

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة -

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير

تخصص: اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات

إشراف الدكتورة:

إلهام يحيوي

إعداد الطالبة:

نجاة صغيرو

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
د. عمر الشريف	أستاذ محاضر	جامعة باتنة	رئيسا
د. إلهام يحيوي	أستاذة محاضرة	جامعة باتنة	مقررة
د. عبد الحميد برحومة	أستاذ محاضر	جامعة المسيلة	عضوا
د. سامية لحول	أستاذة محاضرة	جامعة باتنة	عضوا

السنة الجامعية: 2012/2011



الإهداء

إلى الوالدين الكريمين - حفظهما الله -

إلى زوجي وابنتي

إلى جميع أفراد عائلتي وعائلة زوجي

إلى كل الأصدقاء والزلاء

إلى كل طالب علم ومحب للمعرفة

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أعانني على إنجاز هذا البحث ويسر لي سبل إتمامه ويعود له الفضل الكامل.

أتقدم بالشكر والتقدير الأستاذة المشرفة الدكتورة إلهام يحيوي على قبولها الإشراف لإنجاز هذه المذكرة وعلى سعة صدرها وتوجيهاتها وملاحظات التي كانت نورا تسير على ضوئه خطوات البحث.

كما أتوجه بالشكر الجزيل لأعضاء اللجنة المناقشة على قبول مناقشة وإثراء موضوع البحث.

ولا أنسى أن أتقدم بجزيل الشكر لكل من مسؤولي وعمال المصحات محل الدراسة على ما حظيت به من معاملة طيبة ومساعدة طيلة فترة الدراسة الميدانية. وأخيرا أتقدم بالشكر لكافة الزميلات والزملاء الذين مددوا لي يد العون والمساعدة ولو بالسؤال عن مصير هذا البحث.

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
	البسمة
	الإهداء
	شكر وتقدير
I	فهرس المحتويات
III	فهرس الجداول
IV	فهرس الأشكال
[أ - و]	المقدمة
[32-01]	الفصل الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية، خدماتها والجودة
02	تمهيد
03	المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات الصحية
03	المطلب الأول: مفهوم المؤسسة الصحية وتطورها التاريخي
07	المطلب الثاني: أنواع ووظائف المؤسسات الصحية
12	المبحث الثاني: ماهية الخدمات الصحية
12	المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها
20	المطلب الثاني: أنواع وعناصر إنتاج الخدمات الصحية
25	المبحث الثالث: مفاهيم نظرية حول الجودة
25	المطلب الأول: مفهوم الجودة وتطورها التاريخي
29	المطلب الثاني: أهمية وأهداف الجودة
32	خلاصة الفصل الأول
[65-33]	الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية وكيفية تقييمها
34	تمهيد
35	المبحث الأول: جودة الخدمات الصحية
35	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية وتطورها التاريخي
39	المطلب الثاني: أهداف ومستويات جودة الخدمة الصحية
42	المبحث الثاني: أساليب قياس ومعايير تقييم جودة الخدمات الصحية
42	المطلب الأول: أساليب قياس جودة الخدمات الصحية
48	المطلب الثاني: معايير تقييم جودة الخدمات الصحية

51	المبحث الثالث: مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية
51	المطلب الأول: التحسين المستمر "كايزن" والمقارنة المرجعية
55	المطلب الثاني: إدارة الجودة الشاملة ونظام إدارة الجودة إيزو 9001
65	خلاصة الفصل الثاني
[66-112]	الفصل الثالث: دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة
67	تمهيد
68	المبحث الأول: وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية
68	المطلب الأول: مراحل تطور المؤسسات الصحية الجزائرية
75	المطلب الثاني: أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر عامة وبولاية باتنة خاصة
82	المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية
82	المطلب الأول: تحديد مجتمع الدراسة وعينتها
84	المطلب الثاني: أسلوب جمع البيانات وأدوات التحليل الإحصائي
87	المبحث الثالث: المعالجة الإحصائية، تحليل النتائج وتفسيرها
87	المطلب الأول: وصف خصائص عينة الدراسة والتحليل الوصفي لإجابات أفرادها
100	المطلب الثاني: اختبار الفرضيات، عرض النتائج وتفسيرها
112	خلاصة الفصل الثالث
113	الخاتمة
117	البibliو غرافيا
123	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	رقم الصفحة
1	الوظائف المكونة للخدمة الصحية.	16
2	معايير تقييم جودة الخدمة الصحية.	50
3	أهم الفروقات بين متطلبات إيزو 9001:2000 وإيزو 9001:2008	62
4	عدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989.	71
5	تطور الموارد البشرية في القطاع العمومي الجزائري ما بين 2007 و 2010.	78
6	الموارد البشرية بالمؤسسات الصحية في ولاية باتنة.	80
7	تطور المؤسسات الصحية في ولاية باتنة ما بين سنة 1999 و 2010.	81
8	معلومات عامة عن المصحات الطبية الجراحية التي تمت بها الدراسة الميدانية.	83
9	عدد الاستثمارات الموزعة في كل مصحة.	84
10	نتائج اختبار ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة المقياس.	86
11	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس.	87
12	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن.	88
13	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.	88
14	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الدخل الشهري.	89
15	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة المدنية.	89
16	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان الإقامة.	90
17	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الملموسية.	91
18	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاعتمادية.	92
19	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاستجابة.	94
20	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الأمان.	95
21	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار التعاطف.	97
22	توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة تبعا لدرجة الرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية.	98
23	تقييم جودة الخدمة الصحية من ناحية كل معيار من معايير التقييم.	100
24	نتائج اختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة.	102
25	تحليل العلاقة بين المعايير الخمسة لجودة الخدمة الصحية والرضا الكلي لأفراد عينة الدراسة.	102

26	الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقا لمتغير الجنس.	104
27	الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقا لمتغير السن.	105
28	الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقا للمستوى التعليمي.	106
29	الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقا لمتغير الدخل الشهري.	107
30	الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقا لمتغير الحالة المدنية.	108
31	الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقا لمتغير مكان الإقامة.	109

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	رقم الصفحة
1	مفهوم الصحة من ناحية مستوياتها	14
2	إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات	22
3	نموذج Eiglier و Langeard لإنتاج الخدمة	23
4	القيم الجوهرية للجودة	39
5	تطبيق مستويات الجودة على المؤسسة الصحية	41
6	أسلوب تحليل الفجوات (Servqual)	44
7	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الملموسية	92
8	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الاعتمادية	93
9	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الاستجابة	95
10	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الأمان	96
11	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار التعاطف	98
12	التمثيل البياني لإجابات أفراد عينة الدراسة تبعا لدرجة الرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية	99

المقدمة

مقدمة البحث:

يعتبر القطاع الصحي في الدول المتقدمة من بين أهم القطاعات الإستراتيجية المساعدة على دفع عجلة التنمية لاقتصاديات بلدانها، حيث تولي هذه الدول أهمية كبيرة لهذا القطاع باعتبار الناتج النهائي له والمتمثل في "الصحة" كسلعة استثمارية تساعد اليد العاملة على مواصلة الإنتاج، ومن ثم تحقيق الازدهار من خلال التأثير في الإنتاج القومي.

وزاد الاهتمام بهذا القطاع خصوصا بعد محاولة بعض علماء الاقتصاد في الولايات المتحدة الأمريكية مع مطلع الستينات من القرن العشرين، العمل على إدخال النشاط الصحي في تحليلهم الاقتصادي، فنتج عن ذلك بروز فرع جديد من فروع العلوم الاقتصادية يجمع بين مفهومي الاقتصاد والصحة وهو "اقتصاد الصحة"، الذي امتد انتشاره إلى باقي الدول الأوروبية. ونتيجة لهذا تطور مفهوم ووظائف المؤسسة الصحية، من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتبارها كمؤسسة اقتصادية تقدم خدمات صحية لمجموعة من الزبائن هم "المرضى".

ومع نمو حجم المنافسة بين المؤسسات الصحية من جهة، وتزايد وعي واهتمام الزبون (المريض) بالحصول على الخدمات الصحية التي تلبي حاجياته وتحقق رغباته من جهة أخرى، ظهرت رهانات جديدة أمام هذه المؤسسات في كيفية الحصول والحفاظ على رضا المريض، والتي اعتبرت الدافع وراء الاهتمام بجودة خدماتها والتميز في خدمة زبائنها.

وقطاع الخدمات الصحية في الجزائر يشهد موجة من التحولات والتغيرات الاقتصادية، أبرزها الانضمام الوشيك لمنظمة التجارة العالمية وما سينجم عنه من تحرير سوق هذا القطاع للمستثمر الأجنبي، بالإضافة إلى تقدم التقنيات الطبية وتطور وسائل الاتصال والتكنولوجيا.

وأمام هذا الوضع فالمؤسسات الصحية الجزائرية العامة منها أو الخاصة، مطالبة أكثر من أي وقت مضى بتحسين جودة ما تقدمه من خدمات وأن تستعيد ثقة زبائنها، وهذا لا يكون إلا من خلال التقييم الفعال للجودة المدركة لخدماتها الصحية، ومن ثم تحسينها وتطويرها، والذي يعتبر أحد السبل لتمكين من إرضاء زبائنها مع ضمان البقاء في الوسط التنافسي الذي تنشط فيه.

إشكالية البحث:

إن التعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية من وجهة نظر المرضى، سيوفر لها معلومات عن نقاط القوة التي يجب تنميتها ومراكز الضعف التي يجب معرفة أسبابها ومحاولة معالجتها، لكي تتمكن من كسب رضا زبائنها والارتقاء بمستوى أدائها. والسؤال الذي يطرح نفسه هنا هو:

كيف يمكن تقييم مستوى جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية؟

و يندرج تحت هذا التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما هي جودة الخدمات الصحية؟
2. ما هي المعايير المستخدمة لتقييم جودة الخدمات الصحية؟
3. ما هو تقييم المرضى للخدمة المقدمة لهم من طرف المؤسسات الصحية؟
4. هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة؟
5. هل توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات زبائن المؤسسات الصحية (المرضى) نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة)؟

فرضيات البحث:

بناءا على التساؤلات المطروحة، تم وضع الفرضيات التالية:

1. يقيم زبائن المؤسسات الصحية الخدمات المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة، تقييما إيجابيا.
2. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات زبائن المؤسسات الصحية نحو معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة.
3. توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات زبائن المؤسسات الصحية نحو معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة).

أهمية البحث:

تبرز أهمية البحث في:

1. الدور الذي تلعبه المؤسسات الصحية كقطاع خدمي حساس وفعال في إحداث التنمية الاقتصادية والاجتماعية.
2. دور جودة الخدمة في تحقيق المؤسسات الصحية لأهدافها بالكيفية المطلوبة، وهذا يتطلب التعرف على مستوى الجودة الصحية المقدمة للمرضى ومدى توافقها مع احتياجاتهم ورغباتهم.
3. يمكن اعتبار هذا البحث كخطوة مبدئية للبحث على القيام بمزيد من البحوث والدراسات في هذا المجال.

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على مستوى الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية من وجهة نظر الزبون (المريض)، من أجل تحسينها والعمل على إرضاء المستفيدين منها، ومن بين أهداف البحث ما يلي:

1. توضيح المفاهيم النظرية حول جودة الخدمة الصحية؛
2. التعرف على تقييم الزبائن (المرضى) لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم؛
3. تحليل العلاقة بين الجودة المدركة للخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى؛
4. تحديد أهم العناصر التي يوليها المريض أهمية نسبية عالية، والتي تساعد إدارة المؤسسة على إعادة تشكيل أوضاعها لما تقتضيه الحاجة.

الدراسات السابقة حول الموضوع:

حظي موضوع جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين باهتمام العديد من الباحثين العرب والأجانب، نذكر بعضاً منها فيما يلي:

- دراسة ثابت عبد الرحمان إدريس سنة 1996 في دولة الكويت، المعنونة بـ:
"قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الادراكات والتوقعات -دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت-"، حيث هدفت إلى إبراز كيفية قياس الفجوة بين الادراكات والتوقعات. وقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود فجوة سلبية بين توقعات المرضى لبعض مظاهر الخدمة الصحية وبين ادراكات الإدارة في المؤسسات محل الدراسة لمثل هذه التوقعات.

- دراسة ناهد مطايرد سنة 1999 في دولة مصر، المعنونة بـ:
"جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الاستثمارية بمنطقة المعادي"، حيث هدفت إلى تقييم جودة الخدمات الصحية وتنمية مقياس موضوعي لقياس عناصرها من وجهة نظر العملاء، مع العمل على التخلص من فجوات الجودة. وقد توصلت إلى صدق وثبات مقياس الدراسة (نموذج الفجوات Servqual)، وإلى انخفاض مستوى الجودة الوظيفية للخدمات الصحية المقدمة وخاصة افتقارها لعناصر الجودة، كما توصلت إلى اقتراح استراتيجيات العلاج المناسبة بغية تحسين رضا العملاء عن الخدمات الصحية المقدمة في الأجل الطويل.

- دراسة P.C.Lim سنة 2000 في دولة سنغافورة، المعنونة بـ:
"A study of patient's expectations and satisfaction in Singapore hospitals"، حيث هدفت إلى إجراء مقارنة بين توقعات المرضى وانطباعاتهم عن الخدمات المقدمة وتحليلها. وقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود فجوة بين التوقعات المسبقة للمرضى عن جودة الخدمات الصحية وانطباعاتهم بعد الاستفادة منها، كما توصلت إلى ضرورة إدراج عملية ضمان الجودة على كل من: الجوانب المادية للخدمات، الاستجابة، التعاطف، سهولة منال الخدمة وملائمة السعر والتأمين.

- دراسة Kilincer سنة 2006، المعنونة بـ:
"Visual analog patient satisfaction scale"، حيث هدفت إلى قياس رضا المرضى عن الخدمات الطبية باستخدام مقياس "Visual Analog". وقد توصلت هذه الدراسة إلى عدم حساسية هذا المقياس لمكونات الرضا، حيث أنه لا يساعد في إظهار مكونات مفهوم الرضا أو عدم الرضا، ولكن من إيجابياته أنه يقيس مستوى الرضا بشكل عام من الناحية الموضوعية أو التطبيقية.

- دراسة S.K.Jawahar سنة 2007 في دولة الهند، المعنونة بـ:
"A study on out patient satisfaction of a super specialty in India"، حيث هدفت إلى معرفة مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة في قسم العيادات الخارجية في المستشفى. وقد توصلت هذه الدراسة إلى رضا المرضى عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى، كما توصلت إلى ضرورة العمل على تحسين سلوك العاملين فيما يتعلق باللباقة والتعاطف في معاملة المرضى.

- دراسة عبد المحسن نعساني وآخرون سنة 2007 في دولة سوريا، المعنونة بـ: "قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم -تطبيق ذلك على المشافي الجامعية السورية-"، حيث هدفت إلى دراسة العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة الصحية ورضا المريض لمعرفة أي من الأبعاد يحقق أكبر قدر ممكن من رضا المريض للتركيز عليها وتفعيلها. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن هناك مزيج من ثلاثة أبعاد هي الملموسية، التعاطف والاعتمادية تمثل جوهر الخدمة الصحية.

- دراسة علي سكر عبود وآخرون سنة 2009 في دولة العراق، المعنونة بـ: "تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي"، حيث هدفت إلى الوقوف على واقع الخدمات الصحية والمعوقات التي تحول دون تقديم خدمة صحية جيدة. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن واقع الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة كان ضعيفا.

وتختلف دراستنا الحالية عن هذه الدراسات في جوانب عدة، أهمها:

- ✓ ارتكزت دراستنا في جانبها التطبيقي، على تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الجزائرية التابعة للقطاع الخاص، من وجهة نظر المستفيد منها (المريض)؛
- ✓ استخدام أسلوب الأداء الفعلي Servperf من أجل قياس جودة الخدمة الصحية المقدمة؛
- ✓ استهدفت الدراسة التوصل إلى دليل عملي للمحددات الرئيسية لجودة الخدمة الصحية، كما يراها المستفيدين منها، والتي يمكن أن تساعد صانعي القرار في وضع البرامج الإصلاحية الخاصة بتحسين الجودة الشاملة لهذه الخدمات.

أسباب اختيار الموضوع:

يمكن إجمال أهم الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع في:

1. محاولة إبراز أن الاهتمام بجودة الخدمة الصحية سيكسب المؤسسة رضا وولاء الزبائن.
2. معرفة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية الجزائرية في ظل الإصلاحات التي تقوم بها الوزارة الوصية.
3. قلة الأبحاث والدراسات المتعلقة بقطاع الخدمات الصحية، خاصة القطاع الخاص.

منهجية البحث:

تم الاعتماد على المنهج الاستقرائي والاستنباطي في الإجابة على أسئلة البحث واختبار فرضياته، حيث تم الرجوع في الجانب النظري إلى مصادر المعلومات الثانوية من كتب ومجلات علمية باللغتين العربية والأجنبية، بالإضافة إلى مواقع الانترنت. أما في الجانب التطبيقي، فقد تم اعتماد استبيان بهدف التعرف على تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الصحية الاستشفائية الخاصة بباتنة من وجهة نظر المستفيدين منها (المرضى) ودرجة رضاهم عن الجودة الكلية، وتم معالجة البيانات عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

خطة البحث:

تم تقسيم البحث إلى فصلين نظريين وآخر تطبيقي بالإضافة إلى المقدمة والخاتمة.

- يتناول الفصل الأول، الإطار النظري حول المؤسسات الصحية، خدماتها والجودة، تم تقسيمه إلى ثلاثة مباحث؛ المبحث الأول عموميات حول المؤسسات الصحية، المبحث الثاني ماهية الخدمات الصحية، المبحث الثالث مفاهيم نظرية حول الجودة.

- يتعرض الفصل الثاني، لجودة الخدمة الصحية وكيفية تقييمها، من خلال ثلاثة مباحث؛ المبحث الأول جودة الخدمات الصحية، المبحث الثاني أساليب قياس ومعايير تقييم جودة الخدمات الصحية، المبحث الثالث مداخل تحسين جودة الخدمة الصحية.

- أما الفصل الثالث، تمثل في الدراسة الميدانية التي خصت المؤسسات الصحية الاستشفائية الخاصة بباتنة، في محاولة لتقييم جودة خدماتها من وجهة نظر زبائنها، ضمن ثلاثة مباحث؛ المبحث الأول وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية، المبحث الثاني الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، المبحث الثالث المعالجة الإحصائية، تحليل النتائج وتفسيرها.

صعوبات البحث:

بشكل عام تتمحور صعوبات البحث في جانبه التطبيقي، وتتمثل في:

- ✓ صعوبة الحصول على المعلومات والإحصائيات الحديثة المتعلقة بالموضوع من الجهات الرسمية المتمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؛
- ✓ صعوبة الحصول على موافقة مسؤولي المؤسسات المعنية بالدراسة من أجل توزيع الاستمارة ومحادثة المرضى.

الفصل الأول:

الإطار النظري

حول المؤسسات الصحية، خدماتها والجودة

الفصل الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية، خدماتها والجودة.

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 والخدمات التي تقدمها، مع التطرق إلى مفاهيم نظرية حول الجودة. حيث تم تقسيمه إلى ثلاثة مباحث، هي كالتالي:

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات الصحية؛

المبحث الثاني: ماهية الخدمات الصحية؛

المبحث الثالث: مفاهيم نظرية حول الجودة.

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية من المنشآت الهامة في المجتمع سواء كانت مستشفيات، عيادات، مستويات، 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 بجهده 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 وتطورها التاريخي

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:

- **المرضى:** الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، الاستشفاء والرعاية الطبية لهم؛
- **الحكومة:** إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن؛
- **الإطار الطبي:** المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية؛
- **إدارة المؤسسة:** 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.

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 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 لتدريب 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 A.Belghiti Alaoui, **Principes Généraux de Planification à l'Hôpital**, Rabat : Sans Edition, 2005, P. 17.

ثانياً: التطور التاريخي للمؤسسات الصحية

إن المؤسسات الصحية لم تصل إلى هذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، بدءاً من الحضارات القديمة وحتى الوصول إلى العصر الحديث. وبالتالي يمكن التمييز بين ثلاثة مراحل أساسية لتطور المؤسسة الصحية، تتمثل فيما يلي:¹

- المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة؛
- المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي؛
- المؤسسة الصحية في العصر الحديث.

يمكن إلقاء الضوء على كل مرحلة من هذه المراحل بإيجاز فيما يلي:

1 - المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة:

إن تاريخ المؤسسات الصحية يرجع إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد وذلك في المعابد الإغريقية، ويعتبر أبوقراط (Hippocrate) أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد. كما استخدم فراعنة مصر (حوالي 600 سنة قبل الميلاد) معابدهم لإيواء وعلاج المرضى، وسميت "بمعابد الشفاء".² وانشأ الفارسيون مستشفيات في المدن الرئيسية أطلق عليها اسم "بيمارستانات"، وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى. أما الحضارة الهندية (خلال الفترة 273-232 قبل الميلاد) فقد شهدت بناء مستشفيات عرفت باسم "سكيسا Ckista"، قيل أنها كانت على درجة عالية من النظافة. وقد خصص الرومان (خلال الفترة 350-500 ميلادية) أماكن ملحقة بالكنائس المسيحية لإيواء وعلاج المرضى، كما انشأوا أيضاً مستشفيات صغيرة لعلاج الجنود.

تميزت المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة بعدد من الخصائص، لعل من أهمها ما يلي:³

- استخدام المؤسسة الصحية كمكان لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز على صحة الفرد الشخصية من حيث الاهتمام بتغذيته ونظافته؛
- استخدام المؤسسة كمركز للتدريب؛
- دراسة تأثير العوامل البيئية المختلفة على المرضى؛
- الاهتمام بنظافة بيئة المؤسسة الداخلية.

¹ أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص. 14.

² سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص. 18.

³ المرجع نفسه، ص. 19.

2- المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي:

شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطورا ملحوظا، وكانت " خيمة رفيعة" التي تم انشاؤها في مسجد رسول الله - صلى الله عليه وسلم - أول مستشفى ثابت في هذا العصر. وأقام الوليد بن عبد الملك (882هـ - 706م) مستشفى متكامل في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء. أما في العصر العباسي، فقد تم تشييد عدد من المؤسسات الصحية في بغداد ودمشق والقاهرة، وقد تم تصنيف هذه المؤسسات إلى ثلاثة مجموعات: مؤسسات صحية ثابتة (مثل المستشفيات التي أقيمت على نهر دجلة ومستشفيات السجون)، مؤسسات صحية متنقلة (مثل مستشفى السبيل التي ترافق الحجاج) ومؤسسات العزل (مثل دور المجانين).

من أبرز الخصائص التي تميزت بها المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي، ما يلي:¹

- عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين؛
- اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المؤسسة الصحية؛
- وجود مؤسسات متنقلة يتم إرسالها إلى المناطق النائية بصفة دورية؛
- إنشاء مؤسسات صحية عامة ومتخصصة،
- الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمؤسسة؛
- التركيز على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى.

3- المؤسسة الصحية في العصر الحديث:

يمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة للمؤسسات الصحية وأعمالها. فقد حملت الثورة الصناعية الكثير من التغييرات الاجتماعية التي أثرت بدورها على الخدمات الصحية وبالتالي تأسيس مستشفيات جديدة. وفي أعقاب الحربين العالميتين الأولى والثانية، وبعد بناء صرح اقتصادي وصناعي ضخم، ظهرت المؤسسات الصحية بكثرة لخدمة ما يتعرض له العمال من حوادث في العمل والتنقل، وخدمة لأمراض تلوث الجو وأمراض البيئة الصناعية بشكل عام، ولقد زاد عدد وحجم هذه المؤسسات، وظهرت الحاجة الماسة إلى إدارة تلك المؤسسات بفعالية وكفاءة.

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات، مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص.5.

أما في وقتنا الحاضر، فقد اتخذت المؤسسة الصحية بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة، وأصبح ينظر إليها على أنها نظام مفتوح لاعتمادها على أفراد المجتمع وتأثرها بالبيئة.

وقد تم وصفها بأنها نظام الإنسان الاجتماعي، وذلك لأن الإنسان هو أساس النظام ولا يعمل إلا بوجوده، وهو صانع الخدمة وفي نفس الوقت المنتفع بها.¹

أهم ما يميز المؤسسات الصحية في العصر الحديث، ما يلي:²

- التركيز على العيادات الخارجية وتقديم الخدمات الصحية في منازل المرضى؛
- التركيز على استخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع؛
- التركيز على معايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية.

المطلب الثاني: أنواع ووظائف المؤسسات الصحية

سنتناول أنواع ووظائف المؤسسات الصحية، كما يلي:

أولاً: أنواع المؤسسات الصحية

يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية:³

- 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:⁴

1 - التصنيف حسب الملكية والإشراف: يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات حسب هذا المعيار:

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص. 21.

² أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص. 20.

³ A.Belghiti Alaoui, Op.Cit, P. 11.

⁴ راجع:

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

- سليم بطرس جلد، مرجع سابق، ص. 35-41.

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 ولخدمة جميع فئات المجتمع بالمجان أو مقابل دفع رسوم رمزية.
- **المؤسسات الحكومية لخدمة فئات خاصة:** تتميز بتبعيتها لوزارة أو مصلحة حكومية معينة، بحيث تقتصر خدماتها على العاملين وأسرهم 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 و الوحدات 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 لطلاب الكلية.

ب - **المؤسسات الخاصة:** تختلف المؤسسات الخاصة عن المؤسسات الحكومية في أنها تكون ملك لأفراد 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 التخصصية 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.

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

ثانياً: وظائف المؤسسات الصحية

إن الوظائف التي تمارسها المؤسسات الصحية تختلف باختلاف أنواع هذه المؤسسات، وفيما يلي عرض لأهم هذه الوظائف:¹

1. الرعاية الطبية والصحية: تعتبر الوظيفة الرسمية للمؤسسة الصحية، وتتمثل في الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية وما يرتبط بهذه الخدمات من خدمات مساعدة، التي يمكن حصرها في الآتي:²

- **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، إيطعام)، 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 استناداً 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.
- **الخدمات الإدارية:** تشمل هذه الوظيفة وحدات التوجيه، التنسيق والرقابة، وكذلك وحدات إدارة الوسائل (الإدارة 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.

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، مرجع سابق، ص.ص. 8-10.

² Farida Djellal et al, L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service, Paris : Masson, 2004, P. 48.

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 للتوعية الصحية عن طريق الراديو والتلفزيون؛
- إصدار نشرات إرشادية تساعد على تفهم أفراد المجتمع لسبل 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 لمعنى الصحة 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.

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 جسما 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 أن:²
- **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:

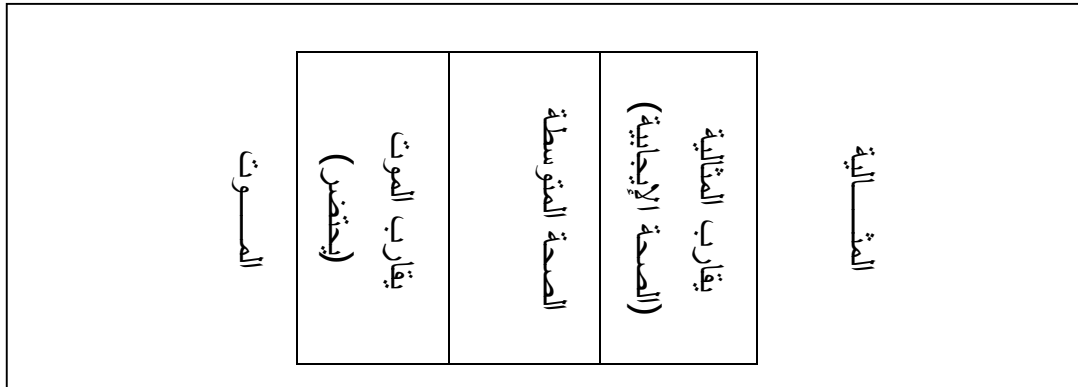
تتمثل مستويات الصحة فيما يلي:³

- **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 ومتمتع بكافة الجوانب الصحية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية تسعى لتحقيقه، وإن كان صعب المنال.
- **الصحة الإيجابية:** هي حالة يستطيع الفرد فيها والمجتمع مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية.

