

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



جامعة ابو بكر بلقايد - تلمسان-

المركز الجامعي مغنية

كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال الموارد البشرية

تحت عنوان:

تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية  
دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية شعبان حمدون-مغنية-

تحت إشراف :

د.أوبختي نصيرة

من إعداد الطالبين:

مهديد يمينة

بجري أبو بكر

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسا

أستاذ محاضر

د.بلحسن محمد

مشرفا

أستاذة محاضرة

د.أوبختي نصيرة

ممتحنا

أستاذة مساعدة

أ.عيسي نبوية

السنة الجامعية 2015/2016



## التشكرات

نحمد الله تعالى ونشكره على نعمه وعونه، ونصلي على خاتم الأنبياء والمرسلين.

نتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى كل من ساهم في إنجاز هذه الدراسة، ونخص بالذكر الأستاذة المشرفة الدكتورة أوبختي نصيرة التي لم تدخر جهداً في توجيهنا وإرشادنا بنصائحها القيمة إلى غاية إتمام هذه الدراسة.

كما نتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من عمال المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية "شعبان حمدون"، الأساتذة الذين رافقونا طيلة مسارنا التكويني و كل الذين ساهموا من قريب أو من بعيد.

كما نتقدم بوافر التقدير وعظيم الامتنان لأعضاء اللجنة المناقشة الأفاضل الذين شرفونا بقبول مناقشة هذه الدراسة.

لكم منا جزيل الشكر...

## إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى :

روح والدي رحمه الله.

والدتي العزيزة أطال الله عمرها .

إلى الإخوة الأعزاء.

إلى خطيبي.

إلى جميع زملائي في مصلحة المخبر المركزي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية

لمدينة مغنية.

إلى جميع الأصدقاء و إلى كل من عرفني من قريب أو بعيد.

إلى كل طالب علم و معرفة.

أبو بكر...

## إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى :

والديا أطال الله في عمرهما

إلى كل أفراد أسرتي صغيرا و كبيرا

إلى جميع زميلاتي و زملائي في العمل

إلى جميع الأصدقاء و إلى كل من عرفني من قريب أو من بعيد.

إلى كل طالب علم و معرفة.

يمينة...

## مقدمة عامة :

يعتبر المستشفى العمومي تنظيما على جانب كبير من التعقيد، فالتكنولوجية المتقدمة جنبا إلى جنب مع الممارسات الطبية المتغيرة خلقت أهدافا جديدة وأساليب متطورة للمستشفى، وبالموازاة مع كل هذه فإن التركيبة البشرية للمستشفى بشكل عام مختلفة، بحيث نجد أعدادا كبيرة من المهنيين ممثلين في الأسلاك الطبية والشبه طبية والإدارية والمهنية، بالإضافة إلى بروز ظهور تخصصات جديدة أخرى، وكنتيجة لذلك أصبحت المستشفيات بمثابة هياكل إدارية وتنظيمية متميزة من جهة، وأنظمة نفسية اجتماعية فريدة من نوعها من جهة أخرى .

إن المستشفى في الأساس، فوق كل شيء تنظيم بشري وبالتالي فهو نظام اجتماعي إنساني معقد، إذ أن مادته الخام هو الإنسان وإنتاجه إنساني وعمله ينفذ بشكل رئيسي بواسطة الإنسان، وهدفه إنساني فهو في خدمة مباشرة للناس والأفراد.

ولهذا فإن خبراء الإدارة العامة يرون أن الخدمة العمومية هي تلك الحاجات الضرورية لحفظ حياة الإنسان وتأمين رفاهيته والتي يجب توفرها بالنسبة لغالبية الشعب والالتزام في منهج توفيرها على أن تكون مصلحة الغالبية من المجتمع هي المحرك الأساسي لكل سياسة في شؤون الخدمات بهدف رفع مستوى المعيشة للمواطنين، مع إدخال مفهوم الجودة كآلية لتقييم الخدمة العمومية.

وعلى هذا الأساس أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المستشفيات مطلبا أساسيا تحرص عليه جميع الدول، وتؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية، والجزائر من بين الدول التي تسعى لتحسين وتطوير قطاع الصحة من خلال الإصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق جودة الخدمة العمومية المقدمة، وانطلاقا من ذلك جاء هذا البحث ليسلط الضوء على موضوع تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية .

## إشكالية البحث:

تم إجراء هذا البحث ليجيب على الاشكالية التالية :

ما مدى جودة الخدمة العمومية المقدمة في المستشفيات الجزائرية في ظل الإصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ؟

وتندرج تحت هذه الاشكالية التساؤلات التالية:

- ✓ كيف تساهم المؤسسات العمومية في تحسين جودة خدماتها؟
- ✓ كيف يتم تقييم جودة الخدمات الصحية؟
- ✓ ما مدى قيام المؤسسة العمومية الاستشفائية - مغنية- بتقييم جودة خدماتها الصحية في ظل أهمية هذه العملية لإشباع الحاجات الصحية للمستهلكين (المرضى) وتحقيق رضاهم؟
- ✓ ما هو تقييم المرضى على نوعية الخدمات الصحية المقدمة ؟

## فرضيات الدراسة :

- ✓ جودة الخدمات الصحية مرتبط بمدى اهتمام إدارة المستشفى بالعاملين و اشراكهم في اتخاذ القرار.
- ✓ جودة الخدمات الصحية هو نتاج دعم الإدارة العليا لمبادئ إدارة الجودة في المستشفى.
- ✓ يمثل نقص الإمكانيات المادية والبشرية المشكل الأساسي الذي يعرقل أفراد الطاقم الطبي والشبه طبي عن تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسة العمومية الاستشفائية -مغنية-
- ✓ يرى أغلب المرضى أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية -مغنية- منخفض.

## أهداف الدراسة :

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

- عرض واقع الصحة في الجزائر عامة وفي المؤسسة العمومية الاستشفائية -مغنية- خاصة .
- معرفة مدى قيام المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة.
- الوقوف على ظروف عمل أفراد الطاقم الطبي والشبه طبي، ومعرفة اقتراحاتهم لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

- تسليط الضوء على واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية حسب تقييم المستهلكين ومعرفة اقتراحاتهم لتحسين مستوياتها

### أهمية الدراسة :

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

### أسباب اختيار الموضوع :

تتمثل أسباب اختيار الموضوع فيما يلي :

✓ محاولة إبراز أن الاهتمام بجودة الخدمة العمومية سيكسب المؤسسات العمومية رضا المستهلكين.  
✓ معرفة مستوى جودة الخدمة العمومية المقدمة في المستشفيات الجزائرية في ظل الإصلاحات التي تقوم بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.  
✓ الوقوف على واقع قطاع الصحة في الجزائر من خلال النظر لظروف عمال قطاع الصحة من أطباء وشبه طبيين والعراقيل التي تواجههم، باعتبارهم عنصر فعال في تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية.

### منهجية البحث :

تم الاعتماد على المنهج الاستقرائي و الاستنباطي في الإجابة على الأسئلة و اختبار الفرضيات، حيث تم الرجوع في الجانب النظري إلى مصادر المعلومات الثانوية من كتب و مجلات علمية باللغتين العربية و الأجنبية، بالإضافة إلى مواقع الانترنت. أما في الجانب التطبيقي، فقد تم الاعتماد على الاستبيان باعتباره الأسلوب الأمثل للكشف عن حقيقة جودة الخدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية مغنية، و ذلك بهدف التعرف على تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من وجهة نظر المستهلكين (المرضى) و درجة رضاهم عن جودة الخدمة المقدمة، حيث تم معالجة البيانات عن طريق برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (spss).

## خطة البحث:

قسمنا هذا البحث إلى ثلاثة فصول، نتطرق في الأول منها إلى مدخل إلى جودة الخدمة، و الذي نتطرق فيه إلى ماهية الخدمة العمومية و الجودة، ثم إلى تقييم جودة الخدمة ، من خلال ذكر مفهوم جودة الخدمة و المعايير التي يعتمد عليها المستهلك في تقييمه للخدمة من حيث جودتها، و في الأخير ندرج نماذج تقييم جودة الخدمة.

اما في الفصل الثاني سنحاول تحديد الإطار المفاهيمي للمؤسسات الصحيّة والخدمات التي تقدّمها مع التّطرق إلى مفاهيم نظرية حول الجودة ، حيث تمّ تقسيمه إلى ثلاث مباحث، وهي كالتّالي :  
عموميات حول المؤسسات الصحية، ماهية الخدمات الصحية، ثم إلى تقييم جودة الخدمات الصحية.

وفي الفصل الثالث نتطرق إلى واقع الصحة في الجزائر بصفة عامة و في مدينة مغنية بصفة خاصة، و ذلك من خلال تناولنا لدراسة ميدانية تحت عنوان تقييم جودة الخدمة العمومية على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية شعبان حمدون مغنية.

## صعوبات البحث:

بشكل عام تتمحور أهم صعوبات البحث في جانبه التطبيقي، و المتمثلة فيما يلي:

- صعوبة الحصول على الموافقة من طرف مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية مغنية بإجراء الدراسة الميدانية المرتكزة على توزيع استمارة الاستبيان و التحدث شخصيا مع المرضى و عمال المؤسسة.
- صعوبة الحصول على المعلومات و الإحصائيات الحديثة المتعلقة بالموضوع من الجهات الرسمية.

## الدراسات السابقة:

◀ نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية من وجهة نظر الزبون(المريض)، من أجل تحسينها و العمل على ارضاء المستفيدين منها.

◀ خامت سعديّة، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، مذكرة لنيل شهادة الماستر في التسويق ، حيث توصلت الدراسة إلى ضرورة توفير الامكانيات المادية و البشرية، وتوفير التكوين المستمر لأفراد الطاقم الطبي و شبه الطبي كشرط أساسي لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

◀ دراسة عدمان مريزق، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة العمومية"، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير من جامعة الجزائر، إذ ركز في دراسته على مفهوم الجودة من منظور المستفيد، كما وقف عند معوقات تقديم خدمات صحية ذات جودة، محاولاً معرفة أسبابها و سبل علاجها.

◀ دراسة أسامة الفراج، " تقييم جودة خدمات الرعاية الصحيّة في المؤسسات الصحيّة للتعليم العالي في سوريا من وجهة نظر المرضى، حيث أراد الباحث إيجاد مقياس لقياس مفهوم رضا المرضى بشكل كمي فيها.

تمهيد:

تعد جودة الخدمة المحور الأساسي لتكوين صورة ذهنية متميزة، و لتحقيق الفعالية التسويقية و الميزة التنافسية للمنظمة و التي من خلالها يمكن للمنظمة أن تحتفظ بعملائها الفعليين و تحسين ايراداتها من خلال هؤلاء العملاء، و تمكنها أيضا من اكتساب عملاء جدد لها ، حيث تواجه المنظمات الحكومية في الفترة الأخيرة مجموعة من التحديات الحرجة المؤثرة ، و يقع على قمة هذه التحديات الصورة الذهنية السلبية لدى المواطن العميل الرئيسي للمنظمة الحكومية بشأن مستوى جودة الخدمات التي تقدمها هذه المنظمات حيث تكونت تلك الصورة الذهنية من خلال تراكمات تاريخية مستمرة و متصلة لأداء المنظمات الحكومية و سلوكيات موظفيها.<sup>1</sup>

حيث سنتناول في هذا الفصل مدخل إلى جودة الخدمة، و الذي نتطرق فيه إلى ماهية الخدمة العمومية و الجودة، ثم إلى تقييم جودة الخدمة ، من خلال ذكر مفهوم جودة الخدمة و المعايير التي يعتمد عليها المستهلك في تقييمه للخدمة من حيث جودتها، و في الأخير ندرج نماذج تقييم جودة الخدمة.

<sup>1</sup> الدكتور مصطفى محمود أبو بكر، الإدارة العامة رؤية استراتيجية لحماية الجهاز الإداري من التخلف و الفساد، الدار الجامعية، 2005، ص 4.

المبحث الأول : ماهية الخدمة العمومية.

يتطرق هذا المبحث بالتحليل والمناقشة لمختلف المفاهيم المرتبطة بالخدمة العمومية، من خلال تحديد المفاهيم الأساسية للخدمات وما يرتبط بها، بالإضافة إلى توضيح المقصود بالخدمة العمومية وكذا أنواعها وخصائصها.

المطلب الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمة العمومية.

الفرع الأول : الخدمات.

كان الاقتصاديون حتى نهاية القرن 19 م لا يدركون قيمة وأهمية الخدمات وينظرون إليها على أنها مخرجات غير ملموسة لا قيمة لها، اعتبارها خدمات غير مثمرة أو منتجة ، ولا تضيف أية قيمة تذكر للاقتصاد<sup>1</sup>. ولقد ميز آدم سميث في كتاباته في القرن 18م ما بين الإنتاج ذي المخرجات الملموسة مثل الزراعة والتصنيع وبين الإنتاج عديم المخرجات الملموسة مثل جهود الأطباء والمحامين والقوات المسلحة واصفا إياه بفاقد القيمة.<sup>2</sup>

وقد ساد هذا الاعتقاد حول الخدمات حتى الربع الأخير من القرن 19م عندما جاء الفريد مارشال بالقول الذي مفاده أن الشخص الذي يعرض أو يقدم خدمة هو شخص قادر على تقديم منفعة للمستفيد تماما مثل الشخص الذي ينتج سلعة ملموسة، معترفا بذلك بان المنتجات الملموسة ما كانت لتظهر إلى الوجود لو لم تكن هناك سلسلة من الخدمات المؤداة والمساهمة في إنتاجها وتقديمها للمستهلكين. مما حولها لتصبح محل اهتمام العديد من رجال الاقتصاد الذين باتوا يبحثون بشكل جدي عن تبعات وأثار الخدمات على الاقتصاديات المختلفة.

<sup>1</sup> عبد العزيز أبو نبعة، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة، الوراق للنشر والتوزيع ، الأردن ، الطبعة الأولى، 2005، ص.25.

<sup>2</sup> حميد الطائي، تسويق الخدمات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص17.

## 1- تعريف الخدمة :

يكون من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم مجرد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات و الأبعاد، والخدمات لا يبتعد كثيرا عن هذا المضمون، لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة، إلا أن كل واحد منها يمكن أن يعطي اتجاهها محددًا، وان كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم في بعض الاحيان.<sup>1</sup>

فقد عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمة بأنها النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو تعرض لارتباطها بسلعة معينة إلا أن هذا التعريف لا يميز بصورة كافية بين السلعة و الخدمة.

وهناك تعريف لستانتون يقول بأن الخدمة هي النشاطات غير المحسوسة والتي تحقق منفعة للزبون أو المستهلك والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى أي أن إنتاج خدمة معينة أو تقديمها لا يتطلب استخدام سلعة مادية.

أما **Kotler p.** و **K.L. Keller (2006)**، فقد عرفها على أنها : "نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر، وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عليها أية ملكية، فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطا بمنتوج مادي أو لا يكون". ويشير هذا التعريف إلى تأكيد الجانب غير الملموس في الخدمة و أنها لا تتم إلا بوجود فعل وطلب من طرف آخر وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي وكذا كونها لا تمتلك ماديًا من قبل مشتريها، ويعني ذلك إمكانية الانتفاع منها دون تملكها.

وفي مسعى لتعريف الخدمة ميزت سوستاك بين الخدمة الجوهر والعناصر المحيطة بهذا الجوهر حيث تقول أن هذا التمييز هو أساس يمكن اعتماده لتعريف الخدمة فالجوهر في عرض الخدمة هو عبارة عن المخرجات الضرورية لمؤسسة الخدمة والتي تستهدف تقديم منافع غير محسوسة يتطلع إليها المستهلكون.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> بحدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2011-2012، ص.17.

<sup>2</sup> فريد كورتل، درمان سليمان صادق، نجاة العمري، تسويق الخدمات الصحية، كنوز المعرفة، الجزائر، لطبعة الأولى، 201، ص.ص.44.45.

وعرف **Adrain Palmer** الخدمة بالقول "أن الخدمة هي عملية إنتاج منفعة غير ملموسة بالدرجة الأساس، أما بحد ذاتها أو كعنصر جوهري من منتج ملموس، حيث يتم من خلال أي شكل من أشكال التبادل إشباع حاجة أو رغبة مشخصة لدى العميل أو المستفيد.

وتعرف الخدمة بكونها نشاط يرافقه عدد من العناصر غير الملموسة، والتي تتضمن بعض التفاعل مع الزبائن أو مع خاصية الحياة (الامتلاك)، وليس نتيجة انتقالها للمالك.<sup>1</sup>

## 2- خصائص الخدمات :

إذا رجعنا إلى تعاريف الخدمة يتبين لنا جليا أن معظم الباحثين اتفقوا على أن هذه الأخيرة تنفرد بعدة خصائص تميزها عن السلعة نذكر منها :

### أ- اللاملموسية (Intangibilité) :

تمثل هذه الخاصية حقيقة الخدمة لكونها لا ترى ولا يمكن لمسها قبل الإقدام على شرائها، وهي بذلك تختلف عن المنتجات السلعية التي يمكن للمستهلك اختيارها بشيء من التمعن بسبب خصائصها المادية.<sup>2</sup> والمستهلك قد يحصل على شيء مادي ملموس ليمثل الخدمة، لكن في النهاية فإن شراء الخدمة هو شراء شيء غير ملموس<sup>3</sup>، ومستوى اللاملموسية مستمد من ثلاثة مصادر رئيسية تتمثل في<sup>4</sup> : السلع المادية المتضمنة في العرض الخدمي والتي يستهلكها المستهلك ( الطعام في المطعم )، البيئة المادية التي تحدث فيها عملية إنتاج واستهلاك الخدمة (مبنى المطعم) الأدلة المادية الملموسة على أداء الخدمة (كمشاهدة الطهارة وهم يقومون بإعداد الطعام) .

### ب- التلازمية (عدم الانفصال) Inséparabilité :

وتعني التلازمية درجة الترابط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى تقديمها، مما جعل درجة الترابط أعلى بكثير في الخدمات قياسا إلى السلع، فالسلع تنتج ثم تباع ثم تستهلك<sup>5</sup> ، في حين أن الخدمة تباع ومن ثم تنتج وتستهلك، وهذا يعني أن الخدمة تقدم إلى مستهلكها وقت إنتاجها ليستهلكها ويستفيد منها بشكل مباشر، وهنا تنشأ عملية التلازم بين إنتاج الخدمات

<sup>1</sup> Adrian Payne, **The essence of services Marketin** , Prentice-Hall International(UK),Ltd,1995,P6.

<sup>2</sup> زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات و تطبيقاته، دار المناهج لنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 41.

<sup>3</sup> هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط3، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 24.

<sup>4</sup> بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين و آخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مجموعة النيل العربية مصر، 2009، ص 45.

<sup>5</sup> Cary Claude.Cooper and Chris Argyris,**The concise blackwell encyclopedia f management** ,Blackwell Publisher ,USA,1998,P 595 ;

واستهلاكها . فالأستاذ لا يستطيع تقديم خدمة التعليم إلا في ظل وجود طلاب يستمعون لما يقول، والطبيب يتعذر عليه تقديم نصائح طبية إلى المريض إذا لم يحضر إلى عيادته، والمصرف يعجز عن منح عملائه خدمات مصرفية إذا لم يحضروا في الوقت المطلوب.

### ت- عدم تجانس الخدمة Hétérogénéité :

تتميز الخدمات بخاصية التباين أو عدم التجانس لذلك فمن الصعب إيجاد معايير نمطية للإنتاج<sup>1</sup>، فكل نوع من أنواع الخدمات لها طرق مختلفة في كيفية قياسها. وعلى الرغم من محاولة العديد من المؤسسات الخدماتية وضع معايير لمستوى مخرجاتها، وذلك لأن جودة الأداء تعتمد إلى حد كبير على مهارة و أسلوب و كفاءة مقدمها وزمان ومكان تقديمها<sup>2</sup>، كما أن مقدم الخدمة قدم خدماته بطرق مختلفة في ظروف معينة وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا.

### ث- استخدام الخدمة دون تملكها :

إن عدم انتقال الملكية يمثل صفة واضحة تميز بين الإنتاج السلعي والإنتاج الخدمي، وذلك لأن المستهلك له فقط الحق باستعمال الخدمة لفترة معينة دون أن يملكها (مثال على ذلك غرفة في الفندق أو مقعد في طائرة)، فالدفع يكون بهدف الاستعمال أو الاستئجار للشيء، بينما في حالة شراء السلعة فالمستهلك له حق التصرف بها<sup>3</sup>.

وبالتالي يحق لأي شخص الانتفاع من الخدمات مقابل ما يدفعه من نقد، وذلك دون أن يمتلك الجوانب المادية التي تنتج عنها الخدمة، فعندما نستأجر بيتا لا يحق لنا أن نملكه ولكن لنا حق الانتفاع به وتبقى ملكيته لصاحب البيت.

### ج- القابلية للتلاشي Périssabilité :

تعكس هذه الخاصية أن الخدمات لا يمكن لا جردها ولا تخزينها بهدف البيع أو الاستخدام اللاحق<sup>4</sup>. فالمعروف عن الخدمة أنها تستهلك لحظة إنتاجها وبالتالي يصعب تخزينها، فالمقعد الخالي في المسرح مثلا يعتبر خسارة طالما أنه لا يمكن تخزين هذه المقاعد الخالية لبيعها لاحقا.

<sup>1</sup> Benjamin Schneider and Susan S.White,Service Quality :Research Perspectives,Sage Publication ,USA,2004,P 08.

<sup>2</sup> Beatrice Brechignac Roubaud, Le Marketing des services-Du projet au plan marketing, edition d'Organisation,Paris,4éme tirage,2000,P72.

<sup>3</sup> تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص58.

<sup>4</sup> Audrey Glimore, Services marketing and management , sage Publication ,LONDON ,2003 ,P11.

## 3- تصنيف الخدمات :

تصنيف الخدمات تكمن في المنافع التالية :<sup>1</sup>

✓ يعطي نظام التصنيف فهما أفضل للخدمة المعينة، من خلاله يتم توضيح أوجه الشبه والاختلاف بين الخدمة المصنفة والخدمات الأخرى.

✓ يساعد تصنيف الخدمات على صياغة إستراتيجية التسويق و الخطط التكتيكية ، فالخدمات ذات القطاع الواحد تواجه تقريبا نفس التحديات و لكن باختلافات بسيطة و هكذا الحال بالنسبة للأنشطة التسويقية الأخرى كالترويج و التسعير و التوزيع.

بسبب التداخل فيما بين الخدمة والسلعة، فان مزيدا من الفهم لطبيعة الخدمة يمكن أن يتحقق من خلال استعراض تصنيفات الخدمة كما يلي :

أ- من حيث الاعتمادية : تتنوع الخدمات على أساس اعتمادها إما على المعدات ( مثل خدمات غسيل السيارات آليا ) أو اعتمادها على الأفراد (مثل خدمات تنظيف الشبايك) كما تتنوع الخدمات التي تعتمد على الأفراد حسب أدائها من قبل عمال ماهرين أو غير ماهرين أو من قبل محترفين أو مهنيين.<sup>2</sup>

ب- حسب أهمية حضور الزبون إلى أماكن تقديم الخدمة : تتطلب بعض الخدمات حضور الزبون ومشاركته للحصول على الخدمة، بينما توجد خدمات أخرى لا تتطلب إلا مشاركة رمزية أو بسيطة من قبل الزبون فيها.<sup>3</sup>

فخدمات الرعاية الصحية مثلا تحتاج ليس فقط إلى الوجود المادي للزبون و إنما أيضا إلى مشاركته الفعالة في عملية إنتاج وتقديم الخدمة، في حين أن هناك خدمات أخرى مثل الاستماع إلى الموسيقى لا تحتاج إلى أية مشاركة من قبل المستفيد للحصول عليها .

ت- حسب مشتري الخدمة : ويمكن تصنيفها إلى :

- الخدمات الاستهلاكية : وهي الخدمات التي تقدم لإشباع الحاجات الشخصية الصرفة مثل الخدمات السياحية والصحية، وخدمات النقل والاتصالات وحلاقة الشعر والتجميل، ولهذا سميت كذلك هذه الخدمات بالخدمات الشخصية.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> شفيق حداد، نظام السويداني، أساسيات التسويق، دار حماد للنشر، الأردن، 200، ص.255.

<sup>2</sup> فريد كورتل، درمان سليمان صادق، نحة العامري، مرجع سابق، 2012، ص 60.

<sup>3</sup> قحطان العبدلي وبشير العلاق، التسويق أساسيات ومبادئ، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 1999، ص. 112.

<sup>4</sup> زكي خليل المساعد، مرجع سابق، 2006، ص 55 .

- خدمات المنشآت : وهي الخدمات الموجهة لتلبية حاجات منظمة الأعمال كما هو الحال في خدمات الاستشارات الإدارية والمالية وصيانة الكمائن والمعدات. وهناك خدمات تباع لكل من الأفراد والمنشآت معا ولكن بأساليب وسياسات متباينة مثل التأمين .
- ث- من حيث باعة الخدمة : هناك ثلاث جهات تقوم بتقديم الخدمات وإدارتها :
  - أفراد يقومون بتقديم الخدمات ويتقاسمون الأرباح ويتحملون الخسائر الناجمة عن أعمالهم.
  - مؤسسات تقوم بتقديم الخدمات ولا تهدف من وراء ذلك إلى تحقيق الربح ،وتدار من قبل الأفراد ومثال على ذلك المعهد التعليمية، المتحف وبعض شركات التأمين التكافلي أو التعاوضدي.
  - تقوم بعض المنظمات بتسويق الخدمات وتدار من قبل الحكومات وتشمل مصالح العامة كأظمة الاتصالات، الحدائق، النقل، المتنزهاة وكذا بعض أنواع التأمين.
- وهذا بالإضافة إلى الإدارات المختلطة أين يتفاعل القطاع العام والخاص وتدار من قبل الاثنين. وتعتمد المنظمات الخاصة التي تهدف إلى الحصول على الربح على بيع خدماتها في حين أن المنظمات العامة تحصل على دخلها من خلال بيع خدماتها جزئيا والبقية من الضرائب.<sup>1</sup>

#### ج- حسب طبيعة الخدمة : ويمكن تصنيفها إلى :

- خدمات ضرورية مثل الخدمات الصحية.
- خدمات كمالية مثل التسلية والترفيه.

#### الفرع الثاني: الخدمة العمومية.

يوحي مصطلح الخدمة العامة أو الخدمة المدنية بتلك الرابطة التي تجمع بين الإدارة العامة الحكومية ، والمواطنين على مستوى تلبية الرغبات ، وإشباع الحاجات المختلفة للأفراد من طرف الجهات الإدارية والمنظمات العامة ، و لذلك يركز الدكتور ثابت عبد الرحمن إدريس في تعريفه للخدمة العامة على محورين :<sup>2</sup>

#### أولا: مفهوم الخدمة العامة كعملية ( Services process )

حيث يمكن اعتبار الخدمة التي تقدمها المنظمات الحكومية ، أو العامة على انها تمثل عمليات ذات طابع تكاملي ، تنطوي على مدخلات وتشغيل ومخرجات ، وبالنسبة للمدخلات فان هناك ثلاثة أنواع يمكن أن تجري عليها عمليات التشغيل لإنتاج الخدمة المطلوبة وهي:

<sup>1</sup> زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، مرجع سابق، ص54.

<sup>2</sup> ثابت عبد الرحمن إدريس، المدخل الحديث في الإدارة العامة، دون بلد النشر، الدار الجامعية، 2001، ص ص456،455.

◀ **الأفراد**: إذ يمثل المواطن طالب الخدمة أحد أنواع المدخلات في عمليات الخدمة العامة ، أي عندما تؤدي هذه العمليات على المواطن بذاته . مثال ذلك عندما يدخل مريض إلى المستشفى ، فإن عمليات العلاج والوقاية ومختلف الخدمات الصحية تجري عليه بذاته ، ويجري هذا الأمر على مختلف الخدمات العامة ، مثل محاكمة الأفراد ، وسفرهم وغيرها من الأمثلة .

◀ **الموارد (materials)**: حيث يمكن ان تصبح مختلف الموارد و الاشياء هي أحد أنواع المدخلات في عمليات الخدمة المقدمة من المنظمات العامة ؛ أي عمليات الخدمة التي يتم إجراؤها على الأشياء ، وليس على الأفراد ، وتسمى عمليات الأشياء المملوكة ، مثل خدمات رخص مرور السيارات ، والخدمات العامة المختلفة في خطوط السكك الحديدية .

◀ **المعلومات (information)**: تمثل احد انواع المدخلات في عمليات الخدمة العامة ويطلق عليها عمليات تشغيل المعلومات ، ويعكس هذا النوع الجانب الحديث للخدمة العامة ، كمحصلة للتطور في تكنولوجيا المعلومات والاتصال ، مثل خدمات تحليل البيانات في مراكز المعلومات ، وعمليات تشغيل البيانات في مراكز البحوث والجامعات<sup>1</sup> .

ثانياً :/ مفهوم الخدمة العامة كنظام (service as a system)

انطلاقاً من مفهوم النظم يمكن النظر إلى الخدمة التي تقدمها المنظمات العامة كنظام يتكون من أجزاء مختلفة تشمل مايلي:

\* نظام عمليات تشغيل أو إنتاج الخدمة (service opération system) وفق هذا النظام تتم عمليات التشغيل على مدخلات (inputs) الخدمة لإنتاج العناصر الخاصة بالخدمة .

\* نظام تسليم الخدمة: (service delivery) ووفق هذا النظام يتم تجميع نهائي لعناصر الخدمة ، ثم التسليم النهائي للخدمة ، وإيصالها للمواطن طالب الخدمة . ويتضمن مفهوم الخدمة العامة كنظام شكلين:

- خدمة عامة مرئية أو منظورة لمستقبل الخدمة ( المواطن ) .
- خدمة عامة غير مرئية أو غير منظورة، ويطلق عليها جوهر الخدمة الفني ( **Technical** core )، غير أن بعض الدراسات تميل إلى استخدام تعبير المكتب الأمامي بالنسبة للأجزاء المرئية ( **Front office** )، أو المنظورة في نظام الخدمة ، وتعبير المكتب الخلفي ( **Back office** ) بالنسبة للأجزاء غير المرئية أو غير المنظورة .

<sup>1</sup> ثابت عبد الرحمان إدريس، مرجع سابق، ص ص 457-458.

المطلب الثاني: مبادئ و أنواع الخدمة العامة

الفرع الأول: المبادئ العامة للخدمات العمومية

عند التطرق للمبادئ العامة للخدمات العمومية يجب أن نفرق بين المبادئ الكلاسيكية و التي لها بعد قانوني لازمت تلك المبادئ الخدمات العمومية بعد الثورة الفرنسية و المبادئ الحديثة و التي لها علاقة مع المتطلبات العصرية في إطار حوكمة هذه الخدمات.

#### • المبادئ الكلاسيكية للخدمات العمومية:<sup>1</sup>

و هي مجموعة من القواعد المرتبطة أساسا بالقانون الإداري الفرنسي و يمكن إجمالها فيما يلي:

##### ◀ مبدأ الاستمرارية:

دائما ما يرد كأول مبدأ من الخدمات العمومية نظرا للأهمية البالغة التي يمتاز بها، فالهدف الأول للخدمة بالنسبة للمجتمع أن تكون الخدمة مستمرة مع استمرارية الدولة نفسها حسب العديد من الفقهاء، و في حالة تعطل الخدمة فهو علامة على تعطل و فشل في الدولة بحد ذاتها، إلا أن لمبدأ الاستمرارية بعض الاستثناءات فمثلا يمكن أن تنشأ الخدمة العمومية في ظل ظروف غير عادية كالكوارث الطبيعية أو الحروب مثلا فغنه من الطبيعي ان تختفي الخدمة بمجرد اختفاء العامل الاستثنائي النشأ لها في البداية.

##### ◀ مبدأ المساواة امام الخدمات العمومية:

و المساواة تأخذ بعدين الأول المساواة في العمالة في مجال الخدمات العمومية و ذلك على أساس الجدارة و هو شرط ضروري للتشغيل الكفاء للخدمات العمومية أما البعد الثاني و هو المساواة في الاستعمال أو الانتفاع من تلك الخدمات، و على غرار مبدأ الاستمرارية فلمبدأ المساواة استثناءات أيضا و عادة ما تنشأ في التسعيرة فيمكن أن توضع تسعيرة مختلفة على نفس الخدمة العمومية بحيث تؤخذ القدرة المادية لطالب الخدمة بعين الاعتبار.

##### ◀ مبدأ الحياد:

يعتبر مبدأ الحياد كمتعم لمبدأ المساواة و هو في الغالب مرتبط به، إلا أنه مستقل من ناحية الشروط التي ينبغي أن تتوفر في عون الخدمة و طالب الخدمة، فالأول يجب أن يحترم هدف المؤسسة دون الاعتبارات الدينية أو الطائفية، السياسية أو العرقية لطالب الخدمة، و على نفس السياق فعلى المستفيد من الخدمة عدم استعراض ميوله الديني أو أفكاره السياسية عند تقدمه للحصول عليها.

<sup>1</sup> Gilles J ; **Introduction au droit des services publics** ;Paris ; L.G.D.J ; Novembre 1994 ; p 14

### ◀ مبدأ التكيف:

من بين الشروط الأساسية لاستمرار الخدمة العمومية قدرتها على التكيف و القابلية للتحويل عند تغير الظروف الاجتماعية، البيئية أو السياسية أو عند المطالبة او عند الرغبة في تحسينها، ليس بالضرورة أن يكون التحويل للأحسن. فعندما يتعلق الأمر بالخدمات الصناعية و التجارية و على سبيل المثال في حالة ارتفاع غير متوقع للنفط تضطر شركات الطيران لإلغاء الخطوط ذات المردودية المنخفضة لتقليل من التكاليف، أما الأثر فيكون على متلقي الخدمة.

### ● المبادئ الحديثة للخدمات العمومية:<sup>1</sup>

إن الملاحظ في المبادئ الحديثة أنها لا تتعارض مع المبادئ الكلاسيكية للخدمات العمومية بل استحدثت لسد الثغرات في المبادئ القديمة كنوع من التحديث استجابة للمتطلبات الاجتماعية الحديثة.

### ◀ مبدأ الشفافية:

يقصد بالشفافية مبدأ خلق بيئة تكون فيها المعلومات المتعلقة بالظروف و القرارات و الأعمال الحالية المتاحة و المنظورة بشكل أكثر تحديد مع منهج توفير البيانات و جعل القرارات المتصلة بالسياسة المتعلقة بالمجتمع معلومة من خلال النشر في الوقت المناسب و الانفتاح لكل الأطراف ذات العلاقة.

### ◀ مبدأ التشارك و المشاركة:

و يعرف مبدأ المشاركة في تنظيم المجتمع بأنه العمل و الجهد التطوعي الذي يبذله الفرد باختياره لتأدية عمل معين يعود بالنفع على غيره من الأفراد سواء كان هذا الجهد تبرعا بالمال أو الوقت أو الجهد إحساسا منه بالمسؤولية الاجتماعية و التضامن مع أبناء مجتمعه.

### الفرع الثاني: أنواع الخدمات العمومية

هناك تقسيمات مختلفة للخدمات العمومية إلا أن جميعها يشترك في كثير من المحاور، و من بين هذه التقسيمات نجد التقسيم التالي:<sup>2</sup>

- خدمات ضرورية لبقاء المجتمع و سلامته و تقدمه مثل الخدمات التعليمية و الصحية و هي خدمات يفترض أن تقدمها و توفرها الدولة مهما ارتفعت تكلفتها.
- الخدمات الضرورية لأفراد المجتمع باختلاف قطاعاته و مستوياته (خدمات لا يمكن الاستغناء عنها) مثل التموين بالماء، الكهرباء، الغاز و النقل... إلخ، و ما يلاحظ على هذا النوع من الخدمات أنها لم تعد حكرا على الدولة أو المشروعات العامة و إنما أصبحت قابلة للتقديم من

<sup>1</sup> لكحل امين، الشراكة بين القطاع العام و الخاص في الجزائر دراسة حالة شركة المياه و التطهير لوهران، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، التجارية، و علوم التسيير، تخصص تسيير المالية العامة، السنة الجامعية 2013/2014، ص63

<sup>2</sup> عبد المطلب عبد الحميد، التمويل المحلي، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2001، ص 62

- طرف المشروعات الخاصة و تتم إدارتها على أسس تجارية حيث تطبق عليها معايير الربحية التجارية.
- خدمات ذات منفعة اجتماعية و ثقافية يستفيد منها أفراد المجتمع، إلا أن هذه الخدمات قد لا تكون ذات أهمية بالنسبة لبعض الأفراد أو المجتمعات و من بين هذه الخدمات نذكر مثلا: المكتبات العامة، المتاحف و المنتزهات العامة.
  - خدمات ذات طبيعة اجتماعية، يمكن للأفراد أن يؤدوها بأنفسهم عن طريق إمكانياتهم الخاصة، إلا أن القصور في تأدية هذا النوع من الخدمات على أكمل وجه قد يؤثر على المجتمع، و هو ما يستدعي تدخل السلطات العمومية في أداء و توفير هذه الخدمات و من بين هذه الخدمات نذكر بصورة أساسية الإسكان مثلا.
  - خدمات رأسمالية مكلفة لا تقتصر منفعتها على الجيل الحالي و إنما تمتد إلى الأجيال المقبلة، مثل: بناء المدارس، المستشفيات، الجامعات و غيرها. و قياسا على التقسيم الفرنسي للخدمة العمومية نستطيع تمييز ثلاثة أنواع لهذه الأخيرة لا تختلف عن التقسيم السابق و إنما هو تقسيم اقل اختصارا، حيث نجد:
  - خدمات عامة ترتبط بسيادة الدولة: و هي خدمات مرتبطة أساسا بالدور التقليدي للدولة، و ذلك في مجال العدالة، الأمن، الدفاع الوطني و المالية العامة...إلخ.
  - خدمات اجتماعية و ثقافية: و التي تطورت بصورة ملحوظة منذ منتصف القرن الخدمات ذات الطابع الاقتصادي: و التي يطلق عليها عموما خدمات عامة صناعية أو تجارية، ظهرت هذه الخدمات بشكلها المذكور في القرن العشرين مع التطور الملحوظ لدور الدولة في الحياة الاقتصادية و في تحقيق رفاهية المواطن في مجال احتياجاته الأساسية في مجال النقل، الاتصالات، الطاقة...إلخ.
  - إن النشاط الحكومي الذي ينسب اليه تقديم الخدمات العامة بشكل مستمر لإشباع الحاجات العامة التاسع عشر، و التي تشمل عموما التعليم، الصحة، المساعدات الاجتماعية...إلخ. للمواطنين لا يهدف الى تحقيق الربح في هذا النوع من المشاريع، حيث لا تخصص الموارد عادة في مشروعات الخدمات العامة من أجل تقديم سلع و خدمات ضرورية للمواطنين دون النظر إلى قدرتهم على الدفع، إلا أن غياب هدف الربح في هذه المشروعات التي تؤديها الوحدات الحكومية لا يعني أنها تعمل بخسارة و إنما يغيب هنا مقياس الربح الناشئ عن المقارنة بين النفقات و الإيرادات.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> محمد جمال علي هلايلي، المحاسبة الحكومية، دار صفاء للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، 2002، ص ص 22-23.

المطلب الثالث : خصائص و مميزات الخدمات العمومية.

تتسم الخدمات العمومية ببعض الخصائص التي تميزها عن باقي المهام التي تقوم بها الدولة، جملة من المميزات تمنح البحث أو الدارس القدرة على التعرف عليها من خلال المؤسسات التي تشرف على احتكارها، و قد كان الاقتصادي الشهير Paul Samuelson أول من قدم تعريف للسلع العمومية سنة 1954 من خلال خاصيتين أساسيتين هما عدم القدرة على الاستبعاد و عدم وجود تنافس في الاستهلاك.<sup>1</sup>

### 1- و حوب الاستعمال:

فعند طرح السلعة العمومية أو انتاجها لا يكون بقرار من أي عون كان، بحيث أين كان يمكنه استهلاك هذه السلعة بمجرد طرحها او توفرها، و على سبيل المثال فإن إنشاء محطة لضخ و معالجة المياه لا يكون بقرار من أحد الأفراد لكن و بمجرد إنشائها فإن أي عون يمكنه الاستفادة منها.<sup>2</sup>

### 2- عدم القدرة على الاستبعاد:

من بين اهم الخصائص التي تمتاز بها المنتجات العامة عدم القدرة على الاستبعاد لأي عون اقتصادي بغض النظر عن مؤهلاته المادية، فإن جهاز الأسعار يفشل في تحديد سلم التفضيل الاجتماعي و من تم تخصيص الموارد لتحقيق الإشباع، و يمكن القول أن الخدمات العامة غير قابلة للتسويق و البديل الأمثل لألية السعر هي سياسات الانفاق العام و التي تعتمد على الإدارة العامة في تغطيتها و في مقدمتها الضرائب.<sup>3</sup>

### 3- عدم وجود تنافي في الاستهلاك:

تتميز الخدمات العامة بخاصية أساسية أخرى و هي الاشتراك في الاستهلاك، و في هذه الحالة فإن المنافع المتحصل عليها تكون متساوية بين جميع الأعوان الاقتصاديين بمعنى أن الزيادة في استهلاك عون ما للسلعة العمومية لا يترتب عليها تراجع في الكميات المستهلكة لأعوان آخرين و دون تحمل المجتمع لتكاليف إضافية و لو تم استبعاد أحد أفراد المجتمع من استهلاكها سيترتب عنه الابتعاد عن التخصيص الأمثل للموارد المتاحة و تراجع في الرفاهية بالمجتمع.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> لكحل امين، الشراكة بين القطاع العام و الخاص في الجزائر دراسة حالة شركة المياه و التطهير لوهران ، مرجع سابق، ص 66

<sup>2</sup> Vincent Ostrom and Elinor Ostrom-**Public Goods and Public Choices Workshop in Political Theory and Policy Analysis** Indiana University-page 02.

<sup>3</sup> James M. Buchanan, **The Demand and Supply of Public Goods**, Liberty Fund, volume 5, 1999, p 22.

<sup>4</sup> لكحل امين، الشراكة بين القطاع العام و الخاص في الجزائر دراسة حالة شركة المياه و التطهير لوهران، مرجع سابق، ص 67.

#### 4- الاثار الخارجية:

من بين أهم ما يميز الخدمات العامة وجود أثار خارجية مرتبطة بها إما في جانب الإنتاج أو الاستهلاك، و قد ترتب على هذه الاثار إما اثار موجبة في صورة منافع تعود على المجتمع أو سلبية في صورة تكاليف إضافية يتحملها هذا الأخير عادة يعجز نظام السوق على إظهارها و عليه لا يمكن إدراجها في السعر السوقي.<sup>1</sup>

#### المطلب الرابع: منظمات الخدمة العامة

تضطلع المؤسسات الحكومية بمهام متنوعة ، تلبية لرغبات الأفراد ، وإشباعا لحاجاتهم المتعددة على اختلاف أنواع المطالب الجماهيرية ، مما جعل الأمر يستدعي ضرورة وجود منظمات عامة ، تركز نشاطاتها بشكل مباشر على تقديم الخدمات للمواطنين ، والتي تعرف بمنظمات أو مؤسسات الخدمة العامة.

#### الفرع الأول: تعريف المنظمة العامة:

هي كل هيئة أو جهاز يقوم بإنتاج، أو توفير خدمة عامة ، بغرض إشباع حاجة عامة من حاجات المجتمع ، أو هي كل مشروع يعجز ، أو يحجم الأفراد ، والجماعات الخاصة عن القيام به، إما لضخامة ما يتطلبه من موارد وإمكانيات، أو لقلّة أو انعدام الربح المتوقع تحقيقه في الأجل القصير.<sup>2</sup> وتعرف بعض الدراسات المنظمة العامة انطلاقا من تعريف المرفق العام، إذ ترى بان المرفق العام "هو منظمة تقوم بأداء خدمة عامة، وتسيطر عليها الدولة، و أن المرفق العام أو المنظمة العامة تمتاز بما يلي:<sup>3</sup>

-الدولة هي المسؤولة عن إحداثه عندما تقرر نشاطا يقتضي أن تقوم به تحقيقا لمصلحة عامة.  
-الخضوع للسلطة الإدارية ، ولا يمكن أن يفصل عن سلطة الدولة فتحدد نظامه ، وموظفيه وتمويله.

-يتم استحداثه بهدف تحقيق حاجات النفع العام ، والخدمات العامة ، مع خضوعه لنظام قانوني.  
-يأخذ شكل أنواع مختلفة منظمات إدارية ، مهنية ، اقتصادية.

وبالتالي فالمنظمة العامة هي عبارة عن مرفق عام، يكرس وجود خدمات عامة، تقدمها الجهات الحكومية تلبية لحاجات الجماهير وكسب رضاهم، كما تسير وفق أطر تنظيمية، وقواعد قانونية محددة.

<sup>1</sup> لكحل امين، مرجع سابق، ص 68

<sup>2</sup> ثابت عبد الرحمن إدريس، مرجع سابق، ص 29

<sup>3</sup> علي زغدور، المؤسسات العمومية و الإدارية، تعريفها، طبيعتها القانونية، الشخصية، الجزائر، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية، دون تاريخ النشر، ص 12، 13

الفرع الثاني: أهداف المنظمة العامة:

- تسعى المنظمات العامة إلى تحقيق بعض الأهداف الأساسية والتي يمكن ذكر أهمها<sup>1</sup>:
- **الأهداف الإدارية والاقتصادية:** تشمل توفير مختلف الخدمات الإدارية بجودة عالية ، وتقديم السلع والمنتجات التي تعتبر ضرورية في تحقيق الاستقرار ، وضمان السيورة المجتمعية ، إضافة إلى الدعم اللازم للجوانب الاقتصادية ، عن طريق رفع كفاءة السياسة الاقتصادية ، وبالتالي رفع نمو الاقتصاد القومي.
  - **الأهداف السياسية:** إذ تتعلق بكل ما من شأنه أن يحقق النظام ، والاستقرار السياسي، وحماية الأنظمة الاجتماعية الموجودة ، وحماية الأفراد ، والدفاع عنهم من الاعتداءات الخارجية.
  - **الأهداف الاجتماعية والدينية:** حيث يتطلب من الحكومات توفير منظمات عامة بهدف التنشئة الاجتماعية ، وتضبط سلوك الأفراد من الانحرافات ، والارتقاء بمستويات التعليم ، ومحاولة نشره وتعميمه لكل الفئات والشرائح ، كما يتطلب كذلك إنشاء وتخصيص مؤسسات عامة ، تهتم بالبعد الديني ، أو الروحي والجوانب المتعلقة بالعقائد ، حيث تتدخل الدولة عن طريق تشريعات ، وإصدار قوانين بهدف خلق مؤسسات عامة ، تنمي وتحفظ الجانب الروحي لدى كل المواطنين بشكل عام ، مثل وزارة الشؤون الدينية والأوقاف ، ومديرية الشؤون الدينية والأوقاف بالجزائر.

● الفرع الثالث: أسباب إقامة المنظمات العامة

صحيح أن انتشار المنظمات العامة يجد مبرراته في الدول الاشتراكية ، لان ذلك رديف بفلسفة النظام السياسي القائم في هذه البلدان ، إلا انه يمكن القول أن التوسع في إنشاء منظمات عامة تملكها الدولة كلياً أو جزئياً، هو موجود في الأنظمة التي تأخذ فلسفة نظمها السياسية بالرأسمالية، التي تؤمن بمبدأ الملكية الفردية، وبذلك فان مبررات إنشاء المنظمات العامة تعود في حقيقة الأمر إلى<sup>2</sup>:

◀ مبررات تتعلق بعدم إقبال رأس المال الخاص عليها ، بسبب ضخامة رؤوس الأموال اللازمة لإنشاء هذه المنظمات مثل : حالة النقل الجوي والسكك الحديدية ، وإما لارتفاع تكاليف تشغيلها ، ومحاولة الحكومة تقديم منتجاتها بأسعار تكون في متناول جميع طبقات المجتمع ، و أحياناً بسبب انخفاض أو انعدام معدلات العائد ، وكذلك صافي الأرباح المتوقعة ، وتقديم مشاريع عامة معينة ، تقدم خدماتها لفائدة صغار المنتجين بغية حمايتهم من استغلال الرأسمالية

<sup>1</sup>عشور عبد الكريم، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية و العلاقات الدولية، دور الإدارة الإلكترونية في ترشيد الخدمة العمومية في الولايات المتحدة الأمريكية و الجزائر، 2009-2010، ص 45

<sup>2</sup>نابت عبد الرحمن إدريس، مرجع سابق، ص 96، 97

لهم ، مثل تقديم القروض بأسعار فائدة ميسرة لصغار المنتجين ، عن طريق بنوك صناعية ، وبنوك الائتمان العامة.

