسة

يعرف مجتمع الدراسة على أنه جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث، كما يعرف على أنه مجموع الوحدات الإحصائية المراد دراستها ومعرفة خصائصها بشكل دقيق، حيث يمكن تمييزها عن غيرها من الوحدات التي تكون مجتمعا آخر، وبعبارة أخرى هو مجموعة الوحدات الإحصائية المشتركة في الصفة الأساسية التي تهتم بها في دراسته والذي يختلف باختلاف المشكلة أو الظاهرة محل الدراسة، وبناء على إشكالية الدراسة وأهدافها يبين الجدول رقم (21) أن المجتمع المستهدف هو جميع الأفراد العاملين على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية جيجل والذين يتجاوز مستوى تصنيفهم 10 في سلم الوظيفة العمومية حيث تم التأكيد على هذه الفئة من الموظفين لمجموعة من الأسباب والتمثلة فيما يلي:

- قابلية هذه المستويات لممارسة أدوار ريادية في المؤسسة الصحية.
- معظم هؤلاء الأفراد يمتلكون مستويات تأهيل من متوسطة إلى ممتازة كما أنهم يكتسبون خبرة مقبولة مع الوقت بحكم الوظائف التي يمارسونها؛
- الأفراد وفق هذا التصنيف مؤهلون قانونا لشغل بعض المناصب الهيكلية والمناصب الوظيفية؛
- يمكن اعتبار العديد من الأفراد المنتمين إلى هذه الفئة قادرين على تقديم إضافات نوعية إلى وظائفهم بحكم كثرة تفاعلهم مع الأعمال المختلفة في المنظمة؛
- معظم الأفراد ضمن هذا التصنيف يتجاوز مستوى تعليمهم البكالوريا زائد تكوين جامعي أو تكوين متخصص وهو ما يزيد من أهمية إجاباتهم ويجعلهم قادرين على فهم أسئلة الاستبيان وملمين بمضامينها. وبناء على التصريحات والبيانات التي استطعنا الحصول عليها من مسؤولي مكاتب مديريات الموارد البشرية لهذه المؤسسات حول التعدادات الحقيقية للموظفين كانت إحصائيات المجتمع لكل مؤسسة كالتالي:

الجدول رقم(21): مجتمع الدراسة

المجموع		EPH MILIA	EPH TAHIR	EPH JIJEL	المؤسسة الأسلاك
النسبة	التعداد				
26.30%	402	90	128	184	السلك الطبي
64.92%	992	239	274	479	السلك شبه طبي
8.76%	134	47	36	51	السلك الإداري
100%	1528	376	438	714	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على الوثائق الداخلية للمؤسسات

ونظرا لضخامة مجتمع الدراسة وعدم القدرة على الإحاطة بجميع أفرادها ومكوناته خاصة في ظل الظروف غير العادية التي تعيشها المؤسسات الصحية بفعل أثار جائحة كوفيد 19 حيث أن معظم المؤسسات تخضع إلى إجراءات احترازية شديدة، إضافة إلى أن الأطقم على اختلاف أسلاكها تعمل على تجنب الاحتكاك مع الأطراف الخارجية عنها وخاصة فيما يتعلق بتداول الأوراق، كان من الضروري قصر الدراسة على عينة

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

من أفراد المجتمع الإحصائي الموضح أعلاه وفق أسلوب المسح بالعينة العشوائية الطبقية، وكما هو معلوم أن موظفي المؤسسة الصحية ينقسمون إلى ثلاثة فئات رئيسية هي فئة الموظفين الطبيين وفئة الموظفين شبه الطبيين وفئة الإداريين، حيث أن لكل فئة من هذه الفئات دور مهم في عملية إنجاز برنامج تقديم الخدمة الصحية وأن أية خلل يصيب أداء إحداها سينعكس بالضرورة سلباً على مستوى جودة الخدمة الصحية، كما أن أدوار كل فئة من هذه الفئات مهمة إلى درجة أنه يستحل الاستغناء عن إحداها في تقديم الخدمة الصحية للمرضى على مستوى المؤسسات الصحية العمومية، وعليه فقد قمنا بتبويب أفراد العينة على هذه الفئات على نحو يسهل الدراسة ويشمل جميع أسلاك المؤسسة كما هو موضح في الجدول أعلاه، وحتى تكون الدراسة ذات معنى ومصداقية لا بد من إتباع الطرق العلمية في تحديد عدد أفراد العينة وقد اعتمد الباحث على قانون "ستيفن ثمبسون" في تحديد حجم العينة¹:

$$n = \frac{Np(1 - p)}{(N - 1) \left(\frac{d^2}{z^2}\right) + p(1 - p)}$$

حيث أن:

n: عدد أفراد العينة.

N: عدد أفراد المجتمع.

d: نسبة الخطأ المسموح بها والشائعة في دراسات العلوم الاجتماعية هي 0.05.

z: وتقدر بـ 96.1، وهي الدرجة المعيارية المقابلة لمعامل الثقة الذي هو 0.95.

p: يمثل احتمال توفر الخصائص محل الدراسة في العينة وحيث أن الدراسة سيتم إجرائها لأول مرة فسنكون حياديين ونأخذ احتمال 50%، بمعنى أنه يمكن أن يكون متوفرة لدينا ويمكن أن يكون عكس ذلك وبالتالي فإن $p=0.5$.

وعليه وبالتعويض في العلاقة المذكورة أعلاه فإن عدد أفراد العينة يكون 307 أي أن الحد الأدنى الذي يجعل العينة ممثلة للمجتمع المدروس ويعكس خصائصه هو 307 مفردة والتي سنقوم بتوزيعها بما يتناسب مع التوزيع الفئوي لأفراد المجتمع المدروس كالاتي:

¹- STEVEN K. THOMPSON. Sampling. JOHN WILEY & SONS INC PUBLICATION. Third Edition. NEW JERSEY. USA. 2012. P 59

الجدول رقم(22): عينة الدراسة

عدد أفراد العينة		التعدادات الأسلاك
النسبة	التعداد	
26.30%	80	السلك الطبي
64.92%	199	السلك شبه طبي
8.76%	28	السلك الإداري
100%	307	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث.

المطلب الثاني: أداة الدراسة وأدوات التحليل الإحصائي

من أجل إنجاز أية دراسة لا بد من اختيار أداة دراسة مناسبة لجمع البيانات حول متغيرات الدراسة، كما يجب تعيين الأدوات الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات المحصل عليها.

أولاً: أداة الدراسة

تم استخدام أداة الاستبيان من أجل جمع البيانات التي سيتم معالجتها باستخدام مجموعة من الاختبارات الإحصائية وتحليل نتائجها للتأكد من صحة الفرضيات، وقد قام الباحث بإتباع الخطوات التالية في بناء الاستبيان:

- تم الاطلاع على الدراسات السابقة التي لها صلة بالموضوع حيث حاولنا الاستفادة منها في بناء الاستبيان؛

- تم تحديد المجالات الرئيسية التي شملها الاستبيان من حيث الأبعاد ومؤشرات القياس؛

- تم تحديد الفقرات التي تقع تحت كل مجال؛

- تم تصميم الاستبيان في صورته الأولية وعرضه على الأستاذ المشرف؛

وقد قام الباحث بتجزئة متغيرات الدراسة على النحو التالي:

● **المتغير المستقل:** رأس المال الفكري؛ والذي تضمن ثلاث أبعاد رئيسية هي رأس مال البشري، رأس مال الهيكل، رأس المال العلاقات حيث رصد لكل بعد مجموعة من المؤشرات المعبرة عنه.

● **المتغير التابع:** جودة الخدمات الصحية؛ وقد تضمن خمسة أبعاد هي الاعتمادية، الملموسية، الأمان، الاستجابة، التعاطف، وهي مؤشرات يمكن من خلالها إيضاح أثر أبعاد رأس المال الفكري على جودة الخدمات الصحية المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية محل الدراسة.

حيث تم تحديد هذه الأبعاد بناء على ما تم التطرق إليه في الجانب النظري أين وجدنا أن معظم الأبحاث والدراسات تتفق على أن أهم الأبعاد المكونة لمتغيرات الدراسة هي نفسها التي تم الإشارة إليها سابقاً. كما تشير هنا إلى أننا قد اعتمدنا على مجموعة من الدراسات والتي تم الاستعانة بها في بناء استبيان الدراسة مع إدخال التعديلات المناسبة من أجل جعلها أكثر انقافاً مع طبيعة الدراسة، والمتمثلة في الآتي:

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- بولصباغ محمود (2014-2015)، تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر - من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر.
- خيرة قوبع (2016-2017)، أثر رأس المال الفكري في الإبداع التنظيمي - دراسة حالة المطاحن الكبرى "الظهرة" مستغانم، أطروحة دكتوراه، جامعة أبي بكر بالقايد تلمسان.
- نادية حماش (2015-2016)، مساهمة رأس المال الفكري في إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة - دراسة حالة مؤسسة نقاوس للمصبرات باتنة، أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة1.
- نجاة صغبروا (2011-2012)، تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، جامعة باتنة.

وقد اشتمل الاستبيان على ثلاثة أقسام تضمن الأول منها رسالة وجهت إلى المبحوثين لحثهم على الإجابة بكل دقة وموضوعية إضافة إلى أسئلة البيانات الشخصية للمجيب تتعلق بالعمر والجنس وسنوات الدراسة إضافة إلى الفئة المهنية والخبرة المكتسبة، في حين اشتمل القسم الثاني منه على أسئلة القياس التي تناولت المتغير المستقل المتمثل في رأس المال الفكري والمكون من ثلاث متغيرات فرعية هي رأس المال البشري وغطته العبارات (01-14) ورأس المال التنظيمي وغطته العبارات (15-32)، ورأس المال الزبوني وغطته العبارات (40-33)، أما الجزء الثالث فقد خصص لأسئلة القياس التي تناولت المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) وغطته العبارات (58-41).

وتم تصميم إجابات هذه الفقرات على أساس مقياس ليكرت "Likert" الخماسي المتضمن لخمس مستويات أدناها 1 وأعلىها 5، حيث تم حساب الفئات على النحو التالي: طول الفئة = $0.8 = 5/4$ وعليه يكون عدد الفئات وحدودها على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(23): سلم ليكرت الخماسي

الدلالة	موافق جدا	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق بشدة
القيمة	5	4	3	2	1
الفئة	[4.20-5]	[3.4-4.19]	[2.6-3.39]	[1.8-2.59]	[1-1.79]
الدرجة	عالية جدا	عالية	متوسطة	منخفضة	منخفضة جدا

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على سلم ليكرت الخماسي

ومن أجل التأكد من الصدق الظاهري للاستبيان وأنه صالح للغرض الذي أنشئ من أجله تم عرضه على مجموعة من أعضاء الهيئة التدريسية المذكورين في الملحق رقم (01)، حيث قمنا ببناء على انتقاداتهم والملاحظات الموجهة حوله بإدخال التعديلات الضرورية على بعض فقراته وعليه فقد أخذ صورته النهائية على النحو المبين في الملحق رقم (02).

وقد اعتمد الباحث في توزيع الاستمارة على أسلوب العينة العشوائية الطبقية وهذا راجع إلى طبيعة مجتمع الدراسة الذي يتكون من ثلاث فئات سبق الحديث عنها، حيث تم إجراء التوزيع النسبي لكل فئة من الفئات

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

المذكورة أعلاه وفق "أسلوب التخصيص النسبي" الذي يقوم على اختيار عدد من المفردات من كل فئة تبعا لوزنها النسبي في المجتمع الأصلي والذي تم على أساسه توزيع الاستبيانات كما هو مبين في الجدول أسفله:
الجدول رقم(24): توزيع استبيان الدراسة حسب المؤسسات والفئات المهنية

الاستمارات الموزعة حسب كل مؤسسة						الاستمارات الكلية الموزعة	التعدادات الأسلاك
EPH MILIA		EPH THIR		EPH JIJEL			
عدد الاستبيانات الموزعة	النسبة في المجتمع الأصلي	عدد الاستبيانات الموزعة	النسبة في المجتمع الأصلي	عدد الاستبيانات الموزعة	النسبة في المجتمع الأصلي		
24	24	31	31	45	45	100	السلك الطبي
51	24	62	28	106	48	220	السلك شبه طبي
17	35	14	26	19	38	50	السلك الإداري
92	25	107	30	170	45	370	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث

وبعد عملية التوزيع والتي تميزت بصعوبة بالغة خاصة في ظل وباء كورونا والظروف النفسية التي يمر بها المبحوثين، كانت نتائج عملية توزيع الاستبيان على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(25): نتائج عملية توزيع الاستبيان

عدد الاستمارات القابلة للدراسة	عدد الاستمارات المسترجعة	عدد الاستمارات الموزعة	عدد أفراد العينة		التعدادات الأسلاك
			النسبة	التعداد	
81	90	100	26.30%	80	السلك الطبي
204	210	220	64.92%	199	السلك شبه طبي
38	40	50	8.76%	28	السلك الإداري
323	340	370	100%	307	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث

وعليه فقد كان عدد الاستمارات القابلة للدراسة هو 323 أي أنه قد تم أخذ رأي 323 مفردة من مجتمع الدراسة وهي أكبر بقليل من العينة النظرية مما يزيد من مستوى الثقة في نتائج الدراسة.

ثانيا: أدوات التحليل الإحصائي

قام الباحث باستخدام مجموعة من الأدوات الإحصائية المناسبة لمثل هذا النوع من الدراسات، حيث استعان في تطبيقها ببرنامج SPSS نسخة (20)، وقد تمثلت هذه الأدوات فيما يلي:
- التكرارات: تم الاعتماد عليها في تحديد عدد أفراد العينة المتميزين بكل خاصية من الخصائص الشخصية.
- معامل الارتباط: لتأكيد الصدق البنائي وصدق الاتساق الداخلي، حيث تم استخدام معامل الارتباط سيبرمان باعتباره الأنسب للمتغيرات الوصفية.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- معامل الثبات: الذي يعكس استقرار المقياس وعدم تناقضه مع نفسه؛ أين يعطي نفس النتائج في حالة إعادة تطبيقه على نفس العينة.

- النسب المئوية: لمعرفة نسبة اختيار كل بديل من بدائل أسئلة الاستبيان.

- الوسط الحسابي: تم الاعتماد عليه في تحديد متوسط إجابات أفراد العينة على كل فقرة ومحور.

- الانحراف المعياري: الذي يمكن من خلاله معرفة مدى التشتت المطلق بين أوساطها الحسابية.

- اختبار كولمجروف- سمرنوف: اعتمدنا عليه في معرفة ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، ويعتمد هذا الاختبار على مقارنة التوزيع الاحتمالي التراكمي الفعلي للمتغير بالتوزيع الاحتمالي المطلوب (المتوقع)، وكلما انخفضت قيمه إحصاءه الاختبار (اقتربت من الصفر) كلما دلت على اقتراب التوزيع الاحتمالي الفعلي للمتغير من التوزيع الاحتمالي المطلوب مقارنة به.

- اختبار T للعينة الواحدة: لاختبار متوسط العبارات (إيجابية، سلبية، محايدة) بالنسبة للمحاور التي تتبع التوزيع الطبيعي.

- اختبار مربع كاي **Khi-deux**: يتم الاعتماد على هذا الاختبار إذا كانت البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي، وهو أحد الاختبارات الإحصائية اللامعلمية، ويتم استخدامه عند التعامل مع متغير وصفي (اسمي كان أو رتبي) للتعرف على ما إذا كانت التكرارات موزعة على التقسيمات بشكل متساوي أو غير متساوي.

- اختبار تحليل التباين الأحادي (**Anova Way One**): لاختبار الفروق بين متوسطات ثلاث عينات فأكثر.

- اختبار **Kruskal -Wallis Test**: هو بديل تحليل التباين باتجاه واحد **Anova way One** في حالة التوزيع غير الطبيعي، حيث يختبر تساوي عدة متوسطات، أو يختبر ما إذا كانت العينات المستقلة مسحوبة من مجتمعات متطابقة التوزيع.

- تحليل الانحدار: يبحث الانحدار في العلاقة بين المتغيرات من خلال بناء معادلة تستخدم للتفسير أو للتقدير أو للتوقع أو للتنبؤ بقيمة المتغير التابع Y بدلالة متغير أو مجموعة متغيرات مستقلة X_i ، وتأخذ هذه المعادلة الشكل التالي:

$$\gamma = \beta_0 + \beta_1 \chi_1 + \beta_2 \chi_2 + \dots + \beta_i \chi_i + e$$

حيث أن:

γ : هو المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)؛

χ : هو المتغير المستقل (رأس المال الفكري)؛

β_0 : هو الجزء المقطوع من المحور الرأسي ويعكس قيمة γ في حالة $\chi = 0$ ؛

β_i : ميل الخط المستقيم ($\beta_i \chi_i + \beta_0$)، ويعكس مقدار التغير في γ إذا تغيرت χ_i بوحدة واحدة؛

e : هو الخطأ العشوائي، والذي يعبر عن الفرق بين القيمة الفعلية γ والقيمة المقدرة γ .

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- **معامل التحديد:** هو مقياس إحصائي يستخدم لقياس جودة توفيق النموذج وهو يمثل نسبة الاختلاف في قيم المتغير التابع التي يفسرها نموذج الانحدار، ورياضيا معامل التحديد ما هو إلا مربع معامل الارتباط المتعدد، والقيمة التي يأخذها معامل التحديد هي نسبة ما يفسره معامل الارتباط الموافق من العلاقة السببية بين المتغير التابع والمتغير التابع.

المطلب الثالث: اختبارات الاستبيان وعينة الدراسة

تعتبر دراسة الثبات والصدق واختبارات عينة الدراسة من أهم الشروط المنهجية التي يجب التأكد منها أثناء تصميم أدوات البحث.

أولاً: صدق وثبات الاستبيان

1- صدق المحكمين

تم اختبار صدق أداة الدراسة باختبار كل من الصدق الظاهري والصدق البنائي، ومن أجل اختبار صدق أداة الدراسة ظاهرياً، تم توزيع الاستبيان على مجموعة من الأساتذة قصد تحكيم الأداة، ووفقاً لآراء المحكمين قام الباحث بإجراء ما يلزم من تغييرات، وتم إعداد الاستبيان في صورته النهائية (انظر الملحق رقم 01).

2- صدق الاتساق الداخلي لمحاوّر وعبارات الاستبيان

بعد توزيع الاستبيان على عينة استطلاعية مكونة من 30 مفردة، قام الباحث بحساب معامل الارتباط سبيرمان بواسطة برنامج SPSS من أجل التأكد من الصدق البنائي لأداة الدراسة.

•الاتساق الداخلي لعبارات محور رأس مال البشري

بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة بحساب معامل الارتباط "سبيرمان" لفقرات المحور الأول قمنا ببناء الجدول التالي:

الجدول رقم(26): معامل الارتباط ومستوى الدلالة لفقرات المحور الأول

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	العبارات
0.000	0.738**	1. يتمتع الموظفون في المؤسسة بمعرفة علمية جيدة حول مهامهم.
0.000	0.786**	2. يعمل الموظفون في المؤسسة على تحيين معرفتهم العلمية بشكل مستمر.
0.000	0.746**	3. يعمل الموظفون في المؤسسة على تطوير طرق وأدوات العمل في المؤسسة.
0.007	0.484**	4. تزيد برامج التكوين في المؤسسة من معارف الموظفين.
0.000	0.686**	5. يؤدي الموظفون مهامهم بكفاءة عالية.
0.001	0.582**	6. يوجد تناسب بين قدرات التدخل لدى الموظفين والحالات المرضية.
0.004	0.510**	7. يتكيف الموظفون مع الحالات المرضية بشكل جيد.
0.006	0.494**	8. تعطي المؤسسة الأولوية في التوظيف لأصحاب المهارات العالية.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

0.001	0.560**	9. تتوفر المؤسسة على موظفين ذوي خبرة مقبولة في المجال الصحي.
0.000	0.719**	10. تعمل سياسة المؤسسة على تحقيق الاستفادة القصوى من الموظفين ذوي الخبرة.
0.001	0.577**	11. يساهم الموظفون في المؤسسة دوا الخبرة في تطوير وتحسين مهارات الموظفين الجدد.
0.000	0.600**	12. يشعر الموظفون بالرضا عن العمل في المؤسسة.
0.003	0.517**	13. لا توجد رغبة لدى الموظفين أصحاب الخبرة في الاستقالة.
0.000	0.832**	14. تعمل المؤسسة على توفير برامج تدريبية تتوافق مع الاحتياجات التدريبية للموظفين.

* له دلالة إحصائية أقل أو يساوي 0.05

** له دلالة إحصائية قوية أقل أو يساوي 0.01

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS (الملحق رقم 03)

• الاتساق الداخلي لعبارات محور رأس مال التنظيمي

بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة بحساب معامل الارتباط "سبيرمان" لفقرات المحور الثاني

قمنا ببناء الجدول التالي:

الجدول رقم(27): معامل الارتباط ومستوى الدلالة لفقرات المحور الثاني

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	العبارات
0.000	0.746**	1. يتوافق تصميم الهيكل التنظيمي والوظيفي مع السير الحسن للمؤسسة.
0.000	0.854**	2. يوجد تنسيق جيد بين مختلف الأقسام والمصالح في المؤسسة.
0.000	0.619**	3. قنوات الاتصال الرسمية مفعلة بشكل جيد بين مختلف الوحدات والمستويات التنظيمية.
0.000	0.732**	4. في حالة غياب الرؤساء تبقى المصالح التابعة لهم تسيير بشكل جيد.
0.002	0.533**	5. يتم التفاعل بشكل سريع مع المشكلات المطروحة من طرف مصالح المؤسسة.
0.000	0.778**	6. تسود المنظمة روح العمل الجماعي والتوجه بالفريق نحو تحقيق أهداف المؤسسة.
0.000	0.732**	7. هناك شعور عام بالرضا عن الانتماء إلى مؤسسة عمومية صحية.
0.002	0.553**	8. يتميز المناخ التنظيمي للمؤسسة الصحية بكونه محفز على العمل.
0.000	0.647**	9. تقبل ثقافة المؤسسة التغيير والتطوير للأحسن.
0.000	0.736**	10. يسود المؤسسة جو من التنافس على تقديم الأفضل.
0.000	0.644**	11. تعمل المؤسسة على جمع وتوفير المعلومات والبيانات المساعدة في اتخاذ القرارات.
0.000	0.741**	12. تمتلك المؤسسة بنية تحتية لتكنولوجيا المعلومات والاتصال.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

0.000	0.640**	13. يتوفر لدى المؤسسة كادر بشري مؤهل في جمع وتنظيم ومعالجة البيانات.
0.000	0.679**	14. يقوم الموظفون بتدوين الأحداث والأنشطة في المؤسسة من خلال الوثائق والنماذج الكتابية.
0.001	0.559**	15. توجد سهولة في الحصول على المعلومات
0.000	0.692**	16. تعمل المؤسسة وفق خطط مكتوبة ومحددة زمنية.
0.000	0.774**	17. تتوفر معايير ومقاييس مراقبة الأداء واكتشاف الانحرافات وتصحيحها.
0.000	0.538**	18. تتم العمليات الإدارية بين مختلف المستويات الإدارية بسرعة.

* له دلالة إحصائية أقل أو يساوي 0.05

** له دلالة إحصائية قوية أقل أو يساوي 0.01

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS (الملحق رقم 04)

• الاتساق الداخلي لعبارات محور رأس مال العلاقات

بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة بحساب معامل الارتباط "سبيرمان" لفقرات المحور الثالث

قمنا ببناء الجدول التالي:

الجدول رقم(28): معامل الارتباط ومستوى الدلالة لفقرات المحور الثالث

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	العبارات
0.00	0.652**	1. يفضل المرضى التعامل مع المؤسسة الصحية العمومية.
0.00	0.640**	2. تحتفظ المؤسسة بالمعلومات الخاصة بالمرضى.
0.00	0.748**	3. تعمل المؤسسة على تحقيق التثقيف الصحي للمرضى.
0.00	0.694**	4. يوجد تعاون بين المؤسسة والمؤسسات الصحية الأخرى سواء كانت عمومية أو خاصة.
0.00	0.649**	5. تحرص المؤسسة على تحقيق حوار بناء مع الشركاء الاجتماعيين والاقتصاديين.
0.00	0.617**	6. تحظى المؤسسة بدعم الحركة الجمعوية والسلطات المحلية.
0.00	0.818**	7. تعمل المؤسسة على توعية المجتمع بالأخطار الصحية المحدقة به.
0.00	0.836**	8. تساهم المؤسسة في دعم برامج التكوين لدى المؤسسات المهنية ومؤسسات التعليم العالي.

* له دلالة إحصائية أقل أو يساوي 0.05

** له دلالة إحصائية قوية أقل أو يساوي 0.01

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS (الملحق رقم 05)

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

•الاتساق الداخلي لعبارات محور جودة الخدمات الصحية

بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة بحساب معامل الارتباط "سبيرمان" لفقرات المحور الرابع قمنا ببناء الجدول التالي:

الجدول رقم(29): معامل الارتباط ومستوى الدلالة لفقرات المحور الرابع

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	العبارات
0.000	0.699**	1. يحرص الموظفون على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من الإتقان.
0.000	0.758**	2. تبدي المؤسسة اهتمام خاص بمشاكل واستفسارات المرضى.
0.000	0.675**	3. تحتفظ المؤسسة بسجلات دقيقة وموثقة.
0.000	0.644**	4. تحض خدمات المؤسسة بثقة واستحسان المستفيدين منها.
0.002	0.551**	5. تمتلك المؤسسة تجهيزات ومعدات حديثة .
0.001	0.566**	6. يحرص الموظفون في المؤسسة على الظهور بمظهر لائق.
0.022	0.417**	7. تتوفر المؤسسة على صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية.
0.000	0.724**	8. تصميم وموقع المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة الصحية .
0.010	0.464**	9. يثق المرضى في مؤهلات الطاقم الطبي للمؤسسة.
0.000	0.723**	10. تحرص المؤسسة على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.
0.000	0.781**	11. توجد متابعة مستمرة للحالات المرضية المطروحة.
0.000	0.817**	12. توجد جاهزية في المؤسسة لمواجهة أية حوادث تتعلق بالسلامة
0.000	0.672**	13. يتم تقديم العناية الصحية للمرضى والاهتمام بانشغالاتهم مهما كان مستواهم الاجتماعي.
0.000	0.673**	14. تراعي المؤسسة عادات وتقاليد المرضى.
0.000	0.801**	15. يتم شرح المشاكل الصحية للمرضى بالطريقة التي يفهمونها.
0.000	0.779**	16. موارد المؤسسة المادية والبشرية مسخرة لتقديم الخدمة للمرضى في أية وقت.
0.000	0.843**	17. تبسط المؤسسة إجراءات تقديم الخدمة لضمان السرعة.
0.000	0.801**	18. لدى المؤسسة خطة طوارئ لتقديم الخدمة الصحية تحت أية ظروف كانت.

