

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم التسيير



مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي
الشعبة: علوم التسيير التخصص: تسيير الهياكل الاستشفائية

أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون (المريض)
دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمستغانم

تحت إشراف الدكتورة:
حجار آسية

مقدمة من طرف الطالبة:
بن مهدي سليمة

أعضاء لجنة المناقشة :

الصفة	الاسم واللقب	الرتبة	عن الجامعة
رئيسا	د . بن شني يوسف	أستاذ محاضر (أ)	جامعة مستغانم
مقررا	د. حجار آسية	أستاذة محاضرة (ب)	جامعة مستغانم
مناقشا	بن حليلة خيرة	أستاذة مساعدة (أ)	جامعة مستغانم

السنة الجامعية: 2017/2016

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم التسيير



مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي
الشعبة: علوم التسيير التخصص: تسيير الهياكل الاستشفائية

أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون (المريض)
دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمستغانم

تحت إشراف الدكتورة:
حجار آسية

مقدمة من طرف الطالبة:
بن مهدي سليمة

أعضاء لجنة المناقشة :

الصفة	الاسم واللقب	الرتبة	عن الجامعة
رئيسا	د . بن شني يوسف	أستاذ محاضر (أ)	جامعة مستغانم
مقررا	د. حجار آسية	أستاذة محاضرة (ب)	جامعة مستغانم
مناقشا	بن حليلة خيرة	أستاذة مساعدة (أ)	جامعة مستغانم

السنة الجامعية: 2017/2016

الإهداء

الحمد لله فائق الأنوار وجاعل الليل والنهار ثم الصلاة والسلام على سيدنا محمد المختار
الحمد لله الذي وفقنا لهذا ولم نكن لنصل إلى هذا لولا فضل الله علينا أما بعد
من دواعي الفخر والاعتزاز أن أهدي ثمرة جهد هذا العمل المتواضع إلى أعز وأغلى الناس والداي الكريمين
أمي وأبي العزيزين حفظهما الله ورعاهما.
إلى إخوتي الأعزاء سندي في الدنيا ولا أحصي لهم فضلا عبد المجيد ويانيس .
إلى كل الأقارب.
إلى الزوج الغالي محمد وعائلته
إلى أعز وأغلى صديقات العمر: مريم وأمال .
إلى كل الأصدقاء ورفقاء الدراسة وعلى رأسهم الأخ هني عبد الواحد و سطلال الغالي.
إلى من أنار لي الطريق في سبيل التحصيل ولو قدرا بسيطا من المعرفة أساتذتي الكرام خاصة الأستاذة
الفاضلة حجار أسية ,
إلى كل الأساتذة بجامعة عبد الحميد ابن باديس خاصة أساتذة قسم علوم التسيير
وإلى كل من ترك أثرا طيبا في حياتي.

سليمة

شكر و تقدير

قبل كل شيء، أحمد الله عزّ وجل الذي أنعمني بنعمة العلم و وفقني إلى بلوغ هذه
الدرجة و أقول: "اللّهم لك الحمد حتى ترضى ، ولك الحمد إذا رضيت ،
ولك الحمد بعد الرضى."

أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل و بالأخص إلى الأستاذة
المشرفة "حجار أسية" على توجيهاتها القيمة والإرشادات الصائبة التي لم
تبخل بها علي وكل أساتذة كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
الذين ساهموا من قريب أو من بعيد.

كما أشكر كافة عمال مستشفى ولاية مستغانم على السماح لنا بإجراء التريص وتسهيل الحصول
على المعلومات والنصائح القيمة والإرشادات التي أفادونا بها خصوصا
السيد سطل الغالي.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم
بقبول الاشتراك في مناقشة هذا البحث المتواضع وتقييمه.

وإلى كل من بذل معي جهدا خاصة الأخ هني عبد الواحد ووفر لي وقتا، ونصح لي قول، أسأل الله أن

يجزيهم

عني خير الجزاء.

سليمة

الفهرس

الإهداء

الشكر

قائمة الجداول والأشكال

- 1.....مقدمة عامة
- 8.....الفصل الأول: مدخل الى الخدمات الصحية
- 9.....المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية
- 9.....المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية
- 1- تعريف الخدمات الصحية.....9
- 2- أسس الخدمات الصحية.....12
- 3- الطلب على الخدمات الصح.....14
- 15.....المطلب الثاني: خصائص و مستويات الخدمات الصحية
- 1- خصائص الخدمات الصحية.....15
- 2- مستويات الخدمات الصحية.....19
- المطلب الثالث: تحليل دورة حياة الخدمة الصحية.....21
- 25.....المبحث الثاني: المؤسسات الصحية
- المطلب الأول: ماهية و طبيعة المؤسسات الصحية.....25
- 1- مفهوم المؤسسات الصحية.....25
- 2- طبيعة و خصائص المؤسسات الصحية.....27
- المطلب الثاني : معايير تقييم أداء المؤسسات الصحية.....34
- 1- مفهوم تقييم الأداء.....34
- 2- معايير تقييم و قياس أداء المؤسسات الصحية.....35
- المطلب الثالث : التحديات المفروضة على المؤسسات الصحية.....37
- 42.....المبحث الثالث : سلوك الزبون (المريض)والسعي لتحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية....
- المطلب الأول: رضا الزبون (المريض).....42
- 1- تعريف سلوك الزبون (المريض).....42
- 2- العوامل المؤثرة على السلوك الشرائي للزبون الصحي.....43

3-	مراحل عملية شراء الخدمة الصحية.....	46
	المطلب الثاني : الاتجاهات في تحقيق رضا الزبون (المريض).....	51
1-	تعريف رضا الزبون.....	52
2-	أهمية رضا الزبون.....	53
3-	العلاقة بين رضا الزبون و أنواع متطلباته.....	53
	المطلب الثالث : علاقة جودة الخدمة الصحية برضا الزبون.....	55
1-	مفهوم العلاقة بين جودة الخدمة الصحية و رضا المريض.....	55
2-	أهمية دراسة رضا الزبون عن جودة الخدمة الصحية.....	57
3-	استخدام نموذج الفجوات لتحليل جودة الخدمة الصحية.....	58
4-	خطوات تحقيق الجودة في خدمة المرضى.....	63
	الفصل الثاني : دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض...67	
	المبحث الأول: النظام الصحي الجزائري.....68	
	المطلب الأول: النظام الصحي الجزائري و مراحل تطوره.....	68
1-	تعريف و مراحل تطور النظام الصحي الجزائري.....	68
2-	مؤشرات تطور النظام الصحي الجزائري.....	70
	المطلب الثاني: تمويل النظام الصحي الجزائري.....	75
1-	مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري.....	75
	المطلب الثالث: اصلاح النظام الصحي الجزائري.....	77
1-	أسباب الاصلاح.....	77
2-	ملفات الاصلاح.....	78
	المبحث الثاني: تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية بمستغانم.....79	
	المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة.....	79
	المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة.....	82
1-	الهيكل التنظيمي.....	83
2-	التنظيم الداخلي للمؤسسة.....	84
	المطلب الثالث: جودة خدمات الاستقبال بالمستشفى.....	85
	المطلب الرابع: جودة الخدمات التكميلية بالمستشفى.....	86
1-	التوجيه.....	86
2-	النظافة.....	87

87.....	3- الضيافة.....
88.....	المبحث الثالث: الدراسة الميدانية.....
88.....	المطلب الأول: تقييم الخدمات الصحية من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية.....
88.....	1- تقييم جودة خدمات الأطباء.....
89.....	2- تقييم خدمات التمريض.....
90.....	3- تقييم خدمات الأقسام الأخرى.....
91.....	المطلب الثاني: تقييم الخدمات الصحية من طرف مرضى المستشفى.....
96.....	الخاتمة العامة:.....
101.....	المراجع.....

قائمة الأشكال:

الصفحة	العنوان	الرقم
19	مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية)	الشكل رقم (1-1)
20	حزمة منافع الخدمة الصحية	الشكل رقم (2-1)
23	دورة حياة الخدمة الصحية	الشكل رقم (3-1)
37	تحليل الرباعي للمؤسسة الصحية	الشكل رقم (4-1)
43	العوامل المؤثرة في سلوك الزبون (المريض)	الشكل رقم (5-1)
46	مراحل عملية الشراء لدى الزبون (المريض)	الشكل رقم (6-1)
48	مصادر المعلومات المؤثرة على خيارات المريض	الشكل رقم (7-1)
49	اتخاذ قرار الشراء	الشكل رقم (8-1)
51	نتائج الشعور اللاحق للشراء	الشكل رقم (9-1)
55	هرم أصناف متطلبات الزبون (المريض)	الشكل رقم (10-1)
61	نموذج جودة الخدمة	الشكل رقم (11-1)

قائمة الجداول :

الصفحة	العنوان	الرقم
62	وصف لتقليص الفجوات في جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية	الجدول رقم (1-1)
80	القدرة الاستيعابية لمستشفى شقيقفارا مستغانم	الجدول رقم (1-2)
81	تعداد المستخدمين بمستشفى مستغانم لسنة 2016	الجدول رقم (2-2)

المقدمة العامة

المقدمة العامة:

بات من الواضح أننا أصبحنا نعيش بحق في عالم لا يتسم بالثبات والاستقرار، بل يشهد سلسلة من التغيرات على أكثر من صعيد، أضلت بضلالها على مختلف جوانب الحياة السياسية الإقتصادية، والثقافية وغيرت الكثير من القواعد المتعارف عليها سابقا، وأبرزت قيمة الكثير من النشاطات والوظائف التي لم تكن من اهتمامات المؤسسات من قبل، منها الوظيفة التسويقية.

و قد مرت هذه الوظيفة الحيوية بأربع مراحل توجت مرحلتها الثالثة بظهور الحاجة إلى الاهتمام بالزبون فأصبحت المؤسسات تبحث للوصول إلى ما يعرف في مجال التسويق بـ **Meta Marketing** أي ما وراء التسويق وهو عملية كسب رضا الزبون وكيفية إشباع حاجاته ورغباته وبدأت الحلقات الإدارية والاقتصادية تبدأ دورتها بالزبون وتنتهي بالزبون.

وليست المؤسسات الصحية بمعزل عن هذا الواقع، بل أصبحت تسعى جاهدة لتوطيد العلاقة التي تربطها بزبائنها من خلال إيجاد أساليب وتقنيات مميزة تساعدها على البقاء في ظل احتدام المنافسة وتوفير البدائل والعروض خاصة وأن مسار تقدمها تعرقل بفعل الضغوط الداخلية والخارجية التي تواجهها، فانتشار الأخطاء الطبية و زيادة نسبة الشكاوى القانونية ضدها بسبب سوء الممارسة الطبية، والمسؤولية المتزايدة اتجاه الجمهور و زيادة وعيهم بالخدمة و اهتمامهم المتزايد بالجودة و زيادة المطالبات بتحديد المسؤوليات وغياب المعايير والمقاييس الصريحة و الموضوعية لتقييم كفاءة و فعالية الأداء الإداري، كلها ضغوط شكلت زحما و قوة دفع لصياغة نظام يتأكد من خلاله المرضى أن المؤسسات الصحية قد تحولت فعلا إلى كيانات أكثر استجابة لمتطلباتهم و متطلبات السوق وأقل تعقيدا و أحسن أداء لرسالتها الإنسانية قبل كل شيء، لذا بادرت أغلب المؤسسات الصحية إلى تطبيق برامج الجودة و إدارة الجودة الشاملة.

أصبح الزبون لا يقبل بالمستويات المتدنية للخدمات، بل فرض نفسه كطرف مهم يحكم على صورة ومكانة المؤسسة من منظور جملة من المعايير تأتي في مقدمتها الجودة، التي تعتبر الأهم بالنسبة للمريض، والأصعب بالنسبة للمؤسسة الصحية.

ومع اجتماع القمة العربية الذي اتخذ فيه القرار رقم 395-19 بتاريخ 29 مارس 2007 القاضي بـ «تطبيق مشروع عربي لتحسين جودة الخدمات الصحية في دول العالم العربي كمشروع رائد يهدف إلى تأكيد تقديم جودة

المقدمة العامة

عالية « سارعت الدول العربية لتبني القرار لكن تطبيقه عرف مدا وحزرا كبيرين ،وإذا كان هذا واقع المؤسسات العربية ،فما واقع المؤسسات الصحية الجزائرية بما فيها المؤسسة العمومية الإستشفائية لمستغانم ؟ أيقنت المؤسسة العمومية لمستغانم أخيرا وبما لا يدعو مجالا للشك أن لا أهمية لخدماتها ما لم تتمكن من تضمين جوانب الجودة فيها ،بل وجعل الجودة نقطة الانطلاق لتكون نقطة النهاية الوصول إلى رضا الزبون عن جودة خدماتها .

طرح الإشكالية:

انطلاقا مما أسلف ذكره ،تبادر معالم الإشكالية التالية:

ما مدى أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون ؟ و ما مدى انعكاس هذا الطرح على عاملي ومرضى مستشفى مستغانم ؟

و للإحاطة بمجثيات الإشكالية نطرح جملة من الأسئلة الفرعية

1. كيف يتم تقييم جودة الخدمة الصحية من طرف الزبون؟
2. ما العلاقة التي تربط بين رضا الزبون وجودة الخدمة ؟
3. ما أثر تبني مستشفى مستغانم لسياسة الجودة في الخدمات الصحية على الرضا المتحقق لدى المرضى؟

فرضيات البحث:

كمحاولة مبدئية للإجابة عن هذه الأسئلة نصيغ الفرضيات التالية:

1. تنطوي الخدمة الصحية على أهمية كبيرة نابعة من أهمية الخدمة في حد ذاتها ،فهي أساس و مربر وجود العلاقة بين طرفي العملية التبادلية التسويقية و هما المريض و المؤسسة.
2. يعتبر تقييم جودة الخدمة الصحية من أهم التحديات التي يواجهها المريض ،كون الخدمة غير ملموسة ،لكن يمكنه في مقابل ذلك الاستناد إلى معايير وأبعاد محددة هي الجوانب المادية الملموسة ،الاعتمادية ،التعاطف الاستجابة ،الأمان.

المقدمة العامة

3. يوجد نوع من العلاقة الطردية بين الجودة في الخدمة ورضا الزبون، فكلما ارتفع مستوى الجودة تحسن معه مستوى الرضا.

4. تبني مستشفى مستغانم للجودة في الخدمات المقدمة حسن من مستوى الرضا المتحقق لدى الزبائن المرضى المقيمين والمراجعين.

أسباب اختيار الموضوع :

تعددت الأسباب التي دفعت بنا لتناول الموضوع، نجلها في الآتي :

1. الإصلاحات الاقتصادية الأخيرة، التي مست قطاع الصحة وانعكاساتها على الجودة في خدمات المستشفيات.

2. مجال الصحة مرتبط بتخصص الماستر الذي نحن بصدد دراسته "تسيير الهياكل الاستشفائية"

3. محاولة التميز بطرح موضوع الصحة وربطه بمدخل حديث وهو التسويق

الدراسات السابقة:

لم نجد فيما أمكننا الإطلاع عليه دراسات متنوعة، بل لمسنا نوعا من الشح في هكذا مواضيع بالنسبة للجامعات الجزائرية:

● دراسة الباحث عدمان مريزق و التي كانت في إطار الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، بعنوان " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية " وقد عالجت إشكالية: ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة ؟ وتميزت دراسة الطالب بكونها حاولت لفت الانتباه إلى ضرورة قياس التكاليف المترتبة عن غياب الجودة وإدارة الجودة الشاملة من منطلق أن أي مشروع للتحسين ينطلق من اكتشاف مصادر الخلل التي تحمل المؤسسة الصحية تكاليف يجب تلاقيها.

● دراسة الباحثة " بن عطية منيرة " المعنونة ب: "ادارة الجودة الشاملة في النظام الصحي الجزائري" مذكرة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير جامعة الجزائر، وعالجت الإشكالية التالية: ماهو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر ؟ و

المقدمة العامة

ما هو مستوى الرضا الوظيفي فيها؟ مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لبوفاريك، وتميزت الدراسة بكونها ركزت على معوقات تقديم خدمات ذات جودة عالية من طرف الطاقم الطبي وشبه الطبي بهدف تحديد أسبابها وسبل معالجتها وقد توصلت إلى أن أهم هذه المعوقات تتمثل في غياب التأهيل وفرص التكوين بالنسبة للطواقم الطبي وشبه الطبي.

● دراسة الباحث 'حواش سيف الدين' المعنونة بـ " دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية" مع دراسة حالة المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم العلوم التجارية، جامعة سعد دحلب بالبلدية، وعالجت إشكالية: هل يؤدي التطبيق الفعلي لإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة والسماح بظفر المنظمات الصحية بشهادة الإيزو للجودة في الخدمات؟ وقد عالجت الدراسة جودة الرعاية الصحية وخلفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي وكذا العوامل المؤثرة على نظام الجودة والتكاليف الناجمة عن ذلك.

يظهر جليا من خلال الدراسات السابقة أنها اقتصرت على تناول مدخل الجودة و إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية دون معالجة مدى انعكاس هذه الجودة على رضا الزبائن المرضى و انطباعاتهم و التي تعد في واقع الأمر معيارا لتحسن أو تراجع الجودة، وبالتالي عالجت الدراسات الموضوع من جانب متغير واحد هو المؤسسة لصحية.

لذلك جاء هذا البحث ليضيف متغيرا ثان وهو رضا الزبائن المرضى، محاولا إبراز جودة الخدمة الصحية في تحقيق الرضا للمرضى المقيمين و المراجعين، وبالتالي محاولة دراسة الجودة من منظور الزبون.

أهداف البحث:

يرمي هذا البحث إلى تحقيق جملة من الأهداف تمثلت في:

1. تسليط الضوء وإلقاء نظرة حقيقية على الواقع الملموس للصحة في الجزائر لاسيما في المستشفيات.
2. إبراز مدى حاجة المؤسسات الصحية لتبني مدخل الجودة في خدماتها وتبيان القيمة المحصلة من جراء ذلك.
3. الوقوف على مستوى الرضا المتحقق لدى مجموعة من مرضى المستشفيات.

المقدمة العامة

4. النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة النظرية ستساعد المؤسسة الصحية على تشخيص نقاط قوتها لتدعيمها، ونقاط ضعفها لتشخيصها.
5. دراسة المؤسسة العمومية الإستشفائية لمستغانم كنموذج للمؤسسات الصحية الجزائرية.

المنهج المتبع :

تم اعتماد المنهج الوصفي في تجميع المعلومات واعتماد ما جاء به المفكرون والباحثون في حقل التسويق الصحي هذا في الجانب النظري، وبهدف دراسة هذه المعلومات و اجراء المقابلات مع رؤساء الأقسام المعنية بالجودة الخدمات الصحية للوصول إلى إثبات أهمية الجودة فقد تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي .

حدود الدراسة :

لما كان بحثنا ينطوي تحت غطاء الجودة في القطاع الصحي، فإن دراستنا تنطبق على واقع المؤسسات الصحية الجزائرية، التي اخترنا منها قطاع المستشفيات، وبالتحديد المؤسسة العمومية الإستشفائية لمستغانم لإجراء الدراسة التطبيقية والميدانية، وقد إمتدت الدراسة من ديسمبر 2016 إلى غاية مارس 2017 بغرض جمع المعلومات ووصفها تحليلها.

صعوبات الدراسة

لا يمكن لأي بحث علمي أن يرى النور دون أن تعتربه الصعوبات، إلا أن صعوبات بحثنا كانت من نوع خاص تمثلت في:

1. شح المعلومات المقدمة من طرف إدارة المستشفى فيما يخص مؤشرات تطور المؤسسة.
2. كثرة المراجع الحديثة أدى إلى تعدد وجهات النظر بين الباحثين، وتعدد الرؤى بالنسبة لموضوع واحد.
3. طول الإجراءات الواجب إتباعها للحصول على استمارة الموافقة للقيام بالبحث الميداني، بالإضافة إلى كثرة التنقلات بين مصالح المستشفى

التقسيم المنهجي للبحث:

امتد هذا البحث الى فصلين ،حاولنا من خلالها المحافظة على التوازن المنهجي من حيث عدد المباحث و المطالب وقد شملت هذه الفصول الأطر التالية:

الفصل الأول: المعنون ب " مدخل الى الخدمات الصحية " هو بمثابة مدخل لبحثنا قصد ترسيخ المضامين المتعلقة بالخدمات الصحية ،يبرز المبحث الأول منه الخدمات الصحية من زاوية المفهوم والخصائص وكذا تحليل دورة حياة الخدمة الصحية أما المبحث الثاني فيبين المؤسسات الصحية من حيث المفهوم و الطبيعة ،معايير تقييم المؤسسات الصحية ز كذا التحديات المفروضة على المؤسسات الصحية ،في حين يتناول المبحث الثالث سلوك المريض و السعي لتحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية ،و ذلك من خلال توضيح رضا الزبون (المريض) و الاتجاهات في تحقيق رضا المريض ،و كذا علاقة جودة الخدمة الصحية برضا الزبون.

وجاء الفصل الثاني: المتضمن "دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمستغانم حول جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض " تناول المبحث الأول النظام الصحي الجزائري من زاوية المفهوم و مراحل تطوره و تمويله و كذا اصلاح النظام الصحي الجزائري ،ثم جاء في المبحث الثاني كتقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية بمستغانم و جودة خدماته ،ليأتي المبحث الثالث كتحليل للدراسة الميدانية من خلال تقييم الخدمات الصحية من طرف المؤسسة و كذا تقييم الخدمات الصحية من طرف مرضى مستشفى مستغانم.

الفصل الأول

مدخل الى الخدمات الصحية

تمهيد:

أصبحت الخدمات اليوم تكتسي أهمية خاصة، وهي في طريقها لتصبح جزءا لا يتجزأ من الإقتصاديات المتطورة، و أضحت المؤسسات على اختلاف أنواعها و شتى تخصصاتها منفتحة على جمهور الزبائن لتأمين الخدمات التي يحتاجونها حتى أصبح هناك نمو سريع و متزايد في الخدمات و صار من الممكن القول بأننا نعيش في ظل ما يعرف "بمجتمع الخدمات" و ما حصل من نمو و تطور انعكس بشكل واضح على الخدمات الصحية و طرق تقديمها.

نسعى من خلال هذا الفصل الى مناقشة ثلاث مباحث ،خصص المبحث الأول لتناول مفاهيم الخدمة الحية من خلال مفهومها و تعريفها ،خصائصها ،و تحليل دورة حياة الخدمة الصحية ،أما المبحث الثاني فكان للمؤسسات الصحية من زاوية الماهية و الطبيعة و معايير تقييم أداءها و التحديات المفروضة عليها ،في حين يناقش المبحث الثالث سلك الزبون (المريض) و تحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية.

المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية

أصبحت الخدمات الصحية تحتل دورا مهما في حياة المجتمع، و تساهم في رفاهيته، بل انها دقيقة الارتباط بالحالة الاقتصادية والاجتماعية، فمستوى الخدمة الصحية المقدمة في مجتمع ما، هي مقياس لمدى تقدمه أو تخلفه في هذا الاطار ارتأينا التطرق للخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية

ينطبق مفهوم الخدمة بشكل عام على مفهوم الخدمة الصحية، لكن خصوصية هذه الأخيرة في كونها ترتبط بأعلى كائن على وجه الأرض يجعلها تنفرد بأهمية خاصة سنوضحها بعد استعراض تعريفها

1. تعريف الخدمات الصحية

-تعرف الخدمة الصحية على أنها: « المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد و التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة و تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية و العقلية و الاجتماعية و ليس فقط علاج الأمراض و العلل¹ ». .

يشير هذا التعريف الى أن الخدمة الصحية تتلخص في جملة المنافع المقدمة للمستفيد و التي تخلق لديه حالة من الصحة و السلامة المكتملة.

- كما تعرف على أنها: « الخدمات التشخيصية العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية و النفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية و الأقسام المساندة و ما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية(المختبرية)العادية و المتخصصة و خدمات الاسعاف و الطوارئ و خدمات التمريض و الخدمات الصيدلانية² »

يلخص هذا التعريف الخدمات الصحية في كونها خدمات تشخيصية، تأهيلية، اجتماعية و نفسية مقدمة على مستوى كل الأقسام و المراكز المخولة بذلك.

¹ المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 1998، ص 87.
² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات-المفاهيم و التطبيقات-بحوث و دراسات، المنظمة العربية للتنمية الادارية، مصر الجديدة، القاهرة ، 2003، ص ص 8، 9.

-وكتعريف آخر تعرف الخدمات الصحية على أنها: «النشاط الذي يقدم للمنتفعين ،و التي تهدف الى اشباع حاجات و رغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى¹»

-وتعرف أيضا على أنها: «الخدمة الصحية ماهي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة و غير الملموسة و التي تحقق إشباعها و رضا المستفيد²»

هذا يعني أن هناك أسباب و دوافع عديدة تقف وراء الاهتمام المتزايد و المضطر بدراسة الخدمات الصحية و دورها و بالتحديد إدارة نظم تقديم و توصيل الخدمات الصحية، وذلك لعدة أسباب أهمها:

- ✓ حرمان نظم توصيل الخدمات الصحية من تطبيقات نظريات الإدارة و التنظيم و من بناء نظم إدارية متخصصة فيها،أما تحت مفهوم أن هذه النظم ماهي إلا نظم طبية متخصصة و حل مشكلاتها لا يأتي إلا من طبيب أو انه يمكن تطبيق مبادئ الإدارة العامة على المؤسسات الصحية مما يحتاج إلى نظام اداري متخصص لإدارة المؤسسة ،حيث أنها و باتباع هذا المنطق سوف تحرم من الإدارة المتخصصة و التي تحقق الكفاءة و الفعالية في انجاز الأعمال و تحقيق الأهداف.
- ✓ ندرة الموارد و لإمكانيات و تزايد الطلب عليها يحتاج إلى التعرف على أساليب إدارة تلك الموارد النادرة و ضرورة توفيرها لتحقيق الأهداف، و بالتالي تقديم الخدمات الطبية المتوقعة و المطلوبة حسب خصائصها.
- ✓ الاهتمام الحالي قائم على تقديم خدمات ذات نوعية جيدة، و التخطيط للمرضى الحاليين و المرتقبين و ليس فقط لتحقيق الربح، و الاهتمام المنحصر على توفير الأجهزة و المعدات.
- ✓ تغيير المشكلة في المؤسسات الصحية حيث كانت تبدو كأنها مسألة نقص توفير الموارد المادية و البشرية، لكن اتضح أن إدارة هذه الموارد بشكل فعال هو المشكلة، فالعنصر البشري هو الأساس، و الإدارة الفاعلة هي أساس نجاح المؤسسات الصحية، و ذلك لسعيها للاستخدام الأفضل للموارد سواء كانت مادية أو بشرية.

¹ فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ابراك للنشر و التوزيع، مصر، 1998، ص 97.
² عبد المهدي بوعانة، ادارة الخدمات و المؤسسات الصحية، مفاهيم نظريات و أساسيات في الإدارة الصحية. " دار حامد للنشر و التوزيع عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2004، ص 68.

إلا أن هناك من تحدث عن المنتج الصحي، و قسمه الى سلع صحية و خدمات صحية¹ فالسلع الصحية تشمل الأدوية و الأجهزة و المعدات الطبية و تقسم الى:

✓ **سلع استهلاكية صحية** : وهي التي تشتري من قبل المستهلك النهائي كالأدوية و مقتنيات الأطباء.

✓ **السلع الانتاجية الصحية** : و هي التي تدخل أو تساعد في انتاج سلع أخرى مثل المواد الأولية.

أما الخدمات الصحية **Russ** أن بيعها لا يقترن ببيع منتجات أخرى و يجد بأن نتائج الخدمة قد تتطلب استعمال سلع ملموسة لكنها سلع مساعدة في انتاج و تقديم الخدمة و لا تنتقل ملكيتها و إنما الذي يباع هو النشاط أو الجهد، إذ أن إجراء عملية جراحية و رقود المريض في المشفى يجعله يحصل على خدمة الجراحة و خدمة الإيواء بهدف الحصول على الرعاية الصحية الملائمة و الشفاء من مرض ما و سوف يقوم بدفع ثمن هذه الخدمة و يغادر دون امتلاك السرير أو أدوات الجراحة لذلك تعرف الخدمة الصحية،وفقا لهذا على أنها: «مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين باستخدام سلع مساعدة و لكن لا تحول ملكية السلع المساعدة للمستفيد من الخدمة²» و يمكن أن نصنف الخدمات الصحية بناء على التعاريف السابقة إلى:

✓ **خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد**: و تتعلق بالتشخيص و العلاج و تؤدي عبر أقسام مثل قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال، قسم العلاج الطبيعي (المعالجة الفيزيائية) قسم الإسعاف و الطوارئ بالإضافة الى قسم التخدير و الانعاش، العيادات الخارجية و قسم الأشعة و غيرها.

✓ **خدمات طبية مساعدة** : تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المشفى، ويندرج ضمنها

خدمات التمريض **Nursing services** و خدمات الصيدلة **Pharmacy**.

✓ **الرعاية الصحية**: تهدف الرعاية الصحية الى تعزيز و تشجيع المستوى الصحي للأفراد و الجماعات و ترتبط بالجوانب الجسدية و النفسية و العقلية و الذهنية و الاجتماعية كافة، و من المفيد الإشارة الى أن هناك خطأ شائع بين الناس و حتى بين الأطباء و المهنيين في حقل الصحة و هو الخلط بين مفهومي المعالجة الطبية **Curing** و الرعاية الصحية **Caring** حيث ينظر اليهما على أنهما متطابقان، إلا أن ذلك خطأ، لأن المعالجة الطبية ماهي إلا فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت المعالجة

¹ ردينة عثمان يوسف، **التسويق الصحي و الاجتماعي**، دار المناهج للنشر و التوزيع، الأردن، بدون طبعة، 2008، صص(92-95).
² محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، **إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي و مشفى الباسل**، مجلة جامعة تشرين للدراسات و البحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية و القانونية، المجلد 27 العدد الثاني، 2005، صص(9-10).

