

جامعة الحاج لخضر – باتنة
كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير
قسم العلوم التجارية

مساهمة لتطبيق التسويق

على الخدمات الصحية

دراسة حالة المستشفى الجامعي – باتنة.

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية

تخصص تسويق

تحت إشراف
د. عمار زيتوني

إعداد الطالبة
جمعة الطيب

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
د. لخضر ديلمي	جامعة باتنة	رئيسا
د. عمار زيتوني	جامعة باتنة	مقررا
د. محمد سحنون	جامعة قسنطينة	عضوا
د. كمال عايشي	جامعة باتنة	عضوا

السنة الجامعية
2009/2008 م

الفهرس

الصفحة	قائمة المحتويات
	المقدمة عامة
أ	المقدمة
أ	إشكالية البحث
ب	فروض البحث
ب	أهمية الدراسة ومبرراتها
ج	أهداف البحث
ج	منهجية الدراسة
	الفصل الأول: الصحة، الخدمات الصحية والتوجهات الحديثة للتسويق
2	المقدمة
3	المبحث الأول: مفاهيم وعموميات في الصحة والخدمات الصحية
3	المطلب الأول: مفهوم الصحة وطبيعة هذا المفهوم
8	المطلب الثاني: مفهوم الخدمة الصحية
13	المبحث الثاني: الدور التنموي للتسويق وتطبيقه على الخدمات الصحية
13	المطلب الأول: الدور التنموي للتسويق
21	المطلب الثاني: التسويق الصحي
30	المبحث الثالث: سلوك المستهلك وقرار شراء الخدمة الصحية
30	المطلب الأول: سلوك المرضى والعوامل المؤثرة فيهم
35	المطلب الثاني: حاجة المرضى واتخاذ قرار الشراء
39	خلاصة الفصل الأول
	الفصل الثاني: التسويق الاستراتيجي والتكتيكي للخدمات الصحية
41	المقدمة
42	المبحث الأول: : التسويق الاستراتيجي للخدمات الصحية
42	المطلب الأول: نظام المعلومات التسويقي وبحوث التسويق في الوسط الصحي
52	المطلب الثاني: التجزئة، الاستهداف وتثبيت الصورة الذهنية في السوق الصحي
59	المبحث الثاني: المزيج التسويقي الصحي (التسويق التكتيكي)
60	المطلب الأول: التسويق الخارجي
81	المطلب الثاني: التسويق الداخلي والتسويق التفاعلي
91	خلاصة الفصل الثاني

	الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمركز الاستشفائي الجامعي-باتنة-
93	المقدمة
94	المبحث الأول: الخدمات الصحية العمومية في الجزائر عامة وفي مدينة ياتنة خاصة
94	المطلب الأول:مدخل عام حول المنظومة الصحية العمومية في الجزائر
106	المطلب الثاني: مدخل عام حول المنظومة الصحية العمومية في مدينة ياتنة
115	المبحث الثاني: خطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير النتائج
115	المطلب الأول:منهجية الدراسة الميدانية
119	المطلب الثاني: المعالجة الإحصائية وتحليل وتفسير النتائج الميدانية
131	خلاصة الفصل الثالث
133	الخاتمة العامة
138	قائمة الأشكال
139	قائمة الجداول
140	المراجع
144	الملاحق

المقدمة العامة

المقدمة العامة:

يشهد العالم اليوم تطورات عديدة ازدادت وتيرتها مع التطور التكنولوجي، وقد مس التقدم العلمي الكثير من المجالات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية. وقد كان للجانب الخدمي الحصة الأكبر لاسيما وأن قطاع الخدمات أصبح المحرك الأساسي للاقتصاديات المتقدمة. كما أصبح مجال الخدمات محل اهتمام الباحثين والممارسين من أجل تطويره وتحسينه.

وتعتبر المستشفيات من بين المنظمات الخدمية التي تبارت في تحقيق النجاح على المستوى المحلي والدولي. وفي نفس الإطار تجدر الإشارة إلى أن الصحة احتلت على مدار التاريخ صدارة أولويات الأفراد والجماعات، واهتمت بها الحكومات والمنظمات العالمية مؤيدة ومساندة لكل بحث وتطور ينشد في هذا المجال. وقد رصد لهذا القطاع ميزانيات معتبرة لتلبية وبلوغ حاجات ورغبات مستهلكي الخدمات الصحية. وحسب المفهوم الحديث للتسويق الذي يسعى إلى تحقيق الرضا للزبائن، فإن المستشفيات كمنظمات خدمية صحية عمومية أو خاصة، تحتاج إلى التسويق. خاصة أن كبريات المنظمات العالمية أولت الكثير من الأهمية للتسويق باعتباره يسمح لها بتحقيق أهدافها الربحية وغير الربحية. وبالرجوع إلى المستشفيات الجزائرية يسجل غياب مفهوم التسويق في المنظمات الخاصة فكيف بالعامّة، طالما أن التسويق اعتبر دائما لصيقا بالمنظمات الهادفة لتحقيق الربح.

وفي هذا الصدد يسعى هذا البحث إلى بناء تصور حول إدماج النشاط التسويقي في المستشفيات الجزائرية بهدف تحسين مستوى أداء المنتج الصحي فيها بكل مكوناته، أي المنتج الطبي والكوادر العاملة من الأطباء والمرضى، والهيكل الطبي والتجهيزات المرفقة بها. وبالإضافة إلى ذلك يمكن لهذا التصور أن يشمل الزبون الجزائري للتعرف على حاجاته ومحاولة ترشيد سلوكه و توعيته لبلوغ الهدف الذي يجب أن يكون مشتركا بين الزبائن والمنظمات المقدمة لهذه الخدمات.

من خلال هذا التصور يمكن عرض طبيعة وأبعاد المشكلة، وهدف البحث، وفروضة وأهميته كما يلي:

أولاً: طبيعة وأبعاد المشكلة

أصبح التسويق في السنوات الأخيرة مجالا ذو أهمية متزايدة في إدارة المنظمات التي لا تهدف للربح. ولا تعتبر المستشفيات استثناء من تلك المنظمات فهي تحتاج إلى معرفة وفهم أسواقها و جماهيرها، والبيئة التي تعمل فيها كالبينة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وذلك لتمكينها من توجيه إمكاناتها المتاحة لتحقيق أهدافها. فالمستشفيات الجزائرية تواجه مشاكل مستعصية، سيما أن الشكاوى العديدة التي تتلقاها الجهات الرسمية وغير الرسمية من طرف المترددين على هذه المستشفيات الذين يتعرضون إلى سوء المعاملة من طرف الفرق المناوبة وأعوان الاستقبال، ولاشك أن احد الأسباب تعود إلى العجز الفادح في هياكل استقبال المرضى مما ترتب عليه تراجع مستوى العلاج والتكفل بالمرضى، على الرغم من أن الخارطة الصحية

استنزفت أموالا طائلة من الخزينة العمومية. ومن أجل تحديد مستوى الثغرات الموجودة في المنظومة الصحية الجزائرية والتعرف على سبل سدها، أخذنا وحدة بحث مستشفى باتنة، حيث تم طرح التساؤل التالي:

ما هو دور وأهمية التسويق في تحسين مستوى الخدمة الصحية؟

وللإجابة على هذا التساؤل تم طرح مجموعة من الأسئلة الفرعية يمكن إيجازها فيما يلي:

1. ما هي طبيعة الخدمة الصحية، وكيف يمكن التعامل مع خصوصياتها؟
2. هل بإمكان التسويق أن يحسن من مستوى أداء الخدمات الصحية؟
3. ما هو واقع الخدمات الصحية المقدمة من طرف مستشفى باتنة؟
4. كيف يمكن تحسين أداء الخدمة الصحية في مستشفى باتنة من خلال ممارسة التسويق فيها؟

ثانيا: فروض البحث

إن ممارسة الخدمة الصحية تواجه الكثير من الصعوبات نظرا لطبيعة الخدمة ذاتها و خصوصيتها، وقد تم طرح عدة فرضيات ينتظر اختبار مدى صحتها من عدمه من خلال هذا البحث وهي:

- 1- توجد علاقة بين طبيعة الخدمة الصحية وصعوبة تأديتها.
- 2- إن تبني المفاهيم التسويقية في المنظمات الصحية يؤدي إلى تحسين الخدمات المقدمة فيها.
- 3- لعناصر المزيج التسويقي اثر ايجابي على رضا المريض في مستشفى باتنة.

ثالثا: أهمية البحث

تتجلى أهمية هذه الدراسة من أهمية الإشكالية المطروحة ولعدم وجود دراسات شاملة لاختيار إمكانية تطبيق المفاهيم التسويقية الحديثة في المنظمات التي لا تهدف للربح، على الرغم من الأهمية التي تحتلها هذه المنظمات بين أفراد المجتمع كالخدمات الصحية وكذلك التعليمية، والثقافية، والأمنية. لذلك تعتبر هذه الدراسة هامة لكونها تتناول المنظمات الصحية التي تعتبر من أكثر المنظمات ارتباطا بالجمهور، بسبب شمولية تأثير خدماتها على كافة أفراد المجتمع بشكل أو بآخر، حيث تهدف إلى توقي الحذر من الانحراف في الصحة وبناء إنسان مكتمل الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية إضافة إلى انعكاس ذلك على الاقتصاد الوطني.

عدا ذلك لم يحظ التسويق باهتمام المستشفيات والمنظمات الصحية على الرغم من مواجهتها لمشاكل تسويقية متعددة تتعلق بخدماتها وبالمستفيدين منها والتي تصبح في الكثير من الأحيان عائقا لأداء نشاطاتها. وعليه، فالأخذ بالمفاهيم الحديثة للتسويق من شأنه أن يعالج مشاكل هذه المنظمات، ويحسن أدائها، شأنها في ذلك شأن المستشفيات في الدول المتقدمة التي استخدمت المفاهيم والأساليب التسويقية في حل مشاكلها. وقد أدى ذلك إلى رفع مستوى كفاءة خدماتها وتغير نظرة زبائننا.

ويعتبر هذا البحث مقدمة لمجهود آخر يرجى المساهمة من خلاله في تصميم نماذج للعمل التسويقي في المجالات المختلفة للمنظمات التي لا تهدف إلى الربح بصفة عامة والمستشفيات بصفة خاصة.

رابعاً: أهداف البحث

يهدف هذا البحث إلى المساهمة بعمل ميداني من خلال جمع معلومات أولية من واقع الدراسة التطبيقية على مستهلكي الخدمات الصحية لمستشفى باتنة، كما يرجى:

- 1- مراجعة الأساليب والمفاهيم التسويقية، وإمكانية تطبيقها في المنظمات التي لا تهدف للربح.
- 2- تحديد مدى تبني وتطبيق المستشفيات العمومية لهذه المفاهيم والأساليب، وكذلك النتائج المترتبة على ذلك.
- 3- تحديد إمكانية ومجالات الاستفادة من تطبيق الأساليب التسويقية في المستشفيات، وذلك للمساهمة في زيادة فعالية تلك المنظمات وحل مشاكلها.

خامساً: منهجية الدراسة

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الاستقرائي، باستخدام الطريقة العلمية المتمثلة في صياغة أسئلة البحث من خلال إشكالية الدراسة، ومن ثم طرح فرضيات لهذه الأسئلة لاختبار مدى صحتها من عدمه. وللوقوف على أهمية الخدمات الصحية في تحقيق رضا المريض تم القيام بدراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بباتنة، وكان الاعتماد في ذلك على توزيع استبيان على المرضى المقيمين بالمستشفى، بالإضافة إلى الملاحظة والمقابلة. ولتحليل وتفسير النتائج المتحصل عليها تم استخدام أساليب التحليل الإحصائية المتمثلة في النسب المئوية، مربع كاي ومعامل التوافق وتحليل التباين الأحادي.

وللوصول إلى هدف الدراسة تم الاعتماد على المراجع المتاحة سواء كانت باللغة العربية أو الانجليزية والفرنسية فضلا عن المعلومات المتوفرة من المقالات والمجلات والمواقع عبر شبكة الانترنت. ومن أجل الإلمام بإشكالية البحث وتجسيد اختبار الفروض، تم تقسيم البحث إلى ثلاث فصول إلى جانب المقدمة العامة والخاتمة العامة.

تناول الفصل الأول موضوع الصحة والخدمات الصحية، ثم الدور التنموي لتسويق من خلال الاتجاهات الحديثة للتسويق وصولاً للتركيز على سلوك المستهلك جوهر العملية التسويقية.

واهتم الفصل الثاني بالتسويق الاستراتيجي من خلال بحوث التسويق، التجزئة، الاستهداف وتنشيط الصورة الذهنية للخدمات الصحية. ثم تطبيقها عملياً من خلال التسويق التكتيكي الذي يتمثل في عناصر المزيج التسويقي الصحي السبعة (7Ps)

وعالج الفصل الثالث الجانب التطبيقي لموضوع البحث في مؤسسة استشفائية، وهو عبارة عن محاولة لتكييف الجانب النظري على الواقع العملي لتقديم الخدمات الصحية في المركز الاستشفائي الجامعي. وقد تم في هذا الفصل إعطاء صورة واضحة عن واقع القطاع الصحي العمومي في الجزائر عامة وفي مدينة باتنة خصوصاً، بالإضافة إلى السياسة الصحية في الجزائر. وفي الخاتمة تم تناول أهم النتائج المتوصل إليها من مشاكل ونقائص ومن ثم تقديم مجموعة من الاقتراحات الممكنة من أجل النهوض بهذا القطاع عن طريق تطبيق وتنشيط العمل التسويقي فيها.

الفصل الأول

الصحة، الخدمات الصحية
والتوجهات الحديثة للتسويق

الفصل الأول: الصحة، الخدمات الصحية والتوجهات الحديثة للتسويق

المقدمة:

إن الصحة الجيدة من دون شك تعتبر رأس مال الإنسان، فالحياة بحد ذاتها من أكثر السلع نفاسة، ولهذا أصبحت الخدمات الصحية واحدة من أبرز الخدمات التي تزايدت حاجة الإنسان لها عبر العصور. ولما كان لزاما تلبيبة هذا الاحتياج بصورة أكثر كفاءة ودقة، كان لابد أن يلعب النشاط التسويقي الدور المهم والحيوي في تحقيق تلك الاستجابة الدقيقة والواضحة لتلك الحاجات الإنسانية. ولعل أهمية التسويق ودوره في خدمة المجتمع ازداد وضوحا عندما تمكن الأفراد من إشباع حاجاتهم المادية إلى حد ما، وانتقالهم ضمن سلم الحاجات لإشباع تلك الحاجات غير المادية. حتى أصبح من الممكن القول بأننا نعيش بحق في عالم الخدمات، لكونها ارتبطت بالكثير من مفردات الحياة اليومية للمواطن. وهذا ما خلق توجهات حديثة للتسويق غيرت مفهومه عبر الحقب الزمنية المختلفة ليصل إلى ما وصل إليه الآن.

يتناول هذا الفصل الطرح السابق من خلال ثلاث مباحث، يعتبر المبحث الأول مؤشر انطلاق في موضوع الصحة والخدمات الصحية التي أصبحت بمثابة الباب الكبير الذي تلتقي من خلاله هذه المنظمات مع المجتمع لتؤدي رسالتها الإنسانية والأخلاقية في خدمته. وذلك من خلال التعرض لمفهوم الصحة والخدمات الصحية، والاختلافات القائمة حول طبيعة المفهومين ومختلف الطروحات حول هذه المفاهيم وخصائصها والتي سيتم معالجتها على التوالي.

وسوف يهتم المبحث الثاني بالدور التنموي للتسويق، إذ سيتضح من خلاله الأدوار الحديثة التي يساهم بها التسويق في تحقيق التطور والنمو الاقتصادي والاجتماعي، خاصة بمفهومه الاجتماعي الذي يسعى من خلاله إلى زيادة التحضر وتحقيق عدالة التوزيع، بالإضافة لتنمية الالتزام الأخلاقي والسلوكي بين العاملين بالنشاط التسويقي وبين جمهور المستهلكين المرتبطين بالنشاط التسويقي بصفة عامة.

أما المبحث الثالث فقد خصص لدراسة ومعالجة أهم عنصر في المجال التسويقي وهو المستهلك (المريض)، من خلال دراسة مفصلة لسلوكه نظرا لخصوصية وحساسية مجال خدمات القطاع الصحي.

المبحث الأول: مفاهيم وعموميات في الصحة والخدمات الصحية

تقدم نظم الخدمات الصحية خدمات، ولكن ما الذي تهدف إنتاجه هذه النظم، فهل يتمثل هدف الخدمات الصحية تحقيق تحسين في الصحة، أو استمرار الصحة الجيدة، أو تخفيف المعاناة. فإذا كان الأمر كذلك فمن الضروري التفرقة بين طبيعة الخدمات الصحية وطبيعة الصحة. وعليه سيهتم هذا المبحث بطرح مختلف الطروحات حول هذه المفاهيم وستتم معالجتها بالتفصيل.

المطلب الأول: مفهوم الصحة وطبيعة هذا المفهوم

1- مفهوم الصحة

يصعب تعريف الصحة كما أن قياسها أصعب، إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة، بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها. فقد أورد مارشال في الفصل الخامس من الجزء الرابع في كتابه "مبادئ الاقتصاد"⁽¹⁾ لدراسة أثر الصحة على السكان والثروة الاقتصادية تحت عنوان the health and strength of the population، وعرف الصحة "بأنها القوة الجسمية physical، والقوة العقلية mental، والقوة المعنوية والنفسية moral للفرد". ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحاجة المسكن، ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه، ومستوى نظافة البيئة، والخدمات الصحية المتاحة، ومدى إمكانية الحصول عليها، فإذا كان المرض أو الانتقاص من حالة السلامة الصحية للفرد يرجع للعناصر السابقة، فإن الخدمات الصحية تهدف إلى تخليص الفرد من المرض وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية.

كما يعرف البنك الدولي أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير.⁽²⁾ وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة "بأنها حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن".⁽³⁾ ولكن هذه التعاريف فيها شيء من الغموض لأنها تشير إلى أن الصحة الجيدة تنتج من أكثر من مجرد الخدمة الصحية الفعالة والكفوءة.

ولا يقتصر الأمر على درجات متفاوتة من الصحة السيئة، ولكن هناك أبعاد مختلفة أيضاً، إذ أن الألم والعجز البدني والاضطراب العقلي والنفسي تمثل جوانب من الصحة السيئة. وقد يرى الأطباء والمديرون والحكومات أن خدماتهم الصحية بمثابة خدمات للمرض الذي يمكن أن يشخصه مهني خدمات صحية، وبمجرد تناول العلاج وشفاء المرض فإن أي شيء آخر لا يستطيع التكيف معه يصبح مشكلته الخاصة.

⁽¹⁾ Alfred Marshall. **principles of economics**, Eighth ed. (London: the Macmillan Press LTD, 1977), pp.161-

طلعت الدمرداش إبراهيم، **اقتصاديات الخدمات الصحية** (مصر: مكتبة القدس، 2006)، ص. 17، cited by. 169,

⁽²⁾ البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة (واشنطن دي، سي: البنك الدولي، 1993)، ص. 71.

⁽³⁾ نقلا عن الدمرداش، المرجع السابق، ص. 18.

كما يمكن تعريف الصحة الجيدة بأنها مفهوم أوسع من مجرد غياب المرض، إذ أن هناك بعض الأمراض التي قد لا يكون علاجها أو الشفاء منها كلية، مثل المعاقين إعاقه دائمة، أو هؤلاء المقعدين عن العمل بسبب الشيخوخة.⁽¹⁾

وهذا يقود للتفريق بين مفهوم الصحة والمرض، فالمفهومين يرددان ويستعملان في الحياة اليومية دون إمعان النظر والتفكير في تعريف وتمييز دقيق بينهما، حيث أنه من السهل النظر والتفكير في الصحة بأنها الخلو من المرض أو غياب المرض، وبهذا ينظر للصحة والمرض بأنهما حالتان متضادتان. ولكن عند تدقيق التفكير يتبين أن الصحة والمرض ليستا كذلك، فالأمر نسبي وليس مطلق. ويختلف من شخص لآخر ومن حالة لأخرى، فهي حالة نسبية من التوازن الجسماني والنفسي والاجتماعي والمقدرة على العمل. ومما لا شك فيه أن كل شخص ينظر للمرض وبالتالي للصحة بمنظار وشعور وتفسير مختلف. فمثلا شخص مصاب بوعكة صحية طفيفة يعتبر نفسه مريضا، وقد يقعد عن العمل، بينما ذلك يختلف لدى شخص آخر، إذ قد يواصل عمله كالمعتاد على الرغم من إصابته بوعكة طفيفة، وقد تسأل شخص فاقد عينيه عن صحته فيجيب أنه بخير. فاحتمال الناس للأمراض مختلف من شخص لآخر حسب البنية الجسمانية، وكذلك حسب معتقداته وقيمه ومناخه... الخ. ولهذا قيل بأنه لا توجد أمراض بل مرضى، وذلك تعبيرا عن اختلاف قابلية الأشخاص لاحتمال المرض والرعاية والمعالجة الطبية ووسائلها وأنواعها.⁽²⁾

2- إنتاج الصحة

يقصد بإنتاج الصحة استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة، مستوى التغذية ونوعية البيئة، ونوعية الإسكان، ومستوى التعليم والتحضر، وطبيعة المهنة، وساعات العمل، ومستوى الدخل والعادات الصحية الشخصية (مثل تدخين السجائر، واستهلاك الخمر والمخدرات، وساعات النوم، وممارسة الرياضات المختلفة) وأخيرا مستوى الخدمات الصحية وتحسين مستوى الوصول إليها.⁽³⁾

وعند تخصيص الموارد بهدف إنتاج الصحة الجيدة، ستتنافس عدة برامج بديلة على تلك المواد وتلك البرامج كبرامج التعليم، برامج تحسين التغذية، برامج تحسين البيئة وخفض مستويات التلوث، بالإضافة إلى برامج نشر الوعي الصحي لتحسين العادات الصحية الشخصية، وبرامج تحسين نوعية الإسكان ورفع مستوى التحضر، بما يشمل من تحسين مستويات التهوية والإضاءة المنزلية وتحسين مستويات الصرف الصحي والمياه النقية... الخ.

(1) Ann clewer and david Perkins, **Economics for health care management** (London: prentice Hall, 1998), p.6. cited by. 19. المرجع السابق، ص. 28.

(2) عبد المهدي بواعة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية (عمان: دار الحامد، 2004)، ص. 28.

(3) Paul J. Feldstein, **Health Care Economi**, , second Ed. (New york: John Willey, 1983), p.15. cited by. الدرمداش، المرجع السابق، ص. 20.

ويضيف Deon Filmer أن هناك مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعالية مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة، وتعتمد تلك المدخلات على حقائق بيولوجية وحقائق طبية. فالمدخلات التي تعتمد على الحقائق البيولوجية تشمل التغذية، المسكن، بيئة العمل... الخ. أما المدخلات التي تعتمد على الحقائق الطبية فتتمثل في الخدمات الصحية.⁽¹⁾

وبناء على ذلك يمكن استنتاج أن هناك جهات عديدة تساهم في رفع مستوى الصحة، إضافة إلى الخدمات الصحية. وقد قام Michael Grosman (1972) بإعداد نموذج يربط بين نتيجة الصحة ومدخلات الصحة كالمسكن، التعليم وبيئة العمل كمدخلات إضافية إلى الخدمات الصحية، ويفترض أن الفرد يحاول تعظيم منفعة مدة حياته التي تعتبر دالة في عدد الأيام التي قضاها بصحة جيدة خلال حياته حتى الموت، وقد عرض نموذجاً لذلك مستخدماً فيه الإنتاجية الحدية في التحليل.⁽²⁾

ويرى البعض مثل Mc Keown (1976) أن دور الطلب والخدمات الصحية في تحسين الحالة الصحية للسكان مبالغ فيه، وأن عناصر أخرى مثل المسكن والتعليم، الغذاء ومستوى المعيشة لها تأثير كبير على مستويات الصحة بالمقارنة لما نعتقده بالنسبة لأثر الخدمات الصحية، وهكذا تمثل الخدمات الصحية مدخلاً واحداً فقط في إنتاج الصحة، ويجب عدم إغفال أن معظم الخدمات الصحية تقدمها الأسر داخل المنزل باستخدام إجراءات بسيطة، وليس من خلال نظام الخدمات الصحية الرسمية سواء الخاص أو العام. وبالتالي هناك علاقة تبادلية مختلفة بين الصحة ومستوى الدخل ونمط توزيعه والتعليم... الخ.⁽³⁾

3- النظام الصحي

أ- التعريف بالنظام الصحي.

يعرف النظام الصحي على أنه مجموعة من الأجزاء ترتبط بشبكة من الاتصالات وتعمل معاً بهدف تحقيق أهداف معينة. ويرتبط بالنظام مستوياته وعلاقاته وتركيبه التنظيمي وأهدافه، وتفاعله مع البيئة، وتحديد مدخلاته وكيفية تشغيلها، ومخرجاته، ومؤثرات التغيير والتطوير والنمو. وعليه فإن مدخلات النظام الصحي هي الطاقة البشرية المتخصصة من المهارات المختلفة، المرضى الحاليين والمرقبين، المعدات والأجهزة، الأصول الثابتة والمتغيرة، المواد والأدوية، التشريعات الطبية... الخ.

ويتطلب ذلك البحث عن طرق تشغيل تلك المدخلات بهدف تقديم خدمات بمستوى معين من تكنولوجيا الطب الحديث أو البدائي، ويترتب على ذلك مخرجات للنظام كحالات الشفاء التام أو الوفاة أو المواليد، ومعرفة علمية طبية من اختراعات جديدة، واكتشاف أمراض جديدة... الخ. ويتفاعل هذا النظام

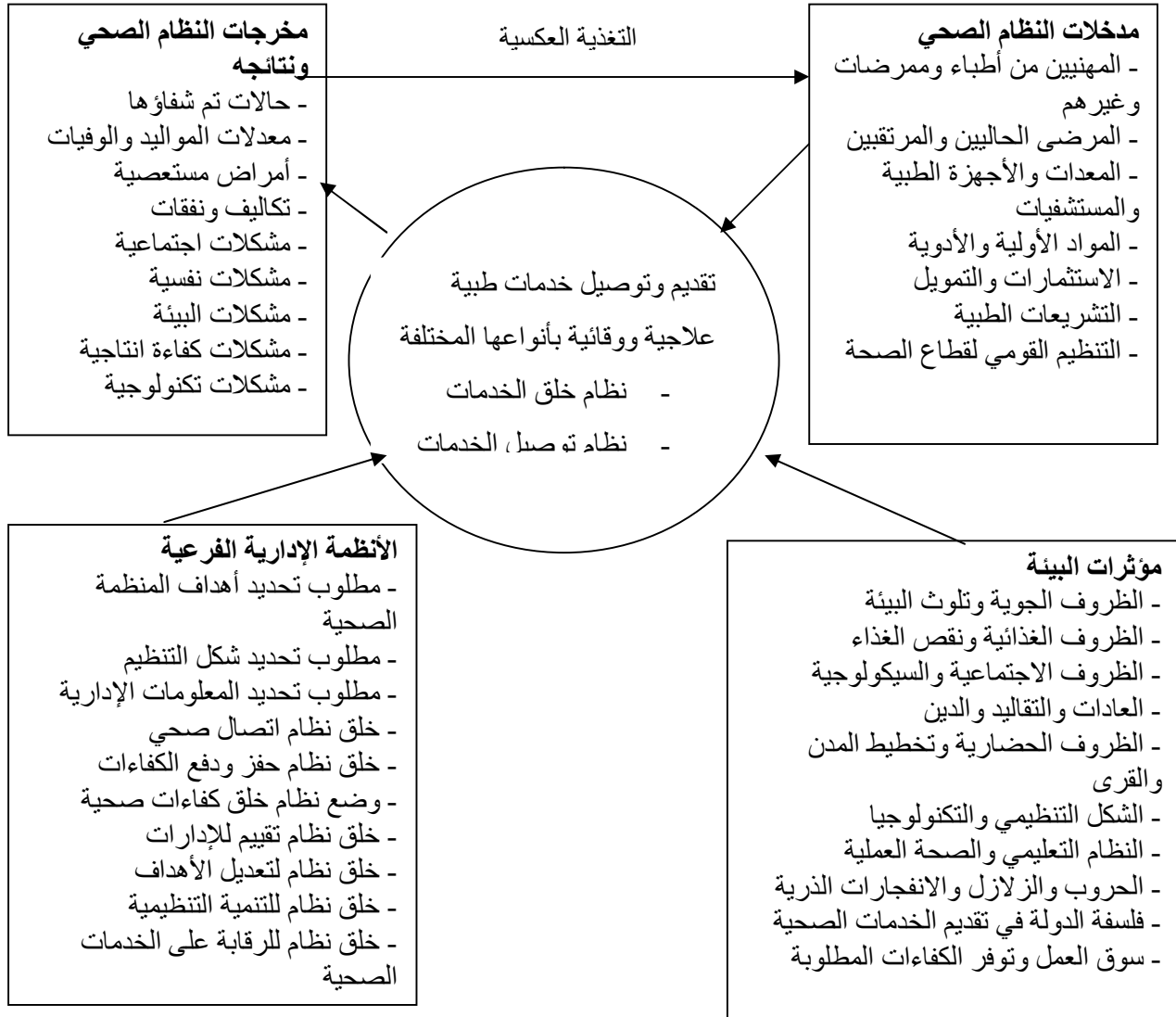
(1) Deon Filmer, **Health Policy In Poor Countries: Weak Links In The Chain** (Washington D. C.: World Bank, Policy Research Working Papers, 1989), p.8. cited by.20. الدمرداش، المرجع السابق، ص.

(2) نقلاً عن الدمرداش، مرجع سابق، ص 21-22.

(3) نقلاً عن نفس المرجع

مع البيئة بأبعادها التكنولوجية والبيئية والصناعية والاجتماعية ونظام الأعمال والمنافسة والمعلومات... الخ.⁽¹⁾ ويمكن توضيح ذلك حسب الشكل الموالي:

الشكل رقم 1: مكونات النظام الصحي



المصدر: فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات والمنظمة الصحية والطبية (القاهرة: دار النهضة، 1981)، ص. 56.

كما أن Arnold Kaluzny (1982) يصف النظام الصحي على أنه للوهلة الأولى لا يبدو كنظام إطلاقاً، ولكن مجموعة معقدة ومشوشة ومبعثرة من التنظيمات والأشخاص يتجهون اتجاهات متفرقة ومشتتة، وفي الحقيقة أن تقديم الخدمات الصحية في الغالب توصف بأنها غير مؤسسية nonsystem ولكن بنظرة أدق فإن هذه المجموعات من التنظيمات والفنيين تعمل بعلاقات وشبكات من التفاعل بشكل نظامي يمكن التنبؤ به.⁽²⁾

(1) فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية (القاهرة: دار النهضة العربية، 1981)، ص. 55.

(2) نقلا عن نفس المرجع، ص. 33.

ب- مكونات النظام الصحي:

توجد ثلاث مكونات أساسية للنظام الصحي، وهي:⁽¹⁾

- الأفراد والجماعات التي تحتاج للخدمات الصحية الشخصية وهو ما يرمز له بالعنصر الشخصي، وهو يمثل الأشخاص أو العائلات الذين يحتاجون للخدمات الصحية التي تتوافر لهم في المؤسسات والمنشآت الصحية.

- المكون المهني والفني، ويتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجي هذه الخدمات.

- المكون الاجتماعي، ويتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع، والتي تقوم بدورها حتى تجعل الخدمات الصحية متوفرة وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور. وتشمل هذه الأعباء التي يتحملونها أو يقوموا بها أمورا منها تنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تشريع وتحسين مستوى الخدمة الصحية، وكذلك تخطيط وتنسيق العلاقات والفعاليات.

ج- شروط تحسين قدرات النظام الصحي

إن تحسين قدرات النظام الصحي يتحقق من خلال:⁽²⁾

- تحديث الخريطة الصحية الهادفة إلى التوزيع العقلاني والعادل للموارد في إطار توحيد الأنظمة الصحية التي تعمل على إدماج مجموع المتدخلين بشكل متماسك ولاسيما القطاع الخاص.

- ضمان الحصول على العلاج عبر ربوع البلاد كلها، عن طريق تعيين الأطباء الأخصائيين في المؤسسات الواقعة داخل البلاد على سبيل الأولوية مدعوما بمراجعة الخدمة المدنية مراجعة ملائمة، وإعادة تأهيل وتعزيز المنشآت الصحية الجوارية والفرق الطبية المتنقلة وتحسين التجهيزات وصيانتها.

- مواصلة إجراءات إصلاح المستشفيات.

د- سياسة البنك العالمي في قطاع الصحة

يقوم البنك العالمي وصندوق النقد الدولي بتصنيف التدخلات التي تترك للدولة في السوق الصحي دورا لمنع الغنيمة للرأسماليين وذلك كما يلي:⁽³⁾

- أن تقوم الدولة بدور إعلامي، مثلا حملة إعلامية للتحسيس بمخاطر التدخين؛

- ضبط تطبيق الأنشطة الخاصة بفرض قواعد على الأطباء أو تفويض المستشفيات؛

- انتقاء أهداف تدخل الدولة في القطاع الصحي، كتقديم الخدمات الأساسية من التلقيح وعلاج الملاريا والوقاية من فقر الدم وعلاج الالتهابات العادية، والعناية بالجنين والولادة... الخ.

ويرى البنك الدولي أنه على الدولة أن تنسحب من الخدمات الصحية العلاجية وتتركها للخواص

(1) بواعة، مرجع سابق، ص ص. 38-39.

(2) www.mcrp.gov.dz/ministre arab.

(3) www.al-mounad hil-a.info/article.

مبررا ذلك بكون العلاقة بين الكلفة والفعالية ضعيفة في تلك الخدمات، ويوصي بخفض عدد المستشفيات العمومية حيث أنه يعتبرها غير فعالة ويستفيد منها سكان المدن غير الفقراء، واستبدالها بمستوصفات بالوسط القروي. كما يرى أنه يجب على المستشفيات العمومية أن تغطي تكاليفها لأن أداء التعريفات من طرف المريض يساعد على الاستمرارية المالية للعلاجات الصحية التي تقدمها الدولة حيث يجب تطبيق التعريفات على المدى القريب في المستشفيات بالمدن والتي يستفيد منها غير الفقراء.

ولكن حسب البنك على المدى البعيد يجب على المستشفيات العادية والمراكز الصحية الموجهة للقرويين خاصة الفقراء أن تحاول هي أيضا وضع أنظمة لتغطية التكاليف، وعلى الجماعات المحلية تحمل مسؤولية الصحة أي يجب أن يقع عبء الصحة أكثر فأكثر على الفرد وعلى التأمينات وليس على الدولة التي تجري تقليص مجانية الخدمات حتى الأساسية منها وتفكيك البرامج الصحية للتغطية الشاملة (لأن المستفيد منها حسب زعمه هو الطبقات الوسطى والعليا). كما يتعين على الدولة أن تشجع نمو القطاع الخاص غير التجاري، ولاسيما البعثات والمنظمات الإنسانية الدينية، وأيضا القطاع الخاص التجاري في التزويد بالأدوية، التجهيزات الصحية. وحسب البنك الدولي دائما فإنه يمكن للسلطات العمومية أن تساعد على استغلال الطاقات الكبيرة لدى المنظمات غير الحكومية بوضع إطار قانوني مناسب لها.

المطلب الثاني: مفهوم الخدمة الصحية

1- مفهوم الخدمة الصحية وأسباب الاهتمام بها

يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها " النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى"⁽¹⁾. إذن فالخدمة الصحية ما هي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعا ورضا معين للمستفيد. هذا يعني أن هناك أسباب ودوافع عديدة تقف وراء الاهتمام المتزايد والمضطر بدراسة الخدمات الصحية ودورها وبالتحديد إدارة نظم تقديم وتوصيل الخدمات الصحية، وذلك لعدة أسباب أهمها:⁽²⁾

- حرمان نظم توصيل الخدمات الصحية من تطبيقات نظريات الإدارة والتنظيم ومن بناء نظم إدارية متخصصة فيها، إما تحت مفهوم أن هذه النظم ما هي إلا نظم طبية متخصصة وحل مشكلاتها لا يأتي إلا من طبيب، أو أنه يمكن تطبيق مبادئ الإدارة العامة على المؤسسات الصحية مما لا يحتاج إلى نظام إداري متخصص لإدارة المؤسسة، حيث أنها وبإتباع هذا المنطق سوف تحرم من الإدارة المتخصصة والتي تحقق الكفاءة والفعالية في انجاز الأعمال وتحقيق الأهداف.

- ندرة الموارد والإمكانيات وتزايد الطلب عليها يحتاج إلى التعرف على أساليب إدارة تلك الموارد النادرة وضرورة توفيرها لتحقيق الأهداف، وبالتالي تقديم الخدمات الطبية المتوقعة والمطلوبة وحسب خصائصها.

(1) فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية (القاهرة: ايتراك، 1998)، ص.97.

(2) بواعة، مرجع سابق، ص ص.68-70.

- الاهتمام الحالي قائم على تقديم خدمات ذات نوعية جيدة، والتخطيط للمرضى الحاليين والمرتقبين وليس فقط لتحقيق الربح، والاهتمام المنحصر على توفير الأجهزة والمعدات.

- تغير المشكلة في المؤسسات الصحية حيث كانت تبدو كأنها مسألة نقص توفير الموارد المادية والبشرية، ولكن اتضح أن إدارة وكيفية إدارة هذه الموارد بشكل فعال هو المشكلة، فالعنصر البشري هو الأساس، والإدارة الفاعلة هي أساس نجاح المؤسسات الصحية، وذلك لسعيها للاستخدام الأفضل للموارد سواء كانت مادية أو بشرية.

- تغير المفهوم القديم لتقديم الخدمات الصحية وتطوره. فالمفهوم القديم يعني خدمات صحية، توصيل خدمات صحية، زيادة معدلات الخدمة لتحقيق الهدف. أما المفهوم الجديد فيعني مرضى حاليين ومرتقبين، نظام متكامل لتقديم الخدمات الصحية، تحقيق الأهداف عن طريق إرضاء حاجات المرضى. ي أن الإدارة مسؤولة عن تحديد حجم ونوع المرضى الحاليين والمرتقبين في كل نوع من أنواع الخدمات الصحية كنقطة انطلاق في إدارة نظم توصيل الخدمات الصحية وذلك من خلال تخطيط مواردها لتفي بتلك الحاجات واكتشاف الأمراض الجديدة والأدوية الجديدة، حيث تتمكن من تكييف برامج الوقاية وتقليل التكلفة. فإذا أخذت الإدارة بهذا المفهوم، فإن النظام الصحي سيكون أكثر فعالية في توصيل الخدمات، حيث يتم تحديد المشكلة وبالتالي وصف الحل لها، أيضا زيادة التفاعل بين المؤسسة الصحية والمجتمع والبيئة بشكل عام وهنا يأتي دور الإدارة الفاعلة القادرة على تعزيز هذا التفاعل بصورة ايجابية.

- وجود مؤثرات جديدة على المريض مثل الأدوية، البيئة. وهذه كانت تؤخذ كل منها بشكل منفرد ومستقل، ولكن النظرة الآن إليها يكون بشكل شمولي أي ننظر إليها مجتمعة لا منفردة. ولهذا يجب على إدارة الخدمات الصحية مراعاة إشباع حاجات المرضى؛ تحديد المزيج الصحي المطلوب كالوقاية، العلاج، خدمات مكملة تأهيلية،... الخ؛ تخطيط وتنظيم وتوظيف وتنسيق الأنشطة المختلفة والمتعددة؛ ضرورة تحديد التفاعلات بين النظام الصحي والبيئة.

وعليه يمكن تقسيم المنافع المحققة من الخدمات الصحية وخاصة العامة منها إلى:⁽¹⁾

- منافع مباشرة ملموسة يمكن قياسها وحسابها، وتتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.
- منافع مباشرة غير ملموسة ويصعب قياسها وتتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها.
- منافع غير مباشرة ملموسة يمكن حسابها، وتتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوى العاملة.

(1) John G. Gullis and Peter A. **The Economics of Health** (London: Martin Robertson, 1979), pp.172-173. cited by. 29-28. ص ص، مرجع سابق،

ويهتم جميع أفراد المجتمع بالخدمات الصحية، وبنظم الدفع مقابل هذه الخدمات وإنتاجها، وإدارتها وإتاحتها للعملاء، وسواء كانت تقدم عن طريق القطاع الحكومي أو القطاع الخاص الهادف للربح أو غير الهادف للربح، فإن الفرد يبحث عن خدمة شاملة للفحص والتشخيص والرعاية والعلاج حتى يتم الشفاء وهذا في حالة الحاجة إليها. وكذلك فهو يبحث عن الحماية من الأمراض المعدية التي يمكن أن تضره ، ويتوقع الفرد وجود خدمات صحية بيئية عامة فعالة تحميه من الأمراض المعدية أو التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد أو المشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة.

ويهتم المديرون وأصحاب المهن الصحية والسياسية بالخدمات الصحية التي يعملون على تقديمها، أو التي يضعونها في دعاياتهم الانتخابية. ومن ثم يكون هناك مجموعة مختلفة ومتناقضة أحيانا من الاهتمامات بين من يدفعون مقابل الخدمات الصحية ومن يقدمونها، ومن يصيغونها من خلال الإدارة الإستراتيجية والعلمية، وبين هؤلاء الذين يرغبون من الاستفادة منها عند الضرورة.

2- طبيعة الخدمة الصحية

تتوقف طبيعة تحليل الخدمات الصحية على الهدف من التحليل، فمن الممكن تحليل الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية، ومن ناحية أخرى يمكن تحليل الخدمات الصحية كأحد المدخلات العديدة لإنتاج الصحة كما يلي:⁽¹⁾

أ- الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمة الصحية:

عند تحليل الخدمات الصحية كنتاج يجب تحديد مدى كفاءة إنتاجها. ويساعد تحليل واستنتاج أداء صناعة الخدمات الصحية العوامل التي تؤثر على عرض وطلب خدمات الأطباء ، رعاية المستشفيات وأسواق العمالة المختلفة، أي أنه يمكن مقارنة سعر ونتاج الصناعة في وضعها الحالي مع السعر والكمية التي يمكن أن توجد لو مرت صناعة الخدمات الصحية بتغيير هيكلية. ويمكن القول أنه حدث تغيير هيكلية إذ أصبح الأطباء منظمين في مجموعات أكبر، تشمل مقدمين آخرين للخدمة مثل المستشفيات، ويمكن أن تحدث تغيرات هيكلية أقل من هذا، مثل تغير قوانين ممارسة مهنة الطب، والتي تحدد المهام التي يمكن أن تؤديها المهن الصحية المختلفة، أو تغيير متطلبات الالتحاق بالمهن الصحية، وعند تحليل الخدمات الصحية كنتاج لصناعة الخدمات الصحية، فإن فهم هيكل هذه الصناعة والصناعات المكونة لها يساعد على تقييم أدائها.

وعندما يتجه التحليل الاقتصادي لأسواق الخدمات الصحية كمنتج نهائي، يتم تحديد أطراف هذه السوق أولاً، حيث تتكون من جانب الطلب على الخدمات الصحية والذي يشمل المرضى بل جميع أفراد المجتمع، وجانب العرض للخدمات الصحية من عيادات طبية خاصة، ومستشفيات حكومية عامة، ومستشفيات خاصة، ومعامل التحاليل، ومراكز الأشعة... الخ. وجانب آخر وهو عارضى الموارد

(1) إبراهيم الدمرداش، مرجع سابق، ص ص. 29-31.

المستخدمة في الخدمات الصحية والتي تشمل سوق العمل من الأطباء والممرضين، وسوق المعدات والأجهزة الطبية، وسوق الأدوية والخدمات الصيدلانية...الخ.

ب- الخدمات الصحية باعتبارها أحد المدخلات التي تساهم مع غيرها في تحقيق ناتج نهائي يسمى الصحة الجيدة:

يمكن تحسين الحالة الصحية بتقديم الخدمات الصحية، والقيام بالبحوث الطبية، وتنفيذ برامج الصحة البيئية، مثل التحكم في تلوث الهواء، وبرامج التعليم والتثقيف الصحي التي تهدف إلى تغيير نمط حياة المستهلكين. وعند تحديد مقدار الموارد التي يجب تخصيصها لقطاع الخدمات الصحية، إذا كان الهدف يتمثل في تحسين الصحة، يجب أن تعتبر الخدمات الصحية أحد العناصر العديدة التي يمكن أن تحسن الحالة الصحية، حيث يساعد هذا الاتجاه على تحديد مدخلات البرامج التي يجب تخصيص الموارد لها لتحسين الصحة، فيما إذا كانت برامج لتحسين الخدمات الصحية، أو برامج لتحسين التغذية، أو برامج لتحسين حالات السكن وتوفير المياه النقية وغيرها. وتختلف مسألة تخصيص الموارد هنا عن تلك المذكورة سابقاً، والتي تهتم بالهيكل المناسب لصناعة الخدمات الصحية وتخصيص الموارد لإنتاج الخدمات الصحية ذاتها.

ويجب الأخذ بعين الاعتبار هذين التوجيهين، إذ أن كل منهما يناسب سياسات عامة مختلفة عن الأخرى. ولتحديد ما إذا كانت الخدمات الصحية تنتج بكفاءة يجب تحليلها كمنتج نهائي. أما تحديد أكفاً طريقة لتخصيص الموارد لتحسين الصحة فيتطلب تحليل الخدمات الصحية كأحد المدخلات العديدة لتحقيق هذا الهدف.

3- خصائص الخدمات الصحية

هناك مجموعة من الخصائص التي تتميز بها الخدمات الصحية عن غيرها، منها:

- أن الخدمات الصحية منتجات غير ملموسة، ويقصد بذلك عدم إمكانية رؤيتها أو لمسها من قبل المستفيد قبل شرائها، وهذا يتطلب مهارة في الاتصال بين مقدم الخدمة والمستفيد، والحاجة لهذه المهارة سوف يملئ على المنظمة الصحية سياسة توصيل الخدمات بشكل مباشر لتحقيق الاتصال الفعال بينه وبين المستفيدين من الخدمة.⁽¹⁾

- كما تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية، أي أنها تقدم لشخص واحد، حيث أن لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية، أو أن الطبيب لا يستطيع أن يعالج أكثر من مريض واحد في وقت واحد وبنفس تخصصه. وهذه ليست قاعدة حيث أنها لا تنطبق على كافة الخدمات

(1) شعبان مذكور، مرجع سابق، ص.198.

الصحية لأن هناك خدمات غير شخصية فهي لا تقدم لشخص واحد وإنما لعدد من الأشخاص في آن واحد مثل حملات التوعية الصحية من مرض معين الذي يوجه لكافة أفراد المجتمع في آن واحد.⁽¹⁾ وبالإضافة إلى ذلك تتطلب الخدمات الصحية في الغالب السرعة في أدائها، وعلى الرغم من تأكيد مقدمي هذه الخدمات على منع المرض خلال تعاملات دورية روتينية بين الأطباء، إلا أن الطلب على الخدمات الصحية يتسم بكونه غير قابل للتأجيل. وينظر المستفيد إلى الخدمات الصحية على أنها وسيلة وليست هدفاً. عدا القلة من الذين يجدون نوعاً من الإشباع بالاهتمام بهم طبياً. فالإصابة بالمرض يتطلب علاجاً فورياً للقضاء عليه حين ظهور أعراضه كالتهاب الزائدة مثلاً، وعليه فأتصاف الخدمات الصحية بالسرعة والإلحاح يتطلب انتشار مكاني وزماني كما يلي:⁽²⁾

أ- انتشار مكاني: إن الانتشار السكاني في الكثير من دول العالم وعلى مساحات واسعة، والذي يرتبط مع بعضه بطرق مواصلات ليست دائماً على مستوى جيد، وبسبب الإلحاح في إشباع الخدمات الصحية، فإن ذلك يتطلب انتشار منافذ تقديم الخدمة في أجزاء القطر الذي ينتشر فيه السكان ليكونوا على مقربة من طالبي الخدمة. ويتطلب هذا وجود المنظمات الصحية من مستشفيات وعيادات طبية، ومراكز الإسعاف الفوري وغيرها قريبة من الحيز الجغرافي الذي تقطنه مجموعة السكان وفي متناوله حتى تتمكن شملهم جميعاً بالرعاية الصحية.

ب- انتشار زمني: تتميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات، بكونها أكثر إلحاحاً، وتتطلب ضرورة إشباع حاجة المستفيد، وذلك بأن تؤدي الخدمات في الوقت الذي يحتاجها فيه، أو في الوقت الذي يقتضي الوقاية للحفاظ على صحته. فقد يحتاج لتلك الخدمات في وقت متأخر من الليل، ويتطلب علاجاً فورياً لا يمكن تأجيله، وكذلك في حالة حدوث وباء معين كالكوليرا مثلاً فإن ذلك يتطلب عدم التأجيل، بل تهرع الأجهزة الصحية بكاملها لوضع الإجراءات المناسبة للوقاية من هذا المرض. كما ينطبق ذلك على الطلب الموسمي للخدمة الصحية، فيظهر ذلك في حالة القيام بحملات مكافحة بعض الأمراض المتوطنة.

وتكمن أهم خاصية للخدمات الصحية في صعوبة تحديد وتقييم وقياس جودة الخدمة بسبب كون الخدمات الصحية غير ملموسة، لذا يتعذر معها تحديد جودة الخدمة التي تقدم للمستفيد بالطرق التقليدية بسبب عدم التنبؤ بجودة أداء الخدمة قبل تقديمها. ولمواجهة هذه المشاكل الخاصة بتنميط منتوج الخدمة فإنه ينبغي أن تعطي المنظمات الصحية اهتماماً خاصاً لمرحلة تخطيط خدماتها في البرنامج التسويقي، وعلى الإدارة أن تبذل ما في وسعها لكي تضمن نوعاً من التناسق في الأداء مع توافر الجودة العالية فيه. وعلى هذا يمكن أن تكسب منظمات الخدمات الصحية ثقة المستفيد، فتكون بذلك سمعة حسنة للاستمرار والنمو.

(1) زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات الصحية (عمان: دار حامد للنشر، 1998)، ص 24.

(2) نفس المرجع، ص ص 26-29.

ولنفس الاعتبار السابق يصعب تقييم نوعية الخدمة وجودتها، لأن التقييم يتم على أساس مقارنة ما تم شفاؤهم من المرضى في مدة معينة، أو مقدار التزام الجمهور بالإرشادات والتعليمات الصحية المقدمة لهم من قبل المنظمة، أي ناتج الأداء بين ما حققه النشاط في المنظمة الصحية من مخرجات إلى المدخلات من الإمكانيات حسب الأهداف الموضوعية. وقد اعتادت المنظمة الصحية عند تقييم خدماتها أن تقيم الكفاءة أي تقييم كفاءة الإمكانيات سواء أكانت إمكانيات بشرية كالأطباء والمرضى والمساعدات الفنيين والعاملين، وإمكانيات مادية كالمستشفيات والعيادات والأسرة والتجهيزات والأموال، وتقييم الفعالية بين ما تم أدائه فعلا من مدخلات وبين ما كان متوقعا تقديمه في مدة محددة وعلاقته بما كان يهدف إليه، بالإضافة إلى تقييم التكلفة.

وبالإضافة إلى العلاقة المتبادلة والتأثير المتبادل بين الإنتاج وتقديم الخدمة الصحية والاستفادة منها، فالسلع يجري إنتاجها ثم بيعها ثم استهلاكها. أما الخدمات الصحية فيتم بيعها أولا ثم تنتج وتستهلك في نفس الوقت، وهذا لا ينفي الانتفاع من الخدمة على المدى البعيد بسبب التزامن في تقديم الخدمة والانتفاع بها، بسبب الاعتقاد السائد بأنه لا يمكن تسويق الخدمة.

علاوة على ما سبق فإنه لا يمكن الاحتفاظ بالخدمات الصحية في حالة عدم الاستفادة منها، كما أنه لا يمكن ملكيتها حيث أن المستفيد من الخدمة الصحية غالبا ما يعتمد على مقدم الخدمة في المستشفى، أو خدمات استشارية، ولهذا فالمستفيد ليس في حالة استقلال تام عن مقدم الخدمة حتى ينتفع من الخدمة، عكس القطاع السلعي أين يكون المشتري أكثر استقلالا عن البائع في الاستفادة من المنتج.

المبحث الثاني : الدور التنموي للتسويق وتطبيقه على الخدمات الصحية

يشهد التسويق تطورا ملموسا منذ التسعينات من القرن الماضي، فأصبح يتمثل في أي شيء وفي كل شيء. وأصبح بالتالي يساهم في تحقيق الأهداف التنموية خاصة في الدول النامية، مما يؤدي إلى زيادة الدخل الوطني ورفع المستوى الصحي والمعيشي. كما أنه يلتزم بوصفه نشاطا اجتماعيا في بيئة اجتماعية، وذلك بالمحافظة على البيئة من التلوث والفساد وندرة الموارد، إضافة إلى دوره في المحافظة على الاعتبار والقيم الأخلاقية والقانونية وغيرها مما يساهم في صيانة المجتمع. وهذا ما سيهتم به هذا المبحث من خلال طرح مختلف هذه الأدوار.

المطلب الأول: الدور التنموي للتسويق

1/ التسويق الاجتماعي: توجه حديث للتسويق

أ- الانتقادات الموجهة للتسويق لإنشاء توجه جديد

هناك اعتقاد سائد بأن التسويق هو محاولة لإقناع الأفراد بشراء ما لا يحتاجون إليه، كما اعتبر مساهما أساسيا في الأضرار التي لحقت بالبيئة من خلال الآثار المدمرة التي تنتجها المدنية المعاصرة من إنتاج السيارات وعبوات تحتوي مادة الفلوروكربون التي أضرت بطبقة الأوزون وتلوث الأنهار والبحيرات من جراء رمي النفايات واستعمال بعض السلع المضرّة بالصحة. ومصدر هذه الاتهامات من

الأنظمة الاشتراكية التي لم تؤمن في البداية بفكرة التسويق على اعتبار أنه أداة من أدوات النظام الرأسمالي تستعمل للتلاعب بمقدرات الأفراد لتحقيق أكبر قدر ممكن من الأرباح. أما المصدر الثاني لهذه الاتهامات يأتي من الدول الرأسمالية ذاتها التي أصبحت تضع الكثير من القيود على الممارسات التسويقية لمؤسساتها خاصة بعد صعود الاتجاهات البيئية.⁽¹⁾

ونتيجة لهذه الانتقادات وغيرها بدأ التفكير في إنشاء وجهة نظر جديدة في التسويق تتبنى مصلحة كل من الفرد المستهلك (في الحصول على سلع جيدة غير ضارة وبأسعار معقولة) والمؤسسة الصانعة (عن طريق الحصول على عائدات مناسبة على استثماراتها ومقابل تحملها للمخاطر) والمجتمع ككل (عن طريق عدم الإضرار بالبيئة والصحة العامة). ومنذ نهاية الستينيات من القرن العشرين خرج التسويق من نطاق القطاع التجاري التقليدي ليظهر عندئذ تسويق المنظمات غير الربحية، ثم التسويق الاجتماعي والتسويق العمومي وأخيرا التسويق السياسي.⁽²⁾ وهكذا أصبح نطاق المعاملات يشمل ما هو أكثر من شراء وتبادل أو مقايضة السلع والخدمات. فالأحزاب السياسية، مثلا، تسوق لبرامجها السياسية، والمرشح يسوق لبرنامج الانتخابي، والجمعيات الخيرية تسوق لمبادئها وأفكارها إلى غير ذلك من الأمثلة التي تؤكد على أن التسويق هو نشاط يهدف إلى تحقيق الاستجابة من طرف معين لما يقدمه أو يعرضه طرف آخر بما يحقق أهداف ومصلحة الطرفين. فضلا عن ذلك يمتد التسويق ليشمل بناء علاقات عميقة بعيدة المدى بين المنظمة وعمالها. ويعتبر كوتلر وليفي من الأوائل الذين تحدثوا عن توسع مفهوم التسويق عندما برزت مصطلحات التسويق الأساسي Marketing generic وما وراء التسويق Metamarketing واعتبر طرحهما تحولا في الفكر الإداري بشكل عام والفكر التسويقي بشكل خاص.⁽³⁾

وفي إطار هذا المفهوم الموسع للتسويق فلا مجال لكلمة مؤسسة بل تستبدل بكلمة منظمة والمنتج يعوض بالسلوك المرغوب وكلمة البيع تتفق مع تبني هذا السلوك والجمهور يحل محل الزبائن والأهداف بدل المردودية، ليصبح التسويق هو مجموعة الطرق والوسائل المتاحة للمنظمة لترقية سلوك الجمهور المعني بسلوكيات ملائمة تسمح بتحقيق أهدافه⁽²⁾. وبذلك فإن التسويق لا يعرف نسبة إلى مجال محدد بل نسبة إلى منهجية قاعدية methodologie de base يمكن تطبيقها عند التطرق لمشاكل أي منظمة تريد

(1) أو بكر بعبيرة، التسويق ودوره في التنمية (بنغازي: منشورات جامعة قاريونس، 1993)، ص 29-32.