* له دلالة إحصائية أقل أو يساوي 0.05

** له دلالة إحصائية قوية أقل أو يساوي 0.01

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS (الملحق رقم 06)

يتضح من الجداول أعلاه أن جميع معاملات الارتباط "سبيرمان" موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى معنوية 0.05، حيث تراوحت قيمتها بين 0.48 و0.85 وتجاوز معظمها 0.5، وعليه فإن جميع الفقرات متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي إليه ما يدل على الصدق البنائي والاتساق الداخلي لفقرات الاستبيان مع محاورها.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

ثالثا: ثبات أداة الدراسة

من أجل التأكد من ثبات الاستبيان قام الباحث بحساب معامل ألفا - كرونباخ بواسطة برنامج SPSS، الخاص بالعينة الاستطلاعية المقدر عددها بـ 30 فرد كما هو موضح في (الملحق رقم 7)، حيث تعتبر هذه الطريقة من أشهر الطرق للتأكد من ثبات أداة الدراسة، وبناء على مخرجات برنامج SPSS قام الباحث بتلخيص النتائج على النحو الموضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(30): معامل ألفا-كرونباخ لمحاور الدراسة

المحاور	عنوان المحاور	عدد الفقرات	ألفا-كرونباخ
01	الثبات الكلي لفقرات رأس المال الفكري	40	0.968
02	رأس مال البشري	14	0.904
03	رأس مال التنظيمي	18	0.945
04	رأس مال العلاقات	08	0.925
05	جودة الخدمات الصحية	18	0.958
جميع المحاور	الثبات الكلي لجميع الفقرات	58	0.933

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS (الملحق رقم 07)

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن المعامل الكلي ألفا-كرونباخ للاستبيان بلغ 0.933 وهو يمثل نسبة ثبات قوية جداً، كما يتضح أن معامل ألفا-كرونباخ لجميع محاور الدراسة قد تجاوز 0.9، مما يشير إلى أن هذا الاستبيان سيعطي نفس النتائج فيما إذا أعيد استخدامه من جديد، وهو مؤشر جيد يدل على أن أداة الدراسة قد تم بنائها بشكل جيد.

وعليه نقول أن الباحث قد وفق إلى حد ما في بناء أداة الاستبيان حيث يظهر ذلك من خلال اتساق كل فقراتها مع محاور الاستبيان، وثباتها وهو ما يسمح بتوزيعها على أفراد العينة.

ثانياً: خصائص عينة الدراسة

بعد إدخال إجابات أفراد العينة في برنامج SPSS والخاصة بـ 323 مفردة وبعد إجراء اختبارات عينة الدراسة قصد معرفة توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الشخصية المتمثلة في: الجنس، العمر، سنوات الدراسة، الفئة المهنية، الخبرة المهنية، تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم(31): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الشخصية

المتغيرات الشخصية	الفئة	التعداد المطلق	التعداد النسبي
الجنس	ذكر	93	28.8
	أنثى	230	71.2
متغير العمر	[30-01]	74	22.9
	[40-30]	145	44.9
	[50-40]	72	22.3
	50 فأكثر	32	9.9
	أكثر من 7	26	8
متغير الدراسة	أكثر من 5	55	17
	أكثر من 3	128	39.6
	تكوين متخصص	105	32.5
	باقي السنوات	9	2.8
	طبي	81	25.1
متغير المهنة	شبه طبي	204	63.15
	إداري	38	11.76
	طبي	81	25.1
متغير الخبرة المهنية	[15-1]	93	28.8
	[10-5]	86	26.6
	[15-10]	81	25.1
	[20-15]	28	8.7
	20 فأكثر	35	10.8
	المجموع	323	100

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على مخرجات برنامج SPSS (الملحق رقم 08)

• بالنسبة لمتغير الجنس: نلاحظ أن نسبة الإناث بلغت 71.2 بالمائة في حين بلغت نسبة الذكور 28.8 بالمائة، وهذا يعكس هيكل التوظيف في قطاع الصحة حيث أن توظيف الإناث أصبح طاغيا على توظيف الذكور بحكم كثرتهم العددية وإقبالهن على الوظيفة العمومية الصحية أكثر من الذكور، إضافة إلى ملائمة بعض التخصصات الطبية والتمريضية للعنصر النسوي حيث تمثل هذه التخصصات المجالات الأكثر استخداما للموظفين الصحيين، لكن ومن خلال تجربتنا في القطاع لاحظنا ضرورة اعتماد التوازن في التوظيف بين العنصر النسوي والذكوري من أجل الحفاظ على السير الحسن للمصالح خاصة وأن العنصر النسوي هو الأكثر طلبا للعطل المرضية واستغراقا في فترات عطل الأمومة والإحالة على الاستدياع مما يؤثر سلبا على برمجة وسيرورة العمل داخل المؤسسات الصحية العمومية وبشكل ضغط أكبر على العنصر الذكوري.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

• **بالنسبة لمتغير العمر:** نلاحظ أن 44.9 بالمائة من الموظفين ينتمون إلى الفئة العمرية المحصورة بين 30 و 40 سنة وهو ما يشير إلى أن معظم أفراد العينة ناضجين فكريا، كما أن 22.9 بالمائة من الموظفين ينتمون إلى الفئة العمرية الأقل من 30 سنة وهي نسبة معتبرة تدل على وجود جيل سيتكون مع الوقت ليصبح أكثر نضوجا من الناحية المهنية، كما نلاحظ أيضا أن 32.2 بالمائة من الموظفين ينتمون إلى الفئة العمرية الأكثر من 40 سنة وهي تعد في معظمها من الفئات الأكثر نشاطا ومردودية وخبرة أما الفئة الأكثر من 50 سنة فقد مثلت نسبة ضعيفة قدرت بـ 9.9 بالمائة ويرجع ذلك إلى أن معظم الموظفين لهذه الفئة العمرية قد استفادوا من تدابير التقاعد المسبق بالرغم من كونهم يتميزون بالخبرة الواسعة وأهميتهم في التسيير الجيد للمصالح.

• **بالنسبة لمتغير الدراسة:** نلاحظ أن 97 بالمائة من أفراد العينة تجاوزت سنوات تحصيلهم 3 سنوات وهو مؤشر جيد يدل على أهمية إجابات أفراد العينة، كونهم قد تحصلوا على مستويات علمية جيدة تعادل مرحلة التدرج فما فوق، وأنهم قد تحصلوا على معرفة نظرية تتراوح من مقبولة إلى ممتازة ضمن تخصصاتهم الدراسية، كما نلاحظ أن 32.5 بالمائة من الموظفين قد تابعوا تكويننا متخصصا في ميادين الصحة وهي نسبة مهمة تشير إلى أن أفراد العينة لهم إلمام جيد بقضايا الصحة والعمل في المؤسسات الصحية.

• **متغير الفئة المهنية:** نلاحظ أن معظم أفراد العينة ينتمون إلى فئة شبه الطبيين بنسبة وصلت إلى 63.15 بالمائة والتي يمكن اعتبارها الفئة الأكثر نشاطا على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية، حيث أنها تمارس أدوارا حيوية على مستوى هذه المؤسسات ولها ارتباط مباشر مع قضايا رأس المال التنظيمي ورأس مال العلاقات ورأس مال البشري، من جهة أخرى بلغت فئة الموظفين الطبيين 25.1 بالمائة مما يزيد من أهمية الإجابات المقدمة حول الاستبيان، كما أن نسبة الإداريين قد بلغت 11.76 وهي أيضا تعبر عن أهمية الإجابات المقدمة وخاصة من ناحية التقييم، والملاحظ على التوزيع الفئوي للاستبيانات المجمعة أنه حافظ تقريبا على التوزيع النسبي للمجتمع الأصلي وهو ما يجعله يعبر بشكل جيد عن مجتمع الدراسة المستهدف.

• **متغير الخبرة المهنية:** نلاحظ أن 44.6 بالمائة من الموظفين تجاوزت خبرتهم 10 سنوات وهو ما يشير إلى أن معظم أفراد العينة الذين تم عرض الاستبيان عليهم يتميزون بأن لهم احتكاك واطلاع جيد مع قضايا الصحة بحكم تجربتهم الطويلة، كما أن نسبة الأفراد الذين تقل خبرتهم عن خمسة سنوات هي في حدود 29.9 بالمائة مما يزيد من أهمية إجابات أفراد العينة.

وعليه وانطلاقا من النتائج المتحصل عليها من خلال تحليل المتغيرات الشخصية للدراسة، نقول أن اختيار العينة كان موقفا بالنظر إلى مستوى السنوات الدراسية التي بلغها معظم أفراد العينة، إضافة إلى مستويات الخبرة لدى أفراد العينة التي تجاوزت عند معظمهم 5 سنوات وهو مؤشر جيد عن مدى تكوين رأس المال الفكري بالخبرة، إضافة إلى أن توزيع أفراد العينة ضمن هذه المجالات قد حافظ إلى حد كبير على الأوزان النسبية للفئات المهنية ضمن مجتمع الدراسة الأصلي.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

المبحث الثالث: التحليل الإحصائي لمحاور الاستبيان واختبار الفرضيات

قبل الخوض في التحليل الإحصائي لفقرات المحاور واختبار الفرضيات لا بد من التأكد من طبيعة التوزيع والتي يتم على أساسها تحديد نوع الاختبارات المناسبة لتحليل فقرات محاور هذا الاستبيان سواء كانت معلمية أو لا معلمية كما سنوضحه فيما يلي:

المطلب الأول: اختبار اعتدالية التوزيع

قام الباحث بدراسة اعتدالية التوزيع وذلك بإجراء اختبار كولمجروف-سمرنوف حيث تكون فرضية الاختبار وفق هذا المقياس كما يلي:

H_0 : تتبع المتغيرات التوزيع الطبيعي اذا كان مستوى المعنوية أكبر تماما من 0.05.

H_1 : لا تتبع المتغيرات التوزيع الطبيعي اذا كان مستوى المعنوية أقل من 0.05.

وبعد إجراء هذا الاختبار بواسطة برنامج SPSS على بيانات عينة الدراسة كانت النتائج على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(32): معامل كولمجروف-سمرنوف لمحاور الدراسة

المحاور	عنوان المحاور	z	مستوى المعنوية	طبيعة التوزيع
00	رأس المال الفكري	0.66	0.002	غير طبيعي
01	رأس مال بشري	0.61	0.005	غير طبيعي
02	رأس مال التنظيمي	0.50	0.052	طبيعي
03	رأس مال الزبوني	0.68	0.010	غير طبيعي
04	جودة الخدمات الصحية	0.42	0.200	طبيعي

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS (الملحق رقم 09)

من خلال الجدول أعلاه نستنتج ما يلي:

- محور رأس مال الفكري ببعديه رأس مال بشري ورأس مال العلاقات يتبعون التوزيع غير الطبيعي كون أن مستوى الدلالة أقل من 0.05 وعليه نقبل الفرضية H_1 .

- محور رأس مال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية يتبعان التوزيع الطبيعي كون أن مستوى الدلالة يتجاوز 0.05 وعليه نرفض الفرضية H_1 ونقبل الفرضية H_0 .

وانطلاقا من طبيعة توزيع كل محور تكون الاختبارات المناسبة على النحو التالي:

- الاختبارات اللامعلمية: (مربع كاي X_2 ، اختبار كروسكال) لكل من محاور رأس مال الفكري، رأس مال بشري ورأس مال العلاقات.

- الاختبارات المعلمية: (t ستودنت لعينة واحدة، اختبار وان انوفا) لكل من محوري رأس مال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

المطلب الثاني: تحليل آراء أفراد العينة حول فقرات محاور الدراسة

من أجل إثبات وجود متغيرات الدراسة على مستوى المؤسسات محل الدراسة والتأكد من مستوى وعي أفراد العينة المدروسة بذلك لا بد من تحليل فقرات المحاور ودلالاتها من خلال النتائج الإحصائية المحصل عليها كما سنعمل عليه في هذا المطلب.

أولاً: تحليل آراء أفراد العينة حول فقرات المحور الأول رأس مال البشري

على اعتبار أن متغير رأس المال البشري يتبع التوزيع غير الطبيعي اعتمد الباحث على اختبار مربع كاي كونه الأنسب للتوزيعات اللامعلمية لتحديد مدى موافقة أفراد العينة على محتوى فقرات الاستبيان، وبناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة بحساب متوسط الإجابات واختبارات χ^2 قمنا بتلخيص النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم(33): نتائج اختبار χ^2 لعينة وحيدة لفقرات المحور الأول رأس مال البشري

مستوى المعنوية	χ^2	الترتيب	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العبــــــــــــــــارات
0.00	87.13	06	1.08	3.12	1. يتمتع الموظفون في المؤسسة بمعرفة علمية جيدة حول مهامهم.
0.00	66.05	09	1.117	2.84	2. يعمل الموظفون في المؤسسة على تحيين معرفتهم العلمية بشكل مستمر.
0.00	65.46	10	1.122	2.80	3. يعمل الموظفون في المؤسسة على تطوير طرق وأدوات العمل في المؤسسة.
0.00	54.19	02	1.245	3.49	4. تزيد برامج التكوين في المؤسسة من معارف الموظفين.
0.00	105.12	04	1.048	3.21	5. يؤدي الموظفون مهامهم بكفاءة عالية.
0.00	99.15	03	1.046	3.24	6. يوجد تناسب بين قدرات التدخل لدى الموظفين والحالات المرضية.
0.00	74.94	07	1.103	3.11	7. يتكيف الموظفون مع الحالات المرضية بشكل جيد.
0.00	50.48	12	1.245	2.59	8. تعطي المؤسسة الأولوية في التوظيف لأصحاب المهارات العالية.
0.00	192.40	01	0.988	3.76	9. تتوفر المؤسسة على موظفين ذو خبرة مقبولة في المجال الصحي.
0.00	50.26	08	1.204	2.99	10. تعمل سياسة المؤسسة على تحقيق الاستفادة من الموظفين ذوي الخبرة.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

0.00	63.39	05	1.144	3.17	11. يساهم الموظفون في المؤسسة دو الخبرة في تطوير وتحسين مهارات الموظفين الجدد.
0.00	82.74	13	1.091	2.43	12. يشعر الموظفون بالرضا عن العمل في المؤسسة.
0.00	48.03	11	1.254	2.61	13. لا توجد رغبة لدى الموظفين أصحاب الخبرة في الاستقالة.
0.00	114.75	14	1.071	2.24	14. تعمل المؤسسة على توفير برامج تدريبية تتوافق مع الاحتياجات التدريبية للموظفين.
0.00	172.31	-	0.681	2.97	المحور الأول: رأس مال البشري

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على الملحق رقم (10)

نلاحظ من الجدول أعلاه أن المحور الأول والمتعلق برأس مال البشري يتكون من أربعة عشر فقرة، حيث تم احتساب معامل X^2 عند درجة الحرية الرابعة لجميع فقرات هذا المحور، واعتمادا على جدول معامل X^2 تكون القيمة الجدولية لمعامل X^2 تساوي 9.49 عند درجة حرية 4 واحتمال قدره 0.05 وهي قيمة أقل من قيمة X^2 المحسوبة لجميع فقرات هذا المحور، كما أن مستوى المعنوية للقيم المحسوبة أقل من 0.05 مما يشير إلى أن النتائج المتوصل إليها دالة إحصائيا، وفيما يلي يتم تحليل فقرات هذا المحور كل على حدا بالاعتماد على الأوساط الحسابية وترتيبها:

الفقرة (09): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الأول بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 75.20 بالمائة، حيث تحصلت على أعلى متوسط حسابي في المحور الأول قدر بـ 3.76 وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية على أن المؤسسة تتوفر على موظفين ذوي خبرة مقبولة في المجال الصحي.

الفقرة (04): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثاني بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 69.80 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ 3.49، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية على أن برامج التكوين تزيد من معارف الموظفين في المؤسسة الصحية.

الفقرة (06): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثالث بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 64.80 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ 3.24، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود تناسب بين قدرات التدخل لدى الموظفين والحالات المرضية المطروحة في المؤسسة.

الفقرة (05): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الرابع بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 64.20 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ 3.21، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن الموظفون في المؤسسة الصحية العمومية يؤدون مهامهم بكفاءة عالية.

الفقرة (11): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الخامس بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 63.40 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ 3.17، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

على أن الموظفون ذوا الخبرة يساهمون في تطوير وتحسين مهارات الموظفين الجدد على مستوى المؤسسات الصحية العمومية.

الفقرة (01): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السادس بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 62.40 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ3.12، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن الموظفون في المؤسسة الصحية العمومية يتمتعون بمعرفة جيدة حول مهامهم.

الفقرة (07): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السابع بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 62.20 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي يقدر بـ3.11، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن الموظفون يتكيفون بشكل جيد مع ظروف العمل.

الفقرة (10): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثامن بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 59.80 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.99، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة الصحية العمومية تعمل على تحقيق الاستفادة من الموظفين ذوي الخبرة.

الفقرة (02): جاءت هذه الفقرة في الترتيب التاسع بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 56.80 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.84، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن الموظفون في المؤسسة يعملون على تحيين معرفتهم بشكل مستمر.

الفقرة (03): جاءت هذه الفقرة في الترتيب العاشر بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 56.00 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.80، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن الموظفون في المؤسسة يعملون على تطوير طرق وأدوات العمل في المؤسسة الصحية العمومية.

الفقرة (13): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الحادي عشر بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 52.20 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.61، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أنه لا توجد رغبة لدى الموظفين أصحاب الخبرة في الاستقالة في المؤسسات الصحية العمومية.

الفقرة (08): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثاني عشر بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 51.80 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.59، وعليه نقول أن أفراد العينة لا يوافقون على أن المؤسسة تعطي الأولوية في التوظيف لأصحاب المهارات العالية.

الفقرة (12): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثالث عشر بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 48.60 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.43، وعليه نقول أن أفراد العينة لا يوافقون أن الموظفون في المؤسسة الصحية العمومية يشعرون بالرضا عن العمل فيها.

الفقرة (14): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الرابع عشر بين فقرات المحور الأول بأهمية نسبية بلغت 44.80 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.24، وعليه نقول أن أفراد العينة لا يوافقون على أن المؤسسة تعمل على توفير برامج تدريبية تتوافق مع الاحتياجات التدريبية للعاملين فيها.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

وعند إجراء عرض لأبعاد محور رأس مال البشري نجدها كانت على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(34): نتائج اختبار مربع كاي لمؤشرات المحور الأول رأس مال البشري

أبعاد رأس مال البشري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	x ² المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية	القيمة الجدولية x ² ل	درجة الموافقة
المعرفة والابتكار	3.0642	0.85	133.57	0.00	26.30	موافق بدرجة متوسطة
المهارات والقدرات	3.0377	0.76	224.96	0.00	27.59	موافق بدرجة متوسطة
الخبرة المهنية المكتسبة	3.3086	0.89	133.20	0.00	21.03	موافق بدرجة متوسطة
اتجاهات العاملين	2.4257	0.85	179.13	0.00	22.36	غير موافق
رأس مال البشري	2.9722	0.68	172.31	0.00	67.50	موافق بدرجة متوسطة

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(10)

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا ما يلي:

• **مؤشر المعرفة:** بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد 3.06 وانحراف معياري قدره 0.85 أي أقل من الواحد الصحيح مما يعني وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول محتوى هذا البعد، من جهة أخرى قيمة مربع كاي الجدولية أقل من المحسوبة ودلالاتها الإحصائية أقل من 0.05 ما يشير إلى أن النتائج المحصل عليها دالة إحصائياً وأن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود معرفة وابتكار في المؤسسات الصحية العمومية، ويمكن إرجاع موافقتهم على هذا البعد بدرجة متوسطة إلى كون أن أغلب موظفي القطاع الصحي العمومي لا يواصلون تحصيلهم المعرفي بعد إدماجهم في وظائفهم ولا يتمكنون من إيجاد فرص لتحسين معارفهم إلا في إطار برامج التكوين المستمر التي تتميز بضعفها من ناحية التأطير والتنظيم وحتى من ناحية الدعم بالوسائل البيداغوجية كما هو ملاحظ على مستوى المؤسسات الصحية العمومية، كما أنهم لا يتلقون الدعم الكافي من المسؤولين من أجل دعم معارفهم من خلال مواصلة التكوين.

• **مؤشر المهارات والقدرات:** بلغ المتوسط الحسابي لهذا المؤشر 3.03 وانحراف معياري قدره 0.76 أي أقل من الواحد مما يعني وجود تقارب بين إجابات أفراد العينة حول محتوى هذا المؤشر، من جهة أخرى قيمة مربع كاي الجدولية أقل من المحسوبة ودلالاتها الإحصائية أقل من 0.05 ما يشير إلى أن النتائج محصل عليها دالة إحصائياً، وأن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود مهارات وقدرات في المؤسسات الصحية العمومية. ويمكن إرجاع درجة الموافقة المتوسطة إلى كون أن مجال تدخل الموظفين وتطوير مهاراتهم وقدراتهم في المؤسسات الصحية العمومية مرهون بإمكانيات هذه المؤسسات حيث أنها لا تقدم الرعاية الصحية إلا في حدود مستويات معينة من الخطر وإن كانت مرتفعة في بعض الحالات إلا أنها تبقى غير مؤهلة لتغطية بعض الحالات المتخصصة جداً أو المجالات التي يمكن الإطلاق عليها مسمى العناية الصحية النوعية.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- **مؤشر الخبرة:** بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد 3.30 بانحراف معياري قدره 0.89 أي أقل من الواحد مما يعني تقارب بين إجابات أفراد العينة حول محتوى هذا المؤشر، من جهة أخرى وبمأن قيمة مربع كاي الجدولية أقل من المحسوبة ودلالاتها الإحصائية أقل من 0.05 فهذا يشير إلى أن النتائج المحصل عليها دالة إحصائياً وأن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود خبرة في المؤسسات الصحية العمومية، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الخبرة المكتسبة لدى الموظفين على مستوى هذه المؤسسات محصورة في مجال اختصاصات المؤسسة.
- **مؤشر اتجاهات العاملين:** بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد 2.42 بانحراف معياري قدره 0.85 أي أقل من الواحد مما يعني وجود تقارب بين إجابات أفراد العينة حول محتوى هذا المؤشر، من جهة أخرى وبمأن قيمة مربع كاي الجدولية أقل من المحسوبة ودلالاتها الإحصائية أقل من 0.05 فهذا يشير إلى أن النتائج المحصل عليها دالة إحصائياً وأن أفراد العينة لا يوافقون وبدرجة منخفضة على محتوى مؤشر اتجاهات العاملين في المؤسسة كون أن أغلب الموظفين في المؤسسة متدمرون من مستقبلهم فيها نتيجة ضعف نظام الحوافز وتردي مؤشرات جودة الحياة الوظيفية فيها إضافة إلى كثرة ضغوط العمل وهو ما يجعلهم يتحنون الفرصة دائماً لبناء أنشطتهم الصحية الخاصة بهم أو الانتقال إلى قطاعات نشاط أخرى.
- **محور رأس مال البشري:** بلغ المتوسط الحسابي لهذا المحور 2.97 وبانحراف معياري ضعيف قدره ب 0.68 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة على محتوى هذا المحور، من جهة أخرى وبمأن قيمة مربع كاي الجدولية أقل من المحسوبة ودلالاتها الإحصائية أقل من 0.05 فهذا يشير إلى أن النتائج المحصل عليها دالة إحصائياً، وهو ما يعني أن أغلب أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود رأس المال البشري في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة.