◀ دواعي تتعلق بتزايد المخاطر التجارية، فتتولى الدولة إقامة المشروعات التي تكون عرضة لإخطار تجارية عالية، مما يجعل أصحاب رأس المال من الأفراد والجماعات لا يرغبون فيها، ويترددون في قبولها.

◀ أسباب مرتبطة بالأمن القومي، مثل انفراد الدولة بإنشاء مشاريع الأسلحة، والطاقة النووية.

◀ أسباب تتعلق بالتأميم نتيجة اعتبارات قومية، حيث تنقل الدولة ملكية بعض المنظمات إليها من أجل وضع حد للسياسات الانتهازية لأصحابها، والتي يمكن أن تستغل طبقات المجتمع، وتهدر ثروات وموارد المجتمع.

◀ مبررات تتعلق بحماية الموارد، والتي ترتبط بحماية مظاهر الحياة في المجتمع، وحماية الممتلكات والموارد، مثل منظمات إطفاء الحرائق والشرطة.

وبعد التطرق إلى أسباب إقامة المنظمات العامة ، لا يمكننا إهمال ما تتسم به من عيوب تكاد تكون السمة المشتركة لدى دول العالم الثالث ، والتي تتمحور حول تسخير القطاع العام من أجل الربح وليس المصلحة ، ضعف الرقابة البرلمانية والحكومية عليها مما أدى إلى الفساد المالي والاداري ، والانحراف عن أهداف المنظمة.<sup>1</sup>

مما سبق يمكن القول أن إقامة المنظمات العامة جاء تجسيدا لدور القطاع العمومي ، كي يلعب دورا رئيسيا في اسلوب إدارة منظمات الخدمة ، ويتفرد بدور واسع في رعاية الحاجات العامة للمواطنين ، وفق منطلق الدولة المتدخلة.

<sup>1</sup> أحمد عثمان طلحة، إدارة المؤسسات العامة في الدول النامية منظور استراتيجي، الأردن، دار الحامد للنشر و التوزيع، 2008، ص94

## المبحث الثاني: ماهية الجودة

لقد اصبح موضوع الجودة من أهم الامور التي تؤثر بقوة على تقرير حاضر و مستقبل المنظمات لما لها من دور فعال و هام في تحسين الانتاجية و تخفيض التكلفة من جهة الى دورها في تحقيق موقف تنافسي مستمر في دخول الاسواق العالمية من جهة اخرى، حيث اصبحت المنظمات المقدمة للمنتجات و الخدمات المختلفة تسعى للرفع من مستوى الجودة و تخفيض الاسعار لإدراكهم بان ذلك ما يبحث عنه المستهلك و ايقنت في الوقت الحاضر و كنتيجة مباشرة للتغيرات المتسارعة التي تعمل في ظلها عدم امكانية الاستمرار في المنافسة دون تحقيق متطلبات الجودة في منتجاتها و تلبية المنتج لاحتياجات و تفضيلات الزبائن بما ينسجم مع تحقيق التميز الذي يضمن رضا و ولاء الزبون.<sup>1</sup>

## المطلب الاول: تاريخ الجودة و تطورها

يمكن إرجاع أصول التفكير في الجودة الى حقب زمنية بعيدة فكانت الدقة و الاتقان هي المرادف الأساسي للجودة، حيث ظهرت في حضارات متعددة في مقدمتها الحضارة الفرعونية (في بناء الاهرامات)، و الحضارة الصينية (بناء صور الصين العظيم)، و في الإسلام كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يحث على الاهتمام بالجودة في العمل من خلال الاحاديث، حيث يقول صلى الله عليه وسلم : إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه.

و منذ بدايات القرن العشرين و انطلاق الثورة العلمية و التكنولوجية، أعيد تشكيل مفهوم الجودة بأبعاد جديدة، حيث ارتبطت ارتباطاً وثيقاً بالإدارة كوظيفة أساسية، وقد اتفق معظم الباحثين على المراحل التالية لتطور مفهوم الجودة، و هي متداخلة التأثير.

و الجدول التالي يلخص مراحل تطور الجودة و التي سميت بالأجيال الخمسة التي مر بها تطور الجودة و مفهومها و هي:<sup>2</sup>

<sup>1</sup>الدكتور فريد كورتل الأستاذة أمال كحيلة، الجودة و أنظمة الايزو، دار كنوز المعرفة العلمية، الأردن عمان، الطبعة الأولى، 2012، ص11

<sup>2</sup>الدكتور خضر مصباح الطيطي، إدارة و صناعة الجودة مفاهيم إدارية و تقنية و تجارية في الجودة، دار حامد للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2011، ص32

جدول رقم 01: مراحل تطور الجودة

الأجيال الخمسة لنظم ضمان الجودة			
النوعية في النصف الأخير من القرن 20	الهدف	السؤال الأساسي	الموضوع
المرحلة الحرفية	إنتاج منتجات تلبي الرغبات لفترة أطول	هل يكون المنتج مقبولاً؟	رضا للحرفي رضا للمقاول
المرحلة الأولى (من 1940 إلى يومنا) التفتيش	إنتاج و توزيع كل المنتجات التي تلبي حاجة اجتماعية	هل المنتج عملي؟	معرفة العيوب تكلفة إنتاج منخفضة تجديد المنتجات
المرحلة الثانية (1950 إلى يومنا) مراقبة النوعية	تخفيض التكاليف الكلية للإنتاج، التفتيش، الاختبار، الخدمة و الضمان	هل تكلفة التصحيح أقل من تكلفة العيوب أو الأخطاء؟	تصحيح العيوب مراقبة العملية الإنتاجية تسوية المشاكل التقنية
المرحلة الثالثة (1960 إلى يومنا) النوعية و الملاءمة	بلوغ مقاييس الجودة	هل يمكن بلوغ أهداف الجودة؟	جودة رفيعة و نجاعة فوق كل اعتبار
المرحلة الرابعة (1970 إلى يومنا) ضمان المستهلك	خلق منتجات و تسيير فنون إنتاج اخذين بعين الاعتبار أثرها على المجتمع و المحيط	ابتكار و استعمال المنتجات يدرّ ربحاً صافياً على المجتمع؟	المعرفة المسبقة للعيوب حماية المستهلك المشاركة إثراء العمل
المرحلة الخامسة (1980 فما فوق) المشاركات الدولية المسؤولية القانونية	تقليل أخطار المنتجات الرفع من فترة منفعة المنتج تخفيض التكاليف و التضخم	هل يمكن أن تحصل المؤسسة على ثقة المستهلكين برفع فترة حياة المنتجات و خفض استهلاك الموارد الطبيعية؟	حماية الطاقة التنبؤ بالأخطار الصناعية تنمية الاتصال الموجه إلى الرفع من ثقة المجتمع

المصدر: الدكتور خضر مصباح الطيبي، إدارة و صناعة الجودة مفاهيم إدارية و تقنية و تجارية في

الجودة، ص31

### الجيل الأول: مقارنة مخرجات الانتاج لمتطلبات المستفيدين (1920-1940م)<sup>1</sup>

في هذه المرحلة تم التركيز على فحص مستوى جودة المخرجات بعد اكتمالها دون النظر الى اجزاء النظام الاخرى او مراحل التصنيع التي مرت بها ، فهي خارج عملية الفحص ، والعملية تهدف الى كشف العيوب في المنتجات وليس منع حدوثها . ويقوم المهندسون والمختصون بتحديد المواصفات التي يعتقدون انها تلبي احتياجات المستفيد وليس على اساس الاحتياج الفعلي للمستفيد . وتتم عملية الفحص للمنتجات باستخدام اجهزة التفتيش والاختبارات العملية لكامل المنتجات .

### الجيل الثاني: تحقيق العمل الصحيح من البداية (1940-1960م)

وفي هذه المرحلة والتي ركزت على خفض نسبة العيوب او الاعطال في المنتجات بشكل كبير وذلك من خلال عملية تطبيق الاساليب الاحصائية للرقابة على الجودة. ومن اهم هذه الاساليب :

- العينات الاحصائية **Statistical Sampling**

- عينات القبول **Acceptance Sampling**

- الرقابة على العملية **Process Control**

- تحليل التباين **Variance Analysis**

### الجيل الثالث: انجاز الاعمال الصحيحة بشكل صحيح (1960-1970م)

اذ تبدأ الرقابة على الجودة من عملية تصميم المنتج الى ان تصل الى المستفيدين ، معتمدة في ذلك على العديد من الدراسات والمهام او النشاطات التي تشمل :

- دراسة تكلفة الجودة .

- الرقابة الكلية .

- قياس درة الاعتمادية لاجزاء المنتج .

- العيوب الصفيرية للمنتج صفر خطأ او ما اصبح يعرف بتوكيد او ضمان الجودة.

<sup>1</sup> الدكتور خضر مصباح الطيبي، مرجع سابق، ص32-33 .

### الجيل الرابع: حماية المستهلكين (1970-1980م)<sup>1</sup>

حيث تم التركيز بشكل كبير في هذه المرحلة على حماية المستهلك وعملية المشاركة في جعل العمل أكثر جودة ومطابقا للمعايير والمقاييس الدولية من اجل العمل على انتاج المنتجات التي يكون ضررها معدوما للمستهفيد ، حيث اصبحت المنتجات تراعي معايير السلامة ، اخذين بعين الاعتبار اثرها على المجتمع المحيط . وقد ادى هذا الى ظهور المرحلة التالية من تطور مفهوم الجودة والتي استدعت مشاركة كافة اقسام الشركة في برنامج الجودة .

### الجيل الخامس : تحسين القدرة التنافسية (1980-الآن)

اذ لم يعد الامر مجرد تقديم المنتج او الخدمة بل تعداه الى النوعية التي تلي رغبة المستهلك بتميز العمليات التي تقوم بها المؤسسة ، والدفع بجهود العاملين نحو رغبات المستهلكين ، والتحسين المستمر في الاداء . ومن هنا ظهر مفهوم اداري جديد لتحقيق هذه المبادئ اطلق عليه ادارة الجودة الشاملة ادى الى تغيير جذري في مفاهيم الجودة لتصبح اداة تغيير بدلا عن ان تكون اداة رقابة.<sup>2</sup>

### المطلب الثاني : مفهوم الجودة

يعد سلاح الجودة أحد أهم مرتكزات التنافسية التي على المؤسسات اتباعها، و سنتطرق فيما يلي إلى مفهوم الجودة بإعطاء مجموعة تعاريف عنها وأهمية الاهتمام بها بالنسبة للمؤسسة، ثم ذكر أهدافها.

### الفرع الأول: تعريف الجودة

يرجع مفهوم الجودة إلى الكلمة اللاتينية، التي تعني طبيعة الشخص او طبيعة الشيء و درجة صلابته، و قديما كانت تعني الدقة و الاتقان.<sup>3</sup>

وقد تعددت التعاريف بين الكتاب و المهتمين بموضوع الجودة في وضع تعريف محدد لمعنى و مضمون الجودة نجد منها ما يلي:

عرف **Juran**، الجود بأنها الملائمة للاستخدام و يقصد بذلك أن يكون مستخدم السلعة او الخدمة قادرا على الاعتماد عليها في تحقيق ما ينبغي منها.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> الدكتور خضر مصباح الطيبي، مرجع سابق، ص33.

<sup>2</sup> خضر مصباح الطيبي، مرجع سابق، ص 34

<sup>3</sup> مأمون الدراكمة، طارق شيلي، الجودة في المنظمات الحديثة، عمان، دار الصفاء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2002، ص15

و عرف **Deming** ،الجودة بأنها تحقيق احتياجات المستفيد حاضرا و مستقبلا.<sup>2</sup>

أما **Crosby** ، فقد عرف الجودة على أنها مدى المطابقة مع المتطلبات . اي كلما كانت مواصفات المنتج مطابقة لمتطلبات العميل كلما كان هذا المنتج ذو نوعية جيدة.<sup>3</sup>

اما الجمعية الأمريكية لمراقبة الجودة فعرفتها كمايلي: الجودة هي مجموعة الخصائص المتعلقة بالمنتج او الخدمة و التي يؤدي تفعيلها الى إرضاء الحاجات المتوقعة أو المرغوبة.<sup>4</sup>

و حسب مضمون المواصفة القياسية 9000 ايزو لعام 2000م، فالجودة هي مجموع الصفات المميزة للمنتج أو (نشاط، عملية، منظمة أو شخص)و التي تجعله ملييا للحاجات المعلن عنها و المتوقعة او قادرا على تلبيةها.<sup>5</sup>

فبقدر ما يكون المنتج ملييا للحاجات و التوقعات نصفه منتوجا جيدا او عالي الجودة أو رديئا.

وازاء هذا التعدد في تعاريف الجودة فقد قام احد المهتمين بالجودة وهو ديفيد جارفين (والذي اسهم في ارساء مبدا الجودة كاستراتيجية بحصر التعاريف المختلفة للجودة في خمسة مداخل تضم داخلها هذه التعاريف وتمثل فيما يلي :<sup>6</sup>

#### • مدخل التفوق:

ويقصد بالجودة وفق هذا المدخل بأنها ملائمة المنتج ، اي قدرة اطاء المنتج للاستخدام وفقا للمواصفات التي تحقق رضا المستهلك من خلال تقديم اداء افضل وادق صفات تشبع رغبات الزبون .

<sup>1</sup> عبد النبي الطائي و آخرون، إدارة الجودة الشاملة و الايزو، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع،عمان،2003،ص29

<sup>2</sup> طلال بن عايد الأحمدى، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية،2004،ص126

<sup>3</sup> محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم و تطبيقات ، الأردن، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى،2004،ص19

<sup>4</sup> Ph.kotler et B.debois. **marketing management. Public.** Union.10eme édition.paris2000.p80.

<sup>5</sup> Abdallah seddiki, **management de la qualité**, Alger : Office des publications Universitaires, 2003,P23.

<sup>6</sup> نايف قاسم علوان الحياوي،إدارة الجودة الشاملة و متطلبات الإيزو 9001،2000،عمان،دار النشر و التوزيع، الطبعة الأولى،2005،ص21-22.

• مدخل المنتج:

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

ويمتاز هذا المدخل انه في حالة الاعتماد على التفضيل الشخصي فان الخصائص والمواصفات التي يتم القياس عليها تكون مضللة ، لان جزء كبير من الجودة يعتمد على تفضيلات الزبون و رغباته .

• مدخل المستخدم :

تمثل الجودة ضمن هذا المدخل في قدرة المنتج على ارضاء توقعات الزبون ، لذلك فهي عبارة عن مفهوم شخصي ذاتي تتغير فيه ردود الفعل تبعا للعديد من العوامل كالمستوى الاجتماعي والثقافي ومستوى الاشباع، ويمتاز هذا المدخل بانه يربط بين الجودة والرضا .

• مدخل التصنيع :

تعني الجودة وفق هذا المدخل صنع منتجات خالية من النسب المعيبة من خلال مطابقتها لمواصفات التصميم المطلوبة. ويمتاز هذا المدخل بتحقيق معايير قياس الجودة المستهدفة باقل التكاليف.

• مدخل القيمة:

يهدف هذا المدخل الى تحديد عناصر السعر ، اي مدى ادراك الزبون لقيمة المنتج و الخدمة التي يرغب في الحصول عليها من خلال مقارنة خصائصه ومدى ملائمتها لحاجته مع سعر الشراء ، ومتى تحقق ذلك للعميل فان المنتج يصبح بنظرة ذو قيمة عالية .

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

### الفرع الثاني: أهمية الجودة

للجودة أهمية كبيرة بالنسبة للمؤسسات و المستهلكين، إذ تعتبر أحد العوامل التي تحدد حجم الطلب على منتجات المؤسسة و تكمن الأهمية فيما يلي:<sup>1</sup>

#### ◀ سمعة المؤسسة:

تستمد المؤسسة شهرتها من مستوى جودة منتجاتها، و يتضح ذلك من خلال العلاقات التي تربط المؤسسة مع الموردين و خبرة العاملين و مهاراتهم، و محاولة تقديم منتجات تلي رغبات و حاجات الزبائن، فإذا كانت منتجاتها ذات جودة منخفضة فيمكن تحسينها لكي تحقق الشهرة و السمعة و التي تمكنها من التنافس مع المؤسسات المماثلة في نفس النشاط.

#### ◀ المسؤولية القانونية للجودة:

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

#### ◀ المنافسة العالمية:

إن التغيرات السياسية و الاقتصادية ستؤثر في كيفية و توقيت تبادل المنتجات إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي، و في عصر المعلومات و العولمة، تكتسب الجودة أهمية متميزة إذ تسعى كل من المؤسسة و المجتمع إلى تحقيقها بهدف التمكن من تحقيق المنافسة العالمية و تحسين الاقتصاد بشكل عام و التوغل في الأسواق العالمية.

#### ◀ حماية الزبون:

إن تبني المؤسسة لسياسة الجودة ووضعها مواصفات قياسية محددة تساهم في حماية الزبون من الغش التجاري و تعزيز الثقة في منتجاتها، حيث أن الجودة المنخفضة تؤدي إلى عدم رضا الزبون على منتجات المؤسسة، و كنتيجة لانخفاض الجودة أو عدم وجود مواصفات واضحة أدى ذلك إلى ظهور جماعات حماية الزبون لحمايته من الغش و ترشيده إلى منتجات أكثر جودة.

<sup>1</sup>نايف قاسم علوان الخياوي، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات الإيزو 9001، 2000، مرجع سابق، ص. 33-34.

### ◀ التكاليف و حصة السوق :

عندما تقوم المؤسسة بتحسين جودة المنتجات و الخدمات التي تقدمها سيسمح لها بجذب أكبر عدد من الزبائن و بيع منتجاتها بسعر مرتفع مما سيؤدي حتما إلى زيادة حصتها في السوق و تخفيض تكاليفها، و بالتالي زيادة أرباحها.

### الفرع الثالث: أهداف الجودة

بشكل عام هناك نوعان من أهداف الجودة و هما:<sup>1</sup>

- **أهداف تخدم ضبط الجودة:** و هي التي تتعلق بالمعايير التي ترغب المؤسسة في المحافظة عليها حيث تصاغ هذه المعايير على مستوى المؤسسة ككل، و ذلك باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل الأمان و إرضاء العملاء،.....إلخ.
- **أهداف تحسين الجودة:** وهي غالبا ما تنحصر في الحد من الأخطاء و تطوير منتجات و خدمات جديدة ترضي العملاء بفعالية أكبر.

و من هنا يمكن تصنيف أهداف الجودة بنوعيتها إلى خمس فئات هي:<sup>2</sup>

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

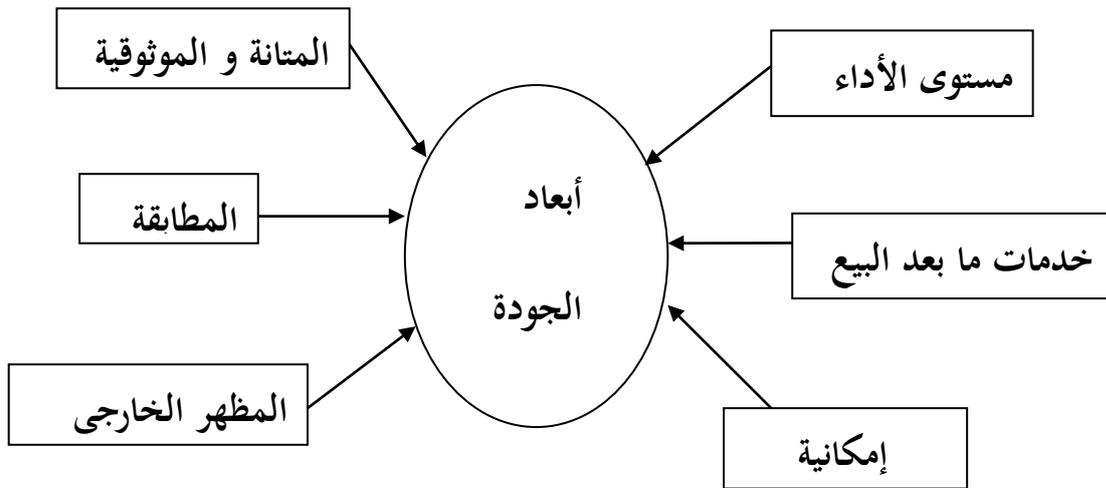
<sup>1</sup> مأمون السلطي، سهيل إلياس، دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الإيزو 9000، دار الفكر المعاصر، الطبعة الأولى، دمشق، 1999، ص103

<sup>2</sup> نايف قاسم علوان الحياوي، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات الإيزو 9001، 2000، مرجع سابق، ص 39

المطلب الثالث: أبعاد الجودة

يملك المنتج أبعاد (خصائص) متعددة ترتبط بالجودة يمكن من خلالها تحديد قدرة إشباعها للحاجات. و على الرغم من اختلاف تلك الأبعاد من منتج لآخر، الا أنه يمكن القول بشكل عام بوجود ستة أبعاد للجودة يوضحها الشكل التالي:<sup>1</sup>

شكل رقم 01 : أبعاد الجودة.



المصدر: فريد كورتل، آمال كحيله، الجودة و انظمة الإيزو، ص 24.

**1- مستوى الأداء:** حيث يهتم الأفراد بمستوى أداء المنتج خلال فترة استعماله و العمر المتوقع له و تكلفة الصيانة و إمكانية إصلاحه، أو بمعنى اخر مدى قدرة المنتج على القيام بالوظائف المطلوبة منه.

**2- المطابقة:** بمعنى التوافق مع المواصفات المحددة بموجب العقد أو من قبل الزبون.

**3- المظهر الخارجى:** و هو إمكانية اقناع الزبون بجودة المنتج انطلاقاً من مظهره الخارجى و ترغيبه في اقتنائه، و هي عوامل شخصية ، فالمظهر الخارجى يعكس مدى شعور الأفراد برضاهم اتجاه منتج معين أو تشكيلة معينة للمنتجات، و يتضمن المتغيرات: كالشم، اللمس، الصوت، الذوق و الرائحة و مدى ارتباط هذه المتغيرات بالمؤثرات الشخصية و الثقافية و الاجتماعية و الاقتصادية للأفراد.

<sup>1</sup> فريد كورتل، آمال كحيله، الجودة و انظمة الإيزو، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2012، ص 27-28.

4- **الموثوقية و المتانة:** يعكس هذا البعد احتمالية فشل المنتج أو الاستهلاك التدريجي للمنتج، و يحقق بذلك الاستفادة الشاملة و الدائمة منه. مثال ذلك طول مدة البقاء، و مقاومة الصدأ و التآكل في حالة السيارات.

5- **خدمات ما بعد البيع:** يشير هذا البعد إلى معالجة شكاوى العملاء أو التأكد من رضاهم، كما يعكس مدى السرعة و الدقة و المعاملة الطيبة عند تقديم خدمات ما بعد البيع من استبدال، تصليح و تركيب بشكل يسمح للشركة بالمحافظة على سمعتها لدى عملائها.

من الملاحظ أن أبعاد الجودة قد عرفت توسعا في خصائصها نبرزها فيما يلي:<sup>1</sup>

\* **الخصائص التقنية:** أصبحت تأخذ أكثر فأكثر نتائج الأداء للمنتج و مدلول المكاسب المنتظرة للجودة المعلن عنها للمنتج

\* **الخصائص الاقتصادية:** أصبحت تأخذ في الاعتبار كل من تكلفة الشراء و تكلفة الاستعمال

\* **الخصائص التجارية:** و تظهر مدى قابلية المنتج للتسويق و زيادة قدرته على الأداء بما يتوافق مع رغبات المستهلك، و هنا نلاحظ توسعا في الخدمات المرافقة للمنتج التي تظهر في مرحلة ما قبل البيع و ما بعده و يمكن إبرازها من خلال وثائق تقنية، مكونات، محتويات الضمان، مدته و الوثائق المرتبطة به، و في الاخير خدمات ما بعد البيع و مدة الصلاحية.

\* **خصائص الإتاحة:** تتعلق بدرجة الوفاء، الصيانة و الأمن، حيث يعتبر المنتج على درجة عالية من الوفاء إذا حقق الغرض الذي وجد من أجله لمدة معينة من الزمن دون حدوث أي خلل، و تظهر على سبيل المثال المفهوم الجديد للصلاية في قدرة المنتج على مواصلة التعبئة الصحيحة لوظائفه حتى ولو حدثت تعديلات، أو أن البيئة تغيرت بشكل محسوس. و يعتبر المنتج على درجة عالية من الصيانة للدلالة على قابليته للرقابة و التصليح، كما يعتبر على درجة من الأمن كلما نقصت أخطاء تشغيله.

\* **الخصائص الاجتماعية:** ظهور متطلبات يقال عنها المجتمعية و الصحة البيئية... أدى الى الاهتمام أكثر فأكثر عند الحديث عن مفهوم الجودة، بحيث يصبح الحكم الشفهي فيها محل قبول من الاخرين و بشكل أدق محل قبول الجماعة. و يمكن أن تظهر الخصائص الاجتماعية من خلال:

<sup>1</sup> فريد كورتل، آمال كحيلية، مرجع سابق، ص 29.

- الخصائص النفسية: تتمثل في مدى تلبية المنتج لحاجات المستهلك و يتعلق الأمر بذوقه و مدى قبوله للسلعة، الأمن في استعمال المحافظة على المحيط.
- الخصائص الجمالية: تتمثل في المظهر العام للمنتج من حيث الشكل و اللون، الأخذ في عين الاعتبار الجودة الحالية، الرفاهية، احترام القوانين
- خصائص عدم تلويث المحيط: يعني الحرص على أن تكون المنتجات المقدمة غير ملوثة للبيئة.

### المبحث الثالث: تقييم الجودة في المؤسسات الخدمية

إن الاهتمام بجودة الخدمة ليس حديثا بل قديما، و لكن الجديد في الموضوع يكمن في عملية استخدام الطرق العلمية و الأساليب الإحصائية الحديثة، لتطبيق نماذج قياس جودة الخدمة سواء ما يتعلق بوجهة نظر الزبون أو مقدمي الخدمة، أو وفق النموذج الشامل للقياس، و من ثم تقويم مستويات الأداء المميزة، من خلال اعتماد فلسفة التحسين المستمر للعمليات اللازمة لتقديم الخدمة للزبون.

فجودة الخدمة أمر في غاية الأهمية بالنسبة للمنظمة أو الزبون أو كليهما، فهي تعتبر أداة فعالة لتحقيق التحسين المستمر لجميع أوجه عمليات الخدمة، فهي تعني المساواة من حيث حصول الجميع على نصيب متساو من الخدمة، و الفاعلية في تحقيق الأهداف المرجوة.<sup>1</sup>

### المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة

#### الفرع الأول: تعريف جودة الخدمة

تعددت التعاريف بالنسبة لجودة الخدمة و ذلك لاختلاف حاجات و توقعات العملاء عند البحث عن جودة الخدمة المطلوبة، و كذلك الاختلاف في الحكم على جودة الخدمة، فجودة الخدمة بالنسبة لكبار السن تختلف عنها بالنسبة للشباب و تختلف بالنسبة لرجال الأعمال عنها بالنسبة للعملاء العاديين و منه يمكن إعطاء التعاريف التالية:

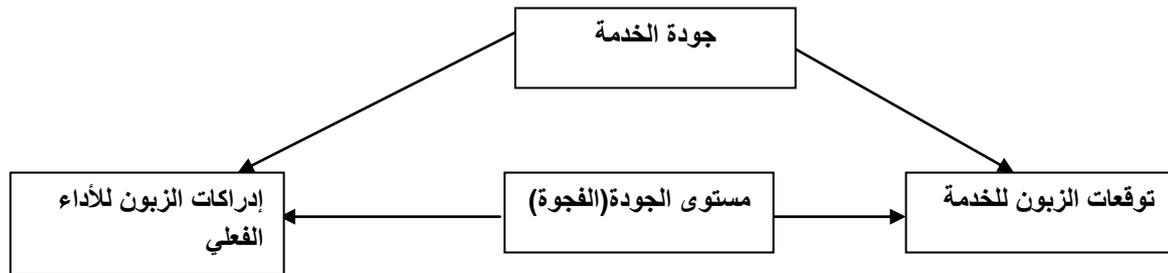
إن جودة الخدمة ليس من السهل تعريفها بطريقة دقيقة ، فكل فرد يحاول الكتابة عنها أو ممارستها يجد أنه من الصعب عليه أن يصل إلى تعبير عملي عنها يتفق مع الآخرين. ففي بعض الأحيان قد يكون هذا التعبير واسعا للغاية بحيث يصبح لا معنى له و يكون من الصعب وضعه موضع التطبيق.

<sup>1</sup> الدكتور قاسم نايف علوان الميماوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات، دار الشروق للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2006، ص 89 .

و في المواقف الأخرى فإن بعض الأفراد يضعون تعريفا مفصلا للجودة و الذي قد يكون ملائما لبعض الخدمات و لكنه من الصعب أن يتم تعميمه على مستوى كافة الخدمات.<sup>1</sup>

- 1- التوافق مع الرغبة.<sup>2</sup>
- 2- هي جودة الخدمات المقدمة سواء كانت المتوقعة أو المدركة أي التي يتوقعها العملاء أو يدركونها في الواقع الفعلي، و هي المحدد الرئيسي لرضا العميل أو عدم رضاه حيث يعتبر في الوقت نفسه من الأولويات الرئيسية التي تزيد تعزيز مستوى الجودة في خدماتها.<sup>3</sup>
- 3- تميل غالبية التعريفات الحديثة لجودة الخدمة على أنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات الزبائن لهذه الخدمة، و ذلك على النحو الذي يعرضه الشكل التالي:

شكل رقم 02: تعريف جودة الخدمة



المصدر: الدكتور قاسم نايف علوان المياوي ، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات، ص

90 .

و يمكن التعبير عن ذلك رياضيا كالتالي:

جودة الخدمة = إدراك الزبون للأداء الفعلي - توقعات الزبون لمستوى الأداء

و في ضوء المعادلة السابقة يمكن تصور ثلاثة مستويات للخدمة هي:<sup>4</sup>

<sup>1</sup> الدكتور قاسم نايف علوان المياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات، ص 90 .

<sup>2</sup> بريش عبد القادر، جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، العدد3، الجزائر، ص 253.

<sup>3</sup> مأمون سليمان الدراكة، إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء، دار صفاء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2006، ص 118.

<sup>4</sup> الدكتور قاسم نايف علوان المياوي ، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات، مرجع سابق، ص ص 90-91.

أ-الخدمة العادية: و هي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتساوى إدراك الزبون لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها.

ب-الخدمة الرديئة: و هي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.

ج-الخدمة المتميزة: و هي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يفوق أو يتجاوز الأداء الفعلي للخدمة توقعات الزبائن بالنسبة لها.

يمكن حصر التعريفات المقدمة في مجال الخدمة في ثلاث مجموعات أساسية:

أ-مجموعة التعريفات التي تحاول أن تركز على جودة الخدمة و تحتوي في طياتها على طبيعة الخدمة و بالتالي تقوم بتقسيمها إلى مجموعة من أبعاد الجودة.

ب-مجموعة التعريفات التي قامت بالتركيز على عملية أداء الخدمة ذاتها، فالجودة أو عدم الجودة تعرف بأنها مدى وجود فجوات بين المنظمة و بين جمهورها. و تسعى المنظمات دائما الى تحقيق الجودة و إغلاق هذه الفجوات.

ج-مجموعة التعريفات الموجهة للزبون سواء بشكل ضمني أو بشكل صريح و يركز التعريف بشكل عام على أن الهدف النهائي هو أن تعمل المنظمة على إسعاد الزبون.

و يرى ستيوارت و والش أن جودة الخدمات لا بد و أن تعكس ما إذا كانت هذه الجودة تشبع متطلبات المستخدمين لها و إلى أي مدى يتحقق مثل هذا الاشباع، و كذلك ما إذا كانت قد حققت الهدف الذي من أجله وجدت الخدمة و إلى أي مدى تحقق ذلك.

و الخلاصة أن جودة الخدمة هي المحدد الرئيسي لرضا الزبون أو عدم رضاه، و هو المفهوم الذي تبناه العديد من الباحثين المتخصصين في مجال الجودة.

الفرع الثاني: أبعاد جودة الخدمة

تعرضت بعض الكتابات في مجال صناعة الخدمات للمكونات أو الأبعاد التي تشتمل عليها جودة الخدمة، إلا أنها لم تتفق فيما بينها حول ماهية تلك الأبعاد أو المكونات على وجه التحديد<sup>1</sup>.

حيث يرى كل من ( swan et comb، 1976) أن جودة الخدمة لها بعدان أساسيان هما:

✓ **الجودة المادية الملموسة:** و هي التي يتعرض لها الزبون أو المستفيد حال حصوله على الخدمة.

✓ **الجودة التفاعلية:** و هي تمثل أداء عملية الخدمة ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمنظمة مع الزبائن أو المستفيدين.

في حين يرى (gronroos، 1996) أن لجودة الخدمة بعدين إثنيين هما:

✓ **الجودة الفنية:** حيث تشير الى جوانب الخدمة الكمية، بمعنى الجوانب التي يمكن التعبير عنها بشكل كمي.

✓ **الجودة الوظيفية:** و هي تعبر عن سلوك القائمين على تقديم الخدمة و مظهرهم و طريقة تعاملهم مع المستفيد أما (lehitnen، 1982) فيرى أن الجودة في مجال الخدمات تتجسد في ثلاثة أبعاد أساسية و هي:

1- **الجودة المادية:** و التي تتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة.

2- **جودة المنظمة:** و التي تتعلق بصورة منظمة الخدمة و الانطباع الذهني عنها.

3- **الجودة التفاعلية:** و التي تمثل نتاج عمليات الخدمة.

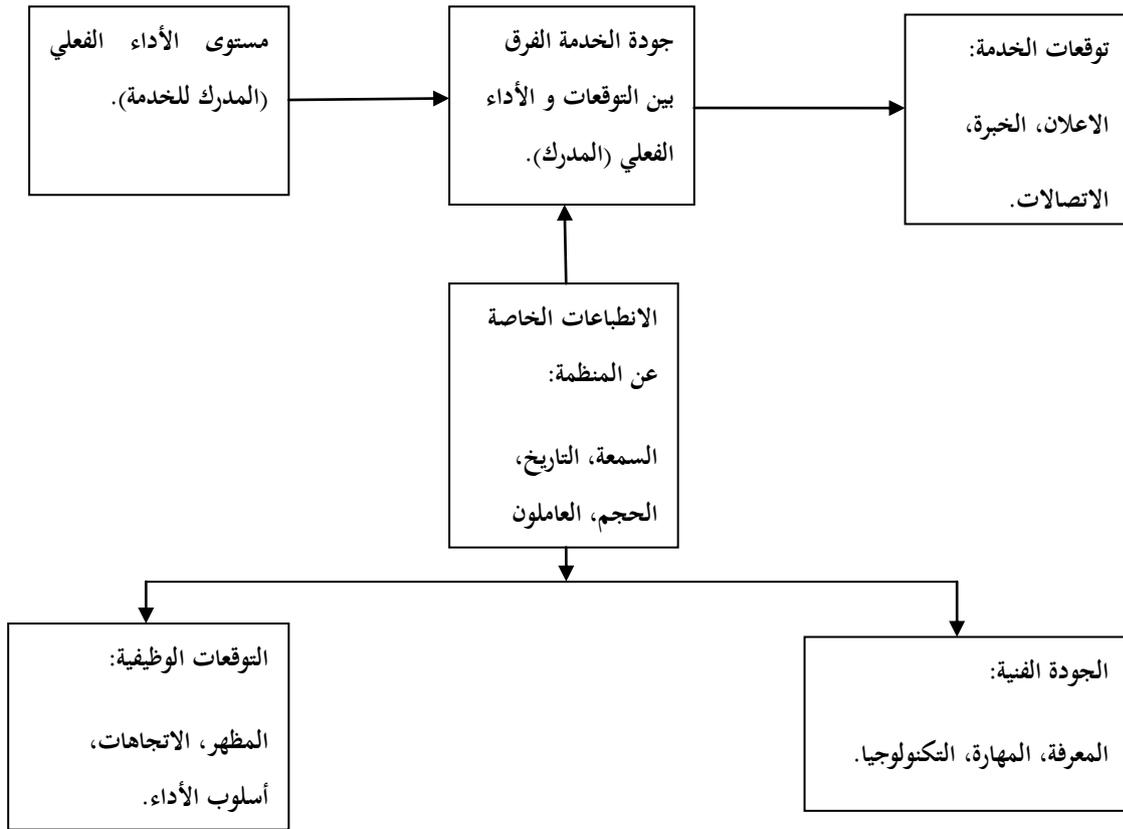
و في تصنيف اخر للباحثين نفسيهما عن جودة الخدمة نجد أنهما يميزان بين:

✓ **جودة العمليات:** و التي يحكم عليها الزبون أثناء تأدية الخدمة.

✓ **جودة المخرجات:** و التي يحكم عليها الزبون بعد الأداء الفعلي للخدمة.

<sup>1</sup>قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات، مرجع سابق، ص 92،93.

الشكل رقم 03: أبعاد جودة الخدمة



المصدر: الدكتور قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، ص 93.

### الفرع الثالث: أهمية جودة الخدمة

لجودة الخدمة أهمية كبيرة بالنسبة للمؤسسات التي تهدف إلى تحقيق النجاح و الاستقرار، ففي مجال الخدمات المستهلكون و الموظفون يتعاونون معا من أجل إنتاج خدمة و تقديمها، و عليه على المؤسسات الاهتمام بالموظفين و المستهلكين معا.<sup>1</sup>

و تتمثل أهمية الجودة فيما يلي:

1- نمو مجال الخدمة: حيث ازداد عدد المؤسسات التي تقوم بتقديم الخدمات، و هي في نمو مستمر.

<sup>1</sup> خامت سعدية، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، مذكرة لنيل شهادة الماستر، معهد العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير، تخصص تسويق، ص

2-ازدياد المنافسة: إن تزايد عدد المؤسسات الخدمية يؤدي الى وجود منافسة شديدة بينها، لذلك فإن الاعتماد على جودة الخدمة سوف يعطي لهذه المؤسسات مزايا تنافسية عديدة.

3-فهم المستهلكين: إن المستهلكين يريدون معاملة جيدة، فلا يكفي تقديم خدمة ذات جودة و سعر معقول، دون توفير المعاملة الجيدة و فهم المستهلك.

### المطلب الثاني: مؤشرات تقييم جودة الخدمة

حتى تقدم مؤسسات الخدمات خدمة تتلاءم مع توقعات العملاء و تلي حاجاتهم لا بد من أن تبحث عن الطرق و الوسائل لتطوير و تحسين جودة الخدمة، فالخدمة الجيدة من وجهة نظر العملاء هي التي تتوافق مع توقعاتهم لذلك فعلى المؤسسة أن تتعرف على المعايير و المؤشرات التي يعتمد عليها في تفسير جودة الخدمة مايلي:

1-الاعتمادية: و تعني الاتساق في الأداء، و إنجاز الخدمة الموعدة بشكل دقيق يعتمد عليه،<sup>1</sup> حيث تعني قدرة مقدم الخدمة على أداء الخدمة التي و عدت بها بشكل يمكن من الاعتماد عليها و أيضا بدرجة عالية من الصحة و الدقة. فالعميل يتوقع أن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت و الأداء، تماما مثلما تم وعده و أن يعتمد على مقدم الخدمة من هذه الناحية بالذات.<sup>2</sup>

2-الاستجابة: و هي القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للزبائن من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة<sup>1</sup>، أي هي تتعلق بمدى قدرة و رغبة و استعداد مقدمي الخدمة في أن يكونوا في بشكل دائم في خدمة العملاء، فهل يشعر مقدم الخدمة بالسعادة و الحماس في خدمة العميل؟ هل تتوفر لدى مقدم الخدمة الجاهزية لتقديم الخدمة عند طلبها.<sup>3</sup>

3-الكفاءة والجدارة: حيث تتعلق بكفاءة و جدارة القائمين على تقديم الخدمة من حيث المهارات و القدرات التحليلية و الاستنتاجية و المعرفة التي تمكنهم من القيام بأدوارهم بالشكل الأمثل، و في حالة التعامل مع مقدم الخدمة لأول مرة، فإن العميل عادة ما يلجأ إلى مثل هذه المعايير كالشهادات العلمية و مصادرها و الخبرات العلمية و مواقعها. فقد يفضل بعض العملاء تلقي خدماتهم من أشخاص ذوي مستويات تعليمية عالية و من مصادر معتمدة رسمية.

<sup>1</sup> نايف قاسم علوان الخياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات، مرجع سابق، ص 94

<sup>2</sup> هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الثالثة، 2005، ص 444

<sup>3</sup> هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، مرجع سابق، ص 445 .

**4- الوصول للخدمة:** لا يتضمن هذا البعد الاتصال فحسب، و لكن كل ما من شأنه أن ييسر من الحصول على الخدمة مثل ملاءمة ساعات العمل، و توفر عدد كاف من منافذ الخدمة، و ملاءمة موقع المنظمة.<sup>1</sup>

**5- المصدقية:** و تعني مدى الالتزام بالمواعيد التي تقدمها الادارة للزبائن فيما يخص الخدمات المقدمة و تحسيناتها، مما يترتب عليه ثقة متبادلة.<sup>2</sup>

**6- الأمان:** و هي تستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان و الثقة في الخدمة المقدمة و من يقدمها، أي يتعلق بمدى المخاطرة المدركة لنتائج تلقي الخدمة من هذه المؤسسة أو مقدمها أو كلاهما. و مثال ذلك ماهي درجة الأمان المترتبة على قيام العميل باستئجار شقة أو غرفة في فندق؟<sup>3</sup>

**7- الاتصال:** أي وجود قنوات اتصال واضحة و إجراءات لنقل المعلومات من الزبائن إلى الادارة حول الاقتراحات أو الاعتراضات المقدمة لإجراء التعديلات المطلوبة، و إبلاغ الزبائن عن أساليب الاخفاق و التغيير في الخدمة للمستفيد.<sup>4</sup>

**8- درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات العميل:** و يشير هذا المعيار إلى مدى قدرة مقدم الخدمة على تحديد و تفهم احتياجات العملاء و تزويدهم بالرعاية و العناية، مثال ذلك، كم من الوقت و الجهد الذي يحتاجه مقدم الخدمة حتى يتعرف على حاجات العميل و يدركها؟ ما مدى تفهم مقدم الخدمة لمشاعر العميل و تعاطفه مع مشكلته؟<sup>5</sup>

**9- الأشياء الملموسة:** و يشير الى مظهر التسهيلات المادية المتاحة لدى المؤسسة الخدمية و المعدات ومظهر الأفراد المتعاملين مع مقدمي الخدمات و أدوات ووسائل الاتصال معهم، ففي كثير من الأحيان قد يتم تقييم الخدمة من قبل العميل بالاعتماد على الخصائص الشكلية أو الأساسية المرافقة للخدمة كالتسهيلات المادية(المعدات و الأجهزة و الأفراد... إلخ). مثال ذلك هل التكنولوجيا المستخدمة هي تقديم الخدمة حديثة؟ هل المظهر الداخلي و تصميم المحل و ديكوره يخلق جوا مريحا للعميل؟ هل المظهر الشخصي للعاملين يعكس جودة الخدمة المقدمة للعميل؟

<sup>1</sup>نايف قاسم علوان ، ، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات ، مرجع سابق، ص94

<sup>2</sup>نايف قاسم علوان المحياوي ، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات ، مرجع سابق، ص94

<sup>3</sup>هاني حامد الضمور،، تسويق الخدمات، مرجع سابق، ص 444

<sup>4</sup>نايف قاسم علوان، نايف قاسم علوان ، ، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات ، مرجع سابق، ص 94

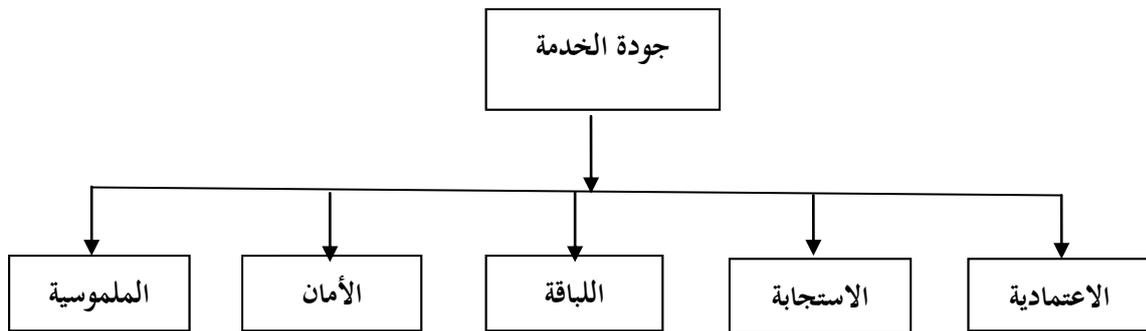
<sup>5</sup>هاني حامد الضمور،، تسويق الخدمات، مرجع سابق، ص 445

**10-اللباقة:** و تعني أن يكون مقدم الخدمة على قدر من الاحترام و الأداء، و أن يتسم بالمعاملة الودية مع الزبائن و من تم فإن هذا الجانب يشير إلى الصداقة و الاحترام و الود بين مقدم الخدمة و الزبون.<sup>1</sup>

إن هذه المعايير العشرة التي يعتمدها الزبون لتقييم جودة الخدمة ليست بالضرورة أن تكون مستقلة عن بعضها البعض بل إن بعض المعايير متداخلة مع بعضها البعض و قد تكون أحيانا مكملة لبعضها البعض.

و قد قامت الدراسات المتلاحقة بتلخيص هذه المعايير العشرة في خمسة فقط، أطلق عليها نموذج جودة الخدمة، و يشمل النواحي المادية ، الإعتمادية، الاستجابة، الأمان و اللباقة. و الشكل التالي يوضح هذه المؤشرات لجودة الخدمة.

شكل رقم 04: نموذج جودة الخدمة



المصدر: الدكتور قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، 2006، عمان، دار الشروق، ص 95.

<sup>1</sup> قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات ، مرجع سابق، ص 95

المطلب الثالث : محددات جودة الخدمة

تتفق العديد من الكتابات على أن جودة الخدمة تتحدد وفق المحددات الخمسة التالية:<sup>1</sup>

- 1- قدرة المنظمة على الوفاء بوعودها للمستفيدين فيما يتعلق بتقديم مستوى متميز من الجودة بصورة صحيحة دقيقة مما يخلق ثقة المستفيدين في المنظمة، و تعميق هذه الثقة مع تراكم وفاء المنظمة بوعودها و اعتماد المستفيدين عليها.
- 2- قوة الاستعداد و سرعة الاستجابة من أفراد الجهاز الحكومي لخدمة المستفيدين و تلبية احتياجاتهم و قضاء مصالحهم.
- 3- توفر القدر الكاف من المعرفة و الوعي لدى أفراد الجهاز الحكومي باحتياجات المستفيدين من الخدمة، ووضوح الرغبة و القدرة على الالتزام بأداب التعامل، و خلق الثقة و الطمأنينة لدى المستفيدين في الجهاز الحكومي و العاملين فيه.
- 4- توفر الإرادة و القدرة لدى أعضاء المنظمة العامة للإحساس بمشاعر و احتياجات المستفيدين من الخدمة، و برغبتهم، بما يمكنهم من تفحص شخصيتهم و من تم التعاطف معهم و رعايتهم و العناية بهم.
- 5- جودة الجوانب المادية الملموسة المرتبطة بالخدمة سواء ما يتعلق بالأدوات أو الأجهزة أو الأفراد أو السياسات أو الأنظمة.

