

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان -



كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

مدرسة الدكتوراه التسيير الدولي للمؤسسات

رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير

تخصص: تسويق دولي

الموضوع:

جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية
- دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة -

تحت إشراف:

الدكتور: جناس مصطفى

من إعداد الطالبة:

عتيق عائشة

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي والبحث العلمي	أ.د. بن بوزيان محمد
مشرفا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	د. جناس مصطفى
ممتحنا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	د. شريف نصر الدين
ممتحنا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	د. بوتلجة عبد الناصر

السنة الجامعية : 2011 - 2012

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم : "قل اعملوا فليس الله عملمكم ورسوله والمؤمنين" صدق الله العظيم

أهدي هذا العمل المتواضع إلى :

أبي وأمي حفظهما الله.

إلى جدتي أطال الله في عمرها.

إلى كل الإخوة و الأخوات ، و أفراد عائلة عتيق كبيرا و صغيرا .

إلى بسمة اليوم وأمل الغد .

إلى كل من أحب الله و أحب الجزائر.

كلمة الشكر

قبل كل شيء ، أحمد الله عزّ وجل الذي أنعمني بنعمة العلم و وفقني إلى بلوغ هذه الدرجة و أقول : " اللهم لك الحمد حتى ترضى ، ولك الحمد إذا رضيت ، ولك الحمد بعد الرضى " .

أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل و بالأخص إلى الأستاذ المشرف الدكتور "جناس مصطفى " على توجيهاته القيمة و الإرشادات الصائبة التي لم يبخل بها عليا .

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول الاشتراك في مناقشة هذا البحث المتواضع وتقييمه .

وإلى كل من بذل معي جهدا ووفر لي وقتا , و نصح لي قولاً , أسأل الله أن يجزيهم عني خير الجزاء .

خطة البحث

المقدمة العامة

الفصل الأول: تسويق الخدمات الصحية

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمة.

المبحث الثاني: الخدمات الصحية.

المبحث الثالث : تسويق الخدمات الصحية.

الفصل الثاني : جودة الخدمات الصحية ورضا المريض

المبحث الأول: جودة الخدمة.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية .

المبحث الثالث: رضا المريض والعوامل المؤثرة على سلوكه.

الفصل الثالث :دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة

المبحث الأول :النظام الصحي في الجزائر.

المبحث الثاني :المنظومة الصحية العمومية في ولاية سعيدة.

المبحث الثالث: خطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير النتائج.

الخاتمة العامة

الملخص

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

الكلمات المفتاحية : تسويق الخدمات الصحية ، الجودة ، جودة الخدمة الصحية ، أبعاد جودة الخدمات الصحية ، رضا المريض

Résumé

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

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

Abstract

the health sector became recently a great interest and at all levels, where the subject of quality of health services became of an international increasing interest, so the hospital institutions tray to provide health services with a high quality to achieve the maximum possible satisfaction for the patient, this research aims at studying the fact of health services quality in public hospital institutions for the town of saida and it impact on patient satisfaction, basing on the dimensions of quality of health services, the research has proved that the patient is satisfied with the four dimensions (reliability, responsiveness, guarantee, empathy), but it is not satisfied at a distance of Tangibility, which requires the development of health services commensurate with the needs of patients, by technological development and physical dimension side improvement.

keywords : Marketing of health services, Quality, Quality of health services, Dimensions of quality of health services, Patient satisfaction.

المقدمة العامة

مقدمة عامة

يعتبر التسويق من أهم النشاطات الاقتصادية أصبح لزاما على كل مهتم بالاقتصاد أن يتحكم في هذا النشاط عن طريق التحكم في عناصر المزيج التسويقي ،وقد لا حظنا أنه في البدايات الأولى قد ركز رجال التسويق على قطاع المتوجات المادية باعتباره قطاع منتج ومريح وأهملوا قطاع الخدمات الذي لم يلقى مثل هذا الاهتمام من قبلهم .

ولكن ومع الاتجاه الأخير للتسويق و ظهور عدة قطاعات خدمية مربحة مثل قطاع السياحة والصحة لقي هذا القطاع أهمية خاصة كونه يمثل قطاع حيوي ويعرض أهم الفرص للتجديد والتنمية ومثل هذا التطور جلب الاهتمام أكبر لتسويق الخدمات كحالة المؤسسات الخدمية الصحية التي تريد تبني فلسفة عمل مركزة على الزبون لأن الاهتمام اليوم ينصب على مشكلة تكيف عرض الخدمة الصحية رفيعة المستوى تتوافق مع رغبات العملاء والمستفيدين ولعل العوامل التي دفعت نحو تعظيم الاهتمام بالنشاط التسويقي بالمستشفيات بصفة عامة هي :

- ◆ انتهاج الدول العربية لسياسة الانفتاح الاقتصادي وتشجيعها لرؤوس الأموال العربية والأجنبية على الاستثمار في المجال الصحي ، وما صاحبه من إنشاء الكثير من المستشفيات والمراكز الصحية مما أدى ازدياد مقدم الخدمة الصحية والمنافسة ، ومع الاعتراف بتقدم التكنولوجيا الطبية المهارة الفنية والتخصية للعماله في المستشفيات ، فقد أدى ذلك إلى تولد السوق في الرعاية الصحية .
- ◆ حركة المريض المطلقة للاختيار بين المستشفيات المختلفة المؤدية للخدمات الصحية .
- ◆ عنصر التكلفة وحالة المريض وطيبه المفضل ، هذه العناصر تتحكم في قراراته نحو اختيار المستشفى المفضل ، ولذا تظهر أهمية التسويق في المستشفيات ومن ثم كان لزاما على هذه المنظمات أو المستشفيات تحسين الرعاية الصحية للمرضى وإشباع حاجاتهم أو إثارة الرغبة لديهم وجذب الانتباه لمكونات المزيج الذي تعرضه .

وبما أن المنظمات الصحية من مستشفيات ومصحات ومراكز صحية الخاصة تعتبر واسطة العقد ومركز الدائرة في تقديم الخدمات الصحية والطبية وبالتالي فهي ملاذ المرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، ومع تزايد الضغوط بصورة غير مسبقة على كل مؤسسات الخدمات الصحية في زمن انتشرت فيه أمراض العصر المزمنة والوبائية والتي ساعدت حركة الناس المتزايدة وانتقالهم السريع من مكان إلى آخر في انتشارها واتساع دائرة نطاقها، فتضاعفت الضغوط المتزايدة أصلا على هذه المؤسسات الصحية والطبية، هذا بالإضافة إلى ما شهدته السنوات الأخيرة من زيادة مضطربة وإقبالا متناميا في أعداد المترددين على المستشفيات، ولقد اتسمت هذه الزيادة بمخائص لم تكن متوفرة في السابق خاصة فيما يتعلق بالمطالبة على الاستجابة السريعة لمتطلبات المواطنين واحتياجاتهم مع الزيادة في تحسين جودة الخدمات الصحية والطبية المقدمة لهم ، كل ذلك حتم على القائمين على إدارة الخدمات الصحية والطبية إيجاد الوسائل والسبل لمقابلة هذه الطلبات والاستجابة لها، الشيء الذي أدى إلى تبني وتطبيق المفاهيم التسويقية في هذه المنظمات الصحية، ودخل التسويق بذلك غمار حقبة جديدة في هذا النوع من الخدمات، وقد زادت أهميته بسبب العولمة لاسيما بعد التوسع العالمي في الاتجار في الخدمات الصحية، وأصبح بذلك التسويق كأحد أهم المداخل الإدارية الفعالة التي يمكن لها أن تقوي الدور القيادي والتوجيهي للمنظمات الصحية وهذا من خلال الانطلاق من حاجيات المريض والعمل على تقديم خدمة صحية وطبية ذات جودة متميزة من البداية عن طريق الاستغلال الكفاء والأمثل للموارد المتاحة لدى المنظمات الصحية.

وفي هذا الإطار يستمد هذا البحث أهميته من أهمية قطاع الصحة في المجتمع ، كونه يهتم بأعلى عنصر من عناصر الإنتاج والمتمثلة في الإنسان ،بالإضافة إلى أنه يتزامن مع جهود الدولة الجزائرية في تطوير جودة الخدمات المقدمة ،والمتمثلة في إصلاح النظام الصحي بكل ما يتضمن من ملفات.

1. إشكالية البحث:

شهد قطاع الخدمات الصحية والرعاية الطبية بالجزائر بعض التطورات كبيرة خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي، تزامن مع التغيرات والتطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها المجتمع الجزائري بشكل عام، ولعل أبرزها هو فتح قطاع الاستثمار الوطني والأجنبي في هذا القطاع الحساس. وعلى الرغم من ضخامة ما تنفقه الجزائر على الرعاية الصحية، وما تبذله الدولة من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها القطاعات العامة أو الخاصة، إلا أن الاستفادة من ذلك مازالت دون المستوى المطلوب، وبقي القطاع الصحي عرضة للعديد من المشاكل التي كان لها الأثر السلبي على تطور الخدمات الصحية ومستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة للمواطن ولعل من أهم العوامل التي تسهم في حدوث هذه المشكلات ، تتمثل أساسا في سوء التخطيط والرصد والتقييم، ونقاط الضعف التنظيمية وعدم وضوح الأدوار وبالتالي عدم فعالية السياسات الموضوعية. وبناء على ما سبق وفي إطار الواقع المشار إليه يمكن طرح الإشكالية التالية :

ما واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية وما مدى تأثيرها على رضا المريض؟.

وتندرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:

- ✓ ما مفهوم الخدمات الصحية؟ وما هي طبيعة المزيح التسويقي للخدمات الصحية ؟
- ✓ إلى أي مدى يتم تطبيق الجودة وتحسين خدمات القطاع الصحي ؟
- ✓ ماهي أبعاد جودة الخدمة الصحية؟
- ✓ ما المقصود برضا المريض؟
- ✓ ماهو سلوك المريض كمستهلك للخدمة الصحية وما هي العوامل المؤثرة فيه؟

2. فرضيات الدراسة:

انطلاقا من الإشكالية المقدمة، ولكي تتمكن من مناقشتها بالاعتماد على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية، نضع الفرضيات التالية :

- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الاعتمادية.
- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الاستجابة.
- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الضمان.
- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الملموسية.
- ✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد التعاطف.

3. أهمية الدراسة:

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

عدا ذلك لم يحظ التسويق باهتمام المستشفيات والمنظمات الصحية على الرغم من مواجهتها لمشاكل تسويقية متعددة تتعلق بخدماتها وبالمستفيدين منها والتي تصبح في الكثير من الأحيان عائقا لأداء نشاطاتها، وعليه فالأخذ بالمفاهيم الحديثة للتسويق من شأنه أن يعالج مشاكل هذه المنظمات، ويحسن أدائها، شأنها في

ذلك شأن المستشفيات في الدول المتقدمة التي استخدمت المفاهيم والأساليب التسويقية في حل مشاكلها. وقد أدى ذلك إلى رفع مستوى كفاءة خدماتها وتغير نظرة زبائنها.

4. أسباب اختيار الموضوع:

يرجع اختيارنا لهذا الموضوع إلى:

- ✓ الرغبة في تنمية و إثراء معلوماتنا التسويقية في هذا الميدان بحكم التخصص.
- ✓ أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع ، لما لها من تأثير على العنصر البشري ، والذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج.
- ✓ بالرغم من الجهود البحثية التسويقية التي امتدت إلى قطاعات عديدة و متنوعة لم يلق قطاع الخدمات عموما و قطاع الخدمات الصحية خصوصا باهتمام كبير في مجال التسويق بالنسبة للجزائر.

4. أسباب اختيار الموضوع:

يرجع اختيارنا لهذا الموضوع إلى:

- ✓ الرغبة في تنمية و إثراء معلوماتنا التسويقية في هذا الميدان بحكم التخصص.
- ✓ أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع ، لما لها من تأثير على العنصر البشري ، والذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج.
- ✓ بالرغم من الجهود البحثية التسويقية التي امتدت إلى قطاعات عديدة و متنوعة لم يلق قطاع الخدمات عموما و قطاع الخدمات الصحية خصوصا باهتمام كبير في مجال التسويق بالنسبة للجزائر.

5. المنهج المستخدم :

لدراسة موضوع جودة الخدمات الصحية فقد تم الاعتماد على منهج يستند في جوهره على الوصف والتحليل وهو منهج وسط يعتمد على الملاحظة الشخصية والمراجع باللغة العربية والأجنبية، كما سيتم استعمال الاستبيان الذي سيوزع على المرضى ، وذلك عن طريق وصف وتشخيص ظاهرة البحث بغرض استيعاب الإطار النظري.

6. هيكل الدراسة :

لقد قمنا بتقسيم الدراسة إلى 3 فصول ، اثنان مخصصة للجانب النظري والأخر خاص بالجانب التطبيقي :

الفصل الأول : سنتناول في هذا الفصل تسويق الخدمات الصحية وقد قسم بدوره إلى 3 مباحث ، المبحث الأول خصص لمفاهيم حول الخدمة وخصائصها وأهميتها إضافة إلى عناصر النظام الخدماتي. أما المبحث الثاني فقد خصص للخدمات الصحية فنتطرق من خلاله إلى مفهوم الصحة العامة والخدمات الصحية إضافة إلى النوعية في الخدمات الصحية وبعدها اقتصاديات الخدمات الصحية . أما المبحث الثالث فقد خصص لتسويق الخدمات الصحية و المزيج التسويقي للخدمات الصحية إضافة إلى أهمية التسويق في الخدمات الصحية.

الفصل الثاني : يبحث في هذا الفصل على جودة الخدمات الصحية و رضا المريض ،وهو أيضا يتجزأ إلى ثلاث مباحث : يتناول المبحث الأول على بعض التعاريف لجودة الخدمة، وخطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمة ،دون أن ننسى قياس جودة الخدمة و مراقبة جودة الخدمة . أما المبحث الثاني فيتعلق بجودة الخدمات الصحية وأبعادها إضافة إلى أهميتها، إضافة إلى إدارة الجودة الشاملة للخدمات الصحية . أما المبحث الثالث فقد خصص لرضا الزبون وعلاقاته ،ثم رضا المريض إضافة إلى قياس مستواه وبعدها سلوك المريض والعوامل المؤثرة فيه.

الفصل الثالث : وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى 3 مباحث ، فالمبحث الأول يدرس نظرة شاملة لواقع الصحة بالجزائر من خلال التعريف بالخدمات الصحية العمومية، حتى نأخذ فكرة عن المنظومة الصحية في الجزائر وتنظيم النظام الصحي في الجزائر إضافة إلى إصلاح النظام الصحي وأوجه قصوره في الجزائر وطرق معالجتها.لنتنقل إلى المبحث الثاني الذي خصص للقطاع الصحي في مدينة سعيدة ،وبالتركيز على المؤسسة الاستشفائية العمومية " احمد مدغري " من خلال التعريف بنشأتها مع توضيح جميع المصالح الموجودة فيها إضافة إلى مجموع إيرادات ونفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية وأخيرا إحصائيات المرضى خلال ثلاث سنوات الأخيرة، أما المبحث الثالث الذي جاء شامل لخطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير نتائجها ،من خلال استعراض منهجية البحث الميداني ،ثم المعالجة الإحصائية للمعلومات ،ليتم بعدها تحليل وتفسير النتائج المتحصل عليها .

الفصل الأول

تسويق الخدمات الصحية

تمهيد :

تنامت الخدمات في السنوات الأخيرة بشكل كبير و متزايد، وفرضت مكانتها الحقيقية والتميزة في اقتصاديات الدول، مما عزز مكانتها في الحياة اليومية لإنسان القرن الواحد والعشرين. وفي حقيقة الأمر فإن الخدمات تتميز وتختلف عن السلع المادية في عدة نقاط جوهرية و هامة، وينجر عن هذا التمايز والاختلاف وجود تقسيمات متنوعة ومتعددة للخدمات. ومن بين تلك التقسيمات في مجال الخدمات نجد ما يسمى بالخدمات الصحية و التي من أهم الخدمات الاجتماعية التي تقدمها الدولة ومع ذلك يعاني هذا القطاع كغيره من القطاعات في بلادنا من نقص في مستوى جودة الخدمات المقدمة ومن ضعفه أمام التحديات الداخلية والخارجية للدولة. مما أدى إلى تبني وتطبيق المفاهيم التسويقية في هذه المنظمات الصحية، ودخل التسويق بذلك غمار حقبة جديدة في هذا النوع من الخدمات، وقد زادت أهميته بسبب العولمة ولاسيما بعد التوسع العالمي في الاتجار في الخدمات الصحية.

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمة

1. الخدمة

اختلفت وجهات نظر الباحثين حول إيجاد تعريف دقيق للخدمة بسبب وجود خدمات ترتبط بشكل كامل أو جزئي مع السلع المادية، بينما تمثل خدمات أخرى أجزاءً مكملية لعملية تسويق السلع المبيعة، وهناك أنواع أخرى من الخدمات تقدم مباشرة دون اشتراط ارتباطها بسلعة ما مثل : الخدمات الصحية ، الخدمات المالية ...¹

1.1 مفهوم الخدمة :

من أهم التعاريف التي جاءت بها أدبيات تسويق الخدمات فالجمعية الأمريكية للتسويق عرفت الخدمة بأنها : "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة".

إلا إن هذا التعريف لا يميز بصورة كافية بين السلعة والخدمة . وهناك تعريف لي : ستانتون (Stanton 1997) يقول أن الخدمة هي : "النشاطات غير محسوسة والتي تحقق منفعة للزبون أو المستفيد ، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى .أي أن إنتاج خدمة معينة أو تقديمها لا يتطلب استخدام سلعة مادية "².

أما الباحث GRONOOS فعرفها عام 2000 كما يلي : " هي أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضروريا أن يحدث عن طريق التفاعل ليس المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة والتي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل "³.

وبالنسبة إلى الباحث KOTLER يرى أن الخدمة عبارة عن « أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج منها أية ملكية وأن إنتاجها وتقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون مرتبطا به »¹.

¹ G.Tocquer ,M. Langlois , " le marketing des services. le défi relationnel", éd dunod, paris,1992,p21.

² حميد الطائي ، محمود الصميدعي ، د.بشير العلاق ، م.إيهاب علي القرم . "الأسس العلمية للتسويق الحديث " . دار النشر اليازوري العلمية للنشر والتوزيع عمان الأردن، الطبعة 2007 ص196.

³ هاني حامد الضمور ، " تسويق الخدمات " ، دار وائل للنشر عمان الأردن ، الطبعة الثانية.2005 . ص18

كما عرفها Christiane Dumoulin على أنها : "تurf أو مجموعة من التصرفات التي تتم في زمن محدود ومكان معين من خلال وسائل مادية وبشرية لمنفعة معين أو مجموعة من الأفراد بالاعتماد على الإجراءات و سلوكيات منظمة"².

عرف Jean Lapeyre الخدمة أنها : " ذلك النشاط الذي يشكل قيمة اقتصادية بالاستجابة لحاجات و رغبات الزبون ، دون أن يتطلب ذلك الإنتاج شيء مادي ملموس"³.

و في مسعى لتعريف الخدمة ، ميزت شوستاك (shostack 1977) بين الخدمة والجوهر والعناصر المحيطة بها 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 المستفيدون "⁴.

وتكمن أهمية تعريف شوستاك للخدمة أنها تقارنها مع السلعة المادية . فإذا كانت الجوانب غير المحسوسة هي الغالبة أو السائدة في العرض ، فإن ذلك يعني أنها خدمة أكثر مما هي سلعة ، والعكس صحيح .⁴

ومن التعريفات السابقة للخدمة ، تتضح المضامين التالية :

- ♦ تكون الخدمة في الغالب غير ملموسة أو غير محسوسة .
- ♦ قد ترتبط الخدمة بمتج ملموس أو مادي أو قد لا ترتبط بذلك .
- ♦ لا يمكن تملك الخدمة أو مقدمها ، وإنما يمكن الاستفادة من عرضها
- ♦ الخدمة تدرك بالحواس من خلال المنفعة التي تقدمها للمستفيد .
- ♦ تتألف الخدمة من جوهر تدعمه خدمات تكميلية .

¹ P. kotler , K.keller, D.manceau, B.dubois, " marketing management",12eme édition, édition spéciale, publié par Pearson éducation ,paris ,2006,p462.

² C. Dumoulin , et jean –Paul, "entreprise de services", les éditions d'organisation , paris,2eme tirage , 1998, p20

³ Jean Lapeyre , "garantirde service " , les éditions d'organisation, paris , 1998 ,p08

⁴ حميد الطائي ، محمود الصمدي ، بشر العلق ، م.إيهاب علي القرم . الأسس العلمية للتسويق . مرجع سابق .ص191.

2 . خصائص الخدمات :

دراسة تسويق الخدمة تهدف في الأساس إلى معرفة خصائص الخدمة وتصنيفها وطبيعتها ، وان كان من الصعوبة بما كان فهم طبيعة الخدمة إذا كانت بمعزل عن دراسة المنتجات المادية وتحليل العلاقة بينهما ، وذلك بسبب الترابط الوثيق بينهما ، ولا سيما عند مراحل التسليم ، إلا أن إدراك تلك الإبعاد واستيعابها مهم جدا لكي يتم اختبار المزيج التسويقي المناسب من ناحية ، ويتم في نفس الوقت تطوير إستراتيجية تسويقية تتلاءم وطبيعة الخدمة وظروف تقديمها ، فقد تتطلب بعض الخدمات أحيانا من المنظمة أن تتبع استراتيجيات متعددة لتنفيذ تلك الخدمات وفي أسواق مختلفة¹.

1.2 الخدمة غير ملموسة: ظهرت عدم ملموسية الخدمات كفرق رئيسي موجود بين السلعة و الخدمة ، و كما ذكر " BERRY " و " BATESON " أن مفهوم عدم ملموسية الخدمة يعني اللامادية أي الخدمة لا يمكن رؤيتها ، تذوقها ، شمها ، لمسها ، سمعها.² و عليه فإن الخدمات مثل الفحص الطبي أو العرض السينمائي يصعب تقييمها مثلما يقوم المستهلك بتقييم سيارة جديدة قبل الشراء حيث يمكن فحصها و قيادتها و تجربتها و تكوين رأي عنها.³

لذا نجد المستهلك أثناء العملية الشرائية للخدمات ، يعتمد على إشارات (des signes) موضحة أو تدل على نوعية الخدمات ، فمهمة المؤسسة (الخدمات) هنا هو مساعدة المستهلك من خلال تطوير ملموسية الخدمات.⁴ حيث يقترح (Wilson,1972) إمكانية تقسيم مفهوم اللاملموسية إلى ابعدها من ذلك الجدول رقم (01) حيث يرى أن هناك بعض الخدمات تعطي قيمة للشيء الملموس كخدمات التأمين ، وخدمات أخرى غير ملموسة تماما كخدمات الأمن و الحماية و المتاحف ، وخدمات أخرى تعمل على إعطاء شيء مادي ملموس كالخدمات المادية .

¹ احمد الرومي ، ثامر البكري ، " تسويق الخدمات المالية " ، دار إثراء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص78.

² D.pettigrews,N.turgeon, "marketing",2éme édition,MC GRAWS-HILL ,canada,1990,p390.

³ عمر و خير الدين ، " التسويق : المفاهيم و الاستراتيجيات " ، مكتبة عين الشمس للنشر ، القاهرة ، 1997، ص 268 .

⁴ P. kotler , K.keller, D.manceau, B.dubois, " marketing management",.op-cit,p466.

جدول رقم (1.1): تصنيف درجة الملموسية

خدمات المستهلك	خدمات المنتج	درجة الملموسية
المتحف ، وكلاء التوظيف ، أماكن الترفيه، التعليم وخدمات النقل والسفر، المزادات العلنية.	الأمن والحماية، أنظمة الاتصالات، التمويل اندماج المؤسسات والاكتساب.	الخدمات التي تتصف بعدم الملموسية بشكل كامل وأساسي.
خدمات التنظيف ، التصليح، التامين، العناية الشخصية.	التامين، عقود الصيانة، الاستشارات الهندسية والإعلانات ، وتصميم العبوات والأغلفة.	الخدمات التي تعطي قيمة مضافة للسلع الملموسة.
متجر التجزئة، البيع الالي، الخدمات البريدية، العقارات، التبرعات الخيرية.	متاجر الجملة ، وكلاء النقل، المستودعات، البنوك.	الخدمات التي توفر منتجات مادية ملموسة.

المصدر: هاني حامد الضمور : تسويق الخدمات ، مرجع سابق ، ص25.

2.2 الخدمات غير قابلة للتخزين: أي خدمات لا يمكن تخزينها أو إكسابها منفعة زمنية فإن لم تكن مشتراة في الوقت التي عرضت فيه فإن الخدمة تختفي تماما ، فالمقاعد التي لا يمكن حجزها على طائرة مجدولة زمنيا لا يمكن تحويلها أو تخزينها إلى رحلة أخرى يترتب على هذه الخاصية ما يلي ¹:

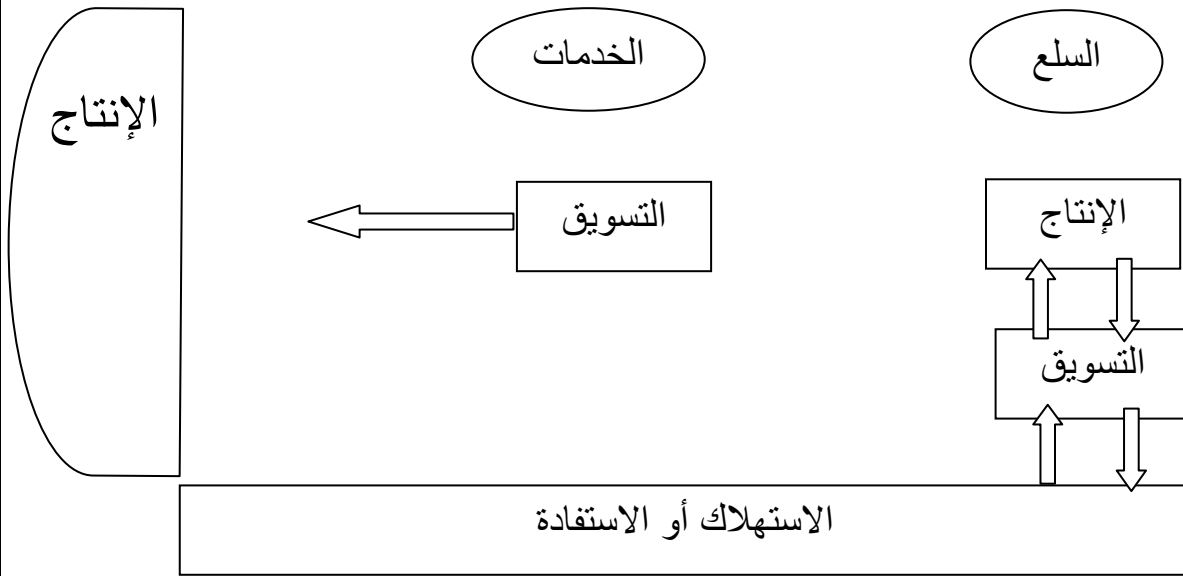
ضرورة العناية الفائقة بإدارة الطلب على الخدمة بمعنى جدول التقلبات في الطلب على الخدمة بحيث يتحقق التوازن بين الارتفاعات والانخفاضات وتنظيم دالة الطلب . وذلك بتحويل فائض الطلب لفترات الشدة باتجاه فترات الفراغ وهذا بخلاف استعمالات جديدة أو منح أسعار جد مشجعة في الفترات .

فهكذا فالخدمات تستمد قيمتها من الوقت الذي تؤدي فيه فقط حيث انه لا يمكن تخزينها لتستخدم في وقت لاحق.²

¹ سعيد محمد المصري ، "إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية" ، المفاهيم والاستراتيجيات ، طبعة 2002/2001 الدار الجامعية ، الإسكندرية ، ص 125.
² عبد الجبار مندبل ، "أسس التسويق الحديث " دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان الأردن، 2002، ص220.

3.2 التلازمية (عدم الانفصال) : وتعني درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها و الشخص الذي يتولى تقديمها ، أي من الصعب فصل الخدمات عن مقدمها ، المر الذي يترتب عليه ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها ، لذلك فإن أداء خدمة معينة قد يحدث جزئيا أو كليا في لحظة وقت استهلاكها ، فالسبع تنتج وتباع وتستهلك ، أما الخدمات فهي تباع ومن ثم تنتج وتستهلك وعدم القدرة على فصلها يؤدي إلى تزامن الإنتاج والتقديم والاستفادة وهذا بخلاف ما عليه في المنتجات الملموسة ، والشكل الموالي يبين العلاقة بين الإنتاج والاستهلاك للسلع والخدمات.¹

الشكل رقم (1.1) يوضح : العلاقة بين الإنتاج والاستهلاك للسلع والخدمات



المصدر : زكي خليل المساعد تسويق الخدمات وتطبيقه .دار المناهج.عمان الأردن.الطبعة الأولى 2003.ص50.

¹ هاني حامد الضمور " تسويق الخدمات " مرجع سابق. ص23.

ويترتب على خاصية التلازمية ما يلي :¹

- ♦ يكون تقديم الخدمة في الوقت الذي تطلب فيه .
- ♦ التوزيع المباشر هو الأسلوب الجيد الذي يمكن استخدامه في توصيل هذا النوع من الخدمات إلى طالبيها ويسمى هذا الأسلوب : سياسة اللاوسيط zero.level chamel، التي تعني أن منتج أو مقدم الخدمة هو الذي يتولى القيام بأعمال التوزيع وأنشطته .
- ♦ تكون العلاقة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها قوية ووطيدة .
- ♦ ومن النتائج التلازمية في أداء الخدمات زيادة درجة الولاء إلى حد كبير ، أي أن المستهلك يصبر على طلب الخدمة من شخص معين أو من مجموعة أشخاص معينة الذين تعود الحصول على تلك الخدمة منهم ، ولذلك فإن مقدمي الخدمات يعملون جاهدين في الوقت الحاضر لكي يخلقوا لخدماتهم درجة عالية من المكانة وقدرا كبيرا من التميز لدى المستهلكين ما يجعل مهمة المنافسة في اختراق ولاءهم مهمة صعبة بل عسرة .
- ♦ العلاقات الشخصية ذات الأهمية كبيرة لها دور فاعل في الترويج للخدمات التي تتطلب حضور المستفيد أماكن تقديم الخدمات ، أما دور الإعلان في هذا المجال يكون محدودا في اغلب الحالات ويعود السبب في كل ذلك إلى القناعة والثقة الكبيرتين في الكلمة التي يسمعها طالب الخدمة من أصدقائه ومعارفه مقارنة بالمعلومات التي ينشرها مقدمو الخدمات عن طريق وسائل الإعلان المختلفة ، أي إن الاتصال الشخصي أصبح له أهمية كبيرة في ترويج الخدمات وتأكيدا لذلك فقد لاحظ كثيرون من مقدمي الخدمات إن عددا كبيرا من زبائنهم الجدد قد جاؤوا بناء على توصية احد الأشخاص الأمر الذي دفع بهم إلى وضع كتابات ولافتات عديدة تؤكد أهمية هذا الأسلوب في ترويج الخدمات ، حيث كتب احد البنوك وفي مكان بارز : إن أرضيناك فتحدث عنا ، وان لاحظت قصورا فتحدث لنا .

وبذات المعنى كتب احد أطباء الأسنان في مكان بارز من عيادته :

Satisfied customers are our best customer.

If you are happy with us , tell your friends.

¹ محمد صالح المؤذن .مبادئ التسويق .دار الثقافة عمان الأردن . الطبعة الأولى 2002 .ص223.

♦ ومن النتائج التلازمية أصبحت الأجواء البيئية المادية مثل المكان ، نظافته ، سعته،تنظيمه ، الأثاث ، المعدات ، والعاملين . وحياتهم وغيرها والتي تخلق الصورة الذهنية التي تتولد لدى الزبون ذات أهمية كبيرة في حث المستهلكين على طلب تلك الخدمات .

♦ ومن النتائج الأخرى التي تترتب عن ضرورة حضور المستفيد إلى أماكن تقديم الخدمات ، التي هي بالأساس خدمات يؤدي فيها العنصر البشري دورا كبيرا بل أساسيا إن كانت نسبة الخطر مرتفعة كما هو الحال في الخدمات الطبية مقارنة بتلك الخدمات التي يتم تقديمها وبواسطة والآلات المسيرة ذاتيا .

4.2 الخدمات غير متجانسة ومتنوعة : فلما كانت الخدمة ترتبط ارتباطا وثيقا بشخص مقدم الخدمة فإنها تتنوع تنوعا كبيرا اعتمادا على من يقدم الخدمة ، وعلى حالة مقدم الخدمة وخاصة حالته الجسمانية والنفسية وقت تقديم الخدمة. مما يزيد من درجة التعقد والتنوع في الخدمات اضطرار مقدم الخدمة باستمرار لتغيير شكل الخدمة على بيانات جديدة من العميل يقوم بترجيح مجموعة من الاحتمالات يصل منها إلى عدة استنتاجات يقوم بناء عليها باتخاذ القرار ، وبالإضافة إلى ذلك فإن كل حالة تتطلب معالجة مختلفة حتى تحظى كل خدمة برضا العميل.

ومن هنا فإن على منظمات الخدمات أن تعمل على ¹:

- ✓ بذل مجهود كبير لتقديم خدمات تتسم بالثبات الكبير في الجودة قدر الإمكان .
- ✓ وضع برنامج دقيق لاختيار ورفع كفاءة مقدمي الخدمة .
- ✓ زيادة درجة الآلية في أداء الخدمة قدر الإمكان .
- ✓ وضع نظام لرصد وقياس درجة رضا العميل عن الخدمة المقدمة إليه، ولعل من أهم الوسائل هنا نظم الشكاوي والمقترحات والمسوح الدورية لمستهلكي الخدمة .

ويوضح الشكل رقم 03 مدى التفاوت والتعقيد الذي تتسم به الخدمات مع التطبيق على الخدمات الصحية.

¹ حمد محمود مصطفى، "التسويق الاستراتيجي للخدمات"، دار المناهج عمان الأردن، 2008، ص66.

الشكل رقم (2.1): التفاوت والتعقيد في الخدمات الصحية



المصدر: محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج عمان، 2008، ص 67.

5.2 اختلاف جودة الخدمات : تختلف جودة الخدمات المقدمة إلى المستهلك من شخص إلى آخر ، لان قدرة الأفراد على الأداء متفاوتة ، كما أنهم يتأثرون بعوامل نفسية وأخرى بيئية ترتبط بظروف العمل الذي يقومون به ، لذا تعد عملية تنميط جودة الخدمة معقدة للغاية ، مع أن غالبية المنشآت الخدمية تحاول تقديم الخدمة بأفضل جودة لكل زبائنها .

هناك خطوات تستطيع منشآت الخدمات اعتمادها لتخفيف اختلاف الجودة في خدماتها و ابرز هذه الخطوات هي :¹

- ♦ تدريب مقدمي الخدمة تدريباً جيداً واختيار أفضلهم لخدمة زبائن المنشأة.
- ♦ الوقوف على مدى قابلية الزبائن للخدمة ومستوى رضاهم عنها عبر بحوث صغيرة تجريها المنشأة و معرفة اقتراحات المستهلكين لتطوير الخدمة .
- ♦ وجوب استخدام الآلات لتنميط جودة الخدمة ، علماً إن بعض منشآت الخدمات تستطيع استخدام الآلات والبعض الآخر يصعب عليه استخدامها لأمر يتعلق بإنتاج الخدمة نفسها .
- ♦ قدرة منشأة الخدمات على تحديد معايير و أنماط محددة لإنتاج الخدمة مع وجود رقابة فاعلة للالتزام بهذه المعايير و الأنماط الموضوعية .

3 . تصنيف الخدمات :

هناك تصنيفات مختلفة للخدمات و قبل البدء في عرض تصنيف الخدمات نشير إلى أن أهمية تصنيف

الخدمات تكمن في المنافع التالية :²

- ✓ يعطي نظام التصنيف فهماً أفضل للخدمة المعنية ، من خلاله يتم توضيح أوجه الشبه و الاختلاف بين الخدمة المصنفة و الخدمات الأخرى .
- ✓ يساعد تصنيف الخدمات على صياغة إستراتيجية التسويق و الخطط التكتيكية ، فالخدمات ذات القطاع الواحد تواجه تقريباً نفس التحديات و لكن باختلافات بسيطة و هكذا الحال بالنسبة للأنشطة التسويقية الأخرى كالترويق و التسعير و التوزيع .

¹ مصطفى عبد القادر. "تسويق السياسة والخدمات"، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع لبنان بيروت ، الطبعة الأولى 2002. ص 84.

² شفيق حداد ، نظام السويداني ، " أساسيات التسويق " ، دار حامد للنشر عمان الأردن. 2003 ، ص 255.

و يمكن تصنيف الخدمات من وجهات نظر مختلفة ، حيث يمكن تصنيفها إلى :

1. حسب نوع السوق : و يمكن تصنيفها إلى :

- ♦ استهلاكي : فهناك خدمات المستهلكين الرعاية الصحية و تأمين الحياة على سبيل المثال .
- ♦ صناعي : مثل تدقيق الحسابات و التركيب و غيرها .

2. حسب الغرض من شراء الخدمات : و يمكن تصنيفها إلى :¹

- ♦ خدمات مقدمة إلى المستهلك النهائي مثل خدمات الحلاقة و السياحة .
- ♦ خدمات مقدمة إلى المؤسسات مثل خدمات الاستشارة الإدارية الحاسوبية .

3. حسب أهمية حضور المستفيد : و يمكن تصنيفها إلى :

- ♦ ضرورة حضور المستفيد من الخدمة مثل العلاج الطبي ، خدمات الحلاقة .
- ♦ ليس من الضروري حضور المستفيد من الخدمة مثل خدمات غسل و تنظيف الملابس و خدمات تصليح السيارات .

4. حسب درجة كثافة العمالة : و يمكن تصنيفها إلى :²

- ♦ خدمات كثيفة العمالة : مثل خدمات التعليم ، و خدمات الإصلاح و تعتمد على العامل البشري بصفة أساسية .
- ♦ خدمات كثيفة المعدات: مثل الاتصالات و النقل العام و المراكز الصحية تعتمد على المعدات بصفة أساسية.

5. حسب درجة الاتصال بالزبون : و يمكن تصنيفها إلى :

- ♦ خدمات تحتاج إلى اتصال عالي : مثل الخدمات الصحية و الخدمات الفندقية و المطاعم تحتاج إلى اتصال عالي من الزبون و غالبا ما تكون هذه الخدمات موجهة نحو الأفراد .
- ♦ خدمات تحتاج إلى اتصال منخفض : مثل خدمات الإصلاح و التغليف و الخدمات البريدية و توجه هذه الخدمات في الغالب نحو الأشياء و لا يتطلب الأمر إلى وجود عنصر بشري لتأدية الخدمة .

¹عمر وصفي عقيلي و آخرون ، " مبادئ التسويق : مدخل متكامل " ، دار زهران للنشر و التوزيع ، عمان، الأردن، 1994، ص 119.

²عمر و خير الدين ، " التسويق : المفاهيم و الاستراتيجيات " ، مرجع سابق، ص 273 .

6. حسب مهارة مقدم الخدمة : و يتم تصنيفها كما يلي :

خدمات تتطلب الاحتراف مثل الخدمات القانونية و الخدمات الصحية و تميل هذه الخدمات إلى كثير من التعقد و تنظم عن طريق القواعد القانونية .

♦ خدمات لا تتطلب الاحتراف مثل النقل العام و الخدمات المنزلية.

7. حسب دوافع مقدم الخدمة : و يتم تصنيفها كما يلي :

♦ خدمات تقدم بدافع الربح مثل المؤسسات الخاصة كالمستشفيات و المدارس و الجامعات الخاصة.

♦ خدمات لا تقدم بدافع الربح مثل الخدمات المقدمة من طرف الدولة كالتعليم و العلاج الطبي ، " و لا تعبّر هذه المؤسسات عن أهدافها في صورة مالية مثل العائد على الاستثمارات ، و عادة ما يكون لها نوعين من الجماهير هما زبائنهما و المتبرعين لها " .

8. حسب وجهة النظر التسويقية : و يتم تصنيفها كما يلي :¹

♦ خدمات سهلة المنال مثل الخدمات التي يحصل عليها المستهلك بشكل سهل كالنقل و الحلاقة .

♦ خدمات خاصة مثل خدمات استئجار بعض الأشخاص لحماية بعض الشخصيات المهمة و الثرية.

9. حسب العلاقة سلعة وخدمة :

لتقييم المنتجات يستعمل المستهلكين ثلاثة أشكال من الجودة:

♦ الجودة تعتمد على البحث عن المعلومة : هي صفات المنتج التي يمكن تحديدها قبل الشراء كالشكل و اللون و السعر ، و أغلبية السلع لها هذه الخصائص لأنها ملموسة .

♦ الجودة تعتمد فقط بالتجربة : هي الصفات و الخصائص التي لا يمكن تقييمها إلا بعد الشراء أو الاستهلاك كالذوق و الصلابة ، فهناك بعض المنتجات من الصعب تقييمها قبل الشراء كالحلوى، و الكثير من الخدمات تتصف بهذه الجودة (قصة شعر مثلا) ، و في الواقع من المستحيل تقييم توجه سياحي جديد قبل الذهاب ، نقوم بتجربة الجو ، الفنادق ، المطاعم ، النقل ، المواقع التاريخية .

♦ الجودة تعتمد على الاعتقاد فقط : هي الصفات و الخصائص التي يمكن تقييمها بصعوبة حتى بعد الشراء و الاستهلاك مثل عملية جراحية ، إصلاح السيارات ، و توجد خدمات كثيرة لها هذه الجودة ، و على العموم

¹ عمر و خير الدين ، " التسويق : المفاهيم و الاستراتيجيات " ، مرجع سابق ، 274.

قليل من المستهلكين القادرين على التقييم إذا ما كانت الخدمة ضرورية و الإنفاق صحيح من طرف جراح ، محامي ... الخ .

أما تصنيف الخدمات عند بعض المؤلفين و الباحثين في ميدان التسويق يمكن تلخيصها في الجدول التالي: ¹

جدول رقم (2.1) : " بعض الأمثلة لتصنيف الخدمات "

المعايير و المؤلفين	تصنيف الخدمات
انطلاقا من الإنتاج V.R-FUCHS	- الخدمات التوزيعية (كالنقل ، الاتصال) - منتجو الخدمات (كالبنوك ، و شركات التأمين) -الخدمات الاجتماعية (كالصحة،التعليم، الخدمات العمومية و الخدمات ذات الطابع غير الربحي) . - الخدمات الشخصية (كالفنادق ، المطاعم ، الإصلاح)
انطلاقا من أهمية و مكانة الخدمة A .BARCET & J.BANAMY (1990)	- الخدمات المصاحبة للسلع و المكملة للسلع و عمليا تنتج بنفس الطريقة . - الخدمات الناتجة عن تصميم و إعداد لمنتج غير مادي . - الخدمات المحملة مباشرة للشخص (استهلاك نهائي) ، الإنتاج المشترك " Coproduction" يتدخل في هذا المستوى .
انطلاقا من مفهوم الإنتاجية J – GADREY (1986)	- خدمات شبه إنتاجية "Para productifs" منعزلة و متماثلة و مطبقة على السلع المادية (كالنقل ، الإصلاح ، الفنادق) . - خدمات "Péri- productifs" لا مادية ، مطبقة على معارف إنتاجية منظمة (كالمهندسة ، خدمات مالية) . - خدمة مطبقة على معارف و قدرات الأفراد في الاستهلاك النهائي (كالصحة ، التكوين) . - خدمات تنظيم و تسيير الوحدات الاقتصادية .

, Source : LILIANE,BENSAHEL,"introduction à l'économie du service", presse universitaire de Grenoble . Paris,1997,p38.-Richard-Norman , « le management des services :théorie du moment de vérité dans les services », inter édition, paris, 1994,p29.

¹ Lilane – Bensahel , « Introduction à l'économie du services » , op-cit , P 29 .

1.3 طبيعة واختلاف الخدمة:

إن تفهم طبيعة الخدمات يكون بتحليل العلاقة القائمة بينها وبين المنتجات المادية بسبب الترابط والتلازم الوثيق بينهما وخصوصا في مراحل التسليم وعليه فإن الخدمات في طبيعتها قد تأتي مستقلة عن السلع المادية أو مصاحبة أو مصحوبة بها وذلك على النحو التالي:¹

❖ **خدمات مستقلة :** تمثل الخدمة في هذا التشكيل القطب الأساسي والأوحد تمثل الفئة النادرة من الخدمات وتطور أغلبها حول الأفكار والقضايا السياسية والاجتماعية والثقافية، ويضيف البعض إلى هذه الفئة الخدمات البنكية وخدمات الاستشارات القانونية والإدارية، في حين يعارضهم آخرون في ذلك حيث أن مثل هذه الخدمات يصاحبها عادة سلع مادية تتمثل في تقارير نتائج الاستشارة كما ترتبط خدمات البنوك بتقديم نقود وأوراق مالية أو عقود ضمانات وغيرها من العناصر المادية.

❖ **خدمات تصاحبها سلع:** وتمثل الحالات التي فيها الخدمة هي أصل التعاقد، إلا أن أدائها بصورة مجردة أمر يميل إلى الاستحالة ويحتم ضرورة إلحاق بعض السلع المادية إليها، ومن أمثلة هذه الخدمات خدمات النقل، العلاج... فإذا كانت خدمة النقل مثلا هي جوهر نشاط شركة النقل الجوي فإنه من الضروري أن يستفيد المسافر من بعض السلع المادية المصاحبة لها كالطعام والشراب...

❖ **خدمات مصحوبة بسلع مادية:** وتمثل الحالات التي تكون فيها السلع المادية أصل التعاقد بهدف كسب الثقة العملاء وزيادة رضاهم، تلجأ المؤسسات لإلحاق بعض الخدمات لبيع سلعها المادية، ومن أمثلة هذه السلع المعدات التي تقدم معها خدمات قبل البيع مثل خدمات التركيب أو بعد البيع كخدمات الصيانة والضمان. كخلاصة لما سبق ذكره ولتوضيح أكثر لطبيعة الخدمات يمكن تلخيص الفروقات الأساسية بين الخدمات والسلعة في الجدول التالي:

¹ مصطفى محمود أبو بكر "مدخل استراتيجي تطبيقي في إدارة التسويق في المنشأة المعاصرة" الدار الجامعية الإسكندرية. الطبعة الأولى. 2004 ص 371 .

الجدول رقم (3.1): يوضح الفرق بين السلعة والخدمة

الخدمة	السلعة
الخدمة لا توجد م قبل ، بل تخلق أثناء تقديمها.	السلعة تصنع قبل ن يتم وضعها في السوق
المنتج و المستهلك مسئولون عن الجودة والنجاعة .	المنتج يتحكم في النجاعة والجودة.
لا يمكن حقيقة التحكم في النتيجة فالمنتج لا يستطيع التعهد على النتيجة.	يتحكم المنتج في النتيجة وهو المسؤول عنها.
القيمة الاستعمالية هي العنصر الأكثر أهمية .	القيمة التبادلية هي المحددة.
السوق ليس مكان لتجديد السعر و الكمية، فالتفاوض و المعلومة هي المحددات الرئيسية.	تبادل السلع في السوق الذي يلعب دور الحكم.
الخدمة غير ملموسة.	السلعة ملموسة .
ناذرا ما يكون تحويل الملكية .	الشراء يضمن تحويل الملكية.
الخدمة لا يمكن إعادة بيعها .	السلعة يمكن إعادة بيعها .
في الواقع لا يمكن إثبات الأشياء النظرية . فالخدمة غير موجودة قبل الشراء.	السلعة يمكن إثباتها .
الخدمة لا يمكن تخزينها.	السلعة يمكن تخزينها.
يتم الإنتاج والبيع والاستهلاك في آن واحد.	الإنتاج و البيع والاستهلاك متفرق في المكان.
الخدمة لا تنقل (المنتجون هم الذين ينتقلون) .	السلعة يتم نقلها .
المشتري أو الزبون يشارك مباشرة في الإنتاج.	البائع هو الذي يقوم بالإنتاج.
اتصال مباشر بين المنتج والزبون وهذا الاتصال ضروري .	اتصال غير مباشر بين المؤسسة والزبون
يتزامن الإنتاج والاستهلاك .	الاستهلاك يتبع الإنتاج.

Source : Liliane – Bensahel , « Introduction à l'économie du services » , op-cit , P 21.

4 . أهمية الخدمات :

أصبح الاهتمام بقطاع الخدمات من الظواهر الحديثة في الاقتصاديات العالمية بعد أن كان الاهتمام ينصب طيلة الفترة الماضية على القطاعات السلعية الزراعية و الصناعية والتي كان ينظر إليها سواء على مستوى الدول أو المنظمات بأنها القطاعات الجديرة بالاهتمام والتي يمكن لها أن تشكل الأساس السليم للتطور ، كما كانت النظرة إلى مؤسسات الخدمات عادة أنها منظمات هامشية لذلك لم تحظ بالاهتمام الكافي . أما وفي ظل اقتصاد المعرفة وعصر العولمة فقد تعاضم دور صناعة الخدمات في التنمية الاقتصادية وهذا من خلال خلق فرص العمل ، زيادة الدخل القومي ، المساهمة في إعادة توزيع الثروة وكذلك بناء وخلق قطاعات اقتصادية متعددة ¹.

ومن أهم الأسباب التي أدت إلى زيادة أهمية الخدمات في الآونة الأخيرة تتمثل في :

بالإضافة إلى زيادة نسبة عدد العاملين في قطاع الخدمات ، حيث أشارت التقرير إلى أن هذا القطاع كان يستحوذ على حوالي 20% من مجموع القوى العاملة في العالم وذلك عام 1970، وارتفعت النسبة إلى ما يقارب 30% في الفترة الممتدة (1989-1991). في الدول المتقدمة كانت النسبة في الفترتين 42% و 67% على التوالي ، وكانت نسبة كبيرة من هذه الزيادة بين النساء الأمر الذي ترتب عليه قلة الوقت الذي توفره ربة البيت للأعمال المنزلية أي أن ربات البيوت لم يكن لديهن متسع من الوقت للقيام بأعمال ومهام المنزل من طبخ وغسل وتنظيف ، وقد أدى ذلك إلى زيادة الطلب على الكثير من الخدمات مثل الكي والتنظيف والطبخ .

الزيادة في إعداد السلع التي تحتاج إلى خدمات وكذلك الزيادة في درجة تعقيدها . فالسلع مثل الكمبيوتر و الانترنت وأنظمة الأمان فهي إلا أمثلة لسلع تتطلب خدمات متخصصة سواء كان ذلك قبل استعمالها أم إثناءه ، مثل التركيب و الصيانة والتدريب . كذلك استخدام المصانع للإنسان الآلي (robots) وأنظمة الفحص والخزن الذاتية وخطوط الإنتاج الأوتوماتيكية كلها أمور زادت من الحاجة إلى الخدمات .

زيادة أوقات الفراغ والخلو من العمل وذلك بسبب زيادة استخدام ظاهرة التشغيل الآلي لكثير من المصانع الأمر الذي قلل من أيام العمل الأسبوعية وساعات العمل في اليوم الواحد ، وهي الآن في تناقص مستمر عما كان عليه الحال في السابق .

¹ سعيد محمد المصري ، "إدارة و تسويق الأنشطة الخدمية" .مرجع سابق ص.168.

التغيرات في بيئة منشآت الأعمال وكذلك المستهلك الأخير زادت من أهمية الخدمات في الوقت الحاضر عما كان عليه الأمر في السابق . فالبيئة التسويقية أصبحت أكثر تعقيدا من السابق وخاصة وما يتعلق بالتشريعات والقوانين ، وتعويم أسعار الفائدة بين الأقطار الأمر الذي نتج عنه حاجة أكبر من ذي قبل لخدمات مثل المشورة الإدارية والضريبية والنصيحة القانونية والاستشارات الفنية وخاصة تلك المتعلقة بتقنيات نظم المعلومات والاتصالات.

ارتفاع مستويات الدخل في كثير من دول العالم حيث جعلت هذه الدخول الإضافية الإنفاق على كثير من الخدمات امراً ممكناً وميسوراً.¹

التغيرات التكنولوجية التي حدثت في منظمات الأعمال فالتسويق الإلكتروني واستخدام التكنولوجيا أدى إلى زيادة الحاجة إلى الخدمات المدعمة لهذه الأنشطة.

¹ زكريا عزام، عبد الباسط حسونة، مصطفى الشيخ "مبادئ التسويق الحديث بين النظرية والتطبيق" . دار المسيرة للنشر والتوزيع . عمان . الطبعة الأولى . 2008. ص258.

5 . عناصر النظام الخدماتي :

يشمل النظام الخدماتي على العناصر التالية :¹

- الزبون
- الحامل المادي
- المستخدمون المباشرون
- الخدمة
- نظام التنظيم الداخلي

1. الزبون : هو العنصر الأساسي للنظام ، لان حضوره ضروري وبدونه فالخدمة غير موجودة ، ومثال ذلك هو تلك الغرفة الموجودة في الفندق والتي لم تحجز طوال ليلة ما ، فعدم حضور العميل أدى إلى عدم تواجد الخدمة بالرغم من وجود القدرات و الإمكانيات المتوفرة للخدمة .

2. الحامل المادي : ويعني الحامل الضروري لإنتاج الخدمة الذي يستعمله سواء المستخدمون الذين هم في اتصال مباشر مع الزبون ، أو الزبون نفسه ، هذا الحامل المادي يمكن تقسيمه إلى قسمين :
أولاً : الوسائل الضرورية للخدمة وتمثل في الأثاث ، والآلات وغيرها والموضوعة تحت تصرف المستخدمين والزبائن واستعمالها ينتج الخدمة .

ثانياً : المحيط المادي للخدمة ويتكون من كل ما يحيط بالوسائل .مثل المباني ،الحلات ، الديكور ...الخ.

3.المستخدمون المباشرون :يشمل كل الأشخاص والموظفين من طرف المؤسسة الخدمية ومهمتهم الاتصال المباشر مع الزبائن ، ومثال ذلك موظف الاستقبال في الفندق ، أو مضييفة الطيران.

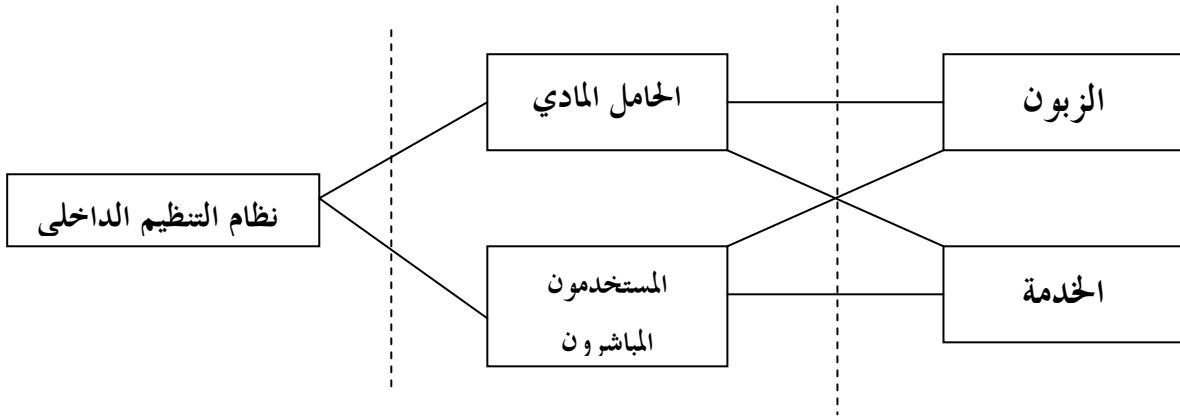
4. الخدمة : تمثل هدف ونتيجة النظام الخدمي ، ومنه فالخدمة هي محصلة التفاعل بين العناصر الثلاث الأساسية ، والتي هي : الزبون ، الحامل المادي ، المستخدمون المباشرون . هذه المحصلة تشمل الفائدة التي تشبع رغبات الزبون ، و تحقق أهداف المنظمة الخدمية بالاستمرار في التواجد .

