



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الإقتصادية و التجارية و علوم التسيير

مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

التخصص: إدارة الهياكل الإستشفائية

الشعبة: علوم التسيير

**جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية
- دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية شيفيفاري مستغانم -**

تحت إشراف الأستاذ:

د.براهيمي عمر

مقدمة من طرف الطالب:

حمة علي

أعضاء لجنة المناقشة

الصفة	الاسم و اللقب	الرتبة	عن جامعة
رئيسا	د.بوزيان العجال	أستاذ محاضر (أ)	مستغانم
مقررا	د.ابرهيمي عمر	أستاذ مساعد (أ)	مستغانم
مناقشا	د.بوظراف الجيلالي	أستاذ مساعد (أ)	مستغانم

السنة الجامعية 2017/2018

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى من شرفهم الله في قوله تعالى :

بسم الله الرحمن الرحيم

" وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً"

والذي الذي أنار لي الدرب وسهل لي سبل العلم والمعرفة وحرص علي منذ صغري

واجتهد في تربيتي وتوجيهي

والدتي سهرت الليالي من أجلي وحثتني على الصبر والمثابرة أُمي الحنون

إلى إخوتي وجميع زملائي في العمل وخارجه

إلى زملائي في تخصص إدارة الهياكل الإتشفائية

كما لا أنسى كل معلم قدير وكل أستاذ كريم كان له الفضل في نجاحي

كلمة شكر

اللهم لك الحمد والشكر وإليك المشتكى وأنت المستعان و عليك التوكل وأفضل الصلاة والسلام على نبيك سيدنا محمد وعلى إله وصحبه أجمعين ،
بمناسبة هذا العمل أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ المشرف والمؤطر الدكتور " أبرهيمي عمر" وذلك لقيامه بمتابعة هذه المذكرة إرشادا وتوجيها ،
ولا يسعني إلا أن أشكر كل من ساعد من قريب أو بعيد في إكمال هذا البحث
كما أتقدم بالشكر الجزيل للجنة المناقشة لقبولها الغشراف على مناقشة هذه المذكرة.

الفهرس

الصفحة	العنوان
	الأهداء و الشكر
	قائمة الجداول و الأشكال
	المقدمة العامة
الفصل الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية وخدماتها	
05	تمهيد:
06	المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات الصحية
06	المطلب الأول: مفهوم المؤسسة الصحية
06	أولاً: مفهوم المؤسسات الصحية
08	المطلب الثاني: أنواع ووظائف المؤسسات الصحية
08	أولاً: أنواع المؤسسات الصحية
10	ثانياً: وظائف المؤسسات الصحية
12	المبحث الثاني: ماهية الخدمات الصحية
12	المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها
12	1- مفهوم الصحة
15	2- تعريف الخدمات الصحية
17	3- خصائص الخدمات الصحية
19	المطلب الثاني: أنواع وعناصر إنتاج الخدمات الصحية
19	أولاً: أنواع الخدمات الصحية
20	ثانياً: عناصر إنتاج الخدمات الصحية
24	خلاصة الفصل الأول
الفصل الثاني جودة الخدمات الصحية و رضا المريض	
25	تمهيد
26	المبحث الأول : جودة الخدمة
26	1. جودة الخدمة
27	2. خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمة

29	3.مراقبة جودة الخدمة
32	4. قياس جودة الخدمات
37	المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية
37	1.جودة الخدمة الصحية
39	2. أبعاد جودة الخدمات الصحية
43	3.أهداف جودة الخدمة الصحية
44	4.إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
47	المبحث الثالث: رضا المريض والعوامل المؤثرة على سلوكه
48	1.رضا الزبون وعلاقاته
49	2.علاقات الرضا
50	3.رضا المريض
51	4. قياس مستوى رضا المريض
53	5.سلوك المرضى والعوامل المؤثرة فيهم
55	خلاصة الفصل:
الفصل الثالث دراسة ميدانية في المؤسسة الإستشفائية العمومية شغيفاري	
56	تمهيد
57	المبحث الأول: وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية
57	المطلب الأول: مراحل تطور المؤسسات الصحية الجزائرية
62	المبحث الثاني: المنظومة الصحية العمومية بولاية مستغانم
62	المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية شغيفاري بمستغانم (EPH)
63	المطلب الثاني: الاختصاصات والمصالح المتوفرة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية شغيفاري بمستغانم
63	المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية شغيفاري بمستغانم
66	المبحث الثالث: خطوات إجراء الدراسة الميدانية تحليل و تفسير النتائج
67	المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية
68	المطلب الثاني: تقييم الخدمات الصحية من طرف المؤسسة الإستشفائية العمومية شغيفاري بمستغانم

68	01- تقييم جودة خدمات الأطباء
69	02- تقييم خدمات التمريض
70	03- تقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى
70	المطلب الثالث: تحميل إجابات الاستبيان الخاص بالمستفيدين (المرضى) حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفاري بمستغانم
71	المحور الأول: المعلومات الشخصية لمجتمع المدروس (المرضى)
73	المحور الثاني: تحميل إجابات المرضى حول المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفاري بمستغانم بصفة عامة
81	المحور الثالث: تحميل إجابات المرضى حول خدمات الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفاري بمستغانم
84	المحور الرابع: تحميل إجابات المرضى حول ترتيبهم لجوانب الجودة حسب الأهمية بالنسبة لهم
85	المحور الخامس: تحميل اقتراحات المرضى حول تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفاري بمستغانم
86	خلاصة الفصل
88	الخاتمة العامة
	قائمة المصادر والمراجع
	الملخص

قائمة الأشكال و الجداول

قائمة الأشكال :

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
21	إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات	2-I
22	نموذج Lgeard Eiglier	3-I
27	مربع الجدول	1-II
31	إدراك الزبون للجودة و إشباع أورها الزبون	2-II
32	مستوى جودة الخدمات	3-II
33	نموذج الفجوة (servqual)	4-II
36	نموذج لتقييم جودة الخدمة	5-II
49	سلسلة "الرضا-الربحية"	6-II
53	نموذج كانو لرضا العملاء	7-II
54	العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك (المريض)	8-II
65	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية شي غيفاري بمستغانم	1-III
71	توزيع أفراد المجتمع المدروس (المريض) حسب الجنس	2-III
72	التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس (المريض)	3-III
72	توزيع أفراد المجتمع المدروس على فئات الدخل	4-III
73	توزيع أفراد المجتمع المدروس المرضى حسب مدة الإقامة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفاري بمستغانم	5-III
73	توزيع أفراد المجتمع المدروس المرضى على المصالح الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفاري بمستغانم	6-III

قائمة الجداول :

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
16	الوظائف المكونة للخدمة الصحية.	1-II
42	يوضح المقارنة لأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية	1-II
43	جدول أبعاد الجودة للخدمات الصحية	1-II
59	عدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989	1-III
66	المستخدمين عبر المصالح والتخصص	2-III
71	الخصائص الشخصية لمجتمع الدارسة (المرضى)	3-III
74	إجابات المرضى حول مدى ملاءمة الموقع الجغرافي للمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم	4-III
74	إجابات المرضى حول سمعة المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى	5-III
75	إجابات المرضى حول مدى إمكانية اختيار المريض لمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم للعلاج في حال توفر إمكانية العلاج في مؤسسة صحية خاصة	6-III
75	إجابات المرضى حول أربهم في كيفية الاستقبال عند دخولهم المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم	7-III
76	إجابات المرضى حول مدى ملاءمة قاعات الانتظار	8-III
76	إجابات المرضى حول مدة الانتظار قبل بثقي الفحص أو العلاج	9-III
77	إجابات المرضى حول مدى سهولة إجرائهم لفحوصات بالأشعة	10-III
77	إجابات المرضى حول فترة انتظارهم لنتيجة الفحوصات بالأشعة في حال إجرائها	11-III
78	إجابات المرضى حول سهولة إجرائهم لتحاليل	12-III
78	إجابات المرضى حول فترة انتظارهم لنتائج التحاليل في حال إجرائها	13-III
79	إجابات المرضى الذين احتاجت حالاتهم الصحية إلى إجراء عمليات جراحية حول فترة انتظارهم لإجرائها	14-III
79	إجابات المرضى حول مستوى نظافة الغرف التي يقيمون بها	15-III
80	إجابات المرضى حول نظافة الأفرشة	16-III
80	إجابات المرضى حول ملاءمة الأسرة	17-III
80	إجابات المرضى حول مدى كفاية التجهيزات داخل الغرف	18-III

81	إجابات المرضى حول نوعية الوجبات الغذائية المقدمة لهم	19-III
81	إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة الأطباء	20-III
82	إجابات المرضى حول مدى اهتمام الطبيب المعالج بحالاتهم الصحية	21-III
82	إجابات المرضى حول حجم ثقتهم بالطبيب المعالج	22-III
82	إجابات المرضى حول الشروحات المقدمة من طرف الطبيب المعالج في حال إجراء عمليات جراحية	23-III
83	إجابات المرضى حول مدى كفاية زيارات الطبيب لهم	24-III
83	إجابات المرضى حول مدى كفاية الشروحات المقدمة لهم من طرف الطبيب المعالج حول حالاتهم الصحية	25-III
84	إجابات المرضى حول ترتيبهم لجوانب الجودة حسب الأهمية بالنسبة لهم	26-III
85	اقتراحات المرضى حول تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغفارى بمستغانم	27-III

المقدمة

مقدمة:

تعد التنمية من أحد أهم الأهداف التي تسعى دول العالم لتحقيقها، فهي أساس تقدم المجتمعات ومقياس لرفاهيتها، وعند الحديث عن التنمية لا بد من الإشارة إلى الإنسان، فهو أساس تحقيقها بمختلف مجالاتها بما فيها الاقتصادية، ولن يتحقق ذلك إلا إذا توفرت له المتطلبات اللازمة، والصحة أول تلك المتطلبات، فقطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أوليت اهتماما كبيرا من طرف الحكومات والمنظمات الدولية، حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948، هدفها أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن، وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس الجانب الوحيد منه، حيث أن هذا الهدف ينقسم إلى شقين، الأول منهما يتمثل في الحد قدر الإمكان من الفوارق الممكنة بين الأفراد في تسهيل حصولهم على الرعاية الصحية، وهو ما يصطلح عليه بالعدالة الصحية، والشق الثاني منه هو بلوغ أفضل مستوى صحي وهو ما يصطلح عليه بالجودة في الصحة، إذ في أواخر الثمانينات من القرن الماضي تم إدخال مفهوم الجودة في الرعاية الصحية، إذ استحدث علم الضمان الجودة في الرعاية الصحية"، والذي تطور نحو عدة مفاهيم منها إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، التطوير المستمر للجودة وتحسين أداء النظم الصحية... الخ، وذلك من أجل تطوير وتطبيق مناهج صحية للتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية من خلال تحديد المشكلات وطرق حلها، وضمان رضا المستهلكين (المرضي) ومقدموا الخدمات الصحية على حد سواء.

لقد أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية مطلباً أساسياً تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية، والجزائر من بين الدول التي تسعى لتحسين وتطوير قطاع الصحة، من خلال الإصلاحات التي تباشرها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة، وانطلاقاً من ذلك جاء هذا البحث ليلسط الضوء على موضوع تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية في الجزائر.

الإشكالية:

تم إجراء هذا البحث ليجيب على الإشكالية التالية:

ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، في ظل الإصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؟

دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفاري

تحت هذه الإشكالية تدرج مجموعة من الأسئلة الفرعية:

- كيف يتم تقييم الجودة في المؤسسات الصحية؟

ما مدى قيام المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفاري بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة في ظل أهمية هذه العملية لإشباع الحاجات الصحية للمستهلكين المرضى وتحقيق رضاهم. ما هي المشاكل التي تواجه أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفاري

و كمحاولة للإجابة على هذه التساؤلات من خلال قراءة أولية عن الموضوع، قدمنا الفرضيات التالية:

- يتم تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالاعتماد على مدى توفرها على

الإمكانيات المادية والبشرية (أجهزة ومعدات طبية، أطباء...الخ).

- تقوم المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفاري بتقييم جودة خدماتها الصحية على مستويات محدودة.

- يمثل نقص الإمكانيات المادية (الأجهزة والمعدات الطبية المشكل الأساسي الذي يعرقل أفراد الطاقم الطبي

وشبه الطبي عن تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفاري

- يرى أغلب المرضى أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية

شيفغيفاري منخفض.

أهداف الدراسة:

نسعى من خلال هذا البحث الوصول إلى جملة من الأهداف نذكرها فيما يلي:

- عرض واقع قطاع الصحة في الجزائر.
- معرفة مدى قيام المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة.
- الوقوف على ظروف عمل أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، ومعرفة اقتراحاتهم لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- تسليط الضوء على واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر، حسب تقييم المستهلكين المرضى، ومعرفة اقتراحاتهم لتحسين مستوياتها.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة من خلال تناولها لمفهوم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية من المنظور الشامل، الذي يجمع بين وجهة نظر المستهلك (المريض) والإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة الصحية، مع التركيز أكثر على وجهة النظر الأولى، وضرورة قيام المؤسسات الصحية بتقييم جودة خدماتها المقدمة، بالإضافة إلى ضرورة أخذ اقتراحات كل من أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي في تحقيق الجودة، والعمل على كشف المشاكل التي دون تقديمهم لخدمات صحية ذات جودة.

أسباب اختيار الموضوع:

تتمثل أسباب اختيار موضوع الدراسة في ما يلي:

- الأهمية البالغة لقطاع الصحة في تحقيق التنمية والرفاهية للمجتمعات خاصة وهو متعلق بصحة الأفراد الذين يعتبرون أهم مورد .
- واقع قطاع الصحة في الجزائر حسب ما يتم نشره عبر وسائل الإعلام، وحسب المؤشرات الصحية في الجزائر التي تنشر من خلال بعض التقارير الدولية، والتي تدل على وجود مشكل في هذا القطاع الحساس، يستلزم تسليط الضوء عليه.
- سلسلة الإضرابات المستمرة التي باشرها عمال قطاع الصحة من أطباء وشبه طبيين، تدعوا إلى النظر لظروف عملهم والعراقيل التي تواجههم خصوصا وهم أهم مقدمي الخدمات الصحية، باعتبارهم يمثلون جانب مهم من جوانب تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية.

هيكل البحث:

قسمنا هذا البحث إلى ثلاثة فصول، تطرقنا في الأول منها إلى مدخل عموميات حول المؤسسات الصحية، حيث تطرقنا فيه إلى مفهوم المؤسسات الصحية ، ثم إلى أنواع ووظائف المؤسسات الصحية وما هية الخدمات الصحية وخصائصها ، وكذا أنواع وعناصر إنتاج الخدمات الصحية.

أما في الفصل الثاني تطرقنا فيها إلى جودة الخدمات الصحية ، بدءا بجودة الخدمات الصحية وخطوات تحقيقها مع المراقبة ، وكذا قياسها ، إضافة إلى أبعادها و أهدافها ، مع التطرق إلى رضا الزبون و علاقاته وسلوكاته و العوامل المؤثرة فيه.

وفي الفصل الثالث نتطرق إلى واقع الصحة في الجزائر عامة وفي ولاية مستغانم خاصة ثم نتناول دراسة ميدانية تحت عنوان تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الإستشفائية العمومية شبيغيفاري ، نتطرق خلاله إلى معرفة مدى قيام القائمين عليها بتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة، ومختلف الطرق المتبعة في ذلك، ثم القيام بتحليل إجابات الاستبيان الخاص بالطاقم الطبي والشبه الطبي، وإجابات الاستبيان الخاص ومستوى جودتها.

منهج البحث وأسلوب الدراسة:

يعد المنهج مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق أهداف بحثه، وسعياً منا لتحقيق أهداف الدراسة السابقة الذكر، فقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وبعض الأساليب الإحصائية التحليل البيانات، وتم إجراء هذه الدراسة بالاعتماد على:

أ. بناء الجانب النظري للدراسة:

من أجل إعطاء نظرة واضحة عن موضوع الدراسة تم بناء الجانب النظري بالاعتماد على البيانات من المصادر الثانوية، وهي المصادر التي تساعدنا على تكوين خلفية علمية متكاملة تمس مختلف جوانب الموضوع المدروس، تمثلت هذه المصادر في ما يلي:

- الكتب العربية والأجنبية. - الرسائل والأطروحات الجامعية. - التقارير الدولية والمحلية.

ب. القيام بالدراسة الميدانية:

يهدف إعطاء الموضوع جانب تطبيقي واقعي، تم إجراء دراسة ميدانية من أجل جمع البيانات الأولية اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة، وقد تم الاعتماد في ذلك على الطرق التالية:

- المقابلة: تعد المقابلة أداة مهمة من أدوات جمع البيانات الأولية تسمح بمناقشة موضوع البحث مع أشخاص لهم علاقة مباشرة بموضوع البحث، لذلك أردنا الاستفادة منها في دراستنا للحصول على بيانات عن مدى قيام المؤسسة الاستشفائية العمومية شبيغيفاري بتقييم جودة خدماتها الصحية، والطرق التي تعتمد عليها في حال قيامها بذلك، ولتحقيق هذا الغرض قمنا بإجراء مقابلة مع المدير الفرعي للمصلحة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

- الاستبيان: من أجل تحقيق أهداف الدراسة قمنا بتصميم استمارتي استبيان، تم توجه إحداهما لأفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، وأخرى للمرضى في المؤسسة الاستشفائية العمومية شبيغيفاري حدود الدراسة:

أ. الحدود المكانية: اقتصرت الدراسة على المؤسسة الاستشفائية العمومية شبيغيفاري بمستغانم.

ب. الحدود الزمانية: امتدت الدراسة الميدانية من أول أفريل إلى عشرين من نفس الشهر.

الفصل الأول

الفصل الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية وخدماتها.

تمهيد:

تحتل الخدمات الصحية مكانة بارزة نظرا لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان وزيادة قدرته على البناء والتنمية، وهي في هذا السياق تمثل أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، وإن كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وتقوم المؤسسات الصحية بتقديم خدماتها للمرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، وقد شهدت في السنوات الأخيرة إقبالا واسعا في أعداد المترددين عليها، مع المطالبة بالاستجابة السريعة لمتطلباتهم واحتياجاتهم، كل ذلك حتم القائمين على إدارتها إيجاد الوسائل والسبل لمقابلة هذه المتطلبات والاستجابة لها من خلال تحسين جودة خدماتها.

في هذا الفصل سنحاول تحديد إطار مفاهيمي للمؤسسات الصحية و خدماتها، حيث تم تقسيمه إلى مبحثين كالتالي:

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات الصحية .

المبحث الثاني: ماهية الخدمات الصحية .

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية من المنشآت الهامة في المجتمع سواء كانت مستشفيات، عيادات، مستوصفات، أو مراكز صحية، عامة أو خاصة، باعتبارها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية. حيث انتقل مفهوم هذه المؤسسات من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتبارها كمؤسسات منتجة للصحة، من خلال تحويل المريض غير المنتج إلى مواطن سليم يضيف بجهدته إلى الإنتاج القومي، والذي نتج عنه توسع في مفهوم ووظائف هذه المؤسسات.

من خلال هذا المبحث سنتعرف على مفهوم المؤسسات الصحية والتطورات التاريخية التي طرأت عليها، مع الإشارة إلى أنواع ووظائف هذه المؤسسات.

المطلب الأول: مفهوم المؤسسة الصحية

المؤسسة الصحية في شكلها الحالي ليست إلا خلاصة تطورات تاريخية أكسبتها الشكل المؤسسي بعد أن كانت تخضع للمنطق الخيري، وعليه سنتطرق في هذا المطلب إلى عرض مفهوم المؤسسة الصحية وتطورها التاريخي.

أولاً: مفهوم المؤسسات الصحية

اهتمت العديد من البحوث والدراسات العلمية المتخصصة في المجال الصحي بتحديد مفهوم المؤسسة الصحية، وتباين هذا المفهوم بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها المؤسسة الصحية، كل حسب نظريته الخاصة وحسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، حيث تعرف لدى¹

- المريض: الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، الاستشفاء والرعاية الطبية لهم .
- الحكومة: إحدى المؤسسات الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن؛
- الإطار الطبي: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية .
- إدارة المؤسسة: مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها، ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة، في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال .
- شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات.

¹ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الأردن: دار البازوردي للنشر و التوزيع، 2005، ص.ص.21-22

كما عرفت المؤسسة الصحية، بأنها " كل مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات والمراكز التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة والصيانة الطبية".¹

أما منظمة الصحة العالمية (OMS) فقد عرفت من المنظور الوظيفي بأنها: " ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركز التدريب العاملين في الخدمة الصحية".²

واستخدمت بعض الدراسات والبحوث مدخل النظم في تعريف المؤسسة الصحية، فعرفت بأنها "نظام كلي مركب من مجموعة من النظم الفرعية والتي تتميز كل منها بطبيعة مميزة وخصائص خاصة، والتي تتفاعل معا بغية تحقيق مجموعة من الأهداف الصحية المرجوة".³

فهي بذلك عبارة عن "تركيب اجتماعي إنساني يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة، يشمل مدخلات ومخرجات، ويتكون من ثلاثة عناصر أساسية: أفراد وجماعات تحتاج لخدمات صحية، أفراد أو مهنيين متخصصون بميادين صحية متنوعة ومنظمات اجتماعية إنسانية تنظم أسلوب تقديم الخدمة الصحية وأسلوب التمويل والشراء للخدمات وتقنين وتشريع الخدمات والتخطيط والتنسيق ورسم الأهداف والسعي المتواصل لتحسين الخدمات ومراقبة ذلك".⁴

بتحليل المؤسسة على هذا الأساس، يجب الأخذ بعين الاعتبار خصوصياتها المتمثلة في:

- النظر للمؤسسات الصحية على أنها مؤسسات اجتماعية عليها أن تحقق العدل الاجتماعي، هذه الخاصية فرضت عليها وضعية متناقضة، فهي من جهة مضطرة إلى الحفاظ على بقائها ونموها بكل ما يتضمنه ذلك من خصائص المتعامل الاقتصادي، ومن جهة أخرى يتوجب عليها ضمان البعد الأخلاقي للإنتاج العلاجي، لكون الصحة حق أساسي يقتضي توفير الخدمات الصحية الضرورية وإتاحتها للجميع.
- وجود نوعين من العاملين مهنيي الصحة والمسيرين، فعلى المؤسسة الصحية مسؤولية إدارة الخدمات العلاجية ومسؤولية إدارة الموارد، والتحدي الحقيقي يكمن في القدرة على ضمان تسيير جيد للموارد بالمحافظة على الاستقلالية اللازمة للمهنيين حتى يؤديوا مهامهم.

¹ عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض: وزارة الصحة، 2005، ص. 62.

² سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2007، ص. 27.

³ أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات - رؤية معاصرة-، مصر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2006، ص. 24.

⁴ 4A.Belghiti Alaoui, Principes Généraux de Planification al'Hospital, Rabat : Sans Edition, 2005, P. 17.

المطلب الثاني: أنواع ووظائف المؤسسات الصحية

سنتناول أنواع ووظائف المؤسسات الصحية، كما يلي:

أولاً: أنواع المؤسسات الصحية

يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية:¹

- المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية، على سبيل المثال: المستشفيات، العيادات ومراكز العلاج؛
 - المؤسسات غير المنتجة للخدمة الصحية، تتمثل في وزارة الصحة وكل الهيئات الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية.
- كما تعددت تصنيفات المؤسسات المنتجة للخدمات الصحية، نظراً لتعدد التعريفات التي تناولتها من جهة، وتعدد الأنشطة التي تقوم بها من جهة أخرى. يمكن تقسيمها حسب المعايير التالية:²
- 1- التصنيف حسب الملكية والإشراف : يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات حسب هذا المعيار:
- أ- المؤسسات الحكومية : تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية، ولا تهدف إلى تحقيق الربح. تأخذ عدة أشكال، أهمها:

- المؤسسات الحكومية العامة: تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها، تضم أكثر من قسم وتخصص للخدمة جميع فئات المجتمع بالمجان أو مقابل دفع رسوم رمزية.
- المؤسسات الحكومية لخدمة فئات خاصة: تتميز بتبعيةها لوزارة أو مصلحة حكومية معينة، بحيث تقتصر خدماتها على العاملين وأسراهم في هذه الجهات، على سبيل المثال: المستشفيات العسكرية.
- المؤسسات الحكومية التخصصية: تتخصص هذه المؤسسات في تشخيص وعلاج حالات مرضية معينة، على سبيل المثال العيادات المتخصصة في علاج الأمراض الصدرية.
- المستوصفات والوحدات العلاجية : هي مؤسسات صغيرة الحجم، تقتصر الخدمة فيها على إجراء الكشف الطبي ووصف العلاج للمرضى بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبياً.
- المستشفيات الجامعية: هي نوع من المستشفيات التي تلحق بكليات الطب، تقدم نفس خدمات المؤسسات العامة، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية من أجل ممارسة التدريب العملي الطلاب الكلية.

1 A.Belghiti Alaoui, Op.Cit, P. 11.

² راجع:

- أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص.ص. 31-40.

- سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص.ص. 35-41.

ب- المؤسسات الخاصة: تختلف المؤسسات الخاصة عن المؤسسات الحكومية في أنها تكون ملك الأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقاً لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح. من أهم أنواعها:

- مؤسسات بأسماء أصحابها: تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء وأساتذة، يتولى هؤلاء إدارتها وتقديم الخدمات في مجال تخصصهم، وذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى. هذا النوع من المؤسسات يعتمد بالدرجة الأولى على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها، وكذا جودة ما يقدمونه من خدمات صحية لمرضاهم.
- مؤسسات الجمعيات غير الحكومية: يقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والخيرية عن طريق الهبات والتبرعات التي تحصل عليها. قد تأخذ شكل المؤسسات العامة أو المؤسسات المتخصصة وذلك من حيث خدماتها التشخيصية والعلاجية، ولا تسعى إلى تحقيق الربح إنما إلى تقديم خدمات صحية بالمجان أو بأسعار رمزية.
- مؤسسات صحية استثمارية: يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات التي تقدمها. تأخذ شكل شركات المساهمة أو ذات المسؤولية المحدودة، وتكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة.

2- التصنيف حسب الموقع والسعة السريرية: تنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع:

- مؤسسات مركزية: التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة تقع في ضواحي المدن، وتتراوح سعتها السريرية ما بين 100 و 500 سرير.
- مؤسسات المناطق الإقليمية: والتي تقوم بتقديم خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى في منطقة ما، هذا وتتوقف سعتها السريرية على الاحتياجات الصحية للأفراد.
- مؤسسات محلية صغيرة: التي تقدم خدماتها لتجمعات سكنية صغيرة، ولا تزيد سعتها السريرية عن 100 سرير.

3- التصنيف حسب معيار جودة الخدمة الصحية المقدمة: تنقسم المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى:

- المؤسسات المعتمدة: هي تلك التي تعترف بها بعض الهيئات العلمية التخصصية، حيث تمتثل للشروط والضوابط التي تكفل قيامها بأداء خدماتها الصحية بمستوى أفضل، مثل مستشفى الملك فيصل التخصصي في المملكة العربية السعودية.
- المؤسسات غير المعتمدة: هي التي لا تمتثل لأي شروط أو ضوابط من قبل الهيئات المتخصصة.

4- التصنيف حسب معيار التخصص: تصنف المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى:

- مؤسسات عامة: تجمع بين أكثر من تخصص وقسم، وتخدم مناطق واسعة من السكان.
- مؤسسات متخصصة: تتخصص في علاج نوع واحد من الأمراض، مثل مستشفى الأمراض الصدرية. وهناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية، نذكر منها:¹
- الربحية: مؤسسات تسعى إلى تحقيق الربح ومؤسسات لا تسعى إلا تحقيق الربح.
- مدة إقامة المريض: مؤسسات ذات إقامة قصيرة ومؤسسات ذات إقامة طويلة.
- الجنس: مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب جنس المريض مثل مستشفى أمراض النساء والتوليد.
- العمر: مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب عمر المريض مثل مستشفى الأطفال.

ثانيا: وظائف المؤسسات الصحية

إن الوظائف التي تمارسها المؤسسات الصحية تختلف باختلاف أنواع هذه المؤسسات، وفيما يلي عرض لأهم هذه الوظائف:²

1. الرعاية الطبية والصحية: تعتبر الوظيفة الرسمية للمؤسسة الصحية، وتمثل في الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية وما يرتبط بهذه الخدمات من خدمات مساعدة، التي يمكن حصرها في الآتي:³
- الخدمات الفندقية: هي الخدمات التي تهتم بإقامة المرضى، وفي نفس الوقت تمثل مكان تواجد العنصر المعالج (تشخيصات طبية، خدمات شبه طبية)، والعنصر غير الطبي (صيانة، إ طعام)، وكذا مكان تواجد أهالي المرضى وذويهم.
- الخدمات التقنية: هي الوظيفة التي تجمع الوسائل التكنولوجية الثقيلة الخاصة بخدمات التشخيص والعلاج (مخابر التحاليل، أقسام الأشعة)، وتتم ممارسة مهام هذه الوظيفة استنادا إلى توصيات الأطباء.
- الخدمات اللوجستية: تتعلق بكل المهام التي تدعم النشاط الرئيسي، مثل إقامة المرضى وخدمات الإطعام، ويمكن أن تنجز هذه الوظيفة من قبل قسم داخلي تابع للمؤسسة أو جهات خارجية خاصة.

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص.ص. 29-31.

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، مرجع سابق، ص.ص. 8-10.

³ - Farida Djellal et al, L'Hapital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service, Paris : Masson, 2004, P. 48.

• الخدمات الإدارية: تشمل هذه الوظيفة وحدات التوجيه، التنسيق والرقابة، وكذلك وحدات إدارة الوسائل الإدارية العامة، المالية، الموارد البشرية، ... الخ). يرتبط حجم هذه الوظيفة بحجم المؤسسة الصحية نفسها، فقد تشمل عشرة أشخاص في المراكز الإستشفائية الصغيرة، وعشرات الأشخاص في المستشفيات الجامعية الكبيرة.

2. التعليم والتدريب: يفرض التطور في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطور مهارات وخبرات كافة العاملين والمتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية من خلال التعليم والتدريب المستمر، وهذا ما تمثله المؤسسات الصحية خاصة الجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات ومراكز تدريب للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين، وتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، وتزويد الهيئات الطبية والمعالجة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى. ومنه تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها، بالإضافة إلى نقل التجارب من ذوي الخبرة إلى الجدد منهم وتبادل المعلومات معهم.

3. البحوث الطبية والاجتماعية: تسهم المؤسسات الصحية من خلال المعامل والمختبرات وما تحتويه من تجهيزات، وسجلات طبية، وحالات مرضية متنوعة، وعناصر بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية للمساهمة في تقدم العلوم الطبية، وتطوير الوسائل والأساليب العلاجية.

4. وقاية المجتمع من الأمراض: تتمثل هذه الوظيفة في وقاية أفراد المجتمع من خلال توفير الصحة للجميع وتشجيعهم على تفهم أهم المشكلات الصحية سعياً وراء القضاء عليها. ويتطلب الأمر ضرورة قيام المؤسسات الصحية بدور فعال في مجالات التوعية الصحية، من خلال:¹

• تنظيم الندوات للمرضى وذويهم لتوعيتهم بالأسباب المؤدية إلى هذا المرض وطرق المحافظة على الصحة؛

• إذاعة برامج التوعية الصحية عن طريق الراديو والتلفزيون؛

• إصدار نشرات إرشادية تساعد على تفهم أفراد المجتمع السبل تحقيق الوقاية من الأمراض المختلفة

مما سبق، نجد أنه رغم تعدد تصنيفات المؤسسات الصحية واختلاف الأنشطة التي تمارسها، إلا أن

تقديم خدمات صحية هو الأساس الذي وجدت من أجله، حيث سنتطرق إليها في المبحث التالي.

¹ أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص. 47.

المبحث الثاني: ماهية الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية عنصراً مهماً لإحداث التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم، لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته، من هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين، وتسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها، والعمل على تطوير المؤسسات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية والخبرات العلمية، والإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات، إيماناً بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات.

سنحاول التعرف على مفهوم الخدمة الصحية ومختلف الخصائص المميزة لها، مع الإشارة إلى أنواعها وعناصر إنتاجها.

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

سنتناول مفهوم الخدمة الصحية مع إبراز أهم خصائصها.

أولاً: مفهوم الخدمات الصحية بالرغم من أنه يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية، إلا أن الصحة ليست كذلك، فلا يمكن الاتجار بها، هذا ما يقودنا إلى تحديد مفهوم الصحة أولاً قبل تحديد مفهوم الخدمات الصحية.

