



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
تخصص علم اجتماع الصحة

جودة الخدمات الصحية في الجزائر

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقي - ولاية قالمة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

إعداد

1. سناء بودور

2. ميساء بولاحة

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة
د. زينة بلحسان	أستاذة محاضرة "أ"	رئيسا
د. سهيل يخلف	أستاذ محاضر "ب"	مؤطرا
د. فاتح ديش	أستاذ محاضر "ب"	عضوا

السنة الجامعية: 2020-2021



كلمة شكر

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

أحمد الله حمدًا كبيرًا يليق بجلاله وكبره وكماله صفاته الذي وفقني وأعانني على إتمام هذا التحسن ومنحني قوة العزيمة

وعزيمة النجاح، وفقني ونسح على مسلكي لاني بعهد معلم هذه الأسماء ومرسدها.

لأننا أقمنا بالشكر الجزيل بعد شكر الله إلى جميع الأساتذة الأفاضل في قسم علم الاجتماع ونفصنا بالشكر

والتقدير الأستاذة العشرى

"و.مختلف سهيل"

والذي منحنا دور المحرم طيلة فترة إجازة هذا التحسن

والحمد لله رب العالمين

وشكرا



2021

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

"وقل (احملوا نصيري) الله حملكم ورسوله والمؤمنون"

صدق الله العظيم

إلهي لا تطيب الليل إلا بتفكيرك.. ولا تطيب النهار إلا بعبادتك.. ولا تطيب الاجتماعات

إلا بذكرتك.. ولا تطيب الأخرى إلا بعبودتك.. ولا تطيب الجنة إلا بروحك وجلالك

إلهي من أوى الرسالة وأوى الأمانة.. وضع الأمانة.. إلهي نبي الرخصة ونور العالمين..

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

إلهي من كذب الله بالهبة والوفاء.. إلهي من علمني العطاء بدو القطار.. إلهي من أحمل اسمه بكل انفعال

"واللهي العزيز محمد"

إلهي ملأني في الحياة.. إلهي بسنة الحياة ومر الوجود.. إلهي معنى الحب والحنان

"أنتي الحبيبة خبيبة"

إلهي من هم أكثر وجليهم اجتمعت.. إلهي سمعة خير حياتي.

إلهي من بوجودك اكتسبت قوة ومجبة لا حدود لها

إلهي أعتني للأجر "سيما، مهينة، جبر الرزق، خالدة"

إلهي أعتني الناس عني.. ومن عرفني مع معنى الحياة

"زوجي محمد"

إلهي صدقتي ميسا



إلى
أهدى هذا البحث إلى نفسي أولاً
فبعد تعب وجهد كبير استطعت
من إنجاز هذا البحث
وإلى كل من ساعدنا على إنجاز
هذا البحث
ونخص بالذكر أُمِّي رَفِيقَةَ وَهَبِي
وَأَبِي الْعَالِي
وصديقتي العزيزة أُمِّهِلَى وَرَفِيقَتِي
وَزَمِيلَتِي فِي الْبَحْثِ
سَاءَ وَإِلَى أَسْمَاءَ "ملاك، شهبان، عبير"



فخری

الحقیر

محتويات الدراسة	
الصفحة	الموضوع
	محتويات الدراسة
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
أ	مقدمة
الفصل الأول: الإطار التصوري والمنهجي للدراسة	
4	أولاً: الإشكالية
6	ثانياً: فرضيات الدراسة
7	ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع
7	رابعاً: أهمية الدراسة
7	خامساً: أهداف الدراسة
8	سادساً: المفاهيم الأساسية للدراسة
8	1. الجودة
10	2. الخدمات
12	3. الصحة
13	4. الخدمات الصحية
14	5. جودة الخدمات الصحية
15	سابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة
16	1. مجالات الدراسة
17	2. منهج الدراسة
18	3. تقنيات البحث الميداني
20	ثامناً: الدراسات السابقة
20	1. الدراسة الأولى
22	2. الدراسة الثانية

25	3. الدراسة الثالثة
28	4. الدراسة الرابعة
30	5. الدراسة الخامسة
32	6. الدراسة السادسة
34	7. الدراسة السابعة
35	8. الدراسة الثامنة
37	9. الدراسة التاسعة
	الفصل الثاني: المقاربات النظرية المفسرة للدراسة للجودة والخدمات الصحية
41	أولاً: المقاربات النظرية المفسرة للجودة
41	1. نظرية إدوارد ديمينج
43	2. نظريه جوزيف جوران
44	3. نظرية مالكوم بالدرج
46	4. نظرية فيليب كروسبي
48	5. نظرية كورو أشيكاوا
50	ثانياً: المقاربات النظرية المفسرة للخدمات الصحية
50	1. إنتاج الخدمة الصحية حسب مثلث الخدمات
51	2. إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج Eiglier و Langeard
54	3. نموذج دونديان
56	4. نظرية صفوف الانتظار لتحسين الخدمات الصحية
	الفصل الثالث: الجودة
64	أولاً: الخلفية التاريخية للجودة
65	ثانياً: أهداف الجودة وأهميتها
65	1. أهداف الجودة
66	2. أهمية الجودة
67	ثالثاً: محددات الجودة

67	1. التصميم The Design
68	2. جودة التطابق Quality Conformance
68	3. سهولة الاستخدام Easy of Use
69	رابعاً: أوجه الجودة وأبعادها ومتطلبات نشر ثقافتها
69	1. أوجه الجودة
70	2. أبعاد الجودة
72	3. متطلبات نشر ثقافة الجودة
73	خامساً: تحسين الجودة
75	سادساً: قياس جودة الخدمة وأشكالها
75	1. قياس جودة الخدمة
76	2. أشكال الجودة
76	سابعاً: تكاليف الجودة
77	1. مفهوم تكاليف الجودة
77	2. أهمية تكاليف الجودة
78	3. أنواع تكاليف الجودة
80	4. قياس تكاليف الجودة
	الفصل الرابع: الخدمات الصحية
85	أولاً: نشأة وتطور الخدمات الصحية
87	ثانياً: خصائص الخدمات الصحية
90	ثالثاً: أسس الخدمات الصحية
93	رابعاً: أهداف الخدمات الصحية
94	خامساً: أنواع ومستويات الخدمات الصحية
94	1. أنواع الخدمات الصحية
96	2. مستويات الخدمة الصحية
98	سادساً: المشكلات الصحية المعاصرة وأثرها على الخدمات الصحية

99	سابعا: تدني مستوى الخدمات الصحية
101	ثامنا: المداخل الرئيسية في تطوير الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها
103	تاسعا: أسس الإرتقاء بالخدمات الصحية
	الفصل الخامس: جودة الخدمات الصحية
108	أولا: التطور الفكري للجودة في الخدمات الصحية
109	ثانيا: أهمية جودة الخدمات الصحية
111	ثالثا: أهداف جودة الخدمات الصحية
111	رابعا: أبعاد جودة الخدمات الصحية
112	1. الاستجابة Responsiveness
113	2. الاعتمادية Rellability
114	3. الضمان Assurance
114	4. الملموسية Tangibles
115	5. التعاطف Empathy
118	خامسا: قياس جودة الخدمات الصحية
124	سادسا: ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية
124	سابعا: العوامل المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية
126	ثامنا: تقييم جودة الخدمات الصحية
126	1. معايير تقييم جودة الخدمات الصحية
128	2. متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية
129	3. مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية
	الفصل السادس: النظام الصحي في الجزائر
133	أولا: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
137	ثانيا: هيكلية النظام الصحي في الجزائر
137	1. تعريف النظام الصحي
138	2. مكونات النظام الصحي

141	3. وظائف النظام الصحي وخدماته
143	ثالثا: محددات ومميزات النظام الصحي
143	1. محددات النظام الصحي
145	2. مميزات النظام الصحي
145	رابعا: العوامل التي تؤثر في وضع النظام الصحي
148	خامسا: أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها
148	1. الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها
149	2. الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها
	الفصل السابع: الإطار التحليلي للدراسة
155	أولا: تحليل البيانات
171	ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة
173	ثالثا: النتائج العامة
174	رابعا: توصيات الدراسة
176	خاتمة
178	المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
117	أبعاد جودة الخدمة الصحية والأمنلة الموافقة لها	01
155	البيانات الشخصية	02
158	طول فترة الانتظار للفحص عند الطبيب	03
159	مدى توفر اللوحات والإرشادات والإعلانات التي تساهم في الوصول للأقسام والفروع	04
159	توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض	05
161	إقامة المرضى داخل المستشفى	06
161	رأي المرضى حول تجهيزات الغرف داخل المستشفى	07
162	تناول المرضى للطعام داخل المستشفى	08
163	نوع الأطباء الذين يفحصون المرضى داخل المستشفى	09
164	مدى مهارة وتركيز الأطباء عند فحص المرضى	10
164	التجهيزات الطبية التي يستفاد منها المرضى	11
165	مدى اهتمام المستشفى بالمشاكل المتعلقة بالمرضى	12
166	مدى التزام المستشفى بالتواريخ المحددة لإجراء الفحوص الطبية	13
167	مدى توفر المستشفى على تصميم داخلي منظم ويسهل الاتصال مع مقدمي الخدمات	14
167	مدى تميز إجراءات العمل داخل المستشفى بالبساطة والسرعة في تقديم الخدمات	15
168	مدى ملائمة المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمة	16
168	مدى ثقة المرضى في مستوى الخدمات التي يقدمها المستشفى	17
169	رضا المرضى عن جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى	18
169	مدى تعرض المرضى لأخطاء طبية عند تلقيهم الفحص أو التشخيص أو العلاج	19

170	حسن معاملة الأطباء والممرضين مع المرضى	20
170	مدى حرص المستشفى على تقديم خدمات صحية في المقام الأول	21
170	مدى تحسن في الخدمات المقدمة في المستشفى سابقاً وحالياً	22

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
42	دائرة ديمنج Demming	01
44	ثلاثية إدارة الجودة عند جوران	02
46	مكونات مقارنة بالدرج	03
48	تفسير كروسبي لتكاليف الجودة	04
49	أسلوب عظمة السمكة	05
50	إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات	06
51	نموذج Eiglier و Langedard لإنتاج الخدمة	07
53	نظام إنتاج الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية	08
54	إجراءات تحسين العلاج حسب نموذج DONABEDIAN	09
55	التمييز بين مختلف نشاطات العلاج	10
59	خط انتظار واحد ومركز خدمة واحد	11
59	نموذج مراكز الخدمة المتعددة	12
70	أوجه الجودة	13
74	ثلاثية جوران	14
79	العلاقة بين كلف الجودة وعدد الوحدات المعيبة في ظل المدخل التقليدي	15
80	العلاقة بين كلف الجودة وعدد الوحدات المعيبة في ظل المدخل المعاصر	16
96	مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية)	17

118	أبعاد جودة الخدمات الصحية	18
120	أسلوب تحليل الفجوات	19
126	نموذج تكاملي لجودة الخدمة الصحية	20
140	مكونات النظام الصحي ووظائفه وتدخلاته	21
155	توزيع مفردات العينة حسب الجنس	22
156	توزيع أفراد العينة حسب السن	23
157	توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي	24
158	مكان إقامة أفراد العينة	25
160	توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض	26
162	رأي المرضى حول تجهيزات الغرف داخل المستشفى	27
164	نوع الأطباء الذين يفحصون المرضى داخل المستشفى	28
165	التجهيزات الطبية التي يستفاد منها المرضى	29

مَقْرُونَةٌ

يعرف قطاع الخدمات حاليا بسرعة ونمو المتزايد يوميا، فالتوجه اليوم هو نحو الاستثمار في مجال تقديم الخدمات، حيث أصبحت هذه الفترة تعرف بمجتمع الخدمات، ولعلا أحد وأبرز وأهم هذه الخدمات تتمثل في الخدمات الصحية التي تعتبر من الاحتياجات الضرورية التي يبحث عنها الفرد في المجتمع، ويريدها بدرجة معينة من التميز والالتقان، فقد أصبح الوضع الصحي لأي مجتمع يقدم صورة واضحة عن مدى التطور والرقي والازدهار الاقتصادي والاجتماعي والثقافي وهذا ما دفع الدول المتطلعة لتقدم والنمو إلى زيادة الاهتمام بالخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية.

أصبحت الجودة في الخدمات الصحية تحل جانبا كبيرا من الأهمية حيث أصبحت الكثير من المؤسسات الصحية تسعى لتقديم خدمات ذات جودة عالية وأكثر من ذلك وهذا من أجل تلبية متطلبات المرضى وكسب رضاهم والاستفادة من الموارد المتاحة على أكمل وجه، وهذا نتيجة لما عرفته السنوات الأخيرة من الزيارة الكبيرة والإقبال المتزايد بصورة مستمرة في أعداد المرضى المترددين على المؤسسات الصحية وهذا راجع لزيادة انتشار الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع في معظم الدول ومن بينها الجزائر والتي تهدف سياستها في المجال الصحي إلى تحقيق الجودة في مجال الخدمات الصحية.

وانطلاقا من هذه المعطيات تم إعداد هذه الدراسة الوصفية لتشخيص ووصف جودة الخدمات الصحية في الجزائر باعتبار أنها تتعلق بعنصر مهم وهو الإنسان الذي يعتبر المحرك الأساسي لأي مؤسسة مهما كان نوعها وهنا تبرز أهمية دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر.

ولدراسة هذا الموضوع قسمت الدراسة إلى جانبين: جانب النظري والذي يضم ستة فصول خصص الفصل الأول لإطار التصوري والمنهجي للدراسة وضم الإشكالية وفروض الدراسة وأسباب اختيارها وأهميتها وأهدافها، وتحديد المفاهيم والإجراءات المنهجية والدراسات السابقة المشابهة لها، والفصل الثاني ضم المقاربات النظرية المفسرة للدراسة وضم المقاربات المفسرة للجودة والمقاربات المفسرة للخدمات الصحية والفصل الثالث خصص للجودة من حيث التعرف على خلفيتها التاريخية وأهداف الجودة وأهميتها ومحدداتها وأوجهها وأبعادها ومتطلبات نشر ثقافتها وكيفية تحسين الجودة وقياسها وأشكالها وتكاليها، أما الفصل الرابع فخصص للخدمات الصحية من حيث نشأتها خصائصها وأسسها وأهدافها وأنواعها ومستوياتها والمشكلات الصحية وأثرها وتدني مستوى الخدمات الصحية، والفصل الخامس يضم جودة الخدمات الصحية من حيث تطورها الفكري وأهميتها وأهدافها وأبعادها وقياسها وضوابطها العامة والعوامل المؤثرة عليها وكيفية تقييمها،

وفي الأخير الفصل السادس تم تطرق إلى النظام الصحي في الجزائر من حيث تطوره التاريخي وهيكلية النظام الصحي ومحدداته ومميزاته والعوامل التي تؤثر عليه وأوجه قصور النظام الصحي. أما الجانب الميداني فقد ضم تحليل البيانات الخاصة باستمارة البحث واستخلاص النتائج العامة للدراسة الميدانية للكشف عن واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر وصولاً إلى أهم توصيات الدراسة.

الفصل الأول

الإطار التصوري والمنهجي للدراسة

أولاً: الإشكالية

ثانياً: فرضيات الدراسة

ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع

رابعاً: أهمية الدراسة

خامساً: أهداف الدراسة

سادساً: المفاهيم الأساسية للدراسة

سابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: الإشكالية

تعد التنمية من أحد الأهداف التي تسعى دول العالم لتحقيقها فهي أساس تقدم المجتمعات ومقياس لرفاهيتها، وعند الحديث عن التنمية لا بد من الإشارة إلى العنصر البشري فهو أساس تحقيقها بمختلف مجالاتها بما فيه الاقتصادية، ولن يتحقق ذلك إلا إذا توفرت له المتطلبات اللازمة والصحة أول تلك المتطلبات¹.

قطاع الصحة من بين أهم القطاعات الحيوية والحساسة التي أولت اهتماما كبيرا من طرف الحكومات والمنظمات الدولية، حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948، أطلق عليها اسم "منظمة الصحة العالمية" Organisation Mondiale De La Santé هدفها أن تبلغ جميع الشعوب أعلى مستوى صحي ممكن، وتعزيز الصحة والحفاظ على سلامة العالم وخدمة الضعفاء دون النظر إلى العرق أو الدين أو نوع الجنس أو المعتقد السياسي أو الحالة الاقتصادية والاجتماعية، فالوصول على رعاية صحية ملائمة حق من حقوق الإنسان والرعاية الصحية مبدأ أساسي يسترشد به عمل المنظمة².

تعمل أي دولة على توفير الخدمات العمومية في ظل سياستها الاقتصادية ، ولعل الخدمة الصحية هي واحدة من أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياساً لما هو عليه في مراحل سابقة، ويتجلى ذلك في أسباب عديدة ومختلفة حيث يمثل عامل التطور والتسارع في الاكتشافات من أبرز سماتها، وما يقابلها بذات الوقت من تنوع وغموض في الأمراض الجسدية والنفسية توجب أن يكون هناك اهتمام واضح ومتزايد من قبل المنظمات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، للاهتمام بجودة الخدمات الصحية وإشباع حاجات المواطنين الذين لا يمكنهم الاستغناء عنها³.

حيث تواجه الأنظمة الصحية في مختلف المجتمعات المتقدمة منها والنامية ثلاثة قضايا رئيسية تعود لمواضيع تتعلق بإنتاج وعدالة وتوزيع الخدمات الصحية، وجودة هذه الخدمات وكلفتها المتصاعدة، وللتعامل

¹ فتحي مجناح، محمد قنفود: تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية الاستشفائية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، مسيلة - الجزائر، 2018-2019.

² <https://www.who.int>, Le 23/12/2021, à 12:53

³ سنوسي علي: تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر أفاق 2010، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2009-2010، ص86.

مع هذه القضايا وظفت الدول المتقدمة استراتيجيات مختلفة دون تحقيق تقدم مرضي في هذا الصدد، وقد أدركت الكثير من الدول وبشكل خاص الدول المتقدمة أن هذه المشاكل يمكن التعامل معها من خلال التركيز على الإدارة الصحية وتوفير الأطر الإدارية المؤهلة والمدربة للتعامل مع قضايا القطاع الصحي، وقد جاء ذلك الاهتمام نتيجة لإيمان تلك الدول بأن المشكلة الحقيقية التي تواجه أنظمتها الصحية ليست مشكلة إمكانات وموارد بقدر ما هي مشكلة إدارية تنظيمية تتعلق بكيفية توظيف واستخدام الموارد المتاحة بفاعلية وكفاءة¹.

لقد زاد الاهتمام بموضوع الجودة باعتبارها من أهم المداخل الرئيسية التي تقوم عليها مختلف المؤسسات لمواجهة المنافسة، فأصبحت ضرورة ملحة لتطوير الخدمات مع التركيز على الميزة التنافسية، وللوصول إلى درجة المنافسة ينبغي رفع المعايير الخاصة بالمنظمة ومستويات الجودة للخدمة المقدمة الذي يؤدي إلى كسب رضا المستفيدين ومن ثم الولاء للمؤسسة²، وبالتالي فإن المؤشر الحقيقي للميزة التنافسية في الخدمات الصحية هو كسب رضا المريض من الخدمة العلاجية ويتحقق رضاه بالحصول على الخدمة التي تحقق مصلحة في ظل الجودة العالية والسعر المناسب والثقة بالمنظمة والمنتج.

ويركز موضوع جودة الخدمات الصحية على تحقيق مستوى مرتفع من جودة الخدمة تماشياً مع معايير الصحة العالمية، وتتنافس المؤسسات الصحية إلى تقديم مستوى عالٍ من الخدمة ويتمتع بأعلى معايير الجودة للمحافظة على مستوى متميز من الخدمة الصحية، وهذا ما يؤدي إلى تحقيق الرضا إلى الزبون (المريض)، وذلك لارتباطها ارتباطاً كبيراً بصحة المواطن وتحسين الوضع الصحي، وتقليل نسبة الأمراض والإعاقات في المجتمع، وبالتالي أصبح مبدأ تحقيق جودة الخدمات الصحية مطلباً يسعى إليه المستفيد من خدمات هذا القطاع.

والجزائر كباقي دول العالم تعطي أهمية بالغة في المجال الصحي خاصة في السنوات الأخيرة، فقد شهدت حياة المجتمع الجزائري جملة من الانجازات والتغيرات بما في ذلك تحسين صحة المجتمع بالرغم من الوضع الصحي الذي خلفه الاستعمار، فهي منذ الاستقلال بذلت قصارى جهدها من أجل توفير حاجيات السكان في مجال الصحة، كما عملت من أجل النهوض بهذا القطاع معتمدة على جملة من الاستراتيجيات، ويتجلى لنا هذا من خلال تطبيق مبدأ مجانية العلاج كما سخرت كل الوسائل من أجل تشييد الهياكل

¹ فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط 7، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2016، ص 13.

² رائد بن عبد العزيز المهيدب: رضا العملاء والمستفيدين أفكار تسويقية للمنظمات الربحية وغير الربحية، ب د، 2017، ص 45.

الصحية الضرورية من (المراكز الاستشفائية، عيادات، صيدليات...)، وكذا تكوين الأطباء وشبه أطباء، إضافة إلى ذلك توفير التجهيزات اللازمة داخل هذه الهياكل الصحية، بغية تعميم العلاج إلى كافة المواطنين¹، والعمل على تكثيف المنشآت الصحية ومواصلة مسار الإصلاحات المتعلقة بقطاع الصحة. لكن بالرغم من كل هذه الجهود التي بذلت إلا أن القطاع الصحي في الجزائر مازال يعاني خاصة في السنوات الأخيرة التي مرت بها البلاد، مما جعل المؤسسات الصحية تواجه مجموعة من التحديات التي يفرضها الجانب الاقتصادي، لذا وجب ضرورة القيام بإصلاحات على مستوى النظام الصحي في الجزائر وذلك من خلال الارتقاء بالخدمات الصحية عن طريق تبني نظام الجودة، حيث يعد هذا النظام من أهم النظم العالمية التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية.

وأمام هذا الوضع فالمؤسسات الصحية في الجزائر العامة منها أو الخاصة مطالبة أكثر من أي وقت مضى بتحسين جودة ما تقدمه من خدمات صحية وأن تستعد ثقة زبائنهم. وفي إطار الواقع المشار إليه ولدراسة هذا الموضوع بشكل علمي انطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي التالي:

ما هو واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر؟

- وقصد ضبط موضوع الدراسة أكثر، قمنا بطرح ثلاث أسئلة فرعية تتمثل في:
- على ماذا تعتمد عملية تقييم الجودة في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية؟
 - ماهي العراقيل التي تحول دون تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية؟
 - ما مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر؟

ثانياً: فرضيات الدراسة

واستناداً إلى ما طرحه إشكالية البحث من تساؤلات، فإن الدراسة استلزمت منا صياغة فرضية أساسية، وثلاثة فرضيات جزئية. تتمثل الفرضية الأساسية في:

يتميز واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر بالوضع الإيجابي.

ولتحقيق هذه الفرضية صيغت ثلاث فرضيات جزئية:

- عملية تقييم الجودة في المؤسسات الصحية تعتمد على مدى توفرها على الإمكانيات المادية والبشرية.

¹ علي دحمان محمد: تقييم نفقات الصحة والتعليم، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان-الجزائر، 2010-2011، ص16.

- سوء التسيير والتخطيط في إدارة المستشفى يعد المشكل الأساسي الذي يعرقل عملية تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.
- يتميز مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر بالتدني.

ثالثا: أسباب اختيار الموضوع

لكل باحث الرغبة في اختيار الموضوع يشد انتباهه ولا بد أن تكون له أسباب تدفعه لاختيار الموضوع دون غيره، في حين يكون اقتناعه بهذا الموضوع محفزا ليملك القدرة والرغبة في مواصلة البحث والأسباب التي تدفعنا لاختيار هذا الموضوع:

1. الأسباب الذاتية

الميل الشخصي لهذه المواضيع السوسيوولوجية، والتي تربط علم الاجتماع والصحة كأحد تخصصاته، وكذلك الرغبة الذاتية للوقوف على واقع الخدمات الصحية داخل المؤسسة الصحية الاستشفائية التي تهتم بالجانب الإنساني وخدمة العنصر البشري.

2. الأسباب الموضوعية

الأهمية العلمية والعملية لموضوع الدراسة من خلال أهمية المؤسسات الصحية كونها تهتم بالعنصر البشري وهو حجر الأساس لتنمية المجتمع، وملاحظة التحديات والمشاكل التي تواجهها المؤسسات الصحية في الجزائر، والتي تعكسها المؤشرات الصحية.

رابعا: أهمية الدراسة

- يمكن اعتبار هذا البحث كخطوة ميدانية للبحث على القيام بمزيد من البحوث والدراسات في هذا المجال.
- تدعيم وإثراء المعرفة والبحوث العلمية في هذا الموضوع.
- يستمد هذا الموضوع أهميته من دور القطاع الصحي في تنمية المجتمع وذلك لارتباطه بصحة الإنسان الذي له الدور الفعال في دفع عجلة التطور.
- أهمية القطاع العمومي نظرا لارتباطه بتقديم الحاجات الضرورية للمواطن.
- الإحاطة بمختلف المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة الصحية.

خامسا: أهداف الدراسة

- نسعى من خلال هذا البحث الوصول إلى جملة من الأهداف نذكرها:
- عرض واقع قطاع الصحة في الجزائر عامة وفي ولاية قالمة بشكل خاص.

• تسليط الضوء على واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي قالمة.

- إبراز مدى حاجة المؤسسات الصحية لتبني الجودة في خدماتها.
- إبراز دور القطاع العام في تدعيم السياسات الصحية ومدى مساهمته في التغطية الصحية للمواطنين.
- توعية الجهات المعنية بالنظر في نوعية الخدمات الصحية وهذا لنيل رضا المستفيد من الخدمة من خلال إشباع رغباته وسد حاجياته.

- التعرف على المشاكل التي يتخبط فيها قطاع الصحة في الجزائر.
- التوصل إلى النتائج بإمكانها أن تساعد المؤسسة الصحية الحكيم عقبي في تحسين جودة خدماتها المقدمة لاكتساب رضا عملائها.

سادسا: المفاهيم الأساسية للدراسة

يعتبر الإطار المفاهيمي الخلفية التي تحدد مسارات البحث وتوجهاته، على اعتبار أن المفهوم أداة بحثية تقود للدراسة من بدايتها إلى نهايتها، ولهذا من الضروري تحديد المفاهيم المعتمدة في هذه الدراسة المتمثلة في "جودة الخدمات الصحية في الجزائر"، وبالتالي تتضمن هذه الدراسة مجموعة من المفاهيم الأساسية التي تعمل على تكوين فكرة واضحة عما نحن بصدد طرحه وهي:

1. مفهوم الجودة

أ. التعريف اللغوي

- يرى معجم لسان العرب: "كلمة الجودة يعود أصلها من جود والجيد نقيض الرديء وجاء الشيء جودةً، صار جيداً وقد جاد، جوده وأجاد أي أتى بالجيد من القول والفعل، ويقال: أجاد فلان في عمله وأجود وجاد عمله وجود جودة"¹.
- معجم الوسيط: يعرف كلمة "الجودة من خلال فعلها الثلاثي جاد ومصدره جودة بمعنى صار جيداً ويقال جاد العمل فهو جيد وجمعها جياذ وجاد الرجل أي أتى بالجيد من القول أو العمل"².

¹ ابن منظور: لسان العرب، دار المعارف، مصر، 1984، ص 720.

² أنس إبراهيم وآخرون: معجم الوسيط، ط 2، مطابع دار المعارف، مصر، 1982، ص 147.

ب. التعريف الاصطلاحي

- **تعريف روبير ستون:** "هي الأداء الذي يرضي أو يشبع رغبة الحاجات المعقدة عند الفرد أو المؤسسة أو المجتمع"¹.
- **تعريف Sikomoto:** "فقد عرف الجودة بقوله: "المنتجات والخدمات الجيدة هي تلك التي تلبي حاجات الزبائن وتحترمها أي أنه جعل جوهر الجودة هي تلبية حاجات الزبائن وغيرهم"².
- **تعريف جونسون:** "بأنها القدرة على تحقيق رغبات المستهلك بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته وتحقيق رضاه التام عن السلعة أو الخدمة التي تقدم له."
- **تعريف هولون:** "أن الجودة هي التأكد من أن حاجات الزبون يتم التعرف عليها قبل تصميم المنتجات أو الخدمات"³.
- **تعريف Mitra:** "بأنها ملائمة المنتج أو الخدمة لتلبية الاستعمال المقصود منه كما يطلبه المستهلك"⁴.
- **تعريف المنظمة الدولية للمواصفات القياسية الايزو 9000 طبعة 2000:** " هي قدر من الخصائص الجوهرية على إرضاء وتلبية المتطلبات المعلنة أو الضمنية لمجموعة من العملاء"⁵.
- **تعريف الجمعية الأمريكية لضبط الجودة (ASQC) والمنظمة الأوروبية لضبط الجودة (EOQC):** "الجودة بأنها المجموع الكلي للمزايا والخصائص التي تؤثر في قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية حاجات معينة"⁶.
- **تعريف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية:** "الجودة بأنها درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي".

¹ غواري مليكة: إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية، دار البازوري العلمية للنشر، الأردن، 2016، ص 11.
² سوسن شاكر مجيد، محمد عواد: إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة والتعليم، ط 2، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص 16.

³ غواري مليكة: مرجع سابق، ص 12.

⁴ محمود حسن الوادي وآخرون: إدارة الجودة الشاملة في الخدمات المصرفية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص 19.

⁵ غواري مليكة: مرجع سابق، ص 12.

⁶ رشاد علي عبد العزيز، إيناس يسرى سليم: دور الجودة التعليمية الشاملة، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2009، ص 11.

- تعريف الجمعية الفرنسية للتقييس (AFNOR) سنة 1994: " جودة المنتج أو الخدمة هو قابليته لإرضاء حاجات المستعملين"¹.
- تعريف آخر: تعرف الجودة على أنها تكامل الملامح والخصائص للمنتج أو الخدمة بشكل يمكن من تلبية احتياجات ومتطلبات محددة أو معروفة ضمناً.
- تعريف آخر: " مجموعة من الخصائص والمميزات للمؤسسة ما تعبر عن قدراتها على تحقيق المتطلبات المحددة أو المتوقعة من قبل المستفيد"².

ج. التعريف الإجرائي

الجودة هي درجة أو مستوى من التمييز كما أنها القدرة على الوفاء بالمتطلبات وإشباع الرغبات من خلال تقديم الخدمات عن طريق استخدام الموارد المتوفرة، من أجل تلبية احتياجات ومتطلبات المستفيد أو المريض.

2. مفهوم الخدمات

أ. التعريف اللغوي

"خدم الشخص ساعده في العمل، عمل له، والخدمة من خدم وخدمات، المساعدة التي تقدم للغير"³.

ب. التعريف الاصطلاحي

- تعريف: **kotler & Armstrong** "الخدمة هي نشاط أو فائدة يمكن أن يقدمها طرف إلى طرف آخر، فهي غير ملموسة ولا يترتب عليها انتقال للملكية، وقد يكون إنتاجها مرتبطاً أو غير مرتبط بالمنتج المادي".
- تعريف **palmer**: "يعرف الخدمة بأنها عملية إنتاج منفعة غير ملموسة إما بحد ذاتها أو كعنصر جوهري من منتج ملموس، والتي تلبى من خلال شكل من الأشكال التبادل حاجة ما لدى المستهلك"⁴.

¹ عمر بن لخصر خلفاوي: التنمية المستدامة للمنظمات: جودة، بيئة، صحة وسلامة مهنية، دار الأيام للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص 25.

² جمال محمد أبو شنب: علم اجتماع الإداري: الجودة والتميز في إدارة المؤسسات، دار المعرفة للنشر والطبع، مصر، 2012، ص 208.

³ قاسم نايف علوي الجبائي: إدارة الموارد البشرية في الخدمات: مفاهيم وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 52.

⁴ عياد ليلي: أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك، مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2015 - 2016، ص 4-5.

- **تعريف love Locke:** الخدمات هي عبارة عن منفعة مدركة قائمة بحد ذاتها ومرتبطة بشيء مادي ملموس وتكون قابلة للتبادل ولا تترتب عليها الملكية وهي في الغالب غير ملموسة¹.
- **تعريف Skinner:** هي عبارة عن منتج غير ملموس يقدم فوائد مباشرة للمستهلك كنتيجة لتطبيق واستخدام جهد أو طاقة بشرية أو آلية على أشخاص أو أشياء معينة ومحددة، والخدمة لا يمكن حيازتها واستهلاكها ماديا¹.
- **تعريف judd:** على أنها صفقة تحققها المؤسسة، أو شيء محل المبادلة يساهم في انتقال ملكية السلعة الملموسة².
- **تعريف الجمعية الأمريكية للتسويق:** عرفت الخدمة على أنها منتجات غير ملموسة في جوهرها لكن ما يحيط بها ملموس، لذلك تظهر في مجملها بأنها غير ملموسة لا يمكن نقلها أو تخزينها، إذ يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستخدم والمنتجات الخدمية يصعب تحديدها بدقة فهي تنتج وتستهلك في الوقت نفسه لذلك لا يتولد عنها شعور بالملكية³.
- **تعريف آخر:** الخدمة هي عمل يقوم به الفرد لإشباع حاجات الأفراد الآخرين المادية والمعنوية ووجود التمايز بين وظائف الأفراد الاجتماعية يجعل الخدمة المتبادلة ضرورة من ضروريات الحياة والمجتمع⁴.
- **تعريف آخر:** هي المنافع الغير ملموسة التي تقدمها المنظمة لعملائها سواء بالمقابل أو من غير مقابل أو نظير رسوم رمزية⁵.
- **تعريف آخر:** وعرفت الخدمات بأنها أوجه نشاط غير ملموس تهدف إلى إشباع الرغبات والاحتياجات عندما يتم تسويقها للمستهلك النهائي أو المشتري الصناعي مقابل دفع مبلغ معين من المال ويجب ألا تقترن الخدمات ببيع المنتجات أخرى⁶.

¹ سمير حسين الوادي، مصطفى سعيد الشيخ: تسويق الخدمات الصحية Marketing Health services منظور متكامل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2016، ص 35.

² بشير بودية وطارق قندوز: أصول ومضامين تسويق الخدمات، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص 121.

³ عياد ليلي: مرجع سابق، ص 5.

⁴ احمد زاكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان للنشر، لبنان، 1982، ص 375.

⁵ مدحت محمد أبو نصر: إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية للنشر والتوزيع، مصر، 2008، ص 93.

⁶ علي توفيق الحاج، سمير حسين عودة: تسويق الخدمات، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص

ج. التعريف الإجرائي

الخدمات هي خدمة يقدمها شخص إلى آخر وتتميز بعدم الملموسية وعدم الملكية، فهي تفاعل اجتماعي بين المنتج والزبون الذي يشبع احتياجاته ورغباته أثناء عملية الإنتاج.

3. مفهوم الصحة

أ. التعريف اللغوي

" الصحة مصدر صحَّ، يصحُّ، صحَّاً، والصحة هي خلاف السقم، وهي ذهاب المرض والمتلبس به صحيحاً، وجمع صحَّاح ويقال صح فلان من علته واستصح¹."

ب. التعريف الاصطلاحي

• **تعريف نيومان:** "إن الصحة عبارة عن حالة التوازن النسبي للوظائف الجسم وإن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها الجسم، كما أن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوة الجسم للمحافظة على توازنه"².

• **تعريف Twaddle:** "تعرف الصحة بأنها حالة وصول قدرات الفرد على التمتع وأداء الدور إلى أقصاها"³.

• **تعريف ونسلو:** "عرف الصحة العامة على أنها 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 الخدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة"⁴.

• **تعريف منظمة الصحة العالمية:** "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"⁵.

¹ ابن منظور: مرجع سابق، ص 2401.

² رشدي قطاش وآخرون: علم اجتماع الطبي، ط 2، دار اليازوري العلمية للنشر، الأردن، 2003، ص 62.

³ طلعت الدمرداش: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط 2، مكتبة القدس، مصر، 2006، ص 18.

⁴ سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004، ص 41.

⁵ www.who.int, 13.02.2021 a 10:30.

ج. التعريف الإجرائي

الصحة هي الحالة المتوازنة للجسم والتي تتيح له الأداء المتناغم والمتكامل لوظائفه، لكن الصحة لا تشمل سلامة الجسم فقط بل تضم السلامة العقلية والنفسية والاجتماعية.

4. مفهوم الخدمات الصحية

أ. التعريف الاصطلاحي

- **تعريف: Health services** "إنها مجموعة البرامج وأنشطة الصحة التي تهدف إلى وقاية المجتمع من المشكلات الصحية وعلاج هذه المشكلات في حال حدوثها".
- **تعريف Darsky & metzner**: "بأنها تدخل مخطط من جانب المجتمع يهدف إلى مكافحة الأمراض وتعويق المرض والموت المبكر أو وقاية المجتمع منهما".
- **تعريف عوض خالف العنزي**: "هي كافة الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات أو رغبات صحية لطالبي الخدمة الصحية"¹.
- **تعريف منظمة الصحة العالمية**: "مصطلح الخدمات الصحية يتضمن التعزيز والوقاية والمعالجة والتأهيل، وكذلك الخدمات التي تستهدف الأفراد (مثل التطعيمات في مرحلة الطفولة) والخدمات التي تستهدف الأفراد (مثل الحملات الإعلامية)"².
- **تعريف آخر**: "هي مزيج متكامل من العناصر الملموسة والغير ملموسة والتي تحقق إشباع ورضا معين للمستفيد".
- **تعريف آخر**: "هي مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين، وباستخدام سلع مساعدة ولكن دون ملكية السلع إلى المستفيد من الخدمة"³.

ب. التعريف الإجرائي

الخدمات الصحية تكون إما خدمات علاجية أو استشفائية أو تشخيصية أي إنها تشمل كل الخدمات التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، وتتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه وتقديم الدواء اللازم لعلاج الغذاء الجيد.

¹ مدحت أبو النصر: مرجع سابق، ص ص 195 – 196.

² نبيل بن عامر وحسام لعمش: تفعيل دور المسؤولية الاجتماعية للتسويق في ترقية الخدمة الصحية، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، العدد الثالث، جامعة أم بواقي، الجزائر، 2015، ص 178.

³ غواري مليكة: مرجع سابق، ص 67.

5. مفهوم جودة الخدمات الصحية

أ. التعريف الاصطلاحي

- **تعريف Kotler & Armstrong:** أن جودة الخدمات الصحية هي شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها، في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية تحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات".
- **تعريف Goncalves:** تعني مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد والقدرة على ضمانات تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المنظمات الصحية".
- **تعريف Nakajima:** هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر".
- **تعريف منظمة الصحة العالمية:** تعرفها بأنها التماسي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية¹.
- **تعريف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية (JCAH):** عبارة عن درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمنفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي².
- **تعريف آخر:** تعرف على أنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية³.
- **تعريف آخر:** جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض ينظر إليها على ما تقدمه المستشفى من خدمات المعالجة ودقة تشخيصها والاحترام والاهتمام المميز من قبل كافة الأطراف داخل المستشفى".

¹ مصطفى يوسف الكافي: إدارة الخدمات الصحية، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2017، ص ص 267 - 270.

² نجاة صغيرو: تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2011 - 2012، ص 36.

³ عيلان سماح: تقييم جودة الخدمات الصحية العمومية من وجهة نظر الزبون، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2015 - 2016، ص 39.

• **تعريف آخر:** " جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الطبيب هي تسخير كافة المعارف والمهارات لتسهيل الخدمات المقدمة للمريض"¹.

• **تعريف آخر:** " جودة الخدمات الصحية من المنظور الإداري تعنى كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة"².

ب. التعريف الإجرائي

جودة الخدمات الصحية تعني تقديم خدمات صحية عالية الجودة المناسبة والضرورية لمن يحتاجها في الوقت المناسب وبأفضل طريقة بالموارد المتاحة، ومنه فهي تعني مدى تحقيق النتائج الصحية المرجوة ومدى توافقها مع المبادئ المهنية.

سابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة

تعتبر المنهجية مجموعة الخطوات التي يتبعها الباحث لتفسير ظاهرة ما، كما أنها مجموعة المناهج والافتراضات والمفاهيم والأدوات التي تتضافر فيما بينها، حيث تقدم للباحث أو الطالب أو المحلل دليلاً إرشادياً يتبعه لإدراك الظواهر المختلفة والتعامل معها³.

لذلك فإن المنهجية هي مجموعة من الإجراءات والآليات المتعارف عليها بين العلماء والباحثين، والتي يمكن استخدامها للملاحظة والكشف والتحقيق في اكتساب المعرفة والوصول إلى الحقائق. فالغرض الأساسي من المنهجية هو محاولة فهم الأمور والعلاقات في المحيط الذي يعيش فيه الإنسان من أجل الوصول إلى النظريات والقوانين العلمية التي تحكم الكون وتسييره⁴.

ولكون هذه الدراسة تتعلق بجودة الخدمات الصحية في الجزائر، نجد أن كل ما يرتبط بهذين المتغيرين يجعل من الباحث مرتباً بإجراءات منهجية وضوابط علمية تحدد المحاور التي يعالجها والمؤشرات التي يميل وفقها للوصول إلى غاية علمية تقارب الموضوعية وتلامس الثقة.

وقد اعتمدنا على الأسس المنهجية الآتية:

¹ سمير حسين الودي، مصطفى سعيد الشيخ: مرجع السابق، ص 162.

² رؤوف سالم أحمد حسين: الإعلام الصحي وتطبيقاته في المجالات الطبية، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، مصر، ص 198.

³ ليندة لطاد وآخرون: منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية والسياسية والاقتصادية، ألمانيا، 2019، ص 12.

⁴ الطاهر جواد: منهج البحث الأدبي، مطبعة المعاني، العراق، 1970، ص ص 21، 22.

1 . مجالات الدراسة

• **المجال المكاني:** يتمثل المجال المكاني للدراسة في البيئة التي أجريت فيها دراستنا الميدانية حيث حدد هذا المجال في المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - ولاية قالمة- فقد اختيرت هذه المؤسسة لتكون المجال التطبيقي للدراسة الميدانية، باعتبار أن هذه المؤسسة صحية وخدماتها تلبي احتياجات المواطنين، تتكون من (16) مصلحة تتمثل في مصلحة جراحة العظام والمفاصل، مصلحة كأمراض العيون، مصلحة أمراض الأنف والحنجرة، مصلحة الجراحة العامة، مصلحة طب الأطفال، مصلحة أمراض النساء والتوليد، مصلحة الطب الداخلي، مصلحة الإنعاش والتخدير، مصلحة أمراض الكلى وتنصيف الدم، مصلحة الاستجالات الطبية الجراحية، مصلحة علم الأوبئة، مصلحة التشريح المرضي، الأشعة المركزية، المخبر المركزي، مصلحة طب العمل ومصلحة الصيدلية. وتتكون من 327 عدد الأسرة التقنية و314 عدد الأسرة الفعلية.

• **المجال البشري:** إن أي بحث علمي يتطلب دراسة العنصر البشري من أجل الوصول إلى المعلومات تخدم الدراسة، وعليه فقد تمثل المجال البشري لدراستنا في مجموع المستفيدين من خدمات الصحية بالمؤسسة (المرضى) ونظرا لحجم المستفيدين (المرضى) الكبير فقد اعتمدنا على العينة العشوائية البسيطة والتي قدر حجمها ب 70 مستفيد.

وقد تم اختيار من المجتمع عينة عشوائية بسيطة، والتي تعرف بأنها: "المجموعة الجزئية التي يقوم الباحث بتطبيق دراسته عليها وهي تكون ممثلة لخصائص مجتمع الدراسة الكلي، إذن هذه العينة تتوزع فيها خصائص المجتمع بنفس النسب الواردة في المجتمع"¹.

إذا العينة العشوائية البسيطة: "أحد أنواع العينات الاحتمالية حيث تعتمد على نظرية الاحتمالات في اختيار وحداتها وتقدير ثوبتها، وتعد هذه المعاينة ابسط أنواع المعاينات لكنها أهمها وأكثرها أصالة"². حيث تم توزيع 70 استمارة على المستفيدين (المرضى) وتم استلام 70 استمارة.

- **المجال الزمني:** يعبر المجال الزمني عن الفترة الزمنية التي ينزل فيها الباحث إلى ميدان الدراسة، وعليه فقد تم تخصيص أوقات لزيارة المؤسسة، بالإضافة إلى لقاءات كانت تتم من حين لآخر قبل الانتشار الواسع للمرض. ولقد مرت الدراسة الميدانية بمجموعة مراحل كالتالي:

¹ سلاطينة بلقاسم وحسان الجيلاني: أسس البحث العلمي، ط 2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2009، 71.

² عبد الرزاق أمين أبو شعر: العينات وتطبيقاتها في البحوث الاجتماعية، الإدارة العامة للبحوث، السعودية، 1997، ص

– المرحلة الاستطلاعية الميدانية: حيث تم تحديد المكان الذي تتم فيه الدراسة والحصول على الموافقة من طرف مسؤول المؤسسة وتحصلنا على بعض البيانات التي تخدم البحث والتي كلفتنا ثلاثة أيام من أجل الحصول على الموافقة والبيانات وذلك بسبب أن مدير المستشفى لم يكن موجود.

– مرحلة توزيع الاستمارة: تم إعداد الاستمارة خلال شهر أبريل 2021، وبعد الحصول على الشكل النهائي والتي تم تحكيمها من قبل أربع أساتذة وتجريبها وتوزيعها على مستفيدين من الخدمات الصحية (المرضى) وجمعها بتاريخ 09-10 ماي 2021 وهذا التأخر راجع إلى الأوضاع الصحية التي شهدتها البلاد في تلك الفترة والتي لا تزال إلى يومنا هذا والذي أدى إلى تأجيل الدخول الجامعي وبالتالي هذا ما أخر إنجاز دراستنا.

– مرحلة تحليل البيانات: انحصرت ما بين شهر ماي وجوان 2021، حيث تمت مراجعة البيانات الموجودة في الاستمارة وتفريغها في جداول إحصائية وتصنيفها وتمثيلها بيانيا وتحليلها.

2 . منهج الدراسة:

المنهج هو الطريقة التي يعتمدها الباحث للوصول إلى هدفه المنشود، وإن وظيفته في العلوم الاجتماعية هي استكشاف المبادئ التي تضم الظواهر الاجتماعية والتربوية والإنسانية بصفة عامة، وتؤدي إلى حدوثها حتى يمكن على ضوءها تفسيرها وضبط نتائجها والتحكم بها¹.

ويمكن تعريف المنهج بأنه: "مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول للحقيقة في العلم، أو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من أجل اكتشاف الحقيقة. «ويعرف أيضا على أنه: "فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار أو الإجراءات من أجل الكشف عن الحقيقة التي نجعلها أو من أجل البرهنة عليها لآخرين حيث يكون بها المناهج أو الطرق البحث عن الحقيقة تختلف باختلاف المواضيع"².

ولقد تعددت أنواع المناهج وصنفت عدة تصنيفات ومن بينها المنهج الوصفي وهو المنهج الذي تم

اعتماده في دراستنا:

– المنهج الوصفي

هو استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر أخرى³.

¹ عصمت أحمد فاخر: أساسيات البحث العلمي، دار الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص 3.

² حسان هشام: منهجية البحث العلمي، ط 2، ب، د، الجزائر، 2007، ص 44.

³ رحيم يونس كرو العزاوي: مقدمة في المنهج البحث العلمي، دار الدجلة، الأردن، 2008، ص 97.

والبحث الوصفي لا يقتصر على جمع البيانات وتبويبها، وإنما يمضي إلى ما هو أبعد من ذلك لأنه يتضمن قدرًا من التفسير لهذه البيانات، ولذلك كثيراً ما يقترن الوصف بالمقارنة وتستخدم في البحث الوصفي أساليب القياس والتصنيف والتفسير¹.

كما يمكن تعريفه على أنه: "هو البحث الذي يركز على وصف ظاهرة معينة موجودة في الموقف الراهن وجمع الحقائق والمعلومات ومقارنتها ثم القيام بتحليل خصائص تلك الظاهرة وتفسيرها والعوامل المؤثرة فيه"².