5. نظام التنظيم الداخلي : التنظيم الداخلي له تأثيرا مباشرا على الحامل المادي والمستخدمين المباشرين ، أي بمعنى آخر التسيير ، وهو جميع الوظائف الكلاسيكية للمؤسسة من تسويق ، مالية ، موارد بشرية ، إدارية

¹ Jean-Michel Tardien, et autre. "Marketing et gestion des services" , Chiron, paris , 2004 , page 22.

...الح وكذلك بعض الوظائف المختصة ، والتي هي ضرورية لتحقيق الخدمة مثل الصيانة ، العتاد ، التنظيف في الفندق¹.

الشكل رقم (3.1) العناصر الأساسية للنظام الخدماتي



المصدر : د. هاني حامد الضمور : مرجع سابق الذكر ، ص 411

¹ Jean-Michel Tardien, et autre. Marketing et gestion des services, op.cit,page 22.

المبحث الثاني : الخدمات الصحية

الحديث عن الصحة شائق لكنه شائك خصوصا إذا كان مطولا على مدى نصف قرن ، واسعا يشمل أجزاء عديدة من العالم ، معقدا إذا تطرق إلى الأمور المالية الصرفة ، لكننا إذا حددنا الهدف منه فسوف نسهل المهمة.¹

ويتمثل الهدف أن تكون الخدمات الصحية متوفرة و أن يكون الوصول إليها ممكنا كي تصبح صحة الناس جيدة و هو ما أوضحته منظمة الصحة العالمية في إعلان المآآنا عام 1978 :

- إن الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا و عقليا و اجتماعيا لا مجرد انعدام المرض أو العجز ، و هي حق أساسي من حقوق الإنسان.
- و أن بلوغ ارفع مستوى صحي ممكن هدف من اهم الأهداف الاجتماعية على الصعيد العلمي ، و أن تحقيق هذا الهدف يتطلب بذل جهود من جانب العديد من القطاعات الاجتماعية و الاقتصادية الأخرى بالإضافة إلى القطاع الصحي .
- و أن للشعوب حقا و عليها واجبا في المساهمة أفرادا و جماعات في تخطيط و تنفيذ للرعاية الصحية الخاصة بها .
- و ينبغي أن تبلغ جميع الشعوب مستوى من الصحة يمكنها أن تحيي حياة منتجة اجتماعيا و اقتصاديا و أن يشكل ذلك هدفا رئيسيا للحكومات و المنظمات الدولية ، و الرعاية الصحية الأولية هي المدخل إلى تحقيق هذا الهدف باعتباره جزءا من التنمية بروح من العدالة الاجتماعية.
- إن الرعاية الصحية الأولية هي الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل و تقنيات صالحة عمليا و سليمة علميا و مقبولة اجتماعيا و ميسرة لكافة الأفراد و الأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة و بتكاليف يمكن للمجتمع و للبلد توفيرها ، و هي المستوى الأول لاتصال الأفراد و الأسرة و المجتمع بالنظام الصحي الوطني و هي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس و يعملون و تشمل على الأقل :

¹شركة المواساة للخدمات الطبية الدمام - المملكة العربية السعودية ، منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات "تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية " ، المنعقد في القاهرة ، نوفمبر 2007 ص03.

- ❖ التثقيف بشأن المشاكل الصحية السائدة و طرق الوقاية منها و السيطرة عليها.
- ❖ توفير الغذاء السليم و تعزيز التغذية الصحية .
- ❖ الإمداد الكافي بالمياه النقية و الإصحاح البيئي .
- ❖ رعاية الأم و الطفل بما في ذلك تنظيم الأسرة .
- ❖ التحصين ضد الأمراض المعدية الأساسية (التطعيم) .
- ❖ الوقاية من الأمراض المتوطنة محليا و مكافحتها .
- ❖ العلاج الملائم للأمراض و الإصابات الشائعة .
- ❖ توفير العقاقير الأساسية .

1 . مفهوم الصحة العامة :

يصعب تعريف الصحة كما أن قياسها أصعب ، إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة ، بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها ، فقد أورد مارشال في الفصل الخامس من الجزء الرابع في كتابه "مبادئ الاقتصاد" ¹ . لدراسة اثر الصحة على السكان والثروة الاقتصاد تحت عنوان : "The health and strength of the population" ، و عرف الصحة : " بأنها القوة الجسمية physical ، والقوة العقلية mental ، للفرد " . ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحاجة المسكن ، ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه ، ومستوى نظافة البيئة ، والخدمات الصحية المتاحة ، ومدى إمكانية الحصول عليها ، فإذا كان المرض أو الانتقاص من حالة السلامة الصحية للفرد من المرض ، وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية .

الصحة تعني " غياب المرض الظاهر وخلق الإنسان من العجز والعلل" ، فظالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبرأ من الداء فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح . ولكن هذا المفهوم لم يقنع الذين تولوا أمر المنظمة العالمية للصحة واعتبروا أن هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبي مجرد أنه علاج للداء² .

¹ Alfred Marshall , "principles of economics" , eighth ed . (London : the Macmillan press LTD , 1977) , p,161 , cited by .

² عبد المحي محمود حسن صالح ، "الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، مصر، 2003 ، ص 17 .

وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة: "بأنها حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن".¹

كما يعرف البنك الدولي أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير.²

أما العالم ونسلو Winslow 1920 فقد عرف الصحة العامة على أنها: "الصحة العامة هي علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر، وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة".³

ولو نظرنا إلى المعاجم لوجدنا أنها تفسر وتعرف الصحة على أنها حالة حسنة أو سوية جسميا وعقليا أو ذهنيا ولكن أيضا بعيدا من النشوة والألم والمرض.⁴

2. مفهوم الخدمة الصحية :

من الملاحظ انه ليس هناك اتفاق جماعي بين العاملين في هذا المجال على تعريف واحد فقد يرى البعض انه لا بد من اعتبار نوع معين من الخدمات كجزء من الرعاية الطبية بينما يرى البعض نقيض ذلك . وعموما يمكن تعريف الخدمة الصحية أو الرعاية الطبية على أنها :

التعريف الاول: الرعاية الطبية تعني الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع ، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي ، أو العناية التمريضية أو الحكومية التي تقدمها الممرضة للمريض ، أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها في المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية ، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم ، "اقتصاديات الخدمات الصحية" ، مكتبة القدس الرقائيق -مصر. الطبعة الثانية 2006، ص 17 .

² إبراهيم طلعت ، "التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية" ، دار الكتاب الحديث، الجزائر. 2009، ص18.

³ ص. 41 ، 2004 مصر ، الإسكندرية، الجامعية، المعرفة دار الاجتماعي "، المنظر من الصحة والرعاية العامة رمضان " الصحة السيد. الصديقي، د عثمان سلوى

⁴ عبد المهدي بو عانة "إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية -مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية" . دار حامد للنشر والتوزيع عمان الأردن، الطبعة الأولى 2004 .ص26.

توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل .
وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية ¹.

التعريف الثاني: ويمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها "النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى" ².
التعريف الثالث: الخدمة الصحية ماهي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعها ورضا معينا للمستفيد ³.

هذا يعني أن هناك أسباب و دوافع عديدة تقف وراء الاهتمام المتزايد والمضطر بدراسة الخدمات الصحية ودورها وبالتحديد إدارة نظم تقديم وتوصيل الخدمات الصحية ، وذلك لعدة أسباب أهمها :
• حرمان نظم توصيل الخدمات الصحية من تطبيقات نظريات الإدارة والتنظيم ومن بناء نظم إدارية متخصصة فيها ، أما تحت مفهوم أن هذه النظم ماهي إلا نظم طبية متخصصة وحل مشكلاتها لا يأتي إلا من طبيب أو انه يمكن تطبيق مبادئ الإدارة العامة على المؤسسات الصحية مما يحتاج إلى نظام إداري متخصص لإدارة المؤسسة، حيث أنها وبتابع هذا المنطق سوف تحرم من الإدارة المتخصصة والتي تحقق الكفاءة والفعالية في انجاز الأعمال وتحقيق الأهداف .

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

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

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

¹ عبد المجيد الشاعر، وآخرون . الرعاية الصحية الأولية ، دار البازوري ، الطبعة الأولى ، عمان الأردن، 2000، ص11.

² فوزي شعبان مذكور ، تسويق الخدمات الصحية ، ايراك للنشر والتوزيع مصر ، 1998، ص97

³ عبد المهدي بوعانة ، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية ، مرجع سابق، ص 68.

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

وعليه يمكن تقييم المنافع المحققة من الخدمات الصحية وخاصة العامة بما¹:

✓ منافع مباشرة ملموسة يمكن قياسها وحسابها ، وتتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.

✓ منافع مباشرة غير ملموسة يصعب قياسها وتتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض نتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها .

✓ منافع غير مباشرة ملموسة يمكن حسابها ، وتتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوى العاملة.

ومن أهم الأسباب التي أدت في السنوات الأخيرة إلى زيادة الاهتمام بالنظام الصحي²:

- إن الصحة الجيدة تمثل الطرف المثالي لتمتع الناس بحياتهم .
- إن الصحة يعتبر الموضوع الوحيد الذي يهتم به كل الناس .
- إن الخدمات الصحية من أكبر وأعمد الصناعات حاليا بسبب:

- إرتفاع تكاليفها.

- إزدياد ربحيتها.

- كثرة إعداد العاملين في القطاع الصحي .

- تنوع المهن والوظائف العامة في القطاع الصحي.

¹ عبد المهدي بوغانة ، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية ، مرجع سابق ، ص 69.

² صلاح محمود دياب . إدارة المستشفيات والمرافق الصحية الحديثة . دار الفكر للنشر . عمان الأردن . الطبعة الأولى 2009 . ص 32.

- كثرة المحتاجين للخدمات الصحية.

- إن موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة.
- احتياج الخدمات الطبية لأرقى واثن واعقد أنواع التكنولوجيا.

1.2 أسس الخدمات الصحية:

هناك مجموعة من العوامل العديدة التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان، وانطباع الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير للحاجات الملحة وله ارتباطا كبير بالبحوث والدراسات الجارية في الرعاية الطبية، ونظم المعلومات الصحية، وتنظيم المؤسسات الطبية كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات وهذا من أجل تقديم الخدمات الطبية بشكل كاف ومستوى عالي أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية¹.

أولا - الكفاية الكمية:

وهي تعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان وهذا يشمل:

- توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية: أطباء، ممرضين، فنيين مختبرات، وغيرهم من المساعدين، حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من ترميضية ومخبرية وإدارية.
- توفير عدد كاف من الأطباء والمراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية (وحدات صحية، مستشفيات، مختبرات، صيدليات... الخ) ويشترط أن تكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد، إذ لا يجوز أبدا تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما في البلاد على حساب المناطق الأخرى.
- توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي مدة 24 ساعة، فالمرض لا يعرف وقتا محددًا يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمي.
- توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية، وتواجدها، والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكرا، بمجرد إحساس الفرد بالمرض، وعدم الانتظار حتى يتطور المرض ويصبح خطيرا ليعرض نفسه على الطبيب.

¹ أمين مزاهرة، وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، الطبعة الأولى، عمان الأردن 2000، ص 79.

- يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها، والسعي للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين .

ثانيا - الكفاية النوعية:

لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية والوحدات الصحية والمستشفيات فحسب،

بل يجب أيضا توفير ظروف ريفية المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل¹:

- وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي، والمعدات والأجهزة، ووسائل التشخيص والعلاج .ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة والدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان سواء كان طبييا أو ممرضاً أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير.
- العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبييا عاما أو اختصاصيا أو ممرضاً أو صيدلانيا، وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والإطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من اجل تجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة.
- تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفراداً أو مؤسسات من اجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية والجهود، ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عال.
- دمج الخدمات الصحية العلاجية والوقائية وذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل، وغرض شامل هو العمل على اكتمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة الأمراض وعلاجها، لأن تقسيم هذه الخدمات ينفي الغرض من التكامل إضافة على ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية والإدارية لهذه الخدمات وبالتالي تؤثر على أسعارها النهائية.

2.2 الطلب على الخدمة الصحية :

إن الطلب على الخدمات الصحية مشتق من الطلب على الصحة، إذ أن الخدمات الصحية يمكن اعتبارها مدخلات لإنتاج الصحة ، أي أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها ولكن بدافع رغبة الفرد في الاحتفاظ بمستوى صحي جيد أو رغبته في تحسين مستوى صحته .ونظرا لأن الطلب على الخدمات

¹ أيمن مزاهرة، وآخرون، "الصحة والسلامة العامة" ، مرجع سابق ،ص80.

الصحية يعتمد على الطلب على الصحة وعلى إدراك العلاقة بين الخدمات الصحية و الصحة ،تمثل إحدى الصعوبات عند محاولة التنبؤ بهذا الطلب في أن الأفراد يقيمون الحالات الصحية المتساوية بطرق مختلفة. ويعرف الاقتصاديون الطلب على الخدمة الصحية في شراء سلعة أو خدمة والتي تساندها القوة الشرائية اللازمة ،ففي علم الاقتصاد نجد أن الطلب لا يعني الحاجة أو الاحتياج فالفقراء و المحرومون لديهم حاجات عديدة ولكن ليس لديهم قوة شرائية وبالتالي لا يستطيعون طلب السلعة التي يحتاجونها ،ولكن الصحة ليست سلعة اقتصادية كغيرها من السلع إذا كان العرض الطبي في الوقت ما يعرف تناقص فالطلب على الرعاية الصحية لا يتماشى والعرض . بصفة عامة يتم تحليل سلوك المستهلكين في النظرية الاقتصادية الجزئية في إطار مجموعة من الافتراضات تمكن من تبسيط نموذج التحليل ويخضع تحليل سلوك مستهلكي الخدمات الصحية لنفس الافتراضات . في مجال الخدمات الصحية نجد خدمات عديدة متكاملة بطبيعتها إذ أن زيادة عدد العمليات الجراحية سيرتبط بزيادة الطلب على أسرة المستشفيات وخدمات الإقامة المرتبطة بها ، الأدوية ،هيئة التمريض و الموارد المستهلكة كمواد التعقيم والقفازات ...الخ.¹

وقد شهدت تسعينات القرن العشرين دعوة قوية إلى الطلب القائم على الأدلة والبراهين **Based Medicine Evidence** استجابة للموارد الاقتصادية النادرة التي تستخدم لتسهيل الخدمات الصحية وذلك من خلال استبعاد الممارسات الغير فعالة وإعادة توجيه الأموال سواء كانت عامة أو خاصة إلى علاجات أكثر فعالية . ومع تغير حجم أو هيكل السكان سيحدث انتقال مقابل لذلك في منحنيات الطلب على العديد من السلع والخدمات ومنها الخدمات الصحية وبالتالي اهتمامات التخطيط الصحي . فمثلا الزيادة في المواليد تؤدي إلى زيادة خدمات التوليد والأطفال ،والزيادة في السكان تزيد أعمارهم عن 60 سنة .بمعنى زيادة الطلب على أسرة الشيخوخة . وعندما تقدم الخدمات الصحية مجانا لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو أسعار السلع الأخرى ولا حتى توقعات الدخل أو الأسعار أي دور يذكر في تأثير على طلب تلك الخدمة الصحية المجانية ، ويمكن أن تتأثر الكمية المطلوبة بعوامل أخرى كتكلفة بعض المستلزمات الطبية التي لا تدخل ضمن الخدمة الصحية المجانية ،تكلفة الفرصة البديلة لوقت الفرد وجود قوائم انتظار طويلة للحصول على الخدمة الصحية . لقد بدأت صياغة نماذج من خلال الارتكاز على سلوك

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم. "اقتصاديات الخدمات الصحية" . مرجع سابق ص.93.

المستهلكين للخدمة وذلك بتعظيم المنفعة حيث قام j.p.newhouse في 1978 بالاهتمام بالمنفعة الصحية قبل الطلب على الصحة.¹

3.2 المستشفيات وخصائصها:

لم يعد دور المستشفى في عصرنا الحالي مقتصر على مجرد تقديم خدمة علاجية، ولم يعد يعرف بأنه مكان لإيواء المرضى والمصابين كما كان في الماضي، حيث كان أبسط وأقدم تعريف للمستشفى هو انه مكان الإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم. ولكن المستشفى الحديث يعد تنظيماً طبياً متكاملاً يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل... وقاية وعلاجاً وتعليماً طبياً، إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها. فهي تعتبر أهم المؤسسات الخدمية التي تقدم الخدمة الصحية المتكاملة.

تعرف منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه: "جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجاً ووقاية، وتمتد عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، والمستشفى هو أيضاً مركب لتدريب العاملين الصحيين والقيام ببحوث اجتماعية وبيولوجية".

أما الجمعية الأمريكية للمستشفيات American Hospital Association فتعرف المستشفى بأنه: مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتنويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم والتشخيص والعلاج اللازمين للمرضى.²

لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية عام 1967 رأت من الضروري تعريف المستشفى بصورة علمية كي ينطبق على شتى المستشفيات "المؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض"، ثم استدراك هذا التعريف فيما بعد ليشمل أعمال أخرى مثل التعليم والتدريب والبحوث الطبية والوقاية والاجتماعية والتنظيمية.

ويقسم بعض علماء إدارة المستشفيات إلى نوعين:

- **التعريف التنظيمي:** هو التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى كمؤسسة تقدم الرعاية الصحية للنومين وبهذا التعريف يسهل التمييز بين المستشفى والمؤسسات الصحية الأخرى.

- **التعريف الوظيفي:** ويركز هذا التعريف على الغرض من المستشفى وليس من أجزائه ويمثل الغرض العام للمستشفى في رعاية صحة الأفراد في المجتمع، وبذلك تلبية الحاجات الصحية للمجتمع.

¹ حوالف رحمة. أطروحة دكتوراه "تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان" جامعة تلمسان 2009-2010. ص 48.

² عبد الإله ساعتي، "مبادئ إدارة المستشفيات" دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، 1997، ص 32.

المستشفى وفقا لما سبق " تنظيم اجتماعي صحي هدفه تقديم رعاية طبية للمجتمع علاجا ووقاية تحت تفاعل أنظمة فرعية مثل النظام الطبي والنظام التمريضي والنظام الإداري والاجتماعي والنظام الاقتصادي.

3. النوعية في الخدمات الصحية :

إن النوعية في الخدمات الصحية تعد عملية في غاية التعقيد ،لان العديد من أوجه الخدمة الصحية تبدو دائما غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها . وبالتالي فان محاولة تعريف النوعية ستعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف . ويبدو الأمر واضحا في تعريف النوعية في الخدمة الصحية إذ ينظر¹:

المريض : على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.

الطبيب : وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدما والمهارات الطبية في خدمة المريض.

المالكين : الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن.

إدارة المستشفى : تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة.

ويتضح منة ما سبق والى حد التوافق بين مصطلح النوعية ومفهوم تسويق الخدمات الصحية . إذ كاهما يعتمدان على متغيرين أساسيين . يتمثل الأول بطبيعة الصفة المعقودة لتقديم الخدمة ، والتي تعني درجة الجودة التي تتضمنها الخدمة الصحية المقدمة . والثاني هو طبيعة العلاقة القائمة بين الطرفين (منتج الخدمة الصحية و المريض) لذلك فان تسويق الخدمات الصحية تتكامل مع مستوى النوعية التي تقدم بها ،وهي بالتالي تماثل ما هو عليه في تسويق السلع المادية .

وعموما هناك عدة تعاريف متعددة للنوعية في الخدمات الصحية نحاول استعراض البعض منها والتعليق والمناقشة في مضمونها . بما يوضح ذلك البعد المرجو من التعريف . حيث تعرف ابتداء على أنها " التتطابق مع المواصفات " أو الملائمة مع الغرض . وهذا التعريف يتسم بعموميته ومرونته في التعبير حيث يمكن أن يتوافق مع أي نوع من الخدمات المقدمة ومن وجهة نظر منتجها أو مقدمها والمستفيد منها .

وفي تعريف ذا منظور اجتماعي يمكن القول على أنها "تعبير عن مسؤولية الوحدة الصحية كمنتج للخدمة تجاه حقوق المرضى " وهذا التعريف في مضمونه يشير إلى المسؤولية الاجتماعية التي تضطلع بها الوحدة

¹ تامر ياسر البكري ،"تسويق الخدمات الصحية "، دار يازوري للنشر والتوزيع ،2005،ص197.

الصحية والتي أيا كان شكلها ومهامها وكمنتج للخدمة الصحية المقدمة للمجتمع وبما يفى في تحقيق التزامها تجاه المرضى ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية .

وفي تعريف آخر يشار إلى أنها " تمثل مستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياسا بما كان عليه في مرحلة سابقة ". وفي هذا التعريف إشارة واضحة إلى أن النوعية ترتبط بعامل التطور والتقدم لما هو أفضل بالنسبة للخدمة الصحية المقدمة بفترة زمنية معينة قياسا بما هو سابق. وان يكون ذلك الأداء متوافق مع مستوى إدراك المريض لتلك النوعية في الخدمة .

فان أي تعريف للنوعية في الخدمة الصحية لا بد أن يتوافق مع الأبعاد الآتية :¹

- **المطابقة مع المواصفات :** حيث أن المريض يتوقع أن تكون الخدمة الصحية التي يشتريها توازي لو تزيد في مستوى الأداء عما تم الإعلان عنه من قبل منتجها . أي يجب أن يتحقق على اقل تقدير مستوى التوافق بين المواصفات المقررة مسبقا للخدمة الصحية وما هو متحقق فعلا عند التقديم ، وذلك لكون الخدمة الصحية أساسا هي غير ملموسة .
- **القيمة :** هي مقدار ما يدفعه المريض عن سعر يعبر عنه بنقود مقابل الحصول على الخدمة الصحية التي يرغبها . ويحدد المريض مستوى السعر وقبوله ولذلك على أساس ما يتوقعه من أداء أو نتائج للخدمة الصحية قبل شرائها .
- **المواءمة مع الاستخدام :** ويقصد بذلك التوافق أو الانسجام ما بين الأداء المتحقق من الخدمة الصحية والغرض الذي صمم لها أصلا . وهذا التوافق يتمثل بالمظهر ، النمطية ، المهارة ، والقدرة التي يتميز بها منتج الخدمة الصحية .
- **الدعم :** وهو مقدار الاهتمام الذي نوليه المنظمة الصحية (المستشفى) لمستوى النوعية المقدمة في الخدمة الصحية للمرضى وما يعقب ذلك من رأي أو تصور . مع محاولتها للحفاظ على ذلك المستوى من النوعية إن لم تكن تسعى للارتقاء به لما هو أفضل .
- **التأثير السايكولوجي (النفسي) :** الكثير من المرضى يتم تقييمهم للخدمة الصحية على أساس التأثير النفسي الذي يمكن أن تخلقه فيهم ومعبر عنه بأشكال عدة ومنها : الصورة الموجبة المرسومة في ذهن المريض عن الخدمة الصحية ، الأفق المستقبلي الذي تتجه إليه الخدمة في مستوى نوعيتها ، رد الفعل

¹ ثامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ، ص 198 ..

المتحقق من قبل منتج أو مقدم الخدمة الصحية لتقديم ما هو أفضل ، اللطف و الأدب في تقديم الخدمة الصحية... الخ.

4 . اقتصاديات الخدمات الصحية:

إن للصحة خصائص اقتصادية لا بد من اعتبارها ودراستها قبل وضع أية خطط واستراتيجيات للتسويق الصحي، لذلك يهتم علم الاقتصاد بدراسة طريقة تحديد الاختيارات بشأن أفضل استخدام ممكن للموارد النادرة لإشباع الحاجات الإنسانية المتنوعة وغير المحدودة، وتتمثل المشكلة الأساسية التي تواجه المستهلك ومقدمي الخدمات الصحية في أنه بينما تكون الحاجات الإنسانية غير المحدودة، فإن عرض الموارد المتاحة لإشباع هذه الحاجات يكون محدودا، وهذا يعني أنه يجب أن تكون هناك اختيارات يقوم بها المستهلكون أو من يمثلهم بشأن الخدمات التي سيعرضونها بمواردهم المحدودة. وتصبح المعضلة صعبة إذا لم تأخذ في الاعتبار حاجة المستهلكين لتخطيط حاجاتهم المحتملة في المستقبل، وحاجة المنتجين إلى تخطيط كيفية تلبية هذه الحاجات عندما تظهر.¹

ومن هنا تبرز مشكلة الخيارات الاقتصادية عندما يحاول المجتمع تقديم إجابات للتساؤلات التالية المتعلقة بالمشكلة الاقتصادية والتي تتمثل في²:

- ♦ ما هي الخدمات الصحية التي يجب إنتاجها، وبأي كميات؟.
- ♦ كيف يتم إنتاج هذه الخدمات الصحية؟.
- ♦ من الذي يجب أن يحصل على تلك الخدمات الصحية، وعلى أي أساس؟.

إن كل تساؤل من التساؤلات الاقتصادية الأساسية يثير قضية هامة: ما هي أفضل طريقة لتخصيص الموارد؟ وكذلك فإن قضية كيفية تحقيق أفضل استخدام لتحقيق هدف معالجة أكبر عدد من المرضى، أو تحقيق أقصى مكاسب صحية ممكنة، تدور أيضا حول الاستخدام الأكفأ للموارد، وإذا أردنا أن لا يتصف توزيع موارد الخدمات الصحية بالعشوائية وعدم الكفاءة فإنه يجب أن يعتمد على نظام واضح لتنظيم وتقديم الخدمات.

¹ طلعت الدرمداش إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص74.

² إبراهيم طلعت ، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية ، مرجع سابق ، ص55.

4.1 سوق الخدمات الصحية:

تطلب دراسة أسواق الخدمات الصحية أن نبدأ أولاً بتحليل هيكل ومكونات أسواق الخدمات الصحية، حتى تتمكن من دراسة وتحليل علاقات التفاعل الأمامية والخلفية بين تلك الأسواق لنتج في النهاية منتج نهائي ألا وهو الخدمات الصحية، ومن خلال توصيف هيكل أسواق الخدمات الصحية نجد أنها تنقسم إلى سوقين هما: سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي، وسوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية، كما يلي:¹

أولاً - سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي

وتتكون سوق الخدمات الصحية من مستويين أساسيين قد تمثل تسلسل رأسي، وهما كما يلي:

- سوق خدمات العيادات الطبية الخاصة:

في هذه السوق يذهب المريض إلى طبيبه الخاص الذي اعتاد متابعة الفحوص والعلاج لديه، والذي قد يستكمل علاج هذا المرض من خلال عيادته الخاصة، أو قد يحول مريضه إلى أحد الأطر المؤسسية الصحية لاستكمال العلاج.

- سوق خدمات المستشفيات:

وتشمل على عدة أطر مؤسسية تقدم الخدمات الصحية، مثل المستشفيات العامة والمستشفيات التخصصية، ووحدات التشخيص بالأشعة، ووحدات التشخيص بالتحاليل المخبرية، ووحدات الإسعاف وغيرها.

ثانياً - سوق الموارد الصحية

تشمل سوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية على ثلاثة أسواق فرعية وهي:²

- سوق العمالة الصحية: وتشمل على جميع فئات مورد العمل التي تعمل في إنتاج الخدمات الصحية:

من الأطباء، وهيئات التمريض، والعمالة الفنية لأجهزة التشخيص والعلاج، وغيرها. وترتبط سوق العمالة الصحية بسوق خلفية، وهي سوق تعلم المهن الصحية والتي تشمل مؤسسات التعليم الطبي والصحي، حيث يمثل الخريجين من هذه المؤسسات التعليمية جانب العرض في أسواق العمالة الصحية.

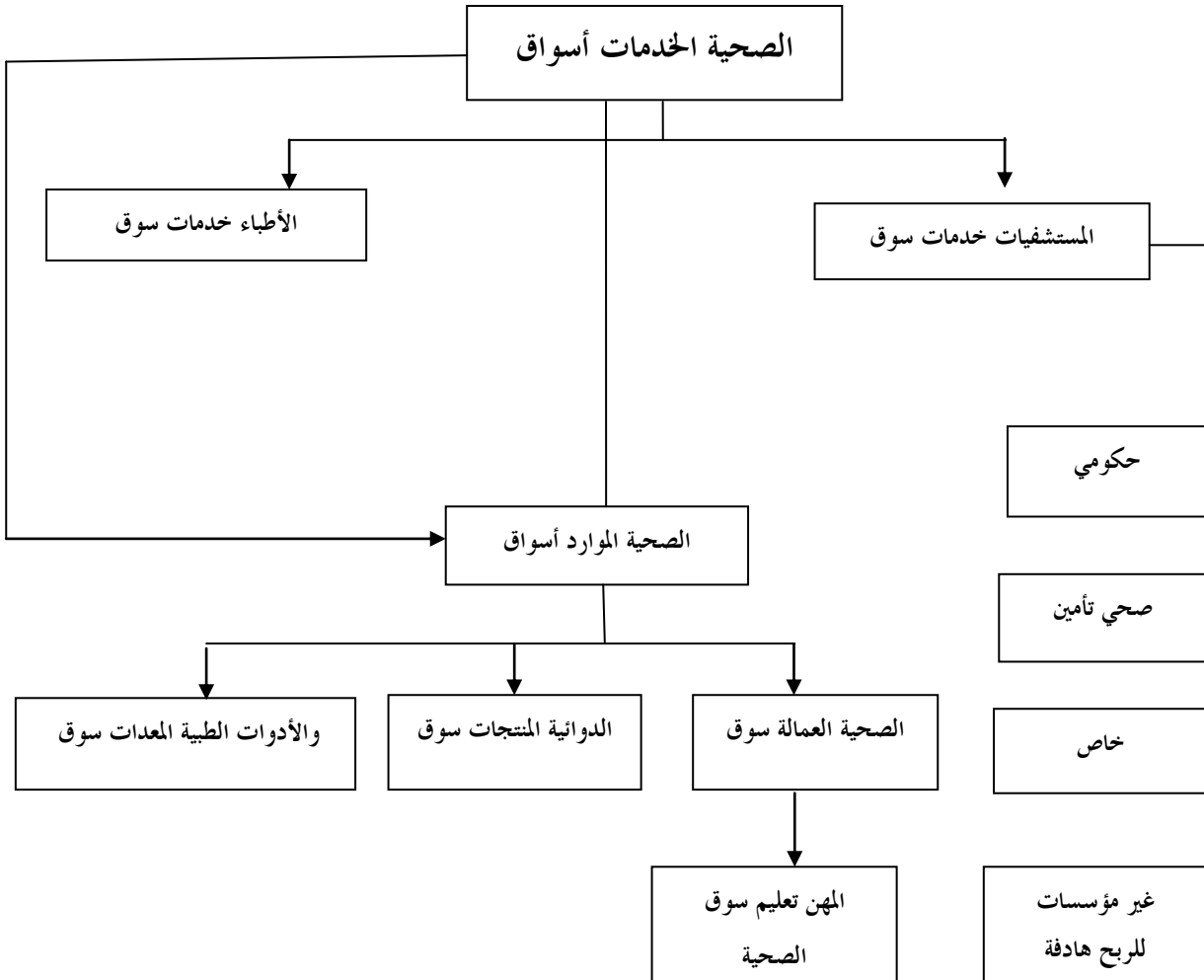
¹ طلعت الدرمداش إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص75.

² إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، مرجع سابق، ص56.

- سوق المنتجات الدوائية: ويشمل جانب العرض في هذه السوق على الصناعات الدوائية المختلفة، وكذلك الوحدات التي تقدم الخدمات الصيدلانية سواء اشتملت على تجارة الجملة أو التجزئة للمنتجات الدوائية.

- سوق المعدات والأدوات الطبية: ويشتم جانب العرض في هذه السوق على صناعة المعدات والأدوات الطبية، وكذلك تجارة الجملة وتجارة التجزئة للمعدات والأجهزة والأدوات الطبية. تعتبر الخدمات الصحية التي تمثل ناتج سوق الخدمات الصحية ككل منتج نهائي لعدد من الأسواق المرتبطة ببعضها البعض، وتشمل هذه الأسواق أسواق الممرضات المسجلات وأسواق خدمات المستشفيات وأسواق خدمات الأطباء وحتى سوق تعليم المهن الصحية. والشكل الموالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (4.1): مكونات أسواق الخدمات الصحية



المصدر: طلعت الدمرداش إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص76 .

ويمكن أن تكون خدمات المستشفيات في إطار حكومي، أو في إطار التأمين الصحي، أو في إطار

القطاع الخاص.

2.4 العلاقات المتبادلة بين أسواق الخدمات الصحية:

إن نموذج قطاع الخدمات الصحية، يصف لنا علاقة الأسواق الفرعية ومكونات الخدمات الصحية ببعضها البعض، التي تكون قطاع الخدمات الصحية، حيث توجد ثلاثة أنواع من الأسواق الفرعية كما تم توضيحه في الشكل (1. 4). وأن هذه الأسواق الفرعية الثلاث تتفاعل مع بعضها في إطار محددات، واعتبارا تؤثر وتتأثر فيما بينها، حيث يعبر عن طلب العميل على العلاج الطبي بالنسبة لفئة تشخيصية معينة (بالذهاب إلى الطبيب الذي يعتمد تحديده لكيفية علاجه على اعتبارات اقتصادية وغير اقتصادية، ويعتمد اختيار الطبيب لأحد الأوضاع المؤسسية المختلفة) مستشفى، عيادة خارجية، دار رعاية، عيادة طبيب (على الأسعار النسبية لكل من هذه الأماكن والتكاليف النسبية بالنسبة للطبيب، وكفاءتها في العلاج. ويعتمد الطلب في الخدمات الصحية المؤسسية على محددات طلب المريض، واعتبارات الطبيب، والأسعار النسبية وكفاءة العلاج في الأوضاع المؤسسية المختلفة، وهذه المؤسسات قد تكون مكملة أو بديلة لبعضها البعض.¹

وينعكس التغير في الطلب على المواقع المؤسسية المختلفة، والذي ينتج عن التغير في عمر السكان، في طلب هذه المؤسسات على سوق العمالة والمدخلات الأخرى، وهذه تمثل المجموعة الثانية من الأسواق التي يجب تحليلها، وتمثل هذه الطلبات المؤسسية على العمل والمدخلات الأخرى جانب الطلب من أسواق العمالة الصحية. ويعتمد كذلك طلب المهنيين الصحيين المتوقعين على التعليم على الطلب عليهم في السوق التي سبق وصفها .

¹ إبراهيم طلعت ، " التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية "، مرجع سابق، ص57

المبحث الثالث: تسويق الخدمات الصحية

إن تسويق الخدمات جاء متأخرا عن تسويق السلع المادية ، حيث يعود الاهتمام الضعيف لمؤسسات الخدمات بالتسويق إلى كونه اغلبها صغيرة وأحيانا فردية وليس لهم تكوين في التسيير ، والبعض الآخر كالأطباء والمحامين ليس لهم حق في تطبيق التسويق بسبب فواتير الإشهار ، والبعض يعاني من زيادة الطلب كالمدراس و المستشفيات .¹

أسباب زيادة الاهتمام بتسويق الخدمات:

يمكن تفسير الاهتمام بإدماج التسويق في الخدمات لسببين هامين هما:

أولاً: الاهتمام المتزايد بالخدمات في اقتصاديات الدول المتطورة حيث يعرف سوق الخدمات نموا متزايدا مقارنة بسوق السلع، مما جعل هذه الدول تهتم بتطبيق المفاهيم التسويقية في قطاع الخدمات.

ثانياً: للخدمات مميزات خاصة بها، تجعل إدراكها من طرف الزبون وإقناعه بها تختلف عن السلع المادية.²

وبالتالي تظهر ضرورة ملحة لتطبيق المفاهيم التسويقية من أجل الاتصال بالزبائن وتعريفهم بالخدمات المقدمة وإقناعهم بشرائها.

1. مفهوم تسويق الخدمات :

قبل أن يعرف تسويق الخدمات تطوره وانتشاره ، كان يعتقد بان المفاهيم والاستراتيجيات التسويقية كافية وقابلة للتطبيق في كل المنتجات وفي كل الحالات ، الشيء الذي أدى بالمفكرين إلى انتقاد هذه الفرضية (Berry وParasuraman سنة 1993 إلى كل من Fisk وBrown وBitner في نفس السنة) من خلال إشكالية اختلاف تسويق الخدمات عن تسويق السلع المادية ، حيث كان لهؤلاء المفكرين الفضل في ظهور تسويق الخدمات .³

¹P.Kotler , B.Dubois. "marketing management",publi-union,10eme edition , Paris . 2000,p461 .

²J.L'endrevie et D.Lindon. " Mercator, Théories et pratique du marketing", (Dalloz. Paris, 6^{eme} édition 2000),p668.

³ Fisk , Grove, John , "Interactive Services Marketing", Boston New York, 2000,p09.

وتسويق الخدمات هو واحد من بين الاتجاهات المهمة الحديثة التي عرفت توسعا كبيرا في السنوات الأخيرة ، حيث يرجع ذلك للأهمية المتزايدة التي عرفها قطاع الخدمات ، إذ عرف توسعا كبيرا في الدول المتطورة نتيجة لتطور التكنولوجيا في كل المجالات كالاتصالات والمعلومات حيث أصبح قطاع جوهري في اقتصاد الدول ، والمحرك الأساسي و الفعال في الاقتصاد العالمي .

فيعرف تسويق الخدمات بأنه " :يمثل جميع النشاطات التي تلي حاجات الأسواق بدون عرض تجاري يتحمل منتجات مادية¹ . " يفهم من هذا التعريف بان تسويق الخدمات يشمل جميع الأنشطة التي من خلالها تلي حاجات الأسواق، وهذا بدون عرض منتجات مادية ملموسة، أي انه يشمل المنتجات غير الملموسة .وعليه يمكننا أن نذكر مجموعة من المحددات المتعلقة بتسويق الخدمات:

- تحسين مكونات المحيط المتعلقة بالخدمة من حيث الديكور، الخدمات الملحقه، خدمات ما بعد البيع استقبال الزبائن... الخ،
- استعمال اكبر عدد ممكن من قنوات التوزيع ،
- تطوير الاتصالات المعلوماتية،
- ترقية فكرة تثقيف الزبائن مع تطبيق إستراتيجية الوفاء،
- السماح بمتابعة العلاقات التجارية مع الزبائن.

2.1 خصائص تسويق الخدمات:

أ - التمييز:

يكون التمييز عن طريق الإبداع، كأن تدخل تجديداً على الخدمات المعروضة، وزيادة سرعة أداؤها أو اختيار علامة تجارية ملائمة.

ب - الجودة:

تعتبر إحدى الاستراتيجيات التنافسية المهمة في قطاع الخدمات ولهذا يجب:

أولاً - معرفة رغبات وتوقعات الزبائن من ناحية الجودة (ماذا يريد، متى و أين، وفي أي شكل) مثلاً زبون البنك لا يرغب في الانتظار أكثر من 5 دقائق أمام الشباك.

¹ Yves Le Golvan , Marketing Bancaire & Planification, Edition Banque, Paris, 1985, P 122.

ثانيا - الانتقال الجيد والفعال تجاه الزبون.

ثالثا - الحصول على الخدمة في أسرع وقت.

ج - إنتاج الخدمة:

مفهوم يظهر التداخل بين الزبون والمؤسسة فتحسين الإنتاجية يخضع إلى تقوية كفاءة الموظفين في كل المستويات الوظيفية وهذا بالاعتماد على نظام إنتاج الخدمات، وهو نظام للتنظيم والإنتاج، والتنسيق لجميع العناصر المادية والبشرية، نظرا للتداخل زبون - مؤسسه وضرورة تقديم خدمة تحوي على خصائص تجارية ومستويات جودة محددة مسبقا.¹

2. تسويق الخدمات الصحية :

بدأ الاهتمام بالتسويق في مجال الصحة العامة منذ بداية السبعينيات باعتبار أن المداخل التقليدية لرفع مستوى الصحة العامة لم تنجح في مواجهة التحديات المختلفة وتحقيق الأهداف المرجوة ، فانصب البحث عن مناهج ووسائل وطرق مستحدثة لتحقيق هدف العاملين في مجال الصحة العامة ألا وهو زيادة انتشار وفعالية برامج الصحة العامة وتوصيل الرسالة إلى القاعدة العريضة من الجمهور المستهدف . فبدأ الاتجاه نحو تطويع أساليب التسويق لاستخدامها في حملات الصحة العامة من أجل نشر الوعي الصحي وكان بذلك التسويق الاجتماعي البديل من اجل تحقيق ما عجزت عنه البرامج السابقة، غير أن تصرف الكثير من المتخصصين في الصحة العامة على أن الإعلان الاجتماعي مرادف للتسويق الاجتماعي ويؤدي نفس الغرض مما أدى إلى ظهور اتجاه قوي نحو حصر الحملات الاجتماعية في عنصر الإعلان وتحميل الإعلان مسؤولية تحقيق أهداف الحملة الاجتماعية أدى إلى ظهور الكثير من المشاكل، مما يعتبر تجاهلا لطبيعة العملية التسويقية، لأن التسويق الاجتماعي فكرة أشمل من الإعلان أو الاتصال الاجتماعي وعليه فقد استقبل مفهوم التسويق الاجتماعي بردود فعل متضاربة من جانب كل العاملين في مجال الصحة العامة ووسائل الإعلام وأدى إلى بروز الكثير من المشاكل في مجال الصحة العامة النابعة أساسا عن عدم تفهم طبيعة التسويق الاجتماعي في مجال الصحة العامة وما يتطلبه من إعداد وتخطيط مسبقين، فكانت الهوة بين المسؤولين عن الصحة العامة ووزارة الصحة والجمهور المستهدف² .

¹ Yves Le Golvan , "Marketing Bancaire & Planification", Edition Banque, Paris, 1985, P 122.

²Steven G.H & Eric.N.Berkowitz, Health care market strategy from planning to action, Jones and Bartlett, 3rd Edition, London, UK, 2004, P242.

غير أن التسويق الاجتماعي من خلال تطوير الأدوات والاستراتيجيات التسويقية قادر على أن يتخطى هذه العقبة ويعبر فجوة الاتصال القائمة بين المسؤولين والجمهور المستهدف من حملات الصحة العامة بحيث يقضي على أي لبس حول طبيعة حملة التسويق الاجتماعي وبالتالي يقدم لمسئولي الصحة الإمكانات والوسائل التي تساعد على عبور الفجوات القائمة بين المجتمع كجمهور مستهدف ومشروع الصحة العامة التي تقدمه وزارة الصحة، ومن أبرز تلك الفجوات ما يلي):¹

✓ الفجوات بين القيم الحضارية والثقافية والاجتماعية السائدة لدى المجتمع المستهدف من جانب والمتخصصين في مجال الصحة العامة من جانب آخر مما قد يؤدي إلى تصميم رسائل إعلامية لا تتلاءم مع طبيعة المجتمع المستهدف.

✓ الفجوات بين الأسس التعليمية التي تصمم الحملة على أساسها وبين الأفكار والمفاهيم السائدة لدى الجمهور.

✓ الفجوات بين المحتوى التعليمي لحملات الصحة العامة وبين الذي يحدث فعلا في المجتمع .

✓ الفجوات بين الرسائل المتنافرة الصادرة من الشخصيات المسؤولة كالسياسيين والأطباء ورجال الدين والمفكرين بحيث يواجه المجتمع المستهدف بسبيل جارف من الرسائل الإعلامية المتعارضة والمتناقضة في ذات الوقت وبالتالي تحدث ردود فعل متباينة لدى القطاعات المختلفة من المجتمع المستهدف.

✓ الفجوات بين النظام الحالي للرعاية الصحية وبين مشكلة عدم إقبال المعوزين والمحتاجين على الانتفاع بالخدمات المقدمة مجاناً.

✓ الفجوات بين التنافس القائم بين كل من الخدمات العلاجية سواء المستشفيات أو الشركات المنتجة للأدوية وبين الحاجة المتزايدة إلى الوقاية من الأمراض ومنع مسببات حدوثها .

والمواقع أنه كلما كانت ظروف الحملة الاجتماعية مشاهمة لحملة تسويق سلعة كلما زادت فعالية جهود التسويق الاجتماعي وزادت احتمالات نجاح الحملة الاجتماعية . وقد أوضحت تجارب بعض حملات التسويق الاجتماعي أن الفعالية النسبية للحملات تتوقف على خمس عوامل وهي :

القوة: قوة دافعية الفرد تجاه الهدف كمحصلة لموقفه من قبل الرسالة وبعد مؤثر الرسالة .

الاتجاه: معرفة ماذا يفعل الفرد أو كيف يتصرف أو إلى أين يذهب لإشباع دافعيته .

الميكانيكية: وجود هيئة مسؤولة تمكن الفرد من ترجمة دافعيته إلى تصرف.

¹ محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 1996 ، ص393 .

الكفاءة والقدرة: قدرة وكفاءة الهيئة في أداء تلك المهمة .

المسافة: تقدير الجمهور للجهد والتكلفة المطلوبين لإشباع الدافع بالمقارنة بالعائد المتوقع .

إن المفهوم الخاص بالتسويق على المستوى الجزئي) أي على مستوى المنظمات (والتسويق على المستوى الكلي) أي على المستوى القومي (إنما يبرز أن التسويق يمكن أن يتم على مستوى كلي حينما تقوم وزارة الصحة بالتسويق) التسويق الاجتماعي (لأفراد المجتمع للمحافظة على الصحة العامة للمجتمع ككل كما وتغيير سلوكه الصحي نحو الأحسن من خلال التخلص من العادات والتقاليد والمعتقدات السلبية و تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع، كما تم التطرق إليه آنفا في هذا العنصر .أما على المستوى الجزئي فيمكن أن يتم على مستوى المستشفى أو المركز الصحي تبعا لعدة اعتبارات أهمها :يعتبر المستشفى نظاما مركبا من عدة أنظمة فرعية لكل منها طبيعة م مميزة وهذا في حد ذاته يمثل تحديا لإدارة المستشفى، بالإضافة إلى التقدم السريع في التكنولوجيا الطبية فضلا عن الضغوط السياسية والاقتصادية والطلبات المتزايدة للمنتفعين أدت إلى ازدياد وتعقد أعمال المستشفى وصعوبة المشاكل مما أدى إلى تولد سوق تنافسية في الرعاية الصحية، حيث أصبح رضا المريض هدفا لإدارة المستشفى وذلك لزيادة الحصة السوقية وهذا لن يتأتى إلا من خلال التحسين المستمر لجودة الرعاية الطبية، ومن هذا كله وغيره يتبين مدى حاجة المستشفيات على اختلاف طبيعتها إلى التسويق، خاصة وأن البيئة الخارجية تتسم بتغيرات متشابكة ومعقدة وعوامل متعددة كالزيادات السكانية وتغير القرارات والتشريعات الحكومية والمنافسة والتكنولوجيا الطبية وغيرها¹.

¹ محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق ، مرجع سابق ،ص394.

3. المزيج التسويقي للخدمات الصحية :

لقد تعرض المزيج التسويقي إلى انتقادات شديدة من قبل الباحثين والممارسين في مجال تسويق الخدمات ، حيث يجمع هؤلاء على أن هذا المزيج الرباعي الموروث عن أيام ما بعد الثورة الصناعية ، لا يصلح لقطاعات الخدمات ، لهذا السبب جاء هؤلاء الباحثون بمزيج تسويقي مؤلف من سبعة عناصر ، هي عبارة عن عناصر المزيج التسويقي الرباعي المتمثل في :¹

✓ منتج الخدمة (product (service)،

✓ السعر (Price) ،

✓ المكان (place) ،

✓ الترويج (promotion)

يتطلب تسويق الخدمات إضافة عناصر جديدة ، بسبب الخصائص التي تميز الخدمات مقارنة مع المنتجات السلعية ، ففي سنة 1981 ، وضع كل من Booms و Mary Jo و Binter أن المؤسسات الخدمية بحاجة إلى تطبيق ثلاثة عناصر جديدة إلى جانب عناصر المزيج التسويقي التقليدية وتمثل في :²

✓ الأفراد (people) .،

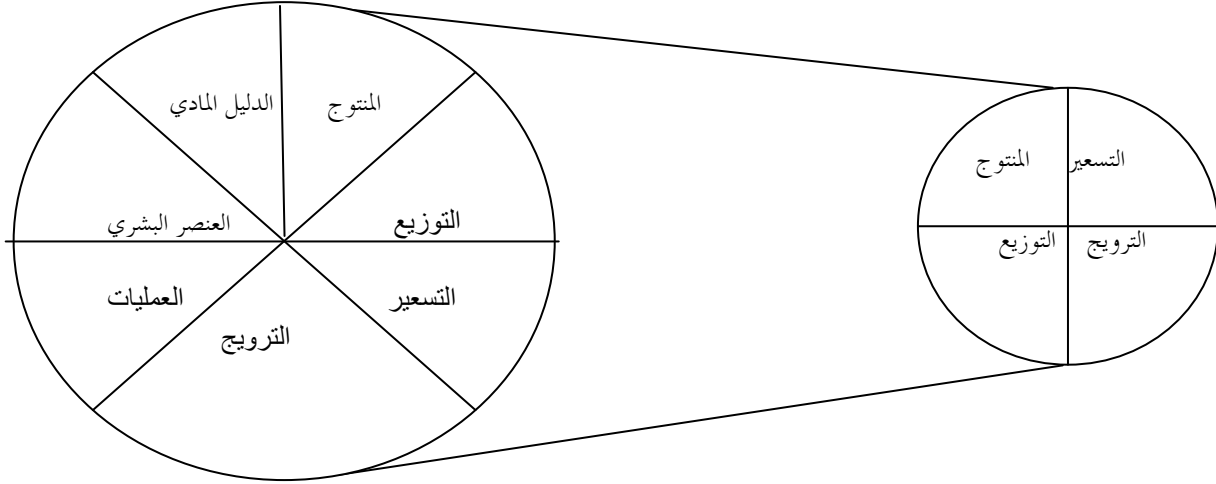
✓ البيئة المادية أو الدليل المادي (physical environment) ،

✓ عملية تقديم الخدمة process .

¹ حميد الطائي ، ا.د محمود الصميدعي ، د.بشير العلاق ، م.إيهاب علي القرم . الأسس العلمية للتسويق الحديث، مرجع سابق ، ص200

³James H .Donnelly and William R , George , "in marketing of services", eds , Chicago : American marketing Association, 1981,p47.

الشكل رقم (1. 5) : المزيج التسويقي المتعدد الخدمات



المصدر : ردينة عثمان يوسف ، التسويق الصحي والاجتماعي ، دار المناهج للنشر والتوزيع عمان الأردن .2008،ص170.

1.3 المنتج (الخدمة): يمثل المنتج الصحي العنصر الأول من عناصر المزيج التسويقي الصحي والتي تمثل أنواع الخدمات الصحية المقدمة من المنظمات الصحية. إن المنتجات الصحية حالها حال المنتجات الأخرى (مادية أو خدمية) تحتاج إلى التخطيط الصحيح لها والذي يعتبر أمراً أساسياً وضرورياً بهدف تقديمها بالشكل المناسب والوقت الملائم والنوعية المطلوبة. وعليه فإن من الضروري الاهتمام بتطويرها في كافة المجالات ولا سيما أن فرض الإبداع أكثر وضوحاً في الخدمات بشكل عام والخدمات الصحية بشكل خاص لما له من انعكاس مهم على بناء مجتمع صحي وثقافي.¹

ويمثل أيضاً تلك السلع والخدمات التي تقدمها المستشفى لسوقها. وعليه فهناك عدة تعريفات للمنتج الصحي نذكر منها " الخدمة هي أوجه النشاط غير الملموس التي تقدم للمنتج والتي تهدف أساساً إلى إشباع حاجاته ورغباته"².

" المنتج الصحي ما هو إلا مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة والتي تحقق إشباع وإرضاء معيناً للمستهفيد"³.

¹ ردينة عثمان يوسف ، التسويق الصحي والاجتماعي ، دار المناهج للنشر والتوزيع ، عمان الأردن ، 2006، ص91.

² زكي خليل المساعد : تسويق الخدمات وتطبيقاته ، مرجع سابق، ص 338 .

³ فوزي مذكور : تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سابق، ص 198

ومن أمثلة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات والعيادات والتأمين الصحي نذكر ما يلي¹:

- ❖ الخدمات الوقائية
- ❖ خدمات الفحص والتشخيص
- ❖ خدمات الجراحة
- ❖ خدمات العلاج
- ❖ خدمات التضميد
- ❖ خدمات الفندقية ودور النقاها والاستحمام
- ❖ الخدمات الإدارية

دورة حياة المنتجات الصحية :

تمر المنتجات على اختلاف أنواعها بمراحل عديدة، وهذا ما يطلق عليه بدورة حياة المنتج. وان المنتجات الصحية تمر بنفس هذه المراحل وتمثل دورة حياة المنتج الإطار الزمني الذي تتحدد من بداية مرحلة تصميم المنتج وتقديمه إلى السوق إلى حين استبعاده. وتعتبر عملية تحديد المراحل التي تمر بها المنتجات ومن ضمنها المنتجات الصحية، مؤشرا مهما وقاعدة أساسية يستند عليها العاملون في مجال إنتاج وتسويق المنتجات الصحية في تحديد²:

- ♦ الإستراتيجية الإنتاجية.
- ♦ الإستراتيجية التوزيعية.
- ♦ الإستراتيجية الترويجية.
- ♦ الإستراتيجية السعرية.
- ♦ كمية المخزون .

¹ فوزي مذكور ، "تسويق الخدمات الصحية "، مرجع سابق، ص 199.

² ردينة عثمان يوسف . "التسويق الصحي والاجتماعي" ، مرجع سابق ، ص 103.

♦ الحصة السوقية.

♦ مدى إقبال المستفيدين على هذه الخدمة.

♦ كمية المبيعات.

♦ ضغوط المنافسة.

وبشكل عام فإن هنالك اتفاقاً بان دورة حياة المنتج تمر بالمراحل التالية:¹

1. **مرحلة تطوير المنتج** (product development stage) : إن هذه المرحلة تتضمن جمع المعلومات وتكوين الأفكار وتقييمها وغربلتها وتحديد الحاجة لهذا المنتج وخصائصه واختيار البديل المناسب من بين البدائل الممكنة أو الاعتماد على إستراتيجية التطوير والتعديل والابتكار .

2. **مرحلة التقديم** (introduction stage) : تعتبر هذه المرحلة اكتشافاً للسوق وتبرز فيها مدى قدرة المنتج الصحي على الاستمرار وتحديد المعوقات والتحسينات المناسبة على المنتج استناداً لردود أفعال المستفيدين من الخدمة الصحية.

3. **مرحلة النمو** (growth stage) : لنجاح الاستراتيجيات الإنتاجية والترويجية و التوزيعية و السعرية دور مهم في زيادة كمية المبيعات من المنتجات الصحية وان زيادة المبيعات تعتبر مؤشراً مهماً على انتقال المنتج من مرحلة التقديم إلى مرحلة النمو فقد استطاع المنتج أن يلي حاجات المستفيدين منه .

4. **مرحلة النضوج** (maturity stage) : تسعى المنظمات الصحية إلى تبني إستراتيجية المحافظة على الوضع القائم لأنها ستدرك بان فشلها في المحافظة على الاستمرار في هذه المرحلة سوف يقود المنتج الصحي إلى مرحلة التدهور .

5. **مرحلة الانحدار** (التدهور) (decline stage) : تتصف هذه المرحلة بتراجع كمية المبيعات وذلك لتراجع كمية الطلب على المنتجات الصحية على الرغم من الجهود التسويقية المبذولة ويكون هذا التراجع نتيجة :

✓ لعدم إمكانية المنتج الصحي من تلبية حاجات المستهلكين وتحقيق الشفاء.