ثانياً: تحليل آراء أفراد العينة حول فقرات المحور الثاني رأس مال التنظيمي

على اعتبار أن متغير رأس مال التنظيمي يتبع التوزيع الطبيعي اعتمد الباحث على اختبار T لعينة واحدة كونه الأنسب للتوزيعات المعلمية لتحديد مدى موافقة أفراد العينة على محتوى فقرات الاستبيان، وبناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة بحساب متوسط الإجابات واختبارات T قمنا بتلخيص النتائج كالتالي:

الجدول رقم(35): نتائج اختبار T لعينة وحيدة لفقرات المحور الثاني رأس مال التنظيمي

العبارات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب	Z	مستوى المعنوية
15. يتوافق تصميم الهيكل التنظيمي والوظيفي مع السير الحسن للمؤسسة.	2.74	1.14	54,8	08	-4.02	0.00
16. يوجد تنسيق جيد بين مختلف الأقسام والمصالح في المؤسسة.	2.67	1.12	53,4	11	-5.21	0.00
17. قنوات الاتصال الرسمية مفعلة بشكل جيد بين مختلف الوحدات والمستويات التنظيمية.	2.48	1.03	49,6	15	-9.06	0.00

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

0.00	2.70	01	63,8	1.23	3.19	18. في حالة غياب الرؤساء تبقى المصالح التابعة لهم تسير بشكل جيد.
0.00	-5.95-	14	52,6	1.13	2.63	19. يتم التفاعل بشكل سريع مع المشكلات المطروحة من طرف مصالح المؤسسة.
0.00	-2.81-	06	56,8	1.04	2.84	20. تسود المنظمة روح العمل الجماعي والتوجه بالفريق نحو تحقيق أهداف المؤسسة.
0.00	-4.64-	09	54,2	1.12	2.71	21. هناك شعور عام بالرضا عن الانتماء إلى مؤسسة عمومية صحية.
0.00	-12.3-	18	46	1.02	2.30	22. يتميز المناخ التنظيمي للمؤسسة الصحية بكونه محفز على العمل.
0.00	-5.05-	10	53,8	1.11	2.69	23. تقبل ثقافة المؤسسة التغيير والتطوير للأحسن.
0.00	-9.10-	16	48,8	1.10	2.44	24. يسود المؤسسة جو من التنافس على تقديم الأفضل.
0.00	-5.80-	12	53,2	1.05	2.66	25. تعمل المؤسسة على جمع وتوفير المعلومات والبيانات المساعدة في اتخاذ القرارات.
0.00	-9.83-	17	48,2	1.07	2.41	26. تمتلك المؤسسة بنية تحتية لتكنولوجيا المعلومات والاتصال.
0.00	-3.38-	07	55,8	1.11	2.79	27. يتوفر لدى المؤسسة كادر بشري مؤهل في جمع وتنظيم ومعالجة البيانات.
0.00	1.77	02	62,2	1.13	3.11	28. يقوم الموظفون بتدوين الأحداث والأنشطة في المؤسسة من خلال الوثائق والنماذج الكتابية.
0.00	-1.84-	04	57,8	1.08	2.89	29. توجد سهولة في الحصول على المعلومات
0.68	0.40	03	60,4	1.09	3.02	30. تعمل المؤسسة وفق خطط مكتوبة ومحددة زمنيا.
0.00	-6.17-	13	53	1.02	2.65	31. تتوفر معايير ومقاييس مراقبة الأداء واكتشاف الانحرافات وتصحيحها.
0.31	-1.00-	05	57	2.61	2.85	32. تتم العمليات الإدارية بين مختلف المستويات الإدارية بسرعة.
0.00	6.51	-	54,4	0.75	2.72	المحور الثاني رأس مال التنظيمي

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم (11)

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

يتضح من الجدول أعلاه أن المحور الثاني والمتعلق برأس المال التنظيمي يتكون من ثمانية عشر فقرة، والملاحظ أن الدلالة الإحصائية لمعامل t لعينة واحدة كانت أصغر من 0.05 عدا في الفقرتين 30 و 32 كما أن الدلالة الإحصائية لمحور رأس المال التنظيمي أقل من 0.05 مما يشير إلى أن النتائج المتوصل إليها دالة إحصائياً، وفيما يلي يتم تحليل فقرات هذا المحور كل على حدا بالاعتماد على الأوساط الحسابية وترتيبها.

الفقرة (18): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الأول بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 63.8 بالمائة، حيث تحصلت على أعلى متوسط حسابي في المحور الثاني والمقدر بـ 3.19 مما يشير إلى درجة موافقة متوسطة، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أنه في حال غياب الرؤساء تبقى المصالح التابعة لهم تسير بشكل جيد.

الفقرة (28): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثاني بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 62.2 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ 3.11 مما يشير إلى درجة موافقة متوسطة، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن الموظفين يقومون بتدوين الأنشطة من خلال النماذج والوثائق المكتوبة.

الفقرة (30): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثاني بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 62.2 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ 3.02 مما يشير إلى درجة موافقة متوسطة، لكن بمأن مستوى الدلالة لدى هذه الفقرة الذي قيمته 0.68 أكبر من 0.05، فإن ذلك يشير إلى وجود تباين كبير في اتفاق أفراد مجتمع الدراسة على هذه العبارة.

الفقرة (29): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الرابع بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 57.8 بالمائة حيث حصلت على متوسط حسابي قدر بـ 2.89، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود سهولة في الحصول على المعلومات.

الفقرة (32): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الخامس بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 57 بالمائة، حيث حصلت على متوسط حسابي قدر بـ 2.85 مما يشير إلى درجة موافقة متوسطة لكن بمأن مستوى الدلالة لدى هذه الفقرة الذي قيمته 0.31 أكبر من 0.05، فإن ذلك يشير إلى وجود تباين كبير في اتفاق أفراد مجتمع الدراسة على هذه العبارة.

الفقرة (20): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السادس بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 56.8 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ 2.84، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المنظمة تسود فيها روح العمل الجماعي والتوجه بالفريق نحو تحقيق أهداف المؤسسة.

الفقرة (27): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السابع بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 56.8 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ 2.84، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أنه يوجد في المؤسسة فريق يعمل على جمع وتنظيم المعلومات.

الفقرة (15): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثامن بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 54.8 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.74، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن تصميم الهيكل التنظيمي والوظيفي للمؤسسة يتوافق مع السير الحسن للمؤسسة.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الفقرة (21): جاءت هذه الفقرة في الترتيب التاسع بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 54.2 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.71، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود شعور عام بالرضا عن الانتماء إلى مؤسسة عمومية صحية.

الفقرة (23): جاءت هذه الفقرة في الترتيب العاشر بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 53.8 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.69، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن ثقافة المؤسسة تقبل التغيير والتطوير للأحسن.

الفقرة (16): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الحادي عشر بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 53.4 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.67، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود تنسيق جيد بين مختلف الأقسام والمصالح في المؤسسة.

الفقرة (25): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثاني عشر بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 53.2 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.66، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة تعمل على جمع وتوفير المعلومات والبيانات المساعدة في اتخاذ القرارات.

الفقرة (31): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثالث عشر بين فقرات المحور الثاني من حيث الأهمية النسبية التي بلغت 53 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.65، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على توفر معايير ومقاييس مراقبة الأداء واكتشاف الانحرافات وتصحيحها.

الفقرة (19): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الرابع عشر بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 52.6، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.63، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود تفاعل بشكل سريع مع المشكلات المطروحة من طرف مصالح المؤسسة.

الفقرة (17): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الخامس عشر بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 49.6 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.48، وعليه نقول أن أفراد العينة لا يوافقون وبدرجة منخفضة على أن قنوات الاتصال الرسمية مفعلة بشكل جيد بين مختلف الوحدات والمستويات التنظيمية.

الفقرة (24): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السادس عشر بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 48.8 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.44، وعليه نقول أن أفراد العينة لا يوافقون وبدرجة منخفضة على وجود جو التنافس على تقديم الأفضل في المؤسسة.

الفقرة (26): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السابع عشر بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 48.2 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.41، وعليه نقول أن أفراد العينة لا يوافقون على أنه للمؤسسة بنية تحتية لتكنولوجيا المعلومات والاتصال.

الفقرة (22): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثامن عشر بين فقرات المحور الثاني بأهمية نسبية بلغت 46 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي بلغ 2.30، وعليه نقول أن أفراد العينة لا يوافقون على أن المناخ التنظيمي للمؤسسة الصحية يتميز بكونه محفز على العمل.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

وعند إجراء عرض لنتائج أبعاد رأس مال التنظيمي في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة نجدها كانت على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(36): نتائج اختبار مؤشرات المحور الثاني رأس مال التنظيمي

أبعاد رأس مال التنظيمي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	Z	مستوى الدلالة الإحصائية	درجة الموافقة
الهيكل التنظيمي	2.74	0.83	54.82	-5.596	0.000	موافق بدرجة متوسطة
الثقافة التنظيمية	2.60	0.86	51.90	-8.461	0.000	موافق بدرجة متوسطة
نظم المعلومات	2.77	0.81	55.44	-5.014	0.000	موافق بدرجة متوسطة
العمليات الإدارية	2.84	1.26	56.84	-2.246	0.025	موافق بدرجة متوسطة
رأسمال التنظيمي	2.72	0.75	54.52	-6.518	0.000	موافق بدرجة متوسطة

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم (11)

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن جميع مؤشرات هذا المحور يتجاوز وسطها الحسابي 2.6 كما أن أهميتها النسبية تفوق 50 بالمائة إضافة إلى أن دلالتها الإحصائية أقل من 0.05 كما أن انحرافاتها المعيارية ضعيفة مما يشر إلى أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود هذه العناصر في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة. ويمكن إرجاع درجة الموافقة المتوسطة إلى النقاط التالية:

- بالرغم من أن الخرائط التنظيمية للهيكل التنظيمية جيدة وتغطي جميع وظائف المؤسسة ومستوياتها إلا أنها تعاني من ضعف مراكز القرار فيها وتداخل بين الصلاحيات إضافة إلى سوء إدارة أنظمة الاتصال وضعف التنسيق بين أطرافها ومستوياتها الهيكلية والتنظيمية.

- الثقافة التنظيمية للمؤسسات الصحية هي ثقافة تقليدية وتغلب عليها الأعراف الإدارية التقليدية ولا توفر مجالاً للإبداع الرأي أو التغيير إلى الأحسن كما أنها ثقافة متزمتة تحافظ على الدهنيات التقليدية.

- بالرغم من وجود أنظمة للمعلومات إلا أنها بقيت غير واضحة المعالم فضلاً عن كونها غير شاملة وتعتمد على النظم الورقية مما يقلل من قدرتها على تحيين المعلومات وتوفيرها في الوقت المطلوب من أجل معالجة المشكلات.

- العمليات الإدارية في المؤسسة وبالرغم من أهميتها في ضبط الأمور إلا أنها تبقى تتم بطريقة بطيئة وبوسائل تقليدية.

- هناك ضعف كبير في التنسيق بين المستويات الإدارية والوظيفية في المؤسسة مع طغيان الصراعات الإدارية بينها.

من جهة أخرى نلاحظ من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمحور رأس مال التنظيمي بلغ 2.72

بأهمية نسبية بلغت 54.52 وانحراف معياري ضعيف قدره 0.68 إضافة إلى دلالة إحصائية أقل من 0.05

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

وهو ما يؤكد على اتفاق بدرجة متوسطة بين أفراد العينة على وجود رأس مال تنظمي في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة.

ثالثاً: تحليل آراء أفراد العينة حول فقرات المحور الثالث رأس مال العلاقات

على اعتبار أن متغير رأس مال العلاقات يتبع التوزيع غير الطبيعي اعتمد الباحث على اختبار مربع كاي كونه الأنسب للتوزيعات اللامعلمية لتحديد مدى موافقة أفراد العينة على محتوى فقرات الاستبيان، وبناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة بحساب متوسط الإجابات واختبارات χ^2 قمنا بتلخيص النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم(37): نتائج اختبارات χ^2 للمحور الثالث رأس مال العلاقات

مستوى المعنوية	χ^2	الترتيب	الأهمية النسبية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العبارة
0.00	93.17	02	68	1.133	3.40	33. يفضل المرضى التعامل مع المؤسسة الصحية العمومية.
0.00	155.01	01	76,8	1.077	3.84	34. تحتفظ المؤسسة بالمعلومات الخاصة بالمرضى.
0.00	75.49	05	61,4	1.128	3.07	35. تعمل المؤسسة على تحقيق التثقيف الصحي للمرضى.
0.00	79.46	03	63,4	1.120	3.17	36. يوجد تعاون بين المؤسسة والمؤسسات الصحية الأخرى سواء كانت عمومية أو خاصة.
0.00	98.80	08	56,6	1.038	2.83	37. تحرص المؤسسة على تحقيق حوار بناء مع الشركاء الاجتماعيين والاقتصاديين.
0.00	88.93	06	58,4	2.920	2.92	38. تحض المؤسسة بدعم الحركة الجمعوية والسلطات المحلية.
0.00	98.28	04	62,8	3.14	3.14	39. تعمل المؤسسة على توعية المجتمع بالأخطار الصحية المحدقة به.
0.00	45.28	07	57	2.85	2.85	40. تساهم المؤسسة في دعم برامج التكوين لدى المؤسسات المهنية ومؤسسات التعليم العالي.
0.00	229.82	-	63	0.75	3.15	المحور الثالث: رأس مال العلاقات

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم (12)

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

يتضح من الجدول أعلاه أن المحور الثالث والمتعلق برأس مال العلاقات يتكون من ثمان فقرات، حيث تم احتساب قيمة مربع كاي عند درجة حرية قدرها أربعة لجميع فقرات هذا المحور، واعتماد على جدول معامل X^2 تكون القيمة الجدولية لمعامل X^2 تساوي 9.49 عند درجة حرية 4 واحتمال قدره 0.05 وهي قيمة أقل من قيمة X^2 المحسوبة لجميع فقرات هذا المحور، كما أن مستوى المعنوية للقيم المحسوبة أقل من 0.05 ما يشير إلى أن النتائج المتوصل إليها دالة إحصائياً، وفيما يلي يتم تحليل فقرات هذا المحور كل على حدا بالاعتماد على الأوساط الحسابية وترتيبها:

الفقرة (34): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الأول بين فقرات المحور الثالث بأهمية نسبية بلغت 76.8 بالمائة، حيث تحصلت على أعلى متوسط حسابي في المحور الثالث والمقدر بـ3.84، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية جداً على أن المؤسسة تعمل على الحفاظ على المعلومات المتعلقة بالمرضى.

الفقرة (33): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثاني بين فقرات المحور الثالث بأهمية نسبية بلغت 68 بالمائة، حيث تحصلت على أعلى متوسط حسابي في المحور الثالث والمقدر بـ3.40، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية على أن المرضى يفضلون التعامل مع المؤسسة الصحية العمومية.

الفقرة (36): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثالث بين فقرات المحور الثالث بأهمية نسبية بلغت 63.4 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ3.17، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أنه يوجد تعاون بين المؤسسة والمؤسسات الصحية الأخرى سواء كانت عمومية أو خاصة.

الفقرة (39): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الرابع بين فقرات المحور الثالث بأهمية نسبية بلغت 62.8 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ3.14، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة تعمل على توعية المجتمع بالأخطار الصحية المحدقة به.

الفقرة (35): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الخامس بين فقرات المحور الثالث بأهمية نسبية بلغت 61.4 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ3.07، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة تعمل على التنقيف الصحي للمرضى.

الفقرة (38): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السادس بين فقرات المحور الثالث بأهمية نسبية بلغت 61.4 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.92، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة تحظى بدعم الحركة الجمعوية والسلطات المحلية.

الفقرة (40): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السابع بين فقرات المحور الثالث بأهمية نسبية بلغت 57 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ2.85، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على مساهمة المؤسسة في دعم برامج التكوين لدى المؤسسات المهنية ومؤسسات التعليم العالي.

الفقرة (37): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثامن بين فقرات المحور الثالث بأهمية نسبية بلغت 52.6 بالمائة وهي أكبر من الوزن النسبي المتوسط 60 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي مقدر بـ2.83، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة تحرص على تحقيق حوار بناء مع الشركاء الاجتماعيين والاقتصاديين.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

وعند إجراء عرض لنتائج أبعاد رأس مال العلاقات في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة نجدها كانت على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(38): نتائج اختبار مؤشرات المحور الثالث رأس مال العلاقات

مؤشرات رأس مال العلاقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	X ² المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية	X ² الجدولية	درجة الموافقة
العلاقة مع المرضى	2.74	0.87	50	154.21	0.00	31.41	موافق بدرجة متوسطة
العلاقة مع الأطراف ذات المصلحة	2.6	0.83	51.8	153.49	0.00	21.03	موافق بدرجة متوسطة
رأس مال العلاقات	3.15	0.75	63	229.82	0.00	55.76	موافق بدرجة متوسطة

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم (12)

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن قيم معامل مربع كاي المحسوبة أكبر من القيم الجدولية كما أن مستويات الدلالة الإحصائية الموافقة لها أقل من 0.05 وهو ما يعني أن النتائج المحصل عليها دالة إحصائياً، من جهة أخرى المتوسطات الحسابية لمؤشرات هذا المحور تتجاوز قيمتها 2.6 بأهمية نسبية تتجاوز 52 بالمائة وانحرافات معيارية ضعيفة أقل من الواحد، مما يشير إلى أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود هذه الأبعاد في المؤسسات الصحية العمومية. ويمكن إرجاع درجة الموافقة المتوسطة إلى الأسباب التالية:

- يمكن اعتبار أن إدارة المؤسسات للعلاقة مع المرضى محصورة في الجانب الذي يتم فيه تقديم العناية لهم أكثر منها في الجانب الذي يهتم بمشاكلهم واحتياجاتهم، كما أن بيانات المرضى التي تجمعها المؤسسة لا يتم استخدامها إلا في حدود علاقة مريض طبيب، وقد تنتهي العلاقة معهم بانتهاء حصص العلاج.

- بالنسبة لعلاقة المؤسسة مع الأطراف الخارجية إما أن تكون علاقة وصاية أو علاقات نفعية لصالح الأطراف الخارجية أكثر منها للمؤسسة.

وبالنسبة للمحور الثالث رأس مال العلاقات نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمة مربع كاي المحسوبة أكبر من الجدولية بمستوى دلالة أقل من 0.05 وهو ما يعني أن النتائج المحصل عليها دالة إحصائياً، كما نلاحظ أن المتوسط الحسابي لمحور رأس مال العلاقات قد بلغ 2.72 بأهمية نسبية بلغت 54.52 وانحراف معياري ضعيف قدره 0.75 مما يعني اتفاق بدرجة متوسطة بين أفراد العينة على وجود رأس مال العلاقات في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

رابعاً: تحليل آراء أفراد العينة حول فقرات المحور الرابع جودة الخدمات الصحية

على اعتبار أن متغير جودة الخدمات الصحية يتبع التوزيع الطبيعي اعتمد الباحث على اختبار T لعينة واحدة كونه الأنسب للتوزيعات المعلمية لتحديد مدى موافقة أفراد العينة على محتوى فقرات الاستبيان، وبناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة بحساب متوسط الإجابات واختبارات T قمنا بتلخيص النتائج كما يلي:

الجدول رقم (39): نتائج اختبار T لعينة للمحور الرابع جودة الخدمات الصحية

مستوى المعنوية	Z	الترتيب	الأهمية النسبية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العبارات
0.000	3.975	06	64,8	1.106	3.24	41.يحرص الموظفون على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من الإتقان.
0.01	1.465	09	61,8	1.101	3.09	42.تبدي المؤسسة اهتمام خاص بمشاكل واستفسارات المرضى.
0.000	9.087	01	70,2	1.004	3.51	43.تحتفظ المؤسسة بسجلات دقيقة وموثقة.
0.91	0.106	11	60,2	1.047	3.01	44.تحض خدمات المؤسسة بثقة واستحسان المستفيدين منها.
0.00	-5.203-	15	53,4	1.144	2.67	45.تمتلك المؤسسة تجهيزات ومعدات حديثة .
0.00	4.683	05	65,4	1.046	3.27	46.يحرص الموظفون في المؤسسة على الظهور بمظهر لائق.
0.00	-7.685-	17	50,4	1.117	2.52	47.تتوفر المؤسسة على صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية.
0.00	-6.158-	16	52	1.166	2.60	48.تصميم وموقع المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة الصحية .
0.04	0.737	10	60,8	1.056	3.04	49.يثق المرضى في مؤهلات الطاقم الطبي للمؤسسة.
0.00	7.966	02	69,6	1.076	3.48	50.تحرص المؤسسة على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.
0.00	4.940	04	65,6	1.036	3.28	51.توجد متابعة مستمرة للحالات المرضية المطروحة.
0.007	-1.760-	14	57,8	1.170	2.89	52.توجد جاهزية في المؤسسة لمواجهة أية حوادث تتعلق بالسلامة

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

0.00	3.988	04	65,6	1.244	3.28	53. يتم تقديم العناية الصحية للمرضى والاهتمام بانشغالاتهم مهما كان مستواهم الاجتماعي.
0.01	1.548	08	62	1.115	3.10	54. تراعي المؤسسة عادات وتقاليد المرضى.
0.00	6.959	03	68,4	1.087	3.42	55. يتم شرح المشاكل الصحية للمرضى بالطريقة التي يفهمونها.
0.00	4.075	07	65	1.092	3.25	56. موارد المؤسسة المادية والبشرية مسخرة لتقديم الخدمة للمرضى في أية وقت.
0.45	-0.748-	12	59,2	1.042	2.96	57. تبسط المؤسسة إجراءات تقديم الخدمة لضمان السرعة.
0.23	-1.191-	13	58,4	1.168	2.92	58. لدى المؤسسة خطة طوارئ لتقديم الخدمة الصحية تحت أية ظروف كانت.
0.048	1.981	/	61,6	3.08	3.08	المحور الرابع جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم (13)

من خلال الجدول أعلاه يتكون المحور الرابع والمتعلق بجودة الخدمات الصحية من ثمانية عشر فقرة، والملاحظ أن مستوى المعنوية لمعامل T لعينة واحدة أصغر من 0.05 عدا في الفقرات 44، 57، 58، كما أن مستوى المعنوية للمحور ككل أقل من 0.05 ما يعني أن النتائج المتوصل إليها دالة إحصائيا، وفيما يلي يتم تحليل فقرات هذا المحور كل على حدا بالاعتماد على الأوساط الحسابية وترتيبها:

الفقرة (43): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الأول بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 70.2 بالمائة، حيث تحصلت على أعلى متوسط حسابي في المحور الثالث قدر بـ3.51، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية على أن المؤسسة تحتفظ بسجلات دقيقة وموثقة.

الفقرة (50): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثاني بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 69.6 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدر بـ3.48، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية على أن المؤسسة تحرص على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.

الفقرة (55): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثالث بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 68.4 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 3.42، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية على أنه يتم شرح المشاكل الصحية للمرضى بالطريقة التي يفهمونها.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الفقرة (51): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الرابع بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 65.6 بالمائة حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 3.28، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود متابعة مستمرة للحالات المرضية المطروحة.

الفقرة (46): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الخامس بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 65.4 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 3.27، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن الموظفون في المؤسسة يحرصون على الظهور بمظهر لائق.

الفقرة (41): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السادس بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 64.8 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 3.24، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن الموظفون في المؤسسة يحرصون على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من الإلتقان.

الفقرة (56): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السادس بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 65 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 3.25، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن الموارد المؤسسة المادية والبشرية مسخرة لتقديم الخدمة للمرضى في أية وقت.

الفقرة (54): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثامن بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 62 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 3.10، مما يعني أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة الصحية العمومية تراعي وتحترم عادات وتقاليدهم المرضى.

الفقرة (42): جاءت هذه الفقرة في الترتيب التاسع بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 61.8 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 3.09، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة الصحية العمومية تبدي اهتمام خاص بمشاكل واستفسارات المرضى.

الفقرة (49): جاءت هذه الفقرة في الترتيب العاشر بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 60.8 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 3.04، مما يعني أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المرضى يثقون في مهارات الطاقم الطبي للمؤسسة الصحية.

الفقرة (44): نصت هذه الفقرة على أن خدمات المؤسسة تحض بثقة واستحسان المستفيدين منها. وقد جاءت هذه الفقرة في الترتيب الحادي عشر بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 60.2 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 3.01 ما يشير إلى درجة موافقة متوسطة، لكن وبما أن دلالتها الإحصائية أكبر من 0.05 فهذا يشير إلى وجود تباين شديد في آراء أفراد مجتمع الدراسة حول محتوى هذه الفقرة وأن المتوسط الحسابي للعينة قد يختلف عن المتوسط الحسابي للمجتمع.

الفقرة (57): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثاني عشر بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 59.2 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 2.96 ما يشير إلى درجة موافقة متوسطة، لكن وبما أن دلالتها الإحصائية أكبر من 0.05 فهذا يشير إلى وجود تباين شديد في آراء أفراد مجتمع الدراسة حول محتوى هذه الفقرة وأن المتوسط الحسابي للعينة قد يختلف عن المتوسط الحسابي للمجتمع.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الفقرة (58): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الثالث عشر بين فقرات المحور الرابع من حيث الأهمية النسبية التي بلغت 58.40 بالمائة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره 2.92 ما يشير إلى درجة موافقة متوسطة، لكن وبما أن دلالتها الإحصائية أكبر من 0.05 فهذا يشير إلى وجود تباين شديد في آراء أفراد مجتمع الدراسة حول محتوى هذه الفقرة وأن المتوسط الحسابي للعيينة قد يختلف عن المتوسط الحسابي للمجتمع.

الفقرة (52): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الرابع عشر بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 57.80 بالمائة، حيث تحصلت متوسط حسابي قدره 2.89 وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة في جاهزية لمواجهة أية حوادث تتعلق بالسلامة.

الفقرة (45): جاءت هذه الفقرة في الترتيب الخامس بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 53.4 بالمائة، حيث تحصلت متوسط حسابي قدره 2.67، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن المؤسسة تمتلك تجهيزات ومعدات حديثة.

الفقرة (48): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السادس عشر بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 52 بالمائة، حيث تحصلت متوسط حسابي قدره 2.60، وعليه نقول أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على أن تصميم وموقع المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة الصحية.

الفقرة (47): جاءت هذه الفقرة في الترتيب السادس عشر بين فقرات المحور الرابع بأهمية نسبية بلغت 50.4، حيث تحصلت متوسط حسابي قدره 2.52، وعليه نقول أن أفراد العينة لا يوافقون وبدرجة منخفضة على أن تصميم وموقع المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة الصحية.

وعند إجراء عرض لنتائج أبعاد جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة نجدها كالتالي:

الجدول رقم(40): نتائج اختبار مؤشرات المحور الرابع جودة الخدمات الصحية

أبعاد جودة الخدمات الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	T	مستوى الدلالة الإحصائية	درجة الموافقة
الاعتمادية	3.04	0.96	60.84	5.78	0.43	موافق بدرجة متوسطة
الملموسية	3.21	0.86	64.26	4.44	0.00	موافق بدرجة متوسطة
الأمان	2.76	0.83	55.31	-5.01	0.00	موافق بدرجة متوسطة
التعاطف	3.17	0.86	63.45	3.58	0.00	موافق بدرجة متوسطة
الاستجابة	3.26	0.97	65.30	4.89	0.00	موافق بدرجة متوسطة
جودة الخدمات الصحية	3.08	0.76	61.69	1.98	0.048	موافق بدرجة متوسطة

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم (13)

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع أبعاد هذا المحور يتجاوز وسطها الحسابي 2.6 كما أن أهميتها النسبية تفوق 50 بالمئة إضافة إلى أن دلالتها الإحصائية أقل من 0.05 عدا في بعد الاعتمادية، كما أن انحرافات المعيارية ضعيفة مما يشير إلى أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود هذه العناصر في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة. ومن ناحية ترتيب أبعاد هذا المحور نجد أن الاستجابة احتلت المرتبة الأولى تليها الملموسية يليها التعاطف وأخيرا إحتل بعد الأمان المرتبة الأخيرة.