وقد اخترنا هذا المنهج لأنه يتماشى مع طبيعة موضوع ميدان الدراسة، حيث سمح لنا بجمع معلومات حقيقية ومفصلة عن واقع جودة الخدمات الصحية والاستفادة من آراء المستفيدين (المرضى) للوصول إلى استنتاجات واستخلاص التعميمات وقد ساعدنا هذا المنهج في:

- اختيار الظاهرة المراد دراستها والقيام بدراسة استطلاعية حول الموضوع.
 - تحديد الإشكالية بصورة علمية دقيقة.
 - تحديد الأدوات المستخدمة في عملية جمع البيانات.
 - جمع البيانات المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة.
 - القيام بعرض النتائج وتصنيفها وتنظيمها وتحليلها وتفسيرها واستخلاص النتائج والاقتراحات.
- كما تم توظيف المنهج الإحصائي في جمع المادة العلمية وتحليل البيانات وتجميعها كماً بصورة رياضية بالأرقام والرسوم البيانية واستعمال التقنيات الحسابية الإحصائية ومقارنتها فيما بينها، وعرض البيانات وتلخيصها في جداول تكرارية بهدف الحصول على خصائص المجتمع الإحصائي محل الدراسة.

3 . تقنيات البحث الميداني

تشكل أدوات جمع البيانات الوسائل المنهجية التي يستخدمها الباحث في جمع بياناته المتعلقة بالظاهرة المدروسة من الميدان مجال الدراسة عن طريق: الاستمارة وبهدف الإحاطة بالظاهرة محل الدراسة ميدانياً.

• الاستمارة

تعتبر الاستمارة من بين أهم أدوات جمع البيانات في العلوم الاجتماعية وأكثرها شيوعاً وانتشاراً، لما تمتاز به من دقة وشمولية عن غيرها من الأدوات الأخرى.

¹ جودت عزت عطوي: أساليب البحث العلمي مفاهيمه، أدواته، طرقه الإحصائية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص ص 211-212.

² يوسف لازم كماش: البحث العلمي مناهجه، أقسامه، أساليبه الإحصائية، دار الدجلة، الأردن، 2016، ص 178.

فهي مجموعة مؤشرات يمكن عن طريقها اكتشاف أبعاد موضوع الدراسة عن طريق الاستقصاء التجريبي، أي إجراء بحث ميداني على جماعة محددة من الناس، وهي وسيلة الاتصال الرئيسية بين الباحث والمبحوث، وتحتوي على مجموعة من الأسئلة تخص القضايا التي نريد معلومات عنها من المبحوث¹. تعتبر أيضا أداة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق استمارة معينة تحتوي على عدد من الأسئلة، مرتبة بأسلوب منطقي مناسب يجرى توزيعها على أشخاص معينين لتعبئتها. كما تعتبر مجموعة من الأسئلة المكتوبة والتي تعد بقصد الحصول على معلومات أو آراء المبحوثين حول ظاهرة أو موقف معين².

لقد استخدمنا الاستمارة لجمع البيانات الميدانية، حيث وجهت إلى المرضى بمستشفى العمومي الحكيم عقبي -ولاية قالمة- وهي تتكون من أربعة محاور تحتوي في مجملها على 25 سؤال، موزعين كآتي:

- البيانات الأولية (وتحتوي على 04 أسئلة).
- تقييم الجودة في المؤسسات الصحية مادياً وبشراً (وتحتوي على 09 سؤال).
- سوء التسيير والتخطيط في إدارة المستشفى يعد المشكل الأساسي الذي يعرقل عملية تقييم خدمات صحية ذات جودة عالية (وتحتوي على 05 أسئلة).
- تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر (وتحتوي على 07 أسئلة).

• برنامج spss

تم إخضاع البيانات للمعالجة والتحليل بواسطة برنامج spss ويعرف كالتالي:

كلمة spss هي اختصار للأحرف اللاتينية الأولى من statistical package for the social sciences أي الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وهي حزم حاسوبية متكاملة لإدخال البيانات وتحليلها وتستخدم لإجراء عمليات إحصائية كثيرة وبشكل سهل³. حيث يعتبر من أكثر البرامج استخداماً لتحليل المعلومات الإحصائية في علم الاجتماع⁴.

¹ سلاطينية بلقاسم وحسان الجيلاني: مرجع السابق، ص 77.

² حسان هشام: مرجع السابق، ص 112.

³ نبيل جمعه صالح النجار: الإحصاء في التربية والعلوم الإنسانية مع تطبيقات برمجية spss، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص 285.

⁴ عبد اللاه إبراهيم الفقي: الإحصاء التطبيقي باستخدام برنامج spss، الثقافة للتصميم والإخراج، الأردن، 2014، ص 17.

ثامنا: الدراسات السابقة

إن الدراسات السابقة تفيد الباحث في تحديد المصطلحات والمفاهيم، كما تفيد الباحث في أن يبدأ من حيث ينتهي الآخرون¹، فمن خصائص البحث الجيد بناءه على أرضية جيدة، من خلال تعرض لقدر كبير من الدراسات السابقة التي أجريت في الموضوع بما يجعل الباحث مطلعاً عما قام به غيره. وواقعاً على ثغرات هذه الدراسات التي تكون بمثابة موطن الخلل ونقاط النقص عليه معالجتها وبناء إشكالية بحثه على خلفيتها، ويمكن تعداد مزايا هذه المرحلة في النقاط التالية:

✓ التعرف على نتائج الدراسات التي سبق للباحثين الآخرين القيام بها حتى يبدأ الباحث من حيث انتهى الآخرون.

✓ الوقوف على إحداه الدراسات وتطور حالة وتحديد الباحث موقعه والمساهمة التي يمكن تقديمها من خلال بحثه مهما تكون محدودة.

✓ اكتساب الباحث الخبرة وإدراكه الطريقة التي من خلالها قام الباحثون الآخرون ببحوثهم.

✓ اكتساب أبعاد جديدة في الظاهرة موضع الدراسة أشار إليه الآخرون أو متغيرات أو عوامل إضافية لم تكن في حسابان الباحث.

✓ قد تساعد الدراسات السابقة في التعرف على محاولات التنظير في الموضوع أو على الأطر النظرية البديلة أو نماذج محددة تضمنتها هذه الدراسة².

وللإشارة لقد تم ترتيب الدراسات السابقة وفق التسلسل الزمني.

1. الدراسة الأولى: أهمية جودة الخدمات الصحية في تحقيق رضا الزبون

من انجاز الطالبة واله عائشة من كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، وهي مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية تخصص تسويق، ولقد أنجزت هذه الدراسة سنة 2010-2012 بجامعة الجزائر 03 وهي دراسة حالة دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين الطاية.

كما تهدف الدراسة في تركيزها على تسليط الضوء وإلقاء نظرة حقيقية على الواقع الملموس للصحة في الجزائر لا سيما في المستشفيات، كما إبراز مدى حاجة المؤسسات الصحية لتبني مدخل الجودة في خدماتها، وتباين القيمة المحصلة من جراء ذلك، وإدراك أهمية اعتماد قسم التسويق في عموم المؤسسات

¹ نهى سعدي احمد المغازي: أسس البحث العلمي، دار الوفاء للنشر والطباعة، مصر، 2013، ص 259.

² عامر مصباح: منهجية إعداد البحوث العلمية، دار الموفم للنشر، الجزائر، 2006، ص ص 59، 60.

الصحية، إذ أن هذه الأخيرة تمارس النشاطات التسويقية لكنها غير مدركة لذلك والوقوف على مستوى الرضا المحقق لدى عينة من مرضى المستشفيات.

بالإضافة إلى النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة النظرية، ستساعد المؤسسة الصحية على تشخيص نقاط قوتها لتدعيمها ونقاط ضعفها لتشخيصها.

وانطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي وهو كما يلي:

- ما مدى أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون؟
 - وما مدى انعكاس هذا الطرح على مرضى مستشفى عين الطاية؟
- وانبثق عنها جملة من الأسئلة الفرعية التي تمثلت في:
- ما الأهمية التسويقية للخدمات الصحية؟ وما مكانتها ضمن عناصر المزيج التسويقي الصحي؟
 - كيف يتم تقييم جودة الخدمة الصحية من طرف الزبون؟
 - ما العلاقة التي تربط بين رضا الزبون وجودة الخدمة؟
 - ما أثر تبنى مستشفى عين الطاية لسياسية الجودة في الخدمات الصحية على الرضا المتحقق لدى المريض؟

وقد تم طرح جملة من الفرضيات وهي:

- تنطوي الخدمة الصحية على أهمية كبيرة نابعة من أهمية الخدمة في حد ذاتها، فهي أساس ومبرر وجود العلاقة بين طرفي العملية التبادلية التسويقية وهما المريض والمؤسسة، ولولا وجود الخدمة الصحية لما أمكن لبقية العناصر المزيج التسويقي الأخرى أن تعمل أو حتى إن توجد أصلا.
- تعتبر تقييم جودة الخدمة الصحية من أهم التحديات التي يواجهها المريض كون الخدمة غير ملموسة، لكن يمكنه في مقابل ذلك الاستناد إلى معايير وأبعاد محددة هي جوانب مادية الملموسة، الاعتمادية، التعاطف، الاستجابة، الأمان.
- يوجد نوع من العلاقة الطردية بين الجودة في الخدمة ورضا الزبون، فكلما ارتفع مستوى الجودة تحسن معه رضا.
- تبنى مستشفى عين الطاية للجودة في الخدمات المقدمة لتحسين من مستوى الرضا المتحقق لدى الزبائن المرضى المقيمين والمراجعين وانعكس إيجابيا على أداء ومكانة المستشفى.

وتم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت استمارة الاستبيان والمقابلة المباشرة والملاحظة وتمثل مجتمع الدراسة في الزبائن المستفيدين من خدمات المؤسسة بما فيهم المقيمين وتم اختيارهم بطريقة السحب تكرر بطريقة عشوائية بسيطة مكونة من 200 مفردة.

وتوصلت الباحثة إلى جملة من نتائج نذكر أهمها:

- جودة الخدمة الصحية تخضع في العادة لرأي المريض، ويعتمد رأي المريض على مجموعة من المتغيرات أهمها: وقت الحصول على الخدمة مكان تقديم الخدمة، درجة الاستفادة من الخدمة واتجاهات المريض الشخصية.
- اغلب المرضى كانوا راضين عن الاستقبال على مستوى القبول على رغم من شكوى وإدارة المصالح الاستشفائية الداخلية.
- الضغط الكبير الذي تعرفه المصالح الاستشفائية للمؤسسة خاصة مصلحة التوليد وأمراض النساء، وهذا ما أدى إلى سوء التحكم والتسيير على مستوى هذه المصلحة.

وفي ختام دراستها طرحت مجموعة من التوصيات أهمها: عدم التكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص، وسعي كل منهما إلى ارتقاء على حساب الآخر هو ما أوصل القطاع الصحي الجزائري إلى هذه الوضعية، الاهتمام بالمؤسسات الصحية في المناطق الجنوبية والمعزولة لتقليل الضغط والعدد الكبير للمستفيدين من خدمات المستشفيات في المدن الكبرى¹.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة تركز على أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون وتسلط الضوء وإلقاء نظرة على الواقع الصحي في الجزائر ولاسيما المستشفيات وتبين الجودة خدماتها الصحية والذي من وسعه أن يقدم إضافة جيدة إلى موضوع دراستنا.

2. الدراسة الثانية: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية

من انجاز عتيق عائشة من كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، تخصص تسويق دولي وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير وقد أنجزت هذه الدراسة سنة 2011-2012، بجامعة تلمسان-الجزائر، وهي دراسة حالة المؤسسة العمومية والاستشفائية لولاية سعيدة.

وتكمن أهمية الدراسة في 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

¹ واله عائشة: أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2010. 2011.

هذه المنظمات بين أفراد المجتمع كالخدمات الصحية وكذلك التعليمية والثقافية والأمنية، لذلك تعتبر هذه الدراسة هامة لكونها تتناول المنظمات الصحية التي تعتبر من أكثر المنظمات ارتباطا بالجمهور، بسبب شمولية تأثير خدماتها على كافة أفراد المجتمع بشكل أو بآخر.

وكان الهدف من هذه الدراسة إلى توعية الحذر من الانحراف في الصحة وبناء إنسان مكتمل الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية إضافة إلى انعكاس ذلك على الاقتصاد الوطني.

وانطلقت هذه الدراسة من تساؤل رئيسي وهو:

- ماهو واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية وما مدى تأثيرها على رضا المريض؟

وانبثقت عنها جملة من الأسئلة الفرعية وهو كما يلي:

- ماهو مفهوم الخدمات الصحية؟ وماهي طبيعة المزيج 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 وماهي العوامل المؤثرة فيه؟

وقد تم طرح جملة من الفرضيات وهي:

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

وتم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت استمارة الاستبيان والمقابلة والملاحظة كأدوات للدراسة بالإضافة إلى الاستعانة بالكتب والمجلات والرسائل الجامعية والملتقيات والمقالات العلمية والجرائد الرسمية لمعالجة الجانب النظري والتطبيقي للدراسة. وتمثل مجتمع الدراسة على المرضى المقيمين في المؤسسة العمومية الاستشفائية للولاية، وقد تم اختيار عينة منهم بطريقة عشوائية طبقية غير نسبية قدر عددها ب 1110 مريض.

وتوصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج نذكر أهمها:

- إن المؤشرات المهمة والخاصة بالمريض أو العوامل مثل: العمر، الجنس والمستوى الاجتماعي وكذلك الوضع الصحي للمريض وغيرها، تعتبر عوامل تؤثر على نسبة رضائه عن الخدمات الصحية، ويعرف الفرق بين نوعية الخدمات في الماضي والحاضر، وكذلك إذا كانت الحالة الصحية للمريض غير جيدة فهو أقل رضاء منها إذا كانت حالته الصحية جيدة. وتوصلت إلى صحة الفرضيات التالية:
- بما أن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية وقع ضمن المجال الإيجابي 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 وثقة أثناء تقديم الخدمة الصحية لكسب رضا المريض وتتجسد على أداء الخدمات الموعود 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 لطالبتهم وهو ما يؤكد رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية الاستجابة.
- شعور المرضى بالأمان في التعامل مع العاملين في المستشفى، وتمتع الأطباء بالمهارات اللازمة والآداب وحسن الخلق الذي يتميز به العاملين، يدل أن بعد الضمان يتوفر في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.
- اتضح 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 الصيدليات الخاصة، وهذا ما يؤثر سلبا عن 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، فأشعار المريض بالاهتمام والعناية الذاتية به تولد قدرا كبيرا من الرضا والولاء والانتماء للمشفى الذي يعالج فيه.

وطرحت في ختام دراستها مجموعة من الاقتراحات من خلال إعادة النظر في أولويات الاتفاق على القطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية¹.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة ركزت على تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض، وقد أفادت دراستنا في أنها كشفت لنا تحليلا للعلاقة بين رضا الزبون وجودة الخدمة من منظور مختلف وقامت بتحليل مفهوم الجودة من خلال خمسة أبعاد: (الملموسية، الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، التعاطف).

3. الدراسة الثالثة: تقييم جودة الخدمات الصحية

من انجاز نجاة صغيرو من كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم تسيير، ضمن تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات. وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، أنجزت سنة 2011 - 2012، بجامعة باتنة-الجزائر، وهي دراسة ميدانية في مؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة.

تكمن أهمية هذه الدراسة في الدور الذي تلعبه المؤسسات الصحية كقطاع خدمي حساس وفعال في إحداث التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ودور جودة الخدمة في تحقيق المؤسسات الصحية لأهدافها بالكيفية المطلوبة، وهذا يتطلب التعرف على مستوى الجودة المقدمة للمرضى ومدى توافقها مع احتياجاتهم ورغباتهم، ويمكن اعتبار هذا البحث كخطوة مبدئية للبحث على القيام بالمزيد من البحوث والدراسات في هذا المجال.

وكان الهدف من هذه الدراسة التعرف على مستوى الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية من وجهة نظر الزبون (المريض)، من أجل تحسينها والعمل على إرضاء المستفيدين منها.

وانطلقت الدراسة من تساؤل رئيسي وهو:

¹ عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية في الجزائر، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص التسويق الدولي، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم تسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان . الجزائر، 2011 . 2012.

- كيف يمكن تقييم مستوى جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية؟
 - ويتفرع هذا التساؤل الرئيسي إلى الأسئلة الفرعية التالية:
 - ماهي جودة الخدمات الصحية؟
 - ماهي المعايير المستخدمة لتقييم جودة الخدمات الصحية؟
 - ماهو تقييم المرضى للخدمة المقدمة لهم من طرف المؤسسات الصحية؟
 - هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة؟
 - هل توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات زبائن المؤسسات الصحية (المرضى) نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة)؟
- وقد تم طرح جملة من الفرضيات:
- يقيم زبائن المؤسسات الصحية الخدمات المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييما إيجابيا.
 - توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات الزبائن المؤسسات الصحية نحو معايير الجودة الكلية الصحية والرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة.
 - توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات الزبائن المؤسسات الصحية نحو معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة.
 - توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات الزبائن المؤسسات الصحية نحو معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى سمات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة).
- وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الاستقرائي والاستنباطي واستخدمت الاستمارة والمقابلة كأداة للدراسة بالإضافة إلى الاستعانة بالكتب والمجلات العلمية باللغتين العربية والأجنبية والمواقع الانترنت لمعالجة الجانب النظري والتطبيقي للدراسة.
- وتمثل مجتمع الدراسة في الأفراد الذين يعالجون في المؤسسات الصحية الاستشفائية التابعة للقطاع الخاص، وقد تم اختيار عينة منهم بطريقة قصدية غير احتمالية وقدر عددها ب 100 مريض.
- وقد توصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج نذكر أهمها:

- يجب أن تصمم الخدمات الصحية وفقا لتوقعات المرضى فهم يقيمون الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييما إيجابيا.
 - أكثر المعايير تأثيرا على الرضا الكلي للجودة الصحية هما معياري الملموسية والتعاطف.
 - كفاءة الطبيب المهنية العامل في المؤسسة الصحية التي يقصدها المريض تؤدي دورا أساسيا في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.
 - عدم وجود فروق واضحة بين آراء وانطباعات أفراد عينة الدراسة نحو الجودة الفعلية للخدمة الصحية المقدمة باختلاف: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان العمل.
 - وتوصل إلى صحة الفرضيات الآتية:
 - صحة الفرضية الأولى، حيث اتضح أن أفراد العينة يقيمون الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة، تقييما إيجابيا.
 - صحة الفرضية الثانية، حيث تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية.
 - صحة الفرضية الثالثة، حيث تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة).
- وطرحت في ختام دراستها مجموعة من الاقتراحات: التعرف على حاجات المريض كمنطلق لتحديد مواصفات الخدمة الصحية، والتركيز على الجانب المادي الملموس لأنه أكثر شيء يتأثر به المريض وكذلك التركيز على الجانب التعاطف في التعامل مع المريض وزيادة الاهتمام بالأبعاد الأخرى لجودة الخدمة المتعلقة بالاعتمادية، الاستجابة والأمان¹.
- وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة ركزت على التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ومدى توافقها مع احتياجاتهم ورغباتهم وتحسين هذه الخدمات والعمل على إرضاء المستفيدين منها، وقد أفادت دراستنا في أنها شملت تحليلا للعلاقة بين رضا الزبون وجودة الخدمة.

¹ نجاة صغيرو: تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم تسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة. الجزائر، 2011.2012.

3. الدراسة الرابعة: تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر

من انجاز خامت سعدية وعجو نورة من معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم تسيير ضمن تخصص تسويق، وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماستر، وقد أنجزت هذه الدراسة سنة 2011-2012، بجامعة البويرة -الجزائر، وهي دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية.

وتمكن أهمية الدراسة من خلال تناولها لمفهوم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية من المنظور الشامل، الذي يجمع بين وجهة نظر المستهلك (المريض) الإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة الصحية، مع التركيز أكثر على وجهة النظر الأولى وضرورة قيام المؤسسات الصحية بتقييم جودة خدماتها المقدمة، بالإضافة إلى ضرورة اخذ الاقتراحات كل من أفراد الطاقم الطبي وشبيهه طبي في تحقيق الجودة، والعمل على كشف المشاكل التي دون تقديمهم لخدمات صحية ذات جودة.

وكان الهدف من هذه الدراسة:

- عرض واقع الصحة في الجزائر عامة وفي ولاية البويرة بشكل خاص.
- معرفة قيام المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة.
- الوقوف على الظروف عمل أفراد الطاقم الطبي وشبيهه طبي، ومعرفة اقتراحاتهم ولتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وانطلقت هذه الدراسة من تساؤل رئيسي وهو:

– ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، في ظل الإصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؟

ويتفرع هذا التساؤل الرئيسي إلى الأسئلة الفرعية التالية:

- كيف يتم تقييم الجودة في المؤسسات الصحية؟
- ما مدى قيام المؤسسة الاستشفائية العمومية "بالأخضرية" جودة خدماتها الصحية المقدمة في ظل أهمية هذه العملية لإشباع الحاجات الصحية للمستهلكين (المريض) وتحقيق رضاهم؟
- ما هي المشاكل التي تواجه أفراد الطاقم الطبي والشبه طبي لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية؟

وقد تم طرح جملة من الفرضيات وهي:

- يتم تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالاعتماد على مدى توفرها على الإمكانيات المادية والبشرية (أجهزة ومعدات طبية، أطباء...الخ).

- تقوم المؤسسات الاستشفائية العمومية بالأخضرية بتقييم جودة خدماتها الصحية على مستويات محدودة.
 - يمثل نقص الإمكانيات المادية (الأجهزة والمعدات الطبية) المشكل الأساسي الذي يعرقل أفراد الطاقم الطبي وشبه طبي عن تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية.
 - يرى اغلب المرضى أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية منخفض.
- وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبيان والمقابلة كأداة للدراسة بالإضافة إلى الكتب العربية والأجنبية، الرسائل والأطروحات الجامعية، التقارير الدولية والمحلية لمعالجة الجانب النظري والتطبيقي للدراسة.
- تمثل مجتمع الدراسة في أفراد الطاقم الطبي والشبه طبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، وقد تم اختيار عينة حيث بلغ عدد الأطباء 80 طبيب، في حين بلغ أفراد الطاقم الشبه طبي 209 وقد تم إجراء مسح شامل لأفراد الطاقم الطبي وشبه طبي.
- وقد توصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج نذكر أهمها:
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من خدمات الأطباء، وخدمات الممرضين وخدمات الأقسام الأخرى، بالاعتماد على مجموعة من المداخل هي: مدخل رضا المستهلكين (المرضى) الذي يتم من خلال الاعتماد على معايير التقييم الاستجابية والمعمولية، التأكيد والملموسية واللباقة. بالإضافة إلى المدخل الهيكلي الذي يشير إلى مدى تناسب القوى العاملة في المؤسسات الصحية والأجهزة والمعدات داخلها، مع الخدمات المطلوبة لدى المستهلكين (المرضى) ومدخل عمليات وخطوات الرعاية الطبية ومدى تتابعها وتناسقها. بالإضافة إلى مدخل النتيجة النهائية من خلال المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمرضى الناتجة عن أداء عمليات الرعاية الصحية.
 - وطرحت في ختام الدراسة مجموعة من الاقتراحات:
 - توفير الإمكانيات المالية الكافية للمؤسسة الاستشفائية لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة.
 - توفير العدد الكافي من الأطباء والطاقم شبه طبي.

- توفير الأجهزة والمعدات الطبية الكافية من حيث العدد والنوعية¹.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون هذه الدراسة ركزت على اخذ اقتراحات الطاقم الطبي وشبه طبي في تحقيق الجودة، وقد أفادت دراستنا في التعرف على المشكل الأساسي الذي يعرقل عملية تقديم خدمات ذات جودة عالية.

5. الدراسة الخامسة: إدارة الجودة الشاملة في الجزائر تقييم أداء جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالجزائر

من انجاز توهامي سهام، من كلية الحقوق والعلوم السياسية، تخصص سياسات عامة وتنمية، وهي مذكر مكملة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، أنجزت سنة 2017-2018 بجامعة د. مولاي الطاهر، سعيدة-الجزائر، هي دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بالعين الصفراء. تكمن أهمية الدراسة في تركيزه على دور إدارة الجودة الشاملة في تطوير المؤسسات الصحية، وكيفية رفع جودة الخدمات الصحية لتحقيق رضا المريض وتحقيق المؤسسات الصحية لأهدافها بالكيفية المطلوبة ذلك بالتعرف على قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ومدى توافرها مع احتياجاتهم ورغباتهم. كما هدفت هذه الدراسة إلى تعرف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية. وتوضيح مفهوم الجودة وتطبيقها في المؤسسات الصحية وعرض واقع قطاع الصحة العامة في مدينة عين الصفراء ولاية النعامة على وجه الخصوص.

وقد انطلقت الدراسة من تساؤل رئيسي وهو كالاتي:

- كيف يمكن تحسين جودة أداء الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف؟

وانبثق هذا التساؤل الرئيسي من مجموعة من الأسئلة الفرعية تمثلت في:

- ما المقصود بإدارة الجودة الشاملة؟
- ما معنى جودة الخدمات الصحية؟
- ما هي تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية؟
- فيما يتمثل واقع جودة الخدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية؟

وقد تم طرح جملة من الفرضيات وهي:

¹ خامت سعدية، عجو نورة: تقييم جودة خدمات صحية في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، تخصص تسويق، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماستر، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم تسيير، جامعة اكلي اولحاج، البويرة. الجزائر، 2011. 2012.

- ترتبط الجودة الشاملة بمدى تحسن الخدمات الصحية المقدمة.
- جودة الخدمة الصحية تتمثل في تحقيق رضا المريض وتطوير أداء العمل داخل المؤسسة.
- كسب رضا المريض والموظفين خصوصا من خلال تحسين بيئة العمل التي تظهر من خلال ما يطلق عليه الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف.
- وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج التاريخي والمنهج الوصفي التحليلي والمنهج دراسة الحالة واستخدمت الاستمارة والملاحظة والمقابلة كأدوات للدراسة.
- وتوصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج نذكر أهمها:
- تعد الجودة وسيلة تنافسية هامة، تطور مفهومها عبر عدة مراحل بدءا من مرحلة الفحص، ثم ضبط الجودة إلى مرحلة تأكيد الجودة، وأخيرا مرحلة إدارة الجودة الشاملة.
- تعتبر الخدمة الصحية مجموعة الخدمات الاستشفائية أو العلاجية أو التشخيصية التي تقدمها المؤسسات الصحية للأفراد، بهدف تحقيق رغباتهم وحاجياتهم الصحية.
- هناك اهتمام من طرف الأطباء في المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بالحالة الصحية للمرضى.
- وطرح في الختام دراستها مجموعة من التوصيات نذكر أهمها:
- توفير الإمكانيات المادية الكافية للمؤسسة العمومية الاستشفائية لتحقيق جودة الخدمات الصحية وتوفير عدد كافي من الأطباء والأخصائيين حسب حاجات المرضى.
- تحسين طرق التسيير في المؤسسة الاستشفائية¹.
- وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون هذه الدراسة ركزت على دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين وتطوير جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية، وقد أفادت دراستنا من خلال أنها كشفت وبينت لنا معنى جودة الخدمات الصحية كما عرضت لنا واقع الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية.

¹ توهامي سهام: إدارة الجودة الشاملة في الجزائر، تقييم أداء جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص سياسيات عامة وتنمية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، بجامعة د. مولاي الطاهر، سعيدة - الجزائر، 2017 . 2018.

6. الدراسة السادسة: تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون

من انجاز شاذلي إبراهيم كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماستر، أنجزت سنة 2018-2019، بجامعة محمد خيضر، بسكرة-الجزائر، وهي دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات رزيق يونس (العالية).
تکمن أهمية الدراسة في:

- ضرورة تقييم جودة الخدمات الصحية لإبراز مدى تحقيق الأهداف.
- التعرف على مستوى الأبعاد الخدمة ودورها ومدى رضا الزبون.
- أهمية القطاع وما يمثله من أبعاد اقتصادية واجتماعية وسياسية... الخ.
- وكان الهدف من هذه الدراسة:
- توضيح المفاهيم النظرية لجودة الخدمة الصحية.
- تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للزبون.
- تسليط الضوء على واقع جودة الخدمات الصحية للعيادة المتعددة الخدمات.
- وانطلقت هذه الدراسة من تساؤل رئيسي وهو:
- ما هو مستوى تقييم المريض (الزبون) لجودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية؟
- ويتفرع هذا التساؤل الرئيسي إلى الأسئلة الفرعية التالية:
- ما مفهوم الخدمات الصحية؟
- ما هي أبعاد جودة الخدمات الصحية؟
- ما المقصود برضا الزبون؟
- ما هي متطلبات تقييم الخدمات الصحية؟
- ما هي الكيفية التي يمكن أن تقاس بها جودة الخدمات الصحية؟
- وقد تم طرح جملة من الفرضيات وهي:
- تقييم جودة الخدمات الصحية تقييما متوسطا من طرف الزبون من حيث بعد الاعتمادية.
- تقييم جودة الخدمات الصحية تقييما متوسطا من طرف الزبون من حيث بعد الاستجابة.
- تقييم جودة الخدمات الصحية تقييما متوسطا من طرف الزبون من حيث بعد الضمان.
- تقييم جودة الخدمات الصحية تقييما متوسطا من طرف الزبون من حيث بعد الملموسية.
- تقييم جودة الخدمات الصحية تقييما متوسطا من طرف الزبون من حيث بعد التعاطف.

توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج نذكر أهمها:

- اختلاف رضا الزبائن باختلاف أعمارهم فالكبار أكثر رضا من أقل عمرا والسبب مواكبة الكبار للزمن السابق الأقل تقنية، من خلال بعد الاعتمادية الذي كان متوسطا من حيث التقييم فإننا نجد العيادة تقدم الخدمات بدرجة عالية الدقة وتلتزم بالمواعيد المحدد إلا انه هناك ضعف في تقديم الخدمات بطريقة ملائمة.

وتم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وباستخدام أسلوب دراسة الحالة واستخدمت الاستبيان والملاحظة بالمشاركة كأدوات للدراسة بالإضافة إلى الاستعانة بالكتب والمجلات والدوريات العربية والأجنبية والقوانين والنصوص التنظيمية لمعالجة الجانب النظري والتطبيقي للدراسة.

وتمثل مجتمع الدراسة في الزبائن المستفيدين من الخدمة في العيادة المتعددة الخدمات (رزيق يونس العالية)، وقد تم اختيار عينة عشوائية من مجتمع الدراسة قدر عددها 50.

وطرح في ختام دراسته مجموعة من الاقتراحات:

- التركيز على الإنفاق بطريقة ملائمة ومناسبة مع مراعاة للموارد المتاحة للعيادة لتلبية احتياجات المريض بطريقة فعالة.
- توفير وجلب الأطباء الأخصائيين.
- الاهتمام بالعتاد الطبي وتحديثه وطريقة العمل لتحقيق جودة الخدمات الصحية والارتقاء بها¹.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون هذه الدراسة ركزت على تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون والتعرف على أبعاد جودة، وقد أفادت دراستنا من خلال أنها كشفت لنا واقع جودة الخدمات الصحية في العيادة المتعددة الخدمات.

¹ شاذلي إبراهيم: تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2018 .
2019.

7. الدراسة السابعة: دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية

من انجاز بن جامع سناء ومخالفه لبنة، من كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، وهي مذكرة لنيل شهادة الماستر، أنجزت سنة 2018-2019، بجامعة 8 ماي 1945، قالمة-الجزائر، وهي دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة.

تكمن أهمية الدراسة في تركيزها على إبراز مدى تطور هذا القطاع في الجزائر، وما يتطلبه من النفقات من أجل تحقيق الأهداف المتوخاة منها، ومعرفة مدى تجلي الإصلاحات الصحية التي اعتمدها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في القطاع الصحي العمومي ولمس الإضافة التي تحققت من خلال هذه الإصلاحات اخذ صورة عن الواقع الصحي بصفة عامة في الجزائر.

كما هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على ماهية التمويل الصحي والخدمات الصحية والكشف عن التدابير الإصلاحات الصحية، كما تحليل العلاقة بين التمويل الصحي وجودة الخدمات الصحية المقدمة. وقد انطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي كالاتي:

- إلى أي مدى يساهم التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية؟
وانبثق هذا التساؤل الرئيسي من مجموعة من الأسئلة الفرعية التي تمثلت في:

- ما المقصود بالتمويل الصحي؟
 - ماهي مصادر التمويل الصحي؟
 - ما معنى الخدمات الصحية وجودة الخدمات الصحية؟
 - ما مدى اهتمام المؤسسة محل الدراسة التطبيقية بتحسين جودة الخدمات المقدمة؟
- وقد تم طرح جملة من الفرضيات وهي:

- مدى امتلاك المؤسسة استراتيجية تحسين جودة الخدمات الصحية.
- ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية أثر إلى تحسين خدمات الصحية.
- مدى امتلاك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية.

وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت الاستمارة والملاحظة والمقابلة كأدوات للدراسة. بالإضافة إلى الاستعانة بالكتب والمقالات والأبحاث والرسائل الجامعية.

تمثل مجتمع الدراسة في عينة من أعوان الإدارة رؤساء مصلحة رؤساء الأطباء الممرضين. وقد تم اختيار عينة منهم بطريقة عشوائية قدر عددها ب 30 مفردة.

وتوصلت الباحثتين إلى مجموعة من النتائج نذكر أهمها:

- تقوم المؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة بتحسين جودة خدماتها من خلال التركيز على تقييم الجانب الفني من خلال وضع إحصائيات دورية لمستوى الخدمات الصحية المقدمة، في حين أهملت جانب وجهة نظر الزبائن في تحسين جودة خدمات المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية.
- الضغط الكبير التي تعرفه المؤسسة الاستشفائية خاصة قاعات الانتظار جعلها توجه زبائنها إلى مؤسسات استشفائية أخرى، والسبب يعود إلى سوء التسيير والتنظيم الجيد.
- الأسعار المقدمة للاستفادة من الخدمات الصحية منخفضة مقارنة بالتكاليف الخدمات.
- من أبرز المشاكل التي وجدت ضمن ظروف العمل التي تعرقل عمل الطاقم الطبي والشبه الطبي، هو نقص الأمن بالمؤسسة الاستشفائية.
- سعي المؤسسة الاستشفائية إلى إحداث جملة من التغييرات من شأنها تحسين صورة المؤسسة لدى محيطها الخارجي.

وفي الختام طرحنا مجموعة من التوصيات أهمها ضرورة تجهيز المستشفى بأحدث لمعدات والتجهيزات الطبية المتطورة والاهتمام أكثر بالتكوين نظرا لنقص الكفاءات في المستشفى وزيادة الاهتمام بالجودة وفن الرعاية المقدمة للمرضى¹.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون أنها ركزت على دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية وقد أفادت دراستنا من خلال أنها كشفت وسلطت الضوء على واقع الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة وهو نفس المكان الذي سنقوم بإجراء دراستنا الميدانية فيه.

8 . الدراسة الثامنة: تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية من وجهة نظر المريض

من انجاز فتحي مجناح ومحمد قنفود، من كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، تخصص تسيير عمومي، وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماستر، أنجزت سنة 2018-2019، بجامعة محمد بوضياف، مسيلة-الجزائر، وهي دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية مسيلة (الزهاوي).

¹ بن جامع سناء ومخالفة لبننة: دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945، قالمة-الجزائر، 2018-2019. احتياجاتهم.

تكمُن أهمية الدراسة الموضوع في تركيزه على دور القطاع الصحي في التنمية المجتمعية وذلك لارتباطه بصحة الإنسان الذي له الدور الفعال في دفع عجلة التطور وأيضا فهم دور الجودة في تحقيق رضا المواطن من خلال التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية للمرضى ومدى توافقها وتطابقها مع كما هدفت الدراسة إلى الإحاطة بمختلف المفاهيم المتعلقة بجودة الصحية، كما الإحاطة بأبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض وإسقاط هذه الأبعاد على المؤسسة محل الدراسة بهدف اكتشاف الفجوات الموجودة في تقديم الخدمة الصحية على مستوى المؤسسة.

وانطلقت الدراسة من تساؤل الرئيسي وهو كما يلي:

- ما هو مستوى الخدمة الصحية في المؤسسة محل الدراسة من جهة نظر المريض؟
وانبثق هذا التساؤل من مجموعة من الأسئلة الفرعية التي تمثلت في:

- ما مفهوم الخدمة الصحية؟
- ما هي معايير جودة الخدمة الصحية؟
- ماهي الأساليب المستخدمة في قياس جودة الخدمة الصحية؟
- ما تقييم المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية الزهراوي من خلال الأبعاد المعتمدة في هذا الإطار؟

وقد تم طرح جملة من الفرضيات وهي:

- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة تقييم إيجابي من وجهة نظر المرضى.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الملموسية في المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة تقييم إيجابي من وجهة نظر المريض.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاعتمادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة تقييم إيجابي من وجهة نظر المريض.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاستجابة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة تقييم إيجابي من وجهة نظر المريض.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الأمان في المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة تقييم إيجابي من وجهة نظر المريض.

• يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر التعاطف في المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة تقييم إيجابي من وجهة نظر المريض.

وتم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت الدراسة استمارة الاستبيان والمقابلة والملاحظة بالإضافة إلى الاستعانة بالكتب والمقالات والأبحاث ورسائل الجامعة.

وتمثل مجتمع الدراسة من العينة من المستفيدين من خدمات هذه المؤسسة، وتم اختيار عينة بطريقة عشوائية وليس مختارة.

وتوصل الباحثان إلى مجموعة من النتائج نذكر أهمها:

- تعتبر الخدمات الصحية عن الخدمات العناية والتشخيص بالمؤسسات الصحية.
- المريض هو محدد الأساسي للحكم على جودة خدمات القطاع العام بمختلف حقوله.
- وجود انطباع إيجابي من طرف المرضى على جودة الخدمات المقدمة إليهم. ومنه يمكن الحكم بأن أفراد عينة الدراسة يقيمون الخدمات المقدمة لهم من ناحية كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية تقييماً إيجابياً.

وطرحت في ختام مجموعة من التوصيات نذكر أهمها:

- يجب أن تكون هناك نظام رقابي مستمر داخل المؤسسة داخل المؤسسة الصحية لضمان حسن تقديم خدماتها وكذا التعرف على متطلبات المواطن لتحديد مواصفات الخدمة الصحية المطلوبة ووضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين¹.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون أن هذه الدراسة ركزت على دور الجودة في تحقيق رضا المواطن وقد أفادت دراستنا من خلال أنها كشفت لنا أبعاد جودة الخدمات الصحية وإسقاط هذه الأبعاد على المؤسسة الاستشفائية كشفت لنا الفجوات الموجودة في تقديم الخدمات الصحية.

9. الدراسة التاسعة: أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظة غزة

من انجاز بلال جمال محمد الجدي من كلية التجارة، تخصص إدارة أعمال، وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، أنجزت سنة 2018-2019، غزة-فلسطين.

¹ فتحي مجناح ومحمد قنفود: مرجع سابق،

وتكمن أهمية الدراسة في التعرف على مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة للمواطن في محافظات غزة من قبل المستشفيات الأهلية، وأن تكون مرجعا يسترشد به المدراء والعاملون في المستشفيات الأهلية، ويساعدهم على تحسين وتطوير الخدمات الصحية من أجل الحصول على درجات عليا من رضا المرضى. كما هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة، وكذا مستوى رضا المرضى وتحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى.

وقد انطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي التالي:

- ما مدى تطبيق جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية؟
- ما مدى رضا المرضى عن الخدمات الصحية؟
- ما العلاقة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، المستشفى)؟
- ما تأثير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة على رضا المرضى في تلك المستشفيات؟

وتتطلب الإجابة عن الإشكالية وأسئلتها وضع الفرضيات التالية:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a < 0.05$) بين الملموسية ورضا المرضى في المستشفيات.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a < 0.05$) بين الاعتمادية ورضا المرضى في المستشفيات.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a < 0.05$) بين الاستجابة ورضا المرضى في المستشفيات.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a < 0.05$) بين الضمان ورضا المرضى في المستشفيات.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a < 0.05$) بين التعاطف ورضا المرضى في المستشفيات.

وقد اعتمدت الدراسة على المنهج التوضيحي التفسيري والوصفي التحليلي، ولجمع البيانات استخدم الباحث الاستبيان، بالإضافة إلى الكتب العلمية والأبحاث المحكمة ورسائل الماجستير لمعالجة الجانب النظري والتطبيقي للدراسة.

بناء على الدراسة النظرية والميدانية تم التوصل إلى النتائج التالية:

- أظهرت الدراسة انه فعلا هناك علاقة بين مؤشرات جودة الخدمة الصحية ومستوى الأداء المطلوب غير أن قوة هذه العلاقة يختلف تأثيرها من مؤشر لآخر، فنجد قوة هذه العلاقة لها تأثير إيجابي على جميع المؤشرات.
 - أظهرت نتائج اختيار الفرضيات مدى اتفاق استجابات أفراد العينة على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى حيث لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في متوسطات أفراد العينة أداة الدراسة ككل تعزي للمتغيرات التالية الجنس، المؤهل العلمي العمر الدخل الشهري (المستشفى).
 - وعلى ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة قدمت الباحثة عددا من التوصيات أهمها:
 - وضع نظام فعال لتلقي الشكاوي المرضى يضمن سرعة الرد عليها وعلاجها.
 - كسر الحاجز بين الأطباء والمرضى وخلق لغة الحوار وتوصية الطاقم الطبي بعدم التحدث مع المرضى بلغة أجنبية لا يفهمونها¹.
- ترتبط هذه الدراسة بدراستنا في أنها ركزت على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات وبهذا فهي مدعمة لدراستنا من خلال النتائج التي توصلت إليها وخاصة إبراز مراتب أبعاد جودة الخدمات الصحية حيث احتل بعد التعاطف المرتبة الأولى ثم الضمان ثم الاستجابة.

¹ بلال جمال محمد الجدي: اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظة غزة، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة . فلسطين، 2018 .
2019.

الفصل الثاني

المقاربات النظرية المفسرة للدراسة

أولاً: المقاربات النظرية المفسرة للجودة 

ثانياً: المقاربات النظرية المفسرة للخدمات الصحية 

أولاً: المقاربات النظرية المفسرة للجودة

1. نظرية إدوارد ديمينج

يعود الفضل لهذا العالم في إرساء قواعد الجودة الشاملة في اليابان وخاصة في فترة السبعينات من القرن العشرين، وبمساعدة كل من Josephm Juran و W.Edwards وذلك بجعل الجودة أولوية تنافسية، فقد كانت الفلسفة تكون مسؤولية الإدارة العليا، ويقع على عاتق الإدارة اكتشاف الجودة وحلها، وكانت إسهامات ديمينج في مجال الجودة ما يلي:

أ. مبادئ ديمينج الأربعة عشر

- تبني المنظمة لفلسفة تقوم على أساس تحقيق أعلى جودة في منتجاتها.
- شدة المنافسة تدعو المنظمة إلى تبني سياسة تطوير وتحسين مستمرين لمنتجاتها وخدماتها.
- تغيير هدف الرقابة من كشف الأخطاء إلى رقابة وقائية تهدف إلى منع الأخطاء.
- توطيد العلاقة بين المورد.
- التركيز على عملية تعليم وتدريب المستثمرين.
- التوجه إلى سياسة التقييم على أساس الجودة النوعية.
- تنمية صفة القيادة عند المديرين فالقائد هو مدرب وليس قاض عليه يقع عبئ تحديد الانحرافات والتعرف على أسبابها.
- الابتعاد عن فكرة وسياسة تحقيق الربح بأي وسيلة كانت.
- إزالة كافة العوائق والحواجز التي تمنع العاملين من تحقيق انجازاتهم.
- السعي نحو حل كافة الصراعات القائمة بين العاملين.
- التركيز على عملية التطوير والتحسين الذاتي لدى العاملين.
- توفير عنصر الاستقرار الوظيفي للعاملين.
- إحداث تغيير جذري في الهيكل التنظيمي للمنظمة.
- ترسيخ مبادئ إدارة الجودة الشاملة السابقة لدى العاملين على الالتزام بها بشكل دائم ومستمر¹.

ب. الأخطاء التنظيمية السبعة

- التركيز على أهداف الربح القصير.

¹ زيد منير عبوي: إدارة الجودة الشاملة، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 83.

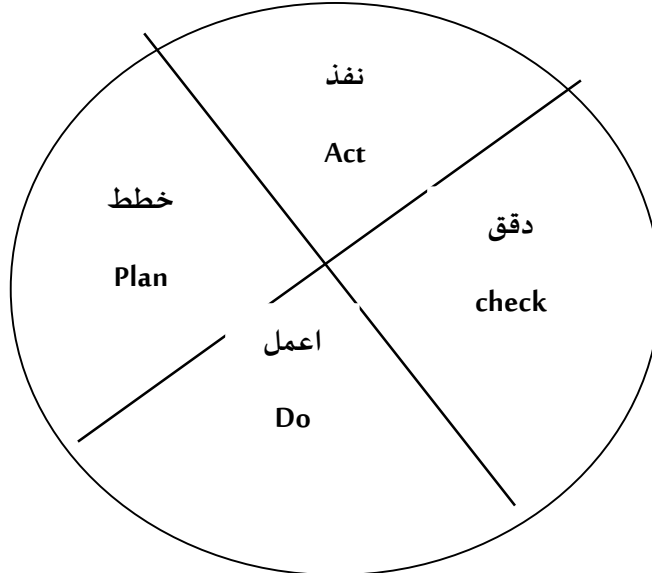
- عدم ديمومة مثل الهدف اتجاه التحسين.
- عدم كفاية أنظمة التقييم الأداء للعاملين والأساليب والأسس التي تستند إليها في تحديد الجدارة.
- التغيير المستمر في الإدارات العليا.
- عدم بناء الجودة في المنتج منذ الخطوة الأولى.
- كلف ضمان المنتج المرتفع التي تتحملها المنظمات.
- إدارة المنظمة على أساس الأرقام الملموسة فقط بمعنى اتخاذ القرارات في ضوء البيانات المتاحة وتجاهل البيانات التي تحتاج إلى جهة التحليل.

ج. دائرة ديمينج

إن دائرة ديمينج هدفها الأساسي يتمثل في الربط بين المنتج وبين حاجات المستهلك، وبحدود الموارد المتاحة في جميع أقسام المنظمة، لأن العمل المنسق بين هذه الأقسام يكون كفيلاً بإشباع حاجات المستهلك، وتبدأ دائرة ديمينج بالتخطيط للمنتج اعتماداً على بحوث السوق التي أسبقت من المستهلك الخارجي وإنتاج المطلوب ومن ثم إجراء عملية الفحص للتأكد من مطابقة المنتج للخطة وذلك عن طريق التنفيذ الفعلي لهذه الخطة وبعد التنفيذ تأتي عملية التدقيق مع متطلبات الأساسية ومن ثم العمل أي التصنيع¹.

وفيما يلي شكلاً يوضح هذه الدائرة:

شكل رقم (1): يبين دائرة ديمينج Demming.



المصدر: زيد منير عبوي: إدارة الجودة الشاملة، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 86.

¹ المرجع السابق، ص 84-85.

هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال انه لتحقيق أعلى جودة في أداء الخدمات الصحية داخل المؤسسة الصحية، يجب أن يكون هناك تركيز على عملية التدريب والتعليم المستمرين وكذلك إزالة العوائق والحواجز بين العاملين كل هذا يسمح بتحقيق أداء جيد لهم وهذا بدوره يؤثر على الخدمات الصحية التي يقدمونها للمرضى، وعليه فان الجودة في أداء الخدمات الصحية مرتبط بالعاملين والإدارة معا.

2. نظريه جوزيف جوران: من الرواد الأوائل في مجال إدارة الجودة الشاملة، حيث يعتقد بأن التحسين المستمر والإدارة المتداخلة والتدريب تكون وقواعد أساسية لتحقيق التمييز في الجودة. حيث كان له مجموعة من الإسهامات وكان أول من استخدم مخطط باريتو. ومن أهم إسهاماته ما يلي:

أ. الخطوات العشر لتحسين الجودة

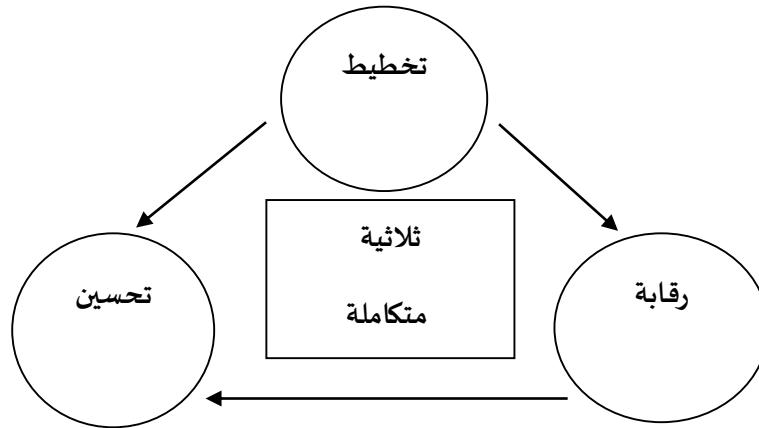
- بث أهمية التحسين في الأفراد العاملين واعتبار الجودة حاجة أساسية.
- وضع سياقات معينة لتحقيق التحسين.
- تعبئة وإعداد النظام الذي يلاءم الأهداف الموضوعية.
- القيام بعمليات التدريب.
- وثق ما عملت.
- تحسين الجهود المبذولة بخاصة المتميزة.
- الاحتفاظ بالسجلات خاصة بالنتائج النهائية لكل من العاملين والأقسام.
- توضيح الأساليب الممكنة الاعتماد عليها في حل المشكلات.
- العمل المستمر والدعوب بتحقيق أفضل النتائج.
- اتساع عمليات التحسين في جميع أقسام المنظمة.