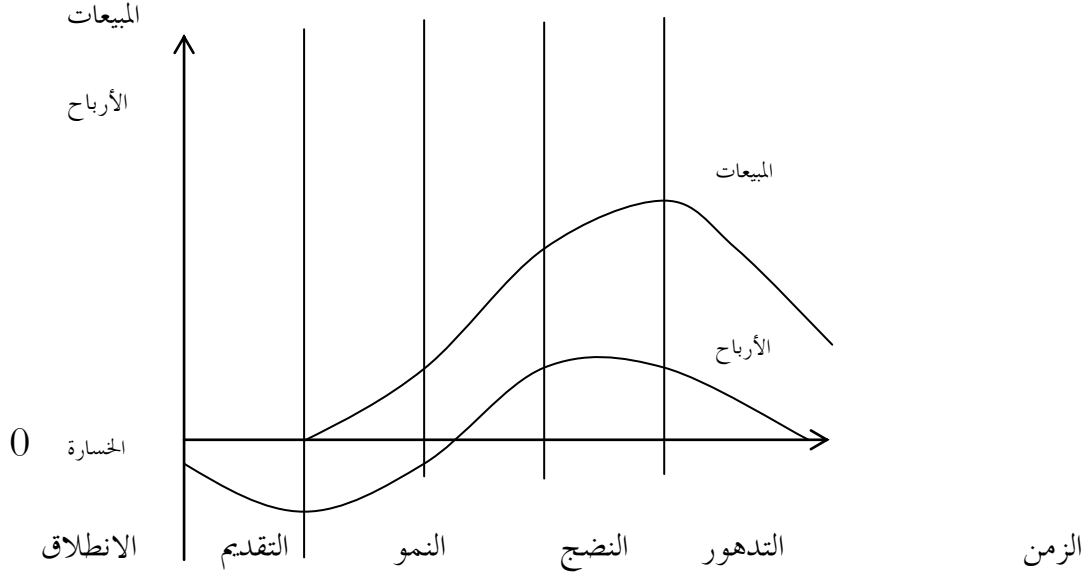
✓ لان هذا المنتج أصبح مختلفاً عن الواقع نتيجة لحصول تطور تكنولوجي ومعرفي في البيئة المحيطة

أدت إلى تطور حاجات المستهلكين والمستفيدين وتطور الأمراض ومقاومتها للأدوية السابقة.

¹ ردينة عثمان يوسف . "التسويق الصحي والاجتماعي "، مرجع سابق ،ص104.

- ✓ وجود منافسة قوية.
- ✓ ظهور منتجات جديدة.
- ✓ عدم إمكانية المنظمة من الاستمرار في إيصال رسالتها إلى الجمهور المستهدف بها.

الشكل رقم (6.1): " دورة حياة الخدمة "



المصدر : محمود جاسم الصميدعي ، " مداخل التسويق المتقدم " ، دار زهران للنشر والتوزيع ، عمان الأردن ، 2000 ، ص 229

2.3 السعر: ويتعلق بتحديد أسعار الخدمات الصحية ، وما يرتبط بها من خصومات وطرق الدفع والبيع بالائتمان¹، إضافة إلى أنها مقدار ما يدفعه المريض من نقد و يمثل مدى تقويمه (مقياس للقيمة) للمنافع التي يحصل عليها من تلك الخدمة. وينظر إليه من قبل المنظمات الصحية وفقاً لصيغ الكلفة وأسعار الخدمات المنافسة و الأهداف التي يسعى المستشفى إلى تحقيقها، فضلاً عن أساليب دفع الأجر والأمانات وتكييف هذه الأساليب وجعلها ملائمة لخدمات معينة مثل الطوارئ. والفرق في التسعير بين المنظمات الهادفة وغير الهادفة للربح كالمستشفيات هو أن الأولى تسعر لتعظيم الأرباح، بينما الثانية تسعر بمستوى معين معتمدة أساساً على حاجات الزبائن وقابليتهم للدفع.

¹ احمد محمد غنيم. "إدارة المستشفيات رؤية معاصرة" ، المكتبة العصرية لنشر والتوزيع ، مصر ، الطبعة الأولى 2006 ، ص 274.

وهناك ثلاث طرق أساسية للتسعير يمكن توضيحها فيما يلي :

- ❖ **التسعير على أساس نسبة الإضافة المعتادة:** يتم ذلك بإضافة نسبة إلى ثمن تكلفة الخدمة الصحية تكون هذه النسبة كافية لتغطية كل النفقات الإدارية التي تحقق قدرا من الأرباح.
- ❖ **التسعير على أساس قدرات المرضى:** ويتم ذلك من خلال دراسة ظروف السوق دراسة تفصيلية وتحديد السعر الذي يراه المرضى ملائما لشراء المنتج المعين.
- ❖ **التسعير على أساس المنافسة:** وطبقا لذلك فإنه يتم تحديد السعر بناء على أسعار الخدمات الصحية المنافسة في الأسواق التي تتميز بجزرية المنافسة، وذلك متى كانت العوامل الخاصة بكل من الجودة والحجم واحدة، حيث لا ينبغي أن يتم بيع الخدمة بسعر أكبر من أسعار المنافسين وإلا سوف يرفضها المرضى.

3.3 المكان (التوزيع): إن طريقة توفير الخدمات للزبائن خاصية مهمة في تقديم الخدمة، وبدون إستراتيجية لجعل الخدمة سهلة المنال للزبائن تصبح الخدمة بلا قيمة . وفيما يلي بعض التعاريف لعملية التوزيع:
عرف porter (1996) ،التوزيع بأنه : " يتضمن القرارات والنشاطات المتعلقة بتحويل المنتجات من المنتج إلى المستهلك "¹.

عرف Mc carthy (1989) ،التوزيع على انه : "تدفق السلع والخدمات من مراكز إنتاجها إلى مواقع استهلاكها من خلال ما يعرف بقنوات التوزيع أو مناطق التوزيع .

أما في مجال الخدمات الصحية فهو يقوم بوصف الموقع الجغرافي والطريقة التي تقدم فيها خدمات المستشفى .ويتضمن منافذ مثل المنتجين أو الشركات تصنيع الأدوية إلى تجار الجملة،المستودعات، إلى تجار التجزئة

¹ حميد الطائي ، محمود الصميدعي ، د.بشير العلاق ، م.إيهاب علي القرم . " الأسس العلمية للتسويق الحديث" ، مرجع سابق ،ص251.

،الصيدليات الخاصة والحكومية بالمستشفيات ،وصولاً إلى المستهلك وتجدر الإشارة هنا إلى عنصر التوزيع وبسبب منافذه التسويقية تزيد من الأسعار الخاصة بالأدوية التي يحتاجها المرضى.¹

أهمية التوزيع :

إن إدراك المنظمات لأهمية التوزيع يعتبر مفتاح نجاحها لان التوزيع يساعد على :²

- ◆ تحقيق الاتصال المستمر بين المنتج والمستهلك للسلع الصحية وبين المنتج والمستفيد من الخدمة ويمثل العنصر البشري أساس عملية التوزيع والاتصال المباشر مع المستفيد.
- ◆ إن التوزيع الفعال الذي يضمن استمرار وجود السلعة أو الخدمة المعروضة في السوق سوف يولد الثقة والاستقرار النفسي لدى المستهلكين .
- ◆ اكتساب شهرة للمنظمة.
- ◆ تحقيق الإشباع والرضا للمستفيد.
- ◆ تحسين المكانة الذهنية للمنظمة الصحية.
- ◆ المحافظة على الحصة السوقية للمنظمة والصمود بوجه المنافسة والعمل على زيادتها.
- ◆ حصول المنظمة على المعلومات التي تتعلق بردود أفعال المستهلكين والمستفيدين من السلع والخدمات الصحية بهدف القيام بالمعالجات والتغيرات المناسبة التي تلي حاجتهم.
- ◆ تقليل التكاليف التسويقية.

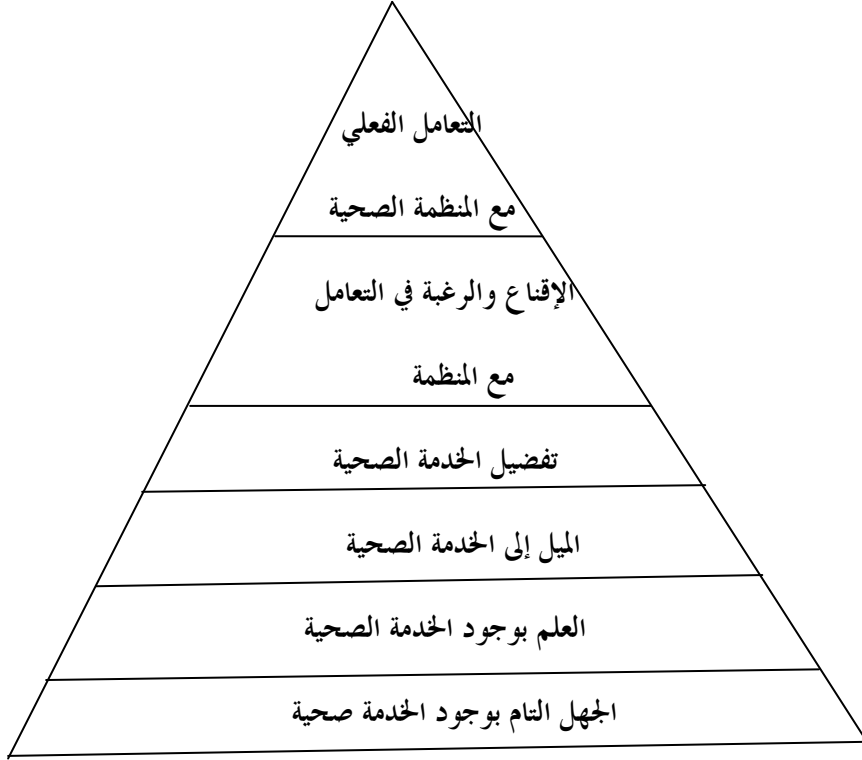
4.3 الترويج: يمثل مجموعة جهود الاتصال التي تقوم بها المنظمة الصحية لتزويد الزبائن بالمعلومات عن مزايا وخصائص المنتج الصحي وإثارة اهتمامهم وإقناعهم على اتخاذ قرار الشراء. كما أن للترويج الفعال دوراً أساسياً ومهماً في حث الأفراد على التعامل مع المنظمات الصحية عبر مراحل مختلفة والتي يطلق عليها الهرم الترويجي أو مراحل التعامل كما في الشكل التالي :³

¹ محمود جاسم الصميدعي ،"مداخل التسويق المتقدم"، مرجع سابق ، ص244.

² ردينة عثمان يوسف . "التسويق الصحي والاجتماعي". مرجع سابق . ص114.

³ ردينة عثمان يوسف . "التسويق الصحي والاجتماعي". مرجع سابق . ص132.

الشكل رقم (7.1) يوضح : الهرم الترويجي للخدمات الصحية.



المصدر : ردينة عثمان يوسف .التسويق الصحي والاجتماعي.مرجع سابق .ص 134

يتوضح الهرم الترويجي للخدمات الصحية من خلال شرح مختصر للمراحل التالية :¹

- ♦ **الجهل التام بوجود الخدمة الصحية:** وتمثل هذه المرحلة قاعدة الهرم وتمثل نقطة الانطلاق لمراحل أخرى حيث أن الأفراد ليس لديهم معلومات عن الخدمة ويجهلون وجودها في السوق لذا لا يقومون بطلبها أو شرائها .
- ♦ **العلم بوجود الخدمة الصحية :** تقوم المنظمات الصحية باستخدام الإعلانات الاستخبارية والتعليمية والإرشادية بهدف تزويد الأفراد بالمعلومات الكافية عن الخدمة كذلك تقوم المنظمة بالاتصال المباشر مع الأفراد لممارسة الأنشطة الترويجية عليهم بهدف إعلامهم بوجود الخدمة وكذلك بالنسبة للمنتجات الدوائية والمستلزمات الصحية .

¹ ردينة عثمان يوسف . "التسويق الصحي والاجتماعي".مرجع سابق .ص 134

- ♦ **الميل إلى الخدمة الصحية :** إلى المنظمات الصحية تعمل على خلق الميول لدى الأفراد تجاه الخدمات الصحية وان هذا يتطلب التأثير على ما يعتقده الفرد.
- ♦ **تفضيل الخدمة الصحية :** إن التأثير على الأفراد من خلال الأنشطة التسويقية وتكوين مواقف ملائمة تجاه هذه الخدمة وإشعار الأفراد بتميز هذه الخدمة عن الخدمات الصحية الأخرى وبأنها تحقق الإشباع وتمثل طموحه وما يتوقعه بالشكل الذي يجعله يفضل هذه الخدمة الصحية من بين الخدمات المنافسة لها.
- ♦ **الإقناع في التعامل مع المنظمة الصحية :** إن اقتناع الأفراد بتميز الخدمة الصحية التي تقدمها المنظمة الصحية وتفضيل خدماتها على خدمات منظمات أخرى والسعي إلى إقناعها سوف يدفع الأفراد إلى التعامل مع المنظمة الصحية بهدف الحصول على خدماتها.
- ♦ **التعامل الفعلي مع المنظمة الصحية :** في حالة تمكن المنظمة من إقناع الأفراد من خلال الأنشطة بأهمية الخدمة وقدراتها على إشباع حاجاته وتكوين موقف ايجابي تجاه هذه الخدمة فان ذلك يتجسد على شكل سلوك فعلي ملاحظ للتعامل الفعلي من المنظمة وطلب الخدمات التي تقدمها.

5.3 العمليات: العمليات هي العنصر الرئيسي لأي خدمة تحدث وتسلم للزبون من خلال المزيج التسويقي لخدمات الزبون والذين سيدركون بأنفسهم إلى حد ما أن تسليم الخدمة هو جزء من الخدمة نفسها .وعليه، فان قرار إدارة العمليات هو القرار الأكثر أهمية لتحقيق نجاح تسويق الخدمة . وتمثل العمليات بكافة الأنشطة والفعاليات التي تؤدي قبل وأثناء تقديم الخدمة الصحية وإدارة التفاعل بين مقدمها ومستقبلها.¹

وتبدأ إدارة العملية منذ لحظة دخول المريض إلى المستشفى وفي قاعة الاستقبال إذ سيولد لديه القبول المبكر للخدمة المقدمة من عدمه وذلك من خلال:

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

¹ تيسير العجارمة، "التسويق المصرفي"، دار ومكتبة الحامد، عمان الأردن، 2004، ص315.

ولا شك بأن هذه الإجراءات وغيرها لا تتم بدون أن يكون هناك تدريب وتطوير الكفاءات للعاملين على الاستقبال والتقديم للخدمة، وعليه يمكن القول بأن الفاعلية في إنتاج الخدمة الصحية بشكلها السليم دليل على التمايز في تقديم المستشفى للخدمة الصحية قياسا بغيرها من المستشفيات الأخرى. حيث أن جميع أنشطة الأعمال هي في الواقع عمليات، وتتضمن العمليات الإجراءات ووضع البرامج وميكانيزمات الأنشطة والروتين لأي أنشطة أو منتجات تسلم للزبون، وكذلك تتضمن سياسة القرارات بخصوص توثيق ارتباط الزبون بالخدمة وحرية التصرف للعاملين.¹

6.3 الأفراد (مقدمي الخدمة في المستشفى): ويقصد بهذا العنصر من المزيج التسويقي للخدمة بأنهم

مجموعة من الأشخاص المشاركون في تقديم الخدمة الصحية للمستفيد منها، ولهم القوة التأثيرية على قبولهم لتلك الخدمة، ذلك باعتبار أن الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية والمراكز الصحية تعتمد على الموارد البشرية أساسا. فالعلاقة بين هؤلاء والمرضى هي علاقة اعتمادية تبنى على أساس الثقة التي يمنحها المرضى لهم في قبول الخدمة المقدمة، الرضا المتحقق من قبول الخدمة ون

تائجها، بالإضافة إلى الاستمرار المستقبلي للعلاقة القائمة بين الطرفين ولهذا كان من الملزم الاهتمام بهم وذلك من خلال اختيار الأفراد الذين يشغلون هذا المنصب وتدريبهم وتحفيزهم ومراقبتهم وتقييمهم، وكذا بذل كل الجهود اللازمة لإرضائهم والحصول على ولائهم.²

7.3 الإظهار المادي: تسعى المستشفيات التي تقدم الخدمات الصحية للمرضى إلى تقديم برهان ودليل مادي

يؤكد ارتفاع مستوى جودة هذه الخدمات وذلك على أساس أنها غالبا ما تكون في طبيعتها غير ملموسة. وكمثال لذلك ما تقدمه بعض المستشفيات من مظاهر جذابة في مبانيها وتسهيلات مما يخلق الثقة لدى المرضى في ارتفاع مستوى كفاءة ما تقدمه هذه المستشفيات من الخدمات الصحية.

تتمثل أهمية الإظهار المادي فيما يلي:³

- ♦ يفيد في إضافة القيمة للخدمة الزبون.
- ♦ يسهل عملية الخدمة، بتقديم المعلومات للزبون، من خلال الرموز، اللافتات.

¹ ناصر ياسر البكري. "تسويق الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص132.

² فؤاد رشيد حمارة، "تسويق الخدمات السياحية"، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2001، ص13.

³ فريد كورتل، "تسويق الخدمات"، دار كنوز المعرفة للنشر، الطبعة الأولى 2009 عمان الأردن، ص351.

- ♦ بناء التصور الذهني المطلوب لدى الزبون بتأثير في إدراكه لتكوين تقييم يقلل من مستوى مخاطرة قرار الشراء لدى الزبائن المحتملين غير القادرين الحكم عليها قبل استهلاكها ومستويات منفعة متفاوتة بعد الشراء لأنه عنصر مهم في تصميم الخدمة والعناصر الترويجية
- ♦ يحقق التعاون بين مقدمي الخدمة فيما بينهم من جهة وبينهم وبين المريض من جهة أخرى عن طريق المعلومات والتقنيات الطبية المستخدمة.

4. أهمية التسويق في المنظمات الصحية:

يمثل التسويق أهمية كبيرة لأي مستشفى يريد أن يبقى ويزدهر، فالمستشفيات اليوم بحاجة إلى مداخل فاعلة في إدارتها، و التسويق هو أحد هذه الأدوات التي تجعل المستشفيات تحقق أهدافها بصورة أكثر كفاءة وفاعلية وبأقل كلفة ممكنة و مشكلات محتملة، فالتطبيق السليم لمبادئ التسويق يمكن أن يساهم مساهمة كبيرة في استخدام موارد المستشفى الاستخدام الأمثل، فضلا عن أن التسويق يجهز إدارة المستشفى بأسلوب علمي من شأنه أن يجعل الخدمات الصحية المقدمة أكثر جاذبيه كما أن التسويق يعرف المستشفى على أسواقها والتغيرات التي تطرأ فيها، فتستطيع بذلك تقدير حجم الطلب على خدماتها وجعلها في موقف أفضل في اكتشاف الفرص التسويقية الممكن استغلالها، ويحسن إمكاناتها في إشباع حاجات ورغبات زبائنها، ويعزز قدرتها في الاستجابة لمتطلبات واهتمامات المجتمع وبالتالي تحقيق أهدافها العامة في البقاء والاستمرار والتطور والنمو والمسؤولية الاجتماعية.¹

وتبرز أهمية التسويق في المستشفيات من خلال المزايا والفوائد المتحققة في استخدامه ويمكن حصرها بالآتي:

أولاً: تحسين الرضا في السوق المستهدف.

يعمل عدد كبير من المستشفيات في بيئة تنافسية معقدة، هذا فضلا عن افتقارها للمهارات التسويقية اللازمة لتطوير وتحسين الرضا عن الخدمات المقدمة إلى أسواقها ومرضاها.

وهذا ما ينتج عنه نسبة قليلة في عملية تكرار البيع والاستخدام للخدمات الصحية من قبل المرضى، كما أن بعض من المستشفيات تعمل في بيئة يكون فيها الطلب على الخدمة الصحية أكثر من العرض (القدرة على

¹ فريد كورتل ، "تسويق الخدمات"، مرجع سابق، ص352.

التجهيز للخدمة)، وان مثل هذه المستشفيات تفقد الدافعية لإرضاء أسواقها وربما تقوم بتقديم خدمات غير مرضية، قد يتقبلها المرضى إذا ما اعتقدوا بعدم وجود البديل.

في حين أن التسويق وفي كل الأحوال يشدد على أهمية قياس رضا الزبون، وتلبية حاجات ورغبات المرضى، ويتجه نحو تقديم تحسين مستمر في خدمة الزبائن ورضاهم.¹

ثانياً: تحسين كفاءة الأنشطة التسويقية.

يركز التسويق كثيراً في نمط الإدارة العقلانية (Rational Management)، والتنسيق من اجل تطوير المنتج والتسعير والاتصالات والتوزيع، إذ أن كثيراً من المستشفيات غير المتجهة بالتسويق تضع قراراتها بمعرفة غير كافية مما ينتج عنه أما زيادة في التكاليف أو أثر ضعيف لخدمة ذات كلفة معينة، وبسبب أن مخرجات المستشفيات تتأثر بكل الأنشطة المباشرة وغير المباشرة المرتبطة بالخدمة الصحية، فان التسويق يجهز الإدارة بمدخل علمي يجعلها تنفذ الحد الأعلى من الكفاءة والفاعلية في الأنشطة التسويقية فضلاً عن التنسيق المستمر فيما بينها.

ثالثاً: تحسين جذب واستغلال الموارد التسويقية.

المنظمات الصحية ومن خلال استخدامها للتسويق كمفهوم وعملية إدارية، فأنها ستجاهد في محاولة إرضاء زبائنها والأسواق الصحية التي تتعامل معها، لغرض جذب الموارد المختلفة (كالأطباء، المرضى، المستخدمين، المعلومات، الأموال، دعم المجتمع.. الخ).

رابعاً: جعل المنظمة الصحية أكثر تحسناً لحاجات المجتمع الصحية، من خلال ارتباطها بالجمهور، إذ أن عملية استقصاء آراء المرضى وقياس درجة رضاهم هي من صلب عمل وظيفة التسويق، فهي العنصر الرئيسي لعملية تسيير التغذية العكسية Feed back بين المرضى والمنظمات الصحية وهذا ما يمكن المستشفى من أن يكون أكثر تحسناً إلى حالة المنافسة في السوق، مما يساعده على تطوير خدماته بما يواكب التغييرات والتطورات الحاصلة في البيئة.

خامساً: تحسين صورة المستشفى وجعلها في وضع متميز ولائق في السوق الصحي، فبإدخال مفهوم التسويق في عمل المستشفيات فان ذلك يجعلها تتجه كلياً بأفكارها نحو جميع الأفراد. مما يجعلها بوضع لائق ومتميز في

¹ فريد كورتل ، "تسويق الخدمات"، مرجع سابق، ص354.

السوق، فضلا عن سعيها للبحث عن تلك الميزات التنافسية التي تتمكن من خلالها تقديم أفضل الخدمات للمحتاجين إليها.

سادسا: تمكن المستشفيات من أن تكون مرضية أكثر للمرضى والأطباء والمرضى والمستخدمين عموما، ومن ثم زيادة ولائهم للمستشفى.

سابعا: إيجاد نظام تسويقي يمكن المستشفيات من أن تضع السياسة السعرية المناسبة للخدمات الطبية والصحية التي تقدمها.

ثامنا: تمكن إدارة المستشفى من خلق أنظمة أكثر فاعلية في توزيع وتقديم الخدمات، وإيصالها إلى المستفيدين منها.¹

¹ فريد كورتل ، "تسويق الخدمات"، مرجع سابق، ص354.

خلاصة الفصل:

من خلال دراستنا للخدمات والخصائص التسويقية المميزة لها عن السلع المادية والأنواع والتقسيمات لتلك الخدمات ، نجد من بين تلك التقسيمات ، الخدمات الصحية والتي تعتبر من الخدمات الضرورية التي تعني بصحة الفرد والمجتمع ، فالارتباط القوي بين المؤشرات الصحية والمؤشرات التنموية تقرر بان المستوى الصحي يساير المستوى التنموي للدول ، وتكمن أهميتها كأحد القطاعات الاجتماعية المهمة التي تسعى الدولة إلى تطويرها. هذا ما أوجب الاهتمام بهذه الخدمات بكيفية تحسینها لتلبية احتياجات مستهلكيها، وبما أن العنصر المستهدف هو المريض، كان من اللازم استخدام التسويق كوسيلة لإرضائه.

الفصل الثاني

جودة الخدمات الصحية ورضا

المريض

تمهيد :

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

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

المبحث الأول : جودة الخدمة

1. جودة الخدمة

1.1 مفهوم جودة الخدمة :

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

- ❖ التوافق مع الرغبة¹
- ❖ "تلك الجودة التي تشتمل على البعد الإجرائي والبعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية ، حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمة أما الجانب الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون بمواقفهم وسلوكياتهم وممارساتهم اللفظية(مع العملاء)² ."
- ❖ "هي جودة الخدمات المقدمة سواء كانت المتوقعة أو المدركة أي التي يتوقعها العملاء أو يدركونها في الواقع الفعلي، وهي المحدد الرئيسي لرضا العميل أو عدم رضاه حيث يعتبر في الوقت نفسه من الأولويات الرئيسية التي تريد تعزيز مستوى الجودة في خدماتها"³.
- ❖ "تعرف الجودة على أنها ذلك الفرق الذي يفصل العميل عن الخدمة، والجودة التي يحس بها بعد استعماله للخدمة، أو بعد تقديمها له"⁴.
- ❖ "جودة الخدمة تعتبر مقياس للدرجة التي يرقى إليها مستوى الخدمة، لتقابل توقعات العملاء . إذن هي مدى تطابق توقعات الزبائن مع الخدمة المقدمة فعلا من قبل مقدم الخدمة."⁵

¹ بريش عبد القادر. "جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك"، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا. العدد3.الجزائر.ص253.

² 18 ص1 ، 2006 عمان. الأولى الطبعة ، والتوزيع للنشر صفاء ، دار الشاملة وخدمة العملاء " الجودة ، "إدارة الداركة سليمان مأمون²

³ 143. ص 2001. عمان ، الأولى الطبعة ، والتوزيع للنشر صفاء دار " ، الشاملة الجودة إدارة ، " وآخرون الداركة مأمون³

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

⁵ قاسم نايف علوان ، "إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو" ، دار الثقافة ، ليبيا ، 2005،ص125.

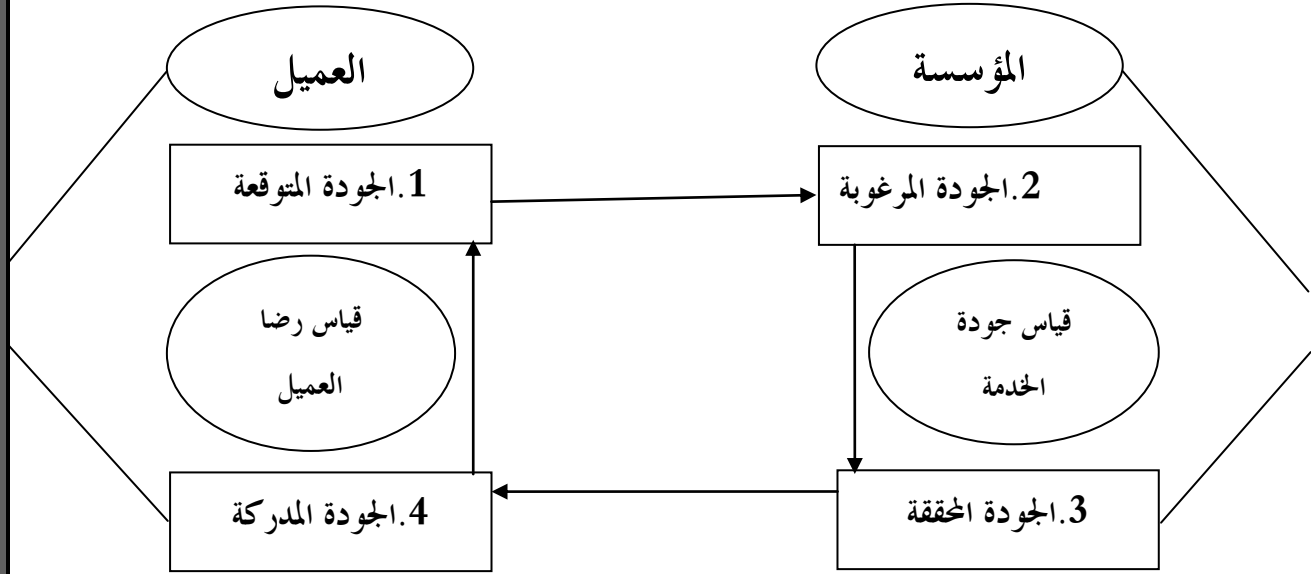
كما يمكن القول أن أعم وأشمل مفهوم للجودة نجده في:

1. الآية الكريمة: "صنع الله الذي أتقن كل شيء" ¹. الآية 88، سورة النمل.
 2. قوله صلى الله عليه وسلم: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه" . رواه مسلم والبخاري.
- حقا إن الإتقان هو أكبر مفهوم للجودة وأدق تعريف لها، فالإتقان هو أداء العمل على أتم وجه وإنجازته على أفضل صورة والحفاظ على المواد الخام، والحرص على إنجاز العمل وإتمامه في أقل وقت وبأعلى قيمة وقبل كل ذلك دقة ومهارات الصانع.

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن جودة الخدمة تتعلق بذلك التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة حيث يرى العميل جودة الخدمة من خلال مقارنته بين ما يتوقعه والأداء الفعلي للخدمة.²

2.1 دورة حياة جودة الخدمة :

الشكل رقم (2 . 1) : مربع الجودة



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

انطلاقا من الشكل السابق يمكننا تحديد أربعة مراحل لدورة حياة جودة الخدمة، وهي:³

¹ :ارجع إلى : أنور الباز، "عمدة التفسير عن الحافظ بن كثير"، دار الوفاء، الطبعة الثانية، الجزء الثاني، 2005، ص875.

² هاني حامد الضمور، "تسويق الخدمات"، مرجع سابق، ص 437 .

³:Laurent Harmel,"Qualité et engagements de service",Afnor,2003,p12

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

المرحلة الثانية : تقوم المؤسسة بدراسات لمنافسيها ،ولمواردها المتاحة حتى تتمكن من تحديد الجودة المرغوبة .

المرحلة الثالثة : بعد تحديد الجودة المرغوبة تهتم المؤسسة بتحديد المعايير التي تتبعها و التي تساعد على تحقيق جودة الخدمة.

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

2. خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمة:

لتحقيق الجودة في تقديم الخدمات يجب إتباع الخطوات التالية¹:

1.2 جذب الانتباه وإثارة الاهتمام بالعملاء:

إن جذب انتباه العملاء وإظهار الاهتمام بهم من خلال المواقف الإيجابية التي يبديها مقدم الخدمة ، فالاستعداد النفسي والذهني لملاقاة العملاء وحسن المظهر، والابتسامة والسلوك الإيجابي الفعال والثقة بالنفس... الخ تعتبر كلها بمثابة سبب يؤدي إلى إيقاظ الرغبة لدى العملاء من أجل الحصول على الخدمة التي يريدونها إلى جانب ذلك فإنها تعزز الولاء الدائم للعملاء من أجل الحصول على الخدمة وتكرار الحصول عليها باستمرار، ويمكن تحقيق ذلك من خلال المواقف الإيجابية التالية:

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

¹حضير كاظم محمود ، " إدارة الجودة " ، إدارة المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان .الطبعة الأولى ، 2002 ،ص217

2.2 خلق الرغبة لدى العملاء وتحديد حاجاتهم:

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

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

3.2 إقناع العميل ومعالجة الاعتراضات لديه:

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

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

¹ حضر كاظم محمود ، " إدارة الجودة " ، مرجع سابق ، 217.

▪ الإقلال من الاعتماد على النفي المباشر مع الاعتماد عليه في الحالات التي لا يكون منها مفر من اللجوء إليه.

▪ طريقة التعويض : وتقوم على تعويض اعتراض العميل على الخدمة من ناحية السعر مثلا بإظهار جودتها

▪ طريقة العكس وتقوم هذه الطريقة على قلب الإعراض إلى ميزة.

▪ طريقة الاستجواب ، وتقوم هذه الطريقة على أن يلجأ مقدم الخدمة إلى توجيه بعض الأسئلة على العميل بحيث يكون في الإجابة عليها تقييد لاعتراضه.

• يجب أن يكون مقدم الخدمة أن يكون مستمعا جيدا للعميل وأن يظهر الاهتمام واليقظة مع تدوين الآراء والملاحظات التي يديها العميل حتى يتم إرضاء كبرياءه.

• يجب على مقدم الخدمة أن لا يأخذ اعتراضات العميل قضية مسلم بها ، فقد يكون العميل راغبا في اقتناء خدمة معينة لكنه يثير الاعتراض فقط من أجل إنهاء المقابلة لذلك فيجب أن يكون مقدم الخدمة يقظا لذلك وإذا ما تأكد من استحالة التعامل معه يجب إنهاء المقابلة بشكل لبق.

• يجب على مقدم الخدمة أن لا يجعل العميل يشعر باهزامه في المناقشة وأنه قد انتصر عليه لأن هذا الشعور قد يؤدي إلى فشل عملية البيع بعدما أن كادت تنتهي بنجاح.

4.2 التأكد من إستمرارية العملاء بالتعامل مع المؤسسة:

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

• الاهتمام بشكاوي العملاء وملاحظاتهم ، بحيث يجب على مقدمي الخدمات أن يكونوا على درجة عالية من الصبر في استيعاب شكاوي العملاء واتخاذ الإجراءات التي يمكنها معالجة ذلك من خلال¹:

- الاعتذار لهم وإشعارهم بأهمية الشكوى المقدمة لهم.

- تعويضهم عن الخسارة الناجمة عن ذلك.

- استبدال السلع المستخدمة في الخدمات.

- تقديم الشكر للعملاء وتعظيم دورهم في دعم المؤسسة وتوفير الخدمات الجيدة بصورة دائمة.

¹ حضر كاظم محمود ، "إدارة الجودة" ، مرجع سابق ،ص218.

• توفير خدمات بعد البيع بعد إتمام عملية البيع والتعاقد فعلى مقدمي الخدمات أن يتابعوا باستمرار تقديم قطع الغيار فتقديم هذه الخدمات بكفاءة عالية يساعد على استمرار العملاء في التعامل مع المؤسسة وبالتالي استمرار وجودها واستقرارها¹.

3. مراقبة جودة الخدمة :

هناك العديد من التقنيات التي يمكن استخدامها في مراقبة جودة الخدمة ، وهذه التقنيات يمكن حصرها بثلاثة أنواع²:

1- تحليل الأداء الداخلي Internal performance Analysis

2- تحليل إشباع الزبون customer satisfaction Analysis

3- بحوث السوق الخاصة specialist Mark Research

1.3 تحليل الأداء الداخلي Internal performance Analysis:

إن تحليل الأداء الداخلي يجب إن يشمل جميع العاملين بالمنظمة من اجل قياس نجاح التخطيط المعد من قبل المنظمة الخدمية ، ولكن ليس من الضروري أن يرتبط ذلك بالجودة فقط. إن جودة الخدمة يجب أن تستخدم تحليل الأداء الداخلي من اجل قياس الجودة القياسية (المعيارية) المنجزة على الواقع. إن هذه الخطوة يجب أن تأخذ وبسرعة لرد الفعل اتجاه جودة الخدمة المقدمة. مؤشرات المبيعات وبيانات التقارير الداخلية والتي لا تكون تخص مباشرة أساس الجودة، بل يجب أن توضح مدى مراقبة جودة الخدمة المقدمة.

إن الزبون يحتفظ بمعايير أو مستويات تمثل مفتاح الحكم على جودة الأداء ، إن جميع العاملين في مختلف المستويات داخل المنظمة الخدمية يجب أن يشملوا في جميع إجراءات المراقبة على جودة الخدمة، وهذا ما يساعد على تحديد وحل كافة مشاكل الجودة للخدمة. بالإضافة إلى أن بحوث السوق الداخلية يجب أن تستمر لكي تضمن عدم حدوث فجوات في جودة الخدمة مستقبلا، لذلك فإن جميع العاملين يجب أن يعملوا معا من اجل تعظيم جودة الخدمة من خلال الأداء الأفضل لجميع العاملين كلا حسب موقعه واختصاصه في المنظمة الخدمية.³

2.3 تحليل إشباع الزبون Customer satisfaction Analysis:

¹حضير كاظم محمود ، "إدارة الجودة" ، مرجع سابق ، ص218.

² محمود جاسم الصميدعي .ردينة عثمان يوسف ، " سلوك المستهلك "، دار المناهج ، عمان الأردن، 2002، ص 96.

³ محمود جاسم الصميدعي .ردينة عثمان يوسف ، سلوك المستهلك ، مرجع سابق ، ص97.

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

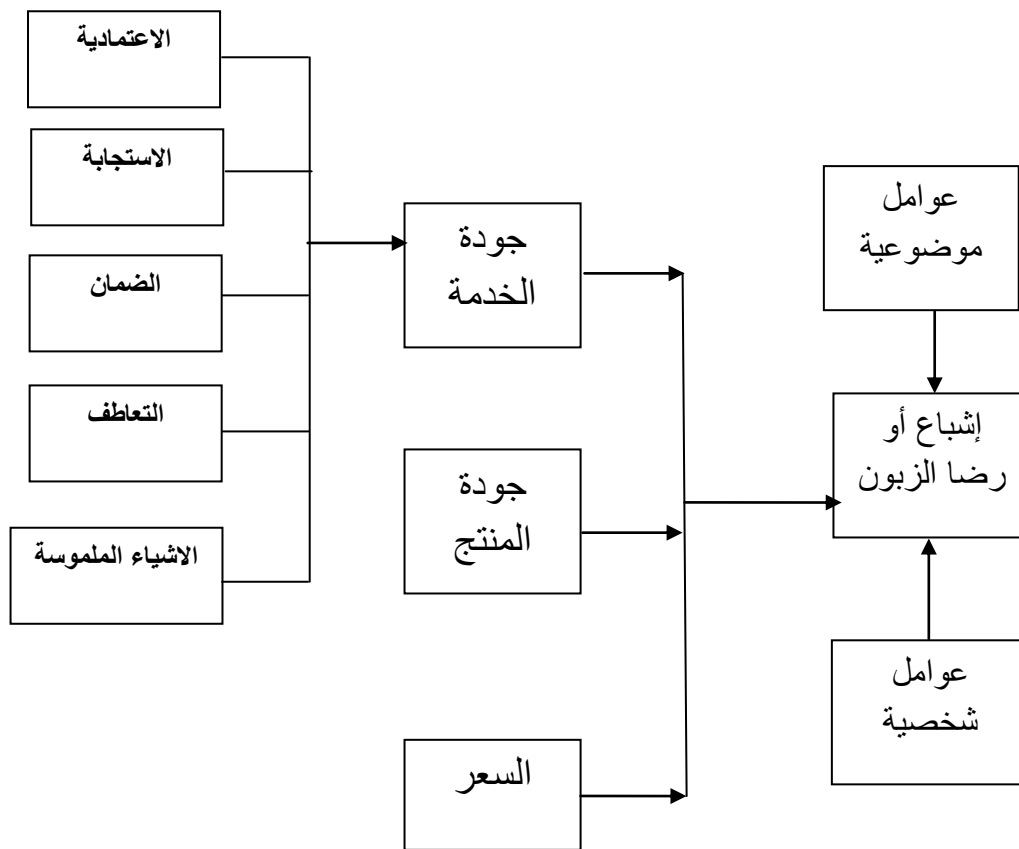
إن الزبائن يتجهون بالنهاية إلى الجودة (الإشباع و الرضا) . إن مستوى إدراك وتجربة خبرة الزبائن تعتبر مفصل مهم وأداة لمسالة تقييم جودة الخدمة ،لذلك فإن الخدمة إذا لم تحقق توقعات الزبون فإن الخدمة ليست ذات جودة عالية مثل ما كان يتوقع، وان الأساس في التقييم للجودة أو عدم جودة هذه الخدمة أو تلك ، يستند إلى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

أما إذا كانت النتيجة لصالح الجودة المتوقع فإنها تعكس عدم الإشباع و ثم عدم الرضا ، وهذا يعني أن الحكم هذا الزبون على هذه الخدمة بأنها ذات جودة منخفضة ليس كما كان يتوقع لتوضيح ذلك فنفترض أن احد الأفراد كان يشكو من ألم معين وأراد الذهاب إلى احد الأطباء ذو الاختصاص وكان يتوقع منه التشخيص الصحيح و ثم العلاج الناجح ولكن ما حدث إن هذا الطبيب لم يستطيع تشخيص مرضه بشكل دقيق وبالتالي العلاج الذي أعطاه هذا الطبيب لم يكن ذا فعالية في الشفاء التام ، لذلك أن هذا الفرد سوف ينظر إلى مقدم هذه الخدمة (الطبيب) وما قدمه من فحص وعلاج ليس كما كان يتوقع بل هو اقل بكثير مما كان يتوقع وعليه فإن إدراكه للجودة المقدمة فعلا كانت اقل من توقعاته ، الأمر الذي يحقق له الإشباع والرضا المطلوبين ، بالنتيجة فإن الحكم على هذه الخدمة وفقاً لتجربة هذا الفرد أنها ذات جودة منخفضة أي أن الخدمة ليست بالجودة التي كان يتأمل بها أو يطمح الحصول عليها.¹

¹ محمود جاسم الصميدعي .ردية عثمان يوسف ، " سلوك المستهلك "، مرجع سابق ،ص97.

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

الشكل رقم (2.2) : ادراكات الزبون للجودة وإشباع أو رضا الزبون



المصدر : محمود جاسم الصميدعي . ردينة عثمان يوسف ، مرجع سابق ، ص 99

3.3 بحوث السوق الخاصة specialist Mark Research :

هذا النوع من البحوث يتضمن العديد من التقنيات ، ولكن الأكثر شيوعا هو طريقة أو تقنية ما تسمى المتسوق السري أو المخفي (Mystery shopper) . إن هذه الطريقة تفيد في بحوث السوق ، وفقا لهذه الطريقة فان القائم بالبحث يقوم بزيادة فروع مقدم الخدمة باعتباره زبون اعتيادي ، بذلك فانه يستطيع أن يرى جميع العاملين في الموقع الذي يتواجد فيه وكذلك الزبائن ، وكيف يقوم هؤلاء العاملين بأعمالهم و

كيف يقدمون خدماتهم للزبائن و أسلوب التقديم ، مستوى التفاعل مع الزبائن ، طريقة الاتصال ، الاهتمام بالزبون ما يريد والعناية به ، كيف يتم الحوار بينهما ، قدرة مقدم الخدمة على الاستجابة لطلبات الزبائن... الخ ، من المعايير التي من خلالها قياس مستوى جودة الخدمة المقدمة .إن هذه الطريقة تستخدم بكثرة في القطاع المصرفي والمؤسسات الصحية الكبيرة ، المطاعم الكبرى ذات الفروع المتعددة.

أما الطريقة الأخرى فهي تقنية الملاحظة أو المشاهدة (observation techniques) وهي تستخدم لمعرفة مدى تطبيق العاملين لمعايير الجودة القياسية (المعياري) ، وهذا يتم من خلال ملاحظة سلوك القائمين على تقديم الخدمة من ناحية تطبيق المعايير الموضوعية بجودة الخدمة أم لا ، وتستخدم كثيرا في قطاع الفنادق ، القطاع الصحي ... إن ملاحظة سلوك الزائرين و العاملين يساعد كثيرا على التغلب على المشاكل التي تواجه الخدمة وجودتها .إن المقترحات التي تقدم بعد انتهاء الملاحظة تضع الحلول للمشاكل التي تواجه عدم تطبيق معايير الجودة المعيارية.¹

4. قياس جودة الخدمات :

تعددت البحوث والدراسات لقياس جودة الخدمة ،ومن ابرز المحاولات التي تمت في هذا المجال ما قام به Berry وزملائه من خلال دراستهم التي بدأت عام 1963 ،وما تزال مستمرة حتى الآن ، حيث توصلوا من خلال هذه الدراسة إلى أن جودة الخدمة قابلة للقياس رغم البعد المادي لها ما يجعل عملية قياسها أمرا صعبا مقارنة مع السلع المادية ، إلا انه لا يمكن وضع معايير ثابتة لقياس جودة الخدمة وتعميمها على جميع المؤسسات الخدمية نظرا للظروف الخاصة بكل مؤسسة ، كما أن هذا لا يمنع من وجود مقاييس جودة خدمة مشتركة بين المؤسسات الخدمية المتشابهة الوظيفة.²

1.4 قياس جودة الخدمة من منظور الزبائن

من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات نجد :

❖ مقياس عدد الشكاوي :complaints

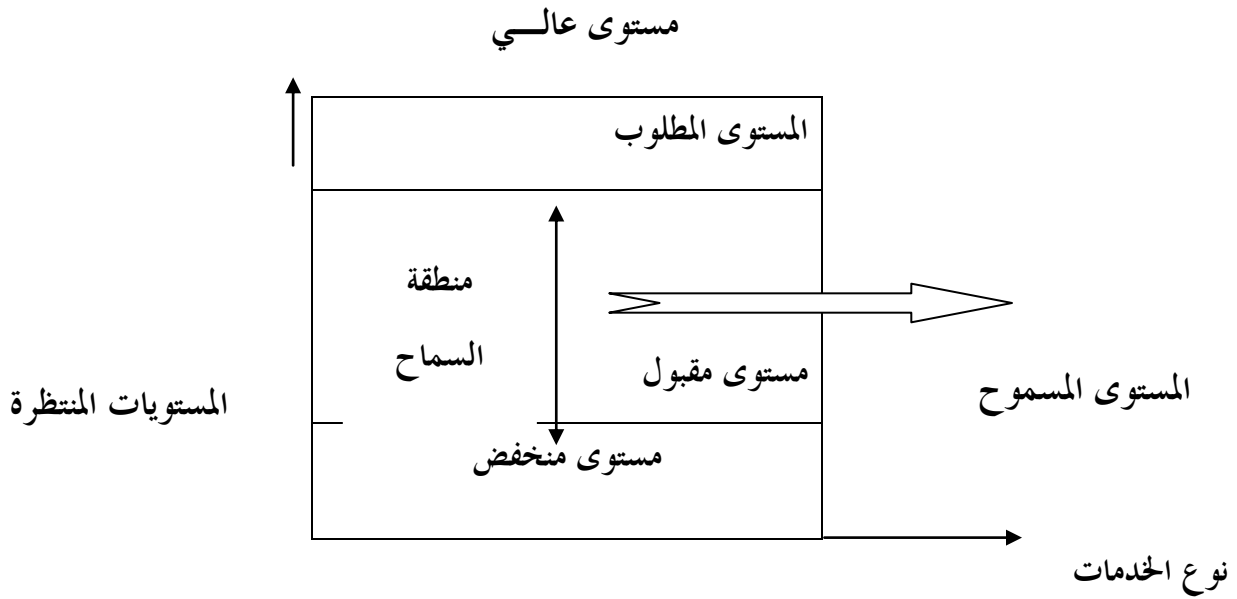
مثل الشكاوي التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات المقدمة دون مستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع إدراكهم لها و المستوى الذي يريدون الحصول

¹ محمود جاسم الصميدعي .ردية عثمان يوسف ، "سلوك المستهلك" ،ص100.

² يسري السيد يوسف ، مبادئ ادارة الجودة الشاملة ، مجلة البحوث التجارية ، العدد الأول ، القاهرة ، 2002، ص408.

فعليه ،ويمكن هذا المقياس المؤسسات الخدمية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث مشاكل وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات لزيائنها.

الشكل رقم (3.2) :مستوى جودة الخدمات



المصدر: زكي خليل المساعد ، تسويق الخدمات وتطبيقاته ،2006، مرجع سابق،ص68.

❖ مقياس الفجوة: Servqual Measure

يسمى نموذج الفجوة ب Servqual ظهر خلال الثمانينات من خلال الدراسات التي قام بها كل من (parasuraman, Zeilimal et berry) وذلك بغية استخدامه في تحديد وتحليل مصادر مشاكل الجودة والمساعدة في كيفية تحسينها. إن تقييم الجودة حسب نموذج الفجوة يعني تحديد الفجوة بين توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم (للأداء الفعلي لها) .

أي معرفة وتحديد مدى التطابق بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة ويمكن التعبير عنها

بالعلاقة التالية:¹

$$\text{جودة (Servqual) = التوقع - الإدراك الخدمة}$$

وقد توصل Berry وزملاءه سنة 1985 من خلال الدراسات إلى أن المحور الأساسي في تقييم جودة الخدمة وفق هذا النموذج يتمثل في الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته بشأنها وأن هذه الفجوة تعتمد على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وتسويقها وتقديمها. ويعتمد بناء هذا النموذج على تحديد الخطوات التي يجب أخذها بالاعتبار عند تحليل وتخطيط جودة الخدمة، وقد حدد نموذج الفجوة، الفجوات التي تسبب عدم النجاح في تقديم الجودة المطلوبة وتمثل في خمس فجوات يمكن توضيحها من خلال الشكل التالي:

¹ ناجي معلا ، قياس جودة الخدمات المصرفية ، مجلة العلوم الإدارية المجلد 25 ، عدد 02 ، جوان 1998 ،

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

الفجوة رقم (2): وتشير إلى عدم وجود تطابق المواصفات الخاصة بالخدمة مع ادراكات الإدارة لتوقعات العميل أي أنه رغم إدراك إدارة المؤسسة الخدمية لتوقعات العميل إلا أنها غير قادرة على ترجمة ذلك إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة.

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

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

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

¹ محمد عبد العظيم أبو النجا ، "التسويق المتقدم"،الدار الجامعية، الإسكندرية، 2008،ص114.

❖ مقياس الرضا: Satisfaction Measure

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

❖ مقياس الأداء الفعلي: Servperf Measure

Servperf: وتعني أداء الخدمة وهي كلمة مكونة من العبارتين service الخدمة و performance الأداء.

ويعرف هذا النموذج باسم (Servperf) ظهر خلال 1992 نتيجة للدراسات التي قام بها كل (Taylor et Cronin) ونعرف الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاهيا يرتبط بإدراك العميل للأداء الفعلي للخدمة المقدمة ويعرف الاتجاه على أنه " : "تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة¹ "

يقوم هذا نموذج على أساس رفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة ، ويركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة ، أي التركيز على جانب الإدراكات الخاصة بالعميل فقط ذلك أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات وهي دالة لإدراكات العملاء السابقة وخبرات وتجارب التعامل المؤسسة ، ومستوى الرضا عن الأداء الحالي للخدمة.

فالرضا حسب هذا النموذج يعتبر عاملا وسيطا بين الإدراكات السابقة للخدمة والأداء الحالي لها ، وضمن هذا الإطار تتم عملية تقييم جودة الخدمة من طرف العميل .

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

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

وتتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية¹ :

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

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

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

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

1- أن الأداء الحالي للخدمة يحدد بشكل كبير تقييم العميل لجودة الخدمة المقدمة فعليا من المؤسسة الخدمية.

2- ارتباط الرضا بتقييم العميل لجودة الخدمة أساسه الخبرة السابقة في التعامل مع المؤسسة أي أن التقييم عملية تراكمية طويلة الأجل نسبيا.

3- تعتبر المؤشرات المحددة لمستوى الجودة (الاعتمادية ، الاستجابة ، التعاطف ، الأمان ،

والموسمية) ركيزة أساسية لتقييم مستوى الخدمة وفق نموذج SERVPERF .

❖ مقياس القيمة: Value Measure

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

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

2.4 قياس الجودة المهنية :

يرى الكثير من الباحثين أن تقييم جودة الخدمة من منظور الزبون يمثل جزءا من برنامج الجودة ،وعلى ذلك مقاييس الجودة المهنية تتناول قدرة منظمات الخدمة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة.¹

❖ قياس الجودة بدلالة العملاء:

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

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

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

❖ قياس الجودة بدلالة العمليات :

يهتم هذا المقياس بجودة العمليات أو بمراحل تقديم الخدمة ،كما يحتوي على المؤشرات ومعايير توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة ،كي يتم تصنيف الخدمات كخدمات جيدة. فبالرغم من توفر بعض الجوانب المنطقية لهذا الأسلوب في القياس إلا انه لا يعتبر دقيقا في تصميم وقياس وتقييم جودة الخدمة مقارنة مع الأساليب الأخرى ، كونه يركز على عمليات الخدمة بدلا من أبعادها الكمية.

❖ قياس الخدمة بدلالة المخرجات :

يتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة من الطرق الآتية :

- القياس المقارن أين يتم إجراء مقارنات كمية بين الأداء المستهدف والأداء الفعلي بغرض اكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلا،
- استقصاء رضا العملاء بخصوص الخدمة المقدمة،

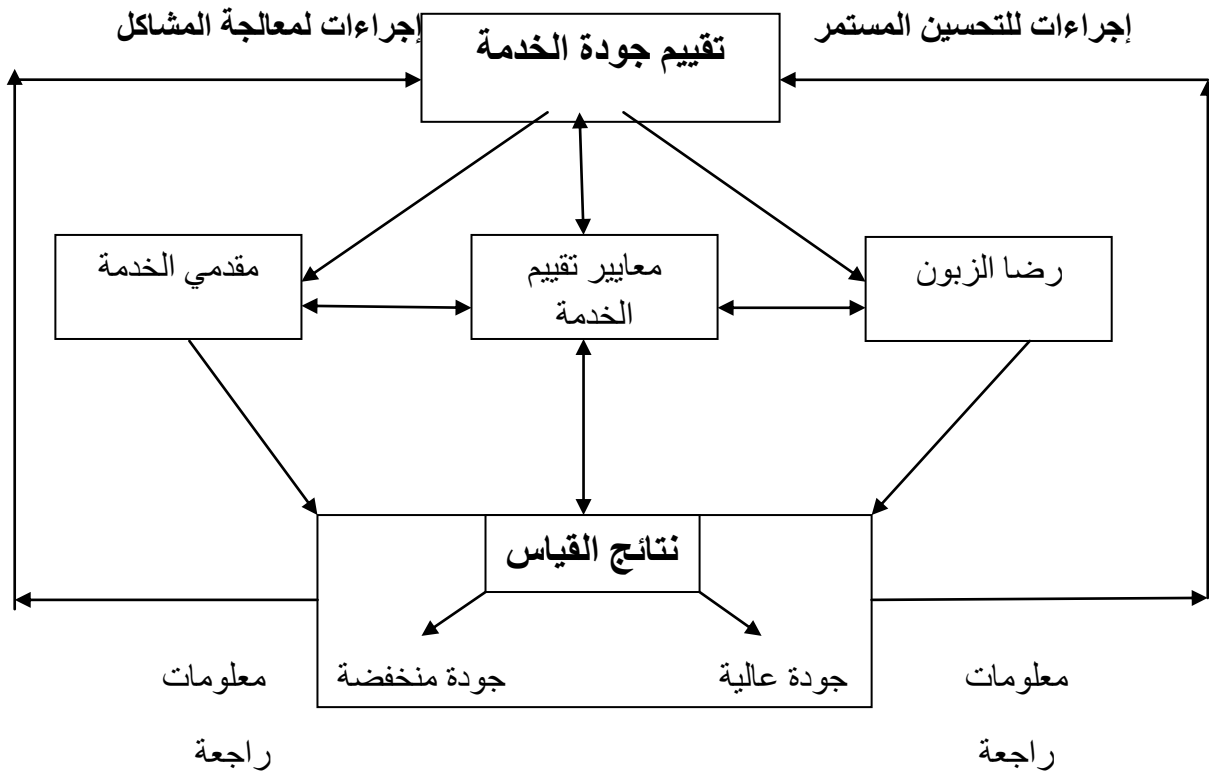
¹ قاسم نايف علوان الحياوي ،"إدارة الجودة في الخدمات" ، دار الشروق للنشر والتوزيع ،عمان الأردن 2006 ،ص105.

- استقصاء العاملين في المؤسسة لتحديد مشاكل ومعوقات تحقيق أداء الخدمة.

3.4 قياس الجودة من المنظور الشامل

يتم خلال هذا المدخل معالجة شاملة لقياس جودة الخدمة وتقومها من وجهة نظر الزبون، و من وجهة نظر مقدم الخدمة أو المؤسسة، وهذا ما يوضحه الشكل الموالي: ¹

الشكل رقم (5.2) : نموذج لتقييم جودة الخدمة



المصدر : قاسم نايف علوان الخياوي ، إدارة الجودة في الخدمات ، مرجع سابق ، ص 108.