من جهة أخرى نلاحظ من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمحور جودة الخدمات الصحية قد بلغ 3.08 بأهمية نسبية بلغت 61.69 وانحراف معياري ضعيف قدره 0.76 إضافة إلى دلالة إحصائية أقل من 0.05 وهو ما يؤكد على توافق متوسط بين أفراد العينة على وجود جودة للخدمات الصحية على مستوى المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة.

ويمكن إرجاع أسباب الموافقة المتوسطة على وجود جودة للخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية إلى ما يلي:

- نقص الموارد البشرية وخاصة المتخصصة منها؛
 - ضعف ونقص التجهيزات وبعضها يحتاج إلى الصيانة؛
 - ضعف الجوانب التنظيمية على مستوى المؤسسات الصحية؛
 - عدم قدرة هذه المؤسسات على التوفيق بين معايير الجودة والضغط الذي تعاني منه نتيجة تجاوز الطلب على خدماتها لقدراتها وهو ما أدخلها في حسابات الأهم والأولى بدلا من المهم؛
 - تركيز المؤسسات الصحية العمومية هو على تقديم الخدمة الصحية الجوهر وليس على سلسلة الخدمات التكميلية؛
 - تدمير الموارد البشرية نتيجة الضغوطات وتدني معايير جودة الحياة الوظيفية وهو ما انعكس على مستوى أدائها خاصة فيما يتعلق بالتعاطف والجوانب غير الملموسة؛
 - ضعف إدارة الموارد المادية للمؤسسات الصحية وبالمقابل شبه انعدام لمفهوم إدارة اللاملموسات في المؤسسات الصحية العمومية؛
 - معظم المؤسسات الصحية العمومية تعاني من ضغط رهيب كون أن الطلب على خدماتها متزايد وقد يتجاوز إمكانياتها في بعض الأحيان.
- وعند إجراء عرض للنتائج المتعلقة بأبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة نجدها كالآتي:

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الجدول رقم (41): نتائج T/X^2 لعينة واحدة لمحاور الدراسة

محاور وأبعاد الدراسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	X^2/T	مستوى الدلالة الإحصائية	درجة الموافقة
رأس مال الفكري	2.89	0.67	57.8	154.139	0.002	موافق بدرجة متوسطة
رأس مال البشري	2.97	0.68	59.4	172.31	0.000	موافق بدرجة متوسطة
رأس مال التنظيمي	2.72	0.75	54.4	-6.518	0.000	موافق بدرجة متوسطة
رأس مال العلاقات	3.15	0.75	63	229.82	0.000	موافق بدرجة متوسطة
جودة الخدمات الصحية	3.08	0.76	61.6	1.981	0.048	موافق بدرجة متوسطة

المصدر: من إعداد الباحث

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على وجود رأس مال الفكري بالإضافة إلى وجود جودة الخدمات الصحية، وبالنظر إلى ما هو مشاهد في المؤسسات الصحية العمومية وبحكم تجربتنا المهنية وما أجريناه على مستواها من ترصتات ميدانية تجاوزت تسعة أشهر يمكن القول بأن هذه النتائج تعبر عن الواقع، حيث أن المؤسسات الصحية العمومية تتوفر على عناصر مهمة من رأس مال البشري تتمتع بمهارات من متوسطة إلى عالية أثبتت نجاحها في تسيير الشأن الصحي وتقديم عناية معيارية للمجتمع، وفي حدود الإمكانيات المتاحة بالرغم من ضعف العناية التي تحض بها وخاصة فيما يتعلق بتحسين مستويات أدائها والاهتمام بتطلعاتها واحتياجاتها المادية المعنوية، وهو ما قد يكون انعكس سلبا على فعالية دورها، كما أن هذه المؤسسات وخارج الأطر الرسمية استطاعت أن تكيف رأس مالها التنظيمي إلى حد كبير بما يوفر البنية التحتية الأدنى التي يستطيع من خلالها رأس مال البشري ممارسة أدواره، خاصة فيما يتعلق بالتنظيم وتوفير المعلومات وتبسيط الإجراءات وتحقيق التنسيق والاستجابة السريعة للمشكلات، وبالمقابل يمكن ملاحظة أن العناية الصحية المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية العمومية مقبولة إلى حد ما خاصة من وجهة نظر الإدارة ومهني الصحة حيث أنهم وبالرغم من مشاكل هذا القطاع ومحدودية الموارد يوفرون أغلب العناية الصحية الضرورية للمرضى والمجتمع بالرغم من النقائص التي قد تشوبها إلا أنها تبقى في العناية المتوسطة من حيث الجودة فهي تغطي أغلب مجالات الرعاية الأولية والثانوية وحتى المتخصصة بالرغم من ضعف أدائها على مستوى فروع النشاط الصحي.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

المطلب الثالث: اختبار صحة فرضيات الدراسة

على اعتبار أن الهدف من هذه الدراسة هو التأكد من وجود دور لرأس المال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية، وبعد التطرق إلى كافة الجوانب النظرية لمتغيرات الدراسة، وجمع البيانات وتحليلها، حاول الباحث في هذا المطلب اختبار صحة الفرضيات التي تمت صياغتها، للوصول إلى النتائج التي تحقق أهداف هذه الدراسة.

أولاً: اختبار صحة الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية

نصت الفرضية الرئيسية الأولى على أنه لا يوجد دور لرأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى معنوية 0.05 في المؤسسات محل الدراسة، ولاختبار صحتها تم الاعتماد على نموذج الانحدار الخطي المتعدد باستعمال برنامج **SPSS**، وقد تم الاستقرار على هذا الخيار بعد الاطلاع على العديد من الدراسات التي تدرس الدور بين متغير تابع واحد وعدة متغيرات مستقلة، حيث يتم صياغة معادلة خطية تعكس دور المتغيرات المستقلة والمتمثلة في أبعاد رأس مال الفكري على المتغير التابع المتمثل في جودة الخدمات الصحية، وقد كانت مؤشرات هذا النموذج على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(42): نتائج اختبار معادلة الانحدار

مستوى المعنوية	إحصائية F	مربع معامل التحديد R ²	معامل التحديد	نموذج الانحدار المتعدد
0.000	208.458	0.662	0.814	المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية المتغيرات المستقلة: - رأس مال بشري - رأس مال التنظيمي - رأس مال العلاقات

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم (14)

نلاحظ من الجدول أعلاه أن مربع معامل التحديد بلغ 0.66 وهو ما يشير إلى أن المتغيرات المستقلة والمتمثلة في أبعاد رأس المال الفكري أي رأس مال بشري، رأس مال التنظيمي ورأس مال العلاقات، لها دور متوسط في تحسين جودة الخدمات الصحية وأن كل تغير يقع في جودة الخدمات الصحية يفسر 66 بالمائة منه بسبب مجموع تغيرات أبعاد رأس مال الفكري السابقة الذكر، وهذا يتوافق تماما مع النتائج المحصل عليها من خلال تحليل أبعاد رأس مال الفكري حيث كانت تشير إلى الدرجة المتوسطة في معظمها، ويمكن القول أن هذه النتيجة مقبولة خاصة وأنها نتحدث عن أحد أنواع الخدمات التي تعتمد بشكل كبير على رأس المال البشري الذي يتميز بالمعرفة والمهارة والخبرة، كما تعتمد أيضا على رأس مال التنظيمي الذي يمثل البنية الارتكازية لنشاط رأس مال بشري، إضافة إلى رأس مال العلاقات والذي يستحيل وجود الخدمة الصحية في حالة غيابه كونها تتميز بالتلازمية. كما نلاحظ أن قيمة F فيشر بلغت 208.45 بمستوى معنوية أقل من 0.05، وهي قيمة أكبر من قيمة F الجدولية المقدر بـ 5.40 مما يشير إلى صلاحية هذا النموذج

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

في بيان مدى وجود دور لأبعاد رأس المال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية، وسيتم تحليل نتائج نموذج الانحدار المتعدد لكل بعد من أبعاد رأس مال البشري كل على حدا فيما يلي.

• **الفرضية الفرعية الأولى:** لا يوجد دور لرأس المال البشري في تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى معنوية 0.05 في المؤسسات محل الدراسة.

لاختبار صحة الفرضية الفرعية الأولى التي تتمحور حول دور رأس مال البشري في تحسين جودة الخدمات الصحية، قام الباحث بتلخيص النتائج على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(43): نتائج معادلة الانحدار خاصة بالمحور الأول رأس مال البشري

المحور	معامل الانحدار β_1	قيمة T	مستوى المعنوية	معامل التباين	معامل تضخم التباين KIV
رأس مال البشري	0.24	3.839	0.000	0.340	2.938

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(14)

نلاحظ أن قيمة T المحسوبة بلغت 3.83 وهي أكبر من القيمة الجدولية التي تساوي 2.35، كما أن مستوى المعنوية أقل من 0.05 وهو ما يشير إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لرأس مال البشري على جودة الخدمات الصحية، من جهة أخرى معامل تضخم التباين أقل من 10 كما أن معامل التباين أكبر من 0.1 وهو ما يؤكد عدم وجود ارتباط بين رأس مال البشري والمتغيرات المستقلة الأخرى في الدراسة مما يزيد من أهمية النتائج المتوصل إليها. كما نلاحظ أن قيمة B_1 بلغت 0.24 وهو ما يعني إحصائيا أن كل تحسن في المتغير المستقل (رأس مال البشري) ستؤدي إلى زيادة تحسن تقدر بـ 0.24 في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، ومن الناحية الواقعية والعملية لا يمكن إنكار أن تحسن أداء رأس المال البشري وزيادة نوعيته وكميته على مستوى المؤسسات الصحية العمومية من شأنه أن يرفع ويساهم في زيادة جودة الخدمات الصحية المقدمة على مستواها على اعتبار أن الخدمات الصحية هي خدمات متخصصة تعتمد بشكل كبير على أداء الموارد البشرية وخاصة الموارد البشرية النوعية منها.

• **الفرضية الفرعية الثانية:** لا يوجد دور لرأس المال التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى معنوية 0.05 في المؤسسات محل الدراسة.

لاختبار صحة الفرضية الفرعية الثانية التي تتمحور حول دور رأس مال التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية، قام الباحث بتلخيص النتائج على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(44): نتائج معادلة الانحدار خاصة بالمحور الثاني رأس مال التنظيمي

المحور	معامل الانحدار β_2	قيمة T	مستوى المعنوية	معامل التباين	معامل التضخم KIV
رأس مال التنظيمي	0.22	3.668	0.000	0.288	3.478

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(14)

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

نلاحظ أن قيمة T المحسوبة بلغت 3.66 وهي أكبر من القيمة الجدولية التي تساوي 2.35، كما أن مستوى المعنوية أقل من 0.05 وهو ما يشير إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لرأس مال التنظيمي على جودة الخدمات الصحية، من جهة أخرى معامل تضخم التباين أقل من 10 كما أن معامل التباين أكبر من 0.1 وهو ما يؤكد عدم وجود ارتباط بين رأس مال التنظيمي والمتغيرات المستقلة الأخرى في الدراسة مما يزيد من أهمية النتائج المتوصل إليها. كما نلاحظ أن قيمة B_2 بلغت 0.22 وهو ما يعني إحصائياً أن كل تحسن في رأس مال التنظيمي سيؤدي إلى زيادة تحسن يقدر بـ 0.22 في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، ومن الناحية العملية لا يمكن إنكار وجود مشكلة تنظيمية كبيرة على مستوى المؤسسات الصحية العمومية خاصة فيما يتعلق بطبيعة الهياكل التنظيمية التي لا تستجيب إلى معايير الأداء الجيد والطبيعة الاستجابية للخدمات الصحية إضافة إلى عدم فعالية نظم المعلومات وعدم شموليتها، وعليه فكل تحسين في عناصر رأس مال التنظيمي من شأنه أن يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة على مستوى هذه المؤسسات.

• **الفرضية الفرعية الثالثة: لا يوجد دور لرأس مال العلاقات في تحسين جودة الخدمات الصحية عند مستوى معنوية 0.05 في المؤسسات محل الدراسة.**

لاختبار صحة الفرضية الفرعية الثالثة التي تتمحور حول دور رأس مال العلاقات في تحسين جودة الخدمات الصحية، قام الباحث بتلخيص النتائج على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(45): نتائج معادلة الانحدار خاصة بالمحور الثالث رأس مال العلاقات

المحور	معامل الانحدار β_3	قيمة T	مستوى المعنوية	معامل التباين	معامل التضخم KIV
رأس مال العلاقات	0.46	9.110	0.000	0.42	2.352

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(14)

نلاحظ أن قيمة T المحسوبة بلغت 9.110 وهي أكبر من القيمة الجدولية التي تساوي 2.35، كما أن مستوى المعنوية أقل من 0.05 وهو ما يشير إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لرأس مال العلاقات على جودة الخدمات الصحية، من جهة أخرى معامل تضخم التباين أقل من 10 كما أن معامل التباين أكبر من 0.1 وهو ما يؤكد عدم وجود ارتباط بين رأس مال العلاقات والمتغيرات المستقلة الأخرى في الدراسة مما يزيد من أهمية النتائج المتوصل إليها. كما نلاحظ أن قيمة B_3 بلغت 0.46 وهو ما يعني إحصائياً أن كل تحسن في المتغير المستقل (رأس مال العلاقات) ستؤدي إلى زيادة تحسن تقدر بـ 0.46 في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، ومن الناحية العملية نجد أن تحسين العلاقة وعلى وجه الخصوص مع المرضى والاهتمام باحتياجاتهم وتطلعاتهم من شأنه أن يحسن أكثر من جودة الخدمات الصحية المقدمة على مستوى المؤسسة الصحية العمومية.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

ثانيا: اختبار صحة الفرضية الرئيسية الثانية

من أجل اختبار الفروق اعتمد الباحث على الاختبارات المناسبة لطبيعة توزيع كل متغير، وقد كانت الفرضية الرئيسية الثانية على النحو التالي:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء مفردات العينة حول دور رأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تبعا لمتغيرات سنوات الدراسة، الفئة المهنية، الخبرة المهنية المكتسبة عند مستوى معنوية 0.05.

وسنحاول فيما يلي استعراض نتائج اختبار الفروق لكل بعد على حدا كما سنوضحه فيما يلي:

1- بالنسبة للمتغيرات التي تتبع التوزيع الطبيعي

كما توضح لنا سابقا أن رأس مال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية يتبعان التوزيع الطبيعي وعليه فسيتم الاعتماد على اختبار **One Way Anova** حيث كانت النتائج على النحو المبين في الجداول التالية:

- اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول أثر رأس مال التنظيمي على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية والتي تعزى إلى متغير سنوات الدراسة

بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة باختبار **One Way Anova** لاختبار الفروق لمحوري رأس مال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية التي تعزى إلى متغير سنوات الدراسة، قمنا ببناء الجدول التالي: الجدول رقم(46): نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغير سنوات الدراسة (رأس مال التنظيمي، جودة الخدمات الصحية)

المتغيرات المختبرة	المحاور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
متغير سنوات الدراسة	رأس مال التنظيمي	بين المجموعات	4.02	4	1.006	1.779	0.133
		داخل المجموعات	179.78	318	0.565	/	/
		المجموع	183.80	322	/	/	/
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	2.09	4	0.523	0.383	0.474
		داخل المجموعات	188.36	318	0.592	/	/
		المجموع	190.45	322	/	/	/

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(15)

من خلال الجدول أعلاه نستنتج ما يلي:

- محور رأس مال التنظيمي: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لفيشر بلغت 0.133 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور رأس مال التنظيمي تعزى إلى متغير سنوات الدراسة.

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

- محور جودة الخدمات الصحية: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لفيشر بلغت 0.474 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير سنوات الدراسة.

• اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول أثر رأس مال التنظيمي على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية والتي تعزى إلى متغير الفئة المهنية

بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة باختبار **One Way Anova** لاختبار الفروق لمحموري رأس مال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية التي تعزى إلى الفئة المهنية، قمنا ببناء الجدول التالي:

الجدول رقم(47): نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغيرات الفئة (رأس مال التنظيمي، جودة الخدمات الصحية)

المتغيرات المختبرة	المحاور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
متغيرالفئة المهنية	رأس مال التنظيمي	بين المجموعات	0.210	2	0.105	0.183	0.833
		داخل المجموعات	183.59	320	0.574	/	/
		المجموع	183.80	322	/	/	/
	جودة الخدمات	بين المجموعات	0.030	2	0.015	0.025	0.975
		داخل المجموعات	190.42	320	0.595	/	/
		المجموع	190.45	322	/	/	/

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(15)

من خلال الجدول أعلاه نستنتج ما يلي:

- محور رأس مال التنظيمي: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لفيشر بلغت 0.833 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور رأس مال الفكري تعزى إلى متغير الفئة المهنية.

- محور جودة الخدمات الصحية: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لفيشر بلغت 0.975 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير الفئة المهنية.

• اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول أثر رأس مال الفكري على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية والتي تعزى إلى متغير الخبرة المهنية.

بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة باختبار **One Way Anova** لاختبار الفروق لمحموري رأس مال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية التي تعزى إلى متغير الخبرة المهنية المكتسبة، قمنا ببناء الجدول التالي:

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الجدول رقم(48): نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغيرات الخبرة

المهنية(رأس مال التنظيمي، جودة الخدمات الصحية)

المتغيرات	المحاور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
متغير الخبرة المهنية	رأس مال التنظيمي	بين المجموعات	3.18	4	0.79	1.40	0.233
		داخل المجموعات	180.62	318	0.568	/	/
		المجموع	183.80	322	/	/	/
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	1.472	4	0.368	0.61	0.649
		داخل المجموعات	188.98	318	0.594	/	/
		المجموع	190.452	322	/	/	/

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(15)

من خلال الجدول نستنتج ما يلي:

-في محور رأس مال التنظيمي: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لفيشر بلغت 0.23 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور رأس مال الفكري تعزى إلى متغير الخبرة المهنية.

-في محور جودة الخدمات الصحية: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لفيشر بلغت 0.64 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير الخبرة المهنية.

2- بالنسبة للمتغيرات التي تتبع التوزيع غير الطبيعي

كما توضح لنا سابقا أن كل من رأس مال البشري ورأس مال العلاقات يتبعان التوزيع غير الطبيعي وعليه فسيتم الاعتماد على اختبار **Kruskal Wallis Test** كونه الأنسب للتوزيعات اللامعلمية، حيث كانت النتائج على النحو المبين في الجداول التالية:

• اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول أثر رأس مال البشري ورأس مال العلاقات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية والتي تعزى إلى متغير سنوات الدراسة

بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة باختبار **Kruskal Wallis Test** لاختبار الفروق لمحموري

رأس مال البشري ورأس المال العلاقات قمنا ببناء الجدول التالي:

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الجدول رقم(49): نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغير سنوات

الدراسة(رأس مال البشري ورأس مال العلاقات)

المتغيرات المختبرة	المحاور	سنوات الدراسة	التعداد	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي للمحور	قيمة ² x	مستوى المعنوية
متغير سنوات الدراسة	رأس مال البشري	أكثر من 7	26	3.02	2.97	10.197	0.037
		أكثر من 5	55	2.72			
		أكثر من 3	128	2.96			
		تكوين متخصص	105	3.08			
		باقي السنوات	9	3.11			
	رأس مال العلاقات	أكثر من 7	26	3.02	3.15	6.010	0.198
		أكثر من 5	55	2.98			
		أكثر من 3	128	3.13			
		تكوين متخصص	105	3.26			
		باقي السنوات	9	3.38			

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(16)

من خلال الجدول نستنتج ما يلي:

- محور رأس مال البشري: نلاحظ أن مستوى المعنوية لمربع كاي بلغت 0.037 أي أقل من 0.05 وهو ما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور رأس مال البشري التي تعزى إلى متغير سنوات الدراسة.
- محور رأس مال العلاقات: نلاحظ أن مستوى المعنوية لمربع كاي بلغت 0.198 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور رأس مال العلاقات إلى متغير سنوات الدراسة.

•اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول أثر رأس مال البشري ورأس مال العلاقات على

جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية والتي تعزى إلى متغير الفئة المهنية

بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة باختبار **Kruskal Wallis Test** لاختبار الفروق لمحموري

رأس مال البشري ورأس مال العلاقات التي تعزى إلى متغير الفئة المهنية، قمنا ببناء الجدول التالي:

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الجدول رقم(50): نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغير الفئة المهنية(رأس مال البشري، ورأس مال العلاقات)

المتغيرات المختبرة	المحاور	الفئة المهنية	التعداد	المتوسط الحسابي	متوسط المحور	قيمة χ^2	مستوى المعنوية
متغير الفئة المهنية	رأس مال البشري	طبي	81	2.98	2.97	0.593	0.74
		شبه طبي	204	2.97			
		إداري	38	2.91			
	رأس مال العلاقات	طبي	81	2.98	3.15	1.094	0.57
		شبه طبي	204	2.97			
		إداري	38	3.19			

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(16)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن:

- محور رأس مال البشري: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لمربع كاي بلغت 0.74 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور رأس مال البشري التي تعزى إلى متغير الفئة المهنية.
- محور رأس مال العلاقات: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لمربع كاي بلغت 0.198 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور رأس مال العلاقات تعزى إلى متغير الفئة المهنية.

• اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة حول أثر رأس مال البشري ورأس مال العلاقات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية والتي تعزى إلى متغير الخبرة المهنية
بناء على مخرجات برنامج SPSS المتعلقة باختبار **Kruskal Wallis Test** لاختبار الفروق لمحوري رأس مال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية التي تعزى إلى متغير الخبرة المهنية، قمنا ببناء الجدول التالي:

الفصل الرابع..... واقع مساهمة رأس المال الفكري في تحسين جودة خدمات المؤسسة الصحية العمومية

الجدول رقم(51): نتائج اختبار الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى متغير الخبرة المهنية (رأس مال البشري، ورأس مال العلاقات)

المتغيرات المختبرة	المحاور	الخبرة المهنية	التعداد	المتوسط الحسابي	متوسط المحور	قيمة X_2	مستوى المعنوية
متغير الخبرة المهنية	رأس مال البشري	15-1]	93	2.91	2.023	2.662	0.73
		110-5]	86	2.94			
		115-10]	81	2.97			
		120-15]	28	3.03			
		20 سنة فأكثر	35	3.15			
	رأس مال العلاقات	15-1]	93	3.13	3.15	1.950	0.74
		110-5]	86	3.22			
		115-10]	81	3.07			
		120-15]	28	3.21			
		20 سنة فأكثر	35	3.31			

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الملحق رقم(16)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن:

- محور رأس مال البشري: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لمربع كاي بلغت 0.73 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور رأس مال البشري التي تعزى إلى متغير الخبرة المهنية.
- محور رأس مال العلاقات: نلاحظ أن القيمة الاحتمالية لمربع كاي بلغت 0.74 أي أكبر من 0.05 وهو ما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة حول محور رأس مال العلاقات تعزى إلى متغير الخبرة المهنية.

خلاصة الفصل:

خلال هذا الفصل التطبيقي تم إعطاء صورة حقيقية عن رأس مال الفكري في المؤسسات الصحية العمومية ودوره في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية وقد تم ذلك من خلال عرض مفصل لنشأة وتطور المؤسسات الصحية العمومية على اختلاف أنواعها، كما تم استخدام أداة الاستبيان وتوزيعها على عينة من الموظفين العاملين على مستوى مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية. قصد استكشاف وضع رأس مال الفكري فيها وانعكاس ذلك على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة. ومن أجل بيان ذلك تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد، وقد أفضت هذه الدراسة إلى وجود بدرجة متوسطة لمكونات رأس مال الفكري على مستوى هذه لمؤسسات، كما بينت أن هناك جودة لخدمات الصحية على مستواها بدرجة متوسطة، وأكدت وجود دور لمكونات رأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية. وعليه نقول بأننا استطعنا الوصول إلى أهداف الدراسة إلى حد كبير كما استطعنا إبراز أهمية العناصر غير الملموسة في المؤسسة الصحية وأهمية الاهتمام بجانبها كأولوية من أولويات إصلاح المؤسسات الصحية العمومية.

الخاتمة

الخاتمة:

تمحورت إشكالية هذه الدراسة حول موضوع بالغ الأهمية تمثل في البحث عن واقع رأس مال الفكري ودوره في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية العمومية، وقد تم خلال الأربع مباحث التي شملتها هذه الدراسة معالجة هذه الإشكالية من كافة الجوانب، بدءا من استعراض المفاهيم المتعلقة برأس مال الفكري والأبعاد المكونة له المتمثلة في رأس مال البشري، رأس مال التنظيمي ورأس مال العلاقات، مروراً بالمفاهيم المتعلقة بالجودة عموماً وجودة الخدمات الصحية خصوصاً، وانتهاءً باكتشاف طبيعة المؤسسة الصحية عموماً، والمؤسسة الصحية العمومية في الجزائر خصوصاً، من خلال التعرض إلى نشأتها وتطورها واستعراض خصوصيتها وإبراز جوانبها التنظيمية والإدارية.

كما تم معالجة إشكالية هذه الدراسة على مستوى مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية كعينة يمكن من خلالها إسقاط نتائجها على باق المؤسسات الصحية العمومية الأخرى، من خلال بناء استبيان وفق الطرق العلمية المعتمدة وتوزيعه على عينة من الموظفين على مستوى هذه المؤسسات، ومن ثم معالجة البيانات المحصل عليها باستخدام الاختبارات الإحصائية ثم العمل على تحليل النتائج والتأكد من صحة فرضيات هذه الدراسة قصد الوصول إلى أهداف البحث، وقد توصلنا إلى أهمية الاهتمام بالجوانب غير الملموسة (رأس مال الفكري) من خلال توفير شروط تفعيل أدوارها في المؤسسة الصحية العمومية كأولوية وجزء مهم من دعائم تحسين جودة الخدمات التي تقدمها. وفيما يلي عرض لأهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة.

