



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبو بكر بلقايد " تلمسان "
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه
تخصص: تسويق

أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك
دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية
أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية
(الفترة 2015/2016)

إعداد الطالبة: عياد ليلي

إشراف الأستاذ الدكتور: بن حبيب عبد الرزاق

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة تلمسان	أ.د. بوتلجة عبد الناصر
مشرفا	جامعة تلمسان	أ.د. بن حبيب عبد الرزاق
ممتحنا	جامعة أدرار	أ.د. بن عبد الفتاح دحمان
ممتحنا	جامعة أدرار	د. أقاسم عمر
ممتحنا	جامعة تلمسان	د. مرابط أمينة
ممتحنا	جامعة أدرار	د. ساوس شيخ

إهداء

أهدي عملي المتواضع هذا :
إلى وطني الجزائر اعترازا
إلى والدي العزيزة وروح
والدي (رحمه الله تعالى) عرفانا

إلى زوجي تقديرا وامتنانا
إلى أولادي مولاي علي، فيروز،
عبد الرحمن، عبد الحكيم حبا
إلى إخواني وأخواتي وفاءا
إلى أقاربي وأقارب زوجي
تراحما

إلى كل من علمني حرفا إخلاصا
إلى زملائي الأساتذة وطلبتني
احتراما

كلمة شكر

قال الله عز وجل {رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين} الآية 19 سورة النمل

الحمد لله والشكر لله الذي أعانني ووفقتي لإنجاز هذا العمل، وما توفيقني إلا بالله.

كما أتقدم بالشكر والعرفان الجزيل للأستاذ الدكتور "بن حبيب عبد الرزاق" الذي قام بالإشراف على هذه الأطروحة وتعهدها بالعاية والاهتمام وكان لتوجيهاته وتعليماته القيمة أكبر فضل في إنجاز هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى زوجي الكريم الأستاذ "هاللي أحمد" على توجيهاته العلمية والمنهجية القيمة وملاحظاته المستمرة طيلة فترة إنجاز هذا العمل المتواضع.

كما لا يفوتني أن أشكر أبنائي على صبرهم معي وتحملهم عناء انشغالي عنهم. والشكر موصول كذلك للدكتور "ساوس شيخ" عرفانا لمجهوده وتقديرا لفضله ومساعدته.

ومن هنا أشكر أعضاء اللجنة الموقرة لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذا العمل وتحملهم عناء تصويبه وتوجيهه لما فيه خير لي وللعلم والمعرفة عموما.

ألف شكر لكل هؤلاء

مختصر المحتويات

المقدمة العامة

الفصل الأول: قراءة في متغيرات الدراسة

- المبحث الأول: الخدمة
- المبحث الثاني: الجودة
- المبحث الثالث: الرضا

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية

- المبحث الأول: جودة الخدمات
- المبحث الثاني: الجودة في الخدمات الصحية
- المبحث الثالث: النظم الصحية وتقييم الأداء فيها

الفصل الثالث: تحليل سلوك لمستهلك للخدمات الصحية

- المبحث الأول: استعمالية الخدمات الصحية
- المبحث الثاني: محددات سلوك مستهلك الخدمات الصحية
- المبحث الثالث: رضا المريض قياساته والعوامل المساعدة على تحقيقه

الفصل الرابع: دراسة تقييمية للنظام الصحي الجزائري

- المبحث الأول: تقديم النظام الصحي الجزائري
- المبحث الثاني: مكانة الجودة في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية
- المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي الجزائري وتقييم أداءه

الفصل الخامس: الإطار التطبيقي للدراسة الإمبريقية

- المبحث الأول: وصف منهجية الدراسة
- المبحث الثاني: وصف وتحليل نماذج القياس
- المبحث الثالث: تفسير النتائج واختبار الفرضيات

الخاتمة

قائمة المراجع

فهرس المحتويات

فهرس الجداول والأشكال

قائمة الملاحق

الملخص باللغة العربية والأجنبية

المقدمة العامة

1- تمهيد

يشهد العالم اليوم تطورات عديدة ازدادت حدتها مع الزيادة المطردة في التطور التكنولوجي الذي شمل مختلف المجالات الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية والسياسية.

ويعتبر قطاع الخدمات من أهم القطاعات الاقتصادية التي تساهم بشكل كبير في التنمية الاقتصادية وهو يعيش اليوم تحديات عديدة من أهمها: ازدياد عدد المؤسسات الخدمية واشتداد المنافسة بينها، ولهذا السبب حظي هذا القطاع باهتمام الباحثين والمهتمين، للبحث في سبل استحداث طرق الأداء والتميز في التقديم وبالتالي اكتساب ميزة تنافسية تساعدها على البقاء والاستمرار في صرح الأسواق.

وتعتبر المؤسسات الصحية الاستشفائية بمختلف أنواعها أبرز المؤسسات الخدمية لارتباطها الوثيق بصحة الأفراد، والخدمة الصحية هي واحدة من أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها قياساً لما كان عليه في مراحل سابقة، وذلك لأسباب عديدة لعل أهمها التطور السريع لمختلف الاكتشافات والتكنولوجيات المستحدثة، وما يقابل ذلك من غموض وتنوع في الأمراض الجسدية والنفسية.

إن المؤسسة الصحية تنتج الصحة التي تعتبر أحد المتغيرات الرئيسية في معادلة التنمية البشرية، وهي إما تدفعها نحو تحقيق مستويات عالية من التطور والتغيير أو العيش في أسر قيود المرض.

والصحة مطلب أساسي ليس فقط في انتشاره وامتداده الأفقي بما يتيح معدلات تنمية عالية ولكن أيضاً في نموه الرأسي وجودته، طالما أن الفرد اليوم يتطلع إلى مستويات أداء أعلى لما كان يتقبلها في الماضي وبأكثر كفاءة وفعالية خاصة عندما يتعلق الأمر بأهم وأعلى ما يمتلكه هذا الفرد وهو صحته.

إن الجودة مفهوم نسبي يحمل معانٍ متعددة ومختلفة باختلاف الموضوع التي تهتم به، ففي بعض الأحيان تشير إلى التفوق والتميز، وفي مواطن أخرى يقصد بها مجموعة الخصائص أو المواصفات الفنية أو الشكلية، وفي كثير من الأحيان تكون الخدمة المتميزة تلك التي تشبع حاجات أو توقعات المستفيد منها، وأخيراً يمكن أن يقصد بالجودة المطابقة للمواصفات القياسية أو اللوائح والمعايير المهنية.

في مجال الخدمة الصحية يمكن بلورة مفهوم الجودة في ثلاثة جوانب وهي:

➤ الجانب الأول: وهو الجانب التقني المتعلق بالمعايير الفنية للخدمة الصحية الموضوع من طرف المؤسسة الصحية.

➤ الجانب الثاني: فهو يتعلق بمدى تحقيق توقعات واحتياجات المريض، وتحديد الفجوة بين التوقعات ومستوى الإدراك ثم قياس مستوى الأداء الفعلي.

➤ الجانب الثالث: فهو يتعلق بالنظام الصحي وطرق تنفيذه للسياسة الصحية بما في ذلك توفير العدالة والكفاءة والفعالية بين مختلف الأطراف المستفيدة من الخدمات الصحية، والتقويم المستمر لجودة الخدمات المقدمة.

تعتبر المؤسسات الصحية المحور الأساسي لنظام جودة الخدمات الصحية، والمكان الرئيسي لتوصيل الخدمة للمريض وهي تعمل في محيط مليء بالتغيرات المستمرة. وفي ظل هذه الديناميكية وجب عليها السعي إلى التطور للرفع من كفاءة الأداء وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها لأجل كسب رضا المريض باعتباره المستهلك الرئيسي للخدمة الصحية، والاهتمام بصحته تقود إلى الرفع من مستويات الصحة وبالتالي زيادة مستويات التنمية طالما أن الإنسان غير المريض هو إنسان منتج والصحة هي معيار يستعمل لقياس مستويات التطور في الدول والمجتمعات.

في هذا السياق جاء هذا البحث ليلسط الضوء على أثر جودة الخدمات الصحية في رضا المستهلك لها، وانطلاقاً من أهمية البحث في مستويات جودة الخدمات الصحية والدور الذي تلعبه لكسب ولاء المستفيد منها يمكن صياغة إشكالية الدراسة الموالية.

2- إشكالية الدراسة

❖ ما هو أثر جودة الخدمات الصحية على درجة رضا المستهلك لها في القطاع الصحي
الاستشفائي لولاية أدرار في الفترة الممتدة ما بين (2015/2016)؟

وينبثق عن هذا السؤال جملة من الأسئلة الفرعية كما يلي:

- * ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية لولاية أدرار؟
- * هل المريض كمستهلك رئيسي للخدمة الصحية راضي على مستوى الخدمة المقدمة له؟
- * هل هناك أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الخدمات الصحية على درجة رضا المستفيد منها؟
- * هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى رضا المرضى تعود إلى متغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، مدة الإقامة بالمستشفى، التأمين).
- * هل تختلف الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية حسب درجة رضا المستهلك؟

3- أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى بلوغ جملة من الأهداف الرئيسية التالية:

- * التعرف على جملة المتطلبات والأحكام التقييمية لجودة الخدمة الصحية من طرف المستهلك النهائي لها سواء كان مريضاً أو فرداً يحتاج إلى الرعاية الصحية؛
- * التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية (الصحية) العمومية لولاية أدرار؛
- * البحث في مدى تأثير جودة الخدمة الصحية على رضا المستفيد لها؛

* معرفة ما إذا كان رضا المستفيد من الخدمة الصحية يختلف باختلاف: (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، مدة الإقامة بالمستشفى والتأمين)؛

* تحديد الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية حسب مستويات رضا المستهلك حسب ما تدليه الدراسة الإحصائية للمؤسسات الصحية لولاية أدرار وذلك بتطبيق نموذج الدراسة؛

* وأخيراً نهدف من خلال هذه الدراسة إلى تقديم اقتراحات وتوصيات للقائمين على إدارة المؤسسات الصحية لولاية أدرار بغية الاستفادة من نتائج الدراسة فيما يتعلق بتحسين مستوى جودة خدماتها وتحقيق التعاون والتكافل بين المستفيد والمعني بتقديم الخدمة وبذلك تحقيق مستويات التنمية المنشودة.

4- أهمية الدراسة

إن للخدمة الصحية أهمية بالغة عند الفرد وهذا ما يجعلها تحظى باهتمام جيد من مختلف البحوث الميدانية عبر العالم. وكون هذه الدراسة تستحوذ على تحليل وقياس أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك لها، فمن دواعي الأهمية استطلاع أداء هذا المستهلك لمساعدة تلك المؤسسات الصحية مهما كان طابع النشاط الذي تقدمه على معرفة طرق القياس الكمية التي تعطي فكرة عميقة عن مستويات الرضا المحققة من جودة الخدمة الصحية المقدمة، ومن هذا المعنى تتبع أهمية هذه الدراسة.

كما تتحقق أهمية البحث من الجانبين: النظري من خلال الفهم العميق لجودة الخدمات الصحية وأبعادها ودور هذه الأبعاد في التأثير على رضا المستفيد من هذه الخدمات.

أما الجانب العملي (الميداني) فيكتسي أهميته من القياس الكمي عبر الدراسة الإحصائية للحصول على مقترحات علمية عملية من شأنها الرفع من جودة الخدمة الصحية وإيجاد حلول تطبيقية للمؤسسات الصحية العمومية لولاية أدرار خاصة إذا أثبتت الدراسة أنها تعاني من مخلفات اللاجودة في تقديم خدماتها.

5- الدراسات السابقة في الموضوع

حظي موضوع جودة الخدمات الصحية باهتمام العديد من الباحثين على الصعيدين العربي (محلي ودولي) والغربي؛ ونحن في دراستنا هذه سنحاول طرح مجموعة منها والتي احتوت جزءاً من بحثنا هذا، ونستعرضها وفق ترتيب زمني من الأحداث إلى الأقدم على النحو التالي:

5-1- الدراسات العربية

أ- دراسة الباحثة جناة بوقجاني (2010)

وهي رسالة مقدمة استكمالاً لنيل درجة الماجستير من كلية الدراسات العليا من الجامعة الأردنية بعنوان: "أثر جودة الخدمات الصحية على درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية (دراسة حالة)".

حاولت الباحثة من خلال دراستها الميدانية لموضوع البحث معرفة أثر جودة الخدمات الصحية على درجة رضا المرضى باستخدام استبيانين لجمع المعلومات الأولى خاصة بأبعاد جودة الخدمات الصحية والثانية باستخدام نموذج الفجوات (Servqual) وتم التحليل باستخدام نظام (SPSS) وقد خلصت دراستها لعدد من النتائج أهمها:

تبين للباحثة أن مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفى سائد بدرجة مرتفعة نسبياً وذلك بتحليل أبعادها في حين كان مستوى جودة الخدمات الصحية باستخدام مقياس الفجوات (Servqual) ضعيف نسبياً ويرجع السبب الجوهرى في ذلك إلى كون الجودة المتوقعة من قبل المرضى تفوق الجودة المدركة من طرفهم.

✓ بينما استنتجت الباحثة أن ترتيب أبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفى الجامعة الأردنية من حيث تأثيرها على ولاء المرضى كانت كالتالي:

جودة الطاقم الطبي تلتها جودة الخدمات الفنية ثم جودة الخدمات الإدارية وفي الأخير تأتي جودة الخدمات الفندقية وهذا باستخدام مقياس أبعاد جودة الخدمة الصحية، بينما كانت الملموسية الأكثر تأثيراً على ولاء المرضى ويليهما التعاطف ثم الاعتمادية ثم التأكيد وفي الأخير الاستجابة وهذا باستخدام مقياس الفجوات (Servqual).

✓ كما خلصت الباحثة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مفردات عينة الدراسة لمستوى ولاء المرضى تعزي إلى متغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، التأمين) بينما لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي إلى متغير الجنس.

✓ كما أوصت الباحثة في الأخير بضرورة الاستعانة بالأساليب والتوجهات الحديثة في التعامل مع المرضى التي تستدعي أخذ وجهات نظر المرضى بعين الاعتبار والتحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى تماشياً مع التطور التكنولوجي وديناميكية السوق الصحي.

ب- دراسة الباحثين عبود على سكر وآخرون (2009)

وهو بحث قدم في مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاجتماعية مجلد (11) العدد (3) بالكويت وكان بعنوان: "تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي"، حاولت هذه الدراسة الوقوف على واقع الخدمات الصحية ومعرفة المعوقات داخل المستشفى التي تحول دون تقديم خدمات صحية جيدة، وقد استندوا في تقييمهم لجودة تلك الخدمات على المعايير الخمسة الموضوعة من قبل الباحث (Philip kotler)، وقد توصلت الدراسة إلى أن واقع الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي ضعيف من وجهة نظر المستفيدين، أي أن توقعات المستفيدين لجودة الخدمات الصحية المقدمة كانت تفوق إدراكاتهم للجودة المحصل عليها.

ج- دراسة الباحث الدغمي طلال العربي (2009)

وكانت في إطار الحصول على رسالة الماجستير من جامعة الرياض بعنوان: "مستوى جودة الخدمات في مستشفى قوى الأمن بالرياض"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية التي يقدمها مستشفى قوى الأمن بالرياض من وجهة نظر المستفيدين، وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن جودة الخدمات الصحية كانت ذات مستوى متوسط..

كما توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة بالنسبة لمدى جودة خدمات الرعاية الصحية والخدمات العلاجية وإجراءات الإحالة تعزي إلى العمر، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الأفراد بالنسبة لمدى جودة إجراءات المواعيد تعزي إلى العمر.

د- دراسة الباحث عدمان مرزيق (2008)

وكانت أطروحة في إطار الحصول على شهادة الدكتوراه من جامعة الجزائر بعنوان: "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة"، وقد انطلق الباحث من فرضيات مفادها أن المريض غير راضٍ عن الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة. و ذلك راجع إلى بعض العقبات التي تواجه الطاقم الطبي والشبه الطبي في ظروف العمل ونقص في الوسائل، وبعد قيام الباحث بالدراسة الميدانية باستخدام ثلاثة أنواع من الاستبيان خلص إلى النتائج التالية:

✓ المريض فعلاً غير راضٍ عن بعض جوانب تقديم الخدمة مثل نظام التغذية، النظافة، التكفل من قبل أفراد الطاقم الشبه الطبي، في حين وجد أنه راضٍ عن التكفل الطبي وعن درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة.

✓ أما الفرضية الثانية فتم تأكيدها لكن بشكل جزئي إذ توجد عقبات أخرى ممثلة في عدم وضوح المهام وضعف التأطير.

✓ كما تبين من الفرضية الثالثة والمتعلقة بعوائق الأطباء أنه بالإضافة إلى نقص الوسائل، قلة التكوين ونقص التنظيم.

كما تطرق الباحث إلى إيضاح جملة من المتغيرات مثل نماذج القياس المحاسبي لتكاليف الجودة، ومشكلة الالتهابات المكتسبة في المستشفى؛ كما تطرق إلى النظام الصحي بالجزائر واقعه، مشاكله والإصلاحات التي شملته.

هـ- دراسة الباحث الدكتور أسامة الفراج (2009)

و هو مقال نشر بمجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (22)، العدد (2) وكان بعنوان: "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى".

وقد انطلق الباحث من الفرضية الوصفية التالية، إن رضا المرضى هو مفهوم متعدد الأبعاد، يمكن قياسه من خلال المكونات ذات الصلة الغالبة على طبيعة خدمات الرعاية الصحية في المستشفى وهي: خدمات الرعاية الطبية المهنية، خدمات الرعاية التمريضية المهنية، خدمات الرعاية الصحية السلوكية، والخصائص التنظيمية والبيروقراطية، والخدمة.

و افترض كذلك أنه كلما ازداد مستوى الرضا الذي يعبر عنه المريض لمفردات هذه الأبعاد الخمسة، ازداد مستوى الرضا العام عن الخدمات التي يقدمها المستشفى ومن ثم أعطى انعكاساً عن مدى جودتها. استخدم الباحث استبيان بهدف الوصول إلى النتائج المتوقعة وقسمه إلى قسمين: قسم للبيانات العامة عن المريض وقسم آخر يتضمن 39 سؤالاً مغلقاً، وجزء خصص لتقديم اقتراحات أو توصيات المرضى عن الخدمات المقدمة، و انطلاقاً من هذه الأسئلة أَلَّفَ الباحث سبعة مقاييس كل واحد منها يصف نطاقاً محدداً من الخدمات.

استخدم الباحث التحليل الإحصائي الوصفي (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) كما قيم درجة الوثوقية للاستبيان من خلال احتساب قيمة ألفا كرونباخ، واستخدم تقنية التحليل العاملي (Factorial analysis) لاكتشاف مكونات كل مقياس، والبرنامج الإحصائي SPSS لكل التحليل الذي اعتمده.

وبعد قيامه بالتحليل الإحصائي السابق الذكر خلص الباحث إلى النتائج التالية:

✓ أن مستوى الرضا العام للمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات محل الدراسة يتجاوز بشكل متوسط 25 نقطة من مقياس (من 1 إلى 4) فيما يتعلق بالأبعاد المختلفة لمفهوم رضا المرضى؛

- ✓ كما عبر 75% من المرضى عن رضاهم عن الخدمات المقدمة وهي نسبة مقبولة عموماً إذا ما قورنت بالموارد المتاحة في المستشفيات حالياً (مالية، بشرية، مادية)؛
- ✓ وجد الباحث أن المسافة الجغرافية التي تفصل مكان سكن المريض عن المستشفى لا تقف عائقاً أمام اختيار المريض للمستشفى الذي يراه يتمتع لمستوى عالٍ في خدماته؛
- ✓ تعتبر المدة الزمنية التي يمكثها المريض في المستشفى عاملاً مهماً في خلق صورة ذهنية إيجابية أو سلبية بالمقارنة مع المرضى الذين يعتادون العيادات الخارجية وفي مدد زمنية أقصر؛
- ✓ تشكل سرعة استجابة المستشفى لاحتياجات المريض عاملاً مهماً في خلق رضا عالٍ لدى المريض، كما تمثل كفاءة الطبيب المهنية عاملاً مهماً في تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية؛
- ✓ وفي الأخير خلص الباحث إلى توصية مهمة مفادها أن تصمم الخدمات الصحية وفقاً لتوقعات المرضى لأن هذا أهم عامل يساعد على تطوير الخدمات المتوافقة مع آمال المرضى ورجباتهم.

و- دراسة الباحث الخوالدة ناصر عبد الكريم (2006)

قدمت استكمالاً للحصول على درجة الدكتوراه من الجامعة الأردنية عمان بعنوان: "تقييم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية، دراسة ميدانية على عينة من المستفيدين".

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية في الأردن وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها رصد فاعلية متوسطة للخدمات الطبية والخدمات الإدارية وفاعلية متدنية للخدمات الصيدلانية، كما توصلت إلى أن رضا المرضى المقيمين عن طبيعة المعاملة التي يتلقونها أعلى من رضا مراجعي عيادات الاختصاص.

ز- دراسة الباحثة الأحمدى حنان عبد الرحيم (2006)

وقد كان بحث مقدم في دورية الإدارة العامة المجلد (3) العدد (46) بالمملكة العربية السعودية بعنوان: "محددات جودة خدمات الرعاية الصحية، دراسة نوعية".

هدفت الباحثة في دراستها إلى التعرف على محددات جودة الرعاية الصحية الأولية من منظور القائمين على هذا القطاع من إدارات عليا ووسطى وتنفيذية، ومقدمي الرعاية الصحية من أطباء وفنيين في مدينة الرياض؛ وأجريت الدراسة بإتباع أساليب البحث النوعي وهو ما يسمى بالنظرية المجذرة (Grounded Theory) والمستمدة من الواقع بإجراء مقابلات شخصية مع العاملين والقائمين على هذا القطاع. كما تمت مراجعة الوثائق ذات العلاقة بمبادرات تطبيق الجودة في هذا القطاع إضافة إلى ملاحظة البيئة المحيطة من خلال البحث الميداني.

توصلت الدراسة إلى ستة محددات لتطبيق الجودة في هذا القطاع وهي: القيادة، والثقافة التنظيمية، والقياس والتحليل، ونظم إدارة الجودة، وتنمية القوى البشرية، والتكامل والتنسيق، وقد تضمنت كل من هذه المحددات عدداً من العناصر الفرعية التي تمثل عوامل مؤثرة بدورها في جودة الرعاية الصحية الأولية. وبناءً على نتائج الدراسة تم تحديد عدد من مقومات نجاح تطبيق الجودة في هذا القطاع.

ح- دراسة الباحث بدري مسعود عبد الله وآخرون (2005)

بحث قدم في مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية بجامعة الكويت المجلد (31)، العدد (31) بعنوان: "جودة الخدمات والرعاية الصحية في ظل محاور جائزة مالكوم بالدريدج (Malcolm Baldrig) للجودة، دراسة ميدانية على مستشفيات دولة الإمارات العربية المتحدة".

هدفت الدراسة إلى تطوير نموذج للقياس يشمل جميع معايير جائزة مالكوم بالدريدج الخاصة بالرعاية الصحية الأولية، والتعرف إذا ما كان النموذج المقترح يمكن أن يمثل منشآت الرعاية الصحية في دولة الإمارات، والتعرف على طبيعة العلاقة بين (القيادة، المعلومات، الخطة، الإستراتيجية، إدارة الموارد البشرية، إدارة العمليات، والنتائج الخاصة بأداء المنشآت الصحية، والتركيز على رضا المرضى والرعاية للآخرين) وكانت عينة الدراسة جميع مستشفيات دولة الإمارات "المستشفيات الحكومية (134) والمستشفيات الخاصة (124)"، وقد طلب من كل مستشفى اختيار خمسة أشخاص مختلفين في مركز عالٍ في الإدارة للإجابة عن أسئلة الاستبيان.

وقد خلصت الدراسة ومن خلال نتائجها إلى أن هناك علاقة كبيرة بين تطور الموارد البشرية وإدارتها وبين رضا العملاء، وكذلك بين إدارة العمليات ورضا المرضى، وكذلك وجود علاقة كبيرة بين بعدي القيادة والمعلومات والتحليل من جهة، وبعد أداء المؤسسة من جهة أخرى.

كما أظهرت الدراسة أهمية دور المعلومات والتحليل كالمحرك الذي يقوم بالتأثير على جميع المحاور الداخلية في بيئة المستشفى مثل: إدارة الموارد البشرية، وإدارة العمليات والخطة والإستراتيجية.

ط- دراسة الباحث العتيبي آدم غازي (2002)

مقال منشور في مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية لجامعة الإمارات العربية المتحدة في المجلد (2) العدد (18) بعنوان: "مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرف التنويم في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الكويت".

هدفت هذه الدراسة إلى قياس جودة الخدمة السريرية أو ما يعرف بالخدمة الداخلية للمرضى في المستشفيات العامة والخاصة، والفروق بين جودة الخدمة الصحية متمثلة في خدمة التنويم، شكل الباحث

العينة من (400) مريض ومريضة من الكويتيين، تمت مقابلة 200 منهم في خمسة مستشفيات عامة و (200) أخرى في أربعة مستشفيات خاصة.

أثبتت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الرضا عن جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات العامة والخاصة حيث كانت نسبة الراضين عن جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة (91.8%) أكبر من نسبة الراضين عن جودة الخدمة في المستشفيات العامة (80.3%). كما وجدت الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية في مستويات الرضا عن أبعاد جودة الخدمة الصحية (الأطباء/الممرضات/الخدمات المعاونة) بين المستشفيات العامة والخاصة ولصالح الخاصة.

ي- دراسة الباحث إدريس ثابت عبد الرحمن (1996)

بحث مقدم في المجلة العربية للعلوم الإدارية الصادرة في جامعة الكويت المجلد (1)، العدد (4) بعنوان: "قياس جودة الخدمة باستخدام قياس الفجوة بين الإدراك والتوقعات، دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة العلمية بدولة الكويت.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن درجة التطابق أو الفجوة بين توقعات المرضى لمظاهر جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات والمستوصفات الحكومية وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات من ناحية، وبين توقعات المرضى وإدراكا تهم للأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة من ناحية أخرى، وبلغ حجم عينة الدراسة بالنسبة للمستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة (500) مفردة، أما عينة المديرين في جميع المستويات الإدارية بلغ حجمها (322) مفردة.

وقد أسفرت نتائج التحليل عن وجود فجوة سلبية بين توقعات المرضى لبعض مظاهر جودة الخدمة الصحية، مثل الشعور بالأمان، والتعاطف، والأجهزة والمعدات الطبية، وبين إدراكات الإدارة في هذه المؤسسات لمثل هذه التوقعات وذلك بما يعكس عجز الإدارة عن إدراك احتياجات ورغبات المرضى.

ومن ناحية أخرى تبين أن هناك فجوة سلبية أكثر وضوحاً بين ما يتوقعه المرضى لمظاهر جودة هذه الخدمة وبين إدراكهم للأداء الفعلي للخدمة المقدمة وذلك بما يعكس عدم قدرة هذه المؤسسات على مقابلة توقعات المرضى نحو هذه الخدمة، ومن ثم انخفاض مستوى جودتها. كما أظهرت النتائج من أن مقياس الفجوة يتمتع بدرجة عالية إلى حد ما بالثبات والمصدقية في تفسير التباين في الجودة الكلية المدركة للخدمة الصحية، وتحديد الأهمية النسبية لأبعادها ومظاهرها المختلفة.

أ- دراسة الباحث (Hardeep, 2008) جاءت هذه الدراسة بعنوان:

"Predicting Patient Loyalty and Service quality Relationship: A case study of Civil hospital, Ahmadabad, India", in the journal of business perspective, vol (12), No(4).

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة تحديد العوامل التي تؤدي بالمريض إلى الولاء للمستشفى بالرغم من التنافسية التي يشهدها سوق الخدمات الصحية وكذلك تحليل العلاقة بين ولاء المرضى وجودة الخدمة المقدمة في المستشفيات الحكومية ممثلة في أكبر مستشفى حكومي بالهند (أحمد أباد)، وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد علاقة بين ولاء المرضى للمستشفى وجودة الخدمات المقدمة، وأسفرت النتائج إلى أن أقوى العوامل المؤثرة في إشباع المرضى هي المعاملة الجيدة لموظفي المستشفى، كما تطرقت الدراسة إلى عامل "Word of Mouth" الذي اتضح أن المرضى سينصحون جماعتهم المرجعية بالعلاج في هذا المستشفى نظراً لجودة خدماته التي لا تختلف عن جودة خدمات مستشفيات أخرى تم التعرف عليها.

ب- دراسة الباحث (S.K Jawahar, 2007) و هي بعنوان:

Internet Journal of "A study on out patient Satisfaction of a super Specialty Hospital in India" Medical UP date, Vol(2), No(2).

بينت هذه الدراسة أن رضا المرضى يعد عنصراً مهماً في سوق الخدمات الصحية الذي يتسم بالمنافسة الحادة، وقد أجريت هذه الدراسة في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى بهدف معرفة مستوى رضا المرضى من خلال الحصول على التغذية العكسية بعد الحصول على الخدمات الصحية. اعتمدت هذه الدراسة على جملة متغيرات مثل (زمن الانتظار، التسهيلات المقدمة، أداء العمال، نظام المواعيد وسلوك الموظفين...الخ).

وقد أثبتت الدراسة أن (90% - 95%) من أصل (200) مريض تم استقصاءهم كانوا راضين عن مستوى الخدمات المقدمة، إلا أن زمن الانتظار كان طويلاً وكان لا بد من العمل على تحسين سلوك العمال فيما يتعلق باللياقة وحسن المعاملة.

ت- دراسة الباحث (Simon sol, 2007) بعنوان:

Patient Satisfaction with the process of computerization, consent and decision making during "hospitalization" . Amoles Sis San Navarra, May-August, vol(30), No(2)

أثبتت هذه الدراسة أن الأبعاد الآتية يجب أن يتضمنها أي استبيان موجهة لقياس رضا المرضى

وهي:

❖ توضيح الخدمات المقدمة إلى المريض؛

- ❖ معرفة المرضى بحقوقهم وواجباتهم الحقيقية؛
- ❖ مشاركة أسرة المريض في إبداء الرأي عن مستوى الرضا؛
- ❖ متابعة المريض بعد خروجه من المستشفى؛
- ❖ ضرورة فهم المريض للمعلومات المكتوبة؛
- ❖ مشاركة المريض في عملية صنع القرار في أثناء تحسين واقع الخدمات.

ث- دراسة (Ronald and Michele, 2006) بعنوان:

"Loyalty and Positive word-of- mouth: Patient and Hospital personnel as Advocates of a Customer-centric health Care Organization, Health Marketing quality, Vol (23), No(3). Canada."

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الركائز الإستراتيجية لاجتذاب المرضى والحصول على ولائهم للمستشفى، وتوصلت الدراسة إلى أن كلمة الفم المنطوقة (Wom) الإيجابية والمعاملة الجيدة من مقدمي الخدمة من أقوى الاستراتيجيات التسويقية التي تتبناها مستشفى (Shouldice, Canada) للحصول على درجة عالية من ولاء المرضى له.

ج- دراسة الباحث (Kilincer, 2006). بعنوان:

"Visual Analog patient Satisfaction Squale", Sayta (Lar), vol(23), N(3)

استخدم الباحث في دراسته لقياس رضا المرضى عن مستوى الخدمات الطبية مقياس " Visual Analogy" (VA)، وقد بينت هذه الدراسة عدم حساسية هذه التقنية لمكونات الرضا، بمعنى أن مقياس (VA) لا يساعد في إيضاح مكونات مفهوم الرضا أو عدم الرضا، ولكن من إيجابياته أنه يقيس مستوى الرضا بشكل عام من الناحية الموضوعية أو التطبيقية.

ح- دراسة الباحثين (Annemieke B, Nathalie V, Johan H, Birte P, 2005) بعنوان:

"Patient Compliance: A determinant of patient Satisfaction?" , Angle or the dentist, Vol (75), No(4).

هدفت هذه الدراسة إلى الإجابة على الإشكالية التالية:

هل "توقعات المريض" خلال علاجه لدى طبيب الأسنان، يمكن عدها أحد محددات مفهوم "رضا المرضى" أم لا؟

وقد استخدم الباحثين نموذج الانحدار المتعدد لبيان أثر كل من الجنس وتوقعات المريض على مفهوم الرضا، وكانت النتائج تثبت أن لعامل الجنس دوراً مهماً في تحديد مدى الرضا عند أطباء الأسنان في حين توقعات المريض غير دالة إحصائياً في المدى الطويل.

خ- دراسة (Sungjiny, 2005) بعنوان "

Asia Pacific Advances in Consumer Service quality at hospitals" , vol(6) N°(1

هدفت الدراسة إلى معرفة محددات رضا المرضى في المستشفيات والمراكز الصحية، واستنتج الباحث من خلال هذه الدراسة إلى أن المحددات الرئيسية لرضا العملاء في المستشفيات هي على الترتيب 1- الملموسة، 2- التعاطف، 3- الموثوقية كما أكد الباحث على أن المعاملة الحسنة من قبل الموظفين في المؤسسات الصحية تساهم بشكل فعال في جذب المرضى والحصول على ولائهم.

د- دراسة الباحثان (Yildiz Z and Senol E, 2004) بعنوان:

Measuring Patient Satisfaction " the Quality of Health Case: A Study of Hospitals in Turkey
In Journal of Medical Systems, Vol(28, No(6).

وقد هدفت الدراسة إلى تطوير أداة موثقة لقياس رضا المرضى في تركيا، كما هدفت إلى قياس رضا المرضى عن نوعية الرعاية الصحية المقدمة لهم في المستشفيات التركية، وتوصلت الدراسة إلى تطوير أداة لقياس رضا المرضى بالشكل الذي يساعد الباحثين والممارسين وصناع القرار في إجراء بحوث ودراسات حول تحسين رضا المرضى وجودة الخدمات المقدمة في المستشفيات، كما كانت أهم نتيجة في هذا البحث هو أن رضا المريض مسألة هامة جداً في جودة الرعاية الصحية وأن تصورات المرضى حول جودة الرعاية الصحية تم تجاهلها إلى حد كبير من قبل مديري الرعاية الصحية.

ذ- دراسة الباحثان Talluru S, Prasad G, 2003 بعنوان:

study Hospital Administration. Satisfaction: A comparative Patient" Journal of the Academy
وقد هدفت هذه الدراسة إلى البحث في محددات رضا المرضى وتبين من خلال البحث إلى أن المريض يتوقع خلال إقامته في المؤسسة الصحية ثلاثة أمور أساسية وهي: العلاج، الرعاية و الراحة، وأن محددات رضاه هي على التوالي:

- ✓ الموثوقية: وتعني قدرة المستشفى على أداء خدمات بإتقان ودقة.
- ✓ سرعة الاستجابة: وتعني رغبة العاملين في مساعدة المرضى وتقديم الخدمة فور الحاجة إليها.
- ✓ سلوك العاملين: ويقصد به مدى امتلاك العاملين تصرفات اللياقة والكيافة في التعامل الذي يساعد على منح الثقة للمريض.
- ✓ الاهتمام: ويعني إبداء الموظفين ومختلف الطاقم الطبي والشبه الطبي الاهتمام والتعاطف مع المرضى خلال مدة الإقامة.

✓ بنية المستشفى: ويقصد به التركيبة المادية للمستشفى وكل ما يتعلق بالتجهيزات والمعدات واستخدام التكنولوجيات الحديثة في العلاج والاتصال بشكل جيد.

ر - دراسة الباحث (Adinolfi P, 2003) بعنوان:

Total quality Management <TQM> in Public Health case: A Study of Italian and Irish "

"Hospitals

Total Quality management Magazine, Vol(14), No(2)

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الرعاية الصحية في كل من إيطاليا وإيرلندا ودورها الحقيقي في هذه المؤسسات، كما تطرق الباحث من خلال التطبيق على (14) مؤسسة صحية في كل من البلدين إلى دراسة تبني هذه المؤسسات لنموذج كنجي في إدارة الجودة الشاملة، واتضح من خلال الدراسة أنه هناك حاجة أكبر لفهم (TQM) لتطبيقها بصورة أفضل وأعمق وأنه على المعنيين القيام بدراسات أخرى لـ (TQM) من خلال التطرق إلى متغيرات بحثية أخرى مثل: التغيير في المسؤولين وقياس درجة فعاليتها.

ز - دراسة الباحثة (Sandra Bertezene بدون سنة)

وكانت في إطار الحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير من جامعة (Lumière Lyon2) بعنوان:

"Les demarches qualities dans les hôpitaux Français"

انطلقت هذه الدراسة من إشكالية مفادها:

✓ ما هي منهجيات تحسين الجودة التي تسمح بزيادة جودة العلاج والخدمات، وقادرة على إشباع

حاجات المريض، في إطار عملية الاعتماد وقيود الموازنات؟

ركزت الباحثة في دراستها على عيوب الجودة في المؤسسات الصحية وحاولت طرح طرق جديدة نحو منهجية تحسين الجودة. استطاعت الدراسة تحديد جميع جوانب اللاجودة على مستوى المؤسسات محل الدراسة، إلا أن نتائجها تبقى محصورة في إطار المؤسسات الحاصلة على شهادة الاعتماد فقط.

و فيما يلي نحاول عرض بعض التجارب الدولية الرائدة في إطار تطبيق الجودة في الخدمات الصحية.

أ- تجربة عيادات "Cleve Land" كليفلاند (2002)¹

في سنة 2002 أصدرت عيادات كليفلاند برنامجاً جديداً لم يسبق إصداره من قبل تسمى "خدمة عالمية المستوى (World class Service) بغرض نشر ثقافة تقديم خدمة عالية المستوى عند الموظفين والعمال لديها كافة، وتحفيزهم على تقديم آراء ومقترحات تؤدي إلى التطوير المستمر، سواء تعلق الأمر بالخدمة أو الجودة أو النمو أو الأرباح وهدفت هذه العيادات من خلال برنامجها السالف الذكر إلى تحسين مستوى رضا المرضى الذين يعالجون في مؤسستها بشكل يبرز سمعتها وإنجازاتها الطبية.

ب- تجربة مستشفى "Griffin" (2002)²

في نفس السنة اهتمت هذه المستشفى بالأمر نفسه مثل عيادات كليفلاند وسعت هذه المؤسسة الصحية إلى الحصول على مستويات قياسية لرضا المرضى لديها عن طريق نشر خبرات متميزة للعاملين مع المرضى وعائلاتهم، وقامت بقياس رضا المرضى باستخدام تقنيات وأساليب متعددة.

ت- تجربة مستشفى "كالغيرت ميموريال Calvert Memorial" (2006)³

فهي تسعى على أن تكون درجات رضا مرضاها في أعلى المستويات، وذلك بتقديم أفضل خدمة، وقد استعانت باستبيانات تملأ من قبل المرضى بهدف تطوير الخدمات المقدمة للمجتمع.

التعقيب على الدراسات السابقة وإبراز مساهمة الباحثة

أجريت الدراسات السابقة التي تناولناها في الفترة ما بين (2002-2010) وفي بيئات مختلفة بعضها عربية ومحلية والبعض الآخر أجنبية (غربية)، إضافة إلى أن البعض كان في مستشفيات عامة والبعض مستشفيات خاصة، ومساهمة الباحثة ستكون حديثة لحدثة الفترة التي ستقوم بالتطبيق الميداني للدراسة كما سنعتمد على المستشفيات العمومية (الحكومية) دون الخاصة في الجنوب الجزائري (مستشفيات ولاية أدرار نموذجاً) ويتجلى من خلال عرضنا السابق، أن معظم المستشفيات تتبنى أو تحاول تبني نظام الجودة وأحياناً كثيرة إدارة الجودة الشاملة، أما دراستنا تتم في مستشفيات يغيب عنها

¹Cleveland Clinics website: www.griffinhealth.org/performance/patientrating.aspx.

²Griffin Hospital website: www.clevelandclinic.org/quality/satisfaction/default.htm.

³Calvert Hospital website: www.calverthospital.com/patient-satisfaction.htm.

مفاهيم الجودة الشاملة وتطبق نظام خلية الجودة في إدارة القطاع الصحي المعتمد من طرف وزارة الصحة.

اعتمدت معظم الدراسات على أسلوب الاستبيان لقياس جودة الخدمات الصحية وقياس درجة ولاء المرضى كون معظمها تناولت الولاء عند المرضى محل الدراسة، كما استخدمت أساليب منهجية متنوعة مثل المنهج الوصفي والتحليلي والمسح الاجتماعي والإحصائي.

أما في دراستنا سنتناول الموضوع باستخدام الاستبيان والمنهج القياسي التحليلي والإحصائي. ما هو ملاحظ أن معظم الدراسات السالفة الذكر اعتمدت تحليلها للمتغير المستقل (جودة الخدمة الصحية) على الأبعاد الموضوعية من طرف الباحث كوتلر (Kotler 2006)، في حين اعتمدنا في دراستنا على أبعاد إضافية وذات مدلول اقتصادي معمق.

تتفق دراستنا مع دراسة الباحث (هاني حامد الضمور، 2010) في الأبعاد المكونة لمقياس الخصائص الموضوعية مع إجراء بعض التعديلات التي رأيناها لازمة ومهمة.

كما تتفق دراستنا مع معظم الدراسات السابقة في توضيح مختلف المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة الصحية، ورضا المستهلك والجديد في دراستنا طريقة استخدام المقاييس في قياس أثر جودة الخدمة الصحية على رضا المستهلك، بحيث معظم الدراسات تناولت مقياس واحد على الأكثر واعتمدت على قياس الولاء النهائي دون التمييز في الرضا كمسألة سابقة ولازمة لحصول الولاء عند المريض.

عالجت الموضوعات السابقة أثر جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض فقط ونحن نحاول أن نقيس إحصائياً هذا الأثر من وجهة نظر المستهلك الذي يشكل متغير تابع أكثر شمولاً وأوسع من المريض.

اعتمدت الباحثة في دراستها هذه على مقياس دقيق لإعطاء دلالة إحصائية أقوى وشمولية أوسع

في التقييم وهو مقياس الخصائص الموضوعية بحيث يتم تقييم من خلاله كل من:

- جودة خدمات الطاقم الطبي؛
- جودة خدمات الشبه الطبي؛
- جودة الخدمات الفنية؛
- جودة الخدمات الإدارية؛
- جودة الخدمات الفندقية.

ونشير في هذا الصدد أن هذه المتغيرات الوسيطة نجدها في بعض الدراسات الإمبريقية¹ تسمى بالعوامل التقنية واللاتقنية في قياس جودة الخدمات الصحية (بن أشنهو محمد، بن حبيب عبد الرزاق، كساس زكية، 2011).

كما اعتمدنا في بحثنا على مقياس (Serv perf) لقياس أبعاد جودة الخدمات الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التأكيد، التعاطف)، وهو يعتبر مقياس أكثر تطوراً من معظم المقاييس المتناولة في البحوث السابقة.

6- نموذج الدراسة

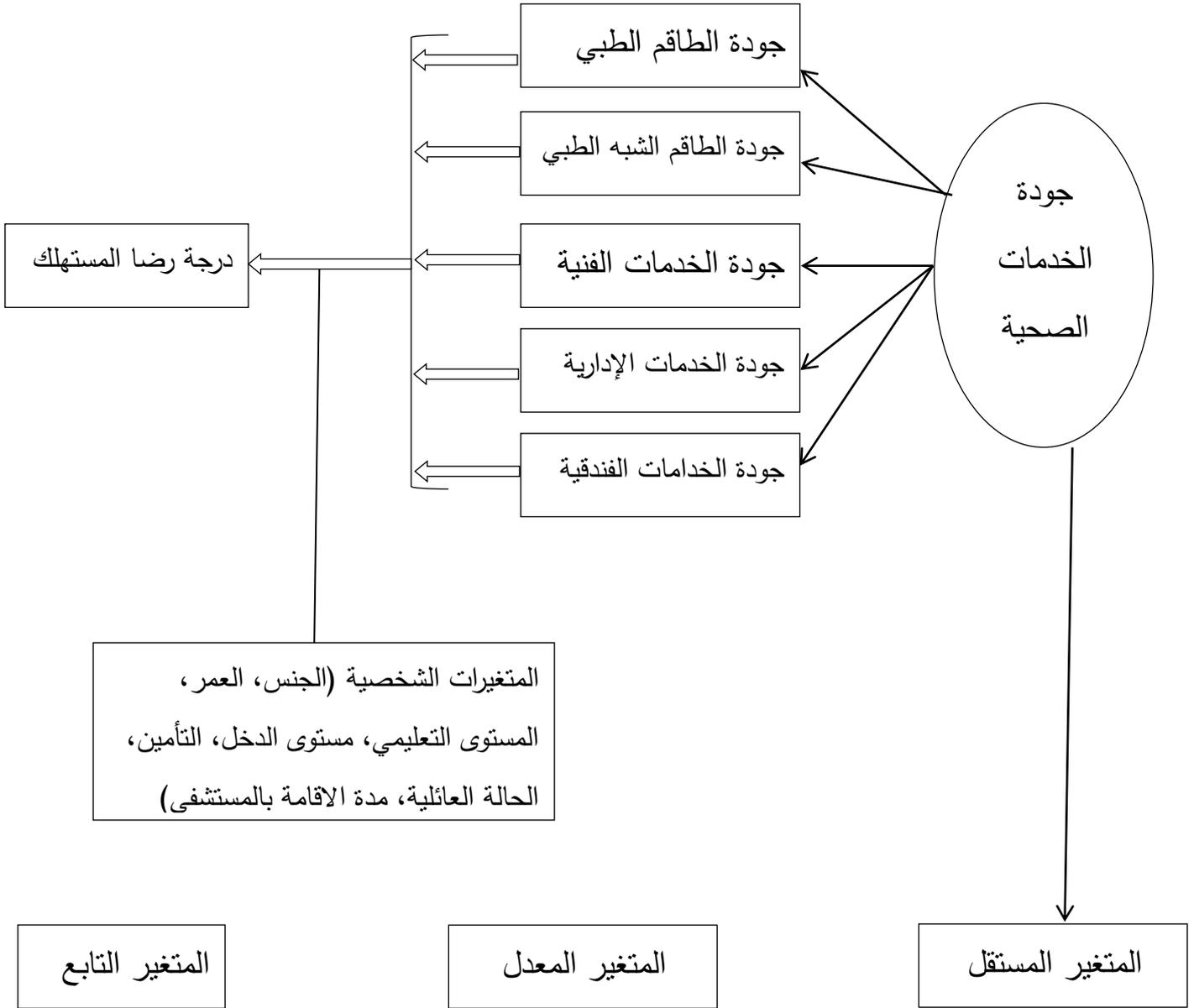
على ضوء مراجعة الدراسات السابقة وانطلاقاً من أهمية هذه الدراسة والهدف الذي تسعى إلى تحقيقه يتم تبني مقياس يصف ويحلل مجالاً محدداً وهو:

6-1- مقياس الخصائص الموضوعية

وهو مقياس قامت الباحثة بتطويره انطلاقاً من المسح الأكاديمي لمختلف الدراسات السابقة (Olshansky (1985)، الضمور، 2010، الفراج 2009، (1993) y. EVRARD (2004) Vanhamme وغيرهم).

¹BENACHENHOU Sidi Med,PF Benhabib Abderrezak, kessas Zakia, Article publié dans les cahiers du MECAS, N°7 Décembre 2011, Université de Tlemcen.

نموذج الدراسة باستخدام مقياس الخصائص الموضوعية



7- فرضيات الدراسة:

لبلوغ الدراسة أهدافها، وحتى نتمكن من الإجابة على الإشكالية الرئيسية وما يتفرع عنها من استفسارات، قامت الباحثة بصياغة الفرضيات وفقاً لنموذجي الدراسة على النحو التالي:

1-7- نموذج الدراسة: مقياس الخصائص الموضوعية

✓ الفرضية الرئيسية الأولى

النموذج النظري المقترح ملائم ملائمة كلية بالنسبة للبيانات الواقعية المستمدة من الميدان من خلال استجابات مرضى مستشفى ابن سينا بأدرار"، مستشفى تميمون، مستشفى رقان، حول أسئلة الاستبيان

✓ الفرضية الرئيسية الثانية

1H/ يوجد أثر لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة على درجة رضا المستهلك لها.

✓ وينبثق عن هذه الفرضية فرضيات فرعية كالتالي

11H: يعتبر واقع جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية العمومية لولاية أدرار (عينة الدراسة) ذو مستوى متدني بحيث يجعل المريض كمستهلك رئيسي غير راضٍ تماماً.

12H: يوجد أثر لبعد جودة الطاقم الطبي في المستشفيات العمومية محل الدراسة على رضا المستفيد منها.

13H: يوجد أثر لبعد جودة الطاقم الشبه الطبي في المستشفيات العمومية محل الدراسة على رضا المستفيد منها.

14H : يوجد أثر لبعد جودة الخدمات الفنية المقدمة في المستشفيات العمومية محل الدراسة على رضا المستفيد منها.

15H: يوجد أثر لبعد جودة الخدمات الإدارية المقدمة في المستشفيات العمومية محل الدراسة على رضا المستفيد منها.

16H: يوجد أثر لبعد جودة الخدمات الفندقية المقدمة في المستشفيات العمومية محل الدراسة على رضا المستفيد منها.

✓ الفرضية الرئيسية الثالثة

2H: توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى رضا المستهلك الخدمة الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعود إلى المتغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري والتأمين).

✓ الفرضية الرئيسية الرابعة

4H: تختلف الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية حسب مستويات الرضا لدى المستهلك لهذه الخدمة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

✓ الفرضية الرئيسية الخامسة

5H: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستويات الرضا عند المستهلك للخدمة الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعود إلى متغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، مدة الإقامة والتأمين).

8- منهجية البحث

اعتمدت الباحثة في إعدادها لهذه الأطروحة على المنهجية التالية:

8-1- الإطار النظري

وقد تم إنجاز بتجميع المادة العلمية المتخصصة في الموضوع من المصادر الثانوية التالية:

- * الكتب ومختلف المراجع باللغة العربية والأجنبية؛
- * الرسائل والأطروحات العلمية الجامعية والأكاديمية؛
- * المقالات المنشورة والملتقيات والندوات وغيرها.

8-2- الإطار التطبيقي

بغية تحقيق الدراسة الميدانية يوظف هذا البحث منهج اختبار الفروض وذلك للتحقق من علاقة جودة الخدمة الصحية بالرضا عند مستهلك هذه الخدمة.

وذلك باختبار أبعاد جودة الخدمة الصحية وفق مقياسين تم الاستعانة بهما في تحديد هذه العلاقة. وقد تبنت الباحثة في هذه الدراسة مقياس الخصائص الموضوعية ذو خمسة أبعاد لتشكل المتغير المستقل وأثرها على رضا المستهلك، ليشكل الرضا بأبعاده ومفاهيمه المختلفة المتغير التابع مع ضرورة إدراج بعض المتغيرات الوسيطة والهامة في الدراسة مثل (الجنس، العمر، المستوى التعليمي والدخل والتأمين).

كما تم الاستعانة بمقياس الباحثين (Cornin and Taylor 1997) المسمى Serv perf والذي تم إعادة صياغة وتعديل عباراته لتناسب مع الخدمة الصحية في بيئة الدراسة، ويتكون هذا المقياس من خمسة أبعاد حسب ما جاء في كتابات رجال التسويق: (Olivier (1993), Zeithaml (1993), Para

(2008) Kotler, (2004) Venhamme, (2001) suraman et al)، وهي بمثابة المتغير المستقل أما الرضا عند المستهلك فهو يمثل المتغير التابع، مع ضرورة إدراج بعض المتغيرات الوسيطة كما سبق وأن ذكرنا، وقد قمنا بالاستعانة بهذا المقياس لتعميق فكرة الفجوات في قياس أهمية أبعاد جودة الخدمة لما له من علاقة مع الرضا عند المستهلك عموماً.

3-8- استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، بالإضافة إلى المنهج الإحصائي بمختلف أساليبه التطبيقية (استخدام نموذج المعادلات الهيكلية) بالاستعانة ببرنامج (SPSS (V 21) وبرنامج Amos21 بغية تحليل بيانات الدراسة الميدانية.

9- التعريف بمتغيرات الدراسة

تسعى الدراسة إلى إبراز وتحليل أثر جودة الخدمة الصحية على رضا المستفيد منها، ولبلوغ هذه الغاية وبغية تحقيق الهدف منها تم تحديد متغيرات الدراسة كالتالي:

9-1- المفهوم المطلوب قياسه

✚ رضا المستهلك للخدمة الصحية: إن الرضا كمفهوم مجرد هو يعبر عن الإحساس بالراحة عند المريض أو الشخص غير المريض والمتلقي للخدمة الصحية (الخدمات الوقائية مثلاً) خلال تلقيه للخدمة الصحية في المؤسسات الصحية المختلفة.

✚ جودة الخدمة الصحية: ويتم قياسها من خلال مقياسين ولكل مقياس أبعده المتكاملة نوجزها في ما يلي.

9-2- مقياس الخصائص الموضوعية

وهو يتكون من:

✚ جودة الطاقم الطبي والتمريضي: وهي تمثل معايير التحكم والسيطرة التي يمتلكها كل من الطبيب المعالج والممرض لمختلف معارفهم وخبراتهم ومهاراتهم وسلوكياتهم، وطرق التعامل مع المستفيد أثناء تقديم الخدمات الصحية.

✚ جودة الخدمات الفنية (التقنية): هي مختلف الخدمات المتعلقة بالأجهزة والتكنولوجيا التي تقدمها المؤسسة الصحية بمختلف أقسامها ومصالحها والتي تعطي لهذه المؤسسة صفتها التنظيمية وتؤثر في طريقة أداءها ونظرة المستهلك إلى مستوى جودة الخدمات المقدمة.

✚ جودة الخدمات الإدارية: هي كل ما تعلق بالجانب الإداري (السجلات الطبية، المحاسبة، المالية، الخدمات الاجتماعية...) و التي يقوم بها عمال متخصصون من أجل تسهيل عملية تقديم الخدمة الصحية ولها دور هام في إبراز جودة الخدمة الصحية المقدمة.

✚ جودة الخدمات الفندقية: هي الخدمات المتعلقة بالفندقة مثل (الإطعام، الإيواء، مستوى الإنارة في الغرف، النظافة، التهوية، تجهيزات الغرف وأماكن الانتظار...الخ)، والتي تساعد بشكل كبير في تقديم الخدمة الصحية وهي مؤشر هام في الحكم على مستوى جودة الخدمة المقدمة.

10- حدود الدراسة

10-1- المجال البشري: شملت هذه الدراسة كل مستفيد من الخدمة الصحية سواء كان مريض أو يتطلع للحصول على خدمة وقائية أو علاجية، ولكن لضرورة تقديم تقييم إحصائي هادف وفعال عن جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة (عينة البحث) حاولت الباحثة التركيز على استجواب المرضى المقيمين لمدة معتبرة (أكثر من يومين) بالمستشفى ، وأحيانا مقابلة بعض الأشخاص الذين سبق لهم المكوث بالمستشفى لأكثر من يومين لظروف صحية ، بحيث تعد هذه الفئات مصدراً فعلياً للمعلومات التي من خلالها يمكننا الحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة (من خلال المقاييس السالفة الذكر).

10-2- المجال المكاني: أجريت هذه الدراسة في المؤسسات الصحية العمومية في أكبر منطقة الجنوب الجزائري، بحيث شملت كل من المؤسسة الصحية الاستشفائية "ابن سينا" لولاية أدرار، المركز الاستشفائي الجامعي لمدينة "رقان" والمؤسسة الصحية الاستشفائية لمدينة "تيميمون".

10-3- المجال الزمني

أجرت الباحثة الدراسة النظرية في الفترة من (2009/2014) بينما أنجزت الدراسة التطبيقية خلال سنتي (2014/2015).

11- خطة الدراسة

ينقسم بحثنا هذا إلى خمسة فصول وهي كالتالي:

✚ الفصل الأول: تم اختياره لعرض متغيرات الدراسة و التي تمثلت في ثلاثة مباحث وهي على التوالي: الخدمة، الجودة و الرضا بشكل عام.

✚ الفصل الثاني: وهو يتضمن عرضا مفصلا عن جودة الخدمات الصحية، انطلاقا من المبحث الأول الذي تضمن عرض مفاهيم عن جودة الخدمة، ثم استعرضنا في مبحث ثاني الجودة في الخدمات الصحية، وأخيرا قدمنا مبحثا شاملا عن النظم الصحية وتقييم الأداء فيها.

✚ الفصل الثالث: استعرضنا في هذا الفصل كل ما يتعلق بسلوك المستهلك للخدمة الصحية على وجه الخصوص، وقد تضمن هذا الفصل ثلاثة مباحث وهي على التوالي : المبحث الأول وقد خصص لاستعمالية الخدمات الصحية، ثم المبحث الثاني والذي خصصناه لطرح محددات سلوك المستهلك للخدمة الصحية، وأخيرا المبحث الثالث خصصناه لرضا المريض، قياساته والعوامل المساعد على تحقيقه.

✚ الفصل الرابع: كان عنوانه دراسة تقييميه للنظام الصحي الجزائري وهو بدوره تمحورت أفكاره في ثلاثة مباحث، اعتنى المبحث الأول بتقديم النظام الصحي الجزائري، أما المبحث الثاني فقد خصص لعرض مكانة الجودة في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية، بينما اختص المبحث الثالث لشرح إصلاحات النظام الصحي الجزائري وتقييم الأداء فيه.

✚ الفصل الخامس: وقد خصص للإطار التطبيقي للدراسة، وقد استعرضنا هذا الفصل في ثلاثة مباحث، اختص المبحث الأول لوصف منهجية الدراسة، أما المبحث الثاني فهو يستعرض وصف وتحليل نماذج القياس، وختم هذا الفصل بمبحث ثالث فيه فسرت النتائج واختبرت صحة الفرضيات مع إتمام الإجابة وبشكل نهائي عن إشكاليات الدراسة.

✚ بدأنا بحثنا هذا بمقدمة عامة و ختمنا بخاتمة عامة.

الفصل الأول

قراءة في متغيرات الدراسة

المبحث الأول: الخدمة

المبحث الثاني: الجودة

المبحث الثالث: الرضا

تمهيد

لقد شهد العقد الأخير اهتماماً بالغاً في تحديد المعالم الكبرى التي تجعل الخدمات المقدمة للمستهلك فعالة وفي مستوى توقعاته إن لم نقل يتجاوزها. إن الإطار المفاهيمي للخدمة ينصب في محاولة إيجاد تفسير دقيق وفرق جوهري ما بين الخدمة والمنتج المادي كون كلاهما سلعتان تباع وتشتري. وتحل الجودة إدارة ونشاطاً وأهدافاً موقعاً هاماً في مواجهة تحديات هذا العصر حسب ما تشير إليه العديد من الدراسات، حيث تزايد الاهتمام بهذا المفهوم، نظراً للتزايد السريع والمتنوع في متغيرات البيئة العالمية والاستحداثات التكنولوجية المتلاحقة والمؤثرة بدرجة كبيرة على مستوى الرضا عند المستهلكين.

المبحث الأول: الخدمة

إن الاهتمام الذي تحظى به الخدمات حالياً بشئى أنواعها لم يكن وليد الصدفة وإنما أتى توافقاً مع تنامي دورها وأهميتها في حياة الأفراد والمؤسسات والاقتصاد عموماً. تعتبر نسبة مساهمة قطاع الخدمات في امتصاص اليد العاملة والناجى الكلى لمختلف الدول والحكومات نسبة هامة إذا ما قورنت مع باقى القطاعات الإنتاجية. إن تزايد هذه النسبة دفعت الكثير من الباحثين أمثال (Lendrevie, Kotler, Parasuraman,) (Gronroos, Zeithaml, Berry, Lindon) وغيرهم إلى الاهتمام بعلم الخدمات وفلسفة تسويقها وهي التي تركز أساساً على المبادئ العامة للتسويق الحديث. سنتناول في هذا المبحث العناصر التالية:

المطلب الأول: تعريف الخدمة،

المطلب الثانى: طبيعة والخصائص الرئيسية للخدمات،

المطلب الثالث: تصنيف الخدمات،

المطلب الرابع: نظام إنتاج الخدمة،

المطلب الخامس: مكانة التسويق في المؤسسات الخدمية.

المطلب الأول: تعريف الخدمة

تشير معظم أدبيات البحث إلى أن هناك اختلاف في تحديد مفهوم الخدمة نظراً لكثرة الاهتمام بهذا المفهوم وبالخصوص عند تحديد أبعاده، معاييرها، وخصائصه وحتى عند قياس جودته، فالمسألة في هذا الجانب جد مهمة.

إن هذا الاختلاف يظهر جلياً في الدور الذي تلعبه الخدمات عموماً سواء انطلق هذا الدور من المنتج إلى المنتج أو من السلعة إلى المستهلك، أو دور مقدم الخدمة والمستهفيد منها.

وعموماً نستعرض هذه الأدوار التي توضح بشكل جلي مفهوم الخدمة حسب أحدث الدراسات في هذا المجال.

إن أنشطة الخدمات جد متنوعة فقد نجدها في القطاع العام متمثلة في خدمات التعليم والصحة العامة، الثكنات العسكرية، وفي القطاع الجمعي مثل خدمات الجمعيات الخيرية، ونجد هذه الخدمات وبشكل جد واسع في القطاع الخاص مثل النقل (البري، جوي، بحري)، البنوك، الفنادق، المطاعم، المكاتب العامة... الخ.

كما أن هناك نشاطات اقتصادية متبوعة بخدمات تكميلية مثل: خدمات ما بعد البيع، التوصيل المجاني، الصيانة... الخ وعلى هذا الأساس نعرّف الخدمة كما يلي:

❖ التعريف الأول: "أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر، وتكون أساساً غير ملموسة، ولا ينتج عنها أي نقل للملكية، وقد يكون إنتاجها أو تقديمها مرتبط بمنتج مادي ملموس أو لا يكون"¹. يشير هذا التعريف إلى الجانب غير الملموس للخدمة، كما أنه أشار إلى عدم نقل الملكية في صناعة الخدمات، كما أكد أنه ليس من الضروري أن ترتبط الخدمة بالإنتاج المادي.

❖ التعريف الثاني: Lovelock c and Wirtz j: "إن الخدمات تعبر عن أفعال، عمليات وإنجازات أو أعمال، كما تتضمن كل الأنشطة الاقتصادية التي مخرجاتها ليست منتجات مادية وهي بشكل عام تستهلك عند وقت إنتاجها وتقدم قيمة مضافة، وهي بشكل أساسي غير ملموسة لمشتريها الأول"². يشير هذا التعريف إلى مميزات إضافية مثل فناء الخدمة، وتلازم إنتاجها مع استهلاكها.

❖ التعريف الثالث: من عناصر غير ملموسة متلازمة وغالباً ما تتضمن مشاركة الزبون بطريق هامة، حيث لا يتم بيعها بمعنى تعريف جمعية التسويق الأمريكية "الخدمات منتجات غير ملموسة أو على الأقل هي كذلك إلى حد كبير، فإذا كانت بشكل كامل غير ملموسة، فإنه يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستعمل، ولا يتم نقلها أو خزنها وهي تقريباً تقنى بسرعة، فسلع الخدمات يصعب في الغالب تحديدها ومعرفتها لأنها تظهر للوجود بنفس الوقت التي يتم شراءها واستهلاكها، فهي تتكون نقل الملكية وليس لها لقب أو صفة"³.

¹ P. Kotler et al, "Marketing management" 13^{ème} edition Pearson, France, 2009, P452.

² Lovelock c et Wirtz J, Marketing des services, 5eme Edition, Pearson Education, 2004, France, pp: 22.

³ شفيق حداد، نظام سويدان، أساسيات التسويق، الطبعة الأولى، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 1998، ص 250.

* يلاحظ من هذا التعريف أنه ألم بجميع مميزات وخصائص الخدمات التي ذكرت بشكل منفصل في باقي التعاريف.

* وبناءً على ما سبق يمكن أن نستخلص أن الخدمة هي إنتاج فعل أو عمل أو إنجاز غير ملموس وأحياناً غير مرئي والذي عند شراؤه ليس بالضرورة تنقل فيه ملكية ما، ونحصل من خلاله على منفعة وقيمة مضافة تستجيب لحاجة غير مشبعة لدينا.

وبناءً على مختلف التعاريف السابقة الذكر عن الخدمة نصل إلى استنباط مميزات وخصائصها وهي كالتالي.

المطلب الثاني: طبيعة وخصائص الخدمات

1- اللاملموسية: يعتمد نجاح تقديم الخدمة بالدرجة الأولى على مهارة مقدمها في شرحها وتوضيح مزاياها، فالخدمة لا يمكن الحكم عليها إلا بعد شراؤها نظراً لكونها غير ملموسة قبل الحصول عليها فلا يمكن لمسها ولا شمها ولا رؤيتها ولا سماعها إلا بعد الاستفادة منها وأحياناً بمعدلات ضعيفة. وعليه فالخدمة لا يمكن رؤيتها، اختبارها، لمسها إلا بعد شراؤها.

إن هذه الميزة جعلت بعض المؤسسات الرائدة تتبنى استراتيجيات تسويقية تجعل من الخدمات منتج يمكن لمسه وتمثيله مادياً إلى حد ما وذلك من خلال:⁴

- بناء صورة ذهنية لدى المستهلك من خلال سياسة الترويج،
- إعطاء مصداقية للخدمة المقدمة من خلال ربط الاستفادة منها بشخص معين أو شيء مادي مميز.

2- خاصية التلازم: الخدمة تنتج وتستهلك في آن واحد، فلا يمكن إنتاجها وتخزينها ثم بيعها مثل باقي المنتجات المادية ولهذا نقول إن إنتاج الخدمة يتلازم مع استهلاكها. و لأن الضرورة تقتضي وجود الزبون لحظة الحصول على الخدمة⁵ يعتبر هذا الأخير عنصر جوهري في تسويق الخدمات. فالتفاعل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها يؤدي إلى رفع درجة الولاء أو عدمه بينهما.

3- خاصية التنوع

من الصعب أن تكون مخرجات المؤسسة الخدمية نمطية، فهي متغيرة ومتنوعة باستمرار على أساس اختلاف سلوكيات العملاء، كما أن عدم التماثل تعتمد على مهارة وكفاءة مقدمها وظروف التقديم، وأحياناً تختلف

⁴ محمود جاسم الصميدعي و ردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة، الأردن، 2010، ص36.

⁵ Philip Kotler, Marketing management, analysis planning implantation and control, 11en the doper saddle Reviews, N.J. Prentice Hall ,1987, p484.

الخدمة عند نفس الشخص المقدم لها من وقت لآخر. للتقليل من خاصية التنوع تحاول بعض المؤسسات الخدمية استخدام بعض الأدوات الإستراتيجية منها:

- اختيار وتدريب مقدمي الخدمة (عمال المصارف، الخطوط الجوية)؛
- محاولة الاستعانة بالأجهزة والمعدات المتطورة التي تحافظ على تجانس الخدمة المقدمة؛
- تعزيز دراسات الرضا عند المستهلك التي تساهم في وضع قواعد قياسية عن مستوى الخدمة المقدمة.

4- خاصية الفناء

بما أن الخدمة تمثل فعل أو تصرف غير ملموس فإنها تتلاشى وتنتهي سواء تم الاستفادة منه أم لا، وهذا نظراً لعدم إمكانية تخزينها أو نقل ملكيتها من شخص مستفيد إلى شخص مستفيد آخر، أو الاحتفاظ بها لحين حصول الطلب عليها.

وما هو ملاحظ أن كلما زادت درجة اللاملموسية للخدمة انخفضت فرصة تخزينها وهي تعتبر ميزة إذا ما قورنت مع تكلفة تخزين المنتجات المادية، ولكن يعاب على هذه الخاصية أنها تؤثر سلباً مع النظام الإنتاجي مما يجعل إدارته أكثر تعقيداً خاصة مع تذبذب حجم الطلب⁶.

5- خاصية عدم ملكية الخدمة

عند تقديم خدمة ما لا يمكن للمشتري أن يمتلكها بل له الحق في شراء عملية الخدمة فقط. أي عدم التملك بقصد به أن الخدمة يمكن الانتفاع بها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها⁷.

6- خاصية مشاركة المشتري في الخدمة

هناك خدمات عديدة تتسم بوجود درجة عالية من الاتصال والتفاعل بين مقدم الخدمة والعميل المستفيد، بحيث يعتبر العميل أحد المدخلات الهامة في نظام تقديم الخدمة وهو في الوقت نفسه أحد مخرجاته الرئيسية ولكن بعد استفادته⁸، بمعنى يصعب الفصل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها⁹.

المطلب الثالث: تصنيف الخدمات

كيف يمكن تصنيف الخدمات؟ لقد أجريت عدة محاولات في تصنيف الخدمات، ومهما تنوعت التصنيفات واختلفت إلا أن في مجملها تعود إلى الخصائص التي تميز الخدمات السالفة الذكر. في هذا المطلب يمكن تصنيف الخدمات إلى ما يلي:

⁶ سمير علام، إدارة العمليات والإنتاج، مركز جامعة القاهرة للتعليم المفتوح، ج.م.ع، 1992، ص ص30-31.

⁷ عدنان مرزوق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصعبة العمومية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر قسم علوم التسيير 2007/2008، ص19.

⁸ مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن، دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات، بالتطبيق على إدارة المستشفيات، بحيث مقدم لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، جامعة القاهرة، ج.م.ع، 2001، ص46. بتصرف

⁹ عدنان مرزوق، مرجع سبق ذكره، ص19.

- 1- من حيث الاعتمادية: حيث تتنوع الخدمات من حيث اعتمادها على معدات أو اعتمادها على أشخاص.
 - 2- من حيث مشاركة الزبون: حيث تتطلب بعض الخدمات حضور الزبون المستفيد ومشاركته للحصول على الخدمة (الخدمات الصحية مثلاً) بينما لا تتطلب خدمات أخرى مشاركته (إصلاح السيارة).
 - 3- من حيث نوعية الحاجة: وهي تعبر عن الفرق ما بين الخدمات المقدمة لحاجة فردية (شخص واحد فقط) أو لمجموعة أفراد في آن واحد.
 - 4- من حيث القيمة المادية: حيث تصنف الخدمات ما إذا كانت تهدف إلى الربح أم لا، وحتى من حيث البرامج التسويقية الملازمة لتقديم الخدمات في حالة الربح أو عدمه كالترويج والتوزيع والتسعيرة.
- نستنتج من عملية التصنيف السابقة الذكر أنّ نظام التصنيف يعطي فهماً أفضل للخدمة المعنية وبذلك تسهل عملية التقييم ومتابعة البرامج التنفيذية والخطط المسطرة لتقديم أفضل خدمة.

