

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



مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي  
الشعبة: علوم تجارية      التخصص: تسويق الخدمات

## دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

مقدمة من طرف الطالبة:      تحت إشراف الأستاذة:

طالب نبيلة      ملاحى رقية

### أعضاء لجنة المناقشة:

الصفة	الاسم و اللقب	الرتبة	عن الجامعة
رئيسا	أسماء درقاوي	أستاذ محاضر - أ -	جامعة مستغانم
مقررا	رقية ملاحى	أستاذ محاضر - أ -	جامعة مستغانم
مناقشا	محمد الأمين مكاوي	أستاذ محاضر - ب -	جامعة مستغانم

السنة الجامعية: 2017 / 2018



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



مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي  
الشعبة: علوم تجارية      التخصص: تسويق الخدمات

## دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

تحت إشراف الأستاذة :

مقدمة من طرف الطالبة :

■ ملاحى رقية

■ طالب نبيلة

أعضاء لجنة المناقشة:

الصفة	الاسم و اللقب	الرتبة	عن الجامعة
رئيسا	أسماء درقاوي	أستاذ محاضر - أ -	جامعة مستغانم
مقررا	رقية ملاحى	أستاذ محاضر - أ -	جامعة مستغانم
مناقشا	محمد الأمين مكاوي	أستاذ محاضر - ب -	جامعة مستغانم

السنة الجامعية: 2017 / 2018

# كلمة شكر

إلى والديَّ الكريمين حفظهما الله وأطال في عمرهما.

إلى كل من ساعدني في انجاز هذا البحث من قريب أو من بعيد ....

إلى كل محب للخير...

اهدي هذا العمل

# الفهرس

الصفحة	العنوان
	كلمة شكر
(07 – 01)	مقدمة عامة .....
(28 – 08)	الفصل الأول: الجودة في القطاع الصحي و التسويق الصحي .....
9	تمهيد .....
10	المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمات وخدمات الرعاية الصحية .....
10	المطلب الأول: مفاهيم عامة حول الخدمات .....
12	المطلب الثاني: مفاهيم عامة حول خدمات الرعاية الصحية .....
14	المطلب الثالث: تصنيف خدمات الرعاية الصحية .....
15	المبحث الثاني: تسويق الخدمات الصحية .....
15	المطلب الأول: مفهوم التسويق الصحي .....
17	المطلب الثاني: أهمية التسويق في المنظمات الصحية .....
18	المطلب الثالث: خصائص التسويق الصحي .....
20	المبحث الثالث: الجودة في خدمات الرعاية الصحية .....
20	المطلب الأول: الجودة .....
23	المطلب الثاني: جودة الخدمات .....
24	المطلب الثالث: جودة خدمات الرعاية الصحية .....
25	خلاصة الفصل الأول
(68 – 29)	الفصل الثاني: ترقية خدمات الرعاية الصحية .....
30	تمهيد
31	المبحث الأول: دراسة سلوك المستهلك و تطبيق نظام المعلومات التسويقي الصحي .....
31	المطلب الأول: مفهوم سلوك المستهلك الصحي و العوامل المؤثرة على شراءه .....
35	المطلب الثاني: تطبيق نظام المعلومات التسويقي الصحي .....
39	المطلب الثالث: السجلات الطبية .....
41	المبحث الثاني: تطبيق عناصر المزيج التسويقي الصحي .....
42	المطلب الأول: المنتج الصحي و التسعير الصحي .....
47	المطلب الثاني: توزيع و ترويج الخدمات الصحية .....
57	المطلب الثالث: العناصر الإضافية لعناصر المزيج التسويقي الصحي .....
60	المبحث الثالث: ترقية خدمات الرعاية الصحية من خلال قياس الجودة .....

60	المطلب الأول: قياس جودة الخدمات.....
63	المطلب الثاني: طرق قياس جودة الخدمات .....
66	المطلب الثالث: أهمية قياس جودة الخدمة في الارتقاء بمستوى الخدمة المقدمة .....
68	خلاصة الفصل الثاني .....
(141-69)	الفصل الثالث: مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة .....
70	تمهيد .....
71	المبحث الأول: النظام الصحي في الجزائر ومراحل تطوره .....
71	المطلب الأول: تطور النظام الصحي في الجزائر .....
80	المطلب الثاني: هيكلية النظام الصحي في الجزائر .....
84	المطلب الثالث: مؤشرات تقييم الوضع الصحي في الجزائر مقارنة ببعض دول المغرب العربي (2005-2015) .....
90	المبحث الثاني: تقديم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة .....
91	المطلب الأول: مفهوم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة .....
92	المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى .....
95	المطلب الثالث: تسيير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى .....
97	المبحث الثالث: الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة .....
97	المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية .....
105	المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية .....
125	المطلب الثالث: اختبار صحة الفرضيات و نتائج الفروق في أبعاد استبانة تبعاً لمتغيرات الدراسة .....
139	خلاصة الفصل الثالث .....
(145-140)	الخاتمة العامة .....
(153-146)	المراجع .....
158	الملاحق .....
168	قائمة الاشكال .....
(170-169)	قائمة الجداول .....
171	قائمة الملاحق .....
(179-172)	قائمة المحتويات .....

# مقدمة عامة

تعتبر منظمات الرعاية الصحية من القطاعات الهامة التي شهدت توسعا كبيرا نتيجة للتحويلات الاقتصادية العالمية ودخول العولمة في كافة النشاطات الاقتصادية، الأمر الذي زاد من حدة المنافسة وظهور الكثير من المنظمات الصحية الخاصة والحكومية. الأمر الذي استدعى البحث نحو تحسين الجودة للارتقاء بالخدمات المقدمة والحصول على رضا المريض.

قد بات من الواضح ان الإنسان أصبح اليوم بحاجة ماسة للخدمة الصحية من أي وقت مضى، ويتجلى ذلك في أسباب عديدة ومختلفة، يمثل التطور المتزايد في الاكتشافات من ابرز سيماتها، وما يقابلها في ذات الوقت من زيادة في الأمراض الجسدية والنفسية وحدة غموضها؛ الأمر الذي استدعى ان يكون هناك اهتمام واضح ومتزايد من قبل منظمات الرعاية الصحية الاهتمام بالتسويق الصحي لإشباع حاجات المواطنين الذين لا يمكنهم الاستغناء عنها، أو التوقف عن طلبها. وبالتالي أصبح التسويق الصحي بمثابة الباب الكبير الذي تلتقي من خلاله هذه المنظمات مع المجتمع لتؤدي رسالتها الإنسانية والأخلاقية تجاه خدمته.

ان التسويق ليس موضوعا جديدا على الصناعة الاستشفائية وخدمات الرعاية الصحية والطبية، بل هو اسم جديد لأنشطة مألوفة اعتادت المنظمات الصحية القيام بها بعلم او بغير علم منها، مثل استقصاءات رضا الزبائن عن الخدمات التي تقدمها، تقييم الصورة الذهنية والسمعة العامة لها لدى زبائنها، جمع المعلومات الشخصية والديمغرافية عن المرضى بغية تحديد حاجات المجتمعات المخدومة، وتخطيط وتطوير الخدمات لتلبية هذه الحاجات. فحقيقة الأمر ان التسويق يتضمن اتخاذ قرارات أساسية حول طبيعة عمل المنظمات وخدماتها التي تقدمها ولتن تقديمها بطريقة توزيعها ... الخ، فهذه الأنشطة التسويقية تتم ممارستها فعليا في المنظمات الصحية إلا أنها كانت عائمة دون ان تنظم تحت مسؤولية وحدة او دائرة محددة.

إن تطبيق الجودة في منظمات الرعاية الصحية يساعد في التعرف على جوانب الهدر في الوقت والطاقات الذهنية والمادية ومن ثم التخلص منها، كما تعد الجودة من أفضل النظم التي تمنح الصلاحيات للعاملين وحثهم على المشاركة ودفعهم للنجاح، كما أنها تساعد العاملين على تحديد مفهوم الجودة ووضع الإجراءات اللازمة لتلبية احتياجات متلقي الخدمة وإشباع رغباتهم مع التحسين المستمر والمنتظم لها

لقد أضحت تطبيق نظم الجودة في مجال الرعاية الصحية من الضرورات الملحة في العقدين الأخيرين وخاصة في دول العالم النامي حيث تزداد الحاجة إلى الخدمات الصحية في ظل ارتفاع مستمر في تكلفة هذه الخدمات وأيضاً في وجود تباين كبير في مردود ونتائج الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية المتماثلة مما يبرز الحاجة إلى إتباع معايير قياسية في الأداء الطبي وإتباع بروتوكولات مبنية على أدلة علمية.



عند الحديث عن القطاع الصحي في الجزائر ، نجد ان الحكومة الجزائرية تسعى جاهدة لتطوير خدمات الرعاية الصحية والارتقاء بها من خلال الجهود الكبيرة والانجازات المثمنة و التشريعات القانونية عبر كامل مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر. ولعل من أهم تلك الجوانب المقترنة بالتكيف إدخال مفاهيم الجودة لتعزيز قدرة المنظمات الصحية في تحقيق إشباع حاجات الأفراد متلقي الخدمة، وهو ما دفع دولة بالحكومة الجزائرية إلى الاهتمام بقطاع الرعاية الصحية، إذ تقدم خدمات الرعاية الصحية من خلال المؤسسات العمومية للصحة الجوارية استكمالاً لنشاطات المستشفيات والقطاعات الصحية الأخرى.

و عليه جاء اختيار المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة ميدانا للدراسة التطبيقية .

#### 1- إشكالية الدراسة:

يتعرض القطاع الصحي بدولة الجزائر لضغوط كبيرة نتيجة للضغوط المالية والتغيرات الاقتصادية ، وذلك جنبًا إلى جنب مع الضغوط الداخلية والرغبة المتزايدة في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة، مما ترتب على إدارة المنظمات الصحية أعباء والتزامات كبيرة للارتقاء بجودة خدمات الرعاية الصحية للمرضى متلقي العلاج من خلال تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم المعلنة وغير المعلنة، وذلك لبناء علاقات جيدة بين مقدمي الخدمة والمريض. و من هنا جاءت جودة الرعاية الصحية وبصفة خاصة من وجهة نظر المرضى متلقي العلاج من أهم القضايا التي تهتم بها الإدارة الصحية وذلك لرفع مستوى أدائها من حيث الكفاءة والفاعلية وبما يحقق رضا المرضى.

على ضوء ما سبق، تبرز مشكلة الدراسة التي نطرحها في السؤال التالي:

ما مدى مساهمة الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بماسرة؟

ولتسهيل معالجة هذه الإشكالية يتطلب منا الإجابة عن الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مدى مساهمة الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الملموسية؟
- ما مدى مساهمة الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاعتمادية؟
- ما مدى مساهمة الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاستجابة؟
- ما مدى مساهمة الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد التعاطف؟
- ما مدى مساهمة الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الأمان؟

## 2 - فرضيات الدراسة:

انطلاقاً من الإشكالية المطروحة نضع الفرضية الآتية بالاعتماد على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية.

توجد علاقة ارتباط معنوية بين أبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بـماسة.

وتتفرع منها الفرضيات الفرعية التالية:

- H<sub>01</sub>: توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الملموسية و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة.
- H<sub>02</sub>: توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاعتمادية و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة.
- H<sub>03</sub>: توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاستجابة و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة.
- H<sub>04</sub>: توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد التعاطف و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة.
- H<sub>05</sub>: توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الأمان و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة.

## 3- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى الآتي:

- التعرف على جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسة قيد الدراسة.
- الاستفادة من نتائج قياس مستويات جودة الخدمة الصحية في ترقية خدمات الرعاية الصحية .
- الرغبة في تنمية و إثراء معلوماتنا التسويقية في هذا الميدان بحكم التخصص.
- إثراء المكتبة الجامعية بمرجع حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الصحية في الجزائر .

## 4- أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية هذه الدراسة في الآتي:

- معرفة توقعات المرضى و المراجعين لمستويات تحقيق أبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم.
- معرفة مستوى مساهمة أبعاد الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية
- معرفة آراء واتجاهات المرضى و المراجعين نحو مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم في المؤسسة قيد الدراسة.

## 5 - المنهج المستخدم:

اعتمادنا في دراستنا هاته على المنهج الوصفي التحليلي كحتمية أملتأ عليها طبيعة الموضوع، لأننا بصدد جمع وتلخيص المفاهيم والحقائق النظرية المرتبطة بجودة الخدمات الصحية. و لانجاز هذه الدراسة تم الاعتماد على مجموعة متنوعة من المراجع باللغة العربية واللغات الأجنبية، والاستعانة بالمجلات والدوريات، المصادر الرسمية كالقوانين والمراسيم، بالإضافة إلى بعض المواقع الالكترونية المتخصصة في مجال دراستنا. أما في الدراسة الميدانية فقد اعتمدنا على برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية ( SPSS 21 ) في الحصول على النتائج وإجراء الاختبارات الإحصائية الضرورية.

## 6 - حدود الدراسة:

المجال البشري: اقتصر المجال البشري للدراسة على المرضى و المراجعين في المؤسسة محل الدراسة.  
المجال المكاني: اقتصر المجال المكاني للدراسة على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة.  
المجال الزمني: تناولنا هذه الدراسة في إطارها النظري من أواخر سنة 2017 إلى منتصف سنة 2018 ، أما الإطار التطبيقي فكان خلال المدة المحصورة من 2018/03/11 إلى 2018/05/13.

## 7 - الدراسات السابقة:

- دراسة صلاح محمود ذيلب، (2012) بعنوان قياس أبعاد الخدمات الصحية الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. وردت هذه الدراسة في مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، . هدفت هذه الدراسة إلى قياس أبعاد الخدمات الصحية الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، وتوصلت الدراسة إلى أن المستشفيات الحكومية تطبق أبعاد الخدمة الطبية الاعتمادية والملموسية، والتعاطف، والأمان باستثناء بعد الاستجابة وذلك من وجهة نظر العاملين في المستشفيات مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا التوفر متباين بين الأبعاد الخمسة. وكان تقييم المرضى للأبعاد نفسها متقارب فيما يتعلق بالأبعاد جميعها ما عدا بعدي الاستجابة والتعاطف. ولم تظهر الدراسة أية فروق في تقييم المرضى لأبعاد الجودة يعزى لأي من المتغيرات الديمغرافية.
- دراسة سلطان، (2012) بعنوان أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين. دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة. وردت في مجلة دورية نصف سنوية، المجلد الخامس، العدد العاشر، قسم إدارة الأعمال، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة البصرة. هدفت الدراسة إلى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية من خلال قياس خمس أبعاد (الملموسية والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف)، وتوصلت الدراسة إلى توفر أبعاد جودة الخدمة في بعض المستشفيات. وبينت كذلك وجود فروقات إحصائية في مجال جودة الخدمات الصحية بين المستشفيات الأهلية.
- دراسة حبيب محمود و باسل أنور سعد (2014)، بعنوان قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين دراسة ميدانية لمركز اشراف الشامية. وردت في مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدراسات، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 36، العدد 5. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية ومعرفة مستوى رضئ المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة في هذه المراكز، وتوصلت الدراسة إلى عدم توفر جودة للخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في منطقة اشراف الشامية وفقا لأبعاد جودة

الخدمات الصحية (الاعتمادية، و الملموسية، والتعاطف، و الأمان، والاستجابة، والثقة) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمات المقدمة.

• دراسة محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر (2015) بعنوان: قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين دراسة ميدانية على مستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم. ردت هذه الدراسة في المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 04. وقد هدفت هذه الدراسة إلى: قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، وقد توصلت هذه الدراسة للعديد من النتائج أهمها: يوجد إدراك لدى المرضى والمراجعين في السودان للمستويات المطلوب توفرها في المستشفيات عند تقديم الخدمات الصحية.

• دراسة بن عيشي عمار، بعنوان أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون (المرضى) دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة الجزائر. وردت هذه الدراسة في مجلة إدارة الأعمال و الدراسات الاقتصادية، العدد السادس. هدفت الدراسة إلى التعرف على دور أبعاد جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون (المرضى) دراسة حالة مستشفيات ولاية - الجزائر-. وتوصلت الدراسة إلى ان المستشفيات محل الدراسة تتوفر على أبعاد جودة الخدمات الصحية. كما توجد علاقة بين أبعاد جودة الخدمات الصحية وبين تحقيق رضا الزبون (المرضى) في المستشفيات محل الدراسة. كما أوصت الدراسة بأن تهتم إدارة المستشفيات بأراء ومقترحات زبائنها عن الخدمة المقدمة باستمرار.

• دراسة تومي عبد المالك (2017)، بعنوان تأثير جودة الخدمة الصحية على رضا الزبون دراسة استطلاعية لأراء عينة من الزبائن في عيادة ابن سينا، بباتنة. وردت هذه الدراسة في مجلة البحوث الاقتصادية و المالية، المجلد الرابع، العدد الثاني. هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا الزبائن، و قد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط و تأثير ذات دلالة معنوية بين أبعاد جودة الخدمات الصحية و رضا الزبائن في العيادة المبحوثة، و عليه أوصى الباحث على ضرورة زيادة اهتمام العيادة المبحوثة بجودة الخدمات المقدمة من خلال زيادة الاهتمام بأبعادها المتمثلة في (الاعتمادية، و الملموسية، والتعاطف، والأمان، والاستجابة، والثقة) و النظر الى الجودة على انها خيار استراتيجي لاكتساب ميزة تنافسية في سوق الخدمات الصحية.

#### 8 - موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

تعددت الاتجاهات البحثية في الدراسات السابقة، حيث كانت تهدف إلى قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى وتأثيرها على رضاهم، و العوامل المؤثرة على ذلك. بينما تطلعت الدراسة الحالية إلى معرفة دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية.

## 9 - تقسيمات الدراسة:

من اجل التحكم في الموضوع والإلمام بجوانبه قسمنا البحث إلى ثلاثة فصول، حيث تناول الفصل الأول والثاني دراسة نظرية أما الفصل الثالث فهو ميداني حول مؤسسة عمومية للصحة الجوارية بالإضافة إلى مقدمة وخاتمة.

**الفصل الأول: الجودة في القطاع الصحي و التسويق الصحي.**

اشتمل هذا الفصل على مفاهيم نظرية حول الخدمات و خدمات الرعاية الصحية، بالإضافة مفاهيم نظرية تتعلق التسويق الصحي . كذلك بعض المفاهيم المتعلقة بالجودة و جودة خدمات الرعاية الصحية  
**الفصل الثاني: ترقية خدمات الرعاية الصحية.**

تناولنا في هذا الفصل ترقية خدمات الرعاية الصحية من خلال ثلاثة اليات تمثلت في القيام بدراسة سلوك المستهلك الصحي، تطبيق نظام المعلومات التسويقي الصحي و تطبيق عناصر المزيج التسويقي الصحي ، كما تطرقنا لترقية الخدمات الصحية من خلال مقياس الجودة

**الفصل الثالث: مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة.**  
يتناول هذا الفصل واقع الخدمات الصحية في الجزائر، من حيث نشأة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، وتطورها، ومدى اهتمام الدولة بتقديم الرعاية الصحية اللازمة لمواطنيها، هذا بالإضافة الى بعض الدراسات المقارنة بين دول المغرب العربي حول خدمات الرعاية الصحية ومستوى الإنفاق عليها. كما تناولنا دراسة تطبيقية حول مؤسسة عمومية للصحة الجوارية، وذلك من خلال التعريف بالمؤسسة، وتقديم مفصل لمختلف المصالح ، وفي الأخير تحليل نتائج الاستثمارات المقدمة للمرضى.

الفصل الأول  
الجودة في القطاع الصحي و التسويق  
الصحي

## تمهيد

يتطلع الكثير من المرضى للحصول على خدمات رعاية صحية أفضل نتيجة للتطورات التي يشهدها العالم الحديث، لذلك تسعى منظمات الرعاية الصحية لرفع مستوى أدائها من الناحية الخدمية والإنتاجية عن طريق الاهتمام بالجودة وتطبيق مفهوم التسويق الصحي في صناعة استراتيجياتها . سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق الى الجودة في القطاع الصحي و التسويق الصحي من خلال ثلاثة مباحث:

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول خدمات الرعاية الصحية

المبحث الثاني: تسويق الخدمات الصحية

المبحث الثالث: الجودة في خدمات الرعاية الصحية

## المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمات وخدمات الرعاية الصحية:

لقد تزايد الاهتمام بالخدمات في الآونة الأخيرة، و محاولة الكثير من الباحثين و المختصين إعطاء مفهوم محدد للخدمة كلا حسب رؤيته وتوجهه، وهذا يعود للدور المهم و الكبير للخدمات نتيجة للتطور الاقتصادي والاجتماعي في حياة الأفراد و المجتمعات. وتزامنا مع هذا التطور تزداد المشكلات الصحية و بالتالي يزداد الطلب على خدمات الرعاية الصحية سواء كانت وقائية أو علاجية، بغض النظر عن القدرات المادية في دفع ثمنها.

## المطلب الأول: مفاهيم عامة حول الخدمات:

لقد ظهرت مجموعة من التعاريف للخدمة خلال الفترات السابقة نتيجة للأبحاث و الدراسات في مجال تسويق الخدمات، وسنلقي الضوء هنا على بعض هذه التعاريف.

الفرع الأول: تعريف الخدمة:

عرفتها الجمعية الأمريكية للتسويق بأنها: "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة". إلا ان هذا التعريف لم يميز بصورة كافية بين السلعة و الخدمة<sup>1</sup>. أما كوتلر فقد عرف الخدمة بأنها: "أي نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر، و تكون أساسا غير ملموسة و لا ينتج عنها أية ملكية، وان إنتاجها و تقديمها قد يكون مرتبطا بمنتج مادي ملموس أو لا يكون"<sup>2</sup>.

أما بالمرفيرى أن الخدمة هي "إنتاج منفعة غير مادية في جوهرها، إما في حد ذاتها أو كعنصر هام في منتج مادي ملموس، تشبع من خلال شكل ما من أشكال التبادل حاجة محددة". يسلم هذا التعريف بان معظم المنتجات هي في الواقع مزيج من عناصر سلعية و أخرى خدمية. و في بعض الأحوال يكون العنصر الخدمي هو العنصر المحوري في الخدمة (مثل تصفيف الشعر و الاستشارات الطبية)، و في أحوال أخرى تساند الخدمة ببساطة توفير منتج و تدعمه (مثل التسهيل الألتمائي المقدم لمساندة بيع سيارة جديدة)<sup>3</sup>. و في معنى آخر لتعريف الخدمة ميزت شوستاك (Shostack) بين الخدمة الجوهر و العناصر المحيطة بهذا الجوهر، حيث تقول أن هذا التمييز يمكن اعتماده لتعريف الخدمة، فالجوهر في عرض الخدمة هو عبارة عن المخرجات الضرورية لمؤسسة الخدمة و التي تستهدف منافع غير محسوسة يتطلع إليها المستفيدون. و تكمن أهمية تعريف شوستاك للخدمة أنها تقارنها مع السلعة المادية، فإذا كانت الجوانب غير المحسوسة هي الغالبة أو السائدة في العرض، فان ذلك يعني أنها خدمة أكثر مما هي سلعة و العكس صحيح<sup>4</sup>.

و يحتاج رجل تسويق الخدمة إلى معرفة ما المقصود بالضبط بالخدمة الجوهر التي يقدمها، وكذلك بالخدمات التكميلية الداعمة لهذا الجوهر. فالخدمة هي عملية أو أداء و ليس شيئا ماديا، و لكي تحقق مؤسسة الخدمة أهدافها المنشودة فانه يترتب عليها مسؤولية تقديم خدمات تشبع حاجات و رغبات المستفيدين و تحقق لهم مستوى من الرضا وفقا لتوقعاتهم و ادراكاتهم للمنافع المتتالية من الخدمة المطلوبة.

<sup>1</sup> - هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط 5، دار وائل، عمان، الأردن، 2009، ص 21.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 20.

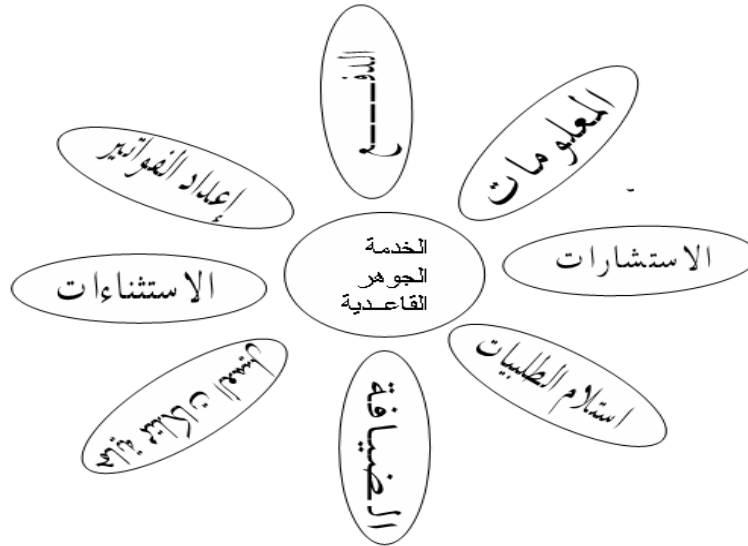
<sup>3</sup> - أدريان بالمر، مبادئ تسويق الخدمات، ترجمة بهاء شاهين و آخرون، ط 1، مجموعة نيل العربية، مدينة نصر، القاهرة، 2009، ص 35.

<sup>4</sup> - فريد، كورتل تسويق الخدمات، ط 1، دار كنوز المعرفة، عمان، الأردن، 2009، ص 65.



إن إشباع الرغبات وتحقيق رضا المستفيدين يتحقق فقط عندما تدرك مؤسسة الخدمة انه في كثير من الحالات لا يبحث المستفيد عن الخدمة الجوهر بمعزل عن الخدمات الأخرى الداعمة لهذا الجوهر.<sup>1</sup>

الشكل ( 1-1):زهرة الخدمة



Source : C. Lovelock et autres, **marketing des services**, 6 édition, Pearson, paris 2008, p 95.

يتضح من الشكل أن العديد من مؤسسات الخدمة تعرض لعملائها حزمة من المنافع تتضمن تسليم الخدمة الجوهر، إضافة إلى العديد من الخدمات الأخرى التي ترتبط بأنشطتها. هذه الخدمات الإضافية (التكميلية) هي التي تميزها عن المؤسسات الأخرى المنافسة لها.

الفرع الثاني: خصائص الخدمات التسويقية :

هناك مجموعة من الخصائص تميز الخدمة عن السلعة، والتي يمكن تحديدها كالآتي:<sup>2</sup>

1-2 اللاملموسية (اللاملموسية): إن ابرز ما يميز الخدمة عن السلعة أن الخدمة غير ملموسة بمعنى انه ليس للخدمة وجود مادي ابعدها من أنها تنتج وتحتضن ثم تستهلك، أو يتم الانتفاع بها عند الحاجة إليها. ومن الناحية العلمية فان الإنتاج والاستهلاك تحدثان في آن واحد، ويترتب على خاصية اللاملموسية صعوبة معاينة أو تجربة أو فحص الخدمة قبل شرائها، بمعنى آخر أن المستفيد من الخدمة لن يكون قادرا على إصدار قرارات أو إبداء رأي بالخدمة استنادا إلى تقييم محسوس من خلال حواس البصر، الشم والتذوق قبل شراءه الخدمة، مثلما يحصل لو انه اشترى سلعة مادية .

2-2 التلازمية: وهي عبارة عن درجة الترابط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى تقديمها، فنقول أن درجة الترابط أعلى بكثير في الخدمات قياسا إلى السلع المادية، وتشير خاصية التلازم في هذه الحالة إلى وجود

<sup>1</sup> - فريد، كورتل تسويق الخدمات ، مرجع سابق، ص 62.

<sup>2</sup> - فريد كورتل و آخرون، تسويق الخدمات الصحية، ط1، دار كنوز المعرفة العلمية ، عمان، الأردن، 2012، ص ص 91-96.

علاقة مباشرة بين مزود الخدمة والمستفيد، فغالبا ما يتطلب الأمر حضور المستفيد من الخدمة عند تقديمها.

2-3 عدم التماثل أو عدم التجانس في طريقة تقديم الخدمة: تتميز الخدمات بخاصية التباين أو عدم التماثل أو التجانس طالما أنها تعتمد على مهارة أو أسلوب أو كفاءة مزودها و زمان و مكان تقديمها. فعملية جراحية يجريها جراح مشهور مثلا تعد أفضل من حيث الجودة والإتقان والأمان وفرص النجاح مقارنة بعملية يجريها جراح اقل خبرة. كما أن مزود الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادا على ظروف معينة ( الطبيب قد يعالج مرضاه بطرق مختلفة )، وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا، والواقع أن خاصية عدم التجانس في تقديم الخدمة تجعل من غير الممكن لمزودها تنميط خدماتهم.

2-4 الملكية: إن عدم انتقال الملكية يمثل خاصية مميزة للخدمات مقارنة بالسلع المادية، فبالنسبة للسلع يمكن للمشتري أن يستخدم السلعة بشكل كامل وبإمكانه تخزينها واستهلاكها أو بيعها في وقت لاحق، وعندما يدفع ثمنها فان المستهلك يمتلك السلعة. أما بالنسبة للخدمة فان المستفيد قادر فقط على الحصول عليها واستخدامها شخصيا لوقت محدد في كثير من الأحيان، مثل تأجير غرفة في فندق، أو استئجار شقة أو سيارة، وان ما يدفعه لا يكون إلا لقاء المنفعة المباشرة التي يحصل عليها من الخدمة المقدمة إليه.

5.2 الهلاكية (الزوالية) بما أن الخدمة تمثل فعل أو تصرف فإنها تتلاشى وتنتهي سواء تمت الاستفادة منها أو لم تتم، وذلك لعدم إمكانية تخزينها والاستفادة منها لحين وقوع الطلب عليها، وهذا بطبيعة الحال سوف يثير مشكلة أمام المنظمة. لذلك على المنظمة أن تحدد أسباب عدم وقع الطلب على الخدمة المقدمة لكي تتمكن من وضع المعالجات المناسبة، أما في حالة وجود طلب مستمر فان هذه الخاصية سوف لا تشكل مشكلة لمقدمها<sup>1</sup>.

وقد أشار Beatrice إلى أن الخدمات الصحية تنفرد بثلاثة خصائص أساسية وهي عدم الملموسة، وعدم الانفصالية، وعدم التجانس. وأن خصائص عدم القابلية للخدمة لتخزين، ومشاركة العميل في إنتاج الخدمة، وإنتاج واستهلاك الخدمة في وقت واحد فهذه الخصائص تندرج ضمن هذه الخصائص الرئيسية الثلاثة<sup>2</sup>.

### المطلب الثاني: مفاهيم عامة حول خدمات الرعاية الصحية:

قبل التطرق إلى مفهوم خدمات الرعاية الصحية، سنحاول إعطاء مفهوم للرعاية الصحية و الجهة المسؤولة عن تقديم هذه الخدمات ألا وهي المؤسسة الصحية.

الفرع الأول: مفهوم المؤسسة الصحية: والتي "هي عبارة عن مجموعة من التخصصات والمهارات والمهن الطبية وغير الطبية و مجموعة من الخدمات والأدوية والمواد. التي تنظم أسلوب تقديم الخدمات العلاجية والوقائية للمرضى الحاليين والمرقبين وإشباع حاجاتهم<sup>3</sup>.

كذلك زمن خلال نموذج "تقييم جودة الرعاية الصحية " للعالم الأمريكي افيديس دونابيديان Avedis Donabedian والذي له الفضل لمحاولة قياس الأداء في المؤسسات الصحية خلال سنوات الستينات:

<sup>1</sup> - محمود جاسم الصميدعي و ردينه عثمان يوسف، تسويق الخدمات، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن، 2010، ص 40.  
<sup>2</sup> - Béatrice Bréchnac, Roubaud, "marketing des sévices du projet au plan marketing" 5 édition, paris, 2001, p 71.

<sup>3</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإدارة الصحية، دار حامد، عمان، الأردن، 2017، ص 95.

المؤسسات الصحية عبارة عن وحدات منتجة للرعاية الصحية والخدمات وذلك من خلال ثلاثة مستويات وهي:<sup>1</sup>

- الموارد أو المدخلات: وهي مختلف الوسائل التي تسمح للمؤسسة الصحية بانجاز مهمتها وتقديم الرعاية الصحية للمرضى والمتمثلة في: الموارد المالية، الموارد المادية، الموارد البشرية، أنظمة المعلومات ....  
- عمليات الرعاية الصحية: وهي الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والتي يمكن النظر إليها من خلال الأنشطة التالية:

- أنشطة عيادية مباشرة: التي تستوجب وجود المريض /المستفيد كالمعالجة الجراحية.
  - أنشطة عيادية غير مباشرة: التي تقوم لأجل المريض وفي غيابه كالتحاليل الطبية.
  - أنشطة غير عيادية: التي لا ترتبط بالرعاية الصحية ولكن تتعلق بالمؤسسة وتسمح للرعاية الصحية بالانجاز في أفضل الشروط كصيانة التجهيزات، والأنشطة الإدارية ...
- النتائج: تتمثل في مختلف نتائج الرعاية الصحية على الحالة الصحية للمريض أو السكان كمعدل الوفيات و معدل الشفاء، والمرضى والراحة، كما تتمثل أيضا في النتائج المالية والمحاسبية للمؤسسة الصحية.

الفرع الثاني: مفهوم الرعاية الصحية: تعد الرعاية الصحية نشاط يهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بكافة الجوانب، حيث أنها تركز بداية على منع المرض أو منع الإصابة بالمرض والوقاية منه بوسائل عديدة غير مكلفة<sup>2</sup>، ومنه يمكن القول بان الرعاية الصحية هي مجموعة الخدمات الطبية والوقائية المقدمة لكافة أفراد المجتمع بهدف رفع مستوى الصحة للمواطنين ومنع انتشار الأمراض والأوبئة، وعلى ان تشمل كافة الخدمات التي تساعد بالهوض بالمستوى الصحي، ومن هذه الخدمات التربية الصحية، والماء الصالح للشرب والتغذية، والتطعيم، وصحة الأم والطفل، وتوفير الأدوية والعلاجات ... الخ<sup>3</sup>.

ويمكن تعريف خدمات الرعاية الصحية على أنها: "مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها نظم الرعاية الصحية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة، بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها"<sup>4</sup>.  
كما عرفت الخدمة الصحية بأنها: "مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها (المرضى وغيرهم) على نحو نظامي وموضوعي، يساهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية، وذلك عن طريق العاملين في المنظمات

<sup>1</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص ص 96-97.

<sup>2</sup> - أديب برهوم ورشا سعيد، " اثر الابتكار التسويقي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في مستشفى الباسل بطرطوس"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد 36، العدد 4، 2014/08/20، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، جامعة تشرين، طرطوس، سوريا، ص 283

<sup>3</sup> journal.tishreen.edu.sy/index.php/econlaw/article/viewFile/.../1034 تاريخ و ساعة التحميل 20/02/2018 (22:15).

<sup>4</sup> - مليكة غواري، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، البازوري، عمان، الأردن، 2016، ص 62.

<sup>4</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص 99.

الصحية و الذين يستخدمون مهاراتهم و خبراتهم و تقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم و بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب و بأقل تكلفة ممكنة"<sup>1</sup>.

المطلب الثالث: تصنيف خدمات الرعاية الصحية:

سيتم التطرق الى أهمية وتصنيف خدمات الرعاية الصحية.

الفرع الأول: تصنيف خدمات الرعاية الصحية: تصنف خدمات الرعاية الصحية إلى ثلاثة أنواع:<sup>2</sup>

1-1 خدمات الصحة العامة: وهي الخدمات الصحية التي تستهدف حماية صحة المواطنين والارتقاء بها، وتتولى الدولة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات ممثلة في وزارة الصحة بمساعدة جهات حكومية أخرى،<sup>3</sup> وتشمل الأتي:

1-1-1 خدمات الصحة العمومية: وتتمثل في:

- مكافحة الأمراض المعدية و القضاء عليها.
- إشراف المباشر على حماية الأمومة و الطفولة، مع التركيز على برامج التحصين.
- التثقيف الصحي و توعية الأفراد بالمشكلات الصحية، وكيفية الاستفادة المثلى من برامج الخدمات الصحية.

• الإحصاءات الحيوية و الصحية، و الأبحاث العلمية في المجال الصحي.

• القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.

• وضع التشريعات و اللوائح التنظيمية و السياسات و الاستراتيجيات التي تكتل الحفاظ على الصحة و الرفاهية.

2-1-1 خدمات الارتقاء بالصحة: وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية ايجابية لدى الأفراد

و خاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن و ممارسة الرياضة، أي التركيز على العوامل غير الطبية لحفظ صحة الأفراد، كما تشمل أيضا النظافة الشخصية للفرد و صحة البيئة المنزلية ... الخ.

2-1-2 خدمات الصحة البيئية: هي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد، تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي و الأمن و قضايا الإسكان و المسكن الصحي، بالإضافة إلى مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة، كسلامة الهواء، الغذاء، مكافحة الحشرات و القوارض الضارة، و التخلص من النفايات، و معالجة مياه الصرف الصحي و السيطرة على المواد المشعة الخطرة ... الخ.

3-1 خدمات الصحة الشخصية: يقصد بها تلك الخدمات التي تقدم للفرد من قبل جميع المعنيين بتقديم الخدمات الصحية، وهي أنواع:

1- عمار بن عيشي ، " أبعاد جودة الخدمة الصحية و دورها في تحقيق رضا الزبون ( المرضى) – دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة - الجزائر، مجلة إدارة الأعمال و الدراسات الاقتصادية، العدد السادس، بدون تاريخ النشر، ص 11 .  
2- مليكة غواري، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق ، ص 42 .  
3- مصطفى يوسف كافي، الإدارة الصحية ، مرجع سابق ، ص 106 .  
<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/313> تاريخ و ساعة التحميل 23/02/2018 ( 12:52).

## 1-3-1 خدمات الصحة العلاجية: وتشمل:

- خدمات الرعاية الخارجية : وهي خدمات صحية لا تشمل أي رعاية إيوائية للمستنفدين تقدم في العيادات الخاصة والمستوصفات وغيرها من مراكز العلاج الطبي ... الخ.
- خدمات الرعاية الداخلية : هي الخدمات الصحية الإيوائية أو الاستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة بالمستشفى لمدة لا تتجاوز 30 يوما.
- 1 3 2 خدمات الصحة الوقائية : هي خدمات محددة ومباشرة، يجرى تطبيقها لحماية الأفراد من مرض معين، مثل حملات التطعيم، وخدمات التشخيص المبكر لبعض الأمراض... الخ.
- 1 3 3 خدمات إعادة التأهيل والرعاية الصحية طويلة الأمد: تشمل إعادة تأهيل المرضى المصابين بأمراض مزمنة، ومصابي الحوادث، ويتطلب ذلك فترة زمنية طويلة، تقدم هذه الخدمات من خلال مراكز التأهيل المخصصة ووحدات الرعاية الحقة بالمستشفيات.

## الفرع الثاني: أهمية خدمات الرعاية الصحية للفرد والمجتمع:

- 1-2 فردية: ان يستفيد منها شخص واحد دون ان تكون له علاقة بأية جهة أو مؤسسة أو نظام معين، كأن يتوجه شخص مريض إلى إحدى العيادات ويحصل على المعالجة الطبية.
- 2-2 جماعية أو منظمة: يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون إلى مؤسسة واحدة او نظام واحد وفق إجراءات وقواعد محددة، مثل الخدمات الطبية التي تقدمها الشركات والمؤسسات لعمالها وموظفيها، سواء عن طريق تعيين طبيب متفرغ في تلك المؤسسة وفق اتفاق معين أو غير ذلك.
- وما تجدر الإشارة إليه هو الأهمية الكبيرة للخدمات الصحية وعلاقتها المتينة بالحياة الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، حيث يمكن اعتبار الخدمات الطبية المقدمة للأفراد والمجتمع مؤشرا ومقياسا صادقا لمدى التقدم الاجتماعي والاقتصادي لذلك المجتمع، إذ انه من المعروف انه كلما ارتفع المستوى الاقتصادي للفرد والمجتمع كلما ارتقى مستوى الخدمات الطبية، وهذا ما يؤدي إلى ارتفاع دخل المشتغلين بالرعاية الطبية، ما يسمح بتطوير أساليب وأدوات ونوعية خدماتهم الطبية<sup>1</sup>.

## المبحث الثاني: تسويق الخدمات الصحية:

يعد التسويق الصحي أو تسويق الخدمات الصحية، مصطلح تم تداوله حديثا مقارنة بمفهوم التسويق التجاري ، وهذا راجع لتزايد وعي اهتمام الزبون (المريض) بالحصول على خدمات نوعية تلبى حاجياته وتحقق رغباته.

## المطلب الأول: مفهوم التسويق الصحي:

مر المفهوم التسويقي في المنظمات الصحية في تطوره بعدة مراحل شأنه شأن بقية منظمات الأعمال، مروراً بالمفهوم الإنتاجي ثم المفهوم البيعي فالمفهوم التسويقي، وأخيرا المفهوم الاجتماعي للتسويق. ويرى Parcours ان التوجه الاجتماعي للتسويق يعبر عن الأفكار التي يؤمن بها رجال التسويق والمنعكسة أثارها على الأنشطة التي يزاولونها والمنصبه نحو تحقيق الصالح العام للمجتمع، ودون تقييدها بفئة معينة من الأفراد<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - مليكة غواري، إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية ، دار اليازوري ، عمان، الأردن، ص ص 80-81 .

<sup>2</sup> - Parcours, Le Marketing, Hachette livre, Paris, 1996, P 247.

## الفرع الأول:تعريف التسويق الصحي:

يعرف التسويق الصحي على انه: " خلق، اتصال، وتسليم المعلومات الصحية واستخدام تفاعلات محورها المستهلك وأساسها التفكير الاستراتيجي لحماية وترقية صحة مختلف السكان"<sup>1</sup>.  
كما يمكن تعريف التسويق الصحي على انه: "مجموعة من الأنشطة والفعاليات التي تهدف إلى تحقيق الاتصال بالجمهور و جمع المعلومات عنهم وتحديد حاجاتهم لهدف تكوين سلوك صحي لدى الأفراد ، وان هذا السلوك يتطلب من العاملين في مجال التسويق الصحي"<sup>2</sup>:

- جمع المعلومات والبيانات عن السوق المستهدف وتحديد الحاجات الفعلية من الخدمات الصحية.
- تكوين سلوك صحي طوعي لدى الأفراد على اختلاف أجناسهم وانتشاروعي صحي يساهم في توجيه هذا السلوك.
- تحديد مدى فعالية ونجاح أنشطة التسويق الصحي.
- تحديد مدى فعالية الخدمات الصحية في تقليل الأمراض وجعل الأفراد أكثر قدرة للوقاية منها.

ويعرف كوتلر التسويق الصحي على انه: التحليل والتنفيذ والرقابة على البرامج المعدة بدقة نحو تحقيق قيمة تبادلية اختيارية (طوعية) مع الأسواق المستهدفة بهدف بلوغ ما تسعى إليه المنظمات الصحية من أهداف، معتمدة في ذلك على ملاقات حاجات تلك الأسواق المستهدفة ورغباتها، ومن خلال الاستخدام الفاعل للتسيير والاتصالات والتوزيع، من اجل إعلام السوق وإيجاد الدافع لدى الأفراد وخدمتهم.<sup>3</sup>

من خلال هذا التعريف يمكن القول بان التسويق الصحي هو:<sup>4</sup>

- عُرّف التسويق الصحي على وظيفة إدارية تتضمن التحليل، التخطيط، التنفيذ والرقابة.
- التحليل: تحليل وفهم البيئة، المنافسة، حاجات وتوقعات المرضى والجمهور.
- التخطيط: بحث و مسح حاجات المرضى الحالية والمستقبلية، وضع الأهداف والمعايير، تقييم قابلية المنظمة الصحية.
- التنفيذ والتقييم: إدارة المزيج التسويقي الصحي، تسويق الخطة داخليا، تطوير العلاقات مع الجمهور
- التغذية العكسية والرقابة: التأكد من أن الخطة تسير بالشكل الصحيح، بناء وتطوير الاختبارات والموازنات، مراقبة التطور، معالجة الأخطاء والانحرافات إن وجدت.
- يحدد التسويق الصحي بالنشاء البرامج المعدة بدقة لتحقيق الاستجابات المرغوبة للأسواق دون الاقتصار على تلك الأنشطة التلقائية أو الآلية فحسب. فالتسويق و من خلال برامج و خطط مصاغة بموضوعية ودقة يساعد المنظمات الصحية وبصورة كبيرة في مجال فاعليتها وهذه الفاعلية تنعكس في الدرجة التي تتعامل بها مع المساهمات الآتية: فلسفة الزبون، التكامل التسويقي للمنظمة، توجه استراتيجي، الكفاءة التشغيلية.

<sup>1</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، ط1، دار الابتكار، عمان، الأردن، 2017، ص107.

<sup>2</sup> - فريد كورتل و آخرون، مرجع سابق، ص 94 .

<sup>3</sup> - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2005، ص29.

<sup>4</sup> - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص ص 29-35 .

- يبحث التسويق في جلب تبادل اختياري ( طوعي )، فرجال التسويق يبحثون عن استجابة الطرف الآخر ولكن ليست تلك الاستجابة التي يحصل عليها بطرق قسرية وبأي سعر كان، فالتسويق الصحي يحمل فلسفة مناقضة للقوة، إذ أن رجال التسويق يبحثون في تكوين حزمة من المنافع للسوق المستهدف من خلال الجذب الكفوء و التبادل الطوعي بين المنفعة و الكلفة التي يتحملها الطرفان المتبادلان ( المنظمة الصحية و السوق ).

- يعنى التسويق الصحي باختيار السوق المستهدف أكثر مما يعمل في سوق شامل ، ليتمكن أكثر من خدمة ذلك السوق المستهدف، و العمل وفق هذا المنظور يحقق جملة من الفوائد أهمها:  
- جعل المنظمة الصحية في موقف أفضل لاكتشاف الفرص التسويقية لان تجزئة السوق تعني البحث عن الحاجات المستجدة و ليس التعامل مع ما هو سائد من حاجات.  
- جعل المنظمة أكثر تطابقا لما تقدمه من خدمات مع حاجات تلك الأسواق المستهدفة.  
- جعل المنظمة الصحية أكثر دقة في استخدامها لعناصر المزيج التسويقي و لاسيما فيما يتعلق بضبط الأسعار للخدمات الصحية المقدمة.

- الغرض من التسويق هو مساعدة المنظمات الصحية في تحقيق أهدافها في البقاء و الاستمرار، و تزويدها بالمرونة اللازمة للعمل في بيئة متغيرة من خلال خدمة أسواقها بصورة أكثر فاعلية. ففي منظمات الأعمال يكون الهدف الرئيسي هو الربح بينما في المنظمات الصحية ربما تسود أهداف أخرى غير مرتبطة بالربح، ففي برامج التحصين يتم إعطاء اللقاحات للأطفال المستفيدين منها مجانا. و في برامج رعاية الحوامل و الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يعانون من سوء التغذية يتم تزويدهم بغذاء عالي البروتين مجانا أيضا ... فالمنظمات الصحية هي منظمات أعمال و الربح جزء من أهدافها إلا انه ليس هدفا رئيسيا.

- يعتمد التسويق في تصميم خدمات المنظمة الصحية على حاجات و رغبات الأسواق المستهدفة أكثر من تلك الصيغ المرتبطة بأذواق البيع الشخصي، فالتسويق الفاعل موجه نحو المستهلك ( المرضى و المستفيدين ) و ليس نحو البائع ( المنظمة الصحية ).

- يستخدم التسويق و يعتمد على مجموعة من الأدوات تسمى المزيج التسويقي ( Marketing Mix ) هي: تصميم المنتج/ الخدمة، التسعير، التوزيع، الترويج، العمليات، الأفراد و الإظهار المادي.

#### المطلب الثاني: أهمية التسويق في المنظمات الصحية:

هناك مئات من المنظمات الصحية التي لا تهدف إلى تحقيق الأرباح، و التي تتلقى موارد مالية ضخمة و تؤثر على ملايين البشر، و غالبا ما نجد هذه المنظمات الصحية لا تعمل بكفاءة، حيث نجد الأسرة الشاغرة و المرضى الذين يحتاجون الرعاية و لا يحصلون عليها ... الخ، مما أدى الى ضياع موارد هذه المنظمات و جعلها تذهب نحو المصروفات الإدارية بها، و ليس نحو الأسواق المستهدفة، و على ذلك يكون هناك خسارة اقتصادية و اجتماعية على حد سواء<sup>1</sup>. و تبرز أهمية التسويق في المنظمات الصحية من خلال المزايا و الفوائد المتحققة من استخدامه، و يمكن حصرها في الآتي<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> - فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ط2، ايتراك، القاهرة، مصر، 2001، ص 31.  
<sup>2</sup> - فريد كورتل و آخرون، مرجع سابق، ص ص 105-107.

- أ - تحسين كفاءة الأنشطة التسويقية و ذلك من خلال التركيز على نمط الإدارة العقلانية، و التنسيق من اجل تطوير المنتج، التسعير، التوزيع، و الترويج، فالتسويق يجهز الإدارة بمدخل علمي يجعلها تنفذ الحد الأعلى من الكفاءة و الفاعلة في الأنشطة التسويقية فضلا عن التنسيق المستمر فيما بينها.
- ب جعل المنظمات الصحية أكثر تحسسا لحاجات المجتمع الصحية، من خلال اندماجها مع الجمهور، إذ أن عملية استقصاء آراء المرضى و قياس رضاهم هي من صلب عمل و وظيفة التسويق، فهي العنصر الرئيسي لعملية تسيير التغذية العكسية (Feed Back) بين المرضى و المنظمات الصحية.
- ت تحسين صورة المنظمة الصحية و جعلها في وضع متميز و لائق في السوق الصحي ، فإدخال مفهوم التسويق في المنظمات الصحية يجعلها تتجه كلياً بأفكارها نحو جميع الأفراد، فضلا عن سعيها للبحث عن تلك الميزات التنافسية التي تتمكن من خلالها من تقديم أفضل الخدمات للمحتاجين إليها.
- ث تمكن إدارة المنظمات الصحية من خلال خلق أنظمة أكثر فعالية في تقديم و توزيع الخدمات ، و وضع السياسة السعرية المناسبة للخدمات الصحية التي تقدمها.
- ج - تنمية الوعي الصحي و التثقيف الطبي لدى المستفيدين من الخدمات الصحية ؛ حيث يعمل التسويق على إتمام عمليات التبادل بين المرضى و المنظمة الصحية من خلال إدارة عمليات الشراء و البيع للخدمة المؤداة و ما يتطلبه ذلك من : جمع المعلومات؛ استخدام الأساليب و الطرق المختلفة لتقدير حجم الطلب؛ تقدير الطاقة اللازمة من العمالة لخدمة المرضى كالأطباء و الممرضات و الفنيين و المساعدين و العمالة الأخرى، و أيضا تقدير الطاقة الاستيعابية من الأسرة و تجهيزاتها لمواجهة و مقابلة الطلب في المنظمات الصحية.
- ح - يعمل التسويق على تحديد السوق المستهدف و من هم المستفيدون الحاليون و المرتقبون الذين تقدم لهم الخدمات الصحية المختلفة، بما يتلاءم و مشاكلهم الصحية و أمراض البيئة المحيطة.
- خ - إن ازدياد أشكال الخدمات الصحية المؤداة، و ازدياد التكنولوجيا أضاف بعدا جديدا للمنافسة بين المنظمات الصحية ، مما اثر على الدور الذي يلعبه التسويق في هذه المنظمات الصحية.