1- مفهوم الصحة:

أ- تعريف الصحة:

اشتد الجدل حول تحديد مفهوم الصحة في السنوات الأخيرة، بعدما كان شائعاً بين المشتغلين في المجال الطبي بأن الصحة تعني: "غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل"¹، فطالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبرا من الداء، فذلك معناه أن هذا الجسم سليم. إلا أن المختصين في مجال الصحة، اعتبروا هذا المفهوم هو إهدار المعنى للصحة ويجعل دورها سلبي لمجرد أنه علاج للمرض.

وقد عرف Perkino الصحة بأنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه"².

أما منظمة الصحة العالمية (OMS)، فقد عرفت الصحة بأنها: "حالة السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان".

1 عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003، ص. 17.

2 أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2000، ص. 13.

لو تمعنا في هذا التعريف، لوجدنا مايلي:

- للصحة ثلاثة أبعاد مترابطة مع بعضها البعض، وهي: الجانب البدني، الجانب النفسي والجانب الاجتماعي؛
 - انتقاص أي عنصر من هذه العناصر ينتج عنه عدم اكتمال الصحة؛
 - نسبية الصحة، فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا؛
 - الصحة لا تعني الخلو من المرض فقط، وهنا يجب التفريق بين الصحة والمرض.
- المرض هو حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا، وقد يكون هناك انحراف في أكثر من جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية، وهذا الانحراف يمكن أن يكون نسبيا أو مطلقا. والمرض ليس مرادفا تماما للاعتلال أو السقم حيث أن¹:
- المرض: يمكن أن يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة ويؤثر في فردية وشخصية الفرد.
 - السقم: هو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي على فردية وشخصية الفرد.
 - الاعتلال: يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي والتي يتأثر بها الجانب الاجتماعي وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين.

وترتبا لما سبق يمكن أن نخلص إلى أن الصحة و المرض ليسا بمفهومين متضادين، بل يكمن اعتبارهما حالات نسبية تختلف من شخص إلى آخر ومن حالة إلى أخرى، وأن الصحة حالة نسبية من التوازن أو السوية الجسمانية والنفسية والاجتماعية والمقدرة على العمل. ومما لا شك فيه أن كل شخص ينظر للمرض وبالتالي للصحة بمنظار وتفسير يختلف عن شخص آخر، فمثلا: شخص مصاب بوعكة صحية طفيفة يعتبر نفسه مريضا أي لا يتمتع بالصحة، وقد يقعد عن العمل، بينما ذلك مختلف لدى شخص آخر إذ قد يواصل عمله كالمعتاد رغم إصابته بنفس الوعكة الصحية.

ب - مستويات الصحة:

تتمثل مستويات الصحة فيما يلي:²

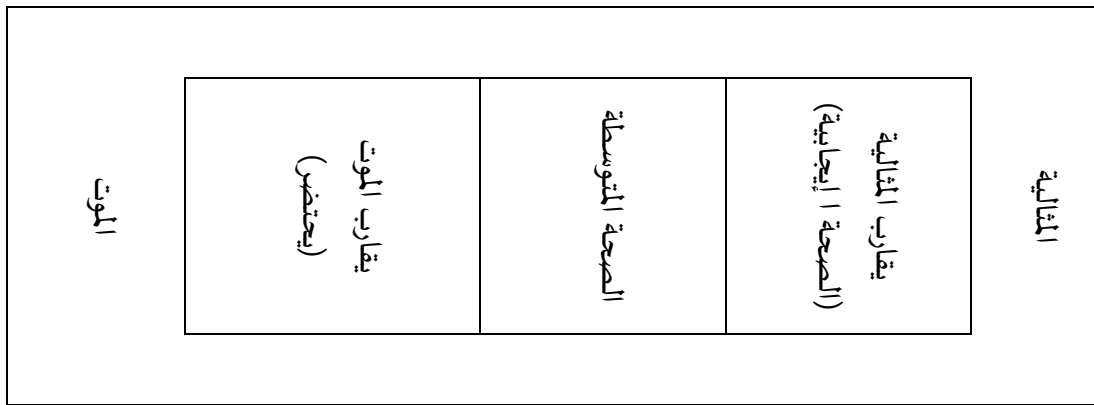
- **الصحة المثالية:** هي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية، أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية تسعى لتحقيقه، وإن كان صعب المنال.
- **الصحة الايجابية:** هي حالة يستطيع الفرد فيها والمجتمع مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية.

¹ إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات تطبيقية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1991، ص. 50.

² المرجع نفسه، ص. 47.

- الصحة المتوسطة: أي أن الفرد لا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين ولكن بصفة عامة لا تظهر عليه الطاقة الايجابية.
- مستوى الاحتضار: هو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية، وتسوء الحالة من وقت لآخر ومعه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية.
- إن هذه المستويات تقسم بالنسبية المطلقة، حيث يصعب تحديدها وقياسها قياسا دقيقا ومحددا، والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (1-1): مفهوم الصحة من ناحية مستوياتها.



المصدر: إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سابق، ص.49.

- كما يتأثر مستوى الصحة بعدد من العوامل المتداخلة، وهي كالتالي:¹
- عوامل طبيعية: وتتمثل في العوامل المناخية، البيئة والجغرافية .
 - عوامل بيولوجية حيوية: تتمثل في ناقلات العدوى سواء كانت حشرات مثل الذباب والناموس أو حيوانات كالفئران والذئاب.
 - عوامل اجتماعية: تتمثل في مستويات المعيشة، العادات والتقاليد.
 - عوامل اقتصادية: مثل قصور الإمكانيات المادية مثل التشخيص، التلقيح وعدم توفر الإمكانيات التي تساعد على حياة صحية جيدة، من مسكن و غذاء ورعاية طبية.
 - عوامل بيئية: تتمثل في عدم توفر المياه الصحية الصالحة للشرب وصرف الفضلات بصورة صحية وما يترتب عليها من انتشار الأمراض المعدية.
 - عوامل سكانية: زيادة معدلات المواليد والوفيات يترتب عليها مشاكل صحية واجتماعية.
 - عوامل طبية: مثل مدى توافر العيادات الطبية والأطباء والممرضين.

¹ فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الإسكندرية: الدار الجامعية، الطبعة الأولى، 2007، ص. 363

2- تعريف الخدمات الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية شكلا من أشكال الخدمات، وأحد مدخلات إنتاج الصحة*. فقد عرفت بأنها "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصيا أو إرشادا أو تدخلا طبيا، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"¹.

هذا التعريف يشير في مضمونه إلى أن الخدمة الصحية تتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية، هي:

- **الصفة المميزة للخدمة:** ترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة، والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية:
- **المنافع المرجوة من الخدمة:** تتمثل في العناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض لمقابلة احتياجاته الصحية، والمتضمنة للإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدي. والتي يمكن تقسيمها إلى ما يلي:²
 - ✓ **منافع مباشرة ملموسة** يمكن قياسها وحسابها: تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.
 - ✓ **منافع مباشرة غير ملموسة** ويصعب قياسها: تتمثل في الحد من الآلام والأمراض التي يعانيها المريض، أو التي سيتجنبها، نتيجة للخدمات التي حصل عليها.
 - ✓ **منافع غير مباشرة ملموسة** يمكن حسابها: تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة للخدمات الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة.

- **الخدمات المساندة:** تشمل كافة العناصر المضافة التي تقدم إلى جوهر الخدمة الصحية، وتتضمن نظام حجز المواعيد، الاستقبال، التنسيق مع المؤسسات الصحية الأخرى والمنظمات الاجتماعية. كما تعرف الخدمة الصحية أيضا، بأنها: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل"³.
- هذا التعريف يبين أن عملية العلاج التي أتت بالمريض إلى المؤسسة الصحية لا تمثل الخدمة الصحية في حد ذاتها، بل مكونا من مكوناتها، فالخدمة الصحية هي عبارة عن نشاط مركب من ثلاثة متغيرات رئيسية، والتي تظهر في الجدول التالي:

* يقصد بانتاج الصحة استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في انتاج الصحة هي:

المسكن، التعليم، الغذاء، مستوى المعيشة ومستوى الخدمات الصحية

1 اثامرياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، الأردن: داراليازوري العلمية، 2005، ص.168.

2 إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مصر: مكتبة القدس، الطبعة الثانية، 2006، ص.28.

3 زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، الأردن: دار حامد للنشر، 1998، ص.87.

الجدول رقم(1-1) الوظائف المكونة للخدمة الصحية.

أمثلة	الوظائف المكونة
- الإيواء، الصيانة والتنظيف. - الإطعام. - الاستقبال. - التدفئة.	الفندقة والإطعام
- تسيير المخزونات، الصيدلة، التجهيزات. - تسيير الموارد البشرية، إدارة المعلومات، تسيير الملفات الطبية.	الإدارة والتسيير
- الخدمات العلاجية. - مختبرات التحاليل والأشعة. - العمليات الجراحية. - عمليات التخدير.	الخدمات الطبية وشبه الطبية

Source : Farida Djellal et al, Op. Cit, P.64.

يوضح الجدول رقم (01) الوظائف الثلاثة المكونة للخدمة الصحية. وهي: خدمات الفندقية والإطعام، الخدمات الإدارية والخدمات الطبية وشبه الطبية، مع إعطاء أمثلة عن كل وظيفة وللإشارة، فإن الخدمة الصحية تخضع حسب Darby و Karny إلى اعتبارات سلع الاعتقاد، وقد فرق هذين الكاتبين بين ثلاثة أنواع من السلع هي:¹

- **سلع الاعتقاد:** تتعلق بالمنتجات والخدمات التي لا يمكن للزبون أن يتحقق من جودتها وقيمتها إلا بعد استهلاكها، لأنه لا يملك لا المعارف ولا القدرات اللازمة ليقوم بذلك؛
- **سلع البحث:** تتعلق بالمنتجات والخدمات التي يستطيع الزبون أن يشعر بها، يراها وبالتالي يمكنه تحليلها وتقييمها قبل عملية الشراء؛
- **سلع التجربة:** تتعلق بالمنتجات والخدمات التي لا يمكن للزبون أن يتحقق من جودتها إلا بعد حدوث عملية الشراء، وخلال الاستهلاك.

وبالتمعن في أنواع السلع الثلاثة، فإننا نجد أن الخدمات الصحية يمكن أن تكون تابعة لفئة سلع الاعتقاد لأن المستفيد منها لا يستطيع أن يقدر منفعتها إلا بعد أن يستخدمها، كما يمكن أن تتبع أيضا فئة

¹ Youssef Mahyaoui, Etude Juridico Economique de la Contractualisation dans le Système de Soins, Université de Paris: Doctorat le Systeme de Soins Hospitalier, 2003, P.P. 38-42.

سلع التجربة، لأنه في وضعيات معينة يمكن للمريض أن يتحصل على معلومات عن العلاجات الطبية، إما لأنه قد عايش نفس الحالة المرضية من قبل (ولادة، علاج الأسنان، ...)، وإما لأنه يلجأ لعلاج معين بصفة مستمرة مثل ما هو الحال عند المصابين بالأمراض المزمنة.

3- خصائص الخدمات الصحية

إن خصائص الخدمات الصحية لا تبتعد عن الخصائص العامة للخدمات، والتي تتمثل فيما يلي:

1. اللاملموسية: يقصد باللاملموسية "عدم رؤية، لمس أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنياً، كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقاً"¹، ولهذا يعتبر قرار شراء الخدمة أصعب من قرار شراء السلعة. ولتلافي هذه الصعوبة يجب البحث عن علامات أو مؤشرات تدل على جودة الخدمة المقدمة، مثل: مكان أدائها، مقدمها والأجهزة المستخدمة.
2. التلازمية أو عدم الانفصال: التلازمية مفهوم يتكون من بعدين، البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك، فنجد السلع المادية تنتج وتخزن ثم تباع وتستهلك، لكن الخدمات تباع أولاً ثم تنتج وتستهلك في نفس الوقت، أما البعد الثاني للتلازمية هو أن المستفيد لا يمكن فصله في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة.²
3. عدم التجانس في تقديم الخدمة: تتميز الخدمات بالتباين لاعتمادها على كفاءة ومهارة مقدمها، وكذا مكان وزمان تقديمها. كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتماداً على ظروف معينة، وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحياناً مما يؤدي إلى صعوبة تخطيط الخدمة.
4. عدم القابلية للتخزين: تتميز الخدمات بصفة عامة بعدم قابليتها للتخزين طالما أنها غير ملموسة، هذا ما يجعل تكلفة التخزين منخفضة نسبياً أو بشكل كامل في المؤسسات الخدمية، ويترتب عن ذلك أن الطاقة غير المستغلة من الخدمة تعتبر إيراد مفقود.³
5. عدم تملك الخدمة: أي أن الخدمة لا تمتلك أو تنقل ملكيتها من المنتج إلى العميل عند الاتفاق عليها، فالمستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون إمكانية تملك الخدمة ذاتها، وهذا يمثل الفارق بين السلعة و الخدمة.

إلا أن الخدمة الصحية تتميز بخصائص إضافية، وهي كالتالي:⁴

1. تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية: أي أنها تقدم لشخص واحد، فلا يستطيع الطبيب على سبيل المثال أن يعالج إلا حالات محدودة من المرض، والسبب يعود إلى تخصصه في مجال معين (الأمراض الباطنية مثلاً)، بالإضافة إلى أنه لا يستطيع معالجة أكثر من مريض واحد في نفس وقت. لكن هذه الخاصية

¹ 2D. Michel et autres, Marketing Industriel : Strategie et Mise en Oeuvre, Paris : Economica, 2eme édition, 2000, P. 373.

2 D. PETTIGREW et autres, Le Marketing, Québec (Canada) : MC Graw-Hill, 2003, P.385.

³ محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الإسكندرية: الدار الجامعية، 1996، ص. 356.

⁴ زكي خليل مساعد، مرجع سابق، ص.ص. 24-31.

- لا تطبق على كافة الخدمات الصحية، حيث أن هناك خدمات لا تقدم لشخص واحد بل لعدد من الأشخاص في آن واحد، مثل حملات التوعية من مرض معين وحملات تطعيم الأطفال.
2. تتطلب الخدمات الصحية السرعة في أداءها والطلب عليها غير قابل للتأجيل: فالإصابة بالمرض يتطلب علاجاً فورياً للقضاء عليه حين ظهور أعراضه. وتميز الخدمات الصحية بالإلحاح والسرعة يتطلب:
- انتشار مكاني: بسبب الانتشار السكاني في الكثير من دول العالم، في قرى ومدن صغيرة متناثرة على مساحات واسعة، والتي ترتبط مع بعضها البعض بطرق مواصلات تكون في كثير من الأحيان متردية، وبسبب الإلحاح في إشباع حاجة السكان للخدمة الصحية، فإن ذلك يتطلب وجود مؤسسات صحية قريبة من الحيز الجغرافي الذي تقطنه مجموعة من السكان وفي متناولهم، من أجل تقديم الخدمة الصحية اللازمة.
 - انتشار زمني: تتميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات في كونها أكثر إلحاحاً، وتتطلب ضرورة إشباع حاجات المستفيدين إليها أن تؤدي الخدمة في الوقت الذي يحتاجه، على سبيل المثال: إصابة شخص بآلام في المعدة في ساعة متأخرة من الليل الإطار النظري حول المؤسسات الصحية، خدماتها والجودة يتطلب علاجاً فورياً لا يمكن تأجيله إلى الصباح، وكذلك في حالة حدوث وباء معين كالكوليرا، يتطلب ذلك عدم تأجيل مكافحته، بل تهرع الأجهزة الصحية بكاملها لوضع الإجراءات المناسبة للوقاية من هذا المرض.
3. صعوبة تحديد وقياس وتقييم جودة الخدمة الصحية: وهذا راجع لطبيعة الخدمة المقدمة وارتباطها بحياة الإنسان. وسيتم تحليل كل عنصر على حدا فيما يلي:
- أ- صعوبة تحديد جودة الخدمة الصحية: بسبب كون الخدمات الصحية غير ملموسة، لذا يصعب معه تحديد جودة الخدمة التي تقدم للمستفيد. لمواجهة هذه المشاكل الخاصة بتنميط الخدمة ينبغي أن تعطي المؤسسات الصحية اهتماماً خاصاً لمرحلة تخطيط خدماتها، وعلى الإدارة أن تبذل ما في وسعها لكي تضمن نوعاً من التناسق في الأداء، وبهذا يمكن أن تكسب المؤسسات الصحية ثقة المستفيد من خدماتها وتكون بذلك سمعة حسنة للاستمرار والنمو.
- ب- صعوبة قياس جودة الخدمة: قد يكون من السهل على المؤسسة الصحية قياس ما تم استخدامه من إمكانات مادية كعدد الأسرة وعدد الأطباء. إنما ليس من السهل قياس جودة الخدمة المقدمة بطريقة القياس المباشر، ولكن يمكن قياسها بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع وارتفاع المستوى الصحي.
- ج- صعوبة تقييم جودة الخدمة: بسبب كون الخدمات الصحية غير ملموسة، لذا يصعب تقييم جودة الخدمة التي تقدم للمستفيد. فالتقييم يتم على أساس مقارنة عدد ما تم شفاؤهم من المرض في مدة معينة، أو مقدار التزام المستفيد بالإرشادات الصحية المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية، أي ناتج الأداء بين ما حققه النشاط في المؤسسة الصحية من

- مخرجات إلى المدخلات من الإمكانيات حسب الأهداف الموضوعية. وقد اعتادت المؤسسات الصحية عند تقييم خدماتها أن تقيم ثلاثة عناصر، هي:
- **تقييم الكفاءة:** أي تقييم كفاءة الإمكانيات سواء بشرية كالأطباء والمرضى، أو مادية كالأجهزة والتجهيزات.
 - **تقييم الفعالية:** أي تقييم ناتج ما تم أدائه فعلا من مدخلات بين ما كان متوقعا تقديمه في مدة محددة وعلاقته بما كان يهدف إليه.
 - **تقييم التكلفة:** أي ما تم إنفاقه على الخدمة.
4. الاستمرارية: فإذا كانت المؤسسات الصحية مطالبة بأن تتميز خدماتها بالإلحاح والسرعة وكذلك حريصة على تقديم النوعية الصحية العالية، فهي مطالبة أيضا بإدامة واستمرارية تلك الخدمات. ويتباين مفهوم الاستمرارية حسب وجهة نظر المستفيد من الخدمة الصحية، فتعني¹
- من وجهة نظر المريض، أن إجراءات الخدمة الصحية هي العناية بالشخص ككل وليس كأجزاء وأعضاء جسم، فالمريض هو محور إدارة الخدمات الصحية، وهذا يتحقق من خلال استمرارية العلاقة ما بين طالبي الخدمة ومقدميها، الذين يرشدون مرضاهم ويوجهونهم إلى حيثما تتطلب حالاتهم متابعة ورعاية أفضل.
 - من وجهة نظر المجتمع، أنها علاقات تعاون وتنسيق مستمر ومثمر بين المؤسسات الصحية ومقدمي الخدمة، وأن تعي الإدارة أن الخدمة الصحية الجيدة هي التي تنظر للفرد بأن له مشاعر وأحاسيس كما له حاجات جسمانية مادية، وأن الخدمة الصحية أشمل من التعامل مع المريض فقط بل تتضمن أشياء أخرى تقدم للمستفيد منها التوعية والتأهيل.

المطلب الثاني: أنواع وعناصر إنتاج الخدمات الصحية

سنحاول في هذا المطلب، إبراز أنواع الخدمة الصحية وعناصر إنتاجها.

أولا: أنواع الخدمات الصحية

تنقسم الخدمات الصحية حسب أغلب النظم الصحية العالمية إلى قسمين، هما:²

1- الخدمات الصحية العلاجية: وتتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، وتشمل:

- خدمات التشخيص؛
- خدمات العلاج، وتتمثل في العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، خدمات مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات والتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر؛
- خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، هي عبارة عن خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناته من آلام المرض.

¹ اعيد المهدي بواعنة، مرجع سابق، ص. 54.

² إبراهيم طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص. 25-26.

2- الخدمات الصحية الوقائية: تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع، ويطلق عليها أيضا اسم الخدمات الصحية البيئية أو العامة"، ترتبط بالخدمات الموجهة للحماية من الأمراض المعدية والأوبئة، والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد، وتشمل:

- خدمات التطعيم ضد الأمراض والأوبئة؛
- خدمات رعاية الأمومة والطفولة؛
- خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض؛
- خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء المشروبات ومحلات الحلاقة والتجميل؛
- خدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي؛
- خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي؛
- خدمات الحجر الصحي.

ويوجد تقسيم آخر للخدمات الصحية، يتضمن¹:

- الخدمات الطبية؛
- الخدمات شبه الطبية؛
- الخدمات الصيدلانية؛
- الخدمات الجراحية؛
- خدمات ترميم الأعضاء؛
- الخدمات الوقائية الأولية والثانوية؛
- الخدمات المتعلقة بالبيئة (التغذية، الماء، نوع الحياة).

ثانيا: عناصر إنتاج الخدمات الصحية

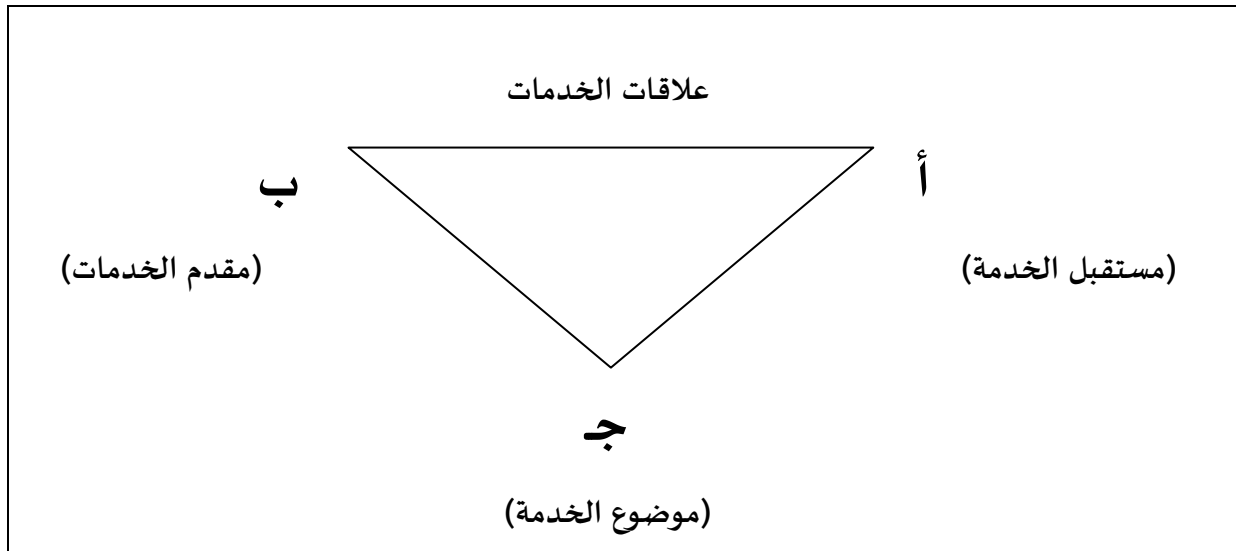
سنعتمد على نموذجين لإبراز عناصر إنتاج الخدمة الصحية، الأول هو نموذج مثلث الخدمات، والثاني هو نموذج Eigliar و Langeard.

1- إنتاج الخدمة الصحية حسب مثلث الخدمات:

اقترح Gadrey نموذجا باسم مثلث الخدمات، انطلاقا من رؤيته للخدمة على أنها عملية وليست نتيجة لعملية، حيث عرفها على أنها: "مجموعة من عمليات المعالجة المختلفة، المحققة من طرف مقدم الخدمة، بخصوص موضوع له علاقة مع الزبون".. والشكل التالي يوضح هذا النموذج:

¹ Youssef Mahyaoui, Op.cit, P. 32.

الشكل رقم (2-1): إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات.



Source: Farida Djellal et al, Op. Cit, p.61.

من خلال الشكل، نلاحظ أن هذا النموذج يمثل عناصر إنتاج الخدمة بصفة عامة، وإذا قمنا بإسقاطه على المؤسسة الصحية، فإن رؤوس المثلث ستمثل:

- مقدم الخدمة: يتمثل في العنصر البشري (الفريق الطبي وشبه الطبي، المسيرين...);
- مستقبل الخدمة: نعني به زبون المؤسسة الصحية الممثل عادة في المريض؛
- موضوع الخدمة: أي الهدف المرغوب تحقيقه من تقديم الخدمة لحساب طالبيها (العلاج، خدمات الاستقبال وحجز المواعيد العمليات الجراحية...).

نشير هنا إلى أن إنتاج الخدمة الصحية من خلال توفر هذه العناصر الثلاثة، يقتضي مجموعة من التفاعلات المتبادلة فيما بينها تحددها المؤسسة الصحية عبر منجز وسياسة إدارتها من خلال تسخير الموارد والتقنيات اللازمة.

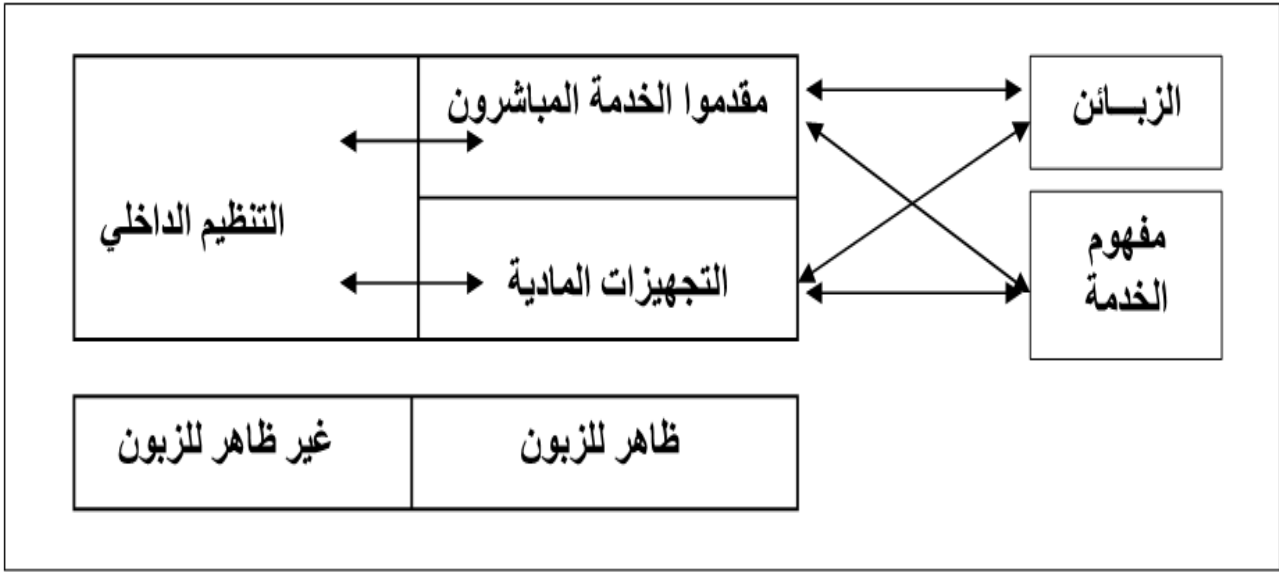
2- إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج Eigliier و Langeard:

قام كل من Eigliier و Langeard سنة 1978، بتقديم نموذج يعبر عن إنتاج الخدمة، وأطلقا عليه تسمية "Modele de Servuction"¹. وهو موضح في الشكل التالي:

*استعمل Eigliier و Langeard مصطلح « Servuction » المؤلف من كلمتين « Service » التي تعني الخدمة و« Production » والتي تعني الإنتاج، للتعبير عن إنتاج الخدمة.

¹ Eric Volger, Management Stratégique des Services: Du Diagnostic à la Mise en oeuvre d'une stratégie de Services, Pris: DUNOD, 2004, P. 11

الشكل رقم (3-1): نموذج Eigneur و Langeard لإنتاج الخدمة.



Source: Eric Volger, Management Stratégique des Services: Du Diagnostic à la Mise en oeuvre d'une Stratégie de Services, Paris: DUNOD, 2004, P. 11.

إن الفرق بين هذا النموذج وبين نماذج الإنتاج العادية هو تقديمه ضمن نظام، فسلسلة الإنتاج العادية هي سلسلة خطية (بمعنى تتابع المراحل حيث الثانية تلي الأولى مباشرة) لا يمكن تطبيقها في المجال الخدمي، أين تكون عناصر كثيرة ضرورية في وقت واحد لأداء الخدمة، وتكون مرتبطة فيما بينها، ولا يمكن أن يكون لأي عنصر أهمية دون وجود الآخر، بالإضافة إلى وجود جزء ظاهر للزبائن المتمثل في الأشخاص الذين لهم علاقة مباشرة مع الزبون أثناء تأدية الخدمة وكذلك الوسائل المادية وأحيانا التسيير العملياتي، وجزء غير ظاهر (عاملي القاعدة الخلفية، نظام المعلومات...).

وقد فرق Gronroos بين هذين الجزأين (الجهة الأمامية والجهة الخلفية) على أساس قسم الدعم التكنولوجي، التسيير العملياتي والوظيفي...، وقسم تفاعلي (المهنيون الذين يتصلون بالزبون، أنظمة المعلومات...)¹.

بتطبيق هذا النموذج على المؤسسة الصحية، فإن عناصر إنتاج الخدمة تكون كالتالي:²

- الزبون: يعتبر العنصر الذي يمثل أساس النظام الإنتاجي للخدمة الصحية، ومن المعروف أن الزبون يتجسد في دور المشتري الذي لا يمكنه اختراق محيط الإنتاج، لكن في إنتاج الخدمة الصحية الأمر مختلف تماما، وجود الزبون ضروري لإنتاج هذه الأخيرة، ومن المألوف أن يعمل رفقة مقدمي الخدمة الممثلين في مهنيي الصحة والمساعدين، هذا الإنتاج المشترك Coproduction بين مقدم الخدمة وطالبيها يمثل عاملا جوهريا يضيف للمؤسسة الصحية ميزة تنافسية إذا أحسنت إدارته واستغلاله:

¹ Idem, P. 21,

² Eric Volger, Op.cit, P. 21.

- عاملو الجبهة الأمامية: هم العاملون الذين لديهم علاقة مباشرة مع الزبون الأطباء , (الممرضين،...)، ويقع على عاتقهم أداء الجزء الظاهر للخدمة الصحية، وهم يعملون بصفة مشتركة مع الزبون وأحيانا من دونه، وأحيانا مع عاملي الجبهة الخلفية، ويستخدمون في بعض الحالات آلات وتجهيزات (وسائل طبية، أدوات جراحية...). إدارة العنصر البشري الخاص بهذه الجبهة لها طبيعة خاصة، لأن حجم دور العلاقات الإنسانية كبير وحسن إدارة الفريق أمر حاسم للوصول إلى نتائج جيدة، ويجب دوما الأخذ بعين الاعتبار أن العنصر البشري العامل في الجبهة الأمامية يمثل المؤسسة الصحية في أعين الزبائن؛
 - عاملو الجبهة الخلفية: يمثلون العناصر البشرية غير الظاهرة للزبون؛
 - الإجراءات: تتمثل في الإطار المحدد للعلاقات الداخلية بين عاملي الجبهة الأمامية والجبهة الخلفية، وقد تمثل أيضا الإطار المحدد للعلاقات الخارجية مع الزبون؛
 - الوسائل المادية: تتمثل في مجموع العناصر المادية الملموسة لإنتاج الخدمة الصحية، والتي تنقسم إلى نوعين الآلات والأجهزة الضرورية لإنتاج الخدمة والبيئة المادية التي تنتج فيها الخدمة¹؛
 - موضوع الخدمة: أي الفكرة التي جاءت بالزبون، والتي دفعت لمقدم الخدمة للعمل، والممثلة بشكل أساسي في العلاج.
- مما سبق، نستخلص أنه يجب أن تتميز الخدمة الصحية بالجودة لكي تشبع حاجات ومتطلبات المريض. وعليه، لابد من معرفة ماهية الجودة، والتي سنتطرق إليها في المبحث الموالي.

¹ P.Eiglier et E.Langeard, Servucion : Le Marketing des Services, Paris: Ediscience International, Cinquieme Tirage, 1994, P. 16.

خلاصة الفصل الأول

نستخلص من دراستنا لهذا الفصل مجموعة من النقاط، نذكر أهمها فيما يلي: لا تعددت تعاريف المؤسسة الصحية كل حسب نظرته إليها، الشيء الذي أدى إلى تعدد أنواعها والوظائف التي تمارسها، ولكن هناك اتفاق على أنها عبارة عن نظام مفتوح يعتمد على أفراد المجتمع ويتأثر بالبيئة المحيطة به. لا تتميز الخدمات الصحية على مختلف أنواعها (علاجية أو وقائية) بالإلحاح والسرعة في أداءها والطلب عليها غير قابل للتأجيل، وعلى المؤسسة الصحية الحرص على تقديم خدمات ذات جودة عالية مع إدامة واستمرارية تلك الخدمات.