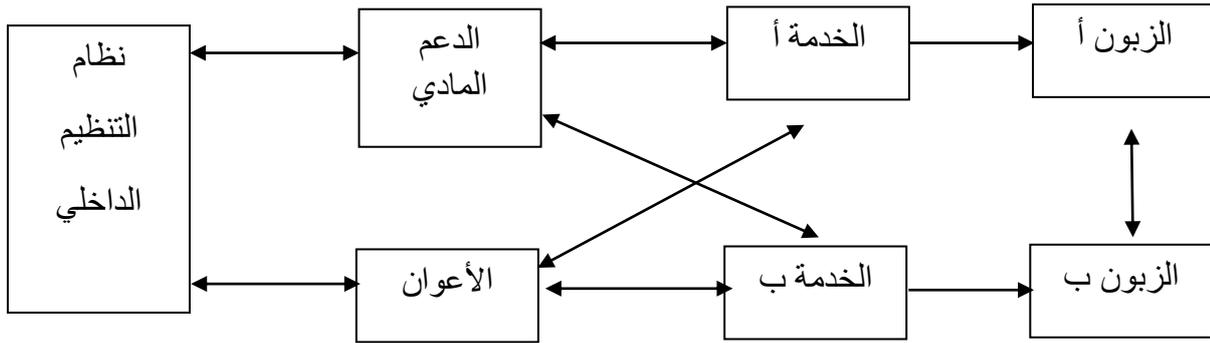
المطلب الرابع: نظام إنتاج الخدمة

1- مفهوم إنتاج الخدمة La servuction

- إن مصطلح servuction يأتي نتيجة دمج لمصطلحي Production (الإنتاج) و (service) الخدمة حيث قام الباحثين (E. Langeard et P. Eiglier) بتطوير هذا المفهوم وإبراز الترابط بين الزبائن والمؤسسة، كما جدد العلاقة بين الزبائن أنفسهم وبين الزبائن والأعوان الاقتصاديين، وأعطى هذا المفهوم العناصر التالية¹⁰:
- أ. الزبون: يعتبر الزبون عنصراً أساسياً في إنتاج الخدمة فهو منتجاً لها ومستهلكها في الوقت نفسه.
 - ب. الأعوان: وهم الأشخاص الموظفين والعاملين في المؤسسة الخدمية والذين هم على اتصال مباشر مع الزبائن، ولهذا العنصر دورين أحدهما تقني يتمثل في ضرورة الإلمام بالدراية الكافية بالمؤسسة وأهدافها وإستراتيجياتها، والثاني تجاري يتمثل في أهمية معرفة سلوك الزبون وحاجاته واتجاهاته وكيفية التعامل معه.
 - ج. الدعم المادي: ويشمل هذا العنصر كل ماله علاقة بالوسائل والتجهيزات المادية والمعدات والأدوات التي توضع تحت تصرف الزبون والعون في الوقت نفسه لتسهيل عملية إنتاج الخدمة.
 - د. نظام التنظيم الداخلي: يعتبر هذا العنصر غير مرئي بالنسبة للزبون، وهو يمثل كل الإستراتيجيات التي تتبناها المؤسسة والوظائف التي تشغلها والأهداف والتنظيم المتبع وكل ما له علاقة بتسيير المؤسسة وإنتاجها للخدمة.

¹⁰ Pierre Eiglier et Eric Langeard, **servuction (le marketing des services)**, 6ème tirage, Ed science international, Marseille France, 1990, PP16-17.

هـ. الزبائن الآخريين: إن المؤسسة الخدمية لا تنتج خدماتها لزبون واحد فقط، فهو أمر نادر أو مستحيل، ولهذا فمن البديهي أن يكون بين الزبائن علاقات متشابهة مع الأعوان والدعم المادي وبالتالي فمن الطبيعي أن تنشأ علاقة ما بين الزبائن بعضهم البعض تحت أي شكل من الأشكال وهذا أمر مهم بالنسبة للمؤسسة لأنه يؤثر في إدراك جودة الخدمة المقدمة للزبون الآخر ومدى رضاه عنها. وفي الشكل الموالي نحاول تلخيص هذه العلاقات كالتالي:



شكل رقم (01/01): عناصر نظام إنتاج الخدمة

la source : Taguer Gérard et Langlois Michel, Marketing des services relationnel, Ed dunod, Paris, 1992, P:25.

المطلب الخامس: مكانة التسويق في المؤسسة الخدمية

لقد كانت المفاهيم التسويقية لفترة طويلة من الزمن تخص قطاع المنتجات المادية وكان دورها في المؤسسات الخدمية متضارب ومحدود (Cowell 1984)، إن هذا الطرح وإن كان غير مطبق على جميع المؤسسات الخدمية إلا أنه كان مطروح للأسباب التالية:

* صفة الخدمة غير ملموسة تجعل تطبيق المفاهيم التسويقية أمر صعب (عرض الخدمة، إشهار فوائدها... الخ)،

* بعض المؤسسات الخدمية (محامون، أطباء...) ترفض استخدام بعض التطبيقات التسويقية بحيث يعتبرون أنفسهم منتجين للخدمة ولكن غير مسوقين لها (لا يقوم المحامي بالإشهار عن خدماته)،

* تكون أحياناً بعض المؤسسات الخدمية صغيرة الحجم (صالون الحلاقة، تصليح الأحذية...) لا تحتاج لأساليب تسويقية مثل ما تحتاج لها باقي المؤسسات الضخمة،

* تواجه المؤسسات الخدمية ذات الطابع العام (مستشفيات مؤسسات تعليمية... الخ) مستوى طلب أكبر من العرض، وعليه فهي ترى أنها غير مضطرة لتبني توجهات تسويقية لتحسين مستوى خدماتها.

إن كل الدراسات السابقة والأبحاث التسويقية للفترة الزمنية السابقة ركزت محور اهتمامها في البداية على المنتجات السلعية (المادية)، ولكن مع التطور المشهود والاستحداث التكنولوجي والعلمي في شتى المجالات

حالياً دفع المؤسسة الخدمية إلى الاهتمام بالمفاهيم التسويقية وتبنيها كحقيقة علمية تفيدها في تطوير مستوى خدماتها المقدمة، وهذا التوجه الحديث ساعد وشجع على تطبيق مفاهيم التسويق على نطاق واسع في قطاع الخدمات.

المبحث الثاني: الجودة

نتناول في هذا المبحث الوجيز مختلف التعاريف التي سردت حول الجودة كمفهوم، ثم نقلني الضوء على كل من أهميتها، أبعادها والتطور التاريخي الذي مرت بهم خلال ما ستدليه المطالب التالية:

المطلب الأول: مفهوم الجودة وأهميتها

المطلب الثاني: أبعاد الجودة

المطلب الثالث: مراحل تطور الجودة

المطلب الأول: مفهوم الجودة وأهميتها

1- المفهوم: تعتبر ثقافة المفاهيم المكتسبة حول الجودة الأساس الذي يحدد تعريف الجودة. فمن المتعارف عليه داخل المؤسسة الإنتاجية هو أن الجودة تتحقق إذا تم التنفيذ الدقيق للمواصفات الفنية في إنتاج منتج معين، أما بالرجوع إلى المؤسسات الخدمائية وتبنى وجهة نظر العاملين بها تتحقق جودة الخدمة إذا تم تطبيق الإجراءات ولوائح وقوانين العمل السائرة فيها.

لكن بالرجوع إلى هذه المفاهيم نجد أنها تحصر مفهوم الجودة في أبعاد ضيقة، فالمواصفات الفنية في الإنتاج متغيرة من فترة لأخرى ومن مكان لآخر، وهي السبب الحقيقي وراء اختلاف احتياجات ورغبات المستهلكين، ونفس المفهوم ينطبق على مدى تطبيق الإجراءات والتعليمات المرتبطة بتأدية الخدمة انطلاقاً من هذا التباين في تفسير مفهوم الجودة تصل لإعطاء الفكرة الدقيقة حول هذا المفهوم كالتالي:

* تعرف الجودة بأنها "مجموعة الخواص والخصائص الكلية التي يحملها المنتج أو الخدمة والتي تحدد إلى أي مدى تحقق احتياجات ورضا العميل"¹¹.

" ويتجاوز البعض هذا المفهوم إلى أن الجودة ليست فقط تحقيق احتياجات وتوقعات العميل بل الوصول إلى أكثر من توقعاته وإسعاده وولائه للمنظمة"¹².

"أن الجودة حسب مضمون المواصفة القياسية 9000 هي مجموعة الصفات الجوهرية للمنتج، والنظام والعمليات التي تجعله ملبياً لحاجيات الزبائن، أو جهات معينة أخرى"¹³

من خلال التعاريف السابقة نتمكن من استخلاص التعريف التالي:

11- محمد رياض، دليل تأهيل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الجودة، بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية،

مصر، إصدار 2000، ص 04.

12- نفس المرجع أعلاه. ص 4.

13- Patrice Maraverez, la qualité total, Edition Ens, Paris, 2001, P30.

تعني الجودة كمصطلح "التفضيل" فهي بمثابة خيارا بالنسبة لغالبية الأفراد، كما تعني في جوهر مفهومها مستوى الرضا الذي يحصل عليه المستهلك من خلال تفاعل المدخلات في العملية الإنتاجية (الأفراد، العمليات، السياسات والأجهزة) والوصول إلى ذلك التميز العالي والفعال على مستوى المخرجات (الملموسة وغير الملموسة) مع ضرورة التركيز على التحسين والتطوير المستمر لهذه المخرجات للتمكن من كسب ولاء المستهلك بصفة دائمة.

2/ أهمية الجودة

تكتسي الجودة أهميتها من خلال كونها ركيزة أساسية للتنافس في صرح الأسواق ولاشك أن إنشاء وتطبيق نظام فعال لإدارة الجودة أحد أهم هذه العوامل فهي تؤدي إلى زيادة العائد على المبيعات وتخفيض التكلفة ومن ثم الريادة، التقدم والتميز.

المطلب الثاني: أبعاد الجودة

لتضمن المؤسسة بقاءها في محيط تنافسي وجب عليها تحقيق رضا الزبائن من خلال تقديم منتجات تلبي حاجاتهم وتوقعاتهم، وحتى تصل المؤسسة إلى هذا المستوى من الرضا فإنه من الضروري أن تحدد أبعاد الجودة منتجاتها وعليه نحاول أن نلخص في هذه الجزئية أبعاد الجودة في منظور المستهلك.

1. الأداء: يتعلق هذا البعد بالخصائص الأساسية في الوظيفة المنتج أو الخدمة والذي يتم تحديده وفقا لاتجاهات المستهلك، مع العلم أن بعد الأداء الذي يعتبره احد المستهلكين جودة عالية قد لا يكون كذلك بالنسبة لمستهلك آخر.
2. السمات: يتعلق بعد السمات بالخصائص الثانوية التي يقدمها المنتج أو الخدمة بعد الخصائص الرئيسية كالخدمات الإضافية المقدمة للمستهلك (الأمان) السهولة في الاستخدام التكنولوجيا العالية.
3. الاعتمادية: يتعلق هذا البعد بدرجة الثقة في أداء المنتج أو الخدمة بحيث يكون جاهز وفقا للطلب ويبقى صالحا في أداءه خلال العمر الاقتصادي الموافق لتصميمه.
4. المطابقة للمواصفات: يتعلق هذا البعد بمدى مطابقة تصميم المنتج ودرجة أداءه لما حدد له مسبقا من معايير ومواصفات.
5. درجة التحمل: يتعلق هذا البعد بمدى الاستفادة من المنتج خلال مدة استهلاكه أي قبل تدهوره بحيث يصبح استبداله في نهاية دورة حياته اقل تكلفة وأكثر جدوى.
6. التوافق: يتعلق هذا البعد بمدى توافق أداء المنتج أو الخدمة مع توقعات المستهلك بحيث تكون فعالية أداءه في أقصى مراتب تفضيلات المستهلك.

7. القابلية للإصلاح: يتعلق الأمر هنا بمدى سهولة وسرعة إصلاح المنتج في حالة تعطله بحيث يسعى المستهلك دائماً إلى الحصول على الأداء بالشكل الذي دعت به درجة عالية من الصحة والدقة والخلو من الأخطاء).
8. المعايير الجمالية والذوقية: يعتبر هذا البعد شخصي نابع من تفضيلات المستهلك ورغباته بحيث يسعى هذا الأخير إلى الحصول على مستلزماته وفق أولويات يرتبها ليحصل على الأداء بالشكل الذي دعت إليه درجة عالية من الصحة والدقة والتفضيل في سوق المنافسة.
9. إدراك الجودة: إذا لم تتوفر لدى المستهلك المعلومات الكافية حول منتج ما فيلجأ إلى البحث في المعايير التي تتوافر في المنتجات المنافسة بحيث لا يحكم على المنتج من خلال سماته الأساسية ولونها وفق سمات تحدد الجودة العالية عنده مثل: الاسم التجاري، شهرة المؤسسة، شروط الضمان، خدمات ما بعد البيع.. الخ.

المطلب الثالث: مراحل تطور الجودة

تعتبر إدارة الجودة الشاملة التطور الأحدث في سلسلة التطورات التي مرت بها الجودة كمفهوم وكنشاط. وبالرجوع إلى المراجعة التاريخية نجد بان الجودة تطورت ضمن ثلاثة مراحل رئيسية وهي:

1. المدخل التقليدي لإدارة الجودة

تركز المفهوم التقليدي لإدارة الجودة في المرحل التالية:

❖ **مرحلة الفحص والتفتيش**: تمثل هذه المرحلة الخطوة الأولى التي تمنع وصول المنتج المعيب إلى المستهلك النهائي وذلك بإتباع الخطوات العملية التالية:

* تحديد المواصفات اللازمة،

* تتبع المنتج في مراحل الإنتاجية،

* القيام بعملية الفرز ما بين المواصفات المطلوبة وتلك المحصول عليها.

* عزل المنتج المعيب عن الجيد بهدف منع وصوله إلى المستهلك،

وبهذا تتحقق الجودة المطلوبة بضمان مطابقة المخرجات للمواصفات الموضوعه في المدخلات،

❖ مرحلة المراقبة الإحصائية للجودة:

في هذه المرحلة يتم استخدام الأساليب الإحصائية لمراقبة الجودة (العينات، عينات القبول، خرائط السيطرة

على الجودة، تصحيح الانحرافات..)¹⁴

¹⁴ - محمد رياضي. مرجع سابق ذكره، ص6.

ويقصد بذلك مجموعة الأنشطة التي تهدف إلى تحقيق خصائص محددة للجودة وهي تبدأ من بداية الإنتاج أين يتم التأكيد على ملائمة جودة المدخلات قبل تشغيلها وبعد التنفيذ يستوجب متابعة جودة المخرجات لتحديد مدى جودة تشغيل نظام الجودة وذلك بهدف اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند الخطأ أو حدوث الانحراف عن المعايير ثم وضع التقارير اللازمة والدورية إلى الجهات المعنية.

❖ مرحلة تأكيد الجودة

تعرف مرحلة تأكيد الجودة بجميع الأنشطة التي تعنى بالتخطيط والتنظيم لتوفير الثقة الكافية من أن المنتج سيحقق متطلبات المستهلك وذلك بإعداد إجراءات وتعليمات (لوائح) الأنشطة العمل ومتابعة تنفيذها والهدف من ذلك هو ليس منع المنتج المعيب من الوصول إلى المستهلك وإنما منتج تكرار حصوله عند نهاية الدورة الإنتاجية وتتخلص هذه الإجراءات في النقاط التالية:¹⁵

* إعداد إجراءات العمل،

* اصدر المواصفات الوطنية والعالمية ISO 9000،

* تطبيق مفهوم إدارة الجودة تخطيط الجودة. مراقبة الجودة، تحسين الجودة،

* إعداد وتطبيق أدلة الجودة.

نستنتج مما سبق بأن أساليب تطبيق الجودة تجاوزت مرحلة المنتج لتشمل المؤسسة ككل ويطلق على هذا المفهوم الجديد إدارة الجودة الشاملة.

2. مدخل إدارة الجودة الشاملة

إن إدارة الجودة الشاملة تقوم على مفاهيم الجودة (المفهوم، المبادئ، النظام)¹⁶ والتي تجسد الممارسات المتميزة للمؤسسة بمعنى أنها تشكل ثقافة راسخة للإدارة والعاملين.

وعليه فإن الجودة الشاملة هي طريقة تفكير متطورة تفقد السلوك وفق مجموعة مبادئ عملية من شأنها تحديد التغيرات والتحسينات اللازمة من خلال العمل الجماعي، فرق العمل، حلقات الجودة، وهذا من شأنه أن يحقق الجودة الفعالة، التميز والتفوق وجعلها مسؤولية كل فرد داخل المؤسسة.

أن هذا المدخل الحديث عرف من قبل الباحث (John Oakland) (2001): بأنها منهج شامل لتحسين التنافسية والفاعلية والمرونة في المنطقة من خلال التحفيز والتنظيم والفهم لكل نشاط وإشراك كل فرد في أي مستوى تنظيمي في المنظمة¹⁷.

15- رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة. إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن 2008، ص58.

16 - رعد عبد الله الطائي، مرجع سابق، ص77.

17- رعد عبد الله الطائي، المرجع أعلاه، ص72.

ونستنتج مما سبق بان هذا المبدأ "إدارة الجودة الشاملة" يجب أن يحظى بالمساندة التامة من قبل القيادة من اجل دعم ثقافته في المؤسسة وترسيخ فكرة "فعالية المجموع أعظم من مجموع فعاليات الأفراد كل على حدة وان التعاون وروح الفريق القائمة على الانفتاح والاحترام المتبادل والانتماء في المجموعة من شأنها جميعا أن توفر المناخ الذي تتادي به إدارة الجودة الشاملة للمؤسسة¹⁸.

وعلى هذا الأساس تكون المؤسسة قادرة على تحديد زبائنها ثم قياس مستويات رضاهم ومن ثم تتمكن من تحديد المخرجات الموافقة لمستويات الجودة التي ترضي هؤلاء الزبائن والعمل على التطور والتحسين المستمر ومواجهة الانحرافات ومعالجتها بأنسب الحلول في آجالها.

انطلاقا من هذا التحليل حول مدخل إدارة الجودة الشاملة نستخلص مجموعة مبادئ تتمثل في:¹⁹

- التركيز على احتياجات وتوقعات العمال،
- التزام الإدارة المسامر بالجودة،
- الجودة مسؤولية جميع العاملين بالمنظمة،
- التركيز على العمليات والنتائج معا،
- استخدام التقنيات الإحصائية في القياس والتطوير،
- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها،
- تنمية العاملين وتحفيزهم،
- اتخاذ القرارات استنادا إلى الحقائق،
- قياس عائد الجودة وتكلفتها،
- التغذية العكسية،
- فرق العمل والعمل الجماعي،
- التطوير المستمر،
- المقارنة مع النموذج الأفضل "التقييم المقارن،
- تطبيق نموذج العملية

ولكي تتحقق إدارة الجودة الشاملة لا بد من توافر كل من الآتي:²⁰

❖ نظام جودة يتضمن تأكيد الجودة، ومراقبة الجودة وتحسين الجودة وهذا النظام يمكن تحقيقه من خلال المواصفة العالمية ISO9000 ،

¹⁸ - كشيده حبيبة، قياس رضا الزبون عن جودة المنتجات لتحقيق التميز التنافسي.مجلة الدراسات الاقتصادية، العدد 15، ص 23.

¹⁹ - م. محمد رياض مرجع سبق ذكره، ص 7.

²⁰ - ناصر محمد وآخرون. الدليل العملي لتطبيق نظم إدارة الجودة العالمية الايزو 9000 - 2000، دون طبعة، الرياض، 200، ص 7.

❖ عمليات وموارد قادرة على تحقيق المتطلبات،

❖ مناخ عمل يفعل النظام ويحقق النتائج،

فيما يلي جدول يوضح الفرق بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة

جدول رقم (01/01): الفرق بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة

إدارة الجودة الشاملة	الإدارة التقليدية	مجال المقارنة
تحقيق الرضا والسعادة للعملاء	تعظيم العائد على الاستثمار	الهدف الكلي
تكامل وتوازن بين المدى القصير والطويل	تركيز على المدى القصيرة	التخطيط
جماعي	فردى	أسلوب العمل
شاملة	شخصية جزئية	المسؤولية
مادى ومعنوى بآن واحد	مادى (الفرد رجل اقتصادى)	التحفيز
من خلال الجودة العالية وإرضاء الزبون	من خلال كمية الإنتاج	الربح
كشف الأخطاء لتحديد الأسباب ووصف العلاج	كشف الأخطاء ومحاسبة المسئول	هدف الرقابة
الجودة العالية باستمرار	التكلفة وكمية الإنتاج بالدرجة الأولى	هدف الإنتاج
النمو والتطور، التدريب المستمر+تنمية ذاتية	عند الحاجة والضرورة	التطوير والتحسين
مسؤولية الجميع	محصورة فى جهة معينة	مسؤولية الجودة
داخلى وخارجى	خارجى فقط	الزبون

المصدر: صلاح محمود زياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة 1، دار الفكر، الأردن 2010. ص 75

المبحث الثالث: الرضا

تعتبر الدراسات التي تعنتي بمفهوم الرضا من أصعب الدراسات السيكولوجية، لارتباطها العميق بسلوك الإنسان والذي يصعب تحديده بدقة وقياسه وتفسيره نظرا للتغيرات اللامتناهية في سيكولوجية هذا الإنسان. سنحاول من خلال هذا المبحث التطرق لجزء من هذا المفهوم نظرا لقلّة الدراسات التي تعنتي به من خلال المطالب التالية:

المطلب الأول: مفهوم الرضا

المطلب الثاني: أهمية الرضا عند الزبائن

المطلب الثالث: خطوات تحقيق رضا الزبائن ومراقبته

المطلب الأول: مفهوم الرضا وأهميته

لقد أدركت العديد من المؤسسات أن الحصول على الرضا عند الزبائن يمنحها مبرر قويا للبقاء والاستمرار، ولكنها تدرك كذلك أن الحصول على هذا الرضا مسألة صعبة ومعقدة خاصة أن هذا المستهلك يواجه العديد من البدائل والاختيارات في الخدمات والأسماء التجارية والأسعار... الخ، وهو الأمر الذي يجعلها عاجزة عن الاستمرار في المنافسة لفترة طويلة من الزمن في ظل التحديات الراهنة التي شملت التطورات التقنية والتكنولوجية وعالم الاتصال بصفة عامة، وكذلك الزيادة المتتالية لحاجات ورغبات الزبائن. وعليه احتلت دراسات الرضا عند الزبائن في الوقت الحالي اهتمام العديد من الباحثين والكثير من الكتابات بغية الحصول على معلومات دقيقة وخبرة أكيدة للتفوق على توقعات الزبائن ونيل رضاهم.

1. مفهوم الرضا

أ. لغة: الرضا في اللغة مستمد من الكلمة رضوا ويقال رضي، رُضًا ورُضَى ورضوانا، أي اختار الشيء واقتنع به، والرضا ضده السخط²¹.

وأصل كلمة رضا هو لاتيني $Assey = Satis$ بمعنى الكفاية و $Faire = Facere$ بمعنى فعل أو إنجاز أي إنجاز بما فيه الكفاية²².

كما عرف قاموس المنجد "فرنسي عربي"²³ الرضا Satisfaction بأنه تلبية الشيء أو قضاء الحاجة التي نرغب فيها.

²¹ المنجد في اللغة والأعلام، الطبعة المئوية الأولى، دار المشرق، بيروت، لبنان، 2008، ص365.

²² بن أشنهو سيدي محمد، دراسة المكونات المؤثرة على وفاء الزبون بالعلامة **Djezzy**، أطروحة دكتوراه غ م، كلية الاقتصاد، جامعة تلمسان، 2009/2010، ص23.

²³ **MOUNGED**, Français Arab, 8ème edition, Dar el Machreq 16ed. Liban, 2012, P838.

على أساس هذه التعاريف اللغوية للرضا نقول أنه يقتصر فقط على تلبية الحاجة أو إنجاز شيء بما فيه الكفاية ولا يؤخذ في الاعتبار فعل أكثر من الكفاية أو أقل منها.²⁴

ب- المفهوم العام للرضا

ينفق العديد من الباحثين في إعطاء مفهوم محدد لرضا الزبون حيث أشار كل من Bastson و Hoffman و Pius و Andréas إلى أن الرضا "عبارة عن مشاعر تعبر عن السعادة والسرور الناتجين عن مقارنة الزبائن بين الخدمات المقدمة وتوقعاتهم عنها، والزيون يكون في حالة استياء وخيبة أمل عندما يعجز الأداء عن تخطي التوقعات، أما في حالة التطابق بين الأداء والتوقعات فإن الزبون يشعر بالرضا، ويكون في حالة رضا عالٍ عندما يتجاوز الأداء التوقعات مما ينتج ولاء للمؤسسة"²⁵.

✓ أما الباحث Richard²⁶ وزملاءه فقد حاول ربط الرضا بجودة الخدمات حيث أشار إلى أن إنتاج وتقديم الخدمة بالجودة الكافية يؤدي إلى الرضا من قبل الزبائن وأن الرضا ظاهرة يمكن إدراكها والتعبير عنها من قبل الزبائن ثم إيصالها إلى المؤسسة، وأن التفاعل ما بين المؤسسة والزبائن يكون قياسه بمثابة النتيجة النهائية للحكم عن رضا الزبائن وكسب ولاءهم.

✓ كما يعرف الباحث محمد فريد الصحن الرضا بأنه: "مستوى من إحساس الفرد تجاه شيء معين"²⁷.

✓ وحسب الباحث (Vanhamme 2004) فقد أشار في كتاباته أنه من الصعب وضع تعريف شامل ودقيق لهذا المفهوم نظراً لتعلقه بالمستهلك الإنسان وردود انفعالاته عديدة ومتغيرة، إلا أن ذلك لا يمنع إمكانية التعرف والاستدلال عليه من خلال بعض التعاريف وهي كالتالي²⁸:

✓ حسب Westerbrook (1980): رضا الزبون بالمنتج أو الخدمة ينبعث من التقويم الذاتي للفرد من مختلف النتائج والتجارب المرتبطة بالعالم أو الزبون".

✓ تعريف Churchill و Suprenant (1982) يرى بأنه تصورياً يمكن اعتبار الرضا كنتيجة لعملية الشراء والاستعمال التي تنتج خلال مقارنة المشتري بين المنافع وتكاليف الشراء وفي الوقت نفسه يقارنها بالمشتريات المحتملة.

²⁴ بن أشنهوسيدي محمد، المرجع أعلاه، ص 23.

²⁵ صالح عمرو كرامة الجريري، أثر التسويق الداخلي وجودة الخدمات في رضا الزبون، أطروحة دكتوراه إدارة الأعمال، غم، كلية الاقتصاد، قسم إدارة الأعمال، جامعة دمشق، 2006، ص 94.

²⁶ Richard A, spiring scoh, B. Mickenzie and cool **"A reexamination of determination of consumer satisfaction"** journal of Marketing, vol 60 ,July 1996, P3.

²⁷ محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 1995، ص 37.

²⁸ بن أشنهو سيدي محمد، مرجع سبق ذكره، ص 23.

- ✓ تعريف Anderson و Fornell و Lehmann (1994) الرضا المتراكم يعبر عن التقييم الشامل المرتكز حول جميع تجارب الشراء واستهلاك السلع والخدمات خلال وقت محدد.
- ✓ تعريف Kasper و Bloemer (1995) الرضا هو نتيجة التقييم الذاتي التي تفوق الآمال المنتظرة من طرف الزبون.
- ✓ تعريف Chumpitaz (1998) الرضا هو حكم تقييمي لمرحلة ما بعد الاختيار، عن موضوع اختيار خاص بالشراء.
- ✓ تعريف Plichon (1998) الرضا هو حالة ذاتية، صادرة عن عملية التقييم الشعوري والمعرفي الذي يحدث خلال مبادلات خاصة.
- ✓ تعريف (Philip K et B. Dubois 2009): الرضا هو الحكم النابع من مستهلك ما لحظة اقتنائه لمنتج أو خدمة معينة عند مقارنة مستوى إشباع ذلك المنتج أو أداء تلك الخدمة مع توقعاته، فإذا كان ذلك المستوى المدرك أقل من توقعاته فيكون المستهلك غير راضي أما إذا كانت المعادلة بالتساوي كان المستهلك راضي وفي حالة تجاوزت مستويات الإشباع توقعات المستهلك فيكون المستهلك جد راض أو سعيد²⁹.

نستنتج من خلال التعاريف السابقة أن الرضا كمفهوم نسبي نابع من مسار تقييمي نسبي و سلوكي له أبعاد اقتصادية تتضمنها عملية المبادلة التجارية، وبالتالي فهو بمثابة دالة للفرق بين أداء المؤسسات وتوقعات المستهلكين أو الزبائن، وعلى هذا الأساس يمكننا أن نستدرج ثلاثة مستويات من الرضا أو عدم الرضا تتحقق من خلال مقارنة الأداء المدرك بالتوقعات وهي كالتالي:

الأداء > التوقعات — المستهلك غير راضي.

الأداء > التوقعات — المستهلك راضي.

الأداء < التوقعات — المستهلك راضي وسعيد للغاية.

المطلب الثاني: أهمية الرضا عند الزبائن

تهتم مختلف المؤسسات الاقتصادية بدراسة رضا المستهلك وتسعى جاهدة إلى تحقيقه بشكل مستمر وذلك لكونه ركناً مهماً من أركان بقائها، وعليه فإن إشباع حاجات ورغبات المستهلك وتحقيق الرضا عنده يساعده مثل هذه المؤسسات في الحصول على موقع تنافسي جيد في عالم تشتد فيه المنافسة، إذ أصبح البقاء للمؤسسة الأفضل خدمة والأعلى جودة.

²⁹ Philip Kotler et Bernard Dubois et al, **Marketing management**, 13^{ème} Edition Pearson, 2009, P17.

- وتبرز أهمية الرضا بالنسبة للمؤسسات الخدمية كونه أحد أهداف إستراتيجيتها، وهذا اعترافاً منها بالدور الذي يلعبه المستهلك لما يكون راضٍ عن مستوى الخدمات التي تقدمها.
- ونلخص أهمية الرضا عند المستهلك في المؤسسات الخدمية فيما يلي:
- * تجنب ضغوط المنافسة خاصة السعرية منها،
 - ✓ التقليل من احتمال توجه المستهلك إلى المؤسسات المنافسة،
 - ✓ إن الزبون الراضي عن مستوى خدمات مؤسسة يعتبر أداة للعلاقات العامة وتعزيز السمعة الإيجابية عنها وهو ما يسمح في اجتذاب مستهلكين جدد³⁰،
 - ✓ عندما يكون المستهلك راضي عن مستوى الخدمات المقدمة إليه فإن قرار العودة سيكون سريعاً وبالمقابل الاحتفاظ به كزبون دائم وزيادة تكرار الشراء³¹،
 - ✓ إن الزبائن ذوي الرضا العالي هم أقل حساسية للسعر ويبقون لفترة أطول عملاء للمؤسسة،
 - ✓ يعتبر الرضا بمثابة التغذية العكسية للمؤسسة بخصوص الخدمات المقدمة إليه فهو الذي يحدد المشاكل السائدة والمحتملة وهذا ما يساعد المؤسسة على تطوير مستوى خدماتها³²،
 - ✓ ويشير (P171, Ph Kotler 1997) إلى أن امتلاك قاعدة رضا الزبائن تعد من الأصول التسويقية الهامة لأي مؤسسة لأن هذا سيؤدي إلى زيادة الولاء لأي مؤسسة منتجة³³،

المطلب الثالث: خطوات تحقيق رضا الزبائن ومراقبته

1-خطوات تحقيق الرضا

تباينت وجهات النظر بشأن الخطوات الواجب إتباعها لتحقيق الرضا عند الزبائن إلا أن في مجملها لخصت فيما يلي:

- ❖ جذب الاهتمام وإثارة الانتباه: إن عملية جذب انتباه العملاء وإثارة اهتمامهم من خلال المواقف الإيجابية أثناء تقديم الخدمة مثل (الاستعداد النفسي والذهني، حسن المظهر، الابتسام، السلوك

³⁰ Hayes and Dredge, Managing consumer service grow Publishing Hampshire, France, 1998, P:112.

³¹ John and Reedh, Methods for measuring customer satisfaction, Energy Evaluation conference, Chicago, 1997, P:2.

³² صالح عمرو كرامة الجريري، مرجع سبق ذكره، ص96. مأخوذ عن:

Hoffman, Douglas and Bateson John, Essential service marketing, the Dryden press college publisher, 1997, P271.

³³ Philip Kotler, Marketing management Analysis, planning implementation and control prentice hall of India, New Delhi 1997, P322.

الإيجابي والثقة بالنفس... الخ) تمثل صورة فاعلة توظف الرغبة عند العملاء في التعامل مع المؤسسة وتعزيز سبل الولاء الدائم في اقتناء الخدمة وتكرار حصولها باستمرار.

❖ خلق الرغبة ثم تحديد الحاجات: ويتم ذلك بالاعتماد على المهارات البيعية والتسويقية التي يتميز بها مقدم الخدمة من خلال التركيز على طريقة عرضه للخدمة، تفسير نواحي القصور فيما يخص الدعم المادي الملازم للخدمة، ترك الفرصة للعميل للاستفسار بشكل مريح عن كافة الأمور والتركيز على الجوانب الإنسانية في التعامل.

❖ إقناع العميل ومعالجة الاعتراضات لديه: إن إقناع العميل ومعالجة الاعتراضات لديه ليس مهمة سهلة على الدوام، فهي تتطلب العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق مرتكزات القناعة عنده ومعالجة الاعتراضات ويمكن للموظف صاحب الخدمة أن يعتمد على مجموعة مبادئ يمكن من خلالها معالجة الاعتراضات المتوقعة وهي³⁴:

- التنبؤ بالاعتراضات المحتملة،

- التدريب المسبق على كيفية التعامل مع الاعتراضات،

- تناول الاعتراضات من وجهة نظر العميل،

- عدم تضخيم الاعتراض وتجنب الجدل بقدر المستطاع.

❖ التأكد من استمرارية التعامل مع المؤسسة: إن هذه العملية تضمن خلق نوع من الولاء بين العميل والمؤسسة وهي عادة تتأني بتضافر مجموعة من الجهود التسويقية التي تخلق نوع من الضمان ما بين المؤسسة وعملاءها.

2- خطوات مراقبة الرضا

يمكن للمؤسسات أن تراقب عملية الرضا عند عملائها من خلال إتباع الخطوات التالية:

❖ وضع الأهداف: يتحدد من خلال هذه الأهداف مستوى الرضا المطلوب تحقيقه، وعلى المؤسسة أن تراعي عند تحديدها لأهدافها ما يلي:

- أن تكون الأهداف واقعية.

- أن يشترك في صياغتها جميع الأطراف المسؤولة.

- أن تكون ممكنة الإنجاز وقابلة للتنفيذ.

❖ صياغة الإستراتيجية: بعد تحديد الأهداف يتم صياغة الإستراتيجية التي على أساسها يتم تحقيق الأهداف المسطرة وتجب أن تكون الإستراتيجية متطورة وقابلة للتنفيذ³⁵.

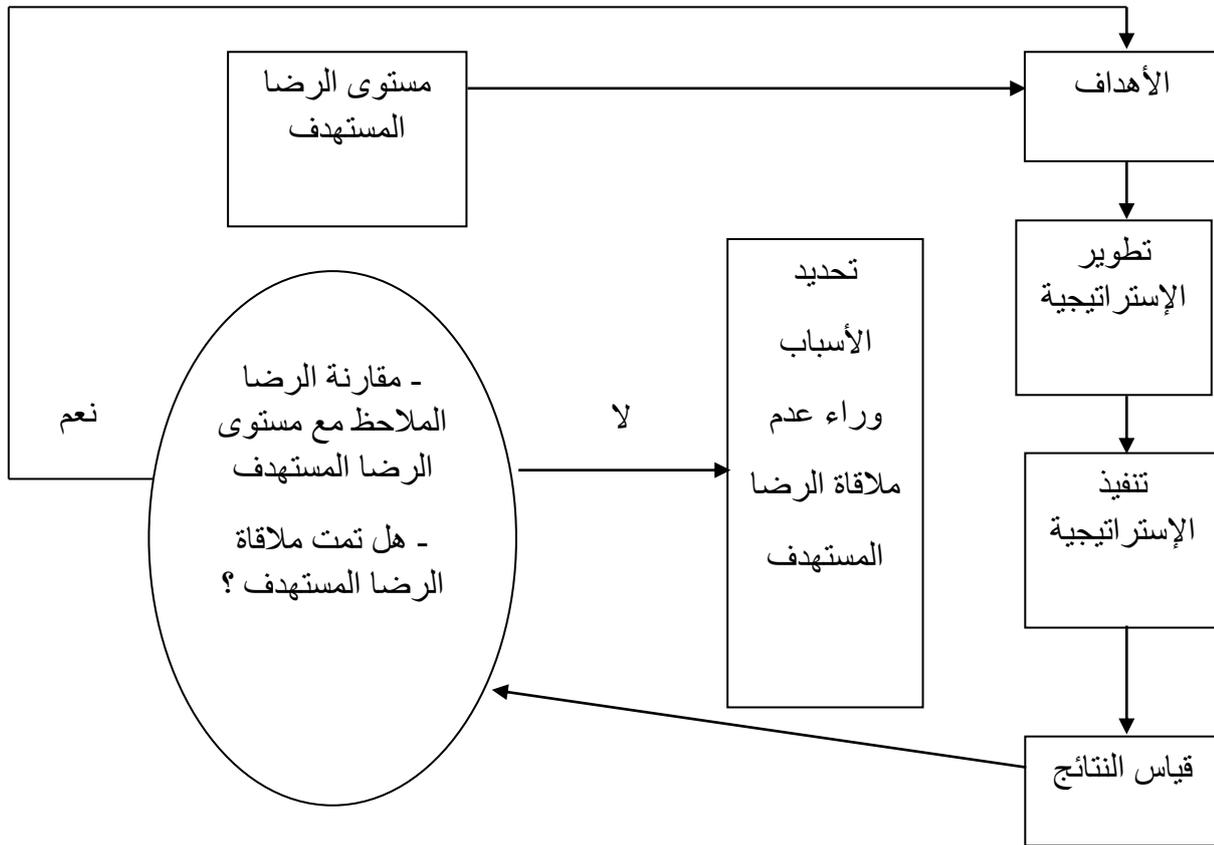
❖ قياس مستوى الرضا الحقيقي: تقوم المؤسسة بقياسات لمستوى الرضا الحقيقي (الفعلي) ومقارنته مع المستوى المستهدف، فإذا كان المستوى الفعلي مطابقاً للمستهدف فهذا مؤشر إيجابي ويعين أن الرضا يمكن رصده وهو

³⁴ خضيرى كاظم محمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، ط1، دار المسيرة، عمان الأردن، 2002، ص ص219، 22 (بتصرف).

³⁵ صالح عمرو كرامة الجبريري، مرجع سبق ذكره، ص97.

تحت المراقبة، أما إذا انحرف القياس بشكل سلبي فهذا يعني أن خضوعه للرقابة محدود وعلى الإدارة أن تقوم بتصويب وتصحيح الانحراف لتحصل على المستوى المستهدف*.

- ❖ دراسة النتائج وتقويمها: في حالة عدم توازن المستوى المستهدف من الرضا بالمستوى الفعلي يجب على المؤسسة دراسة أسباب الانحراف الناتج ومحاولة تحليله وتقويمه.
- ❖ إجراء التصحيح: بعد إتمام عملية الدراسة والتحليل لأسباب الانحراف تقوم المؤسسة بإجراء التصحيحات اللازمة التي تؤدي إلى تغيير الانحرافات السالبة وذلك بتطوير الإستراتيجية التسويقية اللازمة لبلوغ الهدف المنشود وإنجاز المستوى المستهدف.
- ❖ تنفيذ الإستراتيجية: يتم في نهاية العملية تنفيذ الإستراتيجية التسويقية ويتم قياس مستوى الرضا مرة ثانية لتقويم أثر التعديل الذي تم إجراءه، ومن خلال عملية الرقابة الدورية يتم قياس مستوى إنجازات المؤسسة المحققة للرضا عنه عملاتها على مدار الزمن³⁶. والشكل الموالي يلخص خطوات مراقبة مستوى الرضا.



شكل رقم (02/01): إطار مراقبة رضا الزبائن
La source: Sharma and others, op.cit, P234

* مستوى الرقابة في هذه الحالة يمكن أن يقاس بمستوى الجودة المقدمة.

³⁶ Sharma sod and al, customer satisfaction and empirical illustration marketing management, vol 16, 1999, PP233-234.

3- علاقات الرضا

ينشأ عن الإحساس بالرضا مجموعة من العلاقات، تكون مرتبطة إما بالحصّة السوقية للمؤسسة أو إستراتيجياتها أو الزبون نفسه، وفيما يلي عرض مختصر لمختلف هذه العلاقات.

❖ علاقة الرضا بالحصّة السوقية للمؤسسة: تتحدد علاقة الرضا بالمؤسسة من خلال تحديد طبيعة المنتجات وسلوكيات المستهلكين فإذا كانت المنتجات متجانسة³⁷ وتوافقت مع تجانس أذواق وتفضيلات المستهلكين كانت العلاقة المحددة موجبة وقد تكون هذه العلاقة سالبة إذا كانت أذواق المستهلكين متباينة والمنتجات متجانسة.

وقد أوضح Alet Anderson³⁸ أنه في المدى القصير قد تتفوق المؤسسة في خدمة زبائنها وبالتالي تكون حصتها السوقية مرتفعة حتى في حالة عدم تجانس الزبائن، أما في المدى الطويل فقد يتعذر عليها خدمة زبائنها وبالتالي تكون غير قادرة على تحقيق رضاهم وبالتالي تتأثر حصتها السوقية سلباً وفيما يلي جدولاً يوضح أوجب المقارنة بين إستراتيجية الحصّة السوقية وإستراتيجية الرضا³⁹.

جدول رقم (2/1): مقارنة بين إستراتيجية الحصّة السوقية وإستراتيجية الرضا

أوجه المقارنة	إستراتيجية الحصّة السوقية	إستراتيجية رضا الزبون
حالة السوق	أسواق منخفضة النمو أو مشبعة	أسواق منخفضة النمو أو مشبعة
نوع الإستراتيجية	إستراتيجية هجومية	إستراتيجية دفاعية
نقطة الارتكاز	المنافسة	الزبائن
معيّار النجاح	زيادة الحصّة بالمقارنة مع المنافس	زيادة الاحتفاظ الزبائن
الهدف	زبون جديد	ولاء الزبون

المصدر: عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في التسويق الدولي، جامعة تلمسان 2012/2011، ص107.

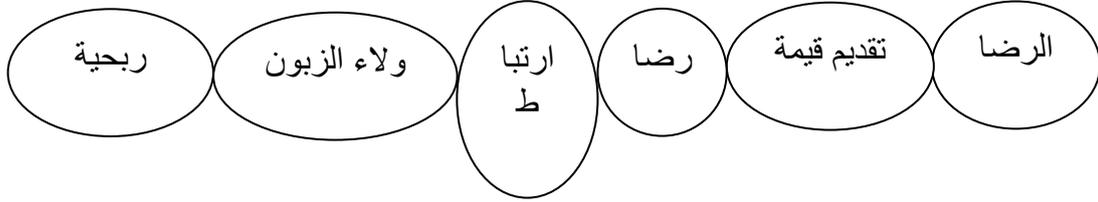
❖ علاقة الرضا بربحية المؤسسة: إن عملية الارتباط ما بين رضا الزبون وربحية المؤسسة لم يكن وليد الصدفة، وكان لفترات طويلة من الزمن مجرد اعتقاد، ولكن مع التطورات الهائلة والاستحداثات الحاصلة في شتى الميادين أصبحت هذه العلاقة أكثر وضوحاً وواقعية وأصبح من الضروري ربط ربحية المؤسسة بمستوى الرضا الذي تحققه لدى زبائنها، والذي يستمد في الحقيقة من رضا موظفيها.

³⁷ كشيدة حبيبة، إستراتيجيات رضا العميل، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة البليدة، 2004/2005، ص56.

³⁸ كشيدة حبيبة، المرجع أعلاه، ص53.

³⁹ كشيدة حبيبة، المرجع أعلاه، ص53.

يقول الباحثان Nigel و Oliver⁴⁰ أن تتبني ثقافة التوجه بالزبون يسمح بإعطاء قيمة أكبر له وهذا ما يؤدي بلا شك إلى رفع مستويات الرضا لديه وبالتالي يتولد لهذا الزبون سلوكيات إيجابية، منها الولاء للمؤسسة، الأمر الذي يحقق لها قيمة إضافية تدعم ربحيتها كما هو موضح في الشكل الموالي:



شكل رقم (03/01): سلسلة الرضا الربحية

Source, Oliver Neter, Nigel hill, Satisfaction client, Edition ESKA, Paris, 2000, P43.

❖ علاقة الرضا بالجودة: تشير معظم أدبيات البحث أن للجودة أثر قوي في تحقيق مستويات رضا عالية، ولكن هناك اعتقادات خاطئة تضع الجودة في موقع التوازي مع الرضا (الجودة=الرضا) الأمر الذي انتقده الكثير من الباحثين على أساس أن الجودة المدركة هي أحد العناصر الأساسية التي تقدمها المؤسسة للزبون والتي تحقق لديه مستوى معين من الرضا. وعليه فالأصح أن نقول أن الجودة تؤدي إلى الرضا، ولكن مع توفر مجموعة متغيرات لازمة لها مثل التوقعات. وبالتالي فالرضا دالة في مجموعة من المتغيرات من بينها الجودة والتوقعات (عتيق عائشة، 2012، ص109) فليس دائماً مستويات الجودة العالية تحقق الرضا عند الزبون (محطة نقل المسافرين) وأحياناً يرضى الزبون حتى في مستويات جودة متدنية.

ومهما اختلفت الآراء في هذا الصدد إلا أنه في الغالب تعتبر مستويات الجودة العالية مؤشر من مؤشرات تحقيق الرضا عن الزبون إلا في حالات استثنائية، وبالتالي فعلى المؤسسة الاهتمام بمتغير الجودة من أجل تحسين مستويات الرضا لدى زبائنه.

⁴⁰ Oliver and Nigel, Satisfaction client, edition ESKA, Paris, 2000, P43.

خلاصة الفصل

تعرفنا من خلال هذا الفصل على أن الخدمة هي إنتاج فعل أو عمل أو إنجاز غير ملموس وأحياناً غير مرئي والذي عند شراؤه ليس بالضرورة تنقل فيه ملكية ما، ونحصل من خلاله على منفعة وقيمة مضافة تستجيب لحاجة غير مشبعة لدينا. وبهذا التعريف استخلصنا مجموعة من الخصائص للخدمة والتي على أساسها يتم تصنيف الخدمات واستظهار أنواعها. كما تطرقنا إلى طبيعة نظام إنتاج الخدمة ومكانة التسويق في المؤسسات الخدمية.

في هذا الفصل تناولنا مفهوم الجودة وتوصلنا إلى أن الجودة تعبر عن مستوى الرضا الذي يحصل عليه المستهلك من خلال تفاعل المدخلات في العملية الإنتاجية (الأفراد، العمليات، السياسات والأجهزة) والوصول إلى ذلك التميز العالي والفعال على مستوى المخرجات (الملموسة وغير الملموسة) مع ضرورة التركيز على التحسين والتطوير المستمر لهذه المخرجات للتمكن من كسب ولاء المستهلك بصفة دائمة.

إضافة إلى ذلك تعرفنا على أبعادها ومراحل تطورها كما عرجنا على مفاهيم إدارة الجودة الشاملة والفرق بينها وبين الإدارة التقليدية للجودة.

يشكل الرضا أحد أهم متغيرات الدراسة وفي مبحثه حاولنا توضيح مختلف المفاهيم المرتبطة به على أساس أنه يعتبر مفهوم نسبي نابع من مسار تقييمي نسبي و سلوكي له أبعاد اقتصادية تتضمنها عملية المبادلة التجارية، وبالتالي فهو بمثابة دالة للفرق بين أداء المؤسسات وتوقعات المستهلكين أو الزبائن. كما حاولنا تفسير أهميته كموضوع جوهري بالنسبة للمستهلك والمؤسسة وتبيان علاقاته بالنسبة للجودة وللحصة السوقية للمؤسسة ودوره في تعزيز القدرة التنافسية لها وكسب الرضا ثم الولاء عند المستهلك.

الفصل الثاني جودة الخدمات الصحية

المبحث الأول: جودة الخدمات

المبحث الثاني: الجودة في الخدمات الصحية

المبحث الثالث: النظم الصحية وتقييم الأداء فيها

تمهيد

يشهد العالم الحديث نمواً متسرعاً في صناعة الخدمات نظراً لمساهمتها القوية في الناتج الكلي لمختلف الحكومات، وفي دفع عجلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية لمختلف المجتمعات. تعتبر الخدمة الصحية واحدة من أبرز أنواع الخدمات التي أصبح الفرد اليوم في حاجة ماسة إليها قياساً لما كان عليه في السابق، وذلك لعدة أسباب منها: الاكتشافات العلمية والتكنولوجية في المجال الطبي، وأجهزته الممثلة للدعم لهذه الخدمة، وبالتلازم مع ذلك ظهور عدة أمراض جسدية ونفسية في الوقت نفسه.

المبحث الأول: جودة الخدمات

أخذت الدراسات والأبحاث التي تناولت مفهوم جودة الخدمة وقت طويلاً ابتداءً من تحديد مفهوم الخدمة إلى الوقوف على خصائصها ومن ثم تحديد جودتها. في هذا المبحث سنحاول الوقوف على أهم الدراسات التي فسرت جودة الخدمات، أبعادها ومبادئها وعوامل تطويرها من خلال المطالب التالية:

المطلب الأول: المفهوم والأهمية

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات

المطلب الثالث: تحليل فجوة جودة الخدمات

المطلب الرابع: عوامل اللاجودة في صناعة الخدمات

المطلب الخامس: تطوير جودة الخدمات وتفسيرها

المطلب الأول: المفهوم والأهمية

على أساس هذا التطور تعددت تعاريف هذا المفهوم التي نستعرضها في الخطوة الموالية:

1- مفهوم جودة الخدمات

- ✓ عرفت جودة الخدمة على أنها: "هي المنافع التي تقدمها هذه الخدمة إلى الزبون ومدى استطاعتها في تحقيق الرضا لديه أي تحقق مستوى إدراكه لجودة الخدمة المقدمة له" (Dee, 2009, P10)⁴¹.
- ✓ أما الباحثون (Parasuraman and zeithaml and Berry 1988, P45...53) فيجدون بأن جودة الخدمة تعتمد على التجربة الحالية للزبون وتجاربه السابقة للخدمات التي استفاد منها، وتعتبر هذه الأخيرة القاعدة الأساسية لتقييم الخدمة استناداً إلى جودة الخدمة المدركة⁴².
- ✓ هناك من يعرف جودة الخدمة على أنها: "العملية التي تشتمل على ثلاثة أبعاد أساسية، المواد والتسهيلات والأفراد ونضيف إلى ذلك الطريقة المتبعة عند تقديم أو تسليم الخدمة" (ثابت عبد الرحمن إدريس، 2002، ص 489،490)⁴³.

⁴¹ Dee and Darvey, **Service marketing is different of people factor**, griffons consulting group, New feed, P10.

⁴² Parasuraman and al, **the service quality**, Puzzle Business Horizon, vol 31, number 5, PP:45,53.

⁴³ ثابت عبد الرحمن إدريس، **المدخل الحديث في الإدارة العامة**، الدار الجامعية، مصر، 2002، ص 489.

✓ كما يمكن تعريف جودة الخدمة بأنها: "قدرة المؤسسة على تحقيق رضا الزبون من خلال تقديم خدمات بمواصفات وخصائص واشتراطات تشبع حاجاته ورغباته بصورة تفوق توقعاته"⁴⁴ (محمد صالح الحناوي وإسماعيل السيد، 2006، ص19).

✓ ويتفق كل من (Steven 1990 و Kotler 1997) على أن جودة الخدمات: "مجموعة من الخصائص التي لها القدرة على إشباع حاجات الزبائن عن طريق تقديم الخدمات المتوافقة مع توقعات الزبائن ومواصفاتهم"⁴⁵.

من خلال التعاريف السابقة نستعرض مفهوماً شاملاً لجودة الخدمات على أنها: يتم الحكم على الخدمة بأنها جيدة من خلال إدراكات الزبائن لها بحيث يعتمد هذا الحكم على دراسة الفجوة بين إدراكات الزبون وتوقعاته لها، وهذا يتطلب من المؤسسة الفهم الجيد للتوقعات والعمل على تلبية الحاجات والرغبات مما يساعدها على ضمان الاستمرار في سوق العمل على المدى الطويل.

كما أن لهذه الجودة علاقة بالعنصر البشري في المؤسسة الخدمية ومهاراته في تقديم الخدمة التي يحددها الزبون تأكيداً على أن الجودة هي التركيز على تحقيق توقعات الزبون، وبأن جودة الخدمات هي العامل الأساسي في تحديد مدى رضا الزبائن أو عدم رضاهم، ومن ثم تحقيق الولاء الذي يعبر عاملاً هاماً في بناء إستراتيجية تنافسية والتي تسمح للمؤسسة بالتميز باستمرار.

وعلى هذا الأساس ركزت جودة الخدمات على النقاط التالية:⁴⁶

* طالب الخدمة هو المستفيد الأول من الجودة؛

* الجودة هي عملية تطوير وتحسين للعمليات والإجراءات والتصاميم؛

* الهدف الأساسي للجودة هو تلبية حاجات ورغبات المستفيد وكسب رضاه؛

* نتيجة الجودة هي خدمات متميزة؛

* الجودة هي إستراتيجية وهدف وميزة تنافسية لأغلب المؤسسات؛

وأخيراً نقول أن الجودة في المؤسسات الخدمية هدف تسعى إلى تحقيقه ولكن لا تستطيع أن تدركه بسهولة أو بشكل مطلق والسبب يعود لتباين حاجات ومتطلبات المستهلك.

2- أهمية جودة الخدمات

إن الجودة في صناعة الخدمات ضرورة لا بد منها، وعنصر جوهري إذا ما أرادت المؤسسات البقاء والاستمرار وهي في اعتمادها على الرقابة والسيطرة على المداخلات والعمليات تسعى إلى ضمان تحقيق جميع

⁴⁴ محمد صالح الحناوي وإسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة، ط2، الدار الجامعية، مصر، 2006، ص19.

⁴⁵ Philip Kotler, Marketing Management Analysis, planning, implantation and controle prentice hall, New York 1997, P153.

⁴⁶– Steven J, Marketing, Houghton Mifflin, Boston, 1990, P632.

الأنشطة لإرضاء الزبون، ولهذا تستتبط جودة الخدمات أهميتها من كونها هدفاً إستراتيجياً تركز عليه معظم المؤسسات لتعزيز ميزتها التنافسية وتحسين رضا المستفيد من الخدمات باستمرار، هذا الأمر يسمح للمؤسسة أن تصبح الجودة معتقداً وجزءاً من ثقافتها ومؤشراً عن قدرتها التنافسية.

وتجسد أهمية الجودة في إنتاج الخدمات فيما يأتي⁴⁷:

- * تحسين الخدمات المقدمة،
- * الاستخدام الأمثل للموارد،
- * تقليل المنتجات المعيبة والمرفوضة،
- * تقليل التكاليف،
- * تحقيق رضا الزبون،
- * تحقيق الكفاءة في إرضاء المستفيدين؛
- * رفع مستوى الأداء وزيادة الإنتاجية؛
- * زيادة قدرة المؤسسة على البقاء والاستمرار.

كما أن لجودة الخدمات أهمية على مستوى التطبيقات الدولية، ومن أجل أن تكون المؤسسة المنتجة للخدمات رائدة وفي وضع تنافسي على المستوى الدولي يلزمها الاهتمام بشكل كافي ودقيق بمجمل المدخلات والعمليات ومتابعة المخرجات عن خدماتها المقدمة، فالخدمة الرئيسة تؤثر سلباً على سمعة المؤسسة خاصة إذا تعلق الأمر بالتسويق الدولي⁴⁸.

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات

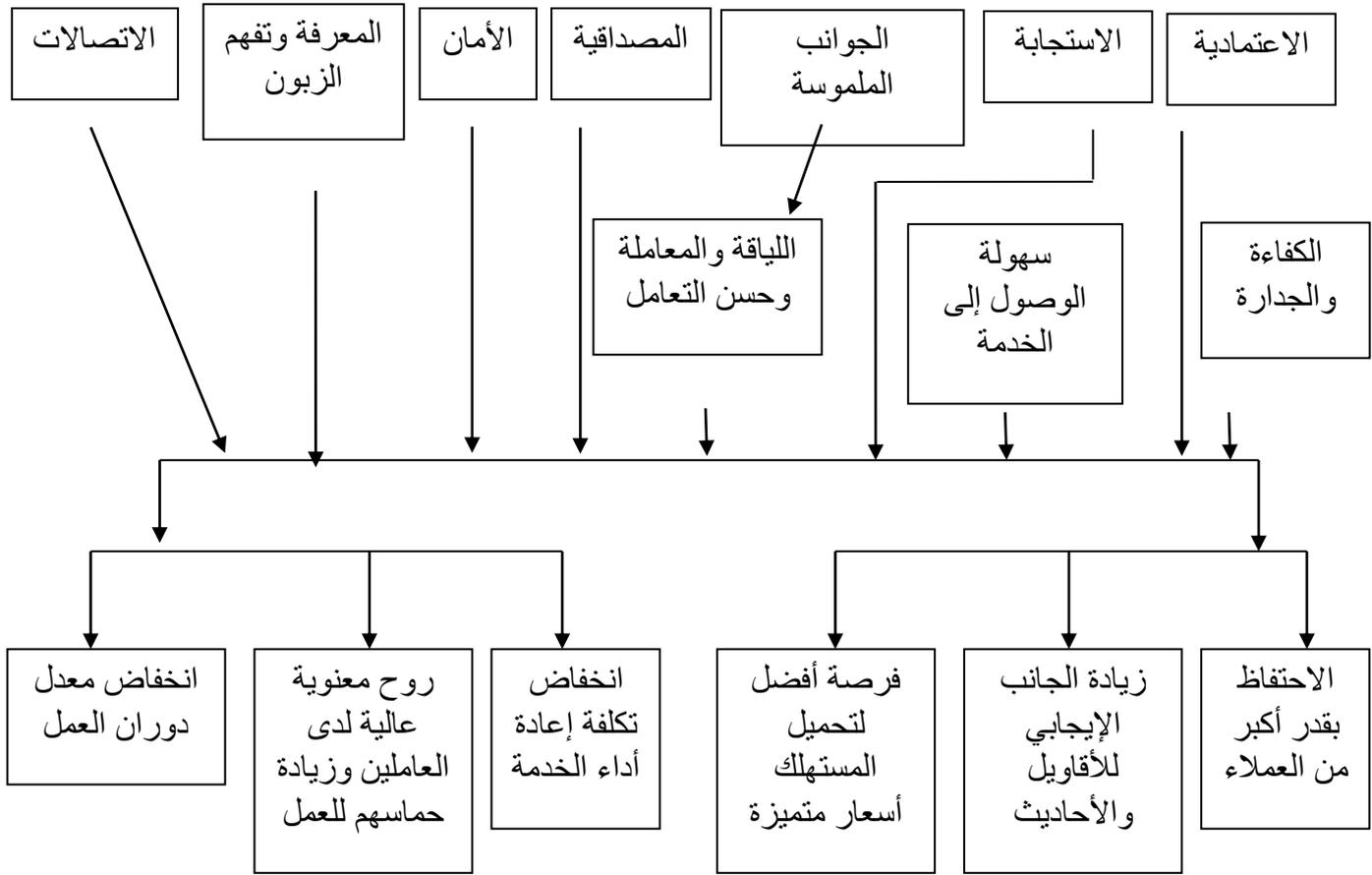
لم يتفق الباحثون بشكل مطلق حول أبعاد جودة الخدمات، وذلك بسبب صعوبة وضع إجراءات رقابية من طرف المؤسسات الخدمية لتحديد معايير جودة الخدمات، ولكن مع ذلك حدد بعض الباحثين أمثال (Cornin and Taylor 1992) (Gronroos, 2001) (Zeithaml and Bithner, 2000) و(الضمور، 2008) مجموعة من المعايير التي تستخدم كدلائل ومعايير للجودة وهي:

1. الاعتمادية: (Reliability): وتعني قدرة مقدمة الخدمة على إنجاز وأداء الخدمة بشكل دقيق يعتمد عليه، وبدرجة عالية من الصحة والدقة، فالمستهلك يتوقع أن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والأداء تماماً مثلما تم وعده.

⁴⁷ رضاء حازم الدليمي، التفكير بإعادة هندسة الأعمال وأثره في جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الموصل، العراق، 2005، ص37، مأخوذة عن: (محرر، 1994، ص324).

⁴⁸ حسين عبد الله التميمي، إدارة الإنتاج والعمليات، دار الفكر، ط1، الأردن، 1997، ص206 (بتصرف).

2. الاستجابة Responsive: تتعلق بمدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في خدمة العملاء وعند حاجة الزبون لها بحيث تتوفر لديه الجاهزية والحماس والسعادة في إنجاز مهامه (الرد على استفسارات الزبون).
3. الجوانب الملموسة (المادية) (Tangibles): وتشمل كل ما يتعلق بالجوانب المادية الملموسة لدى المؤسسة الخدمية مثل المباني والمعدات ووسائل الاتصال والمظهر الداخلي والخارجي للمحل والمظهر الخارجي للقائمين على تقديم الخدمات... الخ.
4. المصداقية Credibility: وهذا المعيار يتعلق بدرجة الثقة الممنوحة لمقدمة الخدمة ومدى الصدق والعدالة أثناء الحصول على الخدمة المطلوبة.
5. الأمان Security: وهو يعني التحرر من كل المخاطر والمجازفة والخوف والتردد أي درجة الشعور بالأمان في تلقي الخدمة المطلوبة من المؤسسة ومن مقدم الخدمة.
6. المعرفة وتفهم الزبون Understanding Knowing the Customer: وهي مدى قدرة مقدم الخدمة على تفهم احتياجات الزبون وتزويده بالخدمة وفق الشكل المطلوب، وعلى المؤسسة بذل الجهود لتفهم حاجات الزبون.
- 7- الاتصالات Communication: حيث يتوقع العملاء أن تقوم المؤسسة بتوفير كافة المعلومات.
8. الكفاءة والجدارة (Competence): وتعني امتلاك المهارات والمعرفة المطلوبة لأداء الخدمة وتبرز أهمية هذا المعيار عندما يتعامل العميل لأول مرة مع المؤسسة الخدمية، فهو عادة ما يعتمد على هذا المعيار للحكم على جودة الخدمة المقدمة له.
9. سهولة الوصول إلى الخدمة Accessibility: وتعني توفر الخدمة في المكان والزمان اللذين يريد هما الزبون، بحيث تكون الخدمة المقدمة لا تحدّها عوائق وتتوفر لها الوسائل التي تسهل الحصول عليها دون انتظار.
10. اللياقة والمجاملة وحسن التعامل Courtesy: تعني أن يكون مقدم الخدمة على قدر كبير من الاحترام ومراعاة مشاعر الزبائن والتعامل معهم بودّ أثناء تقديم الخدمة إلى جانب اليقظة والحرص على كسب ولاءهم. وفي الشكل الموالي نلخص هذه الأبعاد كالتالي:



شكل رقم (04/02): أبعاد جودة الخدمات

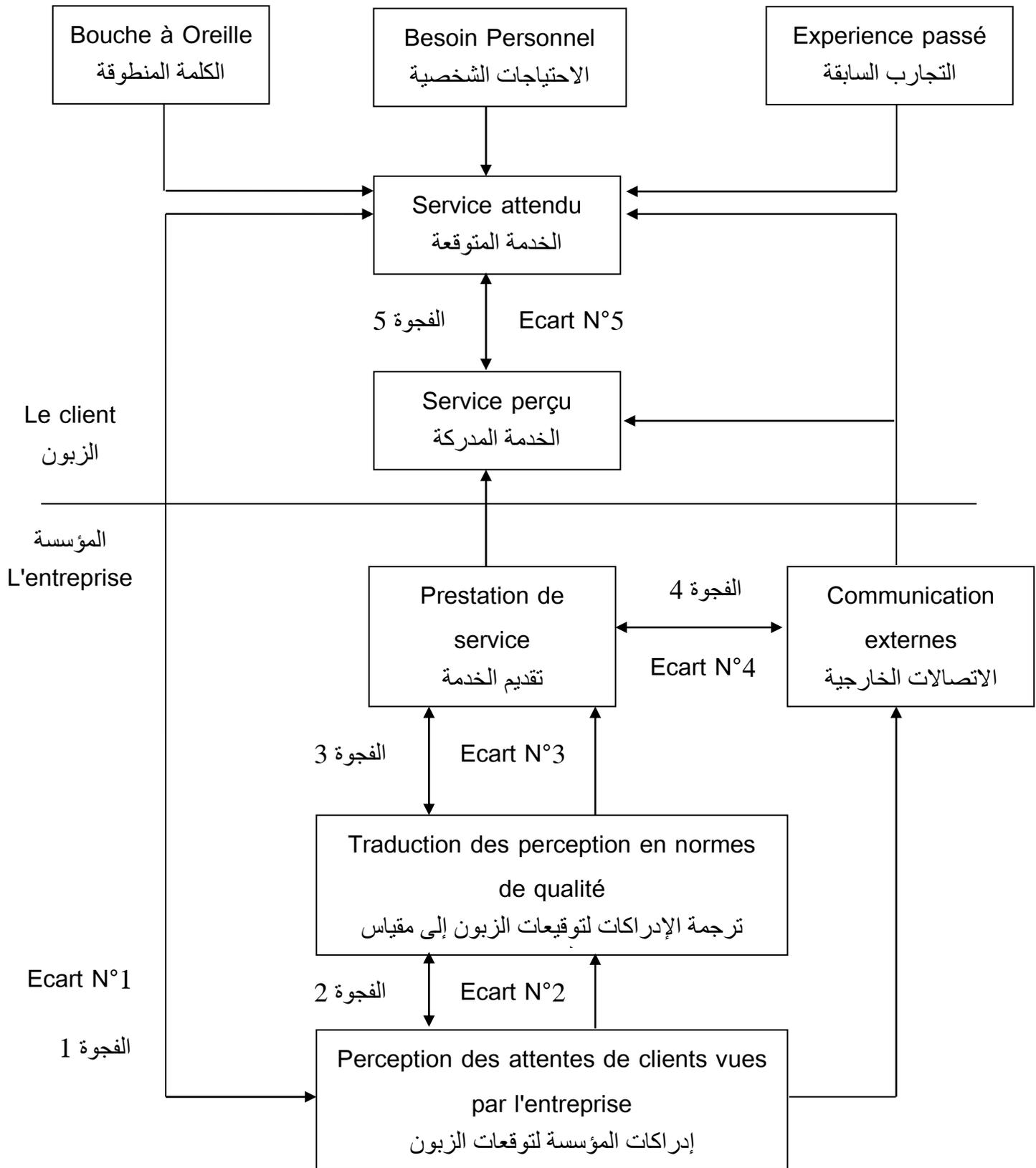
المصدر: محمد صالح الحناوي وإسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة، الدار الجامعية، ج م ع، ط2، 2004، ص18.

وتعد هذه الأبعاد بمثابة معايير مناسبة لتقويم جودة الخدمات، وقد قام الباحثون Berry et Parasuraman et Zeithaml باختصار هذه الأبعاد إلى خمسة فقط واتفقوا على أنها تحدد كيفية تقويم الزبائن لمعلوماتهم حول الخدمة وقياس جودتها من خلال تحديد توقعاتهم وإدراكاتهم، وأطلق عليها نموذج جودة الخدمة (Servqual) وهو يمثل اندماج كل من الخدمة Service والجودة Quality وهي بمثابة مقياس متعدد الأبعاد لقياس جودة الخدمات⁴⁹.

يتضمن هذا المقياس طريقة للمقارنة بين الخدمة المتوقعة والخدمة المحققة والفرق بينهما تمثل الفجوة المدروسة وهي تمثل معياراً لرضا الزبائن.

يمكننا أن نستعرض هذا النموذج وفقاً للمخطط التالي:

⁴⁹ Zeithaml A, Valerie A, et Leonard L Berry et Parasuraman, "**Communication and Control Processes in the delivery of service Quality**, Journal of marketing, 1988, P45.



الشكل رقم (05/02): نموذج Servqual لجودة الخدمة

Source: P. Kotler et B. Dubois et autre, **Marketing management**, 13^e édition, Pearson éducation, France 2009, P471.

Voir aussi: Parasuraman A, Valerie A Zeithaml, et Berry, "A Conceptual Model of service Quality and its implication for future Research", Journal of marketing automne 1985, P44 et aussi N°65, 2001, PP:34-49.

وعلى أساس النموذج السابق أصبح التركيز في دراسات قياس جودة الخدمات المقدمة على خمسة أبعاد أساسية وهي كالتالي: (Kotler and Keller, 2009:400).

البعد الأول: الاعتمادية Reliability

وهو يعتبر من أكثر الأبعاد ثباتاً وأهمية في تحديد إدراكات الزبائن لجودة الخدمة وهذا لارتباطه بقدرات مقدم الخدمة بشكل قوي، بحيث يهتم هذا البعد بمدى كفاءة ومهارة مقدم الخدمة بما في ذلك احترام مواعيد تسليم الخدمة.

البعد الثاني: الاستجابة Responsiveness

وهو يمثل مدى توفير الخدمة في الزمان والمكان المناسبين مع إظهار الرغبة في المساعدة في الحين، كما يركز هذا البعد على مظاهر المجاملة واللفظ والاحترام من خلال الإجابة على أسئلة العملاء، الاهتمام بمشكلاتهم المطروحة، والقدرة على تقديم الخدمة بمرونة عادية، كما يعتمد على تقديم الخدمة من رؤية الزبون أكثر مما تتصوره المؤسسة.

البعد الثالث: الثقة والمصداقية Assurance and Credibility

إن مسألة إبداء الثقة وإعطاء المصداقية في التعامل أمر مهم للغاية، لأن اطمئنان العميل عند طلبه للخدمة يزيد من فرص كسبه كزبون دائم، ويأتي هذا البعد ليجسد هذا المعنى من خلال قدرات ومستوى المعرفة التي يمتلكها المقدم للخدمة عند تعامله مع الزبون مثل (اللياقة، روح الاحترام، الاستجابة السريعة، التعامل بسرية، الإنصات، الاهتمام...الخ) فهي عناصر تجسد هذه المصداقية وتوطد عناصر الثقة بين الزبون والمؤسسة.

البعد الرابع: التعاطف Empathy

"إن إبداء العناية والاهتمام الشخصي بالزبون تجعل مقدم الخدمة يركز على فهم طبيعة الزبائن وحاجاته وبالتالي كسب رضاه"⁵⁰.

وتظهر قدرات التعاطف عند مقدم الخدمة من خلال بناء علاقات عمل مع العملاء مما يسهل تحديد متطلباتهم وتفضيلاتهم ويشكل هذا البعد ميزة قوية في الاحتفاظ بالعملاء.

⁵⁰ Kotler et Dubois, Op. Cit., P472.