المطلب الرابع: نماذج تقييم جودة الخدمة

إن عملية قياس جودة الخدمة تعرضت في السنوات الاخيرة إلى جدال كبير من خلال العديد من البحوث و الدراسات المتخصصة في هذا الصدد، و ذلك بغرض البحث عن النموذج المناسب للقياس من خلال الأبعاد و العناصر المعبرة عن جودة الخدمة. و فيما يلي استعراض مداخل قياس جودة الخدمات.

<sup>1</sup> الدكتور مصطفى محمود أبو بكر، مرجع سابق، ص 147.

الفرع الأول: قياس جودة الخدمات من منظور الزبائن<sup>1</sup>

من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات في إطار هذا المدخل ما يلي:

## أ- مقياس الشكاوي:

تمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات المقدمة دون المستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع إدراكهم لها و المستوى الذي يبغون الحصول عليه.

و هذا المقياس يمكن المنظمات الخدمية من اتخاذ الاجراءات المناسبة لتجنبها حدوث المشاكل و تحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات.

## ب- مقياس الرضا:

و هو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات الزبائن نحو جودة الخدمات المقدمة و خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف لمنظمات الخدمة طيبة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم و جوانب القوة و الضعف بها، و بشكل يمكن هذه المنظمات من تبني استراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن، و تحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.

## ج- مقياس الفجوة:

ينسب هذا المدخل إلى (Parasuraman et. Al ; 1985) و هو الذي يستند إلى توقعات الزبائن لمستوى الخدمة و إدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة الفعلية، و من ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات و الادراكات و ذلك باستخدام الأبعاد الخمس الممثلة لمظاهر جودة الخدمة المشار إليها سابقا.

و من هنا فإن مستوى جودة الخدمة يقاس بمدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة فعلا للزبائن و بين ما يتوقعه الزبائن بشأنها، و بالتالي فإن جودة الخدمة تعني الدراسة و التحليل و التنبؤ بتوقعات الزبائن و محاولة الارتقاء إليها بشكل مستمر.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> الدكتور قاسم نايف علوان المياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سابق، ص 97-98.

<sup>2</sup> الدكتور قاسم نايف علوان المياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سابق، ص 98.

عند التحدث عن هذا المدخل لابد من التطرق إلى مفهومين أساسيين يتقابلان لتحديد الفجوة في جودة الخدمة و هما:<sup>1</sup>

**1-توقعات الزبون:** و هي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة و القابلة للمقارنة.

**2-إدراكات الزبون:** و هي النقطة التي يدرك بها الزبون الخدمة فعليا كما قدمت له.

و كما ذكر الباحثان (Vandamme and leunis) فإن نموذج (SERVQUAL) لا يركز فقط على نتائج الخدمة، بل أيضا على عمليات تسليم الخدمة، و العلاقة التفاعلية بين مقدمي الخدمة و الزبائن.

إن تقييم الجودة حسب نموذج الفجوة يعني تحديد الفجوة بين التوقعات و الخدمة المدركة و يمكن التعبير عنها بالعلاقة التالية:

$$\text{جودة الخدمة (servqual)} = \text{التوقعات} - \text{الإدراكات}$$

و ذلك لقياس خمس فجوات هامة تتعلق بكل من منظمة الخدمة، الزبون، و الاثنين معا.<sup>2</sup>

**الفجوة رقم (1):** و تنتج عن الاختلاف بين ما يرغب الزبائن و ما تعتقده الإدارة أنه رغبة الزبائن.

**نتيجة القياس:** في حالة وجود فجوة سلبية فإن هذا يشير إلى عجز الإدارة عن معرفة و تفهم احتياجات و رغبات الزبائن من خلال توقعاتهم و العكس صحيح.

**الفجوة رقم (2):** و تنتج عن الاختلاف بين ما تعتقده الإدارة أنها رغبة الزبون و بين ما تقوم المنظمة بأدائه من الناحية الفعلية.

**نتيجة القياس:** في حالة وجود فجوة سلبية فإن هذا يعني أنه بالرغم من إدراك الإدارة لتوقعات الزبائن فإنه لم يتم ترجمة هذه التوقعات إلى مواصفات محددة فعلية في الخدمة المقدمة للزبائن بسبب قيود تتعلق بموارد الشركة أو المنظمة أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة في الخدمة، و العكس صحيح.

<sup>1</sup> تيسير العجارمة، التسويق المصرفي، دار الحامد، عمان، الأردن، 2005، ص 344.

<sup>2</sup> بشير العلاق، أحمد محمود، استخدام نموذج الفجوات لتفسير العلاقة بين جودة الخدمة المدركة و رضا الزبون، 2002.

**الفجوة رقم (3):** تظهر بسبب الاختلاف بين المواصفات المحددة للفجوة و بين مستوى الأداء الفعلي.

**نتيجة القياس:** في حالة وجود فجوة سلبية فإن هذا يعني أن هناك اختلافا بين مواصفات الخدمة المقدمة للزبائن و بين ما تدركه الادارة و ذلك بسبب تدني مستوى الأداء و المهارات الخاصة بمقدمي الخدمة أو عدم وجود الدافعية لهم لتقدم الخدمة وفقا للمواصفات المخططة و العكس صحيح.

**الفجوة رقم (4):** و تنتج عن الاختلاف بين الخدمة المؤداة و ما يتم الترويج عنه بخصوص الخدمة.

**نتيجة القياس:** في حالة وجود فجوة سلبية فإن هذا يشير إلى وجود خلل في المصادقية و الثقة في منظمة الخدمة، و العكس صحيح.

**الفجوة رقم (5):** هي نتاج واحدة أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة و تمثل الفرق بين الخدمة المدركة و الخدمة الفعلية.

**نتيجة القياس:** في حالة و جود فجوة سلبية فإن هذا يؤدي إلى عدم رضا الزبائن و المجتمع عن الخدمة المقدمة، و احتمالات التذمر و الشكوى و تكوين الانطباعات السيئة عن منظمات الخدمة.

و لقد حظيت كل من الفجوة الأولى و الخامسة باهتمام الباحثين و المهتمين بقياس جودة الخدمة، و ذلك بالتطبيق على خدمات متنوعة منها الخدمات الصحية، و الخدمة المصرفية، والنقل الجوي، و التعليم و الوجبات السريعة وخدمة الهندسية الاستشارية و على سبيل المثال الدراسة التي أجراها LAM عام 1997 في قطاع الخدمات الصحية في هونكونك و التي اوضحت اتسام هذا المقياس (SERVQUAL) بالواقعية و المصادقية كما أشارت نتائج هذه الدراسة أيضا الى ما حصل عليه المرضى من خدمات صحية لم يرق إلى مستوى إدراكهم و توقعاتهم لجودة هذه الخدمات.<sup>1</sup>

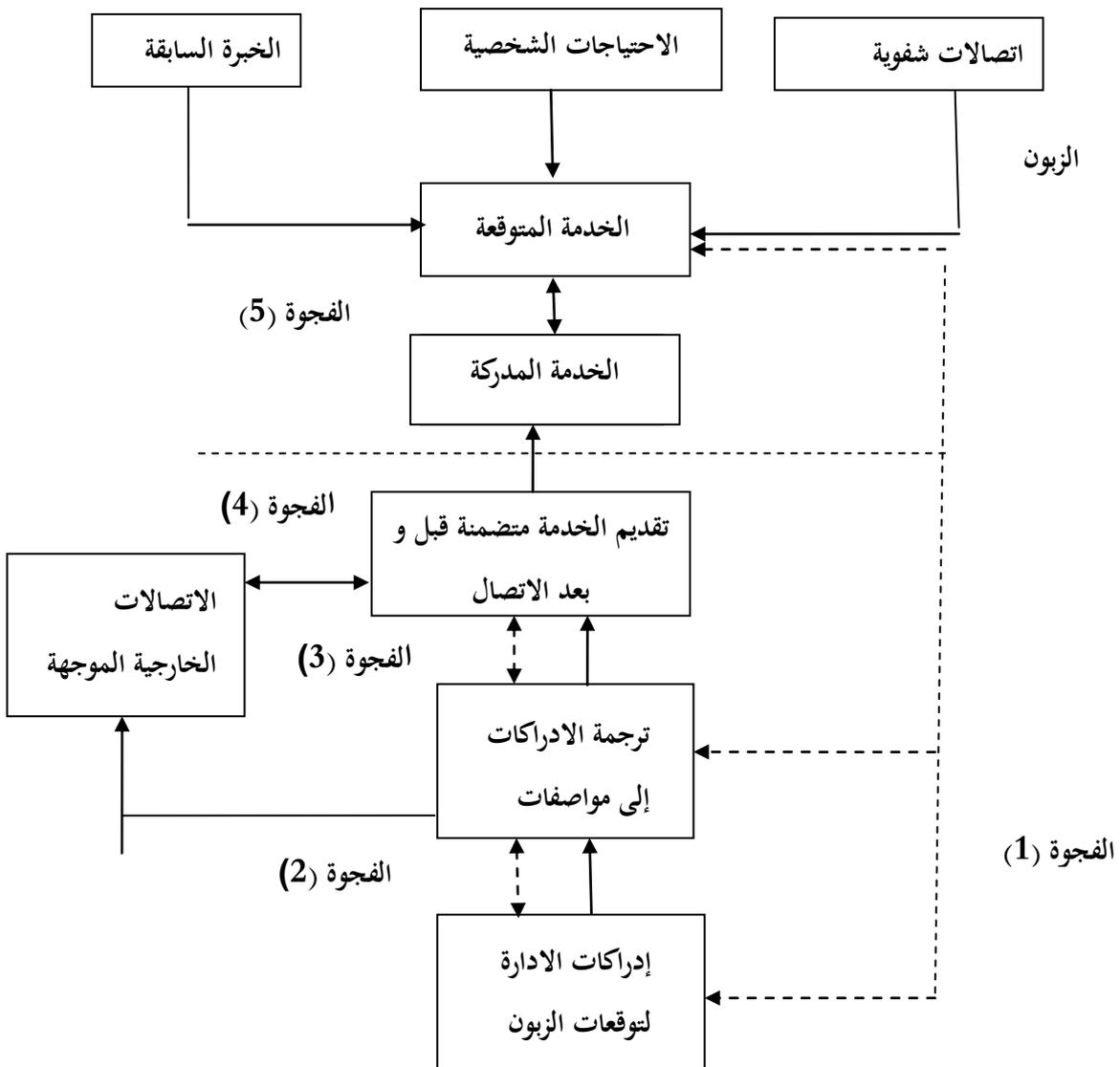
و لجودة الخدمات ووفقا لمدخل الفجوة خمس مستويات هي:<sup>2</sup>

<sup>1</sup> الدكتور قاسم نايف علوان الحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سابق، ص100.

<sup>2</sup> الدكتور قاسم نايف علوان الحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سابق، ص101.

- 1- الجودة المتوقعة من قبل الزبائن و تتمثل في الجودة التي يرى الزبائن وجوب وجودها.
- 2- الجودة من قبل إدارة المنظمة الخدمية و تراها مناسبة.
- 3- الجودة القياسية المحددة بالوصفات النوعية للخدمة.
- 4- الجودة الفعلية التي تؤدي بها الخدمة.
- 5- الجودة المروجة للزبائن.

شكل رقم 05 : نموذج مفاهيمي لجودة الخدمة (نموذج تحليل الفجوات)



المصدر: الدكتور نايف قاسم علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر و التوزيع، ص 101.

د-مقياس الأداء الفعلي:

استمرارا للجهود المبذولة عالميا للتوصل إلى نموذج علمي و عملي لقياس جودة الخدمة و يتمتع بدرجة عالية من الثقة و المصداقية و امكانية التطبيق، فقد توصل كل من Gronin and Taylor إلى هذا المقياس الذي يركز على الأداء الفعلي للخدمة المقدمة باعتبار أن جودة هذه الخدمة يمكن الحكم عليها مباشرة من خلال اتجاهات الزبائن، و أنه يمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التالية:

$$\text{جودة الخدمة} = \text{الأداء الفعلي}$$

ولم يختلف هذا الأسلوب عن سابقه في الأبعاد المستخدمة فقياس مظاهر جودة الخدمة الخاصة بالجوانب الملموسة و الاعتمادية و الاستجابة و الأمان و اللباقة و كما يرى أصحاب هذا المقياس فإنه يتميز عن سابقه بالبساطة و سهولة الاستخدام و كذلك بزيادة درجة مصداقيته وواقعيته الا أنه يعجز عن مساعدة الإدارة على الكشف عن مجالات القوة و الضعف في الخدمة المقدمة و التي تتعلق بجوانب متعددة، و ليست فقط إدراكات الزبون من الخدمة<sup>1</sup>.

ه-مقياس القيمة:

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها منظمة الخدمة للزبائن تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانبي الزبون و التكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة و السعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للزبائن و كلما زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات، و العكس صحيح و بالتالي فإنه من واجب منظمة الخدمة اتحاد الخطوات الكفيلة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول على الخدمة، و لا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع منظمات الخدمة إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للزبائن بأقل تكلفة ممكنة.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> الدكتور قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سابق، ص 104.

<sup>2</sup> الدكتور قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سابق، ص 105.

الفرع الثاني : قياس الجودة المهنية:

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

1- قياس الجودة بدلالة المدخلات:<sup>1</sup>

يستند أصحاب هذا المدخل إلى فكرة مفادها إمكان اعتبار المدخلات أو الموارد جوهر الخدمة و جودتها، فإذا ما توفر للمنظمة البناء المناسب بتجهيزاته و معداته و العاملون الأكفاء و القوانين و اللوائح المحكمة و الأدوات و النظم المساعدة الكافية، فضلا عن الأهداف المحددة الواضحة و الزبون المستفيد لتلقي الخدمة، و إذا توفر للخدمة كل هذا، كانت الخدمة مميزة دون شك.

و يعتقد البعض أن تزايد معدل التكلفة لكل زبون يكفل جودة المدخلات ، التي تكفل بدورها جودة الخدمة ككل، و من هنا يقيسون الجودة بدلالة تكلفة المدخلات.

و رغم أهمية عناصر المدخلات في جودة الخدمة، إلا أنها لا تعد كافية في حد ذاتها لضمان الجودة، فهناك عوامل أخرى مكتملة، من أهمها تناول المدخلات و التفاعلات فيما بينها و ما يربط بذلك من عمليات تحدد جدوى هذه المدخلات، مثل نظام إجراءات و أساليب العمل، و تنظيمات العاملين، نظام السجلات و المعلومات و غير ذلك، فالعبرة في الخدمة ليست مجرد توافر مدخلات أو الموارد الجيدة و إنما في كيفية استغلالها عمليا في أحسن صورة ممكنة.

و بالرغم من منطوقية هذا المدخل، و الترحيب به من قبل العديد من الباحثين في دعم الجهود المبذولة للتوصل الى نموذج مناسب لقياس جودة الخدمة، فإن عدم انتشاره يرجع إلى ما يلي:

-الاختلاف حول الأبعاد و العناصر الخاصة بجودة الخدمة

-عدم القدرة على التوصل إلى مقياس كمي لاستخدامه لقياس الأبعاد و العناصر الخاصة بجودة الخدمة

-التركيز على الجانب النظري مع افتقار التطبيق العملي لأفكار هذا المدخل.

<sup>1</sup> يسري السيد يوسف، مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية، مجلة البحوث التجارية، مجلد 24، العدد 01، القاهرة، مصر، 2002، ص 410.

2- قياس الجودة بدلالة العمليات:<sup>1</sup>

و يركز هذا المقياس على جودة العمليات أو المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة، و إن كان أصحاب هذا المدخل لم يغفلوا كلية المدخلات خاصة عند تتبعهم لعلاقات السبب و التأثير.

و ينطوي هذا المدخل على مجموعة من المؤشرات أو المعايير التي توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة و التي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر لكي يتم تصنيف هذه الخدمات كخدمات جيدة.

و بالرغم من توافر بعض الجوانب المنطقية في هذا المدخل إلا أنه لا يعتبر دقيقا و ذا أهمية في التصميم و القياس و التقييم لجودة الخدمة لأنه يركز بصفة أساسية على عمليات الخدمة بدلا من التركيز على الأبعاد الكمية لهذه الخدمة و التي يمكن قياسها

3- قياس الجودة بدلالة المخرجات:<sup>2</sup>

و هو من المقاييس الذي يتعلق بالنتائج النهائية، حيث ينظر للنتائج على أنها الإنجاز أو عدم الإنجاز للنتائج النهائية من الخدمة التي يسعى إليها الزبون، و يتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة الطرق التالية:

- القياس المقارن: و في هذه الطريقة يتم اجراء مقارنات كمية بين المستهدف و الأداء الفعلي بغرض اكتشاف جوانب الضعف و محاولة تلافيها مستقبلا.
- استقصاء رضا الزبون بخصوص الخدمات المقدمة
- استقصاء العاملين في منظمة الخدمة للوقوف على كافة المشاكل و المعوقات التي حالت دون تحقيق الأداء المنشود.

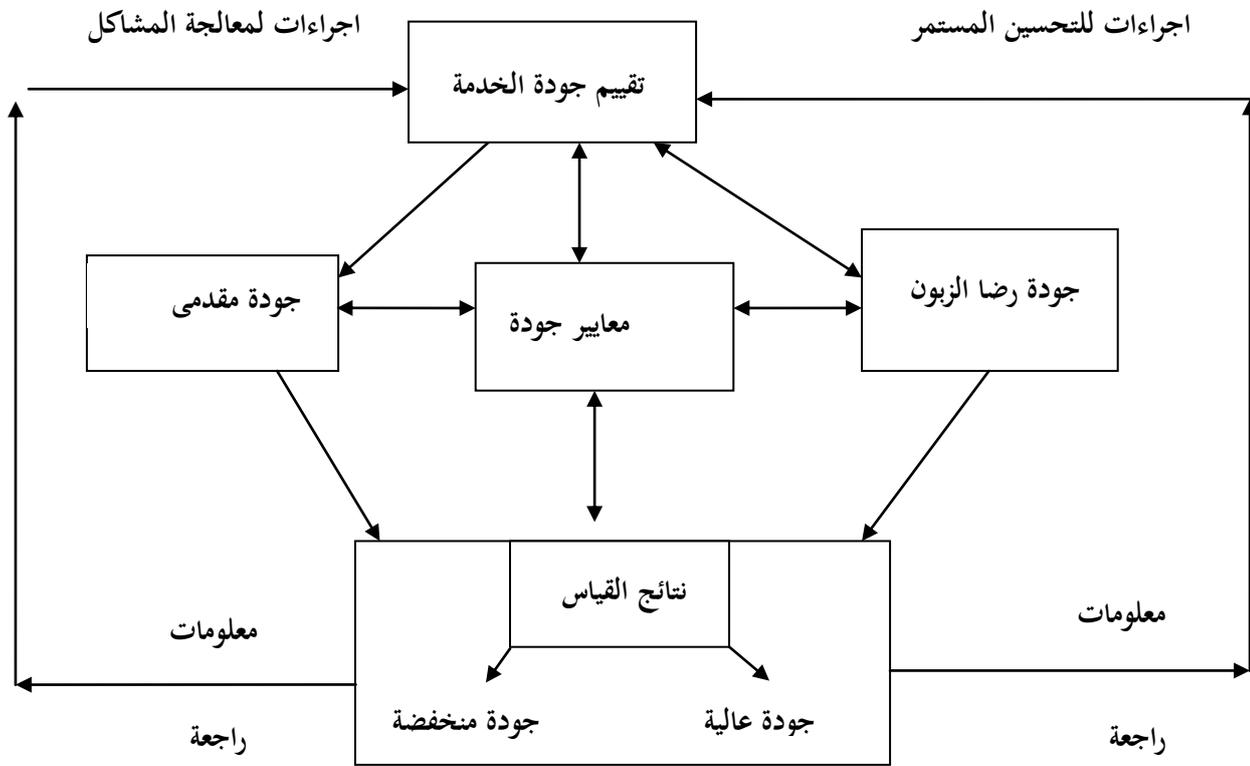
<sup>1</sup> محمد عبد القادر، قياس جودة التعليم الجامعي: محاولة اجتهادية، المؤتمر التربوي الخامس لجودة التعليم الجامعي، جامعة البحرين، البحرين، 2005، ص 634.

<sup>2</sup> الدكتور قاسم نايف علوان الحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سابق، ص 107.

الفرع الثالث: قياس الجودة من المنظور الشامل:

رغم ما أسهمت به كل المداخل السابقة من تقدم في قياس الجودة و تقويمها، إلا أنها جميعا يغلب عليها الطابع الجزئي، و قد أدت هذه المداخل و المقاييس الجزئية إلى إبراز ضرورة المعالجة الشاملة في قياس جودة الخدمة و تقويمها و الشكل التالي يوضح نموذجا شاملا لقياس جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون، ونظر مقدم مقدم الخدمة(المنظمة).<sup>1</sup>

الشكل رقم 06 : النموذج الشامل لتقييم جودة الخدمة.



المصدر: الدكتور قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، ص 108.

<sup>1</sup> الدكتور قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، مرجع سابق، ص 107-108.

## خلاصة الفصل:

تعد الخدمات التي تقدمها الأجهزة الحكومية الخدمية من أهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع ، و ذلك إيماناً منها بأن الحرص على تحسين جودة الخدمات العمومية له فوائده على جميع شرائح المجتمع، حيث تعمل معظم الحكومات على تقييم أداء أجهزتها الخدمية و ذلك بالاعتماد على مختلف معايير تقييم جودة الخدمة للتأكد من أن الخدمات المقدمة قد وصلت فعليا إلى محتاجيها، إضافة إلى حاجة الحكومات لمعرفة إذا كانت سياساتهم حيال أداء هذه الخدمات فعالة و يتم تطبيقها و تعميمها على كافة المنظمات الحكومية الأخرى.

حيث تناولنا في هذا الفصل مدخل إلى جودة الخدمة العمومية، و الذي ادرجنا في طياته مختلف المفاهيم المتعلقة بالخدمة العمومية و الجودة. فجودة الخدمة تعبر عن مدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة و توقعات المستهلكين، و التي يتم تقييمها بالاعتماد على مجموعة من المعايير ( الاعتمادية، الأمان، الملموسية، الاستجابة ، التعاطف)، و قد قدمنا عدة نماذج لتقييم جودة الخدمة، فهناك من اعتبر أن التقييم يكون من وجهة نظر المستهلك، بينما اعتبر اخرون أن تقييم جودة الخدمة يكون بناءً على امكانيات المؤسسة الخدمية، في حين قدم نموذج شامل يجمع بين سابقيه.

## تمهيد:

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

وتقوم المؤسسات الصحية بتقديم خدماتها للمرضى اللذين ينشدون العافية والأصحاء اللذين يلبون الوقاية، وقد شهدت في السنوات الأخيرة إقبالاً واسعاً في أعداد المترددين عليها، مع المطالبة بالاستجابة السريعة لمتطلباتهم و احتياجاتهم ، كل ذلك حتم القائمين على إدارتها إيجاد الوسائل والسبل لمقابلة هذه المتطلبات والاستجابة لها من خلال تحسين جودة خدماتها.<sup>1</sup>

في هذا الفصل سنحاول تحديد إطار مفاهيمي للمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها مع التّطرق إلى مفاهيم نظرية حول الجودة ، حيث تمّ تقسيمه إلى ثلاث مباحث، وهي كالتّالي :

<sup>1</sup> نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، 2011، ص2.

### المبحث الأول : عموميات حول المؤسسات الصحية.

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

### المطلب الأول : التطور التاريخي للمؤسسات الصحية.

إن المؤسسات الصحية لم تصل إلى هذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، بدءاً من الحضارات القديمة وحتى الوصول إلى العصر الحديث.

وبالتالي يمكن التمييز بين ثلاثة مراحل أساسية لتطور المؤسسة الصحية، تتمثل فيما يلي<sup>1</sup>:

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

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

#### 1- المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة :

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

<sup>1</sup> أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات. رؤية معاصرة. مصر : المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2006، ص14

تميزت المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة بعدد من الخصائص، لعل من أهمها ما يلي<sup>1</sup>:

استخدام المؤسسة الصحية كمكان لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز على صحة الفرد الشخصية من حيث الاهتمام بتغذيته ونظافته:

- استخدام المؤسسة كمركز للتدريب.
- دراسة تأثير العوامل البيئية المختلفة على المرضى.
- الاهتمام بنظافة بيئة المؤسسة الداخلية.

## 2- المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي :

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

من أبرز الخصائص التي تميزت بها المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي، ما يلي<sup>2</sup>:

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

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2007، ص18.

<sup>2</sup> عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانية، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات : المفاهيم والتطبيقات، مصر : منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص5.

## 3- المؤسسة الصحية في العصر الحديث :

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

أما في وقتنا الحاضر، فقد اتخذت المؤسسة الصحية بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متعددة، وأصبح ينظر إليها على أنها نظام مفتوح لاعتمادها على أفراد المجتمع وتأثرها بالبيئة. وقد تم وصفها بأنها نظام الإنسان الاجتماعي، وذلك لان الإنسان هو أساس النظام ولا يعمل إلا بوجوده، وهو صانع الخدمة وفي نفس الوقت المنتفع بها.<sup>1</sup>

أهم ما يميز المؤسسات الصحية في العصر الحديث، ما يلي<sup>2</sup>:

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

## المطلب الثاني : مفهوم المؤسسة الصحية.

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

اهتمت العديد من البحوث والدراسات العلمية المتخصصة في المجال الصحي بتحديد مفهوم المؤسسة الصحية، وتباين هذا المفهوم بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها المؤسسة الصحية، كل حسب نظرتة وحسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، حيث تعرف لدى<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق، ص 21 .

<sup>2</sup> أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص 20 .

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

كما عرفت المؤسسة الصحية، بأنها "كل مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات والمراكز التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة والصيانة الطبية"<sup>2</sup>.

أما منظمة الصحة العالمية (OMS) فقد عرفت من المنظور الوظيفي : "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي و الصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية"<sup>3</sup>.

واستخدمت بعض الدراسات والبحوث مدخل النظم في تعريف المؤسسة الصحية، فقد عرفت بها بأنها "نظام كلي مركب من مجموعة من النظم الفرعية والتي تتميز كل منها بطبيعة مميزة وخصائص خاصة، والتي تتفاعل معها بغية تحقيق مجموعة من الأهداف الصحية المرجوة"<sup>4</sup>.

فهي بذلك عبارة عن "تركيب اجتماعي إنساني يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة، يشمل مدخلات ومخرجات، ويتكون من ثلاثة عناصر أساسية : أفراد وجماعات تحتاج لخدمات صحية، أفراد أو مهنيين متخصصون بميادين صحية متنوعة ومنظمات اجتماعية إنسانية تنظم أسلوب تقديم الخدمة

<sup>1</sup> تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 21-22.

<sup>2</sup> عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية، الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض ، وزارة الصحة، 2005، ص 62.

<sup>3</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص 27.

<sup>4</sup> أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص 24.

الصحية وأسلوب التمويل والشراء للخدمات وتقنين وتشريع الخدمات والتخطيط والتنسيق ورسم الأهداف والسعي المتواصل لتحسين الخدمات ومراقبة ذلك".<sup>1</sup>

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

- النظر للمؤسسات الصحية على أنها مؤسسات اجتماعية عليها أن تحقق العدل الاجتماعي، هذه الخاصية فرضت عليها وضعية متناقضة، فهي من جهة مضطرة إلى الحفاظ على بقائها ونموها بكل ما يتضمنه ذلك من خصائص التعامل الاقتصادي، ومن جهة أخرى يتوجب عليها ضمان البعد الأخلاقي للإنتاج العلاجي، لكون الصحة حق أساسي يقتضي توفير الخدمات الصحية الضرورية وإتاحتها للجميع .

وجود نوعين من العاملين مهني الصحة والمسيرين، فعلى المؤسسة الصحية مسؤولية إدارة الخدمات العلاجية ومسؤولية إدارة الموارد، والتحدي الحقيقي يكمن في القدرة على ضمان تسيير جيد للموارد بالمحافظة على الاستقلالية اللازمة للمهنيين حتى يؤديوا مهامهم.

### المطلب الثالث : خصائص المؤسسة الصحية والأهداف الأساسية لها.

تعددت الخصائص التي تميز المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات كما توجد عدة أهداف أساسية لهذه المؤسسة، ومن خلال هذا المطلب سيتم التعرف على هاته الخصائص والأهداف.

#### الفرع الأول: خصائص المؤسسة الصحية.

هناك عدة خصائص تميز نشاط المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات الأخرى، منها:<sup>2</sup>

#### 1- تعدد أسعار الخدمة الواحدة :

ففي الوقت الذي قد تقدم فيه خدمة معينة مجاناً لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة قد تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تقدم بمقابل يساوي كلفة الخدمة أو بمقابل يزيد عنها لفئة مختلفة، كما قد تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل فقد تحصل قيمتها نقداً أو بالأجل، أو وفقاً لتعاقدات بين المؤسسة الصحية وجهات عمل معينة.

<sup>1</sup>A.Belghiti Alaoui. **Principes Généraux de Planification à l'Hôpital**. Rabat : Sans Edition.2005.P.17.

<sup>2</sup> حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية -دراسة حالة مصحة الرازي للطب و الجراحة بسكرة- مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2006-2007، ص 21.

## 2- وجود خطوط للسلطة :

الأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية ممثلاً بالجهاز الإداري، أما الثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ، أما النوع الآخر من السلطة هو السلطة النقايبية التي لها ثقل تمثيلي مما يسمح أن يكون لها موقع تفاوضي قوي.

## 3- تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة

بالأهداف :

وذلك لأن متطلبات العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل.

## 4- تتعامل المؤسسات الصحية في صراع مع مشكلة الحياة والموت :

وهذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة، كما أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص وقليل ما يتحمل الخطأ.

## 5- اعتماد نشاط المؤسسات الصحية أساسا على كفاءة ومهارة العنصر البشري:

حيث تبرز أهمية كفاءة ومهارة العنصر البشري في تمييز نشاط مؤسسة عن أخرى من خلال المعاملة الحسنة، الاستقبال الجيد والكفاءة العلاجية والتمريضية.

## 6- اعتبار المؤسسات الصحية بمثابة نظام لا يمكن مكنة نشاطاته أو توحيدها:

وهذا عائد لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية.

الفرع الثاني : الأهداف الأساسية للمؤسسات الصحية.

هناك عدة أهداف عامة يمكن أن تعدد القاسم المشترك بين مختلف المؤسسات الصحية، ومن

بينها الأهداف التالية:

## 1- الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى :

وذلك يكون بالتقييم المستمر للبرامج الراهنة وتطويرها، وقد اقترح هنريك بلوم ( Henrick

Blwm) أهداف تفصيلية لهذا الهدف هي:

- السعي المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر.
- خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض.
- خفض مستوى القلق الناجم عن المرض.
- خفض مستوى الإعاقة ولا سيما حالات العجز.
- تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوافر لها لقاحات.
- تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع.

- تأمين الكفاءات البشرية بالأعداد والنوعيات المناسبة التي تحتاج إليها برامج خدمات الرعاية الصحية بصفة دائمة، والاستغلال الأمثل لهذه الكفاءات ودعم البرامج التعليمية والتدريبية التي تعمل على تنمية قدرات هذه الكفاءات.
- تطوير نظام المعلومات الصحية بما يتيح توفير المعلومات عن الأوضاع والجهود الصحية وفي الوقت المناسب.
- تشجيع القطاع الخاص على المشاركة في تشغيل المرافق الصحية الحكومية وعلى وضع المشروعات الصحية، بما يؤدي إلى تحقيق التنمية الصحية الوطنية.
- تأمين الموارد المالية اللازمة لتغطية نفقات إنشاء المرافق الجديدة وتجهيزها وصيانة القوائم منها، والموارد المطلوبة لأنشطة التشغيل السليم لشبكة خدمات الرعاية الصحية.
- تحقيق التكامل والتنسيق بين الخدمات المعنية ببرامج الرعاية الصحية وخدماتها على المستوى الوطني.
- وضع الضوابط وإعداد المعايير وتحديد الإجراءات التي تكفل الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية.
- تشجيع البحوث و الدراسات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الرئيسية التي تواجه المؤسسات الصحية<sup>1</sup>.
- **التعليم و التدريب :**  
حيث يتم تدريب العاملين في التخصصات المختلفة لاكتساب العاملين مهارات جديدة وهذا يتم بأسلوب نقل الخبرات من شخص لآخر وذلك ينطبق على معظم أنشطة الطب والتمريض، المعامل والورش، المغاسل وكافة الأعمال الإدارية.
- **إجراء البحوث :**  
كالقيام بالبحوث الطبية مثل البحوث الإكلينيكية في المعامل و بحوث التسجيل الطبي، والبحوث الإدارية مثل البحوث المالية والخاصة بالعاملين، والبحوث السلوكية والعديد من البحوث الأخرى.
- **وقاية المجتمع من الأمراض :**  
يعتبر هذا الهدف من بين أهم أهداف المؤسسات الصحية، وذلك لأن الوقاية أقل تكلفة من العلاج.

<sup>1</sup> طلال بن عايد الأحمدى، مرجع سابق، ص ص 20-21.

- الربحية :

يعتبر الهدف الثاني بعد تقديم الرعاية الصحية وخاصة في المستشفيات الخاصة، وان كان تحقيق الربح من خلال الإنسانية وعلاج المرضى وإنقاذ المصابين يبدو غريب إلا أن هناك مجموعة من المستشفيات في الأساس هي شركات ومشروعات فردية تسعى لتحقيق الربح وذلك من أجل البقاء والاستمرارية والتوسع، كما نجد أيضا أن المستشفيات العامة قد تسعى للربح من خلال تخصيص بعض الأقسام للعلاج بأجر وتقديم بعض الخدمات التشخيصية بأجر رمزي وذلك من أجل زيادة دخلها وتدعيم القدرة المالية<sup>1</sup>.

المطلب الرابع : أنواع ووظائف المؤسسات الصحية.

سنتناول أنواع ووظائف المؤسسات الصحية، كما يلي :

الفرع الأول : أنواع المؤسسات الصحية.

يمكن تمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية<sup>2</sup> :

- المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية، على سبيل المثال : المستشفيات، العيادات ومراكز العلاج.
- المؤسسات غير المنتجة للخدمة الصحية، تتمثل في وزارة الصحة وكل الهيآت الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية.

كما تعددت تصنيفات المؤسسات المنتجة للخدمات الصحية، نظرا لتعدد التعريفات التي تناولتها من جهة، وتعدد الأنشطة التي تقوم بها من جهة أخرى. يمكن تقسيمها حسب المعايير التالية<sup>3</sup> :

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

المعيار :

<sup>1</sup> محمد ربحان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث (الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات : تقنيات نظم المعلومات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2004، ص ص 35-36.

<sup>2</sup> A.Belghiti Alaoui, Op.Cit, P.11.

<sup>3</sup> راجع :

- أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص ص 31-40.  
- سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص ص 35-41.

أ- المؤسسات الحكومية : تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية، ولا تهدف إلى تحقيق الربح. تأخذ عدة أشكال, أهمها :

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

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

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

- مؤسسات صحية استثمارية : يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات التي تقدمها. تأخذ شكل شركات المساهمة أو ذات المسؤولية المحدودة ، وتكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة.
- 2- التصنيف حسب الموقع والسعة السريرية : تنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع :
  - مؤسسات مركزية : التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة تقع في ضواحي المدن ، وتتراوح سعتها السريرية ما بين 100 و 500 سرير.
  - مؤسسات المناطق الإقليمية : والتي تقوم بتقديم خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى في منطقة ما، هذا وتتوقف سعتها السريرية على الاحتياجات الصحية للأفراد.
  - مؤسسات محلية صغيرة : التي تقدم خدماتها لتجمعات سكنية صغيرة، ولا تزيد سعتها السريرية عن 100 سرير.
- 3- التصنيف حسب معيار جودة الخدمة الصحية المقدمة : تنقسم المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى :
  - المؤسسات المعتمدة : هي تلك التي تعترف بها بعض الهيئات العلمية التخصصية ، حيث تمثل للشروط والضوابط التي تكفل قيامها بأداء خدماتها الصحية بمستوى أفضل، مثل مستشفى الملك فيصل التخصصي في المملكة العربية السعودية.
  - المؤسسات غير المعتمدة : هي تلك التي لا تتمثل لأي شروط أو ضوابط من قبل الهيئات المتخصصة.
- 4- التصنيف حسب معيار التخصص : تصنف المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى :
  - مؤسسات عامة : تجمع بين أكثر من تخصص وقسم، وتخدم مناطق واسعة من السكان.
  - مؤسسات متخصصة : تخصص في علاج نوع واحد من الأمراض، مثل مستشفى الأمراض الصدرية.

وهناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية، نذكر منها <sup>1</sup> :

  - الربحية : مؤسسات تسعى إلى تحقيق الربح ومؤسسات لا تسعى إلى تحقيق الربح.
  - مدة إقامة المريض : مؤسسات ذات إقامة قصيرة ومؤسسات ذات إقامة طويلة.

<sup>1</sup> تامر ياسر البكري ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق، ص ص. 29-31.

- **الجنس** : مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب جنس المريض مثل مستشفى أمراض النساء والتوليد.

- **العمر** : مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب عمر المريض مثل مستشفى الأطفال.

### الفرع الثاني: وظائف المؤسسات الصحية .

إن الوظائف التي تمارسها المؤسسات الصحية تختلف باختلاف أنواع هذه المؤسسات، وفي ما يلي عرض لأهم هذه الوظائف<sup>1</sup> :

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

- **الخدمات الفندقية** : هي الخدمات التي تهتم بإقامة المرضى، وفي نفس الوقت تمثل مكان تواجد العنصر المعالج (تشخيصات طبية، خدمات شبه طبية)، والعنصر غير الطبي (صيانة، إ طعام)، وكذا مكان تواجد أهالي المرضى وذويهم.

- **الخدمات التقنية** : هي الوظيفة التي تجمع الوسائل التكنولوجية الثقيلة الخاصة بخدمات التشخيص والعلاج (مخابر التحاليل، أقسام الأشعة)، وتتم ممارسة مهام هذه الوظيفة استنادا إلى توصيات الأطباء.

- **الخدمات اللوجستية** : تتعلق بكل المهام التي تدعم النشاط الرئيسي، مثل إقامة المرضى وخدمات الإطعام، ويمكن أن تنجز هذه الوظيفة من قبل قسم داخلي تابع للمؤسسة أو جهات خارجية خاصة.

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

2- **التعليم والتدريب** : يفرض التطور في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطور مهارات وخبرات كافة العاملين والمتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية من خلال التعليم والتدريب المستمر، وهذا ما تمثله المؤسسات الصحية خاصة الجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات

<sup>1</sup> عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سابق، ص 8-10.

<sup>2</sup> Farida Djellal et al. **L'Hôpital Innovateur** : de L'Innovation Médicale à L'Innovation de Service, Paris : Masson, 2004, P.48.

ومراكز تدريب للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين، وتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها ، وتزويد الهيئات الطبية والمعالجة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى . ومنه تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها، بالإضافة إلى نقل التجارب من ذوي الخبرة إلى الجدد منهم وتبادل المعلومات معهم.

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

4- **وقاية المجتمع من الأمراض** : تمثل هذه الوظيفة في وقاية أفراد المجتمع من خلال توفير الصحة للجميع وتشجيعهم على تفهم أهم المشكلات الصحية سعياً وراء القضاء عليها. ويتطلب الأمر ضرورة قيام المؤسسات الصحية بدور فعال في مجال التوعية الصحية، من خلال <sup>1</sup> :

- تنظيم الندوات للمرضى وذويهم لتوعيتهم بالأسباب المؤدية إلى هذا المرض وطرق المحافظة على الصحة.

- إذاعة برامج للتوعية الصحية عن طريق الراديو والتلفزيون .
- إصدار نشرات إرشادية تساعد على تفهم أفراد المجتمع لسبل تحقيق الوقاية من الأمراض المختلفة.

مما سبق، نجد أنه رغم تعدد تصنيفات المؤسسات الصحية واختلاف الأنشطة التي تمارسها، إلا أن تقديم خدمات صحية هو الأساس الذي وجدت من أجله، حيث سنتطرق إليها في المبحث التالي.

<sup>1</sup> أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص47.

## المبحث الثاني : ماهية الخدمات الصحية

تعد الصحة حجر الزاوية لبناء المجتمعات, فهي من بين أهم مجالات التنمية التي تسعى من خلالها الدول إلى تحقيق التقدم والرقي في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الاقتصادي, لذلك فهي تولى أهمية كبرى بالمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها.

وستتطرق في هذا المبحث إلى مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية وخصائصها, ثم نتعرض إلى مستوياتها وأنواعها.

## المطلب الأول : مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية.

لقد تطرقنا في الفصل الأول إلى بعض المفاهيم المتعلقة بالخدمات و سنقوم في هذا الفصل بعرض بعض المفاهيم ذات الصلة بالصحة.

## الفرع الأول : مفاهيم أساسية حول الصحة.

## 1- مفهوم الصحة :

بالرغم من أنه يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية، إلا أن الصحة ليست كذلك، فلا يمكن الاتجار بالصحة ، ويصعب تعريف الصحة بل أن قياسها أصعب إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها.<sup>1</sup> ولقد كان ينظر للصحة على أنها : "علاج للمرضى, فإذا ما توسع مفهومها لا يتجاوز أن تكون وقاية من الأمراض."<sup>2</sup>

يعد هذا المفهوم ضيقا لمصطلح الصحة، بحيث اقتصر على اعتبارها أنها علاج المرضى و الوقاية من الأمراض، شأنه شأن التعريف الذي قدمه مجموعة من الأطباء والعاملين في قطاع الصحة الذي اعتبر ان الخدمة الصحية تعني : "غياب المرض الظاهر وخلق الفرد من العجز والعلل".<sup>3</sup> فحسب هذا التعريف يعتبر الفرد صحيحا إذا ما خلا من العلة وبرأ من المرض الظاهر فقط، وهذا ما جعل البعض يعتبر هذا المفهوم ناقصا كونه جعل للصحة دورا سلبيا مجرد أنها علاج للمرض, كما أن هناك من اعتبر الصحة تشخيص وعلاج المجتمع.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> مجدادة نجاة ، مرجع سابق، ص22.

<sup>2</sup> عصماني سفيان ، دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها(المرضى)، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير، تخصص علوم التسيير، فرع التسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2005-2006، ص23.

<sup>3</sup> عصماني سفيان، مرجع سابق، ص 24.

هذا الاختلاف في التعاريف جعل منظمة الصحة العالمية تعطي مفهوما أشمل عن الصحة واعتبرتها أنها: " حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا و اجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض والعجز".<sup>2</sup>

فحسب هذا التعريف تعد الصحة أشمل من أن تكون معالجة المرض، فهي تمتد لتشمل صحة الجسم، وصحة العقل أو ما يسمى بالصحة النفسية. والتي تعني "العلاج الوقائي للاضطرابات العقلية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الفرد".<sup>3</sup> وصحة المجتمع والبيئة وهي حالة توفر الموطن البيئي السليم والمستقر للكائنات الحية، وعلى رأسها الإنسان بحيث يستطيع أن يعيش حياته بشكل سليم ويحافظ على بيئة سليمة<sup>4</sup>، إذ لا بد من أن ينظر إلى الصحة من مجال أبعد من أن تكون مجرد رعاية طبيب مريض، كما لا يجب أن تكون المجتمعات صحية عياديا فقط، ولكن يجب أن تشعر بالصحة جسميا واجتماعيا.<sup>5</sup>

والصحة الجيدة مفهوم أوسع من مجرد غياب المرض أو عدم التوازن، تنتج من أكثر من مجرد الخدمة الصحية الفعالة والكفوءة.<sup>6</sup>

وقد اعتبرت منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة، أنها العنصر الأساسي لمعافاة الفرد والتنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة.<sup>7</sup>

## 2- الصحة العامة :

تتكون من كلمتين إحداهما هدف عام وهو الصحة، وثانيهما أفراد المجتمع، وهذا يؤكد على ضرورة تحقيق أعلى مستوى صحي لهم، فالصحة العامة تحتوي على الصحة الشخصية وصحة البيئة، والصحة الاجتماعية ومكافحة الأمراض المعدية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر للأمراض، مع تعليم أفراد المجتمع وتثقيفهم على كيفية تطوير الحياة الصحية، وذلك بمجهودات منظمة في المجتمع، من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة<sup>8</sup>، وهناك من يرى أن الصحة العامة هي الخدمات الصحية التي تمول من طرف القطاع العام.<sup>9</sup>

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح والآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005، ص13.

<sup>2</sup> الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية : [www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/ar](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ar) /,05/04/2012

<sup>3</sup> صالح حسن الدهراوي، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل، الأردن، 2005، ص13.

<sup>4</sup> صالح حسن الدهراوي، مرجع سابق، ص 129.

<sup>5</sup> نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار حامد، الأردن، 2009، ص233.

<sup>6</sup> طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة المدينة، مصر، 2000، ص18.

<sup>7</sup> الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية : [www.who.int/whr/2010/AR/index.html](http://www.who.int/whr/2010/AR/index.html),05/04/2012 .

<sup>8</sup> أحمد محمد بدح وآخرون، مرجع سابق، ص 13.

<sup>9</sup> عصماني سفيان، مرجع سابق، ص 24 .

تتفرع الصحة العامة إلى :<sup>1</sup>

- **الصحة الوقائية** : وتهدف إلى منع حدوث الأمراض، والحد من انتشارها.
  - **الصحة العلاجية** : وتهدف إلى علاج المرضى و إخراجهم من الحالة المرضية التي يشكون منها إلى الحالة الطبيعية، عن طريق التشخيص وتقرير العلاج المناسب للحالة، وصولاً إلى الهدف الأسمى وهو تخفيف الآلام و إنهاء الأعراض المرضية.
  - **الصحة المهنية** : متعلقة بصحة العاملين في المهن المختلفة.
- وعند الحديث عن الصحة ، لا بد من التطرق لمفهومى الطب والمرض، فالطب هو تشخيص وعلاج الفرد، أما المرض فهو حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسمياً أو عقلياً أو اجتماعياً أو نفسياً، مما يؤثر عليه وعلى شخصيته.<sup>2</sup>
- من خلال ما سبق نجد أن الصحة هي القوة والسلامة الجسمية والعقلية، النفسية للفرد والسلامة الاجتماعية المتمثلة في السكن، التعليم، الغذاء، مستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة... الخ، والمرض هو الإنقاص من حالة السلامة الصحية للفرد، التي ترجع أسبابها للعناصر السابقة.

### 3- مستويات الصحة :

- الصحة حالة نسبية، فكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفي مدرج قياس الصحة، فالطرف الأول هو الصحة المثالية، والطرف الآخر هو انعدام الصحة، وهناك درجات متفاوتة من الصحة بين الطرفين، وعلى ذلك تكون مستويات الصحة كما يلي<sup>3</sup> :
- أولاً - الصحة المثالية** : وهي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية أي الحالة التي يكون فيها الفرد خالياً من أية أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية، و هو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية و الاجتماعية تسعى لتحقيقه و إن كان صعب المنال.
- ثانياً - الصحة الايجابية** : وهي حالة يستطيع الفرد فيها مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أية أعراض مرضية
- ثالثاً - السلامة المتوسطة** : لا يظهر المرض فيها بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثن المرض.

<sup>1</sup> أحمد محمد بدح والآخرين، مرجع سابق، ص ص 18-19.

<sup>2</sup> عصماني سفيان، مرجع سابق، ص 26.

<sup>3</sup> عصماني سفيان، مرجع سابق، ص ص 27-28.

رابعا - المرض غير الظاهر : هي هذه الحالة لا يشكو الفرد أعراض أي أن هناك قصورا صحيا غير ظاهر ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرضا غير ظاهر سطحيا .

خامسا - المرض الظاهر : في هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تنم عن إصابته بمرض معين.