الطبية هي التي تتعامل مع المرضى، فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حتى وقوع المرض بل تعمل على منع حدوثه بوسائل عديدة و إذا ما حدث المرض تتدخل لمعالجته، و لا ينتهي عمل الرعاية الصحية عند هذا الحد، ففي الكثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده بل يتطلب مرحلة لتأهيل المريض بعد إجراء العمل الجراحي و العلاج.

2. أسس الخدمات الصحية

هناك مجموعة من العوامل العديدة التي تحدد أسس و سمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان و انطباع الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، و قد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير للحاجات الملحة و له ارتباطا كبير بالبحوث و الدراسات الجارية في الرعاية الطبية، و نظم المعلومات الصحية، و تنظيم المؤسسات الطبية كالمستشفيات و المراكز الصحية و العيادات متعددة الخدمات و هذا من أجل تقديم الخدمات الطبية بشكل كاف و مستوى عالي أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية و الكفاية النوعية¹.

1.2 الكفاية الكمية:

وهي تعني توفير الخدمات الطبية بحجم و عدد كاف يتناسب مع عدد السكان و هذا يشمل:

- ✓ توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية : أطباء، ممرضين، فنيين مختبرات، وغيرهم من المساعدين حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريضية ومختبرية و ادارية.
- ✓ توفير عدد كاف من الأطباء و المراكز و المؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية(وحدات صحية، مستشفيات، مختبرات، صيدليات.....الخ)ويشترط أن تكون هناك عدالة و مساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد، إذ لا يجوز أبدا تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما في البلاد على حساب المناطق الأخرى.
- ✓ توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات، و هذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي مدة 24 ساعة فالمرض لا يعرف وقتا محددًا يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمي.

¹ أيمن مزاهرة، وآخرون، الصحة و السلامة العامة، دار الشروق للنشر، الطبعة الأولى، الأردن 2000، ص 79.

- ✓ توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية، وتواجدها، والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكرا، بمجرد إحساس الفرد بالمرض، و عدم الانتظار حتى يتطور المرض و يصبح خطيرا ليعرض نفسه على الطبيب.
- ✓ يجب وضع النظم المالية و الادارية الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها، والسعي للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين.

2.2 الكفاية النوعية:

لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية و الوحدات الصحية و المستشفيات فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف رفيدة المستوى للعمل الطبي و هذا يشمل¹:

- ✓ وضع معايير و أسس تحدد المستوى المطلوب و الواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي و المعدات و الأجهزة، ووسائل التشخيص و العلاج. و يجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص و الخبرة و الدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، و لا يسمح لأي كان سواء كان طبيبا أو ممرضاً أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير.
- ✓ العمل على رفع كفاءة و حسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضاً أو صيدلانيا، و هذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي و الاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة الى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية و العلمية، و يشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاوله المهنة.
- ✓ تقديم التسهيلات و المساعدات المالية و الادارية و الفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفراد أو مؤسسات من أجل الحصول و امتلاك الأدوات و الأجهزة و المعدات الطبية اللازمة و المرافق الطبية بأقل التكاليف المالية و الجهود، ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عال.
- ✓ دمج الخدمات الصحية العلاجية و الوقائية و ذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل، و غرض شامل هو العمل على اكتمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية و العقلية علاوة على مكافحة

¹أيمن مزاهرة، وآخرون، الصحة و السلامة العامة، مرجع سابق، ص 80

الأمراض و علاجها، لأن تقسيم هذه الخدمات يفي الغرض من التكامل اضافة على ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية و الادارية لهذه الخدمات و بالتالي تؤثر على أسعارها النهائية.

3. الطلب على الخدمات الصحية

ان الطلب على الخدمات الصحية مشتق من الطلب على الصحة، إذ أن الخدمات الصحية يمكن اعتبارها مدخلات لإنتاج الصحة، أي أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها و لكن بدافع رغبة الفرد في الاحتفاظ بمستوى صحي جيد أو رغبته في تحسين مستوى صحته. و نظرا لأن الطلب على الخدمات الصحية يعتمد على الطلب على الصحة و على إدراك العلاقة بين الخدمات الصحية و الصحة، تتمثل إحدى الصعوبات عند محاولة التنبؤ بهذا الطلب في أن الأفراد يقيمون الحالات الصحية المتساوية بطرق مختلفة. و يعرف الاقتصاديون الطلب على الخدمة الصحية في شراء سلعة أو خدمة و التي تساندها القوة الشرائية اللازمة، ففي علم الاقتصاد نجد أن الطلب لا يعني الحاجة أو الاحتياج فالفقراء و المحرومون لديهم حاجات عديدة و لكن ليس لديهم قوة شرائية و بالتالي لا يستطيعون طلب السلعة التي يحتاجونها، و لكن الصحة ليست سلعة اقتصادية كغيرها من السلع إذا كان العرض الطبي في الوقت ما يعرف تناقص فالطلب على الرعاية الصحية لا يتماشى و العرض. بصفة عامة يتم تحليل سلوك المستهلكين في النظرية الاقتصادية الجزئية في اطار مجموعة من الافتراضات تمكن من تبسيط نموذج التحليل و يخضع تحليل سلوك مستهلكي الخدمات الصحية لنفس الافتراضات. في مجال الخدمات الصحية نجد خدمات عديدة متكاملة بطبيعتها إذ أن زيادة عدد العمليات الجراحية سيرتبط بزيادة الطلب على أسرة المستشفيات و خدمات الإقامة المرتبطة بها، الأدوية، هيئة التمريض و الموارد المستهلكة كمواد التعقيم و القفازات.....¹

وقد شهدت تسعينات القرن العشرين دعوة قوية الى الطلي القائم على الأدلة و البراهين *Based Médecine Evidence* استجابة للموارد الاقتصادية النادرة التي تستخدم لتسهيل الخدمات الصحية و ذلك من خلال استبعاد الممارسات الغير فعالة و اعادة توجيه الأموال سواء كانت عامة أو خاصة الى علاجات أكثر فعالية. ومع تغير حجم أو هيكل السكان سيحدث انتقال مقابل لذلك في منحنيات الطلب على العديد من السلع و الخدمات و منها الخدمات الصحية و بالتالي اهتمامات التخطيط الصحي.²

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم، *اقتصاديات الخدمات الصحية*، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر، الطبعة الثانية، 2006، ص 93.

² حوالم رحيمة، أطروحة دكتوراه "تطبيق إدارة الجودة الشاملة" جامعة تلمسان 2010-2009. ص 48

المطلب الثاني : خصائص و مستويات الخدمة الصحية

1. خصائص الخدمة الصحية

لا تختلف خصائص الخدمات الصحية عن خصائص الخدمات بشكل عام، هي كما حددها¹ Bennet:

- ✓ الخدمات الصحية منتجات غير ملموسة: هذا ما يتطلب مهارة في الاتصال بين مقدم الخدمة و المستفيد و الحاجة الى هذه المهارة سوف تملي على المؤسسة الصحية سياسة توصيل الخدمات بشكل مباشر لتحقيق الاتصال الفعال.
- ✓ غير قابلة للانفصال: إذ أن الجراح لا يقوم بالعملية إلا بوجود المريض.
- ✓ عدم التماثل (التباين): لأنها تعتمد على مهارة، أداء و سلوك مقدم الخدمة و على الزمان و المكان و المعلومات التي يقدمها المريض، و يلعب المستفيد دورا مهما هنا إذ أنه يختلف من حيث المزاج و السلوك و مستوى التفاعل و الاستجابة.
- ✓ تلاشي الخدمة الصحية: سواء تمت الاستفادة منها أو لا.
- ✓ عدم انتقال الملكية: لكن مع ذلك يمكن للمريض تحقيق انتقال ملكية بعض السلع المساعدة كالحبوب، الحقن و التضميد.

و يمكن أن نلخص بعض الخصائص الاضافية التي تتميز بها الخدمات الصحية، تتمثل في²:

- ✓ أن طالبوا الخدمات الصحية يختلفون عن طالبي الخدمات الأخرى في كونهم أقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة و أساليب العلاج المطلوبة، و كيفية إشباعها لحاجاتهم فالحاجة و الطلب على الخدمة يتأثران بالمستوى الاجتماعي و الثقافي و الاقتصادي للمستفيدين من الخدمة.
- ✓ لا يعرف المريض أساليب و مراحل العلاج المختلفة التي تعد من اختصاص طبية، فهو وحده من يحدد و يقرر الفعالية و الكفاءة لتلك الأساليب.

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 171.

² فوزي مذكور شعبان، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 184.

- ✓ الحاجة و الطلب على الخدمة الصحية يختلف منظورها من جانب المريض و الطبيب ففي الوقت الذي يرى فيه المريض أن التوقف عن العلاج يعد بداية التحسن في صحته، فإن الطبيب يرى عكس ذلك.
 - ✓ تذبذب الطلب على الخدمات الصحية و عدم استقراره و هذا استنادا للظروف البيئية و الكوارث و الحروب، إذ يتميز مثلا موسم الشتاء بارتفاع الطلب على الخدمة الصحية بسبب أعراض الزكام.
 - ✓ نظرا لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان ، فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المؤسسات الصحية أن تعتمد المعايير نفسها و المفاهيم الاقتصادية التي تطبق في الخدمات الأخرى على عملها، فقد يتعارض أحيانا مع الرسالة التي أوجدت من أجلها.
- إضافة الى الخصائص السابقة، يمكن أن نضيف الى الخدمات الصحية مجموعة من الخصائص التالية:
- ✓ عدم تجانس الخدمات الصحية: توجه الخدمات الصحية الى عدد من الأفراد ،يختلفون في طبيعتهم و أمراضهم و خصائصهم النفسية ،فالخدمة الصحية تتنوع من فرد الى آخر و حتى بالنسبة للفرد الواحد.¹
 - ✓ عدم القدرة على التنبؤ بالطلب: لا يمكن التنبؤ و بأي درجة من الدقة ما سيكون عليه الطلب على الخدمة الصحية ،فقد تظهر حالات فيروسية ، حوادث خطيرة ، كوارث طبيعية أو صراعات مسلحة تجعل التخطيط شيء يصعب تحقيقه.²
 - ✓ لاملوسية الخدمة الصحية : و هذا ما يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر بين مقدم الخدمة (الطاقم الطبي) و المستهلك (المريض) حتى تتحقق الاستفادة الكلية من هذه الخدمات.³
 - ✓ عدم التوافق بين توقعات المستهلك (المريض) و الخدمة الصحية المقدمة له، فقد يضع مريض معين توقعات حول ما يحصل عليه من خدمة صحية، ولكن الجانب الجسدي و النفسي، تعتبر خارج

¹ عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسة الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 20.

² نظام موسى سويدان، عبد البرواري، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار حامد، الاردن، 2009، ص 240.

³ عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص 20.

نطاق تحكم الطبيب، كما لها تأثير على نتيجة الخدمة الصحية المقدمة، فإن نفسية المريض تحدد كيف يتم استيعابها.¹

✓ الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها فالإصابة بمرض معين يقتضي سرعة علاجه عند ظهور الأعراض، و يترتب على هذه الخاصية بعدين أساسين هما:²

1.1 البعد المكاني: و الذي يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، بمعنى آخر ضرورة اتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.

2.1 البعد الزمني: و الذي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها(عند ظهور الحاجة إليها) سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة إضافة الى ذلك تتميز الخدمات الصحية أيضا ب:³

- ✓ تتميز الخدمات الصحية أنها خدمات موجهة الى كافة أفراد المجتمع، الهدف من تقديمها هو تحقيق منفعة عامة لمختلف المستهلكين(المرضى).
- ✓ تتميز الخدمات الصحية بكونها يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة، فهي مرتبطة بحياة الفرد و شفائه.
- ✓ صعوبة تحديد و تقييم جودة الخدمات الصحية.
- ✓ في مؤسسات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الادارة، في حين تتنوع قوة القرار في المؤسسة الصحية بين الادارة و مجموعة الأطباء.
- ✓ تتكون الخدمات الصحية من عناصر يكمل بعضها البعض

كما يمكن ذكر الخصائص الاقتصادية للخدمة الصحية فيما يلي:

¹ نظام موسى سويدان، مرجع سبق ذكره، ص 239.

² عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص 22.

³ فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008، ص ص: 315-317.

1. الخصائص التي تقتصر على جانب الطلب على الخدمات الصحية:

- ✓ الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق: حيث يطلق اصطلاح الطلب المشتق عادة على المنتجات التي لا تطلب للاستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي، وكذا فإن الطلب على هذه المنتجات يعتمد على المنتجات التي تساعد على انتاجها، فإذا اعتبرنا الخدمات الصحية مدخلات لإنتاج الصحة يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة ككل.¹
- ✓ الخدمات الصحية تمثل ضغطا بالنسبة للمستهلك(المريض): حيث يعد تلقي الخدمة الصحية من طرف المستهلك(المريض) أمرا ضروريا لتخليصه من آلام مرض معين حيث أن دخول المريض الى غرفة العمليات لإجراء جراحة، قد يكون أمرا غير مستحب و لكنه ضروري لتخليصه من آلامه و استعادته لصحته.²

2. الخصائص التي تتعلق بجانب العرض:

- ✓ تخضع أسواق الخدمات الصحية الى جانب كبير من التدخل و التنظيم الحكومي: حيث تؤثر القوانين الحكومية على عمل المؤسسات الصحية، ويتعلق الأمر بتحديد منهج عملها و القواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية، كما يلاحظ امتلاك الحكومات لأغلب المؤسسات الصحية.³
- ✓ انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير: حيث يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير، وذلك لأن بناء المؤسسات الصحية و تجهيزها، بالإضافة الى تكوين الأطباء و المهنيين الى سنوات عديدة، و من ثم فإن العرض غير المرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير، وعليه هذا ما يجعل عرض الخدمات الصحية غير مرن في الأجل القصير.⁴

¹ فوزي شعبان مذكور، مرجع سبق ذكره، ص 189.

² عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص 23.

³ فريد كورتل، مرجع سبق ذكره، ص 315.

⁴ عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص 23.

✓ كثافة استخدام عنصر العمل: حيث يواجه المستهلك (المريض) عددا من فئات الهيئة الطبية

المختلفة أثناء تواجده في المؤسسة الصحية، فيتعامل مع الأطباء، المرضى و الموظفين و

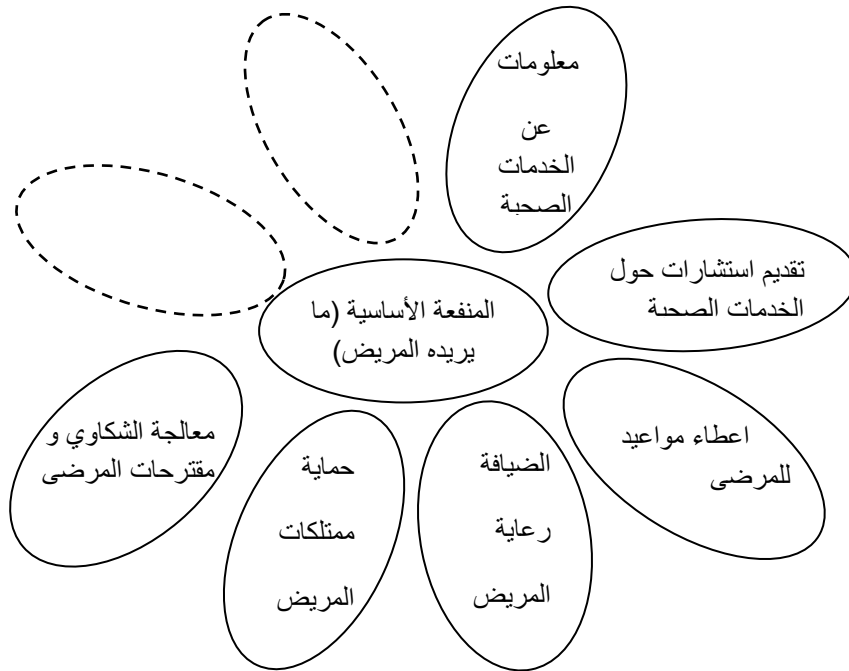
الاداريين.... الخ.¹

2. مستويات الخدمة الصحية

تقوم المؤسسات الصحية بتقديم مجموعة من المنافع للمستهلكين (المرضى) تتضمن تسليم الخدمة الجوهر أو الخدمة الأساسية.

يوضح الشكل رقم (1-1) يوضح مستويات الخدمة الصحية.

الشكل رقم (1-1): مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية)



المصدر: من اعداد الطالبة، بالاعتماد على: بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار زهران للنشر و التوزيع، الأردن، ص 75.

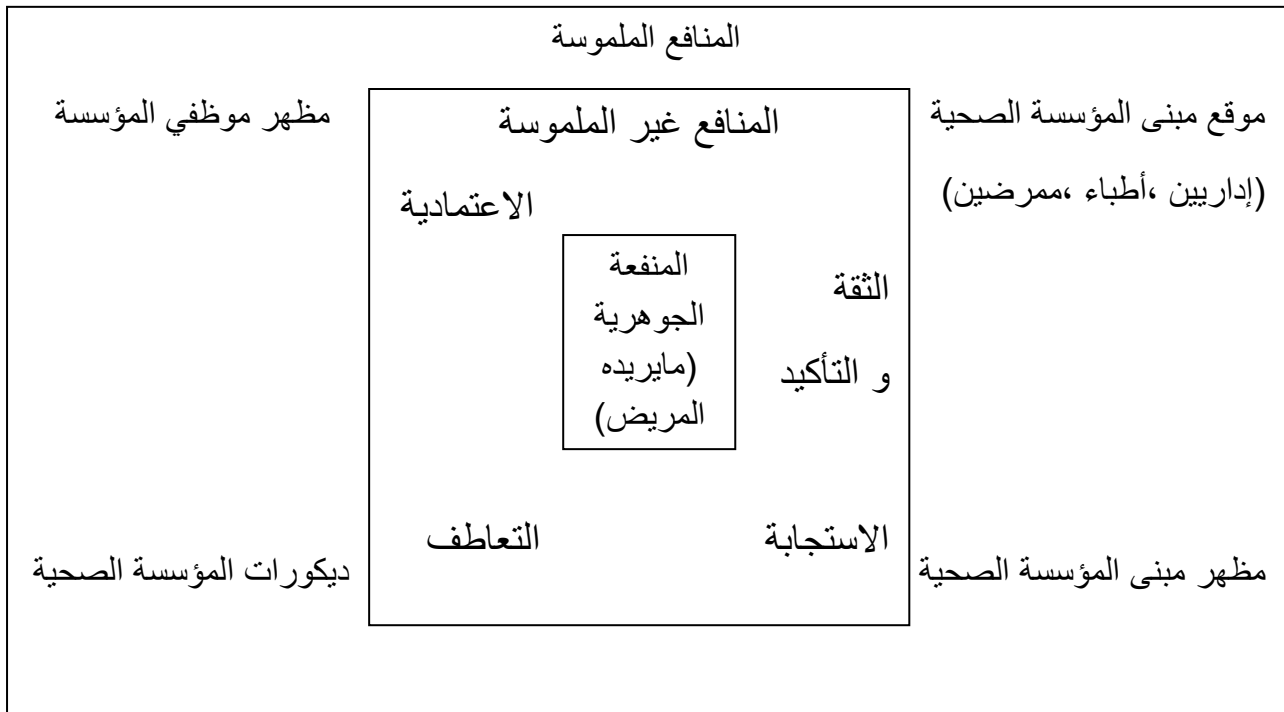
من خلال الشكل نجد أن هناك مستويين للخدمة الصحية، المستوى الأول يمثل الخدمة الأساسية و التي تعني جوهر الخدمة الصحية أي ما يريد المستهلك (المريض)، أما المستوى الثاني يمثل الخدمات الصحية الثانوية، و هي

¹ نظام موسى سويدان، مرجع سبق ذكره، ص 240.

مجموعة من الخدمات التكميلية التي تقدمها المؤسسات الصحية تكون مرافقة للخدمة الجوهر ، و هي تختلف من مؤسسة صحية الى أخرى .

كما أن هناك من يرى أن مستويات الخدمة الصحية تكون في ثلاث مستويات هي المنفعة الجوهر ، المنافع غير الملموسة و المنافع الملموسة ، و مجموع هذه الخدمات يطلق عليها حزمة منافع الخدمة الصحية ، و الشكل رقم (2-1) يوضح ذلك.

الشكل رقم (2-1): حزمة منافع الخدمة الصحية



المصدر : نظام موسى سويدان ، مرجع سبق ذكره ، ص 243.

تتمثل هذه المستويات فيما يلي:¹

- ✓ المنفعة الجوهر: وهي الحصييلة التي يرحوها المستهلك (المريض) من الخدمات الصحية التي يتلقاها.
- ✓ المنافع غير الملموسة: و تعبر عن نوعية التفاعل الذي يحدث بين المستهلك (المريض) و طاقم المؤسسة الصحية (أطباء ، ممرضين... الخ)
- ✓ المنافع الملموسة: و تتمثل في الأجهزة التكنولوجية المستخدمة ، توفر وسائل الراحة ، توفر الموظفين ،

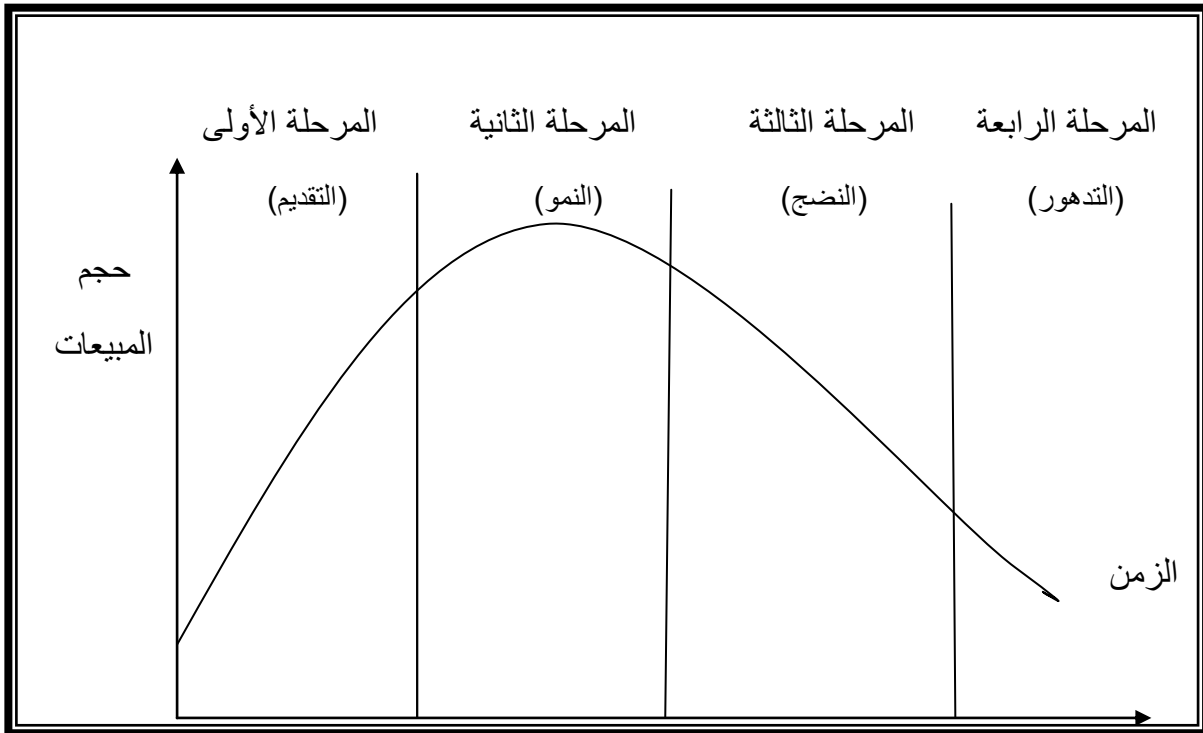
¹ نظام موسى سويدان ، مرجع سبق ذكره ، ص ص: 243-244

رعاية المستهلكين (المرضى)، مبنى المؤسسة الصحية و مظهرها و موقعها.... الخ.

المطلب الثالث : تحليل دورة حياة الخدمة الصحية

من الصعب تماما أن يبقى المنتج بخصائصه الرئيسية و طريقة تسويقه قائمة بذات الصورة على مدار الوقت ،بسبب التغيرات الحاصلة في البيئة العامة فضلا عن التغيرات الحاصلة في بيئة السوق و التي تنعكس جميعها على استمرارية المنتج في السوق بذات الخصائص ،هذا ما يصطلح عليه بدورة حيات المنتج¹، و كأى منتج آخر تمر الخدمة الصحية بأربع مراحل تمثل دورة حياتها ،سنأتي على ذكرها بعد تمثيلها في الشكل الموالي

الشكل رقم (1-3): دورة حياة الخدمة الصحية



المصدر: محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، ادارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي

باللاذقية، مرجع سبق ذكره، ص 11.

¹ بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 189.

1/مرحلة التقديم: تبدأ هذه المرحلة بعرض الخدمة الصحية لأول مرة في السوق ، و قد يكون هذا التقديم في سوق واحد أو أكثر مستغرقا فترة من الزمن و غالبا ما تكون إيرادات الخدمة في هذه المرحلة في حالة انخفاض و يعزى هذا الانخفاض إلى¹ :

✓ التأخر في جعل الخدمة متاحة أمام الزبائن من خلال المنافذ التوزيعية.

✓ عدم وجود معلومات كافية عن الخدمة الصحية.

و لا تحصل الكثير من الخدمات الصحية الجديدة على درجة قبول كبير من طرف الزبائن و هنا تظهر ميزة الخدمة ، التي تقلل من درجة المخاطرة المصاحبة لمرحلة التقديم² إلا أن كلفة الخدمة الصحية المرتفعة تحول دون تمكن الكثير من شرائها ، و من السمات البارزة لهذه المرحلة ارتفاع كلف الإنتاج و التوزيع فضلا عن الترويج الذي يتطلب إعداد برامج متنوعة و مختلفة للوصول الى :

✓ إخبار الزبائن من المرضى المحتملين عن الخدمة الجديدة الغير معروفة لديهم.

✓ عرض الخدمة بأسعار منخفضة نسبيا لخلق الطلب الأولي عليها.

✓ القيام بحملة إعلانية منظمة و مدروسة.

2/مرحلة النمو : تتسم هذه المرحلة غالبا بارتفاع الأرباح و زيادة حدة المنافسة ، فالمنتج (الخدمة) اذا ما نال رضا السوق فإن المبيعات سوف تبدأ بالارتفاع التدريجي ، وذلك عندما يبدأ المرضى بتبني هذا المنتج يعقبهم آخرون يكونون أقل اندفاعا في الغالب لتبني الشراء ، لكونهم يرغبون في مشاهدة غيرهم أثناء تجربة المنتج ، و خلال هذه الفترة التي تمثل المرحلة الأجدى اقتصاديا تعمل المؤسسة على اطالة عمر هذه المرحلة كونها في نمو مستمر و تحقق عوائد متزايدة و يتم هذا من خلال :

✓ السعي لتطوير الخدمة المقدمة بما يضيفي عليها خصائص جديدة.

✓ البحث عن قنوات جديدة تقدم من خلالها الخدمة الصحية ، سواء كان في مراكز الرعاية الأولية أو

المؤسسات الأخرى ، أو حتى العيادات الخاصة.

محمد عباس ديوب ، هنادي رمضان عطية ، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الاسد الجامعية باللاذقية ، مرجع سبق ذكره ص12.

محمود جاسم الصميدعي ، بشير عباس العلق ، أساسيات التسويق الشامل و المتكامل ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، الأردن ، الطبعة الأولى ، 2002 ، ص 408.

✓ خلق قناعة و تأثير ترويجي أوسع باتجاه الإقدام على شراء هذه الخدمة لكن اشتداد المنافسة و دخول منافسين جدد سعيا وراء التقليد أو الحصول على نجاحات مشابهة يجعل الخدمة في وضع يقودها للانتقال الى مرحلة أخرى اذا ما زادت حدة المنافسة.¹

3/مرحلة النضج:

تعتبر هذه المرحلة أطول مرحلة في دورة حياة الخدمة الصحية ،اذ تسعى ادارة التسويق في المؤسسة الصحية للتعامل مع هذه المرحلة و الدخول اليها رغم ما تحمله في طياتها من تحديات كبيرة ،حيث تشهد خدمتها منافسة شديدة من قبل الخدمات الأخرى المشابهة أو البديلة المقدمة من قبل المؤسسات المنافسة ،و هنا يبدأ مستوى الخدمات بالانخفاض ببطء² قياسا بالمرحلة السابقة لذلك على المؤسسة التفكير جديا في كيفية ابقاء الخدمة الصحية أطول فترة ممكنة شريطة أن يكون بقاء ناجحا و أن تتمكن بذات الوقت من استثمار الجوانب الموجبة في المنافسة من خلال :

- ✓ ادخال بعض التعديلات على الخدمة الصحية.
- ✓ تقديمها بسعر أقل جراء القدرة على تخفيض التكاليف بسبب ارتفاع منحنى الخبرة و تراكمها.
- ✓ النمطية العالية في الانتاج و ما يصاحبها من انخفاض في التكاليف التسويقية.
- ✓ جذب مستخدمين جدد لإطالة مدة هذه المرحلة.
- ✓ اضافة خدمات مجانية و استخدام أسلوب الاعلان الاتعاعي.