للوصول إلى هدف المؤسسة الصحية، فإنه يتعين عليها التركيز على المريض كعنصر أساسي أثناء إنتاج وتقديم الخدمة الصحية، وهذا من خلال تحسين جودة خدماتها، وجعلها تتلاءم مع احتياجات وتوقعات زبائنهم. / لا يوجد تعريف محدد للجودة، إلا أنه يوجد اتفاق بأنها تهدف إلى كسب رضا الزبون من خلال تلبية حاجاته وتوقعاته. / الاهتمام بالجودة ليس حديث العهد، بل كان منذ القدم وازدادت درجة الاهتمام بها مع مرور الزمن.

به اهتمام المؤسسة الصحية بجودة خدماتها سيساهم في تحسين سمعتها ويكسبها ميزة تنافسية، تمكنها من مواجهة المنافسة العالمية وكسب رضا وولاء الزبائن، بالإضافة إلى جذب زبائن جدد، فما هي جودة الخدمات الصحية؟ وكيف يمكن تقييمها؟.

الفصل الثاني

تمهيد:

تسعى المنظمات الحديثة إلى تحقيق جودة خدماتها وعملياتها وتضعها كهدف أساسي في ظل عالم سريع التغير يسوده التنافس الشديد في تقديم الخدمات والسلع بصورة أفضل، وفي ظل المنافسة العالمية الشديدة للمنظمات على اختلاف أنواعها لكسب حصة أكبر من الأسواق، أصبح الزبون (المستفيد) هو سيد الموقف والذي يسعى الجميع لإرضائه وتحقيق متطلباته، طمعا في زيادة الحصة السوقية لهذه المنظمات ضمانا لبقائها واستمراريتها.

شهد القطاع الصحي في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات، من اجل تطبيق معايير وإجراءات نظم الجودة، للوصول إلى التغيير والتحسين المستمر، لمواكبة التقدم بحاجات المجتمع في المجال الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والثقافي، حيث يعتبر القطاع الصحي (صمام الأمان) للحفاظ على سلامة كل مستخدمي الخدمات الصحية الأمر الذي يستلزم تطبيق نظم الجودة باعتبارها وسيلة مهمة في كسب ثقة المستفيدين من الخدمات الصحية وهي احد أسس الإدارة الحديثة التي تساهم في الارتقاء بالعمل في ظل التحديات والمستجدات المتلاحقة.

وتم تقسيم هذا الفصل الى 03 ثلاثة مباحث :

المبحث الاول : جودة الخدمة

المبحث الثاني : جودة الخدمة الصحية

المبحث الثالث : رضا المريض و العوامل المؤثرة على سلوكه

المبحث الأول : جودة الخدمة

1. جودة الخدمة

1.1 مفهوم جودة الخدمة:

تتعدد التعريفات بالنسبة لجودة الخدمة وذلك لاختلاف حاجات وتوقعات العملاء عند البحث عن جودة الخدمة المطلوبة، وكذلك الاختلاف في الحكم على جودة الخدمة، فجودة الخدمة بالنسبة لكبار السن تختلف عنها بالنسبة للشباب وتختلف بالنسبة لرجال الأعمال عنها بالنسبة للعملاء العاديين ومنه يمكن إعطاء التعاريف التالية:

❖ التوافق مع الرغبة¹

❖ " تلك الجودة التي تشتمل على البعد الإجرائي والبعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية ، حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمة أما الجانب الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون بمواقفهم وسلوكياتهم وممارساتهم اللفظية (مع العملاء²)."

❖ "هي جودة الخدمات المقدمة سواء كانت المتوقعة أو المدركة أي التي يتوقعها العملاء أو يدركونها في الواقع الفعلي، وهي المحدد الرئيسي لرضا العميل أو عدم رضاه حيث يعتبر في الوقت نفسه من الأولويات الرئيسية التي تريد تعزيز مستوى الجودة في خدماتها³."

❖ "تعرف الجودة على أنها ذلك الفرق الذي يفصل العميل عن الخدمة، والجودة التي يحس بها بعد استعماله للخدمة، أو بعد تقديمها له⁴"

❖ "جودة الخدمة تعتبر مقياس للدرجة التي يرقى إليها مستوى الخدمة، لتقابل توقعات العملاء. إذن هي مدى تطابق توقعات الزبائن مع الخدمة المقدمة فعلا من قبل مقدم الخدمة⁵."

كما يمكن القول أن أعم وأشمل مفهوم للجودة نجده في:

1. الآية الكريمة: "صنع الله الذي أتقن كل شيء"⁶ الآية 88 ، سورة النمل.

2. قوله صلى الله عليه وسلم: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه." رواه مسلم والبخاري.

حقا إن الإتقان هو أكبر مفهوم للجودة وأدق تعريف لها، فالإتقان هو أداء العمل على أتم وجه وانجازه على أفضل صورة والحفاظ على المواد الخام، والحرص على انجاز العمل وإتمامه في أقل وقت وبأعلى قيمة وقبل كل ذلك دقة ومهارات الصانع.

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن جودة الخدمة تتعلق بذلك التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة حيث يرى العميل جودة الخدمة من خلال مقارنته بين ما يتوقعه والأداء الفعلي للخدمة⁷.

¹ بريش عبد القادر "جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك"، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد 3 الجزائر، ص 253

² مأمون سليمان الدراكة ، " إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء"، دار صفاء للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى. عمان 2006 ، ص 18

³ مأمون الدراكة وآخرون ، " إدارة الجودة الشاملة ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان 2001. ص 143.

⁴ G. Toquer , M. longbois , " Marketing des services " , op,cit ,P45.

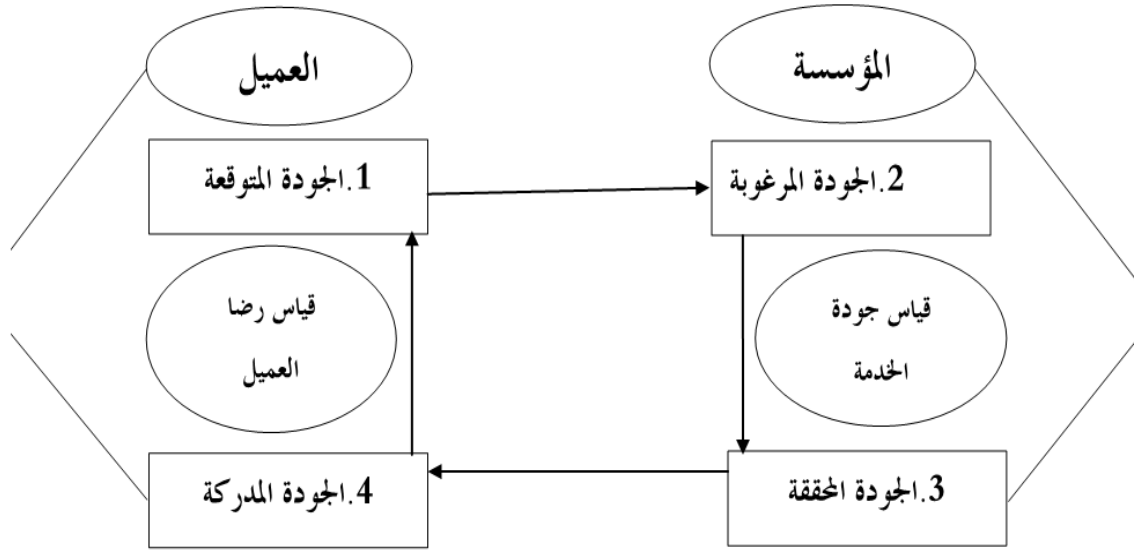
⁵ قاسم نايف علوان ، " إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو"، دار الثقافة ، ليبيا ، 2005 ، ص 125

⁶ أرحح إلى : أنور الباز ، " عمدة التفسير عن الحافظ بن كثير" ، دار الوفاء ، الطبعة الثانية ، الجزء الثاني ، 2005 ، ص 875

⁷ . 437 ص ، سابق ، مرجع "الخدمات تسويق" ، الضمور حامد هاني

2.1 دورة حياة جودة الخدمة:

الشكل رقم II-1 (مربع الجودة)



Source :Laurent Harmel,"Qualité et engagements de service",Afnor,2003,p12

انطلاقاً من الشكل السابق يمكننا تحديد أربعة مراحل لدورة حياة جودة الخدمة، وهي¹:

المرحلة الأولى : تسعى المؤسسة خلال هذه المرحلة إلى معرفة توقعات عملائها و أسباب عدم رضاهم وذلك من خلال إجراء بحوث تسويقية.

المرحلة الثانية : تقوم المؤسسة بدراسات لمنافسيها ، ولمواردها المتاحة حتى تتمكن من تحديد الجودة المرغوبة. المرحلة الثالثة : بعد تحديد الجودة المرغوبة تهتم المؤسسة بتحديد المعايير التي تتبعها و التي تساعد على تحقيق جودة الخدمة.

المرحلة الرابعة: تهتم المؤسسة بالجودة المدركة من قبل العميل ، حتى تتمكن من قياس مستوى الرضا لديه انطلاقاً من مقارنتها للجودة المتوقعة قبل تقديم الخدمة ، وتعتبر هذه الدراسة مصدر لمعرفة التوقعات الجديدة للعملاء.

2.خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمة :

لتحقيق الجودة في تقديم الخدمات يجب إتباع الخطوات التالية²:

1.2 جذب الانتباه وإثارة الاهتمام بالعملاء:

إن جذب انتباه العملاء وإظهار الاهتمام بهم من خلال المواقف الإيجابية التي يبديها مقدم الخدمة ، فالاستعداد النفسي والذهني لملاقاة العملاء وحسن المظهر، والابتسامة والسلوك الإيجابي الفعال والثقة بالنفس ... الخ تعتبر كلها بمثابة سبب يؤدي إلى إيقاظ الرغبة لدى العملاء من أجل الحصول على الخدمة التي

¹ Laurent Harmel,"Qualité et engagements de service",Afnor,2003,p12

² حضير كاظم محمود، " إدارة الجودة"، إدارة المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان . الطبعة الأولى ، 2002 ، ص 217

يريدها إلى جانب ذلك فإنها تعزز الولاء الدائم للعملاء من أجل الحصول على الخدمة وتكرار الحصول عليها باستمرار، ويمكن تحقيق ذلك من خلال المواقف الإيجابية التالية:

- الاستعداد النفسي والذهني لمقابلة العملاء والاهتمام بهم والرغبة في تقديم الخدمة لهم.
- حسن المظهر.
- الابتسامة والرقّة والدفء في التعامل مع العملاء وإظهار روح الود والمحبة في مساعدتهم
- الدقة التامة في إعطاء المواصفات عن الخدمة دون اللجوء إلى المبالغة.
- إشعار العملاء بالسعادة في تقديم الخدمة وأن المؤسسة التي يعمل بها تمثل أفضل المؤسسات تأكيداً للجودة والاهتمام بتقديمها.
- عدم التصنيع في المقابلة والحديث والتخلص من الصور السلبية في التعامل.

2.2 خلق الرغبة لدى العملاء وتحديد حاجاتهم:

إن خلق الرغبة وتحديد احتياجات العملاء تعتمد على المهارات البيعية والتسويقية لمقدم الخدمة ومن المتطلبات الأساسية لذلك مايلي¹:

- العرض السليم لمزايا الخدمة المقدمة بالتركيز على خصائصها ووفرته.
- التركيز على نواحي القصور في الخدمات التي يعتمد عليها العميل مع الإلتزام بالموضوعية في إقناع العميل بالتعامل في خدمة أخرى لتفادي القصور.
- اعتماد كافة المعدات البيعية كوسيلة للتأثير على حاسة السمع واللمس والنظر والشم والتذوق... الخ فالرؤية أو اللمس تغني عن الإستماع.
- ترك الفرصة للعميل لكي يستفسر عن كافة الأمور التي يجب أن يستوضحها وأن يكون مقدم الخدمة مستعداً للرد على تلك الاستفسارات بموضوعية ودقة مما يجعل العميل مستعداً لاستكمال إجراءات إقتناء الخدمة.

3.2 إقناع العميل ومعالجة الاعتراضات لديه:

إن عملية إقناع العميل باقتناء تلك الخدمة ليست بالأمر السهل وإنما تتطلب من مقدم الخدمة العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق القناعة لدى العملاء عند تقديم الخدمات وكذلك معالجة الاعتراضات التي يبذلها العميل عند الشراء أو يوضع العراقيل أمام إتمام ذلك رغم اقتناعه بجودة الخدمة والسعر المعقول في بعض الأحيان ، فيرى البعض أن عملية البيع لن تتم دون وجود اعتراض من قبل العميل لذلك فطريقة الرد على الاعتراض تختلف من موقف لآخر لذلك فهناك مجموعة من القواعد التي يمكن الاعتماد عليها في الرد على اعتراضات العملاء ويمكن توضيحها كما يلي:

- أن يلتزم مقدم الخدمة بالقاعدة الذهنية في فن التعامل مع العملاء وهي (أن العميل دائماً على حق) بحيث يجب أن يكون مقدم الخدمة دبلوماسياً في الرد على العميل ولا يعمل على تأكيد خطأ وجهة نظر العميل مباشرة ولكن يجب أن يعتمد على مجموعة من المبادئ في هذا المجال وهي:

¹ حضير كاظم محمود" ، إدارة الجودة. " ، مرجع سابق ، 212.

- الإقلال من الاعتماد على النفي المباشر مع الاعتماد عليه في الحالات التي لا يكون منها مفر من اللجوء إليه.
- طريقة التعويض : وتقوم على تعويض اعتراض العميل على الخدمة من ناحية السعر مثلا بإظهار جودتها
- طريقة الاستجواب ، وتقوم هذه الطريقة على أن يلجأ مقدم الخدمة إلى توجيه بعض الأسئلة على العميل بحيث يكون في الإجابة عليها تقييداً لاعتراضه.
- يجب أن يكون مقدم الخدمة أن يكون مستمعا جيدا للعميل وأن يظهر الاهتمام واليقظة مع تدوين الآراء والملاحظات التي يبديها العميل حتى يتم إرضاء كبرياءه.
- يجب على مقدم الخدمة أن لا يجعل العميل يشعر بانزمامه في المناقشة وأنه قد انتصر عليه لأن هذا الشعور قد يؤدي إلى فشل عملية البيع بعدما أن كادت تنتهي بنجاح.

4.2 التأكيد من إستمرارية العملاء بالتعامل مع المؤسسة:

إن عملية التأكيد من إستمرارية التعامل مع المؤسسة وخلق الولاء لدى العملاء يأتي من خلال بعض الخدمات البيعية والتسويقية التي تشكل ضمانا لولاء العملاء للمنظمة ومنها:

- الاهتمام بشكاوي العملاء وملاحظاتهم ، بحيث يجب على مقدمي الخدمات أن يكونوا على درجة عالية من الصبر في استيعاب شكاوي العملاء واتخاذ الإجراءات التي يمكنها معالجة ذلك من خلال:¹
- الاعتذار لهم وإشعارهم بأهمية الشكوى المقدمة لهم.
- تعويضهم عن الخسارة الناجمة عن ذلك.
- استبدال السلع المستخدمة في الخدمات.
- تقديم الشكر للعملاء وتعظيم دورهم في دعم المؤسسة وتوفير الخدمات الجيدة بصورة دائمة.
- توفير خدمات بعد البيع بعد إتمام عملية البيع والتعاقد فعلى مقدمي الخدمات أن يتابعوا باستمرار تقديم قطع الغيار فتقديم هذه الخدمات بكفاءة عالية يساعد على استمرار العملاء في التعامل مع المؤسسة وبالتالي استمرار وجودها واستقرارها.²

3.مراقبة جودة الخدمة:

هناك العديد من التقنيات التي يمكن استخدامها في مراقبة جودة الخدمة ، وهذه التقنيات يمكن حصرها بثلاثة أنواع³:

1- تحليل الأداء الداخلي Internal performance Analysis

2- تحليل إشباع الزبون customer satisfaction Analysis

¹ حضير كاظم محمود ، " إدارة الجودة . " ، مرجع سابق ، ص 211

² حضير كاظم محمود ، " إدارة الجودة . " ، مرجع سابق ، ص 218

³ محمود جاسم الصميدعي. ردينة عثمان يوسف ، " سلوك المستهلك " ، دار المناهج ، عمان الأردن. 2002 ، ص 96

1.3 تحليل الأداء الداخلي: Internal performance Analysis

إن تحليل الأداء الداخلي يجب إن يشمل جميع العاملين بالمنظمة من اجل قياس نجاح التخطيط المعد من قبل المنظمة الخدمية ، ولكن ليس من الضروري أن يرتبط ذلك بالجودة فقط. إن جودة الخدمة يجب أن تستخدم تحليل الأداء الداخلي من اجل قياس الجودة القياسية (المعيارية) المنجزة على الواقع. إن هذه الخطوة يجب أن تأخذ وبسرعة لرد الفعل اتجاه جودة الخدمة المقدمة.

مؤشرات المبيعات وبيانات التقارير الداخلية والتي لا تكون تخص مباشرة أساس الجودة، بل يجب أن توضح مدى مراقبة جودة الخدمة المقدمة.

إن الزبون يحتفظ بمعايير أو مستويات تمثل مفتاح الحكم على جودة الأداء ، إن جميع العاملين في مختلف المستويات داخل المنظمة الخدمية يجب أن يشملوا في جميع إجراءات المراقبة على جودة الخدمة، وهذا ما يساعد على تحديد وحل كافة مشاكل الجودة للخدمة .بالإضافة إلى أن بحوث السوق الداخلية يجب أن تستمر لكي تضمن عدم حدوث فجوات في جودة الخدمة مستقبلا، لذلك فإن جميع العاملين يجب أن يعملوا معا من اجل تعظيم جودة الخدمة من خلال الأداء الأفضل لجميع العاملين كلا حسب موقعه واختصاصه في المنظمة الخدمية¹.

2.3 تحليل إشباع الزبون: Customer satisfaction Analysis

إن الإشباع يمثل الحالة التي يحصل فيها المستهلك على ما يريد من منافع أو فوائد لدى شرائه سلع أو خدمة، وهذا يتم من خلال الحكم على هذه السلع أو الخدمة بأنها تقدم مستوى مرضى من العائد (المنافع) التي ينتظرها هذا المستهلك من خلال إدراكه وتوقعاته ، ولذلك فإن مصطلح الادراكات (perceptios يعتبر ملازما أو مرتبطا لمصطلح التوقعات) (Expecatations ، والسبب لان التوقعات غير ثابتة غير ثابتة بل هي متحركة (Dynamic) بنفس الوقت فان التقييم يختلف من وقت لآخر ومن شخص لآخر ومن ثقافة لثقافة أخرى حيث الذي يعتبر أن الخدمة ذات جودة أو تشبع و ترضي الزبائن اليوم قد تكون مختلفة في المستقبل ولا تحقق له الإشباع المطلوب ، إن الجودة والإشباع والرضا تستند على مدى ادراكات الزبائن للخدمة .إن الزبون يستلم الخدمات وبالواقع فان يستلم جودة الخدمة التي كيف تشبعه وترضيه، وهذا مرتبط بالتجارب والخبرة لدى هؤلاء الزبائن.

إن الزبائن يتجهون بالنهاية إلى الجودة (الإشباع و الرضا.) إن مستوى إدراك وتجربة خبرة الزبائن تعتبر مفصل مهم وأداة لمسالة تقييم جودة الخدمة ، لذلك فان الخدمة إذا لم تحقق توقعات الزبون فان الخدمة ليست ذات جودة عالية مثل ما كان يتوقع، وان الأساس في التقييم للجودة أو عدم جودة هذه الخدمة أو تلك ، يستند إلى الفرق بين الجودة المدركة والجودة المتوقعة ، فإذا الفرق لصالح الجودة المدركة فان هذه الخدمة ترضي الزبون وبالتالي تحقق له ما كان يتأمل به من هذه الخدمة ، بعبارة أخرى فان هذه الخدمة تتمتع بجودة عالية حسب هذا الزبون.

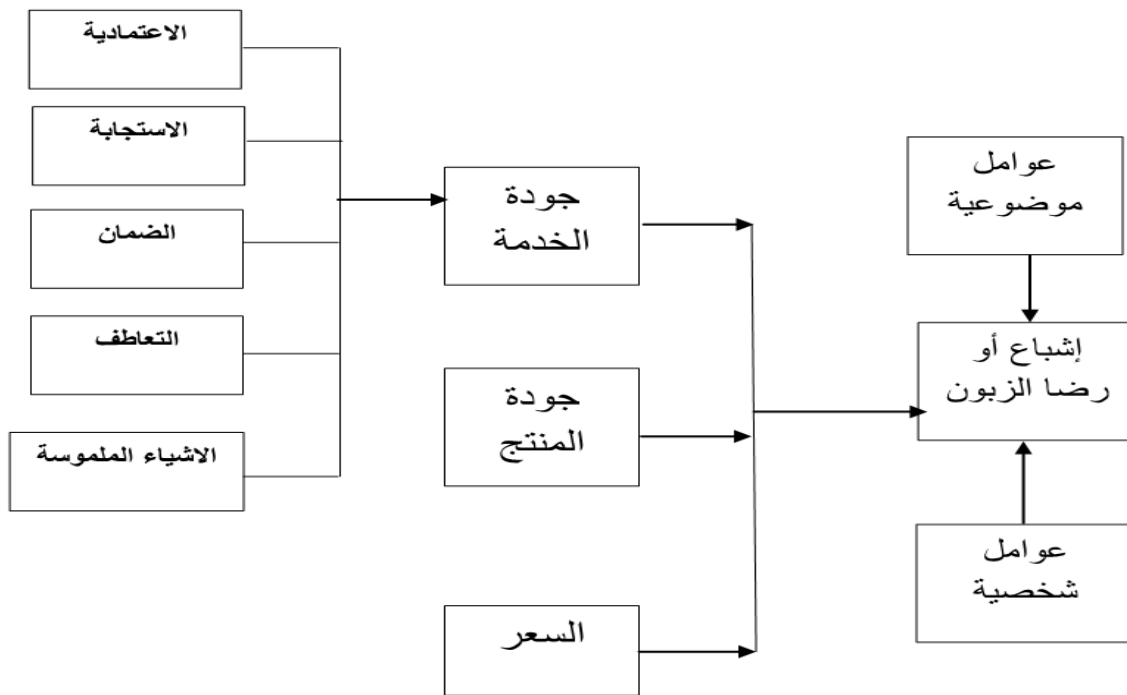
أما إذا كانت النتيجة لصالح الجودة المتوقع فإنها تعكس عدم الإشباع و ثم عدم الرضا ، وهذا يعني أن الحكم هذا الزبون على هذه الخدمة بأنها ذات جودة منخفضة ليس كما كان يتوقع لتوضيح ذلك فنفترض أن

¹ محمود جاسم الصميدعي. ردينة عثمان يوسف ، سلوك المستهلك ، مرجع سابق ، ص 97

احد الأفراد كان يشكو من الم معين وأراد الذهاب إلى احد الأطباء ذو الاختصاص وكان يتوقع منه التشخيص الصحيح وثم العلاج الناجح ولكن ما حدث إن هذا الطبيب لم يستطيع تشخيص مرضه بشكل دقيق وبالتالي العلاج الذي أعطاه هذا الطبيب لم يكن ذا فعالية في الشفاء التام ، لذلك أن هذا الفرد سوف ينظر إلى قدم هذه الخدمة (الطبيب) وما قدمه من فحص وعلاج ليس كما كان يتوقع بل هو اقل بكثير مما كان يتوقع عليه فان إدراكه للجودة المقدمة فعلا كانت اقل من توقعاته ، الأمر الذي يحقق له الإشباع والرضا المطلوبين ، بالنتيجة فان الحكم على هذه الخدمة وفقا لتجربة هذا الفرد أنها ذات جودة منخفضة أي أن الخدمة ليست بالجودة التي كان يتأمل بها أو يطمح الحصول عليها.¹

وللجودة عدة أبعاد أو سمات ومن أهمها : الاعتمادية ، الاستجابة ، الأشياء الملموسة ، الضمان ، العناية ، فان احد الطرق لقياس ادراكات الزبون للجودة ورضاه أو إشباعه يمكن أن يتم من خلال تلك السمات الخمسة ، وهذا يعني أن تقييم الزبون لمدى جودة الخدمة من خلال نظرة تكاملية لهذه السمات (المحصلة النهائية) و ليس بالاعتماد فقط على بعد واحد أو بعدين للحكم والتقييم ، بهذا الصدد قدم كل من نموذجا بسيطا يربط بين ادراكات الزبون للجودة وإشباع ورضا هذا الزبون ، وكما موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم: (II-2) ادراكات الزبون للجودة وإشباع أو رضا الزبون



المصدر : محمود جاسم الصميدعي. ردينة عثمان يوسف ، مرجع سابق ، ص99

اما الطريقة الأخرى فهي تقنية الملاحظة أو المشاهدة (observation techniques) وهي تستخدم لمعرفة مدى تطبيق العاملين لمعايير الجودة القياسية (المعيارية) ، وهذا يتم من خلال ملاحظة سلوك القائمين على تقديم

¹ محمود جاسم الصميدعي. ردينة عثمان يوسف ، " سلوك المستهلك " ، مرجع سابق ، ص 97

الخدمة من ناحية تطبيق المعايير الموضوعية بجودة الخدمة أم لا ، وتستخدم كثيرا في قطاع الفنادق ، القطاع الصحي ... إن ملاحظة سلوك الزائرين و العاملين يساعد كثيرا على التغلب على المشاكل التي تواجه الخدمة وجودتها. إن المقترحات التي تقدم بعد انتهاء الملاحظة تضع الحلول للمشاكل التي تواجه عدم تطبيق معايير الجودة المعيارية.¹

4. قياس جودة الخدمات:

تعددت البحوث والدراسات لقياس جودة الخدمة ، ومن ابرز المحاولات التي تمت في هذا المجال ما قام به Berry وزملائه من خلال دراستهم التي بدأت عام 0773 ، وما تزال مستمرة حتى الان ، حيث توصلوا من خلال هذه الدراسة إلى أن جودة الخدمة قابلة للقياس رغم البعد المادي لها ما يجعل عملية قياسها أمرا صعبا مقارنة مع السلع المادية ، إلا انه لا يمكن وضع معايير ثابتة لقياس جودة الخدمة وتعميمها على جميع المؤسسات الخدمية نظرا للظروف الخاصة بكل مؤسسة ، كما أن هذا لا يمنع من وجود مقاييس جودة خدمة مشتركة بين المؤسسات الخدمية المتشابهة الوظيفة.²

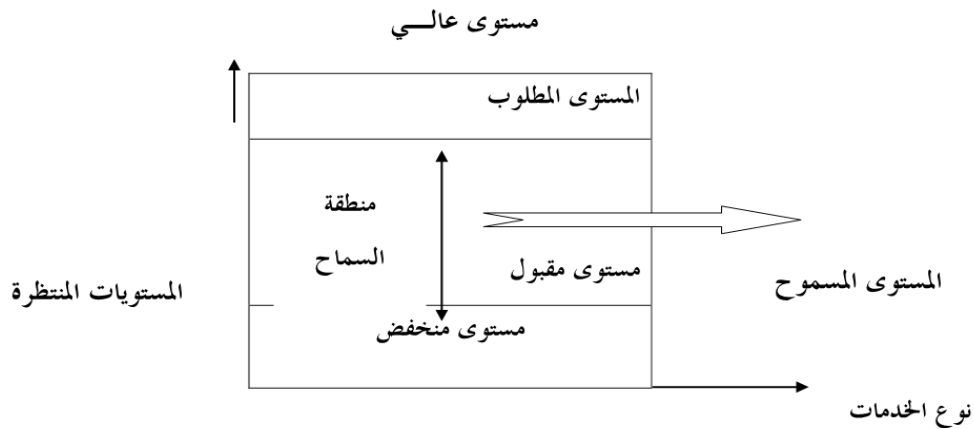
1.4 قياس جودة الخدمة من منظور الزبائن

من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات نجد:

❖ مقياس عدد الشكاوي complaints :

مثل الشكاوي التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات المقدمة دون مستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع إدراكهم لها و المستوى الذي يريدون الحصول عليه ، ويمكن هذا المقياس المؤسسات الخدمية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث مشاكل وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات لزيائنها

الشكل رقم (II-3): مستوى جودة الخدمات



المصدر: زكي خليل المساعد ، تسويق الخدمات وتطبيقاته ، 2006 ، مرجع سابق، ص 68

❖ مقياس الفجوة Servqual Measure :

¹ محمود جاسم الصميدعي. ردينة عثمان يوسف ، " سلوك المستهلك " ، ص 100

² يسري السيد يوسف ، مبادئ ادارة الجودة الشاملة ، مجلة البحوث التجارية ، العدد الأول ، القاهرة ، 2002 ، ص 408

الفجوة رقم(1): وهي الفجوة بين ما يرغبه العملاء وبين ما تعتقده الإدارة عن ما يرغبه هؤلاء العملاء وتنتج هذه الفجوة من نقص في الفهم ، أو سوء تفسير حاجات و رغبات العملاء. وتزداد هذه الحالة في تلك النوعية من الشركات التي لا تقوم باستكشاف رضا العملاء ، أو تلك التي لا تقوم بمثل هذه الأبحاث إلا في حالات قليلة أو نادرة. ولذلك فإن أهم خطوة لسد هذه الفجوة إنما نجدها تتمثل في البقاء عن قرب من العملاء ، والقيام بالبحوث المتعلقة بالتعرف على حاجاتهم وقياس مدى رضاهم عن الخدمات التي تم تقييدها¹.

الفجوة رقم (02): وتشير إلى عدم وجود تطابق المواصفات الخاصة بالخدمة مع ادراكات الإدارة لتوقعات العميل أي أنه رغم إدراك إدارة المؤسسة الخدمية لتوقعات العميل إلا أنها غير قادرة على ترجمة ذلك إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة.

الفجوة رقم (3): وهي فجوة بين مواصفات الخدمة الموضوعية والأداء الفعلي لها ، فإذا تمكنت المؤسسة الخدمية من وضع المواصفات المطلوبة في الخدمة ، فلا يمكنها أداء هذه الخدمة بسبب وجود مواصفات معقدة وغير مرنة ، وعدم تدريب العاملين على أداءها أو عدم اقتناعهم بالمواصفات المطلوبة ، أو عدم وجود الحافز الكافي لأداء هذه الخدمة.

الفجوة رقم (4): وتتمثل في فجوة من الخدمة المروجة والخدمة المقدمة ، أي أن الوعود المعطاة من خلال الأنشطة الترويجية لا تتطابق مع الأداء الفعلي للخدمة وذلك لوجود ضعف في التنسيق بين العمليات والتسويق الخارجي للمؤسسة الخدمية.

الفجوة رقم (5): وتتعلق بالفجوة بين الخدمة المتوقعة والخدمة المؤداة ، وهذا يعني أن الخدمة المتوقعة لا تتطابق مع الخدمة المدركة وتكون محصلة لجميع الفجوات بحيث يتم على أساسها الحكم على جودة أداء المؤسسة الخدمية.

❖ مقياس الرضا Satisfaction Measure :

وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات الزبائن نحو جودة الخدمات المقدمة وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف للمؤسسات الخدمية طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها ، كما يمكن هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدمه لهم من خدمات.

❖ مقياس الأداء الفعلي Servperf Measure :

Servperf : وتعني أداء الخدمة وهي كلمة مكونة من العبارتين service الخدمة و performance الأداء. ويعرف هذا النموذج باسم (Servperf) ظهر خلال 1992 نتيجة للدراسات التي قام بها كل Taylor et (ronin) ونعرف الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاهيا يرتبط بإدراك العميل للأداء الفعلي للخدمة المقدمة ويعرف الاتجاه على أنه " : تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة¹ " يقوم هذا نموذج على أساس رفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة ، ويركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة ، أي التركيز على جانب الادراكات الخاصة بالعميل فقط ذلك أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات وهي دالة لادراكات العملاء السابقة وخبرات وتجارب التعامل المؤسسة ، ومستوى الرضا عن الأداء الحالي للخدمة.

¹ ناجي معلا" ، قياس جودة الخدمات المصرفية. "مرجع سابق ، ص362

وفي هذا الصدد يرى أحد الباحثين أن الأولى نحو الخدمة (أي تقييم لتجربته الأولى مع المؤسسة) يعتبر دالة لتوقعاته المسبقة حول الخدمة . وبتعبير آخر ، فالعميل يقيم الخدمة على أساس خبرته السابقة وإذا ما انعدمت هذه الخبرة فإنه يعتمد بشكل أساسي على توقعاته خلال مرحلة ما قبل الشراء ، وأن توقعاته المستقبلية حول الخدمة هي دالة لعملية تقييمه للأداء الحالي ، بمعنى أن (: الاتجاه أو موقف العميل من الخدمة يتكيف طبقا لمستوى الرضا الذي يكون قد حققه خلال تعامله مع المؤسسة) .

وتتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية¹:

1- في غياب خبرة العميل السابقة في التعامل مع المؤسسة فإن توقعاته حول الخدمة تحدد بصورة أولية مستوى تقييمه لجودتها.

2- بناء على خبرة العميل السابقة المتراكمة كنتيجة لتكرار التعامل مع الشركة ، فإن عدم رضاه عن مستوى الخدمة المقدمة يقوده إلى مراجعة المستوى الأول للجودة.