أولاً: النتائج النظرية للدراسة

تتمثل أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة في جزئها النظري فيما يلي:

1- بالنسبة لمتغير رأس مال الفكري

تتمثل أهم النتائج النظرية التي تم التوصل إليها فيما يتعلق بمتغير رأس المال الفكري فيما يلي:

- يعتبر موضوع رأس مال الفكري أحد أهم الموضوعات الحديثة التي تتدرج حيثياتها ضمن موضوعات اقتصاد المعرفة، اقتصاد الخدمات وإدارة اللاملموسات، والتي تعبر عن آخر تطورات الفكر الاقتصادي والإداري الحديث وعن مرحلة متقدمة من مراحل التطور الاقتصادي والاجتماعي للمجتمعات الحديثة هي مرحلة التركيز على اللاملموسات.

- رأس مال الفكري هو أصل أساسي في المنظمة الحديثة يندرج ضمن مفهوم اللاملموسات أي جانب التكوين اللامادي من المؤسسات وهو الجانب المقابل للتكوين المادي لها، حيث تضاهي أهميته أهمية الأصول المادية كونه يمثل مصدر الإدراك والتنظيم وتوجيه علاقات المنظمة بين مختلف الأطراف الفاعلة فيها أو حولها.

- يعتبر رأس مال الفكري أحد أهم مصادر خلق القيمة في المؤسسات الحديثة وأداة مهمة في تكوين البناء الاستراتيجي للمؤسسة ومصدر من مصادر ميزتها التنافسية، فضلا عن كونه يمثل مصدر الإبداع والابتكار الذي تتعكس آثاره بشكل واضح على مخرجاتها الملموسة وغير الملموسة.

- تعتبر عملية تكوين الأصول الفكرية للمنظمة عملية معقدة تأخذ مجالا زمانيا طويلا يتم خلاله تفاعل مجموعة من العناصر المادية واللامادية وتفاعل رأس مال بشري مع المشكلات المطروحة حيث يتولد عنه حلول وابتكارات ونظم بيئية واجتماعية تتحسن مع الوقت وتتأكد أهميتها في تكوين البناء المؤسسي وتصبح جزءا مهما في نجاح المنظمة واستمرار وجودها.
- تعتبر عملية إدارة رأس المال الفكري مهمة جدا في تكوينه وتفعيل أدواره والمحافظة عليه ووقايته من المخاطر التي يمكن أن تؤثر على استمرار وجوده وفعالته في المنظمة.
- يتجاوز مفهوم رأس المال الفكري مفهوم رأس المال البشري إلى معاني أدق تتعلق بعملية التنظيم في المؤسسة والأنظمة التي تتكون وتنمو فيها بشكل مستمر، إضافة إلى العلاقات مع الأطراف الداخلية والخارجية عنها، وعليه فمفهوم رأس المال الفكري أوسع كثيرا من مفهوم رأس المال البشري وإدارته، عكس ما يعتقد الكثير من الباحثين.
- لا ينحصر مفهوم رأس المال البشري في الأفراد ذوي مستويات التعليم العالية فقط وإنما يمتد بشكل أساسي إلى الأفراد ذوي المهارات والأدوار الريادية ضمن مجالات نشاطهم وتخصصاتهم على مستوى المنظمات والمؤسسات الحديثة.
- يجمع الباحثون على أنه لا يمكن القول أن المؤسسة تتمتع رأس مال فكري قوي إلا إذا كان تكوينه يتجسد في ثلاث أقطاب رئيسة هي رأس المال البشري، رأس المال التنظيمي وأخيرا رأس مال العلاقات، والتي يعتبر بعضها قاعدة بعض ولا يمكن أن يستغنى عن أحدها لأن فعالية رأس مال الفكري تظهر نتيجة تفاعلها مع بعضها البعض.

2- بالنسبة لمتغير جودة الخدمات الصحية

- تتمثل أهم النتائج النظرية التي تم التوصل إليها فيما يتعلق بمتغير جودة الخدمات الصحية فيما يلي:
- أثبتت مقارنة الجودة فعاليتها في النهوض بأداء المنظمات والاقتصاديات الحديثة من حيث النوع والكيف ومن حيث تحقيق الجدوى بأبعادها المتمثلة في الكفاءة والفعالية وتحقيق التناسب بين الموارد والاستخدامات.
- استهداف الجودة أصبح ضرورة حتمية ومستمرة وعملية شاملة تهدف إلى الرفع من القيمة الاستعمالية والربحية والنفعية لمخرجات المنظمة كما أنها عملية تمس كل أنشطة المنظمة على نحو يزيد من فعاليتها وينعكس إيجابا على نتائجها.
- جودة الخدمات الصحية هي عملية ضرورية في الخدمات الصحية بحكم المجال الذي تمسه والمتمثل بتقديم الرعاية الصحية المثلى للمريض والتي تستدعي الخلو من الأخطاء والتزام المعايير الطبية وتوفير جميع الدعام التي تدعم الخدمة الصحية الجوهر وتحقق الرعاية الصحية المثلى للمريض.
- عملية إدارة الجودة في الخدمات الصحية هي عملية مستمرة بحكم التطورات المتواصلة التي تشهدها العلوم الطبية والإدارة الصحية، وضرورة التكيف ومسايرة المعايير الصحية الجديدة.
- تحقيق الجودة هو عملية موازية للإدارة الجيدة للموارد البشرية، التنظيم الجيد، معرفة احتياجات العميل وتلبيتها ضمن خطة حساب الأولويات، وبمعنى آخر عملية إدارة الجودة في جانبها الأكبر ما هي إلا عملية

لإدارة اللاملموسات أي إدارة جوانب رأس مال الفكري في المنظمة الأمر الذي ينعكس إيجاباً على جودة مخرجات المنظمة.

- توجد علاقة وطيدة بين رأس مال الفكري وجودة الخدمات الصحية كما تمثل مكونات رأس مال الفكري جزء مهم من أصول المؤسسات الصحية تنعكس آثاره على جودة الخدمات التي تقدمها هذه الأخيرة.

ثانياً: نتائج الدراسة التطبيقية

تم بناء الدراسة التطبيقية على خمسة فروض تمحورت حول وجود دور لمكونات رأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية، ووجود فروق في إجابات الأفراد تبعاً لمتغيرات سنوات الدراسة، الفئة المهنية والخبرة المهنية المكتسبة، حيث تم توزيع استبيان على عينة من الموظفين في ثلاث مؤسسات عمومية استشفائية بولاية جيجل بلغ عددهم 323 فرد، وبعد معالجة وتحليل النتائج خرجت الدراسة بمجموعة من النتائج والتمثلة فيما يلي:

1- بالنسبة لمتغير رأس مال الفكري

- تتمثل أهم النتائج التطبيقية التي توصلنا إليها في هذا البحث حول متغير رأس مال الفكري فيما يلي:
- توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود رأس مال الفكري بما يتضمنه من أبعاد رئيسية هي رأس المال البشري، رأس المال التنظيمي، رأس مال العلاقات، في المؤسسات محل الدراسة، يظهر ذلك من أن المتوسط الحسابي لهذا المحور بلغ 2.89 مع مستوى معنوية قدره 0.002 أي أقل من 0.05.
 - توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد رأس المال بشري بما يتضمنه من أبعاد والتمثلة في المعرفة والابتكار، المهارات، الخبرة المهنية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 2.97 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.68 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا المحور.
 - توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد المعرفة في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 3.06 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.85 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا البعد.
 - توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد المهارات في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 3.03 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.76 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا البعد.
 - توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد الخبرة المهنية في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 3.3 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.89 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا البعد.
 - لا توجد موافقة من طرف أفراد العينة على وجود بعد اتجاهات العاملين في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 2.42 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.85 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا البعد.

- توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد رأس المال التنظيمي بما يتضمنه من أبعاد رئيسية هي الهيكل التنظيمي، الثقافة التنظيمية، نظم المعلومات، العمليات الإدارية، في المؤسسات محل الدراسة، يظهر ذلك من أن المتوسط الحسابي لهذا المحور بلغ 2.72 مع مستوى معنوية قدره 0.00.
- توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد الهيكل تنظيمي ضمن معناه العلمي الواسع في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 2.74 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.85 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا البعد.
- توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد الثقافة التنظيمية ضمن معناها العلمي الواسع في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 2.60 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.76 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا البعد.
- توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد نظم المعلومات ضمن معناها العلمي الواسع في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 2.77 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.89 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا البعد.
- توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد العمليات الإدارية ضمن معناها العلمي الواسع في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 2.84 بمستوى معنوية 0.02 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.85 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا البعد.
- توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد رأس مال العلاقات في المؤسسات محل الدراسة، يظهر ذلك من أن المتوسط الحسابي لهذا المحور بلغ 3.15 مع مستوى معنوية قدره 0.00.
- توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد العلاقة مع المرضى في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 2.84 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.87 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء الأفراد حول هذا البعد.
- توجد درجة موافقة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد العلاقة مع الأطراف ذات المصلحة في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة بلغ 2.60 بمستوى معنوية 0.00 أقل من 0.05، وانحراف معياري قدره 0.83 مما يشير إلى وجود تقارب بين آراء الأفراد حول هذا البعد.

2- بالنسبة لمتغير جودة الخدمات الصحية

تتمثل أهم النتائج المتوصل إليها حول متغير الجودة وأبعادها فيما يلي:

- توجد موافقة بدرجة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد جودة للخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لهذا المحور بلغ 3.08 بمستوى معنوية قدره 0.04 وانحراف معياري قدره 0.76 وهو ما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا المحور.
- لا يوجد توافق بين أفراد العينة حول وجود بعد الاعتمادية في جودة الخدمات الصحية المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من أن مستوى معنوية هذا المحور بلغ 0.43.
- توجد موافقة بدرجة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد الملموسية في جودة للخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لهذا المحور بلغ 3.21 بمستوى معنوية قدره 0.00 وانحراف معياري قدره 0.86 وهو ما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا المحور.

- توجد موافقة بدرجة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد الأمان في جودة للخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لهذا المحور بلغ 2.76 بمستوى معنوية قدره 0.00 وانحراف معياري قدره 0.83 وهو ما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا المحور.

- توجد موافقة بدرجة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد التعاطف في جودة للخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لهذا المحور بلغ 3.17 بمستوى معنوية قدره 0.00 وانحراف معياري قدره 0.86 وهو ما يشير إلى وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا المحور.

- توجد موافقة بدرجة متوسطة من طرف أفراد العينة على وجود بعد الاستجابة في جودة للخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، يظهر ذلك من حيث أن المتوسط الحسابي لهذا المحور بلغ 3.26 بمستوى معنوية قدره 0.00 وانحراف معياري قدره 0.97 وهو ما يشير إلى عدم وجود تقارب بين آراء أفراد العينة حول هذا المحور.

3- النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

تتمثل أهم النتائج المتحصل عليها حول فرضيات الدراسة فيما يلي:

- الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد دور لرأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية، ويظهر ذلك من خلال مربع معامل التحديد الذي بلغ 0.67 ما يشير إلى وجود أثر إيجابي متوسط لرأس مال الفكري على جودة الخدمات الصحية بنسبة 67 بالمائة حيث تكون 67 بالمئة من التحسينات الطارئة على الجودة نتيجة لمساهمات رأس مال الفكري، وعليه نرفض الفرضية العدمية التي تقول بنفي ذلك ونقبل الفرضية البديلة.
- الفرضية الفرعية الأولى: يوجد دور لرأس مال البشري في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث أثبت نموذج الانحدار المتعدد أن كل تغير إيجابي في دور رأس مال البشري يمكن أن ينعكس إيجاباً على جودة

الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية بما يصل إلى 0.24 وعلية نرفض الفرضية العدمية التي تقول بنفي ذلك ونقبل الفرضية البديلة.

- **الفرضية الفرعية الثانية:** يوجد دور لرأس مال التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث أثبت نموذج الانحدار المتعدد أن كل تغير إيجابي في دور رأس مال التنظيمي يمكن أن ينعكس إيجابا على جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية بما يصل إلى 0.22. وعلية نرفض الفرضية العدمية التي تقول بنفي ذلك ونقبل الفرضية البديلة.

- **الفرضية الفرعية الثالثة:** يوجد دور لرأس مال العلاقات في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث أثبت نموذج الانحدار المتعدد أن كل تغير إيجابي في دور رأس مال العلاقات يمكن أن ينعكس إيجابا على جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية بما يصل إلى 0.46. وعلية نرفض الفرضية العدمية التي تقول بنفي ذلك ونقبل الفرضية البديلة.

- **الفرضية الرئيسية الثانية:** نصت هذه الفرضية على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيرات سنوات الدراسة، الفئة المهنية، الخبرة المهنية المكتسبة، وقد تم إثبات ذلك في معظم الحالات سوى حالة واحدة تعلقت بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير رأس مال البشري تعزى إلى متغير الخبرة المهنية.

ثالثا: الاقتراحات

لاحظنا سابقا أن أفراد العينة يقيمون وجود أبعاد الدراسة في المؤسسات الصحية العمومية بدرجة متوسطة حيث ينطبق هذا التقييم على معظم فقرات المحاور، وانطلاقا من نتائج اختبار الفقرات يمكننا تقديم مجموعة من الاقتراحات التي يمكن أن تكون مفيدة في ترقية دور مكونات رأس مال الفكري في تحسين جودة الخدمات الصحية، والمتمثلة فيما يلي:

- ضرورة اقتناع الإدارة الصحية بأهمية الجوانب اللاملموسة في المؤسسة وخاصة منها المتعلقة بمكونات رأس مال الفكري وأبعادها المختلفة من خلال عملية إعادة تقييم وضعيتها واتخاذ إجراءات عملية لتفعيل أدوارها في بناء استراتيجيات جودة الخدمات الصحية.

- ضرورة إعادة النظر في سياسة التوظيف والتكوين في القطاع وشروط الالتحاق بالوظائف الصحية بما يتوافق مع خصوصيات الرعاية الصحية ومتطلباتها.

- ضرورة الاهتمام بالجانب المعرفي للموظفين وإعادة النظر في طريقة إعداد وتنفيذ برامج التكوين المستمر والتكوين بالخارج على نحو يضمن فيه جودة التكوين من ناحية دعائم التكوين والتأطير ومن ناحية مضمونه الكمي والنوعي.

- إعادة النظر في المسار الوظيفي للموظفين من خلال التركيز على ضرورة استمرار تدرجهم فيه على نحو يسمح بتثمين خبرتهم المهنية ويحول لهم إمكانية ممارسة التأطير ونقل معرفتهم الضمنية إلى الموظفين الجدد.

- العمل على تحسين شروط بيئة العمل من خلال استهداف شروط جودة الحياة الوظيفية بمعناها الواسع والاهتمام بالاحتياجات المادية والمعنوية وحاجات دعم التكوين للموظفين الأمر الذي يمكن من الحفاظ على رأس مال الفكري.

- على مستوى القطاعي يجب التفكير في سياسة شاملة تعيد النظر في كفاءات وشروط تكوين الموظفين وتعمل على منع استقالتهم أو انتقالهم إلى القطاع الخاص أو الخارج، وبالمقابل تضمن لهم نظام حوافز يساعد على بقائهم في القطاع العمومي.
- ضرورة فرض المعايير النوعية التي يتوفر عليها القطاع العام على القطاع الخاص من أجل خلق نوع من التوازن يمنع انتقال رأس مال الفكري إلى القطاع الخاص.
- يجب إقناع وغرس ثقافة الجودة لدى المستويات الإدارية والتقنية في المؤسسات الصحية بضرورة تبني مفهوم جودة الخدمات خارج نطاق الالتزام بعدم وجود أخطاء طبية ظاهرة وتجاوز مفهوم العلاج إلى مفهوم تحقيق الرعاية الصحية المتكاملة.
- على المستوى المركزي لا بد من إعادة النظر في مجانية العلاج المطلقة والانتقال إلى النهج التعاقدية المرنة الذي يتم من خلاله تمويل القطاع الصحي بنفسه وعلى نحو يراعي حالة الفئات الهشة ما يزيد من أثر الحافرية للأرباح على تحسين العمليات.
- ضرورة دعم جانب الاعتمادية من جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية من خلال التركيز على تقديم الخدمات ضمن مجالاتها الزمانية والمكانية المحددة وبدقة تتوافق مع المعايير المعمول بها وزيادة دعم كفاءة الموظفين في تحقيق العناية الضرورية للمرضى.
- لا بد من إعادة النظر في كيفية بناء الهياكل التنظيمية والانتقال من مفهوم الخارطة التنظيمية إلى مفهوم الهيكل التنظيمي الذي يوفر مراكز قرار قادرة على صناعة القرارات ضمن نسق منظم، وعلى نحو يزيد من التنسيق بين مختلف أجزاء المؤسسات الصحية وهياكل الوصاية وينظم عملية الاتصال بين مستوياتها المختلفة ويستجيب بسرعة لتعقيدات بيئة النشاط.
- يجب العمل على القضاء على بعض عناصر الثقافة التنظيمية السلبية التي تمنع وتعرقل التغيير أو مجرد التفكير فيه على مستوى المؤسسات الصحية والتي تتبناها بعض التنظيمات غير الرسمية خاصة منها فئة الطبيين وشبه الطبيين.
- مع بداية الانتقال إلى نظام المقاطعة الصحية لا بد من إنشاء هيكل إداري يهتم بإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يرسم وينظم ويقيم خطة لترقية جودة الخدمات الصحية على نحو دائم ومستمر.
- ضرورة إعادة تقييم نظم المعلومات الآلية في المؤسسات الصحية العمومية وأسباب فشلها بالرغم من المجهودات والأموال التي صرفت عليها وإعادة صياغة خطة عمل جديدة لإنجاح المعلوماتية على مستوى المؤسسات الصحية العمومية على اعتبارها تمثل أهم أدوات إنجاح برامج الجودة.

رابعاً: أفاق البحث

على العموم تبقى هذه الدراسة كغيرها من الدراسات تعاني من بعض النقائص والقصور سواء على المستوى النظري أو المستوى التطبيقي، وهو ما يفتح المجال أمام الباحثين من أجل تحسينها أكثر وخاصة من ناحية الطرق والأدوات واختيار عينة الدراسة، وانطلاقاً مما سبق يمكن اقتراح مجموعة من المواضيع التي يمكن أن تقدم إضافة نوعية، والمتمثلة فيما يلي:

- دور إدارة اللاملموسات في تحسين أداء المؤسسات الصحية العمومية.
- مخاطر رأس مال الفكري وإدارتها في المؤسسات الصحية العمومية.
- المعايير الموضوعية لتحسين جودة الرعاية الصحية في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.

قائمة المراجع

❖ المراجع باللغة العربية:أولاً: الكتب

1. محمد بن إسماعيل البخاري، صحيح البخاري، كتاب الطب، باب السحر (3268).
2. أبو بكر محمود الهوش (2008)، إدارة الجودة الشاملة في المجالين التعليمي والخدمي، دار حميثرا للنشر والترجمة، الطبعة الأولى، القاهرة.
3. أبو نبغة عبد العزيز (2005)، دراسات في تسويق الخدمات: منهج تطبيقي، دار الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
4. إسماعيل حجازي، سعاد معاليم (2013)، تسيير الموارد البشرية من خلال المهارات، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
5. أكرم سالم الجناحي (2016)، الإدارة الاستراتيجية وتحديات القرن الحادي والعشرين، المكتبة الأردنية الهاشمية، الطبعة الأولى، الأردن.
6. أنيس أحمد عبد الله (2016)، إدارة التسويق وفق منظور قيمة الزبون، دار الجنان للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
7. باري كشواي (2006)، إدارة الموارد البشرية، دار الفاروق للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، القاهرة.
8. جميل مخير عبد العزيز، محمد محمود الطعمانة (2003)، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق)، المنظمة العربية للتنمية، القاهرة.
9. دال بسترفيد، سرور على إبراهيم سرور (مترجم) (2000)، الرقابة على الجودة، المكتبة الأكاديمية، الطبعة الثانية، القاهرة.
10. هاين حامد الضمور (2004)، مبادئ تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية، عمان.
11. هيثم عبد الله ذيب (2017)، أصول التخطيط الاستراتيجي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
12. هاشم أحمد عطية، محمد عبد ربه (2000)، النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية في المستشفيات، الدار الجامعية، الإسكندرية.
13. هاشم فوزي دباس العبادي، يوسف حجيم سلطان الطائي (2014)، التعليم الجامعي من منظور إداري - قراءات وبحوث، دار اليازوري العلمية، الطبعة الأولى، الأردن.
14. وليد يوسف ساحل (2011)، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
15. زكي خليل المساعد (1998)، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.

16. حاتم الطائي، بشير العلق (2009)، تسويق الخدمات: مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن.
17. حسان محمد نذير حرستاني، (1990)، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض.
18. حسين عجلان (2008)، استراتيجيات الإدارة المعرفية في منظمات الأعمال، إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
19. حسين وليد حسين عباس، عبد الناصر علك حافظ (2015)، الاعتماد الأكاديمي وتطبيقات الجودة في المؤسسات التعليمية، دار غيداء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
20. حميد عبد النبي الطائي، بشير عباس العلق (2009)، إدارة عمليات الخدمة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
21. حميد عبد النبي الطائي، بشير عباس العلق (2010)، تسويق الخدمات: مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
22. طلال بن عايد الأحمد (2011)، التنظيم في المنظمات الصحية، معهد الإدارة العامة، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية.
23. ياسين سعد غالب (2007)، نظم إدارة المعرفة ورأس المال الفكري العربي، مركز الإمارات للبحوث والاستراتيجية، الطبعة الأولى، الإمارات.
24. يوسف الطائي، محمد عاصي العجيلي (2008)، نظم إدارة الجودة في منظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن.
25. يوسف حجيم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي (2009)، إدارة علاقات الزبون، دار الوراق، الطبعة الأولى، عمان.
26. لحبيب بلية (2019)، إدارة الجودة الشاملة: المفهوم - الأساسيات - شروط التطبيق، الأكاديمية الحديثة للكتاب الجامعي، مصر.
27. لعلى بوكميش (2011)، إدارة الجودة الشاملة إيزو 9000، دار الرابة للنشر والتوزيع، عمان.
28. مأمون الدرادكة وآخرون (2001)، إدارة الجودة الشاملة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
29. المجموعة العربية للتدريب والنشر (2012)، تنمية مهارات التفكير الابتكاري والإبداعي للمدراء، دار الكتب للنشر، الطبعة الأولى، القاهرة.
30. محسن باعمر (2017)، منهجية كايزن اليابانية، دار الأصحاب للنشر، الطبعة الأولى، السعودية.
31. محفوظ احمد جودة (2014)، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان.
32. محمد أبو حلوة (2018)، مبادئ إدارة الجودة الشاملة، دار ابن النفيس للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

33. محمد الراشدي حامد هاشم (2017)، إدارة رأس المال الفكري بالمؤسسات التعليمية، دار طيبة الخضراء، الطبعة الأولى، السعودية.
34. محمد النعيمي، راتب جليل صويص، غالب جليل صويص (2012)، إدارة الجودة المعاصرة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
35. محمد عبد الوهاب العزاوي (2019)، إدارة الجودة الشاملة- مدخل استراتيجي تطبيقي، إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى. الأردن.
36. محمد موسى احمد (2014)، إدارة الأفراد (إدارة الموارد البشرية) بين النظرية والتطبيق، مكتبة الوفاء القانونية، الطبعة الأولى، القاهرة.
37. محمد هيثم خياط (2007)، الكتاب الطبي الجامعي: الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت.
38. محمود سلمان العميان (2002)، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
39. مدحت أبو النصر، ياسمين مدحت محمد (2017)، التنمية المستدامة: مفهوما، أبعادها ومؤثراتها، المجموعة العربية للتدريب والنشر، الطبعة الأولى، القاهرة.
40. مدحت محمد محمود أبو النصر (2015)، إدارة الجودة الشاملة: استراتيجية كايزن اليابانية لتطوير المنظمات، المجموعة العربية للتدريب والنشر، الطبعة الأولى، القاهرة.
41. المساعد زكي خليل (2010)، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
42. مصطفى نمر دعمس (2014)، إدارة الجودة الشاملة في التربية والتعليم، دار غيداء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
43. مصطفى يوسف كافي (2018)، الإصلاح والتطوير الإداري بين النظرية والتطبيق، دار رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق.
44. نجم عبود نجم (2013)، مداخل إلى إدارة العمليات، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
45. نجم عبود نجم (2010)، إدارة اللامؤسسات إدارة ما لا يقاس، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
46. نور الدين حاروش (2009)، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الطبعة الأولى، الجزائر.
47. سعاد نايف برنوطي (2004)، إدارة الموارد البشرية: إدارة الأفراد، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، الأردن.
48. سعد علي العنزي، أحمد علي صالح، (2008)، إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال، دار اليازوري، عمان.

49. سعد غالب ياسين(2007)، إدارة المعرفة: المفاهيم، النظم، التقنيات، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان.
50. سلطان الطيار (2019)، سته سيجما: الانحراف والجودة في العمليات الإنتاجية، e-utubltdK، الطبعة الأولى، بريطانيا.
51. سليمان الخطيب (2010)، إدارة الجودة الشاملة. الجزء الأول الفلسفة ومداخل العمل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن.
52. سليمان درمان، صادق فريد كورتول(2012)، تسويق الخدمات الصحية، كنوز المعرفة، الطبعة الأولى، الأردن.
53. سمر رफी الرحيبي (2014)، الإدارة السياحية الحديثة، الأكاديميون للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
54. عادل حرشوش المفريجي، أحمد علي صالح (2007)، رأس المال الفكري - طرق قياسه وأساليب المحافظة عليه، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، بحوث ودراسات، القاهرة.
55. عائشة عتيق(2016)، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية حالة الجزائر، دار خالد اللحياني للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، السعودية.
56. عبد الرحمن كساب عامر(2014)، رأس المال المعرفي، دار كتاب للنشر والتوزيع، الأردن.
57. عبد الستار العلي(2008)، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الأردن، دار الميسرة للنشر والتوزيع.
58. عبد الله حسن مسلم (2015)، إدارة لمعرفة وتكنولوجيا المعلومات، دار معتز للنشر والتوزيع، الأردن.
59. عدمان مريزق (2012)، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية، عمان.
60. على بحار سعد عباس (2020)، تأثير المزيج الترويجي على الخدمات الصحية، دار التعليم الجامعي، الطبعة الأولى، مصر.
61. علي السلمي(2001)السياسات الإدارية في عصر المعلومات، دار غريب للنشر والطباعة، الطبعة الثانية، القاهرة.
62. علي فلاح الزغبى، عادل عبد الله العنزي (2015)، الأسس والأصول العلمية في إدارة الأعمال، اليازوري، الأردن.
63. علي محمد حسن بني مصطفى(2017) أثر التخطيط الاستراتيجي في تسويق الخدمات، قطاع الاتصالات الأردنية، دار زهران للنشر، الطبعة الأولى، الأردن.
64. عمر أحمد همشري، إدارة المعرفة الطريق إلى التميز والريادة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.
65. عواطف إبراهيم الحداد(2009)، إدارة الجودة الشاملة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
66. عوض الطراونة(2017) الجودة الشاملة في تنمية مهاراتي تحليل المحتوى والتقويم لدى معلمي الرياضيات، دار الخليج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
67. صلاح محمود دياب(2009)، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، سوريا.
68. فارس رشيد مازن (2001)، إدارة الموارد البشرية، مكتبة العبيكان، الطبعة الأولى، السعودية.