4/مرحلة الانحدار : هي آخر مرحلة من دورة حياة الخدمة و تؤول في نهايتها الى خروج الخدمة من السوق ،حيث تبدأ ملامح هذه المرحلة بالانخفاض الشديد في مستوى المبيعات و ارتفاع مطرد في التكاليف وهو ما ينعكس سلبا على الإيرادات النهائية المنخفضة ،كما أن هناك سببا آخر يتمثل في التطور التكنولوجي الذي يؤدي الى افراز منتجات و خدمات صحية جديدة منافسة تكون سببا آخر في بروز هذه المرحلة و هنا ستكون ادارة المؤسسة أمام:

¹ بالتصرف عن :ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره ،ص 192.

² محمود جاسم الصميدعي ،بشير عباس العلق ، مرجع سبق ذكره ،ص 409.

- ✓ التطوير الجزئي أو الكلي للخدمة و التحسين في مستوى جودتها فنيا ووظيفيا.
 - ✓ مراجعة برنامجها الانتاجي.
 - ✓ اسقاط الخدمة من مزيج الخدمات و هذا ما قد يضعف من مكانة و قوة المؤسسة في السوق.
- و خلاصة لما تم تناوله يمكن أن نحدد الافتراضات التالية المتعلقة بدورة حياة الخدمة الصحية:
- ✓ للخدمة الصحية دورة حياة قد تكون طويلة أو قصيرة و هي أشبه بدورة حياة الانسان منذ ولادته الى وفاته.
 - ✓ السرعة التي تتحرك بها الخدمة الصحية عبر جميع مراحل حياتها الأربعة تختلف من خدمة الى أخرى.
 - ✓ لا يشترط أن تمر الخدمة الصحية بالمراحل الأربعة ، فقد تنتهي عند أي مرحلة مبكرة منها.

المبحث الثاني: المؤسسات الصحية

لقد تطورت طريقة وأسلوب تقديم الخدمات الصحية من كونها علاقة ثنائية مباشرة بين أثنين هما الطبيب والمريض إلى علاقة اتصال ثلاثي بين أطراف ثلاثة هم المريض، الطبيب والمؤسسة الصحية. هذه العلاقة التي تضخمت عن اختصاصات عديدة، و أصبح من الممكن تقديم خدمات صحية أوسع و أشمل لأعداد كبيرة من أفراد المجتمع، وفقا لهذا انتشرت المؤسسات و المراكز الصحية و أضحت الدول تخصص لها نسبة ملفتة للنظر من ميزانيتها، ما جعلها ظاهرة و كيانا ضخما يستحق إدارة متخصصة و متطورة بهدف الاستغلال و الاستخدام الأمثل لمواردها.

المطلب الأول: ماهية وطبيعة المؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية عاملا مشتركا بين جميع المجتمعات، إذ يتعامل الجميع معها بهدف الحصول على خدمة صحية لائقة.

1. مفهوم المؤسسة الصحية

يتباين مفهوم المؤسسة الصحية تبعا للأطراف المتعاملة معها، و بالتالي فكل طرف سيعرفها وفق تلك العلاقة القائمة بينهما، لكننا تجنبنا لهذا التباين سنعرفها وفق المنظور الوظيفي.

- ✓ المؤسسة الصحية هي : "مجموعة المتخصصين و المهن الطبية و غير الطبية و المدخلات المادية التي تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين و المرتقبين و إشباع حاجاتهم و استمرار المنظمة الصحية"¹
- ✓ كما عرفت على أنها : "تركيب اجتماعي، انساني، يستهدف تحقيق و تلبية أهداف محددة و تتكون من أفراد مهنيين و مختصين بميادين صحية و طبية متنوعة يقدمون خدمات الرعاية الصحية"²

يتضح من هذه التعاريف أن منها من ركز على الوظيفة التقليدية للمؤسسة الصحية كمكان لعلاج المرضى و منها من ركز على المفهوم الحديث باعتبارها جزءا أساسيا من النظام الاجتماعي، تقوم بأداء مختلف الوظائف الصحية. و تتنوع المؤسسات الصحية بين المراكز الصحية، و المستوصفات و دور النقاهاة و المستشفيات.

¹ محمد ربحان، خدمة الرعاية الصحية - المؤتمر العربي الثالث بعنوان: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الشارقة، من 5 إلى 7 كانون الأول، 2004، ص 34.

² محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات والوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2007، ص 14.

كما تتنوع أهدافها وفقا لمعيار تصنيفها، فمؤسسات العصر الحديث أصبحت مميزة في كل شيء من حيث الإدارة، التنظيم و الخدمات و الأهداف¹، لكنها تشترك في الوظائف التي أهمها:

- ✓ الوظيفة العلاجية: و هي أساس وجود المؤسسة الصحية و تشمل كل ما يتعلق بالرعاية الطبية للمرضى و المصابين سواء تم ذلك في الأقسام الداخلية أو في العيادات الخارجية.
- ✓ الوظيفة الوقائية: و تتم من خلال مساهمة المؤسسة في الوقاية من الأمراض و منع انتشار حدوثها و التبليغ عن الحالات المعدية كما تساهم المؤسسات الصحية في تثقيف الجمهور و توعيته إعلاميا لاكتشاف الأمراض و طرق الوقاية منها.
- ✓ وظيفة الإيواء (مساعدة)²: تتمثل هذه الوظيفة في خدمات الإيواء الموجهة للمرضى و تندرج تحتها خدمات الغرف و الوجبات الغذائية و الاستقبال.
- ✓ الوظائف الإدارية و المالية: و تندرج ضمنها الوظائف الإدارية التقليدية مثل وظيفة العلاقات العامة، المحاسبة و التمويل، شؤون الموارد البشرية.

كما يمكن تعريف المؤسسة الصحية من خلال تعريف الأطراف المتعامل معها، حيث تعتبر لدى³:

- المرضى : الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج و الرعاية الطبية لهم.
- الحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.
- الإطار الطبي: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية.
- إدارة المؤسسة الصحية: مؤسسة على البيئة المحيطة و متفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف و واجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ و فعال.
- شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية.
- الطلبة والجامعات: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية لإجراء البحوث والتجارب.

¹ غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، سلسلة إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية، دار زهران، عمان، الأردن، بدون طبعة، 1998، ص7.

² محمد سامي راضي، مرجع سبق ذكره، ص 20.

³ نادية خريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بسكرة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2008/2007، ص-ص: 59-60.

و يجب الإشارة إلى وجود تعاريف أخرى تخص عدة أطراف أخرى (كالعاملين في مجال الصيانة للأجهزة و المعدات الطبية، الجهات التحقيقية و الجنائية)

أما التعريفين التاليين فقد اشتركا في التركيز على توضيح هدف المؤسسة الصحية

- التعريف الأول: "مركز خدمي مختص بتقديم خدمة متكاملة، وهي عبارة عن مجموعة من التخصصات والمهن الطبية وغير الطبية والخدمات والأدوية والمواد التي تنظم بنمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرقبين و إشباع حاجاتهم و استمرار المؤسسة الصحية"¹
- التعريف الثاني: "المؤسسة التي تهدف إلى تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي مؤسسة صحية فإنه ليس بالغرض الوحيد، و ينقسم إلى شقين: بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة)، و الحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة)".²
- و في الأخير يمكن تقديم تعريف منظمة الصحة العالمية باعتباره التعريف الأشمل بين التعريفات السابقة، حيث عرفت المؤسسة الصحية على أنهما: "جزء متكامل من النظام الصحي و وظيفتها توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع، سواء كانت علاجية أو وقائية، كما أنها مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي و الصحي و كذلك مركز للأبحاث الطبية و الإجتماعية"³

2. طبيعة و خصائص المؤسسات الصحية

تعمل المؤسسات الصحية ضمن ما يعرف بإطار المعايير الأخلاقية المقبولة⁴، لذلك يتميز نشاطها بالعديد من السمات و الخصائص لعل أهمها:

- ✓ صعوبة قياس و تقويم مخرجات أنشطتها: شأنها شأن سائر الأنشطة الخدمية التي تتميز بصعوبة إيجاد مقاييس قيمة لقياس جودة الخدمة المقدمة و هو الأمر ذاته الذي يؤدي إلى صعوبة احتساب تكلفة الخدمة نفسها.

¹ ألاء نبيل عبد الرزاق، استخدام ثقافة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2011، ص 287.

² حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان باستخدام نظرية السلوك المخطط)، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2010/2009، ص 28، (بتصرف).

³ حنان يحي الشريف، تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسة الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2008/2007، ص 5.

⁴ مضر زهران، إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية، دار زهران للنشر و التوزيع، الأردن، لا توجد طبعة، 2006، ص 116.

- ✓ الاعتماد على العنصر البشري و كفاءة و خبرة القائمين: حيث يتعاضد دور المهارات و الكفاءات البشرية في الخدمة الصحية، و الذي يؤثر مباشرة على حياة المريض و تتوقف عليه إيرادات و أرباح المؤسسة.
 - ✓ ضخامة حجم الاستثمارات في الأصول الثابتة: بالرغم من أن ظاهرة ضخامة الاستثمارات تكاد تكون سائدة في معظم المؤسسات الخدمية، إلا أنها أكثر وضوحا في المؤسسات الصحية، حيث الأجهزة و المعدات الطبية ذات القيمة المرتفعة من ناحية، فضلا عن التكنولوجيا المتطورة و المستمرة التي تؤدي إلى تقادم الأجهزة الأحدث و الأكثر تطورا و الأعلى كلفة مما أدى إلى ضخامة الاستثمارات في الأصول الثابتة.
 - ✓ تأثر نشاط المؤسسات بالمتغيرات البيئية المحيطة: سواء أكانت متغيرات اجتماعية، حيث ينعكس المستوى الثقافي و عادات و سلوكيات الأفراد في المجتمع المحيط بالمؤسسة على الحالة الصحية لهم و المستوى الصحي السائد بهم أو اقتصادية، إذ تتأثر المؤسسة بالبيئة المحيطة من حيث الأجور، تكلفة المستلزمات الصحية و نوعيتها، أو سياسية بما قد يصدر من قوانين و قرارات سياسية تلزمها بتأدية خدمات صحية معينة مثل التأمين الصحي، أو تنفيذ برامج صحية معينة مثل حملات التطعيم.
- بالإضافة الى هذه الخصائص يوجد خصائص أخرى تميز نشاط المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات الأخرى، منها:¹

تعدد أسعار الخدمة الواحدة

ففي الوقت الذي تقدم فيه خدمة معينة مجاناً لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة قد تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تقدم بمقابل يساوي كلفة الخدمة أو بمقابل يزيد عنها لفئة مختلفة، كما تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل فقد تحصل قيمتها نقداً أو بالأجل، أو وفقاً لتعاقدات بين المؤسسة الصحية و جهات عمل معينة.

¹ حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية (دراسة حالة مصحة الرازي للطب و الجراحة بسكرة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التسبير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2006/2007، ص 21.

وجود خطوط للسلطة

الأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية ممثلاً بالجهاز الإداري، أما الثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتميز بع أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ، أما النوع الآخر من السلطة هو السلطة النقابية التي لها ثقل تمثيلي مما يسمح أن يكون لها موقع تفاوضي قوي.

تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف و ذلك لأن متطلبات العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل.

تتعامل المؤسسات الصحية في صراع مع مشكلة الحياة أو الموت : و هذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة، كما أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص و قليلا ما يتحمل الخطأ.

اعتماد نشاط المؤسسات الصحية أساسا على كفاءة و مهارة العنصر البشري : حيث تبرز أهمية كفاءة و مهارة العنصر البشري في تمييز نشاط مؤسسة عن أخرى من خلال المعاملة الحسنة ،الاستقبال الجيد و الكفاءة العلاجية و التمريضية.

اعتبار المؤسسات الصحية بمثابة نظام لا يمكن مكنة نشاطاته أو توحيدها : و هذا عائد لاختلاف احتياجات المرضى و متطلباتهم الصحية.

3. تصنيف المؤسسات الصحية

تعددت تصنيفات المؤسسة الصحية، حيث يمكن تصنيفها على أساس عدة معايير منها:

1.3 التصنيف على أساس الملكية والتبعية الإدارية

تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى:¹

¹ نادية خريف، مرجع سابق، ص-ص: 62،63.

✓ المؤسسات الصحية الحكومية العامة

- تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها و غالبا ما تتبع وزارة الصحة، و يقوم هذا النوع بتقديم خدمات لجميع الأفراد بالمجان أو مقابل رسوم، و قد تضم مختلف التخصصات و الأقسام العلاجية اللازمة، و تأخذ هذه المؤسسات عدة أشكال منها:
- المؤسسات الصحية الحكومية الخاصة بفئات معينة: تتميز هذه المؤسسات بأنها تابعة لوزارة محددة أو هيئة عامة و تقتصر على تقديم الخدمات للعاملين في هذه الجهات وأسرههم كالمستشفيات العسكرية، مستشفيات الشرطة، والمستشفيات التابعة للقطاع العام.
- المؤسسات الصحية الحكومية التخصصية: حيث تخصص هذه المؤسسات في تشخيص ومعالجة حالات معينة، كمستشفيات العيون أو مستشفيات الأطفال.
- الوحدات العلاجية والمستوصفات : تعتبر مؤسسات صغيرة الحجم إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، و تنتشر في القرى و المناطق الريفية، و غالبا تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي و وصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المؤسسات الأخرى.
- المستشفيات الجامعية و التعليمية : تتبع هاته المؤسسات إداريا إلى الجامعات أو كليات الطب في المناطق التي توجد بها و تقدم بها نفس المستشفى العام، كما تحتوي الأقسام التعليمية لممارسة التدريب العملي للعلوم الطبية.

✓ المؤسسات الصحية الخاصة

- تكون هذه المؤسسات مملوكة (لأفراد، هيئات، جمعيات دينية أو خيرية، شركات خاصة) تتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص، وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة، وتأخذ عدة أشكال منها:
- مؤسسات صحية بأسماء أصحابها: كأن يملكها و يديرها أصحابها من الأطباء، و تقدم خدماتها في مجال تخصصهم بمقابل يتم تحديده و الاتفاق عليه حسب الخدمة المطلوبة من المريض، و يعتمد هذا النوع من المؤسسات على خبرة، مهارة و سمعة أصحابها و الرعاية المقدمة للمرضى.
- مؤسسات الجمعيات غير الحكومية: كالجمعيات الدينية والخيرية تقدم خدماتها لمختلف الفئات من الأفراد مقابل رسوم محدودة نسبيا، فهي لا تسعى للربح وتقدم خدمات عامة متخصصة.

- مؤسسات صحية استثمارية: و هي التي يمتلكها و يديرها أفراد أو شركات خاصة، تحقق أرباحها من الخدمات الطبية التي تقدمها، و قد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية و غالباً ما تأخذ شكل شركات المساهمة و ذات المسؤولية المحدودة.

2.3 التصنيف على أساس التخصص ونوع الخدمة

تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى:¹

✓ المؤسسات الصحية العامة

و هي المؤسسات التي تقدم خدمات صحية متعددة تجمع بين الطب و التشخيص و الجراحة، كالمستشفيات و مصحات الطب و الجراحة.

✓ المؤسسات الصحية المتخصصة

تتخصص هذه المؤسسات في تقديم خدمات صحية معينة، كمراكز الفحص بالأشعة و مخابر التحليل الطبية و مستشفيات أمراض القلب.

3.3 التصنيف على أساس طبيعة المنتج النهائي

تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى:²

✓ مؤسسات الخدمات الصحية

تتمثل في مختلف المؤسسات التي تقدم منتجات نهائية تتمثل في خدمات صحية لا ملموسة، كالمستشفيات والعيادات الطبية و مخابر التحاليل الطبية.

✓ مؤسسات السلع الصحية

وهي مختلف المؤسسات الصحية التي يتمثل منتجها النهائي في سلع صحية ملموسة كالصيدليات و مخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية.

¹ حبيبة قشي، مرجع سابق، ص 23.

² حبيبة قشي، مرجع سابق، ص 23.

4.3 التصنيف على أساس الموقع والسعة السريرية

وتصنف المؤسسات حسب هذا المعيار إلى:¹

✓ المؤسسات المحلية الصغيرة

وهي المؤسسات التي تخدم تجمعات سكانية قليلة لا تتجاوز سعتها السريرية عادة 100 سرير.

✓ المؤسسات المركزية التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة

وهي المؤسسات التي تكون في ضواحي المدن تتراوح سعتها السريرية ما بين 100 إلى 500 سرير.

✓ المؤسسات الجهوية التي تخدم منطقة صحية بأكملها

وتحتوي هذه المؤسسات عادة على خدمات تخصصية و تكون عادة ذات طاقة استيعابية كبيرة.

5.3 التصنيف على أساس نظام المناطق الصحية

تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى:²

✓ المركز الصحي الأولي

و يعمل في هذا المركز طبيب عام أو أكثر بالإضافة إلى طبيب أسنان، ممرضة، قابلة و كوادرن فنية مساعدة كالمراقب الصحي، مساعد صيدلي و مساعد ممرض و فني مختبر و كذلك أخصائيين التي يتراوح عدد سكانها ما بين 2000 إلى 5000 نسمة، و ذلك على النحو التالي:

- معالجة المرضى المسجلين فيه و تحويل من يلزم إلى الطبيب الاختصاصي في المركز الصحي الشامل أو المستشفى مع توفير الأدوية الأساسية في صيدلية المركز.
- القيام بباقي الخدمات الثانوية كتعزيز التغذية الصحية، الإمداد الكافي بالمياه النقية و الإصحاح البيئي، رعاية الأم و الطفل بما في ذلك تنظيم الأسرة، التحصن ضد الأمراض المعدية الرئيسية (التطعيم) الوقاية

¹ حنان يحي الشريف، مرجع سابق، ص 10.

² زيد حمزة، الطب و الصحة في نصف قرن، المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات (تمويل الخدمات الصحية و الطبية في المستشفيات العربية)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2008، ص:ص: 4-6.

من الأمراض المستوطنة محليا و مكافحتها، العلاج الملائم للأمراض و الإصابات المدرسية و مراقبة صحة البيئة.

✓ المراكز الصحية الفرعية

و هي مراكز تابعة للمركز الصحي الأولي و يعمل بها بشكل ثابت اثنان أو أكثر من الكوادر الصحية المساعدة و تخدم القرى و التجمعات السكانية التي يتراوح عددها بين 500 إلى 2000 نسمة، و يحضر للعمل فيها من المركز الصحي الأولي الطبيب العام و بعض مساعديه إما يوميا أو في أيام محدودة من الأسبوع، و يقدم هذا المركز نفس خدمات المركز الصحي الأولي.

✓ المركز الصحي الشامل

وينشأ هذا المركز على الأسس التالية:

- ينشأ لكل مجموعة من المراكز الصحية الأولية مركز صحي شامل واحد تتوفر فيه خدمات المركز الأولي بالإضافة إلى عيادات اختصاص و إسعاف و بعض الأسرة للإقامة الاضطرارية القصيرة.
- يخدم من 25 إلى 50 ألف نسمة من السكان.
- يعمل فيه بالإضافة لكوادر المركز الصحي الأولي أطباء اختصاصيون يأتون من مستشفى المنطقة حسب برنامج و مواعيد محددة .
- يهدف المركز الشامل إلى تخفيض المعاناة على المرضى المحولين لأطباء الاختصاص بدل التوجه إلى المستشفى، كما يساهم في تخفيف الضغط على المستشفيات كي يتفرغ لمعالجة مرضاها المقيمين فيها مع القيام بوظائفها الهامة الأخرى.

✓ مستشفى المنطقة

يوجد في كل منطقة صحية مستشفى لمعالجة المرضى المحولين من المراكز الصحية و كذلك لإسعاف و الطوارئ، و يمكن أن يحول من يحتاج الرعاية الصحية الثالثة إلى المراكز التخصصية العليا في مستشفيات العاصمة أو المدن الكبرى، كما يقوم بإعادة المرضى بعد انتهاء معالجتهم إلى الطبيب العام في المركز الصحي و معهم تقرير بحالتهم و ذلك للمتابعة، و يكون لكل مريض ملف دائم في المركز الصحي الأولي، و يستخدم المستشفى كذلك بهدف

تدريب الأطباء المقيمين و الممرضات و القابلات و باقي المهن الطبية المساعدة، كما يساهم في أنشطة الرعاية الصحية الأولية في ميادين الاختصاصات المختلفة.

المطلب الثاني: معايير تقييم أداء المؤسسات الصحية

يخصى موضوع تقييم أداء المؤسسات باهتمام بالغ من لدن الحكومات وإدارة المؤسسات على حد سواء و الهدف منه الوقوف على نقاط القوة في أداء هذه المؤسسات و دعمها نحو الأفضل و التحسين المستمر و ضمان علاجات الانحرافات و الأخطاء إن وجدت حتى لا تتكرر بعد ذلك.

1. مفهوم تقييم الأداء

وردت تعاريف كثيرة لتقييم الأداء منها على سبيل التوضيح لا الحصر: "تقييم الأداء هو إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها ومقارنة تلك الأهداف بالأهداف المتحققة و تحديد مقدار الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقا، مع تحديد الأسباب و أساليب معالجتها".¹

و إذا تعلق الأمر بتقييم الأداء في المؤسسات الصحية، فإن هذا المفهوم سيرتبط إلى حد كبير بمدى قدرة هذه الأخيرة على تحسين البرامج و الخدمات الصحية المقدمة، لذلك يمكن تعريف تقييم الأداء الصحي على أنه "البرنامج الذي يستهدف التأكد من تحقيق أهداف البرنامج الصحي كخفض معدلات الوفاة و زيادة معدلات الإستشفاء"² و تنبع أهمية تقويم الأداء من أهمية المؤسسات الصحية في حد ذاتها و من أهمية الخدمات التي تقدمها و يمكن إجمالها في النقاط التالية:³

- ✓ يعكس تقييم الأداء، التطور التاريخي للمؤسسة و تحليل أنشطتها و فعاليتها للفترة الماضية على النحو الذي يسهل مهمة تجاوز إخفاقاتها و تعزيز إيجابياتها.
- ✓ توفر هذه العملية المعلومات الضرورية لمختلف الجهات المستفيدة و بخاصة الصحية منها على النحو الذي يتيح صورة واضحة عن كيفية سير أنشطة و فعاليات المؤسسة و التزامها بالتوجيهات الصادرة.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر و التوزيع، الاردن، الطبعة الأولى، 2006، ص 358.
² فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية – تكامل العلاج و الدواء، دار الجامعية، مصر العربية، الطبعة الأولى، 2007، ص 44.
³ حسين ذنون على البياني، المعايير المعتمدة في إقامة و إدارة المستشفيات وجهة نظر معاصرة، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2005، ص (109-110).

- ✓ يكشف عن قدرة إدارة المؤسسة الصحية على استغلال الموارد المتاحة في تحقيق أهدافها و مدى نجاحها في التخطيط و التنفيذ لتحقيق ذلك.
- ✓ تكشف عن الانحرافات السلبية و الإيجابية الحاصلة على النحو الذي يسهل مهمة البحث عن أسباب هذه الانحرافات و المعالجات الضرورية لها.
- ✓ توفر الفرصة نحو إيجاد نوع من المنافسة بين المؤسسات المتماثلة أو بين التشكيلات المنظمة في المؤسسة أو الأفراد العاملين فيها باتجاه زيادة الخدمة كما و كيفا و تحسين الجودة مع ترشيد التكاليف.

2. معايير تقييم و قياس أداء المؤسسات الصحية

بداية من الضروري مراعاة جملة من الخصائص عند اعتماد معايير القياس، أهم هذه الخصائص:¹

- ✓ ضرورة تناغم مقاييس الأداء استراتيجيا مع غايات المؤسسة و أهدافها.
 - ✓ تكاملية المقاييس المستخدمة و عدم تضاربها أو تناقضها.
 - ✓ أن تحفز الأفراد العاملين على مساعدة المؤسسة لتحقيق الأهداف الطويلة و القصيرة الأجل.
 - ✓ يجب أن تكون مراجعة المريض للمؤسسة و خروجه معافى هو مقياس يبين مشاركة العديد من الوظائف عبر سلسلة متكاملة.
- و تتباين وجهات النظر حول قياس الأداء في المؤسسات الصحية بتباين الجهات ذات العلاقة، فالمريض يبحث عن أفضل الخدمات و الكادر العامل يقيس الأداء من خلال مقدار الأجر و عدد ساعات العمل و إدارة المؤسسة تنظر إلى الموضوع من زاوية تحقيق مصالح جميع المرضى في حدود الموارد المتاحة، كما أن الغايات الجوهرية للمؤسسات الصحية تتصف المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية أكثر من الربح و المنافسة، يضاف إلى هذا تعذر تضمين الجوانب النوعية في تقديم الخدمة فعند قياس أداء العاملين نجد العناصر الملموسة و غير الملموسة، إذ يمكن اعتماد المقياس الكمي لقياس أداء هيئة التمريض من خلال تحديد مستوى الرعاية التمريضية الملائمة (مثلا ممرضة واحدة لكل مريضين)، لكن مثل هذا المقياس الكمي يهمل القياس النوعي، كما أن أي محاولة للوصول إلى قياس أداء الأطباء عن طريق التركيز على ما هو ملموس و يمكن قياسه فقط تبقى ناقصة إذا لم تراعى العوامل الأخرى غير الملموسة في خضم هذه الصعوبات بذلت منظمة الصحة العالمية بصفتها الراعية الأولى للموضوع، و كذا الباحثون المتخصصون في إدارة المؤسسات الصحية جهودا حثيثة أثمرت بعض المقاييس أهمها:

¹ المرجع أعلاه، ص111.

1.2 مؤشرات تقويم أداء الموارد البشرية و هي:¹

✓ المؤشرات الخاصة بالأطباء

$$\bullet \text{ عملية / طبيب} = \frac{\text{عدد العمليات الجراحية خلال السنة}}{\text{عدد الأطباء الجراحين خلال السنة}}$$

$$\bullet \text{ مراجع / طبيب} = \frac{\text{عدد المراجعين للعيادة الخارجية}}{\text{عدد الأطباء}}$$

$$\bullet \text{ طبيب مقيم / إجمالي الأطباء} = \frac{\text{عدد الأطباء المقيمين}}{\text{عدد الأطباء الكلي}}$$

$$\bullet \text{ اختصاص / طبيب} = \frac{\text{الأطباء الإختصاصيين}}{\text{مجموع الأطباء الكلي}}$$

✓ المؤشرات الخاصة بالطاقم الطبي:

$$\bullet \text{ ممرضة / طبيب} = \frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الأطباء}}$$

$$\bullet \text{ ممرضة / طبيب} = \frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الراقدين}}$$

2.2 مؤشرات تقويم الأداء للموارد المادية و المالية و هي:

$$\bullet \text{ عدد الأيام التي يخلو فيها السرير من المرضى} = \frac{\text{عدد الأسرة} * 360 \text{ يوما} - \text{مجموع أيام البقاء في المؤسسة}}{\text{عدد المرضى الراقدين}}$$

ويقيس هذا المؤشر كفاءة استغلال الأسرة خلال مدة زمنية محددة

$$\bullet \text{ مريض راقد في السرير خلال الفترة} = \frac{\text{عدد المرضى الراقدين}}{\text{عدد الأسرة المهيأة للرقود}}$$

2.3 مؤشرات تقويم حودة الخدمات الصحية

$$\bullet \text{ نسبة وفيات الراقدين} = \frac{\text{عدد الوفيات من المرضى الراقدين}}{\text{عدد المرضى الراقدين}}$$

$$\bullet \text{ معدل بقاء المريض في المشفى (يوم)} = \frac{\text{مجموع أيام الرقود في المشفى}}{\text{عدد المرضى الراقدين}}$$

$$\bullet \text{ متوسط عدد أيام الانتظار على قائمة العمليات} = \frac{\text{مجموع أيام الإنتظار للمرضى}}{\text{عدد المنتظرين للعلاج}}$$

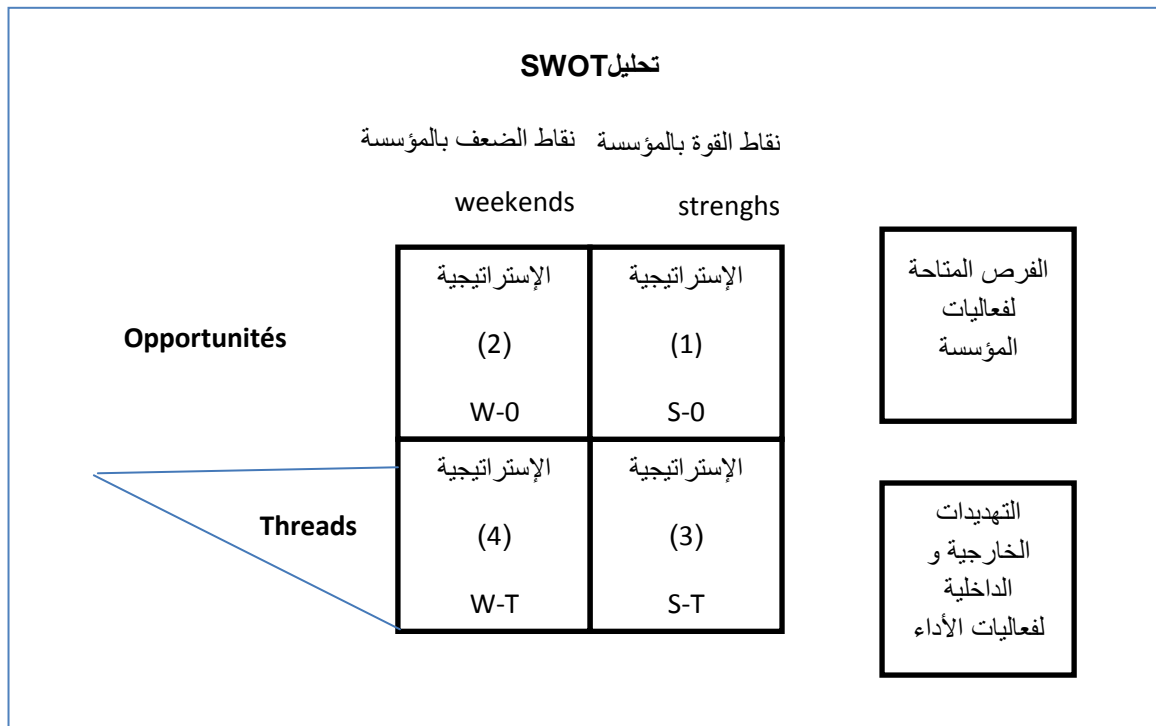
¹ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار البازوري للنشر و التوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2005، ص 204-209.