(2) S. Martin et J-P. Vadrine, **Marketing: les concepts-cles** (Paris: les éditions d'organisation, 1993), PP. 199-219

(3) توسعت دراسات التسويق خارج عالم المؤسسات واهتمت مثلا بتسويق الأفراد، المدن وحتى تسويق الأمم. ويرى كوتلر أن أعماله في هذه المجالات تبرز مساهمته في التسويق. وتتجلى أهم مساهماته في مقاله الذي نشر بالاشتراك مع Sidney Levey بعنوان **Broadening the Marketing Scope** (1969) في مجلة "Journal of marketing". وأحدث المفاجأة مرة أخرى عام 1971 بالاشتراك مع Gerald Zaltman في نقل التسويق إلى الساحة السياسية في مقال نشر بنفس المجلة بعنوان **"Social Marketing: an Approach to Planned Social Change"**. وبفضله انتقل التسويق إلى عدة مجالات مثل التربية (1985) والصحة (1987) والسياحة (1993)، وتسويق الأمم (1997).

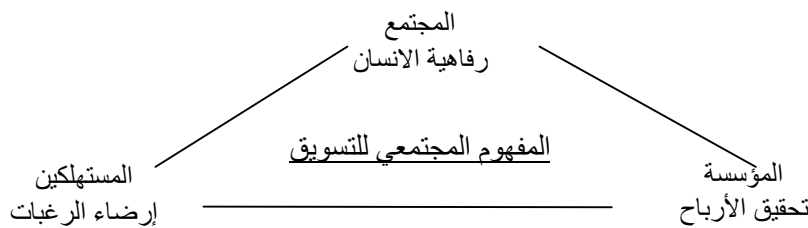
(2) J. Lendrevie & D. Lindon, **Mercator**, 6eme edition (Paris: Dalloz, 2000), P P. 8-10.

أن يتم تبني سلوك معين من طرف جمهور معين. وتتضمن هذه المنهجية مرحلتين أساسيتين هما: تحليل المحيط ورد فعل المنظمة من خلال الاختيار الاستراتيجي، إنها الفلسفة الأساسية للتسويق والتي تقضي بتكيف المنظمة بالمحيط الذي تنشط فيه.

ب- مفهوم التسويق الاجتماعي

إن حداثة مدخل التسويق الاجتماعي (المجتمعي) في دراسة التسويق وتشابكه مع مجالات إنسانية أخرى، قد يجعل من الصعوبة إعطائه تعريفا محددا ودقيقا يمكن أن يفي بكامل متطلباته. ومع أن الكثير قد كتب عن التسويق الاجتماعي، إلا أن قدرا نسبيا من الاهتمام أعطي له، للصعوبة التي تنطوي على تحويل تكنولوجيا التسويق إلى مجالات حل المشاكل الاجتماعية. ولم توفر الدراسات سوى الحد الأدنى من التغطية للمشاكل المرتبطة باستخدام نفس أساليب التسويق المستخدمة في الترويج لفكرة ما كمكافحة التدخين مثلا بل ما زالت التسمية موضع نقاش واجتهاد. وقد عرفت تسميات أخرى مثل: تسويق الفكرة الاجتماعية، تسويق القضايا العامة، التسويق غير الهادف للربح، ومن المهم جدا محاولة تحديد المقصود بمصطلح التسويق الاجتماعي. فيعرف على أنه عبارة عن تصميم وتنفيذ ومراقبة البرامج الهادفة إلى زيادة مستوى تقبل فكرة اجتماعية أو ممارسة معينة من قبل مجموعة محددة من الناس. فهي محاولة يمكن تنفيذها بواسطة المؤسسات أو الشركات التي تسعى إلى تحقيق الأرباح والهيئات والمنظمات العامة أو تلك التي لا تبحث عن الربح، وهي أيضا محاولة لتشجيع الناس بصورة عامة لأداء عمل ما يكون نافعا لهم وللآخرين. وباختصار فإن التسويق الاجتماعي ما هو إلا تسويق للسلوكات الاجتماعية من قبل أي هيئة أو مؤسسة ولدى أي مجموعة مستهدفة من الناس. والمخطط التالي يوضح أبعاد المفهوم المجتمعي للتسويق:

شكل رقم (2): أبعاد المفهوم المجتمعي للتسويق



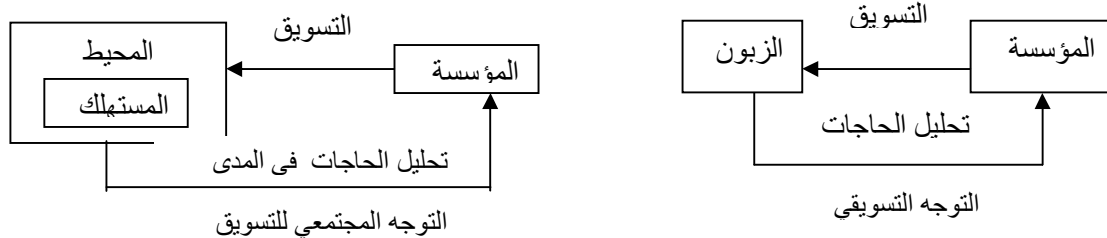
المصدر: نزار عبد المجيد وأحمد محمد فهمي البرزنجي، استراتيجيات التسويق: المفاهيم-الأسس-

الوظائف (الأردن: دار وائل للنشر، 2004)، ص. 61.

وعليه يتوجب على مديري التسويق في تطبيقهم لمفهوم التسويق المجتمعي الموازنة ما بين ثلاثة معايير هي: إشباع حاجات ورغبات المستهلكين، تحقيق الأرباح، ومراعاة مصلحة ورعاية المجتمع.

ويختلف التوجه المجتمعي عن التوجه التسويقي، الذي سبق، في كونه يدعو مسؤولي التسويق إلى الاهتمام بمصلحة المستهلك وليس برغباته فقط، فهو يقترح أن يؤخذ الصالح العام بعين الاعتبار.⁽¹⁾ ويمكن توضيح ذلك من خلال الشكل التالي:

شكل رقم (3): التوجه المجتمعي للتسويق



Source: Sylvie Martin et Jean-Pierre Védérines, **Marketing: les concepts-clés** (Paris:les éditions d'organisation,1993),p.14.

يدخل في هذا الإطار عدم التبذير للموارد المحدودة، الحفاظ على البيئة والحفاظ على صحة المستهلك. ومن هنا تظهر المسؤولية الاجتماعية للتسويق. وقد تنامت هذه الفكرة في بداية 1965 في الولايات المتحدة الأمريكية في أعقاب ظهور حركة حماية المستهلك. وتعرف المسؤولية الاجتماعية للتسويق على أنها التوقف عن تقديم المفاهيم والممارسات المتعلقة بالتضليل والخداع.⁽²⁾ وقد عرفت حديثاً على أنها الفلسفة التسويقية المعبر عنها بالسياسات والإجراءات والأفعال التي تحقق بمجملها رفاهية المجتمع كهدف أساسي.⁽³⁾

إن مفهوم التسويق الاجتماعي أو المجتمعي هو الذي يساعد المعنيين بعملية التغيير الاجتماعي بأبعادها المختلفة لتنفيذ ما يجب تنفيذه من أهداف، كما أنه يساعده على تحديد أفضل الأساليب أو الوسائل المؤدية لإحداث هذا التغيير أو التعديل المطلوب في عادات الشراء والاستهلاك لدى المستهلكين بما يتفق والأهداف المنشودة من حيث شراء ما يجب شراؤه أو تبني ما يجب تبنيه.⁽⁴⁾

وعموماً فإن التغيير الاجتماعي يهدف إلى زيادة درجة الوعي لدى أفراد المجتمع بالقضايا الإنسانية، الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية، البيئية وغيرها من القضايا التي تتبناها جهات مختلفة (منظمات، جمعيات، دول...) وتستند في ذلك إلى أساليب تسويقية في الترويج للحملات التي توجه إلى المجتمع ككل أو لفئة معينة.

ج- الدور البيئي للتسويق

⁽¹⁾ Philip Kotler et Bernard Dubois, **Marketing management**, 11 édition (Paris:Pearson éducation, 2003), P. 33.

⁽²⁾ نزار عبد المجيد البرواري وأحمد محمد فهمي البرزنجي، استراتيجيات التسويق-المفاهيم-الأسس-الوظائف (الأردن: دار وائل للنشر، 2004)، ص. 59.

⁽³⁾ نفس المرجع.

⁽⁴⁾ محمد إبراهيم عبيدات، التسويق الاجتماعي - الأخضر والبيئي (الأردن: دار وائل للنشر، 2004)، ص. 24.

أخذ المفهوم الاجتماعي للتسويق على عاتقه الاعتبار البيئية التي تعد أكثر الجوانب التي تشددت اللهجة فيها وأرغمت إعادة النظر في الممارسات التسويقية. وقد ظهرت على إثر ذلك عدة جهات مكلفة بحماية الأفراد ضد الممارسات غير السوية للمؤسسات سواء أكانت هذه المؤسسات خاصة أم عامة.⁽¹⁾ وقد أدى تنامي الاهتمام بالاعتبارات البيئية وتبني مبادئ التسويق البيئي إلى التأثير على مواقف واتجاهات المستهلكين وقيمهم وسلوك الشراء لديهم والمرتبط بسلع وخدمات معينة، الأمر الذي أوجب على المسوقين فهم المضامين المتعلقة بهذه المستجدات من أجل تقديم منتجات أكثر تكيفا مع الاعتبارات البيئية ومبادئ التسويق البيئي.⁽²⁾

فقد بلغت احتجاجات المستهلكين ذروتها في فترة الستينيات والسبعينيات، عندما انتشر استخدام عبارة حركة المستهلكين للإشارة إلى حالة عدم الرضى عن ممارسات ونشاطات التسويق. ويشير المصطلح على وجه التحديد إلى "الجهد المنظم للأفراد والوكالات العامة والخاصة وبعض القطاعات التجارية لحماية المستهلكين من الممارسات الخاطئة مثل عدم كفاية المعلومات عن المنتج، الدعاوي غير الأمنية، والضمانات المضللة".⁽³⁾ ويرتبط الاصطلاح أيضا بالحركات الهادفة إلى علاج مشاكل اجتماعية أخرى مثل التلوث وعدم العدالة الاقتصادية. وقد شغلت حقوق المستهلك معظم دول العالم، واعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1985 المبادئ الإرشادية لحماية المستهلك التي أصدرها الرئيس الأمريكي الأسبق جون كينيدي عام 1962 وأعقبها تعديلات كثيرة توجت بالمبادئ التوجيهية عام 1985، وهي توضح مسؤوليات وواجبات المستهلك وتتمثل في: التضامن والتكامل، الوعي والتوعية، اتخاذ الإجراء المناسب والعمل على تنفيذه، اهتمامات اجتماعية والوعي البيئي. أما عن حقوق المستهلك فقد استفاد من حق تأمين الحاجات الرئيسية، الأمان، الحصول على المعلومات، حق الاختيار، حق التمثيل والمشاركة، حق التعويض، حق التنقيف، حق العيش في بيئة صحية.⁽⁴⁾

لقد كشف التوجه البيئي أو الايكولوجي عن حقيقة مهمة غيبت لفترة طويلة مفادها أن كل استهلاك له منافع وعيوب. وقد كان للتسويق قسطا معتبرا في تفشي المساوئ الناشئة عن تزايد كميات الاستهلاك، وإداريا يتجلى ضرر هذه المساوئ في ارتفاع تكاليفها التي ظلت منسية لفترة طويلة. ومن ثم فإن التوجه البيئي أجبر الأفراد والمؤسسات على وجوب تغيير النظرة نحو الاستهلاك، وجعل حماة البيئة ينادون بضرورة الاهتمام بالتكاليف الاجتماعية للاستهلاك وتبيان التضخم المتزايد في

(1) بعيرة، المرجع السابق، ص. 22.

(2) أصبحت البيئة الطبيعية من بين اهتمامات رجال الأعمال لتقرير مصير منظماتهم ومصير الحاجات التي يسعون لتلبيتها. ويعد التوجه البيئي واقع تعترف به أكبر المنظمات العالمية. ويفترض مسؤولو التسويق أنه يجب أخذ الحيلة من ثلاث توجهات للمحيط الطبيعي وهي: ندرة المواد الأولية وتكلفة الطاقة، تزايد التلوث والتدخل المتزايد للدولة في هذا المجال. وقد كانت المخاوف المرتبطة بدمار طبقة الأوزون والأمطار الحمضية والتسخين الكوني على قمة الأجندة السياسية. أنظر

P. Kotler et B. Dubois , op.cit., (2003), p. 183.

(3) أبو نبرة، مرجع سابق، ص. 46.

(4) عبيدات، المرجع السابق، ص. 197.

حجمها، وبخاصة إذا ما قورنت ندرة الموارد بالتزايد غير المراقب للنفايات، وألزموا المؤسسات بمعالجة هذا الوضع بتحديد أسعار لاستعمال البيئة التي اعتبرت ولفترة طويلة منتج مجاني.⁽¹⁾

ومما سبق تتضح الأدوار الحديثة، التي يساهم بها التسويق في تحقيق التطور والنمو الاقتصادي والاجتماعي، خاصة بمفهومه الاجتماعي الذي يسعى من خلاله إلى زيادة التحضر وتحقيق عدالة التوزيع. بالإضافة إلى أن التسويق يقوم على أساس من الالتزام الأخلاقي والقانوني والسلوكي ويؤدي بذلك دورا هاما في تنمية الالتزام السلوكي والأخلاقي بين القائمين والعاملين بالنشاط التسويقي، بل وبين جمهور المستهلكين المرتبطين بالنشاط التسويقي بصفة عامة⁽²⁾. وقد يتولد على ذلك استخدام أفضل للموارد المتاحة مع إمكانية اكتشاف موارد جديدة ومن ثم يصبح المجتمع مهيبا بدرجة أفضل للوفاء بالحاجات وخاصة الاجتماعية والمجتمعية منها. ويصاحب ذلك نشأة نموذج متحضر في الاستهلاك يقوي السلوك الاقتصادي والاجتماعي المتطور.⁽³⁾ وهناك أمثلة عديدة على هذا السلوك كالحملات المصممة والموجهة من أجل تسويق الحفاظ على الطاقة والمياه وترشيد الاستهلاك والحد من التدخين والوقاية من الأمراض وتنظيم النسل والحد من التلوث البيئي والقضاء على الأمية وتشجيع تعليم الكبار، وغير ذلك من المجالات الاجتماعية.

2/ طبيعة الخدمات العمومية وحاجتها إلى التسويق

تتعدد القطاعات التي تشكل محور الخدمات العمومية مثل التعليم والصحة والبيئة وغيرها من القطاعات التي تشكل السلع العامة Public Goods وهي سلع لا تقوى السوق الحرة على إشباع الحاجة إليها بالقدر المطلوب مثل الدفاع، والخدمات ذات الاستحقاق Merit Goods، وهي خدمات ذات أهمية كبيرة من وجهة نظر المجتمع خاصة التعليم والصحة وتركها للسوق يؤدي إلى إشباع حاجات القادرين فقط.⁽⁴⁾ وفي محاولة لربط واقع هذه الخدمات في الدول النامية وعلاقتها بالتنمية، في ظل الظروف التي تعرفها من سوء التسيير والبيروقراطية وعدم ارتباطها بالسوق من حيث الكم والكيف وعدم العدالة في توزيعها والاستفادة منها، تبرز الضرورة الملحة لتطبيق التسويق بمفهومه الحديث، ووضع استراتيجيات تنموية صحيحة تستخدم فيها آلية التسويق كأحد آليات السوق الحرة والمنافسة التي لا يقتصر استخدامها في المجالات الربحية.

وبتسليط الضوء على أهم مقومات التنمية المتمثلة في التعليم، تشير نتائج العديد من الدراسات التي استخدمت لدراسات علاقات مختلفة بين التعليم والتنمية أن التعليم هو ثاني أهم عنصر يؤثر في النمو الاقتصادي بعد التقدم التكنولوجي، كما اتضح أن التعليم العالي قد لا يؤدي إلى تحقيق التنمية في بعض

⁽¹⁾ J-J. Lambin & R. Chumpitaz, **Marketing stratégique et opérationnel – du marketing a l'orientation-marche**, 5 édition (Paris: DUNOD, 2002), P.31.

⁽²⁾ أحمد عرفة وسمية شلبي، الإدارة الاستراتيجية للتسويق في صراع العولمة (بدون بلد ولا دار نشر، 2005)، ص.149.

⁽³⁾ نفس المرجع، ص ص. 148-149.

⁽⁴⁾ عبد القادر محمد عبد القادر عطية، اتجاهات حديثة في التنمية (الإسكندرية: الدار الجامعية، 2000)، ص ص. 146-147.

الحالات. ويحدث هذا إذا كانت محتويات التعليم العالي لا تخدم أغراض التنمية، أو إذا كانت نوعية التعليم نفسه متردية بحيث لا يستطيع الخريجون بمستواهم العلمي المنخفض أن يفيدوا التنمية. أو عندما يتم تخريج عناصر من التعليم العالي أكثر مما هو مطلوب في الواقع، مما يترتب عليه زيادة البطالة دون أي زيادة حقيقة في الناتج.⁽¹⁾

أما عن الوضع في الدول النامية وخاصة العربية منها، فإن مؤشر تطور رأس المال البشري يؤكد أن معدلات الأمية ما زالت مرتفعة ومستوى المهارات مقاسا بمتوسط سنوات التعليم لدى القوى العاملة يعتبر من أقل المستويات في العالم النامي. كما يتضح أن الدول العربية تعطي أهمية أكبر للكم على حساب الكيف. مما نتج عنه تدن في نوعية التعليم، وتكمن أهم مؤشرات في انتشار ظاهرة الدروس الخصوصية وتواضع نتائج الدول العربية في المناظرات الدولية للعلوم.. ومن بين المؤشرات الإضافية على تدهور نوعية التعليم، ضعف علاقته بسوق العمل وتدني العائد على هذا التعليم وارتفاع معدلات البطالة مما يدل على إنتاج المهارات دون إمكانية استيعابها في السوق.⁽²⁾ بالنظر إلى الخدمات الصحية التي يمكن أن تؤدي من القطاع العام والخاص على حد سواء، دون التنازل كلية لهذا النشاط للقطاع الخاص لأن هناك حد أدنى من الرعاية الصحية التي يجب أن تكون من اختصاص الدولة، وتدخل الخدمات الصحية أساسا ضمن أنشطة الدولة، وذلك ضمانا لتحقيق التوازن الاقتصادي والاجتماعي بين الأفراد في المجتمع.⁽³⁾

وتأسيسا على ما سبق فإن الصحة تعد حاجة عامة تشبع الحاجات الجماعية وتحقق منافع وإن كان هذا لا يمنع، من كونها حاجة خاصة تشبع احتياجات الفرد الذاتية وتقوم الدولة بأدائها أساسا ويعاونها النشاط الخاص التطوعي. وهناك مجموعة من المتغيرات الاقتصادية المؤثرة في البيئة الاقتصادية للخدمات الصحية مثل معدلات الفائدة على القروض ومعدلات البطالة ونوع المنافسة والانفتاح الاقتصادي.⁽⁴⁾ وعلى الرغم من أن فترة السبعينيات من القرن الماضي شهدت نموا واضحا في السيطرة على الأمراض الوبائية في الدول النامية، إلا أن تردي الحالة الصحية ما زال هو المصير المحتمل لأغلب سكان هذا العالم سيما في الدول النامية.

وعلى سبيل المثال نحاول ملاحظة وتحليل واقع الصحة في الجزائر خلال السنوات القليلة الماضية، فحسب تقرير التنمية البشرية لعام 2004 الصادر عن البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة يشير إلى أن نسبة الإنفاق على الصحة في القطاع العام في سنة 2001 بلغ 3.1 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي ولم يزد عن سنة 1990 الذي بلغ فيه 3 بالمائة سوى بنسبة بسيطة جدا.⁽¹⁾ وعلى الرغم من أن وضع البلاد المالي

(1) نفس المرجع، ص ص. 85-86.

(2) تقرير التنافسية العربية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت. 2003. ولمزيد من المعلومات حول الحقائق الواردة هنا يمكن الرجوع إلى المؤسسة العربية لضمان الاستثمار التي تعنى بشؤون الاستثمار والتجارة في الدول العربية، الكويت، 2005، ص ص. 82-83.

(3) مذكور، مرجع سابق، ص ص. 197-198.

(4) نفس المرجع، ص. 199.

(1) تقرير التنمية البشرية لعام 2004، واشنطن 2004.

وكذا الاقتصادي تحسن بشكل كبير في سنة 2001 مقارنة بسنة 1990، حيث كانت الجزائر تعيش حالة أزمة متعددة الجوانب اقتصاديا وماليا وكذا اجتماعيا. ومن جانب آخر لو تتبعنا إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء حول واقع الصحة في الجزائر حسب ما تبينه الأرقام المئوية في الجدول الذي يمثل بعض الأمراض الفتاكة وتطورها خلال سنوات 1998-2003.

جدول رقم(1): تطور بعض أنواع الأمراض في الجزائر خلال سنوات 1998-2003

أنواع الأمراض	1998	1999	2000	2001	2002	2003
مرض السحايا	3250	3789	3623	4027	4607	6241
التيفويد	2767	2881	2805	2077	3218	1110
الكيس المائي	678	627	771	651	644	692
أبو حمرون	3132	2295	1601	2423	6674	12688
التراكوما	749	649	791	914	1495	1359
التيتانوس	28	18	12	14	4	2
السعال الديكي	13	7	32	141	60	17

Source: www.ons.dz

من خلال هذه الأرقام يلاحظ أن الحاجة تدعو إلى معالجة المسائل الصحية لا من جانب وزارة الصحة وقطاع الصحة فحسب بل أيضا وربما كان أكثر أهمية من جانب قطاعات أخرى مثل الري والزراعة والطاقة. وفي هذا الإطار لابد من مكافحة واستئصال الأمراض التي تنتقل بالعدوى، التشخيص والمعالجة الفورية للأمراض الشائعة، تحسين سبل الحصول على المياه النظيفة والصرف الصحي، وأيضا حماية القطاعات السكنية المستضعفة، خاصة الأطفال والنساء وكبار السن. وعلى الرغم من أن هذا العمل يتطلب موارد كبيرة إلا أن الجزائر لا تنقصها مثل هذه الموارد خاصة في الوقت الحاضر، فهي قادرة على تغطية جميع الاحتياجات في مجال الصحة بالكمية والجودة المطلوبة، بما يعني الجودة التي تتحقق من خلال تأهيلات لطاقات البشرية وتدريبها في مختلف تخصصات المهن الصحية الأساسية والمساعدة، فحدوث خلل في أي هذه المهن ينعكس سلبا على مجموع القطاع الصحي بل على مسار التنمية.

ولذلك فالتخطيط السليم ينبغي أن يوازن بين المهن والخدمات الصحية وبين احتياجات المجتمع وهذا ما يمكن أن يحققه تطبيق المفهوم الحديث للتسويق الذي يقضي بتبني سلوك معين من طرف جمهور معين لتحقيق رضا هذا الأخير. فالأموال الطائلة التي ترصد لتشديد مستشفيات ضخمة فحمة تخدم شريحة ضئيلة

بخدمات عالية التخصص، لا ينبغي أن يواجهها تقتير على مستوى الرعاية الصحية الأولية، التي تدعم النوعية الصحية وتعزز مفهوم الصحة الشعبية. كما لا يجوز أن يحوز الطب العلاجي جل الموارد بينما لا يوجه للصحة الوقائية اهتمام مواز.⁽¹⁾

ومن البديهي القول أن التغيرات الأساسية المتعلقة بتحسين الأحوال الصحية تتعلق بضرورة إجراء تغييرات شاملة لرفع المستوى المادي لحياة السكان، وتحسين الظروف المعيشية، وإنشاء المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى نشر الثقافة الصحية حتى يتمكن السكان من الإسهام بوعي وإرادة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

المطلب الثاني: التسويق الصحي

1- مفهوم التسويق الصحي

تعرض معنى التسويق الصحي لسوء فهم كبير من قبل مديري المنظمات الصحية وكان ينظر إليه كصورة موسعة للعلاقات العامة. ولهذا السبب فإن العلاقات العامة في بعض المنظمات الصحية في أمريكا قبل منتصف الثمانينات قد حملت وبصورة غير صحيحة مسؤولية التسويق.⁽²⁾ وهذا ما كان معمولاً به عندما كان يعرف التسويق الصحي على أنه البيع والإعلان والترويج للخدمات الصحية.

هذه النظرة للتسويق غير مثيرة للدهشة إلى حد ما، لأن أكثر شيء مرئي من التسويق هو الترويج، ففي أمريكا فوجئ كثير من مديري المنظمات الصحية لما كانوا يعتقدونه في السابق عندما أخبروا بأن التسويق الصحي لا يعني البيع.⁽³⁾ وما البيع سوى قمة صغيرة لجبل التسويق الكبير، وأن التسويق يعتمد أساساً على تقديم القيم وتبادلها مع الأطراف المختلفة لتسهيل عملية التعاون فيما بينهم، أي بمعنى الاعتماد على الآلية التبادلية لتحقيق أهداف طرفي التبادل، فرجل التسويق المتخصص هو ذلك الرجل الماهر في فهم وتخطيط وإدارة عمليات التبادل، ورجال التسويق يعرفون كيف يبحثون ويفهمون حاجات الطرف الآخر لتصميم قيمة لملاقاة هذه الحاجات والاتصال لتقديمها بفعالية وفي الوقت والمكان المناسبين.

فقد عرف kotler التسويق الصحي على أنه التحليل والتخطيط والتنفيذ والرقابة على البرامج المعدة بدقة نحو تحقيق قيمة تبادلية اختيارية مع الأسواق المستهدفة بهدف بلوغ ما تسعى إليه المنظمات الصحية من أهداف، معتمدة في ذلك على ملاقات حاجات تلك الأسواق المستهدفة ورغباتها، من خلال الاستخدام الفاعل للتسعير والاتصالات والتوزيع، من أجل إعلام السوق وإيجاد الدافع لدى الأفراد وخدمتهم.⁽⁴⁾ فقد أشار هذا التعريف إلى عدة نقاط أهمها:

(1) عمار عمري، "بعض الملاحظات على التنمية البشرية في الجزائر وسبل النهوض بها"، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد 7 (جامعة سطيف، 2007)، ص. 26.

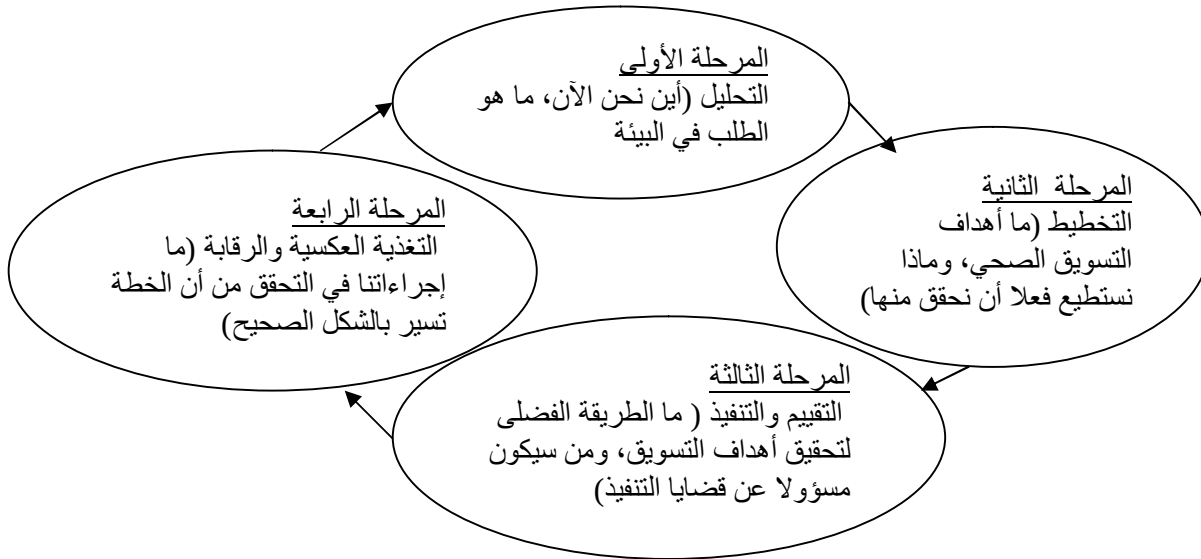
(2) Kotler Philip and N. Clarke Roberta, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987), p.4.

(3) Ibid.

(4) Kotler, **Marketing management**(1987), op.cit., p.5.

أولاً: التسويق عرف كوظيفة إدارية تتضمن التحليل والتخطيط والتنفيذ والرقابة، كما أكد هذا الاتجاه كل من Robin Lowe & Colin Gilligan إذ أشارا إلى أن التسويق الصحي هو عملية من أربعة مراحل يوضحها الشكل التالي:

الشكل رقم (4): التسويق كعملية إدارية



Source: Gilligan Collin & Lowe Robin, **Marketing and Health Care Organizations**, 1st Ed, (Oxford, Radcliffe Medical Press, 1995), p.23.

ويلاحظ من الشكل أن التسويق هو عملية مستمرة، فممكّن أن تكون عملية التنفيذ للخطط الحالية متزامنة مع استمرار مرحلة التخطيط لتبيان أين تقف المنظمة الآن، وأين ستكون مستقبلاً وهكذا لكل مراحل التسويق.

ثانياً: يحدد التسويق الصحي بإنشاء البرامج المعدة بدقة لتحقيق الاستجابات المرغوبة للأسواق دون الاختصار على تلك الأنشطة التلقائية أو الآتية فحسب، فالتسويق ومن خلال برامج خطط مصاغة بموضوعية ودقة يساعد المنظمات الصحية بصورة كبيرة في مجال فاعليتها وهذه الفاعلية تنعكس في الدرجة التي تتعامل بها مع المساهمات الآتية:⁽¹⁾

- 1- فلسفة الزبون: التسويق يعرف الإدارة بأولويات السوق وحاجات الزبون ورغباته وانعكاسات ذلك كله على خطط المنظمة وعملياتها
- 2- التكامل التسويقي للمنظمة: التسويق يجعل المنظمة تجاهد في تحليل السوق والتخطيط والتنفيذ والرقابة بصورة متكاملة.
- 3- معلومات تسويقية دقيقة: يوفر التسويق المعلومات اللازمة وبالنوعية والكمية المناسبة لتنفيذ تسويق فاعل.

⁽¹⁾ Ibid, p.32.

4- توجه استراتيجي: مساهمة التسويق في توليد استراتيجيات وخطط مبتكرة لتنفيذ أهداف المنظمة الصحية طويلة الأمد.

5- الكفاءة التشغيلية: اختيار الأنشطة التسويقية والتعامل معها على وفق منظور التكلفة والفاعلية.

ثالثاً: يبحث التسويق في جلب تبادل اختياري (طوعي)، فرجال التسويق يبحثون عن استجابة ولكن ليست بطريقة إجبارية وبأي سعر كان، فرجال التسويق في المستشفى يبحثون في تكوين حزمة من المنافع للسوق المستهدف من خلال الجذب الكفاء والتبادل الطوعي بين المنفعة والتكلفة التي يتحملها الطرفان المتبادلان (المستشفى والسوق).

رابعاً: يعنى التسويق الصحي باختيار السوق المستهدف أكثر مما يعمل في سوق شامل، ليتمكن من خدمة تلك السوق المستهدف. ويتضمن ذلك هدفين رئيسيين ، أحدهما يخص المنظمة والآخر يخص الزبون، فالهدف الأول يشير إلى التوجه الدقيق للمنظمات الصحية للاستجابة إلى الطلب الحقيقي لذلك السوق المستهدف، وبالمقابل يسعى الهدف الثاني إلى حصول المستهلك على ما يحتاجه في الوقت المناسب وبأقل جهد ممكن وبالنوعية التي يرغب فيها.

خامساً: الغرض من التسويق هو مساعدة المنظمات الصحية في تحقيق أهدافها في البقاء والاستمرار، وتزودها بالمرونة اللازمة في بيئة متغيرة من خلال أسواقها بصورة أكثر فعالية، فهي تسعى لتحسين مستوى ونوعية وتوزيع الخدمات لصحية، أو أهداف أخرى ترتبط ببرامج معينة ، ففي برامج التحصين مثلاً يتم إعطاء اللقاحات للأطفال المستفيدين منها مجاناً. إلا أن ذلك لا ينفي بأن العديد من المنظمات الصحية تبحث عن تحقيق الربح أيضاً لضمان المرونة المالية اللازمة للبقاء والاستمرار.

سادساً: يعتمد التسويق في تصميم خدمات المنظمة الصحية على وفق حاجات ورغبات الأسواق المستهدفة أكثر من تلك الصيغ المرتبطة بأذواق البيع الشخصي، فالتسويق الفاعل موجه نحو المستهلك (المرضى والمستفيدين) وليس نحو البائع (المستشفى).

سابعاً: يستخدم التسويق ويعتمد على مجموعة من الأدوات تسمى المزيج التسويقي Marketing Mix وهو المنتج أو الخدمة، التسعير، الاتصالات (الترويج)، التوزيع (المكان) ويعرف المزيج التسويقي بصيغ (4P's), Place, Promotion, Price, Product

إلا أن البعض يؤكد على أن المزيج التسويقي في المستشفيات يتضمن سبعة عناصر من ضمنها إضافة لما سبق، العناصر الثلاثة التالية: (1) العمليات Process، الأفراد (مقدمي الخدمة) People، الوجه المادية للخدمة Physical Aspects. وسيتم التطرق لهذه العناصر بالتفصيل في المبحث الثاني من الفصل الثاني.

(1) Gilligan, , op.cit., p.26.

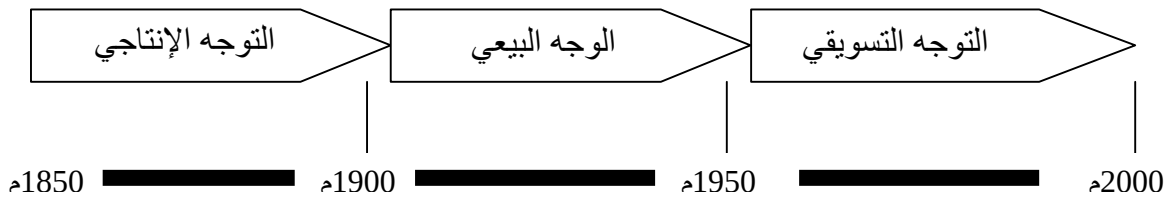
2- التطور الفكري للتسويق الصحي

أحيانا يعرف التسويق على أنه الجهود الواعية لتحقيق التبادلات المرغوبة مع الأسواق المستهدفة. ولكن ما الفلسفة التي يجب أن تكون دليلا لهذه الجهود التسويقية، وما الأوزان النسبية التي يجب أن تعطى لكل من اهتمامات المنظمة (الزبائن، المجتمع، الإنتاج والأرباح)، وما أوجه الصراع بين هذه الاهتمامات وعلى أية حال فإن الأنشطة التسويقية يجب أن تنفذ من خلال فلسفة معمقة لكل من الكفاءة والفعالية والمسؤولية الاجتماعية.

وهناك أكثر من رأي أو تصنيف في التوجهات الإدارية للمنظمات شكلت ثورة في النشاط الذي يمارسه التسويق في المنظمات خلال القرن الماضي، وهناك خمسة مفاهيم يمكن للمنظمات من خلالها أن تختار الطريقة التي تتعامل بها مع أنشطتها وهي مفهوم الإنتاج، مفهوم المنتج، المفهوم البيعي، المفهوم التسويقي، والمفهوم الاجتماعي للتسويق.⁽¹⁾

بينما يرى Pride أن هذه المفاهيم ومراحلها التاريخية تتحدد في ثلاث مراحل كما يتضح من الشكل التالي:

الشكل رقم(5): مراحل مفهوم التسويق



Source: William Pride & O Ferrell, **Marketing**, 2nd Ed (New York, HoughtonMifflin, 2000), p.11.

والمستشفيات شأنها شأن بقية منظمات الأعمال من الممكن أن تكون متبينة واحدة من التوجهات الإدارية المتقدم ذكرها كما يلي:

- 1- **التوجه نحو الإنتاج:** تركز بعض المستشفيات في استمرارية عملية الإنتاج، التي يجب أن تتم بسلاسة واستمرارية حتى إذا تم تجاهل حاجات الزبون لغرض ملاقة متطلبات العملية الإنتاجية، والرأي المرتبط والتسويق، إذ يفترض هذا التوجه أن المهمة الرئيسية للمنظمة هي تحقيق كفاءة في الإنتاج والتوزيع عن طريق تقليل التكلفة.⁽²⁾ ويمكن اعتبار أن هذا التوجه يقود المستشفى إلى أن تتعامل مع المرضى بمدخل كمي (تتعامل معهم كعدد)، في حين يفترض أن يتم الاهتمام بكل مريض بصورة منفردة
2. **التوجه نحو المنتج:** وهي أيضا مرحلة ضمن التوجه الإنتاجي، وتفترض أن كثير من المنظمات الصحية لا تخدم أسواقها بدقة بسبب أن إدارتها متجهة نحو المنتج، فالعديد من المنظمات لديها التزام قوي

(1) Philip Kotler, **Marketing Management**, 9th Ed (New Jersey: Prentice Hall International, Inc, 1997), p.17.

(2) Kotler, **Marketing management** (1987), op.cit., p.29.

بمنتجاتها وقيمتها حتى ولو كان الزبائن يأتون في الدرجة الثانية في فلسفة وأفكار تلك المنظمات. فهي لا تدرك بأن منتجاتها الملزمة بها بشدة أصبحت لا تلبي حاجات ورغبات السوق. ولا غرابة في أن النتيجة المعتادة لمثل هكذا توجه هو الهبوط والانكماش بدلا من النمو، إذ أن هذا التوجه يجد بأن الاتصال واختيار الأماكن المناسبة للتوزيع لملاقة حاجات الزبائن هي أشياء غير ضرورية، كما أن تلك المنظمات التي تعشق منتجاتها ومؤمنة بقيمتها تقاوم بشدة تحويل منتجاتها وتطويرها، ويجسد Kotler هذا التوجه بالمقولة الآتية: نحن نعلم أفضل منك فيما هو الأفضل.⁽¹⁾ ويرى بأن التوجه نحو المنتج يفترض أن المهمة الرئيسية للمنظمة هي تقديم المنتجات التي تعتقد المنظمة أنها جيدة للسوق.

2- التوجه نحو المبيعات: تؤمن بعض المنظمات الصحية أنها تستطيع زيادة حصتها السوقية من خلال زيادة الجهود البيعية أكثر من إيمانها بتغيير هذه المنتجات لجعلها أكثر جاذبية، وإن مثل هذه المنظمات تزيد من ميزانية الإعلان والبيع الشخصي والأشكال الأخرى من الترويج، وهذا التوجه ربما يوفر عدد أكبر من المرضى في الأمد القريب ولكن لا يضمن توفير مثل هذا العدد في المستقبل البعيد، فهو يعتمد على إجراء حملات ترويجية وإعلانية في السوق الخارجي وبالسرعة الممكنة، وعندما يتحسن الطلب تطور تلك المنظمات استراتيجياتها لملاقة هذا الطلب. ويفترض هذا التوجه بأن المهمة الرئيسية للمنظمة هو تحفيز اهتمام مرضى المستشفى المحملين على الخدمات والمنتجات الموجودة حاليا في المستشفى.⁽²⁾ والتوجه نحو المبيعات هو توجه نحو المنتج مستند إلى البيع والترويج يهدف إلى توليد معدلات عالية من المبيعات كمفتاح إلى تحقيق نسبة أرباح عالية.⁽³⁾

4-التوجه التسويقي: تشير أدبيات الرعاية الصحية إلى أن تبني التوجه التسويقي هو الشيء الأفضل للمستشفيات.⁽⁴⁾ والطريقة الحقيقية للنجاح، فهو تعمل على ملاقة حاجات ورغبات الزبائن المتغيرة، وتعرفت تلك المنظمات الصحية على أن كلا من الإنتاج والمنتوج والمبيعات ما هي إلا وسائل لتقديم الرضا إلى الأسواق المستهدفة.

وقد عرف التوجه التسويقي على أنه ذلك التوجه الذي تكون فيه المهمة الرئيسية للمنظمة الصحية هي تحديد حاجات الأسواق المستهدفة ورغباتها، وإشباع تلك الحاجات والرغبات من خلال تصميم المنتجات، الاتصالات، التسعير، وتسليم المنتجات والخدمات المنافسة والمناسبة.⁽⁵⁾ ولا شك أن التوجه التسويقي المستند إلى هذا التعريف يتطلب ما يلي:

1- معرفة إدارة المنظمة الصحية بأولويات حاجات الزبائن ورغباتهم وأثرها في تحديد خطط المنظمة وعملياتها المختلفة، واستخدام بحوث التسويق للحصول على المعلومات اللازمة لتحديد

(1) Ibid.

(2) Ibid., p.30.

(3) Philip Kotler, **Marketing for non profit Organization** (New Jersey: prentice Hall Inc, 1975), p.44.

(4) Kotler & N. Clarke, op.cit. p.11

(5) Ibid,p.31.

حاجات الأسواق المستهدفة الحاضرة والمستقبلية .

2- تطوير مزيج خدمة جديدة ملائمة للسوق المستهدف، وتقليص أو إلغاء تلك الخدمات التي لم تعد ملبية للحاجات.

3- تطوير الأنشطة الترويجية (العلاقات العامة، الإعلان، ترويج المبيعات، البيع الشخصي) للاتصال مع السوق المستهدف.

4- تطوير إستراتيجية تسعير ملائمة للخدمات الصحية التي من شأنها أن تكون منافسة ومقبولة ومفضلة لدى المستفيد منها.

5- تطوير وابتكار إستراتيجية توزيع كفوءة للخدمات الصحية.

ولأن التسويق الصحي في الجانب العملي في المستشفيات يترجم ويفسر بصورة ضيقة ويصبح مقتصرًا أو مرادفًا للترويج، في حين أن التوجه التسويقي يركز على ملاقة حاجات الزبون المتغيرة وإضافة خصائص للخدمة كاستجابة لذلك. وعليه فإن التوجه التسويقي في واقعه وأهدافه موجهًا أساسًا نحو المستهلك باعتبار أن المستهلك هو محور العملية التسويقية ومحركها الرئيسي.

ويتمثل التوجه التسويقي في المستشفى من خلال الاستجابة اللطيفة لموظف الاستعلامات، وينتهي بمساعدة مختلف العاملين في حل مشكلة المريض إذ أن العاملين في هذا التوجه سيعملون كفريق عمل واحد.

5- التوجه الاجتماعي للتسويق: تمتلك المنظمات الصحية أهدافًا رئيسية متمثلة بالجانب الإنساني والفلسفي وتعتمد أساسًا على حاجات الإنسان، فضلًا على أن الطبيعة القدسية لمهنة الطب جعلت أنصار هذا التوجه الحديث المتنامي في وقتنا الحاضر يعتبرون التسويق نشاط فاعل ومؤثر، ينبغي أن يؤدي دورًا رياديًا في عملية رفع مستوى رفاهية الأفراد في المجتمع، فمن الطبيعي أن النشاط التسويقي من خلال توفيره للسلع والخدمات يقدم مردودات إيجابية للمستهلك مثل إشباع حاجاته وتحقيق رضاه وسعادته.

وكما سبقت الإشارة للتوجه الاجتماعي للتسويق، حيث اعتبره رجال التسويق ممثلًا بمسؤولياتهم في تبني حاجات ورغبات الزبون واهتمامات المجتمع، وأخذها جميعًا بالحسبان عند اتخاذ قراراتهم.

ولكن التوجه الاجتماعي للتسويق يشكل أحيانًا مشكلة للمنظمات الصحية ذات التوجه التسويقي، والملتزمة بإرضاء حاجات الأسواق ورغباتها، ولعل المشكلة تكمن في أن ما يحتاج إليه السوق ربما هو مما لا يرغب فيه، وأن ما يحتاج إليه المريض من المستشفى (علاج) هو عادة شيء معقول يتضمن في نوعيته رعاية جيدة، في حين أن بحوث التسويق أظهرت في السنين الماضية بأن مرضى المستشفيات يرغبون ويتمنون أمنيات متنوعة غير مرتبطة بالحاجة المعقولة التي هي نوعية رعاية جيدة.⁽¹⁾ فهم يريدون فضلًا عن العلاج، ابتسامة الفريق الطبي، وعطف الممرضات وحنانهن، وخيارات عريضة من

⁽¹⁾. Ibid,p.31.

الأطعمة المقدمة في وجباتهم الغذائية، واستجابة سريعة لنداءاتهم، بل ويرغبون في أجهزة تلفاز ملونة في غرفهم، وعلى أية حال فإن المستشفيات يجب أن تلبي حاجات السوق ومستوى معين من رغبات السوق معاً، إلا أن هناك رغبات لا يمكن إشباعها، لتعارضها مع سلامة صحة المريض أو لتعارضها مع اهتمامات المجتمع مثل (رغبة المريض في التدخين). كما أن هناك حاجات لا يدركها المرضى مثل الحاجة لغذاء متوازن، فالهمبركر مثلاً وجبة شهية لكنها غير صحية لاحتوائها على نسبة عالية من الدهن.⁽¹⁾ وفي كل من الحالات المتقدم ذكرها فإن المستشفيات بتطبيقها المفهوم الاجتماعي للتسويق تضغط وتكبت على بعض رغبات وحاجات المريض من أجل مصلحته.

3- معوقات تطوير أداء الخدمات الصحية

من أهم المعوقات التي يعاني منها قطاع الخدمات الصحية، منها ما يرتبط بعدم كفاءة وعدالة نظام توزيع الخدمات الصحية على جميع أفراد المجتمع، وعدم كفاءة نظام التأمين الصحي، بالإضافة إلى المعوقات المرتبطة بتمويل الوحدات الصحية، وذلك كما يلي:⁽²⁾

1- المعوقات المرتبطة بمستوى الخدمات الصحية: تعاني العديد من دول العالم من مشكلات تتعلق بتدهور مستويات الخدمة الصحية المقدمة ومن أهمها ما يلي:

- انخفاض مستوى نظم الرعاية الصحية المتخصصة مثل أقسام الطوارئ.
- تدهور مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأصحاب الأمراض الخطيرة.
- طول فترة الانتظار حتى يتلقى المريض الخدمة خاصة العمليات الجراحية.
- عدم عدالة توزيع الخدمات الصحية.

2- المعوقات المرتبطة بتمويل الوحدات الصحية: وتتمثل المعوقات التمويلية في:

- ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية: فارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية يؤدي إلى زيادة الإنفاق على الصحة. ويرجع ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية إلى ارتفاع تكلفة المعدات الطبية الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج، بالإضافة إلى تكاليف إنتاج الدواء. هذا من جهة ومن جهة أخرى انخفاض حجم الموارد المخصصة للرعاية الصحية، وكذا عدم وجود حوافز مالية تحفز العاملين في قطاع الخدمات الصحية على تحسين جودة وكفاءة خدمات الرعاية الصحية خاصة في المستشفيات الحكومية.

3- المعوقات المرتبطة بالجهات المقدمة للخدمة تتمثل في:

- انخفاض كفاءة نظم إدارة المستشفيات العامة، وانخفاض المهارات الإدارية بسبب افتقارهم للمهارات الإدارية المطلوبة، أو بسبب الانشغال بممارسة الطب عن القيام بالأعمال الإدارية.

⁽¹⁾ . Kotler, **Marketing management** ,op.cit., (1997),p.27.

⁽²⁾ على عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، مجلة جسر التنمية، العدد الثاني والعشرون (أكتوبر 2003) نقلا عن

الموقع: www.Arab-api.org

- تعتبر الموارد البشرية أحد المكونات الرئيسية لقطاع الخدمات الصحية، فانخفاض أعداد العاملين في هيئة التمريض، وكذا ارتباط مناهج التعليم الصحي في المؤسسات الأكاديمية باحتياجات المجتمع، عدم الاهتمام بتطبيق مفهوم التعليم و التدريب المستمر للعاملين في مجال تقديم الخدمات الصحية، بالإضافة إلى غياب التنسيق بين الجهات المسؤولة عن رسم السياسات والخطط الصحية من جهة والمؤسسات التعليمية والجامعات من جهة أخرى.

- انخفاض كفاءة نظام التأمين الصحي، ويعود ذلك إلى اقتصار دور المؤسسات التأمينية على الوساطة المالية بين المؤمن عليهم والجهات المقدمة للخدمات الصحية، وكذا إلى نقص الموارد المالية المتاحة، بالإضافة إلى ارتفاع التكاليف الإدارية لمؤسسات التأمين الصحي.

2-المعوقات المرتبطة بنظام إدارة الخدمات الصحية تتمثل في:

- عدم كفاءة نظم الإدارة: نتيجة زيادة المركزية في إدارة قطاع الخدمات الصحية، و التي تؤدي إلى اتخاذ القرارات المتعلقة بالقطاع الصحي من خلال المستويات الإدارية العليا.بالإضافة إلى غياب التنسيق بين الوحدات الصحية المسؤولة عن تقديم الخدمات الطبية على مختلف المستويات القومية والإقليمية.

- ضعف نظم الرقابة والمتابعة، وعدم كفاءتها يؤدي إلى عدة نتائج من أهمها تفشي الفساد والرشوة، ضعف الرقابة على الصحة وغياب الشفافية والمسائلة الإدارية والمالية على توزيع الموارد المالية بين الاستخدامات المختلفة لقطاع الصحة. بالإضافة إلى عدم توافر نظام دقيق للمعلومات الطبية ومعايير للرقابة على أداء الوحدات الصحية المختلفة.

4- حاجة المستشفيات للتسويق

استنادا للمعوقات سالفة الذكر طورت مختلف المنظمات العاملة في مجال الصناعة اهتمامها بالتسويق على مر الأزمان والعصور، ابتداء من سيادة مفهوم سوق الباعة إلى شيوع مفهوم سوق المستهلكين. وبقدر تعلق الأمر بالمنظمات الصحية فانه لا بد من التمييز ابتداء في تعاملها مع المستهلكين على أساس التوجه الربحي أو التوجه غير الربحي. وعلى الرغم من أنه يمكن القول أن هذه المستشفيات حتى وان كانت ذات توجه ربحي فإنها في حقيقة الأمر ليست على هذا المنوال في تعاملها مع الجمهور. لأنها لا تبحث في كون الأرباح في سلم أهدافها الأولى، بقدر ما تسعى لأن تقدم خدماتها الصحية للجمهور في قمة هذه الأسبقيات.

ومن هذا المنطلق يمكن القول بأن المنظمات عامة سواء أكانت هادفة للربح أو غير هادفة للربح، فإنها بحاجة إلى التسويق لكونه الوظيفة التي تستطيع من خلالها إدارة العلاقة مع الجمهور وتنظيم سبل الاتصال المناسبة، والحصول على العوائد الكافية التي تساعد على الاستمرار والبقاء. وعليه يمكن الإشارة إلى الأسباب التي تبين حقيقة حاجة المستشفيات إلى التسويق، والتي ظهرت أول مرة في

منتصف

السبعينات من القرن الماضي وهي:⁽¹⁾

1- ارتفاع التكاليف:

مع الزيادة المتسارعة في ارتفاع تكلفة تقديم الخدمات الصحية إلى الجمهور، بدأ التفكير بشكل جاد للبحث عن الطرق والأساليب التقنية المناسبة للحد من معدل هذه الزيادة. فقد كان التسويق هو الأداة المناسبة لإدارة وتقديم الخدمات الصحية والتأثير الإيجابي الذي يمكن أن يقدمه هذا النشاط للحد من التكلفة الباهظة التي تتحملها المستشفى.

2- ازدياد المسؤولية:

خلقت التشريعات القانونية الموضوعية آلية في تقديم الخدمات الصحية إلى الجمهور. وعليه فإن المستشفيات مطالبة بتقديم المزيد من المعلومات لدعم ما يمكن تقديمه من خدمات صحية مضافة وجديدة. ويعد التسويق الوظيفة المناسبة عبر التقنيات المختلفة التي يمكن استخدامها في عمليات الاتصال ليكون قادرا على إيصال هذه المعلومات إلى الجمهور المستفيد من الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفى.

3- زيادة الحاجة للخدمات الصحية:

من الضرورة بمكان أن تضع إدارة المستشفيات في نصب اهتمامها الحاجة المتزايدة للخدمات الصحية من قبل المستهلكين. كما يجب أن يوضح هذا الأمر من خلال إدراج هذا الاهتمام بالخطط والإجراءات المعتمدة من قبل إدارة المستشفى، وليتولى قسم التسويق مهمة هذا التوضيح للجمهور.

4- قياس رأي المستهلكين:

يستطيع النشاط التسويقي أن يقدم لإدارة المستشفى العديد من المفاهيم والأساليب الفنية التي تمكنها من الاستجابة للطلبات التي يسعى إليها الجمهور في الحصول عليها من الخدمة الصحية. ويتم ذلك عن طريق القيام بإجراء مسوحات للسوق، وقياس درجة الرضى المتحققة للمرضى المعالجين... الخ. ويمكن أن تكون هذه النتائج المتحققة رؤية واضحة لإدارة المستشفى عن الخدمات الضرورية والناجمة عن تلك الخدمات الأخرى المقدمة.

5 - الاستثمار الأفضل للموارد:

من خلال التسويق تستطيع إدارة المستشفى قياس إجمالي الطلب المتحقق على الخدمات الصحية، وكذا مستوى الجودة في الخدمات المقدمة من قبل المستشفيات الأخرى. وإقرار أي من هذه الخدمات التي يجب أن تقدم بفعالية أفضل لمواجهة الاحتياجات القائمة في السوق. ويمكن أن تقدم هذه المعلومات وغيرها من خلال التسويق لمتخذي القرار للمساعدة على تحقيق الموارد البشرية والمادية المستخدمة من قبل المستشفى وبشكل فاعل وكفؤ.

⁽¹⁾ Jack Duncan, Peter Ginter, **Hand Book of Health Care Management** (New York:Blackwell Publisher Inc, 1998), p.259.

6- التغير في طبيعة العلاقة بين المريض والطبيب:

أصبح المريض أكثر تأثيراً وإسهاماً في القرارات المتخذة حيال الخدمات الصحية المقدمة، من حيث الخيارات المتعلقة في الكيفية والمكان وماهية الخدمات المقدمة. وعليه فإن التسويق وعبر أنشطته المختلفة يستطيع أن يمد من أواصر العلاقة بين الطبيب والمرضى وزيادة الوعي والإدراك عبر المعلومات المقدمة لهم عن الخدمات الصحية البديلة التي يمكن تقديمها.

4- زيادة الاهتمام بالوقاية الصحية:

لازال اغلب المرضى يبحثون عن الخدمات الصحية على أساس أنها خدمات علاجية، إلا أنه عن طريق اعتماد التسويق تستطيع إدارة المستشفى من زيادة الخدمات الوقائية المقدمة للمرضى، وهذا من شأنه أن يقلل من عدد الحالات المرضية التي يستقبلها المستشفى. وبالتالي يقلل التكلفة الكلية المترتبة على العلاج الصحي نتيجة زيادة الوعي الصحي والوقاية من الأمراض.