سادسا : مستوى الاحتضار : وهو المستوى الذي يفقد فيه الإنسان جميع قواه وكل قدرته على أداء الوظائف الحيوية وتسوء حالته من وقت لآخر وبالتالي يصعب استعادة حالته الصحية.

#### 4- الرعاية الصحية والرعاية الطبية :

##### ❖ الرعاية الصحية :

هي الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة وسليمة علميا ومقبولة اجتماعيا، وميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، و بتكاليف يمكن للمجتمع و للبلد توفيرها، وهي المستوى الأول لإيصال الأفراد والأسر و المجتمع بالنظام الصحي الوطني و هي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان حيث يعيش الناس ويعملون.<sup>1</sup>

أي أنها مجموعة الإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع أفراد المجتمع، بهدف رفع المستوى الصحي لهم والحيولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها.<sup>2</sup>

إن أي نظام صحي يتضمن أربعة مستويات في الرعاية الصحية، وهذا من أجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع بالمستوى الكمي والنوعي الذي تتطلبه الحياة، ويمكن ذكرها كما يلي :

##### - مستوى الرعاية الصحية الذاتية :

وهو المستوى الذي يتحمله فيه الفرد والعائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها، التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويتوقف هذا المستوى على مستواهم الثقافي والاجتماعي.<sup>3</sup>

##### - مستوى الرعاية الصحية الأولية :

يمكن تعريف خدمات الرعاية الحية الأولية بأكثر من طريقة وأسلوب وكل طريقة تعكس وجهة نظر معينة واهم هذه التعريفات أن الرعاية الصحية الأولية هي تلك الخدمات الطبية والوقائية التي

<sup>1</sup> وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية و الطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص 102.

<sup>2</sup> عصماني سفيان، مرجع سابق، ص 37.

<sup>3</sup> خامت سعدية، عجو نورة، مرجع سابق، ص 56.

تقدم للمرضى وغير المرضى ولا تحتاج إلى تنويم في المستشفى، أما التعريف الثاني للرعاية الصحية الأولية فهي تلك الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة و إصابات الحوادث و الإسعافات الأولية وتقديم خدمات التطعيم ضد الأمراض المختلفة و رعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية و الوقاية الصحية و صحة البيئة و التثقيف الصحي.<sup>1</sup>

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الرعاية الصحية الأولية على أنها " الرعاية الصحية الأساسية أو الهامة ميسرة لكافة أفراد المجتمع و معتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا و مقبولة اجتماعيا و بمشاركة تامة من المجتمع و أفراده وتكاليف يمكن للمجتمع و للبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره و بروح من الاعتماد على النفس"<sup>2</sup> و هي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد والتي هي نواته و محوره الرئيسي ومن التنمية الاجتماعية الاقتصادية الشاملة للمجتمع و هي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسر و المجتمع بالنظام الصحي إذ تقدم الرعاية الصحية المتكاملة بقدر الإمكان حيث يعيش الناس ويعملون.

إذن من خلال ما سبق من تعاريف نستخلص أهم الخدمات المقدمة في هذا المستوى من

الرعاية :

- التثقيف والتوعية الصحية بشأن المشاكل الصحية والاجتماعية السائدة في المجتمع والعمل على طرح السبل للسيطرة عليها .
- تقديم خدمات الأمومة و الطفولة متكاملة بالإضافة إلى تحصين الأطفال و تطعيمهم ضد الأمراض المختلفة.
- العمل على وقاية المجتمع من الأمراض المتوطنة والمعدية و السيطرة على انتشارها تمهيدا للقضاء عليها.
- التشخيص السليم و العلاج الملائم للأمراض و الإصابات الشائعة.
- توفير الأدوية الأساسية و الضرورية للعلاج.
- مستوى الرعاية الصحية الثانوية :

يمكن تعريف الخدمات الصحية الثانوية على أنها الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته بالمستشفى ( أثناء تنويمه) في مجالات الطب الرئيسية، كالباطني والجراحة العامة و الأطفال و النسائية والتوليد.

<sup>1</sup> بحدادة نجاة ، مرجع سابق، ص32-33.

<sup>2</sup> Talbot .L,Verrinder.G,Promoting health :**The Primary Health Care Approach** , Elsevier Australia, 4th edition, 2010,p 03.

و يمكن تعريف هذا المستوى على أنه المستوى الذي يشمل التخصصات الطبية الرئيسية، و تقدم هذه الخدمات في المستشفى مع اشتغالها على أقسام الإسعاف و الطوارئ و العيادات الخارجية والداخلية و كذلك خدمة جميع المرضى المحولين من المراكز الصحية للمستشفى سواء بالعلاج المكثف أو بالمداخلات الجراحية.<sup>1</sup>

#### - مستوى الرعاية الصحية الثالثة (التخصصية) :

إن هذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية سوى أن هذه الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية بمعنى كل التخصصات الطبية عدا التخصصات الرئيسية الأربعة تكون تخصصات ذات مستوى ثالث أو تخصصي. مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى. ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات استخدامه لتكنولوجيا أكثر تعقيدا و كفاءات بشرية عالية، ضف إلى ذلك التكلفة العالية و طول مدة الإقامة و كذا الحاجة إلى عناية خاصة و مركزة.<sup>2</sup>

#### - مستوى الرعاية الصحية التأهيلية :

أو خدمات الرعاية الصحية طويلة الأمد يشمل هذا المستوى الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو مرضى لا يأمل في شفاؤهم بحيث يتم تأهيلهم للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت بهم، بهدف إعادة هذا المريض للمجتمع كفرد منتج و يستطيع خدمة نفسه. و يمكن تقديم هذه الخدمات في المستشفى أو المركز الطبي أو المنزل.<sup>3</sup>

#### ❖ الرعاية الطبية :

ينصب تركيز الرعاية الطبية على التشخيص المبكر، و إعادة التأهيل الطبيعي، وذلك عند الحاجة، فهي تركز على المرض وطرق علاجه،<sup>4</sup> كما يمكن القول أنها : "الخدمات التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، من تقديم العلاج والغذاء، الدواء والمعاملة الحسنة، وبالتالي هي تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه و إلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية، وتقديم الدواء اللازم للعلاج، والغذاء الجيد والملائم لحالته وحسن معاملته من طرف القوى الطبية، لمساعدته على استعادة صحته.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> بحدادة نجاة، مرجع سابق، ص 33.

<sup>2</sup> Sheila Twinn and al, **Community health care nursing : principles for practice**, Elsevier Health Sciences,2002,pp161-162 .

<sup>3</sup> بحدادة نجاة، مرجع سابق، ص34.

<sup>4</sup> عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التمريض، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 35.

<sup>5</sup> عصماني سفيان، مرجع سابق، ص38.

تصنف الرعاية الطبية إلى قسمين رئيسيين هما :<sup>1</sup>

- رعاية طبية مباشرة : هي الخدمات التي يقوم بها الطبيب بنفسه، مثل تشخيص المرض وعلاجه.
  - رعاية طبية غير مباشرة : وهي الخدمات الصحية التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي غير الطبيب، وتشمل خدمات التمريض وخدمات التحاليل المخبرية، وصور الأشعة، وخدمات حفظ السجلات الطبية، والشؤون المالية و الإدارية المتعلقة بالخدمات الصحية.
- ولا يجب الخلط بين مفهومي الرعاية الصحية والرعاية الطبية، فهذه الأخيرة فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، و إذا كانت الرعاية الطبية هي التي تتعامل مع المرضى فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حدوث المرض، بل تعمل على منع حدوثه، و إذا ما حدث تعمل على معالجته، وفي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده، ما يتطلب مرحلة التأهيل للمريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج.<sup>2</sup>

#### الفرع الثاني: مفهوم الخدمات الصحية.

تعد الخدمات الصحية من أكثر الخدمات التي يقع على عاتق الكثير من الدول توفيرها نظرا لان وجودها و توافرها بدرجة مناسبة يؤدي إلى حماية أغلب السكان من الأمراض و ذلك عن طريق الوقاية والعلاج و بالتالي يشعر الفرد بالاطمئنان و السعادة، مما ينعكس إيجابا على علاقة الفرد بالآخرين ولذا فالفرد سليم صحيا اقدر على خدمة مجتمعه و هو أكثر كفاءة من الناحية الاقتصادية و أكثر تحملا لمشاق العمل من الشخص المريض، لذلك تولي الدول المتقدمة برامج الرعاية والخدمات الصحية اهتماما كبيرا.<sup>3</sup>

ولقد عرّفت الخدمة الصحية على أنها : " أوجه النشاط غير الملموسة التي تقدم للمستهلك (المريض)، والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته، أي تهدف إلى تحسين الصحة و زيادة فرص الشفاء و التقليل من القلق الذي يساور المستهلك (المريض)، والتحرر من المرض و السعي نحو السلامة الجسمانية و العقلية والاجتماعية... الخ، يتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية".<sup>4</sup>

<sup>1</sup> عصماني سفيان، مرجع سابق، ص 41.

<sup>2</sup> فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008، ص 319.

<sup>3</sup> بحدادة نجاة، مرجع سابق، ص 25.

<sup>4</sup> زكي خليل المساعد، مرجع سابق، ص 291

اعتبر هذا التعريف الخدمات الصحية نشاط غير ملموس، تقدم من طرف المؤسسات الصحية التي قد تكون عامة أو خاصة، إلى المستهلك (المريض) لإشباع حاجاته من تحسين لصحته أو شفائه من المرض، واعتبر الخدمات الصحية وسيلة للوصول إلى السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية. كما تعرف الخدمة الصحية على أنها : "الخدمات التشخيصية العلاجية، التأهيلية الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي قدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية ( المختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض و الخدمات الصيدلانية"<sup>1</sup>.

يلخص هذا التعريف الخدمات الصحية في كونها خدمات تشخيصية، تأهيلية، اجتماعية ونفسية مقدمة على مستوى كل الأقسام و المراكز المخولة بذلك.

وهناك من استخدم مصطلح المنتج الصحي للتعبير عن الخدمة الصحية، و اعتبره : "مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة وغير الملموسة، التي تحقق إشباع وإرضاء معين للمستهلك (المريض)، ومن أمثلة ذلك الخدمات الوقائية، خدمات الفحص والتشخيص، خدمات الجراحة والعلاج... الخ."<sup>2</sup>

إذن فالخدمة الصحية ما هي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعاً و رضا معيناً للمستفيد.

ويمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسيين<sup>3</sup> :

### 1- الخدمات الصحية العلاجية :

والتي تشتمل على الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة و التي تشمل خدمات التشخيص و خدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، أو تم من خلا خدمات صحية مساندة تحتاج لرعاية سريرية داخل المستشفى، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء وتهدف هذه الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض، إصابة أو تخفيف المعاناة من آلام المرض.

### 2- الخدمات الصحية الوقائية :

وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع ( أو كما يطلق عليها البعض بخدمات الصحة العامة) أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات

<sup>1</sup> عبد العزيز خمير ، محمد الطعمنة ، مرجع سابق، ص ص 8-9.

<sup>2</sup> مذكور فوزي، تسويق الخدمات الصحية، التراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص 198.

<sup>3</sup> طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص ص 25-26 .

بالحماية من الأمراض المعدية و الأوبئة و الحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد و المشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، و يرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة فهي بذلك تمثل خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض، وهي تشتمل على خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية ، وخدمات رعاية الأمومة و الطفولة و خدمات مكافحة الحشرات و الحيوانات الناقلة للمرض مثل البعوض والفئران... وكذا خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء و المشروبات وخدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

ومما لا شك فيه فان نظم الخدمات الصحية يمكن أن تحقق منتجات أخرى غير الصحة، إذ أن الخدمات الصحية يمكن أن تنتج الراحة وتحقق الأمان.

ويمكن تقسيم المنافع المحققة من هاته الخدمات إلى :

أ- منافع مباشرة ملموسة : يمكن قياسها وحسابها و تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.

ب- منافع مباشرة غير ملموسة : ويصعب قياسها، تتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها.

ت- منافع غير مباشرة ملموسة : يمكن حسابها وتتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة.

**المطلب الثاني : خصائص الخدمات الصحية.**

تتمتع الخدمات الصحية على غرار باقي الخدمات بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الملموسة، تمثل في اللاملموسية أي عدم إمكانية مشاهدتها أو لمسها، وتلازميتها وتعني درجة الترابط بين الخدمة الصحية ذاتها ومقدمها، عدم التماثل أي عدم قدرة الطبيب على تقديم خدمات متماثلة و متجانسة على الدوام، والفناء والتلاشي، أي عدم القدرة على تخزين الخدمة الصحية لمدة من الزمن ، وعدم التملك أي عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق امتلاكها .

إضافة إلى هذه الخصائص يمكننا أن نخص الخدمات الصحية بمجموعة مزايا تعود إلى

خصوصيتها ومن أبرزها :

- عدم تجانس الخدمات الصحية أي توجه الخدمات الصحية إلى عدد من الأفراد، يختلفون في طبيعتهم و أمراضهم و خصائصهم النفسية، فالخدمة الصحية تتنوع من فرد إلى آخر و حتى بالنسبة للفرد الواحد.<sup>1</sup>
- لاملموسية الخدمة الصحية وهذا ما يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر بين مقدم الخدمة (الطاقم الطبي)، والمستهلك (المريض) حتى تتحقق الاستفادة الكلية من هذه الخدمات.<sup>2</sup>
- تعد الخدمات الصحية سلعا جماعية فالسلع الجماعية هي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع ليس فقط للفرد الذي يستهلكها و لكن للمجتمع ككل. و ينطبق ذلك على الخدمات الصحية إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط، و لكنه يفيد الأسرة و الأصدقاء و صاحب العمل. و بالتالي فلتحسين صحة أفراد المجتمع آثار انتشار خارجية موجبة يستفيد منها المجتمع ككل سواء كان ذلك بتضاؤل فرص إصابة الآخرين بالمرض، أو تحرير الوقت المخصص من الأفراد الأصحاء لرعاية المرضى ليتحول إلى وقت منتج و مولد للدخل.<sup>3</sup>
- عدم القدرة على التنبؤ بالطلب بحيث أنه لا يمكن التنبؤ و بأي درجة من الدقة ما سيكون عليه الطلب على الخدمة الصحية، فقد تظهر حالات فيروسية، حوادث خطيرة، كوارث طبيعية أو صراعات مسلحة تجعل التخطيط شيء يصعب تحقيقه.<sup>4</sup>
- يعد الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا، إذ يطلق اصطلاح "الطلب المشتق" عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر و لكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي وهكذا فان الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع و الخدمات التي تساعد على إنتاجها، ويسمى الطلب على هذه السلع "الطلب المشتق". فإذا كانت كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة، يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة.<sup>5</sup>
- فمثلا تمثل مباني المستشفيات و معدات أشعة اكس مدخلات لإنتاج الخدمات الصحية، و يعتمد الطلب عليها على الطلب على الخدمات الصحية ، و يعتمد الطلب على

<sup>1</sup> عدمان مريزق، مرجع سابق، ص20.

<sup>2</sup> عدمان مريزق، مرجع سابق ، ص20.

<sup>3</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، ص59.

<sup>4</sup> نظام موسى سويدان، مرجع سابق، ص240.

<sup>5</sup> McGuiire Alistair and al, **The economics of health care**, Routledge et Kegan Paul,CANADA,1988,P 130 .

- هذه الأخيرة بدوره على طلب الأفراد على الصحة. و كذلك فان الطلب على العاملين في الخدمات الصحية طلب مشتق أيضا حيث يعتمد على الطلب على الخدمات الصحية.
- يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب و عدم الاستقرار و ذلك استنادا إلى الظروف البيئية و حاجة المريض للعلاج والكوارث و الحروب وغيرها من العوامل، فعلى سبيل المثال في موسم الشتاء نجد أن هناك طلبا عاليا على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام، و في فترة أخرى من السنة على الأخص في بداية الصيف يكون هناك طلب على الأدوية والعناية الصحية، و عندما تحدث كوارث طبيعية في منطقة ما فان الطلب سوف يزداد على حملات الإغاثة و التلقيح ضد الأمراض التي تخشى إدارة الصحة العامة على انتشارها.<sup>1</sup>
  - عدم التوافق بين توقعات المستهلك ( المريض ) والخدمة الصحية المقدمة له، فقد يضع مريض معين توقعات حول ما يحصل عليه من خدمة صحية، ولكن الجانب الجسدي والنفسي أي المميزات النفسية، تعتبر خارج نطاق تحكم الطبيب، كما لها تأثير على نتيجة الخدمة الصحية المقدمة، فان نفسية المريض تحدد كيف يمكن استيعابها.<sup>2</sup>
  - الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل حيث أنه تتطلب في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين يقتضي سرعة علاجه عند ظهور الأعراض، و يترتب على هذه الخاصية بعدين أساسيين هما:<sup>3</sup>
- أ- **البعد المكاني** : والذي يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، بمعنى آخر ضرورة إتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.
- ب- **البعد الزمني** : والذي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها (عند ظهور الحاجة إليها)، سواء كانت خدمات علاجية، أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة.
- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي، تبدأ بالتدخل الحكومي التقليدي لوضع القواعد المهنية في الخدمات الصحية والتي تضعها الحكومة لحماية المرضى مثل تراخيص مزاولة المهنة وتنظيمها و القواعد المحددة بدفع مقابل الخدمات الصحية، و يتسع التدخل الحكومي في مجال الإنتاج المباشر للخدمات الصحية من خلال وحدات إنتاج

<sup>1</sup> ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي و الاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص103.

<sup>2</sup> نظام موسى سويدان، مرجع سابق، ص 239.

<sup>3</sup> عدمان مريزق، مرجع سابق، ص22.

- مملوكة للدولة، وفي معظم دول العالم يرجع النصيب الأكبر لإنتاج الخدمات الصحية إلى الحكومات و نادرا ما تترك أسواق هذه الخدمات إلى قواعد السوق الحر بصورته المطلقة.<sup>1</sup>
- تعد الخدمات الصحية إنفاقا استهلاكيا، فالسلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل الإشباع (المنفعة) التي تقدم إما مباشرة في نفس اللحظة الزمنية لاستهلاكها أو في صورة تدفق من الخدمات. ف شراء المستهلك للأدوية و استهلاكها يعطي إشباعا مباشرا عادة، بينما شراء جهاز قياس الضغط الشخصي أو جهاز قياس السكر يقدم خدمات على مدى فترة زمنية طويلة.<sup>2</sup>
  - تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية أي أنها تقدم لشخص واحد حيث نجد أن لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية، هذا إلى جانب كون الطبيب لا يستطيع معالجة أكثر من مريض واحد في آن واحد و بنفس تخصصه.<sup>3</sup>
  - في حين نجد أن بعض الخدمات الأخرى تقدم لعدد من الأشخاص في آن واحد مثال على ذلك حملات التوعية الصحية من مرض معين الموجهة لأفراد المجتمع.
  - تتميز الخدمة الصحية من عناصر تكمل بعضها بعضا حيث نجد أن خدمات الفحص والتشخيص و الخدمات العلاجية و الوقائية والتمريض و الفندقية و الخدمات الإدارية خدمات مكاملة لبعضها البعض.<sup>4</sup>
  - تتميز الخدمات الصحية بكونها يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة، فهي مرتبطة بحياة الفرد وشفائه.<sup>5</sup>

### المطلب الثالث : مستويات و أنواع الخدمات الصحية.

سننظر في هذا المطلب إلى مستويات الخدمة الصحية، ومختلف التصنيفات التي قدمت

عنها :

#### الفرع الأول : مستويات الخدمة الصحية.

تقوم المؤسسات الصحية بتقديم مجموعة من المنافع للمستهلكين (المرضى) تتضمن تسليم الخدمة الجوهر أو الخدمة الأساسية، إضافة إلى العديد من الخدمات الأخرى التي ترتبط بأنشطتها

<sup>1</sup> بحدادة نجاة، مرجع سابق، ص 27.

<sup>2</sup> طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص 33.

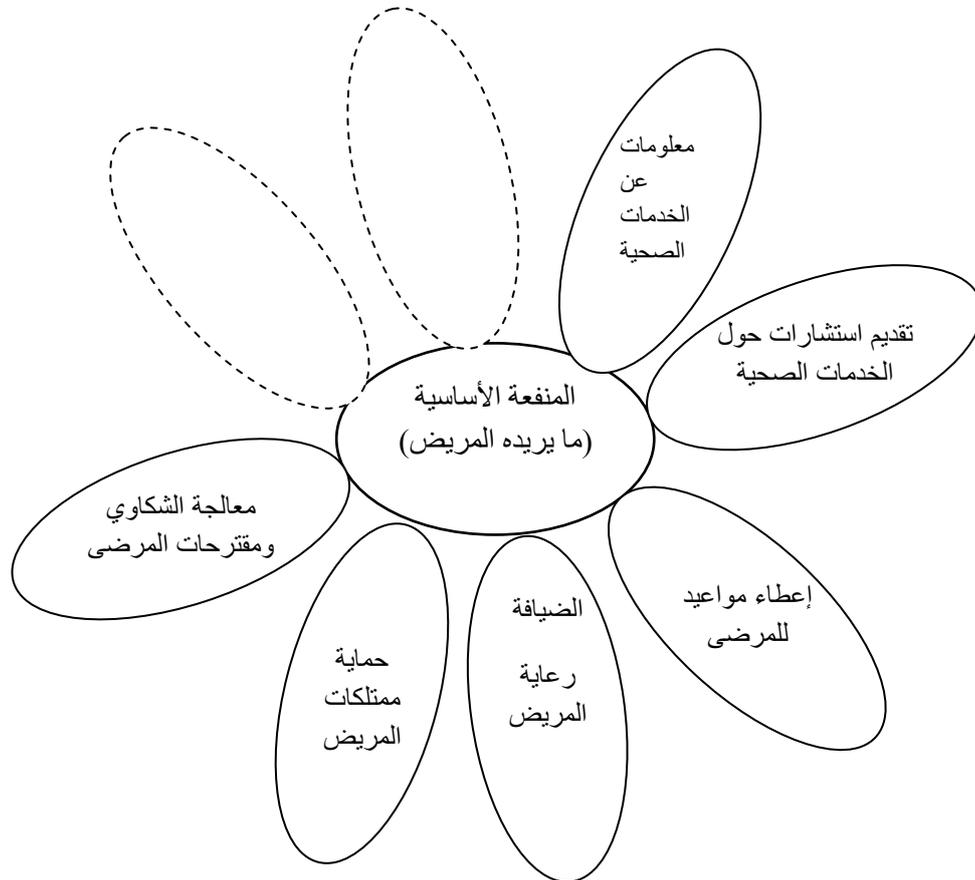
<sup>3</sup> فوزي شعبان مذكور، مرجع سابق، ص 198.

<sup>4</sup> بحدادة نجاة، مرجع سابق، ص 28.

<sup>5</sup> فريد كورتر، تسويق الخدمات، مرجع سابق، ص 315-317.

والتي تسمى بالخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهر، ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها بزهرة الخدمة الصحية والشكل التالي يوضح مستويات الخدمة الصحية<sup>1</sup>:

الشكل رقم 07 : مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية).



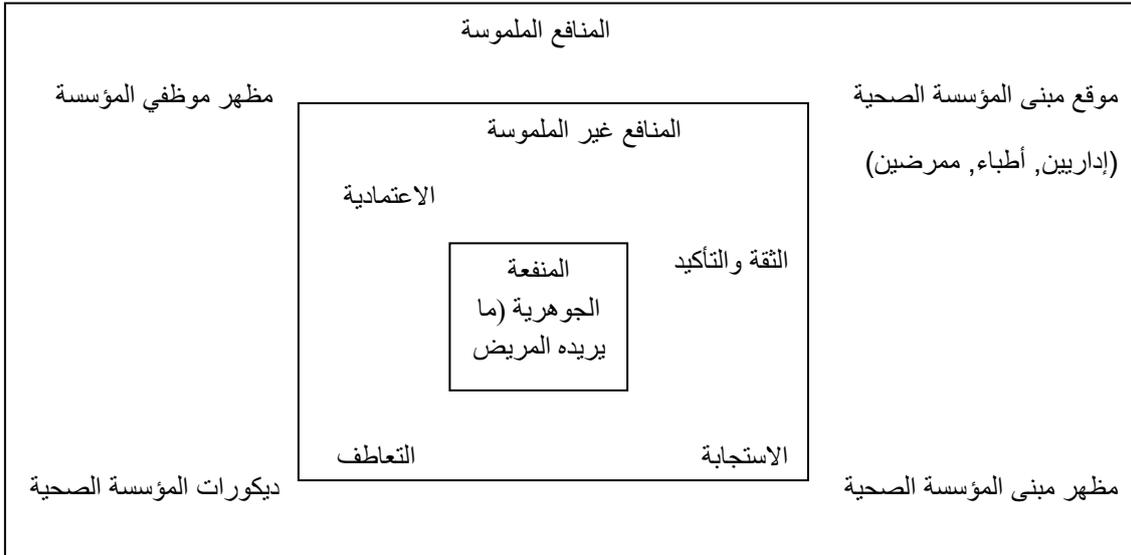
المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على : بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سابق، ص 75.

من خلال الشكل نجد أن هناك مستويين للخدمة الصحية ، المستوى الأول يمثل الخدمة الأساسية والتي تعني جوهر الخدمة الصحية أي ما يريده المستهلك (المريض)، أما المستوى الثاني يمثل الخدمات الصحية الثانوية، وهي مجموعة من الخدمات التكميلية التي تقدمها المؤسسات الصحية تكون مرافقة للخدمة الجوهر، و هي تختلف من مؤسسة صحية إلى أخرى، فمثلا قد نجد مؤسسة صحية تقدم معلومات عن الخدمات الصحية و كيفية الحصول عليها، إعطاء مواعيد للمستهلكين (المرضى)، الضيافة و رعاية المستهلكين(المرضى)، حماية ممتلكاتهم، معالجة شكاويهم ومقترحاتهم وتقديم استشارات حول الخدمات الصحية بناء على حاجات المستهلكين (المرضى)...الخ.

<sup>1</sup> بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص 75.

كما أن هناك من يرى أن مستويات الخدمة الصحية تكون في ثلاث مستويات هي المنفعة الجوهر، المنافع غير الملموسة و المنافع الملموسة، ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها حزمة منافع الخدمة الصحية، والشكل التالي يوضح ذلك :<sup>1</sup>

الشكل 08 : حزمة منافع الخدمة الصحية



تمثل هذه المستويات فيما يلي :

- **المنفعة الجوهر** : وهي الحصييلة التي يريجوها المستهلك (المريض) من الخدمات الصحية التي يتلقاها.
- **المنافع غير الملموسة** : و تعبر عن نوعية التفاعل الذي يحدث بين المستهلك (المريض) وطاقم المؤسسة الصحية (أطباء، ممرضين...الخ).
- **المنافع الملموسة** : وتمثل في الأجهزة التكنولوجية المستخدمة، توفر وسائل الراحة، توفر الموظفين لرعاية المستهلكين(المرضى)، مبنى المؤسسة الصحية ومظهرها و موقعها...الخ.

#### الفرع الثاني : أنواع الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية.

هناك عدة أشكال للخدمات داخل المؤسسات الصحية فإما أن تصنف هذه الخدمات حسب طبيعتها وهذا ما ركزت عليه أغلب التصنيفات، أو على أساس التصنيف الذي تتبعه أغلب النظم الصحية العالمية أنها موجهة للصحة الشخصية أو العامة.

<sup>1</sup> نظام موسى سويدان، مرجع سابق، ص 243.

<sup>2</sup> نظام موسى سويدان، مرجع سابق، ص 243-244.

### 1- التصنيف على أساس طبيعة الخدمات الصحية :

تصنف الخدمات الصحية وفق هذا التصنيف إلى:<sup>1</sup>

- الفحوصات والاستشارات : تمثل واجهة المؤسسة الصحية، فهي دافع الالتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة وعارضها.

- الخدمات السريرية : تؤمن الإقامة للمرضى، مكان عمل الأشخاص المعنيين بالرعاية الطبية (التشخيصات الطبية، الرعاية التمريضية ) وكذلك الأشخاص غير المعنيين بالرعاية الطبية (عمال الصيانة، النظافة)، وفي مكان التفاعل مع العائلات.

- الأراضية التقنية : تضم الوسائل التكنولوجية التي تخص التشخيص والعلاج.

- خدمات الإمداد : تتكون من جميع الخدمات المدعمة للأنشطة السابقة مثل الترميم، الصيانة والنقل وهذه الخدمة قد يقوم بها قسم داخل المؤسسة أو توكل إلى طرف خارجي (مقدم خدمات).

- الخدمات الإدارية : تجمع مختلف الوظائف الإدارية ( التخطيط، التوجيه، التنظيم، الرقابة )تضم مختلف الأقسام والإدارات المالية والمحاسبية، إدارة الأفراد، إدارة المخزون.

كما تأخذ الخدمات الصحية أشكالا عديدة وفق هذا التصنيف هي<sup>2</sup> :

- الخدمات الباطنية (وقائية أو علاجية) : الطب العام والأخصائي، طب الأطفال، طب الأعصاب، والعديد من التخصصات الأخرى.

- الخدمات الجراحية : جراحة عامة، جراحة لكل الأمراض الباطنية، جراحة أمراض النساء والولادة.

- الخدمات المساعدة : كالأشعة والتحليل.

كما يعتمد هذا التصنيف على عدة مؤشرات وهي<sup>3</sup> :

❖ من حيث الاعتمادية : حيث تتنوع الخدمات الصحية استنادا إلى اعتمادها على السلع

الملموسة، كالتحاليل المختبرية أو الأشعة و الجراحة، وهناك خدمات أخرى تعتمد على العنصر البشري كالعلاج النفسي أو تشخيص المرض.

❖ من حيث حضور كل من المستفيد من الخدمة الصحية ومقدمها :مثل العمليات الجراحية

وسحب الدم.

<sup>1</sup> نادية حريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بسكرة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2007-2008، ص ص 67-68.

<sup>2</sup> فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2007، ص ص 55-56.

<sup>3</sup> ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص ص 99-100.

❖ من حيث نوع الحاجة : فقد تشعب الخدمات حاجة فردية مثل الفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو الحاجة إلى حزمة منافع مثل الرقود في المستشفى حيث تقدم خدمات الإطعام والعناية لجميع الرافدين في المستشفى.

❖ من حيث أهداف مقدمي الخدمات الصحية : حيث يختلف مقدموا الخدمات الصحية في أهدافهم الربحية أو اللاربحية، ومن حيث الملكية المؤسسات الصحية الخاصة أو العامة، من حيث البرامج التسويقية والأهداف لمستشفى خاص عن تلك البرامج المطبقة في المستشفيات العامة، والأهداف التي تسعى لتحقيقها.

## 2- التصنيف على أساس التوجه للصحة الشخصية أو العامة :

يعد هذا التصنيف من أكثر التصنيفات الشائعة حيث يصنف الخدمات الصحية إلى نوعين<sup>1</sup> :  
 أ- الخدمات الصحية الشخصية :ويقصد بها الخدمات الوقائية العلاجية أو التأهيلية التي تقدم للفرد من قبل الطبيب أو من قبل المؤهلين للتشخيص والعلاج والرعاية الشخصية كأخصائي المختبر، الأشعة، التغذية، العلاج الطبيعي والتمريض، فزيارة المريض للطبيب أو لأخصائي العلاج الطبيعي بقصد العلاج هما من صور الخدمات الصحية الشخصية، وتتضمن الخدمات الصحية أنواعا مختلفة من الخدمات نوجزها فيما يلي:

- خدمات الرعاية الخارجية :وهي الخدمات الصحية التي لا تشمل على رعاية إيوائية للمستفيدين ويقدم هذا النوع من الخدمات عادة في عيادات الأطباء الخاصة أو التابعة للعيادات الخارجية للمستشفى أو في قسم الطوارئ الملحق به، أو في مراكز الرعاية الصحية الأولية وكذلك في مراكز العلاج الطبي.

- خدمات الرعاية الداخلية في المستشفيات :ويقصد بها خدمات الرعاية الصحية الإيوائية أو الإستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات العامة أو التخصصية بقصد التشخيص والعلاج لفترات لا تتجاوز ثلاثين يوما.

- خدمات الرعاية الطويلة الأجل :وهي خدمات صحية تجمع بين نمطي الرعاية السالفة الذكر، وتتجاوز مدة الإيواء في الغالب الثلاثين يوما، وأغلب المستفيدين من هذه الخدمات هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال من الإعاقة الأمراض المزمنة ومن أمثلة هذه الخدمات مستشفيات الصحة النفسية، الخدمات الصحية المقدمة في المصحات ودور النقاها ومراكز الرعاية الإيوائية الشاملة الخاصة بالمعوقين والمسنين ودور التمريض، فضلا عن تلك الخدمات التي

<sup>1</sup> طلال بن عايد الأحمد، مرجع سابق ، ص ص 25-26.

يقدمها أخصائيو الرعاية التمريضية المنزلية للأشخاص الذين هم بحاجة إلى عناية الآخرين ولا سيما المسنين، لكن حالتهم الصحية لا تقتضي بقائهم في المستشفى.

**ب- بخدمات الصحة العامة:** وهي الخدمات الصحية التي تستهدف حماية صحة المواطنين والارتقاء بها وتتولى الدولة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات التي تشتمل في المقام الأول على الأنشطة الآتية:

- مكافحة الأمراض المعدية وخاصة المتوطن منها.
- مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئية، كسلامة الهواء، الغذاء الملائم، مكافحة الحشرات والقوارض الضارة، التخلص من النفايات ومعالجة مياه الصرف الصحي.
- الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز بصفة خاصة على التركيز على برامج التحصين.
- القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة .
- توعية المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة.
- وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والإستراتيجيات والخطط التي تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم.

### المبحث الثالث : تقييم جودة الخدمات الصحية .

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

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

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

### المطلب الأول : مفهوم جودة الخدمات الصحية.

لقد أصبح موضوع جودة الخدمات الصحية من المواضيع الأكثر طرحا و اهتماما من قبل الباحثين و الإداريين والمستهلكين (المرضى)، و ذلك للأسباب التالية :<sup>1</sup>

- التصاعد المستمر لكلفة إنتاج الخدمات الصحية، وبالتالي تصاعد السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات، مما سيجعل موضوع تقييم الجودة والتأكد منها محل اهتمام متزايد من قبل الأطراف الدافعة لهذه الكلفة (غالبا ما تكون جهات حكومية).
- تنامي درجة وعي المستهلكين (المرضى)، وإدراكهم لحقوقهم وتزايد مستوى توقعهم لما يمكن أن تقدمه الخدمات الصحية.
- أن الخلل و الأخطاء في جودة الخدمات الصحية غير مقبول، إذ تتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي، وضرورة التطلع إلى ممارسة طبية خالية من العيوب.

### الفرع الأول : تعريف جودة الخدمات الصحية.

قبل تقديم التعاريف التي تشير لجودة الخدمة الصحية من الضروري بداية الإشارة لأهم المحطات التاريخية للجودة في المجال الصحي :

إن المتتبع لفكرة الرعاية الصحية سيلاحظ أن الاهتمام بهذه الفكرة قدم قدم الرعاية الصحية نفسها لكن الجديد في هذا الموضوع يكمن في عملية استخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق برامج إدارة الجودة ووضع المعايير الملائمة لتقويم مستويات الأداء وهو ما تطمح إليه المؤسسات الصحية، وقد ظهرت الجودة في المجال الصحي في الحضارة الغربية أولا كما يلي<sup>2</sup> :

- في سنة (1518) : بالمملكة المتحدة، قام مسؤولون عن الكلية الملكية بتوثيق فكرة أن "إحدى مهام الكلية تكمن في دعم مستوى الطب لشرف المهنة بحد ذاتها ولفائدة الجمهور" أي الاهتمام بجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى ."

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار إثراء، الأردن، 2008، ص384.

<sup>2</sup> خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات على القطاع الصحي، العبيكان للنشر و الطباعة، المملكة العربية السعودية، بدون طبعة، 1997، ص ص 10-14.

- في سنة ( 1860 ) : قامت البريطانية " فلورنس نابتنجيل " بإعداد دراسة تعد من أقدم الدراسات العلمية واشتمل برنامجها الإصلاحي لتحسين الجودة على النظافة والصحة العامة وتحسين نظم التغذية ووضع أسس تنظيمية للإجراءات اليومية للمستشفى.
- وفي منتصف التسعينيات : حدث تغير نموذجي في التفكير والتطبيق العملي كان من بعض أسبابه تأثير النجاح الذي حققته اليابان في تطبيق مبادئ (Deming) في إدارة الجودة فتشكلت هيئة مشتركة لاعتماد المستشفيات سنة 1951 يطلق عليها حالياً اسم الهيئة المشتركة لإعتماد منظمات الرعاية الصحية والتي قامت بإصدار كتيب سنة 1953 عن معايير اعتماد المستشفيات، إذ أصبحت ضرورة مراقبة الجودة حاجة ملحة في المستشفيات بالنظر إلى الوضعيات الحرجة التي كانت تعرفها.<sup>1</sup>
- وفي سنة ( 1984 ) : تبنت الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات الإجازة (الاعتمادية) لتطوير الجودة وملائمة أساليب تقديم ومراقبة الرعاية الصحية.
- وفي سنة ( 1992 ) : قامت الهيئة الأمريكية المشتركة بتعديل مسمى الجودة النوعية إلى مسمى تحسين الجودة وتقويمها ومن خلال هذه المحاولات تمت إضافة معايير لتشمل الجانب الإداري والقيادي بدلا من التركيز على خدمات الرعاية الصحية فقط.
- من خلال استعراض هذه المحطات التاريخية يمكن التأكد أن أفكار ومفاهيم الجودة في القطاع الصحي قامت على أساس الدعائم التي أرساها الخبراء المختصون في مجال التصنيع، حيث تم استنباط الأفكار وتطوير الطرق والأساليب لتلاءم مكونات الخدمات الصحية، وفيما يلي نستعرض جملة من التعاريف لجودة الخدمة الصحية:
- عرفتها الهيئة الأمريكية المشتركة لإعتماد منظمات الرعاية الصحية على أنها : "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"<sup>2</sup>.
- ويعرفها (Al et Sulek 1995) على أنها : "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة و ما يمكن أن يفيض (يزيد) عنها قياسا بما يتوقعه"<sup>3</sup>.
- يعتبر هذان التعريفان أكثر انسجاما مع التوجه الإستراتيجي لإدارة المؤسسة الصحية في تعاملها مع المريض على اعتبار أنها لم تسعى لتقديم خدمات بهذا المستوى من الجودة إن لم تكن هادفة إلى توطيد علاقتها معهم وزيادة ولائهم إليها.

<sup>1</sup> M. Hubinon ,Management des unités de soins de l'analyse systématique à l'évaluation de la qualité ,Deboeck et Larcer, Bruxelles,1998, p52 .

<sup>2</sup> عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، مرجع سابق، ص187.

<sup>3</sup> ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن، مجهول السنة، ص 199.

كما عرفت على أنها : " مستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياسا بما كان عليه في مرحلة سابقة"<sup>1</sup>.

يشير هذا التعريف إلى أن الجودة ترتبط بعامل التطور والتقدم لما هو أفضل بالنسبة للخدمة الصحية المقدمة في فترة زمنية معينة قياسا بما هو سابق وأن يكون ذلك الأداء متوافقا مع مستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة لكن المشكلة هنا تكمن في إختلاف تفسيرات المريض وتقديراتهم لمستوى الجودة.

بعد هذا العرض نصل لنقطة مهمة وهي أن الجودة في الخدمات الصحية تعد عملية غاية في التعقيد لأن العديد من أوجه الخدمة تبدو غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بما وعلى هذا فإن أي محاولة للتعريف ستعكس وجهة نظر الشخص أو القائم بالتعريف.<sup>2</sup>

- **الجودة من المنظور المهني الطبي :** هي تقدم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة.
- **الجودة من منظور المستفيد(الزبون) :** قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي التركيز على فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى حاجة ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك.
- **الجودة الصحية من الناحية الإدارية :** وتعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، ويقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء.

وتبقى هناك وجهة نظر أخرى للجودة، هي وجهة النظر السياسية أو وجهة نظر القيادة والإدارة العليا بالدولة، وغالباً ما ينطلق القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي، وحين تضع القيادة العليا ثقتها في النظام الصحي والمؤسسات

<sup>1</sup> ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص 199.

<sup>2</sup> واله عائشة، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق، 2010-2011، ص 68.

الصحية، فإنها تضع لها هدفاً لا يخرج في الغالب عن إطار تحقيق الرضا للمواطن بتقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة له، وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي ومؤسساته من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم إستراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور<sup>1</sup>.

### الفرع الثاني : أهمية و أهداف جودة الخدمات الصحية.

تتحقق الأهمية في جعل فوائد و مزايا الجودة واضحة و ملموسة للمريض عبر الآتي<sup>2</sup>:

- التركيز على حاجات المرضى بما يمكنها من تحقيق متطلبات المرضى.
- تحقيق الأداء العالي للجودة في جميع المواقع الوظيفية و عدم اقتصرها على الخدمات.
- اتخاذ سلسلة من الإجراءات الضرورية لانجاز جودة الأداء.
- الفحص المستمر لجميع العمليات و ابتعاد الفعاليات الثانوية في إنتاج الخدمات و تقديمها للمريض.
- التحقق من حاجة المشاريع للتحسين المستمر و تطوير مقاييس الأداء.
- تطوير مدخل الفريق لحل المشاكل و تحسين العمليات لتطوير إستراتيجية التحسين المستمر للأبد.

وتعتبر المؤسسات الصحية مراكز إنسانية و اجتماعية و خدمية هادفة و هي جزء من المجتمع و تتأثر به في الوقت نفسه و أن تقديمها للخدمات الصحية ذات الجودة العالية من شأنه تحقيق الأهداف التالية<sup>3</sup>:

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمرضى.
- تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية من شأنه تحقيق رضا المريض و زيادة تمسكه بالمركز الصحي و الذي سيصبح فيما بعد وسيلة دعائية فاعلة.
- تعدد معرفة آراء و انطباعات المرضى و قياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية و التخطيط للخدمات الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- تطوير قنوات الاتصال و تحسينها بين المرضى من الخدمات الصحية ومقدميها.

<sup>1</sup> واه عائشة، مرجع سابق، ص 69.

<sup>2</sup> العزاوي، محمد عبد الوهاب، إدارة الجودة الشاملة، دار الميسر للنشر و التوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2005، ص ص 34-35.

<sup>3</sup> المتراش، علاء الدين أحمد، جودة الخدمات الصحية و أثرها في الفاعلية التنظيمية، رسالة الماجستير غير المنشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، 2009، ص ص 7-8.

- تمكين المراكز الصحية من الاستمرار والنمو و تأدية مهامها بفاعلية و كفاءة عالية.

### الفرع الثالث :ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية.

هناك مجموعة من العوامل تعتبر ضوابط عامة تحدد جودة الخدمات الصحية، تتمثل هذه الضوابط فيما يلي<sup>1</sup>:

أ- الإجازة : عادة ما يجاز المهنيون الصحيون كأفراد لمزاولة مهنة ما، من أطباء و ممرضين من طرف القوانين و التشريعات، مما يسمح لهم الدخول للمهن و ضمان السلوك حسب الأخلاقيات والمعايير المعتمدة، و النقطة الأهم في نظام الإجازات أنه يقوم على افتراض أن الشخص المؤهل للإجازة سوف يقدم خدمات صحية جيدة ولمدة زمنية طويلة، ومع ذلك فإن الدراسات تشير إلى اختلافات كبيرة في الجودة، وهذا ما يبين أن نظام الإجازة قليل المصدقية فيما يتعلق بضمان الأداء الجيد.

كما أن هناك اتجاه بتعديل هذا النظام و إدخال ما يسمى بنظام الإجازة المؤسسي، حيث تصبح المؤسسة الصحية مسؤولة عن كفاءة الأفراد الذين تستخدمهم.

ب- الاعتماد : وهو من المداخل الشائعة لضمان الجودة، تقييم المؤسسات الصحية على أساس الهيكل المادي للمؤسسة، والهيكل التنظيمي، و مؤهلات العاملين في المؤسسة الصحية، فهذا النظام يعمل على أساس أنه إذا تحققت المعايير المادية والتنظيمية، فإن الخدمات الصحية المقدمة تكون جيدة.

ب- الشهادات : ويضم هذا المدخل خصائص من المدخلين السابقين، وعند تطبيقه على الأفراد يتم استعمال المعايير التالية : الخبرة، التعليم، نتائج الامتحانات، فهذه المعايير تحدد أهلية الأفراد مقدمي الخدمات الصحية.

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص ص 385-387.

المطلب الثاني : أبعاد جودة الخدمة الصحية والعناصر المؤثرة فيها.

هناك اتفاق بين الكثير من الباحثين في مجال جودة الخدمة الصحية على عدد من الأبعاد، وكذلك هناك العديد من العوامل المؤثرة في هاته الجودة، وهذا ما سنتعرف عليه من خلال هذا المطلب.

الفرع الأول : أبعاد جودة الخدمة الصحية.

هناك عدة أبعاد لجودة الخدمة الصحية، وقد اعتمدنا في بحثنا على الأبعاد المتفق عليها، وهاته

الأبعاد هي :

### 1- الإستجابة :

تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم وخلفيتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل الكادر العامل في المؤسسة الصحية (المستشفى) مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج، وتشمل الاستجابة في مجال جودة الخدمة الصحية العناصر التالية:

- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
- الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.
- الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤ منها.

أي أن الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية تشير إلى أن العاملين في المؤسسة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المؤسسة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها<sup>1</sup>.

### 2- الاعتمادية :

وتعبر الاعتمادية عن درجة ثقة المستفيد من الخدمة (المريض) في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مستوى مصداقية الخدمة الصحية، ويمكن تلخيص ما سبق في العناصر التالية:

<sup>1</sup> أكرم أحمد الطويل و آخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية ( دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى)، مجلة تكريت للعلوم الإدارية و الاقتصادية، العراق، المجلد 02، العدد 19، 2010، ص 15.

- الوفاء في تقديم الخدمة في المواعيد المحددة.
- الحرص على حل مشكلات المستفيد من الخدمة.
- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص.
- الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم<sup>1</sup>.

### 3- الضمان:

وهو شعور المريض بالراحة والاطمئنان عند التعامل مع المؤسسة الصحية وكوادرها الطبية المختلفة كما تشمل دعم وتأييد الإدارة العليا أثناء قيامهم بتقديم الخدمات العلاجية للمرضى وإبداء الإستعداد لتقدير المواقف وتقدير الجهد المبذول في العمل<sup>2</sup>، أي أن الضمان يقصد به تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين كالأطباء، ممرضين وغيرهم، فضلا على توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة عالية.<sup>3</sup>

### 4- الملموسية :

يشير هذا البعد إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين بين المرضى والمراجعين للمستشفى، وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية، وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية الطبية المختبرية والأشعة الترميضية وغيرها، ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المؤسسة والتصميم والتنظيم الداخلي لها<sup>4</sup>.

### 5- التعاطف:

وهو الحرص أو الانتباه والعناية الخاصة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها، وبمعنى آخر الضمان يمثل العلاقة والتفاعل بين مراجعي المؤسسة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي، ويقصد به أيضا وجود الثقة، الاحترام، اللباقة، اللطف، الكياسة، السرية، التفهم، الإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى) إذ تسهم

<sup>1</sup> دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة)، مجلة الباحث، ورقلة، الجزائر، العدد 11، 2012، ص 219.

<sup>2</sup> إياد عبد الفتاح النصور، أسس تسويق الخدمات السياحية العلاجية (مدخل مفاهيمي)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 66.

<sup>3</sup> أكرم أحمد الطويل و آخرون، مرجع سابق، ص 16.