البعد الخامس: الملموسة Tangibles

تمثل الأشياء الملموسة جزءاً مهماً في تعزيز ثقة الزبائن بالخدمة وتتكون أساساً من مظهر العاملين، معلوماتهم، طرق استخدامهم للوسائل الممنوحة، كما تشكل البنايات والوسائل والأدوات المستخدمة في المؤسسة الخدمية وشهرتها جانباً من هذا البعد⁵¹.

وتعتمد معظم المؤسسات الخدمية على هذا البعد لتحسين صورتها وتعزيز مؤشر الجودة لديها، باعتبارها عنصر يمكن رؤيته عند الطلب على الخدمة، كما تسعى معظمها إلى تطوير عناصر الدعم المادي المرافق للخدمة حتى ترتقي لمستوى متطلبات العملاء.

وقد أعطى (Kotler) وزناً نسبياً لكل بعد من الأبعاد الخمسة التي من خلالها يحكم الزبائن على جودة الخدمة كالتالي⁵²:

✓ الاعتمادية 32%.

✓ الاستجابة 22%.

✓ الثقة والمصادقية 19%.

✓ التعاطف 16%.

✓ الملموسية 11%.

كما يلعب هيكل الموارد البشرية دوراً مهماً في تحقيق درجة الجودة في المؤسسات الخدمية لأن مستوى أداء الأفراد العاملين يلعب دوراً مهماً في إدراكات الزبائن لجودة الخدمة المقدمة⁵³.

المطلب الثالث: تحليل فجوة جودة الخدمات

تفسر فجوة جودة الخدمات بالفرق ما بين الجودة المتوقعة من طرف الزبون قبل الحصول على الخدمة والجودة المدركة فعلاً بعد الحصول على الخدمة.

فإذا كانت هذه الفجوة إيجابية أي عندما تكون إدراكات الزبائن تفوق توقعاتهم فإن هذه الفجوة مفيدة للمؤسسة الخدمية، والعكس إذا كانت الفجوة سلبية أي المستوى المدرك أقل من المتوقع تكون عندئذ مستويات الخدمة المقدمة للزبائن سيئة على الأقل من وجهة نظرهم.

⁵¹ Pride, William M, and Ferrell O, **Marketing basic concepts and decision**, 5end edition, Houghton Muffin company, 2006, P332.

⁵² Philip Kotler, **Marketing management Analysis, planning implantation and control**, prentice hall of India, new Delhi,1997, P478.

⁵³ صالح عمرو كرامة الجريبي، **أثر التسويق الداخلي وجودة الخدمات في رضا الزبون**، دراسة تطبيقية لعينة من المصارف اليمنية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد، قسم إدارة الأعمال، جامعة دمشق، سوريا، 2006، ص74.

وأحياناً تكون الفجوات معدومة عندما يقبل الزبون بشكل عام بجودة الخدمة المقدمة إليه فتكون توقعاته متساوية مع إدراكاته الفعلية.

وعموماً تحدث الفجوات السلبية عندما يكون بعداً من الأبعاد الخمسة السالفة الذكر غير محقق ولو جزئياً بالنسبة للزبون مثل أزمة الوعود، نقص في تدريب وتأهيل العاملين، ضعف الرقابة الإدارية، تراجع نظام الحوافز، عدم مسايرة التطورات والتكنولوجيات الحديثة، الاعتماد على دعم مادي ضعيف المحتوى... الخ.

والشكل (5/2) يمثل هذه الفجوات الخمس بشكل دقيق، وتعد الفجوة الخامسة أساس حدوث الفجوات الأربعة الأخرى⁵⁴، وفيما يلي شرح مختصر لهذه الفجوات:

❖ الفجوة الأولى: توقعات الزبائن - إدراكات الإدارة

وتحصل هذه الفجوة نتيجة لعدم إدراك الإدارة للطريقة التي يحكم بها العملاء عن الخدمة المقدمة.

❖ الفجوة الثانية: إدراكات الإدارة - توقعات جودة الخدمة

تحصل هذه الفجوة عندما تفشل إدارة المؤسسة الخدمية في تبني فلسفة الجودة مثل وضع معايير جودة غير واضحة أو غير واقعية والمسألة عموماً متعلقة بضعف موارد المنظمة أو التنظيم (Organization).

❖ الفجوة الثالثة: توقعات جودة الخدمة - تسليم الخدمة

ترتبط هذه الفجوة بمجموعة عوامل تؤثر في تقديم الخدمة ومنها تدني مستوى تدريب الموظفين، ضعف كفاءة أداؤهم وأحياناً ضعف الدعم الكافي لموظفي الخط الأول.

كما يمكن أن يكون السبب في صعوبة وضع معايير موحدة لتوحيد الأداء وتقديم الخدمة⁵⁵.

❖ الفجوة الرابعة: تسليم الخدمة - الاتصالات الخارجية مع الزبائن

تنشأ هذه الفجوة عندما يحدث خلل في مصداقية المؤسسة من خلال ما تعلنه وتروج له بخصوص خدماتها، فإن الإخلال بالوعد المقدمة والتي تعلنها المؤسسة عن طريق الاتصالات الخارجية مع زبائنها يسبب حدوث الفجوة.

❖ الفجوة الخامسة: الخدمة المتوقعة - الخدمة المدركة

يعتمد حدوث هذه الفجوة على حجم وتوجه الفجوات السابقة كما أسلفنا الذكر، ولذلك فإن التباين بين التوقعات وإدراك العملاء يولد حالة عدم الثقة وفقدان للمصداقية لطبيعة الخدمة المقدمة، فالسياسة التسويقية التي تتبناها المؤسسة لها دور فعال في سد هذه الفجوة أو نشوئها.

⁵⁴ صالح عمرو كرامة الجريري، مرجع سبق ذكره، ص 82.

⁵⁵ جناة يوقجاني، أثر جودة الخدمات الصحية على درجة ولاء المرضى، دراسة حالة المستشفى الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن، 2010، ص 22.

المطلب الرابع: عوامل اللاجودة في صناعة الخدمات

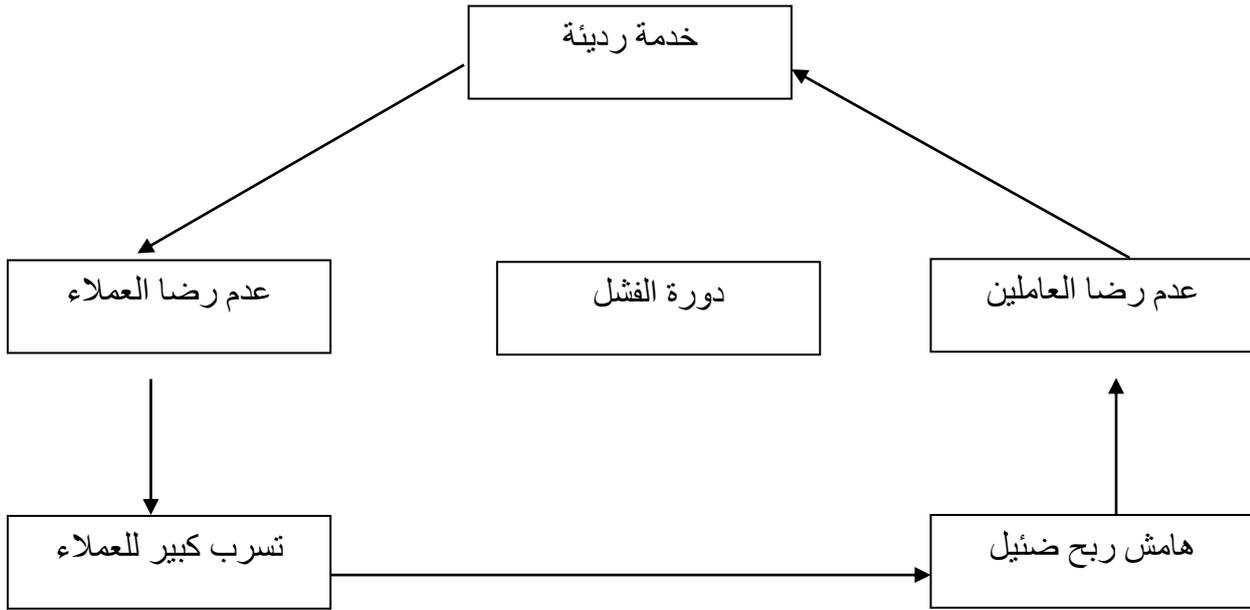
إن الفرق الجوهرى بين الصناعات المادية وصناعة الخدمات هو المورد البشرى حيث أن هذا الأخير هو سر نجاح المنظمات الخدمية أو فشلها، فإذا أهملت المؤسسة الطاقم العامل عندها فهذا سيؤثر سلباً على جودة الخدمة المقدمة وبالتالي على الرضا عند العملاء.

إن غياب الوعي وفق التعامل عند الموظف قد يؤدي إلى أداء فاشل، الأمر الذي يعرض المؤسسة إلى خسائر عكس ما تطمح إليه. في هذا الصدد، حدد الباحثون سبعة أنماط سلوكية سلبية⁵⁶ عند الموظفين المقدمين للخدمة والتي تؤدي إلى فقدان الرضا ثم الولاء عند الزبائن وهي كالتالي:

1. اللامبالاة: قد يترك بعض موظفي خدمة الزبائن انطباع لدى العميل بأنه عبء ثقيل بدل من إثارة شعور الاهتمام به ومراعاته.
2. التسويق: ويقصد به التستر وراء إدعاءات غير صحيحة أو إجراءات قاسية لا تساعد في حل مشكلات العميل بل التخلص منه.
3. البرودة: يقصد بها خلو معاملة الموظف من مشاعر الود والاحترام وانطوائها على بعض السلوكيات السلبية مثل عدم الاكتراث أو الجفاء وربما العدوانية أحياناً.
4. التحقير: ويقصد به استغلال مسئول خدمة العملاء عدم الخبرة عند العميل ويتعامل معه بسوء تقدير وإبراز عدم المعرفة أو الجهل بموضوع الخدمة المقدمة.
5. الآلية: حيث تدور سلوكيات الموظف حول متطلبات الوظيفة وإهمال متطلبات خدمة العميل بالدرجة الأولى، وينسى أن الغاية النهائية من أداء الوظيفة هو إشباع حاجات ورغبات هذا العميل، مما يسبب في فقدان المضامين المعنوية في تقديم الخدمة.
6. النمطية: قد تتسبب المحظورات الإدارية المتعددة وتوحيد لوائح إنجاز المهام في إعاقه تقديم خدمات جيدة للعميل، مثل قول "أن سياسة المؤسسة لا تسمح" وأن ذلك مخالف للوائح دون البحث عن البدائل لخدمة العميل أو استخدام المرونة في الإنجاز.
7. التدوير: ويقصد به تردد العميل على أكثر من جهة أو إدارة للحصول على الخدمة المطلوبة، الأمر الذي قد يؤدي شعوره باليأس أو الإحباط وقد يعزف تماماً عن مثل هذه المعاملات وبالتالي يفقد الرضا عن المؤسسات المتعامل معها.

إن عوامل اللاجودة المذكورة آنفاً قد تسبب في دورة فشل الخدمة والتي توجزها في الشكل الموالي:

⁵⁶ جمال الدين محمد مرسي ومصطفى محمود أبو بكر، دليل فن خدمة العملاء ومهارات البيع، الدار الجامعية، جمهورية مصر العربية، 2001، ص ص 28-30.



شكل رقم (06/02): دورة فشل الخدمة

المصدر: جمال الدين محمد مرسي ومصطفى محمود أبو بكر، مرجع سبق ذكره، ص 197.

المطلب الخامس: تطوير جودة الخدمات وتحسينها

إن من أهم المناهج التي تميز المؤسسات الخدمية وتجعلها رائدة هي مواصلة تقديم خدمات عالية الجودة عما يقدمه المنافسون، وإن السر في ذلك هو العمل على تجاوز توقعات الزبائن، وتعد عملية تحسين وتطوير الجودة صعبة بحد ذاتها، فكثير من المؤسسات الخدمية لا تدرك أن المشكل الحقيقي وراء اللاجودة موجود فعلاً، وأن معظم العملاء غير الراضيين عن خدمات المؤسسة لا يقدمون شكاوي مباشرة إليها⁵⁷. ولهذا فإن معظم المؤسسات تعتبر تعزيز وتطوير جودة خدماتها من أولويات استراتيجياتها وأهدافها وذلك بغية كسب ولاء زبائنها والزبائن الجدد من خلال العناية والاهتمام الجيد والمتواصل، لأن تحوّل العملاء إلى المؤسسات المنافسة يعني صعوبة إعادة كسبهم من جديد فضلاً عن العملاء الجدد والتكاليف المترتبة عن هذه العملية. وهناك أربعة عناصر جوهرية يمكن للمؤسسات الخدمية أن تتبعها للرفع من جودة خدماتها وهي:⁵⁸

1- تحليل توقعات العملاء

إن المؤسسة الخدمية بحاجة ماسة إلى فهم توقعات عملاءها عند تصميم الخدمة وتقديمها حتى تتمكن من إنجازها والتفوق عليها، وهي ممكن أن تكون طريقة جيدة في تحقيق الجودة من وجهة نظر العملاء.

⁵⁷ Steven J, Skinner, **Marketing**, Houghton Muffin Company, Boston, 1990, P269.

⁵⁸ Pride, **Op.cit**, 2000, P234.

وتُفسَّر توقعات العملاء على أنها مجموعة أفعال ومعتقدات يحملها هؤلاء العملاء لتكون بمثابة مقاييس أو معايير يتم الحكم من خلالها على جودة الخدمة المطلوبة⁵⁹.

وعموماً هناك ثلاثة مستويات لتوقعات العملاء وهي:

* الخدمة المرغوبة: وهي تعبير عما يطلبه العميل،

* الخدمة المناسبة: وهي تعبير عن المستوى من الخدمة المقدمة التي يقبل بها العميل،

* الخدمة المتوقعة: وهي تعبير عن المستوى الذي يعتقد العميل بضرورة الحصول عليه.

إن الدور الذي تلعبه توقعات العميل وحكمه النهائي على جودة الخدمة بالغ الأهمية، ولهذا فإن هذه المسألة تتطلب استخدام بحوث التسويق كآلية إستراتيجية تعود على المؤسسة الخدمية بالفوائد التالية:⁶⁰

* التعرف على معايير جودة الخدمة؛

* مساعدة الإدارة في المفاضلة بين معايير الجودة؛

* قياس درجة رضا الزبائن عن الخدمات المقدمة؛

* معرفة الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة؛

* تقويم الأداء الفعلي للخدمة قياساً بالمنافسين

يعتبر التواصل الدائم ما بين مسؤولي الاتصال والتفاعل المباشر وبين العملاء مدخل آخر لفهم توقعات العملاء وهو بمثابة مصدر هام في التعرف عن قرب على حاجات ورغبات العملاء والطرق الأفضل في تحسين الخدمة المقدمة إليهم.

2- توصيف جودة الخدمات

بعد الحصول على فهم عميق لحاجات ورغبات العملاء فإن على المؤسسة وضع الأهداف المساعدة على ضمان تحقيق الجودة العالية للخدمة من خلال وضع مجموعة معايير ومقاييس تضمن دقة المعاملات، وفترة الانتظار، واعتبارات أخرى متعلقة بالاستجابة وكفاءة العاملين بالمؤسسة ومهارتهم، وترسيخ هذه المعايير من خلال السياسات التي تتبعها المؤسسة⁶¹. إن أكثر مسألة مهمة في هذا المفهوم هو التزام الإدارة بالمواصفات والمقاييس المعمولة مسبقاً والمتفق عليها بشكل عام على أداءها الجيد، هذا الأمر يسمح للعاملين بدورهم بالالتزام بمستوى الخدمة المقدمة والتي تلقى الرضا العام من طرف العملاء على اعتبار أنهم يمثلون الهدف الرئيسي لتطوير الخدمات وتحسينها.

⁵⁹ Zeithaml and others, **op.cit**, 1993, P10.

⁶⁰ صالح عمرو كرامة الجريري، مرجع سابق، ص78 (بتصرف).

⁶¹ Philip Kotler et Bernard Dubois. Et autres, **Marketing Management**, Op-Cit, P469.

3- أداء العمال والموظفين

إن وضع المعايير وتوصيف جودة الخدمة يتطلب من المؤسسة عملية التأكد من أن أداء العاملين يتوافق مع حاجات العملاء، لأن هذا الأداء مهم في عملية ربط العملاء بالمؤسسة وكسب ولاءهم. ولضمان الأداء الجيد للعاملين والموظفين في المؤسسة الخدمية يجب أن تعمل على رفع مهاراتهم ومستوى كفاءتهم في الإنجاز من خلال اشتراكهم في برامج تدريبية التي تركز على كيفية القيام بالأداء الجيد وتحصيل أكبر قدر ممكن من المعلومات عن العملاء واحتياجاتهم. تعتمد معظم برامج تقييم الأداء وما يلزمها من مكافآت على مقاييس المخرجات مثل حجم المبيعات أو معدل الأخطاء، وقد تهمل هذه البرامج بعض من جوانب الأداء مثل روح الفريق، الصداقة ورضا العملاء، وقد تكون مقاييس الأداء الموجهة للعملاء الأساس الأفضل للتقويم والمكافآت⁶².

4- إدارة توقعات الخدمة

إن إدارة توقعات عن مستوى جودة الخدمة المقدمة ليس بالأمر السهل، ذلك أن المؤسسة قد لا توفق في عقلنة هذه المسألة لبعض من الأسباب مثل: صعوبات البحث في سلوك المستهلك، إصدار إعلانات بوعود خيالية تكون المؤسسة غير قادرة على تحقيقها، ظروف الاتصالات الداخلية غير جيدة، ولهذا تحتاج المؤسسة إلى إستراتيجية اتصالية داخلية فعّالة ما بين أقسامها خاصة ما بين الإدارة العليا، قسم الإعلانات والعمليات، كما أن لظاهرة الكلمة المنطوقة دوراً فعّالاً في إدراك توقعات العملاء، ولكن المؤسسة لا يمكنها إدارة هذا النوع من الاتصال، والطريقة الأفضل لضمان إيجابية هذه الظاهرة هي تقديم خدمة بمواصفاتها القياسية وبجودة عالية من المرة الأولى. والشكل الموالي يلخص العناصر الأربعة وأثرها على جودة الخدمات.

⁶² Pride, **Op.Cit**, 2006, P335.



شكل رقم (07/02): العناصر المؤثرة في جودة الخدمات

La source: Pride, Op.cit, P:335

المبحث الثاني: الجودة في الخدمات الصحية

أصبح قطاع الخدمات اليوم جزء لا يتجزأ من الاقتصاديات المتطورة، وباتت المؤسسات الخدمية على اختلاف أصنافها ونشاطها الخدماتي منفتحة على جمهور المستهلكين لكي تؤمن مستوى الطلب على الخدمات المقدمة مما زاد في نمو وتطور هذا القطاع بشكل ملحوظ. تشهد المؤسسات الصحية نمواً وتطوراً مماثلاً لباقي المؤسسات الخدمية الأخرى بسبب جملة من المتغيرات مثل تكلفة الرعاية الصحية، والتطور التقني المتسارع لمختلف الأجهزة الطبية المستخدمة، إضافة إلى تغيرات في سلوك المستفيد من الخدمة الصحية، فأضحت الخدمة الصحية أبعد وأشمل من مجرد التعامل مع المريض لشفائه، بل ضف إلى ذلك التوعية الصحية، والتأهيل الطبي والاجتماعي. سنحاول في هذا المبحث التطرق إلى:

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

المطلب الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية

المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية وطرق قياسها

المطلب الرابع: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

المطلب الخامس: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

المطلب الأول: الخدمة الصحية: المفهوم، الخصائص والأنواع

يحتل قطاع الخدمات الصحية موقعاً متميزاً ومكانة جد هامة في معظم دول العالم لاسيما المتطورة منها، وهذا بحكم طبيعة الخدمة التي يقدمها هذا القطاع واتصالها المباشر بصحة الأفراد بل وبحياتهم، وازدادت هذه الأهمية خاصة بعد تنامي درجة وعي مستهلكي هذه الخدمات وزيادة توقعاتهم فيما يخص الجودة المقدمة.

1- مفهوم الخدمة الصحية

إن الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات للمرضى لا تبتعد في مضمونها عن تعريف بالخدمة، كون المريض هو المستهلك يتلقى الخدمة التي هو بحاجة إليها أي يطلبها، وبالتالي تعتبر الخدمة الصحية سلعة اقتصادية مثل باقي الخدمات الاقتصادية، فجوهرها غير ملموس، ولا يمكن تخزينها ولا رؤيتها ولا امتلاكها إلا بعد الاستفادة منها، إلا أنها تتميز ببعض الخصائص التي تؤثر في مستوى الطلب عليها وهو ما سنتطرق إليه لاحقاً.

وقبل تقديم تعريفاً مفصلاً عن الخدمة الصحية، لا بأس أن نعطي بعض التوضيحات عن الصحة كمصطلح عام والذي عرّف حسب بعض الاختصاصيين كما يلي:

❖ تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها: "حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب مرض أو عدم التوازن"⁶³.

❖ ومعظم المعاجم تعرّف الصحة على أنها: "حالة حسنة أو سوية جسمياً وعقلياً أو ذهنياً ولكن أيضاً بعيداً عن الألم والمرض"⁶⁴.

❖ وقد قدم العالم (ونسلو Winslow 1920) تعريفاً شاملاً لهذا المعنى في التعريف التالي:
"الصحة العامة هي علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر، وترقية الصحة والكفاية، وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئة، ومكافحة الأمراض المعدية، وتعليم الفرد الصحة الشخصية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض، للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة"⁶⁵.
ويمكننا استخلاص أن الصحة كمفهوم مجرد تختص باستظهار جانب السلامة الكاملة للإنسان في جسمه وعقله والتي تخول له الحياة السليمة من كل أنواع الأمراض والعاهات والنقص، وبذلك يصبح إنسان منتج واقتصادي.

أ- تعريف الخدمة الصحية

يمكن تقديم بعض التعاريف عن الخدمة الصحية الموجزة فيما يلي:

✓ التعريف الأول

"هي التي تشمل الخدمات الطبية والتمريضية من حيث العناية والمراقبة المناسبة لأحوال المرضى داخل المستشفيات كما تمثل أيضاً قضايا السرعة والدقة والعدالة في الحجز للمرضى أو المراجعين بحيث يتم معاملة كافة المراجعين بطريقة ودية وإنسانية مع إعطاءهم العناية اللازمة، كما تمثل هذه الخدمات الدقة في المواعيد المعطاة للمراجعين"⁶⁶.

- نلاحظ من خلال هذا التعريف أن الباحثين عرفوا الخدمة الصحية من خلال خصائصها ومحدداتها، مثل طريقة المعاملة والدقة في المواعيد.

⁶³ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة القدس، مصر، 2006، ص17.

⁶⁴ عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم، نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004، ص26.

⁶⁵ عثمان سلوى ورمضان سيد الصديقي، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة، مصر، 2004، ص41.

⁶⁶ عبيدات محمد إبراهيم وآخرون، التسويق الصحي والدوائي، دون طبعة، دار وائل للنشر، عمان، 2006، ص25.

✓ التعريف الثاني

هي مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة، والتي تحقق إشباعاً وإرضاء معين للمستهفيد⁶⁷، ويشير هذا الباحث في تعريفه إلى مكونات الخدمة الصحية وعلاقتها بمستوى الرضا عند المستهلك منها.

✓ التعريف الثالث

هي جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية⁶⁸. ويمكن اعتبار هذا التعريف شاملاً لمفهوم الخدمة الصحية لاحتوائه على أنواع الخدمات الصحية مع مراعاة الجهة المقدمة للخدمة والأطراف المستفيدة.

ب- أهمية الخدمات الصحية

يمكن تقييم أهمية الخدمات الصحية من خلال المنافع والقيم المحققة من هذه الخدمات وهي كالتالي⁶⁹:

- * منافع مباشرة ملموسة يمكن قياسها وحسابها، وتتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلاً نتيجة إنتاج خدمات صحية معينة؛
- * منافع مباشرة غير ملموسة يصعب قياسها وتتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض نتيجة 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.

كما أن هناك أسباب أخرى أدت إلى زيادة الاهتمام بالنظام الصحي في الآونة الأخيرة وهي⁷⁰:

- * أن الصحة الجيدة تمثل الطرف المثالي لتمتع الناس بحياتهم؛
- * أن الصحة يعتبر الموضوع الوحيد الذي يهتم به كل الناس؛
- * إن الخدمات الصحية من أكبر وأعقد الصناعات حالياً بسبب؛
- * ارتفاع تكاليفها وازدياد ربحيتها؛
- * كثرة أعداد العاملين في القطاع الصحي؛

⁶⁷ فوزي مذکور، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص 198.

⁶⁸ محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر 1983، ص 23.

⁶⁹ عبد المهدي بواعنة، مرجع سابق، ص 69.

⁷⁰ صلاح محمد نياض، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر، الأردن، 2009، ص 32.

- * تنوع المهن والوظائف العامة في القطاع الصحي؛
- * إن موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة؛
- * احتياج الخدمات الطبية لأرقى وأثمن و أعقد أنواع التكنولوجيا.

ج- تصنيف الخدمات

من خلال ما استعرضناه من تعاريف يمكن تصنيف الخدمات الصحية إلى⁷¹:

- ✓ خدمات علاجية: موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية، أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية)، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحاليل، وإلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.
- ✓ خدمات وقائية: تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها أو يتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة، ومثل على ذلك الرقابة الصحية على الواردات.
- ✓ خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية والعتاد والأجهزة الطبية المختلفة.

د- الوظائف المكونة للخدمة الصحية: تتكون الخدمة الصحية من ثلاثة وظائف رئيسية نوجزها في الجدول التالي:

جدول رقم (3/2): وظائف الخدمة الصحية

أمثلة	الوظائف المكونة
<ul style="list-style-type: none"> - الخدمات العلاجية والتمريضية - مختبرات التحاليل والأشعة - العمليات الجراحية - إعادة التأهيل النفسي والحركي... 	الخدمات الطبية والشبه الطبية
<ul style="list-style-type: none"> - تسيير المخزونات الصيدلة والتجهيزات - تسيير الموارد البشرية - إدارة المعلومات - تسيير الملفات الطبية 	الإدارة والتسيير
<ul style="list-style-type: none"> - الإطعام - الإيواء والصيانة والتنظيف - الاستقبال والتوجيه - التدفئة والتبريد والإنارة... 	خدمات الفندقية والإطعام

⁷¹ عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، رسالة دكتوراه غير منشورة في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص20.

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر، الأردن، 2010، ص46.

2- خصائص الخدمات الصحية

تختلف الخدمات الصحية عن باقي أنواع الخدمات والسلع المادية اختلافاً جوهرياً وتتمتع بخصائص تميزها عن باقي الخدمات نلخصها في المحتوى الموالي.

أ- الخصائص العامة: تمثلت الخصائص العامة للخدمة الصحية حسب أدبيات البحث فيما يلي:⁷²

- ✓ اللاملموسية: ويقصد بها أنه من غير الممكن لمسها أو اختبارها؛
- ✓ التلازم: ويقصد بها درجة الترابط بين الخدمة ذاتها ومقدمها؛
- ✓ التباين: ويعني عدم القدرة على تقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام؛
- ✓ الهلاك: لا يمكن تخزين الخدمة الصحية لمدة من الزمن؛
- ✓ عدم التملك: ويقصد بهذه الخاصية أنه يمكن الانتفاع من الخدمة الصحية ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها.

ب- الخصائص ذات الطبيعة الخاصة

- ✓ تقديم الخدمات الصحية بشكل عام لكافة أفراد المجتمع (المواطنين) سعياً من الجهات المقدمة إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الأطراف.
- ✓ الخدمات الصحية تكون في الغالب غير مضمونة النتيجة، والحكم على جودتها مسألة صعبة ومعقدة وتحتاج إلى تعاون كبير بين مقدم الخدمة والمستفيد وبالتالي فهي تخضع لمدى رضا المستهلك عن جودتها كما سيدركها هو.
- ✓ الخدمة الصحية قوة شبه احتكارية للأطباء والممرضين، فهم مصدر المعلومة للمريض وهم يتحكمون في هذه المعلومة على أساس طبيعتها، ولهذا فالمجموعة الطبية والتمريضية مجموعة مهنية تحكم ذاتها من خلال أخلاقيات تفرضها المهنة على أصحابها.
- ✓ تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، وهذا فيما يتعلق بمنهج العمل بها ومختلف الخدمات التي تقدمها.
- ✓ تتوزع قوة اتخاذ القرار في المؤسسات الصحية بين مجموعتين وهما الإدارة ومجموعة الأطباء.

⁷² ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة 2، دار البازوري العلمية، الأردن، 2010، ص23.

✓ قلة التتميط والتوحيد للخدمة الصحية حيث أن هذه الصناعة تتجه حيث يتواجد الناس، ونظراً لاختلاف طبيعة الناس وأمراضهم وحالاتهم النفسية، فإن الخدمة تتنوع من فرد لأخر، وتختلف حتى عند الفرد الواحد⁷³.

✓ الخدمة الصحية هي خدمة فردية تقدم لكل فرد على حدى في مجالات تخصص معينة.
✓ الخدمة الصحية غير قابلة للتأجيل، فظهور مرض أو وباء على سبيل المثال يقتضي السرعة في التدخل وتقديم الرعاية والعلاج اللازم للقضاء عليه ويترتب على هذه الخاصية بعض الأبعاد المرتبطة بتحقيق حماية المستفيد منها وهي:⁷⁴

* البعد المكاني: وهو يقتضي ضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في مختلف الأماكن التي يتواجد بها الأفراد أي التغطية الجغرافية الشاملة.

* البعد الزماني: وهو يقتضي ضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها الفرد، فالتأجيل يترتب عليه أضرار بالغة.

✓ الخدمات الصحية تحتاج إلى عملية اتصال فعالة وقوية بين مقدمها والمستفيد منها حتى تتحقق الاستفادة الكاملة، وتشتت هذه الخاصية على الجهات المعنية (المشرفة على تنظيم الخدمة الصحية وتوجيهها) ضرورة التأكد من فعالية عملية الاتصال واستمراريتها⁷⁵، إضافة إلى الخصائص السالفة الذكر، يضيف بعض الكتاب مجموعة أخرى يطلق عليها اسم الخصائص الاقتصادية وهي مقسمة إلى قسمين كالتالي.

ج- الخصائص التي تقتصر على جانب الطلب

✓ هناك صعوبة في التنبؤ بحجم الطلب على الخدمات الصحية بسبب عدم تجانس الخدمة الصحية وتباينها من فرد مستهلك لها لآخر وحتى تباينها من طرف مقدميها من وقت لآخر؛

✓ كما تتمثل صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية نتيجة لما يتميز به هذا الطلب من عدم ثبات واستقرار، فقد يزداد الطلب على بعض الخدمات في مواسم معينة (نزلات البرد والأنفلونزا) وينقلص في مواسم أخرى⁷⁶. و كنتيجة لهذه الخاصية فعلى الجهات المعنية مراعاة مسألة الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية للمستهلكين في أوانها.

✓ هناك تحيز عام من طرف الجهات الإدارية المنظمة للخدمات الصحية ضد إطلاق العنان لهذه الخدمات لقوى السوق (العرض والطلب والمنافسة) بسبب تعارض المصالح المعنية حول حجم التقديم (أكثر مما

⁷³ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص20.

⁷⁴ محمد محمد إبراهيم، مرجع سابق، ص28.

⁷⁵ محمد محمد إبراهيم، نفس المرجع، ص27.

⁷⁶ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص22.

- يجب Over servicing أو أقل مما يجب Under servicing)، وحتى بسبب الاعتبارات الأخلاقية ودواعي العدالة الاجتماعية والنواتج الاقتصادية المترتبة على ذلك⁷⁷.
- ✓ الطلب على الخدمة الصحية طلب مشتق من الصحة ككل، إذ أن الخدمات الصحية هي إحدى مدخلات إنتاج الصحة.
- ✓ تعتبر معظم الدول والحكومات أن الخدمات الصحية جزء من الخدمات الاجتماعية، وبالتالي فهي تقدم مجاناً من طرف الدولة ويمكن لهذه الأخيرة السماح للقطاع الخاص بتقديمها على أن تقوم هي بالإشراف عليه وتنظيمه.
- ✓ الخدمات الصحية تمثل شراء ضغط بالنسبة للمستفيد منها⁷⁸ فالمستهلك للخدمة الطبية لا يطلب على هذه الخدمة إلا وهو مضطر ويكون في الغالب ضرورياً حتى ولو تعلق الأمر ببعض الفحوصات اللامرضية (طب الأسنان)⁷⁹.
- ✓ صعوبة وضع موازنة للإنفاق على الخدمات الصحية من طرف الفرد مهما كان مستوى ثراءه، لأنه لا يمكن له أن يتنبأ بحدوث المرض، ولا معرفة تكاليف الخدمات التي يحتاجها في ذلك الحين، وهذا ما يدفع الحكومات إلى وضع برامج التأمين الصحي.
- ✓ إن عملية ضبط سلوك ممارسة مهنة الطب والتمريض هو مفتاح ترشيد الإنفاق الصحي وضبط تصاعد تكلفة الخدمات الصحية.
- ✓ إن الطلب على الخدمات الصحية والانتفاع بها حق معترف به لكل مواطن ومشروع بموجب قوانين تحمي هذه الحقوق.

د - الخصائص التي تقتصر على جانب العرض

وتتمثل فيما يلي:

- ✓ العرض يخلق الطلب في الخدمات الصحية، وهذا على عكس السلع والخدمات الأخرى، لأن المزيد من الأطباء والبنى التحتية الخاصة بهذا القطاع إضافة إلى استحداث التكنولوجيا الطبية، كلها عوامل تساهم في خلق المزيد من الطلب على الخدمة الصحية؛
- ✓ تخضع سياسة الخدمات الصحية وأنظمتها إلى الكثير من التدخل الحكومي، ويتعلق هذا التدخل فيما يخص بتحديد منهج العمل، والقواعد المهنية، وعمليات التخطيط الإستراتيجي للمدخلات، والإشراف والرقابة على المخرجات، كما يشتمل هذا التدخل الإنتاج المباشر لمختلف الخدمات من خلال تملكها لمعظم وحدات إنتاج الخدمات الصحية؛

⁷⁷ نصيرات فريد، إدارة المستشفيات، دار إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص32 (بتصرف).

⁷⁸ إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، دار الكتب المصرية، مصر، 2000، ص29.

⁷⁹ عدمان مرزوق، مرجع سابق، ص24 بتصرف.

✓ يعتبر عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير مرناً⁸⁰، لأن بناء المستشفيات وتجهيزها بالإضافة إلى تدريب الأطباء والمهنيين يحتاج إلى سنوات عديدة، ومن ثم فإن العرض غير مرناً لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير، وهذا ما يجعل من هذه الخدمات منتج نهائي غير مرناً كذلك في الأجل القصير.

المطلب الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية

يعتبر مفهوم الجودة في الخدمات الصحية من المفاهيم الغامضة والتي يصعب تعريفها وقياسها، نظراً لصعوبة الاتفاق على وضع تعريف نمطي موحد ومقبول من طرف عامة المهتمين بهذا الموضوع، فكل واحد منهم يعطي مفهوماً لهذا المتغير من زاوية معينة ويركز على مدخلات قد يختلف فيها مع غيره. سنقوم بتوضيح التطور التاريخي لمفهوم جودة الخدمة الصحية لنصل إلى وضع تعريف شامل يعكس مضمون هذا المفهوم بشكل جلي.

1- التطور التاريخي لجودة الخدمات الصحية

لقد مرت ميكانيزمات عمل المنظمات الصحية بمختلف أنواعها بمحطات تاريخية جعلت الجودة في الخدمات الصحية التي تقدمها تتطور كذلك، وعند الحديث عن هذا التطور التاريخي لا بد من العروج على بعض أعمال الباحث "دونابيديان"⁸¹ "Donabedian" الذي قدم العديد من الأفكار فيما يخص نظم الجودة فقد قام في سنة 1966 بتقديم نموذج لقياس الجودة القائم على "نظرية النظم البسيطة" التي تعتبر بأن لكل نظام مدخلات، عمليات ومخرجات، فأشار أن الخدمة في الرعاية الصحية تقوم على نفس الأساس ومكوناتها هي: البنية Structure، والعملية Process، والنتيجة Outcome.

وفي بداية القرن العشرين (1850-1910) كانت الجودة تركز على تحسين النتيجة، الأمر الذي ميز عصر "فلورانس نايتنغيل" Florence Nightingale^{*}. ولم يبق الاهتمام فقط بتحسين النتيجة بل مع مرور الزمن

⁸⁰ أسامة عبد الحليم مصطفى، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثاره الاقتصادية، مجلة البحوث التجارية، دورية علمية نصف سنوية تصدر عن كلية التجارة، جامعة الزقازيق، مصر، العدد الثاني، الجزء الأول، المجلد الثاني والعشرون، يوليو 2000، ص 184. مأخوذ عن عدنان مرزوق، مرجع سبق ذكره، ص 23.

⁸¹ اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، جدول الأعمال المبدئي لضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولاسيما في الرعاية الصحية الأولية ومسؤولية مشتركة، النظم الصحية والجودة، القاهرة، مصر، 01-04 أكتوبر 2000. مأخوذ عن عدنان مرزوق، مرجع سبق ذكره، ص 28.

* قامت فلورانس نايتنغيل بتقديم جودة الرعاية المقدمة في المستشفيات العسكرية الإنجليزية، ووضعت أول مجموعة من المعايير الخاصة بالتمريض، والتي أدت إلى خفض كبير في معدلات الوفيات بالمستشفيات.

تعدى ليثمل البنية، ففي سنة 1910 أوضح "أبراهام فلكسنر Flexnor في تقرير أعده بعد دراسة شاملة للكليات الطبية في الولايات المتحدة وكندا إلى إعادة تنظيم جذري للتعليم الطبي في البلاد⁸².

ومع بداية سنة 1915 قدمت كلية الجراحين الأمريكية برنامجاً لمعايير مخصصة في تقييم أداء المؤسسات الصحية وقد اشتمل هذا البرنامج خمس أهداف رئيسية وهي⁸³:

- التأكيد على أهمية تنظيم الأفراد؛

- التأكيد على أهمية الاجتماعات الشهرية؛

- التأكيد على أهمية التدقيق في السجلات الطبية؛

- التأكيد على أهمية الإشراف الفعال والكفاء؛

- التأكيد على أهمية اعتماد الأطباء وإجازتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب.

وبعد حوالي أربعين سنة تم إنشاء اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية وتم وضع بعض القواعد الهامة في إرساء مفهوم الجودة في الخدمات الصحية وهي "الاعتماد" Accreditation و"الإشهاد" Certification، مع مواصلة الاهتمام بعناصر البنية.

وفي السبعينيات من القرن العشرين تم تطوير الاهتمام الذي كان مركز على البنية إلى الاهتمام بالعمليات، وحاولت بعض المؤسسات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية طلب المساعدة في مراجعة العمليات من طرف القطاع الخاص و استمر هذا الوضع إلى غاية أواخر الثمانينات أين أصبح قطاع خدمات الرعاية الصحية يبحث عن البدائل لقياس الجودة وتطويرها⁸⁴، وبدأ اتجاه الاهتمام يتحول مرة أخرى من المعايير المتعلقة بالعملية إلى المعايير المتعلقة بالنتيجة.

وقد عزز هذا التطور من ظهور بعض المبادرات مثل مبادرات التحسين المستمر للجودة الذي كان أحد أهم أسباب قيام ما يعرف بإدارة الجودة الشاملة والتي سنقوم بتحليلها في فصل لاحق.

ب- تعريف جودة الخدمات الصحية

من خلال التتبع التاريخي لتطور جودة الخدمات الصحية يتضح لنا أنه لا يمكن إيجاد تعريف واحد نمطي صالح لكل الأزمان والظروف، فالمسألة ليست بالأمر السهل، ومن بين ما جاء من تعريف في هذا الصدد ما يلي:

⁸² لون أن آدى، تشارلن بيجلي، دافيد ليرسون، كارل سيلتر، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2000، ص 27.

⁸³ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1997، ص 15.

⁸⁴ عدمان مرزوق، مرجع سبق ذكره، ص 28 بتصرف.

❖ التعريف الأول: وهو الذي جاء به الباحثان لي وجونز Lee and Johns (1933) بحيث يقول: "تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان"⁸⁵.

❖ التعريف الثاني: يمكن النظر إلى هذا المفهوم من وجهات نظر مختلفة كما أوضح الباحث دافيد David (1999) حيث: "ينظر المريض لجودة الرعاية الصحية على أنها الخدمات التي توفرها المستشفيات تتسم بالعطف والاحترام، أما الطبيب فينظر إليها على أنها وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المريض، أما إدارة المستشفى فهي عبارة عن تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة الطبية والرعاية الصحية"⁸⁶.

❖ التعريف الثالث: وهو للهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعروفة باسمها المختصر (JCAHO) حيث عرفت الجودة في الخدمات الصحية على أنها: "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو أي مشكلة طبية"⁸⁷.

❖ التعريف الرابع: وهو للمنظمة العالمية للصحة حيث تشير إلى أنها "التماسي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"⁸⁸.

من خلال ما استعرضناه من تعاريف متنوعة حول جودة الخدمات الصحية يتضح لنا الرؤى التي على أساسها وضعت هذه التعاريف ونخلص إلى وضع تعريف يشمل مختلف جهات النظر وهو كالتالي:

✓ جودة الخدمات الصحية من المنظور الطبي والمهني هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية مع الأخذ بعين الاعتبار أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة.

✓ جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض هي الطريقة التي يحصل عليها والنتيجة النهائية بالإضافة إلى مدى اهتمام العاملين ولطفهم مع المرضى ومهارة الطبيب في تشخيص الحالة وعلاجها. وقد قدم

⁸⁵ A. Jacquerie, **la qualité des soins infirmiers: Implantation, Evaluation, Accréditation**, Edition Malone, France.1999, P247.

⁸⁶ David, Hutchins, **Achieve Total quality**, Director Book, England, London, 1999, PP:13-17.

⁸⁷ خالد بن سعيد، **مدى فعالية برامج الجودة والنوعية لمستشفيات وزارة الصحة السعودية**، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد2، العدد 1، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، 1994، ص12.

⁸⁸ Cloude Vilcot et Hervé Lecelet, **Indicateurs qualité en santé**, 2^{ème} édition, AFNOR,2006, P14.

الباحث البكري تعريفًا على أنها الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع⁸⁹.

✓ جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الطاقم الإداري: فهي تعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميز

✓ كما يمكن النظر إلى هذه الجودة حسب Palmer من الزوايا الثلاثة التالية⁹⁰:

- المريض: ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام؛
- الطبيب: وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المريض؛
- المالكين: الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن؛
- إدارة المستشفى: تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة.

ومن خلال ما تناولناه من تعاريف متعلقة بجودة الخدمة الصحية توصلنا إلى أنه:

✓ يجب على مقدمي الخدمة الصحية أن يهتموا بسلوكهم مع المستفيدين ومع من يشاركونهم بإعطاء الخدمة، وليس فقط بمدى اكتسابهم للمعلومات الطبية الجديدة؛

✓ جودة الخدمة الصحية لها أبعاد تتعلق بالكفاءة والتقنيات الفردية والاستمرارية وحفظ السلامة والعلاقات الاجتماعية مع الأفراد بالإضافة إلى تحسين وتطوير المرافق من أجل إتاحة الفرص لتحسين رعاية المرضى والممارسة الطبية وحل المشاكل في الرعاية والأداء؛

✓ تسعى جودة الخدمة الصحية إلى تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة؛

✓ تسعى جودة الخدمة الصحية إلى التقليل من الأخطاء الطبية ومن وقت الانتظار في العيادات والمؤسسات المختلفة؛

✓ تسعى جودة الخدمة الصحية إلى تعزيز درجة الالتزام بأخلاقيات المهن الطبية.

ج- القيم الجوهرية للجودة في الخدمة الصحية

تتمثل القيم الجوهرية في إنجاز الخدمة الصحية بدرجة جودة عالية فيما يلي⁹¹:

❖ خدمة المريض أولاً: ينبغي أن تعزز الخدمات الصحية خصوصية مرضاها وأن تعمل على إدراك هذه الخصوصية وتجسيدها تحت شعار "خدمة المريض أولاً".

⁸⁹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2005، ص212.

⁹⁰ صلاح محمود نياض، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد 01، يناير 2012، جامعة العلوم التطبيقية، عمان-الأردن، ص 69-104.

⁹¹ نجاه صغبر، تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011/2012، ص39 (بتصرف).

- ❖ تحقيق توقعات المستفيد: تتطلب هذه القيمة ضرورة تحلي الطاقم الطبي والتمريض بالمهارات الفردية الضرورية لمقابلة توقعات المستفيدين والعناية بها لتحقيق الرضا لديهم.
- ❖ تأدية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة:
إن البحث عن أسباب الفشل والقيام بالمعالجة الفردية، والتمكن مع الزمن من تأدية الخدمة الصحية لشكلها الملائم والصحيح من أول مرة تعتبر قيمة جوهرية عند الحديث عن جودة الخدمة الصحية.
- ❖ خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدني جودتها
تحديد تكاليف فشل أداء المؤسسة الصحية في تقديم مستوى عال من الجودة، ثم محاولة التقليل منها والتخطيط باستمرار لتجاوزها والاستفادة قدر الإمكان من مختلف الجهود المادية والبشرية.
- ❖ دعم الأداء الجيد للموظفين
إن المؤسسة الصحية الناجحة هي التي تكون قادرة على جعل موظفيها يشعرون باستمرار أن لديهم دور مهم داخل المؤسسة.

المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية وطرق قياسها

إننا نجد أن كل تعريف لجودة الخدمات الصحية يتوافق مع جملة من الأبعاد، هذه الأخيرة تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمات الصحية على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها.

لقد وضح كل من (Gronroos, 1984, 2001) و (Zeithaml and Bitner, 2000) و (Parasuraman and al, 1985) و (Cornin and Taylor, 1992)⁹²، مجموعة من المعايير التي تستخدم كدلائل للجودة في مختلف الخدمات بصفة عامة ويمكننا إسقاطها على الخدمة الصحية كونها أحد أهم هذه الخدمات وهي كالتالي:

1. أبعاد جودة الخدمات الصحية: يمكننا إيجازها في الأبعاد التالية

○ البعد الأول: الكفاءة الفنية

وهو يشمل مجمل المهارات والكفاءات والقدرات الفنية (التقنية) والأداء الصحيح لمختلف مقدمي الخدمات الصحية (الطاقم الطبي والشبه الطبي والطاقم الإداري، بحيث يكون مستوى أداء هذا الطاقم مطابق للمعايير والمواصفات الفنية المطلوبة والمتفق عليها عموماً. كما يشمل هذا البعد المهارات الإكلينيكية المتعلقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية والإشراف والتدريب وحل المشاكل⁹³.

⁹² هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2008، ص ص510-512.

⁹³ فاروق عبد الله الحمود، نظم المعلومات الصحية وأثرها على ضمان جودة الرعاية الطبية في الأردن، أطروحة مقدمة إلى المعهد القومي للإدارة العليا للحصول على درجة "الزمالة" في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، جمهورية مصر العربية، 1999، ص194.

○ البعد الثاني: سهولة الوصول للخدمات

إن من أهم أبعاد جودة الخدمات الصحية سهولة الوصول إليها من حيث موقع المؤسسة (المكان) وزمن الوصول، والظروف المسهّلة لهذه المسألة مثل الوسائل والمعدات والأدوية ومختلف الخدمات اللازمة للمريض.

○ البعد الثالث: الدعم المادي للمؤسسة الصحية

يقاس هذا البعد من خلال تقييم المستهلك للخدمة الصحية لمختلف الوسائل المادية التي تمتلكها المستشفى من مباني ومعدات وأجهزة ومختلف التسهيلات المادية اللازمة لتقديم الخدمة. ويشمل هذا البعد حتى مظهر الأطباء والمرضى والفنيين والإداريين والعاملين، وطرق ووسائل الاتصال وأدوات الاتصال ومصادر المعلومات التي يحصل منها المستهلك على المعلومات اللازمة لاستفادته من الخدمة الصحية.

○ البعد الرابع: الاعتمادية

وهي تمثل مدى ثقة المستهلك في المستشفى ومدى اعتماده عليها ليحصل على الخدمة المتوقعة، وبهذا فإن هذا البعد يقاس بمدى قدرة المؤسسة الصحية على إنجاز أو أداء مختلف خدماتها بشكل دقيق وبدرجة عالية من الكفاءة ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على هذه الخدمات.

يمكن أن نلخص عناصر إجراءات الحصول على الخدمة فيما يلي:⁹⁴

- الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد؛
- الحرص على حل مشكلات العميل؛
- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص؛
- تكامل الخدمة وتوافر التخصصات؛
- الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم.

○ البعد الخامس: الفعالية والكفاءة

بعد الفعالية يقصد به درجة تقديم الخدمة للحصول على النتائج الموجودة أما بعد الكفاءة فيعني تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة فالعلاقة هنا تربط ما بين مردودية الخدمة والتكلفة المبذولة⁹⁵.

⁹⁴ عبد الله أمين محمود جماعة، المتغيرات المؤثرة على إدراك المستهلكين لجودة الخدمات الصحية وآثارها التسويقية، دراسة ميدانية بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، جامعة بنها، كلية التجارة، ج مصر العربية، العدد الأول، 1998، ص238.

⁹⁵ مهى التحبوي، تقييم جودة الأداء، موجود على الموقع:

○ البعد السادس: الاستمرارية

ويقصد به تقديم الخدمات الصحية دون توقف و انقطاع⁹⁶، بحيث يتم تصميم هذه الخدمات على أساس هذا المبدأ الهام، ويحصل بذلك المريض على الخدمات التي يحتاجها عند الحاجة إليها، وبهذا يتضح أن ضعف هذا البعد يقلل من ضمان الجودة في الخدمات الصحية.

○ البعد السابع: الأمان والسلامة

وهو يعني تقديم خدمات صحية آمنة والتقليل من المخاطر لأبعد الحدود مثل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية، فالمستفيد (المريض) يفضل من يوفر له أعلى درجة من الأمان والحماية عند تواجده بالمستشفى⁹⁷.

○ البعد الثامن: التعاطف والتفاني

و يقصد بهذا البعد درجة التفاعل بين الفريق الصحي والمستفيد من الخدمات الصحية، وقد يتعدى هذا التفاعل ليشمل حتى مختلف الفئات الاجتماعية والفريق الصحي. هذا البعد يعكس حاجة المستفيد للمعاملة الخاصة والتميز من طرف مقدميها، كما يعكس الثقافة التنظيمية للمؤسسة الصحية في تكوين شعور لدى العاملين بالمؤسسة بأهمية جودة الخدمة المقدمة وضرورة التطوير المستمر فيها⁹⁸.

في سنة 1988 قام كل من (Berry, Zeithaml, Parasuraman)⁹⁹ بدمج الأبعاد السابقة الذكر في خمسة أبعاد على أساس أنها أكثر دلالة في قياس جودة الخدمة الصحية، كما قدّم هذا الطرح من طرف العديد من الباحثين أمثال (Kotler and Keller 2009)¹⁰⁰، وتمثلت هذه الأبعاد في كل من: الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة الأمان، التعاطف، وقد قدمت مجموعة من المتغيرات الفرعية التي تشرح كل بعد من هذه الأبعاد، سنحاول تلخيصها في الجدول التالي:

⁹⁶ فاروق عبد الله محمود، مرجع سبق ذكره، ص194.

⁹⁷ صلاح محمود نياض، إدارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص43.

⁹⁸ عبد الله أمين محمود جماعة، مرجع سبق ذكره، ص240.

⁹⁹ Parasuraman. A, Zeithaml. VA, and Berry. L.L, **A Conceptual model of service quality and its implication for future research**, Journal of marketing, Vol (49), April 1985, PP41–50.

¹⁰⁰ Kotler P, and Keller K. and al, **Marketing management**. Op– Cit, P400.

جدول رقم (4/2): البعد، معايير التقييم والأمثلة الموافقة لها

البعد	المعيار	الأمثلة
الاعتمادية	* دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى. * المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية	* ثقة عالية لدى المريض بأن الحسابات المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى. * لديه ثقة عالية بأن حياته بين أيدي أمانة.
الاستجابة	* تقديم خدمات علاجية فورية. * الاستجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. * العمل باستمرار على مدار ساعات اليوم.	* وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. * غرفة العمليات جاهزة كلياً لكل الحالات.
الضمان	* سمعة ومكانة المستشفى عالية. * المعرفة والمهارات المتميزة للأطباء والطاقم التمريض. * الصفات الشخصية للعمال.	* المعاملة الطبية الأطباء تجاه المرضى. * تدريب ومهارات عالية في الأداء.
التعاطف	* الاهتمام الشخصي للمريض. * الإصغاء الكامل لشكاوي المريض. * تلبية احتياجات المريض بروح الود واللفظ.	* الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض. * النظر للمريض بأنه دائماً على حق.
الملموسية	* الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج. * المنظر الخارجي لمقدم الخدمة. * أماكن الانتظار لمقدمي الخدمة. * أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.	* نظافة عيادة الطبيب. * نوعية الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى.

المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص213.

2- دراسة مداخل قياس جودة الخدمات في المؤسسات الصحية

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة ولا سبيل لتجاهلها، ولكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها¹⁰¹.
لقد تعرضت مفاهيم قياس جودة الخدمات الصحية والأساليب المطبقة في ذلك إلى جدل كبير من خلال العديد من الدراسات والأبحاث، وعند استطلاعنا لبعض من هذه الكتابات وجدنا أن هناك عدة طرق منها ما هو تقليدي ومنها ما هو حديث مساير للتطورات الهائلة التي شملت مختلف المجالات لاسيما قطاع الخدمات الصحية. ومن بين هذه المقاييس ما يلي:

أ. قياس جودة الخدمة من منظور المرضى

في هذا المدخل هناك طرق لقياس جودة الخدمات الصحية نلخصها فيما يلي:

○ مقياس عدد الشكاوي

يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً يعبر على أن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى، أو أن ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع توقعاتهم لها، وهذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة، لتجنب حدوث المشاكل وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى¹⁰².

○ مقياس الرضا

وهو من أكثر المقاييس شيوعاً يستخدم لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، وذلك من خلال جمع المعلومات عن المريض، ومن بين أهم الطرق المستخدمة في جمع المعلومات، المقابلة والملاحظة والاستمارة، وتبقى الاستمارة من أهم هذه الأدوات.

أحياناً بعض المؤسسات الصحية لا تعتمد هذا المقياس للدلالة على جودة خدماتها لبعض الأسباب منها:

* غياب المعرفة والثقافة الطبية لدى المريض؛

* خوف المرضى من الإدلاء بمعلومات حقيقية قد تؤثر بعلاقتهم مع الأطباء.

○ مقياس القيمة

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة الصحية لمستهلكيها تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب المستفيد والتكلفة المقابلة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحقق القيمة، فكلما زادت القيمة المحققة عند المستهلك زاد مستوى الطلب على هذه الخدمات والعكس صحيح.

¹⁰¹ عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص33.

¹⁰² قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم، عمليات تطبيق، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص97.

إن هذا الأسلوب يدفع بالمؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للعملاء بأقل تكلفة ممكنة¹⁰³.

○ مقياس تحليل الفجوات (Servqual)

وهو اختصار للكلمتين اللاتينيتين Service و Quality ولقد حضي هذا الأسلوب بدرجة كبيرة من القبول والتطبيق في قياسات مختلفة لجودة الخدمة على اختلاف المؤسسات الخدمية، وهو ينسب لكل من Berry، Zeithaml and Parasuraman وقد قاموا بتطويره سنة 1988، حيث أن هذا الأسلوب يستند على توقعات المستفيد من الخدمة لمستوى الخدمة المقدمة له إدراكاته لمستوى الأداء الفعلي، ومن ثم تحديد الفجوة أو التوافق بين هذه التوقعات والإدراك وذلك باستخدام المعايير التي تمثل مظاهر الجودة في الخدمة. إن هذا الأسلوب يعتمد على معادلة أساسية ذات طرفين، هما الإدراكات والتوقعات، ويعبر عنها رياضياً كالتالي:

$$\text{جودة الخدمة الصحية} = \text{الخدمة المدركة} - \text{توقعات المريض}$$

ينتج عن تطبيق هذه المعادلة قياس خمس فجوات هامة تتعلق بكل من مؤسسة الخدمة الصحية أو بالمريض أو الاثنين معاً. وهذه الفجوة هي كالتالي:

الفجوة الأولى: وهي تنتج عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين تقديرات الإدارة لهذه التوقعات

الفجوة الثانية: وتنتج عن الاختلاف بين تقديرات الإدارة لتوقعات المرضى من الخدمة والمواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل.

الفجوة الثالثة: تنتج عن الاختلاف بين مواصفات جودة أداء الخدمة والأداء الفعلي لهذه المواصفات.

الفجوة الرابعة: وتنتج عن الخلل في مصداقية مؤسسة الخدمة الصحية بين ما تعلنه من مستويات أداء الخدمة وما تقدمه فعلياً.

الفجوة الخامسة: وتنتج عن الاختلاف بين ما أدركه المريض من مستويات أداء الخدمة وتوقعاته المسبقة لهذه المستويات وهي نتاج واحدة أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة.

○ مقياس الأداء الفعلي (نموذج Servperf)

إن من أهم الدراسات التي ساهمت في وضع معايير علمية وعملية في قياس جودة الخدمات، دراسة الباحثان Cronin and Taylor خلال الفترة الممتدة من (1992 إلى 1997) بحيث قدم الباحثان هذا المقياس باسم (Servperf) أي إتقان الخدمة، وقد تم من خلال هذا المقياس إجراء اختبار لأربعة نماذج لقياس جودة الخدمات وهي:

¹⁰³ قاسم نايف علوان، مرجع سبق ذكره، ص 43.

- ✓ Servqual: جودة الخدمة = الأداء - التوقعات.
- ✓ Weighted Servqual: جودة الخدمة = أهمية (الأداء - التوقعات).
- ✓ Servperf: الجودة = الأداء المتميز.
- ✓ Weighted Servperf: جودة الخدمة = أهمية الأداء المتميز.

وخلص هذا الاختبار إلى أن نموذج "الجودة = الأداء المتميز" هو من أفضل النماذج في قياس جودة الخدمة المقدمة مهما كان طابع هذه الخدمة وهو يستبعد فكرة الفجوة ما بين الأداء والتوقعات ويركز فقط على الأداء الفعلي لقياس الجودة، ولهذا فإن الباحثان يوصيان باستخدام هذا المقياس في العديد من مجالات قياس الأداء الفعلي للخدمة، وبناءً على هذه التوصية تم تبني هذا المقياس في بحثنا هذا.

ب- قياس الجودة المهنية

تقوم هذه المقاييس على فكرة مفادها أن المؤسسات الصحية قادرة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة، وفي هذا المدخل يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من المقاييس وهي:

○ المقاييس الهيكلية (قياسات البنية)

وتسمى أيضاً قياسات الجودة بدلالة المدخلات، بمعنى اعتبار المدخلات أو الموارد جوهر الخدمة وجودتها أي كل ما يرتبط بالأفراد والتسهيلات المادية المقدمة والمتوفرة لتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولهذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد، التسهيلات المتاحة في المستشفى¹⁰⁴.

- ويشترط في هذا المقياس أن تكون هناك هيئة مؤهلة وهيكل مادي معتبر، وتنظيم رسمي حتى يعطي دلالاته العلمية.

- وعلى الرغم من منطقية هذا المدخل والترحيب به من قبل العديد من الباحثين، إلا أنه يبقى ناقصاً، على أساس أن عناصر المدخلات في جودة الخدمة لا تعد كافية في حد ذاتها لضمان الجودة في المؤسسة الصحية، إذ أن هناك عوامل أخرى مكملة مثل طرق تناول المدخلات والتفاعلات فيما بينها.

○ مقاييس الإجراءات

ويسمى كذلك مقياس الجودة بدلالة العمليات، ويركز هذا المقياس على جودة العمليات أو المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة، وهو ينطوي على مجموعة من المؤشرات أو المعايير التي توضح النسب المقبولة

¹⁰⁴ فوزي شعبان مذکور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة الجودة ورعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، العدد الثالث 1997، ص 233 (بتصرف).

لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة التي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر، ليتم تصنيف هذه الخدمات كإنجاز جيد. ومن أمثلة مقاييس الإجراءات رعاية الحوامل أو مدة انتظار المرضى. هذا المقياس لا يعتبر دقيقاً وإن كان له بعض الجوانب المنطقية لأنه يركز على عمليات الخدمة بدلاً من التركيز على الأبعاد الكمية التي يمكن قياسها لهذه الخدمة.

○ مقاييس النواتج

أي قياس الجودة بدلالة المخرجات، وهذا يتعلق بالنتائج النهائية عند تقديم الخدمة الصحية، أي التغييرات الصافية الواقعة في الحالة الصحية للمستفيد من الخدمة كنتائج عن هذه الاستفادة (الرعاية) ومن بين المؤشرات المستخدمة في هذا المقياس ما يلي:¹⁰⁵

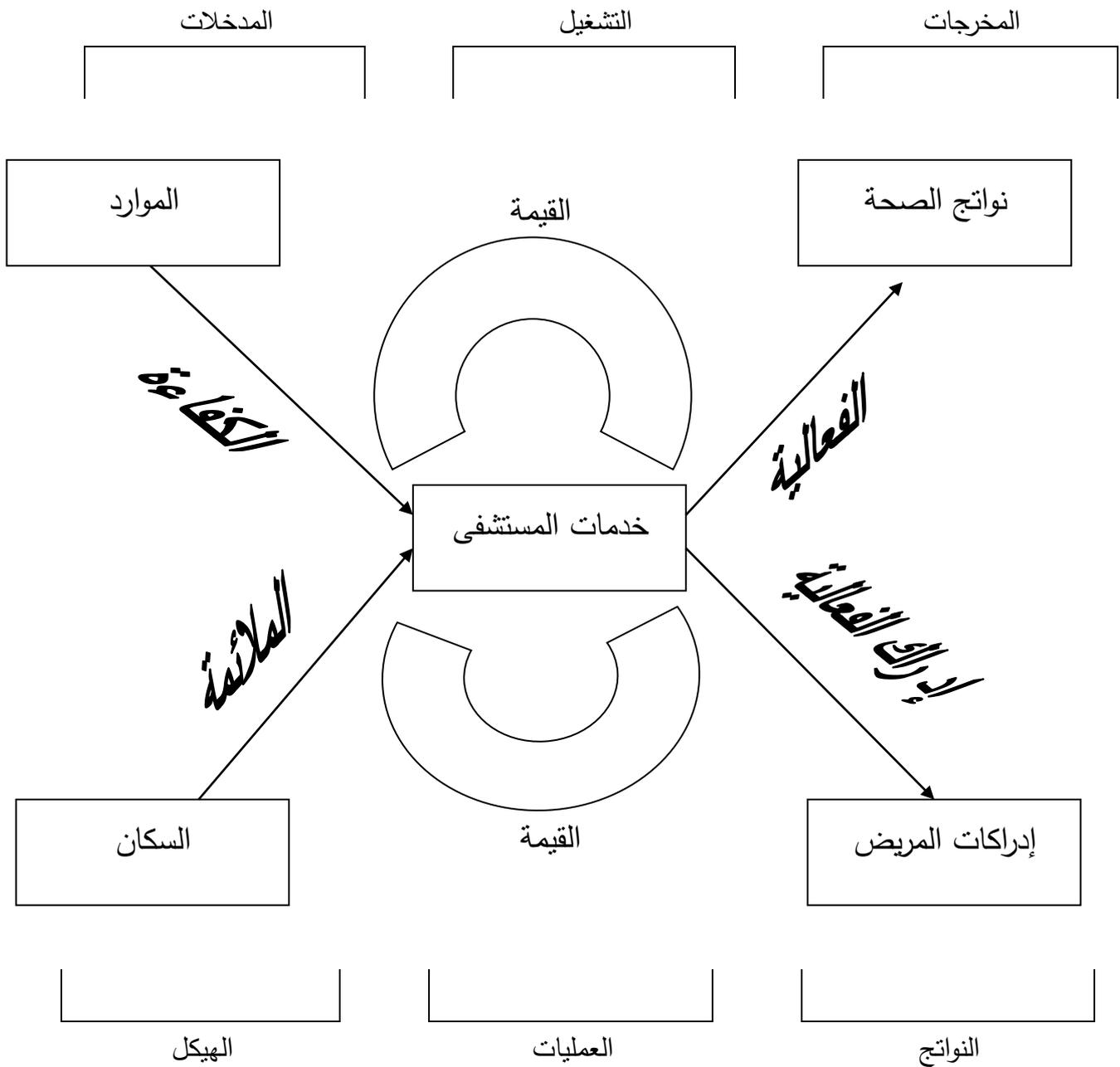
- * الحالة الصحية العامة: مثل معدل الوفيات، معدل تكرار مرض معين في وقت محدد.
 - * مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد: مثل معدل الوفيات لأمراض معينة، أو وجود أعراض مصحوبة بمرض معين، بعض المعوقات السلوكية التابعة لمرض ما... الخ.
- إن هذا المقياس يعتبر مثالي في الهدف الذي صمم لأجله (تقييم جودة الخدمة الصحية)، فضلاً عن صعوبة عملية القياس باستعماله، وذلك لعدم وجود علاقة ارتباطية أكيدة ما بين النواتج وعمليات التشخيص والمعالجة، فالأمر قد تتدخل فيه بعض العوامل الاجتماعية والنفسية والمادية عند الحصول على النواتج.

يمكن أن نستخلص أنه لا يمكن اعتماد أحد هذه المقاييس بمفرده، طالما أنه لا يساعد في تفسير القيم الناتجة عن التطبيق، ولهذا يجب اختيار مقياس الذي يشمل الأنواع الثلاثة من المقاييس وذلك حسب الهدف الذي تسعى المؤسسة الصحية بلوغه.

وعموماً مقياس النتائج يستخدم غالباً بغرض تقييم الأداء بينما مقاييس البنية والإجراءات تستخدم بهدف تحسين وضبط العمليات¹⁰⁶. في الشكل الآتي توضيح مختصر للمقاييس المهنية.

¹⁰⁵ فوزي شعبان مذكور، نفس المرجع السابق، ص234.

¹⁰⁶ عدمان مرزوق، مرجع سبق ذكره، ص34 (بتصرف).



شكل رقم (08/02): الطرق التقليدية في قياس جودة الخدمات الصحية

المصدر: فوزي شعبان مذکور، مرجع سبق ذكره، ص 236.

* تتفق معظم الكتابات الحديثة أنه الوجهة الجديدة لتقييم جودة الخدمة الصحية لا يمكن أن تنحصر في مجرد البنية أو العمليات أو النواتج، وإنما تستند إلى بعض المبادئ الحديثة التي تأخذ النظرة الشاملة في التقييم وهو ما يطلق عليه إدارة الجودة الشاملة وهو موضوع المطلب الرابع من هذا المبحث.

المطلب الرابع: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

سعيًا نحو تحقيق الرضا العام، اهتمت العديد من الدول بنوعية الخدمات التي تقدمها في مختلف القطاعات، ولكن هذا الاهتمام لم يجد ترجمة حقيقية له في الواقع إلا في بعض البرامج المحدودة التي لم تدم طويلاً، وبعض تجارب الإصلاح الإداري والتدريب الموجه للموظفين والعاملين التي لم تحقق المسعى الذي وضعت لأجله.

وعليه حاولت المؤسسات الخدمية لاسيما الاستشفائية منها تبني الأساليب التي أثبتت فعاليتها في تحسين إنتاجية قطاعها، ومن بين هذه الأساليب "إدارة الجودة الشاملة".

1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية

عرّفت إدارة الجودة الشاملة على عدة أوجه وعلى أساس عدة متغيرات، وما يهم في هذا المطلب هو مفهومها في المؤسسات الصحية التي يمكن أن نلخصها فيما يلي:

✓ التعريف الأول: عرفها الباحث دونابيديان (Donabedian 1989) على أن الجودة في نظام الرعاية الصحية تعني تعظيم رضا المريض أولاً وأخيراً بغض النظر ما إذا كانت مؤسسات الرعاية الصحية تحقق الربح أم الخسارة في تطبيقها لأنظمة وفعاليات الرعاية¹⁰⁷.

✓ التعريف الثاني: كما عرفت الباحثة (Anne آن 1995) إدارة الجودة الشاملة بأنها: "الطريقة الإدارية المشتركة لكل من إدارة الجودة الشاملة والتحسينات المستمرة (TQM/CQI)* وهما المفهومان اللذان يعملان بصورة متزامنة باعتبارهما فلسفة إدارية ونهج إداري"¹⁰⁸.

✓ التعريف الثالث: ويمكن تعريف إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية أنها عبارة عن إستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تجعل الأفراد جميعهم من أطباء والطاقم الشبه الطبي والإداريون والعمال قادرين على استخدام طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالتكاليف بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والزبائن الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية.

نستنتج من التعاريف السالفة الذكر أن تطبيق هذا الأسلوب يسمح بالتقييم الدائم والمستمر لسير النشاطات والإجراءات والاستراتيجيات المستخدمة في المؤسسة الصحية بحيث تعمل على التحسن الدائم بما يضمن تحقيق أهداف المؤسسة وتقديم خدمات صحية متميزة. ولهذا تعتبر إدارة الجودة الشاملة منهج متكامل وشامل لتطوير وتغيير الجوانب الإدارية والفنية في كل مؤسسة صحية.

¹⁰⁷ عبد الستار العلي، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان-الأردن، 2008، ص301.

*TQM: Total Quality Management.

CQI: Continuous Quality Improvement.

¹⁰⁸ عبد الستار العلي، نفس المرجع أعلاه، ص301.

2- أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

يمكن لإدارة الجودة الشاملة أن تحقق بعض النتائج الفعالة في المؤسسات الصحية والتي يمكن أن نوجزها فيما يلي:¹⁰⁹

أ. تبسيط الإجراءات

يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، ولقد تمكن مستشفى "جامعة ميتشيجن" من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته 500000 دولار أمريكي سنوياً نتيجة للتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.

ب. تحسين الإجراءات

يهدف نموذج إدارة الجودة الشاملة إلى تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال تحسين إجراءات الأداء، حيث تمكن مستشفى "وست باست فيري" من تقليص معدل العمليات القيصرية من نسبة (22%) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (10%) باستخدام أسلوب المعايير، كما تمكن مستشفى "جامعة ميتشيجن" من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة (30%) نتيجة تحسين جدولة استخدامها.

ت. كفاءة التشغيل

تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة، والتي تتمثل في تقليص مستويات هدر أداء العمليات والرفع من مستوى مهارات أداء العاملين وقد تمكن مستشفى "سنترال دوبيدج" في ولاية "الينوى" الأمريكية من توفير 73000 دولار أمريكي سنوياً من جراء تخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بالشكل الصحيح.