المبحث الثالث: سلوك المستهلك وقرار شراء الخدمات الصحية

باعتبار المستهلك هو لب العملية التسويقية، هذا ما أوجب دراسة تحليلية لسلوكه. فهو يتأثر بالعديد من العوامل والضغوط، مما جعل عملية التنبؤ بسلوكه من المسائل بالغة التعقيد بسبب تداخل وتشابك هذه العوامل فيما بينها، قد أوجب ذلك إجراء بحوث تسويقية مكثفة لهذا السلوك، حيث تنطوي هذه البحوث أساساً على جمع المعلومات بواسطة نظام المعلومات التسويقي، ثم تحليل وتفسير هذه المعلومات للوصول إلى حلول لمعالجة هذه المشاكل. وقد جاء هذا المبحث بدراسة تفصيلية لسلوك المريض وذلك لخصوصية الخدمات الصحية مقارنة بباقي الخدمات الأخرى، ودراسة كيفية إجراء البحوث التسويقية للحصول على المعلومات التي تساعد في اتخاذ القرارات المناسبة.

المطلب الأول: سلوك المرضى والعوامل المؤثرة فيهم

1- تحليل سلوك المستهلك

يعد المستهلك نقطة البداية التي تسبق الإنتاج وتوجهه باستمرار طبقاً للمفهوم التسويقي الحديث الذي يهدف إلى تحقيق احتياجات المستهلك ورغباته، بحيث يكون ذلك هو الهدف الرئيسي الذي تسعى المنظمة لتحقيقه والذي ينبغي أن تأخذه في الحسبان عند إعداد خططها.⁽¹⁾ فتحليل سلوك المستهلك يعتبر المدخل الناجح لعملية التسويق في تحدي احتياجاته غير المشبعة، باعتبار أن مفهوم التسويق باختصار هو البحث عن حاجات المستهلك وإشباعها.

وقد يجد تحليل سلوك المستهلك جذوره في النظرية الاقتصادية، إذ استند التحليل الاقتصادي على العقلانية باعتبارها أساس سلوك المستهلك ويفترض حينئذ بالمستهلك إجراء ترتيب سلمي لحاجاته، ويجب أن يتبع سلوكه هذا التدرج في إشباع الحاجات. غير أن دراسات سلوك المستهلك عبر نظريات التحليل

(1) محمود صادق باززع، إدارة التسويق (القاهرة: دار النهضة العربية، 1987)، ص. 150.

النفسى قد ساهمت أيضا في تطوير تحليل وتفسير السلوك الإنساني. و هي تعيد السلوك الإنساني إلى الدوافع المدفونة لديه أو لدوافع لا يدركها ولكنها مؤثرة على سلوكه في نفس الوقت، لذا يتطلب تحليل سلوك الفرد تحديد كل من الدوافع المدركة وغير المدركة ومن هذا برزت نظريات ودراسات الدوافع، وقد اعتمدت في التسويق أمثال نظرية ماسلو وهارزبارغ.

وتعتبر إسهامات نظرية الشخصية ونظرية التعلم من أبرز الأعمال التي كان لها استعمالات واسعة من قبل رجال التسويق في فهم سلوك المستهلك. إذ أكدت نظريات الشخصية على أن نمط السلوك راجع إلى نمط رد الفعل أو الاستجابات المستقرة والمتوقعة من الفرد والتي تميزه عن غيره من خلال طريقة إدراكه وأفعاله وتفاعله مع البيئة المحيطة به. أما نظرية التعلم فتركز على أن هناك عامل خارجي (إعلان) أو داخلي يحرك الفرد نحو اتخاذ سلوك (استجابة) معين. وقد استعملت هذه النظرية في بناء ولاء المستهلك لعلامة أو صنف معين من المنتجات.⁽¹⁾

ويبرز سلوك المستهلك أكثر خصوصية في تلك المنظمات التي وجدت أصلا لخدمة المستهلك. ويتجلى ذلك واضحا في المنظمات الصحية وتحديدا في المستشفيات التي وجدت أصلا لخدمته من كل الجوانب الصحية التي يكون بحاجة إليها. لذلك فقد جندت المستشفيات كل طاقاتها المعلنة والكامنة، حيال القيام بالاستجابة لطلبات المرضى عند الحاجة لأية خدمة تشخيصية أو علاجية أو وقائية. حتى أصبح من المألوف أن تقرأ الشارات المرفوعة من قبل إدارات المستشفيات بان "المرضى هم دائما على حق". فالمستهلك قد يضع حاجاته ورغباته بطريقة مختلفة عن غيره أو عما تفكر به المنظمة. لذلك فان نقطة البدء لفهم سلوك المستهلك هو في تحديد المؤثرات القائمة حاليا ومستقبلا، حيث أن المريض هو الطرف النهائي الذي يكون بتماس مباشر مع الخدمة المقدمة، وأن اتخاذه لقرار التعامل هو تعبير عن السلوك الشرائي والمرهون بعدد من العوامل الموقفية مثل المحيط المادي للمستشفى الذي يتأثر بالموقع، الأصوات والضوضاء، الرائحة، الضوء، وغيرها من المتغيرات البيئية التي تؤثر على قرار المريض في شراء الخدمة الصحية من هذا المكان دون غيره.

لذلك فالمستشفى تحاول جاهدة أن توفر بيئة خاصة من شأنها تسهيل وتشجيع المستهلكين على شراء الخدمة الصحية والإقدام عليها بما هو متحقق من ملموسية واضحة في تقديمها؛ بالإضافة إلى المحيط الاجتماعي وما تمثله من الخصائص والتفاعلات التي يبديها الأصدقاء، الأقارب الفريق الطبي في لحظة الإقدام على شراء الخدمة الصحية مما قد يؤثر سلبا أو إيجابا على السلوك الشرائي المتحقق. كما أن للبعد الزمني تأثير كبير على قرار الشراء، إذ أن مقدار الوقت المتاح للتعرف على المنتج أو الخدمة الصحية المقدمة للمرضى عامل مهم في تحقيق المعرفة الكافية عن تلك الخدمة. فضلا عن ذلك فان توقيت تقديم الخدمة صباحا أو مساء، أو من خلال أحد أيام الأسبوع...لها أثر بالغ في قرار المريض لشراء الخدمة

(1) أيمن علي عمر، قراءات في سلوك المستهلك (الإسكندرية: الدار الجامعية، 2006)، ص ص. 77-79.

الطبية من عدمه. أو تقييمها بالشكل الصحيح والدقيق، وبالتالي تأثيرها على السلوك الشرائي واتخاذها لقرار الشراء.⁽¹⁾

2-العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمستهلك

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

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

شكل رقم(6): العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك(المريض)

الثقافة	الاجتماعية	الشخصية	النفسية	المستهلك (المريض)
الثقافة العامة	الجماعة	العمر	الدوافع	
الثقافة الخاصة	المرجعية	الوظيفة	الادراك	
الشريحة	العائلة	أنماط الحياة	التعلم	
الاجتماعية	المكان	الشخصية	المعتقدات	
			التحافات	

Source: Philip Kotler, **Marketing Management**, 9th Ed (New Jersey: Prentice Hall International, Inc, 1997), p.173.

أ- **العوامل الثقافية:** وهي مجموع العوامل التي يعبر من خلالها الفرد عن أسلوبه في التعامل مع المفردات اليومية اتساقا مع التراكم المعرفي المتحقق لديه عبر تجاربه الإنسانية وما تحققة من تعميق فكري . وهي أيضا الثقافة العامة التي تعريفها بشكل مختصر على أنها " تراكم معرفي وقيمي لمقاصد ومفاهيم يستخدمها المجتمع للتعامل مع البيئة التي يعيش فيها وتتم مناقلتها للأجيال القادمة.⁽²⁾ وأصبحت بالتالي معيارا شخصيا للتعامل مع الآخرين، وعلى سبيل المثال أصبحت من الثقافات العامة للفرد الأوروبي قيامه بعمليات الفحص الدوري السنوي أو نصف السنوي للتأكد من سلامته الصحية. أما الثقافة الفرعية فهي الثقافة التي تمتلك سمات وصفات سلوكية خاصة يمكن تمييزها عن غيرها من المجاميع الأخرى ضمن الثقافة العامة، فنجد مثلا اتجاه واضح لدى العديد من أفراد مجتمع المدينة والمستويات العمرية التي تجاوزت مرحلة الشباب إلى حد ما، يتقنون في توجههم نحو تناول الأطعمة

(1) Pride & Ferrell , op.cit., p.201.

(2) Ibid., p.211.

النباتي، أو تلك الأطعمة الخالية من الدهون. وهذا يرجع إلى تقديرهم ومعرفتهم بأن ذلك يحافظ على سلامة صحتهم ويبيدهم عن أمراض كثيرة تسببها الدهون واللحوم وأخطرها الذبحة الصدرية، أو الجلطة القلبية، فضلا عن زيادة نسبة الكوليسترول في الدم الذي يقود إلى مخاطر صحية كثيرة تنحصر في أثرها على كفاءة عمل القلب، وضيق أو تقلب الشرايين.

كما تدخل ضمن العوامل الثقافية الشريحة الاجتماعية المختلفة في جوانب عديدة، كأن يعتمد هذا الاختلاف أو التفاوت على مستوى الدخل، التعلم، مكان الإقامة، المهنة... الخ كأساس في التمايز ما بين الشرائح في المجتمع. وعليه يمكن تعريف الجوانب الثقافية على أنها "التجانس النسبي للأقسام أو الأجزاء في المجتمع والمرتبة بشكل هرمي يشترك أعضاؤها بقيم واهتمامات مشتركة وسلوك متشابه"⁽¹⁾. وتستطيع المنظمات الصحية من هذا التصنيف تحديد التصرف أو التوجه للتعامل السلوكي مع الأفراد على وفق الشرائح المختلفة. وهنا يكون الأمر مشابه إلى حد كبير مع موضوع تجزئة السوق، إذ لا يمكن التعامل مع المجتمع على أنه متجانس، بل لابد أن تكون هناك اختلافات قائمة بين أجزائه. فمثلا مخاطبة الشريحة الاجتماعية ذات الخصائص الأقل تحضرا ثقافيا واجتماعيا، يختلف تماما عما هو عليه في المجتمع المتحضر، ويعتمد ذلك في كيفية التعامل مع الإرشاد الطبي، أو التعامل مع الأمراض وطريقة المراجعة الطبية... الخ.

ب - العوامل الاجتماعية: يتأثر الفرد بالعديد من العوامل الاجتماعية التي تمثل بمجملها مجموعة العلاقات التي تربطه بأفراد آخرين يتعايش ويتفاعل معهم باستمرار ويتأثر بهم بذات الوقت، وتتمثل هذه العوامل في الجماعات المرجعية كمجموع الأصدقاء، جماعات العمل، الجيران، النقابات والجمعيات. والتي تمتلك تأثير مباشر وغير مباشر على اتجاهات الأفراد وسلوكهم، بالإضافة للعائلة باعتبارها المجموعة الأولى التي يتصل بها الفرد ويؤثر ويتأثر بها عند اتخاذ قرار معين يتعلق بصحته. كما تلعب المكانة الاجتماعية دور مهم في التأثير على الآخرين، على سبيل المثال عند القيام بحملات التبرع بالدم فإن الفرد سيقدم ويسارع قبل غيره في التبرع تبعا لمكانته بين الآخرين.

ج- العوامل الشخصية: وتتمثل خاصة في العمر الذي يؤثر إلى حد كبير في السلوك الشرائي للخدمة الصحية، حيث كلما ازداد العمر زاد الاعتماد على الذات في اتخاذ قرار الشراء للخدمة الصحية، بل أن الأنظمة والقوانين الطبية تشترط موافقة رب العائلة على إجراء العمليات الجراحية لمن كان دون السن القانوني (18 سنة)، ويكون الأمر بحالة معكوسة لمن هم في مرحلة الشيخوخة والكهولة. بالإضافة لنمط الحياة التي يمكن إرجاعه إلى معيشة الفرد في المجتمع المحيط به، والأنشطة المختلفة التي يقوم بها واهتماماته وآراءه، وعليه فإن المسوقون عليهم أن يبحثوا في العلاقة القائمة بين الخدمات الصحية المقدمة، وأنماط الحياة للمجاميع المستهدفة من الجمهور، فمثلا وجد أن السمنة سبب لأمراض

(1) Kotler, *Marketing Management* (1997), op.cit., p.173.

كثيرة تصيب الإنسان ، ولكن وجد أن هناك مجموعة من النساء ينظرون للموضوع أكثر من كونه جانب صحي، ولكن يمتد للجانب الجمالي لهن في التعامل مع هذه الخدمة الصحية أو تلك. كما أن الشخصية تعد أحد أهم المؤشرات في تقييم سلوك الفرد، ومدى حسن التصرف من عدمه، وهي تتأثر بالسمات المميزة للفرد وما اكتسبه من خبرة خلال حياته و المؤثرات الخارجية المحيطة به، وبقدر تعلق الأمر بالسلوك الشرائي للخدمة الصحية يتضح بأن تمتع الفرد أو المريض بتلك الشخصية المميزة والواضحة تمكنه من حسن اختيار للطبيب أو المستشفى ، ويستطيع التمييز ما بين الخدمات المتشابهة المقدمة من أطراف صحية مختلفة .

د- العوامل النفسية: يتأثر المريض إلى حد كبير بعدد من العوامل النفسية كالتحفيز الذي يعرف على أنه "شيء خارجي يؤثر على سلوك الفرد باتجاه بلوغ الأهداف المقصودة".⁽¹⁾ وهو بذلك تعبير عن رغبات أو احتياجات وتمنيات غير محققة يحاول الفرد العمل على إشباعها، وخير نموذج يمكن أن يعتمد للتفسير هو نموذج ماسلو للحاجات، حيث أن الجانب الصحي يمثل المرحلة الثانية من الحاجات في السلم. وحيث أن الفرد بعد أن يشبع حاجته من المأكل والملبس والسكن، فهو بحاجة لتحقيق الأمن والاستقرار، ويتمثل الجزء الأعظم من هذا الجانب في السلامة الصحية. إذ أن الحاجة للخدمة الصحية هي مسألة أساسية لكنها تمتد أيضا صعودا إلى قمة السلم عندما يرغب الفرد في السفر للمنتجات السياحية، أو البحث خدمات العلاج الطبيعي...الخ. كما أن لعامل الإدراك الذي يعرف على أنه " العملية التي يقوم بها الفرد في اختيار وتنظيم وتفسير مدخلاته عن المعلومات لتحديد الصورة الشاملة لعالمه المحيط به"⁽²⁾. أهمية كبيرة حيث يستطيع المريض من خلاله أن يدرك حقيقة الإعلانات عن الخدمة الصحية المقدمة في وسائل الإعلان، أو ما يعرضه الأطباء أمام عياداتهم الخاصة من معلومات عن الشهادات، التخصصات الطبية التي يحملونها، وفيما إذا كانت حقيقة أو مبالغ في تصويرها وعرضها وتعدادها.

بالإضافة للتعليم الذي يمثل مجموعة المتغيرات الحاصلة في سلوك الفرد الناجمة عن تراكم الخبرات السابقة لديه، كما أنه يتوقف على عدد من العوامل منها درجة النضج لدى الفرد، الرغبة في التعلم، القدرة والدافعية للتعلم، الاستعداد الذهني...الخ. فالمرضى أيضا يستطيعون التعلم من خلال تفاعلهم مع الأطباء والمرضى وذوي الخبرة الطبية في تحديد ما هو مضر بالصحة وما هو مفيد، ومتى وكيف يمكن استشارة الطبيب، وما هي الأدوية المسموح تناولها.

(1) O.C Ferrell & Geoffrey Hirt, **Business A Changing World**, 2nd (Chicago: Irwin,1993), 286.

(2) Kotler, op.cit, (1997), p.195

المطلب الثاني: حاجة المرضى واتخاذ قرار الشراء

1- حاجة المرضى للخدمات الصحية

إن نقطة البدء في السلوك الشرائي تتحدد بحاجة المرضى والتي تأخذ أشكالاً مختلفة منها:⁽¹⁾

- حاجة المريض للحصول على التشخيص والعلاج والوقاية المستقبلية
- رغبة المريض في معرفة الحالة الصحية التي هو بها، وتبرز هذه الرغبة في حالة الفحص الدوري على الرغم من عدم وجود ما يشير إلى حالة معينة في حالته الصحية.
- وجود حالة الشك والخوف من الإصابة بمرض معين وهذا يتأثر إلى حد كبير في السلوك الشخصي للمريض وشخصيته.

- يسعى المريض بشكل أساسي إلى توكي الفائدة من المراجعة وتحقيق المنفعة، وذلك بالشفاء الكلي والتخلص من الألم أو الحد من المضاعفات المحتملة في المرض.

وعلى الرغم من الأشكال المختلفة لحاجات المرضى فإنهم يرغبون أن تكون الخدمات التي يتلقونها بمستوى من النوعية التي تحقق لهم الرضا والقبول المرتبط بالشفاء. وبالتالي فإن سلوكهم الشرائي سيتأثر بعدد من الجوانب الملموسة وغير الملموسة في المستشفى منها:

- نظافة المستشفى والعاملين فيها من أطباء وممرضين من خلال المظهر العام، الملابس الرسمية للأطباء، نظافة الجدران وسلامة الأبواب... الخ.

- أنظمة التهوية والتبريد وأنظمة السيطرة على الحالات الطارئة في المستشفى.

- وحدة الاستعلامات الخارجية وحسن الاستقبال والإرشاد للمرضى أثناء المراجعة

- الأجهزة الطبية المستخدمة وحداثتها وحسن استخدامها... الخ.

كل هذه الجوانب تدفع إلى حد كبير في أن يتعامل المرضى بسلوك عقلاني ورشيد في الإقدام على الخدمة الصحية في هذا المستشفى دون غيره.

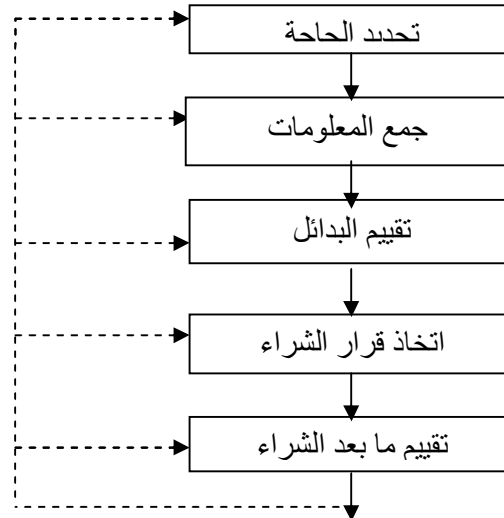
2- مراحل عملية شراء الخدمة الصحية

تختلف عملية القرار الشرائي لدى المستهلك من حالة لأخرى، لأن خطوات عملية الشراء يمكن أن تكون بسيطة وغير واضحة في بعض الحالات للسلع أو الخدمات ذات القيمة المنخفضة أو التي اعتاد على شرائها بشكل متكرر ويومي بينما تكون الخطوات على العكس إذا ما كانت لأول مرة، أو تمتاز بدرجة من التكلفة الواضحة أو الخطورة. وتبرز المسألة بشكل واضح في قرارات الشراء لدى المرضى للخدمات الصحية مما يستلزم إلى حد كبير الوضوح والتفصيل في الخطوات المعتمدة من قبل

⁽¹⁾ Collin Gilligan & Robin Lowe, **Marketing and Health Care Organization** (Oxford, Radcliffe Medical Press, 1995), pp.46-52.

المريض في اتخاذ قرار الشراء كما يوضحه الشكل التالي:

شكل رقم (7): مراحل عملية الشراء لدى المستهلك



Source: Geoff Lancaster & Lester Massingham, *Essentials of Marketing*, 2ndEd (England:McGraw-Hill.1993), p.69.

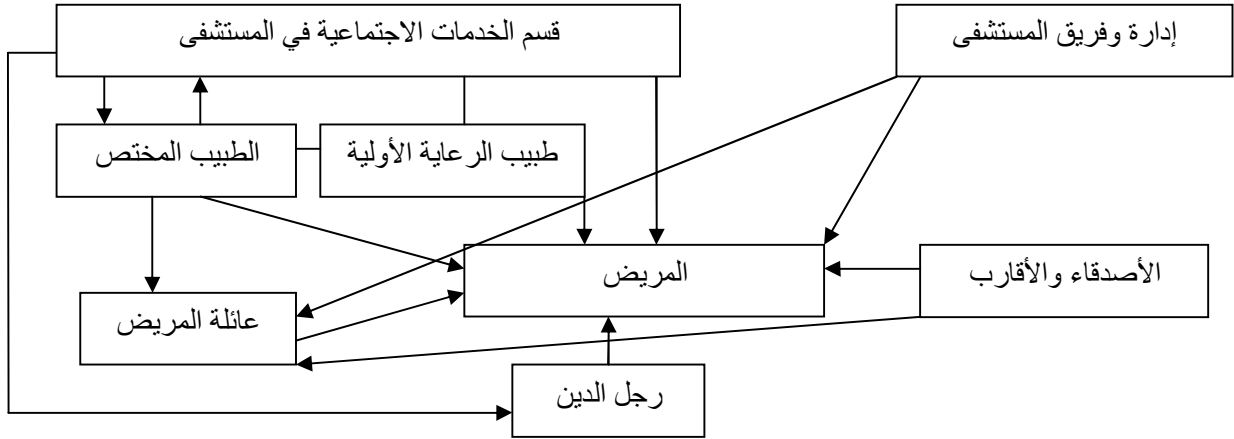
وتبدأ أول مرحلة في تحديد الحاجة لاتخاذ المريض لقرار الشراء للخدمة الصحية، فعندما يدرك المريض أن لديه مشكلة صحية وبحاجة إلى تجاوزها، فإن هذا الإدراك يمكن أن يتحقق من خلال منبه داخلي أو خارجي. فالمنبه الداخلي هو إحساس المريض بتدني الحالة الصحية إلا أنه يرغب في تجاوزها من خلال التشخيص و العلاج الآني السريع. أما المنبه الخارجي يتمثل بوجود مصدر خارجي يحفز الحاجة الموجودة لدى لمريض، كأن يشاهد أو يسمع بوجود عيادة قريبة لمكان سكنه، أو قيام فرقة صحية بزيارة المنطقة الريفية إذا ما كان في الأرياف، أو بوجود شخص قريب يساعده على تحفيز عملية الذهاب للطبيب أو المستشفى.

ويبدأ في المرحلة الثانية بالبحث عن المعلومات وذلك بفرض أن المريض قد حدد حاجته للعلاج وإن الأمر يستوجب مراجعة مصدر طبي لتشخيص الحالة ومعالجتها. عندها يبدأ بجمع المعلومات فضلا عما لديه من معلومات، سواء أكانت شخصية أو مسموعة من الآخرين. ومن المفيد الإشارة هنا إلى حجم المعلومات وطبيعتها تتناسب مع درجة الخطورة والأهمية للحالة الصحية المطلوب معالجتها. فمصادر المعلومات يمكن أن تكون كالاتي:

- مصادر شخصية لا يقوم بها مسوقون، تتمثل في الغالب بالعائلة، الأصدقاء، الجيران؛
- مصادر شخصية يقوم بها مسوقون، وتتمثل بالبيع الشخصي للخدمات الطبية، أو ممثلي الشركات كما هم في مصانع الأدوية ، أو منتجي الأجهزة الطبية...الخ؛
- مصادر غير شخصية يقوم بها مسوقون، وتتمثل بوسائل الاتصال العامة، جمعيات حماية البيئة والتلوث، وجمعيات حقوق المستهلك؛

- مصادر غير شخصية يقوم بها مسوقون، وتتمثل بالإعلانات ووسائل الترويج المختلفة التي تمارس من قبل المستشفيات أو المنظمات الصحية.
- والشكل التالي يوضح المصادر المختلفة التي يمكن أن يحصل من خلالها المريض على المعلومات التي تخص حالته الصحية.

الشكل رقم(89): مصادر المعلومات المؤثرة على خيارات المريض

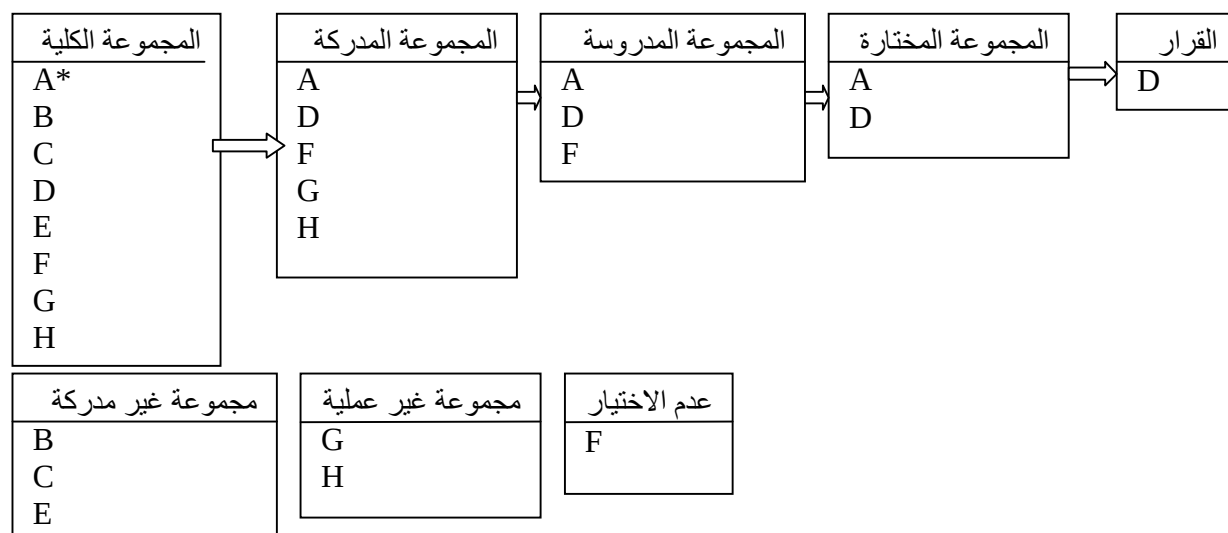


Source: Kotler Philip and N.Clarke Roberta, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987), p.265.

ويشير الشكل في مضمونه إلى تعدد المصادر التي يحصل من خلالها المريض على المعلومات سواء كانت القريبة أو البعيدة منه. وبطبيعة الحال فإن المريض لا يهتم فقط بتعددية المصادر التي يحصل عليها من خلال المعلومات، بل أيضا في القيمة المتحققة للمعلومة من كل مصدر يمكن أن يتعامل معه. لنصل إلى تقييم البدائل والخيارات أمام المرضى، فقد ازدادت البدائل نتيجة للتطور الكبير في مجال الطب والرعاية الصحية وتعدد الأطراف والجهات المقدمة للخدمة الصحية، وعليه فإن المرضى يمرون بمرحلة مهمة قبل اتخاذهم لقرار الشراء وهو تقييمهم للبدائل المتاحة أمامهم، وبهدف تجاوزهم قدر المستطاع لما يمكن أن يتعرضوا إليه من مخاطر محتملة إذا ما كان القرار المتخذ خاطئ، ولا سيما أن الأمر متعلق بصحتهم وسلامتهم.

وعليه فإن المريض سوف يركز على بدائل معينة (خيارات مدركة) ويلغي بدائل أخرى (خيارات غير مدركة)، كما يوضحه الشكل التالي حيث يختار مجموعة من الخيارات الأولية وينتقل إلى البدائل التي تتوافق مع حالته وخصوصيته. وهكذا وصولا إلى البديل المناسب أو القرار المناسب الذي يراه متوافق معه والمتمثل بالخدمة(D).

الشكل رقم(9): مجاميع البدائل المتعاقبة في قرار المريض



* كل حرف يعني خدمة طبية أو جهة مقدمة للخدمة

Source: Kotler Philip and N.Clarke Roberta, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987),p.268.

ليصل المريض بعدها لاتخاذ قراره في شراء الخدمة الصحية الذي يتأثر من جهة باتجاهات الآخرين المتمثلة بمقدار القوة التأثيرية التي يمارسها الآخرون على المستهلك عند نيته في اتخاذ قرار الشراء، وقد تكون هذه التأثيرات ايجابية أو سلبية. ومن جهة أخرى هناك العوامل الموقفية التي تتمثل في الظروف والحالات المفاجئة التي تحصل عند تحقيق النية في الشراء. كأن يكون ظهور حاجة جديدة أكثر إلحاحاً من الحاجة التي تم البحث عنها أولاً، أو السلوك غير المناسب في إدارة المنظمة أدى إلى التوقف عن اتخاذ قرار الشراء.

لنجد في الأخير سلوك ما بعد الشراء حيث أن العلاقة بين إدارة المستشفى أو المنظمة الصحية لا تنتهي مع المرضى بمجرد انتهاء عملية بيع الخدمة الصحية، إذ أن الانطباع الايجابي المتحقق لدى المريض عن الخدمة وطريقة تقديمها ستساهم بلا شك في استمرار العلاقة وزيادة ولاء المريض للمستشفى. وفيما يتعلق بالتغذية العكسية لعملية شراء الخدمة الصحية، تعني أن المريض بعد اتخاذه لقرار الشراء فإنه يتأكد من مدى صحة أو خطأ قرره وفي أي مرحلة حصل هذا الخطأ. إذ قد يكون الخطأ في تحديد المشكلة وان هناك حاجة أو مرض آخر أكثر تأثيراً في الحالة التي تم البحث عنها، أو قد يكون الخطأ في مصادر المعلومات، أو في تقييمه للبدائل المتاحة أمامه، أو في القوة التأثيرية التي مورست عليه أثناء اتخاذه قرار الشراء للخدمة الصحية.

خلاصة الفصل الأول

تعتبر الخدمات الصحية من الأعمال الخدمية بالغلة الأهمية في المجتمع لارتباطها بأهم وأنفس شيء وهي صحة الإنسان وبالتالي حياته. هذا ما أوجب الاهتمام بهذه الخدمات وبكيفية تطويرها وتحسينها لتلبية احتياجات مستهلكيها، ولما كان العنصر المستهدف هو المستهلك (المريض)، كان لزاما استخدام التسويق كوسيلة لإرضائه.

فقد أكد الباحثون على أهمية الاعتبارات التسويقية في عملية التنمية، واعتبرها البعض الآخر العنصر الفعال المحدد للتنمية. وهذا نتيجة إنشاء تصور جديد في التسويق يتبنى كل من الفرد والمستهلك والمؤسسة والمجتمع ككل، تحت اسم المفهوم الاجتماعي للتسويق الذي وسع من دور التسويق ووظائفه ومجال تطبيقه، فكان بذلك تسويق الخدمات العمومية ومن بينها تسويق الخدمات الصحية .

وفي هذا الإطار الموسع فان التسويق لا يعرف نسبة إلى مجال محدد بل نسبة إلى منهجية قاعدية يمكن تطبيقها عند التطرق لمشاكل أي منظمة تريد أن يتم تبني سلوك معين من طرف جمهور معين.

الفصل الثاني

التسويق الاستراتيجي والتكتيكي
للخدمات الصحية

الفصل الثاني: التسويق الاستراتيجي والتكتيكي للخدمات الصحية

المقدمة:

يشهد الفكر التسويقي تحولاً جوهرياً من حالة التركيز على التعاملات والتملك إلى حالة العلاقات والاحتفاظ بالزبون. وإلى غاية نهاية الحرب العالمية الثانية لم يكن الزبون يحظى بأي أهمية تذكر. ومنذ السبعينيات من القرن العشرين بدأ المنتجون الأسواء على الزبون وعلى تركيبة حاجاته من أجل جذب طلبه إلى منتجاتهم. لكن المسؤولين في قمة الهرم الإداري لم يكن يهمهم أن يعرفوا من هم زبائنهم ولا الحاجات التي تدفعهم عندما يقررون الشراء. وبعد هذا التاريخ أصبحت المنظمات تتبارى في اكتساب زبائنهم والحفاظ عليهم، بما في ذلك المنظمات التي لا تهدف للربح كالمستشفيات والجامعات وغيرها. فإدارة التسويق تسعى إلى امتلاك القدرة لإعداد وتنفيذ خطط تسويقية جيدة، وهذا لن يتأتى إلا من خلال تبني تسويق استراتيجي فعال باعتباره محتوى في التخطيط الاستراتيجي الشامل بتواجهه في مختلف مستويات الإستراتيجية .

من خلال هذا الطرح سيتم التعرف على المستهلك من منظور تسويقي، وسوف تبرز مكانته باعتباره جوهر التسويق الاستراتيجي والتكتيكي أيضاً. ويحاول هذا الفصل البحث في طبيعة المشاكل الحديثة التي يطرحها هذا الواقع الجديد ومدى مساهمة التسويق في خلق الموارد بالنسبة للمنظمة للتعايش مع هذا الواقع. وذلك من خلال مبحثين، يمثل المبحث الأول عمليات التسويق الاستراتيجي الذي يبدأ بالبحوث التسويقية في الوسط الصحي وذلك من خلال نظام المعلومات التسويقية الفعال مروراً بالتجزئة والاستهداف ثم التمركز أو الصورة الذهنية للخدمة الصحية في ذهن المستهلك (المريض)، وصولاً إلى التسويق التكتيكي للخدمات الصحية الذي يتناوله المبحث الثاني وذلك باستعمال عناصر المزيج التسويقي الصحي (7P's)، والتي تعتبر السياسات التي ينفذ بواسطتها التسويق الاستراتيجي، حيث تقوم كل منظمة بمزج مكونات المزيج التسويقي بمقادير خاصة بها تختلف من منظمة لأخرى حسب ظروفها الداخلية والخارجية، وذلك للحفاظ على المستهلك المورد الأكثر أهمية في العصر الحديث.

المبحث الأول: التسويق الاستراتيجي للخدمات الصحية

ثمة افتراض بأن ممارسة الأعمال الربحية في عالم الألفية الثالثة يجعل المنظمات أمام اختيارات: إما أن تتغير أو تختفي. ولذلك كان لزاما على المنظمات الصحية أن تتخذ قرارا بهذا الشأن فتكتسب بذلك مزايا تنافسية، ولن تتمكن من ذلك إلا بالبدء بالتسويق الاستراتيجي من خلال عملياته المختلفة التي سيتم توضيحها من خلال هذا المبحث.

المطلب الأول: نظام المعلومات التسويقية وبحوث التسويق في الوسط الصحي

بتفحص أدبيات التسويق يلاحظ وجود رأيان، يفصل الرأي الأول بين بحوث التسويق ونظم المعلومات التسويقية في توفير المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات.⁽¹⁾ أما الاتجاه الثاني فيرى أن بحوث التسويق تندرج ضمن مكونات نظام المعلومات التسويقية،⁽²⁾ بحيث تقوم بتزويد مديري التسويق بالمعلومات التي تمكنهم من اتخاذ قرارات رشيدة، كما تعتبر بحوث التسويق من المصادر الأساسية لجمع البيانات وتحليلها واستخلاص النتائج بما يساعد على اتخاذ القرارات الموضوعية والمناسبة.⁽³⁾ وبشكل عام فإن بحوث التسويق تتم بعملية توليد وتوفير المعلومات، بينما يركز نظام المعلومات التسويقية على إدارة عملية تدفق المعلومات إلى مراكز القرارات للمساعدة في اتخاذ القرارات التسويقية، وفي الواقع فإن للبائع والمشتري وجهات نظر مختلفة، وربما يكون الاختلاف كبيرا أو قليلا ولكن لا بد من وجود فجوة بينهما دائما، ويعمل التسويق الناجح على إيجاد جسر لهذه الفجوة. ولكي تسوق المنظمة بنجاح عليها أن تتجاوز وجهة نظرها الداخلية لتفهم ما يعنيه المنتج للمشتري.⁽⁴⁾ وهكذا فإن فهم المستهلكين هو هدف جوهري، إذ ليس فهم المستهلكين مجرد بحث تسويقي كمصدر للمعلومات، وهو ليس مجرد أداة نشاط من أنشطة العاملين فهو المصدر الحيوي للتسويق. وإذا كانت أدوات التسويق المعروفة بـ 4P تعبر عن وجهة نظر البائع أو المنتج، فإن وجهة نظر المستهلك مختلفة لأن كل مهمة تسويقية يجب أن تترجم بميزة للمستهلك. وقد اقترح Robert Lauternborn ما يقابل عناصر التسويق الأربعة من وجهة نظر المشتري كما يلي:⁽⁵⁾

Les 4P	→	Les 4C
Produit المنتج	→	Client الزبون
Prix السعر	→	Cout التكلفة
Mise En Place التوزيع	→	Commodité الملاءمة أو الرفاهية
Promotion الترويج	→	Communication الاتصال

(1) زهير ثابت وألفيا حسين، التسويق الفعال (القاهرة: جامعة عين شمس، 2006)، ص.99.

(2) عبد السلام أبو قحف، التسويق: وجهة نظر معاصرة (الإسكندرية: مكتبة الإشعاع الفنية، 2001)، ص.16.

(3) ثابت عبد الرحمن إدريس وجمال الدين محمد المرسى، التسويق المعاصر (الإسكندرية: الدار الجامعية، 2005)، ص.148.

(4) بوبي جي كالدور، "فهم المستهلكين"، في دون اياكوبوتشي، كلية كيلوغ للدراسات الإدارية العليا تبحث في التسويق، ترجمة إبراهيم يحيى الشهابي (الرياض: دار العبيكان، 2002)، ص.254.

(5) R. Lauternborn, "New Marketing Litany", Advertising Age (1st Oct. 1990), p.26. Cited by Kotler & Dubois, op.cit., p.2

وبذلك تصبح أدوات التسويق الناجح هي تلك التي تلبي حاجات ورغبات الزبائن بطريقة اقتصادية وعملية وبواسطة اتصال فعال. ويجب على المنظمة تطوير الإجراءات الروتينية الفعالة لإيجاد معلومات جديدة، ويحتاج الأمر أن تجيب على عدة تساؤلات من بينها:

- ما هي أنواع المعلومات التي تحتاجها المنظمة لتحسين القرارات التسويقية؟
- ما هي الطرق الرئيسية التي يمكن بموجبها جمع المعلومات المناسبة؟
- ما هي أنجع السبل لإدارة معلومات المنظمة حتى تتوفر على معلومات عالية الجودة بسهولة وسرعة لمتخذي القرارات بالمنظمة؟

وأن الأمر يبرز بخصوصية مختلفة لنظم المعلومات التسويقية وإجراء البحوث التسويقية في المستشفيات من خلال تفاعلها مع متغيرات سلوكية واجتماعية بالغة التعقيد والتغير المستمر والسريع. مما دعت الحاجة بشكل واضح لأن تستخدم إدارة التسويق ما يساعدها من أساليب مختلفة في حصولها على تلك البيانات والمعلومات، لكي تكون قراراتها المتخذة حيال الخدمات الصحية التي تقدمها أكثر فاعلية وكفاءة.

1- تعريف وأهمية نظام المعلومات التسويقي

نظرا لحالة المنافسة وتعقد البيئة وعدم استقرارها، وبروز الحاجة لاستخدام التكنولوجيا الحديثة في مجالات العمل المختلفة للمنظمة، وغيرها من المتغيرات كانت الضرورة واجبة لإيجاد إدارة لنظم المعلومات في المنظمة تكون قادرة على توفير المعلومات اللازمة لمتخذي القرار بالمستويات المختلفة في المنظمة. حتى عدت المعلومات بمثابة الفقرة الخامسة من مصادر عمل المنظمة التي يرمز اختصارا 4M's وهي النقود Money والقوى البشرية Men والمواد الداخلة في عملية الإنتاج Materials والمكانن المستخدمة في العمل Machines.

وبقدر تعلق الأمر بالجانب التسويقي فإن أصل فكرة نظام المعلومات التسويقي Information System Marketing (MKIS) ترجع إلى عام 1960 عندما تم تقديم جوهر هذه الفكرة انطلاقا من ضرورة الاعتماد على نظام دقيق لجمع البيانات ومعالجتها وتحليلها لتقديمها لمتخذي القرار.⁽¹⁾

ويعرفه (William Stanton) بأنه "تركيبة من الأفراد والمعدات والإجراءات المتفاعلة مع بعضها البعض الآخر، وتعمل بصورة مستمرة وموجهة نحو المستقبل، كونه مصمم لتجميع وتدفق المعلومات التي تساعد في اتخاذ القرار التسويقي في المنظمة".⁽²⁾ ولا شك بأن هذا التعريف لا يختلف من حيث الجوهر والمضمون عما هو عليه في المنظمات الصحية.

(1) ثامر ياسر البكري، تسويق خدمات الصحية (عملن: دار اليازوري، 2005)، ص 84.

(2) William Stanton, **Fundamentals**, 5th ed (New York: McGraw Hill, 1987), p.616.

ويمكن تحديد عدد من المؤشرات لتبيان أهمية نظام المعلومات التسويقي في عمل المستشفى وهي:⁽¹⁾

- 1- الثورة الكبيرة في المعلومات والبيانات التي يشهدها العالم عامة، مما يتطلب التكيف والتوافق معها بخاصة في الجديد من الابتكارات الطبية المتعددة الاتجاهات سواء أكانت العلاجية أو التشخيصية أو الدوائية..الخ. والتي يستوجب اعتماد نظام محكم ودقيق للتعامل مع هذا الفيض الكبير من المعلومات وبما يخدم مصلحة المستشفى وانعكاس ذلك على جودة الخدمة الطبية المقدمة للمرضى.
 - 2- انتقال عمل المستشفيات وأنشطتها العلاجية من النطاق المحلي إلى النطاق الدولي، مما يجعلها ملزمة بالحصول على المزيد من المعلومات التي تتعلق بتلك الانتقالة سواء أكان ذلك من حيث طبيعة وخصوصية المرضى لتلك البلدان وسماتهم السلوكية والشخصية. وكذلك الأوضاع الاقتصادية والسياسية والتكنولوجية..الخ.
 - 3-تستطيع إدارة المستشفى من أن تحقق سيطرة ورقابة أفضل على خططها التسويقية وذلك من خلال استلام نظام المعلومات التسويقي وبشكل مبكر وتقديم التحذيرات الخاصة بالمشكلات التي يحتمل أن تقع بها المستشفى والعمل على تلافيها قبل حدوثها.
 - 4- أي تحليل معمق ودقيق لسلوك المستهلك يجب أن يبدأ من خلال تحديد حقوقه المتمثلة في: الأمان، الاختيار، الاستماع لرأيه، وان يعلم، وأن يعيش في بيئة نظيفة. وهذا يعني أن المستشفى ملزمة بتقديم المعلومات الكافية والصادقة بذات الوقت إلى المستفيدين منها والتي من شأنها أن تعينهم في اتخاذ قرار الشراء للخدمة الصحية أو التعامل مع المستشفى من جانب. وكونها تحد من عمليات التضليل التي قد يتعرض لها عبر وسائل الترويج والإعلان المختلفة،
 - 5- زيادة درجة الموثوقية والاعتمادية على المعلومات المتحصلة من خلال الأنظمة والبرمجيات الحديثة في نظم الاتصال المعتمدة ما بين المنظمات الصحية المختلفة، والتي من شأنها أن تسهل من نجاح تقديم الخدمة بكفاءة وفاعلية أفضل للمرضى والمراجعين للمستشفى.
- نخلص مما سبق إلى القول أن إدارة التسويق في المستشفى تتجمع لديها ومن خلال العمل اليومي كم كبير من البيانات، إلا أنها لاتستثمرها بشكل صحيح دون أن يكون لديها نظام للمعلومات التسويقية، يمكنها من التعامل معها باتجاه تسخيرها لصالح اتخاذ القرار المناسب لما يربط بها من حالات مختلفة قد تواجهها إدارة المستشفى. كما أن هذه البيانات تصبح عرضة للإهمال والضياع والتأخر إن لم يكن النظام قادر على خزنها واسترجاعها للاستفادة منها عند الضرورة . ومن المفيد القول هنا أن نظام المعلومات التسويقي في المستشفى يعتمد فضلا عن ما سبق وجوب توفر المناخ التنظيمي المناسب ما بين الإدارة والعاملون في المستشفى، لما يمثلته العاملون من أهمية كبيرة في تحصيل البيانات. وتقديمها

(1) البكري، مرجع سابق، ص ص. 85-86.

بالشكل الصحيح والمناسب، وبالتالي سيكون لهم الدور الفاعل في استمراره وديمومته في المساعدة لاتخاذ القرارات المناسبة.

2-آلية عمل نظام المعلومات التسويقي في الوسط الصحي

يمكن تمثيل عمل نظام المعلومات التسويقي للمنظمات الصحية عبر خطوات متسلسلة كما يلي:

جدول رقم2: آلية نظام المعلومات التسويقي في الوسط الصحي

جمع البيانات	معالجة البيانات	المخرجات	استخدام المعلومات
- داخلية	- تقويم	- تقارير دورية	- تشغيلي للإدارة الدنيا
- خارجية	- تلخيص	- تقارير خاصة عند الطلب	- تكتيكي للإدارة الوسطى
	- فهرسة و خزن		- استراتيجي للإدارة العليا

المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية (عملن: دار اليازوري، 2005)، ص.87.

حيث يتضح بأن آلية النظام تتحد كما يلي:

أولاً: جمع البيانات: حيث يمكن جمع البيانات من مصدرين هما:

- المصادر الداخلية: وهي تلك البيانات الموجودة لدى إدارة المستشفى ومن خلال أقسامها المختلفة،

وغالباً ما تكون هذه

البيانات تتعلق بحالات أو مجالات عمل سابقة أو قد جرى التعامل بها لفترة زمنية سابقة.

- المصادر الخارجية: وهي البيانات التي تتعلق بأطراف مختلفة ذات علاقة بالمستشفى سواء أكانت

رسمية (حكومية) أو غير رسمية (المراكز البحثية للمستشفيات الأخرى، الجامعات والمعاهد، المراكز الطبية التخصصية، أفراد المجتمع...الخ)، وقد تكون هذه البيانات لحالات سابقة أو تتعلق بأفاق عمل مستقبلي.

ثانياً: معالجة البيانات: وتتم بشكل متسلسل بدءاً بتقويم البيانات والمعلومات بحذف أو إبقاء تلك البيانات ذات العلاقة بالمهمة المطلوب معالجتها أو دراستها، ثم تلخيص وترميز البيانات لتصل في مرحلة أخيرة تخزينها إلى الحاجة لاستخدامها

ثالثاً: المخرجات: وهي النتائج المحققة من التعامل مع البيانات التي تم الحصول عليها والتي تكون بشكلين عند تقديمها

- التقارير الدورية: وتكون منتظمة في تقديمه وغالباً ما تكون دورية وبفترات زمنية محددة

- تقارير خاصة عند الطلب: وهي التي ترتبط بحالة معينة مبحوثة، أو على وفق شكل أو نظام معين

يتطلب تنفيذه، وقد يتكرر هذا الطلب شكلاً ومضموناً في مرحلة قادمة، أو لا يتكرر كلياً أو جزئياً

رابعا: استخدام المعلومات: يتم استخدام المعلومات المستخرجة من قبل ثلاثة أطراف في المستشفى وهي:

- الإدارة الدنيا: والتي تسمى بالإدارة التشغيلية والتي تكون قريبة من عمليات التنفيذ، كأن تكون في

المستشفى متمثلة بإدارة التمريض، إدارة الخدمات الفندقية، شعبة السجلات والإحصاء...الخ. تكون هذه

الإدارات بحاجة إلى معلومات معينة تتوافق مع مسار عملها، أو التأكد من صحة الإجراءات المتخذة، أو لتدقيق بعض الحالات الصحية المطلوب التأكد منها.

- الإدارة الوسطى: وتسمى أيضا بإدارة التكتيك، أي أنها تستخدم هذه المعلومات لمعالجة حالات ذات

أمد متوسط في الزمن، كأنظمة توريد الأدوية للمستشفى، حملات اللقاح للأطفال.. الخ

- الإدارة العليا: وتسمى أيضا بالإدارة الإستراتيجية، لأنها تمثل قمة الهرم التنظيمي في المستشفى،

والتي تحتاج للعديد من المعلومات التي تتعلق بقرارات بعيدة الأمد في مسار عملها، كالقرارات المتعلقة

بالتوسعات في المستشفى والخدمات الطبية التي تقدمها، افتتاح مراكز بحثية، تطوير الفريق الطبي

والتمريضي... الخ

ويتضح من خلال كل ذلك أن النظام وجد ليكون متوصلا مع العديد من المفردات ذات الصلة بعمل

المستشفى، سواء أكان من داخل عملها أو من البيئة المحيطة بها وبكل متغيراتها المختلفة، ولتصب في

النهاية وتكون على شكل معلومات متكاملة تقدم إلى المستويات الإدارية الثلاثة الرئيسية في المستشفى،

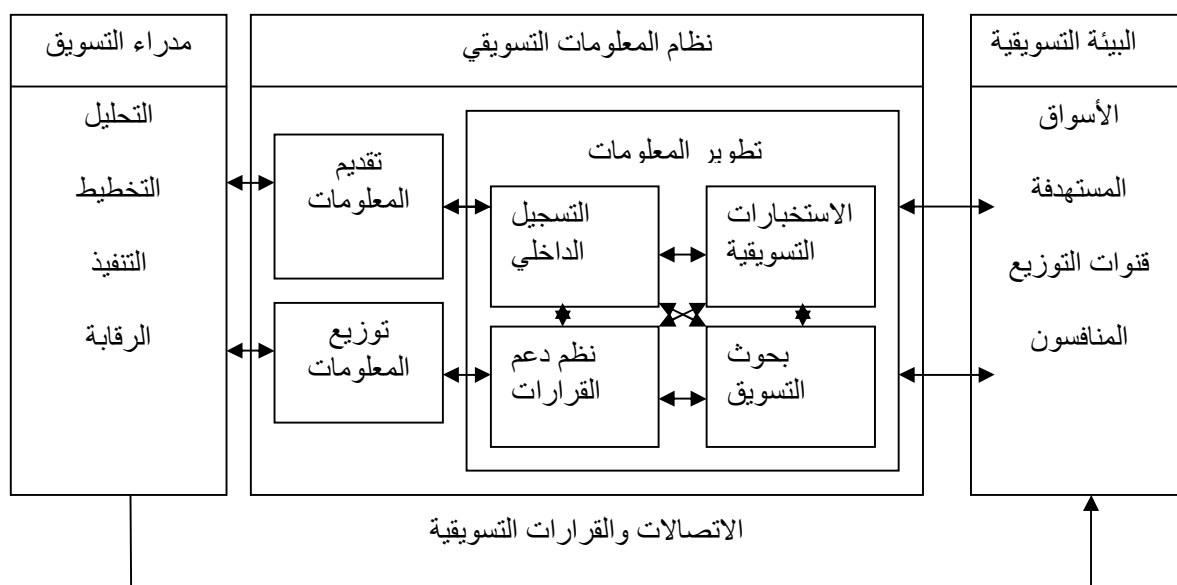
لكي يتم التعامل معها على أساس اتخاذ القرار المناسب مع الحالة المطلوب معالجتها أو بحثها.

3- مكونات نظام المعلومات التسويقي الصحي

إن الأداة التي يستطيع بها مدراء المستشفيات استخدامها في تحقيق مهامهم هو اعتمادهم على نظام

المعلومات التسويقي والمكون من أربعة عناصر رئيسية كما في الشكل التالي:

الشكل رقم 10: مكونات نظام المعلومات التسويقي الصحي



Source: Philip Kotler, **Marketing Management**, 9th Ed (New Jersey: Prentice Hall International, Inc, 1997), p.111.

هذه الأنواع من المعلومات التي يجب توفيرها من طرف نظم المعلومات التسويقية هي:

أ- **نظام السجلات الداخلية:** و الذي يعد من أقدم وأكثر النظم استخداما من قبل المدراء في جمع المعلومات والبيانات الداخلية، وبصورة عامة فإن نظام التسجيل الداخلي للمستشفى يحتوي في حقيقته على فرعين أساسيين يتمثلان بنظام التسجيل الطبي، ونظام التسجيل المالي.⁽¹⁾ اللذان يكمل أحدهما الآخر نظرا للتداخل الكبير بين المضامين الرئيسية التي يستند إليها في تسجيل البيانات والتمثلة أساسا بحالات المرضى الذين يتم معالجتهم في المستشفى. وعندما ترغب إدارة المستشفى في تطوير نظام التسجيل الداخلي فإن هدفها لا يكون تصميم رائع بقدر ما يكون قادرا فعلا على أن يمثل التكلفة المنفقة عليه وعلى تحقيق الاستجابة لاحتياجات المدراء، وعليه فإن مصممي نظام التسجيل الداخلي يسعون بتصميمهم هذا أن يكون النظام قادرا على الإجابة على التساؤلات الآتية:

- ما هي الحاجات التي يفكر بها المدراء؟

- ما هي الجوانب المتحققة من النظام؟

- ما هي العوائد والمنافع الاجتماعية المتحققة؟

ولا شك أن الإجابة على هذه الأسئلة وغيرها يمكن أن تحقق تطوير مناسب لنظام التسجيل الداخلي في المستشفى لكي يستطيع أن يفي بمتطلبات تقديم المعلومات اللازمة والضرورية لمتخذي القرار.

ب- **نظام الاستخبارات التسويقية:** وهو يقوم أساسا على تزويد المدراء ببيانات تتعلق بأحداث معينة. وقد تكون هذه الأحداث واقعة فعلا أو محتملة الحدوث. ويمكن تعريفه على أنه " تلك الإجراءات والموارد التي يستخدمها المدراء للحصول على المعلومات اليومية ذات الوثيقة الصلة بالتطورات الحاصلة في البيئة التسويقية."⁽²⁾

وعليه فإن مدراء المستشفيات يتعاملون مع نظام الاستخبارات التسويقية على أنه نظام قادر على تزويدهم بالمعلومات ذات العلاقة مع الحالات الطارئة التي تحصل في السوق. وبذلك يتم جمع المعلومات من خلال الصحف والمجلات، والحديث مع الأفراد والذي يمكن من إحداث تطوير مهم في المعلومات الميدانية. ولكن ما يعاب عليه في ظل هذا الأسلوب هو أن النتائج المتحققة سوف تكون متقدمة نسبيا وإن الآخرين يكونوا قد حصلوا عليها بوقت مبكر.

إلا أن مدراء المستشفيات بإمكانهم أن يعتمدوا طرق مختلفة لتطوير نوعية البيانات التي يمكن الحصول عليها عن طريق نظام الاستخبارات، وذلك من خلال من له صلة وثيقة بأعمال المستشفى، كما هو الحال بالنسبة للمجهزين، المؤسسات والمراكز الطبية التخصصية، المحامون، المحاسبون، وكالات الإعلان... الخ.

ج- **نظام دعم القرارات:** يمثل هذا النظام بحقيقته أسلوب فني متقدم لمعالجة البيانات ذات الصلة بمشكلة معينة وتحليلها. لذلك يمكن تعريفه على أنه "النظام المدعم بالحاسوب والبرمجيات الخاصة

(1) Kotler and Clarke, op.cit., p.163.

(2) Kotler, **Marketing Management** (1997), op.cit., p.112.

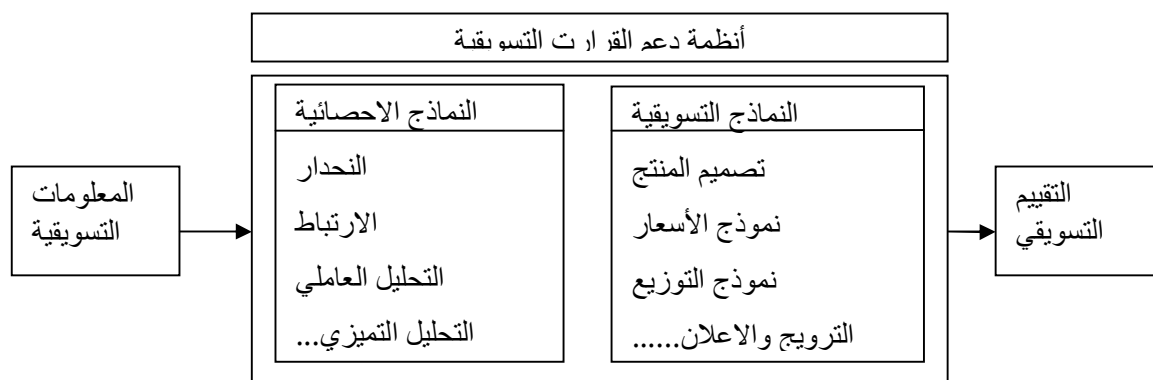
بتفسير بيئة الأعمال التسويقية المحيطة بالمستشفى".⁽¹⁾ كما عرف على أنه "إجراء مستند على الحاسوب الذي يتيح للعديد أن يتفاعل مع البيانات وأن يستخدم طرق مختلفة في التحليل لكي يوحد ويحلل ويفسر المعلومات".⁽²⁾

وقد ازدادت أهمية هذا النظام نظرا لاتساع الرقعة الجغرافية لعمل المستشفى، وبالتالي زيادة عدد المتغيرات التي تتعامل معها، مما أوجب استخدام نظام دعم القرارات لإعطاء مرشد ودليل واضح لمتخذي القرار في المستشفى. وهو يتكون من عنصرين أساسيين هما:

أ- النماذج الإحصائية: وهي مجموعة الإجراءات المتقدمة التي يمكن أن تضيف معلومات ومعرفة حول العلاقة بين متغير أو أكثر بعلاقة إحصائية.