69. فتحي سرحان (2012)، إدارة الجودة الشاملة الاتجاهات الإدارية الحديثة، مكتبة الشريف ماس للنشر والتوزيع، القاهرة.
70. فريد توفيق نصيرات (2012)، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الرابعة، عمان.
71. فريد راغب النجار (2015)، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية مدخل معايير الجودة الدولية وكروت الأداء المتوازن، الدار الجامعية، مصر.
72. فؤاد هلال (1999)، الدليل الصناعي للأيزو 9000، دار الفجر الإسلامية، الطبعة الثانية، مصر.
73. قاسم نايف علوان مذكور (2006)، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، الأردن.
74. ربي الخطيب (2015)، التركيز على العميل، حلول من الخبراء لتحديات يومية، العبيكان، الطبعة الأولى، السعودية.
75. رضا صاحب أبو حمد آل علي، وسنان كاظم الموسوي (2002)، مفاهيم إدارية معاصرة: نظرة عامة، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان.
76. رضا محمد السيد (2016)، أساسيات الجغرافيا السياحية، الأكاديميون للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
77. رعد الصرن (2016)، إدارة الجودة الشاملة مدخل الوظائف والأدوات، دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، دمشق.
78. شارلز فيليب، ترجمة جلال البنا (2003)، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة، والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)، المجلس الأعلى للثقافة، الطبعة الأولى، القاهرة.
79. توماس أ ستيفارت (2004)، رأس المال الفكري ومؤسسات القرن الحادي والعشرين، ترجمة علاء أحمد صلاح، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، القاهرة.
80. خالد بني حمدان، عطا الله علي الزبون (2018)، إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم وتطبيقات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان.
81. خضير كاظم حمود، روان منير الشيخ (2010)، إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.

ثانياً: المقالات

82. أحلام خان، وسيلة جغبلا (2020)، جودة الحياة الوظيفية كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة - بسكرة، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد 14، العدد 03، جامعة بسكرة.
83. أكرم احمد الطويل وآخرون (2012) دور أبعاد رأس المال الزبائن في تعزيز استراتيجيات الريادة لمنظمات الأعمال: دراسة تحليلية في الشركة الوطنية لصناعة الأثاث المنزلي في محافظة نينوى، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 27، العراق.
84. أكرم محمد أحمد الحاج علي (2015)، تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأثرها على كفاءة الأداء الأكاديمية في الجامعات السعودية (دراسة تطبيقية على جامعة الجوف)، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 11، جامعة الوادي.
85. آلاء نبيل عبد الرزاق (2011)، استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 90، العراق.
86. أيمن سليمان أبو سويرج (2015)، العناصر والمكونات الأساسية لرأس المال الفكري - دراسة تحليلية، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 23، العدد 01، الجامعة الإسلامية غزة.
87. براق محمد، مريزق عدمان (2008)، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية - مراحل التطبيق وعوامل النجاح، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 8، العدد 14، جامعة بسكرة.
88. بن الشيخ حكيم (2014)، المنظومة الصحية في الجزائر خلال فترة الاحتلال الفرنسي للجزائر -1962 - 1830 - المدينة، المجلة المغربية للدراسات التاريخية والاجتماعية مجلد 6، العدد 2، جامعة الدكتور يحي فارس.
89. بودية بشير، بلحاج فراحي (2015)، تطور الجودة في الخدمات الصحية، مجلة التكامل الاقتصادي، المجلد 08، العدد 01، جامعة أدرار.
90. جواد ناظم، إسماعيل ندى (2009)، تحليل رأس المال الفكري كأداة استراتيجية، الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 2، جامعة الكوفة.
91. هلا ليلي إسلام، احمد قايد نور الدين (2019)، مساهمة نظام المعلومات المحاسبية في تحسين عملية اتخاذ القرارات بالمؤسسة الاقتصادية، مجلة دقاتر الاقتصادية، المجلد 11-العدد 02 جامعة الجلفة.
92. الهلال الشربيني الهلالي (2011)، إدارة رأس المال الفكري وقياسه وتنميته كجزء من إدارة المعرفة في مؤسسات التعليم العالي، مجلة بحوث التربية النوعية، عدد 22، جامعة المنصورة.
93. زعيتر فاتح، قاسمي كمال (2019)، مساهمة أنظمة الأمن والسلامة المهنية في تحسين جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية بوزيدي لخضر (برج بوعريج)، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد 5، العدد 1، جامعة بشار.

94. حاكم جبوري الخفاجي (2012)، رضا الزبون كمتغير وسيط بين جودة الخدمة وولاء الزبون دراسة حالة في مصرف بابل الأهلي / فرع النجف، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 8، العدد 25، العراق.
95. حوالم رحيمة (2017)، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات، مجلة المؤسسة، العدد 06، جامعة تلمسان.
96. طاهر ناصر (2018)، دور التسويق الاجتماعي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الإستشفائية العمومية، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، المجلد 7، العدد 1، جامعة البليدة 2.
97. ياسين بوعبدلي، قويدر بورقبة (2018)، علاقة رأس المال الفكري بالتحديات الإدارية المعصرة وتأثيره على قدرات المنظمة، مجلة دفاتر اقتصادية، المجلد 1، العدد 1، جامعة الجلفة.
98. ليث الربيعي، وائل الشرايعية (2010)، أثر إدارة علاقات الزبائن على أداء الفنادق، المجلة المصرية للدراسات التجارية، المجلة المصرية للدراسات التجارية 34 العدد 4، الجزء 2، جامعة المنصورة، مصر.
99. محمد هادي العدناني (2007)، مدخل مقترح لتدقيق الجودة كأحد أنواع الفحص لأغراض خاصة، مقال في مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، مجلد 13، عدد 45، جامعة السليمانية.
100. مزريق عاشور، يوسف احمد (2017)، رأس المال الزبوني كألية لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسات الجزائرية دراسة ميدانية لشركة اتصالات الهاتف النقال -موبيليس، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 18، جامعة المسيلة.
101. مصطفى بن عودة (2018)، دراسة وتحليل أبعاد الثقافة التنظيمية في المؤسسة الاقتصادية: دراسة ميدانية على عينة من مؤسسات دباغة الجلود بالجزائر، دراسات العدد الاقتصادي، المجلد: 15، العدد: 02، جامعة الأغواط.
102. مقداد مليكة (2017)، دور مناهج التحسين المستمر للعمليات في تحسين أداء المؤسسة، مجلة أبعاد اقتصادية، المجلد 7، العدد 01، جامعة بومرداس.
103. سعدون حمود جثير وآخرون (2017)، صياغة إستراتيجية إدارة علاقات الزبون عبر تحقيق العلاقة بين الذكاء الاستراتيجي والذكاء التنظيمي، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 5، العدد 11، العراق.
104. سعد عبد الكريم الساكني (2008)، رأس المال الفكري والتحديات التي تواجه المحاسبين في قياسه، مجلة بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد 18، جامعة بغداد.
105. عاطف محمد عبد الباري مبروك: تقييم جودة الخدمة بمراعاة الأهمية النسبية لأبعاد القياس في مؤسسات التعليم العالي، المجلة العلمية لقطاع كليات التجارة، العدد 20 يونيو، 2018، جامعة القاهرة.
106. عبد الحفيظ مقدم (1994)، علاقة القيم الفردية والتنظيمية وتفاعلاتها مع الاتجاهات والسلوك، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 12، العدد 01، جامعة الكويت.

107. عبد الله حمادوا، احمد بن عشاوي(2018)، أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة، مجلة الإصلاح الاقتصادي والاندماج في الاقتصاد العالمي، المجلد 13-العدد26، المدرسة العليا للتجارة.
108. عبد الله على (2009)، قياس رأس المال الفكري، مجلة الاقتصاد والإحصاء التطبيقي، المجلد6، العدد 1، المدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي.
109. عمر الشريف، سمير صلحاوي (2017) ، رأس المال البشري الأهمية وضرورة الاستثمار، مجلة الاقتصاد الصناعي، العدد12، جامعة باتنة.
110. عيسى معزوزي، بن تريح بن تريح (2018)، أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق التميز، مجلة العلوم الإدارية والمالية، المجلد 02، العدد 01 جامعة الوادي.
111. فوزي شعبان مذكور (1997)، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، عدد3، جامعة عين شمس.
112. صبرينة رياحي (2020)، المحاسبة عن رأس المال الفكري في ظل التوجهات المحاسبية المعاصرة، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، المجلد6، العدد2، جامعة البليدة2.
113. راضية عروف، حسن بوزناق (2017)، أثر الجودة في بناء رأس المال العلاقتي - دراسة حالة مؤسسة اتصالات الجزائر - وكالة تبسة، مجلة الاقتصاد الصناعي، العدد 12، جامعة باتنة.
114. رتيبة عروب (2011)، سبل تطوير رأس المال الفكري وأساليب المحافظة عليه، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد1، العدد1، جامعة قسنطينة2.
115. رفيقة بوقريقة، سامي زعباط (2020)، أثر تبني أبعاد جودة الخدمة المصرفية في بناء ولاء الزبون - دراسة عينة من المصارف الخاصة بولاية جيجل، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد 10، العدد: 1 مكرر الجزء الأول، جامعة مستغانم.
116. شادي رشيد الصرايرة، أكرم يوسف النجاوي (2012)، أثر رأس المال الفكري على إدارة الجودة الشاملة: دراسة ميدانية على الشركات الصناعية الدوائية وغير الدوائية المساهمة العامة المدرجة في سوق عمان المالي، أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد12، جامعة بسكرة.
117. خالد رجم وآخرون (2018)، تقييم كفاءة نظام المعلومات الإلكتروني: دراسة مقارنة بين المؤسسة الوطنية للجيوفيزياء ومؤسسة الشراكة HESS، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، المجلد18 العدد01-ديسمبر 2018، جامعة سطيف.

ثالثا: الأطروحات والرسائل

118. أحمد عيسى سلمان (2009)، نموذج مقترح للعلاقة بين إدارة المعرفة ورأس المال الفكري في قطاع المستشفيات، أطروحة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية التجارة، مصر.
119. أحمد يوسف بوعباس (2010)، أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت، رسالة ماجستير تخصص إدارة الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الكويت.
120. إسمهان خليفي (2008-2009)، دور نظام المعلومات في اتخاذ القرارات -دراسة حالة مؤسسة نقاوس للمصبرات، رسالة ماجستير، تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة.
121. بولصباح محمود (2014-2015)، تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر - من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق، تخصص تسويق، جامعة الجزائر.
122. حبيبة قشي (2006-2007)، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية (دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة بسكرة)، رسالة ماجستير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة.
123. حوالم رحيمة (2009-2010)، تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان باستخدام نظرية السلوك المخطط)، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة أبي بكر بالقايد تلمسان، تخصص تسيير، الجزائر.
124. يحيوية سملاي (2003-2004)، أثر التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية وتنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية - مدخل الجودة والمعرفة، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر.
125. لوبيزة فرحاتي (2015-2016)، دور رأس المال الفكري في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية في ظل اقتصاد المعرفة دراسة حالة شركة الاسمنت عين التوتة- باتنة-، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة محمد خيضر بسكرة.
126. لزهر قدوم (2016-2017)، أثر رأس المال الفكري على التحسين المستمر-دراسة عينة من المؤسسات الجزائرية الناشطة في صناعة الأدوية-، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص التسويق والاستراتيجية، جامعة باجي مختار عنابة.
127. ماجدة محمد عبد الحميد جبريل (2000)، إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، كلية، جامعة عين شمس، القاهرة.

128. محمد منير عودة شبير (2014-2015)، دور أنظمة ذكاء الأعمال في تنمية رأس المال البشري في القطاع المصرفي الفلسطيني- دراسة حالة بنك فلسطين، رسالة ماجستير، تخصص إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية غزة.
129. محيا بن خلف عيد المطيري (2007)، إدارة رأس المال الفكري وتنميته بالتعليم الجامعي في ضوء التحولات المعاصرة، أطروحة دكتوراه، الإدارة التربوية والتخطيط -إدارة التعليم العالي-، جامعة أم القرى المملكة العربية السعودية.
130. مريم زلماط (2015-2016)، دور رأس المال الفكري في استمرارية المؤسسة دراسة حالة ببعض المؤسسات بولاية سيدي بلعباس مؤسسة عزوز ،مجمع حسناوي ENIE , CMA ، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة تلمسان.
131. مزيان عبد القادر (2011-2012)، أثر محددات جودة الخدمات على رضا العملاء- دراسة حالة الصندوق الوطني للتعاون الفلاحي، رسالة ماجستير، تسويق دولي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص تسويق دولي، جامعة أبي بكر بالقائد تلمسان.
132. مشنان بركة (2015-2016)، دور الثقافة التنظيمية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة- دراسة حالة جامعة الحاج لخضر -باتنة-، أطروحة دكتوراه، شعبة تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة.
133. منصور بن زاهي (2006-2005)، الشعور بالاغتراب الوظيفي وعلاقته بالدافعية للإنجاز لدى الإطارات الوسطى لقطاع المحروقات-دراسة ميدانية لشركة سونطراك بالجنوب الجزائري-، أطروحة دكتوراه، شعبة علم النفس وتسيير الموارد البشرية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة.
134. نادية حماش (2015-2016)، مساهمة رأس المال الفكري في إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة - دراسة حالة مؤسسة نقاوس للمصبرات باتنة، أطروحة دكتوراه، شعبة تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة1.
135. نجاه بحداد (2011-2012)، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية، رسالة ماجستير، تخصص بحوث العمليات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بالقائد جامعة تلمسان.
136. نجاه صغيرا (2011-2012)، تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة.
137. سامية بعيبي (2017- 2018)، الاستثمار في رأس المال البشري كمحدد لتطوير المؤسسات الاقتصادية الخاصة في العصر الرقمي، دراسة عينة من المؤسسات الاقتصادية الخاصة بالجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة.

138. سليم منى (2017-2108)، أثر استخدام نظم المعلومات على فاعلية أداء الموظفين بالبنوك التجارية الجزائرية-دراسة حالة مجموعة من البنوك التجارية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص بنوك مالية ومحاسبة، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.
139. عائشة واله (2010-2011)، أهمية جودة الخدمات الصحية في تحقيق رضا الزبون - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية عين طاية-، رسالة ماجستير، تخصص تسويق، جامعة الجزائر.
140. عدنان مريزق (2006-2007)، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، الجزائر.
141. عزيز دحماني (2013-2014)، مساهمة الإنفاق على رأس المال الفكري في أداء المنظمات الصناعية-حالة مؤسسة سوناطراك-، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة تلمسان.
142. الغامدي سلطان صالح محمد (2008-2009)، أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الثقافة التنظيمية من وجهة نظر العاملين في مستشفيات القوات المسلحة بمنطقة تبوك المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير في الإدارة العامة، جامعة مؤتة.
143. فتيحة بوحروود (2012-2013)، الإدارة بالجودة الشاملة مدخل لترقية تنافسية المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الجزائرية، دراسة ميدانية على بعض المؤسسات بسطيف، أطروحة دكتوراه تخصص علوم اقتصادية، جامعة سطيف 1.
144. رزقي محمد (2016-2017)، تحليل تأثير رأس المال الفكري على الأداء المالي للمؤسسة- دراسة تجريبية على عينة من المؤسسات الجزائرية، رسالة دكتوراه، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة.
145. ريمة اوشن (2017-2018)، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة.
146. خالد حمد أمين ميرخان (2003)، العلاقة بين الأساليب المعرفية ورأس المال الفكري وتأثيرها في التوجه الاستراتيجي، دراسة تحليلية، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة الأعمال، الجامعة المستنصرية، العراق.
147. خديجة عتيق (2011-2012)، أثر المزيج التسويقي المصرفي على رضا الزبون - دراسة ميدانية البنوك العمومية والأجنبية العاملة بولاية تلمسان، رسالة ماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان.
148. خيرة قوبع (2016-2017)، أثر رأس المال الفكري في الابداع التنظيمي- دراسة حالة المطاحن الكبرى "الظهرة" مستغانم، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة أبي بكر بالقايد تلمسان.

رابعاً: المداخلات

149. بومنجل السعيد، رقايقية فاطمة الزهراء(2011)، مساهمة رأس المال الفكري في تحقيق التميز التنافسي في منظمات الأعمال، ورقة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الدولي حول: إدارة وقياس رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والعلوم الاقتصادية، جامعة الشلف، الجزائر، يومي 13-14 ديسمبر 2011.

150. ممدوح عبد العزيز رفاعي(2012)، استراتيجيات الابتكار: طريق الإدارة نحو الابتكار الجذري، المؤتمر العلمي الأول بعنوان دعم وتنمية المشروعات الصغيرة، بعنوان "استراتيجيات الابتكار" والذي تنظمه كلية التجارة جامعة عين شمس 11-12 مارس 2012.

151. رياض بوشوصة: رأسمال الفكري كمورد استراتيجي لتحقيق الميزة التنافسية في ظل اقتصاد المعرفة- دراسة حالة على المؤسسة الوطنية للجيوفيزياء، بحث مقدم للمشاركة في اليوم الدراسي بالمركز الجامعي بالوادى تحت عنوان الموارد الاستراتيجية الرهان الأقوى لتمييز المؤسسات الاقتصادية في ظل الاقتصاد اللامادي، 26-04-2011.

152. الشريف بوفاس، ربيع بليلية (2018)، استخدام نموذج servqual لقياس تقييم جودة الخدمات الصحية- دراسة تحليلية-، الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر إمكانيات التسيير ورهانات التمويل، 10-11 أفريل كلية علوم التسيير، جامعة قالمة.

153. قورين حاج قويدر، رضوان انساعد (2011)، أثر رأس المال الفكري على تطبيق الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية، الملتقى الدولي: رأس المال لفكري في منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة 13-14 ديسمبر 2011، جامعة الشلف.

154. ظاهر القشي(2011)، رأس المال الفكري: الأهمية والقياس، والإفصاح-دراسة فكرية من وجهات نظر متعددة، الملتقى الدولي الخامس: رأس المال الفكري في المنظمات العربية في ظل الاقتصاديات الحديثة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، 13-14- ديسمبر 2011.

❖ مصادر أخرى

155. التقرير العالمي للملكية الفكرية 2017، رأس المال غير الملموس في سلاسل القيمة العالمية، المنظمة العالمية للملكية الفكرية، متاح على الموقع التالي:

<https://www.wipo.int/publications/ar/details.jsp?id=4225&plang=AR>

156. تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة، البنك الدولي، 1993، ص 7. متاح على الرابط التالي:

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/225261468150597142/pdf/121830WDR0ARABIC0Box74476B01PUBLIC1.pdf>

157. وزارة الصحة البحرينية: استراتيجية تحسين الصحة 2015-2018، ورقة متاحة على الرابط التالي:
https://www.moh.gov.bh/Content/Files/Health_Improvement_Strategy_2015-2018_Arabic.pdf

158. تامر البطراوي، رأس المال التنظيمي، الحوار المتمدن-العدد 5455- 2017/3-9/21:44 المحور:
الإدارة والاقتصاد، متاح على الموقع:

<http://www.m.ahewar.org/s.asp?aid=551025&r=0.20:47>، 2020/03/14.

159. الديوان الوطني للإحصاء: https://www.ons.dz/IMG/pdf/CH5-SANTE_Arabe.pdf.

❖ القوانين والمراسيم

160. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد:44، القانون المعدل والمتمم للقانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

161. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد: 46، قانون رقم 18-11 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 2 يوليو سنة 2018، يتعلق بالصحة.

162. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد:74، قانون رقم 07 - 11 مؤرخ في 15 ذي القعدة عام 1428 الموافق 25 نوفمبر سنة 2007 يتضمن النظام المحاسبي المالي.

163. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد:41، مرسوم تنفيذي رقم 12-281 مؤرخ في 19 شعبان عام 1433 الموافق 9 يوليو سنة 2012 يتضمن إنشاء مؤسسات استشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها.

164. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد:33، المرسوم التنفيذي رقم: 07/140 المؤرخ في: 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق ل: 19 مايو 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

165. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد:48، المرسوم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الجامعية وكذا تنظيمها وسيرها.

166. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد:81، المرسوم 97-465 المؤرخ في 02 سبتمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وكذا تنظيمها وسيرها.

167. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد:81، المرسوم 97-467 المؤرخ في 02 سبتمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المستشفيات الجامعية وكذا تنظيمها وسيرها.

168. Alain Chamak, Celine fromage (2006), **le capital humain comment le développer et l'évaluer**, Edition Liaisons. Paris.
169. Brooking, A, (1996), **Intellectual Capital**, International Thomson Business Press, first Edition, London.
170. Evans J, Dean J (2003), **Total Quality Management, organization and strategy**, Thomson south-western, 3 Edition, South Western.
171. Florinda Matos, Valter Vairinhos Selig, Paulo Maurício, Leif Edvinsson (2019), **Intellectual Capital Management as a Driver of Sustainability Perspectives for Organizations and Society**; Springer International Publishing AG, USA.
172. Jason Tisbury (2014), **Your 60 Minute Lean Business – Jidoka**, Create Space Independent Publishing Platform; First Edition.
173. Joel E. Ross, Susan P (1999), **Total Quality Management: Text, Cases, and Reading**, Third Edition, st lucie press, USA.
174. Juergen H. Daum (2002), **Intangible Assets and Value Creation**, John Wiley England, first Edition, England.
175. June A. schmele, a.f.al-assaf, (1990), **The text book of total quality in healthcare**, CRC PRESS LLC, USA.
176. Kumiega, Andrew, Van Vliet, Benjamin (2008), **Quality Money Management**, Academic Elsevier incm USA.
177. Lindsay Moore and Lesley Craig (2008), **Intellectual Capital in Enterprise Success: Strategy Revisited**, John Wiley & Sons, Inc Hoboken, USA.
178. Marshall. A (1997), **Principales of economics**, the McMillan Press Ltd, Eight Edition, London.
179. Patrick h Sullivan (1998), **profiting intellectual capital: extracting value from innovation**. John willy & SONS: INE. New York.
180. Robert Reix (2002), **Systèmes d'information et management des organisations**, 4ème édition, Vuibert, Paris.
181. Robert S. Kaplan, David P. Norton (1996), **balanced scorecard**, Harvard business school press, 1 Edition, Massachusetts, september 1,
182. Schroeder. R. G (1989), **Opertion Management: Deccision making in Operations Fonction**. 3TH. ED/INC. Singapore.
183. STEVEN K. THOMPSON (2012): **Sampling**. john wiley & sons inc publication. Third Edition. NEW JERSY. USA.

ثانياً: المقالات

184. Ann.P. Bartel, N. Sichernman (1998), **Technologique change and the skill Acquisition of young workers**, journal of labor Economics, [University of Chicago Press](#) 16(4).
185. Bontis Nick (2000), **intellectuel capital : an exploratory study that develops measures and models**, management decision, emerald.com ; vol 36, october.
186. Carla Curado, Nick Bontis (2007), **Managing intellectual capital : the MIC matrix**, International Journal of Knowledge and Learning, Inderscience Publisher 3(2/3).

187. Carol A. Reeves, David. A. Bendner (1994), **defining quality alternatives and implications**, Academy of management review, 19 (3).
188. David A. Waldman, (1993), **A Theoretical Consideration of Leadership and Total Quality Management**, Leadership Quarterly, International Leadership Association, USA, 4(1).
189. Edvinsson. L. (1999), **intellectual Capital-nations for future wealth creation**. Journal of human resource costing and accounting, Emerald Publishing Limited 4 (1).
190. James .E. casanova (1990), **status of quality assurance programs in American hospitals**, Medical care, 28(11).
191. James S. Larson (1996), **The world health organization's definition of health: social versus spiritual health**, Social Indicators Research 38(2), Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands.
192. Leninkumar Vithya. (2017), **The Relationship between Customer Satisfaction and Customer Trust on Customer Loyalty**. Internaonal Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 7(4).
193. Maaradj Houari,; Toua, Hiba; Miloud, Zid El Khier (2014), **The Role of intellectual capital in managerial leadership processes a study based on the views of a sample of managers selected from a pipeline company in ghardaia province Algeria**, greener journal of business and management studies, 4(1).
194. Morten T. Hansen, Nitin Nohria, Thomas Tierney, (1999), **what's your strategy for managing knowlege**. Haarvard business review, vol, 77(2).
195. Peter. F. Drucker (1999), **Knowledge worker productivity: The biggest challenge**, California Management, Review, 41(2).
196. Quinn. J. B, Anderson. P, Finkelstein. S (1996). **Managing Professional Intellect: MAKING The Most of the Best**, Harvard Business Review.
197. Rallabandi Srinivasu, G. Satyanarayana Reddy, and all, (2010), **The contribution of TQM and six Sigma in the organisations to achieve the success in terms of quality**, in International Journal of computer applications, Volume 8, Issue 4.
198. Robert j. Barro, jong-wha lee (2000), **International Data on Education Attainment: Updates and Implications**, national bureau of economic research 1050 massachusetts avenue cambridge ; ma 02138.
199. Roos. G, Bainbridge. A, & Jacobsen. K (2001), **Intellectual Capital Analysis as a Strategic Tool**, Strategy and Leadership, (29)4.
200. Sandra Isabel, Rodrigues Bailoa (2017), **Intellectual capital: The strategic resource of organisations**, The Małopolska School of Economics in Tarnów Research Papers Collection, 36 (4).
201. Starovic. D, Marr. B (2003), **Understanding Corporate value: managing and reporting intellectual capital**, chartered institute of management accountants (CIMA) and Cranfield University, London.
202. Theodore w. Schultz, (1961), **Investment in Human Capital**, The American Economic Review, [American Economic Association](#), 51 (1).
203. Ulrich A Dave, (1998), **A New mandata for Human Resources**, Harvard Business Review, 76(1).