3- إن الخبرات المتعاقبة مع المؤسسة ستقود إلى مراجعات إدراكية أخرى لمستوى الجودة ، وبالتالي فإن تقييم العميل لمستوى الخدمة يكون محصلة لكل عمليات التعديل الإدراكي التي يقوم بها العميل فيما يتعلق بجودة الخدمة ، وهكذا فإن رضا العميل عن مستوى الأداء الفعلي للخدمة ، له أثر مساعد في تشكيل إدراكات العميل للجودة ، وعند تكرار الشراء فإن الرضا يصبح أحد المدخلات الرئيسية في عملية التقييم.

وعليه نخلص إلى أن الاتجاه كأسلوب لتقييم جودة الخدمة يتضمن الأفكار التالية:

1- أن الأداء الحالي للخدمة يحدد بشكل كبير تقييم العميل لجودة الخدمة المقدمة فعليا من المؤسسة الخدمية.
2- ارتباط الرضا بتقييم العميل لجودة الخدمة أساسه الخبرة السابقة في التعامل مع المؤسسة أي أن التقييم عملية تراكمية طويلة الأجل نسبيا.

3- تعتبر المؤشرات المحددة لمستوى الجودة (الاعتمادية ، الاستجابة ، التعاطف ، الأمان ، والملموسية) ركيزة أساسية لتقييم مستوى الخدمة وفق نموذج SERVPERF .

❖ مقياس القيمة Value Measure :

يرتكز هذا المقياس على العلاقة بين المنفعة والسعر الذي يحدد القيمة ، فكلما ازدادت مستويات المنفعة للخدمات المدركة ، انخفض سعر الحصول عليها ، وبالتالي تزداد القيمة المقدمة للعملاء ومن ثم يزيد إقبالهم على طلب الخدمات ، والعكس صحيح . فتوفر هذا المقياس في المؤسسة الخدمية يدفعها إلى تركيز جهودها لتقديم خدمة متميزة لعملائها بأقل تكلفة ممكنة.

2.4 مقياس الجودة المهنية:

يرى الكثير من الباحثين أن تقييم جودة الخدمة من منظور الزبون يمثل جزءا من برنامج الجودة ، وعلى ذلك مقاييس الجودة المهنية تتناول قدرة منظمات الخدمة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة.²

¹ ناجي معلا" ، مقياس جودة الخدمات المصرفية . "مرجع سابق ، ص 363.

² قاسم نايف علوان المحياوي ، "إدارة الجودة في الخدمات " ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان الأردن 2006 ، ص 105

❖ قياس الجودة بدلالة العملاء:

يرى أصحاب هذا المدخل أن توفر المؤسسة على البيئة المادية الملائمة من: تجهيزات ومعدات وعاملين أكفاء، وقوانين ولوائح ومعدات وأدوات، ونظم مساعدة، وأهداف محددة وأساليب عمل وإجراءات مسطرة....يؤدي حتما إلى تحقيق خدمة مميزة.

فبالرغم من منطقية هذا الأسلوب لقياس جودة الخدمة، إلا انه لم ينتشر مقارنة مع الأساليب الأخرى وذلك يرجع إلى:

- اختلاف وجهات النظر حول الأبعاد والعناصر الخاصة بجودة الخدمة،
- عدم التمكن من تحديد مقياس كمي لقياس الأبعاد والعناصر المتعلقة بالجودة،
- الاهتمام بالجانب النظري فقط وإهمال الجانب التطبيقي العملي.

❖ قياس الخدمة بدلالة المخرجات:

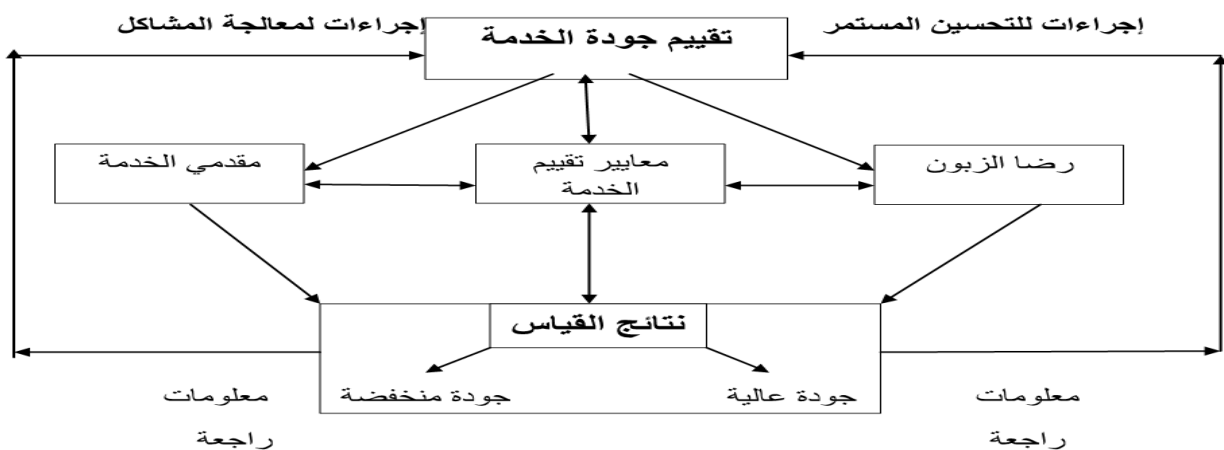
يتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة من الطرق الآتية:

- القياس المقارن أين يتم إجراء مقارنات كمية بين الأداء المستهدف والأداء الفعلي بغرض اكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلا،
- استقصاء رضا العملاء بخصوص الخدمة المقدمة،
- استقصاء العاملين في المؤسسة لتحديد مشاكل ومعوقات تحقيق أداء الخدمة.

3.4 قياس الجودة من المنظور الشامل

يتم خلال هذا المدخل معالجة شاملة لقياس جودة الخدمة وتقويمها من وجهة نظر الزبون، و من وجهة نظر مقدم الخدمة أو المؤسسة، وهذا ما يوضحه الشكل الموالي¹:

الشكل رقم: (II-5) نموذج لتقييم جودة الخدمة



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سابق، ص 218

¹ د.قاسم نايف علوان المحياوي، " إدارة الجودة في الخدمات"، مرجع سابق، ص 102

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية

تشهد المؤسسات الصحية جملة من التغيرات من أبرزها تكلفة الرعاية الصحية، والاعتماد المتزايد على التقنية الطبية المتطورة والمتغيرة بشكل سريع، إضافة إلى الضغوط الخارجية التي تمارسها جهات التمويل والترخيص والاعتماد بهدف تخصيص التكلفة وتحسين الجودة كما تشهد هذه المؤسسات تغير ملحوظا في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية وفي ظل كل التغيرات تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها.¹

1. جودة الخدمة الصحية

تلعب جودة الخدمات الطبية دورا مهما في تصميم منتج الخدمة و تسويقه، حيث أنها ذات أهمية لكل من مقدمي الخدمات و المستفيدين، و قد ازداد إدراك منظمات الخدمة لأهمية و دور تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في تحقيق الميزة التنافسية، و أصبح العملاء أكثر إدراكا اهتماما بالجودة و ظهرت مؤسسات تعني و تهتم بمراقبة جودة الخدمات من جميع النواحي. والتسويق دور هام في تطوير جودة الخدمة، فحاجات و توقعات العملاء تعد عوامل مهمة في تقديم جودة الخدمات و الحكم عليها. و بالنسبة للمستشفيات فان جودة الخدمات الطبية المقدمة لمراجعها تعتبر من أهم العوامل المؤثرة على كفاية الأداء الكلي لهذه المنظمات، و رغم ارتفاع تكلفة الجودة (تحقيق الجودة)، فان تحقيقها بشكل مستمر و الرقابة عليها يضمن نجاح المنظمة الصحية على المدى الطويل. و إذا كان البعض يرى إن الجودة العالية تحتاج إلى وقت أكثر، تكاليف أكبر، مهارات بشرية متنوعة، مستلزمات طبية أفضل، إدارة فعالة، إلا أن الجودة العالية يمكن أن تؤدي في النهاية إلى تخفيض التكاليف فهذا يمكن حسابه إذا ما شرحنا الخسائر التي تتحملها المستشفيات من جراء أداء اقل جودة.²

1.1 مفهوم جودة الخدمة الصحية:

إن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية ليس سهلا لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذا أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لأراء مختلفة منها رأي الطبيب والمريض وإدارة المستشفى فلكل من هؤلاء رأيه الخاص بمفهوم جودة الخدمة الصحية وهي آراء لانعكس بالضرورة اتجاهها متماثلا. فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، إما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة إما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.³

¹ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئي، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولا سيما في الرعاية الصحية الأولية مسؤولية مشتركة، "النظم الصحية والجودة"، 1-4 أكتوبر - 2000 القاهرة، جمهورية مصر العربية. <http://208.48.48.190/rc47/anpa11bo1.htm>.

² فريد كورتل، "تسويق الخدمات"، مرجع سابق، ص362

³ معزز نشيده، د. بن عبد العزيز فطيمة، "التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية"، مداخلة مقدمة من المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة. دراسة وتحليل تجارب وطنية دولية يومي 11 و 19 ماي. 2011 كلية العلوم الاقتصادية وعلوم

التسيير. جامعة سعد دحلب البلدة، ص16

اول تعريف لجودة الرعاية الصحية لكل من لي جون": Lee et jones تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان".¹ فقد عرف Sulek et al (1995) الجودة على أنها " تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع".²

أما الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية و المعروفة باسمها المختصر (JCAHO) (فعرفت على "إنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو أي مشكلة طبية".³ أما المنظمة العالمية للصحة فقد عرفت الجودة 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".⁴

كما عرفت على أنها تقديم خدمات صحية أكثر أمانا وأسهل منالا وأكثر إقناعا لمقدميها وأكثر ارضاء للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة ايجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة.⁵

المعهد الطبي الامريكي يعرف الجودة على انها: " مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من اجل :"⁶

- الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع.
- موائمة هذه النتائج مع الامكانيات والمعرفة الحديثة.

ومن وجهات النظر الأخرى المتعددة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية تحتل وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة أهمية بالغة حيث إن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة اعلي لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى ولبت احتياجاتهم وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها (تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع).⁷

كما أن جودة الخدمات الصحية من الناحية الإدارية تعنى بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي، ويتطلب كفاءة على المستوى الفني وكفاءة على المستوى الشخصي، ويتطلب

¹ A.Jacquerye ,la qualité des soins infirmiers,Lmplantation ,Evaluation,Accreditation Editions Maloine,1999,p247.

² تامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ص199

³ خالد بن السعيد: "مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية"، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد 1، نوفمبر 1994، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، دولة الكويت، ص12

⁴ محمد الطعمانة ، "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي ، حالة وزارة الصحة" ، مجلة أبحاث اليرموك ، المجلد 12 ، العدد 1 ، منشورات جامعة اليرموك ، اربد ، الأردن ، ص90

⁵ ألاء حسيب الجليلي د. أكرم أحمد الطويل ، "إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ص2

⁶ Claude Vilcot et Hervé Lecelet , 'indicateurs qualité en santé , 2ème Edition, AFNOR , 2006, p14.

⁷ تامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ص200

تنظيماً إدارياً داخلياً جيداً وكذا تنظيماً إدارياً واضحاً في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام، فعندما يرتبط النظام على سبيل المثال بجهات مالية أخرى تؤثر على كمية الموارد المتوفرة، فإن إدارة النظام الصحي تصبح مسؤولة عن تطوير المبررات والحيثيات المهنية والموضوعية والاجتماعية التي تتيح لها المطالبة بمزيد من الموارد، وبشكل أدق يتطلب البحث عن الموارد اللازمة تطوير العلاقات العامة للمؤسسة والقطاع الصحي، بما في ذلك العلاقات الشخصية للقيادة الصحية للبحث عن مزيد من الموارد وللتعامل والإقناع للجهات المعنية بتوفير تلك الموارد، وتبرز الحاجة إلى العلاقات الاجتماعية والشخصية بشكل أكبر في المجتمعات ذات التنظيمات الإدارية والبيروقراطية والسياسية المعقدة والغامضة، والنظام الصحي بصفة عامة نظام معقد يتطلب الكثير من الجهد في الارتقاء بالجودة الإدارية.

ويبقى هناك وجهة نظر أخرى لجودة الخدمات الصحية، ألا وهي وجهة النظرة السياسية أو وجهة نظر القيادة والإدارة العليا بالدولة، وغالباً ما ينطلق القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي، وحين تضع القيادة العليا ثقتها في القيادة الصحية أو التنفيذية فإنها تضع لها هدفاً لا يخرج في الغالب عن إطار تحقيق الرضا للمواطن بتقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة له، وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور الطبيعي للنظام الصحي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه الاقتصادية والتقنية والاجتماعية والبيئية والسياسية.. الخ¹.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير أليه للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية . وعليه فإن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها (المرضى وغيرهم) على نحو نظامي وموضوعي ، يسهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم وبما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة ، وهذا يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم.²

2. أبعاد جودة الخدمات الصحية:

من الصعوبات الكبيرة التي تواجهها المرضى هو تقييمهم للخدمة لكونها غير ملموسة. فكيف الأمر إذا لم يتمكنوا من رؤيتها أو الشعور بها ، أو سماعها. بينما الأمر في السلع المادية يكون أكثر سهولة. مع ذلك فإن الخدمات ومنها الصحية تمتلك بدلا من ذلك مواصفات نوعية تجريبية أو موثوقية تعتمد على التجربة والخبرة كالرضا

¹ تامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ص202

² الألاء حسيب الجليلي د. أكرم أحمد الطويل ، "إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية" دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة

نينوى، ص 7

<http://www.eco.asu.edu.jo>

،السعادة ،السرور، الحزن.وهي صفات يمكن تقسيمها فقط ومن خلال الشراء أو الاستهلاك للخدمة الصحية ،كما في تداولي وتضميد الجروح ، قلع الأسنان ، تجبير كسور العظام...الخ.

والأمر يتسع لما هو ابعد من ذلك في الخدمات الصحية عندما ترتبط أو تعتمد المواصفات النوعية على الثقة والمصداقية،فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها كما هو مثلا في التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة والمستندة على الكمبيوتر.وعلى الرغم من كل ذلك فان المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية على مستوى أو درجة جودتها ،معتمدين في ذلك على خمسة أبعاد:¹

1.2الاعتمادية (Reliability) :

نشير الاعتمادية إلى قدرة مقدم الخدمة في صفة الطبيب على انجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه ،ولتفهم الاعتمادية فان الذي يجب التركيز عليه هو مجموعة من خصائص الخدمة تتصل بكيفية أداءه لوظيفته خلال الاستعمال ،فهي عبارة عن مقياس منتج أو الخدمة على أداء الوظيفة المطلوبة منه بنجاح في ظروف الاستعمال العادية ولمدة محددة ،وفي هذا التعريف أربعة عناصر هامة هي :الأداء،ظروف الاستعمال ،²المدة الزمنية محددة والتعبير عن القياس بالاحتمال وتشمل المعولية"عملها صحيحة من المرة الأولى" وهي احد مكونات الخدمة الأكثر أهمية للعملاء ،كما تتسم أيضا بتوفير الخدمات كما تم الوعد بها وفي الوقت المحدد ،والاحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء ،لذلك فان الميل إلى الخدمات المبالغ في وعودها وقيادة العملاء إلى توقعات غير واقعية لا تتسبب إلا في نفاذ صبر هؤلاء وفقدان ثقتهم فالمستفيد من الخدمة الصحية أي المريض الذي يتطلع إلى ذلك من خلال الوقت والانجاز والوفاء بالالتزامات .ويمثل هذا البعد % 30 كأهمية نسبية³.

2.2الاستجابة (Responsiveness) :

الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم . ففي تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة كما أن الاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها . و تشير أيضا إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم ، وحالتهم ، وخلفيتهم ، يتلقون الرعاية السريعة من قبل إطارات المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون ، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج.

فالاستجابة في مجال الخدمة الصحية تشمل المتغيرات الآتية : السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة ، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال ، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض ، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي... الخ

عرف البكري⁴ الاستجابة على أنها تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض .) ويمثل هذا البعد(22%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً للأبعاد الأخرى ، وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة

¹ P.Kotler , B.Dubois , " marketing management ",op,cit, p.478.

² سمير محمد عبد العزيز". اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والايزو 9000 و. " 10011 مكتبة الإشعاع ، الإسكندرية. 2000. ص95

³ جاي ككندا مبولي- كوني موك- بيفير لي سباركس ، " ادارة الجودة الشاملة في الضيافة والسياحة ووقت الفراغ" ترجمة: د.م.سرور علي إبراهيم سرور دار المريخ للنشر. الرياض. المملكة العربية السعودية. 2002 . ص99

⁴ ثامر ياسر البكري ، " تسويق الخدمات الصحية "، مرجع سابق ،ص212

السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها ، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المريض) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها.

3.2 الضمان (التأكيد) (Assurance) :

فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد (19 %) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى . ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي : سمعة ومكانة المستشفى عالية ، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي ، الصفات الشخصية للعاملين.

مع ما تقدم يمكن القول بأن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء ، ممرضين ، وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة¹.

4.2 الملموسية (Tangibles) :

الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال ، إضافة إلى أن الجوانب المتعلقة بلملموسية الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه ، والتسهيلات الداخلية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة ، والمظهر الخارجي للعاملين ، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية ، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة ، وغير ذلك² . وأوضح البكري بأن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال ، ويمثل هذا البعد (11%) كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى ، ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي : الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج ، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة ، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة . كما أنها تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية ، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيراً الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى.

تأسيساً على ما تقدم نرى بأن بعد الملموسية يشير إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين (المريض والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب ، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها ، والإلتقان المستخدم وحدثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمخبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها.

5.2 التعاطف (الفورية) (Empathy) :

التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص ، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان ، والاتصالات ، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد.

¹اللاء حسيب الجليلي د. أكرم أحمد الطويل ، "إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية " ، مرجع سابق ، ص10

²ثامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية " ، مرجع سابق ص212

كما يرى البكري بأن التعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد ، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى . ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي : اهتمام شخصي بالمريض ، الإصغاء الكامل لشكوى المريض ، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف¹ .

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها . ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللطف والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المريض) ، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية ، فضلا عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف.

و يظهر الجدول التالي توضيحا لهذه الأبعاد و ما يقابلها من معايير لتقديم كل بعد و الأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التطبيق لتقديم الخدمة الصحية.

جدول رقم (1-11): يوضح المقارنة لأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية

ت	البعد	الأهمية النسبية حسب مقياس kotler	الأهمية النسبية لدى الأطباء الاختصاص	الأهمية النسبية لدى الأطباء المقيمين
1	الاعتمادية	32	20	21
2	الاستجابة	22	19	19
3	الضمان	19	22	21
4	الملموسية	11	20	19
5	التعاطف	16	19	20

المصدر: تامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ، ص 214.

ويتضح من الشكل التالي بأنه هناك تقارب شديد في الأهمية النسبية التي أشيرت لدى الأطباء المقيمين والاختصاص وان الفروق بسيطة إلى حد كبير ، مما يدل على تقارب الاتصال بين الأطباء والمرضى.

وتتماثل الأهمية النسبية للأطباء الاختصاص والمقيمين مع المقياس المعياري المعتمد والمتمثل بمقياس

kotler

باستثناء واضح لبعده الاعتمادية وإلى حد ما بعد الملموسية.²

¹ تامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ص 212

² تامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ، ص 214

جدول رقم (II-2): جدول أبعاد الجودة للخدمات الصحية

الأمثلة	معايير التقديم	البعد
- ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى. - له ثقة لأن حياته بين أيدي أمينة	- دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى. - صحة القوائم المالية. - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.	الإعتمادية
- وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. - صالة العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات.	- تقديم خدمات علاجية فورية. - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. - العمل على مدار ساعات اليوم.	الاستجابة
- المعاملة الطبية من قبل الأطباء. - تدريب و مهارة عالية في الأداء.	- سمعة و مكانة المستشفى عالية. - المعرفة و المهارة المتميزة للأطباء و الفريق الطبي. - الصفات الشخصية للعاملين.	الضمان
- نظافة عيادة الطبيب و كونها ذات مظهر تخطيطي. - جودة الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى.	- الأدوات المستخدمة في التشخيص و العلاج. - المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة. - أماكن الانتظار و الاستقبال المناسبة.	الملموسية
- الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض. - النظر للمريض بأنه دائماً على حق.	- اهتمام شخصي بالمريض. - الإصغاء الكامل لشكوك المريض. - تلبية حاجات الزبون بروح من الود و اللطف.	التعاطف

المصدر: تامر ياسر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص 21

3. أهداف جودة الخدمة الصحية: وتتمثل في:¹

1. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
2. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضي المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
3. تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
4. كسب رضي المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضي المستفيد.
5. زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات العملاء.²
6. زيادة قوس التنافس بين المنشآت الصحية المشابهة.

¹ الألاء حسيب الجليلي د. أكرم أحمد الطويل، "إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص 8

² A.Jacquerye, "la qualité des soins infirmiers", op.cit, p17.

4. إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في القطاعات الصحية ويستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ وجوران وكروزي ، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها القطاع الصحي.

وتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية تركز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء واختلافات مسبقا. وتعرف أيضا على أنها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر¹.

وتعرف " حنان عبد الرحيم الأحمدى" إدارة الجودة الشاملة ، والتي تستعمل مفهوم التحسين المستمر وتعتبره مرادفا لإدارة الجودة الشاملة ، بأنها (إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات- المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات- لتحسينها بشكل مستمر²) وتعرف منظمة (ISO 9220 تعرف الجودة كالتالي: " مجموعة خصائص المنتج أو الخدمة الهادفة) إلى تلبية الحاجات والرغبات." وتجدر الإشارة إلى أن المنتج أو الخدمة في الرعاية الطبية تتمثل في:

- الفحوصات المباشرة والغير المباشرة المقدمة للمريض (عملية جراحية ، علاج ، أشعة، تحاليل ، تغذية ، تدليك... الخ).

- الخدمات الداعمة (المطعم ، النظافة، التطهير، النقل الداخلي، الإعلام الآلي... الخ)

- الخدمات الإدارية (الاستقبال، الدخول، الفاتورة، المواعيد... الخ).³

كما تعرف إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنها " خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجع كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية ، وان طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لأحداث التغيير المطلوب في المستشفى".⁴

يتضح من خلال التعريفين إن مصطلح إدارة الجودة الشاملة يستند على مفهومين هما الشمولية والتكاملية.

فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية. أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض ، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة ، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكاملة لبعضها البعض ، ولا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى.

¹ معزوز نشيده، د. بن عبد العزيز فطيمة، "التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية"، مرجع سابق، ص19

² حنان عبد الرحيم الأحمدى ، "التحسين المستمر للجودة المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية" ، مجلة الإدارة العامة ، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة اشهر معهد الإدارة العامة ، الرياض - المملكة العربية السعودية ، المجلد الأربعون ، العدد الثالث ، أكتوبر 2000 ، ص412

³ A.Jacquerye ,la qualité des soins infirmiers,op.cit,p241.

⁴ عبد العزيز مخيمر ، محمد الطعامنة ، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)" ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 2003 ، ص193

وبالتالي فإدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية تعتمد على التزام القيادات العليا، والتي تعطى الطاقة والمصداقية لتطبيق عملية التحسين المستمر للجودة ضمن إستراتيجية واسعة تغطي كل المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية.

1.4 تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، فيما يلي:

- ❖ الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة : يبدأ الانجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من الإعداد والتهيئة لتطبيقها. وفي هد المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات ، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصص مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها. ورغم انه لا توجد آلية محددة لكيفية انجاز هذه المرحلة فان هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات.¹

يتبين مما سبق إن هذه المرحلة هي مرحلة تهيئة تنظيمية ، وتتطلب مشاركة القيادات الطبية والفنية.

- ❖ نشر ثقافة الجودة الشاملة : لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ ومهارات وطرائف ، وأدوات مختلفة ، لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية. وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين ، مع مراعاة الموارد المتاحة ، والثقافة السائدة ، والوضع الصحي الراهن ، والهياكل القائمة. وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره.
- ويمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية والارتجاعية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها. وتنبغي الاستفادة على أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به رسائل الإعلام في هذا الصدد ، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وحفز الطلب على الرعاية الجيدة.²

- ❖ تكوين فريق عمل الجودة: تختلف المسميات، فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من التسميات وتستند إلى هذا الفريق المهام التالية:

¹ عبد العزيز مخيمر ، محمد الطعامة ، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)" ، مرجع سابق ، ص 200

² اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط ، جدول الأعمال المبدئي ، "ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولا سيما في الرعاية الصحية الأولية مسؤولية مشتركة" ، إضفاء الطابع المؤسسي على ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأولية مسؤولية مشتركة ، القاهرة ، جمهورية مصر العربية 1-4 . أكتوبر - 2000

أ- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبارات التالية:

- أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء.
 - مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء.
 - التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة.
 - التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد.
 - تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها.
- هـ -البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها. ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات ما يلي¹:

- تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى كما ونوعا واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقا لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية.
 - تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات ايجابية لدى مختلف فئة العاملين.
 - استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية ، وأيضاً أدلة إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها باحتياجات العمل في مختلف المجالات.
 - تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات واللازمة لتغطية الجوانب التالية:
 - تلقي وتحليل ومعالجة شكاوي المرضى والعاملين والزائرين.
 - تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على التقدم بأرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات.
 - إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد.
 - تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين.
 - تلقي وتحليل شكاوي الموردين والمقاولين ومعالجتها.
 - توفير وتصميم آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات.
 - تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية والحلقات النقاشية بناء على دراسة علمية للاحتياجات التدريبية بالمستشفى.
 - صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها على مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.
- تبين من خلال مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية انه لا بد من توافر مجموعة من المرتكزات يمكن عرضها باختصار كما يلي:
- التركيز على العميل(الداخلي والخارجي) ،

¹ عبد العزيز مخيمر ، محمد الطعامنة ، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات(المفاهيم و التطبيقات)" ، مرجع سابق ، ص204

-مساندة وتدعيم الإدارة العليا،

-العمل الجماعي المشترك بين التخصصات المتعددة ،

-تدريب العمال ،

-المكافئة ،

-استخدام الحقائق والبيانات كأساس لاتخاذ القرار (اتخاذ القرار بناء على الحقائق).¹

2.4 عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

إنجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا بد من توافر مجموعة من العوامل ،
يلخصها محمد جاد الرب ، كما يلي² :

- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة ،
- يجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا هذا النظام ،
- يجب إن تتوقع الإدارة في المنظمة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام ،
وكلما تفهم الجميع أهمية النظام كلما انخفضت حده وحجم المقاومة ،
- إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاما بديلا للنظم السائدة ، ولكنه أداة رئيسة وأساسية للبحث عن
الأداء العالي المتميز مند بداية التشغيل حتى نهاية ومع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد.
- لنجاح تطبيق النظام تحتاج المنظمة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:
- الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المنظمة أو المتعاملين معها.
- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي
مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية.
- فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات يدعم
هذا النظام وعملية اتخاذ القرارات.
- نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.
- نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام.
- يمكن للوحدة أو المنظمة الطبية البدء في تطبيق نظام الجودة الشاملة في احد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد
ذلك منها إلى باقي الأنشطة.
- يحتاج النظام قبل تنظيمه إلى دورات تدريبية مكثفة ، وأيضا إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في
هذا المجال.³

¹ عبد العزيز مخيمر ، محمد الطعمنة ، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و التطبيقات)" ، مرجع سابق ، ص 205

² سيد محمد جاد الرب ، "إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة" ، دار النهضة العربية، مصر القاهرة، 1992 ،
ص 111

³ سيد محمد جاد الرب ، "إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة" ، مرجع سابق ، ص 189

المبحث الثالث: رضا المريض والعوامل المؤثرة على سلوكه

من خلال انتقاء الزبون للمنتج أو العلامة فهو يسعى إلى تلبية مجموعة من الحاجات والرغبات يرى أنها تحقق له مستوى من الرضا وتضمن في نفس الوقت ربحية المؤسسة، وفي المقابل يمكن أن تتحمل هذه الأخيرة خسارة كبيرة نتيجة عدم رضا الزبون، ومنه فالنزول على سلم الرضا لدى الزبون يعني بالضرورة النزول على سلم ربحية المؤسسة.

1. رضا الزبون وعلاقاته:

ظهر مفهوم الرضا في علم الإدارة بصورة الرضا الوظيفي وهو مقياس يدل على درجة رضا العامل عن عمله وما يحيط به من عوامل وظروف ، وقد استخدم هذا المفهوم للدلالة على مستوى ولاء العامل لمؤسسته التي يعمل فيها. وقد اجتهد المديرون وعلماء الإدارة (ولا سيما المهتمين بإدارة الموارد البشرية) في البحث عن المحفزات التي تزيد من درجة رضا العميل ، لما لذلك من تأثير ايجابي في زيادة الإنتاج كما ونوعا، ومن ثم تحقيق الخطط الطموحة وزيادة الأرباح والقدرة التنافسية . ثم انتقل هذا المفهوم إلى المؤسسات الخدمية بصورة رضا العملاء عن الخدمات المقدمة لهم ، كالعملاء التجاريين وزبائن المصارف والمتاجر وشركات الطيران والفنادق ، فضلا عن رواد المستشفيات. وتتفاوت درجة الاهتمام بمفهوم الرضا في هذه المؤسسات الخدمية حسب أهمية نوع الخدمة التي تخص العميل¹.

1.1 مفهوم رضا الزبون

فقد أعطيت عدة تعاريف ومفاهيم خاصة بالرضا ، وتباينت حسب آراء المفكرين والباحثين في الميدان التسويقي خاصة ما يتعلق منها بالمنظمات الخدمية ، ذلك أن عناصر تقييم الخدمة لدى الزبون تعد أكثر صعوبة من تقييم المنتجات السلعية.

ويمكن أن نوجز أهم التعاريف الخاصة بالرضا فيما يلي:

يعرف الرضا في التسويق على أنه شعور بالمتعة أو الانزعاج الناتج عن المقارنة بين توقعات سابقة وتجربة الاستهلاك².

يعرف الرضا بأنه مستوى إحساس الفرد الناجم عن المقارنة بين أداء المنتج المدرك وبين توقعات هذا الفرد³. ويعرف kotler الرضا بأنه "إحساس ايجابي أو سلبي يشعر به العميل اتجاه تجربة شراء أو استهلاك معينة ، والنتيجة عن مقارنة بين توقعاته وأداء المنتج⁴.

يعرف Howard و "Fheth هو الانطباع بالمكافأة او عدم المكافأة لقاء التضحيات التي يتحملها العميل عند الشراء"⁵.

ومن خلال التعاريف السابقة فيمكن أن نستنتج خاصيتين أساسيتين لمفهوم الرضا وهما:

¹ أسامة الفراج ، " تقييم جودة الخدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى :نموذج لقياس رضا المرضى " مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية -المجلد - 25 العدد الثاني. 2009 -ص55

² J.Lendervie,J.Lévy,D.Lindon."Mercator",7édition,Dalloz,paris,2003,p911.

³ م حمد فريد صحن ، "قراءات في إدارة التسويق "،الدار الجامعية الإسكندرية مصر ، 2003 ، ص 21

⁴ P. Kotler,B. Dubois , " marketing management",op,cit,p172.

⁵ Daniel Ray , " Mesurer et développer la satisfaction des clients ",2ème tirage édition d'organisation ,paris,2001.p22.

- ✓ يعبر الرضا عن شعور معين حاصل عن تجربة معينة لدى الزبون ، من خلال المقارنة بين التوقعات و ادراكات أداء العملية أو التجربة ، فهو يمثل مقارنة بين الخدمة المنتظرة والخدمة المدركة.
- ✓ يعبر الرضا عن أبعاد شعورية وإدراكية تتبع عملية أو تجربة معينة ، كما يتأثر بعوامل خاصة بالزبون التي تختلف من زبون إلى آخر.

2.1 أهمية رضا الزبون:

- تحقق حالة الرضا جملة من المزايا للزبون والمؤسسة في نفس الوقت منها¹:
- حالة الرضا تعتبر مزية في حد ذاتها للزبون كونها تعبر عن حالة من الاستقرار النفسي تجاه موضوع معين؛
- رضا الزبون يحقق ميزة تنافس للمؤسسة لأنه يسمح باستقرار برامج وخطط العمل خلال فترة زمنية وبالتالي تخفيض أعباء وتكاليف المؤسسة؛
- تدفع مستويات الرضا العالية الزبون إلى تكرار عملية الشراء مما يعني تكرار المعاملات التي تربط المؤسسة بالزبون وبالتالي يمكن أن تنشأ علاقة واتصال دائم بينهما؛
- الرضا يخلق حافز لدى الزبون ليكون وقيًا للمؤسسة أو العلامة.