ب- النماذج التسويقية: وهي مجموعة النماذج التي يمكن أن يستخدمها المسوق للمساعدة على صنع القرار الأفضل والصحيح، ولشكل التالي يوضح مضامين هذا النظام.

الشكل رقم 11: مضامين نظام دعم القرارات التسويقية



Source: Philip Kotler, **Marketing Management**, 9th Ed (New Jersey: Prentice Hall International, Inc, 1997), p.146.

وأي جزء من هذا النظام يمثل نموذج محدد للقيام بعمل معني لتحديد النموذج الذي على ضوءه يتم اتخاذ القرار وللمساعدة في الإجابة على ماذا- لو، وما هو الأفضل؟ وقد تطور هذا النظام في السنوات الأخيرة نظرا لما حصل من تطور كبير في أنظمة الحاسبات والبرمجيات والقدرة الكبيرة والسريعة في معالجة الكم الكبير من التغيرات ذات العلاقة المباشرة وغير المباشرة في الموضوع المطلوب معالجته وبوقت قصير جدا.

د- نظام بحوث السوق: يحتاج مدراء التسويق في المستشفيات ومن وقت لآخر إلى بحوث تخصصية لدراسة الحالات التي يتعاملون معها باتجاه اتخاذ القرار المناسب حيالها. ذلك يكون من الضروري بمكان أن يصمم البحث التسويقي بشكل دقيق وعناية واضحة للحصول على نتائج تتوافق مع الهدف الذي يراد منه. إلا أن ما يلاحظ بالاتجاه المقابل وفي عدد من الدراسات التي أجريت على المستشفيات وجد بأن ما ينفق من مبالغ على إجراء البحوث التسويقية لا يتجاوز

⁽¹⁾ Kotler and Clarke, op.cit., p.82.

⁽²⁾ William Stanton, **Marketing**, 11th Ed, (New York: McGraw- Hill, 1997), p.97

1٪ من ميزانية التسويق في المنظمات الصحية. إلا أن هذه النسبة بدأت في الازدياد وفي مراحل لاحقة نظرا للأهمية الكبيرة والمتزايدة لبحوث التسويق في المستشفيات.⁽¹⁾

أولاً: خطوات إجراء البحث التسويقي الصحي

بغرض إجراء بحث تسويقي ميداني في الفصل التطبيقي من هذا البحث سيتم تتبع منهجية إجراء بحث تسويقي، حيث انه لا تختلف طريقة إجراء البحث التسويقي في المستشفيات كثيرا من حيث الخطوات والأطر الجوهرية لمضامين البحث عما هو عليه في منظمات الأعمال الأخرى. إلا أن هذا الاختلاف يكمن في خصوصية المشكلات التي يتم معالجتها، والأطراف المستهدفة من البحث والذين غالبا ما يكونون من المرضى أو الأطراف الأخرى ذات العلاقة بأنشطة وفعاليات المستشفيات. وعادة ما تكون النتائج المتحققة من إجراء البحث التسويقي الصحي هو إظهار البيانات وتقديم المعلومات لإدارة المستشفى لوضع الاستراتيجيات والسياسات والبرامج المختلفة في مسار عملها القصير أو البعيد الأمد.⁽²⁾ وتعتبر دراسة السوق وبحوث التسويق معنية بكافة خطوات البحث بدءا من تعريف هدف الدراسة موضوع الاهتمام وصولا إلى كتابة التقرير النهائي الذي يحدد مختلف الخطوات التي يتم إتباعها:⁽³⁾

- **نطاق الطلب:** تبدأ دراسة السوق عادة باكتشاف المشكلة والقيام بتعريفها وتحديدتها، وكلما كان المشكل معقدا كلما تنوعت المؤشرات المراد البحث فيها. إذ أن تحديد الهدف من الممكن أن يعطي المزيد من المعلومات حول السوق المستهدف لإيجاد الأفكار القابلة للتطبيق نحو زيادة الطلب على المنتج أو الخدمة، أو لقياس مقدار التأثير المتحقق من الأدوات التسويقية المستخدمة. ولعل الحاجة لتحديد أهداف البحث يتطلب ابتداء من إدارة المستشفى الوصول إلى تحديد دقيق وواضح إلى المشكلة المطلوب معالجتها. إذ أن التحديد الخاطئ للمشكلة سيقود إلى خطأ متتابع في الأدوات المستخدمة والأساليب المعتمدة ووصولاً إلى النتائج الخاطئة. فمثلا إذا كان الهدف من البحث هو معرفة سلوك المرضى في اختيارهم للمستشفى وتحديد ماهية العوامل التي تؤثر في ذلك الاختيار وعلى وفق متغير عامل العمر للمرضى، سنجد أن هنالك عدد من العوامل تؤثر في هذا الاختيار ومنها:

- تأثير الأطباء والمرضى الراقيدين في المستشفى على عملية اتخاذهم لقرار اختيار المستشفى.

- المكانة الذهنية والمنزلة التي يحضى بها المستشفى قياسا ببقية المستشفيات الأخرى لدى الأفراد.

⁽¹⁾ Kotler and Clarke, op.cit., p.166.

⁽²⁾ يوجد خلط بين الممارسين من رجال التسويق وبعض الكتاب والباحثين بالنسبة لبحوث السوق أو دراسة السوق وبحوث التسويق، وكثيرا ما تستخدم الأولى للإشارة إلى الثانية أو العكس. كما أن معظم الكتابات المنشورة حول بحوث السوق ترتبط أو تهتم في الأصل ببحوث التسويق. وينبغي القول أن بحوث السوق تهتم بدراسة وقياس وتحليل الأسواق بينما توجه بحوث التسويق لدراسة العوامل أو المتغيرات المرتبطة بتسويق السلع والخدمات بما في ذلك فعالية الإعلان، وقنوات التوزيع، والمنتجات المتنافسة والسياسات التسويقية وكل ما يتعلق بسلوك المستهلك النهائي أو المشتري الصناعي على حد سواء وذلك على أسس علمية. ولمزيد من المعلومات انظر: أبو قحف، التسويق وجهة نظر...، المرجع السابق، ص 168-169.

⁽³⁾ تم إعداد هذا العنصر بالاعتماد على:

البكري، مرجع سابق، ص 100-101؛ وأيضا محمد عبيدات، بحوث التسويق : الأسس- المراحل - التطبيقات (عمان: دار وائل للنشر، 2000)، ص ص 17-20؛ وأيضا

Y.Evrard & B.Pras & E. Roux, Market: Etudes et Recherches en marketing (Paris: Dunod,2000), pp.22.29.

- الأشياء التي ينظر إليها المرضى داخل المستشفى وفيما إذا كانت تتغير تبعاً لعمر المريض أو حالته الشخصية.

- الحالات التي يتعامل معها الأطباء وفيما إذا كانت تتغير تبعاً لعمر المريض أو لبعض الصفات الخاصة التي تميزهم.

- فاعلية الأنشطة التسويقية من قبل المستشفى لخلق التأثير والاتصال مع الجمهور (المرضى).

وتتنوع أساليب التحليل بحسب المشكلات المحددة، ويميز الباحثون بين أربعة أنواع للبحوث، هي: البحوث الاستطلاعية، والبحوث الوصفية، والبحوث التفسيرية، التنبؤية والسببية وبحوث دعم القرار. تفيد البحوث الاستطلاعية لاستكشاف مشكل واسع يرجى تحديد عدد من الاقتراحات والفرضيات بصفة دقيقة، أو من أجل فهم ظاهرة وتحليلها بصفة معمقة. في حين تستعمل البحوث الوصفية لملاحظة ووصف ظاهرة ما وتعتمد على طرق تحليل إحصائية لمحاولة الربط بين عدة عوامل، وعادة تستعمل عينات محدودة ولأجل محدود كطريقة لجمع البيانات. ويتوجه النوع الثالث إلى المستقبل لمحاولة شرح وتنبؤ الظواهر التي يتم تحليلها. وطالما أن الشرح يسبق التنبؤ، تدرج العمليتين ضمن نوع واحد، وتستعمل عادة نماذج الانحدار للتنبؤ بتوجهات الظواهر مستقبلاً. أما البحوث السببية فتدرج ضمن النوع الثالث وأحياناً أخرى تؤخذ بشكل منفصل. أما النوع الرابع من البحوث فهو لدعم القرار أو ما يطلق عليها " نظم الذكاء لدعم القرار". ويمكن القول أن الأنواع الثلاثة الأولى هي أنظمة دعم قرار لكن على أساس نماذج، أما النوع الأخير فهو معني بالنظم على أساس اجتهداد Heuristic Base وهي عادة موجهة للقرارات الإستراتيجية.

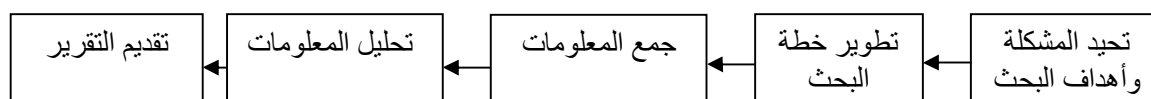
- **تحديد الأهداف:** وعقب التعرف على المشكلة يكون على الباحث تحديد الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها من خلال الدراسة، وأفضل تعبيراً عن الأهداف هو التعبير عنها في صورة فروض محكمة وقابلة للاختبار. ويمكن القول أن الفرض ما هو إلا جملة يمكن رفضها أو تأييدها بالبيانات الميدانية أو العملية.

- **المنهجية:** وتشير إلى وضع تصميم للدراسة وهو عبارة عن خطة رئيسية تحدد الطرق والإجراءات الخاصة بعملية جمع البيانات وتحليلها. وهي أيضاً الإطار الذي يلتزم به الباحث عند قيامه بوضع البحث موضع التنفيذ. ومن أهم جوانب تصميم الدراسة اختيار الطريقة التي سيتم بواسطتها جمع البيانات المطلوبة للإجابة على تساؤلاته أو لاختبار الفروض التي قام بوضعها. وفي هذا الصدد هناك أربع طرق لجمع البيانات وهي: المسح (ويميز بين طريقة المسح الشامل وطريقة العينات)، الملاحظة، التجارب والبيانات الثانوية. ولأجل اختيار الطريقة الأنسب يجب أن تؤخذ عوامل معينة بعين الاعتبار مثل: الأهداف ومصادر البيانات ودرجة العجلة في القرار وتكلفة الحصول على البيانات وفقاً لكل طريقة.

- **إجراءات التنفيذ:** ويتم في المرحلة التنفيذية تجميع البيانات (عن طريق المقابلات الشخصية أو الهاتف أو البريد، أو عن طريق التجارب العملية أو الحقلية أو عن طريق الملاحظة الشخصية...) وتنظيمها وتبويبها ثم تخضع للتحليل والتفسير، ليتم إعداد التقرير النهائي الذي يبين الطرق المستخدمة ونتائج الدراسة والاستنتاجات والتوصيات.

و قد تم تمثيل الخطوات السابقة الذكر من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 12: خطوات إجراء البحث التسويقي



Source: Philip Kotler, **Marketing Management**, 9th Ed (New Jersey: Prentice Hall International, Inc, 1997), p.146.

ثانيا: المجالات الرئيسية في بحوث التسويق الصحي

وهي الاستخدامات التي يمكن تطبيقها لإجراء البحوث التسويقية في المجال الصحي، والتي قد تختلف نسبيا عن المجالات المعتمدة في منظمات الأعمال، ومن أبرز المجالات المستخدمة هي: (1)

- رضا المريض: يعد هذا المجال من أكثرها استخداما في الحصول على المعلومات التي تحتاجها إدارة المستشفى، ولا تنحصر هذه المعلومات في معرفة قناعة ورضا المرضى بالخدمات الصحية المقدمة لهم فحسب، بل في مدى استعدادهم ورغبتهم في الحصول على خدمات صحية جديدة وبنوعية أفضل ليتم التخطيط لها. فضلا عن اعتبار ذلك مؤشر لمدى اهتمام المستشفى براحة المرضى والرعاية الصحية المقدمة لهم. ويمكن إجراء هذه المسوح البحثية أثناء رقود المرضى في المستشفى، أو قبل خروجهم وبعد تلقيهم العلاج المطلوب. كما يمكن أن تنفذ حسب طبيعة الحالة المراد بحثها ولمرة واحدة، أو أن تجرى بشكل دوري. وهذا النوع من البحوث لا يحتاج إلى تحليل معقد ومعقد ويمكن أن يتم من قبل الفريق التسويقي أو الإداري في المستشفى والمتدرب على ذلك أساسا.

- احتياجات الأطباء: لكون الأطباء هم الشريحة الأكثر تأثيرا في تقديم وإنجاح الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، فيكون من المناسب أن تجرى عليهم الاستقصاءات والبحوث الدورية المستمرة للكشف عن احتياجاتهم ووجهات نظرهم في الكيفية التي تقدم بها الخدمة الصحية، وما يمكن اعتماده لتطوير ذلك الأداء الطبي المناسب. وهذه المعلومات المتحصل عليها واستمرارية متابعتها يجعل الأطباء يشعرون باعتزاز إلى أن إدارة المستشفى تدعمهم فيما يبذلونه من جهود لتقديم الخدمة والعناية الصحية بنوعية أفضل، والتي ترقى إلى سمعة ومكانة المستشفى.

- آراء العاملين: ويقصد بهم كافة الأطراف الأخرى من منتجي الخدمة الصحية (العاملين في المستشفى من غير الأطباء، حيث أنهم يشتركون بصورة مباشرة أو غير مباشرة في إنتاج وتقديم الخدمة بالجودة المناسبة. لذلك يكون من الضروري بمكان أن تتم معرفة آرائهم ووجهات نظرهم في الكيفية

(1) البكري، مرجع سابق، ص 105-107.

والصورة التي يتم تقديم الخدمة الصحية فيها، وما يمكن أن تكون عليها مستقبلا. وهؤلاء يمكن أن يقدموا أفكارا ومعلومات مناسبة تساعد على تطوير الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، كما أنها تشعرهم بمقدار إيهامهم ومشاركتهم في عملية صنع القرار المتخذ من قبل إدارة المستشفى.

- صورة (مكانة) المستشفى: وتتمثل في المكانة الذهنية التي تحتلها لدى المجتمع، وذلك من خلال تاريخها الطويل والأعمال الإنسانية التي أسهمت بها، وما قدمته من خدمات طبية. لذلك فإن إدارة المستشفى لا ترغب في التخلي عن هذه السمعة، ولهذا تجري البحوث التي تستطيع من خلالها استقصاء آراء المجتمع بما تقدمه وما تحظى به من مكانة لديهم. وقد نمت هذه المسألة في السنوات الأخيرة لسببين، يتمثل الأول بزيادة حدة المنافسة ما بين المستشفيات من جهة، وتمتع المستهلك بحقوق وحماية وحرية للاختيار والتعبير عما يقدم له من جهة أخرى. والسبب الثاني هو التطور الفكري الحاصل لدى المستهلك وزيادة إدراكه لمستوى جودة الخدمة المقدمة له، وما يفترض الحصول عليه.

- تطوير الخدمة: على المستشفيات أن تواكب حالة التطور الحاصل في المجال الطبي لكي تستمر وتبقى قائمة على تقديم خدماتها للجمهور. لذلك يكون من المناسب أن تجرى البحوث والدراسات حول المجالات التي يمكن من خلالها إجراء تطوير الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، سواء كان ذلك من جوهر الخدمة ذاتها، أو ما يرافقها من خطوات لاحقة قد تنعكس سلبا على جودة الخدمة وسلامة تقديمها. - الحصة السوقية والطلب: وتنصب هذه البحوث على الجوانب الاقتصادية والكفاءة التشغيلية للمستشفى، وبما يعزز من قدرتها في الأداء المستقبلي. ويتمثل ذلك بقياس حصتها أو مشاركتها في السوق قياسا إلى أقوى المنافسين من المستشفيات الأخرى، كما يمكن من خلال هذا النوع من البحث قياس مستوى الطلب على الخدمات الصحية المقدمة بوقتها الحاضر أو مستقبلا، لكي يتم اخذ الاستعدادات اللازمة للتوسع إن دعت الضرورة لذلك.

المطلب الثاني: التجزئة، الاستهداف وتثبيت الصورة الذهنية في السوق الصحي

1- تجزئة السوق الصحي

أ- مفهومه

تتضمن الأسواق في حقيقتها أفراد، الذين يختلفون فيما بينهم تبعا لمؤشرات متعددة سواء كان من حيث الرغبات، الموارد، المواقع الجغرافية، الاتجاهات في الشراء والعادات... الخ. وهذه المتغيرات يمكن أن تستخدم كأساس مهم في عملية التجزئة، مع الأخذ ببعض المعايير التي يمكن استخدامها في عملية التجزئة كالدخل والعمر مثلا. وعليه يمكن تعريف تجزئة السوق على أنها " العمليات المتعلقة بتجميع الأفراد على أساس الحاجات المتشابهة وتتخذ شكلا عنقوديا متمثلة بتلك الأجزاء من السوق".⁽¹⁾ كما عرفت بشكل أوسع على أنها " تلك الأسواق التي تتضمن في أجزائها على أكثر من مشتري ويختلفون

البكري، E.Jerome McCarthy & William Perreault, **Basic Marketing**, 11th Ed (IRWIN, 1993), p.11. citeb by. مرجع سابق، ص. 146.

فيما بينهم من حيث الاحتياجات، الموارد، المواقف في الشراء، والتجارب التسويقية... وأي من هذه المتغيرات يتمثل بعملية تجزئة السوق¹. وبالتالي فإن المنظمة الصحية يمكن أن تتعامل مع السوق على أنه سوق شامل ومتجانس ولا توجد ضرورة لعملية التجزئة لكونهم متشابهين في الحاجات والخصائص، كتقديم خدمات التداعي، الكشف الطبي، استقبال المرضى... الخ. كما يمكن أخذ بعين الاعتبار مؤشر العمر أو الدخل كأساس في التمييز ما بين الأجزاء .

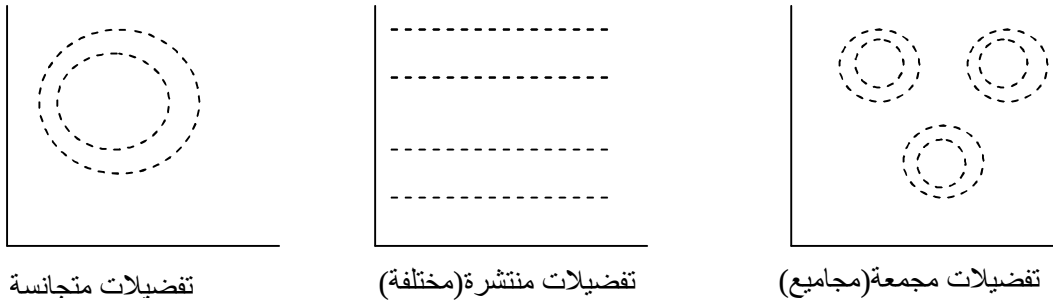
ونتيجة لهذه الاختلافات فإن الأداء سوف يختلف تبعاً للتفضيلات التي يرغبها أجزاء السوق المستهدف، ولنفرض بمثل يوضحه الشكل التالي عن ماهية التفضيلات التي يرغبها المرضى الراقيين في المستشفى حيال متغيرين هما:

- فلسفة الطبيب حيال التعامل معه.

- الرعاية التي يقدمها الفريق التمريضي.

سنجد أن هناك ثلاث نماذج يمكن إيضاحها في هذه التفضيلات لدى المرضى وهي:

شكل رقم 13: نماذج التفضيلات لدى المرضى



Source: Kotler Philip and N. Clarke Roberta, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987), p.236.

- 1- التفضيلات المتجانسة: أي أن جميع المرضى لديهم توجهات أو تفضيلات محددة أو مشتركة. وهذا يعني أن المستشفى يتعامل مع المرضى ومن خلال المتغيرين في تشابه شديد بينهم لكون حالتهم متشابهة.
- 2- تفضيلات منتشرة: يتضح من خلالها أن تفضيلات المرضى مختلفة كثيراً، ولا توجد صفة للتشابه فيما بينهم حيال المتغيرين المذكورين. وعليه فإن المستشفى عليه أن يخطط ويتنبأ بأشكال مختلفة يمكن أن تواجهها في التعامل مع المرضى لتحقيق رضاهم.
- 3- التفضيلات المجمعة: وهو يمثل الاحتمال الطبيعي في تجزئة السوق وأن المستشفى يتوقع بأنه سيواجه ثلاثة نماذج في تفضيلات المرضى تكون مجتمعة في مجاميع رئيسية حيال المتغيرين المذكورين.

¹ Philip Kotler, **Marketing Management**, 8th Ed (New Jersey: Prentice- Hall, 1994), p.265.

ب- المعايير الرئيسية في تجزئة السوق الصحي

إن تجزئة السوق الصحي تعتمد على عدد من المتغيرات المختلفة التي تقود للوصول إلى الفرص التسويقية التي تسعى لها إدارة المستشفى، ويتم توضيح هذه المعايير في السوق الصحي كما يلي:⁽¹⁾

1- **المتغيرات الجغرافية:** إذ يعتمد هذا المتغير على أساس تقسيم المناطق الجغرافية التي يقدم المستشفى خدماته إليها، والتي يصطلح عليها بنطاق الخدمة Service Area، حيث تكون موجهة إلى منطقة جغرافية محددة لمقابلة احتياجات صحية خاصة، كالمراكز الطبية الريفية.

2- **المتغيرات الديموغرافية:** هناك العديد من المتغيرات الديموغرافية التي يتم اعتمادها في تجزئة السوق الصحي والتي يكون لها تأثير كبير في تحديد المجاميع البشرية التي يمكن أن تواجه لها الخدمة الصحية. كما هو الحال بالنسبة إلى خدمات التوليد التي تقوم بها في الغالب النساء، خدمات الرعاية التي تقدم لكبار السن.. الخ. وتمتاز هذه المتغيرات في الغالب بسهولة القياس بالمقارنة مع المتغيرات الأخرى كالأنماط الشخصية أو السلوكية.

وعموماً فإن من أبرز المتغيرات الديموغرافية في تجزئة السوق الصحي هو العمر ومرحلة دورة الحياة، لأن رغبات المستهلك وحاجاته تتغير تبعاً لتغير العمر، حيث أن طب الأطفال يتخصص في معالجة حديثي الولادة ومن هم دون سن العاشرة، واختصاصي التوليد يهتمون بالنساء من ذوي الأعمار 14-45، واختصاص الأمراض القلبية يهتمون بمن يبلغ 40 سنة... الخ. بالإضافة إلى الجنس ولطبيعة الاختلاف بينها يتجه المستشفى إلى التخصص في تعامله الطبي والصحي مع تلك الشريحة من الجنس، سواء بافتتاح أقسام خاصة، وردهات للعلاج، أو في التخصصات الطبية للكشف والتشخيص الطبي. كما أن حجم العائلة و الدخل من العوامل المهمة التي تؤخذ بعين الاعتبار، حيث أن زيادة حجم العائلة في الرقعة الجغرافية المسؤولة عنها المستشفى تعطي مؤشراً على احتمالية زيادة الحالات المرضية وتنوعها بذات الوقت.

3- **المتغيرات النفسية:** يختلف الأفراد في ذات المنطقة الجغرافية بشكل واضح في نماذجهم النفسية وتعاملهم مع الخدمات الصحية. ومن أهم المتغيرات النفسية في هذا المجال هي الشريحة الاجتماعية، حيث أن التجانس الحاصل في الشرائح يتوقف على عدد من المؤشرات، كالتشابه المشترك في القيم بين أعضاء المجموعة الواحدة واهتماماتهم وسلوكهم. بالإضافة لنمط الحياة الذي يرتبط بشكل كبير بالشريحة الاجتماعية، وغالباً ما يرتبط النمط الحياتي للأفراد مع الطبيعة الاستهلاكية لهم. وعلى سبيل المثال فإن الأشخاص المدمنون على تناول الكحول يكونون معرضين باحتمالات كبيرة لحوادث السير والطرق، والمفرطين في تناول الطعام يكونون أكثر تقبلاً للإصابة بأمراض ارتفاع ضغط الدم والقلب وداء السمنة.

(1) البكري، مرجع سابق، ص ص 152-155.

4- المتغيرات السلوكية: يمكن دراسة المتغيرات السلوكية في تجزئة السوق الصحي وذلك لاعتمادها كأساس مهم في التشخيص الدقيق للمعرفة والاتجاهات التي يمتاز بها الأفراد واستجاباتهم للخدمة الصحية المقدمة. وحتى يرى المسوقون بان دراسة المتغيرات السلوكية هي نقطة البدء في تجزئة السوق. فهي تتمثل في ضرورة الشراء للخدمة الصحية حيث تعد طبيعة الحالة الصحية التي يكون بها الفرد مؤشرا في تحديد مدى ضرورة هذه الخدمة، فالمقارنة بين الأفراد المصابون بداء الشك والخوف من المرض، والأفراد غير المباليين بحالتهم الصحية تبين مدى الاختلاف في سلوك تحديد ضرورة الشراء للخدمة الصحية. بالإضافة إلى البحث عن المنافع لأن الفرد يهدف للانتفاع من الخدمة بشكل عام حيث وجد بان العديد من الأسواق يمكن تجزئتها لتحقيق أربعة منافع هي:

- الجودة أي البحث عن جودة الخدمة الصحية بأقل سعر ممكن.
 - الخدمة أي النظر إلى الأشخاص القادرين على تقديم الخدمة بشكل ملائم
 - القيمة وذلك بالمقارنة بين ما يدفعه من نقد وما يتوقعه من استجابة من المستشفى
 - الاقتصادية أي تعظيم المنفعة مقابل تخفيض التكاليف إلى أدنى حد.
- بالإضافة إلى معدل الاستخدام الذي يتمثل بعدد مرات المراجعة التي يقوم بها الفرد إلى المستشفى خلال فترة زمنية معينة، حيث يمكن تقسيمه على أساس مرتفع، متوسط وقليل.

4- المتغيرات المتعددة : ويمكن تسميتها بالمصفوفة، لأن المنظمة الصحية تستخدم أكثر من متغير وفي وقت واحد لتقسيم السوق كما يوضحه المثال التالي في سوق المرضى المصابين بفقدان البصر بهدف تصميم البرامج المناسبة في مجال التدريب، العلاج الصحي، النفسي، والآفاق المستقبلية لعملهم.

شكل رقم 14: مصفوفة المتغيرات المتعددة في تجزئة السوق

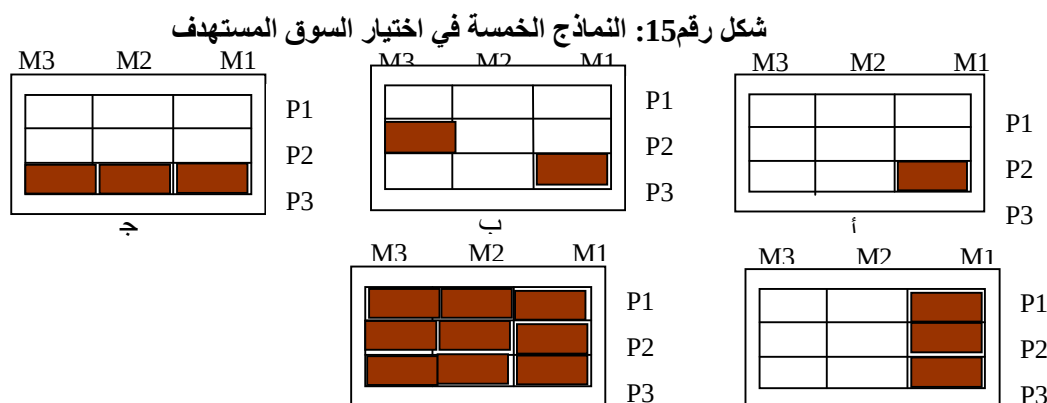
		إعاقة مضاعفة		إعاقة مفردة	
		عمى كلي	جزء من البصر	عمى كلي	جزء من البصر
السبب منذ الولادة	الكهول				
	الشباب				
	الأطفال				
السبب عرضي	الكهول				
	الشباب				
	الأطفال				

Source: Kotler Philip and N.Clarke Roberta, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987), p.241.

2- الاستهداف في السوق الصحي

يعرف (Peter Bennett,1988) " السوق المستهدف بأنه تجزئة خاصة تشبع حاجة ذلك السوق أو بأنه يمثل جماعات من المشترين تسعى المنظمة إلى خدمتهم".⁽¹⁾ فتنجبه المنظمات إلى تحديد حالة التمايز بين مختلف الأجزاء في السوق، ليتم اختيار واحد أو أكثر من جزء لهذه الأسواق. إن الاستهداف يتمثل في جزأين ، الأول يتعلق بتحديد السوق المستهدف الذي يمكن الدخول إليه، والثاني يتمثل في اعتماد الإستراتيجية التسويقية المناسبة للدخول إلى ذلك السوق.

أ- نماذج اختيار السوق المستهدف: يمكن تمثيل نماذج اختيار السوق المستهدف من خلال الشكل التالي:



Source: Kotler Philip, **Marketing Management**, 9th Ed (New Jersey: Prentice Hall International, Inc, 1997), p.270.

-**التركيز على جزء من السوق:** يعتمد هذا الأسلوب من قبل المستشفيات الصغيرة والحديثة في التكوين إلى حد ما وهذا الأسلوب في التوجه يمكن أن يحقق عدة مزايا، كالتخصص الدقيق في مجال إنتاج الخدمة الصحية والترويج لها وتوزيعها، مما يؤدي إلى تخفيض واضح في التكلفة، بالإضافة لكونه أكثر قدرة على التكيف مع البيئة لمحدودية المتغيرات البيئية العامة والخاصة التي يتعامل معها المستشفى.

- **اختيار تخصصي:** يعتمد من قبل المستشفى في اختيارها لأكثر من جزء سوقي متخصص للتعامل معه. حيث أن لكل سوق يمكن أن تضع إدارة المستشفى هدف تسعى لتحقيقه عبر التعامل مع خدمة صحية أو أكثر مقدمة إلى ذلك الجزء من السوق. وهذا الأسلوب في التوجه نحو السوق يمكن أن يزيد من حالة التخصص وتعددتها في المستشفى وزيادة منحنى الخبرة والتعلم، وبالتالي يؤدي إلى تقليل المخاطرة في الأداء الصحي .

- **تخصصية الخدمة:** يمكن اعتماد هذا النمط في التوجه السوقي عبر التعامل لتقديم خدمة طبية متخصصة في أسواق مختلفة. كما هو الحال مثلا في تقديم خدمات الفحص الشعاعي لمجالات طبية متعددة كأن تكون لأمراض القلب، الدماغ، العظام، الأسنان.

- **تخصصية السوق:** تسعى إدارة المستشفى لاختيار هذا الأسلوب في التوجه نحو السوق عندما تهدف إلى تحقيق تغطية لاحتياجات متعددة في الخدمات الصحية في ظل سوق واحدة، مثلا خدمات طب

⁽¹⁾ نقلا عن تيسير العجاردة، التسويق المصرفي (عمان: دار ومكتبة الحامد، 2004)، ص.86.

الأسنان في مجال التركيب، الأشعة، الجراحة علاج اللثة. وذلك في سوق يمثل منطقة جغرافية معينة أو مجال معين يتمثل بشريحة اجتماعية أو مهنة وظيفية.

- **تغطية السوق الكامل:** يستخدم هذا الأسلوب في التغطية الشاملة للسوق من قبل المستشفيات الكبيرة الحجم والعامه في خدماتها، حيث يمكن أن تقدم خدمات تشخيصية، علاجية، وقائية. سواء حسب المناطق الجغرافية في مدى شموليتها، أو الأفراد الذين تقدم لهم الخدمة، أو المجالات الطبية التي تقدم فيها، كما هو مثلا في طب الجراحة، الأسنان، النسائية، القلبية.

ب- الاستراتيجيات التسويقية للسوق المستهدف

أما الجزء الثاني من تحديد السوق الصحي المستهدف فيتمثل في اختيار واعتماد الاستراتيجيات التسويقية المناسبة للدخول إلى تلك الأسواق والمتمثلة في:⁽¹⁾

1- إستراتيجية التسويق الشامل (غير المتميزة)

وهي تقوم على مبدأ توجه المستشفى لإجمالي السوق وفق مزيج تسويقي موحد لمواجهة احتياجات وطلبات جميع المستفيدين من خدماتها. حيث يتم التركيز على مبدأ ماذا يحتاج الجمهور من خدمات طبية أكثر من التركيز على ماهية الاختلافات الحاصلة في السوق. فيتم تصميم برنامج المزيج التسويقي للمستشفى بما يجعله مقبولا من كل المستفيدين إلى حد ما. وهذه الإستراتيجية يمكن أن تحقق التخفيض في التكلفة من خلال المعيارية في الأداء التسويقي والإنتاج الواسع من الخدمات المقدمة للجمهور. إلا أن ما يعاب عليها هي افتقارها إلى قدرة مواجهة احتياجات الجمهور المتعددة.

2- إستراتيجية التسويق المركز:

وتستخدم عندما تجد المستشفى اختلافات في السوق المستهدف، مما يستوجب تجزئته إلى قطاعات مناسبة، تتوافق مع الخدمة الصحية والمزيج التسويقي الموجه لذلك السوق، فهي تعتمد على مزيج تسويقي واحد لأجزاء متعددة من السوق، حيث ترى أن الأفراد بحاجة إلى خدمات التشخيص المبكر لأمراض القلب. إلا أن الاختلافات لديهم في أن البعض يريدونها بجودة عالية، والآخر يريدونها بشكل اقتصادي، والآخر يريدونها أن تكون متاحة وسهل الوصول إليها... الخ. ولعل الميزة المتحققة من هذه الإستراتيجية هي انخفاض التكلفة لاعتمادها مزيج تسويقي موحد وتخصص واضح في الأنشطة التسويقية التي يتم ممارستها. ويمكن استخدام هذه الإستراتيجية في مجال معالجة الإدمان على الكحول مثلا، أو مرض نقص المناعة المكتسبة.

3- إستراتيجية التسويق المميز:

وهي تعتمد على مبدأ توجه المستشفى إلى أجزاء مختلفة من السوق ومن خلال استخدام مزيج تسويقي مختلف لكل جزء من ذلك السوق المستهدف. وهذا الأسلوب من شأنه أن يحقق عمق أكبر في الخدمات التي تقدم من قبل المستشفى في ذلك الجزء من السوق. إلا أن اعتماد هذه الإستراتيجية يترتب عليه تكلفة

(1) البكري، مرجع سابق، ص ص. 162-163.

عالية سواء كان ذلك في تصميم وإدارة الخدمات الصحية المتنوعة التي تقدمها المستشفى، أو في تكلفة إجراء البحوث التسويقية بالإضافة إلى تكلفة الاتصالات والترويج المعتمدة في التفاعل مع الجمهور. ويتم اعتماد هذه الاستراتيجيات من قبل إدارة المستشفى على حسب حجم الموارد المتاحة لها، خصوصية الخدمة الصحية المقدمة للأسواق المستهدفة، واختيارها الدقيق والواضح لذلك الجزء المناسب في السوق. فضلا عن عوامل أخرى تتبع أو ترتبط بخصوصية المستشفى وملكيتهما وتوجهها الاستراتيجي.

3- التموقع/ تثبيت الصورة الذهنية في الوسط الصحي

أ- مفهوم التموقع وأساليبه

لاشك أن المعايير المعتمدة في التجزئة تؤثر على الاستهداف وهي بدورها تؤثر على التموقع، وبالتالي فإن النجاح لا يقف عند التجزئة والاستهداف، بل تعتمد على كيفية تحديد التموقع أو بكيفية تثبيت صورة المنتج في أذهان المستهلكين Positioning Product ، والذي يمكن تعريفه بأنه عبارة عن عملية تصميم وإعادة تصميم السلعة أو المزيج التسويقي المرتبط بها للحصول على موقع معين في ذهن المستهلك المستهدف.⁽¹⁾ وبصورة أخرى يمكن القول أن التموقع يحاول أن يطابق بين وجهة نظر البائع (4 Ps) ووجهة نظر الزبون (4Cs).

ويقترح Alice M Tybout and Brian Sternthal أسلوبين وهما : التموقع المبني على التنافس والتموقع القائم على الهدف.⁽²⁾ ثم يصلان إلى أن هذين الأساليب متكاملين ويشكلان معادلة القيمة. كلتا الطريقتين تتعلقان بكيفية ربط منافع المنتج بأهداف المستهلكين، لكنهما تختلفان في مدى التركيز على التنافس مقابل التركيز على أهداف المستهلكين.

وبتكامل المفهومين يفترض أن يتم التموقع على أساس قيمة المنتج وهي تلك العلاقة بين جودة المنتج وسعره. ولا يقصد من ذلك العلاقة الرياضية بل المفهوم الضمني لها. بالإضافة إلى مقترحات بورتر حول البدائل التنافسية الثلاثة التي تفترض توصيل القيمة من خلال منتج مميز أو منتج أقل سعرا أو العميل ذي الحاجات المتفردة، فإن Michael Treacy & Fred Wiersema اقترحا بديلا من ثلاثة أطر أطلقا عليه اسم ضوابط القيمة . ويقولان أنه داخل مجال الصناعة يمكن أن يكون مصنعا قائدا في المنتج أو قائدا من الناحية التشغيلية أو أن يكون المصنع الحميم مع العميل. وتنطلق هذه الفكرة من وجود ثلاث أنواع من العملاء: أولئك الذين يفضلون المنتج المتفوق تقنيا، وأولئك الذين يركزون على اعتمادية المنتج وآخرون يفضلون الاستجابة السريعة والمرونة في تلبية احتياجاتهم الفردية.⁽³⁾

بعيرة، (1) Al Ries and Jack Trout, **Positioning: The Battle for your Mind** (New York: Warner Books). Cited by. مرجع سابق، ص. 58.

(2) بريان ستيرنثال وأليس م، تاببوت، " التجزئة والاستهداف"، في دون اياكوبوتشي، كلية كيلوغ للدراسات الإدارية العليا تبحث في التسويق، ترجمة إبراهيم يحيى الشهابي (الرياض: دار العبيكان، 2002)، ص. 37.

(3) نقلا عن فيليب كوتلر ترجمة فيصل عبد الله بابكر، كوتلر يتحدث عن التسويق (الرياض: مكتبة جرير، 2004)، ص. 65.

لكن هذه الصورة تبقى واسعة وهي تعبر عن تموقع المؤسسة ككل في ذهن المستهلك. لذلك تسعى بعض المنظمات لتثبيت صورة ذهنية محددة وهي التموقع على مستوى المنتج، ويتم ذلك بالتركيز على الصفة الأكثر صلابة التي تعبر عن دافع قوي للشراء مثل: الأرقى جودة، الأحسن أداء، الأكثر اعتماد، الأقل تكلفة، الأحسن قيمة مقابل السعر، الأحسن مكانة، الأكثر راحة... الخ. ويقترح كوتلر الاعتماد على أحد الأساليب التالية في تثبيت الصورة الذهنية بالاعتماد على: الصفة المميزة، الفائدة، الاستعمال، المستعمل، المنافس، الفئة، الجودة/السعر.⁽¹⁾

فمن أجل بناء علاقات مربحة مع العملاء، يجب أن يفهم المسوقون احتياجات العميل أفضل مما يفعله المنافسون، ويقدموا ميزة أكبر مما يقدمه المنافسون، وبذلك تكتسب المنظمة ميزة تنافسية عن طريق تقديمها قيمة أكبر للمستهلكين، ولا يتم هذا إلا بعد إجراء عملية المراجعة الشاملة-SWOT - والتي تضمن التعرف على نقاط القوة والضعف في المنظمات الصحية، والفرص التسويقية والتحديات التي ستواجهه المستشفى. فالموقع التنافسي يعبر عن الصورة الذهنية التي يكونها المستهلك عن المنتج بالمقارنة مع المنتجات الأخرى في نفس السوق. إن تحقيق الميزة التنافسية تتطلب أن يكون هذا المنتج مميزاً في واحد أو أكثر من عناصر المنافسة، فالمجال الصحي يتميز بمجموعة من المزايا هي:⁽²⁾

- مزايا ترتبط بأجهزة الفحص والتشخيص والمعالجة ودرجة حداتها وفعاليتها.
 - ميزة تنافسية ترتبط بالعنصر البشري مثل الأطباء وخبراتهم ومؤهلاتهم في عمليات المعالجة لهذا المستشفى بالمقارنة مع المنافسين.
 - ميزة ترتبط بدرجة ملائمة الأسعار المطلوبة من المنظمة الصحية مع الخدمات المقدمة فيها مقارنة بالمنظمات الأخرى.
 - ميزة ترتبط باستعمال وسائل ترويجية فعالة ومشروعة كمندوب البيع والمجالات الطبية المتخصصة والمحاضرات وغيرها.
 - ميزة ترتبط بالخدمات التمريرية ودرجة توفرها على مهارات لازمة لهذه المنظمة الصحية.
 - ميزة ترتبط بالتصميم الخارجي والداخلي للمستشفى.
 - ميزة ترتبط باسم وموقع المستشفى.
- ومما تقدم تستطيع المؤسسات الصحية تحديد مكانتها التنافسية التي تمكنها من التعرف على وضعها. كما أن تحليل المكانات التنافسية يبين للمؤسسات الصحية نوع أو مضمون الاستراتيجيات التي تقوم بإتباعها .

(1) نفس المرجع، ص ص 68-69.

(2) محمد إبراهيم عبيدات، التسويق الصحي والدوائي (عمان: دار وائل للنشر، 2006)، ص 46.

المبحث الثاني : المزيج التسويقي الصحي(التسويق التكتيكي)

إن المزيج التسويقي هو الأداة التسويقية والسياسة المستعملة لتنفيذ الخطة التسويقية، أي طرح المنتجات أو الخدمات إلى السوق ولهذا فإن الدارسون بحثوا عن تصنيف يسهل أمر رؤية الغاية بين الأشجار، فالمزيج التسويقي ما هو إلا مجموعة من الأنشطة المتكاملة والمتفاعلة والمخططة. ونظرا لما تتصف به الخدمات بشكل عام والخدمات الصحية بشكل خاص من خصائص لا يمكن للمزيج التسويقي التقليدي المتمثل في المنتج، التسعير، التوزيع والترويج (التسويق الخارجي) من استيعابها، حيث أن هذه الخصائص الخاصة بالخدمات الصحية تضيف صعوبات متعددة ، وهذا ما أوجب إضافة عنصر العمليات والدليل المادي (التسويق التفاعلي)، والأفراد (التسويق الداخلي) للعناصر السابقة للمزيج التسويقي لتجعله قادرا على الإيفاء لمتطلبات هذه الخدمات. لذلك سيهتم هذا المبحث بالتعرف على عناصر هذا المزيج وتحديد مكوناته وكيفية تطبيقها في المستشفى.

المطلب الأول: التسويق الخارجي(P 4)

أولا: سياسة المنتجات الصحية

1- مفهوم المنتج الصحي وأبعاده

معظم المنتجات التي تقدمها المستشفى هي خدمات أو برامج خدمة اجتماعية لخلق التأثير الإيجابي لدى المجتمع في التفاعل مع الحالات الصحية التي يجب أن تسود. كما هو الحال في خدمات التشخيص والعلاج الطبي، خدمات التعليم الصحي، البرامج التدريبية... الخ، وهي خدمات يقدمها المستشفى للمجتمع جوهرها غير ملموس. وبذلك يمكن تعريف المنتج (الخدمة) في المستشفى بأنها العلاج المقدم للمرضى سواء تشخيصيا أو إرشادا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل.⁽¹⁾

ونظرا للتباين الحاصل في التخصص الوظيفي أو الطبي للمستشفيات فإن مزيج المنتج لديها سوف يختلف أيضا، فما هو عليه في المستشفيات العامة غير مماثل للمستشفيات التخصصية. إذ يلاحظ مثلا بأن الخدمات الطبية في المستشفيات التعليمية يمكن أن تنحصر في ثلاث خطوط للمنتجات هي التعليم، البحث، العناية بالمرضى. حيث يتم في المستشفيات الجامعية التدريب السريري لطلاب كلية الطب، الصيدلة والتمريض. كما يعد المستشفى الجامعي مجالا واسعا للأطباء للقيام بالأبحاث والدراسات، فضلا عن القيام بالعناية بالمرضى عن طريق تقديم الخدمات الطبية التشخيصية والعلاجية والتأهيلية للمرضى. إن هذه الاختلافات وغيرها ما بين المستشفيات يقود إلى القول بأن مزيج المنتج الخاص بها مختلف عن غيرها. ويمكن تعريف مزيج المنتج بأنه " مجموع خطوط المنتجات (الخدمات الصحية) التي يقدمها المستشفى وجعلها بشكل متاح أمام المستهلكين(المرضى)".⁽²⁾

⁽¹⁾ البكري، مرجع سابق، ص.168.

⁽²⁾ Kotler & Clarke, op.cit., p.328.

ويوضح الشكل التالي المضامين والأبعاد التي يحتويها مزيج المنتج الصحي.

جدول رقم 3: مزيج المنتج الصحي

الاتساع			
خط خدمة (1) الباطنية	خط خدمة (2) الجراحة	خط خدمة (3) المختبرات	خط خدمة (4) الأشعة
- الرئة	- الطوارئ	- الدم	- السينية
- الكلية	- القلب	- الطفيليات	- التصوير بالرنين المغناطيسي
- الكبد	- الجملة العصبية	- الفيروسات	- الأمواج فوق الصوتية
- البنكرياس	- العظام	- الهرمونات	- التصوير الملون...
- القولون..	- المسالك البولية	- الغدد الصماء..	الخ
الخ.	الخ	الخ	
الاتساق			

المصدر: تامر ياسر البكري، التسويق الصحي (عمان: اليازوري، 2005)، ص. 172.

يشير هذا الشكل إلى أن الخدمات المقدمة من قبل المستشفى تنحصر افتراضاً بأربعة خطوط، وكل خط منها يحتوي على عدد من الخدمات الفرعية ضمن ذلك المجال الطبي المتخصص. وهذا يعني بان للمزيج ثلاث أبعاد وهي: (1)

- **الاتساع:** يتمثل بعدد خطوط الخدمات الصحية في داخل مزيج المنتج الذي تقدمه المستشفى . وعلى سبيل المثال يتضح بأنه هناك أربعة خطوط للخدمات الصحية هي الباطنية، الجراحة، المختبرات، الأشعة. وبالإمكان أن يضيف المستشفى خطوطاً جديدة تبعاً لقدراتها المتاحة وإمكاناتها في التوسع.

- **العمق:** وهو تعبير عن عدد الخدمات الصحية التي يحتويها الخط الواحد، والتي تتصف عادة بالترابط والتكامل في ذات التخصص الطبي العلاجي أو التشخيصي، وكونها تختلف إلى حد ما عن الخدمات المقدمة في الخطوط الأخرى، وهي تعبر عن مستوى التخصص والتنوع في الخدمات المقدمة في ذات المجال.

- **الاتساق:** وهو مؤشر دقيق لحالة التوافق أو الانسجام الحاصل ما بين الخدمات الصحية المقدمة، والتي يكون في العديد منها حالة اعتمادية. أي لا يمكن تحديد التشخيص الطبي أو تقديم العلاج في خط من الخدمات، دون الاعتماد على ما يقدم من بيانات أو معلومات صحية عن الحالة المطلوبة معالجتها في خط خدمة آخر. فمثلاً لغرض معالجة أمراض الرئة أو القولون (خط-1- باطنية) فإن الأمر يستوجب اخذ أشعة ملونة للمنطقة المعنية (خط-4- أشعة) قبل اتخاذ قرار العلاج في قسم الباطنية، فضلاً عن إجراء التحليلات المخبرية (خط-3- المختبرات) لغرض التشخيص الدقيق، وهكذا الأمر لأية خدمة طبية أخرى. مما يعني وجوب الاتساق والانسجام بين مجموع الخدمات المقدمة من قبل المستشفى.

(1) البكري، مرجع سابق، ص ص. 172-173.

ومن الضروري الأخذ بعين الاعتبار أن مزيج المنتج يختلف فيما بين أجزائه على أساس مقدار التأثير الذي يمكن أن يحدثه على المريض في المستشفى أو الزائر لها. حيث توجد هناك خدمات أساسية أو جوهرية، وهناك في الجانب الآخر خدمات مساعدة أو مضافة، كما هو مثال في تقديم خدمات جراحة القلب أو زراعة الأعضاء والتي تعد جوهر الخدمة الطبية المقدمة، وما يرافقها من تمتع المريض في الحصول على غرفة صحية تحظى باهتمام الفريق التمريضي والتي تعد خدمة مساعدة. وعليه لا بد على المستشفى أن تعيد تقسيم مزيجها من المنتجات من حيث التكلفة والموارد البشرية القادرة على انجاز ذلك العمل الطبي، أو في مدى علاقة هذه الخدمة ببقية الخدمات الأخرى ومدى توافرها مستقبلاً مع أهداف المستشفى وتوجهاتها، فضلاً عن تأثيرها على تقديم بقية الخدمات الصحية الأخرى.

2- المنتجات الجديدة

الاكتشافات العلمية الحديثة في مجال الطب والتكنولوجيا، كل ذلك أوجب أن تكون هناك خدمات طبية جديدة تتوافق مع سلسلة التغيرات التنافسية الحاصلة في السوق. وهناك أشكال متعددة للخدمات الجديدة التي تتعامل بها المستشفى وهي: (1)

- منتج أو خدمة جديدة يمكن أن تقي بمهام جديدة كلياً. كما هو مثال في قسم الرعاية الاجتماعية عندما يعتمد برنامج جديد لتغيير أو تهذيب السلوك. أو مثال استخدام الناظور في إجراء عملية الزائدة الدودية.

- إجراءات تطويرية على خدمة قائمة كما هو الحال مثال في استخدام مواد جديدة في التحليلات المخبرية التي تسرع في عملية إظهار النتائج و بدقة أكبر.

- منتج أو خدمة يمكن أن تؤدي وظيفة إضافية مثال تحويل قسم الولادة إلى مركز لتنظيم الأسرة ورعاية الطفل.

- منتج أو خدمة من الممكن أن يتم تقديمها إلى المراكز الرياضية والنوادي الاجتماعية والفنادق.

ولا شك بأن هذه الخدمات الصحية الجديدة أو غيرها يتوقف إدخالها على عاملين أساسيين هما: (2)

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

2- المواد المتاحة لدى المستشفى سواء أكانت مالية أو بشرية أو أجهزة ومعدات فنية تكون قادرة على إنتاج وتسويق هذه الخدمات وبشكلها الصحيح والمناسب.

أ- استراتيجيات المنتجات الجديدة يدعو التجديد في المستشفى إلى اعتماد إستراتيجية واحدة أو أكثر حيال المنتجات الجديدة، والتي يمكن تحديدها بالآتي: (3)

(1) Carolyn Robert & Eugen Bec, **Marketing in small and Rural Hospitals**(American Hospital Publishing,inc, 1989), p.45.cited by.-174. نفس المرجع، ص.

(2) Jonathons Rabich, **Health Care Management** (Health Professional Press, 1994), p.738. cited by نفس المرجع، ص.-175.

(3) نفس المرجع.

- **تنويع الخدمات:** ويقصد بالتنويع إضافة خدمات صحية جديدة إلى الخدمات الحالية التي يقوم المستشفى بتقديمها. منها: - خدمات التشخيص المقدمة مثل جهاز Scanner أو جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي.

- إضافة أجهزة المختبرات الطبية الحديثة التي تساعد في الحصول على أدق النتائج وبأسرع وقت.
- إدخال خدمة الجراحة السريعة إلى العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وذلك لتخفيف الضغط على أسرة المستشفى الداخلية

- تقديم خدمات الصحة المنزلية للأشخاص الذين يتم إخراجهم من المستشفى وللأشخاص الذين هم بحاجة إلى متابعة حالتهم الصحية، بالإضافة إلى خدمات طب التأهيل لمعالجة الإعاقات الحركية والسمعية وإقامة أقسام للعلاج الطبيعي.

- **تشكيل الخدمات:** ويعني التشكيل في المجال الصحي إضافة شكل جديد من الخدمات الصحية على الأشكال الحالية المقدمة، ويمكن أن يشتمل على إضافة أشكال للخدمات المقدمة كخدمات الطب النووي إلى خدمات الأشعة التشخيصية وذلك لمعالجة بعض الأمراض السرطانية، وإضافة بعض أنواع الجراحة الدقيقة كجراحة القلب والدماغ إلى الجراحة العامة في المستشفى بعد دراسة المستلزمات الحقيقية من موارد بشرية ومالية وتكنولوجية في تقديم تلك الخدمات.

- **تطوير المنتجات:** إن التطوير في مجال الخدمات الصحية يرتبط بأسلوب مواجهة الأمراض والتعامل معها لذا تضاف مزايا جديدة للخدمات الصحية سواء في الشكل أو في المضمون للخدمة وذلك للاستفادة من التكنولوجيا الطبية في المجال الصحي، وعلى المستشفى أن يأخذ بالحسبان عند تطويره لخدماته المستوى الثقافي للمجتمع ومدى التقبل الاجتماعي لها. كما هو الحال في مسألة معالجة العقم عند النساء باستعمال أطفال الأنابيب.

إن الخدمات غالبا ما تطرح من دون أن تختبر أو تصمم بشكل صحيح. غير أنه هناك جهود لتصميم الخدمات مثل الخرائط الانسيابية Flowchart التي تبين تقديم الخدمة ليس من منظور مقدمها ولكن من منظور الزبون. وهذه تساعد بالطبع في زيادة درجة قبول المستهلك للخدمة لأنها صممت بناء على ما يناسبه من وجهة نظره أي بناء على فهم منطق الزبون وكذلك منطق مقدم الخدمة. ومن الأمثلة على ذلك التطوير هو خدمات التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة في التشخيص، كذلك تطوير خدمات التحليلات الطبية (المختبرات)، وذلك باستعمال الأجهزة الحديثة بدلا من التحليل اليدوي.

ب- أسباب فشل المنتج الجديد

هناك احتمال كبير في أن يتعرض المنتج الجديد إلى الفشل عند عرضه أو إدخاله في السوق، حيث تشير الدراسات في هذا الجانب أن احتمالية الفشل تصل ما بين 50%-60%. وفي بعض المنتجات الدقيقة وذات المواصفات الخاصة أو التي تشهد منافسة حادة في السوق تصل إلى أكثر من ذلك. وعموما

فان أسباب الفشل للمنتوج الصحي سواء أكان بشكله الملموس أو غير الملموس يمكن أن يعزى إلى واحد أو أكثر من الأسباب التالية:⁽¹⁾

- التقدير غير الدقيق لفاعلية المنتوج الصحي المقدم إلى السوق، كما هو الحال مثلا في تقديم الخدمات الصحية المنزلية للمسنين.
- ردود أفعال المنافسين عند إدخال الخدمة الصحية إلى السوق، كما هو الحال مثلا في تقديم المستشفيات المنافسة لخدمات أوسع في مجال الفحص الشعاعي أو بتكلفة أقل.
- التوقيت غير المناسب لطرح وتقديم الخدمات الصحية إلى السوق. نظرا للتأثيرات البيئية العامة (اجتماعية، ثقافية، اقتصادية،... الخ)، والتي تحول إلى حد كبير في قبول هذه الخدمة، مثلا في أطفال الأنابيب، التشخيص المبكر لأمراض سرطان الثدي لدى النساء، عيادات التثقيف الجنسي.
- التقديرات غير الدقيقة للتكلفة المترتبة عن إنتاج الخدمة الصحية، فضلا عن ضعف السيطرة عليها.
- مما يؤدي إلى ارتفاع في السعر لا يمكن للمستشفى أن تجاري به المنافسين الآخرين.
- ضعف البرنامج الترويجي الموجه للخدمة الجديدة، أو ضعف كفاءة الوسيلة المستخدمة وتأثيرها المحدود في السوق.
- التغيير السريع الحاصل في السوق بعد عرض وتقديم المنتوج الصحي من قبل المستشفى كما هو مثلا في إلغاء التأمين الصحي من قبل شركات التأمين على أنواع محددة من الأمراض.