¹ عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، عمان: دار ومكتبة الحامد، الطبعة الأولى، 2004، ص. 27.
² إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات تطبيقية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1991، ص. 50.
³ 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 قياساً دقيقاً ومحدداً، والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (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 وغذاء 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 شكلاً من أشكال الخدمات، وأحد مدخلات إنتاج الصحة*. فقد عرفت بأنها "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً، 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 أساساً 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 المؤدى. والتي يمكن تقسيمها إلى ما يلي:²
 - ✓ **منافع مباشرة ملموسة يمكن قياسها وحسابها:** تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلاً 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.

* يقصد بإنتاج الصحة استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة هي: المسكن، التعليم، الغذاء، مستوى المعيشة ومستوى الخدمات الصحية.

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، الأردن: دار اليازوري العلمية، 2005، ص. 168.
² إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مصر: مكتبة القدس، الطبعة الثانية، 2006، ص. 28.

كما تعرف الخدمة الصحية أيضاً، 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".¹

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:

الجدول رقم (1): الوظائف المكونة للخدمة الصحية.

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

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

يوضح الجدول رقم (01) الوظائف الثلاثة المكونة للخدمة الصحية، وهي: خدمات الفندقة والإطعام، الخدمات الإدارية والخدمات الطبية وشبه الطبية، مع إعطاء أمثلة عن كل وظيفة.

¹ زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، الأردن: دار حامد للنشر، 1998، ص.87.

وللإشارة، فإن الخدمة الصحية تخضع حسب Karny و Darby 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.

وبالتمتع 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 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.

ثانيا - خصائص الخدمات الصحية

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

1. **اللاملموسية:** يقصد باللاملموسية "عدم رؤية، لمس أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنيا، كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقا"²، 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 أولا ثم تنتج وتستهلك في نفس الوقت، أما البعد الثاني للتلازمية هو أن المستفيد لا يمكن فصله في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة.³

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

² D. Michel et autres, **Marketing Industriel : Stratégie et Mise en Oeuvre**, Paris : Economica, 2^{ème} édition, 2000, P. 373.

³ D. PETTIGREW et autres, **Le Marketing**, Québec (Canada) : MC Graw- Hill, 2003, P.385.

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 تمييز 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.¹

5. **عدم تملك الخدمة:** أي أن الخدمة لا تملك أو تنقل ملكيتها من المنتج إلى العميل عند الاتفاق عليها، فالمستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون إمكانية تملك الخدمة ذاتها، وهذا يمثل الفرق بين السلعة والخدمة.

إلا أن الخدمة الصحية تتميز بخصائص إضافية، وهي كالتالي:²

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 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 أدائها والطلب عليها غير قابل للتأجيل:** فالإصابة بالمرض يتطلب علاجاً فوراً للقضاء عليه حين ظهور أعراضه. وتتميز 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

¹ محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الإسكندرية: الدار الجامعية، 1996، ص. 356.

² زكي خليل مساعد، مرجع سابق، ص. 31-24.

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 بتميط الخدمة ينبغي أن تعطي المؤسسات الصحية اهتماماً خاصاً لمرحلة تخطيط خدماتها، وعلى الإدارة أن تبذل ما في وسعها لكي تضمن نوعاً من التناقص 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.

جـ - **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 والممرضين، أو مادية كالأسرة والتجهيزات.
- **تقييم الفعالية:** أي تقييم ناتج ما تم أدائه فعلاً من مدخلات بين ما كان متوقعاً 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، فتعني:¹

- 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.

أولاً: 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 عبد المهدي بوعنة، 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، يتضمن:¹

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

¹ Youssef Mahyaoui, Op.cit, P. 32.

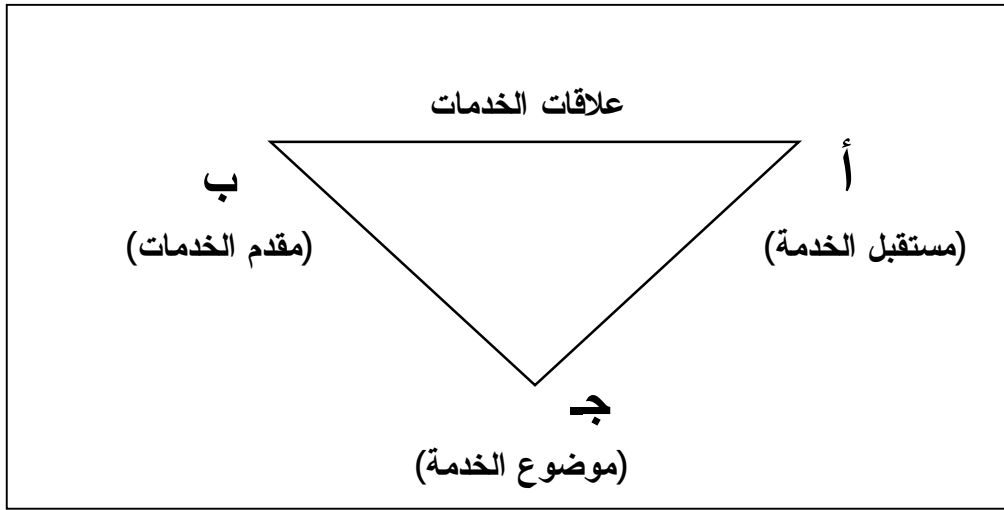
ثانيا: عناصر إنتاج الخدمات الصحية

سنعتمد على نموذجين لإبراز عناصر إنتاج الخدمة الصحية، الأول هو نموذج مثلث الخدمات، والثاني هو نموذج Eiglier 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 ".¹ والشكل التالي يوضح هذا النموذج:

الشكل رقم (2): 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، المديرون...).
- **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...).

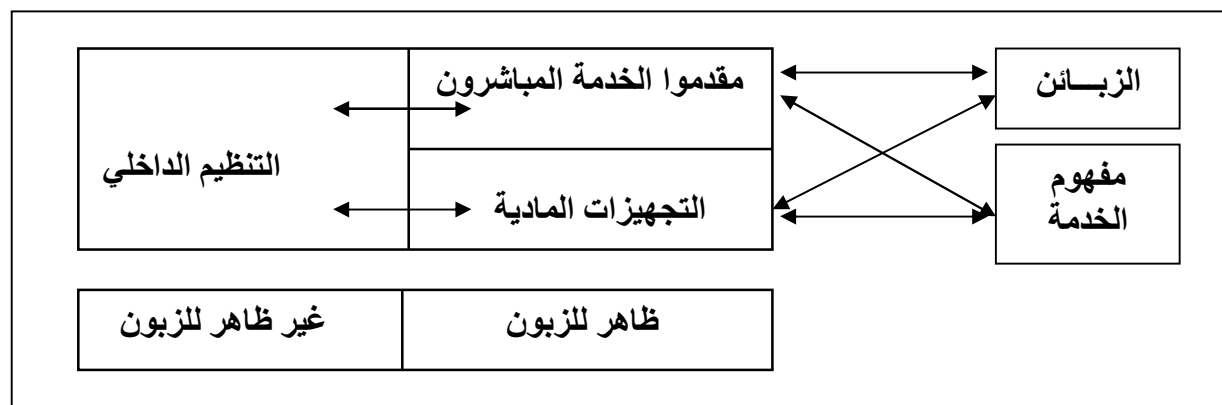
نشير هنا إلى أن إنتاج الخدمة الصحية من خلال توفر هذه العناصر الثلاثة، يقتضي مجموعة من التفاعلات المتبادلة فيما بينها تحدها المؤسسة الصحية عبر منهج وسياسة إدارتها من خلال تسخير الموارد والتقنيات اللازمة.

¹ Farida Djellal et al, Op.Cit, P. 58.

2- إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج Eiglier و Langeard:

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

الشكل رقم (3): نموذج Eiglier 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 (التكنولوجيا، التسيير العملياتي والوظيفي...)، وقسم تفاعلي (المهنيون الذين يتصلون بالزبون، أنظمة المعلومات...)².

* استعمل Eiglier 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**, Paris: DUNOD, 2004, P. 11.

² Idem, P. 21.

بتطبيق هذا النموذج على المؤسسة الصحية، فإن عناصر إنتاج الخدمة تكون كالتالي:¹

- **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 المؤلف أن يعمل رفقة مقدمي الخدمة الممثلين في مهنيي الصحة والمساعدين، هذا الإنتاج المشترك Coproduction بين مقدم الخدمة وطالباها يمثل عاملا جوهريا يضيف للمؤسسة الصحية ميزة تنافسية إذا أحسنت إدارته واستغلاله؛
- **عاملو الجبهة الأمامية:** هم العاملون الذين لديهم علاقة مباشرة مع الزبون (الأطباء، المرضى،...)، 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 الخدمة²؛
- **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، لا بد من معرفة ماهية الجودة، والتي سنتطرق إليها في المبحث الموالي.

¹ Eric Volger, Op.cit, P. 21.

² P.Eiglier et E.Langeard, **Servuction : Le Marketing des Services**, Paris : Ediscience International, Cinquième Tirage, 1994, P. 16.

المبحث الثالث: مفاهيم نظرية حول الجودة

سيتم التطرق في هذا المبحث إلى أهم المفاهيم النظرية حول الجودة، من خلال التعرف على مفهومها وتطورها التاريخي، أهميتها وأهدافها.

المطلب الأول: مفهوم الجودة وتطورها التاريخي

أولاً: مفهوم الجودة

"يرجع مفهوم الجودة (Quality) إلى الكلمة اللاتينية (Qualitas)، التي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة صلابته، وقديماً كانت تعني الدقة والإتقان".¹

وقد تعددت التعاريف التي أوردها المهتمون بموضوع الجودة، نذكر أهمها:

- عرف Deming، الجودة بأنها "تحقيق احتياجات المستفيد حاضراً ومستقبلاً".²
- وعرف Juran، الجودة على أنها "مدى ملائمة المنتج للاستعمال".³ أي المعيار الأساسي للحكم على جودة المنتج في رأي Juran هو القدرة على تقديم أفضل أداء وأصدق صفات.
- أما Crosby، فقد عرف الجودة على أنها "مدى المطابقة مع المتطلبات".⁴ أي كلما كانت مواصفات المنتج مطابقة لمتطلبات العميل كلما كان هذا المنتج ذو نوعية جيدة.
- عرفت المنظمة الدولية للمقاييس وفقاً للمواصفة (ISO 8402)، الجودة على أنها "مجموعة من المزايا والخصائص الخاصة بالمنتج أو الخدمة، والتي تساهم في إشباع الرغبات المعلنة أو الكامنة". ففي هذا التعريف قسمت رغبات المستعملين إلى رغبات معلنة أي يعلمها الزبون قبل عملية الشراء، ورغبات كامنة تتكون لديه بعد عملية الشراء.
- وفي التعريف الحديث نسبياً وفقاً للمواصفة (ISO 9000) إصدار 2000، عرفت الجودة بأنها عبارة عن "قابلية مجموعة من الخصائص الباطنية لمنتج لإرضاء المتطلبات".⁵

من خلال التعاريف السابقة، نلاحظ أن مفهوم الجودة يشتمل على جانبين كل واحد مرتبط بالآخر ارتباطاً وثيقاً، الجانب الأول مرتبط بخصائص السلعة أو الخدمة المقدمة ومدى مطابقتها للمواصفات المحددة لها، أما الجانب الثاني فيتمثل في العلاقة بين الزبون والخدمة أو السلعة المقدمة له ومدى قدرتها على تلبية حاجاته وتوقعاته.

¹ مأمون الدرادكة، طارق شيلي، **الجودة في المنظمات الحديثة**، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2002، ص. 15.

² طلال بن عايد الأحمد، **إدارة الرعاية الصحية**، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004، ص. 126.

³ محفوظ أحمد جودة، **إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات**، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2004، ص. 19.

⁴ المرجع نفسه، ص. 19.

⁵ Abdallah Seddiki, **Management de la Qualité**, Alger : Office des Publications Universitaires, 2003, P. 23.

ومفهوم الجودة يختلف باختلاف الجهة المستخدمة من أفراد ومؤسسات، لذلك قام David Garvin وهو أحد رواد الجودة في كتابه "Managing Quality" في عام 1988، بجمع كل التعاريف المتعلقة بالجودة، وحددها بخمسة مداخل أساسية، تتمثل فيما يلي:¹

1. مدخل التفوق:

ويقصد بالجودة وفق هذا المدخل بأنها ملائمة المنتج، أي قدرة أداء المنتج للاستخدام وفقا للمواصفات التي تحقق رضا المستهلك من خلال تقديم أداء أفضل وأدق صفات تشبع رغبات الزبون.

2. مدخل المنتج:

ضمن هذا المدخل ينظر للجودة على أنها الدقة والقدرة في قياس المفردات والخصائص المطلوبة في المنتج والتي هي قادرة على تحقيق رغبات الزبون.

ويمتاز هذا المدخل أنه في حالة الاعتماد على التفضيل الشخصي فإن الخصائص والمواصفات التي يتم القياس عليها تكون مضللة، لأن جزء كبير من الجودة يعتمد على تفضيلات الزبون ورغباته.

3. مدخل المستخدم:

تتمثل الجودة ضمن هذا المدخل في قدرة المنتج على إرضاء توقعات الزبون، لذلك فهي عبارة عن مفهوم شخصي ذاتي تتغير فيه ردود الفعل تبعا للعديد من العوامل كالمستوى الاجتماعي والثقافي ومستوى الإشباع.

ويمتاز هذا المدخل بأنه يربط بين الجودة والرضا.

4. مدخل التصنيع:

تعني الجودة وفق هذا المدخل صنع منتجات خالية من النسب المعيبة من خلال مطابقتها لمواصفات التصميم المطلوبة.

ويمتاز هذا المدخل بتحقيق معايير قياس الجودة المستهدفة بأقل تكاليف.

5. مدخل القيمة:

يهدف هذا المدخل إلى تحديد عناصر السعر، أي مدى إدراك الزبون لقيمة المنتج أو الخدمة الذي يرغب في الحصول عليها من خلال مقارنة خصائصه ومدى ملاءمتها لحاجته مع سعر الشراء، ومتى تحقق ذلك للعميل فإن المنتج يصبح بنظره ذو قيمة عالية.

والجودة يعبر عنها وفق هذا المدخل بدرجة التمايز بالسعر المقبول وتحقيق السيطرة على متغيراتها بالتكلفة المقبولة.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001: 2000، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2005، ص.ص. 21-22.

ثانياً: التطور التاريخي للجودة

يمكن إرجاع أصول التفكير في الجودة إلى حقبة زمنية بعيدة فكانت الدقة والإتقان هي المرادف الأساسي للجودة، حيث ظهرت في حضارات متعددة في مقدمتها الحضارة الفرعونية (في بناء الأهرامات) والحضارة الصينية (بناء صور الصين العظيم)، وفي الإسلام كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يحث على الاهتمام بالجودة في العمل من خلال الأحاديث، حيث يقول صلى الله عليه وسلم: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه".

ومنذ بدايات القرن العشرين وانطلاق الثورة العلمية والتكنولوجية، أعيد تشكيل مفهوم الجودة بأبعاد جديدة، حيث ارتبطت ارتباطاً وثيقاً بالإدارة كوظيفة أساسية، وقد اتفق معظم الباحثين على المراحل التاريخية التالية لتطور مفهوم الجودة، وهي متداخلة التأثير:¹

المرحلة الأولى : مرحلة مسؤولية العامل (الحرفي) عن الجودة (قبل عام 1900)

الملاحظ الأساسية لهذه المرحلة أن التحكم في الجودة كان يتم برقابة العامل على عمله اعتماداً على مهارته ودقة أدائه، حيث كان الإنتاج يعتمد على اليدوية كما كان بمعدلات قليلة يسهل السيطرة عليها وتحديد نطاق المسؤولية فيها.

المرحلة الثانية: مرحلة مسؤولية الملاحظ (رئيس العمال) عن الجودة (من 1900 إلى 1920)

مع بداية القرن العشرين ظهر مفهوم التصنيع الحديث، وزادت معدلات الإنتاج وظهرت الحاجة إلى تنظيم بعض الأعمال والمنتجات المستخدمة كقطع غيار لبعض المعدات، ومن هنا أصبح أداء العمالة يشابه في نوعية العمل، واعتمد أسلوب العمل في هذه المرحلة على تقسيم العمالة إلى مجموعات كل مجموعة مسؤولة من أحد الأشخاص كملاحظ لها، ويتحدد عمله الأساسي في مراجعة الأعمال والتأكد من جودة الإنتاج، وبذلك نجد تطوراً في أسلوب الرقابة من حيث التنظيم (مجموعة العمل) والمسؤوليات (عامل / ملاحظ).

المرحلة الثالثة: مرحلة رقابة المفتش (من 1920 إلى 1940)

خلال هذه الفترة زادت معدلات الإنتاج مع تطور في التفقيش، ووجود تداخل في خطوات الإنتاج المعتمدة وزيادة حجم العمالة التي تخضع لرئيس العمال مع تنوعت الأعمال التي يقوم بها نفس العامل، مما أدى إلى الحاجة لتخصيص عمالة وتدريبها على أعمال التفقيش. وبذلك ظهرت وظيفة المفتش الذي يقوم بعمل الرقابة والإصلاحات المطلوبة طبقاً لخطوات التصنيع. وبذلك نجد تطوراً ملحوظاً في التنظيم بظهور وظيفة المفتش المستقل عن العامل والملاحظ، وتحديدًا لنقاط محددة أثناء الإنتاج تخضع للتفتيش وبذلك نقل تكاليف الإصلاح في التفقيش النهائي.

¹ نايف قاسم علوان المحياوي، مرجع سابق، ص.ص. 24-25.

المرحلة الرابعة: مرحلة الرقابة الإحصائية (من 1940 إلى 1960)

خلال الحرب العالمية الثانية والمرحلة التالية لها أخذ الإنتاج طريق إلى النمطية والإنتاج الكمي مما تعذر معه إمكانية التفتيش على الإنتاج كله بنسبة 100% للتحقق من خلو المنتجات من العيوب، وظهرت الحاجة الملحة إلى تدخل العلم فتم استخدام الطرق الإحصائية مثل الفحص بالعينات واستخدام خرائط الضبط الإحصائي وخرائط الفحص والتحليل والاختبارات المعملية، وبذلك تم إنشاء قسم مراقبة الجودة بكل مؤسسة أو مصنع يتولى الإشراف وإصدار التعليمات للعاملين بالجودة ومراجعة الخرائط الإحصائية وتعديلها طبقاً للنتائج المسجلة في كل فترة زمنية أو كمية إنتاج محددة.

المرحلة الخامسة: توكيد أو ضمان الجودة (من 1960 إلى 1980)

نظام يهدف إلى ضمان جودة الإنتاج في جميع مراحل التنفيذ وهو نظام متكامل وفعال يهدف إلى الاكتشاف الفوري للعيوب وعدم التوافق الذي يؤثر على جودة المنتج أو الخدمة، ووضع الإجراءات التصحيحية لها والضوابط اللازمة لمنع حدوثها مستقبلاً. ونظام توكيد (ضمان) الجودة يعتمد على وضع ضوابط وإجراءات في كل مرحلة من مراحل دورة حياة المنتج، من جودة التصميم الذي يغطي احتياجات الزبون وتوقعاته إلى تتبع المنتج بعد خروجه وخدمته والتغذية العكسية لانعكاسات المستهلك بعد الاستخدام.

وقد ظهرت الحاجة في هذه المرحلة إلى وجود بنود أساسية وفعالة لتطبيق نظام توكيد الجودة حيث أصدرت المنظمة العالمية للمواصفات القياسية (ISO) سلسلة المواصفات ISO 9000، التي تشمل على إرشادات للمؤسسات لبناء نظام توكيد الجودة والأسس الفنية والتنظيمية، التي يؤدي تطبيقها إلى منتج جيد في جميع مراحل مع تحديد المهام الوظيفية التي تؤدي في النهاية إلى إرضاء الزبون وإشباع حاجته.

المرحلة السادسة: إدارة الجودة الشاملة TQM (من 1980 حتى الآن)

شهدت هذه الفترة صراعاً تنافسياً، تبين فيه أن مدخل ضمان الجودة لم يعد قادراً في حد ذاته على تحقيق التميز الواضح في كافة العمليات التي تقوم بها المؤسسة، بما يضمن الجودة المتميزة للمنتجات والخدمات المؤداة. كما زاد الاهتمام برغبات العملاء بمفهومها الواسع داخل المؤسسة والسعي لتحقيقها، فبات من الضروري البحث عن سبل لتخطيط استراتيجي يضمن تضافر كافة الجهود لتحقيق مهام محددة وأهداف واضحة في ضوء رغبات وتوقعات العملاء .

وأصبح أيضاً من الضروري البحث عن فلسفة تنظيمية تحكم العمل بالمؤسسة يكون أساسها التحسين المستمر في الأداء وتحليل المشكلات وحلها، فحاولت العديد من المؤسسات تحسين أوضاعها وفق ما أطلق عليه "إدارة الجودة الشاملة" كمدخل إداري حديث أدى إلى التغيير الجذري في مفاهيم الجودة.

وقد تميزت هذه المرحلة بما يلي:¹

- ✓ إعطاء الجودة الشاملة اهتماماً خاصاً من قبل الإدارة العليا.
- ✓ إيجاد ربط بين الجودة الشاملة وزيادة تحقيق الأرباح.
- ✓ إعطاء الجودة الشاملة تعريفاً خاصاً من وجهة نظر الزبائن .
- ✓ إدراج الجودة الشاملة ضمن التخطيط الاستراتيجي للمؤسسة.
- ✓ استخدام الجودة الشاملة كميزة تنافسية .

المطلب الثاني: أهمية وأهداف الجودة

سنتناول أهمية الجودة مع إبراز أهدافها.

أولاً: أهمية الجودة

للجودة أهمية كبيرة بالنسبة للمؤسسات، إذ تعتبر أحد العوامل التي تحدد حجم الطلب على منتجاتها، ويمكن تناول أهمية الجودة بالنسبة للمؤسسة كما يلي:²

1. سمعة للمؤسسة:

تستمد المؤسسة شهرتها من مستوى جودة منتجاتها ، ويتضح ذلك من خلال العلاقات التي تربط المؤسسة مع الموردين وخبرة العاملين ومهارتهم ، ومحاولة تقديم منتجات تلبي رغبات وحاجات الزبائن، فإذا كانت منتجاتها ذات جودة منخفضة فيمكن تحسينها لكي تحقق الشهرة والسمعة الواسعة والتي تمكنها من التنافس مع المؤسسات المماثلة في نفس النشاط.

2. المسؤولية القانونية للجودة:

إن كل مؤسسة سواء كانت صناعية أو خدمية تكون مسؤولة عن كل ضرر قد يصيب الزبون نتيجة استخدامه لمنتجات أو خدمات غير جيدة، لذا فإن عدد المحاكم التي تتولى هذه القضايا هي في تزايد مستمر، بالتالي فعلى المؤسسة تحمل كامل المسؤولية.

¹ مأمون الدرادكة ، طارق شيلي، مرجع سابق، ص. 33.

² نايف قاسم علوان المحياوي، مرجع سابق، ص.ص. 33-34.

3. المنافسة العالمية:

إن التغيرات السياسية والاقتصادية ستؤثر في كيفية وتوقيت تبادل المنتجات إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي، وفي عصر المعلومات والعولمة، تكتسب الجودة أهمية متميزة إذ تسعى كل من المؤسسة والمجتمع إلى تحقيقها بهدف التمكن من تحقيق المنافسة العالمية وتحسين الاقتصاد بشكل عام والتوغل في الأسواق العالمية.

4. حماية الزبون:

إن تبني المؤسسة لسياسة الجودة ووضعها مواصفات قياسية محددة تساهم في حماية الزبون من الغش التجاري وتعزيز الثقة في منتجاتها، حيث أن الجودة المنخفضة تؤدي إلى عدم رضا الزبون على منتجات المؤسسة، وكنتيجة لانخفاض الجودة أو عدم وجود مواصفات واضحة أدى ذلك إلى ظهور جماعات حماية الزبون لحمايته من الغش وترشيده إلى المنتجات الأكثر جودة.

5. التكاليف وحصة السوق:

عندما تقوم المؤسسة بتحسين جودة المنتجات والخدمات التي تقدمها سيسمح لها بجذب أكبر عدد من الزبائن وبيع منتجاتها بسعر مرتفع مما سيؤدي حتما إلى زيادة حصتها السوقية وتخفيض تكاليفها، بالتالي زيادة أرباحها.

ثانيا : أهداف الجودة

هناك نوعان من أهداف الجودة، وهما:¹

1. أهداف تخدم ضبط الجودة:

وهي التي تتعلق بالمعايير التي ترغب المؤسسة في المحافظة عليها حيث تصاغ هذه المعايير على مستوى المؤسسة ككل، وذلك باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل الأمان وإرضاء الزبائن.

2. أهداف تحسين الجودة:

وهي غالبا ما تنحصر في الحد من الأخطاء وتطوير منتجات وخدمات جديدة ترضي الزبائن بفعالية أكبر.

¹ مأمون السلطي، سهيل إلياس، دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الإيزو 9000، دمشق: دار الفكر المعاصر، الطبعة الأولى، 1999، ص. 103.

و يمكن تصنيف أهداف الجودة بنوعيتها إلى خمس فئات، هي:¹

- ✓ أهداف الأداء الخارجي للمؤسسة، وتتضمن الأسواق والبيئة والمجتمع؛
- ✓ أهداف الأداء للمنتج أو الخدمة، وتهتم بحاجات الزبائن والمنافسة؛
- ✓ أهداف العمليات، وتتناول مقدرة العمليات وفعاليتها وقابليتها للضبط؛
- ✓ أهداف الأداء الداخلي، وتتناول مقدرة المؤسسة وفعاليتها ومدى استجابتها للتغيرات ومحيط العمل؛
- ✓ أهداف الأداء للعاملين، وتهتم بالمهارات والقدرات والتحفيز وتطوير العاملين.

وعليه، يمكن القول بأن الجودة تعتبر استثماراً له عائد، يتمثل في كسب رضا الزبون وولائه، جذب زبائن جدد والحصول على حصة أكبر من السوق مع زيادة الأرباح.

¹ نايف قاسم علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 39.

خلاصة الفصل الأول

نستخلص من دراستنا لهذا الفصل مجموعة من النقاط، نذكر أهمها فيما يلي:

- ✓ تعددت تعريف 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.
- ✓ تتميز الخدمات الصحية على مختلف أنواعها (علاجية أو وقائية) بالإلحاح والسرعة في أدائها 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 زبائننا.
- ✓ 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.
- ✓ 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:

جودة الخدمات الصحية وكيفية تقييمها

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية وكيفية تقييمها.

تمهيد:

تعتبر جودة الخدمات الصحية من أهم القضايا التي تواجه المؤسسات الصحية، سواء كان ذلك على المستوى العالمي أو المحلي، وسواء كانت مؤسسات صغيرة أو كبيرة، حيث توجد الكثير من العوامل التي تفرض نفسها على تلك المؤسسات بما يجعلها تهتم بتقديم خدمات صحية تتلائم مع توقعات الزبائن (المرضى) وتلبي حاجاتهم، ومعرفة المعايير التي يعتمدون عليها في الحكم على جودة الخدمة المقدمة إليهم.

في هذا الإطار، توصلت العديد من الدراسات إلى تحديد أساليب لقياس جودة الخدمة -بغض النظر عن طبيعة الخدمة-، تمكن إدارة المؤسسة من التعرف على درجة رضا الزبون على ما يقدم إليه من خدمات، مع تحديد معايير التقييم المعتمدة في الحكم على جودتها، وإبراز أهميتها النسبية من وجهة نظر الزبون قصد التحسين.