ب. ثلاثية جوران

حيث ربط مسألة الجودة وتحسينها بمدى كفاءة الإدارة حيث أن له مقولة شهيرة مفادها أن "تحقيق الجودة لا يكون بالعمل الارتجالي فالجودة لا تأتي بالصدفة بل تحقيقها من خلال كفاءة ثلاثية"¹. وفيما يلي شكلا يوضح هذه الثلاثية:

¹ المرجع السابق: ص 86.

شكل رقم (2): يبين ثلاثية إدارة الجودة عند جوران.



المصدر: زيد منير عبيوي: إدارة الجودة الشاملة، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 88.

ج. مبادئ إدارة الجودة:

- التحسين المستمر.
- التزام الإدارة العليا بالجودة.
- اعتماد التدريب الواسع والمكثف¹.

هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أن الجودة في المؤسسات عامة وفي المؤسسة الصحية خاصة، هي عملية أساسية يجب أن تعمل على تطبيقها الإدارة المتمثلة في المشرف على كل مصلحة في المؤسسة الصحية، والجودة لا تأتي من فراغ يجب أن يكون هناك تخطيط من طرف الإدارة لتحقيق جودة الخدمات الصحية التي تقدمها للمرضى والعمل على تحسينها إذا تطلب الأمر.

3. نظرية مالكوم بالدرج

يعتبر مالكوم بالدرج أحد رواد إدارة الجودة الشاملة الأمريكية التي خصت جائزة باسمه، ويرى بالدرج أن الجودة الشاملة هي ثورة على القديم وتغيير شامل لكل مكونات المنظمة وذلك بهدف:

- إرضاء العميل من خلال تقديم جودة عالية وبشكل مستمر.
- تقديم المنفعة والخير للبيئة والبعد عن أي تصرف يضر بها.

¹ أحمد بن عيشاوي: إدارة الجودة الشاملة (TQM) الأسس النظرية والتطبيقية والتنظيمية في المؤسسات السلعية والخدمية، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 35.

أ. المبادئ السبعة

- ضرورة توفير القناعة الكافية لدى الإدارة العليا بجدوى وفائدة الإدارة الشاملة مع التركيز على أهمية الدور الذي تقوم به الإدارة الوسطى والمباشرة.
- ضرورة تحقيق الجودة مترابطة مع اشتغالها على العناصر التالية:
 - ✓ ثقافة تنظيمية جديدة.
 - ✓ أهداف استراتيجية بعيدة المدى.
 - ✓ تغييرات جذرية على الأداء التنظيمي.
- وضع نظام للمعلومات يمكن من توفيرها في الوقت المناسب مع التحديث المستمر لها.
- إعادة تصميم العمليات بما يضمن توفير درجة عالية من المرونة والسرعة في العمل، التأكد على تحسين مستمر لجودة العمليات.
 - ✓ استخدام سجلات المستندات لأغراض الرقابة والنظم.
 - ✓ تصميم جميع العمليات بشكل يؤدي إلى تلبية رغبات واحتياجات العملاء.
 - ✓ التأكيد على وجوب منع الأخطاء في العمليات.
- إدارة وتنمية الموارد البشرية بما يضمن:
 - ✓ مشاركة العاملين وإدماجهم في تخطيط الجودة الشاملة.
 - ✓ تبني أسلوب فرق العمل بهدف تحقيق التعاون والجهود المشتركة.
 - ✓ العناية بصحة العاملين.
 - ✓ تبني سياسة تقييم وقياس أداء العاملين.
- وضع النظام لقياس التقييم مستوى الجودة المنجز في جميع العمليات بشكل يضمن مقارنة سليمة بين مستوى جودة المنظمة ومستوى الجودة الذي يحققه المنافسون¹.

أن تحقيق رضا المستهلك يتطلب معه:

 - ✓ التفاعل المستمر مع العميل من خلال الاتصال به.
 - ✓ قياس ردود فعل العامل واتجاهاته وشعوره نحو المنظمة.

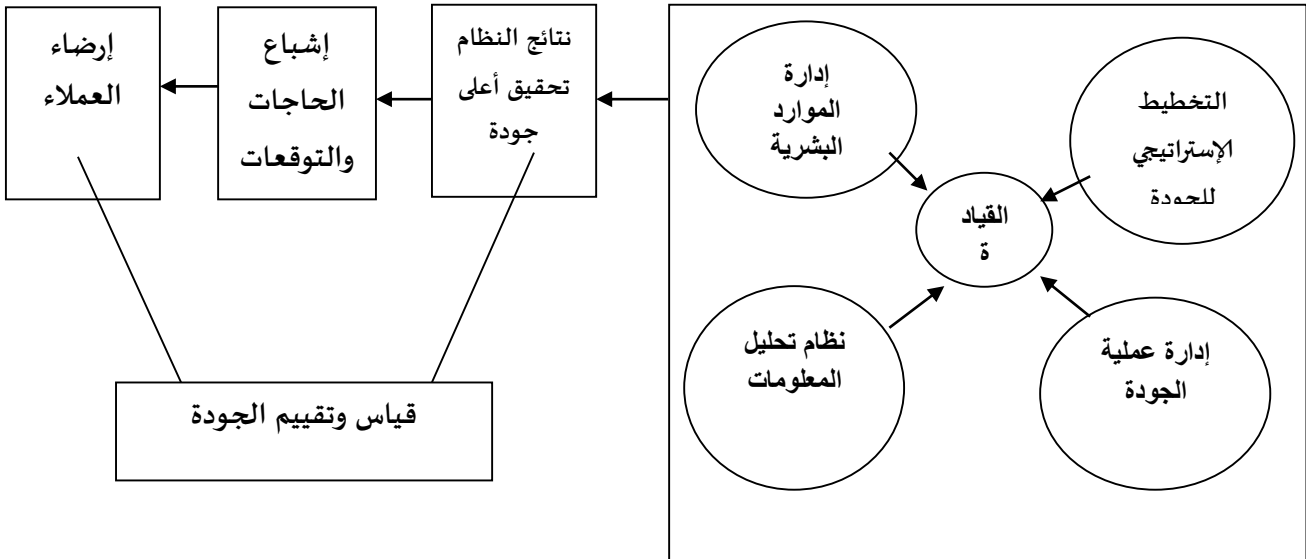
¹ ماضي ريمة، سريدي عقيلة: دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق ميزة تنافسية للمؤسسة الاقتصادية الجزائرية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم اجتماع تنظيم وعمل، جامعة 8 ماي 1945، قالمة. الجزائر، 2011-2012، ص

✓ تحديد ودراسة احتياجات ومتطلبات العملاء.

✓ ضرورة المقارنة بين مستوى رضا العملاء المنظمة مع رضا العملاء في المنظمات المنافسة¹.

وفيما يلي شكلاً يوضح مقارنة مالكوم بالدرج:

الشكل رقم(3): يبين مكونات مقارنة بالدرج.



المصدر: زيد منير عبوي: إدارة الجودة الشاملة، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 91.

هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من حيث أن جودة الخدمات الصحية تقوم على مبادئ كما حددها مالكوم بالدرج، من خلال التركيز على المستفيد الذي يعد الركيزة الأساسية لنجاح أي مؤسسة صحية من خلال إرضاء المريض وتقديم خدمات ذات جودة عالية له.

4. نظرية فيليب كروسبي

يعتبر فيليب كروسبي من أشهر رواد الجودة وأساليب تطويرها، حيث قام بتأسيس كلية متخصصة للجودة، وأشتهر أكثر Crosby من خلال كتابه Quality Is free سنة 1980²، ويعتبر أول من نادى بفكرة "صناعة بلا عيوب"، ويؤكد كروسبي بأن هذا البرنامج لا يعني العاملين لا يخطئون ولكنه يعني أن المنشأة يجب أن تتوقع عدم خطأ العاملين، وهو يؤمن بأنه إذا لم يتم تحقيق مستوى صفر من العيوب فلن تستطيع

¹ المرجع السابق: ص 46.

² أنوار سليمان كمال غنم: أثر تكاليف الجودة على الأداء المالي في شركات الخدمة الأردنية المدرجة في بورصة عمان، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في المحاسبة، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2020، ص 23.

تحقيق هذا الهدف على الإطلاق. وتستند الأفكار الأساسية لكروسيبي في غدارة الجودة الشاملة على أربعة أسس رئيسية وهي:

- إن مفهوم الجودة هو المطابقة مع المتطلبات الأساسية.
- أن معيار أداء الجودة هو لا عيوب مطلقا (الأخطاء الصفرية).
- أن الجودة تتحقق بالوقاية أكثر من تقييم الأداء.
- أن الجودة تقاس بثمن متحقق من عدم التطابق مع المتطلبات أو المعايير وليس بمؤشرات أخرى¹.

ويتكون نموذج كروسيبي في الجودة من تسعة عناصر يمكن تلخيصها فيما يلي:

- ✓ الالتزام الثابت بالجودة من قبل الإدارة العليا بالجودة.
- ✓ تكوين فريق لتحسين الجودة.
- ✓ استخدام القياس كأداة موضوعية.
- ✓ تحديد تكلفة الجودة.
- ✓ إزالة معوقات الاتصال الفعال.
- ✓ اتخاذ الإجراءات التصحيحية.
- ✓ التخطيط السليم لإزالة العيوب في المنتج.

التركيز على تحسين الجودة ومكافئة من يقدم جهودا غير عادية في تطويرها.

الاستمرار في عملية تحسين الجودة وذلك عن طريق تكرار العمليات السابقة لكي تعطي للموظفين تشجيعا مستمر لإزالة المعوقات الجودة وتحقيق أهداف المنشأة ويمكن تحقيق هذه المبادئ من خلال عده آليات منها: زيادة الوعي بأهمية الجودة وتحديد يوم خاص لأهمية شعار صناعة بلا عيوب، والتركيز على تدريب المشرفين والموظفين على القيام بدورهم في تحسين الجودة وتحديد الأهداف، وتكوين مجالس للجودة تكون من مهامها التنسيق بين فرق تطوير، وتحفيز الأفراد على الابتكار الفردي داخل التنظيم².

كما يرى كروسيبي أن قياس الجودة يتطلب قياس تكلفتها التي قامت بتقسيمها إلى فئتين:

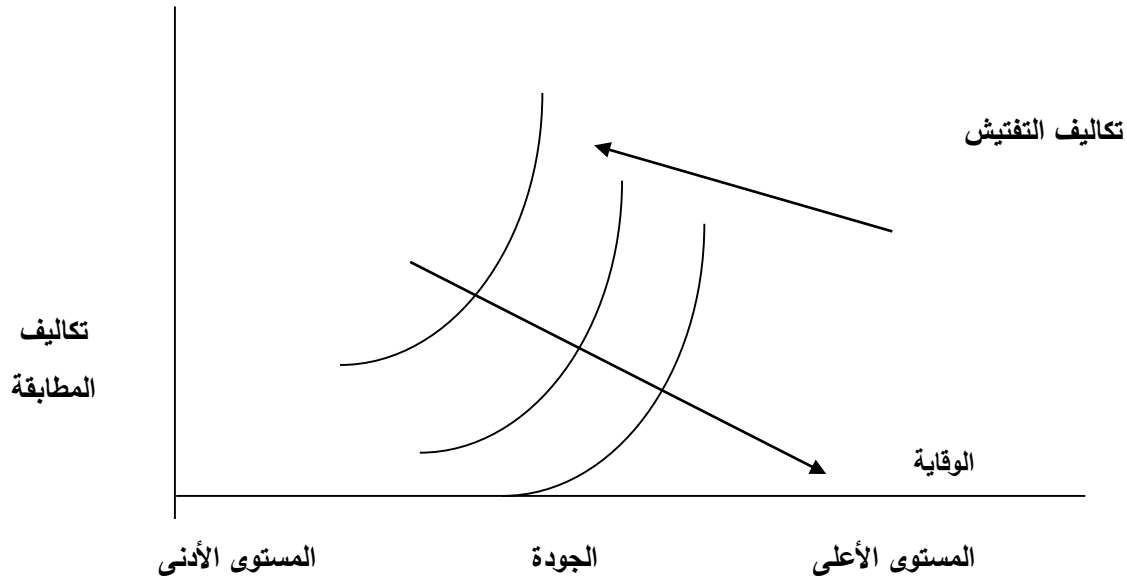
- **ثمن المطابقة:** ويشمل تكلفة التعليم والتدريب والوقاية بالإضافة إلى تكاليف التقويم والاختبار والتفتيش.

¹ مصطفى يوسف الكافي: إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، الابتكار للنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص109.

² أحمد بن عيشاوي: مرجع سابق، ص 36.

- ثمن عدم المطابقة: ويشمل تكاليف الخدمات القانونية والاستحقاقات وفقدان المستفيدين¹.

الشكل رقم(4): يبين تفسير كروسبي لتكاليف الجودة.



المصدر: أنجس لينغ، وآخرون: ت صلاح محمود نياي، عابد المعلا: إدارة وتسويق الخدمات الصحية **Managing and marketing Health service**، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2013، ص 111.

هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أنه لتحقيق جودة الخدمة الصحية يجب أن تتوفر مجموعة من العناصر، وفي مقدمتها التركيز على فكرة الصناعة بلا عيوب، ويعني ذلك لتحقيق الجودة يجب أن يكون مستوى صفر من العيوب وإلا لن نستطيع تحقيق هذا الهدف، فالجودة يجب أن تستند على ركائز أساسية تخص العاملين من جهة كالتعليم والتدريب المستمر لهم، وإرضاء المرضى من جهة ثانية.

5. نظرية كورو أشيكوا

يطلق على حلقات الجودة وقد أصدر كتابا بعنوان "مرشد الرقابة إلى الرقابة على الجودة" ومن الأفكار الأساسية التي أسهم بها ما يلي:

✓ يرى أشيكوا أن المسؤولية عن جودة المنتج في الشركات الأمريكية تنحصر في عدد محدود من طاقم الإدارة بينما في اليابان فإن كل المديرين مسؤولين عن الجودة وملتزمون بها.

¹ فتحة حبشي: إدارة الجودة الشاملة، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص اقتصاد كمي، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة الجزائر، 2006. 2007، ص 130.129.

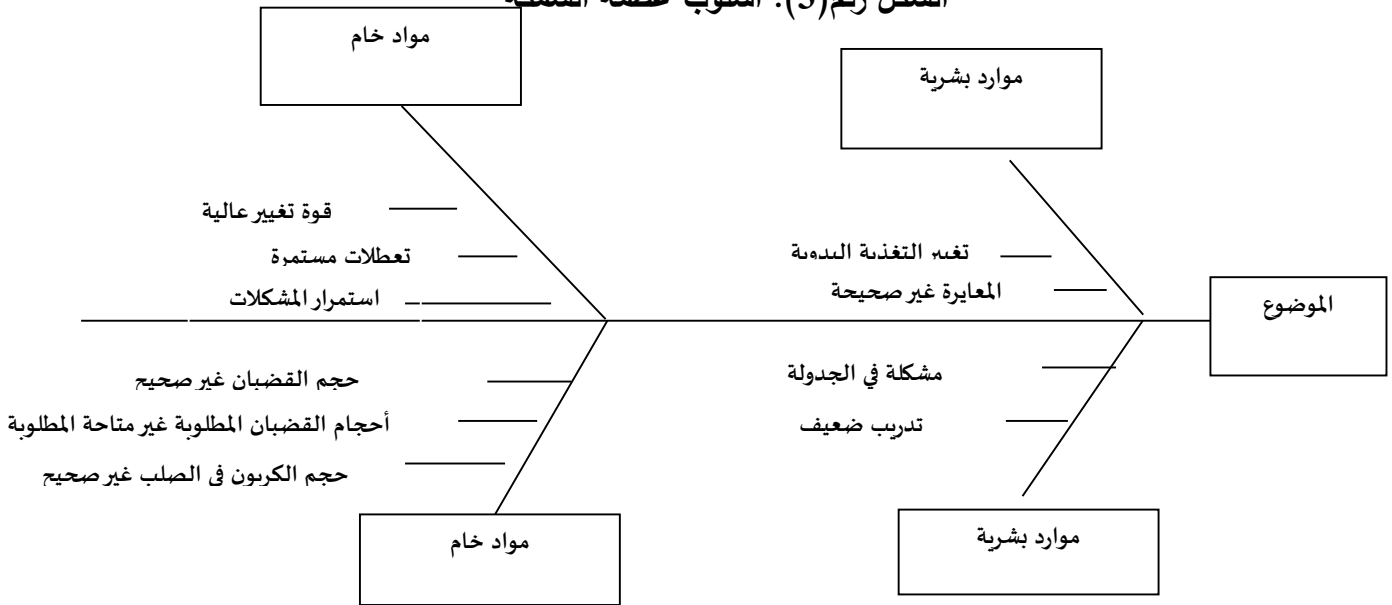
✓ اقتراح أشيكوا تحليل عظمة السمكة التي تستخدم لتتبع شكاوى العملاء عن الجودة وتحديد مصادر الخطأ والقصور.

✓ وقد استخدمت هذه الأداة بشكل واسع كوسيلة تعليمية في ورش الجودة وكبداية لمناقشة أسباب مشكلات الجودة من قبل المديرين، وتساعد في توضيح مدى تأثير المشكلات المختلفة على بعضها البعض، كما تساعد الموظفين في فهم العلاقات التي لا بد من مراقبتها لتحسين الجودة.

ويتطلب استخدام هذا إلى تحديد الموضوع المراد تحليله، ثم رسم هيكل لظهر سمكة لعظمت مختلفة، ليتم بعدها دراسة كل قضايا المثارة والأفكار حولها على التوالي من خلال وضع كل قضية على عظمة من عظمت السمكة ويتم الاستمرار بذلك حتى يتم وضع جميع القضايا على رسم ظهر السمكة، وتساعد بالتالي على تكوين مجموعات للنقاش وتحفيز عملية إثارة الأفكار¹.

ويوضح الشكل التالي الرسم البياني لأسلوب التحليل عظمة السمكة:

الشكل رقم(5): أسلوب عظمة السمكة



المصدر: مأمون سليمان الدرادكة: إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص 59.

هذه النظرية تركز على الجودة كمطلب أساسي داخل أي منظمة مهما كان نوعها، دون إغفال المؤسسة الصحية الذي يعد معيار الجودة ركن أساسي فيها، يجب أن يتمتع به جميع المستويات في الهيكل التنظيمي، كما أن هذه النظرية تركز على أن العميل هو العنصر الأساسي ووضعه رأيه في الاعتبار لتحقيق أداء متميز للخدمات الصحية المقدمة لهم.

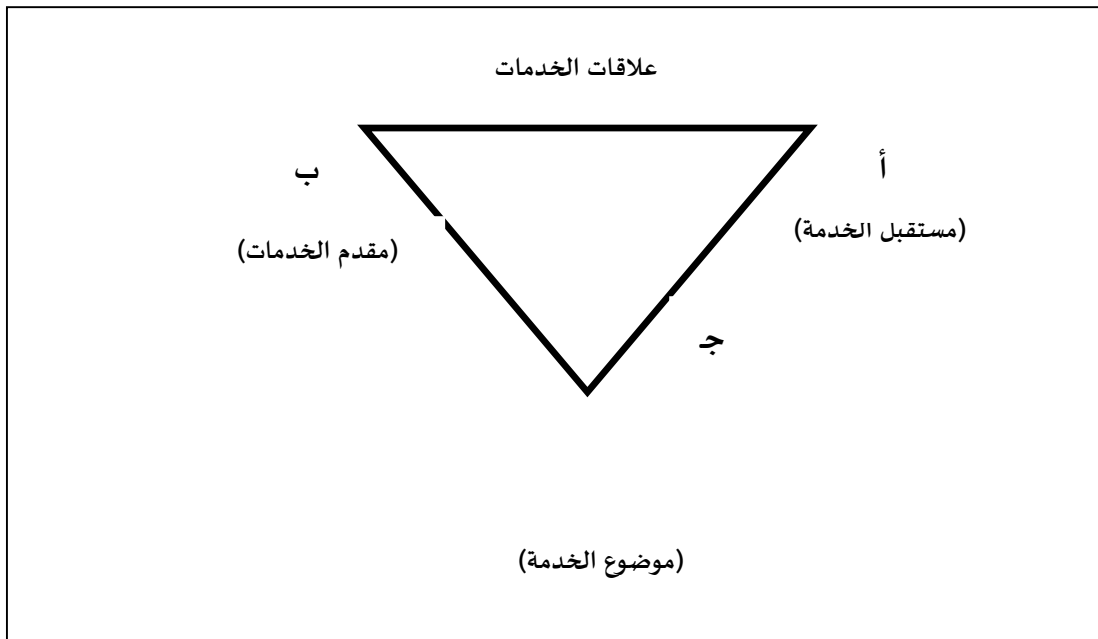
¹ مأمون سليمان الدرادكة: إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الاردن، 2015، ص 59.58.

ثانيا: المقاربات النظرية المفسرة للخدمات الصحية

1. إنتاج الخدمة الصحية حسب مثلث الخدمات

اقترح gadrey نموذجا باسم مثلث الخدمات، انطلاقا من رؤيته للخدمة على أنها عملية وليست نتيجة لعملية، حيث عرفها على "أنها مجموعة من عمليات المعالجة المختلفة المحققة من طرف مقدم الخدمة بخصوص موضوع له علاقة مع الزبون"¹.
والشكل التالي يوضح هذا النموذج:

الشكل رقم(6): إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات.



Source : Farida Djalal : l'hôpital innovateur, Del 'innovation médical à l'innovation de service, paris : Masson, 2004, p61.

من خلال الشكل نلاحظ أن هذا النموذج يمثل عناصر إنتاج الخدمة بصفة عامة، وإذا قمنا بإسقاطه على المؤسسة الصحية فإن رؤوس المثلث ستمثل:

- مقدم الخدمة: الذي يتمثل في (العنصر البشري، الفريق الطبي وشبه طبي، المسيرون...).
- مستقبل الخدمة: تعني به زبون المؤسسة الصحية المتمثل عادة في المريض.

¹ Farida Djalal : l'hôpital innovateur, de l'innovation médical à l'innovation de service, paris : Masson, 2004,p 58.

• **موضوع الخدمة:** أي الهدف المرغوب تحقيقه من تقديم الخدمة لحساب طالبيها (العلاج، خدمات الاستقبال، وحجز المواعيد، العمليات الجراحية...).

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

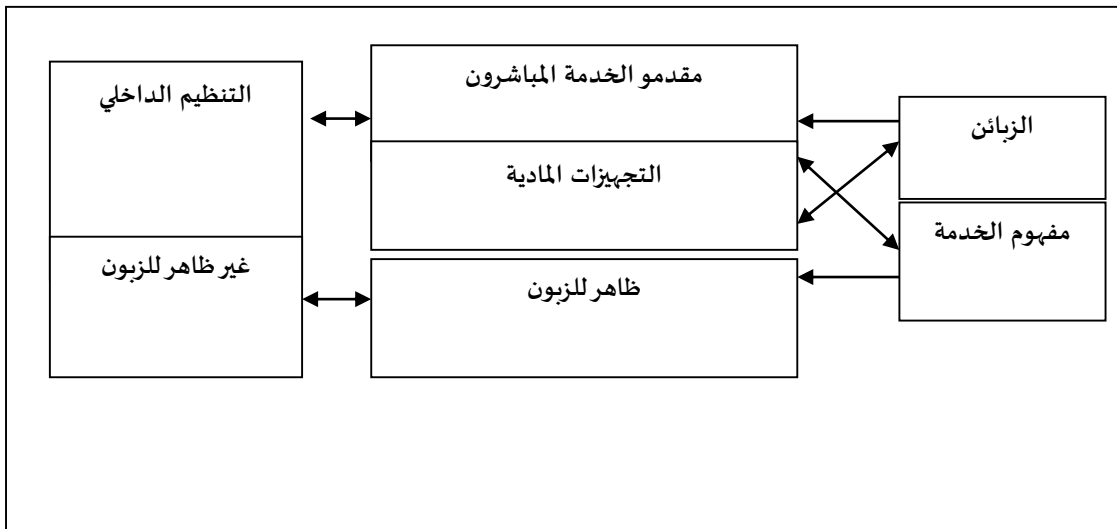
هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أن لتحقيق الخدمات الصحية يجب أن تتوفر على ثلاثة عناصر لإنتاج الخدمة أو ما يسمى بتمثلت الخدمات (مقدم الخدمة، مستقبل الخدمة، موضوع الخدمة).

2. إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج Langedard and Eiglier

قام كل من Eiglier و Langedard سنة 1978 بتقديم نموذج يعبر عن إنتاج الخدمة أطلق عليه تسمية "Modèle de Servuction"¹.

وهو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (7): نموذج Eiglier and Langedard لإنتاج الخدمة



المصدر: نجاة صغيرو: تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة-الجزائر، 2011-2012، ص 23.

إن الفرق بين هذا النموذج وبين نماذج الإنتاج العادية هو تقديمه ضمن نظام، فسلطة الإنتاج العادية هي سلسلة خطية (بمعنى تتابع المراحل حيث الثانية تلي الأولى مباشرة) لا يمكن تطبيقها في المجال الخدمي أين تكون عناصر كثيرة ضرورية في وقت واحد لأداء الخدمة وتكون مرتبطة فيما بينها،

¹ نجاة صغيرو: مرجع سابق، ص 22-23.

ولا يمكن أن يكون لأي عنصر أهمية دون وجود الآخر بالإضافة إلى وجود جزء ظاهر للزبائن المتمثل في الأشخاص الذين لهم علاقة مباشرة مع الزبون أثناء تأدية الخدمة، وكذلك الوسائل العملية وأحيانا التسيير العملياتي وجزء غير ظاهر (عاملي القاعدة الخلفية، نظام المعلومات...).

وقد فرق بين هذين الجزئيين (الجهة الأمامية والجهة الخلفية) على أساس قسم الدعم (التكنولوجيا، التسيير العملياتي والوظيفي...) وقسم تفاعلي (المهنيون الذين يتصلون بالزبائن، أنظمة المعلومات...). بتطبيق هذا النموذج على المؤسسة الصحية فإن عناصر الخدمة تكون كما يلي:

• الزبون

يعتبر العنصر الذي يمثل أساس النظام الانتاجي للخدمة الصحية ومن المعروف أن الزبون يتجسد في دور المشتري الذي لا يمكنه اختراق محيط الإنتاج، لكن في إنتاج الخدمة الصحية الأمر المحترف تماما وجود الزبون ضروري لإنتاج هذه الأخيرة في مهنة الصحة ومن المؤلف يعمل رفقة مقدمي الخدمة الممثلين في مهنيي الصحة والمساعدين، هذا الإنتاج المشترك بين مقدم الخدمة وطالبيها ويمثل عاملا جوهريا يضيف للمؤسسة الصحية ميزة تنافسية إذا أحسنت إدارته واستغلاله.

• عمل الجهة الأمامية

هم العاملون الذين لديهم علاقة مباشرة مع الزبون (الأطباء، والممرضين...) ويقع على عاتقهم أداء الجزء الظاهري للخدمة الصحية وهم يعملون بصفة مشتركة مع الزبون وأحيانا من دونه، وأحيانا مع عاملي الجهة الخلفية ويستخدمون في بعض الحالات الآتية تجهيزات ووسائل طبية أدوات جراحية. إدارة العنصر البشري الخاص بهذه الجهة لها طبيعة خاصة، لأن حجم دور العلاقات الإنسانية كبير وحسن إدارة الفريق أمر حاسم للوصول إلى نتائج جيدة ويجب دوما الأخذ بين الاعتبار أن العنصر البشري العامل في الجهة الأمامية يمثل المؤسسة الصحية في أعين الزبائن.

• عامل الجهة الخلفية

يمثلون العناصر البشرية غير الظاهرة للزبون.

• الإجراءات

تتمثل في الإطار المحدد للعلاقات الداخلية بين عامل الجهة الأمامية والجهة الخلفية وقد تمثل أيضا الإطار المحدد للعلاقات الخارجية مع الزبون.¹

• الوسائل المادية

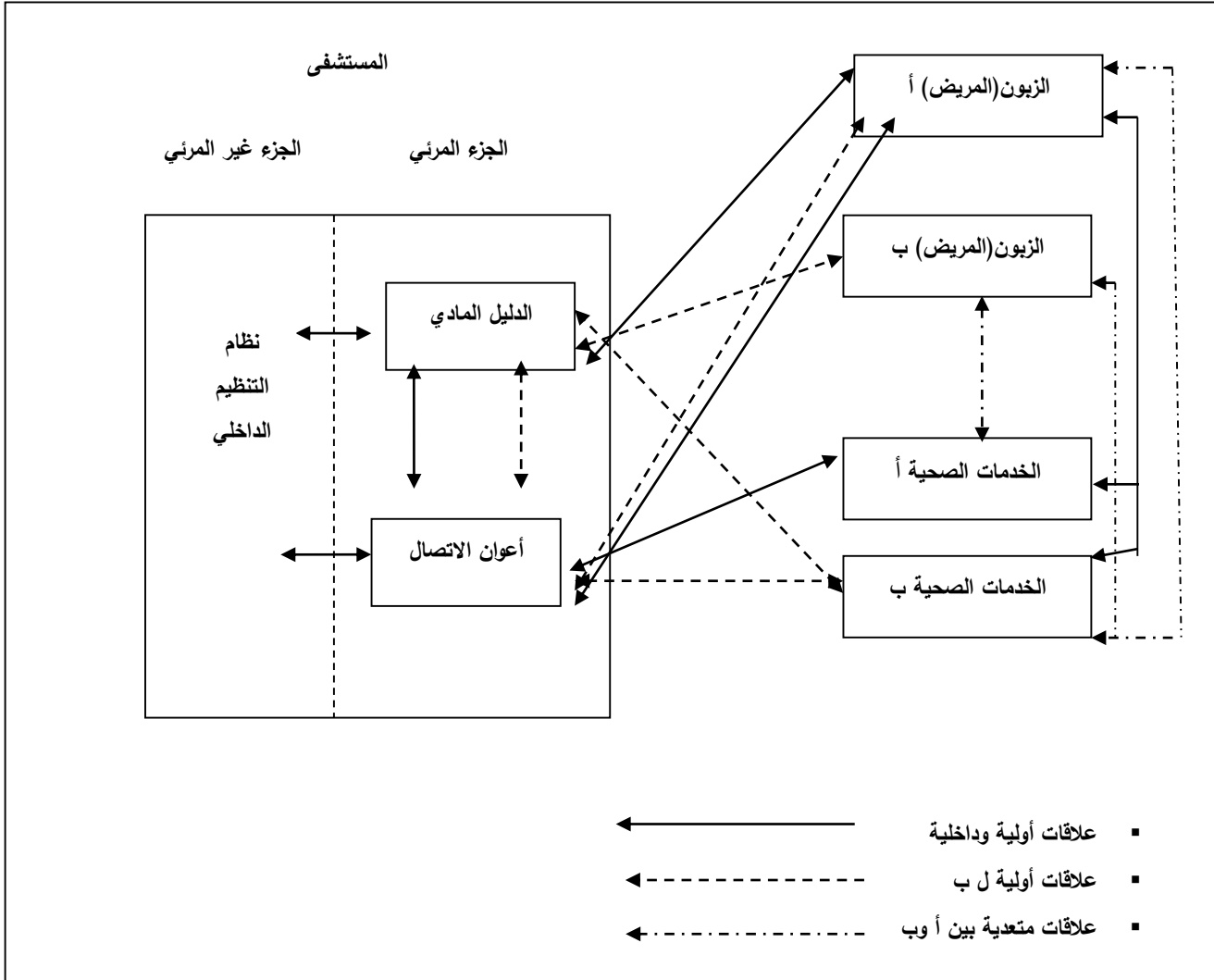
¹ المرجع السابق: ص 24.

تتمثل في مجموعة العناصر المادية الملموسة لإنتاج الخدمة الصحية التي تنقسم إلى نوعين من الآلات والأجهزة الضرورية لإنتاج الخدمة والبيئة المادية التي تنتج فيها الخدمة.

• موضوع الخدمة

الفكرة التي جاءت بالزبون والتي دفعت بمقدم الخدمة للعمل والممثلة بشكل أساسي في العلاج¹. والشكل التالي يوضح نظام إنتاج الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية:

الشكل رقم (8): نظام إنتاج الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية



المصدر: قشي حبيبة: أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة - الجزائر، 2019-2020، ص 61.

¹ المرجع السابق: ص 24.

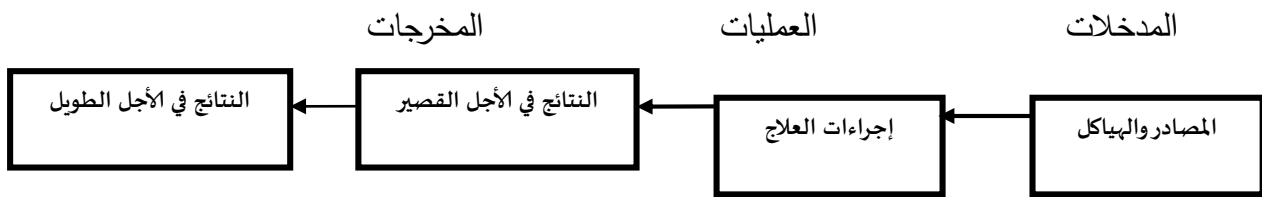
هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أنه لإنتاج خدمات صحية يجب الاعتماد على أكثر من عناصر أساسية ولا يمكن أن يكون لأي عنصر أهمية دون وجود الآخر أي علاقة مترابطة، ويأتي في مقدمتها الزيون كعنصر أساسي لإنتاج الخدمة الصحية.

3. نموذج دونبديان

Avedis Donabedian هو طبيب وباحث في الخدمات الصحية في جامعة ميشيغان، طرح نموذج مفاهيمي يوفر إطاراً لفحص الخدمات الصحية وتقييم جودة الرعاية الصحية¹، في أوائل 1960 قدم "دون بديان" مبدأً أساسياً وهو احتمال الحصول على أحسن نتيجة يضمن من خلال تقديم العلاج بأحسن تقنية ممكنة، وهذا يحتاج إلى محيط مهياً ومنظم بشكل صحيح ومهنيين أكفاء واعتمد من أجل تحليل العلاج على ثلاثة مستويات رئيسية².

الشكل التالي يبين إجراءات تحسين العلاج حسب نموذج DONABEDIAN:

الشكل رقم (9): إجراءات تحسين العلاج حسب نموذج DONABEDIAN



La source : Claude Vilcot et Hervé leclot: **Indicateur qualité en santé.** AFNOR, Paris, 2eme éditions, 2006, p 03.

ويتم شرح هذه الإجراءات فيما يلي:

أ. **المدخلات (الهيكل والمصادر):** وهي جميع الوسائل التي تسمح للمنشأة الصحية بإتمام مهامها وتقديم العلاج مثل المقر، التجهيزات الوسائل المادية والبشرية، نظام الإعلام الآلي، طرق التشغيل، نوعية وكمية مصادر التمويل، القانون والتنظيمات، النطاق السياسي والجغرافي السوسيو اقتصادي³.

¹https://wikiarabi.org/wiki/Donabedian_model#Dimensions_of_Care Le 18/04/2020 à

12:07.

² العلواني عديلة: أثر تطبيق معايير الجودة في تحسين الخدمات الصحية، مجلة آفاق للعلوم، العدد 13، المجلد 04، 2018، ص 223.

³ المرجع السابق، ص 224.

ب. **العمليات (الإجراءات):** وهي العلاجات وتسيير عملية تقديمها من خلال تنظيم العمل، تنسيق واستمرارية العلاجات، جمع وتحويل المعلومات إدارة المؤسسة، تصنيف مختلف النشاطات المقدمة من منتج العلاجات سواء كانوا أفراد أو مؤسسات وتسمح بالتمييز بين:

- **النشاطات العيادية المباشرة:** والمواجهة من غير وساطة للمستعمل على سبيل المثال التدخلات الجراحية.
- **النشاطات العيادية الغير مباشرة:** وهي التي تقدم للمستعمل في غيابه على سبيل المثال الاختبارات البيولوجية.
- **النشاطات الغير عيادية:** وهي غير متعلقة بالعلاجات ولكن ذات صلة بالمنظمة (المنشأة) وتسمح في تقديم العلاجات في أحسن صورة على سبيل المثال صيانة تجهيزات التكوين المهني والنشاطات الإدارية في كل واحدة من هذه النشاطات تطابق مع أحد أو العديد من الإجراءات الخاصة. والشكل التالي يوضح التمييز بين مختلف نشاطات العلاج¹.

الشكل رقم(10): التمييز بين مختلف نشاطات العلاج



المصدر: العلواني عديلة: أثر تطبيق معايير الجودة في تحسين الخدمات الصحية، مجلة آفاق للعلوم، العدد13، المجلد 04، 2018، ص224.

إن تقييم العلاجات يجب أن يميز بين المستوى التقني للخدمات والمركب العلائقي للعلاجات، أي بمعنى الطرق التي يستقبل فيها المرضى ويحكمون على كيفية التكفل بهم، (التقنية) تتطابق مع الأفعال

¹ المرجع السابق، ص224.

الشخصية والعلاجية (والعلائقية) تتمثل في التفاعل الناشئ بين المرضى والممرضين. ومن أجل تقييم إجراءات العلاج عند DONABEDIAN فقد ميز بين ثلاث مستويات للتحليل:

• تواجد الإجراءات مكتوبة.

• الخصائص المناسبة.

• درجة تطبيق الإجراءات المتواجدة.

ج. **النتائج:** تمثل نتائج العلاجات في الحالة الصحية للمريض أو السكان على سبيل المثال (نسبة الموت، ونسبة الشفاء). وعلى رضاهم ورفاهيتهم، نوعية حياتهم وكما تضم أيضا نتائج المالية والمحاسبة للمؤسسة صحية.

إذا تمت جيدا فإن التقييم يجب أن يقيس أثر إجراءات العلاج أي بمعنى نتائج العلاجات على الصحة وعلى جودة الحياة، ولكن أيضا النتائج الإيجابية والسلبية للعلاجات، مع الأخذ بعين الاعتبار الآثار السلبية المحتملة فهي تحتوي على مرجع مؤقت أكثر طول عن النتائج، حيث أن العلاج يمكن أن يحقق نتيجة إيجابية في الأجل القصير أو أثر سلبي على المدى الطويل¹.

هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أنه لتحقيق جودة الخدمات الصحية يحتاج إلى محيط مهني ومنظم بشكل صحيح، للحصول على أحسن نتيجة لتقديم خدمات جيدة، وتقوم على ثلاثة مستويات: مدخلات، عمليات، نتائج.

4. نظرية صفوف الانتظار لتحسين الخدمات الصحية

يرجع أصل هذه النظرية إلى سنة 1909 عندما قام العالم الدانمركي ERLANG بإجراء تجاربه على مشكلة الازدحام في تلقي المكالمات الهاتفية، ووجد أن طالبي المكالمات الهاتفية يتعرضون لشيء من التأخير لعدم قدرة عاملات البدالة على مواجهة الطلبات بالسرعة التي تحدث فيها²، وستعرض لأهم التعاريف في هذا المجال:

تعرف بأنها "أسلوب رياضي ينتمي إلى مجموعة أساليب بحوث العمليات، وهو عبارة عن طريقة علمية لمعالجة مشاكل تقديم وتسويق السلع والخدمات لمصلحة كل من المستفيد من الخدمة أو السلعة،

¹ المرجع السابق، ص224.

² دريدي أحلام: دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة-الجزائر 2013-2014 ص46.

أو لمصلحة مقدم الخدمة أو السلعة (منظمة الأعمال الإنتاجية أو الخدمية) ، وتعتمد هذه الطريقة العلمية على عدد من الافتراضات والعمليات الحسابية والعلاقات السببية بين العوامل الداخلية في تركيب نظام الانتظار، الذي بدوره يتكون من مجموعة من الزبائن ومجموعة من مقدمي الخدمة ومعدل معين لوصول الزبائن وتقديم الخدمة أو السلعة لهم¹.

كما يمكن التعريف بأنها "نظرية تختص بوضع الأساليب الرياضية اللازمة لحل المشاكل المتعلقة بتراكم صفوف الانتظار التي تنتظر دورها طلبا لخدمة معينة، تؤدي لكل وحدة خلال فترة زمنية معينة على أن يكون وصول هذه الوحدات إلى مكان أداء الخدمة عشوائيا تبعا لتوزيع معين، كما أن الزمن اللازم لأداء الخدمة لكل وحدة يمكن أن يأخذ الصفة العشوائية تبعا لتوزيع معين، وتقدم النظرية قياس لقدرة مركز خدمة معين على تحقيق الغرض الذي أنشأ من أجله، ويكون ذلك عن طريق القياس الرياضي الدقيق لمتوسط وقت الانتظار للحصول على الخدمة، وكذلك متوسط عدد المنتظرين للحصول على الخدمة، وعلى ذلك يمكن القول أن هذه النظرية تقدم بطريقة رياضية أسلوب لتقييم بدائل التصميم المختلفة لمركز تقديم الخدمة"².

1. متطلبات تطبيق نظرية صفوف الانتظار

أ. توفر نظام الخدمة

- ❖ الواصل أولا إلى مركز الخدمة يخدم أولا (خدمة العملاء، السفن، الطائرات).
- ❖ الواصل إلى مركز الخدمة أخيرا يخدم أولا (يطبق في المستودعات حيث المستودعات تفيد في التخفيض من عملية النقل والمناولة).
- ❖ الأولوية لفئات معينة (المعوقين في الصعود لوسائل النقل أو تقديم الخدمة).

ب. الخصائص الشخصية لطالبي الخدمة وسلوكهم

- ❖ هناك أشخاص قد يرفضون الوقوف في صف الانتظار نظرا لطوله إما لحظة وصولهم مباشرة أو بعد الوقوف لبعض الوقت.
- ❖ إذا كان الشخص صبورا سيقف في صف الانتظار مهما كان طوله.

¹ مؤيد الفضل: مدخل إلى الأساليب الكمية في التسويق (تطبيقات في منظمات الأعمال الإنتاجية والخدمية) ، دار

المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 310

² دريدي أحلام: مرجع سابق، ص47.

❖ تركيز طالبي الخدمة على وقت محدد¹.

2. العلاقة بين جودة الخدمة الصحية وتكلفتها

أصبح تقليل وقت الانتظار من أهم عناصر تحسين جودة الخدمة المقدمة، ومن أجل معرفة مستوى جودة الخدمة المقدمة تقدر المؤسسة تكاليف صف الانتظار، فمن أهم أهداف تطبيق نماذج صفوف الانتظار هو تخفيض التكاليف الكلية قدر الإمكان مع المحافظة على مستوى مناسب لجودة الخدمة المقدمة. وتنقسم التكاليف الكلية في نماذج صفوف الانتظار إلى نوعين²:

أ. تكاليف الانتظار (تكاليف الراجعة)

1. الضمان: وهي التكاليف الناجمة عن نقص الجودة في الخدمة المقدمة وفي نظام تقديمها، وتشمل خسارة الزبائن الذين يغادرون صف الانتظار لطوله وذلك نتيجة لطول المدة الزمنية التي سيقضيها طالب الخدمة من أجل الحصول على الخدمة المقدمة، وخسارة طالبي خدمة آخرين يؤثرون فيهم وينقلون لهم السمعة السيئة للنظام، ونظرا لارتباط تكاليف الانتظار بمدى رضا طالبي الخدمة عن الخدمة المقدمة لهم فإنه من الصعب في كثير من الأحيان تحديدها، ومع ذلك فإن هذه التكاليف تزداد بتناقص مستوى جودة الخدمة أي أنها ترتبط بعلاقة عكسية مع مستوى جودة الخدمة.

2. نماذج صفوف الانتظار في المؤسسات الصحية

توجد العديد من نماذج صفوف الانتظار المستخدمة في مجال إدارة العمليات وسوف نتطرق إلى النماذج الأكثر انتشارا في الأوساط العملية:

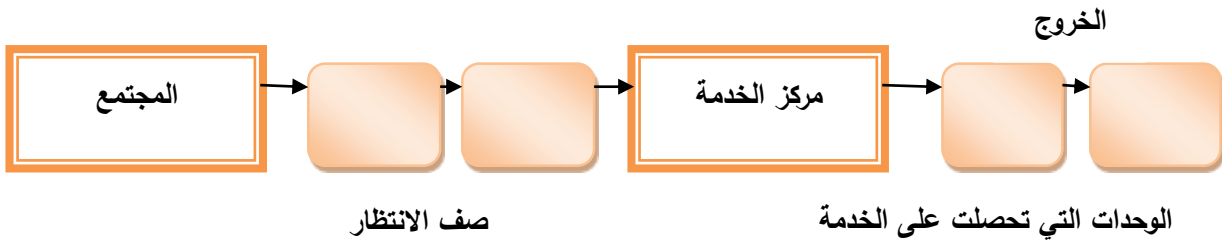
أ- خط انتظار واحد ومركز خدمة واحد

وهو أبسط الأنواع، حيث يتم تقديم الخدمة من مركز خدمة واحد وبمرحلة واحدة، ويمكن توضيح النظام كما في الشكل الآتي:

¹ هند سعدي: استخدام نماذج صفوف الانتظار لتحسين فاعلية الخدمات في المراكز الصحية: دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة-الجزائر، 2011-2012، ص50.

² دريدي أحلام: مرجع سابق، ص50.

الشكل رقم(11): خط انتظار واحد ومركز خدمة واحد

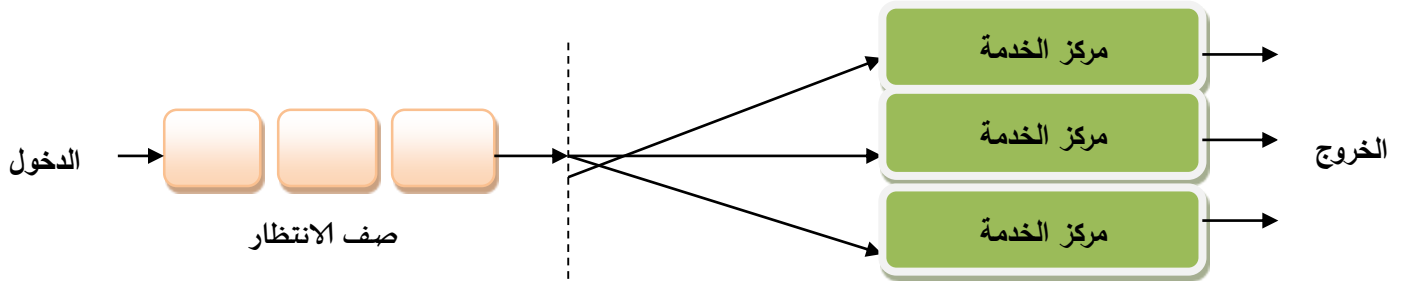


المصدر: توفيق أبحري: دور استخدام نظرية صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات المصرفية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسويق مصرفي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة-الجزائر، 2017-2018، ص 20.

ب- نموذج مراكز الخدمة المتعددة

في ضل هذا النظام يوجد أكثر من مركز خدمة أو محطة لخدمة العملاء حيث يقف العملاء في صف واحد، ثم يتجه العميل إلى مركز الخدمة المتاح لتلقي الخدمة وحيث تتم الخدمة على مرحلة واحدة، مثل هذا النظام يوجد في العديد من المؤسسات اليوم¹. والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم(12): نموذج مراكز الخدمة المتعددة



المصدر: توفيق أبحري: دور استخدام نظرية صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات المصرفية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسويق مصرفي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة-الجزائر، 2017-2018، ص 21.

4. أساليب تقليص أوقات الانتظار في المؤسسات الصحية

يساعد تحليل نماذج صفوف الانتظار طول صف انتظار طالبي الخدمة تضطر المؤسسة الصحية التعديل أو التحسين في الخدمة الحالية أنها لا تلبي حاجات المرضى، حيث التعديل أو التحسين لا يكون

¹ توفيق أبحري: دور استخدام نظرية صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات المصرفية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسويق مصرفي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة-الجزائر، 2017-2018، ص 20.