3- القرارات المتعلقة بدورة حياة المنتج الصحي

يكون من الصعب تماما أن يبقى المنتج وبخصائصه الرئيسية وطريقة تسويقه قائمة على ذات الصورة على مدار الوقت. فدورة حياة المنتج ينظر إليها على أنها صورة مشابهة إلى دورة الحياة الطبيعية للإنسان، حيث تبدأ بالولادة وتنتهي بالموت. كما تعبر عن وصف للخطوات التي يكون بها المنتج عبر مبيعاته المتحققة خلال دورة الحياة والمرتبطة معها وصف للفرص والتهديدات التي تواجهها المنظمة الصحية في تنفيذ استراتيجياتها التسويقية فدورة حياة أي منتج تمر بأربعة مراحل وهي:⁽²⁾

أ-مرحلة التقديم: تبدأ هذه المرحلة في عرض المنتج الصحي لأول مرة في السوق، وقد يكون التقديم هذا في سوق واحدة أو أكثر ومستغرقا فترة من الزمن وبنمو بطيء في حجم المبيعات المتحققة . ويرجع ذلك البطء إلى التأخر الحاصل في الطاقة الإنتاجية، والمشاكل التقنية والفنية، بالإضافة إلى التأخر في جعل المنتج متاح أمام الزبائن من خلال المنافذ التوزيعية، كما أن هناك مقاومة التغيير التي يبدأ بها المستهلك حيال تغير طبائعه وسلوكياته التي اعتاد عليها في التعامل مع هذه المنتجات أو بدائلها.

ولعل الأمر يزداد بشكل أكبر في تحقيق نسبة متسارعة في نمو المبيعات إذا ما كانت كلفة المنتج كبيرة جدا، ويلاحظ أن المرحلة تتميز بارتفاع تكاليف الإنتاج والتوزيع فضلا عن الترويج الذي يتطلب

(1) Robert & Bec, op.cit., p.49.

(2) Kotler, **Marketing Management** (1997), op.cit., p p, 355-356

إعداد برامج متنوعة ومختلفة وذلك من أجل إخبار المستهلكين من المرضى المحتملين عن المنتج الجديد غير المعروف لهم، وكذلك القيام بعرض وتقديم تجريبي للمنتج الجديد، بالإضافة إلى عرض المنتج بأسعار مخفضة نسبياً لخلق طلب أولي عليه.

ب- مرحلة النمو: إذا ما نال المنتج الجديد رضا السوق، فإن المبيعات تبدأ في الارتفاع التدريجي. وذلك عندما يبدأ المشترون بتبني هذا المنتج وشراءه ليعقبه الآخرون الذين يكونون أقل اندفاعاً في الغالب لتبني الشراء، لكونهم يرغبون بمشاهدة غيرهم قبل إقدامهم على الشراء. وهكذا بالنسبة للآخرين الذين يتسمون بالتردد في الغالب. وخلال هذه المرحلة التي تمثل المرحلة الأجدى اقتصادياً، ترغب إدارة المستشفى في إطالة عمر هذه المرحلة لكونها في نمو مستمر ومحقة لعوائد متزايدة وهذا يتم من خلال السعي لتطوير الخدمة الصحية المقدمة بما يضيف عليها خصائص جديدة. وكإجراءات لذلك تقوم بالبحث عن أجزاء جديدة من السوق يمكن الدخول إليها، بالإضافة إلى البحث عن قنوات جديدة تقدم من خلالها الخدمة الصحية سواء في مراكز رعاية أولية، أو المستشفيات الأخرى أو حتى العيادات الخاصة، كذلك خلق قناة وتأثير ترويجي أوسع باتجاه الإقدام على شراء هذه الخدمة.

إلا أن هذه المرحلة تمتاز أيضاً بدخول منافسين جدد للمنتج الجديد في السوق سعياً وراء التقليد أو الحصول على نجاحات مشابهة مما يجعل المنتج الجديد في وضع جديد يقود للانتقال إلى مرحلة لاحقة إذا اشتدت المنافسة.

ج- مرحلة النضج: وهي المرحلة الأطول من بين المراحل الأربعة، هذا يعني بأن أغلب إدارات التسويق في المنظمات الصحية تتعامل مع هذه المرحلة، وتسعى بجد للدخول إليها رغم ما تحمله في طياتها من تحديات كبيرة لإدارة المنظمة الصحية. حيث أن الأرباح المتحققة تبدأ في الانخفاض النسبي قياساً بالمرحلة السابقة، على الرغم من الارتفاع الحاصل في المبيعات، وذلك نتيجة لدخول منافسين جدد إلى السوق. وتصبح إدارة التسويق في المستشفى ملزمة بالتفكير جدياً في كيفية إبقاء المنتج الصحي لأطول فترة ممكنة في السوق، شريطة أن يكون ذلك البقاء ناجحاً. كما ينبغي على هذه الإدارة بذات الوقت استثمار الجوانب الموجبة من المنافسة من خلال إدخال بعض التعديلات على المنتج، أو تقديمه بسعر أقل جراء القدرة على تخفيض التكاليف، وذلك بسبب ارتفاع منحنى الخبرة وتراكمها والنمطية العالية في الإنتاج وما يصاحبها من تخفيض في التكاليف التسويقية بعامة والترويجية منها بخاصة.

د- مرحلة الانحدار: تمثل المرحلة الأخيرة من دورة حياة المنتج التي تؤول في نهايتها إلى خروج المنتج الصحي من السوق. وتبدأ ملامح هذه المرحلة بالانخفاض الشديد في مستوى المبيعات، وارتفاع واضح في التكاليف تنعكس سلباً على الإيرادات النهائية المتحققة. كما أن التقدم التكنولوجي في المجال الطبي الذي يؤدي إلى إفراز منتجات طبية منافسة تكون سبباً آخر في بروز هذه المرحلة والتي تكون سريعة أو متباطئة. فضلاً عن التغير الحاصل في سلوك المستهلك وتحولهم إلى المنتجات الجديدة.

إن إدارة المستشفى تحاول إبقاء المنتج وتطويره نحو الحسن سواء كان ذلك التطوير جزئي أو كلي. وقد يؤدي هذا إلى تأخير البحث عن منتج جديد آخر غيره، أو خلق مزيج سلعي غير مناسب يؤدي إلى تقليل التدفق النقدي أو يضعف مكانة وقوة المستشفى في السوق.

4- الجودة في الخدمات الصحية

سيتم تناول موضوع **الجودة** وتحديدًا في مجال الخدمات الصحية من خلال تحديد معناها وأبعادها وما يؤثر فيها، من أجل تحقيق رضا المرضى.

أ- تعريف الجودة في الخدمات الصحية: إن تعريف الجودة في الخدمات الصحية تعد عملية في غاية التعقيد، لأن العديد من أوجه الخدمة تبدو دائماً غير واضحة المعالم لدى الأطراف المعنية بها. وبالتالي فإن محاولة تعريف الجودة ستعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف. ويبدو الأمر واضحاً في تعريف الجودة في الخدمة الصحية، إذ يرى المريض أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام بينما ينظر إليها الطبيب على أنها وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المريض، في حين يراها المالكين في الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن. أما بالنسبة لإدارة المستشفى فهي تتمثل في تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة.

وعموماً هناك تعاريف متعددة للجودة في الخدمة الصحية فهي " تمثل مستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياساً بما كان عليه في مرحلة سابقة".⁽¹⁾ وفيه إشارة واضحة إلى ارتباط الجودة بعامل التطور والتقدم لما هو أفضل، وأن يكون ذلك الأداء متوافق مع مستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة. كما عرف Sulek et al (1995) الجودة على أنها "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع".⁽²⁾ وهذا التعريف هو امتداد منطقي للتعريف السابق فضلاً عن كونه يسعى لتقديم خدمات بمستوى جودة عالية تهدف إلى توطيد علاقة جيدة مع المرضى وزيادة ولائهم لها.

ب- أبعاد الجودة في الخدمة الصحية

من الصعوبات الكبيرة التي يواجهها المرضى هو تقييمهم للخدمة لكونها غير ملموسة. فكيف الأمر إذا لم يتمكنوا من رؤيتها أو الشعور بها، أو سماعها. بينما الأمر في السلع المادية يكون أكثر سهولة. مع ذلك فإن الخدمات ومنها الصحية تمتلك بدلاً من ذلك مواصفات نوعية تجريبية أو موثوقية تعتمد على التجربة والخبرة كالرضا، السعادة، السرور، الحزن. وهي صفات يمكن تقييمها فقط ومن خلال الشراء أو الاستهلاك للخدمة الصحية، كما في تدوي وتضميد الجروح، قلع الأسنان، تجبير كسور العظام... الخ.

والأمر يتسع لما هو أبعد من ذلك في الخدمات الصحية عندما ترتبط أو تعتمد المواصفات النوعية على الثقة والمصادقية، فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها كما هو

⁽¹⁾ Kotler & Clarke, op.cit., p.332.

⁽²⁾ نقلاً عن البكري، مرجع سابق، ص. 199.

مثلا في التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة والمستندة على الكمبيوتر. وعلى الرغم من كل ذلك فان المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية على مستوى أو درجة جودتها، معتمدين في ذلك على خمسة أبعاد:⁽³⁾

- 1- الاعتمادية Reliability: وهي القدرة على الأداء في إنجاز ما تم تحديده مسبقا وبشكل دقيق. ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى.
 - 2- الاستجابة Responsiveness: وهي المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى الزبون. ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة.
 - 3- التأكيد Assurance: وهي السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة. ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية.
 - 4- الكياسة (الطف) Empathy: وهي درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالزبون. ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية.
 - 5- الملموسية Tangibles: وتتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية.
- ويظهر الجدول التالي توضيحا لهذه الأبعاد وما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التطبيق لتقديم الخدمة الصحية.

جدول رقم 4: أبعاد الجودة للخدمات الصحية

البعد	معايير التقييم	الأمثلة
الاعتمادية	-دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى -صحة القوائم المالية -المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية	-ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى -له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة
الاستجابة	-تقديم خدمات علاجية فورية -استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية -العمل على مدار ساعات اليوم	-وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة -صالة العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات.
التأكيد	-سمعة ومكانة المستشفى عالية -المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والفريق الطبي -الصفات الشخصية للعاملين	-المعاملة الطبية من قبل الأطباء -تدريب ومهارة عالية في الأداء
الكياسة	-اهتمام شخصي بالمريض -الإصغاء الكامل لشكوى المريض -تلبية حاجات الزبون بروح من الود والطف	-المرضاة بمثابة الأم الحنون للمريض -النظر للمريض بأنه دائما على حق
الملموسية	-الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج -المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة -أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة	-نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر تخصصي - جودة الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى

المصدر: تامر ياسر البكري، التسويق الصحي (عمان: اليازوري، 2005)، ص. 213.

⁽³⁾ Kotler, **Marketing Management** (1997), op.cit., p.478.

ج- الجودة ورضا المريض

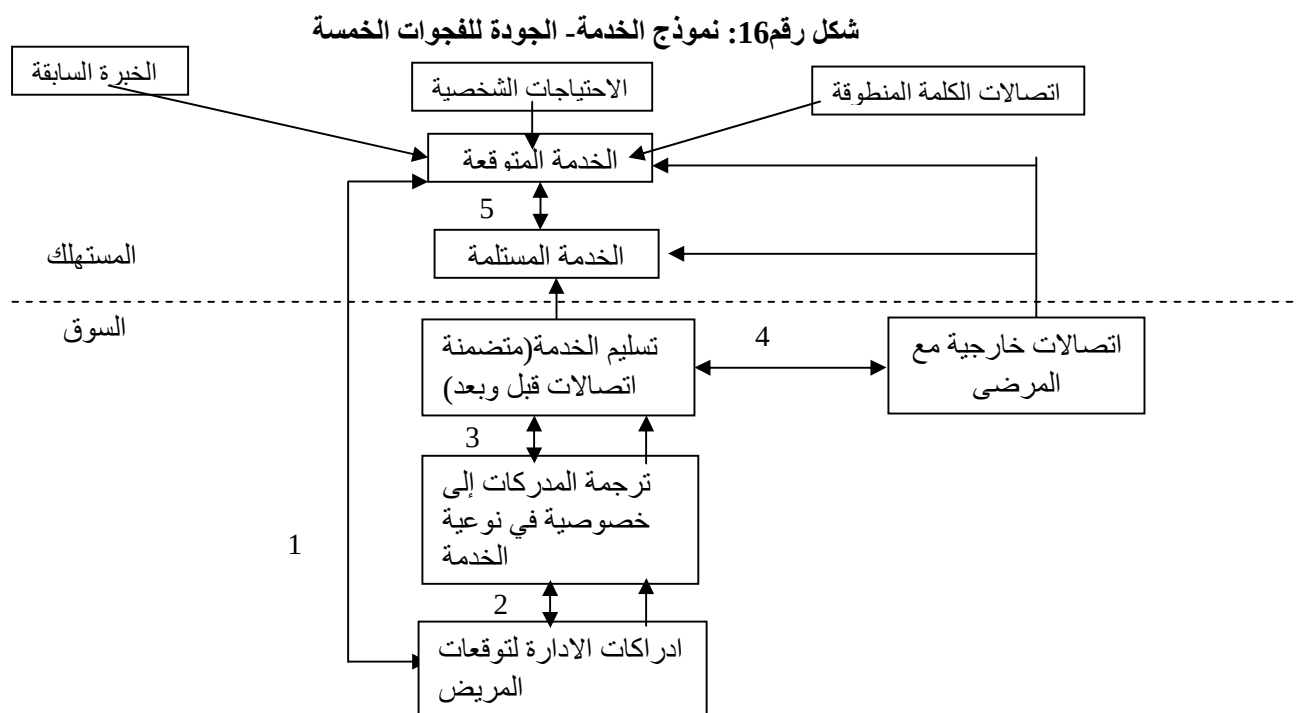
تختلف عملية تحقيق رضا المستهلك في تسويق الخدمات كثيرا عما هو عليه في تسويق السلع، باعتبار أن الجودة المدركة في الخدمة هي غير الجودة المدركة في السلع الملموسة وذلك من خلال اختلاف الخصائص التسويقية فيما بينها، ويزداد الأمر أكثر خصوصية في قطاع الخدمات الصحية عن باقي القطاعات الأخرى في الخدمات. ويعود ذلك إلى خصوصية المرضى الذين يختلفون الواحد عن الآخر تبعاً لحالتهم الصحية. وعليه فإن جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يتوجب توافيقها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض. ويرتبط هذا التوافق إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا. ويمكن التعبير عن هذه العلاقة بـ: الرضا > الإدراك - التوقع

فدرجة الرضا المتحققة عن الخدمة المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة، وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل شرائه الخدمة .

ومن المفيد الإشارة إلى أن الرضا لدى المستهلك هي حالة نسبية وتختلف من فرد لآخر وعلى ضوء المضامين التي تحتويها الخدمة من وجهة نظر المستفيد منها. فالرضا يمكن أن يمثل على وفق هذه الحالة بمثابة تقييم المستهلك للمنتجات أو الخدمات التي يحصل عليها. وعلى وفق خبرته الشرائية السابقة من ذات المنتج أو الخدمة أو ما يماثله. أما من وجهة نظر المستشفى التي ترغب في النجاح والاستمرار فإن جوهر الجودة في الخدمة لا ينحصر في حدود مطابقة الخدمة المقدمة مع المواصفات القياسية المحددة مسبقاً، أو تقديمها بأقل تكلفة . بل امتدت إلى ما يحتاجه المريض وما يتوقع أن يحصل عليه ومدى اختلاف ذلك عن المستشفيات الأخرى. وبالتالي أصبحت جودة الخدمة الصحية المقدمة هي بمثابة ميزة نسبية على المستشفى أن توظفها لتعزيز مكانتها.

ولا شك أن عدم إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية كميزة نسبية يعني وجود فجوة بين المستشفى والمريض عبر الخدمة المقدمة. في هذا الإطار يوضح نموذج جودة الخدمة المقدم من طرف (Zeithaml, Parasuram et Berry 1990) مجموعة من الانحرافات يجب مراعاتها في جودة الخدمة، يمكن ذكر خمسة منها:⁽¹⁾

(1) البكري، مرجع سابق، ص ص. 216-218.



Source: Philip Kotler, **Marketing Management**, 9th Ed.(New Jersey: Prentice Hall International, Inc, 1997), p.478.

1- الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة

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

2- الفجوة بين إدراك الإدارة و جودة الخدمة المعيارية

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

3- الفجوة بين جودة 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 انجاز الخدمة بسرعة.

4- الفجوة بين الخدمة المستلمة والاتصالات الخارجية

وتتمثل بالاختلافات أو التباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقاً وعبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المستشفى والمرضى. كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المستشفى في حصوله على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال بين الطرفين. ولكن عند وصوله للمستشفى يجد عكس ذلك.

5- الفجوة بين الخدمة المستلمة والخدمة المتوقعة

تحدث هذه الفجوة عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة. كما هو الحال في محاولة الطبيب في الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه، ولكن المريض يفسر ذلك بان هناك شيء ما في حالته الصحية. ومن الممكن أن يلاحظ من الشكل بان الفجوة (5) هي الفجوة الوحيدة التي يتلمسها المريض على أساس كون الفجوات الأخرى تحدث داخل المستشفى وكجزء من تصميم وصياغة الجودة للخدمة الصحية المقدمة. إلا أنها جميعا تساهم في إظهار الفجوة (5).

كما لا بد من الإشارة هنا أن الفجوة تحصل أصلا بوجود طرفين، فإدارة المستشفى تعمل قدر المستطاع على تقليص سعة الفجوة كلما كان ذلك ممكنا. لأنها تعني ابتعاد واضح بين الطرفين مما يؤدي إلى حدوث التناقض أو الافتراق وهذا ما يؤثر بمحصلته النهائية على رضا المريض. ويوضح الجدول التالي التفاصيل الممكنة في تقليص الفجوات الربع داخل المستشفى للعمل على تقديم الخدمة الصحية بالجودة المطلوبة.

جدول رقم 5: وصف لتقليص الفجوة لجودة الخدمة

الفجوة	التفاصيل
الأولى	تعلم ماذا يتوقع المرضى - كالمعمل نحو تحقيق فهم أفضل لتوقعات الزبائن من خلال: البحوث، تحليل الشكاوى، آراء المستهلكين.. الخ - تحسين الاتصالات الرأسية بين مقدمي الخدمة الصحية وإدارة المستشفى وتقليل عدد المستويات ما بينهما - تحويل المعلومات إلى عمل حقيقي.
الثانية	تحديد المعايير الدقيقة لجودة الخدمة - كالتأكد من كون إدارة المستشفى ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي من وجهة نظر المرضى. - الاستجابة للطرق والأساليب الجديدة في العمل الصحي والتي تقود إلى تقديم خدمة صحية بنوعية أفضل. - توضيح وإفهام العاملين في تقديم الخدمة الصحية بأن ما يقومون به من عمل له أثر كبير في تحقيق الجودة المطلوبة وهو ما يجب أخذه بدرجة عالية من الاهتمام - التأكد من كون الجميع يفهمون ويتقبلون تلك الأهداف الموضوعية ذات الصلة بجودة الخدمة الصحية - استخدام تكنولوجيا جديدة للتعويض عن بعض الأعمال التي تتسم بالتكرار وكونها يمكن قياسها وفق معايير محددة للأداء - مكافأة الأطباء والإداريين والفريق الطبي الذين يسعون بجد لتحقيق أهداف الجودة في الخدمة الصحية المقدمة
الثالثة	التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعية - كتوضيح الأدوار والمهام لكافة العاملين في الخدمة الصحية بأن ما يؤدونه من خدمة يصب في تحقيق رضا المريض - زيادة مهارة العاملين وقدراتهم في انجاز الأعمال المطلوبة منهم - وضع برامج التدريب الفنية لزيادة مهارة العاملين في انجاز العمل - تطوير أساليب وطرق الاستقطاب والجذب للعاملين من خلال إشراكهم في وضع معايير الجودة للخدمة الصحية وباتجاه زيادة ولائهم للمستشفى
الرابعة	التأكد من الخدمة المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه - كتطوير البرامج الترويجية والوعود التي تتضمنها بما يتوافق مع قدرات وإمكانات الفريق الطبي في انجاز الخدمات الصحية الجديدة - التأكد من مصداقية الإعلان وكونه يعكس حقيقة الخدمة الصحية المقدمة. - العمل وفق مبدأ إدارة المرضى وذلك من خلال إشراكهم في التعرف على ما يمكن تحقيقه من الخدمة الصحية المقدمة وما لا يمكن تحقيقه. - التحديد الدقيق للأفعال أو المجالات التي يمكن السيطرة عليها عند تقديم الخدمة الصحية.

المصدر: تامر ياسر البكري، التسويق الصحي (عمان: اليازوري، 2005)، ص 220-221.

وطالما كان الهدف من غلق الفجوات الأربع هو الوصول إلى تقديم خدمة صحية بجودة جيدة للمرضى، فان المستشفى عليها أن تعامل المريض على أنه ضيف في المستشفى وهذا يتطلب:⁽¹⁾

⁽¹⁾ Kotler, *Marketing Management* (1997), op. cit., p.490

- 1- تحية واستقبال المريض وذلك من خلال التعرف على المريض فور دخوله واكتشاف حاجته، إبداء الاحترام للمريض ومرافقيه كالوقوف وتبادل التحية والسلام معه ، أيضا إظهار الابتسامة لإظهار الجانب العاطفي في العلاقة، فسح المجال المناسب لجلوس المريض ومرافقيه..الخ.
- 2- ضرورة فهم مشاعر المريض وذلك بالإصغاء باهتمام لحديث المريض، أيضا التكلم باللغة التي يستطيع أن يفهمها المريض ، المحافظة على خصوصية الحالة الصحية التي يكون بها المريض وسريتها إن استوجب الأمر، و إظهار حالة العطف واللفظ للمريض عند محادثته.

ثانياً: سياسة التسعير للمنتجات الصحية

يعتبر التسعير من المشاكل الحساسة التي تواجه الإدارة في المنظمات التي لا تهدف إلى الربح، لذلك فالغرض الأساسي من تسعير تلك المنتجات هو محاولة تغطية التكلفة أو جزء منها. كما يجب أن يساهم السعر المحدد لمنتج أو مجموعة من المنتجات في تحقيق أهداف المنظمة التسويقية بإيصال خدماتها إلى كافة الجماهير التي هي بحاجة إليها بأقل التكاليف وتحقيق أهداف الجمهور من تمكينه من الحصول على أفضل الخدمات التي تشبع حاجاته، وتنبتق بالتالي أهداف التسعير من تلك الأهداف التسويقية بل وتتداخل معها، والمنظمات الصحية التي لا تهدف للربح ليست استثناء من ذلك بل إن تسعير منتجاتها هو أحد الأدوات التي تستخدمها المنظمات لتحقيق أهدافها. وسيتم إلقاء الضوء على إستراتيجية تسعير الخدمات الصحية من حيث الأهداف التي تواجه وضع السعر في تلك المنظمات ودراسة مشاكله. وسيعالج تطبيق مفهوم التسعير في المنظمات الصحية بشكل يحقق الاستفادة منه في توجيه النشاط التسويقي ، وذلك من خلال دراسة مفهومه، أهدافه والطرق المتبعة في تحديده.

1- مفهوم السعر

يمثل السعر في الخدمات الصحية مقدار العوائد التي يحصل عليها المستشفى نظير التكاليف التي تتحملها لتقديم الخدمة. ولقد عرفت جمعية المستشفيات الأمريكية السعر على أنه " القيم التي تفرض لقاء كل خدمة، والتي يجب أن تعكس بدقة تكاليف التشغيل للخدمة المقدمة مع حصة عادلة لتأمين الاحتياجات المالية الأخرى التي يكون المريض مسؤولاً عنها".⁽¹⁾

أما التسعير فهو قرار وضع الأسعار الذي يتخذ من خلال عملية إدارية متكاملة، مع مراعاة جملة أمور تدخل في مفهوم السعر. فالتسعير لا يمثل طريقة لتغطية تكاليف التشغيل وإحداث غطاء إيجابي فحسب، بل إنه إستراتيجية

تسويقية كبيرة أيضا. وعليه يجب أن يؤخذ بالاعتبار كل البرنامج التسويقي خلال عملية التسعير.⁽²⁾

وهكذا فإن السعر يهم المنظمة الصحية كما يهم المنظمات الأخرى، فهو من القرارات المهمة التي تتخذها المنظمة وأكثرها حيوية. وعليه ينبغي أن لا ينظر إلى السعر في المنظمات الصحية نظرة ضيقة

(1) البكري، مرجع سابق، ص.216.

(2) Robert & Bec, op.cit.,p.57

باعتباره يمثل فقط التكاليف المادية المباشرة التي يتحملها المستفيد ، بل يجب أن ينظر إليه بشمولية أكبر باعتبار أن هناك عناصر أخرى للتكاليف منها:⁽¹⁾

- تكلفة الفرصة البديلة وهي تكلفة الوقت الذي ينفقه المستفيد في سبيل الحصول على الخدمة ، الذي كان من الممكن استثماره في بدائل أخرى كالوقت الذي يستغرقه المريض في انتظار دوره لمقابلة الطبيب لإجراء الفحص لتشخيص مرضه.

- تكلفة الجهد الذي يبذله المستفيد في الحصول على الخدمة كمراجعة أقسام مختلفة بين العيادات للحصول على الخدمة الطبية.

- التكلفة النفسية المرتبطة بالحصول على الخدمة، ويمثل الجهد النفسي الكبير الذي يبذله المريض في الحصول على الخدمة نتيجة الانتظار أو المعاملة غير الإنسانية التي يعامل بها من قبل موظفي الاستعلامات قبل أن يعرض على الطبيب.

معنى ذلك أن التكلفة المادية المباشرة ليست العنصر الوحيد الذي يجب أن يؤخذ في الاعتبار. فقد ظهر في بعض الدراسات أن عددا كبيرا من المرضى لا يفضلون المستشفيات الحكومية على الرغم من أنها تقدم خدمة طبية جيدة ومجانا، وذلك بسبب الجهد الكبير الذي يبذله المريض في الحصول على الخدمة في هذه المنظمات وذلك من خلال مروره على عدة جهات.⁽²⁾ ولضمان نجاح البرنامج الصحي لابد من القيام بتحليل كاف لكل من الجهد والوقت الذي يبذله المستفيد للحصول على الخدمة ، بحيث يؤخذ ذلك في الاعتبار عند تحديد موقع تقديم الخدمة وإجراءات الحصول عليها بما يجعل تكلفة هذين العنصرين أقل ما يمكن بالنسبة للمستفيد من الخدمة الصحية.

ويتم سداد مقابل الخدمات الصحية من قبل جهات عدة منها:⁽³⁾

- أن يتحمل المستفيد قيمة الخدمة المقدمة له؛

- أن يتحمل هذه المصاريف شخص آخر أو جهة أخرى كنفابة الأطباء أو الهلال الأحمر.

- أو عن طريق التأمين الصحي.

إن العلاقة بين رسوم كشف المستشفى ونوعية الخدمة التي تقدمها المستشفى وتأثير التكلفة المتصاعد، وتكلفة التأمين على المستفيد، تعتبر مشكلات أساسية بالنسبة لرجل التسويق، خاصة أنها تعيق إدارة المستشفى في تسعير خدماتها.

2- طرق تسعير الخدمات الصحية

على غرار تعدد السياسات في تسعير السلع، تحتاج الخدمات أيضا هذه التعددية وتختص المنظمات

(1) المساعد، مرجع سابق، ص.129.

(2) رفاعي محمد رفاعي، " المدخل التسويقي كعلاج لمشكلة تخطيط الأسرة " ، مجلة الإدارة العربية، المجلد الثالث، العدد الثاني (نيسان 1989)، ص.41.

(3) المساعد، مرجع سابق، ص.131.

الصحية بأشكال مختلفة من السياسات السعرية يمكن ذكر منها:⁽¹⁾

1- التسعير على أساس التكلفة:

وهي الطريقة السائدة في قطاع الخدمات الصحية بسبب ما تمتاز به من السهولة والبساطة في التطبيق، وتبدأ بتحديد تكلفة تقديم الخدمة، وتضاف لذلك المصروفات الإدارية للحصول على التكلفة الكلية التي يضاف لها هامش ربح محدد للحصول على السعر. ويبقى تسعير الخدمات على أساس التكلفة شائعاً وذلك لأن نسبة عدم التأكد فيها تكون قليلة قياساً بالحالات التي تتطلب التعديل المستمر. بالإضافة إلى أن التنافس فيها يقل إذ ما استخدمت كل المنظمات الصحية نفس أسلوب التسعير، لأنه من المحتمل أن تكون أسعارها متماثلة، إذا كانت تكاليفها متشابهة. كما أن هناك شعور أن التسعير على أساس التكلفة يكون عادلاً بالنسبة لمقدم الخدمة والمستفيد منها، حيث أن مقدم الخدمة لا يحاول استغلال المستفيد إذا ما أصبحت حاجة الأخير شديدة.

2- التسعير التنافسي

إن طبيعة معظم الخدمات لا تخضع للتوحيد القياسي لاختلاف مقدمي الخدمة وتخصصاتهم ومهاراتهم وأعدادهم، فمقدم الخدمة يتخصص في خدمة معينة، ويتولى تقديمها كالتخصص في الجراحة أو القلب.. الخ. ويتم هذا التقديم عن طريق المزج بين الجهد البشري والقدرات الشخصية والمهارات، فمثلاً السمعة الحسنة والأداء الجيد يمكن مقدم الخدمة من أن يتقاضى مقابل أكبر، ولا يؤثر ذلك في تحويل المستفيد إلى مقدم خدمة آخر يعرض خدماته بسعر أقل أو أن يتخذ قراراً بالاستغناء عن الخدمة ويفعلها بنفسه. إن أكثر أنماط التسعير التنافسي شيوعاً هي عندما تحاول المنظمة أن تبقى سعرها عند مستوى ما تقتضاه، ويطلق على ذلك السعر الجاري أو السعر التقليدي.

3- التسعير على أساس نوعية الطلب

يهتم التسعير على أساس الطلب بالتركيز على حالة الطلب بصورة أكبر من تأثير مستوى التكلفة في وضع السعر.⁽²⁾ منها:

– التسعير على أساس قدرة المستفيد: يفضل رجل التسويق أن تكون نقطة البداية في قرار التسعير هي ما يمكن للسوق أن يتحملة باعتبار أن المستفيد لا تهمة كم تكلف المنظمة هذه الخدمة بقدر ما تهمة الخدمة ذاتها، وقدرته على دفع سعر الخدمة.⁽³⁾ والسوق الريفي مثلاً يضم فئات من أصحاب الدخل المحدودة مقارنة بالأسواق التي تضم أصحاب الدخل المتوسطة والمرتفعة.

- التسعير على أساس نوعية الطلب: من أبرز أمثلتها طريقة التمييز السعري، ويقصد به تقديم خدمة صحية معينة مع تقاضي أكثر من سعر لها. ويمكن أن يقوم التمييز السعري على أساس المكان، وفيه يتم

(1) نفس المرجع، ص 134-138.

(2) Kotler & Clarke, op.cit, p.360

(3) صديق محمد عفيفي، التسويق مبادئ علمية وبحوث تطبيقية (القاهرة: دار النهضة العربية، 1979)، ص 478.

تقاضي أسعار مختلفة لخدمة صحية معينة يتم تقديمها في أكثر من مكان. بالإضافة إلى التسعير على أساس الخدمة حيث يتم تقاضي أسعار مختلفة لقاء خدمة صحية بسبب وجود اختلافات طفيفة فيها عند تقديمها، أو حسب الظروف المحيطة بتقديم هذه الخدمة، فقد جرت العادة في بعض المنظمات الصحية على تسعير كل خدمة على انفراد فيحدد سعر للعملية الجراحية بأنواعها وسعر للتخدير وآخر للتضميد، والفحوصات بالأشعة والتحاليل الطبية...الخ.

أما المستشفيات التي لا تهدف للربح نجد أنها تعمل وفق أسس غير مالية حيث الأموال تتحدد بواسطة المتبرع أو المساهم و قد تقوم بعضا من هذه المستشفيات بتحديد أسعارها على أسس التوجيه بالتكلفة أو التوجيه بالأهداف الاجتماعية.

و يمكن لهذه المستشفيات تأدية الخدمات الصحية لأكثر عدد ممكن من المستفيدين من خلال ترشيد الإنفاق من خلال ما يلي:⁽¹⁾

- 1- ضرورة تعاون أعضاء الهيئة الطبية في تحديد الاختبارات المعنوية المطلوبة للمريض بما يمنع التكرار وعدم إجراء اختبارات معملية قد لا تخدم عمليات التشخيص و العلاج اللازمة للمريض.
- 2- العناية بمتابعة و تقديم حالة المريض بالمستشفى بما يحقق خروجه المبكر من المستشفى، مما يوفر تكلفة الإقامة و الأشغال للمستشفى.
- 3- تحسين أنظمة الجدولة بالمستشفى فيمكن جدولة الطلب الجراحي من خلال عدة أنظمة منها:
 - أ- نظام الجدولة لتاريخ محدد قادم بعد أخذ عبء العمل الجراحي اليومي.
 - ب- نظام الجدولة الزمني.
 - ج- نظام الجدولة لتاريخ محدد قادم مع أخذ قيود متعددة.

كذلك ضرورة جدولة خدمات التمريض بالمستشفى، و لا شك أن نظم الجدولة سوف تسهم في تقليل فترات انتظار المرضى و انتظار خطة الخدمات الصحية و توازنها مع الوارد المتاحة مما يؤدي إلى رفع كفاءة الخدمات الصحية للمستشفى و أيضا تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة.

تتضمن هذه السياسة عدم دفع السعر مباشرة من قبل المستهلك نظرا لوجود طرف ثالث دافع للتكلفة (التأمين الصحي) يصبح المستهلك غير مبالي بالسعر ولا يصبح عنصرا هاما في عملية التبادل، وفي هذه الحالة يبحث عن الخدمة الأعلى سعرا ، إلا أن التوجه الحالي من قبل برامج التأمين الصحي هي مشاركة المستهلك في كلفة العلاج ستجعله أكثر حساسية ووعيا لسعر الخدمة.

ثالثا: سياسة الترويج في الوسط الصحي

1- مفهوم الترويج

يتمثل الترويج في كونه عنصر المواجهة الذي تتفاعل من خلاله المنظمة مع المجتمع لكي توصل ما ترغبه من معلومات ورسائل إلى الآخرين باتجاه تحقيق الهدف الذي تسعى إليه. ويمكن أن يلعب

(1) مذكور، مرجع سابق، ص.209.

الترويج دورا مؤثرا في السلوك الشرائي للأفراد بما يتوافق مع أهداف المنظمة. وبهذا المضمون فقد عرف على أنه "عملية توزيع نظمي للمعلومات المتعلقة بالمنتج لكي يتمكن الأفراد من اتخاذهم للقرار بشكل صحيح".⁽¹⁾

أما تعريف الترويج وبقدر خصوصيته في الجانب الصحي فإنه يأخذ أبعادا أخرى، قد تختلف من حيث الجوهر أو الإطار العام عما هو عليه في بقية المنظمات الأخرى. ولعل ذلك الاختلاف الجوهري يكمن في الهدف التآثيري الذي تسعى إلى تحقيقه المنظمات الصحية، وهو خلق سلوك ايجابي يعود بالنفع العام للجميع.

وعليه فقد عرف Richard Hodgetts (1983) الترويج من خلال المنظور الصحي على أنه " الطريقة التي يطلع بها المستشفى أفراد المجتمع على الخدمات الصحية التي يقدمها عبر الوسائل المباشرة وغير المباشرة".⁽²⁾ فهو يشير إلى استخدام وسائل الاتصال المباشرة وغير المباشرة لتعريف وتذكير وإقناع الأسواق المستهدفة بالخدمات الصحية والعلاجية والتشخيصية منها والوقائية وذلك لتشجيع الإقبال على استخدامها من قبل الأفراد.

2- عناصر المزيج الترويجي الصحي

أ: الإعلان Advertising:

يعتبر الإعلان أحد أبرز العناصر المكونة للمزيج الترويجي . وقد عرفت الجمعية الأمريكية الاعلان على أنه " الوسيلة غير الشخصية، لتقديم البضائع والخدمات أو الأفكار بواسطة جهة معلومة، ومقابل أجر مدفوع".⁽³⁾ وقد استخدم الإعلان بشكل واسع من قبل المنظمات التي لا تهدف للربح.

ويجري اختيار وسائل الإعلان في المنظمات الصحية بحيث تكون ملائمة لتوعية المستفيدين من توافر الخدمات وشرح مزاياها، ويعد التوعية عن طريق الإعلان من الطرق الفعالة في تعريف المواطنين بالخدمة بسبب طبيعة الطلب غير المستقر على الكثير من تلك الخدمات وعلى الرغم من أهمية الإعلان إلا أن مستشفياتنا لا تستخدمه في التعريف بخدماتها على نطاق ضيق وبصورة محدودة، هذا وان جميع الإعلانات تأخذ الشكل الإخباري الذي يعتبر من وجهة النظر التسويقية نشرا وليس إعلانا. هذا وينبغي أن تكون الرسالة الاعلانية متصلة بالخصائص المميزة لعملية الاستفادة من الخدمة، أما الإعلان عن الخدمات التي تتميز برتابة الإقبال عليها فمن الصواب أن يكون التكرار في الإعلان موجهاً للتأكيد على الثقة وإمكانية الاعتماد على الخدمة، بالإضافة إلى ذلك ينبغي أن يكون محتوى الرسالة الاعلانية موجهاً للمستفيدين الحاليين والمرتقبين.

(1) Rabich, op.cit,p.318.

(2) نقلا عن البكري، مرجع سابق، ص.241.

(3) Kotler, **Marketing Management** (1997), op. cit., p. 637.

وتتمثل أغراض الإعلان عن الخدمات الصحية في:⁽¹⁾

- نشر الوعي والثقافة الصحية بين الجماهير الذين يحتمل أن يستفيدوا من هذه الخدمة.
- توجيه انتباه المستفيد واهتمامه إلى نوع الخدمة، وتعتبر الإعلانات التي تسعى للترغيب أو الإقناع في هذه الحالة ذات فائدة قليلة ما لم يكن الإعلان عن خدمات وقائية.
- التعرف على وجهات نظر المستفيدين من الخدمة، ومثال ذلك الموقف الذي يواجهه المعلنون عن خدمات المصحات، والترويج عن النفس، وخدمات التأمين الصحي وكثير غيرها من خدمات التسهيلات.
- تحديد التأثير المستهدف المقصود الوصول إليه من حيث استعداد المستفيد في مرحلة معينة من ناحية الإحساس أو عدمه، أو التعريف بالخدمة والاهتمام بها والرغبة فيها.
- ونظرا لكون الخدمة منتوج غير ملموس فإن الإعلان عنها ليس بالأمر الهين، لأن المعلن يجب أن يكون ملما بالحقائق المادية للمجتمع، ثم أن الخدمة تقني ولا يمكن تملكها وهذه عقبة لأن شراء المنتج المادي تعقبه راحة نفسية في شكل اكتفاء. وبالإضافة إلى ذلك ينبغي أن تكون الإعلانات الإقناعية صحيحة لأن الإعلانات الموثوق بها تخلق الصلة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها.

ب: البيع الشخصي

وينطبق البيع الشخصي في مجال التسويق الصحي على المحادثة الشفهية على اعتبار أن الكلمة الصادرة من الفم هي أهم وأقوى طرق الاتصال وأكثرها فاعلية في تسويق الخدمات الصحية، لكونها عملية اتصال مباشرة بين المستشفى أو الطبيب والمريض، بهدف تشجيعه أو معاونته على تحقيق الاختيار الدقيق للخدمة الصحية التي يحتاجها. وعليه، يمكن تعريف البيع الشخصي في المجال الصحي على أنه "التقديم الشخصي والشفهي للخدمة الصحية أو الفكرة بهدف دفع المستهلك المرتقب نحو الاقتناع بها ومن ثم الإقدام على شرائها"⁽²⁾.

يمكن أن يكون الطبيب أو الفريق التمريضي، أو الفريق الفني أو الإداري في المستشفى رجل البيع للخدمات الصحية. وقد يصل الأمر إلى أن يكون المرضى أنفسهم والذين سبقوا وأن تعالجوا في المستشفى هم رجال البيع نتيجة لتلمسهم الحقيقي للنتائج الايجابية التي حصلوا عليها من العلاج والرعاية. فيقومون بنقل تلك المعلومات والنتائج إلى الآخرين عبر محادثة شفهية أو وسائل اتصال مختلفة (مثلا تقديم الشكر عبر الصحف والتلفزيون إلى الفريق الطبي المعالج للمريض).

ومن جانب آخر فإن رجل البيع للخدمات الصحية يحتاج إلى جهود مضاعفة لإقناع المريض أو الزبون المحتمل بالخدمات التي يقدمها وذلك لعدم ملموسيتها أساسا. إلا أنه يسعى لزيادة ملموسيتها عن

(1) زكي خيل المساعد، " التسويق في المنظمات التي لا تهدف للربح"، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، مصر، 1982، ص.172.

(2) البكري، مرجع سابق، ص.249.

طريق عرضه مجموعة المزايا المتحققة في الخدمة بما يؤكد حقيقة معيارية الجودة للخدمة المقدمة،
وتتحقق فاعلية البيع الشخصي في الترويج الصحي بالآتي:⁽¹⁾

- تمكين الطبيب من التحكم بنوعية المعلومات المعطاة لمريض وتحقيق الإقناع له من خلال ملاحظة ردود الفعل المتحققة وتعديل تلك المعلومات بحسب الحالة والظروف الذي يكون فيه الحوار.
- عدم ضياع الجهود المبذولة في هذا المجال قياساً بغيرها من عناصر الترويج الأخرى، حيث يصل التأثير المباشر إلى الأشخاص المعنيين دون سواهم.
- مساعدة المريض على اتخاذ القرار الصحيح في ضوء ما تقدم له من معلومات وإرشادات طبية دقيقة.
- الإلمام بالحالة المعروضة للحوار وتقديم المعلومات الدقيقة والحديثة التي تخص المريض لكي يتحقق الاقتناع في الإقدام على تلقي الخدمة الصحية.

ج: العلاقات العامة

من أهداف التسويق في المنظمات الصحية هو تنمية علاقات وثيقة بينها وبين الجماهير، فيجب خلق علاقات جيدة بين كل من المستخدمين والأطباء والمرضى والجماهير الذين تتعامل معهم المنظمة بحيث تستغلهم بصورة فاعلة بقدر الإمكان، حيث ينبغي لإدارة التسويق إيجاد حملات وثيقة بمثلي وسائل التوعية لتحسين التغطية الإعلامية لنشاطات المنظمة الصحية وبرامجها. وكذلك ضرورة استعداد المشتغلين في هذا المجال لنشر المعلومات عن المنظمة وإخبارها عن طريق التقارير السنوية، أو النشرات أو عن طريق المقابلات الشخصية، بالإضافة إلى وسائل المنظمة في جمع وترتيب المعلومات عن احتياجات الجمهور من الخدمات الصحية، والإلمام ببرامج نشر التعليم والتثقيف الصحي في المجتمع. وبالتالي يمكن القول بان العلاقات العامة تقوم على تبادل الآراء وتحليل الاتجاهات للرأي العام سالكة بذلك اتجاهين هما:⁽²⁾

الأول من المستشفى إلى المجتمع: وذلك من أجل إعلامهم بحقيقة عمل المستشفى وما تقدم من خدمات صحية مختلفة، ومتوخية بذلك الصدق والأمانة والواقعية لعرض الحالة وعبر استخدامها لوسائل الاتصال المتاحة.

الثاني من المجتمع إلى المستشفى: حيث يتم نقل وجهات نظر المجتمع بكل عناصره ذات العلاقة مع المستشفى تجاه نشاطها وفعاليتها التي تقوم بها خدمة للمجتمع.

وعليه فأهم الخدمات التي تقدمها إدارة العلاقات العامة هي:⁽³⁾

- تنمية علاقة وثيقة مع المنظمات والجماهير المختلفة في المجتمع.
- جمع المعلومات الدورية عن الاحتياجات الصحية للمجتمع، وملاحظاته بالنسبة للمنظمة الصحية.

(1) نفس المرجع، ص. 250.

(2) محمد جودت ناصر، الدعاية والإعلان والعلاقات العامة (عمان: مجدلاوي، 1998)، ص. 171-175.

(3) المساعد، التسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص. 181.

- إعداد ونشر المعلومات عن المنظمة عن طريق التقارير السنوية والمعارض الصحية والمقابلات الشخصية.

- تقديم برامج تعليمية تؤدي إلى تحسين صحة المجتمع، وتحسين تفهمه للمنظمة الصحية.

- إقامة برامج واسعة المدى مثل مكافحة المخدرات، مكافحة الإدمان على الخمر .. الخ.

وعن طريق أداء مثل هذه الخدمات للمجتمع تستطيع المنظمة توليد مشاعر ايجابية في هذا المجتمع تجاه خدماتها.

د: تنشيط المبيعات

يقصد بتنشيط المبيعات كافة الأساليب غير المعتادة الممكن استخدامها في عملية الترويج والتي لا يدخل ضمنها الإعلان والبيع الشخصي. وقد عرفت بأنها " مجموعة من الأدوات المحفزة والتي صممت لأن يكون تأثيرها سريع وقصير الأمد لغرض الإسراع في تحقيق عملية الشراء للسلع والخدمات من قبل المستهلك".⁽¹⁾ وهذا يعني بأن أسلوب تنشيط المبيعات لا يعتمد على نمط واحد في عملية الترويج، بل هناك تنوع وتعدد في الوسائل المستخدمة والهادفة لخلق التأثير السريع على الجمهور المستهدف. وبشكل عام يمكن للمنظمات الصحية والمستشفيات أن تستخدم أسلوب تنشيط المبيعات من خلال المعارض الطبية، الأنشطة الترويجية (مثل الفحص المجاني في المناسبات والأعياد).⁽²⁾

غير أن هناك تساؤل يمكن إثارته عن هذه العناصر الترويجية ومدى تساوي أهميتها في التأثير على الجمهور المستهدف، وكذلك استخدامها من قبل المنظمة الصحية، وعن كونها تختلف من مجال تسويقي إلى آخر من حيث تسلسل أهميتها، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

شكل رقم 17: الأهمية النسبية للعناصر الترويجية واستخدامها في المجال الصحي مقارنة بالمجالات الأخرى

البيع الشخصي	الإعلان
ترويج المبيعات	ترويج المبيعات
الإعلان	البيع الشخصي
العلاقات العامة	العلاقات العامة
السوق الصناعي (سلع مادي)	السوق لاسهلاكي (خدمات صحية)

Source: Kotler Philip and N.Clarke Roberta, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987),p.241.

رابعاً: سياسة التوزيع للخدمات الصحية

يستخدم في الغالب من قبل المسوقون مصطلح التوزيع للإشارة إلى ما يمكن استخدامه أو التفاعل معه من منشآت أو أفراد لإيصال المنتج إلى السوق. ولكي تبرز الحالة بخصوصية واضحة في الخدمات وتحديدًا في الخدمات الصحية بشكل أوسع، وذلك لأنها لا تأخذ هذا المنحى التقليدي في التعامل مع تقديم الخدمة، حيث أنها تحتوي على أبعاد ومسارات مختلفة كلياً عما هو في بقية الخدمات الأخرى.

(1) Kotler, **Marketing Management** (1997), op. cit., p. 661.

(2) Robert & Bec, op. cit., p.86.

1- القرارات المتعلقة بتوزيع الخدمات الصحية

باعتبار المستشفى منتج للخدمة الصحية وكونه منظمة اجتماعية هادفة بذات الوقت، فإنه سيكون أمامها ثلاث خيارات تتعلق بقرار توزيع الخدمة الصحية وهي: (1)

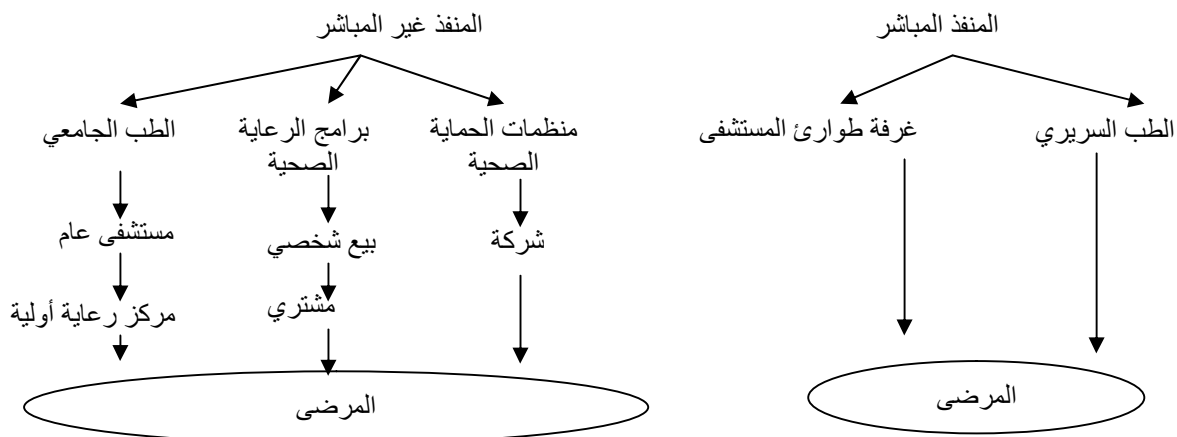
أ - الوصول المادي:

لكي يتحقق الهدف من إيصال الخدمة الطبية المناسبة للمريض فإن الأمر يستوجب تكامل المضامين الرئيسية لتحقيق الوصول المادي والتمثلة في :

- **المنافذ التوزيعية:** كما هو الحال في توزيع السلع وانسيابها من المنتج إلى المستهلك النهائي عبر عدد من الوسطاء أو من خلال المنافذ التوزيعية. فإن الأمر يمتد أيضا إلى توزيع الخدمات الصحية. والتي يمكن أن تأخذ مسارات مختلفة تتأثر إلى حد كبير بطبيعة وخصوصية الخدمة الطبية المقدمة والحالة التي يتم معالجتها ودرجة خطورتها. وبعمامة يمكن للمريض أن يستفيد من واحدة أو أكثر من القنوات العديدة لتوزيع الخدمة الصحية كأن يكون الطبيب، المركز الصحي، مركز الرعاية الأولية، غرفة الطوارئ في المستشفى...الخ.

. ويمكن تقسيم المنافذ التوزيعية للخدمات الصحية إلى نوعين كما يتضح من الشكل التالي:

الشكل رقم 18: المنفذ المباشر وغير المباشر في توزيع الخدمة الصحية



المصدر: تامر ياسر البكري، التسويق الصحي (عمان: اليازوري، 2005)، ص. 297.

- **الموقع:** يعني وجود موقع جغرافي يمكن أن تقدم من خلاله الخدمات الصحية التي يحتاجها المريض، وكل ما يرتبط به من وجود تسهيلات تساعد على الإسراع واليسر في تقديم الخدمة سواء للفريق الطبي أو لوصول المرضى إلى الموقع العلاجي.

ومن الأسئلة المهمة التي تثار عند تحديد الموقع لتقديم الخدمة الصحية:

- هل الخدمة الصحية في تلك المنطقة قليلة؟
- هل هناك زيادة أو نقصان في عدد السكان المنطقة؟
- هل المنطقة المختارة مزدحمة من حيث الوافدين إليها أو أنها موسمية التواجد؟

(1) Kotler & Clarke, op.cit., pp.382-389.

- **التسهيلات:** ويقصد به تصميم مباني المستشفى وصالات الانتظار وساحات وقوف السيارات والمظهر الخارجي والحدائق، وعدد محطات خدمات التمريض لكل طابق وقسم، والممرات الداخلية وغرف الكشف الطبي...الخ. وهذه جميعا تضيف بعدا مضافا لتحقيق رضا المريض أو الزائر عن الخدمة الصحية المقدمة، وتكسب الخدمة ذاتها صفة الملموسية التي يستطيع من خلالها إدراك جودتها وتميزها عن غيرها

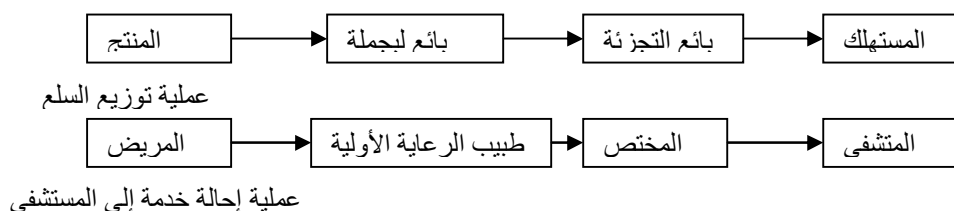
ب- الوصول الزمني

- ويتكون من ثلاثة متغيرات للخدمة يحكمها عامل الوقت، وهي:
- عدد الساعات الكافية لتجهيز الخدمة من قبل المستشفى لتقديمها إلى المرضى عند الحاجة إليها
- طول فترة انتظار المريض للحصول على الخدمة الطبية.
- الفترة الزمنية التي تستغرقها عملية اتصال المريض بالمستشفى للحصول على موعد إجراء العلاج.

ج- الوصول المعلوماتي

يختلف تقديم المنتج المادي للسوق الاستهلاكي التقليدي بشكل كبير عما هو عليه في توزيع الخدمات الصحية. كما يتضح من الشكل التالي:

شكل رقم 19: الفرق بين توزيع المنتج المادي والخدمة الصحية



Source: Kotler Philip and N.Clarke Roberta, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987),p.395.

ويمر المنتج المادي عبر تسلسل متتابع من مصدر الإنتاج عبر قنوات التوزيع التي قد تطول أو تقصر تبعا لخصوصية تلك السلعة وصولا للمستهلك النهائي. أما في الخدمات الصحية فإن الأمر يبدأ من المريض الذي يبحث عن حاجته للعلاج واتصاله بمراكز تقديم الخدمة الصحية الأولية وصولا للمستشفى، باعتباره المنتج الرئيس للخدمات الصحية التي قد يحتاجها وتبعا لتطور حالته، والتي تأخذ ما يصطلح عليه بالإحالة Referral. وهي عملية دمج منتج الخدمة الصحية ومستهلكها، والغرض من هذا هو تحقيق الوصول المعلوماتي والترويجي وعبر استخدام وسطاء(مراكز الرعاية، الاختصاص)، لتوزيع تلك المعلومات في المناطق الجغرافية التي يتعاملون معها أو تحت ظل مسؤولياتهم. وهنا يمكن اعتماد نوعين من الاستراتيجيات للتعامل مع إيصال المعلومات والتي تستخدم في الغالب المنافذ غير المباشرة لتوزيع الخدمات الطبية وهما:⁽¹⁾

⁽¹⁾ Steven Hillestad & Eric Berkowitz, **Health care Marketing Plans**, 2nd Ed(An Aspen Publishing,1991), 163. cited by.301. البكري، مرجع سابق، ص.

أ- إستراتيجية الدفع: وهي التي تعتمد على استخدام وسيط لترويج وتقديم المعلومات إلى الطرف التالي في القناة التوزيعية وصولاً إلى المستهلك النهائي (المريض)، وجوهر هذه الإستراتيجية يقوم على أساس البيع الشخصي.

ب- إستراتيجية السحب: وتقوم على أساس الاتصال المباشر بين منتج الخدمة الصحية والمرضى اعتماداً على استخدام أسلوب الإعلان المكثف والترويج للحالة المطلوب عرضها وتقديمها للجمهور. ومن ثم يبدأ الطلب عليها من خلال الوسطاء التابعين للمنتج وهو المستشفى.