ثالثا: الملثقيات

- 204.Avedis Donabedian, **evaluating the quality of medical care: Milbank Memorial fund qualiterly**, vol.44. N.3, part2 : Health services research study section of United states public health services, discussed at a conference held in Chicago, October 15-16.1965(jul.1966)
- 205.Yogesh Malhotra (2003), **measuring knowledge assets of a nation: knowledge systems for development**, research paper prepared for the invied key note presentation delivered at the meeting ; of the department of economic and social affairs division for public administration and development management, new york city .4-5 september 2003.

❖ سلاسل المحاضرات:

- 206.OUHOUCINE A, TOUHANT.D (2016), **sante publique et activité de soins**, dossier documentaire de formation des admininistrateurs principaux des services de sante APSS/A6/01, ENMAS, Alger.
- 207.SALMI.M(2016), **Économiedesante**, dossier documentaire de formation des administrateurs principaux des services de sante APSS/A6/01, ENMAS, Alger.

❖ مصادر أخرى:

- 208.OCDE (2005), Les services et la croissance économique Emploi, productivité et innovation. Réunion du Conseil de l'OCDE au niveau ministériel de 2005. Disponible sur le site de : <https://www.oecd.org/fr/economie/34752900.pdf>.
- 209.Nations Unies (2017), Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement, Rôle de l'économie et du commerce des services dans la transformation structurelle et le développement équitable, Conseil du commerce et du développement Commission du commerce et du développement Réunion d'experts pluriannuelle sur le commerce, les services et le développement Cinquième session. Genève, 18-20 juillet.
Disponible sur le site de : https://unctad.org/system/files/official-document/c1mem4d14_fr.pdf
- 210.Health finder.gov; "National Committee for Quality Assurance NCQA», disponible sur site: <https://web.archive.org/web/20190703195644/https://healthfinder.gov/FindServices/Organizations/Organization.aspx?code=HR2637>; 13:07, 02/11/2020.
- 211.Larousse, Disponible sur le site de : https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publique/90008. 23:51-18/10/2020
- 212.American College of Surgeons Online - What is the American College of Surgeons? disponible sur le site de: <https://www.facs.org/about-acs>, 11:42; 02/11/2020.
- 213.Health care-management-degrée: whatis JACHO, disponible sur le site de : <https://www.healthcare-management-degree.net/faq/what-is-jcaho/>; 11 :48, 02/11/2020.
- 214.European Commission (2006), **encourage corporate measuring and reporting on research and other forms of intellectual capital, directorate-general for research support for the coherent development of policy specific program: 'integrating and strengthening the European research area'** disponible sur le site de : https://ec.europa.eu/invest-in-research/pdf/download_en/2006-2977_web1.p

قائمة الملاحق

مؤسسة الانتماء	الرتبة	الاسم واللقب
المركز الجامعي ميله	أستاذ محاضر قسم أ	شراف عقون
جامعة جيجل	أستاذ محاضر قسم أ	مرغيت عبد الحميد
جامعة جيجل	أستاذ محاضر قسم أ	عريف سعيود
جامعة جيجل	أستاذ محاضر قسم أ	بلجازية عمر
جامعة جيجل	أستاذ محاضر قسم أ	سعيد عيمر
جامعة جيجل	أستاذ محاضر قسم أ	بولغلب وليد
جامعة جيجل	أستاذ محاضر قسم أ	طويجني زين العابدين
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة تاكسنة-جيجل	مدير فرعي للنشاطات الصحية رتبة رئيس متصرفي مصالح الصحة	بولحشيش ياسين

الملحق رقم (02): استبيان الدراسة

المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميللة

الطالب: بورويبة عزيز
المشرف: شراف عقون استاذ محاضراً



معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير
تخصص: إدارة الأعمال

استبيان

تحية طيبة.....

أنا الباحث بورويبة عزيز من طالبة الدكتوراه في المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف، أقوم بإعداد دراسة تحت عنوان: "رأس المال الفكري ودوره في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة حالة مجموعة مؤسسات صحية عمومية"، حيث يمثل هذا الاستبيان أحد الجوانب الهامة في هذه الدراسة، التي تبحث في دور رأس المال الفكري ممثلاً بالأبعاد التالية: رأس المال البشري، رأس المال الهيكلي، رأس مال العلاقات، في تحسين جودة الخدمات في المؤسسات العمومية الصحية. واني إذ أتقدم إليكم بهذه الاستبانة فاني أرجو منكم التكرم بالإجابة على جميع الأسئلة الواردة فيها، كما أن حرصكم على تقديم المعلومات المطلوبة بدقة وموضوعية سيؤدي بلا شك الى نتائج أفضل حول موضوع الدراسة، وعليه فاني أبقى ممتن إليكم على قبولكم الإجابة على هذه الاستبانة، كما أحييكم علما ان جميع الأسئلة المطروحة فيها ستستخدم حصراً لأغراض البحث العلمي وأن إجاباتكم ستكون محاطة بالسرية الكاملة والعناية العلمية الفائقة. شكراً لتعاونكم وحسن استجابتكم.

القسم الأول: البيانات الشخصية والوظيفية (يرجى الإجابة بوضع علامة x في المربع المناسب)

1- <u>الجنس:</u> <input type="checkbox"/> ذكر. <input type="checkbox"/> أنثى.		
2- <u>العمر:</u> <input type="checkbox"/> أقل من 30 سنة، <input type="checkbox"/> من 30 وأقل من 40 سنة، <input type="checkbox"/> من 40 وأقل من 50 سنة، <input type="checkbox"/> أكثر من 50 سنة.		
3- <u>سنوات الدراسة:</u>	4- <u>الفترة:</u>	5- <u>الخبرة المهنية:</u>
<input type="checkbox"/> أكثر من 7 سنوات جامعية	<input type="checkbox"/> طبي	<input type="checkbox"/> أقل من 5 سنوات
<input type="checkbox"/> أكثر من 5 سنوات جامعية	<input type="checkbox"/> شبه طبي	<input type="checkbox"/> من 5 وأقل من 10 سنوات
<input type="checkbox"/> أكثر من 3 سنوات جامعية	<input type="checkbox"/> إداري	<input type="checkbox"/> من 10 وأقل من 15 سنة
<input type="checkbox"/> تكوين متخصص		<input type="checkbox"/> من 15 وأقل من 20 سنة
<input type="checkbox"/> باقي السنوات		<input type="checkbox"/> من 20 سنة فأكثر

العبارات					
مواقف تصادف	غير	مواقف بدرجة متوسطة	مواقف	مواقف تماماً	
المحور الأول: رأس المال الفكري					
أولاً: رأس المال البشري					
أ. المعرفة والابتكار					
مواقف تماماً	مواقف	مواقف بدرجة متوسطة	مواقف	مواقف تماماً	
					1. يتمتع الموظفون في المؤسسة بمعرفة علمية جيدة حول مهامهم.
					2. يعمل الموظفون في المؤسسة على تحسين معرفتهم العلمية بشكل مستمر.
					3. يعمل الموظفون في المؤسسة على تطوير طرق وأدوات العمل في المؤسسة.
					4. تزيد برامج التكوين في المؤسسة من معارف الموظفين.
ب. المهارات والقدرات					
مواقف تماماً	مواقف	مواقف بدرجة متوسطة	مواقف	مواقف تماماً	
					5. يؤدي الموظفون مهامهم بكفاءة عالية.
					6. يوجد تناسب بين قدرات التدخل لدى الموظفين والحالات المرضية.
					7. يتكيف الموظفون مع ظروف العمل بشكل جيد.
					8. تعطي المؤسسة الأولوية في التوظيف لأصحاب المهارات العالية.
ج. الخبرة					
مواقف تماماً	مواقف	مواقف بدرجة متوسطة	مواقف	مواقف تماماً	
					9. تتوفر المؤسسة على موظفين ذوي خبرة ملبوطة في المجال الصحي.
					10. تعمل سياسة المؤسسة على تحقيق الاستفادة القصوى من الموظفين ذوي الخبرة.
					11. يساهم الموظفون في المؤسسة ذوي الخبرة في تطوير وتحسين مهارات الموظفين الجدد.
د. اتجاهات العاملين					
مواقف تماماً	مواقف	مواقف بدرجة متوسطة	مواقف	مواقف تماماً	
					12. يشعر الموظفون بالرضا عن العمل في المؤسسة.
					13. لا توجد رغبة لدى الموظفين أصحاب الخبرة في الاستقالة.
					14. تعمل المؤسسة على توفير برامج تدريبية تتوافق مع الاحتياجات التدريبية للموظفين.
ثانياً: رأس المال التنظيمي					
أ. الهيكل التنظيمي					
مواقف تماماً	مواقف	مواقف بدرجة متوسطة	مواقف	مواقف تماماً	
					15. يتوافق تصميم الهيكل التنظيمي والوظيفي مع السير الحسن للمؤسسة.

					16. يوجد تصنيف جيد بين مختلف الأقسام والمصالح في المؤسسة.
					17. قنوات الاتصال الرسمية مفتحة بشكل جيد بين مختلف الوحدات والمستويات التنظيمية.
					18. تصور المصالح بشكل جيد في حالة غياب الرؤساء.
					19. يتم التفاعل بشكل سريع مع المشكلات المطروحة من طرف مصالح المؤسسة.
					ب. الثقافة التنظيمية
					20. تسود المنظمة روح العمل الجماعي والتوجه بالفريق نحو تحقيق أهداف المؤسسة.
					21. هناك شعور عام بالرضا عن الانتماء إلى مؤسسة عمومية صحية.
					22. يتميز المناخ التنظيمي للمؤسسة الصحية بكونه مفضل على العمل.
					23. تقبل ثقافة المؤسسة التغيير والتطوير للأحسن.
					24. يسود المؤسسة جو من التنافس على التميز الأفضل.
					ج. نظم المعلومات
					25. تعمل المؤسسة على جمع وتوفير المعلومات والبيانات المساعدة في اتخاذ القرارات.
					26. تمتلك المؤسسة بنية تقنية لتكنولوجيا المعلومات والاتصال.
					27. يتوفر لدى المؤسسة كادر بشري مزدهر في جمع وتنظيم ومعالجة البيانات.
					28. يقوم الموظفون بشؤون الأحداث والأنشطة في المؤسسة من خلال الوثائق والنماذج الكتابية.
					29. توجد سهولة في الحصول على المعلومات.
					د. العمليات الإدارية
					30. تعمل المؤسسة وفق خطط مكتوبة ومحددة زمنياً.
					31. تتوفر معايير ومقاييس مراقبة الأداء واكتشاف الانحرافات وتصحيحها.
					32. تتم العمليات بين مختلف المستويات الإدارية بسرعة.
ثالثاً: رأس مال العلاقات					
					أ. العلاقة مع المرضى
					33. يتفاعل المرضى التعامل مع المؤسسة الصحية العمومية.
					34. تحتفظ المؤسسة بالمعلومات الخاصة بالمرضى.
					35. تعمل المؤسسة على تحقيق التظليل الصحي للمرضى.
					ب. العلاقة مع الأطراف ذات المصلحة
					36. يوجد تعاون بين المؤسسة والمؤسسات الصحية الأخرى سواء كانت عمومية أو خاصة.
					37. تعزز المؤسسة على تحقيق حوار بناء مع الشركاء الاجتماعيين والاقتصاديين.
					38. تحظى المؤسسة بدعم الحركة الجمعوية والسلطات المحلية.
					39. تعمل المؤسسة على توعية المجتمع بالأخطار الصحية المحدقة به.
					40. تساهم المؤسسة في دعم برامج التكوين لدى المؤسسات المهنية ومؤسسات التعليم العالي.

II. المحور الثاني: جودة الخدمات الصحية

أ. الاعتمادية					
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
					41. يحرص الموظفون على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من الإتقان.
					42. تبدي المؤسسة اهتمام خاص بمشاكل واستفسارات المرضى.
					43. تحتفظ المؤسسة بسجلات دقيقة وموثقة.
					44. تعطي خدمات المؤسسة بلغة واستحسان المستفيدين منها.
ب. الملموسية					
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
					45. تمتلك المؤسسة تجهيزات ومعدات حديثة.
					46. يحرص الموظفون في المؤسسة على الظهور بمظهر لائق.
					47. تتوفر المؤسسة على صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية.
					48. تصميم ومواقع المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة الصحية.
ج . الأمان					
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
					49. يلقى المرضى في مرفقات الطاقم الطبي للمؤسسة.
					50. تحرس المؤسسة على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.
					51. توجد متابعة مستمرة للحالات المرضية المطروحة.
					52. تتميز المؤسسة بالأمن والجاهزية لمواجهة أية حوادث تتعلق بالسلامة.
د. التعاطف					
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
					53. يتم تقديم العناية الصحية للمرضى والاهتمام بالشعاعياتهم مهما كان مستواهم الاجتماعي.
					54. تراعي المؤسسة عادات وتقاليد المرضى.
					55. يتم شرح المشاكل الصحية للمرضى بالطريقة التي يفهمونها.
هـ. الاستجابة					
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
					56. موارد المؤسسة المادية والبشرية مستعدة لتقديم الخدمة للمرضى في أية وقت.
					57. تبسط المؤسسة إجراءات تقديم الخدمة لضمان السرعة.
					58. لدى المؤسسة خطة طوارئ لتقديم الخدمة الصحية تحت أية ظروف كانت.

شكرا لتعاونكم.....

الملحق (03): معاملات الارتباط سييرمان الخاصة بمحور رأس مال البشري

Corrélations non paramétrique

		راس مال البشري	
Rho de Spearman	راس مال البشري	Coefficient de corrélation	1.000**
		Sig. (bilatérale)	.
		N	30
	يتمتع الموظفون في المؤسسة بمعرفة علمية جيدة حول مهامهم.	Coefficient de corrélation	.738**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	يعمل الموظفون في المؤسسة على تحيين معرفتهم العلمية بشكل مستمر.	Coefficient de corrélation	.786**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	يعمل الموظفون في المؤسسة على تطوير طرق وأدوات العمل في المؤسسة.	Coefficient de corrélation	.746**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	تزيد برامج التكوين في المؤسسة من معارف الموظفين.	Coefficient de corrélation	.484**
		Sig. (bilatérale)	.007
		N	30
	يؤدي الموظفون مهامهم بكفاءة عالية.	Coefficient de corrélation	.686**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	يوجد تناسب بين قدرات التدخل لدى الموظفين والحالات المرضية.	Coefficient de corrélation	.582**
		Sig. (bilatérale)	.001
		N	30
	يتكيف الموظفون مع الحالات المرضية بشكل جيد.	Coefficient de corrélation	.510**
		Sig. (bilatérale)	.004
		N	30
	تعطي المؤسسة الأولوية في التوظيف لأصحاب المهارات العالية.	Coefficient de corrélation	.494**
		Sig. (bilatérale)	.006
		N	30
	تتوفر المؤسسة على موظفين ذوي خبرة مقبولة في المجال الصحي.	Coefficient de corrélation	.560**
		Sig. (bilatérale)	.001
		N	30
	تعمل سياسة المؤسسة على تحقيق الاستفادة القصوى من الموظفين ذوي الخبرة.	Coefficient de corrélation	.719**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30

Rho de Spearman	يساهم الموظفون دوا الخبرة في المؤسسة في تطوير وتحسين مهارات الموظفين الجدد.	Coefficient de corrélation	.577**
		Sig. (bilatérale)	.001
		N	30
	يشعر الموظفون بالرضا عن العمل في المؤسسة.	Coefficient de corrélation	.600**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	لا توجد رغبة لدى الموظفين أصحاب الخبرة في الاستقالة.	Coefficient de corrélation	.517**
		Sig. (bilatérale)	.003
		N	30
	تعمل المؤسسة على توفير برامج تدريبية تتوافق مع الاحتياجات التدريبية للموظفين.	Coefficient de corrélation	.832**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30

الملحق (04): معاملات الارتباط سيبرمان الخاصة بمحور رأس مال التنظيمي

Corrélations			
Rho de Spearman	رأس مال التنظيمي	رأس مال التنظيمي	
	رأس مال التنظيمي	Coefficient de corrélation	1.000**
		Sig. (bilatérale)	.
	N	30	
	يتوافق تصميم الهيكل التنظيمي والوظيفي مع السير الحسن للمؤسسة.	Coefficient de corrélation	.746**
		Sig. (bilatérale)	.000
	N	30	
	يوجد تنسيق جيد بين مختلف الاقسام والمصالح في المؤسسة.	Coefficient de corrélation	.854**
		Sig. (bilatérale)	.000
	N	30	
	قنوات الاتصال الرسمية مفعلة بشكل جيد بين مختلف الوحدات والمستويات التنظيمية.	Coefficient de corrélation	.619**
		Sig. (bilatérale)	.000
	N	30	
	في حالة غياب الرؤساء تبقى المصالح التابعة لهم تسير بشكل جيد.	Coefficient de corrélation	.732**
		Sig. (bilatérale)	.000
	N	30	
	يتم التفاعل بشكل سريع مع المشكلات المطروحة من طرف مصالح المؤسسة.	Coefficient de corrélation	.533**
		Sig. (bilatérale)	.002
	N	30	
	تسود المنظمة روح العمل الجماعي والتوجه بالفريق نحو تحقيق اهداف المؤسسة.	Coefficient de corrélation	.778**
		Sig. (bilatérale)	.000
N	30		
هناك شعور عام بالرضا عن الانتماء الى مؤسسة عمومية صحية.	Coefficient de corrélation	.732**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
N	30		
يتميز المناخ التنظيمي للمؤسسة الصحية بكونه محفز على العمل.	Coefficient de corrélation	.553**	
	Sig. (bilatérale)	.002	
N	30		
تقبل ثقافة المؤسسة التغيير والتطوير للأحسن.	Coefficient de corrélation	.647**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
N	30		
يسود المؤسسة جو من التنافس على تقديم الأفضل.	Coefficient de corrélation	.736**	
	Sig. (bilatérale)	.000	

Rho de Spearman	يسود المؤسسة جو من التنافس على تقديم الأفضل.	N	30
		Coefficient de corrélation	.644**
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	
	تمتلك المؤسسة بنية تحتية لتكنولوجيا المعلومات والاتصال.	Coefficient de corrélation	.741**
		Sig. (bilatérale)	.000
	N	30	
	يتوفر لدى المؤسسة كادر بشري مؤهل في جمع وتنظيم ومعالجة البيانات.	Coefficient de corrélation	.640**
		Sig. (bilatérale)	.000
	N	30	
	يقوم الموظفون بتدوين الاحداث والأنشطة في المؤسسة من خلال الوثائق والنماذج الكتائبية.	Coefficient de corrélation	.679**
		Sig. (bilatérale)	.000
	N	30	
	توجد سهولة في الحصول على المعلومات.	Coefficient de corrélation	.559**
		Sig. (bilatérale)	.001
	N	30	
	تعمل الإدارة والمصالح وفق خطط مكتوبة ومحددة زمنية.	Coefficient de corrélation	.692**
		Sig. (bilatérale)	.000
	N	30	
	تتوفر معايير ومقاييس مراقبة الأداء واكتشاف الانحرافات وتصحيحها.	Coefficient de corrélation	.774**
Sig. (bilatérale)		.000	
N	30		
تتم العمليات الإدارية بين مختلف المستويات الإدارية بسرعة.	Coefficient de corrélation	.538**	
	Sig. (bilatérale)	.002	
N	30		

الملحق (05): معاملات الارتباط سبيرمان الخاصة بمحور رأس مال العلاقات

Corrélations			راس مال العلاقات
Rho de Spearman	راس مال العلاقات	Coefficient de corrélation	1.000**
		Sig. (bilatérale)	.
		N	30
	يفضل المرضى التعامل مع المؤسسة الصحية العمومية عن التعامل مع القطاع الخاص.	Coefficient de corrélation	.652**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	تحتفظ المؤسسة بالمعلومات الخاصة بالمرضى.	Coefficient de corrélation	.640**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	تعمل المؤسسة على تحقيق التثقيف الصحي للمرضى.	Coefficient de corrélation	.748**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
يوجد تعاون بين المؤسسة والمؤسسات الصحية الأخرى سواء كانت عمومية او خاصة.	Coefficient de corrélation	.694**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	
تحرص المؤسسة على تحقيق حوار بناء مع الشركاء الاجتماعيين والاقتصاديين.	Coefficient de corrélation	.649**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	
تحظى المؤسسة بدعم الحركة الجمعوية والسلطات المحلية.	Coefficient de corrélation	.617**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	
تعمل المؤسسة على توعية المجتمع بالأخطار الصحية المحدقة به.	Coefficient de corrélation	.818**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	
تساهم المؤسسة في دعم برامج التكوين لدى المؤسسات المهنية ومؤسسات التعليم العالي.	Coefficient de corrélation	.836**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	

الملحق (06): معاملات الارتباط سبيرمان الخاصة بمحور جودة الخدمات الصحية

Corrélations			جودة الخدمات الصحية
Rho de Spearman	جودة الخدمات الصحية	Coefficient de corrélation	1.000**
		Sig. (bilatérale)	.
		N	30
	يحرص الموظفون على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من الاتقان.	Coefficient de corrélation	.699**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	تبدي المؤسسة اهتمام خاص بمشاكل واستفسارات المرضى.	Coefficient de corrélation	.758**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	تحتفظ المؤسسة بسجلات دقيقة وموثقة.	Coefficient de corrélation	.675**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
تغطي خدمات المؤسسة بثقة واستحسان المستفيدين منها.	Coefficient de corrélation	.644**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	
تمتلك المؤسسة تجهيزات ومعدات حديثة.	Coefficient de corrélation	.551**	
	Sig. (bilatérale)	.002	
	N	30	
يحرص الموظفون في المؤسسة على الظهور بمظهر لائق.	Coefficient de corrélation	.566**	
	Sig. (bilatérale)	.001	
	N	30	
تتوفر المؤسسة على صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية.	Coefficient de corrélation	.417**	
	Sig. (bilatérale)	.022	
	N	30	
تصميم وموقع المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة الصحية.	Coefficient de corrélation	.724**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	
يثق المرضى في مؤهلات الطاقم الطبي للمؤسسة.	Coefficient de corrélation	.464**	
	Sig. (bilatérale)	.010	
	N	30	
تحرص المؤسسة على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.	Coefficient de corrélation	.723**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	

Rho de Spearman	توجد متابعة مستمرة للحالات المرضية المطروحة.	Coefficient de corrélation	.781**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	تتميز المؤسسة بالأمن والجاهزية لمواجهة أية حوادث تتعلق بالسلامة	Coefficient de corrélation	.817**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	يتم تقديم العناية الصحية والاهتمام بانشغالاتهم لكل المرضى مهما كان مستواهم الاجتماعي.	Coefficient de corrélation	.672**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	تراعي المؤسسة عادات وتقاليد المرضى.	Coefficient de corrélation	.673**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
يشرح الموظفون في المؤسسة المشاكل الصحية للمرضى بالطريقة التي يفهمونها.	Coefficient de corrélation	.801**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	
موارد المؤسسة المادية والبشرية مسخرة لتقديم الخدمة للمرضى في أية وقت.	Coefficient de corrélation	.779**	
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	30	

	تبسيط المؤسسة إجراءات تقديم الخدمة لضمان السرعة.	Coefficient de corrélation	.843**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30
	لدى المؤسسة خطة طوارئ لتقديم الخدمة الصحية تحت اية ظروف كانت.	Coefficient de corrélation	.801**
		Sig. (bilatérale)	.000
		N	30

الملحق (07): معاملات الفا كروميخ الخاصة بمحاور الدراسة

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	30	100.0
	Exclus	0	.0
	Total	30	100.0

Statistiques de fiabilité رأس مال الفكري	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.968	40

Statistiques de fiabilité رأس مال البشري	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.904	14

Statistiques de fiabilité رأس مال التنظيمي	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.945	19
Statistiques de fiabilité رأس مال العلاقات	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.925	8

Statistiques de fiabilité جودة الخدمات الصحية	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.958	19

الملحق (08): خصائص عينة الدراسة حسب المتغيرات الشخصية

الخبرة المهنية

N	Valid	323
	Missing	0
Mean		2,46
Std. Deviation		1,286

الخبرة المهنية

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid أقل من 5 سنوات	93	28,8	28,8	28,8
من 5 واطل من 10 سنوات	86	26,6	26,6	55,4
من 10 واطل من 15 سنة	81	25,1	25,1	80,5
من 15 واطل من 20 سنة	28	8,7	8,7	89,2
من 20 سنة فأكثر	35	10,8	10,8	100,0
Total	323	100,0	100,0	

الجنس

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide ذكر	93	28.8	28.8	28.8
انثى	230	71.2	71.2	100.0
Total	323	100.0	100.0	

العمر

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide أقل من 30	74	22.9	22.9	22.9
من 30 الى أقل من 40	145	44.9	44.9	67.8
من 40 الى أقل من 50	72	22.3	22.3	90.1
من 50 فأكثر	32	9.9	9.9	100.0
Total	323	100.0	100.0	

سنوات الدراسة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide كثر من 7 سنوات جامعية	26	8.0	8.0	8.0
أكثر من 5 سنوات جامعية	55	17.0	17.0	25.1
أكثر من 3 سنوات جامعية	128	39.6	39.6	64.7
تكوين متخصص	105	32.5	32.5	97.2
باقي المستويات	9	2.8	2.8	100.0
Total	323	100.0	100.0	