في الخدمة نفسها لأنها غير ملموسة بل بإضافة أطباء جدد أو الزيادة في مراكز استقبال المرضى القادمين في ضوء التوقعات المستقبلية، وبعد هذا الاقتراح من أهم الاقتراحات التي المؤسسات الصحية في تحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى، وذلك باقتراح بعض الأساليب المتعلقة بعملية تقديم الخدمة أو بالموارد البشرية (مقدمي الخدمة) لتقليص وقت الانتظار، كزيادة عدد مقدمي الخدمة حتى يصبح هناك زيادة في عدد صفوف الانتظار وهذا ما يساعد على تقليص زمن الانتظار وكذلك توزيع طالبي الخدمة بأعداد متساوية في كل صف، ومعرفة أسباب القصور والتأخير في أداء الخدمة¹، ومن أهم الأساليب المتبعة من طرف المؤسسات الصحية لتحسين جودة خدماتها وتقليص زمن انتظار المريض بالدرجة الأولى وتكاليفها هي:

• تعديل خدمة قائمة (حالية)

نتيجة تقدمها نظرية صفوف الانتظار في الحالة التي يكون فيها الطلب على الخدمة أكبر من عرضها. كما قد يكون السبب في طول صف انتظار المرضى الأساليب التقليدية في العلاج تستحدث المؤسسة الصحية نظام انتظار إلكتروني الذي يسهل في عملية تقديم الخدمة للمرضى وتسريعها، وتسهيل عمل ويعتبر أحدث طرق تقديم الخدمة، *télémedecine* وهذا ما يسمى بالطب الاتصالي أو عن بعد الصحية حيث يتم تشخيص حالة المريض وعلاجه أينما يكون.

• استبعاد أو حذف خدمة (مركز خدمة)

تستخدم هذه الإستراتيجية عندما يكون الطلب ضعيف على هذه الخدمة فيكون من الأفضل إلغائها أو تقليص عدد مقدميها بما لا يبذل جهود وطاقات المنظمة البشرية والمادية، وهذا بهدف تقليل تكاليفها، فمثلا قد يكون الطلب متدني على خدمات المختبر فيفضل إلغائه لأن الخدمة يمكن أن يوفرها مختبر خارجي .

• إجراء تحسينات على زمن تقديم الخدمة موجهة لإرضاء المرضى

تساهم نظرية صفوف الانتظار في تحديد متى يكون الطلب على الخدمة كبير، وهنا لا نتحدث عن الحالات الطارئة كالولادة مثلا التي تتطلب العمل على مدار 91 ساعة، بل نتحدث عن الفحوصات العادية أو برامج التلقيح حيث يمكن القيام بخطة مدروسة في أن تكون الساعات والأيام مطابقة وملائمة لحاجات المرضى، فمثلا يكون الزوج والزوجة عاملان فستكون ساعات المساء هي المناسبة، كما تستطيع المؤسسة

¹ دريدي أحلام: مرجع سابق، ص 81.

الصحية تنبيه المرضى إلى ساعات الازدحام لتجنب الانتظار طويلا إما بملصقات أو إعلانات في شاشات عرض داخل المؤسسات الصحية، أو الإعلانات المسموعة في الإذاعات المحلية¹.

هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال معالجة المدة المستغرقة من أجل تقديم الخدمة، وما ينتج عن طولها إلى ظاهرة الانتظار على مستوى العيادة أو المستشفى، والعمل على تحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى وذلك باقتراح بعض الأساليب المتعلقة بعملية تقديم الخدمة أو بالموارد البشرية (مقدمي الخدمة).

¹ المرجع السابق، ص 81.

الفصل الثامن

الجمرة

أولاً: الخلفية التاريخية للجمرة

ثانياً: أهداف الجمرة وأهميتها

ثالثاً: محرمات الجمرة

رابعاً: أوجه الجمرة وأبعادها ومتطلبات نشر ثقافتها

خامساً: تحسين الجمرة

سادساً: قياس جمرة الخدمة وأصحابها

سابعاً: تكاليف الجمرة

تمهيد:

يحظى موضوع الجودة في الوقت الراهن بأهمية كبيرة باعتباره اساس نجاح وتقدم المؤسسات واستمرارها، لآكن عند الحديث عن منتج او خدمة بانه يتميز بدلا عن الحديث عن منتج او خدمة بانه يتميز بدرجة عالية من الجودة يجب مراعاة اذواق واهتمامات المستخدمين التي تختلف من شخص لآخر، ولتحقيق الجودة يجب على المؤسسة ان تتمتع بالإبداع والإتقان والتنظيم، والسعي الى التحسين المستمر الذي يلبي حاجات ورغبات المستخدمين من هذه الخدمات.

وبناء على ما سبق يأتي هذا الفصل من خلال محاولة استبيان التطورات التاريخية التي مرت بها الجودة، وتحديد أهدافها وأهميتها ومحدداتها وتوضيح أوجه الجودة وأبعادها ومتطلبات نشر ثقافتها، وكيفية تحسينها وتوضيح كيفية قياس الجودة وأشكالها وأخيرا توضيح تكاليف الجودة.

أولاً: الخلفية التاريخية للجودة

بدأت نشأة الجودة كنظام إداري في اليابان مع بداية الصف الثاني من القرن العشرين وخاصة عندما تم تطبيق مبادئها على المؤسسات الصناعية هناك، وبعد النجاح المتميز لهذه الفكرة انتشرت وحاولت العديد من الدول الغربية تطبيقها على مؤسساتها وكانت الولايات المتحدة من أوائل تلك الدول ورغم ذلك فإننا عندما نلقي نظرة تاريخية سريعة سنجد أن الاهتمام بقضية الجودة له تاريخ طويل وعريق، ففي الحضارات القديمة كالحضارة الإغريقية والرومانية والصينية والعربية الإسلامية كان يوجد العديد من القوانين والقواعد الجيدة لممارسة بعض المهن كالبناء والزراعة والطب وغيرها.

وفي الحضارة الإسلامية على وجه الخصوص نلاحظ أن هنالك دلالات كثيرة من خلال الآيات الكريمة والأحاديث الشريفة قد اهتمت بالجودة، ومن بين هذه الدلالات مبدأ الشورى والذي يعني اتخاذ القرارات حيال المشكلات بناء على التشاور مع أفراد المجتمع.

كما أن الإسلام يؤكد على أهمية التعاون في سبيل الخير وروح الجماعة في كل توجهاته وتعاليمه السامع، والإسلام أيضاً يحث العامل المسلم على إتقان عمله وأن يكون مسئولاً عن جودته وسلامته من العيوب، بالإضافة إلى أن التربية الإسلامية تغرس في نفس المؤمن مبدأ الرقابة الذاتية من خلال إخلاصه وأمانته، حيث أن هنا المبدأ يعتبر من الركائز الأساسية لإدارة الجودة¹.

كما كان لإسهامات المفكرين والعلماء الغربيين فيما يتعلق بالفكر الإداري بدءاً من Taylor Frederick وجهوده في صياغة النظرية العلمية، التي ركزت على العمل وتحسين أدائه، و Fayol Henri صاحب النموذج الوظيفي للإدارة الذي اهتم بالجانب الهيكلي وبتقسيم العمل وتوزيع المهام و Elton Mayo ونظرية العلاقات الإنسانية التي ربطت بين زيادة الإنتاجية والروح المعنوية العاملين².

بالإضافة إلى إسهامات كل من "Crosby"، "Stewart"، "Juran" وغيرهم وصولاً إلى العلماء اليابانيين "Taguchi"، "Ishikawa"، "Shibba" الذين أسهموا كلهم بفعالية في بلورة أفكار هذا التيار الإداري المتطور تشكيل فلسفته وصياغة مبادئه إلا أنه تشير أغلب الأبيات الإدارية المعاصرة في هذا الصدد أن الفضل الكبير في تأسيس الفكر لإدارة الجودة كان على يد الدكتور Edward Deming في أمريكا لكن ذلك لم يلق اهتماماً هناك، وعندما انتقل إلى العمل خبيراً في إحدى الشركات اليابانية منذ سنة 1931 اهتم اليابانيون

¹ عمر وصفي عقيلي: مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر، الأردن، 2001، ص 19.

² أحمد بن عيشاوي: مرجع سابق، ص 19-20.

تلك الأفكار والمفاهيم وحولوها إلى تطبيق عملي وحققوا من خلالها ما يسمى بمعجزة الجودة اليابانية التي تشكل معالمها منذ بداية الخمسينيات من القرن الماضي¹.

ثانياً: أهداف الجودة وأهميتها

1- أهداف الجودة

✓ التأكيد على أن الجودة وإتقان العمل وحسن إدارته مبدأ إسلامي بنصوص الكتاب والسنة، والأخذ به واجب ديني ووطني، وأنه من سمات العصر الذي نعيشه، وهو مطلب وظيفي يجب أن يحتضن جميع جوانبها.

✓ تطوير أداء جميع العاملين عن طريق تنمية روح العمل التعاوني الجماعي وتنمية مهارات العمل الجماعي بهدف الاستفادة من كافة الطاقات وكافة العاملين بالمنشآت.

✓ ترسيخ مفاهيم الجودة والقائمة على الفاعلية والفعالية تحت شعارها الدائم، أن تعمل الأشياء بطريقة صحيحة عن أول مرة وفي كل مرة.

✓ تحقيق نقلة نوعية في المؤسسات أو المنظمات حيث تقوم على أساس التوثيق للبرامج والإجراءات والتفعيل للأنظمة واللوائح والتوجيهات والارتقاء بمستويات العاملين.

✓ الاهتمام بمستوى الأداء للإداريين والموظفين في المنظمات من خلال المتابعة الفاعلة وإيجاد الإجراءات التصحيحية اللازمة، وتنفيذ برامج التدريب المقننة والمستمرة والتأهيل الجيد، مع تركيز الجودة على جميع أنشطة مكونات النظام (المدخلات-العمليات-المخرجات).

✓ اتخاذ كافة الإجراءات الوقائية لتلافي الأخطاء قبل وقوعها ورفع درجة الثقة في العاملين، وفي مستوى الجودة التي حققتها المنظمة، والعمل على تحسينها بصفة مستمرة لتكون دائماً في موقعها الحقيقي.

✓ الوقوف على المشكلات الهامة في الميدان، ودراسة هذه المشكلات وتحليلها بالأساليب والطرق العلمية المعروفة واقتراح الحلول المناسبة لها ومتابعة تنفيذها في المؤسسات التي تطبق نظام الجودة مع تعزيز الإيجابيات والعمل على تلافي السلبيات².

¹ المرجع السابق، ص 20.

² قاسم نايف علوان المحياوي: إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم، عمليات، تطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 38.

2- أهمية الجودة

لا شك أن تحقيق جودة الأداء هو حلم يراود جميع المنظمات، بصرف النظر عما اذا كانت تنتمي إلى القطاع الخاص أو العام ذلك لأن تحقيق الجودة في النظم الديمقراطية الحرة يعني تحقيق الوجود، وتراجع الجودة يعني تراجع الوجود، فالجودة لم تعد ترفاً أو اختياراً يمكن السكوت عنه، وإنما هي التزام لا بديل له وإلا أصبح وجود الإدارة أو استمرارها محاطاً بالشكوك.

وتعد جودة أداة فعالة لتطبيق التحسين المستمر لجميع أوجه النظام في أية منظمة، وذلك من خلال تحقيق الحسين في النشاطات والعمليات الداخلية، وترتبط الجودة بجميع النشاطات المنظمة، حيث تعمل على استبعاد غير الصالح منها سعياً وراء رضا الزبون.

ولقد أصبح مفهوم الجودة ينظر إليه في عالمنا المعاصر وبيئة الأعمال التنافسية نظرة أشمل وأعمق من كونها وظيفة من وظائف إدارة الإنتاج والعمليات لقد نما مفهوم الجودة الشاملة وتخطى حدود إدارة الإنتاج والعمليات وأصبحت الجودة استراتيجية تنافسية وأساسية.

للجودة أهمية استراتيجية كبيرة سواء على مستوى الزبائن أو مستوى المنظمات على اختلاف أنشطتها أو على المستوى الوطني للبلاد، إذ أنها تمثل أحد أهم العوامل الأساسية التي تحدد حجم الطلب على منتجات المنظمة، ويمكن تناول هذه الأهمية كما يأتي:

أ. سمعة المنظمة Company Réputation

تستمد المنظمة شهرتها من مستوى جودة منتجاتها، ويتضح ذلك من خلال العلاقات التي تربط المنظمة مع المجهزين وخبرة العاملين ومهاراتهم ومحاولة تقديم منتجات تلي رغبات وحاجات زبائن المنظمة فإذا ما كانت منتجات المنظمة ذات جودة منخفضة فيمكن تحسين هذه الجودة لكي تحقق المنظمة الشهرة والسمعة الواسعة والتي تمكنها من التنافس مع المنظمات الأخرى في الصناعة أو القطاع الذي تنتمي إليه المنظمة.

ب. المسؤولية القانونية للجودة Product Responsabilité

تزداد باستمرار عدد المحاكم التي تتولى النظر والحكم في قضايا منظمات تقوم بتصميم منتجات أو تقديم خدمات غير جيدة في إنتاجها أو توزيعها، لذا فإن كل منظمة صناعية أو خدمية تكون مسؤولة قانونياً عن كل ضرر يصيب الزبون من جراء استخدامه لهذه المنتجات أو الخدمات¹.

¹ المرجع السابق، ص ص 32-33.

ج. المنافسة العالمية Globel Cometition

إن التغيرات السياسية والاقتصادية ستؤثر في كيفية وتوقيت تبادل المنتجات إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي، وفي نشر المعلمات والعولمة، تكسب الجودة أهمية متميزة إذ تسعى كل من المنظمة والمجتمع على تحقيقها بهدف التمكن من تحقيق المنافسة العالية وتحسين الاقتصاد بشكل عام، والحصول على موطن، قدم في السوق العالمية.

د. حماية الزبون Consumer Protection

إن تطبيق الجودة في أنشطة المنظمة ووضع مواصفات قياسية محددة تساهم في حماية الزبون من الغش التجاري ويعزز الثقة في منتجات أو خدمات المنظمة.

عندما يكون مستوى الجودة مخفضاً يؤدي إلى عدم رغبة الزبون عن طلب منتجات أو خدمات تلك المنظمة، إذ إن عدم رضا الزبون هو فشل المنتج الذي يقوم بشرائه، من القيام بالوظيفة التي يتوقعها الزبون منه، ويسبب انخفاض الجودة أو عدم جودة المواصفات الموضوعية أدى ذلك إلى ظهور جماعات حماية الزبون لحمايته وإرشاده إلى أفضل المنتجات الأكثر جودة وأماناً.

هـ. التكاليف وحصّة السوق: Costs and Market Share

تنفيذ الجودة المطلوبة لجميع عمليات ومراحل الإنتاج من شأنه أن يتيح الفرص لاكتشاف الأخطاء وتلافيها لتجنب كلفة إضافية إضافة إلى الاستفادة القصوى من زمن المكائن والآلات عن طريق تقليل الزمن العاطل عن الإنتاج وبالتالي تخفيض الكلفة وزيادة ربح المنظمة¹.

ثالثاً: محددات الجودة

إن الدرجة التي تستطيع بواسطتها المنتجات أو الخدمات تحقيق الغرض الأساس من تقديمها تعتمد على المحددات الآتية:

1- التصميم The Design

يمثل الخطوات التي تحدد مستوى الجودة، ويقصد بالتصميم "جميع القرارات التي تتعلق بتحديد خصائص السلعة أو الخدمة، ويسمى الأسلوب المستخدم في تحويل متطلبات الزبون إلى مصطلحات هندسية وفنية نشر الجودة ويجب أن يأخذ قرار التصميم متطلبات الزبون في الحسبان زيادة على القدرات الإنتاجية وهذا يعني اعتماد مبدأ الدقة في التصميم من أجل الوصول بالمتوج إلى مستوى الإتقان المطلق.

¹ المرجع السابق، ص ص 32-33.

2- جودة التطابق Quality Conformance

تعني جودة المطابقة إنتاج سلعة أو خدمة تتوافق مع المواصفات المحددة في التصميم ويتم هذا التأكد من المنتج النهائي الذي يقابل مواصفات التصميم، حيث أن مطابقة المواصفات تعد واجبة ومهمة لكي يكون المنتج جيداً، ولكن ذلك أيضاً لا يكفي، لوجود عوامل تؤثر فيها مثل القدرات الإنتاجية للتسهيلات المستخدمة (كالألات والمعدات، ومهارات العاملين، والتدريب والحوافز) فالتصميم الجيد وحده لا يكفي لتحقيق مستوى مناسب من الجودة أي يكون التصميم جيداً ولكن إنتاج السلعة أو الخدمة يكون رديئاً، نتيجة الآلات والمعدات أو تلف المواد بعد تسلمها، أو يرتكب عمال الإنتاج بعض الأخطاء في التنفيذ ومن هنا تظهر أهمية المطابقة، وعليه تتطلب مراجعة السلعة غير مطابقة للشروط والترتيب ما يأتي:

- إن تحديد السلطة المسؤولة عن المواد غير المطابقة للشروط.
- إن تنظر إجراءات التركيب في أربع إمكانات متاحة هي استخدام السلعة كماهي، أو صنعها من جديد أو تحسينها أو إتلافها.
- تبقى المواد التي سيعاد معها غير مطابقة إلى أن يستكمل إعادة الكشف على عدم التطابق ويستخلص أن السببة بانتت مستوفية للشروط.

3- سهولة الاستخدام Easy of Use

إن لسهولة الاستخدام والإرشادات للزبون عن كيفية استخدام المنتجات، أهمية قصوى في زيادة قدرتها على الأداء بطريقة سليمة وأمنة، على وفق ما هو مصمم لها، فإذا لم يتم إرشاد الزبائن نحو ما يجب عمله عند استخدام السلعة، فمن المتوقع أن تتخذ بعض الإجراءات من جانبيهم بما يؤثر تأثيراً سلبياً في جودة المنتج نتيجة سوء الاستخدام ويتم إرشاد الزبون حول كيفية استخدام السلعة على شكل تعليمات وتوجيهات تكون مطبوعة على عبوة السلعة وترشد إلى الاستخدام الصحيح لها، وكيفية معالجة المشكلات التي تحدث في أثناء الاستخدام، ويجب أن تكون الإرشادات بمكان واضح وبصيغة يفهمها الزبون العادي.¹

¹ يوسف حجيم الطائي وآخرون: نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص ص 80-81.

رابعاً: أوجه الجودة وأبعادها ومتطلبات نشر ثقافتها

1- أوجه الجودة:

إن الاتجاه الحالي والحديث هو المفهوم التكاملي للجودة الذي يجمع الأوجه الثلاثة للتأثير المتبادل فيما بينها، الذي يعكس في محصلته النهائية ما يستلمه الزبون ويترتب عليه موقفه الايجابي أو السلبي، وتتمثل أوجه الجودة في:

أ. جودة التصميم:

وتشير إلى الخصائص المحددة للمنتج أو العملية بكلفة معينة ولقطاع سوقي معين، وهي مقياس لمدى ملائمة التصميم للخصائص المتفق عليها، وأهم جانب للتصميم الذي يؤثر في مستوى الجودة هي المواصفات والتي تنقسم إلى:

❖ مواصفات وظيفية: وتتعلق بالكيفية التي يعمل بها المنتج ويؤدي وظيفته المطلوب لأجلها.

❖ مواصفات المنتج: وتتعلق بكيفية صنع المنتج أو تقديم الخدمة.

وتجدر الإشارة إلى أن مستوى جودة التصميم يجب أن يحقق على الأقل الحد الأدنى من حاجات ورغبات الزبون وبأقل كلفة ممكنة.

ب. جودة المطابقة:

وتشير إلى مدى مطابقة المنتج الفعلي لمتطلبات التصميم، وهي تعبير عن مدى تحقيق جودة التصميم في المنتج الفعلي، وتعتمد المؤسسات العديد من الأساليب للسيطرة على جودة المطابقة، مثل منع المعيب، أو الكشف عن المعيب وإصلاحه، أو تحليل الأسباب واتخاذ الإجراءات، التصحيحية، أو مزيج من عدة أساليب. حيث أن ما تعتمد من أساليب يؤثر على كلفة المنتج أو الخدمة المقدمة.

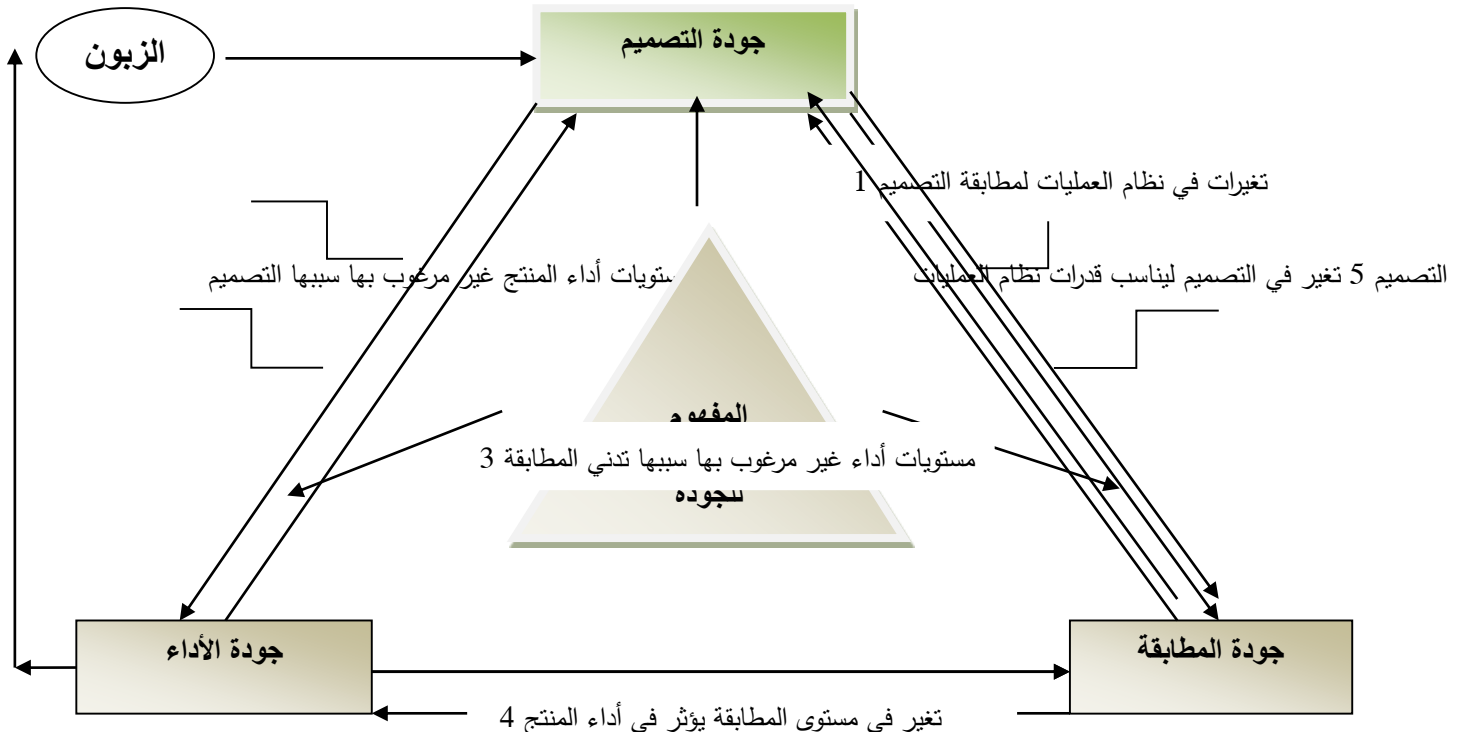
ج. جودة الأداء:

وتشير إلى حسن أداء المنتج في السوق، أو مدى إدراك وقبول المنتج أو الخدمة من قبل الزبون ودرجة رضاه عن عرض المؤسسة عند استعماله لمخرجاتها.¹

وتعتبر جودة الأداء دالة لكل من جودة التصميم وجودة المطابقة، من هنا فإن توفير التغذية العكسية بين جوانب الجودة الثلاثة أمراً ضرورياً، وللتوضيح أكثر نقدم الشكل التالي:

¹ رعد عبد الله الطائي، عيسى قداد: إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 33.

الشكل رقم (13): أوجه الجودة



المصدر: رعد عبد الله الطائي، عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، دار البيزوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 31.

2- أبعاد الجودة:

لقد بدأ قطاع الخدمات يعترف بأهمية الجودة بعد عدة سنوات من اعتراف قطاع الصناعة بذلك، وربما يرجع السبب في ذلك إلى كون قطاع الخدمات لم يواجه نفس مستوى المنافسة الخارجية العنيفة التي يواجهها قطاع الصناعة، هذا بالإضافة إلى عامل آخر يتمثل في قلة معدل الأجور التي يدفعها قطاع الخدمات بالمقارنة مع القطاع الصناعي.

إن تقديم الخدمات يختلف عن التصنيع من عدة جوانب، وهذه الاختلافات لها أهمية تطبيقية بالنسبة للإدارة الجودة، ومن أبرز هذه الاختلافات:

أ. إن حاجات الزبون ومعايير الأداء غالباً ما تكون صعبة التحديد والقياس، لأن كل زبون يختلف عن الآخر.¹

¹على بوكميش: إدارة الجودة الشاملة إيزو 9000، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص ص 44-45.

ب. إن تقديم الخدمات يحتاج بشكل نمطي إلى درجة عالية من التعامل مع التاجر أكثر من التصنيع فالأطباء والمحامين ووكالات التأمين وعمال خدمات الإطعام يجب أن يفصلوا خدماتهم للزبائن بينما في الصناعة فإن الهدف هو الانتظام أو الاتساق.

ج. إن مخرجات الكثير من أنظمة الخدمات هي غير ملموسة، بينما مخرجات الصناعة فهي منتجات ملموسة ومرئية. كما أن الجودة في الصناعة يمكن قياسها (تقديرها) بالنسبة لمواصفات التصميم المعدة من طرف المصنع، لكن جودة الخدمات يمكن فقط قياسها بالنسبة للجوانب الشخصية للزبون، وتوقعاته الغامضة (غير المدركة) وخبرته السابقة. بالإضافة إلى مما سبق فإن السلع المنتجة (المصنعة) يمكن استعادتها أو استبدالها بواسطة المصنع، لكن الخدمة الضعيفة يمكن فقط معالجتها عن طريق الاعتذارات والتصليات.

د. الخدمات تقدم (تنتج) وتستهلك في نفس الوقت، بينما السلع المصنعة تنتج أولاً للاستهلاك، بالإضافة إلى ذلك فإن الكثير من الخدمات يجب أن تقدم بالشكل المناسب للزبون، لذلك فإن الخدمات لا يمكن تخزينها أو جردها أو مراقبتها قبل تقديمها مثل السلع المصنعة، وعلى هذا الأساس فلا بد من بذل الكثير من الاهتمام من أجل التكوين ومن أجل بناء الجودة في الخدمات كوسائل لضمان الجودة¹.

هـ. الزبائن غالبية ما يشاركون في عمليات الخدمة ويحضرون حينما يتم تقديم هذه الخدمة بينما، التصنيع يتم بعيداً عن الزبون.

وأمام هذه الصعوبة في تحديد جودة الخدمة فقد حاول " باراسورمان " "Parasuraman" وزملائه

تحديد بعض الأبعاد الأكثر أهمية لجودة الخدمة، والمتمثلة فيما الآتي:

- **الوقت: Time** أي كم من الوقت يجب أن ينتظره الزبون ليحصل على الخدمة؟
- **دقة التسليم Timeliness**: ومعناها هل يتم تقديم الخدمة عندما يتم الوعد بها؟
- **الإتمام Completeness**: ومعناه هل تم إدراج كل المواد(الأشياء)المطلوبة؟ أو هل كل المواد (الأشياء-العمليات) المطلوبة كاملة أو تم استيفائها؟
- **المجاملة Courtesy** : أي هل يرحب الموظفون بكل زبون ببشاشة؟
- **الانسجام أو النمطية Consistency**: ومعناه هل تقدم الخدمات بنفس النمط لأي زبون؟ وفي أي وقت بالنفس الزبون؟ أي هل تقدم الخدمة بنفس النمط وفي أي وقت بالنسبة لنفس الزبون؟

¹ المرجع السابق، ص ص 44-45.

- سهولة المنال والملائمة **Accessibility and Convenience**: أي هل الخدمة سهلة المنال؟
- الدقة **Accuracy**: ومعناها هل تم أداء الخدمة بشكل صحيح من المرة الأولى؟
- الاستجابة **Responsiveness**: وتعني هل يستطيع موظفي الخدمة الاستجابة أو التدخل بسرعة ويحلون المشاكل غير المتوقعة؟

وما يلاحظ على أبعاد الخدمة أنها غير متعلقة فقط بالخدمة لوحدها، بل هي مرتبطة كذلك بالخدمات المصاحبة للسلعة مثل التسليم، التعامل مع الزبائن، الدقة في المواعيد، ... الخ¹.

3. متطلبات نشر ثقافة الجودة

أ- بناء ثقافة الجودة: إن بناء ثقافة الجودة ينطوي على خطط ونشاطات محددة لكل دائرة أو وظيفة من وظائف المؤسسة، وسنوضح أدناه المستلزمات الأساسية لبناء ثقافة الجودة:

- الالتزام الإداري: إن قبول وتطبيق نظام الجودة يتطلب تطوير نظام جديد للإدارة، إذ أن بلوغ النجاح في تحقيق الكفاية والفاعلية في أداء المؤسسة يستوجب جعل النظام من المهمات الشاملة لكافة العاملين والإداريين ابتداء من الإدارة العليا.

- التنظيم: ويتطلب الالتزام التام من قبل المؤسسة وجميع العاملين فيها بهذا النظام، من خلال ترسيخ الإيمان بأهمية تطبيق مبادئ وأسس الجودة بالمؤسسة.

- فرق العمل: يعتبر العمل الجماعي ميزة خاصة من مزايا مبادئ تنفيذ نظام الجودة، وباعتباره الأداء التي من خلالها يساهم جميع الأفراد العاملين بالمؤسسة في تحقيق أهداف النظام، وهذا ما لا يمكن تحقيقه إلا من خلال تحديد مستوى ثقافة الجودة وتبيان مفهومها وأهميتها لكل الموظفين والعاملين بالمؤسسة.

- التعليم والتدريب: لزيادة قدرات العاملين في أداء الوظائف المختلفة.

- تحديد أهمية رضا الزبائن لمستقبل المؤسسة.

- دعم إقامة مؤتمرات وطنية وإقليمية عن الجودة.

ب- خطوات الانتقال لثقافة الجودة: نجعلها في:

- التعرف على سلوكيات: تصف ثقافة المؤسسة كيفية تصرف أعضائها واستجاباتهم نحو المشاكل وكيفية تعاملهم مع بعضهم البعض، لتحديد ما إذا كانت الثقافة السائدة ثقافة تغيير أم لا.

¹ المرجع السابق، ص ص 44-45.

- وضع التغيير المطلوب ضمن خطة مكتوبة: إن التقييم الشامل للثقافة الموجودة حاليا في المؤسسة سوف يعمل على التعرف إلى التحسينات التي يجب القيام بها.
- تطوير خطة لإحداث التغييرات وتفعيلها بناء على أساس:
 - ❖ من هم المتأثرون من عملية التغيير؟ ومن سيكون مسئولا عنها؟
 - ❖ ما هي المهام التي يجب إنجازها قبل ذلك؟ وما هي العوائق المتوقعة؟
 - ❖ متى يجب إحداث التغيير؟
 - ❖ أين يجب إحداثه، وفي أي وظيفة من وظائف المؤسسة؟
 - ❖ كيف ستتم هذه العملية وكيف ستعمل على تحسين الجودة؟
- فهم الحالات الذهنية والعاطفية للموظفين أثناء حدوث التغييرات والتعامل معها بناء على ذلك.
- التعرف على الأشخاص المؤثرين الذين من شأنهم أن يؤيدوا عملية التغيير أو العكس، لمحاولة تحويل المناهضين إلى مناصرين.

- تقديم الدعم المادي والمعنوي والنفسي للأشخاص الذين يمرون في عملية التغيير¹.

كل هذه الخطوات تشكل تحديا كبيرا يواجه المؤسسة ولكن التحدي الأكبر هو مدى القدرة على الحفاظ على ثقافة الجودة الجديدة مع مرور الزمن، وهذا ما يمكن التأكد منه من خلال القياس الدوري لمستويات الجودة والرقابة عليها².

خامسا: تحسين الجودة

هذه المرحلة يتم وضع الآليات المساندة في أماكنها الصحيحة المناسبة هذا من أجل تحقيق الجودة بشكل مستمر، يشمل ذلك توزيع الموارد وتكليف الأفراد، وأيضا على تشكيل فريق دائم، يتولى متابعة الجودة والمحافظة على المكاسب المحققة، ويمكن تنفيذ هذه المرحلة باستخدام الطرق العلمية والوسائل الإحصائية والمعروفة بأدوات الجودة كالرسم البياني مراقبة الجودة والرسم البياني "الباريتو" والمدرجات التكرارية وأن أفكار جوران تتلخص في 10 نقط كما يلي:

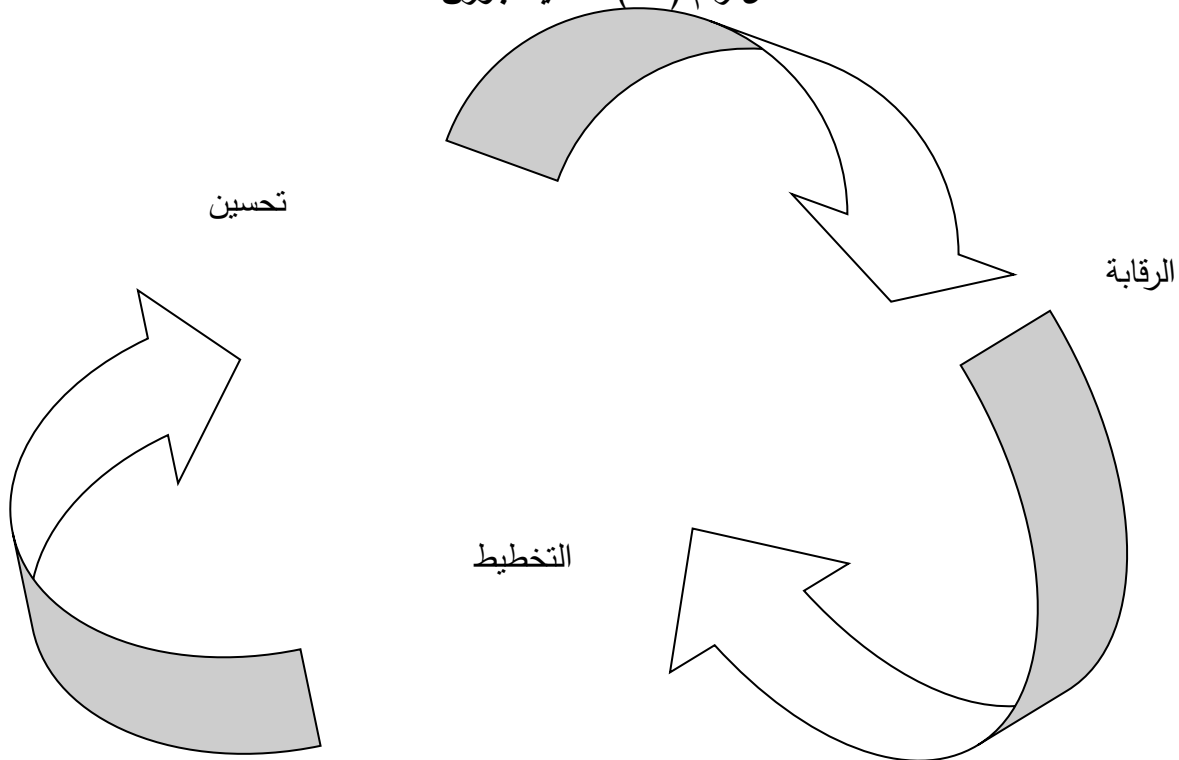
1. ارفع درجة الوعي لدى الموظفين بأهمية عملية تحسين وتحديد الاحتياجات.

¹ المرجع السابق، ص 46-47.

² سمية حرنان: دور إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة-الجزائر، 2015-2016، ص ص 50-51.

2. تحديد الأهداف الخاصة بعملية التحسين.
3. الاهتمام بعملية التنظيم من أجل تحقيق أهداف المرجوة وهذا من خلال عدد من الإجراءات كإنشاء مجلس للجودة النوعية.
4. الاهتمام بعملية التدريب الموظفين.
5. الاهتمام بإنجاز مشاريع تساعد المنظمة في حل مشاكلها.
6. الاهتمام بتقديم تقارير دورية وشاملة عن وضع المنظمة.
7. تشجيع وتحفيز العاملين وحثهم على تحسين الأداء وهذا من خلال الاعتراف بإنجازاتهم.
8. الاهتمام بعملية الاتصال بين الأقسام المنشأة والتركيز على أهمية التغذية العكسية كوسيلة لتوصيل النتائج الأقسام معينة.
9. الاهتمام بتوثيق البيانات وتسجيلها على شكل البيانات.
10. الاهتمام بعملية التوسيع وذلك من خلال اعتبار التحسين السنوي جزءاً لا يتجزأ من نظم منظمة وعملياتها المختلفة¹.

شكل رقم (14): ثلاثية جوران



المصدر: زاهد محمد ديري إدارة الجودة الشاملة، دار الابتكار لنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص30.

¹ زاهد محمد ديري: إدارة الجودة الشاملة، دار الابتكار للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص ص 29-30.

سادسا: قياس جودة الخدمة وأشكالها

1- قياس جودة الخدمة

أن قياس الفاعلية يتمحور عادة حول النتائج والأهداف التي تكون قادرة على تحقيق النتائج حيث يمكن اعتبارها المقياس الأساسي للفاعلية ومع الأسف فإن قياس الجودة وخاصة المراكز الصحية ومنتجاتها يعتبر من الأمور المثيرة للجدل.

ولذلك فإن قياس جودة الخدمة تعتبر عملية معقدة مقارنة مع قياس الخدمة المنتج حيث تستخدم الأساليب الكمية بسهولة، وأن الصعوبة في قياس قيمة الخدمة وجودتها في منظمات الرعاية الصحية يعود إلى ثلاثة أمور أساسية هي:

- باعتبارها غير ملموسة. Intangibility.

- كونها مختلفة وذات خصوصية Heterogeneity

- ملازمة وغير مفصلة Inseparability

ويجري تأدية الخدمات في قطاع الرعاية الصحية وتطبيقاتها بنفس الوقت بغض النظر عن الحقيقة بأن توريد الرعاية الصحية يتم عادة مع تقديم المفردات الملموسة ألا أن المريض يشتري خبرة مقدمي الخدمة. وإن الصفات الثلاث المارة الذكر في أعلاه للخدمة التي يمكن أن تساهم في توليد صعوبة قياس جودة الخدمة في الرعاية الصحية والتي لا يمكن مواجهتها في أنماط الخدمة الأخرى.

ففي محتوى الرعاية الصحية يقوم الزبون المريض في المساهمة في توليد الخدمة ومن ثم فإن كل من الأداء والجودة سوف تتأثران بسلوك المريض نفسه بسبب الانفعالات غير المتوقعة منه ومزاجه ومدى تعاونه مع القائمين بتقديم الرعاية الصحية، وجميع هذه الأمور والأبعاد تجعل من الرعاية الصحية أن تكون:

- التقييمات تكون ليس فقط على المخرجات وإنما أيضا على عملية توريد الخدمة نفسها.

- الصعوبة الزائدة من قيام المريض بتقييم الخدمة المقدمة له.

وهنا يمكن تحديد جودة الخدمة على أنها الفرق ما بين توقعات الزبون وبين إدراكاته للخدمة المقدمة بدلالة

النموذج التالي:

$$Q = P - E$$

حيث أن:

Q = جودة الخدمة المقدمة.

P = مدى إدراك الزبون للجودة المقدمة.

E = توقعات الزبون من الخدمة المقدمة.

وتعتبر مدارك الزبون لجودة الخدمة أو تقييمه لمجمل الخدمة المقدمة له أنها ممتازة أو فائقة...، تعتبر الحجر الأساس في قياس جودة الخدمة، ويستخدم أسلوب ما يسمى جودة الخدمة في معالجة مثل هذه الأمور¹.

2- أشكال الجودة

أ. الجودة التي يمكن قياسها

- الجودة التي تتطابق مع المعايير.
- هذه المعايير هي التي تأخذ شكل أدلة العمل الإكلينيكية.
- التوصل إلى معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها الوحدة للمنتفع.
- المعايير هي الأدلة على التفوق.

ب. الجودة التي يمكن تقديرها

- إدراك وتقدير التفوق فيما وراء الحد الأدنى للمعايير والمقاييس.
- تطلب الحكم من ذوي المهارات والخبرات من الأطباء الممارسين للمهنة والأشخاص ذوي الحساسية والاهتمام.

أن نعتمد على مجالس مراجعة الأنداد في الحكم من خلال الفنيين من نفس التخصص؛ لتحديد

إذا كان التدخل العلاجي للطبيب مع المريض قد تم بصورة جيدة أم لا.

ج. الجودة التي يمكن إدراكها

- درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة أو المراقب للرعاية الصحية.
- مبنية أكثر على درجة العناية والرعاية التي يوليها الأطباء والممرضات وباقي العاملين أكثر من توفير بيئة مناسبة أو المنافسة التي تعتمد على التكنولوجيا².

سابعاً: تكاليف الجودة

تتحمل المؤسسة في سعيها إلى إنتاج سمعة (منتج أو خدمة) تلبى احتياجات الزبائن ورغباتهم وتوقعاتهم أنواعاً مختلفة من التكاليف المتعلقة بتحقيق الجودة، وتسمى تكاليف الجودة، مع العلم أنه تستعمل مصطلحات عديدة للتعبير أو لوصف هذه التكاليف، وتتضمن ما يلي:

¹ عبد الستار العلي: تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 307.

² المرجع السابق، ص 308.

- تكاليف الجودة.
- تكاليف الجودة الرديئة.
- التكاليف المرتبطة بالجودة¹.

1- مفهوم تكاليف الجودة:

عرفت تكاليف الجودة أنها: " النفقات اللازمة لتثبيت مستوى معين للجودة في المؤسسة، وعموما تشمل تكاليف الجودة عنصرين هامين وهما تكاليف عدم الجودة الناتجة عن الأخطاء، وتكاليف الحصول على الجودة المطلوبة، حيث يساهم تخفيض أو إنهاء أسباب عدم الجودة في تعظيم الإنتاجية². ومن هنا يظهر لنا أن تكاليف الجودة هي السعي وراء الحصول على رضا وولاء الزبائن واستقطاب آخرين جدد بتقديم منتجات أو خدمات ملائمة لحاجتهم واستعمالاتهم.

2- أهمية تكاليف الجودة: تظهر أهمية قياس تكاليف الجودة انطلاقاً من:

- إشارة العديد من دراسات الفكر المحاسبي إلى أهمية محاسبة تكاليف الجودة خاصة للمؤسسة التي ترغب بالتميز على المستوى العالمي.
- كبر حجم التكاليف المتعلقة بالجودة مما يستوجب على المنظمات القيام بدراسات موسعة لتكاليف الجودة لغرض معرفة سلوكها وتأثيرها في نشاطها وأرباحها.
- تشمل تكاليف الجودة عنصرين (التكلفة والجودة) اللذان يعدان من ضمن عوامل النجاح الرئيسية (التكلفة، الجودة، الوقت، الابتكار) للمؤسسة والتي تؤثر بشكل مباشر في قابلية النمو الاقتصادي لها.
- أهمية قياس تكاليف الجودة للمساعدة على تبرير إجراءات التحسين.
- يمكن أن يطبق نظام تكاليف الجودة على كل الأنشطة مهما كانت طبيعتها وحجمها، مما يساعد المسؤولين على إدراك أهمية نظام تكاليف الجودة ومن ثم إعداد موازنات خاصة تركز على التخلص من أسباب عدم المطابقة بشكل نهائي.
- تستعمل المقاييس المالية لتكاليف الجودة كأساس عام لتقويم المبادلات بين تكاليف الوقاية وتكاليف الفشل، إذ توفر تكاليف الجودة مقياساً مميزاً لأداء الجودة.
- تنفيذ عملية قياس تكاليف الجودة في قياس التحسينات في أداء الجودة.

¹ حيدر علي المسعودي: إدارة تكاليف الجودة استراتيجياً، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص 50.

² فلة العيهار: دور الجودة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2004-2005، ص 25.

• عن طريق تحديد تكاليف الجودة، فإن الأفراد العاملين على إنتاج منتج أو تقديم خدمة ما يفهمون ما ستكون عليه الكلفة إذا كانت الجودة رديئة¹.

3- أنواع تكاليف الجودة: وهي عادة ما تصنف إلى أربعة أنواع هي:

أ- تكاليف الوقاية: Prevention Cost

وهي التكاليف المرتبطة بمنع حدوث العيوب (الانحرافات عن الجودة) وهي عادة ما يتم إنفاقها قبل أن يتم تقديم السلعة أو الخدمة، وتشمل هذه التكاليف تخطيط الجودة، الفعاليات المستخدمة لمنع عيوب التصميم، ومراجعة التصميم، والتعليم، والتدريب، والتحكم بالعملية، وتحسين العملية.

ب- تكاليف التقييم: Appraisal Cost

وهي تلك التكاليف الناجمة عن محاولة معرفة إذا كانت المنتجات مطابقة للموصفات المعتمدة، وتختلف هذه التكاليف في السلع عن تلك التكاليف في الخدمات إذ تتحدد في الخدمة على تكاليف إجراءات الرقابة الخاصة بالتأكد من مدى توافق ممارسات العمل الموصوف. وفيما يخص تكاليف التقييم للسلع فإنها تتضمن تكاليف موظف الفحص والتفتيش كما تتضمن كلفة المعدات والنفقات المترتبة على صيانة قسم التفتيش.

ج- تكاليف الفشل الداخلية: Internal Failure Cost

وهي التكاليف المرتبطة بالتخلص من المنتج نتيجة عدم المطابقة للمواصفات أو إعادة تشغيله أو التكاليف المترتبة على الكفالة.

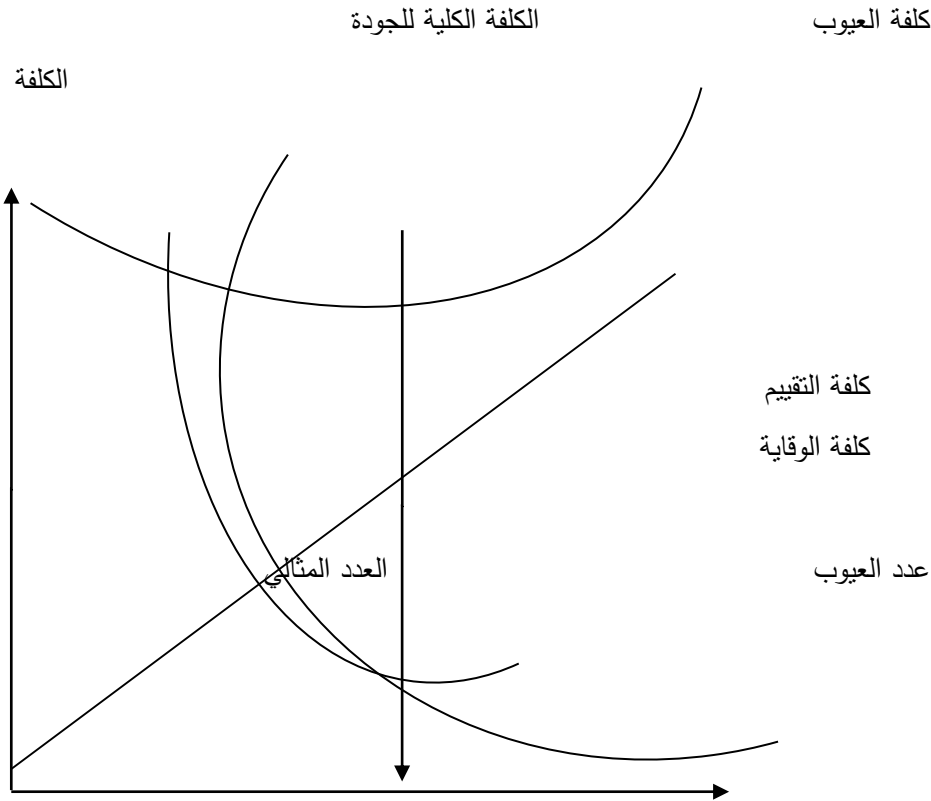
د- تكاليف الفشل الخارجية: External Failure Cost

وهي التكاليف مرتبطة بالفشل خارج نطاق المنظمة، وتتضمن نتائج عدم شراء الزبائن للمنتجات مرة أخرى أو إعلام الآخرين بأن منتجات المنظمة لا تستحق الشراء. وفي ظل المدخل التقليدي لكلف الجودة، فإن هناك عدد مثالي معين من المعيبات التي تجعل من الكلفة الكلية للجودة بأشكالها السابقة أقل ما يمكن، حيث أن كلف الوقاية والتقييم سوف تقل بتزايد المعيبات وبالعكس، وأن العدد الأمثل من المعيبات يتحقق في مستوى معين وكما يوضحه الشكل (15).