¹ د.قاسم نايف علوان الخياوي ، " إدارة الجودة في الخدمات " ، مرجع سابق ، ص 107.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية

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

1. جودة الخدمة الصحية

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

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

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

1.1 مفهوم جودة الخدمة الصحية:

إن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية ليس سهلاً لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذا أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لأراء مختلفة منها رأي الطبيب والمريض وإدارة المستشفى فلكل من هؤلاء رأيهِ الخاص بمفهوم جودة الخدمة الصحية وهي آراء لانعكس بالضرورة اتجاهاتها متماثلاً. فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، إما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة إما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.¹

اول تعريف لجودة الرعاية الصحية لكل من لي جون Lee et jones 1933: "تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان"².

فقد عرف Sulek et al (1995) الجودة على أنها "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع."³

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

¹ معروز نشيده، د. بن عبد العزيز فطيمة، "التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية"، مداخلة مقدمة من المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة. دراسة وتحليل تجارب وطنية دولية يومي 18 و19 ماي 2011. كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير. جامعة سعد دحلب البلدة. ص 16.

² A.Jacquerye, la qualité des soins infirmiers, Lmplantation, Evaluation, Accreditation Editions Maloine, 1999, p247.

³ تامر ياسر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، مرجع سابق ص 199.

⁴ خالد بن السعيد، "مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية"، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد 1، نوفمبر 1994، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، دولة الكويت، ص 12.

"التماشي مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية".¹

كما عرفت على أنها تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر ارضاءاً للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة.²

المعهد الطبي الأمريكي يعرف الجودة على أنها: "مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من اجل:"³

■ الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع.

■ موازنة هذه النتائج مع الامكانيات والمعرفة الحديثة.

ومن وجهات النظر الأخرى المتعددة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية تحتل وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة أهمية بالغة حيث إن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة اعلي لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى ولبت احتياجاتهم وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأهما (تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع).⁴

كما أن جودة الخدمات الصحية من الناحية الإدارية تعنى بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي، ويتطلب كفاءة على المستوى الفني وكفاءة على المستوى الشخصي، ويتطلب تنظيماً إدارياً داخلياً جيداً وكذا تنظيماً إدارياً واضحاً في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام، فعندما يرتبط النظام على سبيل المثال بجهات مالية أخرى تؤثر على كمية الموارد المتوفرة، فإن

¹ محمد الطعمانية ، "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي ، حالة وزارة الصحة" ،مجلة أبحاث الرموك ، المجلد 17، العدد1، منشورات جامعة الرموك ، اربد ،الأردن ،ص90.

² آلاء حسيب الجليلي د. أكرم أحمد الطويل ، " إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ص7.

³ Claude Vilcot et Hervé Lecelet , 'indicateurs qualité en santé ,2éme Edition,AFNOR ,2006,p14.

⁴ تامر ياسر البكري ،"تسويق الخدمات الصحية" ،مرجع سابق ص200.

إدارة النظام الصحي تصبح مسؤولة عن تطوير المبررات والحجيات المهنية والموضوعية والاجتماعية التي تتيح لها المطالبة بمزيد من الموارد، وبشكل أدق يتطلب البحث عن الموارد اللازمة تطوير العلاقات العامة للمؤسسة والقطاع الصحي، بما في ذلك العلاقات الشخصية للقيادة الصحية للبحث عن مزيد من الموارد وللتعامل والإقناع للجهات المعنية بتوفير تلك الموارد، وتبرز الحاجة إلى العلاقات الاجتماعية والشخصية بشكل أكبر في المجتمعات ذات التنظيمات الإدارية والبيروقراطية والسياسية المعقدة والغامضة، والنظام الصحي بصفة عامة نظام معقد يتطلب الكثير من الجهد في الارتقاء بالجودة الإدارية .

ويبقى هناك وجهة نظر أخرى لجودة الخدمات الصحية، ألا وهي وجهة النظرة السياسية أو وجهة نظر القيادة والإدارة العليا بالدولة، وغالباً ما ينطلق القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي، وحين تضع القيادة العليا ثقتها في القيادة الصحية أو التنفيذية فإنها تضع لها هدفاً لا يخرج في الغالب عن إطار تحقيق الرضا للمواطن بتقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة له، وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور الطبيعي للنظام الصحي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه الاقتصادية والتقنية والاجتماعية والبيئية والسياسية.. الخ.¹

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

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

المناسب وبأقل كلفة ممكنة ، وهذا يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلي احتياجات المرضى وغيرهم ¹.

2 . أبعاد جودة الخدمات الصحية :

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

والأمر يتسع لما هو أبعد من ذلك في الخدمات الصحية عندما ترتبط أو تعتمد المواصفات النوعية على الثقة والمصادقية، فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها كما هو مثلا في التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة والمستندة على الكمبيوتر. وعلى الرغم من كل ذلك فإن المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية على مستوى أو درجة جودتها، معتمدين في ذلك على خمسة أبعاد ²:

1.2 الاعتمادية (Reliability): تشير الاعتمادية إلى قدرة مقدم الخدمة في صفة الطبيب على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ولتفهم الاعتمادية فإن الذي يجب التركيز عليه هو مجموعة من خصائص الخدمة تتصل بكيفية أداءه لوظيفته خلال الاستعمال، فهي عبارة عن مقياس منتج أو الخدمة على أداء الوظيفة المطلوبة منه بنجاح في ظروف الاستعمال العادية ولمدة محددة، وفي هذا التعريف أربعة عناصر هامة هي : الأداء، ظروف الاستعمال ³، المدة الزمنية محددة والتعبير عن القياس بالاحتمال وتشمل المعولية"عملها صحيحة من المرة الأولى" وهي احد مكونات الخدمة الأكثر أهمية للعملاء، كما تتسم أيضا بتوفير الخدمات كما تم الوعد بها وفي الوقت المحدد، والاحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء، لذلك فإن الميل إلى الخدمات المبالغ في وعودها وقيادة العملاء إلى توقعات غير واقعية لا تتسبب إلا في نفاذ صبر هؤلاء وفقدان ثقتهم

¹ آلاء حسيب الجليلي د. أكرم أحمد الطويل ، " إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية" دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، ص7.

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

² P.Kotler , B.Dubois , " marketing management ", op.cit, p.478.

³ سمير محمد عبد العزيز . "اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والايزو 9000و10011 " . مكتبة الإشعاع ، الإسكندرية.2000.ص59.

فالمستفيد من الخدمة الصحية أي المريض الذي يتطلع إلى ذلك من خلال الوقت والانجاز والوفاء بالالتزامات . ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية.¹

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

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

عرف البكري² الاستجابة على أنها تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض) . ويمثل هذا البعد (22%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً للأبعاد الأخرى ، وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها ، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها .

3.2 الضمان (التأكيد) (Assurance): فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً

¹ جاي كندا موبلي -كوني موك -سيفير لي سباركس ، "ادارة الجودة الشاملة في الضيافة والسياحة ووقت الفراغ" ترجمة: د.م.سرور علي إبراهيم سرور .دار المريخ للنشر .الرياض .الملكة العربية السعودية .2002.ص99.

² فامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ،مرجع سابق ،ص212.

بالأبعاد الأخرى . ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي : سمعة ومكانة المستشفى عالية ، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي ، الصفات الشخصية للعاملين .

مع ما تقدم يمكن القول بأن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء ، ممرضين ، وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة .¹

4.2 الملموسية (Tangibles) : الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال ، إضافة إلى أن الجوانب المتعلقة بالملموسية الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه ، والتسهيلات الداخلية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة ، والمظهر الخارجي للعاملين ، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية ، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة ، وغير ذلك .² وأوضح البكري بأن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال ، ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى ، ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي : الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج ، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة ، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة . كما أنها تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية ، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيراً الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى .

تأسيساً على ما تقدم نرى بأن بعد الملموسية يشير إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين (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 ، والإلتقان المستخدم وحادثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمخبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها .

¹ آلاء حسيب الجليلي د. أكرم أحمد الطويل ، " إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية " ، مرجع سابق ، ص 10.

² فامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ص 212.

5.2 التعاطف (الفورية) (Empathy) : التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص

، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل : مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان ، والاتصالات ، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد .

كما يرى البكري بأن التعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد ، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى . ومن معايير التقييم لهذا البعد الأتي : اهتمام شخصي بالمريض ، الإصغاء الكامل لشكوى المريض ، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ .¹

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

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

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

جدول رقم (1.2): يوضح المقارنة للأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية

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

المصدر : تامر ياسر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص214.

ويتضح من الشكل التالي بأنه هناك تقارب شديد في الأهمية النسبية التي أشيرت لدى الأطباء المقيمين والاختصاص وان الفروق بسيطة إلى حد كبير ، مما يدل على تقارب الاتصال بين الأطباء والمرضى. وتتماثل الأهمية النسبية للأطباء الاختصاص والمقيمين مع المقياس المعياري المعتمد والمتمثل بمقياس kotler باستثناء واضح لبعد الاعتمادية والى حد ما بعد الملموسية.¹

¹ تامر ياسر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص214.

جدول رقم (2.2): جدول أبعاد الجودة للخدمات الصحية

الأمثلة	معايير التقدير	البعد
<ul style="list-style-type: none"> - ثقة عالية لدى المريض بان حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى. - له ثقة لان حياته بين أيدي أمينة . 	<ul style="list-style-type: none"> - دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى. - صحة القوائم المالية. - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية. 	الاعتمادية
<ul style="list-style-type: none"> - وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة . - صالة العمليات جاهزة كلياً و لكل الحالات . 	<ul style="list-style-type: none"> - تقديم خدمات علاجية فورية . - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. - العمل على مدار ساعات اليوم . 	الاستجابة
<ul style="list-style-type: none"> - المعاملة الطبية من قبل الأطباء . - تدريب و مهارة عالية في الأداء . 	<ul style="list-style-type: none"> - سمعة و مكانة المستشفى عالية . - المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء و الفريق الطبي . - الصفات الشخصية للعاملين . 	الضمان
<ul style="list-style-type: none"> - نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر تخصصي . - جودة الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى . 	<ul style="list-style-type: none"> - الأدوات المستخدمة في التشخيص و العلاج . - المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة . - أماكن الانتظار و الاستقبال المناسبة . 	الملموسية
<ul style="list-style-type: none"> - الممرضة بمثابة ألام الحنون للمريض . - النظر للمريض بأنه دائماً على حق . 	<ul style="list-style-type: none"> - اهتمام شخصي بالمريض. - الإصغاء الكامل لشكوى المريض - تلبية حاجات الزبون بروح من الود و اللطف. 	التعاطف

المصدر : تامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ، ص 213.

3 . أهداف جودة الخدمة الصحية : وتتمثل في:¹

1. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين .
2. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية .
3. تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها .
4. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها .
5. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية .
6. تحقيق مستويات إنتاجية أفضل ، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة .
7. كسب رضى المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد .
8. تحسين معنويات العاملين ، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج .
9. زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات العملاء.²
10. زيادة قوس التنافس بين المنشآت الصحية المشابهة.

¹ آلاء حسيب الجليلي د. أكرم أحمد الطويل ، " إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية"، مرجع سابق ، ص8

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

4. إدارة الجودة الشاملة غي المؤسسات الصحية :

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

وتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية تركز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء واختلافات مسبقا. وتعرف أيضا على أنها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقييم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر.¹

وتعرف "حنان عبد الرحيم الأحمدى" إدارة الجودة الشاملة، والتي تستعمل مفهوم التحسين المستمر وتعتبره مرادفا لإدارة الجودة الشاملة، بأنها (إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقييم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات - المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات - لتحسينها بشكل مستمر).²

وتعرف منظمة ISO (8402) تعرف الجودة كالتالي: "مجموعة خصائص المنتج أو الخدمة الهادفة إلى تلبية الحاجات والرغبات". وتجدر الإشارة إلى أن المنتج أو الخدمة في الرعاية الطبية تتمثل في :
- الفحوصات المباشرة وغير المباشرة المقدمة للمريض (عملية جراحية ، علاج ، أشعة، تحاليل ، تغذية، تدليك... الخ).

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

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

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

¹ معروز نشيده، د. بن عبد العزيز فطيمة، "التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية"، مرجع سابق، ص 19.

² حنان عبد الرحيم الأحمدى، "التحسين المستمر للجودة المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية"، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة أشهر معهد الإدارة العامة، الرياض - المملكة العربية السعودية، المجلد الأربعون، العدد الثالث، أكتوبر 2000، ص 412.

³ A. Jacquerye, la qualité des soins infirmiers, op. cit, p248.

⁴ عبد العزيز محيمر، محمد الطعامة، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)"، المنظمة العربية للتسمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 2003، ص 193.

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

فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية. أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض، ولكل نظام فرعي برامجها الخاصة، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكتملة لبعضها البعض، ولا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى. وعلى سبيل المثال لا يستطيع الطاقم الطبي ممارسة وظائفه دون وجود تكامل مع الطاقم شبه الطبي والخدمات المساعدة كالصيدلية والمخابر ومصالح الأشعة.

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

1.4 تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :

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

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

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

❖ **نشر ثقافة الجودة الشاملة :** لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ، ومهارات وطرائف، وأدوات مختلفة، لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل على تنظيم سلسلة من

¹ عبد العزيز محيّر ، محمد الطعامة ، " الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و التطبيقات) " ، مرجع سابق ، ص200.

الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية. وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين ، مع مراعاة الموارد المتاحة ، والثقافة السائدة ، والوضع الصحي الراهن ، والهياكل القائمة. وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره.

ويمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية والارتجاعية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها. وتنبغي الاستفادة على أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به رسائل الإعلام في هذا الصدد ، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وحفز الطلب على الرعاية الجيدة.¹

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

أ- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة

لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبارات التالية :

- ♦ أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء .
- ♦ مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء .
- ♦ التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة .
- ♦ التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد.
- ♦ تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها.
- ♦ الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي ، وتعميق فكرة أن العميل هو الذي يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطتها ."

ب- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى . وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.

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

ج- التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة ، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.

هـ- البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها .ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات ما يلي :¹

♦ تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى كما ونوعا واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقا لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية.

♦ تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات إيجابية لدى مختلف فئة العاملين .

♦ استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية ، وأيضاً أدلة إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها باحتياجات العمل في مختلف المجالات .

♦ تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات واللازمة لتغطية الجوانب التالية :

تلقي وتحليل ومعالجة شكاوي المرضى والعاملين والزائرين.

تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على التقدم بآرائهم ومقترحاتهم بشأن

تحسين جودة الأداء في جميع المجالات .

إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد.

تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين .

تلقي وتحليل شكاوي الموردين والمقاولين ومعالجتها.

♦ توفير وتصميم آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات .

♦ تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية والحلقات النقاشية بناء على دراسة علمية للاحتياجات التدريبية بالمستشفى .

¹ عبد العزيز محيّر ، محمد الطعامة ، " الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و التطبيقات) "، مرجع سابق ، ص 204.

♦ صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها على مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.

♦ تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القدرات التي تتخذها .

♦ تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقديم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة والمتابعة .

يتبين من خلال مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية انه لا بد من توافر مجموعة من المرتكزات يمكن عرضها باختصار كما يلي :

التركيز على العميل (الداخلي والخارجي) ،

مساندة وتدعيم الإدارة العليا،

العمل الجماعي المشترك بين التخصصات المتعددة ،

تدريب العمال ،

- المكافئة ،

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

2.4 عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :

إنجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا بد من توافر مجموعة من العوامل ، يلخصها محمد جاد الرب ، كما يلي:²

♦ يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة ،

♦ يجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا هذا النظام ،

♦ يجب إن تتوقع الإدارة في المنظمة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام ،

وكلما تفهم الجميع أهمية النظام كلما انخفضت حده وحجم المقاومة ،

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

² سيد محمد جاد الرب ، " إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة" ، دار النهضة العربية، مصر القاهرة، 1997 ، ص 188.

- ♦ ترتفع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين ، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما من مزايا وفوائد ،
- ♦ يتطلب النظام في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المنظمات الصحية ،
- ♦ إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاما بديلا للنظم السائدة ، ولكنه أداة رئيسة وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى نهاية ومع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد .
- ♦ لنجاح تطبيق النظام تحتاج المنظمة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها :
 - الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المنظمة أو المتعاملين معها.
 - نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية .
 - فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات يدعم هذا النظام وعملية اتخاذ القرارات .
 - نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية .
 - نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام.
 - يمكن للوحدة أو المنظمة الطبية البدء في تطبيق نظام الجودة الشاملة في احد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة .
 - تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المنظمات الصحية الخاصة ، حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ التنظيمي الملائم .
 - يحتاج النظام قبل تنظيحه إلى دورات تدريبية مكثفة ، وأيضا إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في هذا المجال ¹.

¹ سيد محمد جاد الرب ، " إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة" ، مرجع سابق ، ص 189.

المبحث الثالث: رضا المريض والعوامل المؤثرة على سلوكه

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

1. رضا الزبون وعلاقاته:

ظهر مفهوم الرضا في علم الإدارة بصورة الرضا الوظيفي وهو مقياس يدل على درجة رضا العامل عن عمله وما يحيط به من عوامل وظروف ، وقد استخدم هذا المفهوم للدلالة على مستوى ولاء العامل لمؤسسته التي يعمل فيها. وقد اجتهد المديرون وعلماء الإدارة (ولا سيما المهتمين بإدارة الموارد البشرية) في البحث عن المحفزات التي تزيد من درجة رضا العميل ، لما لذلك من تأثير ايجابي في زيادة الإنتاج كما ونوعا، ومن ثم تحقيق الخطط الطموحة وزيادة الأرباح والقدرة التنافسية . ثم انتقل هذا المفهوم إلى المؤسسات الخدمية بصورة رضا العملاء عن الخدمات المقدمة لهم ، كالعلاء التجاريين وزبائن المصارف والمتاجر وشركات الطيران والفنادق، فضلا عن رواد المستشفيات . وتفاوتت درجة الاهتمام بمفهوم الرضا في هذه المؤسسات الخدمية حسب أهمية نوع الخدمة التي تخص العميل.¹

1.1 مفهوم رضا الزبون

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

ويمكن أن نوجز أهم التعاريف الخاصة بالرضا فيما يلي :

يعرف الرضا في التسويق على انه شعور بالمتعة أو الانزعاج الناتج عن المقارنة بين توقعات سابقة وتجربة الاستهلاك.²

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

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

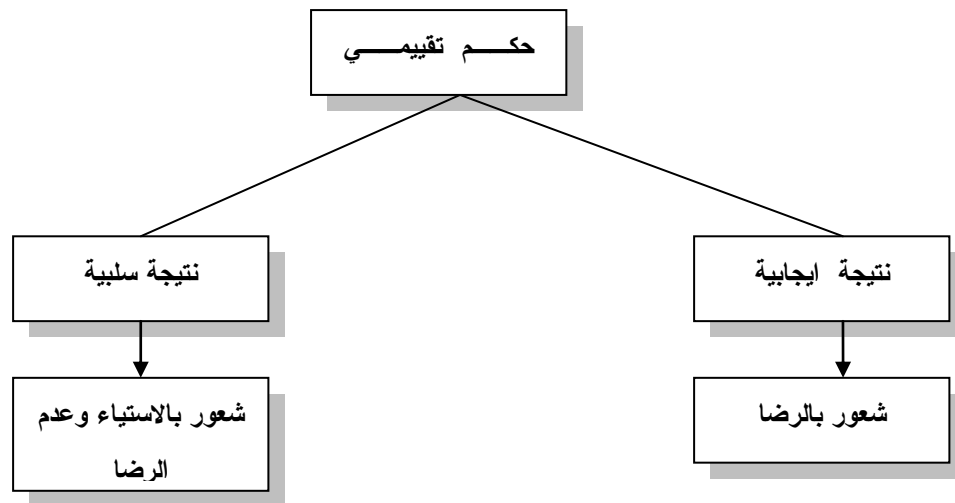
يعرف الرضا بأنه مستوى إحساس الفرد الناجم عن المقارنة بين أداء المنتج المدرك وبين توقعات هذا الفرد.¹

ويعرف kotler الرضا بأنه "إحساس إيجابي أو سلبي يشعر به العميل اتجاه تجربة شراء أو استهلاك معينة ، والناجمة عن مقارنة بين توقعاته وأداء المنتج".²

يعرف Howard و Fheth "هو الانطباع بالمكافاة او عدم المكافاة لقاء التضحيات التي يتحملها العميل عند الشراء".³

يعرفه R. Ladwin بأنه " الحالة النفسية الناتجة عن عمليات تقييم مختلفة".⁴، بهذا التعريف. نستخلص أن الزبون يقوم بعملية تقييم أداء المنتج أو القيمة المدركة ومقارنتها بالقيمة المتوقعة والتي تم على أساسها اختيار المنتج أو العلامة من بين البدائل، فيصدر حكما بالإيجاب أو السلب على نتيجة التقييم هذه الأخيرة تولد لدى الزبون شعور معين سواء بالرضا أو الاستياء كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم (6.2): البعد الموضوعي والنفسي للرضا



Source: P. Kotle, B.dubois, op-cit, p68.

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

¹ محمد فريد صحن، "قراءات في إدارة التسويق"، الدار الجامعية الإسكندرية مصر، 2003، ص71

² P. Kotler, B. Dubois, "marketing management", op.cit, p172.

³ Daniel Ray, " Mesurer et développer la satisfaction des clients ", 2^{ème} tirage édition d'organisation, paris, 2001. p22.

⁴ Richard Ladwin, "Le comportement de consommateur et de l'acheteur", édition economica, Paris, 2^{ème} édition, 2003, p 377.

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

2.1 أهمية رضا الزبون:

تحقق حالة الرضا جملة من المزايا للزبون والمؤسسة في نفس الوقت منها¹:

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

2. علاقات الرضا

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

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

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

² - كشيده حبيبة، مرجع سابق ، ص 52 .

أوضح **Alet Anderson** أن هذه العلاقة قد تكون عكسية في المدى القصير، فمؤسسة بحصة سوقية صغيرة تخدم السوق بشكل فعال و جيد و بالتالي تتوقع مستويات رضا مرتفعة، في حين مؤسسة تخدم كل السوق مما يعني قطاعات متميزة و في الغالب تقدم لها منتجات متجانسة فتكون غير قادرة على إرضاء زبائنها بشكل جيد، لكن يمكن أن تصبح هذه العلاقة طردية في المدى الطويل.

يبين الجدول الموالي أوجه المقارنة بين إستراتيجية الحصة السوقية و إستراتيجية الرضا.

الجدول رقم (3.2): يوضح مقارنة بين إستراتيجية الحصة السوقية و إستراتيجية الرضا.

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

مصدر: كشيدة حبيبة، مرجع سابق، ص 53 .

من ملاحظة الجدول نستخلص مجموعة من الاستنتاجات هي:¹

- تعتمد كلا الإستراتيجيتين من طرف المؤسسة في أسواق تتميز بنمو ضعيف أو أسواق مشبعة؛
- تعتمد المؤسسة في إستراتيجية الحصة السوقية على مبدأ الهجوم للاستحواذ على القطاعات السوقية غير المغطاة أو سعياً نحو حصص المنافسين، أما في إستراتيجية رضا الزبون فهي تسعى للدفاع عن رصيدها الحالي من الزبائن بالحفاظ على مستويات رضا تكون عالية؛

¹ - كشيدة حبيبة، مرجع سابق، ص 53 .

- تركز إستراتيجية الحصة السوقية على مواجهة المنافس كعدو للمؤسسة، تستغرق المؤسسة كل طاقتها في هذه المواجهة، في حين إستراتيجية الرضا تركز على الزبون الذي تعتبره المؤسسة صديق ليس من الصعب بناء علاقة معه و استمالته؛

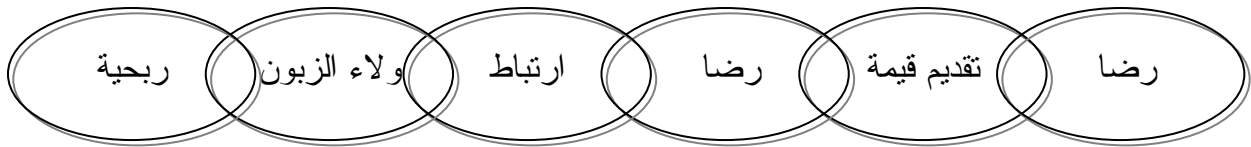
- معيار نجاح إستراتيجية الحصة السوقية مرتبط بنصيب المؤسسة من قطاعات السوق المستهدفة مقارنة بالمنافسين في نفس مجال العمل، في حين أن معيار نجاح إستراتيجية الرضا يتعلق بمعدل الاحتفاظ بالزبائن؛

- الهدف من إستراتيجية الحصة السوقية هو جذب زبائن جدد أما إستراتيجية الرضا فهي وسيلة لضمان ولاء الزبون.

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

فرض العمال و تبنيهم لثقافة التوجه بالزبون يسمح بتقديم قيمة أكبر لهذا الأخير، مما يؤدي من دون شك إلى رفع مستويات الرضا لديه، و ما يتولد عنه من سلوك ايجابي كولاء الزبون يجعل منه أصل دائم و بتالي قيمة إضافية لصالح المؤسسة تدعم ربحيتها¹، كما هو موضح سلسلة الرضا-الربحية في الشكل الموالي :

الشكل رقم (7.2): سلسلة "الرضا-الربحية"



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

من خلال الشكل رقم (7.2) يتضح أن المؤسسة تحقق عائد كبير من الزبون الراضي نتيجة مجموعة من الاعتقادات و السلوكات التي يبيدها هذا الأخير، و هي:

¹ Oliver Netter, Nigel Hill, "Satisfaction client", édition ESKA, Paris,2000, p 43.

- الزبون الراضي يبدي استعداد لبذل جهد و دفع سعر اكبر مقابل القيمة التي يحصل عليها من اقتناء المنتج؛

- الزبون الراضي ومن خلال اتصاله الايجابي ، يمكن أن يجذب زبائن جدد للمؤسسة و الذين يمثلون مصدر ربح جديد؛

- الرضا المتزايد يسمح للمؤسسة بالاحتفاظ بالزبون لأطول مدة، و هذا بدوره يؤدي إلى تقليل التكاليف المتعلقة بإعلامه و تكفله بناء علاقة جديدة.

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

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

3. رضا المريض :

تختلف عملية تحقيق رضا العميل في تسويق الخدمات كثيرا عما هو عليه في تسويق السلع، باعتبار أن الجودة المدركة في الخدمة هي غير الجودة المدركة في السلع الملموسة وذلك من خلال اختلاف الخصائص التسويقية فيما بينها، ويزداد الأمر أكثر خصوصية في قطاع الخدمات الصحية عن باقي القطاعات الأخرى في الخدمات و يعود ذلك إلى خصوصية المرضى الذين يختلفون الواحد عن الآخر تبعاً لحالتهم الصحية .وعليه فان

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

جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يتوجب توافقها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض.

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

وبالتالي فإن المريض يقارن بين الخدمة المدركة ، أي التي حصل عليها فعلا ، والخدمة كما كان يتوقعها ، فإذا كانت الأولى اقل من الثانية كان شعوره بالاستياء وعدم الرضا ، أما إذا كانت متساويتين كان شعوره بالرضا وازداد ولاءه للمنظمة الصحية ، وتمسك بها ¹ .
وينبغي ملاحظة أن المريض يبني توقعاته على نتيجة لتفاعل أربع قوى وهي :

أولا : احتياجات المريض .

ثانيا: الخبرة السابقة للمريض .

ثالثا: الكلمة المتداولة Word -of-mouth من الأصدقاء والزملاء.

رابعا: الاتصالات التسويقية التي تقدمها المنظمات الصحية لعملائها ، لإعلامهم بمستوى جودة الخدمة الصحية المعلن عنها وذلك من خلال أنشطة الإعلان والترويج .

والجدير بالذكر أن توقعات المرضى تلعب دورا حيويا في الحكم على جودة الخدمة التي تقدمها المنظمات الصحية .

ويمكن النظر إلى الرضا على انه حجر نفيس كريم عديد الإضلاع ، كل ضلع فيه يمثل بعدد من أبعاد الرضا ، ومع ذلك فان مساحات الإضلاع المختلفة أو أوزان الأبعاد المختلفة ليست بالضرورة متشابهة ، وفيما يلي التشكيلة المبسطة عديدة الأبعاد لرضا المريض :

♦ النزعة الإنسانية أو فن الرعاية.

♦ القدرة على الإعلام.

♦ الجودة الإجمالية (مما فيها العلاقات بين الأشخاص).

♦ كفاءة مقدم الخدمة.

♦ البيروقراطية داخل النظام الصحي .

♦ سهولة الحصول على الخدمة.

¹ عصمانى سفيان ، " دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من نظر المستفيدين منها (المرضى)، مذكرة ماجستير جامعة محمد بوضياف مسيلة ، 2005-2006 ، ص138.

♦ التكلفة.

♦ البيئة الخارجية والداخلية.

♦ الحصيلة الصحية بما فيها مخرجات الصحة كنتيجة للرعاية.

♦ الاهتمام بالمشاكل النفسية والاجتماعية.

ومن المفيد الإشارة إلى إن الرضا لدى المستهلك هي حالة نسبية وتختلف من فرد لأخر وعلى ضوء المضامين التي تحتويها الخدمة من وجهة نظر المستفيد منها. فالرضا يمكن أن يمثل على وفق هذه الحالة بمثابة تقسيم المستهلك للمنتجات أو الخدمات التي يحصل عليها. وعلى ووفق خبرته الشرائية السابقة من ذات المنتج أو الخدمة أو ما يماثله . أما من وجهة نظر المستشفى التي ترغب في النجاح والاستمرار فان جوهر الجودة لا ينحصر في حدود مطابقة الخدمة المقدمة مع المواصفات القياسية المحددة مسبقا ، أو تقديمها بأقل تكلفة. بل امتدت إلى ما يحتاجه المريض وما يتوقع أن يحصل عليه ومدى اختلاف ذلك عن المستشفيات الأخرى . وبالتالي أصبحت جودة الخدمة الصحية المقدمة هي بمثابة ميزة نسبية على المستشفى أن توظفها لتعزيز مكانتها¹.

انطلاقا مما سبق يمكن القول أن تحقيق رضا المريض يعتبر هدف وأداة تسويقية في نفس الوقت. فالهدف الرئيسي لنشاط التسويق هو جعل العميل راضي وسعيد بخدمات المنظمة الصحية ولذلك يجب أن تكون جميع أنشطة المنظمة الصحية موجهة نحو تحقيق رضا العميل (المريض).

4. قياس مستوى رضا المريض

إن قياس مستوى رضا العملاء يعتبر مهما بالنسبة لأي منظمة، لأنه يعبر عن مدى نجاح إدارة المنظمة في التعامل مع عملائها وفي تسويق منتجاتها وخدماتها . وقد أثبتت الدراسات أن العميل الراضي من المنتج أو الخدمة يتحدث عن رضاه إلى ثلاثة أشخاص من معارفه وأما العميل غير الراضي فهو يتحدث عن عدم رضاه عن المنتج أو الخدمة إلى أكثر من عشرين شخص . وهذا يدل على مدى تأثير رضا العميل الواحد أو عدم رضاه في عملية التسويق. لذلك يعتبر رضا العميل أصل من أصول المنظمة ويساعد المنظمة على الاحتفاظ بها، حيث أن العميل الراضي يعود إلى الشراء مرات أخرى، بالإضافة إلى أنه يعمل على نقل

¹ تامر ياسر البكري ، "تسويق الخدمات الصحية" ، مرجع سابق ، ص 216.

الصورة الجيدة عن المنتج أو الخدمة وعن المنظمة في حد ذاتها إلى معارفه مما يؤدي إلى ولائه لها بالإضافة إلى استقطاب عملاء جدد.¹

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

1.4 أنظمة الشكاوي والمقترحات

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

2.4 بحوث قياس رضا العميل

وهو أن تقوم المنظمة الصحية من فترة لأخرى بإجراء بحوث لقياس رضا العميل عن خدماتها ورغبته في الاستمرار في التعامل معها مستقبلاً من عدمه، وهذا من خلال تصميم قائمة للاستقصاء ويكون ذلك في شكل مقياس مدرج يمثل مستويات جودة الخدمة، يأخذ في العادة خمس مستويات تتدرج، من رائع **Outstanding** ثم جيد جدا **Very Good** ، ثم مرضي **Satisfactory** ، فمقبول **Fair** ، وأخيراً جودة رديئة **Poor** . والشكل التالي يمثل وصفاً حقيقياً للمقياس المدرج الذي تم وصفه³:

¹ محفوظ أحمد جودة، "إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات"، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2008، ص 80

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

³ الفشل، مرجع سابق، ص 185. ومحاطر النجاح فرص بين الشاملة الجودة إدارة تطبيق:الدين زين فريد

الشكل رقم (8.2): المقياس المدرج

5	4	3	2	1
رائع	جيد جدا	مرضي	مقبول	رديء
أو راضي جدا	أو راضي	(معقول) أو	أو غير	أو غير
		محايد	راضي	راضي

المصدر: د. فريد زين الدين: تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل، بدون ذكر دار النشر، الطبعة الأولى، مصر القاهرة، 2002، ص 185 .

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

The Kano Model of Customer Satisfaction : العملاء لرضا كانو 3.4 نموذج

يقسم نموذج "كانو" لرضا العملاء والموضح في الشكل (22) متطلبات الخدمة من حيث تأثيرها

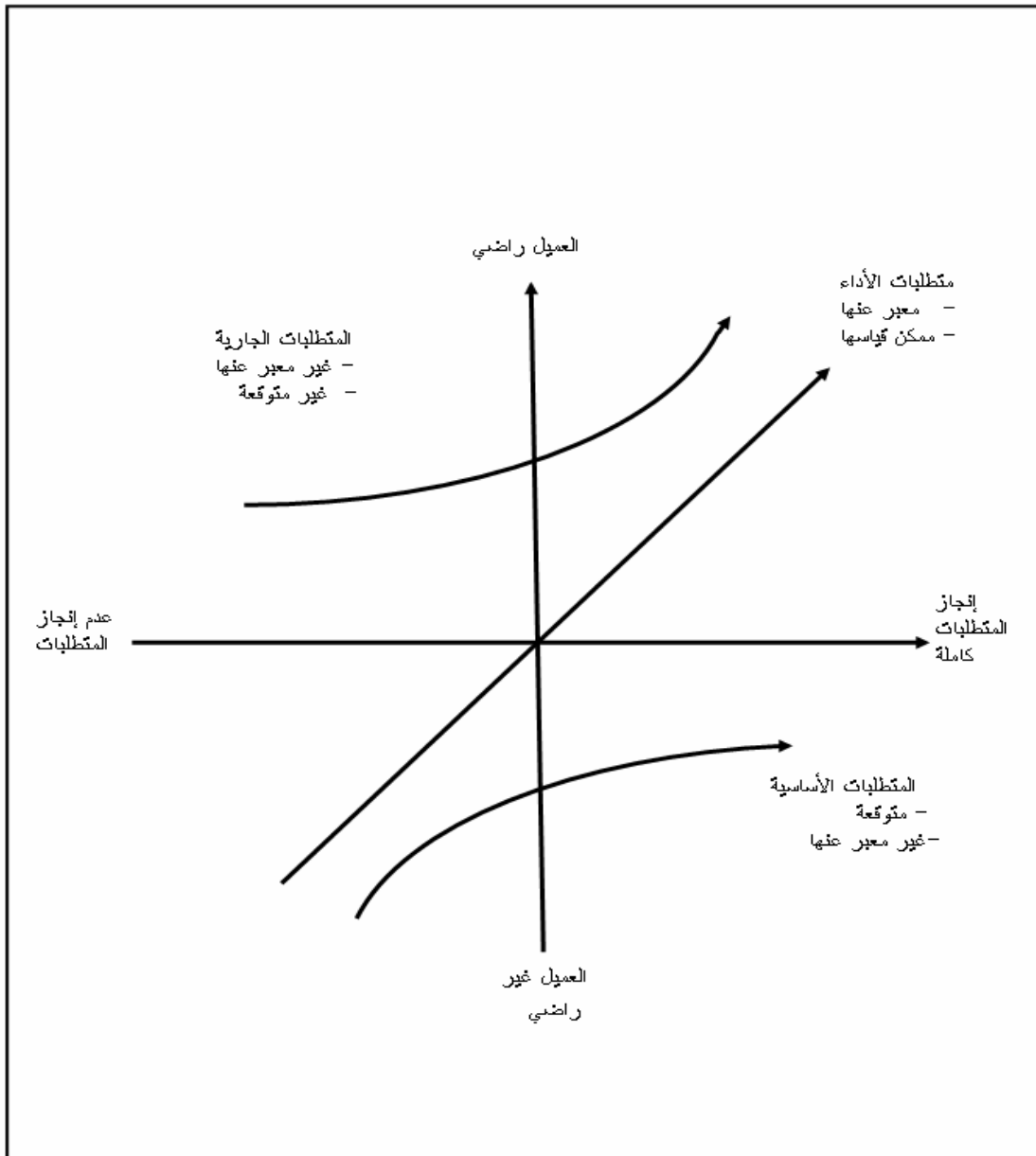
في رضا العملاء إلى ثلاثة أنواع: 2:

¹ فريد زين الدين، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل"، مرجع سابق، ص 185.

² محفوظ أحمد جودة: مرجع سابق، ص 82 .

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

الشكل رقم (9.2) نموذج كانو لرضا العملاء :



المصدر : محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، 2008، مرجع سابق، ص 8 .

متطلبات الأداء (Performance requirements)

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

المتطلبات الجاذبة (Attractive or Delight Requirements)

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

وتستفيد إدارة المنظمة من تصنيف نموذج " كانوا " لمتطلبات الخدمة بهذا الشكل من عدة نواحي أهمها، أن ذلك التصنيف يساعد الإدارة على ترتيب أولوياتها فيما يتعلق بتطوير الخدمة، حيث قد توجه الإدارة جهودها لتطوير متطلبات الأداء والمتطلبات الجاذبة بدلا من توجيهها نحو تطوير المتطلبات الأساسية إذا كانت هذه الأخيرة موجودة بدرجة مرضية للعميل . أما من حيث جمع المعلومات عن العميل فهناك العديد منها مثل المقابلة والملاحظة والاستبانة.

5. سلوك المرضى والعوامل المؤثرة فيهم

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

1.5 تحليل سلوك المستهلك:

يعد المستهلك نقطة البداية التي تسبق الإنتاج وتوجهه باستمرار طبقا للمفهوم التسويقي الحديث الذي يهدف إلى تحقيق احتياجات المستهلك ورغباته، بحيث يكون ذلك هو الهدف الرئيسي الذي تسعى المنظمة

¹ زكي خليل المساعد ، "تسويق الخدمات وتطبيقاته"، دار المناهج للنشر والتوزيع ،عمان الأردن ، الطبعة الأولى 2006، ص277.

لتحقيقه والذي ينبغي أن تأخذه في الحسبان عند إعداد خططها فتحليل سلوك المستهلك يعتبر المدخل الناجح لعملية التسويق في تحدي احتياجاته غير المشبعة، باعتبار أن مفهوم التسويق باختصار هو البحث عن حاجات المستهلك وإشباعها¹.

وقد يجد تحليل سلوك المستهلك جذوره في النظرية الاقتصادية، إذ استند التحليل الاقتصادي على العقلانية باعتبارها أساس سلوك المستهلك ويفترض حينئذ بالمستهلك إجراء ترتيب سلمي لحاجاته، ويجب أن يتبع سلوكه هذا التدرج في إشباع الحاجات. غير أن دراسات سلوك المستهلك عبر نظريات التحليل النفسي قد ساهمت أيضا في تطوير تحليل وتفسير السلوك الإنساني. وهي تعيد السلوك الإنساني إلى الدوافع المدفونة لديه أول دوافع لا يدركه ولكنها مؤثرة على سلوكه في نفس الوقت، لذا يتطلب تحليل سلوك الفرد تحديد كل من الدوافع المدركة وغير المدركة ومن هنا برزت نظريات ودراسات الدوافع، وقد اعتمدت في التسويق أمثال نظرية ماسلو وهارزبارغ.

وتعتبر إسهامات نظرية الشخصية ونظرية التعلم من أبرز الأعمال التي كان لها استعمالات واسعة من قبل رجال التسويق في فهم سلوك المستهلك. إذ أكدت نظريات الشخصية على أن نمط السلوك راجع إلى نمط رد الفعل أو الاستجابات المستقرة والمتوقعة من الفرد والتي تميزه عن غيره من خلال طريقة إدراكه وأفعاله وتفاعله مع البيئة المحيطة به. أما نظرية التعلم فتركز على أن هناك عامل خارجي (إعلان) أو داخلي يحرك الفرد نحو اتخاذ سلوك (استجابة) معين. وقد استعملت هذه النظرية في بناء ولاء المستهلك لعلامة أو صنف معين من المنتجات².

ويبرز سلوك المستهلك أكثر خصوصية في تلك المنظمات التي وجدت أصلا لخدمة المستهلك. ويتجلى ذلك واضحا في المنظمات الصحية وتحديدا في المستشفيات التي وجدت أصلا لخدمته من كل الجوانب الصحية التي يكون بحاجة إليه. لذلك فقد جندت المستشفيات كل طاقاتها المعلنة والكامنة، حيال القيام بالاستجابة لطلبات المرضى عند الحاجة لأية خدمة تشخيصية أو علاجية أو وقائية. حتى أصبح من المألوف أن تقرأ الإشارات المرفوعة من قبل إدارات المستشفيات بان "المرضى هم دائما على حق".

فالمستهلك قد يضع حاجاته ورغباته بطريقة مختلفة عن غيره أو عما تفكر به المنظمة. لذلك فإن نقطة البدء لفهم سلوك المستهلك هو في تحديد المؤثرات القائمة حاليا ومستقبلا، حيث أن المريض هو الطرف النهائي الذي يكون بتماس مباشر مع الخدمة المقدمة، وأن اتخاذه لقرار التعامل هو تعبير عن السلوك الشرائي

¹ محمود صادق بازعة، "إدارة التسويق"، دار النهضة العربية، القاهرة 1987، ص 150.

² أيمن علي عمر، "قراءات في سلوك المستهلك"، دار الجامعة لإسكندرية، 2006، ص 77.

والمرهون بعدد من العوامل الموقفية مثل المحيط المادي للمستشفى الذي يتأثر بالموقع، الأصوات والضوضاء، الرائحة، الضوء، وغيرها من المتغيرات البيئية التي تؤثر على قرار المريض في شراء الخدمة الصحية من هذا المكان دون غيره.

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

2.5 العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمستهلك:

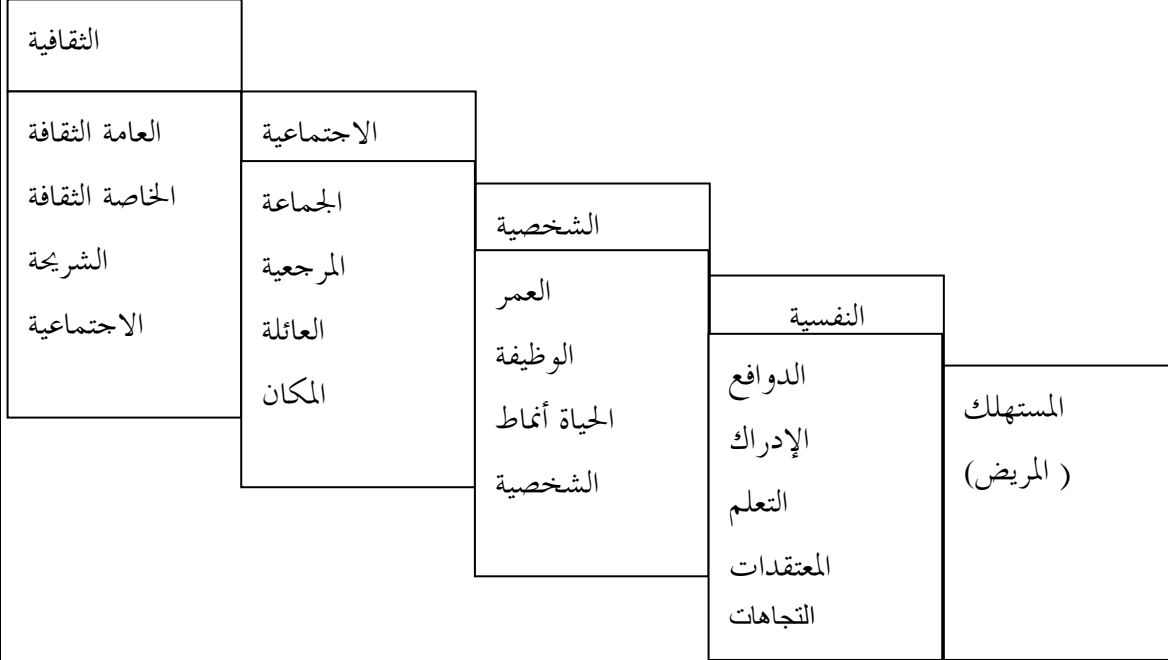
يعد سلوك المستهلك سلوكاً إنسانياً يتأثر بمجمل العوامل والضغوط التي تؤثر على الفرد سواء كانت هذه العوامل والضغوط اقتصادية، اجتماعية أو نفسية. وتعتبر عملية التنبؤ بسلوك المستهلك من المسائل البالغة التعقيد بسبب تداخل وتشابك هذه العوامل فيما بينها.

وبقدر تعلق الأمر بالمرضى مع المنظمات الصحية والمستشفى، فإنهم يتأثرون أيضاً بذات العوامل المؤثرة في الشراء التقليدي. إلا أن الاختلاف حتماً سيكون تبعاً لطبيعة الحالة الصحية المطلوب تجاوزها من قبل المريض، ودرجة خطورتها على حياته. ولكن الحديث هنا يتعلق بخصوصية الجوانب السلوكية التي تقود المرضى للتعامل مع الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمات العاملة في مجال الصحة والطب¹.

ويمكن توضيح هذه العوامل عبر هذا الشكل:

¹ أيمن علي عمر، "قراءات في سلوك المستهلك"، مرجع سابق، ص78.

شكل رقم (10.2): العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك (المريض)



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

أ -العوامل الثقافية :

وهي مجموع العوامل التي يعبر من خلالها الفرد عن أسلوبه في التعامل مع المفردات اليومية اتساقا مع التراكم المعرفي المتحقق لديه عبر تجاربه الإنسانية وما تحققه من تعميق فكري . وهي أيضا الثقافة العامة التي تعريفها بشكل مختصر على أنه " تراكم معرفي وقيمي لمقاصد ومفاهيم يستخدمها المجتمع للتعامل مع البيئة التي يعيش فيها وتتم مناقشتها للأجيال القادمة¹ .

وأصبحت بالتالي معيارا شخصيا للتعامل مع الآخرين، وعلى سبيل المثال أصبحت من الثقافات العامة للفرد الأوربي قيامها بعمليات الفحص الدوري السنوي أو نصف السنوي للتأكد من سلامته الصحية .أما الثقافة الفرعية فهي الثقافة التي تمتلك سمات وصفات سلوكية خاصة يمكن تمييزها عن غيرها من المجتمعات الأخرى ضمن الثقافة العامة، فنجد مثلا اتجاه واضح لدى العديد من أفراد مجتمع المدينة والمستويات العمرية التي تجاوزت مرحلة الشباب إلى حد ما، يتفوقون في توجيههم نحو تناول الأطعمة النباتية، أو تلك الأطعمة الخالية من الدهون.وهذا يرجع إلى تقديرهم ومعرفتهم بأن ذلك يحافظ على سلامة صحتهم ويبعادهم عن أمراض كثيرة

¹ فوزي شعبان مذكور ، " تسويق الخدمات الصحية " ، مرجع سابق ، 184.

تسببها الدهون واللحوم وأخطرها الذبحة الصدرية، أو الجلطة القلبية، فضلا عن زيادة نسبة الكوليسترول في الدم الذي يقود إلى مخاطر صحية كثيرة تنحصر في أثرها على كفاءة عمل القلب، وضيق أو تقلب الشرايين. كما تدخل ضمن العوامل الثقافية الشريحة الاجتماعية المختلفة في جوانب عديدة، كأن يعتمد هذا الاختلاف أو التفاوت على مستوى الدخل، التعلم، مكان الإقامة، المهنة... الخ كأساس في التمايز ما بين الشرائح في المجتمع. وعليه يمكن تعريف الجوانب الثقافية على أنها " التجانس النسبي للأقسام أو الأجزاء في المجتمع والمرتبة بشكل هرمي يشترك أعضاؤها بقيم واهتمامات مشتركة وسلوك متشابهة " وتستطيع المنظمات الصحية من هذا التصنيف تحديد التصرف أو التوجه للتعامل السلوكي مع الأفراد على وفق الشرائح المختلفة. وهنا يكون الأمر مشابه إلى حد كبير مع موضوع تجزئة السوق، إذ لا يمكن التعامل مع المجتمع على أنه متجانس، بل لابد أن تكون هناك اختلافات قائمة بين أجزائها. فمثلا مخاطبة الشريحة الاجتماعية ذات الخصائص الأقل تحضرا ثقافيا واجتماعيا، يختلف تماما عما هو عليه في المجتمع المتحضر، ويعتمد ذلك في كيفية التعامل مع الإرشاد الطبي، أو التعامل مع الأمراض وطريقة المراجعة الطبية... الخ¹.

ب - العوامل الاجتماعية :

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

ج -العوامل الشخصية :

وتتمثل خاصة في العمر الذي يؤثر إلى حد كبير في السلوك الشرائي للخدمة الصحية، حيث كلما ازداد العمر زاد الاعتماد على الذات في اتخاذ قرار الشراء للخدمة الصحية، بل أن الأنظمة والقوانين الطبية تشترط موافقة رب العائلة على إجراء العمليات الجراحية لمن كان دون السن القانوني (18) سنة، ويكون الأمر بحالة معكوسة لمن هم في مرحلة الشيخوخة والكهولة.

¹P. Kotler, B. Dubois ", marketing management ", op, cit, op. cit., p.173.

بالإضافة لنمط الحياة التي يمكن إرجاعه إلى معيشة الفرد في المجتمع المحيط به، والأنشطة المختلفة التي يقوم بها واهتماماته وآراءه، وعليه فإن المسوقون عليهم أن يبحثوا في العلاقة القائمة بين الخدمات الصحية المقدمة، وأنماط الحياة للمجاميع المستهدفة من الجمهور، فمثلا وجد أن السمنة سبب لأمراض كثيرة تصيب الإنسان ، ولكن وجدوا أن هناك مجموعة من النساء ينظرون للموضوع أكثر من كونه جانب صحي، ولكن يمتد للجانب الجمالي لهن في التعامل مع هذه الخدمة الصحية أو تلك . كما أن الشخصية تعد أحد أهم المؤثرات في تقييم سلوك الفرد، ومدى حسن التصرف من عدمه، وهي تتأثر بالسمات المميزة للفرد وما اكتسبه من خبرة خلال حياته و المؤثرات الخارجية المحيطة به، ويقدر تعلق الأمر بالسلوك الشرائي للخدمة الصحية يتضح بان تمتع الفرد أو المريض بتلك الشخصية المميزة والواضحة تمكنه من حسن اختيار للطبيب أو المستشفى ، ويستطيع التمييز ما بين الخدمات المتشابهة المقدمة من أطراف صحية مختلفة¹ .

د -العوامل النفسية :

يتأثر المريض إلى حد كبير بعدد من العوامل النفسية كالتحفيز الذي يعرف على أنه " شيء خارجي يؤثر على سلوك الفرد باتجاه بلوغ الأهداف المقصودة " وهو بذلك تعبير عن رغبات أو احتياجات وتمنيات غير محققة يحاول الفرد العمل على إشباعها، وخير نموذج يمكن أن يعتمد للتفسير هو نموذج ماسلو للحاجات، حيث أن الجانب الصحي يمثل المرحلة الثانية من الحاجات في السلم . وحيث أن الفرد بعد أن يشبع حاجته من المأكل والملبس والسكن،فهو بحاجة لتحقيق الأمن والاستقرار، ويتمثل الجزء الأعظم من هذا الجانب في السلامة الصحية .² إذ أن الحاجة للخدمة الصحية هي مسألة أساسية لكنها تمتد أيضا صعودا إلى قمة السلم عندما يرغب الفرد في السفر للمنتجعات السياحية، أو البحث خدمات العلاج الطبيعي... الخ . كما أن لعامل الإدراك الذي يعرف على أنه " عملية استقبال الأفراد لميزات تمهيدا لترجمتها إلى استجابات (سلوك) ، وهذا يعني أن الإدراك هو عملية فهم البيئة المحيطة بالإنسان وإعطائها معنى ، أي هو ملاحظة الفرد لشيء أو علاقة أو حدث معين من خلال حواسه الخمس .

¹ فوزي شعبان مذکور ، " تسويق الخدمات الصحية " ، مرجع سابق ، 185.

² محمد صالح المؤذن ، " مبادئ التسويق " ، مرجع سابق ، ص 247.

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

بالإضافة إلى الشخصية فهي عبارة عن التنظيم الديناميكي داخل الفرد لتلك الأجهزة النفسية والجسمية التي تحدد طبعه الخاص في توافقه لبيئته¹.

أما العوامل الديمغرافية التي تؤثر على سلوك المريض تتمثل في : العمر والجنس .

¹ د. فوزي شعبان مذكور ، " تسويق الخدمات الصحية "، مرجع سابق ، ص185

خلاصة الفصل :

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

الفصل الثالث

دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية
لولاية سعيدة

تمهيد:

شهدت الجزائر منذ بداية الثمانينات تقدما ملحوظا ومستمرًا في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن ، وقد تحسنت بعض المؤشرات الصحية بشكل سريع منذ بداية التسعينات من القرن الماضي ، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة ،وارتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة .

وبالرغم من التحسن في بعض المؤشرات إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002، أي قبل مشروع الإصلاح ،لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها ، ولذا كان لا بد من إعادة النظر في السياسة الصحية ،بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات ،كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمنان الاستمرارية على المدى البعيد .

تهدف دراسة جودة الخدمات الصحية إلى تقديم صورة تحليلية لواقع تقديم هذه الخدمة ومدى جودتها بأوجه متعددة بالاعتماد على بعض الأساليب الكمية والإحصائية ،وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى مبحثين ،فالمبحث الأول يدرس نظرة شاملة لواقع الصحة بالجزائر من خلال التعريف بالخدمات الصحية العمومية،حتى نأخذ فكرة عن المنظومة الصحية في الجزائر وتنظيم النظام الصحي في الجزائر إضافة إلى إصلاح النظام الصحي وأوجه قصوره في الجزائر وطرق معالجتها.لنتنقل إلى حالة القطاع الصحي في مدينة سعيدة ،وبالتركيز على المؤسسة العمومية الاستشفائية ، وهو ميدان الدراسة باعتباره أهم قطاع حيوي في حياة المواطن . لكي يواصل هذا المبحث طرح الإشكالية حول واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،وكيف يمكن تحسين أداء خدماتها من خلال اختيار الفرضية الميدانية حول تبني المفاهيم التسويقية في المستشفى من اجل تحسين جودة الخدمات المقدمة فيه،وذلك من خلال المبحث الثاني الذي جاء شامل لخطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير نتائجها ،من خلال استعراض منهجية البحث الميداني ،ثم المعالجة الإحصائية للمعلومات ،ليتم بعدها تحليل وتفسير النتائج المتحصل عليها .

المبحث الأول : تقديم النظام الصحي في الجزائر

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي ،موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية ،وفي هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً كاملاً ومنسجماً وموحداً في إطار الميثاق الصحي ،الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة .من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة .

وسنحاول من خلال هذا المبحث تقديم النظام الصحي في الجزائر بهدف فهم خصائصه الرئيسية.