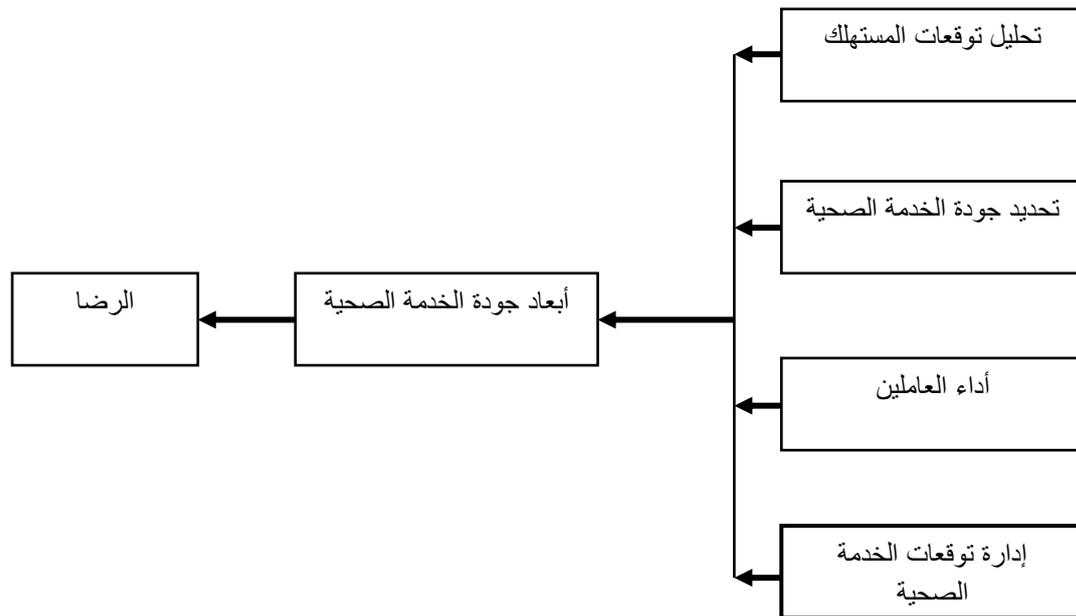
<sup>4</sup> أكرم أحمد الطويل و آخرون، مرجع سابق، ص ص 16-17.

العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المؤسسة الصحية والإصغاء للمريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف.<sup>1</sup>

### الفرع الثاني : العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية.

إن تقديم خدمة صحية عالية الجودة يعد من الأمور الصعبة جدا، خاصة إذا كان مستهلكوها (المرضى) متبايني الإدراك، فالمرضى الذين سبق لهم أن تعاملوا مع المؤسسة الصحية قد لاحظوا أشكال مختلفة من التباين في مستوى الخدمة الصحية المقدمة ، كما هو مثلا في تأخر تجهيز قاعة العمليات أو ضعف الخدمات الفندقية، صفوف الانتظار الطويلة ، نفاذ أو محدودية الأدوية..الخ، ومن الواضح أنه من الصعب على المؤسسات الصحية أن تضمن تقديم خدمات صحية بجودة تصل إلى 100% على مدار الوقت، نظرا لتعدد المتغيرات البيئية المحيطة بها، والتي من شأنها أن تؤثر سلبا على ذلك الأداء، لذلك على إدارة المؤسسات الصحية العمل على تتبع ودراسة العناصر الرئيسية، التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة، والشكل التالي يمثل هذه العناصر :<sup>2</sup>

### الشكل 09: نموذج تكاملي لجودة الخدمة الصحية.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 203.

<sup>1</sup> المرجع نفسه، ص 18.

<sup>2</sup> ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 203.

تتمثل هذه العناصر في ما يلي :

### 1- تحليل توقعات المستهلكين (المرضى) :

مقدمو الخدمات الصحية (المؤسسات الصحية) بحاجة إلى فهم توقعات المستهلكين (المرضى) عند تصميمهم للخدمات الصحية، إن لم يكن هذا التصميم يفوق التوقع أساساً، لأنه الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية في الخدمة الصحية المقدمة، و المستهلكين (المرضى) يمكنهم أن يحققوا إدراكهم للخدمة الصحية المقدمة من خلال التمييز بين عدد من المستويات المختلفة للجودة وهي :

- **الجودة المتوقعة** : هي تلك الدرجة من الجودة في الخدمة الصحية التي يرى مستهلكوها وجوب وجودها ويصعب تحديد هذا المستوى من الجودة، إذ يختلف باختلاف خصائص المستهلكين (المرضى) و حاجاتهم وحالاتهم العلاجية.
- **الجودة المدركة** : هي الجودة في الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة الصحية، و التي ترى أنها مناسبة للحالة الصحية للمستهلك (المريض)، وتختلف باختلاف إمكانيات وقدرات المؤسسات الصحية.
- **الجودة القياسية** : هي ذلك المستوى في جودة الخدمة الصحية المقدمة، والتي تتطابق مع المواصفات المحددة للخدمة الصحية.
- **الجودة الفعلية** : وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتادت المؤسسات الصحية أن تقدم بها الخدمات الصحية إلى المستهلكين (المرضى).

2- **تحديد جودة الخدمات الصحية** : حالما تفهم المؤسسة الصحية حاجات المستهلكين (المرضى)، فإنه يجب أن تضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، و هذا التوصيف عادة ما يكون مرتبط مع أداء العاملين في المؤسسة الصحية بمستوى وكفاءة الأجهزة و المعدات المستخدمة في تقديم الخدمة الصحية.

3- **أداء العاملين** : عندما تضع إدارة المؤسسة الصحية معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة، و يتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الطاقم الطبي و الفني في المؤسسة الصحية، فإنها بالمقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للطاقم الطبي و الفني المتصل بالمستهلكين (المرضى)، ولا شك من أن ضمان تحقيق الأداء الجيد يرتبط بعملية تدريبهم بصورة كافية لفهم كيفية قيامهم بالعمل، و تفاعلهم الصحيح مع المستهلكين

(المرضى) و العمل بروح الفريق الواحد، اللطف والأدب في الرد على استفسارات المستهلكين (المرضى)، و تقديم المعلومات المناسبة للإدارة في كل الحالات التي يتعاملون معها باتجاه تطوير مستوى الأداء نحو الأفضل، للارتقاء بدرجة جودة الخدمة الصحية المقدمة.

4- إدارة توقعات الخدمة الصحية : إن من المهم أن تتوقع إدارة المؤسسة الصحية تقييم المستهلكين (المرضى) لجودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، أو التي ستقدم في فترة لاحقة، و لا بد أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، ولعل صيغة الاتصال أو التحسب المبكر لهذه التوقعات يتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المؤسسة الصحية.<sup>1</sup>

### المطلب الثالث : مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية.

لا تستطيع المؤسسات الصحية تقييم أدائها من خلال استخدام الأدوات و المقاييس المالية التقليدية التي تعتمد عليها مؤسسات الأعمال، مما أدى إلى ضرورة استخدام مداخل مختلفة عن تلك التي يتم اعتمادها بصفة عامة في المؤسسات الهادفة للربح.<sup>2</sup>

فقد تم الاتفاق على أن العنصر العام في جودة الخدمة الصحية هو أنها تعتمد على إدراك المستهلك (المريض)، وعلى المؤسسات الصحية أن تبحث في تحسين جودة الخدمات الصحية التي تتلاءم مع توقعات المستهلكين (المرضى) وتلبي حاجاتهم، فالخدمة الجيدة من وجهة نظر المستهلك (المريض) هي التي تتفق مع توقعاته، وتسعى المؤسسات الصحية إلى تلبية تلك التوقعات عن طريق التعرف على المعايير التي يلجأ إليها المستهلكون (المرضى) للحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة إليهم، وعلى إمكانية تلبية هذه التوقعات.<sup>3</sup>

وقد حدد (Donabedian, 1980) أربعة مداخل لتقييم جودة الخدمات الصحية، وهي المدخل الهيكلي، مدخل العمليات، و مدخل النتيجة النهائية، كما اعترف بأهمية رضا المستهلكين (المرضى) كعامل مهم لتقييم جودة الخدمة الصحية، و سنذكر هذه المداخل فيما يلي :

<sup>1</sup> ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 203 .

<sup>2</sup> محمد عبد العظيم أبو النجا، التسويق المتقدم، الدار الجامعية، مصر، 2008، ص 137.

<sup>3</sup> فريد كورتل، تسويق الخدمات، مرجع سابق، 2008، ص 363.

أ- المدخل الهيكلية : أي مدى تناسب هيكل القوة العاملة في المؤسسات الصحية مع الخدمات الصحية المطلوبة للمستهلكين (المرضى)،<sup>1</sup> ويتضمن استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية، مثل عدد وفئات و مؤهلات مقدمي الخدمات الصحية، والأجهزة والمعدات و التسهيلات المتوفرة، وأسلوب تنظيمها و إدارتها، كما يعتبر هذا المدخل مفضلاً لدى الإداريين بسبب سهولة توفير المعلومات المطلوبة للتقييم من سجلات المؤسسة أو من خلال الملاحظة البسيطة، و يستند هذا المدخل على افتراض أساسي وهو أنه إذا كان هيكل الرعاية الطبية جيداً، فإن العمليات الملائمة سوف تتبع الهيكل كما أن النتائج تكون جيدة.<sup>2</sup>

ب- مدخل العمليات : و تعني دراسة الرعاية الطبية الكلية للمرضى عن طريق ما حصلوا عليه من خدمات صحية مباشرة بالمؤسسة الصحية، و تتابع خطوات و إجراءات الرعاية الطبية التي حصل عليها المريض، سواء في قسم التحاليل أو الأشعة أو الفحوص و الإرشادات و التوجيهات.<sup>3</sup>

أي أنه يشير إلى الأنشطة و الخدمات الصحية التي تم تقديمها للمستهلكين (المرضى)، أو ما يسمى بمحتوى الرعاية الطبية، و يتضمن ذلك تسلسل الأنشطة و تنسيقها، وقد تم الفصل بين النواحي الفنية للرعاية و المهارات المرتبطة بالشخصية في التعامل والتفاعل مع المستهلكين (المرضى)، أو ما يسمى بفن الرعاية.

ويعتبر هذا المدخل لتقييم الجودة من المداخل الأكثر استعمالاً لسهولة تحديد المقاييس العملية بالمقارنة مع مقاييس النتيجة النهائية، حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمستهلكين (المرضى)، ويقوم هذا المدخل على تحديد قائمة مسبقة للعناصر التي يعتقد أنه تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثم مقارنتها بالأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء رعاية المستهلكين (المرضى)، كما هي موثقة في السجلات الطبية لهم، والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المدخل هو إذا كانت العمليات صحيحة فيتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة.<sup>4</sup>

ت- مدخل النتيجة النهائية : و ذلك من خلال مجموعة من المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمستهلكين (المرضى)، الناتجة عن أداء عمليات الرعاية الطبية، مثل معدلات الوفاة،

<sup>1</sup> مذكور فوزي، مرجع سابق، ص 198.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 389.

<sup>3</sup> مذكور فوزي، مرجع سابق، ص 206.

<sup>4</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 390.

معدلات المواليد أو أوزان الأطفال، معدلات النجاح في العمليات الجراحية،<sup>1</sup> حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات التي تحدث للمستوى الصحي الفردي أو المجتمعي حالياً و مستقبلاً، كنتيجة للخدمات الصحية، و تركز هذه المقاييس على إدراك المستهلك (المريض) لمستوى صحته، أو على الرأي المهني (الأطباء).<sup>2</sup>

ث- مدخل رضا المستهلكين (المرضى) لتقييم الجودة : تلعب توقعات المستهلك

(المريض) دوراً حيوياً في الحكم على جودة الخدمات الصحية المقدمة، فالمستهلكون (المرضى) يقيمون جودة الخدمات الصحية بمقارنة ما حصلوا عليه بما كان متوقفاً أو مرغوباً فيه.<sup>3</sup>

كما أن هناك الكثير من الدراسات و الأبحاث التي تناولت تقييم الجودة في الخدمات الصحية باستعمال مقياس رضا المستهلكين (المرضى)، حيث يمكن لهذا المقياس أن يعكس النتيجة النهائية للرعاية الطبية والعمليات و أنشطة الرعاية معاً، فقد يتحقق الرضا لدى المستهلك (المريض) الخارج من المؤسسة الصحية بعد تلقيه العلاجي المناسب، ولكن قد لا يتحقق الرضا لذلك المستهلك (المريض) المصاب بمرض مستعصي مهما كان الاهتمام و الرعاية الطبية التي بذلت من أجله، مع ذلك هذا لا ينفي وجوب أن يقوم مقدم الخدمة بالالتزام بمعايير و أبعاد الجودة في الخدمة الصحية التي من شأنها أن تحقق الرضا، أو الحد الأدنى من الرضا لدى المستهلك (المريض)، وأن ذلك يتضمن اهتماماً و رعاية لحاجاته و رغباته منذ اللحظة الأولى لدخوله المؤسسة الصحية، واستقباله مروراً بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات و رعاية الطاقم التمريضي له، فضلاً عن نوعية الخدمات الفندقية المقدمة له، و انتهاء بإعطائه التعليمات والإرشادات الصحية، و خروجه من المؤسسة الصحية، و عليه فإن جوهر جودة الخدمات الصحية يتمثل في مقابلة احتياجات و متطلبات المستهلكين (المرضى) من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافرها مع توقعاته، وهذا التوافق يرتبط مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا ويمكن التعبير عن ذلك من خلال العلاقة التالية :

### الرضا ≤ الإدراك — التوقع

فدرجة الرضا المتحققة، عن الخدمة الصحية المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المستهلك (المريض) من الخدمة، و ما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة الصحية، ولا

<sup>1</sup> مذكور فوزي، مرجع سابق، ص 205.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص ص 390-391.

<sup>3</sup> مذكور فوزي، مرجع سابق، ص 206.

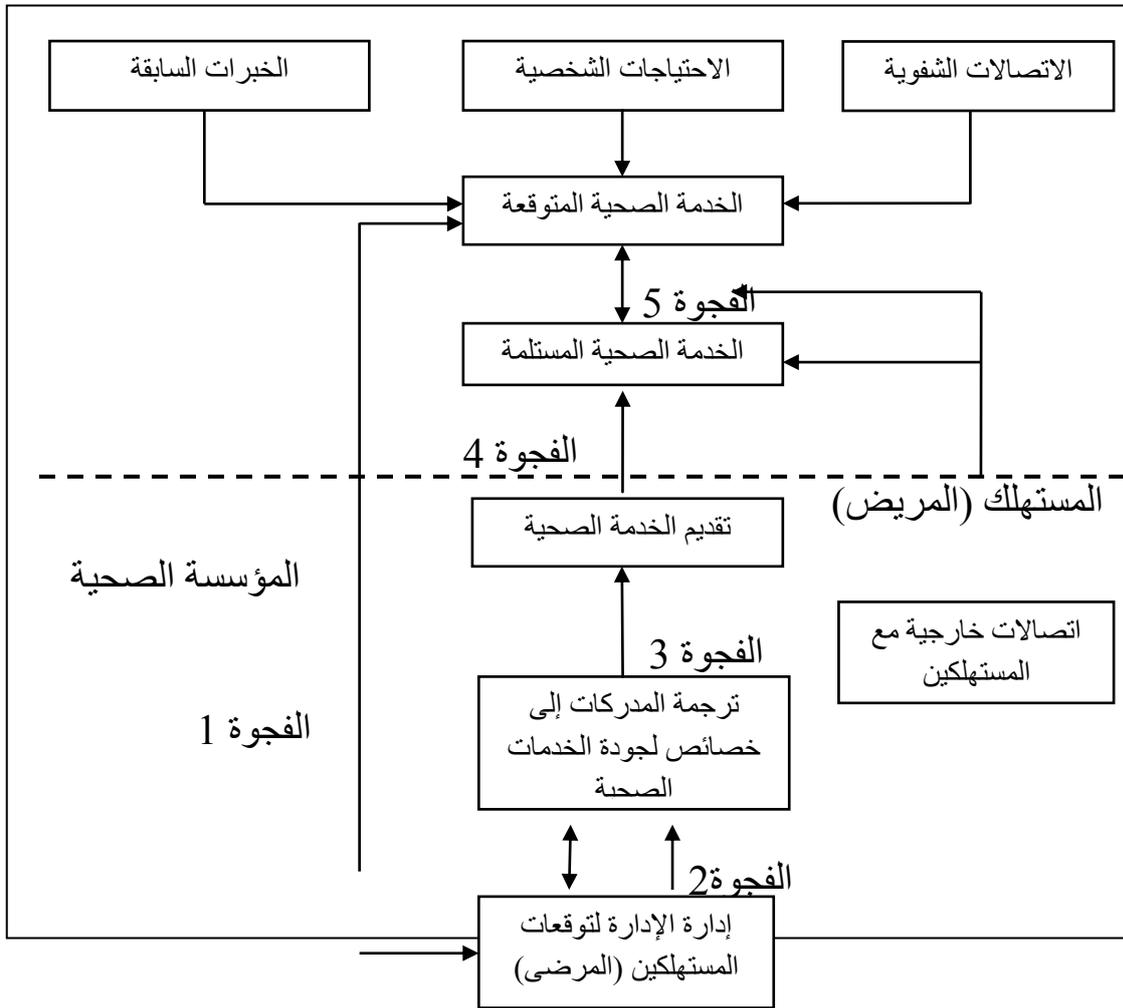
شك من أن لعملية الاتصال التي تتم بين المؤسسة الصحية و المجتمع لها أثر كبير في خلق ذلك التوقع، و خلق صورة لدى المستهلك (المريض) عن الخدمة الصحية، ولابد من الإشارة بأن الرضا لدى المستهلك (المريض) هو حالة نسبية تختلف من مستهلك لآخر، وعلى ضوء المضامين التي تحتويها الخدمة الصحية من وجهة نظر مستهلكيها.<sup>1</sup>

أما من وجهة نظر المؤسسة الصحية، فإن جوهر جودة الخدمة الصحية لا ينحصر في حدود المطابقة للخدمة الصحية المقدمة مع المواصفات المحددة مسبقاً، أو تقديمها بأقل تكلفة ممكنة بل امتدت إلى ما يحتاجه المستهلك (المريض) وما يتوقع أن يحصل عليه، وهذا يختلف من مؤسسة صحية لأخرى. و قد تم تحديد خمسة فجوات يمكن أن تقود لأن تكون سبباً في عدم نجاح الخدمة الصحية المقدمة، والشكل التالي يوضح هذه الفجوات<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص ص 215-216.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص 218

الشكل رقم 10 : نموذج الفجوة للخدمات الصحية.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 215-216.

تتمثل هذه الفجوات فيما يلي<sup>1</sup>:

**1- الفجوة بين توقع المستهلك (المريض) و إدراك الإدارة :** تحصل الفجوة عندما لا تدرك إدارة المؤسسة الصحية بصورة صحيحة ما يرغبه (المريض)، إذ ربما تفكر الإدارة بأن المستهلك (المريض) يرغب في الحصول على طعام أفضل، ولكن قد يكون الأمر بشكل آخر، إذ أن المريض قد يرغب في الحصول على عناية أكبر من الممرضين، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال العمل على

<sup>1</sup> ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص ص 216-219.

تحقيق فهم أفضل لتوقعات المستهلكين (المرضى) من خلال البحوث، تحليل الشكاوي، زيادة التفاعل بين المدراء و المستهلكين (المرضى)... الخ.

**2- الفجوة بين إدراك الإدارة و جودة الخدمة الصحية المعيارية :** فقد تدرك إدارة المؤسسة الصحية وبصورة صحيحة رغبات المستهلك (المريض)، ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة، كأن تقوم إدارة المؤسسة الصحية بإخبار الطاقم التمريضي بضرورة اتخاذ الإجراء السريع لتقديم الخدمة الصحية للمستهلك (المريض)، إلا أنها لا تضع معايير لذلك الإجراء، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال تحديد المعايير الدقيقة لجودة الخدمات الصحية، و التأكد من أن إدارة المؤسسة الصحية ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي من وجهة نظر المستهلكين (المرضى)... الخ.

**3- الفجوة بين جودة الخدمة الصحية المعيارية وتقديم الخدمة الصحية :** قد يكون مقدم الخدمة الصحية للمريض غير مدرب أو غير قادر أو غير راغب في الأداء، بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة، كما هو مثلا في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كاف ومن ثم إنجاز الخدمة الصحية بسرعة، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعية، و توضيح الأدوار و المهام لكافة العاملين على تقديم الخدمات الصحية، و أن ما يؤدونه يصب في تحقيق رضا المستهلكين (المرضى).

**4- الفجوة بين الخدمة الصحية المقدمة و الاتصالات الخارجية :** و تتمثل في الاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المستهلكين (المرضى) وما تم الاتفاق عليه مسبقا عبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المؤسسة الصحية و المستهلكين (المرضى)، كما هو الحال في الاتفاق بين المستهلك (المريض) و إدارة المؤسسة الصحية في حصوله على غرفة نظيفة و أنيقة و أسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمؤسسة الصحية يجد العكس من ذلك أو دون الاتفاق المسبق بين الطرفين، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال التأكد من كون الخدمات الصحية المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه.

**5- الفجوة بين الخدمة الصحية المستلمة و الخدمة الصحية المتوقعة :** هذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المستهلك (المريض) على الخدمة الصحية المتوقعة، ومن الممكن أم يلاحظ من الشكل فإن الفجوة 5 هي الوحيدة التي يتلمسها المستهلك (المريض) على أساس أن الفجوات الأخرى تحدث داخل المؤسسة الصحية، وكجزء من تصميم وصياغة الجودة للخدمة الصحية المقدمة إلا أنها جميعا تساهم في إظهار الفجوة 5.

كما لا بد من الإشارة إلى أن الفجوة تحصل بين وجود طرفين، وتعمل إدارة المؤسسة الصحية قدر المستطاع على تقليص سعة الفجوة كلما كان ذلك ممكناً.

وهناك من يرى أن تقييم جودة الخدمات الصحية، من الأحسن أن يكون حسب الخدمات الصحية المقدمة، وذلك من خلال تقييم جودة خدمات الأطباء، تقييم جودة خدمات التمريض و تقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى (المخبر، الصيدلية...) وتتمثل فيما يلي<sup>1</sup>:

**1- تقييم جودة خدمات الأطباء :** و ذلك من خلال قيام المؤسسات الصحية بمجموعة من الأنشطة تتمثل فيما يلي :

**أ- التدقيق الطبي :** و هو عبارة عن دراسة تاريخية أو استرجاعية للملفات الطبية للمستهلكين (المرضى) المخرجين من المؤسسة الصحية، للتعرف على مدى جودة الخدمات الصحية التي تلقاها هؤلاء المستهلكون (المرضى) أثناء تواجدهم في المؤسسة الصحية.

**ب- مراجعة الزملاء :** و تعني قيام بعض الأطباء بمراجعة و تقييم جودة الخدمات الصحية التي يقدمها زملاؤهم، على أساس الدراسة الإستراتيجية للخدمات الصحية التي تم تقديمها للمستهلكين (المرضى)، بعد خروجهم من المؤسسة الصحية، وذلك بالاستناد إلى معايير توضع من قبل الأطباء أنفسهم.

**ت- مراجعة الاستخدام :** وذلك أثناء إقامة المستهلك (المريض) في المؤسسة الصحية، يستخدم لمراجعة استخدام الأسرة وهياكل وخدمات المؤسسة الصحية و الكشف عن الاستخدامات غير الضرورية، وذلك لترشيد هذا الاستخدام.

**ث- لجنة الأنسجة :** تقوم بدراسة الأنسجة البشرية التي يتم إزالتها في العمليات الجراحية للكشف عن أية أنسجة طبيعية قد أزيلت بالخطأ.

يستند التدقيق الطبي و مراجعة الزملاء إلى نوعين من المعايير، معايير يضعها الأطباء، و معايير واضحة و محددة تستند إلى أسس علمية.

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، 2008، ص ص 233-242.

2- تقييم جودة خدمات التمريض : تعتمد المؤسسات الصحية على نوعين رئيسيين من

أساليب تقييم جودة الخدمات التمريضية، و تتمثل فيما يلي :

أ- أساليب تقييم غير رسمية : وهي الأكثر استعمالاً، حيث تعتمد إدارة المؤسسات الصحية على ملاحظات و تقييم الأطباء للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكاً بالمرضى و الأقدر على الحكم على جودة الخدمات التمريضية المقدمة من الناحية الفنية، والتي تتعلق بعملية إدارة ومعالجة المستهلك (المرضى)، كإعطاء الأدوية حسب إرشادات الطبيب المعالج، و إتباع تعليماته لرعاية المستهلك (المرضى)، كما قد تعتمد إدارة المؤسسة الصحية على استقصاء ودراسة آراء المستهلكين (المرضى) حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم وخدمات فن الرعاية.

ب- أساليب التقييم الرسمية : و تشمل هذه الأساليب مراجعة وتدقيق ملفات المستهلكين (المرضى) فيما يتعلق بالجانب التمريضي من الملف الطبي، تقوم بها لجنة تدقيق الخدمات التمريضية، أو من قبل ممرضين متخصصين داخل المؤسسة الصحية، أو من خلال التقارير اليومية التي يتم رفعها للإدارة من قبل الممرضين المسؤولين في الأجنحة.

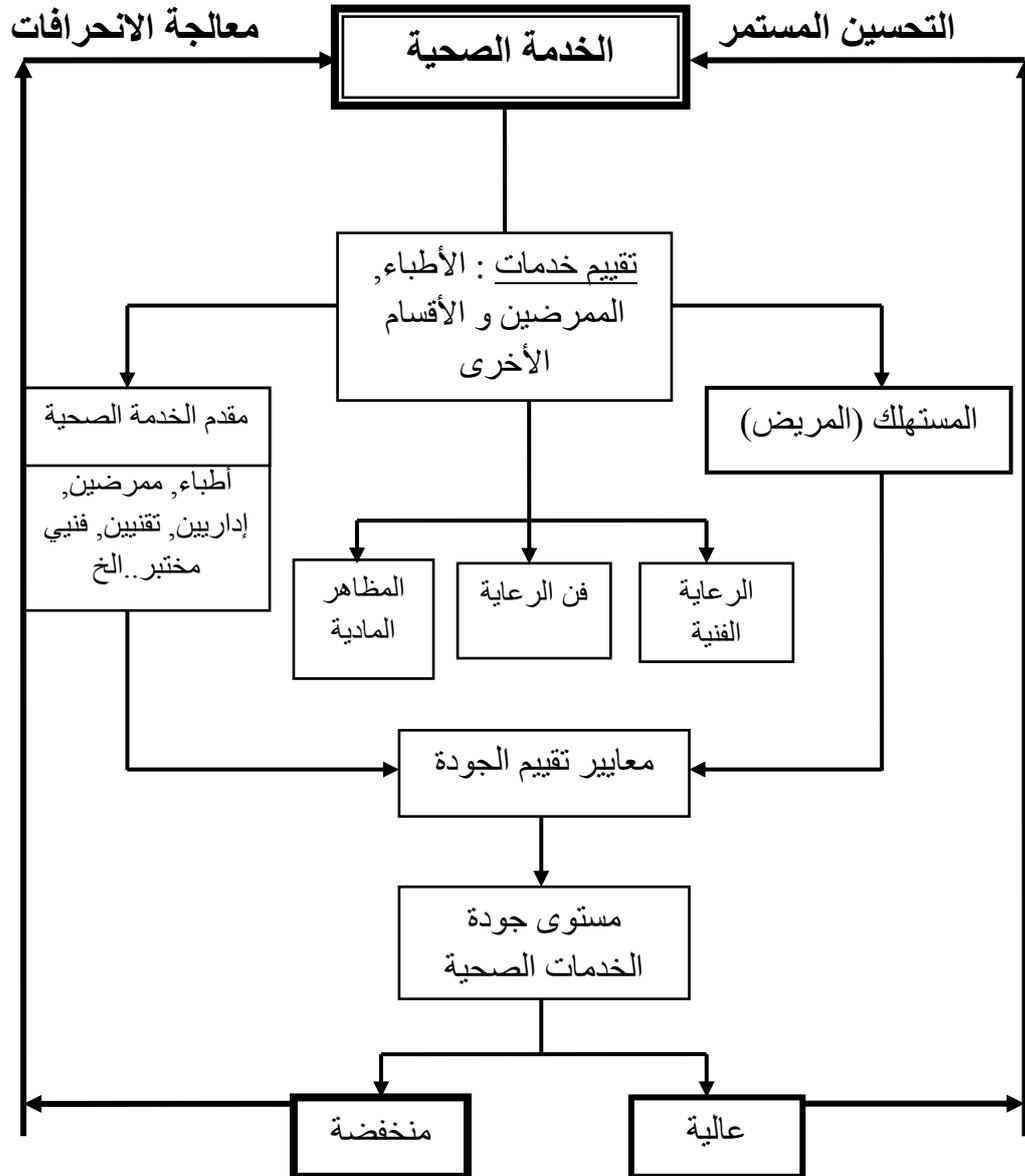
3- تقييم جودة الأقسام الأخرى : وتشمل مقارنة الخدمات الصحية المقدمة من قبل كل

قسم من الأقسام الأخرى في المؤسسة الصحية بالمقارنة مع المعايير المحددة، مثل دقة مواعيد تسليم الأدوية في الأجنحة الداخلية من قبل الصيدلية وانتظام هذه المواعيد و نظافة غرف المستهلكين (المرضى)، نظافة الممرات و القاعات، وصول وجبات الطعام إلى المستهلكين (المرضى) في المواعيد المحددة لها، نظافة الغسيل ومدى تعقيم المعدات... الخ.

و إذا ما أردنا تقديم نموذجاً شاملاً لتقييم جودة الخدمات الصحية، بناءً على ما تم طرحه من قبل، فسيتم في الشكل التالي :<sup>1</sup>

<sup>1</sup> قاسم نايف علوان الخياوي، مرجع سابق، ص 108.

الشكل رقم 11 : النموذج الشامل لتقييم جودة الخدمات الصحية.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر و التوزيع، الأردن، 2006، ص 108.

وعليه يتم تقييم جودة الخدمات الصحية حسب النموذج الشامل المقترح، من وجهة نظر المستهلكين (المرضى) و مقدميها، من أطباء و ممرضين، تقنيين، إداريين، فنيي مختبر... الخ. و ذلك بناءً على أبعاد جودة الخدمات الصحية، و المتمثلة في : الرعاية الفنية التي تشير إلى مدى ملائمة أنشطة تشخيص و معالجة المستهلكين (المرضى)، و فن الرعاية الذي يتمثل في أسلوب تقديم الخدمات الصحية، و طريقة التفاعل و التعامل بين مقدمي الخدمات و مستهلكيها (المرضى)، بالإضافة إلى المظاهر المادية داخل المؤسسة الصحية كالنظافة و مدى توفر الأجهزة الطبية... الخ، حيث يتم من خلال ذلك تقييم خدمات الأطباء و الممرضين، بالإضافة إلى خدمات الأقسام الأخرى، كقسم الغذاء و قسم الصيدلة... الخ، و كنتيجة لعملية التقييم هاته يتم تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الصحية، فإذا ما كانت جودة عالية يتم العمل على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة، أما إذا كانت جودة منخفضة فيتم العمل على معالجة الانحرافات و الاختلالات التي أدت إلى ذلك.

#### المطلب الرابع : متطلبات تقييم الخدمات الصحية.

تعمل المؤسسات الصحية على اعتماد الجودة في تقديم خدماتها الصحية، و لضمانها تركز غالبية المؤسسات الصحية في ممارستها على عدة أمور هامة تتضمن ما يلي :<sup>1</sup>

- تقييم مؤهلات و خبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الصحية.
- التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية مثل رقابة وضبط العدوى و انتقال الأمراض داخل المؤسسة الصحية، و تبني سياسة محددة و جيّدة للأدوية فيها، من خلال لجان متخصصة فنية، هي لجنة التحكم بالعدوى و لجنة الصيدلة.
- تقييم و رقابة جودة الخدمات الصحية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي ( يجرى هذا التدقيق مرة في الشهر على الأقل، يكون خاص بكل خدمة صحية، مثل الطب الباطني و الجراحة، و هو عبارة عن مراجعة السجلات الطبية، يقوم بها الأطباء الزملاء لأعمال زملائهم بالاستناد إلى معايير توضع من قبل الأطباء أنفسهم، حيث يتم التركيز على النتائج النهائية)، و مراجعة الاستخدام و التي وظيفتها تقليل مدة الإقامة و ترشيد استعمال الموارد.

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص ص 392-393.

تقوم معظم المؤسسات الصحية بتقييم جودة خدماتها الصحية من خلال إنشاء مجلس جودة مركزي، أو لجنة مراقبة جودة الخدمات الصحية، لكن هذه الطريقة لا تجد حاليا التأييد نظرا لأن الخدمات الصحية تختلف من تخصص إلى آخر، فمن غير الملائم أن يقوم بتقييم جودة الخدمات الصحية في تخصص معين أطباء من تخصص آخر غير ذي صلة، يكونون منظمين في اللجنة، وبدلا من ذلك فإنه أكثر ملائمة أن يتم إجراء مناقشات للإحصائيات كعدد الوفيات، و المواليد الجدد، في اجتماعات مجدولة ينخرط فيها أخصائيو كل حسب تخصصه، و لهذا السبب أصبح من الواجب أن يتم التقييم لجودة الخدمات الصحية محررا من الإجراءات الإدارية، إذ أصبح تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال تدقيق الوفيات و المواليد الجدد، والموت للأمهات، و مراجعة السجلات الطبية على أساس الأقسام أحسن من أن يكون من خلال لجنة مركزية.<sup>1</sup>

من أجل ذلك تقترح الجمعية الأمريكية لاعتماد المؤسسات الصحية عدد من المتطلبات الدقيقة للنظام المقبول لتقييم الخدمات في المؤسسات الصحية، هذه المتطلبات هي :<sup>2</sup>

- يجب أن يكون النظام هادفا و موضوعيا، و هنا لا بد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها.
- يجب أن يكون نظام التقييم كفؤ و خاصة من حيث توفير وقت الطبيب، و هنا لا بد من استخدام غير الأطباء للمهام التي تستهلك وقتا كبيرا ولا تتطلب تقويما.
- يجب أن يكون التقييم موثقا، بحيث يتم تدوين كل القرارات الهامة كتابة و توقعها من قبل الطبيب المسؤول.
- يجب أن يكون النظام مرنا بحيث يسمح بقدر من الاختلاف و الانحراف عن المعايير إذا ما توفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي.
- يجب أن ينتج التقييم عن إجراء تصحيحي، فلا بد من أن يسفر التقييم عن إجراء منطقي يتناسب مع الانحراف، سواء كان ذلك الإجراء برنامج تعليمي و تدريبي بإشراف مباشر من الطبيب، أو إيقاف الجزء و العقوبات وما إلى ذلك من إجراءات تصحيحية.

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص ص 141-142.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص ص 293-294.

## خلاصة الفصل :

تناولنا في هذا الفصل الجودة في المؤسسات الصحية، حيث تطرقنا خلاله إلى مفاهيم حول الخدمات الصحية، التي تعتبر مجموعة من الخدمات العلاجية والاستشفائية، أو التشخيصية التي تقدمها المؤسسات الصحية للأفراد، بهدف تحقيق حاجاتهم الصحية، و التي تنقسم إلى خدمات علاجية، وقائية و خدمات إنتاجية، ثم تطرقنا إلى الجودة في الخدمات الصحية التي تعتبر نتاج مجموعة من المكونات الفنية أو ما يسمى بالرعاية الفنية و المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية أو ما يصطلح عليه بفن الرعاية، إضافة إلى المكونات البيئية و الهيكلية للمؤسسة الصحية بما يتوافق مع توقعات المستهلكين (المرضى)، و في الأخير تناولنا مداخل تقييم الجودة في المؤسسات الصحية، و المتمثلة في مدخل رضا المستهلكين ( المرضى)، مدخل عمليات و خطوات الرعاية الطبية و مدى متابعتها و تناسقها، بالإضافة إلى مدخل النتيجة النهائية، من خلال المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمستهلكين (المرضى) الناتجة عن أداء عمليات الرعاية الصحية.

تمهيد:

تهدف دراسة جودة الخدمات الصحية الى تقديم صورة تحليلية لواقع جودة الخدمة المقدمة بأوجه متعددة بالاعتماد على الأساليب الكمية و الإحصائية، فبعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصلين الأول و الثاني، سنحاول من خلال هذا الفصل تسليط الضوء على الجانب التطبيقي، حيث تم اختيار المؤسسة العمومية الاستشفائية مغنية محلا للدراسة. و تم تقسيم هذا الفصل الى ثلاثة مباحث، فالمبحث الأول يدرس نظرة شاملة لواقع الصحة في الجزائر من خلال التعرف على التطور التاريخي و هيكل النظام الصحي العمومي الجزائري بالإضافة الى إصلاح النظام الصحي الجزائري و أوجه قصوره مع اقتراح بعض الحلول لمعالجة الاختلالات ، أما في المبحث الثاني فستتطرق الى عموميات حول المستشفى محل الدراسة الميدانية من خلال تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية مع ابراز المخصصات المالية للمؤسسة، لنختتم في الفصل الثالث بخطوات إجراء الدراسة الميدانية و تحليل و تفسير النتائج.

### المبحث الأول: مدخل عام حول الخدمات الصحية العمومية في الجزائر

عرفت الجزائر مرحلة صعبة عقب الاستقلال، هذا ما انعكس سلبا على وضع المنظومة الصحية، لكنها سرعان ما تداركت الوضع بإصدار مشروع إصلاح الهياكل الصحية، لتقدم الخدمات بالمستوى الذي يتطلع له المواطنون، وإتاحة الموارد اللازمة للقطاع، و بهذا شهد القطاع نقلة نوعية في سبيل الارتقاء بالخدمات التي يقدمها.

### المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري

مر القطاع الصحي في الجزائر بثلاث مراحل منذ الاستقلال إلى غاية السنوات الحالية تتمثل هذه المراحل فيما يلي:

#### المرحلة الأولى: (1962-1973)

عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات تطورات كبيرة من حيث المستخدمين و الهياكل القاعدية، و لكن بمستوى تميز بالبטיء مقارنة بالتطور السكاني الذي عرفته البلاد، و كذا بجملة من القوانين و النصوص لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر أهمها:<sup>1</sup>

\* العمل على ايجاد صيغة وطنية للنظام الصحي، و بدأت بتوحيد الهيئات المشرفة على الصحة

\* تجسيد عدة برامج صحية موجهة لحماية الطبقة المحرومة من الشكاوى و الوقاية من الأمراض المستعصية.

\* تم فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال و إطلاق الحملات الوطنية للتلقيح ضد السل سنة 1970/1969 و ضد الشلل سنة 1974/1973 و هذا في إطار برنامج وضع بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة(OMS).

و تزامنا مع المخطط الوطني من جهة و بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) الذي أنشأ في عام 1966 لتنظيم مهنة الأطباء و الصيادلة، لوحظ تحسن في الخدمات

<sup>1</sup> République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience Algérienne, Alger, 1985. p55

الصحية مع تطور التكوين الطبي و الشبه طبي و مع إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967-1969.<sup>1</sup>

#### المرحلة الثانية: (1974-1989)

ما ميز هذه المرحلة بدء العمل وفق مرسوم هيكلية النظام الصحي الجزائري المؤرخ في فيفري 1973 و تم بموجبه تقسيم البلاد إلى قطاعات صحية موجودة على مستوى كل دائرة و تضم نظاما استشفائيا، و وحدات صحية جواريه ملحقة بها إداريا، كما تم اعتماد إجراءات قانونية أهمها:

\* المرسوم التشريعي 65-73 المؤرخ في 28/12/1973<sup>2</sup> و القاضي بتطبيق مجانية العلاج لكل مواطن مهما كانت مداخيله و وضعيته الاجتماعية، و قد شرع في تنفيذه منذ مطلع 1974.

\* إصلاح النظام التربوي و بالخصوص الدراسات الطبية، مما يسمح بوجود عدد معتبر من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.

#### المرحلة الثالثة: 1990-2004

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي تطورت منذ نهاية الثمانينات، و اعتبرت اللجنة المركزية لجهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني يجب أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية و الاجتماعية و حتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على<sup>3</sup>:

- الزامية التكامل بين القطاعات و تحديد الوظائف و الأداء و هذا لا يشمل وزارة الصحة فقط، و إنما القطاعات و التنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.

- تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية في الصحة.

<sup>1</sup> أمير جيلالي، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، فرع تخطيط، كلية العلوم الاقتصادية جامعة الجزائر، 2000/2001، ص 113

<sup>2</sup> الأمر رقم 73-65 المؤرخ فس ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية.

<sup>3</sup> حوش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب و النشر، الجزائر، الطبعة الأولى، 2008، ص ص 150-151.

- التسلل في العلاج و إعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.

إنشاء ووضع حيز التطبيق هياك الدعم لنشاط وزارة الصحة، و التي تمثلت في:

\* المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP) مكلف بالمراقبة القبيلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.

\* الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) المكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية بالمنتجات الصيدلانية(1994).

\* الوكالة الوطنية للدم (ANS) المكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم سنة 1995.

\* الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي(ANBS) المكلفة بتطوير التوثيق و المعلومة و الاتصال.

\* المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و يقظة العتاد (CNPM) المكلف بمراقبة الاثار المترتبة على استهلاك الأدوية و استعمال المعدات الطبية.

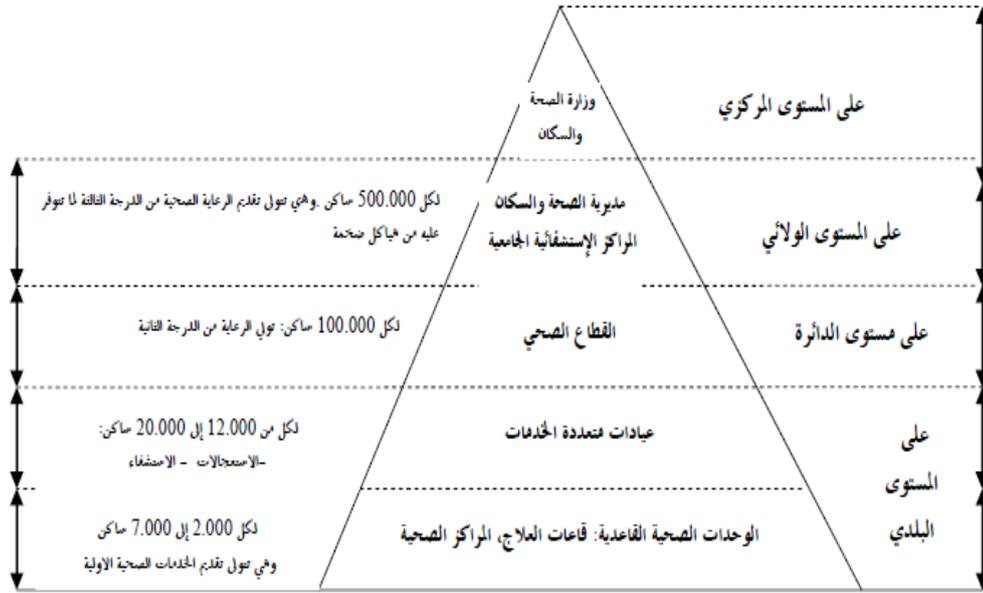
وقبل هذا خضعت الجزائر رسميا لشروط برنامج التعديل الهيكلي(PAS) بسبب الصعوبات الاقتصادية الذي فرضه صندوق النقد الدول(FMI) بسبب الضغوطات الاقتصادية التي كانت تعيشها و قد تلخصت أهداف برنامج التعديل الهيكلي في الضغط على نفقات الرعاية الصحية على المستوى الداخلي، تقليص استيراد الأدوية و المعدات الطبية و تقليص الرعاية الصحية في الخارج على المستوى الخارجي.<sup>1</sup>

### المطلب الثاني: هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر

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

<sup>1</sup> عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007، ص 170.

الشكل رقم 12: سلمية الخدمات الصحية العمومية في الجزائر.



المصدر : مديرية الصحة والسكان، تلمسان

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

التالي:

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

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

-وقاية صحة السكان ورعايتها؛

-التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛

-التنظيم الصحي والخريطة الصحية؛

-العلاج الطبي في الهياكل الصحية؛

-تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين؛

-العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات؛

<sup>1</sup> المرسوم 124/90 المؤرخ في 05 شوال 1410 الموافق ل 30 أفريل 1990 و المتعلق بتحديد صلاحيات وزير

- ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها؛
- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة؛
- التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛
- الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي؛

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

- ب- ديوان الوزير:** يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة وملحقون بالديوان وعددهم أربعة، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.
- ج - الأمانة العامة:** تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

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

- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية ؛
- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛
- العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛
- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.
- هـ- المديريات المركزية:** وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:
- مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

ثانيا: على المستوى الولائي:

**أ- مديرية الصحة والسكان:**

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الموارد الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية ومتابعة ظروف تخزينها و إعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بدراسة المنازعات والمشاكل المرتبطة بأعمال تسيير ممارسي

الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية بتحديد احتياجات موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاصة بميدان التكوين.

#### ب- المراكز الاستشفائية الجامعية:

أنشأت المستشفيات الجامعية بموجب قانون 74-100 الصادر ب 13 جوان 1974 وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي ( 660 إلى 700 سرير ) 262 ومعهد طبي .يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية<sup>1</sup>.

بصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء، بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي:

-الميدان الصحي؛

-الميدان التكويني؛

-ميدان الدراسة والبحث.

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

#### ثالثا: على المستوى المحلي(الدائرة والبلدية)

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

<sup>1</sup> المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 02 شعبان 1418 الموافق ل 02-12-1997 المتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها.

أ - عيادة متعددة الخدمات: مهمتها:

- تقديم مختلف الخدمات الصحية و الاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة
- الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛
- تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

ينشأ في كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

ج - قاعات العلاج:

وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000-2000 ساكن، ولكن المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى <sup>1</sup> :

- المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) Etablissements Publics Hospitaliers .
- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية Etablissements publics de santé de proximité (EPSP).

- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة Etablissements Hospitaliers spécialisés (EHS).  
وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات أو إلى قاعات للعلاج.  
إن المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPSP) حسب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي حاجة سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.  
وتوكل إليها عدة مهام بموجب المادة 4 و 5 من المرسوم 07-140 منها :

- التكفل بالحاجات الصحية للسكان ضمان نشاطات العلاج والتشخيص والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية.
- ضمان تقديم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء .
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

<sup>1</sup> المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.

• كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية كميدان للتكوين الطبي والشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين. أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج. تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة. أما مهامها حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومنتسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي

- تشخيص المرض

- العلاج الجوارى

- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي

- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي

- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان

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

**مدخلات القطاع المادية والبشرية :**

سجل السلك الطبي نما قدرت نسبته بحوالي 70% خلال العشرية الأخيرة في الهياكل العمومية بتسجيل ارتفاع في عدد الأطباء الممارسين من 21000 منهم 4000 أخصائيون في سنة 1999، إلى 35000 طبيب ممارس منهم 13000 أخصائيون في سنة 2007، و قد تم تعزيز هذه الموارد البشرية عام 2009 ب 15000 طبيب عام، 5000 طبيب متخصص وكذا 15000 عامل شبه طبي.<sup>1</sup> إن تسيير المنشآت الطبية يبقى يشكل أيضا أولوية من خلال التسيير المختص بالمستشفيات، وذلك من خلال برامج تكوين أولي ومتواصل للمسيرين الذين استفاد نحو 1000 منهم من تكوين في مجال تسيير إدارة المستشفيات، في حين أن حوالي 400 آخرون يتابعون حاليا تكويننا. في هذا الخصوص، ستحول المدرسة الوطنية للصحة العمومية إلى مدرسة لتسيير إدارة المؤسسات الاستشفائية. وتجدر الإشارة إلى أن عدد أسرة المستشفيات العمومية ارتفع بشكل محسوس من أقل من 54000 في سنة 1999، إلى قرابة 68000 في سنة 2007. وفي المقابل، فإن قطاع الصحة مازال يعاني من نقص في أعوان شبه الطبي الذي يتعين استدراكه، حيث بلغت عدد مدارس التكوين الشبه

<sup>1</sup> [www.andi.dz](http://www.andi.dz) (site électronique de l'Agence Nationale de développement de l'investissement), page consulté le 22-05-2011

الطبي الذي يتعين استدراكه، حيث بلغت مدارس التكوين الشبه طبي (EFPM) 35 مدرسة لسنة 2007، إلا أن الحاجيات الإضافية المنتظرة ما بين 2010 و 2015 تقدر ب 40000 إطار.