من هذا المنطلق، خصصنا هذا الفصل لدراسة جودة الخدمات الصحية وكيفية تقييمها، من خلال ثلاثة مباحث، هي كالتالي:

المبحث الأول: جودة الخدمات الصحية؛

المبحث الثاني: أساليب قياس ومعايير تقييم جودة الخدمات الصحية؛

المبحث الثالث: مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية.

المبحث الأول: جودة الخدمات الصحية

إن ارتباط الخدمة الصحية بالحياة البشرية يجعل من الإهتمام بجودتها أمراً حتمياً، فالأشكال المختلفة من الممارسات غير الصحيحة قد تؤدي إلى نتائج غير مرغوبة، كثيراً ما يصعب تداركها. كما تعتبر جودة الخدمات الصحية من العناصر الأساسية الحاكمة في مجال التنافس بين المؤسسات الصحية، حيث يتوقف تفضيل المريض للتعامل مع مؤسسة صحية دون أخرى على ارتفاع مستوى جودة هذه الخدمات.

سنحاول في هذا المبحث، التعرف على مفهوم جودة الخدمات الصحية وتطورها التاريخي، مع الإشارة إلى أهدافها ومستوياتها.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية وتطورها التاريخي

أولاً: مفهوم جودة الخدمة الصحية

توجد عدة أوجه نظر لمفهوم جودة الخدمة الصحية، نذكر أهمها:¹

- **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، الخبرات والخدمة الصحية المقدمة؛
- **الجودة من المنظور الإداري:** تعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة، والقدرة على جذب المزيد منها لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة؛
- **الجودة من المنظور السياسي (القيادة العليا بالدولة):** تمثل مدى رضا المواطن عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية، وفي نفس الوقت كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة، ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور الطبي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية؛
- **الجودة من منظور المستفيد أو المريض:** تعني طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية. وتحمل وجهة نظر المستفيد أهمية بالغة، حيث أن مستوى الجودة يعتمد إلى حد كبير على ادراك المريض وتقييمه لها، وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة أعلى 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 قياساً بما هو متوقع".²

¹ م. علي سكر عبود وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، العراق: كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد الحادي عشر، العدد الثالث، 2009، ص. 57.

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص. 199.

- أما Donabedian، فقد عرف الجودة الصحية بأنها "صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية، بعد أن يأخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها".¹

وكان قد قدم في عام 1966، شرحاً مطولاً لنموذجه المتكامل لجودة الخدمة الصحية، وتوصل إلى أن الحكم على الجودة يتم من خلال مفهوم العلاقة المتداخلة والمتشابكة للعناصر الثلاثة التالية:

- **هيكل الخدمة:** يتمثل في إستراتيجية المؤسسة الصحية ومرافقها، الأجهزة، الأموال، الموظفين والموارد الأخرى الموجودة فيها، والتي تؤلف بعضها مع بعض النظام القائم على تقديم الخدمات المطلوبة؛
- **عملية الخدمة:** تتألف من تلك الخصائص المتعلقة بتقديم الخدمة نفسها، مثل ملاءمة الخدمة والإحساس بها؛
- **مخرجات الخدمة:** تمثل نتائج الإجراءات المتخذة في عملية تقديم الخدمة.

- حسب الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية (JCAH)، فإن جودة الخدمة الصحية هي عبارة عن "درجة الإلتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها، للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي".²

- فيما عرفها المعهد الطبي الأمريكي، على أنها "المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الصحية فيما يتعلق بارتفاع احتمال الحصول على النتائج المرغوبة من قبل الأفراد والمجتمع، والنتائج المحاسبية والمالية".³

- كما يرى كل من Kaluzny و McLaughlin و Kibbe، أن الجودة الصحية هي "مدى التوافق أو عدم التوافق مع توقعات المستفيدين الداخليين والخارجيين واحتياجاتهم، مثل المرضى وأسرهم، الأطباء، أرباب العمل والموظفين".⁴

من خلال التعاريف السابقة، نجد أن أفضل تعريف لجودة الخدمة الصحية هو ذلك التعريف الذي يتيح للمستفيدين مزيداً من فرص فهم نظام الخدمات الصحية، ولذلك يعد تحديدنا للمستفيدين على اختلاف أشكالهم أولاً، ثم الوقوف على وجهات نظرهم في مسألة حسن الرعاية الطبية وغير الطبية المقدمة لهم ثانياً، أمراً حاسماً عند تقدير جودة الخدمة. ومن الأمور التي نتوقعها نحن المستفيدين لجودة الخدمة التي نقف عندها بصدد حاجتنا إلى تلقي الرعاية الصحية، سهولة الحصول على الخدمة بأقل وقت انتظار ممكن.

¹ طلال بن عايد الأحمد، مرجع سابق، ص. 125.

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سابق، ص. 187.

³ Claude Vilcot, Hervet Leclat, **Indication Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles**, France : AFNOR, 2006, P. 14.

⁴ طلال بن عايد الأحمد، مرجع سابق، ص. 126.

ثانياً: التطور التاريخي لجودة الخدمة الصحية

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى قانون حمورابي ملك بابل (3000 سنة قبل الميلاد)، الذي يحتوي على أقدم قوائم عرفها الإنسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة، والذي جمع بين الجودة وتكلفة الخدمة الصحية، كما تضمن بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والنقصير والإهمال. في القرن الخامس قبل الميلاد، احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب. وفي القرن الرابع قبل الميلاد، وضع أرسطو قانوناً يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى. أما في عصر الإغريق، طلب أبوقراط من تلاميذه أن يقسموا على تقديم أفضل رعاية لمرضاهم.¹

في العصر الحديث، أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الخدمة الطبية، من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية والإعداد والالتزام بما يعرف "بروتوكولات العلاج". هذا وقد شكلت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى، الهيئة الأمريكية لاعتماد المستشفيات عام 1952، والتي تسمى في الوقت الحاضر "الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية" (JCAH)²، حيث تابعت حركة تحسين الجودة وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المؤسسات الصحية.

وقد تتابعت جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها جهات المؤسسات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية، وقد يكون أهم أعمال هذه الحركات فكرة معايير الجودة أو ضمان الجودة في سنوات السبعينات والثمانينات ميلادية. فيري Walter، أن برامج ضمان الجودة قامت على مبدئين أساسيين، هما:³

- إجراءات المراقبة أصبحت تعمل بصفة روتينية؛
- وجود نموذج لتنفيذ العمل، يخضع لمبدأ المطابقة مع معايير موضوعة مسبقاً، وضمن الجودة يعني احترام هذا التطابق.

¹ حنان الأحمد، تحسين الجودة : المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض: مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000، ص. 116.

² ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع، 2008، ص. 24.

³ Jocelyn Husser, *Le Management Stratégique de la Qualité Hospitalière par l'Encadrement Intermédiaire*, Genève (Annecy) : Conférence Internationale de Management Stratégique, 13-16 Juin 2006, P. 4.

وجهت انتقادات عديدة لبرامج تحسين الجودة ، وفيما يلي أهم هذه الانتقادات:¹

- يعتبر كل من Schumacker و Berwick، أول من أشارا إلى الخاصية الإختزالية لبرامج تحسين الجودة، التي كانت موجهة فقط، حسب رأيهما، إلى تحليل الممارسات المهنية، حيث تم حصر الجودة في الخبرة الطبية دون الأخذ في الحسبان باقي المهنيين، فظهور قصور معين لا يعني فقط ارتكاب المهنيين للأخطاء ولكن أيضا يعني عدم مقدرة المؤسسة الصحية على التنظيم الفعال للخدمات العلاجية، هذا انطلاقا من تحليل Deming الذي يرى أن 15% من النقائص ترتبط بالخبرة التقنية للمهنيين و 85% تعود إلى عوامل تنظيمية؛
- ويرى فريق آخر من الباحثين في مجال الجودة الصحية أن العيب في برامج تحسين الجودة هو صعوبة الوصول إلى التطابق مع المعايير، وذلك لعدم إمكانية التحديد الدقيق لهذه الأخيرة عندما يتعلق الأمر بالخدمات.

ردا على الانتقادات العديدة لبرامج تحسين الجودة، انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (في التسعينات الميلادية)، والتي اهتمت بدرجة أكبر بتسيير الموارد البشرية فيما يتعلق بالتكوين والتحفيز.

إن تطور مفاهيم الجودة عبر مراحل زمنية مختلفة، ما هو إلا دليل على صعوبة بلورة قاعدة علمية ومنهجية محددة المعالم للجودة في المجال الصحي، وأصبح الاتجاه السائد في الوقت الحالي هو الاهتمام المتزايد بإشراك مستهلك الخدمة الصحية في إنتاج هذه الأخيرة والمساهمة في تحسين جودتها. وذلك يستلزم إقناعه بجدية إشكالية جودة الخدمة الصحية، وأن لها نتائج إيجابية حقيقية. فضلا على زيادة الاهتمام بالاستهلاك الصحي حيث أصبحت معظم المؤسسات الصحية تخضع لمنطق مزدوج:²

- منطق التحكم في النفقات الصحية استجابة لمتطلبات الجهات الممولة وشركات التأمين.
- منطق تحسين الجودة استجابة لمعايير منظمات الاعتماد والتأهيل، فضلا عن متطلبات المرضى الذين أصبحوا يلجأون للقضاء في حالات الخطأ الطبي والتعرض للأخطار داخل المؤسسة.

¹ Jocelyn Husser , Op.Cit, P. 5.

² Hervé Leteur et autre, **La Qualité Hospitalière**, France : Groupe Berger-Levrault, 2^{ème} édition, 1999, P. 169.

المطلب الثاني: أهداف ومستويات جودة الخدمة الصحية

أولاً: أهداف جودة الخدمة الصحية

إن الجودة هي أسلوب تتبعه المؤسسة الصحية للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدى من مختلف جوانبه، واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر، وذلك في إطار تحقيق الأهداف التالية:¹

1. تلبية رغبات المستفيدين على النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم.
 2. ملاءمة العلاج والرعاية لمختلف الحالات المرضية.
 3. اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة للحد من المضاعفات والأحداث التي يمكن تجنبها أو الوقاية منها.
 4. تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية، والعمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين.
 5. تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة.
 6. ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة.
- وتتميز الجودة بقيم جوهرية، تظهر في الشكل التالي:

الشكل رقم(04): القيم الجوهرية للجودة.

يكرس نفسه لخدمة الزبائن أولاً		
يستبق تنفيذ رغبات زبونه ويلتزم توقعاته	يقابل توقعات زبونه ويوليها عناية فائقة	
يؤدي الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة	يسهم في خفض التكاليف	يدعم الأداء الجيد

المصدر: هيوكوش، إدارة الجودة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان الالتزام بها، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، الرياض: معهد الإدارة العامة، 2002، ص.57.

من خلال الشكل، نلاحظ أن القيم الجوهرية للجودة تتمثل فيما يلي:

¹ طلال بن عايد الأحمد، مرجع سابق، ص. 128.

• **خدمة المريض (والزبائن الآخرين) أولاً:** ينبغي أن تعزز الخدمات الصحية خصوصية زبائنهم عن طريق عملية تخطيط الرعاية، والمقدرة على إدراك هذه الخصوصية هي تجسيدها في القيمة الجوهرية تحت شعار "خدمة المريض أولاً"، رغم فروقات تجسيدها في المجالين السريري وغير السريري.

• **تحقيق توقعات الزبون:** مع اختلاف المهارات الفردية للأطباء وباقي عاملي المؤسسة الصحية، ينبغي عليهم ضرورة اكتساب مهارة البحث الجاد عن أنسب الطرق لمقابلة توقعات زبائنهم والعناية الفائقة بها، لزيادة رضاهم حول الخدمة المقدمة لهم.

• **تأدية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة:** فإذا لم يتم تقديم الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة فينبغي تقديم الخدمة المصححة بشكل صحيح في المرة الثانية فوراً، بالبحث عن أسباب الفشل في المرة الأولى.

• **خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدني جودتها:** الاستفادة المستمرة من كل جهد ممكن، لتحديد وتقليل تكاليف فشل المؤسسة الصحية في تقديم مستوى عالٍ من الجودة.

• **دعم الأداء الجيد للموظفين:** إن المؤسسة الصحية الناجحة هي التي تكون قادرة على جعل موظفيها يشعرون من لحظة دفعهم على أداء العمل أنهم مقدرين كأفراد، وكأعضاء فاعلين في فرق العمل المشكلة ولديهم دور مهم.

ثانياً: مستويات الجودة في الخدمة الصحية

من أجل تحقيق الأهداف سابقة الذكر، يجب التمييز بين أربعة مستويات مختلفة للجودة، هي كالتالي:¹

1- **الجودة المتوقعة (la qualité prévue):** هو مستوى الجودة الذي تتمنى المؤسسة الصحية بلوغه، أو هو مستوى الخدمات الذي تريد تقديمه لزبائنهم عبر وسائلها المتاحة، مع الأخذ بعين الاعتبار الضغوطات الداخلية والخارجية المفروضة عليها.

2- **الجودة المقدمة (la qualité fournie):** تعبر عن مستوى الجودة المحقق فعلاً من طرف المؤسسة، في ظل الشروط الطبيعية للعمل.

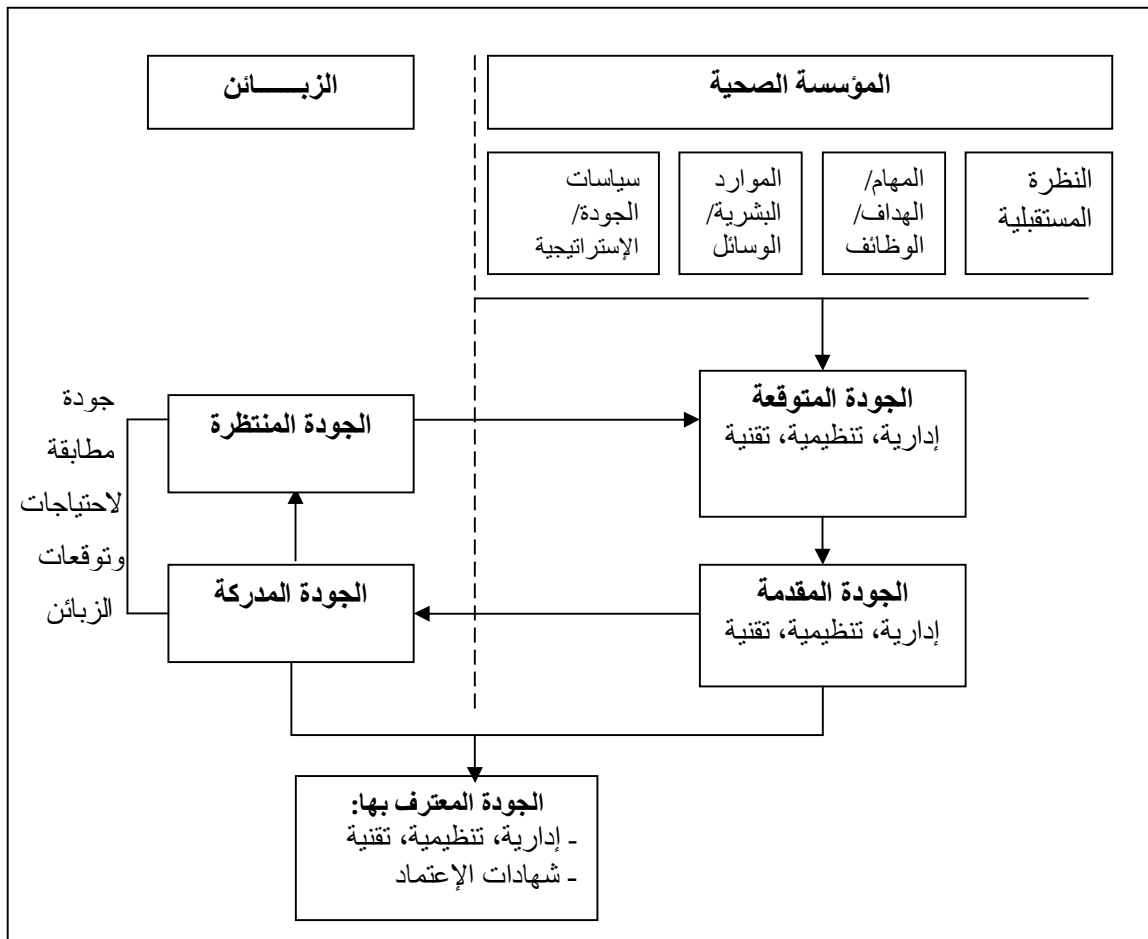
¹ Claude Vilcot, Hervet Lecler, Op.Cit, P. 19.

3- الجودة المدركة (la qualité perçue): مستوى الجودة المحسوس من قبل الزبون انطلاقاً من رغبته الخاصة، وهو تعبير عن درجة رضاه. وتعتبر أكثر أهمية من الجودة المقدمة في مجال رضى الزبون، وهي محل دراستنا.

4- الجودة المنتظرة (la qualité attendue): تتعلق بمستوى الجودة المرغوبة من قبل الزبون، من خلال مفهومه الخاص (النظافة، الاستقبال، توفر المعدات والأدوية،...). ويتم الحصول عليها من خلال تحديد الشروط اللازمة لتحقيقها اعتماداً على معايير المريض واهتماماته.

وتتضح العلاقة بين مستويات الجودة في الشكل التالي:

الشكل رقم (05): تطبيق مستويات الجودة على المؤسسة الصحية



Source : Claude Vilcot, Hervet Lecler, Op.Cit, P. 14.

من خلال الشكل، نلاحظ أن كلا من الجودة المتوقعة والجودة المقدمة يتعلقان بالمؤسسة ويعكسان مستوى أدائها، أما الجودة المنتظرة والجودة المدركة فيعكسان وجهة نظر الزبائن ومستوى رضاهم.

كما يقاس كل مستوى من مستويات الجودة بمعايير خاصة، هي كالتالي:¹

- الجودة المتوقعة تقاس بمعايير البنية، وهي معايير تقيس الوسائل والموارد المستعملة من قبل المؤسسة الصحية، بهدف تقديم خدمة علاجية تستجيب للأهداف الموضوعة (عدد الأشخاص المؤهلين، عدد الغرف الفردية، عدد الأسرة ذات الارتفاع المتغير،...).
- الجودة المقدمة تقاس بمعايير النتائج، وهي معايير تقيس مدى بلوغ الأهداف الموضوعة مسبقاً.
- الفرق بين الجودة المتوقعة والجودة المقدمة يقاس بمعايير المسار العملي، وهي معايير تقيس الأنشطة التي تسمح ببلوغ الأهداف.
- الفرق بين الجودة المنتظرة والجودة المدركة يقاس بمعايير رضا الزبائن، التي تقيس مستوى الجودة المدركة من قبل الزبون، والتي سيتم التطرق إليها ضمن المبحث الثاني.

المبحث الثاني: أساليب قياس ومعايير تقييم جودة الخدمات الصحية

إن تحديد أساليب القياس والتعرف على المعايير التي يلجأ إليها الزبائن للحكم على جودة الخدمة المقدمة إليهم، يعد من الموضوعات التي استحوذت على اهتمام الكثير من الباحثين. سنحاول في هذا المبحث، التعرف على أهم أساليب قياس جودة الخدمة عامة من وجهة نظر المستفيد وبإسقاطها على الخدمة الصحية، ثم معايير تقييمها.

المطلب الأول: أساليب قياس جودة الخدمات الصحية

قامت العديد من البحوث والدراسات بالبحث عن أسلوب مناسب لقياس جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون، من خلال المعايير المعبر عنها، وقد توصلت إلى وجود عدة أساليب للقياس، منها:

1. مقياس عدد الشكاوى:

تمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياساً مهماً لقياس جودة الخدمة المقدمة، حيث يمكن المؤسسات من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل وتحسين مستوى ما تقدمه من خدمات لزبائنهم.²

¹ Claude Vilcot, Hervet Lecler, Op.Cit, P. 48.

² نايف قاسم علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 97.

2. مقياس رضا الزبائن:

يتم عن طريق وضع استبيان يكشف للمؤسسة طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها، بشكل يمكن هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن، وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.

تفرض بعض المؤسسات الصحية أخذ هذا المقياس بعين الاعتبار عند تحديد جودة خدماتها، للأسباب التالية:¹

- ✓ غياب المعرفة والثقافة الطبية لدى المريض؛
- ✓ تؤثر المرضى بالعديد من العوامل غير الطبية؛
- ✓ خوف المرضى من الإدلاء بمعلومات حقيقية قد تؤثر بعلاقتهم بالأطباء؛
- ✓ عدم قدرة المرضى على قياس عناصر الكفاءة في منظومة توصيل الخدمات الصحية.

3. مقياس القيمة:

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة لزبائنهم تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب الزبون والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحقق القيمة، فكلما زادت القيمة المقدمة للزبائن زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات، والعكس صحيح. هذا الأسلوب يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للزبائن بأقل تكلفة ممكنة.²

4. أسلوب تحليل الفجوات (Servqual)*

حضي هذا الأسلوب بدرجة كبيرة من القبول والتطبيق في قياس جودة الخدمة، حيث ينسب إلى Berry, Parasuraman, Zeithmal سنة 1988، يستند على توقعات الزبائن لمستوى الخدمة المقدمة لهم وإدراكاتهم لمستوى الأداء الفعلي، ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات، وذلك باستخدام المعايير التي تمثل مظاهر جودة الخدمة.

بالتالي، يقوم هذا الأسلوب على معادلة أساسية ذات طرفين، هما الإدراكات والتوقعات، وذلك لقياس خمسة فجوات هامة تتعلق بكل من مؤسسة الخدمة، المستفيد من الخدمة وبالاتيين معا.

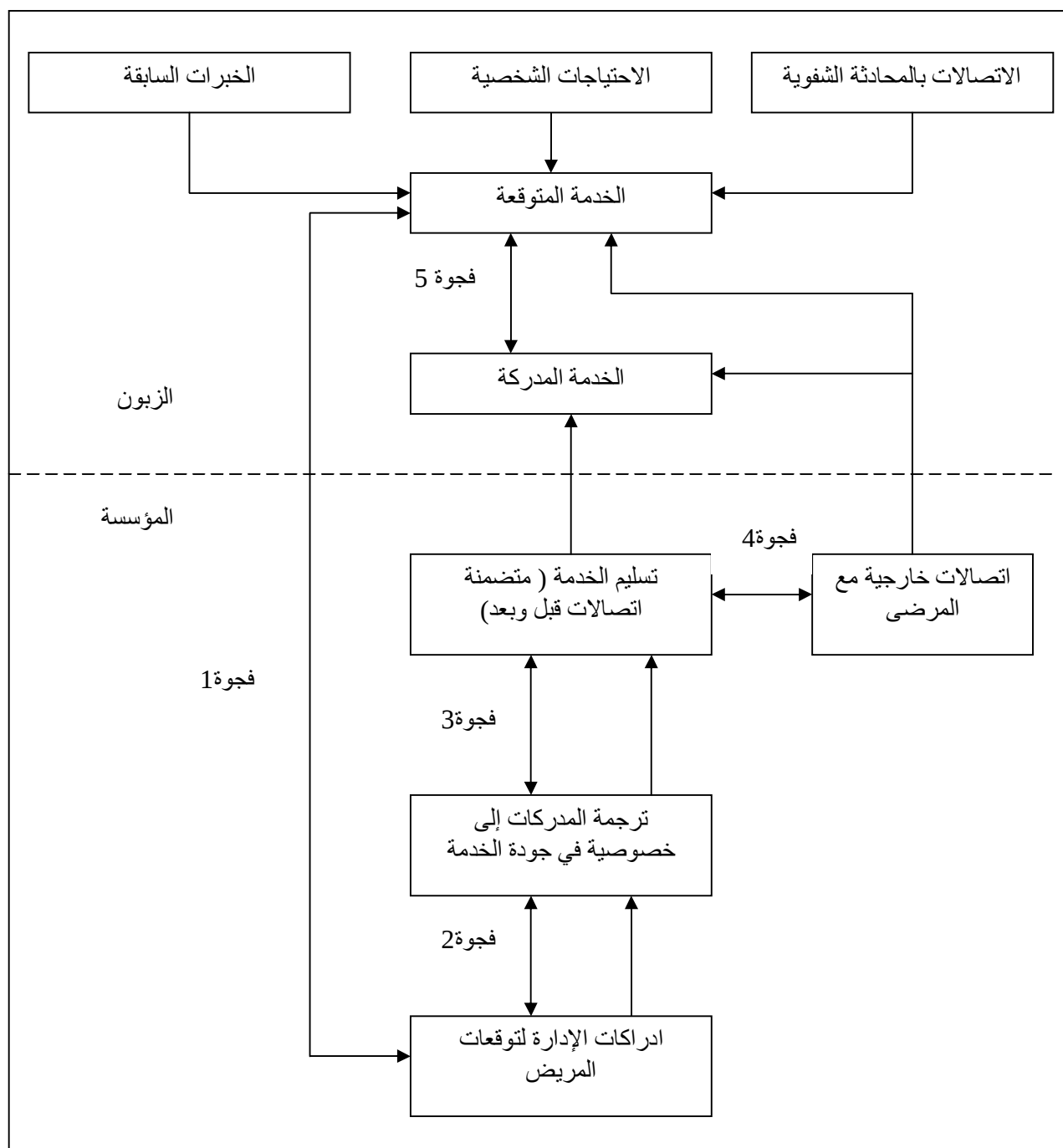
والشكل رقم (06) يوضح ذلك:

¹ فريد النجار، مرجع سابق، ص. 477.

² نايف قاسم علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 105.

* يقصد بكلمة (Servqual) جودة الخدمة، وهي ناتجة عن دمج (Service) التي تعني الخدمة و (Quality) التي تعني الجودة.

الشكل رقم (06): أسلوب تحليل الفجوات (Servqual)



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

من خلال الشكل، نلاحظ أن هذه الفجوات تتلخص في التالي:¹

الفجوة الأولى: الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة

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

الفجوة الثانية: الفجوة بين إدراك الإدارة ونوعية الخدمة المعيارية

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

الفجوة الثالثة: الفجوة بين نوعية الخدمة المعيارية وتقديم الخدمة

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

الفجوة الرابعة: الفجوة بين الخدمة المدركة والاتصالات الخارجية

تتمثل في الاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المدركة من قبل المريض وما تم الاتفاق عليه مسبقاً وعبر الاتصالات التي تمت بين الإدارة والمرضى. كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المؤسسة الصحية في الحصول على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضوء الإتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمؤسسة يجد العكس من ذلك، أو دون الاتفاق المسبق بين الطرفين.

الفجوة الخامسة: الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة

هي نتاج واحدة أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة، وتحدث عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة. كما هو في محاولة الطبيب الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه، ولكن المريض يفسر ذلك بأن هنالك شيء ما في حالته الصحية.

حتى يمكن سد الفجوة الخامسة لابد أولاً سد جميع الفجوات الأربعة، حيث وجود أي فجوة سالبة من هذه الفجوات سوف يتسبب في إحداث قصور في الخدمة المقدمة للزبائن، ومن ثم وجود فروق سلبية بين إدراكاتهم للخدمة الفعلية المقدمة وبين توقعاتهم.

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص. ص. 216-219.