### المطلب الثالث: خصائص التسويق الصحي:

- ان النشاط التسويقي في المنظمات الصحية يمتاز بمجموعة من الخصائص و التي من أبرزها الأتي<sup>1</sup>:
- أ - تمتاز المنظمات الصحية بكون خدماتها عامة و موجهة الى عموم الجمهور باتجاه تحقيق المنفعة لهم، و هذا بما يتوافق مع تحقيق رضاهم و إشباع حاجاتهم. و عليه فان التسويق سيكون مطالب بمزيد من التفاعل و التواصل مع الجمهور الواسع و المتعدد الأنماط و الحالات.
- ب معظم المبالغ التي تنفقها المنظمات الصحية العامة يكون مصدرها في الغالب طرف ثالث ( الدولة، شركات التأمين، المتبرعون ... الخ)، فالمنظمات الصحية تقدم خدماتها للمجتمع و تحصل مقابل ذلك على عوائد، إلا أنها في ذات الوقت تحصل على تعويضات من طرف ثالث لتغطية النقص الحاصل في الموارد او باتجاه زيادة الإمكانيات للتنوع أو التطوير في الخدمات.

<sup>1</sup> - ردينه عثمان يوسف، التسويق الصحي و الاجتماعي، دار المناهج ، عمان، الأردن، 2008، ص 107- 109.



ت تؤثر القوانين و التشريعات الحكومية بشكل كبير على اختيار المنظمة الصحية للاستراتيجيات التسويقية التي من الممكن اعتمادها بل إنها في بعض الأحيان تملي عليها بعض السياسات في التعامل مع أنواع محددة من الخدمات الصحية أكثر مما يمكن أن تكون حرة في تقديمها من عدمه.

ث- في اغلب المنظمات الصحية تكون قوة القرار موزعة بين طرفين احدهما الإدارة و الثاني السلك الطبي و التمريضي، و هذا التوزيع من شأنه أن يحدث نوع من التعارض أو المشكلات في اختيار الاستراتيجيات التسويقية الممكنة التطبيق، و هذا من شأنه أن يجعل إدارة التسويق و نشاطها المؤدى في المنظمة الصحية موضع إدراك و تأثير بنتائج هذا الصراع.

ج-تمتاز الخدمات بسمة الاستقرب، أي أن المستهلك ( المريض ) يرغب في أن يكون موقع تقديم الخدمة قريب إليه، إلا إن الأمر في الخدمات الصحية المقدمة من قبل المنظمات الصحية تمتاز بأكثر من ذلك و من مؤشرات النجاح التسويقي لتقديم الخدمة نذكر:

#### • درجة الاستقرب:

و يقصد بها درجة قرب المنظمات الصحية من المستفيدين من خدماتها، فكلما كانت قريبة من الجمهور، كلما تأشرقوة الاستجابة للحالة الصحية المطلوب تقديمها، كما هو الحال على سبيل المثال في العناية بالأم الحامل و رعاية الأطفال ... الخ.

#### • درجة التباعد:

و يقصد بها مقدار الانتشار الجغرافي و الاتساع في تقديم الخدمات الصحية. ويأشردلك في مجال خلق التوعية الصحية و الإرشاد الصحي للمناطق البعيدة عن المنظمات الصحية و استجابتهم لتلك البرامج المعدة.

#### • الدرجة الزمانية و المكانية:

تمتاز الخدمات الصحية إلى حد ما بتذبذب الطلب عليها من قبل المواطنين، سواء كان ذلك خلال ساعات اليوم الواحد أو أيام الأسبوع، أو حسب الموسم، أما بالنسبة للدرجة المكانية فان المنظمة الصحية يمكن ان تقدم خدماتها في الداخل أو الخارج عندما يتوجب خروج الهيئة الطبية إلى موقع المرضى.

#### • درجة التخصص و تكاملها:

و يعني أن نجاح الخدمة الصحية و تسويقها يتكامل ما بين عدد من الأطراف المنتجين لها دون طرف واحد فقط.

ح- المعايير الاقتصادية: يكون من الصعب في كثير من الأحيان تطبيق المعايير الاقتصادية البحتة عند تقديم الخدمات الصحية، باعتبارها تنصب أساسا نحو الإنسان و هو اغلي قيمة من كل شيء، فالمنظمات الصحية مطالبة بان تحقق فوائد مضافة ليس بهدف تحقيق الربح المجرد، بل لإغراض إعادة الاستثمار في مجال تقديم خدمات صحية بنوعية أفضل و بتعدد أوسع يشمل اكبر عدد من المستفيدين منها.

هذا المستفيد من الخدمة الصحية تتحكم في عملية اختياره للمنظمة الصحية مجموعة من العوامل توجه سلوكه الشرائي، و بالتالي على المنظمة الصحية التي تريد كسب اكبر عدد ممكن من المستهلكين القيام بدراسة سلوك هذا المستهلك و تحديد أهم العوامل المؤثرة على اتخاذه لقرار الشراء للخدمة الصحية.

## المبحث الثالث: الجودة في خدمات الرعاية الصحية:

تنشط البلدان في شتى أنحاء العالم على إدخال الجودة في نظم الرعاية الصحية عموماً، ويعود ذلك بصفة رئيسية إلى ان تقديم مجرد رعاية، أي رعاية ، لم يعد خياراً مقبولاً. فالمرضى وممولو خدمات الرعاية الصحية على حد سواء يطالبون بان تكون هذه الرعاية ذات جودة<sup>1</sup>.

## المطلب الأول: الجودة:

إن التطور التكنولوجي وظهور مفهوم الجودة كميّار لتقديم الخدمة، إضافة إلى الخصائص المميزة للخدمات كان محل اختلاف وسط الباحثين والمختصين في تحيد مفهوم جودة الخدمة.

## الفرع الأول: تعريف الجودة

يرجع مفهوم الجودة (Quality) إلى الكلمة اللاتينية (Qualitas) والتي تعني طبيعة الشخص أو الشيء ودرجة الصلابة، و قدما كانت تعني الدقة والإتقان<sup>2</sup>.

- الجودة كما هي في قاموس أكسفورد تعني الدرجة العالية من النوعية أو القيمة<sup>3</sup>.
- حسب العالم الأمريكي فليب كروزبي احد أعمدة فكر الجودة: "الجودة هي المطابقة للمواصفات"<sup>4</sup>.
- يعرف الدكتور رولاس فرانك الجودة بأنها: "عملية منظمة ومستمرة لغلق الفجوة بين الأداء الحالي و النتائج المرغوب فيها"<sup>5</sup>.
- تعرف الجمعية الأمريكية الجودة بأنها: "الصفات و الخصائص الكلية للمنتج أو الخدمة التي تعكس قدرتها على تلبية الحاجات الظاهرية والضمنية"<sup>6</sup>.

## الفرع الثاني: نشأة و تطور مفهوم الجودة:

بدا التركيز على مفهوم الجودة في اليابان في القرن العشرين، ثم انتشر بعدها في أمريكا و الدول الأوروبية، ثم بقية دول العالم، فتطور مفهوم الجودة من نظام الفحص البسيط إلى ما يعرف اليوم بإدارة الجودة الشاملة فهو لم يأت دفعة واحدة، بل استلزم ذلك فترة من الزمن كانت نتيجة لإضافات علمية كبيرة على المستويين الفكري و التطبيقي من قبل عدد من العلماء و المفكرين نذكر منهم: ادوارد ديمينغ ، جوزيف جوران، فيليب

<sup>1</sup>- زاهر عبد الرحيم عاطف.إدارة المستشفيات و السجلات الطبية، ط1، دار الراية، عمان، الأردن، 2016، ص 58.  
<sup>2</sup> - مليكة غواري ، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2016 ، ص 12.  
<sup>3</sup> - هيثم حمود، الشلبي و مروان محمد، النسور. إدارة المنشآت المعاصرة، ط 1 ، دار الصفاء، عمان، الأردن، 2009، ص 85 .  
<sup>4</sup>- صالح بوعبد الله، نماذج و طرق قياس جودة الخدمة – دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر- ، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة سطيف1 ، الجزائر، سنة 2013/2014 ، [www.univ-setif.dz/Tdoctorat/facultes/facultes/fseg/2014/bouabdallahsalah.pdf](http://www.univ-setif.dz/Tdoctorat/facultes/facultes/fseg/2014/bouabdallahsalah.pdf) ، ساعة التحميل: 23/02/2018. (18:08).

<sup>5</sup>إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي. أسس و مبادئ التخطيط و الجودة، مصدر الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 2007 ، ص 62 .  
<sup>6</sup> - محمد نور الطاهر احمد عبد القادر، " قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى و المراجعين"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد11 ، العدد 4/2015 ، 01/09/2015 ، جامعة الدمام، الأردن، ص 903 . <https://journals.ju.edu.jo/JJBA/article/download/9036/4720> بتاريخ و ساعة التحميل: 2017/12/18 (20:27)

كروسبي، ارنماد فايجن بوم، كاور و ايشيكاوا، تاجيشي، الذين كان لهم دور فعال في تطور مفهوم الجودة و تتميز اغلب الأدبيات الإدارية بين أربع مراحل تاريخية لتطور مفهوم الجودة كما يأتي<sup>1</sup>:

### 1-2 مرحلة الفحص: Quality Inspection Stage

يطلق عليها أحيانا مرحلة التفتيش ، و تمثل بدايات حركة الجودة الشاملة، ظهرت بداياتها في أواخر القرن الثامن عشر مع بدايات تصاعد حركة الثورة الصناعية ، و تبلورت بعد ظهور نظرية تايلور في الإدارة العلمية وكانت تحليلات الجودة تركز فقط على فحص المنتج، وكان القرار الرئيسي السائد خلال تلك الحقبة هو القرار الخاص بتحديد زمن فحص المنتجات، و عدد المنتجات التي تخضع للفحص، و تتضمن عملية الفحص الأنشطة المتعلقة بقياس المنتج و اختباره و تفتيشه، و تحديد مدى مطابقة المنتج للمواصفات الفنية الموضوعية ، و بالتالي فان المنتجات المطابقة للمواصفات الفنية يمكن تسليمها إلى المستهلك، أما المنتجات غير المطابقة للمواصفات الفنية فإنها إما تتلف، او يعاد العمل عليها، او يبيعها بأسعار اقل. ان عملية فحص المنتج كانت تركز على اكتشاف الأخطاء و القيام بتصحيحها فقط، فالخطأ او العيب او التلف قد حصل فعلا ، فعملية الفحص اكتشفت الخطأ، ولكنها لم تمنعه من الأساس.

### 2 2 مرحلة ضبط الجودة: Quality Control Stage

يشمل ضبط الجودة كافة النشاطات و الأساليب الإحصائية التي تضمن المحافظة على مقابلة مواصفات السلعة، كما يقول Dale Besterfield بان ضبط الجودة هو استخدام الأدوات و القيام بالأنشطة المختلفة لتطوير جودة السلعة أو الخدمة، و بالتالي ضبط الجودة يشمل التأكد من ان تصميم السلعة مطابق للمواصفات المحددة و التأكد من ان الإنتاج و ما بعد الإنتاج متوافق أيضا مع المواصفات، وبناء على ذلك فقد امتدت عملية ضبط الجودة لتشمل التصميم و الأداء، و يمكن القول ان هذه المرحلة اعتمدت على أساليب إحصائية حديثة لمراقبة الجودة ، ووفقا لهذا المفهوم فان ضبط الجودة يعد مرحلة متطورة من الفحص فيما يتعلق بتعقيد الأساليب، و تطور الأنظمة المستخدمة.

### 3 2 مرحلة تأكيد أو ضمان الجودة: Quality Assurance

تركز هذه المرحلة على توجيه كافة الجهود للوقاية من حدوث الأخطاء، و بالتالي وصفت هذه المرحلة بأنها تعتمد على نظام أساسه منع وقوع الأخطاء منذ البداية، فإيجاد حل لمشكلة عدم مطابقة المواصفات ليست طريقة فعالة. حيث ان الأفضل من ذلك هو منع وقوع المشكلة أصلا و القضاء على أسبابها منذ البداية . ان عملية تأكيد الجودة تتضمن كافة الإجراءات اللازمة لتوفير الثقة بان المنتج او العملية تفي بمتطلبات الجودة، و بناء على ذلك فان أسلوب تفكير الإدارة ينبغي ان يتغير ليطور فلسفة رقابية تعتمد على الوقاية بلا من الفحص، و اكتشاف الخطأ قبل فوات الأوان .و إن مرحلة تأكيد الجودة تشمل بمنظورها عملية التخطيط للجودة، بالإضافة إلى ضرورة دراسة تكاليف الجودة ، و مقارنتها بالفوائد الممكنة تحصيلها من تطابق نظام تأكيد الجودة.

<sup>1</sup> - سامر فهد سليمان الرياضي، اثر أبعاد جودة الخدمة المصرفية على رضا العملاء في البنك العربي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق، كلية الدراسات العليا، جامعة الزرقاء، مدينة الزرقاء، 2016، ص ص 12-  
(18:20) 2018/02/23 تاريخ و ساعة التحميل: [zu.edu.jo/ar/Collage/Studies/AllPapers.aspx?Dept=1307](http://zu.edu.jo/ar/Collage/Studies/AllPapers.aspx?Dept=1307)

## 4 2 مرحلة إدارة الجودة الشاملة: Total Quality Management

تمثل هذه المرحلة أعلى مرحلة من مراحل تطور إدارة الجودة، حيث يتضمن هذا المفهوم جودة العمليات بالإضافة إلى جودة المنتج، ويركز على العمل الجماعي، وتشجيع مشاركة العاملين و اندماجهم بالإضافة إلى التركيز على العملاء و مشاركة الموردين، فمن خلال المراحل المختلفة لتطوير الجودة يمكن القول ان مفهوم الجودة انتقل من اكتشاف الخطأ الى منعه من الحدوث، ومن الاهتمام بالإنتاج الى الاهتمام بالزبون، أي من الإدارة التقليدية إلى مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

الفرع الثالث: أهداف الجودة: بشكل عام هناك نوعان من أهداف الجودة وهما:<sup>1</sup>

1 3 أهداف تخدم ضبط الجودة: وهي التي تتعلق بالمعايير التي ترغب المؤسسة في المحافظة عليها حيث تصاغ هذه المعايير على مستوى المؤسسة ككل، وذلك باستخدام متطلبات ذات مستوى ادني تتعلق بصفات مميزة مثل الأمان وإرضاء العملاء... الخ.

2 3 أهداف تحسين الجودة: وهي غالبا ما تنحصر في الحد الأدنى من الأخطاء و تطوير منتجات و خدمات جديدة ترضي العملاء بفاعلية أكبر. و من هنا يمكن من تصنيف أهداف الجودة بنوعها إلى خمس فئات هي:

- أهداف الأداء الخارجي لمؤسسة وبتضمن الأسواق و البيئة و المجتمع.
- أهداف الأداء للمنتج أو الخدمة و تناول حاجات العملاء و المنافسة.
- أهداف العمليات و تناول مقدرة العمليات و فاعليتها و قابليتها للضبط.
- أهداف الأداء الداخلي و تناول مقدرة المؤسسة و فاعليتها و مدى استجابتها للتغيرات و محيط العمل.
- أهداف الأداء للعاملين و تناول المهارات و القدرات و التحفيز و تطوير العاملين

## الفرع الرابع: دورة الجودة: Quality cycle:

المقصود بها المراحل التي يمر من خلالها المنتج أو الخدمة بدءا من القيام دراسات السوق للتعرف على احتياجات الزبون و رغباته و مروراً بالتصميم و وضع المواصفات و المفردات الإضافية للمنتج و انتهاء بتوريد المنتج أو الخدمة إلى المستهلك النهائي.

ويتطلب تحقيق الجودة المطلوبة مجموعة من الخطوات الأساسية و من أهمها:

- التفكير المبكر في تحديد أدوات القياس و دقتها، أو المقادير التي تستخدم عادة في مجال تخطيط الجودة بالاستناد على المنتجات و النتائج المتحققة سابقا بالإضافة إلى طبيعة المواد و الأجزاء الداخلة في المنتجات ، و كذلك العملية الإنتاجية و دراسات السوق المسحية للتعرف على حاجات الزبائن و رغباتهم في وظائف المنتج أو الخدمة.
- إعداد برامج الفحص و الاختبار و كذلك تدريب الأفراد العاملين أنفسهم للقيام بعملية الفحص و الاختبار و استخدام النتائج المتحصل عليها في احتساب معوليه الخصائص للمكونات الداخلية في العملية الإنتاجية ، و أخيرا إنتاج المنتج وفق المواصفات المحددة له في التصميم الأساسي.
- تطوير و بناء نظم للسيطرة على الجودة و جعله متكامل و مترابط مع الأنظمة الأخرى في المنظمة الواحدة<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - ملكة غواري، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق ، ص 22.

## المطلب الثاني: جودة الخدمات :

إن التعامل مع الجودة الصناعية أمر سهل وواضح الأهداف لما يجب قياسه وضبطه، وأسلوب عمله متقدم لتحقيق تلك الأهداف، لأنه يتعامل مع مواد صناعية ملموسة. لكن الحال يختلف تماما عن ضبط الجودة في الشركات التي تقدم الخدمات بسبب طبيعة منتج الخدمة، فهو يمثل أشياء وعمليات غير ملموسة، وبالتالي يجعل قياس وضبط المنتجات الخدمية صعبة إلى حد ما<sup>2</sup>.

## الفرع الأول: تعريف جودة الخدمة:

- عرفت جودة الخدمة على أنها: " هي الفجوة أو الانحراف ما بين توقعات الزبون للخدمة وإدراك الجودة بعد استلام الخدمة"<sup>3</sup>.

- كما يمكن تعريفها بأنها: " تلك الجودة التي تشمل على البعد الإجرائي والبعد الشخصي كإبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات لتقديم الخدمة أما الجانب الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون (بمواقفهم وسلوكياتهم وممارساتهم اللفظية) مع الزبائن"<sup>4</sup>.

الفرع الثاني: أبعاد جودة الخدمة: حسب الباحثين Parasuramanzeithanrl and Berry هناك خمسة أبعاد لجودة الخدمة تتمثل فيما يلي<sup>5</sup>:

- أ - الاعتمادية: وهذا البعد من الأبعاد الخمسة الأكثر ثباتا ويكون الأكثر أهمية في تحديد ادراكات جودة الخدمة من الزبائن، وتعرف الاعتمادية بأنها القدرة على تقديم وعود الخدمة بشكل موثوق ودقيق،
- ب - الأمان (الثقة): خلق وكسب الثقة، حيث تعد الثقة بشكل عام عنصرا أساسيا ومهما للعلاقات التبادلية الناجحة، فهي تمثل الرغبة والاستعداد واعتماد الطرف الآخر في تبادل تجاري معين يضع فيه الزبون ثقته الكاملة،
- ت - الاستجابة: ويتضمن هذا البعد أربعة متغيرات تقيس اهتمام المؤسسة بإعلام زبائنها بوقت تأدية الخدمة، وحرص موظفيها على تقديم الخدمات الفورية لهم، والرغبة الدائمة لموظفيها في معاونتهم، وعدم انشغال الموظفين عن الاستجابة الفورية لطلباتهم.
- ث - الملموسية: وتشمل التسهيلات المادية والمعدات ومظهر الموظفين ومواد الاتصال،
- ج - التعاطف: ويعني مستوى العناية والاهتمام الشخصي المقدم للزبون.

<sup>1</sup> - مليكة غواري ، إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية، دار اليازوري ، عمان، الأردن، 2016، ص 23 .  
<sup>2</sup> - د. قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو9001، 2000 ، ط 3، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2013، ص 37.  
<sup>3</sup> - عبد المالك توبي، " تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا الزبون- دراسة استطلاعية لأراء عينة من الزبائن في عيادة ابن سينا بباتنة"، مجلة البحوث الاقتصادية و المالية، المجلد الرابع، العدد الثاني، 28/12/2017، ص 683  
<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/64> تاريخ وساعة التحميل 09/03/2018.(09:02).  
<sup>4</sup> - محمد، خيثر و أسماء مرايمي، " العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة و رضا الزبون بالمؤسسة"، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد 3، العدد 4، 2017، ص 32. [www.univ-chlef.dz/ALRIYADA/wp-content/.../04.2017/02.pdf](http://www.univ-chlef.dz/ALRIYADA/wp-content/.../04.2017/02.pdf) تاريخ وساعة التحميل 23/02/2018 (12:59).  
<sup>5</sup> - محمد، خيثر و أسماء مرايمي ، مرجع سابق، ص ص 32-33.

## المطلب الثالث: جودة خدمات الرعاية الصحية:

اكتست خدمات الرعاية الصحية في الآونة الأخيرة اهتماما بالغاً في وسط الباحثين و الأفراد نظراً لدورها الفعال في زيادة رفاهية الفرد و المجتمع من خلال نشر الثقافة و الوعي الصحي و توفير العلاج الأساسي الأولي. الفرع الأول: تعريف جودة خدمات الرعاية الصحية: تعتبر جودة الرعاية الصحية من المجالات الأكثر أهمية و انتشاراً في قطاع الخدمات الصحية بشكل عام، حيث ان البحث في جودة الرعاية الصحية العامة أو الخاصة يقوم على مبدأ البحث العلمي، و لذلك تسعى الكثير من المؤسسات إلى الارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها لتصل إلى درجة عالية من التميز، حيث تقوم هذه المؤسسات بالعمل على استخدام العديد من الاستراتيجيات التي من شأنها ان تحسن مستوى الجودة و من أهمها هو الاهتمام بالجودة<sup>1</sup>. ان أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى " فلورنس نايتفيل " و التي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، و ذلك بإدخال معايير أداء بسيطة في عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات<sup>2</sup>. إن تعريف الجودة في الخدمات الصحية تعد عملية في غاية التعقيد لأن العديد من أوجه الخدمة الصحية تبدو دائماً غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها وبالتالي فان محاولة تعريف الجودة في الخدمات ستعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف.

-ويبدو الأمر واضحاً في تعريف (Palmar) لجودة الخدمة الصحية إذ ينظر إليها من الزوايا التالية :

- المريض: على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.
- الطبيب: وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المريض.
- المالكين: الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن.
- إدارة المستشفى: تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة ، ويقصد بالجودة الطبية من المنظور المني الطبي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، وبحكمها أخلاقيات الممارسة الصحية ، والخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة، و التعامل المثالي مع المريض والإداري، والالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - رزان علي عمر عبد المهدي، اثر تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات و عناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية- دراسة حالة في مركز الحسين للسرطان- ، رسالة ماجستير في الأعمال الالكترونية، قسم الأعمال الالكترونية، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط ، 2016، ص38، [https://meu.edu.jo/libraryTheses/5870bb6145c0d\\_1.pdf](https://meu.edu.jo/libraryTheses/5870bb6145c0d_1.pdf) تاريخ و ساعة التحميل: 2018/02/22 (22:54).

<sup>2</sup> - محمد نور الطاهر احمد عبد القادر، مرجع سابق ، ص 903 .

<sup>3</sup> - صلاح محمود ذياب، " قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى و الموظفين"، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية و الإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، 2012، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، عمان، الأردن، ص 72 .

<https://journals.iugaza.edu.ps/index.php/IUGJEB/article/.../384> تاريخ و ساعة التحميل: 2018/02/21

- مما سبق يمكن تعريف الجودة في الرعاية الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية :<sup>1</sup>

الأولى : تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ، ويمكن التحقق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض .  
الثانية : تحقيق الجودة من وجهة نظر مهنية ، وهي تحقيق ما يحتاجه المريض بناء على ما هو مقبول طبيا ، من حيث التشخيص والإجراءات والعلاج .  
الثالثة : تتركز على جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم وتقديم الخدمات الصحية ، وذلك على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المنظمة الصحية .

- ويمكن تعريف الجودة في الرعاية الصحية بأنها مجموعة من الإجراءات التي تسعى إلى توفير الرعاية الصحية اللازمة في الوقت المناسب للأشخاص المعنيين وبأفضل الطرق والإجراءات ، وذلك بهدف الوصول إلى أفضل النتائج على مستوى الأفراد بشكل خاص وعلى مستوى المجتمع بشكل عام ، كما يجب السعي إلى تحقيق الجودة في اعلي مستوياتها والحفاظ عليها من اجل تحسين صورة المنظمة .<sup>2</sup>  
- هناك اتفاق عام على ان مفهوم الجودة في الخدمات الصحية يتضمن جانبين أساسيين هما :<sup>3</sup>  
أ - فنية الرعاية: أو الجانب المعرفي والتكنولوجي، ويشمل المعارف والخبرات والمهارات ودرجة التقدم العلمي والتكنولوجي المتوفر لخدمات الرعاية الصحية والتقنيات والأساليب المستعملة فيها.  
ب فن الرعاية: أو الجانب السلوكي للرعاية، ويشير الى سلوكيات مزودي الخدمات وفن تعاملهم مع مستهلكي خدمات الرعاية الصحية.

- أما المنظمة العالمية للصحة فقد عرفت جودة الخدمة الصحية على أنها: " التماشي مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية " .<sup>4</sup>  
- كما تعرف جودة الخدمة الصحية: " بأنها جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض او علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض، أو هي الرعاية التي تقدم للمريض، والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاج و الغذاء الجيد الملئم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته " .<sup>5</sup>

1 - نجم العزاوي وفراس ابو قاعد، " مجلة كلية بغداد للعلوم الجامعة "، العدد الثالث والعشرون، 2010 ، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، كلية الأعمال، دون ذكر الصفحة . <https://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&aid=53220> تاريخ وساعة التحميل : 2018/02/23 . (11:45)

2 - رزان علي عمر عبد المهدي، مرجع سابق ، ص 39 .

3 - مليكة غوارى ، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 63 .

4 - عبد القادر شارف و لعلا، رمضان، " اثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية احمد بن عجيل بالاعواط - ، مجلة الباحث، العدد 17 ، 2017 ، ص 437

5- <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/7> تاريخ وساعة التحميل: 2018/03/09 (09:04)

شرف الدين زديرة، " دراسة تحليلية لنوعية خدمات الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من وجهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس بقسنطينة" ، ابحاث اقتصادية و ادارية، العدد الثامن عشر، 2015 ،كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسبير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، ص 149 . [revues.univ-biskra.dz/index.php/rem/article/view/1421/1337](http://revues.univ-biskra.dz/index.php/rem/article/view/1421/1337) تاريخ وساعة التحميل 2018/02/22 ( 22:32 ) .

- وقد عرف ( Paster& Berry ) الجودة في الخدمات الصحية " كل ما يتعلق بشؤون العميل والالتزام بجودة المنتج المقدم لهم عن طريق البحث المستمر واختيار أفضل الطرائق لإشباع حاجاتهم و رغباتهم <sup>1</sup> .  
ركز التعريف السابق على ان جوهر الجودة هو مقابلة احتياجات العملاء في الخدمات الصحية المقدمة لهم والتي يستوجب توافرها مع الاستخدام المسبق الذي يريده العملاء وذلك عن طريق البحث المستمر والتحسين الدائم لتلك الخدمات <sup>2</sup> .

الفرع الثاني: أهداف جودة خدمات الرعاية الصحية: تتمثل أهداف خدمات الرعاية الصحية فيما يأتي<sup>3</sup>:  
-ضمان الصحة البدنية و النفسية

-تقديم خدمة صحية ذات جودة متميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد او المريض ، وزيادة ولاءه للمنظمة الصحية ، و الذي يصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.

-عد معرفة آراء و انطباعات المستنفدين أو المرضى وقياس مستويات رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية، و التخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

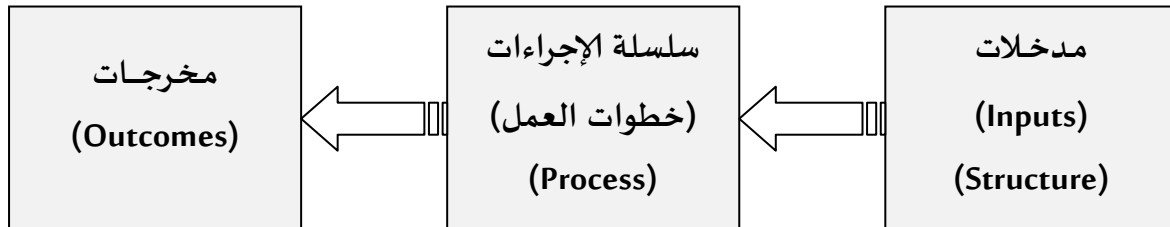
-تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستنفدين من الخدمات الصحية و مقدميها.

-تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة و فاعلية.

-تحقيق مستويات إنتاجية أفضل ، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستنفدين، الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.

الفرع الثالث: عناصر جودة الخدمات الصحية :

الشكل رقم (1-2): عناصر جودة الخدمات



المصدر: د. مصطفى يوسف كافي، مرجع سبق ذكره، ص273.

من الشكل أعلاه، نحدد عناصر جودة الخدمات الصحية كالتالي <sup>4</sup> :

أولاً: المدخلات: هي الموارد اللازمة لتنفيذ عملية ما:

- البنية الأساسية: من مباني و أجهزة و مستلزمات لتشغيل المؤسسة و الوحدات العلاجية.
- الموارد البشرية: من القوى العاملة بإعداد كافية و مدربة تدريب عالي.

<sup>1</sup> - م. وفاء علي سلطان، " ابعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستنفدين- دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الاهلية في محافظة البصرة - ،مجلة دورية نصف سنوية، المجلد الخامس، العدد العاشر، 2012، قسم ادارة الاعمال، كلية الادارة و الاقتصاد، جامعة البصرة، ص 84 <https://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&ald=74105> تاريخ و ساعة التحميل 2018/02/23 (11:52).

<sup>2</sup> - المرجع نفسه، ص 84 .

<sup>3</sup> - مايكة غواري، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق ، ص 66-67 .

<sup>4</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإدارة الصحية، مرجع سابق ، ص 274-275 .



- نظم العمل: من أدلة مرجعية للسياسات والإجراءات و التوصيف الوظيفي و خطوات الأداء و المعايير.
- الموارد المالية: من تمويل مالي يضمن التشغيل المستمر و الصيانة للمنشأ.
- ثانيا: العمليات / سلسلة الإجراءات / (خطوات العمل): هي سلسلة من الإجراءات المتعاقبة لتحويل المدخلات إلى مخرجات ونتائج محددة، إنها مضمون العمل الذي نقدمه للمرضى و على الوحدة ان تحدد و تدير مجموعة متداخلة من العمليات.
- الإجراءات:
- ✓ إجراءات التفاعل و الترحيب بالمرضى و تقديم الرعاية الصحية و التمريضية و التثقيف الصحي و الأداء الطبي.
- ✓ إجراءات حفظ الملفات و الفحوص المخبرية ، و دخول و خروج المريض و طلب الامدادات.
- ✓ إجراءات التخلص من النفايات و منع العدوى.
- ✓ إجراءات تسجيل البيانات و إعداد التقارير.
- ثالثا: المخرجات
- هي نواتج العمليات التي تعكس كفاءة و فاعلية الخدمات و العائد منها و مدى التغيير في مؤشرات الحالة الصحية مثل:
- رضا المرضى.
- رضا مقدمي الخدمات.
- مردود الرعاية الصحية من حيث انخفاض معدلات المرض و الإعاقة و الوفاة.
- التغيير في اتجاهات و سلوكيات المجتمع من حيث أثارها على نوعية الحياة و التنمية.

## خلاصة الفصل الأول

ان الاهتمام بالجودة من طرف منظمات الرعاية الصحية يساعد على إشباع الرغبات الكاملة للعملاء، وتلبية متطلباتهم وحاجاتهم المعلنة وغير المعلنة، وهذا تماشياً مع تطبيق مفهوم التسويق الصحي الذي يبحث في هذه الحاجات والمتطلبات، وتخطيط وتطوير الخدمات لتلبية حاجيات ورغبات العملاء .

## الفصل الثاني

# ترقية خدمات الرعاية الصحية

## تمهيد

- ان من اكبر التحديات التي تواجهها منظمات الرعاية الصحية اليوم، إشكالية الارتقاء بمستوى جودة خدمات الرعاية الصحية في ظل الموارد البشرية والمالية المتاحة.
- ان ترقية خدمات الرعاية الصحية مرهون بقدرة منظمات الرعاية الصحية على تقليص الفجوات بين الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة من طرف المرضى متلقي العلاج.
- وفي هذا الإطار تم تناول هذا الفصل من خلال ثلاثة مباحث:
- المبحث الأول: دراسة سلوك المستهلك وتطبيق نظام المعلومات التسويقي الصحي.
  - المبحث الثاني: تطبيق عناصر المزيج التسويقي الصحي.
  - المبحث الثالث: ترقية خدمات الرعاية الصحية من خلال قياس الجودة.

المبحث الأول: دراسة سلوك المستهلك و تطبيق نظام المعلومات التسويقي الصحي

تستند ترقية خدمات الرعاية على مجموعة من العوامل، من بينها دراسة سلوك المستهلك الصحي والعوامل المؤثرة على قرار شراءه، بالإضافة إلى استخدام نظام المعلومات التسويقي الصحي.

المطلب الأول: مفهوم سلوك المستهلك الصحي والعوامل المؤثرة على شراءه:

يعد المستهلك الركيزة الأساسية التي تنطلق منها استراتيجيات المنظمات عامة، لكونه الطرف المعني في كل الخطط والبرامج التي تضعها المنظمة والهدف الذي تسعى لبلوغه، من خلال تحقيق التفاعل الايجابي معه وتعزيزه باتجاه خلق الولاء للمنظمة، و يبرز الأمر أكثر خصوصية في تلك المنظمات التي وجدت أصلاً لخدمة المستهلك، ويتجلى ذلك بشكل واضح في المنظمات الصحية التي وجدت أصلاً لخدمته من كل الجوانب الصحية التي يكون بحاجة إليها حالياً أو مستقبلاً<sup>1</sup>.

الفرع الأول: مفهوم سلوك المستهلك الصحي: يعتبر المستهلك (المريض) الطرف النهائي الذي يكون بتماس مباشر مع السلعة أو الخدمة التي تقدمها المنظمة الصحية، وان اتخاذه لقرار التعامل مع هذه المنظمة هو تعبير عن سلوكه الشرائي الذي سيتبعه خلال عملية شراء الخدمة (المنتج) الصحي .

1-1 تعريف سلوك المستهلك الصحي:

-يعرف Engel سلوك المستهلك على انه " الأفعال والتصرفات المباشرة للأفراد من اجل الحصول على المنتج أو الخدمة ويتضمن إجراءات اتخاذ قرار الشراء<sup>2</sup> .

-كما عرف البكري سلوك المستهلك بأنه " الفعل المتحقق من قبل الفرد في شراء أو الاستخدام أو الانتفاع من منتج أو خدمة متضمنة عدد من العمليات الذهنية والاجتماعية التي تقود إلى تحقيق ذلك الفعل. -وعرف أيضا " ذلك الفعل الشخصي الذي يقوم في جوهره على الانتفاع والاستخدام الاقتصادي للسلع والخدمات ومتضمنة عدد من العمليات المترتبة على تحقيق القرار لذلك الفعل " .

يتضح من التعريفين السابقين بأنهما يركزان على ان سلوك المستهلك يتمثل بالاتي:

- انه فعل يقوم به المستهلك للتعبير عما في داخله.
- هناك عدد من العوامل الذاتية الخاصة بالفرد نفسه وعوامل أخرى خارجية محيطة به تقوده مجتمعة إلى تحديد نمط السلوك الاستهلاكي او الشرائي.
- جوهر السلوك ينصب على إشباع حاجات او تحقيق رغبات، شراء سلع، أو الانتفاع من خدمة.
- عملية الشراء والسلوك المتحقق من خلالها يتم عبر عمليات متسلسلة و مترابطة فيما بينها، تبدأ من عملية الشعور بالحاجة والانتهاؤ بعملية الشراء وما يترتب بعدها من رأي أو رضا عن ذلك الشراء المتحقق<sup>3</sup>

ومن هنا يتضح ان سلوك مستهلك الخدمة الصحية هو النمط الذي يتبعه المريض للبحث أو الشراء أو الاستخدام أو التقييم للخدمات التي يتوقع منها ان تشبع حاجاته ورغباته<sup>4</sup> .

<sup>1</sup>- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 61.

<sup>2</sup>- محمود جاسم الصميدعي و ردينة عثمان يوسف، سلوك المستهلك، ط1 ، دار المناهج، عمان، الأردن، 2007، ص 18.

<sup>3</sup>- ثامر ياسر البكري، الاتصالات التسويقية و الترويج، ط1، دار حامد، عمان، الأردن، 2006، ص 168.

<sup>4</sup>- فريد كورتل و آخرون، مرجع سابق ، ص 111.

الفرع الثاني: العوامل المؤثرة على السلوك الشرائي للمريض: يتأثر المريض عند اتخاذ قرار الشراء للخدمات الطبية بمجموعة من العوامل والمواقف والتي تحفز أو تحد من الإقدام مع تلك المنتجات. 2-1 العوامل الموقفية : هي عوامل تقع ضمن وقت وزمان محددين تؤثر على سلوك المريض، وهذه المؤثرات تقع ضمن خمسة مجاميع<sup>1</sup>:

- أ - يتأثر قرار المريض عند شراء الخدمة الصحية بالمتغيرات البيئية للمحيط المادي للمنظمة الصحية كالموقع، الأصوات، الضوضاء... الخ . (المحيط المادي).
  - ب - يتأثر السلوك الشرائي أيضا بالخصائص التي يبديها الأصدقاء، الأقارب، والهيئة الطبية في لحظة الإقدام على شراء الخدمة الصحية. (المحيط الخارجي).
  - ت - يلعب توقيت تقديم الخدمة فيما إذا كان صباحا او مساء او خلال احد أيام الأسبوع ، اثر على قرار المريض لشراء الخدمة الطبية من عدمه.
  - ث - سبب الشراء للخدمة الصحية يكون واجب لأنه يتعلق بحالة صحية تستوجب المعالجة واتخاذ القرار المناسب للتعامل معها، فهي غير قابلة للتأجيل او البحث عنها في مكان آخر. (تعريف المهمة).
  - ج - يؤثر مزاج المريض على رغبته في استقبال المعلومة الصحية او البحث عنها او تقييمها بالشكل الصحيح والدقيق، وبالتالي تأثيرها على السلوك الشرائي واتخاذ قرار الشراء (الحالة المزاجية).
- 2-2 العوامل النفسية : يتأثر المريض إلى حد كبير في سلوكه الشرائي للخدمة الصحية بعدد من القوى الداخلية ، كالحاجات والدوافع، الإدراك، التعلم، الخبرات، وكذلك خصائص الشخصية . ويطلق على هذه المؤثرات أحيانا بالعوامل الشخصية.
- 2-1-2 الدوافع والحاجات: يمكن تعريف الدافع بان القوة الداخلية لدى الأفراد والتي توجه سلوكياتهم باتجاه معين لتحقيق هدف معين. إما الحاجة فهي التي تحرك الدافع، وتحوّله من طاقة كامنة إلى حالة من التوتر تدفع الكائن الحي إلى ان يسلك سلوكا يهدف إلى إشباع حاجته<sup>2</sup>.
- و خير نموذج يمكن ان يعتمد للتفسير هو هرم ماسلو للحاجات ( Maslow ) للحاجات والذي يشير إلى وجود خمسة مستويات رئيسية لحاجات الفرد تأخذ شكلا هرميا و المبينة بالشكل الآتي:

الشكل (1-3): هرم ماسلو للحاجات



Philippe Callot, Marketing des Services , EMD S.A.S, France,2009 ,P 19.

<sup>1</sup> - فريد كورتل و آخرون، مرجع سابق ، ص 112-119.

<sup>2</sup> - سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الشيخ، مرجع سابق ، ص 223.

بقدر تعلق الأمر بالخدمات الصحية و السلوك الشرائي ، فان الجانب الصحي يمثل المرحلة الثانية من الحاجات في السلم. حيث ان الفرد بعد ان يشبع حاجاته من المأكل والملبس والسكن ( حاجات فسيولوجية )، فهو بحاجة إلى تحقيق الأمن والاستقرار، ويمثل الجزء الأعظم من هذا الجانب في السلامة الصحية. إذ ان الحاجة للخدمة الصحية هي مسألة أساسية لكنها تمتد أيضا صعودا إلى قمة السلم عندما يرغب الفرد في السفر للمنتجات السياحية بهدف التغيير النفسي أو البحث عن خدمات العلاج الطبيعي ... الخ<sup>1</sup>.

2-2-2 الإدراك: يعرف الإدراك على انه " العملية التي يتم من خلالها معرفة الفرد للأشياء الموجودة في عالمه المحيط به عن طريق حواسه"<sup>2</sup>. فالإدراك هو العملية التي تتم من خلالها معرفة المريض بالأشياء المحيطة به عن طريق حواسه، بحيث يقوم الأفراد باستقبال المعلومات من العالم الخارجي عن طريق الحواس الخمسة وتسمى هذه المعلومات بالمنبهات الخارجية، ويعتمد الإدراك على المنبهات الخارجية كالأصوات والإضاءة والألوان والرائحة، ويعتمد إدراك الأفراد لهذه المنبهات على أهميتها بالنسبة لهم<sup>3</sup>.

3-2-2 التعلم: يتمثل التعلم بمجموعة المتغيرات الحاصلة في سلوك الفرد الناجمة عن تراكم الخبرات السابقة لديه. أي ان الفرد يتعامل مع البيئة المحيطة به يوميا ويكتسب في كل حالة خبرة معينة. فالمرضى يستطيعون التعلم من خلال تفاعلهم مع السلك الطبي و السلك شبه الطبي وذوي الخبرات الطبية في تحديد ما هو مضر بالصحة و ما هو مفيد، و متى وكيف يمكن استشارة الطبيب، وماهي الأدوية المسموح بتناولها، و ما هي الإجراءات التي تتخذ في الحالات الصحية التي يكون فيها المريض في حالة حرجة ... الخ<sup>4</sup>.

4-2-2 المعتقدات والاتجاهات: من خلال العمل و التعلم يكتسب الفرد معتقدات و مواقف، وهذه من شأنها ان تؤثر على السلوك الشرائي، فالمعتقد هو توظيف لفكرة يحملها فرد عن شيء ما. أما الموقف فهو التقييم الثابت لدى الفرد و الذي قد يكون إيجابا أو سلبا نحو فعل أو فكرة أو شيء ما. وبقدر تعلق الأمر بالجانب الصحي، فان للإفراد معتقدات او مواقف حيال تناول المشروبات الكحولية، او القيام بعمليات الإجهاض ... الخ.

5-2-2 الشخصية: تعد الشخصية احد أهم المؤشرات في تقييم سلوك الفرد ومدى حسن التصرف من عدمه، فالشخصية هي بمثابة استجابة الفرد المتميزة للمثيرات أو الأحداث الاجتماعية وكيفية توافقه معها. وبالتالي يمكن القول بان السلوك الناجم عن شخصية الفرد يتأثر بعاملين هما:

- السمات المميزة للفرد و ما اكتسبه من خبرة خلال حياته.
  - المؤثرات الخارجية المحيطة به، والتي تفرض عليه ان يتخذ موقفا اتجاهها.
- و بقدر تعلق الأمر بالسلوك الشرائي للخدمة الصحية، يتضح بان تمتع الفرد أو المريض بتلك الشخصية المميزة تمكنه من حسن الاختيار للطبيب أو الخدمة الصحية التي تفي بحالته الصحية، و يستطيع

<sup>1</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق ، ص 141.

<sup>2</sup> - فريد كورتل و آخرون، مرجع سابق ، ص 115 .

<sup>3</sup> - سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الشيخ، مرجع سابق ، ص 227 .

<sup>4</sup> - فريد كورتل و آخرون، مرجع سابق ، ص 115 .

التمييز ما بين الخدمات المتشابهة المقدمة من أطراف صحية مختلفة، واختيار ما هو متوافق مع حالته وقدراته المالية<sup>1</sup>.

### 2-3 العوامل الثقافية والاجتماعية:

2-3-1 العوامل الثقافية: وهي مجموعة العوامل التي يعبر من خلالها الفرد عن أسلوبه في التعامل مع المفردات اليومية اتساقا مع التراكم المعرفي المتحقق لديه عبر تجاربه الإنسانية وما تحققه من تعميق فكري. وتتمثل العوامل الثقافية بالاتي:<sup>2</sup>

- أ - الثقافة العامة: يمكن تعريفها بشكل مختصر على أنها " تراكم معرفي وقيمي لمقاصد ومفاهيم يستخدمها المجتمع للتعامل مع البيئة التي يعيش فيها وتتم مناقلتها للأجيال القادمة ". وأصبحت بالتالي معيارا شخصيا للتعامل مع الآخرين عبر تفسير الحالات التي يتفاعل معها بصفته فرد ضمن المجتمع. وعلى سبيل المثال أصبحت من الثقافات العامة للفرد الأروبي قيامه بعملية الفحص الدوري السنوي أو نصف السنوي للتأكد من سلامته الصحية، وتأشير الحالات التي تستوجب العلاج أو اخذ الحذر منها. كما أصبحت مزاوله الرياضة الصباحية لدى العديد من أفراد المجتمعات المتحضرة جزءا أساسيا من مفردات العمل اليومي الواجب القيام بها، وبالتالي تكونت ثقافة عامة اتجاه التعامل مع الرياضة لما لها من اثر صحي على الفرد.
- ب - الثقافة الفرعية: ويقصد بها تلك الثقافة التي تمتلك سمات و صفات سلوكية خاصة ويمكن تمييزها عن غيرها من المجاميع الأخرى ضمن الثقافة العامة. ويمكن ان تعطي تطابق شخصي أو اجتماعي لاعضاءها قياسا بغيرها من الثقافات الأخرى. وعلى سبيل المثال يمكن ان نجد بان هناك اتجاه واضح لدى العديد من أفراد مجتمع المدينة وللمستويات العمرية التي تجاوزت مرحلة الشباب إلى حد ما، يتفقون في توجيههم نحو تناول الأطعمة النباتية، أو تلك الأطعمة الخالية من الدهون. وهذا يرجع إلى تقديرهم ومعرفتهم بان ذلك يحافظ على سلامة صحتهم ويبعدهم عن أمراض كثيرة تسببها الدهون واللحوم وأخطرها الذبحة الصدرية، أو الجلطة القلبية، فضلا عن زيادة نسبة الكولسترول في الدم الذي يقود إلى مخاطر صحية كثيرة تنحصر في أثرها على كفاءة عمل القلب، وضيق أو تصلب الشرايين.
- ت - الشريحة الاجتماعية: تحتوي المجتمعات الإنسانية المختلفة في داخلها على شرائح اجتماعية متفاوتة، وفي جوانب مختلفة، كان يعتمد ذلك التفاوت على مستوى الدخل ، التعلم ، مكان الإقامة، المهنة ... الخ كأساس في التمايز ما بين الشرائح الاجتماعية. وتستطيع المنظمات الصحية من هذا التصنيف في تحديد التصرف أو التوجه للتعامل السلوكي مع الأفراد على وفق الشرائح المختلفة في المجتمع. فمثلا مخاطبة الشريحة الاجتماعية ذات الخصائص الأقل تحضرا، ثقافيا، اجتماعيا وتفاعلا مع مفردات الحياة اليومية المستجدة، يختلف كليا عما هو عليه في المجتمع المتحضر، ويعتمد هذا الأمر في التعامل مع الإرشاد أو التوجيه الطبي، أو التعامل مع الأمراض وطريقة المراجعة الطبية ... الخ.
- 2-3-2 العوامل الاجتماعية: يتأثر الفرد بالعديد من العوامل الاجتماعية التي تمثل مجملها مجموعة العلاقات التي تربطه بإفراد آخرين يتعايش ويتفاعل معهم باستمرار ويتأثرهم بذات الوقت. وتتمثل هذه العوامل بالاتي:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - فريد كورتل و آخرون، مرجع سابق، ص 116.

<sup>2</sup> - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 65.



-الجماعات المرجعية: ويقصد بها تلك الجماعات التي تمتلك تأثير مباشر او غير مباشر على اتجاهات الأفراد وسلوكهم. كما هو الحال في مجموعات الأصدقاء، جماعات العمل، الجيران، النقابات والجمعيات ... الخ.

-العائلة: ان قرارات الشراء المتخذة من قبل المريض ستؤثر إلى حد كبير بقرار العائلة حيال ذلك الأمر. فالمريض عند اتخاذه لقرار معين يتعلق بصحته فانه يستشير عائلته في الغالب أولاً، ولا سيما إذا ما كان القرار ذا اثر خطير على حياته، كما هو الحال في إجراء عملية جراحية ... الخ.

-المكانة: وتتمثل في الموقع الذي يحتله الفرد ضمن المجموعة الاجتماعية التي ينتسب إليها وما يمكن ان يلعبه من دور في التأثير على الآخرين. كما هو الحال عند القيام بحملات التبرع بالدم. كما يؤثر كل من العمر ونمط الحياة في السلوك الشرائي للمريض.

ان عملية الرضا لدى المرضى وسلوكهم التفاعلي الايجابي مع إدارة المنظمة الصحية يعد مكسب حقيقي للمنظمة الصحية لان كسب المريض من خلال الخدمة المقدمة له، وما يوافقها من جوانب مضافة تزيد من القيمة الحقيقية لجوهر الخدمة، كما ان المنظمة الصحية تحقق منفعة مضافة من هذا الكسب يتمثل ذلك في ان المريض سيكون مصدر إعلامي وترويجي للمنظمة الصحية من خلال المحادثة الشفوية مع أفراد المجتمع، خاصة إذا تم ذلك عن طريق التديم بما يمكن ان تتوصل إليه المنظمة من معلومات عن طريق البحوث التسويقية المعدة.

#### المطلب الثاني: تطبيق نظام المعلومات التسويقي الصحي :

ان نظام المعلومات التسويقية يتألف من طرق وأساليب لجمع المعلومات وتحليلها من قبل مجموعة من الأشخاص الذين يقومون بتحليل هذه المعلومات.

#### الفرع الأول: ماهية نظام المعلومات التسويقي الصحي:

1-1 تعريف نظام المعلومات التسويقي: قبل التطرق إلى نظام المعلومات التسويقية، نقوم بإعطاء مفهوم للنظام. النظام هو مجموعة مترابطة ومتجانسة من الموارد والعناصر (الأفراد، التجهيزات، الآلات، الأموال، السجلات ...) التي تتفاعل مع بعضها البعض داخل إطار معين (حدود النظام) وتعمل كوحدة واحدة نحو تحقيق هدف او مجموعة من الأهداف العامة في ظل الظروف أو القيود البيئية المحيطة<sup>2</sup>.

أما نظام المعلومات التسويقية فيعرف على انه: " ذلك الهيكل ( التركيب ) المتداخل من الأفراد والإجراءات والأدوات المصمم لجمع وتحليل وتخزين وتقييم وتدفق المعلومات الصحيحة والحديثة للاستخدام من قبل متخذي القرارات لتحسين وتطوير تخطيطهم ومتابعتهم ورقابتهم على البرامج التسويقية ".  
ومن هذا التعريف يمكن الاستدلال على انه:<sup>3</sup>

- يمكن لنظام المعلومات التسويقية من وضع خطة لتدفق المعلومات.

- يجب التنسيق بين عدد من الإدارات والأفراد.