و بطبيعة الحال فإن قائمة المؤشرات طويلة، لكن استعمال هذا المؤشر أو ذاك يعتمد على الرغبة الحقيقية لإدارة المؤسسة في الاستفادة من النتائج المتحققة من ذلك القياس.

المطلب الثالث: التحديات المفروضة على المؤسسات الصحية

تواجه المؤسسات الصحية العديد من التحديات العالمية والمحلية مما يقلل من قدرتها التشغيلية وطاقات توصيل الخدمات الصحية للزبائن المرضى في المجالات الطبية، الوقائية والعلاجية المختلفة و لم تصبح المنافسة ترجع فقط إلى حجم الاستثمارات أو عدد الأطباء والهيئة التمريضية، و لكن أصبحت مرتبطة بالقدرة على الاستمرارية و البقاء و التطور عن طريق القضاء على التهديدات الخارجية و نقاط الضعف التنظيمي.

الشكل رقم (1-4): التحليل الرباعي للمؤسسة الصحية



المصدر: فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية - تكامل العلاج و الدواء -، مرجع سابق ذكره، ص 21.

من خلال الشكل يمكن أن نحدد كيفية توجيه نقاط قوة المؤسسة للسيطرة على الفرص و إشباع حاجات المرضى عن طريق حزم الخدمات الصحية، و استخدام نقاط قوتها التنظيمية و الإدارية للتصدي للتهديدات المحلية و

الخارجية مثل الأمراض الخطيرة و أزمات البيئة المحيطة مع مواجهة تهديدات غياب التكنولوجيا و الأبحاث اللازمة لاستمرارية أداء المؤسسات لنشاطها المعقد.¹

و عند ما تواجه المؤسسات الصحية توفر الفرض التشغيلية المختلفة كالطلب على الخدمات العلاجية و الوقائية مع نقص الإمكانيات الداخلية، تلجأ هنا إلى المشاركة و التحالفات الإستراتيجية مع مؤسسات أخرى أو التعاقد مع أخصائيين من خارج المؤسسة، و تتعقد الأزمة الصحية عندما تتفاعل قوى التهديدات الخارجية مع نقاط الضعف التنظيمي و الإداري كنقص الإمكانيات أو غياب المعلومات الصحية لذلك يجب أن تسعى المؤسسات دوماً إلى تطبيق استراتيجيات جديدة للقضاء على الضعف التنظيمي الداخلي و تخفيض آثار التهديدات الخارجية.

و لا يخفى علينا أن المؤسسات الصحية مهما كان نوعها لديها من المشاكل التي لا تنتهي من سوء المعاملة إلا في القليل النادر²، و إذا أردنا الخوض في غمار هذه التحديات و المشاكل بشيء من التحليل فيمكن أن نجد:

✓ التحديات المتعلقة بتنظيم المؤسسة:

تدار معظم المؤسسات الصحية من قبل أحد الأطباء العاملين بها، هذا الأخير يركز اهتمامه على الجوانب الطبية باعتباره مجال تخصصه مما يجعله يقلل من أهمية و دور النشاطات الإدارية في المؤسسة خاصة و أن أغلبهم (الأطباء) لم تكن لديه معرفة في الأمور الإدارية³ إذ أن وجود أي جهة إدارية يجعلهم في حساسية و شك منها و يخشون مشاركتها في مسؤولياتهم.

✓ التحديات المتعلقة بممارسة وظائف المؤسسة الصحية:

إن سيطرت التعقيدات الروتينية على عدد من مسؤولي إدارة المؤسسات و على بعض مقدمي الخدمات أدت إلى خلق هوة بين مقدم الخدمة و المستفيد، فالبيروقراطية تعتبر عاملاً معوقاً و مانعاً لابتكار أساليب جديدة للقيام بوظائفها و الاستفادة من التطورات الحديثة و التجديد و بحث الحلول للمشكلات التي يواجهها و بالتالي يتحول نشاطها إلى روتين جامد، يجعلها غير مكترثة بإشباع حاجات و رغبات الزبون التي هي في تغير دائم نتيجة للتغير في البيئة، و يمكن أن نوجز أهم هذه التحديات في :

¹ فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية، مرجع سبق ذكره، ص 22.
² أحمد محمد المصري، إدارة المستشفيات -سلسلة إدارة المنشآت الخاصة، دار شباب الجامعة، الإسكندرية، بدون طبعة، 1998، ص 27.
³ بالتصرف عن: المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 215.

- تحديات غياب التخطيط الإستراتيجي بسبب تعقد الوظائف الداخلية و تزايد الضغوط البيئية و التهديدات الدولية، والاهتمام بالأهداف القصيرة المدى و الربح السريع (بالنسبة للمؤسسات الهادفة للربح) دون الإعداد للمستقبل.
- تحديات غياب التكامل في الأنشطة المطلوبة قبل مزاولة النشاط و الأخرى التي تأتي بعد انتهاء النشاط أو ما يطلق عليها بـ(Beck and forward intégration)
- أخطاء مزاولة المهنة كحالات الوفاة و تدهور حالة المريض، أو انخفاض جودة الخدمات الصحية في أحد الأقسام كالعناية المركزة، فضلا عن الطلب الذي لا يمكن التنبؤ به، إذ ظهرت مؤخرا كوارث و صراعات و حالات فيروسية تجعل التخطيط أمرا يصعب تحقيقه.¹
- كيفية الرقابة على النشاطات المختلفة في المؤسسات الصحية خاصة عن الجودة، التكلفة الإنتاجية، التغذية، الأدوية و غيرها.

✓ التحديات المتعلقة بإدارة الموارد البشرية

- إن تعامل المؤسسات الصحية مع قضايا الحياة و الموت، يمثل ضغوطا سيكولوجية و فسيولوجية على فريق العمل و على جميع المستويات التنظيمية من مجلس الإدارة حتى المهن المساعدة، هذا ما يؤدي إلى:²
- صعوبة قياس الأداء لبعض الوظائف و المهن.
- تعتبر المؤسسات الصحية ذات نشاط مستمر (24 ساعة / 24 ساعة و 7 أيام / 7 أيام)، و يمثل هذا بعض الصعوبات في التخطيط و جدولة المهام و توزيع الاختصاصات و مراجعة أو تعديل جداول التشغيل.
- تعدد الأنشطة من أعمال طبية بحتة إلى مخازن و محاسبة و صيدلة و تغذية، إلى مهن طبية مساعدة كالتخدير، التمريض، الأشعة، التحاليل و غيرها، يؤدي إلى صعوبة إدارة المؤسسة التي لا تقبل التجربة و الخطأ خاصة في ظل التنافسية الدولية.

¹ نظام موسى سويدان، عبد المجيد البلداوي، إدارة التسويق في المنظمات الغير الربحية، مرجع سبق ذكره ، ص 239.

² فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية، مرجع سبق ذكره، ص 25.

✓ تحديات العولمة في إدارة المؤسسات الصحية:

دفعت تكنولوجيا المعلومات إلى تراكم معدلات المنافسة في قطاع الخدمات و زادت معدلات الشراكة بين المؤسسات الصحية العالمية و العربية خلال الربع الأخير من القرن الماضي ، كما أدت تكنولوجيا المعلومات أيضا إلى ضرورة إعادة هيكلة المؤسسات لإدخال تقنيات المعلومات و الاتصالات لخدمة المرضى إلكترونيا بأسلوب (Electronic Customer Relationship Managemen) ف (E.CRM).¹

✓ التحديات التسويقية

بسبب خصوصية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، تواجه هذه الأخيرة صعوبات في حال تطبيقها لتقنيات التسويق، فالمريض مثلا ليس لديه طريقة دقيقة تمكنه من تقييم كفاءة طبيب جراح قبل أو بعد إتمام العملية، لكن يمكنه في مقابل ذلك تكوين آراء حول الخدمة الصحية و المرتكز حول سلسلة من الملاحظات، منها البيئة و الخدمة و أسلوب مخاطبة المرضى، و يبدووا بصورة واضحة أنه بمقدور التسويق أن يقدم للأطباء أرضية تسمح لهم بأن يعطوا صورة حقيقية عن أنفسهم من خلال الامتياز الذي يتحقق من قبلهم في رعاية المرضى و جودة الخدمة المقدمة لهم و من هذه النقطة تبدأ التحديات التسويقية إذ بين (فرانس و جووفر 1992) عددا من التحديات التي تجعل مهمة التسويق في الصحة معقدة جدا لعل أهمها:²

1. انعدام الفلسفة الفكرية التسويقية و عدم التوجه أولا بالزبون فنحن نعيش في مؤسسات القرن الحادي و العشرين و مازلنا نناقش أهمية الزبون حتى الآن، في الوقت الذي تتسابق فيه مؤسسات بهذا الحجم و الأهمية في الدول المتقدمة إلى تطبيق أسس التسويق بالعلاقة.³
2. عدم اهتمام المسؤولين في الإدارة بالوظيفة التسويقية بصفة عامة حيث أن اهتمامهم يتركز على تقديم العلاج لاعتقادهم أن الخدمات العلاجية هي المشاكل الأساسية التي تواجههم و هذا يعني أن التوجه يتم بالإنتاج و ليس بالتسويق و يمكن أن نعزي ذلك إلى عدة مفاهيم خاطئة منها اعتقادهم بأن الإنتاج أقل من الطلب عليه، لذلك فلا مبرر من وجود أي دور للتسويق في تلك المؤسسات و هم بذلك أغفلوا امتداد وظيفة التسويق إلى ما قبل الإنتاج لدراسة حاجات المستفيد و رغباته و

¹ المرجع السابق، ص 32.

² نظام موسى سويدان، عبد المجيد البلداوي ، مرجع سبق ذكره، ص 239

³ أيمن علي عمر، أساسيات متقدمة في التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2006 – 2007، ص 24.

التغير فيها و إلى ما بعد تقديم الخدمة الصحية للمستفيد من تقديم الإرشادات و الرعاية و معرفة ردود فعله.¹

3. على الرغم من أهمية المعلومات التسويقية في اتخاذ قرارات سليمة في جميع القطاعات و في وضع استراتيجيات المزيج التسويقي و في تبديلها، إلا أن المؤسسات الصحية تفتقر إلى وجود جهات تقوم ببحوث التسويق و هذا ما يدل على عدم استفادة إدارة المؤسسة من أحد الأنشطة التسويقية المهمة و هي بحوث التسويق الذي ينتج عنه مشكلة أن أغلب القرارات التي تتخذ تعتبر إلى حد ما غير سليمة و يؤثر ذلك بالتبعية على اتخاذ استراتيجيات غير دقيقة و على أداء و أهداف المؤسسة.
4. على الرغم من الأهمية البالغة للترويج في تعريف المستفيد بالخدمة و إقناعه بها و إيجاد الصلات بينه و بين مقدم الخدمة إلا أن المؤسسات الصحية لا تعتمد إلى استخدام هذا النشاط، و حتى التي تدعي استخدامها لبعض عناصر الترويج كالاتصال الشخصي و الاعلان و التنشيط (التحفيز) و العلاقات العامة يكون استخدامها محددًا جدًا أو يكاد يكون منعدما، في الوقت الذي أصبحت فيه النشاطات الترويجية هامة جدًا في الأقطار المتقدمة، يترتب عن هذا:²

✓ انخفاض مستوى الثقافة الصحية للمستفيد و ينجم عن جهله في معرفة اسباب الانحراف في صحته و الوسائل الممكن اتباعها للتوقي من هذا الانحراف فيزداد الطلب على الخدمات الصحية.

✓ يتعذر على المستفيد اتباع الأساليب الصحية الميسرة في التعرف على أنواع الخدمات الصحية التي هو في حاجة إليها و كيفية الاستفادة منها.

¹ بتصريف عن: المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 216.

² بالتصريف عن المرجع السابق، ص 223.

المبحث الثالث : سلوك الزبون(المريض)والسعي لتحقيق رضاه من خلال جودة الخدمة الصحية

من الأمور التي يجب أن يتم الاهتمام بها قبل مقدمي الخدمة الصحية، النواحي الإنسانية و السلوكية للزبائن المرضى، إذ أن هذه الأمور من الصعب دراستها و الإلمام بها ، نظرا لصعوبة قياسها بدقة ،بالإضافة إلى أنها تختلف من زبون لآخر ومن وقت لآخر بالنسبة لنفس الزبون.

المطلب الأول : رضا الزبون

يعد دراسة سلوك الزبون من أعقد المواضيع في الحقل التسويقي، و ينبع هذا التعقيد من كونه سلوكا بشريا يتسم بصعوبة قياس العوامل المؤثرة فيه.

1. تعريف سلوك الزبون

يعرف سلوك الزبون على أنه " الأفعال و التصرفات المباشرة للأفراد للحصول على سلعة أو خدمة و التي تتضمن اتخاذ قرارات الشراء"¹

أما سلوك الزبون الصحي فيعرف على أنه: " التصرف الذي يصدر من المستفيد بهدف الحصول على الخدمة الصحية عند الحاجة إليها "²

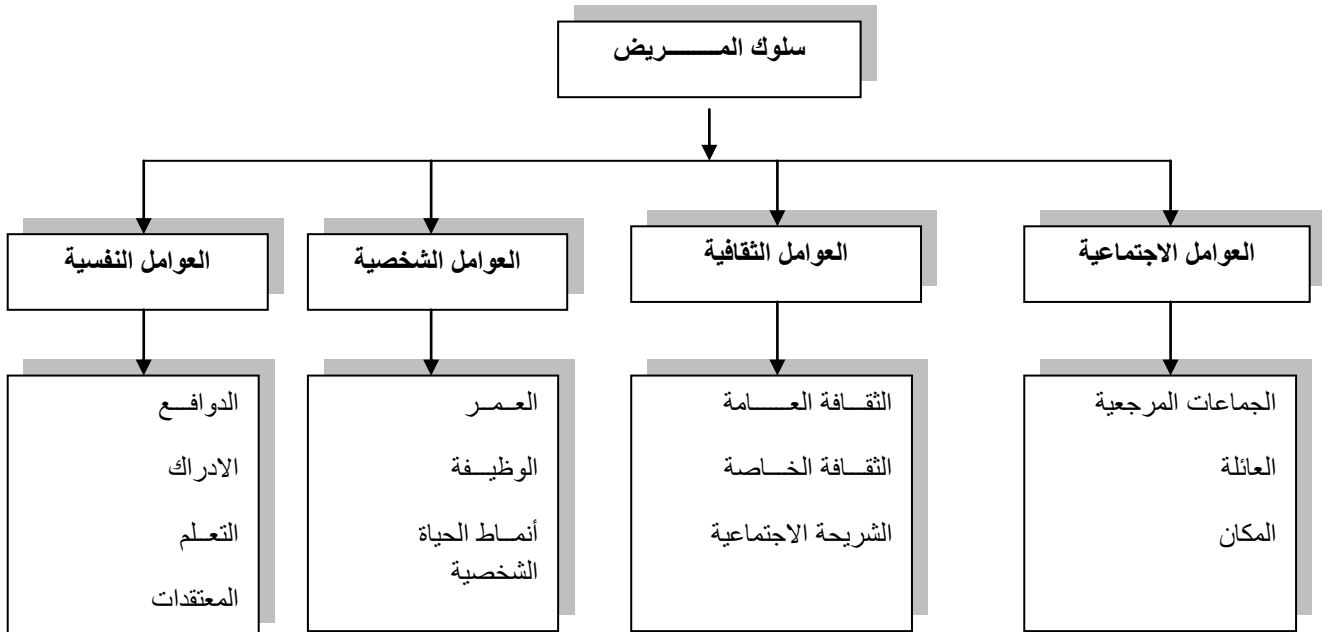
اعتبر هذا التعريف سلوك الزبون الصحي مجرد تصرف نابع من نفسية المستفيد لكنه أغفل مسألة جوهرية تتعلق بطبيعة هذا التصرف و القرارات التي تسبقه و تحددده، لذلك يمكن أن نعرف سلوك الزبون الصحي على انه "التصرف الذي يصدر من المريض و المتعلق بحصوله على الخدمة الصحية بما في ذلك القرارات التي تسبق و تحدد هذه التصرفات " .

¹ زاهر عبد الرحيم عاطف، مفاهيم تسويقية حديثة، دار النشر و التوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص 253.
² المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 43.

2. العوامل المؤثرة على السلوك الشرائي للزبون الصحي

يؤكد (P.Kotler) أن اتخاذ قرار الشراء لدى الزبون يتأثر بعدد من العوامل التي تحفز أو تحد من الأقدام على التعامل مع المنتج، و بقدر تعلق الأمر بالزبائن المتعاملين مع المؤسسات الصحية، فإنهم يتأثرون بذات العوامل المؤثرة في الشراء التقليدي، إلا أن الاختلاف سيكون تبعا لطبيعة الحالة الصحية للمريض

الشكل رقم (1-5) العوامل المؤثرة في سلوك الزبون المريض



Source : Jéom Caby, Marketing de l'analyse a l'action, Pearson éducation France, 2004, (97-100)

يمكن توضيح أثر هذه العوامل على السلوك الشرائي لدى الزبون المريض كما يلي :

1.2 العوامل الاجتماعية: تمثل بمجملها مجموعة العلاقات التي تربط الفرد بأفراد آخرين يتعايش و يتفاعل معهم

باستمرار و يتأثر بهم بذات الوقت، تتمثل في:¹

1.1.2 الجماعات المرجعية: يقصد بها الجماعات التي تمتلك تأثيرا مباشرا أو غير مباشر على

اتجاهات الزبائن و سلوكهم، تشمل الأصدقاء، جماعات العمل و يكون تأثيرها كما يلي:¹

¹ Jéom Caby , Marketing de l'analyse a l'action, Pearson éducation ,France, 2004, P 97 .

✓ حالة التأثير الايجابي للجماعات المرجعية

✓ حالة التأثير السلبي

✓ حالة عدم التأكد

2.1.2 الأسرة: تعد أقوى مصادر التأثير الاجتماعي، أد أن المريض عند اتخاذه لقرار معين يتعلق

بصحته فانه سيستشير عائلته لاسيما إذا كان القرار ذا أثر خطير على حياته كما هو الحال في إجراء عملية جراحية أو تحليلات مختبريه معمقة².

3.1.2 المكان: تتمثل في الموقع التي يحتله الفرد في المجموعة الاجتماعية المنسب إليها و ما يمكن

أن يلعبه من دور في التأثير على الآخرين.

2.2 العوامل الثقافية: هي العوامل التي يعبر من خلالها الفرد عن أسلوبه في التعامل مع المفردات اليومية، و ذلك

اتساعا مع التراكم المعرفي المتحقق لديه عبر تجاربه الإنسانية وما تحقق له من تعميق فكري تشمل:

1.2.2 الثقافة العامة: هي " تراكم معرفي و قيمي لمقاصد ومفاهيم يستخدمها المجتمع للتعامل مع البيئة

التي يعيش فيها و تتم مناقلتها للأجيال القادمة"³

2.2.2 الثقافة الفرعية: هي الثقافة التي تمتلك وصفات سلوكية خاصة يمكن تمييزها عن غيرها من المجتمعات

الأخرى ضمن الثقافة العامة.

3.2.2 الشريحة الاجتماعية: هي " التجانس النسبي للأقسام أو الأجزاء في المجتمع و المرتبة بشكل هرمي

يشارك أفرادها بقيم و اهتمامات مشتركة و سلوك متشابه".

¹ محمود جاسم الصميدعي، تسويق الخدمات المالية، مرجع سبق ذكره، ص 163

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 67.

³ P .kotler , D, Debois Marketing Management, publie ennio, Paris, 13 ème Edition, 2003, P 202.

3.2 العوامل الشخصية: تتمثل في :

1.3.2 العمر و المرحلة في دورة الحياة : فانتقال الفرد من مرحلة إلى أخرى يؤثر إلى حد كبير في

السلوك الشرائي للخدمة الصحية.

2.3.2 نمط الحياة: هو " طريقة معيشة الفرد المعبرة عن نشاطاته التي يمارسها و اهتماماته التي يركز

عليها و آرائه التي يتبناها"¹

3.3.2 الشخصية : يعرفها علماء النفس بأنها " مجموعة الخصائص أو السمات النفسية التي تحدد

تفضيلات الفرد و سلوكه "²

4.2 العوامل النفسية:

يتأثر المريض إلى حد كبير بجملة من العوامل النفسية التي تترك أثرا واضحا على سلوكه الشرائي للخدمة

الصحية تتمثل في :

1.4.2 الدوافع: حيث تعرف على أنها " قوى محركة تتمثل في الحاجات و الرغبات التي يريد الإنسان

إشباعها أو الأمور التي يريد الفرد تجنبها و الابتعاد عنها"³

2.4.2 الإدراك: هو " العملية التي يقوم الفرد بفضله باختيار و تنظيم و تفسير المعلومات مشكلا من

خلالها لوحة للعالم الخارجي في وعيه".

3.4.2 التعلم: يمثل مجموعة المتغيرات الحاصلة في سلوك الفرد و الناجمة من تراكم الخبرات السابقة لديه

فالفرد يتعامل مع البيئة المحيطة به يوميا و يكتسب في كل مرة خبرة معينة.

¹ محمد عبد العظيم أبو النجا، إدارة التسويق مدخل معاصر، الدار الجامعية الاسكندرية، 2008، ص 208.
² كاسر نصر، سلوك المستهلك-مدخل الاعلان، دار حامد للنشر و التوزيع، بدون طبعة، عمان، 2006، ص 117.
³ أيمن علي عمر، قراءات في سلوك المستهلك، الدار الجامعية للنشر و التوزيع، الإسكندرية، بدون طبعة، 2005، ص 111.

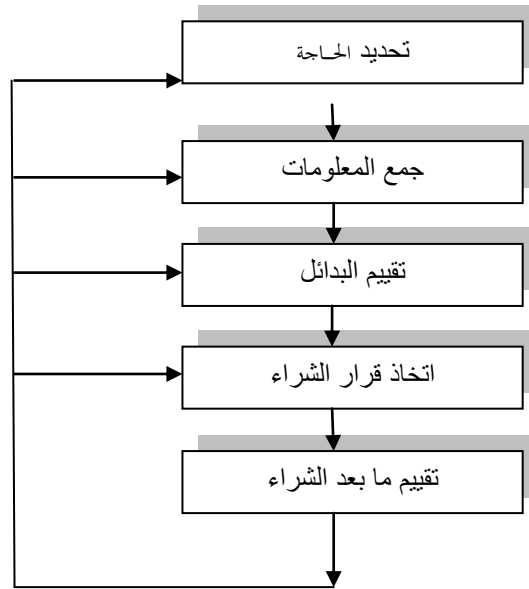
4.4.2 المعتقدات و الاتجاهات: المعتقد هو " توصيف لفكرة يحصلها فرد عن شيء ما، أما الموقف فهو

التقييم الثابت لدى الفرد الذي قد يكون إيجابا أو سلبا نحو فعل أو فكرة"¹

3. مراحل عملية شراء الخدمة الصحية

على الرغم من توافر العديد من الدراسات و الأبحاث المتعلقة التي تغطي الجوانب التجريبية و المفاهيم التي تتناول كيفية قيام الزبائن باتخاذ قرارات الشراء إلا أن أكثرها تم تطويرها و التعامل معها في سياق كيفية شراء السلع الملموسة فقط.

الشكل رقم : (1-6) مراحل عملية الشراء لدى الزبون



Source: P.Kotler. B, Debois, Le Marketing Management, 13eme édition, Op-cit, 221

1.3 المرحلة الأولى: تحديد الحاجة

تعد أول خطوة في اتخاذ المريض لقرار الشراء، فعندما يدرك أن لديه مشكلة صحية بحاجة إلى تجاوزها فان هذا الإدراك سيتحقق من خلال منبه داخلي أو خارجي².

¹ تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 71.

² P.Kotler, B, Debois, le Marketing management, 13eme édition , OP-cit, P 222.

2.3 المرحلة الثانية: البحث عن المعلومة

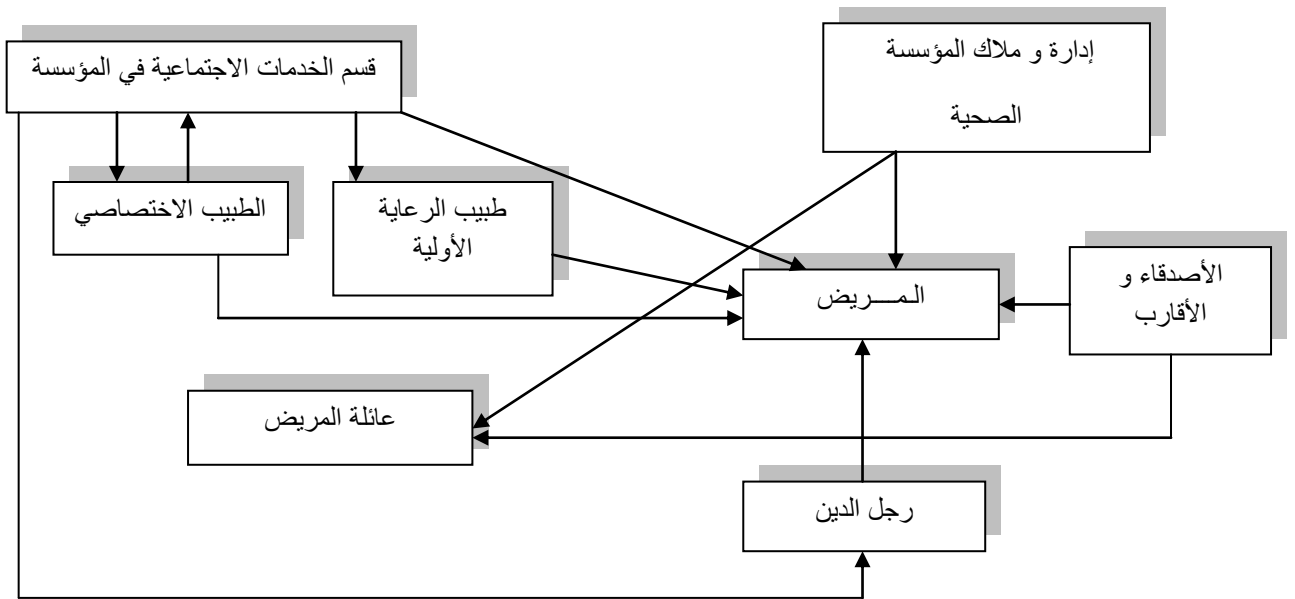
بعد تعرف الزبون المريض عن حاجاته يبدأ في البحث عن المعلومة حول مختلف البدائل التي تساعد على إشباعها، و البحث عن المعلومة " درجة الجهد المبذول في سبيل الحصول على المعلومة المتعلقة بالخدمة"¹، نشير هنا إلى أن حجم المعلومات و طبيعتها تتناسب مع درجة الخطورة و الأهمية للحالة الصحية المطلوب معالجتها، أما مصادر الحصول على المعلومات فيمكن أن تتحدد بالاتي²:

- ✓ مصادر شخصية لا يقوم بها المسوقون : تتمثل غالبا في العائلة، الأصدقاء
- ✓ مصادر شخصية يقوم بها المسوقون : تتمثل بالبيع الشخصي للخدمات الصحية أو ممثلي المؤسسات كما هو في مصنع الأدوية، أو منتجي الأجهزة الطبية.
- ✓ مصادر غير شخصية لا يقوم بها المسوقون : تتمثل في وسائل الاتصال العامة، جمعيات حقوق المستهلك جمعيات حماية البيئة.
- ✓ مصادر غير شخصية يقوم بها المسوقون : تتمثل في الإعلانات و وسائل الترويج المختلفة التي تمارس من قبل المؤسسات الصحية.

¹ Denis Darpy, Pierre vole, **le Comportement du consommateur-concepts et outils**, dunod, Rrance, 2003, P 18

² تامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص 74.

الشكل رقم: (1-7) مصادر المعلومات المؤثرة على خيارات المريض



المصدر: بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 75.

من خلال الشكل نلاحظ تعدد المصادر التي من خلالها يحصل المريض على المعلومة، و بالتالي كلما زادت حجم المعلومات التي يحصل عليها كلما زاد وعيه و معرفته بخصائص الخدمة المقصودة كما أن امتدادها من المصادر الصحية المتخصصة (الطبيب المختص و الطبيب الرعاية الأولية) إلى الأصدقاء و العائلة و حتى رجل الدين الذي سيؤثر على الجانب النفسي للمريض من خلال إقناعه بأن ما يعقب من نتائج هي في الواقع إرادة الله، كل هذا سيرفع من القيمة المتحققة للمعلومة من كل مصدر و بالتالي يؤثر على جدوى القرار المتخذ من قبل المريض.