المطلب الثاني: التسويق الداخلي والتسويق التفاعلي

أولاً: التسويق الداخلي (الأفراد)

1- مفهوم التسويق الداخلي : يقوم على مفهوم العاملين⁽¹⁾ كزبائن، والاهتمام الأول كان من قبل (Sasser et Arbeit 1976) بمقالته التي ناقشت وظيفة بيع الخدمة لتوظيف السوق بالطريقة التي تجذب أفضل العاملين.⁽²⁾ يعتبر التسويق الداخلي أحد المفاهيم التسويقية الحديثة التي تتبناها المنشأة الخدمية، ذلك أن التسويق في هذه المنشآت وكما يقول J. Lendrevie & D. Lindon هو " تسويق علائقي وهو أيضاً وبصفة أكثر مما هو عليه بالنسبة للسلع، تسويق داخلي بحيث أنه وباستمرار تعبئة القوى الداخلية، ليس فقط للأفراد الذين هم في اتصال دائم ومباشر مع الزبائن، ولكن حتى الأفراد الذين يعتبرون الدعامة غير المرئية لإنتاج الخدمات. فالكل يجب أن يكون واعياً بالرهانات التسويقية، ويكون توجه حقيقي نحو الزبون".⁽³⁾ أما Berry فيعرف التسويق الداخلي على أنه "تطبيق فلسفة وسياسات التسويق على الناس (العاملين في المنظمة) الذين يخدمون الزبائن، وبالتالي إنهم أفضل الناس الممكن توظيفهم والمحافظة عليهم والذين سيعملون بأقصى ما لديهم"⁽⁴⁾ وفي نفس السياق يقول كوتلر عنه " أنه يتعين على المنشأة تدريب مجموع أفرادها في إطار منظور إرضاء الزبون، ومنه فإنه لا يكفي خلق قسم خاص بالتسويق، بل يجب تعبئة كل المنشأة للمشاركة في المجهودات التسويقية".⁽⁵⁾ أما أهداف التسويق الداخلي، فيمكننا حصرها في ثلاث أنواع من الأهداف:⁽⁶⁾

- الهدف العام: والمتمثل في جعل العاملين أكثر تفهماً، تحفيزاً، واهتماماً بالزبائن.

(1) إن مفهوم التسويق الداخلي ظهر أول ما ظهر في أواخر السبعينات، وأوائل الثمانينات، ثم اهتم به العديد من الباحثين والممارسين، مضمونه أن تنتظر الإدارة إلى الأفراد العاملين فيها كزبائن لها في الداخل، تطبق عليهم كل فلسفة وسياسات التسويق التي تطبقها على زبائنها في الخارج، فأرضاء العاملين وخاصة منهم الذين هم في اتصال مباشر بالزبائن شرط أساسي لإرضاء الزبائن.

(2) نقلاً عن العجارمة، مرجع سابق، ص.30.

(3) Lendrevie & Lindon, op.cit., p.703

(4) نقلاً عن الضمور، مرجع سابق، ص.284.

(5) Kotler et Dubois, op. cit., p.449.

(6) الضمور، مرجع سابق، ص.285.

- الهدف التكتيكي: المتمثل في وجوب إفهام العاملين لماذا يتوقع منهم التصرف بطريقة معينة، أو لماذا يجب عليهم دعم مواقف معينة. بالإضافة إلى وجوب تطوير الخدمة الكاملة وأن تقبل داخليا قبل طرحها في السوق كما يجب تفعيل قنوات الاتصال الداخلية والبيع الشخصي.
- الهدف الاستراتيجي: المتمثل في خلق البيئة الداخلية التي تدعم الشعور بالزبون، وتفتح العقلية البيعية بين الأفراد، دعم سياسات التدريب الداخلي وإجراءات التخطيط والرقابة.

2- الأفراد أو العاملون:

ويقصد بهذا العنصر من المزيج التسويقي للخدمة بأنهم مجموعة من الأشخاص المشاركون في تقديم الخدمة الصحية للمستفيد منها، ولهم القوة التأثيرية على قبولهم لتلك الخدمة، ذلك باعتبار أن الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية والمراكز الصحية تعتمد على الموارد البشرية أساسا والتي ينفق عليها حوالي 80% من مجموع ميزانية هذه المنشآت الصحية. فالعلاقة بين هؤلاء والمرضى هي علاقة اعتمادية تبنى على أساس الثقة التي يمنحها المرضى لهم في قبول الخدمة المقدمة، الرضا المتحقق من قبول الخدمة ونتائجها، بالإضافة إلى الاستمرار المستقبلي للعلاقة القائمة بين الطرفين.⁽¹⁾

ولهذا كان لزاما الاهتمام بهم وذلك من خلال اختيار الأفراد الذين يشغلون هذا المنصب وتدريبهم وتحفيزهم ومراقبتهم وتقييمهم، وكذا بذل كل الجهود اللازمة لإرضائهم والحصول على ولائهم.⁽²⁾

أ- **اختيار مقدمي الخدمة:** يمثل العنصر البشري الجهة الأساسية في إنتاج وتقديم الخدمات بشكل عام. وبه تنعكس جودة الخدمة والصورة الذهنية لها عند المريض، ولهذا وجب اختيار الأفراد الأكفاء ووفق أسس علمية وسليمة حيث أن الاختيار السليم لا بد أن يمر بتحديد عدد ونوع الأفراد المطلوبين وتتطلب هذه الخطوة التوصيف الكامل للأعمال التي تدخل في نطاق ووظيفة مقدم الخدمة وكذا تحديد النتائج المنتظرة.⁽³⁾

كما أن قدرة وكفاءة هذا العنصر تتأثر بعوامل عديدة (مستوى الذكاء، القدرة على الاستجابة السريعة، فهم حاجة المستفيد، الولاء للمنظمة التي يعمل بها... الخ). ولكون الخدمات تتصف بكثافة العمل جعل عملية الاتصال والاحتكاك بين مقدمها والمستفيد منها على درجة عالية من الكفاءة، وأن أداء الأفراد يشكل مخرجات الخدمة لذلك يتطلب أن يكون مقدموا الخدمات ذوي أداء عال وذلك من خلال تعزيز التفاعل بينهما على النحو التالي:⁽⁴⁾

- زيادة المتابعة والاتصال بالمستفيدين بهدف الوقوف على أداء المستفيدين من الخدمة وأن هذه المتابعة سوف تعزز العلاقة بين مقدمها والمستفيد منها وان للعلاقات والتفاعل دورا مهما وأساسيا في حث الأفراد على الاستفادة من الخدمات الصحية.

⁽¹⁾ البكري، مرجع سابق، ص. 131.

⁽²⁾ فؤاد رشيد سمارة، **تسويق الخدمات السياحية** (عمان: دار المستقبل للنشر والتوزيع، 2001)، ص ص. 135-136.

⁽³⁾ Mike Wilson, **Le Management du Marketing** (Paris: dunod, 1996), p.162.

⁽⁴⁾ يوسف عثمان ردينة، **التسويق الصحي والاجتماعي** (عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع، 2007)، ص ص. 171-172.

- تقليل الشعور بالمخاطرة حيث أن الاتصال والتفاعل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها يلعب دور كبير في تقليل الشك وعدم التأكد والمخاطرة لان المستفيد يضع حياته بيد مقدم الخدمة.
- الاتصالات يجب أن تركز على فهم كيفية معالجة المستفيدين للكلم الواسع من المعلومات التي يتلقونها.
- التركيز على اختيار المعلومات المهمة والتي لها دور فعال على قرار شراء المستفيد.
- إن تحديد واختيار المعلومات المؤثرة على المستهلك يكون من خلال فهم طبيعة المستفيد والعوامل البيئية المحيطة به.

ب- التدريب : تغيير بيئة المنظمة يحتم عليها مواكبة هذا التغير قصد التأقلم معه، لذلك تلجأ المنظمات الصحية إلى إخضاع أفرادها إلى دورات تدريبية تطلعهم فيها على كل جديد من طرق وتقنيات وكل ما يمكنهم من تحسين أدائهم، فالأطباء العاملون والصيدالة العاملون للصحة العمومية مثلاً يقومون بصفة دائمة بتكوين وتدريب موظفي الصحة.

ج- الحوافز والمكافآت : نظراً للضغوط التي يواجهها الأفراد في المستشفيات وكذلك المشاكل اليومية والشخصية لهم ،كل ذلك أثر سلباً على معنويات مقدمو الخدمة وبالتالي على مستوى أدائهم. ولهذا كانت المكافآت والحوافز التي من طبيعتها تحسين أداء الموارد البشرية والتي تنقسم إلى معنوية ومادية والتي تمنح على أساس الأداء والأفكار. وقد توصل كل من Cherchill, Ford et walker إلى تحديد نموذج يوضح أهمية التحفيز بالنسبة للأداء.⁽¹⁾

← تحفيز ← جهود ← مستوى أداء ← مكافأة ← رضا ← تحفيز

وحسب هذا النموذج فانه عند تحفيز الأفراد في القطاع الصحي يبذل هذا الأخير مجهوداً أكبر في عمله مما يرفع من مستوى أدائه، وبذلك تترفع قيمة المكافأة أو الترقية التي يحصل عليها مما يعطينا مقدم خدمة راضي ومحفز من أجل بذل مجهود أكبر

د- المراقبة والتقييم: تتحمل المنظمة تكاليف كبيرة عند اختيار الأفراد الجدد وإخضاعهم للتدريب وتزويدهم بكل ما يحتاجونه من أجل القيام بعملهم على أكمل وجه. وفي المقابل تراقب المنظمة مستويات أدائهم وهذا لمعرفة مدى نجاحها أو فشلها في إدارة مواردها البشرية وجعلها أداة من أدوات تحقيق أهدافها العامة. فالمنظمة الصحية يمكنها إتباع جملة من الطرق لتقييم مراقبة أداء أفرادها من بينها طريقة أنظمة الشكوى وذلك سعياً منها لإرضاء زبائنهم من جهة، ومراقبة وتقييم أداء أفرادها من جهة أخرى ، فمن الضروري أن تقوم المنظمة بوضع أنظمة سهلة تمكن مرضاها من إيصال تظلماتهم وتظلماتهم التي من الممكن أن تساهم في اتخاذ القرار المناسب. بالإضافة إلى مسوحات رضا الزبائن من خلال إجراء دراسات دورية حول تقبل المرضى للخدمات ومدى رضاهم على مقدميها كترك قائمة أسئلة للمرضى المقيمين أو الزائرين تطلب فيها منهم إبداء آرائهم حول الخدمات المقدمة لهم.⁽²⁾

⁽¹⁾ Kotler et Dubois, op. cit., p.642.

⁽²⁾ الضمور، مرجع سابق، ص.291.

ثانياً: التسويق التفاعلي (العمليات، الدليل المادي)

1- العمليات (process)

أ- مفهومها

العمليات هي العنصر الرئيسي لأي خدمة تحدث وتسلم للزبون من خلال المزيج التسويقي لخدمات الزبون والذين سيدركون بأنفسهم إلى حد ما أن تسليم الخدمة هو جزء من الخدمة نفسها. وعليه، فإن قرار إدارة العمليات هو القرار الأكثر أهمية لتحقيق نجاح تسويق الخدمة.⁽¹⁾ وتتمثل العمليات بكافة الأنشطة والفعاليات التي تؤدي قبل وأثناء تقديم الخدمة الصحية وإدارة التفاعل بين مقدمها ومستقبلها. وتبدأ إدارة العملية منذ لحظة دخول المريض إلى المستشفى وفي قاعة الاستقبال، إذ سيولد لديه القبول المبكر للخدمة المقدمة من عدمه وذلك من خلال:

- دقة المواعيد المعتمدة في الاستقبال؛
- السرعة في الاستجابة إلى الطلب للحصول على الخدمة الصحية؛
- الكيفية في المخاطبة وصيغ التحدث مع المرضى؛
- القدرة على التجاوز على الأعمال الروتينية تقديراً لحالة المريض الصحية؛
- اللمسة الإنسانية التي تجسدها مهنة الطب... الخ.

ولا شك بأن هذه الإجراءات وغيرها لا تتم بدون أن يكون هناك تدريب وتطوير الكفاءات للعاملين على الاستقبال والتقديم للخدمة، وعليه يمكن القول بأن الفاعلية في إنتاج الخدمة الصحية بشكلها السليم دليل على التمايز في تقديم المستشفى للخدمة الصحية قياساً بغيرها من المستشفيات الأخرى.⁽²⁾ حيث أن جميع أنشطة الأعمال هي في الواقع عمليات، وتتضمن العمليات الإجراءات ووضع البرامج وميكانيزمات الأنشطة والروتين لأي أشطة أو منتجات تسلم للزبون، وكذلك تتضمن سياسة القرارات بخصوص توثيق ارتباط الزبون بالخدمة وحرية التصرف للعاملين.

وهناك بعض الأمور التي يمكن هندستها كي تساعد مقدم الخدمة في اكتساب مكانة إستراتيجية منها:⁽³⁾

- اختصار العمليات في خطوات منطقية وسلسة والتي تسهل عمليتي الرقابة والتحليل؛
- الأخذ بالحسبان العمليات الأخرى المتغيرة والتي تؤدي إلى مخرجات مختلفة؛
- التفاوت أو الانحراف في المعايير والتي تظهر العملية بأنها لم تتم بالوقت المحدد والدقة المطلوبة وبذلك يظهر الأداء السيئ.

وانطلاقاً من أهمية لحظات تقديم الخدمة، لما تتميز به من كونها لحظات التقاء منتج الخدمة أو مقدمها بمستهلكها (لحظات الصدق)، تحاول المنظمة الخدمية التركيز على هذه اللحظات الحيوية للخدمة

(1) العجارمة، مرجع سابق، ص.313.

(2) البكري، مرجع سابق، ص.132.

(3) العجارمة، مرجع سابق، ص.315.

والمنظمة المقدمة لها من خلال تجنب المشاكل والصراعات التي قد تحدث من جراء جهل الموظفين مثلاً بما يجب القيام به. كما تلجأ المنظمة الخدمية كذلك إلى إنشاء الخرائط، ورسومات بيانية تساعد على تحديد اللحظات المهمة في عملية تقديم خدماتها.

ب- تحديد الأدوار في عملية تقديم الخدمات

عادة ما تستدعي عملية تقديم الخدمة حدوث تفاعل بين مقدم الخدمة والزبون وهو تفاعل يعبر عن لحظاته بلحظات الصدق. ولكي يكون هذا التفاعل إيجابياً ويؤدي إلى تحقيق الأهداف المسطرة من طرف الإدارة ينبغي لكل طرف من طرفي هذا التفاعل تنفيذ مهام وواجبات (أدوار) معينة، وهذا وفقاً للتعليمات والإرشادات المطلوبة، حيث يمكن تعريف كل دور على أنه "مجموعة من الأنماط السلوكية المكتسبة من خلال الخبرة والاتصال، والتي تنجز من قبل الفرد في تفاعل اجتماعي مجدد (مثل مواجهة أو تلقي الخدمة) وذلك من أجل تعظيم فاعلية تحقيق الهدف".⁽¹⁾

ولما كانت فعالية هذا التفاعل لحظة مواجهة أو تلقي الخدمة، متوقفة على مدى معرفة كلا طرف في التفاعل بالدور المتوقع القيام به، ومدى تطابقه والسلوك الفعلي، مع الدور المتوقع منه، كان لزاماً على الإدارة تحديد هذه الأدوار تحديداً كاملاً وواضحاً، بحيث يعرف كل طرف ما يجب القيام به، وبهذا تبتعد الإدارة عن مشاكل الصراع والغموض الذي يطال هذه الأدوار ويؤثر سلباً على عملية تقديم الخدمة، وقد يظهر صراع بين الزبائن في شكل صراع على الأدوار عندما يتم خدمة أكثر من شخص واحد في الوقت نفسه. وتعتبر الوثائق والنشرات التعليمية أحد الأدوات المهمة في ذلك.

ج- استخدام الخرائط الخدمية والرسوم البيانية والهندسية

إن صعوبة وتعقد عملية تقديم الخدمة، حتمت على مسوقيها تبني وسائل وأدوات من بينها استخدام الخرائط الخدمية والرسوم البيانية والهندسية والتي عادة ما تستخدم في إطار بحوث العمليات، حيث ووفقاً لهذه الوسائل يتم تحليل عملية تسليم الخدمة إلى مكوناتها المختلفة، ثم وضعها في تسلسل، يتفق ومختلف المراحل التي يمر بها الزبون في سبيل الحصول على الخدمة، وهذا من أجل الوقوف على أهم المراحل التي يكون فيها الزبون على اتصال مباشر مع المنظمة أو مع الشخص المسؤول عن تقديم الخدمة، وكذا تركيز الجهود التسويقية على هذه المراحل التي تمثل لحظات صدق التي تحدث في سلسلة العلاقة والتفاعل مع الزبون، فالمنظمة ووفقاً لهذا التحليل⁽²⁾ يمكن تقسيمها إلى جزأين، جزء أول مرئي للزبائن وهو ما يعرف بالمكتب الأمامي وجزء غير مرئي وهو ما يعرف بالمكتب الخلفي والذي عادة ما يمثل الدعامة اللوجيستكية للخدمات، والشكل التالي يبين البنية الأساسية للخريطة الخدمية:

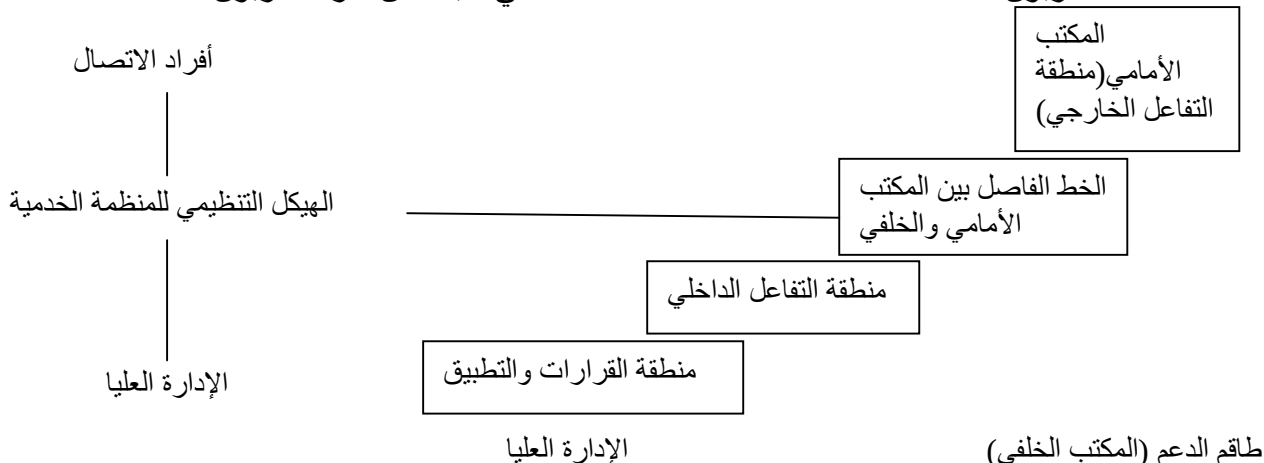
(1) الضمور، مرجع سابق، ص. 320.

(2) وهو تحليل جاء في إطار مفهوم إنتاج الخدمات servuction والذي جاء به كل من P. Eiglier et E. Langeard

الشكل رقم 20: البناء العام للخريطة الخدمية

تسلسل النشاطات كما هي متبعة من طرف الزبون

---الزبون



المصدر: هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات (دور وائل للنشر، 2002)، ص. 323.

فالملاحظ من الشكل أن الترتيب أو التسلسل الذي يتبعه الزبون يتوافق مع الخطوات أو المراحل المختلفة التي يمر بها في عملية تقديم الخدمة ، حيث أن كل خطوة تتضمن عناصر مرئية وأخرى خفية من عملية تقديم الخدمة

وانطلاقاً دائماً من وجهة نظر الزبون إلى هذه العناصر المرئية والخفية، فإن درجة المرئية أو الوضوح يمكن أن تتفاوت بدرجات مختلفة ، في مختلف مراحل العملية ككل، فقد يظهر اتصال قوي مع المنظمة الخدمية بعد عدد من الخطوات الخفية نسبياً. يبقى الهدف الأساسي من استخدام هذه الوسائل هو الحصول على معرفة أكثر تفصيلاً عن عملية توصيل الخدمة، بما فيها من موارد وقدرات وروتينات ضرورية ، حيث تظهر أي العناصر من العملية الخدمية ظاهر للزبون وأي منها خفي . إضافة إلى هذا فإن هذه الوسائل تساعد تحديد الوقت اللازم للمرور عبر المراحل المختلفة وبشكل متسلسل ، واتخاذ القرارات اللازمة فيما يخص تطوير وإنتاج خدمات جديدة وإيصالها للزبائن ، أو تبسيط الإجراءات والتفاعل من خلال مدخلات آلية .

2- الإظهار (الدليل) المادي (Physical Evidence)

أ- مفهومه

نظراً لكون الخدمة الصحية غير ملموسة فإن الأمر يستوجب إكسابها ذلك المستوى أو الدرجة من الجودة التي تجعلها أقرب إلى الملموسة لحد ما، وذلك من خلال الأدوات المستخدمة في العلاج والتشخيص، التجهيزات السريرية، المستلزمات الفندقية للمستشفى و الأثاث، الأبنية، التكييف...الخ. فالمقصود هنا بالإظهار المادي كافة الرموز المادية أو المنتجات المستخدمة في عملية الاتصال والإنتاج للخدمة الصحية.⁽¹⁾ وهذا الأمر من شأنه أن يولد الاستعداد المبكر لدى المريض في تقييمه الخدمة المقدمة له واتخاذ قرار القبول في الحصول عليها في هذه المستشفى أو غيرها.

(1) البكري، مرجع سابق، ص 132.

ب- عناصر الإظهار المادي:

تضم عناصر الدليل المادي كل المؤثرات المادية والمعنوية التي من شأنها التأثير على المستهلك ، وقد صنف الباحثون عناصر الإظهار المادي في مجموعتين:⁽¹⁾

- مجموعة العناصر المكونة للصفات المادية لمكان تقديم الخدمة، وتضم عدة أنواع منها فن العمارة، المظهر الداخلي والخارجي لمكان تقديم الخدمة. فالمظهر الخارجي لمبنى مكان تقديم الخدمة و كذا المواد المستخدمة في بناءه، وإمكانية توفره على موقف للسيارات و الإشارات كلها عناصر تسهل عملية الوصول إليه، زيادة على أنها تكسب المنظمة ميزة تنافسية . نفس الشيء بالنسبة للديكور الداخلي للمبنى وتصميمه، وما يحتوي عليه من أثاث ، أجهزة ، إشارات داخلية وألوان . ويلخص الجدول التالي العناصر الداخلية والخارجية المادية لبيئة تقديم الخدمة.

جدول رقم6: العناصر الداخلية والخارجية المادية لبيئة تقديم الخدمة

العناصر الخارجية	العناصر الداخلية
حجم البناء المادي	التصميم الداخلي
شكل وتصميم البناء	الألوان
تصميم مدخل البناء	المعدات ووسائل العرض
الإدارة الخارجية	الإضاءة الداخلية
المدخل	الإشارات الداخلية
الإشارات ومواقف السيارات	التكييف والتدفئة

المصدر: هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات (عمان: دار وائل للنشر، 2002)، ص.312.

- أما المجموعة الثانية من عناصر الدليل المادي، فتتمثل في العناصر المسؤولة عن الجو والشعور الداخلي الذي يسود مكان تقديم الخدمة والمتمثلة في الأفراد أو المشاركون في تقديم الخدمة كما سبقت الإشارة إليها سابقا ،دفء أو برودة العلاقات التي تربط مثلا بين الفريق التمرضي والمريض، لها أثر كبير على نفسية كل طرف من طرف، وبذلك على فعالية أداء مقدم الخدمة ، وعلى تقييم المريض لجودة الخدمة المقدمة له ، وعلى قراراته المستقبلية فيما يخص الخدمة ومقدمها. ومن هذه العناصر أيضا السمع والصوت فمقدم الخدمة يحاول دائما خلق الجو الملائم للتأثير على سلوك المستهلك ، فالفريق التمرضي مثلا يحاول دائما المحافظة على الجو الهادئ والساكن للمرضى من أجل راحتهم. كما أن الازدحام والاكتظاظ من العوامل المؤثرة سلبا على نفسية المستهلك(المريض) ، لما يعانيه من إضاعة وقت وجهد في سبيل تلقي خدمة معينة، كما يؤثر سلبا على نفسية مقدم الخدمة الذي يجد نفسه أمام حتمية بذل أقصى جهد لإرضاء اكبر عدد من المستهلكين مع المحافظة على مستوى معين من جودة الخدمات المقدمة.

(1) الضمور، مرجع سابق، ص.311.

ج- أهمية الدليل المادي

إضافة لما للدليل المادي من أهمية في جلب أنظار المستهلكين ، وإثارة اهتمامهم من خلال عناصر البيئة المادية الداخلية والخارجية المواكبة لعملية تقديم الخدمة كشكل المبنى، والألوان، وكذا سهولة التنقل داخل مواقع تقديم الخدمة. فالإظهار المادي يستخدم للتغلب على ثلاث مشكلات رئيسية في مجال الخدمات وهي: مشكلة اللاملموسية للخدمة ومشكلة صعوبة إدراك الخدمة من طرف الزبون بالإضافة إلى مشكلة نقل وتحويل الخدمات.

- الدليل المادي كأداة لجعل الخدمة أكثر ملموسية:

فالخدمات تختلف عن بعضها البعض من حيث درجة هيمنة العناصر غير الملموسة عن العناصر الملموسة فيها، والملاحظ أنه كلما زادت درجة هيمنة العناصر غير الملموسة كلما زادت صعوبة تسويق هذه الخدمة ، وتتطلب مجهودات إضافية من طرف المسوق. وفي هذا الصدد تقول شوستاك أنه كلما ازدادت درجة هيمنة العناصر غير الملموسة زادت درجة حاجة المسوق إلى تقديم أدلة وحقائق ملموسة تتعلق بمزايا ومواصفات ، باعتبار أن الزبون يرغب في الحصول على شيء ملموس، يؤكد له على أنه يستفيد فعليا من خدمة معينة.⁽¹⁾

ومن هذا المنطلق تحاول المنظمة التركيز على العناصر الملموسة في الخدمة المقدمة، وذلك من خلال توجيه مجهوداتها التسويقية نحو إبراز وتطوير هذه العناصر أو من خلال اقتراح دلائل مادية تمثل هذه الخدمات.

- الدليل المادي كأداة لتسهيل عملية إدراك الخدمة من طرف الزبون:

تعتبر عملية إدراك الخدمة ذهنيا من أكبر المشاكل التي تواجهها المنظمات الخدمية خاصة عندما يسيطر عليها الجانب غير الملموس فيها. فمستهلك الخدمة⁽²⁾ يحاول التشبث بكل شيء يمكن أن يعطيه فكرة، أو صورة معينة عن جودة الخدمات التي سيتلقاها. لذلك نجد أن المنظمة الخدمية تحاول أولا معرفة العناصر الملموسة الأكثر أهمية للمستهلك، ثم توجه تصرفاتها التسويقية نحو إدارة هذه العناصر، وذلك بهدف ربط فكر أو ذهن المستهلك بهذه العناصر التي تعتبر كمؤشر للجودة. فالمستشفيات التي تركز دائما على نوعية الأدوات المستخدمة في العلاج والتشخيص والتجهيزات السريرية والنظافة والهدوء في المستشفى، إنما هي ترجمة للطبيعة غير المادية للخدمة الصحية إلى أشياء ملموسة يحس بها المريض ويقيم على أساسها الخدمة المقدمة.

(1) نفس المرجع، ص. 170.

(2) ونخص بالذكر المستهلكون الجدد أو المجرّبون لخدمة جديدة.

- تصميم وتهيئة الدليل المادي:

يعتبر الدليل المادي من الأدوات الفعالة التي تسمح للمنظمة الخدمية بالتأثير على مدركات المستهلك وبالتالي على الصورة الذهنية للخدمة أو المنظمة. ولهذا تعد عملية إدارة الأدلة المادية المستخدمة من طرف المنظمة عملية مهمة جداً، توازيها صعوبة تصميم وتهيئة هذه الأدلة التي تعتبر الفضاء الذي تتم فيه عملياً إنتاج واستهلاك الخدمة، حيث تعد عملية تصميم وتهيئة الدليل المادي من أصعب العمليات التي تواجه المنظمة، ويرجع هذا لما لهذه العملية من أهمية في خلق الجو النفسي المريح لتقديم الخدمة، وللمشاكل التي تواجه المنظمات الخدمية فيما يخص أدلتها المادية. وقد ذكر كوال⁽¹⁾ نوعين من المشاكل التي تقف عائقاً أمام المنظمات التي تحاول تصميم وتهيئة أدلتها المادية بما يتوافق وأهدافها وحددها في مشكلتين أساسيتين:

المشكلة الأولى تتمثل في أن معرفتنا بتأثير البيئة والعناصر المكونة لها تعد محدودة نوعاً ما ، فمثلاً لا نعرف بدقة الألوان، الشكل ونوع الأثاث في تأثيرها على المستهلكين. ويبقى الحكم على أهمية هذه العناصر وعلاقتها ببعضها البعض تشوبه كثير من الأحكام الذاتية.

أما المشكلة الثانية فتتمثل في اختلاف الأشخاص أو المستهلكين في استجاباتهم للدلائل المادية المقترحة من طرف المنشأة الخدمية، وتزداد هذه المشكلة تفاقمًا كلما تعاملت المنشأة مع أنواع مختلفة من المستهلكين فمن الصعب جداً إرضاء جميع مستهلكيها. لذلك ومحاولة منها للتغلب على هذه المشكلة تحاول بعض المنشآت الخدمية استخدام طريقة الاستجابة للبيئة كمعيار نفسي في عملية تجزئة السوق، وذلك من خلال إقرانه بالمعايير الأخرى كالسن والجنس، المستوى الاجتماعي وغيرها من المعايير المستخدمة في تجزئة السوق إلى قطاعات المستهلكين، يفترض فيها التجانس في استجابتها للمجهودات التسويقية المبذولة من طرف المنظمة.

ولا شك بأن هذه العناصر وغيرها في المستشفى يمكن أن تخلق الراحة والرضا المسبق لدى المريض في تقبله للعلاج أو التشخيص سواء كان ذلك أثناء تلقيه الخدمة الصحية أو قبلها وحتى بعدها.. ولذلك فإن القائمين على تسويق الخدمة يسعون إلى إبراز الجوانب المادية وغير المادية الأخرى في المستشفى والتي تتمثل في تصميم وترتيب ونظافة المستشفى، خدمات التمريض المضافة التي تقدم للمرضى والراقيدين فيها، الاختيار المناسب لمواقع تقديم الخدمات الصحية المختلفة داخل المستشفى وبما يحقق السهولة واليسر على المريض في إنجازها... الخ. والتي تقود في النهاية إلى خلق الانطباع الإيجابي الذي يأخذه المريض عن المستشفى بعد مغادرته لها.

وختاماً فإن خدمة المستهلك هو الجوهر الذي تدور حوله عناصر المزيج التسويقي الصحي وهذا يعني المزيد من النوعية في الخدمة المقدمة للمرضى والسعي إلى بناء علاقة وطيدة ومتينة مع المستهلك لا تنتهي بانتهاء تقديم الخدمة الصحية العلاجية أو الوقائية.

(1) نقلاً عن نفس المرجع، ص.310.

خلاصة الفصل الثاني

مما سبق يتضح أن السبب الأساسي في نجاح أي خطة تسويقية يرتكز أولاً وقبل كل شيء على الاهتمام بالمستهلك من حيث حاجاته ومتطلباته، فالمستهلك (المريض) لا يهتم أن يكون المنتج مربحاً للمنظمة أم لا بقدر ما يجب أن يكون مطابقاً لمستوى التوقعات التي ينتظرها من خلال استهلاكه، أو بصورة أكثر دقة انتفاعه من منتج معين يستوجب أن تركز المنظمة جهودها على التوقعات التي يتصورها المستهلك ومدى ثباتها أو تغيرها وحجم التغير فيها وكيفية التجاوب معها.

هذا ما أوجب تطبيق إستراتيجية محكمة من أجل تبني سلوك معين من جمهور معين. وذلك بدءاً بالتسويق الاستراتيجي من خلال بحوث السوق الصحي إلى تجزئة هذا السوق وصولاً إلى تثبيت صورة ذهنية معينة في ذهن المستهلك (المريض) عن الخدمة المقدمة له. ولا يتم تنفيذ ذلك إلا من خلال تطبيق مختلف سياسات و استراتيجيات المزيج التسويقي الخاص بها، والذي يأخذ طابعاً خاصاً في المنظمات الخدمية فيشمل إضافة إلى العناصر التقليدية (4p's)، الأفراد أو العاملون من خلال التسويق الداخلي الذي يشملهم باعتبارهم زبائن للمنظمة، مضاف لهم الدليل المادي الذي يشجع هؤلاء الأفراد على التجاوب، والذي يشجع أيضاً المستهلكون (المرضى) للتفاعل مع مقدم الخدمة لحظة تقديم الخدمة من خلال التسويق التفاعلي ليصبح بذلك المزيج التسويقي يشمل على سبعة عناصر (7p's).

وهكذا يمكن القول أن تطبيق التسويق على الخدمات الصحية من خلال أهدافه واستراتيجياته وأدواته يستطيع أن يرفع من مستوى أداء المنظمات الصحية بهدف تحقيق رضا المريض بشكل خاص وتحسين مستوى الرعاية الصحية لأفراد المجتمع بشكل عام، كأحد الوظائف الاجتماعية التي يجب أن يؤديها المستشفى كضمان أو لعدم المساس بالحقوق الدنيا أو الأساسية لحياة الإنسان.

الفصل الثالث

دراسة ميدانية للمركز الاستشفائي الجامعي
بباتنة-

الفصل الثالث: دراسة حالة المستشفى الجامعي -باتنة-

المقدمة:

يعتبر التسويق في المجال الصحي موضوعا جديدا نسبيا ومثير للجدل والنقاش بين المهتمين بالموضوع، رغم التحفظات والمضامين السلبية التي يبدونها المنتقدون لفكرة التسويق في هذا القطاع. وبغض النظر عن الجدل في هذا الصدد فمن الواضح أن المؤسسات الصحية في الجزائر ولسنيين طويلة قد تبنت ومارست أنشطة شبيهة تسويقية كأنشطة العلاقات العامة وتسهيل حصول المريض على الخدمة الصحية.

إن المتأمل في الحالة الصحية بالجزائر يجد بأنها تتميز باقترابها لأمراض الدول النامية والمتمثلة في الأمراض المتنقلة وكذلك الأمراض المزمنة كالسرطان والسكري والأمراض التنفسية، ولكن ومن خلال ما تشير إليه بعض الإحصائيات والمؤشرات التي تنشر من حين لآخر في وسائل الإعلام نلاحظ بعض التحسن في الحالة الصحية والديموغرافية بالجزائر مقارنة عما كانت عليه في السنوات الماضية.

يتناول هذا الفصل الطرح السابق في بحثين، يعتبر المبحث الأول نظرة شاملة لواقع الصحة بالجزائر من خلال التعريف بالخدمات الصحية العمومية في الجزائر عامة وفي مدينة باتنة خاصة، حتى نأخذ فكرة موجزة عما هي عليه الهياكل الصحية بالجزائر ومدى حركية وتطور هذا القطاع، بالإضافة إلى السياسة الصحية المتبعة في الجزائر. لننتقل إلى حالة هذا القطاع في مدينة باتنة، بالتركيز على المركز الاستشفائي الجامعي وهو ميدان الدراسة الميدانية باعتباره أهم قطاع حيوي في حياة المواطن. لكي يواصل هذا المبحث طرح الإشكالية حول واقع الخدمات الصحية المقدمة في المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة، وكيف يمكن تحسين أداء خدماتها من خلال اختبار الفرضية الميدانية حول تبني المفاهيم التسويقية في المستشفى من أجل تحسين الخدمات المقدمة فيه، وذلك من خلال المبحث الثاني الذي جاء شامل لخطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير نتائجها، من خلال استعراض منهجية البحث الميداني، ثم المعالجة الإحصائية للمعلومات، ليتم بعدها تحليل وتفسير النتائج المتحصل عليها.

المبحث الأول: الخدمات الصحية العمومية في الجزائر عامة وفي مدينة باتنة خاصة

تقاس درجة تقدم المجتمع بالمستوى الصحي لشعبه، و لا يتسنى ذلك إلا من خلال الخدمات الصحية التي تقدمها منظماتهم الصحية. ولهذا جاء هذا المبحث ليعطي لنا صورة واضحة عن واقع المنظومة الصحية وخدماتها على مستوى الجزائر عامة وعلى مستوى مدينة باتنة خاصة.

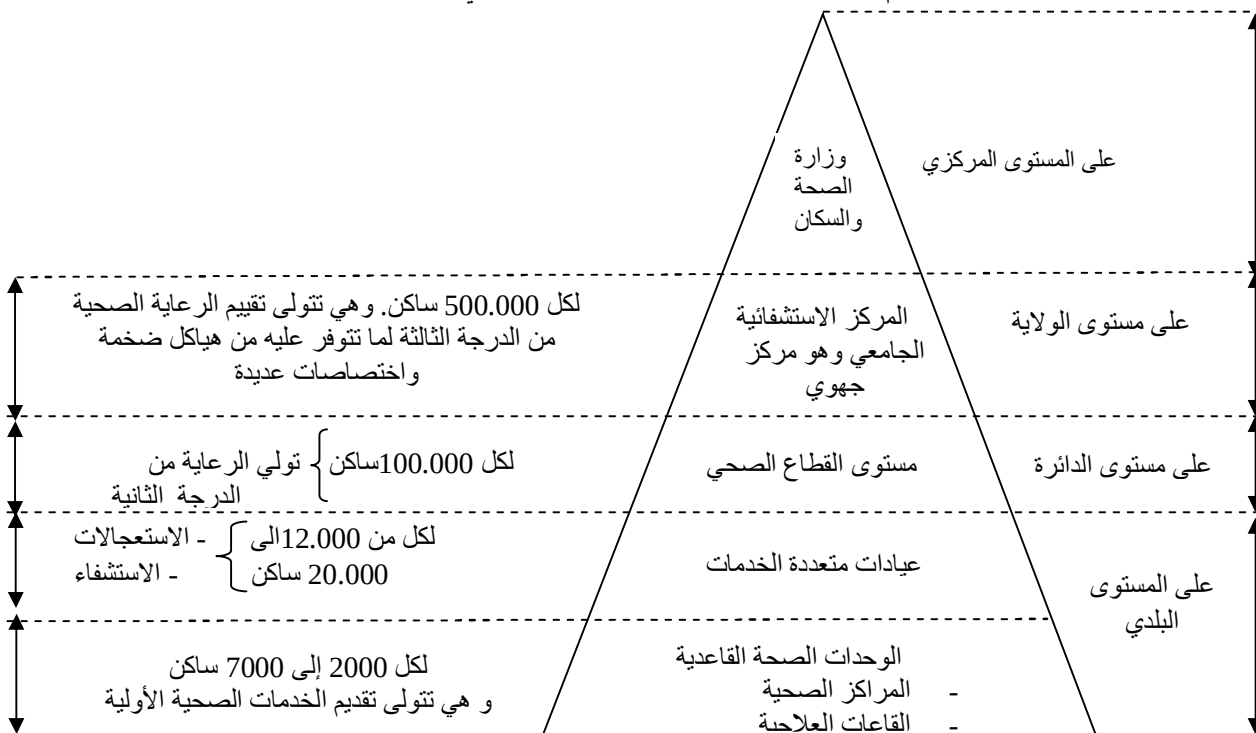
المطلب الأول: مدخل عام حول الخدمات الصحية العمومية في الجزائر

ترتبط كلمة الاستشفاء بوجود أسرة لإقامة المرضى للعلاج و التداوي، وبهذا كانت المستشفى⁽¹⁾ إحدى المؤسسات التي تساهم في تحقيق الرعاية الصحية من وقاية وعلاج وجراحة لأفراد وجماعات المجتمع، وأداء البحوث وتكوين الموارد البشرية في المجالات الطبية والتمريضية والعلوم الطبية، مما أوجب زيادة اهتمام الدولة الجزائرية بإنشائها والإنفاق عليها.

1- تنظيم وهيكلية الخدمات الصحية في الجزائر

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها. ويوضح الشكل الموالي الصورة السلمية لنظام الخدمات الصحية في الجزائر.

الشكل رقم 21: سلمية الخدمات الصحية العمومية في الجزائر



المصدر: مديرية الصحة والسكان

ولكي يتضح الأمر أكثر يتم شرح وتحليل مختلف المستويات المشكلة لهذا الهرم على النحو التالي:

(1) اشتقت كلمة مستشفى من الكلمة اللاتينية (Hospitium) والتي تعني مكان استقبال الضيف، والمستشفى حسب تعريف الجمعية الأمريكية للمستشفيات هي مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتنويم وخدمات طبية تضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين.

أولاً: على المستوى المركزي: يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتكون من:

أ- الوزير: يقوم وزير الصحة والسكان بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال: (1)

- وقاية صحة السكان ورعايتها؛
 - التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛
 - التنظيم الصحي والخريطة الصحية؛
 - العلاج الطبي في الهياكل الصحية؛
 - تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين؛
 - العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات؛
 - ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها؛
 - دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة؛
 - التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛
 - الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي؛
- وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:
- ب- ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون بالديوان وعددهم أربعة (04)، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.
- ج- الأمانة العامة: تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

د- المفتشية العامة: يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية: (2)

- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية ؛
- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛
- العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛
- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

(1) بموجب المرسوم التنفيذي رقم 90-124 المؤرخ في 30 أفريل 1990.

(2) بموجب المرسوم التنفيذي رقم 90-188 المؤرخ في 23 جوان 1990

هـ- المديريات المركزية: وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

ثانيا: على المستوى الولائي:

أ- مديرية الصحة والسكان:

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقّد ظروف تخزينها وإعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية الاجتماعية (CMS) التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم. كما أنها لا تنهون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

ب- المراكز الاستشفائية الجامعية

أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974⁽¹⁾، وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي (660 إلى 700 سرير) ومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة. يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناءا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي.⁽²⁾ بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز ألاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية. وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء، بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي:

- الميدان الصحي؛

(1) بموجب قانون رقم 74-100 الصادرة في 13 جوان 1974.

(2) المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 12/12/1997.

- الميدان التكويني؛

- ميدان الدراسة والبحث.

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

ثالثا: على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية)

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة⁽¹⁾ ووحدات صحية قاعدية)، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية. وللد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقا لسمية العلاج (hiérarchisation des soins) تم إنشاء قطاعات صحية فرعية (sous secteurs sanitaire) المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة. وهي تتكون على الترتيب من :

أ- عيادة متعددة الخدمات (Polyclinique) مهمتها:

- تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة؛

- الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛

- تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

ب- المركز الصحي (Centre de santé) : ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

- قاعات العلاج (salle de soin): وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000-2000 ساكن.

ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007⁽²⁾، تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

- المؤسسات العمومية الاستشفائية (Etablissement Publics Hospitalier (EPH)

- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (Etablissements publics de santé de proximité (EPSP)

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (Etablissements Hospitaliers spécialisé (EHS)

وقد ألغيت المراكز الصحية (Centres de santé) لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة

الخدمات (Polycliniques)، أو إلى قاعات للعلاج (salles de soin) حسب حالة وضعيتها المادية.

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) حسب المرسوم التنفيذي هي مؤسسة عمومية ذات

طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من

هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

(1) المنشأة الاستشفائية المتخصصة هي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهاز عضوي معين أو مجموعة ذات عمر معين. مثل مستشفى الأمراض العقلية، مستشفى أمراض السرطان، أمراض الأطفال...

(2) قرار المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى، عام 1428 الموافق مايو سنة 2007.

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة. تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان ، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

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

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

أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج. تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

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

- الوقاية والعلاج القاعدي؛
 - تشخيص المرض؛
 - العلاج الجوارى؛
 - الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛
 - الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛
 - تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.
- وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

2- ديناميكية مدخلات القطاع المادية والبشرية (1)

سجل السلك الطبي نموا قدرت نسبته بحوالي 70 بالمائة خلال هذه العشرية في الهياكل العمومية، بتسجيل ارتفاع في عدد الأطباء الممارسين من 21000 (4000 منهم أخصائيون) في سنة 1999، إلى 35000 طبيب ممارس (منهم 13000 أخصائيون) في سنة 2007، وقد تمت مرافقة ذلك بتدعيم حضور أطباء أخصائيين في المدن الداخلية بالبلاد. وعليه فإن عدد الأطباء الأخصائيين العاملين في هياكل الصحة العمومية عبر ولايات الهضاب العليا، قد ارتفع من 307 في سنة 1999 إلى 2174

(1) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 15 سبتمبر 2008.

في سنة 2007. أما بالنسبة لولايات الجنوب، ارتفع عدد الأطباء الأخصائيين الذي لم يكن يتجاوز 80 في سنة 1999، إلى 1000 في سنة 2007.

إن تسيير المنشآت الطبية يبقى يشكل أيضا أولوية من خلال التسيير المختص بالمستشفيات، و ذلك من خلال برامج تكوين أولي ومتواصل للمسيرين الذين استفاد نحو 1000 منهم من تكوين في مجال تسيير إدارة المستشفيات، في حين أن حوالي 400 آخرون يتابعون حاليا تكويننا. في هذا الخصوص، ستحول المدرسة الوطنية للصحة العمومية إلى مدرسة لتسيير إدارة المؤسسات الاستشفائية.

وتجدر الإشارة إلى أن عدد أسرة المستشفيات العمومية ارتفع بشكل محسوس من أقل من 54000 في سنة 1999، إلى قرابة 68000 في سنة 2007، أي تسجيل في ظرف عشرية زيادة تعادل كل ما أنجزته الجزائر من مستشفيات من الاستقلال إلى سنة 1998.

وفي المقابل، فإن قطاع الصحة مازال يعاني من نقص في أعوان شبه الطبي الذي يتعين استدراكه، حيث بلغت عدد مدارس التكوين الشبه الطبي (EFPM) 35 مدرسة لسنة 2007، إلا أن الحاجيات الإضافية المنتظرة ما بين 2010 و 2015 تقدر ب 40000 إطار.

وفي مجال الأدوية، تم إنشاء وكالة وطنية للمنتوجات الصيدلانية، وستصبح عملية قريبا، إذ تكمن مهمتها في التسجيل و التصديق و مراقبة النوعية. ومن جهة أخرى، تزود المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية بمصلحة للكيمياء المتخصصة مهمتها تدعيم مراقبة المواد الفعالة، و مكافحة التقليد. كما سيخول لهذا المخبر صلاحيات السلطة العمومية. من جهة أخرى، فإن ترقية الأدوية الجينية شكلت محور تحديد نسبة مئوية أدنى للأدوية الجينية عند استيراد الأدوية، في الوقت الذي شرع فيه في دراسات حول المطابقة البيولوجية للأدوية الجينية من أجل توسيع استعمالها. كما اتخذت عدة إجراءات قصد تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية الجينية، موازاة مع إجراءات تحفيزية جديدة ستتم المبادرة بها لاحقا تجاه الصيدليات قصد ترقية هذه الأدوية.

وبهدف تلبية طلبات المواطنين، تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود هامة للاستثمار من طرف الدولة، بغية توسيع و تدعيم شبكة المنشآت الصحية من أجل تكفل أفضل بالمريض، و من أجل تحقيق تغطية طبية أفضل. وعليه، فبالنسبة للفترة الممتدة من 2005 إلى 2008 فقط، استفاد القطاع الصحي من 244 مليار دج من الاستثمارات العمومية من أجل إنجاز مجموع حوالي 800 منشأة منها:

- 20 مستشفى يتسع كل واحد لأكثر من 200 سرير؛

- 70 مستشفى آخر يتسع كل واحد لأقل من 200 سرير؛

- 260 مستشفى و مركز مختص؛

- 133 عيادة متعددة الخدمات و 214 قاعات للعلاج.

و من هذا المجموع:

- تم استكمال 152 إنجازا؛

- يوجد حوالي 400 مستشفى طور الإنجاز؛

- سيتم إطلاق عن قريب 200 مشروع آخر تم تسجيله مؤخرا.

وعليه فإن الهياكل الصحية العمومية قد شهدت تطورا معتبرا وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم 7: تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من 1996-2006

الهياكل الصحية العمومية	1996	1998	2000	2006
مراكز استشفائية جامعية (CHU)	13	13	13	29
هياكل استشفائية (SH)	185	187	224	231
مؤسسات استشفائية متخصصة (EHS)	21	31	31	36
عيادات متعددة الخدمات (Polycliniques)	446	478	488	520
مراكز صحية (Centre de santé)	1098	1126	1210	1420
قاعات للعلاج (salle de soin)	3748	3780	3975	4684

المصدر: مديرية الصحة والسكان

يتضح من الجدول أن هناك تطور ملحوظ في الهياكل الصحية خلال هذه العشرية، أما العيادات الخاصة فقد سجلت في سنة 2006 ما يلي:

جدول رقم 8: العيادات الخاصة في الجزائر سنة 2006

العيادات الخاصة	عددها
عيادات طبية (cliniques médicales)	24
عيادات طبية جراحية (Medico- chirurgicales)	160
عيادات تصفية الدم (Hemodialyse)	57

المصدر: مديرية الصحة والسكان

كما عمل قطاع الصحة العمومية على تنظيم العلاج على عدة مستويات لتقريب العلاج القاعدي، و العلاج المتخصص من المرضى، و تقليص الضغط على مصالح الاستعجالات. وهذا ما أدى إلى المبادرة ببرنامج لتكثيف مصالح المناوبة، كما تم إنشاء 168 وحدة خاصة بطب الأورام على مستوى المستشفيات العامة التي ستجنب المرضى التنقل و الانتظار، و ستخفف الطلب على مستوى المراكز المتخصصة.

بالإضافة إلى تعميم الوقاية على كافة الأصعدة من بعض الأمراض التي تراجعت، و التكفل بالصحة المدرسية و الجامعية، و لاسيما التكفل بصحة الأمهات و الأطفال (96 بالمائة من الولادات تتم في وسط طبي). أضف إلى ذلك تعزيز الوسائل من خلال إنجاز 16 مصلحة، و 185 وحدة إضافية لصحة المولود الجديد، و إبقاء تعميم التطعيم ضد أبرز الأمراض التي يمكن التحكم فيها من خلال التطعيم. ولم تهمل الدولة السن المتقدم للسكان (معدل أمل الحياة عند الولادة كان يبلغ 47 سنة خلال 1962 مقابل 75 سنة خلال 2007)، و كذا التغيير الذي طرأ على النمط المعيشي حيث أنها علاوة على الوقاية، فقد عززت وسائل مكافحة بعض الأمراض كالسرطان، وأمراض القلب والشرابيين، وداء السكري والربو، وبعض أمراض العيون، علاوة على الصحة العقلية.

من جهة أخرى، أظهرت حصيلة القطاع تطورا واعدا في العلاج ذو النوعية الراقية الذي يقدم، لاسيما على مستوى زرع الأنسجة والأعضاء، وأهم الأمراض التي تستدعي التنقل قصد العلاج بالخارج. في هذا الإطار، فإن العلاج ذو النوعية الراقية عرف تقدما معتبرا، إذ أنه مدعم للاستمرار

والتعميم بشكل محكم و تدريجي، بالاستفادة من تأهيل المجالات التقنية مما سمح لأغلبية هياكل الصحة العمومية باقتناء تجهيزات بيولوجية وطبية حديثة.

مما سبق يتضح أن هناك اهتمام كبير بالقطاع الصحي من طرف الدولة، وهذا ما يترجمه التقدم الكبير الذي سجلته البلاد في ميدان الهياكل الطبية ومواردها المادية والبشرية بشتى أنواعها، بالإضافة إلى التحسن الذي سجلته مؤشرات الصحة التي أضحت تقارب تلك المسجلة في البلدان المتقدمة (بدليل التراجع المحسوس لنسبة الوفيات في شتى الفئات، و الارتفاع المحسوس للأمل في الحياة عند الولادة).

3- تطور نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

عرف نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر عدة تحولات، يمكن تقسيمها إلى أربعة مراحل أساسية هي:

المرحلة الأولى: من 1962 إلى 1973:

ورثت الجزائر غداة الاستقلال منظومة صحية قائمة على أسس وتنظيمات المنظومة الفرنسية آنذاك. ابتداء من 1963 عملت الحكومة للحد من مختلف التشريعات القائمة وإدخال نوع من الاستقلالية في التسيير. ظهرت في هذه المرحلة ثلاث مصادر لتمويل النفقات الصحية وهي:

- التكفل بالنسبة الكبرى من النفقات الصحية من طرف الدولة والجماعات المحلية وقد وصلت هذه النسبة إلى 60%. يستفيد من هذا التمويل الأشخاص المحرومين، عديمي الدخل، أصحاب الحقوق...

- يقوم الضمان الاجتماعي بتغطية 30% من النفقات العامة للهياكل العمومية التابعة لقطاع الصحة عن صناديقه الجهوية والتي تغذى بواسطة اشتراكات العمال الأجراء.

- الجزء المتبقي مصدره المساهمة المالية للأفراد الميسورين وأصحاب المهن الحرة.

التسعيرة الخاصة بالخدمة الصحية المقدمة كانت تحسب في هذه المرحلة على أساس السعر اليومي المقرر سنويا.

المرحلة الثانية: من 1973 إلى 1989:

هذه المرحلة التي سميت بمجانية العلاج⁽¹⁾، حيث أصبح العلاج مجانا في كل المؤسسات العمومية، بالإضافة إلى التغيرات التي مست نسبة مساهمة التمويل في تغطية النفقات الصحية، مست أيضا التغيرات طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة، حيث عرفت تعويض سعر اليوم بالميزانية الجزافية الشاملة. وقد قسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة إلى:

- الهياكل العمومية للصحة: التي تضمنت القطاعات الصحية، المراكز الصحية الجامعية والمتخصصة التي تمثل القاعدة الأساسية في توزيع العلاج.

(1) الأمر الصادر في 28 ديسمبر 1973، رقم 78-65 المتعلق بمجانية العلاج.

- القطاع الشبه عمومي: وهو يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالاشتراك مع مؤسسات عمومية ، ويستفيد من خدماته العال وعائلاتهم.
- القطاع الخاص: في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيرا واقتصر دوره في بعض عيادات التشخيص للأطباء عامين ، أخصائيون، أطباء أسنان...

لم تظهر مشاكل تمويل في بداية هذه المرحلة نظرا لليسر المالي آنذاك، وصولا إلى سنة 1986 وبظهور أزمة مالية خانقة ناتجة عن انهيار أسعار البترول التي أدت إلى انكماش الموارد المالية الممنوحة من طرف الدولة. في مرحلة موالية وابتداء من 1988 انخفضت الموارد المالية في صناديق الضمان الاجتماعي لانخفاض اشتراكات العمال مع بداية التسريحات العمالية من المؤسسات العمومية. وقد أدى ذلك إلى التفكير في تخفيف الضغط على الموارد المالية العمومية وإيجاد موارد مالية أخرى.

المرحلة الثالثة: ابتداء من 1994 إلى 2006:

مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركة المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد. وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية : الطب العام بـ 50 دج، الطب المتخصص بـ 100 دج وذلك كمرحلة أولى.⁽¹⁾ في مرحلة موالية يتوسع ذلك ليشمل الإيواء، الإطعام، التحاليل الطبية.

تتكون المنظومة الصحية في هذه المرحلة من القطاع العمومي، القطاع الشبه العمومي، والقطاع الخاص. هذا الأخير الذي بدأ يرى النور ابتداء من 1990 أين فتح المجال أمام المستثمرين بإنشاء مراكز صحية خاصة. وما يؤخذ على هذه المرحلة عدم وجود تشريع واضح ينظم نشاط الممارسين الخواص من حيث اختلاف تسعيرة الخدمة من ممارس إلى آخر هذا من جهة، من جهة أخرى عدم مسك وثائق محاسبية تبرز التكاليف والإيرادات الناتجة عن نشاطاتهم.