¹ حيدر علي المسعودي: مرجع سابق، ص ص 79-80.

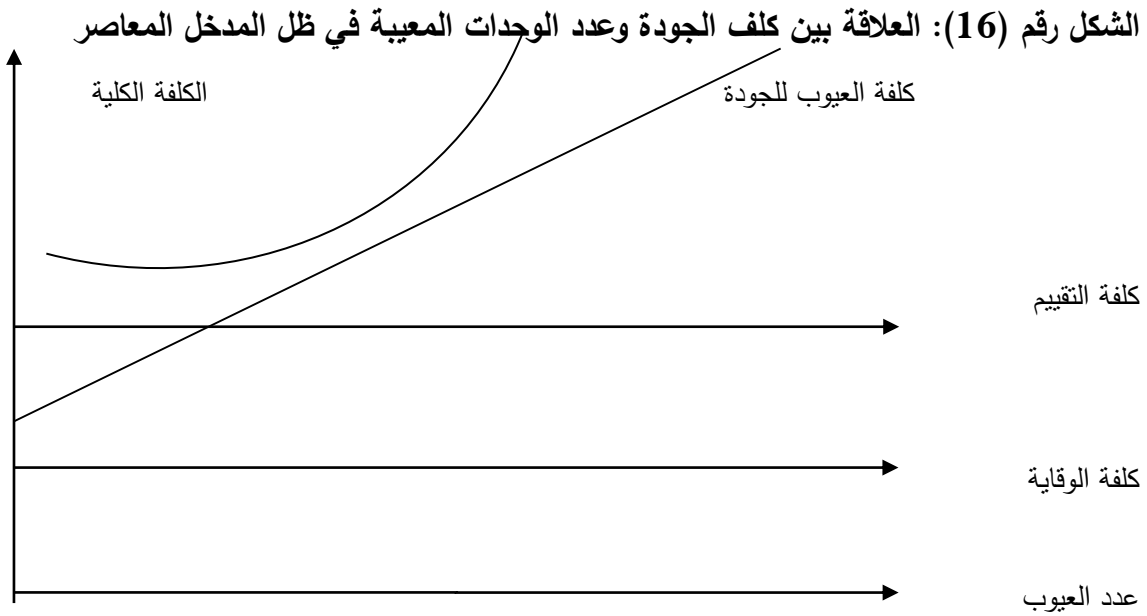
أما المدخل المعاصر فإنه يختلف كثيراً عن المدخل السابق في أن كلف الوقاية والتقييم لا حاجة لها لتزايد من أجل تخفيف العيوب، ولهذا فإنه ليس هناك عملية مبادلة بين كلفة العيوب وكلفة تجنبها، فالمستوى المثالي يحدث عنه نقطة العيوب الصفرية وكما يوضحه الشكل (16)¹.

الشكل رقم (15): العلاقة بين كلف الجودة وعدد الوحدات المعيبة في ظل المدخل التقليدي.



المصدر: محمد عبد الوهاب العزاوي: إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 34

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي: مرجع سابق، ص 32.



المصدر: محمد عبد الوهاب العزاوي: إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 35.

- 4- قياس تكاليف الجودة: إن توفير احتياجات الزبون وتوقعاته في الحصول على منتج أو خدمة متميزة يمكن أن يكون ممكناً إذا كانت المؤسسة قادرة على قياس الجودة وتوفير التغذية العكسية المفيدة لأفرادها، وقد صممت معظم نظم المحاسبة لتحقيق أهداف عدة، إلا أنه لم تصمم لتركز على تكاليف الجودة للمؤسسة بشكل أساسي، وهذا لكون أغلب تكاليفها مشتتة في حسابات التكاليف غير مباشرة. فبموجب أنظمة المحاسبة التقليدية تجري عملية قياس تكاليف الجودة وفق الخطوات التالية:
- تشكيل فريق عمل مدرب لحساب تكاليف الجودة وتكاليف الأعمال التصحيحية، حيث يجري تقويم شامل لنفقات جودة التصنيع والخدمات وتحدد المسؤوليات،
 - تحديد تكاليف الجودة وتصنيفها وتنظيم نموذج لتكاليف الجودة خاص بالمؤسسة.
 - عقد اجتماع مراجعة لفريق العمل تجري به مقارنة نتائج تكاليف الجودة وتحليلها وتقديمها في تقارير واضحة تبين مناطق الخلل وإصدار التوصيات بشأنها.
 - تكرار العملية ومقارنة النتائج.
- أما المؤسسات التي تستعمل تقنيتي محاسبة التكلفة على أساس النشاط وإدارة التكلفة على أساس النشاط، فإنها تمتلك المعلومات الضرورية لتصنيف معلومات تكاليف الجودة على أساس الأنشطة، ولذلك فهي تقوم بتصنيف الأنشطة على أساس أنواع تكاليف الجودة المذكورة سابقاً، وهذا يتطلب من محلي إدارة الكلفة العمل بشكل دائم مع أفراد الإنتاج لوضع هذه التصنيفات.

إن الرقابة على الجودة كذا ضبط التكاليف قد يساهم في تحسين مستوى الجودة بالنسبة للسلعة أو الخدمة التي تقدمها المؤسسة لزيائنها، إلا أنه غير كاف لتحقيق المستوى المرغوب والمطلوب من طرف الزبون إلا بتطبيق أساليب تحسين الجودة¹.

¹ حيدر علي المسعودي: مرجع سابق، ص ص 72-73.

خلاصة:

وفي الأخير يمكن القول أن الاهتمام الكبير بالجودة من أجل الوصول بالمنتج والخدمة إلى مستوى عالي وتخفيض النسبة المردودة من عمليات الخدمة المقدمة أو المنتجات المباعة لزيون وهذا يساهم في تحسين الجودة وكذلك توفير رضا الزبون، وتخفيض عدد شكاوى الزبائن، لذلك تبقى الجودة هي إشباع حاجات الزبون ورغباته، وإن تكون هناك عملية تحسين مستمر لإشباع هذه المتطلبات لأنه يضمن بقاء واستمرار المنظمة وقدرتها على تحقيق أهدافها.

الفصل الرابع

الخدمات الصحية

- أولاً: نشأة وتطور الخدمات الصحية
- ثانياً: خصائص الخدمات الصحية
- ثالثاً: أسس الخدمات الصحية
- رابعاً: أهداف الخدمات الصحية
- خامساً: أنواع ومستويات الخدمات الصحية
- سادساً: المشكلات الصحية المعاصرة وأثرها على الخدمات الصحية
- سابعاً: تدني مستوى الخدمات الصحية
- ثامناً: المداخل الرئيسية في تطوير الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها
- تاسعاً: أسس الارتقاء بالخدمات الصحية

تمهيد:

إن الخدمات الصحية تعد عنصر فعال في كل المجتمعات لأنها تهتم بحياة العنصر البشري وصحته، الذي بدوره يحقق التنمية الاجتماعية لذلك تعمل على إشباع حاجته، ومن هنا كان التنافس العالمي إلى تقديم أفضل الخدمات الصحية والعمل على الارتقاء بها، من خلال تزويدها بكل ما هو جديد يتماشى متطلبات العصر والتقدم العلمي والتكنولوجي في مجال الصحة، وزيادة الميزانية الصحية والانفاق على التعليم الطبي ودعم البحوث والدراسات.

وعلى هذا الأساس سيتم من خلال هذا الفصل التعرف على نشأة وتطور الخدمات الصحية المميزة لها، مع الإشارة إلى أهدافها وأنواعها ومستوياتها، بإضافة إلى التعرف على المشكلات الصحية المعاصرة وأثرها على الخدمات الصحية وأسس الارتقاء بها.

أولاً: نشأة وتطور الخدمات الصحية

إن العاملين في مجال الخدمات الصحية في العصور القديمة اعتمد بشكل أساسي على قدراتهم الذاتية وتجاربهم في معالجة بعض الأمراض والاعتماد على النتائج التي يحصلون عليها من خلال مراجعة نشأة العلوم الطبية نجد بأنهم من الصعب تحديد الجهة أو الدولة التي كان لها الدور الأساسي في إيجاد الخدمات الصحية وإيجاد الأدوية وغيرها من أساليب العناية الصحية.

وإن المتخصص في أدبيات هذا المجال يجد بأن هناك اختلاف وجهات نظر المختصين في هذا الشأن، فهناك من يجد بأن للفراغنة الدور الأساسي في نشأة العلوم الطبية وتقديم الخدمات الصحية وعلى الأخص في مجال الجراحة، ويعزز ذلك بالشواهد التاريخية التي لا يزال العلم الحديث واقفاً أمامه عاجزاً عن تفسير ما قاموا به وعلى حفظ الجثث وفي مجال الطب العدلي.

وهناك من يرى إن قدماء اليونان الكلدانيين كانوا السباقين في مجال تقديم الخدمات الصحية ولقد كان للكهنة الدور الأكبر في تلك الفترة وللطبوس والسحر في ذلك، إضافة إلى قيامهم باستخدام ما هو متاح لهم من أعشاب تمكنوا من تصنيفها وفقاً لنوع المرض ولقد اعتبر استخدام وتصنيف الأعشاب الأساس في بداية نشأة الأدوية والعلاج الخاص بشكل مرضي.

وأن هذا التصنيف للأعشاب يتم خلال متابعة المرضى وتوثيق ما يقدم لهم من علاج لكل حالة مرضية على ألواح يعلقونها ويطلب منها هؤلاء المرضى الذين يشفون أن يخبر من يلتقون بهم بما عانوا من مرض وما أخذوا من علاج ورعاية صحية، أي أن المرضى كانوا يروجون للخدمات الصحية التي حصلوا عليها ومن قام بمعالجتهم أيضاً.

وفي حين أن هناك قسماً آخر ينسب نشأة الخدمات الطبية والدور الأساسي في بدايتها إلى سحرة اليمن الذين لعبوا دوراً مهماً في معالجة الأمراض من خلال الطبوس والتهاليل كذلك من خلال استخدام النار والأعشاب المتاحة لهم.

بينما هناك من ينسب نشأة العلوم الطبية إلى البابليين ولكن صرامة القوانين والتشريعات التي حددت اتجاه الطبيب وطبيعة القصاص الذي يتعرض له في حالة الخطأ لعب دوراً كبيراً في عدم التقدم والإبداع خشية بالتجربة ونيل العقاب¹.

¹ ردينة عثمان يوسف: التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 15.

تشير الوثائق التاريخية إلى أن المستشفيات في الهند قد بدأت في سنة (600 قبل الميلاد) وقد ازدهرت في عهد الملك أسوكا (273.232 قبل الميلاد)، حيث أصبح ينظر إلى المستشفيات على أنها نموذج حديث ومعاصر في حينه، وبخاصة في استخدام تقنيات طبية مناسبة في حماية ومعالجة الأم والأطفال وتقديم الرعاية الصحية لعموم الشعب¹، فقد كانت هذه المستشفيات تعليمات محددة ومكتوبة لمن يقوم على خدمة المرضى اشتملت على:

- تقديم رعاية حانية ورقيقة للمرضى.
 - تقديم الفواكه والخضار الطازجة.
 - تحضير وتقديم الدواء.
 - عمل المساجات.
 - الاهتمام بالنظافة الشخصية للقائمين على الخدمة.
- كما نصت التعليمات الخاصة بالأطباء على:

- الاستحمام اليومي.
- قص الأظافر والشعر.
- ارتداء الملابس البيضاء.
- تعهد باحترام ثقة المرضى فيهم².

إن هذا الاختلاف في تحديد مصدر نشأة العلوم الطبية وتقديم الخدمات الصحية ناتج عن حالة الأقوام إلى هذه الخدمات وسعيهم إلى الحصول عليها وتطويرها وتنمية القدرات الذاتية في هذا المجال، إن عدم انتشار ما تم التوصل إليه من الأدوات وطرق علاج وأدوية لدى أحد الأقوام والعاملين في هذا المجال في العصور القديمة ناتج عن ضعف وسائل النقل ووظائف عملية الاتصال وعدم توفر وسائل النقل واتصال سريعة كما في يومنا هذا، لذلك عندما يتعرض أحد الأقوام إلى مرض مثل الجدري أو الكوليرا أو أي مرض آخر، فإنهم يعتمدون أولاً على قدرتهم الذاتية وعلى ما هو متاح لهم لأن الاستعانة بالأقوام الأخرى يتطلب وقت طويل لكي تصلهم المساعدات الطبية وقد تتفق أرواح كثيرة قبل وصول تلك المساعدة، لذلك أدركت هذه الأقوام ضرورة الاعتماد على الإمكانيات الذاتية المتاحة لها والعمل بها لحين وصول الإغاثة من الأقوام الأخرى.

¹ ثامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 149.

² فريد توفيق نصيرات: إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 16.

إن الاعتماد على الإمكانيات الذاتية المتاحة ساهم بشكل كبير في تطوير الخدمات الصحية والإبداع بها، والسعي إلى إيجاد ما هو جديد لأن الحاجة تتطلب ذلك وأن هذا السعي ساهم بشكل كبير في تمييز الأقسام وإبداعها في مجالات طبية مختلفة وظهر أنواع عديدة من الأدوية وأساليب العلاج كذلك ظهور أفراد مبدعين في هذا المجال¹.

ثانياً: خصائص الخدمات الصحية

تتمتع الخدمات الصحية على غرار باقي الخدمات بمجموعة من الخصائص التي تميزها عن المنتجات الملموسة الأخرى نذكر منها²:

1. منتجات غير ملموسة: الخدمة ليس لها وجود مادي ولا يمكن لمسها مثل السلع كما أنها لا يمكن تذوقها أو إدراك منفعتها قبل شرائها والاستفادة منها³، هذا ما يتطلب مهارة في الاتصال بين مقدم الخدمة والمستفيد والحاجة إلى هذه المهارة سوف تملئ على المؤسسة الصحية سياسة توصيل الخدمات بشكل مباشر وتسعى من خلاله تحقيق الاتصال الفعال.
 2. غير قابلة للانفصال: إذ أن الجراح لا يقوم بالعملية إلا بوجود المريض.
 3. عدم التماثل (التباين): لأنها تعتمد على مهارة أداء وسلوك مقدم الخدمة وعلى الزمان والمكان والمعلومات التي يقدمها المريض، ويلعب المستفيد دوراً مهماً هنا إذ أنه يختلف من المزاج والسلوك مستوى التفاعل والاستجابة.
 4. تلاشي الخدمة الصحية: سواء تمت الاستفادة منها أو لا.
 5. عدم انتقال الملكية: لكن مع ذلك يمكن للمريض تحقيق انتقال ملكية بعض السلع المساعدة كالحبوب، الحقن، التضميد... الخ⁴.
- ومن أهم ما يميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات ما يلي:
- تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة للجمهور وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات الأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراد أو مؤسسات.

¹ ردينة عثمان يوسف: مرجع سابق، ص 17.

² شادلي إبراهيم: مرجع سابق، ص ص 13.11.

³ سالم رشيد، على فلاق، سارة زيتوني: الرفع من جودة الخدمات الصحية من خلال تبني أسلوب التحسين المستمر (الكايزن)، معارف مجلة علمية محكمة، العدد 20، 2016، ص 71.

- تتميز الخدمات الصحية بارتباطها بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه وإعادة شرائه بضرورة أن تكون على درجة عالية من الجودة ولذلك فإن معيارية الأداء للخدمات الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية واضحة .
 - تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية العامة والمستشفيات الخاصة، وعلى وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي يقدمها والكيفية التي يعمل بها ذلك¹.
وتتميز كذلك ب:
 - الخدمات الصحية تقدم لكل أفراد المجتمع بغض النظر عن مستوياتهم الاجتماعية، والثقافية، التعليمية أو المادية.
 - الخدمات الصحية تتطلب الحضور الشخصي للمستفيد، من أجل الفحص، والتشخيص، وإجراء التحاليل والمعالجة.
 - يتحدد مستوى جودة الخدمات الصحية بدرجة أولى من قبل المستفيد، أي (المريض)، حيث أن درجة التوافق بين جودة الخدمة ومستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة هي المحدد لمستوى جودة الخدمة الصحية².
- كما يمكن ذكر الخصائص الاقتصادية للخدمة الصحية وذلك من خلال التطرق إلى الخصائص المتعلقة بجانب العرض والطلب على الخدمات الصحية:
- أ. الخصائص التي تقتصر على جانب الطلب على الخدمات الصحية
- الخدمات الصحية خدمات جماعية: فالخدمات الجماعية هي تلك التي تقدم منافع لكل أفراد المجتمع وليس للفرد الواحد الذي يستفيد منها، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية إذ أن تحسين صحة الفرد لا يفيد وحده فقط، ولكنه يفيد أسرته وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بآثار الانتشار الخارجية الموجهة للخدمات الصحية، ولهذا يكون من المفيد اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات³.

¹ شادلي إبراهيم: مرجع سابق، ص31.

² بديس فهيمة، زويش بلال: جودة الخدمات الصحية الخصائص الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد7، الجزائر، 2011، ص40.

³ عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007، ص22.

- **الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق:** حيث يطلب اصطلاح الطلب المشتق عادة على المنتجات التي لا تطلب للاستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي، وكذا فإن الطلب على هذه المنتجات يعتمد على المنتجات التي تساعد على إنتاجها، فإذا اعتبرنا الخدمات الصحية مدخلات لإنتاج الصحة يكون الطلب على الخدمات الصحية طلباً مشتقاً من الطلب على الصحة ككل¹.
- **الخدمات الصحية تمثل ضغطاً بالنسبة للمستفيد (المريض):** حيث يعد تلقي الخدمة الصحية من طرف المستفيد (المريض) أمراً ضرورياً لتخليصه من آلام مرض معين حيث أن دخول المريض إلى غرفة العمليات لإجراء جراحة، قد يكون أمراً غير مستحب ولكنه ضروري لتخليصه آلامه واستعادته لصحته².
- ب. **الخصائص التي تتعلق بجانب العرض:**
 - **تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي:** حيث تؤثر القوانين الحكومية على عمل المؤسسات الصحية، ويتعلق الأمر بتحديد منهج عملها والقواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية، كما يلاحظ امتلاك الحكومات لأغلب المؤسسات الصحية³.
 - **انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير:** حيث يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير، وذلك لأن بناء المؤسسات الصحية وتجهيزها، بالإضافة إلى تكوين الأطباء والمهنيين يحتاج إلى سنوات عديدة، ومن ثم فإن العرض غير المرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير، وعليه هذا ما يجعل عرض الخدمات الصحية غير مرن في الأجل القصير⁴.
 - **كثافة استخدام عنصر العمل:** حيث يواجه المستفيد عدداً من فئات الهيئة الطبية المختلفة أثناء تواجده في المؤسسة الصحية، فيتعامل مع الأطباء، الممرضين أو الموظفين والإداريين... الخ⁵.

¹ مذکور فوزي: تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر، مصر، 1998، ص 189.

² عدمان مريزق: مرجع سابق، ص 23.

³ فريد كورتر: تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008، ص 315.

⁴ عدمان مريزق: مرجع سابق، ص 23.

⁵ نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري: إدارة التسويق في المنظمات غير ربحية، دار حامد، الأردن، 2009، ص 240.

ثالثاً: أسس الخدمات الصحية

توجد العديد من العوامل التي تحدد أسس ومميزات الخدمة الصحية والحاجات العامة للسكان، وآراء الطاقم الطبي حول التشخيص الطبي للمريض، وعن ماهو أفضل بالنسبة للمريض، حيث أصبح التخطيط لهذه الخدمات يتم في تقرير الحاجات الواجب توفرها، وكذا بالبحوث والدراسات القائمة في الرعاية الطبية ونظم المعلومات الصحية وتنظيم المؤسسات الطبية من مستشفيات ومراكز صحية وعيادات متعددة الخدمات، لتقديم أفضل الخدمات الطبية من مستوى كفاء وعليه تكمن الخصائص فيما يلي:

1. من حيث الاستهلاك: وذلك من خلال ما يلي:

- صعوبة تقدير تكلفة الخدمة وكذا مقدار تكرارها وبذلك صعوبة تحديد حجم التكلفة بتقدير دقيق عكس معظم الخدمات الأخرى لكون الخدمة الصحية تطلب وفقاً لظروف وحالات استثنائية معينة.
- صعوبة تقدير حجم المنفعة المتأتية من الخدمة الصحية ومدى جودتها، كما أن ذلك يعود أيضاً إلى عدم فورية نتائج الخدمة الصحية فهي تتأخر لفترات تصل إلى أيام وربما أشهر أو سنوات وهذا فيما يخص الخدمة الصحية أما الوقائية فإن آثارها لا ترى في الغالب للفرد وإنما على المجتمع ككل.

2. من حيث الموارد البشرية: إن أهم عنصر مرتبط بالتقديم الفعلي للخدمة الصحية يتمثل في الطبيب الذي يعتبر المحدد الأساسي لمقدار الإنفاق الصحي، من خلال ما يقدمه من عرض أو تلبية للطلب ونستطيع القول أن ما يمكن قوله عن ذلك ما يلي:

- غموض ميدان الطب وتعقيده وصعوبة فهمه للمتلقي العادي للخدمة، ما يجعل من الطبيب أو الممارس التقني في ميدان الصحة أهم عنصر في المهنة، وهو ما يضع طالب الخدمة الصحية أسير لهذا الممارس من حيث المعلومة التي يقدمها والتوجيهات التي يرشدها إليه أو الطرق العلاجية التي يتبعها معه بالمقابل فإن طالب الخدمة يكون تقييمه لنوعية الخدمة ومدى جودتها يأخذ مسلماً انطباعياً، ما يجعل هذه الخدمة تأخذ طابعاً ذاتياً في بعض الأحيان.

- يوجد تمايز كبير لدى المجتمع الذي يشكل أفراد العناصر الطالبة للخدمة الصحية والمستهلكة لها في فهم سلوك الأطباء من حيث الدور المتوقع منهم وظيفياً أو النموذج السلوكي للممارسة ومقدار التركيز على العلاج وعلى الرعاية¹.

¹ شادلي إبراهيم: مرجع سابق، ص 14.

3. من حيث التكاليف المالية: بغض النظر عن أساليب تمويل وتنظيم وإدارة تقديم الخدمات الصحية، تواجه نظم الخدمات الصحية في الدول المتقدمة والنامية مشاكل تزيد الطلب وارتفاع التكلفة، ومن ثم الضغط على الموارد المتاحة لتقديم الخدمات الصحية، ويرجع ذلك إلى عوامل عديدة منها¹:

- يترتب على تحسن مستويات المعيشة تزايد توقع الحياة، ومن ثم تزايد الحاجة إلى المزيد من الموارد المطلوبة للعلاج الطبي واستمرار رعاية المسنين.
- يؤدي عدم توافر المعلومات عن الخدمات الصحية لمستهلكي تلك الخدمات إلى زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية بينما يترتب على توافر نظام معلومات جيد عن الخدمات الصحية إلى اختصار خطوات ومراحل العلاج.
- تفرض زيادة عدد السكان على الحكومات ضرورة تخصيص موارد متزايدة لقطاع الصحة، سواء تم توجيه تلك المخصصات إلى برامج الخدمات الصحية أو إلى برامج بديلة تهدف إلى تحسين الصحة ولعل هذا العامل يكون أكثر وضوحاً في الدول النامية إذ أن معظم هذه الدول وبرغم ما تنفذه من برامج تنظيم الأسرة بأنها مازالت تعاني من معدلات نمو سكاني مرتفعة.

4. من حيث متطلبات تقديمها: هناك مجموعة من العوامل العديدة التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان، وانطباق الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير للحاجات الملحة وله ارتباطاً كبيراً 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 النوعية².

أ. 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... الخ) حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريضية ومخبرية وإدارية.

¹ بن فرحات عبد المنعم: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة. الجزائر، 2017-2018، ص4342.

² أيمن مزاهرة، وآخرون: الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، الأردن، 2000، ص79.

- 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 التنقيف 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.
 - يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها، والسعي للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين.
- ب. الكفاية النوعية: يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية والوحدات الصحية والمستشفيات فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل:
- 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 طبيبا أو ممرضا 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 طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا أو صيدلانيا، وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية والعملية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرار مهنة مزاوله المهنة.
 - تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفرادا أو مؤسسات من أجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية والجهود، ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عالي.¹

¹ المرجع السابق، ص 80.

- 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 النهائية¹.

رابعاً: أهداف الخدمات الصحية

يمكن ذكر أهم أهداف الخدمة الصحية فيما يلي:

1. المساهمة في تحقيق أفضل الخدمات للمرضى بالتعاون مع طاقم الفريق الطبي بمختلف التخصصات.
2. تقديم الدعم الاجتماعي والنفسي للمرضى وذويهم وحل مشكلاتهم بالاستفادة من موارد المجتمع المحلي.
3. العمل مع المرضى ذوي الإقامة الطويلة وتسهيل خروجهم بعد حصولهم على جميع احتياجاتهم من العلاج الطبي والتدخل الاجتماعي.
4. رفع مستوى الوعي الاجتماعي عبر تقديم خدمات التوجيه والإرشاد للمرضى وأسرهم.
5. القيام ببرامج وأنشطة تنسيقية مع أقسام الخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة وذلك لزيادة التواصل وتقديم أفضل الخدمات.
6. العمل على تدريب الطلبة الجامعيين المنتدبين من الجامعات والمؤسسات وتزويدهم بمعلومات عن دور الباحث الاجتماعي بالمجمع الطبي.
7. المشاركة في الفعاليات والبرامج الاجتماعية بالجهات الأهلية والحكومية.
8. المشاركة في المؤتمرات والندوات والمحاضرات على المستوى المحلي والعالمى².
9. زيادة الوعي الصحي وتدريب جميع المواطنين الصحيين في المستقبل على تحديات الوقاية والتثقيف الصحي³.

¹ المرجع السابق، ص80.

² <https://www.moh.gov.bh/healthinstitutions/socialworker-objectives>. le 2021/03/15, à

11:59.

³ Boulou Vanessa : **le service sanitaire a-t-il sa place dans les études Dorthoptiefie faculté des sciences médical et paramédical**, Aix Marseille Université, marseille-France, 2019-2020, p05.

خامسا: أنواع ومستويات الخدمات الصحية

1. أنواع الخدمات الصحية

هناك عدة أنواع للخدمات الصحية تدخل ضمن تصنيفات مختلفة، نذكر ما يلي:

أ. حسب وظائفها: تصنف الخدمات الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى:

➤ الخدمات الصحية العلاجية:

يشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء وهذه الخدمات خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض.

➤ الخدمات الصحية الوقائية:

وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن إن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة وهذه الخدمات هي خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض ويطلق عليها خدمات صحية وقائية وتشتمل على خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض مثل البعوض والناموس والقران...، وخدمات الرقابة الصحية على المتاجر الغذائية ومحلات قص الشعر والتجميل للنساء والرجال وخدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي وكذلك خدمات الحجر الصحي.

➤ خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال، اللقاحات والأدوية كما تتضمن العتاد والأجهزة الطبية الأخرى¹.

كما تصنف الخدمات الصحية كذلك إلى:

¹ بلمادي عز الدين: واقع تسيير المؤسسة الطبية الاجتماعية (الصحية)، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسيير الهياكل الاستشفائية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم-الجزائر، 2018-2019، ص26.

- **الخدمات الطبية:** ويندرج تحتها العديد من الخدمات من الإسعافات أو العلاج السريع التي تختص بمعالجة الحالات البسيطة وكذلك العينات الجراحية التي تتطلب إقامة المريض بالمؤسسة الصحية لفترة معينة قد تبدأ قبل الجراحة وذلك بالإشراف على المريض طبيًا وتهيئته لإجرائها.
 - **الخدمات الإدارية والمالية:** ويندرج تحت هذه المجموعة الخدمات المتعلقة بالإدارة التقليدية مثل: الخدمات المتعلقة بالعلاقات العامة، الموارد البشرية، المحاسبة والتمويل، المشتريات والمخازن، الصيانة والتنظيف.
 - **خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد:** وتتعلق بتشخيص العلاج وتؤدي عبر الأقسام الآتية: قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال، قسم التوليد وأمراض النساء،... الخ.
 - **خدمات صحية مساعدة:** تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المؤسسة الصحية (المستشفى) ، ويندرج ضمنها خدمات التمريض، خدمات الصيدلة.
 - **رعاية الصحية:** تهدف إلى تعزيز المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة.
 - **الخدمات الصحية البيئية (صحة المجتمع):** ترتبط بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية والتدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد وأنشطة المؤسسات.
- ب. **حسب مستويات الخدمات الصحية:** تصنف الخدمات الصحية حسب مستوياتها إلى:
- **الخدمات الأساسية:** وتشمل الخدمات الوقائية والعمليات الجراحية والعلاج وأقسام الطوارئ، بنك الدم، العلاج الطبيعي، الصيدلة، رعاية الأطفال المبتسرين (الأطفال المولودون قبل الوقت) ، وعلاج الجهاز التنفسي، العناية المرزة، التصوير بالأشعة الالكترونية، الخدمات النفسية للطوارئ... الخ.
 - **الخدمات المساعدة:** وتشمل الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية عند إقامة المريض كالمبيت والغذاء والخدمات التي تؤديها الآلات والأدوات المستخدمة في تسهيل عملية التشخيص والعلاج، بالإضافة إلى الوسائل المستخدمة في خدمات الوقاية.
- ج. **حسب المستفيدين من الخدمات الصحية:** يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب هذا المعيار إلى خدمات فردية وخدمات جماعية¹.
- **خدمات فردية:** وهي تلك الخدمات التي يستفيد منها شخص واحد دون أن تكون له علاقة بأي جهة أو مؤسسة صحية معينة، كان يتوجه شخص مريض إلى إحدى المؤسسات الصحية للحصول على معالجة.

¹ شادلي إبراهيم: مرجع سابق، ص ص 13.11.

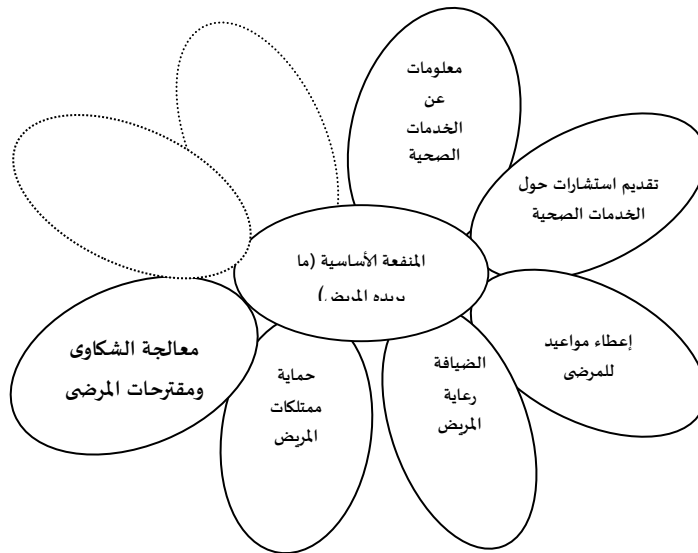
➤ خدمات جماعية أو منظمة: هي تلك الخدمات التي يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون إلى مؤسسة واحدة، مثل الخدمات التي تقدمها المؤسسات لعمالها، سواء عن طريق تعيين طبيب في تلك المؤسسة أو التعاقد مع أطباء ومؤسسات لمعالجة عمال تلك المؤسسة وفق اتفاق معين¹.

2. مستويات الخدمة الصحية

سننظر إلى مستويات الخدمة الصحية ومختلف التصنيفات التي قدمت عنها:

تقوم المؤسسات الصحية بتقديم مجموعة من المنافع للمستهلكين (المرضى)، تتضمن تسليم الخدمة الجوهر أو الخدمة الأساسية إضافة إلى العديد من الخدمات الأخرى التي ترتبط بأنشطتها والتي تسمى "بالخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهر"، ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها "زهرة الخدمة الصحية"². والشكل رقم (17) يوضح مستويات الخدمة الصحية:

الشكل رقم(17): مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية) .



المصدر: خامت سعدية، عجو نورة: تقييم جودة خدمات صحية في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، تخصص تسويق، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم تسيير، جامعة ألكلي أولحاج، البويرة. الجزائر، 2011-2012، ص68.

¹ شادلي إبراهيم: مرجع سابق، ص ص 11،13.

² نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري: مرجع سابق، ص243.

أي نظام صحي يهدف إلى تقديم خدمات صحية للمواطنين، وهذه الخدمات تختلف حسب النظام الصحي فإذا كان النظام الصحي متطورا فإن الخدمات المقدمة تكون مميزة ومتطورة والعكس صحيح، والمستويات لا تختلف باختلاف النظام الصحي فهي أربعة مستويات:

المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية

يمكن تعريف الرعاية الصحية الأولية على أنها تلك الخدمات الطبية والوقائية التي تقدم للمرضى وغير المرضى ولا تحتاج إلى البقاء في المستشفى، وكذلك هي تلك الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعافات الأولية، تقديم التطعيم ضد الأمراض المختلفة ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية والوقاية الصحية العامة وصحة البيئة والتثقيف الصحي¹.

المستوى الثاني: الرعاية الصحية الثانوية

يمكن تعريف المستوى الثاني للخدمات الصحية الثانوية على أنها الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته في المستشفى في مجالات الطب الرئيسية وهي الباطني، الجراحة العامة، الأطفال، النساء والتوليد... الخ.

المستوى الثالث: الرعاية الصحية الثالثية أو التخصصية

وهذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية، سوى أن الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية، بمعنى كل التخصصات عدا التخصصات الطبية الرئيسية مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا، ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات، التكلفة العالية وطول مدة الإقامة والحاجة إلى كوادر بشرية متميزة.

المستوى الرابع: الرعاية الصحية الرابعة أو التأهيلية أو خدمات الرعاية الصحية طويلة الأمد

ويشمل هذا المستوى على تلك الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو لمرضى لا يأمل شفاءهم، بحيث يتم تأهيل المريض للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت به، بهدف إعادة المريض للمجتمع كفرد منتج ويستطيع خدمة نفسه وقضاء احتياجاته بنفسه².

¹ بوية حجوط، سليمان فروخي: دور القطاع الصحي في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر في ظل مرحلة 1988-2014، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص سياسات عامة والإدارة المحلية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو - الجزائر، 2014-2015، ص 14.

² المرجع السابق، ص 13، 14.

سادسا: المشكلات الصحية المعاصرة وأثرها على الخدمات الصحية

من أبرز المشكلات الصحية المعاصرة ما يلي:

(1) الازدياد المتصاعد والمضطرد للسكان وربما التفجر السكاني وبالتالي تزايد الطلب على الخدمات الصحية

هذه الظاهرة أو المشكلة تتطلب اهتماما كبيرا لدى مخطط الخدمات الصحية عند رسم السياسات وما يتعلق بالجانب الاقتصادي وباختصار، فإن الزيادة المطردة والمتزايدة في حجم السكان يجعل معدل الدخل الحقيقي للفرد منخفض باستمرار وهذا بالطبع له تأثير على مستوى المعيشة وبالتالي الصحة العامة. وسيتطلب (إدارات صحية) فعالة، تكشف المستقبل واحتياجاته من الخدمات الصحية كما ونوعاً مع الأخذ بعين الاعتبار عنصر الندرة في الموارد البشرية والمادية، ومحاولة رسم السياسات الصحية المناسبة للظروف واستغلال الأمثل للموارد وصولاً للأهداف¹.

(2) مشكلة تلوث الجو والبيئة

يتلوث الجو نتيجة إدخال عناصر تلوث في البيئة سواء بأساليب مباشرة أو غير مباشرة مما يغير في طبيعتها، وتلوث الجو يشكل مشكلة صحية عامة ذات تأثيرا ودلالات، فقد يؤثر التلوث البيئي على النظر واستنشاق للأطفال كونهم أكثر عرضة وتأثيرا من غيرهم، ومن المؤثرات وهي كثيرة جدا، المصانع والصناعات والمحركات والآلات، الصوت والضوء والضوضاء، وكل ما ذكرناه سابقا من عوامل تلوث الجو والبيئة وغيرها طبعاً عناصر كثيرة يزيد الطلب على الخدمات الصحية كما ونوعاً، وهكذا تزداد مسؤولية الخدمات الصحية ومخططيها وتزداد الحاجة لإدارات فاعلة قادرة ومؤهلة ومنظورة لمواجهة تلك الحالات ومحاولة من ما يمكن منعه منها.

(3) الحوادث والحروب وزيادة الطلب على الخدمات الصحية

وتتمثل بحوادث السيارات والطائرات، وحوادث المنازل، ومراكز العمل، حوادث الحرائق، الزلزال، الانفجار، وغيرها...

إن الطلب على الخدمات الصحية والطبية يتوقف على ما يلي:

✓ مشكلة تفجر السكان.

✓ مشكلة نقص الغذاء.

¹ بواعنة عبد المهدي: إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية مفاهيم نظريات وتطبيقات في الإدارة الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص73.

- ✓ مشكلة تلوث البيئة.
- ✓ مشكلة الحوادث والحروب.
- ✓ المشكلات النفسية.
- ✓ المشكلات الاجتماعية وأبرزها الإدمان على المخدرات.
- ✓ الإمكانيات الطبية والمتاحة أو العرض لها.
- ✓ مستويات التعليم والثقافة بشكل عام.
- ✓ مستويات التعليم الصحي¹.

سابعاً: تدني مستوى الخدمات الصحية

يشك المواطنون من تدني الخدمات الطبية العامة وارتفاع تكاليف الخدمات الطبية الخاصة وضعف كفاءة العاملين بها خاصة في مجالات التشخيص والعلاج، ولعل من أهم أسباب تدني مستوى الخدمات بالمرافق الصحية العامة:

- ✓ الخدمات التشخيصية والعلاجية ليست على المستوى المطلوب نظراً لعدم تناسب عدد المرضى الإمكانيات من حيث بيئة وبنية المقار المجهزة والمعدات والأجهزة المتكاملة والمتطورة، والأطقم الطبية والتمريضية المقررة وفق المعدلات الدولية المناسبة، إضافة إلى ذلك عدم اهتمام بتدريب العناصر الطبية المساعدة على الأجهزة والمعدات الحديثة والمشاركة في المؤتمرات والملتقيات العالمية.
- ✓ عدم توفر الأدوية المطلوبة في كثير من الأحيان لعدم وجود نظام جيد لاستيراد الأدوية وتوزيعها يعتمد على الحاجة الفعلية من الأدوية.
- ✓ انعدام الحوافز وضعف دخول العاملين بالمرافق الصحية العامة حد من حماسهم للعمل.
- ✓ ضعف العلاقة بين المريض وطبيبه وممرضته وإدارة مستشفى لعدم وجود نظام جيد للمتابعة والعلاقات العامة والتوعية الجادة والمستمرة للأطباء وأطقم التمريض.
- ✓ عدم عدالة توزيع الخدمات الصحية.
- ✓ تعدد الموارد البشرية من أهم المكونات الرئيسية لقطاع الخدمات الصحية، فانخفاض أعداد العاملين، في هيئة التمريض، وعدم اهتمام بمفهوم تطبيق التعليم والتدريب المستمر للعاملين في مجال تقديم الخدمة الصحية.

¹ المرجع السابق، ص ص 73-80.

وتقدم الخدمات الطبية من خلال:

1. وحدات الرعاية الصحية: تخدم منطقة سكنية لا تزيد عن (5000) نسمة الوظيفة

- ✓ رعاية الأمهات والحوامل.
- ✓ رعاية الأطفال عند الولادة وحتى أثناء الدراسة وإعطاء التطعيمات اللازمة.
- ✓ الاكتشاف المبكر لحالات الأمراض الحديثة واتخاذ الإجراءات المحلية للمكافحة.
- ✓ التنقيف الصحي.
- ✓ متابعة علاج حالات الأمراض المزمنة وتسجيله.
- ✓ معالجة الحالات المرضية التي ترد للوحدة.
- ✓ الوعي الغذائي.
- ✓ مراقبة مياه الشرب والحصول على عينات وإرسالها للتحليل.
- ✓ مراقبة نظافة الشوارع في المنطقة الكائن بها وإزالة تجمعات القمامة والقاذورات¹.

2. مراكز الرعاية الصحية الأولية: تخدم منطقة سكانية 10000 نسمة الوظيفة

- ✓ تقديم الخدمات العلاجية للمرضى التابعين له والمحولين من الوحدات التابعة له.
- ✓ اتخاذ الإجراءات الوقائية في حالات الأمراض المعدية والمتوطنة.
- ✓ الإشراف على مهام الصحة المدرسية في المدارس الواقعة في حدود منطقة عمله.
- ✓ تنظيم التطعيم بالنسبة للأطفال وغيرهم.
- ✓ القيام بمهام التنقيف الصحي.
- ✓ الإشراف على أعمال صحة البيئة.
- ✓ الإشراف على أعمال رعاية الأمومة والطفولة.
- ✓ الوعي الغذائي.
- ✓ الإشراف الصحي على المصان والمحللات الواقعة في نطاق عمله.

¹ إسماعيل محمد القطني: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص الإدارة الصحية، مدرسة العلوم الإدارية والمالية، الأكاديمية الليبية، ليبيا، 2014-2015، ص33.

العيادات المجمعّة: تخدم تجمعات سكانية حوالي (50, 000) نسمة الوظيفة

تقوم بتقديم نوعية متخصصة من الخدمات العلاجية بالإضافة إلى رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية وفي نفس الوقت خدمات تخصصية علاجية للوحدات الواقعة تحت إشرافها والوعي الغذائي.

3. المستشفيات: تقدم الخدمات الصحية على المستوى المركزي.

• **المستشفيات العامة:** تقوم بتقديم خدمات سريرية للمرضى المحولين من العيادات المجمعّة ووحدات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.

• **المستشفيات التخصصية:** تقوم بتوفير عناية متخصصة للنزلاء، ولكن توجد بها أقسام للمرضى الخارجيين، تتقبل فقط الحالات المحولة من المستشفيات الإقليمية أو العيادات الخارجية. كما تقدم خدمات سريرية تخصصية مثل مستشفيات الأمراض الصدرية والقلب والحوادث والعيون والسكر... الخ.

• **القطاع الخاص:** وهي مؤسسات ذات طابع ربحي، تقوم بتقديم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع بمقابل مادي ويمكن أن تكون الخدمات المقدمة مختبرات، صيدليات، مستشفيات عامة أو متخصصة¹.

ثامنا: المداخل الرئيسية في تطوير الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها

1. **المدخل الرئيسية في تطوير الخدمات الصحية**

إن التطوير في مجال الخدمات الصحية يرتبط بأسلوب مواجهة الأمراض والتعامل معها، تضاف مزايا جديدة للخدمات الصحية سواء في الشكل أو المضمون وذلك للاستفادة من التكنولوجيا الطبية في المجال الصحي على المنظمة الصحية، وعند تطويرها لخدماتها أن تأخذ بالحسبان المستوى الثقافي للمجتمع ومدى التقبل الاجتماعي لمثل هذه الخدمات الجديدة. هناك ثلاثة محاور لتطوير الخدمات الصحية تتمثل في:

المحور الأول: تطوير المعاملة البشرية لتصبح أكثر كفاءة ويتحول معها الزبون (المريض) إلى صديق، بل أكثر من ذلك إلى شريك في إنتاج الخدمة الصحية، وبالتالي تحقيق الأهداف التسويقية.

المحور الثاني: تطوير الأساليب والإجراءات والمنافذ التي تمر بها الخدمة في اتجاه المريض.

المحور الثالث: التطوير المستمر في التكنولوجيا المستخدمة في المنظمة الصحية، بإدخال كل الأجهزة الطبية الحديثة من أجل تحسين طرق العلاج وبالتالي تحقيق المنفعة الزمنية والمكانية².

¹ المرجع السابق، ص ص 34، 35.

² نجاة العامري: تسويق الخدمات الصحية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة. الجزائر، 2008، 2009، ص ص 70، 71.

إن تطوير الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمات الصحية يمكن أن يتم كذلك من خلال:

أ. إضافة خدمات صحية جديدة:

ينطوي هذا المدخل في تطوير الخدمات الصحية على زيادة عدد خطوط الخدمة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى زبائنها، أي أنه يعني توسيع خطوط الخدمة وتنويعها، حيث لا ينبغي أن يفهم من هذا الإجراء على أنه شكل من أشكال التمييز بين الخدمات المقدمة من طرف المنظمة الصحية، فخط الخدمة الجديدة يجب أن يكون قادرا على إشباع حاجات المرضى أكثر من خط الخدمات القديمة، ولهذا فإن إضافة خطوط خدمة جديدة إلى الخطوط الحالية لا يحمل أي معنى للتمييز بين الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمة الصحية والخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية الأخرى ويرجع ذلك إلى سببين رئيسيين هما:

➤ سهولة قيام المنظمات الصحية الأخرى بتقليد الخدمة الصحية الجديدة المضافة.

➤ اتساع مدى الخدمات المقدمة إلى الدرجة التي يستحيل معها نقل الاختلافات في المواصفات التي تتوفر

في الخدمة الجديدة بسهولة إلى غير الزبائن الحاليين للمنظمة الصحية.

ب. إعادة تصميم الخدمة من حيث عناصرها ومواصفاتها:

يعتمد هذا المدخل على اعتماد المنظمة الصحية على أسلوب تطوير الخدمات الحالية وخاصة تلك التي تكون في مرحلة انحدار، حيث تقوم المنظمة الصحية بإعادة تصميم تلك الخدمات وفقا لحاجات ورغبات الزبائن (المرضى) مع الأخذ في الاعتبار عنصر الجودة أي المنافع المدركة من طرف المريض، وكذلك المواصفات الظاهرية للخدمة وأساليب تقديمها إلى الزبائن (المرضى).

ج. تكيف وتوسيع الخدمات القائمة:

إن تعزيز الخدمة الصحية يمكن أن يتم بدون أي تغيير جوهري في الخدمات القائمة، فأى عمل تقوم به المنظمة الصحية ويتضمن تخفيف الإجراءات المتعلقة بالحصول على خدمة معينة من شأنه أن يعمل على استقطاب زبائن جدد، فهذه العملية لم تتضمن أي تطوير أو إعادة تصميم بل إجراء يهدف إلى زيادة الزبائن وتعزيز الموقف التنافسي للمنظمة الصحية¹.

2. العوامل المؤثرة في عملية تطوير الخدمات الصحية: تخضع عملية تطوير الخدمات الصحية إلى

نوعين من العوامل:

¹ ردينة عثمان يوسف: مرجع سابق، ص 100.

أ. **العوامل الخارجية:** ترتبط هذه العوامل بالبيئة التي تنشط فيها المنظمة، والتي من شأنها التأثير على عملية التطوير من أهمها، الزبائن (المرضى)، المنظمات الصحية المنافسة، التطور التكنولوجي، السياسة الحكومية.

العوامل الداخلية: تتضمن هذه العوامل التنظيم الإداري للمنظمة الصحية ومدى استعداد العاملين فيها للتغيير، الوسائل المادية المتاحة والأهداف الإستراتيجية للمنظمة¹.

تاسعا: أسس الارتقاء بالخدمات الصحية

الخدمات الصحية العامة: وهي الخدمات الصحية التي تهدف إلى حماية صحة المواطنين والارتقاء بها، وتتولى الدولة متمثلة في وزارة الصحة عدة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات، التي تشمل في المقامة الأول على الأنشطة الآتية:

- مكافحة الأمراض المعدية وبخاصة المتوطن منها.
- مراقبه الجوانب المهمة في صحة البيئة كسلامة الهواء، الغذاء، الماء، ومكافحة الحشرات والقوارض الضارة، والتخلص من النفايات، ومعالجة مياه الصرف الصحي.
- الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز بصفه خاصة على برامج التحصين ضد الأمراض المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة، وتوعيه المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة التشريعات واللوائح التنظيمية والخطط التي تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيته.