1. النظام الصحي في الجزائر

1.1 تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر :

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر ، وقد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب ، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن متركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من المرضى لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة و ليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة للطاقم الإداري المسير.¹

واتسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بارتفاع معدلات الوفيات والإصابات بسبب انتشار الأمراض المعدية والمنتقلة ، على نطاق لم يسبق لها مثيل مما دفع الدولة بالانشغال ،ونظراً لمحدودية الموارد وضعت وزارة الصحة اثنين من الأهداف الرئيسية لمعالجة هذا الوضع : مكافحة الأمراض المعدية وتحسين الحصول على الرعاية ، وتميز العمل على ارض الواقع بتنفيذ برنامج الصحة لحماية الناس والمجتمع (التطعيم الإجباري لجميع الأطفال)والوقاية من الأمراض المنتشرة (القضاء على الملا ريا والسل) .ومن هنا أصبح لزاماً انتهاج سياسة واضحة بتطبيق المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية والعيادات الخاصة تساهم في هذه الخدمة ،والمهم بالنسبة لمستولي الصحة هو إبراز الجهود المبذولة لبناء المستشفيات ،والإصرار على الزيادة في تكوين عدد الأطباء والاستقلال الذاتي النسبي الذي يتمتع به الممارسين في مجال

¹حوالف رحيمة ، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان)" ، أطروحة دكتوراه ، جامعة أبو بكر بالقائد تلمسان 2009-2010 ص133.

الرعاية الصحية ، لان العديد من الحكومات لا تريد تشغيل مستشفياتها على أساس تجاري لأنها جزء من ميراثها القومي .

وقد تميز النظام الصحي في العقد الثاني بعد الاستقلال بثلاث ميزات رئيسية وهي :

1. تقديم الرعاية المجانية وإقرارها رسميا من يناير 1974 ، تطبيقا للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973 و الذي يتضمن مشروع كل الوثائق التاريخية للثورة الجزائرية وهذا ما عزز من وضعية السكان في الحصول على رعاية صحية .

2. إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات.

3. إنشاء قطاع الصحة ومحاولة تطويره بتوسيع نطاق التغطية الصحية بأنجاز العديد من المرافق الصحية ، وخصوصا المستشفيات والهياكل الخفيفة الوزن كالعيادات الشاملة والمراكز الصحية وذلك لتحقيق ثلاثة مهام أساسية وهي الرعاية ، التدريب والبحث.

وخلال عقدين الثمانينات والتسعينات وبسبب انخفاض عائدات النفط من جهة و مرور بلادنا بالعيشية السوداء من جهة أخرى ، اضطر النظام للرضوخ إلى التعديل الهيكلي منذ 1994، بعد أن شهد نظام الرعاية الصحية انهيارا جعله يعاني من نقص في المجالين التقني والعلاجي . وخلال الفترة ما بين 1989-1998 شهد المجال الطبي انتكاسات قوية الحجم تسببت في العديد من الممارسات تمثلت في تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية وتدهور الخدمات المقدمة بها ، بالإضافة إلى تدمير العديد من الأطباء بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية ، وظهور العيادات الخاصة المنافسة .¹

2. التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر : فقد تم تقسيمه إلى ثلاث مراحل وتتمثل في:²

1.2 المرحلة الأولى (1962-1965):

ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجزائر ، وهران ، قسنطينة. ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل

¹حرف رحيمة ، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بلمسان)" ، أطروحة دكتوراه ، جامعة أبو بكر بالقائد تلمسان 2009-2010 ص133.

²نور الدين حاروش، "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، دار الكتابة للنشر والتوزيع الجزائر، الطبعة الأولى 2009، ص132.

المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية. ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. ومن

جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيبا ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.

لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات وما بعدها، تطورات كبيرة من خلال المستخدمين والهياكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد. وكذا بجملة من النصوص والقوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.

قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة. أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات، وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بنسبة 1962.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها. وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البناءات والهياكل التي خلفت الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.

هذه المرحلة امتازت من جهة بطلب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء، والتي تسير من طرف وزارة الصحة، والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن والبلديات، والتي تسير من البلديات. وأخيرا مراكز النظافة المدرسية والتي تسير من طرف وزارة التعليم. ومن جهة أخرى، هناك قطاع صحي خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقد، وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة.

2.2 المرحلة الثانية (1965-1979):

ميز هذه المرحلة مضاعفة قاعات العلاج في الفترة ما بين 1969 إلى 1979، وهذا محاولة إعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي.¹

والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك لإنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974.

من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، فنجد تركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغياها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية، هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للتمريض.

ولقد كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني²، كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني. وانطلاقا من ذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من اجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين، والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك.

أما بشأن تطور الموارد المادية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا نسجل ارتفاعا محسوسا في عدد العيادات المتعددة الخدمات. حيث أن هذه الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة، والمستشفيات والقطاعات الصحية من جهة أخرى.

¹ نور الدين حاروش، "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، مرجع سابق، ص 135.

² الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28/12/1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادرة بالتاريخ 1 جانفي 1974، ص 2.

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، ومنذ 1975، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، وهي كما يلي :

1. المشكلات الصحية : كمكافحة الأمراض المتنتقلة، مثل الملا ريا ،السل ،الرمد ،الأمراض المعدية ...الخ

2. مكافحة الأمراض غير منتقلة: كأمراض القلب ،الأمراض العقلية ...الخ

3. المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.

4. المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها ،في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة ب60% من مجموع النفقات ،و 30% من طرف الضمان الاجتماعي ، والباقية 10% من طرف السكان أو الأسر ، بحث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها ،وتضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية AMG .

وما يقدم كاتنقاد لهذه المرحلة التاريخية هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها ،وانعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام أن لنا تسميته بنظام ،بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان .وفي النهاية نشير إلى المقترحات الهامة الخاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني،علما بأنهما مرتبطة بالمرحلة القادمة التي نتناولها في دراسة خاصة بها.¹

3.2 المرحلة الثالثة (1979-2007):

اعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني يجب أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ،وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على ما يلي :

✓ توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976. إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأدوار ليست فقط

¹. نور الدين حاروش، "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، مرجع سابق، ص136.

وزارة الصحة، وإنما القطاعات والتنظيمات 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 والجهوية للصحة.

✓ البطاقة الصحية¹، كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية.

✓ التسلسل في العلاج وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.

✓ جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية و نجاعة.

✓ بالإضافة إلى إعادة النظر في جملة المشكلات المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين من أجور ونقل وتكوين وغيرها.

ونواصل دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته وذلك في مرحلتي الثمانينات وبداية التسعينات، وما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، وكذا المنشور الوزاري سنة 1995 والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي. بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993 انه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي، وهذا الأخير "النظام أو النهج التعاقدى" الذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية، وفي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن .

كما عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين.

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005، فقد عرفت بعض التحسن دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة انه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع

¹ Ministre de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire nationale , novembre 1981, p2.

الصحي في الجزائر والمقدرة بـ 9.1% من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة إستراتيجية ناجحة، وسوء توزيع الأطباء و التفاوت فيما يخص الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج¹. وفي الأخير نقول أن موضوع الصحة والسكان كان دوما ذو أولوية وذلك منذ استقلال البلاد، فإذا كان الدستور الجزائري ينص في مادته 67" أن جميع المواطنين لهم الحق في الصحة وتضمن الدولة هذا الحق من خلال الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستوطنة"، ولقد منحت الأولوية في السنوات التي تلت استقلال الوطن إلى غاية سنة 1980 ما يلي :

✓ إعادة بناء الوطن الذي دمرته الحرب.

✓ تشييد الاقتصاد الوطني بتنصيب شبكة صناعية واستجابة الحاجيات الاجتماعية والثقافية للسكان، كالتعليم والشغل والصحة .

✓ تحسين الظروف الاجتماعية الاقتصادية للسكان لتحقيق الهدف، وهو التحكم في النمو الديمغرافي وتنظيم النسل في السبعينات.

لكن الانطلاقة الفاعلية جاءت من خلال المصادقة سنة 1983 على البرنامج الوطني للتحكم في النمو السكاني، حيث يتركز هذا البرنامج على مبادئ تحريضية واختباريه للانضمام الإرادي للأزواج إلى التخطيط العائلي واحترام القيم الاجتماعية والدينية. وكانت للبرامج الوقائية والأعمال الصحية المطبقة انعكاسا طيبا على صحة السكان، ويبدو ذلك واضحا من خلال مؤشرات الوفيات بصفة عامة، ووفيات الأطفال بصفة خاصة، ولا بد من القول أن تحسين الظروف العامة لمعيشة السكان الناجمة عن التقدم والتطور في مجال ظروف السكن (التزويد بالماء الصالح للشرب

والكهرباء، وقنوات صرف المياه... الخ)، وتحسين شروط النظافة، وطريقة التغذية قد أدت إلى اختفاء أمراض متنقلة، وتراجعهم لبعض الأمراض الأخرى. وخلاصة القول، هذه بعض المعطيات العلمية والميدانية المتعلقة بالسياسات الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، إن ما نسجله بشأنها أن هناك تغيرات جذرية مرتبطة بالتوجه الإيديولوجي للجزائر انعكس على القطاع الصحي، والذي يحتاج إلى تغيير جذري حتى يكون حق الصحة لكل المواطنين.

3. هيكلية النظام الصحي في الجزائر :

نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 138.¹

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسئول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لهذا¹. ويشمل ثلاثة مستويات أساسية وتتمثل في :

1.3 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:²

- وقاية صحة السكان ورعايته،
- التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي،
- التنظيم الصحي والخريطة الصحية،
- العلاج الطبي في الهياكل الصحية،
- تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين،
- العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات،
- ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها،
- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة،
- التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها،
- الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي،

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

ب- ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون بالديوان وعددهم أربعة (04)، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

¹Ministre de la santé et de la population, développement du système national de santé : stratégie perspective
.mai2001 <http://www.Ands.DZ./systeme> de santé .htm

²موجب المرسوم التنفيذي رقم (90 - 124) المؤرخ في 30 أبريل 1990.

ج - الأمانة العامة :تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

د -المفتشية العامة :يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية :¹

- 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.

2.3 على المستوى الولائي :

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعاً منسجماً ومتوازناً ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقد ظروف خزنها 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 بإعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة و إعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية (CMS) الاجتماعية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم . كما أنها لا تنهون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

ب -المراكز الاستشفائية الجامعية

¹ بموجب المرسوم التنفيذي رقم (90 - 188) المؤرخ في 23 جوان 1990 .

أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974¹، وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي (660 إلى 700 سرير) ومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة. يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي².² بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية. وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنها 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.

3.3 على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة³ 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 (hiérarchisation des soins) تم إنشاء قطاعات صحية فرعية (sous secteurs sanitaire) المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث 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:

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

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

³ المنشأة الاستشفائية المتخصصة: هي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهاز عضوي معين أو مجموعة ذات عمر معين. مثل مستشفى الأمراض العقلية، مستشفى أمراض السرطان، أمراض الأطفال...

أ- عيادة متعددة الخدمات (Polyclinique): مهمتها

✓ تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة؛

✓ الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛

✓ تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

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

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

ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة¹ 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

- المؤسسات العمومية الاستشفائية: (Etablissement Publics Hospitalier (EPH)

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

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: (Etablissements Hospitaliers spécialisé (EHS)

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

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

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) حسب المرسوم التنفيذي السابق ذكره هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

¹ قرار المرسوم التنفيذي رقم (07-140)، المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق مايو سنة 2007.

• ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

• ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

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

حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة (EPSP) أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج. تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة¹.

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

• الوقاية والعلاج القاعدي،

▪ تشخيص المرض،

▪ العلاج الجوارية،

▪ الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي،

▪ الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي،

▪ تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

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

4. عرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر :

تم إسناد النظام الصحي في الجزائر إلى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات ، التي تسيير العنايات الإستشفائية و الصحة في الوسط العمومي و تراقب شروط الممارسة في القطاع الخاص و تسيير التغطية الاجتماعية من قبل ثلاث صناديق وطنية تحت وصاية وزارة العمل و الضمان الاجتماعي، و هي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الغير أجراء CASNOS و الصندوق الوطني للتقاعد CNR. و يغطي نظام الحماية الاجتماعية الضمانات

¹ قرار المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق مايو سنة 2007.

الاجتماعية (المرض، الأمومة، العطب، الوفاة...)، و التقاعد ، و حوادث العمل و الأمراض المهنية ، والخدمات الاجتماعية، و التأمين على البطالة، و التقاعد المسبق.¹

حيث سجل السلوك الطبي نموًا قدرت نسبته بحوالي 70% خلال العشرية السابقة في الهياكل العمومية ، بتسجيل ارتفاع في عدد الأطباء الممارسين من 21000 (4000 منهم أخصائيون) سنة 1999 ، إلى 35000 طبيب ممارس (منهم 13000 أخصائيون) في سنة 2007 ، و قد تمت مرافقة ذلك بتدعيم حضور أطباء أخصائيين في المدن الداخلية بالبلاد .وعليه فإن عدد الأطباء الأخصائيين العاملين في هياكل الصحة العمومية عبر ولايات الهضاب العليا، قد ارتفع من 307 في سنة 1999 إلى 2174 في سنة 2007 . أما بالنسبة لولايات الجنوب، ارتفع عدد الأطباء الأخصائيين الذي لم يكن يتجاوز 80 في سنة 1999 ، إلى 1000 في سنة 2007.²

ويهدف تلبية طلبات المواطنين، تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود هامة للاستثمار من طرف الدولة، بغية توسيع و تدعيم شبكة المنشآت الصحية من أجل تكفل أفضل بالمريض، و من أجل تحقيق تغطية طبية أفضل .وعليه، فبالنسبة للفترة الممتدة من 2005 إلى 2008 فقط، استفاد القطاع الصحي من 244 مليار دج من الاستثمارات العمومية من أجل إنجاز مجموعة من المنشآت الصحية منها 152 تم استكمالها ، وحوالي 400 منشأة في طور الانجاز .

أما بالنسبة لسنة 2009 قد قدرت الإحصائيات الإجمالية المتعلقة بالهياكل الاستشفائية بـ :³

القطاع العام :

✓ 268 مستشفى منها (31 مركز استشفائي متخصص، 13 مركز استشفائي جامعي) ، ببطاقة استقبال مقدرة بـ 54000 سرير .

✓ 504 عيادة متعددة الخدمات ، و 5368 مركز طبي ومستوصف .

✓ 515 مركز طبي اجتماعي ، و 1121 وحدة طبية للكشف ومتابعة الصحة المدرسية .

✓ 80 وحدة طبية وقائية في الوسط الجامعي إضافة إلى 120 مركز لنقل الدم .

¹ الوكالة الوطنية الجزائرية لتطوير الاستثمار <http://www.andi.dz>

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 15 سبتمبر 2007.

³ الوكالة الوطنية الجزائرية لتطوير الاستثمار <http://www.andi.dz>

✓ الهيئات التابعة للقطاع العسكري منها: مستشفى مركزي، و 06مستشفيات جهوية، 03 عيادات متعددة الخدمات، عيادتين للتوليد .

القطاع الخاص :

✓ 221 عيادة عاملة، تستخدم ما يقرب من 500 اختصاصي، و 200 طبيب عام، و 1200 عون شبه طبي، ببطاقة استقبال مقدرة بـ 3400 سرير.

الموارد البشرية :

من خلال الجدول رقم (1.3) : يوضح تطور مؤشرات التغطية الطبية في الجزائر :

السنوات	طب عام	طب خاص	طب أسنان	صيادلة	شبه طبيين
1962	1 من 25643	من عدد السكان	72848/1	41667/1	2979/1
1999	1750/1	3594/1	3752/1	6134/1	364/1
2009	1457/1	2052/1	3241/1	4492/1	370/1

Source : Communication de Monsieur le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière Septembre 2009 p16.

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد الأطباء العامين والخاصين، ارتفع عددهم بشكل ملحوظ وهذا تناسبا مع ارتفاع عدد السكان من سنة 1962 بعد الاستقلال إلى غاية 2009 مما يدل أن سياسة التي انتهجتها الدولة لتحسين الخدمات الصحية كان لها اثر واضح، أما بالنسبة لأطباء الأسنان و الصيادلة فلم يكن هناك ارتفاع كبير ما بين سنة 1999 و 2009، بينما سجل ارتفاعا في عدد الشبه الطبيين ما بين سنة 1962 و 1999 ليعاود الانخفاض في عددهم خلال سنة 2009.

5 . إصلاح النظام الصحي في الجزائر :

يعتبر العنصر المميز لسنة 2002، في مجال الصحة في الجزائر، تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات .

1.5 أهداف مشروع الإصلاح وملفاته :

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف ، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها ، وتمثل في الأتي :¹

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

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

❖ ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج :

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

وتم التعرض إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة ،وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع و المستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى .

❖ ملف الهياكل الاستشفائية :

¹وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات،تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات :الأولويات والأنشطة المستعجلة ، الجزائر في 17جانفي 2003.

² Les 6 dossiers de la reforme hospitalière
<http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>

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

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أداؤها.
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي .

❖ ملف الموارد البشرية :

اهتم هذا الملف بعصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين ، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية ، شروط وظروف عملهم ، علاواتهم وأجورهم ، ترقيةهم في المسار المهني وتكوينهم ، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين ، شبه الطبيين ، المسيرين والتقنيين ، وهذا 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 ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل ، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية . وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف .

❖ ملف التمويل :

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات ، وضرورة 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 ، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى .

1

❖ ملف اشتراك القطاعات :

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية ، العمل والحماية الاجتماعية ، الضمان الاجتماعي ، التضامن ، التعليم العالي

¹ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière, op -Cit.

،التكوين المهني،الجماعات المحلية والبيئية ،الصناعة والفلاحة ،فانه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليها في هذا المشروع ،ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب ،بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية ،الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية ،أما بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا ،والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

6. مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة:

تظهر مكانة الجودة في القانون التنفيذي رقم 07-140 من ناحية التنظيم وتسيير هذه المؤسسات .فيسير كل مؤسسة كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الحوارية مجلس إدارة تحت إشراف مدير المؤسسة ،وتزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي .فمنذ المرسوم التنفيذي لسنة 2007 والذي دخل حيز التنفيذ منذ بداية 2008 أعطى أولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الحوارية.¹

وقد أعطت سياسة الإصلاح الجديدة مكانة للقطاع الخاص حيث بلغ عدد الأسرة في القطاع الخاص إلى ما يزيد على 3000 سرير ،ووصل في 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 وصيانتته ،ومنهم مهندسين جزائريين إضافة إلى بعض الأجانب في حرية الانتقال عبر جميع التراب الوطني بهدف إصلاح العتاد وصيانتته .وقد تم إنشاء مؤسسات كويية متخصصة وخاصة في طب العيون في بعض الولايات الوطن الشيء الذي يفتح ويحث المؤسسات الجزائرية على الاهتمام أكثر بالجودة في تقديم الخدمات وبلوغ الجودة العالمية.

7 . أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها :

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ،30 ماي 2007،العدد30،ص11،ملحق رقم 2.

لم يدع التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات ،انه وضع قائمة كاملة للمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر ،وخصوصا المستشفى ،وإنما قدم حوصلة عن العقبات والمشاكل الأكثر بروزا ،وتمس جوانب جد مهمة .

وفيما يلي عرض للاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجتها :

1.7. الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها :

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات تتمثل في نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى ، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي :

- ✓ تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية .
 - ✓ ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
 - ✓ مديونية ثقيلة.
 - ✓ غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.
- وعلى ضوء ما سبق ،تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي ، نعرضها فيما يلي:¹
- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
 - إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.
 - قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين ،حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
 - الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
 - تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى ،كإخراج المصالح الاقتصادية والعامة عن المستشفى .
 - وضع مخطط حسابات المستشفيات .

¹ Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie

<http://www.unpanl.un.org/intraddoc/groups/public/document/CAIMED/unpan018927.pdf>

- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
- إعطاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعجال، التعليم، البحث و الوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية.

- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.
- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
- وضع ميزانية ملحقه مستقلة عن ميزانية المستشفى.
- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

وتجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها، وعلى هذا الأساس توجد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في طريقة لتمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية بدون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها.¹

1.7. الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها:

لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه وتكوين فعال للمستخدمين، وعلى هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على ما أقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدى.

أ- العراقل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية وتدبير معالجتها:

لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، سنبرزها في الأتي :

تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة.

¹ Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie, op_cit .

- ✓ تشييط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.
- ✓ تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.
- ✓ نقص في صيانة العتاد الطبي.
- ✓ نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.
- ✓ تقييم غير كاف للنشاطات الطبية .
- وبالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة ،بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كما يلي :
- ✓ الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهم الإدارة المركزية وهيكلها غير الممركزة.
- ✓ مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.
- ✓ لقد توحيد الوسائل المادية و الموارد البشرية.
- ✓ إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
- ✓ جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلا وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤولياتها.
- ✓ تزويد المستشفيات بالهيكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.
- أما فيما يخص القطاع الخاص ،فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.
- ب- العراقيل المترتبة بالإعلام وأوجه معالجتها :**
- أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العمومي،الخاص)، وذلك لعد اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي :
- ✓ لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- ✓ التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان ،وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والشبه 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 والسكان على العمل بها، والتي سنهتم بإبرازها في النقاط الآتية :¹

- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي .

- وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.

- أما فيما يخص المتدربين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.

- إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين 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 أو الممارسين بالخارج مع التعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.

- مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب حاجيات 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.

واستنادا على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، ولكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقا قصد بناء هيكل قانوني، إداري، مالي واجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد.

تمثل الخدمات الصحية مؤشرا للتنمية البشرية لأنها ترتبط بالتنمية والتخطيط التنموي، وهي تشكل أحد القطاعات الاجتماعية المهمة التي تسعى كل دولة لتطويرها وتحقيق جودة منتجها الخدمي وتوفيرها لجميع أفراد المجتمع.¹

¹ Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie,op_cit .

ويهدف هذا البحث إلى توضيح واقع جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا المريض في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،من حيث المكونات الأساسية للكشف عن أهم الفروقات والتباينات الموجودة من أجل إتخاذ التدابير والإجراءات الضرورية التي تساهم في تحقيق توازنات مجالية وضمان كفاءة وكفاية المكونات الصحية.

¹ Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région, Assistance sociale dans la région Méditerranéenne, Algérie ,op.cit. .

المبحث الثاني : مدخل عام حول المنظومة الصحية العمومية في مدينة سعيدة

1. نظرة عامة حول المنظومة الصحية لمدينة سعيدة

1.1 نشأة المؤسسة الاستشفائية العمومية لولاية سعيدة

تعتبر المؤسسة الاستشفائية العمومية " احمد مدغري " لولاية سعيدة من أهم المرافق الحيوية في الولاية . ولقد شهدت نشأتها عدة مراحل أهمها كانت في ماي 1976 تاريخ تدشين الهيكل، ثم في 13 جوان 1977 تم الشروع في العمل ، يتربع المستشفى على مساحة تقدر ب5 هكتارات تقريبا ، وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي مع بقائها عمليا تخضع للرقابة الوصائية الممارسة من طرف وزارة الصحة . تم إنشاءها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي . يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المؤسسة العمومية الاستشفائية، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية . وذلك لأجل بناء هدفين وزاريين رئيسيين يكمن الأول في إنشاء أقسام متخصصة والثاني في تكوين أطباء مختصين في ميدان العلاجات الاستشفائية.

تستقطب المؤسسة العمومية الاستشفائية " احمد مدغري " لولاية سعيدة، مختلف الحالات المرضية من أنحاء متفرقة من الولاية، بحكم تواجد 17 تخصصا في المجال الطبي، إلا أن المؤسسة تعاني من مشاكل عديدة. تتمتع المؤسسة الاستشفائية المذكورة بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وفق المرسوم التنفيذي رقم 173/07 المؤرخ في 04 جوان 2007¹، والذي بموجبه يتم ضمان الحاجات الصحية للسكان عن طريق برمجة توزيع العلاج وتشخيص الأمراض وإعادة التأهيل الطبي إلى جانب تطبيق البرامج الوطنية للصحة وغيرها من المهام التي أنيطت بالمؤسسات العمومية الاستشفائية عبر التراب الوطني، غير أن مستشفى ولاية سعيدة من الضروري تكييفه وفق الإمكانيات المادية والتجهيزات الموجودة به.

2. مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة: جدول رقم (2.3) يوضح ذلك:

¹ Le Ministre de la santé, et de la population et de la réforme hospitalière, arrete n° 2530 du portant création des services et de leurs unités constitutives au sein de l'établissement public hospitalier Saida.

جدول رقم (2.3) يوضح مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة :

المصالح (service)	الأسرة (Lits organizes)	الوحدات (Unités)	
علم التشريح المرضي		- علم أمراض النساء - أمراض المعدة	1
التخدير الإنعاشي	30	- التخدير - الإنعاش و العناية القصوى	2
الجراحة العامة	62	- الجراحة العامة - جراحة الأعصاب	3
علم الأوبئة		- معلومات صحية - نظافة المستشفيات	4
الفحص بالأشعة المركزي		- الفحص بالأشعة (X) - الفحص بالأشعة	5
المختبر المركزي		- علم الجراثيم - الكيمياء الحيوية	6
الأمراض المعدية	40	- استشفاء الرجال - استشفاء النساء	7
الطب الداخلي	90	- الطب الداخلي - علم الأعصاب - أمراض القلب - أمراض الغدد - أمراض المعدة	8
الطب الشرعي	06	- تقرير الطب الشرعي - الطب الإصلاحي	9
أمراض الكلي	20	- أمراض الكلي - تصفية الدم	10
طب العيون	20	- الاستشفاء - الفحص و المتابعة	11
أمراض العظام	20	- الاستشفاء - الفحوصات	12
أمراض الأذن الأنف و الحنجرة	20	- الاستشفاء - الفحص و المتابعة	13
الصيدلية		- تسيير المواد الصيدلية - توزيع المواد الصيدلية	14
أمراض التنفس و الصدر	40	- استشفاء الرجال - استشفاء النساء	15
الأمراض العقلية	20	- استشفاء الرجال - استشفاء النساء	16
الاستعمالات الجراحية	18	- الاستقبال - الاستشفاء	17

source : Le Ministre de la santé, et de la population et de la réforme hospitalière, arrete n° 2530 du portant création des services et de leurs unités constitutives au sein de l'établissement public hospitalier Saïda.

يتضح من الجدول أعلاه أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة تتوفر على 17 مصلحة مختلفة التخصصات وهذا حسب المرسوم التنفيذي لسنة 2007 المذكور أعلاه ، إلا أن هناك بعض المصالح غير متواجدة، وهذا ما يستدعي بعض المرضى لتتنقل إلى الولايات المجاورة لتلقي العلاج .

للإشارة، فإن مستشفى " احمد مدغري " يشرف على تأطيره 42 طبيب عام و 46 طبيب خاص من بينهم 4 أطباء أجنب (chinois) ، إضافة إلى 4 أطباء أسنان و 4 صيادلة، كما تتوفر المستشفى على 8 سيارات إسعاف وشاحنتين ، وسيارة رباعية الدفع 4x4، وسيارة واحدة للاستشفاء المنزلي .

جدول رقم (3.3) : يوضح عدد الأطباء الممارسين في القطاع العام والخاص

المصالح	الأطباء الممارسين في القطاع الخاص	الأطباء الممارسين في القطاع العام
الطب الشرعي	01	-
الجراحة العامة	09 (02 أجنب)	-
أمراض التنفس والصدر	03	01
Hémobiologie	01	01
الكيمياء الحيوية	01	-
أمراض الدم	02	-
الطب الداخلي	01	06
الأمراض المعدية	03	01
طب العيون	05	01
الفحص بالأشعة المركزي	01	-
علم الأعصاب	01	01
أمراض الغدد	02	01
أمراض الأذن والأنف والحنجرة	-	-
أمراض الرأس	01 (أجنبي)	-
علم التشريح المرضي	01	-
الإنعاش الطبي	02 (أجنبي)	-
طب المفاصل	01	-

-	01	طب الأطفال
01	02	الطب النفسي
-	01	جراحة الأعصاب
04	04	طب الأسنان
-	03	أمراض المسالك البولية
06	01	أمراض الكلى
21	-	الاستعمالات الجراحية
04	-	الصيدلية
01	-	علم الأوبئة والوقاية
01	-	مكتب القبول
50	46 (05أجانب)	المجموع

المصدر: مديرية الموارد البشرية

أما القطاع الشبه الطبي الذي يشرف على المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة فهو يضم حوالي 272 ممرض و الجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(4.3): يوضح عدد العاملين في القطاع الشبه طبي

ممرضين نفسانيين	ممرض مساعد(A.T.S)	ممرض مؤهل (I.B)	ممرض حاصل على شهادة دولة (I.D.E)	EPH
03	28	95	146	المؤسسة العمومية الاستشفائية "احمد مدغري" سعيدة

المصدر: مديرية الموارد البشرية

أما موظفين الإدارة الذين يشتغلون في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،قد بلغ عددهم 168 موظف موزعين كالتالي :

جدول رقم(5.3):يوضح عدد العاملين الإداريين

عمال الخدمات	العمال التقنيين	العمال الإداريين	EPH
131	11	26	المؤسسة العمومية الاستشفائية "احمد مدغري" سعيدة

المصدر: مديرية الموارد البشرية

3. توزيع نفقات و إيرادات المؤسسة الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية سعيدة :

في إطار إستراتيجية تسيير الموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية لسعيدة باعتبارها العمود الفقري في التسيير، هذه المؤسسة الصحية تجدر الإشارة إلى ضرورة الانطلاق في عرضنا من عملية الجرد لهذه الموارد إبراز ميزاتها و خصوصياتها من نقائص أو فائض الوظائف الأساسية، و كذا الاتجاهات الأساسية التي أخذها تطورها بالنسبة للماضي و التي يتوقع أن يأخذها في المستقبل، حتى يتسنى لنا وضع المخطط تسيير للمدى المتوسط و البعيد يمكننا من معالجة النقائص و اتخاذ حلول لكل ما يتعلق بوفرة الموارد من حيث الكم و النوع و توزيعها و تثمينها و تطوير كفاءتها و مهارتها و بالتالي تحقق أهداف المؤسسة المنحصرة أساسا في توفير العلاج بالكمية ، النوعية المطلوبة ، المنتظرة و لكن أيضا بالتوافق مع تسيير فعال للوسائل الزمان و المكان لضمان استمرارية نشاط المرفق و تحيين متواصل لخدماته الصحية المقدمة للمواطن. و في هذا الاتجاه يبقى المورد البشري الضمان الأساسي و الاستثمار الفعال لهذه الاستمرارية وبدونه تستحيل ، قد ارتأينا لتوضيح الإيرادات و النفقات للمؤسسة الاستشفائية لسعيدة . فحسب القرار الوزاري المشترك رقم 0008815 المؤرخ في 20 أكتوبر 2011 يعدل القرار الوزاري المشترك رقم 00004106 المؤرخ في 17 أبريل 2011 المتضمن توزيع إيرادات و نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية ، المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و المؤسسات الاستشفائية المتخصصة لكل ولاية و المراكز الاستشفائية الجامعية.

ميزانية التسيير المقدرة للمؤسسة الاستشفائية 2011 :

الإيرادات والنفقات العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة لسنة 2011:

النفقات العامة لسنة 2011:

النفقات		العنوان
المبلغ بـ (دج)	صنف النفقات	
610000000.00	نفقات الموظفين	1
1125000.00	نفقات التكوين	2
28500000.00	نفقات التغذية	3
183000000.00	نفقات الأدوية والمواد الأخرى	4
10000000.00	نفقات الأعمال الوقائية	5
20000000.00	العناد والأدوات الطبية	6
25000000.00	صيانة الهياكل الصحية	7
45000000.00	نفقات أخرى للتسيير	8
6700000.00	الخدمات الاجتماعية	9
-	نفقات البحث الطبي	10
929325000.00	مجموع النفقات	

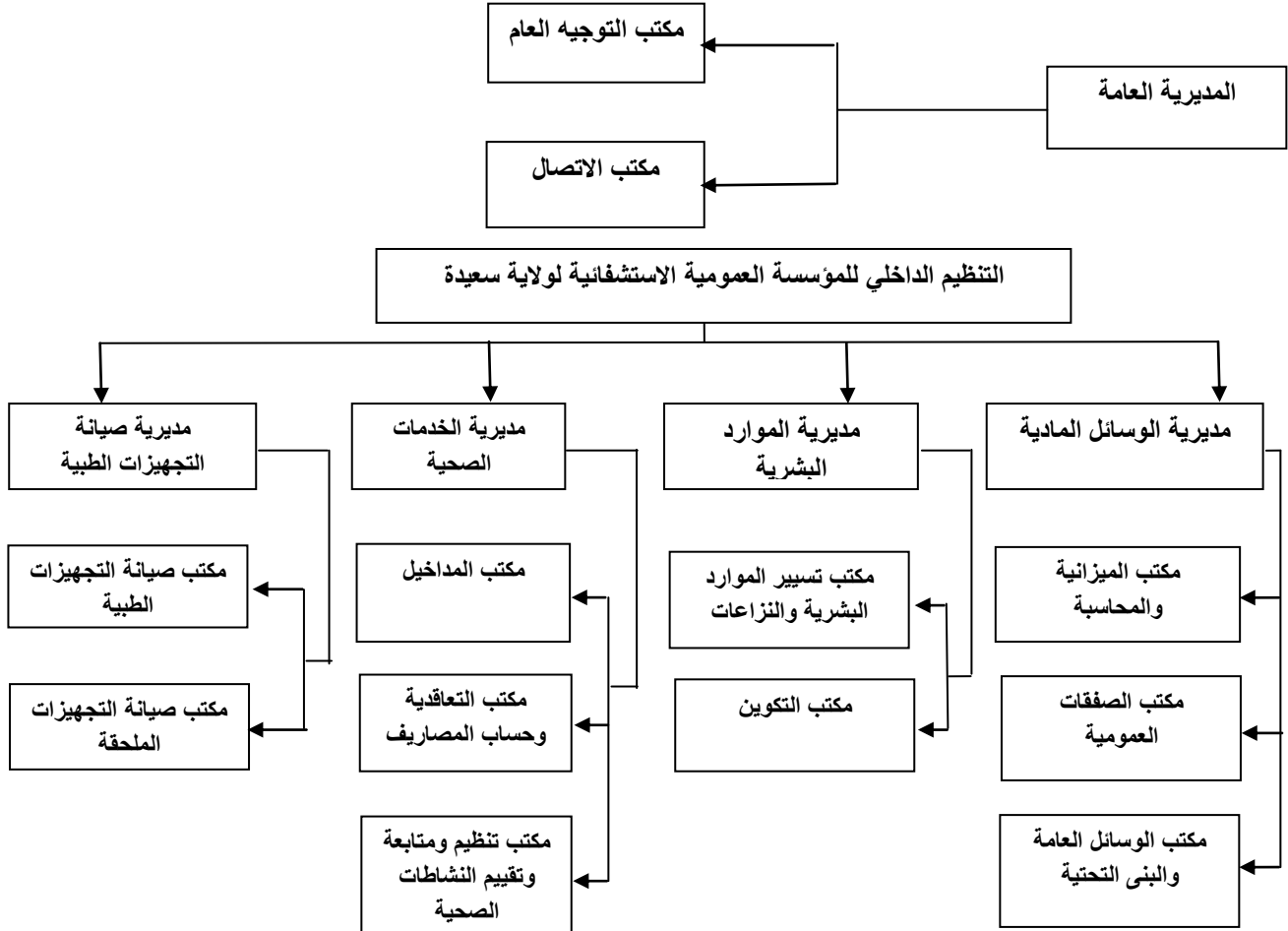
المصدر: مديرية المالية والمراقبة

الإيرادات العامة لسنة 2011:

الإيرادات		العنوان
المبلغ بـ (دج)	صنف الإيرادات	
795025000.00	مساهمة الدولة	1
120000000.00	الهيئات الأخرى	2
2000000.00	إيرادات واردة من الصندوق الوطني للتأمينات	3
12300000.00	موارد أخرى	4
929325000.00	مجموع الإيرادات	

المصدر: مديرية المالية والمراقبة

الشكل رقم (2.3): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة لسنة 2011



المصدر: المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة - مديرية الوسائل المادية-

المبحث الثالث : خطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير النتائج

1. منهجية الدراسة الميدانية

سيكون اهتمامنا منصبا على إبراز المنهجية المتبعة في دراسة الحالة وذلك بتحديد حدود الدراسة ،أدوات الدراسة،مجتمع وعينة الدراسة ،مع إبراز ظروف إعداد الاستبيان.

1.1. حدود الدراسة : لقد تمت هذه الدراسة في إطار حدود زمنية ومكانية وبشرية معينة كما يلي :

- أ - الحدود الزمنية :لقد تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة ابتداء من جانفي 2011 إلى جانفي 2012.
- ب - الحدود المكانية :بهدف التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ،اخترنا لتحقيق هذه الدراسة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.
- ج - الحدود البشرية : شملت دراستنا على مجموعة من المرضى المتواجدين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية .

2.1 أدوات جمع المعلومات :

بحكم طبيعة وخصوصية موضوع البحث المتعلق بواقع جودة الخدمات الصحية ،استوجب علينا الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي من خلال تحليل البيانات الإحصائية وتفسير العلاقات بين مختلف المتغيرات باستخدام البرنامج الإحصائي المعروف باسم الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية version 18 (spss) Statistical Package For Social Science ، الذي يستعمل بكثرة في إجراء التحليلات الإحصائية بكافة أشكالها، للكشف عن مستوى جودة الخدمات الصحية وكذلك المنهج السلوكي الذي يساهم في توضيح سلوكيات تنقل المرضى للحصول على الخدمات الصحية .

فقد تم الحصول على المعلومات والبيانات الخاصة بالدراسة الميدانية على مرحلتين:

- المرحلة الأولى كانت دراسة استطلاعية لمديرية الصحة بالولاية للحصول على بعض البيانات الوطنية حول المنظومة الصحية، كما تم الإطلاع على المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة للتعرف على سير عمل المستشفى ، ثم التعرف على كل المراحل التي يمر بها المريض منذ دخوله للمستشفى إلى خروجه منه، بالإضافة إلى بعض البيانات عن المستشفى كتقديمه، إلى جانب مختلف الأقسام التي تنتمي إليه.
- المرحلة الثانية هي دراسة ميدانية لجمع البيانات الأولية من خلال توزيع الاستبيان على مختلف المصالح لاختبار فرضيات البحث وتحليله، وقد اعتمدت الباحثة على كل من:

المقابلة : تعد المقابلة من الوسائل الهامة لجمع البيانات والمعطيات في دراسة الأفراد والسلوك الإنساني ، وتعرف بأنها "حوار أو محادثة أو مناقشة موجهة ، تكون بين الباحث عادة وبين جهة أخرى تمثل شخص أو مجموعة أشخاص ، وذلك بغرض التوصل إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف محددة يحتاج الباحث للتوصل إليها في ضوء أهداف معينة"¹.

وبالنظر إلى موضوع بحثنا المتعلق بجودة الخدمات الصحية ، فقد انصبت مقابلتنا في استجواب مجموعة من مسؤولي مديرية الوسائل المادية والمالية والمراقبة، وبعض الأطباء والمرضى ، وتضمنت مقابلتنا مجموعة من الأسئلة دارت حول مختلف مصالح ونشاطات المستشفى ، واهم الصعوبات والعراقيل التي تواجه تأدية هذه المصالح لنشاطاتها في أحسن صورة . كما قمنا بمقابلة بعض المرضى قصد معرفة آرائهم حول الخدمات المقدمة لهم حيث يعتبر هذا الجزء أهم المراحل التي تخص موضوع الدراسة، بالإضافة إلى أهم المشاكل التي تواجههم للحصول على الخدمة، ومدى رضاهم عنها ، ومدى رغبتهم في المشاركة في تحسين هذه الخدمات . ونشير في هذا الصدد إلى صعوبة الحصول على كل المعلومات لأن مقابلة المرضى تستدعي الصبر والمتابعة.

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

الاستبيان : يعتبر الاستبيان من أكثر وسائل جمع البيانات فعالية وشيوعا ، وهي "عبارة عن استمارة تحتوي على مجموعة من الفقرات المصاغة صياغة استقصائية ، يجيب كل مشارك في العينة عنها بنفسه"².

وقد اعتمدنا عليها في البحث للتقصي العلمي والكشف عن جوانب الموضوع . كما يسهل الاستبيان من عملية تجميع المعطيات وتصنيفها وبالتالي تفسيرها والوصول إلى الاستنتاجات المطلوبة والمناسبة . بالإضافة لكون الاستبيان يتصف بالسرية وهذا لعدم معرفة كل فرد لإجابات الآخرين . وهو ما يبعد الخوف من البحوث للإجابة بمصداقية تامة ، وقد حاولنا في هذا الاستبيان التقليد بموضوع البحث . وتم توزيعه على أفراد العينة في شكله النهائي من اجل معرفة مدى استجابة المبحوثين له .

3.1 مجتمع وعينة الدراسة :

يتمتع مجتمع هذه الدراسة على المرضى المقيمين في المؤسسة العمومية الاستشفائية للولاية. ولصعوبة تحديد فترة الدراسة ولعدم استقرار عدد المرضى في المستشفى تم الاعتماد على المرضى المقيمين بالمستشفى

عامر قديليجي، "البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والإلكترونية"، دار المسيرة للنشر، عمان الأردن، 2008، ص 154.¹

مهدي حسن زويلف، "منهجية البحث العلمي"، دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان الأردن ، 1998، ص 55.²

خلال شهر نوفمبر 2011 والذي قدر عددهم بـ 1110 مريض، وقد تم توزيع الاستبيان الذي قد صمم لأغراض هذه الدراسة عبر مصالح المستشفى على عينة عشوائية طبقية غير نسبية من مرضى المستشفى، وقد استثنت بعض المصالح نظرا لحالتهم الصحية. وتلبية لأغراض الدراسة فقد تم توزيع 111 استبيان على المرضى أي ما يعادل 10% من المرضى المقيمين خلال شهر نوفمبر 2011. حيث طلب من المرضى الإجابة على هذه الأسئلة بكل حرية وصدق بعدما تم شرح أسئلة الاستبيان، وفي اغلب الأحيان تم استجواب المرضى بطريقة مباشرة لان معظم المرضى ليس لهم مستوى دراسي تقريبا، الجدول التالي يوضح عدد المرضى خلال شهر نوفمبر 2011.

جدول رقم (9.3) : يوضح عدد المرضى المقيمين خلال شهر نوفمبر 2011

مرافق المريض Gardes malade	عدد المنقولين	عدد المتوفين	عدد أيام الاستشفاء	عدد المرضى المقيمين خلال شهر نوفمبر 2011	المصالح
2	3	1	915	256	الجراحة العامة
3	51	4	312	190	مصلحة الاستعمالات
12	0	0	330	110	طب العيون
8	0	0	411	43	أمراض التنفس والصدر
0	1	5	93	20	الإنعاش الطبي
6	0	0	202	23	الأمراض المعدية
10	0	0	113	120	أمراض الدم
28	0	0	156	139	علم الأعصاب
2	0	0	164	57	أمراض المعدة
13	0	1	354	67	الطب الداخلي
0	1	0	0	57	علم النفس
0	0	0	0	0	الأنف والأذن والحنجرة
3	0	0	185	28	المسالك البولية
0	0	0	0	0	أمراض العظام
0	0	0	0	0	أمراض الكلى
0	0	0	0	0	الغدد الصماء
0	0	0	0	0	أمراض القلب
87	56	11	3234	11110	المجموع

المصدر: مديرية الموارد البشرية

4.1 فرضيات الدراسة :

انطلاقا من الإشكالية المقدمة ، ولكي تتمكن من حلها ومناقشتها بالاعتماد على الأبعاد الخمسة

لجودة الخدمات الصحية ، نضع الفرضيات التالية :

✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض ، من ناحية بعد الاعتمادية.

✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض ، من ناحية بعد الاستجابة.

✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض ، من ناحية بعد الضمان.

✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض ، من ناحية بعد الملموسية.

✓ تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض ، من ناحية بعد التعاطف.

تم تقسيم الاستبيان إلى قسمين ، القسم الأول يخص البيانات الديمغرافية للعينة كالجنس والسن والوظيفة والمستوى التعليمي مدة الإقامة ، والقسم الثاني يقوم على تحديد ادراكات أفراد عينة الدراسة لأبعاد جودة الخدمة الصحية وذلك من خلال 31 عبارة تعكس المؤشرات الرئيسية الخمسة لأبعاد جودة الخدمات الصحية .

وقد عرضت جميعها باستخدام مقياس (likert) ليكرت السداسي المتدرج من "لا أعرف" إلى "لا أتفق بشدة"، والذي يتكون من الأوزان التالية :

الوزن	الرأي
0	لا أعرف
1	لا أتفق بشدة
2	لا أتفق
3	محايد
4	أتفق
5	أتفق جدا

كما قمنا بتقسيم السلم إلى ثلاث مجالات لتحديد درجة رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة:¹

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 تأثيرا ايجابيا .

5.1 ثبات الاستبيان :

يقصد بثبات الاستبيان أن يعطي نفس النتيجة لو تم توزيعه أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبيان يعني الاستقرار في النتائج وعدم تغيرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة. وقد تم تحقيق من ثبات الاستبيان الموجه للدراسة من خلال طريقة معامل الفاكرونباخ (Cronbach's Alpha Coefficient) الذي بلغت قيمته 0.883. وبذلك نكون قد أكدنا من صدق وثبات الاستبيان الموجه للدراسة، مما يجعلنا على ثقة تامة بصحة الاستبيان وصلاحيته لتحليل النتائج والإجابة على أسئلة الدراسة واختبار الفرضيات.

¹ جباري فادية، "تأثير جودة الخدمة على رضا العميل"، مذكرة ماجستير تخصص تسويق دولي، جامعة أبو بكر بالقلايد تلمسان، 2010-2011.

6.1 الدراسات السابقة :

تعتبر هذه الدراسات من أهم الدراسات العالمية في مجال جودة الخدمة الصحية دراسة "مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان" ، وكانت في إطار الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال ، سنة 2001 بجامعة القاهرة كلية تجارة ، والمعونة بـ "دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات".

سعت الدراسة للوقوف على مستوى فعالية إدارة العمليات بالمستشفى محل الدراسة قبل وبعد استخدام وسائل إدارة الجودة الكلية ، حتى يمكن الوصول إلى منهج محدد لإدارة الجودة الكلية ، والذي يمكن من زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات ، وبالتالي التغلب على أوجه القصور فيها . وما يعاب على هذه الدراسة أنها ركزت كثيرا على الجانب الفني للجودة ، دون الجوانب السلوكية ، والمتمثلة أساسا في الاتصال والتعامل بين أطراف تقديم الخدمات ومتلقيها.

دراسة "فوزي مذكور" ، والتي حملت عنوان "مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض" ، والتي نشرت في المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، مجلة ربيع سنوية تصدرها كلية التجارة ، جامعة عين الشمس ، 1997. حيث انطلقت هذه الدراسة من التساؤل التالي : كيف تواجه المستشفيات المصرية المختلفة الموجات المتلاحقة من الطلبات العالمية والمحلية نحو تحسين جودة الرعاية الطبية؟ وتوصلت الدراسة إلى إثبات اختلاف وجهات نظر المديرين في مفاهيمهم لجودة خدمات المستشفى وجودة رعاية المريض . وبالتالي اقتصرت الدراسة على منظور واحد لمفهوم جودة رعاية المريض ، وهي وجهة نظر المديرين.

دراسة كل من (camilleri & o'callaghan ,1998) التي ركزت على قياس جودة الخدمات الصحية بين بعض المستشفيات العامة والخاصة في مالطا . وتوصلت هذه الدراسة إلى نتيجة مفادها أن عنصري المهنية في الرعاية الصحية ، ودرجة الاهتمام الشخصي التي يوليها جهاز المستشفى للمريض يعدان أهم مؤشرين لجودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة والخاصة على حد سواء . ومن المثير جدا في هذه الدراسة إن يعطى المرضى في المستشفيات العامة أهمية أكبر لتغيير "السعر" الحصول على الخدمة الصحية إذ جاء في المرتبة الثالثة مقارنة بنظائرهم في المستشفيات الخاصة الذين اعتبروا هذا التغيير في المرحلة الأخيرة من بين العناصر المحددة لجودة الخدمة . كما بينت الدراسة أن بعض المرضى في المستشفيات العامة يشكون من ارتفاع أسعار الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة ، في حين يرى البعض الآخر أنهم قد دفعوا ضرائب للحكومة ومن

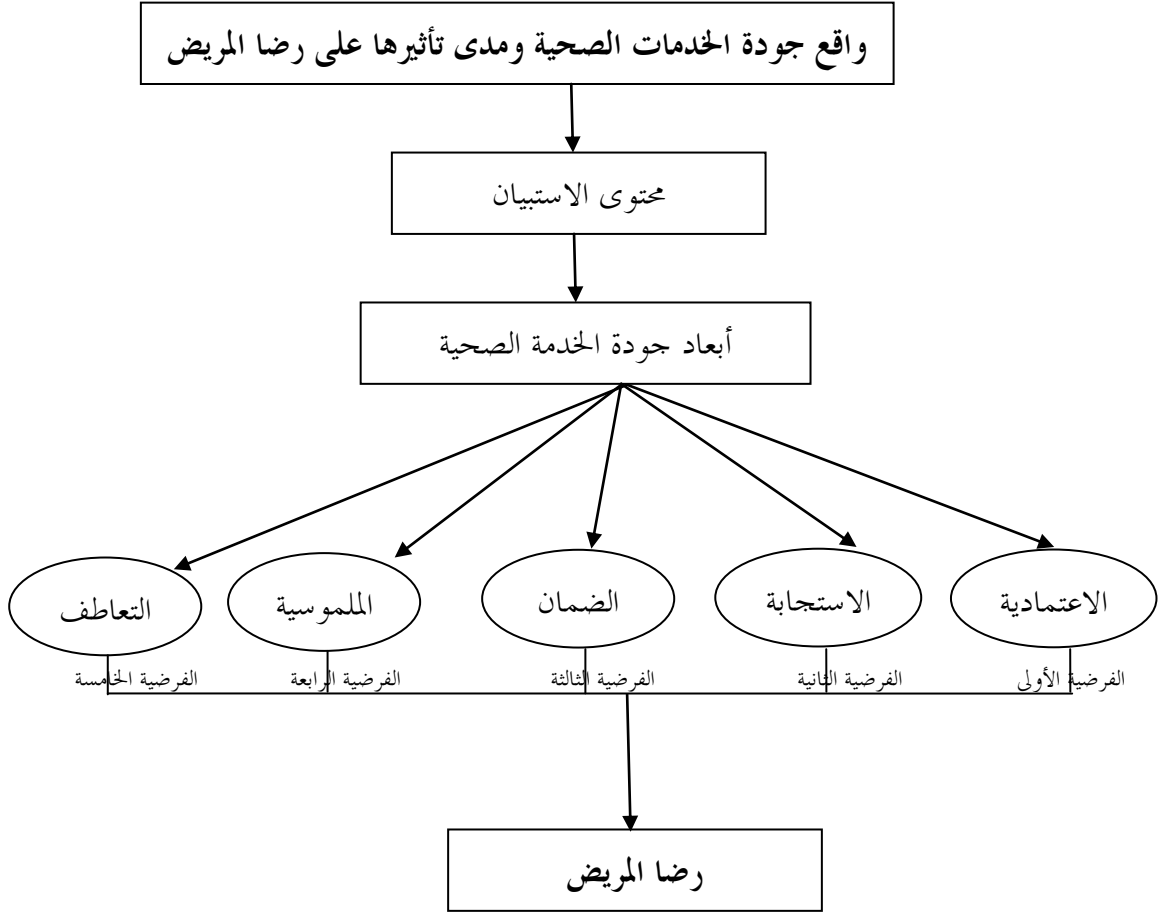
حقهم التمتع بخدمة الرعاية الصحية مجاناً في المستشفيات العامة وبجودة مرضية تكفيهم من عناء التوجه للحصول على هذه الخدمة في المستشفيات الخاصة.

دراسة 1988 (Berry et al.1985 & Prasuroman et al) : تعتبر هذه الدراسة الأكثر قبولا حول تحديد أبعاد جودة الخدمة حيث توصل هؤلاء الباحثون إلى تطوير عشرة أبعاد أساسية وهي التي تحدد جودة الخدمة وفقا لإدراك المستهلك. وهذه الأبعاد تشمل الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، درجة الاستجابة ، الاتصالات الفعالة مع العملاء ، المصداقية ، كفاءة وقدرة موظف الخدمة ، اللياقة والاحترام في التعامل ، الأمانة ، فهم ومعرفة الباحثون بتخفيض الأبعاد السابقة إلى خمسة وهي : الملموسة ، الاعتمادية ، الضمان ، الاستجابة ، التعاطف . في ضوء الدراسات السابقة يستخلص الباحث بان دراسته تتميز عن غيرها من الدراسات بالأمور التالية :

أما دراسة شملت تحليلا للعلاقة بين رضا الزبون وجودة الخدمة من منظور مختلف حيث وضعت أبعاد متطورة للجودة وقامت بتحليل مفهوم الجودة من خلال هذه الأبعاد فالبرغم من الاهتمام الكبير الذي ناله هذا الموضوع في السنوات الماضية إلا انه ما زال محاطا بالكثير من الغموض وعدم التأكد.

دراسة قام بها قولد سميث gold Smith سنة 1980 تحت عنوان سوق الرعاية الصحية : هل تستطيع المستشفيات الاستمرار والبقاء ؟ حيث انه نتيجة للتغيرات الحاصلة في التشريعات الحكومية فيما يخص سوق الرعاية الصحية ، وزيادة المنافسة بين المستشفيات ، باتت المستشفيات مهددة في بقائها ، حيث أوضح قولد سميث في دراسته علاقة تطبيق التسويق ببقاء المستشفيات ، حيث لاحظ أن المستشفيات التي قامت باستعارة تقنيات من قطاع الأعمال ممثلة في التسويق ، كانت أكثر نجاعة وفعالية من تلك التي لم تتبنى ظروف التغير وعدم تطبيقها للتسويق .

الشكل رقم (2.3): يوضح تمثيل محتويات الاستبيان



المصدر: من إعداد الباحثة في إطار انجاز المذكرة

2. المعالجة الإحصائية

وصف خصائص عينة الدراسة

❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

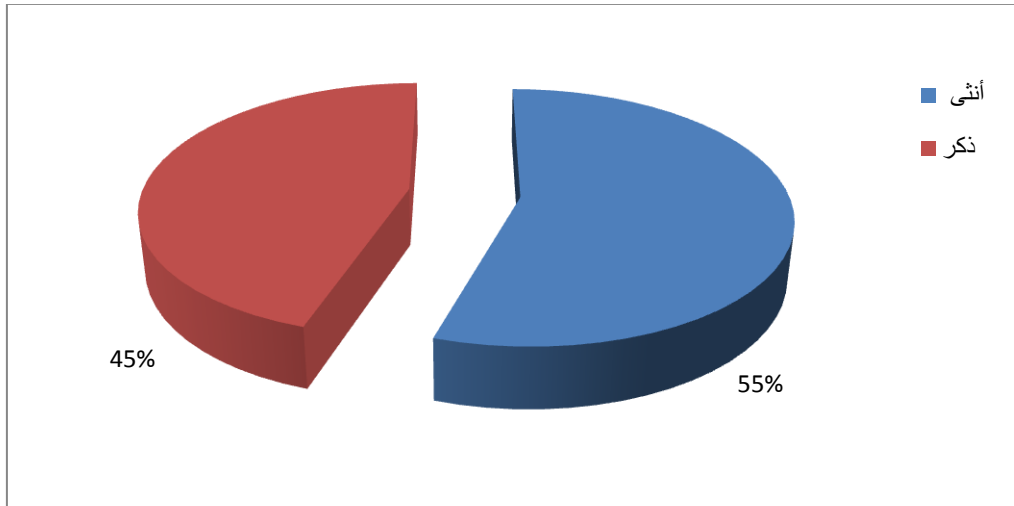
يبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس :

الجدول رقم (11.3) : يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسب المئوية
أنثى	61	55%
ذكر	50	45%
المجموع	111	100%

يوضح الجدول رقم (11.3) ، إن النسبة العالية للأفراد هي نسبة الإناث ، حيث بلغ عددهم 61 فرد أي بنسبة 55% من أفراد العينة ، في حين بلغ عدد الذكور 50 فرد أي بنسبة 45% من أفراد العينة.