من الناحية العملية، فإن أسلوب تحليل الفجوات يساعد الإدارة للتوصل إلى نتائج متعددة الأبعاد تتعلق بمستوى جودة الخدمة المقدمة، والتي تتلخص في الآتي:¹

1. مدى قدرة الإدارة أو عجزها عن فهم احتياجات ورغبات الزبائن، والذي يمكن تحقيقه من خلال جانبي المعادلة التالية:

إدراكات الإدارة لتوقعات الزبائن نحو الخدمة المقدمة = توقعات الزبائن نحو نفس الخدمة المقدمة

2. مدى فاعلية المؤسسة وكفاءة مواردها التنظيمية، والذي يمكن تحقيقه من خلال قياس جانبي المعادلة التالية:

إدراكات الإدارة لتوقعات الزبائن نحو الخدمة المقدمة = إدراكات الإدارة لمواصفات الخدمة المقدمة

3. مستوى أداء العاملين في المنظمة ودافعيتهم في تقديم الخدمة للزبائن في مستوى الجودة يتطابق مع المواصفات المحددة من جانب الإدارة، والذي يمكن تحقيقه من خلال قياس جانبي المعادلة التالية:

إدراكات الإدارة للمواصفات الواجب توافرها في الخدمة = إدراكات الزبائن لمستوى الخدمة المقدمة

4. مدى المصادقية والثقة في المؤسسة، والذي يمكن تحقيقه من خلال قياس جانبي المعادلة التالية:

إدراكات الزبائن لمستوى الخدمة المقدمة = إدراكات الزبائن لمستوى الخدمة المروجة

5. مستوى رضا أو عدم رضا الزبائن من الخدمة المقدمة، والذي يمكن تحقيقه من خلال قياس جانبي المعادلة التالية:

توقعات الزبائن لمستوى الخدمة = إدراكات الزبائن لمستوى الأداء الفعلي للخدمة

وقد تعرض هذا الأسلوب لعدة انتقادات، نذكر منها:²

- صعوبة تعميم المعايير المستخدمة في النموذج على جميع أصناف الخدمات، حيث يرى Carman بعدم التعميم.
- أصحاب هذا النموذج لم يميزوا بين الزبائن الذين لديهم خبرة في التعامل مع الخدمة Les familiers du service، وبين أولئك الذين ليس لديهم خبرة في التعامل مع الخدمة Les consommateurs occasionnels. فالصنف الأول نجد أن الفجوة المتوقعة عندهم تكاد تتطابق مع الجودة المدركة، وبالتالي تكاد تنعدم الفجوة، في حين أن الصنف الثاني يجد صعوبة في تقييم الجودة المتوقعة.

¹ نايف قاسم علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 103.

² ثابت عبد الرحمان إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الإسكندرية: الدار الجامعية، 2006، ص. 304.

- يرى Taylor و Cronin بعدم بساطة هذا الأسلوب وصعوبة تطبيقه في الحياة العملية، حيث يجب تطبيق المعايير المتعلقة بالجودة مرتين، مرة على توقعات الزبائن نحو الخدمة المقدمة، ومرة أخرى على ادراكاتهم لمستوى الخدمة الفعلية التي يحصلون عليها.

5. أسلوب الأداء الفعلي للخدمة * (Servperf)

انطلاقاً من الانتقادات التي وجهت لأسلوب تحليل الفجوات، توصل كل من Taylor و Cronin سنة 1992 إلى صياغة أسلوب لقياس الجودة، يقوم على أساس أن جودة الخدمات تمثل مفهوماً إيجابياً يتصل بالرضا ولكنه ليس مرادفاً له، كما أنه يرتبط بادراك الزبائن للأداء الفعلي للخدمة المقدمة.

على الرغم من أن الباحثين في هذا المجال يعترفون بأهمية إدراك الزبائن لجودة الخدمة، إلا أنهم يرون في نفس الوقت أن لكل من جودة الخدمة ورضا الزبون مفهوماً يختلف عن الآخر، فجودة الخدمة كما يدركها وقيمها الزبون هي شكل من أشكال الاتجاه الذي يعتمد على عملية تقييم تراكمية بعيدة المدى، أما الرضا فإنه يمثل حالة نفسية عابرة وسريعة الزوال، وبالتالي فالرضا يعتبر عاملاً وسيطياً بين الادراكات السابقة لجودة الخدمة والإدراك الحالي لهذه الجودة، وفي هذا الإطار تتم عملية تقييم الزبائن لجودة الخدمة المقدمة لهم فعلياً. وهكذا يرى مؤيدي هذا الأسلوب أنه يتكيف طبقاً لمستوى الرضا الذي يكون قد حققه الزبون عن الخدمة المقدمة له، وأن اتجاهات الزبائن إزاء الخدمة تكون على أساس خبراتهم السابقة بشأن أدائها.¹

يتميز هذا الأسلوب عن سابقه بسهولة الاستخدام والبساطة، فهو يعد بمثابة مقياس مباشر لاتجاهات الزبائن تجاه الخدمة المقدمة لهم.

وما يزال الجدل مستمراً حول فاعلية كل من هذه الأساليب في قياس جودة الخدمة، الأمر الذي يستوجب ضرورة القيام بمزيد من الدراسات التطبيقية للإسهام في حسم هذا الجدل.

رغم ذلك، فإن هذه الأساليب توفر للمؤسسة الصحية تغذية عكسية من المعلومات عن مستوى الإشباع الذي حققته الخدمة المقدمة وتوقعات زبائنهم، وتكشف جوانب النقص، التي يجب تجاوزها عن طريق إدخال التحسينات الضرورية لزيادة درجة رضا الزبائن.

* يقصد بكلمة (Servperf) أداء الخدمة، وهي ناتجة عن دمج (service) وتعني خدمة و (Performance) تعني أداء.

¹ Bolton .R.N & Drew .H.J, **Analysis of the Impact of Service Change on Customer Attitudes**, London :Journal of Marketing , Januray 1991, P.P: 72 –74.

المطلب الثاني: معايير تقييم جودة الخدمات الصحية

حتى تتمكن المؤسسات الخدمية بصفة عامة - المؤسسات الصحية بصفة خاصة- من تقييم جودة خدماتها، فإنه يتعين عليها التعرف على معايير التقييم، والتي حددها عدد من الباحثين سنة 1985 نذكر منهم (Berry, Parasuraman, Zeithmal, Taylor et Cronin) فيما يلي:¹

1. **الاعتمادية (Reliability):** أي قدرة مقدم الخدمة على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن من الاعتماد عليها وأيضاً بدرجة عالية من الدقة والصحة.

2. **مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة الصحية (Access):** أي توفرها في الوقت المناسب، والمكان الذي يرغب العميل، وهل من السهل الوصول إلى مكان تلقيها. ويمكن توضيح المقصود بسهولة الوصول إلى الخدمات بما يلي:²

- **الوصول الجغرافي:** حيث تؤخذ الأمور التالية بعين الاعتبار: توفر وسائل المواصلات للوصول للخدمة، بعد المسافة عن المرفق الصحي، والوقت اللازم للوصول إلى الخدمات الصحية والعوائق الطبيعية التي تحول دون وصول المريض لتلك الخدمة؛
- **الوصول الاجتماعي أو الثقافي:** يشير إلى قبول الخدمة الصحية المقدمة في إطار قيم المريض الثقافية ومعتقداته وتوجهاته؛
- **الوصول المادي أو الاقتصادي:** يشير إلى قدرة متلقي الخدمة على دفع قيمة الخدمة الصحية؛
- **الوصول اللغوي:** يعني وجود التواصل اللغوي بين مقدم ومتلقي الخدمة لضمان معرفة حاجة المريض الفعلية وتقديمها له؛
- **الوصول المؤسسي أو التنظيمي:** يعني مدى تنظيم الخدمات بطريقة تناسب المستفيدين منها، ويتضمن ذلك أموراً عدة مثل ساعات الدوام ونظام المواعيد وفترات الانتظار وطريقة تقديم الخدمة.

3. **الأمان (Security):** أي درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة وبمن يقدمها.

¹ محمد عباس ديوب، هنادي عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، سوريا: مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد السابع والعشرون، العدد الثاني، 2005، ص.ص. 124-125.

² عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سابق، ص. 39.

4. **المصداقية (Credibility):** درجة الثقة بمقدم الخدمة، مثلاً هل سيقوم الطبيب بإجراء العملية الجراحية دون أن يلحق أي ضرر بالمريض؟.

5. **درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات العميل (Knowing the customer):** أي مدى قدرة مقدم الخدمة على تفهم احتياجات المريض وتزويده بالرعاية والعناية.

6. **الاستجابة (Responsiveness):** مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للعملاء عند احتياجهم لها.

7. **الكفاءة (Competence):** أي كفاءة القائمين على أداء الخدمة من حيث المهارات والمعرفة التي تمكنهم من أداء الخدمة، وكثير ما يلجأ الزبائن لمثل هذا المعيار، فمثلاً يفضلون تلقي خدماتهم من أشخاص ذوي شهادات علمية عالية المستوى.

8. **الجوانب الملموسة (Physical Assets):** كثير ما يتم تقييم الخدمة بناء على التسهيلات المادية (الأجهزة والتكنولوجيات)، المظهر الداخلي للمؤسسة الصحية، مظهر العاملين مقدمي الخدمة... الخ.

9. **الاتصالات (Communication):** أي قدرة مقدم الخدمة على شرح خصائص الخدمة، فهل تم إعلام المريض بالأضرار التي يمكن أن تلحق به جراء خضوعه لعملية جراحية ما أو نتيجة عدم التزامه بما هو مطلوب منه، هل الرسالة واضحة وبلغت بطريقة مناسبة.

10. **اللباقة (Courtesy):** أي تمتع مقدمي الخدمات بروح الصداقة، الاحترام واللفظ في التعامل والاستقبال الطيب مع التحية والابتسامة مع الزبائن.¹

في دراسة لاحقة، تمكن (Berry) وزملاؤه سنة 1988 من دمج هذه المعايير العشرة في خمسة معايير فقط، هي:² الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف.

وقد أثبتت تلك الدراسة، أنه على الرغم من النظر إلى المعايير على أنها ضرورية، إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من زبون لآخر ومن مؤسسة خدمية لأخرى.

ومن أجل تقييم جودة الخدمة الصحية، تم تطوير مجموعة من المتغيرات الفرعية بحيث تشرح كل معيار من هذه المعايير، والجدول التالي يوضح ذلك:

¹ حنان الأحمدى، مرجع سابق، ص. 117

² Jean- Jacques Daudin et Charles Tapiero, *Les Outils et le Contrôle de la Qualité*, Paris : Economica, 1996, P. 9.

جدول رقم (02): معايير تقييم جودة الخدمة الصحية.

المعيار	المتغيرات الفرعية
الجوانب الملموسة	- جاذبية المباني والتسهيلات المادية. - التصميم والتنظيم الداخلي. - حداثة المعدات والجهزة الطبية. - مظهر العاملين والأطباء.
الاعتمادية	- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة. - الدقة في الفحص أو التشخيص أو العلاج. - توافر التخصصات المختلفة. - الثقة في الأطباء والأخصائيين. - الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.
الاستجابة	- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة. - الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض. - الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى. - إخبار المريض بالضبط عن وقت تقديم الخدمة والانتهاؤها منها.
الأمان	- الشعور بالأمان في التعامل. - الأدب وحسن الخلق لدى العاملين. - استمرارية متابعة حالة المريض. - سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
التعاطف	- تفهم احتياجات المريض. - وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين. - ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة. - العناية الشخصية بالمريض. - تقدير ظروف المريض والتعاطف معه. - الروح المرحية والصدقة في التعامل مع المريض.

المصدر: حنان الأحمدى، مرجع سابق، ص. 118.

من خلال الجدول المبين أعلاه، نلاحظ أنه تم صياغة المتغيرات الخاصة بكل معيار وفقاً لما يتلاءم مع المجال الصحي واحتياجات المريض.

وعليه، بعد أن تقوم المؤسسة الصحية بقياس جودة خدماتها، ثم التقييم بالاستناد على المعايير سابقة الذكر، عليها أن تقوم بإجراء التحسينات المناسبة، وهذا عن طريق اختيار مدخل من مداخل التحسين التي سيتم التطرق إليها في المبحث التالي.

المبحث الثالث: مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية

نظرا للطلب المستمر على الخدمات الصحية، وتنوع عدد الأمراض، مع زيادة تطبيقات التكنولوجيا الطبية، تحتاج المؤسسات الصحية إلى تطبيق مجموعة من المداخل التي تساهم في تحسين خدماتها، من أجل إرضاء زبائنهم وضمان البقاء في الوسط التنافسي الذي تنشط فيه. ومن بين أهم المداخل المعتمدة، نذكر:

- التحسين المستمر « KAIZEN »؛
- المقارنة المرجعية « BENCHMARKING »؛
- إدارة الجودة الشاملة « TQM »؛
- نظام إدارة الجودة « ISO 9001:2008 ».

والتي سيتم التطرق إليها في هذا المبحث، ضمن مطلبين.

المطلب الأول: التحسين المستمر "كايزن" والمقارنة المرجعية.

أولاً: مدخل التحسين المستمر كايزن "KAIZEN"

التحسين المستمر "كايزن" هو وسيلة من وسائل التغيير في المؤسسة الصحية، من أجل الحصول على أقصى قدر من جودة خدماتها، تمزج بين تنوع الأساليب والمبادئ داخل ثقافة المؤسسة وفلسفة التحسين باعتباره أسلوباً في الحياة وليس مجرد تطبيق لمبادئ مسطرة.

"كايزن" مصطلح ياباني يتكون من شطرين، "KAI" تعني التغيير، "ZEN" تعني نحو الأفضل، و"KAIZEN" إجمالاً تعني "التحسين المستمر".¹

كما يساعد التحسين المستمر كايزن على ما يلي:²

✓ **توجيه الإدارة:** يركز كايزن على القضايا، العمليات والأنظمة الإستراتيجية الأكثر أهمية؛

✓ **توجيه المجموعة:** يعتمد "كايزن" على الأنشطة الجماعية الصغيرة التي تستخدم الأدوات الإحصائية في حل المشاكل؛

¹ علي السلمي، تطوير أداء وتجديد المنظمات، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، 1998، ص. 92.

² Florence Douguet, Jorge Munoz, Les Effets de l'Accréditation et des Mesures d'Amélioration sur la Qualité des Soins sur l'Activité des Personnels Soignants, Document de Travail, Série Etudes n° 48, France : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Juin 2005, P. 41.

✓ **توجيه الفرد:** يعتمد "كايزن" على الافتراض بأن كل فرد يمكنه أن يعمل بشكل أكثر مهارة، ويمكنه أن يساهم في عملية التحسين.

وكل قسم من هذه الأقسام الثلاثة يتطلب إدراكا ووعيا خاصا باستخدام المهارات الشخصية ومهارات الإدارة المختلفة.

إن تطبيق مدخل التحسين المستمر "كايزن" في المؤسسة الصحية يتم وفق خمسة مراحل، هي كالتالي:¹

المرحلة الأولى: تقويم الأوضاع السائدة

على المؤسسة الصحية أن تعرف على وجه التحديد الوضع الراهن، والأحوال الصحية السائدة، والموارد المتاحة، وهذا يعني أنه ينبغي أن يكون لديها رؤية واضحة للمستقبل، وأن تبين رسالتها، وتحدد أغراضها؛

المرحلة الثانية: ترتيب الأشياء بشكل سليم

بعد تنفيذ الخطوة الأولى، يجب أن تقوم المؤسسة بتحليل منهجي للعمليات وتسلسلها؛

المرحلة الثالثة: تنظيف المكان

لا يمكن تحقيق تحسين مستمر إذا كان مكان العمل غير نظيف، بالتالي لابد من توفر النظافة حتى يتم بلوغه؛

المرحلة الرابعة: النظافة الشخصية

من الواجب على كل فرد عامل أن يحافظ على نظافته الشخصية ويكون مثالا للآخرين؛

المرحلة الخامسة: النظام والانضباط

لابد من فرض الانضباط والنظام داخل المؤسسة الصحية، حتى تتمكن من تحقيق التحسين المستمر.

¹ Florence Douguet, Jorge Munoz , Op.cit, P. 41.

ومدخل التحسين المستمر كايزن يتعلق بمجموعة من العناصر تؤثر على سيره، ففي دراسة أجريت لأثر تطبيقه في مؤسسة صحية وارتباطه بعناصر مختلفة، كانت النتائج كالتالي:¹

✓ لتقافة المؤسسة الصحية أثر مهم على تطبيق أسلوب كايزن.

✓ إن المؤسسات الصحية وخاصة ذات الحجم الكبير تواجه صعوبة في غرس ثقافة التحسين المستمر بسبب الهياكل البيروقراطية.

✓ كلما كان للمؤسسة الصحية خبرة في مجال الجودة كلما توصلت لنتائج أكثر جودة.

ثانياً: مدخل المقارنة المرجعية " BENCHMARKING "

تعتبر المقارنة المرجعية "Benchmarking" مدخل من مداخل التحسين التي يكمن للمؤسسة الصحية أن تعتمد عليها في تحسين وتطوير خدماتها. حيث كانت اليابان أول دولة طبقت هذا أسلوب في بداية الخمسينات من القرن الماضي، عندما قام اليابانيون بزيارة عدة مؤسسات غربية من أجل الحصول على المعرفة والاستناد عليها في تطوير المنتجات والابتكارات الجديدة. ثم انتقل تطبيقه إلى الولايات المتحدة الأمريكية في مطلع الثمانينات من القرن الماضي، على يد مؤسسة "Ranx Xerox" الرائدة في مجال الآلات الناسخة، التي حسنت من طرق تسييرها للمخزون مستعينة بمؤسسة "L.L.Bean" وهي مؤسسة مختصة في البيع بالمراسلة، وحسنت من أساليب الفوترة مستعينة بمؤسسة البريد "American express".²

وقد عرف المؤلف "Jean-Pierre Huberac" المقارنة المرجعية بأنها " عملية مستمرة لتقييم أداء المؤسسة مقارنة مع المؤسسات ذات الأداء العالمي الأفضل".³

أما المؤلف "Jean Brilman" فقد عرفها بأنها " تلك العملية التي تقوم على تحديد وتحليل والإقنتاء بممارسات المؤسسات ذات الأداء الأفضل في العالم، بهدف تحسين الأداء الخاص بالمؤسسة".⁴

وبالتالي يمكن القول بأن المقارنة المرجعية هي "عبارة عن أسلوب للتطوير والتحسين، يتم من خلاله البحث عن أفضل وأحسن مستويات الأداء خارج المؤسسة والاعتماد عليه لمقارنة وتعديل وتصحيح أساليب الأداء الداخلي".

¹ Raymond Colomb, **Cadre de Référence et Démarche Opérationnelle pour l'Implication d'un Projet Intégré de Management de la Qualité au Centre Hospitalier de Gaspé**, Université Monterial (Canada) : Diplôme d'Etudes Supérieures, 2001, P.P. 24.

* هناك عدة تسميات لهذا المفهوم باللغة العربية، مثل: القياس المقارن، المعايير، مقارنة الأداء، المقارنة المرجعية، العلامات المرجعية، ... إلخ، وسنستخدم في هذا البحث مصطلح "المقارنة المرجعية".

² Jean-Pierre Huberac, **Guide des Méthodes de la Qualité**, Paris : Maxima, 1998/1999, P. 131.

³ Idem, P. 132.

⁴ Jean Brilman, **Les Meilleures Pratiques de Management**, Paris : Editions d'Organisation, 2003, P. 288.

كما تم التمييز بين أربعة أنواع رئيسية للمقارنة المرجعية، هي:¹

1. المقارنة المرجعية الداخلية:

تتم عن طريق المقارنة بين أقسام أخرى في نفس المؤسسة، أو مع مؤسسات أو فروع تابعة لنفس المجموعة، سواء على المستوى الداخلي أو الدولي.

يتميز هذا النوع بسهولة جمع المعلومات، وتحقيق الانسجام والاستقرار فيما يخص سير العمليات والإجراءات داخل المؤسسة.

2. المقارنة المرجعية الخارجية:

تقوم على مقارنة العمليات وأساليب العمل بين مؤسسات متواجدة في قطاعات مختلفة.

يفيد هذا النوع في التعرف على المؤسسات المتميزة على مستوى الصناعات غير المترابطة والمتماثلة.

3. المقارنة المرجعية التنافسية:

تقوم على إجراء مقارنة مع مؤسسات منافسة تنتج نفس المنتج أو تمارس نفس الأسلوب أو العملية، من أجل الحصول على مستويات أفضل في الأداء.

يسمح هذا النوع بالتعرف على ثغرات نظام المؤسسة واقتراح كيفية سدها، لكنه يتميز بصعوبة الحصول على معلومات عن المنافسين لطابعها السري، مما يستدعي تفعيل دور نظم الاستخبارات التسويقية والمحافظة على علاقات جيدة مع المنافسين.

4. المقارنة المرجعية الوظيفية:

تقوم على مقارنة وظائف مماثلة في مؤسسات غير منافسة تعمل في نفس القطاع.

يساعد هذا النوع على تحديد الأفضل في مجال عمل المؤسسة، مع اقتراح الطرق الممكنة للقضاء على فجوات الأداء وتحسين العمليات على مستوى الصناعة.

¹ Jean Brilman, Op Cit, P.P. 289-290.

من أجل تطبيق المقارنة المرجعية، يتم إتباع الخطوات التالية:¹

- ✓ تحديد موضوع المقارنة المرجعية؛
- ✓ تحديد معايير المقارنة المرجعية؛
- ✓ تحديد مرجع أو شريك المقارنة المرجعية؛
- ✓ تجميع المعلومات عن المرجع؛
- ✓ تحليل ومقارنة المعلومات من أجل تحديد الفوارق؛
- ✓ تحديد مخطط عمل ووضع الأهداف؛
- ✓ التحقق من إنجاز عملية المقارنة.

وعليه، باستخدام المؤسسة الصحية لمدخل المقارنة المرجعية ستتمكن من تقصي فرص التحسين واغتنامها، حيث تمكن مستشفى "West Paces Ferry" في الولايات المتحدة الأمريكية من تقليص معدل العمليات القيصرية البالغ 22% من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من 10%، هذا باختیار مستشفيات الدانمارك كمرجع، والتي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية 5%، ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء.²

المطلب الثاني: إدارة الجودة الشاملة ونظام إدارة الجودة إيزو 9001

أولاً: مدخل إدارة الجودة الشاملة "TQM"

تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها "التفوق في الأداء لإسعاد المستهلكين، من خلال عمل المديرين والعمال مع بعضهم البعض من أجل تزويد المستهلكين بجودة ذات قيمة، من خلال تأدية العمل الصحيح وبالشكل الصحيح ومن المرة الأولى وفي كل وقت"³، فهي بذلك تحقق الاستخدام الأمثل للموارد، تقنين الإنفاق وجودة متكاملة في العمليات والخدمة المقدمة للمرضى والمراجعين في المؤسسات الصحية.

يمكن تلخيص أهم مجالات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية فيما يلي:⁴

¹Yvon Mongin, Processus : Les Outils d'Optimisation de la Performance, Paris : Edition d'Organisation, 2004, P.P. 97-98.

² حنان الأحمدى، مرجع سابق، ص. 120.

* الحروف الثلاثة TQM: هي اختصار للكلمات الثلاثة "Total Quality Management"

³ مأمون سليمان الدراكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2006، ص. 18.

⁴ حنان الأحمدى، مرجع سابق، ص. 119.

1. جودة الرعاية المقدمة: يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة من أجل:

- ✓ تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المؤسسات؛
- ✓ الاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية؛
- ✓ ترشيد النفقات والاستخدام وتقويم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية؛
- ✓ العمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية.

2. رضا العملاء: تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة وبما يتفق مع

تطلعات المستفيدين منها، وذلك من خلال إجراء التحسين بما يتفق مع توقعات الزبائن.

3. رفع معنويات العاملين: تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة

الشاملة، فهم يعتبرون زبائن داخليين يجب إرضائهم.

وتوجد أربع خطوات رئيسية لتطبيق هذا الأسلوب في المؤسسات الصحية، هي كالتالي:¹

1. الوعي الإداري بأهمية أسلوب إدارة الجودة الشاملة والحرص الشخصي على الالتزام بتطبيقه؛
2. التخطيط الاستراتيجي لتطبيقه وإشراك الموظفين في عملية التخطيط؛
3. التطبيق الإداري لهذا الأسلوب بتكامل الجوانب التحليلية والسلوكية لعناصر تطبيقه؛
4. تدريب الموظفين على كيفية تطبيقه.

أما المبادئ التي تستند إليها إدارة الجودة الشاملة، فهي:²

- ✓ التركيز على الزبون؛
- ✓ توفير الرعاية والدعم من الإدارة العليا؛
- ✓ مشاركة الأفراد؛
- ✓ الالتزام بمبدأ التحسين المستمر؛
- ✓ مدخل الحقائق في اتخاذ القرارات.

¹ هيوكوش، مرجع سابق، ص. 54.

² Henri Mitonneau, ISO Version 2000, Paris : Dunod, 2^{ème} édition, 2004, P. 178.

وفيما يلي الفوائد التي حققتها بعض المؤسسات الصحية نتيجة تطبيقها لمدخل إدارة الجودة الشاملة:¹

1. تبسيط الإجراءات:

يساعد تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة على تحديد سبل تبسيط إجراءات العمل من خلال تحسينها، وقد تمكن مستشفى "University of Michigan Hospital" بالولايات المتحدة الأمريكية، من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة بما قيمته 500000 دولار أمريكي سنوياً، نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.

2. تحسين الإجراءات:

يساعد تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة على تحسين الإجراءات بتقصي فرص التحسين واغتنامها، حيث تمكن مستشفى "University of Michigan Hospital" من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة 30% نتيجة لتحسين جدولة استخدامها.

3. كفاءة التشغيل:

تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في المؤسسة، وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين. وقد تمكن مستشفى "سنترال دو بيج" في ولاية إلينوي الأمريكية من توفير 73000 دولار أمريكي سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ، نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل. وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى "لوثرن جنرال" بنفس الولاية، تم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية باهظة الثمن التي تكلف المستشفى حوالي 120000 دولار أمريكي سنوياً، والناجم عن التأخر في إعطائه للمريض، مما يفقده الصلاحية للاستخدام.

4. القضاء على اختلافات الممارسات الإكلينيكية:

من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما لذلك من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية، ففي أربع مستشفيات تابعة لمركز "Intermountain" بالولايات المتحدة الأمريكية،

¹ حنان الأحمدى، مرجع سابق، ص. 119.

وجدت اختلافات بين مجموعة متماثلة من المرضى أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشرة جراحا تابعين للمركز، حيث تراوحت مدة العملية الجراحية بين 20 و 90 دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين 13 و 45 غرام، أما مدة بقاء المريض في المستشفى فانحصرت بين 2 و 9 أيام، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين والمكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات، ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية، وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.

5. الحد من تكرار العمليات:

يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضا العملاء. وفي دراسة أجريت في مستشفى "هنري فورد" وجد بأن 25% من مسحات عنق الرحم تتم إعادتها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل، وكان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج. وقد تم القضاء على هذه مشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم، وأن بعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيره.

عموماً، يتطلب تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية قيادة شديدة وتوجيهاً قوياً من قمة التنظيم لتبنيه، ووضع خطة عملية لتطبيقه على النحو الصحيح في جميع مراحله وعلى جميع المستويات التنظيمية، وهذا يحتاج إلى دمج مسار سلوك تطبيقه في كامل المؤسسة الصحية.

ثانياً: مدخل نظام إدارة الجودة الإيزو* 9001

يعرف نظام إدارة الجودة على أنه "مجموعة إجراءات عمل إدارية وفنية، والتي يتطلب إنجازها استخدام موارد مختلفة في ظل بناء تنظيمي محدد قادر على تحقيق نظام الجودة، الذي يسعى إلى تحقيق رغبات العميل من خلال إنتاجه لمنتجات مطابقة للمواصفات المطلوبة لجميع مراحل وعمليات شراء المواد وتصميم المنتج".¹

* إيزو ISO: هو مختصر لاسم المنظمة العالمية للتقييس "International Organization for Standardization"، التي تقوم بوضع معايير عالمية لنظام إدارة الجودة في أي مؤسسة سواء كانت إنتاجية أو خدمية، تأسست سنة 1947 مقرها جنيف بسويسرا، تضم في عضويتها أكثر من 90 هيئة تقييس وطنية. جاء اختصارها اعتماداً على الكلمة اليونانية "ISOS"، والتي تعني متساوي. وقد أصدرت المنظمة منذ إنشائها إلى غاية عام 1997، 10900 مواصفة في المجالات الآتية: الهندسة الميكانيكية، المواد الكيميائية الأساسية، المواد غير المعدنية، الفلزات، المعادن، معالجة المعلومات، التصوير، الزراعة، البناء، التكنولوجيات الخاصة، الصحة، الطب، البيئة، التغليف والتوزيع. ضمن سلسلتين من المواصفات هما ISO 9000، ISO 14000، السلسلة الأولى ذات علاقة بأنظمة إدارة الجودة والثانية بأنظمة إدارة البيئة.