3.3 المرحلة الثالثة: تقييم البدائل

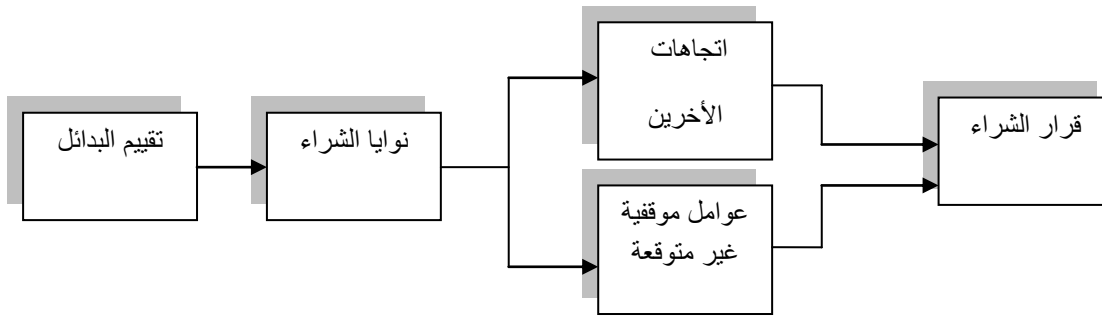
بعد أن يقوم المريض باستخدام المعلومات للوصول إلى مجموعة نهائية من الخيارات التي يمكن أن يفاضل بينها، يجد نفسه أمام التساؤل الذي تطرحه المرحلة التالية من عملية الشراء و هو الكيفية التي يعتمد عليها في الاختيار بين

البدائل التي وصل إليها من خلال البحث، فمرحلة تقييم البدائل " هي المرحلة التي يقوم فيها المريض باستخدام المعلومة التي جمعها بغرض تقييم ما هو متاح أمامه من بدائل يمكنها أن تشبع حاجاته"¹

4.3 المرحلة الرابعة : اتخاذ قرار الشراء

ان اتخاذ المريض لقرار الشراء سيتأثر بعاملين هما:

الشكل رقم: (1-8) اتخاذ قرار الشراء



Source : P.Kotler, B, Debois, le marketing Management, 13eme édition, Op-cit, P 227

✓ **اتجاهات الآخرين:** تمثل مقدار القوة التأثيرية التي يمارسها الآخرون على الزبون عند نيته في اتخاذ قرار

الشراء، وقد تكون تأثيرات سلبية أو ايجابية²، ومدى استجابته لذلك التأثير.

✓ **العوامل الموقفية:** فالمريض يتبنى نية الشراء على أساس بعض العوامل مثل الدخل المتوقع، السعر المتوقع

المنافع المتوقعة.

5.3 المرحلة الخامسة: سلوك ما بعد الشراء

إن مسار الشراء و العلاقة بين المؤسسة و المريض لا تتوقف بمجرد حصوله على الخدمة، بل يجب أن

تستمر، فالانطباع الايجابي المتحقق لديه عن الخدمة المقدمة و طريقة تقديمها ستساهم في استمرار العلاقة

¹ محمد عبد العظيم أبو النجا، ادارة التسويق-مدخل معاصر، مرجع سبق ذكره، ص 236.

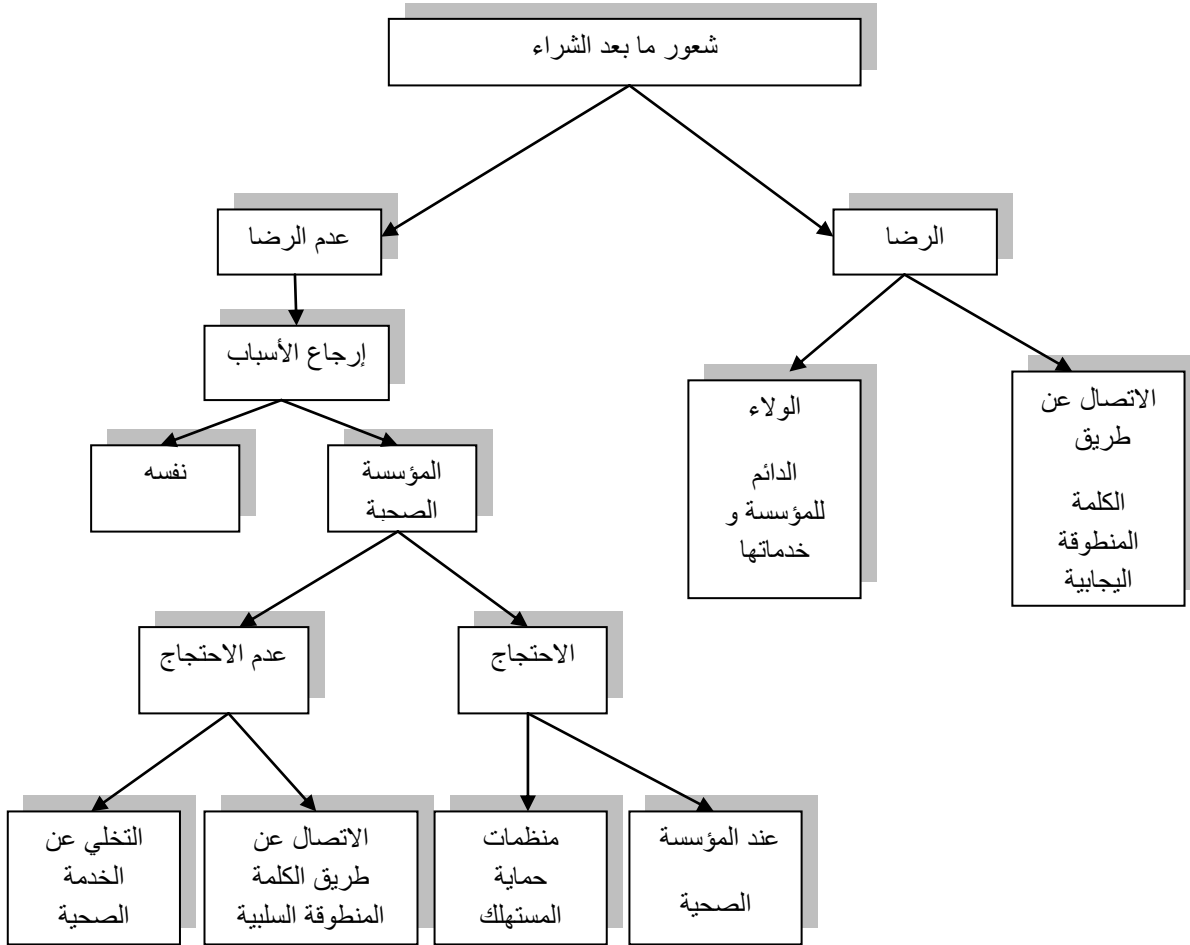
² P.Kotler, B, Debois, le Marketing management, 13eme édition , OP-cit, P 227.

و زيادة ولاء المريض، لكن في المقابل فان عدم تطابق توقعات الزبون مع الأداء الفعلي للخدمة يحدث له شعورا بعدم الرضا.

من خلال الشكل الموالي، يتضح أن سلوك ما بعد الشراء يتحدد وفق المريض لأداء الخدمة و مدى مطابقتها لتوقعاته، و ينتج عن هذا التقييم حالتين، إما أن يكون المريض راض و هذا ما سيخلق لديه ولاء دائما للمؤسسة و خدماتها و إما غير راض، و هذا سيرجعه إما لسوء اختياره فيكتفي بتخفيض اتجاهه الايجابي نحو الخدمة و استبعادها من شراياته المستقبلية، اذ أن الزبون الغير راض سيحدث عن خيبة الأمل التي أصابته جراء شرائه للمنتج الى أكثر من أحد عشر فردا من معارفه¹

¹ فليب كوتلر و آخرون، ترجمة مازن نفاع، التسويق-السلوك-الأسواق-المعلومات، منشورات دار علاء الدين، دمشق، 2002، ص 212.

الشكل رقم: (1-9) نتائج الشعور اللاحق للشراء



المصدر: استنتاج الطالبة بالاعتماد على :

Richard Ladwin, le Comportement de Consommateur et de l'acheteur, économisa, 51

Paris, 2eme édition ; 2003, P 392

المطلب الثاني: الاتجاهات في تحقيق رضا الزبون

إن رضا الزبون هو الناتج النهائي للتقييم الذي يجريه لعملية تبادل معنية لذلك يعد أكثر المعايير أهمية

خاصة عندما يكون توجه المؤسسة نحو كسب أكبر شريحة ممكنة من الزبائن، هذا ما يجعله مرتبطا بنشاط ووجود

المؤسسة ككل.

1. تعريف رضا الزبون

يعتبر الرضا حالة شعورية داخلية، لذلك من الصعب تعريفه على وجه موحد.

✓ عرفه (Philip Kotler) على انه : " هو الانطباع الايجابي أو السلبي للزبون اتجاه تجربة شراء أو استهلاك و يتشكل هذا الانطباع من خلال المقارنة ما بين أداء المنتج و توقعات الزبون"¹.

✓ عرفه (L'AFNO) على انه " رأي العميل الناتج عن الفجوة بين إدراكه للمنتج المستعمل و بين توقعاته"²

هذا التعريف يضعنا أمام ثلاث مستويات، تعتبر في الواقع دالة للفرق بين الأداء و التوقعات هي ³ :

الأداء > التوقعات ← الزبون غير راض

الأداء = التوقعات ← الزبون يكون راض

الأداء < التوقعات ← الزبون راض و سعيد للغاية

و يمكن تصنيف الرضا غالى الأنواع التالية⁴ :

✓ **الرضا عن النظام**: هو التقييم الموضوعي الذي يقوم به الزبون للمنافع الكلية التي يحصل عليها

كالأسعار، الجودة، الصورة الذهنية عن الخدمة.

✓ **الرضا عن المؤسسة**: يشير إلى ما حصل عليه الزبون في التعامل مع المؤسسة مثل التسهيلات

المقدمة.

✓ **الرضا عن الخدمة**: يشير إلى التقييم الموضوعي الذي يقوم به الزبون لجميع المخرجات و

الخبرات عند استخدام الخدمة بمعنى يقارن بين توقعاته السابقة مع أداء الخدمة.

¹ P.Kotler, B, Debois, **le Marketing Managernt**, Op-cit, P 169.

² Danail Ray, **Mesurer et Développer la satisfaction clients, édition-** d'organisation, Paris 2001, P 22

³ فريد محمد الصحن، طارق طه، إدارة التسويق في بيئة العولمة و الانترنت، الدار الجامعية الجديدة، الإسكندرية، 2004، ص 123.

⁴ منى شفيق، التسويق بالعلاقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، بحوث و دراسات، مصر الجديدة، بدون طبعة، 2005، ص 78.

2. أهمية رضا الزبون

يستحوذ رضا الزبون على أهمية كبيرة في سياسة أي مؤسسة و يعد أكثر المعايير فعالية للحكم على أدائها لاسيما عندما تكون هذه المؤسسة متوجهة نحو تحقيق الجودة ، وتبرز أهمية الزبون في كونه:

✓ إذا كان راضيا عن الخدمة المقدمة إليه من قبل المؤسسة فان قراره بالعودة إليها سيكون سريعا و احتمال توجهه إلى المؤسسة الأخرى يبقى منخفضا.

✓ يمثل رضا الزبون تغذية عكسية للمؤسسة فيما يخص الخدمة المقدمة إليه مما يقود المؤسسة إلى تطوير خدماتها المقدمة.

فضلا عن إن رضا الزبون يعد أهم المقاييس لجودة الخدمة، إذا يساعد المؤسسة على تقديم مؤشرات لتقييم كفاءتها و تحسينها نحو الأفضل من خلال¹:

✓ تقديم السياسات المعمول بها و إلغاء تلك التي تؤثر في رضاه.

✓ يعد دليلا لتخطيط الموارد التنظيمية و تسخيرها لخدمة رغبات الزبون و طموحاته في ظل آرائه التي تعد تغذية عكسية .

✓ الكشف عن مستوى أداء العاملين في المؤسسة و مدى حاجاتهم إلى البرامج التدريبية مستقبلا.

3. العلاقة بين رضا الزبون و أنواع متطلباته

أشار البروفسور الياباني (Noricho Kano) وزملائه من جامعة طوكيو إلى ضرورة دراسة ما يعرف بصوت الزبون، وفق اعتقاد مفاده إن للزبائن حاجات خفية غير مرئية، و يتطلب ذلك دراسة ثالث أنواع من خصائص الخدمة هي²:

يوسف جحيم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، إدارة علاقات الزبون، الوراق للنشر و التوزيع، عمان الاردن، الطبعة الأولى، 2010، ص¹ 24.

² عبد المجيد البلداوي، زينب شكري محمود نديم، إدارة الجودة الشاملة و المعولية (الموثوقية) و التقنيات الحديثة في تطبيقها و استخدامها، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2007، ص 84.

✓ المتطلبات الأساسية الواجب توفرها (**Muste be**) : هذه المجموعة لا يعبر عنها الزبون لافتراض

حتمية توفرها¹، و إذا لم يتم تلبية هذه المتطلبات فان الزبون لن يكون راضيا، أما إذا توفرت فان ذلك

لن يزيد من مستوى الرضا لديه²

✓ متطلبات الأداء (تسمى بالخصائص أحادية البعد **one dimension**) : هذه المجموعة يطلبها

الزبون و يعبر عنها بصراحة، كما يتناسب مستوى رضا الزبون طرديا مع درجة تلبية هذه المتطلبات

فكلما كانت درجة هذه المتطلبات عالية كلما كان مستوى الرضا عال و العكس صحيح.

✓ المتطلبات الجاذبة أو الوهاجة **Delighatrs** : تحتل هذه المتطلبات أكبر درجة من التأثير في رضا

الزبون و حسب طبيعة هذه المتطلبات فإنها غير معبر عنها من قبل الزبون، بل غير متوقعة من قبله و

توفرها يرفع من مستوى مشاعر الرضا لديه و غيابها لا يشعره بعدم الرضا.

لكن و بمرور الزمن قد تتحول الخصائص الوهاجة إلى خصائص يجب توفرها، الأمر الذي يستدعي من

المؤسسات الاستمرار بدراسة و تتبع صوت الزبون لإيجاد خصائص وهاجة جديدة و التأكد بأنها قامت بتقديم

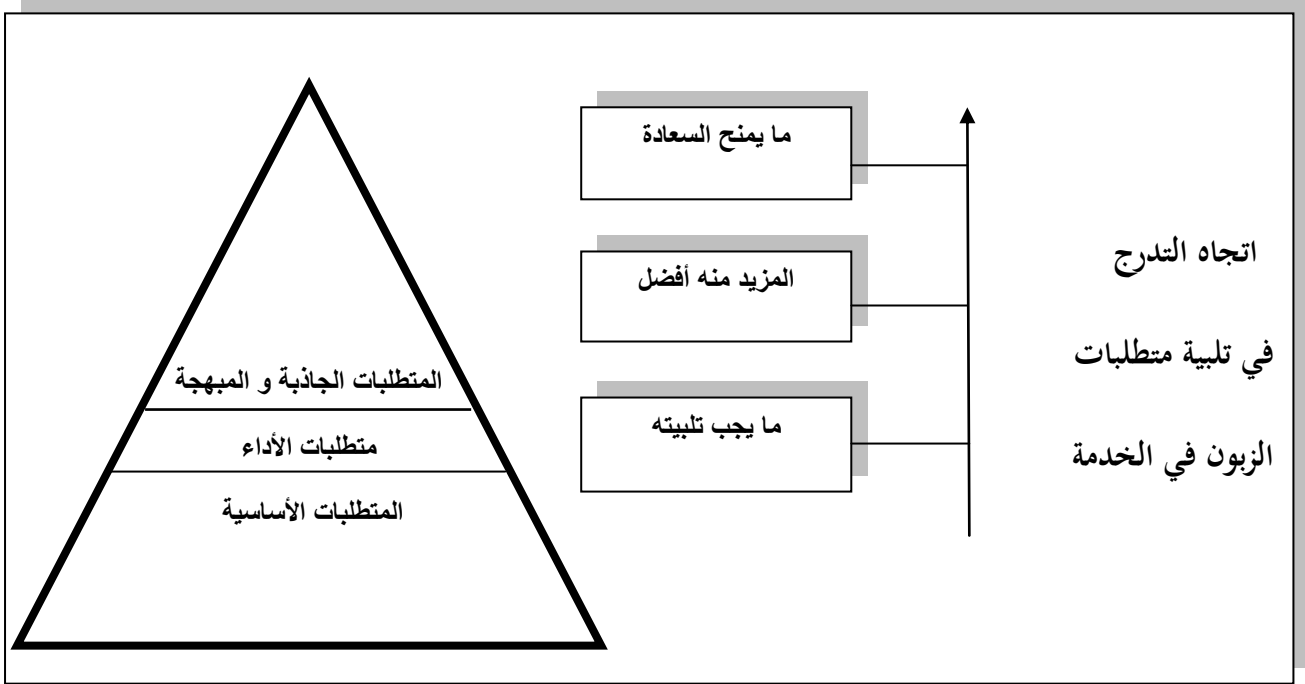
الخدمة وفق مخطط (KANO)³ الموضح في الشكل الموالي.

¹ رعد عبد الله الطائي، عيسى قدامة، إدارة الجودة الشاملة، دار البازوري للنشر و التوزيع، عمان الاردن، الطبعة العربية، 2008، ص 156.

² محفوظ احمد أبو جودة، إدارة الجودة الشاملة-مفاهيم و تطبيقات، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان الاردن، الطبعة الاولى، 2004، ص 80.

³ عبد المجيد البلداوي، زينب شكري نديم، إدارة الجودة الشاملة و المعولية و التقنيات الحديثة في تطبيقها، مرجع سبق ذكره، ص 84.

الشكل رقم : (1-10): هرم أصناف متطلبات الزبون



المصدر: رعد عبد الله الطائي، عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 158.

و تستفيد إدارة المؤسسة من تصنيف نموذج كانوا لمتطلبات الخدمة بهذا الشكل من عدة نواحي أهمها أنه يساعد الإدارة على ترتيب أولوياتها فيما يتعلق بتطوير الخدمة، حيث قد توجه الإدارة جهودها لتطوير متطلبات الأداء و المتطلبات الجاذبة بدلا من توجيهها نحو تطوير المتطلبات الأساسية إذا كانت المتطلبات الأساسية موجودة بدرجة مرضية للزبون¹.

المطلب الثالث: علاقة جودة الخدمة الصحية برضا الزبون

1. مفهوم العلاقة بين جودة الخدمة الصحية و رضا المريض

إن العلاقة بين جودة الخدمة الصحية و رضا الزبون-المريض- لا تخرج في إطارها عن مضمون العلاقة بين جودة أي خدمة و رضا الزبون عنها، لكن الفارق الوحيد يكمن في أن الخدمة الصحية هي الخدمة الوحيدة

¹ محفوظ احمد أبو جودة، إدارة الجودة الشاملة-مفاهيم و تطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص 82.

التي لا تقبل الخطأ، فالخطأ بها يعني الموت أو الإعاقة الدائمة، ومن هنا كانت الجودة الضامنة الأساسية و المهمة لرضا المرضى.

ميز Bateson¹ ما بين جودة الخدمة و رضا الزبون حيث ذكر أن الجودة هي موقف يكونه الزبون من خلال تقييمه لعرض الخدمة و أكد أن هذا الموقف يكون مبني على سلسلة من خبرات تقييمه سابقة، لذلك فان الجودة أقل ديناميكية قياسا إلى الرضا الذي هو الناتج النهائي للتقييم الذي يجريه المستفيد لعملية تبادل معينة و لتأخذ مثلا على ذلك، إذا وجد المريض عددا من المستشفيات في المنطقة تقدم خدمات ذات جودة عالية، فان تقييمه الشامل لجودة الخدمة التي تقدمها المؤسسة التي يتعامل معها سيكون مستندا على أساس ما تقدمه المؤسسات الأخرى من خدمات، فالمستفيد هنا يكون مطلعاً على جودة خدمات هذه المستشفيات، ولن يقبل بخدمة صحية أقل مما تقدمه هذه المؤسسات، بعبارة أخرى فان المستفيد يتوقع أن يحصل من المؤسسة الصحية التي يتعامل معها على خدمة مساوية أو أفضل من تلك المقدمة من قبل المؤسسات الأخرى.

أما Anderson و في محاولة منه للتمييز بين الرضا الزبون و جودة الخدمة استخدام مفهومين اثنين لرضا الزبون² :

✓ رضا الزبون المستند على تبادل تجاري محدد: فمستوى الرضا المتحقق من عملية التبادل هذه

سيحدد في ضوء مستوى توقعات الزبون السابقة مع المستشفى مثلا و الناتج النهائي للخدمة العالية

نسبيا فادا كانت النتائج الفعلية للخدمة تفوق ما كان متوقعا فانه سيكون راض عن الخدمة.

✓ رضا الزبون المستند على تبادلات تراكمية: يستند هذا المفهوم إلى ما يسمى بإجمالي خبرة شراء و

استهلاك خدمة عبر فترة زمنية، و استنادا لذلك يعد هذا المفهوم مؤشرا مهما لتقييم أداء مورد الخدمة في

الماضي و الحاضر و المستقبل، و إذا ما تم اعتبار الجودة تستند في تقييمها على حكم شامل لكل

¹ حميد الطائي، بشير العلق، إدارة عمليات الخدمة، دار البازوري، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص 150.
² يوسف جحيم الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، إدارة علاقات الزبون، مرجع سبق ذكره، ص 242.

الخدمات التي يقدمها مورد الخدمة فان علينا الإقرار بوجود اختلافات بين الرضا التراكمي للزبون و جودة الخدمة المدركة، و ذلك للأسباب التالية:

- يحتاج الزبون إلى خبرة مع الخدمة كي يحدد الرضا بينما يمكن إدراك الجودة من دون خبرة فعلية.
- يعتمد رضا الزبون على قيمة، عندما تكون القيمة مركبة من السعر و الجودة و عليه فان الرضا هو الذي يعتمد على السعر و ليست الجودة.
- أن الجودة ترتبط بالادراكات الحالية بينما يستند الرضا على الخبرات السابقة.

✓ رضا الزبون و جودة الخدمة الصحية أيهما يسبق الآخر؟

يرى **Gronin** و **Taylor** أن رضا الزبون يتصدر جودة الخدمة ، و أن نوايا الشراء لدى الزبون ترتبط بشكل أوثق مع مستوى الرضا قياسا إلى ادراكات جودة الخدمة لكن على الإدارة بدل جهود أكبر و اهتماما أكثر بعناصر الرضا الأخرى كالسعر و مدى توفر الخدمة بالمقارنة مع الجودة العالية بمعنى عدم الاهتمام بالجودة على حساب العناصر الأخرى.

أما **Oliver 1981** فيبين أن الرضا يتشكل من خلال الشعور اللاحق للشراء الذي يصبح في النهاية أحد أهم العناصر المشككة للاتجاه و بالتالي يمكن اعتبار الرضا مؤثر على تقييم الزبون للجودة و كذلك على نواياه الشرائي بالتبعية¹.

2. أهمية دراسة رضا الزبائن عن جودة الخدمة الصحية :

ان الاهتمام بدراسة رضا الزبائن عن جودة الخدمات الصحية و التعرف على آرائهم حولها هو في الواقع حديث نسبي، و قد تركزت معظم الدراسات في الدول التي يكون للقطاع الخاص فيها دور رئيسي في تقديم الخدمة الصحية كالولايات المتحدة الأمريكية، حيث يتوافر عنصر المنافسة بين المؤسسات الصحية لاسيما

¹ رشا حسين عبد العزيز مصطفى، قياس رضا العملاء عن جودة السلع الاستهلاكية المعمرة بالتطبيق على شركات قطاع الأعمال العام، رسالة ماجستير، فرع إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، 1998، ص 49.

المستشفيات للحصول على أكبر عدد ممكن من الزبائن في مقابل تقديم خدمات بجودة عالية، خاصة و أن الربح يلعب دورا حاسما في استمرارها و نموها و تحسين خدماتها.

وقد توصلت العديد من الدراسات التنظيمية إلى أن تحقيق رغبات و توقعات الزبائن و كسب ثقتهم هي أحد المعايير الأساسية التي لا بد من الأخذ بها عند محاولة تقييم مدى نجاح المؤسسات على اختلاف أنواعها حيث ركزت بعض الدراسات الخاصة بالفاعلية التنظيمية مثل دراسات Kelly 1978, Connolly 1980 في التعرف على آراء المستفيدين و أحكامهم حول الخدمات المقدمة لهم باعتبار أن فاعلية أي جهاز مرتبطة بقدرة على تأمين حاجات المستفيدين الاستراتيجيين من الخدمة و فيما يتعلق بالمؤسسات الصحية فقد أبرزت العديد من الدراسات أهمية و فائدة التعرف على آراء المرضى و أحكامهم الشخصية حول الخدمات كأحد المؤشرات الهامة على جودة الخدمة الصحية (Donabedian, Ikegami, Rada, Doping) و بينت أوجه و مجالات الاستفادة من نتائج هذه الدراسات في مجال تطوير الخدمات الصحية.

3. استخدام نموذج الفجوات لتحليل جودة الخدمة الصحية

تختلف عملية تحقيق رضا الزبون في تسويق الخدمات، باعتبار أن الجودة المدركة في الخدمة هي غير الجودة المدركة في السلع الملموسة لاختلاف الخصائص التسويقية فيما بينهما، بل و يختلف الأمر من زبون لآخر تبعا للحالة النفسية .

و بإسقاط هذا المفهوم على الخدمات الصحية، فإن الرضا قد يتحقق للمريض الذي يغادر المؤسسة بعد تلقيه العلاج المناسب و لا يتحقق لذلك المريض المصاب بمرض مستعصي مهما كان الاهتمام و الرعاية التي بدلت من أجله.

ومن وجهة نظر لمؤسسة الصحية الراغبة في النجاح و الاستمرار فإن جوهر الجودة في الخدمات لا ينحصر في حدود المطابقة للخدمة المقدمة مع المواصفات القياسية المحددة، أو تقديمها بأقل ما يمكن من الكلف بل

امتدت إلى ما يحتاجه المريض وما يتوقع أو يحصل عليه، و اختلاف ذلك من مؤسسة صحية لأخرى و بالتالي أصبحت الجودة في الخدمة الصحية بمثابة ميزة نسبية (**Relative Advantage**)¹ على المؤسسة توظيفها لتعزيز مكانتها في السوق الصحي ، و لا شك أن عدم إدراك هذه الميزة يعني وجود فجوة (**GAP**) بين المؤسسة الصحية و الزبون عبر الخدمة الصحية المقدمة.

انطلاقاً من هذا و قصد تحليل هذه العلاقة ارتأينا اعتماد نموذج الفجوات أو ما يعرف (SERVQUAL) و هو أحد المرتكزات الأساسية التي استندت إليها نظرية الفجوات في تفسيرها للعمليات النفسية التي يقوم من خلالها الزبون بتقييم جودة الخدمة و الحكم عليها²، و يمكن أن نحدد الفجوات كما يلي :

1.3 الفجوة بين توقع المريض و إدراك الإدارة : تحصل عندما لا تدرك الإدارة بصورة

صحيحة ما يرغبه المريض و كيفية حكمه على مكونات الخدمة، لان المعلومات التي لديها غير صحيحة عن السوق و أنماط الطلب أو تم تفسيرها بصورة خاطئة³ .

2.3 الفجوة بين إدراك الإدارة و مواصفات جودة الخدمة⁴ : وتعني أن مواصفات الجودة

لا تتطابق مع توقعات الإدارة و قد يغزى السبب لعدم قدرة المؤسسة على وضع مستويات واضحة للجودة أو أخطاء في إجراءات التخطيط أو قد تكون مستويات الجودة واضحة و تروق للمرضى إلا أنها لا تصل إلى طموحات الإدارة .

¹ تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 216.

² حميد الطائي، بشير العلق، تسويق الخدمات مدخل استراتيجي وظيفي تطبيقي، مرجع سبق ذكره، ص 248.

³ علي فلاح الزغبي، إدارة التسويق منظور تطبيقي استراتيجي، دار البازوري العلمية، الأردن، الطبعة العربية، 2009، ص 407.

⁴ نظام موسى سويدان، عبد المجيد البلداوي، إدارة التسويق في المنظمات الغير ربحية، مرجع سبق ذكره، ص 237.

3.3 الفجوة بين مواصفات جودة الخدمة و تقديم الخدمة: و تنتج عن الاختلافات بين

مواصفات جودة أداء الخدمة، و الأداء الفعلي و من أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث

هذه الفجوة هي¹ :

✓ تدني مستوى مهارة مقدمي الخدمة.

✓ عدم وضوح دور مقدمي الخدمة.

✓ عدم وجود الحافز الكافي على أداء الخدمة أو وجود أنظمة تشغيل سيئة².

4.3 الفجوة بين الخدمة المستلمة و الاتصالات الخارجية: و تنتج عن الخلل في

مصادقية المؤسسة بين ما تعلنه من مستويات الخدمة وما تقدمه فعلياً عبر الاتصالات التي تمت

بين الإدارة و المرضى.