الشكل رقم (3.3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس



❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير فئات أعمارهم

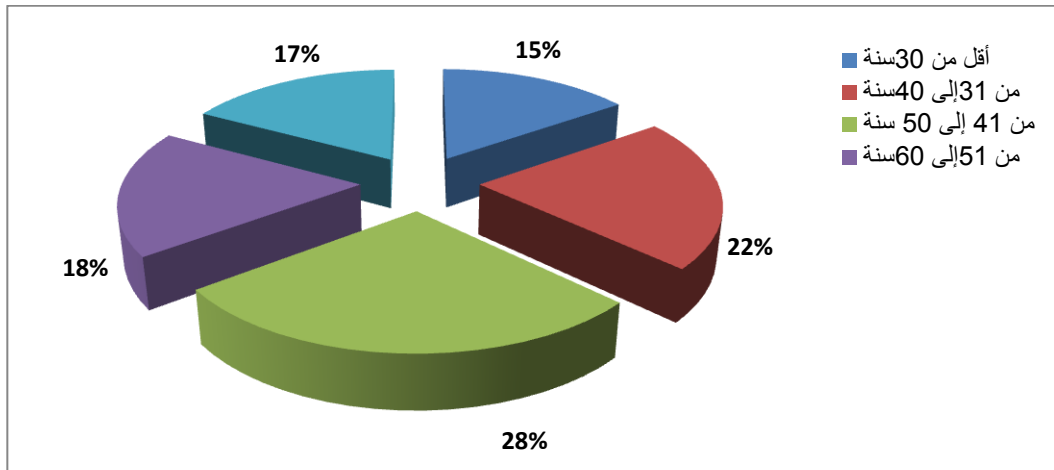
يبين الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات أعمارهم:

الجدول رقم (12.3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن

النسبة المئوية	التكرارات	السن
15%	17	أقل من 30 سنة
22%	24	من 31 إلى 40 سنة
28%	31	من 41 إلى 50 سنة
18%	20	من 51 إلى 60 سنة
17%	19	أكثر من 60 سنة
100%	111	المجموع

يوضح الجدول رقم (12.3) إن أفراد العينة التي يتراوح أعمارهم من 41 إلى 50 سنة هم الأكثر حيث بلغ عددهم 31 فرد أي بنسبة 28% وهذا أمر طبيعي ، يليهم أفراد العينة التي يتراوح أعمارهم من 31 إلى 40 سنة والذي بلغ عددهم 24 فرد أي بنسبة 22% من أفراد العينة ، في حين تقاربت أفراد العينات التي تراوحت أعمارهم من 51 إلى 60 سنة و الأكثر من 60 سنة ، والذي بلغ عددهم 20 و 19 فرد أي بنسبة 18% و 17% على التوالي من أفراد العينة، وفي المقابل كانت اقل نسبة للأفراد الذي تقل أعمارهم عن 30 سنة والذي بلغ عددهم 17 فرد أي بنسبة 15% من أفراد العينة.

الشكل رقم(4.3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن



❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

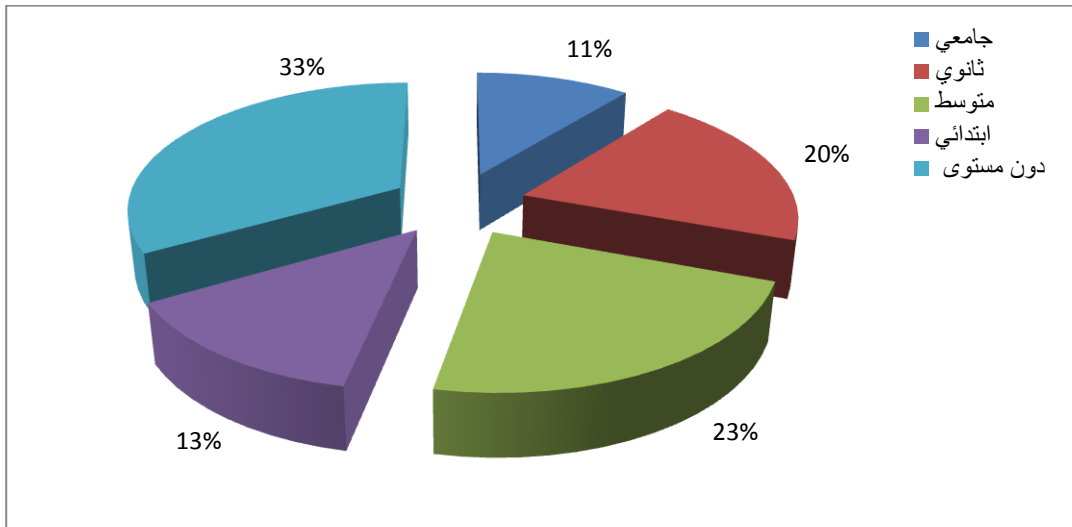
يبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

جدول رقم (13.3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرارات	المستوى التعليمي
33%	37	دون مستوى
13%	14	ابتدائي
23%	26	متوسط
20%	22	ثانوي
11%	12	جامعي
100%	111	المجموع

يوضح الجدول رقم (13.3) أن اغلب أفراد العينة دون مستوى حيث بلغ عددهم 37 فرد أي بنسبة 33%، ومن ذوي التعليم الابتدائي والمتوسط فقد بلغت نسبتهم 40% من أفراد العينة، أما النسبة المتبقية والتي تقدر بنسبة 34% تتوزع بين المستوى الثانوي والجامعي ، ويمكن أن يدل ذلك على أن المستوى التعليمي له جانب كبير من الأهمية على المستوى الصحي نتيجة الإلمام بالجانب الوقائي.

الشكل رقم (5.3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي



❖ توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم

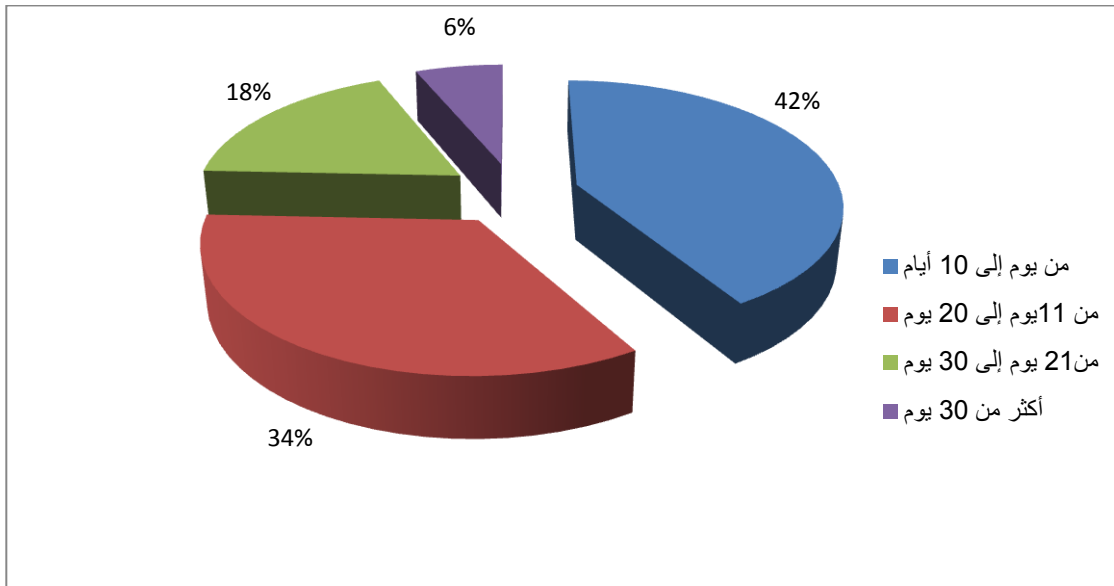
يبين الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة إقامتهم:

الجدول رقم (14.3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم

النسبة المئوية	التكرارات	مدة الإقامة
42%	46	من يوم إلى 10 أيام
34%	38	من 11 يوم إلى 20 يوم
18%	20	من 21 يوم إلى 30 يوم
6%	7	أكثر من 30 يوم
100%	111	المجموع

يوضح الجدول رقم (14.3) إن أفراد العينة التي بلغت فترة إقامتهم من يوم إلى 10 أيام هم الأكثر حيث بلغ عددهم 46 فرد أي بنسبة 42% ، يليهم أفراد العينة التي بلغت فترة إقامتهم من 11 يوم إلى 20 يوم والذي بلغ عددهم 38 فرد أي بنسبة 34% من أفراد العينة ، في حين بلغت نسبة إقامة المرضى 18% خلال الفترة من 21 يوم إلى 30 يوم ، أما المرضى التي طالت فترة إقامتهم أكثر من شهر قدرت نسبتهم 6% من أفراد العينة.

الشكل رقم (6.3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة



3 . التحليل الوصفي لإجابات أفراد العينة واختبار الفرضيات

❖ الفرضية الأولى

"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الاعتمادية".

وبما إننا طرحنا بعد الاعتمادية من خلال الأسئلة الخمسة الأولى من القسم الثاني للاستبيان ،سنقوم بعرض وتحليل الأشكال النسبية الخاصة بكل جوانب على حدا ،ثم نقوم بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارة ،وحتى تتمكن من الحصول على متوسط حسابي عام وانحراف معياري عام ،نستطيع من خلالهما اختبار الفرضية الأولى.

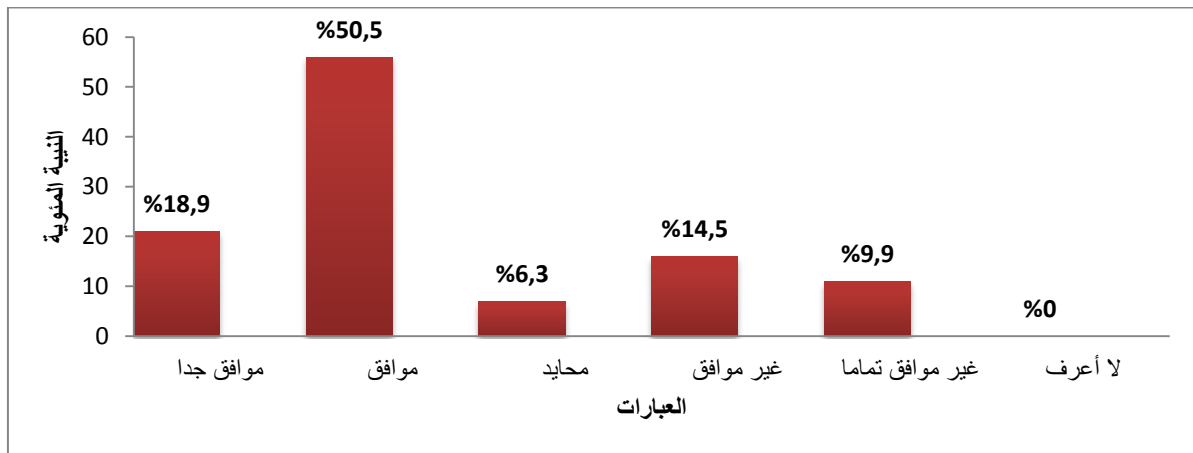
عرض وتحليل الأشكال النسبية الخاصة ببعدها الاعتمادية

السؤال الأول : يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.

جدول رقم (3.15): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم مدى التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.

التكرارات	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	لا أعرف	المجموع
التكرارات	21	56	7	16	11	0	111
النسبة	%18.9	%50.5	%6.3	%14.5	%9.9	%0	100
النسبة المتوية تراكميا	%100	%81.1	%30.6	%24.3	%9.9	%0	100%

الشكل رقم(3.7): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للتعهد المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة



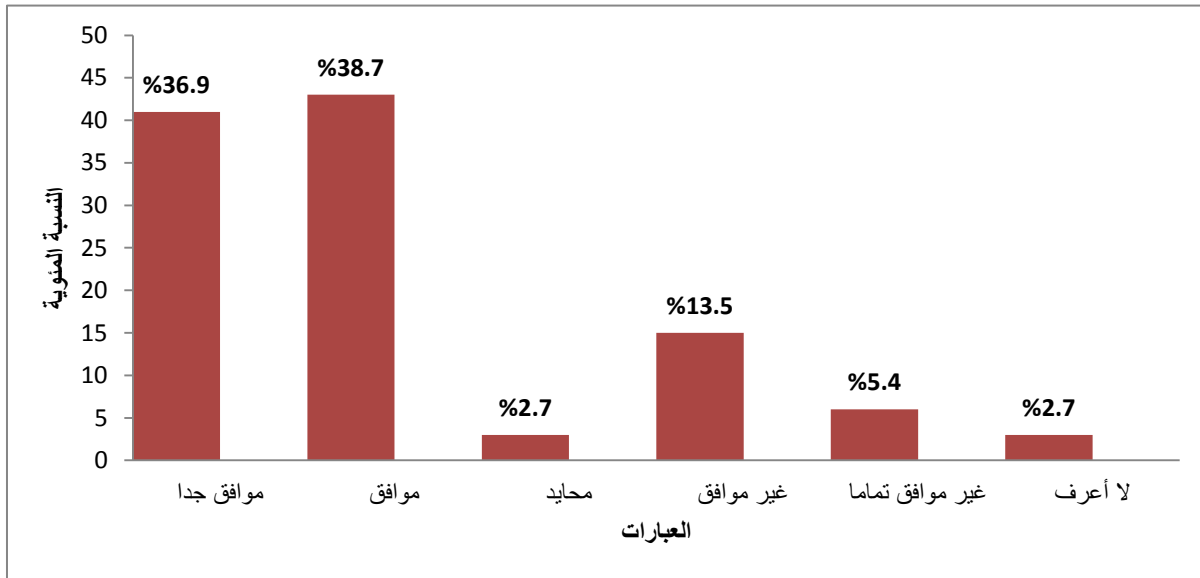
من خلال أجوبة هذا السؤال ، تبين أن نسبة 69.4% (50.5% موافقون ، و18.9% موافقون جدا) من المرضى، اجمعوا على التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في مواعيدها المحددة ، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين 24.4% (14.5% غير موافقون، و9.9% غير موافقون تماما) ، كما قدرت نسبة الفئة المحايدة 6.3% من عينة الدراسة .

السؤال الثاني : يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريق صحيحة من أول مرة (عدم وجود أخطاء)

جدول رقم (16.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة.

التكرارات	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	لا أعرف	المجموع
41	43	3	15	6	3	111	
%36.9	%38.7	%2.7	%13.5	%5.4	%2.7	%100	
%100	%63.1	%24.3	%21.6	%8.1	%2.7	%100	

الشكل رقم (8.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريق صحيحة من أول مرة .



من خلال النتائج المتحصل عليها أعلاه، فقد كانت أغلبية إجابات المرضى مؤيدين لحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة حيث قدرت نسبتهم 75.6% (38.7% موافقون، و 38.9% موافقون جدا)، على خلاف نسبة 18.9% من المرضى المعارضون (13.5% غير موافقون، و 5.4% غير موافقون تماما)، واعتبروا انه لا يمكن للمستشفى أن يقدم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة (إمكانية وجود أخطاء)، في حين نسبة المرضى المحايدين والذين لا يعرفون الإجابة متساوية وقد بلغت 2.7% من أفراد العينة .

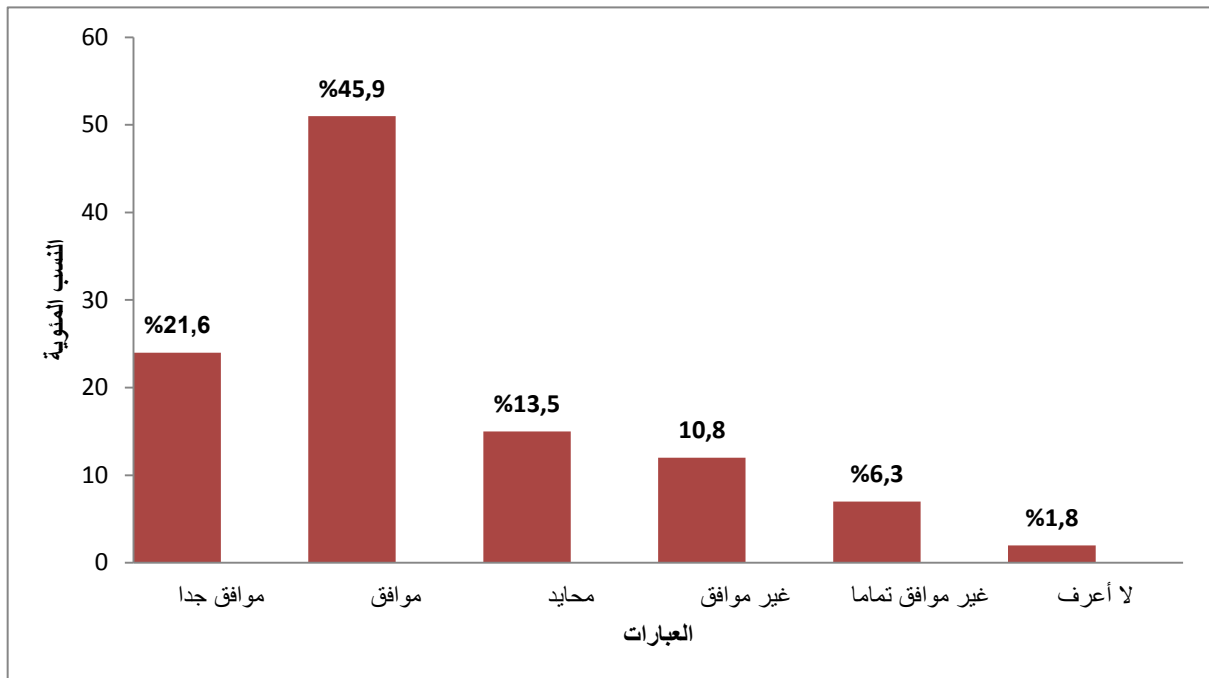
السؤال الثالث : يستجيب المستشفى بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى

جدول رقم (17.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاستجابة المستشفى بسرعة لمشاكلهم

واستفساراتهم

الجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	2	7	12	15	51	24	التكرارات
%100	%1.8	%6.3	%10.8	%13.5	%45.9	%21.6	النسبة
%100	%1.8	%8.1	%18.9	%32.4	%78.4	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (9.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاستجابة المستشفى بسرعة لمشاكلهم واستفساراتهم



يبدو واضحا من إجابات المرضى الموافقين على أن المستشفى تستجيب بسرعة لمشاكلهم واستفساراتهم حيث قدرت هذه النسبة 67.5% (45.9% موافقون، و21.6% موافقون جدا)، على خلاف المرضى الذين كانت إجاباتهم بالرفض على عدم استجابة المستشفى لمشاكلهم و قدرت نسبتهم 16.8%، في حين بلغت نسبة المرضى الغير متأكدين من إجاباتهم 13.5%، كما أن نسبة 1.8% من المرضى لا يعرفون الإجابة.

السؤال الرابع : يحظى المستشفى بثقة المستفيدين من خدماتها الصحية

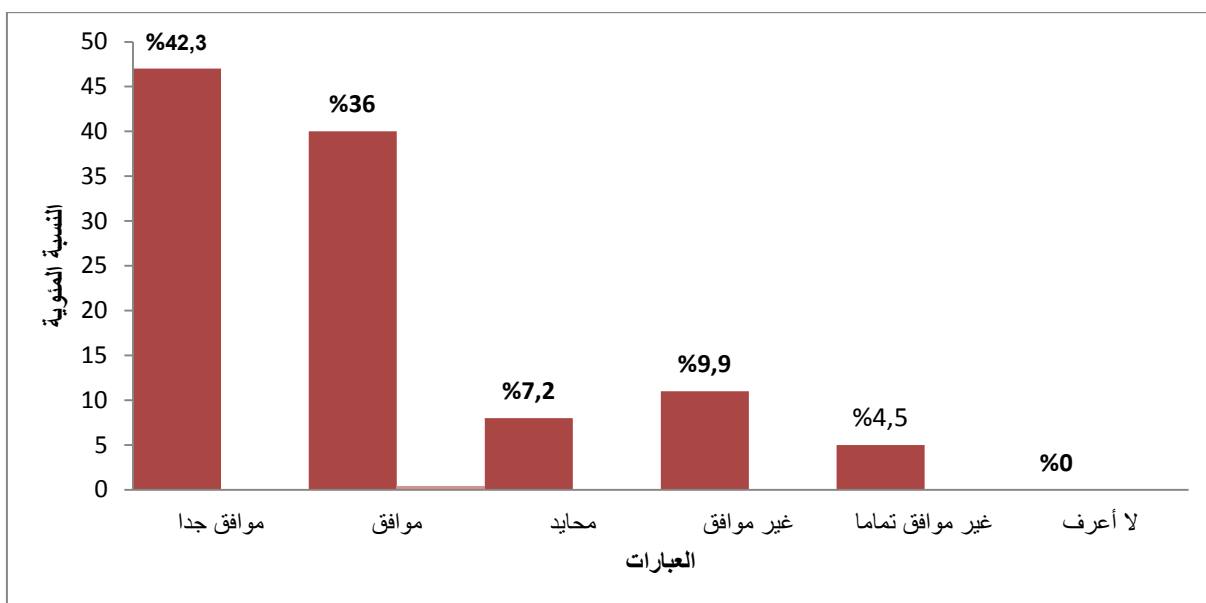
جدول رقم (18.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بأن المستشفى يحظى بثقة المستفيدين من الخدمة

الصحة

التكرارات	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	لا أعرف	المجموع
47	40	8	11	5	0	111	
%42.3	%36	%7.2	%9.9	%4.5	%0	%100	
%100	%57.7	%21.6	%14.4	%4.5	%0	%100	

الشكل رقم (10.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بأن المستشفى يحظى بثقة المستفيدين من الخدمة

الصحة



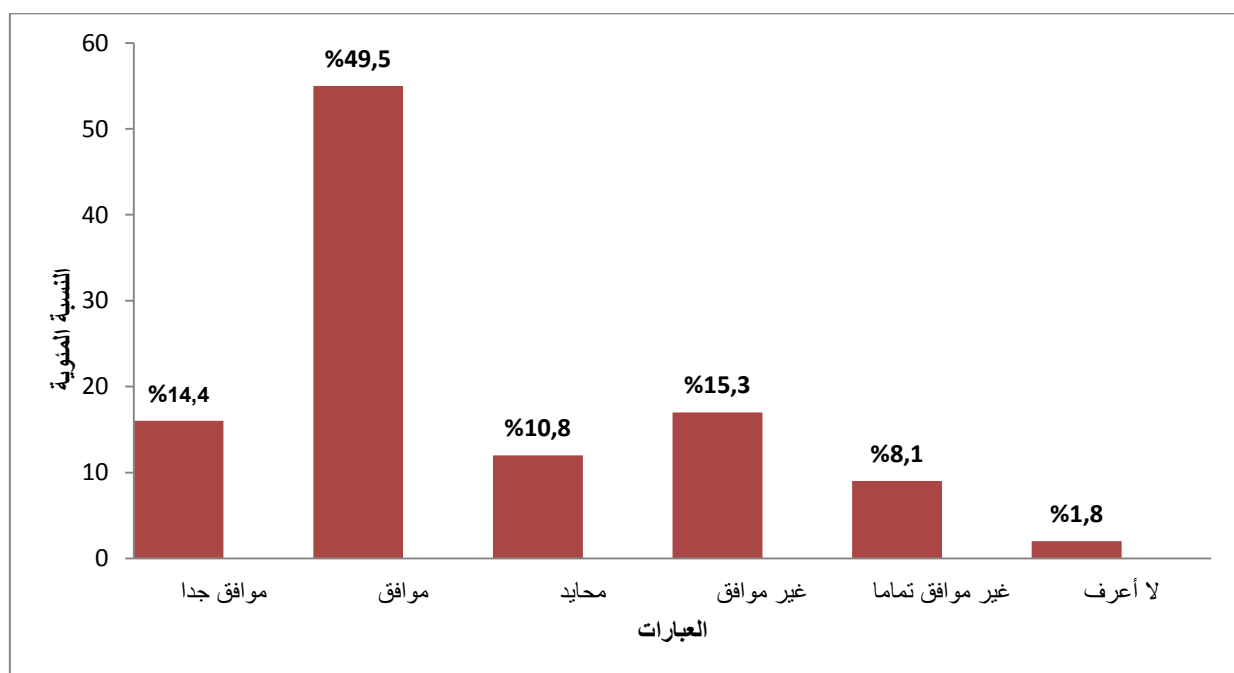
نلاحظ أن أغلبية المرضى اجمعوا على أن المستشفى يحظى بثقة المستفيدين من الخدمة الصحية وقدرت نسبتهم 78.3% (42.3% موافقون جدا، و36% موافقون)، في حين نسبة 14.5% من المرضى غير راضين (9.9% غير موافقين، و4.5% موافقين جدا)، أما المرضى المحايدون فكانت نسبتهم 7.2% من أفراد العينة.

السؤال الخامس : تقدم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة

جدول رقم (19.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتقديم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة.

التكرارات	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	لا أعرف	المجموع
16	55	12	17	9	2	111	
%14.4	%49.5	%10.8	%15.3	%8.1	%1.8	%100	
%100	%35.6	%36	%25.2	%9.9	%1.8	%100	

الشكل رقم (11.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتقديم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة.



يتبين مما سبق أن نسبة 63.9 % (49.5% موافقون، و14.4% موافقون تماما) من المرضى قد ابدوا رائهم بالموافقة والموافقة تماما ، على أن المستشفى يقدم الخدمات الصحية بدرجة عالية من الدقة ، في حين أن المرضى المستجوبون المعارضين بلغت نسبتهم 23.4% (15.3% غير موافقون، و 8.1% غير موافقون تماما) بينما المرضى الذين التزموا بالحياد بلغت نسبتهم 10%، إلا أن نسبة قليلة من المرضى وقدرت نسبتهم 1.8% الذين لا يعرفون الإجابة.

اختبار الفرضية الأولى :

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد الاعتمادية

الجدول رقم (20.3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الاعتمادية.

بعد جانب الاعتمادية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التأثير على رضا المريض
العبارة رقم 1	3.54	1.234	ايجابي
العبارة رقم 2	3.80	1.354	ايجابي
العبارة رقم 3	3.60	1.223	ايجابي
العبارة رقم 4	4.02	1.144	ايجابي
العبارة رقم 5	3.41	1.247	متوسط
المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3.674	1.240	ايجابي

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه اتضح أن العبارات الأربعة وقعت ضمن المجال الايجابي ، فقد بلغت المتوسطات الحسابية : 3.54 ، 3.80 ، 3.60 ، على التوالي بانحراف معياري يقدر ب 1.234 ، 1.354 ، 1.223 ، على الترتيب ، ما يدل على أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة تؤثر تأثيرا ايجابيا على رضا المريض ، حيث اتضح أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقا لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة ، كون

المستشفى يلتزم بتقديم الخدمات الصحية في مواعيدها المحددة وبطريقة صحيحة من أول مرة، إضافة إلى الاستجابة لاستفسارات وشكاوي المرضى مع وجود الثقة في التعامل، في حين وقعت إجابات المرضى على السؤال الخامس ضمن المجال المتوسط، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي 3.41، بالانحراف المعياري يقدر بـ 1.24، مما يجعلنا نستنتج أن رضا المريض على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من الدقة متوسط . أما بالنسبة للمتوسط الحسابي العام لكافة العبارات، والذي يمثل مستوى رضا المريض عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المستشفى من ناحية بعد الاعتمادية، فقد وقع ضمن المجال الإيجابي، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي 3.67 بالانحراف المعياري 1.24 .

❖ الفرضية الثانية

"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الاستجابة ."

وبما أننا طرحنا بعد الاستجابة من خلال السؤال السادس، والسابع، والثامن، والتاسع، من القسم الثاني للاستبيان، سنقوم بعرض وتحليل الأشكال النسبية الخاصة بكل جوانب على حدا، ثم نقوم بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارة، وحتى تتمكن من الحصول على متوسط حسابي عام وانحراف معياري عام، نستطيع من خلالهما اختبار الفرضية الثانية. عرض وتحليل الأشكال النسبية الخاصة ببعدها الاستجابة

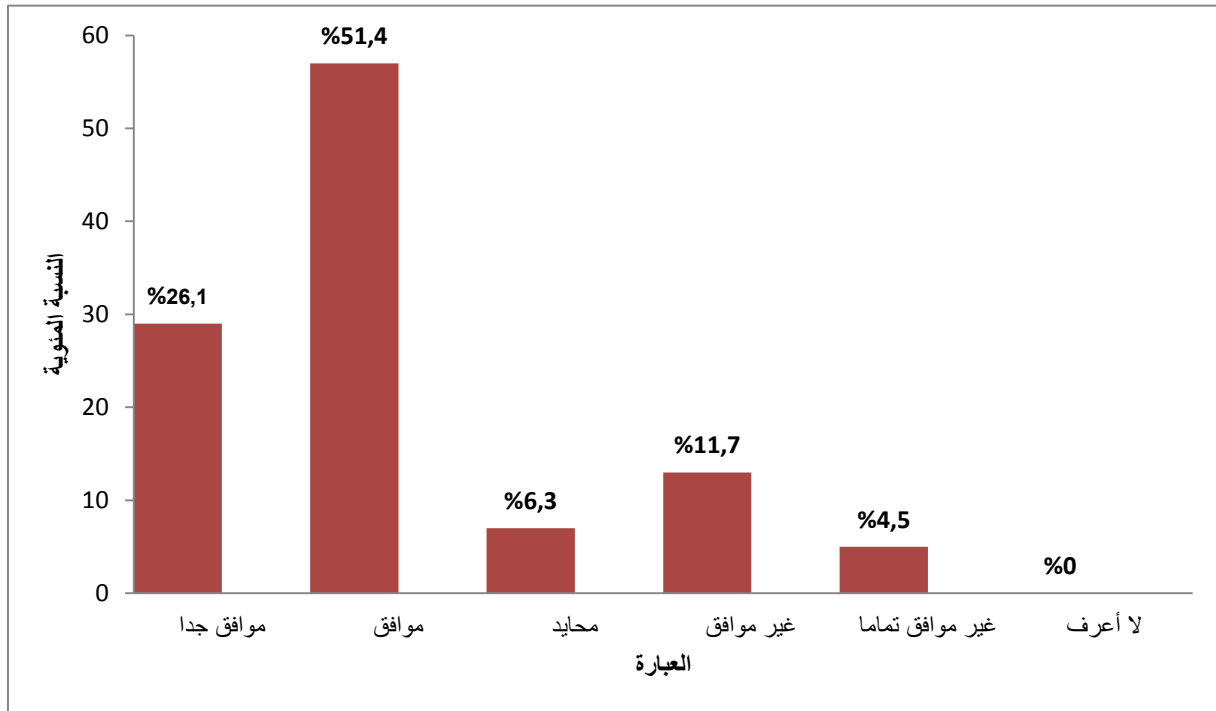
السؤال السادس : تقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.

جدول رقم (21.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بالتزام المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	5	13	7	57	29	التكرارات
%100	%0	%4.5	%11.7	%6.3	%51.4	%26.1	النسبة
%100	%0	%4.5	%16.2	%22.5	%73.9	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (12.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بالتزام المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة

بدقة *



من خلال الجدول التالي نجد أن نسبة 77.5% (51.4% موافقون، 26.1% موافقون جدا) من المرضى صرحوا بموافقتهم على التزام المستشفى بإبلاغهم بموعد تقديم الخدمة بدقة، عكس الفئة الغير موافقة التي بلغت نسبتها 16.2%، أما المرضى الغير متأكدون من إجاباتهم بلغت نسبتهم 6.3% من أفراد العينة.

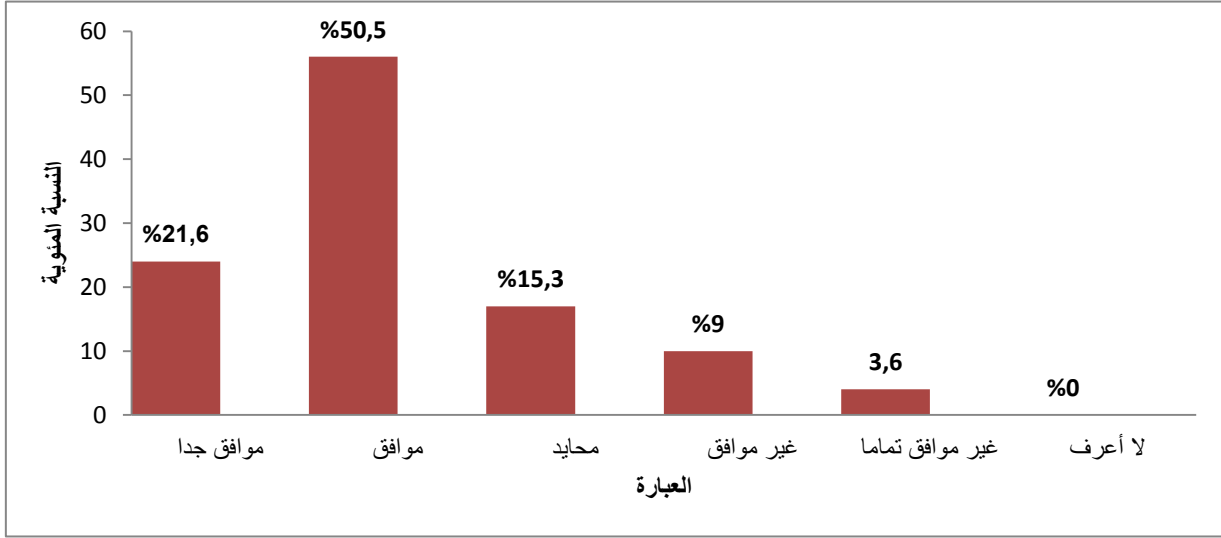
السؤال السابع: يرغب العاملين في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى

جدول رقم (22.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لرغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم

للتعاون مع المرضى

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	4	10	17	56	24	التكرارات
100%	0%	3.6%	9%	15.3%	50.5%	21.6%	النسبة
100%	0%	3.6%	12.6%	27.9%	78.4%	100%	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (3. 13): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لرغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى



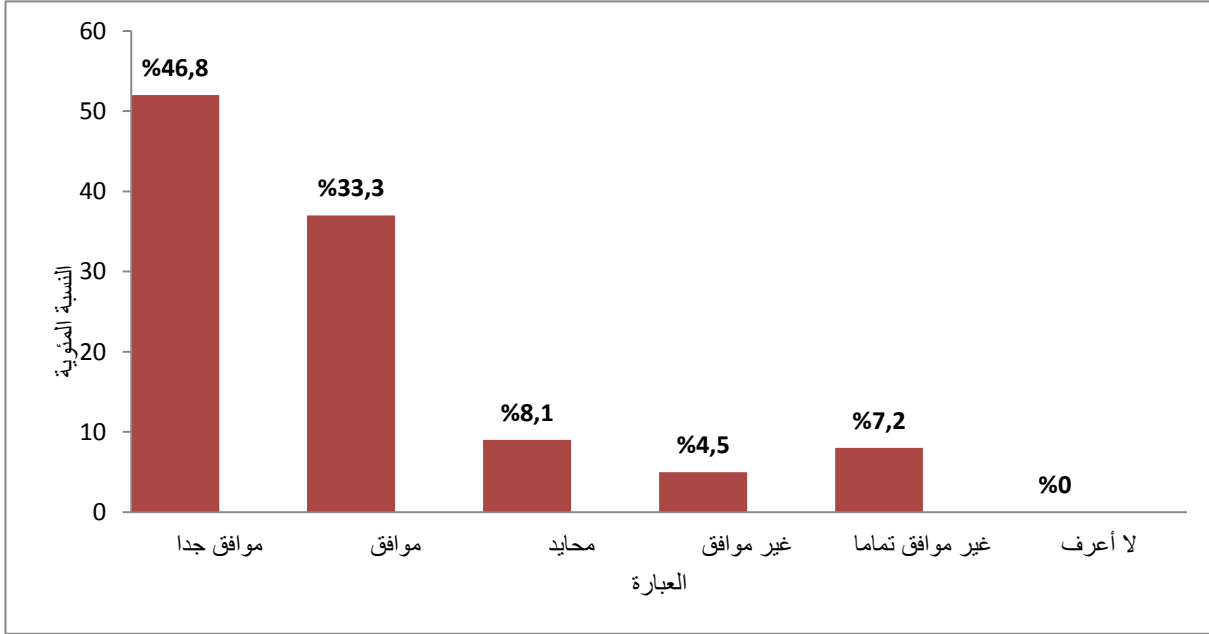
حسب إجابات المرضى فقد اجمعوا على أن العاملين في المستشفى لديهم الرغبة للاستعداد الدائم للتعاون معاهم وقد بلغت نسبتهم 72.1% (50.5% موافقون، و 21.6% موافقون جدا)، عكس المرضى الغير موافقون فقد كانت نسبتهم قليلة وقدرت 9% غير موافقين ، و 3.6% غير موافقون تماما ، في حين نسبة الفئة المحايدة فكانت نسبتها 15.3% .

السؤال الثامن : تبسط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية

جدول رقم (3.23): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتبسط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية.

الجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	8	5	9	37	52	التكرارات
%100	%0	%7.2	%4.5	%8.1	%33.3	%46.8	النسبة
%100	%0	%7.2	%11.7	%19.8	%53.2	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (3.14): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتبسيط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية.



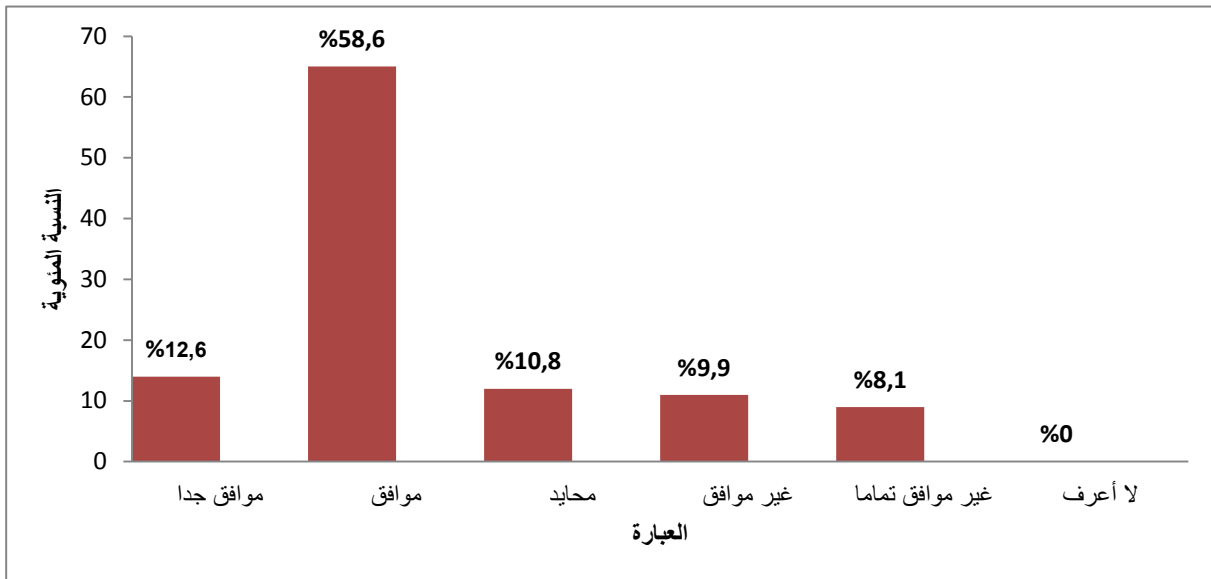
من خلال الإجابة على السؤال ، اتضح لنا أن غالبية أفراد العينة يرون أن المستشفى يبسط إجراءات العمل لضمان سرعة وسهولة الخدمة الصحية، حيث بلغت نسبتهم 80.1% (46% موافقين جدا، و33.3% موافقون) ،على خلاف 11.7% (7.2% غير موافقين تماما، 4.5% موافقين) من عينة الدراسة عارضوا هذه الفكرة ورأوا أن المستشفى يصعب عليهم هذه الإجراءات ،في حين 8.1% من العينة التزموا بالحياد.

السؤال التاسع: ينشغل العاملون في المستشفى بتلبية طلبات المرضى فورا.

جدول رقم (3.24): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لانشغال العاملون في المستشفى بتلبية طلبات المرضى فورا

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	9	11	12	65	14	التكرارات
%100	%0	%8.1	%9.9	%10.8	%58.6	%12.6	النسبة
%100	%0	%8.1	%18	%28.8	%87.4	%100	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (3. 15): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لانشغال العاملون في المستشفى بتلبية طلبات المرضى فوراً.



نلاحظ من الجدول أعلاه أن أعلى نسبة للعينة كانت لفئة المتفقين مع فكرة أن العاملون في المستشفى ينشغلون بتلبية طلباتهم فوراً لان الأمر حساس ويتمثل في صحة الإنسان، وبلغت نسبتهم 71.2% (58.6% موافقين، 12.6% موافقين جداً)، بينما نسبة 18% (8.1% غير موافقين تماماً، 9.9% غير موافقين) من المرضى عبروا على عدم اهتمام عاملين المستشفى بهم، في حين أن 10.8% من العينة لم يكونوا متأكدين من إجاباتهم.

اختبار الفرضية الثانية

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد الاستجابة

الجدول رقم (25.3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الاستجابة

بعد جانب الاستجابة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التأثير على رضا المريض
العبارة رقم 6	3,83	1,086	ايجابي
العبارة رقم 7	3,77	1,006	ايجابي
العبارة رقم 8	4,08	1,177	ايجابي
العبارة رقم 9	3,58	1,092	ايجابي
المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3.81	1.090	ايجابي

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم ، اتضح أن العبارات كلها وقعت ضمن المجال الايجابي ، إذ بلغت قيم متوسطاتها الحسابية 3.83، %3.77، %4.08، %3.58 على التوالي ، بانحراف معياري يقدر بـ 1.086 ، %1.006 ، %1.177 ، %1.092 على الترتيب إذ أن أكبر قيمة للمتوسط الحسابي خصت العبارة الثامنة المتعلقة بتبسيط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية. اما بالنسبة للمتوسط الحسابي العام للعبارات الأربعة ، والذي يمثل رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة من ناحية بعد الاستجابة ، فقد وقع ضمن المجال الايجابي ، حيث بلغت قيمت المتوسط الحسابي 3.81 و بانحراف معياري قدر بـ 1.09.

❖ الفرضية الثالثة :

"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الضمان "

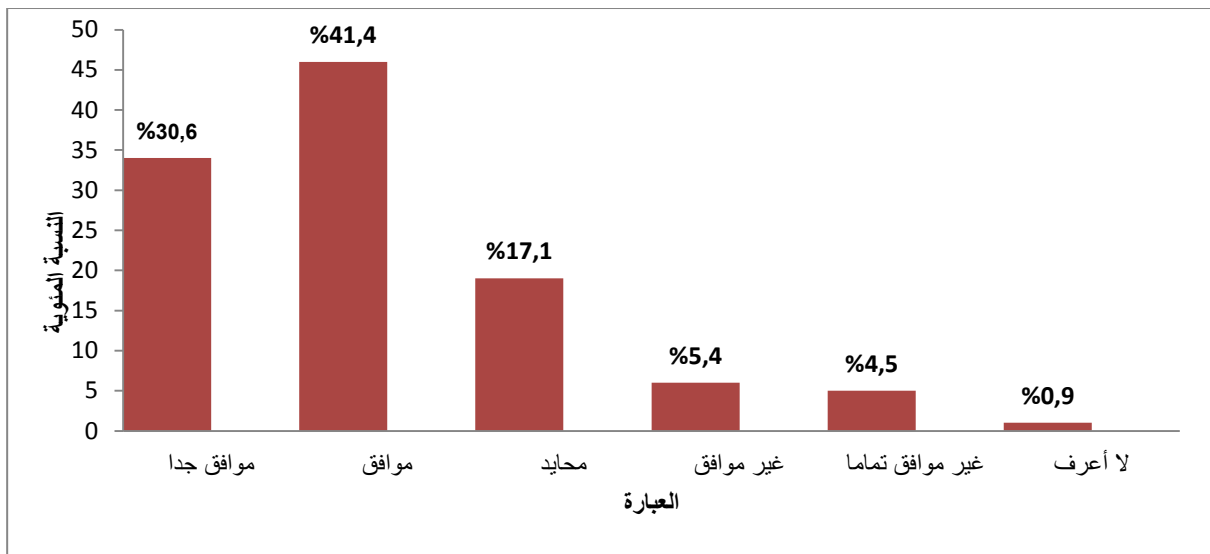
أما الأسئلة المتعلقة ببعء الضمان والمتمثلة في السؤال 10،11،12،13،14،15،16 من القسم الثاني للاستبيان ،سنقوم بنفس العملية التي قمنا بها في الفرضية الأولى والثانية من اجل اختبار الفرضية الثالثة. عرض وتحليل الأشكال النسبية الخاصة ببعء الضمان .

السؤال العاشر: يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الإطارات الصحية " الطبي ، التمريضي ، وغيرهم " في المستشفى.

جدول رقم (26.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثقة المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الإطارات الصحية " الطبي ، التمريضي ، وغيرهم " في المستشفى

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	1	5	6	19	46	34	التكرارات
%100	%0.9	%4.5	%5.4	%17.1	%41.4	%30.6	النسبة
%100	%0.9	%5.4	%10.8	%27.9	%69.4	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (16.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثقة المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الإطارات الصحية " الطبي ، التمريضي ، وغيرهم " في المستشفى



استنادا إلى النتائج المتحصل عليها ، تبين أن نسبة كبيرة من المرضى أيدوا الفكرة المطروحة وهي ثقتهم بخبرات ومؤهلات الإطارات الصحية وبلغت نسبتهم 72% (41.4% موافقين، 30.6% موافقين تماما)، في حين أقلية المرضى عارضوا الفكرة واعتبروا أن الإطارات الصحية للمستشفى غير مؤهلين لتقديم خدمات تلي حاجاتهم بالمستوى المطلوب ، وبلغت نسبتهم 9.9% (5.4% غير موافقين، 4.5% غير موافقين تماما)، أما المرضى الغير متأكدين من إيجابياتهم والمرضى الذين لا يعرفون الإجابة فكانت نسبتهم على التوالي 5.4%، 0.9% من أفراد العينة.

السؤال الحادي عشر: يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى

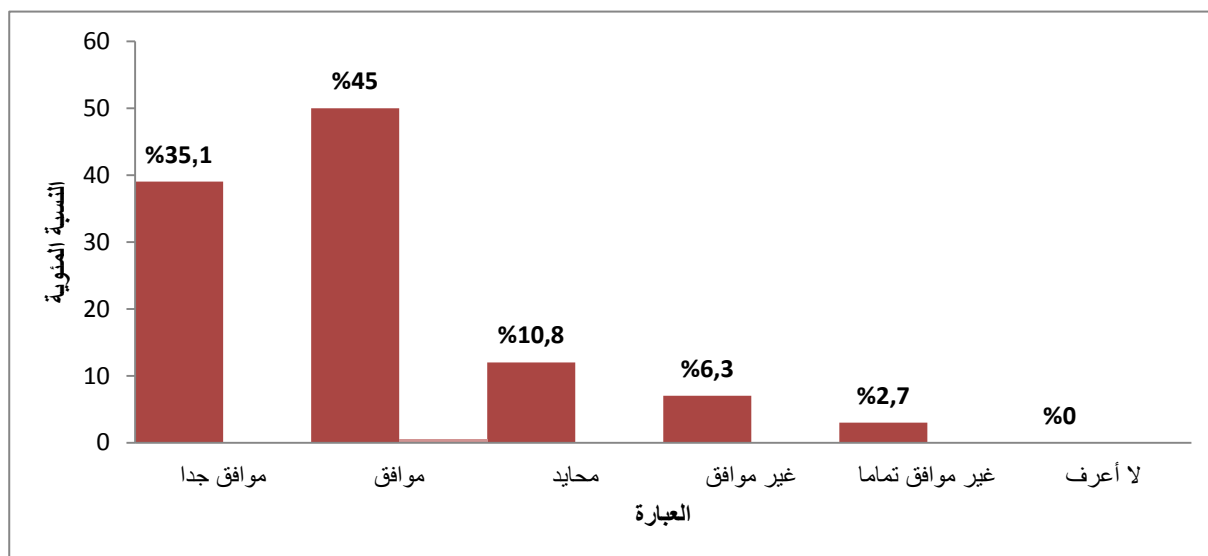
جدول رقم (27.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لشعور المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي

المستشفى.

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	3	7	12	50	39	التكرارات
%100	%0	%2.7	%6.3	%10.8	%45	%35.1	النسبة
%100	%0	%2.7	%9	%19.8	%64.9	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (17.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لشعور المرضى بالأمان عند التعامل مع

موظفي المستشفى



من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 80.1% (45% موافقين، 35.1% موافقين تماما) من المرضى اجمعوا على وجود عنصر الأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى ، وهذا ضروري بالنسبة للمستشفى، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين 9% (6.3% غير موافقين، 2.7 غير موافقين تماما)، كما أن نسبة 10.8% من المرضى كانوا حياديين.

السؤال الثاني عشر: يتسم سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى

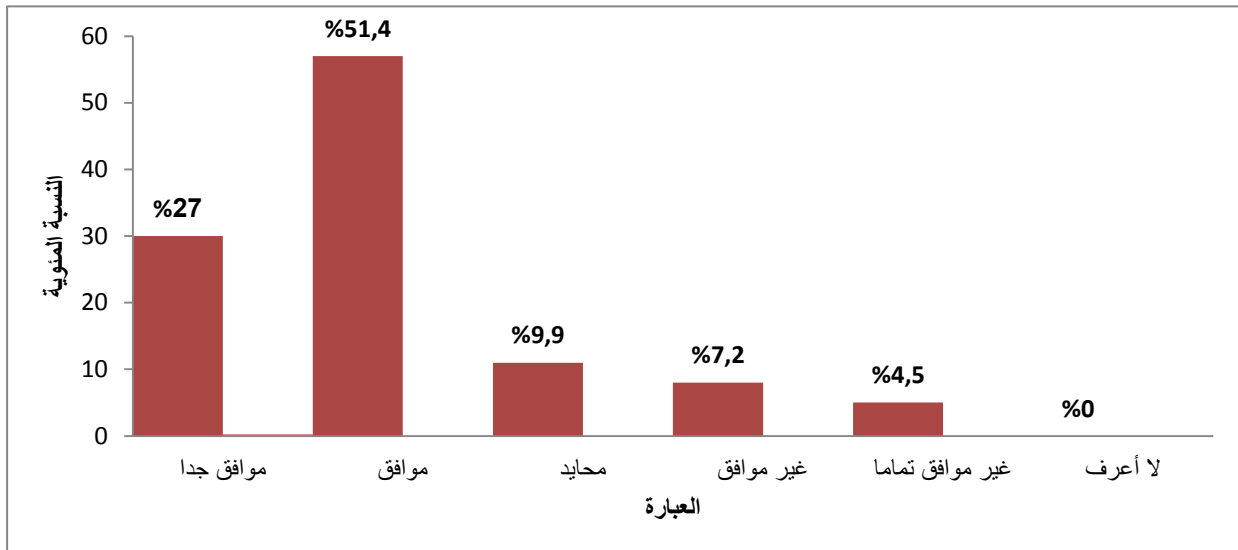
جدول رقم (28.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لسلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن

المعاملة مع المرضى

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	5	8	11	57	30	التكرارات
%100	%0	%4.5	%7.2	%9.9	%51.4	%27	النسبة
%100	%0	%4.5	%11.7	%21.6	%73	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (18.3) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لسلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن

المعاملة مع المرضى



يتبين لنا من الجدول الإجابات التي وردت بخصوص هذه العبارة أن نسبة 78.4% (51.4% موافقين، و27% موافقين تماما) من المرضى المستجوبين يوافقون على أن عمال المستشفى يتسمون بالأدب

و27% موافقين تماما) من المرضى المستجوبين يوافقون على أن عمال المستشفى يتسمون بالأدب

وحسن المعاملة معهم ، في حين نسبة 11.7% (7.2% غير موافقين، 4.5% غير موافقين تماما) من المرضى يرون عكس ذلك ، كما أن نسبة 9.9% من المرضى غير متأكدين من إيجابياتهم .

السؤال الثالث عشر: تحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى .

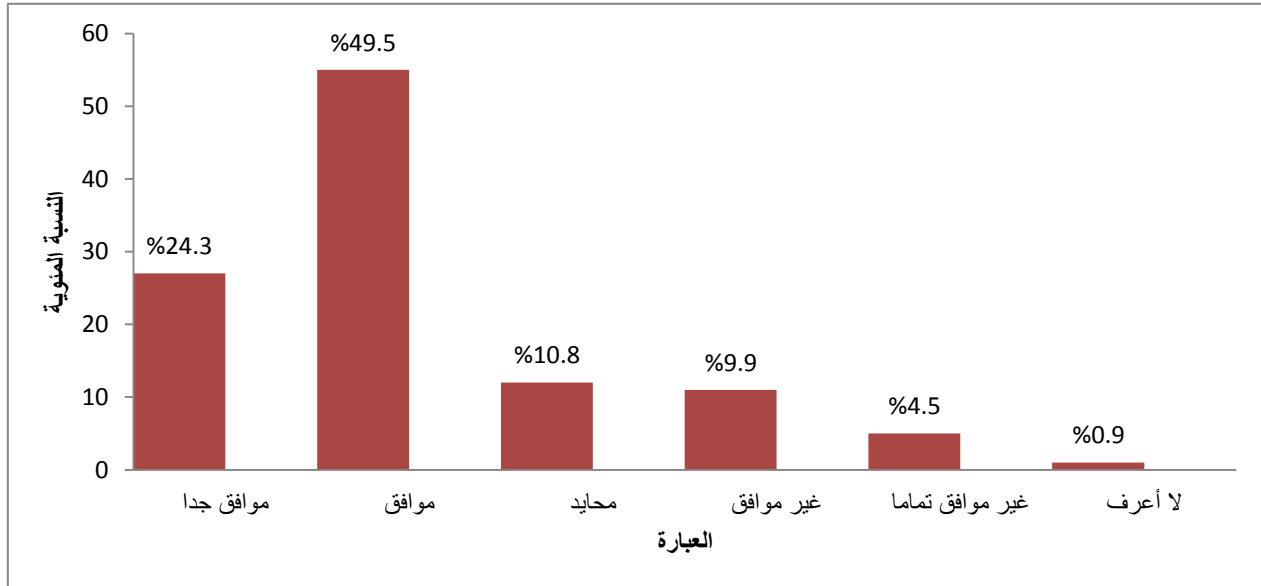
جدول رقم (29.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن

المرضى

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	1	5	11	12	55	27	التكرارات
%100	%0.9	%4.5	%9.9	%10.8	%49.5	%24.3	النسبة
%100	%0.9	%5.4	%15.3	%26.1	%75.7	%100	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (19.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن

المرضى



من البيانات الموضحة أعلاه نلاحظ أن نسبة 73.8% (49.5% موافقين ، 24.3% موافقين جدا (مؤيدين على أن المستشفى يحتفظ على سجلاتهم بشكل دقيق ، مما يسهل على العاملين في المستشفى تسهيل خدماتهم في حالة رجوعهم، في حين بلغت نسبة المرضى المعارضين على هذه الفكرة 14.4% (9.9% غير

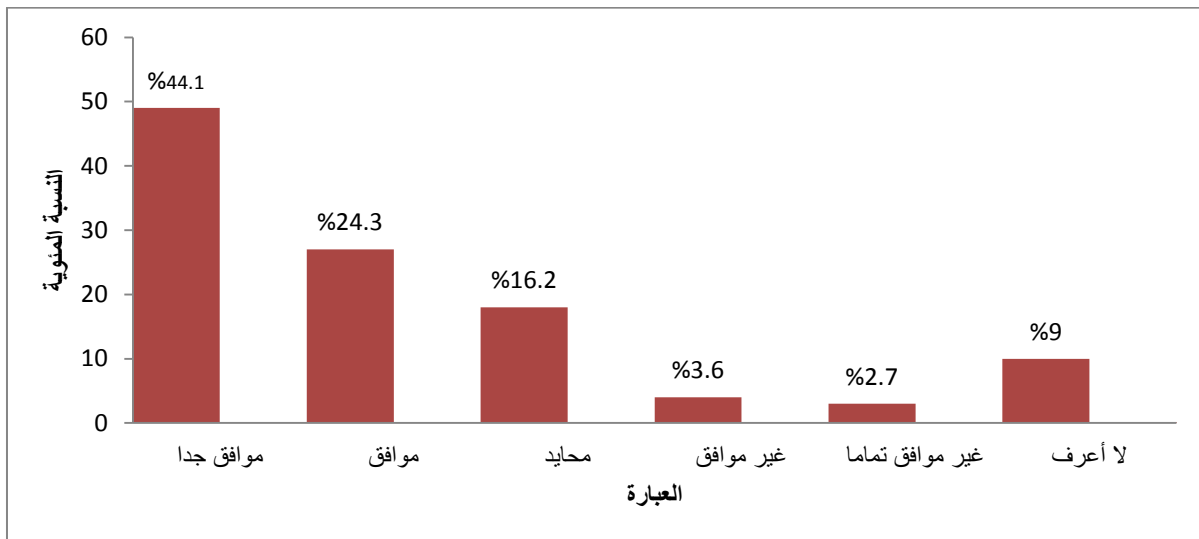
موافقين، 4.5% غير موافقين تماما)، أما المرضى المحايدون و الذين لم يجيبوا على السؤال بلغت نسبتهم 9.9% و 0.9% على التوالي .