¹ مأمون السلطي، سهيل إلياس، مرجع سابق، ص. 30.

لقد مر نظام إدارة الجودة الإيزو 9001 بعدة تطورات، حيث قامت المنظمة العالمية للتقييس في البداية بإصدار المواصفات القياسية في شكل نظام ضبط الجودة سنة 1987، ثم تم تعديلها في شكل نظام ضمان الجودة سنة 1994، بعدها تم تعديلها لتصبح في شكل نظام إدارة الجودة سنة 2000، ثم تطورت لتصبح الإيزو 9001:2008 وهو المطبق حالياً.

وبالتالي سنتطرق إلى نظام ضمان الجودة باختصار، فهو يحتوي على خمسة أجزاء هي:

✓ **إيزو 9000:** يوضح الخطوط العريضة لكيفية اختيار المواصفة التي تناسب المؤسسة، الأساليب اللازمة للتنفيذ وشرح العقود بين الأطراف المختلفة، وهو المرشد الذي يوضح ويحدد مجالات تطبيق نماذج إيزو الأخرى.

✓ **إيزو 9001:** هي تشمل وثيقة في السلسلة تحوي على عشرون شرطاً للجودة، تطبق على المؤسسات التي تعمل في التصميم، التطوير، التصنيع، الترتيب والخدمات، كما يتعامل مع نواحي مثل تقصي وتصحيح الأخطاء أثناء الإنتاج، تدريب الموظفين، التوثيق وضبط البيانات.

✓ **إيزو 9002:** يطبق على المؤسسات التي تقوم بالإنتاج، التركيبات والخدمات دون التصميم والتطوير، ويتطلب الوفاء بتسعة عشر شرطاً للجودة.

✓ **إيزو 9003:** يطبق على كافة المؤسسات، ويحدد نموذج نظام الجودة للتفتيش النهائي والاختبار.

✓ **إيزو 9004:** هي عبارة عن خطوط إرشادية تعطي المورد الخطوط الإرشادية للمنهج، لاستخدامها في تطوير وتنفيذ نظم الجودة وتحديد إلى أي مدى ينطبق كل عنصر من عناصر نظام الجودة.

أما نظام إدارة الجودة الإيزو 9001:2000 فيتضمن أربع مواصفات أساسية، هي:¹

1. أساسيات نظام إدارة الجودة إيزو 9000:2000

تصف هذه السلسلة المفاهيم ذات الصلة بنظام إدارة الجودة، تحدد تعاريف المصطلحات الأساسية، كما تتضمن مبادئ إدارة الجودة.

2. متطلبات نظام إدارة الجودة إيزو 9001:2000

تصف هذه المواصفة متطلبات نظام إدارة الجودة في شكل فصول أو بنود، وتركز على العمليات لضمان توكيد تقديم المنتج أو الخدمة التي تلبي حاجات الزبون وتحقق رضاه.

3. مرشد لتحسين الأداء إيزو 9004:2000

تقدم هذه المواصفة إرشادات لتحسين الأداء وهي إرشادات قابلة للتوظيف في أية مؤسسة، حيث تركز على العمليات المستقبلية لضمان رضا الزبون وتوفير الإرشادات لتحسين الأداء في المؤسسة.

4. خطوط إرشادية لتدقيق أنظمة إدارة الجودة إيزو 19011:2000

تقدم هذه المواصفة إرشادات لتحسين النظام من خلال التدقيق واستخدام الأساليب اللازمة لذلك.

مجال عمل مواصفة الإيزو 9001 إصدار 2000:

تستخدم المواصفة من قبل المؤسسات التي تحتاج إلى ما يلي:²

✓ إظهار قدرتها على توفير المنتج بشكل متماثل باستمرار ويتطابق مع متطلبات الزبون والأنظمة المتبعة.

✓ تدعيم إرضاء الزبون من خلال التطبيق الفعال للنظام متضمناً عمليات التطوير المستمرة والتأكيد على المطابقة لمتطلباته والأنظمة المتبعة.

¹ نايف قاسم علوان المحيوي، مرجع سابق، ص. 269-271.

² مقدمة عن الجودة، نقلا عن موقع:

فلسفة المواصفة الإيزو 9001 إصدار 2000 :

يركز نظام إدارة الجودة الإيزو 9001:2000 على الفلسفة التالية:

- ✓ إن نظام الجودة الجيد سيؤدي إلى ممارسات إدارية جيدة، تحقق متطلبات الخدمات والمنتجات المحددة من قبل الزبون بتمثل وثبات ودون تذبذب أو اضطراب.
- ✓ لا يمكن المحافظة على مستوى ثابت للجودة في غياب نظام جودة موثق ومطبق.
- ✓ لا يوجد سبب يدفع فرداً حريصاً على وظيفته للقيام بأعماله بطريقة تختلف عن الطريقة الموثقة والمسلمة إليه بعد تلقيه تدريباً كافياً عليها.

مبادئ نظام إدارة الجودة الإيزو 9001 إصدار 2000:

يرتكز نظام إدارة الجودة على المبادئ التالية:¹

- ✓ التركيز على الزبون؛
- ✓ القيادة؛
- ✓ مشاركة الأفراد؛
- ✓ مدخل العملية؛
- ✓ مدخل النظام؛
- ✓ مدخل الحقائق في اتخاذ القرار؛
- ✓ التحسين المستمر للأداء الكلي للمؤسسة؛
- ✓ علاقات المنفعة المتبادلة مع الموردين.

وبالنسبة لنظام إدارة الجودة الإيزو 9001:2008 المطبق حالياً من طرف المؤسسات والذي تم إصداره في 15 نوفمبر 2008، فهو يتضمن بعض الاختلافات البسيطة عن المواصفة القديمة الإيزو 9001:2000 ولا توجد فيها إضافة لأية بنود. ولقد تم الاتفاق بين هيئة المعايير والقياس الدولية ومنتدى الاعتماد العالمي على خطة تطبيق المواصفة الجديدة الإيزو 9001:2008 من أجل التحول السلس من المواصفة الإيزو 9001:2000، وذلك على النحو التالي:²

¹ مأمون السلطي، سهيل إلياس، مرجع سابق، ص. 31.

² المستشارون العالميون، 2008: 9001-2000: ISO9001 نقلا عن موقع:

- يتم العمل بالمواصفة الجديدة مع بداية إصدارها في 15 نوفمبر 2008 جنباً إلى جنب مع المواصفة الإيزو 9001:2000.
 - بعد عام واحد من إصدار المواصفة الجديدة لن يتم هناك أي إصدار لشهادات جديدة أو تجديد لشهادات سابقة إلا باستخدام المواصفة الجديدة.
 - يتم إلغاء شهادات الجودة الصادرة وفق المواصفة الإيزو 9001:2000 اعتباراً من 15 أكتوبر 2010.
- وأهم التعديلات والاختلافات الموجودة بين المواصفة الجديدة إيزو 9001:2008 والمواصفة إيزو 9001:2000 يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (03): أهم الفروقات بين متطلبات إيزو 9001:2000 وإيزو 9001:2008

بند المواصفة	إيزو 9001:2000	إيزو 9001:2008
4.1 متطلبات عامة	عندما تقوم أي مؤسسة بالتعاقد على أية عملية مع آخرين من شأنها أن تؤثر على توافق المنتج مع المعايير، فإن المؤسسة يجب أن تضمن وجود سيطرة وإشراف على تلك العمليات وأن التحكم في مثل هذه التعاقدات سوف يتم تحديده داخل نظام التحكم في الجودة.	بالرغم من أن عملية التعاقد لازالت جزءاً أساسياً في المواصفة الجديدة، فهي تؤكد على ضرورة توافق العملية مع كلاً من المتطلبات القانونية ومتطلبات العميل وبالرغم من قيام المؤسسة بالتعاقد الخارجي تظل مسؤولية ضمان أن كل العمليات الضرورية تتوافق مع كافة المتطلبات التشريعية والالتزامية وتلك الخاصة بالعمل على عائق المؤسسة. والمادة تعرف مسؤوليات المؤسسة بصورة أكبر للمساعدة في تحديد أي أثر أو مشكلة قد تحدث بينها وبين المورد وكذلك لضمان إدارتها بصورة فعالة في عملياتها الأساسية.
4.2.1 متطلبات التوثيق	عندما يتم ذكر مصطلح "إجراءات موثقة" في إطار المعيار الدولي، فإن ذلك يعني أن الإجراءات محددة وموثقة ومطبقة ويتم الحفاظ عليها.	تتضمن هذه الفقرة الإشارة إلى المواقف التي فيها وثيقة واحدة يمكن أن تحتوي على أكثر من إجراء، وإجراءات التوثيق يمكن أن تغطيها وثيقة واحدة أو أكثر، هناك مرونة أكبر في خلق إجراءات التوثيق.
4.3.2 ضبط الوثائق	تتم من أجل ضمان أن الوثائق ذات المصادر الخارجية يتم التحكم فيها.	الآن مطلوب من المؤسسة تحديد مدى الوثائق الخارجية التي تتطلب تحكم بغرض الحفاظ على نظام الإدارة وتشغيله.

تابع للجدول رقم (03)

5.5.2 ممثل الإدارة	تقوم الإدارة العليا بتعيين عدد من الإداريين والذين بصرف النظر عن مهامهم الأخرى تكون لديهم مسؤولية وسلطة.	المواصفة تحدد أن عضو الإدارة يجب أن يكون في فريق إدارة المؤسسة وليس عضو إدارة من الخارج.
6.2.1 الموارد البشرية	العاملين الذين يقومون بعمل يؤثر على جودة المنتج يجب أن تتوفر لديهم كافة على أساس التعليم والتدريب والمهارات والخبرة الملائمة لطبيعة العمل.	الكفاءة هي من الأمور الأساسية وازدادت قيمتها في المواصفة الجديدة، وهي تحدد كفاءة العاملين التي تؤثر على توافق المنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة مع معايير الجودة، وذلك يجب أن يخضع لسيطرة المؤسسة.
6.3 البنية التحتية	الخدمات المساعدة مثل النقل والاتصالات.	من بين أمثلة ذلك نجد الآن نظم المعلومات لضمان وصول المنتج، والمواصفة الجديدة أكثر وضوحاً عن طريق تحديد أن المنتجات يتم إطلاقها لكي تصل إلى المستهلك و المؤسسة يجب أن تحتفظ بسجلات عن من هو المسؤول عن إطلاق المنتج كي يصل للمستهلك.
6.4 بيئة العمل	المؤسسة سوف تقرر وتدبر بيئة العمل التي تكون ضرورية لتحقيق التوافق مع متطلبات الإنتاج.	إن تعريف بيئة العمل الآن هو أكثر تحديداً كي يتضمن العوامل البيئية والمادية وعوامل أخرى مثل المناخ، الإضاءة ودرجة الحرارة، للتأكد من تحقق شروط توافق المنتج مع المعايير المقررة.
7.2.1 تحديد المتطلبات ذات العلاقة بالمنتج	المتطلبات التي يحددها المستهلك وتتضمن متطلبات التوصيل ومتطلبات أنشطة ما بعد التوصيل.	المواصفة الجديدة توفر وصفاً لمهية ما بعد التوصيل والتي تتضمن الالتزامات التعاقدية مثل خدمات الصيانة وقطع الغيار وتوفير الضمان والتخلص من النفايات (التدوير أو الرمي).
7.3.1 تخطيط التصميم والتطوير	المؤسسة سوف تدير التواصل ما بين الجماعات المختلفة المشتركة في التصميم والتطوير لضمان التواصل الفعال والتوزيع الواضح للمهام، ويتم تحديث خطط الإنتاج بما يتلاءم مع مراحل تقدم التصميم والتطوير.	يتم إضافة بند إرشادي إضافي لتوسيع تعريف هذه المادة، والمواصفة تقول للمستخدمين أن الأنشطة الواردة في هذه المادة يمكن القيام بها كنشاط واحد أو صورة منفصلة أيهما أفضل لتحقيق معيار الإنتاج.
7.3.3 مخرجات التصميم	سوف يتم تقديم نواتج التصميم والتطوير في شكل يجعل من الممكن التأكد منها وسوف يتم الموافقة عليه قبل إطلاقه.	تم إضافة وصف جديد لتحديد معنى توفير الخدمة لكي يتضمن تفاصيل حول كيفية حفظ المنتج.

تابع للجدول رقم (03)

7.6 ضبط أجهزة المراقبة والقياس	عند استخدام برنامج الحاسب في المراقبة والقياس فإنه يجب التأكد من قدرة هذه البرامج على الوفاء بالتطبيق المقصود.	تم إضافة توجيه جديد لكي يغطي القدرة على الرقابة الدائمة على فعالية البرمجيات المستخدمة وتحديد مدى ملائمتها لتحقيق أهدافها.
8.2.1 رضا الزبون	كأحد مقاييس أداء نظام إدارة الجودة فإن المؤسسة سوف تراقب المعلومات المتعلقة بإدراك المستهلك حول ما إذا كانت المؤسسة قد حققت متطلبات المستهلك، وأن طرق الحصول واستخدام هذه المعلومات سوف يتم تحديدها.	تم إضافة إشارة جديدة لتفسير الطرق المختلفة حول قياس ومراقبة رضا المستهلك من خلال تحليل البيانات والاستقصاء والضمان وتقارير المتعاملين.
8.2.2 التدقيق الداخلي	الموصفة القديمة لا تقول بضرورة وجود سجلات مراجعة داخلية.	الموصفة تحدد متطلبات سجلات المراجعة الداخلية التي يجب الاحتفاظ بها.
8.2.3 مراقبة وقياس العمليات	المؤسسة سوف تطبق طرق ملائمة للرقابة، وكلما أمكن قياس عمليات نظام إدارة الجودة وتلك الطرق سوف توضح قدرة العمليات على تحقيق النتائج المخطط لها، وعندما لا تتحقق تلك النتائج سوف يتم اتخاذ إجراءات تصحيحية لضمان التوافق مع معايير المنتج.	تم إضافة إشارة جديدة لتوضيح معني "الطرق الملائمة" لتحديد أن المؤسسة يجب أن تضع في اعتبارها نمط ومدى الرقابة والقياس لكل عملية، من أجل تحديد أثرها على مدى توافق المنتج ومدى فعاليتها في إطار نظام إدارة الجودة.
8.2.4 مراقبة قياس المنتج	لن يتم إطلاق المنتج وكذلك توصيل الخدمة حتى يتم التأكد من الاكتمال المرضي للترتيبات المخطط لها، ويجب أن يتم الموافقة عليها من السلطات المختصة وكذلك من المستهلك كلما أمّن ذلك.	الموصفة أصبحت أكثر وضوحاً في تحديد أن المنتجات يتم إطلاقها للتوصيل للمستهلك، والمؤسسة يجب أن تحتفظ بسجلات عن من هو المسؤول عن إطلاق المنتج.

المصدر: مكتب محسن بن نايف للاستشارات الإدارية، نقلاً عن موقع: (2011/01/13) <http://www.hrm-group.com>

كما يوضحه الجدول السابق، فإنه لا يوجد إضافة لبنود أو متطلبات أساسية جديدة، بل نجد أن هناك تعديل لبعض البنود الموجودة في الموصفة بإضافة بعض الكلمات أو إضافة بعض التوضيحات لبنود ما.

وعليه، يمكن القول بأن نظام إدارة الجودة في المؤسسات الصحية هو نظام الإدارة الذي يخطط، يوجه، ينظم، يتحكم ويراقب كل ما يتعلق ويخص الجودة داخل المؤسسة، يهدف أساساً إلى الحصول على منتج ذو جودة عالية، والمنتج هنا هو الخدمة الصحية. وتبني المؤسسة الصحية لهذا المدخل يضمن لها الاستمرارية في مواكبة التغيرات، من خلال ثبات جودة خدماتها المقدمة لدعم قدرتها التنافسية، تحقيق النمو المطلوب وتطوير الأداء المستمر.

خلاصة الفصل الثاني

نستخلص من دراستنا لهذا الفصل مجموعة من النقاط، نذكر أهمها فيما يلي:

- ✓ ليس من السهل تحديد مفهوم دقيق لجودة الخدمة الصحية، فتحديد المستفيدين منها أولاً، ثم الوقوف على وجهات نظرهم ثانياً، أمراً حاسماً عند تقدير جودة الخدمة، والتي تسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف مرتبطة أساساً بإرضاء وتحقيق رغبات الزبون بما يتلاءم مع توقعاته.
- ✓ إن تطور مفاهيم الجودة عبر مراحل زمنية مختلفة، أدى إلى الاهتمام المتزايد بإشراك مستهلك الخدمة الصحية في إنتاج هذه الأخيرة والمساهمة في تحسين جودتها.
- ✓ من أجل التعرف على مستوى الجودة المقدمة في المؤسسات الصحية من وجهة نظر زبائنها، يجب قياسها، من خلال اختيار أحد أساليب القياس، وقد أثبت أن أكثرها مصداقية وواقعية هما أسلوب تحليل الفجوات والأداء الفعلي للخدمة.
- ✓ يعتمد الزبائن على معايير مختلفة للحكم على جودة الخدمة المقدمة، لذا على المؤسسة التي تحرص على تقديم خدمة صحية ذات نوعية، أن تتعرف على هذه المعايير.
- ✓ لتحسين جودة الخدمة الصحية، هناك مداخل عديدة يمكن الاعتماد عليها، من بينها: التحسين المستمر، المقارنة المرجعية، إدارة الجودة الشاملة ونظام إدارة الجودة الإيزو 9001.

الفصل الثالث:

دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات الصحية
في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة

الفصل الثالث: دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة

تمهيد:

بعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصلين الأولين، سنحاول من خلال هذا الفصل تناول الجانب التطبيقي لهذا الموضوع، حيث تم اختيار المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة لتكون محلا للدراسة.

وتم تقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث، هي كالتالي:

المبحث الأول: وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية؛

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية؛

المبحث الثالث: المعالجة الإحصائية، تحليل النتائج وتفسيرها.

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 لفرص الاستثمار للقطاع الخاص.

وعليه، سنتطرق في هذا المبحث إلى وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية، من خلال استعراض مراحل تطورها وأنواع المؤسسات الصحية في الجزائر عامة، وبولاية باتنة خاصة.

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 وضعاً صحياً متأزماً، 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 في:¹

- ✓ 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 لعدد السكان آنذاك ثمانية أطباء لكل مئة ألف ساكن، كما كان عدد الصيدالة 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.

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

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 يلي:¹

✓ 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.

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

✓ إنشاء لجنة النظافة ومجلس الأمراض المهنية.

في 22 فيفري و07 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 للمستشفيات.²

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 الأرياف.³

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 و588 على التوالي، مما ساهم في التوعية الصحية للمواطنين.

و ينبغي 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.

¹ Mostafa Khiati, **Quelle Santé les Algériennes?**, Alger : Edition Maghreb Relation , 1990, p52.

² الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد الأول، الصادرة سنة 1966، ص.ص. 341-342.

³ Ministère de la santé, **Séminaire sur le Développement d'un Système National de Santé**, Expérience Algérienne, P.P. 7-25.

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 وما نتج عنه من ضرورة توسيع الهياكل الصحية ومضاعفة بناء المستشفيات والمراكز الصحية والمخابر، إلى جانب تكوين الأطباء وعمل 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 العلاج.¹

وفيما يتعلق بأهداف التنمية الصحية أثناء هذه المرحلة فكانت تركز على:²

- ✓ 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 ضمنها السياسة الصحية؛ حيث عملت الحكومة الجزائرية على وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل.

تميزت هذه المرحلة بإصلاح القطاع الصحي، وكانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث انعطاف مهم في اتجاهات السياسة الصحية، إذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية قدرا من التقدم في المجال الصحي. 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.

¹ وزارة الصحة والسكان، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري، 1990.

² Ministère de la santé, Op Cit, p 71

✓ دعم الهياكل القاعدية بهدف تخفيف الضغط على المراكز الجامعة والمستشفيات الكبرى المتخصصة.

✓ 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 (04): عدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989

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

Source: Ministère de la Santé Op Cit, P. 76.

نلاحظ من الجدول السابق ما يلي:

- التطور الإيجابي للمؤسسات الصحية خلال الفترة ما بين 1985 و 1989؛
- 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 1981/09/05 القاضي بتنظيم وسير القطاعات الصحية.
- ✓ تطبيق قانون الاستقلالية في الميزانية والتسيير في 1986/12/06، فيما يخص المراكز الاستشفائية الجامعية.

- ✓ فتح باب الاستثمار للقطاع الخاص من خلال إصدار القانون 88-15 المعدل والمتمم للقانون 85-05 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 المفرط في نفقات الصحة الناتجة عن تطبيق سياسة العلاج المجاني، والتدهور التدريجي لجودة 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).¹

2. النظام التعاقدية كأسلوب جديد لتمويل قطاع الصحة: من أجل التحكم في النفقات الصحية التي

تتحملها الدولة لوحدها 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".² 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 المؤمنين 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:

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

¹ زهرة رباعي، "إصلاح المستشفيات العمومية في الجزائر، مهماتها، تنظيمها من خلال مشروع الإصلاح، بين الأهداف والوسائل"، الملحق الدولي الأول لاقتصاد الصحة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة بجاية، (13-15 نوفمبر 2006)، ص5.

² الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 87.

- فئة المحرومين: تتكفل بهم الدولة كلية.
- فئة المؤمن عليهم: جزء تغطيه هيئات التأمين وجزء يقع على عاتقهم.
- فئة غير المسدد: يتكفلون بكامل نفقاتهم.

3. **الخريطة الصحية:** وهي الأداة التي تسمح بتنظيم الشبكات وعقلنة توزيع المستخدمين أي توحيد الوسائل البشرية والمادية بوضع مخطط لتطوير الطب عن بعد والشراكة، إضافة إلى¹:

- ✓ 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 هيكلًا مستقلاً وتحدد مهامها بدقة وإلزامها بشروط الصيدلي الاستشفائي.
- ✓ تحسين الإعلام بوضع شبكة إعلام وتحسين اللافتات والنظافة في المستشفيات قصد تحسين ظروف الاستقبال والاستشفاء.
- ✓ 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 التعاقدي 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 وهياكل القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية، وتم تطبيقه ابتداء من 01 جانفي 2008.

¹ زهرة رباعي، مرجع سابق، ص11.

رصدت لتطبيق هذه الخريطة الصحية الجديدة ميزانية تعادل عشرة ملايين دينار، ونصت على إنشاء 1495 عيادة متعددة الخدمات، 5117 قاعة علاج، بهدف تقريب 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 و221 مركز صحي آخر، بالإضافة إلى وضع جميع الميكانيزمات للتكفل بالانتقال الوبائي من خلال 26 برنامجا خاصا بالوقاية، وثمانية برامج علاج وأربعة برامج دعم بتكلفة إجمالية قدرها 92 مليار دينار جزائري.¹

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 وأعوان مصلحة الطب الجراحي الاستعجالي، كشف عن خلل كبير في التكفل بالمرضى، بسبب تحول المستشفى عن وظيفته التقليدية، فالمؤسسات الاستشفائية أصبحت ترفض التكفل بالمعاناة الاجتماعية لمرضاهم، بعد أن أصبح دورها محصورا في تقديم العلاج فقط. وأكثر من ذلك، فإن تتصل هذه الأخيرة من مسؤوليتها تجاه المريض يقف وراء السلوك العدواني الذي أصبح يميزه، بدليل الاعتداءات المسجلة يوميا على مستوى مصلحة الاستعجالات.²

وتواصلت الإصلاحات بوضع برنامج لإصلاح 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.³

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 إليها، خاصة في ظل المستجدات الحالية كالعولمة ومنافسة القطاع الخاص. وحسب منظمة الصحة العالمية، فإن النقائص التي تعاني منها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، تتمثل فيما يلي.⁴

¹ 55% من المؤسسات الصحية الجوارية فشلت في التكفل بالمرضى، نقلا عن موقع: www.elkhabar.com (19/07/2011)

² 55% من المؤسسات الصحية الجوارية فشلت في التكفل بالمرضى، المرجع نفسه.

³ خطة إصلاحية شاملة للخدمات الصحية في الجزائر، نقلا عن موقع: <http://www.ensan.net/news> (14/04/2011)

⁴ Organisation Mondiale de la Santé, **Stratégie de Coopération avec les Pays : République Algérienne Démocratique et Populaire**, p10.

- ✓ عدم تنظيم المصالح الصحية، فبالرغم من عددها المعتبر لا تستجيب الهياكل الصحية العمومية إلا جزئيا للطلب الصحي، حيث يعرف التكفل بالأمراض نقصا متزايدا.
- ✓ التوزيع السيئ لمهنيي الصحة، حيث تشهد المنطقة الجنوبية تغطية سيئة بخصوص الأطباء المختصين، فضلا 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 الثقل التمويلي الذي تسببه المؤسسات الصحية على كاهل ميزانية الدولة.

والوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسة الصحية الجزائرية، مرتبطة أساسا بمشاكل التنظيم والتسيير، وليس نقصا في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية فقط، وأمام هذا الوضع أصبح ضروريا 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.

المطلب الثاني: أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر عامة وبولاية باتنة خاصة.

أولا: أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر

يتكون النظام الصحي الجزائري من القطاع العمومي وهو المهيمن والقطاع الخاص، حيث تتدخل الوزارة الوصية بتسيير وتحسين العلاج في القطاع العمومي، وتعمل على مراقبة شروط الممارسة الطبية في القطاع الخاص.

1- المؤسسات الصحية العمومية:

تتخذ المؤسسة الصحية العمومية عددا من الأشكال تتمثل في:

أ **المؤسسة الاستشفائية المتخصصة:** وهي عبارة عن: "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة"¹، تتميز بتكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره، إضافة إلى ذلك فهي تقوم بما يلي:²

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-465، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، 10 ديسمبر 1997، ص. 13.

² المرجع نفسه، ص. ص 13-14.

✓ تنفيذ نشاطات الوقاية، التشخيص، العلاج، إعادة التكييف الطبي والاستشفاء.

✓ تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة.

✓ المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.

ب **القطاع الصحي:** وهو عبارة عن: "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي"¹، يقوم بنفس المهام الموكلة للمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالإضافة إلى ما يلي:²

✓ تنظيم توزيع الإسعافات وبرمجتها.

✓ ضمان النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتخطيط العائلي.

✓ المساهمة في ترقية المحيط وحمايته في مجالات الوقاية، النظافة، الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

تشكل القطاعات الصحية من:

✓ مؤسسات عمومية استشفائية (EPH)؛

✓ وحدات صحية قاعدية، تتمثل في العيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية وقاعات العلاج.

لكن قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 لسنة 2007، تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

✓ **المؤسسة العمومية استشفائية (EPH):** وهي حسب نفس المرسوم عبارة عن "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي، تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة". تتمثل مهامها حسب المادة 04، في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

• ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛

• تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛

• ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛

• ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-466، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، 10 ديسمبر 1997، ص. 20.

² المرجع نفسه، ص. 20.

كما يمكن استخدامها ميدانا للتكوين الطبي والشبه طبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

✓ **المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP):** وهي حسب نفس المرسوم، لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج، تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة. أما مهامها حسب المادة 08، فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

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

ج **المركز الاستشفائي الجامعي:** وهو عبارة عن: "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي"¹، يتكفل بما يلي:²

- في ميدان الصحة:

- ✓ ضمان نشاطات التشخيص، العلاج، الاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية والوقائية، إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان.
- ✓ تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة.
- ✓ المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية، النظافة، الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

- في ميدان التكوين:

- ✓ ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب.
- ✓ المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة، إعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-467، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، 10 ديسمبر 1997، ص. 29.