5.3 الفجوة بين الخدمة المستلمة و الخدمة المتوقعة: تكون عندما لا يحصل المريض

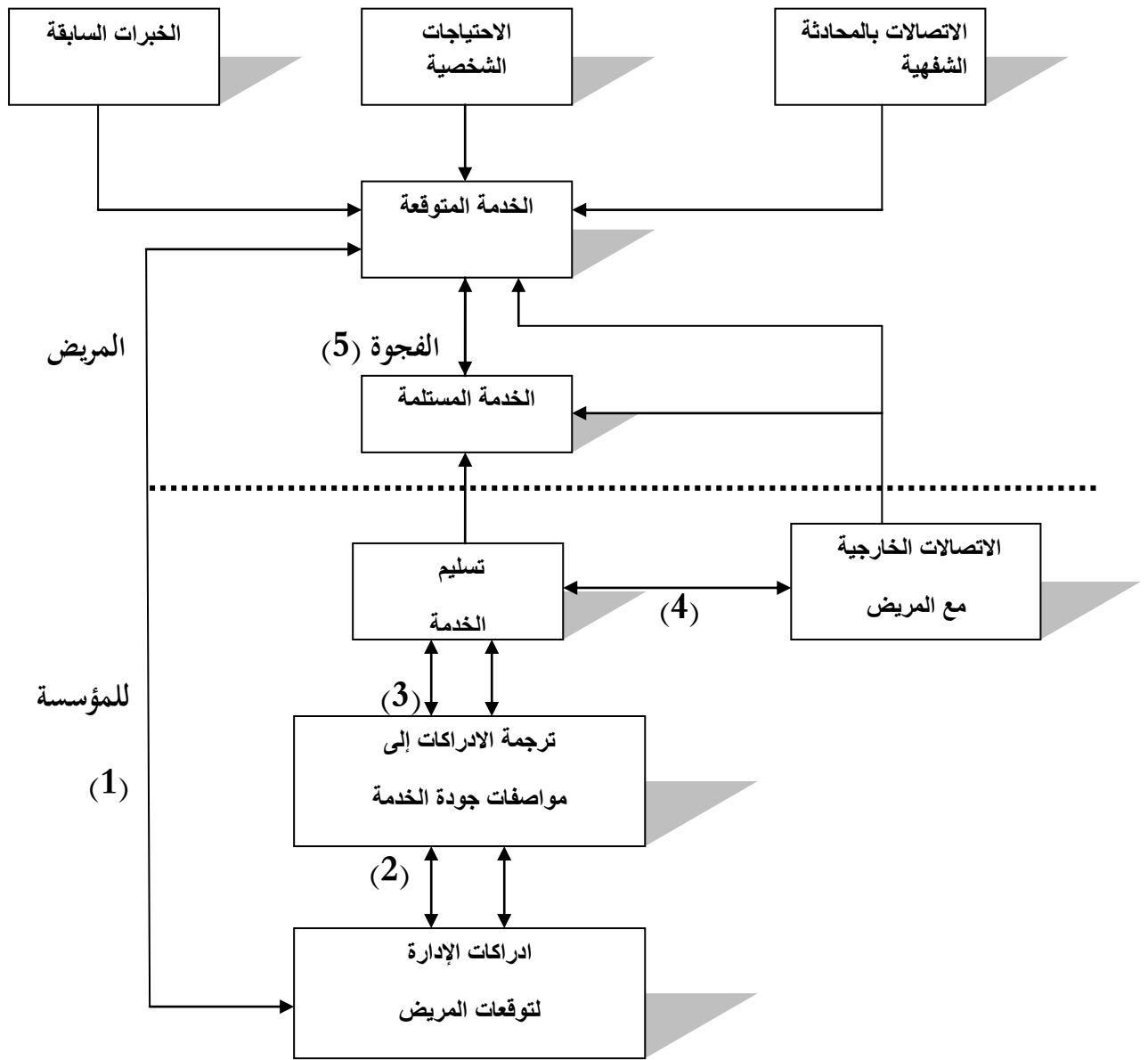
على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة، كما هو الحال عندما يسعى الطبيب على زيارة المريض

باستمرار كجزء من واجبه و الذي يفسره المريض على أن هناك خطوة في حالته الصحية.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، فتيحة أبو بكر إدريس، استخدام نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية، بحث مقدم للمؤتمر العلمي الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، الأردن، 26-27 نيسان 2006، ص 5.

² علي فلاح الزغبي، إدارة التسويق-منظور تطبيقي استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص 407.

الشكل رقم : (1-11) نموذج جودة الخدمة



المصدر: بالتصرف عن : ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 218.

ومن دون شك أن من بين كل هذه الفجوات تعتبر الفجوة الأولى الأكثر أهمية، أما الفجوة الخامسة فلا يمكن التحكم بها لأنها تعتبر إلى حد ما مجموع الفجوات الأخرى، أما الفجوتين (الثانية و الرابعة) فيمكن التحكم بهما بشكل كبير لأنه يمكن لمقدمي الخدمة أن يعوا توقعات زبائنهم، و أي محاولة لتحسين وسائل إرضاء الزبون عن طريق الرعاية الصحية التي يتلقاها تبدأ بتحليل شامل للفجوة الأولى.

الجدول (1-1): وصف لتقليص الفجوات في جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية

التفاصيل	الفجوة
<p>تعلم ماذا يتوقع المرضى</p> <ul style="list-style-type: none"> ● العمل نحو تحقيق فهم أفضل لتوقعات المرضى من خلال البحوث، تحليل الشكاوي، آراء المرضى. ● زيادة و تحسين التفاعل المباشر بين المدراء و المرضى باتجاه تحسين الفهم المشترك بين الطرفين. ● تحسين الاتصالات بين مقدمي الخدمة الصحية و إدارة المؤسسة. 	الأولى
<p>تحديد المعايير الدقيقة لجودة الخدمة</p> <ul style="list-style-type: none"> ● التأكد من كون إدارة المؤسسة ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي من وجهة نظر المرضى. ● الاستجابة للطرق و الأساليب الجديدة في العمل الصحي التي تقود إلى تقديم خدمة بجودة أفضل. ● التحديد الواضح لأهداف الجودة للخدمة الصحية بما يمكنها من مواجهة توقعات المرضى. ● التأكد من كون الجميع يفهمون و يتقبلون تلك الأهداف الموضوعية ذات الصلة بجودة الخدمة. 	الثانية
<p>التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعية</p> <ul style="list-style-type: none"> ● توضيح الأدوار و المهام لكافة العاملين في الخدمة الصحية بأن ما يؤذونه من عمل يصب في تحقيق رضا المريض. ● زيادة مهارة العاملين و قدراتهم في انجاز الأعمال المطلوبة منهم. ● تطوير أساليب و طرق الاستقطاب و الجذب للعاملين من خلال إشراكهم في وضع معايير الجودة للخدمة الصحية باتجاه زيادة ولائهم للمؤسسة. 	الثالثة
<p>التأكد من كون الخدمة المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه</p> <ul style="list-style-type: none"> ● البحث عن المدخلات الجديدة في العمليات الشخصية للأفراد عند القيام ببرامج ترويجية و إعلانية عن الخدمة الصحية المقدمة. ● تطوير البرامج الترويجية و الوعود التي تتضمنها بما يتوافق مع قدرات و إمكانيات الطاقم الطبي في انجاز الخدمات الصحية الجيدة. ● ضرورة اطلاع و إخبار الطاقم الطبي و التمريضي بمضامين البرامج الترويجية المقدمة قبل إطلاقها للجمهور. ● التأكد من مصداقية الإعلان و كونه يعكس حقيقة الخدمة الصحية المقدمة. ● العمل وفق مبدأ إدارة المرضى و ذلك من خلال إشراكهم في التعرف على ما يمكن تحقيقه من الخدمة الصحية المقدمة و ما لا يمكن تحقيقه. 	الرابعة

المصدر: بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص (220-222)

4. خطوات تحقيق الجودة في خدمة الزبائن - المرضى

حتى يمكن ضمان الجودة في الخدمة المقدمة للزبون لتحقيق رضاه و تعزيز مكانة المؤسسة لديه، هناك مجموعة الخطوات التي يتم تتبعها وهي على النحو التالي¹:

1.4 الخطوة الأولى: جذب الانتباه و إثارة الاهتمام بالزبائن (المرضى)

فالنجاح يتحقق من خلال جذب انتباه الزبائن و إثارة اهتمامهم من خلال المواقف الايجابية التي يظهرها عادة في مجالات خدمة الزبون، فالاستعداد المعنوي و المادي لملاقاة الزبون (الابتسامة، المظهر الجيد، الثقة) تسمح بترسيخ صورة ذهنية فعالة لدى الزبون عند حصوله على الخدمة بمواصفات دقيقة و بمعاملة في قمة الاحترام ترضي أو تفوق تطلعاته.

2.4 الخطوة الثانية: خلق الرغبة لدى الزبون (المريض) و تحديد حاجاته

يتم هذا من خلال المهارات التسويقية و البيعية التي يتميز بها مقدم الخدمة، ومن خلال العرض السليم و المنطقي لمزايا الخدمة، و إقناع الزبون و التركيز على نواحي القصور و كيفية معالجتها، وهنا على مقدم الخدمة الاستماع لكل استفسارات الزبون (المريض) بكل اهتمام و الاجتهاد في الإجابة عليها.

3.4 الخطوة الثالثة: إقناع الزبون (المريض) و معالجة الاعتراضات لديه

طرق الإقناع و خلق الرغبة ليس بالأمر الهين، حيث تتطلب العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق مرتكزات القناعة لدى الزبائن- المرضى من خلال تقديم خدمات قادرة على استقطاب قناعتهم و معالجة الاعتراضات التي يديها البعض عند اقتناء الخدمة، حيث تختلف طريقة الرد على الاعتراضات من موقف لآخر، و هناك مجموعة من القواعد التي يمكن الاعتماد عليها في الرد على اعتراضات الزبائن- المرضى مثل التزام مقدم الخدمة بالقاعدة الذهنية "الزبون (المريض) دائما على حق (

¹ خضير كاضم حمود، إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2002، ص 217-223.

4.4 الخطوة الرابعة: التأكد على استمرارية تعامل الزبائن (المرضى) مع المؤسسة

يتم هذا من خلال الاهتمام بشكاوي المرضى و ملاحظاتهم و الاعتذار لهم و إشعارهم بأهمية الشكوى المقدمة من طرفهم

إن الخطوات الأربعة السابقة إذا اعتمدت ستسمح حقا بتقديم جودة في الخدمة المرضى بكفاءة و فعالية و بمهارة عالية تمكن المؤسسة الصحية من التعامل و الاستمرار في علاقتها مع المرضى الحاليين و اجتذاب زبائن جدد من خلال تميزها بالجودة في التعامل مع مرضاها

تعتبر جودة خدمة الزبون توجهها جديدا تسعى المؤسسات الصحية لتبني مضامينه، ومن المعروف أن الزبون (المريض) يفضل الشراء من المؤسسة التي سبق و تعامل معها عن التعامل مع مؤسسة جديدة، فادا شعر أن الخدمة التي قدمت له متميزة، فانه سيكون¹:

✓ قد تعرف على الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية.

✓ تكونت لديه الثقة في كفاءة المؤسسة الصحية و دقة مواعيدها في تقديم الخدمات

✓ تعرف على شروط الشراء في المؤسسة.

✓ تأكد من أنه سيحصل على ما يلبي احتياجاته و يشبع رغباته

من ناحية أخرى، فان تقديم المؤسسة الصحية لمستوى سيء من الخدمة للمريض ان يمكنها من معرفة أسباب عدم قدرتها على الاحتفاظ بزبائنها.

¹ جيني هايز، فرانسيس دريدج، إدارة خدمة العملاء، قسم الترجمة بدار الفاروق للاستثمار، القاهرة، الطبعة الأولى، بدون سنة نضر، ص 15.

خلاصة:

تتفرد الخدمات الصحية بجملة من الخصائص التي تميزها عن باقي السلع الملموسة، تتمثل في خاصية التلازم بين الخدمة و مقدمها، عدم التجانس اذ لا يمكن اعادة انتاجها و تقديمها بنفس الدقة، و صفة الهلامية التي تؤدي الى عدم رضا الزبون اذا لم يلب طلبه بالإضافة الى عدم ملموسيتها و هو ما ينتج عنه صعوبة في تقييم جودتها.

ولما كانت الخدمات الصحية هي العلاج المقدم للمرضى، سواء كان علاجاً أو تشخيصاً أو تدخلاً بينهما يحقق في النهاية قبول للمريض، فإنها تنطوي على أهمية كبيرة نابعة من أهمية الخدمات في حد ذاتها، فهي لا تختلف في مضمونها عن الخدمات الأخرى، لكنها تكتسي خصوصية، لذلك من الصعوبة في الكثير من الأحيان على المؤسسات الصحية اعتماد ذات المعايير و المفاهيم المطبقة في الخدمات الأخرى.

وقد أصبح للمؤسسات التي تتولى تقديم هذه الخدمات دور بارز في الحياة الاقتصادية، فلم يعد نشاطها مقتصر على مجرد تقديم الخمة العلاجية فحسب، و إنما امتد الناحية الوقائية و الى المشاركة في البرامج التي تكفل التوعية و الاهتمام بالنواحي الصحية، إلا أن تأثير القوانين و الأنظمة الحكومية فيما يتعلق بتحديد منهج عملها و الخدمات التي تقدمها يخلق نوعاً من الضغوط النفسية تجعلها مسؤولة بحكم القانون أولاً، و مكانتها الاجتماعية ثانياً على تأمين العلاج المطلوب للزبائن المرضى وفق المعايير المحددة لتصل الى رضا المستفيدين منها و ترتقي للمكانة التي يتطلعون اليها.

و تواجه المؤسسات الصحية تحديات من نوع مختلف تأتي في مقدمتها تحديات الجودة التي ما أصبح المريض يقبل بمستويات متدنية منها.

الفصل الثاني

دراسة حالة المؤسسة العمومية

الاستشفائية بمستغانم

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

تمهيد

تبلورت نتائج دراستنا النظرية في الفكرة التي مؤداها أن رضا المريض هو في الواقع محصلة لاجتماع عدة عوامل تشكل فيما بينها مستوى معين من الرضا، و تأتي في مقدمتها الجودة التي ما أصبح المريض يقبل خدمات صحية من دونها، و تشمل الجودة ككل ما يمكن أن يستفيد منه المريض كخدمات الاستقبال و خدمات الإيواء و التمريض و المعاملة من تاريخ دخوله المستشفى حتى خروجه منها.

و حتى لا تبقى هذه الفكرة في إطارها النظري، سنحاول إسقاط مفهومها على المؤسسة محل الدراسة هي المؤسسة العمومية الإستشفائية لمستغانم، و استطلاع انطباعات و آراء جمهور المرضى المتعاملين معها و كذا موظفيها، و لا شك أن إبراز وجهة نظر المرضى اتجاه الخدمة التي يتلقونها يعد رافدا قويا لتقصي النواحي الإيجابية و السلبية في خدمات المستشفى.

و لتحقيق ذلك جاء هذا الفصل في ثلاث مباحث، تناول في مبحثه الأول بصفة مختصرة، النظام الصحي الجزائري بحقبة التاريخية المتتالية، يليه المبحث الثاني بدراسة مستفيضة للمؤسسة محل الدراسة من خلال التعريف بها و بهيكلها التنظيمي، ثم مساعي الجودة بها، ليعرض المبحث الثالث الدراسة الميدانية، و يبلور النتائج النهائية.

المبحث الأول : النظام الصحي الجزائري

عرفت الجزائر مرحلة صعبة عقب الاستقلال ،هذا ما انعكس سلبا على وضع المنظومة الصحية ،لكنها سرعان ما تداركت الوضع بإصدار مشروع إصلاح الهياكل الصحية ،لتقديم الخدمات بالمستوى الذي يتطلع له المواطنون ،و إتاحة الموارد اللازمة للقطاع ،وبهذا شهد القطاع نقلة نوعية في سبيل الارتقاء بالخدمات التي يقدمها.

المطلب الأول : النظام الصحي الجزائري و مراحل تطوره

قبل الاسترسال في سرد الحقب المتتالية لتطور النظام الصحي الجزائري لا بأس من تعريفه. يعرف النظام الصحي على أنه "تنظيم الخدمات الصحية عن طريق تحديد المبادئ التي يجب اتباعها و الأهداف المراد الوصول إليها (وقاية، رعاية، تربية صحية...)¹، قد عرف هذا النظام مراحل تاريخية مختلفة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا نوضحها فيما يلي:

1. المرحلة الأولى : من 1962-1973

عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات تطورات كبيرة من حيث المستخدمين و الهياكل القاعدية ،لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة بالتطور السكاني الذي عرفته البلاد ،وكذا بجملة من القوانين و النصوص لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر أهمها:²

- ✓ العمل على إيجاد صيغة وطنية للنظام الصحي ،و بدأت بتوحيد الهيئات المشرفة على الصحة.
- ✓ تجسيد عدة برامج صحية موجهة لحماية الطبقة المحرومة من الشكاوى و الوقاية من الأمراض المستعصية.
- ✓ تم فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال و إطلاق الحملات الوطنية للتلقيح ضد السل سنة 1970/1969 و ضد الشلل 1974/1973 و هذا في إطار برنامج وضع بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة (OMS).

¹ Kaid Nouarra, **le Système de la santé Algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation à travers la santé des enfants dans la Wilaya de Bejaia**, Thèse de doctorat en Sciences économiques, Université d'Alger, 2003, p 16.

² République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience Algérienne, Alger, 1985, p 55.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

و تزامنا مع بداية المخطط الوطني من جهة و بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) الذي أنشأ في 1966 لتنظيم مهنة الأطباء و الصيادلة، لوحظ تحسن في الخدمات الصحية مع تطور التكوين الطبي و الشبه طبي و مع إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967-1969.¹

2. المرحلة الثانية : من 1974-1989

ما ميز هذه المرحلة بدء العمل وفق مرسوم هيكلة النظام الصحي الجزائري المؤرخ في فيفري 1973 و تم بموجبه تقسيم البلاد إلى قطاعات صحية موجودة على مستوى كل دائرة و نظم نظاما استشفائيا، و وحدات صحية جوارية ملحقة بها إداريا، كما تم اعتماد إجراءات قانونية أهمها:

- ✓ المرسوم التشريعي 65-73 المؤرخ في 28/12/1973² و القاضي بتطبيق مجانية العلاج لكل مواطن مهما كانت مداخله و وضعيته الإجتماعية، و قد شرع في تنفيذه منذ مطلع 1974.
- ✓ إصلاح النظام التربوي و بالخصوص الدراسات الطبية، مما سمح بوجود عدد معتبر من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.

3. المرحلة الثالثة : من 1990-2004

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي تطورت منذ نهاية الثمانينات، و اعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني يجب أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الإقتصادية و الإجتماعية و حتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على:³

- ✓ إلزامية التكامل بين القطاعات و تحديد الوظائف و الأداء و هذا لا يشمل وزارة الصحة فقط، و إنما القطاعات و التنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.
- ✓ تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية في الصحة.

¹ أمير جيلالي، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، فرع تخطيط، كلية العلوم الإقتصادية جامعة الجزائر، 2001/2000، ص 113.

² الأمر رقم 73-65 المؤرخ في ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية.

³ حاش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب و النشر، الجزائر الطبعة الأولى، 2008، ص (151-150).

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

- ✓ التسلسل في العلاج و إعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.
- ✓ إنشاء و وضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة ، و التي تمثلت في:¹
 - المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP) مكلف بالمراقبة القبيلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.
 - الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) المكلفة بضمان تامين الهياكل الصحية بالمنتجات الصيدلانية (1994).
 - الوكالة الوطنية للدم (ANS) المكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم سنة 1995.
 - الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANBS) المكلفة بتطوير التوثيق و المعلومة و الإتصال.
 - المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و يقظة العتاد (CNPM) المكلف بمراقبة الآثار المترتبة على استهلاك الأدوية و استعمال المعدات الطبية.

و قبل هذا خضعت الجزائر رسميا لشروط برنامج التعديل الهيكلي (PAS) الذي فرضه صندوق النقد الدولي (FMI) بسبب الضغوطات الإقتصادية التي كانت تعيشها و قد تلخصت أهداف برنامج التعديل الهيكلي في الضغط على نفقات الرعاية الصحية على المستوى الداخلي ، تقليص استيراد الأدوية و المعدات الطبية² و تقليص الرعاية الصحية في الخارج³ على المستوى الخارجي.

1.1. مؤشرات تطور النظام الصحي للفترة الممتدة ما بين (1962- إلى يومنا هذا)

لم يعرف الوضع الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا استقرارا ملحوظا و أكبر دليل على ذلك التباين في مستوى المؤشرات من مرحلة إلى أخرى ، هذه المؤشرات المتمثلة أساسا في الموارد المادية (الهياكل القاعدية ، الوحدات الصحية) الموارد البشرية (الأطباء ، الصيادلة ، شبه الطبيين) و المؤشرات الصحية (متوسط العمر ، نسبة الوفيات ، الأمراض....).

¹ بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، مذكرة ماجستير، فرع إدارة الأعمال كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، قسم علوم التسيير التسيير، جامعة الجزائر، 2009/2008، ص 170.

² Kaid Nouarra. OPCIT, P61.

³ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007، ص 170.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

1.1.1 المرحلة ما بين (1962-1973):

كان نصيب قطاع الصحة في هذه الفترة ضعيفا جدا لم يتعدى 1.6% من الناتج الداخلي الخام (PIB) لذلك كانت مؤشرات هذه المرحلة كما يلي:¹

1- الموارد المادية : تميزت بوجود عجز في الهياكل القاعدية ، حيث وصل عدد المؤسسات العمومية إلى 148 مؤسسة ، أما العيادات المتعددة الخدمات فلم يكن لها وجود في سنوات الستينيات إلى غاية 1972 أين تم إنجاز 16 عيادة لتغطية الطلب المتزايد و ارتفع عدد المراكز الصحية من 256 سنة 1966 إلى ما يقارب 308 سنة 1969 ليصل سنة 1973 إلى مركزا صحيا.

2- الموارد البشرية : غداة الاستقلال كانت الجزائر تفتقر إلى الموارد البشرية المؤهلة إذ لم تتوفر إلا على 5000 طبيب (50% منهم جزائري) أما عدد الصيادلة فوصل إلى 396 صيدلي (331 جزائري) و 376 طبيب أسنان (279 منهم جزائري) بعد ما كان عددهم على التوالي 264 صيدلي 70 منهم جزائري و 151 طبيب أسنان.

3- المؤشرات الصحية : وصل معدل الحياة في هذه المرحلة إلى ما يقارب 53 سنة في حين ارتفعت نسبة الوفيات العامة لتصل إلى 15.6 في الألف سنة 1966 و إلى 16.3 في الألف سنتي 1972-1973 مع انخفاض في نسبة الوفيات لدى الأطفال من 180 في الألف سنة 1966 إلى 141.5 في الألف سنة 1970.

2.1.1 المرحلة ما بين 1974-1989:

إرتفع نصيب قطاع الصحة خلال هذه الفترة إلى ما يعادل 5.4% من الناتج الخام لذلك جاءت مؤشرات هذه المرحلة كما يلي:²

¹ IBIB, P56.

² حاوش نور الدين، النظام الصحي في الجزائر بين الأهداف السياسية و الواقع الاقتصادي، مذكرة ما بعد التخرج المتخصص غير منشورة، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 1999، ص 10.

الفصل الثاني:دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

✓ الموارد المادية:

عرفت إنجاز عدد هام من الهياكل الصحية خاصة المستشفيات العامة (173 مستشفى عام) ب 44180 سرير و 160 عيادة متعددة الخدمات و مراكز صحية بهدف توسيع التغطية الصحية و قد تك إنشاء 13 مركز استشفائي جامعي مكلف بالرعاية و التكوين و البحث ،لكن نسبة الأشغال بهذه الهياكل لم تكن كما كان مبرمج لها ، كما تمت إعادة هيكلة الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) سنة 1983 ما نتج عنها ظهور المؤسسات التالية : المؤسسة الوطنية للمعدات الطبية ،مؤسسات التموين بالأدوية و مؤسسات إنتاج الأدوية.

✓ الموارد البشرية: عرفت هذه المرحلة ما يلي:

- تضاعف في عدد الأطباء وصل على 6346 طبيب (4561 جزائري).
- عدد الصيادلة 1051 منهم 1001 جزائري و عدد أطباء الأسنان 1426 منهم 1305 جزائري.
- وصل عدد عمال سلك الشبه طبي إلى 85082 موظف وزعوا إلى 36641 ذوي شهادات دولة 30648 ذوي شهادة (breveté).

✓ المؤشرات الصحية : حيث عرفت:

- تراجع معدل الوفيات من خلال تحسن المستوى المعيشي للأفراد ،و كذا تجسيد البرامج الوطنية للصحة كمكافحة أمراض سوء التغذية ،ولوحظ تراجع محسوس في معدل الإصابة بالأمراض المتنقلة.
- بالموازاة مع ذلك بقيت الأمراض المتعلقة بنظافة المحيط (المياه الصالحة للشرب ، قنوات صرف المياه) على حالها.
- ارتفاع محسوس في معدل الحياة ،حيث وصل إلى حدود 56 سنة.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

3.1.1 المرحلة ما بين 1990-2008:

وصلت النفقات الوطنية للصحة سنة 1992 إلى 5.2% من؛ ثم ارتفعت إلى 5.8 % سنة 1993، و وصلت إلى 7% سنة 1994¹، ثم انخفضت سنة 200 إلى 3.8% لتعاود الارتفاع سنة 2007 و تصل إلى حدود 6.77% و هو ما يعادل 244 مليار دينار في حين وصل عدد سكان الجزائر المقيمين، حسب آخر احصاء للسكان بتاريخ 16 أفريل 2008 إلى 34.800.000 نسمة² و مقارنة بسنة 1999 زاد عدد سكان الجزائر بحوالي 4.5 مليون نسمة و هو ما يعادل فائضا سنويا قدره 500.000 نسمة³، و في ظل هذه المعطيات جاءت المؤشرات كما يلي:

✓ المؤشرات المادية:

وصلت التغطية من حيث الهياكل الصحية سنة 1997 إلى ما يعادل سريرين لكل 1000 نسمة عيادة لكل 7024 نسمة، مركز صحي لكل 28552 نسمة، قاعة علاج لكل 9433 نسمة أما سنة 1998⁴ فوصلت إلى عيادة لكل 60731 نسمة، مركز صحي لكل 25454 نسمة، قاعة علاج لكل 60731، إلا أن الفترة الممتدة ما بين 1999 إلى غاية 2008 عرفت تعزيزا في مجال الهياكل الصحية حيث تم إنجاز 22 مستشفى، 84 عيادة متعددة الخدمات و 174 مركز صحي⁵ في حين خصصت الدولة لسنة 2010/2011 ميزانية للتجهيزات بلغت 129.5 مليار دينار توجه أساسا إلى انهاء و بناء عدة مباني صحية و شراء عتاد مختص لاستيعاب حوالي 84000 سرير مما سيرفع من مستوى التغطية الصحية و يعزز القطاع في الخماسي الأول 2010-2014 إنجاز 339 مرفق صحي جديد بين مستشفيات و مصحات و دعم التكوين المتواصل لمستخدمي القطاع الصحي لبلادنا⁶.

¹ Lamri Larbi, **Le Financement du Système de santé Algérienne Réalités en Jeux et Perspectives**, le Gestionnaire, Revue de l'école Nationale de Santé Publique N Spécial, Juillet, Alger, 1998, p 28.

² Algérie 1999-2008 une décennie de réalisation, **synthèse du rapport de l'Algérie sur l'état de mise en œuvre du Programme d'action en matière de gouvernance**, Novembre 2008, p 27.

³ الألية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء، **تقرير حول حالة تنفيذ برامج العمل الوطني في مجال الحكامة**، نوفمبر 2008، ص 313.

⁴ حاوش نور الدين، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، مرجع سبق ذكره، ص 135.

⁵ الألية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء، مرجع سبق ذكره، ص 314.

⁶ حصة - اقتصادنا- موضوع الحلقة: الاقتصاد الصحي بين العرض و الطلب، بثت على القناة الأرضية بتاريخ 22-05-2010 على الساعة 18:10، تم اعتماد مداخلة السيد: فريد بن عيوش، رئيس مجلس التأديب لعمادة أطباء الجزائر الخواص.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

✓ الموارد البشرية:

استمر عدد المستخدمين في قطاع الصحة بكل اختصاصاتهم في الارتفاع من سنة لأخرى تزامنا مع التطور الحاصل في جميع الجوانب الإقتصادية و الإجتماعية

السنة	أخصائيين		مقيمين		أطباء عامون		أطباء أسنان		صيادلة	
	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص
1995	3554	2528	3151	10296	4950	5188	2473	460	3183	
2000	4155	4522	4316	11275	5803	4647	3346	202	4587	
2001	4291	4861	5239	11569	5915	4833	3580	185	4778	
2002	4498	5216	5060	11861	6185	4629	3747	177	4995	
2003	4641	4700	4514	12122	5996	4625	3755	178	5502	
2004	4781	4844	4582	12338	6068	4648	3920	198	5857	

المصدر: عدلمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، مرجع سبق ذكره، ص

(175-173)

يتضح من الجدول أعلاه، تقارب ملحوظ في أعداد الأطباء بين العام و الخاص بالنسبة للاختصاصيين في حين تتباين أعدادهم بالنسبة للأطباء العاملين و اطباء الأسنان و حتى الصيادلة و يتجلى التباين بشكل أكثر وضوحا في سنتي 2003 و 2004.

✓ المؤشرات الصحية : عرفت هذه المرحلة:

- انخفاضاً في نسبة الوفيات العامة التي انتقلت من 4.72 لكل 1000 نسمة سنة 1999 إلى 4.38 لكل 1000 نسمة 2007 و إلى 4.32 نسمة سنة 2008.
- زيادة نسبة الولادات التي انتقلت من 19.82 في 1000 نسمة سنة 1999 إلى 22.98 في 1000 نسمة سنة 2007.
- ارتفاع معدل الحياة من 72 سنة في 1999 و 75.5 سنة في 2007¹.

¹ الألية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء، تقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، مرجع سبق ذكره، ص 314.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

وكتحصيل حاصل لما تم ذكره، فإن كل الدول -مهما كانت درجة تقدمها - تجمعهم خاصية واحدة على الأقل وهي أزمة التمويل في قطاع الصحة لأن النفقات و زيادتها تفوق بكثير الموارد المخصص لها فالصحة ليس لها ثمن و لكن لها تكلفة، هذه التكلفة التي ما فتئت تتضاعف و لم يجد أي نظام صحي مهما كان كيف يوفق بين هذا اللاتوازن من جهة، و كيفية توظيف التقنيات المتطورة و المحافظة على العدالة الإجتماعية أي منح فرص متساوية للعلاج أمام كافة المواطنين من جهة أخرى.