المرحلة الرابعة: من 2006 إلى يومنا هذا:

و تمثل هذه المرحلة بداية تجسيد النظام التعاقدي للعلاج في المستشفيات، وذلك عبر مراحل تدريجية حتى يتم تطبيقه بصفة نهائية في أواخر سنة 2009. حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرضى الأجاء عن طريق الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS)، والمرضى غير الأجاء عن طريق الصندوق الوطني لغير الأجاء (CASNOS) ، أما عديمي الدخل فتكون بمساهمة الدولة عن طريق مديرية الضمان الاجتماعي (DAS). وذلك من أجل تخفيف العبء على خزينة الدولة، والتحكم المحاسبي الدقيق لتكاليف العلاج.

⁽¹⁾ Ministère de la santé et de la population, circulaire N° 01/MSP/CAB/MIN du 08 Avril 1995.

4- نشاطات المنظومة الصحية

- تميز المنظومة الصحية ست نشاطات تختلف أهميتها وأهدافها من نشاط إلى آخر وهي كالآتي:⁽¹⁾
- أ- العلاج الطبي أو التطبيب: وتتكون من مجموع النشاطات التي تسعى للتشخيص والعلاج، الهدف منها هو إشباع الحاجة الفردية من الصحة. يعمل على أداء هذه المهمة: الأطباء، أطباء جراحة الأسنان، الصيادلة... سواء كانوا ينشطون في مستشفى عام أو عيادات خاصة.
- ب- الوقاية الصحية: إذا كان العلاج الطبي هدفه الصحة الفردية، بالمقابل الوقاية الصحية تتدخل قبل ظهور أعراض المرض، وهدفها هو الصحة الجماعية، هناك مستويان للوقاية هما:
- الوقاية الصحية الأولية: التي ليس للسلك الطبي تدخل مباشر فيها تهدف للقضاء على أسباب الأمراض، فمنها ما يخص البيئة (معالجة المياه، محاربة التلوث، الوقاية من حوادث المرور، التغذية الحسنة والسكن اللائق...). ومنها ما يخص الوقاية الفردية، التي تعتبر مسؤولية كل فرد (التغذية المتوازنة، ممارسة الرياضة...)
 - الوقاية الصحية الثانوية: هذا النوع من الوقاية من اختصاص الأطباء، هدفها منع ظهور الأمراض، مثل التطعيم، التحاليل الطبية، الفحوصات الوقائية.
- ج- نقل المرضى: هذا النشاط يضم مجموع الوسائل المتنقلة التي تساهم في نقل المريض من مكان تواجدته إلى المستشفى أو نقل الطبيب من المستشفى أو العيادة إلى مكان تواجد المريض إذا استدعت الضرورة ذلك. هذه الوسائل عبارة عن سيارات الإسعاف، نقل عمومي، نقل خاص.
- إن حوادث المرور وبعض الحالات الخطيرة تستدعي تدخل وسائل النقل والإسعاف المتطورة لمعالجة المريض في مكان تواجدته، أو نقله في أسرع وقت إلى أقرب مستشفى.
- د- التدريس الطبي والبحث العلمي: التعليم الطبي يسمح بتكوين إطارات الصحة، هذا هو سبب ضم المنظومة لهذا النشاط فهم الناشطين في المحافظة على صحة الأفراد. حيث تلعب المعاهد الطبية والمستشفيات بمختلف أنواعها وتخصصاتها دور كبير في مجال التكوين والتدريب الطبي. حيث تعمل المعاهد على تكوين وتدريب الطلبة في ميدان الصحة، وتعمل المستشفيات على تطوير مهاراتهم وقدراتهم. حيث يتخرج كل سنة مجموعة هامة من: الأطباء، جراحي الأسنان، الصيادلة، التقنيين السامين في الصحة، الممرضين...
- هـ - مصالح التسيير العام للمؤسسات الصحية: مصالح التسيير يقصد بها الإدارات العامة، إدارات المؤسسات التأمينية، التي تهدف إلى تسيير الموارد الجماعية للسكان من جانب الصحة، وإدارة أموال التأمينات من أجل تغطية النفقات العلاجية للمؤمن عليهم.

(1) مديرية الوسائل المادية

6- السياسة الصحية في الجزائر:

تعتبر السياسة الصحية عنصرا أساسيا في أي سياسة و بأية إيديولوجية، و ما هو معروف أن أي سياسة كانت هي وليدة حاجات المجتمع، ولا بد لها من رسم خطة قصد بلوغ أهدافها ببعض الوسائل لتكون في المجموع برنامجا و هذا ما أشار إليه جوزيف ستايكوس مدير سابق للسكان و الصحة الدولية بالأمم المتحدة " قد تكون هناك سياسات بدون برامج لكنها لا تعمر طويلا".⁽¹⁾ من هنا يتضح لنا أن أي سياسة لا يدعمها برنامج فهي عمل عشوائي يسير دون تحقيق النتائج المرجوة، لذا فالسياسة الرشيدة تتضمن نظرية، أو منطلقات نظرية تربط الأهداف بالوسائل، فتؤثر على المواقف و السلوكيات.

وفي ظل الاجتماع البشري، و في ظل سياسة السلطة الاجتماعية ينشأ العمران و تكثر الصنائع و منها صنعة الطب، و هي من مستلزمات المدينة و الحضارة. من هنا نقول إن السلطة السياسية هي ظاهرة اجتماعية ملازمة لكل مجتمع لكنها بأشكال مختلفة، و تتضمن بنى رمزية مختلفة تجسد هذه الممارسة و تضيف عليها الشرعية، فتحدث أنماط سلوكية و تغييرات في أنماط الحياة و منها الصحة و المرض ذلك أن برامج الرعاية الصحية تعتبر جزءا أساسيا في منهاج الدولة و سياستها العامة لذا تقدم الدولة لأفراد مجتمعها برامج وقائية و علاجية، من خلال شبكة من الأجهزة و المؤسسات كالمستشفيات و العيادات، مصانع الأدوية، و العناية بالأم و الأسرة. لأن عدم وقاية هذه الشريحة الأساسية في المجتمع يعني ضعف الأمة و هوانها، مما يجعلها عرضة للمخاطر. و هذا ما يسمى بالسياسة الصحية للأسرة و المجتمع والتي تأخذ بالمعايير التالية:

- التدابير الحكومية ذات الأثر الفعال على الصحة.

- التدابير الحكومية التي تمت بصلة إلى ميادين أخرى، شريطة أن تتضمن أهدافا صحية.

- تدابير حكومية لا صلة لها بالصحة، لكن و مع ذلك تسفر عن تأثيرات صحية واضحة.

أما عن الصحة في الجزائر فهي لم تزل أزمة تثير الكثير من الجدل و النقاش، لكن الجدل في النقاش الحالي هو المرسوم التنفيذي رقم 69/168⁽²⁾. والذي يمنح للخواص الاستثمار في القطاع الصحي لأول مرة في تاريخ السياسة الصحية بالجزائر. هذا القرار كان بين وزارتي الصحة و المالية و الذي بموجبه يحدد ثمن العلاج و يلغى الطب المجاني، إلا أن الوزارة التزمت بحماية الطبقة المحرومة و غير المؤمنين و المقدرة بـ 24 مليون نسمة.

المعني الأول السيد وزير الصحة⁽³⁾ برر إجراءات استثمار القطاع الخاص و تغيير تسعيرة العلاج و الأشعة و الإقامة بالمستشفى بحتمية تغيير نمط التسيير الذي يتلاءم مع نمط دخول الجزائر اقتصاد السوق، كما أرجع هذا إلى ديون القطاع و المقدرة بـ 104 مليار دينار جزائري، واعتمد في هذا

(1) نقلا عن سالم الكسواني، السياسة السكانية و التنمية، بحث مقدم للمؤتمر العربي الأول، عمان 1985، ص 11.

(2) المؤرخ في 06 فيفري 2002 و المعدل للمرسوم 204/88 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988.

(3) التقرير السنوي لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، وسائل الإعلام جانفي 2002

مبدأ يدفع حسب قدرته و يعالج حسب حاجياته لتنتقل بذلك الصحة من خدمة إلى سلعة هذا ما أوجت إليه عدة مؤشرات منها:

- عدم العناية بالمريض؛
- نقص الأدوية في المستشفيات؛
- ارتفاع سعر الدواء؛
- عدم تعويض بعض الأدوية خاصة المقويات التي تمنح عادة لسوء التغذية و فقر الدم.⁽¹⁾
- عدم وجود أسرة داخل المستشفيات؛
- مطالبة المريض بجلب الدواء للعلاج في المستشفى؛
- ثقل الديون و إفلاس المؤسسات الصحية العامة.

وبهذا دلت المؤشرات على أن خيارات نمطية و بدائل على الواقع الصحي للأسرة الجزائرية سيظهر للوجود ممثلا في إلغاء مجانية العلاج تحت وطأة الفقر و الوضع الاقتصادي المزري بحجة تقويم المؤسسات الصحية و تحسين الخدمات، و بهذا التقرير تقر وزارة الصحة بان الأزمة الصحية ستزول بانتقالها من خدمة إلى سلعة بتطبيق رفع ثمن العلاج و مبدأ الدفع حسب القدرة و العلاج حسب الحاجيات، بالإضافة إلى التقليل من الأعباء المالية. كما أن النمط الصحي القاضي بإدخال القطاع الخاص و المستثمرين هو القادر على حماية الأسرة و حل مشاكلها الصحية، بالإضافة إلى اللجوء لبطاقات المعوزين لحماية الطبقة المحرومة في المجتمع.

و كانت أهم بنود إصلاح المنظومة الصحية كما يلي : ⁽²⁾

- 1- التوقيف التام لمجانبة الأدوية منذ سنة 1987 و دفع ما قيمته 20 % من تكلفة الفحص و التحاليل.
- 2- تغيير قانون الصحة 05/85 لسنة 1985 و الذي ينص على احتكار القطاع العمومي للصحة العمومية في الجزائر بقانون 88 الذي يسمح للقطاع الخاص بفتح عيادات خاصة ومخابر تحليل ومراكز تصوير بالأشعة.
- 3- رفع الاحتكار على استيراد و إنتاج الأدوية و قد عرف تنوعا في المستوردين و تنوع في الأسعار دون إنتاج، و خضعت الأدوية لقانون السوق.
- 4- قانون المالية لسنة 1993 يوضح تخلي الدولة عن تمويل الصحة و يبقى على عاتقها الوقاية و التكوين و البحث الصحي.⁽³⁾
- 5- في إطار برنامج التصحيح الهيكلي فان القروض العمومية الممنوحة لقطاع الصحة يجب أن تكون عقلانية و يخص مجموعة ضئيلة من خدمات الصحة الضرورية فقط و الذي نجم عنه:
- غلاء أسعار الأدوية.

(1) الضمان الاجتماعي النصوص التشريعية الجاري بها العمل في هذا المجال قانون 11/83 في 1983/07/12.

(2) وزارة الصحة و السكان، ميثاق الصحة، الجزائر ماي 1998.

(3) وزارة الصحة و السكان القرار الوزاري المؤرخ في 1988/10/22 ج ر، رقم 44 في 1988/11/02.

- انخفاض في استهلاك المواد الصيدلانية بسبب الإحجام عنها و لو كانت حتمية.
- الإحجام عن التداوي لسبب التكلفة الباهظة للفحص و الدواء الأمر الذي حذا بالأسرة و في حالة مرض أحد أفرادها إلى شراء دواء معين ذو قيمة بسيطة من طرف الصيدلي دون الرجوع إلى الطبيب و هذا مؤشر على التوجه التجاري للأدوية من طرف الصيدلة و البيع بدون وصفة طبية.
- الزيادة الممنوحة لقطاع الصحة العمومية متجهة إلى تسيير الهياكل الحالية دون استثمار جديد في الهياكل أو التجهيزات.

- النفقات الوطنية للصحة بقيت في زيادة رغم التدابير المعلن عنها باسم العدالة الاجتماعية للعلاج والإنصاف و التضامن.⁽¹⁾ التي تشكل المبادئ الأساسية للسياسة الصحية الوطنية، فارتفعت النفقات من 3.44 مليار دينار جزائري في سنة 1992 إلى 6.46 مليار دينار جزائري في سنة 1994. وهذا بسبب الأمراض الناتجة عن عدم ملائمة السكن و قنوات صرف المياه و تلوث المحيط و تسمم التغذية والأمراض المتنقلة عن طريق المياه ، فقد عرفت الولاية في العشرية الأخيرة 1991 إلى 2000 حوالي 2200 حالة مرض عن طريق المياه.⁽²⁾ هذا ما أكدته الملتقى الجهوي حول المياه و الصحة و الأمراض في 06 جوان 2001 المنعقد بولاية باتنة.

إن هذه المبالغ من النفقات لو صرفت على سياسة صحية ملائمة و كاملة و متكاملة و مستقرة لأعفتنا من هذا التدهور الصحي الذي تعيشه الأسرة الجزائرية، هذا مما يستدعي إصلاحا عاما للمنظومة الصحية لإشباع الحاجيات الأسرية في الجزائر.

المطلب الثاني: مدخل عام حول المنظومة الصحية العمومية في مدينة باتنة

1- نظرة عامة حول المنظومة الصحية لمدينة باتنة

شهدت مدينة باتنة نموا معتبرا في تعداد سكانها الذي بلغ 1107713 نسمة في سنة 2007، مما يستوجب ضرورة تطوير وتهيئة المناخ الصحي المناسب الذي يستوعب هذا النمو السكاني ويغطي احتياجاته. وهذا ما نلاحظه فعلا من خلال قرار المرسوم التنفيذي السابق الذكر لسنة 2007م، فقد اشتملت ولاية باتنة على :

أ- مركز استشفائي جامعي واحد (CHU) ويحتوي على 636 سرير.

ب- اثنان من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) وهما: المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية بالمعذر وتحتوي على 75 سرير، والمؤسسة الاستشفائية الخاصة بأمراض النساء والتوليد بباتنة وتحتوي على 181 سرير.

ج- تسعة مؤسسات عمومية استشفائية متواجدة بالمناطق التالية:

باتنة وتحتوي على 218 سرير، أريس 1 وتحتوي على 144 سرير، بريكة (محمد بوضياف)

(1) قانون المالية لسنة 1993. ح. ر رقم 51.

(2) الملتقى الجهوي حول المياه و الصحة و الأمراض، باتنة، جوان 2001.

وتحتوي على 160 سرير، بركة (سليمان عميرات) وتحتوي على 175 سرير، عين التوتة وتحتوي على 184 سرير، نقاوس وتحتوي على 270 سرير، مروانة (علي النمر) وتحتوي على 170 سرير، مروانة (زينة مسيكة) وتحتوي على 110 سرير.

د- عشرة مؤسسات عمومية للصحة الجوارية وهي موزعة على كل من باتنة، المعذر، بركة، نقاوس، رأس العيون، مروانة، عين جاسر، عين التوتة، أريس، ثنية العابد. وتعدادها يوضحه الجدول التالي بالإضافة إلى بيانات حول تطور الموارد البشرية للقطاع الصحي لمدينة باتنة.

جدول رقم 9: التغطية الصحية لمدينة باتنة

عدد السكان 1107713 ساكن سنة 2007		عدد السكان 990141 ساكن سنة 1999		مؤسسات الصحة الجوارية والموارد البشرية للمنظمة الصحية
خاص	عمومي	خاص	عمومي	
-	49	-	17	عيادة متعددة الخدمات
-	231	-	182	قاعة علاج
150	196	94	49	طبيب مختص
271	368	207	240	طبيب عام
178	109	72	95	جراح أسنان
80	3433	-	2791	شبه طبي

المصدر: مديرية الصحة والسكان بباتنة (2007)

إن هذه البيانات تبين أن هناك تطور ونمو معقول للمؤسسات الصحية بما يوافق ويغطي احتياجات المواطنين الذي شهد نمو معتبرا، حيث أنه من خلال اطلعنا على وثائق من مديرية الصحة اتضح أن جميع المناطق النائية عبر الولاية تحتوي على الأقل على قاعات للعلاج فيها أهم التجهيزات الضرورية للعلاج كحد أدنى للرعاية الصحية.

2- المركز الاستشفائي الجامعي لمدينة باتنة

أولا: نشأة وتطور المركز

يعتبر المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة من أهم المرافق الحيوية في الولاية. ولقد شهدت نشأته عدة مراحل أهمها كانت سنة 1979 تاريخ تدشين الهيكل الجديد و انطلاق خدماته، ثم كانت إعادة هيكلته في إطار الخريطة الصحية لسنة 1982 في تنظيم جديد باحتوائه على 29 قسم سواء للخدمات الصحية أو للتكوين⁽¹⁾ وهو يتضمن استخدام وتنظيم القطاعات الصحية. وبقي يسير وفق قواعد القطاعات الصحية إلى غاية سنة 1986، أين أسندت إليه مهمة التكوين ليصبح بذلك مركزا استشفائيا جامعي⁽²⁾.

يتربع المستشفى الجامعي بباتنة على مساحة تقدر بـ 8.67 هكتار منها 73345م² غير مبنية و 13255م² مبنية أي بنسبة 15.31 % من إجمالي المساحة الكلية. وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي مع بقائه عمليا يخضع للرقابة الوصائية الممارسة من طرف وزارة الصحة. تم إنشائه بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف

(1) طبقا للمرسوم التنفيذي 81.242 المؤرخ في 1981/09/05.

(2) طبقا للمرسوم رقم 303-86 المؤرخ في 1986/12/16.

بالصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي. يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية. وذلك لأجل بناء هدفين وزاريين رئيسيين يكمن الأول في إنشاء أقسام متخصصة والثاني في تكوين أطباء مختصين في ميدان العلاجات الاستشفائية.

ثانيا: المهام الإدارية والبيداغوجية للمركز الاستشفائي الجامعي:

تنص المادة 03 من المرسوم التنفيذي لسنة 1997⁽³⁾ على قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنميطها وسيرها حيث يكلف المركز الاستشفائي الجامعي بمهام التشخيص والوقاية والتكوين والبحث وذلك بالتعاون مع مؤسسة التعليم أو التكوين العالي في العلوم الطبية. أما المادة 04 من نفس المرسوم فتتص على تكليف المركز الاستشفائي الجامعي في إطار المهام المنصوص عليها في المادة المذكورة أعلاه بالمهام التالية:

1- في ميدان الصحة:

- ضمان نشاطات التشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية، إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان.
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.
- المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسة الوصية.
- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالرقابة والنظافة والآفات الاجتماعية.
- إلى جانب المهام المنصوص عليه في الفقرات المذكورة يضمن المركز الاستشفائي الجامعي العلاج للسكان القاطنين بالقرب منه والذين لا تغطيهم القطاعات الصحية المجاورة.

2- في ميدان التكوين

- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في علوم الطب والمشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتعلقة به.
- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

3- في ميدان البحث:

- القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة.
- تنظيم مؤتمرات وأيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية منها ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحث في علوم الصحة.

4- المهام البيداغوجية:

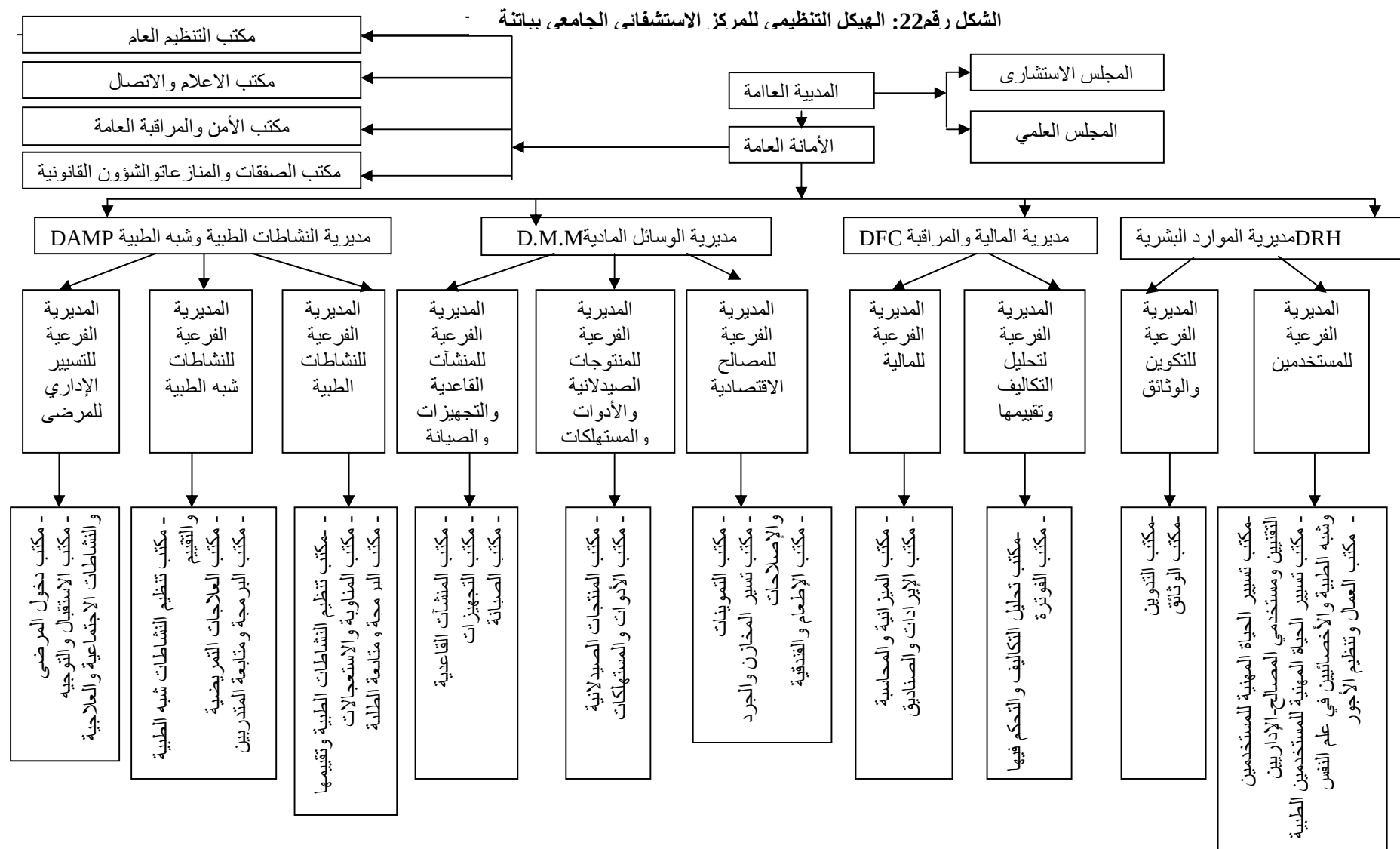
تنص المادة 05 من نفس المرسوم وهي تخص الوصاية البيداغوجية المنصوص عليها في الفقرة الثانية من المادة 02 من هذا المرسوم على مجمل الأشغال المتعلقة بـ:

(3) المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 هـ الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997

- تنظيم نشاطات المركز الاستشفائي الجامعي البيداغوجية والعلمية.
- تحديد شروط التحاق الطلبة به وشروط توجيههم.
- وتخص كذلك المصادقة على مداولات مجلس الإدارة بالنسبة للمسائل المتعلقة بالتكوين والبحث في علوم الطب.

5- الهيكل التنظيمي:

يظهر الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي من خلال الشكل الآتي:



المصدر: المركز الاستشفائي الجامعي - مديرية الوسائل المادي-

المديرية العامة تعد الهيكل الأساسي لجميع المديريات التابعة للمؤسسة، يترأسها المدير العام الذي يتكفل بتنفيذ جميع القرارات والسهر على تطبيقها من تسيير وتنظيم، كما ينظم ويترأس الاجتماعات سواء الإدارية منها أو التقنية، وتظم المديرية العامة أربعة مكاتب تقوم بمهام مكملية لبعضها البعض وتعمل بعدة تقنيات ضرورية في عملية التسيير الإداري في مجال الاتصال الداخلي والخارجي. ويساعد المدير أعضاء اللجنة الاستشارية في فترة دورات المجلس العلمي، ومجلس الإدارة، ويتكون هذا الأخير من عدة ممثلين يشاركون في المداولات وهم:

ممثل الوزير المكلف بالصحة رئيسا؛

ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي؛

ممثل التأمينات الاقتصادية؛

ممثل هيئات الضمان الاجتماعي؛

ممثل المجلس الشعبي البلدي ؛

ممثل المجلس الشعبي الولائي؛

ممثل الأخصائيين الاستشفائيين الجامعيين؛

ممثل المستخدمين الطبيين.

ويعين أعضاء مجلس الإدارة لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوزير المكلف بالصحة وباقتراح من السلطات التابعة له، كما يجتمع مجلس الإدارة وجوبا في دورة عامة في كل ستة أشهر، يعين المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي بمرسوم تنفيذي أو باقتراح من الوزير المكلف بالصحة وتنتهي مهامه بالطريقة نفسها، كما يساعد المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي في تأدية مهامه أمينا عاما ومدراء فرعيين وعند الضرورة مدراء الوحدات. يعتبر المدير العام المسؤول الأول عن تسيير المستشفى وهو يمثلها أمام العدالة في جميع أعمال الحياة المهنية ، كما يمارس سلطة التعيين على مجموع مستخدمي المركز الاستشفائي الجامعي وبأمر الصرف فيما يخص نفقات المستشفى ، ويقوم بتنفيذ مداولات مجلس الإدارة كما يعد التقرير السنوي للنشاطات ويرسله للوزير المكلف بالصحة بعد مصادقة مجلس الإدارة عليه. وتضم المستشفى أربعة مديريات أساسية هي: مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية ، مديرية الوسائل المادية مديرية المالية والمراقبة وأخيرا مديرية الموارد البشرية حيث تتضح أهم مصالحها ونشاطاتها من خلال الهيكل التنظيمي السابق.

ثالثا: موارد ونشاطات المركز الاستشفائي الجامعي

تتعدد موارد ونشاطات المركز الاستشفائي الجامعي، ولقد تعذر علينا الحصول على بيانات نشاطاتها لعدة سنوات، وما تم الحصول عليه هو لسنة واحدة فقط هي سنة 2006.

1- نشاط المصالح الاستشفائية :

يعود المخطط التنظيمي الطبي والتقني للمركز الاستشفائي الجامعي بباتنة إلى سنة 1995.⁽¹⁾

جدول رقم 10: المصالح الاستشفائية ونشاطاتها لسنة 2006

التعيين	عدد الأسرة	أيام الاستشفاء	الفحوصات
الطب الداخلي	58	16225	2285
الانعاش الطبي	13	1998	1293
الحروق	11	1985	1335
أمراض الكلى	26	5200	1568
أمراض الغدد	30	6818	2637
طب الأطفال	52	22184	624
أمراض القلب	32	6338	1216
الأمراض الدموية	30	6133	2218
جراحة العيون	33	6732	3490
جراحة العظام	123	26183	7771
الجراحة العامة	150	27025	4807
جراحة الأعصاب	35	5906	2363
الاستعجالات الطبية والجراحية	24	10038	73969
المجموع العام	-	142765	105575

المصدر: مديرية الوسائل المادية

يتضح من الجدول أعلاه أن المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة يتوفر جميع المصالح والأقسام الضرورية، وبطاقات استيعابية مقبولة لإرساء قواعد صحية أساسية في المجتمع. بالإضافة لهذه المصالح توجد هناك مصالح أخرى كما يوضحه لنا الجدول التالي:

جدول رقم 11: نشاط مصالح أخرى لسنة 2006

التعيين	حصة / تدخل
تصفية الدم (عدد أسرتها 19)	13402
الاغاثة الطبية -SAMU-	5475 (ما بين تدخل ونقل طبي)
استشفاء منزلي - HAD -	3323 (ما بين فحوصات وعلاجات طبية)

المصدر: مديرية الوسائل المادية

أما عن التحويلات فقد بلغ عدد التحويلات نحو المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة بـ: 1191 تحويل سنة 2005، 1526 تحويل سنة 2007 أغلبها من القطاعات الصحية لولاية باتنة، خنشلة، بسكرة، تبسة، الوادي. ولا تزال التحويلات إلى يومنا هذا تتم دون أخذ الرأي الطبي المسبق من المؤسسة الاستشفائية المستقبلية رغم دخول التعلية رقم 007 لسنة 2006 المتعلقة بالتحويلات حيز التنفيذ.

2- الموارد البشرية:

يوضح الجدول الآتي حجم وتوزيع الموارد البشرية عبر المستشفى الجامعي لمدينة باتنة.

⁽¹⁾ طبقا لأحكام القرار الوزاري المشترك رقم 92 المؤرخ في 30 أوت 1995.

جدول رقم 12: توزيع الموارد البشرية للمستشفى الجامعي لسنة 2006

نسبة السلك من العدد الإجمالي %	نسبة الرتبة من السلك	العدد	التعيين
12,16	0.92	02	أستاذ
	01.38	03	أستاذ محاضر
	27.98	61	أستاذ مساعد
	21.10	46	ممارس أخصائي مساعد
	20.64	45	طبيب مقيم
	24.31	53	طبيب عام
	03.21	07	جراح أسنان
	0.45	01	صيدلي عام
-	-	218	المجموع.....
47,60	10.20	87	ممرض رئيسي
	60.96	520	شبه طبي حاصل على شهادة دولة
	21.81	186	شبه طبي مؤهل
	07.03	60	مساعد تمريض
-	-	853	المجموع.....
20.23	15.12	109	إداري
	04.72	34	تقني
	80.17	578	اقتصادي: العمال المهنيين والأعوان المؤقتة
-	-	721	المجموع.....
		1792	المجموع العام

المصدر: مديرية الموارد البشرية

وعليه فان توزيع المستخدمين حسب الجنس يكون كما يلي: الذكور= 60 %، الإناث= 40 %.

الموارد المالية: أما ميزانية التجهيز فالغلاف المالي الذي رصد لها نهائيا في إطار العمليات المبرمجة لسنة 2006 قدر بـ: 350.000.000,00، تم توزيعه كما يلي: 270 مليون دج للتجهيز الطبي و 60 مليون دج للتهيئة العامة و 20 مليون دج لاقتناء سيارات إسعاف.؛ خصص للمركز الاستشفائي الجامعي مبالغ معتبرة يتم توزيعها كما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم 13: توزيع الموارد المالية للمستشفى الجامعي لسنة 2006

نسبة الباب من إجمالي الميزانية %	الاعتمادات (مليون دج)	التعيين
52.81	480	الباب 1: نفقات المستخدمين
01.43	13	الباب 2: نفقات التكوين
02.75	25	الباب 3: نفقات الإطعام
27.50	250	الباب 4: نفقات الأدوية
0.88	8	الباب 5: نشاطات خاصة ووقاية
05.50	50	الباب 6: معدات طبية
02.20	20	الباب 7: تهيئة الهياكل
05.50	50	الباب 8: نفقات تسيير أخرى
01.43	13	الباب 9: نشاطات اجتماعية
0	0	الباب 10: نشاطات البحث
100	909	المجموع

المصدر: مديرية المالية والمراقبة

4- الوسائل المادية:

تم استغلال ميزانية التجهيز من أجل الوسائل المادية الآتية:

جدول رقم 14 : توزيع الموارد المادية للمستشفى الجامعي لسنة 2006

حالة التجهيز		التعيين
عاطل	يشتغل	
88	739	تجهيزات طبية يقدر إجمالي عددها بـ 827
-	24	سيارات الإسعاف
-	4	عدد الشاحنات
حالتها في أغلبها قديمة		تجهيزات توليد الكهرباء، التكييف والتدفئة

المصدر: مديرية المالية والمراقبة

5- المصالح التقنية:

تتوفر المستشفى على المخابر (مخبر البيوكيمياء والأمراض الدموية والميكروبيولوجيا ومخبر علم الأنسجة وعلم الطفيليات والهرمونات وعلم التسممات)، وقسم للأشعة والتنقيب الوظيفي، بالإضافة إلى أربعة أقسام جراحية وآخر خاص بالاستعجالات ضمن المصالح التقنية للمستشفى.

المشاكل التي يعاني منها المركز الاستشفائي الجامعي

يعاني المركز من مشاكل متنوعة يمكن تصنيفها إلى نوعين:

1- مشاكل خاصة بالهياكل وتتركز في عدم ملائمة المقرات الموجودة لإستيعاب الحجم المتزايد للطلبات على العلاج مما يتعذر معه خلق نشاطات جديدة، ويكون المباني قديمة فهي لا تستجيب لعمليات الصيانة من جهة وجد تكلفة من جهة أخرى. كما أن معظم التجهيزات الطبية هي محل أعطاب متكررة خاصة الموجودة في المخابر، فهي تعاني من مشكل الصيانة الذي لم يدرج في عقود صفقات الشراء. وبالإضافة إلى ذلك يعاني المركز من صعوبة استغلال المقرات الموجودة من حيث الجانب العمراني، وقدم مختلف شبكات التوصيل (الكهرباء، الصرف الصحي، الغازات الطبية). وهذا فضلا عن عدم توفر المؤسسة على حظائر للسيارات، وعدم قدرة أماكن التوقف على استيعاب العدد الهائل من السيارات.

2- مشاكل متعلقة بالنشاط العلاجي: ويمكن إيجازها فيما يلي:

- ضعف التغطية الطبية المتخصصة: مثل التصوير الطبي، طب الأطفال، أمراض الكلى، أمراض المسالك البولية.

- عدم احترام التدرج في العلاج: لا يقتصر دور المركز الاستشفائي ببائنة على تقديم الخدمات العلاجية المتخصصة، بل يساهم أيضا في ضمان العلاجات الابتدائية التي تقوم بها قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات.

- ضعف التأطير الطبي: إن قلة الأساتذة والأساتذة المحاضرين ينتج عنه تقلص عدد المصالح الاستشفائية التي لها دور في التكوين.

- عدم احترام شروط التحويل من طرف المؤسسات الصحية الملحقة إداريا لكل من ولاية خنشلة، بسكرة، ورقلة الوادي وتبسة.

- عدم توفر المؤسسة على بعض الاختصاصات مثل أمراض السرطان لكون المخطط التنظيمي الطبي والتقني للمستشفى لم يتم تجديده منذ سنة 1995.
- عدم أداء المداومة الطبية للمهام المنوطة بها أحيانا بسبب الافتقار لأدنى وسائل الفحص والمعالجة.
- عدم توفير الأدوية اللازمة للمرضى المقيمين وخاصة الأدوية ذات الطابع الاستعجالي.
- ضعف وإهمال في الخدمات الوقائية بمختلف أنواعها وخاصة منا المتعلقة بتطهير المياه.
- غياب حملات التوعية والتحسيس للوقاية من الأمراض والأوبئة.

المبحث الثاني: خطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير النتائج

المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية

1- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الغايات التالية:

- 1- معرفة وتحديد أثر عناصر المزيج التسويقي الصحي (المنتج ويشمل عامل الخدمات ، العمال، الأجهزة)، التوزيع(الوصول للخدمة وسهولة المنال)، التسعير(اعتبار السعر)، وأخيرا الترويج في رضا المريض وذلك بالتركيز على تحليل العلاقة بين هذه العناصر ومدى اختلاف تأثيرها على رضا المريض.
- 2- معرفة ما إذا كانت هذه العناصر تختلف من حيث أهميتها وتأثيرها على رضا المريض باختلاف العوامل الديموغرافية المتمثلة في النوع ، العمر، المستوى التعليمي، بالإضافة إلى مدة الإقامة في المستشفى.
- 3- تسليط الضوء على تسويق الخدمات الاستشفائية كموضوع هام للبحث والدراسة وإثارة اهتمام الباحثين وتوجيه جهودهم نحو هذا القطاع الحيوي الذي لازال على هامش الاهتمامات البحثية.
- 4- تقديم مجموعة من التوصيات التي قد تساعد متخذي القرارات في المؤسسات الاستشفائية في رسم السياسات ووضع الاستراتيجيات الهادفة للنهوض بهذا القطاع الحيوي في الحياة اليومية للمواطن.

2- فرضيات الدراسة

استهدفت الدراسة تحليل قضيتان تتعلقان بالموضوع متمثلة في:

1-القضية الأولى: علاقة رضا المريض وعناصر المزيج التسويقي الصحي.

تتمثل هذه القضية في اختبار مدى وجود علاقة بين رضا المريض والمزيج التسويقي وان وجدت هذه العلاقة نحاول معرفة مدى تأثير وقوة علاقة كل عنصر من عناصر المزيج التسويقي على رضا المريض. ولتحقيق هذا الهدف سوف يتم اختبار أربعة فرضيات تتعلق بعناصر المزيج التسويقي الأربعة (المنتج، التوزيع، الترويج، التسعير) كما يلي:

الفرضية الأولى: تتعلق بمعرفة مدى وجود علاقة بين رضا المريض وسياسة المنتج وان وجدت هذه العلاقة نتعرف على أهم عوامل سياسة المنتج تأثيراً على رضا المريض. وضمن هذا السياق سيتم اختبار الفرضية العدمية التالية:

H_0 : " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة المنتج (عامل الخدمات، العاملين والأجهزة) ورضا المريض".

الفرضية الثانية: وهي تتعلق بمعرفة مدى وجود علاقة بين رضا المريض وسياسة التوزيع، وان وجدت هذه العلاقة نتعرف على أهم عوامل سياسة التوزيع تأثيراً على رضا المريض. وضمن هذا السياق سيتم اختبار الفرضية العدمية التالية:

H_0 : " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة التوزيع ورضا المريض".

الفرضية الثالثة: تهتم بمعرفة مدى وجود علاقة بين رضا المريض وسياسة الترويج، وان وجدت هذه العلاقة نحاول معرفة أهم عوامل سياسة الترويج تأثيراً على رضا المريض. وضمن هذا السياق سيتم اختبار الفرضية العدمية التالية:

H_0 : " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة الترويج ورضا المريض".

الفرضية الرابعة: هي الأخرى تهتم بمعرفة مدى وجود علاقة بين رضا المريض وسياسة التسعير، وان وجدت هذه العلاقة نتعرف على أهم عوامل سياسة التسعير تأثيراً على رضا المريض. وضمن هذا السياق سيتم اختبار الفرضية العدمية التالية:

H_0 : " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة التسعير (اعتبار السعر) ورضا المريض".

ولاختبار هذه الفرضيات تم استخدام توزيع كاي مربع⁽¹⁾.

2-القضية الثانية: وتعلق بمعرفة مدى اختلاف الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي المؤثرة في رضا المريض باختلاف العوامل الديموغرافية (النوع، العمر، المستوى التعليمي) ومدة الإقامة في المستشفى وهي تهدف إلى إثراء وتفصيل أكثر لنتائج هذا العمل الميداني. ومن أجل تحقيق ذلك لابد من اختبار جميع هذه العوامل كما يلي:

الفرضية الأولى: وهي تتعلق بمعرفة درجة الأهمية النسبية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض وذلك باختلاف النوع، وضمن هذا السياق سيتم اختبار الفرضية العدمية التالية:

H_0 : "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف النوع".

(1) يعبر كاي تربيع عن مقياس إحصائي رمزه X^2 وينسب إلى أول من أوجده وهو العالم كارل بيرسون سنة 1900 ولقد اتسع استخدامه فيما بعد حتى أصبح من الأساليب المعتمدة والمعروفة في التحليل الإحصائي. إن الهدف من استخدامه يدخل ضمن هدف عام هو اختبار مدى صدق النتائج التي يفترض الحصول عليها من المجتمع الإحصائي قياساً بالنتائج التي ستحصل من العينة. إن الفكرة الأساسية لاختبار X^2 بنيت على تعيين الفرق بين القيم المشاهدة الواقعة فعلاً التي تستحصل من العينة من جهة والقيم المتوقعة لها المتوقعة الحصول عليها في المجتمع من جهة ثانية واختبار مدى هذا الفرق، وله عدة استعمالات. لمزيد من المعلومات انظر:

صلاح الدين حسين الهيتي، الأساليب الإحصائية في العلوم الإدارية (عمان: دار وائل للنشر، 2004)، ص. 292.

الفرضية الثانية: تهتم بمعرفة درجة أهمية عناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض وذلك باختلاف المستوى التعليمي ، وضمن هذا السياق سيتم اختبار الفرضية العدمية التالية:

H_0 : "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف المستوى التعليمي".

الفرضية الثالثة: وهي خاصة بالعمر ومدى اختلاف الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي بالنسبة له، وضمن هذا السياق سيتم اختبار الفرضية العدمية التالية:

H_0 : "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف العمر".

الفرضية الرابعة: وهي تتعلق بمعرفة درجة الأهمية النسبية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض وذلك باختلاف مدة الإقامة في المستشفى. وضمن هذا السياق سيتم اختبار الفرضية العدمية التالية:

H_0 : "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف مدة الإقامة".

ولاختبار هذه الفرضيات تم استخدام توزيع فيشر (تحليل التباين الأحادي).

3- حدود العينة ومجتمع الدراسة

يتمثل مجتمع هذه الدراسة في المرضى المقيمين في المستشفى الجامعي بولاية باتنة. فقد بلغ عدد أسرة هذا الأخير 636 سرير موزعة على عدة مصالح طبية. ولصعوبة تحديد فترة الدراسة وعدم استقرار عدد المرضى في المستشفى تم الاعتماد على المقيمين الحاليين بالمستشفى أي أن فترة الدراسة تحددت في شهرين أي فترة البحث وتوزيع الاستبيان، وقد تم توزيع استبيان صمم لأغراض هذه الدراسة عبر مصالح المستشفى على عينة عشوائية طبقية غير نسبية من مرضى المستشفى، وقد استثنيت بعض المصالح كجراحة العيون والحروق نظرا لحالتهم الصحية. وتلبية لأغراض الدراسة فقد تم توزيع 100 استبيان على المرضى، إلا أنه تم استثناء 21 استبيان لعدم صلاحيته لأغراض التحليل الإحصائي، ولامتناع البعض الآخر عن الإجابة. وبذلك تمثل العينة ما نسبته 79% من إجمالي الاستثمارات الموزعة.

4-أنواع ومصادر البيانات:

تم الحصول على المعلومات والبيانات الخاصة بالدراسة الميدانية على مرحلتين:

- المرحلة الأولى كانت دراسة استطلاعية لمديرية الصحة بالولاية للحصول على بعض البيانات الوطنية حول المنظومة الصحية، كما تم الاطلاع على المركز الاستشفائي الجامعي محل الدراسة للتعرف على سير عمل المستشفى ، ثم التعرف على كل المراحل التي يمر بها المريض منذ دخوله للمستشفى إلى خروجه منه،

بالإضافة إلى بعض البيانات عن المستشفى كتقديم للمركز الاستشفائي الجامعي، وأهم النشاطات التي يقوم بها، إلى جانب مختلف الأقسام التي تنتمي إليه.

- المرحلة الثانية هي دراسة ميدانية لجمع البيانات الأولية من خلال توزيع الاستبيان على مختلف المصالح لاختبار فرضيات البحث وتحليله، وقد اعتمدت الباحثة على كل من:

1- المقابلة: باعتبار المقابلة أداة من أدوات البحث الميداني، حاولنا الاستفادة منها في بحثنا للحصول على معلومات حول نشاط المستشفى وواقع تقديم الخدمات الصحية بها. و من اجل تحقيق هذا الغرض قمنا بإجراء مقابلات خاصة مع مسؤولي مديرية الوسائل المادية والمالية والمراقبة، وبعض الأطباء والمرضى مع تعذر إجراء مقابلة مع مسؤول الموارد البشرية، وتضمنت مقابلاتنا مجموعة من الأسئلة دارت حول مختلف مصالح ونشاطات المستشفى ، وأهم الصعوبات والعراقيل التي تواجه تأدية هذه المصالح لنشاطاتها في أحسن صورة. كما قمنا بمقابلة بعض المرضى قصد معرفة آرائهم حول الخدمات المقدمة لهم حيث يعتبر هذا الجزء أهم المراحل التي تخص موضوع الدراسة، بالإضافة إلى أهم المشاكل التي تواجههم للحصول على الخدمة، ومدى رضاهم عنها، وأيهما أكثر تأثيرا على قراراتهم الاستهلاكية للخدمات الطبية، ومدى رغبتهم في المشاركة في تحسين هذه الخدمات. ونشير في هذا الصدد إلى صعوبة الحصول على كل المعلومات لأن مقابلة المرضى تستدعي الصبر والمتابعة.

2- الملاحظة: بالإضافة إلى المقابلة استخدمنا الملاحظة كأسلوب في البحث، بهدف التأكد من الفرضيات المنطلق منها، وكوسيلة لإنشاء استبيان صحيح.

5- أداة جمع البيانات

باعتبار الاستبيان من أكثر الأدوات استعمالا في جمع البيانات، قمنا بتصميم استمارة تتناسب مع طبيعة وخصائص الخدمة الصحية، وقد تم توزيع هذا الاستبيان على متخصصين للتصحيح من أساتذة في علم الاجتماع وأساتذة من الجامعة وبعض المسؤولين في المستشفى. ليتم اعتماده بالشكل الأخير. ويتكون هذا المقياس من 22 عبارة وهي تغطي عناصر المزيج التسويقي الأربعة. وقد تم استنباط عبارات هذه المحددات الأربعة من مكونات كل عنصر من عناصر المزيج التسويقي.

وقد ارتبطت العبارات 22 بمقياس ثلاثي الأبعاد حيث يعبر الرقم (3) على الإيجابية و(2) على الحيادية و(1) على السلبية. وقد دلت كلمة إيجابية في الاستمارة على (نعم، بسهولة، سهلة، جيدة)، أما محايدة فقد شملت (أحيانا، بشكل معقول، ملائمة، مقبولة، لبعض منها)، أما سلبية فقد دلت على (لا، بصعوبة، سيئة، معقدة) وذلك حسب ما دلت عليه كل عبارة من عبارات الاستبيان. كما اشتمل الاستبيان على أسئلة مفتوحة للإجابة. وبذلك تم تصميم استبيان مكون من جزأين :

- احتوى الجزء الأول على بيانات ديموغرافية وشخصية عن أفراد العينة كالنوع ، العمر والمستوى التعليمي بالإضافة إلى مدى الإقامة.

- أما الجزء الثاني فقد أحتوى أربعة متغيرات رئيسية (عناصر المزيج التسويقي) وثلاثة وعشرون فقرة (متغيرا فرعيا) وهي تضم 3 عبارات وصفية و19 عبارة قابلة للدلالة الإحصائية، وقد تم توزيع الاستبيان على أفراد العينة بالتعاون مع العاملين في المستشفى ومساعدین شخصيين، حيث طلب من المرضى الإجابة على هذه الأسئلة بكل حرية وصدق بعدما تم شرح أسئلة الاستبيان. وفي أحيانا كثيرة تم استجواب المرضى بصورة مباشرة لان معظم المرضى أميين تقريبا (انظر الملحق).

المطلب الثاني: المعالجة الإحصائية وتحليل وتفسير نتائج الدراسة الميدانية

بعد تطبيق أداة الدراسة وجمع البيانات تم معالجة البيانات في الحاسوب باستخدام برنامج اكسيل (Excel)، وذلك حسب أغراض الدراسة. واعتمادا على أساليب قياس المتغيرات تم استخدام عدة أساليب الإحصائية منها:

- النسب المئوية والتكرارات لإجابات مجتمع الدراسة.
- اختبار كاي² (X^2)، معامل التوافق وتحليل التباین الأحادي (فيشر F) لمعرفة الدلالة الإحصائية للنتائج المتحصل عليها.

1- وصف وحدة الدراسة

فيما يلي عرض النتائج التي تم الحصول عليها لوصفوحدة الدراسة عبر أربعة خصائص، وذلك باستخدام أداة الدراسة بعد إجراء المعالجة الإحصائية:

الجدول رقم 15: وصف وحدة الدراسة(*)

النوع			العمر			المستوى التعليمي			مدة الإقامة		
الفئة	التكرار	%	الفئة	التكرار	%	الفئة	التكرار	%	الفئة	التكرار	%
ذكر	32	40.51	أقل من 20 سنة	11	13.92	أمي	34	43.04	أكثر من ساعة	7	8.86
أنثى	47	59.49	30-21	20	25.32	ابتدائي أو متوسط	26	32.91	أكثر من يوم	57	72.15
			40-31	14	17.72	ثانوي	10	12.66	أكثر من شهر	15	18.99
			أكثر من 41	34	43.04	جامعي	9	11.39			
المجموع	79	100	المجموع	79	100	المجموع	79	100	المجموع	79	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

يتضح من الجدول رقم (15) أن أعلى نسبة في فئة النوع 59.49% للإناث حيث بلغ عددهم 47 وهذا قد يدل على أن النساء أكثر عرضة للأمراض من الرجال في مدينة باتنة. أما فيما يتعلق بالعمر فكان أكبر عدد من التكرارات في الفئة الأكثر من 41 سنة حيث بلغت نسبتها 43.04% وهذا أمر طبيعي، وفي المقابل كانت أقل نسبة لفئة أقل من 20 سنة بنسبة تقدر ب 13.92% . وبالنسبة للمستوى التعليمي فقد كان

* (*) الأسئلة الخاصة بوصف وحدة الدراسة هي النوع، العمر، المستوى التعليمي، مدة الإقامة، انظر للملحق

أغلب أفراد العينة أميين حيث بلغت نسبتهم 43.04% ومن ذوي التعليم الابتدائي أو المتوسط بنسبة 32.91%، في حين نجد أن النسبة الباقية تتوزع بين المستوى الثانوي والجامعي ويمكن أن يدل ذلك على أن المستوى التعليمي له جانب كبير من الأهمية على المستوى الصحي نتيجة الإلمام بالجانب الوقائي. كما يشير الجدول أن نسبة عالية من أفراد العينة تتجاوز مدة إقامتهم اليوم الواحد حيث بلغت 72.15 %، بينما الذين التحقوا حديثاً ولم يمض عليهم يوم واحد فكانت نسبتهم 8.86%، أما الذين تجاوزت مدة إقامتهم الشهر فقد بلغت نسبتهم 18.99 % .

2- التحليل الوصفي واختبار الفرضيات

لاختبار فرضيات الدراسة في القضية الأولى تم توظيف اختبار X^2 (مربع كاي) ⁽¹⁾ لمعرفة مدى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين رضا المريض وعناصر المزيج التسويقي الصحي، لان من بين استعمالات X^2 اختبار الاستقلال و التجانس بين متغيرين أو ظاهرتين سواء كانت كمية أو وصفية. وذلك عند مستوى دلالة 5% بناء على قاعدة القبول أو الرفض للفرضية، التي ترفض إذا وجدت قيمة مربع كاي المحسوبة أكبر من قيمتها الجدولية والعكس صحيح عند قبولها. بالإضافة إلى استخدام معامل التوافق الذي يبين مدى قوة هذه العلاقة ان وجدت.

كما تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي (فيشر F) لاختبار فرضيات الدراسة في القضية الثانية لإثبات ما إذا كانت هناك فروقات ذات دلالة إحصائية للأهمية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف العوامل الديموغرافية ومدة الإقامة في المستشفى عند مستوى دلالة 5% بناء على قاعدة القبول أو الرفض للفرضية، التي ترفض إذا وجدت قيمة فيشر (F) المحسوبة أكبر من قيمته الجدولية والعكس صحيح عند قبولها.

القضية الأولى: تتعلق برضا المريض وعناصر المزيج التسويقي الصحي ولدراسة هذه القضية يجب اختبار الفرضيات الخاصة بعناصر المزيج التسويقي الأربعة وهي كالتالي:

الفرضية الأولى:

H_0 : "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة المنتج (عامل الخدمات ، العاملين والأجهزة) ورضا المريض".

لاختبار هذه الفرضية سنقوم بتحليل بيانات الأسئلة الخمسة الخاصة بسياسة المنتج حسب الجدول التالي:

جدول رقم 16: نتائج اختبار X^2 (مربع كاي) للعلاقة بين رضا المريض وسياسة المنتج (*)

التكرارات	إيجابية	%	محايدة	%	سلبية	%	المجموع	X^2_{cal} المحسوبة	X^2_{tab} الجدولية
1-الرعاية اللازمة لدى كل مراجعة طبية للمستشفى	29	36.71	39	49.37	11	13.92	79	46.227	15.507
2-مسارعة الممرضون لخدمة المريض	34	43.04	30	37.98	15	18.99	79		
3-الثقة في خبرة وكفاءة الأطباء	32	40.51	34	43.04	13	16.45	79		
4-الاستفادة من الأجهزة بية المعقدة	20	25.32	17	21.52	42	53.16	79		
5-وضعية قاعة الانتظار (جيدة، ومريحة)	23	29.11	27	34.18	29	36.71	79		
المجموع	138	-	147	-	110	-	395		

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

لمعرفة مدى وجود هذه العلاقة قمنا بحساب إحصائية كاي مربع المحسوبة كما يلي: (1)

$$X^2_c = \frac{\sum (F_0 - F_e)^2}{F_e}$$

$$X^2_c = 46.2266$$

حيث أن F_0 : عدد التكرارات الفعلية.

$$F_e: \text{عدد التكرارات المتوقعة (وتمثل بـ } \frac{\text{مجموع السطر} * \text{مجموع العمود}}{\text{المجموع الكلي}} \text{)}$$

أما كاي الجدولية فهي $X^2_c = 15.507$ باعتبار درجة الحرية $8 = (1-3)(1-5)$ بمقارنة كاي مربع المحسوبة بالجدولية نجد أن كاي مربع المحسوبة أكبر من الجدولية، وعليه فإننا نرفض الفرضية العدمية، إذا هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة المنتج (عامل الخدمات، العاملين والأجهزة) ورضا المريض.

ولمعرفة مدى قوة هذه العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق كما يلي: (2)

$$M = \sqrt{\frac{X^2_{cal}}{X^2_{cal} + ST}}$$

حيث أن ST هو المجموع الكلي (somme totale)

$$M = \sqrt{\frac{46.2266}{46.2266 + 395}} = 0.323679$$

إن معامل التوافق 0.323679 يعني أن قوة العلاقة بين رضا المريض وسياسة المنتج تقدر بـ 32.37%، ومن خلال نتائج الجدول يتضح أنه معامل التوافق مقبول (حيادي) لأن أعلى تكرار في الجدول (147) كان للإجابات الحيادية أو المقبولة، أي أن قوة علاقة سياسة المنتج برضا المريض تبلغ 32.37% بأثر مقبول.

(*) الأسئلة الخاصة بسياسة المنتج من السؤال 1 إلى السؤال 5 انظر الملحق.

(1) عبد الكريم بوحفص، الإحصاء المطبق في العلوم الاجتماعية والإنسانية (الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية: 2005)، ص.197.

(2) نادر إبراهيم السواح، الإسهام في الإحصاء التطبيقي (الاسكندرية: الدار الجامعية، 2007)، ص.546.

أما بالنسبة لدرجة الأهمية والتأثير على رضا المريض من عامل لآخر وهذا ما توضحه لنا النسب المئوية. فالجدول رقم (16) يشير إلى أن أعلى نسبة مئوية 43.04% لعامل مسارة الممرضون لخدمة المريض يليها مباشرة عامل الثقة في خبرة وكفاءة الأطباء نسبة تقدر بـ 40.51% ، وهذا يشير إلى أن رضا المريض يركز بالدرجة الأولى على العنصر البشري المتمثل في أطباء وممرضي المستشفى ، وهذا يرجع بطبيعة الحال إلى طبيعة وخصوصية الخدمة الصحية التي تتسم بكونها شخصية وتتطلب السرعة في أدائها، يليها مباشرة عامل الخدمات بجميع أنواعه والمتمثل في الرعاية عند كل مراجعة طبية بنسبة تقدر بـ 36.71% فقد ثبت من خلال نتائج الاستبيان أن معظم المستجوبين تمكنوا من الاستفادة من الخدمات الطبية مرات عديدة، وكان أكبر عدد من المرضى في مصالح الطب الداخلي وأمراض القلب والكلية والباقي يتوزع على باقي المصالح بنسب مختلفة، ثم عامل وضعية قاعة الانتظار (جيدة، ومريحة) بنسبة 29.11%. في حين نجد أن المرضى غير راضين تماما عن عامل الاستفادة من الأجهزة حيث بلغت نسبته 25.32% وذلك لتعود المرضى على الاستفادة منها من خارج المستشفى نتيجة للأعطاب التي تصيبها في غالب الأحيان من جهة، ولعدم دقة النتائج المتحصل عليها من خلالها من جهة أخرى وهذا حسب ما أشارت إليه نتائج الاستبيان من خلال الإجابات المفتوحة للمرضى.