² المرجع نفسه، ص. ص 29 - 30.

- في ميدان البحث:

- ✓ القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة.
- ✓ تنظيم مؤتمرات، ندوات، أيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج، التكوين والبحث في علوم الصحة.

يحتوي القطاع الصحي العمومي حاليا على 11 كلية طب، 15 مركز استشفائي جامعي، 32 مركز للصحة العمومية و 9387 هيكل بكل أنواعه. مع تسجيل عدة مشاريع هي حاليا في طور الانجاز، منها: 187 مستشفى جديد، 411 عيادة متعددة الخدمات و 92 مركز استشفائي تخصصي.¹ كما سجل القطاع العمومي تطورا ملحوظا في المورد البشري، يتم توضيحه في الجدول التالي:

جدول رقم (05): تطور الموارد البشرية في القطاع العمومي الجزائري ما بين 2007 و 2010.

السنة	عدد الموارد البشرية		
	الأطباء	الأعوان الطبيين	الأعوان الإداريين
2007	35000	70000	7000
2010	54734	95650	13000

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الندوة الأولى حول إصلاح المؤسسات الاستشفائية، جوان 2011.

يتضح من خلال الجدول، أن هناك تطورا ملحوظا في الموارد البشرية التابعة للقطاع الصحي خلال الثلاثة سنوات الأخيرة، حيث تطور عدد الأطباء من 35000 طبيب سنة 2007 إلى 54734 طبيب سنة 2010، وكذلك الأعوان الطبيين من 70000 عون طبي سنة 2007 إلى 95650 عون طبي سنة 2010، والأعوان الإداريين من 7000 عون إداري سنة 2007 إلى 13000 عون إداري سنة 2010. لكن المؤسسات الصحية الجزائرية، لم تعد تبحث اليوم عن الكمية بقدر ما تبحث عن النوعية. وحسب الوزارة الوصية، اتضح أن هناك بعض الاختلالات في المورد البشري يجب تداركها، ناتجة عن:

- ✓ التكوين غير المتوافق مع الاحتياجات؛
- ✓ التمييز في توفير الإمكانات بين مركز تكويني وآخر في نفس التخصص.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الندوة الأولى حول إصلاح المؤسسات الاستشفائية، جوان 2011.

2- المؤسسات الصحية الخاصة:

يعتبر القطاع الخاص في النشاط الصحي أحد مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر، ويظهر في مجموع المؤسسات التي: "تمارس الأنشطة الطبية في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية"¹، فبعدها كان النشاط الخاص مقتصرًا على عيادات الفحص والتشخيص، ثم إضافة هيكل جديد هو العيادات الاستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية والجراحية بما فيها أمراض النساء والتوليد وكذا الاستكشاف، واشترط المشرع أن تستغل هذه العيادات إما عن طريق جمعيات وتعاضديات لا تهدف للربح أو عن طريق طبيب أو تجمع أطباء، بحيث لا يقل عدد أسرّتها عن سبعة أسرّة، تاركا الحد الأقصى مفتوحا على حسب إمكانيات المستثمر.²

يحتوي القطاع الاستشفائي الخاص حاليا على حوالي 450 عيادة خاصة، تتنوع بين العيادات الطبية الجراحية والعيادات الطبية، موزعة على كامل الولايات الجزائرية، فمنذ فتح قطاع الصحة للخواص سنة 1988 (المرسوم التنفيذي 88-204)، لوحظ نمو جد واضح للمؤسسات الخاصة بمختلف أشكالها.³

لكن الجزائر لا تتوفر على مستشفيات خاصة كبرى بحجم المستشفيات الجامعية، رغم أن القوانين السارية لا تمنع أي خاص أو رجل مال من أهل الاختصاص من بناءها، وبإمكان أي قادر أو راغب في الاستثمار في قطاع الطب أن يقدم على خطوة كهذه. لكن تجربة العيادات الخاصة لم تكن مشجعة، حسب وزير القطاع، حيث هناك ممارسات واكبت هذه التجربة لا يمكن وصفها إلا بالمخزية، دون أن يعني هذا عدم وجود تجارب ناجحة ومحترمة في عدد من الولايات وإن كانت قليلة. فقد أعد تقرير مفصل عن واقع العيادات الخاصة، أنجز بإخضاع حوالي ثلاثمائة عيادة خاصة لتحقيقات ميدانية كشفت العديد من العيوب، وعلى ضوء هذا التقرير تم غلق ثلاث عيادات وتوجيه سبعة وأربعين توبيخا لأخرى وستة وعشرين إنذارا لعيادات مماثلة.⁴

وعليه نخلص إلى أن المستشفيات العمومية ستبقى هي المرجع والمرجعية في إستراتيجية المؤسسات الصحية الجزائرية، إلى أن تتوفر الثقافة عند الخواص، والتي تسمح بإنشاء مستشفيات بالحجم المتوفر عند القطاع العمومي.

¹ Loi n° 88-15 du 3 Mai 1988 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

² Décrit n° 88-204 du 18 Octobre 1988 fixant les conditions de réalisation d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées.

³ <http://www.andi.dz/ar/fc=sante>

⁴ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مرجع سابق.

ثانياً: أنواع المؤسسات الصحية في ولاية باتنة

يتقاسم القطاع الصحي العمومي والخاص تغطية الطلب على الخدمات الصحية على مستوى ولاية باتنة، من خلال تقديم خدماتهما الطبية والجراحية عبر عدد من المؤسسات الصحية لتعداد سكاني يبلغ 1168097 نسمة في سنة 2010، والتي نجمعها في التالي:¹

1. مركز استشفائي جامعي واحد (CHU)، يحتوي على 635 سرير؛

2. مؤسستان استشفائيتان متخصصتان (EHS)، وهما:

✓ المؤسسة الاستشفائية الخاصة بأمراض النساء والتوليد بباتنة، تحوي 194 سرير؛

✓ المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية بالمعذر، تحوي 144 سرير.

3. تسع مؤسسات استشفائية عمومية، متواجدة بالمناطق التالية:

واحدة بباتنة تحوي 168 سرير، اثنان بأريس تحوي 252 سرير، اثنان بمروانة تحوي 262 سرير، اثنان ببريكة تحوي 296 سرير، واحدة بعين التوتة تحوي 188 سرير، واحدة بنقاوس تحوي 268.

4. عشر مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP)، موزعة على كل من : باتنة،

المعذر، أريس، ثنية العابد، نقاوس، راس العيون، بريكة، عين التوتة، مروانة وعين جاسر. حيث تقدر بـ 57 عيادة متعددة الخدمات و 235 قاعة علاج.

5. الموارد البشرية التابعة للقطاع الصحي العام، تبلغ 7109 عامل موزعين على القطاعين العام والخاص، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (06): الموارد البشرية بالمؤسسات الصحية في ولاية باتنة.

المورد البشري	العدد	التغطية (1 مورد لكل)
طبيب عام	854	1373
طبيب مختص	452	2584
جراح أسنان	349	3347
صيدلي	293	3987
شبه طبي (القطاع عمومي)	3288	355
القابلات (القطاع عمومي)	402	293
الطاقم الإداري والتقني	1471	-
المجموع		7109

المصدر: مديرية الصحة والسكان بولاية باتنة، إحصائيات 2010.

¹ مديرية الصحة والسكان بولاية باتنة، إحصائيات 2010.

من خلال الجدول رقم (06)، نلاحظ ما يلي:

- أكبر عدد من الموارد البشرية بالمؤسسات الصحية في ولاية باتنة، يتمثل في الشبه طبي بالقطاع العمومي يلي ذلك الطاقم الإداري والتقني.
- أكبر عدد من الأطباء يشمل الأطباء العامين، يلي ذلك الأطباء المختصين.
- أدنى عدد من الموارد البشرية بالمؤسسات الصحية في ولاية باتنة يتمثل في الصيدلة.

6. الهياكل شبه الطبية والخاصة، تتمثل فيما يلي:

10 مراكز طبية اجتماعية، 11 مؤسسة استشفائية خاصة، 4 مراكز لتصفية الدم، 5 مخابر للتحليل، 12 عيادة تصوير بالأشعة، 165 عيادة طبيب مختص، 278 عيادة طبيب عام، 224 عيادة جراح أسنان، 276 صيدلية، 25 قاعة علاج، 14 نقطة بيع بالجملة للأدوية والمواد الصيدلانية.

7. بالنسبة لتطور المؤسسات الصحية بولاية باتنة، فتظهر في الجدول التالي:

جدول رقم (07): تطور المؤسسات الصحية في ولاية باتنة ما بين سنة 1999 و2010.

عدد السكان	عدد الأسرة			السنة
	قاعات العلاج	عيادات متعددة الخدمات	الهياكل القاعدية	
990141	182	17	1429	1999
1168097	235	57	2761	2010

المصدر: مديرية الصحة والسكان بولاية باتنة.

من خلال الجدول رقم (07)، نلاحظ أن هناك تطورا ملحوظا في المؤسسات الصحية خلال العشرية الأخيرة، بما يتوافق مع النمو السكاني، من أجل تغطية احتياجات المواطنين في كافة أرجاء الولاية.

المبحث الثاني : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

سنستعرض من خلال هذا المبحث، أهم الإجراءات المنهجية المعتمدة في تطبيق الدراسة الميدانية، والمتمثلة في:

✓ تحديد مجتمع الدراسة وعينتها؛

✓ أسلوب جمع البيانات وأدوات التحليل الإحصائي.

المطلب الأول: تحديد مجتمع الدراسة وعينتها.

أولاً: تحديد مجتمع الدراسة

يتمثل مجتمع الدراسة في الأفراد الذين يتعالجون في المؤسسات الصحية الاستشفائية التابعة للقطاع الخاص، وأسباب اختيار هذا القطاع تعود إلى الإقبال المتزايد للمرضى على المؤسسات الخاصة نظراً لعدم تلبية المؤسسات العمومية لطلباتهم وانخفاض جودة الخدمات التي تقدمها، بالإضافة إلى الشلل الذي أصابها نتيجة الإضراب المفتوح الذي دام أكثر من ثلاثة أشهر للأطباء والجراحين وأعوان التخدير خلال فترة الدراسة، والتي كانت خلال الفترة الممتدة من 25 ماي 2011 إلى 30 جوان 2011.

وقد تمت الدراسة بأربع مصحات طبية جراحية* بولاية باتنة من مجموع 11 مصحة، وهي: مصحة الإحسانيات، مصحة الزهور، مصحة الأرز ومصحة طه. ويعود سبب اقتصار مجال الدراسة على المصحات الأربعة سالف الذكر إلى عدم موافقة مالكي المصحات الأخرى على توزيع الاستبيان داخل مؤسساتهم ومحادثة المرضى.

والجدول التالي يحوي معلومات عامة عن المصحات التي تمت بها الدراسة الميدانية:

* تتصف المصحة بكونها مؤسسة استشفائية خاصة، تهدف إلى تحقيق الربح من خلال تقديمها لخدمات صحية طبية وجراحية، يخضع نشاطها لرقابة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

جدول رقم (08): معلومات عامة عن المصحات الطبية الجراحية التي تمت بها الدراسة الميدانية

مصحة طه	مصحة الأرز	مصحة الزهور	مصحة الإحسانيات	سنة النشأة	
2010	2005	1998	1997	عدد الغرف	
07	21	14	10	عدد الأسرة	
14	40	36	20	الطاقم الطبي	أطباء
02	05	04	12		دائمين
03	10	06	05	الطاقم التمريضي	أطباء
16	16	16	15		متعاقدين
07	14	16	18	الطاقم الإداري والفني	

المصدر: تم إعداده اعتمادا على الوثائق الخاصة بكل مصحة

نلاحظ من خلال الجدول السابق، ما يلي:

- أول مصحة خاصة من حيث النشأة هي مصحة الإحسانيات، التي ظهرت سنة 1997 بباتنة، يلي ذلك باقي المصحات على التوالي: الزهور ثم الأرز وأخيرا طه.
- تميز مصحة الأرز بأكبر عدد من الغرف.
- تميز مصحة الإحسانيات بأكبر عدد من الأطباء.
- أصغر مصحة هي مصحة طه، فهي حديثة النشأة.

ثانيا: تحديد عينة الدراسة

نظرا لعدم استقرار عدد المرضى في المصحة، فقد تم توزيع استمارة على عينة من المرضى المقيمين الحاليين (خلال فترة الدراسة)، لأنهم الأكثر تأثرا بمستوى جودة الخدمة المقدمة من طرف المصحة، وبلغ حجم العينة 100 مريض. وقد تم الاعتماد على العينة القصدية غير الاحتمالية، أي توزيع الاستبيانات لم يتم بطريقة عشوائية احتمالية، فلا يمكن بذلك تحديد حجم العينة.

تم الاعتماد على طريقة توزيع الاستمارة بالمقابلة، حيث توجهنا إلى المصحات الطبية الجراحية محل الدراسة لمقابلة المرضى، وارتأينا استخدام هذه الطريقة نظرا للحالة الصحية للمريض التي لا تسمح له بملء الاستمارة، وحرصا منا على عدم استبعاد أي من الاستثمارات الموزعة، بالإضافة إلى أن هذه الطريقة تساعدنا على التعرف فيما إذا كان المستفيد (المريض) قادرا على تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة له فعليا. والجدول التالي يبين عدد الاستبيانات الموزعة في كل مصحة:

جدول رقم (09): عدد الاستثمارات الموزعة في كل مصحة

اسم المصحة	عدد الاستثمارات الموزعة
الاحسانيات	25
الزهور	30
الأرز	25
طه	20

المطلب الثاني: أسلوب جمع البيانات وأدوات التحليل الإحصائي**أولاً: أسلوب جمع البيانات**

باعتبار الاستبيان من أكثر الأساليب استعمالاً في جمع البيانات، تم تصميم استمارة بحث موجهة إلى المرضى المقيمين الذين يتم علاجهم في المصحات التابعة للقطاع الخاص، قصد التعرف على تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، وتم صياغة عبارات الاستمارة وفقاً لأسلوب الأداء الفعلي للخدمة، الذي تم اختياره من بين الأساليب الأخرى للاعتبارات التالية:

- ✓ سهولة الاستخدام، حيث يتم إعداد استمارة واحدة تحدد ادراكات الزبون لجودة الخدمة المقدمة فعلاً؛
- ✓ البساطة من حيث القياس والتحليل؛
- ✓ لا يتطلب وقت طویل للإجابة على عباراته؛
- ✓ درجة المصادقية والواقعية كبيرة.

وقد تم عرض الاستمارة على عدد من الأساتذة أصحاب الخبرة والتخصص، وتم تزويدهم بأهداف البحث وفرضياته للاستشارة بها، وقد أبدوا آرائهم واقتراحاتهم التي على أساسها استقرت على وضعها النهائي الذي تم توزيعه على العينة المبحوثة.

تتكون استمارة البحث من صفحة التقديم، بالإضافة إلى ثلاثة أجزاء رئيسية، هي كالتالي:

الجزء الأول:

يحتوي على سبعة وعشرون عبارة تعكس المعايير الخمسة الرئيسية والمتمثلة في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف. تقوم هذه العبارات بتحديد ادراكات أفراد عينة الدراسة (المرضى) لمستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة. وزعت هذه العبارات كالتالي:

- العبارة من 1 إلى 7 تشير إلى بعد الملموسية؛
- العبارة من 8 إلى 12 تشير إلى بعد الاعتمادية؛
- العبارة من 13 إلى 17 تشير إلى بعد الاستجابة؛
- العبارة من 18 إلى 22 تشير إلى بعد الأمان؛
- العبارة من 23 إلى 27 تشير إلى بعد التعاطف.

الجزء الثاني:

يتعلق بتحديد درجة رضا المرضى عن الجودة الصحية المقدمة لهم، هذا من منطلق أن رضا المستفيد عن مستوى جودة الخدمة المقدمة له تعد بمثابة تقييم نهائي لأداء جودة الخدمة الفعلية.

الجزء الثالث:

يحتوي على معلومات متعلقة بالخصائص الديمغرافية والشخصية لعينة الدراسة "الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية، مكان الإقامة".

تم الاعتماد على مقياس ليكرت لقياس متغيرات الجزأين الأول والثاني، والذي يتكون من خمس درجات تتراوح بين 1 و5، حيث تشير الدرجة 1 إلى عدم الموافقة المطلقة/ رضا منخفض جدا، 2 إلى عدم الموافقة/ رضا منخفض، 3 إلى الحياد/ رضا متوسط، 4 إلى الموافقة / رضا كبير و5 إلى الموافقة المطلقة/ رضا كبير جدا.

كما تم تقسيم السلم إلى ثلاثة مجالات لتحديد درجة التقييم، كما يلي:

- من 1 إلى أقل من 2.5 يمثل درجة الموافقة و الرضا متدنية؛
- من 2.5 إلى أقل من 3.5 يمثل درجة الموافقة و الرضا متوسطة؛
- من 3.5 إلى 5 يمثل درجة الموافقة و الرضا عالية.

وتم الاستعانة باختبار ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات أداة القياس، وتكون القيمة المتحصل عليها ذات دلالة إحصائية عالية إذا كانت أعلى من القيمة التي تقبل عندها درجة الاعتمادية البالغة 60%، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (10): نتائج اختبار ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة المقياس

الرقم	المعيار	معامل ألفا كرونباخ
1	الملموسية	0.743
2	الاعتمادية	0.676
3	الاستجابة	0.784
4	الأمان	0.706
5	التعاطف	0.850
جميع المعايير		0.929

المصدر: تم إعداده اعتمادا على برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10)، أن نسبة معامل ألفا كرونباخ جيدة أكبر من 60%، لكل من المعايير التالية: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف، حيث قدرت بـ 74.3%، 67.6%، 78.4%، 70.6%، 85% على التوالي.

وكانت قيمة ألفا كرونباخ لجميع المعايير تساوي 0.929 (تقريبا 93%)، وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عالية، تشير إلى وجود ترابط بين عبارات الاستمارة، وإلى إمكانية الحصول على نفس النتائج فيما لو تكرر القياس في ظل أوضاع مختلفة ومع مرور الوقت.

ثانيا: أدوات التحليل الإحصائي

تم الاعتماد في معالجة البيانات على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتم توظيف الأدوات الإحصائية التالية:

- ✓ التكرارات و النسب المئوية، لوصف خصائص عينة الدراسة؛
- ✓ المتوسطات الحسابية، لتحليل البيانات المتعلقة بتقييم أفراد عينة الدراسة لمعايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية المقدمة، إضافة إلى تقييم الخدمات المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير التقييم الخمسة.
- ✓ الانحرافات المعيارية، لقياس درجة تشتت قيم استجابة أفراد العينة عن المتوسط الحسابي؛
- ✓ تحليل الانحدار الخطي المتعدد، لتحديد نوع العلاقة وقوتها بين المتغيرات المستقلة التي تمثل معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة، والمتغير التابع والمتمثل في الرضا الكلي لأفراد عينة الدراسة. وهذا بتحليل كل من:

- معامل تضخم التباين (VIF) Variance Inflation Factor؛
- اختبار تحليل التباين الأحادي "فيشر" واختبار (T) للمقارنات الثنائية*؛
- معامل الارتباط الكلي المتعدد (بين الرضا ومعايير الجودة الخمسة) ومعاملات الارتباط الجزئية (بين الرضا وكل معيار على حدى).

المبحث الثالث: المعالجة الإحصائية، تحليل النتائج وتفسيرها.

المطلب الأول: وصف خصائص عينة الدراسة والتحليل الوصفي لإجابات أفرادها

أولاً: وصف خصائص عينة الدراسة

لقد تم استخدام القسم الثالث لتوضيح الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد عينة الدراسة، والمتمثلة في:

الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة.

1- الجنس:

يوضح الجدول أدناه، توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

جدول رقم (11): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية (%)
ذكر	27	27
أنثى	73	73
المجموع	100	100

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن نسبة عالية من أفراد العينة هم من فئة الإناث، حيث بلغ عددهم 73 فتاة ونسبة مقدارها 73%، في حين بلغ عدد أفراد العينة من فئة الذكور 27 فرد ونسبة مقدارها 27%.

* تم استخدام اختباري F و T أيضاً، للتعرف على تأثير المتغيرات الديمغرافية والشخصية المتمثلة في " الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة" على اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الخمسة. ويشترط لتطبيق اختبار T أن تكون إجابات أفراد العينة موزعة توزيعاً طبيعياً، وهذا الشرط محقق لأن حجم العينة كبير يزيد عن 30 مفردة (حجم العينة $100 > 30$).

2 - السن:

يوضح الجدول رقم (12)، توزيع أفراد العينة حسب متغير السن:

جدول رقم (12): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

الفئة العمرية	التكرارات	النسبة المئوية (%)
أقل من 20 سنة	04	04
21-40 سنة	52	52
41-60 سنة	25	25
أكثر من 60 سنة	19	19
المجموع	100	100

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يلاحظ من الجدول رقم (12)، أن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين 21 و 40 سنة، حيث بلغ عددهم 52 فرد، بنسبة مئوية تقدر بـ 52%، وهو ما يعني انتساب أكثرهم إلى فئة الشباب. ثم تليها الفئة العمرية من 41 إلى 60 سنة، والبالغ عددهم 25 فرد، بنسبة 25%. كما بلغ عدد أفراد فئة الشيوخ (أكثر من 60 سنة) 19 فرد بنسبة 19%، في حين لم يشكل المرضى الذين هم من الفئة العمرية أقل من 20 سنة سوى 04% بنسبة مئوية تقدر بـ 04%.

3 - المستوى التعليمي:

يوضح الجدول أدناه، توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي:

جدول رقم (13): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية (%)
أمي	24	24
إبتدائي	16	16
متوسط	18	18
ثانوي	21	21
جامعي	21	21
المجموع	100	100

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من خلال الجدول رقم (13)، أن أعلى نسبة من أفراد العينة هي من فئة الأميين، حيث بلغت 24 فرد بنسبة مئوية تقدر ب 24%، ثم تليها فئتي المستوى الثانوي والجامعي بنسبة 21% لكل واحدة، أما باقي أفراد العينة فيتوزعون بنسب مختلفة، حيث أن نسبة 18% منهم لديهم مستوى تعليمي متوسط، و 16% لديهم مستوى تعليمي ابتدائي.

4 - الدخل الشهري:

يبين الجدول التالي، توزيع أفراد العينة حسب دخلهم الشهري:

جدول رقم (14): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الدخل الشهري

الدخل الشهري	التكرارات	النسبة المئوية (%)
أقل من 15000 دج	13	13
15000-30000 دج	35	35
30000-45000 دج	22	22
أكثر من 45000 دج	30	30
المجموع	100	100

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يلاحظ من خلال الجدول رقم (14)، أن أكبر نسبة من أفراد العينة ذات دخل شهري يتراوح بين 15000 و 30000 دج، حيث بلغت 35%، ثم تليها مباشرة الفئة ذات الدخل الشهري الذي يفوق 45000 دج بنسبة 30%، ثم الفئة ذات الدخل الشهري بين 30000 و 45000 دج بنسبة 22%، والفئة أقل من 15000 دج بنسبة 13%.

5 - الحالة المدنية:

يوضح الجدول أدناه، توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية:

جدول رقم (15): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة المدنية

الحالة المدنية	التكرارات	النسبة المئوية (%)
مسؤول عن أسرة	30	30
غير مسؤول عن أسرة	70	70
المجموع	100	100

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من خلال الجدول رقم (15)، أن غالبية أفراد العينة غير مسؤولين عن أسرة، حيث بلغ عددهم 70 فرد بنسبة مئوية تقدر ب 70%، في حين بلغ عدد أفراد العينة المسؤولين عن أسرة 30 فرد بنسبة مئوية تقدر ب 30%.

6 - مكان الإقامة:

يبين الجدول رقم (16)، توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة:

جدول رقم (16): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان الإقامة

مكان الإقامة	التكرارات	النسبة المئوية (%)
المدينة	65	65
الريف	35	35
المجموع	100	100

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد العينة يقيمون في المدينة، بنسبة 65%، في حين بلغت نسبة أفراد العينة المقيمين في الريف 35%.

ثانيا: التحليل الوصفي لإجابات أفراد العينة

1 - تحليل البيانات المتعلقة بتقييم المرضى لمعايير جودة الخدمة الصحية:

نستعرض فيما يلي، إجابات أفراد عينة الدراسة (المرضى) حول عبارات نموذج الأداء الفعلي، حسب كل معيار من المعايير الخمسة لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم.

- الملموسية:

يوضح الجدول رقم (17)، اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار الملموسية:

جدول رقم (17): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الملموسية

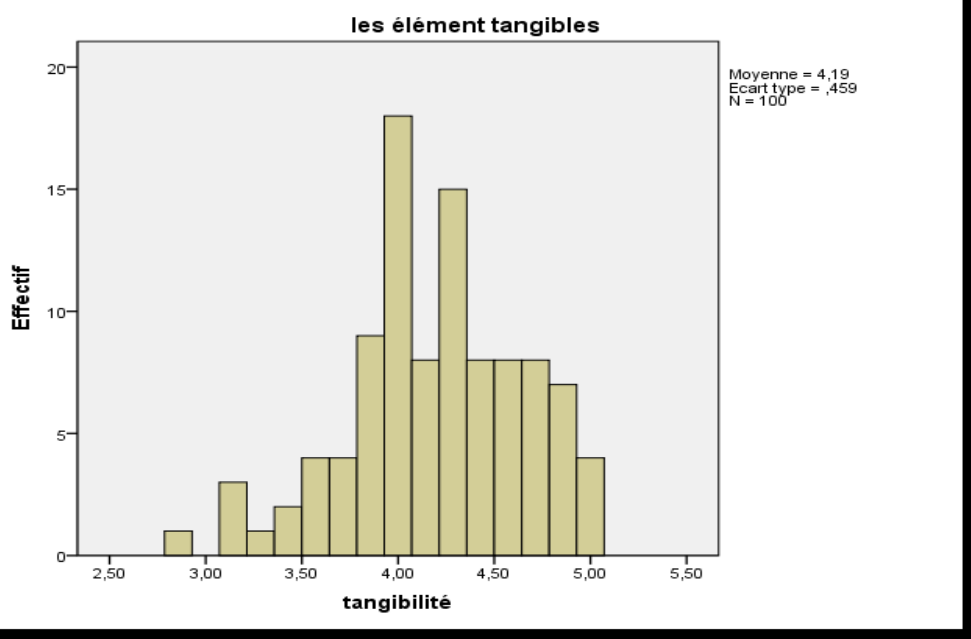
الرقم	العبارة	التكرارات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً			
1	المظهر الخارجي للمصحة يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة.	-	16	2	63	19	3.850	0.914	عالية
2	توفر المصحة على تصميم داخلي منظم ويسهل الاتصال مع مقدمي الخدمات.	2	3	-	65	30	4.180	0.757	عالية
3	توفر غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة.	-	13	-	59	28	4.020	0.899	عالية
4	تمتاز الخدمات الكهربائية بالاستمرارية وعدم الانقطاع.	-	-	-	36	64	4.640	0.482	عالية
5	تجري تلبية حاجات المريض من الأدوية بشكل متواصل.	-	1	1	32	66	4.630	0.562	عالية
6	يعتني العاملون والأطباء بمظهرهم الخارجي.	-	1	1	64	34	4.310	0.545	عالية
7	يمتاز الغذاء داخل المصحة بالجودة العالية.	1	11	12	66	10	3.730	0.827	عالية
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام							4.194	0.459	عالية

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17)، أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل الفقرات (1،2،3،4،5،6،7) كانت ضمن الموافقة العالية، وكان أعلى متوسط حسابي للفقرة الرابعة وهي استمرارية الخدمات الكهربائية وعدم انقطاعها الذي بلغ 4.64 وانحراف معياري قدر بـ 0.482، تم تليها الفقرة الخامسة والتي تتمثل في توفر الأدوية بشكل متواصل بمتوسط حسابي يقدر بـ 4.63 وانحراف معياري يساوي 0.562 ، أما أدنى متوسط حسابي فقدر بـ 3.73 وهو المتعلق بالفقرة السابعة الخاصة بجودة الغذاء المقدم، ويقترّب منه المتوسط الخاص بالفقرة الأولى وهو ملائمة المظهر الخارجي للمصحة لنوع الخدمة المقدمة، الذي قدر بـ 3.85 وانحراف معياري يساوي 0.914.