وبهدف تلبية طلبات المواطنين، تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود هامة للاستثمار من طرف الدولة، بغية توسيع و تدعيم شبكة المنشآت الصحية من أجل تكفل أفضل بالمريض، و تحقيق تغطية طبية أفضل. فقد سمح برنامج تنمية الصحة للفترة الممتدة من 2005 إلى 2009 من انشاء 65 مستشفى عام ومتخصص، 76 عيادة متعددة الخدمات، 168 مركز صحي، 40 قاعة علاج، 06 مراكز للمراقبة الصحية عند الحدود، 04 مراكز لتصفية الدم ومعهد للتكوين الشبه طبي.

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

بالإضافة إلى تعميم الوقاية على كافة الأصعدة من بعض الأمراض التي تراجعت، و التكفل بالصحة المدرسية و الجامعية، و لاسيما التكفل بصحة الأمهات و الأطفال. أضف إلى ذلك تعزيز الوسائل من خلال إنجاز 16 مصلحة، و 185 وحدة إضافية لصحة المولود الجديد، و إبقاء تعميم التطعيم ضد أبرز الأمراض التي يمكن التحكم فيها من خلال التطعيم.

ولم تحمل الدولة السن المتقدم للسكان معدل أمل الحياة عند الولادة كان يبلغ 47 سنة خلال 1962مقابل 67 سنة خلال 2008، و كذا التغيير الذي طرأ على النمط المعيشي حيث أنها علاوة على الوقاية، فقد عززت وسائل مكافحة بعض الأمراض كالسرطان، وأمراض القلب والشرايين، وداء السكري والربو، وبعض أمراض العيون، علاوة على الصحة العقلية.

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

## المطلب الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر و مكانة الجودة فيه

يعتبر العنصر المميز لسنة 2002، في مجال الصحة في الجزائر تغيير اسم وزارة الصحة و السكان إلى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، و يندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، و التي مست العديد من القطاعات.

## الفرع الاول: إصلاح النظام الصحي الجزائري

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، و التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، و تتمثل فيما يلي:<sup>1</sup>

- 1- إحصاء عروض العلاج و الاستشفاء و تكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.
  - 2- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
  - 3- التأكيد على حقوق وواجبات المستعلمين و حماية المرضى على وجه الخصوص.
  - 4- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.
  - 5- توفير الإمكانيات الضرورية لمخترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، و ذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية و الاجتماعية.
  - 6- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.
- و يتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحية و تحسين جودة الخدمات المقدمة.

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي:<sup>2</sup>

<sup>1</sup> وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات و الأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.

<sup>2</sup> عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير و العلوم التجارية، تخصص تسويق دولي، 2001-2012، ص

### ❖ ملف الحاجيات الصحية و طلب العلاج:

تمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة و منظومته الاستشفائية الفرعية، و ذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي و التنظيمي.

و تم التعرض إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية و مستشفى القطاع من جهة، و تلك الموجودة بين مستشفيات القطاع و المستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

### ❖ ملف الهياكل الاستشفائية:

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، و ذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

\* تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة.

\* المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، و جودة أدائها.

\* استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

### ❖ ملف الموارد البشرية:

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي و هو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط و ظروف عملهم، علاواتهم و أجورهم، ترقيةهم في المسار المهني و تكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين و التقنيين، و هذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي و التكوين المهني على وجه الخصوص.

### ❖ ملف الموارد المادية:

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل و مستوى النشاط و بين تسلسل العلاج و تقييس الوسائل، و الهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. و تشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة و المعايير التقنية و الخاصة بالأمن و النوعية و تكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

## ❖ ملف التمويل:

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، و ضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، و حول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات و الفتورة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

## ❖ ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل و الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية و البيئية، الصناعة و الفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة و السياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة.

و الجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب و الاستعمالات على المستويين الجهوي و الوطني موضوعين لم يتطرق إليها في هذا المشروع، و لقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد و الظروف المناخية، الصيانة و الظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للاستعمالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا، و الذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

## الفرع الثاني : مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة

تظهر مكانة الجودة في القانون التنفيذي رقم 07-140 من ناحية التنظيم و تسيير هذه المؤسسات، فيسير كل مؤسسة عمومية استشفائية و مؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة تحت إشراف مدير المؤسسة، و تزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي. فمنذ المرسوم التنفيذي لسنة 2007 و الذي دخل حيز التنفيذ منذ بداية 2008 أعطى أولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.<sup>1</sup>

و قد أعطت سياسة الإصلاح الجديدة مكانة للقطاع الخاص حيث بلغ عدد الأسرة في القطاع الخاص إلى ما يزيد على 3000 سرير، ووصل القطاع العام إلى أكثر من 62000 سرير.

أما بخصوص الاستثمارات في هذا المجال فقد فتحت الجزائر الباب أمام المستثمرين الأجانب مثل بعض الشركات الأجنبية في إصلاح العتاد و صيانتها، و منهم مهندسين جزائريين إضافة إلى بعض الأجانب في حرية الانتقال عبر جميع التراب الوطني بهدف إصلاح العتاد و صيانتها. و قد تم إنشاء مؤسسات كوبية متخصصة و خاصة في طب العيون في بعض ولايات الوطن الشيء الذي يفتح و يفتح المؤسسات الجزائرية على الاهتمام أكثر بالجودة في تقديم الخدمات و بلوغ الجودة العالمية.<sup>2</sup>

## المطلب الرابع: اوجه قصور النظام الصحي و سبل معالجتها:

لم يدع التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، انه وضع قائمة كاملة للمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، و خصوصا المستشفيات، و إنما قدم حوصلة عن العقبات و المشاكل الأكثر بروزا، و تمس جوانب جد مهمة.

و فيما يلي عرض للاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر و التدابير المتخذة

لمعالجتها:

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 30 ماي 2007، العدد 30، ص 11، ملحق رقم 2.

<sup>2</sup> عتيق عائشة، مرجع سابق، ص

« الاختلالات المرتبطة بالتمويل و طرق معالجتها:

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات تتمثل في نقص الوسائل المادية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، و يمكن إرجاع ذلك إلى مايلي:

- تخصيص و توزيع غير ملائم و غير كاف للوارد المالية.
- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة و النفقات الصحية.

و على ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:<sup>1</sup>

- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استراد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث و التبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية و التسعير.
- قيام الوزارة الكلفة بالتضامن بإعادة تحديد و ضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات التكفل المالي بهذه الفئات و التي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقب البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية و العامة عن المستشفى.
- وضع مخطط حسابات المستشفى.
- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود و عروض خدمات مع المؤسسات الوطنية و الدولية و الشركات.
- إعادة تفصيل أليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم و البث الطبي نحو المستشفيات.
- إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.

<sup>1</sup> Centre for administrative innovation in the Euro-Méditerranéen Région, Assistance sociale dans la région Méditerranéenne, Algérie.

- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعدادات، التعليم، البحث و الوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الاجمالية.
- جعل الوسائل المادية و البشرية أكثر مردودية.
- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى.
- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

### ◀ الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين و طرق معالجتها:

لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية و الموارد البشرية، و كذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه و تكوين فعال للمستخدمين، و على هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على ما أقره مشروع الاصلاح في كل جانب على حدى.<sup>1</sup>

### أ-العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية و البشرية و تدابير معالجتها:

لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، سنبرزها في الآتي:

- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل و غير فعالة.
- تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية و ظروف ممارسة غير ملائمة و أجور منخفضة.
- تباين و توزيع الوسائل المادية و الموارد البشرية بين المناطق و داخلها.
- نقص في صيانة العتاد الطبي.
- نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية و تنظيمية تزيد من وطأة الاختلالات في تسيير المستشفيات و الأدوية.
- تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.
- و بالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول و الاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كمايلي:
- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهام الإدارة المركزية و هياكلها غير الممركزة.

<sup>1</sup>عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 143 .

- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة و التقدم في المسار المهني و إدراج نظام تعويض محفز.
  - انشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
  - جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلًا و تحديد مهامها بدقة و إلزامها بمسئولياتها.
  - تزويد المستشفيات بالهيكل و الآليات و الوسائل و الأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.
- أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.

#### ب- العراقيل المرتبطة بالإعلام و اوجه معالجتها:

- اولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العمومي و الخاص)، و ذلك لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:
- لا يأخذ بدقة نظام التكوين و التعليم بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
  - التكوين الأكاديمي لم يعد قادرًا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة و متطلبات تعدد الخدمات في الميدان، و هذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية و الشبه طبية.
  - مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
  - تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.

كما خص ذات المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة و السكان على العمل بها، و التي سنهتم بإبرازها في النقاط التالية:<sup>1</sup>

- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية و إعادة تحديد مواصفات التكوين و محتويات التعليم المقدم و ذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.
- وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين و تسيير المهن و الاعتراف بالكفاءات التي لم تتوح بالطريقة المتعارف عليها.

<sup>1</sup> Centre for administrative innovation in the Euro-Méditerranéen Région, Assistance sociale dans la region Méditerranéenne, Algerie,op-cit.

- أما فيما يخص المتدربين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة الحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.
  - إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه طبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين و تحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.
  - جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية للصحة.
  - وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين او الممارسين بالخارج مع التعاون مع وزارة التعليم العالي و المؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.
  - مراجعة مواصفات التكوين و محتوى التعليم حسب الاحتياجات التي يعبر عنها قطاع الصحة بالإضافة إلى أن الاهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء جامعة لعلوم الصحة في المستقبل القريب.
- و استنادا على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، و لكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقا قصد بناء هيكل قانوني، إداري، مالي و اجتماعي متين على المدى المتوسط و البعيد.

المبحث الثاني : عموميات حول المستشفى محل الدراسة الميدانية .

تتربع ولاية تلمسان على مساحة قدرها 9017.69 كم<sup>2</sup> بتعداد سكاني بلغ 763.980 نسمة سنة 2010.<sup>1</sup> الأمر الذي جعل من تطوير و تهيئة القطاع الصحي لهذه الولاية ضرورة من الضروريات الملحة لاستيعاب هذا النمو السكاني و تلبية احتياجاته الصحية.

ويضم القطاع الصحي لولاية تلمسان على<sup>2</sup> :

- مركز استشفائي جامعي واحد.
- خمسة مؤسسات عمومية إستشفائية (EPH) هي :
  - ✓ المؤسسة الإستشفائية لمغنية.
  - ✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية لندرومة.
  - ✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية للغزوات.
  - ✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية لسبدو.
  - ✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية للرمشي.
- سبعة مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP) تتواجد على مستوى بلديات أولاد ميمون، سبدو، الرمشي، مغنية، الغزوات، باب العسة، تلمسان.
- مؤسسة عمومية استشفائية متخصصة للام والطفل بتلمسان.
- 38 قاعة علاج موزعة على جميع تراب الولاية.

**المطلب الأول: تقديم المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية :**

تحمل المؤسسة العمومية الإستشفائية بمغنية اسم الشهيد "شعبان حمدون"، و هي تعتبر من أهم المرافق الحيوية في دائرة مغنية، شهدت نشأتها عدة مراحل أهمها كان إعادة هيكلتها في إطار الخريطة الصحية لسنة 1982 بموجب المرسوم التنفيذي 81-242 المؤرخ في 05-09-1981 كقطاع صحي ليعاد تحويله إلى جنوب مدينة مغنية و تدشينه يوم 26 ماي 1993 من قبل وزير الصحة محمد صغير بابس، و في عام 2008 تحول إلى مؤسسة عمومية استشفائية بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 19-05-2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات الصحية الجوارية وتنظيمها.

<sup>1</sup> مديرية تخطيط و تهيئة الاقليم لولاية تلمسان، 2011.

<sup>2</sup> الموقع الالكتروني لمديرية الصحة و السكان لولاية تلمسان : [www.dsp-tlemcen.dz/2016](http://www.dsp-tlemcen.dz/2016)

و تبلغ السعة السريرية لمستشفى شعبان حمدون 259 سرير موزعة على 08 أقسام للتنويم: مصلحة الجراحة العامة، مصلحة الطب العام، مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية، مصلحة التخدير و الإنعاش، مصلحة تصفية الدم، مصلحة طب الأطفال، مصلحة أمراض النساء و التوليد، مصلحة طب الأورام.<sup>1</sup>

الجدول التالي يوضح مختلف المصالح الطبية التي تتكون منها المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية بالإضافة إلى الوحدات التي تشكل منها كل مصلحة و عدد الأسرة في المصالح التي تحتوي على أقسام التنويم.

الجدول رقم 02 : المصالح الطبية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية

المصالح الطبية	عدد الأسرة	الوحدات
الجراحة العامة	60	الجراحة العامة, جراحة الأنف الأذن و الحنجرة, جراحة العيون, جراحة العظام, جراحة الجهاز البولي, جراحة الأطفال
الطب الداخلي	60	أمراض الجهاز الهضمي, الأمراض الصدرية, أمراض الجهاز البولي, أمراض الجهاز القلبي
علم التشريح المرضي	-	علم أمراض النساء, أمراض المعدة
علم الأوبئة	-	المعلومات الصحية, نظافة المستشفيات
أمراض النساء و التوليد	60	أمراض النساء, التوليد

<sup>1</sup> الموقع الإلكتروني لمديرية الصحة و السكان لولاية تلمسان : [www.dsp-tlemcen.dz/2016](http://www.dsp-tlemcen.dz/2016)

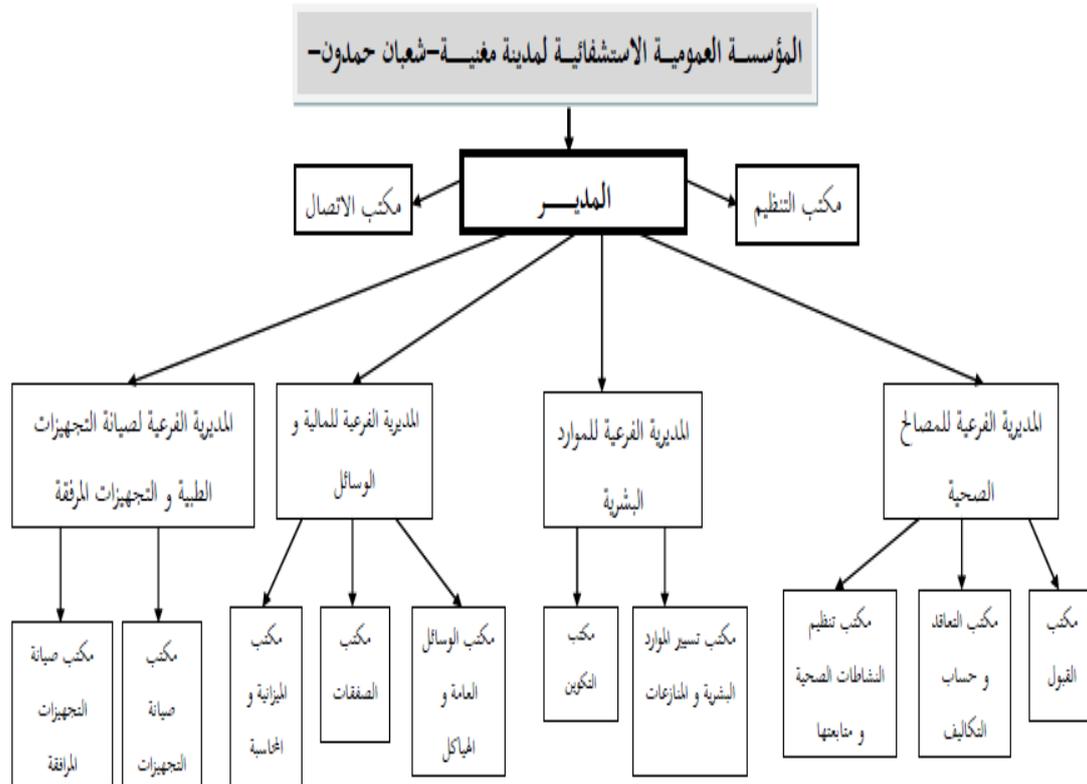
الفحص بالأشعة المركزي	-	الفحص بالأشعة, الفحص بجهاز السكاير
المخبر المركزي	-	البيوكيمياء, علم الأحياء الدقيقة, علم الدم, بنك الدم
طب العمل	-	المراقبة الطبية لعمال الصحة, الفحص الطبي الدوري للعمال
أمراض الكلى وتصفية الدم	24	أمراض الكلى, تصفية الدم
طب الأطفال	35	طب الأطفال
الطب الشرعي	-	تقرير الطب الشرعي
طب العيون	-	الفحص و المتابعة
أمراض الأذن الأنف و الحنجرة	-	الفحص و المتابعة
طب الأسنان	-	الفحص والمتابعة
الإنعاش	10	الإنعاش
الاستعمالات الطبية و الجراحية	10	الإستعمالات الطبية والجراحية
طب الأورام	-	طب الأورام
الصيدلية	-	تسيير الموارد الصيدلية, توزيع المواد الصيدلية

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الموقع الإلكتروني لمديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان و على المعلومات الخاصة بمديرية الموارد البشرية بالمستشفى.

يتضح من الجدول أعلاه أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية تتوفر على 18 مصلحة مختلفة التخصصات، ولقد تم فتح مصلحة جديدة تمثلت في مصلحة طب الأورام التي ساهمت في تخفيف الضغط على المرضى و جنبتهم مشقة التنقل إلى المستشفى الجامعي بتلمسان.

للإشارة فإن المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية- شعبان حمدون- يشرف على تأطيره 35 طبيب عام، 40 طبيب مختص، إضافة إلى 02 أطباء أسنان و 02 صيادلة، 140 ممرضين، 30 قابلة، 30 أعوان تحدير، 04 بيولوجيين، 15 مخبري، 96 إداريين، 140 عمال مهنيين أي أن المستشفى يضم 534 مستخدما، باختلاف كفاءتهم و مؤهلاتهم العلمية.

الشكل رقم 13 : الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية-شعبان حمدون-



المصدر : من اعداد الطالبين بالاعتماد على مديريةية الموارد البشرية بالمستشفى.

المطلب الثاني : المخصصات المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية.

يعد توفير المخصصات المالية اللازمة أحد أهم عوامل تقديم خدمات صحية جيدة، من أجل تغطية مجمل مصاريف المؤسسة الاستشفائية، لذلك خصصت ميزانية معتبرة لهذا الخصوص، لكن تبقى غير كافية بالنظر لاحتياجات المؤسسة الاستشفائية العمومية بمغنية، و أعداد المرضى الذين يتلقون علاجهم به و الوافدين من المناطق المجاورة، و سندرج في الجدول التالي المخصصات المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية خلال سنة 2014.

الفرع الأول : إيرادات المستشفى.

من خلال ميزانية التسيير للمستشفى نستطيع استخلاص مختلف مصادر التمويل لهذه المؤسسة، و الموزعة بشكل متفاوت و مختلف من مصدر إلى آخر، إذ نجد:

- ✓ مساهمة الدولة.
- ✓ مساهمة هيآت الضمان الاجتماعي.
- ✓ مساهمة المؤسسات و الهيآت العمومية.
- ✓ مشاركة المرضى في مصاريف العلاج و الكشوفات .
- ✓ مساهمة الموظفين، الطلبة و المتمرنين في مصاريف التغذية.
- ✓ الإيرادات الناتجة عن حرق النفايات.
- ✓ الإيرادات المحصلة في إطار الاتفاقيات
- ✓ موارد أخرى كمداحيل إقامة المريض في المستشفى.

الجدول رقم 03 : مصادر تمويل المستشفى للسنة المالية 2014.

المبالغ بالدينار الجزائري	طبيعة الإيرادات
598 030 000.00	مساهمة الدولة
90 000 000.00	مساهمة هيآت الضمان الاجتماعي
0.00	مساهمة المؤسسات و الهيآت العمومية
2 000 000.00	إيرادات واردة من خدمات المؤسسة

المصدر : الميزانية المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية -شعبان حمدون- لسنة 2014.

الفرع الثاني : نفقات المستشفى .

من خلال الميزانية المالية لعام 2014 نستطيع تمييز مختلف النفقات المقسمة إلى عناوين، العنوان الأول خاص بنفقات الموظفين و العنوان الثاني خاص بنفقات التسيير .

الجدول رقم 04: نفقات المستشفى للسنة المالية 2014.

العنوان	صنف المصاريف	المبالغ
1	نفقات الموظفين	510 000 000.00
2	نفقات التسيير	184 030 000.00
	مجموع المصاريف	694 030 000.00

المصدر : الميزانية المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية -شعبان حمدون- لسنة 2014.

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

المطلب الأول : منهجية الدراسة الميدانية .

سيكون اهتمامنا منصبا على إبراز المنهجية المتبعة في دراسة الحالة و ذلك بتحديد حدود الدراسة، أدوات الدراسة، مجتمع و عينة الدراسة، مع إبراز ظروف إعداد الاستبيان.

الفرع الأول : حدود الدراسة .

لقد تمت هذه الدراسة في إطار حدود زمنية و مكانية و بشرية معينة كما يلي :

- الحدود الزمنية : لقد تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة ابتداء من جانفي 2016 إلى أفريل 2016.
- الحدود المكانية : الهدف من هذه الدراسة هو تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية، و لهذا قمنا باختيار المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية-شعبان حمدون-
- الحدود البشرية : شملت الدراسة على المرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية -شعبان حمدون- .

الفرع الثاني : أدوات جمع المعلومات .

بحكم طبيعة وخصوصية موضوع البحث المتعلق بتقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية، استوجب علينا الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي من خلال تحليل البيانات الإحصائية و تفسير العلاقات بين مختلف المتغيرات باستخدام البرنامج الإحصائي المعروف باسم الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS إصدار 20.

**SPSS** : (Statistical Package For Social Science) و يعتبر هذا البرنامج الإحصائي الأكثر استعمالاً في إجراء التحليلات الإحصائية بكافة أشكالها، للكشف عن جودة الخدمات العمومية الصحية المقدمة .

ولقد تم الحصول على المعلومات و البيانات الخاصة بالدراسة الميدانية على مرحلتين:

❖ **المرحلة الأولى:** كانت دراسة استطلاعية لمختلف المصالح للمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية -شعبان حمدون- محل الدراسة للتعرف على سير عمل المستشفى بالإضافة إلى التعرف على مختلف المراحل التي يمر بها المريض منذ دخوله للمستشفى إلى خروجه منه، كذلك لغرض الحصول على بعض البيانات عن المستشفى و مختلف الأقسام التي تنتمي إليه.

❖ **المرحلة الثانية:** هي دراسة ميدانية لجمع البيانات الأولية من خلال توزيع الاستبيان على مختلف المصالح الطبية التي يقيم فيها المرضى لاختبار فرضيات البحث و تحليله و قد اعتمدنا على كل من :

**– المقابلة :** تعد المقابلة من الوسائل الهامة لجمع البيانات و المعطيات في دراسة الأفراد و السلوك الإنساني، و تعرف بأنها: " حوار أو محادثة أو مناقشة موجهة، تكون بين الباحث عادة و بين جهة أخرى تمثل شخص أو مجموعة أشخاص، و ذلك بغرض التوصل إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف محددة يحتاج الباحث للتوصل إليها في ضوء أهداف معينة"<sup>1</sup>.

و بالنظر إلى موضوع بحثنا المتعلق بجودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية، فقد انصبت مقابلتنا مع مسؤول الموارد البشرية من أجل جمع بعض المعلومات المتعلقة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية كالهيكال التنظيمي و عدد العمال من أطباء و ممرضين و عمال مهنيين و إداريين، كذلك

<sup>1</sup> عامر قنديلجي، البحث العلمي و استخدام مصادر المعلومات التقليدية و الالكترونية، دار الميسرة للنشر، عمان، الأردن، 2008، 154.

قمنا بمقابلة رؤساء مختلف المصالح الصحية و هذا للتعرف على الوحدات الصحية المشكلة لها و عدد الأسرة في كل مصلحة ، كما قمنا بمقابلة بعض المرضى قصد معرفة آرائهم حول الخدمات الصحية المقدمة لهم حيث يعتبر هذا الجزء أم المراحل التي تخص موضوع الدراسة، بالإضافة إلى أهم المشاكل التي تواجههم للحصول على الخدمة، و مدى رضاهم عنها، و مدى رغبتهم في المشاركة في تحسين هذه الخدمات. ونشير في هذا الصدد إلى صعوبة الحصول على كل المعلومات لأن مقابلة المرضى تستدعي الصبر و المتابعة.

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

**- الاستبيان :** يعتبر الاستبيان من أكثر و سائل جمع البيانات فعالية و شيوعا، و هي " عبارة عن استمارة تحتوي على مجموعة من الفقرات المصاغة صياغة استقصائية، يجيب كل مشارك في العينة عنها بنفسه".<sup>1</sup>

و قد اعتمدنا على الاستبيان في البحث، للتقصي العلمي و الكشف عن جوانب موضوع الدراسة، كما يسهل علينا من عملية تجميع المعطيات و تصنيفها و بالتالي تفسيرها و الوصول إلى الاستنتاجات المطلوبة و المناسبة، كذلك لتمييزه بالسرية التامة من خلال عدم معرفة كل فرد لإجابات الآخرين و هذا لإبعاد الخوف عن أفراد العينة و بالتالي يمكنهم الإجابة على الأسئلة بمصادقية تامة، و قد حاولنا في هذا الاستبيان التقييد بموضوع البحث، و قمنا بتوزيعه على المرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية من أجل معرفة تقييمهم لجودة الخدمة العمومية الصحية المقدمة لهم.

### الفرع الثالث : مجتمع و عينة الدراسة

يتمثل مجتمع الدراسة في المرضى المقيمين في المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية -شعبان حمدون- في الفترة الممتدة من جانفي 2016 إلى أفريل 2016 و قمنا بتوزيع الاستبيان على عينة عشوائية من المرضى المقيمين بمصلحة الجراحة العامة رجال و نساء و مصلحة الطب الداخلي رجال و نساء، مصلحة طب الأطفال، مصلحة طب الأورام و مصلحة أمراض النساء و التوليد، و تلبية لأغراض الدراسة قمنا بتوزيع 140 استبيان على المرضى المقيمين الذين يملكون القدرة على الإجابة على الأسئلة من خلال مراعاة حالتهم الصحية، أما المرضى الذين لا يملكون مستوى دراسي فقمنا بشرح الأسئلة و طلبنا منهم أن يجيبوا على الأسئلة بكل حرية وصدق، و من الصعوبات التي واجهناها هي عدم وجود

<sup>1</sup> مهدي حسن زويلف، منهجية البحث العلمي، دار الفكر للطباعة و النشر، عمان، الأردن، 1998، ص55.

عدد كبير من المرضى في هذه الفترة , كذلك عدم تقبل كثير من المرضى للاستبيان و تخوفهم من الإجابة.

#### الفرع الرابع: فرضيات الدراسة .

انطلاقا من الإشكالية المقدمة، و لكي تتمكن من حلها و مناقشتها بالاعتماد على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية ، نضع الفرضيات التالية :

- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية - شعبان حمدون-، تأثيرا ايجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الملموسية.
- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية - شعبان حمدون-، تأثيرا ايجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الاعتمادية.
- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية - شعبان حمدون-، تأثيرا ايجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الاستجابة.
- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية - شعبان حمدون-، تأثيرا ايجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الضمان.
- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية - شعبان حمدون-، تأثيرا ايجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد التعاطف.

ولقد قمنا بتقسيم الاستبيان إلى قسمين، القسم الأول يخص البيانات الديمغرافية للعينة كالجنس و السن و المستوى التعليمي و الحالة العائلية بالإضافة إلى مدة الإقامة في المستشفى، و القسم الثاني يقوم على تحديد ادراكات أفراد عينة الدراسة لأبعاد جودة الخدمات الصحية و ذلك من خلال 29 عبارة تعكس المؤشرات الرئيسية الخمسة لأبعاد جودة الخدمات الصحية.

وقد عرضت جميعها باستخدام مقياس (Likert) ليكرت السداسي المتدرج من "لا أعرف" إلى "غير موافق بشدة" و الذي يتكون من الأوزان التالية :

## جدول رقم 05 : أوزان مقياس ليكارت (Likert)

الوزن	الرأي
0	لا أعرف
1	غير موافق بشدة
2	غير موافق
3	محايد
4	موافق
5	موافق بشدة

كما قمنا بتقسيم السلم إلى ثلاث مجالات لتحديد درجة رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية - شعبان حمدون - :

- المجال [2,49-0] : تؤثر جودة الخدمات الصحية على رضا المريض تأثيرا سلبيا.
- المجال [3,49-2,50] : تؤثر جودة الخدمات الصحية على رضا المريض تأثيرا متوسطا.
- المجال [5-3,50] : تؤثر جودة الخدمات الصحية على رضا المريض تأثيرايجابيا.

## الفرع الخامس : ثبات الاستبيان .

يقصد بثبات الاستبيان أن يعطي نفس النتيجة لو تم توزيعه أكثر من مرة تحت نفس الظروف و الشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبيان يعني الاستقرار في النتائج و عدم تغيرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة، وقد تم التحقق من ثبات الاستبيان الموجه للدراسة من خلال طريقة معامل الفاكرونباخ **Cronbach's Alpha Coefficient** الذي بلغت قيمته 0,926. و بذلك نكون قد تأكدنا من صدق و ثبات الاستبيان الموجه للدراسة، لأنه يجب أن يكون أكبر من 0,5 و هناك بعض المراجع تقول أنه يجب أن يكون أكبر من 0,8، مما يجعلنا على ثقة تامة بصحة الاستبيان و صلاحيته لتحليل النتائج و الإجابة على أسئلة الدراسة و اختبار الفرضيات.

المطلب الثاني : المعالجة الإحصائية .

الفرع الأول : وصف خصائص عينة الدراسة .

❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس :

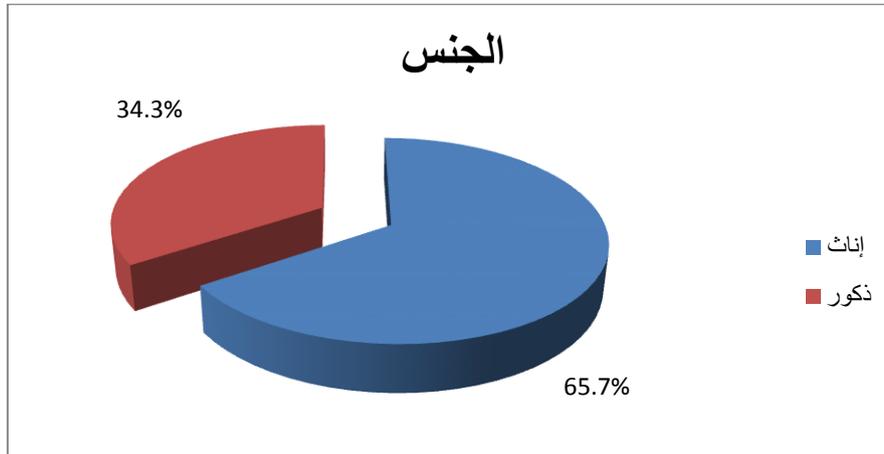
يبين الجدول رقم 06 :توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس :

النسب المئوية	التكرارات	الجنس
65,7%	92	إناث
34,3%	48	ذكور
100%	140	المجموع

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

تمثل نسبة الإناث في المجتمع المدرس أعلى نسبة و التي تقدر ب 65,7 % ، و نسبة الذكور ب 34,3% ، و سنوضح ذلك في الشكل رقم 01 .

الشكل رقم 14 : نسبة الإناث و الذكور في المجتمع المدرس



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير فئات أعمارهم :

يبين الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات أعمارهم :

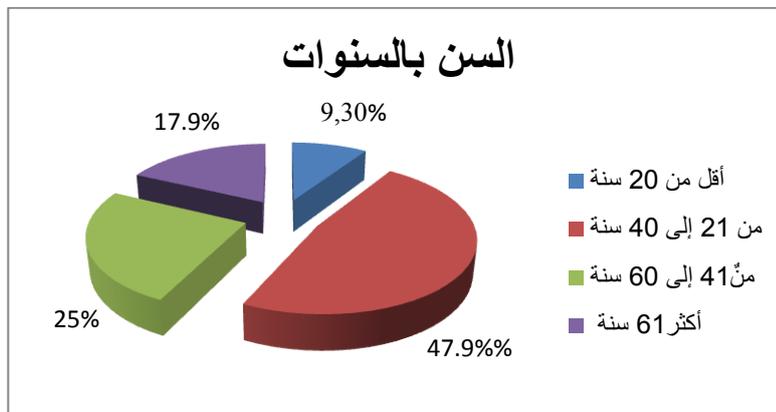
الجدول رقم 07 : توزيع أفراد العينة حسب السن

النسبة المئوية	التكرارات	السن
9,3%	13	أقل من 20 سنة
47,9%	67	من 21 إلى 40 سنة
25%	35	من 41 إلى 60 سنة
17,9%	25	أكثر من 61 سنة
100%	140	المجموع

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

يوضح الجدول رقم 05 أن أفراد العينة التي يتراوح أعمارهم من 21 إلى 40 سنة هم الأكثر حيث بلغ عددهم 67 فرد أي بنسبة 47,9 % ، يليهم أفراد العينة التي يتراوح أعمارهم من 41 إلى 60 سنة أي بنسبة 25 % من أفراد العينة، ثم نسبة الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 61 سنة ب 17,9 % ، أما أقل نسبة فتمثلت في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة و الذي بلغ عددهم 13 أي بنسبة 9,3% من أفراد العينة، وسنوضح هذه النسب في الشكل رقم 02.

الشكل رقم 15 : توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب السن



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي :

يبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

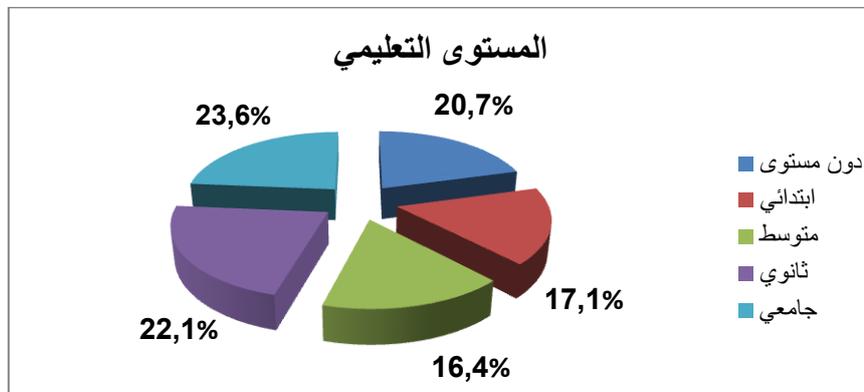
جدول رقم 08 : توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرارات	المستوى التعليمي
20,7%	29	دون مستوى
17,1%	24	ابتدائي
16,4%	23	متوسط
22,1%	31	ثانوي
23,6%	33	جامعي
100%	140	المجموع

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

يوضح الجدول رقم 06 أن نسب المستويات التعليمية لأفراد العينة متقارب حيث بلغ عدد أفراد دون مستوى 29 فرد أي بنسبة 20,7%، أما ذوي التعليم الابتدائي فقد بلغت نسبتهم 33,5% من أفراد العينة، أما النسبة المتبقية والتي تقدر بنسبة 45,7% تتوزع بين المستوى الثانوي والجامعي، و يمكن أن يدل ذلك على أن المستوى التعليمي له جانب كبير من الأهمية على المستوى الصحي نتيجة الإلمام بالجانب الوقائي.

الشكل رقم 16 : توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية :

يبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية :

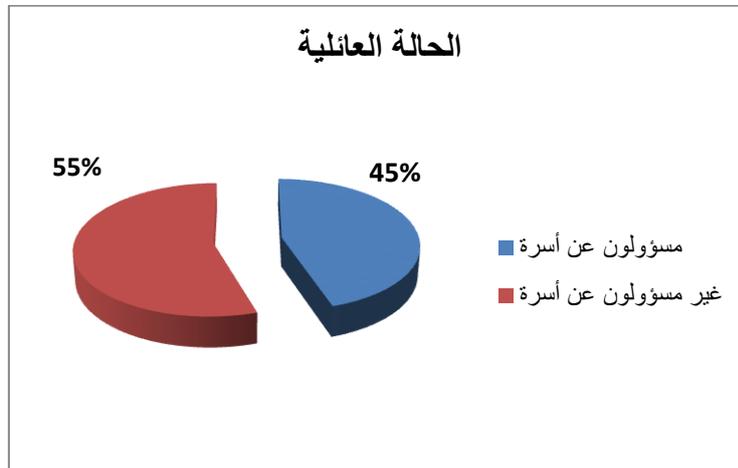
الجدول رقم 09 : توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية

النسب المئوية	التكرارات	الحالة العائلية
45,0%	63	مسؤول عن أسرة
55,0%	77	غير مسؤول عن أسرة
100%	140	المجموع

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

يوضح الجدول أن عدد أفراد العينة المسؤولين عن أسرة متقارب مع عدد الأفراد غير المسؤولين عن أسرة بنسب مئوية 45% و 55% على الترتيب.

الشكل رقم 17 : توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

## ❖ توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم:

يبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم :

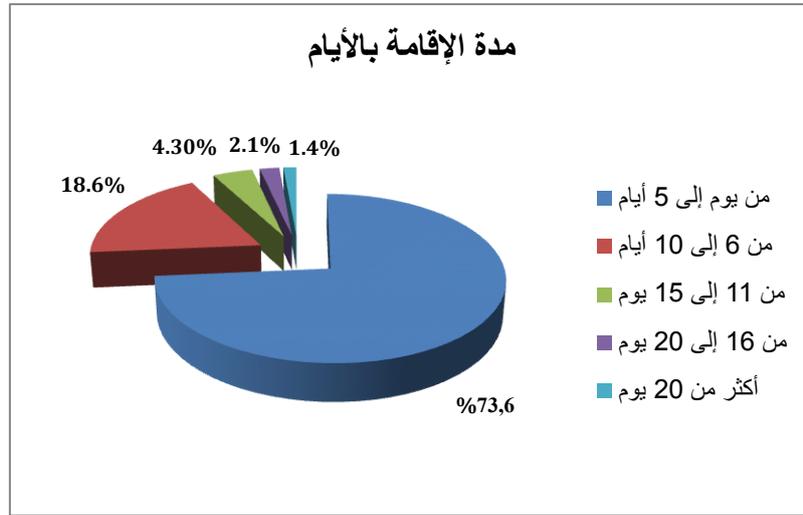
الجدول رقم 10 : توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم

النسبة المئوية	التكرارات	مدة الإقامة
73,6%	103	من يوم إلى 5 أيام
18,6%	26	من 6 إلى 10 أيام
4,3%	6	من 11 إلى 15 يوم
2,1%	3	من 16 إلى 20 يوم
1,4%	2	أكثر من 20 يوم
100%	140	المجموع

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

يوضح الجدول رقم 08 أن أغلب أفراد العينة تراوحت فترة إقامتهم في المستشفى من يوم إلى 5 أيام حيث بلغ عددهم 103 فرد أي بنسبة 73,6% ، يليهم أفراد العينة التي بلغت فترة إقامتهم من 6 إلى 10 أيام و الذي بلغ عددهم 26 أي بنسبة 18,6% من أفراد العينة ، في حين بلغت نسبة إقامة المرضى 4,3% خلال الفترة من 11 إلى 15 يوم، أما المرضى التي تراوحت مدة إقامتهم من 16 إلى 20 يوم فلقد بلغ عددهم 3 أفراد أي بنسبة 2,2% ، أما بالنسبة للأفراد الذين تجاوزت مدة إقامتهم 20 يوم فقد بلغ عددهم 2 أي بنسبة 1,4%.

الشكل رقم 18 : توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

❖ توزيع أفراد العينة على المصالح الصحية:

يبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة على المصالح الصحية :

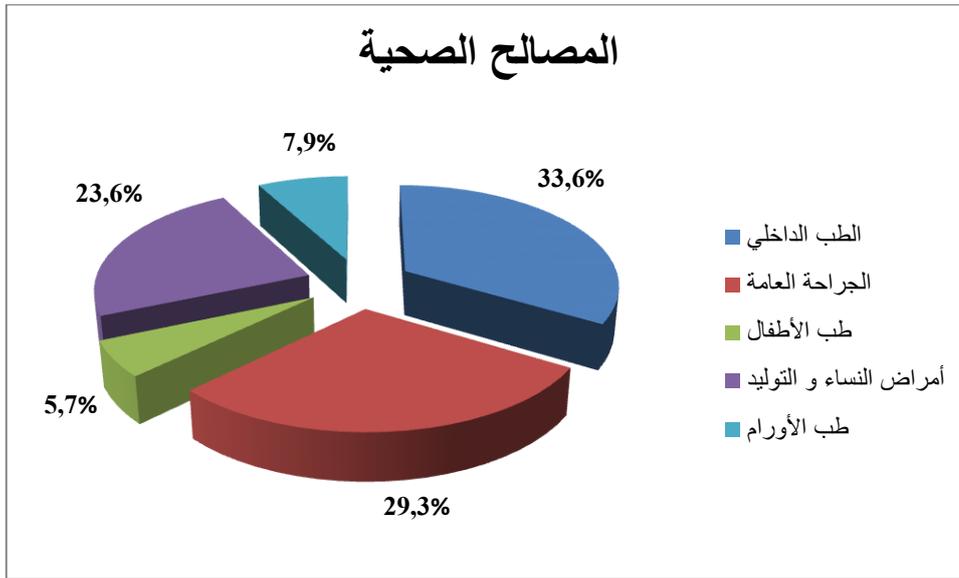
الجدول رقم 11 : توزيع أفراد العينة حسب المصالح الصحية

النسبة المئوية	التكرارات	المصلحة الصحية
33,6%	47	الطب الداخلي
29,3%	41	الجراحة العامة
5,7%	8	طب الأطفال
23,6%	33	أمراض النساء و التوليد
7,9%	11	طب الأورام
100%	140	المجموع

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

يوضح الجدول رقم 09 أن أغلبية أفراد العينة يتواجدون في مصلحة الطب الداخلي و مصلحة الجراحة العامة حيث بلغ عدد أفراد العينة في مصلحة الطب الداخلي 47 أي بنسبة مئوية 33,6% من أفراد العينة أما في مصلحة الجراحة العامة فقد بلغ عددهم 41 بنسبة مئوية 29,3% ، أما النسب المئوية في المصالح الصحية الأخرى فتمثلت في 5,7% في مصلحة طب الأطفال ، 23,6% في مصلحة أمراض النساء و التوليد و 7,9% في مصلحة طب الأورام.

الشكل رقم 19 : توزيع أفراد العينة حسب المصالح الصحية



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

الفرع الثاني : التحليل الوصفي لإجابات أفراد العينة و اختبار الفرضيات .

#### ❖ الفرضية الأولى :

"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الإستشفائية لمدينة مغنية ، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الملموسية".

و بما أننا طرحنا بعد الملموسية من خلال الأسئلة التسعة الأولى من القسم الثاني للاستبيان، سنقوم بعرض و تحليل الأشكال النسبية لكل سؤال على حدا، ثم نقوم بحساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لكل عبارة، و حتى نتمكن من الحصول على متوسط حسابي عام و انحراف معياري عام ، نستطيع من خلالهما اختبار الفرضية الأولى.

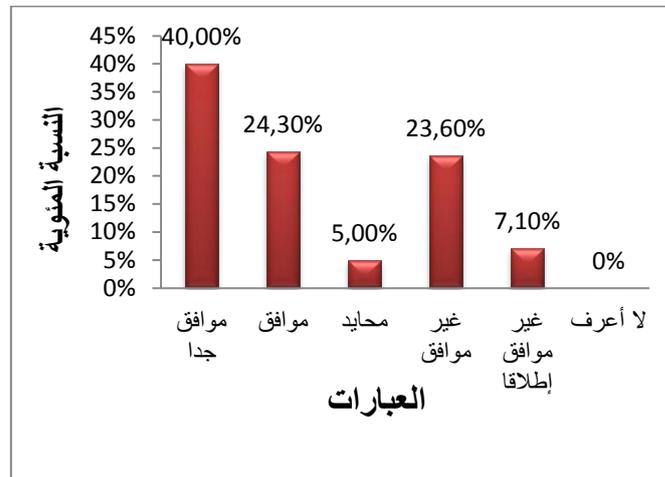
العبارة رقم 01 : يتمتع المستشفى بموقع ملائم و يسهل الوصول إليه بسرعة.

جدول رقم 12 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم مدى تمتع المستشفى بموقع ملائم و يسهل الوصول إليه بسرعة.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقا	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
140	0	10	33	7	34	56	التكرارات
%100	%0	%7,1	%23,6	%5,0	%24,3	%40,0	النسبة المئوية
-	%0	%7,1	%30,7	%35,7	%60,0	%100,0	النسبة المئوية تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 20 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم مدى تمتع المستشفى بموقع ملائم و يسهل الوصول إليه بسرعة



المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الجدول رقم 12

من خلال أجوبة هذا السؤال، تبين لنا أن نسبة 64,30% (24,3% موافقون، و 40% موافقون جدا) من المرضى، اجمعوا على تمتع المستشفى بموقع ملائم و يسهل الوصول إليه بسرعة، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين 30,7% (23,60% غير موافقون، و 7,10% غير موافقون إطلاقا)، كما قدرت نسبة الفئة المحايدة 5,0% من عينة الدراسات.

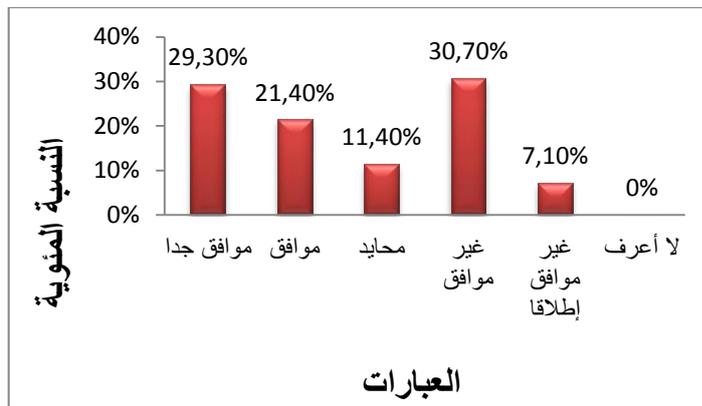
**العبارة رقم 02**: تتوفر في المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض.

**جدول رقم 13** : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى توفر المستشفى على كل الأدوية التي يحتاجها المريض.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
41	30	16	43	10	0	140
29,3%	21,4%	11,4%	30,7%	7,1%	0%	100%
100,0%	70,7%	49,3%	37,9%	7,1%	0%	-
النسبة المئوية تراكميا						

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 21 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى توفر المستشفى على كل الأدوية التي يحتاجها المريض.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 13

من خلال أجوبة هذا السؤال، تبين أن نسبة 50,70 % (21,40% موافقون، و 29,30 % موافقون جدا) من المرضى، اجمعوا على توفر المستشفى على كل الأدوية التي يحتاجها المريض، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين 37,8% (30,70% غير موافقون، و 7,10% غير موافقون إطلاقاً)، كما قدرت نسبة الفئة المحايدة 11,40% من عينة الدراسة.