ث. القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية (العيادية)

من أكثر المشاكل شيوعاً في المؤسسات الصحية هي الأخطاء التي يمكن أن يقع فيها الطاقم الطبي والشبه الطبي عند الممارسة الصحية، بالإضافة إلى الاختلاف في أداء هذه المهمة من شخص متخصص لآخر، مما يؤدي إلى انعكاسات سلبية على كفاءة الأداء وجودته خاصة في نظر المستفيد.

¹⁰⁹ حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة، المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة رقم 40، العدد الثالث أكتوبر 2000، المملكة العربية السعودية، ص412. مأخوذ عن: عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص41،

و عليه يساهم تطبيق إدارة جودة الشاملة على التقليل من مستوى الاختلاف في الأداء وحتى تكرار الأخطاء، الأمر الذي يساهم في توحيد طريقة إنجاز المهمة الصحية وبالتالي تحقيق الرضا عند المرضى عند تلقيهم لنفس مستوى التشخيص والعلاج.

ج. الحد من تكرار العمليات

يساعد تطبيق هذا المفهوم من تحديد أفضل الطرق عند إنجاز المهام الطبية والتمريضية وبالتالي يساعد هذا على الحد من تكرار الإنجاز وهدر الوقت والتكلفة، هذه المسألة لها تأثير جد إيجابي على مستوى الكفاءة والإنتاجية لمختلف عمليات المؤسسة الصحية، كما تقلل من مختلف كلف الخدمات الصحية المقدمة. كما يُساعد هذا المفهوم الشامل من تحقيق الرضا عند العاملين وعند المستفيدين عموماً.

3- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

عند تقتنع إدارة المؤسسة الصحية بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، يستوجب عليها المرور بمراحل لتطبيقها نوجزها فيما يلي:

✓ المرحلة الأولى: مرحلة إعداد وتهيئة برامج الجودة الشاملة

هذه المرحلة تسبق بناء النظام وتكريس مبادئه، حيث تقوم الإدارة العليا للمؤسسة الصحية بمساعدة مختلف الأقسام الطبية والإدارية والتمريضية، وبالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال الجودة، بتنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوضيح مبادئه، أهدافه والمنافع التي تجنيها المؤسسة الصحية بعد التطبيق.

كما تقوم المؤسسة بوضع توضيح شامل لكافة جوانب العمل في المؤسسة ومشاكلها الارتدادية، ثم استنباط الأفكار والحلول المثلى لها.

ورغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة فإن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات¹¹⁰.

¹¹⁰ عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، 2003، ص 200.

✓ المرحلة الثانية: نشر ثقافة الجودة الشاملة في المستشفى

تسعى جميع هذه الأطراف العاملة بالمستشفى بمبادئ وأهداف هذا المفهوم، كما يجب نشر ثقافة المرحلة إلى رفع مستوى وعي هذا المفهوم من خلال مناقشة مفاهيمه وكيفية تطبيقه، كما يمكن للمؤسسة أن تعطي معطيات وبيانات عن تجارب مؤسسات خدمية أخرى محلية أو دولية ومراجعة الإسهام الذي حققه تطبيق هذا المفهوم في هذه المؤسسات، وتكون بذلك هذه المرحلة بداية تطبيق هذا المفهوم الشامل.

✓ المرحلة الثالثة: تكوين فريق عمل الجودة

✓ بعد اقتناع الإدارة العليا بأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وبعد اجتياز المرحتين

السابقتين يتم تشكيل فريق عمل الجودة والذي يتكون من:

○ مجلس الجودة

- وهو يمثل المستوى القيادي الأعلى لاتخاذ القرارات وإعطاء الصلاحيات وتحديد الأهداف ومن مهامه:¹¹¹
- رسم السياسات اللازمة لتحقيق أهداف نظام الجودة الشاملة، والمراجعة الدورية لأسلوب التطبيق لإدخال التعديلات المطلوبة.
 - تحديد الأهداف الأساسية والإجرائية ووضع الرؤيا المستقبلية للمستشفى.

○ مكتب الجودة بالمستشفى

وهو مركز تنفيذ السياسات والخطط ويناط به نظم وبرامج الجودة. تتمثل مهام فريق عمل الجودة ككل فيما

يلي:¹¹²

- وضع سياسة واضحة للجودة وكتابتها في كافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد على الاعتبارات التالية:
- أداء العمل بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء؛
- مشاركة جميع الفئات العاملة في حل مشاكل العمل والقضاء على الأخطاء؛
- تطوير فكرة الانتماء للمستشفى والولاء إليه؛
- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى، وتعتبر هذه الحلقات من أكثر طرق نشر ثقافة الجودة المساعدة في تطبيق أساليبها.

¹¹¹ سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة والتعليم، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2007، ص93.

¹¹² أحمد إبراهيم أحمد، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007، ص343-344.

المرحلة الرابعة: تطبيق خطة الجودة ومتابعتها

من أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية مايلي:

- ✓ تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمؤسسة الصحية كما ونوعاً، واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقاً لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية؛
- ✓ تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمؤسسة الصحية، لدعم أنشطة الجودة وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات إيجابية لدى مختلف فئات العاملين؛
- ✓ تلقي وتحليل ومعالجة شكاوي المرضى ومختلف الفئات المستفيدة من الخدمات الصحية، والعاملين، والزائرين.
- ✓ تشجيع جميع الفئات العاملة بالمؤسسة والمتعاملين معها على التقدم بأرائهم واقتراحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات؛
- ✓ تصميم وتوفير آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات؛
- ✓ تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية اللازمة والمتطورة، لتوفير وتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القرارات التي تتخذها؛
- ✓ صياغة آلية مناسبة لإدارة لقياس درجة رضا مختلف الأطراف العاملة والمتعاملة مع المؤسسة الصحية عن ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.

4. مرتكزات نجاح إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

من خلال ما تم عرضه في المراحل السابقة يتبين لنا أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تحتاج إلى مجموعة مرتكزات أهمها:

- ✓ التركيز على المستفيد من الخدمة الصحية مهما كانت نوعية الطلب؛
- ✓ تقديم الدعم والمساندة للإدارة العليا؛
- ✓ دعم العمل الجماعي المشترك بين جميع التخصصات؛
- ✓ تقديم دورات تدريبية للأطراف العاملة بالمؤسسة؛
- ✓ مراعاة وبصفة دورية أنظمة المكافأة؛
- ✓ استخدام الحقائق والبيانات كأساس في اتخاذ القرار.

5- عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

حتى تتجح عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا بد من توافر مجموعة من العوامل يلخصها الباحث محمد سيد جاد الرب فيما يلي:¹¹³

- ✓ ضرورة اقتناع الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة؛
- ✓ كما يجب على هذه الإدارة أن تقنع جميع الأطراف العاملة بمزايا وفوائد تطبيق هذا النظام؛
- ✓ يتطلب تطبيق هذا النظام في الكثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهيكل التنظيمية في المؤسسات الصحية؛
- ✓ إن هذا النظام ليس بديلاً عن الإدارة التقليدية، ولكنها أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي والمتميز منذ بداية التشغيل حتى نهايته مع ضرورة منع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد ممكن؛

- ✓ لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:
 - توفير نظام فعال للاتصال والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية؛
 - الترويج لهذا النظام في المؤسسة الصحية وفي المحيط الخارجي لها؛
 - استحداث نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في المؤسسة الصحية؛
 - فهم واضح لأساليب الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات يدعم عملية اتخاذ القرارات المصيرية؛
 - محاول تطبيق النظام في أحد الأنشطة الفرعية للمؤسسة ثم التدرج إلى باقي الأنشطة؛
 - محاولة الاستفادة من تجارب بعض المؤسسات التي نجحت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
 - توحيد النشاطات المتجانسة في المستشفى الأمر الذي قد يؤدي إلى رفع جودة الخدمة ومستواها وتقلل من التكاليف أحياناً؛¹¹⁴
 - المتابعة الدائمة لعملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
 - الانفتاح على المجتمع المحلي ومشاركته للمؤسسة الصحية بالمسائل المرتبطة بالمجتمع والبيئة.

6- عوامل فشل تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

- قد تواجه المؤسسات الصحية وهي بصدد تطبيق هذا النظام بعض القيود والتي نلخصها فيما يلي:
- ✓ عامل الوقت والتكلفة: قد يحتاج تطبيق هذا النظام إلى وقت كبير نسبياً مقارنة ببعض الأنظمة الأخرى، الأمر الذي قد يسبب ارتفاع تكاليف تطبيقه لحين الحصول على أولى النتائج الإيجابية؛

¹¹³ سيد محمد جاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية: منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1992، ص188، 198 (بتصرف).

¹¹⁴ صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص78.

- ✓ صعوبة وضع معايير ومقاييس لتقييم أداء الأطباء؛
- ✓ فقدان الاهتمام بعملية التطبيق لعدم الحصول على نتائج ملموسة في المدى القصير؛
- ✓ لاعتماد على أشخاص عاديين لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية، إلا أن ذلك يحتاج إلى خبراء في الجودة.¹¹⁵
- ✓ ضمن معوقات تطبيق هذا النظام نجد أن المعوقات الثقافية هي الأكثر صعوبة، ومن ضمنها؛
- ✓ إن المؤسسات الصحية تميل إلى التركيز على احتياجات مقدمي الخدمات الصحية أكثر من التركيز على احتياجات المستفيد من هذه الخدمات؛
- ✓ يعتقد المدبرون بأن هذا النظام يحد من صلاحياتهم وهذا يؤدي إلى التأثير على مسؤولياتهم، لذلك فهم يقومون برفض تبني هذه الفلسفة في مؤسساتهم؛
- ✓ عدم اهتمام معظم الأطباء في المؤسسات الصحية بهذا النظام، لأنهم يعتقدون أنه لا ينطبق على وظيفتهم؛
- ✓ نقص مشاركة الأطباء في جهود إدارة الجودة الشاملة، ويعود السبب إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية، وبأن إدارة الجودة الشاملة هي بالدرجة الأولى آلية لضبط التكلفة. وتشير الدراسات أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء يزيد من التكلفة الإجمالية لعملية التغيير ولا تحقق الأهداف المرجوة منها.

¹¹⁵ منصورى زىن، ناصر مراد، الملتقى الدولى الرابع حول المنافسة والاستراتيجيات التنافسية للمؤسسات الصناعية خارج قطاع

[<http://Labocolloque5.voi1a.Net/135Zinemansouri.pdf>]. جامعة سعد دحلب البليدة، متاح على الرابط

المبحث الثالث: النظم الصحية وتقييم الأداء فيها

تولي معظم الدول المتطورة في العالم اهتمام بالغ لموضوع الصحة والرعاية الصحية، وقد جاء هذا الاهتمام نتيجة لعنصرين أساسيين وهما:

❖ اعتراف الدول بالصحة وخدماتها كحق أساسي لكل مواطن وتبنيها لذلك علمياً، كما هو منصوص في الدساتير كالتزام سياسي أمام المواطن؛

❖ رسوخ القناعة الأكيدة لدى الأفراد والمسؤولين بالارتباط القوي بين صحة الفرد والرفاهة العامة للمجتمع ودورهما في التنمية الصحية والشاملة لهذا المجتمع.

وتختلف الأنظمة الصحية التي تطورها وتبناها المجتمعات المختلفة لتحقيق التنمية الصحية باختلاف نظمها وبيئاتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية، كما تتأثر بالقيم والمعتقدات المجتمعية والدينية السائدة، وبالموارد والإمكانيات المتاحة لها في هذا المجال. حيث تتفاعل مع معظمها وتؤثر على تحديد المعالم الكلية للنظام الصحي.

على ضوء ما سردناه، سنتطرق في هذا المبحث إلى:

المطلب الأول: ماهية النظام الصحي ومكوناته

المطلب الثاني: وظائف النظام الصحي (خدماته)

المطلب الثالث: محددات الأداء الصحي الجيد

المطلب الرابع: تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

المطلب الأول: ماهية النظام الصحي ومكوناته

النظام كمفهوم كلي هو مجموعة من العناصر المترابطة والتي عندما تعمل مع بعضها البعض ككل متكامل تنتج عن حدوث شيء ما. وعلى هذا الأساس سنتطرق إلى مفهوم النظام الصحي كجزء لا يتجزأ من المفهوم الشامل للنظام، ثم نبحث في مكوناته.

1- تعريف النظام الصحي

سوف نستعرض جملة من التعاريف لمفهوم النظام الصحي وهي كما يلي:

○ التعريف الأول: عرف الباحث نصيرات هذا المفهوم على أنه: "مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل لتحقيق هدف النظام الصحي والمتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع، والمحافظة عليه وترقيته باستمرار"¹¹⁶.

¹¹⁶فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الثالثة، دار المسيرة، الأردن، 2011، ص54.

○ التعريف الثاني: كما عرف في أحد المواقع الإلكترونية على أنه: "هو مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المكرسة للتدخلات الصحية وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس بالغرض الوحيد، كما أن هذا الغرض ينقسم إلى شقين: بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة)، والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة)"¹¹⁷.

○ التعريف الثالث: كما عُرّف النظام الصحي بأنه: "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحية تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها... وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة"¹¹⁸.

وعليه يمكن أن نستخلص تعريفاً جامعاً للنظام الصحي، ونقول أنه هو كل مؤسسة صحية مع ما تحتويه من موارد مادية وبشرية (مدخلات)، مسخرة لتحقيق أفضل مستوى رعاية صحية (مخرجات) لكل الأطراف الطالبة لذلك على نفس القدر من الجودة والكفاءة، مع حسن تسيير الموارد المتاحة في حدود التكلفة المعقولة للمؤسسة والمواطن، مع مراعاة العدالة في توزيع الخدمات الصحية لهذه المؤسسات (العملية). من خلال هذا المستخلص يتضح لنا مكونات النظام الصحي والتي نستعرضها في العنصر الموالي.

2. مكونات النظام الصحي: يتكون النظام الصحي شأنه شأن باقي الأنظمة من أربعة عناصر أساسي وهي:¹¹⁹

* المدخلات: وتشمل كل من المعدات، والأجهزة والآلات، المرضى، الطاقم الطبي والشبه الطبي، الطاقم الإداري والعمال، المباني، الأسرة... الخ.

* العمليات: وهي تشمل كل ما يتعلق بإجراءات التشخيص والمعالجة والرعاية الصحية، صرف الأدوية، وباقي العمليات الإدارية والرقابية.

* المخرجات: وتتمثل في كل من معدلات المرضى، الوفيات الشفاء، الرضا-العاملين والمرضى، العدوى... الخ.

* التغذية العكسية: وهي تتمثل في البيانات والمعلومات عن بيئة المؤسسة الصحية الداخلية والخارجية، ومعلومات عن مدى تطابق خدمات المؤسسة مع المعايير والمقاييس المعتمدة، حيث على ضوء هذه التغذية يتم تغيير نوع الخدمة بما ينسجم ورغبات واحتياجات الجمهور المستفيد. إن هذا الطرح العلمي يشكل مكونات النظام

¹¹⁷النظم الصحية وتقييم أدائها مأخوذة من الموقع التالي: أطلع عليه يوم 2015/02/15 على الساعة 15:30

<http://www.Sgh.org.SA/Fan.htm>.

¹¹⁸فالح بن زياد الفالح، تطوير النظام الصحي في المملكة العربية السعودية، أطلع عليه في الموقع الإلكتروني:

<http://www.Planning.gov.sa/planning/all20%presentation/day1/1C-health/11>.

¹¹⁹عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص153 (بتصرف).

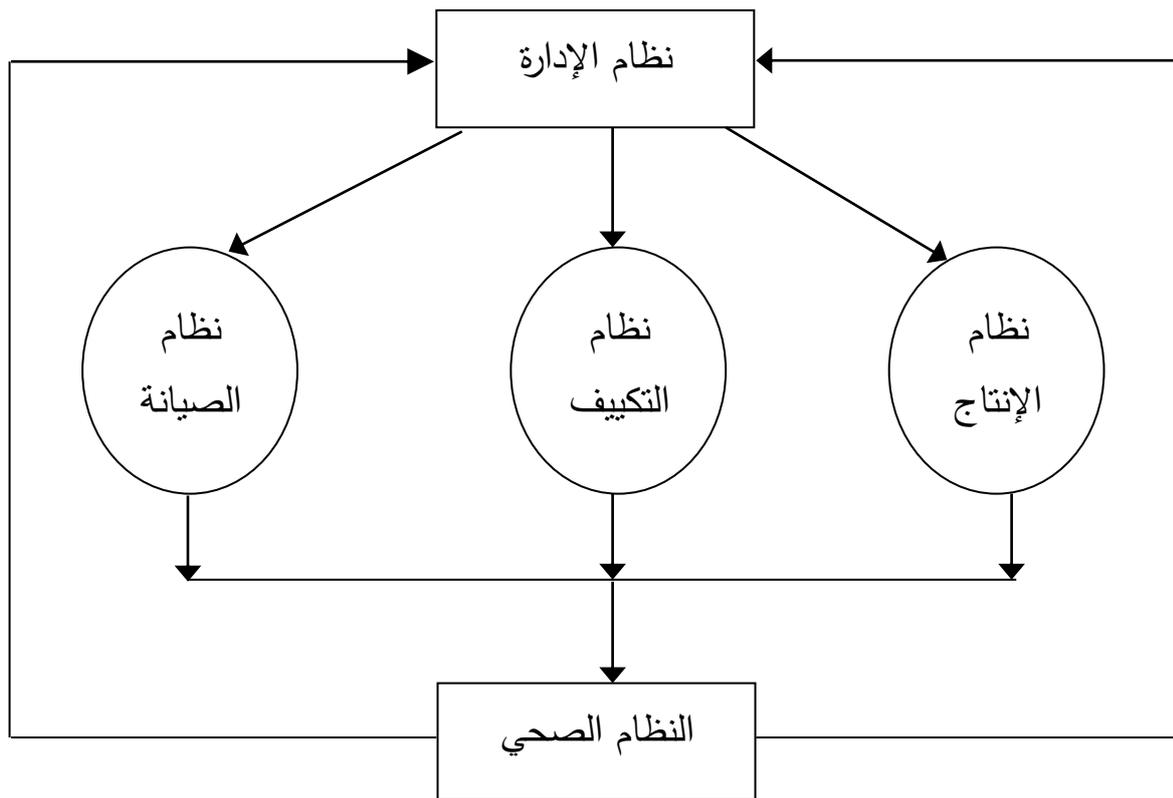
الصحي على أساس المقاربة النظامية، وبالإضافة إلى هذا وجدنا أن بعض الباحثين يقدمون مكونات أخرى للنظام الصحي على أساس المقاربة الاجتماعية وتتمثل هذه المكونات في العناصر التالية:¹²⁰

✓ نظام الإنتاج: وهو يشمل جميع المؤسسات التي تقوم على إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الصحية والطبية لمختلف أفراد المجتمع.

✓ نظام الصيانة: وهو يتعلق بكل الأنشطة التي تتولى مهمة إعداد وتعليم وتدريب وتأهيل العاملين في المؤسسة الصحية للقيام بالأدوار المحددة لهم على أكمل وجه، كما يعتني نظام الصيانة بمسائل تمويل الخدمات الصحية بشكل عام.

✓ نظام التكيف: يهتم هذا النظام بمتابعة أنماط انتشار الأمراض، وأحدث التطورات التكنولوجية المساعدة على العلاج، والطرق الحديثة في إنتاج وتقديم الخدمات الصحية، والعمل على دراسة توقعات العملاء والعاملين والاستجابة لمختلف التغيرات الحاصلة في هذه المتغيرات.

✓ نظام الإدارة: وهو النظام الذي يقوم بمهام تنسيق وضبط وتوجيه أنشطة الأنظمة الثلاثة السالفة الذكر. من خلال ما سبق عرضه يمكن لنا أن نوجز مختلف مكونات النظام الصحي في الشكل الموالي.

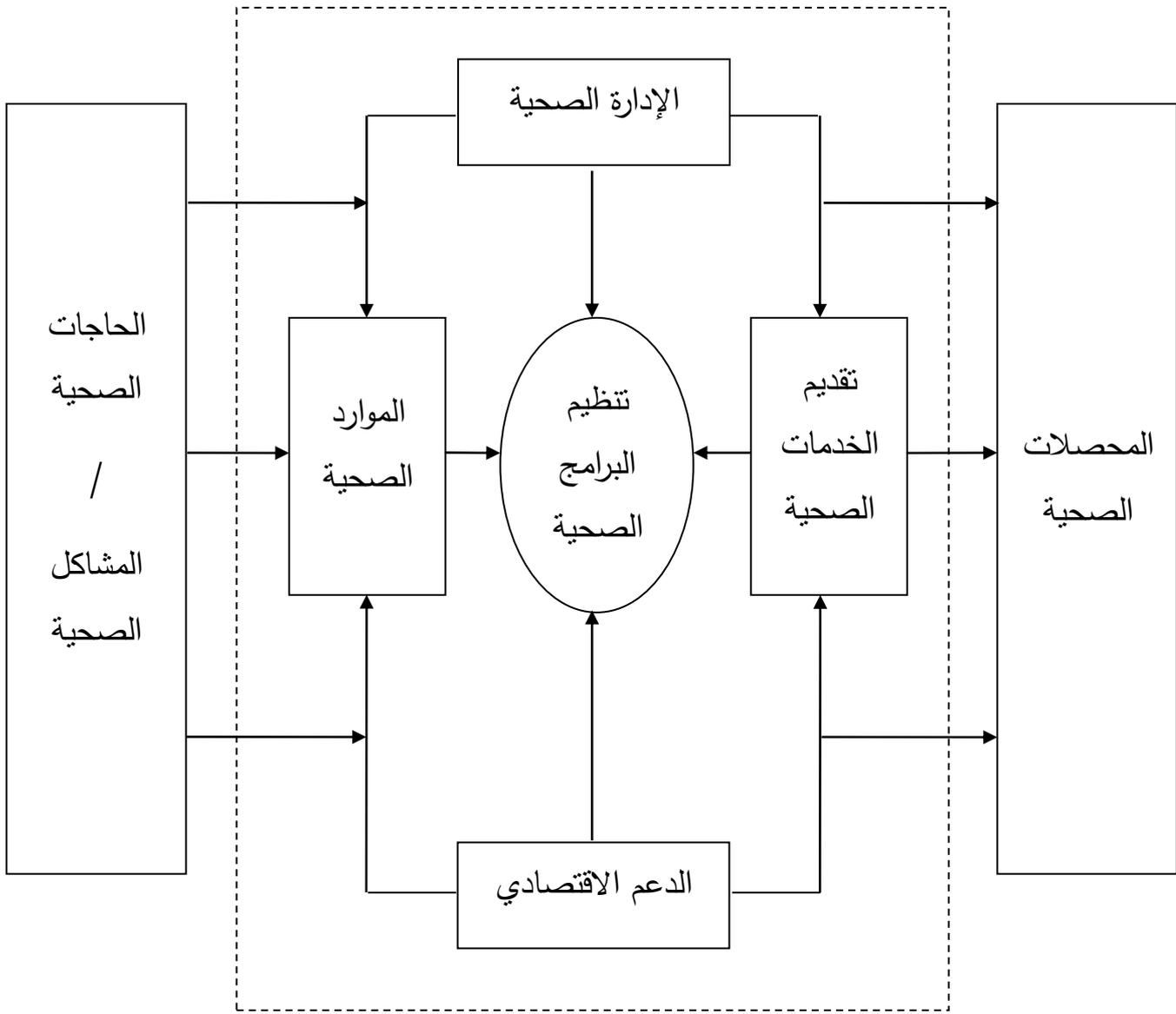


شكل رقم (09/02): مكونات النظام الصحي

المصدر: من إعداد الباحثة

¹²⁰فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص55 (بتصرف).

في بعض الدراسات الحديثة تتحدد مكونات النظام الصحي على أساس نموذج النظام الصحي وتبرز أهم مكوناته في خمسة عناصر موضحة في الشكل الموالي.



شكل رقم (10/2): نموذج النظام الصحي، مكوناته وعلاقاته مع الوضع الصحي

المصدر: توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 57

والجدول الموالي يوجز لنا شرح وظائف عناصر النظام الصحي المذكورة في الشكل السابق.

جدول رقم (05/02): مكونات النظام الصحي ووظائفه

مكون النظام	الوظيفة
إنتاج الموارد الصحية	* موارد الطاقة البشرية الصحية * المؤسسات الصحية بمختلف تخصصاتها * الأدوية والمواد الطبية * المعرفة الصحية
تنظيم البرامج الصحية	* الهيئات العامة الصحية * وزارة الصحة والرعاية الصحية * الهيئات الخاصة الصحية غير الربحية * القطاع الصحي الخاص * منظمات المجتمع المحلي والدولي للصحة الاجتماعية
الإدارة الصحية	* التخطيط، والإدارة * القيادة والرقابة والتقييم * التنظيم الصحي * التشريع الصحي
تقديم الخدمات الصحية	* الرعاية الأولية والوقاية * الرعاية الأولية والعلاج * الرعاية الثانوية * الرعاية المتخصصة
الدعم الاقتصادي	* التأمين الشخصي والتطوعي * الجمعيات الخيرية * الضمان الاجتماعي والصحي * الضرائب الحكومية * المعونات الدولية والمحلية * القروض الدولية

المصدر: فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 59.

المطلب الثاني: وظائف النظام الصحي (خدماته) ومميزاته

إن الهدف الأساسي لأي نظام صحي هو مواصلة تقديم خدمات صحية جيدة وضمان توفيرها في الزمان والمكان المناسبين، في حدود الإمكانيات والموارد المتاحة، ولتحقيق هذا الهدف على النظام الالتزام بوظيفتين أساسيتين وهما:

- * ضمان تقديم خدمات طبية نوعية جيدة وباستمرار؛
- * التركيز والعمل على إنقاص معدلات حدوث الأمراض والحوادث والوفيات قدر الإمكان، باعتبارها وظيفة إستراتيجية تحتاج إلى مجهودات جبارة دون انقطاع.

1- وظائف النظام الصحي (خدماته)

عموماً لا تختلف وظائف النظام الصحي من حيث عدد المستويات التي يشملها، ولكن قد توجد بعض الاختلافات من حيث نوعية الخدمة الصحية وجودتها، طبعاً باختلاف مستوى تطور البلد وتميز القطاع الصحي فيه. وفيما يلي عرض موجز لوظائف النظام الصحي (خدماته) وفق المستوى الذي تحتله هذه الوظيفة.¹²¹

✓ المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية

نعرف الرعاية الصحية الأولية حسب ما عرّفته منظمة الصحة العالمية حيث تقول أن: "الرعاية الصحية الأساسية أو الهامة ميسرة لكافة أفراس المجتمع ومعمّدة على وسائل وتقنيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً، وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره، وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسر بالنظام الصحي"¹²².

كما يمكن أن نعرف خدمات هذا المستوى حسب ما قدمها الباحث نصيرات كما يلي: "هي الخدمات التي تقدم في الغالب بواسطة الأطباء العاملين في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات وهي تشكل نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى الذين يطلبون الخدمة. ويعتبر هذا المستوى على درجة كبيرة من الأهمية نظراً لكون الغالبية العظمى من المستفيدين من الخدمات لا تتطلب خدمات الأطباء الأخصائيين"¹²³.

وعليه فإن خدمات الرعاية الصحية الأولية هي كل الأنشطة الصحية والتي تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعاف الأولى، وخدمات التطعيم ضد الأمراض المختلفة ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية، والصحة البيئية والتنظيف الصحي. ويتم هذا النوع من الخدمات إما في المؤسسات الصحية أو خارجها.

¹²¹صلاح محمود نياض، إدارة الخدمات الصحية، ط1، مطابع الدستور، 2011، ص ص: 210-213.

¹²²سيد جاد الرب، تنظيم وإدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، جمهورية مصر العربية، 2012، ص117.

¹²³فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص73 (بتصرف).

✓ المستوى الثاني: خدمات الرعاية الثانوية (التخصصات)

وهي خدمات الرعاية الطبية التخصصية، بحيث يتم تقديم خدمات الكشف والفحص الطبي التخصصي من طرف أطباء أخصائيين، مثل خدمات الطببة العلاجية والجراحية التي تقدم للمرضى داخل المستشفى أو المراكز الصحية التخصصية وهي تتمثل في: الجراحة العامة، الباطنية، طب النساء والتوليد، طب الأطفال، طب العيون، طب الأسنان... الخ.

✓ المستوى الثالث: خدمات الرعاية الثلاثية (التخصصية)

وهي خدمات على درجة عالية من التخصص الدقيق مثل أمراض وجراحة الأعصاب، أمراض وجراحة القلب، الجراحة التجميلية وغيرها من التخصصات الدقيقة، وعادة ما يتم التعامل مع المرضى في هذا المستوى في العيادات المتخصصة، حيث يكون المريض محوّل من مستوى الرعاية الثانوية¹²⁴.

✓ المستوى الرابع: خدمات الرعاية الطويلة الأمد (التأهيلية)

وهي مختلف الخدمات الصحية التي تقدم إما في المستشفى أو المراكز الطبية أو في المنزل، تتميز هذه الخدمات كونها تحتاج إلى فترة زمنية طويلة في تقديمها، ومن أمثلتها: خدمات رعاية كبار السن (الشيخوخة)، المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، الإعاقات والتخلف العقلي والشلل... الخ¹²⁵.

تعتبر هذه المستويات الأربعة أكثر المستويات تصنيفاً من حيث وظائف المؤسسة الصحية، وهناك بعض الدراسات تشير إلى نوع آخر وهو يمثل مستوى الرعاية الذاتية، بحيث يشمل الخدمات التي يقوم بها الفرد بنفسه لذاته، مثل شراء الدواء من الصيدلية أو اللجوء إلى الطب البديل. وهذا النوع من الخدمات موجود ومتوفر في كل المجتمعات تقريباً.

المطلب الثالث: محددات الأداء الصحي الجيد

هناك مجموعة من المحددات التي تشكل أركان أساسية تقوم عليها جودة الخدمات الصحية يمكن عرضها فيما يلي:

1- تواجد الخدمات وسهولة منالها

يشير هذا الركن إلى مفهوم الكفاية الكمية للخدمات الصحية للأفراد الذين تشملهم هذه الخدمات، ويتم قياس هذا الكم على أساس نسب بين عدد السكان في منطقة الخدمة الصحية وعدد المؤسسات الصحية

¹²⁴فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص74.

¹²⁵صلاح محمود نياي، مرجع سبق ذكره، ص171.

والعناصر البشرية المهنية التي تقدم الخدمة الصحية (مثلاً: نسبة عدد الأطباء لكل ألف نسمة في حدود جغرافية معينة). ويشكل هذا المعيار أهمية بالغة في مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية والانتفاع بها. ولضمان سهولة منال الخدمة الصحية لا بد من توفر المعطيات التالية:¹²⁶

- * توفير الخدمات في أماكن تواجد الأفراد؛
- * ضمان وصول كل فرد إلى الخدمة الصحية واستعماله لها والانتفاع بها في الزمان والمكان المناسب وتبعاً لحاجته الفعلية لها؛
- * إزالة مختلف العوائق التي تحد من وصول المستفيد من الخدمة الصحية، سواء كانت عوائق تنظيمية أو مالية أو مادية أو اجتماعية.

2. الاستجابة

يشير التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان: النظم الصحية "تحسين الأداء"¹²⁷ أن القدرة على الاستجابة تنقسم إلى شقين هامين: أولهما يتمثل في احترام الأشخاص من حيث صون كرامتهم وحفظ أسرهم ومراعاة حريتهم في اتخاذ القرار الخاص بصحتهم. أما الشق الثاني يمكن في اهتمام المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية عموماً لشبكات الدعم الاجتماعي عند توفير الرعاية الصحية الأولية وإتاحتها، وضمان جودتها، وحسن اختيار مقدمي الخدمات الصحية. بحيث تقوم القدرة على الاستجابة أساساً على إمكانية توفر الموارد والإمكانيات اللازمة لتحقيق ذلك.

3. عدالة المساهمة المالية

أجرت المنظمة العالمية للصحة تصنيفاً لمختلف البلدان لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية، وقد احتلت هذه البلدان مراتب مختلفة، حيث اعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تنفقه الأسر على الخدمات الصحية، مع الأخذ بعين الاعتبار أقساط التغذية، والضرائب، ومستحقات الضمان الاجتماعي، وصناديق التأمين الخاصة والمدفوعات المباشرة¹²⁸.

¹²⁶فريد نصيرات، المرجع السابق، ص76.

¹²⁷عدمان مرزوق، مرجع سبق ذكره، ص119، مأخوذ عن: قدس برس، دعوة لعولمة الرعاية العلاجية، منظمة الصحة العالمية. <http://www.Islam-online-Net/iol-arabic/donalia/namaa-45/namma-c.Asp=Top>.

¹²⁸عدمان مرزوق، المرجع السابق، ص111 (بتصرف).

4- مستوى الصحة العام

إن النظام الصحي الكفاء والجيد يعكس المستوى العام للصحة في أي بلد، وعلى هذا الأساس اختارت منظمة الصحة العالمية متوسط العمر المأمول مع احتساب مُد الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم، حيث يتميز هذا المعيار بقابليته للمقارنة بمتوسط العمر المأمول بصفة مباشرة.

5- عدالة توزيع الانتفاع من الخدمات الصحية

يرى بعض الخبراء أنه لا يكفي ضمان تحسين الصحة والرعاية الصحية بين أفراد المجتمع إذا كانت هناك فوارق في الانتفاع بين هؤلاء أفراد لصالح المعافين بدرجة أكبر، ولذلك فعلى النظم الصحية إدراج أولوية الانتفاع للأشخاص الذين هم بحاجة ماسة للرعاية الصحية، ولذوي الدخول المتدنية (الفقراء) لتحسين مستوى الصحة لديهم وتدارك الفرق، مع مراعاة الجودة في تقديم هذا المستوى من الرعاية الصحية والقضاء على التمييز والتفاوت ما بين المستفيدين.

6- توزيع التمويل

نبه التقرير إلى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية، إلا أنها قد تكون جيدة إذا ارتبطت أساساً بتوزيع التكاليف المالية توزيعاً عادلاً، لاسيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشير إلى أن ذلك لا يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال.¹²⁹

7. شمولية الرعاية الصحية واستمراريتها

يتضمن مفهوم شمولية الرعاية الصحية ضمان توفير مختلف مستويات الرعاية الصحية في الوقت نفسه للمواطن، وذلك في حدود الموارد والإمكانات التي توفرها الدولة للنظام الصحي. كما يشير مفهوم الاستمرارية إلى ضمان استمرار الفرد ضمن نظامه الصحي في تلقي مستوى الرعاية الصحية التي يحتاجها بتتابع مستمر بما ينسجم مع حاجاته وقدراته واتجاهاته الفكرية، مع ضمان وجود نظام تغذية عكسية للمعلومات بين المستويات المختلفة للخدمات الصحية الأنفة الذكر. والجدير بالذكر في هذه المسائل أن النظم الصحية في العالم متعددة وغير موحدة، فلا وجود لنظام صحي مثالي، إلا أنها تشترك مع بعضها البعض في كونها تستجيب لاحتياجات المواطنين، وتسعى إلى عدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط المواطنين.

¹²⁹ عدمان مرزوق، مرجع سبق ذكره، ص112.

8. كفاءة الخدمة الصحية وجودتها

يشير مفهوم كفاءة الخدمة الصحية إلى حسن تنظيم وتوزيع الموارد المتاحة للقطاع الصحي والاستخدام الأمثل لها لتحقيق الأهداف المسطرة.

إن محدودية الموارد وارتفاع تكلفتها مسألة واردة في كافة المجتمعات، ولهذا فالمحافظة على كفاءة الاستخدام لمواجهة الاحتياجات اللامتناهية هو الحل الأمثل لمحدودية هذه الموارد من جهة وتكلفتها المتزايدة من جهة أخرى.

وعند الحديث عن جودة الخدمات الصحية فإن المسألة مستعصية التعريف والقياس الدقيق، وهذا بسبب تباين الآراء حول هذا الموضوع وشساعة متغيراته وغموضها.

تشير معظم الدراسات المهمة في مجال الجودة في الخدمة الصحية إلى أنها تتضمن عنصرين جوهريين وهما: ¹³⁰

* مدى مساهمة الجانب المعرفي والتكنولوجي في تعزيز الجودة في تقديم الخدمة الصحية، والمتمثل في مختلف المعارف والمهارات والخبرات، وحتى درجة التقدم العلمي والتقني والأساليب المستحدثة في الرعاية الصحية.

* مدى مساهمة الجانب السلوكي وفن التعامل لمقدمي الخدمات الصحية والتزامهم بحسن التعامل والصبر على ذلك باستمرار تجاه المستفيدين من الخدمات الصحية.

وبالرغم من ضعف اهتمام النظم الصحية لهذا المتغير الجوهري، واعتباره مسألة سيكولوجية لا تؤثر بنفس درجة تأثير التكنولوجيات الحديثة المستخدمة، إلا أنه يشكل جوهر الجودة في خدمات الرعاية الصحية، خاصة أن التعامل يكون في الغالب مع المريض الذي هو في حاجة ماسة للمحافظة على جوانبه السلوكية، لبلوغ درجة رضا مقبولة تعكس مدى جودة العلاقة التفاعلية بين مقدم الخدمة الصحية والمستفيد منها، ومدى تعاون كلا الطرفين لبلوغ ذلك المستوى من الرعاية المنشود.

المطلب الرابع: تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

على الرغم من الاهتمام الكبير الذي يحظى به موضوع تقييم الأداء في مجال الرعاية الصحية الأولية والمتخصصة، إلا أنه لا يزال من أهم التحديات التي تواجه الباحثين والمختصين في هذا المجال، لاسيما ما يتعلق بتحديد الطريقة الأكثر ملائمة لقياس الأداء وبالتالي تقييمه.

ويتجدد ذلك وفق مؤشرات وأدوات قياس ذات دلالة قوية في هذا المجال البحثي الهام.

وهذا ما سنقوم بتوضيحه في هذا المطلب

¹³⁰فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 81 (بتصرف).

1- مفهوم تقييم الأداء

تقوم إدارة مختلف المؤسسات بعملية تقييم أداء مختلف النشاطات التي تتجزأ تحت وصايتها، وتعتبر هذه المسألة هامة لما لها من تأثير على النتائج النهائية للعملية التسييرية. ويمكن أن نعرف تقييم الأداء حسب ما أدل به بعض المهتمين والدارسين لهذا المفهوم كالتالي:

تقييم الأداء هو: "إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها ومقارنة تلك الأهداف بالأهداف المسطرة، ومعرفة وتحديد مقدار الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقاً، مع تحديد أسباب تلك الانحرافات وأساليب معالجتها"¹³¹.

وعليه يتبين أن تقييم الأداء هو المقارنة بين مستوى الأداء الفعلي بمستوى الأداء المرغوب أو المخطط له. وعند الرجوع إلى تقييم أداء المؤسسات الصحية نجد أن المسألة برزت لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من الدول التي تعتمد على القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، وكان يتم التقييم باستخدام مؤشرات خاصة استحدثت لتسويق هذا النوع من الخدمات على وجه الخصوص.

أما الدول التي تعتمد على القطاع العام في تقديم الخدمات الصحية، فإن استخدام مؤشرات القياس كان ضعيفاً، نظراً لقصور أنظمة المعلومات فيها، واختلاف مصادر التمويل مما أدى إلى ضعف الحافز لقياس الأداء (Sheldon 1998). حالياً لم يبق الأمر على ما كان عليه، بل ازداد اهتمام المؤسسات الحكومية بموضوع الجودة خاصة المؤسسات الصحية.

إن عملية تقييم الأداء الصحي ترتبط بوجود إطار هيكلي منظم يحدد خطوات التقييم ومعاييرها، ثم يتم قياس الانحرافات عن المعايير، ثم تقييم النتائج ومقارنتها مع المستويات التسييرية التالية:¹³²

- * أهداف وميزانيات النظام الصحي؛
- * الأداء السابق للنظام الصحي؛
- * أداء الأنظمة الصحية المنافسة؛
- * الأداء البديل لو استخدمنا مدخلات المستشفى في نشاط آخر.

¹³¹قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2006، ص358.

¹³²فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الطبعة الأولى، دار الجامعة، جمهورية مصر العربية، 2007، ص445.

ومن خلال ما سبق طرحه يتضح لنا أن تقييم الأداء في المؤسسات الصحية يدور حول فعالية برامج أداء مختلف النشاطات والعمليات والإجراءات التي تسهل وصول الخدمة الصحية للمستفيد منها، بمعنى آخر، فرض معايير ومؤشرات بمثابة مقاييس رسمية وعلى القائمين على الخدمة الصحية على مختلف الأصعدة (الإداري، الطبي، الشبه الطبي، العمالة...)، احترام صرامة تطبيقها وإتباعها. ويقوم تقييم الأداء بإتباع برنامج التطبيق الفعلي أي التأكد من تحقيق جملة من الأهداف الصحية مثل: خفض معدلات الوفاة، زيادة معدلات الاستشفاء، سرعة مكافحة الوباء واستمرارية المحافظة على سلامة البيئة... وغيرها من الأهداف الصحية التي يقوم النظام الصحي على تسطيرها.

2- أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

ترجع أهمية تقييم أداء المؤسسات الصحية إلى الاعتبارات التالية:¹³³

- ✓ أهمية وحيوية الأدوار التي تقوم بها المستشفيات في العصر الحديث؛
- ✓ الدور الاجتماعي الذي تقوم به المستشفى في العلاج والوقاية وتنظيم الأسرة والسكان وخاصة في الدول النامية؛
- ✓ تطور مفهوم إدارة وتنظيم الخدمات الطبية من التركيز على الخدمات الصحية إلى التركيز على المرضى الحاليين والمرقبين، ووضع نظام متكامل لتقديم هذه الخدمات بما يحقق إرضاء حاجات المرضى؛
- ✓ الاهتمام بتفاعل المنظمات الصحية على البيئة المحيطة بها، وتحديد المشاكل الصحية التي تعاني منها البيئة. مثل الأمراض وتلوث الجو وانخفاض مستوى الصحة العامة للسكان... الخ؛
- ✓ انعكاس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الإداري والطبي في المنظمات الصحية وجعل المنظمة الصحية نظاماً ديناميكياً يتفاعل مع المؤثرات الخارجية والداخلية؛
- ✓ تتميز الموارد الصحية وخاصة في الدول النامية بندرتها وعدم كفايتها لمتطلبات واحتياجات الأفراد، وهذا ما يؤدي إلى الاهتمام بفاعلية وكفاءة إدارة هذه الموارد على أحسن وجه ممكن، بما يحقق أكبر فوائد ممكنة مثل الوقاية والنهوض بالصحة العامة، وتأثير ذلك على التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الدول النامية.

كما يضيف الباحث مريزق بعض الاعتبارات وهي:¹³⁴

- ✓ استخدام نتائج التقييم في إعادة تقييم برامج إدارة الموارد البشرية، وخاصة فيما يتعلق ببرامج الاختيار والتعيين والترقية والتكوين؛
- ✓ كما يعمل نظام تقييم الأداء على إحداث التوازن الداخلي والخارجي للمؤسسة الصحية.

¹³³ سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص 306-307.

¹³⁴ عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص 53.

3- نماذج تقييم أداء المؤسسات الصحية

أ- نموذج دونا بيديان Model of DONABIDIANE

يوجد العديد من النماذج لتقييم جودة الرعاية الصحية، لعل أبرزها ثلاثية دونا بيديان: المدخلات أو العوامل الهيكلية (Structure)، والعمليات (Process)، والمخرجات (Outcome)، ويصف (Trarwick et al 1992) التقييم وفقاً لهذا النموذج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (6/2): ثلاثية دونا بيديان لتقييم الرعاية الصحية

تقييم المدخلات	تقييم البنية التنظيمية والبنية التحتية، والظروف المحيطة بتقييم الرعاية بشكل عام، ومدى تأثيرها في الجودة ومثال ذلك: المبنى والتجهيزات والميزانية المتاحة.
تقييم العمليات	أي تقييم جميع ما يقوم به العاملون رعاية المرضى، ومن أمثلة ذلك: دقة التوثيق في السجلات الطبية، وجدولة المواعيد، أخذ العينات، الإجراءات التشخيصية والعلاجية المختلفة، أنماط وصف الأدوية، أنماط تحويل المرضى، مهارات الاتصال.
تقييم المخرجات (المردود)	تقييم النتائج النهائية للرعاية، أي التغييرات الملحوظة على المستوى الصحي للمرضى، ومن الأمثلة على ذلك: تحسين نتائج الرعاية، التقليل من السلوكيات الصحية الخاطئة، تحسين المستوى الصحي، تحقيق رضا المستفيدين، استمرارية الرعاية، القضاء على الأخطاء، نسبة الأطفال المحصنين.

المصدر: حنان عبد الرحيم الأحمدى، تقييم الأطباء لخدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية، مجلة معهد الإدارة العامة العدد 5 المجلد 14، ص20.

يقوم نموذج دونا بيديان على فكرة جوهرية وهي أن مردود الرعاية الصحية لا يتأتى إلا إذا توفرت البنية التحتية المناسبة (المدخلات)، وإتباع الطريقة الصحيحة (العمليات) وفقاً للمعايير المهنية المتعارف عليها، ولهذا السبب لا بد من أن تشمل عملية القياس على المؤشرات الثلاثة لتتوفر صورة متكاملة عن أداء الأنظمة الصحية. وعلى الرغم من وضوح ومناسبة هذا النموذج باعتبار الصيغة المتكاملة لعناصره، إلا أنه لا يخلو من بعض الملاحظات المنهجية، من أهمها: عدم ثبات العلاقة بين العناصر الثلاث التي يتضمنها، وقد لا تكون مرئية، نظر لأن نتائج مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة قد تكون محكومة بعوامل أخرى غير تلك المشكلة للنموذج، وقد تكون البعض منها غير مرتبط بالرعاية المقدمة (Mant, 2001).

ويشير (De Geyndt, 1994) إلى أن الأهمية النسبية لعناصر النموذج في تحقيق جودة الرعاية الصحية غير معروفة.

أما (Mant, 2001) فيشير إلى أن جودة المدخلات قد تحقق جودة الخدمة الصحية ولكن لا تضمن ذلك، في حين تعتبر مؤشرات العمليات أكثر دلالة من المخرجات وهي بمثابة مقياساً مباشراً للجودة، أما مؤشرات المخرجات فهي في الغالب غير مباشرة لأنها لا تعكس تبايناً فعلياً في مستوى الجودة. ولكن تستخدم بشكل أوسع لسهولةها وتقوم معظم الأنظمة الصحية بجمع معلومات دورية بشأنها لاستعمالها المستمر. بالنسبة لنموذج دونابيديان فإن مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الصحية تتمثل فيما يلي:¹³⁵

2. سهولة الحصول على الخدمة

يجمع الباحثون على أن سهولة الحصول على الخدمة هي من أهم مؤشرات جودة الرعاية الصحية الأولية (Procter and Campbell 1999, Campbell, Roland, Quale, Buetow 1998, Maxwell 1998, Jung 1984).

وفي دراسة أجريت حول مؤشرات الأداء وجد أن قياس سهولة الحصول على الخدمات الصحية يتطلب نوعية خاصة بالبنية والكوادر البشرية (أطباء وممرضين) والتجهيزات الطبية والمباني وأن تشمل عملية قياس الأداء جداول المواعيد، وساعات العمل وكيفية التعامل مع المرضى، بالإضافة إلى رعاية الحالات الطارئة، والمعلومات المعطاة على الهاتف والتسهيلات المقدمة للمرضى المعاقين.

3. تجربة المريض

أجمع المتخصصون (Procter and Campbell 1999) على أن تجربة المريض مسألة جد هامة عند تقييم أداء الخدمات الصحية، ولهذا يجب إيجاد المؤشرات المناسبة لقياس مدى صحة مشاركتهم في صنع القرارات الخاصة بتقديم الخدمة وتنظيمها، وكذلك مجريات مقابلة الطبيب للمريض (الاستشارة الطبية أو العلاج)، ومدى توافر الاحترام والاتصال الفعال ومهارات الإصغاء وتثقيف المريض.

وفي دراسة حول مؤشرات الرعاية الصحية الأولية، قامت الباحثة (Flocke 2007)¹³⁶ بتصميم أداة لقياس سبعة جوانب رئيسية للرعاية الصحية من وجهة نظر المريض، حيث شملت الدراسة (2899) مريض في (138) مركز للرعاية الصحية في الولايات م.أ. وتوصلت الدراسة باستخدام التحليل العاملي إلى تحديد أربعة جوانب للجودة وهي: التواصل الإنساني، والمعلومات التي يمتلكها الطبيب عن المريض، وتنسيق الرعاية، ورغبة المريض في الاستمرار في مراجعة طبيب محدد.

¹³⁵ حنان عبد الرحيم الأحمدي، مرجع سبق ذكره، ص 21.

¹³⁶ حنان الأحمدي، مرجع سابق، ص 23.

وقد كانت مؤشرات الرعاية الصحية السبعة حسب دراسة Flocke ملخصة في الجدول التالي:

جدول رقم (7/2): مؤشرات الرعاية الصحية حسب دراسة (Flocke 2007)

1- شمولية الرعاية	حصول المريض على أكبر قدر من الرعاية التي يمكن أن يحصل عليها من طبيب المركز .
2- المعرفة التراكمية لدى الطبيب عن المريض	إدراك المريض أن الطبيب يعرف قيمه وتفضيلاته فيما يخص الرعاية الصحية، وأنه يتفهم احتياجاته ويعرف تاريخ المرضى لأسرته.
3- التواصل الإنساني	يشير إلى مقدار انتباه وإصغاء الطبيب للمريض وشرحه للمعلومات المهمة له.
4- التنسيق	معرفة الطبيب بالرعاية الصحية التي يتلقاها المريض من جهات أخرى كالزيارات التي قام بها المريض للأخصائيين ومتابعته للمشكلات الصحية التي يعاني منها.
5- الاتصال الأول	لجوء المريض إلى الرعاية الأولية باعتبارها مدخل للنظام الصحي.
6- استمرارية الرعاية	استمرار الحصول على الرعاية من طبيب محدد أو فريق صحي محدد.
7- الاستمرارية على المدى الطويل	الفترة الزمنية التي يتعامل فيها المريض مع طبيبة أو مع العيادة الطبية المحددة، وهي تعتبر دليلاً على عمق العلاقة بين المريض والطبيب.

المصدر: حنان الأحمدى، مرجع سابق، ص23.

الجوانب الإكلينيكية

تمثل الجوانب الإكلينيكية محور الرعاية الصحية والوسيلة التي تحقق من خلالها المؤسسة الصحية أهدافها المسطرة، لاسيما ما تعلق ب: سلامة المريض، وعدم تعرضه للعدوى، ووصف الدواء له، والتركيز على الرعاية والوقاية من الأمراض الشائعة وسريعة العدوى.

وفي دراسة أشارت إليها (Campbell et al 1998) بأن لهذه الجوانب أهمية بالغة خاصة إذا تعلق الأمر بمسائل التطعيم، ومتابعة الأمراض المزمنة، ومدى توافر سجلات وبيانات عن المصابين، والتعليم المستمر للأطباء واضطلاعهم على كل ما جديد ومستحدث في مجال تخصصهم.

الطب المسند (المعتمد على دلائل علمية)

يعتبر الطب المسند على الدلائل العلمية قاعدة بيانات هامة ووسيلة فعالة لمواكبة المستجدات العلمية وتطوير الممارسات الإكلينيكية، وهو يهدف إلى مساعدة الطاقم الطبي والتمريضي أو حتى مخططي السياسات الصحية على مواكبة مستجدات البحث العلمي الطبي، وتعزيز قدرتهم على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بناءً

على أفضل ما يتوفر من بيانات ومستجدات في عالم الصحة والطب، وبالرغم من الأهمية المسافة من استخدام هذا المدخل الحديث في الطب والصحة، إلا أنه تواجهه عدّة تحديات أهمها: عدم تمكن الأطباء من الإلمام الكافي بالدلائل العلمية الجديدة أينما كانت، خاصة الدوريات العلمية والإصدارات العلمية حين صدورها. وعلى هذا الأساس يرى الأطباء والمختصين أنه من المهم والأنسب وضع إرشادات الممارسة المستندة إلى الدلائل العلمية (Guidelines Clinical Evidence Based) وتوزيعها على الأطباء بدلا من أن يتم تدريبهم جميعاً على طرق البحث في الأدبيات وقواعد المعلومات وتقييم الدلائل تقييماً فردياً (Mc Coll. & al 2008).

✚ الجوانب التنظيمية

إن إيجاد آليات للمتابعة ومؤشرات قياس مناسبة لرصد مدى التطور الحاصل في الخدمات الصحية المقدمة وفي أساليب الأداء، هو أكبر هدف تسعى المؤسسة الصحية إلى تحقيقه من خلال تقييم الأداء فيها. ويرى (Procter and Campbell 2009) ضرورة أن تشمل مؤشرات الأداء التعليم المستمر، والمراجعة المستمرة للسجلات الطبية، ومدى استخدام التقنيات المعلوماتية الحديثة، والتقييم المستمر لمهارات العاملين ومدى حصولهم على التدريب المستمر، والتعليم الطبي المستمر للممارسين الأخصائيين (أطباء والشبه أطباء)، هذه كلها جوانب تنظيمية تحقق فعالية أثناء تقييم الأداء في المؤسسات الصحية.

✚ التكامل والتنسيق

إن مفهوم التكامل والتنسيق مرتبط بمدى مساهمة الرعاية الصحية الأولية في تسهيل عملية الإحالة إلى المستوى الثاني من هذه الرعاية أي إلى الطب التخصصي، وتعد هذه المسألة من الجوانب الهامة في تقييم أداء المؤسسات الصحية.

وفي دراسة حددتها مجموعة العمل الأوروبية المختصة بجودة الرعاية الصحية الأولية، أوصت بضرورة توافر مجموعة عناصر لتحقيق جودة التقاء الرعاية الأولية وبالرعاية الثانوية التخصصية (Kramme, Olsen, Samuelsson: 2010) وقد كانت العناصر الأساسية لتطوير التقاء الرعاية الصحية الأولية بالرعاية الثانوية (التخصصية) محددة بعشرة عناصر وهي كالتالي:¹³⁷

- ❖ القيادة: أي ضرورة تنمية مسؤولية القيادات تجاه تحسين التقاء الرعاية الأولية بالثانوية؛
- ❖ توحيد مداخل الرعاية المبدئية: أي إزالة الحواجز بين مكونات النظام الصحي؛
- ❖ توزيع المهام: أي توزيع المهام بشكل جيد بين الأطباء العامون والأطباء المتخصصون؛

¹³⁷ حنان الأحمدى، مرجع سابق، ص 29.

- ❖ إرشادات الممارسة: وضع لائحة إرشادات عامة لتوضيح الممارسة الطبية العامة والمتخصصة، بما يكفل احتواء المشكلات المرتبطة بنقطة التقاء الرعاية الأولية بالرعاية المتخصصة؛
- ❖ منظور المريض: تعزيز نظرة المريض تجاه النظام الصحي ككل وجعله يثق فيه وفي استمرارية العلاج وتبسيط الإجراءات وتسيير رحلته داخل المؤسسة الصحية وبالتالي تشجيعه على إبداء رأيه حول النظام والمشاركة في تطويره؛
- ❖ المعلوماتية: تعزيز أنظمة تبادل المعلوماتية بين مستويات الرعاية لتحقيق التكامل والتنسيق فيما بينها؛
- ❖ التعليم: تدعيم أنظمة التعليم وإيجاد البرامج التي تدعم روح الفريق والاحترام وتتضمن التدريب على الجودة والتنسيق؛
- ❖ بناء الفريق: الاعتماد على العمل الجماعي والمشاركة؛
- ❖ أنظمة الرقابة على الجودة: تضمن هذه الأنظمة مؤشرات وآليات الرقابة على مستوى أداء الرعاية الصحية بمختلف مستوياتها؛
- ❖ الفعالية والكفاءة: ترشيد استخدام الموارد الصحية.

ب- نموذج تحقيق الأهداف ونموذج النظم

عموماً تبحث الأنظمة الصحية في فعالية نماذج التقييم وبرامجها الملحقة، بحيث يتحدد النموذج في ضوء الأهداف المسطرة، وبدلالة المؤشرات المعيارية المقترح تطبيقها، وعليه يمكن أن نوضح في هذا السياق نموذجين وهما:

1. نموذج تحقيق الأهداف

ويتم فيه التقييم على عدة مستويات لصعوبة تحديد الأهداف الكلية للمؤسسة الصحية ومثال على ذلك:¹³⁸

- تقييم المجهودات واستخدام مؤشرات كنسبة المرضى إلى عدد العاملين؛
- تقييم الأداء: عن طريق قياس المخرجات بافتراض أن الخدمات تم توصيلها للمرضى بكفاءة؛
- قياس دقة الأداء: درجة القضاء على أمراض البيئة باستخدام البرنامج المطبق؛
- تقييم الفعالية: هل يمكن تحقيق نفس النتائج بتكلفة أقل أو تحقيق نتائج أكثر بنفس التكلفة.

¹³⁸فريد النجار، مرجع سبق ذكره، ص446.

2. نموذج النظم

فهو يقيس درجة النجاح في تحقيق الأهداف التنظيمية للمؤسسة الصحية، ويفترض هذا النموذج التوزيع الأمثل للموارد المتاحة للنظام الصحي على مختلف الأنشطة الصحية (طبية، جراحية، علاجية وقائية... الخ). وتستخدم طرق كثيرة ومتنوعة عند تطبيق إحدى النموذجين مثل¹³⁹: تصميم البحوث والتجارب والبحوث الميدانية واستخدام المعامل والمحاكاة الإلكترونية، وطرق مراجعة البرامج في عمليات تقييم الأداء الصحي للمؤسسة الصحية. كما تستخدم في نموذج النظم أدوات تحليل التدفق والبرامج الخطية لتحليل الأسباب، وجداول المدخلات والمخرجات.

ج- نموذج تحليل قيمة الصحة (مدخل هندسة الأعمال)

وفقاً لهذا النموذج هناك تفرقة بين أنواع مختلفة من القيم الصحية وفقاً لهدف التقييم، ويمكن أن نوجزها فيما يلي:¹⁴⁰

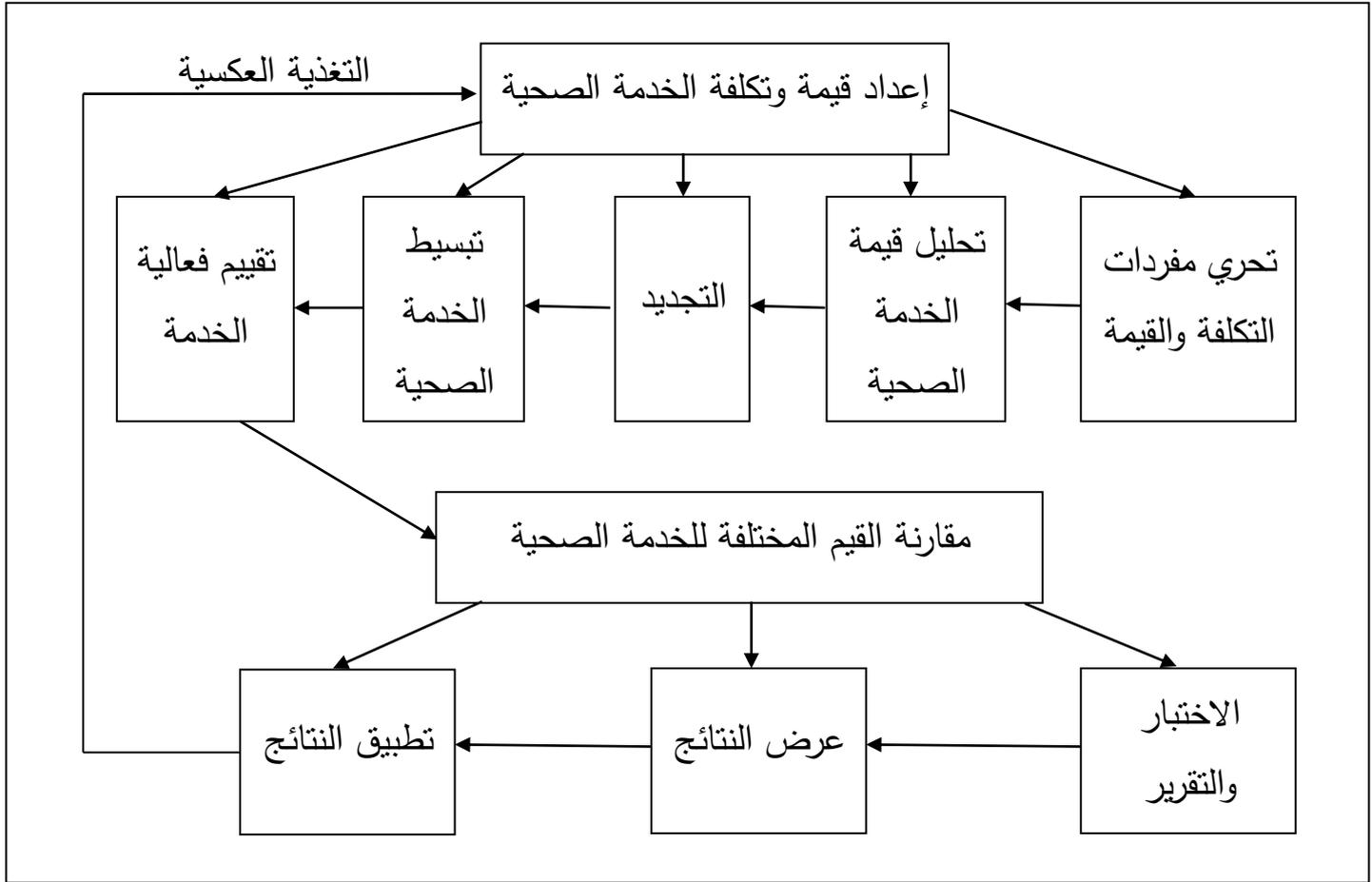
- قيمة الخدمة الصحية الاستعمالية التي يحددها المريض؛
- قيمة الخدمة الصحية التي تحددها المستشفى أو المؤسسة الصحية؛
- قيمة الخدمة الصحية التبادلية؛
- القيمة الاعتيادية للخدمة الصحية؛
- القيمة الاقتصادية للخدمة الصحية؛
- القيمة الطبية للخدمة الصحية.

وفقاً لهذا النموذج، يتضح أن تقييم فعالية أداء الخدمة الصحية يختلف باختلاف الفرد المرتبط بها فالمريض له دور فعال في تقييم هذه الخدمة، كما أن التكاليف الاقتصادية مدخل مهم، وبالطبع حتى القيمة البيئية التي تحددها البيئة والمجتمع ذات درجة تأثير هامة في عملية التقييم. من خلال قياس القيم المختلفة للخدمة الصحية السالفة الذكر يمكن إعداد متوسط عام يسمّى بمؤشر قيمة الخدمة الصحية وهو يستخدم بكثرة في عملية التقييم، كما يتطلب هذه العملية حصر التكاليف غير اللازمة والتي لا تحقق خدمة للمرضى واستبعادها، وبالتالي تستنتج العلاقة بين قيمة الخدمة الصحية والتكاليف الفعلية المستخدمة في إنجاز الخدمة الصحية.

¹³⁹فريد النجار، المراجعة الإلكترونية للمؤسسة الصحية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية المجلة رقم 16، 20 أبريل 2006، القاهرة، ص32.

¹⁴⁰المرجع أعلاه، ص33.

ويمكن توضيح هذه الخطوات وفقاً للشكل الموالي:



شكل رقم (11/02): تحليل ومراقبة وإدارة قيمة الخدمة الصحية
المصدر: فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، مرجع سابق، ص450 (بتصرف).

من خلال الشكل السابق نستنتج أن تقييم أداء الخدمات الصحية يتطلب التحقق ومراجعة الإمكانيات الاقتصادية والموارد البشرية المتاحة، ودرجة قبول المجتمع والمرضى لنوع العلاج والدواء والطريقة المستخدمة، وكذلك قياس وفورات الوقت وتكاليف التجهيز ومستويات الخطر والأمان المتاحة، ومقارنة السياسات والحلول البديلة.

وفي معظم الحالات يكون من المفيد قياس درجة رضا المريض عن الخدمة الصحية التي يستفيد منها سواء كان داخلي في المستشفى أو خارجي.

د- نموذج نسب التكلفة والمكاسب

لا يمكننا قياس العائد الصحي نقداً، ولكن بمقارنة التكلفة المبذولة عن الخدمة الصحية ومقارنتها بمكسب الصحة لدى المستفيد، نتمكن من تحديد فعالية الخدمة الصحية من عدم فعاليتها. وعلى هذه الفلسفة تقوم عملية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية وفقاً لهذا النموذج. ويمكننا توضيح استخدام هذا النموذج وفقاً للجدول الموالي:

جدول رقم (08/02): التكلفة والمكاسب للخدمة الصحية

النسبة: ف/ك		التكلفة (ك)		الفعالية (ف)		الخدمة الصحية
الفعالية	المعيارية	الفعالية	المعيارية	الفعالية	المعيارية	
1	2	8	10	8	20	الخدمة الصحية الوقائية
0.5	2	200	100	150	200	الخدمة الصحية العلاجية

المصدر: فريد النجار، مرجع سابق، ص 451.

- وبالرغم من أن النموذج يحسب وفق علاقات رياضية إلا أنه انتقد للأسباب التالية:
 - غياب طريقة عامة لقياس المكاسب والقيمة الكلية للمنفعة من الخدمة الصحية واعتبارها غير موضوعية؛
 - صعوبة مقارنة مخرجات الخدمات الصحية خاصة الوقائية منها والنفسية؛
 - عدم الدقة في إعطاء البيانات الرقمية يضعف من النتائج النهائية في تقييم أداء الخدمة الصحية؛
 - قد تكون نسب المكاسب إلى التكلفة متساوية في القيم وهذا لا يعني تساوي الفعالية النهائية للمتغيرات المدروسة؛
 - قد تحتاج المؤسسة الصحية إلى إيجاد أقصى حل ممكن لقيمة ميزانية محددة لبعض المرضى بدلاً من تحقيق أقصى عائد لدالة المكاسب لهؤلاء المرضى¹⁴¹.
- ولتجاوز هذه الانتقادات التي تظهر عند تطبيق هذا النموذج، يمكن التفرقة بين تحليل التكلفة الكلية، وتحليل التكلفة الجزئية للبرنامج الصحي في وحدة صحية معينة. ويتطلب ذلك النظر إلى التكلفة والفعالية في شكل مستويات وليس حد ثابت عند مستوى معين.

¹⁴¹فريد النجار، مرجع سابق، ص 452 (بتصرف).

هـ- النماذج الجزئية لتقييم الأداء الصحي والطبي

يعتبر الاتجاه نحو إيجاد مقاييس جزئية لتقييم مستوى أداء الوحدات الصحية مسألة أكثر فعالية في إبراز الأداء الفعلي للنشاط الحقيقي، ويتم ذلك عن طريق الحكم على المهارات وملاحظة تأثير الخدمات العلاجية والوقائية على المريض باستخدام بعض المؤشرات مثل: معدلات الحياة معدلات الشفاء، توقعات المريض ورضاه، المؤشرات الطبية... الخ.

وفيما يلي قائمة لبعض المتغيرات الممكن قياس فعاليتها في المؤسسة الصحية بالنسبة لموصلي الخدمات الصحية ونوع المقياس المقترح، نستعرضها من خلال الجدول الموالي:

جدول رقم: (09/02): جدول الأهداف والمكونات ومتغيراتها ومقاييس الفعالية بالمؤسسات الصحية

الهدف	مكونات النظام	الخصائص	مقاييس الفعالية
تقييم خدمة مسجلة ممتازة	المريض	الجودة	- عدد برامج المراجعة والتقييم. - عدد الخدمات الوقائية. - رضاه المستفيدين. - تحقيق المعايير الحكومية للأداء الطبي والصحي.
		الفعالية	- تكليف الوقاية. - الوقت الضائع في الحصول على الوقاية. - درجة التعقيد بعد توصيل الخدمة.
		الاستمرارية	- عدد السجلات الطبية. - معدل دوران الأدوية والخدمات الطبية.
	الموصول	مدى توفر الخدمات	- نسبة الأطباء إلى عدد السكان. - الوقت الضائع والانتظار قبل الحصول على الخدمة.
		إمكانية الحصول على الخدمات	- الموقع. - المواصلات العامة. - مشكلات التفاهم واللغات واللهجات. - عدد ساعات الخدمة الصحية.
		الربحية	- مراقبة الأسعار والرسوم. - تكلفة التجهيز والأعداد. - المساعدات الحكومية. - الاستثمار في الأجهزة والمعدات الطبية.

		الحرية المهنية	- التشريعات والتنظيمات. - القيود على الوقت. - وقت المحاضرات والندوات العلمية.
		الموقع	- توزيع إقليمي.
منحنى الخدمات الصحية	الجودة	- اللوائح الحكومية. - عدد الأخطاء والأضرار. - حالات التعقيد والصعوبات.	
	الراحة	- رضا المرضى والعملاء	
	الفعالية	- تكلفة الرقابة. - معدلات التشغيل الاقتصادي للمستشفى. - الرد على تحويل المعلومات والطلبات.	
البيئة	الاقتصادية	- نسبة المشاركة في الدخل القومي الكلي. - درجة التأثير في الكفاية الإنتاجية والخدمية.	
	السياسية	- التشريعات. - نظام الحكم، مستويات التنظيم.	
	الفسولوجية الإنسانية	- عدد السكان غير العاملين بسبب العاهات الصحية والعجز. - الطاقة التوصيلية بالمقارنة مع حجم هيكل السكان.	

المصدر: فريد النجار، مرجع سابق، ص 454.

4- عرض مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الصحية

فيما يلي عرض لأكثر المؤشرات الجزئية شيوعاً في تقييم أداء المؤسسات الصحية وهي مقسمة لأربعة مجموعات كالتالي:¹⁴²

مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية: وتشمل المؤشرات التالية:

✚ المؤشرات الخاصة بالأطباء: ليتحدد مستوى أدائهم ومنها:

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

¹⁴² ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة 2، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص 56.