أما بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر بـ 4.194، مما يعكس درجة موافقة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المصحة من ناحية معيار الملموسية، وبإجماع أفراد العينة كما يدل عليه تدني الانحراف المعياري الذي قدر بـ 0.459. ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (17) حسب الشكل رقم (07):

شكل رقم (07): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الملموسية.



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (17).

- الاعتمادية:

يوضح الجدول أدناه، اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار

الاعتمادية:

جدول رقم (18): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاعتمادية

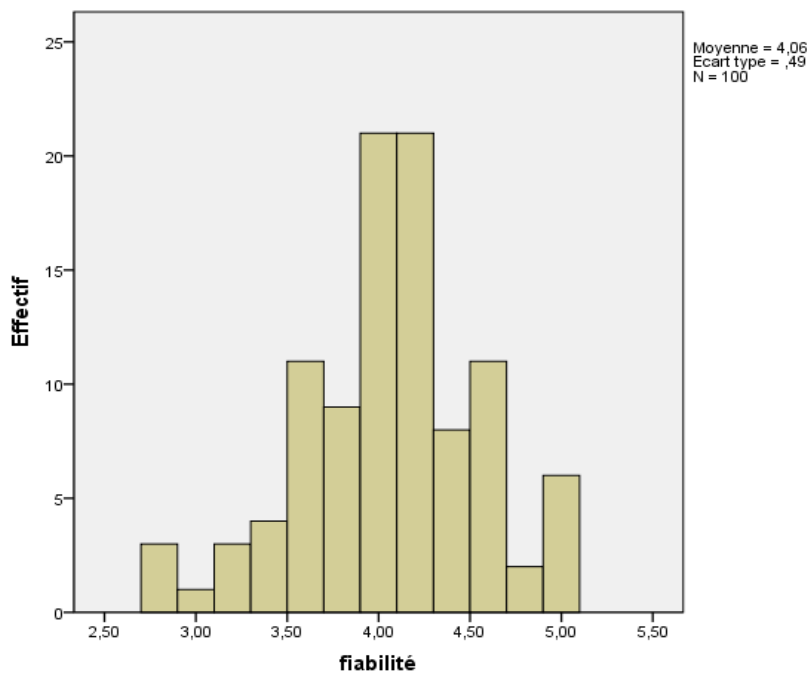
الرقم	العبرة	التكرارات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		غير موافق إطلاقا	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا			
1	الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة	-	8	1	63	28	4.11	0.777	عالية
2	عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج	-	2	24	54	20	3.92	0.720	عالية
3	تتوفر المصحة على تخصصات مختلفة	-	-	10	72	18	4.08	0.526	عالية
4	توجد ثقة في الأطباء والأخصائيين في المصحة	-	6	2	48	44	4.30	0.785	عالية
5	مدى الحرص على تقديم الخدمة الطبية بشكل جيد في المقام الأول	-	13	4	64	19	3.89	0.863	عالية
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						4.06	0.49	عالية

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتبين من الجدول رقم (18)، أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل الفقرات المتعلقة بمعيار الاعتمادية (1،2،3،4،5) كانت ضمن الموافقة العالية، وكان أعلى متوسط حسابي للفقرة الرابعة وهي توفر الثقة في التعامل مع الأطباء والأخصائيين العاملين في المصحة الذي بلغ 4.30 وانحراف معياري قدر بـ 0.785، أما أدنى متوسط حسابي فقدر بـ 3.89 وانحراف معياري يساوي 0.863، وهو المتعلق بالفقرة الخامسة الخاصة بالحرص على تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية، ويقترّب منه المتوسط الخاص بالفقرة الثانية وهو عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج، الذي قدر بـ 3.92 وانحراف معياري يساوي 0.720.

أما بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر بـ 4.06، مما يعكس درجة موافقة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المصحة من ناحية معيار الاعتمادية، وبإجماع أفراد عينة الدراسة كما يدل عليه تدني الانحراف المعياري الذي قدر بـ 0.49. ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (18) حسب الشكل التالي:

شكل رقم (08): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الاعتمادية



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (18).

- الاستجابة:

يوضح الجدول التالي، اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار الاستجابة:

جدول رقم (19): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاستجابة

الرقم	العبرة	التكرارات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً			
1	إخبار المريض عن حالته الصحية أولاً بأول	-	5	1	60	34	4.23	0.709	عالية
2	الاستعداد الدائم للعاملين في المصحة لمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى	1	13	1	55	30	4	0.964	عالية
3	سرعة الرد على شكاوى واستفسارات المرضى	-	12	12	46	30	3.94	0.952	عالية
4	تغطي المصحة احتياجات المرضى على مدار الساعة	-	18	2	58	22	3.84	0.972	عالية
5	ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب	2	37	7	46	8	3.21	1.094	متوسط
							3.844	0.693	عالية

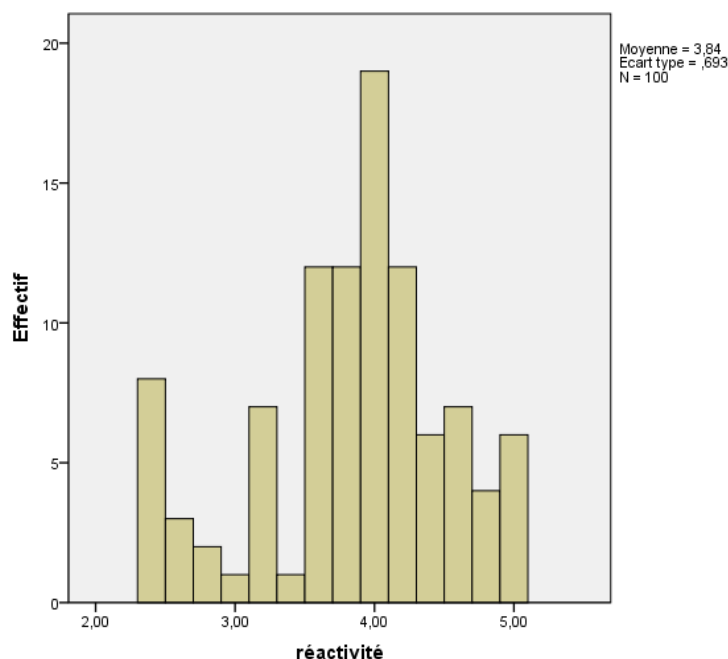
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يشير الجدول رقم (19)، أن اتجاهات أفراد العينة نحو الفقرات (1،2،3،4) كانت ضمن الموافقة العالية، وكان أعلى متوسط للفقرة الأولى الخاصة بمحادثة المريض عن حالته الصحية، والذي قدر بـ 4.23 وانحراف معياري يساوي 0.709، أما الفقرة الخامسة فكانت ضمن التقييم المتوسط بمتوسط حسابي يقدر بـ 3.21 وانحراف معياري يساوي 1.094، حيث تبين أن ثمن الخدمة الصحية لا يناسب كل أفراد عينة الدراسة.

بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر بـ 3.844 وانحراف معياري يساوي 0.693، مما يعكس درجة موافقة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المصحة من ناحية معيار الاستجابة. ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (19) حسب الشكل رقم (09):

شكل رقم (09): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الاستجابة



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (19).

- الأمان:

يوضح الجدول التالي، اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية

معيار الأمان:

جدول رقم (20): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الأمان

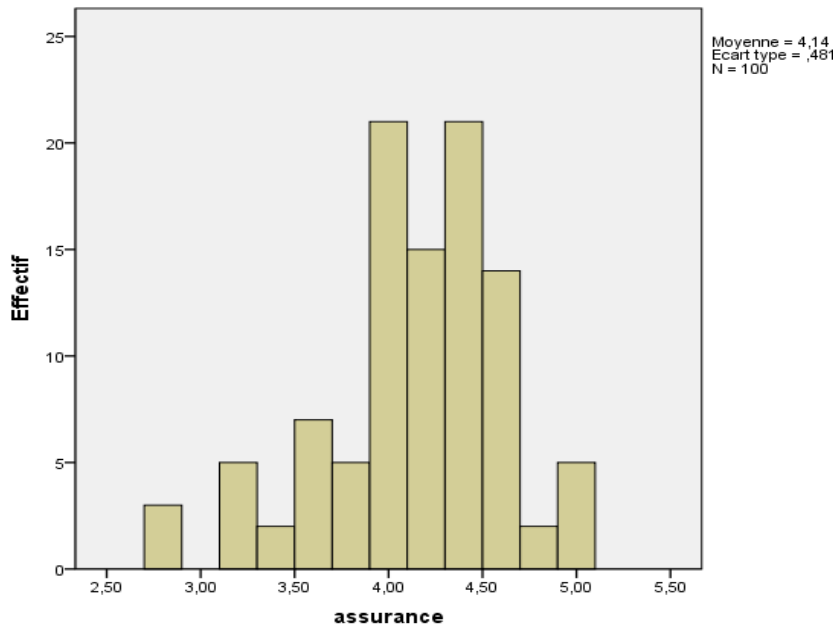
الرقم	العبارة	التكرارات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً			
1	الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين	-	9	2	59	30	4.10	0.823	عالية
2	يظهر العاملون في المصلحة الاهتمام الصادق لحل مشاكل المرضى	1	8	2	64	25	4.04	0.828	عالية
3	يتمتع العاملون والأطباء في المصلحة بمهارة عالية	-	2	4	69	25	4.17	0.587	عالية
4	استمرارية متابعة حالة المريض الصحية	-	6	1	58	35	4.22	0.746	عالية
5	هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض	-	-	6	72	22	4.16	0.507	عالية
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام							4.138	0.481	عالية

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتبين من خلال الجدول رقم (20)، أن اتجاهات المرضى نحو جميع الفقرات المتعلقة بمعيار الأمان، تقع ضمن مجال الموافقة العالية، وبلغ أكبر متوسط حسابي 4.22 والمتعلق باستمرار متابعة حالة المريض، في حين بلغ أدنى متوسط حسابي 4.04 والمتعلق بالاهتمام الصادق للعاملين لحل مشاكل المرضى. في حين تقاربت المتوسطات الحسابية للفقرات المتبقية (1، 3، 4)، وهي على التوالي: 4.10، 4.16، 4.17 وانحرافات معيارية قدرت بـ 0.823، 0.587، 0.507 على التوالي.

بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر بـ 4.138، مما يعكس درجة موافقة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المصحة من ناحية بعد الأمان، وبإجماع أفراد عينة الدراسة كما يدل عليه تدني الانحراف المعياري الذي قدر بـ 0.481. ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (20) حسب الشكل التالي:

شكل رقم (10): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الأمان



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (20).

- التعاطف:

يبين الجدول رقم (21)، اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار التعاطف:

جدول رقم (21): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار التعاطف

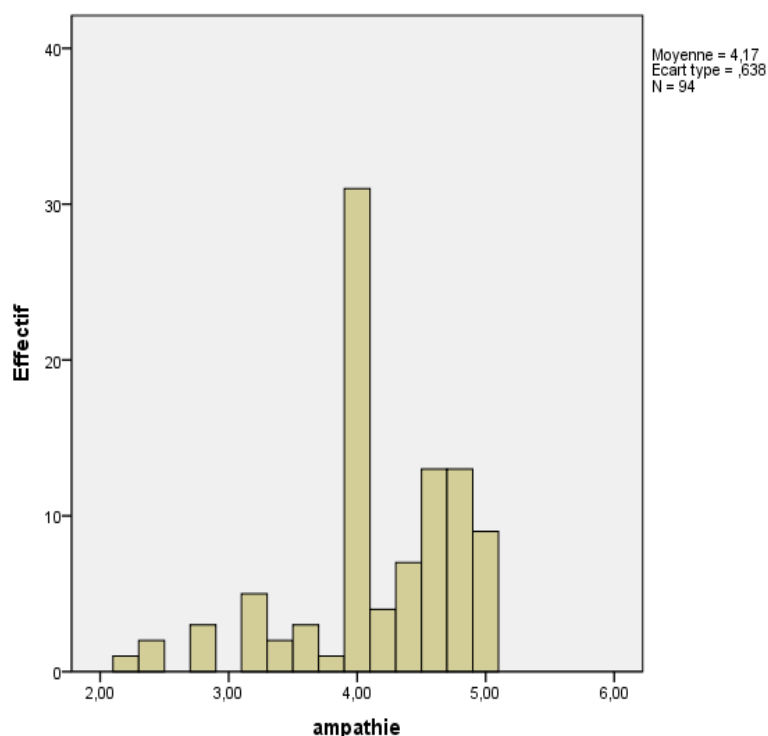
الرقم	العبارة	التكرارات					الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة
		غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً			
1	يتم تقدير ظروف المريض والتعاطف معه	1	8	4	58	29	0.862	4.06	عالية
2	وجود الروح المرحّة والصدقة في التعامل مع المريض	-	6	1	46	47	0.781	4.34	عالية
3	يتم الإصغاء والاهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين	1	7	2	46	44	0.88	4.25	عالية
4	تتم محادثة المريض باللغة واللهجة التي يعرفها	-	-	2	71	27	0.479	4.25	عالية
5	تتم العناية الشخصية بكل مريض في المصحة	1	13	-	60	26	0.937	3.97	عالية
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام							4.174	0.630

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

نلاحظ من الجدول رقم (21)، أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل الفقرات المتعلقة بمعيار التعاطف (1،2،3،4،5) كانت ضمن الموافقة العالية، وكان أعلى متوسط حسابي للفقرة الثانية والمتعلقة بوجود الروح المرحّة في التعامل مع المرضى الذي بلغ 4.34 وانحراف معياري قدر بـ 0.781، أما أدنى متوسط حسابي فقدر بـ 3.97 وانحراف معياري يساوي 0.937، وهو المتعلق بالفقرة الخامسة الخاصة بالعناية الشخصية بكل مريض. في حين تطابق المتوسط الحسابي لكل من الفقرة الثالثة والرابعة حيث قدر بـ 4.25 مع اختلاف الانحراف المعياري الذي قدر بـ 0.88 و 0.479 على التوالي، أما المتوسط الحسابي للفقرة الخاصة بتقدير ظروف المريض والتعاطف معه فقدر بـ 4.06 وانحراف معياري يساوي 0.862.

بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر بـ 4.174، مما يعكس درجة موافقة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المصحة من ناحية معيار التعاطف، وبإجماع أفراد عينة الدراسة كما يدل عليه تدني الانحراف المعياري الذي قدر بـ 0.63. ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (21) حسب الشكل التالي:

شكل رقم (11): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار التعاطف



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (21).

2- تحليل البيانات المتعلقة برضا المرضى عن الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة:

يظهر الجدول أدناه، توزيع إجابات أفراد العينة حسب درجة رضاهم عن الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة من قبل المصحة:

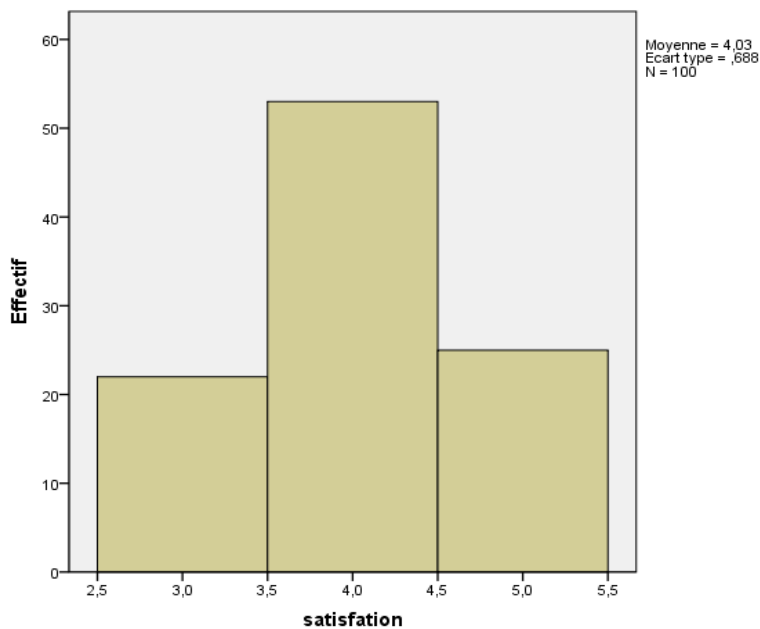
جدول رقم (22): توزيع إجابات أفراد العينة تبعا لدرجة الرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية

درجة الرضا	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع	كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	منخفضة	منخفضة جدا	
عالية	0.688	4.03	100	25	53	22	-	-	التكرارات
			100	25	53	22	-	-	النسب المئوية

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من خلال الجدول رقم (22)، نلاحظ أن 78% من أفراد عينة الدراسة كانت درجة رضاهم عن جودة الخدمة الصحية الكلية المقدمة من طرف المصحة عالية، في حين أن 22% من أفراد العينة كان مستوى رضاهم عنها متوسطا. وعليه، فإن درجة رضا المرضى عن الجودة الكلية للخدمة الصحية تعتبر عالية، ويستدل على ذلك بالمتوسط الحسابي الذي قدر بـ 4.03 وهو ضمن المدى [3.5-5]، وبإجماع أفراد عينة الدراسة كما يدل عليه تدني الانحراف المعياري الذي قدر بـ 0.688. ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (22) حسب الشكل التالي:

شكل رقم (12): التمثيل البياني لإجابات أفراد عينة الدراسة تبعا لدرجة الرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (22).

المطلب الثاني: اختبار الفرضيات، عرض النتائج و تفسيرها

أولاً: اختبار الفرضيات

الفرضية الأولى:

يقيم أفراد عينة الدراسة (المرضى) الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية معايير جودة الخدمة، تقييماً إيجابياً.

لاختبار هذه الفرضية، تم الاعتماد على المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية ونسب الموافقة لكل معيار من المعايير الخمسة لتقييم جودة الخدمة الصحية، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (23): تقييم جودة الخدمة الصحية من ناحية كل معيار من معايير التقييم

المعيار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة (%)	درجة الموافقة
الملموسية	4.194	0.459	91.8	عالية
الاعتمادية	4.06	0.49	86	عالية
الاستجابة	3.844	0.693	77.8	عالية
الأمان	4.138	0.481	90	عالية
التعاطف	4.174	0.630	90.8	عالية

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الجداول (17، 18، 19، 20، 21)

يوضح الجدول رقم (23)، أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة تقع ضمن مجال الموافقة العالية نحو جميع معايير التقييم، وكان معيار الملموسية أكثرهم توفراً في جودة الخدمة الصحية بوسط حسابي يقدر بـ 4.194 وانحراف معياري يساوي 0.459 ونسبة الموافقة مقدارها 91.8%، ثم يليه معيار التعاطف بوسط حسابي يقدر بـ 4.174 وانحراف معياري يساوي 0.630 ونسبة الموافقة مقدارها 90.8%، ثم معيار الأمان بوسط حسابي يقدر بـ 4.138 وانحراف معياري يساوي 0.481 ونسبة الموافقة مقدارها 90%، ثم معيار الاعتمادية بوسط حسابي يقدر بـ 4.06 وانحراف معياري يساوي 0.49 ونسبة الموافقة مقدارها 86%، وكان معيار الاستجابة أقل المعايير توفراً في جودة الخدمة الصحية بوسط حسابي يقدر بـ 3.844 وانحراف معياري يساوي 0.693 ونسبة الموافقة مقدارها 77.8%. مما يبين أن أفراد عينة الدراسة توافق بدرجة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية كل المعايير. وعليه، نستخلص بأن الفرضية الأولى صحيحة؛ أفراد عينة الدراسة (المرضى) يقيمون الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية معايير جودة الخدمة، تقييماً إيجابياً.

الفرضية الثانية:

H_a : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية و الرضا عن الجودة الكلية.

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية و الرضا عن الجودة الكلية.

لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على تحليل الانحدار الخطي المتعدد، الذي يهدف إلى تحليل العلاقة بين أكثر من متغيرين (تحليل العلاقة بين خمسة متغيرات مستقلة ومتغير تابع)، باستخدام المعادلة التالية:¹

$$Y_i = B_0 + B_1x_{i1} + B_2x_{i2} + B_3x_{i3} + B_4x_{i4} + B_5x_{i5} + e_i$$

حيث: $i = 1, 2, 3, 4, 5, \dots, 100$

Y_i = متغير تابع يمثل الرضا الكلي لجودة الخدمة الصحية؛

B_0 = المستوى المتوسط للرضا الكلي لجودة الخدمة الصحية عندما تكون المتغيرات المستقلة

معدومة؛

B_j , $j = 1, 2, 3, 4, 5$ = قيم معاملات معادلة الانحدار، وهي تحدد العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير

التابع؛

x_{ij} = عبارة عن متغيرات مستقلة، تتمثل في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان

والتعاطف.

e_i = حد تشويشي عشوائي، يفترض بأنه يتوزع توزيع طبيعي بمتوسط حسابي معدوم وتباين ثابت.

وقبل استظهار النتائج، يجب أولاً اختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة،* وهذا بالاعتماد على

معامل تضخم التباين (Variance Inflation Factor (VIF)، حيث إذا زادت قيمته عن 5 فذلك

معناه أن هناك تداخلاً بين المتغيرات المستقلة في تأثيرها على المتغير التابع.

والجدول رقم (24)، يوضح نتائج الاختبار:

¹ محمد صبحي أبو صالح، عدنان محمد عوض، مقدمة في الإحصاء: مبادئ وتحليل باستخدام SPSS، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2004، ص. 309.

* من الجوانب الهامة في إحصاءات تحليل الانحدار، عملية تحديد مدى تداخل الارتباط بين المتغيرات المستقلة، فإذا كان عالياً، فإن ذلك يعني أن هناك عوامل مشتركة كثيرة بينهما، بل ربما يكون المتغيرين هما تقريبا نفس المتغير مع اختلاف التسمية، مما يجعل نموذج الدراسة هشاً والنتائج المتحصل عليها غير موثوق بها.

جدول رقم (24): نتائج اختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة

الرقم	المتغير	معامل تضخم التباين VIF
1	الملموسية	2.327
2	الاعتمادية	2.747
3	الاستجابة	2.445
4	الأمان	3.072
5	التعاطف	2.243

المصدر: تم إعداده اعتمادا على برنامج SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (24)، أن معامل تضخم التباين VIF أقل من 5 لكل المتغيرات، وبالتالي يمكننا القول بأنه لا يوجد تداخل بين المتغيرات المستقلة الخمسة.

لأجل تحليل مدلولية الانحدار الخطي المتعدد، قمنا بحساب كل من:

- معاملات الانحدار B_0 و B_j ؛

- اختبار فيشر F ؛

- اختبار (T) للمقارنات الثنائية؛

- معامل الارتباط الكلي المتعدد بين الرضا ومعايير الجودة الخمسة؛

- معاملات الارتباط الجزئية. بين الرضا وكل معيار من معايير الجودة كل على حدى.

والجدول التالي، يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (25): تحليل العلاقة بين المعايير الخمسة لجودة الخدمة الصحية و الرضا الكلي لأفراد

عينة الدراسة

المعيار	معامل الارتباط	معامل التحديد	قيمة F	قيمة T	القيمة الاحتمالية sig	قيم المعاملات B_j
الملموسية	0.722	0.521	106.454	10.318	0.000	0.454
الاعتمادية	0.689	0.475	88.540	9.410	0.000	0.232
الاستجابة	0.679	0.461	83.774	9.153	0.000	0.181
الأمان	0.664	0.441	77.358	8.795	0.000	-0.002
التعاطف	0.712	0.507	100.970	10.048	0.000	0.329
معامل الارتباط الكلي	0.819	-	-	-	0.00	$B_0 = -0.876$
معامل التحديد الكلي	-	0.671	-	-		
اختبار فيشر F	-	-	38.414	-		

المصدر: تم إعداده اعتمادا على برنامج SPSS.

يتبين من خلال الجدول رقم (25)، ما يلي:

- يُحدد أثر اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية على الرضا الكلي، بالمعادلة التالية:

$$Y = 0.876 + 0.454 \text{ الملموسية} + 0.232 \text{ الاعتمادية} + 0.181 \text{ الاستجابة} - 0.002 \text{ الأمان} + 0.329 \text{ التعاطف}$$

وهي تمثل معادلة خط الانحدار المتعدد.

- بلغت قيمة معامل الارتباط الكلي 0.819، مما يدل على وجود علاقة طردية قوية نسبيا بين المعايير الخمسة للجودة الصحية والرضا الكلي. كما بلغت قيمة معامل التحديد الكلي 0.671، مما يعني أن 67.1% من التغير في الرضا عن الجودة الكلية يعود إلى التغير في اتجاهات أفراد العينة نحو معايير التقييم الخمسة.

- توضح معاملات الارتباط الجزئية، درجة تأثير الرضا الكلي بكل معيار من المعايير الخمسة، حيث قدرت بـ 0.722 للملموسية، 0.689 للاعتمادية، 0.679 للاستجابة، 0.664 للأمان و 0.72 للتعاطف.

- أكثر المعايير تأثيرا على الرضا الكلي للجودة الصحية هو معيار الملموسية ثم معيار التعاطف، حيث قدرت إحصائية T لكل منهما بـ 10.318 و 10.048 على التوالي. كما يدل ارتفاع قيمة F لهذين المعيارين على عمق تأثير أفراد عينة الدراسة بهما مقارنة مع باقي المعايير.

- تقدر القيمة الإحصائية F بـ 38.414، وهي أكبر من قيمتها الجدولية التي تساوي 2.37 عند درجة حرية 94/5 على التوالي ومستوى معنوية 0.05، أما القيمة الاحتمالية فتساوي 0.000 وهي أقل من المستوى المعتمد.

على ضوء النتائج السابقة، فإننا نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية و الرضا عن الجودة الكلية.

الفرضية الثالثة:

H_a : توجد فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة).

H_0 : لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة).

✓ اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس:

للتحقق من وجود فوارق دالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير الجنس، نستخدم اختبار (T) للمقارنات الثنائية، والجدول رقم (26) يوضح النتائج المحصل عليها:

جدول رقم (26): الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقا لمتغير الجنس

قيمة T		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	المعيار
مستوى الدلالة	القيمة					
غير دالة	1.073	0.358	4.275	27	ذكر	الملموسية
		0.489	4.164	73	أنثى	
غير دالة	0.724	0.524	4.118	27	ذكر	الاعتمادية
		0.479	4.038	73	أنثى	
غير دالة	1.375	0.754	4.000	27	ذكر	الاستجابة
		0.665	3.786	73	أنثى	
غير دالة	0.034	0.514	4.141	27	ذكر	الأمان
		0.724	4.137	73	أنثى	
غير دالة	1.316	0.494	4.311	27	ذكر	التعاطف
		0.677	4.123	73	أنثى	

المصدر: تم إعداده اعتمادا على برنامج SPSS.

لم يظهر الجدول رقم (26) وجود فوارق دالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05، حيث جاءت قيم (T) المحسوبة أقل من قيمة (T) المجدولة التي تساوي 1.98، وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير الجنس.