هناك مجموعة من الأسس والمقومات الخاصة بالنهوض والارتقاء بالخدمات الصحية نذكرها كما يلي:

- إستراتيجية الرعاية الصحية في التنمية والتطوير المستثمرين للقوى العاملة الصحية والتحسين المستمر لخدمات الرعاية الصحية، والإسراع في توفير الاحتياجات في الخدمات الصحية الجديدة وتعزيز الخدمات القائمة وتدعيمها وتحسين مجالات استخدامها وترشيد استخدام النفقات المخصصة لها واحتواء ارتفاع تكاليفها.
- توجيه مزيد من الاهتمام للرعاية الصحية الأولية لتأمين الاحتياجات الصحية الأساسية لجميع المواطنين².
- توزيع شبكة خدمات الرعاية الصحية توزيعا عادلا ومدرسا في جميع أنحاء البلاد حيث تصل إلى أماكن معيشة المواطنين وتواجههم.

¹ نجاه العامري: مرجع سابق، ص 73.

² <https://blog.academy.house>. Le 06/04/2021, a 13 :57.

- أن يكون اتخاذ القرارات في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية مبنيًا على رؤى واضحة ومعلومات صحيحة وتخطيط مسبق للحد من ظاهره اتخاذ القرارات الارتجالية وغير المدروسة مع تشجيع اللامركزية الإدارية الخاصة بتلبية الاحتياجات الصحية للمجتمعات المحلية.
- ربط جهود التنمية الصحية بالتنمية الوطنية الشاملة التي تشمل الأنشطة المتعلقة بالتعليم والكهرباء والاتصالات والطرق وسلامه المياه والتخلص السليم من الفضلات وأعمال الصرف الصحي ومكافحه الحشرات والقوارض الضارة وغيرها من الأنشطة ذات العلاقة.
- إعادة النظر على نحو مستمر في اللوائح التنظيمية وإجراءات نظم الرعاية الصحية لإجراء التعديلات المطلوبة التي تباك المعارف والتقنيات الحديثة للسير أعمال الخدمات الصحية بفعالية وكفاءة مرتفعة.
- تشجيع بدوي بحوث النظم الصحية والبحوث ذات الصلة بتطوير مجال الرعاية الصحية بغية تحديد الوسائل التي تسمح بتحسين الرعاية الصحية العامة للسكن كالأستدلال على الفجوات والتناقضات بين الاحتياجات والخدمات الفعلية واستحداث طرائق جديدة تؤدي إلى تكامل خدمات قطاع الرعاية الصحية.
- تنوع مصادر تمويل الخدمات الرعاية الصحية لمواجهة ارتفاع تكاليفها المستمر¹.

¹ مدحت محمد أبو النصر: إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات "الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحة"، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2008، ص 197، 198.

خلاصة:

مما سبق نستخلص أن الخدمات الصحية ذات أهمية وفعالية قسوة لدى المريض، ويجب أن تتميز بالجودة لكي تلبي حاجات ومتطلبات المرضى وتوفير العلاج اللازم لهم هذا ما تطرقنا إليه في هذا الفصل من خلال التعرف على مراحل تطور الخدمات الصحية ومعرفة كافة التغيرات والتطورات التي طرأت عليها، فمن أكبر التحديات التي تواجهها المؤسسات الصحية اليوم هي كيفية الارتقاء بجودة خدماتها وتحقيق رضا المستفيدين من هذه الخدمات.

الفصل الخامس

جمودة الخدمات الصحية

- أولاً: التطور الفكري للجودة في الخدمات الصحية
- ثانياً: أهمية جودة الخدمات الصحية
- ثالثاً: أهداف جودة الخدمات الصحية
- رابعاً: أبعاد جودة الخدمات الصحية
- خامساً: قياس جودة الخدمات الصحية
- سادساً: ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية
- سابعاً: العوامل المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية
- ثامناً: تقييم جودة الخدمات الصحية

تمهيد:

لاق موضوع جودة الخدمات الصحية اهتماما كبيرا من قبل المؤسسات والادارات من خلال الخدمات التي تقدمها، سواء عالمية أو محلية أو مؤسسات صغيرة أو كبيرة، فمجال الخدمات الصحية اليوم يشهد العديد من التغيرات من بينها التركيز على التقنيات الحديثة والمتطورة، حيث زاد الاهتمام بأساليب رفع الكفاءة وتحسين جودة الخدمات الصحية وتقديمها بصورة أفضل والتركيز على أن تكون هذه الخدمات ذات جودة عالية.

وعلى هذا الأساس تناولنا في هذا الفصل التطور الفكري للجودة في الخدمات الصحية وأهميتها وأهدافها وأبعادها، ثم تطرقنا إلى قياس جودة الخدمات الصحية والضوابط العامة المتعلقة بها، بالإضافة إلى العوامل المؤثرة فيها وأساليب تقييمها.

أولاً: التطور الفكري لجودة الخدمات الصحية

من المعروف أن تحسين الصحة هو المبرر الأساسي لوجود أي نظام صحي وسعي لتحسين الصحة انصب الاهتمام على تطوير النظم الصحية خلال عقد التسعينات على زيادة كفاءة الخدمات في الرعاية الصحية وتحسين جودتها.

فإذا ألقينا نظرة على أرض الواقع وقبل الآلاف من الأعوام سنجد أن مصطلح جوده قد ورد في كثير من الأعمال التي كانت الشعوب القديمة تمارسها في حياتها اليومية إذ أن هذا المصطلح ليس بجديد في ساحة العالم إنما هو مصطلح قد تم العمل به منذ العهود والعصور القديم¹.

يرجى تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى عام 2000 قبل الميلاد والى قانون حمو رابي ملك بابل، حيث يحتوي قانون على أقدم قوائم عرفها الإنسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة والذي جمع بين الجودة وتكلفه الرعاية الصحية، كما تضمن قانون حمو رابي بنودا خاصا خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال.

وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب، وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانون يؤكد انه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى، وفي عصر الإغريق طلب أبو قراط من تلاميذه أن يقسم على أن يقدم لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمهم من رعاية. وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسه مهنة الطب قبل عصور ما قبل التاريخ وحتى عصرنا الحاضر.

وفي العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام 1913هـ إلى حدوث تطورات رئيسيه في مجال جوده الرعاية الطبية من أهمها تحسين التوفيق للإجراءات الجراحية وإعداد والالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج.

هذا وقد انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكيل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام 1915 م، والتي تابعت حركة تحسين الجودة في المستشفيات وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المنظمات الصحية².

¹ مصطفى يوسف الكافي: إدارة الخدمات الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2017، ص55.

² زاهر محمد عبد الرحيم: إدارة المستشفيات والسجلات الطبية، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص 55، 56.

وقد تتابعت جهود تحسين الجودة في القاع الصحي تحركها جهات التمويل والمنظمات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية. وقد يكون أهم أمال هذه الحركات فكرة معايير الجودة النوعية أو توكيد الجودة في السبعينيات والثمانينيات الميلادية¹.

ثانيا: أهمية جودة الخدمات الصحية

يعد الاهتمام المتزايد بالجودة في الخدمات الصحية مؤخرا مؤشرا على أهميتها في القطاع الصحي والذي يعتبر من أكثر القطاعات احتياجا لاستخدام مثل هذه الأساليب فاصله وذلك لأهمية هذا القطاع وكسره المستفيدين منه والعمل على إرضائهم وتتمثل هذه الأهمية فيما يلي:

1. تساعد برامج الجودة على تشجيع العاملين في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتهم على زيادة انتاجاتهم وحثهم على تقديم الأفضل.
 2. تمكن إدارة المؤسسة الصحية من التعرف على احتياجات المستهلكين المرضى والعمل على تحقيقها مما يؤدي إلى تحسين سمعه المؤسسة الصحية.
 3. تساعد في التركيز على المشاكل التي تؤثر على مستوى الخدمات الصحية المقدمة مما يؤدي إلى التوصل إلى طريقه منسقه ومتكاملة لتحديد المشاكل ومن ثم تسهيل الإجراءات اللازمة قبل أن تصبح المشاكل بالدرجة التي لا يمكن التعامل معها².
- هناك عدد من المؤشرات الرئيسية التي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية النوعية في الخدمات بعامة والصحية منها بخاصة ومن أبرز هذه المؤشرات هي كالاتي:

1. ارتبطت الخدمة Service إلى حد كبير مع النوعية Quality حتى أصبح من الضرورة اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى من خلال الربط ما بين الخدمة المقدمة والنوعية مما أدى إلى اعتماد مقاييس مقياس أطلق عليه تسميه SERVQUAL وهو عبارة عن سلسلة من المقاييس المتكاملة والمترابطة لمعرفة رأي المستهلك بما يتوقعه من أداء في الخدمة المقدمة له من منتجها وعلى وفق عدد من الخصائص. وبعبارة أخرى إن هذا المقياس المتعدد الأبعاد يقوم على أساس معرفه الفجوة بينما يدركه المستهلك من الخدمة وما يتوقعه وبالتالي فإنه هو لا يمكن تحليل تسويق الخدمة

¹ المرجع السابق، ص 57.

² خامت سعدية، عجو نورة: مرجع سابق، ص ص 77، 78.

الصحية دون اختبار نوعيه فيها. وعليه أمكن القول بان جوهر الخدمة الصحية يرتكز في درجه النوعية التي تتميز بها عن غيرها من الخدمات الأخرى.

2. على الرغم من البعد التاريخي والرسوخ الفكري لمفهوم الجودة في مجال العمليات الجودة الإنتاجية، إلا أن ذلك لا يمنع من القول بأن النوعية في الخدمات الصحية قد أخذت موقعا مهما في مجال البحث والتطوير، إذ أنها لم تعد خاضعة إلى الاعتبارات أو الاجتهادات الشخصية البحث في قياسها، بل أصبحت للجودة أبعاد رئيسيه يتم اعتمادها كأساس في القياس والتأثير لتأشير مستوى النوعية، وتتمثل هذه الأبعاد في:

- المعملية.
- الاستجابة.
- التأكيد.
- اللطف (القياسية).
- الملموسية.

3. تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشر مهم في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة له من قبل المستشفى أو أية منظمه صحية أخرى كما تؤثر مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض عن تلك الخدمة.

4. الجودة في الخدمة الصحية لا تعبر عن حاله السكون لما يقدم للمريض فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعيه الخدمات التي يتوقعها المرضى من الخدمة الطبية والسريرية المقدمة لهم وبكافه جوانبها الأخرى. أما التكاملية هي في كون المستشفى نظام مكون من أنظمة فرعية يعتمد بعضها على بعض الآخر، لكل نظام فرعي برامج الخاصة إلا انه يتكامل مع البرامج الأخرى، وعلى سبيل المثال فإن الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها الطبية السريرية من دون وجود تكامل مع الهيئة التمريضية أو الخدمات السائدة الأخرى كالمختبر، الأشعة، الصيدلية... الخ¹.

¹ ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص ص 201، 202.

ثالثاً: أهداف جودة الخدمات الصحية

تتمثل أهداف جودة الخدمات في المؤسسات الصحية في الآتي¹:

1. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
2. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولائه 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 بها².
4. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
5. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفعالية.
6. تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيد (المريض) الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.
7. كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى على تطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد (المريض).
8. تحسين مستويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يستمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي للحصول على أفضل النتائج³.

رابعاً: 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 وتجريبية أو موثوقية تعتمد على

¹ مصطفى يوسف الكافي: إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، دار الابتكار للنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص 60، 59.

² مكيد علي، بن عياد فريدة: واقع اعتماد نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية، المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية، العدد 06، 2016، ص 14.

³ مصطفى يوسف الكافي: مرجع السابق، ص 60.

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 وهي¹:

1. 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.

وتشير 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 والشكاوى... الخ.

الاستجابة تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد كما يمثل 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 للمستفيد (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوى المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها².

¹ ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص ص 211، 212.

² عتيق عائشة: مرجع سابق، ص 91.

والاستجابة كذلك تعني مدى قيام العاملين على تقديم الخدمة بالتفاعل سريعاً مع ما هو غير متوقع أو خاص لدى المستفيد¹.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بان بعد الاستجابة في مجال جوده الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة سريعة، وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والاستجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوى المقدمة من قبلهم، وكذلك سرعه انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها².

2. الاعتمادية Reliability

تشير الاعتمادية إلى الخدمة التي تقدم للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها³، فان 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، المدة الزمنية محددة والتعبير عن القياس بالاحتمال وتشمل المعولية "عملها صحيحة من المرة الأولى"، وهي احد مكونات الخدمة الأكثر أهمية للعملاء، كما تنتم أيضاً بتوفير الخدمات كما تم الوعد بها وفي الوقت المحدد، والاحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء، لذلك فان الميل إلى الخدمات المبالغ في وعودها وقيادة العملاء إلى توقعات غير واقعية لا تتسبب إلا في نفاذ صبر هؤلاء وفقدان ثقتهم فالمستفيد من الخدمة الصحية أي المريض الذي يتطلع إلى ذلك من خلال الوقت والانجاز والوفاء بالالتزامات ويمثل هذا البعد 30% كأهمية نسبية⁴. ومن العناصر التي تعتمد تقييم هذا البعد:

- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.
- الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
- توافر التخصصات المختلفة.

¹ رغد عبد الله الطائي، عيسى قدارة: إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص38.

² مصطفى يوسف الكافي: مرجع سابق، ص 64.

³ وليد يوسف صالح: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص50.

⁴ عتيق عائشة: مرجع سابق، ص ص91، 92.

- الثقة في الأطباء والأخصائيين والمرضىين¹.
- الحرص على حل مشكلات المريض.

3. الضمان Assurance

الضمان هو العهد ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم، وقدراتهم على استلهاام الثقة والائتمان. وقد أطلق عليه تسميه التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبيه في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى. ومن معايير تقييم جوده الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين². ويتضمن الضمان العناصر الآتية: المستشفى جدير بالثقة والاعتماد، الطبيب مؤهل وكفاء، العاملين بالمستشفيات يتمتعون بالكياسة واللفظ³.

اتساقا 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 ومرضىين وغيرهم فضلا عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة متابعة⁴.

4. الملموسية Tangibles

الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال. إضافة إلى أن الجوانب المتعلقة بملموسية الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيها والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة وغير ذلك، والملموسية تتمثل بالقدرات

¹ عبد المنعم بن فرحات: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة-الجزائر، 2017.2018، ص52.

² ثامر يتسر البكري: مرجع سابق، ص212.

³ B.T. Shaikh and F. Rabbani : **Health management information system : à Tool to gauge patient satisfaction and Quality of care**, La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, Vol. 11, No 1/2, 2005, p195.

⁴ مصطفى يوسف الكافي: مرجع سابق، ص 67.

والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، ويمثل هذا البعد 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 المرضى¹.

إن تقييم الخدمة الصحية من قبل المستفيد غالباً ما يتم بناء على التسهيلات المادية مثل: الأجهزة والنقابات، المظهر الداخلي للمستشفى، المظهر الشخصي للعاملين². ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة. 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، والإتقان المستخدم وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية الطبية والمخبرية والأشعة والتمريضية وغيرها... ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها³.

5. التعاطف Empathy

التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد.

¹ عتيق عائشة: مرجع سابق، ص 93.

² ديوب وآخرون: إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد رقم 27 العدد 2، 2005، ص124.

³ مصطفى يوسف الكافي: مرجع سابق، ص 68.

والتعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد¹، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: اهتمام شخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ²، ويقصد به كذلك وضع مصلحة المستفيدين في مقدمة اهتمامات العاملين والإدارة، وتوفير العناية الشخصية لكل منهم والشعور بالتعاطف مع طالب الخدمة، عند تعرضه لمشكلة ما واحترام عادات وتقاليد المستفيدين³.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجع 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، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلاً عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللفظ⁴.

ويظهر الجدول التالي توضيحاً لهذه الأبعاد وما يقابلها من معايير لتقديم كل بعد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التطبيق لتقديم الخدمة الصحية.

¹ العلق، بشير عباس محمود: قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية " حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن "، المنظمة العربية للتنمية الإدارية: التحديات المعاصرة للإدارة العربية " القيادة الإبداعية «، 2006، ص42.

² ثامر يتسر البكري: مرجع سابق، ص212.

³ إدريس، ثابت عبد الرحمن: كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2006، ص71.

⁴ مصطفى يوسف الكافي: مرجع سابق، ص 70، 71.

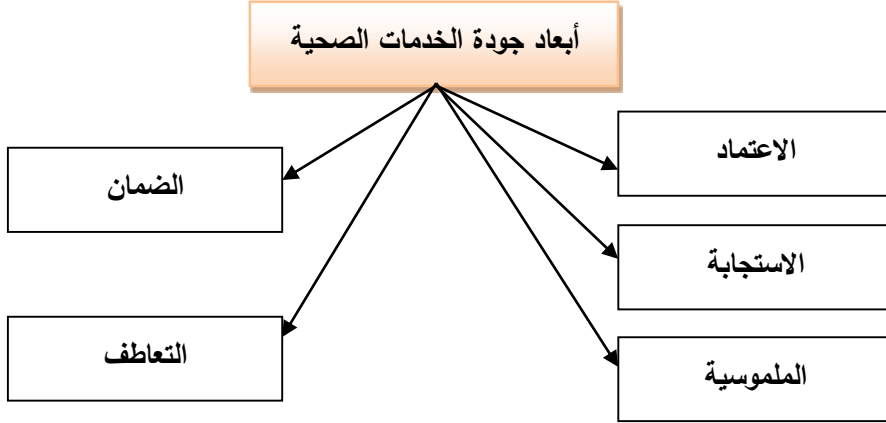
الجدول رقم(1): أبعاد جودة الخدمة الصحية والأمثلة الموافقة لها

البعد	أبعاد التقييم	الأمثلة
الملموسية	<ul style="list-style-type: none"> الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج المنظر الخارجي اللائق لمقدمي الخدمة أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة 	<ul style="list-style-type: none"> نظافة المكان نوعية الطعام المقدم للمرضى
الاعتمادية	<ul style="list-style-type: none"> دقة السجلات المعتمدة المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية 	<ul style="list-style-type: none"> ثقة عالية لدى المرضى بان حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة
الاستجابة	<ul style="list-style-type: none"> تقديم خدمات علاجية فورية الاستجابة لنداءات الطوارئ العمل على مدا ساعات اليوم 	<ul style="list-style-type: none"> وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة غرفة العمليات جاهزة لكل الحالات
الأمان	<ul style="list-style-type: none"> سعة ومكانة العيادة عالية المعرفة والمهارات المتميزة للطواقم الطبي الصفات الشخصية للعاملين 	<ul style="list-style-type: none"> المعاملة الطبية للمرضى تدريب ومهارة عالية في الأداء
التعاطف	<ul style="list-style-type: none"> الاهتمام الشخصي بالمرضى الإصغاء الكامل لشكاوى المريض تلبية احتياجات الزبون بروح من اللطف والود 	<ul style="list-style-type: none"> المرمضة بمثابة الأم الحنون للمريض النظر إلى الزبون بأنه دائما على حق

المصدر: بريقة يمينة، بن شنة وسيلة، زموري كميلا: دور تمكين العاملين في تحسين جودة الخدمة الصحية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي، تخصص إدارة أعمال، كلية العموم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حمه لخضر، الوادي-الجزائر، 2018-2019، ص70.

الشكل الموالي يبرز أبعاد جودة الخدمات الصحية:

الشكل رقم(18): يبين أبعاد جودة الخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الطالبات

خامسا: قياس جودة الخدمات الصحية

إن عملية قياس الجودة في قطاع الخدمات لا زالت في غاية الصعوبة قياس بما هو مستعد في المؤسسات الانتاجية ويرجع ذلك على العديد من العوامل أهمها:

- صفة غير الملموسة الملازمة للخدمات إذ لا يمكن الحكم عليها إلا عند الحصول عليها.
 - تتسم الخدمات عموما ببعض الجوانب المهنية التي لا تسمح للشخص المتخصص من سهول تقييمها وأكثر من الشخص العادي.
 - درجة تعاون المستفيد محدد مهم لجوده الخدمة من خلال ما يقدمه من معلومات دقيقة تفيد مقدمه لمعرفه خصوصية كل مستفيد والعمل في تلبيةها.
 - اختلاف احتياجات اختلاف المستخدمين من الخدمة ومدى إدراكهم لها يتطلب ضرورة تنويع أساليب القياس وبما يتلاءم مع الظروف كل مستفيد على حدة¹.
- من طرق قياس الجودة: قياس الجودة من منظور الزبائن، قياس الجودة المهنية، وقياس الجودة من المنظور الشامل.

1. قياس الجودة من منظور الزبائن: من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات نجد:

¹ مصطفى يوسف الكافي: مرجع سابق، ص ص 80،81.

• مقياس عدد الشكاوى:

تعتبر الشكاوى 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 والمستوى الذي يريدون الحصول عليه، ويمكن هذا المقياس المؤسسات الخدمية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث مشاكل وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات لزيائنها.

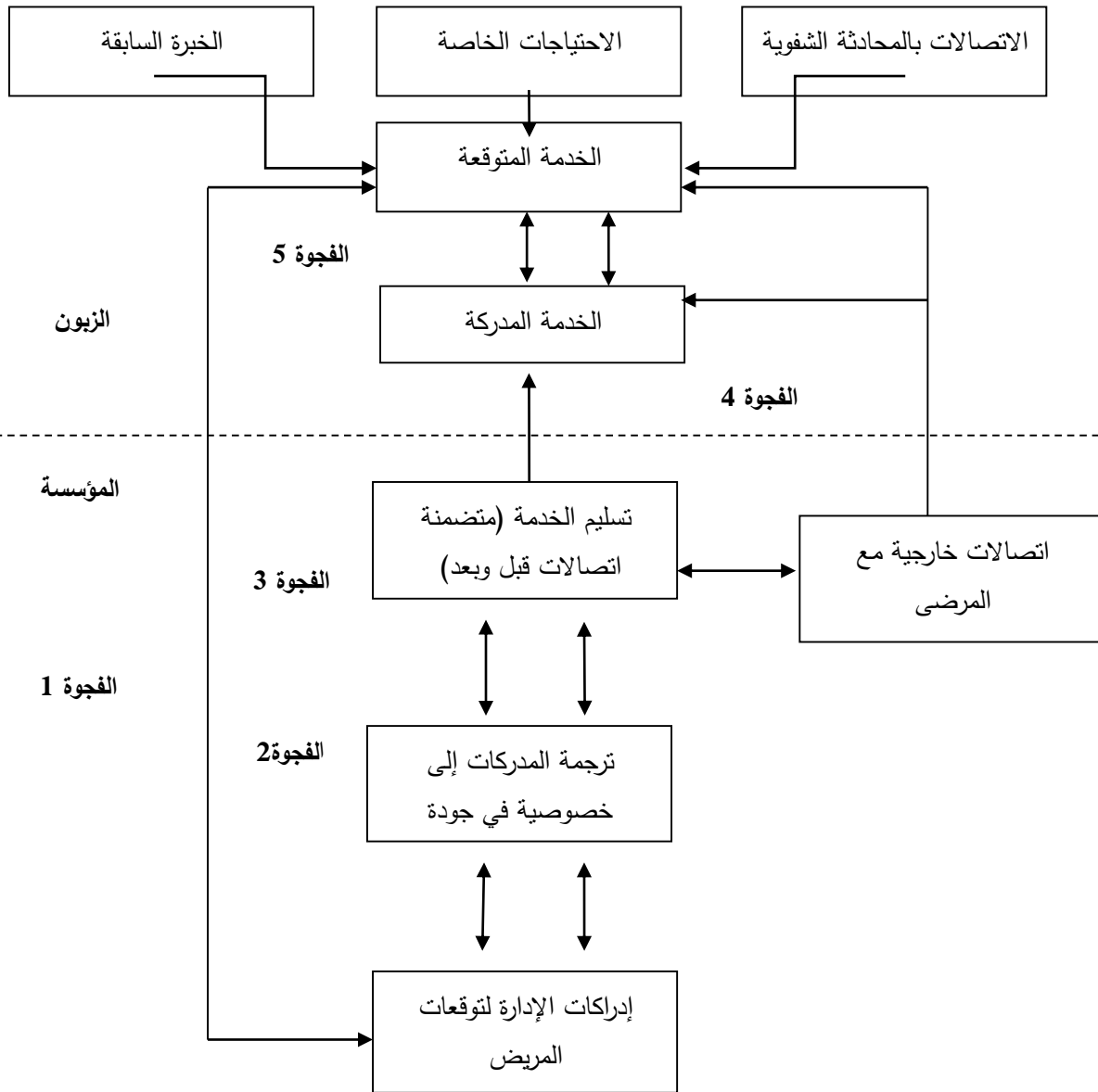
• مقياس الفجوة:

يسمى نموذج الفجوة Servqual ظهر خلال الثمانينات من القرن الماضي من خلال الدراسات التي قام بها كل من (parasuraman, Zeilhmal et Berry) وذلك بغية استخدامه في تحديد وتحليل مصادر مشاكل الجودة والمساعدة في كيفية تحسينها¹.

الشكل الموالي يوضح هذه الفجوات:

¹ عيلان سماح: تقييم جودة الخدمة الصحية العمومية من وجهة نظر الزبون، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي، تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة . الجزائر، 2015، ص 51.

الشكل رقم(19): يوضح أسلوب تحليل الفجوات



المصدر: عمارة مهدي، داي عبد الرحمان: قياس جودة الخدمات الصحية باستخدام مدخل الفجوات في المؤسسة العمومية الاستشفائية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسويق الخدمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجيلالي بونعامة، خميس مليانة . الجزائر، 2017 . 2018، ص22.

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

جودة الخدمة (Servqual) = التوقع-الإدراك

عنها بالعلاقة التالية:

الفجوة رقم (1): وهي الفجوة بين ما يرغب العملاء وبين ما تعقده الإدارة عما يرغب هؤلاء العملاء وتنتج هذه الفجوة من نقص في الفهم، أو سوء تفسير حاجات ورغبات 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 تقديمها.

الفجوة رقم (2): وتشير إلى عدم وجود تطابق المواصفات الخاصة بالخدمة مع إدراكات 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 أدائها 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 التي 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 الخدمية¹.

• مقياس الرضا:

هو أكثر المقاييس استخداماً 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 القيمة:

¹ قاسم نايف علوان المحياوي: مرجع سابق، ص ص 99، 100.

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المنظمة لزيائنها تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب الزبون والتكلفة لمحصل على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحقق القيمة، فكلما زادت القيمة المقدمة للزيائن زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات، والعكس صحيح، بهذا الأسلوب يدفع المؤسسات إلى تركيز جيداً نحو تقديم خدمة متميزة للزيائن بأقل تكلفة ممكنة¹.

• مقياس الأداء الفعلي:

وتعني أداء الخدمة وهي كلمة مكونة من العبارتين service الخدمة والأداء performance.

يعرف هذا النموذج باسم (Servperf) ظهر خلال 1992 نتيجة للدراسات التي قام بها (Cronin & Taylor) وتأخذ الجودة في إطار هذا النموذج مفهوماً يرتبط بإدراك العميل للأداء الفعلي للخدمة المقدمة، ويعرف الاتجاه على أنه "تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة". يقوم هذا النموذج 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 إدراكات العملاء السابقة وخبرات وتجارب تعامل المؤسسة، ومستوى الرضا عن الأداء الحالي للخدمة.

فالرضا حسب هذا النموذج يعتبر عامل وسيطاً بين الإدراكات السابقة للخدمة والأداء الحالي لها، وضمن هذا الإطار تتم عملية تقييم جودة الخدمة من طرف العميل حيث أن التجربة الأولى نحو الخدمة (أي تقييم التجربة الأولى مع المؤسسة) يعتبر دالة للتوقعات المسبقة حول الخدمة، وبتعبير آخر، فالعميل يقيم الخدمة على أساس خبرته وما إذا انعدمت هذه الخبرة فإنه يعتمد بشكل أساسي على توقعاته خلال السابقة مرحلة ما قبل الشراء، وأن توقعاته المستقبلية حول الخدمة هي دالة لعملية تقييمه للأداء الحالي، بمعنى أن (الاتجاه أو موقف العميل من الخدمة يتكيف طبقاً لمستوى الرضا الذي يكون قد حققه خلال تعامله مع المؤسسة)². وتتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية:

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

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

¹ نجاة صغيرو: مرجع سابق، ص 43.

² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 104.

➤ 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.

2. قياس الجودة المهنية

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، من طرق قياس الجودة المهنية ما يلي:

أ. 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 واضحة 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 العملي¹.

ب. 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.

ج. قياس الجودة بدلالة المخرجات

يتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة من الطرق الآتية:

¹ المرجع السابق، ص104.

- القياس المقارن أي يتم إجراء مقارنات كمية بين الأداء المستهدف والأداء الفعلي بغرض
 - اكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلا.
 - استقصاء رضا العملاء بخصوص الخدمة المقدمة.
 - استقصاء العاملين في المؤسسة لتحديد مشاكل ومعوقات تحقيق أداء الخدمة.
3. قياس الجودة من المنظور الشامل: يتم خلال هذا المدخل معالجة شاملة لقياس جودة الخدمة وتقويمها من وجهة نظر الزبون ومن وجهة نظر مقدم الخدمة أو المؤسسة¹.

سادسا: ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية

هناك مجموعة من العوامل تعتبر ضوابط عامة تحدد جودة الخدمات الصحية، تتمثل هذه الضوابط

فيما يلي:

1. الإجازة: عادة ما يجاز المهنيون الصحيين كأفراد لمزاولة مهنة ما، من أطباء وممرضين من طرف القوانين والتشريعات، مما يسمح لهم الدخول للمهن وضمان السلوك حسب الأخلاقيات والمعايير المعتمدة، والنقطة الأهم في نظام الإجازات أنه يقوم على افتراض أن الشخص المؤهل للإجازات سوف يقدم خدمات صحية جيدة ولمدة زمنية طويلة، ومع ذلك فإن الدراسات تشير إلى اختلافات كبيرة في الجودة، وهذا ما يبين أن نظام الإجازة قليل المصدقية في ما يتعلق بضمان الأداء الجيد.
2. الاعتماد: وهو من المداخل الشائعة لضمان الجودة، تقيم المؤسسات الصحية على أساس الهيكل المادي للمؤسسة والهيكل التنظيمي، ومؤهلات العاملين في المؤسسة الصحية فهذا النظام يعمل على أساس أنه إذا تحققت المعايير المادية والتنظيمية، فإن الخدمات الصحية المقدمة تكون جيدة.
3. الشهادات: ويضم هذا المدخل خصائص السابقين، وعند تطبيقه على الأفراد يتم استعمال المعايير التالية: الخبرة، التعليم ونتائج الامتحانات، فهذه المعايير تحدد أهلية الأفراد مقدمي الخدمات الصحية².

سابعا: العوامل المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في:

1. تحليل توقعات المريض: تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية، بحيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق

¹ علي عبد الجليل علي الغزالي: جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص إدارة، كلية الاقتصاد، جامعة بنغازي، 2014، ص 52، 53.

² فريد توفيق نصيرات: مرجع سابق، ص ص 385-387.

جودة عالية للخدمة المقدمة، ويمكن للمرضى أن يحققوا ادراكاتهم من خلال التميز بين المستويات المختلفة للنوعية وهي:

- **الجودة المتوقعة:** هي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها.
- **الجودة المدركة:** وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى.
- **الجودة القياسية:** وهي ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة.

- **الجودة الفعلية:** وهي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتاد المستشفى على تقديمها للمرضى.

2. **تحديد جودة الخدمات الصحية:** حينما تفهم المؤسسة الصحية حاجات المستفيدين (المرضى) فإنه يجب أن تضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة¹.

3. **أداء العاملين:** عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الطاقم الطبي في المستشفى فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب².

4. **إدارة توقعات الخدمة الصحية:** إن من المهم أن تتوقع إدارة المؤسسة الصحية تقييم المستهلكين (المرضى) لجودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، أو التي ستقدم في فترة لاحقة، ولا بد أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، ولعل صيغة الاتصال أو التحسب المبكر لهذه التوقعات يتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المؤسسة الصحية³.

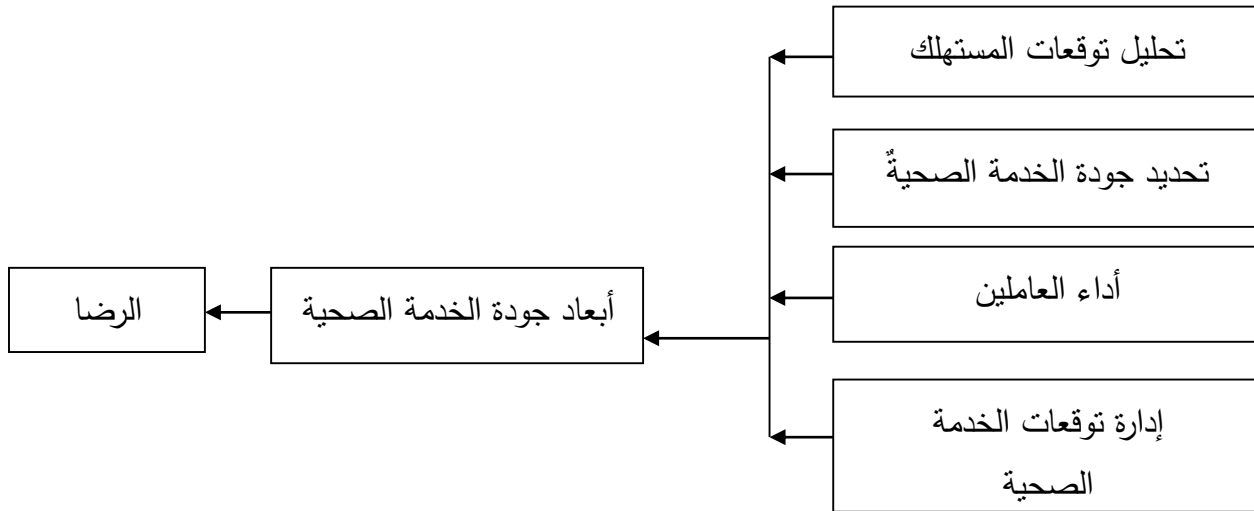
والشكل الموالي يمثل هذه العناصر:

¹ فاطمة الزهراء بلباشير، سارة عبد الله: تقييم جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية من وجهة نظر المرضى، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسيير المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجليلي بونعامة، خميس مليانة، الجزائر، 2015-2016، ص 16.

² ريمة أوشن: إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدمات الصحية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، 2017-2018، ص 68.

³ خامت سعيدة، عجو نورة: مرجع سابق، ص 87.

الشكل رقم(20): يبين نموذج تكاملي لجودة الخدمة الصحية



المصدر: ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005 ، ص203.

ثامنا: تقييم جودة الخدمات الصحية:

1. معايير تقييم جودة الخدمات الصحية:

إن جودة الخدمات والصحة بشكل خاص والمستشفيات بشكل عام تعتمد على إدراك المريض على أن تطور وتحسن جودة الخدمة الصحية توقعات من خلال التعرف على المعايير التي يلجأ إليها المريض، وبالحكم على جودة الخدمة المقدمة إليهم والعمل على تلبية تلك التوقعات من قبل المنظمات المحترفة، أن عملية التقييم ليس بالأمر السهل بل يوجد صعوبات في إيجاد تقييم واحد للخدمة لوجود فروق واضحة بين المؤسسات والخدمات الصحية والخدمات التعليمية والترفيهية والسياحية والاستشارية والمالية ستقيم من خلال معايير مختلفة لكن بشكل عام يوجد خصائص مشتركة بين معظم القطاعات منها:

➤ **مشاركته العميل:** إن العملاء في معظم الخدمات يشاركون بفعالية في عملية إنتاج الخدمة.

➤ **تلقي الخدمة:** إن الخدمات عادة مكونه من مجموعه من الأجزاء وأن مجموع هذه الأجزاء هي التي يستعملها المريض لتشكيل حكمه على الخدمة¹.

➤ **اللاملموسية:** إن من أهم خصائص الخدمات اللاملموسية إن هذه الخاصية تتميز بها من الصعب على مقدمه الخدمة أو متلقيها تقييمها والحكم على جودتها.

¹ سمير حسين الوادي، مصطفى سعيد الشيخ: تسويق الخدمات الصحية marketing Health services من منظور متكامل، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص ص 170، 171.

- **التلازم:** إن خصائص مقدم الخدمة من حيث الخبرة والمهارة والمعرفة هي جزء من مكونات جوده الخدمة¹.
ومن أبرز معايير تقييم جودة الخدمة الصحية ما يلي:
- **الاعتمادية:** قدرة مقدم الخدمات الطبية (طبيب) على أداء الخدمة بالأداء والطريقة التي وعد بها، وتكون دقيقة وواضحة، بحيث يمكن الاعتماد عليها.
- **مدى إمكانية توفر والحصول على الخدمة الطبية:** أي تتوفر الخدمة الطبية في الوقت والمكان المناسب ومن السهل الحصول عليها.
- **الأمان:** الشعور بالثقة والأمان بمن يقدم الخدمة، وفي الخدمة في حد ذاتها.
- **المصداقية:** درجة الثقة بمن يقدم الخدمة.
- **درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات العميل:** درجة فهم مقدم الخدمة لحاجات المريض، وتقديم العناية والرعاية اللازمة.
- **الاستجابة:** مدى قدرة واستعداد مقدم الخدمة على تقديم الخدمة بشكل دائم للعملاء عند الحاجة إليها.
- **الكفاءة والجدارة:** مدى كفاءة القائمين على أداء الخدمة، من حيث المهارات والمعرفة التي تمكنهم من أداء الخدمة.
- **الجوانب الملموسة:** نعني بها التسهيلات المادية التي من خلالها يتم تقييم الخدمة، كالمظهر الخارجي للمستشفى.... الخ.
- **الاتصالات:** الاتصال بين مقدم الخدمة والمريض، وقدرته على شرح خصائص الخدمة، وتعني قدرة الطبيب على إعلام المريض بالأضرار التي يمكن أن تصيبه جراء العملية الجراحية، وإذا لم يلتزم بما هو مطلوب منه، أي أن رسالة الطبيب يجب أن تكون واضحة، ويتم تبليغها بالطريقة المناسبة وفي الوقت المناسب².
- **المجاملة:** أي حسن معاملة الزبائن، إذ ينبغي أن يسود في المؤسسة الصحية جو من الاحترام المتبادل والتعامل الحسن الذي يستند على الأسس الأخلاقية والتنظيمية. إن تحقيق هذا المعيار من معايير الجودة يتطلب توفير درجة عالية من الولاء لدى الجميع من العاملين.

¹ المرجع السابق، ص 171.

² فاطمة الزهراء بلباشير، سارة عبد الله عثمان: مرجع سابق، ص 20.

➤ فهم الزبائن: يتحقق من خلال التركيز على فهم المستفيد وإدراك حاجاته فربما يجهل المستفيد الحاجات الصحية الحقيقية والحالية والمستقبلية ويتأثر فقط برغبة الأهل والأصدقاء، وهنا يبرز دور المؤسسة الصحية في التأثير على المريض¹.

2. متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية.

- تعمل المؤسسات الصحية على اعتماد الجودة في تقديم خدماتها الصحية، ولضمانها تركز غالبية المؤسسات الصحية في ممارستها على عدة أمور هامة تتضمن ما يلي:
- تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقييم مستوى جيد من الخدمات الصحية.
- التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمة الصحية مثل: رقابة وضبط العدوى، تبني سياسة محددة وجيدة لأدوية وذلك من خلال لجان متخصصة فنية.
- تقييم ورقابة جودة الخدمات الصحية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي، ومراجعة الاستخدام التي تقلل مدة الإقامة وترشيد استعمال الموارد².

ومن أجل ذلك تقترح الجمعية الامريكي لاعتماد المؤسسات الصحية عدد من المتطلبات الدقيقة للنظام المقبول لتقييم الخدمات في المؤسسات الصحية هذه المتطلبات هي:

- ✚ يجب أن يكون النظام هادفا وموضوعيا، وهنا لابد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها.
- ✚ يجب أن يكون نظام التقييم كفؤ وخاصة من حيث توفير وقت الطبيب، وهنا لابد من استخدام غير. الأطباء للمهام التي تستهلك وقتا كبيرا ولا تتطلب تقويما.
- ✚ يجب ان يكون التقييم موثقا، بحيث يتم تدوين كل القرارات الهامة كتابة وتوقيعا من قبل الطبيب المسؤول³.

✚ يجب أن يكون النظام مرنا بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير إذا ما توفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي.

¹ والده عائشة: مرجع سابق، ص 71.

² فريد توفيق نصيرات: مرجع سابق، ص 292.293.

³ قشي حبيبة: مرجع سابق، ص 82.

✚ يجب أن ينتج التقويم إجراء تصحيحي، فلا بد من أن يسفر التقويم عن إجراء منطقي يتناسب مع الانحراف، سواء كان ذلك الإجراء برنامج تعليمي وتدريبى بإشراف مباشر من الطبيب أو إيقاع الجزاء والعقوبات وما إلى ذلك من إجراءات تصحيحية¹.

3. مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية

نظرا لطلب المستمر على الخدمات الصحية وتنوع عدد الأمراض مع زيادة التطبيقات التكنولوجية الطبية، تحتاج مؤسسة صحية إلى تطبيق مجموعة من المداخل التي تساهم في تحسين خدماتها من أجل إرضاء زبائننا وضمان البقاء في الوسط التنافسي الذي تنشط فيه، ومن بين أهم المداخل المعتمدة نذكر ما يلي:

- **التحسين المستمر "كايزن" kaizen:** مدخل التحسين المستمر "كايزن" هو وسيلة من وسائل التغيير في المؤسسة الصحية، من أجل الحصول على أقصى قدر من جودة خدماتها، تمزج بين تنوع الأساليب والمبادئ داخل ثقافة المؤسسة وفلسفة التحسين باعتباره أسلوب في الحياة وليس مجرد تطبيق لمبادئ المسطرة.
- **مدخل المقارنة المرجعية:** تعتبر المقارنة المرجعية أسلوب للتطوير والتحسين يتم من خلاله البحث عن أفضل وأحسن مستويات الأداء خارج المؤسسة، والاعتماد عليه لمقارنة وتعديل وتصحيح أساليب الأداء الداخلي.
- **إدارة الجودة الشاملة TQM:** تعتبر التفوق في الأداء لإسعاد المستهلكين، من خلال عمل المديرين والعمال مع بعضهم البعض، من أجل تزويد المستهلكين بجودة ذات قيمة من خلال تأدية العمل الصحيح بشكل صحيح.
- **ونظام إدارة الجودة الإيزو 9001:** يعرف على أنه مجموعة إجراءات عمل إدارية وفنية، والتي يتطلب إنجازها استخدامها في ظل البناء على تحقيق نظام الجودة الذي يسعى إلى تحقيق الغابات العاملين من خلال إنتاجه لمنتجات متابعة للمواصفات المطلوبة لجميع مراحل عمليات شراء المواد وتصميم المنتج².

¹ قشي حبيبة: مرجع سابق، ص 82.

² عجو نورة: مرجع سابق، ص 51-58.

خلاصة

في الأخير نستخلص أن الجودة في الخدمات الصحية تعتبر أمرا ضروريا يجب توفيره عند تقديم الخدمات الصحية، من أجل تحقيق رضا المريض وتحسين نوعية الخدمة التي تقدمها المؤسسات الصحية من قدرات تتماشى مع مواصفات وخصائص وأبعاد التي تسعى لترسيخها في خدماتها للوصول إلى الأهداف المرجوة.

الفصل السادس

النظام الصحي في الجزائر

أولاً: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

ثانياً: هيكلية النظام الصحي في الجزائر

ثالثاً: محددات ومميزات النظام الصحي

رابعاً: العوامل التي تؤثر في وضع النظام الصحي

خامساً: أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر

تمهيد:

تعد الصحة حق مشروع و أساسي لكل أفراد المجتمع باعتبارهم الركيزة الأساسية إلى تحقيق التنمية، لذلك عملت معظم الدول المتطورة إلى التحسين في أنظمتها الصحية لضمان توفير خدمات صحية للأفراد، وفي هذا الصدد حاولت الجزائر منذ الاستقلال النهوض بنظامها الصحي في ظل الإمكانيات المتوفرة والمشاكل التي تحيط بها باعتماد على عدة برامج توجيهية للمنظومة الصحية. وبناء على مع سبق سنحاول في فصلنا هذا التطرق إلى التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر ومحاولة تحديد هيكله النظام الصحي (مفهومه، مكوناته، وظائفه) والتعرف على محدداته ومميزاته، وكذلك معرفة العوامل التي تأثر عليه وفي أخير تحديد أوجه القصور في النظام الصحي.

أولاً: التطور التاريخي للنظام الصحي 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 ألف ساكن متركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة ليست لديها شهادات كذا انعدام للطاقت الإداري المسير¹.

1. المرحلة الأولى من سنة 1962 إلى سنة 1965

ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية صحية لا يرثى لها نتيجة الظروف الاجتماعية الاقتصادية وسوء التغذية وقلة النظافة نقص التأطير خاصة في الميدان الطبي، بالإضافة إلى نقص التغطية الصحية ما أدى إلى خلق فوارق اجتماعية وجهوية كبيرة، بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية والبشرية هناك المعوقات القانونية بحيث أن إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة مستقلة بذاتها لم يكن إلى في سنة 1965 بعدما كانت مندمجة ضمن وزارات أخرى.

وقبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و 264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة.

أما من حيث الهياكل القاعدية، فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1969 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962 إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها²، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات والهياكل التي خلفها 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.

ولهذا يمكن القول أن السياسة الصحية للجزائر بعد الاستقلال ارتكزت على شطرين أساسين هما:

¹ - حوالف رحمة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علوم اقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بالقايد، تلمسان-الجزائر، 2009-2010، ص 133.

² - الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 73-65، المؤرخ بتاريخ 28 /12 /1973، الصادر بتاريخ 01 /01 /1974، المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسات الصحية، ص 02.

من جانب العمل على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال من خلال تعميم العلاج الوقائي كالتلقيح ونظافة المحيط وحماية الأمومة والطفولة والنظافة المدرسية وطلب العمل ومن جانب آخر بناء الهياكل الصحية وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية والإدارية والحصول على التجهيزات توفير التمويل الصحي الطبي¹.

2. المرحلة الثانية من سنة 1965 إلى سنة 1979

تميزت هذه المرحلة بجانبين أساسيين هما محاولة إرساء العلاج الأولي والمجاني من خلال توفير ومضاعفة قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو كل حي، فتعميم خدمات الوقاية والعلاج الأولي من جانب عن طريق زيادة الهياكل القاعدية يهدف من جهة إلى حماية المجتمع الجزائري الشاب (حوالي ثلاثة أرباع المجتمع أقل من 30 سنة) وكذلك محاولة توفير تغطية صحية عادلة، فالملاحظ هو عدم وجود إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية إذ نجد تركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية هذه الأخيرة التي لا تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للتمريض.

ومن جانب آخر كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي توحيد 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 الوطني².

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 هي كما يلي:

- المشكلات الصحية: كمكافحة الأمراض المتنتقلة مثل الملاريا الرمد الأمراض المعدية... الخ.
- مكافحة الأمراض غير متنتقلة: كأمراض القلب، الأمراض العقلية... الخ.
- المشكلات المتعلقة بنظافة الحي والأمن في العمل.
- المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

¹ - المرجع السابق، ص 02.

² - نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009، ص 137.

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة بـ 60% من مجموع النفقات و 30% من طرف الضمان الاجتماعي، والباقية 10% من طرف السكان أو الأسر بحيث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها، وتضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة AMG الطبية المجانية وما يقدم كانتقاد 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 بأنها مرتبطة بالمرحلة القادمة التي تناولتها في دراسة خاصة بها.

3. المرحلة الثالثة من سنة 1979 إلى 1995:

تمثل هذه الفترة التاريخية مرحلة تقييم السياسات التنموية بما فيها السياسة الصحية التي عملت الوصاية على تحديد معالمها المستقبلية والخطو الرئيسية الواجب إتباعها، وقد عرفت هذه المرحلة بمرحلة إصلاح القطاع الصحي، وكانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث انعطاف مهم في اتجاهات السياسة الصحية إذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية قدرا من التقدم في المجال الصحي.

وكانت من أهم الاهتمامات خلال هذه الفترة العمل على التنقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف من خلال وحدات العلاج التي تم إقامتها هناك، واعتمد في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة من أجل تبلي الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع مع ضرورة دعم المؤسسة الصحية¹.

واصلت 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 1985 والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي، بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقد بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي.

¹ المرجع السابق، 137.

4. المرحلة الرابعة من سنة 1996 إلى 2009:

تعتبر هذه المرحلة، مرحلة تجديد الثقة في استرجاع الأمن والاستقرار للجزائر بعد عشرية دامية أدت إلى إضعاف مؤسسات الدولة مما منعها من القيام بالدور المنوط لها دستورياً، وهو حماية المواطن وتوفير الاحتياجات اللازمة لأفراد المجتمع في شتى المجالات خاصة في قطاع الصحة الذي أولت له الدولة الاهتمام الكبير¹.