2.2 علاقات الرضا

تنشأ من حالة الرضا مجموعة من علاقات مع عدة عناصر مرتبطة بنشاط المؤسسة و إستراتيجياته أو بسلوك الزبون.

1.2 علاقة الرضا بالحصة السوقية: أوضح Fornel أن العلاقة بين رضا الزبون والحصة السوقية للمؤسسة يمكن أن تكون موجبة عندما تكون أذواق و تفضيلات المستهلكين متجانسة و المنتجات المقدمة للسوق متجانسة، كما يمكن أن تكون هذه العلاقة سلبية إذا كانت أذواق المستهلكين متباينة و المنتجات متجانسة.²

2.2 علاقة الرضا بربحية المؤسسة (سلسلة الرضا - الربح): مدى الارتباط بين رضا الزبون ونجاح المؤسسة ظل و لوقت طويل مجرد اعتقاد، أكدته اليوم مجموعة من الحجج، ففي كثير من المؤسسات أصبح بالإمكان و من السهل ربط العائد برضا الزبون ورضا الزبون برضا الموظفين.

فرض العمال و تبنيهم لثقافة التوجه بالزبون يسمح بتقديم قيمة أكبر لهذا الأخير، مما يؤدي من دون شك إلى رفع مستويات الرضا لديه، و ما يتولد عنه من سلوك ايجابي كولاء الزبون يجعل منه أصل دائم و بتالي قيمة إضافية لصالح المؤسسة تدعم ربحيتها³، كما هو موضح سلسلة الرضا - الربحية في الشكل الموالي:

الشكل رقم (6-II) : سلسلة "الرضا-الربحية"



Source : Oliver Netter, Nigel Hill, "Satisfaction client", édition ESKA, Paris,2000,p 43.

¹ كشيده حبيبة، " استراتيجيات رضا العميل"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة سعد دحلب، البلديدة 2005 . - 2004 ص56

² كشيده حبيبة، مرجع سابق ، ص52

³ Oliver Netter, Nigel Hill, "Satisfaction client", édition ESKA, Paris,2000, p43.

- من خلال الشكل رقم (6-11) يتضح أن المؤسسة تحقق عائد كبير من الزبون الراضي نتيجة مجموعة من الاعتقادات و السلوكات التي يبديها هذا الأخير، و هي:
- الزبون الراضي يبدي استعداد لبذل جهد و دفع سعر اكبر مقابل القيمة التي يحصل عليها من اقتناء المنتج؛
 - الزبون الراضي ومن خلال اتصاله الايجابي ، يمكن أن يجذب زبائن جدد للمؤسسة و الذين يمثلون مصدر ربح جديد؛
 - الرضا المتزايد يسمح للمؤسسة بالاحتفاظ بالزبون لأطول مدة، و هذا بدوره يؤدي إلى تقليل التكاليف المتعلقة بإعلامه و تكفله بناء علاقة جديدة.

3.2 علاقة الرضا بالجودة : باعتبار الجودة المدركة أحد العناصر الأساسية المكونة للقيمة التي تقدمها المؤسسة للزبون وبالتالي فآثر الجودة المدركة على رضا الزبون يمثل جزء من اثر القيمة الكلية، و ما تجدر الإشارة إليه أن العلاقة "الجودة تساوي الرضا" هي علاقة خاطئة و المعادلة الصحيحة هي أن الجودة تؤدي إلى الرضا، هذا يعني أن الرضا دالة في مجموعة من المتغيرات من بينها الجودة و التوقعات، فليس دائما الجودة المدركة تعتبر مبررا لحالة الرضا فهناك الكثير من حالات الرضا رغم انخفاض مستوى الجودة، و في الجهة المقابلة و بالرغم من مستوى الجودة العالية يكون الزبون غير راضي، ومثال ذلك وجود مسافرين في محطة تقدم خدمة في المستوى لكن في نفس الوقت يوجد أشخاص يسبون إزعاج لهذا المسافر، و هذا ما يولد لديه حالة من الاستياء تقود ربما إلى مقاطعة هذه المحطة.

تأكيد هذه العلاقة بين مؤيد و معارض، لكن ما يتفق عليه أن الجودة العالية تعتبر من مقدمات الرضا في أغلب الوضعيات، تقود بالضرورة إلى الرضا إلا في حالة وجود عناصر تشويش مثل المثال السابق ، هذه الأهمية تدفع المؤسسة للتركيز على جودة منتجاتها من اجل تحسين الرضا.¹

3. رضا المريض:

تختلف عملية تحقيق رضا العميل في تسويق الخدمات كثيرا عما هو عليه في تسويق السلع، باعتبار أن الجودة المدركة في الخدمة هي غير الجودة المدركة في السلع الملموسة وذلك من خلال اختلاف الخصائص التسويقية فيما بينها، ويزداد الأمر أكثر خصوصية في قطاع الخدمات الصحية عن باقي القطاعات الأخرى في الخدمات ويعود ذلك إلى خصوصية المرضى الذين يختلفون الواحد عن الآخر تبعا لحالتهم الصحية . وعليه فان جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات و متطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يتوجب توافيقها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض.

ويرتبط هذا التوافق إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا ويمكن التعبير عن هذه العلاقة بـ الرضا ≤ الإدراك - التوقع.

وبالتالي فان المريض يقارن بين الخدمة المدركة ، أي التي حصل عليها فعلا ، والخدمة كما كان يتوقعها. فإذا كانت الأولى اقل من الثانية كان شعوره بالاستياء وعدم الرضا ، أما إذا كانت متساويتين كان شعوره بالرضا وازداد ولاءه للمنظمة الصحية ، وتمسك بها.¹

¹ Oliver Netter, Nigel Hill, "Satisfaction client", op.cit,p44.

وينبغي ملاحظة أن المريض يبني توقعاته على نتيجة لتفاعل أربع قوى وهي:

أولاً: احتياجات المريض.

ثانياً: الخبرة السابقة للمريض.

ثالثاً: الكلمة المتداولة Word –of-mouth من الأصدقاء والزملاء.

رابعاً: الاتصالات التسويقية التي تقدمها المنظمات الصحية لعملائها ، لإعلامهم بمستوى جودة

الخدمة الصحية المعلن عنها وذلك من خلال أنشطة الإعلان والترويج.

والجدير بالذكر أن توقعات المرضى تلعب دوراً حيوياً في الحكم على جودة الخدمة التي تقدمها المنظمات

الصحية.

ويمكن النظر إلى الرضا على أنه حجر نفيـس كريم عديد الإضلاع ، كل ضلع فيه يمثل بعدد من أبعاد الرضا

، ومع ذلك فإن مساحات الإضلاع المختلفة أو أوزان الأبعاد المختلفة ليست بالضرورة متشابهة ، وفيما يلي

التشكيلة المبسطة عديدة الأبعاد لرضا المريض:

✦ النزعة الإنسانية أو فن الرعاية.

✦ القدرة على الإعلام.

✦ الجودة الإجمالية (بما فيها العلاقات بين الأشخاص).

✦ كفاءة مقدم الخدمة.

✦ البيروقراطية داخل النظام الصحي.

✦ سهولة الحصول على الخدمة.

✦ التكلفة.

✦ البيئة الخارجية والداخلية.

✦ الحصيلة الصحية بما فيها مخرجات الصحة كنتيجة للرعاية.

✦ الاهتمام بالمشاكل النفسية والاجتماعية.

بالتالي أصبحت جودة الخدمة الصحية المقدمة هي بمثابة ميزة نسبية على المستشفى أن توظفها لتعزيز

مكانتها.²

انطلاقاً مما سبق يمكن القول أن تحقيق رضا المريض يعتبر هدف وأداة تسويقية في نفس الوقت

فالهـدف الرئيسي لنشاط التسويق هو جعل العميل راضي وسعيد بخدمات المنظمة الصحية ولذلك يجب أن

تكون جميع أنشطة المنظمة الصحية موجهة نحو تحقيق رضا العميل (المريض).

4. قياس مستوى رضا المريض

إن قياس مستوى رضا العملاء يعتبر مهماً بالنسبة لأي منظمة، لأنه يعبر عن مدى نجاح إدارة المنظمة في

التعامل مع عملائها وفي تسويق منتجاتها وخدماتها. وقد أثبتت الدراسات أن العميل الراضي من المنتج أو الخدمة

يتحدث عن رضاه إلى ثلاثة أشخاص من معارفه وأما العميل غير الراضي فهو يتحدث عن عدم رضاه عن المنتج

¹ عصماني سفيان ، " دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من نظر المستفيدين منها (المريض)، مذكرة ماجستير جامعة محمد بوضياف مسيلة ،

2006-2006 ، ص138

² تامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ، ص216

أو الخدمة إلى أكثر من عشرين شخص . وهذا يدل على مدى تأثير رضا العميل الواحد أو عدم رضاه في عملية التسويق. لذلك يعتبر رضا العميل أصل من أصول المنظمة ويساعد المنظمة على الاحتفاظ بها، حيث أن العميل الراضي يعود إلى الشراء مرات أخرى، بالإضافة إلى أنه يعمل على نقل الصورة الجيدة عن المنتج أو الخدمة وعن المنظمة في حد ذاتها إلى معارفه مما يؤدي إلى ولائه لها بالإضافة إلى استقطاب عملاء جدد.¹

هناك العديد من الوسائل المتاحة لقياس رضا المرضى أو المراجعين، حيث أن نجاح المنظمة الصحية في خدمة أسواقها يعتمد بدرجة كبيرة على مدى قدرتها على خدمة عملائها وتحقيق رضاهم . ومن ضمن هذه الوسائل ما يلي²:

4.1 أنظمة الشكاوي والمقترحات

في ظل هذا النظام تشجع المنظمة الصحية العملاء على التقدم بمقترحاتهم عن أي مجالات لتطوير وتحسين الخدمة وحتى عناصر المزيج التسويقي الصحي بما يحقق رضاهم، ومن خلال نظام الشكاوي والمقترحات يمكن أن نحول الأشخاص غير الراضيين عن المنظمة إلى أشخاص لديهم ولاء للمنظمة والى خدماتها، لأن هذا النظام يخلق إحساس لدى العميل على أنه موضع اهتمام من جانب المنظمة . ومما يجدر بالذكر أن المنظمات التي لديها توجه بالعميل تتجاوب بشدة مع شكاوي عملائها، بل تذهب إلى أبعد من ذلك، إذ أنها تحاول البحث عن الشكاوي، فعدم وجود شكاوي لا يعني بالضرورة وجود مستوى عالي من رضا العملاء، وذلك أن هذا النظام المتبع لإعطاء فرص تثبيت رضاهم عن الخدمة قد لا يكون كافي . كما ينبغي الأخذ بعين الاعتبار أن هناك ما يسمى بالأغلبية الصامتة من العملاء والذين ليسوا على استعداد لتقديم أي شكوى مهما كانت الظروف.

ومن ثم نلاحظ أنه كلما ارتفع وصف الجودة نحو الكمال فإن الدرجة المعطاة تزيد فالجودة الرديئة تعطى الرقم (1) وتستمر في الزيادة إلى أن تصل إلى الجودة الرائعة وتعطى رقم (5). ويمكن استخدام مقياس من ثلاثة أو إحدى عشر نقطة بدلا من خمس نقاط كالسباق . وعندما يتم الوصول إلى النتائج يجب وضع مخطط بياني يوضح نسبة المرضى في كل مجموعة، فإذا كان المخطط البياني يميل كثيرا لليمين فهذا يعني أن المنظمة الصحية واقعة في مشكلة، أما إذا كان في شكل جرس، فهذا يعني أنها تحوي على أعداد معقولة غير راضية ومحايدين وراضين . أما لو كان منحرفا كثيرا لليسار فهذا يعني أن المنظمة الصحية قد حققت درجة عالية من الرضي لغالبية مرضاها . وأخيرا فإذا كان التوزيع ثنائيا فإن على المنظمة الصحية تطوير خدمة جديدة لإشباع الحاجات غير المشبعة في السوق مع الإبقاء على الخدمة الحالية لإشباع المجموعات الراضية³.

قسم نموذج "كانو" لرضا العملاء والموضح في الشكل (22) متطلبات الخدمة من حيث تأثيرها في رضا العملاء إلى ثلاثة أنواع⁴:

المتطلبات الأساسية (Basic or must-be requirements) : يتوقع أن تكون هذه المتطلبات موجودة في الخدمة، وبالتالي لا حاجة إلى التعبير عنها. إذا لم يتم تلبية هذه المتطلبات فإن العميل لن يكون راضيا، وبالمقابل إذا كانت هذه المتطلبات موجودة (من المسلم به أن تكون موجودة) فإن ذلك لن يزيد من مستوى رضا العميل.

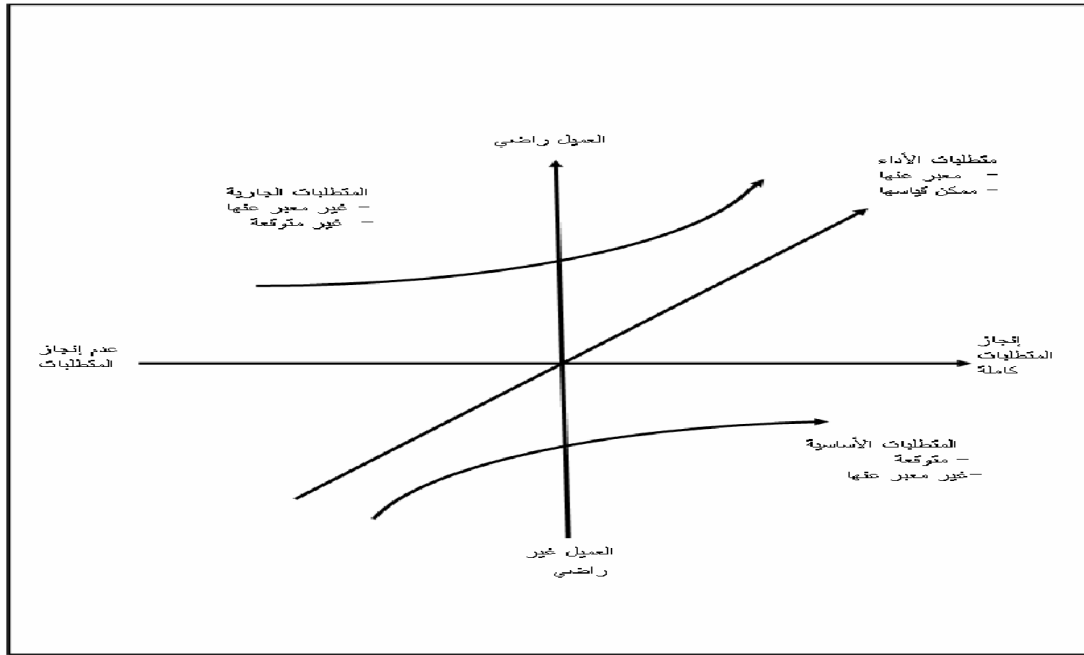
¹ محفوظ أحمد جودة، "إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات"، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2001 ص80

² فريد زين الدين : تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل، بدون ذكر دار النشر، الطبعة الأولى، مصر القاهرة، 2002، ص. 183.

³ فريد زين الدين، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل"، مرجع سابق، ص 185

⁴ م محفوظ أحمد جودة : مرجع سابق، ص82.

الشكل رقم (7-11) نموذج كانو لرضا العملاء:



المصدر: محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، 4002، مرجع سابق، ص 8

متطلبات الأداء (Performance requirements)

وفقا لمتطلبات الأداء والتي هي باتجاه واحد فإن مستوى رضا العميل يتناسب طرديا مع درجة تلبية هذه المتطلبات، فكلما كانت درجة تلبية هذه المتطلبات عالية كلما كان مستوى الرضا عالي والعكس بالعكس، وهذه المتطلبات يطلبها العميل صراحة.

المتطلبات الجاذبة (Attractive or Delight Requirements)

إن هذه المتطلبات تحتل أكبر درجة من التأثير على درجة رضا العميل، وحسب طبيعة هذه المتطلبات فإنها غير معبر عنها من قبل العميل، وكذلك فهي غير متوقعة من قبل العميل. إن الوفاء بهذه المتطلبات بدرجة معينة يعطي العميل درجة أكبر من الرضا الوظيفي. أما إذا لم يتم الوفاء بهذه المتطلبات فإن العميل لن يشعر بعدم الرضا.

5. سلوك المرضى والعوامل المؤثرة فيهم

السلوك هو التصرف الذي يصدر من المستفيد بهدف الحصول على الخدمات الصحية عند الحاجة إليها. والمستفيد من تلك الخدمات الشخص الذي يشتري الخدمة الصحية للاستفادة منها، أو استفادة أفراد أسرته أو استفادة المقيمين معه في نفس السكن أو تقديمها لأحد الأقارب أو الأصدقاء.¹

1.5 تحليل سلوك المستهلك:

يعد المستهلك نقطة البداية التي تسبق الإنتاج وتوجهه باستمرار طبقا للمفهوم التسويقي الحديث الذي يهدف إلى تحقيق احتياجات المستهلك ورغباته، بحيث يكون ذلك هو الهدف الرئيسي الذي تسعى المنظمة لتحقيقه والذي ينبغي أن تأخذه في الحسبان عند إعداد خططها فتحليل سلوك المستهلك يعتبر المدخل الناجح

¹ زكي خليل المساعد، "تسويق الخدمات وتطبيقاته"، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى 2006، ص 222

لعملية التسويق في تحدي احتياجاته غير المشبعة، باعتبار أن مفهوم التسويق باختصار هو البحث عن حاجات المستهلك وإشباعها.¹

وتعتبر إسهامات نظرية الشخصية ونظرية التعلم من أبرز الأعمال التي كان لها استعمالات واسعة من قبل رجال التسويق في فهم سلوك المستهلك . إذ أكدت نظريات الشخصية على أن نمط السلوك راجع إلى نمط رد الفعل أو الاستجابات المستقرة والمتوقعة من الفرد والتي تميزه عن غيره من خلال طريقة إدراكه وأفعاله وتفاعله مع البيئة المحيطة به. أما نظرية التعلم فتركز على أن هناك عامل خارجي (إعلان) أو داخلي يحرك الفرد نحو اتخاذ سلوك (استجابة) معين . وقد استعملت هذه النظرية في بناء ولاء المستهلك لعلامة أو صنف معين من المنتجات.²

2.5. العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمستهلك:

يعد سلوك المستهلك سلوكا إنسانيا يتأثر بمجمل العوامل والضغوط التي تؤثر على الفرد سواء كانت هذه العوامل والضغوط اقتصادية، اجتماعية، شخصية، إجتماعية، ثقافية أو نفسية. وتعتبر عملية التنبؤ بسلوك المستهلك من المسائل البالغة التعقيد بسبب تداخل وتشابك هذه العوامل فيما بينها.

وبقدر تعلق الأمر بالمرضى مع المنظمات الصحية والمستشفى، فإنهم يتأثرون أيضا بذات العوامل المؤثرة في الشراء التقليدي . إلا أن الاختلاف حتما سيكون تبعا لطبيعة الحالة الصحية المطلوب تجاوزها من قبل المريض، ودرجة خطورتها على حياته . ولكن الحديث هنا يتعلق بخصوصية الجوانب السلوكية التي تقود المرضى للتعامل مع الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمات العاملة في مجال الصحة والطب.³

ويمكن توضيح هذه العوامل عبر هذا الشكل:

شكل رقم (8-II): العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك (المريض)

الثقافية					
العامة الثقافية	الاجتماعية				
الخاصة الثقافية	الجماعة	الشخصية			
الشريحة الاجتماعية	المرجعية	العمر	النفسية		
	العائلة	الوظيفة	الدوافع	المستهلك (المريض)	
	المكان	الحياة أنماط	الإدراك		
		الشخصية	التعلم		
			المعتقدات		
			الاتجاهات		

Source: Kotler (p), Dubois (B) « marketing management », op,cit, p173.

¹ محمود صادق بازركة، "إدارة التسويق"، دار النهضة العربية، القاهرة 1912، ص150.

² أيمن علي عمر، "قراءات في سلوك المستهلك"، الدار الجامعية لإسكندرية، 2006، ص 77

³ أيمن علي عمر، "قراءات في سلوك المستهلك"، مرجع سابق، ص 78

-خلاصة الفصل:

إن موضوع الجودة أصبح أمر حيوي في قطاع الخدمات عموما وفي مجال الصحة بشكل خاص ،لذلك فان برامج الجودة يجب أن تكون معدة إعدادا خاصا حسب المتطلبات و الإمكانيات المتاحة وتنظيم كل فئة في منظمة الرعاية الصحية ،وعليه يجب أن تقوم برامج الجودة بتقييم الواقع الموجود ومحاولة رفع الكفاءة تحت نظام واضح وصريح وسهل التنفيذ حسب الإمكانيات الموجودة في منظمة الرعاية الصحية ،ولضمان مستوى مناسب للخدمات الصحية فان ذلك يتطلب مهارات تقنية رفيعة والتي يمثل التسويق محورها الأساسي والجوهري ،ونظرا لما تتمتع به منظمة الرعاية الصحية من خصائص ، حيث أن مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها (المرضى) يتفاعلون بشكل منتظم ، لذلك فان واحد من الأبعاد الرئيسية لقياس جودة الخدمة الصحية هو البحث في كيفية تفكير المنتفعين منها وتقديم مدى إدراكهم لها ،ومن ثم فان علاقة التفاعل هذه تلزم المنظمات الصحية لبدل الجهد الممكن للوفاء باحتياجات مرضاها ومعرفة رأيهم عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم ومدى استجابة تلك الخدمات لحاجتهم وقياس رضاهم عنها ومعرفة العوامل المؤثرة على لتوقعاتهم ومن ثم تعزيز تطابق ما هو متوقع مع ما هو موجود مما يساهم في تضيق الفجوات وهذا ما يمثل التوجيه التسويقي الحديث.

الفصل الثالث

الفصل الثالث:

دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى
بمستغانم

تمهيد:

بعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصلين الأولين، سنحاول من خلال هذا الفصل تناول الجانب التطبيقي لهذا الموضوع، حيث تم اختيار المؤسسة الإستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم لتكون محلا للدراسة. وتم تقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث، هي كالتالي:

المبحث الأول: النظام الصحي في الجزائر.

المبحث الثاني: المنظومة الصحية العمومية في ولاية مستغانم التعريف بالمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى .

المبحث الثالث: خطوات إجراء الدراسة الميدانية تحليل و تفسير النتائج.

المبحث الأول: وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية

تعرف المؤسسات الصحية في الجزائر العديد من الإصلاحات، من أجل تحسين فاعليتها وجعلها أكثر تنافسية خصوصا مع ما يشهده قطاع الخدمات الصحية من فتح الفرص الاستثمار للقطاع الخاص. وعليه، سنتطرق في هذا المبحث إلى وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية، من خلال استعراض مراحل تطورها وأنواع المؤسسات الصحية في الجزائر عامة .

المطلب الأول: مراحل تطور المؤسسات الصحية الجزائرية

مرت المؤسسات الصحية في الجزائر بالعديد من المراحل، نوجزها في ما يلي :

✓ مرحلة تسيير الأزمات الصحية (1962-1974).

✓ مرحلة مجانية العلاج (1974-1980).

✓ مرحلة السياسة الصحية الجديدة (1980-1995).

✓ مرحلة إصلاح المؤسسات الصحية (1995-2005).

✓ مرحلة مواصلة إصلاح المؤسسات الصحية (ما بعد 2005).

المرحلة الأولى: تسيير الأزمات الصحية (1962-1974).

ورثت الجزائر بعد الاستقلال وضعا صحيا متأزما، سواء من حيث قلة عدد الهياكل الصحية المتواجدة آنذاك وما تبعه من ندرة كبيرة في الموارد البشرية المؤهلة، أو من حيث الوضع الصحي المزري للمواطنين، الذي كان نتيجة الفقر المدقع وسوء التغذية، وكذا الانتشار الواسع للأمراض والأوبئة... الخ، ويمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في¹ :

✓ هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين الذي بلغ عددهم 2200 طبيب و 2700 ممرض وممرضة.

✓ حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الطاقم الطبي المؤهل؛ حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة العدد السكان آنذاك ثمانية أطباء لكل مئة ألف ساكن، كما كان عدد الصيادلة حوالي خمسون صيدليا وثلاثون طبيب أسنان فقط.

✓ النقص الكبير في الموارد الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.

✓ سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية.

✓ محدودية المرافق الصحية والمستخدمين فيها، وتمركزها في المناطق والمدن الكبرى.

هذه الوضعية الصحية الصعبة دفعت الجزائر آنذاك إلى القيام بعدد من الإصلاحات على المؤسسات الصحية، من خلال استعانتها بإطارات من بعض الدول الأجنبية كبلغاريا، رومانيا وروسيا، وإرسالها للعديد من الأطباء للتكوين بالخارج، بالإضافة إلى صياغة مجموعة من الأهداف والإجراءات تمثلت في ما يلي² :

✓ إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية.

✓ الاستفادة من مراكز الأمومة والطفولة.

✓ تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا وحمى المستنقعات عام 1965.

✓ التطعيم يكون إجباريا ومجانيا لخمسة أمراض (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الجدري)،

وذلك من خلال القرار 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969.

¹ Mohamed Amir, l'Histoire de la Santé en Algérie, Alger : Edition OPU, 1999, p205.

² Mostafa Khiaï, Quelle Sante les Algériennes?, Alger : Edition Maghreb Relation, 1990, p52.

✓ الحملة الوطنية للتطعيم ب BCG وشلل الأطفال (1969-1970).

✓ إنشاء لجنة النظافة ومجلس الأمراض المهنية.

في 22 فيفري و 07 مارس 1965 صدرت جريدة متضمنة حركة موظفي الصحة العمومية، ومن ضمن قراراتها مرور المسؤولين بفترة تدريبية بالمركز الإستشفائي الجامعي، وإنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات الصحية التابعة للمساعدة الطبية والاجتماعية، بقرارات من وزير الصحة في 07 مواد، تم خلالها إيضاح التقسيم الإداري للمهن واختصاص كل مسؤول، كما تعمل هذه اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين وإعداد قائمة الاجتماعات واللوازم للمستشفيات³.

بالإضافة إلى صدور المرسوم 66-73 المؤرخ في 04 أفريل 1966 الذي ألحق الوحدات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية، وتوسيع الخدمات الصحية إلى جميع المواطنين، وكذلك مرسوم 69-96 في جويلية 1969 الذي أقر بإجبارية ومجانية التطعيم الذي وصل حتى الأرياف⁴.

ومع بداية السبعينات وخاصة في الفترة الممتدة بين 1970-1973 عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تطورا ملحوظا تجسد في ارتفاع عدد الأطباء الذي بلغ 1425 طبيب وكذا عدد المستشفيات والمراكز الصحية الذي بلغ 163 و 588 على التوالي، مما ساهم في التوعية الصحية للمواطنين.

وينبغي الإشارة إلى نقطة هامة في السياسة الصحية الجزائرية، تتمثل في صدور قانون الطب المجاني سنة

1973 وإنشاء القطاع الصحي مع بداية تنفيذ الطب المجاني سنة 1974.

المرحلة الثانية: مجانية العلاج (1974-1980).

تميزت هذه المرحلة بتطبيق قانون الطب المجاني على كامل القطاعات الصحية سنة 1974، إضافة إلى صدور

الميثاق الوطني سنة 1976 ومأنتج عنه من ضرورة توسيع الهياكل الصحية ومضاعفة بناء المستشفيات والمراكز الصحية والمخابر، إلى جانب تكوين الأطباء وعمال الصحة بهدف الوصول إلى توفير طبيب لكل ألفي ساكن، مع تطوير الاهتمام والرعاية بالأمومة والطفولة.

كما تميزت بالمركزية المفرطة في التسيير، حيث أقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، إضافة إلى غياب

متخصصين في التسيير الصحي انعكس سلبا على القدرة في حل مشاكل الصحة للمواطنين، هجرة هياكل العلاج القاعدية، واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية التي ينبغي أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا مع تدهور نوعية العلاج⁵.

وفيما يتعلق بأهداف التنمية الصحية أثناء هذه المرحلة فكانت تركز على⁶:

✓ تحديد إستراتيجية وطنية تضمن توزيع فرص العلاج على أفراد المجتمع.

✓ تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على العلاج (ديمقراطية العلاج).

المرحلة الثالثة: السياسة الصحية الجديدة (1980-1995).

كانت هذه الفترة عبارة عن تقييم للسياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر، ومن ض منها السياسة الصحية؛

حيث عملت الحكومة الجزائرية على وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل.

³ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد الأول، الصادرة سنة 1966، ص.ص. 341-342.

⁴ Ministère de la santé, Séminaire sur le Développement d'un Système National de Santé, Expérience Algérienne, P.P. 7-25.

⁵ وزارة الصحة والسكان، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري، 1990.

⁶ Ministère de la santé, Op Cit, p71

وكانت من أهم الاهتمامات في هذه الفترة العمل على التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف، من خلال وحدات العلاج التي أقامتها هناك، واعتمدت في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة من أجل تبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع، مع ضرورة دعم المؤسسة الصحية بالإجراءات التالية:

✓ رفع مردودية الهياكل الموجودة، والتي تنشأ فيما بعد.

✓ الاعتماد على سياسة نشيطة في مجال الوقاية والتربية الصحية.

وبالنسبة لعدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989 فقد شهد ارتفاع كبير كما يبينه الجدول

التالي:

الجدول رقم (1-III): عدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989

السنوات المؤسسات الصحية	1985	1986	1989
عدد المستشفيات	211	238	261
عدد الأسرة	49315	54147	55265
قاعات متعددة الخدمات	319	359	433
مركز صحية	669	1025	1089
قاعات العلاج	2454	2574	2693

Source: Ministere de la Sante Op Cit, P. 76.

نلاحظ من الجدول السابق ما يلي:

- التطور الإيجابي للمؤسسات الصحية خلال الفترة ما بين 1985 و1989؛
- أكبر عدد من المؤسسات الصحية تتمثل في المراكز الصحية، يلي ذلك قاعات متعددة الخدمات وأخيرا المستشفيات.

كما تميزت هذه المرحلة بما يلي:

✓ صدور القرار رقم 22 المؤرخ في 05/09/1981 القاضي بتنظيم وسير القطاعات الصحية.

✓ تطبيق قانون الاستقلالية في الميزانية والتسيير في 06/12/1986، فيما يخص المراكز الاستشفائية الجامعية.

✓ فتح باب الاستثمار للقطاع الخاص من خلال إصدار القانون 88-15 المعدل والمتمم للقانون 05 - 85 المتعلق

بحماية وترقية الصحة، الذي سمح للخواص بفتح عيادات خاصة وفق شروط تحددها وزارة الصحة،

وبذلك ظهرت مشاريع رسمية لفتح مؤسسات خاصة، تشارك القطاع العمومي في تقديم الخدمات الصحية.

المرحلة الرابعة: مرحلة إصلاح المؤسسات الصحية (1995-2005).

الارتفاع المفرد في نفقات الصحة الناتجة عن تطبيق سياسة العلاج المجاني، والتدهور التدريجي الجودة

الخدمات الصحية المقدمة، عوامل دفعت الوزارة الوصية * إلى انتهاج سياسة إصلاحية لهذا القطاع الاستراتيجي

والحساس من أجل رفع فعاليته ودفعه نحو المبادرة الحرة وحرية المنافسة من خلال تحسين نوعية خدماته، وذلك

من خلال مجموعة من الوسائل الإصلاحية تمثلت فيما يلي:

1. مراجعة القوانين الأساسية: من خلال العمل على تكييف قوانين المؤسسات الاستشفائية العمومية، وإضفاء المرونة على إجراءات التسيير الإداري والمالي والمراقبة، والتوجه نحو إرساء عقود أهداف وزارة مستشفيات (مشروع مؤسسة) ومستشفى مصلحة (مشروع مصلحة)⁷.
2. النظام التعاقدية كأسلوب جديد لتمويل قطاع الصحة: من أجل التحكم في النفقات الصحية التي تتحملها لدولة لوحدتها في إطار العلاج المجاني، تم اعتماد أسلوب جديد لتمويل قطاع الصحة، تمثل في أسلوب التمويل على أساس العلاقات التعاقدية، والتي حددتها المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 في أن "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان، وحسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم"⁸.
وعليه تتمثل مختلف الأطراف التعاقدية في:
 - ✓ الممول (bayeur de fonds): وهم الأشخاص الذين يتكفلون بتمويل جزء من نفقات الصحة، وهم على التوالي الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي؛ حيث تتكفل الدولة بالمعوزين الذين يفقدون موارد مالية وغير المنتمين لفئة المؤمن اجتماعيا ولا لذوي حقوقهم، أما صناديق الضمان الاجتماعي فتتكفل بنفقات المؤمنين اجتماعيا وما يتبعهم من ذوي حقوق.
 - ✓ صاحب الخدمة (prestataire de service): وهي مجمل الهيئات الاستشفائية من مراكز جامعية، قطاعات صحية وهيئات متخصصة، تلتزم بتقديم الخدمة الصحية للمرضى.
 - ✓ مستهلكي الخدمات الصحية (patients): وهم زبائن قطاع الصحة، ونميز هنا بين:
 - فئة المحرومين: تتكفل بهم الدولة كلية.
 - فئة المؤمن عليهم: جزء تغطية هيئات التأمين و جزء يقع على عاتقهم.
 - فئة غير المسدد: يتكفلون بكامل نفقاتهم.
3. الخريطة الصحية: وهي الأداة التي تسمح بتنظيم الشبكات و عقلنة توزيع المستخدمين أي توحيد الوسائل البشرية والمادية بوضع مخطط لتطوير الطب عن بعد والشراكة، إضافة إلى⁹:
 - ✓ إحصاء شامل لحظيرة العتاد الطبي وغير الطبي بغية تحديثها.
 - ✓ إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بالتجهيزات والصيانة ووضع خريطة وطنية جهوية للتجهيزات الثقيلة والخاصة.
 - ✓ جعل صيدلية المستشفيات هيكلا مستقلا وتحدد مهامها بدقة وإلزامها بشروط الصيدلي الاستشفائي.
 - ✓ تحسين الإعلام بوضع شبكة إعلام وتحسين اللافتات والنظافة في المستشفيات قصد تحسين ظروف الاستقبال والاستشفاء.