<sup>1</sup> - فريد كورتل و آخرون، مرجع سابق ، ص 118.

<sup>2</sup> - محمد لمين علون و حليلة عطية، " فعالية نظام المعلومات الإدارية و مساهمتها في إدارة الأزمات- دراسة حالة شركتي ( Caaterpillar ) ( Johnson & Johnson، مجلة الأفاق للدراسات الاقتصادية، العدد الرابع ، 2018، الجزائر، ص 101.

<https://www.asjp.cerit.dz> تاريخ التحميل 2018/03/15 (22:38).

<sup>3</sup> - ريجي مصطفى عليان و إيمان فاضل، السمرائي، تسويق المعلومات وخدمات المعلومات، ط 2، دار صفاء، عمان، الأردن، 2015، ص 369.

- الإلمام بعلوم الحاسوب وكتابة الإحصاءات وتحليلها وتخزينها.

▪ عرف ( Stanton ) نظام المعلومات التسويقية بأنه: "تركيبية من المعدات والأفراد والإجراءات المتفاعلة مع بعضها البعض الآخر، وتعمل بصورة مستمرة وموجهة نحو المستقبل، كونه مصمم لتجميع وتدفق المعلومات التي تساعد في اتخاذ القرار التسويقي في المنظمة". ولاشك بان هذا التعريف لا يختلف من حيث الجوهر والمضمون عما هو عليه في المنظمات الصحية<sup>1</sup>.

1-2 أهمية نظم المعلومات الصحية: ان الاهتمام بنظم المعلومات الصحية لمنظمات الأعمال الصحية يرجع للأسباب التالية:<sup>2</sup>

أ - نظرا للتطورات الهائلة في المجال التكنولوجي وانعكاسه الايجابي على قدرة المنظمة الصحية و الكادر الطبي على التشخيص الدقيق للأمراض وسهولة خدمة المرضى، فان نظم المعلومات الصحية كنظام يعمل على التعامل مع هذا الكم الهائل من المعلومات والاحتفاظ بها بما يضمن مصلحة المنظمة الصحية ومساعدتها على التكيف مع هذه التغيرات.

ب ان المنظمة الصحية بحاجة إلى معلومات شاملة عن المرضى وحاجاتهم ورغباتهم، وقياس توجهاتهم نحو الخدمات الصحية المقدمة من المنظمة الصحية ومقارنتها مع الخدمات المقدمة من المنافسة خاصة في ظل اتجاه كثير من المستثمرين للاستثمار في القطاع الطبي.

ج- أصبح نشاط كثير من المنظمات الصحية يتعدى النطاق الجغرافي الوطني إلى الدول المجاورة والعالمية لزيادة الحصة السوقية واستقطاب شرائح جديدة من المرضى ، وهذا التوسع يتطلب معلومات جديدة ومن نوع مختلف عن المعلومات داخل الوطن، كالعادات والثقافات والسمات الشخصية وميول المرضى في تلك الدول ، ومعلومات عن الاختلافات الثقافية والقوانين والإجراءات الحكومية أيضا، وهذه المعلومات مهمة جدا لاتخاذ القرار السليم والصحيح خاصة إذا أرادت المنظمة الصحية فتح فرع جديد لها في تلك الدول.

د - يستخدم نظام المعلومات أيضا كأسلوب رقابة على نشاطات المنظمة الصحية وخطتها المختلفة وإجراء التصحيح المناسب وفي الوقت المناسب وبناء على المستجدات في المعلومات التي يمكن ان يزودها نظام المعلومات لإدارة المنظمات الصحية لمساعدتها على التغيير والتعديل.

هـ - ان نظم المعلومات التسويقية في المجال الطبي يعطي نوعا من المصدقية للقرارات المختلفة المتخذة من قبل الإدارة، نظرا لان هذه المعلومات حديثة تحصل عليها الإدارة أولا بأول ومصادرها تتسم بالصدق والدقة والحداثة.

1-3 خصائص نظام المعلومات الصحي: يتميز نظام المعلومات التسويقية بجملة من الخصائص نذكر منها:<sup>3</sup>

-الاشتمال على بيانات فعلية وواقعية.

-إصدار تقارير منتظمة مع تكرار دراسات وفق الضرورة.

-دمج البيانات القديمة والحديثة لتحديث المعلومات في مختلف الاتجاهات.

-تحليل البيانات باستخدام التحليل الإحصائي والنماذج الرياضية والواقعية.

<sup>1</sup>- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 85.

<sup>2</sup>- سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الشيخ، مرجع سابق ، ص 184.

<sup>3</sup>- سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الشيخ، مرجع سابق ، ص 185.

الفرع الثاني: مكونات نظام المعلومات التسويقية الصحي : يقوم مدراء التسويق في المنظمات الصحية بمهام التحليل والتخطيط والتنفيذ والرقابة على البرامج والأهداف للحالات التي يرغبون في تحقيقها استناداً إلى البيانات والمعلومات المتعلقة بحالة التطور والتغير الحاصل في البيئة.

ولعل الأداة التي يستطيع المدراء استخدامها في تحقيق ذلك هو اعتمادهم لنظام المعلومات التسويقية والمستند على أربعة أركان رئيسية هي:<sup>1</sup>

1-2 نظام السجلات الداخلية: يعد أقدم وأكثر النظم استخداماً من قبل المدراء في جمع المعلومات والبيانات الداخلية، إذ إن أية منظمة تتكامل معلوماتها من خلال مجمل العمليات التي تقوم بها. والمنظمة الصحية شأنها شأن بقية المنظمات الأخرى، تحتفظ بالبيانات المسجلة لديها عن المرضى من حيث الاسم، العنوان العمر، الحالة الشخصية، مدة المكوث في المستشفى، مصاريف الغرفة، التجهيزات المقدمة، العلاج المقدم، عدد الزيارات الطبية ... الخ. وتستطيع إدارة المنظمة الصحية أن تطور العديد من الإحصاءات التي يمكن استخلاصها من هذه البيانات كمؤشرات معينة للاستدلال على الحالة المطلوب معالجتها.

2-2 نظام الاستخبارات التسويقية: يقوم نظام الاستخبارات التسويقية أساساً على تزويد المدراء ببيانات تتعلق بإحداث معينة، وقد تكون هذه الأحداث واقعة فعلاً أو محتملة الحدوث. ويمكن تعريف نظام الاستخبارات التسويقية على أنه: " تلك الإجراءات والموارد التي تستخدم بواسطة المدراء للحصول على المعلومات اليومية والتطورات ذات الصلة في البيئة التسويقية " <sup>2</sup>. ومن الممكن أن يتم دمج النظامين المذكورين (نظام

السجلات الداخلي، ونظام الاستخبارات التسويقية) تحت عنوان المعلومات التسويقية العامة General Marketing Information. حيث أن الأول يزود الإدارة بالبيانات التسويقية الداخلية الخاصة بالمنظمة الصحية، بينما يزودها نظام الاستخبارات التسويقية بالبيانات التسويقية الخارجية المحيطة بالمنظمة الصحية.

2-3 نظام دعم القرارات التسويقية: يمثل هذا النظام بحقيقته أسلوباً في متقدم لمعالجة البيانات ذات العلاقة بمشكلة معينة وتحليلها. لذلك يمكن تعريفه على أنه " النظام المدعم بالحاسوب والبرامجيات الخاصة بتفسير بيئة الأعمال التسويقية المحيطة بالمنظمة الصحية ".

2-4 نظام بحوث التسويق: لا تختلف طريقة إجراء البحث التسويقي في المنظمات الصحية كثيراً من حيث الخطوات والأطر الجوهرية لمضامين البحث عما هو عليه في منظمات الأعمال الأخرى، إلا أن الاختلاف يكمن في خصوصية المشكلات التي يتم معالجتها، والأطراف المستهدفة من البحث والذين غالباً ما يكونون من المرضى أو الأطراف الأخرى ذات العلاقة بأنشطة وفعاليات المنظمة الصحية. وغالباً ما تكون النتائج المحققة من إجراء البحث التسويقي الصحي هو إظهار البيانات وتقديم المعلومات لإدارة المنظمة الصحية لوضع الاستراتيجيات والسياسات والبرامج المختلفة في مسار عملها القصير أو بعيد الأمد.

<sup>1</sup>- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص

<sup>2</sup>- ريجي مصطفى عليان و إيمان فاضل، السمرائي، مرجع سابق، ص 373.

الفرع الثالث: نظام المعلومات التسويقي و الجودة: إن تطبيق نظام المعلومات التسويقية يساعد منظمات الأعمال في تنمية الجودة وتحسينها، من خلال خفض تكاليف الإنتاج و منع حدوث الأخطاء من أول مرة ، مما يعزز ولاء الزبائن لهذه المنظمات . ويمكن إيجاز هذه المساهمات فيما يلي:<sup>1</sup>

- يساهم في تألية عملية تخطيط الجودة ليجعلها أكثر سرعة ومرونة، بحيث أصبحت عملية تحديد الزبائن أمراً سهلاً، وذلك بوضع برنامج خاص يحدد من خلاله أسماء جميع الموردين و الزبائن التي تتعامل معهم المؤسسة وذلك لتحديد المعلومات المتعلقة بهم وكذا الاحتياجات والرغبات الخاصة بهم.

- يساهم في مراقبة الجودة وذلك لتلبية احتياجاتها من الأدوات المختلفة لتطوير وتحسين المنتج .  
- يساهم في تأكيد الجودة بحيث يساعد على منع وقوع الأخطاء من البداية، وكون نظام المعلومات التسويقية يحتوي على خاصية الاتصال، فهو يسهل عملية وصول المعلومات بين مختلف المستويات بالمؤسسة.

- ان إحداث تغيير تكنولوجي يساهم في تحسين جودة الخدمات المقدمة، فقد يتم الحجز ألياً لمرتجة الطبيب، مما يقلل وقت انتظار المرضى ويساهم في تحسين الخدمات المقدمة للزبائن وتعزيز القدرات لتسليم المنتجات في الوقت المحدد .<sup>2</sup>

ومما سبق يمكن القول بأن نظام المعلومات التسويقية يساعد المؤسسة على تحسين جودة المنتج وذلك من خلال التقليل من معدل الخطأ وزيادة المطابقة بين مواصفات المنتج المطلوبة بالإضافة إلى انه يساعد على تخفيض التكاليف بعملية التأليه.

الفرع الرابع: عوائق استخدام نظام المعلومات الصحي: ان نظام المعلومات الصحي كغيره من الأنظمة الأخرى يتعرض عند تطبيقه لمجموعة من العراقيل و العوائق والتي يمكن ان تحد من فعاليته. لابد من التمييز عند الحديث عن عوائق تطبيق نظام المعلومات الصحي بين المؤسسات التي هي قيد الإنشاء، و التي تود تطبيق مثل هذه النظم و بين مؤسسات قائمة بالفعل تريد الانتقال من العمل الورقي إلى نظام المعلومات الصحي<sup>3</sup>:

1 - تطبيق نظام المعلومات الصحية في المؤسسات طور الإنشاء: تنحصر العوائق في هذه المؤسسات في التكلفة المادية العالية لتركيب هذه الأنظمة، و في إيجاد الأطر البشرية على تشغيلها. و تبدو هذه العملية

<sup>1</sup> - وهيبة ولد براهيم. مساهمة نظام المعلومات التسويقية في تحقيق إدارة الجودة الشاملة - دراسة ميدانية لمجموعة من المؤسسات الاقتصادية الجزائرية - ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص إدارة تسويقية، جامعة بومرداس، الجزائر، 2017/2016، ص 120. [dlibrary.univ-boumerdes.dz:8080/bitstream/123456789/3830/1/ould%20brahim.pdf](http://dlibrary.univ-boumerdes.dz:8080/bitstream/123456789/3830/1/ould%20brahim.pdf) تاريخ و ساعة التحميل: 2018/05/14 (20:02).

<sup>2</sup> - صورية بوظرفة. " التغيير التكنولوجي في المؤسسة و تأثيره على باقي مجالات التغيير التنظيمي - دراسة حالة مؤسسة نفال فرع تبسة. ، مجلة الأفاق للدراسات الاقتصادية، 2018، ص 220. <https://www.asjp.cerit.dz> تاريخ و ساعة التحميل 2018/03/15 (22:34).

<sup>3</sup> - مصطفى يوسف، إدارة المستشفيات، ط1، دار حامد، عمان، الأردن، 2016، ص 200 .

محلولة إذ يمكن للمؤسسة الصحية وضع الملاك العددي المناسب من العاملين عند إنشاء المؤسسة، ولاحقاً التعامل مع شركات متخصصة في الصيانة بما يضمن عمل النظام باستمرار.

2- تطبيق نظام المعلومات الصحية في المؤسسات القائمة فعلاً: إضافة إلى المعوقات الواردة في البند السابق، تظهر العديد من المعوقات والصعوبات الأخرى منها:

- تغيير الملاك العددي للمؤسسة الصحية بقرار من السلطات المختصة (وزير، رئاسة مجلس وزراء ..)، ولا يكون عادة بيد مدير المؤسسة.
- تغيير عقلية الملاك العامل الذي تعود العمل الورقي التقليدي.
- عدم وجود تجارب رائدة في هذا المجال، تدفع أصحاب القرار إلى الشك في إمكان نجاح تطبيق هذه الأنظمة.
- غياب الاستراتيجيات طويلة الأمد، تؤدي إلى انهيار نظم المعلومات بعد تركيبها نتيجة وجود عطل ما لا تتوفر الإمكانيات المادية لإصلاحه.
- يحتاج تطبيق نظام المعلومات مدة زمنية طويلة تمتد حتى خمسة سنوات، مما يجب ان يتمتع القائمون عليه بنفس طويل.

#### المطلب الثالث: السجلات الطبية:

أصبحت السجلات الطبية تمثل مركزاً من مراكز القوة في تقديم الرعاية الصحية و مساندة الطبيب في أداء عمله بصورة أفضل.

**الفرع الأول: ماهية السجلات الطبية:** تعد السجلات الطبية أو ما نسميه بملف المريض أحد النقاط المحورية التي تعتمد عليها عملية تقديم الرعاية الصحية داخل المنظمات الصحية و بين مختلف أنواع المؤسسات الطبية، وتنبع أهمية تلك السجلات من أهمية دورها في حفظ كافة معلومات المريض من بيانات رئيسية و طبية شاملة لكل ما تم إجراءه من فحوصات و تشخيصات و علاج و تقارير متابعة و قرارات طبية هامة. لعلقود طويلة من الزمن ظلت طبيعة السجلات الطبية ثابتة في شكل ملف أو مجموعة من الأوراق التي كتب عليها المعلومات بخط اليد، حتى حدث خلال الأربعين عاماً الماضية تطورات هائلة في تكنولوجيا المعلومات قادت تلك التطورات العلماء و المختصين في مجال الرعاية الصحية و تكنولوجيا المعلومات معا إلى تصميم و اختراع سجلات طبية إلكترونية تعتمد على الكمبيوتر. ولا تختلف السجلات الطبية الإلكترونية كثيراً عن السجلات الورقية في وظيفتها و الهدف منها، لكنها تختلف كلياً في طبيعتها و خواصها و إمكانيات استخدامها و فوائدها، كما أنها تمتاز بدقة محتواها و سهولة الوصول إليها من خلال تكاملها مع مصادر المعلومات المختلفة بواسطة نظم شبكات المعلومات<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - زاهر محمد عبد الرحيم، ادارة المستشفيات و السجلات الطبية، مرجع سابق ، ص 83.

1-1 مفهوم السجل الطبي : السجل الطبي هو عبارة عن وثيقة أو ملف تشتمل على معلومات طبية وتشخيصية وتمريضية وإدارية، تغطي كافة الجوانب المتعلقة بالحالة المرضية ، ويشمل السجل المعلومات الآتية:<sup>1</sup>

- الأعراض المرضية.
  - التاريخ المرضي.
  - نتائج الفحوص والتشخيص الطبي.
  - التشخيص النهائي.
  - الإجراءات والمداخلات الطبية والوصفات العلاجية.
  - المعلومات الإدارية (إدخال المريض، خروج المريض، التاريخ، البيانات الشخصية).
- كما عرق الدكتور مالكوم. تي ماك. ايكهيرين السجل الطبي بأنه: " السجل الطبي هو عبارة عن تاريخ حياة المريض الدقيقة والواضحة والمكتوبة من وجهة نظر طبية وفي نموذجها الصحيح، ويتم الحصول على بيانات علمية كاملة مأخوذة من مصادر متعددة ومنسقة في وثيقة بصورة منتظمة من قبل قسم السجلات الطبية ثم وضعها في ملف لاستخدامات متعددة شخصية وغير شخصية"<sup>2</sup>.
- الفرع الثاني: مزايا إدخال الحاسوب في السجلات الطبية<sup>3</sup> :

- توحيد البيانات التي تم أخذها من المرضى.
  - استعداد سريع لمستخدمي البيانات على تنفيذها.
  - القضاء على الازدواجية في السجلات.
  - القضاء على عملية البطء في العمل نتيجة العمل اليدوي.
  - حفظ السجلات بشكل جيد.
  - السرية والأمان في استخدام الحاسوب في السجلات الطبية.
- الفرع الثالث: وظائف الملف الطبي:<sup>4</sup>

- جمع البيانات والمعلومات عن المرضى غير مبرر إذا لم يخدم الطبيب والمريض بشكل مباشر أو غير مباشر.
- السجل الطبي ركيزة أساسية لتقديم خدمة طبية متطورة ومستمرة، فهو للمريض سجل للمشاكل الصحية والفحوصات والعمليات التي أجريت من قبل، وسجل للأدوية والأغذية التي تسبب حساسية للمريض.
- بالنسبة للطبيب من أهم أدوات التعليم المستمر، حيث يرى تطورات الأمراض وخبرات زملاءه الأطباء وتفاوت تعامل الناس مع الأمراض في مدرسة يومية يتعلم منها كل مريض.

<sup>1</sup>- زاهر محمد عبد الرحيم، ادارة المستشفيات و السجلات الطبية، مرجع سابق، ص 86.

<sup>2</sup>- مضر زهران، إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية، دار زهران، عمان الأردن، 2006، ص 265.

<sup>3</sup>- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية، ط1، دار الشروق، عمان، الأردن، 2007، ص 144.

<sup>4</sup>- زاهر محمد عبد الرحيم، إدارة المستشفيات و السجلات الطبية، مرجع سابق ، ص 89.

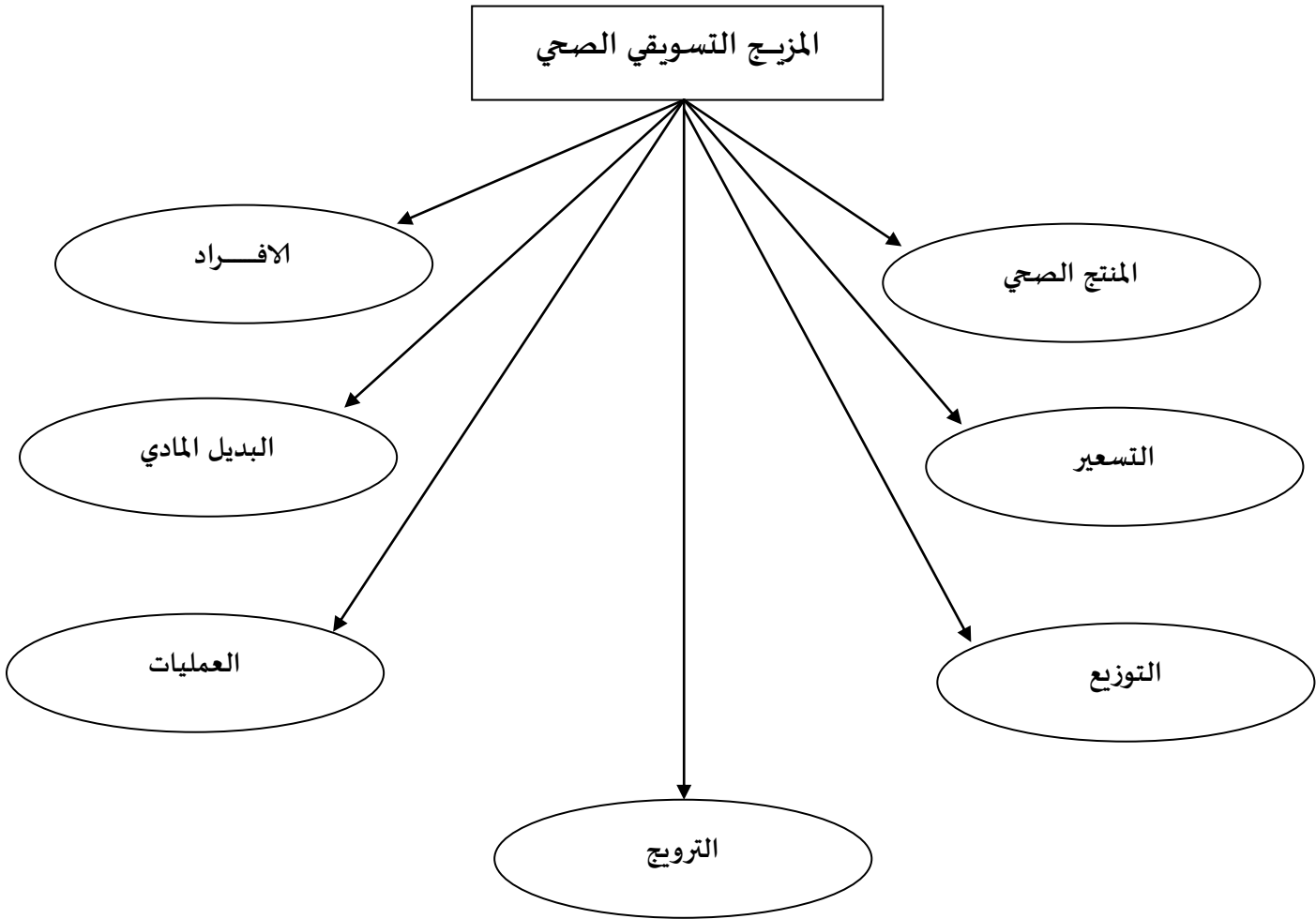
- كما انه مهم للتخطيط الصحي بدراسة بعض الظواهر، ممثلاً عدد المواليد/ الوفيات/ الأمراض المنتشرة/ عدد المترددين وأعمارهم... الخ وبالاستفادة من علم الإحصاء.
  - الملف هو أهم وثيقة لحساب معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات وغيرها.
  - بالنسبة للجوانب القانونية كالتقارير الطبية وشهادات الوفاة والحالات الجنائية والحوادث، فبدون السجل الطبي تضيع كثير من الحقوق... حيث تستخدم السجلات الطبية كأحد أوجه الإثبات في الجرائم المرتكبة، فما ورد في السجلات الطبية من وصف دقيق لحالة المريض و كيفية علاجه وكذلك تحديد أسباب الوفاة، وهو ما يربط ارتباط لا يقبل التجزئة عن القانون.
  - بانتشار التأمين الصحي يصبح السجل الصحي غاية في الأهمية بين المستفيدين وبين الشركة وبين المؤسسة المعالجة.
  - سجل المريض كأساس لتقييم مدى ملائمة الرعاية، ويمكن المؤسسة من تقييم الأداء<sup>1</sup>.
- المبحث الثاني: تطبيق عناصر المزيج التسويقي الصحي:

إن عناصر المزيج التسويقي الصحي ما هي إلا مجموعة من العناصر المتكاملة والمتفاعلة والمخطط لها والتي ترغب المنظمة وإدارة التسويق بتنفيذها من أجل تحقيق عدد من الأهداف التسويقية المختلفة. فعناصر المزيج التسويقي التقليدي 4P's والذي يتكون من أربعة عناصر (المنتج، التسعير، التوزيع، الترويج) لا يمكنه شمول قطاع الخدمات والخدمات الصحية بشكل خاص من ناحية الخصائص المختلفة التي تميز الخدمات، وبالتالي فإن المزيج التسويقي الخدمي لا بد أن يتضمن بالإضافة إلى الاستراتيجيات الأربعة السابقة ثلاثة عناصر جديدة وهي (الأفراد، العمليات، الدليل المادي) ليصبح المزيج التسويقي الصحي يشمل الاستراتيجيات السبعة، حيث تعتبر العلاقة بين عناصر المزيج التسويقي علاقة تكاملية وتنسيقية فيما بينها<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - مضر زهران، مرجع سابق، ص 266 .

<sup>2</sup> - سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الوادي، تسويق الخدمات الصحية منظور متكامل، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن، 2016، ص 93.

الشكل (1-4): المزيج التسويقي للخدمات الصحية



المصدر: ردينه عثمان، يوسف. مرجع سابق، ص 91.

#### المطلب الأول: المنتج الصحي و التسعير الصحي:

سنحاول التطرق الى الخدمات الصحية و تسعيرها.

الفرع الأول: المنتج الصحي ( الخدمة ): معظم الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية هي خدمات أو برامج خدمية اجتماعية لخلق التأثير الايجابي لدى المجتمع في التفاعل مع الحالات الصحية التي يجب أن تسود<sup>1</sup>. وبذلك يمكن القول بتعريف المنتج (الخدمة) في المنظمة الصحية تعبر عن العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول و انتفاع من قبل المرضى و بما يؤول لأن يكون

<sup>1</sup> - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 167 .



بحالة صحية أفضل . وهذا التعريف يمكن أن يشير في مضمونه إلى ثلاثة إبعاد للخدمة المقدمة في المنظمة الصحية وهي <sup>1</sup> :

أ - الصفة المميزة للخدمة: وترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة ذاتها والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية وعلاجية.

ب - المنافع المرجوة من الخدمة: وتتمثل في العناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض أو غيره من المراجعين للمنظمة الصحية لمقابلة احتياجاتهم الصحية، والتي يطلق عليها في بعض الحالات بحزمة الرضا المتحقق للزبون.

ج - الخدمات المساندة ( المكملة): وتتمثل في كافة العناصر المضافة التي تقدمها المنظمة الصحية لجوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى وتتضمن نظام حجز المواعيد، طاقم استقبال المرضى، خدمات الاتصال الهاتفي... الخ.

← إن مفهوم الخدمة الصحية ينبع أساسا من المفهوم العام للخدمات، وهي لا تبتعد عن مضامين التعاريف السابقة للخدمة، إلا انه يمكن تقسيم الخدمة الصحية إلى قسمين رئيسيين <sup>2</sup> :

الخدمات الصحية العلاجية؛ الخدمات الصحية الوقائية.

● الخدمة الصحية العلاجية: تشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المراكز الصحية، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر. ويهدف هذا النوع من الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من الآلام والمرض.

● الخدمة الصحية الوقائية: وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن ان تطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة.

هذه الخدمات هي خدمات صحية مانعة، تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض، وهي تشتمل على خدمات التطعيم من الأمراض الوبائية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء ووحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الثقافي.

كما تعرف الخدمة الصحية بأنها مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين وباستخدام سلع مساعدة، ولكن لا تحول ملكية السلع المساعدة إلى المستفيد من الخدمة <sup>3</sup>.

1 - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 168.

2 - مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق، ص 178 .

3 - ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 98.

1-1 خصائص الخدمات الصحية: بالإضافة إلى الخصائص السابقة المميزة للخدمة عامة وهي اللاملموسية، التلازم، التباين، الهلاك، عدم التملك. توجد خصائص أخرى تميز الخدمة الصحية عن غيرها من الخدمات نذكر منها<sup>1</sup>:

- تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه، وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه. لذلك فإن معايير الأداء للخدمة الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية.
- في منظمات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المنظمات الصحية بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء.
- وجوب الاتصال المباشر بين المنظمة الصحية والمستفيد من الخدمة، إذ إن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج أو إجراء التحاليل ... الخ.
- صعوبة تطبيق المفاهيم الاقتصادية المطبقة في خدمات أخرى على الخدمة الصحية، باعتبارها مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء.
- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، ويهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج الخدمة الصحية لطالبيها، إذ لا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المنظمة الصحية الإنسانية.

2-1 مستويات الخدمة الصحية: يقوم المرضى بشراء المنافع والاشباع التي يعتقدون ان المنتج الصحي سيوفرها لهم. فالمنتج الصحي أصبح رمز اجتماعي ونفسي، وهو ما يفرض نوعا من التحدي يواجه المخططين للمنتجات والخدمات الصحية في المنظمات حيث لابد ان يضم تفكيرهم في المنتج ثلاث مستويات رئيسية، هي كما يلي<sup>2</sup>:

- جوهر المنتج: وهي المنفعة الحقيقية التي يسعى المريض للحصول عليها، كالشفاء عند مراجعته للمنظمة الصحية.
- المنتج الحقيقي: وهي مجموعة الخصائص الملموسة التي تميز السلعة أو الخدمة عن المنافسين، تتمثل في كل من مكونات المنتج وخصائصه وشكله وعناصر الجودة فيه ... الخ.
- المنتج الإضافي: ويتمثل في الخدمات الإضافية الممثلة بطريقة تقديم الخدمة وخدمات ما بعد البيع كمتابعة علاج المريض بعد خروجه من المنظمة الصحية، التركيب الصيانة، الضمان، وغيرها.

<sup>1</sup> - فريد كورتل و آخرون، مرجع سابق، ص 86 .

<sup>2</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق ، ص 183.

- 1-3 الخدمات/المنتجات الجديدة: يشير مفهوم المنتج في الصناعة الاستشفائية إلى سلعة مادية كالدواء أو خدمة كصور الأشعة والتحليل، أو أشياء غير ملموسة كأنشطة وخدمات التثقيف والتوعية الصحية. ورغم ذلك فإن المنتج الأساسي للمنظمة الصحية هو علاج ورعاية المرضى ومصابي الحوادث. وهذا المنتج الرئيسي والأساسي للمنظمات الصحية له مكونات هامة تأتي جودة الخدمات في مقدمتها وهي القضية الأولى والأساسية لنجاح برامج التسويق، ونظرا لتغير حاجات السوق وإدراكات المستهلكين فلا بد للمنظمات الصحية من تطوير وتقديم خدمات جديدة، ويتطلب تطوير الخدمات الجديدة اهتماما كبيرا بإمكانات الخدمة الجديدة في توليد طلب كاف على خدمات المنظمة الصحية ومساهمتها في تحقيق أهدافها<sup>1</sup>.
- وهناك مدى واسع من الخدمات الجديدة التي يمكن للمنظمة الصحية تقديمها وتشمل على سبيل المثال:<sup>2</sup>
1. خدمات تمثل نشاطا جديدا مثل برامج التوعية والتثقيف الهادفة إلى تعديل السلوكيات السلبية لدى الأفراد والجماعات كالتدخين والإفراط في الطعام وتناول الكحول والقيادة الخطرة للسيارات والتعامل مع الأمراض كمرض السكري وضغط الدم والتوتر الشرياني والكشف المبكر لها وكيفية التعامل معها.
  2. خدمات تمثل تحسين وترقية أداء نشاط موجود في المؤسسة الصحية، مثل التثقيف والتوعية الصحية للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكر وضغط الدم.
  3. وقد تكون الخدمة الجديدة عبارة عن تطبيقات جديدة لخدمة موجودة وقائمة، مثل تحويل قسم الولادة في المستشفى إلى مراكز التوليد بنمط وسياق عائلي.
  4. خدمة تمثل نشاطا إضافيا إلى الأنشطة التي تقدم من قبل دائرة أو قسم قائم. مثل تقديم خدمات الرعاية الأولية في قسم الطوارئ.
  5. تقديم الخدمة القائمة إلى سوق جديد مثل تقديم خدمات أطباء الاختصاص في المراكز الطبية المتواجدة في مناطق جغرافية حول المستشفى أو في المجتمع المحلي.
  6. تقديم خدمات تشخيص بكلفة متدنية أو رمزية مثل خدمات الكشف المبكر لسرطان الثدي، حيث يمكن للكلفة الرمزية للخدمة خلق طلب كبير على الخدمة وتوليد خدمات وطلب جديد على خدمات المؤسسة الصحية.
  7. دمج وتكامل خدمات مختلفة في دائرة واحدة مثل تجميع خدمات العلاج الطبيعي، العلاج النفسي والعلاج المهني واختبارات الإجهاد والضغط النفسي في دائرة للصحة، والتأهيل لتحسين كفاءة تشغيل هذه الخدمات واحتواء التكاليف وتيسير منال هذه الخدمات دون الحاجة إلى التنقل من مكان إلى آخر.
  8. تقديم بعض خدمات التشخيص وبعض الفحوصات المخبرية خارج المؤسسة الصحية بترتيبات إدارية مع المختبرات الخاصة والعيادات الخاصة بما يمكن من خفض كلفة الخدمة وسعرها وتحسين سهولة منالها.
  9. ترقية وتحديث خدمة قائمة، مثل تحديث العيادات الخارجية وأماكن انتظار المرضى والتعامل معهم بما يحقق درجة أعلى من الرضا وكسب ولائهم.
- ولاشك بان هذه الخدمات الصحية الجديدة أو غيرها يتوقف إدخالها على عاملين أساسيين هما:<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 149.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 138.

<sup>3</sup> - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 175.

1 - الحاجة الحقيقية للمرضى وأفراد المجتمع إلى تلك الخدمات في السوق المستهدف، وعلى ضوء دراسة الجدوى الاقتصادية والاجتماعية المتحققة فيها.

2 - الموارد المتاحة لدى المؤسسة الصحية، سواء كانت مالية أو بشرية أو أجهزة و معدات فنية تكون قادرة على إنتاج وتسويق هذه الخدمات وبشكلها الصحيح والمناسب.

← ولكي يتم الوصول إلى جودة الخدمات الصحية، لابد من العمل على تخفيض الفوارق بين الخدمة الصحية المنجزة و الخدمة الصحية المرغوب فيها من قبل المريض، وبالتالي الوصول الى الرضا، وهذا لا يتم إلا من خلال تطبيق آيتين اثنتين هما:<sup>1</sup>

✓ سلاسل الخدمة: ذهب كل من Loupp & Roudenbeck للتأكيد على أهمية تقسيم الخدمة الصحية الأساسية (الخدمات الجراحية، خدمات أمراض النساء و التوليد، خدمات الفحص و التشخيص ...) إلى مجموعة من الإجراءات المتتابعة أطلقا عليها اسم "سلاسل الخدمة"، والعمل على مطابقتها وأهداف الزبائن المحتملين، حيث تمثل كل مرحلة من هذه المراحل ما يطلق عليه بلحظات الصدق (لحظة التفاعل بين الطبيب مقدم الخدمة و المريض المستفيد)، لذلك لابد من التركيز على مختلف هذه اللحظات من اجل تجنب الأخطاء التي قد تعيق الوصول إلى الجودة في حالة غياب أو إهمال إحدى المراحل المكونة لها.

✓ علاقة الزبون المورد: تسمح هذه العلاقة بتخفيض الفوارق بين التقديم المنجز و التقديم المرغوب فيه من قبل الزبون، وذلك من خلال اعتبار كل فرد عامل في المؤسسة الصحية، كزبون و مورد في نفس الوقت من اجل الوصول إلى رضا الزبون النهائي (المريض).

الفرع الثاني: التسعير الصحي: السعر هو المتغير الوحيد في المزيج التسويقي الذي يحقق إيراد للمنظمة الصحية<sup>2</sup>. و هو يعبر عن القيمة التي يدفعها المريض من اجل الحصول على مجموعة من المنافع، و تزداد هذه المنافع كلما ارتفعت جودة الخدمة و تمكنت من تحقيق الإشباع و الرضا للمرضى.. ان تسعير المنتجات الصحية يعتبر من السياسات التي تخضع للقوانين و التشريعات الحكومية لأهمية هذه المنتجات و تأثيرها على الأفراد و صحتهم و ان هذه المنتجات لها علاقة بجميع مكونات المجتمع بشكل عام، لذا فان الحكومة تتدخل في تحديد أسعارها و تحدد أيضا نسبة الربح على الأدوية المحلية و المستوردة<sup>3</sup>.

ان الأفراد عندما يقدمون على شراء المنتجات الصحية (السلع و الخدمات) فإنهم يبحثون عن المنافع التي سوف يحصلون عليها و المنظمة الصحية الناجحة هي التي تتمكن من توفير هذه المنافع للمشتري<sup>4</sup>.

تقوم المنظمات الصحية بتحديد أسعار المنتجات استنادا إلى الأهداف التي تسعى المنظمات لتحقيقها، بالرغم من تدخل الدولة في أسعار المنتجات الطبية (تحديد ثمن زيارة الطبيب حسب اختصاص الطبيب) و ثمن الخدمات الطبية و لكن هناك حالات لا تستطيع الدولة التدخل بشكل مؤثر على أسعارها مثل (المستشفيات الخاصة، الأدوية التي يحتكر إنتاجها من قبل منظمات دوائية، مختبرات التحليلات

<sup>1</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق، ص 197.

<sup>2</sup> - Y.Chirouze, Le Marketing Stratégique, Ellipses, Paris, 1995, P125.

<sup>3</sup> - سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الشيخ، مرجع سابق، ص 102.

<sup>4</sup> - ردينه عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 150.

المرضية الخاصة ... الخ). فالدولة تدعم بعض أسعار الخدمات الصحية وذلك من خلال المستشفيات الحكومية بهدف توفير الرعاية الصحية للأفراد ومن خلال دعم أسعار الأدوية وتحملها لفرق السعر. ان النظرة العامة للمنظمات الصحية تجد أنها تسعى إلى تحقيق أهداف إنسانية وصحية ولكن إلى جانب هذه الأهداف هناك أهداف ربحية تسعى المنظمة إلى تحقيقها لكي تتمكن من الاستمرار في تقديم خدماتها، والبقاء في السوق على الأخص بالنسبة إلى منظمات القطاع الخاص التي لا تتلقى أي دعم مادي من ميزانية الدولة<sup>1</sup>.

1-2 تأثير التأمين الصحي على تسعير الخدمات الصحية: يترتب عن تزايد النسبة التي تدفعها الحكومة و/أو التأمين الصحي (الخاص أو العام) من فاتورة الخدمات الصحية تناقص تأثير السعر على استخدام المرضى للخدمات الصحية، وكذلك على اختيارهم للجهة التي تقدم هذه الخدمات، ويكون من نتيجة ذلك تهيمش وإزالة الحوافز السعرية من جانب المرضى وزيادة قدرة مقدمي الخدمات الصحية على تحميل الأسعار المرتفعة لطرف ثالث، ومن ثم فإن التوسع في التأمين الصحي والإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية يؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية<sup>2</sup>.

#### المطلب الثاني: توزيع وترويج الخدمات الصحية:

ان توزيع الخدمات الصحية وترويجها يتم عبر مجموعة من المراحل.

الفرع الأول: توزيع الخدمات الصحية: يعرف توزيع الخدمة الصحية على انه: "مختلف النشاطات التي تتولاها المنظمة الصحية لجعل الخدمة الصحية سهلة المنال للمريض مكانيا، وزمانيا، وسعريا، ومعلوماتيا". وهذا التعريف في حقيقته يشير إلى أربعة متغيرات رئيسية هي:<sup>3</sup>

أ - المكان: وهو الموقع الجغرافي لتقديم الخدمة، فضلا عما يحيط به من تسهيلات مختلفة من شأنها ان تحفز على شراء الخدمة الصحية والحصول عليها.

ب - الزمان: هو مجموع الأوقات التي تغطيها المنظمة الصحية في تقديمها للخدمة الصحية، حيث كلما كان تقديم الخدمة على مدى أطول من ساعات اليوم، كلما كان التوزيع أفضل للمرضى، لأنه يمثل الخيار المفضل في الاستخدام والانتفاع من الخدمة.

ت - السعر: ويعني تأثير الكلفة على القيمة النهائية للخدمة الصحية المقدمة للمرضى القادرين على دفعها للمنظمة الصحية، لما في ذلك من تأثير على الانتفاع منها أو من عدمه.

ث المعلومات: ويقصد بها معرفة المستهلكين عامة والمرضى خاصة عن طبيعة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المنظمة الصحية، خاصة من حيث نوعيتها، طريقة تقديمها، توقيتاتها، التطورات الحاصلة فيها ... الخ.

<sup>1</sup>- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 151.

<sup>2</sup>- مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق ، ص 186.

<sup>3</sup>- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 294 .

1-1 منافذ توزيع الخدمات الصحية: وكما في السلع وانسيابها من المنتج إلى المستهلك النهائي عبر عدد من الوسطاء أو من خلال المنافذ التوزيعية، كذلك الأمر بالنسبة للخدمة الصحية، فيمكن للمريض ان يستفيد من القنوات العديدة لتوزيع الخدمة الصحية كعيادة الطبيب و المركز الصحي ووحدة الرعاية الجواله و غرفة الطوارئ في المستشفى، و نتيجة للتطور التكنولوجي في المجال الطبي تنوعت القنوات التوزيعية المستخدمة في توزيع الخدمات الطبية فأصبحت بعض الخدمات الطبية تجرى في صالة العمليات المتحركة داخل السيارات المجهزة تجهيزا كاملا لأغراض من هذا النوع و حتى ان بعض العمليات تجرى في منزل المريض في بعض الدول، و طبيعي ان ينعكس ذلك على تكلفة الخدمة و العلاج<sup>1</sup>. ويمكن تقسيم المنافذ التوزيعية إلى قسمين هما:

1-1-1 التوزيع المباشر: عند الحديث عن توزيع الخدمات بشكل عام و الخدمات الصحية بشكل خاص فان المنظمات الصحية لا تستطيع ان توظف جميع عناصر و مكونات التوزيع المادي و ذلك لعدم إمكانية خزن و نقل الخدمة، لذلك تعتمد بشكل عام على التوزيع المباشر و ان المستفيد من الخدمات الصحية يسعى إلى الحصول على هذه الخدمة في أماكن تقديمها و لا يمكن نقلها له<sup>2</sup>. ان توزيع هذه الخدمات يكون بشكل مباشر من خلال التقاء مقدمها ( الطبيب أو الكادر الطبي، أو العاملين في المؤسسات الصحية ) مع ملتي الخدمة و بشكل عام تكون القناة التوزيعية قصيرة و لا تتحمل تدخل و سيطر بين الاثنين، و تتمثل المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات بشكل مباشر (قنوات التوزيع المباشر) في المستشفيات العامة و الخاصة، العيادات الطبية، عيادة ( مكتب ) الطبيب، مراكز الرعاية الصحية المنزلية، مراكز الرعاية، بيوت التمريض<sup>3</sup>.

1-1-2 التوزيع غير المباشر: و يتمثل في قيام الطبيب بدور الوسيط بين المريض و المنظمة الصحية، كما هو الحال في إحالة طبيب ( في عيادة طبية تختص في عملية الفحص فقط) المرضى المعالجين لديه على مستشفى لاستكمال العلاج هناك، فالطبيب هنا يعتبر من وجهة المؤدي المباشر للخدمة الصحية للمريض، و من جهة أخرى هو الوسيط الذي يختار المستشفى المناسب للعلاج ( الوسيط بين المريض و المستشفى )، لذا نجد المستشفيات اليوم تتنافس في جذب أمهر و أفضل الأطباء في مختلف التخصصات الموجودة لديهم<sup>4</sup>.

و تمثل الصيدلة نقطة توزيعية تباع بالمفرد ( أي تاجر التجزئة في نظام التوزيع غير المباشر)، وهي حلقة الوصل ما بين:

• المنتج و المستفيد من الأدوية.

• الطبيب و المستفيد من العلاج الذي حدده الطبيب المختص.

و تعتبر الصيدلية نقطة توزيعية لأنها توفر الأدوية، الفيتامينات، الأعشاب، مواد التجميل، مستلزمات الأطفال الرضع مثل الحليب<sup>5</sup>. و الصيدلية هي منشأة تتاجر بالأدوية و المستلزمات الأخرى، شأنها شأن أي منشأة

<sup>1</sup> - سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد، الشيخ، مرجع سابق. ص 110.

<sup>2</sup> - ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 114 .

<sup>3</sup> - ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 115 .

<sup>4</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق، ص 191.

<sup>5</sup> - ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 123.

تجارية أو صناعية، و الواقع ان إدارة الصيدلة بحكم تعاملها مع شريحة من العملاء جلهم من المرضى، تحتاج الى ان تتعامل مع المستهلك/ العميل تعاملًا خاصًا ليس فقط لاعتبارات تجارية صرفة، وإنما أيضًا لاعتبارات إنسانية. فقد أوضحت دراسة أجرتها شركة Upjohn الدوائية العملاقة في عام 1995 (على عينة من رواد الصيدليات في 13 ولاية أمريكية) ان اللمسات الإنسانية التي تقدمها إدارة الصيدلة لروادها مسئولة عن +25% من زيادة المبيعات، و ان الخدمات الصيدلانية الرفيعة (الاستشارات المجانية، والاستقبال الجيد، وسرعة تركيب الدواء ...) تعد أيضًا مسئولة بنسبة +35% من زيادة المبيعات<sup>1</sup>

**2-1 خصائص التوزيع الصحي الفعال:** ان طالب الخدمة الصحية يواجه العديد من قنوات التوزيع وعلى نحو متزايد، حيث أصبح غير ملزم بالذهاب إلى مؤسسة صحية للحصول على الخدمة، فبالإمكان الاتصال هاتفياً أو عبر موقعها على الانترنت. ان المنظمات الصحية أدركت ان اعتمادها على نظام توزيع متعدد القنوات له تأثير كبير على علاقتها مع المرضى وزيادة الثقة بهذه المنظمة، فمثلاً كثير من المنظمات الصحية أصبح لها فروع عديدة داخل البلد الواحد و خارجها و لاحتاج الزبون إلا إلى مكاملة مجانية للحصول على الحجز او الاستشارة<sup>2</sup>.

ولكي يتحقق الهدف من إيصال الخدمة الصحية للمريض في الوقت و بالجودة المناسبين، فان الأمر يستوجب التكامل بين ثلاث آليات أساسية هي:<sup>3</sup>

- الوصول المادي: ويقصد به:

-توفير مختلف الشروط الضرورية و التسهيلات المادية لتيسير العمل في مواقع تقديم الخدمة من حيث درجة الإضاءة، التهوية، الهدوء، الاتساع... من جهة، و مواكبة التقدم التكنولوجي فيما يخص تزويدها بالآلات و الأجهزة الحديثة و المتطورة من جهة أخرى.

-الاهتمام بمقدمي الخدمة الصحية من أطباء و ممرضين، و توفير العلاقات الجيدة بينهم و بين الإدارة.  
-الاهتمام بتقديم خدمات صحية متعددة داخل المنظمة الصحية بما يتناسب و طبيعة الأمراض المنتشرة، و العمل على مقابلتها بتوفير الأطباء من ذوي الاختصاص و الخبرة.

- الوصول الزماني: ويقصد به:

-محاولة تقديم خدمة صحية في الوقت المناسب، ووفقاً للموعد المحدد مع الطبيب.

-تلاؤم أوقات تقديم الخدمة الصحية مع احتياجات المستفيدين منها.

■ الوصول المعلوماتي: ويقصد به ضرورة وضع المعلومات تحت تصرف المريض، سواء على شكل أدوات اتصال أو من خلال دور مختلف العاملين في إيصال المعلومات الضرورية للمرض في الوقت المناسب.

**3-1 تطورات في منافذ توزيع الخدمة الصحية:** كما ان هناك تطورات هامة فيما يتعلق بمنافذ توزيع الخدمة و تيسير الوصول لها كما يلي:<sup>4</sup>

<sup>1</sup>- بشير العلاق، التسويق الصيدلاني، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2007، ص236.

<sup>2</sup>- سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد، الشيخ. مرجع سابق، ص 110.

<sup>3</sup>- مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق، ص 200.

<sup>4</sup>- فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 226.

1. تركيز اكبر على خدمات الرعاية الأولية من خلال الأطباء العاملون و أطباء الأسرة.
2. التركيز على خدمات العيادات الخارجية و المراكز الصحية المستقلة و العيادات الطبية المستقلة، سواء كانت ممارسة طبية منفردة او ممارسة طبية جماعية.
3. تزايد نمط الممارسة الطبية الجماعية كبديل أكثر كفاءة من الممارسة الطبية الفردية. حيث توزع الكلفة الإدارية على المجموعة مما يخفض من كلفة الإنتاج، إضافة إلى تسهيل الوصول للخدمة و جعلها أكثر ملائمة للمرضى وأسرههم. خاصة إذا اشتملت الممارسة الطبية الجماعية على تخصصات طبية مختلفة ولكنها مرتبطة مثل طب الأطفال و طب النساء و التوليد.
4. تكامل اكبر بين خدمات المستشفيات و المراكز الطبية، فمن المتوقع التوجه المتزايد للمستشفيات نحو التكامل الخلفي، و يعني ذلك ارتباط المستشفيات بشبكة من المراكز الصحية الأولية لخدمة العملاء و لضمان مصدرًا لتحويل المرضى للمستشفيات.
5. اهتمام اكبر بقرارات اختيار مواقع تزويد الخدمات بحيث تكون الخدمة ميسرة و سهلة الوصول إليها.
6. اهتمام اكبر بدراسة السوق و تجزئة السوق إلى فئات او مجموعات حسب العمر، الجنس، القدرة على الدفع، نوع الخدمة ... الخ.
7. توجه اكبر للترويج المباشر لأفراد المجتمع (أصحاء و مرضى) نتيجة الاهتمام المتزايد للأفراد بالصحة الشخصية (للتأكد من صحة الجسد و المحافظة على الصحة).
8. توجه اكبر نحو سوق أرياب العمل و صناديق التأمين كمشترين رئيسيين للخدمات. اهتمام و توجه نحو السوق العربي لاجتذاب العملاء و تنشيط السياحة العلاجية

### الفرع الثاني: الترويج الصحي:

1-2 تعريف الترويج الصحي: الترويج كلمة مشتقة من الكلمة العربية (روح شيء) أي عرف به، و هذا يعني ان الترويج هو الاتصال بالآخرين و تعريفهم بأنواع السلع و الخدمات التي بحوزة البائع. و يعرف الترويج بأنه التنسيق بين جهود البائع في إقامة منافذ للمعلومات و في تسهيل بيع السلعة أو الخدمة أو في قبول فكرة معينة<sup>1</sup>.

و يرى كوتلر ان الترويج هو نشاط إقناعي قائم على اتصال مباشر أو غير مباشر مع الجمهور المستهدف<sup>2</sup>.

وعليه فقد عرف الترويج من المنظور الصحي على انه استخدام وسائل الاتصال المباشرة و غير المباشرة لتعريف و تذكير و إقناع الأسواق المستهدفة بالخدمات الصحية و العلاجية و التشخيصية منها و الوقائية وذلك لتشجيع الإقبال على استخدامها من قبل الأفراد. و نرى بان هذا التعريف يمكن ان يتضمن الأبعاد الآتية للترويج وهي:<sup>3</sup>

<sup>1</sup>- بشير العلاق و آخرون، استراتيجيات التسويق، ط1، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص 245 .  
<sup>2</sup>- Ph. Kotler et B. Dubois, Marketing Management, 11 édition, Pearson, Paris, 2004, P217 .  
<sup>3</sup>- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 241 .



- أ - انه احد الأنشطة الرئيسية التي يستوجب استخدامها من قبل المنظمة الصحية للتعريف بالخدمات الصحية التي تقدمها حالياً ومستقبلياً.
- ب - وسيلة اتصال مفتوحة مع البيئة المحيطة بالمنظمة الصحية وبصفة مستمرة.
- ت - إمكانية استخدام وسائل مباشرة او غير مباشرة في عملية الاتصال.
- ث - الهدف يكمن في تشجيع الإقبال على التعامل مع الخدمات الصحية المقدمة ومن خلال الإدراك والقناعة الحقيقية بها.