ولقد تم في بداية هذه الفترة وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق، ويهدف البرنامج الحكومي في هذا المجال كذلك، إلى تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي والتكوين المستمر من أجل ترقية القطاع الرفع من أداء المؤسسات الطبية وتحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات الصحية المقدمة مع تشجيع القطاع الخاص.

إن تطبيق الخريطة الصحية الجديدة ساهمت في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها، وأدت إلى تقريب الصحة من المواطن، كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية، حيث وصل عدد العيادات إلى 286 عيادة خاصة وعدد الأطباء الخواص إلى 5095 طبيب أخصائي و6205 طبيب عام، أما عن الاعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة شهدت تطوراً مستمراً، حيث بلغت النسبة 70,76% في مشروع قانون المالية لسنة 2008 مقابل 58% خلال سنة 1999².

5. المرحلة الخامسة من سنة 2009 إلى 2014:

في هذه المرحلة استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي يقدر بـ619 مليار دينار جزائري في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة بين 2009 إلى 2014، المصادق عليه من طرف مجلس الوزراء المنعقد يوم 24 ماي 2009 وخصص هذا المبلغ لإنجاز 172 مستشفى و45 مركز متخصص في الصحة و377 عيادة متعددة الاختصاصات و1000 قاعة علاج و17 مدرسة للتكوين الشبه طبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين.

¹ المرجع السابق، ص ص 137، 138.

² بوراجة أمال: التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسين المؤشرات الصحية، جامعة وهران 02 محمد بن أحمد، ص

كما يشمل البرنامج الخماسي تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية مع العلم أنه من الضروري توفير 254 عيادة متعددة التخصصات و34800 سرير في أفق 2015.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك هياكل استشفائية متعددة موزعة عبر الوطن منها 13 مركز استشفائي جامعي ومؤسسة استشفائية جامعية واحدة و5 مؤسسات استشفائية و68 مؤسسة استشفائية متخصصة و19 مؤسسة عمومية استشفائية، وعزز هذا النسيج الاستشفائي هياكل على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية البالغ عددها 271 وتشرف هذه المؤسسات على تسيير:

- 988 عيادات متعددة التخصصات والتي تتوفر على 3566 سرير مخصص للأمهات.
- 387 عيادة متعددة التخصصات دون سرير.
- 5376 قاعة علاج.

ويقدر العدد الإجمالي للأسرة العمومية¹ 63680.

ثانيا: هيكل النظام الصحي في الجزائر

1. تعريف النظام الصحي:

النظام الصحي هو: "مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل وضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع، والمحافظة عليه وترقيته باستمرار"².

وعرف النظام الصحي بأنه: "عبارة من أسلوب عمل وطريقة وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو مؤسسة أو في دائرة معينة، ولذلك عندما تريد الدولة أن تضع أهداف صحية لمواطنيها، فإنها تأخذ بعين الاعتبار كثيرة من الأمور التي تؤثر في تلك الأهداف وبالتالي فإن هذه الأهداف لا يمكن أن تتحقق إلا من خلال إيجاد مجموعة من أساليب العمل والطرق والإجراءات التي يتم توزيعها على مختلف المؤسسات الصحية والأقسام والقطاعات المختلفة من أجل تحقيق الأهداف الصحية"³.

¹ - المرجع السابق، ص 05.

² - فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 54.

³ - صلاح محمود ذباب: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص

كما يعرف النظام الصحي بأنه: "مجموعة الموارد المتاحة وعملية تنظيم وإدارة هذه الموارد حتى تؤدي في النهاية إلى تقديم الخدمة الصحية لكل المواطنين"¹.

2. مكونات النظام الصحي

ويتكون النظام الصحي من جمعية مكونات أساسية تعرضها فيما يلي:

أ. إنتاج الموارد الصحية

لكل نظام صحي موارد صحية متنوعة فلا بد أن يكون لديه موارد طاقت بشرية صحية متطورة، ومؤسسات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية، ولا بد أن يكون لدى النظام الصحي أدوية ومعدات وأجهزة طبية وموالم الرعاية المرضى ويجب أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام كالبحوث الصحية، أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية وأكبر دليل على المعرفة هي التكنولوجيا.

ب. تنظيم البرامج الصحية

وتقوم بها وزارات الصحة الوطنية وكذلك الوزارات والهيئات الحكومية الأخرى كوزارات الدفاع والهيئات العسكرية وبرامج الضمان الاجتماعي، والمنظمات الخيرية والتطوعية وكذلك النقابات وحدات العمال والقطاع الخاص.

ج. الدعم المالي والتمويل

إن مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة، كالضرائب والجمارك وبرامج التأمين الصحي الحكومي والعسكري، وموظفي الشركات ونشاطات المجتمع المحلي التي لا تهدف إلى الربح والمساعدات، والمنح والهيئات الخارجية الحكومية والحزبية والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي².

د. الإدارة الصحية للنظام الصحي

تلعب الإدارة الصحية دورا حيويا وهما في إدارة النظام الصحي، وتقوم بالتخطيط الاستراتيجي وتقييم البرامج الصحية وتدريب طلاب الطب والمهن الطبية الأخرى، والقيام هو بالبحوث الصحية وقيادة النظام الصحي ووضع معايير بين الرقابة على الأداء، وتحسين مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي، وتنظيم الظروف البيئية وترخيص واعتماد المهن الطبية والمؤسسات الصحية وإصدار التشريعات الصحية وتنظيم القوى الصحية العاملة، وتقييم الجودة وتحسينها.

¹ - محمود خليل الشاذلي وآخرون: **طب المجتمع**، أكاديميا إنترناشيونال للنشر والتوزيع، بيروت، 1999، ص 34.

² فريد توفيق نصيرات: **مرجع سابق**، ص 56.

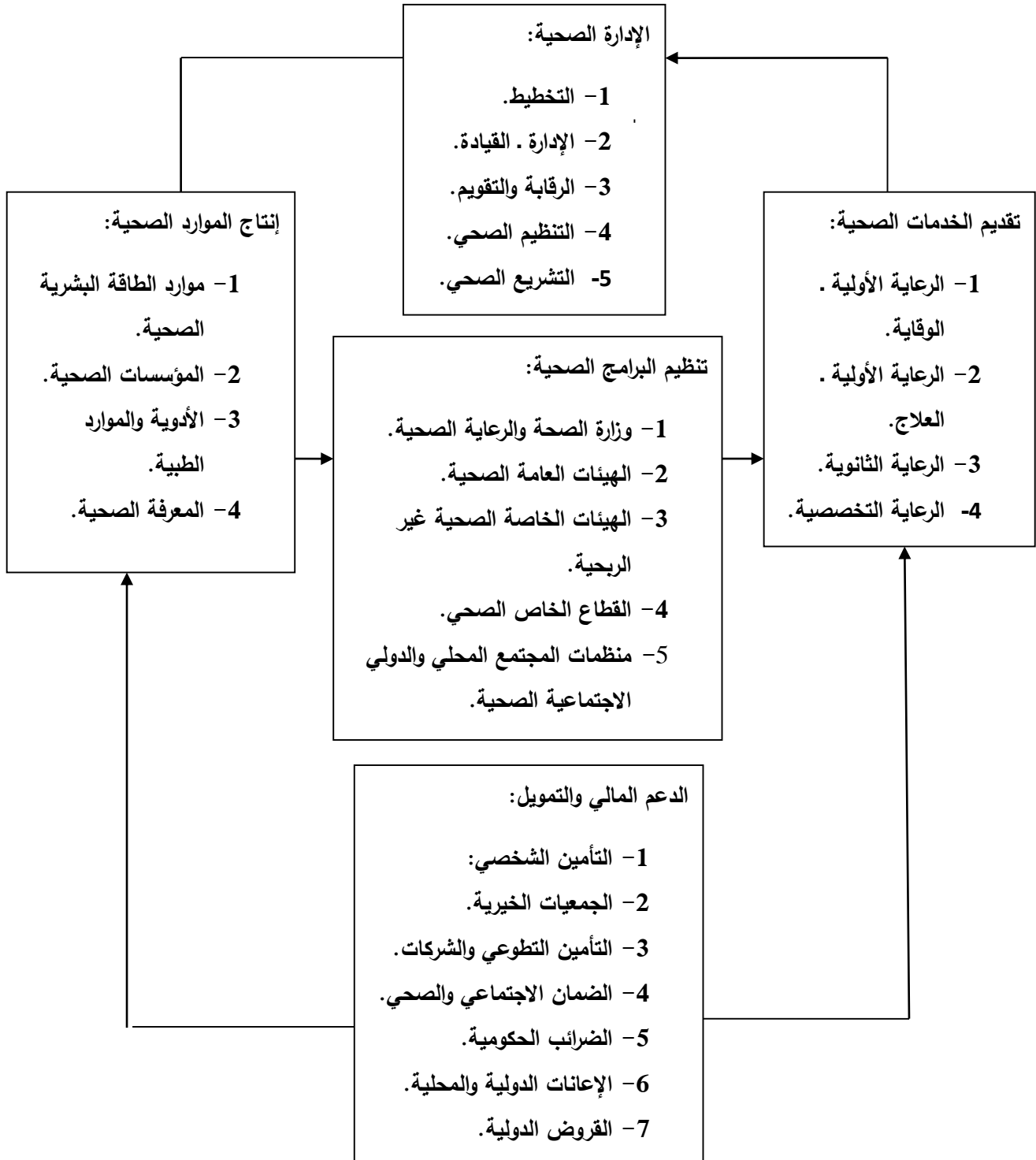
هـ. إنتاج وتقديم الخدمات الصحية

إن الهدف الأساسي الذي يسعى إليه النظام الصحي يتمثل في تقديم خدمات صحية على المستويات الثلاث الأولية والثانوية والتخصصية لتلبية الحاجات الصحية، والقيام بعملية تعزيز الصحة وما يترتب عليها من نشاطات فردية وجماعية للحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلباً على الصحة¹.

ويمكن توضيح مكونات النظام الصحي ووظائفه وتداخلاته في الشكل الموالي:

¹ - المرجع السابق، ص ص 57، 58.

الشكل رقم(21): يوضح مكونات النظام الصحي ووظائفه وتدخلاته.



المصدر: فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص59.

3. وظائف النظام الصحي وخدماته

الهدف الأساسي لأي نظام صحي ضمان توفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع ولتحقيق هذا

الهدف لا بد من القيام:

- ضمان تقديم خدمات طبية نوعية للأفراد وضمان توفرها في أماكن تواجدهم حيثما أمكن.
- التركيز على إنقاص معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض والحوادث والإعاقات في المجتمع.

➤ خدمات النظام الصحي:

لتحقيق الهدف لا بد من ضمان توفير مجموعتين من الخدمات الصحية:

1. خدمات وبرامج الصحة العامة الموجهة نحو المجتمع أو مجموعات محددة من السكان وتشمل:

- خدمات الارتقاء بالصحة (خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد وفيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي وممارسة الرياضة البدنية لحفظ صحة الفرد).
- خدمات الصحة العامة تهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات وتشمل الخدمات التالية:
 - السيطرة على الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها.
 - عزل الحالات المصابة بالأمراض وعلاجها.
 - خدمات رعاية الأم والطفل.
 - الإحصاءات الحيوية والصحية.
 - تقييم وتنمية الموارد المتاحة.
 - الأبحاث العملية في المجال الصحي.
- خدمات صحة البيئة (تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن والسلامة العامة وقضايا الإسكان والسكن الصحي) وتشمل هذه الخدمات ما يلي:
 - توفير الماء الصالح لشرب الطرق السليمة لاستعماله.
 - صحة الحليب والمأكولات.
 - توفير السكن الصحي المناسب.
 - مكافحة الحشرات والقوارض¹.

¹ مصطفى يوسف الكافي: مرجع سابق، ص ص 147، 148.

- فقد ركزت خدمات الصحة والعامّة وبشكل تقليدي على الطرق التالية لحماية أفراد المجتمع من الأمراض المعدية والسيطرة عليها بهذه الطرق:
- حملات التطعيم الموجهة لمجتمع لتحصين الأفراد ضد الأمراض السارية والمعدية.
- خدمات صحة البيئة .
- عزل الحالات المرضية المصابة بالأمراض السارية والمعدية لمنع انتشارها.
- المعالجة الجماعية بالمواد الكيميائية.

2. خدمات الرعاية الطبية

تشير إلى الخدمات الصحية الشخصية التي تقدم للفرد فيما يتعلق بصحته حيث نركز على صحة الفرد على عكس خدمات الصحة العامة التي تركز على صحة المجتمع وهذه الخدمة تشمل الرعاية الشخصية ابتداء من خدمات ترقية الصحة والوقاية من الأمراض والكشف المبكر وتشخيصها وانتهاء بإعادة تأهيل .

وقد تبلور النقاش على الرعاية الطبية يجب ألا تتوقف فقط على تطبيق الإجراءات اللازمة لشفاء المرضى من خلال العلاج الطبي وخدمات التأهيل بل يجب أن تشمل الإجراءات المحددة والتي نهدف إلى ترقية الصحة ووقايتها من المرض والاكتشاف والمبكر لأعراض المرض.

فالرعاية الطبية هي برنامج للخدمات والتي يجب عليها أن توفر للأفراد كافة المنشآت العلوم الطبية والمساندة والضرورية لتحسين صيانة الصحة الجسدية والعقلية الاجتماعية وتوفير العلاج للمجتمع وان يأخذ الاعتبار المادي والأسري مع توفير مراعاة تخفيف العجز فبينما تركز رعاية المرضى على المريض فان الرعاية الطبية تركز على المريض وغير المريض، تشمل الخدمات الصحية الشخصية:

❖ خدمات الارتقاء بالصحة

تركز على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل الغير طبية كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة الشخصية والسلوك الصحي السليم للفرد¹.

❖ الخدمات الوقائية

تصنف ب ثلاثة مستويات:

¹ المرجع السابق، ص ص 149، 150.

• خدمات الوقاية الأولية

وخدمات محددة ومباشرة ويجرى تخطيطها وتقديمها لوقاية الفرد من المرض معين والخدمات المعروف لها حملات تطعيم جماعية أو الموجهة لمجموعات محددة من السكان.

• خدمات الوقاية الثانوية

خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها وخدمات المسح الصحية.

• خدمات وقائية ذات الدرجة الثالثة

خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى وضحايا الحوادث لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة.

❖ خدمات العلاجية

أ - خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الخارجيين .

ب - خدمات الرعاية الصحية التي تقدم للمرضى الداخليين وتصنف ب 3 مستويات:

1 - خدمات الرعاية الأولية.

2 - خدمات الدرجة الثانية.

3 - خدمات الدرجة الثالثة.

❖ خدمات إعادة تأهيل والرعاية طويلة الأجل

خدمات الرعاية الطبية وإعادة تأهيل المرضى ومصابي الحوادث حيث تتطلب منهم إعادة ممارسة حياة طبيعية نشطة إلى حد ما فترة زمنية طويلة¹.

ثالثا: محددات ومميزات النظام الصحي

1. محددات النظام الصحي

لقد وضع التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان " النظم الصحية وتحسين

الأداء" مجموعة من المحددات وهي كما يلي:

أ. الاستجابة: أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على أمرين أساسيين، يتمثل أولهما في

الاحترام، بما في ذلك صون كرامة الأفراد والأسر، وحفظ أسرارهم، ومراعاة حريتهم في اتخاذ القرارات

¹ المرجع السابق، ص 151.

التي تتعلق بصحتهم، ويمكن الثاني في توجيه المرضى، وإبداء اهتمام أكبر لشبكات الدعم الاجتماعي عند توفير الرعاية وإتاحتها، وتقوم القدرة على الاستجابة أساسا على إمكانية توفير الموارد.

ب. **عدالة المساهمة المالية:** احتلت البلدان مراتب مختلفة في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقطعه كل أسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية في الدخل، وتخصه لنفقات الرعاية الصحية، بما في ذلك الضرائب، والأقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي وصناديق التأمين الخاصة، والمدفوعات المباشرة.

ج. **مستوى الصحة العام:** لأن النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول، باحتساب مدة الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم، وبالتالي تقدير مدى النجاح في تحقيق هدف تعزيز مستوى الصحة.

د. **توزيع الانتفاع:** يرى الخبراء انه لا يكفي ضمان صحة الأفراد أو تحسين مستواها في المتوسط، إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات أو يبقى شاسعا بسبب انتفاع الأفراد المعاقين بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم الصحية أن تسعى أيضا إلى الحد التباينات، بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن.

هـ. **توزيع التمويل:** نبه التقرير وأشار إلى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية إلا أنها قد تكون جيدة إلى حد ما، إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا، لاسيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشيرا إلى أن ذلك يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال، والجدير بالذكر أن الأنظمة الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات الأفراد وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط الأفراد.

النظام الصحي هو الذي يحدد دور الدولة ودور وزارة الصحة وأسلوب التمويل والإدارة والتشغيل والتعليم والتدريب والتخطيط والتقييم وأهم الخطوات لتطوير النظام الصحي هي تحديد محددات النظام وما يتميز به.¹

¹ بن جامع سناء: مرجع سابق، ص ص 45، 46.

2. مميزات النظام الصحي

يتميز النظام الصحي عن غيره من الأنظمة الأخرى بما يلي:

- **التعقيد:** بسبب وجود العديد من القطاعات والعديد من العلاقات والاتصالات مما يزيد في صعوبة وتعقيد النظام الصحي¹.
- **الصراع:** وجود العديد من القطاعات ضمن النظام الصحي، وكل واحد من هذه القطاعات لديه أهدافه الخاصة، مما يؤدي إلى وجود نوع من الصراع بين مختلف القطاعات الصحية، فمثلا القطاع الصحي الخاص يهدف إلى تحقيق أكبر قدر ممكن من الأرباح فيما يهدف القطاع الصحي الحكومي إلى تقديم الخدمة الصحية دون النظر إلى تحقيق أي قدر من الأرباح وهذا قد يؤدي للصراع بين أطراف النظام الصحي أو حتى الصراع ضمن مؤسسات صحية في قطاع واحد كالصراع بين مستشفيات القطاع الخاص.
- **وضع السياسات الصحية:** وهذا يؤدي إلى وجود ميزة أخرى للنظام الصحي وتكمن في تحديد المسؤولية لوضع السياسات الصحية أي من قطاعات النظام الصحي سوف تشارك في السياسات.
- **الملائمة:** أي ملائمة النظام الصحي مع المجتمع من حيث الآراء والثقافة والعادات والتقاليد... إلخ².

رابعاً: العوامل التي تؤثر في وضع النظام الصحي

- هناك العديد من العوامل التي تؤثر وتحدد ملامح النظام الصحي لأي دولة، والتباين في هذه العوامل يجعل من الأنظمة الصحية متباينة وأهم تلك العوامل:
1. **السكان:** يؤثر عدد السكان في حجم النظام الصحي بحيث أن النظام الصحي الذي يتم تصميمه لعدد قليل من السكان يختلف عن النظام الصحي الذي تصميمه لعدد كبير جدا من السكان.
 - **معدل النمو السكان:** عند التخطيط لوضع أي نظام صحي لابد من انه يأخذ معدل النمو في الاعتبار لأنه يعكس حجم النظام الصحي المستقبلي ومدى ملائته مع معدلات النمو والحاجة لإجراء تغييرات في النظام الحالي أو إيجاد نظام صحي بديل.
 - **توزيع السكان حسب الأعمار:** وهذا يرتبط بنوعية النظام الصحي المطلوب في حين نجد أن معدل الأعمار بعض الدول يميل نحو الشيخوخة نجد معدل الأعمار في بعض الدول الآخر يميل نحو الشباب وهذا يعكس

¹ - زايدي سماح: دور جودة الخدمات في الارتقاء بالأداء الصحي، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة العربي بن مهيدي أم بواقي - الجزائر، 2017-2018، ص

طبيعة الخدمات الطبية التي سوف يتم التركيز عليها ضمن ذلك النظام الصحي وبما يتناسب مع طبيعة الخدمات الطبية المقدمة لكل فئة عمرية.

- **توزيع السكان حسب الجنس:** فالأمراض التي تصب الرجال أو الذكور تختلف عن الأمراض التي تصب النساء أو الإناث وهذا الفرق يظهر ضمن النظام الصحي ومستوى ونوع الخدمة التي سيركز عليها.
- **توزيع السكان الجغرافي (الكثافة السكانية):** تختلف الأمراض لدى السكان باختلاف مناطقهم الجغرافية وكثافتهم السكانية وهذا وما يجب أخذه عند رسم النظام الصحي ومراعاة هذا التوزيع السكاني.
- **المستوى الثقافي للسكان:** يرتبط من مستوى الخدمة الصحية التي يجب التركيز عليها فعندما تكون مستويات الثقافة لدى السكان متدنية فإن النظام الصحي سوف يتجه نحو الرعاية الصحية الأولية والتنقيف الصحي والصحة الشخصية، أما في حالة وجود مستوى مرتفع من الثقافة فإن التركيز النظام الصحي سوف ينصب على مستويات الرعاية الصحية الثانوية والثلاثية والتأهيلية.
- **معدل الدخل:** للتوسع بمظلة التأمين الصحي وشركات التأمين أو لتوجيه النظام الصحي نحو القطاع الخاص أو القطاع الحكومي فإن معدل الدخل سوف يلعب دورا كبيرا في اتخاذ القرار نحو التركيز على قطاع دون آخر وعلى أنظمة التأمين المختلفة إضافة إلى أن معدل الدخل سوف يوجه النظام الصحي (في الغالب) على استخدام أحدث التكنولوجيا الطبية أو الاستغناء عنها.
- **العادات والتقاليد:** للعادات والتقاليد دور كبير أيضا في رسم النظام الصحي الدولة وهذه تؤثر إما إيجاباً أو سلباً حسب تلك العادات والتقاليد ومدى رؤية صانع القرار لوضع نظامه الصحي في ضوء العادات والتقاليد المنتشرة.
- **المعدلات الحيوية المختلفة:** تعكس المعدلات الحيوية المختلفة الوضع الصحي العام وبالتالي توجه أصحاب القرار نحو الطموحات الممكنة لتحسين تلك المعدلات نحو الأفضل وهذا يؤثر على المستوى النظام الصحي المطلوب.
- **عوامل أخرى:** كمعدلات أعداد الأسرة الواحدة، طبيعة العيش (مدن، القرى، ريف، بدو... الخ) وعوامل الخاصة بكل دولة يمكن لها أن تؤثر في إيجاد وتصميم النظام الصحي.

2. **الموارد الطبيعية المتوفرة:** إن توفر الموارد الطبيعية المختلفة تعكس القدرة العالية على إيجاد نظام صحي يتمتع بالرقى والمستوى العالي، لأن الموارد المادية تترجم في نهاية إلى موارد مالية نستطيع من خلالها¹

¹ صلاح محمود ذياب: مرجع سابق، ص 53.

الإتفاق على مختلف مستويات الخدمات الصحية من خلال النظام الصحي والموارد الطبيعية في أي دولة تتكون من الأمور التالية:

- توفر المواد الخام في الطبيعة كالبتترول والمعادن، الفوسفات، المياه، والأسماك والموارد الطبيعية الأخرى والتي تجعل للدولة دخل ثابت ومرتفع ينعكس بالتالي على مستوى النظام الصحي وطموحات المواطنين في تلك الدولة.
- المستوى الاقتصادي العام ودرجة النشاط الاقتصادي.
- توفر القوى البشرية ومستوى الرضا لديهم، وهذا المستوى مرتبط بمعرفة المواطنين بمقدرة دولتهم على إيجاد نظام صحي متطور، ومدى انسجام هذا النظام مع ما هو متوقع لديهم في ضوء الموارد الطبيعية الأخرى.
- حجم الإتفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى، وهذا الأمر يعكس رقي النظام الصحي ونوعية الخدمات المقدمة ومستوياتها بالإضافة إلى حجم الإتفاق يقيس مستوى تطور الدول أو تأخرها ومدى استعدادها للتضحية بمداخلها.

3. العوامل البيئية الطبيعية: كالمناخ والطقس والمسكن والأوبئة إن وجدت والحشرات والقوارض... وهذه تلعب دورا كبيرا في رسم النظام الصحي خاصة إذا كان هناك معرفة بأن الأمراض تختلف حسب المناخ والطقس وتختلف حسب وجود الحشرات والقوارض أو عدم وجودها وتختلف باختلاف أنواع تلك الحشرات والقوارض وبالتالي فإن الإطار العام للنظام الصحي الموجود سوف يأخذ كل تلك الاعتبارات في الحسبان عند تصميمه وإيجاده.

4. العوامل الوراثية السائدة: إن الإطار العام لهذه العوامل تكون معروفة لدى الأطباء والعاملين في المجال الطبي كأمراض الإعاقات والشلل الدماغي والسرطان... الخ واعتماد العوامل الوراثية عند وضع النظام الصحي بالإضافة إلى العناية الشخصية وأنماط التغذية أمر في غاية الأهمية عند إيجاد نظام صحي.

5. المتغيرات السياسية والتكنولوجية: وضع النظام الصحي يعتمد على قناعة وقدرة القادة السياسيين على استخدام التكنولوجيا المتطورة في وضع النظام الصحي ومدى تأثيره السياسي على ذلك النظام¹.

¹ المرجع السابق، 54.

خامسا: أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها:

لم يدع التقرير الذي أعده المجلس الوطني للإصلاح 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_ الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها:

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات تتمثل في نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي:

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كافي للموارد المالية.
- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

على ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:

- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- عطاء 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 بالتضامن¹.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعيدة الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامّة عن المستشفى.
- وضع مخطط حسابات المستشفيات.

¹ - عيادي راضية: واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم اجتماع تنظيم وعمل، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945، قالمة، الجزائر، 2014-2015، ص 69.

- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية وشركات.
- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
- إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة مميزاتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعمالات، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية.

- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.
 - تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
 - وضع ميزانية ملحقه مستقلة على 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 تدفع مجموع التكاليف المترتبة على العلاج، بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها.

2- الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها

- لا يمكن التكلم عن التمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المالية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه وتكوين فعال للمستخدمين، وعلى هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على ما اقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدا.

أ- العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية وتدبير معالجتها

- لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمة إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، نبرزها في الآتي:

- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير الفعالة.
- تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.¹

¹ المرجع السابق، ص 70.

- تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.
- نقص في صيانة العتاد الطبي.
- نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطأتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.
- تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.
- وبالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حول ذات المجلس وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كما يلي:
- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.
- لقد تم توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية.
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
- جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلًا وتحديد مهامها بدقة والزامها بمسؤولياتها.
- تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.
- أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.
- ب- العراقل المرتبطة بالإعلام وأوجه معالجتها
- أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة العمومي والخاص ولذلك لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:
- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجات 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 كليا إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
- تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.¹

¹ المرجع السابق، ص 71.

- كما خصص ذات المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها والتي نبرزها في النقاط التالية:
- 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 ولإعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
- أما فيما يخص المتمدرسين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة الحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.
- إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي في مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة إلى إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستوياتهم، 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 بإضافة إلى أن الاهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء "جامعة لعلوم الصحة" في المستقبل القريب¹.

¹ المرجع السابق، ص 72.

خلاصة:

وفي الأخير نلاحظ أن واقع النظام الصحي في الجزائر برغم من التطور الذي شهده في السنوات الأخيرة عبر مراحل متعددة إلا أنه مزال بعيد عن المستوى المطلوب بمقارنة مع الدول الأخرى، نظرا لعدد من العوامل التي اثرت سلبا على تطوره من أهمها ضعف الاستجابة لضروريات الأفراد الصحية بسبب النقص في الأجهزة الطبية المتطورة وقلة الهياكل الصحية وتوزيع الغير عادل لها، ولهذا على الجهات المعنية التحرك من أجل النهوض بالنظام الصحي في الجزائر لما لهو من أهمية كبرى وذلك من خلال تحسين وتطوير الهياكل الصحية لتقديم خدمات صحية ذات مستوى عالي.

الفصل السابع

الإطار التحليلي للدراسة

أولاً: تحليل البيانات

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة

ثالثاً: النتائج العامة

رابعاً: توصيات الدراسة

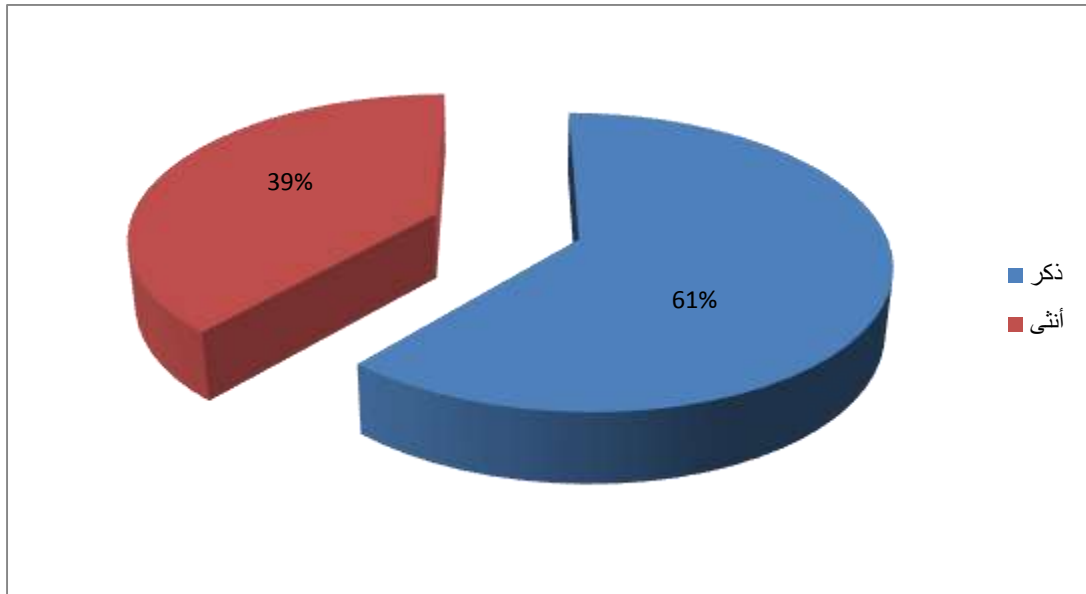
تمهيد

تواجه الباحث مسألة هامة في البحث العلمي تعلق بأسلوب وتفسير النتائج المتحصل عليها. فالتحليل يهدف إلى تلخيص الملاحظات الكلية بطريقة تسمح بالتواصل إلى إجابات عن التساؤلات التي انطلق منها البحث، أما التفسير فإنه يسعى إلى اكتشاف المعاني والدلالات التي تشير إليها هذه التساؤلات والتي تتضمنها الإجابات المختلفة التي أمكن تطويرها هذا البحث من خلال ربطها بالمعلومات والمعارف الأخرى. وسنتعرف إلى عرض البيانات التي تم الحصول عليها من خلال التحقيق الميداني والذي اعتمد فيه على وسيلة أساسية وهي استمارة الاستبيان التي أجريت مع المرضى في مستشفى الحكيم عقبي قالمة.

الجدول رقم (02) توزيع أفراد العينة حسب البيانات الشخصية

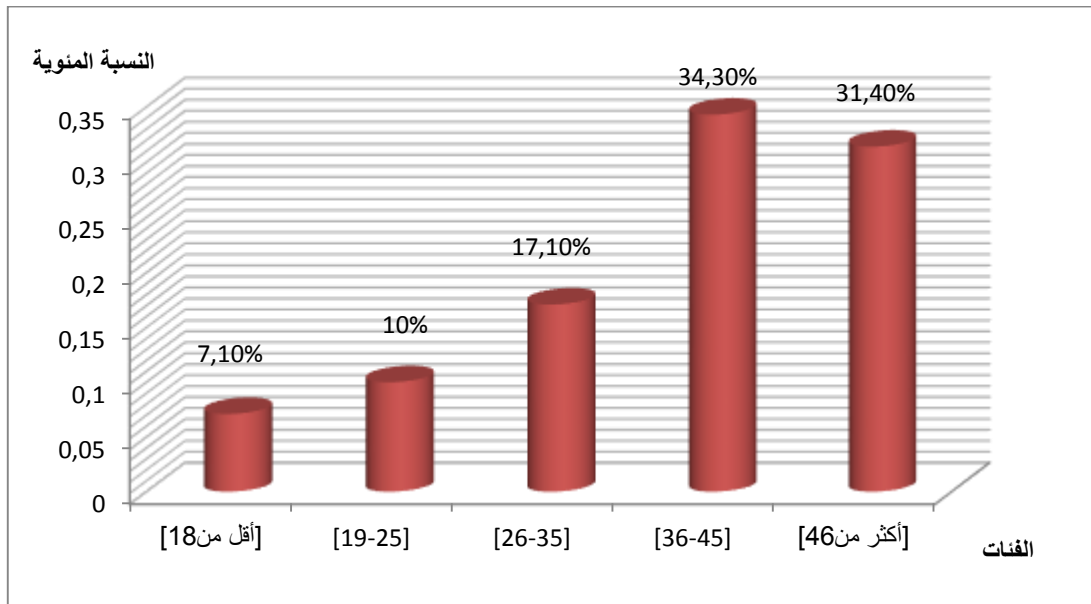
المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	43	61%
	أنثى	27	39%
المجموع	/	70	100%
السن	أقل من 18 سنة	5	7%
	من 19 إلى 25 سنة	7	10%
	من 26 إلى 35 سنة	12	35%
	من 36 إلى 45 سنة	24	31%
	أكثر من 45 سنة	22	17%
المجموع	/	70	100%
المستوى التعليمي	أمي	5	7%
	ابتدائي	17	24%
	متوسط	28	40%
	ثانوي	8	12%
	جامعي	12	17%
المجموع	/	70	100%
مكان الإقامة	داخل الولاية	40	43%
	خارج الولاية	30	57%
المجموع	/	70	100%

الشكل رقم(22): دائرة نسبية تبين توزيع مفردات العينة حسب الجنس



من خلال الجدول أعلاه نجد أن مجتمع العينة ذكوري بنسبة 61.4 % وهذا ما يؤكد على أن معظم المرضى من الذكور وهذا ربما يعود إلى سبب وحيد وهو طيش الشباب وعدم الاهتمام بصحتهم.

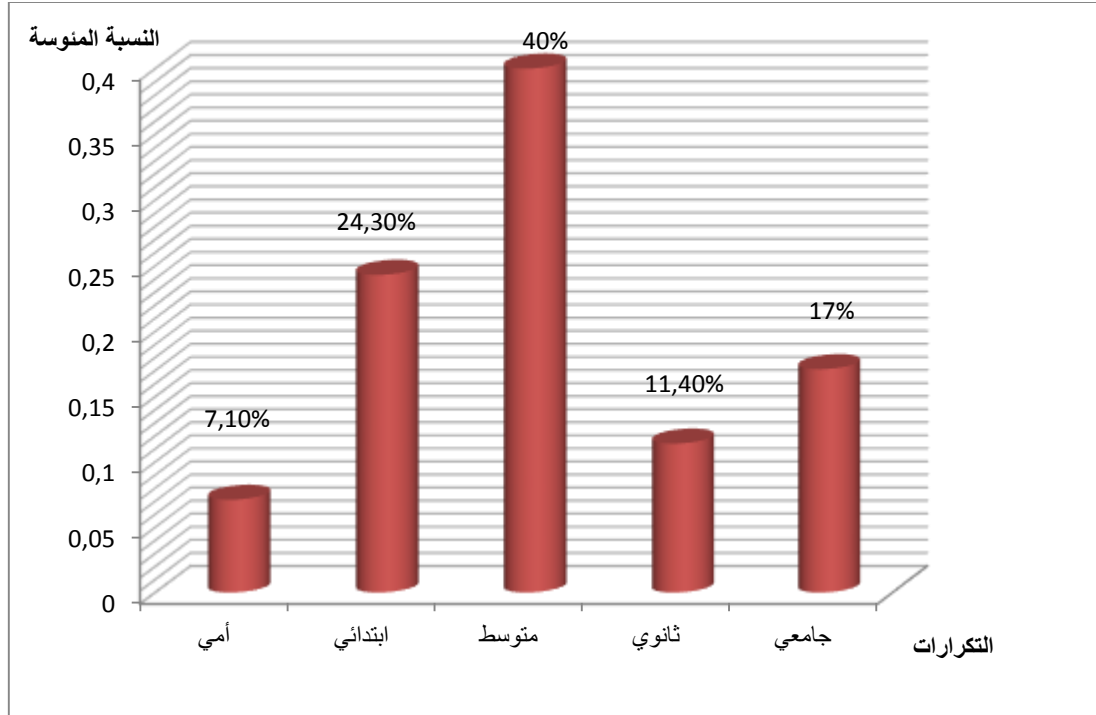
الشكل رقم(23): أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب السن



تشير المعطيات الإحصائية إلى أن أغلبية المرضى يتمركزون في الفئة العمرية [36-45 سنة] بنسبة 34.3%، تليها نسبة 31.4% تتراوح أعمارهم من [أكبر من 45 سنة]، وتليها نسبة 17.1% ذات الفئة العمرية [26-35 سنة]، ثم تليها الفئة العمرية ما بين [19 - 25 سنة] بنسبة 10%، وفي الأخير نسبة

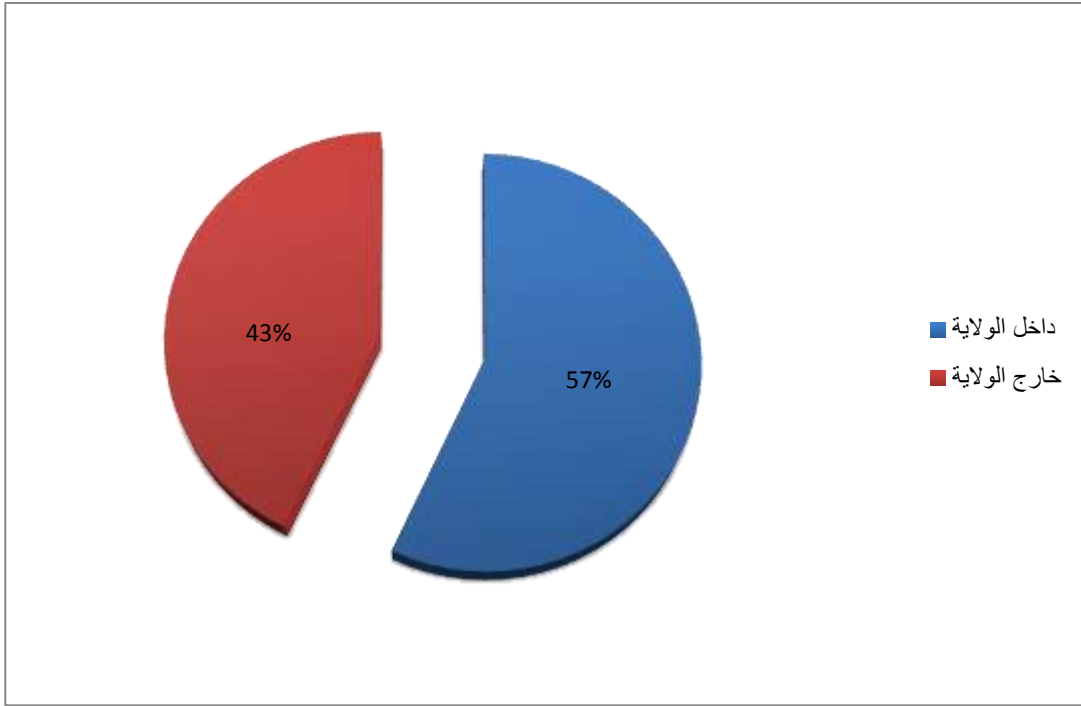
7.1% ذات الفئة العمرية [أقل من 18 سنة] ومنه نلاحظ أن مستشفى "الحكيم عقبي" يعالج كل الفئات العمرية نظرا لتعدد مصالحه وتنوع التخصصات به.

الشكل رقم(24): أعمدة بيانية تبين توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي



من خلال المعطيات الإحصائية والتي توضح المستوى التعليمي للمرضى نلاحظ أن معظم المرضى يمثلون الفئة المتوسطة بنسبة 40%، وما دونها ابتدائي وأمي 31.4% أما الثانوي والجامعي يمثلون 28.5% أي 11.7% ثانوي و 17.1% جامعي، أي المرض يمس الفئات الأقل تعليما التي لا تحافظ على سلامتهم بسبب نقص الوعي الصحي لديهم.

الشكل رقم(25): دائرة نسبية تبين مكان إقامة أفراد العينة



من خلال المعطيات الإحصائية في الشكل الذي يوضح مكان إقامة المرضى نجد أن معظم المرضى بنسبة 57% مقرهم وسط مدينة قالمه، و 43% فهم ينتمون إلى البلديات المجاورة والبعيدة، وهذا أمر طبيعي كون المستشفى يتواجد في محل إقامتهم وهذا يسهل تنقلهم إليه، ويمكن أن يرجع ذلك إلى موقع المستشفى الذي يقع في منتصف الولاية الذي يسهل الوصول إليه.

الجدول رقم(03): يبين طول فترة الانتظار للفحص عند الطبيب

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	48	68.6%
لا	22	31.4%
المجموع	70	100%

من خلال الجدول أعلاه نجد والذي يوضح مدة الانتظار، نجد أن نسبة 68.6% من أفراد العينة أكدوا على أنهم انتظروا طويلا ليفحصهم الطبيب، وهذا يعتبر تقصير في تقديم الخدمات الصحية للمرضى من طرف الفريق الطبي العامل في المستشفى والذي من شأنه أن يؤثر على جودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى، وهذا ما طرحته نظرية "صفوف الانتظار" حيث أثبتت أن من خلال تحليل نماذج صفوف الانتظار في المؤسسات الصحية لتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى، وذلك باقتراح بعض الأساليب المتعلقة بعملية تقديم الخدمة أو بمراد البشرية (مقدمي الخدمة) لتقليل وقت الانتظار كزيادة عدد مقدمي الخدمة حيث يصبح هناك زيادة في عدد صفوف الانتظار، وهذا ما يساعد في تقليل زمن الانتظار وكذلك توزيع طالبي الخدمة بأعداد متساوية في كل صف، ومعرفة أسباب القصور والتأخير في أداء الخدمة.

الجدول رقم(04): يبين مدى توفر اللوحات والإرشادات والإعلانات التي تساهم الوصول إلى

الأقسام والفروع

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
71.4%	50	نعم
28.6%	20	لا
100%	70	المجموع

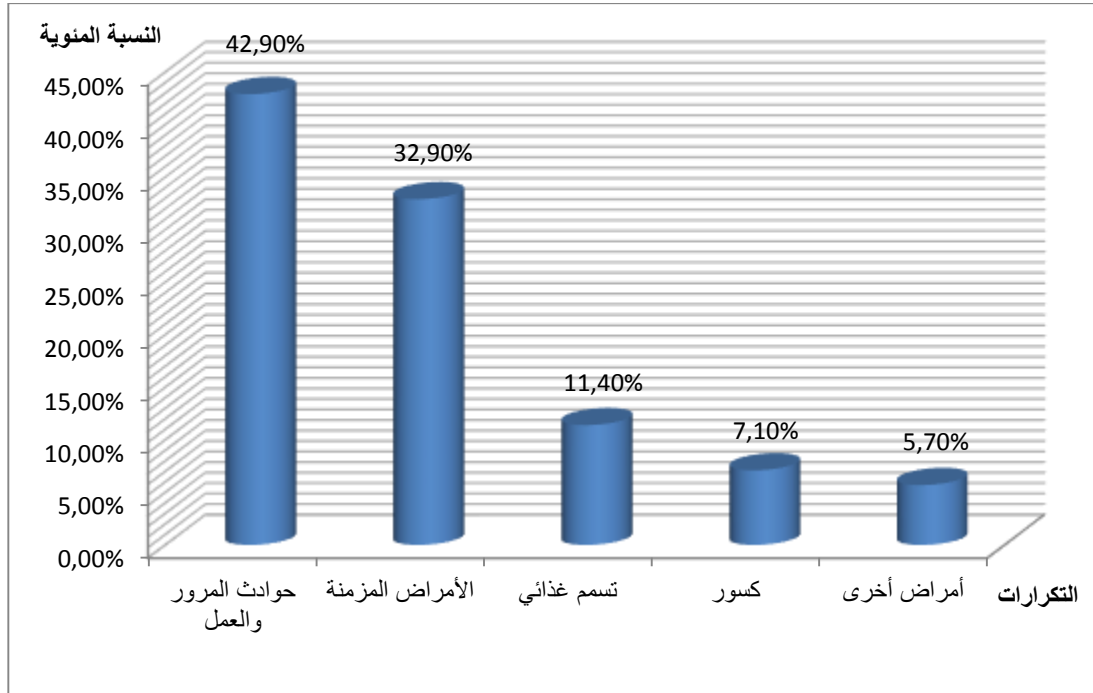
من خلال الجدول أعلاه الذي يوضح وجود لوحات وإرشادات وإعلانات تساهم في الوصول إلى الأقسام والفروع داخل المستشفى، حيث نجد أن معظم المرضى وبنسبة 71.4% أكدوا وجود لوحات وإرشادات وإعلانات تساهم في الوصول إلى الأقسام والفروع، ومنه فهناك لوحات إعلامية كافية لتوجيه وإرشاد المرضى ليسهل عليهم الانتقال بسرعة بين المصالح والفروع داخل المستشفى.

الجدول رقم(05): يبين توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
42.9%	30	حوادث المرور والعمل

32.9%	23	الأمراض المزمنة
11.4%	08	تسمم غذائي
7.1%	05	كسور
5.7%	04	أمراض أخرى
100%	70	المجموع

الشكل رقم (26): أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض



من خلال المعطيات الإحصائية في الشكل والذي يوضح نوع المرض نجد أن حوادث العمل هي أكبر نسبة تمثل المرض داخل المستشفى تقدر ب 42.9% مقارنة مع الأمراض المزمنة التي تمثل 32.9% بينما التسمم الغذائي له حصة قدرها 11.4 مع وجود 7.1% كسور و 5.7% أمراض أخرى.

الجدول رقم(06): يبين إقامة المرضى داخل المستشفى

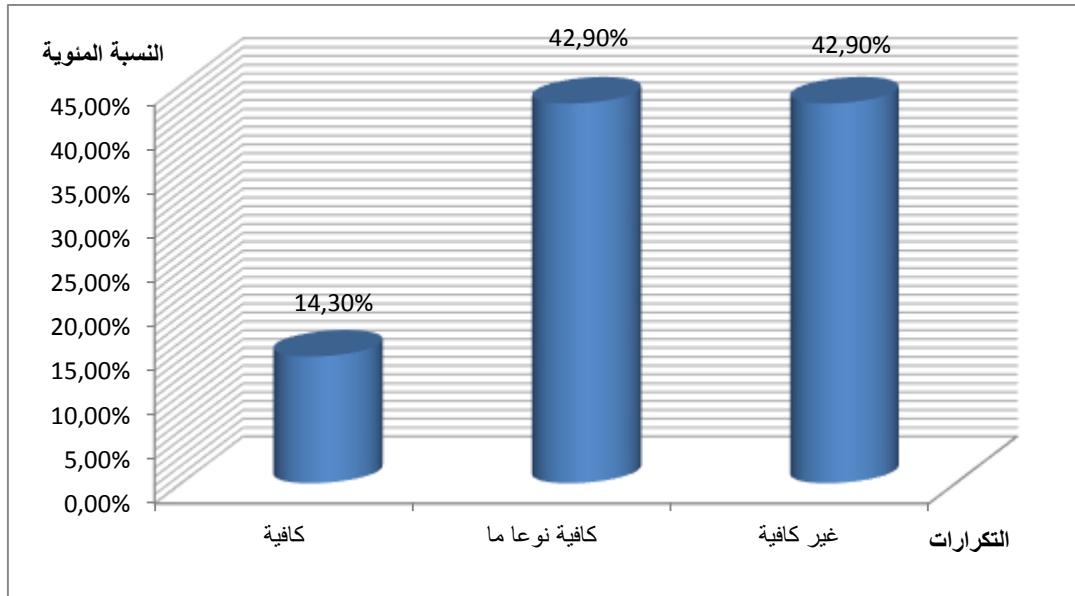
النسبة المئوية	التكرار	الفئات
72.9%	51	نعم
27.1%	19	لا
100%	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه الذي يوضح إقامة المرضى داخل المستشفى، نجد أن معظم أفراد العينة بنسبة 72.9% يمكنون بالمستشفى، بينما يبقى 27.1% يعودون إلى منازلهم وهذا بطبيعة الحال تحت رقابة الأطباء.