* انتقال تسمية الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر من "وزارة الصحة والسكان" إلى "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات" ابتداء من جوان 2002.

⁷ زهرة رياحي، "إصلاح المستشفيات العمومية في الجزائر، مهامها، تنظيمها من خلال مشروع الإصلاح، بين الأهداف والوسائل"، الملتقى الدولي الأول للاقتصاد الصحة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة بجاية، (13-15 نوفمبر 2006)، ص 5.

⁸ الأمر رقم 03-94 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 87.

⁹ زهرة رياحي، مرجع سابق، ص 11.

✓ إعادة تأهيل "مكتب الدخول" من أجل تحضير فاتورة كشف التكاليف الاستشفائية.

المرحلة الخامسة: مواصلة إصلاح المؤسسات الصحية (ما بعد 2005).

تميزت هذه المرحلة ببداية تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات، وذلك عبر مراحل تدريجية حتى تم تطبيقه بصفة نهائية في أواخر سنة 2009.

بالإضافة إلى إعادة هيكلة الخارطة الصحية التي كان معمول بها قبل سنة 2007، بصدر المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، الهادف إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، وبموجبه تم إلغاء أحكام المرسوم الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، وبالتالي تصنف (تتحول) جميع مؤسسات وهيكل القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية، وتم تطبيقه ابتداء من 01 جانفي 2008.

رصدت لتطبيق هذه الخريطة الصحية الجديدة ميزانية تعادل عشرة ملايين دينار، ونصت على إنشاء 1495 عيادة متعددة الخدمات، 5117 قاعة علاج، بهدف تقرب المريض من مراكز العلاج وتخفيف الضغط على المستشفيات. وتهدف بالمقابل إلى تحسين نوعية الخدمات من خلال استحداث برنامج يضم انجاز 88 مستشفى عام، 94 مستشفى متخصص وأربعة معاهد محلية مختصة، فضلا عن 311 عيادة متعددة الخدمات و 221 مركز صحي آخر، بالإضافة إلى وضع جميع الميكانيزمات للتكفل بالانتقال البوئي من خلال 26 برنامجا خاصا بالوقاية، وثمانية برامج علاج وأربعة برامج دعم بتكلفة إجمالية قدرها 92 مليار دينار جزائري.¹⁰

رغم مرور سنوات على الشروع في تجسيد هذا البرنامج ميدانيا، إلا أن الجهات المعنية ترفض تقديم حصيلة تقييمية أولية، والملاحظ أن هذه المؤسسات الجوارية لم تلعب دورها مثلما يقتضيه نظام السلمية، ما يفسر نفور المريض منها طلبا للراحة. فحسب تحقيق ميداني قامت به وزارة الصحة، شمل أطباء وأعاون مصلحة الطب الجراحي الاستعجالي، كشف عن خلل كبير في التكفل بالمرضى، بسبب تحول المستشفى عن وظيفته التقليدية، فالمؤسسات الاستشفائية أصبحت ترفض التكفل بالمعانة الاجتماعية لمرضاها، بعد أن أصبح دورها محصورا في تقديم العلاج فقط. وأكثر من ذلك، فإن تنصل هذه الأخيرة من مسؤوليتها تجاه المريض يقف وراء السلوك العدواني الذي أصبح يميزه، بدليل الاعتداءات المسجلة يوميا على مستوى مصلحة الاستعجالات.¹¹

وتواصلت الإصلاحات بوضع برنامج الإصلاح المؤسسات الصحية خلال الفترة ما بين (2009 - 2025)، يكلف الخزينة العمومية 2000 مليار دينار جزائري، أطلق عليه اسم "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر"، وهو عبارة عن إصلاحات تمس عدة منشآت صحية لتحديث نظامها فضلا عن بناء منشآت أخرى.¹²

رغم التغيرات والتطورات التي شهدتها المؤسسة الصحية الجزائرية منذ الاستقلال سواء من حيث عدد العاملين أو الهياكل، إلا أنها تعرف صعوبات حالت دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها أو التي تسعى

¹⁰ 55 % من المؤسسات الصحية الجوارية فشلت في التكفل بالمرضى، نقلا عن موقع: www.elkhabar.com (19/07/2011)

¹¹ 55 % من المؤسسات الصحية الجوارية فشلت في التكفل بالمرضى، المرجع نفسه.

¹² خطة إصلاحية شاملة للخدمات الصحية في الجزائر، نقلا عن موقع: (2011/04/14)

إليها، خاصة في ظل المستجدات الحالية كالعولمة ومنافسة القطاع الخاص. وحسب منظمة الصحة العالمية، فإن النقصان التي تعاني منها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، تتمثل فيما يلي:¹³

- ✓ عدم تنظيم المصالح الصحية، فبالرغم من عددها المعتبر لا تستجيب الهياكل الصحية العمومية إلا جزئياً للطلب الصحي، حيث يعرف التكفل بالأمراض نقصاً متزايداً.
 - ✓ التوزيع السيئ لمهنيي الصحة، حيث تشهد المنطقة الجنوبية تغطية سيئة بخصوص الأطباء المختصين، فضلاً عن اتجاه هؤلاء إلى المؤسسات الخاصة.
 - ✓ تقديم خدمات صحية ذات جودة منخفضة بسبب عدم تأهيل المورد البشري (الطبي والتمريضي) وعدم توافق التجهيزات الطبية الموجودة مع ما يعرفه المجال الصحي من تطورات.
 - ✓ عدم رضا الطاقم الطبي والتمريضي بسبب غياب التحفيز وانخفاض الأجور.
 - ✓ ارتفاع النقل التمويلي الذي تسببه المؤسسات الصحية على كاهل ميزانية الدولة.
- والوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسة الصحية الجزائرية، مرتبطة أساساً بمشاكل التنظيم والتسيير، وليس نقصاً في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية فقط، وأمام هذا الوضع أصبح ضرورياً التفكير والمطالبة بالاستقلالية في التسيير كحل للمحافظة على هذه المؤسسات، وإجراء التغييرات المناسبة التي من شأنها تحسين مستوى الخدمات الصحية في ظل كل ما يحدث.

المبحث الثاني: المنظومة الصحية العمومية بولاية مستغانم

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية شغيفاري بمستغانم (EPH):

يعتبر مستشفى مستغانم إحدى المؤسسات الصحية وكغيره من المؤسسات نجد بأنه يشمل وجود هيكل تنظيمي وقوانين وأنظمة وتعليمات تحكم هذه المؤسسة، كما يعمل على تقديم خدمات طبية وتمريضية وخدمات طبية مساعدة أخرى كالأشعة والمختبر والعلاجات المختلفة. بواسطة كوادر مهنية (طبية وغير طبية مميزة ذات مهارات خاصة في مجال العلاج بمختلف مستوياته.

تعتبر المؤسسات الصحية من أكثر الأنظمة انفتاحاً على المجتمع بحيث تؤثر وتتأثر بذلك المجتمع وهذا هو حال هذا المستشفى حيث نجد أن هناك أطراف عدة تتعامل مع هذا الكيان من أهمها:

- المرضى (الشريحة الرئيسية في المجتمع الذين تسعى المستشفيات لخدمتهم).
- المجهزون (المواد الفندقية، المواد الغذائية، التدريب والتطوير...).
- الحكومة (الجهات الرسمية كوزارة الصحة، والولاية..).
- نقابة الأطباء وذوي المهن الصحية.
- المستثمرون.
- الباحثون والجامعات.
- الشرطة والمحاكم.

وعليه مستشفى شغيفاري بمستغانم هو مؤسسة عمومية ذات طابع صحي استشفائي (EPH) وهو قطاع تابع لوزارة الصحة والسكان، فتح أبوابه في 06 / 04 / 1936 حيث كان عبارة عن مستشفى عسكري جهوي للمستعمر

¹³ Organisation Mondiale de la Santé, Stratégie de Coopération avec les Pays : République Algérienne Démocratique et Populaire, p10.

الفرنسي وبعد استرجاع السيادة الوطنية سنة 1962 أصبح قطاع صحي لمستغانم وسي ب - : شي غيفاري نسبة الرئيس الكوبي إثر زيارته للجزائر، وفي 01 / 01 / 2008 قسم هذا القطاع الصحي وأصبح مؤسسة عمومية للصحة الجوية ومؤسسة عمومية إستشفائية التي نحن بصدد دراستها ، حيث أنها تقع بولاية مستغانم شارع بن زرارة الحبيب، كما أنها تحتوي 1040 عامل وتوجد بها 24 مصلحة، و685 سرير.

المطلب الثاني: الاختصاصات والمصالح المتوفرة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية شغيفاري بمستغانم.

تحتوي المؤسسة على معظم الاختصاصات أذكر منها الجراحة العامة ، جراحة الأعصاب ، جراحة العظام ، مصلحة الأمراض الصدرية ، مصلحة أمراض الكلى ، مصلحة أمراض الأنف ، الأذن والحنجرة ، مصلحة الطب الداخلي ، مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية تحتوي على عدة وحدات مثل غرفة العمليات ووحدة الإنعاش والتخدير ووحدة الإغاثة الطبية (SAMU27)، مصلحة تصفية الدم ، مصلحة التدليك المهني ، وأخيرا تم إنشاء وحدة أخرى لتصفية الدم بـ 05 جويلية 1962 وذلك من أجل تخفيف الضغط على مصلحة تصفية الدم بتجديد ومركز ولائي لحقن الدم وكذا الشبه طبي وهذا ما يجعل الإدارة تذلل قصارى جهودها لكي تلبي جميع حاجيات المرضى وتقديم خدمة لجميع المواطنين.

المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية شي غيفاري بمستغانم :

تعتبر المستشفيات تنظيمات متداخلة بشكل كبير ويتفاعل المستشفى مع البيئة الخارجية ومع العلوم المرتبطة والجوانب الحياتية المختلفة كالاقتصاد والسياسة والسلوكيات والعادات والتقاليد وكافة الأمور المتعلقة بالقوانين والأنظمة والتشريعات ، ولذلك فإنه من الضروري البحث عن التنظيم الأمثل للمستشفى . بحيث يحقق هذا التنظيم الكثير من الأمور ، والتي تتمثل في وجود اتصالات واضحة وقوية ومفهومة داخل المستشفى وتحديد السلوك التنظيمي للأفراد والجماعات داخل المستشفى وتحديد العلاقات التنظيمية بين المستويات الإدارية ومراكز القوى التنظيمية ، وإن بناء التنظيم الإداري للمؤسسات الصحية تتميز بوجود أساليب مختلفة وعدة طرق لهذا البناء. فالهيكل التنظيمي¹⁴ عبارة عن هيكل يوضح ويحدد كيفية توزيع المهام والواجبات وأدوات التنسيق وأنماط التفاعل الواجب إتباعها.

وتكمن أهمية الهيكل التنظيمي في المساعدة في تنفيذ الخطط بنجاح تسهيل تحديد أدوار الأفراد في المؤسسة بالإضافة إلى أن الهيكل يساعد الإدارة في اتخاذ القرارات الإدارية المناسبة ، والهيكل التنظيمي في المؤسسة الصحية ثلاث أبعاد أما البعد الأول التعقيد حيث أنه كلما زادت درجة التعقيد للهيكل التنظيمي كلما زادت الحاجة للاتصالات والتنسيق أما البعد الثاني فهو درجة الرسمية وتعكس مدى اعتماد المؤسسة على القوانين والأنظمة والقواعد والتعليمات والإجراءات في توجيه وتحديد سلوك الأفراد داخل المؤسسة أما البعد الثالث المركزية فتشير إلى مكان وموقع اتخاذ القرار أو مراكز القوة في المؤسسة.

وعند إعداد البناء التنظيمي لأي مستشفى أو مؤسسة صحية فإنه يجب مراعاة الأمور التالية:

- تحديد وتعريف الهدف ، والهدف هو الغاية الذي تسعى إليه المؤسسة (المستشفى) وتتمنى تحقيقه وتوجيه كافة الجهود الإدارية والفنية لتحقيق ذلك الهدف.
- تحديد الواجبات المطلوب تنفيذها من قبل المستشفى لتحقيق تلك الأهداف.

¹⁴ صلاح محمد ذياب، ادارة المستشفيات والمرات الصحية المدينة (نظور شامل)، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان ، 2009 ص120.

- تجميع أعمال ووظائف المستشفى المتشابهة في وحدة إدارية واحدة.
- توزيع النشاطات على أقسام ووحدات إدارية مختلفة.

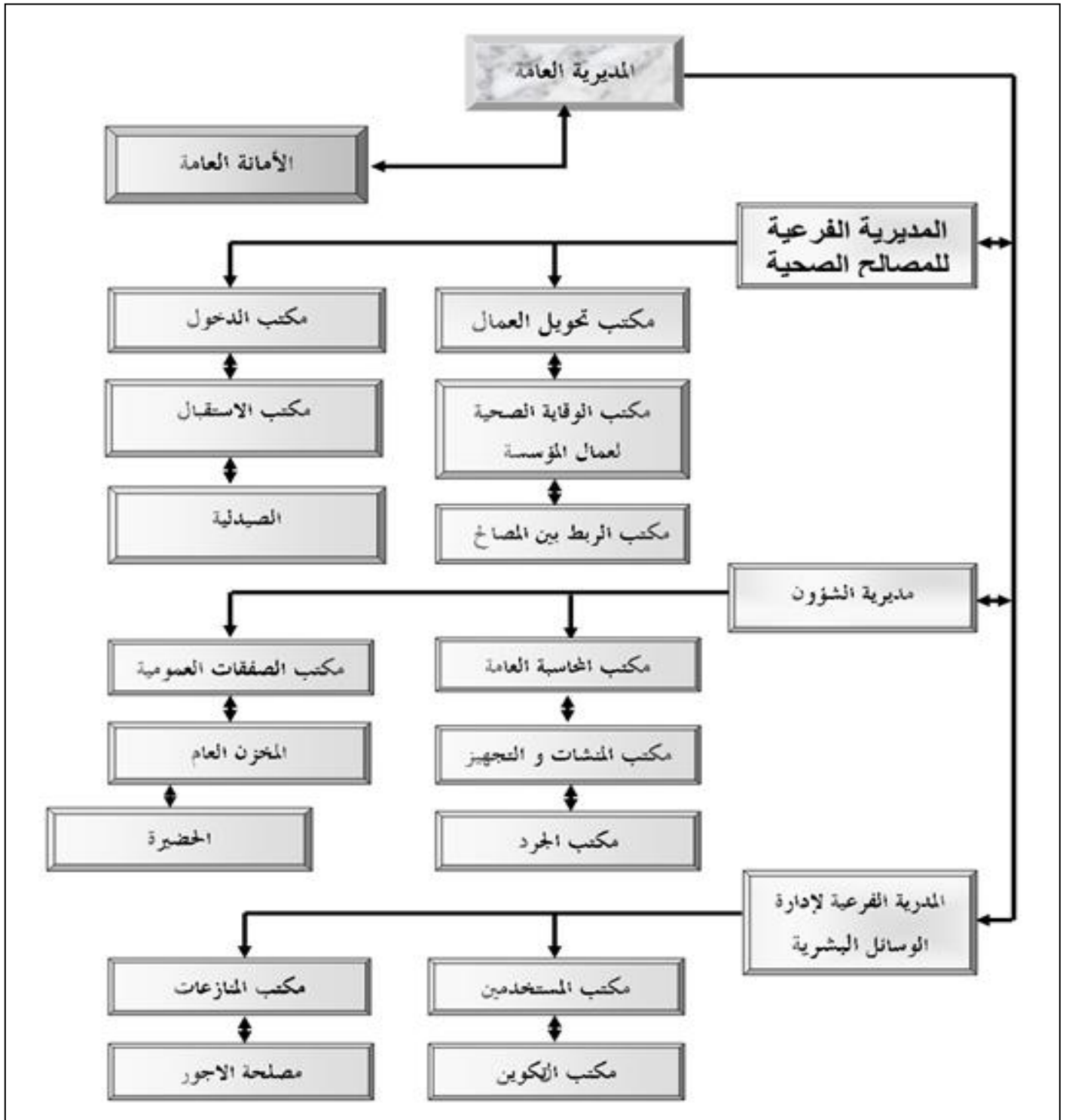
3-1: العوامل التي تتحكم في اختيار الهيكل التنظيمي للمستشفى:

هناك مجموعة من العوامل تتحكم في بناء الهيكل التنظيمي للمستشفى، ويجب أن تأخذ جميعها بعين الاعتبار

كوحدة واحدة من طرف متخذي القرار وهذه العوامل هي:

1. عدد الأسر المتاحة.
2. عدد العاملين في المستشفى بالنسبة لعدد الأسر.
3. موجودات المستشفى الثابتة وتشمل الأراضي والأبنية والتجهيزات الأساسية، والتكنولوجيا المستخدمة.
4. عدد أيام العلاج وعدد حالات الدخول في فترة زمنية محددة بالإضافة إلى نوعية التخصصات الطبية المتوفرة.
5. الإيرادات الكلية، والمصروفات التشغيلية الكلية خلال فترة زمنية.
6. حجم المستشفى بشكل عام من حيث البناء ودرجة التعقيد المستخدمة فيه.
7. عمر المستشفى، كلما زاد عمر المستشفى كلما كان الهيكل التنظيمي أكثر رسوخاً وثباتاً.
8. القدرات الإنسانية والمؤهلات العلمية المتوفرة.

الشكل رقم 1/III: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية شي غيفاري بمستغانم



المصدر : من إعداد الطالب بالإعتماد على وثائق المؤسسة محل الدراسة

2-3- التسيير المالي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

تشمل المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بابا للإيرادات وبابا للنفقات

- إعانات الدولة

- إعانات الجماعات المحلية

- الإيرادات الناتجة عن التعاقد مع هيأت الضمان الاجتماعي فيما يخص العلاج المقدم

الجدول III-2: المستخدمين عبر المصالح والتخصص

المستخدمين	التخصص
03	1- خدمات متعددة
01	2- صيدلية
15	3- قاعة علاج
59	4- عمال مهنيين
10	5- جراح أسنان
97	6- ممرضين
36	7- أطباء المصدر

المصدر: من وثائق المؤسسة

3-3: أقسام واختصاصات القطاع الصحي

يشمل القطاع بسبدي لخضر مستغانم مختلف الاختصاصات، والأقسام والطبية والداخلية

والخارجية.الداخلية فهني

- قسم الاستعجالات الطبية

- قسم الطب الداخلي

- قسم طب وجراحة الأطفال

- قسم الأعصاب

- قسم طب عام

- قسم الأشعة

- المخابر

- مركز حقن الدم

أما الوحدات الخارجية فهي:

- عيادة طب وجراحة العيون

- عيادة التوليد وأمراض النساء

- عيادة طب الأسنان

- مكتب الاستقبال والتوجيه الصيدلية

المبحث الثالث: خطوات إجراء الدراسة الميدانية تحليل وتفسير النتائج

سنحاول من خلال هذا المبحث أن نعطي صورة عن مدى قيام المؤسسة الاستشفائية العمومية شبيغيفارى

بمستغانم بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة ومختلف الإجراءات المتبعة في ذلك، من خلال مقابلته أجريناها مع

المؤسسة، ثم نتطرق فيما بعد إلى تحميل إجابات المستهلكين (المرضى) ، وفي الأخير تح لهل إجابات المستهلكين (المرضى) حول مستوى جودة الخدمات الصحية التي يثقون بها، وقبل ذلك لابد من عرض المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية.

المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية

يعد من الضروري تقديم نظرة عن المنهج المتبع في جمع البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة ، لذلك سنعرض فيما يلي أدوات جمع البيانات، مجتمع الدراسة، وأساليب تحميل البيانات.

1. أدوات جمع البيانات:

تقتضي أهداف الدراسة وما تطرحه من تساؤلات ضرورة الاستعانة بأدوات لجمع البيانات الأولية، لذلك اعتمدت الدراسة الميدانية على ما يلي:

أ. المقابلة:

يهدف معرفة مدى قيام المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية بتقييم جودة خدماتها الصحية، والطرق التي تتبعها في حال قيامها بذلك، قمنا بإجراء مقابلة مفتوحة مع المدير لفرعي لمصحة الصحية، والتي تضمنت مجموعة من الأسئلة حول الموضوع.

ب. الاستبيان:

لقد تم استخدام استمارة الاستبيان لجمع البيانات حول ظروف عمل الطاقم الطبي وشبه الطبي، ومعرفة مختمف اقت ارحاتيم لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية، بالإضافة إلى معرفة مستوى الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية من خلال آراء المستفيدين (المرضى)، من أجل كل ذلك ارتأينا تقديم قائمتي استبيان للأطراف التالية:

- **المستهلكين (المرضى):** المقيمين في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم ، باعتبارهم المستفيدين من الخدمات الصحية الاستشفائية، بهدف معرفة إجاباتهم حول مستوى الخدمات الصحية المقدمة، ومعرفة اقتراحاتهم لتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية، من أجل ذلك قدمنا لهم قائمة استبيان تضمنت المحاور الآتية:

المحور الأول: تضمن المعلومات الشخصية للمرضى.

المحور الثاني: تضمن أسئلة حول المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم بصفة عامة.

المحور الثالث: تضمن أسئلة حول خدمات الطاقم الطبي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم.

المحور الرابع: تضمن ترتيب جوانب جودة الخدمات الصحية من حيث الأهمية بالنسبة للمرضى.

المحور الخامس: تضمن اقتراحات المرضى لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم .

ولقد تم التأكد من محتوى قائمة الاستبيان بعرضها على مجموعة من الأساتذة لتكوين قائمة استبيان

أولية، عرضت هذه الأخيرة على عدد من المسؤولين في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشغيفارى بمستغانم ،

للاستفادة من آرائهم حول محتوى الاستبيان ليتم كمرحلة أخيرة لصياغة الاستبيان النهائي تجربة عدد من النسخ على عدد من المرضى، ليتم الاستفادة من ملاحظاتهم والتأكد من وضوح العبارات، وأنها قد شملت وصممت من أجل ان يتم في الأخير صياغة قائمة الاستبيان النهائية.

2 مجتمع الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة، في المرضى المقيمين في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى مستغانم للعلاج، خلال فترة الدراسة، التي امتدت من 13 افريل حتى 19 افريل 2018، والذين يبلغ عددهم الكلي 76 مريض⁽¹⁵⁾، موزعين على المصالح الصحية التالية: الطب الداخلى، أمراض النساء والتوليد، الجراحة العامة، مصلحة الأمراض المعدية وطب الأطفال، ولصغر حجم مجتمع الدراسة الى لجوء إلى المسح الشامل لجمع البيانات اللازمة لدراسة لإعطاء دقة ومصداقية أكثر للنتائج.

بالإضافة إلى عزوف عدد مهم منهم عن الإجابة لأسباب مختلفة، من وضوح كل شيء ولا داعي لارائهم، في حين لمسنا عند البعض الآخر تحسره من بعض الأسئلة، بالإضافة إلى عدم رد استمارات الاستبيان.

ومن أجل جمع البيانات قمنا بالإشراف شخصيا على ملء إجابات المرضى حول أسئلة الاستبيان، وشرح الأسئلة لهم، وقد تم استبعاد الأطفال المرضى من الدراسة الذين يبلغ عددهم 18 طفلا، بالإضافة إلى صعوبة الحالة الصحية لثمانية مرضى، وعزوف ثلاثة مرضى عن الإجابة لأسباب مختلفة من عدم أهمية استطلاع آرائهم لوضوح الأوضاع في المؤسسة الاستشفائية، لذلك تم جمع إجابات 48 مريض خلال فترة الدراسة.

.. أسلوب تحميل البيانات: بهدف تحميل البيانات التي جمعت من مجتمع الدراسة، والوصول إلى تحقيق أهداف البحث، تم استخدام برنامج التحميل الإحصائي "SPSS"¹⁶، والاستفادة من بعض أساليب التحميل الوصفي وما يندرج تحته من تحميل بالتكرارات والنسب المئوية، بالإضافة إلى استخدام بعض الرسومات البيانية.

المطلب الثاني: تقييم الخدمات الصحية من طرف المؤسسة الإستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم

يعد تقييم جودة الخدمات الصحية من طرف المؤسسة الإستشفائية، الركيزة الأساسية التي تقوم عليها عملية تحسين وبناء الجودة في الخدمات المقدمة، في تتفق أساسا بالفرد وصحته، لذلك تقوم المؤسسة الإستشفائية بمستغانم بنوع من الأنشطة سعيا منها إلى تقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة والعمل على تحسينها باستمرار، رغم أن هذه العممية ليست مبنية على أسس منيجية.

وإذا ما أردنا القيام بإسقاط الجانب النظري فيما يخص تقييم جودة الخدمات الصحية، نجد أن المؤسسة

الإستشفائية تقوم بتقييم جودة الخدمات الصحية حسب نوع هذه الأخيرة، من خلال:

1- تقييم جودة خدمات الأطباء: في هذا الإطار تكتفي المؤسسة الإستشفائية بتقييم كل طبيب لما يقوم بتقديمه من خدمات، فلا يقومون بعملية التدقيق الطبي التي تعد دراسة استرجاعية تاريخية لمم لفات الطبية للمرضى المخرجين من المؤسسة الإستشفائية، بل يكتفون فقط بإرسال بعض هؤلاء إلى المستشفى الجامعي في وهران في حال وجود حالات مستعصية أو خاصة، وحتى أنهم لا يملكون لجنة متخصصة مكونة من أطباء ضمن تخصص معين لتقييم الخدمات الصحية المقدمة من طرف زملائهم في التخصص نفسه، أو ما يصطلح عليه بمراجعة زملاء، مرجعين السبب في ذلك

¹⁵ - مكتب القبول بالمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى مستغانم.

¹⁶ اختصارا للعبارة الإنجليزية: "statistical package for social sciences" والتي تعني الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وهو نظام وفر مجالا واسعا للتحليلات الإحصائية وإعداد المخططات البيانية.

إلى قلة عدد الأطباء في التخصص ، فقد يكون طبيب واحد في تخصص معين مثلا طبيب واحد في طب الأسنان وطبيب واحد في طب الأطفال، مما يجعل تكوين لجنة لتقييم الجودة أمراً غير وارد وغير ضروري، لكن يبقى تقييم الأطباء من قبل الإدارة مستنداً إلى مجموعة من المعايير كالاتزام بالمواعيد، فمثلاً قد يقدم طبيب جراحاً موعداً لعملية جراحية لمريض، وتبرمج العم لهة لكن يغيب عن ها هنا تتخذ الإدارة في حق هاج راءات لا تتعدى أن تكون انضباطية، بالإضافة إلى معايير أخرى أكثر فنية يقيم من خلال ها الأطباء، أما فيما يخص لجنة مراجعة الاستخدام، فإن المؤسسة الإستشفائية لا تم لك لجنة متخصصة في مراجعة استخدام منشآت المؤسسة الإستشفائية وخدماتها الصحية كالأسرة، وتسعى للحد من الاستخدامات غير الضرورية لترشيد الاستخدام.

وبخصوص لجنة الأنسجة، فبعد كل عم لهة جراحية ، ترسل عينة من الأنسجة البشرية التي تم إزالتها أثناء العملية من أجل د ارستها تبعاً لقانون يحدد ذلك إلى مخبر وطني متخصص، لفحص إذا ما كانت تحتوي على خلايا سرطانية، ويرجع سبب ذلك لمحدودية إمكانات المؤسسة الإستشفائية، بينما لا يتم فحص إن كان قد تم إزالة أنسجة صحيحة بالخطأ.

كما يقوم الأطباء بإجراء اجتماعات حول الحالات المستعصية، يناقشونها ويبحثون عن الحلول المحتملة لها. كل هذه الإجراءات تسعى من خلال ها المؤسسة الإستشفائية إلى تقييم جودة خدماتها ومعرفة الانحرافات في تقديمها، هادفة بذلك إلى تحسين جودتها رغم الإمكانيات غير الكافية لها، سواء من الناحية المادية أو الناحية البشرية في بعض التخصصات، ومشكل الاكتظاظ.

2- تقييم خدمات التمريض: تقوم المؤسسة الإستشفائية شيفغيفارى بتقييم الخدمات التمريضية متبعة في ذلك مجموعة من الإجراءات التي تفتقد أيضاً إلى المنهجية والتنظيم، فعممية تقييم خدمات الطاقم التمريضي تتم وفق أساليب:

-أسلوب تقييم غير رسمي للخدمات التمريضية: حيث تعتمد في ذلك على ملاحظات الأطباء وتقييم خدمات التمريض باعتبارهم الأكثر احتكاكاً بالممرضين، وبم الأجدر بالحكم على جودة الخدمات التمريضية من عدمها خصوصاً من الناحية الفنية، كإعطاء الأدوية لمريض حسب تعميمات الطبيب وفي الأوقات المحددة، ومدى إتباع مختلف الإرشادات التي يقدمها الطبيب لمطاقم التمريضي فيما يخص العناية بالمريض.

في حين تأخذ أري المرضى حول الخدمات التمريضية بعين الاعتبار، باعتبارهم مستمكي الخدمات التمريضية ورضاهم أساس تقديمها، حيث لا يتعدى ذلك معالجة شكاويهم، في حين لا تقوم المؤسسة الإستشفائية العمومية بالأخضرية بإجراء استقصاءات لآراء المستمكين (المرضى) حول الخدمات الصحية المقدمة.

-أساليب تقييم رسمية: تتمك المؤسسة الإستشفائية ممرضين مسؤولين في الأجنحة يقومون بتقييم الخدمات التمريضية المقدمة من طرف الطاقم التمريضي، وملاحظة الانحرافات في ذلك، ويتم تقديم تقارير عن ذلك، حتى أنو قد يتم أخذ ممرض لا على التعيين وأخذ عينة من أظافره، والقيام بفحصها لمعرفة مدى نظافة يدي الممرض، ومدى إمكانية حملها لعدوى من مريض إلى آخر، كما قد يتم فحص مآزهم، ومدى نظافتها وعدم حملها للعدوى.

في حين تبقى عم لهة مراجعة وتدقيق الملفات الطبية من جانب التمريض، كما سبق وأشرنا لا تتم على مستوى المؤسسة الإستشفائية العمومية شيفغيفارى بمستغانم ، ويكتفون بملاحظات الأطباء وتقارير الممرضين المسؤولين على مستوى الأجنحة.

3- تقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى:

تقوم المؤسسة الإستشفائية شغيفارى بمستغانم بتقييم جودة خدماتها فيما يخص الصيدلانية ومدى إدخالها للأدوية إلى الأجنحة في الوقت المناسب، وبالكميات المطروبة، بالإضافة إلى تقييم خدمات قسم الغسيل والتنظيف ومدى نظافة الأفرشة والغرف والممرات، وتقييم الوجبات الغذائية ومدى ملاءمتها للمرضى وحالاتهم المرضية، لكن يبقى ذلك على مستوى كل قسم، وفي حدود غير منهجية أو منظمة، كما يأخذ بعين الاعتبار ملاحظات الأطباء، مثلاً فيما يخص النظافة على مستوى الأروقة ونوعية الغذاء... الخ.

وعليه يتم إثبات الفرضية الأولى التي تنص على أن المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم تقوم بتقييم خدماتها الصحية على مستويات محدودة، فعلى العموم تقوم إدارة المؤسسة الإستشفائية بالأخصرية بتقييم خدماتها الصحية من خلال إحصاءات سنوية، يتم فيها ذكر مختلف نشاطات المؤسسة من عمليات جراحية، وحالات النجاح والوفيات داخل المؤسسة... الخ، فمثلاً لم يعتبروا أن نقص إصابة المرضى بالعدوى داخل المؤسسة الإستشفائية - أن يدخل المريض بمرض معين، ثم بعد 48 ساعة يتعرض لمرض آخر لم يدخل به عن طريق العدوى سواء من طرف مرضى آخرين أو الزوار- يعد معياراً لجودة الخدمات الصحية، هذا المعيار الذي يعتبرون مرتبطاً ارتباطاً أساسياً بالإمكانات المادية للمؤسسة الإستشفائية، في إطار الفرضية القائمة أن جودة المداخلات تؤدي إلى جودة المخرجات، أي الخدمات الصحية المقدمة، فحسبهم إذا ما توفرت لهم إمكانية الكافية يقومون بشراء صابون معقم (يغسل به الأطباء والمرضى) نوعية جيدة غالية الثمن، وإذا ما قمت عن الإمكانيات المالية يقومون بشراء صابون معقم أقل سعراً وبالتالي أقل جودة، وهذا ما يؤثر على زيادة حالات العدوى.