2-2 الاتصالات والترويج: يمكن تعريف الترويج بأنه النشاط الذي يتم ضمن أي جهد تسويقي و ينطوي على عملية اتصال إقناعي، أي الطريقة التي تطلع بها المنظمة الصحية أفراد المجتمع على الخدمات الصحية التي تقدمها عبر الوسائل المباشرة وغير المباشرة، ونظراً لأهمية الترويج في تصريف المنتجات والمنتجات الخدمية فقد ظهرت هناك شركات تساوي بين مفهوم التسويق ومفهوم الترويج وتنظر إلى الترويج إلى انه التسويق ذاته، وفي الآونة الأخيرة تم استبدال عنصر الترويج بمفهوم اشمل وهو الاتصالات التسويقية المتكاملة<sup>1</sup>.

والاتصال كما عرفه قاموس ويبستر " العملية التي تتم بواسطتها تبادل المعلومات بين الأفراد خلال نظام من الرموز والإشارات والسلوك"<sup>2</sup>.

2-3 أهمية الاتصالات: تظهر أهمية الاتصالات بين المريض والملاك الطبي، فلا يمكن للطبيب تحديد المرض بشكل دقيق إلا بعد حصوله على المعلومات المختلفة والدقيقة لتساعده على التشخيص ومن هذه المعلومات:<sup>3</sup>

- أ - معلومات مخبرية يجربها المريض في المختبر بعد توجيهات الطبيب.
- ب - معلومات عن طبيعة المرض وتاريخ الإصابة، وتأخذ من المريض.
- ت - معلومات عن قدرة المريض لتحمل العلاج ومدى تحسسه من الأدوية.
- ث كيف كانت ردة فعل المريض عند تلقيه العلاج أول مرة.
- د - درجة ثقة المريض بالطبيب و بجدوى العلاج.

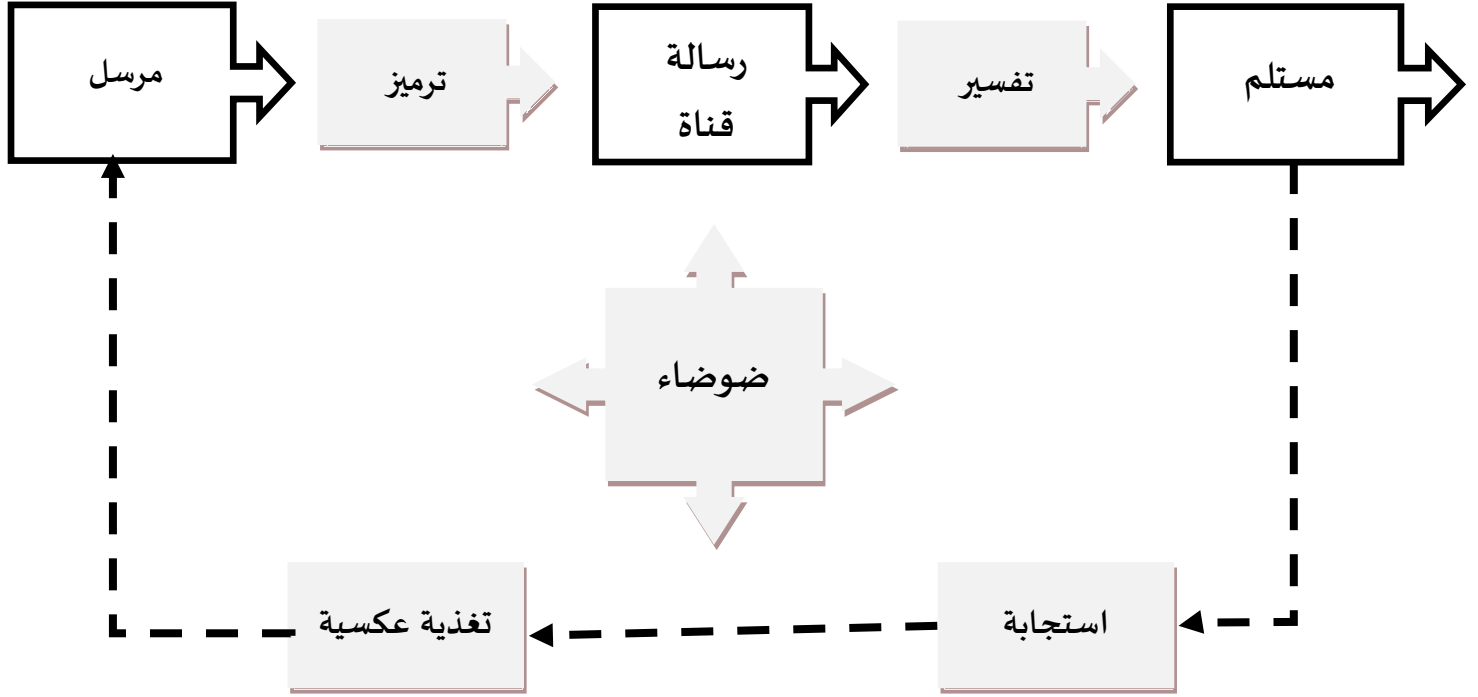
<sup>1</sup> - سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الشيخ، مرجع سابق ، ص 114.

<sup>2</sup> - ثامرياسر البكري. تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 232.

<sup>3</sup> - سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد، الشيخ، مرجع سابق ، ص 115.

4-2 عناصر نظام الاتصالات: ويمكن توضيح نظام الاتصالات بالشكل الآتي:

الشكل (1-5): عناصر نظام الاتصالات



Source : Philip kotler et autre , Marketing Management, 13 édition, pearson, France , 2009, P 609.

ومنه يمكن القول بان نظام الاتصالات هو العملية القائمة على وجود مدخلات تجرى عليها سلسلة من العمليات للوصول إلى مخرجات محددة الهدف ممثلة بتسعة عناصر وهي:<sup>1</sup>

- المرسل: وهو الطرف الذي تبدأ من عنده عملية الاتصال وقد يكون شخص ( مدير، طبيب، مسؤولة التمريض ) أو تكون إدارة المنظمة الصحية كوحدة تنظيمية في اتصالها مع أطراف خارج المنظمة.
- الترميز: لا يمكن ان يتم إرسال الرسالة من المصدر إلى المستلم دون ان يكون هناك فهم مشترك بين الطرفين يتمثل في استخدام لغة واحدة، أو كتابة، أو حرف، أو إشارات.
- الرسالة: هي مضمون أو محتوى عملية الاتصال.
- الوسيلة: يمكن لإدارة المنظمة الصحية ان تستخدم وسائل متعددة في عملية الاتصال سواء كان ذلك في داخل المنظمة الصحية أو خارجها، ولكل وسيلة هناك هدف أو محتوى من استخدامها مختلف عن غيرها.

<sup>1</sup> - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص ص 234-239.

- التفسير: وهو استخدام الرموز او العبارات القابلة للفهم المشترك بين الطرفين المرسل والمستلم، وان تتوافق تلك الرموز مع قدرة المستلم على تفسير تلك الرموز التي احتوتها الرسالة المنقولة.
  - المستلم: وهو الطرف المقصود في عملية الاتصال، والذي يستلم الرسالة ويكون قادرا على إدراكها عبر ما يتمتع به من حواس، وان يكون قادرا على الاستجابة لمضمون ومحتوى الرسالة.
  - الاستجابة: وتعني قبول أو رفض الرسالة القادمة من المرسل إلى المستلم، ويتوقف ذلك على درجة ارتقاء مضمون الرسالة الى قيم وتوقعات وحاجات المستلم.
  - التغذية العكسية: تشكل التغذية العكسية أو تسمى أحيانا بالمعلومات المرتدة، الأداة الأهم في عملية الاتصال، إذ أنها تمثل الفهم الصريح للمستقبل ومضمون الرسالة والتعبير بسلوك واضح ومرتب إلى المرسل عن قبول أو رفض الرسالة الصادرة.
  - الضوضاء: ويقصد بها عمليات التشويش التي تصاحب عملية الاتصال، ويقصد بالضوضاء أو التشويش هنا أي شيء يمكن ان يحدث انحراف في مسار الهدف الذي يسعى إلى بلوغه المرسل من عملية الاتصال .
- وبصفة عامة يمكن التعرف على ثقافة أطراف الاتصال من خلال بعض الظواهر والمؤشرات منها ما يلي:<sup>1</sup>
- الديانة والمعتقدات وما يرتبط بها من تصورات ومفاهيم وأخلاق وقيم معينة، وتلك من محددات فعالية الاتصال.
  - الاصطلاحات أو الكلمات أو الإشارات أو الحركات والرموز الشائعة بين غالبية الأفراد، وهذه عادة تستخدم في عملية الاتصال.
  - العادات والتقاليد التي يحرص غالبية الأفراد على الالتزام بها في تعاملاتهم مع الآخرين وخاصة في مناسباتهم المشتركة، وكل ذلك يؤثر في عملية الاتصال.
  - أنماط التعامل مع الأشياء، مثل المأكل والمسرب والملبس والانتقال وغيرها، ويظهر ذلك في عملية الاتصال.
  - الأنظمة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والقانونية للمجتمع الذي ينتسب إليه أطراف الاتصال.
  - سياسات ونظم وقواعد العمل والنظرة إلى الإجراءات والوقت وغيرها، ومراعاة ذلك في عملية الاتصال.
  - المناخ الطبيعي والظروف التضاريسية من درجة حرارة ورطوبة، ومعدلات استقرارها أو تقلبها وتأثيرها على الذهنية والنفسية على أطراف الاتصال.
- فنجاح الاتصال بين الأطراف المختلفة يتطلب ان يتفهم كل طرف الجوانب السلوكية في عملية الاتصال، وهذا يعني أهمية تفهم الاعتبارات النفسية والاجتماعية لدى الطرف الآخر، حيث يساهم ذلك في تحقيق التفاعل بين الطرفين ويؤدي إلى جودة العلاقة في عملية الاتصال.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>- مصطفى محمد ابو بكر و عبد الله بن عبد الرحمن البريدي، الاتصال الفعال مدخل استراتيجي سلوكي لجودة العلاقات في الحياة والأعمال، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2008/2007 ، ص62.

<sup>2</sup>- نفس المرجع، ص 62.

5-2 أهداف الترويج: للترويج أهداف عديدة تسعى المنظمات الصحية إلى تحقيقها، يمكن إيجاز أبرزها على النحو الآتي:<sup>1</sup>

- أ - إمداد المرضى أو الجمهور عامة بالمعلومات المتعلقة بالخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى حالياً ومستقبلاً.
- ب - خلق القناعة لدى المرضى بأهمية الخدمات الصحية المقدمة لهم، وحثهم على التعامل معها عند الحاجة إليها في حالة العلاج ، أو التفاعل معها ايجابيا ان كانت كوقاية أو إرشاد.
- ت - تغيير اتجاهات المرضى و خلق التفضيلات للتعامل مع الخدمات الصحية و تغيير النظرة السالبة في التعامل مع المنظمة الصحية أو خدماتها من جراء الآثار المعاكسة المتولدة عن تجربة سابقة.
- ث - تحقيق رضا المرضى كمحصلة نهائية في سلسلة العمليات لاتخاذ قرار الشراء للخدمة الصحية او التعامل معها، وتعزيز الجوانب الايجابية لدى المرضى في صحة القرار المتخذ من قبلهم.

6-2 المزيج الترويجي: تتمثل عناصر المزيج الترويجي في الإعلان، البيع الشخصي، تنشيط المبيعات، النشر (الدعاية) والعلاقات العامة. ويمكن توضيح هذه العناصر في التالي:<sup>2</sup>

- 1-6-2 الإعلان: ان نجاح الأنشطة الإعلانية يستند إلى نجاح المختصين في صياغة رسائل إعلانية فعالة ومؤثرة لكي تحقق عملية الاتصال غير المباشرين المنظمات الصحية والمستفيدين منها، كون هناك جانباً كبيراً من المنتجات التي تقدمها هذه المنظمات غير ملموسة وتتصف كذلك بالتعقيد من حيث المكونات وطبيعة العلاقة بين الأفراد الذين يشتركون في تقديمها و الذين يستفيدون منها.
- عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق الإعلان على انه: "وسيلة غير شخصية لتقديم البضائع والخدمات أو الأفكار بواسطة جهة معلومة مقابل اجر مدفوع"<sup>3</sup>. وبما ان الإعلان يعرف على انه اتصال غير مباشر وغير شخصي يبث من قبل وسائل مملوكة مقابل اجر معين مع الإفصاح عن هوية المعلن فان اهدافه بشكل عام:

  - تحقيق اتصال غير مباشر وفعال.
  - اختيار الوسائل الأكثر تأثيراً على المستهدفين بالوسائل الإعلانية.
  - استخدام الوسائل الإعلانية الواضحة لإيصال الأفكار و خصوصاً بالنسبة للخدمات الصحية غير الملموسة (التلفاز، المجلات و النشرات الطبية، الدليل المادي، الملتصقات).
  - تميز المنافع التي يمكن ان يحصل عليها المستفيدون من السلع و الخدمات الصحية و التركيز عليها.
  - جعل المستفيدين يدركون أهمية المنتجات الصحية المقدمة من قبل المنظمة.
  - توجيه وسائل خاصة بالمستفيدين من المنتجات الصحية ووسائل خاصة بالعاملين في مجال الاختصاصات الطبية (طبيب، صيدلاني، مركز صحي ... الخ).
  - بناء مكانة ذهنية للمنتجات الصحية.

<sup>1</sup>- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ،ص 243 .

<sup>2</sup>- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق ، ص 141-145.

<sup>3</sup>- Ph. Kotler et B. Dubois, Op.cit., P 637.

2-6-2 البيع الشخصي: البيع الشخصي شكل قوي للاتصال ذو اتجاهين يسمح بنشوء علاقة تفاعلية بين المشتري والبائع، يستطيع فيها هذا الأخير ان يعدل المعلومات المقدمة استجابة لاحتياجات الجمهور، ويسمح البيع الشخصي بإقامة علاقة صداقة بين المشتري والبائع يمكن ان تكون عنصرا هاما في إستراتيجية تسويق العلاقات، كما يمكن ان تكون ذات تأثير قوي في خلق شعور بالالتزام عند العميل تجاه رجل البيع، ومن ثم المساعدة في إحداث الاستجابة المرجوة<sup>1</sup>. يعتبر البيع الشخصي من العناصر الفعالة في ترويج وبيع المنتجات الصحية سواء كانت سلعا ملموسة أو خدمات غير ملموسة، لان للعنصر البشري الدور الأساسي في تقديم هذه المنتجات وفي الاستفادة منها وان اغلب المنتجات الصحية لا يمكن الحصول عليها إلا من خلال تحقيق عملية اتصال مباشرين مقدم الخدمة والمستفيد منها.

3-6-2 تنشيط المبيعات: عرف كوتلر تنشيط المبيعات بأنه شيء ما له قيمة مالية أو معنوية يضاف إلى العرض الأصلي بهدف تشجيع الاستجابة السلوكية. وتعتبر تنشيط المبيعات من عناصر المزيج الترويجي التي تعتمد عليها المنظمة الصحية في ترويج منتجاتها الملموسة وذلك من خلال:

- توزيع العينات والنماذج المجانية.
- توزيع الهدايا والمفكرات والنشرات والملصقات.
- منح خصومات بالأسعار.

أما بالنسبة إلى الخدونات غير الملموسة فلا تستطيع المنظمة الصحية توزيع العينات والتعرف عليها واستخدامها. لذلك تعتمد المنظمات الصحية على توزيع المفكرات والنشرات والملصقات.

كما يمكن للمنظمات الصحية ان تستخدم أسلوب ترويج المبيعات من خلال الأدوات التالية:<sup>2</sup>

○ المعارض الطبية: والتي يمكن ان تنقسم إلى نوعين هما:

1/ المعارض الطبية الثابتة: وهي تلك المعارض التي تقيمها المنظمات الصحية في أماكن معروفة يشترك فيها عدد من المنتجين للصناعات الطبية والدوائية او المستشفيات، لبيان المنتجات الجديدة والاختراعات الطبية وعرض الأشرطة السينمائية للفعاليات العلمية الجديدة التي تقوم بها المنظمة الصحية في مجال تقديم الخدمات الصحية المعقدة منها بشكل خاص.

2/ المعارض الطبية المتنقلة: وهي تقوم على أساس الوصول الى الجمهور الذي يصعب عليه الوصول الى المنظمة الصحية عبر معارضها الثابتة، وغالبا ما تكون هذه الأنواع من المعارض بسيطة التعقيد، ويكون هدفها في الغالب إرشادي وتوجيهي وتعريف. إلا ان ذلك لا يمنع ان يكون تخصصي إذا ما تم اعتماده من قبل الشركات المنتجة للأجهزة والمستلزمات الطبية والدوائية، ويتم إقامته خارج حدود الدولة المعنية. والجدير بالذكر ان المعارض الصحية تقوم على ثلاثة مكونات هي:<sup>3</sup>

- الجانب المعلوماتي: حيث يقدم موظفو المؤسسات الصحية معلومات عن أنشطة وخدمات المؤسسة الصحية وإمكاناتها وقدراتها المختلفة. مثلا كيفية استعمال الأجهزة الذاتية لفحص السكر وضغط الدم، ويشمل الجانب المعلوماتي عرض الأفلام وأشرطة الفيديو عن الأنشطة والخدمات.

<sup>1</sup>- ادريان بالمر، مرجع سابق، ص 823.

<sup>2</sup>- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص ص 254-255.

<sup>3</sup>- سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الشيخ، مرجع سابق، ص 209.

- التشخيص: ويشمل الجانب الطبي مثل الكشف المبكر عن بعض الأمراض، كمشاكل النطق و السمع لدى أطفال المدارس و المشاكل الصحية ذات الأولوية في المجتمع كالسكر و ضغط الدم و غيرها.
- تقييم نمط الحياة: وهو جانب غير طبي يهدف إلى إعادة صياغة نمط الحياة وصولاً إلى حياة جديدة (جدد حياتك). و يقوم على تقييم أنماط الحياة السائدة في المجتمع مثل النمط الغذائي و ممارسة الرياضة و النشاط الاجتماعي و شبكة العلاقات الاجتماعية و العادات و التقاليد و السلوكيات المؤثرة على الصحة، و محاولة إدخال تغيير جذري في نمط الحياة باتجاه حياة جديدة و صحة مستدامة.
- الهدايا الترويجية: يستخدم هذا الأسلوب في تشجيع وحث المرضى على التعامل مع المنظمة الصحية في مرة قادمة، اوان يترك الأثر الطيب في تذكرا الأعمال التي تقوم بها المنظمة الصحية من خلال النماذج و الهدايا التي توزع عليهم او عبر الأنشطة الأخرى المقدمة و التي تأخذ المجالات الآتية:
  - تقديم الهدايا التذكارية التي تعبر عن صورة المؤسسة الصحية للمرضى الخارجين منها بعد تلقيهم العلاج.
  - حملات التوعية الصحية في المدارس.
  - النماذج الطبية المجانية الممكن استخدامها من قبل الأفراد (معاجين الأسنان، فرش الأسنان، المعقمات الطبية ... الخ).
  - الفحص المجاني في المناسبات والأعياد ولذوي الدخل المحدود.
  - حملات اللقاحات للأطفال حديثي الولادة في المنزل.
- 2-6-4 النشر (الدعاية): و يمثل عملية اتصال غير مباشر و غير شخصي نتجت من قبل وسائل ملموسة و لكن مجاناً و تمثل:
  - أ - وسيلة تحظى بثقة عالية من الجمهور لان الأخبار المنشورة تكون على درجة عالية من المصداقية.
  - ب ان إعداد و صياغة هذه الأخبار لا تتدخل بها المنظمات الصحية بهدف زيادة المبيعات و إنما تكون صياغتها و تنفيذها من مسؤولية المحرر الإعلامي أو المحرر الصحي.
  - ت يستهدف النشر جميع فئات المجتمع.
  - ث هدف النشر هو الإرشاد و التوعية و ليس زيادة المبيعات، و إنما تحدث زيادة في مبيعات المنتجات الصحية نتيجة لزيادة وعي الأفراد و توجيههم، و لا تمثل الزيادة الهدف الأساسي من النشر.
- 2-6-5 العلاقات العامة: تمثل العلاقات العامة الجهود الإدارية المرسومة و المستمرة، و التي تهدف إلى إقامة و تدعيم التفاهم المتبادل بين المنظمة و الجمهور، كما عرفها المعهد البريطاني للعلاقات العامة الجهد المخطط و المدبر لإنشاء و المحافظة على علاقة حسن النية بين المنظمة و مجتمعها. و تلعب العلاقات العامة دوراً مهماً في تدعيم البيع الشخصي و ذلك من خلال تعزيز الثقة بين العاملين و رجال البيع في المنظمة و تهيئة الجمهور المستهدف بها إلى اتخاذ قرار شراء المنتجات الصحية المستهدفة بهذه العلاقة، و بناء و تعزيز هذه العلاقة بالشكل الذي يجعل الجمهور المستهدف بها يشعرون بالانتماء لهذه المنظمة و يعملون على ترويج منتجاتها.

كما تساهم العلاقات العامة في الترويج عن الخدمات الصحية من خلال:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق، ص 199.

- تنظيم زيارات للجمهور للمنظمات الصحية للتعرف على السياسات والأقسام المختلفة، أو انتقال العاملين إلى أماكن وجود الجمهور كالمدراس والمعاهد والجامعات.
- المشاركة في تنظيم المحاضرات والندوات والبرامج الإذاعية الخاصة بالثقافة الصحي. ويمكن تعريف الثقيف الصحي بأنه " مجموع الأنشطة الهادفة إلى الارتقاء بالمعارف الصحية وبناء الاتجاهات و غرس السلوكيات الصحية للفرد و المجتمع " <sup>1</sup>.
- توزيع المنشورات الطبية التثقيفية المناسبة وفقا للأحداث المختلفة.
- تكوين علاقات جيدة مع مختلف أطراف البيئة الخارجية.
- بالإضافة إلى مجموعة الأعمال التي يقوم بها الأطباء داخل المؤسسات الصحية، والتي ينظر إليها أنها أنشطة ترويجية، و المتمثلة أساسا في:
- استخدام البطاقات ( بطاقة الطبيب) التي تحتوي على اسم الطبيب، التخصص، مكان العيادة، هاتف العيادة، هاتف العيادة، هاتف المنزل، ساعات العمل، بالإضافة إلى ما تحويه من تفصيلات يحتاجها المريض.
- الصفات الطبية التي تحتوي على كافة المعلومات السابقة الذكر.
- استخدام المسمى الوظيفي و الدرجات العلمية على بطاقات المراجعة، و على باب العيادة، و على اللوحة الموجودة على البناية، و التي يركز فيها على التحصيلات العلمية، و أسماء المستشفيات التي يعمل فيها الطبيب.
- كما يجب على الطبيب ان يساهم في دراسة سبل حل المشكلات الصحية للمجتمع ، و ان يدعم دور النقابة في دعم و تطوير السياسة الصحية و الارتقاء بها للصالح العام، و ان يكون متعاوناً مع أجهزة الدولة المعنية فيما يطلب من بيانات لازمة لوضع السياسات و الخطط الصحية <sup>2</sup>.
- المطلب الثالث: العناصر الإضافية لعناصر المزيج التسويقي الصحي:
- تتمثل العناصر الإضافية لعناصر المزيج التسويقي في الأفراد ، العمليات و الدليل المادي.
- الفرع الأول: الأفراد: ويمثل كافة الأفراد المشاركين في تقديم الخدمة للمستفيد منها، و العمل على التأثير فيه من خلال تقديم خدمات ذات جودة عالية و ترك انطباع جيد لديه عن مختلف الخدمات المقدمة، غير انه و بالنظر للخصائص التي تتميز بها الخدمات الصحية، فقد تم توسيع هذه السياسة لتشمل <sup>3</sup>:
- طاقم موظفي المؤسسة الصحية.
- الزبائن المستفيدون من الخدمة.
- الزبائن الآخرون الموجودون في بيئة الخدمة.
- الأفراد مقدمي الخدمات الصحية (أعوان الاتصال )، و يتمثل أعوان الاتصال في الأطباء، الممرضين، عمال المساندة الذين يتولون مهام التمريض الأقل مهارة، فني الأجهزة الطبية الذين يتولون تشغيل و صيانة الأجهزة الطبية المتخصصة من المهندسين أو الفنيين. و يعرف عون الاتصال بأنه: " الفرد

<sup>1</sup>- مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق ، ص 53.

<sup>2</sup>- زاهر محمد عبد الرحيم، مرجع سابق ، ص 125.

<sup>3</sup>- مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، مرجع سابق ، ص 192.

المستخدم من قبل المؤسسة الخدمية للاتصال مع عملائها، ويكون هذا الاتصال إما نظريا أو هاتفيا أو معلوماتيا أو أليا"<sup>1</sup>.

ولتحقيق الهدف من سياسة الأفراد ضمن المزيج التسويقي للمنظمات الصحية، لابد من البحث عن الآلية المناسبة والكفيلة بتقديم خدمات صحية بالجودة المطلوبة من أول مرة وبدون ارتكاب أخطاء طبية، و الوصول إلى المشاركة الفعالة للمريض- المستخدم- الزبون- أثناء الإنتاج المشترك للخدمة الصحية، وتتجلى الآلية المستخدمة بالنسبة ل:

-مقدمو الخدمة الصحية بالمؤسسات الصحية (أعوان الاتصال): يمكن تحسين وزيادة أداء أعوان الاتصال (الأطباء، الممرضون ...) باعتبارهم كمقدمين للخدمات الصحية من جهة، ورجال بيع للمؤسسة الصحية من جهة أخرى من خلال:

- التدريب والتأهيل من اجل تنمية المعارف والمعلومات والمهارات والقدرات.
- تحسين علاقات الاتصال بين مختلف الأطراف العاملين بالمنظمة الصحية في المكتب الأمامي والمكتب الخلفي والإداريين، وخلق جو تعاوني جيد معهم من خلال عقد الاجتماعات لمناقشة الأمور التي تعترض القيام بمهمتهم.
- المعاملة الجيدة للمريض من لحظة دخوله إلى غاية خروجه، من خلال حسن استقباله، واستعمال اللغة المناسبة معه باعتباره مشاركا في عملية الإنتاج.

-المستفيدون من الخدمات الصحية (المرضى): العمل على زيادة مشاركة المريض – المستخدم- الزبون في عملية إنتاج الخدمة الصحية من خلال تزويده بالمعلومات الضرورية لمعرفة دوره أثناء هذه العملية الفرع الثاني: الدليل المادي: يعرف الدليل المادي على انه: "الدعم المادي الضروري لإنتاج الخدمة والذي يستعمله عون الاتصال، أو الزبون، أو الاثنين معا"<sup>2</sup>. فالدليل المادي يتمثل في كافة الأشياء والعلامات الملموسة المستخدمة في تقديم الخدمة للعميل أو تعميق شعوره المادي بها، كأجهزة الحاسبات الآلية، أجهزة التكييف، آلات تصوير المستندات، مولدات الطاقة الكهربائية، الانترنت ... الخ<sup>3</sup>.

ان المستفيد من الخدمات الصحية ومستوى إقباله على هذه الخدمات يتأثر بالمظهر الخارجي للمنظمة الصحية، الترتيب الداخلي لها، الأجهزة الحديثة التي تعتمد عليها وغيرها من السلع الملموسة الداعمة لعملية تقديم الخدمات، حيث ان الطبيب المختص لا يتمكن من القيام بإجراء عملية الفحص والمداخلة الجراحية إلا من خلال استخدام سلع ملموسة مثل (سماعة الطبيب، المشرط، صالة العمليات، وجميع التجهيزات اللازمة). ويقوم مقدمو الخدمات الصحية باعتماد احدث الأجهزة والمستلزمات الطبية في تقديمها، لأنهم يدركون بان لها دورا مهما في تعزيز الثقة لدى المستفيد وفي جودة الخدمة المعتمدة وتميزها<sup>4</sup> فبالرغم من ان السلطات العمومية في غالب الأحيان هي التي تحدد الشروط التقنية والصحية لفتح المستشفيات والعيادات الطبية وما ينجر عن ذلك من تحديد للبيئة المادية الداخلية والخارجية إلا انه يمكن للمنظمات الصحية من إبراز الجوانب المادية والإمكانات من خلال:

<sup>1</sup>- Ecris vogler, Management Stratégique des Services, Dunod, Paris, 2004, P 81.

<sup>2</sup>- Ecris vogler, Ibid, P 96.

<sup>3</sup>- زاهر عبد الرحيم عاطف، تسويق الخدمات، ط1، دار الراية، عمان، الاردن، 2012، ص 49.

<sup>4</sup>- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 174.



- الإعلان في مكان البيع: كالإعلانات المملصة على الحائط، البيانات المرتبة والمنظمة ... الخ.
- وضع الإشارات: كإشارات الداخلية والخارجية، ترقيم غرف المستشفى، وضع الأسهم ...
- توفير المناخ المناسب: كتوفير التدفئة والتهوية داخل غرف المرضى، من اجل مناخ ملائم للشفاء العاجل.
- تميز العاملين: كإجبار كل العاملين على وضع إشارات مميزة ليسهل عليهم التعرف عند الحاجة (الشارة مثلا).

- مقروئية اللوحات الإرشادية: أي يجب ان تكون اللوحات الإرشادية واضحة ومكتوبة باللغات المناسبة، مع استخدام الرموز الإرشادية قدر الإمكان، كما يجب إعطاء المرضى إرشادات واضحة، وان يرافقهم العاملون متى كان ذلك ممكنا.

**الفرع الثالث: العمليات:** تشير إلى كافة الأنشطة المتعلقة بأداء الخدمة والتفاعل بين مقدم الخدمة وملتقيا، نظرا لخاصية عدم قابلية الخدمة للانفصال، واعتبار العميل عاملا مشاركا في عملية التقديم ذاتها. فعلى سبيل المثال يتوقف تقديم الخدمة الطبية على عملية التفاعل بين الطبيب القائم بالعلاج والمريض متلقي هذا العلاج<sup>1</sup>

- يعتبر التحسين المتواصل للجودة الآلية الكفيلة بتحسين عمليات تقديم الخدمات للزبون، من خلال الاكتشاف المبكر لنقاط الخلل والعمل على تصحيحها. ويتجلى ذلك باستخدام دائرة ديمينغ ( PDCA ) (خطط Plan، اعمل Do، افحص Check، تصرف Act)، والتي يتم العمل من خلالها عن طريق تقسيم عملية التحسين المتواصل للجودة إلى أربعة مراحل متسلسلة للجودة، وسبعة خطوات أساسية تسمح في مجملها بزيادة وتعظيم الوقاية لأجل تخفيض الحاجة للتصحيح، وهذا ما يتضح من الجدول التالي:

الجدول رقم (1-1): المراحل السبعة لدائرة التحسين المتواصل للجودة لديمنغ

خطط (Plan)	- اختيار الموضوع ، تحديد المشكل. - ملاحظة الموضوع الحالي، اختيار وتحليل المعطيات. - تحليل الأسباب ، إيجاد الأسباب الأساسية. - اقتراح التحسينات.
افعل (Do)	- تطبيق التحسينات.
افحص (Check)	- تأمين الفعالية وتحديد الانجازات.
تصرف (Act)	- الموافقة على العمليات الجديدة، قياس وإعطاء المتابعة.

المصدر: مصطفى يوسف كافي. الإعلام والتسويق الصحي، مرجع سابق، ص 205.

<sup>1</sup>- زاهر عبد الرحيم عاطف، . تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 49.

## المبحث الثالث: ترقية خدمات الرعاية الصحية من خلال قياس الجودة

يساهم مقياس الجودة

المطلب الأول: قياس جودة الخدمات:

يتم قياس جودة الخدمات من خلال توقعات العملاء لمستوى الخدمة المقدمة لهم وإدراكهم لها،

لقياس درجة الرضا عن الخدمة المقدمة.

الفرع الأول: مقياس جودة الخدمات: لقد اقترحت مقاييس للخدمة سعياً وراء تحسين الخدمات المقدمة

للمستهلكين بما في ذلك الخدمات العامة، وتعتمد بشكل أساسي على مسح رضا المستهلك، حيث تربط

ادراكات المستهلكين لاستلام الخدمة وتوقع جودة الخدمة، وتكمن هذه المسوح في أنها بمثابة تغذية راجعة

من المستهلكين، وهي مفيدة جداً في تحديد ما إذا كانت صورة الخدمة بحاجة إلى تحسين أم لا.

ان توقعات المستهلكين تتحدد من خلال حاجاتهم الشخصية والخبرة السابقة لدى مقدمي الخدمة أنفسهم،

وكذلك من خلال الاتصالات الشفهية والخارجية التي يجربها مقدمو الخدمة وآخرين غيرهم، ولقد بنيت

فكرة مقياس الجودة لدى براسورمن (Parasuraman) وآخرين على مسألة التعارض بين تلك التوقعات

وبين ادراكات المستهلكين لجودة الخدمة. ويعود ظهور أصل مقياس جودة الخدمات الى عام 1985، وذلك

من قبل (Parasuraman) وزملائه.

ان هذه الفكرة يتلاءم تطبيقها مع خدمات القطاع العام، ومنها الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية،

حيث ستدرك جودة تلك الخدمات على أنها جودة (ردية)، ان لم تكن ملائمة لحاجات المستهلكين

الشخصية، لذا فان منظمات القطاع العام بحاجة إلى آليات معينة كي تحظى بالمعلومات المعبرة عن حاجات

المستهلكين وتوقعاتهم، ويكون للاتصالات الشفهية تأثير مهم على تقدير المستهلكين لجودة تلك الخدمات،

وسواء كانت تلك الاتصالات مع المستهلك كفرد أو بشكل تغذية راجعة من الأصدقاء والأقارب أو الجوار، كما

ان للاتصالات الخارجية دوراً مهماً وتتم من قبل مقدمي الخدمة، وكذلك من قبل الممثلين المنتخبين

على المستويين المحلي والوطني، ومن المؤسسات الحكومية، فضلاً عن البيئة المحيطة.

لقد حدد كل من (Berry Zeithmal, Parasuraman) عام 1985 عشرة أبعاد رئيسية لقياس جودة الخدمة،

وقام الباحثون أنفسهم باختبار قابلية تطبيقها على خمسة خدمات هي: أعمال الإصلاح والصيانة، البيع

بالتجزئة، خدمة الهاتف للمسافات البعيدة، سمسرة السندات وبطاقات الائتمان.<sup>1</sup>

استندت هذه الأبعاد العشرة إلى توقعات العملاء لمستوى الخدمة المقدمة لهم وإدراكهم لها، ومن ثم تحديد

الفجوة باستخدام هذه الأبعاد الممثلة في الأتي:<sup>2</sup>

1- الفورية (الوصول) Access: أي سهولة الوصول الى الخدمة في الموقع والوقت المناسب

2- الاتصالات Communication: أي دقة وصف الخدمة بالشكل الذي يتناسب مع فهم العميل.

3- المقدرة Compétence: أي امتلاك العاملين للمهارة والقدرة والمعلومات اللازمة.

1 - عطية مصلح، " قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين و المرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية"، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد السابع والعشرون (2)، 2012، ص ص 20-21 .  
[elibrary.medi.u.edu.my/books/2014/MEDIU00288.pdf](http://elibrary.medi.u.edu.my/books/2014/MEDIU00288.pdf) تاريخ و ساعة التحميل 2018/02/21 (9:31).

2 - م. وفاء علي سلطان، مرجع سابق، ص 89 .

- 4-الثقة Credibility : حيث ينظر العاملون بالمنظمة الى العميل بوصفه جديرا بالثقة.
- 5-الاعتمادية Reliability : حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها.
- 6-الاستجابة Responsiveness : حيث يستجيب العاملون بسرعة وبشكل خلاق لطلبات العميل ومشكلاته.
- 7-التجسيد Tangibles : ويركز هذا العنصر على الجانب الملموس من الخدمة كالأجهزة والأدوات.
- 8-الأمان Security: معنى أن تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة.
- 9- فهم و معرفة العميل Knowing under standing : وتعني ان يبذل العاملون جهدا لتفهم احتياجات العميل وان يمنحوه اهتماما شخصيا.
- 10-الكمياء ( التعاطف ) Empathy : بمعنى التعامل مع العميل بصداقة واحترام.

وفي دراسة لاحقة لبيري عام 1988 تمكن من دمج الأبعاد العشرة السابقة في خمسة أبعاد هي:

- النواحي المادية الملموسة
- الاعتمادية
- الاستجابة
- الأمان
- التعاطف

ويسمى هذا المقياس مقياس الفجوة (SERVQUAL) وهو عبارة عن سلسلة من المقاييس المتكاملة والمتراطة لمعرفة اري العميل بما يتوقعه من أداء في الخدمة المقدمة له من منتجها وعلى وفق عدد من الخصائص<sup>1</sup>.

الفرع الثاني: أبعاد مقياس الفجوة (SERVQUAL):

#### 1-2 بعد الملموسة:

تشير الملموسية إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومعدات الاتصال و المباني والتكنولوجيا المستخدمة ، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة ، والمظهر الخارجي للعاملين ، وصالات الانتظار للمرضى ، ومكاتب الأطباء ، والزي الرسمي ، والأجهزة والمعدات و التصميم والتنظيم الداخلي للمباني ، والأجهزة الطبية<sup>2</sup> .

وأوضح ( البكري ) بأن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال ، ويمثل هذا البعد ( 16 % ) كأهمية نسبية<sup>3</sup>.

#### 2-2 بعد الاعتمادية:

هي عبارة عن قدرة المنتج أو الخدمة على أداء الوظيفة المطلوبة منه بنجاح في ظروف الاستعمال العادية ولمدة محددة ، وفي هذا التعريف أربعة عناصر هامة هي : توفر الخدمة، الأداء، ظروف الاستعمال ، المدة الزمنية المحددة ، كما تتسم أيضا بتوفير الخدمات الصحية التي تم الوعد بها وفي الوقت المحدد ، والاحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء ، لذلك فان الميل إلى الخدمات المبالغ في وعودها تؤدي إلى توقعات غير واقعية ، لا تتسبب إلا

<sup>1</sup> - م. وفاء علي سلطان، مرجع سابق، ص 90 .

<sup>2</sup> - صلاح محمود ذياب، مرجع سابق ه، ص 76 .

<sup>3</sup> - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 212 .

بفقدان ثقة العملاء، لأن المستفيد من الخدمة الصحية، أي المريض يتطلع إلى الخدمة من خلال الوقت والإنجاز والوفاء بالالتزامات<sup>1</sup>.

ويشير (البكري) بأنها القدرة على الأداء في انجاز ما تم تحديده مسبقا وبشكل دقيق. ويمثل هذا البعد 32 % كأهمية نسبية في النوعية قياسا بالإبعاد الأخرى<sup>2</sup>.

### 2-3 بعد الاستجابة:

هي وجود الإرادة في مساعدة الزبائن وتزويدهم فورا بالخدمة، بمعنى سرعة الانجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مورد الخدمة، أي وجود رغبة في المساعدة و يركز هذا البعد على المجاملة واللفظ في التعامل مع طلبات الزبون من الأسئلة، والشكاوي، وغيرها من المشاكل، ويمثل هذا البعد نسبة 22 بالمائة كأهمية نسبية في الجودة حسب كوتلر<sup>3</sup>.

### 2-4 بعد الأمان (الثقة) :

ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة، ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي: سمعة ومكانة المركز الصحي عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين. ويمكن القول بأن الأمان والثقة كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلا عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة<sup>4</sup>. ويرى (البكري) بأنها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة. ويمثل هذا البعد 19 % كأهمية نسبية<sup>5</sup>.

### 2-5 بعد التعاطف:

التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمريض ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية، ويشمل هذا البعد على مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات وإبداء روح الصداقة والحرص على مصالح المريض<sup>6</sup>.

ويشير (البكري) على أنها درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالزبون، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية<sup>7</sup>.

### المطلب الثاني: طرق قياس جودة الخدمات

1 - حبيب محمود و باسل انوراسعد، " قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها - دراسة ميدانية لمراكز إشراف الشامية-، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 36، العدد 5، 2014، ص 203.

journal.tishreen.edu.sy/index.php/econlaw/article/viewFile/.../1223 تاريخ و ساعة التحميل: 2018/02/21 (10:02)

2 - ثامر ياسر البكري . مرجع سابق ، ص 212 .

3 - مليكة، غواري جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق ، ص 65 .

4 - حبيب محمود و باسل أنور، اسعد. مرجع سابق ، ص 203 .

5 - ثامر ياسر البكري. تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 212 .

6 - صلاح محمود زياب، مرجع سابق ، ص 76 .

7 - ثامر ياسر البكري . تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 212 .

هناك طرق قياس مباشرة وأخرى غير مباشرة لقياس جودة الخدمات.

الفرع الأول: طرق القياس المباشر: تعتمد طرق القياس المباشر على مناهج الاستقصاء والملاحظة المباشرة:<sup>1</sup>

1 1 مناهج الاستقصاء: بواسطة هذه المناهج تأخذ عينة عشوائية أو منظمة تمثل جميع أفراد المجتمع، وتوزع على أفرادها استمارة الاستقصاء التي تحوي مجموعة من الأسئلة حول الموضوع مراد دراسته، لمعرفة أداء فئة معينة فيه، وتكون ونم ثم يتم تبويب الإجابات وتحليل المعلومات للحصول على النتائج.

1 2 الملاحظة المباشرة: يعتمد هذا الأسلوب على تولي الإدارة نفسها عملية قياس جودة خدماتها، عن طريق ملاحظة الإجراءات الإدارية المختلفة في ميدان العمل، والاحتكاك المباشر بالعملاء وملاحظة ردود أفعالهم، وكذا ملاحظة أداء مقدمي الخدمات أثناء عملهم وملاحظة فن تعاملهم مع العملاء، وحساب الوقت الفعلي لتقديم الخدمة، وتوجيه أسئلة مباشرة للعملاء عن مدى رضاهم عن مستوى الخدمة المقدمة عموماً.

الفرع الثاني: طرق القياس غير المباشرة: من أشهرها مقياس الفجوة ومقياس الأداء الفعلي:<sup>2</sup>

1-2 مقياس الفجوة: يعتمد هذا المقياس على تحديد توقعات الزبائن لمستوى الخدمة، وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة بين هذه التوقعات والادراكات، لذا فان مستوى جودة الخدمة يقاس بمدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة فعلاً للزبائن وبين ما يتوقعه الزبائن بشأنها. ولا يمكننا التحدث عن هذا المقياس دون الإشارة إلى مفهومين أساسيين في جودة الخدمة هما: توقعات الزبون، ادراكات الزبون:<sup>3</sup>

○ توقعات الزبون: هي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة والقبالة للمقارنة، والتي ما تصاغ في شروط يعتقد المريض ان تكون في الخدمة أو سوف يحصل عليها.

○ ادراكات الزبون: وهي النقطة التي يدرك بها الزبون الخدمة فعلياً، كما قدمت له.

وعليه فان هذا النموذج يقوم على معادلة أساسية ذات طرفين هما الادراكات والتوقعات، ويمكن التعبير عنها بما يلي:

جودة الخدمة الصحية = الخدمة المدركة - توقعات المريض.

فدرجة الرضا المتحققة عن الخدمة المتوقعة تمثل الفرق بين ما يمكن ان يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة، وما كان يتوقع ان يحصل عليه قبل شراءه الخدمة. ولا شك فان لعملية الاتصال التي تتم بين إدارة التسويق في المنظمة الصحية والمجتمع عبر أنشطتها الترويجية المختلفة لها تأثير كبير في خلق ذلك التوقع والصورة لدى المستهلك عن الخدمة، وما يكتنف عملية الاتصال من صعوبة بالغة في بعض الأحيان

<sup>1</sup> - مليكة غواري، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 67 .

<sup>2</sup> - المرجع نفسه، ص 68 .

<sup>3</sup> - شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية - دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، تخصص مناجمت أعمال، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2016/2017، ص 82 . <http://thesis.univ-biskra.dz/id/eprint/2968> تاريخ و ساعة التحميل 2017/11/18. (11:01)

وبخاصة في مجال الخدمات. وذلك لما يتطلب من إبراز للحقائق الملموسة وغير الملموسة التي يمكن ان يدركها المستهلك فعلا فيما بعد حصوله على الخدمة الصحية.<sup>1</sup> وينجم عن قياس جودة الخدمة وفق هذا المقياس 5 فجوات يمكن ان تقود لان تكون سببا في عدم نجاح الخدمة المقدمة. والشكل (1 - 4) يوضح هذه الفجوات وهي<sup>2</sup>:

#### 1/ الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة:

تحصل الفجوة عندما لا تدرك الإدارة بصورة صحيحة ما يرغبه المريض ، أي ربما تفكر الإدارة بأن المريض يرغب بالحصول على طعام أفضل . ولكن قد يكون الأمر بشكل آخر إذ أن المرضى يرغبون في الحصول على عناية أفضل من الممرضات.

#### 2/ الفجوة بين إدراك الإدارة ونوعية الخدمة المعيارية:

ربما تدرك إدارة المستشفى وبصورة صحيحة رغبات المريض ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة . كما هو في قيام الإدارة بإخبار الملاك التمريضي بضرورة اتخاذ الإجراء السريع في تقديم الخدمة الصحية للمرضى ، إلا أنها لا تضع مقاييس معيارية لذلك الإجراء.

#### 3/ الفجوة بين نوعية الخدمة المعيارية وتقديم الخدمة:

قد يكون الأفراد القائمين على خدمة المريض غير مدربين بصورة صحيحة أو غير قادرين أو راغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة كما هو مثلا في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كافٍ ومن ثم انجاز الخدمة بسرعة.

#### 4/ الفجوة بين الخدمة المستلمة والاتصالات الخارجية:

وتتمثل بالاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحيحة المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقا وعبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المستشفى والمرضى ، كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المستشفى في حصوله على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين.

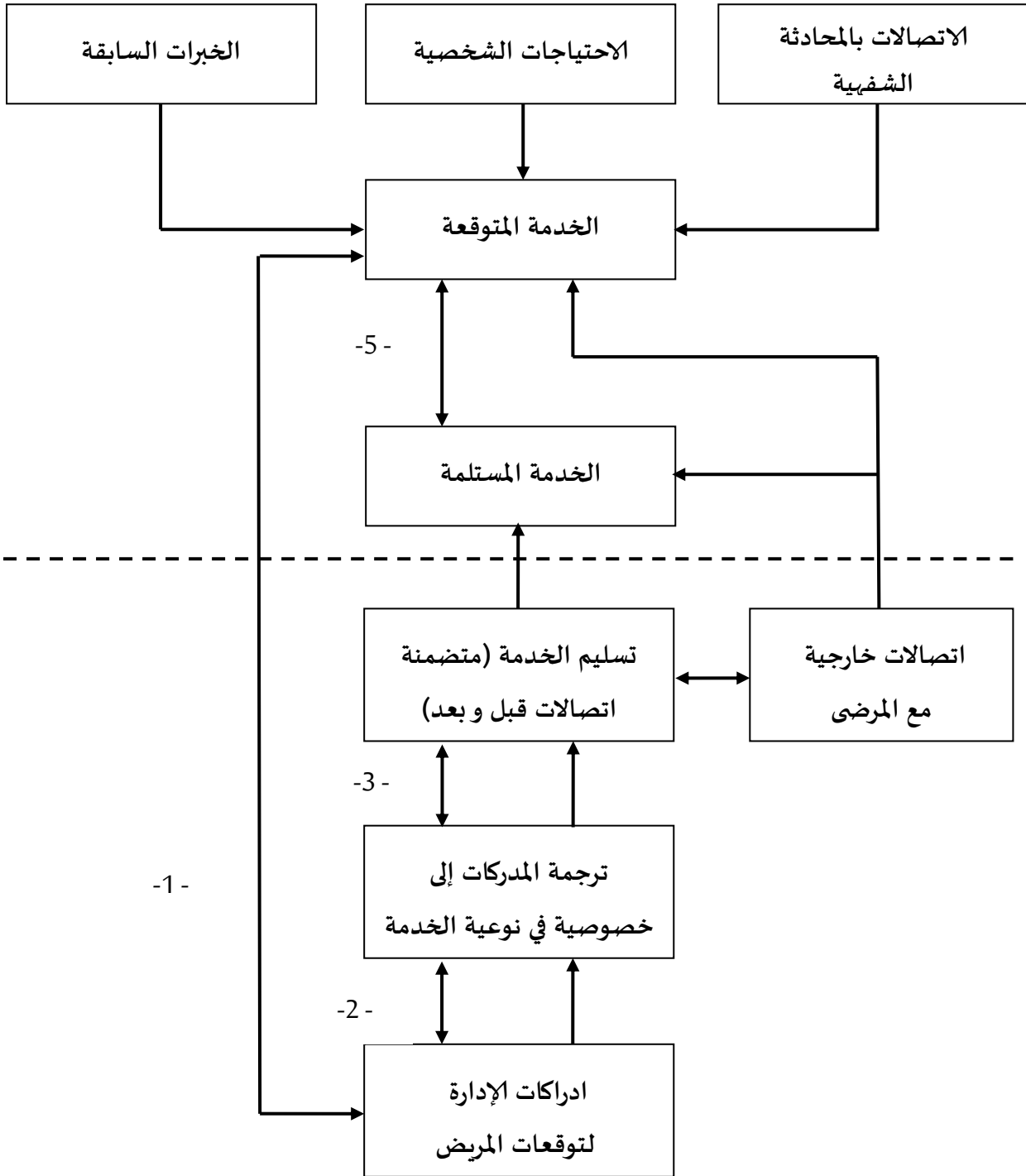
#### 5/ الفجوة بين الخدمة المستلمة والخدمة المتوقعة:

هذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالنوعية المتوقعة كما هو في محاولة الطبيب في الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجباته ولكن المريض يفسر ذلك بأن هنالك شيء ما في حالته الصحية

<sup>1</sup> - ثامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 215 .

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص ص 216- 219 .

الشكل (6-1): نموذج الخدمة - النوعية للفجوات الخمس.



المصدر: ثامرياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص 218.

ومن الممكن ان نلاحظ من الشكل بان الفجوة (5) هي الفجوة الوحيدة التي يلتبسها المريض على أساس كون الفجوات الأخرى تحدث داخل المنظمة الصحية وكجزء من تصميم وصياغة النوعية للخدمة الصحية المقدمة، إلا أنها جميعاً تسهم في إظهار الفجوة (5).

2-2 مقياس الأداء الفعلي: يركز هذا المقياس على الأداء الفعلي للخدمة باعتبار أن جودة الخدمة يمكن الحكم عليها بشكل مباشر من خلال اتجاهات العملاء ، ويمكن التعبير عن ذلك من خلال المعادلة التالية: جودة الخدمة = الأداء.

**المطلب الثالث: أهمية قياس جودة الخدمة في الارتقاء بمستوى الخدمة المقدمة**

ان جودة الخدمات و الخدمة الصحية بشكل خاص تعتمد على إدراك المريض لها، وبالتالي على المنظمات الصحية بشكل عام ان تطور وتحسن جودة الخدمة الصحية بما يتلاءم مع توقعات العميل. وتلبي المنظمات الصحية تلك التوقعات من خلال التعرف على المعايير التي يلجا إليها المريض بالحكم على جودة الخدمة المقدمة إليهم.