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

$$\checkmark \text{ = } \frac{\text{عدد الأطباء المقيمين}}{\text{عدد الأطباء الجراحين خلال السنة}} \text{ = طبيب مقيم / إجمالي الأطباء}$$

المؤشرات الخاصة بالطاقم التمريض: ويتضمن المقاييس التالية:

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

$$\checkmark \text{ = } \frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الراقدين في المستشفى}} \text{ = ممرضة / مريض}$$

$$\checkmark \text{ = } \frac{\text{عدد الأسرة خلال السنة}}{\text{عدد الطاقم التمريض خلال السنة}} \text{ = سرير / طاقم تمريضي}$$

المؤشرات الخاصة بالإداريين

$$\checkmark \text{ = } \frac{\text{عدد الإداريين}}{\text{مجموع عمال المستشفى}} \text{ = إداري / عامل بالمستشفى}$$

$$\checkmark \text{ = } \frac{\text{عدد الأسرة}}{\text{مجموع موظفي الخدمة الاجتماعية}} \text{ = سرير / موظف الخدمة الاجتماعية}$$

$$\checkmark \text{ = } \frac{\text{عدد الأسرة}}{\text{مجموع أخصائيين المختبرات والتغذية}} \text{ = سرير / أخصائي}$$

ب- مؤشرات تقييم الأداء للموارد المالية والمادية

$$\checkmark \text{ نسبة مصاريف الصيانة} = \frac{\text{مصاريف الصيانة الفعلية}}{\text{مجموع المبالغ المخصصة للصيانة}}$$

$$\checkmark \text{ معدل حصة المريض من الأدوية} = \frac{\text{كلفة الأدوية المستخدمة}}{\text{العدد الكلي للمرضى}}$$

$$\checkmark \text{ معدل اشتغال السرير}^{143} = 100 \times \frac{\text{مجموع عدد الأيام المرضى الراقدين خلال السنة}}{\text{عدد الأسرة} \times 365 \text{ يوم}}$$

$$\checkmark \text{ معدل كلفة المريض}^{144} = \frac{\text{مجموع المصاريف في المستشفى خلال فترة زمنية معينة}}{\text{مجموع أيام مكوث المرضى خلال الفترة نفسها}}$$

ج- مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية: وتشمل المؤشرات التالية¹⁴⁵

$$\checkmark \text{ نسبة الوفيات} = 100 \times \frac{\text{مجموع الوفيات في المستشفى خلال فترة زمنية معينة}}{\text{مجموع المرضى الراقدين خلال نفس الفترة}}$$

$$\checkmark \text{ نسبة وفيات الأطفال} = 100 \times \frac{\text{مجموع وفيات الأطفال عمر (0-12) خلال سنة}}{\text{مجموع عدد الولادات الحية خلال نفس الفترة}}$$

¹⁴³ سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة 1، دار الشروق، الأردن، 2007، ص ص: 107-108.

¹⁴⁴ سليم بطرس، المرجع أعلاه، ص ص: 107-108.

¹⁴⁵ سليم بطرس، المرجع أعلاه، ص ص: 108-109.

$$100X \frac{\text{الولادة خلال السنة}}{\text{مجموع عدد وفيات الأمهات في المستشفى نتيجة الحمل أو}} = \checkmark \text{نسبة وفيات الأمهات} =$$

$$\frac{\text{مجموع عدد الولادات الحية خلال نفس الفترة}}{\text{مجموع عدد وفيات الأمهات في المستشفى نتيجة الحمل أو}}$$

$$100X \frac{\text{عدد أيام شغل الأسرة (عدد أيام العلاج)}}{\text{عدد الأسرة X 365}} = \checkmark \text{نسبة شغل الأسرة}^{146} =$$

$$100X \frac{\text{عدد الشكاوي في المستشفى}}{\text{عدد المراجعين}} = \checkmark \text{نسبة شكاوي المراجعين} =$$

د- مؤشرات تقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية
وتتمثل في المؤشرات التالية¹⁴⁷:

$$100X \frac{\text{عدد الإصابات بمرض معين في المستشفى}}{\text{عدد سكان المنطقة}} = \checkmark \text{معدل الإصابة بالأمراض السارية (نوع مرض)} =$$

$$100X \frac{\text{عدد الأطفال الملقحين}}{\text{عدد أطفال المنطقة المخدومة}} = \checkmark \text{نسبة الأطفال الملقحين} =$$

$$100X \frac{\text{عدد حالات التلوث خلال السنة}}{\text{مجموع عدد المرضى (المغادرون+الوفيات)}} = \checkmark \text{نسبة الوفيات من التلوث} =$$

¹⁴⁶سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص 437.

¹⁴⁷ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 209.

5- مقومات نظام تقييم الأداء المؤسسات الصحية

إن كل مقياس أو معيار معتمد في مؤسسة صحية ما لا بد أن يعكس وضعيتها التسييرية الحقيقية، ولهذا وجب عليها أن تسعى إلى جعل المقاييس ومؤشرات التقييم على درجة كافية من الفعالية والتي توفر لها تغذية عكسية عن الأداء المنجز، وهي بذلك تكسب زبائنهم، وتكون مرنة ومستجيبة لتطلعاتهم. ولتحقيق هذه المساعي يجب على المؤسسة الصحية مراعاة مجموعة من المقومات والخصائص عند اعتماد نظام تقييم معين، نلخصها فيما يلي:¹⁴⁸

- ضرورة انسجام مقاييس الأداء استراتيجياً مع غايات المؤسسة وأهدافها؛
- يجب أن تتضمن المقاييس خليطاً من المقاييس المالية وغير المالية؛
- يجب أن تكون المقاييس المستخدمة متكاملة وغير متضاربة أو متناقضة؛
- كما يجب أن تبرز مدى كفاءة استغلال المؤسسة لمواردها المتاحة من خلال ما تنتجه من المخرجات؛
- في حالة عدم تساوي مقاييس الأداء من حيث الأهمية يفترض تحديد الأهمية النسبية لكل مقياس والوزن الخاص به، حيث يعكس هذا الوزن العلاقة بين الأداء المقاس والأهداف التي يساهم في تحقيقها.

بالإضافة إلى الخصائص السالفة الذكر يضيف الباحث سيد محمد جاد الرب بعض المقومات وهي:¹⁴⁹

- يجب على المؤسسة توضيح أهداف نظام التقييم لجميع العاملين على مختلف مستوياتهم التنظيمية؛
- اقتناع الإدارة العليا بأهمية تقييم الأداء وتحمل مسؤولية النتائج المتوقعة منه، مع ضرورة اقتناع باقي الأطراف داخل المؤسسة، هذا من شأنه أن يشجع الأفراد في المؤسسة على الالتزام والمشاركة في التنفيذ؛
- يجب أن يصمم نظام التقييم بعيداً عن التحيز واللاموضوعية التقييم والمؤثرات الشخصية التي قد تحد من فعاليته؛
- ضرورة تنفيذ التقييم من طرف أشخاص ذوي خبرة ومعرفة أهلية، لاسيما فيما يخص المتابعة والرقابة على تنفيذ الأداء، والقيام بإجراءات التقويم؛
- تعتبر عملية الاتصال الفعال ونظام المعلوماتية من أهم المقومات الأساسية التي يركز عليها نظام التقييم خاصة فيما يخص:
- توفير البيانات والمعلومات اللازمة لعملية التقييم؛
- توفير بيانات كافية عن المؤسسات المماثلة والمنافسة، وحتى معطيات البيئة الخارجية للمؤسسة؛
- معالجة البيانات بطريقة علمية دقيقة تتوافق مع طبيعة وحجم البيانات وإمكانيات المؤسسة.

¹⁴⁸ سليم بطرس جلد، مرجع سابق، ص ص 104-105 (بتصرف).

¹⁴⁹ سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص ص 297-298.

6- تحديات نظام تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

من خلال ما استعرضناه من مقومات وخصائص نظام تقييم الأداء في المؤسسة الصحية تتضح الصعوبات والتحديات التي تواجه القائمين على إنجاز هذا التقييم (مقاييس تنفيذه، الرقابة على التنفيذ، تصحيح الانحرافات... الخ)، ولهذه التحديات عدة أسباب نذكر أهمها: ¹⁵⁰

○ تباين وجهات النظر حول قياس الأداء في المستشفيات بتباين الجهات ذات العلاقة، فالمريض يبحث عن أفضل خدمة صحية، والعامل يقيس الأداء من خلال مقدار الأجر وعدد ساعات العمل، والإدارة تنظر للمسألة من زاوية تحقيق المصالح التسييرية في حدود الموارد المتاحة.

○ تتصف الغايات الجوهرية للمؤسسة الصحية بالصفة المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية، أكثر من عوامل الربح والمنافسة، فعند قياس أداء العاملين في المستشفى نجد العناصر الملموسة وغير الملموسة، مثلاً عند قياس أداء هيئة الممرضين (الطاقم الشبه الطبي) باستخدام المقياس الكمي (ممرضة لكل مريضين) فقد لا يعكس هذا المقياس نوعية الخدمة التمريضية من مريض لآخر تبعاً للحالة المرضية المعاشة، فعند إهمال العوامل الإنسانية (مثل: اهتمام الطبيب برضاء مريضه ومحاولته للإجابة على كل استفساراته عن وضعه الصحي) يصبح المقياس الكمي ناقص وضعيف في محتواه التقييمي.

○ بالرغم من وجود العديد من الهيئات والجهات المختصة بقياس أداء المؤسسات الصحية، إلا أنّ جهود هذه الجهات لا تزال محدودة في تحقيق خصائص نظام تقييم الأداء.

وقد بذلت منظمة الصحة العالمية باعتبارها الراعية الأولى بهذا الموضوع جهوداً معتبرة للوصول إلى نظام تقييم فعال، يمكن اعتماده من طرف مختلف المؤسسات الصحية على اختلاف أنواعها وتخصصاتها. وفي هذا الصدد نقدم جدولاً يعرض أهم المقاييس بالحدود الدنيا والحدود القصوى التي يجب الالتزام بها ومراعاتها عند التقييم، وقد أصدرته منظمة الصحة العالمية في إحدى تقاريرها وهي كالتالي:

¹⁵⁰ حسين البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، الطبعة 1، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 295.

جدول رقم (10/02): مجموعة معايير الأداء ومؤشرات قياسها

مؤشر القياس	المعيار
4 أو 5 لكل سرير	- عدد الأسرة / طبيب
سريرين	- عدد الأسرة / ممرضة أو ممرض
100 سرير	- صيدلي واحد
100 سرير	- أخصائي واحد للتغذية
100 سرير	- أخصائي واحد للتحليل المختبري
75 سرير	- موظف واحد متخصص بنظام المعلومات الطبية
75 سرير	- موظف واحد متخصص بالخدمة الاجتماعية
75 سرير	- موظف واحد متخصص بالعلاج الطبيعي
سرير واحد	- موظف واحد
03 - 04%	- معدل الوفيات العام
5000/1	- معدل الوفيات نتيجة التخدير
01%	- معدل الوفيات بعد العملية
0.25%	- معدل الوفيات الأمهات
02%	- معدل الوفيات الأطفال عند الولادة
01%	- معدل التلوث
25%	- معدل التشريح
03 - 04%	- معدل العمليات القيصرية
07 أيام	- معدل رقود المريض
80%	- معدل إشغال الأسرة
15 مريضاً	- مريض العيادة الخارجية / طبيب

La source: W.H.O, Hospital administration, Expert comite T.R.S N°359, Geneva 1986.

خلاصة الفصل

مما سبق عرضه يمكن أن نستخلص أن النظام الصحي هو مؤسسة صحية بكل ما تحتويه من موارد مادية وبشرية (مدخلات)، مسخرة لتحقيق أفضل مستوى رعاية صحية (مخرجات) لكل الأطراف الطالبة لذلك على نفس القدر من الجودة والكفاءة، مع حسن تسيير الموارد المتاحة في حدود التكلفة المعقولة للمؤسسة والمواطن، مع مراعاة العدالة في توزيع الخدمات الصحية لهذه المؤسسات (العملية).

يتكون النظام الصحي شأنه شأن باقي الأنظمة من أربعة عناصر أساسي وهي:

المدخلات، العمليات المخرجات و التغذية العكسية: وهي تتمثل في البيانات والمعلومات عن بيئة المؤسسة الصحية الداخلية والخارجية، ومعلومات عن مدى تطابق خدمات المؤسسة مع المعايير والمقاييس المعتمدة، حيث على ضوء هذه التغذية يتم تغيير نوع الخدمة بما ينسجم ورغبات واحتياجات الجمهور المستفيد.

تعتبر عملية تقييم أداء المؤسسات الصحية مسألة جوهرية في عمليتها التسييرية ، ويمكن إجمال مؤشرات تقييم الأداء في أربعة محاور رئيسية وهي: مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية، : مؤشرات تقييم أداء الموارد المالية والمادية،: مؤشرات تقييم أداء الخدمات الوقائية والوبائية والرعاية الصحية الأولية،: مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية

وبالرغم من الجهود المبذولة في قطاع الخدمات الصحية لتقييم الأداء والارتقاء به إلى أعلى المستويات، إلا أنه لا يزال الواقع المعاش يواجه تحديات في نظام تقييم أداء المؤسسات الصحية، وذلك لعدة اعتبارات نذكر منها:

- ✚ تباين وجهات النظر حول قياس الأداء في المستشفيات بتباين الجهات ذات العلاقة،
- ✚ تتصف الغايات الجوهرية للمؤسسة الصحية بالصفة المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية،
- ✚ ضعف الجهود المبذولة من طرف الجهات المختصة بتقييم الأداء ويعتبر دورها محدود عند الحديث عن تحقيق خصائص نظام تقييم الأداء.

الفصل الثالث

تحليل سلوك المستهلك للخدمات الصحية

المبحث الأول: استعمالية الخدمات الصحية

المبحث الثاني: محددات سلوك مستهلك الخدمات الصحية

المبحث الثالث: رضا المريض قياساته والعوامل المساعدة على تحقيقه

تمهيد

لقد اكتسب مفهوم الرضا عند المريض أهمية بالغة في مجال خدمات الرعاية الصحية كونه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالكيان النفسي والجسدي للإنسان، وتزداد أهمية هذا الموضوع أكثر في المناطق التي تشهد عجزاً أو تدني لمستويات الخدمات المقدمة في الرعاية الصحية، نظراً لبعض الظروف كالفقر، والجهل وانتشار الأمراض والأوبئة، ونقص المؤسسات الصحية وضعف مستوى أداء النظام الصحي فيها، هذا ما يدفع العديد من الباحثين وحتى أصناف المؤسسات الصحية القيام بأبحاث ودراسات حول درجة الرضا عند المرضى، لاعتبارها قاعدة بيانات هامة تساعد الإدارة الصحية والنظام القائم عليها في الرفع من مستوى ما تقدمه من خدمات رعاية صحية.

إن مفهوم الرضا في الخدمات الصحية له بعد سيكولوجي نظراً لارتباطه بالسلوك الإنساني، ولهذا فإنه من الصعب توقع تقييم موضوعي لجودة الخدمة الصحية من منظور المريض، إلا إذا ارتبط هذا التقييم بمعايير ومقاييس كمية موضوعية ودقيقة.

في هذا الفصل سوف نستعرض بعض المفاهيم الإنسانية المرتبطة باستعمالية الخدمات الصحية، ثم نعرض على موضوع سلوك المستهلك في الخدمة الصحية، لننتهي الفصل بدراسة رضا المريض والعوامل المؤثرة على سلوكه.

المبحث الأول: استعمالية الخدمات الصحية

يهدف هذا المبحث إلى إلقاء الضوء على بعض المفاهيم الأساسية لاستعمالية الخدمات الصحية والمتغيرات (المحددات) المرتبطة بها، وبعض السلوكيات الناتجة عن هذه الاستعمالية، وينتهي بعرض بعض الاستراتيجيات الخاصة بضبط وترشيد الاستعمالية.

سنقوم بشرح هذا المبحث من خلال المطالب التالية:

المطلب الأول: مفاهيم أساسية مرتبطة باستعمالية الخدمات الصحية

المطلب الثاني: العوامل غير الطبية المؤثرة على الاستعمالية

المطلب الثالث: رضا المريض والعوامل المؤثرة على سلوكه

المطلب الأول: مفاهيم أساسية مرتبطة باستعمالية الخدمات الصحية

1. مفهوم الطلب على الخدمة الصحية

يعرف الطلب كمفهوم عام على أنه "ما يصرح به الفرد عن استعدادة لشراء السلع والخدمات

(إذا توفرت القدرة الشرائية)، ضمن بدائل سعرية محددة".¹⁵¹

ويعتبر الطلب على الخدمة الصحية طلباً مشتقاً من الصحة كمفهوم عام، وهو عادة يتأثر بمجموعة عوامل

نلخصها فيما يلي:¹⁵²

- الحاجة للخدمة الصحية؛
- إدراك الحاجة للخدمة الصحية؛
- توفر القدرة الشرائية؛
- الحافز للحصول على الخدمة الصحية؛
- تواجد الخدمات.

2. مفهوم الحاجة للخدمة الصحية

يمكن شرح الحاجة للخدمة الصحية من خلال عرض مختصر لمختلف أصناف هذه الحاجة على النحو

التالي:¹⁵³

¹⁵¹ Clever and Perkins, **Economies for Health Care Management**, Prentice Hall, 1998, PP42-43.

¹⁵² فريد توفيق نصيرات، **تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة، الأردن، 2014، ص92.

¹⁵³ Philip Kotler and Clark Roberta, **Marketing for Health Care Organization: Building a customer**, Driven Health system, 2008, PP102-103.

أ- الحاجة النظرية: وهي غير متعرّف عليها طبيياً، حيث من غير الممكن التكهن بالأمراض التي قد تظهر مستقبلاً، مثل ظهور مرض كورونا مؤخراً.

إن الهندسة الطبية، والاختلال البيئي، وتزايد نسب تلوث المناخ ومختلف المؤثرات قد ينتج أمراض جديدة غير معروفة في الأوساط الطبية والعلمية حالياً.

ب- الحاجة القابلة للكشف طبيياً

هي التي يدركها الأطباء ويعترفون بها وهي قد تنقسم إلى قسمين وهما:

- الحاجات الصحية غير الظاهرة (مرحلة ما قبل ظهور الأعراض)؛

- الحاجات الصحية المحددة إكلينيكياً (مرحلة ظهور الأعراض).

ج- الحاجات المحسوسة

هي الحاجات المدركة من قبل المريض نتيجة لظهور الأعراض المرضية، ومنها ما يتجاهلها المريض ولا يطلب على الخدمة الصحية لمعالجتها، ومنها ما يضطر إلى طلب العلاج وبالتالي يستفيد من الخدمات الصحية.

ويتأثر قرار الفرد في الشروع بطلب الخدمة الصحية بما يلي:

- القابلية للإصابة بالمرض كما يتصورها الفرد نفسه؛

- خطورة الحالة أو عدمها من منظور المريض نفسه؛

- فعالية المعالجة من منظور المريض أو الفرد المستفيد من الخدمة الصحية.

3. استعمالية الخدمات الصحية الآلية والتطبيق

وتشير هذا المفهوم إلى الاستعمال الفعلي للخدمة الصحية بعد الطلب الفعلي لها أي هي تمثل الطلب

المنفّذ. وتتأثر استعمالية الخدمات الصحية بالعديد من العوامل نلخصها فيما يلي: ¹⁵⁴

- العوامل الاجتماعية و النفسية؛

- العوامل الفيزيائية والبيولوجية؛

- العوامل الثقافية والقيمية؛

- المعتقدات الشخصية؛

- التعليم؛

- المقدرّة المالية؛

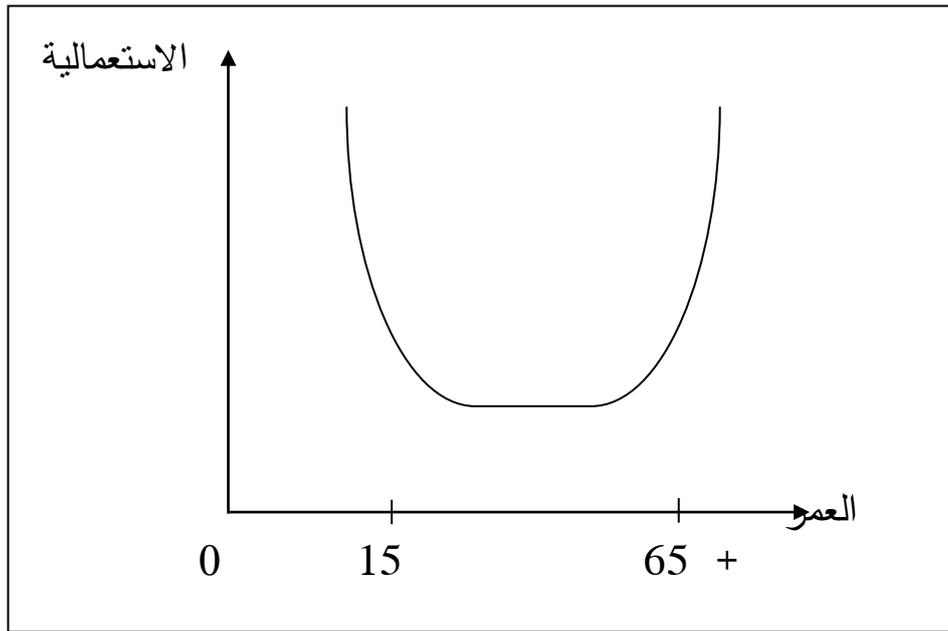
- تواجد الخدمة؛

- كلفة الوقت والسفر للوصول للخدمة

¹⁵⁴ نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص92.

المطلب الثاني: العوامل غير الطبية المؤثرة على الاستعمالية

- تشير الدراسات الحديثة إلى أن 50%¹⁵⁵ من الزيارات لمكاتب الأطباء ليس لها أساس مرضي ومن أمثلة ذلك الجراحات التجميلية، العقم، زيارات كبار السن للأطباء...الخ.
- كما تؤثر القيم والثقافة والعوامل الاجتماعية في تغيير إدراكات الفرد حول ما يعتبر مرضاً، مثل تحويل المشاكل الأسرية إلى مشاكل نفسية (ضرورة تدخل الطبيب النفسي)، أو الإدمان على الكحول والمخدرات (طبيب نفسي)، أو رعاية كبار السن من مسؤولية عائلية إلى خدمة طبية وأحياناً ترفيهية.
- كما يمكن لأثر تواجد الخدمات الصحية أن يؤثر على هيكله وتنظيم الخدمة الصحية، وحتى على كم وطبيعة الخدمة المطلوبة من الفرد (مريض أو مواطن يتطلع للرعاية الصحية).
- كما يمكن أن يكون للعوامل الديمغرافية، العمر و الجنس أثر قوي على استعمال الخدمات الصحية كما هو مبين في الشكل الموالي:



شكل رقم (12/03): العلاقة بين العمر و الاستعمالية

المصدر: نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص99

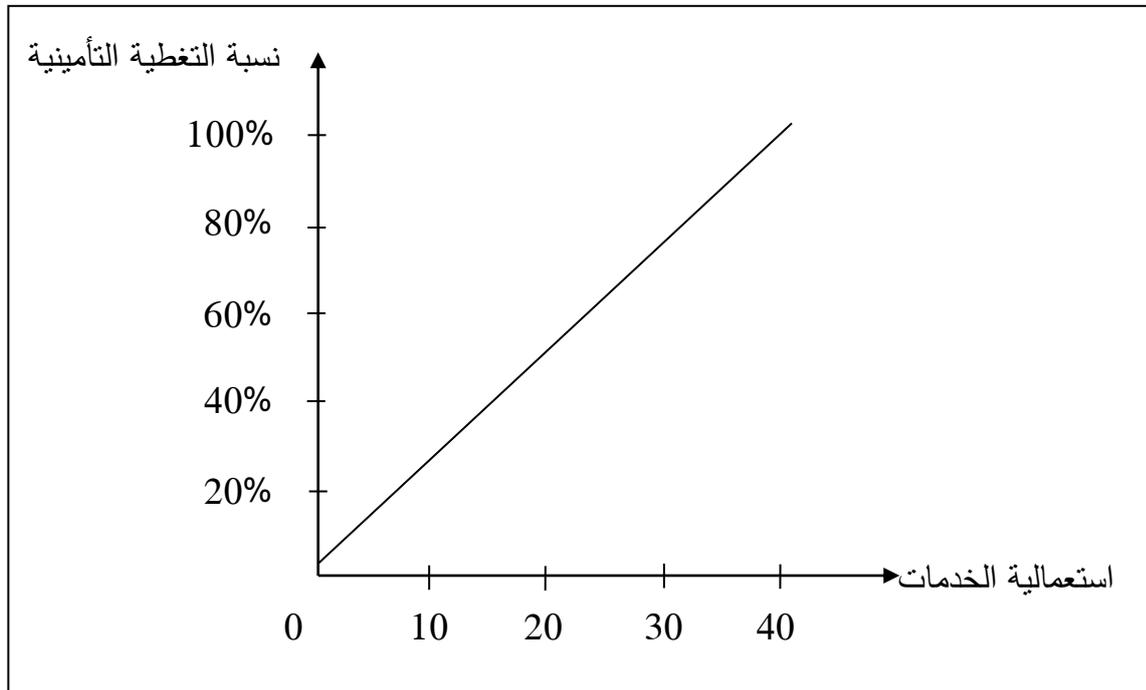
بالإضافة إلى ما سبق ذكره فإن هناك علاقة وطيدة بين العوامل الاقتصادية و استعمالية الخدمات الصحية ويمكن أن نجسدها فيما يلي:

✓ الفئات أكثر فقراً أكثر عرضة للمرض وبالتالي أكثر حاجة للخدمة الصحية؛

¹⁵⁵ نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص98.

- ✓ هناك علاقة عكسية بين الحاجة للخدمة الصحية عند الفقراء و استعماليتها بسبب العوائق المالية؛
- ✓ هناك علاقة طردية بين الدخل و استعمالية خدمات طب الأسنان (الأقل دخلاً أقل طلباً)؛
- ✓ هناك علاقة طردية بين الدخل و استعمالية الخدمات الوقائية، فإذا كانت مجانية تدخل العوامل الثقافية في الحسبان.

ويمكن أن نضيف في هذا الصدد أن برامج التأمين الصحي لها دور فعال في ازدياد الطلب على الخدمة الصحية أي استعماليتها، ويمكن أن نوضح هذه العلاقة من خلال الشكل التالي:



شكل رقم (13/03): العلاقة بين التأمين و الاستعمالية

La Source: Battistella and Thomas, **National health insurance Reconsidered**, journal of N°6, P139.,vol 34, Hospital and health services Administration

وخلاصة لما سبق عرضه، يمكن أن نقول أن استعمالية الخدمات الصحية هي عملية تفاعلية بين الأطراف المتبادلة للخدمة الصحية (الفرد المستفيد ومقدم الخدمة الصحية) وبين عرض الخدمة الصحية في حد ذاتها، ولهذه المتغيرات دور مهم في فهم استعمالية الخدمة الصحية وعقلنتها.

كما تلعب برامج التأمين الصحي دوراً رئيسياً في زيادة نسب استعمال الخدمات الصحية، فوجود هذه البرامج يزيد من قدرة المواطن واستعداده للطلب على كم وكيف أكبر من الخدمات الصحية، ولهذا كان من المهم إعادة النظر في هذه البرامج من حيث نسب التغطية ومساهمة المواطن فيها وحزمة الخدمات المعطاة.

المبحث الثاني: محددات سلوك المستهلك الخدمات الصحية

يعتبر المستهلك الركيزة الأساسية التي تنطلق منها صناعة الاستراتيجيات في مختلف المؤسسات الإنتاجية والخدمية، ولأن المستهلك هو الطرف المعني رقم واحد في كل الخطط والبرامج التي تضعها المؤسسة، وهو في الوقت نفسه هدفاً تسعى هذه المؤسسات إلى تحقيق رضاه، تحاول هذه المؤسسات جاهدة إلى خلق نوع من التفاعل الإيجابي معه لنيل رضاه وكسب ولاءه.

والمؤسسات الصحية شأنها شأن كل مؤسسة خدمية تقدم خدمات بالغة الأهمية، ولهذا فهي ملزمة بالاعتناء بهذا المستهلك وتفهم مختلف أنماط السلوكيات الناتجة على عملية التبادل بينها وبينه.

إن عملية تفهم حاجات وسلوكيات المستهلك للخدمة الصحية تحكمها مجموعة عوامل، هي بمثابة محددات أساسية منها ما هو نابع من الفرد المستهلك نفسه وتكون بذلك محددات فردية، ومنها ما هو مستمد من البيئة المحيطة بالمؤسسة وبالمستهلك، وهي تمثل محددات خارجية بيئية.

نحاول في هذا المبحث إبراز دور محددات سلوك المستهلك للخدمات الصحية في التأثير على قراراته الشرائية وعلى نمط الطلب عنده على خدمة الرعاية الصحية، من خلال عرض المطالب التالية:

المطلب الأول: مدخل مفاهيمي لسلوك المستهلك الخدمة الصحية

المطلب الثاني: محددات سلوك المستهلك الخدمات الصحية

المطلب الثالث: مراحل عملية شراء الخدمة الصحية

المطلب الأول: مدخل مفاهيمي لسلوك المستهلك الخدمة الصحية

لا يمكن لأي مؤسسة صحية (خدمية) أن تحقق جملة أهدافها إذا لم تتمكن من فهم وتدقيق سلوك المستهلك، فهو قد يضع حاجاته ورغباته بطريقة تختلف عما تفكر فيه المؤسسة الصحية، وعليه فعلى المؤسسة الصحية القيام بتحديد المؤثرات الحالية والمستقبلية والتي من شأنها أن تدافع أو تؤجل قرار الاستهلاك عند الفرد. وبالطبع هذا الأمر في العموم عند المستهلك قد لا يختلف في جوهره عند المريض (المستهلك للخدمة الصحية)، لأنه هو المتعامل الأول والأخير للمؤسسة الصحية.

إن اتخاذ قرار استهلاك الخدمة الصحية هو تعبير عن السلوك الشرائي لهذه الخدمة وهو مرهون بعدد من العوامل الموقفية المتمثلة فيما يلي:¹⁵⁶

¹⁵⁶ William Pride and Ferrell O.C, **Marketing**, 2nd Edition, Houghton Mifflin co, New York, 2000, P201.

1. المحيط المادي: يتأثر المحيط المادي للمستشفى بالموقع، الأصوات والضوضاء، الرائحة، الضوء، وغيرها من المتغيرات البيئية التي تؤثر على قرار المريض في شراء الخدمة الصحية من هذه المؤسسة دون غيرها، ولهذا تسعى المؤسسات الصحية جاهدة في أن توفر بيئة صحية خاصة، من شأنها تسهيل وتشجيع المستهلكين على شراء الخدمة الصحية بما هو متوفر وملمس واضح في إمكاناتها المادية.

2. البعد الزمني: يؤثر عامل الزمن تأثيراً كبيراً على قرار شراء الخدمة الصحية عند المستهلك، إذ أن مقدار الوقت المتاح، وتوقيت الخدمة الصحية المقدمة عاملان هامان في تحقيق المعرفة الكافية عن تلك الخدمة التي يحتاج إليها المريض، ولها أثر في قراره النهائي في الشراء.

3. المحيط الاجتماعي: ويتمثل في مختلف الخصائص والتفاعلات التي يبديها الأصدقاء، الأقارب، الأسرة ومختلف الجماعات المرجعية، والتي قد تؤثر إيجاباً أو سلباً على السلوك الاستهلاكي عند الفرد.

4. سبب الشراء: يختلف سبب شراء السلعة أو الخدمة عن سبب شراء الخدمة الصحية بالذات، لأن السبب الأول يكون لإشباع حاجة اختيارية بينما الثاني قد يكون قرار الاستهلاك إجباري أو اضطراري، ولهذا وجب على الفرد اتخاذ القرار الصائب في التعامل مع حالته الصحية، ولهذا فإن قرار شراء الخدمة الصحية أو الطلب عليها يكون سببه واجباً إلى حد كبير عند المرضى.

5. مزاج المريض: نظراً للوضعية الصحية المتدهورة عند المريض فإن مزاجه يكون في الغالب فلقاً وفي حالة غضب أو خوف أو إجهاد أو عدم الرضا، وفي جميع هذه الحالات المزاجية فإن المريض يكون مضطرب في البحث عن المعلومة الصحية أو استقبالها، أو تقييمها بالشكل الصحيح والدقيق، وبالتالي فهي تؤثر على سلوكه الشرائي أو على طلبه للخدمة الصحية.

المطلب الثاني: محددات سلوك المستهلك للخدمات الصحية

يتأثر المستهلك عموماً بمجموعة عوامل (اجتماعية، اقتصادية، ثقافية، فردية، نفسية... الخ) عند اتخاذ قرار شراء سلعة أو خدمة معينة، وبنفس الطريقة يتأثر المريض أو الفرد المستهلك للخدمة الصحية، بمجموعة عوامل هامة تكون بمثابة محددات لقراره الاستهلاكي، إلا أن الاختلاف حتماً سيكون تبعاً لخصوصية الطلب، والحالة الصحية التي تستوجب على الفرد تجاوزها، تتمثل أهم هذه المحددات في ما يلي:

1. المحددات الاجتماعية

تتمثل المحددات الاجتماعية بمختلف العلاقات التي تربط الفرد بأفراد آخرين يتعايش ويتفاعل معهم باستمرار يؤثر فيهم ويتأثر بهم. وتتمثل هذه المحددات فيما يلي:¹⁵⁷

أ. الجماعات المرجعية: وهي الجماعات التي تمتلك تأثير مباشر أو غير مباشر على المريض مثل: الأسرة والأصدقاء والأقارب والجيران، والنقابات، وجماعة المسجد والعمل، وقد تكون أيضاً الجمعيات والأطباء... الخ ولهذه الجماعات تأثيراً هاماً على السلوك الاستهلاكي للمريض عند طلبه للخدمة الصحية معينة أو من جهة مميزة دون أخرى.

ب. المكانة: وهي مكانة أو موقع الفرد ضمن المجموعة الاجتماعية التي ينتسب إليها، وما يمكن له أن يؤثر فيها ويتأثر بها، فهو يلعب دوراً معيناً في هذه المجموعة حسب المكانة التي يحتلها في مجموعته.

2- العوامل الثقافية: تتمثل العوامل الثقافية في أسلوب تعامل الفرد مع غيره في المجتمع من خلال ما أكتسبه من معارف وتجارب وما حققت له من تعميق فكري وعلاقاتي وهي تنقسم إلى نوعين:¹⁵⁸

أ- الثقافة العامة: ويمكن تعريفها على أنها: "تراكم معرفي وقيمي لمقاصد ومفاهيم ليستخدمها المجتمع للتعامل مع البيئة التي يعيش فيها وتتم مناقشتها للأجيال القادمة"¹⁵⁹، وبالتالي أصبحت الثقافة العامة معياراً شخصياً للتعامل مع الآخرين أو تعامل الفرد مع حالته الصحية بصفة شخصية، مثل: اتخاذ الرياضة الصباحية جزءاً أساسياً من المهام التي يقوم بها الفرد يومياً، أو الفحص السنوي دون مرض للتأكد من سلامة البدن عند بعض الأفراد، فهذه المسائل وغيرها تدخل ضمن إطار الثقافة العامة.

ب- الثقافة الفرعية: وهي الثقافة التي تمتلك صفات سلوكية خاصة يمكن تمييزها عن غيرها من الثقافة العامة، وتعطي بذلك تطابق شخصي أو اجتماعي لأعضائها قياساً بغيرها من الثقافات الأخرى¹⁶⁰. ومن أمثلة الثقافات الفرعية توجه بعض الفئات العمرية الشبابية إلى تناول الأطعمة النباتية أو العكس الحيوانية.

¹⁵⁷ Kotler et Dubois, Marketing management, Op. Cit., P173.

¹⁵⁸ ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص65.

¹⁵⁹ Pride and Ferrell, 2000, Op. Cit., P211.

¹⁶⁰ ثامر ياسر البكري، المرجع أعلاه، ص65 (بتصرف).

ج- الشريحة الاجتماعية: يحتوي كل مجتمع بداخله على شرائح اجتماعية متفاوتة، تختلف عن بعضها البعض على أساس بعض المتغيرات مثل: الدخل، المستوى التعليمي، مكان الإقامة، المهنة... الخ. ويمكن للمؤسسات الصحية أن تحدد تصرفات الأفراد المستهلكين لخدماتها على أساس الشريحة الاجتماعية التي ينتمون إليها، خاصة إذا تعلق الأمر في توضيح بعض الأمراض الخطيرة أو الإرشاد والتوجيه نحو تطعيم معين، وطرق المراجعة الطبية... الخ.

3- العوامل الاقتصادية

يتشكل كل نظام صحي من مجموعة عوامل اقتصادية تساهم إلى حد كبير في تحديد القرارات الاستهلاكية عند الطلب على الخدمة الصحية، حيث نجد أن توفر الموارد المادية والمالية ومختلف المعدات والأجهزة التقنية المتطورة تساهم إلى حد كبير في دفع الفرد إلى الطلب على الخدمة الصحية، كما أن الطريقة توزيع الموارد الاقتصادية على مختلف المناطق السكانية (عدالة التوزيع) تؤثر على حجم استخدامها. ضف إلى ذلك توصيل الخدمات الصحية عند المواطن واستمراريتها وسهولة إجراءات الحصول عليها وسرعتها، من أكثر العوامل المساعدة على اتخاذ قرار استخدام الخدمة الصحية من طرف الأفراد، ومن بين العوامل الاقتصادية أيضاً موارد الأسرة وهي التي يعبر عنها بالدخل فمستويات الدخل عند الأسر بالإضافة إلى وجود تأمين صحي من عدمه تساهم في القرارات الاستهلاكية للخدمة الصحية عند الأفراد. كما أننا نجد أن هناك علاقة عكسية مع المستوى العام لأسعار الخدمات الصحية (طب الأسنان، طب العيون، الطب النفسي... الخ) ومستوى الطلب على هذه الخدمات.

4- العوامل الشخصية

تتمثل العوامل الشخصية بالعناصر التالية:

أ. العمر والجنس: يؤثر عمر الفرد وجنسه إلى حد كبير في السلوك الاستهلاكي للخدمة الصحية، فكلما ازداد العمر زاد الاعتماد على الذات في اتخاذ قرار الطلب على خدمة صحية معينة، ويعتبر الذكور أكثر دقة في حسن اختيار البدائل المتاحة في الخدمات الصحية من الإناث حسب ما تشير إليه بعض الدراسات¹⁶¹، إلا أن معدلات استخدام الخدمات الصحية هي عند الإناث أكبر منه عند الذكور نظراً للطبيعة الفسيولوجية للإناث (الحمل والولادة)¹⁶².

ب. نمط الحياة: قد يشترك الأفراد في نفس الثقافة والوظيفة والشريحة الاجتماعية، ولكن يختلفون في نمط حياتهم.¹⁶³ ونمط حياة الفرد هو صفة لأسلوب حياته اليومية ومختلف تفاعلاته مع البيئة المحيطة به، ولهذا

¹⁶¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 100 (بتصرف).

¹⁶² المرجع أعلاه، ص 100 (بتصرف).

¹⁶³ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 68.

كان من الضروري على المؤسسات الصحية التدقيق في أنماط حياة الأفراد باعتبارها محدد هام عند اتخاذ المستهلك لقرار استخدام الخدمة الصحية.

ج. الشخصية: تتميز شخصية الفرد بما يصدر منه من سلوكيات وهي تتأثر بعاملين اثنين هما: ¹⁶⁴

* السمات المميزة للفرد وما اكتسبه من خبرة خلال حياته؛

* المؤثرات الخارجية المحيطة به والتي تفرض عليه أن يتخذ موقف اتجاهها.

وعندما يتعلق الأمر بشراء أو الطلب على الخدمة الصحية فإن شخصية المستهلك تحدد حسن اختياره واتخاذ هذا القرار من عدمه، بحيث يتمكن الفرد من التمييز ما بين البدائل المتاحة للخدمات الصحية واختيار ما هو متوافق مع حالته وقدرته المالية.

5- العوامل النفسية (السيكولوجية): وهي عموماً مكونة من العناصر التالية:

أ. الإدراك: يعرف الإدراك على أنه: "العملية التي يقوم بها الفرد في اختيار وتنظيم وتفسير مداخلته عن المعلومات لتحديد الصورة الشاملة لعالمه المحيط به". ¹⁶⁵

وعليه فالفرد يدرك عالمه الخارجي من خلال ما يمتلكه من حواس، ويحدد بعد ذلك موقفه تجاه هذا المحيط. والمريض أو الفرد الذي يتطلع إلى الحصول على الرعاية الصحية، يستطيع أن يحدد موقفه من مرضه ومن الجهة التي يريد أن يطلب منها الرعاية الصحية، حيث يتوفر لديه الإدراك الكافي لتصحيح وضعيته الصحية، واختيار أفضل البدائل المتاحة من خدمات صحية متوفرة.

ب- التعلم: يمثل التعلم مجموعة الخبرات والمكتسبات التي يحصل عليها الفرد من بيئته المحيطة به، وهو يتوقف على مجموعة عوامل مثل: درجة النضج، والرغبة في التعلم، والقدرة والدافعية له، والاستعداد الذهني... الخ.

يؤثر المستوى التعليمي للفرد على نوعية طلبه للخدمة الصحية، فالأسرة المتعلمة تدرك أعراض المرض وخطورته أكثر، فضلاً عن الاستعداد للعلاج واستخدام الخدمات الوقائية وحسن استعمال الأدوية... الخ. كما يشجع التعلم المستهلك للخدمة الصحية على إدراك حقيقة ما ينشر من إعلانات صحية، ومستويات الخدمة المقدمة وحتى مستوى نظافة المستشفى وتوفر الأجهزة والمعدات... الخ.

ج- المعتقدات والاتجاهات: يكتسب الفرد مجموعة معتقدات واتجاهات من خلال ما يتعلمه في محيط بيئته، فإذا تعلق الأمر بالجانب الصحي فيمكن للفرد أن يقدم على الطلب للخدمة الصحية أو عدمها من خلال ما لديه من معتقدات ومواقف وكمثال على ذلك: التدخين وما يسبب من أضرار للإنسان تجعل مواقفه تجاهه مختلفة، قد

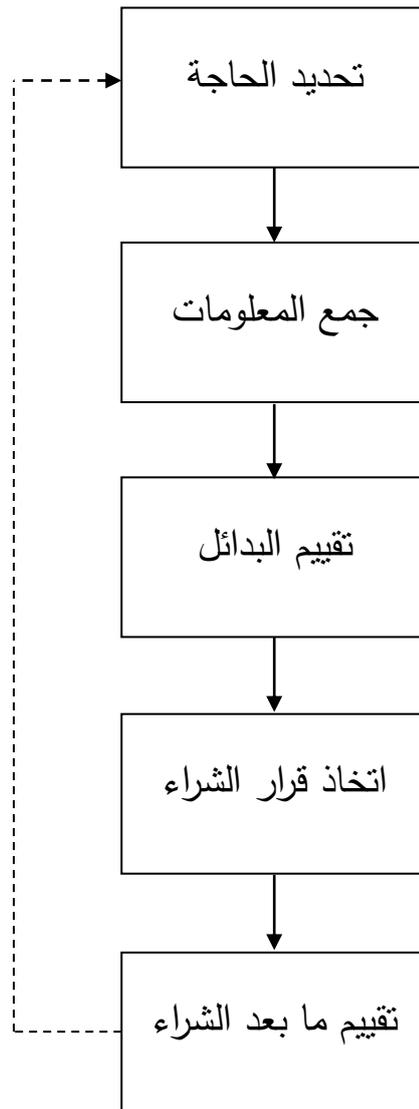
¹⁶⁴ المرجع أعلاه، ص 69.

¹⁶⁵ Kotler et Dubois Op-Cit,97,p: 195

يدخن ولا يأبه، وقد لا يدخن لاعتقاده القوي بالمسألة المضرة، كما يمكن أن تكون مسألة الإجهاض أو عمليات التجميل مرتبطة بالمعتقدات والاتجاهات.

المطلب الثالث: مراحل عملية شراء الخدمة الصحية

إن عملية شراء الخدمة عموماً مسألة معقدة فاتخاذ هذا القرار يتأثر بشكل كبير بالهدف الذي يشتري به المستهلك هذه الخدمة، فأحياناً يكون بسيطاً وسريع الخطوات (الخدمة الصحية والاستعجالية)، وأحياناً أخرى يكون صعباً وغير واضح مثل الشراء لأول مرة (طب العيون)، أو شراء مكلف بالنسبة للمستهلك (خدمات الصحة التجميلية). ومهما كانت طبيعة عملية الشراء فهي تأخذ المسار التالي:



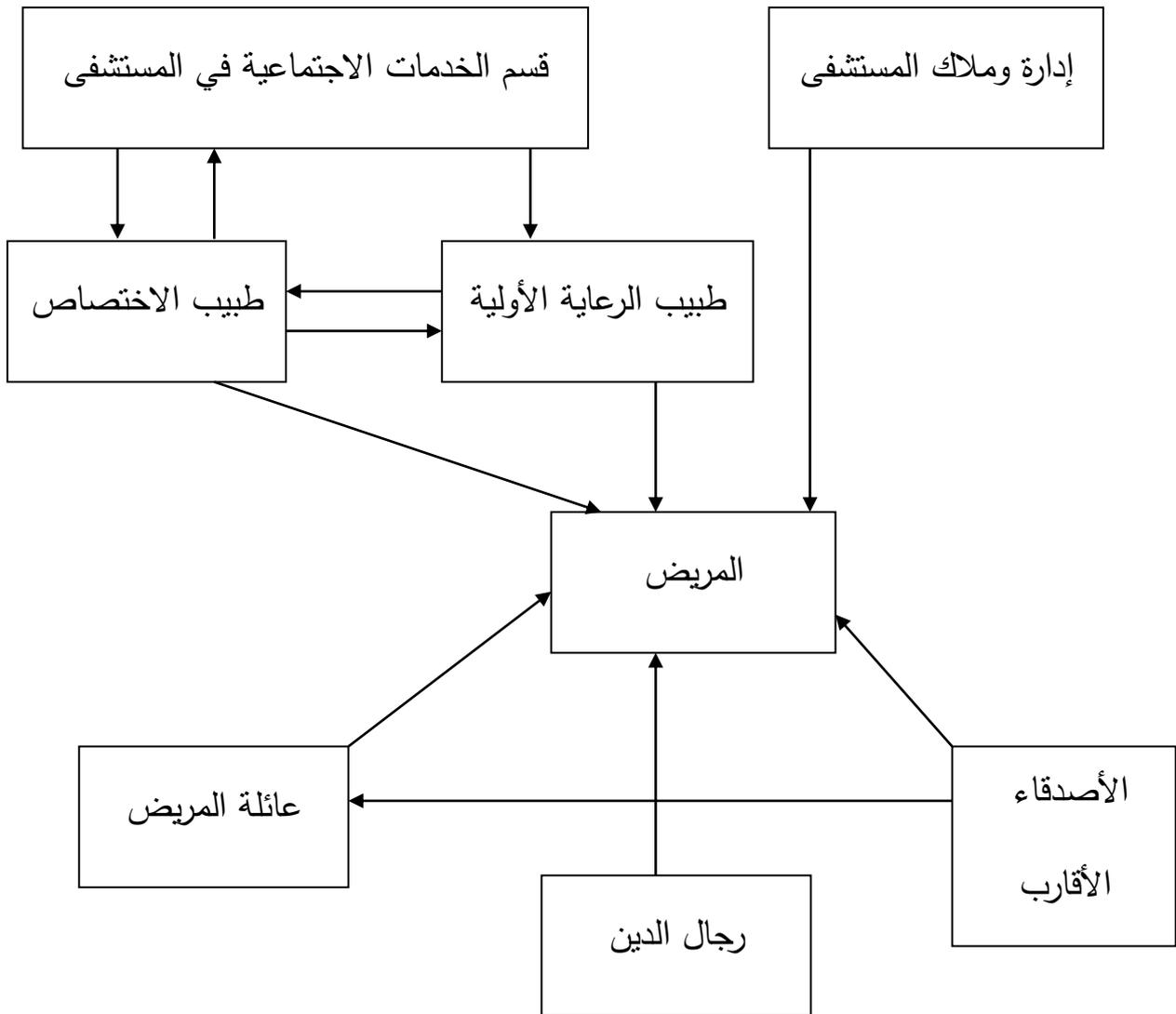
شكل رقم (14/03): مراحل عملية الشراء لدى المستهلك

La Source: P. Kotler et B. Dubois: **Marketing management**, 13^e édition Pearson

France, 2009, P221.,éducation

أ- تحديد الحاجة: بعدما يدرك المريض أن لديه مشكلة صحية تتولد لديه الحاجة إلى مراجعة الطبيب والطلب على الخدمة الاستشفائية.

ب- جمع المعلومات: بعدما يتأكد المريض من تحديد حاجته للخدمة الصحية، يبدأ في البحث عن المعلومات وجمعها التي تمثل له مصدر جيد ومقنع للاستفادة منها، ويعتبر حجم المعلومات ونوعيتها على درجة بالغة من الأهمية وهي تتناسب مع درجة خطورة وأهمية الحالة الصحية المطلوب معالجتها. وهناك عدة مصادر يحصل من خلالها المريض على المعلومات التي تخص حالته الصحية نلخص في الشكل الموالي:

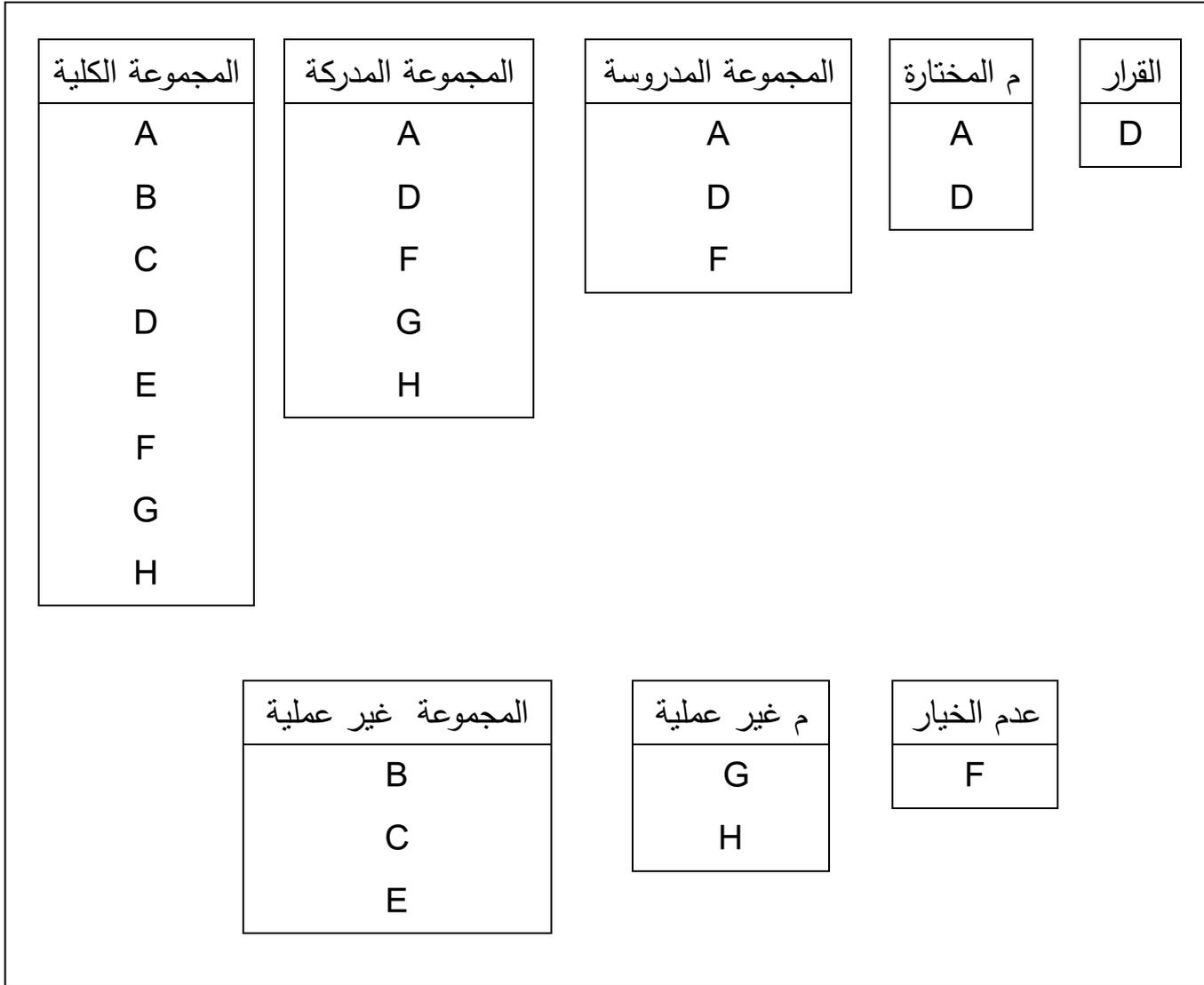


شكل رقم (15/03): مصادر المعلومات المؤثرة على خيارات المريض

La Source : Kotler et Dubois, Marketing management, Op. Cit,1997 P265.

ج- تقييم البدائل: نتيجة لما يشهده العالم من تطورات تكنولوجية وعلمية وهي مستحدثة باستمرار، أصبح للمريض بدائل وخيارات متعددة للحصول على الخدمة الصحية اللازمة، وعليه فالمريض يجتاز مرحلة مهمة عند اتخاذ قرار الشراء وهي تقييم البدائل المتاحة، خاصة وأن الأمر متعلق بالصحة وسلامتها.

وعلى هذا الأساس فإن المريض سيركز على بدائل مدركة بعد قيامه بالإخبار حسب ما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم (16/03) : البدائل المتعاقبة في قرار الشراء

La Source: Kotler (1987), P268.

د- اتخاذ قرار الشراء: بعدما يقيم المريض خياراته يقوم مباشرة باتخاذ قرار الطلب على الخدمة الصحية، ويتأثر هذا القرار بشكل كبير باتجاهات الجماعات المرجعية للمريض وبعض العوامل الموقفية (الظروف السائدة، والحالات الطارئة...الخ).

هـ- السلوك ما بعد عملية الشراء: بعد حصول المريض على الخدمة الصحية لا تنتهي العلاقة بينه وبين الجهة الموردة للخدمة المطلوبة، بل تستمر العلاقة بين الطرفين، فالانطباع الإيجابي الذي قد يتحقق لدى المريض يعكس مدى رضا المريض عن المؤسسة الصحية وبالتالي استمرار التعامل معها وزيادة الولاء لديه. وفي هذه المرحلة يتأكد المريض من مدى صحة أو خطأ قراره الذي اتخذ بشأن الخدمة الصحية المستخدمة، وقد يدرك المرحلة التي أسفرت بالضبط عن النتائج اللامرضية من بين مراحل قرار الشراء السالفة الذكر.

المبحث الثالث: رضا المريض والعوامل المؤثرة على سلوكه

إن عملية تحقيق الرضا لدى المستهلك في قطاع الخدمات تختلف كثيراً عن باقي القطاعات التسويقية، ذلك أن الجودة المدركة في الخدمة هي غير تلك المدركة في السلع المادية. ويزداد الأمر خصوصية أكثر في قطاع الخدمات الصحية على اختلاف مستوياتها، نظراً لتباين خصوصية الخدمة المقدمة للمرضى والذين يختلفون الواحد عن الآخر، تبعاً لحالتهم الصحية. من خلال هذا المبحث سنقوم بتحليل متغير الرضا عند المريض والذي نعتبره متغيراً تابعاً في البحث ومختلف العوامل المؤثرة على سلوكه بالاعتماد على المطالب التالية:

المطلب الأول: رضا المريض

المطلب الثاني: خطوات هامة لتحقيق رضا المريض

المطلب الثالث: قياس مستوى رضا المريض

المطلب الأول: رضا المريض

اكتسب مفهوم الرضا عند المريض أهمية بالغة في مختلف الدراسات التي تناولت جودة الخدمات الصحية، نظراً لكون الخدمة الصحية أكثر الخدمات أهمية للإنسان، لارتباطها الوثيق بكيانه الجسدي والسيكولوجي.

وتزداد أهمية دراسات رضا المريض في العالم الثالث حيث أن مؤشرات الرعاية الصحية الأولية تبلغ مستويات متدنية، وترتبط الأمراض بعدة عوامل تساعد على انتشارها وتزيد من صعوبة معالجتها، كالفقر والجهل وضعف المراكز الصحية، وعدم توافر الأدوية والإطارات المكلفة بالخدمة الصحية، هذا ما دفع العديد من المؤسسات الفاعلة والباحثة في الميدان، من القيان ببحوث ودراسات حول رضا المريض وسبل تحسين مستوياته.¹⁶⁶

قد يتعلق مفهوم الرضا عند المريض بالنتائج السريرية أو بالعلاقة بين المريض والأطر الطبية والتمريضية، أو بالتوقيت المناسب لإجراء المداخلة الطبية، أو بتقديم التشخيص المناسب أو بالخصائص الفندقية... الخ.¹⁶⁷

إن تحقيق الرضا حسب هذه العوامل وارد ولكنه غير أكيد، فالمريض الذي يخرج من المستشفى بعدما يشفى قد يكون راضٍ، ولكن المريض المصاب بمرض مستعص، لا يتحقق مستوى الرضا عنده، حتى ولو كانت

¹⁶⁶ أسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المريض، نموذج

لقياس رضا المريض، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية - المجلد 25، العدد الثاني، 2009، ص56 (بتصرف).

¹⁶⁷ أسامة الفراج، مرجع سبق ذكره، ص55.

نتائج العوامل السالفة الذكر جيدة. وفي جميع الظروف وجب على مقدم الخدمة أن يهتم ويلتزم بالمعايير والأبعاد النوعية التي من شأنها تحقيق الرضا لدى المريض.

إن مفهوم الرضا في مجال الرعاية الصحية (رضا المريض) له بعداً شخصياً قوياً، الأمر الذي يجعل هذا المفهوم مستقلاً تماماً عن الجودة الموضوعية وفاعلية المداخلة الطبية والتمريضية. ولهذا فإن دراسة وبحث هذه الجوانب الموضوعية تتبع في معظمها قوانين القياس السيكولوجي، أي العلم الذي يترجم المتغيرات الكيفية إلى قياسات كمية والتي تسمح بترجمة وتعريف المتغيرات والخصائص السيكولوجية وجعلها قابلة للقياس. إن درجة الرضا المحققة عن الخدمة المقدمة يمكن التعبير عنها وفقاً للعلاقة التالية:

$$\text{الرضا} \leq \text{الإدراك} - \text{التوقع}^{168}$$

أي هي تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو أن يحصل عليه المريض من الخدمة، وما كان يتوقع الحصول عليه قبل شراؤه أو استفادته من الخدمة الصحية.

ومن الضروري الإشارة إلى أن رضا المريض هو حالة نسبية تختلف من فرد لآخر، حسب المضامين التي تحتويها الخدمة من وجهة نظر المستفيد منها، وفي هذه الحالة يبني المريض توقعاته نتيجة تفاعل عدة قوى وتداخلها وهي:¹⁶⁹

- احتياجات المريض؛
- الخبرة السابقة؛
- الكلمة المتداولة من الجماعات المرجعية "Word of Mouth"؛
- الاتصالات التسويقية التي تقدمها المؤسسة الصحية للمستهلكين.

يمكننا القول أن "رضا المريض" هو مفهوم متعدد الأبعاد، يمكن قياسه من خلال المكونات ذات الصلة الغالبة على طبيعة الخدمة الصحية المقدمة مثل خدمات الرعاية الطبية، خدمات الرعاية التمريضية، خدمات الرعاية الصحية السلوكية، والخصائص التنظيمية والفندقية.¹⁷⁰ فكلما ازداد مستوى الرضا المعبر عنه المريض لمفردات هذه الأبعاد وغيرها، ارتفع المستوى العام للرضا على الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية وهذا ما يعطي انعكاساً عن مدى جودتها.

¹⁶⁸ ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 215.

¹⁶⁹ ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 216.

¹⁷⁰ أسامة الفراج، مرجع سبق ذكره، ص 61.

وأخيراً يمكن أن نلخص مفهوم رضا المريض على أنه: "هو شعور المريض بالراحة عن مجمل الخدمات التي تلقاها خلال مدة إقامته في المستشفى، وتشمل الخدمات الطبية والتمريضية، والخدمات المرافقة (فندقية، إ طعام، نظافة، خدمات اجتماعية ونفسية)، مما يولد إحساساً باهتمام الأطر الطبية والخدمية به، ويمنحه الثقة بالإجراءات التي يتبعها الأطباء، ويخلق لديه شعوراً إيجابياً يساعده على تقبل العلاج والتجاوب معه، وهذا ما يؤدي بدوره إلى تحصيل نتائج علاجية أفضل مما ينعكس على جودة خدمات الرعاية الصحية.

المطلب الثاني: خطوات هامة لتحقيق رضا المريض

حسب ما أشار إليه الباحث Kotler فإنه يجب على المؤسسة الصحية أن تعامل المريض على أنه ضيف "Guest" وهذه المسألة تتطلب الخطوات التالية:¹⁷¹

✓ تحية واستقبال المريض: ويتضمن الخطوات التالية:

- * إبداء الاحترام للمريض وذويه بإفشاء السلام؛
- * فسح المجال المناسب لجلوس المريض ومرافقيه؛
- * عرض المساعدة الفورية في تلبية طلب المريض لحاجته.

✓ ضرورة فهم مشاعر المريض: وهي تضم:

- * الإصغاء باهتمام واضح لحديث المريض؛
- * الهدوء والاستيضاح المناسب لمشكلة المريض؛
- * التكلم باللغة أو اللهجة التي يفهمها المريض؛
- * استخدام عبارات الصداقة لإشعار المريض بالاهتمام؛
- * المحافظة على خصوصية الحالة الصحية التي يكون بها المريض وسريتها.

✓ إظهار حالة العطف واللفت للمريض: ويضم:

- * وضع مقدم الخدمة نفسه موضع المريض وبالتالي تقدير عمق الحاجة الحقيقية للعطف واللفت

معه.

- * عند عرض المريض لشكواه وحاجته فعلى مقدم الخدمة الصحية موافقته الرأي وإكسابه الثقة في النفس وخلق جو الثقة المتبادلة.

¹⁷¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص222 مأخوذ عن: Kotler, 1997, P490.

✓ المساعدة لتجاوز المريض لحالته المرضية: وتتضمن:

- * إبداء مقدم الخدمة لرغبته في تحمل المسؤولية لمعالجة المريض؛
- * تقديم دعم مادي ومعنوي إضافي للمريض؛
- * خلق الفعالة لدى المريض بأن النتائج ستكون أفضل مما يتوقع.

✓ تقديم الشكر والتقدير للمريض: وتتضمن:

- * تقديم بطاقة للمريض بأرقام الهواتف اللازمة لوقت الحاجة وذكر فيها الأمنيات بالشفاء؛
- * استطلاع رأيه قبل المغادرة عن مدى رضاه لنوعية الخدمة المستفاد منها وملاحظاته إجمالاً؛
- * تقديم الشكر للمريض ومرافقيه لاختيار المستشفى دون غيره للعلاج؛
- * تذكيره بأن المستشفى سيبقى على اتصال معه بعد المغادرة للاطمئنان عليه.

المطلب الثالث: قياس مستوى رضا المريض

حديثاً يقول علماء النفس والاجتماع أن رضا المريض وحكمه على جودة الخدمة الصحية المقدمة له يمكن قياسه من خلال عدة مؤشرات ومقاييس، يعبر من خلالها المريض عن احتياجاته وتوقعاته وتصوراته لرعاية المؤسسة الصحية له.

وتشير العديد من الدراسات إلى أن "رضا المريض" لا يمكن تجاهله أو الاستغناء عنه عند تقييم جودة نظم الرعاية الصحية وتخطيطها وإدارته.¹⁷²

ومن بين الوسائل المتاحة والمقاييس المعتمدة في قياس رضا المريض نذكر:¹⁷³

1- أنظمة الشكاوي والمقترحات

وفقاً لهذه الأنظمة يقدم المرضى مختلف مقترحاتهم بما في ذلك شكاوي عن تجارب استخدام سابقة، وهذا بغية تطوير وتحسين الخدمة المقدمة.

من خلال هذا الأسلوب تتمكن المؤسسة من تحويل المرضى غير راضين عن مستوى خدماتها إلى مرضى ذوي ولاء للمؤسسة الصحية، عن طريق خلق إحساس بالاهتمام وعمق الثقة المتبادلة.

كما ينبغي أخذ بعين الاعتبار أن هناك ما يسمى بالأغلبية الصامتة، وهم الذين لا يقدمون أي شكوى مهما كانت الظروف، ففي هذه الحالة لا يمكن للمؤسسة الصحية أن تعتمد هذه الوضعية على أساس مؤشر إيجابي لعدم توافر شكاوي كافية لتعزيز التغيير نحو الأفضل.

¹⁷² Sitzia J, wood N: **Patient Satisfaction**, a Review of issues and Concepts, Soc Sci Med 1997, 45(12), 1829-43.

¹⁷³ فريد زين الدين، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ط1، دون دن، مصر، 2002، ص183.

2- بحوث قياس رضا المريض

وهو قيام المؤسسة الصحية من حين لآخر بالبحث في مستويات الرضا عند مرضاها في فترة زمنية محددة وذلك من خلال إعداد مؤشرات ومعايير قياس، ثم تصميم قائمة استقصاء تقدمها للمرضى، تكون مصاغة في شكل مقياس مدرج يمثل مستويات جودة الخدمة الصحية المقدمة، وهو يأخذ في العادة خمس مستويات وهي كالتالي:

- المستوى الأول: ممتاز أو رائع

- المستوى الثاني: جيد جداً

- المستوى الثالث: مرضي أو محايد

- المستوى الرابع: مقبول

- المستوى الخامس: رديء

وفي الجدول الموالي وصفا لهذا المقياس.

جدول رقم (11/3): المقياس المدرج وفقاً لـ: ليكرت

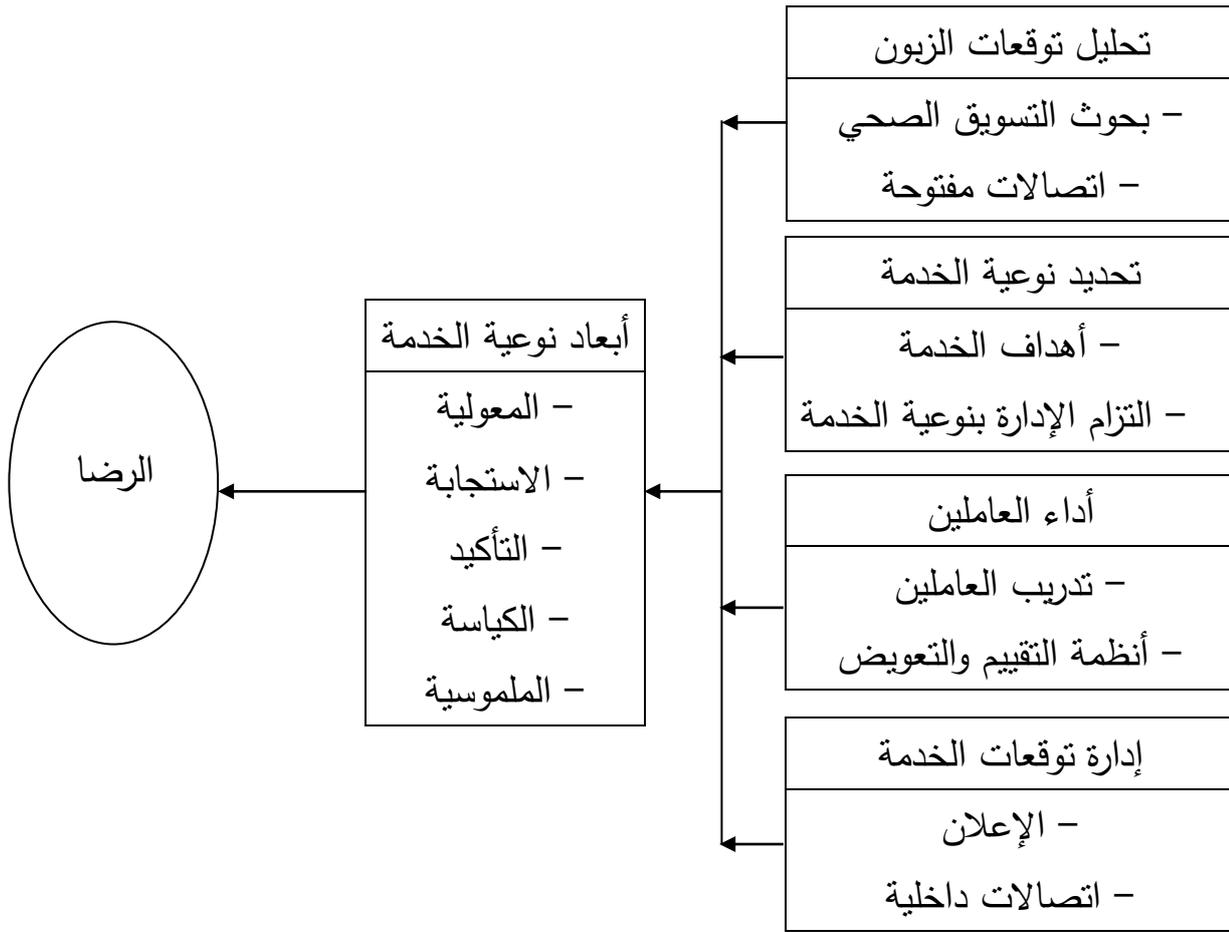
5	4	3	2	1
راضي جداً أو ممتاز	راضي أوجيد جداً	مرضي أومحايد	غير راضي أو مقبول	غير راض تماماً أو رديء

المصدر: فريد زين الدين، مرجع سبق ذكره، ص185

من خلال هذا المقياس نرى أنه كلما ارتفعت الدرجة زاد مستوى جودة الخدمة نحو الكمال وبالتالي يزداد مستوى الرضا بشكل عام.

3- النموذج التكاملي لقياس الرضا وجودة الخدمة الصحية

يقدم هذا النموذج النظرة الشاملة في أسس تكوين النوعية الجيدة للخدمة الصحية وطرق إدراكها من قبل المرضى، وكذا المعايير الرئيسية المعتمدة في قياس مستوى النوعية المقدمة والمحقة للرضا عند المريض أو عدمه. ويتضح هذا النموذج من خلال الشكل التالي.



شكل رقم (17/03): النموذج التكاملي لقياس الرضا و جودة الخدمة الصحية

Pride and Ferrell, O.C, **Marketing**, 2nd Ed, Houghton Mifflin Co, New York, : **La source**

2000, P334.

تمثل العناصر المشكلة لهذا النموذج عوامل أساسية في تحديد نوعية الخدمة المقدمة للمريض، وبالرغم من أنه من الصعب على المؤسسات الصحية تحديد مسبقاً درجة الدقة والجودة في الخدمة المقدمة (المعروضة) إلا أنه بات لازماً على مثل هذه المؤسسات الاعتناء بكل من تحليل توقعات الزبون وذلك بتعزيز عملية الاتصالات داخلياً وخارجياً، وتحديد نوعية الخدمة التي تساعد الجهات الإدارية من تتبع مدى الالتزام بقواعد المهنة وأخلاقياتها، بالإضافة إلى الاهتمام الجيد بتدريب العاملين وتحفيزهم على ذلك، وأخيراً إدارة توقعات الخدمة من خلال خلق جو من التفاعل والاتصال الدائم بين المستويات المختلفة المشكلة لتنظيم المؤسسة. هذه العناصر في مجملها تدفع بالمريض إلى الحكم على نوعية الخدمة الصحية ما إذا كانت ذات جودة أم لا، وذلك من خلال مجموعة أبعاد حددها الباحث Kotler في خمسة وهي: المعولية، الاستجابة، التأكيد، القياسية والملموسية. وبالرغم من أن الدراسات التسويقية تشير إلى أهمية هذه الأبعاد في تحديد مدى

رضا المريض عن جودة الخدمة المستفاد منها إلا أن المسألة تعد من الأمور الصعبة جداً لارتباطها بالجانب النفسي عند الإنسان وهو متباين الإدراك في جميع الأحوال والظروف.