السؤال الرابع عشر: تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى

جدول رقم (30.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاحتفاظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى

الجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
التكرارات	10	3	4	18	27	49	
النسبة	9%	2.7%	3.6%	16.2%	24.3%	44.1%	
النسبة المتوية تراكميا	9%	11.7%	15.3%	31.5%	55.9%	100%	

الشكل رقم (20.3) : يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاحتفاظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى



من البيانات الموضحة أعلاه نلاحظ أن نسبة 68.4% (44% موافقين جدا، 24.3% موافقين جدا) من المرضى اجمعوا بأنهم يجدون السرية من خلال تعاملهم مع المستشفى، وهذا يعود بالإيجاب على المستشفى، في حين نسبة قليلة ترى العكس وقدرت 6.3%، ويعتبر عامل السرية مهم جدا بالنسبة لرضا المريض، بينما 16.2% من المرضى لم يكونوا متأكدين من إجاباتهم، و 9% لا يعرفون الإجابة.

السؤال الخامس عشر: يتمتع العاملون في مستشفانا بالمعرفة والمهارة والخبرة الصحية المناسبة

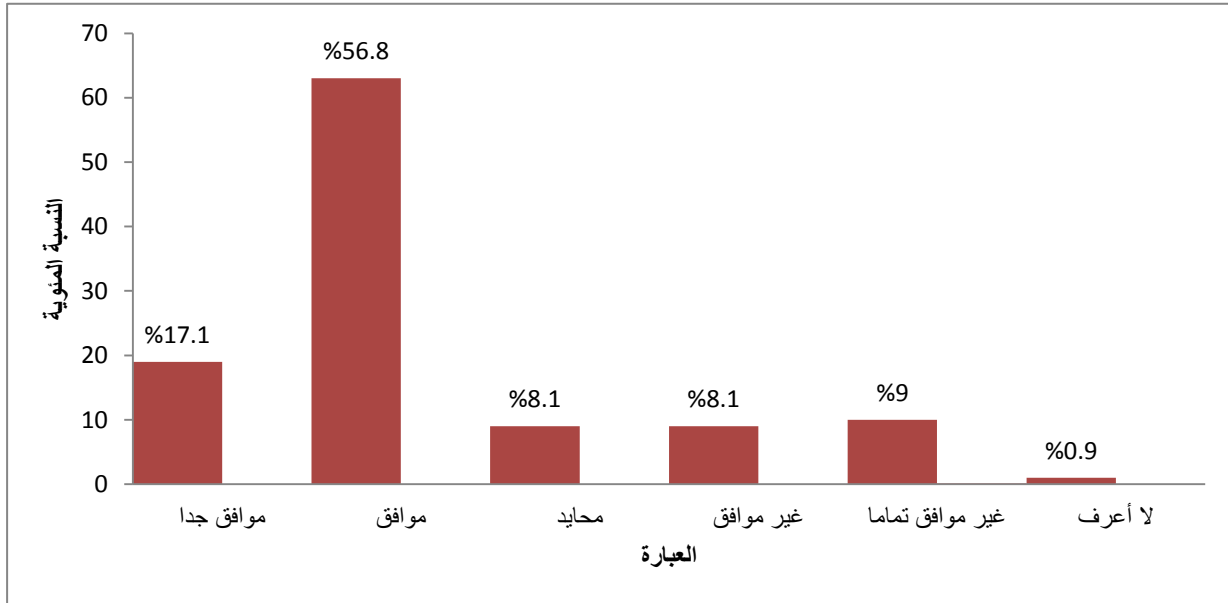
جدول رقم (31.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمتى العاملون في مستشفانا بالمعرفة والمهارة

والخبرة الصحية المناسبة

الجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	1	10	9	9	63	19	التكرارات
%100	%0.9	%9	%8.1	%8.1	%56.8	%17.1	النسبة
%100	%0.9	%9.9	%18	%26.1	%82.9	%100	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (21.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمتى العاملون في مستشفانا بالمعرفة والمهارة

والخبرة الصحية المناسبة



نتائج الجدول تشير إلى أن معظم المستفيدين من الخدمة الصحية راضين على أن العاملين في المستشفى يتمتعون بالمعرفة والمهارة والخبرة الصحية المناسبة من خلال تلقيهم للعلاج، حيث بلغت نسبتهم 73.9% (56.8% موافقين، و17.1% موافقين جدا)، على عكس المرضى الغير راضين على هذا السؤال حيث بلغت نسبتهم 17.1% (9% غير موافقين تماما، و8.1% غير موافقين)، في حين بلغت نسبة المستفيدين من الخدمة الغير متأكدين من إجاباتهم 8.1%، أما المرضى الذين لا يعرفون الإجابة فقدرت نسبتهم 0.9% وهي نسبة ضئيلة جدا.

السؤال السادس عشر: تمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع

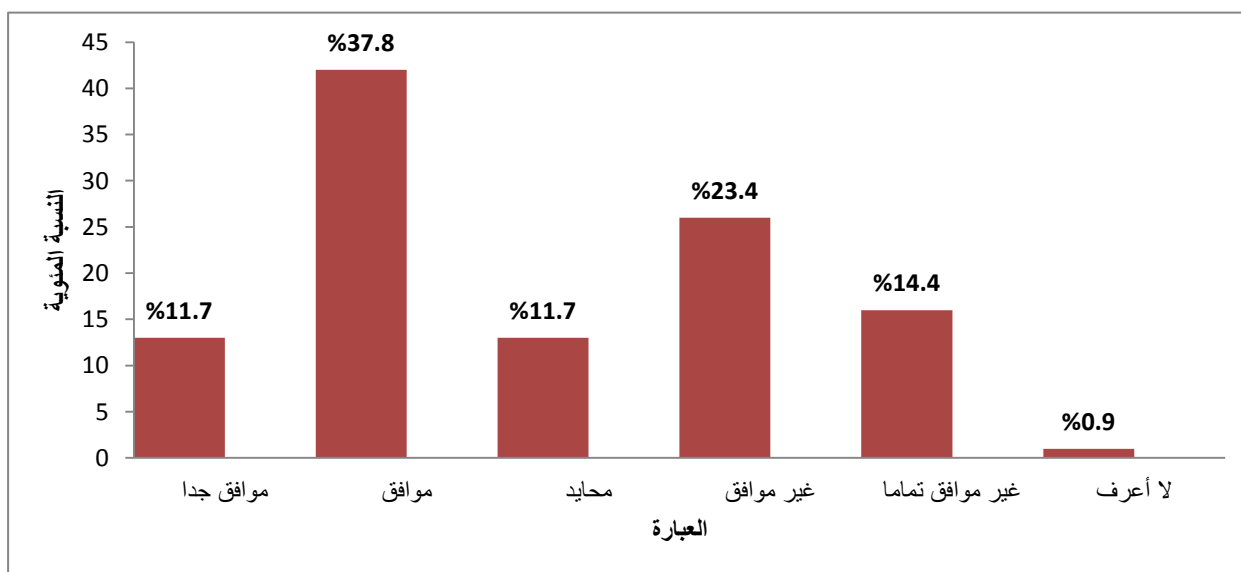
جدول رقم (32.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتياز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد

المجتمع

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	1	16	26	13	42	13	التكرارات
%100	%0.9	%14.4	%23.4	%11.7	%37.8	%11.7	النسبة
%100	%0.9	%15.3	%38.7	%50.5	%88.3	%100	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (22.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتياز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد

المجتمع



حسب نتائج المتحصل عليها من الجدول تبين أن نصف أفراد العينة اجمعوا على أن المستشفى يتمتع بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع وهذا بنسبة 49.5% (37.8% موافقين، و11.7% موافقين جدا) ، أما عينة الأفراد الغير راضية على هذه الميزة فقدرت نسبتها 37.8% (23.4% غير موافقة، و14.4% غير موافقة تماما)، في حين بلغت نسبة العينة المحايدة والعينة التي لا تعرف الإجابة 11.7%، 0.9% على التوالي.

اختبار الفرضية الثالثة:

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد الضمان.

الجدول رقم (33.3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الضمان

بعد جانب الضمان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التأثير على رضا المريض
العبارة رقم 10	3,86	1,111	ايجابي
العبارة رقم 11	4,04	0,981	ايجابي
العبارة رقم 12	3,89	1,030	ايجابي
العبارة رقم 13	3,77	1,120	ايجابي
العبارة رقم 14	3,77	1,549	ايجابي
العبارة رقم 15	3,62	1,184	ايجابي
العبارة رقم 16	3,06	1,323	متوسط
المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3.71	1.185	ايجابي

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يوضح الجدول رقم ، أن العبارات رقم 10،11،12،13،14،15، وقعت ضمن المجال الايجابي حيث بلغت متوسطاتها الحسابية 3.86،4.04 ، 3.89 ، 3.77، 3.77، 3.62، 3.06، على التوالي، وانحرافات معيارية 1.111،0.981، 1.030 ، 1.120، 1.549، 1.184 ، على الترتيب ،في حين وقعت العبارة رقم 16 ضمن المجال المتوسط حيث بلغ متوسطها الحسابي 3.06 بانحراف معياري يقدر ب 1.323 ، ما يدل على أن بعد الضمان الذي يشمل الشعور بالأمان في التعامل، وتمتع الأطباء بالمهارات اللازمة والأدب وحسن الخلق لدى العاملين، متوفر مما يدل على أن تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض من ناحية بعد الضمان يقع في المجال الايجابي ،حيث بلغ متوسطه الحسابي 3.71 بانحراف معياري يقدر ب 1.185.

❖ الفرضية الرابعة :

"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،تأثيرا ايجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الملموسية "

الأسئلة المتعلقة ببعده الملموسية والمتمثلة في السؤال 17،18،19،20،21،22،23،24،25،من القسم الثاني للاستبيان ،سنقوم بنفس العملية التي قمنا بها سابقا من اجل اختبار الفرضية الرابعة.

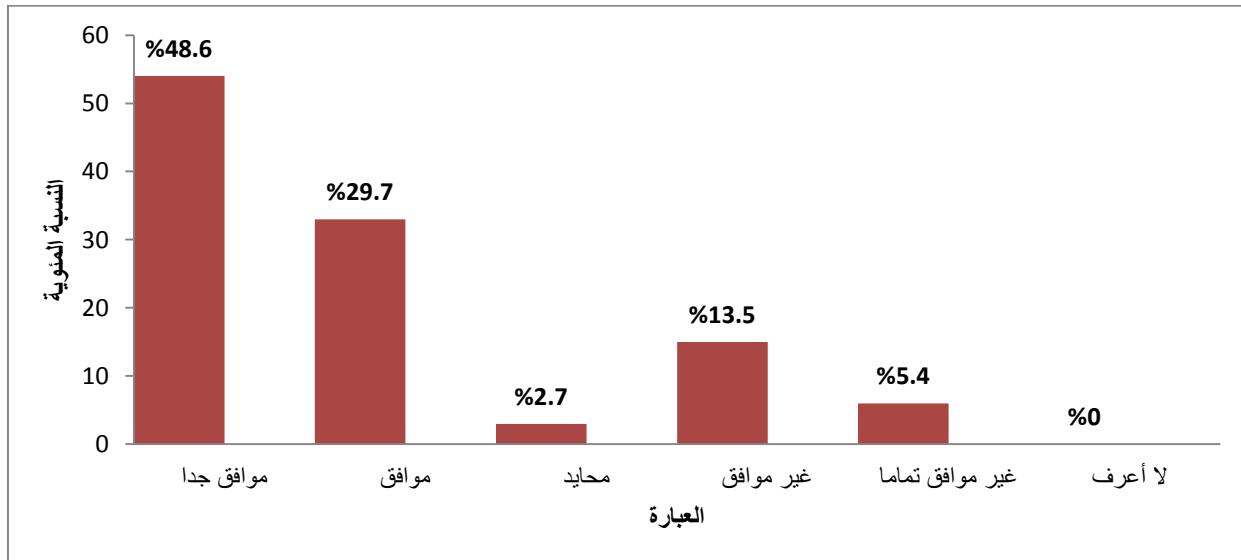
عرض وتحليل الأشكال النسبية الخاصة ببعده الملموسية .

السؤال السابع عشر: يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه.

جدول رقم (34.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للتوقع الملائم للمستشفى وسهولة الوصول إليه.

الجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	6	15	3	33	54	التكرارات
%100	%0	%5.4	%13.5	%2.7	%29.7	%48.6	النسبة
%100	%0	%5.4	%18.9	%21.6	%51.4	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (24.3) :يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للتوقع الملائم للمستشفى وسهولة الوصول إليه



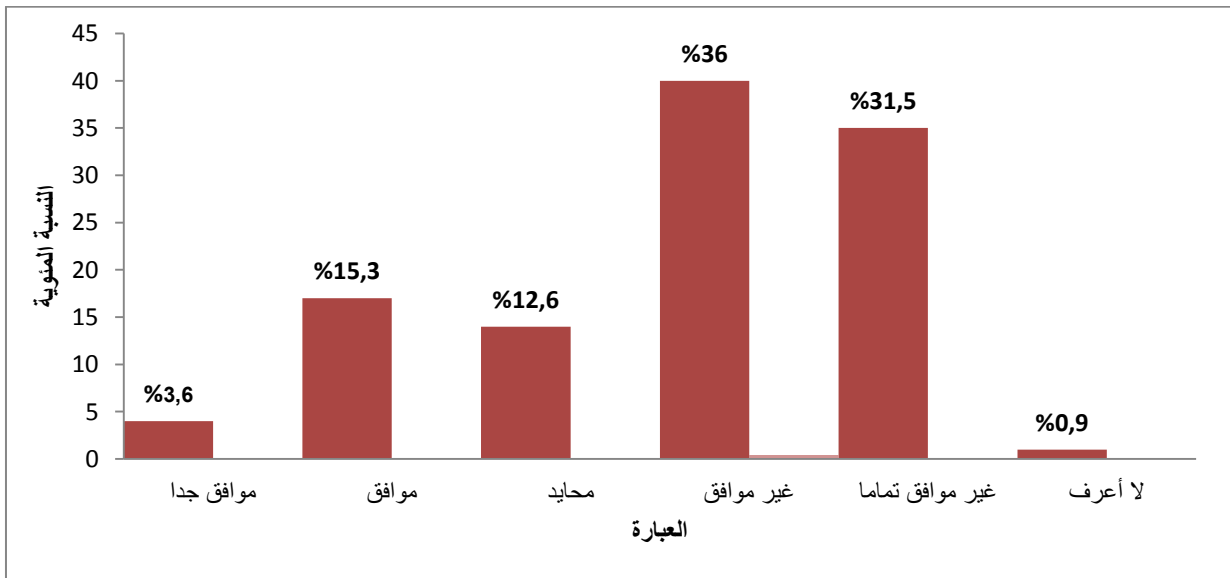
من خلال الجدول يعتبر موقع المستشفى مناسب لأغلبية المرضى المستجوبين حيث بلغت نسبتهم 78.3% (48.7% موافقين جدا، و29.7% موافقين) باعتباره متواجدا وسط المدينة ما يجعل الوصول اليه بسهولة، في حين بلغت نسبة المرضى الغير موافقين 18.9% (13.5% غير موافقين تماما، و5.4% غير موافقين تماما) وهذا لأسباب ترجع إلى بعد إقامتهم عن الولاية ،أما المرضى الغير متأكدين من إجاباتهم فكانت نسبتهم 2.7%.

السؤال الثامن عشر: تتوفر في المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض

جدول رقم (35.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوفير المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض

التكرارات	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	لا أعرف	المجموع
4	17	14	40	35	1	111	
3.6%	15.3%	12.6%	36%	31.5%	0.9%	100%	
100%	96.4%	81.1%	68.5%	32.4%	0.9%	100%	

الشكل رقم (25.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوفير المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض



يوضح الجدول أعلاه أن معظم المرضى غير راضين وهذا لعدم توفر جميع الأدوية التي يحتاجونها في المستشفى مما يجبرهم من شراء أدويتهم من الصيدليات الخاصة حيث بلغت نسبتهم 67.5% (36% غير

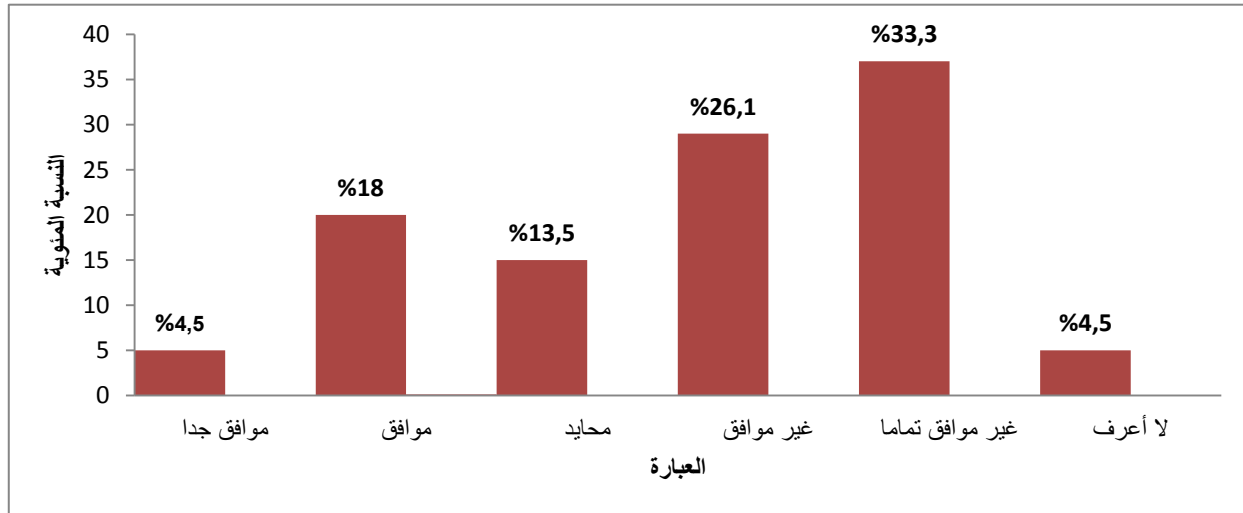
موافقين، و31.5% غير موافقين تماما)، على عكس المرضى الموافقين على توفر جميع أدويتهم التي يحتاجونها وقد بلغت نسبتهم 18.9% (15.3% موافقين، و3.6% موافقين جدا)، أما المرضى الغير متأكدين من ايجابياتهم فقد بلغت نسبتهم 12.6%، في حين المرضى الذين لم يجيبوا على هذا السؤال فكانت نسبتهم 9%.

السؤال التاسع عشر: تمتلك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة

جدول رقم (36.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة.

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
	5	37	29	15	20	5	التكرارات
%100	%4.5	%33.3	%26.1	%13.5	%18	%4.5	النسبة
%100	%4.5	%37.8	%64	%77.5	%95.5	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (26.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة.



تشير نتائج الجدول إلى أن عدم الرضا شمل نسبة كبيرة من المرضى وهذا لعدم امتلاك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية والمعدات تقنية الحديثة خاصة بالنسبة لأمراض تصفية الدم مما يؤثر سلبا عليهم وقدرت نسبتهم 59.4% (26.1% غير موافقين، و33.3% غير موافقين تماما)، لدى يجب على

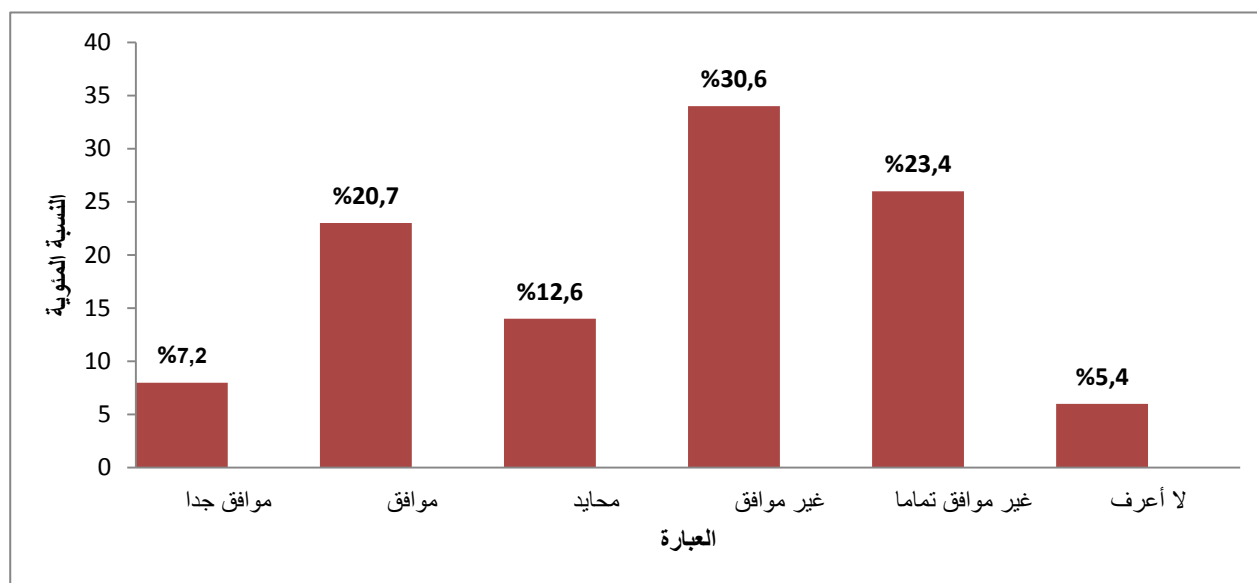
المستشفى العمل والسعي لزيادة وتطوير وتحديث تجهيزاتها تماشيا مع احتياجات المرضى ،في حين بلغت نسبة المرضى الراضين 22.5% (18%موافقين ،و4.5%موافقين جدا)،أما المرضى المحايدين والمرضى الذين لا يعرفون الإجابة فقد كانت نسبتهم 13.5%و4.5% على التوالي.

السؤال العشرون: تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة (موقف سيارات،صيدلية ...)

جدول رقم (37.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى خدمات مرافقة.

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	6	26	34	14	23	8	التكرارات
%100	%5.4	%23.4	%30.6	%12.6	%20.7	%7.2	النسبة
%100	%5.4	%28.8	%59.5	%72.1	%92.8	%100	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (27.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى خدمات مرافقة .



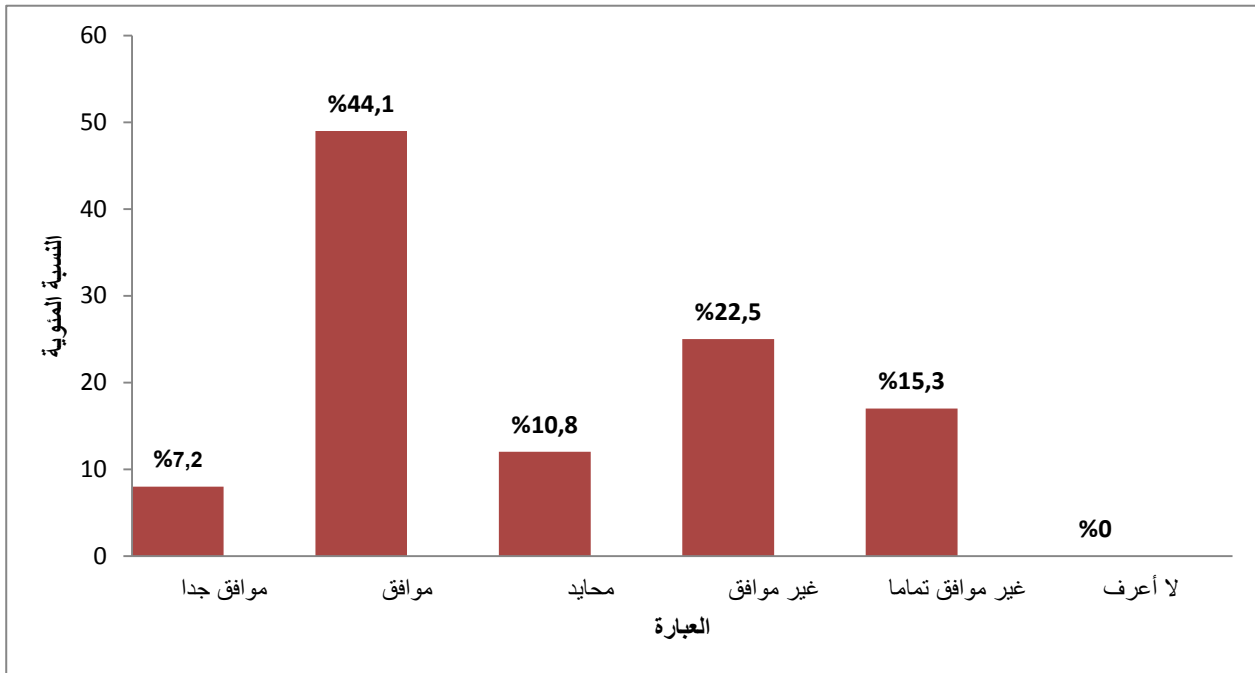
نلاحظ أن نسبة 54% (23.4% غير موافقين تماما، 30.4% غير موافقين) من المستفيدين من الخدمة الصحية متفقين لعدم وجود خدمات مرافقة (موقف سيارات ، صيدلية ...) تابعة للمستشفى مما يؤثر سلبا على المستشفى،في حين أن نسبة 27.9% (20.7%موافقين،و7.2%موافقين تماما)من المرضى اجمعوا على امتلاك المستشفى خدمات مرافقة ،أما نسبة المرضى الغير متأكدين من ايجابياتهم بلغت 12.6% ،ونسبة المرضى الذين لا يعرفون الإجابة على السؤال 5.4% من أفراد العينة.

السؤال الواحد والعشرون: يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر

جدول رقم (38.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.

التكرارات	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	لا أعرف	المجموع
8	49	12	25	17	0	111	
%7.2	%44.1	%10.8	%22.5	%15.3	%0	%100	
%100	%92.8	%48.6	%37.8	%15.3	%0	%100	

الشكل رقم (28.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.



نلاحظ أن نسبة 51.3% (44.1% موافقين، و7.2% موافقين جدا) من المرضى راضين على نظافة المستشفى وحسن مظهر العاملين وهذا ما يعود بالإيجاب على المرضى ويحقق لهم الراحة، أما المرضى

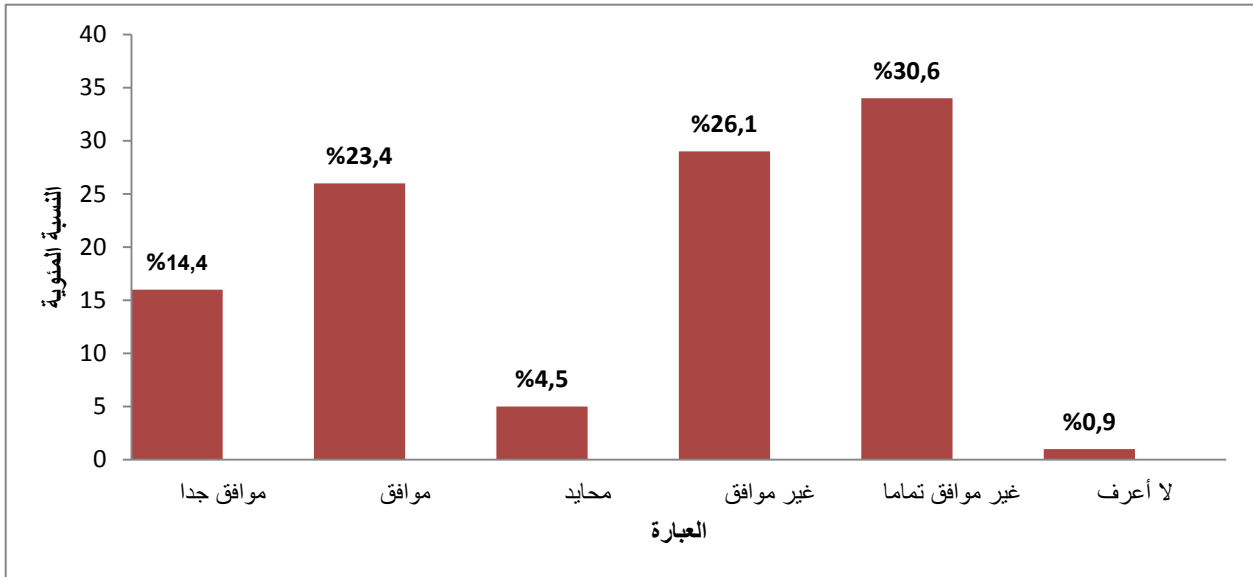
المعارضين بلغت نسبتهم 37.8% (22.5% غير موافقين، و15.3% غير موافقين تماما) وهذا يعود لنقص اليد العاملة في مجال النظافة، في حين بلغت نسبة المستجوبين الغير متأكدين من ايجابياتهم 10.8%.

السؤال الثاني والعشرون: توفر المستشفى صالات انتظار بها كل المرافق

جدول رقم (39.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتمتع المستشفى بتوفير صالات انتظار بها كل المرافق.

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	1	34	29	5	26	16	التكرارات
%100	%0.9	%30.6	%26.1	%4.5	%23.4	%14.4	النسبة
%100	%0.9	%31.5	%57.7	%62.2	%85.6	%100	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (29.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتمتع المستشفى بتوفير صالات انتظار بها كل المرافق.



نلاحظ أن نسبة 56.7% (30.6% غير موافقين تماما، و26.1% غير موافقين) من المرضى المستجوبين اجمعوا على عدم موافقتهم بتوفير صالات انتظار بها كل المرافق وهذا ما يؤثر سلبا على المستشفى

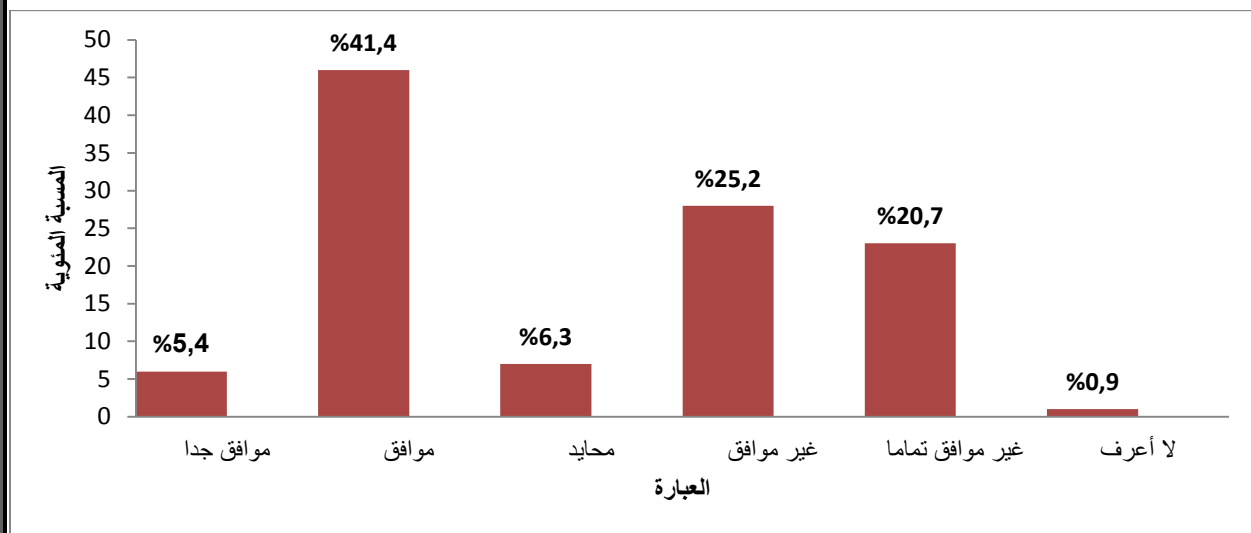
بصفة عامة وعلى المريض بصفة خاصة، في حين أن نسبة 37.8% (23.4% موافقين، 14.4% موافقين جدا) من المرضى صرحوا بتوفر صالات انتظار بها كل المرافق وهذا بسبب إعادة ترميم بعض الأقسام في المستشفى، أما المرضى المحايدون والمرضى الذين لم يجيبوا على السؤال فقد بلغت نسبتهم 4.5% و0.9% على التوالي .

السؤال الثالث والعشرون : تمتلك المستشفى دورات مياه صحية نظيفة وبما يحقق راحة المرضى

جدول رقم (40.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى دورات مياه صحية نظيفة وبما يحقق راحة المرضى.

التكرارات	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	لا أعرف	المجموع
6	46	7	28	23	1	111	
5.4%	41.4%	6.3%	25.2%	20.7%	0.9%	100%	
100%	94.6%	53.2%	46.8%	21.6%	0.9%	100%	

الشكل رقم (30.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى دورات مياه صحية نظيفة وبما يحقق راحة المرضى.



بين لنا الجدول من خلال الإجابات التي وردت بخصوص هذه العبارة بان نسبة 46.8% و41.4% موافقين، و5.4% موافقين جدا) من المرضى يوافقون على امتلاك المستشفى دورات مياه صحية نظيفة مما

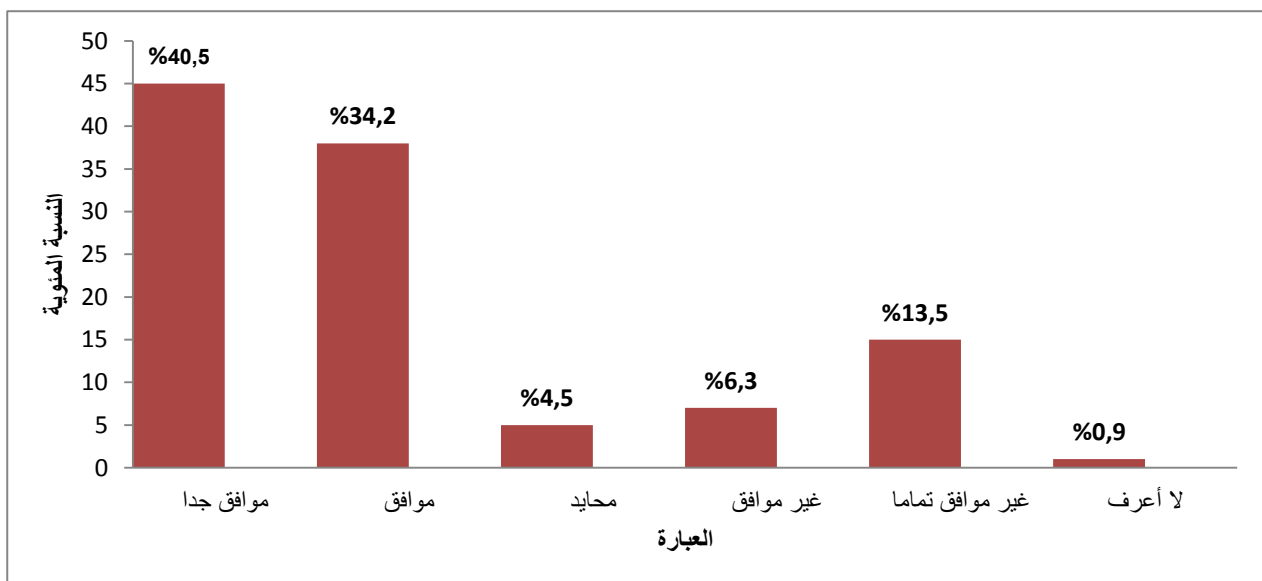
يحقق لهم راحتهم، في حين أن نسبة 45.9% (25.2% غير موافقين، 20.7%) من المرضى يرون عكس ذلك، أما المرضى الغير متأكدين من ايجابياتهم بلغت نسبتهم 6.3%، ونسبة المرضى الذين لم يجيبوا على هذه العبارة 0.9% من أفراد العينة.

السؤال الرابع والعشرون: تضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة

جدول رقم (41.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة.

الجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	1	15	7	5	38	45	التكرارات
%100	%0.9	%13.5	%6.3	%4.5	%34.2	%40.5	النسبة
%100	%0.9	%14.4	%20.7	%25.2	%59.5	%100	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (31.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة.



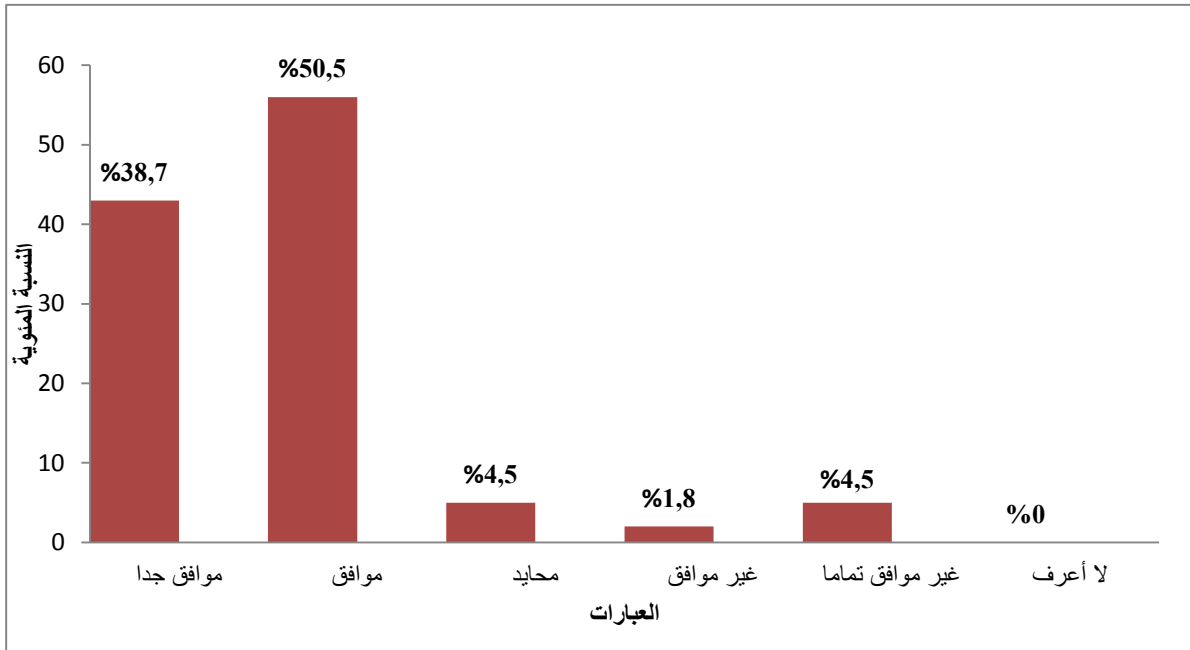
من خلال الجدول أعلاه نلاحظ نسبة 74.7% (40.5% موافقين، 34.2% موافقين) من المرضى صرحوا برضاهم بخصوص وضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة، على خلاف ذلك نلاحظ أن نسبة 19.8% (13.5% غير موافقين تماما، 6.3% غير موافقين) من المرضى غير مؤيدين، في حين بلغت نسبة المرضى الغير متأكدين 4.5%، أما المرضى الذين لم يجيبوا على هذه العبارة فكانت نسبتهم 0.9% من أفراد العينة.

السؤال الخامس والعشرون: الممرات في المستشفى واسعة ومریحة وبما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة

جدول رقم (42.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للممرات المستشفى بأنها نظيفة ومریحة مما تضمن تنقل المرضى دون صعوبة.

التكرارات	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	لا أعرف	الجموع
43	56	5	2	5	0	111	
%38.7	%50.5	%4.5	%1.8	%4.5	%0	%100	
%100	%61.3	%10.8	%6.3	%4.5	%0	%100	

الشكل رقم (32.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للممرات المستشفى بأنها نظيفة ومریحة مما تضمن تنقل المرضى دون صعوبة.



من خلال أجوبة هذا السؤال ، تبين أن غالبية أفراد العينة ابدوا موافقتهم للفكرة، وأكدوا أن ممرات المستشفى نظيفة ومريحة مما تضمن تنقل المرضى دون صعوبة وبلغت نسبتهم 89.2 % (50.5% موافقين ، و38.7 % موافقين جدا)، في حين بلغت نسبة الفئة المعارضة للفكرة 6.3% (4.5% غير موافقين تماما، و1.8 % غير موافقين)، أما الفئة المحايدة بلغت نسبتها 4.5% من أفراد العينة.

اختبار الفرضية الرابعة:

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد الملموسية

الجدول رقم (43.3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الملموسية

بعد جانب الملموسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التأثير على رضا المريض
العبارة رقم 17	4,03	1,247	ايجابي
العبارة رقم 18	2,21	1,176	سلبي
العبارة رقم 19	2,22	1,323	سلبي
العبارة رقم 20	2,42	1,384	سلبي
العبارة رقم 21	3,05	1,257	متوسط
العبارة رقم 22	2,62	1,502	متوسط
العبارة رقم 23	2,83	1,334	متوسط
العبارة رقم 24	3,79	1,428	ايجابي
العبارة رقم 25	4,17	0,943	ايجابي
المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3,05	1,288	متوسط

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه، اتضح أن العبارات رقم 17، 24، 25 وقعت ضمن المجال الإيجابي، فقد بلغت متوسطاتها الحسابية 4.03، 3.79، 4.17. 4 بانحرافات معيارية قدرت بـ 1.247، 1.428، 0.943 ما يدل أن المستشفى يتمتع بموقع ملائم يسهل الوصول إليه إضافة إلى اتساع الممرات فيه ووجود اللوحات والعلامات الإرشادية التي تسهل الوصول إلى مختلف الأقسام، في حين وقعت العبارات رقم 19، 20، 21 ضمن المجال السلبي، فقد بلغت متوسطاتها الحسابية 2.21، 2.22، 2.42 على التوالي بانحراف معياري قدر بـ 1.176، 1.323، 1.384 على الترتيب، ما يدل على أن تأثير جودة الخدمات الصحية على

رضا المريض هي سلبية، وهذا من ناحية عدم توفر كل الأدوية التي يحتاجونها إضافة إلى قلة التجهيزات الطبية و المعدات التقنية الحديثة التي تتماشى مع التطور التكنولوجي، كما أن الخدمات المرافقة للمستشفى غير متوفرة (صيدليات، موقف سيارات...)، أما العبارات رقم 21، 22، 23 فقد وقعت ضمن المجال المتوسط، إذ بلغت متوسطاتها الحسابية 3.05، 2.62، 2.83 على التوالي، بانحراف معياري يقدر بـ 1.257، 1.502، 1.334 على الترتيب، ما يجعلنا نستنتج أن رضا المريض على النظافة متوسط، وبالتالي نستنتج جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة من ناحية بعد الملموسية تأثر تأثيراً متوسطاً على رضا المرضى .

❖ الفرضية الخامسة:

"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض، من ناحية بعد التعاطف".

الأسئلة المتعلقة بعد الملموسية والمتمثلة في السؤال 26، 27، 28، 29، 30، 31، من القسم الثاني للاستبيان

، سنقوم بنفس العملية التي قمنا بها سابقاً من أجل اختبار الفرضية الرابعة.

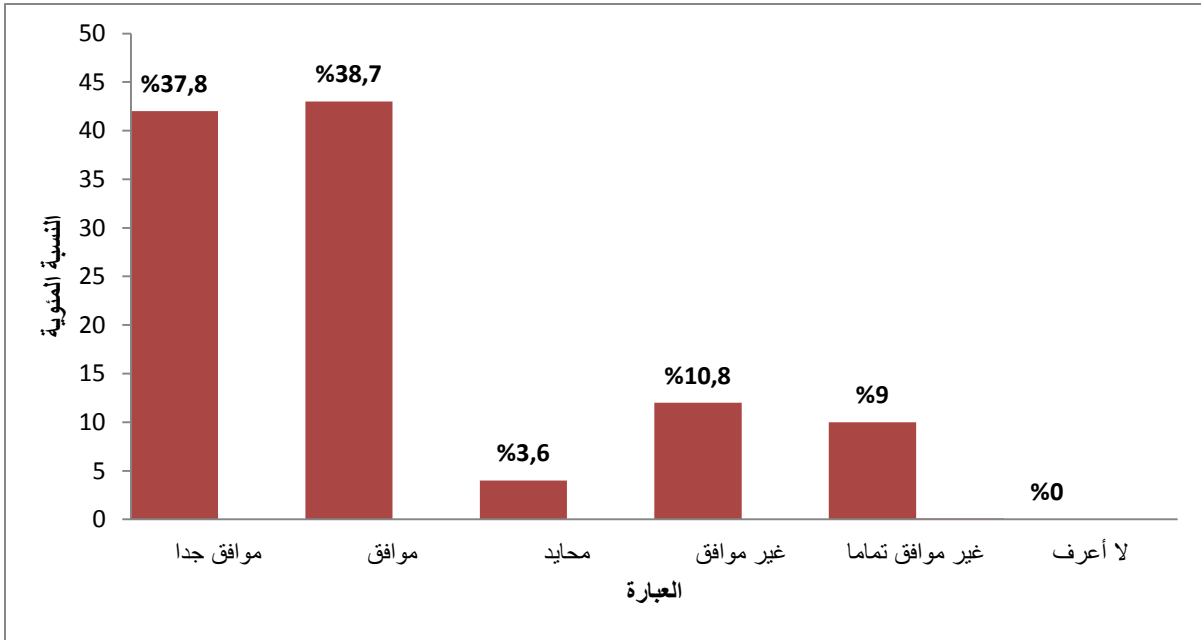
عرض وتحليل الأشكال النسبية الخاصة بعد التعاطف .

السؤال السادس العشرون: يولي الطبيب للمريض اهتماما وانتباها فرديا.

جدول رقم (44.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لولاء الطبيب للمريض ومنحه الاهتمام والانتباه الفردي.

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	10	12	4	43	42	التكرارات
%100	%0	%9	%10.8	%3.6	%38.7	%37.8	النسبة
%100	%0	%9	%19.8	%23.4	%62.2	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (32.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لولاء الطبيب للمريض ومنحه الاهتمام والانتباه الفردي



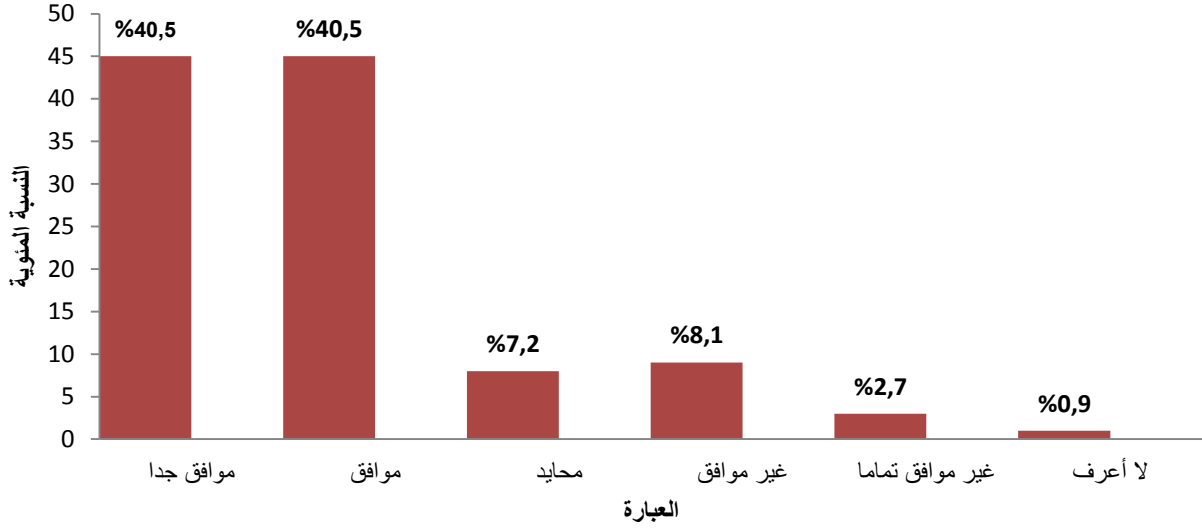
انطلاقاً من نتائج الجدول، تبين أن مجموعة كبيرة من المرضى موافقين على ولاء الطبيب لهم ومنحه لهم الاهتمام والانتباه الفردي، فقد بلغت نسبتهم 76.5% (37.8% موافقين جداً، 38.7% موافقين)، على خلاف نسبة 19.8% (10.8% غير موافقين، و9% غير موافقين تماماً) من المرضى يعانون من مشكل التمييز في التعامل والاهتمام بهم، في حين أن نسبة 3.6% من العينة لم يكونوا متأكدين من إجاباتهم على هذا السؤال.

السؤال السابع والعشرون : تناسب "تلائم" أوقات المعاينة الطبية كافة المرضى

جدول رقم (45.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لملائمة أوقات المعاينة الطبية كافة المرضى

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً	
111	1	3	9	8	45	45	التكرارات
%100	%0.9	%2.7	%8.1	%7.2	%40.5	%40.5	النسبة
%100	%0.9	%3.6	%11.7	%18.9	%59.5	%100	النسبة المئوية تراكمياً

الشكل رقم (33.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لملائمة أوقات المعاينة الطبية كافة المرضى



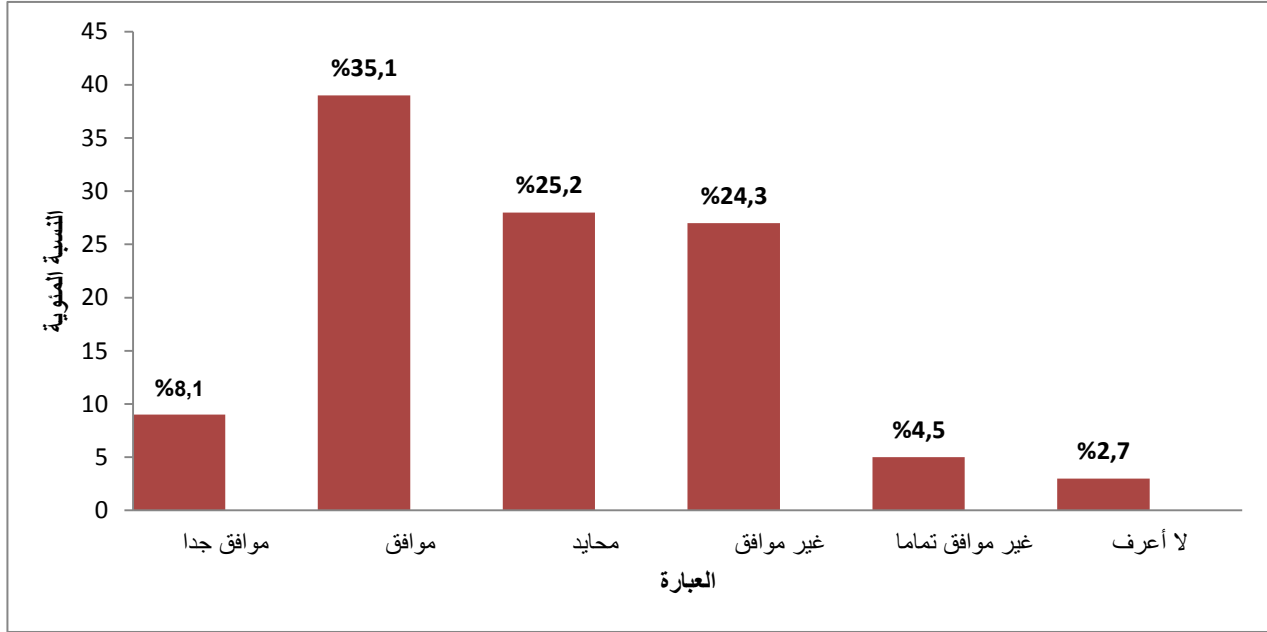
تبين من خلال نتائج المتحصل عليها من الشكل السابق ، أن غالبية المرضى تناسبهم أوقات المعاينة الطبية ، وقدرت نسبتهم 81% (40.5% موافقين، و40.5% موافقين جدا)، بخلاف نسبة 10.8% (8.1% غير موافقين، و2.7% غير موافقين تماما) من المرضى عارضوا الفكرة المطروحة، في حين قدرت نسبة المرضى المحايدين والمرضى الذين لم يجيبوا على هذا السؤال 2.7% و0.9% على الترتيب.

السؤال الثامن والعشرون : يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى

جدول رقم (46.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى.

موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	لا أعرف	المجموع	
9	39	28	27	5	3	111	التكرارات
8.1	35.1	25.2	24.3	4.5	2.7	100%	النسبة
100	91.9	56.8	31.5	7.2	2.7	100%	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (34.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى



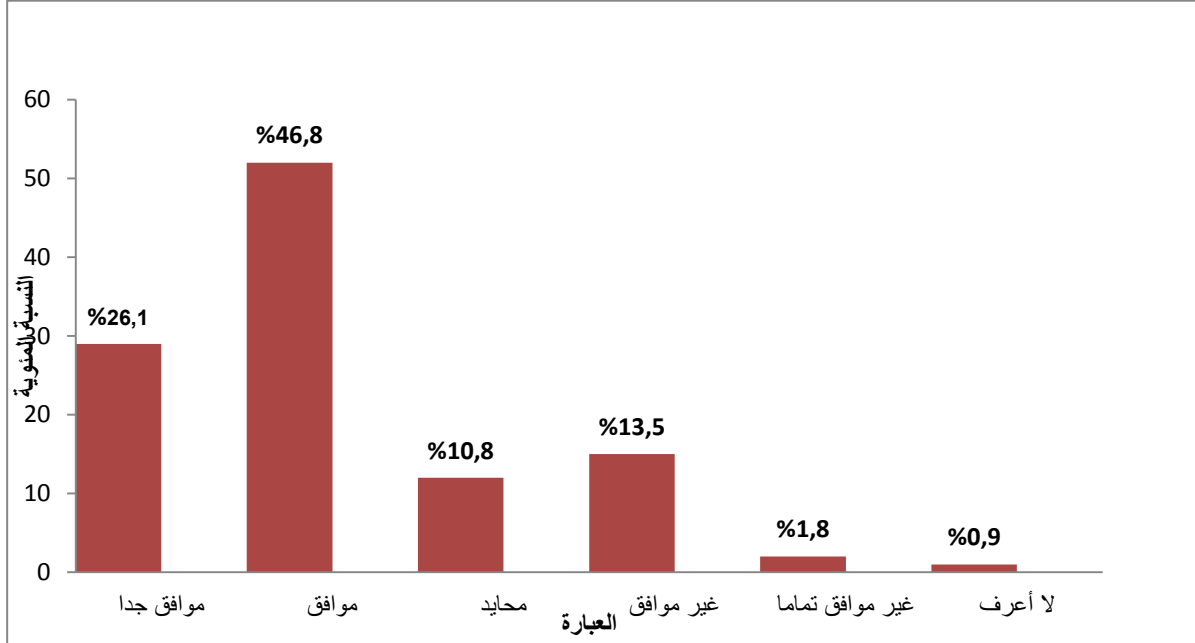
من خلال النتائج المتحصل عليها ، نلاحظ أن نسبة 43.2% (35.1% موافقين، 8.1% موافقين جدا) من المرضى عبروا عن امتلاك العاملين في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجاتهم ورغباتهم ،بخلاف نسبة 28.8% (24.3% غير موافقين ، و4.5% غير موافقين تماما) من المرضى عارضوا الفكرة ، في حين نسبة 25.2% كانوا محايدين، أما المرضى الذين لم يجيبوا على هذا السؤال بلغت نسبتهم 2.7%.