فالخدمة الصحية الجيدة من وجهة نظر المريض هي التي تتطابق مع توقعاته، من خلال اعتماده على معايير تقييم فالمرضى يعتمد على مجموعة من المعايير لتقييم الخدمة المقدمة له المتمثلة في (الأشياء الملموسة، الاعتمادية، مدى إمكانية وتوفر الحصول على الخدمة الطبية، المصداقية، درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات المريض، الكفاءة والجداراة والاتصالات) <sup>1</sup>.

و طالما كان الهدف من غلق الفجوات الأربع هو الوصول إلى تقديم خدمة صحية بنوعية جيدة للمرضى، فان المنظمة الصحية بذات الوقت عليها ان تعامل المريض بأنه ضيف لديها، وهذا يتطلب الأتي <sup>2</sup>:

#### 1- تحية و استقبال المريض:

- التعرف على المريض فور دخوله واستكشاف حاجاته ابتداء.
- إبداء الاحترام للمريض ومرافقيه، كالوقوف وتبادل السلام والتحية معه، او المصافحة.
- إظهار الالبتسامة لإضفاء الجانب العاطفي في العلاقة.
- فسح المجال المناسب لجلوس المريض ومرافقيه.
- عرض المساعدة الفورية في تلبية المريض لحاجته.

#### 2- ضرورة فهم مشاعر المريض:

- الإصغاء باهتمام واضح لحديث المريض.
- الاستيضاح المناسب والهادئ عن مشكلة المريض الصحية وما يرغب به.
- التكلم باللغة أو اللهجة التي يستطيع ان يفهمها المريض ومحاولة إعادة صياغة الجمل والتعابير في الحوار الدائر بما يتوافق مع ثقافته وإدراكه للحالة.

- المحافظة على استخدام نبرة الصوت تدل على الحنان والصدقا لإشعار المريض بالاهتمام.
- المحافظة على خصوصية الحالة الصحية التي يكون بها المريض وسريتها ان استوجب الأمر.

<sup>1</sup> - سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الشيخ، مرجع سابق، ص 170.

<sup>2</sup> - المرجع نفسه، ص ص 222- 223 .



## 3- إظهار حالة العطف و اللطف للمريض:

-عند المحادثة مع المريض، على مقدم الخدمة ان يضع نفسه بدل المريض ليقدّر بعمق حاجته الحقيقية للعطف و التعامل الودود معه.

-أثناء عرض المريض لشكواه، يحاول مقدم الخدمة ان يجد شيئاً ما او موضوعاً معين يتطابق به في الرأي مع المريض لإكسابه الثقة في النفس و مد الجسور لخلق ثقة متبادلة.

## 4- المساعدة لتجاوز المريض لحاجته:

-إبداء مقدم الخدمة لرغبته في تحمل المسؤولية لمعالجة المريض.

-تقديم أي دعم مضاف إذا ما تطلب الأمر ذلك، سواء كان ذلك نفسي او معنوي.

-خلق القناعة لدى المريض بان النتائج ستكون أفضل مما يتوقع.

## 5- تقديم الشكر و التقدير للمريض:

-تقديم كارت للمريض متضمن الأمنيات له بالشفاء و تذكيره بأرقام هواتف المنظمة الصحية ان احتاج لها مرة أخرى.

-استطلاع رأيه عند المغادرة عن مدى تقويمه لنوعية الخدمة الصحية المقدمة له و ما هي ملاحظاته إجمالاً.

-تقديم الشكر للمريض و مرافقيه لاختيار المؤسسة الصحية دون غيرها للعلاج.

-تذكيره بان المؤسسة الصحية ستبقى على اتصال معه بغد المغادرة للاطمئنان عليه.

## خلاصة الفصل الثاني

ان جمع المعلومات الشخصية والديمغرافية عن المرضى بغية تحديد حاجات المجتمعات المخدومة، بالإضافة إلى تطوير وتخطيط الخدمات باستعمال عناصر المزيج التسويقي ونظام المعلومات التسويقي الصحي والسجلات الطبية الالكترونية لتلبية هذه الحاجات يساعد على تقليص الفجوات بين الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة من طرف المرضى متلقي العلاج؛ وبالتالي المساهمة في الارتقاء بالمستوى المطلوب لخدمات الرعاية الصحية.

## الفصل الثالث

مساهمة الجودة في تسويق الخدمة  
الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة  
الجوارية ماسرة

#### تمهيد

سنحاول من خلال هذا الفصل إسقاط ما تم دراسته في الفصلين السابقين على أرض الواقع، من خلال إجراء دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة، لأن ذلك من شأنه ان يساهم في إنجاح البحث.

و على هذا الأساس قسمنا هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث أساسية:

المبحث الأول: النظام الصحي في الجزائر.

المبحث الثاني: تقديم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة.

المبحث الثالث: الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة.

### المبحث الأول: النظام الصحي في الجزائر ومراحل تطوره.

لا شك أن الجزائر ومنذ الاستقلال عملت على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية وذلك سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي اعتبر مكسبا ثوريا، وهو الآن حق من حقوق المواطن. سنحاول التطرق من خلال هذا المبحث إلى مختلف هذه المراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا.

#### المطلب الأول: تطور النظام الصحي في الجزائر

سننتقل إلى إصلاح و تطور النظام الصحي في الجزائر.

الفرع الأول: مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر: مر النظام الصحي في تطوره بمراحل نذكر منها<sup>1</sup>

#### 1-1 الفترة 1965-1962 :

كان النظام الصحي الموروث عند الاستقلال، متمركزا أساسا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، وقسنطينة. ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، و عيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية المجانية، إلى جانب مراكز الطب المدرسي النفسي التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات عامة، جلهم كانوا من الأجانب.

لقد عرف قطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف الستينات و ما بعدها، تطورات كبيرة من حيث المستخدمين و الهياكل القاعدية، لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد، و كذا بجملة من النصوص و القوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر. فقبل سنة 1965، لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا، منهم 285 جزائريا فقط، و هو ما يعادل طبيبا واحدا لكل 8092 نسمة، و 264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة. أما أطباء الأسنان، فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة .

أما من حيث الهياكل القاعدية، فقد كان هناك عجز كبير، حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سرير بالمستشفيات، و ما يميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962.

ونظرا لهذه المشاكل و النقائص التي كانت موجودة في الهياكل الصحية القاعدية، سعت الحكومة إلى وضع برامج من اجل معالجتها و التخفيف من حدتها، و المتمثلة في برامج تكوين الأطباء و التقنيين، انجاز المنشآت و الهياكل الصحية، و برامج توزيع الأغذية<sup>2</sup>

يقول نور الدين حاروش بأن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، و كان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات و الهياكل التي خلفها الاستعمار قبل توفير ادني قسط من الخدمات الصحية للسكان، و من جانب آخر كانت الدولة عاجزة على تنمية سياسية على شكل أعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة و المعدية<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - عيد الحميد جفال و عمار سيدي إدريس، التنمية الصحية و علاقتها بالتنمية البشرية، ط 1، دار الأيام، عمان، الأردن، 2016، ص 70-78.

<sup>2</sup> - Rabah, Bousouf. Géographie et santé en Algérie, opu, Alger, 1992, P 163 .

<sup>3</sup> - نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، ط 1، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2012، ص 192.

2-1 الفترة 1965-1979:

مع بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالدة عام 1966، أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1969 و 1979. وما ميز هذه المرحلة من جهة الهياكل القاعدية، هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979 محاولة من المسؤولين منح الأولوية للعلاج الأولي، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي. والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية، نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974.

وبما ان نسبة 37% من السكان فقط كانت ممونة بالمياه الصالحة للشرب، و 23% تتوفر بها قنوات الصرف الصحي، وما تحمله هذه الأرقام من مؤشرات لانتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، لم تقف الدولة موقف المتفرج، بل أخذت التدابير من اجل تنفيذ بعض البرامج التي سطرته بهذا الشأن، والتي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل: التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة، سواء في لطار مراكز حماية الأمومة والطفولة أو في إطار الطب المدرسي. كما صدر في هذه الأثناء مرسوم رقم 69- 96، المؤرخ في 09/07/1969 والقاضي بالزامية التلقيح ومجانيتها. هذه الأخيرة التي تعتبر خطوة ايجابية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية.

ومن هنا جاءت ضرورة إعادة هيكلة القطاع الصحي، من خلال تحديد مجموعة من الأهداف

والسياسات منها:

تنفيذ برنامج وطني لمكافحة الملاريا والرمدم، وكان ذلك سنة 1965،

مجانبة الاستفادة من خدمات مراكز الأمومة والطفولة والتي بلغ عددها 250 مركز سنة 1974،

انتشار التطعيم ومجانيتها لخمسة أمراض (السل، تيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال والجذري).

وذلك من خلال القرار رقم 63/96 المؤرخ في جويلية 1969<sup>1</sup>.

ولعل من أهم ركائز هذه الفترة تبني مبدأ مجانية العلاج الذي تم اعتماده سنة 1974. وقد كان هذا المبدأ

منذ الأيام الثورية، وبعد الاستقلال تم تطوير النظام حسب إستراتيجية أولها التعديلات، والإصلاحات

الخاصة، ومن محاور السياسة الصحية المسطرة تحقيق عملية التنمية الشاملة بما فيها التنمية الصحية

والتي تعتبر جزء هام منها.

يقول المؤرخ س. ميلارد ( C. Maillard ) بان أجمل أيام المستشفى هي السنوات ما بين الأعوام 1952م

و 1972م، ويقول البعض الآخر بأنه العمر الذهبي للمستشفيات. حيث تميزت هذه المرحلة بمجهودات

معتبرة تمثلت في البناء والتجديد والعصرنة، ثم الاهتمام بالقضايا الإنسانية، وكذا بالاستثمار المعتبر

في الوسائل التقنية مما أدى إلى التطوير التكنولوجي في المجال الطبي. أما في الجزائر فيمكن اعتبار المرحلة

ما بين سنوات 1974م (مرحلة إنشاء الطب المجاني) الى بداية الثمانينات، هي المرحلة التي لم يعرف فيها

النظام الصحي إشكالا خاصة في مجال التمويل واقتناء المعدات والأجهزة، بغض النظر عن النتائج أو تحسين

الحالة الصحية للمجتمع.

<sup>1</sup> - Mustapha, Khiati. Quelle santé pour les algériens ? Maghreb relation , Alger, 1990,P25.

هذا التقدم الذي عرفه المستشفى العمومي اخذ ينتقل إلى الخواص مما خلف نوعا من الصراع والمنافسة ، وحتى بين المستشفيات العمومية ذاتها ( لكن ليس في الجزائر)، حتى أصبح في بعض الأحيان عدد الأسرة في مستشفى ما، يفوق الاحتياجات و بالتالي مضاعفة النفقات دون مردودية لثيء الذي يستدعي الإسراع في إيجاد حل توازني و فعال و مستمر<sup>1</sup>. ولقد تزامن تطبيق الطب المجاني في الجزائر مع الارتفاع الكبير لعائدات البترول و الغاز، حيث ارتفعت ميزانية القطاع حوالي 96 % خلال 12 سنة<sup>2</sup>

3-1 الفترة 1979-2007:

ما ميز هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 ، وهي المراكز الاستشفائية الجامعية ، وفي نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية و مكافحة الأمراض المعدية ، كما نصت عليه المادة 51 من الدستور سالف الذكر، و التي تقول ان : " الرعاية الصحية حق للمواطنين ، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية و بمكافحتها، و يؤكد ذلك قانون المالية لسنة 1993، حيث نص على انه بداية من هذه السنة ، فان مجال تدخل الدولة سيكون في الوقاية و التكفل بالمعوزين، و التكوين مع البحث في العلوم الطبية، أما باقي العلاجات، فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية و هيئات الضمان الاجتماعي.

كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم و التسيير ذلك سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة و القطاعات الصحية و المراكز الاستشفائية الجامعية ، و في سنة 2007 ، أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص، و هي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج و تقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن. و قد عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية و كذا عدد المستخدمين.

علاوة على ذلك ، إذا قمنا بتقييم إنجازات خريطة الصحة في الجزائر، فإننا نلاحظ أن عملية الخصخصة التي تمت في عام 1990 و الرفع التدريجي للعقبات أمام افتتاح العيادات الخاصة ، استحدث جزئيا تكاثر المؤسسات الصحية الخاصة في شمال البلاد ، و التي من المرجح أن تعطي أفضل العوائد و الوظائف لأكثر المنافذ ربحية<sup>3</sup>

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 ، فقد عرفت تحسنا ، لكنه غير كاف، و خير دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر، حيث اعتبرت المنظمة انه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر و المقدرة ب 9.1 % من الميزانية العامة ، إلا ان الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال، كانت دون المستوى، و السبب في ذلك عدم وجود سياسة و إستراتيجية ناجعة، و سوء توزيع الأطباء و التفاوت، فيما يخص الرعاية الصحية. و من أهم المؤشرات نجد وفيات الأطفال الأقل

<sup>1</sup>- نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 96.

<sup>2</sup> - Kadder, Miloud. Système et politique de santé en maghreb. Un état de lieu, Paris, 1994, P 72.

<sup>3</sup> - youcef abbou et brahim bramia. Le système de santé algérien entre gratuite des soins et maitrise des dépenses de santé, Revenue science humaines N° 44, decembre 2015, p 12

من 5 سنوات 40.5 من الإلف، حسب المنظمة وحسب الجزائر، فهي 35.8 من الإلف ، بينما بلغ معدل الحياة 74.8 سنة، في الوقت الذي بلغت فيه التغطية التلقيحية ضد الشلل 98 % ، الدفتيريا، الكزاز والسعال الديكي بـ 87 % ، التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي 81 % ، أما متوسط توزيع الأطباء، فنجد طبيباً واحداً تقريباً لكل ألف مواطن و أقل من سريين لكل ألفي مواطن ... فإذا كانت التغطية الطبية تقارب المتوسط العالمي على المستوى الكلي، فعلى المستوى الجزئي، نجد تفاوتاً كبيراً بين الولايات والجهات، مما يترجم سوء توزيع الأطباء وعدم التحكم في التوازن الجهوي.

ان الدولة تبذل مجهودات كبيرة للحد من انتشار الأمراض خاصة عند الأطفال و الشيوخ و النساء باعتبار ان هذه الفئات المرضية جد حساسة لا تحتمل المرض ، هذا وقد خصصت الجزائر للحفاظ على الصحة عدة برامج من بينها برامج التوعية و الإرشاد بتجنيد مسئولين للقيام بحملات توعوية تهدف إلى التعريف بالأمراض و طرق الوقاية منها.

#### 4-1 الفترة 2007-2012 :

عرفت هذه المرحلة إعادة النظر في النصوص القانونية المسيرة للمؤسسات الصحية ، بما فيها المستشفيات الجامعية و المؤسسات المتخصصة و المراكز الصحية، بالإضافة إلى تطبيق النظام المسير للنشاطات الإضافية بين القطاعين العمومي و الخاص فضلاً عن إعادة بعث البرامج الوطنية، تحديد سياسة للأدوية في مجال الاستيراد و التسجيل، المراقبة و التوزيع، و تخلي الدولة عن احتكارها للمواد الصيدلانية في المجال. كما تبين في هذه المرحلة محدودية الخدمة بسبب معاناة المؤسسات من عدة اختلالات هيكلية و تنظيمية ، مما دفع بالسلطات العمومية إلى اتخاذ مبادرة سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط و تنظيم العلاج بها. كما تهدف السياسة الجديدة إلى أنسنة و تأمين الخدمات و عصنة النشاطات تماشياً مع الطلبات الجديدة، مما يسمح بتوفير خدمة ذات نوعية، مع المحافظة على مبدأي العدالة و التضامن المكرسين من طرف الدولة. كما استفاد القطاع خلال سنة 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار، تم استثماره في انجاز 800 مؤسسة استشفائية و جوارية. و بخصوص التغطية باللحاق فقد حقق القطاع خلال العشرية الأخيرة عدة مكاسب تمثلت في تعميم التغطية اللقاحية بنسبة 90% ، مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة أدت خلال السنوات الأولى للاستقلال إلى الوفيات و الإعاقات الى جانب القضاء على الأمراض المتنقلة و تراجع الوفيات لدى الأطفال إلى معدل حددته المنظمة العالمية للصحة، بالإضافة إلى انخفاض وفيات الحوامل بنسبة 5 بالمائة كل سنة. فيما تعزز القطاع بتجهيزات طبية عصرية لعبت دوراً هاماً في الكشف المبكر و التشخيص الدقيق للأمراض المزمنة التي سجلت ظهورها خلال السنوات الأخيرة، مما يدل على مواكبة المجتمع الجزائري للتحويلات التي تشهدها المجتمعات المتقدمة.



## الفرع الثاني: إصلاح النظام الصحي بالجزائر

### 1-2 النظام التعاقدى كأساس لإصلاح المستشفيات بالجزائر<sup>1</sup>

في المستشفى نميز بين نوعين من التعاقد. تعاقد خارجي، وهو يتعلق بجميع العقود التي تربط المستشفى في تطوره مع الجهات الخارجية. وتعاقد داخلي، ويحدث داخل المستشفى، أين يتم تأسيس عقود الأهداف والوسائل بين الخدمات والإدارة<sup>2</sup>.

1-1-1 أطراف التعاقد في الجزائر: ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 بأن أطراف التعاقد لتمويل الصحة العمومية وتشمل الجهات التي تقوم بتمويل نفقات الصحة وذلك بناء على المعطيات والبيانات التي تقدمها الهيئة الإستشفائية صاحبة الخدمة.

- الدولة: وظيفتها في هذا التعاقد في تغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين وذلك حسب ما نصت عليه المادة 3/132 من قانون المالية لسنة 1995 تقوم الدولة بتحديد المعوزين عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي للولايات، وبمهمة تعيين الإطارات الضرورية على مستوى المراكز للقيام بهذه العملية، وبعد تحديد قوائم المعوزين غير المؤمنين تسلم لهم بطاقة المعوز التي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة التامين الإجباري التي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية.

-الضمان الاجتماعي: الضمان الاجتماعي مؤسسة مسخرة لخدمة العمال وعائلاتهم، ويعد مصدر تمويله الأساسي الاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال وينحصر دوره في توفير الحماية الاجتماعية للعمال من خلال تحقيق التضامن والعدالة بين الجميع.

و يعتبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تقدم خدمات اجتماعية، إذ تؤدي دور الوسيط بين العمال وأرباب العمل. وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 شعبان 1418هـ الموافق ل 2 ديسمبر سنة 1997 أصبح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بشخصية معنوية واستقلال مالي. ويمكن حصر مهامه وصلاحياته فيما يلي:

- تسيير التأمينات الاجتماعية وحوادث العمل والأمراض المهنية.
- تغطية النفقات ومراقبة النزاع في تغطية اشتراكات الضمان الاجتماعي لحساب التعاقد والبطالة.
- المساهمة في الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية.
- تسيير الأداء المستحق للمستفيدين من اتفاقيات دولية للضمان الاجتماعي.
- تنظيم وممارسة الرقابة الطبية، وممارسة العمل الطبي الاجتماعي.
- إعلام المستفيدين والمستخدمين.

<sup>1</sup> - رشيد سعيدان و علي بوهنة، " واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات"، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد الاول، ديسمبر، 2014، ص ص 9-11. [univtmbechar.wixsite.com/al-bashaer/num-parus-ar](http://univtmbechar.wixsite.com/al-bashaer/num-parus-ar) تاريخ وساعة التحميل 2018 /02/22 (22:29).

<sup>2</sup> - CHEURFA, Taous et KAÏD TLILANE Nouara. « LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES. Economie & Société N° 10 / 2014, Alger, p 75

- صاحب الخدمة : يتمثل صاحب الخدمة في الهيئات الإستشفائية المقدمة لخدمات العلاج وحسب ما ورد في المرسوم 101-04 المؤرخ 01 افريل 2004. فإن المؤسسات الصحية العمومية تقدم لصناديق الضمان الاجتماعي المختصة كل ثلاثة أشهر معلومات تتعلق بالمؤمن لهم اجتماعيا و ذوي الحقوق الذين تم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية.

- المستفيدون من الخدمة: المستفيدون من الخدمة هم مجموع المرضى المعالجون بالمؤسسات الإستشفائية الصحية العمومية الذين يمثلون في نظر هذا التعاقد الزبائن، حيث يلتزمون بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشيا مع الفئة التي ينتمون إليها. إذ أنها تصنف إلى ثلاثة فئات: فئة المحرومين أو المعوزين، تحت تكفل الدولة كلية، فئة المؤمنين: يقع على عاتقهم تسديد 20 % من مصاريف الاستشفاء والباقي تتكفل به مصالح الضمان الاجتماعي وفئة أخرى (غير مؤمنين) يتحملون مصاريف استشفائهم كاملة.

### 2-1-2 أهداف التعاقدية و دورها في تحسين جودة الخدمات الصحية:

هناك عدة أسباب أدت إلى اعتماد النظام التعاقدية كبديل لتسيير الصحة العمومية، و منها الفوضى السائدة نتيجة ارتفاع الإنفاق و عدم التحكم في التكاليف وتردي نوعية الخدمات الصحية المقدمة، الأمر الذي يؤدي إلى تراجع وتيرة التنمية الاجتماعية. ويتضح بان أهداف النظام التعاقدية تتمحور فيما يلي:

- الشفافية: من الأهداف الأساسية لنظام التعاقدية هو الوصول إلى شفافية أكبر بين مقدمي المال (هيئات الضمان الاجتماعي) و بين مقدمي العلاج ( الهيئات و مستشفيات الصحة العمومية)، فهي تمكن مؤسسات الضمان الاجتماعي من التعرف على المستوى الكمي والنوعي للخدمات الطبية و الصحية المقدمة للمؤمنين.

- التحكم في النفقات: تعين السياسة الإصلاحية للمستشفيات من خلال النظام التعاقدية على المستشفى تحقيق أفضل الأهداف و بأقل الوسائل الممكنة، إذ أن النمط التعاقدية سيعطي للمستشفى نوعا من الاستقلالية في التسيير المالي تماشيا مع محاسبة التكاليف.

- تحسين الأداء من أجل تحقيق الجودة في الرعاية الصحية: يفرض النظام التعاقدية على المؤسسات الإستشفائية تقديم أفضل الخدمات العلاجية (مراعاة) الجودة لأن المستفيد من الخدمة (المريض) قد أصبح شريكا فعليا باعتباره احد أطراف التعاقد.

- التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية: لضمان نجاح النظام التعاقدية لأبد من توفير الموارد البشرية التي باستطاعتها التأقلم مع هذا التغيير والاستجابة لمقتضياته.و لا يتسنى ذلك إلا عن طريق التكوين الجيد و المستمر للعمال و البحث عن الكفاءات التي من شأنها تحقيق أهداف البرنامج حيث أعيد:-تنظيم مكتب الدخول على أساس الآليات الجديدة.

أعدت خطط عمل تمكن الطاقم الطبي و الشبه الطبي بالتكيف مع الأسلوب الخاص بتسجيل كل خدمة مقدم إلى المريض.

-إحداث مكتب لمدوب الضمان الاجتماعي وآخر لممثل النشاط الاجتماعي، لتسهيل عملية التحقق من انتساب المريض إلى هاتين الهيئتين، ولإتمام إجراءات التعاقد إضافة إلى التأكد من جودة الخدمة المقدمة.

### 2-1-3 إجراءات تنفيذ نظام التعاقدية:

لتجسيد الخطة الإصلاح الشامل، رسمت وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات خطة متكاملة حددت على إثرها نقاط الضعف و طبقت تجربة أولية، طرق و آليات في بعض القطاعات الصحية و المراكز المتخصصة

و المستشفيات الجامعية نتجت عنها سياسة التعاقد. جمعت هذه السياسة أم ثلاثة أقطاب لها علاقة مباشرة بالمريض و هي:

- وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات.هيئة الضمان الاجتماعي، مديريات النشاط الاجتماعي:جندت هذه الهيئات إمكانياتها لضمان السير الحسن لهذا التعامل الجديد، الذي يربط المواطن بصفة مباشرة مع الهياكل الصحية، وتتخلص هذه العملية في المراحل التالية:
- تقديم بطاقة التسجيل الخاصة بالضمان الاجتماعي.
- تقديم بطاقة المعوز و التي يحصل عليها كل ذوي حاجة من مديرية النشاط الاجتماعي.
- تقديم بطاقة الضمان العسكري ( خاص بالجيش الوطني، و الدرك الوطني).

يقوم المستفيد من الخدمة بتقديم هذه البطاقة إلى مكتب الدخول عند دخوله المستشفى و ذلك من اجل إتمام الإجراءات المتعلقة بفاتورة التكاليف التي تبين مختلف الخدمات التي تلقاها المريض خلال فترة إقامته بالمستشفى. من جهة أخرى عملت الدولة على تسخير الأرضية المناسبة لتطبيق النظام التعاقدى من خلال : اعتماد التكوين المتواصل لعمال القطاع، تدعيم المستشفيات بتجهيزات جديدة و مرافق أخرى، التركيز على مكتب الدخول و تدعيمه ببرنامج وطني للفاتورة، باعتباره الوجهة الرئيسية التي تحرص على تطبيق هذه الإصلاحات، إصدار التعليمات تؤكد على حسن التكفل بالخدمات مثل الإطعام و الإيواء و المعاملة.

2-2 التنمية البشرية في ميدان الصحة من خلال المخطط الخماسي ( 2010-2014): اجتمع اجتماع مجلس الوزراء الذي عقد برئاسة فخامة "الرئيس عبد العزيز بوتفليقة" عن برنامج التنمية الخماسي 2010-2014 ، بيان برنامج تنموي في كل المجالات بما في ذلك القطاع الصحي، حيث رصدت الدولة ميزانية كبيرة لتحقيق هذا البرنامج. حيث تم رصد مبلغ 619 مليار موجه لانجاز المشاريع، و الهياكل الصحية من مستشفيات، و عيادات متعددة الخدمات حيث قرر انجاز 172 مستشفى، و 45 مركب صحي مختص، و 377 عيادة متعددة الاختصاصات، و 1000 قاعة علاج و 17 مدرسة للتكوين شبه طبي. هذه المشاريع الصحية تستهدف الولايات التي تعاني نقصا كبيرا في الهياكل الصحية ، وذلك لتوفير الخدمات الصحية لكافة المواطنين، للتقليل من الفوارق في توزيع العلاج بين مختلف ولايات الوطن ، و في هذا الصدد قرر المجلس توفير 254 عيادة متعددة الخدمات، و 34800 سرير في أفاق 2015.

كما عرف قطاع الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، خلال سنة 2014 عدة محطات هامة جاءت لتعزز مكاسب القطاع المسجلة عبر سنوات، أهمها إعداد مشروع قانون جديد للصحة. و يظل قطاع الصحة، قطاعا حيويا في تحسين ظروف حياة المواطن، لذا أعلنت الحكومة خلال السنة المنصرمة، عن عدة مشاريع هامة تنصب جميعها في خانة تحسين الخدمة الصحية وتوفير العلاج الأمثل للمرضى مع إزالة الفوارق بين المناطق. وفي هذا الإطار، أعلن فخامة رئيس الحكومة السيد عبد العزيز بوتفليقة عن انجاز 09 مراكز جامعية استشفائية بمواصفات عالمية بسعة 500 و 700 سرير، بهدف تحسين الخدمة الصحية بالجنوب والهضاب وإنهاء معاناة سكان هذه المناطق. وتعتبر هذه العملية، الأولى من نوعها منذ الاستقلال، حيث ستسمح تدريجيا بالقضاء كلياً على مشكل ندرة الإطارات الطبية والمتخصصة خاصة بمناطق الجنوب والهضاب العليا من الوطن، كما ستسمح بضمان استحداث أقطاب استشفائية ذات نوعية من حيث التصميم والتسيير، علماً أن هذه المرافق الضخمة التي ستسمح بتحسين الخدمة العمومية،

سترتفع في المستقبل القريب بالإطار التشريعي للصحة والخارطة الصحية مما سيساهم في تحسين المعارف ورفع مستوى التكوين.

كما أقرت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أزيد من 20 مليار دولار للمشاريع المتعلقة بالرعاية الصحية في آفاق 2025، والموجهة لتطوير 700 مركز طبي، وإنشاء عيادات متعددة الخدمات في القرى والأرياف، بالإضافة إلى 200 عيادة متنقلة لفائدة البدو الرحل، لضمان تغطية صحية تصل لآخر نقطة من التراب الوطني.

وواصلت الجزائر بذل جهود أكبر من أجل التقليل من الإصابة بالأمراض العصرية الخطيرة كالسرطان بأنواعه خاصة سرطان الثدي الذي يسجل سنويا أكبر عدد من الوفيات في صفوف النساء، يليه سرطان الرئة، حيث سيتم فتح عدد كبير من مراكز الأشعة لعلاج المصابين بهذا الداء المميت، بالإضافة إلى تطوير زراعة الأعضاء. وقد خصصت ميزانية معتبرة لذلك تسعى الدولة من خلالها إلى التكفل الأفضل بهذا المرض من جهة ولتقليل الفاتورة الضخمة التي يكلفها العلاج في الخارج.

ويجمع المختصون على أن المنظومة الصحية تعرف تحسنا كبيرا من ناحية الجوانب العلاجية بفضل نشر البحوث للتحكم في تكنولوجيات القطاع الصحي وتحسين خدمات الضمان الاجتماعي.

وبتوفير هذا العدد الهائل من الهياكل الصحية المنتشرة عبر القطر، تكون الجزائر. حسب مدير الوقاية بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات قد رفعت قدرة استيعاب المرضى خلال السنوات الأخيرة بأزيد من 71 ألف سرير، أي ما يعادل سريرا واحدا لكل 500 مواطن<sup>1</sup>

و لأول مرة منذ 15 سنة، عرفت وثيقة مشروع قانون المالية، لسنة 2017 تراجعاً كبيراً، بما يفوق

216 مليار دينار جزائري مقارنة بسنة 2016 أي بقرابة ملياري دولار، وهو رقم ارتبط بانهيار أسعار النفط.

وحسب وثيقة مشروع قانون المالية الذي نشره موقع "كل شيء عن الجزائر"، فإن مختلف ميزانيات

الوزارات، عرفت تراجعاً ملموساً، بما في ذلك وزارتا التربية الوطنية والتعليم العالي، وخرجت عن السرب

وزارة الصحة وحدها، التي عرفت ارتفاعاً مقارنة بسنة 2016، حيث ارتفعت ميزانية وزارة الصحة من 379,4

مليار دج في عام 2016، إلى 389,07 مليار دج في سنة 2017<sup>2</sup>.

### الفرع الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر (2014-2018)

1-3 قانون الصحة الجديد يستحدث بطاقة الصحة الالكترونية: يقترح، مشروع القانون المتعلق بالصحة،

أساساً تعزيز الاستفادة من العلاج خاصة بالنسبة للأشخاص المعسورين، وإدخال بطاقة الصحة

الالكترونية، والملف الالكتروني للمريض. من أجل تسهيل متابعته الطبية، وكذا حق المريض في أن يكون له

طبيباً مرجعياً. كما يقترح، النص وضع برامج صحية خاصة بالنسبة لبعض الأمراض، أو بعض فئات المرضى،

<sup>1</sup> ل. حسنية، الصحة و الضمان الاجتماعي، مقال ( جريدة المساء )، الجزائر، 30 كانون الاول 2014، [https://el-](https://el-massa.com)

[el-massa.com](https://el-massa.com) بتاريخ 2018/06/02. (19:03)

<sup>2</sup> ب. عيشي. " وزارة الصحة وحدها من حققت طفرة مادية "، بوابة الشروق، الجزائر، 2016/10/13، <https://www.echoroukonline.com/> بتاريخ 2017/06/03. (22:39)

وكذا قواعد تنظيم زرع الأعضاء، والأنسجة والخلايا والمساعدة الطبية، على الإنجاب ومنع الاستنساخ. وفيما يتعلق، بمنظومة الصحة العمومية، يقترح مشروع القانون تنظيم جديد، يدرج الطبيب المرجعي والعلاج، والإستشفاء في البيت، وكذا وضع نظام تقييم وتدقيق لهياكل الصحة العمومية، مع تعزيز المراقبة وعمليات التفتيش. كما يقترح، النص أيضا إلغاء النشاط التكميلي، وكذا جمع الموارد البشرية والمادية مع تطوير التوأمة، والرعاية بين المؤسسات الصحية. ومن جهة أخرى، يتضمن المشروع دعم القطاع الخاص، المكمل للصحة العمومية، ومنح مهام المرفق العام للهياكل والمؤسسات الخاصة، على أساس دفتر شروط. فيما يخص ضبط السياسة الوطنية للصحة يتضمن نص القانون، أساسا إنشاء مجلس وطني للصحة، مكلف بشرح المسائل المتعلقة بالصحة للسلطات العمومية، كما يقترح تأسيس لجنة وطنية للوقاية من الأمراض غير المتنقلة، ومكافحتها وكذا، وضع برامج صحية وطنية وجاهوية ومحلية<sup>1</sup>.

2-3 الوصفة الطبية الإلكترونية: كشف وزارة الصحة عن النموذج الرسمي للوصفة الطبية الإلكترونية بسبب مطالب الصيدالة باعتمادها لتفادي أخطاء الوثيقة التقليدية.

و يعود الحديث عن وضع وصفة طبية إلكترونية إلى عام 2014، بعد ظهور مطالب للصيدالة بوضع نموذج رسمي للوصفات تسهل عملهم.

و انتقدت نقابة الصيدالة في عدة مناسبات، الوصفات الطبية الحالية، والتي تتضمن حسمها كتابات غير مفهومة، ما يجعل الكثير من الصيدالة يجدون صعوبة كبيرة في فهم أسماء الأدوية والجرعات الموصوفة للمرضى، كما يتسبب هذه الوضع حسمها في أخطاء في منح الأدوية للمرضى في بعض الأحيان، مطالبة بوضع وصفات طبية إلكترونية على غرار ما يحدث في الكثير من الدول.

وظهرت هناك اقتراحات لوضع هذه الوصفة ضمن برنامج معلوماتي موحد، يحتوي على جميع الأدوية وكذا المخزون المحلي للأدوية ومخزون الاستيراد، على أن يعمم هذا البرنامج على الصيدالة عند صرف الدواء، لتمكينهم من متابعة المخزون ومراقبة عمليات الشراء بما فيها عملية سحب أي دواء من السوق<sup>2</sup>.

3-3 المصادقة على قانون الصحة الجديد : صادق أعضاء مجلس الأمة يوم الأربعاء 2018/06/30 بالأغلبية على مشروع القانون المتعلق بالصحة وهذا في جلسة علنية ترأسها رئيس مجلس الأمة بحضور وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. واعتبر وزير الصحة أن المصادقة على القانون بمثابة لبداية الحقيقية لعملية إصلاح المنظومة الصحية التي تتطلب تعبئة جميع الطاقات الفعالة والخلاقة لصياغة النصوص التنظيمية مشيرا إلى أنه تم تحديد سنتين كفترة انتقالية قبل أن تدخل المنظومة الصحية في إطار تنظيمي جديد وأضاف أن مستقبل الصحة بالجزائر مرتبط بتحسين الركيزة التشريعية لتكريس الدور الاجتماعي

<sup>1</sup>- <https://www.ennaharonline.com/> بتاريخ 02/06/2018 (33: 22)

<sup>2</sup>- عبد الرزاق. ب. " الوصفة الطبية الإلكترونية ترى النور"، بوابة الشروق، الجزائر، 2017/02/06 .  
<https://www.echoroukonline.com/> بتاريخ 2017/06/03 (07:22)

للدولة وتجسيد التزاماتها في إطار متجدد بأخذ بعين الاعتبار التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها الجزائر.

وذكر الوزير، أن هذا القانون يرمي إلى حماية صحية شاملة لكل المواطنين وفي كل الحالات تركز على قطاع عمومي بصفته العمود الفقري للمنظومة بجانب قطاع خاص مكمل يعمل في إطار متناسق ومنظم وبالإضافة إلى تكريس مجانية العلاج الذي هو مبدأ لا رجعة فيه وأن الأهداف الأولى للمشروع تتمثل في "تقليص الفوارق بين المناطق إضافة إلى تحديد مسار المريض وتسهيل العلاج في إطار منظم. أما لجنة الصحة والشؤون الاجتماعية والعمل والتضامن الوطني لمجلس الأمة فقد أوصت، إلى جانب الإسراع في استصدار النصوص التنظيمية المذكورة في مشروع القانون، بتطوير وحدات الرعاية الصحية الأولية في المستشفيات العمومية، ونوهت بأهمية تطوير الطب الوقائي بالنظر إلى أهميته في السيطرة على معدل انتشار الأمراض، إضافة إلى الاهتمام بدعم الإنتاج الوطني للأدوية وتشجيع البحث فيه، كما أوصى أعضاء اللجنة كذلك بضرورة الاهتمام بتطوير التكوين في أسلاك شبه الطبي لسد العجز المسجل<sup>1</sup>.  
المطلب الثاني: هيكلية النظام الصحي في الجزائر<sup>2</sup>.

تعتبر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المسئول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى للمواطنين الجزائريين والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها.

الفرع الأول: تعريف القطاع الصحي في الجزائر: القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، من خلال هذا التعريف يتضح لنا أن القطاع الصحي يتميز بما يلي:

- ذمة مالية مستقلة.
- مؤسسة عمومية ذات طابع إداري.
- يتمتع بالشخصية المعنوية.
- وعليه وباعتبار المدير هو المسئول عن تسيير القطاع الصحي فهو بهذه الصفة:
- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع الأعمال والحالات.
- يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به.
- يترتب عن اكتساب القطاع الصحي للشخصية المعنوية عدة نتائج:
- إن تمتع القطاع الصحي بالشخصية المعنوية واستقلاله عن سلطة الوصاية لا يعني استقلاله المطل في مواجهة السلطة الوصية، بل يظل مقيدا بالنطاق الذي حدده له المشرع حيث يخضع لرقابة وإشراف الوزارة المكلفة بالصحة بواسطة الوصاية الإدارية حيث يوضع تحت وصاية الوالي.

<sup>1</sup> صحة/ بتاريخ 2018/06/03 (18:33) [aljazairlyoum.com/category/](http://aljazairlyoum.com/category/)

<sup>2</sup> شرف الدين زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية- دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص ص 119-124.

- يؤدي منح الشخصية المعنوية للقطاع الصحي إلى تفتيت وتوزيع مظاهر وامتيازات السلطة العامة بين الوزارة المكلفة بالصحة باعتبارها ممثلة للدولة والقطاع الصحي باعتباره ممثل للإدارة اللامركزية، إذ تمارس امتيازات السلطة العامة في حدود اختصاصاتها، فالقرارات الصادرة عن القطاع الصحي تعد قرارات إدارية تخضع لرقابة القضاء الإداري.

- إن عمال وموظفي القطاع الصحي هم موظفون عموميون يخضعون للمرسوم 59 - 85 المؤرخ في 23/03/1985 الذي يتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات والإدارات العمومية.

- حق التقاضي المقرر للقطاع الصحي مستقل عن حق التقاضي المقرر للوزارة المكلفة بالصحة باعتبارها سلطة الوصاية، إذ يمكن مقاضاتها عن طري ممثلها حيث ترفع الدعوى ضد القطاع الصحي باعتباره يتمتع بالشخصية المعنوية.

- إن استقلال القطاع الصحي بذمته المالية عن الوزارة المكلفة بالصحة العمومية يحمله المسؤولية عن الأفعال الضارة التي تصدر عن موظفيه.

#### الفرع الثاني: هياكل المنظومة الصحية في الجزائر:

يمكننا القول أنه توجد أربعة مستويات للمنظومة الصحية في الجزائر وهي كما يلي:

1-2 على المستوى المركزي: يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويتمثل في:

الوزير: يقوم وزير الصحة والسكان بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال<sup>1</sup>:

- وقاية صحة السكان ورعايتها.
- التحكم في النمو الديموغرافي والتخطيط العائلي.
- التنظيم الصحي والخريطة الصحية.
- العلاج الطبي في الهياكل الصحية.
- تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين.
- العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات.
- ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهير على تطبيقها.
- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة.
- التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها.
- الحماية الصحية في الوسط العائلي والعملي.

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

1-1-2 ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة، وملحقون بالديوان وعددهم أربعة بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

<sup>1</sup> - المرسوم التنفيذي رقم (90-124) المؤرخ في 30 أفريل 1990 .

2-1-2 الأمانة العامة: تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

2-1-3 المفتشية العامة: ويشرف عليها ستة مفتشين يقومون بالمهام التالية<sup>1</sup> :

- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية.

- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية.

- العمل على الاستعمال المحكم للموارد والمواضع.

- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

2-1-4 المديريات المركزية: وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

- مديرية الوقاية.

- مديرية الصيدلية والدواء.

- مديرية السكان.

- مديرية التكوين.

- مديرية التخطيط.

- مديرية التقنين والنازعات.

2-2 على المستوى الولائي :

2-2-1 مديرية الصحة والسكان: يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان

على المستوى الولائي بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقد

ظروف خزنها وإعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية

والموارد البشرية والمنشأة الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية

العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديموغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة

بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة

وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات

الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات

والشركات العمومية الاجتماعية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم، كما أنها لا تتهاون في تطبيق أي إجراء من شأنه

أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

2-2-2 المراكز الاستشفائية الجامعية: أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 - جوان 1974 م ، وهي نتاج لإتحاد

مركز استشفائي جهوي ( 660 إلى 700 سرير ) ومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة، يعتبر المركز

الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب

مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزارة المكلفة بالصحة والوزارة المكلفة بالتعليم العالي والبحث العلمي ،

بحيث

<sup>1</sup> - المرسوم التنفيذي رقم (90-180) المؤرخ في 23 جوان 1990 .



يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية، وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفيات الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث و الرعاية على سواء، بمعنى أنه يشرف على ثلاثة ميادين أساسية هي:

- الميدان الصحي،

- الميدان التكويني،

- ميدان الدراسات والبحث

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

## 2-3 على المستوى المحلي :

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية) تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية، وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقا لسمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى ورعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة، وهي تتكون على الترتيب من:

2-3-1 - عيادة متعددة الخدمات : مهمتها تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة والمتخصصة، الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية، تقوم بدور الوساطة بين المراكز الصحية والمستشفى.

2-3-2 المركز الصحي : ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة، والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

2-3-3 - قاعات العلاج : وهي التي تتولى تقديم العلاجات لكل 2000 - 1000 ساكن.

ولكن سنة 2007 تغير تقسيم القطاعات الصحية إلى<sup>1</sup> :

-المؤسسة العمومية الاستشفائية.

-المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

-المؤسسة الاستشفائية المتخصصة.

وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات، أو إلى قاعات للعلاج حسب حالة وضعيتها المادية.

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المرسوم التنفيذي السابق الذكر هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هيكل للتشخيص

<sup>1</sup> - المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 19 ماي 2007.

والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات. تحدد المتعلقات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

حسب نفس المرسوم للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج، تحدد المتعلقات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة<sup>1</sup>.

أما مهامها حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي.
- تشخيص المرض.
- العلاج الجوارى.
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

**المطلب الثالث: مؤشرات تقييم الوضع الصحي في الجزائر مقارنة ببعض دول المغرب العربي (2005-2015):**

يتم التطرق إلى دراسة الخدمات الصحية الجزائرية مقارنة ببعض دول المغرب العربي، وذلك بالاعتماد على مؤشرات عالمية نذكر منها ما يلي:

**الفرع الأول: المؤشرات المتعلقة بالسكان:**

**1-1 التعداد الإجمالي للسكان :**

يستند مؤشر التعداد الإجمالي للسكان إلى العدد الإجمالي للسكان بالبلد المذكور بغض النظر عن جنسيتهم، ويوضح الجدول رقم عدد سكان كل من الجزائر، تونس، المغرب وليبيا خلال الفترة الممتدة بين سنة 2005 و 2015

<sup>1</sup> - المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 19 ماي 2007

الجدول رقم(2-3) : تعداد إجمالي السكان لدول المغرب العربي (بالمليون)

الدولة/ السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	33.26	33.74	34.26	34.81	35.40	36.03	36.71	37.43	38.18	38.93	39.66
تونس	10.02	10.12	10.22	10.32	10.43	10.54	10.67	10.77	10.88	10.99	11.10
المغرب	30.38	30.69	31.01	31.35	31.71	32.10	32.53	32.98	33.45	33.92	34.37
ليبيا	05.80	05.90	06.01	06.12	06.20	06.26	06.28	06.28	06.26	06.25	06.27

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص141 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SP.POP.TOTL>

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (2-3) أن الجزائر تحتل المرتبة الأولى مغاربيا من حيث عدد السكان، ثم تليها المغرب ثم تونس وفي الأخير ليبيا.

### 2-1 إجمالي معدل المواليد لكل 1000 شخص:

يشير معدل المواليد الخام إلى عدد الولادات لمواليد أحياء على مدار العام لكل 1000 شخص، مقدرة في منتصف العام.

الجدول رقم(3-3) إجمالي معدل المواليد لكل 1000 شخص لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	20.82	21.66	22.54	23.38	24.11	24.64	24.92	24.93	24.74	24.31
تونس	17.10	17.10	17.40	17.70	17.70	18.60	18.80	19.30	19.30	19.20
المغرب	20.45	20.55	20.70	20.89	21.07	21.20	21.25	21.19	21.02	20.75
ليبيا	22.46	22.64	22.76	22.81	22.75	22.59	22.30	21.90	21.43	20.89

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 142 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SP.DYN.CBRT.IN>

من خلال الجدول رقم (3-3) يتضح لنا أن إجمالي عدد المواليد لكل 1000 شخص كان مستقر ومتقارب في جميع دول المغرب العربي، إلا أن المعدل في الجزائر كان أكبر بقليل حيث وصل إلى حدود 24 مولود حي في خلال السنة الأخيرة من الدراسة.

### 3-1 إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات):

يشير متوسط العمر المتوقع عند الميلاد إلى السنوات التي سيعيشها الطفل المولود إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة في وقت ميلاده على ما هي عليها طيلة حياته

الجدول رقم (3-4) إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	72.20	72.56	72.90	73.22	73.52	73.80	74.07	74.32	74.57	74.81
تونس	73.50	73.90	74.20	74.30	74.45	74.60	74.34	74.00	74.04	74.14
المغرب	70.44	70.85	71.28	71.71	72.15	72.58	72.99	73.36	73.71	74.02
ليبيا	71.47	71.63	71.74	71.79	71.78	71.74	71.68	71.65	71.66	71.72

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 143 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SP.DYN.LEOO.IN>

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (3-4) أن إجمالي العمر المتوقع عند الولادة متقارب بين جميع الدول المغاربية، مع وجود تقدم طفيف لكل من الجزائر وتونس والمغرب بالنسبة لليبيا في السنوات الأخيرة للدراسة، نتيجة الأوضاع الغير مستقرة التي تشهدها.

الفرع الثاني: المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي:

1-2 معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي:

يشير معدل وفيات الرضع إلى عدد وفيات الأطفال الرضع قبل بلوغهم سنة لكل 1000 مولود حي في سنة معينة.

الجدول رقم (3-5) معدل وفيات الرضع لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	28.80	27.60	26.40	25.30	24.30	23.50	22.80	22.40	22.10	22.00	21.90
تونس	19.60	18.50	17.50	16.60	15.70	14.90	14.20	13.60	13.10	12.60	12.10
المغرب	34.50	33.20	31.90	30.70	29.60	28.50	27.40	26.40	25.50	24.60	23.70
ليبيا	19.80	18.60	17.30	16.10	15.10	14.30	13.90	12.90	12.40	11.90	11.40

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 144 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SP.DYN.IMRT.IN>

نلاحظ من خلال تحليل بيانات الجدول رقم (3-5) أن معدل وفيات الرضع أي الأطفال الأقل من سنة، في الدول المغاربية ينخفض باستمرار خلال السنوات العشر للدراسة، حيث تحتل كل من تونس وليبيا الصدارة بعدد وفيات أقل من الجزائر والمغرب، ويرجع سبب انخفاض معدل وفيات الأطفال إلى التحسن المستمر في مستوى الرعاية الصحية بالدول المغاربية.

2-2 نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي:

نسبة وفيات الأمهات هي عدد النساء اللاتي يتعرضن للوفاة أثناء الحمل والولادة لكل 100 ألف مولود حي، وتم تقدير البيانات بنموذج الانحدار باستخدام معلومات عن الخصوبة، القابلات ومعدل انتشار فيروس الايدز. الجدول رقم (6-3) نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	148	147	148	148	148	147	147	145	144	141	140
تونس	74	72	71	69	68	67	66	64	64	63	62
المغرب	190	185	179	172	164	153	144	137	131	126	121
ليبيا	11	10	09	09	09	09	09	09	09	09	09

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 145 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SH.STA.MMRT> نلاحظ من خلال الجدول رقم (6-3) أن ليبيا تتصدر الدول المغاربية بنسبة وفيات الأمهات ، تليها تونس ثم تأتي الجزائر والمغرب في الأخير، إلا أننا نلاحظ تحسن مستمر في النسب في جميع الدول خلال سنوات الدراسة.

3-2 معدل وفيات الأطفال دون سن 05 سنوات لكل 1000 مولود حي:

يمثل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة معدل الوفيات لكل 1000 مع احتمال أن المولود الجديد سوف يموت قبل بلوغ سن الخامسة إذا كان يخضع لمعدلات الوفيات في أعمار محددة من السنة المحددة .

الجدول رقم (7-3) معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	33.60	32.10	30.70	29.40	28.30	27.30	26.60	26.10	25.80	25.60	25.50
تونس	23.00	21.70	20.50	19.40	18.30	17.40	16.50	15.80	15.20	14.60	14.00
المغرب	40.40	38.80	37.30	35.80	34.50	33.10	31.90	30.70	29.70	28.60	27.60
ليبيا	23.10	21.70	20.20	18.80	17.60	16.60	17.60	15.10	14.50	13.90	13.40

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 146 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SH.DYN.MORT>

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (7-3) أن تونس وليبيا تتصدران الترتيب في الدول المغاربية بمعدل أقل بالنسبة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، أما نسب الجزائر والمغرب فتكاد تكون متقاربة، كما نلاحظ أن هناك تحسن مستمر في السنوات الأخيرة للدراسة في جميع الدول المغاربية، وهذا راجع إلى تحسن مستوى الخدمات الصحية في هذه الدول.

#### 4-2 معدل الخصوبة الإجمالي (عدد الولادات لكل امرأة):

يشير معدل الخصوبة الإجمالي إلى عدد الأطفال الذين ستلدهم امرأة إذا قدر لها أن تعيش حتى نهاية سنوات قدرتها على الإنجاب وأن تغدو حاملا طبقا لمعدل الخصوبة السائدة في سن معينة.

#### الجدول رقم (8-3) معدل الخصوبة الإجمالي لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	02.50	02.58	02.66	02.74	02.82	02.87	02.90	02.91	02.89	02.86
تونس	02.04	02.03	02.04	02.06	02.05	02.13	02.15	02.20	02.20	02.20
المغرب	02.47	02.47	02.48	02.50	02.52	02.54	02.54	02.54	02.54	02.52
ليبيا	02.67	02.66	02.65	02.64	02.62	02.60	02.58	02.54	02.51	02.47

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 146 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SH.DYN.TFRT.IN>

يتضح لنا من خلال بيانات الجدول رقم (8-3) أن معدل الخصوبة الإجمالي لدول المغرب العربي متقارب وفي استقرار نسبي، هذا ما ينعكس على معدل الزيادة الطبيعية لسكان المنطقة.