4- نموذج كانو Kano لرضا العملاء

حسب نموذج كانو تنقسم متطلبات الخدمة من حيث تأثيرها على رضا المستهلك إلى ثلاثة أنواع

وهي:

✓ المتطلبات الأساسية

وهي موجودة أساساً عند تقديم الخدمة ولا تتطلب أن يسأل عنها المستفيد، فإذا لم يتم تلبيتها فلن يكون المستهلك راضياً، وبالمقابل إذا كانت موجودة فإنها لن تحقق بالضرورة رضا العميل (من المسلم به أن تكون موجودة).

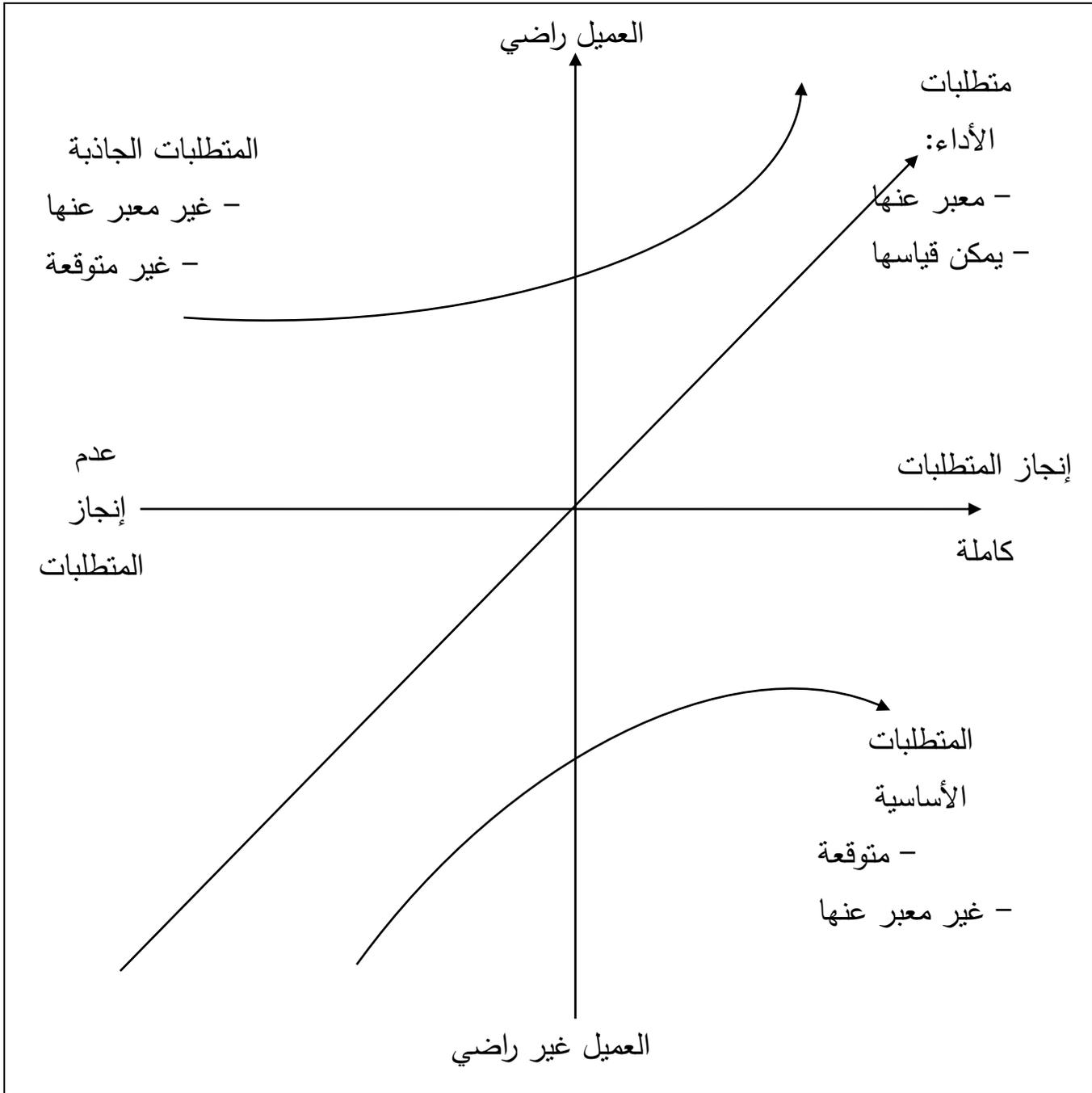
✓ متطلبات الأداء

يكون مسار هذه المتطلبات باتجاه واحد وطردي، ولهذا فكلما زاد مستوى تلبية هذه المتطلبات، كلما زاد مستوى الرضا عند المريض، هذه المتطلبات غير متوقعة من المريض، وعليه زيادة تلبيةها تحقق زيادة في الرضا، وعدم تلبيةها لا تؤثر على نفس مستوى الرضا عنده.

✓ المتطلبات الجاذبة

تحتل هذه المتطلبات أكبر درجة من الأهمية بالمقارنة مع المتطلبات السابقة، نظراً لتأثيرها القوي على درجة رضا المريض في حالة توفيرها وتقديمها، وحسب طبيعة هذه المتطلبات فهي غير متوقعة ولا معبر عنها من طرف المريض، ولهذا فإن المؤسسة الصحية تعتني بهذه المتطلبات عند ترتيب أولوياتها، لتكسب ميزة تنافسية في تطوير مستوى الخدمات المقدمة.

حسب ما سبق عرضه من عناصر نموذج كانوا، يمكننا أن نوجز هذا النموذج في الشكل الموالي.



شكل رقم (18/03): نموذج كانوا لرضا العملاء

المصدر: محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2008، ص8.

خلاصة الفصل:

يعد مفهوم "رضا المريض" من المفاهيم المعقدة وصعبة القياس بسبب كونها مفاهيم سيكولوجية ترتبط بشخصية المريض وتجاربه السابقة، وبحالته الصحية، وبتوقعاته وأولوياته، إضافة إلى العوامل الاجتماعية والثقافية وغيرها من العوامل التي تعقد هذه المسألة وتجعلها محل اهتمام العديد من الدراسات والأبحاث في الوقت الحالي.

- إن استعمالية الخدمات الصحية هي نتيجة للتفاعل المتبادل بين العمليات الباثولوجية، وإدراك الطاقم الطبي والشبه الطبي والأفراد المستفيدين لهذه العمليات ومستويات عرض الخدمات الصحية، ولهذا على المؤسسات الصحية الاعتناء بهذه المتغيرات الهامة لتتمكن من ترشيد عملية استعمال الخدمة الصحية وعدم هدرها.

- اتضح من خلال مراحل عملية شراء الخدمة الصحية أن نقطة الانطلاق تتحدد بحاجة المريض لهذه الخدمة وتنتهي بتقييمه لها وبالتالي تحدد هذه المراحل السلوك العقلائي لهذا المريض في التعامل مع البدائل المتاحة وترشيد استعمالها، ضف إلى ذلك أن سلوكه تحدّه مجموعة من المحددات منها ما هو شخصي ونفسي ومنها ما يتعلق بالحياة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للمريض.

ومهما كانت هذه المحددات فهي تحفز المريض على الطلب على الخدمة الصحية محدّدة دون غيرها تبعاً لطبيعة الشخص سواء كان مريضاً أو مواطناً يتطلع لمستوى الخدمات المتوفرة وجودتها.

الفصل الرابع

دراسة تقييمية للنظام الصحي الجزائري

المبحث الأول: تقديم النظام الصحي الجزائري

المبحث الثاني: مكانة الجودة في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية

المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي الجزائري وتقييم أداءه

تمهيد:

غداة الاستقلال، اهتمت السياسة الصحية بالجزائر بضرورة إنشاء الطب المجاني وضمان إيصال العلاج إلى جميع المواطنين مهما كان دخلهم المادي ومكانتهم الاجتماعية، وجسدت مختلف الدساتير الجزائرية هذه القضية واعتبرتها حث ضروري ومشروع تكفله الدولة بمختلف أجهزتها.

حاولت الجزائر الارتقاء بالحالة الصحية للمجتمع، وسعت لأجل هذا المبدأ جاهدة بالرغم من الظروف الصعبة التي عاشتها والأزمات التي توالى عبر الأزمنة السابقة. وقد أشارت بعض المؤشرات الصحية إلى تراجع عدد الوفيات بصفة عامة، وارتفاع متوسط العمر المأمول عند الولادة وذلك في فترة التسعينات.

بالرغم من مختلف الجهود الساعية إلى تحسين الوضع الصحي الجزائري، إلا أن الأساليب المستخدمة، وطرق التمويل والإنفاق قبل مشروع الإصلاح لم تحقق الهدف الذي وضعت لأجله، ولهذا السبب قامت الجزائر بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، هدفه إرساء مبدأ العدالة الاجتماعية، وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات الصحية وضمان الاستمرارية على المستوى الاستراتيجي.

من خلال هذا الفصل سنقوم بعرض موجز للنظام الصحي الجزائري وأهم الرهانات والتحديات التي تواجهه، من خلال توضيح لواقع الجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية ودراسة نقدية وتقييمية لأداء النظام الصحي الجزائري.

المبحث الأول: تقديم النظام الصحي الجزائري

يعتبر قطاع الخدمات الصحية من أهم القطاعات حيوية في مختلف المجتمعات، فهي أساس التنمية ونقطة انطلاقها الأولى، كما يعد المستوى الصحي للمجتمع مقياساً لدرجة تقدمه. ولتحقيق هذا المستوى من التقدم، تسعى الجزائر على غرار باقي دول العالم إلى تحسين أوضاع هذا القطاع من خلال إجراءات إصلاحية عبر فترات زمنية متفاوتة، هدفت هذه الإصلاحات في مجملها إلى تحسين جودة الخدمات الصحية لتحقيق مستوى رضا مقبول ومستوى صحي ملائم للمواطن. من خلال هذا المبحث سنعرض على مختلف التطورات التاريخية التي شهدتها النظام الصحي الجزائري، ومختلف المؤسسات المكونة له بهدف فهم مكوناته وخصائصه الرئيسية. سنحاول تفسير هذا المبحث بالتطرق للمطالب التالية:

المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

المطلب الثاني: هيكلية النظام الصحي الجزائري

المطلب الثالث: عرض الخدمة الصحية في الجزائر

المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

بالاضطلاع على مختلف المراحل التي تطور بها النظام الصحي بالجزائر نجد أنه ينقسم إلى ثلاثة فترات رئيسية وهي:

أ. الفترة الأولى: من 1963 إلى 1973¹⁷⁴

بعد الاستقلال، بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب (5% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون نسمة.

تميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بتراجع عدد العاملين في القطاع حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100000 ساكن، متمركزين في المناطق الكبرى من الوطن، إضافة إلى طاقم ترميضي لا يتعدى 138 ممرض¹⁷⁵، حيث الأغلبية منهم غير مؤهلة وليست لديها شهادات، وانعدام التجربة للطاقم الإداري المسير. ومن بين المؤشرات الصحية كذلك ارتفاع معدل وفاة الأطفال بحيث تجاوز العدد (180 طفل لكل 1000) وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة، بسبب انتشار الأمراض المتنقلة هذه الأسباب وغيرها ساهمت في عدد الوفيات والإعاقات.

¹⁷⁴ عدنان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص115.

¹⁷⁵ حوالمف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي تلمسان، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان 2010/2009، ص133.

ولمواجهة هذه الوضعية، وفي ظل الموارد المحدودة ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين وهما:

- * تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج.
- * مكافحة الأمراض خاصة المتقلة منها، ومحاولة التقليل من مستوى الوفيات.
- * كما تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجة لحماية طبقة السكان المحرومين وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية (السل و الملاريا)، كما فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال.
- * وفي الفترة ذاتها، كان الإنتاج الصيدلاني، الاستيراد والتوزيع بالجملة مضموناً من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) على وجه الخصوص¹⁷⁶.

سعت السياسة الصحية في هذه الفترة بانتهاج المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية، ومحاولة تكثيف الجهود لبناء المستشفيات وزيادة تكوين الأطباء، والاستقلال الذاتي النسبي الذي يتمتع به الممارسين في مجال الرعاية الصحية.

وقد كانت المراكز والمستوصفات الصحية تسير من قبل البلديات، وقد ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1967-1968.

وقد كانت مراكز النظافة المدرسية تسير من قبل وزارة التعليم وكان بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات الصحية العمومية وذلك في إطار تعاقد، وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة¹⁷⁷.

ب. الفترة الثانية: من 1974-1989

تميزت هذه الفترة بعض الأمور الهامة نذكر منها:¹⁷⁸

- * تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقاً من جانفي 1974، من أجل تسديد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية¹⁷⁹.
- * إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية، من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.

¹⁷⁶ M. Chaouch, **Développement du système National de Santé: Stratégies et perspectives "le gestion maire"**, verve élaborée par l'école nationale de la santé publique n°5, Juin 2001, PP4-5.

¹⁷⁷ حوالمف رحيمة، مرجع سبق ذكره، ص133.

¹⁷⁸ Saihi. A, **Le système de santé publique en Algérie**, Revue "gestions hospitalières" La revue des décideurs hospitaliers, n°455, Avril 2006, PP241-242.

¹⁷⁹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1398هـ الموافق ل28 ديسمبر 1973م، والمتضمن قانون المالية لسنة 1974م، والمتعلق بتأسيس الطب المجاني.

* إنشاء القطاع الصحي الذي اعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي وتتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء، وإعادة التكييف الطبي، والتي تغطي حاجات مجموعة من السكان لبلدية ما والتابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

وقد سجل خلال هذه الفترة ما يلي:

* إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية، والمراكز الاستشفائية الجامعية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في مختلف ربوع الوطن.

* تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987، وهذا بفضل الاستثمارات الضخمة التي قامت بها الدولة.

* ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير سنة 1973 إلى 62500 سرير سنة 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 سنة 1974 إلى 1147 سنة 1986.

* أما على مستوى المؤشرات الصحية، فسجل تراجع لمعدلات وفيات الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية، كما ارتفع أمل الحياة من 51 سنة 1965 إلى 65 سنة 1987.

* أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك، وكان تقدير تمويل هذه الخدمات كالتالي:¹⁸⁰

* 60% نسبة تمويل الدولة من مجموع النفقات؛

* 30% نسبة تمويل الضمان الاجتماعي؛

* 10% نسبة تمويل السكان والأسر.

* بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من النشاطات التي تهدف إلى التحكم في الخصوبة وتدعيم الانتقال الديمغرافي. وقد اهتمت الدولة بالأفراد المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية.

وما يمكن عرضه كانتقاد لهذه الفترة، هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها، بحيث كان الهدف الرئيسي هو تلبية الطلب قدر الإمكان.

ت. الفترة الثالثة: من 1990 إلى 2007

تميزت هذه الفترة بتراكم المشاكل وبالضبط مع نهاية الثمانينات، والتي استدعت إعادة هيكلة النظام الصحي تدريجياً، وذلك رغم إدخال مسار التكييف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن.

¹⁸⁰ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية: وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2012، عمان، الأردن، ص 200 (بتصرف).

ومن أهم مميزات هذه الفترة ما يلي:¹⁸¹

- * مشروع الجهوية الصحية، لتجسيد القطاعية اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية عادلة ومتوازنة.
- * على المستوى المؤسسي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق)، وعلى المرصد الجهوي للصحة وما يعاب على هذه الهيئة أن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت إليها، نظراً لأن إطارها القانوني والتنظيمي حدّ من صلاحياتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قرارية.
- * إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة والتي تمثلت فيما يلي:¹⁸²

•المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCP) مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق؛

•الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH): مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994)؛

•الوكالة الوطنية للدم (ANS): مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995)؛

•الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS): مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال؛

•المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM): وكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية؛

•صدر المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية وتنظيم سيرها، وبهذا أصبحت المؤسسات الصحية العمومية عبر كافة الإقليم الجزائري تقسم إلى المراكز الاستشفائية الجامعية، القطاعات الصحية، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة. بالإضافة إلى تغيير اسم الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر بداية من جوان 2002 إلى اسم: "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات"¹⁸³.

- صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهادف إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، والذي تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى: مؤسسات عمومية استشفائية، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، مؤسسات استشفائية

¹⁸¹ M. Chaouch, Op. Cit, P6.

¹⁸² عدنان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص120.

¹⁸³ عنيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير غ منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، 2011/2012، ص57.

متخصصة، وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول إلى عيادات متعددة الخدمات، أو إلى قاعات للعلاج حسب وضعيتها المادية¹⁸⁴.

ملاحظة: تجدر الإشارة إلى أن الفترة الممتدة من 2007 إلى غاية يومنا هذا، وبعد تتبعنا لبعض الدراسات والإحصائيات الحديثة نجد أنه لم يطرأ تغيير واضح على هيكلية النظام الصحي ولم تتوفر لدينا بيانات خاصة بالتجديد على هذا المستوى.

المطلب الثاني: هيكلية النظام الصحي الجزائري

بعد استعراضنا للتطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري، نستعرض الآن هيكلية هذا النظام بصفة عامة والذي يشمل ثلاثة مستويات رئيسية وهي:¹⁸⁵

1- المستوى المركزي

تشمل المؤسسة الصحية (10) عشر وحدات، تنشأ بموجب مرسوم تنفيذي ومنسقة عن طريق الأمين العام، بالإضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وقطاعية، تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة والسكان. تلعب هذه اللجان دوراً هاماً في متابعة وتقييم برامج الصحة على مستوى الوطن. صف إلى ذلك، توجد عشرة (10) هيئات تحت وصاية الوزارة ومسيرة من طرف مجالس الإدارة.

2- المستوى الجهوي

بغية تحقيق العدالة وضمان مبدأ المساواة في الحصول على العلاج، ومن أجل الموازنة بين عرض العلاج واحتياجات السكان، أسست الجهوية الصحية سنة 1995.

تعتبر هذه الجهوية هيئة فاحصة متعددة القطاعات، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالأهداف الإستراتيجية، اتخاذ القرارات، وتخصيص الموارد.

شكلت هذه الجهوية لخمس مناطق صحية وهي:¹⁸⁶

- منطقة الوسط وتضم 11 ولاية؛

- منطقة الشرق وتضم 14 ولاية؛

- منطقة الغرب وتضم 11 ولاية؛

¹⁸⁴ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في جمادى الأولى عام 1421 الموافق ل19 ماي 2007.

¹⁸⁵ Ministre de la santé et de la Population, Développement du système national de santé stratégie et perspective. Mai 2001. Vue sur le site :<http://www.Ands.dz/Système de Santé htm#1>.

¹⁸⁶ عدمان مريزق، مرجع سبق عرضه، ص162.

- منطقة الجنوب الشرقي ويضم 07 ولايات؛

- منطقة الجنوب الغربي ويضم 05 ولايات.

وما هو ملاحظ أن هذه المؤسسات الجهوية تبقى افتراضية، حيث ليست لديها أي استقلالية مالية على مستوى كل جهة، وهي غير محددة بشكل دقيق على مستوى الهيكل القانوني.

3- المستوى الولائي

على مستوى كل ولاية تتواجد مديرية الصحة والسكان، حسب المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، والتي تدير وتحدد القواعد التنظيمية وتشغيل هذه المديرية، حسب ما ورد في الجريدة الرسمية رقم 47 وتتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومة الصحية، وتنسيق مهام ونشاطات المنشآت والهيكل الصحية، وتمارس وصايتها ومراقبتها على هيكل القطاع الخاص (مكاتب طبية، صيدليات، مخابر، عيادات خاصة...الخ) وهي مكلفة بمختلف المنشآت الصحية المتخصصة، والقطاع الصحي، والمراكز الاستشفائية الجامعية.

يبلغ عدد القطاعات الصحية 185 قطاعاً صحياً، ويختلف عددها من ولاية لأخرى، ويشمل كل قطاع صحي مصلحة وبائية، وطب وقائي، مكلفة بجمع المعلومات الوبائية، وتقديم البرامج الوطنية على مستوى القطاع الصحي. كما تتكفل المراكز الاستشفائية الجامعية بالعلاج، التكوين والبحث¹⁸⁷.

4- المستوى المحلي (الدائرة والبلدية)

يتم تقديم الخدمات الصحية على المستوى المحلي في شكل قطاعات صحية (المؤسسة العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة، وحدات صحية قاعدية) بحيث تتولى هذه المؤسسات بتحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية.

وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية، تم إنشاء قطاعات صحية فرعية، وهي مكلفة بانتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة تتم على مستواها، بالإضافة إلى إنجاز حملات وقائية وتطعيمية لسكان المنطقة المحلية وتتكون عموماً هذه المراكز من: ¹⁸⁸

✓ عيادة متعددة الخدمات

وهي مكلفة بالمهام التالية:

* تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة والمتخصصة؛

* الإشراف الإداري على المراكز الصحية البلدية؛

¹⁸⁷ عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص 158.

¹⁸⁸ عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص 135.

* القيام بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

✓ المركز الصحي

وهو يتواجد في كل قرية أو تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

✓ قاعات العلاج

عند كل 1000 إلى 2000 نسمة تتواجد قاعة علاج وهي موكلة بتقديم أبسط الخدمات العلاجية مثل الحقن والتضميد والتطعيم، كما تعمل على توجيه الحالات المرضية إلى المستشفى.

✓ وحسب قرار المرسوم التنفيذي (07-140) الصادر في 2007، تضمن تغيير تقسيم القطاع

الصحي إلى: عيادات متعددة الخدمات أو إلى قاعات علاج على حسب المنطقة الريفية، البنية الهيكلية، والدعم المادي المتوفر.

المطلب الثالث: عرض الخدمة الصحية في الجزائر

بعد أن تولت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مهمة الإشراف على النظام الصحي الجزائري لاسيما ما تعلق بتسيير العناية الصحية في الوسط العمومي، ومراقبة شروط الممارسة في القطاع الخاص، أما التغطية الاجتماعية فقد أوكلت مهمة تسييرها إلى صناديق وطنية تابعة لوصاية وزارة العمل والضمان الاجتماعي وهي مكونة من ثلاثة صناديق وهي:

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS؛

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء CASNOS؛

- الصندوق الوطني للتقاعد CNR.

وتقوم هذه الصناديق بضمان نظام الحماية الاجتماعية مثل: المرض، الأمومة، العطب، الوفاة والتقاعد، حوادث العمل، الأمراض المهنية، الخدمات الاجتماعية، التأمين على البطالة والتقاعد المسبق.

وفي هذا السياق، يمكننا عرض تطور نسب التغطية الصحية حسب ما ورد في تقارير وزارة الصحة

وإصلاح المستشفيات وهي كالتالي:

جدول رقم (12/4): تطور نسب التغطية الصحية بوحدات العلاج القاعدية في الجزائر

مؤشر السنوات						المؤسسة الصحية
2004	2003	2002	2001	2000	1995	
512	516	513	504	497	460	عيادة متعددة الاختصاصات
65304	63546	61125	61131	61097	60435	نسبة عيادة متعددة الاختصاصات
5820	5697	5509	5368	5216	4865	مركز صحي + قاعة علاج
5745	5756	5692	5740	5822	5714	نسبة مركز صحي + قاعة علاج
33435	32789	31357	30810	30365	27800	السكان بالآلاف

Source: Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, la santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004 P94 (données 1995-2002) et Avril 2006, P24 (données 2003-2004).

نلاحظ من خلال الجدول أنه في ظرف خمس سنوات (1995-2000)، سجلت زيادة قدرها 08.04% بالنسبة للعيادات المتعددة الاختصاصات، ثم تزايد بوتيرة ضعيفة لغاية 2003، وبعد ذلك تعاود الانخفاض. أما فيما يخص المراكز الصحية وقاعات العلاج، فنلاحظ ارتفاعاً قدر بـ 19.63% سنة 2004 مقارنة بسنة الأساس.

وعموماً خلال العشرية السابقة، سجل الطاقم الطبي نمواً مسارعاً قدر بحوالي 70% بالنسبة للقطاع العمومي، بحيث سجل ارتفاعاً في عدد الأطباء الممارسين من 21000 (4000 منهم أخصائيون) سنة 1999، إلى 35000 طبيب ممارس (منهم 13000 أخصائيون) سنة 2007.¹⁸⁹

ونشير إلى أن ولايات الجنوب، عدد الأطباء الأخصائيين لم يكن يتجاوز 80 طبيباً مختصاً سنة 1999 ليصل هذا العدد إلى 1000 طبيب مختص سنة 2007.¹⁹⁰

ويهدف تحقيق تكفل جيد بالمريض، وتلبية طلبات المواطنين بشكل أوسع، رافقت السياسة الصحية العمومية جهوداً هامة للاستثمار من طرف الدولة لتدعيم وتوسيع شبكة المنشآت الصحية، لتغطية طبية أفضل.

¹⁸⁹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية التخطيط والتخطيط، إحصائيات صحية بتاريخ 15 سبتمبر 2007، ص43.

¹⁹⁰ نفس المرجع أعلاه، ص44.

وأهم الإحصائيات التي نشير إليها في هذا الخصوص هي:¹⁹¹

- بالنسبة للفترة الممتدة من 2005 إلى 2008، استفاد القطاع الصحي من 244 مليار دينار جزائري، من أجل إنجاز مجموعة من المنشآت الصحية، منها 152 تم استكمالها وحوالي 400 منشأة في طور الإنجاز.
- أما بالنسبة لسنة 2009 فقد قدرت الإحصائيات الإجمالية المتعلقة بالهيكل الاستشفائية ما يلي:¹⁹²

✓ القطاع العام

* 268 مستشفى منها (31 مركز استشفائي متخصص و13 مركز استشفائي جامعي)، ببطاقة استقبال مقدرة بـ54000 سرير.

* عيادة متعددة الخدمات و5368 مركز طبي ومستوصف.

* 515 مركز طبي اجتماعي، و1121 وحدة طبية للكشف ومتابعة الصحة المدرسية.

* 80 وحدة طبية وقائية في الوسط الجامعي إضافة إلى 120 مركز لنقل الدم.

* الهيئات التابعة للقطاع العسكري منها: 01 مستشفى مركزي، و06 مستشفيات جهوية، و03 عيادات متعددة الخدمات، وعيادتان للتوليد.

✓ القطاع الخاص

* 121 عيادة عاملة، تستخدم ما يقارب بـ500 اختصاصي و200 طبيب عام، و1200 عون شبه طبي، ببطاقة استقبال مقدرة بـ3400 سرير.

* وفي هذا الصدد يمكننا عرض تطور عدد الممارسين الطبيين حسب كل قطاع في الجدول التالي:

¹⁹¹ الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار <http://www.andi.dz>.

¹⁹² عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص137.

جدول رقم (13/04): تطور عدد الممارسين الطبيين حسب كل قطاع في الجزائر (من 1995 إلى 2004)

السنة	أخصائيون		أطباء عامّون		أطباء أسنان		صيادلة		إجمالي	
	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص
1995	3554	2528	10296	4950	5188	2473	464	3183	22649	13134
2000	4155	4522	11275	5803	4647	3346	202	4587	24595	18258
2001	4291	4861	11569	5915	4833	3580	185	4778	26117	19134
2002	4498	5216	11861	6185	4629	3747	177	4995	26225	20143
2003	4641	4700	12122	5996	4625	3755	178	5502	26080	19953
2004	4781	4844	12338	6068	4698	3920	198	5857	20689	20689

La Source: Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, **la santé des Algériennes et des Algériens**, décembre 2004, P95, Avril 2005, P36-37, Avril 2006, P168-202.

- ما يمكن أن نلاحظه، حسب ما ورد من إحصائيات في هذا الجدول أن:
- عدد الأخصائيين يتوزع بالتساوي ما بين القطاعين العام والخاص، أما أطباء الأسنان فتوزيعهم متباين قبل 2000، وشبه متساوي ابتداء من هذه السنة ما بين القطاع العام والخاص.
 - فيما يخص الصيادلة الخواص فهم يشكلون الأغلبية الساحقة في هذه البيانات.
 - وانطلاقاً من بعض المعطيات الإحصائية يمكننا عرض تغطية الممارسين الطبيين بالنسبة لعدد السكان انطلاقاً من سنة الاستقلال إلى غاية 2009 حسب بيان أصدره وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سبتمبر من سنة 2009، وهي ملخصة في الجدول التالي:

جدول رقم (14/04): تطور مؤشرات التغطية الطبية بالنسبة للسكان بالجزائر

السنوات	طب عام	طب خاص	طب أسنان	صيادلة	شبه طبيين
1962	1 من 25643	من عدد السكان	72848/1	41667/1	2979/1
1999	1750/1	3594/1	3752/1	6134/1	364/1
2009	1457/1	2052/1	3241/1	4492/1	370/1

La Source: Communication du Monsieur le ministre de la santé et de la population et de la reforme hospitalière, Septembre 2009, P16.

نستخلص من خلال البيانات الجدولية أنه هناك ارتفاع ملحوظ على مختلف عدد الممارسين الطبيين من سنة الاستقلال إلى غاية 2009 وذلك تناسباً مع ارتفاع في عدد السكان ما عدا الممارسين الشبه الطبيين فنلاحظ ارتفاع ضعيف ما بين 1999 و 2009.

المبحث الثاني: مكانة الجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية

يشير ميثاق الصحة لسنة 1998¹⁹³ أن الاستفادة من مجانية العلاج، والعدالة الاجتماعية والتضامن الاجتماعي، تشكل المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان، بالإضافة إلى الجهود المبذولة على مستوى تحسين التسيير الإداري، ومنح المؤسسات الصحية الاستقلالية اللازمة وقوانين أساسية تتلاءم وخصوصياتها، من خلال وضع برنامج لا مركزية الميزانية على المستوى الجهوي والمحلي، وتأسيس نظام لتقييم النشاطات حسب الأهداف المسطرة.

كما أولى الميثاق اهتماماً واضحاً بالتكوين والإعلام والاتصال التي تعتبر أهم عناصر الحياة في المنظومة الصحية.

تشير معظم الإحصائيات الصحية المدروسة سابقاً أن قبل سنة 1999 كان النظام الصحي يعاني من بعض الاختلالات الهيكلية والتنظيمية، وضعف الموارد والإمكانات المادية والبشرية. وفي هذا الإطار عمد قطاع الصحة إلى انتهاج سياسة جديدة سميت بسياسة الإصلاح للمستشفيات، التي هدفت في مجملها إلى دفع منظومة الصحة نحو العصرية. وذلك بغية تحسين الأداء والتكفل الكامل والجيد بالمريض.

ظهرت مكانة الجودة في المؤسسات الصحية لأول مرة في المرسوم التنفيذي رقم (07-140) من خلال التنظيم الجديد للتسيير على مستوى المؤسسات الصحية، حيث دخل هذا المرسوم حيز التنفيذ سنة 2008 (حسب ما ناقشناه سابقاً) وأعطى أولوية كبيرة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن وتطويرها، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

وقد أعطت سياسة الإصلاح مكانة هامة للقطاع الخاص وفتحت المجال أما الاستثمار الأجنبي في هذا المجال، خاصة فيما يتعلق بإصلاح العتاد وصيانته، وما هو مشهود حالياً فتح استثمار المؤسسات الكوبية المتخصصة في شتى المجالات الصحية لاسيما طب العيون وطب النساء والتوليد، الأشعة وغيرها من التخصصات التي حثت على الاهتمام أكثر بمجال الجودة في تقديم الخدمات وبلوغ مستويات الجودة العالمية. يتضمن هذا المبحث المطالب التالية:

المطلب الأول: إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية الجامعية الجزائرية

المطلب الثاني: بعض الخطوات الهامة لإدخال الجودة للمستشفيات

المطلب الثالث: معوقات التطبيق الفعال لنظام الجودة في المستشفيات الجزائرية

¹⁹³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة، 1998، ص12.

المطلب الأول: إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية الجامعية الجزائرية

تشهد الجزائر اليوم، اهتماماً كبيراً على كافة المستويات فيما يتعلق بالجودة، لاسيما جودة الخدمات الصحية، ونظر لعدم توفر نظام أساسي للجودة وقاعدة بيانات هامة لدى المؤسسات الصحية التي تساعد في قياس وتقييم مستويات الجودة في الخدمة المقدمة، بات لزاماً على المؤسسات الصحية وضع إستراتيجية هادفة وفعالة لتطوير الجودة في النظام الصحي الجزائري.

على العموم تشمل إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة على النقاط الهامة التالية:¹⁹⁴

- * تطوير معايير الجودة على المستوى الوطني بما يتناسب مع الموارد المتاحة والمناخ والبيئة الجزائرية؛
- * وضع آليات فعالة لتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية؛
- * خلق جو عمل داعم للجودة خاص بمتخذي القرار ومقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها في مختلف المؤسسات الصحية؛
- * تدريب وتأهيل طواقم بشرية في مجال إدارة الجودة الشاملة على كل المستويات لتنفيذ برامج الجودة ومشاريع التحسين المستمر في المنشآت الصحية المختلفة.
- ويعتبر الهدف الإستراتيجي من هذه النقاط الهامة هو تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمواطن الجزائري سواء كانت علاجية، وقائية أم استشارية، ومن ثم تعظيم كفاءة وفعالية استخدام الموارد المتاحة.

لماذا الجودة في المركز الاستشفائي الجامعي؟

- * قمنا باختيار دراسة مكانة الجودة في المركز الاستشفائي الجامعي الجزائري لتمتعه ببعض الخصائص الهامة دون غيره من المؤسسات الصحية الأخرى.
- * تتميز خصوصية هذا المركز من حيث تركيبته البشرية الضخمة وطاقته استيعابه التي عموماً تتجاوز 1500 سرير، بالإضافة إلى تنوع المهام والوظائف والتخصصات الطبية والشبه الطبية، فضلاً عن التداخل في التنظيم والتسيير وحتى التكوين العلمي الجامعي.
- * المؤسسة الاستشفائية الجامعية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تنشأ بمرسوم تنفيذي، باقتراح مشترك بين وزير التعليم العالي والصحة، وتوضع تحت

¹⁹⁴ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره ، ص 209 (بتصرف).

وصاية الصحة من الجانب الإداري، ومن الجانب البيداغوجي تحت وصاية وزير التعليم العالي والبحث العلمي¹⁹⁵.

* تتمثل مهام هذه المؤسسة الصحية في التشخيص والاستشفاء و العلاج والوقاية والتكوين والبحث، ولهذا اعتبرت هذه المؤسسة بمثابة أرضية خصبة لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

من حيث التنظيم الإداري يتكون المركز ألاستشفائي من مجلس إدارة يتشكل من الممثلين التاليين:

- * ممثل وزير الصحة رئيساً؛
- * ممثل وزير التعليم العالي؛
- * ممثل الإدارة المالية؛
- * ممثل التأمينات الاقتصادية؛
- * ممثل الضمان الاجتماعي؛
- * ممثل المجلس الشعبي الولائي؛
- * ممثل المجلس الشعبي البلدي أين مقر المستشفى؛
- * ممثل الاستشفائيين الجامعيين؛
- * ممثل الممرضين؛
- * ممثل العمال؛
- * ممثل جمعية المنتفعين؛
- * ممثل المجلس العلمي للمستشفى؛
- * مدير المستشفى الجامعي وهو أمين المجلس.

أما من حيث الهيكل التنظيمي فهو يضم أربعة مديريات وهي:

- * مديرية الموارد البشرية؛
- * مديرية المالية والمراقبة؛
- * مديرية الوسائل المادية؛
- * مديرية النشاطات الطبية وشبه طبية.

المطلب الثاني: بعض الخطوات الهامة لإدخال الجودة للمستشفيات

لكي تتحقق أهداف الجودة في أي مؤسسة صحية لا بد من توفر بعض الخطوات الهامة نذكر منها:¹⁹⁶

¹⁹⁵ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص210.

¹⁹⁶ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص219.

1- تشكيل هياكل الجودة وهي مكونة من:

أ. مجلس الجودة

ومن مهامه تنظيم برامج الجودة ووضع المبادئ العامة والسياسات والإجراءات اللازمة لتحقيقها، ثم الإشراف على تطبيق هذه البرامج. يمكن تشكيل مجلس الجودة بالمركز لأستشفائي الجامعي بقرار من المدير العام لهذا المركز وهو يضم:

- * المدير العام رئيساً؛
- * مدير الجودة مقررأ؛
- * مساعد المدير العام عضواً؛
- * الأمين العام عضواً؛
- * رؤساء الأقسام الطبية أعضاء؛
- * رؤساء الأقسام الإدارية أعضاء؛
- * رؤساء اللجان المساعدة أعضاء.

بالإضافة إلى الاختصاصيين الحاصلين على درجة الأستاذية وهم بمثابة رؤساء وحدات طبية متخصصة.

من مهام هذا المجلس رسم السياسة العامة للجودة بالمستشفى ومتابعة تنفيذها، بالإضافة إلى مناقشة التقارير لمكتب الجودة وحشد الدعم المادي والمعنوي لتنفيذ برامج الجودة. يجتمع هذا المجلس كل ثلاثة أشهر، ويعتبر القائم على تشكيل اللجان المساعدة (لجنة مكافحة العدوى المكتسبة، لجنة الوفيات، لجنة الاستجالات، لجنة الدواء، لجنة النظافة... الخ).

ب. مكتب الجودة بالمستشفى

تتمثل المهمة الرئيسية لهذا المكتب في تنفيذ خطط وبرامج مجلس الجودة والسهر على التطبيق الفعال لهذه البرامج.

يتشكل هذا المكتب من الأعضاء التالية:

- مدير إدارة الجودة بالمستشفى؛
- مسئول التدريب أو المدير الفرعي للتكون المتواصل والتوثيق؛
- مسئول برنامج مكافحة العدوى؛
- مسئول اللجان المساعدة؛
- مسئول الإحصاء والتحليل.

- 2- وضع خطة مفصلة عن برنامج العمل للثلاثي؛
 - 3- توضيح إجراءات العمل والتجهيزات اللازمة لذلك؛
 - 4- توعية العاملين بالمؤسسة ونشر الوعي بأهمية تطبيق الجودة؛
 - 5- السهر على التطبيق الفعال والمستمر والتنفيذ العاملين على ذلك؛
 - 6- وضع برامج مراجعة داخلية لعمليات التنفيذ؛
 - 7- المتابعة الدورية والمستمرة بعد مراجعة بيان المراجعة الداخلية؛
 - 8- طلب الاعتماد والإشهاد الخارجي والذي يتضمن عموماً ما يلي:¹⁹⁷
 - * جزء متعلق بحقوق المريض ورعايته؛
 - * جزء يتعلق بوظائف المستشفى من حيث الأداء والرعاية والموارد البشرية ومتابعة وضبط عدوى المستشفيات؛
 - * جزء متعلق بأداء كل من الطاقم الطبي والشبه الطبي والإداري.
- حيث يُعتبر هذا الاعتماد موحد في معظم الدول على غرار إنجلترا، إسبانيا، فرنسا وكندا والولايات م. أمريكية.

➤ الفائدة من تطبيق برامج الجودة في المؤسسات الاستشفائية الجامعية

تعتبر جودة الرعاية الصحية هدف إستراتيجي تسعى كل السياسات الصحية إلى بلوغه، فالأمر لا يتعلق فقط بتوفير الهياكل والمعدات والأجهزة المتطورة، ومواكبة التطورات التكنولوجية، بل يتعدى هذه المسائل ليشمل الجانب المعنوي والإنساني الذي تحققه هذه المهمة النبيلة والمرتبطة أساساً باستمرار حياة الإنسان. وقد أعلنت المنظمة العالمية للصحة¹⁹⁸ أن تحقيق الأهداف في المؤسسات الصحية لا يرتبط فقط بإنفاق الأموال الطائلة على التجهيزات المتطورة، بل له ارتباط وثيق بمدى تحقيق الرضا عند المرضى، والقضاء على الأمراض والأوبئة، والمحافظة على البيئة، وبالتالي تحقيق الجودة في أداء الخدمات الصحية.

المطلب الثالث: معوقات التطبيق الفعال لنظام الجودة في المستشفيات الجزائرية

تواجه الإدارة الجزائرية وهي بصدد ممارسة نظم الجودة لاسيما في المؤسسات الصحية بعض الصعوبات والمعوقات التي نلخصها فيما يلي:

¹⁹⁷ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 220.

¹⁹⁸ تقرير منظمة الصحة العالمية، مرجع سبق ذكره، ص 222.

- * يحتاج تطبيق نظام الجودة وممارستها وقت طويل وهو عامل قد لا تتمكن الإدارة الصحية من توفيره نظراً لظروف العمل التي تكون في الغالب استعجاليه؛
- * استمرارية التغيير على مستوى القيادات الإدارية وتذبذبات التسلسل الهيكلي للنظام الصحي قد يبطل عملية تطبيق نظام الجودة واستمراريتها؛
- * صعوبة وضع مواصفات ومعايير ومقاييس للأداء الطبي، والتي يمكن من خلالها تقييم الأداء، وقد تتدخل التقديرات الشخصية وعدم الموضوعية عند وضع هذه المعايير؛
- * عدم ظهور النتائج الملموسة عند تطبيق نظام الجودة في المدى القصير يفقد اهتمام الإدارة بهذا النظام؛
- * عملية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية تحتاج إلى خبراء مؤهلين ومدربين، الأمر الذي لا يتوفر عموماً في مثل هذه المؤسسات؛
- * تميل المؤسسات الصحية إلى التركيز بشكل أكبر على احتياجات مقدمي الخدمة الصحية أكثر من التركيز على احتياجات المرضى؛
- * عدم اهتمام الطاقم الطبي والشبه الطبي في المؤسسة الصحية بمسائل الجودة وتطبيقاتها، لأنهم يعتقدون أنها لا تنطبق ولا تتماشى مع وظائفهم وصلحياتهم؛
- * ضعف مشاركة الأطباء في جهود إدارة الجودة ونظمها، ويعود السبب إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية، وبأن إدارة الجودة الشاملة هي بالدرجة آلية لضبط التكلفة، وتؤكد الدراسات أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء تزيد من التكلفة الإجمالية لعملية التغيير ولا تحقق الأهداف المرجوة منها¹⁹⁹.

¹⁹⁹ كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، رسالة ماجستير، كلية ع الاقتصادية جامعة منتوري، قسنطينة، 2009/2008، ص111 متاح على الرابط التالي: {<http://bu.umc.edu.dz/theses/economie/AKAH3054.pdf>}.
199

المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي الجزائري

بعدما استعرضنا من خلال المبحثين السابقين دراسة وافية حول النظام الصحي، تطوره التاريخي وما ارتبط بذلك من تجديد على مستوى هياكله وتنظيمه، وبعدما اطلعنا على مكانة الجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية والصعوبات التي تحول دون تطبيقها، سنهتم الآن بملف إصلاح النظام الصحي الجزائري وتقييم مستويات أدائه، وسيتم هذا التحليل من خلال المطالب التالية:

المطلب الأول: إصلاح النظام الصحي الجزائري

المطلب الثاني: تقييم أداء النظام الصحي الجزائري

المطلب الأول: إصلاح النظام الصحي الجزائري

شهدت الجزائر في العقد الأخير من التاريخ مجموعة إصلاحات شملت مختلف القطاعات الاقتصادية والاجتماعية، لاسيما قطاع الصحة، فقد كانت سنة 2002 سنة تحول بالنسبة للصحة الجزائرية، حيث اتضح ذلك التغيير جلياً في اسم الوزارة لتصبح وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بعدما كانت تسميتها وزارة الصحة والسكان فقط.

سنتعرف في هذه المساحة العلمية على أهداف مشروع الإصلاح وملفاته.

1. أهداف مشروع الإصلاح

ورد في التقرير التمهيدي* للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وهي متمثلة في ما يلي:²⁰⁰

* إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال؛

* ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية؛

* التأكيد على الحقوق والواجبات للمستعملين، وحماية المرضى على وجه الخصوص؛

* إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛

* توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية؛

* للاضطلاع على المزيد زوروا الموقع التالي: <http://www.reformaster@samte.dz>.

²⁰⁰ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 17 جانفي 2003.

- * تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الوزارة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.
- ويتضح من خلال هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين وهما:
- * التحكم في نظام المعلومات الصحي؛
- * تحسين جودة الخدمات المقدمة.

أما فيما يخص ملف الإصلاح، فقد تطرق المجلس في أبحاثه واجتماعاته وركز على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي: 201

2/ ملف مشروع الإصلاح

أ. ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج

تمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، وهذا بغية تفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي. وفيه تم دراسة بشكل وافٍ كل الطرق وكفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

ب. ملف الهياكل الاستشفائية

- ركز هذا الملف على طرق إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بصياغة جملة من الأهداف نستعرضها فيما يلي:
- * تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة؛
- * الحرص على التنظيم المحكم للمؤسسات الحكومية والخاصة على حد سواء من خلال إدراج أدوات الضبط المالي والتخطيط؛
- * إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص؛
- * مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار؛
- * المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها؛
- * استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعتبر الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

ج. ملف الموارد البشرية

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي وحيوي وهو ملف المستخدمين، وتطرق إلى دراسة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيتهم وتكوينهم في المسار المهني، وهذا بالاشتراك مع وزارات أخرى مثل التعليم العالي والتكوين المهني.

²⁰¹ **Les 6 dossiers de la reforme hospitalière** [http://www.santemaghreb.com/actualités/0703/0703-27.htm].

د. ملف الموارد المادية

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي استدعى توازناً بين الوسائل ومستوى النشاط، وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل، وكان الهدف الرئيسي من ذلك توفير كل الوسائل الضرورية للعلاج، شرط أن يكون التوزيع عقلاني ومحكم، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية عناصر جوهرية مكتملة لهذا الملف.

هـ. ملف التمويل

اهتم هذا الملف بتوسيع موارد وطرق التمويل للمستشفيات، مع مراعاة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي وحوكمته، بالإضافة إلى السهر على تكيف القوانين الأساسية التي تدير المؤسسات الصحية حالياً مع الأخذ في الحسبان التعديلات الجارية في مجال التمويل خاصة ما يتعلق بمسألة التعاقد في النشاطات. كما اهتم الملف بالشروط اللازمة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى تحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى والطالبين للخدمات الصحية.

و. ملف اشتراك القطاعات

ترتبط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بنشاطات العديد من الوزارات والقطاعات الأخرى مثل وزارة المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، الأسرة والتضامن، التعليم العالي والتكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة، الصناعة والفلاحة، وعليه دعت الضرورة إلى ضمان الانسجام بين الصحة العامة والسياسات العمومية الأخرى من خلال دمج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

ونشير في هذا الصدد، أنه من بين المواضيع الهامة والتي لم يتم التطرق إليها في هذا المشروع، ملف تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب وما يحتويه من عراقيل مرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة وظروف تعيين المستخدمين لاسيما الأطباء المتخصصين. وملف الاستعجال على المستويين الجهوي والوطني، وهو أمر يستدعي بحثاً دقيقاً وعمقاً، وقد كلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة الوصية.²⁰²

المطلب الثاني: تقييم أداء النظام الصحي الجزائري

تطرق المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات إلى المشاكل العامة التي يعاني منها النظام الصحي الجزائري، وأعد تقريراً مفصلاً حول معظم وضعيات العجز وسوء التسيير والمشاكل الأكثر بروزاً والتي تمس جوانب هامة جداً.

²⁰² عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص168 (بتصرف).

وعليه، سنقوم بعرض مختلف الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي بالجزائر والطرق الكفيلة بمعالجة هذه الاختلالات.²⁰³

1. الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات، لاسيما التي تتعلق بالمسائل التمويلية الضرورية لمواجهة طلبات مستهلكي الخدمات الصحية المتزايدة واللامتناهية، ويمكن أن يعود السبب في ذلك إلى ما يلي:²⁰⁴

* تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية؛

* ميزانيات المستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها؛

* مديونية ثقيلة؛

* غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

ومن بين ما جاء به المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات كخطوات لمعالجة هذه الاختلالات في القطاع العمومي ما يلي:

* البحث عن مصادر جديدة للتمويل، مثل استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، مع إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية؛

* إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير؛

* قيام وزارة التضامن بإعادة تحديد وإحصاء فئات الأشخاص المعوزين، للبحث في كيفية التكفل مالياً بهم من طرف هذه الوزارة؛

* الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة طبقاً للتنظيم العام؛

* إخراج المصالح الاقتصادية والعامّة والتي مصادرها تكون عموماً خاصة بعيداً عن المستشفى؛

* إنجاز مخطط حسابات المستشفيات؛

* ترخيص إبرام العقود بين المستشفيات وعروض الخدمات المؤهلة والمتميزة لمؤسسات وطنية ودولية؛

* إعادة النظر في تفاصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات؛

* إعطاء قسط من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات للمؤسسات الصحية العمومية؛

* الانتقال بمنظومة تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات؛

* تظل المهام الأساسية للمستشفى (الاستعجال، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من مخصصات الميزانية الإجمالية؛

* تفعيل مردودية الوسائل المادية والبشرية؛

* تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة؛

²⁰³ معلومات هذا العنصر تمت صياغتها بالاضطلاع على الموقع الإلكتروني التالي:

<http://www.unpan1.un.org/intraddoc/groups/public/documents/CAIMED/ompan018927.pdf>.

²⁰⁴ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 171.

- * إنجاز ميزانية ملحقة ومستقلة عن ميزانية المستشفى لمواجهة الحالات الطارئة للتمويل؛
- * مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

2. الاختلالات المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية وسبل معالجتها

- نتج عن أشغال المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة ملاحظات، ترجمت إلى مسائل ضرورية تبرز من خلالها هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، ومن أهمها ما يلي:²⁰⁵
- * تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة النقل وغير فعّالة؛
 - * تشييط جهود المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة؛
 - * تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها؛
 - * نقص في صيانة العتاد الطبي؛
 - * نفاذ المواد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية؛
 - * تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.

وبعد حصر لهذه الاختلالات حاول المجلس تقديم مقترحات لمواجهتها نذكر منها:

- * الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزه مهام الإدارة المركزية وهياكلها غير الممركزة؛
- * مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحقيق شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفّز؛
- * توحيد عملية توزيع الموارد المادية والموارد البشرية بشكل متوازن وعادل ما بين المناطق المختلفة للوطن؛
- * إنشاء مديرية مستقلة على مستوى الوزارة الوصية مكلفة بصيانة العتاد الطبي؛
- * جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلاً وتحديد مهامها بدقة والزامها لمسؤوليتها؛
- * تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.

3. المعايير المرتبطة بوظيفة الإعلام وأوجه معالجتها

- يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص من آثار الانتقال من الطرق التقليدية في جمع المعلومات وتحليلها، إلى منهج يعتمد على التكنولوجيا الحديثة في الإعلام، مما أدى إلى ضياع سنوات الخبرة للمكلفين بالإعلام يدوياً، وعلى هذا الأساس اتخذ المجلس التدابير اللازمة لمصاحبة عملية جمع المعلومات بالتطورات والتكوين المستمر والضروري لذلك.
- بالإضافة إلى تعزيز المؤسسات الصحية بالوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الاتصال بين مختلف الهياكل الصحية.

²⁰⁵ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 172 (بتصرف).

4. العرافيل المرتبطة بالتكوين وطرق معالجتها

أعطى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عناية خاصة لتكوين المستخدمين في قطاع الصحة وهذا لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:

- * لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة؛
 - * التكوين الأكاديمي لم يكن قادراً على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والشبه الطبية؛
 - * لم تكن المدارس التكوين الشبه الطبي تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل للمستخدمين؛
 - * تكوين المسيرين في مؤسسات التعليم العالي غير متطابقة مع مواصفات التسيير في المستشفيات. وعليه قام مجلس الإصلاح باتخاذ التدابير اللازمة لتصحيح الوضع وهي تتمثل في:
 - * العمل بالتوازي مع قطاع التعليم العالي فيما يخص التكوين الأكاديمي للطواقم الطبي مع مراعاة انسجام مواصفات التكوين مع متطلبات مهنة الطب.
 - * وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
 - * إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم؛
 - * الاهتمام بمسألة وضع مخطط لإعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.
- وأخيراً يمكننا أن نقول أن هذه الاختلالات وما قا به المجلس الإصلاحي من مقترحات لا يمكن أن تأخذ مسارها الصحيح والفعال إلا إذا تم تجسيد المبادئ العامة وبناء هيكل قانوني وإداري ومالي واجتماعي استراتيجي، وعلى جميع المستويات الصحية الاستشفائية.

خلاصة الفصل:

غداة الاستقلال ورثت الجزائر أوضاعاً صحية مزرية نتيجة ما خلفه الاستعمار من تهميش وسوء الرعاية الصحية للمواطن الجزائري، وقد كانت آنذاك الرعاية الصحية الاستشفائية متركزة في كبريات المدن في الشمال، بينما بقيت الفئات السكانية الداخلية والريفية والجنوبية تعاني بقسوة هشاشة النظام الصحي ورعايته، وسوء العدالة في التوزيع.

عملت الجزائر من خلال سياساتها التنموية جاهدة لدفع عجلة التنمية، لاسيما ما تعلق بالجانب الصحي رغم الخيارات المحدودة وضعف الوسائل المتاحة، حيث حاولت إعادة إنعاش الهياكل والمباني والمعدات قبل توفير الخدمة الصحية التي يحتاجها المواطن.

وبالرغم من كل التحديات التي واجهتها والتي لا تزال تواجهها، تسعى السياسة الصحية إلى تحسين الأوضاع الصحية والرعاية الاستشفائية من خلال إنشاء المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، محاولة بذلك إصلاح عدة قطاعات لاسيما التمويل وتسيير الموارد البشرية والمادية والإعلام والتكوين، وكلها اندرجت تحت وصاية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وكان من أهدافها الإستراتيجية الوقاية وعلاج الأمراض المزمنة والمعدية، العدالة في توزيع مدخلات الصحة، وإعادة الاعتبار للقطاع الخاص.

وبعد تتبعنا لمحور مكانة الجودة في المؤسسات الصحية الاستشفائية، خلصنا إلى أن هذا المفهوم لم يحظى بمكانته اللازمة، والأمر لم يكن سهلاً في التطبيق وذلك لوجود عدة صعوبات حالت دون تطبيق هذا المفهوم، كعدم التزام الإدارة العليا بتطبيق المبادئ والسهر عليها وعلى مراقبتها، طبيعة الهيكل التنظيمي، المركزية في اتخاذ القرارات التصحيحية الذي من شأنه إبطاء تصحيح الانحرافات اللازمة، وأخيراً ضخامة المؤسسة الصحية العمومية وتعدد مدخلاتها.

وفي هذا الصدد، يمكننا أن نقول أن تحقيق جودة الأداء في الخدمات الصحية على جميع المستويات ليس بالأمر الهين والسريع، وإنما يتطلب الوقت الكافي والعمل الدؤوب المتواصل، وروح الفريق، والتركيز على تحقيق الأهداف بالموازاة مع القيم والمناخ السائد، بالحرص على تطبيق النظام وقوة الإيمان بذلك تتحقق النتائج المبتغاة.

الفصل الخامس

الإطار التطبيقي للدراسة الإمبريقية

المبحث الأول: وصف منهجية الدراسة

المبحث الثاني: وصف وتحليل نماذج القياس

المبحث الثالث: تفسير النتائج واختبار الفرضيات

تمهيد

نتناول في هذا الفصل وصفا مفصلا عن الدراسة التطبيقية وإجراءاتها الميدانية والإحصائية، بدءا بشرح مجتمع الدراسة والعينة وخصائصها، ثم نستظهر الأدوات المستخدمة وطريقة جمع البيانات وإجراءات التأكد من صدقها وثباتها، ثم نقوم بشرح نماذج القياس والطريقة المتبعة في استخدامها، لنخلص في الأخير إلى عرض النتائج وتحليلها واختبار صحة الفرضيات، بغية الحصول على النتائج النهائية والإجابة بشكل نهائي على إشكاليات الدراسة.

سنحاول من خلال هذا الفصل تفسير الدراسة التطبيقية بالتطرق للمباحث التالية:

المبحث الأول: وصف منهجية الدراسة

المبحث الثاني: وصف وتحليل نماذج القياس

المبحث الثالث : تفسير النتائج واختبار الفرضيات

المبحث الأول: وصف منهجية الدراسة

نظرا لطبيعة هذه الدراسة والتي تستهدف معرفة أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك في بعض المستشفيات العمومية لولاية أدرار أنموذجا، وذلك من خلال الكشف عن خصائص الجودة في الخدمات الصحية كما يدركها المريض. استخدمنا المنهج الوصفي التحليلي كخطوة أولى للتعبير عن المتغيرات المدروسة وكشف العلاقة بين أبعادها المختلفة، بغية تفسيرها والوصول إلى استنتاجات تساهم في تطوير الواقع وتحسينه، كان ذلك بالنسبة للجانب النظري.

أما في القسم التطبيقي اعتمدنا على التحليل الإحصائي من خلال بناء استبيان ليكون الأساس الذي بواسطته نختبر مدى صحة الفرضيات، ونجيب بشكل جلي على إشكاليات الدراسة.

قمنا بإعداد استمارة الاستبيان بالاعتماد على مجموعة من الدراسات السابقة، وقسمت خيارات أجوبتها حسب السلم الخماسي ليكرت الذي مكننا من قياس درجة موافقة أو عدم موافقة المستجوبين.

قبل طرح الاستمارة في شكلها النهائي للعمل، قمنا بتحكيماها من طرف مجموعة أساتذة وباحثين متخصصين في المجال المستهدف، ثم قمنا كخطوة موائية وهامة باختبار مدى سهولة الأسئلة وفهمها من طرف عينة (20شخصا) من المستجوبين ممثلين عن مجتمع الدراسة وحاملين لنفس الخصائص، وبعد قراءة الإجابات تم تبسيط بعض العبارات وتصحيح البعض الآخر لتكون في شكلها النهائي قابلة للاختبار.

سنحاول شرح هذا المبحث من خلال التطرق إلى تفسير المطالب التالية:

المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة

المطلب الثاني: تفسير أدوات الدراسة

المطلب الثالث: عرض الخصائص الوصفية لمتغيرات الدراسة

المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة

انطلاقا من أهداف الدراسة، قمنا بتحديد مجتمع الدراسة باختيار جميع الأشخاص الذين أقاموا في المستشفى لمدة ثلاثة أيام فأكثر، على أساس أن هذا المراجع للمؤسسة الصحية قادر على إبداء رأيه حول مجريات العملية الاستشفائية التي استخدمها إلى حد ما.

قمنا بسحب عينة باستخدام أسلوب العينة الميسرة غير احتمالية (مقصودة)، بحيث بلغ مجموعها 480 مريضا من مجموع المجتمع والذي بلغ عدده 1200 مريضا أي بنسبة 40%، حسب تصريحات المدير الصحي للإستشفائي لولاية أدرار بتاريخ 2015/01/28، وقد خص هذا المجتمع كل المستشفيات العامة لأدرار المدينة، مدينة تميمون، مدينة رقان، وقد كانت كافية لإجراء الدراسة و التحليل وفقا لجدول (Sekaran ، 2007 ،

(294)²⁰⁶ ، تم توزيع الاستبيان على الأشخاص الذين أقاموا في المستشفى لأكثر من يومين، وبصفة شخصية عن طريق المقابلة وجها لوجه، نظرا لكون أسئلة الاستبيان متخصصة وتستدعي الشرح للمستجوب، وقد تم استرجاعها في حينها.

امتدت الفترة المستغرقة في إنجاز الدراسة الميدانية من تاريخ 2015/02/01 إلى غاية 2015/09/30، وقد كان عدد الاستبيانات الصالحة للاستعمال النهائي 450 من مجموع الاستبيانات الموزعة والبالغة 480 استمارة، أي بنسبة 93.75% .

المطلب الثاني: تفسير أدوات الدراسة

نظرا لطبيعة الدراسة ، والهدف الذي تسعى لبلوغه، استخدمنا أداة الاستبيان لجمع المعلومات وتحليلها من خلال الاعتماد على مقياسين وهما مقياس الخصائص الموضوعية ومقياس SERVPERF (الضمور، 2010، الفراج 2009).

استخدم المقياس الأول لتحليل درجة تأثير أبعاد جودة الخدمة الصحية على رضا المريض، وقد تمثلت هذه الأبعاد في العناصر التالية: جودة الطاقم الطبي؛ جودة الطاقم الشبه الطبي؛ جودة الخدمات الفنية (التقنية)؛ جودة الخدمات الإدارية؛ جودة الخدمات الفندقية.

في حين تم استخدام المقياس الثاني SERVPERF (Parassuraman et Al 1997; Cornin et) والذي ركز على أساس أن الجودة = الأهمية، من خلال توزيع جودة الخدمة الصحية على خمسة أبعاد هي: الاعتمادية؛ الملموسية؛ الاستجابة؛ التأكيد؛ والتعاطف، وقد جاءت هذه الأبعاد لقياس الأهمية النسبية لكل بعد وقوة تأثيره على الرضا عند المريض.

1. استبيان مقياس الخصائص الموضوعية

تكون هذا الاستبيان من قسمين، خصص القسم الأول لفقرات الخصائص الموضوعية وقد كانت موزعة عبر خمس محاور تقيسها 39 عبارة وفق مقياس ليكرت الخماسي وفي الجدول أسفله تعداد عبارات هذه الأبعاد. بينما خصص القسم الثاني لقياس الرضا بشكل عام وشكلت 07 عبارات مجال القياس لمتغير الرضا عند المريض وفق سلم ليكرت الخماسي، أنظر الجدول (16/5) في الأسفل.

وختم الاستبيان بجزء ثالث خاص بالمعلومات العامة، وقد تمحورت حول المتغيرات الشخصية لأفراد عينة البحث، والتي رأيناها ضرورية وهامة لإعطاء الصورة الشاملة حول مجتمع الدراسة، وقد حصرنا هذه

²⁰⁶ Sekaran U , Research Method for Business: A Skill Building Approach, New York: john Wiley and Sons,2007,294.

المتغيرات الشخصية في النقاط التالية: الجنس، الحالة المدنية، التأمين، العمر، مدة الإقامة في المستشفى، المستوى التعليمي و الدخل الشهري.

جدول رقم (15/05): العبارات المخصصة لقياس أبعاد جودة الخدمات الصحية

رقم العبارة	البعد
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	جودة الطاقم الطبي
11,12,13,14,15,16,17	جودة الطاقم الشبه الطبي
18,19,20,21,22,23,24,25	جودة الخدمات الفنية (التقنية)
26,27,28,29,30,31,32,33	جودة الخدمات الإدارية
34,35,36,37,38,39	جودة الخدمات الفندقية

جدول رقم (16/05): العبارات التي تقيس الرضا بشكل عام عند المريض

رقم العبارات	البعد
40,41,42,43,44,45,46	الرضا بشكل عام

2. أساليب المعالجة الإحصائية

- بغية الإجابة على إشكاليات البحث وتحليل البيانات، قمنا باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:
- ✓ التكرارات والنسب المؤوية لوصف أفراد عينة الدراسة وتحديد استجاباتهم تجاه محاور وأبعاد الدراسة التي شكلت الاستبيان.
 - ✓ معامل ألفا كرونباخ، معامل سبيرمان براون، ومعامل جتمان لتحديد ثبات أداة الدراسة.
 - ✓ الصدق الظاهري والمنطقي لأداة الدراسة كما يراها بعض المحكمين المختصين في مجال جودة الخدمة والتسويق عموماً،
 - ✓ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، لتحديد الأهمية النسبية لاستجابات أفراد عينة الدراسة تجاه محاور وأبعاد أداة الدراسة.
 - ✓ معامل الارتباط لبيرسون لتحديد الاتساق الداخلي للعبارات المشكلة لأبعاد جودة الخدمة الصحية.
 - ✓ مقياس تحليل التباين للتحقق من عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية إحصائية في متغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية،

جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) بالنسبة لعوامل العمر، الجنس، التأمين، مدة الإقامة، الدخل، الحالة العائلية،

✓ برنامج Amos الإحصائي،

✓ نموذج المعادلات الهيكلية،

✓ كما تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي في كافة النماذج المستخدمة في البحث وقد جاء ترتيبه كالتالي:

موافق بشدة	موافق	لا أدري	غير موافق	غير موافق بشدة
5	4	3	2	1

وبغية تحديد قيم المتوسط الحسابي اعتمدنا الحسابات التالية:

إيجاد طول المدى كالتالي: ($4 = 5 - 1$) ،

قسمة طول المدى على عدد الفئات كالتالي: ($0.8 = 5 / 4$)،

يضاف (0.8) إلى الحد الأدنى للمقياس كالتالي:

✓ { 1.80 ، 1.00 } غير موافق بشدة (منخفض جدا)،

✓ { 2.60 ، 1.81 } غير موافق (منخفض)،

✓ { 3.40 ، 2.61 } لا أدري (متوسط)،

✓ { 4.20 ، 3.41 } موافق (مرتفع)،

✓ { 5.00 ، 4.21 } موافق بشدة (مرتفع بشدة).

المطلب الثالث : عرض الخصائص الوصفية لمتغيرات الدراسة

1. الخصائص الوصفية للمتغيرات العامة لعينة الدراسة

تتسم عينة الدراسة بعدة خصائص وسمات، وفيما يلي توضيحاً لذلك من خلال متغيرات المعلومات العامة للدراسة (الجنس، الحالة العائلية، التأمين، العمر، مدة الإقامة في المستشفى، المستوى التعليمي، الدخل).

أ. الخصائص الوصفية لمتغير الجنس

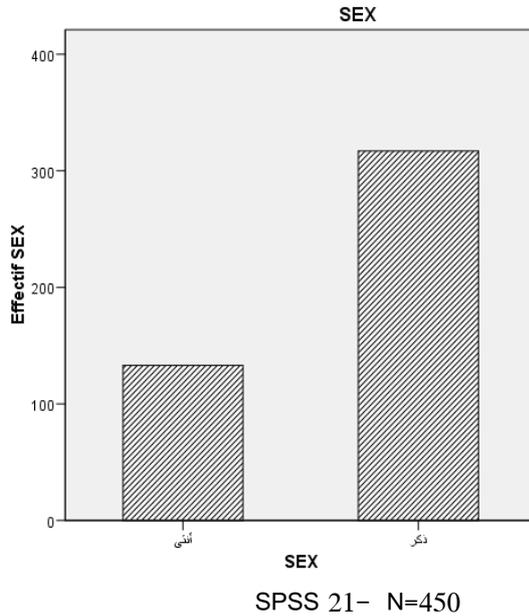
يوضح الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجدول رقم(17/05) : توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
%70.4	317	ذكر
%29.6	133	أنثى
%100	450	المجموع

N= 450 – SPSS 21

يوضح الجدول رقم(19/5) توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس، حيث جاءت النسبة الأكبر للمرضى من جنس الذكور وهي تتجاوز 70%، فيما سجلت نسبة المرضى من جنس الإناث نسبة تقل عن 30%، ويمكن أن يرجع سبب ذلك إلى طبيعة المناطق المدروسة والتي تقدم عرض العلاج للمناطق الريفية النائية التابعة للولاية بشكل واسع ومستمر، والتي تستدعي تحمل الزوج لأمر التثقل من بعيد لطلب العلاج في مواقع المؤسسات الصحية المدروسة والتي تستدعي أحيانا كثيرة مرافقة الأب للزوجة المريضة أو الابن المريض على وجه العموم.



الشكل رقم (19/05) : توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

ب. الخصائص الوصيفة لمتغير الحالة العائلية

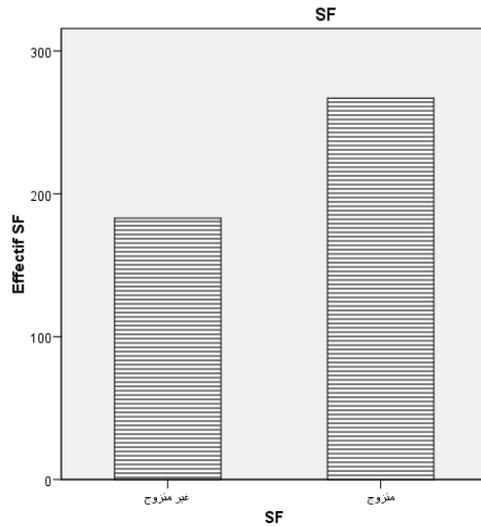
يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية.

الجدول رقم (18/05): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة العائلية
59.3%	266	متزوج
40.7%	184	غير متزوج
100%	450	المجموع

N=450 - SPSS 21

يوضح الجدول توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية وجاءت النسب بالتقريب متساوية (60% تقريبا للمتزوجين و 40% لغير المتزوجين)، والشكل الموالي يوضح هذا التوزيع بيانيا.



N=450 - SPSS 21

الشكل رقم (20/05): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية

ج. الخصائص الوصيفة لمتغير التأمين

يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة تبعاً لمتغير التأمين.

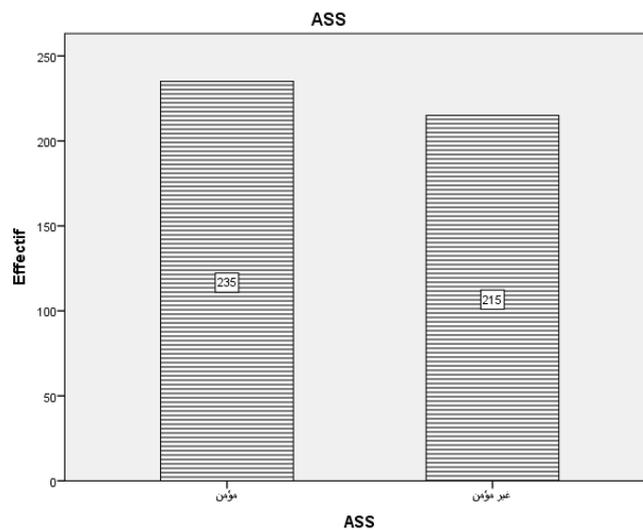
الجدول رقم (19/05): توزيع عينة الدراسة حسب متغير التأمين

التأمين	التكرار	النسبة المئوية
مؤمن	235	52.2%
غير مؤمن	215	47.8%
المجموع	450	100%

N=450 – SPSS 21

يتضح من خلال الجدول أن النسب بين المستجوبين المؤمنين وغير المؤمنين متقاربة، وهي لصالح المؤمنين بنسبة 52.2% مقابل 47.8% لغير المؤمنين.

تدل هذه النتائج على تنوع أفراد العينة بين المؤمنين وغير المؤمنين، وهذا دافع قوي للدراسة يجعل الفئة المدروسة قادرة على تكوين آراء ايجابية أو سلبية أكثر دقة في التعبير عن المتغير المستقل المدروس، حيث يعتبر التأمين من أكثر العوامل المؤثرة في آراء العينة المستجوبة.