اللقبة المهنية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide طبي	81	25.1	25.1	25.1
سنة طبي	204	63.2	63.2	88.2
اداري	38	11.8	11.8	100.0
Total	323	100.0	100.0	

الملحق رقم (09): اختبار طبيعة التوزيع لمحاو الدراسة

Récapitulatif du traitement des observations						
	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
راس مال الفكري	323	100.0%	0	0.0%	323	100.0%
راس مال البشري	323	100.0%	0	0.0%	323	100.0%
راس مال التنظيمي	323	100.0%	0	0.0%	323	100.0%
راس مال العلاقات	323	100.0%	0	0.0%	323	100.0%
جودة الخدمات الصحية	323	100.0%	0	0.0%	323	100.0%

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
راس مال الفكري	.066	323	.002	.991	323	.037
راس مال البشري	.061	323	.005	.993	323	.166
راس مال التنظيمي	.050	323	.052	.989	323	.017
راس مال العلاقات	.068	323	.001	.988	323	.007
جودة الخدمات الصحية	.042	323	.200	.989	323	.014

a. Correction de signification de Lilliefors

الملحق رقم (10): اختبارات نتائج إجابات أفراد العينة لمحور رأس مال البشري

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Variance	Asymétrie
	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique
راس مال البشري	323	2.9722	.68114	.464	-.162-
يتمتع الموظفون في المؤسسة بمعرفة علمية جيدة حول مهامهم.	323	3.12	1.082	1.171	-.219-
يعمل الموظفون في المؤسسة على تحسين معرفتهم العلمية بشكل مستمر.	323	2.84	1.117	1.247	.066
يعمل الموظفون في المؤسسة على تطوير طرق وأدوات العمل في المؤسسة.	323	2.80	1.122	1.259	.105
تزيد برامج التكوين في المؤسسة من معارف الموظفين.	323	3.49	1.245	1.549	-.483-
يؤدي الموظفون مهامهم بكفاءة عالية.	323	3.21	1.048	1.098	-.104-
يوجد تناسب بين قدرات التخلل لدى الموظفين والحالات المرضية.	323	3.24	1.046	1.094	-.188-
يتكيف الموظفون مع الحالات المرضية بشكل جيد.	323	3.11	1.103	1.217	-.152-
تعطي المؤسسة الأولوية في التوظيف لأصحاب المهارات العالية.	322	2.59	1.245	1.551	.445
تتوفر المؤسسة على موظفين ذوي خبرة مقبولة في المجال الصحي.	323	3.76	.988	.976	-.895-
تعمل سياسة المؤسسة على تحقيق الاستفادة القصوى من الموظفين ذوي الخبرة.	323	2.99	1.204	1.450	-.197-
يساهم الموظفون ذوي الخبرة في المؤسسة في تطوير وتحسين مهارات الموظفين الجدد.	323	3.17	1.144	1.309	-.238-
يشعر الموظفون بالرضا عن العمل في المؤسسة.	323	2.43	1.091	1.190	.332
لا توجد رغبة لدى الموظفين أصحاب الخبرة في الاستقالة.	322	2.61	1.254	1.572	.334
تعمل المؤسسة على توفير برامج تدريبية تتوافق مع الاحتياجات التدريبية للموظفين.	323	2.24	1.071	1.146	.621
N valide (listwise)	321				

Test du Khi-deux

Test				
	راسمالبشري	يتمتع الموظفون في المؤسسة بمعرفة علمية جيدة حول مهامهم	يعمل الموظفون في المؤسسة على تحسين معرفتهم العلمية بشكل مستمر	يعمل الموظفون في المؤسسة على تطوير طرق وأدوات العمل في المؤسسة
Khi-deux	172.310	87.139	66.056	65.467
ddl	48	4	4	4
Signification asymptotique	.000	.000	.000	.000

Test				
	تزيد برامج التكوين في المؤسسة من معارف الموظفين	يؤدي الموظفون مهامهم بكفاءة عالية	يوجد تناسب بين قدرات التدخل لدى الموظفين والحالات المرضية	يتكيف الموظفون مع الحالات المرضية بشكل جيد
Khi-deux	54.198	105.127	99.152	74.941
ddl	4	4	4	4
Signification asymptotique	.000	.000	.000	.000

Test				
	تعطي المؤسسة الأولوية في التوظيف لأصحاب المهارات العالية	تتوفر المؤسسة على موظفين ذوي خبرة مقبولة في المجال الصحي	تعمل سياسة المؤسسة على تحقيق الاستفادة القصوى من الموظفين ذوي الخبرة	يساهم الموظفون ذوي الخبرة في المؤسسة في تطوير وتحسين مهارات الموظفين الجدد
Khi-deux	50.484	192.402	50.266	63.393
ddl	4	4	4	4
Signification asymptotique	.000	.000	.000	.000

Test				
	يشعر الموظفون بالرضا عن العمل في المؤسسة	لا توجد رغبة لدى الموظفين أصحاب الخبرة في الاستقالة	تعمل المؤسسة على توفير برامج تدريبية تتوافق مع الاحتياجات التدريبية للموظفين	
Khi-deux	82.743	48.031	114.755	
ddl	4	4	4	
Signification asymptotique	.000	.000	.000	

DESCRIPTIVES VARIABLES= _85;_75;_87;_85;_88;_76_ل_75_م_ q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14

/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE SEMEAN.

Test					
	راسمالبشري	المعرفاتو الابتكار	المهاراتو القدرات	خبيرة	اتجاهاتالعاملين
Khi-deux	172.310 ^a	133.579 ^b	224.969 ^c	133.207 ^d	179.136 ^e
ddl	48	16	17	12	13
Signification asymptotique	.000	.000	.000	.000	.000
a. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 6.6.					
b. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 19.0.					
c. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 17.9.					
d. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 24.8.					
e. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 23.1.					

● الملحق رقم (11): اختبارات إجابات أفراد العينة لمحور رأس مال التنظيمي

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
يتوافق تصميم الهيكل التنظيمي والوظيفي مع السير الحسن للمؤسسة.	323	2.74	1.147	.064
يوجد تنسيق جيد بين مختلف الأقسام والمصالح في المؤسسة.	323	2.67	1.121	.062
قنوات الاتصال الرسمية مفعلة بشكل جيد بين مختلف الوحدات والمستويات التنظيمية.	323	2.48	1.037	.058
في حالة غياب الرؤساء تبقى المصالح التابعة لهم تسير بشكل جيد.	323	3.19	1.232	.069
يتم التفاعل بشكل سريع مع المشكلات المطروحة من طرف مصالح المؤسسة.	323	2.63	1.131	.063
تسود المنظمة روح العمل الجماعي والتوجه بالفريق نحو تحقيق أهداف المؤسسة.	323	2.84	1.049	.058
هناك شعور عام بالرضا عن الانتماء إلى مؤسسة عمومية صحية.	323	2.71	1.127	.063
يتميز المناخ التنظيمي للمؤسسة الصحية بكونه محفز على العمل.	323	2.30	1.021	.057
تقبل ثقافة المؤسسة التغيير والتطوير للأحسن.	323	2.69	1.111	.062
يسود المؤسسة جو من التنافس على تقديم الأفضل.	323	2.44	1.100	.061
تعمل المؤسسة على جمع وتوفير المعلومات والبيانات المساعدة في اتخاذ القرارات.	322	2.66	1.057	.059
تمتلك المؤسسة بنية تحتية لتكنولوجيا المعلومات والاتصال.	323	2.41	1.070	.060
يتوفر لدى المؤسسة كادر بشري مؤهل في جمع وتنظيم ومعالجة البيانات.	323	2.79	1.117	.062
يقوم الموظفون بتدوين الأحداث والأنشطة في المؤسسة من خلال الوثائق والنماذج الكتابية.	323	3.11	1.131	.063
توجد سهولة في الحصول على المعلومات.	323	2.89	1.083	.060
تعمل الإدارة والمصالح وفق خطط مكتوبة ومحددة زمنية.	323	3.02	1.097	.061
تتوفر معايير ومقاييس مراقبة الأداء واكتشاف الانحرافات وتصحيحها.	323	2.65	1.027	.057
تتم العمليات الإدارية بين مختلف المستويات الإدارية بسرعة.	323	2.85	2.612	.145

Test sur échantillon unique						
	Valeur du test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
يتوافق تصميم الهيكل التنظيمي والوظيفي مع السير الحسن للمؤسسة.	-4.026-	32 2	.000	-.257-	-.38-	-.13-
يوجد تنسيق جيد بين مختلف الأقسام والمصالح في المؤسسة.	-5.210-	32 2	.000	-.325-	-.45-	-.20-
قنوات الاتصال الرسمية مفعلة بشكل جيد بين مختلف الوحدات والمستويات التنظيمية.	-9.064-	32 2	.000	-.523-	-.64-	-.41-
في حالة غياب الرؤساء تبقى المصالح التابعة لهم تسير بشكل جيد.	2.709	32 2	.007	.186	.05	.32
يتم التفاعل بشكل سريع مع المشكلات المطروحة من طرف مصالح المؤسسة.	-5.954-	32 2	.000	-.375-	-.50-	-.25-
تسود المنظمة روح العمل الجماعي والتوجه بالفريق نحو تحقيق أهداف المؤسسة.	-2.811-	32 2	.005	-.164-	-.28-	-.05-
هناك شعور عام بالرضا عن الانتماء إلى مؤسسة عمومية صحية.	-4.643-	32 2	.000	-.291-	-.41-	-.17-
يتميز المناخ التنظيمي للمؤسسة الصحية بكونه محفز على العمل.	-12.313-	32 2	.000	-.700-	-.81-	-.59-
تقبل ثقافة المؤسسة التغيير والتطوير للأحسن.	-5.059-	32 2	.000	-.313-	-.43-	-.19-
يسود المؤسسة جو من التنافس على تقديم الأفضل.	-9.104-	32 2	.000	-.557-	-.68-	-.44-
تعمل المؤسسة على جمع وتوفير المعلومات والبيانات المساعدة في اتخاذ القرارات.	-5.801-	32 1	.000	-.342-	-.46-	-.23-
تمتلك المؤسسة بنية تحتية لتكنولوجيا المعلومات والاتصال.	-9.832-	32 2	.000	-.585-	-.70-	-.47-
يتوفر لدى المؤسسة كادر بشري مؤهل في جمع وتنظيم ومعالجة البيانات.	-3.388-	32 2	.001	-.211-	-.33-	-.09-
يقوم الموظفون بتدوين الأحداث والأنشطة في المؤسسة من خلال الوثائق والنماذج الكتابية.	1.771	32 2	.000	.111	-.01-	.24
توجد سهولة في الحصول على المعلومات.	-1.849-	32 2	.000	-.111-	-.23-	.01
تعمل الإدارة والمصالح وفق خطط مكتوبة ومحددة زمنية.	.406	32 2	.685	.025	-.10-	.14
تتوفر معايير ومقاييس مراقبة الأداء واكتشاف الانحرافات وتصحيحها.	-6.175-	32 2	.000	-.353-	-.47-	-.24-
تتم العمليات الإدارية بين مختلف المستويات الإدارية بسرعة.	-1.001-	32 2	.317	-.146-	-.43-	.14

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
رأس مال التنظيمي	323	2.7260	.75554	.04204
الهيكل التنظيمي	323	2.7412	.83130	.04625
الثقافة التنظيمية	323	2.5950	.86015	.04786
نظم المعلومات	323	2.7721	.81681	.04545
العمليات الإدارية	323	2.8421	1.26324	.07029

Test sur échantillon unique						
	Valeur du test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
رأس مال التنظيمي	-6.518-	322	.000	-.27400-	-.3567-	-.1913-
الهيكل التنظيمي	-5.596-	322	.000	-.25882-	-.3498-	-.1678-
الثقافة التنظيمية	-8.461-	322	.000	-.40495-	-.4991-	-.3108-
نظم المعلومات	-5.014-	322	.000	-.22786-	-.3173-	-.1385-
العمليات الإدارية	-2.246-	322	.025	-.15789-	-.2962-	-.0196-

● الملحق رقم (12): اختبارات إجابات أفراد العينة لمحور رأس مال العلاقات

Test du Khi-deux

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
راسمالالعلاقات	323	1.00	5	3.1521	.75441
الصحية المؤسسة مع التعامل المرضى يفضل الخاص القطاع مع التعامل عن العمومية	323	1	5	3.40	1.133
بالمرضى الخاصة بالمعلومات المؤسسة تحتفظ	322	1	5	3.84	1.077
الصحي التثقيف تحقيق على المؤسسة تعمل للمرضى	323	1	5	3.07	1.128
الصحية والمؤسسات المؤسسة بين تعاون يوجد خاصة او عمومية كانت سواء الأخرى	323	1	5	3.17	1.120
مع بناء حوار تحقيق على المؤسسة تحرص والاقتصاديين الاجتماعيين الشركاء	322	1	5	2.83	1.038
الجموعية الحركة بدعم المؤسسة تحظى المحلية والسلطات	323	1	5	2.92	1.090
بالأخطار المجتمع توعية على المؤسسة تعمل به المحدقة الصحية	323	1	5	3.14	1.053
لدى التكوين برامج دعم في المؤسسة تساهم العالي التعليم ومؤسسات المهنية المؤسسات	323	1	5	2.85	1.190
N valide (listwise)	321				

Test								
	راس مال العلاقات	تحتفظ المؤسسة بالمعلومات الخاصة بالمرضى	المؤسسة تعمل تحقيق على التقيف الصحي للمرضى	بين تعاون يوجد والمؤسسات المؤسسة الأخرى الصحية عمومية كانت سواء خاصة أو	المؤسسة تحرص حوار تحقيق على الشركاء مع بناء الاجتماعيين والاقتصاديين	المؤسسة تحظى الحركة بدعم الجمعوية والسلطات المحلية	على المؤسسة تعمل المجتمع توعية الصحية بالأخطار به المحدقة	المؤسسة تساهم برامج دعم في لدى التكوين المهنية المؤسسات التعليم ومؤسسات العاليي
Khi-deux	229.827 ^a	155.019 ^b	75.498 ^c	79.461 ^c	98.807 ^b	88.935 ^c	98.285 ^c	45.282 ^c
ddl	32	4	4	4	4	4	4	4
Significati on asymptotique	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
a. 0 cellules (.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 9.8.								
b. 0 cellules (.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 64.4.								
c. 0 cellules (.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 64.6.								

Test			
	راس مال العلاقات	علاقة مرضى	علاقة مصالح
Khi-deux	229.827 ^a	154.217 ^b	153.498 ^c
ddl	32	12	20
Signification asymptotique	.000	.000	.000
a. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 9.8.			
b. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 24.8.			
c. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 15.4.			

● الملحق رقم (13): اختبارات إجابات أفراد العينة لمحو جودة الخدمات الصحية

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
جودة الخدمات الصحية	323	3.0848	.76907	.04279
يحرص الموظفون على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من الانتقان.	323	3.24	1.106	.062
تبدي المؤسسة اهتمام خاص بمشاكل واستفسارات المرضى.	323	3.09	1.101	.061
تحتفظ المؤسسة بسجلات دقيقة وموثقة.	323	3.51	1.004	.056
تحظى خدمات المؤسسة بثقة واستحسان المستفيدين منها.	322	3.01	1.047	.058
تمتلك المؤسسة تجهيزات ومعدات حديثة.	323	2.67	1.144	.064
يحرص الموظفون في المؤسسة على الظهور بمظهر لائق.	323	3.27	1.046	.058
تتوفر المؤسسة على صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية.	322	2.52	1.117	.062
تصميم وموقع المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة الصحية.	323	2.60	1.166	.065
يتقن المرضى في مؤهلات الطاقم الطبي للمؤسسة.	323	3.04	1.056	.059
تحرص المؤسسة على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.	323	3.48	1.076	.060
توجد متابعة مستمرة للحالات المرضية المطروحة.	323	3.28	1.036	.058
تتميز المؤسسة بالامن والجاهزية لمواجهة اية حوادث تتعلق بالسلامة	323	2.89	1.170	.065
يتم تقديم العناية الصحية والاهتمام بانشغالهم لكل المرضى مهما كان مستواهم الاجتماعي.	322	3.28	1.244	.069
تراعى المؤسسة عادات وتقاليد المرضى.	323	3.10	1.115	.062
يشرح الموظفون في المؤسسة المشاكل الصحية للمرضى بالطريقة التي يفهمونها.	323	3.42	1.087	.061
موارد المؤسسة المادية والبشرية مسخرة لتقديم الخدمة للمرضى في اية وقت.	323	3.25	1.092	.061
تبسط المؤسسة إجراءات تقديم الخدمة لضمان السرعة.	323	2.96	1.042	.058
لدى المؤسسة خطة طوارئ لتقديم الخدمة الصحية تحت اية ظروف كانت.	323	2.92	1.168	.065

Test sur échantillon unique						
	Valeur du test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
جودة الخدمات الصحية	1.981	322	.048	.08475	.0006	.1689
يحرص الموظفون على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من الانتقان.	3.975	322	.000	.245	.12	.37
تبدي المؤسسة اهتمام خاص بمشاكل واستفسارات المرضى.	1.465	322	.014	.090	-.03-	.21
تحتفظ المؤسسة بسجلات دقيقة وموثقة.	9.087	322	.000	.508	.40	.62
تحظى خدمات المؤسسة بثقة واستحسان المستفيدين منها.	.106	321	.915	.006	-.11-	.12
تمتلك المؤسسة تجهيزات ومعدات حديثة.	-	322	.000	-.331-	-.46-	-.21-
يحرص الموظفون في المؤسسة على الظهور بمظهر لائق.	5.203-	322	.000	.272	.16	.39
تتوفر المؤسسة على صالات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية.	4.683	322	.000	-.478-	-.60-	-.36-
تصميم وموقع المؤسسة ملائم لتقديم الخدمة الصحية.	7.685-	322	.000	-.399-	-.53-	-.27-
يتقن المرضى في مؤهلات الطاقم الطبي للمؤسسة.	6.158-	322	.046	.043	-.07-	.16
تحرص المؤسسة على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.	.737	322	.000	.477	.36	.59
توجد متابعة مستمرة للحالات المرضية المطروحة.	7.966	322	.000	.285	.17	.40
تتميز المؤسسة بالامن والجاهزية لمواجهة اية حوادث تتعلق بالسلامة	4.940	322	.000	-.115-	-.24-	.01
يتم تقديم العناية الصحية والاهتمام بانشغالهم لكل المرضى مهما كان مستواهم الاجتماعي.	1.760-	321	.000	.276	.14	.41
تراعى المؤسسة عادات وتقاليد المرضى.	3.988	322	.012	.096	-.03-	.22
يشرح الموظفون في المؤسسة المشاكل الصحية للمرضى بالطريقة التي يفهمونها.	1.548	322	.000	.421	.30	.54
موارد المؤسسة المادية والبشرية مسخرة لتقديم الخدمة للمرضى في اية وقت.	6.959	322	.000	.248	.13	.37
تبسط المؤسسة إجراءات تقديم الخدمة لضمان السرعة.	4.075	322	.455	-.043-	-.16-	.07
لدى المؤسسة خطة طوارئ لتقديم الخدمة الصحية تحت اية ظروف كانت.	-.748-	322	.234	-.077-	-.21-	.05
	1.191-					

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
جودة الخدمات الصحية	323	3.0848	.76907	.04279
الاستجابة	323	3.0423	.96627	.05376
التعاطف	323	3.2652	.97422	.05421
الامان	323	3.1726	.86592	.04818
الملموسية	323	2.7657	.83910	.04669
الاعتمادية	323	3.2131	.86150	.04794

Test sur échantillon unique						
	Valeur du test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
جودة الخدمات الصحية	1.981	322	.048	.08475	.0006	.1689
الاستجابة	.787	322	.432	.04231	-.0635-	.1481
التعاطف	4.893	322	.000	.26522	.1586	.3719
الأمان	3.582	322	.000	.17260	.0778	.2674
الملموسية	-5.018-	322	.000	-.23426-	-.3261-	-.1424-
الاعتمادية	4.446	322	.000	.21311	.1188	.3074

• ملحق رقم (14): نتائج اختبار الانحدار المتعدد لاختبار الفرضيات

Régression

Variables introduites/supprimées ^a			
Modèle	Variabes introduites	Variabes supprimées	Méthode
1	راسمالالعلاقات راسمالبشري راسمالالتنظيمي	.	Entrée
a. Variable dépendante : جودة الخدمات الصحية			
b. Toutes variables requises saisies.			

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.814 ^a	.662	.659	.44908
a. Valeurs prédites : (constantes), راسمالالتنظيمي, راسمالبشري, راسمالالعلاقات				

ANOVA ^a						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	126.119	3	42.040	208.458	.000 ^b
	Résidu	64.333	319	.202		
	Total	190.452	322			
a. Variable dépendante : جودة الخدمات الصحية						
b. Valeurs prédites : (constantes), راسمالالتنظيمي, راسمالبشري, راسمالالعلاقات						

Coefficients ^a								
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
		A	Erreur standard	Bêta			Tolérance	VIF
1	(Constante)	.288	.120		2.394	.017		
	راسمالبشري	.242	.063	.214	3.839	.000	.340	2.938
	راسمالالتنظيمي	.227	.062	.223	3.668	.000	.288	3.478
	راسمالالعلاقات	.463	.051	.455	9.110	.000	.425	2.352
a. Variable dépendante : جودة الخدمات الصحية								

الملحق رقم (15): اختبارات فروق إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى المتغيرات الشخصية خاصة برأس مال التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

الدراسة BY رأسمالالتنظيمي جودة الخدماتالصحية ONEWAY
/MISSING ANALYSIS.

A 1 facteur

[Ensemble_de_données1] C:\Users\aziz\Desktop\البيانات\النائج.sav

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
رأسمالالتنظيمي	Inter-groupes	4.023	4	1.006	1.779	.133
	Intra-groupes	179.786	318	.565		
	Total	183.809	322			
جودةالخدماتالصحية	Inter-groupes	2.091	4	.523	.883	.474
	Intra-groupes	188.361	318	.592		
	Total	190.452	322			

الفئة BY رأسمالالتنظيمي جودة الخدماتالصحية ONEWAY
/MISSING ANALYSIS.

A 1 facteur

[Ensemble_de_données1] C:\Users\aziz\Desktop\البيانات\النائج.sav

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
رأسمالالتنظيمي	Inter-groupes	.210	2	.105	.183	.833
	Intra-groupes	183.599	320	.574		
	Total	183.809	322			
جودةالخدماتالصحية	Inter-groupes	.030	2	.015	.025	.975
	Intra-groupes	190.422	320	.595		
	Total	190.452	322			

الخبرة المهنية:

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
رأسمالالتنظيمي	Inter-groupes	3.185	4	.796	1.402	.233
	Intra-groupes	180.624	318	.568		
	Total	183.809	322			
جودةالخدماتالصحية	Inter-groupes	1.472	4	.368	.619	.649
	Intra-groupes	188.980	318	.594		
	Total	190.452	322			

الملحق رقم (16): اختبارات فروق إجابات أفراد العينة التي تعزى إلى المتغيرات الشخصية خاصة برأس مال البشري ورأس مال العلاقات

سنوات الدراسة Test de Kruskal-Wallis

Tableau de bord			
الدراسة سنوات		رأس مال البشري	رأس مال العلاقات
جامعية سنوات 7 من كثر	Moyenne	3.0220	3.0240
	N	26	26
	Ecart-type	.65738	.70801
جامعية سنوات 5 من أكثر	Moyenne	2.7297	2.9864
	N	55	55
	Ecart-type	.64863	.76666
جامعية سنوات 3 من أكثر	Moyenne	2.9633	3.1396
	N	128	128
	Ecart-type	.62166	.68080
متخصص تكوين	Moyenne	3.0850	3.2655
	N	105	105
	Ecart-type	.72262	.80389
المستويات باقي	Moyenne	3.1190	3.3889
	N	9	9
	Ecart-type	.97742	1.06698
Total	Moyenne	2.9722	3.1521
	N	323	323
	Ecart-type	.68114	.75441

Test ^{a,b}		
	رأس مال البشري	رأس مال العلاقات
Khi-deux	10.197	6.010
ddl	4	4
Signification asymptotique	.037	.198
a. Test de Kruskal Wallis		
b. Critère de regroupement : الدراسة سنوات		

الفئة المهنية Test de Kruskal-Wallis

Tableau de bord			
المهنية الفئة		رأس مال البشري	رأس مال العلاقات
طبي	Moyenne	2.9805	3.0802
	N	81	81
	Ecart-type	.68700	.70331
طبي شبه	Moyenne	2.9787	3.1728
	N	204	204
	Ecart-type	.68589	.77584
اداري	Moyenne	2.9192	3.1941
	N	38	38
	Ecart-type	.65784	.75208
Total	Moyenne	2.9722	3.1521
	N	323	323
	Ecart-type	.68114	.75441

Test ^{a,b}		
	رأس مال البشري	رأس مال العلاقات
Khi-deux	.593	1.094
ddl	2	2
Signification asymptotique	.744	.579
a. Test de Kruskal Wallis		
b. Critère de regroupement : المهنة الفئة		

Test de Kruskal-Wallis الخبرة المهنية

Tableau de bord			
المهنية الخبرة		راسمال بشري	راسمال لعلاقات
سنوات 5 من أقل	Moyenne	2.9109	3.1129
	N	93	93
	Ecart-type	.74949	.84218
سنوات 10 من وأقل 5 من	Moyenne	2.9477	3.1904
	N	86	86
	Ecart-type	.64834	.64190
سنة 15 من وأقل 10 من	Moyenne	2.9771	3.0849
	N	81	81
	Ecart-type	.61423	.78656
سنة 20 من وأقل 15 من	Moyenne	3.0510	3.2009
	N	28	28
	Ecart-type	.61318	.67644
فأكثر سنة 20 من	Moyenne	3.1204	3.2786
	N	35	35
	Ecart-type	.77277	.76462
Total	Moyenne	2.9722	3.1521
	N	323	323
	Ecart-type	.68114	.75441

Test ^{a,b}		
	راسمال بشري	راسمال لعلاقات
Khi-deux	2.023	1.950
ddl	4	4
Signification asymptotique	.732	.745
a. Test de Kruskal Wallis		
b. Critère de regroupement : المهنية الخبرة		