#### الفرع الثالث: المؤشرات المتعلقة بالإنفاق على الخدمات الصحية.

#### 1-3 نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي :

إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية والخاصة، وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقاية والعلاج)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي.

#### الجدول رقم (9-3) نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي لدول المغرب العربي

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	03.24	03.36	03.82	04.20	05.36	05.12	05.29	06.14	07.12	07.21
تونس	05.57	05.64	05.64	05.63	06.18	06.54	07.15	07.18	07.26	07.00
المغرب	05.06	05.23	05.48	05.41	05.67	05.86	05.99	06.15	05.94	05.91
ليبيا	02.71	02.51	02.63	02.04	03.16	03.05	04.77	04.30	04.33	04.97

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 147 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>

نلاحظ من خلال الجدول رقم (9-3) أن نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي في تزايد مستمر بالنسبة لجميع دول المغرب العربي، وتعتبر الجزائر الدولة الأكبر إنفاقا على الخدمات الصحية في المغرب

العربي، حيث ارتفعت نسب الإنفاق من 03.24 سنة 2005 لتصل إلى حدود 07.21 سنة 2014 أي هناك تضاعف في نسب الإنفاق الشيء الذي يعكس التحسن المستمر في مستوى الخدمات الصحية المقدمة. 2-3 نسبة إنفاق القطاع العام على الخدمات الصحية (من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية): يتكون الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية)، و صناديق التأمينات الصحية والاجتماعية (أو الإجبارية).

الجدول رقم (3-10) نسبة الإنفاق العام على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	70.48	69.59	70.80	72.89	71.61	70.22	71.34	73.58	72.83	72.76
تونس	51.48	52.35	52.33	54.04	56.72	58.52	58.25	57.92	58.22	56.67
ليبيا	64.65	65.37	66.56	67.73	68.88	70.00	63.31	70.25	69.67	73.54

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 148 نقل عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.PUBL>

نستنتج من خلال الجدول رقم (3-10) أن الجزائر تتصدر دول المغرب العربي من حيث الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة، حيث يمثل الإنفاق الحكومي أكثر من ثلثي الإنفاق الإجمالي على قطاع الصحة، وذلك راجع للسياسة المتبعة من طرف الجزائر والمتمثلة في مجانية الرعاية الصحية.

### 3-3 نسب الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة:-

النفقات الشخصية هي أية مصروفات مباشرة للأسرة على الرعاية الصحية، بما في ذلك مصاريف أو مدفوعات عينية تقدم للممارسين الطبيين وموردي المستحضرات الصيدلانية، والأجهزة العلاجية والسلع والخدمات الأخرى التي يكون القصد الرئيسي منها هو المساهمة في استعادة أو تعزيز الحالة الصحية للأفراد أو الفئات السكانية، وهذه النفقات هي جزء من النفقات الصحية الخاصة .

الجدول رقم (3-11) نسبة الإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	28.09	29.12	28.09	26.15	27.45	28.88	27.87	25.70	26.44	26.50
تونس	40.83	40.76	41.38	39.93	37.52	35.89	36.43	36.73	36.37	37.73
ليبيا	35.35	34.63	33.44	32.27	31.12	30.00	36.69	29.75	30.33	36.46

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 148 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SH.XPD.OOPC.TO.ZS>

4-3 نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي)

نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة التي يستفيد منها كل فرد، وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، معبر عنها بالقيمة الحالية للدولار الأمريكي.

الجدول رقم (3-12) نصيب الفرد من الإنفاق على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	100.36	116.34	150.55	206.41	207.72	228.92	286.97	335.27	345.65	361.73
تونس	177.84	190.30	213.16	242.57	255.40	270.94	305.08	297.74	309.47	305.31
المغرب	99.08	111.94	132.81	153.51	162.40	165.63	182.64	178.72	184.23	190.05
ليبيا	211.95	233.94	273.51	317.77	350.64	394.34	307.86	655.43	516.07	371.72

المصدر: شرف الدين، زديرة. دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، مرجع سابق، ص 149 نقلا عن <http://data.albankdawli.org/indicateur/SH.XPD.PCAP>

من خلال الجدول رقم (3-12) نستنتج أن نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في دول المغرب العربي في ارتفاع مستمر خلال سنوات الدراسة، نستنتج كذلك أن الجزائر وليبيا تتصدران الترتيب، وذلك راجع للإنفاق الحكومي الكبير الموجه لقطاع الصحة في كلا البلدين.

المبحث الثاني: تقديم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى

يرتكز القطاع الصحي في الجزائر على نوعين من المؤسسات، مؤسسات عمومية إستشفائية، وأخرى للصحة الجوارية، وقد تم فصل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في الجزائر في السنوات الأخيرة عن المؤسسات العمومية الإستشفائية من أجل تخفيف الضغط وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وسيتم التعرف على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى من خلال هذا المبحث.



المطلب الأول: مفهوم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة.

تعد المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة أحد أهم المؤسسات العمومية في الولاية التي تساهم في تحقيق الرعاية الصحية من وقاية وعلاج.

الفرع الأول: تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري لها شخصية معنوية، واستقلال مالي تحت وصاية الوالي، أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في جمادى الأولى 1428هـ الموافق ل 19 ماي 2007 المتضمن إنشائها وكيفية سير تنظيمها.

يقع مقرها الإداري بدائرة ماسرى، تمتد على مستوى إقليمي دائرتي ماسرة وبوقيرات، تقع على الطريق الوطني رقم 11 والطريق الوطني رقم 23، بمساحة إجمالية تقدر بـ 516.71 كم<sup>2</sup> و بكثافة سكانية تقدر بـ 168941 نسمة، أي ما يعادل 327 نسمة/كم<sup>2</sup>. تغطي 8 بلديات ريفية ذات طابع زراعي:

- بلدية ماسرى، بكثافة سكانية تقدر بـ 28408 نسمة.
  - بلدية منصور، بكثافة سكانية تقدر بـ 21388 نسمة.
  - بلدية عين سيدي شريف، بكثافة سكانية تقدر بـ 10595 نسمة.
  - بلدية طواهرية، بكثافة سكانية تقدر بـ 9095 نسمة.
  - بلدية بوقيرات، بكثافة سكانية تقدر بـ 38655 نسمة.
  - بلدية سيرات، بكثافة سكانية تقدر بـ 24589 نسمة.
  - بلدية سوافلية، بكثافة سكانية تقدر بـ 19485 نسمة.
  - بلدية الصفصاف، بكثافة سكانية تقدر بـ 16726 نسمة.
- تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى من 5 عيادات متعددة الخدمات، 32 قاعة علاج تمتد حتى حدود غليزان ومعسكر، بالإضافة إلى 8 وحدات للفحص المدرسي. يمكن توضيح ذلك من خلال الجدول الآتي:

الفصل الثالث مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

الجدول رقم(3-13): القائمة الاسمية للعيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج التابعة للمؤسسة

الدائرة	البلدية	العيادات متعددة الخدمات	قاعات العلاج	وحدات الفحص المدرسي	
ماسرى	ماسرى	ماسرى	حصاينية	1	
			كعابشية		
			جعافرية		
	عين سيدي شريف	عين سيدي شريف	عين سيدي شريف	زوادنية	1
				سلامنية	
	منصورة	منصورة	منصورة	منصورة	1
				شهايدية	
				زعايمية	
				زواتين	
				اولاد الشيخ	
نكاكعة					
نجاجرة					
طواهرية	طواهرية	/	طواهرية	1	
			اولاد عطية		
			اولاد الشارف الصغير		
بوقيرات	بوقيرات	بوقيرات	اولاد بن يوسف	1	
			مخاطرية		
			اولاد السنوسي		
بوقيرات	سوافلية	/	سوافلية	1	
			اولاد سيدي لحمد		
			دراميم		
بوقيرات	الصفصاف	/	الصفصاف	1	
			اولاد المختار		
			عين يقبوب		
			براىكية		
			اولاد المداح		
			مكاحلية		
سيرات	سيرات	سيرات	الزرق	1	
			سيدي الشارف		
			جديات		
			اولاد عطية/ سيرات		
			قلاوزية		

المصدر: مديرية المصالح الصحية بالمؤسسة

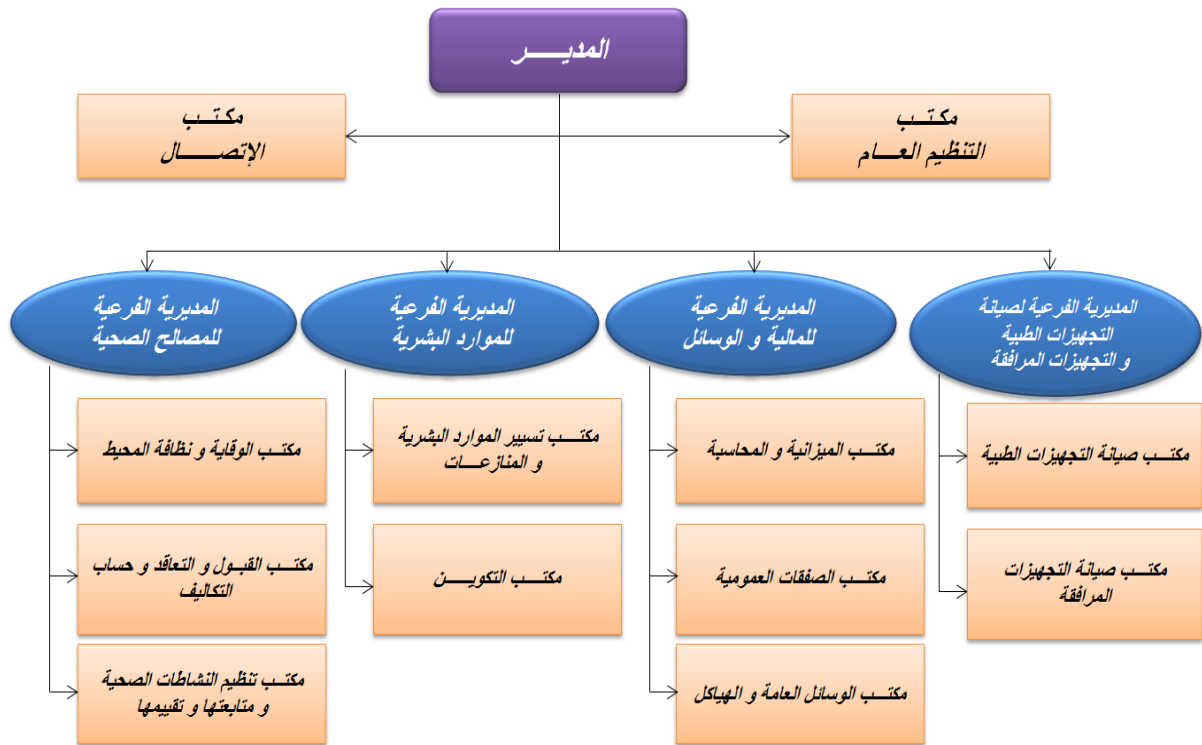
## الفصل الثالث مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

■ نحصي بها أربعة مصالح مهمة تتمثل في مصلحة الأوبئة و الطب الوقائي ، مصلحة مكافحة أمراض السل و الأمراض التنفسية ، وحدة الكشف عن سرطان عنق الرحم ، مصلحة طب العمل. بالإضافة إلى وحدة القراءة و الكشف الخلوي.

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى

لتنفيذ المهام و تحقيق الأهداف التي تصبو إليها المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، سطر الهيكل التنظيمي الإداري بموجب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20/12/2009.

الشكل رقم(1-7): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى



المرجع: [www.epspmesra.org](http://www.epspmesra.org)

حسب شكل الهيكل التنظيمي للمؤسسة فإنها تتكون من:

- المدير: مخولة له السلطة بقرار وزاري، يلحق به مكتب التنظيم العام و مكتب الاتصال.
- مكتب التنظيم العام: يقوم هذا المكتب بالأشغال المنوطة والمباشرة بمكتب المدير من استلام الرسائل والرد عليها، ويقوم بحفظ جميع الوثائق الصادرة والواردة من و إلى الإدارة، كما يلعب دور الوسيط بين مكتب المدير وباقي المديرية الفرعية التابعة للمؤسسة داخليا وخارجيا وهو بمثابة الجهة ذات الصلة الدائمة أو المؤقتة للمؤسسة، كما ينبغي على القائمين عليه صفة حفظ الأسرار المهنية .

- مكتب الاتصال: يقوم هذا المكتب بإجراء جميع الاتصالات داخليا و يتحصل على المعلومات بغية نشرها محليا، أما الاتصالات التي تكون خارج هذا النطاق فتكون تحت إشراف مديرية الصحة والسكان للولاية كونها الهيئة الوصية على المؤسسة.

المديريات الفرعية: للمؤسسة أربع مديريات فرعية هي:

1- المديرية الفرعية للمصالح الصحية : تسهر هذه المديرية على القيام بنشاطات التغطية الصحية على مستوى كل الهياكل التابعة للمؤسسة وتشرف على سيرها، والتكفل بالطب المدرسي، وتنفيذ المخططات الصحية المحلية و الوطنية. وذلك من خلال تقييم نشاطات المصالح والأقسام التقنية وإعداد التقارير الخاصة بها، الإشراف على تنظيم وسير المناوبة الطبية والإدارية و فرق شبه الطبي، متابعة أشغال اللجان التي لها بالأنشطة الصحية.

تشمل المديرية الفرعية للمصالح الصحية ثلاثة مكاتب:

- مكتب القبول،

- مكتب التعاقد و حساب التكاليف،

- مكتب تنظيم النشاطات الصحية و متابعتها و تقييمها،

2- المديرية الفرعية للموارد البشرية: هذه المديرية تحظى بمتابعة المسار المهني للموظفين ابتداء من تاريخ تنصيبهم إلى غاية الإحالة على التقاعد أو الانفصال عن العمل، كما تقوم بمتابعة المنازعات التي تنجم جراء الاختلالات بالالتزامات والواجبات، كما تسهر على أداء الحقوق وتطبيق القوانين السارية المفعول، تقوم بإعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية من خلال إبداء التوقعات لرصد اليد العاملة لسد النقص أو العجز من خلال عمليات التوظيف داخليا أو خارجيا، كما تسهر على تكوين الموظفين لرفع مستواهم وبالتالي تحسين قدراتهم.

تشمل المديرية الفرعية للموارد البشرية مكاتبين:

- مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات،

- مكتب التكوين،

3- المديرية الفرعية للمالية والوسائل : يتم على مستوى هذه المديرية تقدير حاجيات المؤسسة بالنظر إلى الإيرادات و الصفقات، سواء تعلق الأمر بالعتاد، تجهيزات، أثاث،... إلخ، حيث تقوم بإعداد الميزانية ، مسك السجلات المحاسبية و محاسبة المواد، القيام بمختلف عمليات الجرد، تسيير المستحقات أو المقبوضات ،إعداد الحساب الإداري، إعداد الوضعية المالية، الإشراف على تنفيذ برامج صيانة و ترميم الهياكل.

تشمل المديرية الفرعية للمالية و الوسائل ثلاثة مكاتب:

▪ مكتب الميزانية و المحاسبة

▪ مكتب الصفقات العمومية

▪ مكتب الوسائل العامة و الهياكل

4- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية : دور هذه المديرية هو إصلاح جميع الأعطاب للأجهزة

## الفصل الثالث مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

الصحية والعتاد المرفق لها. غير أن المؤسسة تفتقر في هذه المديرية للعنصر البشري المؤهل، نتيجة انعدام الإطار القانوني الخاص بالتوظيف لهذه الوظيفة، لذا تلجأ المؤسسة لنظام التعاقد مع المتعهدين بالصيانة وإصلاح الأعطاب.

تشمل المديرية الفرعية للموارد البشرية مكتبين:

- مكتب صيانة التجهيزات الطبية الموارد البشرية والمنازعات،
- مكتب صيانة التجهيزات المرافقة،

### ❖ توزيع الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

جدول رقم (3-14) توزيع الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

العدد	فئة المستخدمين
02	أطباء أخصائيون
42	أطباء عامون
18	جراحو أسنان
2	صيادلة
4	نفساني عيادي
7	بيولوجيون
24	قابلات
245	شبه طبي
37	إداريون
5	أسلاك مشتركة
386	المجموع

المصدر: مديرية الموارد البشرية بالمؤسسة

### المطلب الثالث: تسيير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسري<sup>1</sup>

بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة لاسيما المادة 60 منه وما يليها، خاصة المتعلقة بتسيير المؤسسة نجد:

الفرع الأول: المدير: يستمد سلطة تعيينه من الوزير المكلف بالصحة وحسب الأشكال نفسها تنتهي مهامه، كونه المسؤول الأول

عن سير المؤسسة. فهو يقوم بـ:

- تمثيل المؤسسة في جميع الأعمال أمام مختلف الهيئات،
- يعد الأمر بالصرف في المؤسسة،
- يحضر مشروع الميزانية التقديرية ويعد حسابات المؤسسة،

<sup>1</sup> - المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 19 ماي 2007.

- ويشرف على التنظيم الداخلي و النظام الداخلي للمؤسسة،
- كما يسهر على تنفيذ مداولات مجلس الإدارة، ويقوم بإعداد تقرير سنوي بعد موافقة مجلس الإدارة و يرسله للسلطة الوصية،
- يبرم العقود والصفقات والاتفاقيات وفقا للتنظيم المعمول به،
- يمارس السلطة السليمة على المستخدمين الخاضعين لسلطته،
- يعين جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم،
- يمكنه تفويض إمضاءه تحت مسؤوليته لمساعديه الأقربين،

الفرع الثاني:المساعدون: يساعد المدير أربع مدراء فرعيين يكلفون بتسيير المديرات التالية:

- المديرية الفرعية للمصالح الصحية.
- المديرية الفرعية للموارد البشرية.
- المديرية الفرعية للمالية والوسائل.
- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات

الفرع الثالث : مجلس الإدارة: يتكون هذا المجلس من مجموعة أشخاص طبيعيين يمثلون مختلف الهيئات

بالولاية ولهم ارتباط بالمؤسسة. وهم:

- ممثل عن الوالي يت رأس المجلس.
- ممثل عن الإدارة المالية
- ممثل عن التأمينات الاقتصادية.
- ممثل عن الضمان الاجتماعي
- .ممثل عن المجلس الشعبي الولائي.
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة
- منتخب من المستخدمين الطبيين ومنتخب عن المستخدمين شبه طبيين.
- منتخب من العمال.
- ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة
- رئيس المجلس الطبي،

يجتمع مجلس الإدارة في دورة عادية مرة واحدة كل ستة أشهر.

و أهم ما يتداوله المجلس نجد:

- تخطيط تنمية المؤسسة
- دراسة مشروع الميزانية
- الحسابات التقديرية و الحساب الإداري
- اقتناء و تحويل ملكية المنقولات و العقارات و عقود الإيجار
- الصفقات و العقود طبقا للتنظيم ساري المفعول و المعمول به

الفرع الرابع: المجلس الطبي: يعد هذا المجلس مجلسا استشاريا لمجلس الإدارة ، يتكون من رئيس ونائب ينتخبان من أعضاء المجلس لمدة ثلاثة سنوات قابلة للتجديد. يجتمع المجلس الطبي بناء على استدعاء من رئيسه في دورة عادية مرة كل شهرين. يضم المجلس الطبي ما يأتي:

- مسؤولو المصالح الصحية
  - الصيدلي المسؤول عن الصيدلية
  - جراح أسنان
  - شبه طبي منتخب ذو أعلى درجة
- تكمن مهمته في دراسة المسائل الطبية والتقنية بإبداء الرأي خصوصا في:
- تنظيم العلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية.
  - مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها
  - برامج الصحة والسكان والتظاهرات العلمية والتقنية.
  - إنشاء هيكل طبية أو إلغاؤها .

#### المبحث الثالث: الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

سنحاول من خلال هذا المبحث إبراز مختلف المراحل التي مرت بها الدراسة الميدانية، مع توضيح الأساليب الإحصائية المستخدمة، عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية ، واختبار صحة فرضيات الدراسة.

**المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية**

سننطلق إلى الأساليب والطرف التي اعتمدنا عليها في الدراسة الميدانية .

**الفرع الأول: مجتمع الدراسة وعينتها:**

- 1 1 مجتمع الدراسة: يتمثل مجتمع الدراسة في الأفراد الذين يعالجون بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة. وقد كانت فترة الدراسة خلال الفترة الممتدة من 2018/03/11 إلى 2018/05/13 .
- 2 1 عينة الدراسة: اختيرت عينة من المرضى وذويهم، حيث تم توزيع 223 استمارة، وتم استرجاع 208 استمارة . وبعد الفحص تم استبعاد 8 استمارات من أصل 208 استمارة، وبذلك يصبح عدد الاستمارات القابلة للتحليل 200 استمارة.
- 3 1 أداة الدراسة: قسمت أداة الدراسة إلى خمسة أقسام كما يلي:

• البيانات الشخصية: وهي تمثل وصفا للخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة وهي: الجنس، العمر، والمستوى التعليمي.

• المتغيرات المستقلة لمتغيرات الدراسة، وهي كالتالي:

- الملموسية، وقيست من خلال 5 فقرات.
- الاعتمادية، وقيست من خلال 4 فقرات.
- الاستجابة، وقيست من خلال 4 فقرات.
- التعاطف، وقيست من خلال 5 فقرات.

○ الأمان، وقيست من خلال 4 فقرات.

- المتغير التابع، ترقية خدمات الرعاية الصحية وقيس من خلال 8 فقرات.
- آراء المرضى حول خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة
- ملاحظات واقتراحات المرضى فيما يخص جودة خدمات الرعاية الصحية

الجدول رقم (3-15) يوضح مقياس ليكرت الخماسي كأداة لقياس أجوبة المرضى بترميز الإجابات على النحو التالي:

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
1	2	3	4	5

الفرع الثاني: صدق أداة الدراسة وثباتها:

1-2 صدق أداة الدراسة:

صدق الاستبيان يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه , كما يقصد بالصدق "شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية, ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية, بحيث تكون مفهومه لكل من يستخدمها".

وقد تم التأكد من صدق أداة الدراسة من خلال:

1-1-2 الصدق الظاهري للأداة:

التعرف على مدى صدق أداة الدراسة في قياس ما وضعت لقياسه ثم عرضها على عدد من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة . وفي ضوء آراء المحكمين تم إعداد أداة هذه الدراسة بصورتها النهائية .

2-1-2 صدق الاتساق الداخلي للأداة:

بعد التأكد من الصدق الظاهري لأداة الدراسة تم تطبيقها ميدانياً وتم حساب معامل الارتباط بيرسون لمعرفة الصدق الداخلي للاستبانة حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل محور من محاور الاستبانة بالدرجة الكلية للاستبانة ، كما تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل بند من بنود الاستبانة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتهي إليه البند , كما توضح ذلك الجدول التالي:



جدول رقم(3-16) صدق الاتساق الداخلي للأداة

الأبعاد	معامل الارتباط بالمجموع الكلي
الملموسية	**0.77
الاعتمادية	**0.84
الاستجابة	**0.89
التعاطف	**0.86
الأمان	**0.88
ترقية خدمات الرعاية الصحية	**0.89

\*\* تدل على أن معامل الارتباط دال عند مستوى (0.01)

يتضح من الجدول السابق ارتباط أبعاد الاستبانة ببعضها البعض بمستوى دلالة ( 0.01) .  
وهذا يؤكد أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الصدق.

## 2-2 ثبات الأداة :

تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ للتأكد من الاتساق الداخلي لفقرات الأداة، حيث تم استخراج معامل الثبات على مستوى الأداة بالكامل وعلى مستوى الأبعاد، والجدول التالي يبين معامل الثبات لأداة الدراسة وأبعادها :

جدول رقم (3-17) معاملات الثبات للأبعاد وللأداة ككل

الأبعاد	معامل الثبات بألفا - كرونباخ
الملموسية	0.71
الاعتمادية	0.84
الاستجابة	0.84
التعاطف	0.85
الأمان	0.86
ترقية خدمات الرعاية الصحية	0.82
الاستبانة ككل	0.95

### الفصل الثالث مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

وبالنظر إلى النتائج الموجودة بالجدول السابق يتضح أن معامل ثبات بالنسبة لمحاو الاستبانة والمجموع الكلي مرتفعة. وبناء على هذه النتيجة فإن مستوى الثبات لمحتوى الأداة يعد ملائماً من وجهة نظر البحث العلمي.

#### الفرع الثالث: خصائص عينة الدراسة:

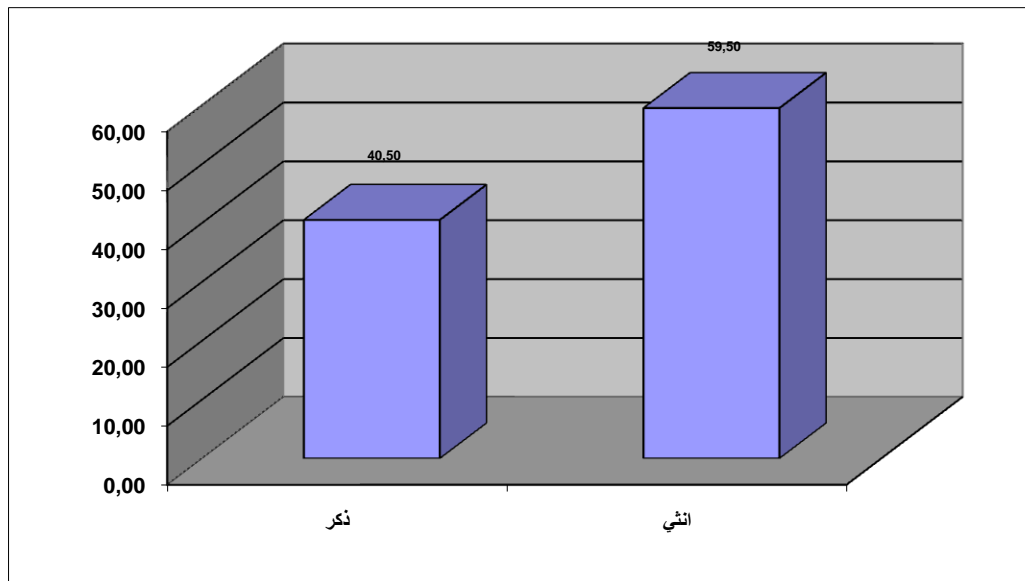
تقوم هذه الدراسة على عدد من المتغيرات المتعلقة بالخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة متمثلة في ( الجنس ، السن ، المستوى التعليمي)، وفي ضوء هذه المتغيرات يمكن تحديد خصائص أفراد عينة الدراسة على النحو التالي:

#### 1-3 خصائص عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس:

جدول رقم (3-18): توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
40.50 %	81	ذكر
59.50 %	119	انثي
100 %	200	الإجمالي

توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس



شكل رقم (3-8): توزيع عينة الدراسة تبعاً للجنس

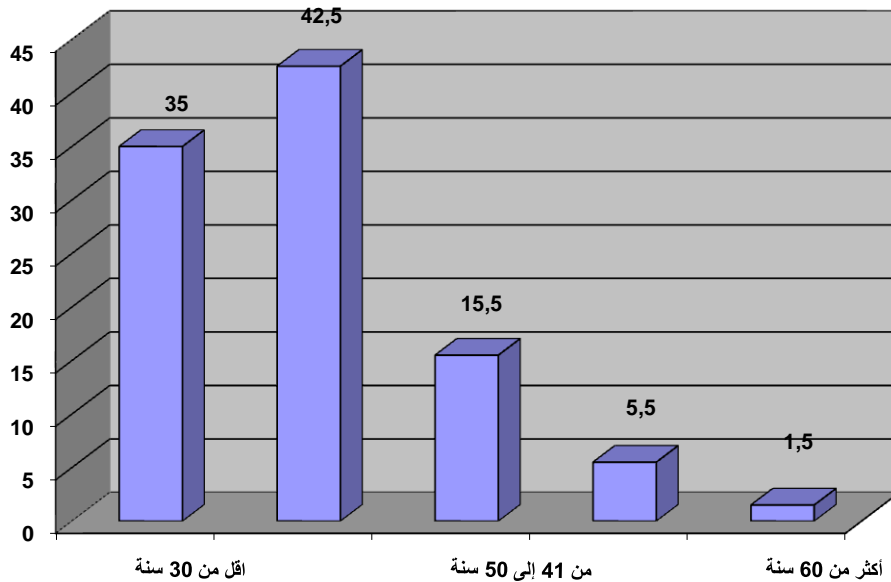
### الفصل الثالث مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

يوضح الجدول السابق والشكل السابق أن توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس، حيث يتبين أن (81) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (40.50%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من جنس (ذكر)، في حين أن (119) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (59.50%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من جنس (انثى).

2-3 خصائص عينة الدراسة تبعاً لمتغير السن:

جدول رقم (3-19) توزيع عينة الدراسة تبعاً للسن.

النسبة المئوية	العدد	السن
35.00 %	70	أقل من 30 سنة
42.50 %	85	من 31 إلى 40 سنة
15.50 %	31	من 41 إلى 50 سنة
5.50 %	11	من 51 إلى 60 سنة
1.50 %	3	أكثر من 60 سنة
100 %	200	الإجمالي



شكل رقم (3-9): توزيع عينة الدراسة تبعاً للسن

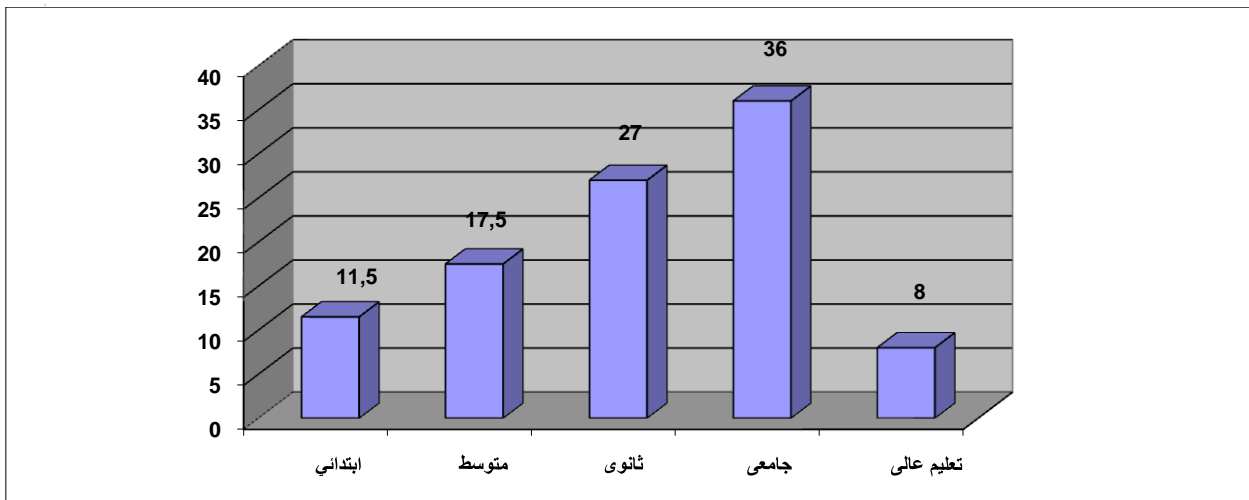
### الفصل الثالث مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

يوضح الجدول السابق والشكل السابق أن توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير السن ، حيث يتبين أن (70) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته ( 35%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة في سن (أقل من 30 سنة) ، في حين أن ( 85 ) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته ( 42.50%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة في سن (من 31 إلى 40 سنة) ، في حين أن (31) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (15.50%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة في سن (من 41 إلى 50 سنة) ، وضمت العينة عدد (11) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (5.50%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة في سن (من 51 إلى 60 سنة) ، و عدد (3) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (1.50%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة في سن (أكثر من 60 سنة) .

3-3 خصائص عينة الدراسة لمتغير المستوى التعليمي:

جدول رقم (3-20): توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي
11.50 %	23	ابتدائي
17.50 %	35	متوسط
27.00 %	54	ثانوي
36.00 %	72	جامعي
8.00 %	16	تعليم عالي
100 %	200	الإجمالي



شكل رقم (3-10): توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

يوضح الجدول السابق والشكل السابق أن توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي ، حيث يتبين أن (23) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته ( 11.50%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من المستوى التعليمي (ابتدائي) ، في حين أن (35) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته ( 17.50%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من المستوى التعليمي (متوسط) ، في حين أن ( 54) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (27%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من المستوى التعليمي (ثانوي) ، وضمت العينة عدد (72) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته ( 36%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من المستوى التعليمي (جامعي) ، و عدد (16) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته ( 8%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من المستوى التعليمي (تعليم عالي) .

#### الفرع الرابع: الأساليب الإحصائية المتبعة في تحليل البيانات:

تم إعداد الاستبانة الخاصة بالدراسة التي تمثل وجهة نظر عينة الدراسة وذلك بطريقة تحقق أهداف الدراسة و يسهل معها إدخال متغيرات الدراسة للحاسوب حتى يتسنى تحليلها بواسطة برنامج SPSS. تم التعامل مع البيانات بمستوى دلالة (0.05) و (0.01) لوصف وتحليل بيانات الدراسة.

وتم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS النسخة ( 21) حيث تم استخدام النسب المئوية والمتوسطات الحسابية لوصف اتجاهات مفردات الدراسة نحو متغيرات الدراسة ولتحديد طول خلايا مقياس ليكرت الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) تم حساب المدى ( 5 - 1 = 4) ثم تقسيمه على 5 وهي المستويات الخمسة (غير موافق بشدة ، غير موافق ، محايد ، موافق ، موافق بشدة) ، بعد ذلك تم إضافة هذه القيمة (0.8=5/4) إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح) وبالتالي: فئة غير موافق بشدة (من 1 : 1.80) ، وفئة غير موافق ( 1.81 : 2.60) ، وفئة محايد من ( 2.61 : 3.40) ، وفئة موافق من ( 3.41 : 4.20) ، وفئة موافق بشدة من ( 4.21 : 5) ، وهكذا أصبح بالإمكان تصنيف قيم المتوسطات الحسابية لكل بند من بنود محاور الاستبانة وكذلك للمتوسط الكلي للدراسة.

تم استخدام عدد من الأساليب الكمية والإحصائية المناسبة وفقاً لطبيعة تساؤلات الدراسة ومستوى قياس المتغيرات الكلية للدراسة .

وتمت المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية ( SPSS النسخة (21)، والأساليب التي استخدمت هي:

#### 1-4 أساليب الإحصاء الوصفي:

( 1) التكرارات (Frequencies) والنسب المئوية: لحساب البيانات التي تتعلق بخصائص عينة الدراسة

والتي تتمثل في الجزء الأول من الاستبانة (البيانات الأولية)، وكذلك حساب التكرارات والنسب

المئوية لاستجابات فئة البحث، عن كل بند من بنود الاستبانة.

- تم حساب تكرارات استجابات أفراد العينة لكل عبارة من عبارات الاستبانة، وتحويلها إلى الدرجات

المقابلة (أوافق بشدة = 5)، (موافق = 4)، (محايد = 3)، (غير موافق = 2)، (غير موافق بشدة = 1).

- حساب الوزن النسبي للعبارات =  $\frac{ك \times 1 + 5 \times 2 + 4 \times 3 + 3 \times 4 + 2 \times 5}{5 \times ن}$

$$5 \times ن$$

- حساب النسبة المئوية للعبارات = الوزن النسبي للعبارات  $\times 100$

(2) المتوسط الحسابي (Mean): لحساب متوسط استجابات عينة الدراسة عن كل بند من بنود

الجزء الثاني من الاستبانة (ابعاد الدراسة) لترتيب الفقرات أو العبارات.

(3) التباين (Variance): متوسط مربعات الانحرافات عن المتوسط أو العبارات.

(4) الانحراف المعياري (Standard Deviation): وذلك للتعرف على مدى انحراف أو تشتت استجابات

أفراد الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الرئيسية ولكل محور من محاور

الاستبيان عن متوسطها الحسابي.

(5) معامل ارتباط بيرسون (Pearson): لحساب الاتساق الداخلي، وثبات استبانة الدراسة.

(6) استخدام معامل ألفا كرونباخ: للتحقق من ثبات الأداة.

#### 2-4 أساليب الإحصاء الاستدلالي:

(1) اختبار (كا2) (chi – square): للكشف عن الفروق بين استجابات كل فئة على حده، من خلال

المقارنة بين التوزيع التكراري التجريبي أو الملاحظ والتوزيع التكراري المتوقع، للتحقق

مما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد الفئة (التكرارات

الملاحظة) على كل مفرد والتكرارات المتوقعة، وذلك باستخدام المعادلة:

$$كا2 = \frac{(\text{التكرار التجريبي} - \text{التكرار المتوقع})^2}{\text{التكرار المتوقع}}$$

(التكرار المتوقع)

وقد تم إدخال الدرجات الخام باستخدام برنامج الإكسل Excel.

(2) اختبار (ت): لمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)

في إجابات أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الدراسة ثنائية التصنيف .

(3) اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova): لمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند

مستوى الدلالة (0.05) في إجابات أفراد عينة الدراسة وفقاً للخصائص الشخصية (الديموغرافية)

التي تصنيفها أكثر من اثنين لأفراد عينة الدراسة .

المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

أسفرت المعالجة الإحصائية لاستجابات أفراد العينة عن النتائج التالية حسب محاورها

المختلفة وذلك كما يلي:

الفرع الأول: أبعاد جودة الخدمة

1-1 بعد الملموسية

للإجابة عن السؤال أعلاه .. تم دراسة آراء عينة الدراسة حول الملموسية ، وذلك من خلال

استجابات عينة الدراسة ، حيث تم استخراج التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

والنسب المئوية للمحور الأول (الملموسية) ، والجداول التالية توضح ذلك:

جدول رقم (3-21): التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و<sup>2</sup>كا

للمحور الأول (الملموسية)

م	البند	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية (%)	مستوى الموافقة	مستوى الدلالة	الترتيب
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك						
1	تتمتع المؤسسة بموقع ملائم يسهل الوصول إليه	8.00	16	72.00	144	8.00	16	6.50	13	3.71	0.91	74.10	موافق	0.01	2
2	يتمتع العاملون بدرجة عالية من النظافة و حسن المظهر	10.50	21	59.50	119	23.00	46	5.00	10	3.72	0.80	74.30	موافق	0.01	1
3	تتوفر المؤسسة على شروط النظافة الصحية بما يحقق راحة المرضى	10.00	20	45.50	91	26.00	52	15.50	31	3.44	0.97	68.80	موافق	0.01	3
4	المعدات و الأجهزة الطبية حديثة و متطورة	7.50	15	20.00	40	28.50	57	30.50	61	2.78	1.14	55.50	محايد	0.01	5
5	توفر الأدوية و التحاليل المخبرية اللازمة بما يضمن توفير العلاج الأساسي المناسب	9.00	18	23.50	47	25.00	50	33.00	66	2.90	1.14	57.90	محايد	0.01	4
	المجموع الكلي	9	90	44.1	441	22.1	221	18.1	181	3.31	0.99	66.20	محايد	0.01	

\* قيمة (كا<sup>2</sup>) الجدولية عند مستوى (0.01) = 13.277 ، وعند مستوى (0.05) = 9.488 لدرجة حرية (4)



من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن جميع قيم  $\chi^2$  دالة عند مستوى (0.01) ، إذ أن قيم  $\chi^2$  المحسوبة أكبر من قيمة  $\chi^2$  الجدولية عند مستوي (0.01) لدرجة حرية (4) الموضحة أسفل الجدول السابق ، وهذا يؤكد أن آراء عينة الدراسة حول بنود هذا البعد متسقة مع نفسها وهذه البنود تميز آراء الافراد عينة الدراسة نحو إتجاه معين وعدم تشتت التكرارات حول بدائل الاختيار الخمسة .

كما يتضح أن أفراد عينة الدراسة يوافقون على **المحور الأول (الملموسية)** بنسبة مئوية (66.20%) ، وبمتوسط حسابي عام (3.31 من 5) يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

كما يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على ثلاثة عبارات من عبارات **المحور الأول (الملموسية)** في مستوى موافق ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

1 - جاءت العبارة رقم ( 2 ) وهي " يتمتع العاملون بدرجة عالية من النظافة و حسن المظهر " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 74.3% ) ، وبمتوسط حسابي ( 3.72 )، وانحراف معياري (0.8) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

2 - جاءت العبارة رقم (1) وهي " تتمتع المؤسسة بموقع ملائم يسهل الوصول إليه « بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 74.1% ) ، وبمتوسط حسابي ( 3.71 )، وانحراف معياري (0.91) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

3 - جاءت العبارة رقم ( 3 ) وهي " تتوفر المؤسسة على شروط النظافة الصحية بما يحقق راحة المرضى " بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (68.8%) ، وبمتوسط حسابي (3.44)، وانحراف معياري ( 0.97 ) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

كما يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على بقية عبارات **المحور الأول (الملموسية)** في مستوى محايد ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

4 - جاءت العبارة رقم ( 5 ) وهي " توفر الأدوية و التحاليل المخبرية اللازمة بما يضمن توفير العلاج الأساسي المناسب " بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 57.9% ) ، وبمتوسط حسابي (2.9)، وانحراف معياري (1.14) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

5 - جاءت العبارة رقم ( 4 ) وهي " المعدات والأجهزة الطبية حديثة و متطورة " بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (55.5%) ، وبمتوسط حسابي (2.78)، وانحراف معياري (1.14) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

## 2-1 بعد الاعتمادية

للإجابة عن السؤال أعلاه .. تم دراسة آراء عينة الدراسة حول الاعتمادية ، وذلك من خلال استجابات عينة الدراسة ، حيث تم استخراج التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية للمحور الثاني (الاعتمادية) ، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (3-22) : التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و<sup>2</sup>كا<sup>2</sup>  
للمحور الثاني (الاعتمادية)

م	البنود	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية (%)	اتجاه البند	كا <sup>2</sup>	مستوي الدلالة	الترتيب
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك									
6	تلتزم المؤسسة بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة	12	6.00	76	38.00	55	27.50	50	25.00	7	3.50	3.18	0.99	63.60	محايد	87.35	0.01	4
7	تحرص المؤسسة على حل المشاكل التي يواجهها المرضى و استفساراتهم	13	6.50	78	39.00	55	27.50	43	21.50	11	5.50	3.20	1.03	63.90	محايد	81.20	0.01	3
8	يلتزم الطاقم الطبي و التمريضي بتقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة وبدون أخطاء	20	10.00	74	37.00	61	30.50	35	17.50	10	5.00	3.30	1.03	65.90	محايد	73.05	0.01	2
9	تحضى المؤسسة بثقة و استحسان المستفيدين من خدماتها	19	9.50	78	39.00	61	30.50	33	16.50	9	4.50	3.33	1.01	66.50	محايد	83.40	0.01	1
	المجموع الكلي	64	8	306	38.25	232	29	161	20.13	37	4.63	3.25	1.02	65.00	محايد	81.25	0.01	

\* قيمة ( كا<sup>2</sup> ) الجدولية عند مستوى (0.01) = 13.277 ، وعند مستوى (0.05) = 9.488 لدرجة حرية (4)

من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن جميع قيم  $\chi^2$  دالة عند مستوى (0.01) ، إذ أن قيم  $\chi^2$  المحسوبة أكبر من قيمة  $\chi^2$  الجدولية عند مستوي (0.01) لدرجة حرية (4) الموضحة أسفل الجدول السابق ، وهذا يؤكد أن آراء عينة الدراسة حول بنود هذا البعد متسقة مع نفسها وهذه البنود تميز آراء الافراد عينة الدراسة نحو اتجاه معين وعدم تشتت التكرارات حول بدائل الاختيار الخمسة .

كما يتضح أن أفراد عينة الدراسة يوافقون على المحور الثاني (الاعتمادية) بنسبة مئوية (65.00%) ، وبمتوسط حسابي عام (3.25 من 5) يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على جميع عبارات المحور الثاني (الاعتمادية) في مستوى محايد ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط ، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

1 - جاءت العبارة رقم (9) وهي " تحضى المؤسسة بثقة و استحسان المستفيدين من خدماتها " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (66.5%) ، وبمتوسط حسابي (3.33) ، وانحراف معياري (1.01) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

2 - جاءت العبارة رقم (8) وهي " يلتزم الطاقم الطبي و التمريضي بتقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة وبدون أخطاء " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (65.9%) ، وبمتوسط حسابي (3.3) ، وانحراف معياري (1.03) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

3 - جاءت العبارة رقم (7) وهي " تحرص المؤسسة على حل المشاكل التي يواجهها المرضى و استفساراتهم " بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (63.9%) ، وبمتوسط حسابي (3.2) ، وانحراف معياري (1.03) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

4 - جاءت العبارة رقم (6) وهي " تلتزم المؤسسة بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة " بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (63.6%) ، وبمتوسط حسابي (3.18) ، وانحراف معياري (0.99) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

### 3-1 بعد الاستجابة

للإجابة عن السؤال أعلاه .. تم دراسة آراء عينة الدراسة حول الاستجابة ، وذلك من خلال استجابات عينة الدراسة ، حيث تم استخراج التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية للمحور الثالث (الاستجابة) ، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (3-23): التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و<sup>2</sup>كا<sup>2</sup>  
للمحور الثالث (الاستجابة )

الترتيب	مستوى الدلالة	كا <sup>2</sup>	مستوى الموافقة	النسبة المئوية (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	غير موافق بشدة		غير موافق		محايد		موافق		موافق بشدة		البنود	م
							%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
							3	0.01	61.30	محايد	64.20	1.06	3.21	4.50	9	24.50		
4	0.01	49.30	محايد	61.80	1.14	3.09	6.00	12	31.50	63	21.50	43	29.50	59	11.50	23	يقوم العاملون في المؤسسة بتقديم الخدمة الصحية للمريض بسرعة وبدون تأخير	11
1	0.01	71.55	محايد	67.60	1.05	3.38	4.50	9	17.00	34	27.00	54	39.00	78	12.50	25	يرغب العاملون في المؤسسة بتقديم يد العون والمساعدة للمرضى	12
2	0.01	94.40	محايد	66.00	1.06	3.30	5.50	11	20.50	41	21.00	42	44.50	89	8.50	17	تتوزع مكاتب تقديم الخدمة في المؤسسة بشكل يساعد على الحفاظ على وقت المستفيدين من خدماتها	13
	0.01	69.14	محايد	65.00	1.08	3.25	5.13	41	23.38	187	24	192	36.88	295	10.63	85	المجموع الكلي	

\* قيمة ( كا<sup>2</sup> ) الجدولية عند مستوى (0.01) = 13.277 ، وعند مستوى (0.05) = 9.488 لدرجة حرية (4)

من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن جميع قيم  $\chi^2$  دالة عند مستوى (0.01) ، إذ أن قيم  $\chi^2$  المحسوبة أكبر من قيمة  $\chi^2$  الجدولية عند مستوي (0.01) لدرجة حرية (4) الموضحة أسفل الجدول السابق ، وهذا يؤكد أن آراء عينة الدراسة حول بنود هذا البعد متسقة مع نفسها وهذه البنود تميز آراء الافراد عينة الدراسة نحو اتجاه معين وعدم تشتت التكرارات حول بدائل الاختيار الخمسة .

كما يتضح أن أفراد عينة الدراسة يوافقون على المحور الثالث (الاستجابة ) بنسبة مئوية (65.00%) ، وبمتوسط حسابي عام (3.25 من 5) يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على جميع عبارات المحور الثالث (الاستجابة ) في مستوى محايد ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

1 - جاءت العبارة رقم ( 12 ) وهي " يرغب العاملون في المؤسسة بتقديم يد العون والمساعدة للمرضى " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 67.6% ) ، وبمتوسط حسابي (3.38)، وانحراف معياري ( 1.05 ) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

2 - جاءت العبارة رقم ( 13 ) وهي " تتوزع مكاتب تقديم الخدمة في المؤسسة بشكل يساعد على الحفاظ على وقت المستفيدين من خدماتها " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (66%) ، وبمتوسط حسابي ( 3.3 )، وانحراف معياري (1.06) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

3 - جاءت العبارة رقم ( 10 ) وهي " تقوم المؤسسة بتبسيط إجراءات العلاج قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية " بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (64.2%) ، وبمتوسط حسابي ( 3.21 )، وانحراف معياري ( 1.06 ) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

4 - جاءت العبارة رقم ( 11 ) وهي " يقوم العاملون في المؤسسة بتقديم الخدمة الصحية للمريض بسرعة وبدون تأخير " بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 61.8% ) ، وبمتوسط حسابي (3.09)، وانحراف معياري (1.14) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

#### 4-1 بعد التعاطف

للإجابة عن السؤال أعلاه .. تم دراسة آراء عينة الدراسة حول التعاطف، وذلك من خلال استجابات عينة الدراسة ، حيث تم استخراج التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية للمحور الرابع (التعاطف) ، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (3-24): التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و<sup>2</sup>كا  
للمحور الرابع (التعاطف)

م	البند	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية (%)	مستوى الموافقة	كا <sup>2</sup>	مستوى الدلالة	الترتيب
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك							
14	أوقات دوام المؤسسة ملائمة للمرضى متلقي العلاج	13.00	26	51.50	103	17.00	34	12.50	25	3.53	1.06	70.60	موافق	130.25	0.01	1
15	يتصرف سلوك الأطباء والمرضىين بالمجاملة واللفظ مع المريض	15.50	31	41.00	82	26.50	53	11.00	22	3.49	1.07	69.80	موافق	78.05	0.01	2
16	يعطي العاملون في المؤسسة الوقت الكافي لكل مريض	11.50	23	34.00	68	31.50	63	18.50	37	3.30	1.04	65.90	محايد	64.30	0.01	5
17	تراعي المؤسسة العادات و التقاليد و الأعراف السائدة في المجتمع	14.00	28	40.00	80	28.00	56	12.00	24	3.44	1.06	68.80	موافق	76.00	0.01	3
18	يبدى العاملون في المؤسسة احتراما بالغا بالمريض و مرافقيه	15.50	31	36.00	72	21.00	42	20.00	40	3.32	1.18	66.40	محايد	43.35	0.01	4
	المجموع الكلى	13.9	139	40.5	405	24.8	248	14.8	148	3.42	1.08	68.40	موافق	78.39	0.01	

\* قيمة ( كا<sup>2</sup> ) الجدولية عند مستوى (0.01) = 13.277 ، وعند مستوى (0.05) = 9.488 لدرجة حرية (4)

من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن جميع قيم  $K^2$  دالة عند مستوى (0.01) ، إذ أن قيم  $K^2$  المحسوبة أكبر من قيمة  $K^2$  الجدولية عند مستوي (0.01) لدرجة حرية (4) الموضحة أسفل الجدول السابق ، وهذا يؤكد أن آراء عينة الدراسة حول بنود هذا البعد متسقة مع نفسها وهذه البنود تميز آراء الافراد عينة الدراسة نحو اتجاه معين وعدم تشتت التكرارات حول بدائل الاختيار الخمسة .