المطلب الثاني : تمويل النظام الصحي الجزائري

إن أهم التحديات التي تقف عائقا أمام قدرة المؤسسات الصحية لاسيما المستشفيات العمومية على تقديم خدماتها وفق مستويات عالية من الجودة و الضمان و الاعتمادية هي نقص الموارد المتاحة لتمويل الإنفاق على هذه الخدمات ، سنحاول هنا تسليط الضوء على مصادر تمويل النظام الصحي منذ الاستقلال إلى سنة 2002 (بداية مشروع إصلاح المستشفيات).

1. مصادر التمويل خلال الفترة ما بين 1963-1973:

تميزت هذه المرحلة الصحية من تاريخ الجزائر بصعوبة الوضع خاصة مع هجرة الإطارات من أصل أوروبي التي كانت أساس النظام الصحي مقابل عجز في الإطارات الجزائرية، لذلك كان للنظام الصحي المتبع آنذاك عدة انعكاسات على الصحة العمومية وعلى طرق تمويله بصفة خاصة وقد عرف ثلاث مصادر أساسية للتمويل ، تمثلت في¹:

✓ **المساهمة العمومية :** و تشمل مساهمة الدولة و الجماعات المحلية حيث تقدر بـ 60 % من مجموع النفقات على الصحة و التي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا مخصص لتمويل الفقراء و المعوزين.

✓ **مساهمة الضمان الاجتماعي :** تتمثل في منحة التكفل بالمنحرفين في الضمان الاجتماعي و ذوي الحقوق و تقدر بـ 30% من مجموع نفقات الصحة.

¹ عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، مرجع سبق ذكره، ص 177.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

✓ مساهمة بعض الفئات من المرضى : و تتأتى من طرف الأفراد ذوي المهن الحرة الغير خاضعين لأي نظام تأمين ، بعد التكفل لهم يقوم المريض بدفع نفقاته مباشرة عند المغادرة ، إلا أن هذه المشاركة تبقى ضعيفة مقارنة بالفئات السابقة (10% من إجمالي نفقات الصحة)

و ما ميز هذه الفترة عموما ،عدم كفاية التمويل الصحي بما يتلاءم مع تغطية النفقات الصحية ،العجز المالي للهياكل الإستشفائية مما نتج عنه تراكم الديون ،عجز في تحديد التكلفة الصحية نظرا للتذبذب في مصادر التمويل.

2. مصادر التمويل خلال الفترة ما بين 1974-2002

تميزت هذه المرحلة بإرساء مبدأ الطب المجاني على مستوى القطاع العمومي و هذا ما أدى إلى حدوث تغيير هيكلي على مستوى النظام الصحي الوطني و مصادر تمويله حيث أصبح يتشكل من¹ :

- قطاع عمومي يضم أساسا القطاعات الصحية إلى أن ظهرت المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و المراكز الإستشفائية الجامعية سنة 1986.
- قطاع خاص يشمل قاعات العلاج الخاصة بجراحة الأسنان الصيدليات ،المخابر.
- قطاع شبه عمومي يضم المراكز الطبية الإجتماعية المتخصصة في تقديم العلاج للعمال الأجراء و عائلاتهم و قد تم دمجها إداريا سنة 1980 إلى القطاعات الصحية ثم التحلي عنه نهائيا.

شملت مصادر التمويل أربعة عناصر رئيسية تمثلت في الدولة ،الضمان الاجتماعي ،العائلات و مصادر أخرى (الجماعات المحلية ،المراكز الطبية و الإجتماعية CMS)

إن المتتبع للأحداث المستجدة في القطاع الصحي سيتأكد يقينا أن أهم مكسب لهذا الأخير هي إقراره لسياسة الطب المجاني كمفهوم و واقع مجسد عبر مختلف الهياكل القاعدية ،لكن الملاحظ في الوقت ذاته أن هذا القطاع قد برهن عجزه ،إن لم نقل فشله في تأدية هذه المهمة على أكمل وجه ،فالمشاكل و الضغوطات الداخلية و الخارجية المفروضة على القطاع هو ما استدعى إصلاحا شاملا و وافيا.

¹ بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص 47.

المطلب الثالث : إصلاح النظام الصحي الجزائري:

1. أسباب الإصلاح

بتاريخ 15 أوت 2002 تم رسميا إنشاء المجلس الوطني للإصلاح من طرف وزارة الصحة و كانت من الأسباب الرامية لهذا الإصلاح¹:

✓ **ندرة الموارد المالية** : فرغم الجهود المبذولة من طرف الدولة لزيادة ميزانية المؤسسات الصحية خاصة في السنوات الأخيرة لكن مع ذلك بقيت هنالك صعوبات محسوسة ساهمت في تدهور جودة الخدمات الصحية.

✓ **التفاوت بين العرض و الطلب على الخدمات الصحية** : فزيادة عدد السكان و ظهور الأمراض أحلت بالتوازن بين العرض و الطلب و هو ما جعل المؤسسات الصحية عاجزة عن التكفل بحاجات المرضى.

✓ **التكيف مع المعطيات الاقتصادية الوطنية و العالمية** : إذ يندرج ملف اصلاح المنظومة الصحية ضمن السيرورة الكلية التي تقود إلى اسلاح الدولة و ذلك نتيجة التحولات السياسية الاقتصادية و الإجتماعية التي يعرفها العالم ككل.

2. ملفات الإصلاح

توصل المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات خلال المؤتمر إلى تحديد ستة ملفات تشكل العمود الفقري لمقترحات الإصلاح، تمثلت في²:

✓ **ملف الاحتياجات الصحية و الطلب على الصحة** : مني هذا الملف بأولوية خاصة إذ و انطلاقا منه تم توضيح و صياغة أهداف لإصلاح المستشفى في إطار النظام الوطني للصحة ، كما تمحور حول دراسة كيفية التنسيق بين النظام الوطني للصحة و المنظومة الإستشفائية الفرعية.

¹ عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، مرجع سبق ذكره ص(205،206).

² بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، مرجع سبق ذكره، ص 35.

✓ **ملف الهياكل الإستشفائية :** و تمحور حول إصلاح الهياكل الصحية بإدراج جملة من الأهداف أهمها:

- الحرص على التنظيم المحكم للمؤسسات العمومية و الخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط و الضبط المالي.
- مشاركة المواطنين في ضبط العلاج مع أخذ حقوقه و واجباته بعين الاعتبار.
- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة.
- المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج و جودة أداءها.

✓ **ملف الموارد البشرية :** و اهتم بعنصر أساسي في النظام الصحي و هو المستخدمين من خلال السهر

على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط و ظروف عملهم، أجورهم، ترقيتهم في المسار المهني و تكوينهم الذي يعتبر ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين و هذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي.

✓ **ملف الموارد المادية :** ارتكز هذا الملف على ضرورة ادماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج

الذي يستدعي توازنا بين الوسائل و مستوى النشاط و بين تسلسل العلاج و تقييم النتائج، والهدف هنا إعطاء كل الوسائل اللازمة لشبكة العلاج على أن تكون موزعة بعقلانية و تعتبر الجوانب المرتبطة بالصيانة، المعايير التقنية الخاصة بالأمن و النوعية عناصر مكملة لهذا الملف.

✓ **ملف التمويل :** اهتم بدراسة طرق توسيع المستشفيات و ضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية السير

المالي إضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات و حول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات و الفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكافة المرضى.

✓ **ملف اشراك القطاعات :** على اعتبار أن نشاط وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات مرتبط

إلى حد بعيد بنشاطات الكثير من القطاعات كالقطاع المالي و العمل و الضمان الاجتماعي و التعليم العالي و غيرها، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة و السياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج النشاطات القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

المبحث الثاني: تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية مستغانم

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة¹

وفقاً للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء ، تسيير و تنظيم المؤسسات العمومية الإستشفائية و على ضوء المواد 02 ، 03 ، 04 و 05 يمكن لنا أن نعرف المؤسسة و مهامها الرئيسية التي يمكن تلخيصها في العناصر التالية :

- ✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية مؤسسة ذات طابع إداري لديها الشخصية المعنوية و الاستقلالية المالية .
- ✓ توضع تحت وصاية السيد الوالي بمجلس الإدارة .
- ✓ تتكون المؤسسة العمومية الإستشفائية من هياكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي و لها المهمة الصحية أن تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات .
- ✓ للمؤسسة العمومية الإستشفائية مهام محددة ، مندججة و متدرجة وفقاً للاحتياجات الصحية للمواطنين، و في هذا السياق تحدد لها المهام الرسمية التالية :

- تطبيق البرامج الوطنية الصحية
- ضمان النظافة و إجراءات ضد الأضرار و الانحرافات الاجتماعية
- ضمان تحسين التكوين و رسكلة أفراد المصالح الصحية
- المؤسسة العمومية الإستشفائية تعمل على إتاحة كل الفرص للتكوين الشبه الطبي و التسيير الإستشفائي على أساس تعاقد مع مؤسسات التكوين .

من باب تاريخي ، المؤسسة الإستشفائية بمستغانم شيدت في العهد الاستعماري و بالتحديد في سنة 1934 كمستشفى عسكري تطور من مستشفى عسكري سنة 1943 تحت الجنرال بيجار، في عهد نابليون الثالث . و في المرحلة الثانية تطور إلى مستشفى مختلط (عسكري و مدني) في سنة 1936 و في 13 ماي 1949 تحولت المؤسسة إلى مستشفى جهوي بمستغانم .

¹ معلومات مقدمة من طرف المؤسسة.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

في سنة 1969 وبقرار من الوالي، سمي المستشفى بمستشفى شي غيفاري. مساحة المؤسسة تقدر بـ 183000 م² حاليا تحتوي المؤسسة العمومية بمستغانم على ستة عشرة (16) مصلحة طبية , تحتوي على الفندقية بقوة استيعاب محددة من طرف وزارة الصحة والسكان , حيث يقدر عدد الأسرة المنظمة من طرف المؤسسة بـ 564 سرير والأسرة التقنية بـ 614 سرير. و أهم ما يميزها هي الخدمة الدائمة 24/24 ساعة و 7/7 أيام كما هي موضحة في الجدول الآتي :

الجدول (1-2) : القدرة الاستيعابية لمستشفى شيكيفارا بمستغانم

الاختصاص	قدرة استيعاب المصلحة بعدد الاسرة
الطب الداخلي	55
طب الأطفال	27
الأمراض المعدية	32
الامراض الصدرية	38
الاستعجالات الطبية الجراحية	40
أمراض الأنف والأذن والحنجرة	24
طب العيون	33
أمراض الأعصاب	18
أمراض السرطان	32
الإنعاش الطبي	18
جراحة عامة	47
جراحة عظام الأطفال	24
جراحة العظام	35
جراحة الأعصاب	12
تصفي الكلى	24

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

459	المجموع
-----	---------

المصدر : من إعداد الطالبة بعد مقابلة مدير النشاطات الصحية DAS

مستشفى شيكيفارا بمستغانم مقسم إلى مصالح إدارية و أخرى استشفائية و بالإضافة للمصالح المذكورة في الجدول أعلاه هناك مصالح أخرى منها : جراحة الأسنان ، الصيدلية ، المخبر الداخلي .

أما من ناحية تعداد المستخدمين داخل المستشفى ندرجه في الجدول الآتي حسب التخصص:

الجدول (2-2): تعداد المستخدمين بمستشفى شيكيفارا بمستغانم

عدد الموظفين	الصنف
105	الممارسون الأخصائيون
76	الأطباء العامون
09	الأخصائيون في علم النفس العيادي
01	جراحو الأسنان
04	صيادلة
390	الشبه طبيون
43	الموظفون الإداريون
272	العمال المهنيون
900	المجموع

المصدر : من إعداد الطالبة بعد مقابلة مدير الموارد البشرية DRH

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

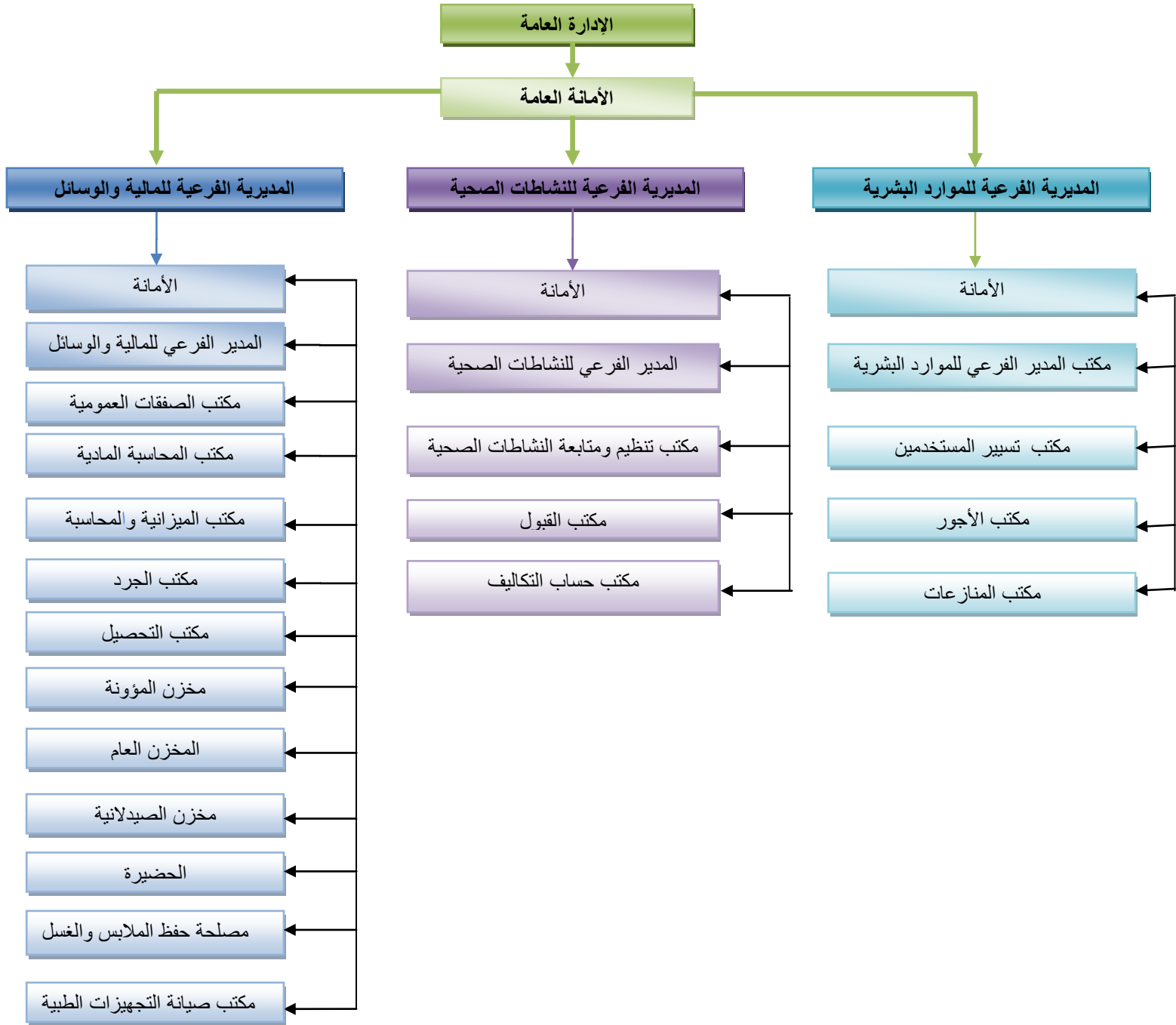
المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي لمستشفى شيكيفارا بمستغانم

1. الهيكل التنظيمي للمؤسسة

إن الهيكل التنظيمي لمستشفى شيكيفارا هو عبارة عن بناء أو إطار يحدد مستويات الإدارة و الأجزاء الداخلية فيها كما يحدد خطوط السلطة و المسؤوليات و مواقع اتخاذ القرار، وهو هيكل يوضح ويحدد كيفية توزيع المهام و الواجبات و أدوات التنسيق و التفاعل الواجب إتباعها ، كما يبين درجة الرسمية التي تعكس مدى اعتماده هذه المؤسسة على القوانين و الأنظمة و القواعد و التعليمات و الإجراءات في توجيهه و تحديد سلوك الأفراد داخل المؤسسة ، كما يبين أيضا درجة المركزية فيشير إلى مكان و موقع اتخاذ القرار أو مراكز القوة في هذه المؤسسة فيمكن الاعتماد عليه في تحديد درجة الحوكمة المتبعة.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

الملحق رقم 01: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بمستغانم



الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

2. التنظيم الداخلي للمؤسسة

تسير المؤسسة العمومية الإستشفائية بمجلس إدارة يرأسه والي الولاية و يسيره مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية. هذه المؤسسة تستعين بهيكل استشاري الذي يتشخص في المجلس الطبي .

المديرية العامة :

يتولى تسيير المديرية العامة المدير الذي هو الممثل القانوني و الرسمي للمؤسسة ، و يساعده مكتبان :

✓ مكتب التنظيم العام

✓ مكتب الاتصال

في أشغاله اليومية و متابعة تنفيذ البرامج الصحية و تعليمات الوصاية ، يرتكز المدير على ثلاث مديريات فرعية وهي كالتالي :

- المديرية الفرعية للمالية و الوسائل

و تنقسم بدورها إلى ثلاثة مكاتب :

✓ مكتب المدير الفرعي للمالية والوسائل

✓ مكتب المحاسبة المادية

✓ مكتب الميزانية و المحاسبة

✓ مكتب الصفقات العمومية

- المديرية الفرعية للموارد البشرية

و التي بدورها تتكون من المكاتب التالية :

✓ مكتب المدير الفرعي للموارد البشرية

✓ مكتب تسيير المستخدمين

✓ مكتب المنازعات

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

✓ مكتب الأجور

✓ مكتب التكوين

- المديرية الفرعية للمصالح الصحية

و تنقسم بدورها إلى مكاتب وهي :

✓ مكتب المدير الفرعي للمصالح الصحية

✓ مكتب الدخول

✓ مكتب تنظيم و تقييم النشاطات الصحية

✓ مكتب حساب التكاليف

المطلب الثالث :جودة خدمات الاستقبال بالمستشفى

إن أول لقاء بين الزبون و المستشفى يكون على مستوى مكتب الاستقبال وعليه يتعرف الزبون على المكان الذي سيعالج فيه لذا من الضروري أن يكون هذا اللقاء في المستوى المطلوب حتى يرتاح المريض نفسيا و بالتالي تؤثر ايجابيا على حالته الصحية ، فنوعية الاستقبال في المستشفى ضروري لان مصداقيتها توضع في الحسبان انطلاقا من اللقاء الأول بين المريض و بين طاقم الاستقبال ،في هذا الإطار يسعى مستشفى مستغانم إلى التكفل بالمريض منذ وصوله مصلحة الاستقبال إلى غاية الالتقاء بالطبيب المعالج ويركز المستشفى على تطبيق المادة الثامنة من المرسوم الرئاسي رقم 133/88 المؤرخ في 04 جويلية 1988 المنضم للعلاقة بين الإدارة والمواطن والذي ينص على أن "الإدارة ملزمة بإعلام المواطن حول التنظيمات والإجراءات التي تصدرها وفي هذا الإطار من واجبها استعمال وتطوير كل الوسائل الخاصة بالنشر والإعلان"

ولا ينتهي الاستقبال بمجرد وصول المريض للمستشفى فقد تطول مدة إقامته ،في هذه الحالة تسعى إلى إعطاء معلومات دقيقة ومفصلة عن حالته وكذا المدة المحتمل أن يقضيها وكل ما قد يطرأ من جديد وبصفة عامة يتم الاستقبال في المستشفى على مستويين:

الأول: الاستقبال العام على مستوى مكتب الدخول حيث يوجد عون مكلف بهذه الوظيفة متواجد باستمرار في الأماكن المتصلة بالخارج.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

الثاني: على مستوى المصالح الطبية ، حيث يوجد مراقب طبي توكل له مهمة و مسؤولية ثقيلة في استقبال المرضى وتوجيه الزوار وتقديم الشروحات الضرورية حتى لا ينتاب المريض و ذويهم شعور بكونهم مهملين و بدون مساعدة.

✓ عوائق الاستقبال و شروط تحسينه في مستشفى مستغانم:

إن ضعف وسوء الاستقبال على مستوى المستشفى يعود إلى جملة عوامل منها التنظيمية والبشرية ، لكن رغم ذلك فإن الانشغال الكبير والاهتمام الواسع للمستشفى ينصب على كيفية تحسين جودة خدمات الاستقبال، إذ يشتكي الزبائن وذويهم عادة من سوء المعاملة التي يقابلون بها من طرف العاملين بالمستشفى ابتداء من موظفي مكتب الدخول هذه المعاملة حسبهم تتسم بالتعسف ، لهذا يسعى المستشفى دائما إلى التأكد من أن أعوانها حقيقة ساهرون على خدمة الزبون ، و قد نص المنشور الوزاري رقم 04 المؤرخ في 3 أوت 1994 على الإجراءات الواجب اتخاذها حتى يتحقق الاستقبال الذي يرضي المريض ، إذ يجب بعث نشاط و دور مكتب الدخول وإدخال الإعلام الآلي قصد تسهيل العمل و جمع المعلومات وإعداد دليل المريض .

المطلب الرابع: جودة الخدمات التكميلية بالمستشفى

1. التوجيه

إن الوقت الضائع في البحث عن مصلحة أو عن مريض يكون في الغالب أكثر من الوقت الذي يقضيه الزبون بالمصلحة أو الزائر بجانب المريض ، لذا عمد مستشفى مستغانم إلى تجنب العوائق التي تلاقي المرضى في المستشفى باتخاذ مجموعة من الإجراءات ترجمت على مستوى الاستقبال وتمثلت في:

- ✓ عرض لوحات التعريف خارج المستشفى وكذا داخل المصالح.
- ✓ عرض ساعات عمل المستشفى و مواعيد الزيارات.
- ✓ قائمة المرضى على مستوى كل مصلحة.
- ✓ وضع اللوحات الاشهارية لتوجيه الزوار. على مستوى المستشفى .

كل هذه الإجراءات تدخل ضمن تطبيق المرسوم الرئاسي المنظم للعلاقة بين الإدارة و المواطن - المريض -، حيث ركز في مجمل عناصره على¹:

¹ معلومات مقدمة من طرف المؤسسة.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

✓ حسن الاستقبال و التوجيه (المادة 12، 13، 14)

✓ تحسين جودة الخدمات (المادة 21)

2. النظافة

إن النظافة عامل من أهم عوامل الصحة للإنسان و لا يستطيع الزبون المريض لن يشفى إذا كان المستشفى بنفسه مصدر للأمراض و الأوبئة وحسب ما يلاحظ في معظم المستشفيات فإن النظافة قد فقدت المعنى الحقيقي لها وأصبحت هذه النقطة المجال الأول للانتقادات الموجهة للمستشفيات ،من هنا اتخذ مستشفى مستغانم إجراءات من أجل تحسين مستوى النظافة فيه شملت:

✓ تعيين لجنة مكلفة بالوقاية و نظافة المستشفى .

✓ الرقابة اليومية و الدائمة لمستوى الإطعام كما و نوعا، والوجبات المقدمة التي يجب أن تتوافق والمقاييس الصحية مع العمل على تحسين جودتها.

✓ العمل على مراقبة المياه الصالحة للشرب و المحافظة على الأماكن الخضراء

✓ تطهير و تعقيم الغرف.

✓ وضع برنامج لتوفير و تكوين المستخدمين في ميدان النظافة الاستشفائية.

3. الضيافة (الإيواء)

إن التطرق لوظيفة الضيافة أو ما يسمى بالفندقة في المستشفى يتطلب منا إلقاء نظرة شاملة على الوجبات الغذائية بعناية خاصة فيما يتعلق بنوعيتها وتركيباتها، إلى جانب التغذية يسعى المستشفى إلى تأمين النوم في غرف مريحة ومجهزة وهو ما لاحظناه من خلال تواجدها الميداني تنقلنا هناك بين الأقسام ،ويسهر المستشفى على تجنب استعمال الغرف الفردية ،أو غرفة لأكثر من ثلاثة أشخاص ،فالأولى تحط من نفسية المريض ،والثانية تزعجه لكثرة الزوار ما عدا الحالات الاستثنائية التي تحتم الغرف الفردية نتيجة المرض المعدي.

المبحث الثالث: الدراسة الميدانية

ستحاول في هذا المبحث أن نعطي صورة عن مدى قيام المؤسسة الاستشفائية العمومية بمستغانم بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة و مختلف الاجراءات المتبعة في ذلك ،من خلال مقابلة أجريناها مع مختلف المدراء الفرعيين للمصالح الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بمستغانم ،ثم تطرقنا بعد ذلك بإجراء مقابلات مع بعض المرضى المتواجدين في المستشفى و التي تضمنت مجموعة من الأسئلة حول الموضوع و ذلك لمقارنة ماقاله المدراء مع ما يتلقاه المريض عند دخوله المستشفى و عن مدى رضاه حول الخدمات المقدمة له .

المطلب الأول: تقييم الخدمات الصحية من طرف المؤسسة الاستشفائية العمومية بمستغانم

يعد تقييم الخدمات الصحية من طرف المؤسسة الاستشفائية ،الركيزة الأساسية التي تقوم عليها عملية تحسين و بناء الجودة في الخدمات المقدمة ،فهي تتعلق أساسا بالفرد و صحته ،لذلك تقوم المؤسسة الصحية الاستشفائية بمستغانم بنوع من الأنشطة سعيا منها الى تقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة و العمل على تحسينها باستمرار رغم أن هذه العملية ليست مبنية على أسس منهجية .

و إذا ما أردنا اسقاط الجانب النظري فيما يخص تقييم جودة الخدمات الصحية ،نجد أن المؤسسة تقوم بتقييم جودة الخدمات الصحية حسب نوع هذه الأخيرة ،من خلال :

1. تقييم جودة خدمات الأطباء:

في هذا الاطار تكتفي المؤسسة الاستشفائية بتقييم كل طبيب لما يقوم بتقديمه من خدمات ،فلا يقومون بعملية التدقيق الطبي التي تعد دراسة استرجاعية تاريخية للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المؤسسة الاستشفائية ،بل يكتفون فقط بإرسال بعضها الى المستشفى الجامعي بوهان في حال وجود حالات مستعصية أو خاصة ،وحتى أنهم لا يملكون لجنة متخصصة مكونة من أطباء ضمن تخصص معين لتقييم الخدمات الصحية المقدمة من طرف زملائهم في التخصص نفسه ،أو ما يصطلح عليه لمراجعة الزملاء ،مرجعين السبب في ذلك الى قلة عدد الأطباء في التخصص ،نتيجة لصغر حجم المؤسسة الصحية ،فقد يكون طبيب واحد في تخصص معين مثلا طبيب واحد في طب الأسنان و طبيب واحد في طب الأطفال ،مما يجعل تكوين لجنة لتقييم الجودة أمرا غير وارد وغير ضروري لكن يبقى تقييم الأطباء من قبل الادارة مستندا الى مجموعة من المعايير كالالتزام بالمواعيد ،فمثلا قد يقدم طبيب جراح موعدا لعملية جراحية لمريض ،وتبرمج العملية لكن يغيب عنه ،هنا تتخذ الادارة في حقه اجراءات لا تتعدى أن تكون انضباطية ،بالاضافة الى معايير أخرى أكثر فنية يقيم من خلالها الأطباء ،أما فيما يخص لجنة مراجعة

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

الاستخدام، فإن المؤسسة الاستشفائية لا تملك لجنة متخصصة في مراجعة استخدام منشآت المؤسسة الاستشفائية وخدماتها الصحية كالأسرة، و تسعى للحد من الاستخدامات غير الضرورية لترشيد الاستخدام. و بخصوص لجنة الأنسجة، فالمؤسسة الاستشفائية لا تملك محليا هذه اللجنة، فبعد كل عملية جراحية، ترسل عينة من الأنسجة البشرية التي تم إزالتها أثناء العملية من أجل دراستها تبعا لقانون يحدد ذلك الى مخبر وطني متخصص، لفحص إذا ما كانت تحتوي على خلايا سرطانية، و يرجع سبب ذلك لمحدودية امكانيات المؤسسة الاستشفائية، بينما لا يتم فحص إن كان قد تم إزالة أنسجة صحيحة بالخطأ. كما يقوم الأطباء بإجراء اجتماعات حول الحالات المستعصية، يناقشونها و يبحثون عن الحلول المحتملة لها. كل هذه الاجراءات تسعى من خلالها المؤسسة الاستشفائية الى تقييم جودة خدماتها، و معرفة الانحرافات في تقديمها، هادفة بذلك الى تحسين جودتها رغم الامكانيات غير الكافية لها، سواء من الناحية المادية أو الناحية البشرية في بعض التخصصات، و مشكل الاكتظاظ.

2. تقييم خدمات التمريض:

تقوم المؤسسة الاستشفائية بمستغانم بتقييم الخدمات التمريضية متبعة في ذلك مجموعة من الاجراءات التي تفتقد أيضا الى المنهجية و التنظيم، فعملية تقييم خدمات الطاقم التمريضي تتم وفق أسلوبين:

✓ أسلوب تقييم غير رسمي للخدمات التمريضية : حيث تعتمد في ذلك على ملاحظات الأطباء و تقييمهم لخدمات التمريض باعتبارهم الأكثر احتكاك بالمرضى، و هم الأجدر بالحكم على جودة الخدمات التمريضية من عدمها خصوصا من الناحية الفنية، كإعطاء الأدوية للمريض حسب تعليمات الطبيب و في الأوقات المحددة، و مدى اتباع مختلف الارشادات التي يقدمها الطبيب للطواقم التمريضي فيما يخص العناية بالمرضى.