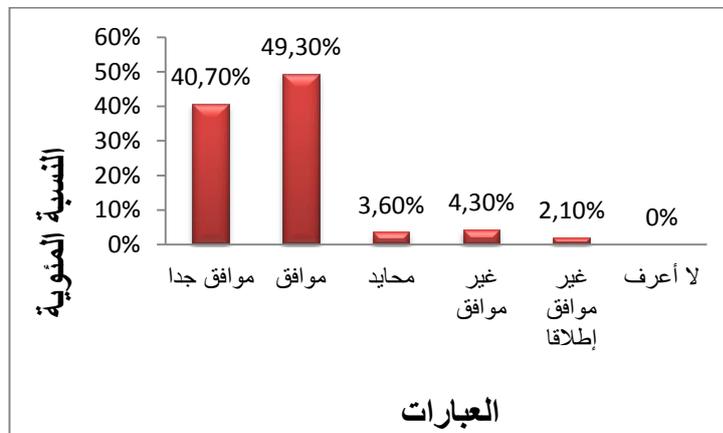
**العبارة رقم 03** : يضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع.

جدول رقم 14 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
140	0	3	6	5	69	57	التكرارات
%100	%0	%2,1	%4,3	%3,6	%49,3	%40,7	النسبة المئوية
-	%0	%2,1	%6,4	%10,0	%59,3	%100.0	النسبة المئوية تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 22 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 14

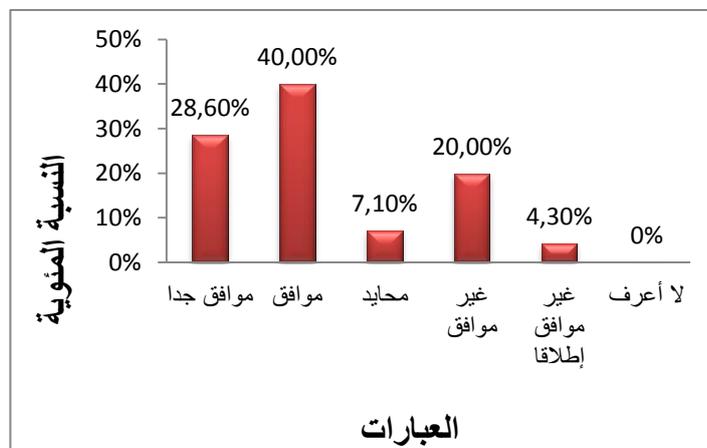
من خلال أجوبة هذا السؤال، تبين أن نسبة 90% (49,30% موافقون، و 40,70% موافقون جدا) من المرضى، اجمعوا على وضع المستشفى للوحات و علامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام و الفروع، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين سوى 6,4% ( 4,30% غير موافقون، و 2,10% غير موافقون إطلاقا)، كما قدرت نسبة الفئة المحايدة 3,60% من عينة الدراسة. العبارة رقم 04 : توفر غرف مريحة, نظيفة, مضاءة و دافئة في المستشفى.

جدول رقم 15 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوفر المستشفى على غرف مريحة, نظيفة, مضاءة و دافئة.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقا	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
140	0	6	28	10	56	40	التكرارات
%100	%0	%4,3	%20,0	%7,1	%40,0	%28,6	النسبة المئوية
-	%0	%4,3	%24,3	%31,4	%71,4	%100.0	النسبة المئوية تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 23 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوفر المستشفى على غرف مريحة, نظيفة, مضاءة و دافئ



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 15

من خلال أجوبة هذا السؤال، تبين أن نسبة 68,6% (40,00% موافقون، و 28,60% موافقون جدا) من المرضى، اجمعوا على توفر المستشفى على غرف مريحة، نظيفة، مضاءة و دافئة، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين سوى 24,30% (20,00% غير موافقون، و 4,30% غير موافقون إطلاقاً)، كما قدرت نسبة الفئة المحايدة 7,10% من عينة الدراسة.

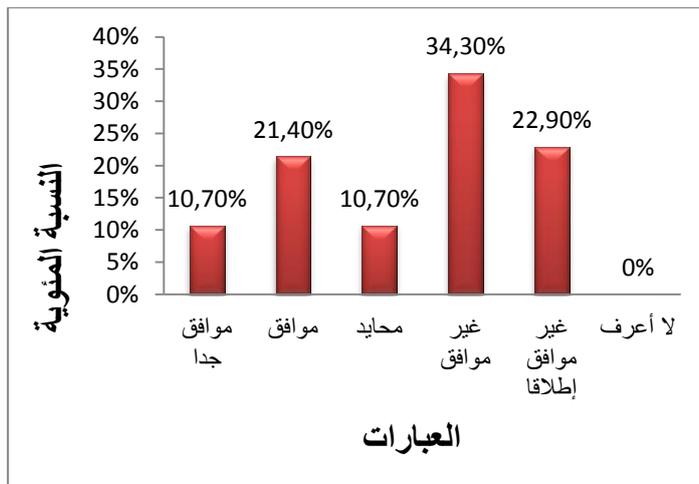
**العبارة رقم 05** : يمتلك المستشفى دورات مياه صحية، نظيفة بما يحقق راحة المرضى.

جدول رقم 16 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى امتلاك المستشفى على دورات مياه صحية، نظيفة بما يحقق راحة المرضى.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً	
140	0	32	48	15	30	15	التكرارات
%100	%0	%22,9	%34,3	%10,7	%21,4	%10,7	النسبة المئوية
-	%0	%22,9	%57,1	%67,9	%89,3	%100.0	النسبة المئوية تراكمياً

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 24 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى امتلاك المستشفى على دورات مياه صحية، نظيفة بما يحقق راحة المرضى



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 16

من خلال أجوبة هذا السؤال، يتبين لنا أن أغلبية المرضى غير راضين عن امتلاك المستشفى لدورات مياه صحية، نظيفة بما يحقق راحتهم بنسبة 57,2% (34,30% غير موافقون، 22,90% غير موافقون إطلاقاً)، في حين بلغت نسبة المرضى الراضين 32,1% (21,40% موافقون، 10,70% موافقون جداً)، أما نسبة الفئة المحايدة فقد بلغت 10,7%.

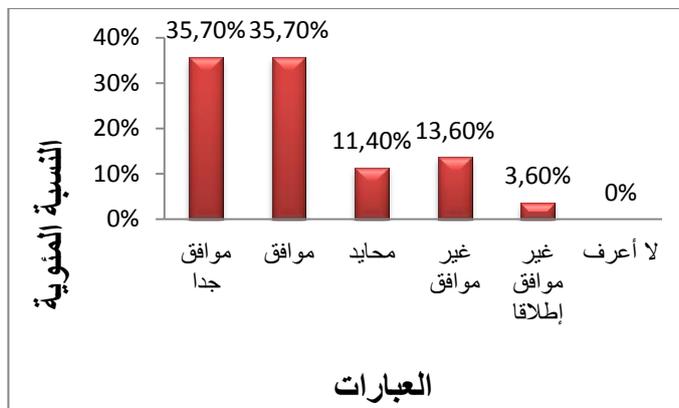
العبارة رقم 06 : يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر.

جدول رقم 17 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً	
140	0	5	19	16	50	50	التكرارات
%100	%0	%3,6	%13,6	%11,4	%35,7	%35,7	النسبة المئوية
-	%0	%3,6	%17,1	%28,6	%64,3	%100.0	النسبة المئوية تراكمياً

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 25 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال أجوبة السؤال، يتبين لنا أن أغلبية المرضى أجمعوا على أن العاملون في المستشفى يحرصون على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر بنسبة مئوية 71,4% (35,70% موافقون جدا ، و 35,70 موافقون) في حين بلغت نسبة المرضى غير الراضين عن العاملون 17,2% (13,60% غير موافقون، و 3,60% غير موافقون إطلاقاً)، أما المرضى المحايدون فقد بلغت نسبتهم 11,40%.

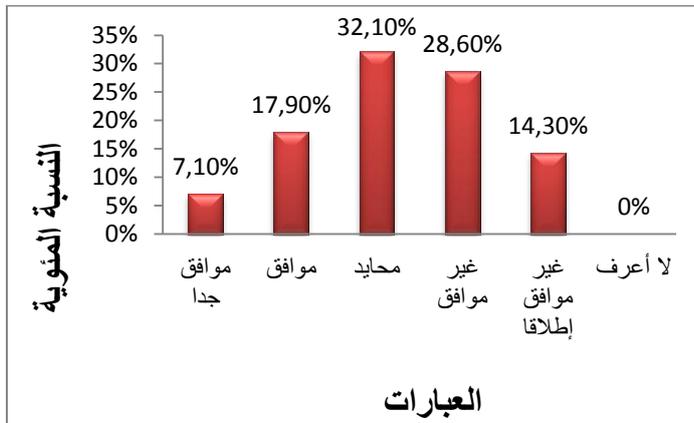
**العبارة رقم 07** : يمتاز الغذاء داخل المستشفى بالجودة العالية.

جدول رقم 18 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تميز الغذاء داخل المستشفى بالجودة العالية.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً	
140	0	20	40	45	25	10	التكرارات
%100	%0	%14,3	%28,6	%32,1	%17,9	%7,1	النسبة المئوية
-	%0	%14,3	%42,9	%75,00	%92,90	%100.0	النسبة المئوية تراكمياً

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 26 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تميز الغذاء داخل المستشفى بالجودة العالية.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 18

من خلال أجوبة السؤال، يتبين لنا أن أغلبية المرضى إما غير راضين عن جودة الغذاء المقدم في المستشفى بنسبة 42,9% (28,60% غير موافقون، و 14,30% غير موافقون إطلاقاً) أو محايد بنسبة 32,10%، في حين بلغت نسبة المرضى الراضين عن جودة الغذاء بنسبة 25% (17,90% موافقون، و 7,10% موافقون جداً).

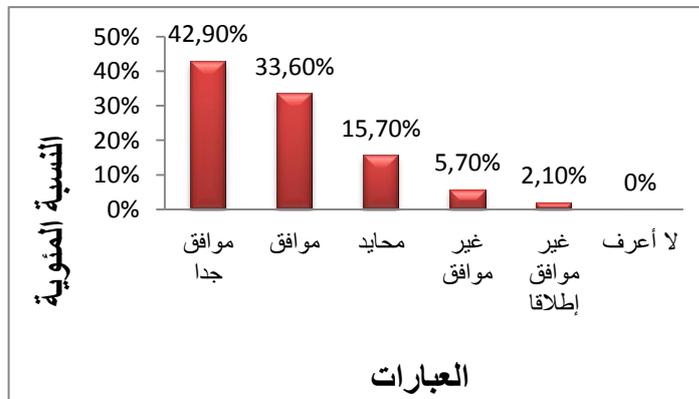
**العبارة رقم 08 :** يحتاج المستشفى إلى أن يحدث من الأجهزة و المعدات و المستلزمات الطبية المستخدمة حالياً.

**جدول رقم 19 :** توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حاجة المستشفى لتحديث الأجهزة و المستلزمات الطبية المستخدمة حالياً.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً	
140	0	3	8	22	47	60	التكرارات
%100	%0	%2,1	%5,7	%15,7	%33,6	%42,9	النسبة المئوية
-	%0	%2,1	%7,9	%23,6	%57,1	%100.0	النسبة المئوية تراكمياً

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

**الشكل رقم 27 :** توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حاجة المستشفى لتحديث الأجهزة و المستلزمات الطبية المستخدمة حالياً.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 19

من البيانات الموضحة أعلاه نلاحظ أن نسبة 76,5% (42,90% موافقون جدا و 33,60% موافقون) مؤيدين فكرة أن المستشفى بحاجة إلى تحديث الأجهزة و المعدات و المستلزمات الطبية المستخدمة حاليا، في حين بلغت نسبة المعترضين على هذه الفكرة سوى 7,8% (2,10% غير موافقون إطلاقا، و 5,70% غير موافقون) أما المرضى المحايدون و الذين لم يجيبوا على السؤال فقد بلغت نسبتهم 15,70 و 0% على الترتيب.

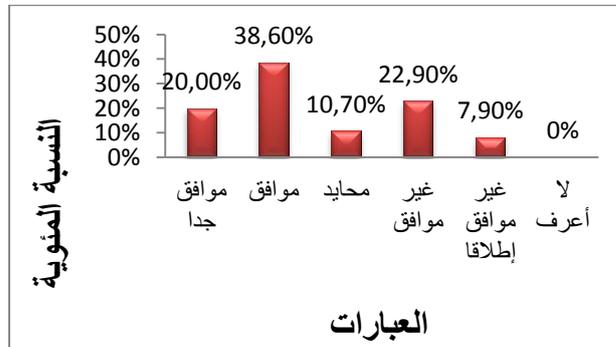
**العبارة رقم 09** : توفر المستشفى على صالات الانتظار بأكملها المرافق.

جدول رقم 20 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى توفر المستشفى على صالات الانتظار بها كل المرافق.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقا	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
140	0	11	32	15	54	28	التكرارات
%100	%0	%7,9	%22,9	%10,7	%38,6	%20,0	النسبة المئوية
-	%0	%7,9	%30,7	%41,4	%80,0	%100,0	النسبة المئوية تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 28 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى توفر المستشفى على صالات الانتظار بها كل المرافق.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 20

من البيانات الموضحة أعلاه نلاحظ أن نسبة 58,6% (38,60% موافقون، و 20,00% موافقون جدا) مؤيدين على توفر المستشفى على صالات الانتظار بما كل المرافق، في حين بلغت نسبة المعترضين على هذه الفكرة 30,8% (22,90% غير موافقون، و 7,90% غير موافقون إطلاقاً)، أما المرضى المحايدون والذين لم يجيبوا على السؤال فقد بلغت نسبتهم 10,70% و 00% على التوالي.

❖ اختبار الفرضية الأولى :

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد الملموسية.

الجدول رقم 21 : تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الملموسية.

التأثير على رضا المريض	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	بعد جانب الملموسية
ايجابي	1,392	3,66	العبارة رقم 01
متوسط	1,367	3,35	العبارة رقم 02
ايجابي	0,874	4,22	العبارة رقم 03
ايجابي	1,206	3,69	العبارة رقم 04
متوسط	1,332	2,63	العبارة رقم 05
ايجابي	1,152	3,86	العبارة رقم 06
متوسط	1,126	2,75	العبارة رقم 07
ايجابي	1,003	4,09	العبارة رقم 08
متوسط	1,257	3,40	العبارة رقم 09
ايجابي	1,190	3,52	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم 18 اتضح أن العبارات رقم 01، 03، 04، 06، 08 المتعلقة ببعدها الملموسية وقعت ضمن المجال الايجابي إذ بلغت موسطاتها الحسابية 3,66، 4,22، 3,69، 3,86، 4,09 على التوالي، بانحرافات معيارية قدرت ب 1,392، 0,874، 1,206، 1,152، 1,003 على الترتيب، إلا أن أكبر قيمة للمتوسط الحسابي خصت العبارة رقم 03 المتعلقة بوضع المستشفى للوحات و علامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام و الفروع، أما العبارات رقم 02، 05، 09، 07 المتعلقة ببعدها الملموسية فقد وقعت ضمن المجال المتوسط إذ بلغت موسطاتها الحسابية 3.35، 2,63، 2,75، 3,40 على الترتيب، بانحرافات معيارية 1,367، 1,332، 1,126، 1,257 على الترتيب، أما المتوسط الحسابي العام، الذي قدر ب 3,52 و بانحراف معياري عام بلغ 1,190 فقد وقع ضمن المجال الايجابي، وبالتالي نستنتج أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية من ناحية بعد الملموسية تؤثر تأثيرا ايجابيا على رضا المريض.

#### ❖ الفرضية الثانية :

" تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية، تأثيرا ايجابيا، من ناحية بعد الاعتمادية".

العبارات المتعلقة ببعدها الاعتمادية و المتمثلة في العبارة رقم 10، 11، 12، 13، 14، من القسم الثاني للاستبيان، سنقوم بنفس العملية التي قمنا بها سابقا من أجل اختبار الفرضية الثانية.

عرض و تحليل الأشكال النسبية الخاصة ببعدها الاعتمادية.

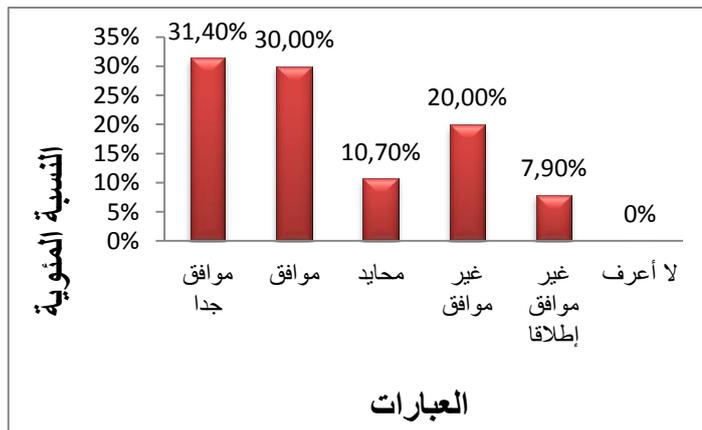
العبارة رقم 10 : الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق.

جدول رقم 22 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى التزام المستشفى بتقديم الخدمة الصحية في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
44	42	15	28	11	0	140
%31,4	%30,0	%10,7	%20,0	%7,9	%0	%100
%100,0	%68,6	%38,6	%27,9	%7,9	%0	-
النسبة المتوقعة						
النسبة المتوقعة تراكميا						

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 29 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى التزام المستشفى بتقديم الخدمة الصحية في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على . الجدول رقم 22

من خلال النتائج المتحصل عليها , نلاحظ أن نسبة 61,40% (30,00% موافقون, و 31,40% موافقون جدا) من المرضى عبروا عن التزام المستشفى بتقديم خدمات صحية في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق, بخلاف نسبة 27,90% (20,00% غير موافقون, و 7,90%

غير موافقون إطلاقاً) من المرضى عارضوا الفكرة، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدون و الذين لم يجيبوا على السؤال 10,70% ، 00% على التوالي .

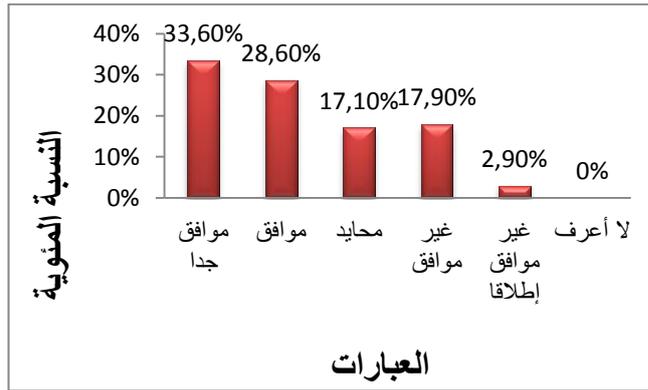
**العبارة رقم 11** : عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.

جدول رقم 23 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً	
140	00	04	25	24	40	47	التكرارات
%100	%0	%2,9	%17,9	%17,1	%28,6	%33,6	النسبة المئوية
-	%0	%2,9	%20,7	%37,9	%66,4	%100.0	النسبة المئوية تراكمياً

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS الشكل رقم 30

شكل رقم 30: توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 23

من خلال النتائج المتحصل عليها، نلاحظ أن نسبة 62,20% (28,60% موافقون، و 33,60% موافقون جداً) من المرضى يرون عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج، بخلاف نسبة 20,8% (17,90% غير موافقون، و 2,90% غير موافقون إطلاقاً) من

المرضى عارضوا الفكرة، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال 17,10%، 00% على التوالي.

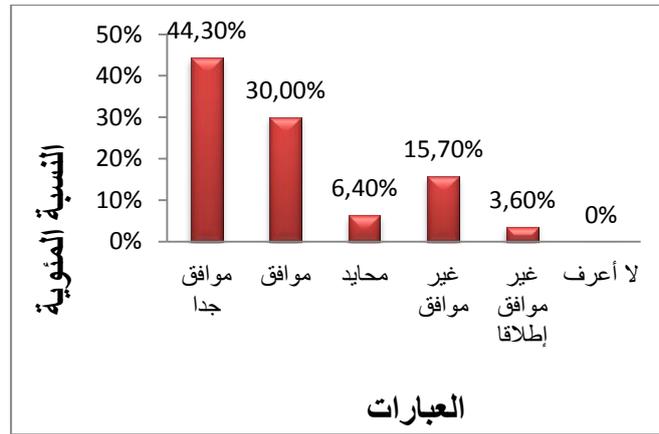
**العبارة رقم 12** : توجد ثقة في الأطباء و الأخصائيين في المستشفى.

جدول رقم 24 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى وجود ثقة في الأطباء و الأخصائيين في المستشفى.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
62	42	09	22	05	00	140
44,3%	30,0%	6,4%	15,7%	3,6%	0%	100%
100.0%	55,7%	25,7%	19,3%	3,6%	0%	-
النسبة المئوية تراكميا						

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPS

الشكل رقم 31 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى وجود ثقة في الأطباء الأخصائيين



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على 24.

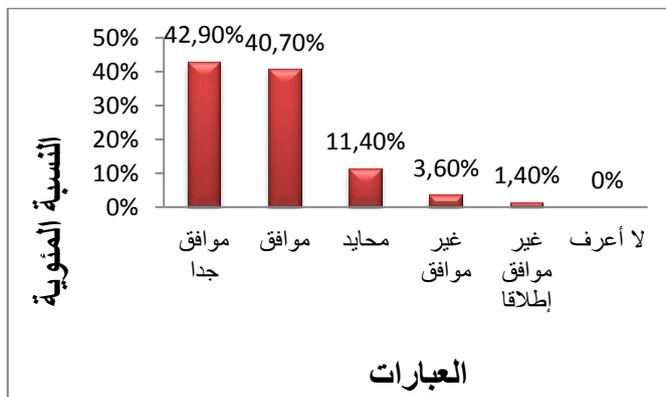
من خلال أجوبة هذا السؤال، تبين أن نسبة 74,30 % (30,00% موافقون، و 44,30 % موافقون جدا) من المرضى، اجمعوا على وجود ثقة في الأطباء و الأخصائيين في المستشفى في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين 19,3 % ( 15,70 % غير موافقون، و 3,60 % غير موافقون إطلاقا) ، كما قدرت نسبة الفئة 6,70 المحايدة % والفئة التي لم تجيب على الأسئلة 00% من عينة الدراسة **العبارة رقم 13** : تتم إدارة المستشفى بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن الحالة الصحية للمرضى في السجلات و الحاسوب.

جدول رقم 25 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى اهتمام إدارة المستشفى بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن الحالة الصحية للمرضى في السجلات والحاسوب.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقا	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
140	00	02	05	16	57	60	التكرارات
%100	%0	%1,4	%3,6	%11,4	%40,7	%42,9	النسبة المئوية
-	%0	%1,4	%5,0	%16,4	%57,1	%100.0	النسبة المئوية تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 32 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى اهتمام إدارة المستشفى بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن الحالة الصحية للمرضى في السجلات والحاسوب.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 25

من خلال النتائج المتحصل عليها، تبين لنا أن نسبة 83,60% (40,70% موافقون، و 42,90% موافقون جدا) من المرضى، اجمعوا على اهتمام إدارة المستشفى بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن الحالة الصحية للمرضى في السجلات و الحاسوب، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين 05% (3,60% غير موافقون، 1,40% غير موافقون إطلاقاً)، كما قدرت نسبة الفئة المحايدة 11,40% والفئة التي لم تجيب على الأسئلة 00% من عينة الدراسة.

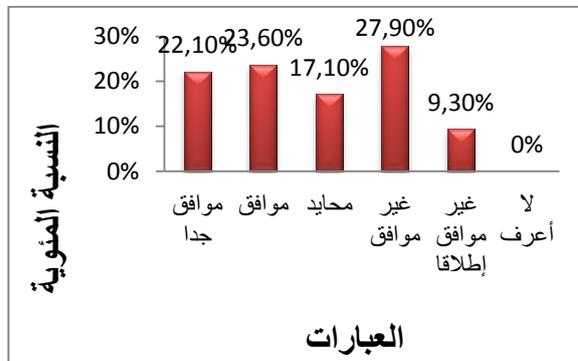
**العبارة رقم 14** : يستجيب المستشفى بسرعة لمشاكل و استفسارات المرضى.

جدول رقم 26 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى سرعة استجابة المستشفى لمشاكل واستفسارات المرضى.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً	
140	00	13	39	24	33	31	التكرارات
%100	%0	%9,3	%27,9	%17,1	%23,6	%22,1	النسبة المئوية
-	%0	%9,3	%37,1	%54,3	%77,9	%100,0	النسبة المئوية تراكمياً

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 33 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى سرعة استجابة المستشفى لمشاكل واستفسارات المرضى.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 26.

من خلال أجوبة هذا السؤال, تبين لنا أن نسبة 45,70 % (23,60% موافقون، و 22,10% موافقون جدا) من المرضى، اجمعوا على سرعة استجابة المستشفى لمشاكلهم و استفساراتهم في حين بلغت نسبة المرضى غير الراضين 37,2% ( 27,90% غير موافقون، و 9,30% غير موافقون إطلاقاً) ، كما قدرت نسبة المرضى المحايدون 17,10% و المرضى الذين لم يجيبوا على الأسئلة ب 00% من عينة الدراسة.

❖ اختبار الفرضية الثانية :

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد الاعتمادية.

الجدول رقم 27 : تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الاعتمادية

بعد جانب الاعتمادية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التأثير على رضا المريض
العبارة رقم 10	3,57	1,326	ايجابي
العبارة رقم 11	3,72	1,188	ايجابي
العبارة رقم 12	3,96	1,211	ايجابي
العبارة رقم 13	4,20	0,883	ايجابي
العبارة رقم 14	3,21	1,318	متوسط
المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3,73	1,185	ايجابي

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم 24 اتضح أن العبارات رقم 10, 11, 12, 13 المتعلقة ببعدها الاعتمادية وقعت ضمن المجال الايجابي إذ بلغت متوسطاتها الحسابية 3,57, 3,72, 3,96, 4,20 على التوالي, بانحرافات معيارية قدرت ب 1,326, 1,188, 1,211, 0,883 على الترتيب، إلا أن أكبر قيمة للمتوسط الحسابي خصت العبارة رقم 13 المتعلقة باهتمام إدارة المستشفى بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن الحالة الصحية للمرضى في السجلات و

الحاسوب، أما العبارة رقم 14 المتعلقة ببعء الاعتمادية فقد وقعت ضمن المجال المتوسط إذ بلغ متوسطها الحسابي 3.21 , بانحراف معياري 1.318, أما المتوسط الحسابي العام، الذي قدر ب 3.73 و بانحراف معياري عام بلغ 1.185 فقد وقع ضمن المجال الايجابي, وبالتالي نستنتج أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية من ناحية بعد الاعتمادية تؤثر تأثيرا ايجابيا على رضا المريض.

#### ❖ الفرضية الثالثة :

" تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية، تأثيرا ايجابيا، من ناحية بعد الاستجابة".

العبارات المتعلقة ببعء الاستجابة و المتمثلة في العبارة رقم 15, 16, 17, 18, 19, من القسم الثاني للاستبيان, سنقوم بنفس العملية التي قمنا بها سابقا من أجل اختبار الفرضية الثالثة. عرض و تحليل الأشكال النسبية الخاصة ببعء الاستجابة.

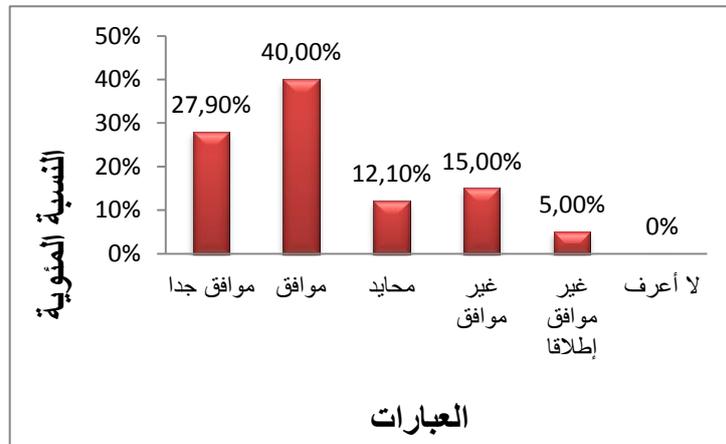
العبارة رقم 15 : إخبار المريض عن حالته الصحية أولاً بأول.

جدول رقم 28 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى إخبار المريض عن حالته الصحية أولاً بأول.

موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً	لا أعرف	المجموع
39	56	17	21	07	00	140
27,9%	40,0%	12,1%	15,0%	5,0%	0%	100%
100,0%	72,1%	32,1%	20,0%	5,0%	0%	-
النسبة المتوقعة	النسبة المتوقعة	تراكمياً				

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 34 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى إخبار المريض عن حالته الصحية أولاً بأول



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 28

من خلال النتائج المتحصل عليها، تبين لنا أن نسبة 67,90% (40,00% موافقون، و 27,90% موافقون جداً) من المرضى، اجمعوا على أن عمال المستشفى يقومون بإخبارهم عن حالتهم الصحية أولاً بأول، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين 20% (15,00% غير موافقون، 5,00% غير موافقون إطلاقاً)، كما قدرت نسبة الفئة المحايدة 12,10% والفئة التي لم تجيب على الأسئلة 00% من عينة الدراسة.

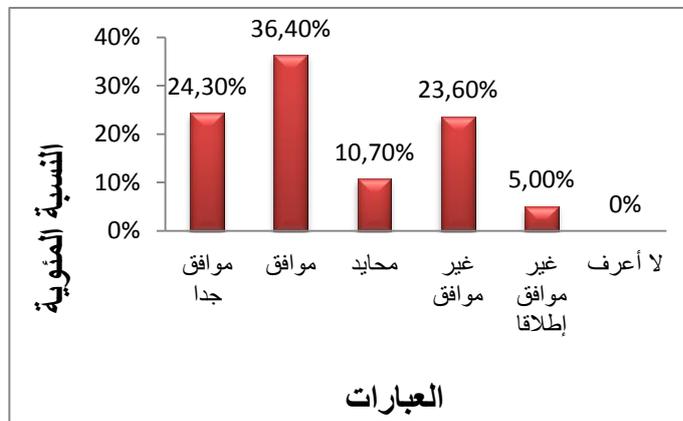
العبارة رقم 16 : الاستعداد الدائم للعاملين في المستشفى لسرعة الاستجابة لطلبات المرضى.

جدول رقم 29 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى استعداد العاملين في المستشفى لسرعة الاستجابة لطلبات المرضى.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
34	51	15	33	07	00	140
24,3%	36,4%	10,7%	23,6%	5,0%	0%	100%
100,0%	75,7%	39,3%	28,6%	5,0%	0%	-
النسبة المتراكمة						

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 35 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى استعداد العاملين في المستشفى لسرعة الاستجابة لطلبات المرضى.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 29

من خلال النتائج المتحصل عليها، تبين لنا أن نسبة 60,70% (36,40% موافقون، و 24,30% موافقون جدا) من المرضى، اجمعوا على أن عمال المستشفى مستعدون لسرعة الاستجابة لطلباتهم، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين 28,60% (23,60% غير موافقون، 5,00% غير موافقون إطلاقا)، كما قدرت نسبة الفئة المحايدة 10,70% والفئة التي لم تجيب على الأسئلة 00% من عينة الدراسة.

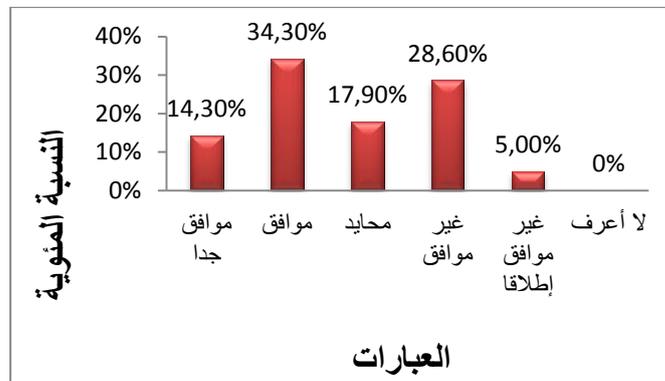
العبارة رقم 17 : سرعة الرد على الشكاوى و استفسارات المرضى.

جدول رقم 30 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى سرعة الرد على الشكاوى و استفسارات المرضى.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
20	48	25	40	07	00	140
%14,3	%34,3	%17,9	%28,6	%5,0	%0	%100
%100,0	%85,7	%51,4	%33,6	%5,0	%0	-
النسبة المتوية	النسبة المتوية	النسبة المتوية				
تراكميا	تراكميا	تراكميا	تراكميا	تراكميا	تراكميا	تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 36 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى سرعة الرد على الشكاوى و استفسارات المرضى



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على .الجدول رقم 30

من خلال النتائج المتحصل عليها , نلاحظ أن نسبة (48,60%) موافقون، و (14,30%) موافقون جدا) من المرضى يرون أن هناك سرعة في الرد على شكاويهم و استفساراتهم، بخلاف نسبة (33,6%) (28,60%) غير موافقون، و (5,00%) غير موافقون إطلاقا) من المرضى عارضوا الفكرة، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال (17,90%)، (00%) على التوالي.

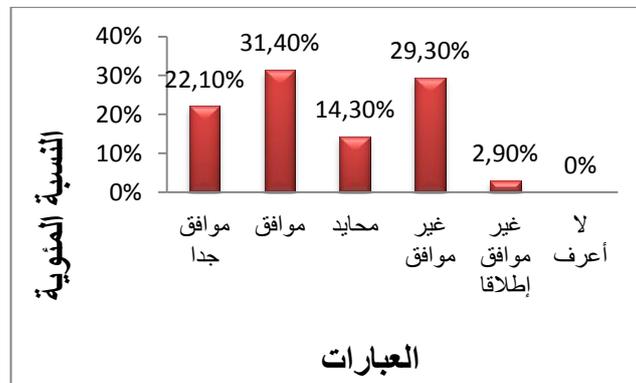
العبارة رقم 18 : يغطي المستشفى احتياجات المرضى على مدار الساعة.

جدول رقم 31 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تغطية المستشفى لاحتياجات المرضى على مدار الساعة.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع	
31	44	20	41	04	00	140	التكرارات
22,1%	31,4%	14,3%	29,3%	2,9%	0%	100%	النسبة المئوية
100.0%	77,9%	46,4%	32,1%	2,9%	0%	-	النسبة المئوية تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 37 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تغطية المستشفى لاحتياجات المرضى على مدار الساعة.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 31

من خلال النتائج المتحصل عليها، نلاحظ أن نسبة 53,5% (31,40% موافقون، و 22,10% موافقون جدا) من المرضى يرون أن المستشفى يغطي حاجاتهم على مدار الساعة، بخلاف نسبة 32,2% (29,30% غير موافقون، و 2,90% غير موافقون إطلاقا) من المرضى عارضوا الفكرة، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال 14,30%، و 00% على التوالي.

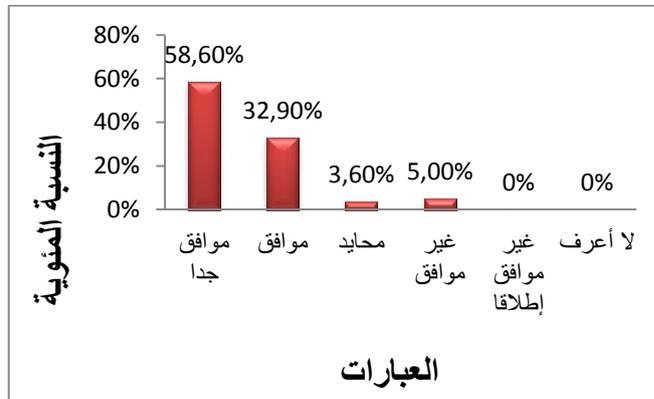
العبارة رقم 19 : ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب.

جدول رقم 32 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثمن الخدمة الصحية المقدمة.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
82	46	05	07	00	00	140
%58,6	%32,9	%3,6	%5,0	%00	%0	%100
%100,0	%41,4	%8,6	%5,0	%00	%0	-
النسبة المتوية	النسبة المتوية تراكميا					

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 38 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثمن الخدمة الصحية المقدمة.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 32.

من خلال النتائج المتحصل عليها، نلاحظ أن أغلبية المرضى أجمعوا على أن ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب و ذلك بنسبة 91,5% (58,60% موافقون جدا، و 32,90% موافقون) ، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين 5,00 فقط % ( 5,00% غير موافقون، 00% غير موافقون إطلاقا)، كما قدرت نسبة الفئة المحايدة 3,60 % والفئة التي لم تجيب على الأسئلة 00% من عينة الدراسة.

❖ اختبار الفرضية الثالثة :

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد الاستجابة.

الجدول رقم 33 : تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الاستجابة.

التأثير على رضا المريض	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	بعد جانب الاستجابة
ايجابي	1,172	3,71	العبارة رقم 15
ايجابي	1,232	3,51	العبارة رقم 16
متوسط	1,162	3,24	العبارة رقم 17
متوسط	1,205	3,41	العبارة رقم 18
ايجابي	0,790	4,45	العبارة رقم 19
ايجابي	1,112	3,66	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم 30 اتضح أن العبارات رقم 15، 16، 19 المتعلقة ببعد الاستجابة وقعت ضمن المجال الايجابي إذ بلغت موسطاتها الحسابية 3,71، 3,51، 4,45 على التوالي، بانحرافات معيارية قدرت ب 1,172، 1,232، 0,790 على الترتيب، إلا أن أكبر قيمة للمتوسط الحسابي خصت العبارة رقم 19 المتعلقة بثمان الخدمة الصحية المقدمة، أما العبارات رقم 17، 18 المتعلقة ببعد الاستجابة فقد وقعت ضمن المجال المتوسط إذ بلغت موسطاتها الحسابية 3,24 و 3,41 على الترتيب ، بانحرافات معيارية 1,162 و 1,205 على الترتيب أما المتوسط الحسابي العام ، الذي قدر ب 3,66 و بانحراف معياري عام بلغ 1,112 فقد وقع ضمن المجال الايجابي، وبالتالي نستنتج أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية من ناحية بعد الاستجابة تؤثر تأثيرا ايجابيا على رضا المريض.

## ❖ الفرضية الرابعة :

" تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية ، تأثيرا ايجابيا، من ناحية بعد الأمان".

العبارات المتعلقة ببعء الأمان و المتمثلة في العبارة رقم 20، 21، 22، 23، 24 من القسم الثاني للاستبيان, سنقوم بنفس العملية التي قمنا بها سابقا من أجل اختبار الفرضية الرابعة. عرض و تحليل الأشكال النسبية الخاصة ببعء الأمان.

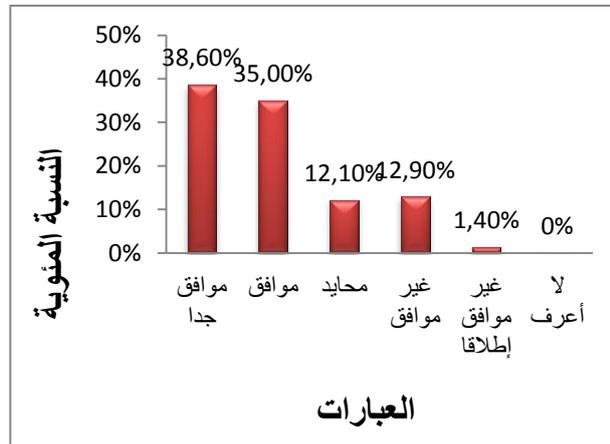
العبارة رقم 20: الشعور بالأمان و الثقة عند التعامل مع العاملين.

جدول رقم 34 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى شعور المرضى بالأمان و الثقة عند تعاملهم مع العاملين.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
54	49	17	18	02	00	140
%38,6	%35,0	%12,1	%12,9	%1,4	%0	%100
%100,0	%61,4	%26,4	%14,3	%1,4	%0	-
النسبة المتوية	النسبة المتوية	النسبة المتوية تراكميا				

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل 39 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى شعور المرضى بالأمان و الثقة



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 3

من نتائج الجدول تشير إلى أن معظم العاملين يشعرون بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين و ذلك بنسبة 73,6% (35,00% موافقون، و 38,60% موافقون جدا) أما المرضى الذين يخالفون هذا الرأي فقد بلغت نسبتهم المئوية 14,3% (12,90% غير موافقون، و 1,40% غير موافقون

إطلاقاً)، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال 10,12%، 00% على التوالي.

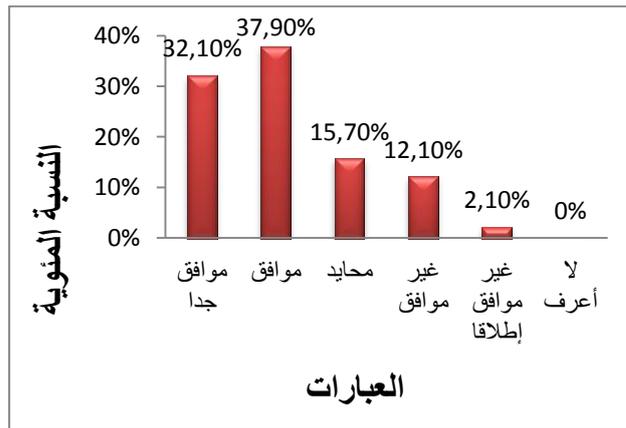
**العبارة رقم 21** : يتسم سلوك العاملين بالأدب و حسن المعاملة.

جدول رقم 35 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثمن لمدى اتسام سلوك العاملين بالأدب و حسن المعاملة.

موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً	لا أعرف	المجموع
45	53	22	17	03	00	140
32,1%	37,9%	15,7%	12,1%	2,1%	0%	100%
100,0%	67,9%	30,0%	14,3%	2,1%	0%	-
النسبة المتكاثرة	النسبة المتكاثرة	النسبة المتكاثرة				

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 40 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى اتسام سلوك العاملين بالأدب و حسن المعاملة.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 35.

تشير النتائج إلى أن أغلبية المرضى متفقين على أن سلوك العاملين يتسم بالأدب و حسن المعاملة و ذلك بنسبة 70,00% (37,90% موافقون، 32,10% موافقون جداً) أما المرضى الذين يرون عكس ذلك فقد بلغت نسبتهم المئوية 14,20% (12,10% غير موافقون، و 2,10% غير

موافقون إطلاقاً)، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدون و الذين لم يجيبوا على السؤال 15,70% ، 00% على التوالي.

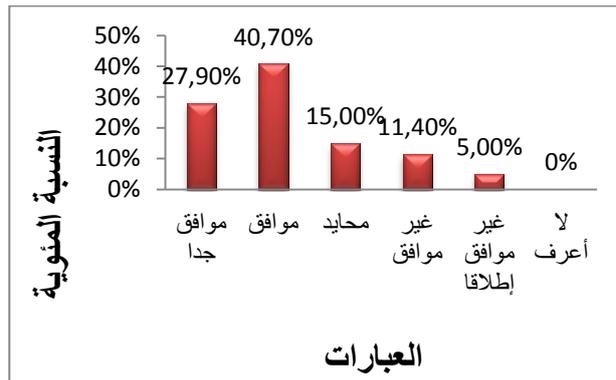
**العبارة رقم 22 :** يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة العالية.

**جدول رقم 36 :** توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة العالية.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
39	57	21	16	07	00	140
27,9%	40,7%	15,0%	11,4%	5,0%	0%	100%
100,0%	72,1%	31,4%	16,4%	5,0%	0%	-
النسبة المتراكمة						

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

**الشكل 41 :** توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة العالية.



المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على. الجدول رقم 36

تشير نتائج الجدول إلى أن معظم المستفيدين من الخدمة الصحية راضين على أن العاملين في المستشفى يتمتعون بالمعرفة والمهارة و الخبرة العالية من خلال تلقيهم للعلاج و ذلك بنسبة 68,60% (40,70% موافقون، 27,90% موافقون جدا) أما المرضى الذين يرون عكس ذلك فقد بلغت

نسبتهم المئوية 16,40% (11,40% غير موافقون، و 5,00% غير موافقون إطلاقاً)، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدون و الذين لم يجيبوا على السؤال 15,00%، 00% على التوالي.

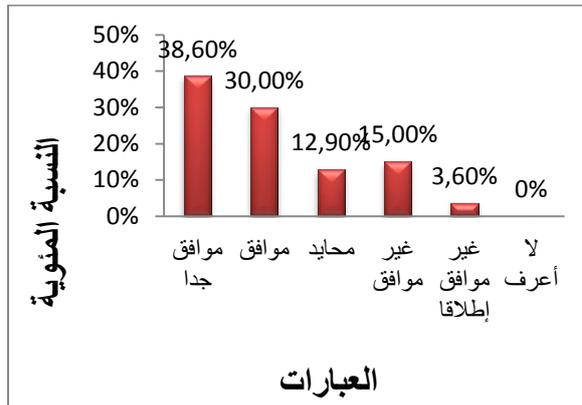
**العبارة رقم 23** : استمرارية متابعة حالة المريض الصحية.

جدول رقم 37 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى استمرارية متابعة حالة المريض الصحية.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً	
140	00	05	21	18	42	54	التكرارات
%100	%0	%3,6	%15,0	%12,9	%30,0	%38,6	النسبة المئوية
-	%0	%3,6	%18,6	%31,4	%61,4	%100,0	النسبة المئوية تراكمياً

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 42 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى استمرارية متابعة حالة المريض الصحية.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على. الجدول رقم 37

تشير النتائج الموضحة في الجدول أن أغلبية المرضى يرون أن هناك استمرارية متابعة حالتهم الصحية و ذلك بنسبة 68,60% (30,00% موافقون، 38,60% موافقون جداً) أما المرضى الذين يرون عكس ذلك فقد بلغت نسبتهم المئوية 18,6% (15,00% غير موافقون، و 3,60% غير موافقون

إطلاقاً)، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال 12,90% ، 00% على التوالي.

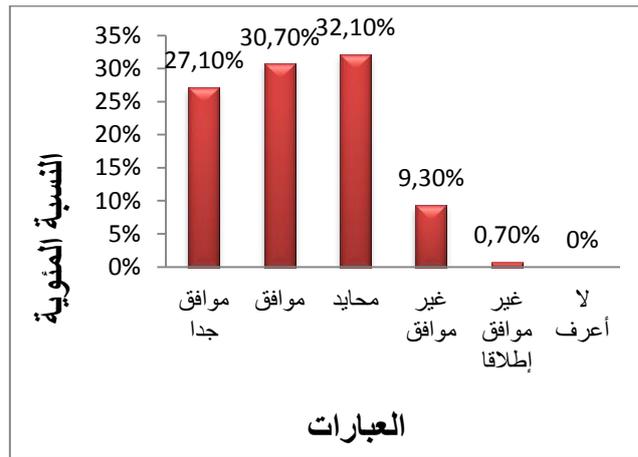
**العبارة رقم 24 :** يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.

**جدول رقم 38 :** توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى محافظة المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً	
140	00	01	13	45	43	38	التكرارات
%100	%0	%0,70	%9,3	%32,1	%30,7	%27,1	النسبة المئوية
-	%0	%0,70	%10,00	%42,1	%72,9	%100,0	النسبة المئوية تراكمياً

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

**الشكل رقم 43 :** توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى محافظة المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 38

من البيانات الموضحة أعلاه نلاحظ أن نسبة (57,80% ) موافقون، (30,70% موافقون، 27,10% موافقون جداً) من المرضى أجمعوا بأنهم يجدون السرية في المعلومات من خلال تعاملهم مع المستشفى، و

هذا يعود بالإيجاب على المستشفى, في حين نسبة قليلة ترى العكس و لقد بلغت نسبتهم المتوقعة 10,00% (9,30% غير موافقون، و 0,70% غير موافقون إطلاقاً)، ويعتبر عامل السرية مهم جدا بالنسبة لرضا المريض أما نسبة المرضى المخايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال 32,10% ، 00% على التوالي.

❖ اختبار الفرضية الرابعة :

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد الأمان.

الجدول رقم 39 : تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الأمان.