كما يتضح أن أفراد عينة الدراسة يوافقون على **المحور الرابع (التعاطف)** بنسبة مئوية (68.40%) ، وبمتوسط حسابي عام (3.42 من 5) يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على ثلاثة عبارات من عبارات **المحور الرابع (التعاطف)** في مستوى موافق ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

1 - جاءت العبارة رقم ( 14 ) وهي " أوقات دوام المؤسسة ملائمة للمرضى متلقي العلاج " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 70.6% ) ، وبمتوسط حسابي ( 3.53 )، وانحراف معياري (1.06) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

2 - جاءت العبارة رقم ( 15 ) وهي " يتصف سلوك الأطباء والممرضين بالمجاملة واللفظ مع المريض " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 69.8% ) ، وبمتوسط حسابي ( 3.49 )، وانحراف معياري (1.07) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

3 - جاءت العبارة رقم ( 17 ) وهي " تراعي المؤسسة العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع " بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 68.8% ) ، وبمتوسط حسابي ( 3.44 )، وانحراف معياري (1.06) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على بقية عبارات **المحور الرابع (التعاطف)** في مستوى محايد ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

4 - جاءت العبارة رقم ( 18 ) وهي " يبدي العاملون في المؤسسة احتراماً بالغاً بالمريض ومرافقيه " بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 66.4% ) ، وبمتوسط حسابي ( 3.32 )، وانحراف معياري (1.18) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

5 -جاءت العبارة رقم ( 16 ) وهي " يعطي العاملون في المؤسسة الوقت الكافي لكل مريض " بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 65.9% ) ، وبمتوسط حسابي ( 3.3 )، وانحراف معياري (1.04) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .



5-1 بعد الأمان :

للإجابة عن السؤال أعلاه .. تم دراسة آراء عينة الدراسة حول الأمان ، وذلك من خلال استجابات عينة الدراسة ، حيث تم استخراج التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية للمحور الخامس (الأمان) ، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (3-25): التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و  $\chi^2$   
للمحور الخامس (الأمان)

الترتيب	مستوى الدلالة	كا <sup>2</sup>	مستوى الموافقة	النسبة المئوية (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	غير موافق بشدة		غير موافق		محايد		موافق		موافق بشدة		البنود	م
							%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.01	127.20	موافق	68.70	1.04	3.44	6.50	13	13.00	26	20.50	41	50.50	101	9.50	19	يشعر المريض بأنه بأيدي أمينة داخل المؤسسة	19
1	0.01	115.75	موافق	71.50	0.95	3.58	4.00	8	6.00	12	33.00	66	42.50	85	14.50	29	تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	20
3	0.01	63.75	محايد	63.80	1.06	3.19	7.00	14	19.00	38	30.50	61	35.00	70	8.50	17	يتميز الأطباء بمهارات عالية في التشخيص و العلاج	21
4	0.01	51.00	محايد	63.10	1.10	3.16	8.50	17	19.00	38	30.50	61	32.50	65	9.50	19	يملك العاملون المعرفة الكافية للإجابة على استفساراتكم	22
	0.01	89.43	محايد	66.80	1.04	3.34	6.5	52	14.25	114	28.63	229	40.13	321	10.5	84	المجموع الكلي	

\* قيمة ( كا<sup>2</sup> ) الجدولية عند مستوى (0.01) = 13.277 ، وعند مستوى (0.05) = 9.488 لدرجة حرية (4)

من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن جميع قيم  $\chi^2$  دالة عند مستوى (0.01) ، إذ أن قيم  $\chi^2$  المحسوبة أكبر من قيمة  $\chi^2$  الجدولية عند مستوي (0.01) لدرجة حرية (4) الموضحة أسفل الجدول السابق ، وهذا يؤكد أن آراء عينة الدراسة حول بنود هذا البعد متسقة مع نفسها وهذه البنود تميز آراء الافراد عينة الدراسة نحو إتجاه معين وعدم تشتت التكرارات حول بدائل الاختيار الخمسة .

كما يتضح أن أفراد عينة الدراسة يوافقون على المحور الخامس (الأمان) بنسبة مئوية (66.80%) ، وبمتوسط حسابي عام (3.34 من 5) يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على عبارتين من عبارات المحور الخامس (الأمان) في مستوى موافق ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

1- جاءت العبارة رقم ( 20 ) وهي " تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 71.5% ) ، وبمتوسط حسابي (3.58)، وانحراف معياري (0.95) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

2 - جاءت العبارة رقم ( 19 ) وهي " يشعر المريض بأنه بأيدي أمينة داخل المؤسسة " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 68.7% ) ، وبمتوسط حسابي (3.44)، وانحراف معياري (1.04) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على بقية عبارات المحور الخامس (الأمان) في مستوى محايد ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

3 - جاءت العبارة رقم ( 21 ) وهي " يتميز الأطباء بمهارات عالية في التشخيص و العلاج " بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 63.8% ) ، وبمتوسط حسابي ( 3.19 )، وانحراف معياري (1.06) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

4 - جاءت العبارة رقم ( 22 ) وهي " يمتلك العاملون المعرفة الكافية للإجابة على استفساراتكم " بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 63.1% ) ، وبمتوسط حسابي (3.16)، وانحراف معياري (1.1) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

#### الفرع الثاني: مستوى ترقية الخدمات الصحية

للإجابة عن السؤال أعلاه ..تم دراسة آراء عينة الدراسة حول ترقية الخدمات الصحية ، وذلك من خلال استجابات عينة الدراسة ، حيث تم استخراج التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لمغير (ترقية الخدمات الصحية) ، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (3-26): التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و<sup>2</sup>كا<sup>2</sup>  
لمتغير (ترقية الخدمات الصحية)

الترتيب	مستوي الدلالة	كا <sup>2</sup>	مستوى الموافقة	النسبة المئوية (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	غير موافق بشدة		غير موافق		محايد		موافق		موافق بشدة		البنود	م
							%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
5	0.01	53.05	محايد	57.90	1.07	2.90	9.00	18	29.50	59	31.00	62	24.00	48	6.50	13	عند وصول المريض يتم مرافقته و توجيهه من طرف أشخاص مدربين وأكفاء	23
4	0.01	43.85	محايد	63.70	1.16	3.19	10.00	20	18.50	37	25.50	51	35.00	70	11.00	22	يوجد على مستوى كل مصلحة دفتر الملاحظات و شكاوي المرضى وذويهم	24
6	0.01	37.50	محايد	57.40	1.14	2.87	11.50	23	29.50	59	27.50	55	23.50	47	8.00	16	تهتم المؤسسة بأراء ومقترحات المرضى و ذويهم عن الخدمة المقدمة ، مع متابعة شكاويهم و تقديم الحلول المناسبة لها	25
3	0.01	53.95	محايد	65.20	1.13	3.26	8.00	16	18.00	36	25.50	51	37.00	74	11.50	23	يساعد نظام المعلومات على التنسيق و السرعة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك تنظيم صفوف الانتظار	26
8	0.01	102.35	غير موافق	42.70	0.94	2.14	27.50	55	41.00	82	23.00	46	7.50	15	1.00	2	تقوم المؤسسة بتوفير كتيبات و مطويات و ملصقات تساهم في تثقيف المريض و تعريفه	27

الترتيب	مستوى الدلالة	كا <sup>2</sup>	مستوى الموافقة	النسبة المئوية (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	غير موافق بشدة		غير موافق		محايد		موافق		موافق بشدة		البنود	م
							%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
																	بالخدمات التي تقدمها المؤسسة	
2	0.01	60.55	موافق	68.30	1.16	3.42	8.00	16	15.00	30	20.50	41	40.50	81	16.00	32	تقوم المؤسسة بتوفير نظام صحي لرعاية الأمومة و الطفولة ، مع توفير اللقاحات المناسبة وفي الوقت المحدد	28
1	0.01	202.60	موافق	74.50	0.94	3.73	3.50	7	9.00	18	13.50	27	59.50	119	14.50	29	تضع المؤسسة لوحات و علامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام و الفروع المختلفة	29
7	0.01	48.15	محايد	52.10	1.11	2.61	17.00	34	34.00	68	24.50	49	20.50	41	4.00	8	تتضمن المؤسسة مساحات خضراء تساهم في راحة المرضى	30
	0.01	75.25	محايد	60.40	1.08	3.02	11.81	189	24.31	389	23.88	382	30.94	495	9.063	145	المجموع الكلي	

\* قيمة ( كا<sup>2</sup> ) الجدولية عند مستوى (0.01) = 13.277 ، وعند مستوى (0.05) = 9.488 لدرجة حرية (4)

من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن جميع قيم  $\chi^2$  دالة عند مستوى (0.01) ، إذ أن قيم  $\chi^2$  المحسوبة أكبر من قيمة  $\chi^2$  الجدولية عند مستوي (0.01) لدرجة حرية (4) الموضحة أسفل الجدول السابق ، وهذا يؤكد أن آراء عينة الدراسة حول بنود هذا البعد متسقة مع نفسها وهذه البنود تميز آراء الافراد عينة الدراسة نحو اتجاه معين وعدم تشتت التكرارات حول بدائل الاختيار الخمسة .

كما يتضح أن أفراد عينة الدراسة يوافقون على متغير (ترقية الخدمات الصحية) بنسبة مئوية (60.40%) ، وبمتوسط حسابي عام (3.02 من 5) يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على عبارتين من عبارات متغير (ترقية الخدمات الصحية) في مستوى موافق ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

1 - جاءت العبارة رقم ( 29 ) وهي " تضع المؤسسة لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 74.5% ) ، وبمتوسط حسابي (3.73)، وانحراف معياري (0.94) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

2 - جاءت العبارة رقم ( 28 ) وهي " تقوم المؤسسة بتوفير نظام صحي لرعاية الأمومة والطفولة ، مع توفير اللقاحات المناسبة وفي الوقت المحدد " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (68.3%) ، وبمتوسط حسابي (3.42)، وانحراف معياري (1.16) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة موافق لانه واقع بين (3.41 إلى 4.20) .

ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على خمسة عبارات من عبارات متغير (ترقية الخدمات الصحية) في مستوى محايد ، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها وفقاً لأعلى قيم للمتوسط، ووفقاً لأقل قيم للانحراف المعياري عند تساوي قيم المتوسط كما يلي:-

3 - جاءت العبارة رقم ( 26 ) وهي " يساعد نظام المعلومات على التنسيق و السرعة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك تنظيم صفوف الانتظار " بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (65.2%) ، وبمتوسط حسابي (3.26)، وانحراف معياري (1.13) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين (2.61 إلى 3.40) .

4 - جاءت العبارة رقم ( 24 ) وهي " يوجد على مستوى كل مصلحة دفتر الملاحظات و شكاوي المرضى وذويهم " بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 63.7% ) ، وبمتوسط حسابي (3.19)، وانحراف معياري ( 1.16 ) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لانه واقع بين ( 2.61 إلى 3.40) .

5 - جاءت العبارة رقم ( 23 ) وهي " عند وصول المريض يتم مرافقته و توجيهه من طرف أشخاص مدربين و أكفاء " بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 57.9% ) ،

وبمتوسط حسابي (2.9)، وانحراف معياري (1.07)، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لأنه واقع بين (2.61 إلى 3.40).

6 - جاءت العبارة رقم ( 25 ) وهي " تهتم المؤسسة بأراء ومقترحات المرضى وذويهم عن الخدمة المقدمة ، مع متابعة شكاويهم وتقديم الحلول المناسبة لها " بالمرتبة السادسة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 57.4% ) ، وبمتوسط حسابي ( 2.87 )، وانحراف معياري ( 1.14 ) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لأنه واقع بين (2.61 إلى 3.40).

7 - جاءت العبارة رقم ( 30 ) وهي " تتضمن المؤسسة مساحات خضراء تساهم في راحة المرضى " بالمرتبة السابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية ( 52.1% ) ، وبمتوسط حسابي (2.61)، وانحراف معياري ( 1.11 ) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة محايد لأنه واقع بين (2.61 إلى 3.40).

ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على عبارة واحدة من عبارات متغير (ترقية الخدمات الصحية) في مستوى غير موافق، وهي :

8 - جاءت العبارة رقم ( 27 ) وهي " تقوم المؤسسة بتوفير كتيبات و مطويات و ملصقات تساهم في تثقيف المريض وتعريفه بالخدمات التي تقدمها المؤسسة " بالمرتبة الثامنة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية (42.7%) ، وبمتوسط حسابي (2.14)، وانحراف معياري (0.94) ، وهو متوسط حسابي يقع في فئة غير موافق لأنه واقع بين (1.81 إلى 2.60).

الفرع الثالث: التكرارات والنسب المئوية لمقترحات المرضى حول خدمات الرعاية الصحية المقدمة  
جدول رقم (3-27): التكرارات والنسب المئوية للمقترحات

م	المقترح	التكرار	النسبة المئوية (%)	الترتيب
1	تدريب أعوان الاستقبال والتوجيه على حسن معاملة المريض وذويه.	37	18.5	3
2	تكثيف أعوان الأمن لحماية المريض وممتلكاته.	33	16.5	4
3	توفير كل التحاليل المخبرية والأدوية التي يحتاجها المريض.	52	26	2
4	زيادة عدد مقاعد الجلوس في قاعات الانتظار لتنظيم العمل	18	9	9
5	توفير الأطباء المختصين في الاختصاصات غير الموجودة (طبيب الأطفال، طبيب العظام، التوليد). مع تحديد مواعيد للفحص متقاربة حتى يتسنى لجميع المرضى تلقي خدماتهم،	19	9.5	8
6	زيادة عدد عاملات النظافة للمحافظة على نظافة المؤسسة والمحيط الخارجي.	10	5	13
7	الاهتمام بالمساحات الخضراء في كل العيادات والمراكز الصحية.	81	40.5	1
8	زيادة عدد سيارات الإسعاف للتكفل السريع بالاستعجالات.	30	15	5
9	القيام بحملات التوعية وتكثيفها حول الأوبئة والأمراض المعدية.	22	11	7
10	تزويد المؤسسة بمعدات وأجهزة طبية الحديثة وحسن استعمالها.	37	18.5	3
11	توفير اللقاحات الضرورية في الوقت المحدد.	12	6	12
12	القيام برقابة صارمة من قبل المسؤولين على العاملين بالمؤسسة لتنظيم العمل.	5	2.5	15
13	امتداد مجالات الترقية والتطوير إلى كل العيادات وقاعات العلاج التابعة للمؤسسة، وهذا لخدمة المريض.	12	6	12
14	الاستعانة بمؤسسات أخرى متطورة لتحقيق جودة الخدمة.	7	3.5	14
15	توفير الكشف المجاني لسرطان الثدي وسرطان القولون.	5	2.5	15
16	الاهتمام بالطب النفسي وترقيته من خلال توفير كل الأجهزة التي يحتاجها الطبيب بما في ذلك مكتب الطبيب.	17	8.5	10



م	المقترح	التكرار	النسبة المئوية (%)	الترتيب
17	وضع إشارات في وسط المدينة ليسهل الوصول إليها.	3	1.5	16
18	القيام بدورات تدريبية للأطباء و الممرضين.	10	5	13
19	تطوير نظام المعلومات ، مع توفيره في كل العيادات وان يشمل كل المصالح.	23	11.5	6
20	تزيين وترتيب مكاتب الفحص للمساهمة في راحة المريض و التخفيف عنه	19	9.5	8
21	زيادة عدد الأطباء و الممرضين للتكفل أكثر بالمرضى، وبالأخص مصلحة الاستعجالات	15	7.5	11

يتضح من الجدول السابق أن أكثر المقترحات التي ذكرتها عينة الدراسة هي : الاهتمام بالمساحات الخضراء في كل العيادات و المراكز الصحية ، يلها توفير كل التحاليل المخبرية و الأدوية التي يحتاجها المريض ، يلها تدريب أعوان الاستقبال و التوجيه على حسن معاملة المريض و ذويه ، و تزويد المؤسسة بمعدات و أجهزة طبية الحديثة و حسن استعمالها ، يلها تكثيف أعوان الأمن لحماية المريض و ممتلكاته ، يلها زيادة عدد سيارات الإسعاف للتكفل السريع بالاستعجالات ، يلها تطوير نظام المعلومات ، مع توفيره في كل العيادات وان يشمل كل المصالح ، يلها القيام بحملات التوعية و تكثيفها حول الأوبئة و الأمراض المعدية ، يلها توفير الأطباء المختصين في الاختصاصات غير الموجودة ( طبيب الأطفال، طبيب العظام، التوليد). مع تحديد مواعيد للفحص متقاربة حتى يتسنى لجميع المرضى تلقي خدماتهم ، و تزيين و ترتيب مكاتب الفحص للمساهمة في راحة المريض و التخفيف عنه ، يلها زيادة عدد مقاعد الجلوس في قاعات الانتظار لتنظيم العمل ، يلها الاهتمام بالطب النفسي و ترقيته من خلال توفير كل الأجهزة التي يحتاجها الطبيب بما في ذلك مكتب الطبيب ، يلها زيادة عدد الأطباء و الممرضين للتكفل أكثر بالمرضى، وبالأخص مصلحة الاستعجالات ، يلها توفير اللقاحات الضرورية في الوقت المحدد ، و امتداد مجالات الترقية و التطوير إلى كل العيادات و قاعات العلاج التابعة للمؤسسة ، و هذا لخدمة المريض ، يلها زيادة عدد عاملات النظافة للمحافظة على نظافة المؤسسة و المحيط الخارجي ، و القيام بدورات تدريبية للأطباء و الممرضين ، يلها الاستعانة بمؤسسات أخرى متطورة لتحقيق جودة الخدمة ، يلها القيام برقابة صارمة من قبل المسؤولين على العاملين بالمؤسسة لتنظيم العمل ، و توفير الكشف المجاني لسرطان الثدي و سرطان القولون ، يلها وضع إشارات في وسط المدينة ليسهل الوصول إليها.

الفرع الرابع: التكرارات والنسب المئوية لملاحظات المرضى حول خدمات الرعاية الصحية المقدمة:

جدول رقم (3-28): التكرارات والنسب المئوية لرأي المرضى حول خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها

المؤسسة

م	المقترح	التكرار	النسبة المئوية (%)	الترتيب
1	خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة في مستوى جيد	93	46.5	1
2	على العموم خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة في مستوى مقبول	57	28.5	2
3	المؤسسة الصحية لم ترق بعد إلى مستوى جودة الخدمة المقدمة	13	6.5	6
4	تمتلك المؤسسة الصحية طاقم طبي وتمريضي كفاء.	31	15.5	3
5	هناك نقائص كبيرة يجب تداركها .	28	14	4
6	زيادة عدد العملات في مصلحة الأمومة و الطفولة.	7	3.5	8
7	نقص أو انعدام أعوان الأمن في النهار.	15	7.5	5
8	تهميش قاعات العلاج الموجودة في المناطق النائية وعدم توفرها على الشروط الأساسية للعلاج.	8	4	7

يتضح من الجدول السابق أن أكثر الآراء التي ذكرتها المرضى حول خدمات الرعاية الصحية

التي تقدمها المؤسسة هي : خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة في مستوى جيد ، يلها على العموم خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة في مستوى مقبول ، يلها تمتلك المؤسسة الصحية طاقم طبي وتمريضي كفاء ، يلها هناك نقائص كبيرة يجب تداركها ، يلها نقص أو انعدام أعوان الأمن في النهار ، يلها المؤسسة الصحية لم ترق بعد إلى مستوى جودة الخدمة المقدمة ، يلها تهميش قاعات العلاج الموجودة في المناطق النائية وعدم توفرها على الشروط الأساسية للعلاج. ، يلها زيادة عدد العملات في مصلحة الأمومة و الطفولة.

المطلب الثالث: اختبار صحة الفرضيات و نتائج الفروق في أبعاد استبانة تبعاً لمتغيرات الدراسة:

الفرع الأول: اختبار صحة الفرضيات:

1-1 اختبار صحة الفرضية الرئيسية :

بالنسبة للفرضية الرئيسية و التي تنص على ما يلي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة " .

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين جودة خدمات الرعاية الصحية و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة ولقد قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون .

جدول رقم (3-29): معامل الارتباط بين جودة خدمات الرعاية الصحية و ترقية خدمات الرعاية الصحية

ترقية خدمات الرعاية الصحية	جودة خدمات الرعاية الصحية	المتغير
		المتغير
**0.799	-	جودة خدمات الرعاية الصحية
-		ترقية خدمات الرعاية الصحية

\*\* تدل على أن معامل الارتباط دال عند مستوى (0.01) .

يتضح من الجدول السابق أنه بلغت قيمة معامل الارتباط بين جودة خدمات الرعاية الصحية و ترقية خدمات الرعاية الصحية تساوي (0.799) وهو ارتباط دال إحصائياً عند مستوى (0.01) ، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية طردية بين جودة خدمات الرعاية الصحية و ترقية خدمات الرعاية الصحية .

وبالتالي تم التحقق من صحة الفرضية الرئيسية وهي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث جودة خدمات الرعاية الصحية و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة "

2-1 اختبار صحة الفرضية الفرعية الأولى :

بالنسبة للفرضية الأولى من فروض البحث و الذي ينص على ما يلي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الملموسية و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة " .

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين بعد الملموسية و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة ولقد قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون .

جدول رقم (3-30): معامل الارتباط بين بعد الملموسية وترقية خدمات الرعاية الصحية

المتغير	المتغير	المتغير
ترقية خدمات الرعاية الصحية	بعد الملموسية	بعد الملموسية
-	-	ترقية خدمات الرعاية الصحية

\*\* تدل على أن معامل الارتباط دال عند مستوى (0.01) .

يتضح من الجدول السابق أنه بلغت قيمة معامل الارتباط بين بعد الملموسية وترقية خدمات الرعاية الصحية تساوي (0.682) وهو ارتباط دالة إحصائية عند مستوى (0.01) ، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية طردية بين بعد الملموسية وترقية خدمات الرعاية الصحية .

وبالتالي تم التحقق من صحة الفرضية الأولى وهي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الملموسية وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة"

### 3-1 اختبار صحة الفرضية الفرعية الثانية :

بالنسبة للفرضية الثانية من فروض البحث و الذي ينص على ما يلي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاعتمادية وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة " .

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين بعد الاعتمادية وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة ولقد قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون .

جدول رقم (3-31): معامل الارتباط بين بعد الاعتمادية وترقية خدمات الرعاية الصحية

المتغير	المتغير	المتغير
ترقية خدمات الرعاية الصحية	بعد الاعتمادية	بعد الاعتمادية
-	-	ترقية خدمات الرعاية الصحية

\*\* تدل على أن معامل الارتباط دال عند مستوى (0.01) .

يتضح من الجدول السابق أنه بلغت قيمة معامل الارتباط بين بعد الاعتمادية وترقية خدمات الرعاية الصحية تساوي (0.659) وهو ارتباط دالة إحصائية عند مستوى (0.01) ، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية طردية بين بعد الاعتمادية وترقية خدمات الرعاية الصحية .

وبالتالي تم التحقق من صحة الفرضية الثانية وهي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاعتمادية وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة"

#### 4-1 اختبار صحة الفرضية الفرعية الثالثة :

بالنسبة للفرضية الثالثة من فروض البحث والذي ينص على ما يلي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاستجابة وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة "

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين بعد الاستجابة وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة ولقد قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون .

جدول رقم (3-32): معامل الارتباط بين بعد الاستجابة وترقية خدمات الرعاية الصحية

المتغير	المتغير	المتغير
ترقية خدمات الرعاية الصحية	بعد الاستجابة	بعد الاستجابة
**0.708	-	ترقية خدمات الرعاية الصحية
-		

\*\* تدل على أن معامل الارتباط دال عند مستوي (0.01) .

يتضح من الجدول السابق أنه بلغت قيمة معامل الارتباط بين بعد الاستجابة وترقية خدمات الرعاية الصحية تساوي (0.708) وهو ارتباط دالة إحصائية عند مستوى (0.01) ، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية طردية بين بعد الاستجابة وترقية خدمات الرعاية الصحية .

وبالتالي تم التحقق من صحة الفرضية الثالثة وهي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاستجابة وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة"

1-5 اختبار صحة الفرضية الفرعية الرابعة :

بالنسبة للفرضية الرابعة من فروض البحث و الذي ينص على ما يلي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد التعاطف و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة " .

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين بعد التعاطف و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة و لقد قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون .

جدول رقم (3-33) : معامل الارتباط بين بعد التعاطف و ترقية خدمات الرعاية الصحية

	بعد التعاطف	المتغير
ترقية خدمات الرعاية الصحية	**0.690	المتغير
-	-	بعد التعاطف
-	-	ترقية خدمات الرعاية الصحية

\*\* تدل على أن معامل الارتباط دال عند مستوي (0.01) .

يتضح من الجدول السابق أنه بلغت قيمة معامل الارتباط بين بعد التعاطف و ترقية خدمات الرعاية الصحية تساوي (0.690) وهو ارتباط دالة إحصائيا عند مستوى ( 0.01 ) ، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية طردية بين بعد التعاطف و ترقية خدمات الرعاية الصحية .

وبالتالي تم التحقق من صحة الفرضية الرابعة وهي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد التعاطف و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة "

16-1 اختبار صحة الفرضية الفرعية الخامسة :

بالنسبة للفرضية الخامسة من فروض البحث و الذي ينص على ما يلي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الامان و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة " .

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين بعد الامان و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة ولقد قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون .

جدول رقم (3-34):معامل الارتباط بين بعد الامان و ترقية خدمات الرعاية الصحية

	بعد الامان	المتغير
ترقية خدمات الرعاية الصحية		المتغير
**0.696	-	بعد الامان
-		ترقية خدمات الرعاية الصحية

\*\* تدل على أن معامل الارتباط دال عند مستوي (0.01) .

يتضح من الجدول السابق أنه بلغت قيمة معامل الارتباط بين بعد الامان و ترقية خدمات الرعاية الصحية تساوي (0.696) وهو ارتباط دالة إحصائيا عند مستوى ( 0.01 ) ، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية طردية بين بعد الامان و ترقية خدمات الرعاية الصحية .

وبالتالي تم التحقق من صحة الفرضية الخامسة وهي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الامان و ترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة"

الفرع الثاني: نتائج الفروق في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية

1-2 تبعاً لمتغير النوع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر تبعاً لمتغير النوع؟

تم استخدام اختبار (ت) للتحقق من صحة هذه الفرضية ، ويوضح الجدول التالي نتائج اختبار (ت) ، للمتغير المستقل أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر ، والمتغير التابع النوع

جدول رقم جدول رقم (3-35) :

نتائج تحليل اختبار (ت) لدلالة الفروق في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية تبعاً لمتغير

النوع

م	الابعاد	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
1	الملموسية	ذكر	81	16.80	3.52	0.94	غير دالة
		انثي	119	16.34	3.31		
2	الاعتمادية	ذكر	81	12.80	3.81	0.64	غير دالة
		انثي	119	13.13	3.00		
3	الاستجابة	ذكر	81	12.80	4.15	0.55	غير دالة
		انثي	119	13.10	3.11		
4	التعاطف	ذكر	81	17.09	5.02	0.03	غير دالة
		انثي	119	17.07	3.69		
5	الأمان	ذكر	81	13.10	3.98	0.82	غير دالة
		انثي	119	13.53	3.13		
6	ترقية خدمات الرعاية الصحية	ذكر	81	24.44	6.19	0.72	غير دالة



م	الابعاد	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
		انثي	119	23.85	5.49		
	المجموع الكلي	ذكر	81	97.04	23.82	0.01	غير دالة
		انثي	119	97.02	17.92		

دلت نتائج الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى

دلالة ( 0.05) في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر بين الذكور والاناث ، اي أن عينة الدراسة من الذكور والاناث يتوافقون على أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر .

2-2 تبعا لمتغير السن:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات

الرعاية الصحية في الجزائر تبعا لمتغير السن ؟

تم استخدام اختبار (One Way ANOVA) للتحقق من صحة هذه الفرضية ، ويوضح الجدول

التالي نتائج اختبار (One Way ANOVA)، للمتغير المستقل أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر ، والمتغير التابع اللغة الاصلية

جدول رقم جدول رقم (3-36) :

البيانات الوصفية لأبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر تبعا لمتغير السن

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	السن	ابعاد الاستبانة
3.33	16.61	70	اقل من 30 سنة	الملموسية
3.39	16.56	85	من 31 إلى 40 سنة	
3.35	15.48	31	من 41 إلى 50 سنة	
3.59	18.55	11	من 51 إلى 60 سنة	
3.00	17.00	3	أكثر من 60 سنة	
3.40	16.53	200	Total	
3.16	13.49	70	اقل من 30 سنة	الاعتمادية

الفصل الثالث مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	السن	ابعاد الاستبيان
3.54	12.49	85	من 31 إلى 40 سنة	
2.88	12.35	31	من 41 إلى 50 سنة	
2.80	15.73	11	من 51 إلى 60 سنة	
3.21	12.33	3	أكثر من 60 سنة	
3.35	13.00	200	Total	
3.18	13.49	70	اقل من 30 سنة	الاستجابة
3.96	12.65	85	من 31 إلى 40 سنة	
2.80	11.97	31	من 41 إلى 50 سنة	
3.61	15.36	11	من 51 إلى 60 سنة	
3.06	12.33	3	أكثر من 60 سنة	
3.56	12.98	200	Total	
3.85	17.46	70	اقل من 30 سنة	التعاطف
4.58	16.79	85	من 31 إلى 40 سنة	
3.89	15.65	31	من 41 إلى 50 سنة	
4.15	20.00	11	من 51 إلى 60 سنة	
1.15	20.33	3	أكثر من 60 سنة	
4.26	17.08	200	Total	
3.26	13.84	70	اقل من 30 سنة	الأمان
3.63	13.18	85	من 31 إلى 40 سنة	
3.21	11.97	31	من 41 إلى 50 سنة	
3.88	15.27	11	من 51 إلى 60 سنة	
2.52	14.33	3	أكثر من 60 سنة	
3.49	13.36	200	Total	
5.87	24.59	70	اقل من 30 سنة	ترقية خدمات الرعاية الصحية
5.94	23.99	85	من 31 إلى 40 سنة	
4.26	21.42	31	من 41 إلى 50 سنة	
4.69	29.18	11	من 51 إلى 60 سنة	
1.53	24.33	3	أكثر من 60 سنة	

الفصل الثالث مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	السن	ابعاد الاستبانة
5.78	24.09	200	Total	
18.71	99.47	70	اقل من 30 سنة	المجموع الكلي
22.19	95.66	85	من 31 إلى 40 سنة	
15.46	88.84	31	من 41 إلى 50 سنة	
21.22	114.09	11	من 51 إلى 60 سنة	
9.87	100.67	3	أكثر من 60 سنة	
20.46	97.03	200	Total	

يوضح الجدول السابق البيانات الوصفية لأبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية

الصحية في الجزائر تبعا لمتغير السن .

جدول رقم جدول رقم (3-37) :

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدلالة الفروق في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية تبعا للسن

م	الابعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
1	الملموسية	بين المجموعات	79.87	4.00	19.97	1.76	غير دالة
		داخل المجموعات	2213.95	195.00	11.35		
		المجموع	2293.82	199.00			
2	الاعتمادية	بين المجموعات	134.32	4.00	33.58	3.13	0.05
		داخل المجموعات	2092.68	195.00	10.73		
		المجموع	2227.00	199.00			
3	الاستجابة	بين المجموعات	122.84	4.00	30.71	2.49	0.05

م	الابعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
		داخل المجموعات	2401.08	195.00	12.31		
		المجموع	2523.92	199.00			
4	التعاطف	بين المجموعات	206.55	4.00	51.64	2.95	0.05
		داخل المجموعات	3411.32	195.00	17.49		
		المجموع	3617.88	199.00			
5	الأمان	بين المجموعات	122.35	4.00	30.59	2.59	0.05
		داخل المجموعات	2307.44	195.00	11.83		
		المجموع	2429.80	199.00			
	المجموع الكلي	بين المجموعات	524.55	4.00	131.14	4.18	0.01
		داخل المجموعات	6115.83	195.00	31.36		
		المجموع	6640.38	199.00			

دلت نتائج الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( 0.05 ) في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر بين المراحل العمرية المختلفة لصالح الفئة العمرية ( من 51 إلى 60 سنة ) فيما عدا بعد الموسمية لا توجد فروق دالة إحصائية .

3-2 تبعا لمتغير المستوى التعليمي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات

الرعاية الصحية في الجزائر تبعا لمتغير المستوى التعليمي ؟

تم استخدام اختبار (One Way ANOVA) للتحقق من صحة هذه الفرضية ، ويوضح الجدول التالي نتائج اختبار (One Way ANOVA)، للمتغير المستقل أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر ، والمتغير التابع المستوى التعليمي .

جدول رقم جدول رقم (38-3):

البيانات الوصفية لأبعاد استبانة حول دور الجودة ترقية خدمات الرعاية الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	ابعاد الاستبانة
3.17	16.70	23	ابتدائي	الملموسية
3.32	16.06	35	متوسط	
3.94	16.85	54	ثانوي	
2.92	16.51	72	جامعي	
4.16	16.31	16	تعليم عالي	
3.40	16.53	200	Total	
2.88	12.74	23	ابتدائي	الاعتمادية
3.42	11.91	35	متوسط	
3.63	13.17	54	ثانوي	
3.19	13.47	72	جامعي	
3.33	13.00	16	تعليم عالي	
3.35	13.00	200	Total	
3.39	12.30	23	ابتدائي	الاستجابة
3.91	12.14	35	متوسط	
3.51	13.15	54	ثانوي	
3.27	13.44	72	جامعي	
4.36	13.13	16	تعليم عالي	
3.56	12.98	200	Total	
4.33	15.87	23	ابتدائي	التعاطف

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	ابعاد الاستبانة
4.26	15.97	35	متوسط	
4.48	17.30	54	ثانوي	
3.84	17.78	72	جامعي	
4.92	17.31	16	تعليم عالي	
4.26	17.08	200	Total	
3.90	12.61	23	ابتدائي	الأمان
3.46	12.11	35	متوسط	
3.56	13.70	54	ثانوي	
2.98	13.81	72	جامعي	
4.40	13.94	16	تعليم عالي	
3.49	13.36	200	Total	
6.05	23.70	23	ابتدائي	ترقية خدمات الرعاية الصحية
6.47	23.14	35	متوسط	
6.18	25.09	54	ثانوي	
4.88	24.13	72	جامعي	
6.32	23.19	16	تعليم عالي	
5.78	24.09	200	Total	
19.65	93.91	23	ابتدائي	المجموع الكلي
20.90	91.34	35	متوسط	
22.07	99.26	54	ثانوي	
17.70	99.14	72	جامعي	
25.71	96.88	16	تعليم عالي	
20.46	97.03	200	Total	

يوضح الجدول السابق البيانات الوصفية لأبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر تبعا لمتغير المستوى التعليمي .

جدول رقم جدول رقم (39-3):

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدلالة الفروق في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

م	الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
1	الملموسية	بين المجموعات	14.83	4.00	3.71	0.32	غير دالة
		داخل المجموعات	2278.99	195.00	11.69		
		المجموع	2293.82	199.00			
2	الاعتمادية	بين المجموعات	60.37	4.00	15.09	1.36	غير دالة
		داخل المجموعات	2166.62	195.00	11.11		
		المجموع	2227.00	199.00			
3	الاستجابة	بين المجموعات	52.42	4.00	13.11	1.03	غير دالة
		داخل المجموعات	2471.50	195.00	12.67		
		المجموع	2523.92	199.00			
4	التعاطف	بين المجموعات	115.15	4.00	28.79	1.60	غير دالة
		داخل المجموعات	3502.72	195.00	17.96		
		المجموع	3617.88	199.00			
5	الأمان	بين المجموعات	93.30	4.00	23.32	1.95	غير دالة
		داخل المجموعات	2336.50	195.00	11.98		
		المجموع	2429.80	199.00			
6	ترقية خدمات الرعاية الصحية	بين المجموعات	102.38	4.00	25.59	0.76	غير دالة
		داخل المجموعات	6538.00	195.00	33.53		

م	الابعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
		المجموع	6640.38	199.00			
	المجموع الكلي	بين المجموعات	1944.43	4.00	486.11	1.17	غير دالة
		داخل المجموعات	81336.44	195.00	417.11		
		المجموع	83280.88	199.00			

دلت نتائج الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( 0.05 )

في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائريين المستويات التعليمية المختلفة ، أى أن المستويات التعليمية يتوافقون على ابعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر.



### خلاصة الفصل التطبيقي

عرف النظام الصحي في الجزائر عدة تطورات من خلال مجموعة من السياسات تبنتها الحكومات المتعاقبة مروراً بالطب المجاني، والقضاء على الأمراض المتنقلة، وكذا بعث برامج التلقيح الإجباري، بالإضافة إلى سياسات الإصلاح التي اتبعتها الوزارة الوصية مؤخراً. كما اتخذنا المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة ميداناً للدراسة التطبيقية: في محاولة منا لإسقاط الجانب النظري على الجانب التطبيقي من خلال توزيع استمارة استبيان على عينة من المرضى، وقمنا بتحليل نتائج الاستمارة باستخدام برنامج SPSS، وتم استخلاص أن هناك علاقة ارتباط قوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية وترقية خدمات الرعاية الصحية من طرف المؤسسة محل الدراسة.

الخاتمة العامة

## الخاتمة العامة

إن من أكبر التحديات التي تواجه المؤسسات الصحية اليوم، إشكالية الارتقاء بمستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة وتقليل تكاليفها، فقد أصبحت جودة خدمات الرعاية الصحية ضرورة لازمة، تتضح أهميتها بقدرتها على تقليص الفجوة بين الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة من طرف متلقي الخدمة، لذا تسعى المؤسسات الصحية إلى تبني مبدأ الجودة لرفع مستوى الأداء في الرعاية الصحية. وشملت دراستنا التطبيقية في هذا البحث عينة من المرضى والمراجعين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة، و تم تحليل الاستمارات المسترجعة اعتماداً على برنامج SPSS 21، والذي يعتبر من البرامج الواسعة الاستخدام في تحليل البيانات المستخرجة من الاستبيانات.

## ❖ نتائج الدراسة التطبيقية:

أظهرت نتائج الدراسة التطبيقية ما يلي:

- ان جميع معاملات الارتباط لابعاد الاستبيانة ترتبط ببعضها البعض بمستوى دلالة ( 0.01). وهذا يؤكد أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الصدق.
- معامل الثبات بالنسبة لمحاور الاستبانة والمجموع الكلي مرتفعة. وبناء على هذه النتيجة فإن مستوى الثبات لمحتوى الأداة يعد ملائماً من وجهة نظر البحث العلمي.
- من خلال النتائج المتحصل عليها اتضح ان جميع قيم كا<sup>2</sup> دالة عند مستوى ( 0.01) لجميع عبارات كل بعد من ابعاد الاستبيانة ، وهذا يؤكد أن آراء عينة الدراسة حول بنود هذه الابعاد متسقة مع نفسها وهي تميز آراء الافراد عينة الدراسة نحو إتجاه معين وعدم تشتت التكرارات حول بدائل الاختيار الخمسة .

## ❖ نتائج التحليل الإحصائي للاستبيان تبين ما يلي:

## بالنسبة لبعد الملموسية:

ان بعد الملموسية حسب عينة الدراسة يقع في فئة محايد ، كما اتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على ثلاثة عبارات من عبارات المحور الأول (الملموسية) في مستوى موافق ، ويوافقون على بقية العبارات في مستوى محايد.

## بالنسبة لبعد الاعتمادية:

ان بعد الاعتمادية حسب عينة الدراسة يقع في فئة محايد ، كما اتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على جميع عبارات من عبارات المحور الثاني (الاعتمادية) في مستوى محايد.

## بالنسبة لبعء الاستجابة:

ان بعد الاستجابة حسب عينة الدراسة يقع في فئة محايد ، كما اتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على جميع عبارات من عبارات المحور الثالث (الاستجابة) في مستوى محايد.

## بالنسبة لبعء التعاطف:

ان بعد التعاطف حسب عينة الدراسة يقع في فئة موافق، كما اتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على ثلاثة عبارات من عبارات المحور الرابع (التعاطف) في مستوى موافق ، ووافقون على بقية العبارات في مستوى محايد.

## بالنسبة لبعء الأمان:

ان بعد الأمان حسب عينة الدراسة يقع في فئة محايد، كما اتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على عبارتين من عبارات المحور الخامس (الأمان) في مستوى موافق ، ووافقون على بقية العبارات في مستوى محايد.

## بالنسبة لترقية خدمات الرعاية الصحية

ان أفراد عينة الدراسة يوافقون على متغير (ترقية الخدمات الصحية) في فئة محايد . كما اتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة يوافقوا على عبارتين من عبارات متغير (ترقية الخدمات الصحية) في مستوى موافق، وعبارة واحدة في مستوى غير موافق ووافقون على بقية العبارات في مستوى محايد.

## ❖ اختبار صحة الفرضيات:

-تم التأكد من صحة الفرضية الرئيسية والتي تنص على ما يلي: "توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة"

- تم التأكد من صحة الفرضية الأولى والتي تنص على ما يلي: "توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الملموسية وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة".

- تم التأكد من صحة الفرضية الثانية والتي تنص على ما يلي: "توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاعتمادية وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة".

- تم التأكد من صحة الفرضية الثالثة والتي تنص على ما يلي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الاستجابة وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة " .

- تم التأكد من صحة الفرضية الرابعة والتي تنص على ما يلي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد التعاطف وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة " .

- تم التأكد من صحة الفرضية الخامسة والتي تنص على ما يلي : " توجد علاقة ارتباط معنوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية من حيث بعد الأمان وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة " .

من خلال نتائج الفرضيات الخمس تبين ان هناك علاقة ارتباط قوية بين إبعاد جودة خدمات

الرعاية الصحية وترقية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة قيد الدراسة حسب رأي المرضى متلقي العلاج.

❖ نتائج الفروق في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر تبعا لمتغيرات الدراسة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر بين الذكور والإناث.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر بين المراحل العمرية المختلفة لصالح الفئة العمرية ( من 51 إلى 60 سنة) فيما عدا بعد الملموسية لا توجد فروق دالة إحصائية .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر بين المستويات التعليمية المختلفة.

## ❖ استنتاجات الدراسة:

من خلال ما حصلناه في الدراسة النظرية، وما توصلنا اليه من نتائج في الدراسة الميدانية يمكن الخروج ببعض الاستنتاجات أهمها:

- ✓ إن أفراد عينة الدراسة عند إقبالهم على شراء خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى يتأثرون بمجموعة من العوامل الثقافية و النفسية والاجتماعية ، و التي تؤثر على سلوكهم و بالتالي على قرار شرائهم.
- ✓ تتوافر في المؤسسة محل الدراسة أبعاد جودة الخدمات فيما يتعلق الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف و الأمان.
- ✓ توجد علاقة ارتباط قوية بين جودة خدمات الرعاية الصحية و ترقية خدمات الرعاية الصحية بالمؤسسة محل الدراسة.
- ✓ يساعد مقياس الفجوة (SERVQUAL) في معرفة الفجوة ما بين توقعات المرضى و إدراكهم لمستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة .
- ✓ يتطلع الكثير من المرضى و المراجعين بالمؤسسة محل الدراسة للحصول على خدمات رعاية صحية أفضل؛ م ن خلال ما رصدناه من آراءهم و اقتراحاتهم حول جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة.

## ❖ اقتراحات الدراسة:

1. زيادة اهتمام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بخدمات الرعاية الصحية و ترقيتها من خلال زيادة الاهتمام بإبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية المتمثلة في (الملموسية، الاستجابة، الاعتمادية، التعاطف و الأمان).
2. دراسة آراء و اقتراحات المرضى المحصل عليها من خلال دراستنا الميدانية و إعادة النظر فيها حسب ترتيبها و أولويتها..
3. الاهتمام بملاحظات المرضى و محاولة رفعها حسب الإمكانيات المادية و البشرية المتاحة للمؤسسة قيد الدراسة.

## ❖ أفاق الدراسة:

من خلال دراستنا الميدانية و التطبيقية يمكن اقتراح بعض العناوين التي يمكن أن تكون أبحاث مستقبلية:

1. دراسة جودة خدمات الرعاية الصحية من منظور المرضى متلقي العلاج في المؤسسات الصحية الخاصة.
2. دراسة جودة خدمات الرعاية الصحية من منظور مقدمي الخدمة ( أطباء، ممرضين، إداريين،...) في مؤسسات الصحة العمومية.
3. دراسة جودة خدمات الرعاية الصحية من منظور مقدمي الخدمة ( أطباء، ممرضين، إداريين،...) في المؤسسات الصحية الخاصة.
4. دراسة جودة خدمات الرعاية الصحية من منظور مقدمي الخدمة ( أطباء، ممرضين، إداريين،...) في المؤسسات الاستشفائية العمومية و الخاصة (دراسة مقارنة).
5. دراسة جودة خدمات الرعاية الصحية من منظور المرضى متلقي العلاج في المؤسسات الاستشفائية العمومية و الخاصة (دراسة مقارنة).
6. دور إدارة الجودة الشاملة في تقليص تكاليف الرعاية الصحية في الجزائر.
7. تحقيق جودة الخدمات الصحية في الجزائر من خلال استخدام مبادئ إدارة الجودة الشاملة .

# المراجع



## -الكتب باللغة العربية:

1. أدريان بالمر، مبادئ تسويق الخدمات، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، ط 1، مجموعة نيل العربية، مدينة نصر، القاهرة، 2009 .
2. إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، أسس ومبادئ التخطيط و الجودة، مصدر الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 2007
3. أبو بكر محمود الهوش، تسويق المعلومات، ط1 ، السحاب، ليبيا، 2011 .
4. بشير العلق، التسويق الصيدلاني، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2007 .
5. بشير العلق وآخرون، استراتيجيات التسويق، ط 1، دار زهران ، عمان، الأردن، 2012
6. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط 5، دار وائل، عمان، الأردن، 2009 .
7. هيثم حمود الشلبي و مروان محمد النسور، ادارة المنشآت المعاصرة، ط1، دارالصفاء، عمان، الاردن، 2009.
8. زاهر عبد الرحيم عاطف، تسويق الخدمات، ط1، دار الراية، عمان، الاردن، 2012.
9. زاهر عبد الرحيم عاطف، إدارة المستشفيات و السجلات الطبية، ط1، دار الراية، عمان، الأردن،
10. محمود جاسم الصميدعي و ردينه عثمان يوسف، تسويق الخدمات، ط 1، دار المسيرة، عمان، الأردن ، 2010
11. محمود جاسم الصميدعي و ردينه عثمان يوسف، سلوك المستهلك، ط 1 ، دار المناهج، عمان، الأردن، 2007 .
12. مصطفى يوسف كافي، الإعلام و التسويق الصحي، ط1، دار الابتكار، عمان، الأردن، 2017
13. مصطفى يوسف كافي، الإدارة الصحية، دار حامد، عمان، الأردن، 2017، .
14. مصطفى يوسف، إدارة المستشفيات، ط1، دار حامد، عمان، الأردن، 2016
15. مصطفى محمد ابو بكر و عبد الله بن عبد الرحمن البريدي، الاتصال الفعال مدخل استراتيجي سلوكي لجودة العلاقات في الحياة والأعمال، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2008/2007
16. مضر زهران، إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية، دار زهران، عمان الأردن، 2006.
17. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، ط 1، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2012، ص 192.
18. عبد الحميد، جفال عمار، سيدي إدريس. التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية، ط 1، دار الأيام، عمان، الأردن، 2016، ص 70-78.
19. سمير حسين الوادي و مصطفى سعيد الوادي، تسويق الخدمات الصحية منظور متكامل، ط 1، دار المسيرة، عمان، الأردن، 2016 .
20. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية، ط1، دار الشروق، عمان، الاردن، 2007.
21. فريد كورتل، تسويق الخدمات، ط 1، دار كنوز المعرفة، عمان، الأردن، 2009.

22. فريد كورتل وآخرون، تسويق الخدمات الصحية، ط 1، داركنوز المعرفة العلمية ، عمان، الأردن، 2012.
23. فوزي شعبان مدكور، تسويق الخدمات الصحية، ط2، ايتراك، القاهرة، مصر، 2001
24. فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، ط 1 ، دارالمسيرة، عمان الأردن، 2014، ص 220.
25. قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 9001 – 2000 ، ط 3، دارالثقافة، عمان، الأردن، 2013،
26. ريجي مصطفى عليان وإيمان فاضل السمراي، تسويق المعلومات وخدمات المعلومات، ط 2، دار صفاء، عمان، الأردن، 2015 .
27. ردينه عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دارالمناهج ، عمان، الأردن، 2008.
28. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، داراليازوري، عمان، الأردن، 2005
29. ثامر البكري، الاتصالات التسويقية والترويج، ط 1، دار حامد، عمان، الأردن، 2006.
30. غواري مليكة، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، داراليازوري ، عمان، الأردن، 2016
31. غواري مليكة، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، داراليازوري ، عمان، الأردن، 2016

## -المراجع باللغة الفرنسية:

1. Béatrice Bréchnignac -Roubaud ,"marketing des sévices du projet au plan marketing" 5 édition , paris, 2001 .
2. C. Lovelock et autres, marketing des services, 6 édition, Pearson, paris 2008,.
3. Ecris vogler, Management Stratégique des Services, Dunod, Paris, 2004
4. Kadder, Miloud. Système et politique de santé en maghreb. Un état de lieu, Paris, 1994, P 72.
5. Mustapha, Khiati. Quelle santé pour les algeriens ? Maghreb relation , Alger, 1990,P25.
6. Parcours, Le Marketing, Hachette livre, Paris, 1996 .
7. Ph. Kotler et B. Dubois, Marketing Management, 11 édition, Pearson, Paris, 2004 .
8. Philip kotler et autre , Marketing Management, 13 édition, pearson, France , 2009.
9. Philippe Callot, Marketing des Services , EMD S.A.S, France,2009 .
10. Rabah, Bousouf. Géographie et santé en Algérie,opu, Alger, 1992, P 163 .
11. youcef abbou et brahim bramia. Le système de santé algérien entre gratuite des soins et maitrise des dépenses de santé, Revenue science humaines N° 44, decembre 2015,p 12
12. Y.Chirouze, Le Marketing Stratégique, Ellipses, Paris, 1995
- 13 - CHEURFA, Taous et KAÏD TLILANE Nouara. « LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES. Economie & Société N° 10 / 2014, Alger, p 75

## -المراسيم التنفيذية

- المرسوم التنفيذي رقم (124-90) المؤرخ في 30 أفريل 1990 .
- المرسوم التنفيذي رقم (180-90) المؤرخ في 23 جوان 1990 .
- المرسوم التنفيذي رقم (140-07) المؤرخ في 19 ماي 2007 .