في حين تأخذ رأي المرضى حول الخدمات التمريضية بعين الاعتبار، باعتبارهم مستهلكي الخدمات التمريضية و رضاهم أساس تقديمها، حيث لا يتعدى ذلك معالجة شكاويهم، في حين لا تقوم المؤسسة الاستشفائية العمومية بمستغانم بإجراء استقصاءات لآراء المستهلكين (المرضى) حول الخدمات الصحية المقدمة.

✓ أساليب تقييم رسمية: تملك المؤسسة الاستشفائية ممرضين مسؤولين في الأجنحة يقومون بتقييم الخدمات التمريضية المقدمة من طرف الطاقم التمريضي، وملاحظة الانحرافات في ذلك، ويتم تقديم تقارير عن

ذلك ،حتى أنه يتم أخذ ممرض لا على التعيين و أخذ عينة من أظفاره ،و القيام بفحصها لمعرفة مدى نظافة يدي الممرض ،و مدى امكانية حمله للعدوى من مريض الى آخر ،كما قد يتم فحص مآزرهم ،ومدى نظافتها و عدم حملها للعدوى.

في حين تبقى عملية مراجعة و تدقيق الملفات الطبية من جانب التمريض ،كما سبق و أشرنا لا تتم على مستوى المؤسسة ،ويكتفون بملاحظات الأطباء و تقارير الممرضين المسؤولين على مستوى الأجنحة.

3. تقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى:

✓ تقوم المؤسسة الاستشفائية بمستغانم بتقييم جودة خدماتها فيما يخص الصيدلية و مدى ادخالها للأدوية الى الأجنحة في الوقت المناسب ،و بالكميات المطلوبة ،بالاضافة الى تقييم خدمات قسم الغسيل و التنظيف و مدى نظافة الأفرشة و الغرف و الممرات ،وتقييم الوجبات الغذائية و مدى ملاءمتها للمرضى و حالاتهم المرضية ،لكن يبقى ذلك على مستوى كل قسم ،وفي حدود غير منهجية أو منظمة ،كما يأخذ بعين الاعتبار ملاحظات الأطباء ،مثلا فيما يخص النظافة على مستوى الأروقة و نوعية الغذاء....الخ.

✓ تقوم المؤسسة الاستشفائية بمستغانم بتقييم خدماتها الصحية على مستويات محدودة ،فعلى العموم تقوم ادارة المؤسسة بتقييم خدماتها الصحية من خلال احصاءات سنوية ،يتم فيها ذكر مختلف نشاطات المؤسسة من عمليات جراحية ،وحالات النجاح و الوفيات داخل المؤسسة....الخ،فمثلا هم يعتبرون أن نقص اصابة المرضى بالعدوى داخل المؤسسة الاستشفائية-أن يدخل المريض بمرض معين ،ثم بعد 48 ساعة يتعرض لمرض آخر لم يدخل به عن طريق العدوى سواء من طرف مرضى آخرين أو الزوار-يعد معيار لجودة الخدمات الصحية ،هذا المعيار الذي يعتبرونه مرتبط أساسيا بالإمكانات المادية للمؤسسة الاستشفائية ،في اطار الفرضية القائلة أن جودة المدخلات تؤدي الى جودة المخرجات ،أي الخدمات الصحية المقدمة حسبهم إذا ما توفرت الميزانية الكافية يقومون بشراء صابون معقم(يغسل به الأطباء و الممرضون)نوعية جيدة غالي الثمن و إذا ما قلت عن الإمكانيات المالية يقومون بشراء صابون معقم أقل سعر و بالتالي أقل جودة ،وهذا ما يؤثر على زيادة حالات العدوى.

- ✓ كما يعتبرون أيضا قصر مدة العمليات الجراحية من سنة الى أخرى معيارا دالاً على جودة الخدمات الصحية و تحسنها ،ونقص الحالات المرضية بسبب تقديمهم لإرشادات و توجيهات للمرضى وغيرها كلها معايير فنية متعلقة أساسا بجودة الرعاية الفنية على غرار الاهتمام بتقييم جودة فن الرعاية ،أي كل ما يتعلق بسلوكات مقدمي الخدمات الصحية أطباء أو ممرضين وطريقة تعاملهم مع المرضى .
- ✓ كما ترى المؤسسة العمومية الاستشفائية العمومية بمستغانم أن جودة الخدمات الصحية مرتبطة بالمدخلات أو ما يصطلح عليه بالمدخل الهيكلي لجودة الخدمات الصحية ،حيث تعاني المؤسسة الاستشفائية عن عدم كفاية الميزانية المخصصة لها ،وعدم كفاية الطاقم التمريضي و بعض التخصصات خصوصا مع اكتظاظ المؤسسة الصحية بالمرضى ،فهي تتحمل فوق طاقتها الاستيعابية .
- ✓ وفي سعيها لتحقيق الجودة في خدماتها الصحية المقدمة ،وفي نفس السياق (المدخل الهيكلي) عمدت المؤسسة الاستشفائية العمومية الى اقتناء أجهزة و معدات طبية متطورة لسد الاحتياجات الصحية للمستهلكين(المرضى) من أجل تحقيق الرضا لديهم ،هذا رغم ما صرح به المدير الفرعي للمصلحة الصحية عن محدودية الميزانية المخصصة للمؤسسة الاستشفائية .

المطلب الثاني :تقييم الخدمات الصحية من طرف زبائن (مرضى) المؤسسة الاستشفائية العمومية

بمستغانم

أصبح المريض العنصر الأساسي و الفعال في المؤسسة الصحية بحيث صار رضا المريض من أحد المعايير الأساسية لجودة الخدمة الصحية ،ويمكن تلخيص ما توصلنا اليه بعدما طرحنا بعض الأسئلة على مرضى مستشفى مستغانم في النقاط التالية :

- ✓ تأخر مواعيد اجراء العمليات الجراحية
- ✓ طول الانتظار لأجل الكشف الطبي
- ✓ عدم توفير الأدوية للمرضى في الوقت اللازم
- ✓ بقاء الأغشية و الأفرشة متسخة و عدم تغييرها
- ✓ ارتفاع معدل الأخطاء الطبية في مصلحة الجراحة العامة
- ✓ حدوث خطأ في تسليم الجثث من مجتثمة المؤسسة
- ✓ ارتفاع حالات العدوى في مصلحة طب الأطفال

- ✓ برودة الوجبات المقدمة للمرضى
- ✓ عدم وضوح صور الأشعة مما يؤدي المرضى الذهاب الى خارج المستشفى
- ✓ تكرار تسجيل حالات عطب لبعض الأجهزة الطبية في مصالح دون أخرى
- ✓ استغراق وقت طويل لخروج نتائج التحاليل الطبية و استلامها من طرف أصحابها
- ✓ ضياع بعض الملفات الطبية للمرضى في بعض المصالح
- ✓ قلة غرف الطوارئ
- ✓ طول فترات انتظار المريض لتلقي الخدمة و الرعاية الطبية
- ✓ تباعد الفترة الزمنية بين تاريخ الكشف و تاريخ المراجعة
- ✓ سوء نظافة دورات المياه في غرف المرضى مما يتسبب في سوء حالة المريض
- ✓ اهمال تغيير غيارات أسرة المرضى يوميا
- ✓ عدم حصول المريض في بعض الأحيان على معلومات كافية عن حالته المرضية و خطة العلاج المعتمدة.

و بالاعتماد على المعلومات المقدمة من طرف المدراء الفرعيين توصلنا كذلك لبعض النقاط المتمثلة في :

✓ ارتفاع نسبة دوران العمالة:

حيث تجد الموظفين لا يستقرون في مصلحة أو مكتب ،متنقلين بين الأقسام سواء الادارية أو التقنية أو الطبية فتجد مثلا الممرض يعمل في مصلحة الطب الداخلي ثم يقدم طلب نقل الى مصلحة الجرادة العامة ثم الى مصلحة الأعصاب.

و الاداري تجده يعمل بمكتب الدخول فيقدم طلب لنقله الى مكتب النشاطات الصحية ثم الى مكتب الجرد ثم الى مكتب الأجور.

وارتفاع نسبة دوران العمالة و عدم استقرا النسبي للموظف في مصلحة بذاتها دليل على وجود خلل في المؤسسة و أنها تحتاج لتطبيق الجودة.

✓ السخط الوظيفي:

السخط الوظيفي عكس الرضا الوظيفي و يمكن ملاحظة السخط الوظيفي من خلال ارتفاع نسبة الاستقالات و طلبات التقاعد النسبي و طلب وضع في الخدمة لدى مؤسسات صحية أخرى وارتفاع نسبة

الغيابات و العطل المرضية و قد يصل الأمر مع الوقت الى نقص المردودية وتراجع نوعية الخدمات المقدمة ثم يتطور الى تدمير و غليان عمالي مع زيادة حدة الرسائل المجهولة و الاضرابات و كثرة الاشاعات... و الحل هنا يكمن في تطبيق ادارة الجودة.

✓ الخدمة السيئة:

سواء كانت الخدمة السيئة مقدمة لعميل الداخل و هو هنا الموظف في المؤسسة الصحية و من أمثلتها التذبذب في تخليص الرواتب الشهرية للموظفين، التأخر في الحصول على منح المردودية و العلاوات و الترقية في الدرجات و الترقية في الرتب و التأخر في استلام الوثائق المطلوبة في الملفات الادارية مثل شهادة العمل أو شهادة ايقاف الراتب.

نجد ايضا سوء تسيير مصلحة الصيدلية المركزية مثلا بالتأخر في توفير طلبيات بعض الأدوية و تسجيل غياب انواع معين من الأدوية و ارتفاع مخزون الأدوية المنتهية الصلاحية و عدم وجود مخزون استعجالي أو احتياطي. أما فيما يخص مصلحة حظيرة السيارات فيمكن تسجيل بعض الاختلالات و المتمثلة في عدم وجود برنامج عمل سائقي سيارات الاسعاف، ارتفاع نسبة عطب السيارات، خروج السيارات دون أمر بمهمة أو اذن بالخروج، عدم توافق نسبة استهلاك الوقود مع مسافة سير سيارات المؤسسة.

الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة العمومية مستغانم حول " جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض "

خلاصة

تعد الصحة حقا ثابتا لجميع الأفراد دون تمييز، وقد صنفت من طرف المنظمة العالمية للصحة على أنها مؤشر من مؤشرات التنمية، لذا أصبحت الدول تولي اهتماما بالغا بالصحة ومتطلباتها، سعيا منها للنهوض بهذا القطاع وقد حذت الجزائر حذو نظيراتها من هذه الدول، على الرغم من أنها ورثت قطاعا مثقلا بالمشاكل أثر على واقع الصحة في البلاد، لكنها تداركت الوضع وأضحت توفر ميزانيات ضخمة للرقى بهذا القطاع الحساس.

وفي محاولة منا للاقترب أكثر من واقع هذا القطاع، كانت لنا دراسة ميدانية بأحد المستشفيات العمومية التي أثبتت عن جدارة أحقيتها في الانتماء للقطاع الصحي الجزائري إذ تسعى المؤسسة العمومية الإستشفائية لمستغانم جاهدة لاحتواء حاجات الأفراد، وهذا ما جعلها تشهد ضغطا كبيرا أثر على قدرتها في استيعاب كل هذه المدخلات.

في المقابل أبدى المرضى المقيمين خاصة على مستوى قسمي الطب الداخلي وأمراض الحنجرة تدمرا مصحوبا بعدم الرضا عن بعض الخدمات، يأتي في مقدمتها سوء المعاملة من طرف الفريق الشبه الطبي وهو مشكل يمكن للمؤسسة التحكم فيه من خلال اتخاذ إجراءات صارمة من الأفراد المسؤولين عن ذلك، وكذا نظافة الغرف التي تعتبر مشكلا يورق الكثيرين منهم ويدفعهم للتخلي عن المستشفى.

في ظل هذه المعطيات أصبح من الواجب على المستشفى أن تأخذ بعين الاعتبار هذه النقائص والمشاكل ومحاولة احتوائها، حتى لا تكون سببا في زعزعة صورتها ومصداقية تعاملها مع المرضى الحاليين والمرتقبين.

الخاتمة العامة

الخاتمة العامة:

أصبحت المؤسسات الصحية اليوم تواجه مشكلات تدل في مجملها على انخفاض ثقة الزبون (المستفيد) بها لذلك كان عليها انتهاج مسار الجودة لاسترجاع الثقة المفقودة ولتعزيز ذلك التواصل مع زبائنها و الحفاظ عليهم متأملة في ذات الوقت زيادة رضا و ولاء الزبون المستفيد ليكون سفيرا مروجاً لها عبر الكلمة المنطوقة الموجبة التي وعلى بساطتها تعد أكثر الوسائل الترويجية تأثيراً و وقعاً على نفسية الزبون .

و على الرغم من أن هناك أمورا بيد الله سبحانه و تعالى ،فقد ينتهي أجل المريض،حتى ولو كان الطب قد بذل كل ما في وسعه، إلا أن للبيئة المادية التي تتم بها العملية،و كفاءة الطبيب ومعاملة الممرضين و جودة الأداء و خدمات الإيواء أهمية بالغة لدى الزبون و كلها معايير ستشهد على جودة الخدمة الصحية بوجهها العام بغض النظر عن مسألة الحياة و الموت حاولنا من خلال هذه الدراسة المنطوية تحت إشكالية : ما مدى أهمية الجودة في تحقيق رضا الزبون ؟ و ما مدى انعكاس هذا الطرح على زبائن مستشفى مستغانم؟ تحليل و معالجة جودة الخدمة الصحية من منظور رضا الزبون، فحاولنا الإحاطة بجوانب متغيري الجودة و الرضا كل على حدا، لندرس بعد ذلك طبيعة و مدى العلاقة بينهما، بغية الوصول إلى تحديد درجة تأثير جودة الخدمة الصحية على الرضا المتحقق لدى الزبائن المرضى،فكان لنا أن توصلنا في إطار مناقشة الموضوع إلى تحديد مدى صحة الفرضيات التي انطلق منها هذا البحث ،وكانت كما يلي:

اثبت في الفصل الاول ما يلي:

❖ أن للخدمة الصحية أهمية كبيرة لا تنحصر في مجرد الحصول على العلاج، بل تشمل كل الخدمات المقدمة منذ دخول المريض المؤسسة إلى غاية خروجه منها وهو ما يعرف بالخدمة الجوهر والخدمات التكميلية الداعمة.

❖ أثبتت بان هناك علاقة طردية بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون، فكلما تحسن مستوى الجودة في الخدمة الصحية المقدمة ، كلما زاد ذلك من مستوى الرضا المتحقق للزبون.

❖ في حين أثبتت دراسة الفصل الثاني، إذ تبين أن تبني مستشفى مستغانم لسياسة لجودة في الخدمات التي تقدمها هو الضمانة الأساسية للارتقاء برضا مستفيديها وولاءهم لها.

نتائج الدراسة:

إن وصولنا إلى تأكيد أو رفض صحة الفرضيات التي بني عليها بحثنا، كان على حساب جملة من النتائج التي تم التوصل إليها على المستويين النظري والتطبيقي، و كانت كما يلي:

1. نتائج الدراسة النظرية:

يمكن أن نوجز نتائج الدراسة النظرية في النقاط التالية:

- ✓ تتميز الخدمات عموماً و الصحية على وجه الخصوص بمميزات فريدة، تتطلب مهارات و أساليب فريدة في عالم صار لا يثق إلا بالأشياء التي يراها و يلمسها، و يحتفظ بها.
- ✓ إن أكبر هم يواجهه مقدمي الخدمات الصحية هو تطوير أو إيجاد إستراتيجية متقنة لإدارة الدليل المادي لتعزيز و تمييز الخدمات عبر خلق ميزات أو جوانب ملموسة كمساهمة الأجهزة و المكان و الناس و الرموز في تحقيق أهداف المؤسسة في مكان نظيف يعزز كفاءة أداء العاملين بسرعة و دقة و فعالية دون أخطاء.
- ✓ العمل في المؤسسات الصحية غالباً ما يكون تحت ظل من الاضطراب النفسي و العاطفي، لكن هذا لا يعني بالطبع عدم وجود العقلانية في اتخاذ القرارات و إنما تسيطر أحياناً النواحي العاطفية و النفسية، كما تتعامل إدارة المؤسسات الصحية بخدمات لا يمكن تقديرها بثمن و بالتالي فتحدد قيمة المخرجات تزداد صعوبة و تزداد معها صعوبة نجاح إدارة المؤسسة الصحية التي لا تقبل الخطأ خاصة الحكومية منها.
- ✓ جودة الخدمة الصحية تخضع في العادة لرأي المريض، يعتمد رأي المريض على مجموعة من المتغيرات أهمها: وقت الحصول على الخدمة، مكان تقديم الخدمة، درجة الاستفادة من الخدمة و اتجاهات المريض الشخصية.
- ✓ الخطوة الأولى في العلاج هي معرفة شكوى و احتياج المريض، أما الهدف النهائي فهو معالجة أو التغلب على هذه الشكوى، و التفاصيل ما بين ذلك تعتبر مفيدة للمريض و أفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا الزبائن بطرق يمكن الاستدلال منها على مدى جودة الخدمة.
- ✓ يعتبر معيار الجودة أهم مؤشر يستند إليه الزبائن للمفاضلة بين المؤسسات الصحية بغض النظر عن السعر الذي أصبح المريض الجزائري يغض الطرف عنه إذا تعلق الأمر بحالته الصحية.
- ✓ إن اتخاذ قرار الشراء لدى الزبون يتأثر بعدد من العوامل التي تحفز أو تحد من الاقدام على التعامل مع الخدمة، و يقدر تعلق الأمر بالزبائن المتعاملين مع المؤسسات الصحية فإنهم يتأثرون بذات العوامل المؤثرة في الشراء التقليدي للزبون.

الخاتمة العامة

✓ جودة خدمة الزبون و نجاحها مرتبط بمجموع النظم والأساليب التي يستعملها العاملون لتقديم خدمات بالاعتماد على المهارات والقدرات الشخصية في التعامل مع المستفيدين بصورة مميزة وجذابة وهذا ما يضمن استمرار العلاقات التفاعلية و التبادلية على المدى الطويل مما يكسبها ميزة تنافسية تضمن بقاء واستمرار المؤسسة وتعود عليها بالفائدة.

نتائج الدراسة التطبيقية:

يمكن حوصلة النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية فيما يلي:

- ✓ يولي مستشفى مستغانم اهتماما خاصا للخدمة الصحية وجودتها، باعتبارها المعيار الأهم لرضا الزبون.
- ✓ أغلب المرضى كانوا راضين و غير راضين عن الاستقبال على مستوى القبول على الرغم من شكوى إدارة المصالح الاستشفائية الداخلية و المرضى، التي أكدت أن عملية الاستقبال يتكفل بها رجال أمن و ليس مختصون في المجال
- ✓ الضغط الكبير الذي تعرفه المصالح الاستشفائية للمؤسسة، هذا ما أدى إلى سوء التحكم و التسيير على مستوى هذه المؤسسة.
- ✓ عدم اعتماد مستشفى مستغانم لنظام إدارة الجودة الشاملة انعكس على مستوى التناسق بين المستويات الإدارية

بعد عرض جملة النتائج النظرية و التطبيقية المتوصل إليها، يمكننا صياغة الاقتراحات و التوصيات فيما يلي:

- ✓ الترحيب بالشكاوى المقدمة من طرف الزبون والاهتمام بمعالجتها، واعتبارها فرصة لاكتشاف الضعف و مباشرة الإجراءات التصحيحية، ليتحول الزبون المشتكي إلى زبون وفي للمستشفى
- ✓ تعزيز الوعي الصحي لدى الزبائن بتشجيع حملات التوعية والبرامج الوقائية، ومحاولة توفير الحد الأدنى من التغطية الصحية على كامل التراب الوطني.
- ✓ المراقبة المستمرة والدائمة للمستشفيات وأدائها، و محاولة تطبيق المعايير الدولية بها، مثل معايير الايزو.
- ✓ عدم التكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص، وسعي كل منهما إلى الارتقاء على حساب الآخر هو ما أوصل القطاع الصحي الجزائري لهذه الوضعية.

آفاق البحث :

نأمل أن يفتح هذا البحث مجالاً واسعاً لبحوث تتناول الموضوع من جوانب أخرى، و تثري نقاط لم يسعنا المجال لذكرها، آمليين أن لا يتوقف البحث في المجال الصحي و أفاقه عند هذه المذكرة، و نقترح جملة من المواضيع، لعل أن تجد لها صدا بين الباحثين:

- ✓ مستوى رضا الزبون عن خدمات المستشفيات العمومية
- ✓ أثر تبني المؤسسات الصحية لنظام إدارة الجودة الشاملة على رضا الزبون.
- ✓ واقع و آفاق الإصلاح الصحي في الجزائر وانعكاساته على جودة الخدمات في المستشفيات.
- ✓ دراسة مقارنة بين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية و المستشفيات الخاصة.
- ✓ تحليل جودة الخدمة الصحية من منظور تسويقي.

المراجع

قائمة المراجع

الكتب باللغة العربية

1. أحمد محمد المصري، إدارة المستشفيات- سلسلة إدارة المنشآت الخاصة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، بدون طبعة، 1998
2. المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 1998
3. أيمن علي عمر ، قراءات في سلوك المستهلك ، الدار الجامعية للنشر و التوزيع الإسكندرية ، بدون طبعة 2005
4. أيمن علي عمر ، أساسيات مقدمة في التسويق ، الدار الجامعية للنشر و التوزيع الإسكندرية ، بدون طبعة 2006-2007
5. أيمن مزاهرة و اخرون ،الصحة و السلامة العامة، دار الشروق للنشر، الطبعة الأولى، الأردن 2000
6. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر و التوزيع، الأردن الطبعة العربية، 2005
7. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري، للنشر والتوزيع، الأردن الطبعة العربية، 2005
8. جيني هايز، فرانسيس دريدج، إدارة خدمة العملاء، قسم الترجمة بدار الفاروق للإستثمار القاهرة، الطبعة الأولى، بدون سنة نشر.
9. حسن ذنون علي البياني، المعايير المعتمدة في اقامة المستشفيات _ وجهة نظر معاصرة _ دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005
10. حميد الطائي، بشيرالعلاق، إدارة عمليات الخدمة، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان الأردن، الطبعة العربية، 2009
11. خضير كاضم حمود، إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2002
12. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع الأردن . بدون طبعة، 2008
13. رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، إدارة الجودة الشاملة ، دار اليازوري للنشر . والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2008

14. زاهر عبد الرحيم عاطف ، مفاهيم تسويقية حديثة ، دار الـراية للنشر والتوزيع عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2009
15. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر الجديدة، 2003
16. عبد المجيد البلداوي، زينب شكري محمد نديم، إدارة الجودة الشاملة والمعولية " الموثوقية" والتقنيات الحديثة في تطبيقها واستخدامها، دار الشروق، 2007
17. عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية - مفاهيم و نظريات و أساسيات في الإدارة الصحية-، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الأولى 2004
18. علي فلاح الزغبي، إدارة التسويق، منظور تطبيقي إستراتيجي، دار اليازوري العلمية الأردن، الطبعة العربية، 2009
19. غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات ، سلسلة إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية ، دار زهران، عمان، الأردن، بدون طبعة، 1998
20. فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر الجديدة الطبعة الأولى، 1998
21. فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية -تكامـل العلاج و الدواء - الدار الجامعية، جمهورية مصر العربية، الطبعة الأولى، 2007
22. فريد محمد الصحن، طارق طه، إدارة التسويق في بيئة العولمة و الانترنت، الدار الجامعية الجديدة، الإسكندرية، 2004
23. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، 2008
24. فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، الجزائر الطبعة الأولى 2008
25. فليب كوتلر وآخرون، ترجمة مازن نفاع ، التسويق - السلوك - الأسواق البيئية- المعلومات، منشورات دار علاء الدين ، دمشق، 2002
26. قاسم نايف علوان الحياوي، إدارة الجودة في مجال الخدمات -مفاهيم عمليات، تطبيقات دار الشروق للنشر و التوزيع، الطبعة العربية الأولى، 2006

27. كاسر ناصر، سلوك المستهلك – مدخل الإعلان دار حامد للنشر والتوزيع، بدون طبعة عمان 2006
28. محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات- ، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2004
29. محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل ، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2002
30. محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، سلوك المستهلك ، دار المناهج عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2002
31. محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات والوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2007
32. منى شفيق، التسويق بالعلاقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات مصر الجديدة، بدون طبعة، 2005
33. مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر و التوزيع، الأردن بدون طبعة، 2006
34. محمد عبد العظيم أبو النجا ، إدارة التسويق مدخل معاصر ، الدار الجامعية الإسكندرية 2008
35. نظام موسى سويدان، عبد المجيد البلداوي، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2009
36. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، 2008
37. يوسف جحيم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، إدارة علاقات الزبون ،الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2010

الرسائل والأطروحات:

1. عدمان مريزق واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، رسالة دكتوراه كلية العلوم الإقتصادية وعلوم النشر، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007/2008
2. أمير جيلالي، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير فرع تخطيط، كلية العلوم الإقتصادية جامعة الجزائر، 2000/ 2001
3. حوش نور الدين، النظام الصحي في الجزائر بين الأهداف السياسية والواقع الاقتصادي مذكرة ما بعد التخرج المتخصص غير منشورة، المدرسة الوطنية للصحة العمومية 1999
4. رشا حسين عبد العزيز مصطفى، قياس رضا العملاء عن جودة السلع الاستهلاكية المعمرة بالتطبيق على شركات قطاع الأعمال العام، رسالة ماجستير، فرع إدارة الأعمال جامعة عين شمس، 1998
5. بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2009/2008
6. حوالم رحيمة، أطروحة دكتوراه تطبيق ادارة الجودة الشاملة جامعة تلمسان -2009
2010.
7. حنان يحي الشريف، تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسة الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2008/2007.
8. حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية (دراسة حالة مصحة الرازي للطب و الجراحة بسكرة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2007/2006
9. نادية حريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بسكرة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2008/2007

المؤتمرات والتقارير

1. زيد حمزة، الطب و الصحة في نصف قرن، المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات (تمويل الخدمات الصحية و الطبية في المستشفيات العربية)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2008
2. قاسم نايف علوان المحيوي، فتيحة أبو بكر إدريس، استخدام نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية. ، بحث مقدم للمؤتمر العلمي الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، الأردن، 26-27 نيسان 2006
3. محمد ربحان، خدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث بعنوان: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الشارقة، من 5 الى 7 كانون الأول، 2004
4. الآلية الإفريقية للتقييم من قبل النظراء ، تقرير حول حالة تنفيذ برامج العمل الوطني في مجال الحكامة ، نوفمبر 2008

Les Références en Français

1. Daniel Ray ,Mesurer et Développé la Satisfaction client ,éducation d'organisation, paris ,2001.
2. Denis Darpy, Pierre Vole , le Comportement du Consommateur–concepts et outils , Dunod , France , 2003.
3. Philipe kotler, et autres, Marketing Management, Pearson éducationFrance , 13eme édition,2009.
4. Richard Ladwin, le Comportement du Consommateur et del'acheteur, édition economica, Paris, 2eme, édition,2003.

MEMOIRS ET THESES:

1. Kaid Nouarra , le système de santé Algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation a Travers la Santé des enfants dans la wilaya de Bejaia , Thèse de doctorat en Sciences économiques ,université d'Alger 2003

LES SEMINAIRES

1. République Algérienne Démocratique et populaire , Ministère de la sante séminaire sur le développement d'un système de santé l'expérience Algérienne , Alger , 1985

مراجع أخرى:

1. حصة -إقتصادنا - موضوع الحلقة : الإقتصاد الصحي بين العرض و الطلب ، بثت

على القناة الأرضية بتاريخ 22 - 05-2010 على الساعة 18:10

الملخص:

شهد القطاع الصحي في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات، حيث أصبح موضوع " جودة الخدمة الصحية " محل اهتمام عالمي متزايد، سعيا من المؤسسات الاستشفائية بتقديم خدماتها الصحية بجودة عالية لتحقيق أقصى رضا ممكن للمريض. ويهدف هذا البحث إلى دراسة جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية مستغانم ومدى تأثيرها على رضا المريض، بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية، وقد تمكنت هذه الدراسة من التوصل إلى أن المريض راضي على البعدين (الاعتمادية ، الاستجابة) إلا أنه غير راض على بعد الملموسية، الضمان التعاطف، مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي.

الكلمات المفتاحية : المستشفى ، الخدمات الصحية ، جودة الخدمات الصحية ، تقييم جودة الخدمات الصحية ، رضا المريض.

Résumé

L'apport principal de cette recherche est qu'elle traite un sujet d'une portée considérable au niveau mondial à savoir « la qualité du service sanitaire », un secteur qui suscite beaucoup d'intérêt sur tous les niveaux, dans l'ordre de satisfaire ses patients, les établissements hospitaliers tentent de présenter des services de haute qualité, le but de la présente recherche est d'examiner suivant les dimensions de la qualité des services de santé la réalité de la qualité du service sanitaire présenté par l'établissement de santé de la wilaya de Mostaganem et de son impact sur la satisfaction des patients , un examen qui a révélé une certaine satisfaction concernant quatre dimensions à savoir la fiabilité et la conformité , ceci dit il a aussi révélé que le patient n'est pas satisfait en ce qui concerne la tangibilité , la sécurité et la compassion , ce qui requiert le développement des services de santé présenté par l'établissement pour être en rapport avec les besoins des patients, et ainsi d'améliorer la dimension physique.

Les mots clés : L'hôpital , les services sanitaires , la qualité du service sanitaire , L'évaluation de la qualité des services de santé, la satisfaction des patients.