التأثير على رضا المريض	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	بعد جانب الأمان
ايجابي	1,076	3,96	العبارة رقم 20
ايجابي	1,070	3,86	العبارة رقم 21
ايجابي	1,132	3,75	العبارة رقم 22
ايجابي	1,193	3,85	العبارة رقم 23
ايجابي	0,985	3,74	العبارة رقم 24
ايجابي	1,091	3,83	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم 34 اتضح أن جميع العبارات الخاصة ببعد الأمان (العبارة رقم 20، 21، 22، 23، 24 وقعت ضمن المجال الايجابي إذ بلغت متوسطاتها الحسابية 3,96، 3,86، 3,75، 3,85، 3,74 على التوالي، بانحرافات معيارية قدرت ب 1,076، 1,070، 1,132، 1,193، 0,985 على الترتيب، إلا أن أكبر قيمة للمتوسط الحسابي خصت العبارة رقم 20 المتعلقة بالشعور بالأمان و الثقة عند التعامل مع العاملين، أما المتوسط الحسابي العام ، الذي قدر ب 3,83 و

بانحراف معياري عام بلغ 1,091 فقد وقع ضمن المجال الايجابي، وبالتالي نستنتج أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية من ناحية بعد الأمان تؤثر تأثيرا ايجابيا على رضا المريض.

#### ❖ الفرضية الخامسة :

" تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية ، تأثيرا ايجابيا، من ناحية بعد التعاطف".

العبارات المتعلقة ببعء التعاطف و المتمثلة في العبارة رقم 25، 26، 27، 28، 29 من القسم الثاني للاستبيان، سنقوم بنفس العملية التي قمنا بها سابقا من أجل اختبار الفرضية الخامسة. عرض و تحليل الأشكال النسبية الخاصة ببعء التعاطف.

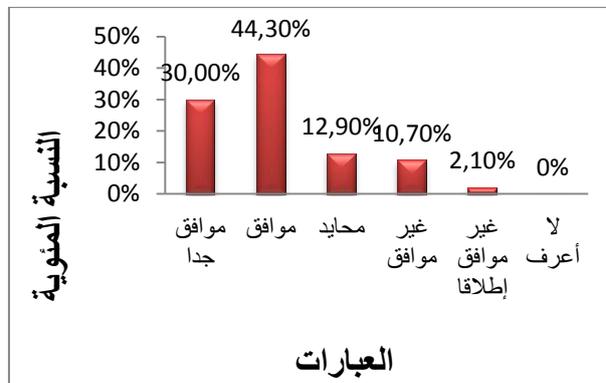
العبارة رقم 25 : يتم تقدير ظروف المريض و التعاطف معه.

جدول رقم 40 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تقدير العاملين بالمستشفى لظروفهم و مدى التعاطف معهم.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
42	62	18	15	03	00	140
%30,0	%44,3	%12,9	%10,7	%2,1	%0	%100
%100,0	%70,0	%25,7	%12,9	%2,1	%0	-
التكرارات						
النسبة المئوية						
النسبة المئوية تراكميا						

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل 44 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تقدير العاملين بالمستشفى لظروفهم و مدى التعاطف معهم.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على 40.

تشير النتائج الموضحة في الجدول أن أغلبية المرضى يرون أن العاملين بالمستشفى يقدرون ظروفهم بالإضافة إلى تعاطفهم معهم و ذلك بنسبة %74,30 (موافقون % 44,30) %30,00 موافقون جدا) أما المرضى الذين يرون عكس ذلك فقد بلغت نسبتهم المئوية %12,8 (غير موافقون %10,70) موافقون، و %2,10 غير موافقون إطلاقا)، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال %12,90، %00 على التوالي.

العبارة رقم 26 : وجود الروح المرحة و الصداقة في التعامل مع المريض.

جدول رقم 41 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى وجود الروح المرحة و الصداقة في التعامل مع المريض.

المجموع	لا أعرف	غير موافق إطلاقا	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
140	00	04	14	14	63	45	التكرارات
%100	%0	%2,9	%10,0	%10,0	%45,0	%32,1	النسبة المئوية
-	%0	%2,9	%12,9	%22,9	%67,9	%100.0	النسبة المئوية تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 45 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى وجود الروح المرحة و الصداقة في التعامل مع المريض.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 41.

تشير النتائج الموضحة في الجدول أن أغلبية المرضى يؤيدون فكرة وجود الروح المرحة و الصداقة في التعامل مع العاملين في المستشفى و ذلك بنسبة 77,1% (45,00% موافقون، 32,10% موافقون جدا) أما المرضى الذين يعارضون هذه الفكرة فقد بلغت نسبتهم المئوية 12,90% (10,00% غير موافقون، و 2,90% غير موافقون إطلاقا)، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال 10,00%، 00% على التوالي.

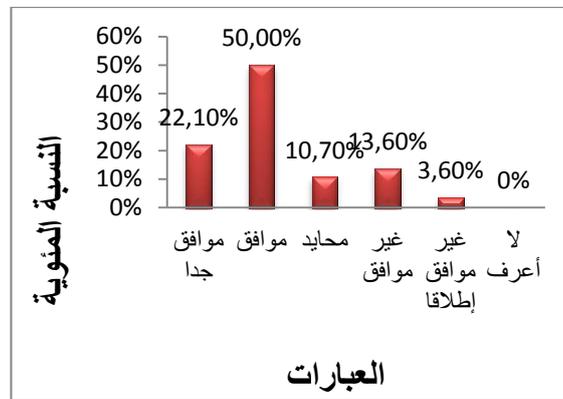
العبارة رقم 27 : يتم الإصغاء و الاهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين.

جدول رقم 42 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى الإصغاء و الاهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
31	70	15	19	05	00	140
%22,1	%50,0	%10,7	%13,6	%3,6	%0	%100
%100.0	%77,9	%27,9	%17,1	%3,6	%0	-
النسبة المتئوية	النسبة المتئوية	النسبة المتئوية				
تراكميا	تراكميا	تراكميا	تراكميا	تراكميا	تراكميا	تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 46 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى الإصغاء و الاهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 42

تشير النتائج الموضحة في الجدول أن أغلبية المرضى يؤيدون فكرة وجود إصغاء و اهتمام بانشغالاتهم من طرف العاملين في المستشفى و ذلك بنسبة 72,1% (50,00% موافقون، 22,10% موافقون جدا)، أما المرضى الذين يعارضون هذه الفكرة فقد بلغت نسبتهم المئوية 17,2% (13,60% غير موافقون، و 3,60% غير موافقون إطلاقا)، في حين بلغت نسبة المرضى المحايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال 10,70%، 00% على التوالي.

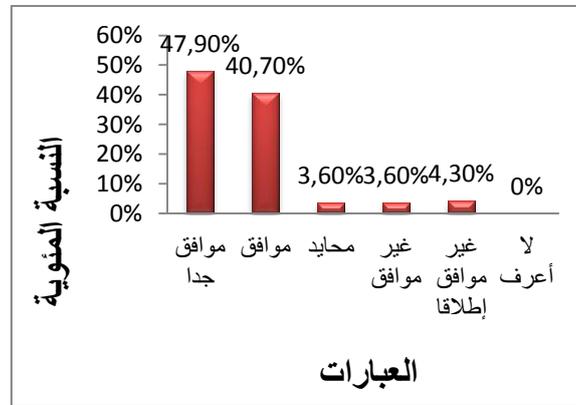
العبارة رقم 28 : تتم محادثة المريض باللغة و اللهجة التي يعرفها.

جدول رقم 43 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى محادثة المريض باللغة و اللهجة التي يعرفها.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع	
67	57	05	05	06	00	140	التكرارات
%47,9	%40,7	%3,6	%3,6	%4,3	%0	%100	النسبة المئوية
%100.0	%52,1	%11,4	%7,9	%4,3	%0	-	النسبة المئوية تراكميا

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 47: توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى محادثة المريض باللغة و اللهجة التي يعرفها.



المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 43.

من البيانات الموضحة أعلاه نلاحظ أن أغلبية المرضى أجمعوا على أن المحادثة تتم معهم باللهجة و اللغة التي يعرفونها و ذلك بنسبة %88,60 (موافقون، %47,90 موافقون جدا)، في حين نسبة قليلة ترى العكس و لقد بلغت نسبتهم المئوية %07,90 (غير موافقون، و %4,30 غير موافقون إطلاقا)، وتعتبر اللغة و اللهجة عامل مهم للتواصل مع المرضى، أما نسبة المرضى المحايدون و الذين لم يجيبوا على السؤال %3,60، %00 على التوالي.

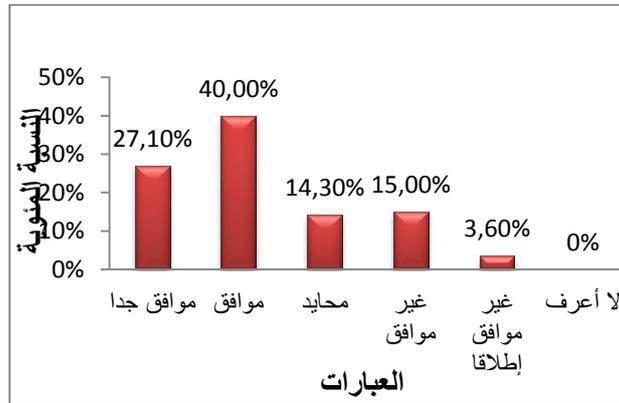
العبارة رقم 29 : تتم العناية الشخصية بكل مريض في المستشفى.

جدول رقم 44 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للعناية الشخصية لكل مريض في المستشفى.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا	لا أعرف	المجموع
38	56	20	21	05	00	140
%27,1	%40,0	%14,3	%15,0	%3,6	%0	%100
%100.0	%72,9	%32,9	%18,6	%3,6	%0	-
النسبة المئوية تراكميا						

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم 48 : توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للعناية الشخصية لكل مريض في المستشفى.



المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على الجدول رقم 44

من البيانات الموضحة أعلاه نلاحظ أن نسبة 67,10% (40,00% موافقون، 27,10% موافقون جدا) من المرضى أجمعوا على أن هناك عناية شخصية بكل مريض في المستشفى، في حين بلغت نسبة المرضى المعارضين لهذه الفكرة 18,60% (15,00% غير موافقون، و 3,60% غير موافقون إطلاقا)، أما نسبة المرضى المحايدين و الذين لم يجيبوا على السؤال فقد بلغت نسبتهم المئوية 14,30%، 00% على التوالي.

❖ اختبار الفرضية الخامسة:

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد التعاطف.

الجدول رقم 45 : تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد التعاطف.

بعد جانب التعاطف	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التأثير على رضا المريض
العبارة رقم 25	3,89	1,023	ايجابي
العبارة رقم 26	3,94	1,040	ايجابي
العبارة رقم 27	3,74	1,064	ايجابي
العبارة رقم 28	4,24	0,995	ايجابي
العبارة رقم 294	3,72	1,126	ايجابي
المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3,90	1,050	ايجابي

المصدر : من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم 40 اتضح أن جميع العبارات الخاصة ببعده التعاطف (العبارة رقم 25، 26، 27، 28، 29) وقعت ضمن المجال الايجابي إذ بلغت متوسطاتها الحسابية 3,89، 3,94، 3,74، 4,24، 3,72 على التوالي، بانحرافات معيارية قدرت ب 1,023، 1,040، 1,064، 0,995، 1,126 على الترتيب، إلا أن أكبر قيمة للمتوسط الحسابي خصت العبارة رقم 28 المتعلقة بمحادثة المريض باللغة و اللهجة التي يعرفها، أما المتوسط الحسابي العام ، الذي قدر ب 3,90 و بانحراف معياري عام بلغ 1,050 فقد وقع ضمن المجال الايجابي، وبالتالي نستنتج أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية من ناحية بعد التعاطف تؤثر تأثيرا ايجابيا على رضا المريض.

## خلاصة

تم في هذا الفصل، اختبار فرضيات البحث و المتعلقة بجودة الخدمات التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية العمومية بمدينة مغنية، من ناحية كل معيار من المعايير الخمسة المعتمدة في قياس جودة الخدمة، وهي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان و التعاطف. وقد تم الاعتماد على تقييم عينة من المرضى المقيمين في خمسة مصالح طبية من خلال تحليل إجابات المرضى و حساب المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية الخاصة بكل عبارة، وهذا لمعرفة المتوسط الحسابي العام و الانحراف المعياري العام المتعلقة بكل معيار من أجل تحديد درجة تأثيره على رضا المريض.

أفضت المعالجة الإحصائية للبيانات، و التي تمت عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، إلى النتيجة التالية:

✓ صحة جميع الفرضيات، حيث اتضح أن أفراد عينة الدراسة (المرضى) يقيمون الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة، تقييماً إيجابياً.

## الخاتمة العامة:

تواجه المنظمات الحكومية الخدمية جملة من التغيرات و التحديات الاقتصادية و السياسية و الاجتماعية و التقنية و الثقافية، مما يحتم على هذه المنظمات مواجهة هذه التحديات من خلال اتخاذ الترتيبات اللازمة للاخذة بمفاهيم الإدارة الحديثة التي تمكنها من تحقيق أهدافها بكفاءة و فعالية. حيث أولت المجتمعات الحديثة اهتماما كبيرا بجودة الخدمات الصحية و ذلك لارتباطها ارتباطا وثيقا بصحة و حياة الإنسان. كما سعى المهتمون و الباحثون في هذا المجال بتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية و التي تعد بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية، و هذا كله من أجل الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية في جميع المؤسسات الصحية باختلاف أنواعها، و لزيادة الوعي بالممارسة الصحيحة لها لتقديم أفضل الخدمات و الحصول على رضا المرضى.

و من هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة لتجيب على الإشكالية التالية: **ما مدى جودة الخدمة العمومية المقدمة في المستشفيات الجزائرية في ظل الإصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ؟**

و كمحاولة للإجابة على هذه الإشكالية و ما يندرج تحتها من تساؤلات فرعية، تم التأكد من صحة الفرضيات الثلاث الأولى و التي نصت على مايلي:

- ✓ جودة الخدمات الصحية مرتبط بمدى اهتمام إدارة المستشفى بالعاملين و اشراكهم في اتخاذ القرار.
- ✓ جودة الخدمات الصحية هو نتاج دعم الإدارة العليا لمبادئ إدارة الجودة في المستشفى.
- ✓ يمثل نقص الإمكانيات المادية والبشرية المشكل الأساسي الذي يعرقل أفراد الطاقم الطبي والشبه طبي عن تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسة العمومية الاستشفائية -مغنية-

و هذا دليل على أن أفراد الطاقم الطبي و الشبه الطبي العامل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية مغنية و باعتبارهم المتعامل المباشر مع المرضى ليس باستطاعتهم تقديم خدمات ذات جودة عالية الا عن طريق دعم الادارة العليا و اهتمامها بهم و كذا توفير الطاقة البشرية و المادية اللازمة لسد احتياجات المرضى بما يحقق الرضا لديهم.

بينما تم اثبات عكس الفرضية الرابعة و التي نصت على أن أغلب المرضى يرون أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية -مغنية- منخفض، فمن خلال الدراسة الميدانية و ما تضمنته من أسئلة مباشرة لمعرفة آراء المستهلكين (المرضى) تم التأكد من رضا المرضى عن نوعية الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية مغنية إما بصفة جيدة أو متوسطة.

## النتائج و الاقتراحات:

لقد توصلنا الى النتائج التالية:

- ◀ تعتبر العوامل الديمغرافية المتمثلة في العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية بالإضافة إلى مدة الإقامة في المستشفى عوامل مؤثرة على نسبة رضا المريض عن الخدمات الصحية المقدمة له.
- ◀ بالرغم من أن تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية العمومية كان ايجابيا من ناحية بعد الملموسية، إلا انه لا يوجد رضا تام عن دورات المياه و الغذاء المقدم داخل المستشفى.
- ◀ بما أن بعد الاعتمادية يعتمد على ملاحظة و مشاهدة المريض للخدمة المقدمة وفقا لتوقعاته و تلقي المعالجة المطلوبة، فإن تقييمهم لهذا البعد وقع ضمن المجال الإيجابي، مما يؤكد التزام المستشفى بتقديم الخدمة الصحية في مواعيدها المحددة، بالإضافة إلى وجود مصداقية و ثقة في الأطباء و الاخصائيين.
- ◀ المستشفى على استعداد دائم للاستجابة لطلبات المرضى، و سرعة الرد على شكاويهم و طلباتهم، كما ان اغلبية المرضى عبروا عن رضاهم التام و المطلق عن ثمن الخدمة الصحية المقدمة، و بالتالي نستنتج أن هناك رضا لدى المرضى عن جودة الخدمة الصحية العمومية من ناحية بعد الاستجابة.
- ◀ تتمتع عمال المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة العالية و الأدب يخلق شعور بالأمان لدى المرضى في التعامل معهم، و هذا ما يؤكد على توفر بعد الأمان في المؤسسة الاستشفائية لمدينة مغنية.

◀ وجود الروح المرحة و الصداقة في التعامل مع المريض، بالإضافة إلى الاهتمام بانشغالاته كلها عوامل تولد لدى المريض قدرا كبيرا من الرضا و الولاء للمستشفى العمومي، مما يؤكد تقييمهم الإيجابي لبعدهم التعاطف.

### التوصيات:

- ◀ تهيئة المستشفيات الحكومية بالأجهزة و المعدات المطلوبة كما و نوعا.
- ◀ الاهتمام بتوفير الكوادر الطبية و خاصة الأخصائية و الكوادر المساعدة المطلوبة في المستشفيات الحكومية.
- ◀ توفير التقييم المادي المناسب لجذب هذه الكوادر للعمل في المستشفيات الحكومية.
- ◀ الرفع من مستوى أداء العاملين من خلال تكثيف الدورات التكوينية، مع إقامة برامج تدريبية تركز على تنمية مهاراتهم السلوكية في التعامل مع المريض.
- ◀ تكوين عمال النظافة و فرض الرقابة عليهم لتحقيق المستوى المطلوب.
- ◀ إعادة النظر في الرواتب الممنوحة لعمال الصحة.
- ◀ فرض الرقابة على مدى التزام أفراد الطاقم الطبي و شبه الطبي بالدوام المحدد و بتقديم خدمات ذات جودة عالية.
- ◀ توفير خبراء الصيانة لصيانة الأجهزة الطبية.
- ◀ توفير وجبات غذائية ذات جودة عالية تتلاءم مع الحالات المرضية للمرضى، من خلال إشراك الأطباء في تحديد نوعية الوجبات و توفير أخصائي في التغذية.
- ◀ زرع الثقة و الأمان في نفوس المرضى و المراجعين للعودة إلى المستشفيات الحكومية بتوفير ما سبق ذكره.
- ◀ التعرف على حاجات المريض كمنطلق لتحديد مواصفات الخدمة الصحية.
- ◀ التركيز على جانب التعاطف في التعامل مع المريض، حيث أن العناية الشخصية به تولد لديه الرضا و الولاء و الانتماء للمؤسسة التي يعالج فيها.

◀ إجراء مثل هذه الدراسة على المرضى و المراجعين في مستشفيات حكومية أخرى في الولايات الأخرى ، و مقارنة نتائج هذه الدراسة مع نتائج تلك الدراسات للحصول على صورة أوضح لرضى المرضى و المراجعين عن الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الجزائرية.

◀ محاولة الاستفادة من التجارب الناجحة في المؤسسات المماثلة في بلدان أخرى.

جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان

الملحقة الجامعية - مغنية -

كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير

استمارة الاستبيان الموجهة للمرضى

أخي المريض، أختي المريضة

تحية طيبة

في إطار تحضير مذكرة الماستر تحت عنوان : تقييم جودة الخدمات العمومية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية ، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية شعبان حمدون -مغنية-. فلکم جزيل الشكر مسبقا على مساهمتكم القيمة و على مشاركتكم الفعالة في إثراء هذا الموضوع بأجوبتكم على أسئلة هذا الاستبيان، مع العلم أن إجابتكم ستعامل بسرية تامة و لن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

عند الإجابة على أسئلة الاستبيان، الرجاء وضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

أولا : معلومات شخصية

الجنس:  ذكر  أنثى

السن :

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

المستوى التعليمي:

أمي  إبتدائي  متوسط  ثانوي  جامعي

الحالة المدنية :

مسؤول عن أسرة  غير مسؤول عن أسرة

يوم.....

مدة الإقامة :

ثانيا: أبعاد جودة الخدمة:

الرقم	العبارة	درجة الموافقة			
		موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق
		غير موافق	غير موافق	محايد	موافق
		إطلاقا			
<b>معيار الملموسية</b>					
1	يتمتع المستشفى بموقع ملائم و يسهل الوصول إليه بسرعة				
2	تتوفر في المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض				
3	يضع المستشفى لوحات و علامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام و الفروع				
4	توفر غرف مريحة، نظيفة، مضاءة و دافئة				
5	يملك المستشفى دورات مياه صحية، نظيفة بما يحقق راحة المرضى				
6	يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر				
7	يمتاز الغذاء داخل المستشفى بالجودة العالية				
8	يحتاج المستشفى إلى أن يحدث من الأجهزة و المعدات و المستلزمات الطبية المستخدمة حاليا				
9	توفر المستشفى صالات الانتظار بما كل المرافق				
<b>معيار الاعتمادية</b>					
10	الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق				
11	عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج				
12	توجد ثقة في الأطباء و الأخصائيين في المستشفى				
13	تهتم إدارة المستشفى بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن الحالة الصحية للمرضى في السجلات و الحاسوب				
14	يستجيب المستشفى بسرعة لمشاكل و استفسارات المرضى				
<b>معيار الاستجابة</b>					
15	إخبار المريض عن حالته الصحية اولا بأول				
16	الاستعداد الدائم للعاملين في المستشفى لمساعدة الاستجابة لطلبات المرضى				
17	سرعة الرد على الشكاوى و استفسارات المرضى				
18	يغطي المستشفى احتياجات المرضى على مدار الساعة				

					19	ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب
						<b>معيار الأمان</b>
					20	الشعور بالأمان و الثقة عند التعامل مع العاملين
					21	يتسم سلوك العاملين بالأدب و حسن المعاملة
					22	يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة العالية
					23	استمرارية متابعة حالة المريض الصحية
					24	يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى
						<b>معيار التعاطف</b>
					25	يتم تقدير ظروف المريض و التعاطف معه
					26	وجود الروح المرحة و الصداقة في التعامل مع المريض
					27	يتم الإصغاء و الاهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين
					28	تم محادثة المريض باللغة و اللهجة التي يعرفها
					29	تم العناية الشخصية بكل مريض في المستشفى

## قائمة المراجع

باللغة العربية:

أولاً: الكتب

1. أحمد عثمان طلحة، إدارة المؤسسات العامة في الدول النامية منظور استراتيجي، الأردن، دار الحامد للنشر و التوزيع، 2008.
2. أحمد محمد بدح والآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005.
3. أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات. رؤية معاصرة، مصر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2006.
4. إياد عبد الفتاح النسور، أسس تسويق الخدمات السياحية العلاجية (مدخل مفاهيمي)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
5. بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين و آخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مجموعة النيل العربية مصر، 2009.
6. بشير العلاق، أحمد محمود، استخدام نموذج الفجوات لتفسير العلاقة بين جودة الخدمة المدركة و رضا الزبون، 2002.
7. بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص 75.
8. تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الأردن، دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005.
9. تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
10. تيسير العجارمة، التسويق المصرفي، دار الحامد، عمان، الأردن، 2005.
11. ثابت عبد الرحمان إدريس، المدخل الحديث في الإدارة العامة، دون بلد النشر، الدار الجامعية، 2001.
12. تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن، مجهول السنة.
13. حاوش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب و النشر، الجزائر، الطبعة الأولى، 2008.
14. حميد الطائي، تسويق الخدمات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص 17.

15. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات على القطاع الصحي،  
16. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي و الاجتماعي، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان،  
الأردن، 2008.
17. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي و الاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع،  
الأردن، 2007.
18. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة  
الأولى، 2006، ص 55 .
19. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات و تطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن،  
2006.
20. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن، دار الشروق للنشر  
والتوزيع، الطبعة الأولى، 2007.
21. شفيق حداد، نظام السويدياني، أساسيات التسويق، دار حماد للنشر، الأردن، 200.
22. صالح حسن الدهراوي، مبادئ الصحة النفسية ، دار وائل، الأردن، 2005.
23. طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد  
الوطنية، 2004.
24. طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية  
السعودية.
25. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة المدينة،  
مصر، 2000.
26. عامر قنديلجي، البحث العلمي و استخدام مصادر المعلومات التقليدية و الالكترونية، دار  
الميسرة للنشر، عمان، الأردن، 2008.
27. عبد العزيز أبو نبعة، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة، الوراق للنشر والتوزيع ،  
الأردن ، الطبعة الأولى، 2005.
28. عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية ،الأسس النظرية والتطبيق العملي،  
الرياض ، وزارة الصحة، 2005.

29. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات-المفاهيم والتطبيقات-بحوث ودراسات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر الجديدة، القاهرة، 2003.
30. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات : المفاهيم والتطبيقات، مصر : منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003.
31. عبد المطلب عبد الحميد، التمويل المحلي، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2001.
32. عبد النبي الطائي و آخرون، إدارة الجودة الشاملة و الايزو، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، عمان، 2003.
33. العبيكان للنشر و الطباعة، المملكة العربية السعودية، بدون طبعة، 1997.
34. العزاوي، محمد عبد الوهاب، إدارة الجودة الشاملة، دار الميسر للنشر و التوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2005.
35. فريد النجار، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2007.
36. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار إثراء، الأردن، 2008.
37. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، 2008.
38. فريد كورتل، أمال كحيله، الجودة و انظمة الإيزو، دار كنوز المعرفة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2012.
39. فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008.
40. فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008.
41. فريد كورتل، درمان سليمان صادق، نحة العمري، تسويق الخدمات الصحية، كنوز المعرفة، الجزائر، طبعة الأولى، 2011.
42. قاسم نايف علوان المياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم و عمليات و تطبيقات، دار الشروق للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2006.
43. قاسم نايف علوان المياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر و التوزيع، الأردن، 2006.
44. قحطان العبدلي وبشير العلاق، التسويق أساسيات ومبادئ، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 1999.

45. مأمون الدراكة، طارق شيلي، الجودة في المنظمات الحديثة، عمان، دار الصفاء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2002.
46. مأمون السلطي، سهيل إلياس، دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الإيزو 9000، دار الفكر المعاصر، الطبعة الأولى، دمشق، 1999.
47. مأمون سليمان الدراكة، إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء، دار صفاء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2006.
48. محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم و تطبيقات، الأردن، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2004.
49. محمد جمال علي هلاي، المحاسبة الحكومية، دار صفاء للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، 2002.
50. محمد عبد العظيم أبو النجا، التسويق المتقدم، الدار الجامعية، مصر، 2008.
51. مذكور فوزي، تسويق الخدمات الصحية، التراك للنشر و التوزيع، مصر، 1998.
52. مذكور فوزي، تسويق الخدمات الصحية، التراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998.
53. مصطفى محمود أبو بكر، الإدارة العامة رؤية استراتيجية لحماية الجهاز الإداري من التخلف و الفساد، الدار الجامعية، 2005.
54. مهدي حسن زويلف، منهجية البحث العلمي، دار الفكر للطباعة و النشر، عمان، الأردن، 1998.
55. نايف قاسم علوان الحياوي، إدارة الجودة الشاملة و متطلبات الإيزو 9001، 2000، عمان، دار النشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2005.
56. نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار حامد، الأردن، 2009.
57. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الثالثة، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
58. وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية و الطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.

## ثانيا: المذكرات و الرسائل الجامعية:

1. أمير جيلالي، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، فرع تخطيط، كلية العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر، 2000/2001.
2. مجدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2011-2012.
3. حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية -دراسة حالة مصحة الرازي للطب و الجراحة بسكرة- مذكرة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2006-2007.
4. خامت سعدية، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، مذكرة لنيل شهادة الماستر، معهد العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير، تخصص تسويق، البويرة، 2011-2012.
5. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير و العلوم التجارية، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، 2011-2012.
6. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008 .
7. عشور عبد الكريم، دور الإدارة الإلكترونية في ترشيد الخدمة العمومية في الولايات المتحدة الأمريكية و الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية و العلاقات الدولية، كلية الحقوق و العلوم السياسية ، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، جامعة منتوري قسنطينة، 2009-2010.
8. عصماني سفيان ، دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها(المرضى)، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير، تخصص علوم التسيير، فرع التسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2005-2006.

9. لكحل امين، الشراكة بين القطاع العام و الخاص في الجزائر دراسة حالة شركة المياه و التطهير لوهران، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، التجارية، و علوم التسيير، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان، 2014/2013.
10. المتراس، علاء الدين أحمد، جودة الخدمات الصحية و أثرها في الفاعلية التنظيمية، رسالة الماجستير غير المنشورة ، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، 2009.
11. نادية خريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بسكرة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2007-2008.

### ثالثا : مجالات و ملتقيات :

1. أكرم أحمد الطويل و آخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية ( دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوي)، مجلة تكريت للعلوم الإدارية و الاقتصادية، العراق، المجلد 02، العدد 19، 2010.
2. بريش عبد القادر، جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، العدد3، الجزائر، 2012.
3. دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة)، مجلة الباحث، ورقلة، الجزائر، العدد11، 2012.
4. طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2004.
5. علي زغدور، المؤسسات العمومية و الإدارية، تعريفها، طبيعتها القانونية، الشخصية، الجزائر، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية، دون تاريخ النشر.
6. محمد ريجان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث (الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات : تقنيات نظم المعلومات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2004.
7. محمد عبد القادر، قياس جودة التعليم الجامعي: محاولة اجتهادية، المؤتمر التربوي الخامس لجودة التعليم الجامعي، جامعة البحرين، البحرين، 2005.

8. يسري السيد يوسف، مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية، مجلة البحوث التجارية، مجلد 24، العدد 01، القاهرة، مصر، 2002.

#### رابعاً: تقارير ووثائق أخرى:

1. الأمر رقم 73-65 المؤرخ فس ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية.
2. المرسوم 124/90 المؤرخ في 05 شوال 1410 الموافق ل 30 أفريل 1990 و المتعلق بتحديد صلاحيات وزير الصحة.
3. المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 02 شعبان 1418 الموافق ل 02-12-1997 المتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها.
4. المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و مؤسسات الصحة الحوارية و تنظيمها و سيرها.
5. وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات و الأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.
6. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 30 ماي 2007، العدد 30، ص 11، ملحق رقم 2 مديرية تخطيط و تهيئة الاقليم لولاية تلمسان، 2011.

#### مراجع باللغة الأجنبية:

1. A.Belghiti Alaoui. **Principes Généraux de Planification à l'Hôpital**. Rabat : Sans Edition.2005.
2. Abdallah seddiki, **management de la qualité**, Alger : Office des publications Universitaires, 2003,P23
3. Adrian Payne, **The essence of services Marketing**, Prentice-Hall International(UK),Ltd,1995.
4. Audrey Glimore, **Services marketing and management**, sage Publication ,LONDON ,2003.

5. Beatrice Brechignac Roubaud, **Le Marketing des services-Du projet au plan marketing**, edition d'Organisation, Paris,4ème tirage,2000.
6. Benjamin Schneider and Susan S.White ,**Service Quality :Research Perspectives**, Sage Publication ,USA,2004.
7. Cary Claude.Cooper and Chris Argyris, **The concise Blackwell encyclopedia of management** , Blackwell Publisher ,USA,1998.
8. Centre for administrative innovation in the Euro-Méditerranéen Région, Assistance sociale dans la région Méditerranéenne, Algérie.
9. Farida Djellal et al. **L'Hôpital Innovateur : de L'Innovation Médicale à L'Innovation de Service**, Paris : Masson, 2004.
10. Gilles J ; **Introduction au droit des services publics** ;Paris ; L.G.D.J ; Novembre 1994.
11. James M. Buchanan, **The Demand and Supply of Public Goods**, Liberty Fund, volume 5, 1999.
12. M. Hubinon ,**Management des unités de soins de l'analyse systématiques à l'évaluation de la qualité** ,Deboeck et Larcer, Bruxelles,1998.
13. McGuire Alistair and al, **The economics of health care**, Routledge et Kegan Paul,CANADA,1988.
14. Ph.kotler et B.debois. **marketing management. Public.** Union.10eme édition.paris2000.p80.
15. République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience Algérienne, Alger, 1985.
16. Sheila Twinn and al, **Community health care nursing : principles for practice**, Elsevier Health Sciences,2002.
17. Talbot .L,Verrinder.G,Promoting health :**The Primary Health Care Approach** , Elsevier Australia, 4th edition, 2010.
18. Vincent Ostrom and Elinor Ostrom-**Public Goods and Public Choices Workshop in Political Theory and Policy Analysis** Indiana University-

## المواقع الالكترونية:

1. الموقع الالكتروني لمنظمة الصحة العالمية :

[www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/ar](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ar) /,05/04/2012

2. الموقع الالكتروني لمنظمة الصحة العالمية :

[www.who.int/whr/2010/AR/index.html](http://www.who.int/whr/2010/AR/index.html),05/04/2012

3. الموقع الالكتروني لمديرية الصحة و السكان لولاية تلمسان: [www.dsp-tlemcen.dz/2016](http://www.dsp-tlemcen.dz/2016)

4. [www.andi.dz](http://www.andi.dz)( site électronique de l'Agence Nationale de développement de l'investissement), page consulté le 22-05-2011

قائمة الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	أبعاد الجودة	24
02	تعريف جودة الخدمة	27
03	أبعاد جودة الخدمة	30
04	نموذج جودة الخدمة	33
05	نموذج مفاهيمي لجودة الخدمة (نموذج تحليل الفجوات)	38
06	النموذج الشامل لتقييم جودة الخدمة	42
07	مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية).	68
08	حزمة منافع الخدمة الصحية	69
09	نموذج تكاملي لجودة الخدمة الصحية	81
10	نموذج الفجوة للخدمات الصحية.	87
11	النموذج الشامل لتقييم جودة الخدمات الصحية.	91
12	سلمية الخدمات الصحية العمومية في الجزائر	98
13	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية-شعبان حمدون-	115
14	نسبة الإناث و الذكور في المجتمع المدرس	122
15	توزيع أفراد المجتمع المدرس حسب السن	123
16	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	124
17	توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	125
18	توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة	127
19	توزيع أفراد العينة حسب المصالح الصحية	128
20	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم مدى تمتع المستشفى بموقع ملائم و يسهل الوصول إليه بسرعة	129
21	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى توفر المستشفى على كل الأدوية التي يحتاجها المريض.	131
22	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات و علامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام و الفروع.	132

133	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوفر المستشفى على غرف مريحة، نظيفة، مضاءة و دافئ	23
134	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى امتلاك المستشفى على دورات مياه صحية، نظيفة بما يحقق راحة المرضى	24
135	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر	25
137	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تميز الغذاء داخل المستشفى بالجودة العالية.	26
138	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حاجة المستشفى لتحديث الأجهزة و المستلزمات الطبية المستخدمة حاليا.	27
139	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى توفر المستشفى على صالات الانتظار بها كل المرافق.	28
142	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى التزام المستشفى بتقديم الخدمة الصحية في الوقت المحدد و بشكل سريع ودقيق.	29
143	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج	30
145	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى وجود ثقة في الأطباء و الأخصائيين	31
146	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى اهتمام إدارة المستشفى بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن الحالة الصحية للمرضى في السجلات والحاسوب	32
147	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى سرعة استجابة المستشفى لمشاكل واستفسارات المرضى	33
149	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى إخبار المريض عن حالته الصحية أولا بأول	34
151	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى استعداد العاملين في المستشفى لسرعة الاستجابة لطلبات المرضى	35
152	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى سرعة الرد على الشكاوى و استفسارات المرضى.	36
153	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تغطية المستشفى لاحتياجات المرضى	37

	على مدار الساعة	
154	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثمن الخدمة الصحية المقدمة	38
157	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى شعور المرضى بالأمان و الثقة عند تعاملهم مع العاملين	39
158	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى اتسام سلوك العاملين بالأدب و حسن المعاملة.	40
159	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة العالية.	41
160	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى استمرارية متابعة حالة المريض الصحية.	42
161	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى محافظة المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	43
164	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تقدير العاملين بالمستشفى لظروفهم و مدى التعاطف معهم.	44
165	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى وجود الروح المرححة و الصداقة في التعامل مع المريض	45
166	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى الإصغاء و الاهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين	46
167	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى محادثة المريض باللغة و اللهجة التي يعرفها.	47
168	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للعناية الشخصية لكل مريض في المستشفى.	48

قائمة الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
17	مراحل تطور الجودة	1
114	المصالح الطبية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية	2
116	مصادر تمويل المستشفى للسنة المالية 2014	3
117	نفقات المستشفى للسنة المالية 2014	4
121	أوزان مقياس ليكارت (Likert)	5
122	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	6
123	توزيع أفراد العينة حسب السن	7
124	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	8
125	توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	9
126	توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم	10
127	توزيع أفراد العينة حسب المصالح الصحية	11
129	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم مدى تمتع المستشفى بموقع ملائم و يسهل الوصول إليه بسرعة	12
130	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى توفر المستشفى على كل الأدوية التي يحتاجها المريض.	13
132	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات و علامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام و الفروع	14
133	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوفر المستشفى على غرف مريحة, نظيفة, مضاءة و دافئة	15
134	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى امتلاك المستشفى على دورات مياه صحية, نظيفة بما يحقق راحة المرضى	16
135	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر	17

136	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تميز الغذاء داخل المستشفى بالجودة العالية	18
137	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حاجة المستشفى لتحديث الأجهزة و المستلزمات الطبية المستخدمة حاليا	19
139	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى توفر المستشفى على صالات الانتظار بها كل المرافق	20
140	تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الملموسية.	21
142	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى التزام المستشفى بتقديم الخدمة الصحية في الوقت المحدد و بشكل سريع ودقيق	22
143	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج	23
144	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى وجود ثقة في الأطباء و الأخصائيين في المستشفى	24
145	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى اهتمام إدارة المستشفى بشكل دقيق في تدوين المعلومات عن الحالة الصحية للمرضى في السجلات والحاسوب.	25
146	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى سرعة استجابة المستشفى لمشاكل واستفسارات المرضى.	26
148	تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الاعتمادية	27
149	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى إخبار المريض عن حالته الصحية أولا بأول.	28
150	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى استعداد العاملين في المستشفى لسرعة الاستجابة لطلبات المرضى	29
151	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى سرعة الرد على الشكاوى و استفسارات المرضى	30
152	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تغطية المستشفى لاحتياجات المرضى على مدار الساعة	31
154	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثمن الخدمة الصحية المقدمة	32
155	تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الاستجابة.	33

156	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى شعور المرضى بالأمان و الثقة عند تعاملهم مع العاملين	34
157	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثمن لمدى اتسام سلوك العاملين بالأدب و حسن المعاملة.	35
158	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة العالية	36
159	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى استمرارية متابعة حالة المريض الصحية.	37
160	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى محافظة المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	38
162	تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الأمان	39
163	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى تقدير العاملين بالمستشفى لظروفهم و مدى التعاطف معهم	40
164	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى وجود الروح المرحمة و الصداقة في التعامل مع المريض	41
165	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى الإصغاء و الاهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين	42
166	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمدى محادثة المريض باللغة و اللهجة التي يعرفها.	43
167	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للعناية الشخصية لكل مريض في المستشفى	44
169	تقييم جودة الخدمة الصحية و تأثيرها على رضا المريض من خلال بعد التعاطف.	45

## الفهرس

الإهداء

شكر و تقدير

مقدمة عامة

الفصل الأول: مدخل الى جودة الخدمة العمومية.....ص (01-43)	
تمهيد.....ص 01	
المبحث الأول: ماهية الخدمة العمومية.....ص 02	
المطلب الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمة العمومية.....ص 02	
الفرع الأول : الخدمات.....ص 02	
الفرع الثاني: الخدمة العمومية.....ص 07	
المطلب الثاني: مبادئ و أنواع الخدمة العامة .....ص 09	
الفرع الأول: المبادئ العامة للخدمات العمومية.....ص 09	
الفرع الثاني: أنواع الخدمات العمومية.....ص 10	
المطلب الثالث : خصائص و مميزات الخدمات العمومية.....ص 12	
المطلب الرابع: منظمات الخدمة العامة.....ص 13	
الفرع الأول: تعريف المنظمة العامة .....ص 13	
الفرع الثاني: أهداف المنظمة العامة.....ص 14	
الفرع الثالث: أسباب إقامة المنظمات العامة.....ص 14	
المبحث الثاني: ماهية الجودة.....ص 16	
المطلب الاول: تاريخ الجودة و تطورها.....ص 16	

المطلب الثاني : مفهوم الجودة.....	ص 19
الفرع الأول: تعريف الجودة.....	ص 19
الفرع الثاني: أهمية الجودة.....	ص 21
الفرع الثالث: أهداف الجودة.....	ص 23
المطلب الثالث: أبعاد الجودة.....	ص 24
<b>المبحث الثالث: تقييم الجودة في المؤسسات الخدمية.....</b>	<b>ص 26</b>
المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة.....	ص 26
الفرع الأول: تعريف جودة الخدمة.....	ص 26
الفرع الثاني: أبعاد جودة الخدمة.....	ص 29
الفرع الثالث: أهمية جودة الخدمة.....	ص 30
المطلب الثاني: مؤشرات تقييم جودة الخدمة.....	ص 31
المطلب الثالث : محددات جودة الخدمة.....	ص 33
المطلب الرابع: نماذج تقييم جودة الخدمة.....	ص 34
الفرع الأول: قياس جودة الخدمات من منظور الزبائن.....	ص 34
الفرع الثاني : قياس الجودة المهنية.....	ص 40
الفرع الثالث: قياس الجودة من المنظور الشامل.....	ص 42
خلاصة الفصل.....	ص 43
<b>الفصل الثاني : تقييم الجودة في المؤسسات الصحية..... (43-94)</b>	
تمهيد.....	ص 43
<b>المبحث الأول : عموميات حول المؤسسات الصحية.....</b>	<b>ص 44</b>

المطلب الأول : التطور التاريخي للمؤسسات الصحية.....	ص 44
المطلب الثاني : مفهوم المؤسسة الصحية.....	ص 46
المطلب الثالث : خصائص المؤسسة الصحية والأهداف الأساسية لها.....	ص 48
الفرع الأول: خصائص المؤسسة الصحية.....	ص 48
الفرع الثاني : الأهداف الأساسية للمؤسسات الصحية.....	ص 49
المطلب الرابع : أنواع ووظائف المؤسسات الصحية.....	ص 51
الفرع الأول : أنواع المؤسسات الصحية.....	ص 51
الفرع الثاني : وظائف المؤسسات الصحية.....	ص 54
<b>المبحث الثاني : ماهية الخدمات الصحية.....</b>	<b>ص 56</b>
المطلب الأول : مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية.....	ص 56
الفرع الأول : مفاهيم أساسية حول الصحة.....	ص 56
الفرع الثاني: مفهوم الخدمات الصحية.....	ص 62
المطلب الثاني : خصائص الخدمات الصحية.....	ص 64
المطلب الثالث : مستويات و أنواع الخدمات الصحية.....	ص 68
الفرع الأول : مستويات الخدمة الصحية.....	ص 68
الفرع الثاني : أنواع الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية.....	ص 70
<b>المبحث الثالث : تقييم جودة الخدمات الصحية.....</b>	<b>ص 73</b>
المطلب الأول : مفهوم جودة الخدمات الصحية.....	ص 73
الفرع الأول : تعريف جودة الخدمات الصحية.....	ص 74
الفرع الثاني : أهمية و أهداف جودة الخدمات الصحية.....	ص 77
الفرع الثالث : ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية.....	ص 78
المطلب الثاني : أبعاد جودة الخدمة الصحية والعناصر المؤثرة فيه.....	ص 79

الفرع الأول : أبعاد جودة الخدمة الصحية.....	ص 79
الفرع الثاني : العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية.....	ص 81
المطلب الثالث : مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية.....	ص 83
المطلب الرابع : متطلبات تقييم الخدمات الصحية.....	ص 92
خلاصة الفصل.....	ص 94
الفصل الثالث: دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية .....(94-128)	
تمهيد.....	ص 94
المبحث الأول: مدخل عام حول الخدمات الصحية العمومية في الجزائر.....	ص 95
المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري.....	ص 95
المطلب الثاني: هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر.....	ص 97
المطلب الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر و مكانة الجودة فيه.....	ص 104
الفرع الاول: إصلاح النظام الصحي الجزائري.....	ص 104
الفرع الثاني : مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة.....	ص 107
المطلب الرابع: اوجه قصور النظام الصحي و سبل معالجتها.....	ص 107
المبحث الثاني : عموميات حول المستشفى محل الدراسة الميدانية.....	ص 112
المطلب الأول: تقديم المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية.....	ص 112
المطلب الثاني : المخصصات المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية.....	ص 116
الفرع الأول : إيرادات المستشفى.....	ص 116
الفرع الثاني : نفقات المستشفى.....	ص 117

المبحث الثالث : خطوات إجراء الدراسة الميدانية و تحليل و تفسير النتائج.....	ص 117
المطلب الأول : منهجية الدراسة الميدانية.....	ص 117
الفرع الأول : حدود الدراسة.....	ص 118
الفرع الثاني : أدوات جمع المعلومات.....	ص 118
الفرع الثالث : مجتمع و عينة الدراسة.....	ص 119
الفرع الرابع: فرضيات الدراسة.....	ص 120
الفرع الخامس : ثبات الاستبيان.....	ص 121
المطلب الثاني : المعالجة الإحصائية.....	ص 122
الفرع الأول : وصف خصائص عينة الدراسة.....	ص 122
الفرع الثاني : التحليل الوصفي لإجابات أفراد العينة و اختبار الفرضيات.....	ص 128
خلاصة الفصل.....	ص 168
الخاتمة العامة.....	ص 169
ملحق رقم.....	ص 173
قائمة المراجع.....	ص 176
قائمة الجداول.....	ص 185
قائمة الأشكال.....	ص 188

الفهرس

## ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية، و ذلك من خلال دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية لمدينة مغنية «شعبان حمدون» ومدى تأثيرها على رضا المريض، بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية، و قد تمكنت هذه الدراسة من التوصل إلى أن المريض راضي على جميع الأبعاد ( الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف ) ، كذلك قدمت هذه الدراسة مجموعة من التوصيات التي من شأنها رفع كفاءة و فعالية الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لمدينة مغنية و المتعلقة بتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

**الكلمات المفتاحية:** الخدمة العمومية، الجودة، جودة الخدمات الصحية، أبعاد جودة الخدمات الصحية، رضا المريض

## Résumé :

Cette étude vise à évaluer la qualité du service public dans les hôpitaux algériens, et en étudiant la réalité de la qualité des services sanitaire dans L'Établissement Public et Hospitalière de la Ville de Maghnia « chabane Hamdoun » et son impact sur la satisfaction des patients, en fonction des dimensions de la qualité des services sanitaire, et cette étude a été en mesure de parvenir à un que le patient est convaincu, sur toutes les dimensions (tangibilité, la fiabilité, la réactivité, la sécurité, l'empathie), ainsi que cette étude a fourni une série de recommandations qui permettraient d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des services fournis par l'Établissement Public et Hospitalière de la ville de Maghnia et sur l'amélioration de la qualité des services Sanitaire offerts aux patients.

**Les mots clés :** service public, la qualité, la qualité ses services sanitaire, dimensions de la qualité des services sanitaire, la satisfaction.

## Abstract :

This study aims to assess the quality of public service in the Algerian hospitals, and by studying the reality of the quality of health services in Establishment and Public Hospital in the city of maghnia « chabane Hamdoun » and its impact on patient satisfaction, depending on the quality of health services dimensions, and this study has been able to reach the patient Radi on all dimensions (tangibility, reliability, responsiveness, security, empathy), as well as this study has provided a set of recommendations that would improve the efficiency and effectiveness of the services provided by the Establishment and Public Hospital in the city of maghnia and to improve the quality of health services provided for patients.

**Key words:** public service, quality, quality health services, the dimensions of quality health services, patient satisfaction