- مواقع الانترنت:

- الرسائل الجامعية:

1. صالح بوعبد الله ، نماذج و طرق قياس جودة الخدمة – دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر- ، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف 1 ، الجزائر، سنة 2013/2014 ، مذكرة.  
[www.univ-setif.dz/Tdoctorat/facultes/facultes/fseg/2014/bouabdallahsalah.pdf](http://www.univ-setif.dz/Tdoctorat/facultes/facultes/fseg/2014/bouabdallahsalah.pdf)  
تاريخ و ساعة التحميل 2018/02/23 (22:08)

2. وهيبة ولد براهيم ، مساهمة نظام المعلومات التسويقية في تحقيق ادارة الجودة الشاملة – دراسة ميدانية لمجموعة من المؤسسات الاقتصادية الجزائرية - ، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية و علوم التسيير، قسم العلوم الاقتصادية، تخصص ادارة تسويقية، جامعة بومرداس، الجزائر، 2016/2017.  
[dlibrary.univ-boumerdes.dz:8080/bitstream/123456789/3830/1/ould%20brahim.pdf](http://dlibrary.univ-boumerdes.dz:8080/bitstream/123456789/3830/1/ould%20brahim.pdf)  
تاريخ و ساعة التحميل: 2018/05/ 14 (20:02)

3. رزان علي عمر عبد المهدي ، اثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات و عناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية- دراسة حالة في مركز الحسين للسرطان- ، رسالة ماجستير في الأعمال الالكترونية، قسم الأعمال الالكترونية، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط ، 2016 ،  
[https://meu.edu.jo/libraryTheses/5870bb6145c0d\\_1.pdf](https://meu.edu.jo/libraryTheses/5870bb6145c0d_1.pdf) تاريخ و ساعة التحميل 2018/02/22 (22:54)

4. شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية – دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية و علوم التسيير، قسم علوم التسيير، تخصص مانجمنت أعمال، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2016/2017. تاريخ و ساعة التحميل 2017/11/18 (11:01)

<http://thesis.univ-biskra.dz/id/eprint/2968>

5- سامر فهد سليمان الرياضي، اثر أبعاد جودة الخدمة المصرفية على رضا العملاء في البنك العربي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق، كلية الدراسات العليا، جامعة الزرقاء، مدينة الزرقاء، 2016 .  
[zu.edu.jo/ar/Collage/Studies/AllPapers.aspx?Dept=1307](http://zu.edu.jo/ar/Collage/Studies/AllPapers.aspx?Dept=1307) تاريخ و ساعة التحميل 2018/02/23 (18:20)

## المداخلات و المقالات:

- 6 - اديب برهوم ورشا سعيد، " اثر الابتكار التسويقي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في مستشفى الباسل بطرطوس"، مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدراسات العلمية، المجلد 36، العدد 4، 2014، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، جامعة تشرين، طرطوس، سوريا .  
[journal.tishreen.edu.sy/index.php/econlaw/article/viewFile/.../1034](http://journal.tishreen.edu.sy/index.php/econlaw/article/viewFile/.../1034)  
تاريخ و ساعة التحميل 2018/02/20 (22:15)
- 7 - حبيب محمود وباسل انور اسعد ، " قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها – دراسة ميدانية لمراكز إشراف الشامية-، مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدراسات، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 36، العدد 5، 2014 ،  
[journal.tishreen.edu.sy/index.php/econlaw/article/viewFile/.../1223](http://journal.tishreen.edu.sy/index.php/econlaw/article/viewFile/.../1223)  
تاريخ و ساعة التحميل 2018/02/21
- 8 - محمد لمن علون و حليلة عطية، " فعالية نظام المعلومات الإدارية و مساهمتها في إدارة الأزمات – دراسة حالة شركة ( Caaterpillar ) ( Johnson & Johnson )، مجلة الأفاق للدراسات الاقتصادية، العدد الرابع، 2018، الجزائر . <https://www.asjp.cerit.dz> تاريخ و ساعة التحميل 2018 /03/15 (22:38)
- 9 - محمد نور الطاهر احمد عبد القادر، " قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى و المراجعين"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 2015/4 ، 2015/09/01 ، جامعة الدمام، الأردن، ص 903 .  
<https://journals.ju.edu.jo/JJBA/article/download/9036/4720>  
تاريخ و ساعة التحميل 2017/12/18 (20:27)
- 10 -محمد خيثر و أسماء مرايبي، " العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة ورضا الزبون بالمؤسسة"، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد 3، العدد 4، 2017،  
[www.univ-chlef.dz/ALRIYADA/wp-content/.../04.2017/02.pdf](http://www.univ-chlef.dz/ALRIYADA/wp-content/.../04.2017/02.pdf) تاريخ و ساعة التحميل 2018 /02/23 (12:59)
- 11 م. وفاء علي سلطان، " ابعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين – دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الاهلية في محافظة البصرة -، مجلة دورية نصف سنوية، المجلد الخامس، العدد العاشر، 2012، قسم ادارة الاعمال، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة البصرة،  
<https://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&ald=74105> Le 23/02/2018 à 11 :52 .

- 12 - نجم العزاوي وفراس ابو قاعود، "مجلة كلية بغداد للعلوم الجامعة"، العدد الثالث والعشرون، 2010، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، كلية الأعمال، دون ذكر الصفحة .  
<https://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&ald=53220> تاريخ و ساعة التحميل : 2018/02/23.  
(11:45)
- 13 -عمار بن عيشي ، "أبعاد جودة الخدمة الصحية و دورها في تحقيق رضا الزبون (المرضى) – دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة الجزائر، مجلة إدارة الأعمال و الدراسات الاقتصادية، العدد السادس، بدون تاريخ النشر،  
<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/313> تاريخ و ساعة التحميل : 2018/02/ 23 (12:52)
- 14 -عبد القادر شارف و لعلا رمضاني، " اثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية – دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية احمد بن عجيبة بالاغواط - ، مجلة الباحث، العدد 17 ، 2017 .  
<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/7> تاريخ و ساعة التحميل 09/03/2018 (09:04)
- 15 -عطية مصلىح، " قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين و المرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية"، مجلة جامعة القدس المفتوحة للابحاث و الدراسات، العدد السابع والعشرون (2)، 2012.  
[elibrary.medi.u.edu.my/books/2014/MEDIU00288.pdf](http://elibrary.medi.u.edu.my/books/2014/MEDIU00288.pdf)  
تاريخ و ساعة التحميل 2018/02/21 (09:31)
- 16 - عبد المالك تومي، " تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا الزبون- دراسة استطلاعية لأراء عينة من الزبائن في عيادة ابن سينا بباتنة"، مجلة البحوث الاقتصادية و المالية، المجلد الرابع، العدد الثاني، 2017 .  
<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/64> .  
تاريخ و ساعة التحميل: 2018/03/09 (09:02)
- 17 -صلاح محمود ذياب، " قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى و الموظفين"، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية و الإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، 2012، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، عمان، الأردن،  
<https://journals.iugaza.edu.ps/index.php/IUGJEB/article/.../384>  
تاريخ و ساعة التحميل 2018/02/21 (10:10)
- 18 -صورية بوطرفة، " التغيير التكنولوجي في المؤسسة و تأثيره على باقي مجالات التغيير التنظيمي – دراسة حالة مؤسسة نפטال فرع تبسة-، مجلة الافاق للدراسات الاقتصادية، 2018، .  
<https://www.asjp.cerit.dz> تاريخ و ساعة التحميل 15/03/2018 (22:34)
- 19 - رشيد سعيدان و علي بوهنة ، " واقع الخدمات الصحية من خلال الاصلاحات"، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد الاول، ديسمبر، 2014، ص ص 9-11.  
[univtmbechar.wixsite.com/al-bashaer/num-parus-ar](http://univtmbechar.wixsite.com/al-bashaer/num-parus-ar) تاريخ و ساعة التحميل 2018 /02/22 (22:29)

20- شرف الدين زديرة . " دراسة تحليلية لنوعية خدمات الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من وجهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس بقسنطينة" ، ابحاث اقتصادية وادارية، العدد الثامن عشر، 2015 ،كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر. [Revues.univ-biskra.dz/index.php/rem/article/view/1421/1337](http://Revues.univ-biskra.dz/index.php/rem/article/view/1421/1337) تاريخ و ساعة لتحميل (22:32).2018/02/22

#### - الصحف الوطنية:

- 1 - ب. ب. عيشي. " وزارة الصحة وحدها من حققت طفرة مادية "، بوابة الشروق،الجزائر، 2016/10/13 <https://www.echoroukonline.com/> تاريخ التحميل 2017/06/03 ( 22:39)
- 2 - عبد الرزاق. ب. " الوصفة الطبية الالكترونية ترى النور"، بوابة الشروق، الجزائر، 2017/02/06 . <https://www.echoroukonline.com/> تاريخ التحميل 2017/06/03 (22:07)
- 3 - ل. حسنية، الصحة و الضمان الاجتماعي، مقال ( جريدة المساء)، الجزائر، 30 كانون الاول 2014،-<https://el-massa.com> تاريخ التحميل 2018/06/02 (19:03).
- 4 - - <https://www.ennaharonline.com/> تاريخ و ساعة التحميل 2018 /06/02 ( 22:33)
- 5- /صحة/[aljazairalyoum.com/category/](http://aljazairalyoum.com/category/) تاريخ و ساعة التحميل 2018/06/03 ( 18:33)

- الموقع الرسمي للمؤسسة محل الدراسة :

[www.epspmesra.org](http://www.epspmesra.org)

الملاحق



ملحق رقم (01): استمارة استبيان موجهة للمرضى باللغة العربية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة عبد الحميد بن باديس \_ مستغانم  
كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير

### استمارة استبيان موجهة للمرضى

أخي المريض، أختي المريضة:

تحية طيبة

في إطار تحضير رسالة ماستر تحت عنوان " دور الجودة في ترقية الخدمات الصحية في الجزائر، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى ". ولكونكم المستفيدين من هذه الخدمات ، نرجو تفضلكم بالإجابة عن عبارات هذا الاستبيان مع وافر الشكر والامتنان، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لإغراض البحث العلمي، كما يهدف البحث إلى جمع المعلومات وتحليلها وتقديم نتائجها للجهات المعنية بها لعلها تساعد في تجنب العديد من المشاكل والمعوقات ، وتساهم بالمقابل في تحسين فرص نجاح مشروع تطبيق الجودة والمشاريع المشابهة.

شكرا لكم لتعاونكم وتقديركم للبحث العلمي..... ,

▪ عند الإجابة على عبارات الاستبيان يرجى وضع العلامة (X) في الخانة المناسبة.

أولاً. معلومات شخصية:

❖ الجنس:

ذكر  أنثى

❖ السن:

من 30 سنة  من 31 إلى 40 سنة  من 41 إلى 50 سنة  
 من 51 إلى 60 سنة  أكثر من 60 سنة

❖ المستوى التعليمي:

ابتدائي  متوسط  ثانوي  جامعي  تعليم  
عالي

ثانياً. أبعاد جودة الخدمة الصحية:

الملموسية						
م	الفقرة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
1	تتمتع المؤسسة بموقع ملائم يسهل الوصول إليه					
2	يتمتع العاملون بدرجة عالية من النظافة و حسن المظهر					
3	تتوفر المؤسسة على شروط النظافة الصحية بما يحقق راحة المرضى					
4	المعدات و الأجهزة الطبية حديثة و متطورة					
5	توفر الأدوية و التحاليل المخبرية اللازمة بما يضمن توفير العلاج الأساسي المناسب					
الاعتمادية						
6	تلتزم المؤسسة بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة					
7	تحرص المؤسسة على حل المشاكل التي يواجهها المرضى و استفساراتهم					

					يلتزم الطاقم الطبي و التمريضي بتقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة وبدون أخطاء	8
					تحضى المؤسسة بثقة و استحسان المستفيدين من خدماتها	9
<b>الاستجابة</b>						
					تقوم المؤسسة بتبسيط إجراءات العلاج قدر الإمكان لضمان السرعة و السهولة في تقديم الخدمة الصحية	10
					يقوم العاملون في المؤسسة بتقديم الخدمة الصحية للمريض بسرعة وبدون تأخير	11
					يرغب العاملون في المؤسسة بتقديم يد العون والمساعدة للمرضى	12
					تتوزع مكاتب تقديم الخدمة في المؤسسة بشكل يساعد على الحفاظ على وقت المستفيدين من خدماتها	13
<b>التعاطف</b>						
					أوقات دوام المؤسسة ملائمة للمرضى متلقي العلاج	14
					يتصف سلوك الأطباء والمرضين بالمجاملة واللفظ مع المريض	15
					يعطي العاملون في المؤسسة الوقت الكافي لكل مريض	16
					تراعي المؤسسة العادات و التقاليد و الأعراف السائدة في المجتمع	17
					يبدي العاملون في المؤسسة احتراماً بالغاً بالمريض و مرافقيه	18
<b>الأمان</b>						
					يشعر المريض بأنه بأيدي أمينة داخل المؤسسة	19
					تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	20
					يتميز الأطباء بمهارات عالية في التشخيص و العلاج	21
					يمتلك العاملون المعرفة الكافية للإجابة على استفساراتكم	22

ثالثاً. ترقية الخدمات الصحية:

الرقم	الفقرة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
23	عند وصول المريض يتم مرافقته و توجيهه من طرف أشخاص مدربين وأكفاء					
24	يوجد على مستوى كل مصلحة دفتر الملاحظات و شكاوي المرضى وذويهم					
25	تهتم المؤسسة بأراء ومقترحات المرضى و ذويهم عن الخدمة المقدمة ، مع متابعة شكاويهم و تقديم الحلول المناسبة لها					
26	يساعد نظام المعلومات على التنسيق و السرعة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك تنظيم صفوف الانتظار					
27	تقوم المؤسسة بتوفير كتيبات و مطويات و ملصقات تساهم في تثقيف المريض و تعريفه بالخدمات التي تقدمها المؤسسة					
28	تقوم المؤسسة بتوفير نظام صحي لرعاية الأمومة و الطفولة ، مع توفير اللقاحات المناسبة وفي الوقت المحدد					
29	تضع المؤسسة لوحات و علامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام و الفروع المختلفة					
30	تتضمن المؤسسة مساحات خضراء تساهم في راحة المرضى					

31. ما رأيكم في خدمات الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى؟

.....

.....

.....

32. هل يمكنك تقديم ملاحظات أو اقتراحات للمؤسسة فيما يخص جودة خدمات الرعاية الصحية؟

.....

.....

.....

ملحق رقم (02): استمارة استبيان موجهة للمرضى باللغة الفرنسية

*Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique*

*Université ABD El-Hamid Ibn Badis – Mostaganem*

*Faculté des sciences économiques, commerciales et sciences de gestion*

## Formulaire de questionnaire destiné aux malades

*Chères frères et sœurs patients ;*

Dans le cadre de la préparation de la thèse de master intitulée « le rôle de la qualité dans la promotion des services de santé en Algérie ».

L'étude du cas de l'EPSP MESRA, du fait que vous êtes des bénéficiaires de ces services, nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire avec tous les remerciements et la gratitude que je vous dois.

Il est bien entendu que toutes vos réponses seront traitées avec confidentialité, utilisées pour des fins de recherches scientifiques, cette étude à pour objectif, de récolter les informations, les analysées et présenter des résultats aux parties concernées afin d'éviter les problèmes et mettre fin aux contraintes d'une part,

Et d'autre part contribuer dans l'amélioration des opportunités de réussite de projet de la qualité de santé et d'autres projets sanitaires.

Grand merci, pour votre aide et votre considération pour la recherche scientifique ... ,

- Cocher la bonne case :

### 1. Renseignements personnels :

➤ Sexe :

Masculin     Féminin

➤ Age :

Moins de 30 ans     De 31-40 ans     De 41-50 ans     De 51-60 ans

De 41-50 ans     De 51-60 ans     Plus de 60 ans

➤ Niveau :

Primaire     Moyen     Secondaire     Universitaire     Etudes supérieures

### 2. Les objectifs de la qualité des services sanitaires :

<i>Tangible</i>						
<i>N°</i>	<i>Paragraphe</i>	<i>Très insatisfait</i>	<i>Insatisfait</i>	<i>Neutre</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Très satisfait</i>
1	L'EPSP se situe dans un endroit facile d'accès.					
2	Le personnel de l'EPSP est présentable et propre.					
3	L'EPSP assure les conditions de l'hygiène et de la salubrité aux patients.					
4	Les équipements médicaux sont modernes et très développés.					
5	La disponibilité des médicaments et les réactifs d'analyses nécessaires pour assurer la disponibilité des soins de base.					

***La réhabilité***

6	L'établissement s'engage à assurer les prestations sanitaires dans les délais impartis.					
7	L'établissement veille à résoudre les problèmes rencontrés par les malades.					
8	L'équipe médicale et paramédicale s'engage à assurer des prestations sanitaires d'une façon correcte et sans fautes.					
9	L'établissement gagne la confiance des bénéficiaires de ses services.					

***La réactivité***

10	L'établissement assure les différentes modalités de soins dans la mesure du possible afin d'assurer la célérité et la facilitation dans les prestations sanitaires.					
11	Le personnel de l'établissement assure les prestations sanitaires d'une façon rapide et sans retard.					
12	Le personnel de santé désire à prêter main d'aide aux malades.					
13	Les bureaux assurant les services sont répartis d'une façon à faciliter l'accès et diminuer le délai d'attente des patients.					

*Sympathisassions*

14	Les horaires de la permanence convient aux percepteurs de soins.					
15	Le comportement des médecins et infirmiers se caractérise par la courtoisie, gentillesse avec les patients.					
16	Le personnel de l'établissement consacre leur temps nécessaire pour chaque malade.					
17	L'établissement prend en considération les coutumes et habitudes de la société.					
18	Le personnel de l'établissement exprime leur respect extrême vis-à-vis aux patients et leurs accompagnateurs.					

*La sécurité*

19	Le patient ressent qu'il est dans les bons mains à l'intérieur de l'établissement.					
20	L'établissement tient à préserver le secret des informations concernant la santé du patient.					
21	Les médecins sont dévoués d'une grande compétence dans la démarche du diagnostic et le traitement.					
22	Le personnel possède des connaissances nécessaires pour répondre aux questions formulées par les patients.					



### 3. La promotion des prestations sanitaires :

N°	Paragraphe	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
23	Dés l'arrivée du patient, il est accompagné et orienté par un personnel bien entraînés et compétent.					
24	Il existe au niveau de chaque service, un registre de doléance et d'observation pour les patients et leurs accompagnateurs.					
25	L'établissement rend en considération les avis et les propositions des patients et leurs familles sur les prestations et services présentés.					
26	Le système informatisé aide à la coordination et la rapidité de la prise en charge sanitaire.					
27	L'établissement met à sa disponibilité des livres, dépliants et affiches pour informer et sensibiliser le malade sur les services que l'établissement assure.					
28	Dispositions sanitaires pour la prise en charge maternelle, infantile avec disponibilité des vaccins nécessaire dans les délais requis.					
29	La structure se dispose des plaques d'identifications et des panneaux d'orientations pour faciliter l'accès des malades aux différents services.					

30	L'établissement dispose des espaces verts, assurant le repas et le bien-être des malades.					
----	---	--	--	--	--	--

31. Quels sont vos opinions sur les services de santé présenté par l'EPSP MESRA ?

.....

.....

32. Est-ce que vous pouvez présenter à l'EPSP MESRA vos observations et opinions concernant la qualité des services de santé ?

.....

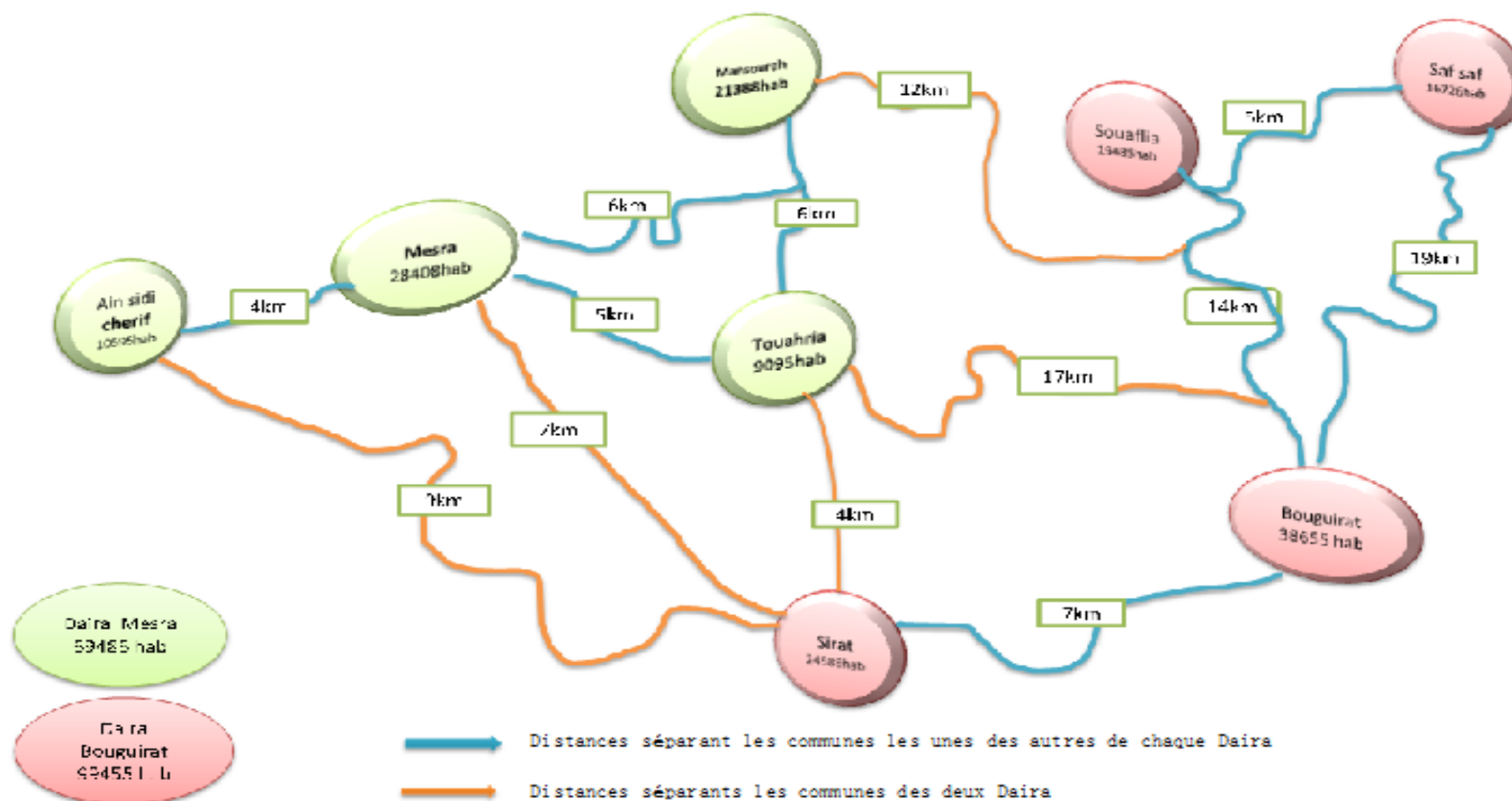
.....

ملحق رقم (03): الخريطة الصحية بالمؤسسة محل الدراسة

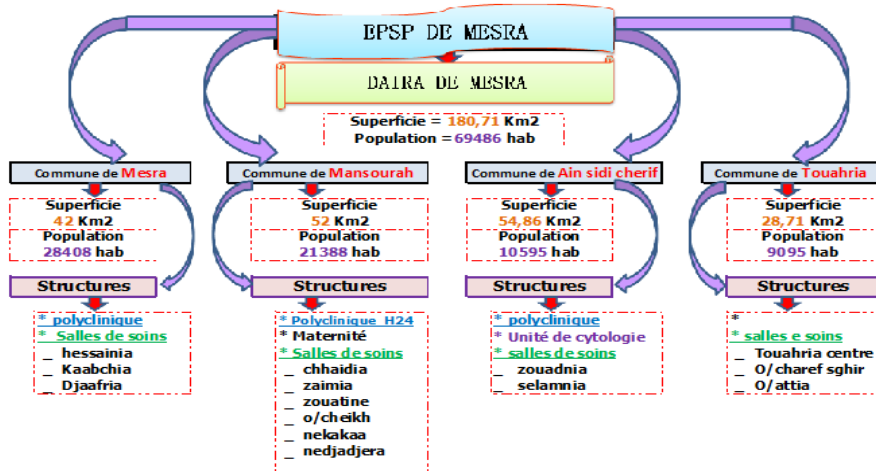
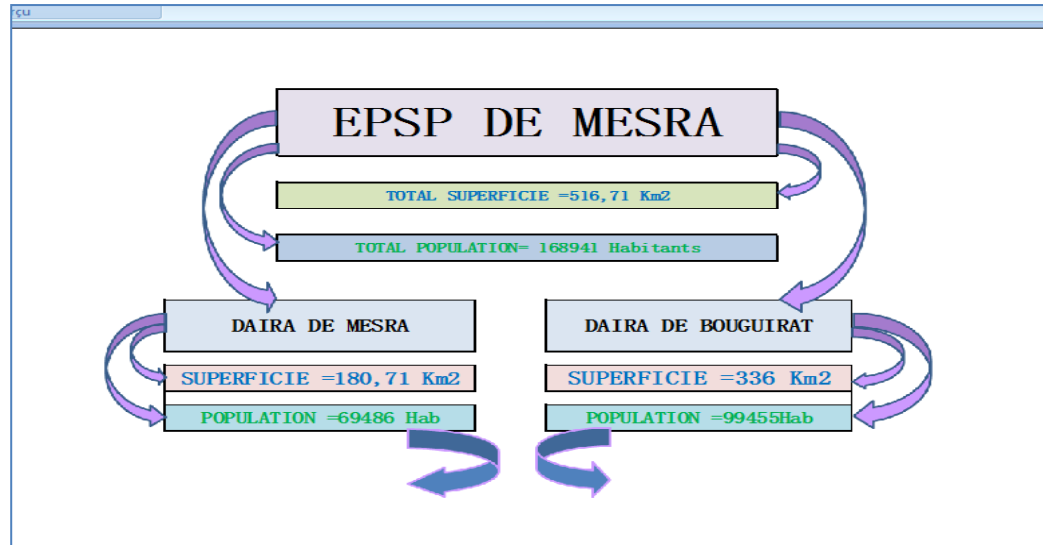


المحقق رقم (04):المسافات البينية بين العيادات التابعة للمؤسسة محل الدراسة

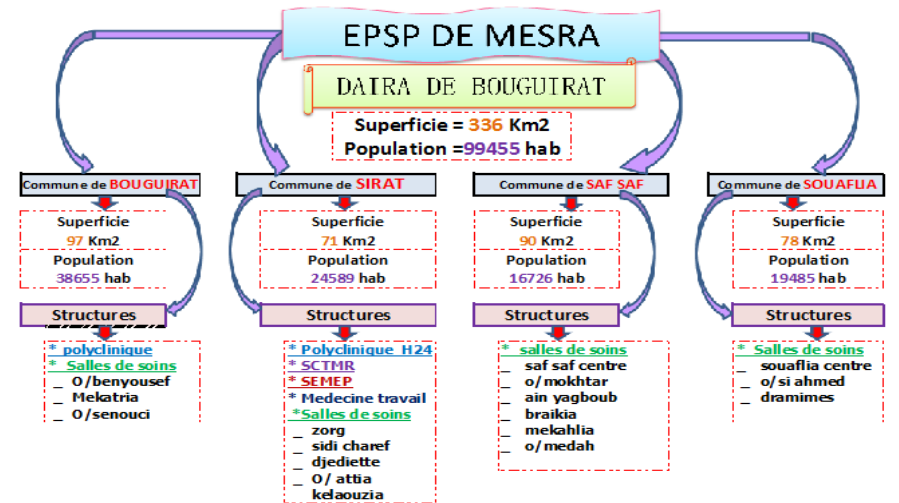
## CARTE SANITAIRE EPSP DE MESRA



الملحق رقم (05): المساحة و الكثافة السكانية الخاصة لكل وحدة تابعة للمؤسسة محل الدراسة



NB : services des urgences et maternités de la polyclinique de mesra sont transférés vers L' EPH rattaché à MESRA



NB : services des urgences et maternités de la polyclinique de BOUGUIRAT transférés vers L' EPH rattaché de BOUGUIRAT

## قائمة الأشكال

الصفحة	رقم و عنوان الشكل
09	الشكل ( 1-1):زهرة الخدمة .....
26	الشكل (2-1) عناصر جودة الخدمات .....
32	الشكل (3-1) هرم ماسلو للحاجات .....
42	الشكل (4-1): المزيج التسويقي للخدمات الصحية .....
52	الشكل (5-1):عناصر نظام الاتصالات .....
65	الشكل (6-1):نموذج الخدمة – النوعية للفجوات الخمس .....
93	الشكل رقم(7-1): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى .....
100	الشكل رقم (8-3) توزيع عينة الدراسة تبعاً للجنس .....
101	الشكل رقم (9-3) توزيع عينة الدراسة تبعاً السن .....
102	الشكل رقم (10-3) توزيع عينة الدراسة تبعاً المستوى التعليمي .....

## قائمة الجداول

الصفحة	الجدول	رقم و عنوان
59	.....	الجدول رقم (1-1):المراحل السبعة لدائرة التحسين المتواصل للجودة لديمغ
85	.....	الجدول رقم(2-3) : تعداد إجمالي السكان لدول المغرب العربي (بالمليون )
85	.....	الجدول رقم(3-3) إجمالي معدل المواليد لكل 1000 شخص لدول المغرب العربي.....
86	.....	الجدول رقم (4-3) إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد لدول المغرب العربي .....
86	.....	الجدول رقم (5-3) معدل وفيات الرضع لدول المغرب العربي .....
87	.....	الجدول رقم (6-3) نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي لدول المغرب العربي.....
87	.....	الجدول رقم (7-3) معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لدول المغرب العربي .....
88	.....	الجدول رقم (8-3) معدل الخصوبة الإجمالي لدول المغرب العربي .....
88	.....	الجدول رقم (9-3) نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي لدول المغرب العربي .....
89	.....	الجدول رقم (10-3) نسبة الإنفاق العام على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي .....
90	.....	الجدول رقم (11-3) نسبة الإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي .....
90	.....	الجدول رقم (12-3) نصيب الفرد من الإنفاق على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي .....
92	.....	الجدول رقم(13-3): القائمة الاسمية للعيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج التابعة....
95	.....	الجدول رقم (14-3) توزيع الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة.....
98	.....	الجدول رقم (15-3) يوضح مقياس ليكرت الخماسي .....
99	.....	الجدول رقم(16-3) صدق الاتساق الداخلي للاداة .....
99	.....	الجدول رقم (17-3) معاملات الثبات للأبعاد وللأداة ككل .....
100	.....	الجدول رقم (18-3): توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس .....
101	.....	الجدول رقم (19-3): توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي .....
102	.....	الجدول رقم (20-3): التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و <sup>2</sup> ك <sup>2</sup> للمحور الأول (الملموسية) .....
106	.....	الجدول رقم (21-3) التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و <sup>2</sup> ك <sup>2</sup> للمحور الثاني (الاعتمادية) .....
109	.....	الجدول رقم (22-3) التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و <sup>2</sup> ك <sup>2</sup> للمحور الثاني (الاستجابة) .....
111	.....	الجدول رقم (23-3) التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و <sup>2</sup> ك <sup>2</sup> للمحور الثاني (التعاطف) .....
113	.....	الجدول رقم (24-3) التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و <sup>2</sup> ك <sup>2</sup>

- ..... للمحور الثاني (الأمان)
- 116 الجدول رقم (25-3): التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و $\chi^2$  كمتغير (ترقية الخدمات الصحية) .....
- 118 الجدول رقم (26-3): التكرارات والنسب المئوية لمقترحات المرضى .....
- 122 الجدول رقم (27-3): التكرارات والنسب المئوية لرأي المرضى حول خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة .....
- 124 الجدول رقم (28-3): معامل الارتباط بين جودة خدمات الرعاية الصحية وترقية خدمات الرعاية الصحية .....
- 125 الجدول رقم (29-3): معامل الارتباط بين بعد الملموسية وترقية خدمات الرعاية الصحية .....
- 126 الجدول رقم (30-3): معامل الارتباط بين بعد الاعتمادية وترقية خدمات الرعاية الصحية .....
- 126 الجدول رقم (31-3): معامل الارتباط بين بعد الاستجابة وترقية خدمات الرعاية الصحية .....
- 127 الجدول رقم (32-3): معامل الارتباط بين بعد التعاطف وترقية خدمات الرعاية الصحية .....
- 128 الجدول رقم (33-3): معامل الارتباط بين بعد الامان وترقية خدمات الرعاية الصحية .....
- 129 الجدول رقم (34-3): نتائج تحليل اختبار (ت) لدلالة الفروق في أبعاد استبانة تبعاً لمتغير النوع .....
- 130 الجدول رقم (35-3): نتائج تحليل اختبار (ت) لدلالة الفروق في أبعاد استبانة تبعاً لمتغير النوع .....
- 131 الجدول رقم (36-3): البيانات الوصفية لأبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر تبعاً لمتغير السن .....
- 133 الجدول رقم (37-3): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدلالة الفروق في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية تبعاً للسن .....
- 135 الجدول رقم (38-3): البيانات الوصفية لأبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية في الجزائر تبعاً لمتغير المستوى التعليمي .....
- 137 الجدول رقم (39-3): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدلالة الفروق في أبعاد استبانة حول دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية تبعاً للمستوى التعليمي



## قائمة الملاحق

الصفحة	الملحق	رقم و عنوان
(158-155)	.....	الملحق رقم (01): استمارة استبيان موجهة للمرضى باللغة العربية
(164-159)	.....	الملحق رقم (02): استمارة استبيان موجهة للمرضى باللغة الفرنسية
165	.....	الملحق رقم (03): الخريطة الصحية بالمؤسسة محل الدراسة
166	.....	الملحق رقم (04):المسافات البينية بين العيادات التابعة للمؤسسة محل الدراسة
167	.....	الملحق رقم (05): المساحة و الكثافة السكانية الخاصة لكل وحدة تابعة للمؤسسة محل الدراسة

## قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
	كلمة شكر
(07 – 01)	..... مقدمة عامة
(28 – 08)	..... الفصل الأول: الجودة في القطاع الصحي و التسويق الصحي
9	..... تمهيد
10	..... المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمات وخدمات الرعاية الصحية
10	..... المطلب الأول: مفاهيم عامة حول الخدمات
10	..... الفرع الأول: تعريف الخدمة
10	..... الفرع الثاني: خصائص الخدمات التسويقية
10	..... 1-2 اللاملموسية (اللامحسوسية)
11	..... 2-2 التلازمية
12	..... 3-2 عدم التماثل أو عدم التجانس في طريقة تقديم الخدمة
12	..... 4-2 الملكية
12	..... 5.2 الهلاكية ( الزوالية )
12	..... المطلب الثاني: مفاهيم عامة حول خدمات الرعاية الصحية
12	..... الفرع الأول: مفهوم المؤسسة الصحية
13	..... الفرع الثاني: مفهوم الرعاية الصحية
14	..... المطلب الثالث: تصنيف خدمات الرعاية الصحية
14	..... الفرع الأول: تصنيف خدمات الرعاية الصحية
14	..... 1-1 خدمات الصحة العامة
14	..... 1-1-1 خدمات الصحة العمومية
14	..... 2-1-1 خدمات الارتقاء بالصحة
14	..... 2-1 خدمات الصحة البيئية
14	..... 3-1 خدمات الصحة الشخصية
15	..... 1-3-1 خدمات الصحة العلاجية
15	..... 2-3-1 خدمات الصحة الوقائية
15	..... 3-3-1 خدمات إعادة التأهيل و الرعاية الصحية طويلة الأمد
15	..... الفرع الثاني: أهمية خدمات الرعاية الصحية للفرد و المجتمع
15	..... 1-2 فردية
15	..... 2-2 جماعية أو منظمة

15	.....المبحث الثاني:تسويق الخدمات الصحية
15	.....المطلب الأول:مفهوم التسويق الصحي
16	.....الفرع الأول:تعريف التسويق الصحي
17	.....المطلب الثاني:أهمية التسويق في المنظمات الصحية
18	.....المطلب الثالث:خصائص التسويق الصحي
20	.....المبحث الثالث: الجودة في خدمات الرعاية الصحية
20	.....المطلب الأول: الجودة
20	.....الفرع الأول: تعريف الجودة
20	.....الفرع الثاني: نشأة وتطور مفهوم الجودة
21	.....1-2 مرحلة الفحص
21	.....2-2 مرحلة ضبط الجودة
21	.....3-2 مرحلة تأكيد أو ضمان الجودة
22	.....4-2 مرحلة إدارة الجودة الشاملة
22	.....الفرع الثالث: أهداف الجودة
22	.....1-3 أهداف تخدم ضبط الجودة
22	.....2-3 أهداف تحسين الجودة
22	.....الفرع الرابع: دورة الجودة
23	.....المطلب الثاني: جودة الخدمات
23	.....الفرع الأول: تعريف جودة الخدمة
23	.....الفرع الثاني: أبعاد جودة الخدمة
24	.....المطلب الثالث: جودة خدمات الرعاية الصحية
24	.....الفرع الأول: تعريف جودة خدمات الرعاية الصحية
26	.....الفرع الثاني: أهداف جودة خدمات الرعاية الصحية
26	.....الفرع الثالث: عناصر جودة الخدمات الصحية
28	.....خلاصة الفصل الأول
(68 – 29)	.....الفصل الثاني: ترقية خدمات الرعاية الصحية
30	.....تمهيد
31	.....المبحث الأول: دراسة سلوك المستهلك و تطبيق نظام المعلومات التسويقي الصحي
31	.....المطلب الأول: مفهوم سلوك المستهلك الصحي والعوامل المؤثرة على شراءه
31	.....الفرع الأول: مفهوم سلوك المستهلك الصحي
31	.....1-1تعريف سلوك المستهلك الصحي
32	.....الفرع الثاني:العوامل المؤثرة على السلوك الشرائي للمريض
32	.....1-2 العوامل الموقفية

32	..... 2-2 العوامل النفسية
32	..... 1-2-2 الدوافع والحاجات
33	..... 2-2-2 الإدراك
33	..... 3-2-2 التعلم
33	..... 4-2-2 المعتقدات والاتجاهات
33	..... 5-2-2 الشخصية
34	..... 3-2 العوامل الثقافية والاجتماعية
34	..... 1-3-2 العوامل الثقافية
34	..... 2-3-2 العوامل الاجتماعية
35	..... الملحق الثاني: تطبيق نظام المعلومات التسويقي الصحي
35	..... الفرع الأول: ماهية نظام المعلومات التسويقي الصحي
35	..... 1-1 تعريف نظام المعلومات التسويقي
36	..... 2-1 أهمية نظم المعلومات الصحية
36	..... 3-1 خصائص نظام المعلومات الصحي
37	..... الفرع الثاني: مكونات نظام المعلومات التسويقي الصحي
37	..... 1-2 نظام السجلات الداخلية
37	..... 2-2 نظام الاستخبارات التسويقي
37	..... 3-2 نظام دعم القرارات التسويقي
37	..... 4-2 نظام بحوث التسويق
38	..... الفرع الثالث: نظام المعلومات التسويقي والجودة
38	..... الفرع الرابع: عوائق استخدام نظام المعلومات الصحي
39	..... الملحق الثالث: السجلات الطبية
39	..... الفرع الأول: ماهية السجلات الطبية
40	..... 1-1 مفهوم السجل الطبي
40	..... الفرع الثاني: مزايا إدخال الحاسوب في السجلات الطبية
40	..... الفرع الثالث: وظائف الملف الطبي
41	..... الملحق الثاني: تطبيق عناصر المزيج التسويقي الصحي
42	..... الملحق الأول: المنتج الصحي والتسعير الصحي
42	..... الفرع الأول: المنتج الصحي ( الخدمة )
44	..... 1-1 خصائص الخدمات الصحية
44	..... 2-1 مستويات الخدمة الصحية
45	..... 3-1 الخدمات/المنتجات الجديدة
46	..... الفرع الثاني: التسعير الصحي

47	..... 1-2 تأثير التأمين الصحي على تسعير الخدمات الصحية
47	..... المطلب الثاني: توزيع وترويج الخدمات الصحية
47	..... الفرع الأول: توزيع الخدمات الصحية
48	..... 1-1 منافذ توزيع الخدمات الصحية
48	..... 1-1-1 التوزيع المباشر
48	..... 2-1-1 التوزيع غير المباشر
49	..... 2-1 خصائص التوزيع الصحي الفعال
49	..... 3-1 تطورات في منافذ توزيع الخدمة الصحية
50	..... الفرع الثاني: الترويج الصحي
50	..... 1-2 تعريف الترويج الصحي
51	..... 2-2 الاتصالات و الترويج
51	..... 3-2 أهمية الاتصالات
52	..... 4-2 عناصر نظام الاتصالات
54	..... 5-2 أهداف الترويج
54	..... 6-2 المزيج الترويجي
54	..... 1-6-2 الإعلان
55	..... 2-6-2 البيع الشخصي
55	..... 3-6-2 تنشيط المبيعات
56	..... 4-6-2 النشر (الدعاية)
56	..... 5-6-2 العلاقات العامة
57	..... المطلب الثالث: العناصر الإضافية لعناصر المزيج التسويقي الصحي
57	..... الفرع الأول: الأفراد
58	..... الفرع الثاني: الدليل المادي
59	..... الفرع الثالث: العمليات
60	..... المبحث الثالث: ترقية خدمات الرعاية الصحية من خلال مقياس الجودة
60	..... المطلب الأول: قياس جودة الخدمات
60	..... الفرع الأول: مقاييس جودة الخدمات
61	..... الفرع الثاني: ابعاد مقياس الفجوة (SERVQUAL)
61	..... 1-2 بعد الملموسة
61	..... 2-2 بعد الاعتمادية
61	..... 3-2 بعد الاستجابة
62	..... 4-2 بعد الأمان (الثقة)
62	..... 5-2 بعد التعاطف

63	المطلب الثاني: طرق قياس جودة الخدمات .....
63	الفرع الأول: طرق القياس المباشر .....
63	1-1 مناهج الاستقصاء .....
63	2-1 الملاحظة المباشرة .....
63	الفرع الثاني: طرق القياس غير المباشرة .....
63	1-2 مقياس الفجوة .....
66	2-2 مقياس الأداء الفعلي .....
67	المطلب الثالث: أهمية قياس جودة الخدمة في الارتقاء بمستوى الخدمة المقدمة .....
68	خلاصة الفصل الثاني .....
(139-69)	الفصل الثالث: مساهمة الجودة في تسويق الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة .....
70	تمهيد .....
71	المبحث الأول: النظام الصحي في الجزائر ومراحل تطوره .....
71	المطلب الأول: تطور النظام الصحي في الجزائر .....
71	الفرع الأول: مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر .....
71	1-1 الفترة 1965-1962 .....
72	2-1 الفترة 1979-1965 .....
73	3-1 الفترة 2007-1979 .....
74	4-1 الفترة 2012-2007 .....
75	الفرع الثاني: إصلاح النظام الصحي بالجزائر .....
75	1-2 النظام التعاقدي كأساس لإصلاح المستشفيات بالجزائر .....
75	1-1-2 أطراف التعاقد في الجزائر .....
76	2-1-2 أهداف التعاقدية و دورها في تحسين جودة الخدمات الصحية .....
76	3-1-2 إجراءات تنفيذ نظام التعاقدية .....
77	2-2 التنمية البشرية في ميدان الصحة من خلال المخطط الخماسي (2010-2014) .....
78	الفرع الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر (2014-2018) .....
78	1-3 قانون الصحة الجديد يستحدث بطاقة الصحة الالكترونية .....
79	2-3 الوصفة الطبية الالكترونية .....
79	3-3 المصادقة على قانون الصحة الجديد .....
80	المطلب الثاني: هيكلية النظام الصحي في الجزائر .....
80	الفرع الأول : تعريف القطاع الصحي في الجزائر .....
80	الفرع الثاني: هيكل المنظومة الصحية في الجزائر .....
81	1-2 على المستوى المركزي .....

81	..... 1-1-2 ديوان الوزير
82	..... 2-1-2 الأمانة العامة
82	..... 3-1-2 المفتشية العامة
82	..... 4-1-2 المديرية المركزية
82	..... 2-2 على المستوى الولائي
82	..... 1-2-2 مديرية الصحة والسكان
82	..... 2-2-2 مراكز الاستشفائية الجامعية
83	..... 3-2 على المستوى المحلي
83	..... 1-3-2 عيادة متعددة الخدمات
83	..... 2-3-2 المركز الصحي
83	..... 3-3-2 قاعات العلاج
84	المطلب الثالث: مؤشرات تقييم الوضع الصحي في الجزائر مقارنة ببعض دول المغرب العربي ..... (2005-2015)
84	..... الفرع الأول: المؤشرات المتعلقة بالسكان
84	..... 1-1 التعداد الإجمالي للسكان
85	..... 2-1 إجمالي معدل المواليد لكل 1000 شخص
85	..... 3-1 إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)
86	..... الفرع الثاني: المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي
86	..... 1-2 معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي
87	..... 2-2 نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي
87	..... 3-2 معدل وفيات الأطفال دون 05 سنوات لكل 1000 مولود حي
89	..... 4-2 معدل الخصوبة الإجمالي (عدد الولادات لكل امرأة)
89	..... الفرع الثالث : المؤشرات المتعلقة بالإنفاق على الخدمات الصحية
89	..... 1-3 نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي
89	..... 2-3 نسبة إنفاق القطاع العام على الخدمات الصحية من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية
89	..... 3-3 نسب الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة
90	..... 4-3 نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية
90	..... المبحث الثاني: تقديم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة
91	..... المطلب الأول: مفهوم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة
91	..... الفرع الأول: تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة
92	..... المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى
95	..... المطلب الثالث: تسيير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرى
95	..... الفرع الأول: المدير

96	..... الفرع الثاني:المساعدون
98	..... الفرع الثالث : مجلس الإدارة
97	..... الفرع الرابع: المجلس الطبي
97	..... المبحث الثالث: الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة
97	..... المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية
97	..... الفرع الأول: مجتمع الدراسة و عينتها
97	..... 1-1 مجتمع الدراسة
97	..... 2-1 عينة الدراسة
97	..... 3-1 أداة الدراسة
98	..... الفرع الثاني: صدق أداة الدراسة وثباتها
98	..... 1-2 صدق أداة الدراسة
98	..... 1-1-2 الصدق الظاهري للأداة
98	..... 2-1-2 صدق الاتساق الداخلي للأداة
99	..... 2-2 ثبات الأداة
99	..... الفرع الثالث:خصائص عينة الدراسة
100	..... 1-3 خصائص عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس
101	..... 2-3 خصائص عينة الدراسة تبعا لمتغير العمر
102	..... 3-3 خصائص عينة الدراسة تبعا لمتغير المستوى التعليمي
103	..... الفرع الرابع: الأساليب الإحصائية المتبعة في تحليل البيانات
103	..... 1-4 أساليب الإحصاء الوصفي
104	..... 2-4 أساليب الإحصاء الاستدلالي
105	..... المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية
105	..... الفرع الأول : أبعاد جودة الخدمات
105	..... 1-1 بعد الملموسية
108	..... 2-1 بعد الاعتمادية
110	..... 3-1 بعد الاستجابة
112	..... 4-1 بعد التعاطف
115	..... 5-1 بعد الأمان
117	..... الفرع الثاني: مستوى ترقية خدمات الرعاية الصحية
122	..... الفرع الثالث: التكرارات والنسب المئوية لمقترحات المرضى حول خدمات الرعاية الصحية ..... المقدمة
124	..... الفرع الرابع: التكرارات والنسب المئوية لملاحظات المرضى حول خدمات الرعاية الصحية ..... المقدمة



125	المطلب الثالث: اختبار صحة الفرضيات و نتائج الفروق في أبعاد استبانة تبعاً لمتغيرات الدراسة .....
125	الفرع الأول: اختبار صحة الفرضيات .....
125	1-1 اختبار صحة الفرضية الرئيسية .....
125	2-1 اختبار صحة الفرضية الأولى .....
126	3-1 اختبار صحة الفرضية الثانية .....
127	4-1 اختبار صحة الفرضية الثالثة .....
128	5-1 اختبار صحة الفرضية الرابعة .....
129	6-1 اختبار صحة الفرضية الخامسة .....
130	الفرع الثاني: نتائج الفروق في أبعاد استبانة تبعاً لمتغيرات الدراسة .....
130	1-2 تبعاً لمتغير النوع .....
131	2-2 تبعاً لمتغير الجنس .....
135	3-2 تبعاً لمتغير المستوى التعليمي .....
139	خلاصة الفصل الثالث .....
(145-140)	الخاتمة العامة .....
(153-146)	المراجع .....
(167-154)	الملاحق .....
168	قائمة الأشكال .....
(170-169)	قائمة الجداول .....
171	قائمة الملاحق .....
(179-172)	قائمة المحتويات .....

## الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة دور الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بماسرة بولاية مستغانم، من خلال الاستفادة من نتائج قياس مستويات جودة هذه الخدمات؛ وتكمن أهمية الدراسة في معرفة مستوى مساهمة أبعاد الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية من خلال الإجابة على مشكلة الدراسة التي تمحورت في:

ما مدى مساهمة الجودة في ترقية خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ماسرة؟

للإجابة على الإشكالية المطروحة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي في الجانب النظري للدراسة، حيث تم التطرق فيه إلى بعض المفاهيم المتعلقة بالجودة في القطاع الصحي والتسويق الصحي، وترقية خدمات الرعاية الصحية. أما في شقها التطبيقي تم الاعتماد على الاستبانة كأداة للحصول على البيانات المتعلقة بالمرضى والمراجعين، حيث تم القيام بتحليل 200 استمارة باستعمال برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS 21) واستخدام الوسائط الحسابية وفحص (ت) وتحليل التباين الأحادي لاختبار الفرضيات. وقد أسفرت الدراسة صحة جميع الفرضيات، وهي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين إبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية وترقية خدمات الرعاية الصحية بالمؤسسة محل الدراسة. وفي ضوء نتائج الدراسة، تم التوصل إلى ضرورة زيادة اهتمام المؤسسة محل الدراسة بخدمات الرعاية الصحية وترقيتها من خلال زيادة الاهتمام بأبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية، والاهتمام باقتراحات المرضى وملاحظاتهم المحصل عليها في الدراسة الميدانية حسب إمكاناتها المادية والبشرية. الكلمات المفتاح: الجودة، جودة خدمات الرعاية الصحية، التسويق الصحي، المرضى.

## Résumé

*Cette étude a pour but d'identifier le rôle de la qualité dans la promotion des services et prestation sanitaire dans l'EPSP MESRA, Wilaya de Mostaganem à travers l'exploitation des résultats de la mesure des niveaux de qualité de ces services.*

*L'importance de cette étude est de connaître le niveau de contribution des dimensions de la qualité dans la promotion des services et de prise en charge sanitaire en répondant aux problèmes de l'étude qui se concentre sur :*

***Quelle mesure la qualité contribue telle dans la promotion des services de santé fournis par l'EPSP MESRA ?***

*Afin de répondre à cette problématique, l'approche descriptive, analytique a été utilisée dans l'aspect théorique de l'étude où elle abordait certains concepts liés à la qualité dans le secteur de la santé, au marketing de la santé et à la promotion des services de santé du côté pratique un questionnaire a été utilisé comme un outil pour obtenir des données sur les malades.*

*Une analyse de deux-cent (200) questionnaires a été réalisée en utilisant le programme de statistique de projeté en sciences sociales (SPSS 21) utilisant les arguments de calculs V.test (Les médiane et vérification (T)) et l'analyse de la mono-variance pour tester les hypothèses.*

*L'étude a abouti à la validité de toutes les hypothèses c'est une corrélation significative entre les dimensions de la qualité des services de soins et la promotion des services de santé dans l'établissement étudié à la lumière des résultats de l'étude, il a été jugé nécessaire (utile) d'attirer l'attention de l'établissement sur l'étude des services (prestations) de santé et de les promouvoir en augmentant l'attention portée au dimension qualitative des services de santé en attention au suggestion et observation des patients obtenus dans l'étude sur terrain (les lieux) en fonction de leur potentiel physique et humaine.*

***Mots clés : qualité, qualité des services de soins de santé, Marketing de la santé, les patients (Malades).***