كما يعتبرون أيضاً قصر مدة العمل لجهات الرعاية من سنة إلى أخرى مع هذا زاداً على جودة الخدمات الصحية وتحسينها، ونقص الحالات المرضية بسبب تقديمهم للإرشادات وتوجيهات للمرضى، وغيرها لئلا معايير فنية متعلقة أساساً بجودة الرعاية الفنية على غرار الاهتمام بتقييم جودة الرعاية، أي كل ما يتعلق بسلوكيات مقدمي الخدمات الصحية أطباء أو ممرضين وطريقة تعاملهم مع المرضى.

كما ترى المؤسسة الاستشفائية العمومية بمستغانم أن جودة الخدمات الصحية مرتبطة بالمداخلات أو ما يصطلح عليه بالمدخل الكمي لجودة الخدمات الصحية، حيث تعاني المؤسسة الإستشفائية عن عدم كفاية العناية المخصصة لها، وعدم كفاية الطاقم التمريضي، وبعض التخصصات كطب الأطفال مثلاً، وطب الأسنان خصوصاً مع اكتظاظ المؤسسة الصحية بالمرضى، في تتحمل فوق طاقتها الاستيعابية.

وفي سعيها لتحقيق الجودة في خدماتها الصحية المقدمة، وفي نفس السياق (المدخل الكمي) عمدت المؤسسة الاستشفائية العمومية إلى اقتناء أجهزة ومعدات طبية متطورة لسد الاحتياجات الصحية للمستعملين (المرضى) من أجل تحقيق الرضا لديهم، هذا رغم ما صرح به المدير للمؤسسة الصحية عن محدودية العناية المخصصة للمؤسسة الاستشفائية.

المطلب الثالث: تحميل إجابات الاستبيان الخاص بالمستعملين (المرضى) حول الخدمات الصحية المقدمة في

المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم

سنتناول في هذا المطلب مختلف إجابات المستعملين (المرضى) حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة

الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم.

المحور الأول: المعلومات الشخصية لمجتمع المدروس (المرضى)

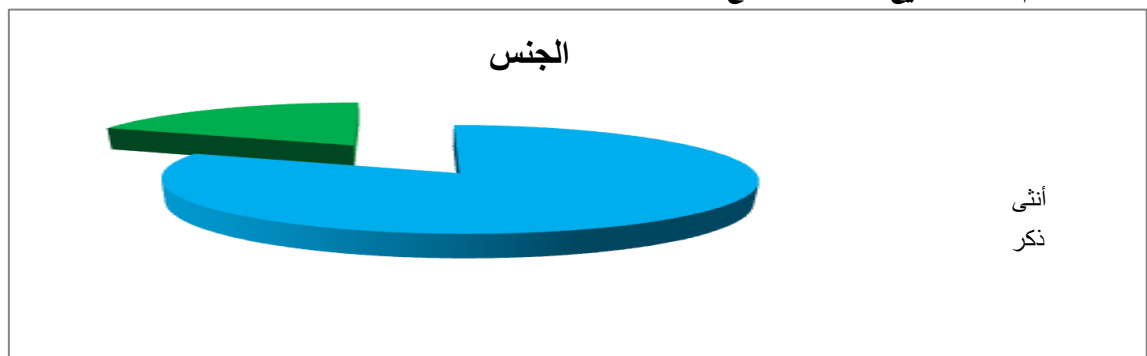
تمثلت الخصائص الشخصية لمجتمع المدروس (المرضى) كل من: الجنس، السن، الدخل، مدة الإقامة والمصلحة التي يتم العلاج في، والجدول رقم (2-III) يوضح هذه الخصائص. الجدول رقم (2-III): الخصائص الشخصية لمجتمع الدارسة (المرضى)

المجموع	الخصائص الشخصية				المتغير	
	ذكر	أنثى	الفئة	العدد		
48	09	39			الجنس	
100	18.8	8102		النسبة(%)		
	أكثر من 41 سنة	[31-40 سنة]	[21-30 سنة]	أقل من 20 سنة	الفئة	السن
48	14	11	21	02	العدد	
100	29.2	22.9	43.8	4.2	النسبة(%)	
	بدون دخل	أكثر من 30000 دج	10001-20000 دج	أقل من 10000 دج	الفئة	الدخل
48	38	02	02	05	العدد	
100	79.2	4.2	4.2	10.4	النسبة(%)	
	أكثر من 46 يوم	[00-42 يوم]	[00-02 يوم]	[4-4 يوم]	الفئة	مدة الإقامة
48	20	20	03	20	العدد	
100	2.1	14.6	6.3	41.7	النسبة(%)	
	أمراض النساء والتوليد	الأمراض المعدية	الجراحة العامة	الطب الداخلي	الفئة	المصلحة التي يعالج فيها
48	40	29	.2	09	العدد	
100	56.3	8.3	6.3	29.2	النسبة(%)	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

تمثل نسبة الإناث في المجتمع المدروس أعلى نسبة قرت بـ 81.2%، في حين قدرت نسبة الذكور بـ 18.8%، والشكل رقم 2-III يمثل ذلك.

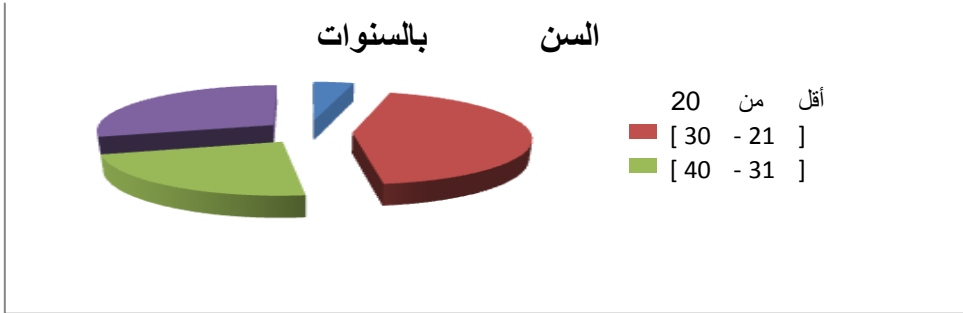
الشكل رقم 2/III: توزيع أفراد المجتمع المدروس (المرضى) حسب الجنس



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص التوزيع العمري لمفردات المجتمع المدروس، فقد قدرت نسبة الافراد أقل من 20 سنة ب4.2%، في حين بلغت نسبة الافراد الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و30 سنة (10.4) أما الافراد الذين تتراوح أعمارهم بين 31 و40 سنة (4.2%)، ونسبة 4.2% للافراد أكثر من 41 سنة، والشكل رقم III-3 يوضح ذلك.

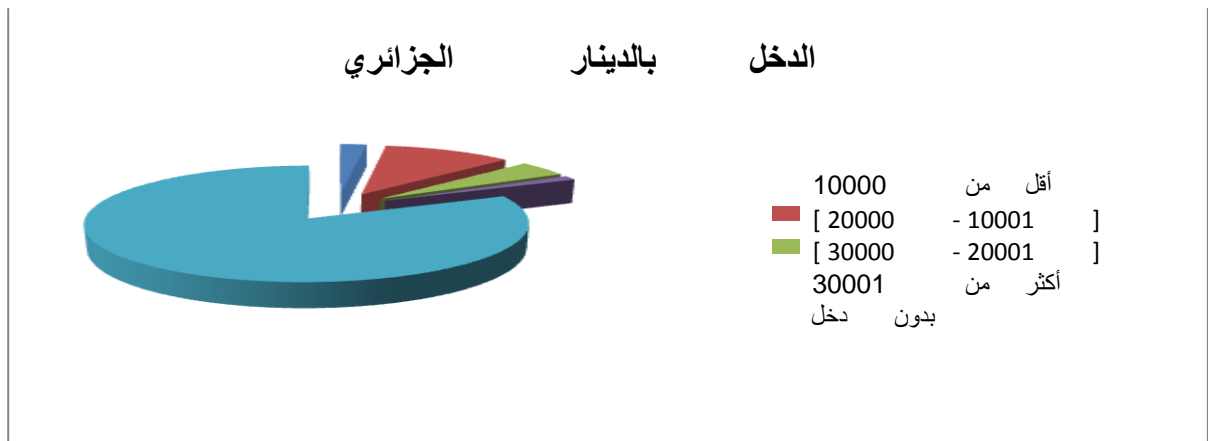
الشكل رقم III/3: التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس (المرضى)



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

بالنسبة للدخل فقد توزعت مفردات المجتمع المدروس على خمس فئات، حيث كانت نسبة الافراد بدون دخل أكبر نسبة ب79.2%، لئليها نسبة الافراد الذين تتراوح دخولهم بين 10001 دينار جزائري و20000 دج ب 10.4%، كما قدرت نسبة الافراد الذين تتراوح دخولهم بين 20001 دج و 30000 دج ب4.2%، أما الافراد الذين تفوق دخولهم 30001 دج فقد بلغت نسبتهم 4.2%، في حين قدرت نسبة الافراد الذين تقل دخولهم عن 10000 دج ب20.1%، والشكل رقم III-4 يوضح هذه النسب.

الشكل رقم III/4: توزيع أفراد المجتمع المدروس على فئات الدخل

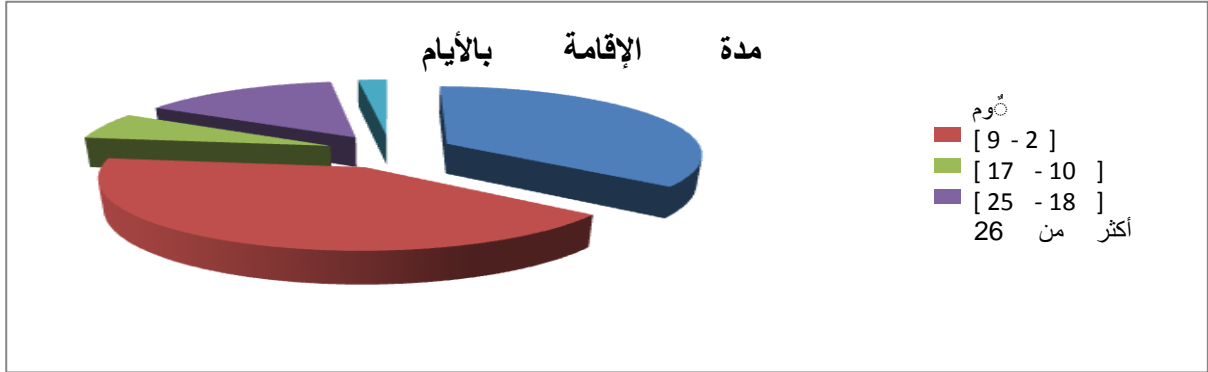


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

وفيما يخص مدة إقامة المرضى في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفاري بمستغانم، فقد كانت أعلى نسبة إقامة بين يومين وتسعة أيام قدرت ب41.7%، نسبة الافراد الذين بلغت مدة إقامتهم يوما واحدا ب35.4%، بينما قدرت نسبة الافراد الذين تتراوح مدة إقامتهم بين 18 و25 يوم ب14.6%، في حين بلغت نسبة الافراد المقيمين بين 10

و17 يوم6.3%، لتكون نسبة الافراد المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية أكثر من 26 يوم بـ2.3%، والشكل رقم (5/iii) يوضح ذلك.

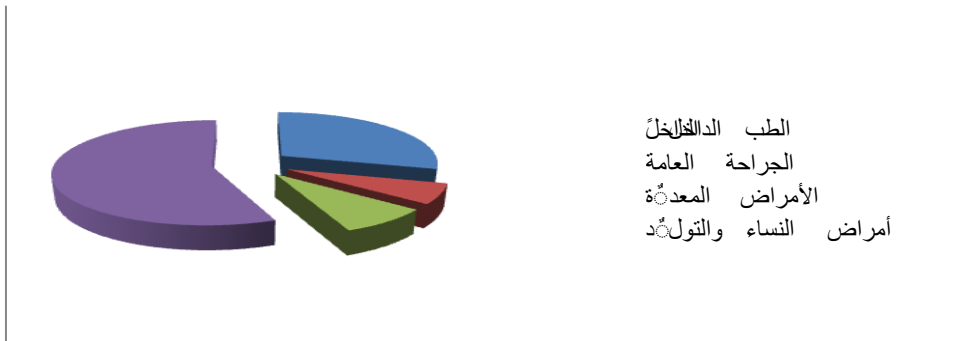
الشكل رقم (5/III): توزيع أفواد المجتمع المدروس (المرضى) حسب مدة الإقامة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

وقد توزع افراد المجتمع المدروس بين مصالح المؤسسة الاستشفائية العمومية بمستغانم المتمثلة في الطب الداخلى، الجراحة العامة، طب النساء والتوليد والأمراض المعدية، حيث بلغت نسبة الافراد المستجوبون في مصلحة الطب الداخلى 29.2%، ونسبة المرضى المستجوبون في مص لحة الجراحة العامة 6.3%، بينما بلغت نسبة المرضى المستجوبون في مصلحة الأمراض المعدية 8.3%، في حين بلغت نسبة المرضى المستجوبون في مص لحة أمراض النساء والتوليد 56.3%، والشكل رقم (6/III) يوضح هذه النسب.

الشكل رقم (6/III): توزيع أفواد المجتمع المدروس (المرضى) على المصالح الصحية فيالمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

المحور الثاني: تحميل إجابات المرضى حول المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم بصفة عامة تضمن هذا المحور مختلف الأجوبة حول الأسئلة المتع لقة بالمؤسسة الاستشفائية بصفة عامة، من موقعها الجغرافي، سمعتها، الاستقبال فيها، قاعات الانتظار، فترة الانتظار والنظافة... الخ 3. إجابات المرضى حول مدى ملاءمة الموقع الجغرافي للمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم

سنتطرق في الجدول رقم)94/ (إلى إجابات المرضى حول مدى ملاءمة الموقع الجغرافي لمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

الجدول رقم)4/III(:إجابات المرضى حول مدى ملاءمة الموقع الجغرافي للمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم

النسبة (%)	التكرارات	
66.7	32	ملائم
12.5	06	ملائم نوعا ما
20.8	10	غير ملائم
100	90	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من خلال إجابات المرضى في المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم ، نجد أن أكثر من نصف المجتمع المدروس يرون أن الموقع لجغرافي لمؤسسة الاستشفائية العمومية بمستغانم ملائم بنسبة قدرها 66.7%، في حين نجد أن 20.8% منهم يرون أنه غير ملائم، بينما يرى 12.5% أن الموقع الجغرافي للمؤسسة ملائم نوعا ما.

2. إجابات المرضى حول سمعة المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم

سنذكر في الجدول رقم)5-III(إجابات المرضى حول سمعة المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

الجدول رقم)5/III(: إجابات المرضى حول سمعة المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى

النسبة (%)	التكرارات	
66.7	32	جيدة
25	12	متوسطة
4.2	02	سيئة
4.2	02	بدون إجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

أما فيما يخص إجابات المرضى حول سمعة المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم فقد اتجهت أغلب إلى أن لها سمعة جيدة بنسبة قدرها 66.7%، بينما يرى 25% منهم أن لمؤسسة الاستشفائية سمعة متوسطة، في حين تعد نسبة المرضى الذين يرون أن للمؤسسة الاستشفائية سمعة سيئة أصغر النسب ب 4.2%، بينما بلغت نسبة عدم الإجابة 4.2%.

3. إجابات المرضى حول مدى إمكانية اختيار المريض لمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم للعلاج

في حال توفر إمكانية العلاج في مؤسسة صحية خاصة

سنذكر في الجدول رقم)6/III(إجابات المرضى حول مدى إمكانية اختيار المريض لمؤسسة الاستشفائية

العمومية شغيفارى بمستغانم للعلاج في حال توفر إمكانية العلاج في مؤسسة صحية خاصة.

الجدول رقم (III/6): إجابات المرضى حول مدى إمكانية اختيار المريض لمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم للعلاج في حال توفر إمكانية العلاج في مؤسسة صحية خاصة

النسبة (%)	التكرارات	
72.9	35	نعم
25	12	لا
2.1	01	بدون إجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

إتجه أغلب افراد المجتمع المدروس (المرضى) إلى أنهم سيختارون المؤسسة الاستشفائية العمومية بمستغانم شغيفارى للعلاج في حال توفرت لديهم الإمكانيات اللازمة لمعالجة في مؤسسة صحية خاصة، بنسبة قدرها 72.9%، و هي النتيجة التي تدل على ثقة افراد المجتمع المدروس في المؤسسة الاستشفائية ونوعية خدماتها، بينما بلغت نسبة المرضى المستجوبون الذين يرون أنهم سيختارون العلاج في مؤسسة صحية خاصة في حال توفرت لديهم الإمكانيات اللازمة لذلك 25%، في حين بلغت نسبة عدم الإجابة 2.1%.

4. إجابات المرضى حول رأيهم في كيفية الاستقبال عند دخولهم المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم

سنذكر في الجدول رقم (iii/7) إجابات المرضى حول رأيهم في كيفية الاستقبال عند دخولهم المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم.

الجدول رقم (III/7): إجابات المرضى حول رأيهم في كيفية الاستقبال عند دخولهم المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم

النسبة (%)	التكرارات	
83.3	40	جيد
6.3	03	متوسط
8.3	04	سيء
2.1	01	بدون إجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

وبخصوص رأي المرضى في كيفية الاستقبال عند دخولهم المؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم ، اتجهت اراؤهم انه نسبة كبيرة منهم قدرها 83.30% إلى أن الاستقبال كان جيدا، بينما 3.6% من المرضى المستجوبون رأوا أن الاستقبال كان متوسطا، في حين رأى 38.30% منهم أن الاستقبال كان سيئا ، كما كانت نسبة عدم الإجابة 02.1%.

5. إجابات المرضى حول مدى ملاءمة قاعات الانتظار

سنطرق في الجدول رقم (iii/8) إلى إجابات المرضى حول مدى ملاءمة قاعات الانتظار.

الجدول رقم (8/III): إجابات المرضى حول مدى ملاءمة قاعات الانتظار

النسبة (%)	التكرارات	
54.2	26	ملائمة
14.6	07	ملائمة نوعا ما
18.8	09	غير ملائمة
12.5	06	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

أما فيما يخص إجابات المرضى حول مدى ملاءمة قاعات الانتظار، فقد اتجهت آراء أكثر من نصف المجتمع المدروس أن قاعات الانتظار ملائمة بنسبة قدرها 54.2%، وذلك نتيجة لترميمات الأخيرة لقاعات الانتظار، بينما يرى 14.6% منهم أنها ملائمة نوعا ما، في حين يرى 18.8% منهم أنها غير ملائمة، وكانت نسبة عدم الإجابة 12.5%.

6. إجابات المرضى حول مدة الانتظار قبل بثقي الفحص أو العلاج

سنذكر في الجدول رقم 9/III إجابات المرضى حول مدة الانتظار قبل بثقي الفحص أو العلاج.

الجدول رقم (9/III): إجابات المرضى حول مدة الانتظار قبل بثقي الفحص أو العلاج

النسبة (%)	التكرارات	
31.3	15	طويلة
10.4	05	متوسطة
58.3	28	قصيرة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

أما فيما يخص إجابات المرضى حول مدة الانتظار قبل تمقي الفحص أو العلاج، فكان أغلب الافراد يرون أن مدة الانتظار قصيرة بنسبة قدرها 58.3% بينما يرى 10.4% منهم أن مدة الانتظار كانت متوسطة، في حين يرى 31.3% منهم أن مدة الانتظار كانت طويلة.

7. إجابات المرضى حول مدى سهولة إجرائهم لفحوصات بالأشعة في حال حاجة حالاتهم الصحية إلى ذلك

سننظر في الجدول رقم (10/iii) إلى إجابات المرضى حول مدى سهولة إجرائهم لفحوصات بالأشعة في حال

حاجة حالاتهم الصحية إلى ذلك.

الجدول رقم 10/III(:إجابات المرضى حول مدى سهولة إجرائهم لفحوصات بالأشعة في حال حاجة حالاتهم الصحية إلى ذلك

النسبة (%)	التكرارات	
35.4	17	نعم
6.3	03	لا
14.6	07	خارج المؤسسة الاستشفائية
43.8	21	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

وعن إجابات المرضى الذين احتاجت حالتهم الصحية لإجراء فحوصات بالأشعة حول مدى سهولة إجرائها بالمؤسسة الاستشفائية العمومية شغيفارى بمستغانم ، اتجهت معظمها إلى سهولة إجرائها بنسبة قدرها 35.4%، في حين يرى 6.3% من المرضى أن إجراء الفحوصات بالأشعة داخل المؤسسة الاستشفائية لم تجرى بسهولة، بينما نسبة مهمة من المرضى (14.6%) أجرو الفحوصات بالأشعة خارج المؤسسة الاستشفائية، وهذا ما يدعو إلى توفير هذه الفحوصات في المؤسسة الاستشفائية وتسهيل إجراء إجرائها للمرضى لتحقيق رضا المرضى، وبلغت نسبة عدم الإجابة 43.8% تعود معظمها للمرضى الذين لم تحتاج حالاتهم الصحية إلى إجراء فحوصات بالأشعة.

8. إجابات المرضى حول فترة انتظارهم لنتيجة الفحوصات بالأشعة في حال إجرائها

سنذكر في الجدول رقم (11/iii) إجابات المرضى حول فترة انتظارهم لنتيجة الفحوصات بالأشعة في حال إجرائها.

الجدول رقم 11/III(:إجابات المرضى حول فترة انتظارهم لنتيجة الفحوصات بالأشعة في حال إجرائها

النسبة (%)	التكرارات	
8.3	04	طويلة
2.1	01	متوسطة
33.3	16	قصيرة
56.3	27	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص إجابات المرضى الذين أجرو الفحوصات بالأشعة داخل المؤسسة الاستشفائية بالأخضرية حول فترة انتظارهم لنتائج الفحوصات، فقد اتجهت معظمها إلى أنها فترة قصيرة بنسبة قدرها 33.3%، بينما اعتبر 2.1% منهم أنها فترة متوسطة، في حين اعتبر 8.3% من المرضى المجرى لفحوصات بالأشعة أن فترة انتظار النتائج كانت طويلة، وبلغت نسبة عدم الإجابة 56.3% موزعة بين المرضى الذين لم تحتاج حالاتهم الصحية لإجراء الفحوصات بالأشعة والذين أجرو الفحوصات ولم يجيبوا على هذا السؤال.

9. إجابات المرضى حول مدى سهولة إجرائهم لتحاليل في حال حاجة حالتهم الصحية إلى ذلك سنتناول في الجدول رقم (12/iii) (إجابات المرضى حول مدى سهولة إجرائهم لتحاليل في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

الجدول رقم (12/III): إجابات المرضى حول سهولة إجرائهم لتحاليل في حال حاجة حالتهم الصحية إلى ذلك

النسبة (%)	التكرارات	
41.7	20	نعم
8.3	04	لا
14.6	07	خارج المؤسسة الاستشفائية
35.4	17	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجهت معظم إجابات المرضى الذين احتاجت حالاتهم الصحية إلى إجراء تحاليل إلى اعتبار أنهم قاموا بإجراءها بسهولة، في حين كانت نسبة المرضى الذين احتاجت حالتهم الصحية إلى إجراء التحاليل وأجروها خارج المؤسسة الاستشفائية 14.6%، وبلغت نسبة عدم الإجابة 35.4% تعود معظمها إلى عدم حاجة الحالة الصحية للمرضى إلى إجراء التحاليل.

33. إجابات المرضى حول فترة انتظارهم لنتائج التحاليل في حال إجرائها

سنعرض في الجدول رقم (13/iii) (إجابات المرضى حول فترة انتظارهم لنتائج التحاليل.

الجدول رقم (13/III): إجابات المرضى حول فترة انتظارهم لنتائج التحاليل في حال إجرائها

النسبة (%)	التكرارات	
27.3	13	طويلة
2.1	01	متوسطة
20.8	10	قصيرة
20	24	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجهت معظم إجابات المرضى الذين أجرو تحاليل في المؤسسة الاستشفائية إلى اعتبار أن لها كانت طويلة بنسبة قدرها 27.3%، بينما كانت إجابات 2.1% منهم أن فترة انتظار نتائج التحاليل كانت متوسطة، في حين 20.8% منهم كانت إجاباتهم أن فترة انتظار التحاليل كانت قصيرة، وكانت نسبة عدم الإجابة 20%.

33. إجابات المرضى الذين احتاجت حالاتهم الصحية إلى إجراء عمليات جراحية حول فترة انتظارهم لإجرائها

سنطرق إلى إجابات المرضى الذين احتاجت حالاتهم الصحية إلى إجراء عمليات جراحية حول فترة انتظارهم

لإجرائها.

الجدول رقم (III/14): إجابات المرضى الذين احتاجت حالاتهم الصحية إلى إجراء عمليات جراحية حول فترة انتظارهم لإجرائها

النسبة (%)	التكرارات	
2.1	01	طويلة
4.2	02	متوسطة
8.3	04	قصيرة
85.4	41	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص إجابات المرضى الذين احتاجت حالاتهم الصحية إلى إجراء عمليات جراحية حول فترة انتظارهم لإجرائها، فقد كانت معظم الإجابات أنها فترة قصيرة، وقدرت نسبتها بـ 8.3%، بينما يرى 4.2% من المرضى المجريين لعملية جراحية أن فترة الانتظار كانت متوسطة، في حين رأى 2.1% منهم أنها فترة طويلة، وبلغت نسبة عدم الإجابة 85.4% تخص المرضى الذين لم يجروا عمليات جراحية.

32. إجابات المرضى حول مستوى نظافة الغرف التي يقيمون بها

سنعرض في الجدول رقم (III-15) إجابات المرضى حول مستوى نظافة الغرف التي يقيمون بها

الجدول رقم (III/15): إجابات المرضى حول مستوى نظافة الغرف التي يقيمون بها

النسبة (%)	التكرارات	
52.1	25	جيدة
33.3	16	متوسطة
12.5	06	سيئة
2.1	01	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

وفيما يخص مستوى نظافة الغرف التي يقيم فيها المرضى، فقد اتجهت أغلب الإجابات إلى أنها جيدة بنسبة قدرها 52.1%، بينما يرى 33.3% منهم أن نظافة الغرف متوسطة، في حين يرى 12.5% منهم أنها سيئة، هذه النتائج عكس نتائج إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مستوى نظافة غرف المرضى، وكانت نسبة عدم الإجابة تقدر بـ 2.1%.

33. إجابات المرضى حول نظافة الأفرشة

نعرض في الجدول رقم (III-16) إجابات المرضى حول نظافة الأفرشة.

الجدول رقم (III-16): إجابات المرضى حول نظافة الأفرشة

النسبة (%)	التكرارات	
79.2	38	جيدة
8.3	04	متوسطة
12.5	06	سيئة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

بلغت نسبة المرضى الذين يرون أن مستوى نظافة الأفرشة جيدة 79.2% وهي نسبة كبيرة تمثل أكثر من نصف افراد المجتمع المدروس، في حين بلغت نسبة الذين يرون أن نظافة الأفرشة سيئة 12.5%، بينما بلغت نسبة المرضى الذين يرون أن نظافة الأفرشة متوسطة 8.3%.

34. إجابات المرضى حول ملاءمة الأسرة

سنتطرق في الجدول رقم (III-17) إلى إجابات المرضى حول ملاءمة الأسرة.

الجدول رقم (III-17): إجابات المرضى حول ملاءمة الأسرة

النسبة (%)	التكرارات	
62.5	30	ملائم
20.8	10	ملائم نوعا ما
16.7	08	غير ملائم
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

وعن مدى مدى ملاءمة الأسرة إتجه أري أكثر من نصف المجتمع المدروس أنها ملائمة بنسبة قدرها 62.5%، بينما بلغت نسبة المرضى الذين يرون أن الأسرة ملائمة نوعا ما فقد بلغت 20.8%، في حين بلغت نسبة المرضى الذين يرون أن الأسر غير ملائمة 16.7%.

35. إجابات المرضى حول مدى كفاية التجهيزات داخل الغرف

سنعرض في الجدول رقم (III-18) إجابات المرضى حول مدى كفاية التجهيزات داخل الغرف.

الجدول رقم (III-18): إجابات المرضى حول مدى كفاية التجهيزات داخل الغرف

النسبة (%)	التكرارات	
54.2	26	كافية
20.8	10	كافية نوعا ما
25	12	غير كافية
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

إتجه أكثر من نصف افراد المجتمع المدروس إلى اعتبار أن التجهيزات داخل غرف المرضى كافية بنسبة قدرها 54.2%، في حين اعتبر 20.8% أنها كافية نوعا ما، في حين اعتبر 25% من المرضى المستجوبون أن التجهيزات داخل غرف المرضى غير كافية.

36. إجابات المرضى حول نوعية الوجبات الغذائية المقدمة لهم

سنذكر في الجدول رقم (III-19) إجابات المرضى حول نوعية الوجبات الغذائية المقدمة لهم.

الجدول رقم (III-19): إجابات المرضى حول نوعية الوجبات الغذائية المقدمة لهم

النسبة (%)	التكرارات	
39.6	19	جيدة
29.2	14	متوسطة
31.3	15	سيئة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجهت إجابات معظم افراد المجتمع المدروس إلى اعتبار أن الوجبات الغذائية المقدمة لهم جيدة بنسبة قدرها 39.6%، واعتبر 29.2% أنها متوسطة، في حين رأى 31.3% منهم أن الوجبات الغذائية سيئة.

المحور الثالث: تحميل إجابات المرضى حول خدمات الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغاري بمستغانم

تناولنا في هذا المحور إجابات المرضى حول خدمات الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، من خلال التطرق إلى مدى سهولة مقابلة الأطباء، مدى اتمام الطبيب المعالج بالحالة الصحية للمريض، حجم ثقة المرضى بالطاقم الطبي المعالج... الخ، وسنتناول في ما يلي مختصم إجابات المرضى:

3. إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة الأطباء

سنذكر في الجدول رقم (III-20) إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة الأطباء.

الجدول رقم (III-20): إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة الأطباء

النسبة (%)	التكرارات	
87.5	42	نعم
12.5	06	لا
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يرى أغلب افراد المجتمع المدروس (المرضى) أنو هم من السهل مقابلة الأطباء بنسبة قدرها 87.5%، في حين يرى 12.5% منهم أنه ليس من السهل مقابلة الأطباء.

2. إجابات المرضى حول مدى اهتمام الطبيب المعالج بحالاتهم الصحية سنتناول في الجدول رقم (III-21) إلى إجابات المرضى حول مدى إهتمام الطبيب المعالج بحالاتهم الصحية. الجدول رقم (III-21): إجابات المرضى حول مدى اهتمام الطبيب المعالج بحالاتهم الصحية

النسبة (%)	التكرارات	
87.5	42	مهتم
2.1	01	مهتم نوعا ما
10.4	05	غير مهتم
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يرى أغلب المرضى المستجوبون أن الأطباء المعالجين مهتمين بحالاتهم الصحية بنسبة قدرها 87.5%، بينما يرى 2.1% أن الطبيب المعالج مهتم نوعا ما بالحالة الصحية للمرضى، في حين اعتبر 10.4% أن الطبيب المعالج غير مهتم بالحالة الصحية.

.. إجابات المرضى حول حجم ثقتهم بالطبيب المعالج

سنعرض في الجدول رقم (III-22) إجابات المرضى حول حجم ثقتهم بالطبيب المعالج.

الجدول رقم (III-22): إجابات المرضى حول حجم ثقتهم بالطبيب المعالج

النسبة (%)	التكرارات	
68.8	33	كبيرة
31.3	15	متوسطة
00	00	ضعيفة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اعتبر أكثر من نصف أفراد المتجمع المدروس أن ثقتهم بالطبيب المعالج كانت كبيرة بنسبة قدرها 68.8، بينما رأى 31.3 منهم أنها متوسطة، في حين انعدمت نسبة المرضى الذين لديهم ثقة ضعيفة في الطبيب المعالج. 9. إجابات المرضى حول الشروحات المقدمة من طرف الطبيب المعالج في حال إجراء عمليات جراحية

الجدول رقم (III-23): إجابات المرضى حول الشروحات المقدمة من طرف الطبيب المعالج في حال إجراء عمليات جراحية

النسبة (%)	التكرارات	
14.6	07	كافية
00	00	كافية نوعا ما
6.3	03	غير كافية
79.2	38	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

تري نسبة كبيرة من المرضى الذين أجروا عمليه جراحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة أن الطبيب المعالج قدم لهم شروحات كافية عن بنسبة قدرت بـ 14.6%، في حين اعتبر 6.3% أن المعلومات المقدمة حول العملية الجراحية كانت غير كافية، بينما انعدمت نسبة المرضى الذين رأوا أن الشروحات المقدمة من طرف الطبيب المعالج حول العملية الجراحية كافية نوعا ما.