N=450 – SPSS 21

الشكل رقم (21/5): توزيع عينة الدراسة حسب متغير التأمين

د. الخصائص الوصيفة لمتغير العمر

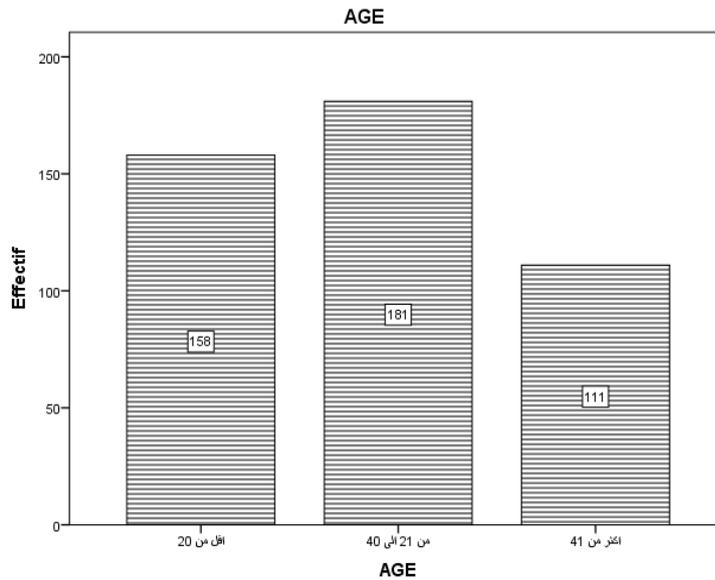
يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة وفقا لمتغير الفئة العمرية المدروسة.

الجدول رقم (20/05) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر

النسبة المئوية	التكرار	الفئات العمرية
%35.1	158	اقل من 20 سنة
%40.2	181	من 21 الى 40 سنة
%24.7	111	أكثر من 40 سنه
%100	450	المجموع

N=450 - SPSS 21

يوضح الجدول رقم(21/5) توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر، والنسب المتحصل عليها متقاربة ما بين الفئات، والأمر يرجع لتوفر المؤسسات الصحية الاستشفائية لخدمات صحية متنوعة ومتكاملة تخدم طلبات مختلف الفئات العمرية، ويعتبر التنوع في متوسط الأعمار المدروسة أمرا هاما يضمن التعرف على آراء مختلفة بما تتضمنه من خبرات متراكمة نحو تحديد أثر جودة الخدمات الصحية على درجة الرضا عند المستهلك. وفي الشكل الموالي توضيح ذلك.



N=450 - SPSS 21

الشكل رقم(22/5) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر

هـ. الخصائص الوصيفة لمتغير مدة الإقامة في المستشفى

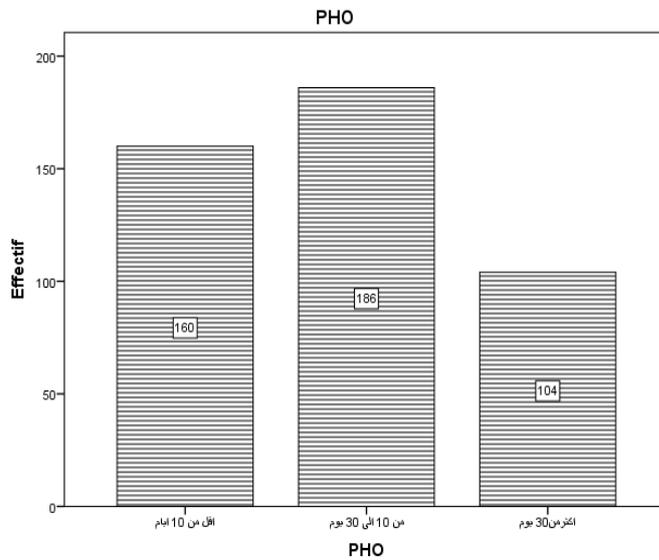
يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة وفقا لمتغير المكوث في المؤسسة الصحية الاستشفائية.

الجدول رقم(21/05) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى

النسبة المئوية	التكرار	مدة الإقامة في المستشفى
35.6%	160	اقل من 10 أيام
40.2%	186	من 10 إلى 30 يوم
24.7%	104	أكثر من 30 يوم
100%	450	المجموع

N=450 - SPSS 21

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد العينة المدروسة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى، وقد جاءت نسبة الفئة الوسطى (من 10 إلى 30 يوم) أكبر نسبيا من باقي الفئات (40.2%) وهي نسبة هامة تخدم الغرض من البحث، حيث أن المستجوبين المقيمين خلال هذه الفترة الزمنية قادرين على الحكم على جودة الخدمة الصحية أكثر من الفئة الدنيا، ويكون لديهم استعداد أقوى في التعبير بكل موضوعية عن آرائهم تجاه الأسئلة المطروحة، وهي مسألة جد هامة في الدراسة.



N=450 - SPSS 21

الشكل رقم(23/5): توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى

و. الخصائص الوصيفة لمتغير المستوى التعليمي

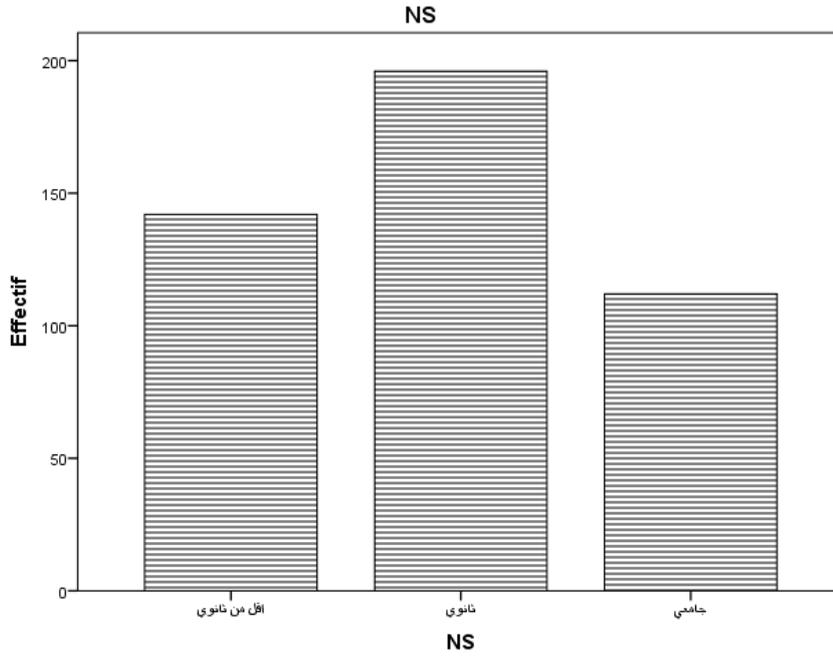
يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

الجدول رقم(5/22): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
31.6%	142	اقل من ثانوي
40.2%	186	مستوى ثانوي
24.9%	112	مستوى جامعي
2.2%	10	دراسات عليا
100%	450	المجموع

N=450 - SPSS 21

يتضح من خلال الجدول أن توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي جاءت نسبها لصالح المستوى التعليمي الثانوي (40.2%) ثم الأقل من الثانوي (31.6%)، وكانت نسب المستوى الجامعي فأكثر أقل بالمقارنة مع النسب الأخرى، وقد يرجع سبب ذلك إلى التركيبة الاجتماعية للمجتمع المدروس حسب الفئة العمرية الأكثر استجابا، وهذا ما يميز البيئة الاجتماعية لولاية أدرار. تدل النتائج الجدولية أن التنوع في نسب المستوى التعليمي لأفراد عينة الدراسة ساهم بشكل كبير في تكوين اتجاهات موضوعية نحو الموضوع المدروس.



N=450 - SPSS 21

الشكل رقم (24/05) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

ز. الخصائص الوصيفة لمتغير الدخل

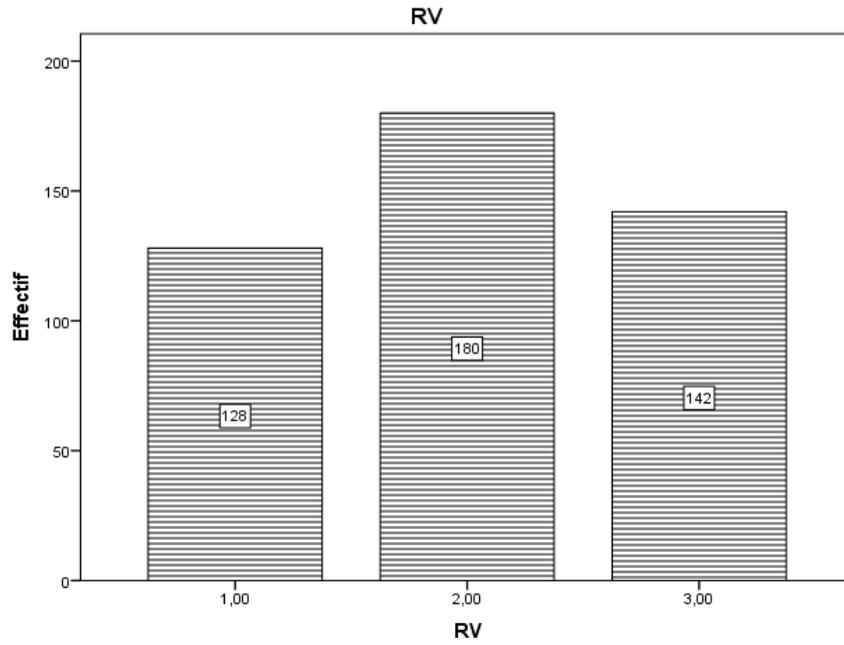
يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة وفق متغير الدخل الشهري.

الجدول رقم (23/5): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الدخل

النسبة المئوية	التكرار	الدخل
28.4%	128	أقل من 15000 دج
40.0%	180	15001 إلى 40000
31.6%	142	أكثر من 40000
100%	450	المجموع

N=450 - SPSS 21

يتبين من النتائج الجدولية أن الفئة ذات الدخل المتوسط هي الأكبر نسبة (40%) وتليها الفئة المئوية أي الأكبر دخلا بنسبة (31.6%) ، ثم تأتي الفئة الأقل دخلا ولكن بنسبة قريبة أي حوالي (24.8%) ، وتفسر هذه النتائج على أساس أن تركيبة المجتمع المدروس تركيبة متنوعة من حيث الدخل الشهري. ما نلاحظ في النتائج المتحصل عليها أن المرضى المستجوبين يستخدمون المؤسسات الاستشفائية العمومية نظرا للنقص المشهود في خدمات الصحية للقطاع الخاص.



N=450 - SPSS 21

الشكل رقم (25/5) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير الدخل

المبحث الثاني: وصف وتحليل نماذج القياس

يتضمن هذا المبحث عرض مفصل عن النموذج العام المستخدم في الدراسة والمقياس المتبع في تحليل البيانات واستنباط النتائج وتفسيرها.

يتكون النموذج التطبيقي في الدراسة من خمسة متغيرات كامنة مشكلة للمتغير المستقل (جودة الخدمات الصحية)، بينما تمثلت المتغيرات الكامنة على الترتيب فيما يلي:

- جودة الطاقم الطبي؛
- جودة الطاقم الشبه الطبي؛
- جودة الخدمات الفنية (التقنية)؛
- جودة الخدمات الإدارية؛
- جودة الخدمات الفندقية.

وكان المتغير التابع يشكل الرضا عند المستهلك للخدمة الصحية. يسمى النموذج المختار للدراسة بنموذج الخصائص الموضوعية. وقد تم استخدام مقياس المعادلات الهيكلية لتحليل نتائج الاختبار وتفسيرها. سنقوم بشرح هذا المبحث من خلال المطالب التالية:

المطلب الأول: شرح أداة الدراسة

المطلب الثاني: ثبات أداة الدراسة

المطلب الثالث: تحليل البيانات ومناقشة أسئلة الدراسة

المطلب الأول: شرح أداة الدراسة

تتكون أداة الدراسة من مقياس خماسي حول الخصائص الموضوعية لجودة الخدمة الصحية ، وقد قمنا بإعداد هذا المقياس وتطويره بالاعتماد على بعض الدراسات الحديثة و التي رأيناها الأحدث والأنسب في التعبير عن طبيعة الموضوع (Olshansky (1985)، الضمور، 2010، الفراج 2009، (1993) Vanhamme y. EVRARD (2004) وغيرهم). وقد قسم الاستبيان النهائي المعتمد في الدراسة إلى ثلاثة محاور رئيسية وهي:

- محور جودة الخدمات الصحية
- محور الرضا عند المستهلك؛
- محور المعلومات العامة عن المستجوبين.

كما تتدخل بعض المتغيرات الوسيطة في النموذج وهي على التوالي: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، التأمين، ومدة الإقامة بالمستشفى.

ومحاولة منا لاختبار العلاقة الارتباطية الموجودة بين العديد من المتغيرات المفسرة نظريا والتي تشكل المحور الأساسي للدراسة ، وبغية تفسير العلاقات الخطية المؤكدة في القسم النظري ، تم استخدام طريقة المعادلات الهيكلية التي سهلت عملية تحليل التباينات وبناء هياكل العلاقات السببية الافتراضية، والتأثير المشترك للمتغير المستقل (الكامن) - مع الأخذ في الحسبان متغيراته المقاسة - على المتغير التابع موضوع الدراسة.

المطلب الثاني: ثبات المقياس

للتحقق من ثبات مقياس الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية تم حساب معاملات ألفا كرونباخ Alpha-Cornphach ، وسبيرمان براون Spearman - Brown، وجتمان Guttman، والنتائج موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (24/5) : معاملات ثبات مقياس جودة الخدمة الصحية

المعامل الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية معامل سبيرمان براون	معامل جتمان
جودة الطاقم الطبي	0.730	0.843	0.838
جودة الطاقم شبه الطبي	0.801	0.875	0.863
جودة الخدمات الفنية والتقنية	0.716	0.701	0.693
جودة الخدمات الإدارية	0.760	0.826	0.812
جودة الخدمات الفندقية	0.852	0.869	0.869
الرضا بشكل عام	0.737	0.908	0.896

N= 450 / SPSS 21

يتضح من الجدول رقم (25/5) أن قيم معاملات الثبات جاءت من متوسطة إلى مرتفعة، حيث تراوحت ما بين 0.716 و 0.852 بالنسبة لمعامل ألفا كرونباخ، وتراوحت قيمة معاملات سبيرمان براون ما بين 0.701 و 0.908، أما جتمان فقد تراوحت ما بين 0.693 و 0.896 مما يشير إلى أن مقياس العوامل الخمسة لجودة الخدمة الصحية والرضا بشكل عام يتمتع بدرجة عالية من الثبات. ومن الإجراءات السابقة تم التأكد من ملائمة المقياس وصلاحيته للاستخدام في الدراسة، والصورة النهائية للمقياس تتكون من 46 عبارة لقياس خمسة أبعاد لجودة الخدمة الصحية.

المطلب الثالث: تحليل البيانات ومناقشة أسئلة البحث

تحقيقاً لأهداف الدراسة ومحاولة منا للإجابة على أسئلة البحث، سنحاول من خلال هذا المطلب عرض الدراسة الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات، لقياس مستوى الرضا عند مستهلك الخدمة الصحية، وقياس مدى تأثير هذا الرضا بأبعاد جودة الخدمات الصحية ممثلة في كل من (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات الفنية، جودة الخدمات الإدارية، جودة الخدمات الفندقية)، ونعرج على هذه البيانات العلمية من خلال قياس معامل الارتباط لبيرسون، واحتساب قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة البحث على مختلف عبارات الاستبيان والمصاغة لدراسة و تحليل هذه الأبعاد.

1- الاتساق الداخلي لمقياس الخصائص الموضوعية لجودة الخدمة الصحية والرضا بشكل

عام باستخدام معامل الارتباط لبيرسون

توضح الجداول من (25/5) إلى غاية (37/5) الاتساق الداخلي لعبارات مقياس الخصائص الموضوعية لجودة الخدمة الصحية والرضا بشكل عام باستخدام معامل الارتباط لبيرسون بين العبارات المكونة لكل جزء مع الجزء ككل والمقياس ككل.

جدول رقم (25/5) : الاتساق الداخلي لمقياس جودة الطاقم الطبي

SIG	الاتساق الداخلي	العبرة
0.000	0.345	تعتبر المعلومات التي يقدمها الطبيب للمريض عن مرضه جيدة وكافية
0.000	0.396	يمكن للمريض أن يسأل الطبيب عند الحاجة إلى ذلك
0.000	0.355	يترك الطبيب انطباع ايجابي عند معاملته للمريض
0.000	0.671	يتيح الطبيب وقت كافي للاستماع إلى شكوى المريض و واستفساراته
0.000	0.659	يتلقى المريض علاجاً ذا مستوى طبي جيد
0.000	0.672	الطبيب يسرع في الحضور عند طلب المريض لذلك
0.000	0.668	يبادر الطبيب في شرح الحالة المرضية للمريض دون أن يطلب منه ذلك
0.000	0.699	عموماً يتمتع الطبيب بمهارات وكفاءات عالية عند تعامله مع المريض
0.000	0.446	يعتبر العلاج الموصوف من طرف الطبيب مبدئياً ناجحاً

$N=450$ / مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول رقم (27/5) أن قيم معاملات الارتباط تتراوح بين 0.345 إلى 0.699 وهي معاملات ارتباط تتراوح من متوسطة إلى قوية وجميعها موجبة و معنوية، وهو ما يشير إلى وجود اتساق داخلي للعبارات المكونة لبعدها جودة الطاقم الطبي.

جدول رقم (26/5) : الاتساق الداخلي لمقياس جودة الطاقم الشبه الطبي

SIG	الاتساق الداخلي	العبارة
0.000	0.547	يترك الممرض انطبعا ايجابيا لدى المريض عندما يقدم له الرعاية التمريضية
0.000	0.687	يقدم الممرض مستوى رعاية تمريضية جيدة للمرضى
0.000	0.725	عموما يتيح الممرضين وقت كافي للاستماع لطلبات المرضى واحتياجاتهم من الخدمة التمريضية
0.000	0.748	للممرض مستوى كفاءة ومهارة جيدة في رعايته للمريض
0.000	0.755	الرعاية التي يقدمها الممرض مرتبطة ومتناسقة بالخدمات الطبية المقدمة
0.000	0.616	بصفة عامة هناك انسجام وتوافق بين عمل الطبيب والممرض
0.000	0.672	توجد ثقة عالية لدى المرضى في الطاقم الشبه الطبي المعالج لهم

N=450 مستوى

معنوية = 0.05

يتضح من الجدول رقم (28/5) أن قيم معاملات الارتباط تتراوح بين 0.469 إلى 0.755 وهي معاملات ارتباط قوية جميعاً تقريباً وكذلك جميعها موجبة ومعنوية، وهو ما يشير إلى وجود اتساق داخلي للعبارات المكونة لبعد جودة الطاقم الشبه الطبي.

جدول رقم (27/5) : الاتساق الداخلي لمقياس جودة الخدمات الفنية والتقنية

SIG	الاتساق الداخلي	العبارة
0.000	0.444	يملك المستشفى أحدث التجهيزات التكنولوجية لتشخيص المرض ومساعدة المرضى
0.000	0.647	يتوفر لدى المستشفى مواد طبية (أدوية، مواد مساعدة على العلاج) كافية وبصورة مناسبة
0.000	0.766	يتوفر لدى المستشفى أجهزة الهاتف للاستعمال عند الضرورة
0.000	0.734	إن تجهيزات الغرفة التي يمتلكها المستشفى كافية و جيدة (الأسرة، أغطية، إنارة، تدفئة، تبريد..)
0.000	0.516	يلتزم المستشفى عند تقديم الخدمات الصحية بالوقت و المواعيد التي يبرمجها (مواعيد العلاج، موعد الزيارة، موعد العملية الجراحية و غيرها) إلا في الحالات الخاصة
0.000	0.607	يقدم بالمستشفى خدمات صحية فورية وجيدة وفي الوقت المناسب
0.000	0.439	يقدم بالمستشفى رعاية سريريته جيدة و اهتمام كافي للمرضى
0.000	0.380	نادراً ما نلاحظ أخطاء متعمدة يقع فيها الموظفون والعمال بالمستشفى

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول رقم (29/5) أن قيم معاملات الارتباط تتراوح بين 0.380 إلى 0.766 وهي معاملات ارتباط تتراوح بين متوسطة إلى قوية وجميعها موجبة ومعنوية، وهو ما يشير إلى وجود اتساق داخلي لمقياس جودة الطاقم الشبه الطبي.

جدول رقم (28/5) : الاتساق الداخلي لمقياس جودة الخدمات الإدارية

SIG	الاتساق الداخلي	العبارة
0.000	0.726	تتميز السجلات و البيانات الكتابية في المستشفى عموماً بنوع من الدقة و الوضوح
0.000	0.701	إدارة المستشفى تقدم معلومات دقيقة عن مواعيد تقديم الخدمة و تلتزم بها
0.000	0.626	يغطي المستشفى احتياجات المرضى بشكل مستمر على مدار الساعة و الأسبوع
0.000	0.588	يستجيب موظفو المستشفى لطلبات المرضى بشكل فوري
0.000	0.706	يظهر معظم موظفو المستشفى الاهتمام الصادق بحل المشاكل التي تواجه المريض
0.000	0.691	يتميز سلوك أغلب الموظفين في المستشفى باللطف و الاحترام من مكتب القبول إلى غاية نهاية الإقامة
0.000	0.530	تتميز إدارة المستشفى بالجودة و الإلتقان في أداء مهامها و ذلك في حدود استطاعتها

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول رقم (30/5) أن قيم معاملات الارتباط تتراوح بين 0.530 إلى 0.726 وهي معاملات ارتباط جميعها وكذلك موجبة ومعنوية، وهو ما يشير إلى وجود اتساق داخلي لمقياس جودة الطاقم الشبه الطبي.

جدول رقم (29/5) : الاتساق الداخلي لمقياس جودة الخدمات الفندقية

SIG	الاتساق الداخلي	العبارة
0.000	0.793	يتميز القسم الذي أقيم فيه بالنظافة الجيدة (الغرفة،غرفة التمريض، دورة المياه...)
0.000	0.785	لغرفة التي أقيم فيها تتميز بالإضاءة و التدفئة و الراحة و الهدوء.
0.000	0.845	يوفر المستشفى أماكن مريحة و مهيأة للانتظار
0.000	0.633	تعتبر نوعية الأكل و كميته جيدة و متنوعة
0.000	0.822	تقدم لنا الوجبات في المواعيد المحددة للأكل
0.000	0.768	عموماً يعتبر مستوى الراحة و النوم جيد

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول رقم (31/5) أن قيم معاملات الارتباط تتراوح بين 0.530 إلى 0.726 وهي معاملات ارتباط جميعها وكذلك جميعها موجبة ومعنوية، وهو ما يشير إلى وجود اتساق داخلي لمقياس جودة الخدمات الفندقية.

جدول رقم(30/05): الاتساق الداخلي لبعد الرضا بشكل عام

SIG	الاتساق الداخلي	العبرة
0.000	0.728	أشعر بتحسن تجاه وضعتي الصحية
0.000	0.768	يعتبر مستوى الرعاية الطبية والتمريضية مرضي خلال مدة الإقامة
0.000	0.800	سأستمر بالتعامل مع هذا المستشفى في المستقبل
0.000	0.785	سأقوم بنقل صورة إيجابية عن هذا المستشفى للآخرين
0.000	0.863	سوف أنصح الآخرين بالتعامل مع هذا المستشفى
0.000	0.762	أنا راضي عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف هذا المستشفى
0.000	0.527	سأحاول عدم تغيير هذا المستشفى حتى بوجود مستشفيات جديدة عمومية كانت أو خاصة.

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول رقم(32/5) أن قيم معاملات الارتباط تتراوح بين 0.527 إلى 0.863 وهي معاملات ارتباط جميعها موجبة ومعنوية، وهو ما يشير إلى وجود اتساق داخلي بين العبارات المكونة لمقياس الرضا بشكل عام.

2- التحليل الإحصائي للبيانات المتعلقة بمتغيرات الدراسة

انطلق بحثنا هذا بطرح إشكالية رئيسية مفادها:

❖ ما هو أثر جودة الخدمات الصحية على درجة رضا المستهلك لها؟

وبغية الإجابة عليها قمنا بصياغة أسئلة فرعية كالتالي:

هل المريض كمستهلك رئيسي للخدمة الصحية راضي على مستوى الخدمة المقدمة له؟

هل تختلف الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية حسب درجة رضا المستهلك؟

تمت عملية التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS 21 ومن خلال التعامل مع أدوات الإحصاء الوصفي المتضمنة مقاييس النزعة المركزية مثل: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية لكل متغير مع المتغيرات الباقية ككل، بالإضافة إلى معامل الاختلاف لبيرسون.

فيما يلي عرض مفصل لهذه المقاييس والمتضمنة لمتغيرات نموذج الخصائص الموضوعية، والتي من خلالها سوف نحاول إعطاء إجابة مبدئية حول الأسئلة السابقة.

أ- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول متغير جودة الطاقم الطبي

الجدول رقم (31/5) : جودة الطاقم الطبي

العبارة	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف%	الأهمية
X11	3,9467	,82651	20,941965	4
X12	4,1067	,82941	20,1967863	3
X13	4,1911	,76325	18,2111348	2
X14	3,9356	,96386	24,4910313	5
X15	3,3600	1,40765	41,8942544	6
X16	2,7067	1,35410	50,0283106	9
X17	2,8756	1,36210	47,3680687	7
X18	2,9933	1,43685	48,0017344	8
X19	4,2378	,67990	16,0438339	1
X1	3,5948	,62430	17,3666709	

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من خلال النتائج الجدولية أن قيم المتوسطات الحسابية تراوحت ما بين (2.7 و 4.23) وأن أكبر متوسط حسابي كان للعبارة x19 " يعتبر العلاج الموصوف من طرف الطبيب مبدئيا ناجعا" والذي بلغ 4.23 بمستوى انحراف معياري يساوي 0.67، كما يتبين من خلال معامل الاختلاف انه سجل اكبر قيمة له وهي (50.03) عند العبارة x16 " الطبيب يسرع في الحضور عند طلب المريض لذلك" والتي تدل على اختلاف كبير لأراء أفراد عينة الدراسة حول هذه العبارة، أما فيما يتعلق بالقيمة الدنيا لمعامل الاختلاف قد سجلت عند العبارة X19 وهي 16.04 وهي نفسها العبارة التي سجلت اكبر متوسط حسابي والذي يعني أن هناك اتفاق كبير لأراء أفراد عينة البحث، كما ملاحظ من خلال الجدول أن معظم المتوسطات كانت أعلى من الدرجة 3.41 وهي الدرجة التي أعطيت للوزن موافق بالنسبة لسلم ليكرت ، كما بلغ المتوسط العام للعبارات إجمالاً 3.59 وهو دال على موافقة المستجوبين عموماً على معظم الفقرات وبالتالي نعتبر أن بعد جودة الطاقم الطبي واضحاً ومقبولاً بالنسبة لمجتمع الدراسة، وعليه يمكننا أن نصغ جواب مبدئي : المستهلك للخدمة الصحية راضي عن مستوى خدمات الطاقم الطبي.

ب- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول متغير جودة الطاقم الشبه الطبي

الجدول رقم (32/5): جودة الطاقم الشبه الطبي

العبارة	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف%	الأهمية
X21	4,2111	,80497	19,115478	1
X22	3,9244	,93131	23,7308867	7
X23	4,0733	,90110	22,1219445	4
X24	4,0044	,92237	23,0335663	5
X25	4,0733	,88111	21,6310754	3
X26	3,9111	,92291	23,5972207	6
X27	4,0778	,87565	21,4737439	2
X28	3,6889	1,10521	29,9603978	8
X2	3,9956	,59565	14,9077625	

N=450 مستوى معنوية = 0.05

نلاحظ من خلال النتائج الجدولية أن المتوسطات الحسابية تراوحت ما بين (4.21 و 3.68) وقد جاءت كلها دالة وأكبر من 3.41 الذي يعطى للتعليمية موافق من سلم ليكرت، وقد كان أكبر متوسط حسابي للعبارة الأولى "يترك الممرض انطبعا ايجابيا لدى المريض عندما يقدم له الرعاية التمريضية" والذي بلغ 4.21 بانحراف معياري مقدر ب 0.8.

أما بخصوص معامل الاختلاف فقد سجل نسب متقاربة وهي ضعيفة نسبيا تراوحت ما بين 19.11% و 29.26% للعبارات X21 و X28 وهو ما يدل على اتفاق عام لأفراد عينة البحث حول متغير جودة الطاقم الشبه الطبي.

وقد قدر المتوسط الإجمالي ب 3.99 بانحراف معياري مقدر ب 0.59 وهذا إنما يدل على أن جودة الخدمات المقدمة من طرف الطاقم الشبه الطبي كانت مقبولة قبولا عاما من طرف مجتمع الدراسة، وعليه يكون جوابنا المبدئي: المستهلك للخدمات الصحية راضي عن مستوى خدمات الطاقم الشبه الطبي.

ج- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول متغير جودة الخدمات الفنية (التقنية)

الجدول رقم (33/5): جودة الخدمات الفنية (التقنية)

الأهمية	معامل الاختلاف %	الانحراف المعياري	المتوسط	العبرة
2	20,0372664	81663,	4,0056	X31
8	48,3439646	1,32140	2,7333	X32
7	44,6981122	1,37174	3,0689	X33
6	42,6285259	1,34232	3,1489	X34
1	19,5321256	,78519	4,0289	X35
5	32,8044275	1,00746	3,0711	X36
3	22,3673446	90116,	4,0200	X37
4	24,3263679	95143,	3,9111	X38
	17,9181326	62843,	3,5072	X3

N=450 مستوى معنوية = 0.05

من خلال نتائج هذا الجدول نلاحظ أن قيم المتوسطات الحسابية تراوحت بين (2.73 و 4.02) وهي بذلك تشير إلى اتساع مجال أجوبة المستجوبين ما بين موافق وغير موافق، وقد قدر أكبر متوسط حسابي (4.02) للعبرة الرابعة x35 " يلتزم المستشفى عند تقديم الخدمات الصحية بالوقت والمواعيد التي يبرمجها: مواعيد العلاج، موعد الزيارة، موعد العملية الجراحية، إلا في الحالات الخاصة" بانحراف معياري قدره (0.78). بينما قدر أقل متوسط حسابي للعبرة x32 " يتوفر لدى المستشفى مواد طبية (أدوية، مواد مساعدة للعلاج ...) كافية وبصورة مستمرة ومناسبة" بمقدار (2.73) وبانحراف معياري (1.32)، كما يتبين أن أقل نسبة لمعامل الاختلاف سجلت عند العبرة x35 " الذي بلغ 19.53% وهي ذاتها العبرة التي سجلت أكبر متوسط حسابي، أما أكبر معامل اختلاف فقد قدر ب 48.34% لنفس العبرة التي سجلت أقل متوسط حسابي، وبهذا تشير هذه البيانات أن استجابات أفراد عينة البحث لبعد جودة الخدمات الفنية (التقنية) كانت متشعبة وغير متوافقة. و عليه يمكننا مبدئياً استنتاج أن الخدمات الفنية لم تكن في مجملها متوافقة لتطلعات المستجوبين، وعليه يكون جوابنا مبدئياً: المستهلك للخدمات الصحية غير راضي عن مستوى الخدمات الفنية (التقنية).

د- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول متغير جودة الخدمات الإدارية

الجدول رقم (34/5): جودة الخدمات الإدارية

الأهمية	معامل الاختلاف%	الانحراف المعياري	المتوسط	العبرة
5	26,7707688	,88403	3,3022	X41
3	23,4917235	,90260	3,8422	X42
2	23,3897657	,92779	3,9667	X43
7	47,4965649	1,30879	2,7556	X44
6	40,8161676	1,34149	3,2867	X45
1	22,9701359	,91625	3,9889	X46
4	25,1238627	1,00216	3,9889	X47
	18,8492193	,67672	3,5902	X4

N=450 مستوى معنوية = 0.05

من خلال معطيات الجدول رقم (36/5) نلاحظ بأن معظم قيم متوسطات الحسابية جاءت بدرجة موافق ماعدا العبرة x44 " يستجيب موظفوا المستشفى لطلبات المرضى بشكل فوري" التي قدرت بأدنى قيمة متوسط حسابي (2.75) و بانحراف معياري (1.30) وبذلك كانت استجابة الأفراد متوسطة، وقد قدرت أكبر قيمة للمتوسط الحسابي (3.98) وبانحراف معياري (0.91) للعبرة" يتميز سلوك أغلب الموظفين في المستشفى باللطف والاحترام من مكتب القبول إلى غاية نهاية الإقامة"، أما بخصوص معامل الاختلاف فقد قدرت أكبر قيمة ب 47.49% وأدنى قيمة 22.97% وقد جاءت هذه النسب موافقة للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وعليه نستنتج بأن العينة على العموم لديها موافقة على جميع فقرات وكانت آراءهم ايجابية بخصوص جودة الخدمات الإدارية إلا ما تعلق الأمر بالفور في الاستجابة، وعليه يكون جوابنا مبدئياً: المستهلك للخدمات الصحية راضي عن مستوى جودة الخدمات الإدارية إلا ما تعلق الأمر بالفور في الاستجابة لمتطلباته الصحية.

هـ- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول متغير جودة الخدمات الفندقية

الجدول رقم (35/5): جودة الخدمات الفندقية

الأهمية	معامل الاختلاف %	الانحراف المعياري	المتوسط	العبرة
5	23,0455663	,93309	4,0489	X51
2	20,9628559	,86786	4,1400	X52
3	21,314033	,86251	4,0467	X53
6	35,3140047	1,20852	3,4222	X54
4	21,4732502	,85988	4,0044	X55
1	20,7035372	,83550	4,0356	X56
	17,9924948	,71064	3,9496	X5

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من خلال القيم الجدولية أن المتوسط الحسابي العام لمتغير جودة الخدمات الفندقية بلغ (3.94) بانحراف معياري قدره (0.83)، وبذلك فهو أكبر من معيار القياس (3.41) الذي يشير إلى اتفاق معظم أفراد العينة على جودة الخدمات الفندقية من وجهة نظرهم، وقد جاءت أكبر قيمة متوسط حسابي للعبرة" عموماً يعتبر مستوى الراحة والنوم جيداً بالمستشفى"، أما بخصوص معامل الاختلاف فقد قدرت أكبر قيمة له عند العبرة X54 "تعتبر نوعية الأكل وكميته جيدة ومتنوعة" والمقدر 35.31% وهي العبرة التي مثلت عدم اتفاق أفراد عينة البحث حول بعد جودة الخدمات الفندقية في ما يخص هذا الجانب بالذات، وبهذا نستنتج أن رؤية المستجوبين حول بعد جودة الخدمات الفندقية عموماً مقبولاً، وبالتالي يمكننا أن نصغ جاباً مبدئياً كالتالي: المستهلك للخدمات الصحية راضي عن بعض الخدمات الفندقية وغير راضي عن بعضها الآخر.

و- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول متغير الرضا بشكل عام

الجدول رقم (36/5): الرضا بشكل عام

العبارة	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف%	الأهمية
X61	4,1622	,68901	16,5539698	4
X62	4,0333	,68144	16,8952936	5
X63	3,9556	,62806	15,8778701	3
X64	3,8222	,66369	17,3639946	6
X65	3,9333	,61169	15,5514439	1
X66	3,9533	,62612	15,8377836	2
X67	2,9422	,70710	24,0329665	7
X6	3,8289	,48939	12,7816381	

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يعتبر الرضا بشكل عام بعدا هاما في موضوع البحث، وهو المتغير التابع الذي يهمننا معرفة مستوى دلالاته. فمن خلال القيم الجدولية يتبين لنا أن أكبر متوسط حسابي احتسب للعبارة " سوف أنصح الآخرين بالتعامل مع هذا المستشفى" بمقدار (3.93) وانحراف معياري (0.61)، وقد أخذت هذه العبارة أكبر أهمية، بينما أخذت العبارة x67 أقل أهمية بمستوى متوسط حسابي (2.94) وانحراف معياري (0.7) ومعامل اختلاف (24.03%) وهي تعبر عن "سأحاول عدم تغيير هذا المستشفى حتى بوجود مستشفيات جديدة كانت أم خاصة". كما قدر المتوسط الحسابي العام (3.82) بانحراف معياري (0.48)، بينما قدرت معاملات الاختلاف قيما متقاربة تراوحت بين (15.55% و 24.03%) وهي نسب في مجملها ضعيفة إذا ما قورنت بنسب الجداول السابقة، وهي بذلك تشير إلى مدى الاتفاق العام لأفراد عينة البحث حول مستوى الرضا وعلاقته بأبعاد الجودة السالفة الذكر.

انطلقنا في بداية التحليل الإحصائي بسؤال جزئي وهو: هل المستهلك للخدمات الصحية راضي عن مستوى الخدمات المقدمة له؟ وهل هناك اختلاف في الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية؟

وبعد قيامنا بالتحليل الإحصائي لهذه الأبعاد توصلنا بالنسبة لبعد الرضا بشكل عام إلى أن المستهلك عموما راضي عن مستوى الخدمات الصحية التي تقدم له في المؤسسات الصحية محل الدراسة. كما سجلنا اختلاف نسبي في أهمية كل بعد من الأبعاد المدروسة، وقد قدرت الأهمية النسبية لبعد جودة الطاقم الطبي كأكثر أهمية نسبية من بين كل الأبعاد محل الدراسة.

المبحث الثالث : عرض النتائج و تفسيرها

يتضمن هذا المبحث عرض وتحليل نتائج الدراسة، حيث تمت فيه الإجابة عن تساؤلات الدراسة، واختبار فروضها، وتم الاعتماد في ذلك على التكامل بين برنامج Amos 21 وبرنامج Spss21، ووفق المعالجات الإحصائية المشار إليها آنفاً في المبحث السابق، كما تم مناقشة نتائج الدراسة المتحصل عليها. نتناول في هذا المبحث المطالب التالية:

المطلب الأول: تحليل التباين

المطلب الثاني: عرض نموذج الدراسة واختبار الفرضيات

المطلب الثالث: تفسير النتائج

المطلب الأول: تحليل التباين

محاولة منا للإجابة عن سؤال من أسئلة البحث والذي ينص:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى رضا المرضى تعود إلى متغيرات (الجنس، العمر، المستوى

التعليمي، الدخل الشهري، مدة الإقامة بالمستشفى، التأمين)؟

وبغية الإجابة الأولية عن هذه الإشكالية، تمت سلسلة من تحليلات التباين؛ للتحقق من عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية إحصائية في متغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) بالنسبة لعوامل العمر، الجنس، التأمين، مدة الإقامة، الدخل، الحالة العائلية.

1- تحليل تباين متغيرات الدراسة وفقاً لفئات الدخل الشهري

يعرض الجدول رقم (37/5) نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً لفئات الدخل، مع العلم انه تم التحقق من تجانس التباينات باستخدام اختبار ليفن وجاءت كلها غير معنوية مما يدل على تحقق فرض تساوي التباينات.

الجدول رقم (37/5): نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الإدارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً لفئات الدخل

المصدر	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	مؤشر فيشر	المعنوية
جودة الطاقم الطبي	داخل المجموعات	2	.198	.507	.603
	خارج المجموعات	447	.391		
	الكلية	449			
جودة الطاقم الشبه الطبي	داخل المجموعات	2	.693	1,961	.142
	خارج المجموعات	447	.353		
	الكلية	449			
جودة الخدمات التقنية	داخل المجموعات	2	.023	.059	.943
	خارج المجموعات	447	.397		
	الكلية	449			
جودة الخدمات الإدارية	داخل المجموعات	2	.611	1,337	.264
	خارج المجموعات	447	.457		
	الكلية	449			
جودة الخدمات الفندقية	داخل المجموعات	2	1,530	3,058	.048
	خارج المجموعات	447	.500		
	الكلية	449			
الرضا بشكل عام	داخل المجموعات	2	1,000	4,237	.015
	خارج المجموعات	447	.236		
	الكلية	449			

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول أعلاه أن قيم الدلالة المعنوية معظمها تعدت مستوى (0.05)، إلا القيمتين المتعلقةتين ببعيد جودة الخدمات الفندقية وبعيد الرضا بشكل عام، وهو ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وعند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة ترجع لعامل الدخل من بين متغيرات الدراسة السالفة الذكر إلا فيما يخص بعد جودة الخدمات الفندقية والرضا العام عند المريض التي سجلت فروقات في تحليل التباين الخاص بها.

2. تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً لعامل المستوى التعليمي

ويعرض الجدول رقم (38/5) نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الإدارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً للمستوى التعليمي، مع العلم أنه تم التحقق من تجانس التباينات باستخدام اختبار ليفن وجاءت كلها غير معنوية مما يدل على تحقق فرض تساوي التباينات.

الجدول رقم (38/5) : نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً للمستوى التعليمي

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	مؤشر فيشر	المعنوية
جودة الطاقم الطبي	داخل المجموعات	1,073	2	,536	1,378	,253
	خارج المجموعات	173,925	447	,389		
	الكلية	174,998	449			
جودة الطاقم الشبه الطبي	داخل المجموعات	1,368	2	,684	1,935	,146
	خارج المجموعات	157,936	447	,353		
	الكلية	159,304	449			
جودة الخدمات التقنية	داخل المجموعات	1,272	2	,636	1,615	,200
	خارج المجموعات	176,048	447	,394		
	الكلية	177,320	449			
جودة الخدمات الادارية	داخل المجموعات	2,250	2	1,125	2,472	,086
	خارج المجموعات	203,368	447	,455		
	الكلية	205,618	449			
جودة الخدمات الفندقية	داخل المجموعات	3,813	2	1,906	3,823	,023
	خارج المجموعات	222,934	447	,499		
	الكلية	226,747	449			
الرضا بشكل عام	داخل المجموعات	3,028	2	1,514	6,476	,002
	خارج المجموعات	104,510	447	,234		
	الكلية	107,539	449			

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول أن قيم المعنوية تعدت مستوى (0.05) وهو ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية ترجع لعامل المستوى التعليمي بين متغيرات الدراسة، ماعدا متغير جودة الخدمة الفندقية ومتغير الرضا بشكل عام الذي لم تتعدى معنويتها مستوى (0.05) وهذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.05) بين اتجاهات أفراد العينة حول جودة الخدمات الفندقية والرضا بشكل عام تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

2- تحليل تباين متغيرات الدراسة وفقاً لعامل مدة الإقامة في المستشفى

ويعرض الجدول رقم (39/5) نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الإدارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً لمدة الإقامة في المستشفى، مع العلم أنه تم التحقق من تجانس التباينات باستخدام اختبار ليفن وجاءت كلها ذات دلالة غير معنوية مما يدل على تحقق فرض تساوي التباينات.

الجدول رقم (39/5): نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الإدارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً لمدة

الإقامة في المستشفى

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	مؤشر فيشر	المعنوية
جودة الطاقم الطبي	داخل المجموعات	3,843	2	1,921	5,018	.007
	خارج المجموعات	171,155	447	.383		
	الكلية	174,998	449			
جودة الطاقم الشبه الطبي	داخل المجموعات	1,747	2	.874	2,479	.085
	خارج المجموعات	157,556	447	.352		
	الكلية	159,304	449			
جودة الخدمات التقنية	داخل المجموعات	3,062	2	1,531	3,927	.020
	خارج المجموعات	174,259	447	.390		
	الكلية	177,320	449			
جودة الخدمات الإدارية	داخل المجموعات	4,036	2	2,018	4,474	.012
	خارج المجموعات	201,582	447	.451		
	الكلية	205,618	449			
جودة الخدمات الفندقية	داخل المجموعات	1,148	2	.574	1,137	.322
	خارج المجموعات	225,599	447	.505		
	الكلية	226,747	449			
الرضا بشكل عام	داخل المجموعات	1,987	2	.994	4,208	.015
	خارج المجموعات	105,551	447	.236		
	الكلية	107,539	449			

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول أن بعض القيم كانت معنوية تعدت مستوى (0.05) وهي التي تخص كل من جودة الخدمات الطاقم الشبه الطبي والخدمات الفندقية، وهو ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية ترجع لعامل مدة الإقامة في المستشفى بين هذه المتغيرات، أما متغير جودة الخدمات الطبية و جودة الخدمات الإدارية

ومتغير الرضا بشكل عام والذي فيه المعنوية احتسبت أقل من (0.05)، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة معنوية في اتجاهات أفراد العينة ترجع لعامل مدة الإقامة في المستشفى والتي تعزى لهذه المتغيرات.

3- تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً للعمر

ويعرض الجدول رقم (40/5) نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الإدارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً للعمر، مع العلم أنه تم التحقق من تجانس التباينات باستخدام اختبار ليفن وجاءت كلها غير معنوية مما يدل على تحقق فرض تساوي التباينات.

الجدول رقم (40/5): نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الإدارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً

للعمر

البيان		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	مؤشر فيشر	المعنوية
جودة الطاقم الطبي	داخل المجموعات	.133	2	.066	.170	.844
	خارج المجموعات	174,865	447	.391		
	الكلية	174,998	449			
جودة الطاقم الشبه الطبي	داخل المجموعات	2,185	2	1,093	3,108	.046
	خارج المجموعات	157,119	447	.351		
	الكلية	159,304	449			
جودة الخدمات التقنية	داخل المجموعات	2,203	2	1,102	2,812	.061
	خارج المجموعات	175,117	447	.392		
	الكلية	177,320	449			
جودة الخدمات الإدارية	داخل المجموعات	2,371	2	1,185	2,607	.075
	خارج المجموعات	203,247	447	.455		
	الكلية	205,618	449			
جودة الخدمات الفندقية	داخل المجموعات	3,059	2	1,529	3,056	.048
	خارج المجموعات	223,688	447	.500		
	الكلية	226,747	449			
الرضا بشكل عام	داخل المجموعات	.078	2	.039	.163	.850
	خارج المجموعات	107,460	447	.240		
	الكلية	107,539	449			

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول أن بعض القيم كانت معنوية تعدت مستوى (0.05) وهو ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية ترجع لعامل العمر بين متغيرات الدراسة عدا متغير جودة الطاقم الشبه الطبي ومتغير جودة الخدمات الفندقية والذي فيه القيمة المعنوية احتسبت أقل من (0.05) أي وجود فروق ذات دلالة معنوية ترجع لعامل العمر بالنسبة لهذين المتغيرين.

4- تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً للتأمين

ويعرض الجدول رقم (41/5) نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً للتأمين، مع العلم انه تم التحقق من تجانس التباينات باستخدام اختبار ليفن وجاءت كلها غير معنوية مما يدل على تحقق فرض تساوي التباينات.

الجدول رقم (41/5): نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً

للتأمين

البيان		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	مؤشر فيشر	المعنوية
جودة الطاقم الطبي	داخل المجموعات	,974	2	,487	1,251	,287
	خارج المجموعات	174,024	447	,389		
	الكلية	174,998	449			
جودة الطاقم الشبه الطبي	داخل المجموعات	,288	2	,144	,405	,667
	خارج المجموعات	159,015	447	,356		
	الكلية	159,304	449			
جودة الخدمات التقنية	داخل المجموعات	1,888	2	,944	2,406	,091
	خارج المجموعات	175,432	447	,392		
	الكلية	177,320	449			
جودة الخدمات الإدارية	داخل المجموعات	,434	2	,217	,473	,624
	خارج المجموعات	205,184	447	,459		
	الكلية	205,618	449			
جودة الخدمات الفندقية	داخل المجموعات	,006	2	,003	,006	,994
	خارج المجموعات	226,741	447	,507		
	الكلية	226,747	449			
الرضا بشكل عام	داخل المجموعات	,057	2	,029	,119	,888
	خارج المجموعات	107,481	447	,240		
	الكلية	107,539	449			

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من خلال الجدول أن كل القيم ذات الدلالة المعنوية تعدت مستوى (0.05) و هو ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية في اتجاهات أفراد العينة ترجع لعامل التأمين بين متغيرات الدراسة كلها.

5- تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً لمتغير الحالة العائلية

ويعرض الجدول رقم (42/5) نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً للحالة العائلية، مع العلم انه تم التحقق من تجانس التباينات باستخدام اختبار ليفن وجاءت كلها ذات دلالة غير معنوية مما يدل على تحقق فرض تساوي التباينات.

الجدول رقم (42/5) : نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً

للحالة العائلية

البيان		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	مؤشر فيشر	المعنوية
جودة الطاقم الطبي	داخل المجموعات	1,145	1	1,145	2,950	,087
	خارج المجموعات	173,853	448	,388		
	الكلية	174,998	449			
جودة الطاقم الشبه الطبي	داخل المجموعات	,842	1	,842	2,381	,123
	خارج المجموعات	158,461	448	,354		
	الكلية	159,304	449			
جودة الخدمات التقنية	داخل المجموعات	,001	1	,001	,002	,963
	خارج المجموعات	177,319	448	,396		
	الكلية	177,320	449			
جودة الخدمات الإدارية	داخل المجموعات	,244	1	,244	,532	,466
	خارج المجموعات	205,374	448	,458		
	الكلية	205,618	449			
جودة الخدمات الفندقية	داخل المجموعات	1,375	1	1,375	2,733	,099
	خارج المجموعات	225,372	448	,503		
	الكلية	226,747	449			
الرضا بشكل عام	داخل المجموعات	,028	1	,028	,116	,733
	خارج المجموعات	107,511	448	,240		
	الكلية	107,539	449			

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من خلال البيانات الجدولية أن كل القيم كانت معنوية وقد تعدت مستوى (0.05)، وهو ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية في اتجاهات أفراد عينة البحث ترجع لعامل الحالة العائلية بين متغيرات الدراسة.

5- تحليل تباين متغيرات الدراسة وفقاً لعامل الجنس

ويعرض الجدول رقم (43/5) نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً للجنس، مع العلم انه تم التحقق من تجانس التباينات باستخدام اختبار ليفن وجاءت كلها ذات دلالة غير معنوية مما يدل على تحقق فرض تساوي التباينات.

الجدول رقم (43/5): نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الادارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) وفقاً للجنس

البيان		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	مؤشر فيشر	المعنوية
جودة الطاقم الطبي	داخل المجموعات	2,382	2	1,191	3,084	,047
	خارج المجموعات	172,616	447	,386		
	الكلية	174,998	449			
جودة الطاقم الشبه الطبي	داخل المجموعات	,161	2	,081	,227	,797
	خارج المجموعات	159,142	447	,356		
	الكلية	159,304	449			
جودة الخدمات التقنية	داخل المجموعات	2,916	2	1,458	3,737	,025
	خارج المجموعات	174,404	447	,390		
	الكلية	177,320	449			
جودة الخدمات الإدارية	داخل المجموعات	3,987	2	1,994	4,420	,013
	خارج المجموعات	201,630	447	,451		
	الكلية	205,618	449			
جودة الخدمات الفندقية	داخل المجموعات	3,319	2	1,660	3,320	,037
	خارج المجموعات	223,428	447	,500		
	الكلية	226,747	449			
الرضا بشكل عام	داخل المجموعات	4,072	2	2,036	8,797	,000
	خارج المجموعات	103,466	447	,231		
	الكلية	107,539	449			

N=450 مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول أن هناك قيمة واحدة معنويتها تعدت مستوى (0.05)، ويتعلق الأمر بمتغير جودة الطاقم الشبه الطبي وهو ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية في اتجاهات أفراد العينة ترجع لعامل

الجنس بالنسبة لهذا المتغير. بينما متغيرات الدراسة الباقية فكانت معنويتها أقل من (0.05) أي وجود فروق ذات دلالة معنوية ترجع لعامل الجنس بالنسبة لهذه المتغيرات.

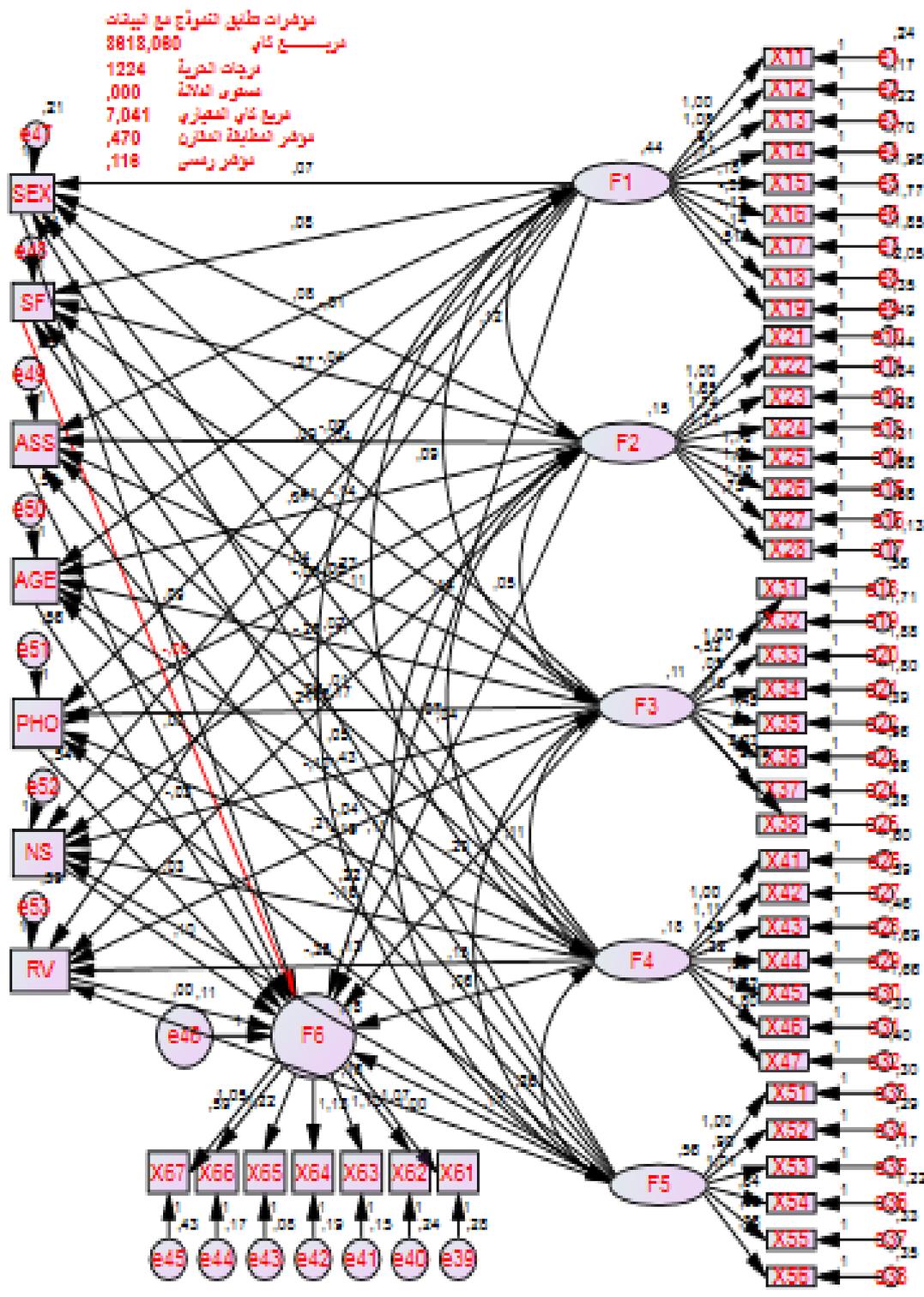
وعليه كما تشير النتائج السابقة والمتعلقة بتحليل التباين ضرورة تضمين متغيرات الدراسة الست في نموذج المعادلات الهيكلية عند اختبار فروض الدراسة نتيجة لتأثيرها المعنوي على متغير الرضا بشكل عام.

المطلب الثاني: عرض نموذج الدراسة واختبار الفروض

سنحاول من خلال هذا المطلب عرض نموذج الدراسة الذي وقع اختيارنا عليه وهو نموذج المعادلات البنوية (الهيكلية)، لتبيان الأثر والسببية الذي تحققه المتغيرات المقاسة التي تضمن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية كمتغير مستقل كامن على المتغير العام المحقق للرضا بشكل عام وهو المتغير التابع لهذا البحث. على ضوء نموذج البحث الموالي وانطلاقاً من تحليل الدراسة الإحصائية السابقة سنقوم باختبار فروض البحث والتأكد من صحتها.

1- النموذج المبدئي الأول المقترح

تم في مرحلة أولى توصيف نموذج أموس المتكامل والذي تم أخذ فيه المتغيرات الخاصة بجودة الخدمة الصحية الممثلة في جودة الطاقم الطبي؛ جودة الطاقم الشبه طبي؛ جودة الخدمات الفنية والتقنية؛ جودة الخدمات الإدارية؛ جودة الخدمات الفندقية. ومتغير الرضا بشكل عام كمتغيرات كامنة، كما هو موضح في الشكل التالي:



الشكل (26/5): النموذج المبدئي

المصدر : إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج Amos 21

ينص الفرض الأول للدراسة على أن: " النموذج النظري المقترح شكل رقم (26/5) ملائم ملائمة كلية بالنسبة للبيانات الواقعية المستمدة من الميدان من خلال استجابات مرضى مستشفى ابن سينا بأدرار"، مستشفى تميمون، مستشفى رقان، حول أسئلة الاستبيان.

ويركز النموذج على أن المقاييس المقترحة لجودة الخدمة الصحية الممثلة في جودة الطاقم الطبي؛ جودة الطاقم الشبه طبي؛ جودة الخدمات الفنية والتقنية؛ جودة الخدمات الإدارية؛ جودة الخدمات الفندقية. تؤثر في الرضا بشكل عام، وذلك في ضوء المتغيرات العامة الممثلة في الجنس؛ الحالة العائلية؛ التأمين؛ العمر؛ مدة الإقامة بالمستشفى؛ المستوى التعليمي؛ الدخل.

ويوضح الجدول (44/5) مؤشرات الملائمة للنموذج المقترح كما تم توصيفه في الشكل (26/5) باستخدام العينة الكلية والمكونة من 450 مريضاً باستخدام طريقة الإمكان الأعظم Maximum likelihood وذلك بالاعتماد على التكامل بين برنامج Amos 21 وبرنامج Spss 21.

جدول رقم (44/5): قيم مؤشرات تطابق النموذج المقترح للدراسة مع البيانات للنموذج في الشكل (26/5)

قيمة المؤشر	مؤشر تطابق النموذج مع البيانات
8618.060	مربع كاي CMIN
1224	درجة الحرية DF
0.000	مستوى الدلالة P
7.041	مربع كاي / درجة الحرية CMINDF
0.470	مؤشر المطابقة المقران CFI
0.116	مؤشر رمسي RMSEA

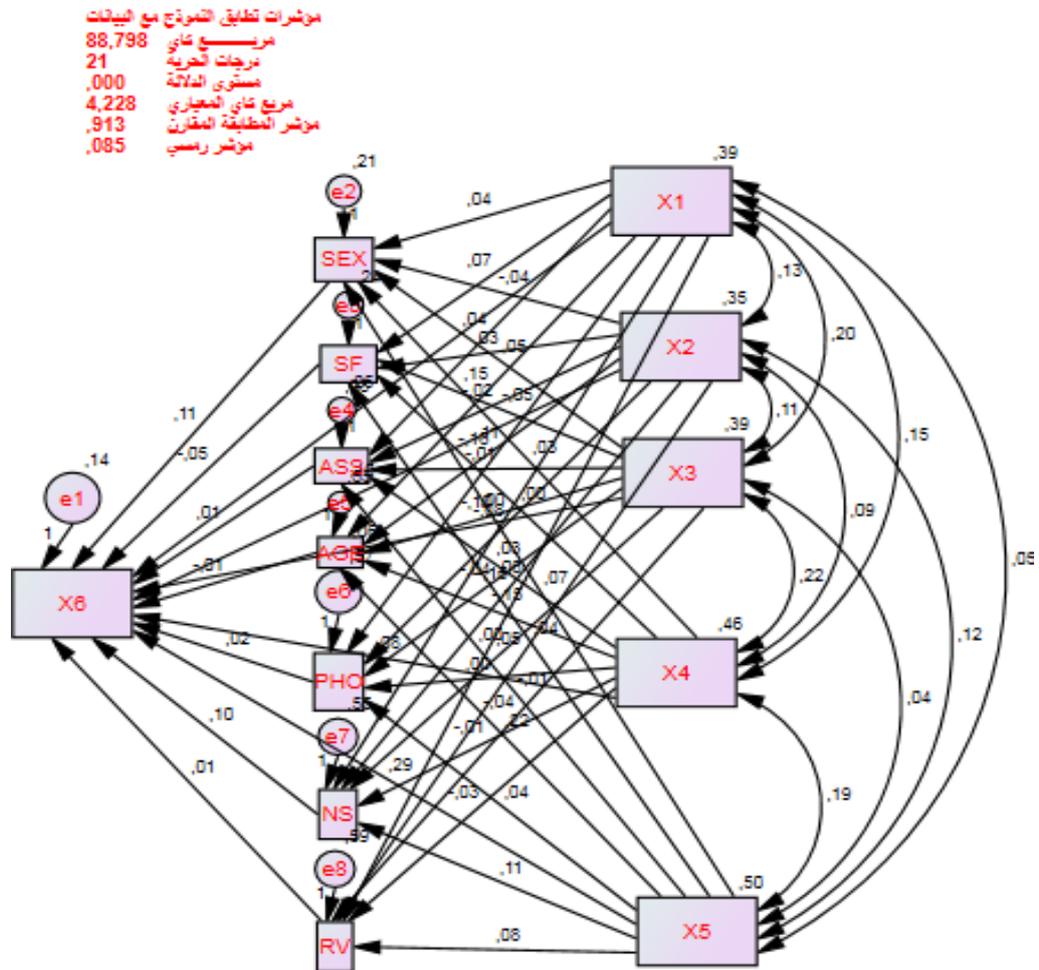
Amos 21/ Spss21 / N= 450 برنامج مستوى معنوية = 0.05

ويتضح من الجدول (45/5) عدم ملائمة النموذج ملائمة مقبولة للبيانات، فبالرغم من ارتفاع قيم مؤشر CMINDF والذي بلغ 7.041 وهو كبير جداً حيث يتعدى 2 وهي القيمة المقبولة الأقصى. أما فيما يخص مؤشر CFI والذي بلغ 0.470 وهو منخفض جداً مقارنة مع 0.9 وهي القيمة المقبولة الدنيا. وبالنسبة لمؤشر RMSEA فقد سجل 0.116 وهو مرتفع جداً مقارنة 0.8 وهي القيمة المقبولة الأقصى. وعليه يمكن الحكم على النموذج المبدئي أنه غير مقبول، أي أنه يتناقض مع البيانات.

ولتحسين ملائمة النموذج تم مراجعة مصفوفة الأخطاء المعيارية Standardized Residual Covariance (الملحق الخاص بالنموذج المبدئي)، لمعرفة مصادر عدم مطابقة النموذج للبيانات والسبب في التناقض النسبي في مؤشرات المطابقة.

ويتضح من قيم الأخطاء المعيارية أنها مرتفعة القيمة ولكنها أحياناً انخفضت عن القيمة الحرجة 2.96 وفي كثير من الأحيان كانت قيمتها منخفضة جداً (حول الصفر). مما يدل على اقتراب النموذج من المطابقة بالنسبة للبيانات.

بعد ذلك تم الاعتماد على المتغيرات المقاسة وذلك حتى لا يتعارض النموذج المقترح مع النموذج النظري المستمد من الدراسات السابقة، والشكل (26/5) يوضح النموذج الثاني المقترح بعد إدخال التعديلات التي لا تخل بالنموذج النظري كما يلي:



الشكل (27/5): النموذج الثاني بعد تحويل المتغيرات من كامنة إلى مقاسة

المصدر : إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج Amos 21

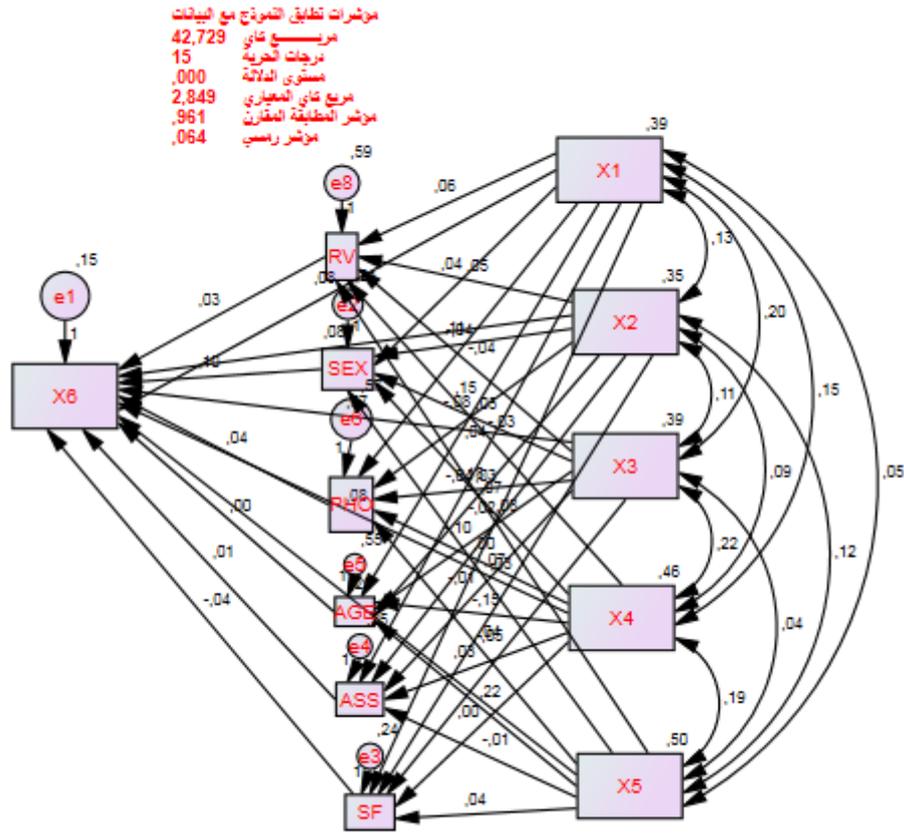
ويوضح الجدول (45/5) مؤشرات الملائمة للنموذج المقترح الثاني كما تم توصيفه في الشكل (27/5) باستخدام العينة الكلية والمكونة من 450 مريضاً باستخدام طريقة الإمكان الأعظم Maximum likelihood وذلك بالاعتماد على التكامل بين برنامج Amos 21 وبرنامج Spss 21.

جدول رقم (45/5): قيم مؤشرات تطابق النموذج المقترح للدراسة مع البيانات للنموذج في الشكل (27/5)

قيمة المؤشر	مؤشر تطابق النموذج مع البيانات
88.798	مربع كاي CMIN
21	درجة الحرية DF
0.000	مستوى الدلالة P
4.228	مربع كاي / درجة الحرية CMINDF
0.913	مؤشر المطابقة المقران CFI
0.085	مؤشر رمسي RMSEA

Amos 21 / Spss21 / N= 450 برنامج مستوى معنوية = 0.05

ويتضح من الجدول (47/5) أن هناك تحسن في المؤشرات مطابقة النموذج للبيانات إلا أن هذا التحسن ليس مقبول بعد، ولا يزال يوجد تناقض في النموذج مع البيانات، ولتحسين مطابقة النموذج للبيانات فقد تم اختبار حذف مجموعة من المعلمات الخاصة بالنموذج والمتعلقة بالمتغيرات العامة والتي لا تخل بالنموذج النظري، وبعد إجراء عدة محاولات تبين أن النموذج الأفضل بعد حذف متغير العام المتعلق بالمستوى التعليمي، وهو الذي يعطي أفضل نتائج.



الشكل رقم (28/5): النموذج النهائي

المصدر : إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج Amos 21

ويوضح الجدول مؤشرات الملائمة للنموذج النهائي كما تم توصيفه في الشكل (28/5) باستخدام العينة الكلية والمكونة من 450 مريضاً باستخدام طريقة الإمكان الأعظم Maximum likelihood وذلك بالاعتماد على التكامل بين برنامج Amos 21 وبرنامج Spss 21.

جدول رقم(46/5): قيم مؤشرات تطابق النموذج المقترح للدراسة مع البيانات للنموذج في الشكل (28/5)

قيمة المؤشر	مؤشر تطابق النموذج مع البيانات
42.729	مربع كاي CMIN
15	درجة الحرية DF
0.000	مستوى الدلالة P
2.849	مربع كاي / درجة الحرية CMINDF
0.961	مؤشر المطابقة المقران CFI
0.064	مؤشر رمسي RMSEA

Amos 21/ Spss21 / N= 450 برنامج مستوى معنوية = 0.05

ويتضح من الجدول (46/5) ملائمة النموذج ملائمة مقبولة للبيانات، فبالرغم من ارتفاع قيم مؤشر CMINDF والذي بلغ 2.849 وهو يقترب من القيمة 2 القيمة المقبولة الأقصى. أما فيما يخص مؤشر CFI والذي بلغ 0.961 وهو مرتفع جداً مقارنة مع 0.9 وهي القيمة المقبولة الدنيا. أما بالنسبة لمؤشر RMSEA فقد سجل 0.064 وهو منخفض مقارنة مع 0.8 وهي القيمة المقبولة الأقصى. وعليه يمكن الحكم على أن النموذج مقبول، أي أنه يتطابق مع البيانات.

اختبار الفرض الأول للدراسة

ينص الفرض الأول للدراسة على أنه: " يوجد تأثير غير مباشر ذو دلالة معنوية لجودة الطاقم الطبي على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالاته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى والدخل والتأمين".

يعرض الجدول رقم(47/5) القيم المعيارية للمعلمات المقدرة التي تم تقديرها باستخدام عينة الدراسة ومعنويتها الإحصائية بعد التعديل والذي تطابق النموذج مع البيانات، كما تم التحقق منه سابقاً.