✓ اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير السن:

نستخدم تحليل التباين ANOVA لاختبار هذه الفرضية، والجدول رقم (27) يوضح نتائج الاختبار المتحصل عليها:

جدول رقم (27): الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقا لمتغير السن

المعيار	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	
					القيمة	مستوى الدلالة
الملموسية	بين المجموعات	3	0.668	0.223	1.060	غير دالة
	داخل المجموعات	96	20.170	0.210		
الاعتمادية	بين المجموعات	3	0.335	0.112	0.457	غير دالة
	داخل المجموعات	96	32.465	0.244		
الاستجابة	بين المجموعات	3	4.092	1.364	2.012	غير دالة
	داخل المجموعات	96	43.474	0.453		
الأمان	بين المجموعات	3	0.190	0.063	0.267	غير دالة
	داخل المجموعات	96	22.746	0.237		
التعاطف	بين المجموعات	3	1.312	0.437	1.083	غير دالة
	داخل المجموعات	96	38.741	0.404		

المصدر: تم إعداده اعتمادا على برنامج SPSS.

يتبين من خلال الجدول رقم (27)، أنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، لكون قيم (F) المحسوبة أقل من قيمة (F) الجدولة التي تساوي 2.76 انطلاقاً من درجة حرية 3 / 96 على التوالي، هذا يقودنا إلى قبول الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير السن.

✓ اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي:

نستخدم تحليل التباين ANOVA لاختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار المتحصل عليها:

جدول رقم (28): الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقاً للمستوى التعليمي

المعيار	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	
					القيمة	مستوى الدلالة
الملموسية	بين المجموعات	4	0.804	0.201	0.953	غير دالة
	داخل المجموعات	95	20.034	0.211		
الاعتمادية	بين المجموعات	4	1.120	0.280	1.173	غير دالة
	داخل المجموعات	95	22.680	0.239		
الاستجابة	بين المجموعات	4	2.432	0.608	1.280	غير دالة
	داخل المجموعات	95	45.134	0.475		
الأمان	بين المجموعات	4	0.745	0.186	0.797	غير دالة
	داخل المجموعات	95	22.191	0.234		
التعاطف	بين المجموعات	4	2.289	0.572	1.440	غير دالة
	داخل المجموعات	95	37.763	0.398		

المصدر: تم إعداده اعتماداً على برنامج SPSS.

يتبين من خلال الجدول رقم (28)، أنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، لكون قيم (F) المحسوبة أقل من قيمة (F) الجدولة التي تساوي 2.53 انطلاقاً من درجة حرية 4 / 95 على التوالي، هذا يقودنا إلى قبول الفرضية الصفرية H_0 .

✓ اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير الدخل الشهري:

نستخدم تحليل التباين ANOVA لاختبار هذه الفرضية، والجدول رقم (29) يوضح نتائج الاختبار المتحصل عليها:

جدول رقم (29): الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقاً لمتغير الدخل الشهري

المتغير	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	
					القيمة	مستوى الدلالة
الملموسية	بين المجموعات	3	0.556	0.185	0.878	غير دالة
	داخل المجموعات	96	20.281	0.211		
الاعتمادية	بين المجموعات	3	0.170	0.057	0.230	غير دالة
	داخل المجموعات	96	23.630	0.246		
الاستجابة	بين المجموعات	3	2.204	0.735	1.555	غير دالة
	داخل المجموعات	96	45.363	0.473		
الأمان	بين المجموعات	3	0.008	0.003	0.011	غير دالة
	داخل المجموعات	96	22.927	0.239		
التعاطف	بين المجموعات	3	2.059	0.686	1.734	غير دالة
	داخل المجموعات	96	37.993	0.396		

المصدر: تم إعداده اعتماداً على برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (29)، يتبين أنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد العينة نحو كل من معيار من المعايير الخمسة لجودة الخدمة الصحية، لكون قيم (F) المحسوبة أقل من قيمة (F) المجدولة التي تساوي 2.76 انطلاقاً من درجة حرية 3/ 96 على التوالي، هذا يقودنا إلى قبول الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى الدخل الشهري.

✓ اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير الحالة المدنية:

للتحقق من وجود فوارق دالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير الحالة المدنية، نستخدم اختبار (T) للمقارنات الثنائية، والجدول التالي يوضح النتائج المحصل عليها:

جدول رقم (30): الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقاً لمتغير الحالة المدنية

المعيار	الحالة المدنية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	
					القيمة	مستوى الدلالة
الملموسية	مسؤول عن أسرة	30	3.967	0.568	-1.25	غير دالة
	غير مسؤول عن أسرة	70	4.100	0.451		
الاعتمادية	مسؤول عن أسرة	30	3.760	0.785	-0.792	غير دالة
	غير مسؤول عن أسرة	70	3.880	0.652		
الاستجابة	مسؤول عن أسرة	30	4.026	0.552	-1.524	غير دالة
	غير مسؤول عن أسرة	70	4.185	0.443		
الأمان	مسؤول عن أسرة	30	4.106	0.535	-0.691	غير دالة
	غير مسؤول عن أسرة	70	4.203	0.676		
التعاطف	مسؤول عن أسرة	30	4.143	0.450	-0.741	غير دالة
	غير مسؤول عن أسرة	70	4.216	0.464		

المصدر: تم إعداده اعتماداً على برنامج SPSS.

لم يظهر الجدول رقم (30) وجود فوارق دالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05، حيث جاءت قيم (T) المحسوبة أقل من قيمة (T) المجدولة التي تساوي 1.98، وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير الحالة المدنية.

✓ اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير مكان الإقامة:

نستخدم اختبار (T) للمقارنات الثنائية لاختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح النتائج المحصل عليها:

جدول رقم (31): الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، وفقا لمتغير مكان الإقامة

المعيار	مكان الإقامة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	
					القيمة	مستوى الدلالة
اللموسية	المدينة	65	4.058	0.539	-0.043	غير دالة
	الريف	35	4.063	0.390		
الاعتمادية	المدينة	65	3.840	0.741	-0.078	غير دالة
	الريف	35	3.851	0.602		
الاستجابة	المدينة	65	4.135	0.524	-0.074	غير دالة
	الريف	35	4.143	0.395		
الأمان	المدينة	65	4.147	0.716	-0.562	غير دالة
	الريف	35	4.223	0.457		
التعاطف	المدينة	65	4.176	0.518	-0.546	غير دالة
	الريف	35	4.228	0.323		

المصدر: تم إعداده اعتمادا على برنامج SPSS.

يتبين من خلال الجدول رقم (31)، عدم وجود فوارق دالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05، حيث جاءت قيم (T) المحسوبة أقل من قيمة (T) الجدولة التي تساوي 1.98، وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير مكان الإقامة.

يتضح على ضوء النتائج السابقة، بأنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة). وبالتالي رفض الفرضية الثالثة.

ثانياً: عرض النتائج وتفسيرها.

تم التوصل من خلال الدراسة الميدانية التي خصت بها المؤسسات الاستشفائية التابعة للقطاع الخاص في مدينة باتنة، إلى النتائج التالية:

1. نتائج مستمدة من وصف خصائص عينة الدراسة:

تتمثل فيما يلي:

✓ هيمنة جنس الإناث على جنس الذكور، إذ بلغت نسبتهم 73%، في حين بلغت نسبة جنس الذكور 27%. وهذا راجع إلى احتواء العيادات على قسم جراحة عامة نساء وقسم للتوليد وأمراض النساء، مقابل قسم واحد للجراحة العامة رجال.

✓ انتساب نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة لفئة الشباب تقدر بـ 52%، حيث تتراوح أعمارهم ما بين 21 و40 سنة. وهو ما يعكس ميل هذه الفئة للمعالجة في القطاع الخاص من أجل الحصول على نوعية جيدة للخدمة الصحية.

✓ جمعت الدراسة بين زبائن (مرضى) ذو مستويات تعليمية مختلفة، وبنسب متقاربة.

✓ جمعت الدراسة بين زبائن (مرضى) ذو دخل شهري مختلف، وأكبر نسبة كانت للأفراد الذين يتقاضون دخل متوسط يتراوح بين 15000 و30000 دج، حيث بلغت 35%. وهو ما يؤكد توجه المرضى إلى المؤسسات الاستشفائية الخاصة من أجل الحصول على العناية اللازمة وخدمة صحية جيدة.

✓ نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة والبالغة 70%، غير مسؤولين عن أسرة.

✓ نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة والبالغة 65%، يقيمون في المدينة.

2. نتائج مستمدة من تحليل نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة:

تتمثل فيما يلي:

✓ درجة موافقة عالية لأفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المصحة من ناحية معايير التقييم الخمسة، ورضا كبير عن الجودة الكلية. وبالتالي كان تقييمهم إيجابياً.

✓ كل العناصر تشكل نقاط قوة في الخدمة الصحية المقدمة، لعل أهمها:

- الجوانب الملموسة (توفر الأدوية والخدمات الكهربائية بشكل مستمر، اعتناء العاملون بمظهرهم الخارجي، المظهر الخارجي والتصميم الداخلي للمصحة الذي يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة).
- حسن معاملة المريض والتعاطف معه.
- الثقة بمقدمي الخدمات الصحية والشعور بالأمان عند التعامل معهم.
- إخبار المريض عن حالته الصحية أولاً بأول، واستمرارية متابعته.
- الاستعداد الدائم للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى.
- الالتزام بتقديم خدمة صحية في المواعيد المحددة.
- ✓ العنصر الوحيد الذي يمثل نقطة ضعف هو ثمن الخدمة الصحية المقدمة.
- ✓ تؤثر الجودة المدركة للخدمة الصحية المقدمة بمعاييرها الخمسة على رضا أفراد عينة الدراسة.
- ✓ أكثر المعايير تأثيراً على الرضا الكلي للجودة الصحية هما معياري الملموسية والتعاطف.
- ✓ لا تؤثر المتغيرات الديمغرافية المتمثلة في " الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة" على اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير التقييم الخمسة.

خلاصة الفصل الثالث

تم في هذا الفصل، اختبار فرضيات البحث والمتعلقة بمدى جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية الاستشفائية التابعة للقطاع الخاص بمدينة باتنة، من ناحية كل معيار من المعايير الخمسة المعتمدة في قياس جودة الخدمة، وهي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف. وقد تم الاعتماد على تقييم عينة من المرضى المقيمين في أربعة مصحات طبية جراحية، من خلال تطبيق أسلوب الأداء الفعلي للخدمة الصحية (Servperf)، حيث بلغ حجم عينة الدراسة 100 مريض، وتم اختيارهم بطريقة عرضية.

أفضت المعالجة الإحصائية للبيانات، والتي تمت عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، إلى النتائج التالية:

- ✓ صحة الفرضية الأولى، حيث اتضح أن أفراد عينة الدراسة (المرضى) يقيمون الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة، تقييماً إيجابياً.
- ✓ صحة الفرضية الثانية، حيث تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية.
- ✓ عدم صحة الفرضية الثالثة، حيث تبين عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة).

الختمة

الخاتمة:

يسعى جميع مقدّمي الخدمات إلى التركيز على الجودة، فهي الأساس الذي يقوم عليه وجود الخدمات الصحية، كما أن الأخلاقيات تقتضي تقديم أفضل أشكال الخدمات وأنسبها إلى المريض، ومن ثمّ يتوجّب على جميع المؤسسات الصحية تقديم الخدمة الجيدة تلبيةً لمقتضيات هذه الأخلاقيات، وتلبيةً لمتطلبات الزبائن بهدف توطيد علاقتها معهم، وقدرتها على الاستمرار في نشاطها.

من خلال هذا البحث وبالاكتفاء على الإطار النظري في الفصلين الأول والثاني، يتضح أن نجاح المؤسسات الصحية في تدعيم وزيادة قدراتها التنافسية في محيط يمتاز بالتغير، يفرض عليها تحسين مستوى خدماتها، لذا لا بدّ عليها من التعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة للزبائن من أجل تحسينها، وعلى ذلك استهدف هذا البحث في الفصل الثالث تسليط الضوء على تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة، اعتماداً على إدراكات المرضى، وبالتالي محاولة معرفة مدى اهتمام هذه المؤسسات بالجودة. وإجمالاً يمكن القول أن التقييم الجيد لأفراد عينة الدراسة يعكس اهتمام هذه المؤسسات بالجودة معبر عنها بالأبعاد الخمسة، وهي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف. كما حاولنا من خلال هذه الدراسة التعرف على تأثير المتغيرات الديمغرافية المتمثلة في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة، على رضا أفراد عينة الدراسة معبر عنه بمعايير التقييم الخمسة.

وفيما يلي نستعرض أهم النتائج التي توصلنا إليها من خلال البحث، تقديم بعض الاقتراحات وآفاق لدراسات وأبحاث مستقبلية أخرى.

1 - أهم نتائج البحث:

- تعد هذه الدراسة محاولة إضافية للتحقق من ثبات ومصادقية نموذج الأداء الفعلي « Servperf » بتطبيقه على قطاع الخدمات الصحية.
- يجب أن تصمم الخدمات الصحية وفقاً لتوقعات المرضى، لأن هذا يعتبر حجر الزاوية في تطوير الخدمات المتوافقة مع آمال المرضى وتوقعاتهم.
- يقيم أفراد عينة الدراسة الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة، تقيماً إيجابياً.

- أكبر نسبة من أفراد عينة الدراسة هي من جنس الإناث، ومن فئة الشباب، وهذا الأمر يجب أخذه بعين الاعتبار عند تقديم الخدمات الطبية للفئة المذكورة، ودراسة احتياجاتهم ورغباتهم لتلبيتها على الوجه الأفضل.
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية.
- أكثر المعايير تأثيراً على الرضا الكلي للجودة الصحية هما معياري الملموسية والتعاطف.
- كفاءة الطبيب المهنية العامل في المؤسسة الصحية التي يقصدها المريض تؤدي دوراً أساسياً في تحسين جودة الخدمات المقدمة.
- عدم وجود فوارق واضحة بين آراء وانطباعات أفراد عينة الدراسة نحو الجودة الفعلية للخدمة الصحية المقدمة باختلاف: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة.

2- اقتراحات البحث:

- وبناء على ما توصل إليه البحث من نتائج في الدراسة الميدانية، يتم تقديم الاقتراحات التالية لمسؤولي المؤسسات الصحية:
- التعرف على حاجات المريض كمطلق لتحديد مواصفات الخدمة الصحية.
- التركيز على الجانب المادي الملموس لأنه أكثر وأول شيء يتأثر به المريض، والذي يتجسد في: المظهر الخارجي والتصميم الداخلي للمؤسسات الصحية، وجود أحدث المعدات والآلات التكنولوجية وتوفير التسهيلات المادية والمطبوعات المناسبة عن المؤسسة والمظهر اللائق لجميع أفرادها، بالإضافة إلى الاهتمام بجودة الغذاء المقدم.
- التركيز على جانب التعاطف في التعامل مع المريض، حيث الاهتمام والعناية الذاتية به ستولد لديه الرضا والولاء والانتماء للمؤسسة التي يتعالج فيها.
- زيادة الاهتمام بأبعاد جودة الخدمة المتعلقة بالاعتمادية، الاستجابة والأمان.
- التركيز على نوعية الأمراض التي تصيب الشباب وكيفية تقديم أفضل الخدمات الطبية لهم، كونهم الفئة الأكبر التي يتم علاجها.

- تطبيق سياسة سعرية مرنة ومنح امتيازات متنوعة للمرضى، من أجل تشجيعهم على التعامل مع المؤسسة وكسب ولائهم.
- الرفع من مستوى أداء العاملين من خلال تكثيف الدورات التكوينية، مع إقامة برامج تدريبية تركز على تنمية مهاراتهم السلوكية في التعامل مع المريض.
- استحداث وحدة متخصصة في إجراء الاستبيانات على المرضى لمعرفة آرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة لهم.
- محاولة الاستفادة من تجارب المؤسسات المماثلة في بلدان أخرى، كاستفادة من التجربة الأردنية في مجال الخدمات الصحية.
- الالتزام بجهود التحسين المستمر على جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- تطبيق نظام إدارة الجودة والحصول على شهادة الإيزو 9001:2008، من أجل توجيه ومراقبة المؤسسة الصحية لجودة خدماتها. وهذا ما سيمكن المؤسسات الصحية لبلوغ مستوى إدارة الجودة الشاملة من خلال تتبع الشروط اللازمة بكل سهولة وبأقل تكلفة، بهدف تنمية وتحسين مستوى خدماتها وإرضاء وكسب ولاء المريض.

3- آفاق البحث:

- يمكن اقتراح مجموعة من المواضيع التي لها صلة بموضوع البحث، والتي من الممكن أن تكون عناوين بحوث مستقبلية:
- تقييم جودة الخدمات الصحية المدركة في المؤسسات الصحية: دراسة مقارنة بين القطاعين العام والخاص؛
- قياس جودة الخدمات الصحية المدركة باستعمال نموذج الفجوات Servqual.

السيو غرافيا

البيبلوغرافيا:

باللغة العربية:

أولاً: كتب

1. إبراهيم مخلوف، إقبال، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات تطبيقية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1991.
2. أبو صالح، محمد صبحي وعوض، عدنان محمد، مقدمة في الإحصاء: مبادئ وتحليل باستخدام SPSS، الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2004.
3. إدريس، ثابت عبد الرحمان، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الإسكندرية: الدار الجامعية، 2006.
4. بن حبيب الله نياز، عبد العزيز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض: وزارة الصحة، 2005.
5. بن عايد الأحمد، طلال، إدارة الرعاية الصحية، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004.
6. البكري، ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005.
7. البكري، ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، الأردن: دار اليازوري العلمية، 2005.
8. بواعنة، عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، عمان: دار ومكتبة الحامد، الطبعة الأولى، 2004.
9. جلدة، سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2007.
10. جودة، محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2004.
11. الدرادكة، مأمون سليمان، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2006.
12. الدرادكة، مأمون سليمان و شيلي، طارق، الجودة في المنظمات الحديثة، عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى ، 2002.
13. الدمرداش، إبراهيم طلعت، اقتصاديات الخدمات الصحية، مصر: مكتبة القدس، الطبعة الثانية، 2006.
14. ردينة، عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع، 2008.
15. السلمي، علي، تطوير أداء وتجديد المنظمات، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، 1998.

16. السلطي، مأمون وإلياس، سهيل، دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الإيزو 9000، دمشق: دار الفكر المعاصر، الطبعة الأولى، 1999.
17. الصحن، محمد فريد، قراءات في إدارة التسويق، الإسكندرية: الدار الجامعية، 1996.
18. علوان المحياوي، قاسم نايف، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001: 2000، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2005.
19. غنيم، أحمد محمد، إدارة المستشفيات - رؤية معاصرة -، مصر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2006.
20. محمود حسن صالح، عبد المحي، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003.
21. مخيمر، عبد العزيز، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات، مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003.
22. مزاهرة، أيمن، الصحة والسلامة العامة، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2000.
23. مساعد، زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، الأردن: دار حامد للنشر، 1998.
24. النجار، فريد، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الإسكندرية: الدار الجامعية، الطبعة الأولى، 2007.
25. هيوكوش، إدارة الجودة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان الالتزام بها، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، الرياض: معهد الإدارة العامة، 2002.

ثانياً: مجلات وملتقيات

1. الأحمد، حنان، تحسين الجودة : المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض: مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000.
2. ديوب، محمد عباس و عطية، هنادي، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سوريا: جامعة تشرين، المجلد السابع والعشرون، العدد الثاني، 2005.
3. رباحي، زهرة، إصلاح المستشفيات العمومية في الجزائر، مهماتها، تنظيمها من خلال مشروع الإصلاح، بين الأهداف والوسائل، الملتقى الدولي الأول لاقتصاد الصحة، جامعة بجاية، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، 13-15 نوفمبر 2006.

4. عبود، علي سكر وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، العراق: كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد الحادي عشر، العدد 3، 2009.

ثالثاً: تقارير ووثائق الأخرى

1. الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 87.
2. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد الأول، الصادرة سنة 1966.
3. المرسوم التنفيذي رقم 97-465، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، 10 ديسمبر 1997.
4. المرسوم التنفيذي رقم 97-466، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، 10 ديسمبر 1997.
5. المرسوم التنفيذي رقم 97-467، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، 10 ديسمبر 1997.
6. مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة، إحصائيات 2010.
7. وزارة الصحة والسكان، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري، 1990.
8. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الندوة الأولى حول إصلاح المنظومة الاستشفائية، جوان 2011.

رابعاً: مواقع إلكترونية

1. خطة إصلاحية شاملة للخدمات الصحية في الجزائر:
<http://www.ensan.net/news> 14/04/2011
2. مقدمة عن الجودة:
<http://www.tkne.net/vb/t3341.htm> 12/01/2011
3. 55% من المؤسسات الصحية الجوارية فشلت في التكفل بالمرضى:
<http://www.elkhabar.com> 19/07/2011
4. المستشارون العالميون، 2008: 9001-2000: ISO9001:
http://*.gckw.com 13/01/2011
5. مكتب محسن بن نايف للاستشارات الادارية:
<http://www.hrm-group.com> 13/01/2011

باللغة الأجنبية:

أولا: كتب

1. Alaoui, A.Belghiti, **Principes Généraux de Planification à l'Hôpital**, Rabat : Sans Edition, 2005.
2. Amir, Mohamed, **l'Histoire de la Santé en Algerie**, Alger : Edition OPU, 1999.
3. Brilman, Jean, **Les Meilleures Pratiques de Management**, Paris : éditions d'organisation, 2003.
4. Daudin, Jean- Jacques et Tapiero, Charles, **Les Outils et le Contrôle de la Qualité**, Paris : Economica, 1996.
5. Djellal, Farida et al, **L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service**, Paris : Masson, 2004.
6. D. Michel et autres, **Marketing Industriel (stratégie et mise en œuvre)**, Paris : Economica, 2^{ème} Edition, 2000.
7. D. PETTIGREW et autres, **Le Marketing**, Québec (Canada) : MC Graw-Hill, 2003.
8. Huberac, Jean-Pierre, **Guide des Méthodes de la Qualité**, Paris : Maxima, 1998/1999.
9. Khiati, Mostafa, **Quelle Santé les Algériennes?**, Alger : Edition Maghreb Relation , 1990.
10. Leteurte, Hervé et autre, **La qualité Hospitalière**, France : Groupe Berger-Levrault, 2^{ème} édition, 1999.
11. Mitonneau, Henri, **ISO Version 2000**, Paris : Dunod, 2^{ème} édition, 2004.
12. Mongin, Yvon, **Processus : Les Outils d'Optimisation de la Performance**, Paris : Edition d'Organisation, France, 2004.
13. P.Eiglier et E.Langeard, **Servuction : le marketing des services**, Paris : Ediscience international, Cinquième tirage, 1994.
14. Seddiki, Abdallah, **Management de la qualité**, Alger : Office des publications universitaires, 2003.
15. Vilcot, Claude et Leclerc, Hervé, **Indication qualité en santé : Certification et évaluation des pratiques professionnelles**, France : AFNOR, 2006.
16. Volger, Eric, **Management Stratégique des services: du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services**, Paris : DUNOD, 2004.

ثانيا: رسائل ومذكرات

1. Colomb, Raymond, **Cadre de référence et démarche opérationnelle pour l'implication d'un projet intégré de management de la qualité au centre hospitalier de Gaspé**, Diplôme d'études supérieures, Université Monterial, Canada, 2001.
2. Mahyaoui, Youssef, **Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins**, doctorat le système de soins hospitalier, université de Paris, 2003.

ثالثا: مجلات وملتقيات

1. Husser, Jocelyn, **Le management stratégique de la qualité hospitalière par l'encadrement intermédiaire**, Conférence internationale de management stratégique, Genève : Annecy, 13-16 Juin 2006.
2. Ministère de la santé, Séminaire sur le Développement d'un Système National de Santé, Expérience Algérienne.
3. R.N. Bolton & H.J. Drew, Analysis of the Impact of service change on Customer Attitudes, Journal of Marketing, London, Januray 1991.

رابعا: تقارير ووثائق أخرى

1. Douguet, Florence & Munoz, Jorge, **document de travail, Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants**, série études n°48, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, France, juin 2005.
2. Décrit n° 88-204 du 18 Octobre 1988 fixant les conditions de réalisation d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées
3. Loi n° 88-15 du 3 Mai 1988 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.
4. Organisation Mondiale de la Santé, Stratégie de Coopération avec les Pays: République Algérienne Démocratique et Populaire.

خامسا: مواقع إلكترونية

<http://www.andi.dz/ar/fc=sante>

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الحاج لخضر - باتنة -
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

استمارة بحث

تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير
تخصص اقتصاد تطبيقي و تسيير المنظمات

من أجل تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة في المصحة، قمنا بإعداد هذه الاستمارة والغرض منها هو الحصول على البيانات التي تخدم البحث العلمي، والذي يعتمد على مدى مساهمتكم ومساعدتكم في الإجابة بكل موضوعية على جميع الأسئلة بوضع علامة (x) على الإجابة المختارة.
وأتعهد لكم أن إجاباتكم ستكون محل عناية وسرية كاملتين، ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي ولكم مني كل الشكر والتقدير

إشراف الدكتورة:

إلهام يحيوي

إعداد الطالبة:

نجاة صغيرو

اسم المصحة:

القسم الأول: آراء الزبائن (المرضى) حول جودة الخدمة المقدمة من طرف المصحة

درجة الموافقة					العبارة	الرقم
موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا		
					I - معيار الملموسية	
					المظهر الخارجي للمصحة يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة	1
					توفر المصحة على تصميم داخلي منظم ويسهل الاتصال مع مقدمي الخدمات	2
					توفر غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة	3
					تمتاز الخدمات الكهربائية بالاستمرارية وعدم الانقطاع	4
					تجري تلبية حاجات المريض من الأدوية بشكل متواصل	5
					يعتني العاملون والأطباء بمظهرهم الخارجي	6
					يمتاز الغذاء داخل المصحة بالجودة العالية	7
					II - معيار الاعتمادية	
					الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة	8
					عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج	9
					تتوفر المصحة على تخصصات مختلفة	10
					توجد ثقة في الأطباء والأخصائيين في المصحة	11
					مدى الحرص على تقديم الخدمة الطبية بشكل جيد في المقام الأول	12
					III - معيار الاستجابة	
					إخبار المريض عن حالته الصحية أولا بأول	13
					الاستعداد الدائم للعاملين في المصحة لمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى	14
					سرعة الرد على شكاوى واستفسارات المرضى	15
					تغطي المصحة احتياجات المرضى على مدار الساعة	16
					ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب	17
					IV - معيار الأمان	
					الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين	18
					يظهر العاملون في المصحة الاهتمام الصادق لحل مشاكل المرضى	19
					يتمتع العاملون والأطباء في المصحة بمهارة عالية	20
					استمرارية متابعة حالة المريض الصحية	21
					هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض	22
					V - معيار التعاطف	
					يتم تقدير ظروف المريض والتعاطف معه	23
					وجود الروح المرحية والصدقة في التعامل مع المريض	24
					يتم الإصغاء والاهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين	25
					تتم محادثة المريض باللغة واللهجة التي يعرفها	26
					تتم العناية الشخصية بكل مريض في المصحة	27

القسم الثاني: تحديد درجة رضى المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المصحة

درجة الرضى كبيرة جدا []

درجة الرضى كبيرة []

درجة الرضى متوسطة []

درجة الرضى منخفضة []

درجة الرضى منخفضة جدا []

القسم الثالث: معلومات عامة عن المريض

لو تكرمت بذكر بعض المعلومات العامة الآتية من أجل استكمال البيانات الخاصة بالبحث، وهي:

الجنس:

ذكر [] أنثى []

السن:

أقل من 20 سنة [] 21- 40 سنة [] 41-60 سنة [] أكثر من 61 []

المستوى التعليمي:

أمي [] ابتدائي [] متوسط [] ثانوي [] جامعي []

الدخل الشهري:

أقل من 15000 دج [] 15000 دج – 30000 دج [] 30000 دج - 45000 دج [] أكثر من 45000 دج []

الحالة المدنية:

مسؤول عن أسرة [] غير مسؤول عن أسرة []

مكان الإقامة:

المدينة [] الريف []