الفرضية الثانية:

H_0 : "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة التوزيع (اعتبار المنال والحصول على الخدمة) ورضا المريض".

لاختبار الفرضية سنقوم بتحليل بيانات الأسئلة الخمسة الخاصة بسياسة التوزيع حسب الجدول التالي:

جدول رقم 17: نتائج اختبار X^2 (مربع كاي) للعلاقة بين رضا المريض وسياسة التوزيع (*)

التكرارات	إيجابية (3)	%	حيادية (2)	%	سلبية (1)	%	المجموع	X^2_{cal} المحسوبة	X^2_{tab} الجدولية
6- موقع المستشفى	38	48.10	22	27.85	19	24.05	79	52.55	15.50
7- عدم انتظار تلقي العلاج طويلا	31	39.24	40	50.63	8	10.13	79		
8- إمكانية الاتصال والتحدث مع الأطباء والممرضين بسهولة	16	20.25	27	34.18	36	45.57	79		
9- الحصول على الخدمة الصحية في جميع الأوقات	42	53.16	20	25.32	17	21.52	79		
10- إجراءات العلاج والتشخيص حسب الحالة الصحية	16	20.25	38	48.10	25	31.65	79		
المجموع	143	-	147	-	105	-	395		

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

(*) الأسئلة الخاصة بسياسة التوزيع من السؤال 6 إلى السؤال 10 انظر الملحق.

نلاحظ ان كاي مربع المحسوبة اكبر من الجدولية وعليه نرفض الفرضية العدمية، إذا هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة التوزيع (اعتبار المنال والحصول على الخدمة) ورضا المريض. لكن بالرجوع للجدول اعلاه نلاحظ أن أعلى التكرارات حيادية ومقبولة (147)، أي أن قوة علاقة سياسة التوزيع برضا المريض تبلغ 34.27%. بتأثير مقبول.

أما عن أهم عوامل سياسة التوزيع التي تؤثر على رضا المريض فتأتي في مقدمتها عامل الحصول على الخدمة الصحية في جميع الأوقات حيث بلغت نسبته 53.16% ، يليه مباشرة موقع المستشفى حيث عبرت نسبة 48.10% من وحدة الدراسة على أنها راضية عنه، هذا عكس عامل عدم انتظار تلقي العلاج طويلا الذي بلغ نسبة منخفضة تقدر بـ 24.05% حيث أنها أثرت سلبا عليه لكونها طويلة في غالب الأحيان لأسباب تنظيمية بالدرجة الأولى (نقص الدواء، الأجهزة، الأطباء...)، ثم لوجود العلاقات الشخصية بكثرة وأخيرا لكثرة المرضى. كما أن المريض غير راض تماما عن إجراءات العلاج والتشخيص حسب الحالة الصحية بالإضافة إلى عدم تمكنه من الاتصال والتحدث مع الأطباء والمرضى بسهولة حيث بلغت نسبة الإجابات الايجابية 20.25%، وهذا يرجع بالدرجة الأولى إلى وجود وسائط شخصية في التعامل بالإضافة إلى عدم الاهتمام بالمريض والشخصية غير المرنة للفريق الطبي حسب ما دلت عليه نتائج الاستبيان.

الفرضية الثالثة:

H_0 : "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة الترويج ورضا المريض".

لاختبار هذه الفرضية سنقوم بتحليل بيانات الأسئلة الخمسة الخاصة بسياسة الترويج التالية حسب الجدول

التالي: جدول رقم 18: نتائج اختبار X^2 (مربع كاي) للعلاقة بين رضا المريض وسياسة الترويج(*)

التكرارات	إيجابية (3)	%	محايدة (2)	%	سلبية (1)	%	المجموع	X^2_{cal} المحسوبة	X^2_{tab} الجدولية
11- مدى اطلاع المريض على البرامج والإعلانات الوقائية التي يقوم بها المستشفى	25	31.64	3	3.80	51	64.56	79	104.69	15.507
12- وجود معلومات حول الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى	19	24.05	19	24.05	41	51.90	79		
13- كيفية استقبال ومعاملة موظف الاستقبال المريض	25	31.65	40	50.63	14	17.72	79		
14- سمعة المستشفى	24	30.38	19	24.05	36	45.57	79		
15- الاتصال بالمريض وتعريفه بالخدمات والإرشادات الصحية المقدمة في المستشفى	0	0	4	5.06	75	94.94	79		
المجموع	93	-	85	-	217	-	395		

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

(*) الأسئلة الخاصة بسياسة الترويج من السؤال 11 إلى السؤال 15 انظر الملحق.

يتضح من الجدول أن كاي مربع المحسوبة اكبر من الجدولية ومنه فإننا نرفض الفرضية العدمية ، إذا هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة الترويج ورضا المريض.

ولمعرفة مدى قوة هذه العلاقة نستعين بمعامل التوافق الذي يساوي 0.4577، وبالرجوع للجدول نجد أن اكبر تكرار هو تكرار سلبي (217)، هذا ما يدل على أن قوة علاقة سياسة الترويج برضا المريض التي تبلغ 45.77% لها أثر سلبي على رضا المريض لابد من تصحيحه.

أما بالنسبة للجدول اعلاه نلاحظ أن التكرارات الايجابية كلها أقل من 35% ، وهذا يشير إلى عدم رضا المريض على جميع عناصر المزيج الترويجي للمستشفى. بدءا بعدم اطلاعه على البرامج والإعلانات الوقائية التي يقوم بها المستشفى الذي بلغت نسبته 31.64% باعتبار أنها غير موجودة أساسا أو انه لا يوجد منها الكثير وان وجدت فهي غير واضحة وغير نافعة. بالإضافة إلى سمعة المستشفى التي بلغت نسبتها 30.38% باعتبار أن سمعة المستشفى لا تؤثر أبدا على قرار الالتحاق بها ومن ثم على تحقيق الرضا للمريض باعتبارها قطاعا عاما وهي في خدمة جميع المواطنين. كما أن كيفية استقبال ومعاملة موظف الاستقبال المريض كان لها جانب مهم في التأثير على رضاه حيث اشتكى معظم المرضى من الامبالاة والإهمال من طرف موظف الاستقبال وجهله لمهام وظيفته. كما أن المرضى لا يجدون معلومات كافية حول جميع الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى، ناهيك عن الاتصال بهم وتعريفهم بالخدمات والإرشادات الصحية المقدمة في المستشفى.

الفرضية الرابعة:

"لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة التسعير (اعتبار السعر) ورضا المريض".

لتحديد هذه الدراسة سنقوم بتحليل بيانات الأسئلة الخمسة الخاصة بسياسة التسعير حسب الجدول التالي:

جدول رقم 19: نتائج اختبار X^2 (مربع كاي) للعلاقة بين رضا المريض وسياسة التسعير (*)

X^2_{tab} الجدولية	X^2_{cal} المحسوبة	المجموع	%	سلبية (1)	%	محايدة (2)	%	إيجابية (3)	التكرارات
									العبارات
12.59	85.94	79	16.46	13	41.77	33	41.77	33	16- أسعار الخدمات الصحية في المستشفى
		79	13.92	11	64.56	51	21.52	17	17- تقبل المريض للأسعار الحقيقية للخدمات الصحية
		79	65.82	52	10.13	8	24.05	19	18- نوع الاشتراك في دفع السعر
		79	49.37	39	36.71	29	13.92	11	19- رفع أسعار الخدمات الصحية
		316	-	115	-	121	-	80	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

(*) الأسئلة الخاصة بسياسة التسعير من السؤال 16 إلى السؤال 19 انظر الملحق.

لدينا كاي الجدولية $X^2 = 12.591$ باعتبار درجة الحرية $(1-4)(1-3)=6$. وبما أن كاي مربع المحسوبة اكبر من الجدولية فإننا نرفض الفرضية العدمية ، إذا هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين سياسة التسعير ورضا المريض.

ولمعرفة مدى قوة هذه العلاقة استعنا بمعامل التوافق الذي يساوي 0.4624، وقد أظهر الجدول أن اكبر تكرار حيادي ومقبول (121)، أي أن قوة علاقة سياسة التسعير برضا المريض التي تبلغ 46.24% مقبولة التأثير على رضا المريض.

و يتضح من الجدول أن نسب التكرارات الايجابية اقل من 45%، هذا يعني أن المريض يرى أن سياسة التسعير التي تقوم بها المستشفى مقبولة، فهو راض عن أسعار الخدمات المقدمة في المستشفى حيث بلغت نسبة الإجابات الايجابية 41.77% باعتبار أنها أسعار رمزية. كما عبرت نسبة 24.05% فقط على أن نوع الاشتراك في دفع السعر يؤثر في تحسين مستوى الخدمات المقدمة ومن ثم على رضا المريض، أي أن نوع الاشتراك في دفع السعر ليس له علاقة أبداً بمستوى الخدمة المقدمة، علماً أن أعلى نسبة اشتراك يكون دفعها نقداً وتقدر بـ 44.30% يليها الاشتراك بواسطة بطاقة العلاج المجاني 37.97% ثم صندوق الضمان الاجتماعي 17.72%. كما أن نسبة الرضا عن الأسعار الحقيقية للخدمات الصحية 21.52%، أي أن المرضى يعتبرون الأسعار مرتفعة مقارنة بأوضاعهم الاقتصادية. وقد عبرت نسبة 13.92% فقط على أن عامل رفع أسعار الخدمات الصحية يؤثر على رفع مستوى الخدمة ومن ثم على رضا المريض، أي لا توجد أي علاقة بين رفع أسعار الخدمات الصحية و رفع مستوى الخدمة لعدة أسباب أهمها عدم وجود رقابة على رفع مستوى الخدمة كسبب رئيسي ثم لانعدام العلاقة بين الأسعار و رفع مستوى الخدمة في القطاع العام وأخيراً لانعدام الأخلاق والضمير لدي هيئة التمريض حسب ما ورد في نتائج الاستبيان.

القضية الثانية: تتعلق بمدى اختلاف الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي المؤثرة في رضا المريض باختلاف العوامل الديموغرافية (النوع، العمر، المستوى التعليمي) ومدة الإقامة في ولدراسة هذه القضية يجب اختبار الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى:

"لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف العمر".

ولتوضيح ذلك تم جمع البيانات الايجابية الخاصة بالفئات العمرية من الاستثمارات الموزعة على المرضى كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم 20: نتائج توزيع عينة الدراسة حسب العمر

أكثر من 41 سنة	من 40-31 سنة	من 31-20 سنة	أقل من 20 سنة	الفئة رقم العبارة	أكثر من 41 سنة	من 40-31 سنة	من 31-20 سنة	أقل من 20 سنة	الفئة رقم العبارة
8	2	3	2	11	17	5	5	2	1
6	4	7	2	12	15	7	6	6	2
13	3	4	5	13	17	3	6	6	3
10	7	5	2	14	18	7	6	4	4
0	0	0	0	15	8	7	6	2	5
37	16	19	11	المجموع	75	29	29	20	المجموع
9,3670	4,0506	4,8101	2,7848	النسبة المئوية	18,9873	7,3417	7,3417	35,063	النسبة المئوية
12	6	9	6	16	17	5	11	5	6
6	5	4	2	17	13	3	10	5	7
5	3	6	4	18	6	4	4	2	8
4	2	2	3	19	18	9	10	5	9
27	16	21	15	المجموع	6	5	2	3	10
8,5443	35,063	6,6455	4,7468	النسبة المئوية	60	26	37	20	المجموع
-	-	-	-	-	15,1898	6,5823	9,3671	5,0633	النسبة المئوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

نلاحظ الاختلاف الكبير للنسب المئوية وذلك راجع للاختلاف الكبير بين حجم كل عينة. وقد استعملت نتائج هذا الجدول في إيجاد قيمة فيشر (Fisher) حسب أسلوب تحليل التباين الأحادي بواسطة الحاسوب (Excel) فكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم 21: تحليل التباين الأحادي حسب العمر

مصدر التباين	مجموع مربع التباين	متوسط مربع التباين	قيمة F المحسوبة	قيمة F الجدولية
بين المجموعات	543,210526	181,070175	15,2884829	2,73180704
داخل المجموعات	852,736842	11,8435673		

تدل نتائج اختبار فيشر (F) حسب أسلوب تحليل التباين الأحادي من الجدول رقم (21) على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية النسبية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف العمر لان قيمة F المحسوبة أكبر من قيمة F الجدولية عند مستوى دلالة 5%. وبالتالي يمكن رفض هذه الفرضية واستنتاج أن درجة الأهمية النسبية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي والتي تؤثر في رضا المريض تختلف باختلاف العمر. وهذا ما يوضحه لنا الجدول الآتي:

جدول رقم 22: النسب المئوية للإجابات الإيجابية لمجتمع الدراسة حسب فئات العمر

فئة	أقل من 20 سنة	31-20	40-31	أكثر من 41
المزيج التسويقي				
سياسة المنتج	35,063	7,3417	7,3417	18,9873
سياسة التوزيع	35,063	9,3671	6,58231	15,1898
سياسة الترويج	2,7848	4,8101	4,0506	9,3671
سياسة التسعير	4,74683	6,6455	5,0633	8,5443

أظهرت نتائج الجدول رقم (22) أن أهم عامل يؤثر على رضا الفئة العمرية الكبيرة السن هو جودة الخدمة الصحية وكفاءة العاملين مقارنة بالفئات العمرية الأقل التي تهتم وتتأثر بسهولة الحصول على الخدمة في المستشفى، كما يتضح من الجدول أن سياسة التسعير تحتل المرتبة الثالثة في التأثير على رضا جميع فئات العمر ، وهذا أمر طبيعي باعتبار الأسعار رمزية بالنسبة لغير المؤمنين، وهي مدعمة من طرف الدولة بالنسبة للمعوزين، أو عن طريق صندوق الضمان الاجتماعي (CNAS) بالنسبة للأجراء ، أو غير الأجراء (CASNOS). عكس الترويج الذي انخفضت درجة أهميته في التأثير على رضا المريض عند جميع الفئات ويعزى ذلك إلى ضعف دور الترويج الذي تقوم به المستشفى حيث أشار عدد كبير من أفراد مجتمع الدراسة إلى قلة المعلومات وعدم توفرها أحيانا.

الفرضية الثانية:

"لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف المستوى التعليمي".

ولتوضيح ذلك تم جمع البيانات الإيجابية لخاصة المستوى التعليمي من الاستثمارات الموزعة على المرضى كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم 23: نتائج توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

رقم العبارة	أمي	ابتدائي ومتوسط	ثانوي	جامعي	رقم العبارة	أمي	ابتدائي ومتوسط	ثانوي	جامعي
1	12	7	4	6	11	10	4	6	5
2	13	6	7	8	12	7	5	5	2
3	14	6	2	6	13	12	5	5	3
4	8	4	3	5	14	11	6	5	2
5	9	3	4	7	15	0	0	0	0
المجموع	56	26	20	32	المجموع	40	19	22	12
النسبة المئوية	14,1772	6,5823	5,0633	8,1014	النسبة المئوية	10,1265	4,8101	5,5696	3,0379
6	15	11	7	5	16	13	8	5	7
7	15	6	5	5	17	7	5	3	2
8	7	4	2	3	18	8	5	1	5
9	15	15	6	4	19	5	3	2	5
10	10	3	2	1	المجموع	33	21	11	19
المجموع	62	39	22	18	النسبة المئوية	10,4430	6,64556	3,4810	6,01265
النسبة المئوية	15,6962	9,8734	5,5696	4,5569					

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

وقد استعملت نتائج هذا الجدول في إيجاد قيمة فيشر (Fisher) حسب أسلوب تحليل التباين الأحادي بواسطة الحاسوب فكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم 24: تحليل التباين الأحادي حسب المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع مربع التباين	متوسط مربع التباين	قيمة F المحسوبة	قيمة F الجدولية
بين المجموعات	576,105263	192,035088	20,952624	2,73180704
داخل المجموعات	659,894737	9,16520468		

تدل نتائج اختبار فيشر (F) حسب أسلوب تحليل التباين الأحادي من الجدول رقم (24) على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية النسبية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على

رضا المريض باختلاف المستوى التعليمي لان قيمة F المحسوبة أكبر من قيمة F الجدولية عند مستوى دلالة أقل أو يساوي 5%. وبالتالي يمكن رفض هذه الفرضية واستنتاج أن درجة الأهمية النسبية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي والتي تؤثر في رضا المريض تختلف باختلاف المستوى التعليمي. وهذا ما يوضحه لنا الجدول الآتي:

جدول رقم 25: النسب المئوية لإجابات مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي

الدرجة	أولي	ثانوي	جامعي
سياسة المنتج	14,1772	6,5823	5,0633
سياسة التوزيع	15,6962	9,8734	5,5696
سياسة الترويج	10,1266	4,8101	5,5696
سياسة التسعير	10,4430	6,6455	3,4810

تظهر نتائج الجدول رقم (25) أن رضا المريض يركز بالدرجة الأولى عند فئة التعليم الجامعي على عامل جودة الخدمات الصحية وكفاءة العاملين مقارنة ببقية مستويات التعليم الأخرى، بينما نجد أن مستوى التعليم الأدنى والأميون يركزون على عامل توزيع الخدمات الصحية أي سهولة الحصول على الخدمات لتحقيق الرضا المطلوب مقارنة ببقية المستويات الأخرى. في حين نلاحظ أن جميع فئات المستوى التعليمي راضية على عامل اعتبار السعر مقارنة مع الترويج الذي تقوم به المستشفى.

الفرضية الثالثة:

"لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف النوع".

ولتوضيح ذلك تم جمع البيانات الإيجابية الخاصة بالنوع من الاستثمارات الموزعة على المرضى كما

يوضحه الجدول الموالي: جدول رقم 26: نتائج توزيع عينة الدراسة حسب النوع

الدرجة	ذكر	أنثى	رقم العبارة	الدرجة	ذكر	أنثى
1	17	12	11	12	12	13
2	12	21	12	5	14	14
3	11	21	13	10	15	15
4	7	13	14	6	18	18
5	12	11	15	0	0	0
المجموع	59	78	المجموع	33	60	60
النسبة المئوية	14,9367	19,7468	النسبة المئوية	8,35443	15,1898	15,1898
6	16	22	16	14	19	19
7	17	14	17	6	11	11
8	7	9	18	7	12	12
9	17	25	19	3	8	8
10	8	8	المجموع	30	50	50
المجموع	65	78	النسبة المئوية	9,49367	15,8227	15,8227
النسبة المئوية	16,4556	19,7468	11	12	13	13

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

وقد استعملت نتائج هذا الجدول في إيجاد قيمة فيشر (Fisher) حسب أسلوب تحليل التباين الأحادي بواسطة الحاسوب فكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم 27: تحليل التباين الأحادي حسب النوع

مصدر التباين	مجموع مربع التباين	متوسط مربع التباين	قيمة F المحسوبة	قيمة F الجدولية
بين المجموعات	164,236842	164,236842	5,40190421	4,11316522
داخل المجموعات	1094,52632	30,4035088		

تدل نتائج اختبار فيشر (F) حسب أسلوب تحليل التباين الأحادي من الجدول رقم (27) أنه لا يوجد اختلاف كبير بين قيمة F المحسوبة و F الجدولية، وهذا يشير إلى أنه لا توجد فروقات كبيرة في الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف النوع. وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم 28: النسب المئوية لإجابات مجتمع الدراسة حسب النوع

الفئة	ذكر	أنثى
المزيج التسويقي		
سياسة المنتج	14,9367	19,7468
سياسة التوزيع	16,4556	19,7468
سياسة الترويج	8,3544	15,1898
سياسة التسعير	9,4936	15,8227

يشير الجدول (28) إلى أن تحقق الرضا بالنسبة لفئة الإناث يكون من خلال التركيز على عاملي الخدمات والعاملين في المستشفى بالإضافة إلى سهولة الحصول على الخدمة ، بينما فئة الذكور فهي تركز على عامل التوزيع أي الحصول على الخدمة الصحية أولا. بينما تحتل سياسة التسعير المرتبة الثالثة في التأثير على رضا المريض في كلتا الفئتين عكس سياسة الترويج.

الفرضية الرابعة:

"لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف مدة الإقامة".

ولتوضيح ذلك تم جمع البيانات الإيجابية الخاصة بمدة الإقامة من الاستثمارات الموزعة على المرضى كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم 29: نتائج توزيع عينة الدراسة حسب مدة الإقامة

الفترة العبارة	أكثر من ساعة	أكثر من يوم	أكثر من شهر	الفترة العبارة	أكثر من ساعة	أكثر من يوم	أكثر من شهر
1	5	16	8	11	3	19	3
2	5	24	5	12	3	12	4
3	5	22	5	13	2	19	4
4	6	10	4	14	3	18	3
5	4	14	5	15	0	0	0
المجموع	25	86	27	المجموع	11	68	14
النسبة المئوية	6,3291	21,7721	6,8354	النسبة المئوية	2,7848	17,2151	3,5443
6	7	22	9	16	6	17	10
7	3	23	5	17	4	7	6
8	2	11	3	18	3	13	3
9	5	31	6	19	3	6	2
10	4	10	2	المجموع	16	43	21
المجموع	21	97	25	النسبة المئوية	5,0633	13,6076	6,6455
النسبة المئوية	5,3164557	24,5569	6,3291				

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان

وقد استعملت نتائج هذا الجدول في إيجاد قيمة فيشر (Fisher) حسب أسلوب تحليل التباين الأحادي بواسطة الحاسوب فكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم 30: تحليل التباين الأحادي حسب مدة الإقامة

مصدر التباين	مجموع مربع التباين	متوسط مربع التباين	قيمة F المحسوبة	قيمة F الجدولية
بين المجموعات	1552,25926	776,12963	34,7877057	3,17879929
داخل المجموعات	1137,83333	22,3104575		

تدل نتائج اختبار فيشر (F) حسب أسلوب تحليل التباين الأحادي من الجدول رقم (30) على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في الأهمية النسبية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف مدة الإقامة لان قيمة F المحسوبة أكبر من قيمة F الجدولية عند مستوى دلالة أقل أو يساوي 5%. وبالتالي يمكن رفض هذه الفرضية واستنتاج أن درجة الأهمية النسبية المعطاة لعناصر المزيج التسويقي والتي تؤثر في رضا المريض تختلف باختلاف مدة الإقامة. وهذا ما يوضحه لنا الجدول الآتي:

جدول رقم 31: النسب المئوية لإجابات مجتمع الدراسة حسب مدة الإقامة

الفترة	أكثر من ساعة	أكثر من يوم	أكثر من شهر
المزيج التسويقي			
سياسة المنتج	6,3291	21,7721	6,8354
سياسة التوزيع	5,3164	24,5569	6,3291
سياسة الترويج	2,7848	17,2152	3,5443
سياسة التسعير	5,0633	13,6076	6,6455

نلاحظ من الجدول (31) أن سياسة المنتج لها تأثير كبير على رضا المريض مهما اختلفت مدة الإقامة حيث نجده في المرتبة الأولى في جميع الفترات تقريبا. تليها مباشرة سياسة التوزيع، لتظهر سياسة

التسعير في المرتبة الثالثة عكس عامل أو سياسة الترويج. وتأكيدا لما سبق نجد أن رضا المريض لا يمكن أن يتحدد بدقة في فترة قصيرة بل يجب أن يراعى فيه الزمن ، وهذا ما تؤكده نتائج العمود الثالث الخاصة بفئة المقيمين أكثر من شهر.

خلاصة الفصل الثالث

يعد هذا الفصل تدعيما للفصول السابقة، من خلال التحقق من الأفكار النظرية عند تطبيقها ميدانيا. فالمستشفيات باعتبارها منظمات فاعلة ولها تأثير كبير على درجة تقدم الدول فهي المنظمة الأكثر التصاقا بالجماهير، لذلك لا بد من الاهتمام بالخدمات الصحية التي تقدمها هذه المستشفيات من أجل تحقيق رضا المريض باعتباره المستهدف من هذه العملية. وللوصول إلى تحقيق هذه الأهداف كان لا بد من انتهاج سياسات تسويقية تكون مصممة خصيصا لتسويق الخدمات الصحية. ولكن من خلال دراستنا التطبيقية لمسنا تأخر كبير في مواكبة التطور الحاصل في العالم ، حيث أن هذا المصطلح غائب وغير واضح لدى الكثير من المسؤولين والعاملين في المستشفى، كما وجدنا غياب بعض عناصر المزيج التسويقي.

أن المركز الاستشفائي الجامعي يعاني من عدة مشاكل شأنها في ذلك معظم المؤسسات العمومية في الوطن، منها مشاكل خاصة بالهيكل وأخرى خاصة بالنشاط العلاجي. هذه المشاكل والنقص أثرت بدورها على عناصر المزيج التسويقي، هذا ما كشفت عليه نتائج الدراسة الميدانية.

بينت نتائج الدراسة الميدانية أن هناك علاقة بين عناصر المزيج التسويقي ورضا المريض المستهدف الأول والأخير للعملية التسويقية. غير أن قوة هذه العلاقة تختلف من عامل لآخر، فكانت قوة هذه العلاقة مقبولة بالنسبة لجميع العوامل باستثناء عامل الترويج الذي أثر سلبا على رضا المريض.

فكانت مشاكل سياسة المنتج تتركز على مشاكل ذات طابع مادي بالدرجة الأولى من عدم الاستفادة من الأجهزة الطبية المعقدة ومن وضعية الهياكل الصحية بالإضافة إلى الرعاية اللازمة عند كل مراجعة طبية. أما سياسة التوزيع وسهولة الحصول على الخدمة الصحية فقد ارتكزت مشاكلها على مدة الانتظار الطويلة للحصول على الخدمة الصحية وإجراءات العلاج والتشخيص المعقدة بالإضافة إلى عدم التمكن من التحدث للأطباء والممرضين بسهولة ويسر. في حين وجدنا أن سياسة الترويج تعاني من جميع العوامل المكونة لها من ضعف في البرامج الإعلانية الوقائية التي تقوم بها حيث أكد معظم المرضى انه لا توجد وان وجدت فهي قليلة وغير نافعة. كما اشتكى معظم المرضى من سوء استقبالهم من طرف موظف الاستقبال، كما أنهم لا يتحصلون على أية معلومات عن الخدمات المقدمة فيها، ناهيك عن الاتصال بهم لتعريفهم بالخدمات الجديدة والإرشادات الوقائية لبعض أنواع الأمراض. بينما لاقت سياسة التسعير بعض الرضا مقارنة بالأسعار الحقيقية للخدمات الصحية كما عبر معظم المرضى انه لا توجد علاقة بين نوع الاشتراك في دفع السعر ومستوى الخدمة المقدمة، وانه حتى لو تم رفع السعر لن يتغير مستوى هذه الخدمات لأسباب أهمها عدم وجود رقابة على رفع مستوى الخدمة كسبب رئيسي ثم لانعدام العلاقة بين الأسعار ورفع مستوى

الخدمة في القطاع العام وأخيرا لانعدام الأخلاق والضمير لدي هيئة التمريض حسب ما ورد في نتائج الاستبيان.

ولإثراء هذه الدراسة وتعزيز نتائجها أضفنا اختبار الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف العوامل الديموغرافية ومدة الإقامة في المستشفى، وقد أثبتت النتائج أن سياسة المنتج والتوزيع لهما الأثر الكبير على رضا المريض مهما اختلفت هذه العوامل.

الخاتمة العامة

الخاتمة العامة

بات واضح بأن عالمنا الذي نعيش به اليوم هو عالم الخدمات، لكونه مرتبط بالكثير من مفردات الحياة اليومية للمواطن، ولعل الخدمة الصحية واحدة من أبرز الخدمات التي ازدادت الحاجة إليها عما سبق، هذا ما أوجب أن يكون هناك اهتمام واضح ومتزايد من قبل المنظمات الصحية عامة والمستشفيات خاصة. ولذلك كان لابد أن يلعب النشاط التسويقي الدور المهم والحيوي في تلك الاستجابة الدقيقة والواضحة لتلك الحاجات الإنسانية. من هذا المنطلق كان طرح إشكالية هذا البحث، وقد وضعت عدة تساؤلات كما وضعت فرضيات تم اختبارها على مسار هذا البحث.

لقد تم تأكيد الفرضية الأولى للدراسة في الفصل الأول والثاني عندما تم استعراض طبيعة الخدمات الصحية والتركيز على مدى خصوصيتها الشيء الذي شكل ضغطا على مقدمي هذه الخدمات من حيث صعوبة التعامل والحضور الكلي للجانب الإنساني وتأثره بالسلوك والمشاعر مما جعل من تسويق الخدمات أمرا صعبا.

واختبرت الفرضية الثانية في الفصل الثالث وهو الفصل الميداني من البحث، وفيه تم معالجة إشكالية البحث في المستشفى الجامعي بباتنة عندما تم تبني المفاهيم التسويقية في المستشفى من خلال السياسات التسويقية للخدمات الصحية التي تهدف إلى تحسين أداء الخدمة الصحية للمريض وبالتالي إشباع حاجاته ورغباته. لان المستشفى لا يبيع المنتج الصحي (الخدمة الصحية) في حد ذاته وإنما يبيع الاستفادة أو الإرضاء الناتج عن أداء الخدمات المقدمة من عناصر ملموسة وعناصر غير ملموسة، وتحصلنا في الأخير على مجموعة من النتائج التي كانت أساس مجموعة من الاقتراحات للحد من النقائص التي يعاني منها هذا القطاع. ومن خلال هذا المنطلق تمكنا من الوصول إلى رؤية حول تسويق الخدمات الصحية في الجزائر وهذا من خلال دراستنا لحالة المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة.

النتائج والاقتراحات

1- النتائج

لقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أولا: أظهرت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة بين عناصر المزيج التسويقي ورضا المريض غير أن قوة هذه العلاقة تختلف من عامل لآخر، فكانت قوة هذه العلاقة مقبولة بالنسبة لجميع العوامل باستثناء عامل الترويج الذي أثر سلبا على رضا المريض. وأن أية مشاكل يعاني منها المستشفى ينعكس مباشرة على السياسات التسويقية التي يمكن تطبيقها. فقد عانى المستشفى الجامعي من عدة مشاكل، منها الخاصة بالهيكل وأخرى خاصة بالنشاط العلاجي عموما. هذا ما أثر سلبا على عناصر المزيج التسويقي الصحي.

ثانيا: أظهرت نتائج الدراسة أن هناك عدة مشاكل بالنسبة لعناصر المزيج التسويقي وهي كما يلي:

- أ- بالنسبة لمشاكل سياسة المنتج تركز على :
- مشاكل ذات طابع مادي بالدرجة الأولى من عدم الاستفادة من الأجهزة الطبية المعقدة؛
 - وضعية الهياكل الصحية؛
 - نقص الرعاية اللازمة عند كل مراجعة طبية.
- ب- أما سياسة التوزيع وسهولة الحصول على الخدمة الصحية فقد ارتكزت مشاكلها على:
- مدة الانتظار الطويلة للحصول على الخدمة الصحية وإجراءات العلاج والتشخيص المعقدة؛
 - عدم التمكن من التحدث مع الأطباء والمرضى بسهولة ويسر.
- ج- بالنسبة لسياسة الترويج فهي تعاني من ضعف في جميع العوامل المكونة لها وهي كما يلي:
- أكد معظم المرضى انه لا توجد برامج الإعلانات الوقائية وان وجدت فهي قليلة وغير ناعمة؛
 - اشتكى معظم المرضى من سوء استقبالهم من طرف موظف الاستقبال؛
 - عدم حصول المرضى على أية معلومات عن الخدمات المقدمة فيها، ناهيك عن الاتصال بهم لتعريفهم بالخدمات الجديدة والإرشادات الوقائية لبعض أنواع الأمراض.
- د- أما سياسة التسعير فقد لاقت بعض الرضا مقارنة بالأسعار الحقيقية للخدمات الصحية إلا أنها تعاني من عدة نقائص أهمها:
- لا توجد علاقة بين نوع الاشتراك في دفع السعر ومستوى الخدمة المقدمة، وحتى لو تم رفع السعر لن يتغير مستوى هذه الخدمات لأسباب أهمها عدم وجود رقابة على رفع مستوى الخدمة كسبب رئيسي ثم لانعدام العلاقة بين الأسعار ورفع مستوى الخدمة في القطاع العام، وأخيرا لانعدام الأخلاق والضمير لدى هيئة التمريض.
- ثالثا:** أظهرت نتائج اختبار الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي من حيث تأثيرها على رضا المريض باختلاف العوامل الديموغرافية ومدة الإقامة في المستشفى، أن سياسة المنتج والتوزيع لهما الأثر الكبير على رضا المريض مهما اختلفت هذه العوامل مقارنة بباقي عناصر المزيج التسويقي.
- وهكذا اتضح لنا أن معظم أفراد العينة غير راضيين بصورة جيدة عن الخدمات المقدمة في المستشفى، ولكنها تبقى مقبولة إلى سلبية في بعض الأحيان. فانطلاقا من الحقائق الملموسة وتحليل المعطيات والمعلومات وحوصلة النتائج يمكن تقديم بعض الاقتراحات التي من شأنها أن تساعد في إيجاد بعض الحلول أو تقليص حجم النقائص من أجل بعث وتنشيط النشاط التسويقي.

2-الاقتراحات

بناء على نتائج الدراسة يمكن تقديم الاقتراحات والتوصيات التالية:

- أ- الاقتراحات التي تخص المزيج التسويقي الصحي عموما في المستشفى هي:
- على المسؤولين في المستشفى إعطاء أهمية أكبر لعامل جودة الخدمات وكفاءة الأطباء والعمل على الحفاظ عليها باعتبار الفئات العمرية المتقدمة في السن والمتعلمة قد أعطت هذا العامل أهمية كبيرة.

وذلك من خلال حسن اختيار الكفاءات العالية من الأطباء، ووضع معايير للارتقاء بالمهنة الطبية وسمعتها.

- إعطاء أهمية أكبر لعامل سهولة الحصول على الخدمة الصحية من خلال تطويرها وتجسيدها بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة للمرضى، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي السريع خاصة في القطاع الطبي، وإثراء المعرفة العلمية والطبية المتخصصة لدى مقدمي الخدمات الطبية مما يزيد في رضا المريض.

ب- الاقتراحات التي تخص كل عنصر من عناصر المزيج التسويقي الصحي هي:

- إعداد دراسات تتطرق بشكل موسع ووافي للمتاعب التي يتلقاها المستفيد من الخدمات الصحية من أجل تحسينها.

- ضرورة الاهتمام بتطوير الخدمات الصحية وتحسينها بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة والمتغيرة للمستفيدين، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي السريع خاصة في القطاع الطبي، وإثراء المعرفة العلمية والطبية المتخصصة لدى مقدمي الخدمات الصحية، مما يزيد من رضا المرضى.

- إنشاء شبكة اتصال داخلية في المؤسسة -انترنت- بين مختلف الأقسام والمصالح.

- نشر الثقافة الصحية في أوساط المجتمع عن طريق إقامة المؤتمرات العلمية والملتقيات والأيام الدراسية والندوات والمعارض، وعن طريق الحملات التحسيسية في مختلف وسائل الإعلام بشكل متواصل من أجل الوقاية خير من العلاج ومن ثم تخفيض الطلب على خدمات المستشفى.

- تنمية الحياة المهنية للعامل باعتماد نشاطات قاعدية تتركز في الأساس على التكوين والتأهيل وتطوير الكفاءات.

ج - الاقتراحات التي يمكن تقديمها على المستوى الكلي هي:

ترى الباحثة في هذا المجال أن السياسة الصحية في الجزائر إذا كانت قد منحت للخواص الحق للاستثمار في القطاع الصحي باعتباره ضرورة حتمية لتغيير التسيير الذي يتلاءم مع نمط دخول الجزائر اقتصاد السوق بالإضافة إلى الديون الكبيرة لهذا القطاع فمن الأحسن أن يكون:

- استثمار هؤلاء الخواص مكملًا لنشاط القطاع العام ؛
- ترك القطاع الخاص يهتم بنشاطات الخدمات الطبية؛
- صياغة قوانين ملائمة ورقابة دائمة على الخدمات والأسعار التي يقدمها القطاع الخاص، وذلك من خلال برامج ومخططات مدروسة حتى يتم النهوض بهذا القطاع.

وتكون بذلك هذه هي الإجراءات العملية لتحقيق إستراتيجية طويلة المدى هدفها القضاء على الأمراض والأوبئة في المجتمع أي خلق مجتمع واعي وصحي، وذلك ابتداء من دراسة مشاكل السوق الصحي واحتياجات المستهلك الجزائري. الذي كان يلعب دوما الدور الشكلي.

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1	مكونات النظام الصحي	6
2	أبعاد المفهوم المجتمعي للتسويق	15
3	التوجه المجتمعي للتسويق	16
4	التسويق كعملية إدارية	22
5	مراحل مفهوم التسويق	24
6	العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك (المريض)	32
7	مراحل عملية الشراء لدى المستهلك	36
8	مصادر المعلومات المؤثرة على خيار المريض	37
9	مجاميع البدائل المتعاقبة في قرار المريض	38
10	مكونات نظام المعلومات التسويقي الصحي	46
11	مضامين نظام دعم القرارات التسويقية	48
12	خطوات إجراء البحث التسويقي	51
13	نماذج التفضيلات لدى المريض	53
14	مصفوفة التغيرات المتعددة في تجزئة السوق	55
15	النماذج الخمسة في اختيار السوق المستهدف	56
16	نموذج الخدمة- الجودة للفجوات الخمسة	68
17	الأهمية النسبية للعناصر الترويجية واستخدامها في المجال الصحي	78
18	المنفذ المباشر وغير المباشر في توزيع الخدمة الصحية	79
19	الفرق بين توزيع المنتج المادي والخدمة الصحية	80
20	البناء للخريطة الخدمية	87
21	سلمية الخدمات العمومية الصحية في الجزائر	94
22	الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي -باتنة-	110

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	تطور بعض أنواع الأمراض في الجزائر خلال سنوات 1998-2003	20
2	آلية نظام المعلومات التسويقي في الوسط الصحي	45
3	مزيج المنتج الصحي	60
4	أبعاد الجودة للخدمات الصحية	67
5	وصف لتقليص الفجوة لجودة الخدمة	70
6	العناصر الداخلية والخارجية المادية لبيئة تقديم الخدمة	88
7	تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر	100
8	العيادات الخاصة في الجزائر سنة 2006	100
9	التغطية الصحية لمدينة باتنة	107
10	المصالح الاستشفائية ونشاطاتها سنة 2006	112
11	نشاط مصالح أخرى سنة 2006	112
12	توزيع الموارد البشرية للمستشفى الجامعي باتنة سنة 2006	113
13	توزيع الموارد المالية للمستشفى الجامعي باتنة سنة 2006	113
14	توزيع الموارد المادية للمستشفى الجامعي باتنة سنة 2006	114
15	وصف عينة الدراسة	119
16	نتائج اختبار كاي مربع للعلاقة بين سياسة المنتج ورضا المريض	121
17	نتائج اختبار كاي مربع للعلاقة بين سياسة التوزيع ورضا المريض	122
18	نتائج اختبار كاي مربع للعلاقة بين سياسة الترويج ورضا المريض	123
19	نتائج اختبار كاي مربع للعلاقة بين سياسة التسعير ورضا المريض	124
20	نتائج توزيع عينة الدراسة حسب العمر	126
21	تحليل التباين الأحادي حسب العمر	126
22	النسب المئوية الايجابية لمجتمع الدراسة حسب العمر	126
23	نتائج توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	127
24	تحليل التباين الأحادي حسب المستوى التعليمي	127
25	النسب المئوية الايجابية لمجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي	128
26	نتائج توزيع عينة الدراسة حسب النوع	128
27	تحليل التباين الأحادي حسب النوع	129
28	النسب المئوية الايجابية لمجتمع الدراسة حسب النوع	129
29	نتائج توزيع عينة الدراسة حسب مدة الإقامة	130
30	تحليل التباين الأحادي حسب مدة الإقامة	130
31	النسب المئوية الايجابية لمجتمع الدراسة حسب مدة الإقامة	130

المراجع

المراجع

أولاً: باللغة العربية

1- الكتب

1. أبو نبعة عبد العزيز، (2005)، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة: منهج تطبيقي. عمان: الوراق للنشر.
2. أبو قحف، عبد السلام. (2001)، التسويق: وجهة نظر معاصرة. الإسكندرية: مكتبة الإشعاع الفنية.
3. إدريس، ثابت عبد الرحمن و المرسي، جمال الدين محمد. (2005)، التسويق المعاصر الإسكندرية: الدار الجامعية.
4. البكري، ثامر ياسر. (2005)، تسويق الخدمات الصحية. عمان: دار اليازوري.
5. بازرع، محمود صادق. (1987)، إدارة التسويق. القاهرة: دار النهضة العربية.
6. بواعنة، عبد المهدي. (2004)، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية. عمان: دار الحامد.
7. بغيره، أو بكر. (1993)، التسويق ودوره في التنمية. بنغازي: منشورات جامعة قارونس.
8. بوحفص، عبد الكريم. (2005)، الإحصاء المطبق في العلوم الاجتماعية والإنسانية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
9. البروراي، نزار عبد المجيد والبرزنجي، أحمد محمد فهمي. (2004)، استراتيجيات التسويق-المفاهيم-الأسس-الوظائف. الأردن: دار وائل للنشر.
10. الدمرداش، إبراهيم طلعت. (2006)، اقتصاديات الخدمات الصحية. مصر: مكتبة القدس.
11. زهير، ثابت و ألفيا، حسين. (2006)، التسويق الفعال. القاهرة: جامعة عين شمس.
12. سمارة، فؤاد رشيد. (2001)، تسويق الخدمات السياحية. عمان: دار المستقبل للنشر والتوزيع.
13. السواح، نادر شعبان إبراهيم. (2007)، الإسهام في الإحصاء التطبيقي. الإسكندرية: الدار الجامعية.
14. الضمور، هاني حامد. (2002)، تسويق الخدمات. عمان: دار وائل للنشر.
15. العجارمة، تيسير. (2004)، التسويق المصرفي. عمان: دار ومكتبة الحامد.
16. عطية، عبد القادر محمد عبد القادر. (2000)، اتجاهات حديثة في التنمية. الإسكندرية: الدار الجامعية.
17. عبيدات، محمد إبراهيم. (2004)، التسويق الاجتماعي- الأخضر والبيئي. الأردن: دار وائل للنشر.
18. عبيدات، محمد إبراهيم. (2006)، التسويق الصحي والدوائي. عمان: دار وائل للنشر.
19. عرفة، شلبي أحمد. (2005)، الإدارة الاستراتيجية للتسويق في صراع العولمة. بدون بلد ولا دار نشر،
20. علي عمر، أيمن. (2006)، قراءات في سلوك المستهلك. الإسكندرية: الدار الجامعية.
21. عبيدات، محمد. (2000)، بحوث التسويق : الأسس- المراحل - التطبيقات. عمان: دار وائل للنشر.
22. عفيفي، صديق محمد. (1979)، التسويق مبادئ علمية وبحوث تطبيقية. القاهرة: دار النهضة العربية.
23. كوتلر فيليب ترجمة فيصل عبد الله بابر. (2004)، كوتلر يتحدث عن التسويق. الرياض: مكتبة جرير.
24. محفوظ جودة. (2007)، التحليل الإحصائي الأساسي. عمان: دار وائل.
25. المساعد، زكي خليل. (1998)، تسويق الخدمات الصحية. عمان: دار حامد للنشر.
26. مذكور، فوزي شعبان. (1998)، تسويق الخدمات الصحية. القاهرة: إيتراك.
27. النجار، فريد راغب. (1981)، إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية. القاهرة: دار النهضة العربية.
28. ناصر، محمد جودت. (1998)، الدعاية والإعلان والعلاقات العامة. عمان: المجدلأوي.
29. الهيتي، صلاح الدين حسين. (2004)، الأساليب الإحصائية في العلوم الإدارية. عمان: دار وائل للنشر.
30. يوسف، ردينة عثمان. (2007)، التسويق الصحي والاجتماعي. عمان: دار المناهج للنشر.

2: مقالات و أوراق عمل ومواقع انترنت

1. ستيرنثال، بريان و تابيوت، أليس م، ترجمة الشهابي، إبراهيم يحي. (2002)، " التجزيء والاستهداف"، في دون اياكوبوتشي، كلية كيلوغ للدراسات الإدارية العليا تبحث في التسويق. الرياض: دار العبيكان.
2. علي عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، مجلة جسر التنمية، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003 نقلا عن الموقع: www.Arab-api.org

3. المساعد، زكي خيل ، " التسويق في المنظمات التي لا تهدف للربح"، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة الزقازيق ، مصر، 1982.

4. www.mcrp.gov.dz/ministre-arab.

5. www.al-mounad-hil-a.info/article.

3: الدوريات

1. رفاعي، محمد رفاعي، " المدخل التسويقي كعلاج لمشكلة تخطيط الأسرة" ، مجلة الإدارة العربية، المجلد الثالث، العدد الثاني (نيسان 1989).
2. الروسان، محمود ، " أثر الخيار الاستراتيجي في الميزة التنافسية"، أربد للبحوث والدراسات، المجلد الثاني، العدد الثاني(1999).
3. عماري، عمار ، "بعض الملاحظات على التنمية البشرية في الجزائر وسبل النهوض بها"، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد 7 (جامعة سطيف، 2007).
4. الكسواني، سالم ، السياسة السكانية و التنمية، بحث مقدم للمؤتمر العربي الأول، عمان 1985.
5. الملتقى الجهوي حول المياه و الصحة و الأمراض، باتنة، جوان 2001.

4: تقارير ووثائق أخرى

1. الأمر الصادر في 28 ديسمبر 1973، رقم 65-78 المتعلق بمجانبة العلاج.
2. البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم: "الاستثمار في الصحة"(واشنطن دي، سي: البنك الدولي، 1993).
3. تقرير التنمية البشرية لعام 2004 (واشنطن 2004).
4. تقرير التنافسية العربية، المعهد العربي للتخطيط (الكويت: 2003).
5. التقرير السنوي لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، وسائل الإعلام جانفي 2002.
6. الضمان الاجتماعي النصوص التشريعية الجاري العمل بها في هذا المجال قانون 11/83 في 12/07/1983.
7. القرار الوزاري المشترك رقم 92 المؤرخ في 30 أوت 1995.
8. قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق مايو سنة 2007.
9. قانون المالية لسنة 1993. رقم 51.
10. المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 هـ الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997.
11. المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 12/12/1997.
12. المرسوم التنفيذي رقم 90-124 المؤرخ في 30 أفريل 1990.
13. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 15 سبتمبر 2008.
14. وزارة الصحة و السكان، ميثاق الصحة، الجزائر ماي 1998.
15. Ministère de la santé et de la population, circulaire N° 01/MSP/CAB/MIN du 08 Avril 1995.

ثانيا: الكتب الأجنبية

1. Bill Crosby, Philip. (1986), **La qualité est gratuite**. Paris: Economica.
2. B.Pras & Y.Evrard & E. Roux.(2000), **Market: Etudes et Recherches en marketing**. Paris: Dunod.
3. Duncan; Jack & Ginte, Peter. (1998), **Hand Book of Health Care Management**. New York:Blackwell Publisher Inc
4. Gilligan, Collin & Lowe, Robin. (1995), **Marketing and Health Care Organization**. Oxford, Radcliffe Medical Press.
5. J. Lendrevie & D. Lindon (2000), **Mercator**, 6eme edition. Paris: Dalloz.
6. Kotler, Philip. (1975), **Marketing for non profit Organization**. New Jersey: prentice Hall Inc.
7. Kotler Philip and N.Clarke Roberta. (1987), **Marketing for Health Care Organization**. New Jersey: Prentice Hall
8. Kotler, Philip. (1994), **Marketing Management**, 8th ed .New Jersey: Prentice- Hall International, Inc.
9. Kotler, Philip.(1997), **Marketing Management** ,9th ed. New Jersey: Prentice Hall

10. Kotler, Philip et Dubois, Bernard.(2003), **Marketing management**, 11^eédition. Paris:Pearson éducation,
11. Lambin J-J. &. Chumpitaz R. (2002), **Marketing stratégique et opérationnel – du marketing a l'orientation-marche**, 5 édition .Paris: DUNOD.
12. Lancaster, Geoff & Massingham, Lester. (1993), **Essentials of Marketing**, 2nded. England:McGraw-Hill.
13. Martin, Sylvie et Védrines, Jean-Pierre.(1993), **Marketing: les concepts-clés**. Paris:les éditions d'organisation.
14. Mike, Wilson.(1996), **Le Management du Marketing**. Paris: DUNOD.
15. O.C, Ferrell & Geoffrey, Hirt. (1993), **Business A Changing World**, 2nd ed Chicago: Irwin.
16. Pride, William &O, Ferrell. (2000), **Marketing**, 2nd ed.. New York: Houghton Mifflin.
17. Stanton, William..(1987), **Fundamentals**, 5th ed. New York: McGraw Hill .
18. Stanton ,William. (1997), **Marketing**, 11th ed. New York : McGraw- Hill.

جامعة الحاج لخضر باتنة
كلية العوم الاقتصادية وعلوم التسيير
تخصص تسويق

استمارة بحث حول
تطبيق التسويق على الخدمات الصحية

بعد التحية والاحترام نشكركم مسبقا على مساهمتكم القيمة وعلى مشاركتكم
الفعالة في إثراء هذا الموضوع بأجوبتكم الصادقة، ان اجابتم على هذه الاسئلة ستستغل
في البحث العلمي الذي بدوره يخدم المنظومة الصحية في بلادنا. في انتظار إجاباتكم
على هذه الاسئلة بصدق وأمان نعدكم أن تبقى المعلومات سرية. ولكم من منا جزيل
الشكر على مساهمتكم وتعاونكم معنا.

القسم الأول : لو تكرمت بذكر بعض المعلومات العامة الآتية من أجل استكمال البيانات الخاصة بالبحث بوضع إشارة " x " في الخانة المناسبة.

النوع : ذكر [] أنثى []
العمر : أقل من 20 سنة [] 21-30 سنة []
31 - 40 سنة [] أكثر من 41 سنة []
المستوى التعليمي : أمي [] مستوى ابتدائي أو متوسط [] ثانوي [] جامعي []
مدة الإقامة في المستشفى: [] أكثر من ساعة [] أكثر من يوم [] أكثر من شهر

القسم الثاني: يرجى التكرم بالإجابة على الأسئلة التالية بتمعن بوضع إشارة " x " في الخانة التي تتفق مع رأيك كمساعدة منك.

1/ هل تتلقى الرعاية اللازمة لدى كل مراجعة للمستشفى؟

نعم [] أحيانا [] لا []

إذا كانت الإجابة بـ لا لماذا؟

- ☐ - غياب الطبيب
- ☐ - غياب الخدمات الطبية
- ☐ - لكثرة المرضى
- - أخرى حدد

2/ هل سارع الممرضون لخدمتك عند طلب المساعدة؟

نعم [] أحيانا [] لا []

إذا كانت الإجابة بـ لا لماذا؟

- ☐ - لعدم اهتمامهم بك
- ☐ - لكثرة انشغالهم
- ☐ - لنقص في عددهم
- - أخرى حدد

3/ هل تثق بكفاءة وخبرة أطباء المستشفى؟

نعم [] أحيانا [] لا []

إذا كانت الإجابة بـ لا لماذا؟

- ☐ - لأنهم أطباء متخرجون جدد.
- ☐ - لعدم اهتمامهم بالقطاع العام.
- ☐ - لعدم وجود وسائل شخصية مع الطبيب.
- ☐ - لتعاملهم السلبي مع المرضى.
- - أخرى حدد

4/ إذا احتاج مريضك لأجهزة معقدة (الليزر أو السكاكين مثلا) هل استقدت منها في المستشفى؟

نعم [] أحيانا [] لا []

5/ هل وجدت قاعة الانتظار جيدة ومريحة؟

نعم [] معقولة [] لا []

إذا كانت الإجابة بـ لا لماذا؟

- ☐ - لنقص الإمكانيات
- ☐ - لإتلافها من طرف الزوار
- - أخرى حدد

6/ موقع المستشفى هل هو؟

جيد [] مقبول [] سيء []

7/ عند وصولك للمستشفى ألم تنتظر تلقي العلاج طويلا ؟

☐ لا

☐ أحيانا

☐ نعم

إذا كانت الإجابة بـ لا لماذا؟

☐

- لطول الطابور

☐

- لوجود العلاقات الشخصية

☐

- أسباب تنظيمية (نقص الدواء، الأجهزة، الأطباء.....)

8/ هل تمكنت من الاتصال والتحدث مع الأطباء والمرضى بسهولة؟

☐ لا

☐ أحيانا

☐ نعم

إذا كانت الإجابة بـ لا لماذا؟

- لطبيعة شخصيتهم غير المرنة. ☐

- لوجود وسائل ☐

- ضيق الوقت وحجم الأعمال. ☐

- أخرى حدد

9/ هل حصلت على الخدمة الطبية في جميع الأوقات؟

☐ لا

☐ أحيانا

☐ نعم

إذا كانت الإجابة بـ لا لماذا؟

- غياب الطبيب ☐

- لوجود أوقات المداومة ☐

- أخرى حدد

10/ هل إجراءات العلاج والتشخيص حسب الحالة الصحية؟

☐ معقدة

☐ ملائمة

☐ سهلة

11/ هل اطلعت على البرامج والإعلانات الوقائية التي يقوم بها المستشفى؟

☐ لا

☐ أحيانا

☐ نعم

إذا كانت الإجابة بنعم ما هي وسائل اطلاعك عليها؟

☐ - التلفاز

☐ - الجرائد

☐ - الإذاعة

☐ - الملتقيات

☐ - الملصقات

☐ - الجمعيات

12/ هل وجدت في المستشفى معلومات حول الخدمات الطبية المقدمة فيها؟

☐ لا

☐ أحيانا

☐ نعم

13/ كيف كان استقبال ومعاملة موظف الاستقبال لك؟

☐ سيئة

☐ مقبولة

☐ جيدة

إذا كانت الإجابة سيئة لماذا في رأيك؟

.....

14/ هل أثرت سمعة المستشفى في قرار التحاقك بها؟

☐ لا

☐ أحيانا

☐ نعم

15/ هل حدث وتم الاتصال بك لتعريفك بالخدمات والإرشادات الصحية المقدمة في المستشفى؟

☐ لا

☐ أحيانا

☐ نعم

إذا كان نعم كيف؟

.....

16/ أسعار الخدمات الصحية في المستشفى هل هي ؟
جيدة ☐ مقبولة ☐ لا معنى لها ☐

17/ هل أنت راض عن الأسعار الحقيقية للخدمات الصحية؟
نعم ☐ لبعض منها ☐ لا ☐
18/ هل هناك علاقة بين نوع اشتراكك في دفع السعر ومستوى الخدمات المقدمة لك؟
نعم ☐ لبعض منها ☐ لا ☐
19/ لو وضعت المستشفى أسعار أعلى هل تعتقد أن مستوى الخدمات المقدمة يتحسن؟
نعم ☐ لبعض منها ☐ لا ☐
إذا كانت الإجابة بـ لا لماذا؟

☐ - لا توجد علاقة بين الأسعار ورفع مستوى الخدمة في القطاع العام
☐ - لا توجد رقابة على رفع مستوى الخدمة
☐ - انعدام الأخلاق والضمير لدى هيئة التمريض

20/ ما نوع اشتراكك في دفع السعر
- بطاقة العلاج المجاني (شهادة المعوزين) ☐
- صندوق الضمان الاجتماعي ☐
- نقدا ☐

21/ هل سبق واستفدت من الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى؟
مرات عديدة ☐ مرة واحدة ☐ ولا مرة ☐

22 / ما هي التخصصات التي استفدت منها؟
الطب الداخلي ☐ الحروق ☐ أمراض الكلى ☐ أمراض القلب ☐
جراحة العيون ☐ جراحة العظام ☐ الجراحة العامة ☐ الأمراض الدموية ☐
أمراض الغدد ☐ جراحة الأعصاب ☐ طب الأطفال ☐