السؤال التاسع والعشرون: يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرححة والصدقاة في التعامل مع المرضى

جدول رقم (47.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بتمتع العاملون في المستشفى بالروح المرححة والصدقاة المرححة في التعامل مع المرضى.

الجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
التكرارات	1	2	15	12	52	29	111
النسبة	0.9%	1.8%	13.5%	10.8%	46.8%	26.1%	%100
النسبة المتوية تراكميا	0.9%	2.7%	16.2%	27%	73.9%	100%	%100

الشكل رقم (35.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بتمتع العاملون في المستشفى بالروح المرحية والصدقة المرحية في التعامل مع المرضى



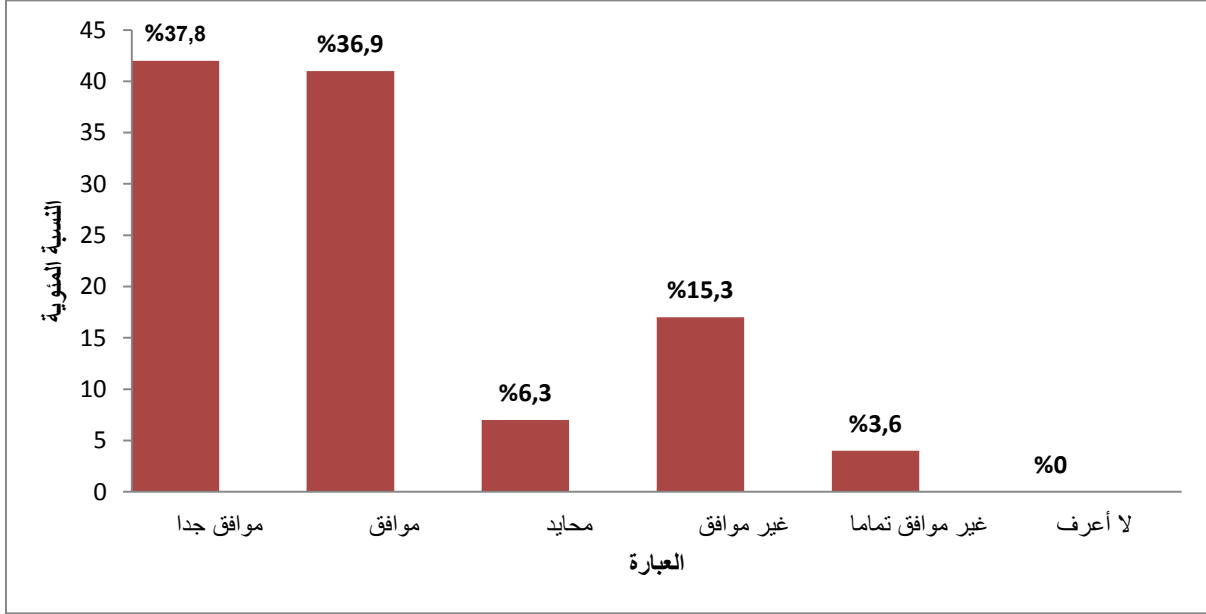
يوضح الجدول أعلاه، أن معظم المرضى المستجوبين يعبرون على أن العاملين في المستشفى يتمتعون بالروح المرحية والصدقة في التعامل معهم مما يشعرهم بأهميتهم، حيث قدرت نسبتهم 72.9% (46.8% موافقين، و26.1% موافقين جدا)، عكس المرضى الغير راضين على تعامل العاملين في المستشفى معهم وبلغت نسبتهم 15.3% (13.5% غير موافقين، و1.8% غير موافقين تماما)، في حين بلغت نسبة عينة الأفراد الغير متأكدين من إجاباتهم 10.8%، أما المرضى الذين لم يجيبوا على السؤال بلغت نسبتهم 0.9%.

السؤال الثالثون : تراعي المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع

جدول رقم (48.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمراعاة المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	4	17	7	41	42	التكرارات
%100	%0	%3.6	%15.3	%6.3	%36.9	%37.8	النسبة
%100	%0	%3.6	%18.9	%25.2	%62.2	%100	النسبة المتوية تراكميا

الشكل رقم (36.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمراعاة المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع.



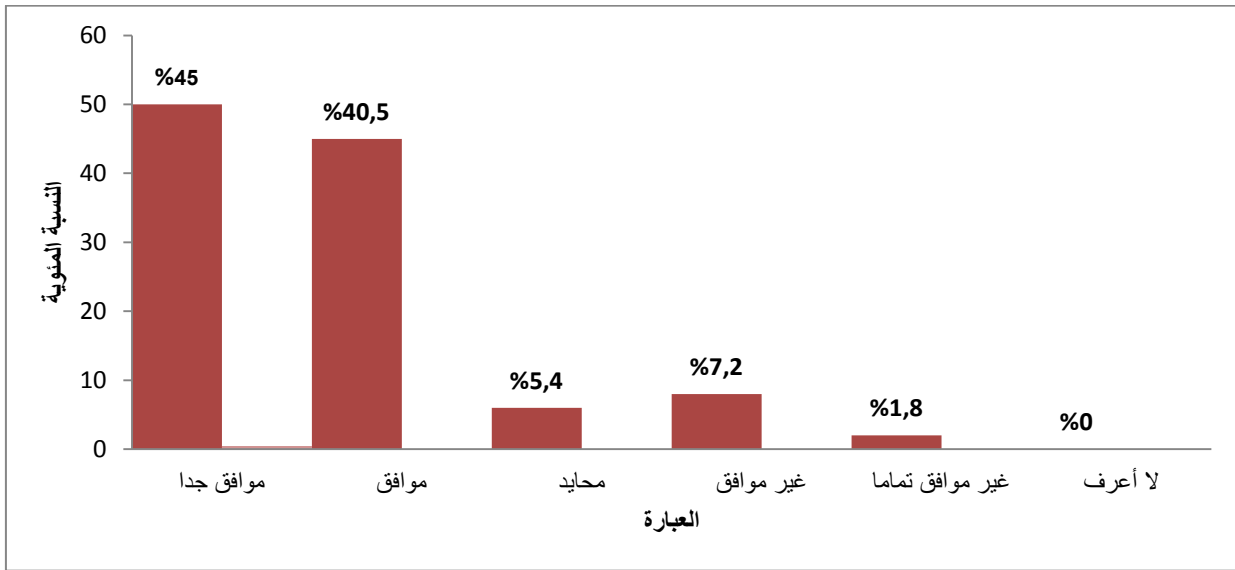
من خلال النتائج المتحصل عليها ، نلاحظ أن أغلبية المرضى عبروا على مراعاة المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع وبلغت نسبتهم 74.7% (37.8% موافقين جدا ، و 36.9% موافقين) ،عكس 18.9% (15.3% غير موافقين ، و 3.6% غير موافقين تماما) من المرضى المستجوبين الغير موافقين على هذه الفكرة، في حين بلغت نسبة المرضى الغير متأكدين من ايجابياتهم 6.3%.

السؤال الواحد والثلاثون: يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.

جدول رقم (49.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوضيحات العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.

المجموع	لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
111	0	2	8	6	45	50	التكرارات
%100	%0	%1.8	%7.2	%5.4	%40.5	%45	النسبة
%100	%0	%1.8	%9	%14.4	%55	%100	النسبة المئوية تراكميا

الشكل رقم (37.3): يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوضيحات العاملين في المستشفى للمرضى
المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض



من خلال نتائج الجدول تبين أن أغلبية المرضى يرون أن العاملين في المستشفى يوضحون لهم مشاكلهم الصحية بطريقة يفهمونها وبلغت نسبتهم 85.5% (45% موافقين جدا، و40.5 موافقين)، في حين بلغت نسبة المرضى المعارضون على هذه الفكرة 9% (7.2% غير موافقين، 1.8% غير موافقين تماما)، أما المرضى المحايدون فكانت نسبتهم 5.4%.

اختبار الفرضية الخامسة:

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال بعد التعاطف

الجدول رقم (50.3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد التعاطف

بعد جانب التعاطف	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التأثير على رضا المريض
العبارة رقم 26	3,86	1,285	ايجابي
العبارة رقم 27	4,05	1,094	ايجابي
العبارة رقم 28	3,10	1,160	متوسط

العبارة رقم 29	3,79	1,094	ايجابي
العبارة رقم 30	3,90	1,175	ايجابي
العبارة رقم 31	4,20	0,961	ايجابي
المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3.81	1.126	ايجابي

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم اتضح أن العبارات رقم 26، 27، 29، 30، 31 المتعلقة ببعث التعاطف وقعت ضمن المجال الايجابي إذ بلغت متوسطاتها لحسابية 3.86، 4.05، 3.79، 3.90، 4.20 على التوالي، بانحرافات معيارية قدرت بـ 1.285، 1.094، 1.094، 1.175، 0.961 على الترتيب، إلا أن أكبر قيمة للمتوسط الحسابي خصت العبارة الأخيرة المتعلقة بتوضيح عاملوا المستشفى المشاكل الصحية التي يعانون منها المرضى بالطريقة التي يفهموها، أما العبارة رقم 28، والتي خصت امتلاك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى، فقد وقعت ضمن المجال المتوسط إذ بلغ متوسطها الحسابي 3.10 بانحراف معياري 1.160. أما المتوسط الحسابي العام، الذي قدر بـ 3.81 وبانحراف معياري عام بلغ 0.961 فقد وقع ضمن المجال الايجابي.

الاختبار T الأحادي العينة:

من أجل ثبات صحة الفرضيات قمنا بإجراء الاختبار T الأحادي العينة Teste-t pour échantillon unique والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (51.3): يوضح نتائج الاختبار T الأحادي العينة

أبعاد الجودة	قيمة T الحسوبة	قيمة T الجدولية	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig) p.value.sig
بعد الاعتمادية	7,714	1,66	110	0,000

0,000	110	1,66	10.075	بعد الاستجابة
0,000	110	1,66	9.158	بعد الضمان
0,609	110	1,66	0.512	بعد الملموسية
0,000	110	1,66	11.448	بعد التعاطف

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

- ✓ بلغت قيمة t المحسوبة لبعء الاعتمادية 7,714 وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة 1,66 ،وبالتالي يتم قبول الفرضية . وما يؤكد هذا القرار أن مستوى الدلالة المحسوب هو Sig =0.00 وهو أقل من 0.05 وهو المستوى المعتمد لهذه الدراسة.ومنه نستنتج :
"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،تأثيرا ايجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الاعتمادية"،فرضية مقبولة.
- ✓ بلغت قيمة t المحسوبة لبعء الاستجابة 10,075 وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة 1,66 ،وبالتالي يتم قبول الفرضية . وما يؤكد هذا القرار أن مستوى الدلالة المحسوب هو Sig =0.00 وهو أقل من 0.05 وهو المستوى المعتمد لهذه الدراسة.ومنه نستنتج :
"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،تأثيرا ايجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الاستجابة"،فرضية مقبولة.
- ✓ بلغت قيمة t المحسوبة لبعء الضمان 9,158 وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة 1,66 ،وبالتالي يتم قبول الفرضية . وما يؤكد هذا القرار أن مستوى الدلالة المحسوب هو Sig =0.00 وهو أقل من 0.05 وهو المستوى المعتمد لهذه الدراسة.ومنه نستنتج :
"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،تأثيرا ايجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الضمان"،فرضية مقبولة.
- ✓ بلغت قيمة t المحسوبة لبعء الملموسية 0,512 وهي أقل من قيمتها الجدولية البالغة 1,66 ،وبالتالي يتم رفض الفرضية . وما يؤكد هذا القرار أن مستوى الدلالة المحسوب هو Sig =0,609 وهو أكبر من 0.05 وهو المستوى المعتمد لهذه الدراسة.ومنه نستنتج :

"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد الملموسية"، فرضية مرفوضة.

لدا يجب على المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ان تطور وتحسن من خدماتها الصحية من خلال بعد الملموسية بما يتناسب مع احتياجات المستفيدين من الخدمة الصحية، وذلك بمواكبة التطور عن طريق توفير

الأجهزة والمعدات التقنية الطبية المتقدمة ، وتوفير مختلف الأدوية الضرورية ، إضافة إلى التوعية الصحية المستمرة للمرضى والزوار والأطباء وجميع الفئات العاملة بالحفاظ على المستوى العام للنظافة الجيدة باعتبارها مسؤولية الجميع وليست مسؤولية فرد بذاته. مما يزيد من رضا المرضى.

✓ بلغت قيمة t المحسوبة 11,448 لبعده التعاطف وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة 1,66 ، وبالتالي يتم قبول الفرضية . وما يؤكد هذا القرار أن مستوى الدلالة المحسوب هو $Sig = 0.00$ وهو أقل من 0.05 وهو المستوى المعتمد لهذه الدراسة. ومنه نستنتج :

"تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيرا إيجابيا على رضا المريض، من ناحية بعد التعاطف"، فرضية مقبولة.

خلاصة الفصل :

من خلال هذا الفصل أخذنا فكرة عن المنظومة الصحية في الجزائر إضافة إلى إصلاح النظام الصحي وأوجه قصوره، ثم التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "احمد مدغري" ، من خلال اختبار فرضيات الدراسة. بمدى تأثير جودة الخدمات الصحية المقدمة على رضا المريض، اعتمادا على أبعاد جودة الخدمة الصحية، وقد توصلنا من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات والتي تمت عن طريق البرنامج الإحصائي المعروف باسم الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) إلى النتائج التالية:

- ✓ قبول الفرضية الأولى، والثانية، والثالثة، والخامسة، ذلك تبعا لأراء أفراد عينة الدراسة، الذين وقع تقييمهم على وجود جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاعتمادية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف، ما يدل على رضاهم عن جودة الخدمة الصحية المقدمة .
- ✓ رفض الفرضية الرابعة، ما يدل على التأثير المتوسط لجودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية على رضا المريض من ناحية بعد الملموسية، ما يؤكد أن الجانب السلبي لهذه الفرضية يكمن في النقص في التجهيزات الطبية وعدم توفر مختلف الأدوية إضافة إلى عدم وجود خدمات أخرى مرافقة.

الخاتمة العامة

الخاتمة العامة

بات واضح بأن عالمنا الذي نعيش فيه اليوم هو عالم الخدمات، لكونه ارتبط بالكثير من مفردات الحياة اليومية للمواطن، ولعل الخدمة الصحية واحدة من أبرز الخدمات التي ازدادت الحاجة إليها عما سبق، هذا ما أوجب أن يكون هناك اهتمام واضح ومتزايد من قبل المنظمات الصحية ولذلك كان لا بد أن يلعب النشاط التسويقي الدور المهم والحيوي في تلك الاستجابة الدقيقة والواضحة لتلك الحاجات الإنسانية. ففي الآونة الأخيرة شهد القطاع الصحي اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات بتطبيق معايير وإجراءات نظم الجودة فهي تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، حيث ينظر إلى الجودة من منظور طبي على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية. أما الجودة من منظور المستفيد، فتركز على طريقة الحصول الخدمة ونتيجتها النهائية. في حين تعني الجودة من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، كما يعد تطوير الخدمات الصحية احد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي أولتها العديد من الدول اهتماما كبيرا. حيث عرضنا في آخر فصل برنامج الإصلاح الذي تبنته الجزائر والذي يواجه عدة قيود تحد من فعاليته وأدائه، في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية. ومن هذا المنطلق حاولنا من خلال هذا البحث الإجابة عن إشكال يدور حول واقع وجودة الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المريض، بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمة الصحية، كما وضعت فرضيات تم اختبارها على مسار هذا البحث.

فقد تم تأكيد الفرضيات المتعلقة ببعدها الاعتمادية والاستجابة والضمان إضافة إلى بعد التعاطف، فيما رفضت الفرضية المتعلقة ببعدها الموسمية. وتحصلنا في الأخير على مجموعة من النتائج التي كانت أساس مجموعة من الاقتراحات للحد من النقائص التي يعاني منها هذا القطاع. ومن خلال هذا المنطلق تمكنا من الوصول إلى رؤية حول جودة الخدمات الصحية في الجزائر وهذا من خلال دراستنا لحالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.

النتائج والاقتراحات:

النتائج :

لقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- فمن المؤشرات المهمة والخاصة بالمريض أن العوامل مثل العمر، والجنس والمستوى الاجتماعي وكذلك الوضع الصحي للمريض وغيرها تعتبر عوامل تؤثر على نسبة رضائه عن الخدمات الصحية، فالمريض الكبير في السن أكثر رضاء من الصغير في العمر، وذلك لأنه قد عاصر تطور الخدمات الصحية، ويعرف الفرق بين نوعية الخدمات الصحية في الماضي والحاضر، وكذلك إذا كانت الحالة الصحية للمريض غير جيدة فهو أقل رضاء منها إذا كانت حالته الصحية جيدة .
- بما أن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية وقع ضمن المجال الايجابي ونقصد بها ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقا لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة، مما يؤكد التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في مواعيدها المحددة وبطريقة صحيحة من أول مرة، إضافة إلى ضرورة المصادقية والثقة أثناء تقديم الخدمة الصحية لكسب رضا المريض وتتجسد على أداء الخدمات الموعد بها في وقتها المحدد.
- يقوم المستشفى بتسهيل إجراءات العمل قدر الإمكان وهذا لضمان وسرعة وسهولة تقديم الخدمة الصحية، إضافة إلى رغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى وسرعة استجابتهم لطلباتهم، وهو ما يؤكد رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية بعد الاستجابة.
- شعور المرضى بالأمان في التعامل مع العاملين في المستشفى ، وتمتع الأطباء بالمهارات اللازمة ، والأدب وحسن الخلق الذي يتميز به العاملين، يدل على أن بعد الضمان يتوفر في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.
- اتضح لنا أن معظم المرضى غير راضين عن الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسية، ويعزز ذلك النقص الواضح في عامل النظافة ، وعدم توفر الأجهزة الطبية والمعدات التقنية الحديثة، إضافة إلى عدم استفادة المرضى من جميع الأدوية التي تخص علاجهم ما يجعلهم يشترونها من صيدليات خاصة، وهذا وما يؤثر سلبا على رضاهم.

➤ ومن أهم العوامل المؤثرة على رضا المريض أيضا البعد الجوهري في جودة الخدمة وهو بعد التعاطف الذي كان إيجابيا في هذه الدراسة ، كون أغلبية المرضى من الفئة التي تفوق أعمارهم 40 سنة ، فإشعار المريض بالاهتمام والعناية الذاتية به تولد لديه قدرا كبيرا من الرضا والولاء والانتماء للمستشفى الذي يعالج فيه.

الاقتراحات

بناء على الاستنتاجات السابقة ، يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

➤ إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

➤ وضع نظام تأمين صحي يشمل جميع فئات المجتمع، ويضمن الحصول على حزمة أساسية من الخدمات، بالإضافة إلى حماية المواطن من عبء الإنفاق الكلي على علاج الأمراض ذات التكلفة الباهضة، مع ضرورة إجراء دراسات شاملة لاقتصاديات التأمين الصحي لتفادي العجز الحالي في ميزانية التأمين الصحي.

➤ وضع أسس ومعايير علمية واضحة لترشيد التوسع في المنشآت الصحية اعتمادا على بيانات فعلية وحديثة ونظم معلومات جغرافية، لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة وتوزيعها حسب احتياجات المجتمع وتعداد السكان وتوزيعهم وفقا للفئات العمرية.

➤ إن وجود إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة وإنما أصبح ضرورة ملحة وذلك لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة، وتقديم خدمات صحية متميزة.

➤ يجب أن يكون هناك نظام رقابي داخل كل مؤسسة صحية، مكون من الإداريين والأطباء والمرضى وأخصائيين التغذية، للرقابة على كل مراحل النظام الغذائي، بما يضمن رفع كفاءة إدارة التغذية وفعاليتها.

➤ التوعية الصحية المستمرة للمرضى والزوار والأطباء وجميع الفئات العاملة بالحفاظ على المستوى العام للنظافة الجيدة، وباعتبار أنها مسئولية الجميع وليست مسئولية فرد بذاته. إضافة إلى توعية العاملين بالآثار النفسية والصحية والاقتصادية التي تترتب على نظافة الأماكن والمعدات والمكاتب.

- ضرورة الاهتمام بتطوير الخدمات الصحية وتحسينها بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة والمتغيرة للمستفيدين، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي السريع خاصة في مجال الأجهزة والمعدات التقنية الطبية المتقدمة ، وتوفير مختلف الأدوية الضرورية مما يزيد من رضا المرضى.
- إنشاء شبكة اتصال داخلية في المؤسسة (الانترانت) بين مختلف الأقسام والمصالح.
- نشر الثقافة الصحية في أوساط المجتمع عن طريق إقامة المؤتمرات العلمية والملتقيات والأيام تخصصة والندوات والمعارض، في مختلف وسائل الإعلام بشكل متواصل من أجل الوقاية خير من العلاج ومن ثم تخفيض الطلب على خدمات المستشفى.
- مراجعة الخطة الاستثمارية للتوسع في المنشآت الصحية ووقف بناء أي وحدات أو مستشفيات جديدة إلا بعد إجراء دراسات شاملة، مع زيادة كفاءة المنشآت الصحية المتاحة حاليا وتطويرها وتوفير سيارات إسعاف مجهزة بوحدات اتصال سريعة في مراكز تقديم الرعاية الأساسية لتسهيل نقل المرضى والمصابين.
- تنمية الحياة المهنية للعامل باعتماد على نشاطات قاعدية تتركز في الأساس على تربصات تكوينية لتطوير الكفاءات.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

1. إبراهيم طلعت ،"التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية "،دار الكتاب الحديث،الجزائر.2009.
2. أحمد الرحومي ،ثامر البكري ، "تسويق الخدمات المالية "، دار إثراء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن،الطبعة الأولى،2008.
3. أحمد محمد غنيم ،"إدارة المستشفيات رؤية معاصرة "، المكتبة العصرية لنشر والتوزيع ، مصر ، الطبعة الأولى 2006.
4. أنور الباز،"عمدة التفسير عن الحافظ بن كثير"، دار الوفاء،الطبعة الثانية، الجزء الثاني، 2005.
5. أيمن علي عمر،"قراءات في سلوك المستهلك " ، الدار الجامعية لإسكندرية ،2006 .
6. أيمن مزاهرة،وآخرون،"الصحة والسلامة العامة "،دار الشروق للنشر،عمان الأردن،الطبعة الأولى ، 2000 .
7. تيسير العجارمة ،"التسويق المصرفي " ، دار ومكتبة الحامد ، عمان الأردن ،2004.
8. جاي ككندا مبولي - كوني موك - بيغير لي سباركس ،"ادارة الجودة الشاملة في الضيافة والسياحة ووقت الفراغ "ترجمة :د.م.سرور علي إبراهيم سرور .دار المريخ للنشر .الرياض .المملكة العربية السعودية ،2002.
9. حامد الطائي ،د بشير العلاق ،"تسويق الخدمات مدخل استراتيجي ، وظيفي تطبيقي "،دار النشر اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ،عمان الأردن، الطبعة 2009.
10. حضير كاظم محمود ،" إدارة الجودة"، إدارة المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان،الأردن، الطبعة الأولى ، 2002
11. حميد الطائي ،ا.د محمود الصميدعي ، د.بشير العلاق ، م.إيهاب علي القرم . "الأسس العلمية للتسويق الحديث "،دار النشر اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ،عمان الأردن، الطبعة 2007.

12. ردينة عثمان يوسف ، "التسويق الصحي والاجتماعي" ، دار المناهج للنشر والتوزيع ،عمان الأردن ،2008.
13. زكريا عزام،عبد الباسط حسونة، مصطفى الشيخ،"مبادئ التسويق الحديث بين النظرية والتطبيق"،دار الميسرة للنشر والتوزيع ،عمان الأردن ،الطبعة الأولى 2008.
14. زكي خليل المساعد ،" تسويق الخدمات وتطبيقاته "، دار المناهج للنشر والتوزيع، القاهرة ، 2003 .
15. سعيد محمد المصري ،" إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية ، المفاهيم والاستراتيجيات " ، طبعة 2002/2001 الدار الجامعية ، الإسكندرية .
16. سلوى عثمان الصديقي ،السيد رمضان،"الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي"،دار المعرفة الجامعية الاسكندرية،مصر،2004.
17. سمير محمد عبد العزيز . "اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والايزو 9000 و10011" .مكتبة الإشعاع ، الإسكندرية.2000.
18. سيد محمد جاد الرب ،" إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة"،دار النهضة العربية،مصر القاهرة،1997.
19. شفيق حداد ، نظام السويدياني ، " أساسيات التسويق " ، دار حامد للنشر، عمان الأردن،2003.
20. صلاح محمود دياب،"إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة"،دار الفكر للنشر،عمان الأردن،الطبعة الأولى 2009.
21. طلعت الدمرداش إبراهيم ، "اقتصاديات الخدمات الصحية" ، مكتبة القدس مصر ، 2006 .
22. عامر قنديلجي،"البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية"،دار الميسرة للنشر،عمان الأردن،2008.
23. عبد الإله ساعاتي،"مبادئ إدارة المستشفيات"،دار الفكر العربي للنشر،الطبعة الأولى،1997.
24. عبد العزيز مخيمر ،محمد الطعمانة ، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و التطبيقات)"،المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، القاهرة،جمهورية مصر العربية،2003.

25. عبد المجيد الشاعر، وآخرون، "الرعاية الصحية الأولية"، دار اليازوري، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2000.
26. عبد المحي محمود حسن صالح، "الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي"، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، مصر، 2003.
27. عبد المهدي بوعانة، "إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية"، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن. عمان، الطبعة الأولى 2004.
28. عمر و خير الدين، "التسويق: المفاهيم و الاستراتيجيات"، مكتبة عين الشمس للنشر، القاهرة، 1997.
29. عمر وصفي عقيلي و آخرون، "مبادئ التسويق مدخل متكامل"، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 1994.
30. فريد زين الدين، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومحاطر الفشل"، بدون ذكر دار النشر، الطبعة الأولى، مصر القاهرة، 2002.
31. فريد كورتل، "تسوي الخدمات"، دار كنوز المعرفة للنشر، عمان الأردن، الطبعة الأولى 2009.
32. فؤاد رشيد سمارة، "تسويق الخدمات السياحية"، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2001.
33. فوزي شعبان مذكور، "تسويق الخدمات الصحية"، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998.
34. قاسم نايف علوان، "إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو"، دار الثقافة، ليبيا، 2005.
35. قاسم نايف علوان الحياوي، "إدارة الجودة في الخدمات"، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن 2006.
36. مأمون الدراركة وآخرون، "إدارة الجودة الشاملة"، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان 2001.
37. مأمون سليمان الدراركة، "إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2006.
38. محفوظ أحمد جودة، "إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات"، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2008.

39. محمد إبراهيم عبيدات ،جميل سمير دباينه ،"سلوك المستهلك "، دار وائل للنشر ،عمان الأردن، الطبعة الأولى 2006.
40. محمد صالح المؤذن ،"مبادئ التسويق"،دار الثقافة عمان الأردن ، الطبعة الأولى 2002.
41. محمد عبد العظيم أبو النجا ،"التسويق المتقدم"،الدار الجامعية، الإسكندرية، 2008.
42. محمد فريد الصحن ،"قراءات في إدارة التسويق"،الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 1996 .
43. محمد فريد صحن ،"قراءات في إدارة التسويق"،الدار الجامعية الإسكندرية مصر، 2003 .
44. محمد محمود مصطفى،"التسويق الاستراتيجي للخدمات"،دار المناهج عمان ،2008.
45. محمود جاسم الصميدعي .ردينة عثمان يوسف ،" سلوك المستهلك "،دار المناهج ،عمان الأردن،2002.
46. محمود جاسم الصميدعي ، " مداخل التسويق المتقدم " ، دار زهران للنشر والتوزيع ، عمان الأردن ،2000،
47. محمود صادق بازرعة،"إدارة التسويق"،دار النهضة العربية ، القاهرة 1987 .
48. مصطفى عبد القادر،" تسويق السياسة والخدمات"، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ،لبنان بيروت ،الطبعة الأولى 2002.
49. مصطفى محمود أبو بكر ،"مدخل استراتيجي تطبيقي في إدارة التسويق في المنشأة المعاصرة " ،الدار الجامعية الإسكندرية، الطبعة الأولى 2004 .
50. مهدي حسن زويلف ،"منهجية البحث العلمي" ،دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان الأردن ،1998
51. نور الدين حاروش،"إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"،دار الكتامة للنشر والتوزيع الجزائر،الطبعة الأولى 2009.
52. هاني حامد الضمور ،" تسويق الخدمات "، دار وائل للنشر عمان الأردن ، الطبعة الثانية. 2005 .

المجلات

1. أسامة الفراج ، "تقييم جودة الخدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى، نموذج لقياس رضا المرضى "،مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية المجلد 25- العدد الثاني-2009.
2. بريش عبد القادر. "جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك" ،مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد3، الجزائر.
3. حنان عبد الرحيم الأحمدى ،"التحسين المستمر للجودة المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية "،مجلة الإدارة العامة ،دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة اشهر معهد الإدارة العامة ، الرياض - المملكة العربية السعودية ، المجلد الأربعون ،العدد الثالث ، أكتوبر 2000.
4. خالد بن السعيد "مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية"،المجلة العربية للعلوم الإدارية ،المجلد 2 ،العدد1، نوفمبر1994، مجلس النشر العلمي،جامعة الكويت،دولة الكويت.
5. شركة المواسة للخدمات الطبية الدمام -المملكة العربية السعودية ،منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ،المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات "تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية " ،المنعقد في القاهرة ، نوفمبر 2007.
6. محمد الطعمانة ،"إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي ،حالة وزارة الصحة "،مجلة أبحاث اليرموك ،المجلد 17،العدد1، منشورات جامعة اليرموك ،اريد ،الأردن.
7. ناجي معلا ، قياس جودة الخدمات المصرفية ، مجلة العلوم الإدارية المجلد 25 ، عدد 02 ، جوان1998 .
8. يسري السيد يوسف ،مبادئ إدارة الجودة الشاملة ، مجلة البحوث التجارية ، العدد الأول ، القاهرة ، 2002.

المذكرات

1. جباري فادية "تأثير جودة الخدمة على رضا العميل "،مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير،جامعة ابو بكر بالقائد تلمسان،2010-2011.
2. حوالم رحيمة ، " تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان" أطروحة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه جامعة ابو بكر بالقائد تلمسان 2009-2010.

3. عصماني سفيان ، "دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من نظر المستفيدين منها (المرضى)"، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير جامعة محمد بوضياف مسيلة ،2005-2006.

4. كشيده حبيبة، "استراتيجيات رضا العميل"، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير جامعة سعد دحلب، البلدة 2004-2005.

المنتقيات العلمية :

1. معزوز نشيده ، د.بن عبد العزيز فطيمة،"التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية "، مداخلة مقدمة من المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة ،دراسة وتحليل تجارب وطنية دولية يومي 18 و 19 ماي 2011 . كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير . جامعة سعد دحلب البلدة .

المقالات العلمية:

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

2. آلاء حسيب الجليلي د. أكرم أحمد الطويل ، " إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية" دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى. <http://www.eco.asu.edu.jo>.

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

<http://www.emro.who.int/rc47/anpa11bo5.htm>

القوانين والجرائد الرسمية :

1. الجريدة الرسمية ،العدد1،الأمر رقم73-65 المؤرخ في 28/12/1973المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية،الصادرة بالتاريخ 1جانفي 1974 .
2. بموجب المرسوم التنفيذي رقم(90 -124) المؤرخ في 30 أفريل 1990.
3. بموجب المرسوم التنفيذي رقم(90 -188) المؤرخ في 23 جوان 1990 .
4. بموجب قانون رقم (74 -100) الصادرة في 13 جوان 1974 .
5. المرسوم التنفيذي رقم (97-467) المؤرخ في 12/12/1997.
6. قرار المرسوم التنفيذي رقم(07-140) المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق مايو سنة 2007.
7. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 15 سبتمبر 2007.
8. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات،تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات :الأولويات والأنشطة المستعجلة ، الجزائر في 17جانفي 2003.
9. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ،30 ماي 2007،العدد 30،ملحق رقم 2.
10. القرار الوزاري المشترك رقم 0008815 المؤرخ في 20 أكتوبر 2011.
12. Ministre de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire nationale, novembre1981.
13. Ministre de la santé et de la population, développement du système national de santé : stratégie perspective, mai2001 <http://www.Ands.DZ./système> de santé .htm
14. Communication de Monsieur le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière Septembre 2009.
- 11.Ministre de la santé ,et de la population et de la réforme hospitalière ,arrête n° 2530 du portant création des services et de leurs unités constitutives au sein de l'établissement public hospitalier Saida.

مراجع اللغة الأجنبية

1. A.Jacquerye , " la qualité des soins infirmiers " , Lmplantation ,Evaluation , Accreditation Editions Maloine,1999
2. Alfrid Marshall ,"principles of economics" , eighth ed . (London : the Macmillan press LTD , 1977) , cited by.
3. C. Dumoulin , et jean -Paul, "entreprise de services", les éditions d'organisation , paris,2eme tirage , 1998.
4. D.pettigrews,N.turgeon, "marketing",2éme édition,MC GRAWS-HILL ,canada,1990.
5. Daniel Ray , " Mesurer et développer la satisfaction des clients " ,2^{éme} tirage édition d'organisation ,paris,2001.
6. Fisk ,Grove,John "Interactive Services Marketing", Boston New York, 2000.
7. G.Tocquer ,M. Langlois , " le marketing des services. le défi relationnel " , édition dunod, paris,1992.
8. J.L'endrevie et D.Lindon. " Mercator, Théories et pratique du marketing", Dalloz. Paris, 6^{éme} édition 2000.
9. J.Lendervie,J.Lévy,D.Lindon."Mercator",7 édition,Dalloz, paris,.2003
10. James H .Donnelly and William R , George , "in marketing of services", eds , Chicago : American marketing Association, 1981.
11. Jean Lapeyre , "garantirde service " , les éditions d'organisation, paris , 1998 .
12. Jean-Michel Tardien, et autre. "Marketing et gestion des services" , Chiron, paris , 2004.
13. Lambin .J-J , " Marketing stratégique et opérationnel " , dunad , paris 2002.
14. Laurent Harmel,"Qualité et engagements de service", Afnor,2003.
15. Liliane,Bensahel,"introduction à l'économie du service", presse universitaire de Grenoble , Paris,1997
16. Oliver Netter, Nigel Hill, "Satisfaction client", édition ESKA, Paris,2000.
17. P. kotler , K.keller, D.manceau, B.dubois," marketing management" ,12eme édition, édition spéciale, publié par Pearson éducation ,paris ,2006.

18. P.Kotler , B.Dubois. "marketing management",publi-union ,10^{ème} edition , Paris . 2000 .
19. Richard Ladwin, "Le comportement de consommateur et de l'acheteur", édition economica, Paris, 2^{ème} édition, 2003.
20. Steven G.H , Eric.N.Berkowitz, " Health care market strategy from planning to action", Jones and Bartlett, 3rd Edition, London, UK, 2004.
21. Yves Le Golan , Marketing Bancaire & Planification, Edition Banque, Paris, 1985.

Sites d'internet

مواقع الانترنت

1. الوكالة الوطنية الجزائرية لتطوير الاستثمار <http://www.andi.dz>

2 . Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie.

<http://www.pdf.org/intraddoc/groups/public/document/CAIMED/unpan018927.un.unpanl>

<http://www.pdf>

3 . Les 6 dossiers de la reforme hospitalière.

<http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>

الفهرس

المفردات

الإهداء

كلمة شكر

001.....	المقدمة العامة.....
003.....	1. إشكالية البحث.....
004.....	2. فرضيات البحث.....
004	3. أهمية البحث.....
005.....	4. أسباب اختيار الموضوع.....
005.....	5. المنهج المستخدم.....
006.....	6. هيكل الدراسة.....

الفصل الأول: تسويق الخدمات الصحية

007.....	تمهيد.....
008.....	المبحث الأول مفاهيم عامة حول الخدمة.....
008.....	1. الخدمة.....
008.....	1.1 مفهوم الخدمة.....
009.....	2. خصائص الخدمات.....
010.....	1.2 الخدمة غير ملموسة.....
011.....	2.2 الخدمات غير قابلة للتخزين.....
012.....	3.2 التلازمية (عدم الانفصال).....
014.....	4.2 الخدمات غير متجانسة و متنوعة.....
016.....	5.2 اختلاف جودة الخدمات.....
017.....	3. تصنيف الخدمات.....

020.....	1.3 طبيعة و اختلاف الخدمة
022.....	4. أهمية الخدمات
024.....	5. عناصر النظام الخدماتي
026.....	المبحث الثاني الخدمات الصحية
027.....	1. مفهوم الصحة العامة
028.....	2. مفهوم الخدمة الصحية
031.....	1.2 أسس الخدمات الصحية
033.....	2.2 الطلب على الخدمة الصحية
034.....	3.2 المستشفيات و خصائصها
035.....	3. النوعية في الخدمات الصحية
037.....	4. اقتصاديات الخدمات الصحية
038.....	1.4 سوق الخدمات الصحية
041.....	2.4 العلاقات المتبادلة بين اسواق الخدمات الصحية
042.....	المبحث الثالث: تسويق الخدمات الصحية
042.....	1. مفهوم تسويق الخدمات
043.....	2.1 خصائص تسويق الخدمات
044.....	2. تسويق الخدمات الصحية
047.....	3. المزيج التسويقي للخدمات الصحية

048.....	1.3 المنتج (الخدمة).....
051.....	2.3 السعر
052.....	3.3 المكان (التوزيع).....
053.....	4.3 الترويج
055.....	5.3 العمليات
056.....	6.3 الأفراد (مقدمي الخدمة في المستشفى).....
056.....	7.3 الإظهار المادي.....
057.....	4. أهمية التسويق في المنظمات الصحية
060.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية و رضا المريض

061.....	تمهيد.....
062.....	المبحث الأول جودة الخدمة
062.....	1. جودة الخدمة.....
062.....	1.1 مفهوم جودة الخدمة.....
063.....	2.1 دورة حياة جودة الخدمة.....
064.....	2. خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمة
065.....	1.2 جذب الانتباه و إثارة الاهتمام بالعملاء
064.....	2.2 خلق الرغبة لدى العملاء و تحديد حاجاتهم.....

- 065..... 3.2 إقناع العميل و معالجة الاعتراضات لديه
- 066..... 4.2 التأكد من استمرارية العملاء بالتعامل مع المؤسسة.
- 067..... 3. مراقبة جودة الخدمات.
- 067..... 1.3 تحليل الأداء الداخلي Internal Performance Analysis
- 068..... 2.3 تحليل إشباع الزبون Customer Satisfaction Analysis
- 067..... 3.3 بحوث السوق الخاصة Specialist Mark Research
- 070..... 4. قياس جودة الخدمات
- 071..... 1.4 قياس جودة الخدمة من منظور الزبائن
- 077..... 2.4 قياس الجودة المهنية
- 078..... 3.4 قياس الجودة من المنظور الشامل
- 079..... المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية.
- 079..... 1. جودة الخدمة الصحية
- 080..... 1.1 مفهوم جودة الخدمة الصحية.
- 083..... 2. أبعاد جودة الخدمات الصحية.
- 083..... 1.2 الاعتمادية (Reliability)
- 084..... 2.2 الاستجابة (Responsiveness)
- 084..... 3.2 الضمان (التأكيد) (Assurance)
- 085..... 4.2 الملموسية (Tangibles)
- 086..... 5.2 التعاطف (الفورية) (Empathy)

3. أهداف جودة الخدمة الصحية.....089
4. إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية090
- 1.4 تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية091
- 2.4 عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية095
- المبحث الثالث: رضا المريض و العوامل المؤثرة على سلوكه096
1. رضا الزبون و علاقاته096
- 1.1 مفهوم رضا الزبون097
- 2.1 أهمية رضا الزبون.....098
2. علاقات الرضا.....099
- 1.2 علاقة الرضا بالحصص السوقية099
- 2.2 علاقة الرضا برؤية المؤسسة (سلسلة الرضا - الربح).....101
- 3.2 علاقة الرضا بالجودة.....102
3. رضا المريض102
4. قياس مستوى رضا المريض.....104
- 1.4 أنظمة الشكاوي و المقترحات.....105
- 2.4 بحوث قياس رضا العميل105
- 3.4 نموذج كانو لرضا العملاء The Kano Model Of Customer Satisfaction.....106
5. سلوك المرضى و العوامل المؤثرة فيهم108
- 1.5 تحليل سلوك المستهلك.....108

110.....	2.5 العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمستهلك
115.....	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة	
116.....	تمهيد
117.....	المبحث الأول: تقديم النظام الصحي في الجزائر
117.....	1. النظام الصحي في الجزائر
117.....	1.1 تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر
119.....	2. التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
119.....	1.2 المرحلة الأولى (1962-1965)
120.....	2.2 المرحلة الثانية (1965-1979)
122.....	3.2 المرحلة الثالثة (1979-2007)
124.....	3. هيكلية النظام الصحي في الجزائر
124.....	1.3 المستوى المركزي
125.....	2.3 على المستوى الولائي
127.....	3.3 على المستوى المحلي (الدائرة و البلدية)
129.....	4. عرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر
131.....	5. إصلاح النظام الصحي في الجزائر
131.....	1.5 أهداف مشروع الإصلاح و ملفاته

134.....	6. مكانة الجودة في ظل الاصلاحات الجديدة
134.....	7. أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر و طرق معالجتها
134.....	1.7 الاختلالات المرتبطة بالتمويل و طرق معالجتها
136.....	2.7 الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم،الاعلام،تكوين المستخدمين و طرق معالجتها
139.....	المبحث الثاني: مدخل عام حول المنظومة الصحية العمومية في مدينة سعيدة
139.....	1. نشأة المؤسسة الاستشفائية العمومية لولاية سعيدة
140.....	2. مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة
143.....	3. توزيع نفقات وإيرادات المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة
147.....	4. إحصائيات المرضى خلال السنوات الاخيرة (2009-2010)
149.....	المبحث الثالث: خطوات اجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير النتائج
149.....	1. منهجية الدراسة الميدانية
149.....	1.1 حدود الدراسة
149.....	2.1 أدوات جمع المعلومات
150.....	3.1 مجتمع وعينة الدراسة
152.....	4.1 فرضيات الدراسة
153.....	5.1 ثبات الاستبيان
154.....	6.1 دراسات سابقة
157.....	2. المعالجة الاحصائية
202.....	خلاصة الفصل

المراجع

الفهرس

قائمة الأشكال والجداول

الملاحق

فهرس الأشكال

12	..... العلاقة بين الإنتاج والاستهلاك للسلع والخدمات	الشكل رقم (1.1) :
15	..... التفاوت والتعقيد في الخدمات الصحية	الشكل رقم (2.1) :
25	..... العناصر الأساسية للنظام الخدماتي	الشكل رقم (3.1) :
40	..... مكونات أسواق الخدمات الصحية	الشكل رقم (4.1) :
48	..... المزيج التسويقي المتعدد الخدمات	الشكل رقم (5.1) :
51	..... دورة حياة الخدمة	الشكل رقم (6.1) :
54	..... الهرم الترويجي للخدمات الصحية	الشكل رقم (7.1) :
63	..... مربع الجودة	الشكل رقم (1.2) :
69	..... ادراكات الزبون للجودة وإشباع أو رضا الزبون	الشكل رقم (2.2) :
71	..... مستوى جودة الخدمات	الشكل رقم (3.2) :
73	..... نموذج الفجوة (servqual)	الشكل رقم (4.2) :
78	..... نموذج لتقييم جودة الخدمة	الشكل رقم (5.2) :
98	..... البعد الموضوعي والنفسي للرضا	الشكل رقم (6.2) :
101	..... سلسلة "الرضا- الربحية"	الشكل رقم (7.2) :
106	..... المقياس المدرج	الشكل رقم (8.2) :
107	..... نموذج كانو لرضا العملاء	الشكل رقم (9.2) :

111	العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك (المريض).....	الشكل رقم (10.2):
148	الهيكـل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.....	الشكل رقم (1.3):
156	تمثيل محتويات الاستبيان.....	الشكل رقم (2.3):
157	توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....	الشكل رقم (3.3):
158	توزيع أفراد العينة حسب السن.....	الشكل رقم (4.3):
159	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.....	الشكل رقم (5.3):
160	توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة.....	الشكل رقم (6.3):
161	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم مدى التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.....	الشكل رقم (7.3):
162	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة	الشكل رقم (8.3):
162	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاستجابة المستشفى بسرعة لمشاكلهم واستفساراتهم.	الشكل رقم (9.3):
163	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بأن المستشفى يحظى بثقة المستفيدين من الخدمة الصحية.....	الشكل رقم (10.3):
164	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتقديم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة.....	الشكل رقم (11.3):
168	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بالتزام المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.....	الشكل رقم (12.3):
169	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لرغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.....	الشكل رقم (13.3):
171	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتيسر المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية.....	الشكل رقم (14.3):
172	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لانشغال العاملون في المستشفى بتلبية طلبات المرضى فورا.....	الشكل رقم (15.3):
174	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثقة المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الإطارات الصحية " الطبي ، التمريضي ، وغيرهم " في المستشفى.....	الشكل رقم (16.3):
175	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لشعور المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى.....	الشكل رقم (17.3):
176	توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لسلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة	الشكل رقم (18.3):

- مع المرضى.....
- الشكل رقم (19.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى.....
- 177
- الشكل رقم (20.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاحتفاظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.....
- 178
- الشكل رقم (21.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتمتع العاملون في مستشفانا بالمعرفة والمهارة والخبرة الصحية المناسبة.....
- 179
- الشكل رقم (22.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتياز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.....
- 180
- الشكل رقم (23.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للتوقع الملائم للمستشفى وسهولة الوصول إليه....
- 182
- الشكل رقم (24.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوفير المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض.
- 183
- الشكل رقم (25.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة.....
- 184
- الشكل رقم (26.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى خدمات مرافقة.....
- 185
- الشكل رقم (27.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.....
- 186
- الشكل رقم (28.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتمتع المستشفى بتوفير صالات انتظار بما كل المرافق
- 187
- الشكل رقم (29.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى دورات مياه صحية نظيفة وبما يحقق راحة المرضى.....
- 188
- الشكل رقم (30.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة.....
- 189
- الشكل رقم (31.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمرات المستشفى بأنها نظيفة ومريحة مما تضمن تنقل المرضى دون صعوبة.....
- 190
- الشكل رقم (32.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لولاء الطبيب للمريض ومنحه الاهتمام والانتباه الفردي.....
- 191
- الشكل رقم (33.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لملائمة أوقات المعاينة الطبية كافة المرضى.....
- 194
- الشكل رقم (34.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى.....
- 195
- الشكل رقم (35.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بتمتع العاملون في المستشفى بالروح المرحة والصدقة المرحة في التعامل مع المرضى.....
- 196

197	الشكل رقم (36.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمراعاة المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع.....
198	الشكل رقم (37.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوضيحات العاملين في المستشفى للمرضى المشاكلي الصحة التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.....

قائمة الجداول

11	الجدول رقم (1.1): تصنيف درجة الملموسية.....
19	الجدول رقم (2.1): بعض الأمثلة لتصنيف الخدمات.....
21	الجدول رقم (3.1): الفرق بين السلعة والخدمة.....
87	الجدول رقم (1.2): المقارنة للأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية.....
88	الجدول رقم (2.2): أبعاد الجودة للخدمات الصحية.....
100	الجدول رقم (3.2): مقارنة بين إستراتيجية الحصة السوقية و إستراتيجية الرضا.....
130	الجدول رقم (1.3): تطور مؤشرات التغطية الطبية في الجزائر.....
140	الجدول رقم (2.3): مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.....
141	الجدول رقم (3.3): عدد الأطباء الممارسين في القطاع العام والخاص.....
142	الجدول رقم (4.3): عدد العاملين في القطاع شبه طبي.....
143	الجدول رقم (5.3): عدد العاملين الإداريين.....
144	الجدول رقم (6.3): نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية سعيدة لسنة 2011.....
145	الجدول رقم (7.3): إيرادات المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية سعيدة لسنة 2011.....
147	الجدول رقم (8.3): يوضح تطور إحصائيات المرضى خلال السنوات التالية (2009-2011).....
151	الجدول رقم (9.3): عدد المرضى المقيمين خلال شهر نوفمبر 2011.....

- 157: الجدول رقم(11.3): توزيع أفراد العينة حسب الجنس
- 158: الجدول رقم(12.3): توزيع أفراد العينة حسب السن
- 159: الجدول رقم(13.3): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي
- 160: الجدول رقم(14.3): توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة
- 161: الجدول رقم(15.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم مدى التزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في
المواعيد المحددة.....
- 162: الجدول رقم(16.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية
بطريقة صحيحة من أول مرة.....
- 163: الجدول رقم (17.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاستجابة المستشفى بسرعة لمشاكلهم
واستفساراتهم.....
- 164: الجدول رقم (18.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بأن المستشفى يحظى بثقة المستفيدين من الخدمة
الصحية.....
- 165: الجدول رقم (19.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتقديم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من
الدقة.....
- 166: الجدول رقم (20.3): تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الاعتمادية
- 167: الجدول رقم (21.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بالتزام المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم
الخدمة بدقة.....
- 168: الجدول رقم (22.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لرغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم
للتعاون مع المرضى.....
- 169: الجدول رقم (23.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتبسط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان
لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية.....
- 170: الجدول رقم (24.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لانشغال العاملين في المستشفى بتلبية طلبات
المرضى فوراً.....
- 171: الجدول رقم (25.3): تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الاستجابة
- 173: الجدول رقم (26.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لثقة المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الإطارات
الصحية " الطبي ، التمريضي ، وغيرهم " في المستشفى.....
- 174: الجدول رقم (27.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لشعور المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي
المستشفى.....
-: الجدول رقم (28.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لسلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن

- 175 المعاملة مع المرضى
الجدول رقم (29.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن
- 176 المرضى
الجدول رقم (30.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لاحتفاظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة
- 177 بالمريض
الجدول رقم (31.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتمتع العاملون في مستشفانا بالمعرفة والمهارة
- 178 والخبرة الصحية المناسبة
الجدول رقم (32.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتناع المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد
- 179 المجتمع
الجدول رقم (33.3): تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الضمان
- 180
الجدول رقم (34.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم للتموقع الملائم للمستشفى وسهولة الوصول إليه..
- 182
الجدول رقم (35.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوفير المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض.
- 183
الجدول رقم (36.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات
- 184 تقنية حديثة
الجدول رقم (37.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى خدمات مرافقة
- 185
الجدول رقم (38.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من
- 186 النظافة وحسن المظهر
الجدول رقم (39.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتمتع المستشفى بتوفير صالات انتظار بما كل
- 187 المرافق
الجدول رقم (40.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك المستشفى دورات مياه صحية نظيفة وبما
- 188 يحقق راحة المرضى
الجدول رقم (41.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لوضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل
- 189 الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة
الجدول رقم (42.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمرات المستشفى بأنها نظيفة ومريحة مما تضمن
- 190 تنقل المرضى دون صعوبة
الجدول رقم (43.3): تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد الملموسية
- 191
الجدول رقم (44.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لولاء الطبيب للمريض ومنحه الاهتمام والانتباه
- 193 الفردي
الجدول رقم (45.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لملائمة أوقات المعاينة الطبية كافة المرضى
- 194
الجدول رقم (46.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لامتلاك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية
- 195 باحتياجات ورغبات المرضى
الجدول رقم (47.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم بتمتع العاملون في المستشفى بالروح المرحة

- 196والصداقة المرححة في التعامل مع المرضى.....
الجدول رقم (48.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لمراعاة المستشفى العادات والتقاليد والأعراف
- 197السائدة في المجتمع.....
الجدول رقم (49.3): توزيع عدد أفراد العينة حسب تقييمهم لتوضيحات العاملون في المستشفى للمرضى
- 198المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.....
الجدول رقم (50.3): تقييم جودة الخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المريض من خلال بعد التعاطف.....
- 199نتائج الاختبار T الأحادي العينة.....
الجدول رقم (51.3): نتائج الاختبار T الأحادي العينة.....
- 200

الملاحق

جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

استمارة الاستبيان الموجهة للمرضى

أخي المريض /أختي المريضة

تحية طيبة

في إطار تحضير رسالة ماجستير تحت عنوان " جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة" . فلکم جزيل الشكر مسبقا على مساهمتكم القيمة وعلى مشاركتكم الفعالة في إثراء هذا الموضوع بأجوبتكم على أسئلة هذا الاستبيان ، مع العلم أن إجابتكم ستعامل بسرية تامة ولن 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 30 سنة من 31 إلى 40 سنة

من 41 إلى 50 سنة من 51 إلى 60 سنة أكثر من 60 سنة (متقاعد)

المستوى التعليمي لن مستوى ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

مدة الإقامةيوم

ثانيا : أبعاد جودة الخدمة :

هي المعايير التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة المقدمة من قبل المستفيد من الخدمة . أو هي المعايير أو المقاييس التي يتم من خلالها تحديد الفجوة أو التطابق بين توقعات الزبون لمستوى الخدمة وإدراكه لمستوى الخدمة المقدمة بالفعل .

الاعتمادية Reliability : درجة الاعتماد على مقدم الخدمة ودقة انجازه للخدمة المطلوبة						أولا
لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
						1 يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة
						2 يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة (عدم وجود أخطاء)
						3 يستجيب المستشفى بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى
						4 يحظى المستشفى بثقة المستفيدين من خدماتها الصحية
						5 تقدم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة
الاستجابة Responsiveness : سرعة الانجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مقدم الخدمة						ثانيا
لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
						6 تقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة
						7 يرغب العاملون في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى
						8 تبسط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية
						9 ينشغل العاملون في المستشفى بتلبية طلبات المرضى فورا
الضمان " الجدارة ، المصداقية ، والأمان " Assurance : معلومات القائمين على تقديم الخدمة ، وقدرتهم على استلهاث الثقة والانتماء						ثالثا
لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا	
						10 يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الإطارات الصحية " الطبي ، التمريضي ، وغيرهم " في المستشفى

						يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى	11
						يتسم سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى	12
						تحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى	13
						تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	14
						يتمتع العاملون في مستشفانا بالمعرفة والمهارة والخبرة الصحية المناسبة	15
						تمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع	16
الأشياء الملموسة Tangibles : وهي تشتمل على العناصر المادية للخدمة " المباني ، الأجهزة والمعدات ، والمرافق الصحية ومظهر العاملين الخ "							رابعاً
لا أعرف	غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً		
						يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول إليها بسرعة	17
						تتوفر في المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض	18
						تمتلك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة	19
						تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة (صيدلية ، موقف سيارات...)	20
						يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر	21
						توفر المستشفى صالات انتظار بها كل المرافق	22
						تمتلك المستشفى دورات مياه صحية نظيفة وبما يحقق راحة المرضى	23
						تضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة	24
243							

						الممرات في المستشفى واسعة ومريحة وبما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة	25
التعاطف " الفورية ، الاتصالات ، وتفهم احتياجات الزبون " Empathy : درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص ، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية							خام سا
لا أعرف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا		
						يولي الطبيب للمريض اهتماماً وانتباهاً فردياً	26
						تناسب " تلائم " أوقات المعاينة الطبية كافة المرضى	27
						يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى	28
						يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة والصدقة في التعامل مع المرضى	29
						تراعي المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع	30
						يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض	31