5. إجابات المرضى حول مدى كفاية زيارات الطبيب لهم

سنتناول في الجدول رقم (III-24) إجابات المرضى حول مدى كفاية زيارات الطبيب لهم.

الجدول رقم (III-24): إجابات المرضى حول مدى كفاية زيارات الطبيب لهم

النسبة (%)	التكرارات	
52.1	25	كافية
14.6	07	كافية نوعا ما
31.3	15	غير كافية
2.1	01	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجهت إجابات أكثر من نصف افراد المجتمع المدروس إلى اعتبار أن زيارات الطبيب المعالج كانت كافية بنسبة قدرت بـ 52.1%، بينما اعتبر 31.3% منهم أنها غير كافية، و رأى 14.6% منهم أنها كانت كافية نوعا ما، فيما تمثلت نسبة عدم الإجابة بـ 2.1%.

6. إجابات المرضى حول مدى كفاية الشروحات المقدمة لهم من طرف الطبيب المعالج حول حالاتهم الصحية

سنعرض في الجدول رقم (III-25) إجابات المرضى حول مدى كفاية الشروحات المقدمة لهم من طرف الطبيب

المعالج حول حالاتهم الصحية.

الجدول رقم (III-25): إجابات المرضى حول مدى كفاية الشروحات المقدمة لهم من طرف الطبيب المعالج حول

حالاتهم الصحية

النسبة (%)	التكرارات	
68.8	33	دائما
14.6	07	أحيانا
14.6	07	لا تقدم
2.1	01	عدم الإجابة
100	48	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

إتجه أغلب افراد المجتمع المدروس إلى اعتبار أن الطبيب المعالج يقدم لهم شروحات عن حالاتهم الصحية دائما بنسبة قدرها 68.8%، بينما رأى 14.6% منهم أن الطبيب المعالج يقدم لهم شروحات عن حالاتهم الصحية

أحيانا، وبنفس النسبة رأى المرضى الآخرون أن الطبيب المعالج لا يقدم لهم شروحات عن حالاتهم الصحية، وتمثلت نسبة عدم الإجابة بـ 2.1%.

المحور الرابع: تحميل إجابات المرضى حول ترتيبهم لجوانب الجودة حسب الأهمية بالنسبة لهم: في هذا المحور أردنا معرفة أي جانب من جوانب جودة الخدمة الصحية يوليها المرضى أهمية أكثر، فاقترحنا ترتيبا حسب الأهمية من 0 إلى 10، تمثمت هذه الجوانب في: الجانب الفني لمخدمات الصحية (ميا ارت الطاقم الطبي والتمريضي)، جانب المعاملة أو المباشرة لمطاقم الطبي والتمريضي، وجانب المعدات والأجهزة الطبية المتوفرة في المؤسسة الاستشفائية، فكانت إجابات المرضى كما بي موضحة في الجدول رقم (II-26).

الجدول رقم (III-26): إجابات المرضى حول ترتيبهم لجوانب الجودة حسب الأهمية بالنسبة لهم

جوانب جودة الخدمة الصحية	المرتبة	التكرارات	النسبة (%)
الجانب الفني لمخدمات الصحية (ميا ارت الطاقم الطبي وشبه الطبي)	الأولى	22	45.8
	الثانية	19	39.6
	الثالثة	07	14.6
	المجموع	48	100
جانب معاملة ولباقة الطاقم الطبي وشبه الطبي	الأولى	17	35.4
	الثانية	16	33.3
	الثالثة	15	31.3
	المجموع	48	100
جانب توفر المعدات والأجهزة الطبية	الأولى	09	18.8
	الثانية	13	27.1
	الثالثة	26	54.3
	المجموع	48	100

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

3. الجانب الفني للمخدمات الصحية (مهارات الطاقم الطبي والتمريضي)

يرى 45.8% من أفراد المجتمع المدروس (المرضى) أن الجانب الفني لمخدمات الصحية يحتل المرتبة الأولى من حيث الأهمية بالنسبة لهم وهي أكبر نسبة، بينما يرى 39.6% منهم أنها تحتل المرتبة الثانية، في حين يرى 14.6% منهم أن الجانب الفني لمخدمات الصحية يعد في المرتبة الثالثة من بين باقي جوانب الجودة لمخدمات الصحية من حيث الأهمية بالنسبة لهم.

2. جانب معاملة ولباقة الطاقم الطبي:

يرى 35.4% من المرضى المستجوبون أن جانب معاملة ولباقة الطاقم الطبي في المرتبة الأولى من حيث الأهمية بالنسبة لهم، بينما يرى 33.3% منهم أنها في المرتبة الثانية، في حين يعد هذا الجانب في المرتبة الثالثة من حيث الأهمية بنسبة 31.3% من أفراد المجتمع المدروس.

3. جانب توفر المعدات والأجهزة الطبية:

يرى 18.8% من المرضى المستجوبون أن توفر المعدات والأجهزة الطبية في المرتبة الأولى من حيث الأهمية، بينما يرى 27.1% منهم أنها في المرتبة الثانية، في حين يرى 54.2% أي أكثر من نصف افراد المجتمع المدروس أن هذا الجانب في المرتبة الثالثة من حيث الأهمية بالنسبة لهم. وعليه حسب هذه النتائج نجد أن على العموم يحتل الجانب الفني للخدمات الصحية المرتبة الأولى، ثم جانب معاملة ولباقة الطاقم الطبي والتمريضي في المرتبة الثانية، في حين يحتل المرتبة الثالثة من بين جوانب جودة الخدمة الصحية جانب توفير المعدات والأجهزة الطبية.

المحور الخامس: تحميل اقتراحات المرضى حول تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفارى بمستغانم

يمكن تلخيص مجمل اقتراحات المرضى لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفارى بمستغانم في النقاط التالية الموضحة في الجدول رقم (III/27) الجدول رقم (III-27): اقتراحات المرضى حول تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفارى بمستغانم

النسبة (%)	التكرارات	الاقتراحات
8.3	04	تطوير هياكل المؤسسة الاستشفائية
33.3	16	المعاملة الجيدة للمرضى
8.3	04	تحسين طرق تسيير المؤسسة الاستشفائية
52.1	25	تحسين الظروف الاستشفائية
14.6	07	توفير الطاقم الطبي على مدار أيام الأسبوع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من بين الاقتراحات التي قدمها المرضى المستجوبون نجد تطوير هياكل المؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة بنسبة قدرها 8.3% من بين باقي الاقتراحات، مثل إتاحة المصعد الكهربي لكافة المرضى، توفير مواقف السيارات، توسيع غرف المرضى... الخ.

اقترح 33.3% من افراد المجتمع المدروس (المرضى) تحسين معاملة المرضى رغم تصريح أغلبهم أن معاملة الطاقم التمريضي كانت جيدة، لكن ربما تعود أسباب هذا الاقتراح إلى معاملة أعوان الاستقبال. اقترح 8.3% من المرضى المستجوبون تحسين طرق تسيير المؤسسة الاستشفائية محاللة ارساء من أجل تحسين الجودة في الخدمات الصحية المقدمة، كالقيام بمراقبة الطاقم الطبي والتمريضي رغم ما به أغلب المرضى عن مستوى الخدمات الطبية والتمريضية.

اقترح أكثر من نصف افراد المجتمع المدروس 52.1% (تحسين الظروف الاستشفائية للمرضى كزيادة التجهيزات داخل الغرف، تحسين الوجبات الغذائية، توفير عدد الممرضين داخل الغرفة الواحدة... الخ). رأت نسبة 14.6% من المرضى أن هلتحسين الجودة في الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة محل الدراسة، يجب توفير افراد الطاقم الطبي على مدار أيام الأسبوع وخلال العطل خصوصا الأطباء المتخصصين.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل أردنا أن نعرض صورة عن مراحل تطور المنظومة الصحية في الجزائر عامة ، وولاية مستغرم خاصة من خلال بعض الأرقام والإحصائيات التي تمس الموضوع ، والمنشورة في بعض التقارير الدولية والمحمية، ومن أجل معرفة مدى قيام المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفارى بمستغرم بتقييم جودة خدماتها الصحية، ومعرفة ظروف عمل كل من افراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، والمشاكل التي تحول دون تقديم هم لخدمات صحية ذات جودة عالية، بالإضافة إلى مخت لف اقتراحاتهم لتحسين الجودة في المؤسسة محل الدراسة، كما أردنا معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفارى بمستغرم ، من خلال آراء المرضى به، من أجل تحقيق كل ذلك أجرينا مقابلة مع مدير المؤسسة الاستشفائية ، وتوزيع استمارات استبيان للمرضى في المؤسسة الاستشفائية من هم محل الدراسة، وبعد تحميل مخت لف البيانات المجموعة، تم التوصل للنتائج التالية:

. تقوم المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفارى بمستغرم بتقييم جودة خدماتها الصحية باستخدام طرق بسيطة، تفتقر إلى التنظيم ضمن نظام متكامل يشمل جميع المصالح والأقسام الصحية، في ظل إهمال جانب رضا المستهلك (المرضى) في عملية التقييم، وهذا ما يثبت الفرضية الثانية.

.. من خلال تحميل إجابات المرضى تم التوصل إلى النتائج التالية:

- ✓ يرى أغلب افراد المجتمع المدروس (المرضى) أن موقع المؤسسة الاستشفائية ملائم، هذه النتيجة تتوافق مع
- ✓ آراء الطاقم الطبي وشبه الطبي.
- ✓ يرى أكثر من نصف عدد المرضى أن لمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة سمعة جيدة.
- ✓ صرح أغلب المرضى أنهم سيختارون المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لمعالجة في حال توفرت لهم الإمكانيات اللازمة لمعالجة في مؤسسة صحية خاصة، وهذا عكس ما جاءت به الفرضية الرابعة.
- ✓ يرى عدد كبير من المرضى أن الاستقبال كان جيدا في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، هذا عكس ما جاء في الفرضية الرابعة.
- ✓ اعتبر أغلب المرضى أن قاعات الانتظار كانت ملائمة من حيث مدى ملاءمتها للاستقبال، وهذا عكس ما جاء في الفرضية الرابعة أيضا.
- ✓ تعد مدة الانتظار قبل تمقي الفحص أو العلاج من قبل المرضى طويلة حسب رأي أغلبيتهم.
- ✓ اعتبرت نسبة كبيرة من المرضى الذين احتاجت حالاتهم الصحية إلى إجراء فحوصات بالأشعة أنهم من السهل إجراؤها في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، في حين صرحت نسبة مهمة منهم أنهم أجروها خارجيا.
- ✓ اعتبرت نسبة كبيرة ممن أجرو فحوصات داخل المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة أن فترة انتظار النتائج كانت قصيرة.
- ✓ اتجهر رأي المرضى الذين احتاجت حالاتهم الصحية إلى إجراء التحاليل إلى أنهم أجروها بسهولة داخل المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، في حين نسبة مهمة منهم أجروها خارجها.
- ✓ بينما رأى أغلب الذين أجرو التحاليل داخل المؤسسة الاستشفائية أن فترة انتظار هم للنتائج كانت طويلة، وهذا يوافق ما جاء في الفرضية الرابعة.

- ✓ رأى أغلب من احتاجت حالاتهم الصحية إلى إجراء عملية جراحية أن فترة انتظارهم لإجرائها كانت قصيرة.
- ✓ رأى أكثر من نصف عدد افراد المجتمع المدروس (المرضى) أن مستوى نظافة الغرف جيدة، وأن الأسرة ملائمة، واعتبر أغلبهم أن مستوى نظافة الأفرشة جيدة.
- ✓ اعتبر أكثر من نصف افراد المجتمع المدروس (المرضى) أن التجهيزات في الغرف كافية.
- ✓ كانت نسبة كبيرة من المرضى قد صرحت أن نوعية الوجبات المقدمة جيدة، وهذا عكس ما جاء في الفرضية الرابعة.
- ✓ تعدد مقابلة الأطباء عملة مهمة حسب نسبة كبيرة تفوق نصف عدد المرضى ونسبة مماثلة رأوا أن الطبيب المعالج كان مهتما بحالاتهم الصحية، وربما هذه ما يفسر النسبة العالية لعدد الذين لديهم ثقة في الطبيب المعالج.
- ✓ رأى أغلب المرضى الذين أجرو عمليات جراحية أن الطبيب المعالج قد قدم لهم حينها شروحات كافية عن العملية.
- ✓ اعتبر أكثر من نصف افراد المجتمع المدروس أن عدد زيارات الطبيب المعالج لهم كافية، وهو يقدم لهم شروحات عن حالاتهم الصحية دائما حسب نسبة كبيرة من المرضى.
- ✓ يحتل الجانب الفني للخدمات الصحية المرتبة الأولى، ثم يليه جانب معاملة ولباقة الطاقم التمريضي، وفي الأخير جانب توفر المعدات والأجهزة الطبية، حسب رأى معظم المرضى من حيث الأهمية بالنسبة لهم.
- ✓ تمثلت اقتراحات المرضى في النقاط التالية:
- تطوير هياكل المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخصرية.
- المعاملة الجيدة للمرضى.
- تحسين طرق تسيير المؤسسة الاستشفائية العمومية.
- تحسين الظروف الاستشفائية.
- توفير الطاقم الطبي على مدار أيام الأسبوع.

الغائمه

الخاتمة العامة:

تعد الصحة ركيزة أساسية من ركائز تحقيق التنمية بمختلف مجالاتها في المجتمعات، لذلك سعت دول العالم بما فيها الجزائر إلى العمل على التحسين المستمر لمخدمات الصحة المقدمة للأفراد، كما تم إدخال مفاهيم الجودة في هذا القطاع لتحقيق مستويات عالية من الصحة، من هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة لتجيب على الإشكالية التالية: ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، في ظل الإصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؟

وكمحاولة للإجابة على هذه الإشكالية وما يندرج تحتها من تساؤلات فرعية، تم وضع الفرضيات التالية: نصت الفرضية الأولى على أن يتم تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالاعتماد على مدى توفرها على الإمكانيات المادية والبشرية (أجهزة ومعدات طبية، أطباء... الخ)، لكن بعد معالجة الموضوع تبين أن عممية تقييم جودة الخدمات الصحية تكون من منظور شامل، أي من منظور المستفيدين (المرضى) ومن خلال إمكانيات المؤسسة الصحية سواء المادية أو البشرية.

تضمنت الفرضية الثانية أن المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفاري بمستغانم تقوم بتقييم جودة خدماتها الصحية على مستويات محدودة، وقد تم إثبات هذه الفرضية من خلال الدراسة الميدانية، حيث تبين أن عممية التقييم في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة تكون وفق أسس غير منظم، حيث كل قسم يقيم خدماته في معزل عن الأقسام الأخرى، كما تم إهمال جانب مهم من جوانب تقييم جودة الخدمات الصحية يتمثل في أخذ آراء المستهلكين (المرضى) بعين الاعتبار.

وكفرضية أخيرة نصت على أن أغلب المرضى يرون أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشيفغيفاري منخفض، ومن خلال الدراسة الميدانية وما تضمنت ه من استقصاء لآراء المستهلكين (المرضى)، ثبت عكس ما نصت ع ليه هذه الفرضية على العموم، حيث رأى أغلب المرضى أن الخدمات المقدمة (الخدمات التي تضمنتها استمارة الاستبيان) في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة إما جيدة أو متوسطة، رغم هذا نجد أنهم من بين اقتراحات المستهلكين (المرضى) تحسين الظروف الاستشفائية من نظافة، وجبات غذائية، تجهيزات الغرف، بالإضافة إلى تحسين معاملة المستهلكين (المرضى).

النتائج:

من خلال دراستنا لموضوع تقييم جودة الخدمات الصحية من الجانب النظري توصلنا إلى النتائج التالية:

- الخدمة نشاط أو منافع غير م لهوسة قد ترتبط بشيء مادي م لهوس، يقدمها طرف ما (مقدم الخدمة) إلى طرف آخر (مستهلك الخدمة) في إطار عم لهة التبادل بينهما، يهدف الأول إلى تحقيق الربح (باستثناء الخدمات التي تقدم مجاناً)، بينما يهدف الثاني إلى إشباع حاجاته ورغباته.

- تتميز الخدمة بمجموعة من الخصائص تتمثل في: عدم م لهوسيتها، التلازمية أو عدم الانفصال، عدم التماثل، القابلية للتلاشي أو الفناء، عدم انتقال م لهوسيتها، تذبذب الطلب عليها.

- تصنف الخدمات حسب عدة اعتبارات، كنوع السوق، درجة كثافة قوة العمل، درجة الاتصال بالمستهلك و حسب دوافع مقدمها... الخ .
- تعد الجودة و سيمة تنافسية هامة تطور مفهومها عبر عدة مراحل، بدءا بمرحلة الفحص ثم ضبط الجودة إحصائيا إلى مرحلة تأكيد الجودة ، فمرحلة الإدارة الإستراتيجية و أخيرا مرحلة إدارة الجودة الشاملة .
- تكون الجودة ضمن ثلاث جوانب : جودة التصميم، جودة المطابقة، جودة الأداء.
- تعتبر جودة الخدمة عن مدى التطابق بين مستوى الجودة المقدمة وتوقعات المستهلك، يتم تقييمها من وجهة نظر المستهلك بالاعتماد على مجموعة من المعايير (الاعتمادية، الأمان والمصدقية...الخ).
- قدمت عدة نماذج لتقييم جودة الخدمة، ف هناك من اعتبر أن التقييم يكون من وجهة نظر المستهلك هك فقط، بينما اعتبر آخرون أن تقييم جودة الخدمة يكون بناء على إمكانات المؤسسة الخدمية، في حين قدم نموذج شامل يعتبر أن تقييم الجودة يكون من وجهة نظر المستهلك ومقدم الخدمة معا.
- تعتبر الخدمة الصحية مجموعة الخدمات العلاجية أو الاستشفائية، أو التشخيصية التي تقدمها المؤسسات الصحية للأفراد، بهدف تحقيق رغباتهم وحاجاتهم الصحية.
- تتميز الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص بي: عدم مموستيتها، تلازميتها، عدم تماثليتها وتجانسها، إضافة إلى عدد من الخصائص التي تميزها عن باقي الخدمات، وهي التي يطلق عليها بالخصائص الاقتصادية، التي تتمثل في: أنها خدمات جماعية، والطالب عليها مشتق وهي تمثل ضغطا بالنسبة للمستهلك (المريض)، كما تخضع أسواقها إلى التدخل والتنظيم الحكومي، وانخفاض مرونة عرضها في الأجل القصير، بالإضافة إلى كثافة عنصر العمل.
- تصنف الخدمات الصحية إلى عدة أصناف هي: خدمات علاجية، خدمات وقائية وخدمات إنتاجية، هذا حسب وظائفها، أما حسب مستوياتها فتقسم إلى خدمات صحية أساسية، وخدمات صحية مساعدة، وتصنف حسب المستفيدين منها (مستهلكيها) إلى خدمات صحية فردية وخدمات صحية جماعية.
- تعتبر الجودة في الخدمات الصحية نتاج مجموعة من المكونات الفنية، أو ما يسمى بالرعاية الفنية، والمكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية أو ما يصطاح عميو بفن الرعاية، بالإضافة إلى المكونات البيئية والبيكمية لمؤسسة الصحية، بما يرضي المستهلكين (المرضى) ويتوافق مع توقعاتهم.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من خدمات الأطباء، وخدمات الممرضين وخدمات الأقسام الأخرى، بالاعتماد على مجموعة من المداخل هي: مدخل رضا المستهلكين (المرضى) الذي يتم من خلال الاعتماد على معايير التقييم- الاستجابة، المعولية، التأكيد والمموستية والمباقة- بالإضافة إلى المدخل البيكمي الذي يشير إلى مدى تناسب القوى العاملة في المؤسسات الصحية والأجهزة والمعدات داخليا، مع الخدمات الصحية المطموبة لدى المستهلكين (المرضى). ومدخل عمميات وخطوات الرعاية الطبية ومدى تتابعها وتناسقها، بالإضافة إلى مدخل النتيجة النائية من خلال المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمستهلكين (المرضى) الناتجة عن أداء عمميات الرعاية الصحية.
- وبالنسبة للدراسة الميدانية فقد تم التوصل للنتائج التالية:

- تقوم المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفغيفاري بمستغانم بتقييم جودة خدماتها من خلال التركيز على تقييم الجانب الفني من خلال وضع إحصائيات دورية لمستوى الخدمات الصحية المقدمة، كما تقوم بتقييم جودة خدمات

الطاقم التمريضي من خلال تقارير رؤساء المصالح الصحيّة وملاحظات الأطباء، بينما تقيم خدمات الأقسام الأخرى (النظافة، الغذاء... (حسب كل قسم، في حين أنمل جانب وجية نظر المستفيدين (المرضى) في تقييم جودة الخدمات المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية.

ملاءمة الموقع الجغرافي لمؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم حسب المستهلكين (المرضى).

فترات الانتظار متوسطة من حيث مدى ملاءمتها للاستقبال في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم حسب رأي المستهلكين (المرضى).

تعتبر نظافة غرف المرضى في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم جيّدة من وجهة نظر المستهلكين. تعدّ التجهيزات في غرف المرضى كفاية حسب رأي المستهلكين (المرضى).

تعدّ الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى، جيدة حسب رأي المستهلكين (المرضى).

قصر مدة انتظار المرضى في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم لإجراء الفحوصات بالأشعة، حسب رأي المرضى، بالإضافة إلى قصر مدة انتظار النتائج.

سهولة إجراء التحاليل في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم حسب رأي المرضى.

قصر فترة الانتظار المرضى لإجراء العمليّات الجراحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم، حسب ما أدلى به المرضى.

ملاءمة الأسرة في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم، حسب رأي المرضى.

يعدّ من السهل مقابلة الأطباء عند الحاجة اليهم من طرف المرضى في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم، حسب رأي المرضى.

هناك إهتمام من طرف الأطباء في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم بالحالة الصحيّة للمرضى. لدى المرضى ثقة كبيرة بالأطباء المعالجين في المؤسسة محل الدراسة.

يقدم أفراد الطاقم الطبي شروحات كافية للمرضى قبل إجراء العمليّات الجراحية.

كفاية عدد زيارات الأطباء المعالجين للمرضى حسب رأي المرضى.

يقدم دائما أفراد الطاقم الطبي معومات عن الحالة الصحيّة للمرضى.

تعدّ معاملة أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي للمرضى في المؤسسة الاستشفائية العمومية شيفيفاري بمستغانم جيّدة، حسب ما أدلى به المرضى.

تمثّلت مختلف اقتراحات المرضى في تحسين الظروف الاستشفائية (نوعية الغذاء والنظافة... (تطوير هياكل المؤسسة الاستشفائية، المعاملة الجيّدة للمرضى، توفير أفراد الطاقم الطبي خلال كامل أيام الأسبوع، تحسين طرق تسيير المؤسسة الاستشفائية.

الاقتراحات:

من خلال نتائج الدراسة الميدانية المذكورة سابقا، يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

1. فيما يخص تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية:
 - تنظيم عملية تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية من خلال تقييم خدمات الطاقم الطبي بتكوين لجان متخصصة حسب المصالح الصحية، ولجنة متخصصة بمر اجعة السجلات الطبية لمرضى، ولجنة متخصصة بمراجعة استخدام منشآت المؤسسة الاستشفائية وخدماتها الصحية للزهد من الاستخدامات غير الضرورية لترشيد الاستخدام، تكوين لجنة الأنسجة في المؤسسة الاستشفائية التي تعمل على فحص الخلايا البشرية المزالة من أجسام المرضى أثناء العم لهات الجراحية، لفحص إمكانية إزالة أنسجة صحيحة بالخطأ، ونفس الشيء بالنسبة لتقييم الخدمات التمريضية من خلال تقارير رؤساء المصالح الصحية، وملاحظات الأطباء، بالإضافة إلى تكوين لجان متخصصة بتقييم خدمات الأقسام الأخرى من قسم الغذاء قسم الصيدلية وقسم النظافة، مع ضرورة أن يكون لنا تنسيق بين كامل المصالح الصحية في عمميات التقييم، كأن يؤخذ رأي الأطباء في تقييم نوعية الوجبات الغذائية، ومستوى النظافة، مع ضرورة أخذ رأي المستفيدين (المرضى) في تقييم جودة الخدمات المقدمة في المؤسسة الاستشفائية، من خلال سبراً اريثيم بصفة دورية، أو وضع دفاتر ملاحظات في قاعات الانتظار وغرف المرضى.
1. توفير الإمكانيات المالية الكافية لمؤسسة الاستشفائية لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة.
2. توفير العدد الكافي من افراد الطاقم شبه الطبي.
3. توفير التكوين المستمر لافراد الطاقم الطبي وشبه الطبي لمواكبة كل جديد في هذا المجال.
4. توفير العدد الكافي من الأطباء الاختصاصيين حسب حاجات المستهلكين (المرضى) على مدار أيام الاسبوع وأثناء العطل.
5. توفير الأجهزة والمعدات الطبية الكافية من حيث العدد والتنوعية.
6. تحسين مستوى النظافة الكمي للمؤسسة الاستشفائية، خصوصا في غرف المرضى، والعمل على توعية المرضى والزوار وكامل عمال المؤسسة الاستشفائية بضرورة الحفاظ على النظافة.
7. تكوين عمال النظافة، وفرض الرقابة عميم لتحقيق المستوى المطلوب من.
8. توفير الأمن الكافي في المؤسسة الاستشفائية.
9. تخفيض ساعات العمل لافراد الطاقم الطبي وشيو الطبي، بتطبيق نظام المداولة.
10. إعادة النظر في رواتب افراد الطاقم الطبي وشبه الطبي حتى تتوافق مع ساعات العمل، وتحقق الرضا لديهم.
11. توفير العدد الكافي من سيا ارت الإسعاف.
12. تحسين طرق التسيير في المؤسسة الاستشفائية.
13. فرض الرقابة على مدى الت ازم افراد الطاقم الطبي وشبه الطبي بالداوم المحدد.
14. تطوير هياكل المؤسسة الاستشفائية من خلال توفير مواقف السيارات، وتوسيع قاعات العلاج والمخبر.
15. توفير خبراء الصيانة لصيانة الأجهزة الطبية.
16. تحسين الظروف الاجتماعية لافراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، من خلال توفير غرف المداومة، وتوفير وجبات غذائية خاصة بهم، السكن الاجتماعي.

17. توفير الوجبات الغذائية ذات نوعية جيّدة تلائم الحالات المرضية للمستهلكين (المرضى)، من خلال إشراك الأطباء في تحديد نوعية الوجبات وتوفير أخصائي التغذية.
18. توفير التحاليل اللازمة لحاجات المرضى، والعمل على تسريع عملها استخراجه النتائج.
19. تحسين الظروف الاستشفائية للمستهلكين (المرضى)، من خلال توفير التجهيزات الكافية داخل غرف المرضى كجهاز تنبؤه لاستدعاء الممرضين، تحسين نوعية الوجبات الغذائية، تقليل عدد المرضى داخل الغرفة الواحدة، توفير قاعات عبر مختف المصالح الصحيّة تحتوي أجهه تلفاز، توفر للمستهلكين (المرضى) نوع من الترفيه مما يسمح بتحسين حالهم النفسية.
20. تنظيم الزيارات من حيث الوقت وعدد الزوار، لتوفير الجو الهادئ للمستهلكين (المرضى).

البرامج

أ. قائمة الكتب باللغة العربية:

- 1- ثامر ياسر البكري ، إدارة المستشفيات ، الأردن : دار البازوردي للنشر والتوزيع ، 2005 ، ص.ص.21-22
- 2- عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض: وزارة الصحة، 2005، ص.62.
- 3- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2007، ص.27.
- 4- أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات - رؤية معاصرة-، مصر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2006، ص.24.
- 5- عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003، ص.17.
- 6- أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2000، ص.13.
- 7- إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الإجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات تطبيقية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1991، ص.50.
- 8- فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الإسكندرية: الدار الجامعية، الطبعة الأولى، 2007، ص.363.
- 9- إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مصر: مكتبة القدس، الطبعة الثانية، 2006، ص.28.
- 10- زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، الأردن: دار حامد للنشر، 1998، ص.87.
- 11- محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الإسكندرية: الدار الجامعية، 1996، ص.356.
- 12- اعبد المهدي بواعنة، مرجع سابق، ص.54.
- 13- بريدش عبد القادر."جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك"، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا. العدد.3 الجزائر.ص.253
- 14- مأمون سليمان الدراركة، "إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء"، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى. عمان 2006، ص.118
- 15- قاسم نايف علوان، "إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو"، دار الثقافة، ليبيا، 2005، ص.125
- 16- حضير كاظم محمود"، إدارة الجودة"، إدارة المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان. الطبعة الأولى، 2002، ص.217
- 17- محمود جاسم الصميدعي. ردينة عثمان يوسف، "سلوك المستهلك"، دار المناهج، عمان الأردن، 2002، ص.96
- 18- يسري السيد يوسف، مبادئ ادارة الجودة الشاملة، مجلة البحوث التجارية، العدد الأول، القاهرة، 2002، ص.408
- 19- ناجي معلا، قياس جودة الخدمات المصرفية، مجلة العلوم الإدارية المجلد 25، عدد 02، جوان 1998،
- 20- معزوز نشيده، د.بن عبد العزيز فطيمة، "التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية"، مداخلة مقدمة من المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة. دراسة وتحليلي تجارب وطنية دولية يومي 11 و 19 ماي. 2011 كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير. جامعة سعد دحلب البليدة
- 21- خالد بن السعيد: "مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية"، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد2، العدد1، نوفمبر 1994، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، دولة الكويت، ص.12

- 22- محمد الطعمانة ، "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي ، حالة وزارة الصحة" ، مجلة أبحاث اليرموك ، المجلد 12 ، العدد 1 ، منشورات جامعة اليرموك ، اربد ، الأردن ، ص90
- 23- آلاءحسيب الجليلي د.أكرم أحمد الطويل ، "إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ص2
- 24- معزوز نشيده، د.بن عبد العزيز فطيمة، "التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية" ، مرجع سابق
- 25- حنان عبد الرحيم الأحمدي ، "التحسين المستمر للجودة المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية" ، مجلة الإدارة العامة ، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة اشهر معهد الإدارة العامة ، الرياض - المملكة العربية السعودية ، المجلد الأربعون ، العدد الثالث ، أكتوبر 2000
- 26- سيد محمد جاد الرب ، "إدارة المنظمات الصحية والطبية منرج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة" ، دار النهضة العربية، مصر القاهرة، 1992 ، ص 111
- 27- كشيدة حبيبة، "استراتيجيات رضا العميل" ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة سعد دحلب، البليدة . - 2004 - 2005 ص56
- 28- محفوظ أحمد جودة، "إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات" ، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة ، الأولى، عمان، الأردن ، 2001 ص
- 29- فريد زين الدين : تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل، . بدون ذكر دار النشر، الطبعة الأولى، مصر القاهرة، 2002 ، ص.183

ب. قائمة الكتب بالغة الأجنبية:

- 1- A.Belghiti Alaoui, Principes Généraux de Planification al'Hspital, Rabat : Sans Edition, 2005, P. 17.
- 2-Farida Djellal et al, L'Hapital Innovateur : de l'Innovation Médicale al'Innovation de Service, Paris : Masson, 2004, P. 48
- 3-Youssef Mahyaoui, Etude Juridico Economique de la Contractualisation dans le Système de Soins, Université de Paris: Doctorat le Systeme de Soins Hospitalier, 2003, P.P. 38-42.
- 4 -D. Michel et autres, Marketing Industriel : Strategie et Mise en Oeuvre, Paris : Economica, Zeme édition, 2000, P. 373.
- 5 - D. PETTIGREW et autres, Le Marketing, Québec (Canada) : MC Graw-Hill, 2003, P.385
- 6 -Eric Volger, Management Stratégique des Services: Du Diagnostic à la Mise en oeuvre d'une stratégie de Services, Pris: DUNOD, 2004, P. 11
- 7 -Eric Volger, Op.cit, P. 21.
- 8 -P.Eiglier et E.Langeard, Servucion : Le Marketing des Services, Paris: Ediscience International, Cinquieme Tirage, 1994, P. 16.
- 9 - Laurent Harmel, "Qualité et engagements de service", Afnor, 2003, p12
- 10 - Cloude Vilcot et Hervé Lecelet , 'indicateurs qualité en santé , 2éme Edition, AFNOR , 2006, p14

- 11 -A.Jacquerye ,"la qualité des soins infirmiers ",op.cit,p17.
- 12 -Oliver Netter, Nigel Hill, "Satisfaction client",op,cit,p44.

الملخص

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

Résumé

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

Les mots clés : *la qualité, la qualité du service sanitaire, Dimensions de la qualité des services de santé, la satisfaction.*