جدول رقم (47/5) : القيم المعيارية للمعطيات المقدره للنموذج ومعنويتها الإحصائية
(التأثير المباشر)

SIG	القيمة	المعلمة		
0,05 غير معنوي عند	0,057	الدخل	<----	جودة الطاقم الطبي
0,05 غير معنوي عند	0,047	الدخل	<----	جودة الطاقم شبه الطبي
0,05 غير معنوي عند	-0,037	الدخل	<----	جودة الخدمات التقنية
0,05 غير معنوي عند	-0,034	الدخل	<----	جودة الخدمات الإدارية
0,05 غير معنوي عند	0,082	الدخل	<----	جودة الخدمات الفندقية
0,05 غير معنوي عند	0,114	مدة الإقامة في المستشفى	<----	جودة الطاقم الطبي
0,05 غير معنوي عند	-0,077	مدة الإقامة في المستشفى	<----	جودة الطاقم شبه الطبي
0,05 غير معنوي عند	-0,044	مدة الإقامة في المستشفى	<----	جودة الخدمات التقنية
0,05 غير معنوي عند	-0,004	مدة الإقامة في المستشفى	<----	جودة الخدمات الإدارية
0,05 غير معنوي عند	0,036	مدة الإقامة في المستشفى	<---	جودة الخدمات الفندقية
0,05 معنوي عند	0,146	العمر	<----	جودة الطاقم الطبي
0,05 معنوي عند	-0,185	العمر	<----	جودة الطاقم شبه الطبي
0,05 غير معنوي عند	-0,1	العمر	<----	جودة الخدمات التقنية
0,05 معنوي عند	-0,152	العمر	<----	جودة الخدمات الإدارية
0,05 غير معنوي عند	0,218	العمر	<----	جودة الخدمات الفندقية
0,05 غير معنوي عند	0,041	التامين	<----	جودة الطاقم الطبي
0,05 غير معنوي عند	-0,023	التامين	<----	جودة الطاقم شبه الطبي
0,05 غير معنوي عند	-0,012	التامين	<----	جودة الخدمات التقنية
0,05 غير معنوي عند	0,031	التامين	<----	جودة الخدمات الإدارية
0,05 غير معنوي عند	-0,011	التامين	<----	جودة الخدمات الفندقية
0,05 غير معنوي عند	0,073	الحالة العائلية	<----	جودة الطاقم الطبي
0,05 غير معنوي عند	0,033	الحالة العائلية	<----	جودة الطاقم شبه الطبي
0,05 غير معنوي عند	-0,049	الحالة العائلية	<----	جودة الخدمات التقنية
0,05 غير معنوي عند	-0,001	الحالة العائلية	<----	جودة الخدمات الإدارية
0,05 غير معنوي عند	0,044	الحالة العائلية	<----	جودة الخدمات الفندقية
0,05 غير معنوي عند	0,044	الجنس	<----	جودة الطاقم الطبي

جودة الطاقم شبه الطبي	<----	الجنس	-0,04	غير معنوي عند 0,05
جودة الخدمات التقنية	<----	الجنس	0,055	غير معنوي عند 0,05
جودة الخدمات الإدارية	<----	الجنس	0,03	غير معنوي عند 0,05
جودة الخدمات الفندقية	<----	الجنس	0,068	معنوي عند 0,05
جودة الطاقم الطبي	<----	الرضا بشكل عام	0,077	معنوي عند 0,05
جودة الطاقم شبه الطبي	<----	الرضا بشكل عام	0,085	معنوي عند 0,05
جودة الخدمات التقنية	<----	الرضا بشكل عام	0,067	غير معنوي عند 0,05
جودة الخدمات الإدارية	<----	الرضا بشكل عام	0,08	معنوي عند 0,05
جودة الخدمات الفندقية	<----	الرضا بشكل عام	0,294	غير معنوي عند 0,05
الجنس	<----	الرضا بشكل عام	0,099	معنوي عند 0,05
الحالة العائلية	<----	الرضا بشكل عام	-0,039	غير معنوي عند 0,05
التأمين	<----	الرضا بشكل عام	0,007	غير معنوي عند 0,05
العمر	<----	الرضا بشكل عام	0,001	غير معنوي عند 0,05
مدة الإقامة في المستشفى	<----	الرضا بشكل عام	0,039	غير معنوي عند 0,05
الدخل		الرضا بشكل عام	0,032	غير معنوي عند 0,05

Amos 21/ Spss21 / N= 450 برنامج مستوى معنوية = 0.05

ويتضح من الجدول أن قيم التأثير المباشر بين جودة الطاقم الطبي وبين باقي المتغيرات جاءت موجبة ومنخفضة وأن أكبر تأثير غير مباشر سجل بين جود الطاقم الطبي والعمر قدر بـ 0.146 يليه التأثير المباشر بين جودة الطاقم الطبي ومدة الإقامة في المستشفى قدر بـ 0.114، وإن ما يهمنا هو التأثير غير المباشر بين جودة الطاقم الطبي والرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات العامة الجنس الحالة العائلية العمر مدة الإقامة الدخل وهو ما يوضحه الجدول الموالي.

جدول رقم (48/5): القيم المعيارية و معنويتها للتأثير غير المباشر لجودة الطاقم الطبي على الرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات المقاسة

SIG	القيمة	التأثير غير المباشر		
		الرضا بشكل عام	عبر الدخل	جودة الطاقم الطبي
0,05	0.01824	الرضا بشكل عام	عبر الدخل	جودة الطاقم الطبي
0,05	0.0044	الرضا بشكل عام	عبر مدة الإقامة	جودة الطاقم الطبي
0,05	0.0001	الرضا بشكل عام	عبر العمر	جودة الطاقم الطبي
0,05	0.0002	الرضا بشكل عام	عبر التأمين	جودة الطاقم الطبي
0,05	-0.002	الرضا بشكل عام	عبر الحالة العائلية	جودة الطاقم الطبي
0,05	0.004	الرضا بشكل عام	عبر الجنس	جودة الطاقم الطبي

0.05 = مستوى معنوية Amos 21/ Spss21 / N= 450 برنامج

يتضح من الجدول أعلاه انخفاض قيم التأثير غير المباشر لجودة الطاقم الطبي حيث كانت كلها موجبة عدا التأثير المباشر لجودة الطاقم الطبي على الرضا بشكل عام عبر الحالة العائلية التي جاءت عكسية، وحيث أنها كانت غير معنوية يمكن رفض الفرض الذي ينص على أنه: يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الطاقم الطبي على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى والدخل الشهري له.

اختبار الفرض الثاني للدراسة

ينص الفرض الثالث للدراسة على أن: " يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الطاقم شبه الطبي على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى والدخل المريض". ويتضح من الجدول رقم (48/5) القيم المعيارية للمعلمات المقدرة للنموذج ومعنويتها الإحصائية أن قيم التأثير المباشر بين جودة الطاقم شبه الطبي وبين باقي المتغيرات جاءت بعضها موجبة ومنخفضة والأخرى سالبة ومنخفضة وان أكبر تأثير مباشر موجب سجل بين جود الطاقم شبه الطبي والرضا بشكل عام قدر بـ 0.085 وأن أكبر تأثير مباشر سالب سجل بين جودة الطاقم شبه الطبي والعمر قدر بـ -0.185 و أن ما يهمنا هو التأثير غير المباشر بين جودة الطاقم شبه الطبي والرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات العامة الجنس، الحالة العائلية، العمر، مدة الإقامة و الدخل وهو ما يوضحه الجدول الموالي.

جدول رقم (48/5) : القيم المعيارية ومعنويتها للتأثير غير المباشر لجودة الطاقم الشبه الطبي على الرضا بشكل عام

SIG	القيمة	التأثير غير المباشر		
0,05	0.0039	الرضا بشكل عام	عبر الدخل	جودة الطاقم الشبه الطبي
0,05	-0.0065	الرضا بشكل عام	عبر مدة الإقامة	جودة الطاقم الشبه الطبي
0,05	-0.015	الرضا بشكل عام	عبر العمر	جودة الطاقم الشبه الطبي
0,05	-0.0019	الرضا بشكل عام	عبر التأمين	جودة الطاقم الشبه الطبي
0,05	0.0028	الرضا بشكل عام	عبر الحالة العائلية	جودة الطاقم الشبه الطبي
0,05	-0.0034	الرضا بشكل عام	عبر الجنس	جودة الطاقم الشبه الطبي

0.05 = مستوى معنوية Amos 21/ Spss21 / N= 450 برنامج

يتضح من الجدول أعلاه وجود تأثير غير مباشر لجودة الطاقم الشبه الطبي بين طردي وعكسي، وحيث أنها كانت كلها غير معنوية عدا تأثير غير مباشر واحد كان معنوي بين جودة الطاقم الشبه الطبي والعمر، وبالتالي يمكن قبول الفرض بشكل جزئي على أنه يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الطاقم الشبه الطبي على الرضا بشكل عام مروراً بعمر المريض.

اختبار الفرض الثالث للدراسة

ينص الفرض الرابع للدراسة على أن : " يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الخدمات التقنية والفنية على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى والدخل عند المريض "

ويتضح من الجدول رقم (49/5) القيم المعيارية للمعاملات المقدرة للنموذج ومعنويتها الإحصائية أن قيم التأثير المباشر بين جودة الخدمات التقنية والفنية وبين باقي المتغيرات جاءت بعضها موجبة ومنخفضة والأخرى سالبة ومنخفضة وأن أكبر تأثير مباشر موجب سجل بين جودة الخدمات التقنية والفنية والرضا بشكل عام قدر بـ 0.067 وأن أكبر تأثير مباشر عكسي سجل بين جودة الخدمات التقنية والفنية والحالة العائلية قدر بـ -0.049 وأن ما يهمنا هو التأثير غير المباشر بين جودة الخدمات التقنية والفنية والرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات العامة: الجنس، الحالة العائلية، العمر، مدة الإقامة و الدخل وهو ما يوضحه الجدول الموالي.

جدول رقم (49/5): القيم المعيارية ومعنويتها للتأثير غير المباشر لجودة الخدمات التقنية على الرضا بشكل عام

SIG	القيمة	التأثير غير المباشر		
0,05	-0,001184	الرضا بشكل عام	عبر الدخل	جودة الخدمات التقنية والفنية
0,05	-0,001716	الرضا بشكل عام	عبر مدة الإقامة	جودة الخدمات التقنية والفنية
0,05	-0,0001	الرضا بشكل عام	عبر العمر	جودة الخدمات التقنية والفنية
0,05	-0,000084	الرضا بشكل عام	عبر التأمين	جودة الخدمات التقنية والفنية
0,05	0,001911	الرضا بشكل عام	عبر الحالة العائلية	جودة الخدمات التقنية والفنية
0,05	0,005445	الرضا بشكل عام	عبر الجنس	جودة الخدمات التقنية والفنية

0.05 = مستوى معنوية = Amos 21/ Spss21 / N= 450 برنامج

يتضح من الجدول أعلاه وجود تأثير غير مباشر لجودة الخدمات التقنية والفنية بين متغيرات الدراسة طردي وعكسي، وحيث أنها كانت كلها غير معنوية يمكن رفض الفرض بوجود تأثير غير مباشر معنوي لجودة الخدمات التقنية والفنية على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى ودخل المريض.

اختبار الفرض الرابع للدراسة

ينص الفرض الخامس للدراسة على أن: " يوجد تأثير غير مباشر معنوي لـ جودة الخدمات الإدارية على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى ودخل المريض".

ويتضح من الجدول رقم (50/5) القيم المعيارية للمعلمات المقدرة للنموذج ومعنويتها الإحصائية أن قيم التأثير المباشر بين جودة الخدمات الإدارية وبين باقي المتغيرات جاءت بعضها موجبة ومنخفضة والأخرى سالبة ومنخفضة وإن أكبر تأثير مباشر موجب سجل بين جود الخدمات الإدارية والرضا بشكل عام قدر بـ 0.08 وإن أكبر تأثير مباشر سالب سجل بين جودة الخدمات الإدارية والعمر قدر بـ -0.152 وإن ما يهمنا هو التأثير غير المباشر بين جودة الطاقم الشبه الطبي والرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات العامة الجنس، الحالة العائلية، العمر، مدة الإقامة و الدخل وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (50/5): القيم المعيارية ومعنويتها للتأثير غير المباشر لجودة الخدمات الإدارية على الرضا بشكل عام

SIG	القيمة	التأثير غير المباشر		
0,05	0,00297	الرضا بشكل عام	عبر الدخل	جودة الخدمات الإدارية
0,05	0,000039	الرضا بشكل عام	عبر مدة الإقامة	جودة الخدمات الإدارية
0,05	0,000217	الرضا بشكل عام	عبر العمر	جودة الخدمات الإدارية
0,05	-0,000152	الرضا بشكل عام	عبر التأمين	جودة الخدمات الإدارية
0,05	-0,000156	الرضا بشكل عام	عبر الحالة العائلية	جودة الخدمات الإدارية
0,05	-0,001088	الرضا بشكل عام	عبر الجنس	جودة الخدمات الإدارية

Amos 21/ Spss21 / N= 450 برنامج مستوى معنوية = 0.05

يتضح من الجدول أعلاه وجود تأثير منخفض غير مباشر لجودة الخدمات الإدارية والمتغيرات الأخرى طردي وعكسي، وحيث أنها كانت كلها غير معنوية، وعليه يمكن رفض الفرض بوجود تأثير غير مباشر معنوي لجودة الخدمات الإدارية على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى والدخل المريض.

المطلب الثالث: تفسير النتائج

انطلق بحثنا هذا بطرح إشكالية رئيسية مفادها:

❖ ما هو أثر جودة الخدمات الصحية على درجة رضا المستهلك لها؟

وبغية الإجابة عليها قمنا بصياغة أسئلة فرعية كالتالي:

هل المريض كمستهلك رئيسي للخدمة الصحية راضي على مستوى الخدمة المقدمة له؟

هل تختلف الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية حسب درجة رضا المستهلك؟

وبغية الإجابة عليها أجرينا عملية التحليل الإحصائي للبيانات المتعلقة بمتغيرات الدراسة فأسفرت عملية

التحليل على إجابات مبدئية لأسئلة الدراسة وهي كالتالي:

المستهلك للخدمة الصحية راضي عن مستوى خدمات الطاقم الطبي.

المستهلك للخدمات الصحية راضي عن مستوى خدمات الطاقم الشبه الطبي.

المستهلك للخدمات الصحية غير راضي عن مستوى الخدمات الفنية (التقنية).

المستهلك للخدمات الصحية راضي عن مستوى جودة الخدمات الإدارية إلا ما تعلق الأمر بالفور في

الاستجابة لمتطلباته الصحية.

المستهلك للخدمات الصحية راضي عن بعض الخدمات الفندقية مثل مستوى النظافة والتهوية وغير راضي عن بعضها الآخر مثل نوعية الطعام ومواعيد الإطعام.

✚ وقد كانت نتائج الدراسة كالتالي:

هناك اتفاق العام لأفراد عينة البحث حول مستوى الرضا وعلاقته بأبعاد الجودة السالفة الذكر. سجلنا اختلاف نسبي في أهمية كل بعد من الأبعاد المدروسة، وقد قدرت الأهمية النسبية لبعدها الطاقم الطبي كأكثر أهمية نسبية من بين كل الأبعاد محل الدراسة. و محاولة منا للإجابة عن سؤال من أسئلة البحث والذي ينص:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى رضا المرضى تعود إلى متغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، مدة الإقامة بالمستشفى، التأمين)؟

وبغية الإجابة الأولية عن هذه الإشكالية، قمنا بعرض سلسلة من تحليل التباين؛ للتحقق من عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية إحصائية في متغيرات الدراسة جميعاً (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات التقنية، جودة الخدمات الإدارية، جودة الخدمات الفندقية، الرضا بشكل عام) بالنسبة لعوامل العمر، الجنس، التأمين، مدة الإقامة، الدخل، الحالة العائلية.

✚ وقد أسفرت النتائج البحثية على ما يلي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وعند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة ترجع لعامل الدخل من بين متغيرات الدراسة السالفة الذكر إلا فيما يخص بعد جودة الخدمات الفندقية والرضا العام عند المريض التي سجلت فروقات في تحليل التباين الخاص بها.

- وجود فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.05) بين اتجاهات أفراد العينة حول جودة الخدمات الفندقية والرضا بشكل عام تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- وجود فروق ذات دلالة معنوية في اتجاهات أفراد العينة ترجع لعامل مدة الإقامة في المستشفى والتي تعزى لمتغيرات الدراسة (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات الفنية، جودة الخدمات الفندقية و جودة الخدمات الإدارية).

- عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية ترجع لعامل العمر بين متغيرات الدراسة عدا متغير جودة الطاقم الشبه الطبي و متغير جودة الخدمات الفندقية والذي فيه القيمة المعنوية احتسبت أقل من (0.05) أي وجود فروق ذات دلالة معنوية ترجع لعامل العمر بالنسبة لهذين المتغيرين.

- عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية في اتجاهات أفراد العينة ترجع لعامل التأمين بين متغيرات الدراسة كلها.

- عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية في اتجاهات أفراد عينة البحث ترجع لعامل الحالة العائلية بين متغيرات الدراسة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية في اتجاهات أفراد العينة ترجع لعامل الجنس بالنسبة لمتغير جودة الطاقم الشبه الطبي، بينما هناك فروق ذات دلالة معنوية في اتجاهات أفراد العينة ترجع لعامل الجنس بالنسبة لباقي متغيرات الدراسة السالفة الذكر

كما حاولنا من خلال هذا الفصل عرض وتحليل نموذج المعادلات البنوية (الهيكلية)، لتبيان الأثر والسببية الذي تحققه المتغيرات المقاسة التي تضمن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية كمتغير مستقل كامن على المتغير العام المحقق للرضا بشكل عام وهو المتغير التابع لهذا البحث بالمرور ببعض المتغيرات الوسيطة. وذلك باستخدام العينة الكلية والمكونة من 450 مريضاً و باستخدام طريقة الإمكان الأعظم Maximum likelihood وذلك بالاعتماد على التكامل بين برنامج Amos 21 وبرنامج Spss 21.

وبعد إجراء مجموعة من حسابات قيم مؤشرات تطابق النموذج المقترح للدراسة مع البيانات، اتضح أن النموذج ملائم ملائمة كلية لقياس أثر جودة الخدمات الصحية في رضا المستهلك وذلك بعد تحسين مطابقة النموذج للبيانات من خلال اختبار حذف مجموعة من المعلمات الخاصة بالنموذج والمتعلقة بالمتغيرات العامة والتي لا تخل بالنموذج النظري، وبعد إجراء عدة محاولات تبين أن النموذج الأفضل بعد حذف متغير العام المتعلق بالمستوى التعليمي هو الذي يعطي أفضل نتائج.

وبعد إجراء سلسلة من الحسابات الخاصة بالقيم المعيارية للمعلمات المقدره للنموذج ومعنويتها الإحصائية بغية تحليل (التأثير المباشر) للمتغيرات المقاسة والمؤثرة في الرضا بشكل عام.

والقيم المعيارية و معنويتها للتأثير غير المباشر لجودة الطاقم الطبي والشبه الطبي والخدمات الفنية والإدارية والفندقية على الرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات المقاسة توصلنا إلى الإجابة النهائية على فرضيات الدراسة وهي كالتالي:

- رفض الفرض الذي ينص على أنه: يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الطاقم الطبي على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى والدخل الشهري له.
- قبول الفرض بشكل جزئي الذي ينص على أنه: يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الطاقم الشبه الطبي على الرضا بشكل عام مروراً بعمر المريض.
- رفض الفرض الذي ينص على أنه: يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الخدمات التقنية والفنية على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى ودخل المريض.

- رفض الفرض الذي ينص على أنه: يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الخدمات الإدارية على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى ودخل المريض.
- رفض الفرض الذي ينص على أنه: يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الخدمات الفندقية على الرضا بشكل عام مروراً بجنس المريض وعمره وحالته العائلية ومدة الإقامة في المستشفى ودخل المريض.
- اتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن مستوى جودة الخدمة المقدمة لا تختلف حسب الجنس فالمستوى نفسه بالنسبة للذكور والإناث.
- اتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن مستوى جودة الخدمة المقدمة لا تختلف حسب الدخل عندما يتعلق الأمر بالطاقم الطبي والشبه الطبي والخدمات الإدارية والفنية، بينما تختلف جودة الخدمة المقدمة عندما يتعلق الأمر بالخدمات الفندقية و الرضا بشكل عام، ويعزى ذلك إلى أن الأشخاص ذوي الدخل المرتفعة لا ترضى بمستوى الخدمات الفندقية المتدنية وبالتالي يؤثر ذلك في المستوى العام للرضا عند المستهلك
- اتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن مستوى جودة الخدمة المقدمة لا تختلف حسب المستوى التعليمي فيما يخص الطاقم الطبي والشبه الطبي والخدمات الإدارية والفنية، بينما تختلف عندما يتعلق الأمر بالخدمات الفندقية والرضا بشكل عام، وقد يعود السبب في ذلك إلى أن مهما كانت الفئة في المستوى التعليمي فإن مستوى الخدمة الفندقية مسألة يحتاجها المريض ويؤكد على ضرورة تحسينها حتى يتحقق مستوى الجودة لديه.
- اتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن مستوى جودة الخدمة المقدمة لا تختلف حسب مدة المكوث في المستشفى
- اتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن مستوى جودة الخدمة المقدمة لا تختلف حسب الحالة العائلية، سواء كان المريض أعزب أو متزوج فإنه يتلقى نفس مستوى العلاج والاهتمام.
- اتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن مستوى جودة الخدمة المقدمة لا تختلف حسب الفئة العمرية إلا بنسبة ضعيفة لفئة العمرية الأكبر ، وهو الأمر الذي أعطى مصداقية أكبر لمستوى جودة الخدمة المقدمة.

- اتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن مستوى جودة الخدمة المقدمة لا تختلف حسب متغير التأمين فسواء كان الفرد ضمن فئة المؤمنين أو لا فإن ذلك لا يؤثر على مستوى جودة الخدمات الصحية ممثلة بأبعادها المدروسة.
- تسعى المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة إلى خلق صورة ذهنية موجبة لدى المرضى الذين يمكثون لمدة زمنية معتبرة بالمقارنة مع هؤلاء الذين يمكثون مدة أقل.
- يؤدي ضعف سرعة استجابة المؤسسة الصحية من خلال طاقمها الإداري إلى خلق مستوى رضا متدني عند المريض.
- يجب على المؤسسة الصحية أن تسعى إلى تصميم خدمات صحية تتوافق مع توقعات المرضى، باعتبار المسألة هامة في تطوير جودة الخدمات بما يتوافق مع آمال المستهلك (المريض) ورغباته، وبالتالي تحقيق مستوى رضا عال لديه.

خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل حاولنا تفسير مجتمع وعينة الدراسة والتي تشكلت في نهايتها من 450 فردا ممثلا عن المجتمع والمكون من 1200 فردا مستجوبا، وقد قمنا بسحب هذه العينة باستخدام أسلوب العينة الميسرة غير احتمالية (مقصودة)، كما قمنا بتفسير الأدوات الإحصائية التي استخدمناها في تحقيق الدراسة الميدانية. ثم قمنا بشرح الخصائص الوصفية لمتغيرات الدراسة والتي جاءت نسبها أحيانا متفاوتة وأحيانا أخرى متعادلة، ثم التحقق من صدق وثبات أداة الدراسة التي جاءت درجتها عالية.

في هذا الفصل قمنا بمناقشة أسئلة الدراسة من خلال تحليل الاتساق الداخلي لعبارات مقياس الخصائص الموضوعية لجودة الخدمة الصحية وعلاقتها بالرضا بشكل عام باستخدام معامل الارتباط لبيرسون والتي جاءت في مجملها ذات دلالة معنوية.

كما استخدمنا مقاييس النزعة المركزية للتعبير عن متوسط استجابات أفراد عينة البحث عن متغيرات الدراسة وأهميتها النسبية لديهم.

في خطوة موالية استخدمنا تحليل التباين للبحث في الفروق ذات دلالة إحصائية لمستوى رضا المرضى تعود إلى متغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، مدة الإقامة بالمستشفى، التأمين)، وقد جاءت كلها معنوية، إلا في ما يخص بعض المتغيرات مثل الخدمات الفندقية والرضا بشكل عام.

وفي خاتمة العمل البحثي تم تبني نموذج المعادلات البنوية (الهيكلي)، لتبيان الأثر والسببية الذي تحققه المتغيرات المقاسة التي تضمن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية كمتغير مستقل كامن على المتغير العام المحقق للرضا بشكل عام وهو المتغير التابع لهذا البحث.

العلمة القائمة

1- توطئة

تحتل الجودة إدارة ونشاطاً وأهدافاً موقعاً هاماً في مواجهة تحديات هذا العصر حسب ما تشير إليه العديد من الدراسات، حيث تزايد الاهتمام بهذا المفهوم، نظراً للتزايد السريع والمتنوع في متغيرات البيئة العالمية والاستحداثيات التكنولوجية المتلاحقة والمؤثرة بدرجة كبيرة على مستوى الرضا عند المستهلكين.

تعتبر الخدمة الصحية واحدة من أبرز أنواع الخدمات التي أصبح الفرد اليوم في حاجة ماسة إليها قياساً لما كان عليه في السابق، وذلك لعدة أسباب منها: الاكتشافات العلمية والتكنولوجية في المجال الطبي، وأجهزته الممثلة للدعم لهذه الخدمة، وبالتالى مع ذلك ظهور عدة أمراض جسدية ونفسية في ذات الوقت. وبغية تحقيق مستويات معتبرة من الخدمات الصحية المتميزة تسعى المؤسسات الصحية إلى تفعيل نظام تقويم الأداء لمختلف المستويات الإدارية والبشرية المتاحة لديها.

وبهدف تحقيق جملة من المزايا التي تتمثل في مجملها: تحقيق كفاءة في التشغيل، القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، تبسيط إجراءات التشغيل وتحسينها، والحد من أخطاء الممارسات الطبية، تسعى المؤسسات الصحية إلى إرساء مبادئ إدارة الجودة الشاملة والسهر على تطبيقها.

إن مفهوم الرضا في الخدمات الصحية له بعد سيكولوجي نظراً لارتباطه بالسلوك الإنساني، ولهذا فإنه من الصعب توقع تقييم موضوعي لجودة الخدمة الصحية من منظور المريض، إلا إذا ارتبط هذا التقييم بمعايير ومقاييس كمية موضوعية ودقيقة.

ونحن من خلال هذه المساحة العلمية استطلعنا محددات سلوك مستهلك الخدمات الصحية، والمتغيرات المرتبطة به، وبعض السلوكيات الناتجة عن قراراته الاستهلاكية، واستخلصنا بعض الاستراتيجيات الخاصة بضبط وترشيد هذه الاستعمالية.

بالرغم من مختلف الجهود الساعية إلى تحسين الوضع الصحي الجزائري، إلا أن الأساليب المستخدمة، وطرق التمويل والإنفاق قبل مشروع الإصلاح لم تحقق الهدف الذي وضعت لأجله، ولهذا السبب قامت الجزائر بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، هدفه إرساء مبدأ العدالة الاجتماعية، وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات الصحية وضمان الاستمرارية على المستوى الاستراتيجي.

من خلال تطلعنا على النظام الصحي الجزائري، اكتشفنا حتى في ظل هذه الإصلاحات أنه يواجه عدة قيود تحد من فعاليته وأدائه على مختلف الأصعدة، خاصة في ما يتعلق بتطوير الكفاءات وتدريبها و تعزيز مكانة الموارد البشرية المؤهلة.

على ضوء ما قمنا باستعراضه من معطيات نظرية، وانطلاقاً من جملة الدراسات السابقة، وبالرجوع إلى الهدف الذي نسعى إلى تحقيقه من هذا البحث، قمنا بطرح الإشكالية التالية:
ما هو أثر جودة الخدمات الصحية على درجة رضا المستهلك لها؟
ثم حاولنا البحث عن إجابات صريحة عن الأسئلة الفرعية التالية:

- * ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية لولاية أدرار؟
 - * هل المريض كمستهلك رئيسي للخدمة الصحية راضي على مستوى الخدمة المقدمة له؟
 - * هل هناك أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الخدمات الصحية على درجة رضا المستفيد منها؟
 - * هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى رضا المرضى تعود إلى متغيرات (الجنس، العمر المستوى التعليمي، الدخل الشهري، التأمين).
 - * هل تختلف الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية حسب درجة رضا المستهلك؟
 - * هل يوجد اختلاف لأثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك باختلاف المقياس المستخدم (مقياس الخصائص الموضوعية ومقياس الفجوات (Serv perf)؟
- ارتأينا من خلال عرض وتشخيص وتحليل متغيرات الدراسة التوصل إلى جملة من النتائج والتي على ضوءها استطعنا إثبات صحة الفرضيات المقترحة والإجابة بشكل نهائي عن الإشكاليات المطروحة.

2- نتائج الدراسة

أ- نتائج خاصة بوصف مجتمع الدراسة

اتضح من خلال البحث أن النسبة الأكبر من المستجوبين هم من جنس ذكور، وتتراوح أعمارهم ما بين 21 سنة و40 سنة، كما أن مستواهم التعليمي من ثانوي فأقل وهم في معظمهم مؤمنين لدى الجهات المعنية بالتأمين، بالإضافة إلى كونهم ينتمون إلى الفئة الوسطى في ما يتعلق بالدخل.

ب- نتائج خاصة بتحليل علاقات الارتباط

من خلال تحليل علاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة اتضح أن هناك علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية ما بين المتغيرات الكامنة والتي تمثلت في كل من: جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات الفنية والتقنية، جودة الخدمات الإدارية، وأخيرا جودة الخدمات الفندقية، وبين المتغير التابع وهو الممثل بالرضا بشكل عام.

ت- نتائج خاصة بتحليل علاقات الأثر

أفرزت النتائج الخاصة بعلاقات الأثر ما بين جودة الخدمات الصحية ممثلة بمتغيراتها المقاسة السالفة الذكر من جهة وبين متغير الرضا بشكل عام من جهة أخرى ما يلي:

✓ النموذج الأول (نموذج الخصائص الموضوعية) المعتمد في الدراسة وباستخدام المتغيرات الكامنة لم يكن ملائم ملامة مقبولة للبيانات؛

- ✓ كما تبين أن النموذج ذاته كان أكثر ملائمة باستخدام المتغيرات المقاسة، وذلك دون اعتماد المتغيرات الكامنة؛
- ✓ وعليه كان النموذج النهائي الذي تم اعتماده باستخدام المتغيرات المقاسة لمقياس الخصائص الموضوعية كمتغيرات مستقلة وممثلة ب: جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات الفنية والتقنية، جودة الخدمات الإدارية، وجودة الخدمات الفندقية؛
- ✓ ولقد كانت المتغيرات الوسيطة ممثلة ب: الجنس، العمر، الحالة العائلية، التأمين، المستوى التعليمي، والدخل أكثر المتغيرات دلالة، وقد تم حذف متغير المستوى التعليمي لعدم دلالاته المعنوية؛
- ✓ يوجد تأثير غير مباشر معنوي مرورا بالمتغيرات الوسيطة ما بين جودة الطاقم الطبي والرضا بشكل عام، وهذا ما يثبت صحة الفرضية الأولى لمقياس الخصائص الموضوعية؛
- ✓ يوجد تأثير غير مباشر معنوي مرورا بالمتغيرات الوسيطة ما بين جودة الطاقم الشبه الطبي والرضا بشكل عام مرورا بمتغير العمر فقط؛
- ✓ لا يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الخدمات التقنية والفنية على الرضا بشكل عام مرورا بمجمل المتغيرات الوسيطة؛
- ✓ لا يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الخدمات الإدارية على الرضا بشكل عام مرورا بمجمل المتغيرات الوسيطة؛
- ✓ يوجد تأثير غير مباشر معنوي لجودة الخدمات الفندقية على الرضا بشكل عام مرورا بمجمل المتغيرات الوسيطة؛

ث- الاستنتاجات الخاصة بالتحليل العاملي

عند استخدامنا للتحليل العاملي لوصف متغيرات الدراسة اتضح لنا أن النسبة الأولى الأكبر كانت من نصيب جودة الطاقم الطبي، ثم تليها نسبة جودة الخدمات الفندقية، ثم جودة الطاقم الشبه الطبي، فالخدمات الفنية وأخيرا جودة الخدمات الإدارية.

أما بالنسبة للعلاقة الارتباطية ما بين المتغيرات المقاسة كانت جلية ودالة معنويا عند مستوى دلالة (0.05)، مما يشير إلى تطابق النموذج المختار للدراسة مع البيانات الإحصائية المسترجعة من العينة، مع إثبات صحة فقرات الاستبيان.

ج- الاستنتاجات الخاصة بإثبات صحة الفرضيات والإجابة على إشكاليات الدراسة

انطلق بحثنا هذا من إشكالية رئيسية مفادها: هل لجودة الخدمة الصحية أثر على مستوى الرضا عند المستهلك؟ وانبثقت عنه مجموعة من الإشكاليات الفرعية والتي ساهمت بشكل جلي في فهم الأثر ومستوى الرضا.

ولأجل الإجابة على تلك الإشكاليات تمت صياغة مجموعة من الفرضيات والتي خدمت الغرض الذي شكلت لأجله.

تم استخدام مجموعة من أدوات القياس الإحصائية والتحليلية وسلام القياس التي سخرت لتحليل وقياس المتغيرات المكونة لنموذج البحث، وعليه تمت معالجة أبعاد الدراسة على أساس هذه الأدوات وقد خدمت بشكل قوي الهدف الذي صيغت لأجله والنتائج المتوصل إليها دليل على ذلك. تمكنا من خلال هذا العمل إلى توضيح نسبة الأثر لأبعاد جودة الخدمات الصحية على الرضا عند المريض، ولكل بعد على حدى، حيث تبين أن لجودة الخدمة المقدمة من طرف الطاقم الطبي في المؤسسات الصحية محل الدراسة أقوى أثر على رضا المريض وتلتها جودة الخدمات الفنية ثم خدمات الطاقم الشبه الطبي، فالخدمات الفندقية وأخيرا الخدمات الإدارية. وعلى هذا الأساس أوصينا بضرورة إعطاء المزيد من العناية والاهتمام وإصلاح أدوار كل من الطاقم الإداري والشبه الطبي، مع تعزيز استخدام الوسائل التكنولوجية والتقنية عند إنتاج الخدمة الصحية. وبهذه النتائج أثبتنا صحة الفرضيات المصاغة، وأجبنا بشكل جلي على إشكاليات البحث.

3- التوصيات

- بالاعتماد على الدراسة النظرية وما جاء من تحليل للبيانات في الدراسة التطبيقية نوصى بما يلي:
- حث إدارة المؤسسة الصحية إلى تبني توجهات علمية حديثة وأساليب إدارية متطورة والسعي نحو تطبيقها من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية؛
- دعم المؤسسات الصحية بالتقنيات المعلوماتية المتطورة (البرامج والأنظمة) والدعم المادي و البشري المؤهل علميا للرفع من مستويات الجودة الصحية؛ بما يتماشى مع متطلبات مستهلك هذه الخدمات سواءا كان مريضا أو مواطنا يتطلع للحصول على الرعاية الصحية بالمستوى المقبول؛
- إسناد الأعمال الإدارية إلى المؤهلين والمتخصصين في الأعمال الإدارية؛
- يرتبط إصلاح المنظومة الصحية كليا مع إصلاح الجهات الوصية، بحيث يكون ذلك على المستوى الاستراتيجي؛
- ضمان الاستقرار وتوحيد مقاييس المهام على مختلف المستويات داخل المؤسسات الصحية؛
- الحرص على انسيابية الإجراءات الطبية والشبه الطبية وفقا لمواعيدها المحددة؛

- ✚ التفكير بإنشاء خلايا للجودة والحرص على تفعيل نشاطها والمراقبة المستمرة لها؛ وكذا التفكير بإنشاء مراكز متخصصة في تأصيل إدارة الجودة الشاملة وتدريب العاملين عليها، لغرض الرفع من مستوى الأداء لمختلف الأطراف الفاعلة في عملية إنتاج الخدمات الصحية؛
- ✚ دعم فكرة إرساء مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وترسيخها كنظام محفز وداعم للجودة في الخدمات الصحية؛
- ✚ اعتبار الجودة الصحية مسؤولية تقع على عاتق كل فرد في المؤسسة الصحية، وإعطاء أهمية بالغة للخدمات الوقائية؛
- ✚ ضرورة تعميق العلاقة بين إدارة المستشفيات والطاقم الطبي والشبه الطبي والإدارة والخدمات المساعدة، بهدف الرفع من مستوى الأداء الصحي و تمييز هذه الخدمات عن باقي الخدمات الأخرى لاتصالها المباشر بأعلى ما يمتلكه الإنسان وهو صحته؛
- ✚ ضرورة اختبار النماذج والأبحاث الخاصة بالجودة بشكل دوري على مستوى المجتمع المحلي والوطني والإقليمي، مع الاعتناء بمسألة تبادل الخبرات والمهارات والاتصال الفاعل مع كل من له صلة مباشرة بإنتاج الخدمة وتقنينها وتسعيها وتوزيعها بالشكل العادل بما يحقق كفاءة وفعالية وعدالة في التوزيع، ويسمح بالتطور وبشكل مستمر للخدمة الصحية.
- ✚ ضرورة الاعتناء بالقطاع الخاص وتفعيل مدخلاته والرفع من مستوى الوعي بضرورة تأصيل هذا القطاع ومشاركته الفعالة إلى جانب القطاع العام، لرفع من مستوى التنافسية في القطاع الصحي، بما يخدم المصلحة العامة للفرد والمجتمع.

4. محدودية البحث ونقائمه

مثل أي بحث امبريقي لا يمكننا أن نجزم أنه كان شاملا وخاليا من النقائص والأخطاء، ولا يمكن أن تعمم النتائج على كل المجتمع مع اختلاف الظروف ومدخلات العملية الصحية ومتغيراتها.

وبالرغم من أن هذه الدراسة ساعدت بشكل جلي على فهم واقع الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية لولاية أدرار المدينة، مدينة تميمون ومدينة رقان، إلا أن طبيعة المنطقة التي يغلب عليها الطابع الريفي، والمستوى التعليمي الذي أثبت الواقع العملي أنه أقل من المستوى الجامعي في العموم، ضف إلى ذلك الثقافة السائدة والتي يغلب عليها طابع الرضا مهما كانت الظروف، فإن البحث في جانبه الميداني جاءت نتائجه مطابقة للواقع المعاش، بحيث لم تظهر معوقات الجودة ونقائمه كما توقعنا في بداية العمل. وعليه نحن نرى بضرورة إعطاء أهمية لدراسة مقارنة تعنتي باستطلاع التطورات الحاصلة في مجال الخدمات الصحية على المستوى الداخلي للوطن والمستوى الخارجي (الدولي)، وبهذا يرتقي مستوى الصحة في ولاية أدرار وضواحيها إلى المستوى المقبول عموما.

إن النتائج التي تحصلنا عليها تعبر عن إجابات أفراد عينة البحث المستجوبة والتي تشكلت عموماً من المرضى والمراجعين للخدمات الصحية في مجتمع الدراسة، ونحن نقر أن النتائج جاءت على حسب هذه التصريحات. كما أننا نشير أن عدم استجواب الطاقم الطبي والشبه الطبي والأطراف الإدارية والتشغيلية في المؤسسات الصحية قد لا يعطي صورة واضحة عن واقع جودة الخدمات الصحية على الأقل من وجهة نظرهم في المؤسسات محل الدراسة، وبهذا نوصي بإعادة نفس الدراسة القياسية مع الأطراف الأخرى التي تم استثناءها من البحث والتي لها علاقة قوية بهذا الموضوع.

قائمة المراجع

1- المراجع باللغة العربية

أ- الكتب

- أحمد إبراهيم أحمد، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007.
- آدي لو آن ، بيجلي تشارلز، كارل سيلتر، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، تقويم نظام الرعاية الطبية: الفعالية والكفاءة والإنصاف، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2000.
- الأحمد بن عايد، ترجمة عن كوش هيو، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمن الاستمرار والالتزام بها، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002.
- أيوب محمد و دعبول محمد زاهر، مبادئ تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار الرضا للنشر، سوريا، 2003.
- البكري ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، الطبعة 2، دار اليازوري العلمية، الأردن، 2010.
- البكري ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
- البياتي حسين، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، الطبعة 1، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
- الحناوي محمد صالح وإسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة، ط2، الدار الجامعية، مصر، 2006.
- التميمي حسين عبد الله ، إدارة الإنتاج والعمليات، ط1، دار الفكر، الأردن، 1997.
- الحناوي محمد صالح و إسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة، الطبعة الأولى، مركز التنمية الإدارية، جامعة الإسكندرية، ج م ع، 1998.
- الدمرداش إبراهيم طلعت ، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، دار الكتب المصرية، مصر، 2000، ص 29.
- السلمي علي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو، الطبعة الثانية، دار غريب للنشر والتوزيع، ج م ع، 2002.
- الصحن محمد فريد ، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 1995.
- الصميدعي محمود جاسم وردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة، الأردن، 2010.
- الصديقي عثمان سلوى ورمضان سيد ، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة، مصر، 2004.
- الضمور هاني أحمد، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- الفضل مؤيد عبد المحسن و الطائي يوسف حجيم، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك: منهج كمي، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق للطبع والنشر والتوزيع، الأردن، 2004.

- العلي عبد الستار ، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان-الأردن، 2008.
- المحياوي علوان قاسم نايف، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
- النجار فريد ، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الطبعة الأولى، الدار الجامعية، جمهورية مصر العربية، 2007.
- بوعانة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم، نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2004.
- ثابت عبد الرحمن إدريس، المدخل الحديث في الإدارة العامة، الدار الجامعية، مصر، 2002.
- جاد الرب سيد محمد، إدارة المنظمات الصحية والطبية: منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1997.
- جاد الرب سيد محمد، تنظيم وإدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، جمهورية مصر العربية، 2012.
- جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة الأولى، دار الشروق، الأردن، 2007.
- جودة محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2008.
- حاروش نور الدين، الإدارة الصحية: وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2012، الأردن.
- خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1997.
- خضيرى كاظم محمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، ط1، دار المسيرة، عمان الأردن، 2002.
- نياح صلاح محمود ، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر، الأردن، 2009.
- نياح، صلاح محمود إدارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2010.
- نياح صلاح محمود ، إدارة الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، مطابع الدستور، 2011.
- سفيق حداد، نظام سويدان، أساسيات التسويق، الطبعة الأولى، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 1998.
- ثابت عبد الرحمن إدريس، المدخل الحديث في الإدارة العامة، الدار الجامعية، مصر، 2002.
- شاكر مجيد سوسن، محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة والتعليم، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2007.

- طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة القدس، مصر، 2006.
- فريد زين الدين، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، دون طبعة، مصر، 2002.
- فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998
- قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات - مفاهيم، عمليات وتطبيق، دون طبعة، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
- عبيدات محمد إبراهيم وآخرون، التسويق الصحي والدوائي، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، 2006.
- عثمان سلوى ورمضان سيد الصديقي، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة، مصر، 2004.
- لون آن آدى، تشارلن بيجلي، دافيد ليرسون، كارل سيلتر، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2000.
- مخيمر عبد العزيز و الطعامنة محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 2003.
- مرسي جمال الدين محمد ومصطفى محمود أبو بكر، دليل فن خدمة العملاء ومهارات البيع، الدار الجامعية، ج م ع، 2001.
- نصيرات فريد توفيق، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- نصيرات فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الثالثة، دار المسيرة، الأردن، 2011.
- نصيرات فريد توفيق، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، الطبعة الأولى، دار المسيرة، الأردن، 2014.

ب- الأطروحات والرسائل الجامعية

- الحمود فاروق عبد الله، نظم المعلومات الصحية وأثرها على ضمان جودة الرعاية الطبية في الأردن، أطروحة مقدمة إلى المعهد القومي للإدارة العليا، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية للحصول على درجة الزمالة في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، جمهورية مصر العربية، 1999.
- بن أشنهو سيدي محمد، دراسة المكونات المؤثرة على وفاء الزبون بالعلامة Djezzy، أطروحة دكتوراه، 2009/2010.
- بوخييري زهرة وآخرون، التسيير الفندقية وجودة الخدمات الفندقية، مذكرة ليسانس، جامعة أدرار قسم العلوم التجارية، 2008.

- جناة بوقجاني، أثر جودة الخدمات الصحية على درجة ولاء المرضى، دراسة حالة المستشفى الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن، 2010.
- رضاء حازم الدليمي، التفكير بإعادة هندسة الأعمال وأثره في جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، جامعة الموصل، العراق، 2005.
- صالح عمرو كرامة الجريري، أثر التسويق الداخلي وجودة الخدمات في رضا الزبون، دراسة تطبيقية لعينة من المصارف اليمنية، أطروحة دكتوراه، كلية الاقتصاد، قسم إدارة الأعمال، جامعة دمشق، سوريا، 2006.
- عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر قسم علوم التسيير 2007/2008.
- كشيدة حبيبة، إستراتيجيات رضا العميل، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة البليدة، 2004/2005.
- مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن، دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات، بالتطبيق على إدارة المستشفيات، بحيث مقدم لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، جامعة القاهرة، ج.م.ع، 2001.
- نجاه صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011/2012.

ت-الدوريات

- إبراهيم محمد محمد، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر 1983.
- أسامة عبد الحليم مصطفى، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثاره الاقتصادية، مجلة البحوث التجارية، دورية علمية نصف سنوية تصدر عن كلية التجارة، جامعة الزقازيق، مصر، العدد الثاني، الجزء الأول، المجلد الثاني والعشرون، يوليو 2000.
- أسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المريض، نموذج لقياس رضا المريض، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية - المجلد 25، العدد الثاني، 2009.
- الأحمدى حنان عبد الرحيم، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، رقم 40، العدد الثالث أكتوبر، المملكة العربية السعودية، 2000.

- جماعة عبد أمين محمود، المتغيرات المؤثرة على إدراك المستهلكين لجودة الخدمات الصحية وآثارها التسويقية، دراسة ميدانية بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، جامعة بنها، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية، العدد الأول، 1998.
- خالد بن سعيد، مدى فعالية برامج الجودة والنوعية لمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد 1، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، الكويت، 1994.
- ذياب صلاح محمود، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، جامعة العلوم التطبيقية، عمان، الأردن، المجلد 20، العدد 01، يناير 2012.
- عبود علي سكر وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاجتماعية، مجلد 11، عدد 3، الأردن، 2009.
- مذكور فوزي شعبان، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة الجودة ورعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، العدد الثالث 1997.

ث- الملتقيات

- ربحان محمد، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث للاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات: تقنية نظم المعلومات، القاهرة، ج م ع، 5-6 ديسمبر 2004.

ج- التقارير

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس، الجزائر في 17 جانفي 2003.

ح- الجرائد الرسمية

- الجريدة الرسمية عدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1393 هـ الموافق ل 28 ديسمبر 1973 م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974م والمتعلق بتأسيس الطب المجاني.
- الجريدة الرسمية عدد 81، الأمر رقم 97-466، الصادر في 02 شعبان 1418 هـ الموافق ل 2 ديسمبر 1997م، والذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها.
- الجريدة الرسمية عدد 81، الأمر رقم 97-465، الصادر في 02 شعبان 1418 هـ الموافق ل 2 ديسمبر 1997م، والذي يحدد إنشاء وتنظيم وتشغيل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

- الجريدة الرسمية عدد 81، الأمر رقم 97-467، الصادر في 02 شعبان 1418 هـ الموافق ل 2 ديسمبر 1997م، والذي يحدد إنشاء وتنظيم وتشغيل المؤسسات الاستشفائية الجامعية.
- قواميس: المنجد في اللغة والأعلام، الطبعة المئوية الأولى، دار المشرق، بيروت، لبنان، 2008.

2- الكتب باللغة الأجنبية

- Cloud Vilcot et Hervé Leceret, Indicateurs qualité en santé, 2^{ème} édition, AFNOR, 2006,
- Philip Kotler et Bernard Dubois et al, Marketing management, 13^{ème} Edition pearson, 2009.
- Philip Kotler, Marketing management, analysis planning implantation and control, 11en the doper saddle Reviews, N.J. Prentice Hall, 1998.
- Philip Kotler, Marketing management Analysis, planning implementation and control, prentice hall of India, Newdelhi 1997.
- Philip Kotler, Marketing Management Analysis, planning, implantation and control, prentice hall, New York 1997.
- Philip Kotler and Ronald turner, Marketing Management, 11^o edition prentice-Hall Inc, 2009, P469.
- Pierre Eiglier et Eric Langeard, servuction (le marketing des services), 6ème tirage, Ed science international marseille, 1990, PP16-17.
- Parassuramam and a ,The service quality, Puzzle Business Horizon, vol11 number 5.
- Pride, William M, and Ferrell O, Marketing basic concepts and decision, 5end édition, Houghtom Miffin company, 2006.
- MOUNGED, Français Arabe, 8ème edition, Dar el Machreq 16 Liban, 2012.
- Richard A, spiring scoh, B. Mickenzie and cool "A reexamination of determination of consumer satisfaction" journal of Marketing, vol 60 July 1996.
- Hayes and Dredge, Managing consumer service grow, Publishing Hampshire, France, 1998.
- Hofman, Douglas and Basteson John, Essential service marketing, the dryden press college publisher, 1997.

- John and Reedh, Methods for measuring customer satisfaction, Energy Evaluation conference, Chicago, 1997.
- Sharama sud and al, Customer satisfaction and empirical illustration marketing mauge vol 16,Nm 5, 1999.
- Steven J, Skinner, "Marketing", Houghton Mifflin Company, Boston, 1990.
- Oliver Nigel, Nigel hill, Satisfaction client, Edition ESKA, Paris, 2000.
- Dee and Darvey, Service marketing is different of people factor, consulting group, New feed,2004.
- Zeithaml A, Valérie A, et leonard L Berry et Parasuraman, "Communication and Control Processes in the delivery of service Quality, Journal of marketing, 1988.

-4 مواقع الانترنت

- Griffin Hospital web site:
www.griffinhealth.org/performance/patientrating.aspx.
- Cleveland Clinics web site:
www.clenelandclinic.org/quality/satisfaction/de_fault.htm.
- Calvert Hospital website:
www.calvert_hospital.com/patient-satisfaction.htm.

-5 مقالات باللغة الأجنبية

- Benachanhou Sidi Med, Benhabib Abderrezak, Kessas zakia, L'influence de la qualité des soins sur la satisfaction des patients : application de la méthode des équations structurelles, Article publié dans les cahiers du MECAS, N°7 Décembre 2011, Université de Tlemcen.
- Madjid Salmi, l'intégration des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans le système d'information sanitaire (SIS) en Algérie, un système de santé a la croisse des chemins, CREAD, janvier 2006.
- Saihi Abdelhak, le système de santé publique en Algérie, Revue "Gestions hospitalières", la revue des décideurs hospitaliers, n° 455, Avril

فهرس المحتويات

<u>الصفحة</u>	<u>الموضوع</u>
ا -	الإهداء
ب -	كلمة شكر وعرفان
ج -	مختصر المحتويات
د -	المقدمة
01	<u>الفصل الأول: قراءة في متغيرات الدراسة</u>
02	<u>تمهيد الفصل</u>
03	<u>المبحث الأول: الخدمة</u>
04	المطلب الأول: تعريف الخدمة
05	المطلب الثاني: طبيعة وخصائص الخدمات
06	المطلب الثالث: تصنيف الخدمات
07	المطلب الرابع: نظام إنتاج الخدمة
08	المطلب الخامس: مكانة التسويق في المؤسسة الخدمية
10	<u>المبحث الثاني: الجودة</u>
11	المطلب الأول: مفهوم الجودة وأهميتها
12	المطلب الثاني: أبعاد الجودة
13	المطلب الثالث: مراحل تطور الجودة
17	<u>المبحث الثالث: الرضا</u>
18	المطلب الأول: مفهوم الرضا وأهميته
20	المطلب الثاني: أهمية الرضا عند الزبون
21	المطلب الثالث: خطوات تحقيق رضا الزبائن ومراقبته
26	<u>خلاصة الفصل</u>
27	<u>الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية</u>
28	<u>تمهيد الفصل</u>

29	المبحث الأول: جودة الخدمات
30	المطلب الأول: المفهوم والأهمية
32	المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات
37	المطلب الثالث: تحليل فجوة جودة الخدمات
39	المطلب الرابع: عوامل اللاجودة في صناعة الخدمات
40	المطلب الخامس: تطوير جودة الخدمات وتحسينها
44	المبحث الثاني: الجودة في الخدمة الصحية
45	المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها
52	المطلب الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية
56	المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية وطرق قياسها
65	المطلب الرابع: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
72	المبحث الثالث: النظم الصحية وتقييم الأداء فيها
73	المطلب الأول: ماهية النظام الصحي ومكوناته
78	المطلب الثاني: وظائف النظام الصحي (خدماته)
79	المطلب الثالث: محددات الأداء الصحي الجيد
82	المطلب الرابع: تقييم الأداء في المؤسسات الصحية
101	خلاصة الفصل
102	الفصل الثالث: تحليل سلوك المستهلك للخدمات الصحية
103	تمهيد الفصل
104	المبحث الأول: استعمالية الخدمات الصحية
105	المطلب الأول: مفاهيم أساسية مرتبطة باستعمالية الخدمات الصحية
106	المطلب الثاني: العوامل غير الطبية المؤثرة على الاستعمالية
109	المبحث الثاني: محددات سلوك مستهلك الخدمات الصحية
110	المطلب الأول: مدخل مفاهيمي لسلوك مستهلك الخدمة الصحية
111	المطلب الثاني: محددات سلوك مستهلك الخدمات الصحية
114	المطلب الثالث: مراحل عملية شراء الخدمة الصحية
119	المبحث الثالث: رضا المريض والعوامل المؤثرة على سلوكه
120	المطلب الأول: رضا المريض
121	المطلب الثاني: خطوات هامة لتحقيق رضا المريض

122	المطلب الثالث: قياس مستوى رضا المريض
127	<u>خلاصة الفصل</u>
128	<u>الفصل الرابع: دراسة تقييميه للنظام الصحي الجزائري</u>
129	<u>تمهيد الفصل</u>
130	<u>المبحث الأول: المبحث الأول: تقديم النظام الصحي الجزائري</u>
131	المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
135	المطلب الثاني: هيكله النظام الصحي الجزائري
137	المطلب الثالث: عرض الخدمة الصحية في الجزائر
142	<u>المبحث الثاني: مكانة الجودة في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائري</u>
143	المطلب الأول: إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية الجامعية الجزائرية
145	المطلب الثاني: بعض الخطوات الهامة لإدخال الجودة للمستشفيات
147	المطلب الثالث: معوقات التطبيق الفعال لنظام الجودة في المستشفيات الجزائرية
148	<u>المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي الجزائري وتقييم أداءه</u>
149	المطلب الأول: إصلاح النظام الصحي الجزائري
151	المطلب الثاني: تقييم أداء النظام الصحي الجزائري
155	<u>خلاصة الفصل</u>
156	<u>الفصل الخامس: الإطار التطبيقي للدراسة الامريقية</u>
157	<u>تمهيد الفصل</u>
158	<u>المبحث الأول: وصف منهجية الدراسة</u>
159	المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة
159	المطلب الثاني: تفسير أدوات الدراسة
162	المطلب الثالث: عرض الخصائص الوصفية لمتغيرات الدراسة
170	<u>المبحث الثاني: وصف وتحليل نماذج القياس</u>
171	المطلب الأول: شرح أداة الدراسة
171	المطلب الثاني: ثبات أداة الدراسة
172	المطلب الثالث: تحليل البيانات ومناقشة أسئلة الدراسة
185	<u>المبحث الثالث: تفسير النتائج واختبار الفرضيات</u>
186	المطلب الأول: تحليل التباين

194	المطلب الثاني: عرض نموذج الدراسة واختبار الفرضيات
206	المطلب الثالث: تفسير النتائج
211	<u>خلاصة الفصل</u>
212	<u>الخاتمة العامة</u>
213	ملخص البحث
214	نتائج الدراسة
216	التوصيات
218	محدودية البحث ونقائصه
219	<u>قائمة المراجع</u>
220	المراجع باللغة العربية
225	المراجع باللغة الأجنبية
227	<u>فهرس المحتويات</u>
231	<u>فهرس الجداول</u>
234	<u>فهرس الأشكال</u>
236	<u>قائمة الملاحق</u>
237	<u>الملخص بالغة العربية والأجنبية</u>

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
16	الفرق بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة	(01/01)
24	مقارنة بين إستراتيجية الحصة السوقية وإستراتيجية الرضا	(02/01)
48	وظائف الخدمة الصحية	(03/02)
59	البعد، معايير التقييم والأمثلة الموافقة لها	(04/02)
77	مكونات النظام الصحي ووظائفه	(05/02)
85	ثلاثية دونابيديان لتقييم الرعاية الصحية	(06/02)
87	مؤشرات الرعاية الصحية حسب دراسة (Flocke 2007)	(07/02)
92	رقم التكلفة والمكاسب للخدمة الصحية	(08/02)
94	جدول الأهداف والمكونات ومتغيراتها ومقاييس الفعالية بالمؤسسات الصحية	(09/02)
100	مجموعة معايير الأداء ومؤشرات قياسها	(10/02)
124	المقياس المدرج وفقاً لـ: ليكرت	(11/03)
138	تطور نسب التغطية الصحية بوحدات العلاج القاعدية في الجزائر	(12/04)
140	تطور عدد الممارسين الطبيين حسب كل قطاع في الجزائر (من 1995 إلى 2004)	(13/04)
141	تطور مؤشرات التغطية الطبية بالنسبة للسكان بالجزائر	(14/04)
160	العبارات المخصصة لقياس أبعاد جودة الخدمات الصحية	(15/05)
160	العبارات التي تقيس الرضا بشكل عام عند المريض	(16/05)
162	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	(17/05)
163	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية	(18/05)
164	توزيع عينة الدراسة حسب متغير التامين	(19/05)
165	توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر	(20/05)
166	توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى	(21/05)

167	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	(22/05)
168	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الدخل	(23/05)
172	معاملات ثبات مقياس جودة الخدمة الصحية	(24/05)
173	الاتساق الداخلي لمقياس جودة الطاقم الطبي	(25/05)
174	الاتساق الداخلي لمقياس جودة الطاقم الشبه الطبي	(26/05)
175	الاتساق الداخلي لمقياس جودة الخدمات الفنية والتقنية	(27/05)
176	الاتساق الداخلي لمقياس جودة الخدمات الإدارية	(28/05)
177	الاتساق الداخلي لمقياس جودة الخدمات الفندقية	(29/05)
178	الاتساق الداخلي لمقياس الرضا بشكل عام	(30/05)
179	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية لجودة الطاقم الطبي	(31/05)
180	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية لجودة الطاقم الشبه الطبي	(32/05)
181	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية لجودة الخدمات الفنية	(33/05)
182	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية لجودة الخدمات الإدارية	(34/05)
183	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية لجودة الخدمات الفندقية	(35/05)
184	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية للرضا بشكل عام	(36/05)
187	نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً لفئات الدخل	(37/05)
188	نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً للمستوى التعليمي	(38/05)
189	نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً لمدة الإقامة في المستشفى	(39/05)
190	نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً للعمر	(40/05)
191	نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً للتأمين	(41/05)
192	نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً للحالة العائلية	(42/05)
193	نتائج تحليل التباين لمتغيرات الدراسة وفقاً للجنس	(43/05)
196	قيم مؤشرات تطابق النموذج المقترح للدراسة مع البيانات في الشكل	(44/05)

	الأول	
198	قيم مؤشرات تطابق النموذج المقترح للدراسة مع البيانات في الشكل الثاني	(44/05)
200	قيم مؤشرات تطابق النموذج المقترح للدراسة مع البيانات للنموذج في الشكل الثالث	(45/05)
202	القيم المعيارية للمعلومات المقدرة للنموذج ومعنويتها الإحصائية (التأثير المباشر)	(46/5)
203	القيم المعيارية و معنويتها للتأثير غير المباشر لجودة الطاقم الطبي على الرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات المقاسة	(47/5)
204	القيم المعيارية ومعنويتها للتأثير غير المباشر لجودة الطاقم الشبه الطبي على الرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات المقاسة	(48/5)
205	القيم المعيارية ومعنويتها للتأثير غير المباشر لجودة الخدمات التقنية على الرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات المقاسة	(49/5)
206	القيم المعيارية ومعنويتها للتأثير غير المباشر لجودة الخدمات الإدارية على الرضا بشكل عام مروراً بالمتغيرات المقاسة	(50/5)

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الجدول
08	عناصر نظام إنتاج الخدمة	(01/01)
23	إطار مراقبة رضا الزبائن	(02/01)
25	سلسلة الرضا الربحية	(03/02)
33	أبعاد جودة الخدمات	(04/02)
35	نموذج Servqual لجودة الخدمة	(05/02)
40	دورة فشل الخدمة	(06/02)
43	العناصر المؤثرة في جودة الخدمات	(07/02)
50	الطرق التقليدية في قياس جودة الخدمات الصحية	(08/02)
75	مكونات النظام الصحي	(09/02)
76	نموذج النظام الصحي، مكوناته وعلاقاته مع الوضع الصحي	(10/02)
93	تحليل ومراقبة وإدارة قيمة الخدمة الصحية	(11/02)
107	العلاقة بين العمر و الاستعمالية	(12/03)
108	العلاقة بين التأمين و الاستعمالية	(13/03)
115	مراحل عملية الشراء لدى المستهلك	(14/03)
116	مصادر المعلومات المؤثرة على خيارات المريض	(15/03)
117	البدائل المتعاقبة في قرار الشراء	(16/03)
124	النموذج التكامل لقياس الرضا و جودة الخدمة الصحية	(17/03)
126	نموذج كانو لرضا العملاء	(18/03)
136	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	(19/05)
164	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية	(20/05)
165	توزيع عينة الدراسة حسب متغير التأمين	(21/05)
166	توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر	(22/05)
167	توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى	(23/05)
168	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	(24/05)
169	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الدخل	(25/05)
195	النموذج المبدئي	(26/05)
197	النموذج الثاني بعد تحويل المتغيرات من كامنة إلى مقاسة	(27/05)
199	النموذج النهائي	(28/05)

ملحق رقم 01

استمارة موجهة للمريض بالقسم الداخلي للمستشفى

استمارة خاصة بمقياس الخصائص الموضوعية لجودة الخدمة الصحية

أخي المريض / أختي المريضة

تحية طيبة ، وبعد

نقوم حالياً بإجراء دراسة ميدانية حول جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المريض، و بناءا على تعاملكم الحالي مع المستشفى، قمنا بوضع هذا الاستبيان لذلك نرجو منكم التلطف بتوضيح مدى موافقتكم على الفقرات الآتية لإيضاح جودة الخدمة الصحية المقدمة لكم و مستوى الرضا لديكم، مع العلم أن إجاباتكم يتم التعامل معها بسرية تامة و لن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

ملاحظة : الرجاء وضع علامة (x) في الخانة المناسبة لرأيكم.

الباحثة : عياد ليلي

الرقم	الفقرات	موافق تماما	موافق	لا أدرى	غير موافق	غير موافق تماما
أ	جودة الطاقم الطبي					
1	تعتبر المعلومات التي يقدمها الطبيب للمريض عن مرضه جيدة و كافية.					
2	يمكن للمريض أن يقدم أسئلة للطبيب عند الحاجة إلى ذلك.					
3	يترك الطبيب انطباع إيجابي عند معاملته للمريض.					
4	يتيح الطبيب وقت كافي للاستماع إلى شكوى المريض و استفساراته					
5	يتلقى المريض علاجاً ذا مستوى طبي جيد					
6	الطبيب يسرع في الحضور عند طلب المريض لذلك.					
7	يبادر الطبيب في شرح الحالة المرضية للمريض دون أن يطلب منه ذلك					
8	عموماً يتمتع الطبيب بمهارات و كفاءات عالية عند تعامله مع المريض					
9	يعتبر العلاج الموصوف من طرف الطبيب مبدئياً ناجحاً					
10	بصفة عامة لدى المريض كامل الثقة في الطاقم الطبي المعالج و هو راض عن مستوى خدماتهم					
ب	جودة الطاقم الشبه الطبي					

					11	يتترك الممرض انطباعاً إيجابياً لدى المريض عندما يقدم له الرعاية التمريضية
					12	يقدم الممرض مستوى رعاية تمريضية جيدة للمرضى
					13	عموماً، يتيح الممرضين وقت كافي للاستماع إلى طلبات المرضى و احتياجاتهم من الخدمة التمريضية
					14	للممرض مستوى كفاءة و مهارة جيدة في رعايته للمريض
					15	الرعاية التي يقدمها الممرضين مرتبطة و متناسقة بالخدمات الطبية المقدمة
					16	بصفة عامة هناك انسجام و توافق بين عمل الطبيب و الممرض عند معالجة المرضى
					17	توجد ثقة عالية لدى المرضى في الطاقم الشبه الطبي المعالج لهم
					ج	جودة الخدمات الفنية (التقنية)
					18	يملك المستشفى أحدث التجهيزات التكنولوجية لتشخيص المرض و مساعدة المرضى (Ecographie, scanner , URM ,...)
					19	يتوفر لدى المستشفى مواد طبية (أدوية، مواد مساعدة للعلاج...) كافية و بصورة مناسبة
					20	يتوفر لدى المستشفى أجهزة الهاتف للإستعمال عند الضرورة
					21	إن تجهيزات الغرفة التي يمتلكها المستشفى كافية و جيدة (الأسرة، أغطية، إنارة، تدفئة، تبريد...)
					22	يلتزم المستشفى عند تقديم الخدمات الصحية بالوقت و المواعيد التي يبرمجها (مواعيد العلاج، موعد الزيارة، موعد العملية الجراحية و غيرها) إلا في الحالات الخاصة
					23	يقدم بالمستشفى خدمات صحية فورية و جيدة وفي الوقت المناسب
					24	يقدم بالمستشفى رعاية سريرية جيدة و إهتمام كافي للمرضى
					25	نادراً ما نلاحظ أخطاء متعمدة يقع فيها الموظفون و العمال بالمستشفى
					د	جودة الخدمات الإدارية
					26	تتميز السجلات و البيانات الكتابية في المستشفى عموماً بنوع من الدقة و الوضوح
					27	إدارة المستشفى تقدم معلومات دقيقة عن مواعيد تقديم الخدمة و تلتزم بها
					28	يغطي المستشفى إحتياجات المرضى بشكل مستمر على مدار الساعة و الأسبوع
					29	يستجيب موظفوا المستشفى لطلبات المرضى بشكل فوري
					30	يظهر معظم موظفوا المستشفى الإهتمام الصادق بحل المشاكل التي تواجه المريض
					31	يتميز سلوك أغلب الموظفين في المستشفى باللطف و الإحترام من مكتب القبول إلى غاية نهاية الإقامة
					32	لم يستغرق المريض وقتاً طويلاً من لحظة الوصول إلى غاية الدخول إلى الجناح المتخصص
					33	تتميز إدارة المستشفى بالجودة و الإتقان في أداء مهامها و ذلك في حدود إستطاعتها
					هـ	جودة الخدمات الفندقية
					34	يتميز القسم الذي أقيم فيه بالنظافة الجيدة (الغرفة، غرفة التمريض، دورة المياه...)
					35	الغرفة التي أقيم فيها تتميز بالإضاءة و التدفئة و الراحة و الهدوء.

أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك

36	يوفر المستشفى أماكن مريحة و مهيأة للانتظار .
37	تعتبر نوعية الأكل و كميته جيدة و متنوعة
38	تقدم لنا الوجبات في المواعيد المحددة للأكل
39	عموما يعتبر مستوى الراحة و النوم جيد
و	الرضا بشكل عام
40	أشعر بتحسّن تجاه وضعتي الصحية
41	يعتبر مستوى الرعاية الطبية و التمريضية مرضي خلال مدة الإقامة
42	سأستمر بالتعامل مع هذا المستشفى في المستقبل
43	سأقوم بنقل صورة إيجابية عن هذا المستشفى للآخرين
44	سوف أنصح الآخرين بالتعامل مع هذا المستشفى
45	أنا راضي عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف هذا المستشفى
46	سأحاول عدم تغيير هذا المستشفى حتى بوجود مستشفيات جديدة عمومية كانت أو خاصة.

معلومات عامة: نرجو منكم وضع علامة (x) في المكان المناسب

التأمين		الحالة المدنية		الجنس			
مؤمن (ة)		متزوج(ة)		ذكر			
غير مؤمن (ة)		غير متزوج(ة)		أنثى			
الدخل الشهري		المستوى التعليمي		مدة الإقامة في المستشفى		العمر	
أقل من 15000 دج		أقل من ثانوي		أقل من 10 أيام		أقل من 20 سنة	
من 15000 دج إلى 40000 دج		ثانوي		من 10 إلى 30 يوم		من 21 سنة إلى 40 سنة	
أكثر من 40000 دج		جامعي		أكثر من 30 يوم		أكثر من 41 سنة	

شكرا على حسن تعاونكم

المخلص

جاءت هذه الدراسة لتفسير أثر جودة الخدمات الصحية في رضا المريض و المستهلك عموماً للمنتجات الصحية، وكان الهدف الرئيسي منها هو قياس درجة تأثير الخدمة الصحية المقدمة على الرضا عند المريض من خلال استخدام مقياس الخصائص الموضوعية، وباستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (البنوية). أسفرت النتائج العملية لهذه الدراسة على أن لجودة الخدمة الصحية الممثلة بأبعادها (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات الفنية، جودة الخدمات الفندقية، جودة الخدمات الإدارية) أثر ذو دلالة معنوية عند مستوى معنوية (0.05) على الرضا بشكل عام عند أفراد عينة الدراسة، وذلك من خلال نتائج كل من المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معامل الاختلاف، معامل الارتباط لبيرسون، تحليل التباين، وبرنامج Amos21 الإحصائي والذي استخدم لمعالجة واستخراج قيم المعادلات الهيكلية وتحليلها. وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها، أوصت الباحثة بضرورة تعميق العلاقة والتواصل بين إدارة المؤسسات الصحية والمستهلك للخدمة الصحية المقدمة، كما أشرنا إلى ضرورة التفكير بترسيخ القيم والاتجاهات ذات العلاقة بالجودة وان استلزم الأمر تبني إدارة الجودة الشاملة كمنهج عملي تبني عليه كل مدخلات عملية تقديم الخدمة الصحية، والحرص على تحسين المخرجات وتدقيق العمليات، مع العمل على ضمان الاستقرار وتوحيد مقاييس المهام على مختلف المستويات داخل المؤسسات الصحية؛ مع التفكير بعمق في إصلاح المنظومة الصحية من خلال تقييم الجهات الوصية وإصلاحها هي كذلك.

الكلمات المفتاحية: الجودة، الرضا، نموذج الخصائص الموضوعية، قياس التأثير، نموذج المعادلات الهيكلية.

Abstract:

The study tends to highlight the impact of the quality of medical services on the patient satisfaction and the consumer about the service products. The goal of this issue is to measure the causality between the medical service and the patient satisfaction through the index of the objective characteristics and the structural equation model.

The practical results of the study show that the different dimensions of the medical service (the quality of the medical service staff, quality of the paramedical service, quality of the technical services, quality of the hotel services, and quality of the organizational services) have a significant impact at a significance level of 0.05 on the satisfaction throughout the sample of the study. The results are presented by the computation process of the means (averages), the standard deviations, coefficient of variance, and coefficient of Pearson (coefficient of correlation), analysis of variance. The statistical software adopted to compute and present the parameters of the structural equation model is Amos 21.

In light of the results found, the researcher recommends the necessity to improve and deepen the relationship between the offices of the service institutions and the consumers of that service; as well as taking much care of the values and the perceptions related to the quality. The researcher also advocates the importance to adopt the total quality management as a methodological process on which the medical service is based. This target is achieved by the continual improvement of the service outputs, the audit processes and to think deeply in the reform of the health system through the evaluation and the development of the medical services' managers.

Key words: Quality, Satisfaction, Model of Objective Characteristics, Impact Measurement, Model of Structural Equations