الجدول رقم(07): يبين رأي المرضى حول تجهيزات الغرف داخل المستشفى

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
14.3%	10	كافية
42.9%	30	كافية نوعا ما
42.9%	30	غير كافية
100%	70	المجموع

الشكل رقم (27): أعمدة بيانية تبين رأي المرضى حول تجهيزات الغرف داخل المستشفى



من خلال المعطيات الإحصائية والذي يوضح رأي المرضى حول تجهيزات الغرف داخل المستشفى، نجد أن المرضى الذين يمكثون داخل المستشفى يرون أن تجهيزات الغرف غير كافية بنسبة 42.9%، بينما 14.3% فقط من يرون أنها كافية لهذا الغرض، وذلك يمكن بسبب نقص في تجهيزات المستشفى وهذا ما يتوافق مع دراسة بن جامع سناء ومخالفية لبنى حول "دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية"، والتي أكدت على ضرورة تجهيز المستشفى بأحدث المعدات والتجهيزات الطبية المتطورة وتوفير عدد كافي من هذه التجهيزات التي تعبر ضرورية للمرضى وزيادة الاهتمام بجودة وفن الرعاية المقدمة للمرضى.

الجدول رقم (08): يوضح تناول المرضى للطعام داخل المستشفى

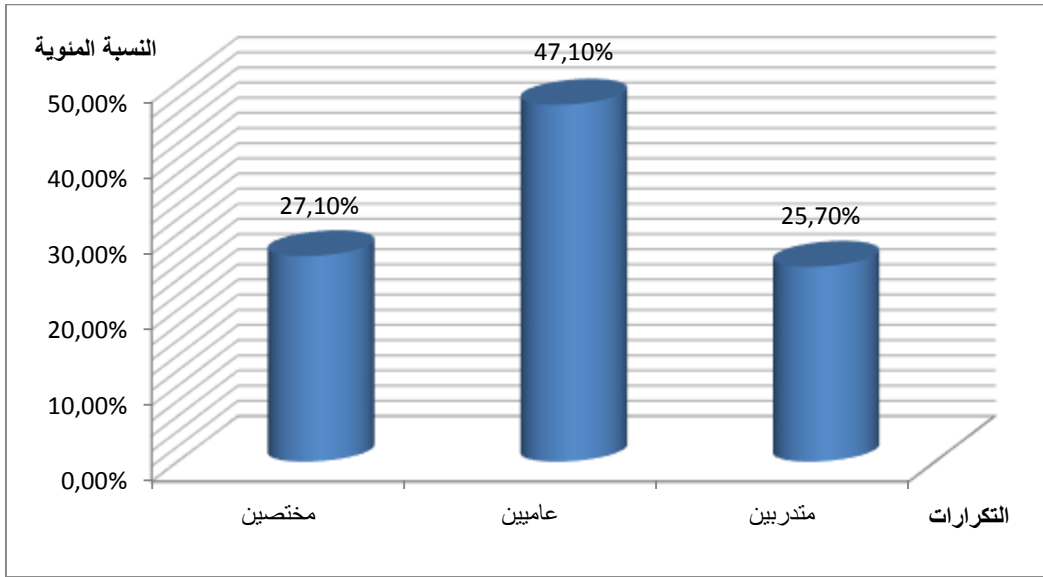
النسبة المئوية	التكرار	الفئات
10%	07	نعم
90%	63	لا
100%	70	المجموع

من خلال المعطيات الإحصائية في الجدول أعلاه والذي يوضح تناول المرضى للطعام داخل المستشفى، نجد أن 90% من الماكثين داخل المستشفى لا يتناولون الطعام، وهذا بسبب نوعية الأكل الرديئة ولا تتماشى مع نوع المرض وفي بعض الأحيان الطعام غير كافي، وهذا ما توافق مع دراسة "واله عائشة" حول "أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون"، التي توصلت إلى أن جودة الخدمة الصحية تخضع في العادة لرأي الزبون، الذي يعتمد على مجموعة من المتغيرات أهمها: وقت الحصول على الخدمة ومكان تقديمها، درجة الاستفادة من الخدمة واتجاهات المريض الشخصية، الأمر الذي يترتب عنه نقص في جودة الخدمات الصحية داخل المستشفى.

الجدول رقم (09): يوضح نوع الأطباء الذين يفحصون المرضى داخل المستشفى

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
27.1%	19	مختصين
47.1%	32	عاميين
25.7%	19	متدربين
100%	70	المجموع

الشكل رقم(28): أعمدة بيانية تبين نوع الأطباء الذين يفحصون المرضى داخل المستشفى



من خلال المعطيات الإحصائية الواردة في الشكل الذي يوضح نوع الأطباء الذين يفحصون المرضى، حيث نجد أن الأطباء العاميين يمثلون نصف عدد الأطباء الفاحصين للمرض داخل المستشفى بينما المختصين يمثلون 27.1 %، أما المتدربين فيمثلون 25.7%.

الجدول رقم (10): يوضح مدى مهارة وتركيز الأطباء عند فحص المرضى

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
54.3%	38	نعم
45.7%	32	لا
100%	70	المجموع

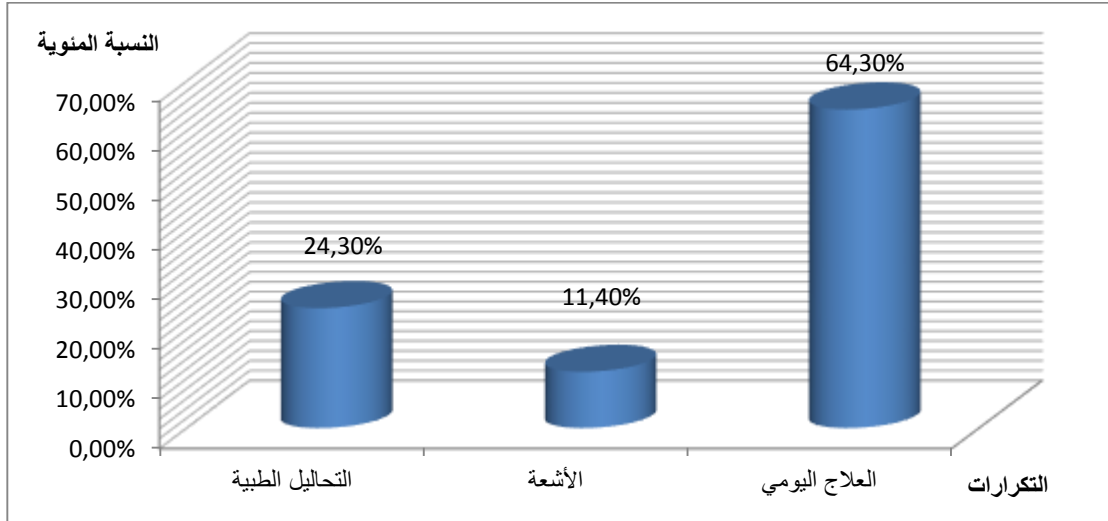
من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح مدى مهارة وتركيز الأطباء عند فحص المرضى يرون أن الأطباء يفحصونهم بمهارة وتركيز ودقة 54.3%، هذا يعني أن الأطباء يقومون بعملهم على أكمل وجه.

الجدول رقم (11): يوضح التجهيزات الطبية التي يستفاد منها المرضى

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
24.3%	17	التحاليل الطبية
11.4%	08	الأشعة

العلاج اليومي	45	%64.3
المجموع	70	%100

الشكل رقم (29): أعمدة بيانية تبين التجهيزات الطبية التي يستفاد منها المرضى



من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح التجهيزات الطبية التي يستفيد منها المرضى داخل المستشفى حيث نجد أن معظم التجهيزات الطبية التي استفاد منها المرضى منصبة في الأسرة والأدوات المحيطة بها من حامل سيروم والأكسجين والأدوات تخفيف الألم إلى غير ذلك بنسبة قدرت %64.3 بينما هناك نقص في التحاليل الطبية بنسبة %24.3، إذ أن بعض أنواع التحاليل باهظة الثمن غير موجودة داخل المستشفى إلا البعض منها. أما الأشعة والتي تمثل %11.4 والتي تعتبر خطر على العاملين بها وهذا ما يفسر نقصها داخل المستشفيات.

الجدول رقم (12): يوضح مدى اهتمام المستشفى بالمشاكل المتعلقة بالمرضى

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
%17.1	12	نعم
%82.9	58	لا
%100	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح مدى اهتمام إدارة المستشفى بالمشاكل المتعلقة بالمرضى حيث نلاحظ أن 82.9% من المرضى يرون أن إدارة المستشفى لا تبدي أي اهتمام بالمشاكل المتعلقة بحالة مرضهم ويرون إهمال كبير في هذا الغرض الأمر الذي يعد استهتار وتهاون من قبل الإدارة عن معالجة المشاكل والحد منها وعدم محاولة وجود حلول فعالة الأمر الذي سيجعل المستشفى يتخبط في مشاكل كبيرة مستقبلاً، وهذا ما أثبتته نظرية "كورو إيشيكاوا" من خلال طرحه لفكرة "عظمة السمكة" والتي اقترحت لتتبع شكاوي العملاء لتحديد مصادر الخطأ والقصور التي تساعد في توضيح مدى تأثير المشكلات المختلفة على بعضها البعض، كما تساعد الموظفين في فهم العلاقات التي لا بد من مراقبتها لتحسين الجودة.

الجدول رقم (13): يوضح مدى التزام المستشفى بالتواريخ المحددة لإجراء الفحوص الطبية

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
42.9%	30	نعم
57.1%	40	لا
100%	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح مدى التزام المستشفى بالتواريخ المحددة لإجراء الفحوص الطبية حيث نجد أن 57.1% من المرضى يرون أن المستشفى لا يلتزم بالتواريخ المحددة لإجراء الفحوص الطبية، وهذا في الحقيقة يعد تقصير في العمل والذي يعود بالسلب على سمعة المستشفى ويغرس انطباع سيء عليه لدى المرضى، وهذا ما يتوافق مع دراسة "عتيق عائشة" حول "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية" التي أكدت فيها على ضرورة التزام المستشفى بتقديم خدمات صحية في مواعيدها المحددة بطريقة صحيحة من أول مرة، إضافة إلى المصداقية والثقة أثناء تقديم الخدمة الصحية لكسب رضا المريض وتتجسد على أداء الخدمات الموعد بها في وقتها المحدد.

الجدول رقم (14): يوضح مدى توفر المستشفى على تصميم داخلي منظم ويسهل الاتصال مع

مقدمي الخدمات

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
28.6%	20	نعم
71.4%	50	لا
100%	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح مدى توفر المستشفى على تصميم داخلي منظم يسهل الاتصال مع مقدم الخدمات نلاحظ أن 71.4%، من المرضى يرون أن المستشفى لا يتوفر على تصميم داخلي منظم والذي يسهل الاتصال معهم ومع الأطباء والمرضى لتقديم الخدمات المطلوبة للمرضى.

الجدول رقم (15): مدى تميز إجراءات العمل داخل المستشفى بالبساطة والسرعة في تقديم

الخدمات

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
50%	35	نعم
50%	35	لا
100%	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح مدى تميز إجراءات العمل داخل المستشفى بالبساطة والسرعة في تقديم الخدمات، حيث يرى 50% من المرضى أن إجراءات العمل داخل المستشفى تتميز بالبساطة والسرعة في تقديم الخدمات وهذا ما لاحظناه في نظرية "مالكوم بالدريج" التي نادى بضرورة جعل خطط تحقيق الجودة مترابطة مع اشتغالها على ثقافة تنظيمية جديدة وتغييرات جذرية على الأداء التنظيمي، وكذا إعادة تصميم العمليات بما يضمن توفير درجة عالية من المرونة والسرعة في العمل، وتبني أسلوب فرق العمل بهدف تحقيق التعاون والجهود المشتركة وأيضا تبني سياسة تقيس وتقيم أداء العاملين.

الجدول رقم (16): مدى ملاءمة المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمة

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
55.7%	39	نعم
44.3%	31	لا
100%	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح مدى ملاءمة المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمة حيث نجد أن 55.7% من المرضى يرون أن المظهر الخارجي للمستشفى يتلاءم مع نوع الخدمة. الجدول رقم (17): يوضح مدى ثقة المرضى في مستوى الخدمات التي يقدمها المستشفى

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
27.1%	19	نعم
72.9%	51	لا
100%	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح ثقة المرضى في مستوى الخدمات التي يقدمها المستشفى حيث نجد أن المرضى لا يتفون بمستوى الخدمات التي يقدمها المستشفى 72.9% وهذا ما توافق مع دراسة "فتحي منجاح ومحمد قنفود" حول "تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية من وجهة نظر المريض"، والتي أكدت على أهمية كسب رضا المريض ووجوب تصميم الخدمة المقدمة وفقا لتوقعاته باعتباره المحدد الأساسي للحكم على جودة القطاع العام بمختلف فروعها.

الجدول رقم (18): يوضح رضا المرضى عن جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	08	%11.4
لا	62	%88.6
المجموع	70	%100

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح رضا المرضى عن جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى، حيث نجد أن 88.6% من المرضى غير راضيين عن جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى.

الجدول رقم (19): يوضح مدى تعرض المرضى لأخطاء طبية عند تلقيهم الفحص أو التشخيص أو العلاج

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	33	%47.1
لا	37	%52.9
المجموع	70	%100

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح تعرض المرضى إلى أخطاء طبية أثناء الفحص أو التشخيص أو العلاج، حيث نجد أن 47.1% من المرضى تعرضوا لأخطاء طبية عند تلقيهم الفحص أو التشخيص أو العلاج الأمر الذي ينقص من جودة الخدمات المقدمة في المستشفى، حيث فسرت نظرية "فليب كروسبي" على فكرة "صناعة بلا عيوب" والذي يؤكد أن هذا البرنامج لا يعني أن العاملين لا يخطؤون لكنه يعني أن المنشأة يجب أن تتوقع عدم خطأ العاملين وهو يؤمن بأنه إذا لم يتم تحقيق هذا مستوى صفر من العيوب فلن نستطيع تحقيق هذا الهدف على الإطلاق.

الجدول رقم (20): يوضح حسن معاملة الأطباء والمرضى مع المرضى

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
50%	35	نعم
50%	35	لا
100%	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح حسن معاملة الأطباء والمرضى مع المرضى، حيث يرى 50% من المرضى بأن سلوك الأطباء والمرضى يتسم بحسن المعاملة مع المرضى.

الجدول رقم (21): يوضح مدى حرص المستشفى على تقديم خدمات صحية في المقام الأول

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
50%	35	نعم
50%	35	لا
100%	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح حرص المستشفى على تقديم خدمة صحية بشكل جيد حيث نجد أن 50% من المرضى يرون أن المستشفى يحرص على تقديم الخدمة الصحية بشكل جيد في المقام الأول. ويمكن القول أن المستشفى يسعى إلى تقديم خدمات صحية جيدة إلا أنه في بعض الأحيان تقع مشاكل وعراقيل تحول أمام تحقيق ذلك.

الجدول رقم (22): مدى تحسين الخدمات في مستشفى الحكيم عقبي سابقا وحاليا

النسبة المئوية	التكرار	الفئات
28.6%	20	نعم
71.4%	50	لا
100%	70	المجموع

من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح مدى تحسن الخدمات في مستشفى الحكيم عقبي سابقا وحاليا، حيث 71.4% من المرضى لا يرون تحسن في مستوى الخدمات المقدمة من قبل المستشفى الحكيم عقبي. وفي الأخير تركنا سؤالا مفتوحا أمام المبحوثين حول الحلول المقترحة لتحسين جودة الخدمات الصحية داخل المستشفى، حيث قدم المبحوثين عدة إجابات كالتالي:

- حسن السلوك والمعاملة.
- توفير الأجهزة الطبية الحديثة.
- توفير الكفاءات الطبية والرقابة والتنظيم.
- الحفاظ على النظافة.

يمكن القول بأن المستشفى يعاني من عدة مشاكل ويجب أخذها في عين الاعتبار والعمل على تحسينها باعتبار أن المستشفى مؤسسة ذات أهمية كبرى وضرورية لأفراد المجتمع، وهذا ما أكدته نظرية "جوزيف جوران" حيث يعتقد بأن التحسين المستمر والإدارة المتداخلة والتدريب تكون قواعد أساسية لتحقيق التمييز.

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة:

تعد الدراسة التحليلية لمجمل البيانات والمعلومات المتعلقة بموضوع الدراسة تمكنا من الوصول إلى عدة استنتاجات، وسوف نتطرق إلى مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة.

1 . مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

- تعتمد عملية تقييم الجودة في المؤسسات الصحية على مدى توفر الإمكانيات المادية والبشرية: من خلال إجابات المرضى المبحوثين تأكدت بأنه هناك نقص في الإمكانيات المادية والبشرية في المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي قالمة وذلك من خلال:

➤ توفر العمال والممرضين مقارنة بقلة عدد الأطباء، مما نتج عنه كثرة المرضى وطول فترة الانتظار عند الفحص بنسبة 68.6%.

➤ سهولة الوصول إلى الأقسام والفروع من خلال توفر لوحات وإعلانات وإرشادات.

➤ معظم الغرف لا تتوفر بها الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة لرعاية الصحية.

➤ توفر الطعام داخل المستشفى، لكن معظم المرضى لا يتناولون الطعام وذلك بسبب نوعية الأكل الرديئة.

➤ تأكيد معظم المرضى على فحصهم من طرف الأطباء العاميين.

- مهارة وتركيز الأطباء عند قيامهم بالفحص بنسبة 54.3%.
- عدم استفادة معظم المرضى من التجهيزات الطبية في المستشفى وذلك لكثرة المرضى وتدخل الوساطة بتوزيعها، حيث أكد المرضى على استفادتهم من العلاج اليومي فقط (حامل السيروم، الأكسجين...) رغم توفر معظم الأجهزة.
- ومنه نفهم بأن عملية تقييم الجودة في المؤسسات الصحية تعتمد على مدى توفر الإمكانيات المادية والبشرية، مما يجعل الفرضية الأولى مقبولة.

2 . مناقشة الفرضية الثانية:

- سوء التسيير والتخطيط في إدارة المستشفى يعد المشكل الأساسي الذي يعرقل عملية تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية: من خلال إجابات المرضى المبحوثين تأكدت بأن سوء التسيير والتخطيط في إدارة المستشفى يعد أحد المشاكل التي تحول أمام تحقيق جودة في خدمات صحية وذلك لما تعود إليه أهمية التخطيط والتسيير في المؤسسات حيث يضمن الاستخدام الأمثل للموارد كما يعتبر أساسا لقياس مدى نجاح المؤسسة في تحقيق الأهداف.
- عدم اهتمام إدارة المستشفى بالمشاكل المتعلقة بحالتهم وهذا ما أكد عليه معظم المرضى بنسبة 82.9%.
- عدم التزام المستشفى بالتواريخ المحددة لإجراء الفحوص الطبية، برغم من توفر عدد كافي من العاملين في المشفى.
- التصميم الداخلي الغير منظم جعل معظم المرضى يتلقوا صعوبات في الاتصال مع مقدمي الخدمات.
- تتميز إجراءات العمل في المستشفى الحكيم عقبي بمستوى متوسط من البساطة والسرعة في تقديم الخدمات.
- ملائمة المظهر الخارجي للمستشفى مع نوعية الخدمة المقدمة.
- ومنه تحققت الفرضية الفرعية الثانية، بنسبة كبيرة حيث أن المرضى غير راضون عن العمال الإداريين، حيث تلقوا صعوبات إدارية أثناء التحاقهم بالمؤسسة الصحية الاستشفائية العمومية مما ولد صعوبة تحقيق خدمات صحية ذات جودة عالية.

3. مناقشة الفرضية الفرعية الثالثة:

- يتميز مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر بالتدني: من خلال إجابات المرضى المبحوثين والتي أكدت على:
- عدم ثقة المرضى في مستوى الخدمات التي يقدمها المستشفى رغم مهارة والتزام الأطباء في تقديم الخدمات.
- عدم رضا المرضى عن جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى.
- عدم وقوع الأطباء في الأخطاء الطبية في الفحص والتشخيص والعلاج بنسبة 52.9%.
- رضا المرضى عن معاملة بعض الأطباء والمرضى.
- حرص المستشفى على تقديم الخدمة الصحية بشكل جيد في المقام الأول بنسبة 50%.
- تأكيد المرضى على أنه لا يوجد تحسن في الخدمات الصحية المقدمة مقارنة مع السنوات الماضية.

ومنه فإن الفرضية الثالثة تحققت فرضا المريض هو مؤشر على تحقيق جودة الخدمات الصحية، فمعظم عناصر رضا المريض لم تتحقق معادا رضا المريض عن الأطباء وبعض المرضى من ناحية حسن المعاملة والفحص والتشخيص مما ولد ثقة في الأطباء والمرضى أكثر من إدارة المستشفى وهذا ما ينعكس سلباً على مكانة المستشفى، ومنه فنقطة المريض من الخدمات الصحية لم تتحقق بنسبة كبيرة. ومنه فإن مستوى جودة الخدمات الصحية في الجزائر غير مقبول ويتخلله نقص كبير.

ثالثاً: النتائج العامة

في ضوء تحليل ومناقشة نتائج الدراسة توصلنا إلى:

- الخدمة الصحية المقدمة لا بد أن تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي يمكن تعويضه أو شرائه.
- فقدان الثقة من قبل المرضى في مستوى الخدمات المقدمة في مستشفى الحكيم عقبي.
- كفاءة الطبيب المهنية العامل في المؤسسة الصحية التي يقصدها المريض تؤدي دوراً أساسياً في تحسين جودة الخدمات المقدمة.
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المرضى) وزيادة ولاؤه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية.

- يجب أن تصمم الخدمات الصحية وفقا لتوقعات المرضى، لأن هذا يعتبر وسيلة لتطوير الخدمات المتوافقة مع آمال المرضى وتوقعاتهم.
- إن الوسيلة الوحيدة لاسترجاع ثقة المرضى المفقودة هو العمل على تحقيق الجودة في الخدمات الصحية.

رابعاً: توصيات الدراسة:

- ❖ الاهتمام بالجانب الوقائي أكثر وذلك للأهمية التي يلعبها في جودة الخدمة الصحية كونه يعتبر الدور الأساسي الذي أنشئت من أجله المؤسسات العمومية للصحة.
- ❖ ضمان أجر مقبول لمقدمي الخدمة الصحية يتماشى مع طبيعة النشاط المقدم، لتعزيز الشعور بالرضى الوظيفي لديهم من أجل تقديم أحسن ما عندهم ومن أجل الارتقاء بالمجال الصحي.
- ❖ ضرورة تبني مبدأ الجودة في جميع مجالات القطاع العمومي ونشر الوعي لدى العاملين.
- ❖ الرفع من مستوى أداء العاملين في جميع مجالات القطاع العام من خلال إقامة الدورات التدريبية.
- ❖ ضرورة توفير الإمكانيات المادية والبشرية الأجهزة الطبية والأطباء المختصين.
- ❖ يجب أن يكون هناك نظام رقابي مستمر داخل المستشفى لضمان حسن الخدمة الصحية المقدمة.
- ❖ توفير العدد الكافي من عمال الأمن والنظافة وفرض الرقابة عليهم لتحقيق المستوى المطلوب منهم.
- ❖ تحسين طرق التسيير في المؤسسة الاستشفائية.
- ❖ العمل على توفير البيئة المناسبة التي تجعل الطاقم الطبي يقدم خدمات صحية في المستوى.
- ❖ العمل على تحسين من جودة الطعام في المستشفى يتماشى مع الحالة الصحية للمرضى.
- ❖ الاهتمام بشكاوى المرضى واستماع إلى مشاكلهم وانشغالاتهم.

خاتمة

إن التغيرات الحاصلة في العالم اليوم تحتم على المؤسسات بمختلف أنواعها مواكبة المستجدات بأشكالها المختلفة، وهو حال المؤسسات الصحية الجزائرية فهي تعيش تحديات من زوايا مختلفة لغرض وجودها والحفاظ على بقائها في ظل ما تمليه السياسات العالمية الجديدة، أصبحت تسعى جاهدة لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

ومن خلال دراسة موضوع واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر يمكن القول أنه لا يزال أمام المؤسسات الصحية الجزائرية الكثير من العمل حتى تتمكن من تحسين جودة الخدمات الصحية من بينها التخلص من كل العوائق والمشكلات التي تواجهها والسعي لكسب ثقة المرضى وذلك لا يكون إلا عن طريق انتهاز مسار الجودة لاسترجاع الثقة المفقودة وعلى هذا الأساس وجب عليها تقييم أدائها والتعرف على المستوى المطلوب من جودة الخدمات الصحية الذي يتطلع إليه المرضى حتى تدرك كيفية تقليص الفجوة بين مستوى جودة الخدمات المحقق والمستوى المطلوب.

فمن خلال الدراسة الميدانية توصلت النتائج النهائية للدراسة إلى أن المستشفى الحكيم عقبي - لولاية قالمة - كمؤسسة صحية عمومية يوفر خدمات صحية ذات جودة مقبولة نوعا ما للمرضى، لذلك وجب عليه العمل أكثر على تحسين من جودة خدماته وهذا حتى يتمكن القطاع الصحي من إثبات مكانته ونجاحه خاصة في مجال الرقي بالخدمات الصحية.

وفي الأخير يمكن أن نذكر بعض الصعوبات التي وجهتنا أثناء إنجاز هذا البحث نذكر منها ما يلي:

- قلة الدراسات الأجنبية التي تناولت هذا الموضوع.
- حالة المرضى الصعبة التي لم تسمح لهم بالكتابة، كما نقص الوعي لديهم وضعف المستوى التعليمي.
- عدم تواجد المراجع التي نتحدث عن هذا الموضوع في مكتبة الجامعة مما اضطر بنا إلى اللجوء لمكتبات الجامعات أخرى.

قائمتُ الحركاتِ جمع

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: بالعربية

أ. المعاجم والقواميس

1. ابن منظور: لسان العرب، دار المعارف، مصر، 1984.

2. أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان للنشر، لبنان، 1982.

3. أنس إبراهيم وآخرون: معجم الوسيط، مطابع دار المعارف، ط 2، مصر، 1982.

ب. الكتب

4. أحمد بن عيشاوي: إدارة الجودة الشاملة (TQM) الأسس النظرية والتطبيقية والتنظيمية في

المؤسسات السلعية والخدمية، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.

5. إدريس، ثابت عبد الرحمن: كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس

والتقييم، الدار الجامعية، مصر، 2006.

6. أنجس لينغ، وآخرون: ترجمة صلاح محمود ذياب، عابد المعلا: إدارة وتسويق الخدمات الصحية

Managing and marketing Health service، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن ،

2013.

7. أيمن مزاهرة، وآخرون: الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، عمان، الأردن، 2000.

8. بشير بودية وطارق قندوز: أصول ومضامين تسويق الخدمات، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن،

2016.

9. بواعنة عبد المهدي: إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية مفاهيم نظريات وتطبيقات في الإدارة

الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2004.

10. ثامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.

11. ثامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن،

2005.

12. جمال محمد أبو شنب: علم اجتماع الإداري: الجودة والتميز في إدارة المؤسسات، دار المعرفة

للنشر والطبع، مصر، 2012.

13. جودت عزت عطوي: أساليب البحث العلمي مفاهيمه، أدواته، طرقه الإحصائية، دار الثقافة للنشر

والتوزيع، الأردن، 2015.

14. حسان هشام: منهجية البحث العلمي، ط 2، ب، د، الجزائر، 2007.

قائمة المصادر والمراجع

15. حيدر علي المسعودي: إدارة تكاليف الجودة استراتيجيا، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
16. خيضر كاضم: إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2000.
17. رائد بن عبد العزيز المهيدب: رضا العملاء والمستفيدين أفكار تسويقية للمنظمات الربحية وغير الربحية، ب د ، 2017.
18. رحيم يونس كرو العزاوي: مقدمة في المنهج البحث العلمي، دار الدجلة، الأردن، 2008.
19. ردينة عثمان يوسف: التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
20. رشاد علي عبد العزيز، إيناس يسرى سليم: دور الجودة التعليمية الشاملة، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2009.
21. رشيد قطاش وآخرون: علم اجتماع الطبي، ط 2، دار اليازوري العلمية للنشر، الأردن، 2003.
22. رغد عبد الله الطائي، عيسى قعادة: إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن ، 2008.
23. رؤوف سالم أحمد حسين: الإعلام الصحي وتطبيقاته في المجالات الطبية، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، مصر، 2018.
24. زاهد محمد ديري: إدارة الجودة الشاملة، دار الابتكار للنشر والتوزيع، الأردن، 2016.
25. زاهر محمد عبد الرحيم: إدارة المستشفيات والسجلات الطبية، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، 2016.
26. زيد منير عبوي: إدارة الجودة الشاملة، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
27. سلاطنية بلقاسم وحسان الجيلاني: أسس البحث العلمي، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2009.
28. سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004.
29. سمير حسين الوادي ومصطفى سعيد الشيخ: تسويق الخدمات الصحية Marketing Heath services منظور متكامل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2016.
30. سوسن شاكر مجيد، محمد عواد: إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة والتعليم، ط 2، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2015.

قائمة المصادر والمراجع

31. صلاح محمود ذباب: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
32. الطاهر جواد: منهج البحث الأدبي، مطبعة المعاني، العراق، 1970.
33. طلعت الدمرداش: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط 2، مكتبة القدس، مصر، 2006.
34. عامر مصباح: منهجية إعداد البحوث العلمية، دار الموفم للنشر، الجزائر، 2006.
35. عبد الرزاق أمين أبو شعر: العينات وتطبيقاتها في البحوث الاجتماعية، الإدارة العامة للبحوث، السعودية، 1997.
36. عبد الستار العلي: تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.
37. عبد اللاه إبراهيم الفقي: الإحصاء التطبيقي باستخدام برنامج spss، الثقافة للتصميم والإخراج، الأردن، 2014.
38. عصمت أحمد فاخر: أساسيات البحث العلمي، دار الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2018.
39. علي توفيق الحاج، سمير حسين عودة: تسويق الخدمات، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.
40. عمر بن لخضر خلفاوي: التنمية المستدامة للمنظمات: جودة، بيئة، صحة وسلامة مهنية، دار الأيام للنشر والتوزيع، الأردن، 2016.
41. عمر وصفي عقيلي: مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر، الأردن، 2001.
42. غواري مليكة: إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية، دار البازوري العلمية للنشر، الأردن، 2016.
43. فريد توفيق نصيرات: إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
44. فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
45. فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط7، 2016.
46. فريد كورتر: تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008.
47. قاسم نايف علوان المحياوي: إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم، عمليات، تطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.

قائمة المصادر والمراجع

48. قاسم نايف علوي الجباوي: إدارة الموارد البشرية في الخدمات: مفاهيم وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن ، 2006.
49. لعلى بوكميش: إدارة الجودة الشاملة إيزو 9000، دار الراجية للنشر والتوزيع، الأردن، 2010.
50. ليندة لطاد وآخرون: منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية والسياسية والاقتصادية، ألمانيا، 2019.
51. مأمون سليمان الدرادكة: إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2015.
52. محمد ديربي: إدارة الجودة الشاملة، دار الابتكار للنشر والتوزيع، الأردن ، 2018.
53. محمد عبد الوهاب العزاوي: إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
54. محمود حسن الوادي وآخرون: إدارة الجودة الشاملة في الخدمات المصرفية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2010.
55. محمود خليل الشادلي وآخرون: طب المجتمع، أكاديمية أنترناشيونال للنشر والتوزيع، لبنان، 1999.
56. مدحت محمد أبو النصر: إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات "الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحة"، مجموعة النيل العربية، مصر، 2008.
57. مذكور فوزي: تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر، مصر، 1998.
58. مصطفى يوسف الكافي: إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، الابتكار للنشر والتوزيع، الأردن ، 2018.
59. مصطفى يوسف الكافي: إدارة الخدمات الصحية، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2017.
60. مؤيد الفضل: مدخل إلى الأساليب الكمية في التسويق (تطبيقات في منظمات الأعمال الإنتاجية والخدمية)، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن ، 2008.
61. نبيل جمعه صالح النجار: الإحصاء في التربية والعلوم الانسانية مع تطبيقات برمجية spss، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.
62. نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري: إدارة التسويق في المنظمات غير ربحية، دار حامد، الأردن، 2009.
63. نهى سعدي احمد المغازي: أسس البحث العلمي، دار الوفاء للنشر والطباعة، مصر، 2013.

قائمة المصادر والمراجع

64. نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009.

65. وليد يوسف صالح: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.

66. ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.

67. يوسف حليم الطائي وآخرون: نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.

68. يوسف لازم كماش: البحث العلمي مناهجه، أقسامه، أساليبه الإحصائية، دار الدجلة، الأردن، 2016.

ج. المجلات والمقالات

1. بديس فهمية، زويش بلال: جودة الخدمات الصحية الخصائص الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 7، 2018-2019.

2. بوراجة أمال: التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسين المؤشرات الصحية، مقدمات، العدد 7، جامعة وهران 2، الجزائر، 2018.

3. ديوب وآخرون: إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد رقم 27 العدد 2، 2005.

4. سالم رشيد، علي فلاق، سارة زيتوني: الرفع من جودة الخدمات الصحية من خلال تبني أسلوب التحسين المستمر (الكايزن)، معارف مجلة علمية محكمة، العدد 20، 2016.

5. العلواني عديلة: أثر تطبيق معايير الجودة في تحسين الخدمات الصحية، مجلة آفاق للعلوم، العدد 13، المجلد 04، 2018.

6. مكيد علي، بن عياد فريدة: واقع اعتماد نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية، المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية، العدد 06، 2016.

7. نبيل بن عامر، حسام لعمش: تفعيل دور المسؤولية الاجتماعية للتسويق في ترقية الخدمة الصحية، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، العدد الثالث، جامعة أم بواقي، الجزائر، 2015.

د. الرسائل والأطروحات

قائمة المصادر والمراجع

69. إسماعيل محمد القنطي: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص الإدارة الصحية، مدرسة العلوم الإدارية والمالية، الأكاديمية الليبية- ليبيا، 2014-2015.
70. أنوار سليمان، كمال غنم: أثر تكاليف الجودة على الأداء المالي في شركات الخدمة الأردنية المدرجة في بورصة عمان، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في المحاسبة، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، عمان .الأردن، 2020.
71. بريقة يمينة، بن شنة وسيلة، زموري كميلا: دور تمكين العاملين في تحسين جودة الخدمة الصحية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي، تخصص إدارة أعمال، كلية العموم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حمه لخضر، الوادي- الجزائر، 2018-2019 .
72. بلمادي عز الدين: واقع تسيير المؤسسة الطبية الاجتماعية (الصحية)، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسيير الهياكل الاستشفائية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم- الجزائر، 2018-2019.
73. بن جامع سناء ومخالفة لبنة: دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر ، تخصص إدارة أعمال ، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير ، جامعة 8 ماي 1945، قالمة- الجزائر، 2018-2019.
74. بن فرحات عبد المنعم: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة- الجزائر، 2017-2018.
75. توفيق أبرحي: دور استخدام نظرية صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات المصرفية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسويق مصرفي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة- الجزائر، 2017-2018.
76. توهامي سهام: إدارة الجودة الشاملة في الجزائر، تقييم أداء جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالجزائر، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص سياسيات عامة وتنمية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، بجامعة مولاي الطاهر، سعيدة . الجزائر، 2017 . 2018.

قائمة المصادر والمراجع

77. حوالف رحمة: **تطبيق إدارة الجودة الشاملة**، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علوم اقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بالكايد، تلمسان-الجزائر، 2009-2010.
78. خامت سعدية، عجو نورة: **تقييم جودة خدمات صحية في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر**، تخصص تسويق، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماستر، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة ألكلي أولحاج، البويرة-الجزائر، 2011-2012.
79. دريدي أحلام: **دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية**، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة-الجزائر 2013-2014.
80. ريمة أوثن: **إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية**، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 2017، 1-2018.
81. زايدي سماح: **دور جودة الخدمات في الارتقاء بالأداء الصحي**، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة العربي بن مهيدي أم بواقي -الجزائر، 2017-2018.
82. سمية حرنان: **دور إدارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية**، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة-الجزائر، 2015-2011.
83. سنوسي علي: **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر** أفاق 2010، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2009-2010.
84. شادلي إبراهيم: **تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون**، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة. الجزائر، 2018-2019.

قائمة المصادر والمراجع

85. عبد المنعم بن فرحات: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة- الجزائر، 2017-2018.
86. عتيق عائشة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية في الجزائر، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص التسويق الدولي، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم تسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان- الجزائر، 2011-2012.
87. عدنان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008.
88. العلاق، بشير عباس محمود : قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية " حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية: التحديات المعاصرة للإدارة العربية " القيادة الإبداعية"، 2006.
89. علي دحمان محمد: تقييم نفقات الصحة والتعليم، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان- الجزائر، 2010-2011.
90. علي عبد الجليل علي الغزالي: جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص إدارة، كلية الاقتصاد، جامعة بنغازي، 2014.
91. عمارة مهدي، داي عبد الرحمان: قياس جودة الخدمات الصحية باستخدام مدخل الفجوات في المؤسسة العمومية الاستشفائية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسويق الخدمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجبالي بونعامة، خميس مليانة. الجزائر، 2017-2018.
92. عياد ليلي: أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد- تلمسان، 2015 - 2016.
93. عيادي راضية: واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم اجتماع تنظيم وعمل، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945، قالمة- الجزائر، 2014-2015.

قائمة المصادر والمراجع

94. عيلان سماح: تقييم جودة الخدمة الصحية العمومية من وجهة نظر الزبون، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي، تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة- الجزائر، 2015-2016.
95. فاطمة الزهراء بلباشير، سارة عبد الله: تقييم جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية من وجهة نظر المرضى، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسيير المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجلاي بونعامة، خميس مليانة- الجزائر، 2015-2016.
96. فتحي مجناح، محمد قنفود: تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية الاستشفائية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، مسيلة . الجزائر، 2018 . 2019.
97. فتيحة حبشي: إدارة الجودة الشاملة، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص اقتصاد كمي، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة الجزائر، 2006 . 2007.
98. فلة العيهار: دور الجودة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2004-2005.
99. قشي حبيبة: أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة -الجزائر، 2019-2020.
100. ماضي ريمة، سريدي عقيلة: دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق ميزة تنافسية للمؤسسة الاقتصادية الجزائرية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم اجتماع تنظيم وعمل، جامعة 8 ماي 1945، قالمة . الجزائر، 2011-2012.
101. نجاه العامري: تسويق الخدمات الصحية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة . الجزائر، 2008-2009.

قائمة المصادر والمراجع

102. نجاه صغيرو: تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر - باتنة، 2011-2012.

103. هند سعدي: استخدام نماذج صفوف الانتظار لتحسين فاعلية الخدمات في المراكز الصحية: دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة- الجزائر، 2011-2012.

104. واله عائشة: أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2010-2011.

105. يوية حجوط، سليمان فروخي: دور القطاع الصحي في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر في ظل مرحلة 1988-2014، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص سياسات عامة والإدارة المحلية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو. الجزائر، 2014-2015.

هـ. القوانين والمناشير

الأمر رقم 73-65، المؤرخ بتاريخ 28 /12 /1973، المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 1، الصادر بتاريخ 01 /01 /1974.

و. المواقع الإلكترونية

106. <https://www.moh.gov.bh/healthinstitutions/socialworker-objective>,

107. https://wikiarabi.org/wiki/Donabedian_model#Dimensions_of_Care

<https://www.who.int>,

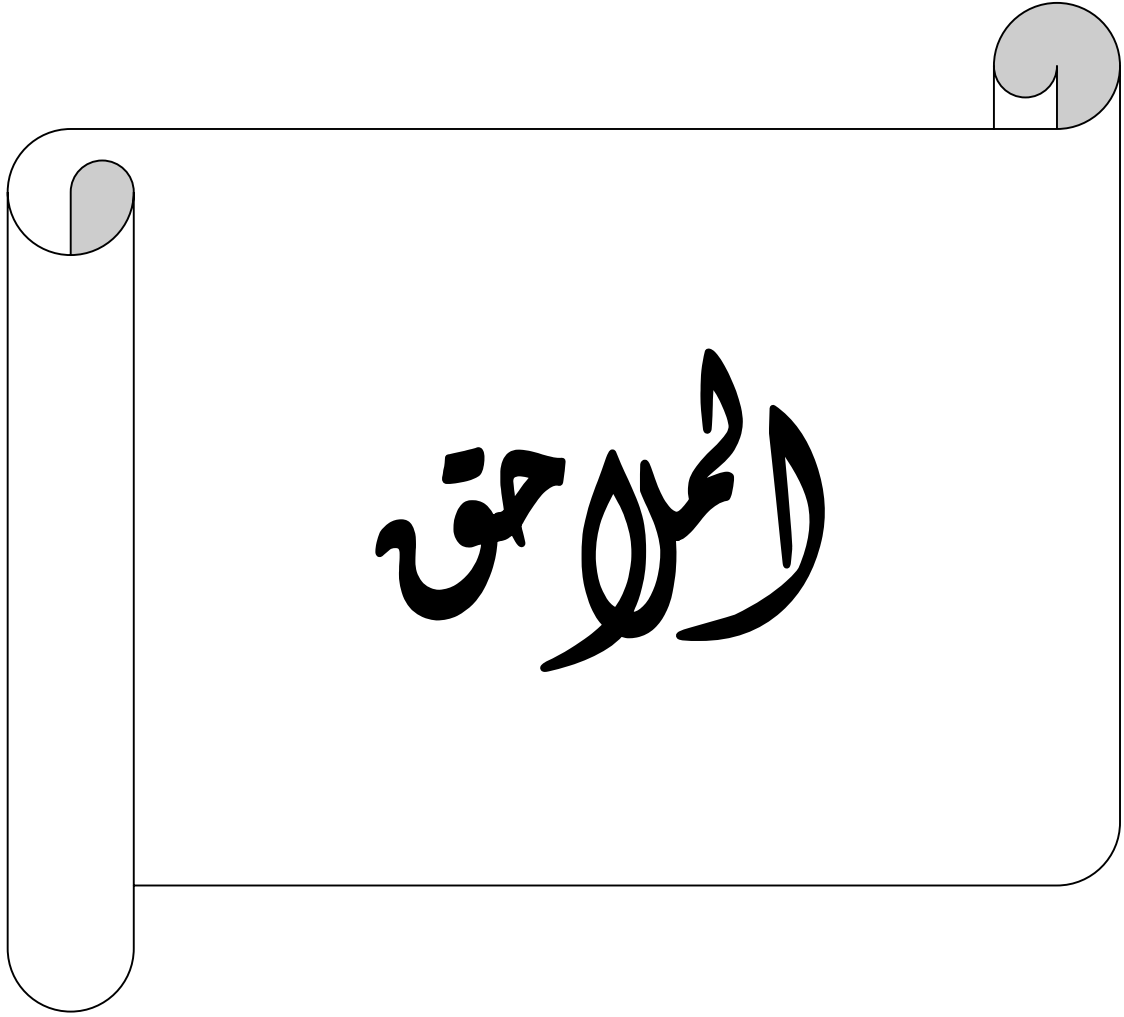
108. <https://blog.academy.house>

ثانيا: المراجع بالأجنبية

1-Ouvrages

109. Claude Vilcot et Hervé leclot: **Indicateur qualité en santé**, AFNOR, Paris, 2eme éditions, 2006.

110. Farida Djellal: **l'hôpital innovateur, de l'innovation médical à l'innovation de service**, paris: Masson, 2004.
111. **Les études précédentes**
112. Boulou Vanessa: **le service sanitaire a-t-il sa place dans les études Dorthoptiefie faculté des sciences médical et paramédical**, Aix Marseille Université, Marseille–France, 2019–2020.





كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

تخصص علم اجتماع الصحة

استمارة بحث حول

جودة الخدمات الصحية في الجزائر

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - ولاية قالمة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

إعداد

3. بولاحة ميساء

4. بودور سناء

ملاحظة بيانات هذه الاستمارة سرية لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي

السنة الجامعية: 2020-2021

استمارة بحث

أولاً: البيانات الشخصية

1. الجنس: ذكر أنثى
2. السن:
3. المستوى التعليمي: أمي ابتدائي
- متوسط ثانوي جامعي
4. مكان الإقامة: داخل الولاية خارج الولاية

ثانياً: تقييم الجودة في المؤسسات الصحية مادياً وبشرياً

5. عند دخولك لأول مرة للمستشفى هل انتظرت طويلاً ليفحصك الطبيب؟
نعم لا
6. هل توجد في المستشفى لوحات وإعلانات وإرشادات تساهم في الوصول إلى الأقسام والفروع؟
نعم لا
7. ما نوع مرضك؟
.....

8. هل طبيعة مرضك جعلتك تقيم في المستشفى؟
نعم لا

9. ما هو رأيك حول تجهيزات الغرف داخل المستشفى
كافية كافية نوعاً ما غير كافية

10. هل تتناول طعامك داخل المستشفى؟
نعم لا

11. ما نوع الأطباء الذين يفحصونك؟

- مختصين

- عاميين

- متدربين

12. هل الأطباء يفحصونك بمهارة وتركيز؟

لا

نعم

13. ماهي التجهيزات الطبية التي يستفاد منها المرضى؟

التحاليل الطبية

الأشعة

العلاج اليومي (أكسجين، حامل السيروم...)

ثالثا: سوء التسيير والتخطيط في إدارة المستشفى يعد المشكل الأساسي الذي يعرقل عملية تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية

14. هل تبدي إدارة المستشفى اهتماماً بالمشاكل المتعلقة بحالتكم؟

لا

نعم

15. هل يلتزم المستشفى بالتواريخ المحددة لإجراء الفحوص الطبية؟

لا

نعم

16. هل يتوفر المستشفى على تصميم داخلي منظم ويسهل الاتصال مع مقدمي الخدمات؟

لا

نعم

17. هل تتميز إجراءات العمل داخل المستشفى بالبساطة والسرعة في تقديم الخدمات؟

لا

نعم

18. هل المظهر الخارجي للمستشفى يتلاءم مع نوع الخدمة؟

لا

نعم

رابعا: تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر

19. هل تثق في مستوى الخدمات التي يقدمها المستشفى؟

لا

نعم

20. هل أنت راضٍ عن جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى؟

لا

نعم

21. هل تعرضت لأخطاء طبية عند تلقيك الفحص أو التشخيص أو العلاج؟
- نعم لا
22. هل يتسم سلوك الأطباء والممرضين بحسن المعاملة مع المرضى؟
- نعم لا
23. هل يحرص المستشفى على تقديم الخدمة الصحية بشكل جيد في المقام الأول؟
- نعم لا
24. من خلال تعاملك مع مستشفى الحكيم عقبي سابقاً وحالياً، هل ترى تحسن في الخدمات المقدمة؟
- نعم لا
25. حسب رأيك ماهي الحلول المقترحة لتحسين جودة الخدمات الصحية داخل المستشفى؟

.....

.....

.....

التعقيب على الدراسات السابقة

رقم الدراسة	عنوان الدراسة	اسم ولقب الباحث	التاريخ والمكان	هدف الدراسة	نتائج الدراسة	التعقيب
الدراسة الاولى	أهمية جودة الخدمات الصحية في تحقيق رضا الزبون	واله عائشة	2010-2012 جامعة الجزائر 3	تهدف الدراسة في تركيزها على تسليط الضوء وإلقاء نظرة حقيقية على الواقع الملموس للصحة في الجزائر لا سيما في المستشفيات	جودة الخدمة الصحية تخضع في العادة لرأي المريض	وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة تركز على أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون وتسليط الضوء وإلقاء نظرة على الواقع الصحة في الجزائر ولاسيما المستشفيات وتبين الجودة خدماتها الصحية والذي من وسعه أن يقدم إضافة جيدة إلى موضوع دراستنا
الدراسة الثانية	جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية	عتيق عائشة	2011-2012، بجامعة تلمسان	كان الهدف إلى توخي الحذر من الانحراف في الصحة وبناء انسان مكتمل الصحة العقلية والجسمية والاجتماعية إضافة إلى انعكاس ذلك على الاقتصاد الوطني	إن المؤشرات المهمة والخاصة بالمريض أو العوامل مثل: العمر، الجنس والمستوى الاجتماعي وكذلك الوضع الصحي للمريض وغيرها، تعتبر عوامل تؤثر على نسبة رضائه عن الخدمات الصحية	وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة ركزت على تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض، وقد أفادت دراستنا في أنها كشفت لنا تحليلا للعلاقة بين رضا الزبون وجودة الخدمة من منظور مختلف
الدراسة الثالثة	تقييم جودة الخدمات الصحية	نجاه صغيرو	2011 - 2012، بجامعة باتنة	هدفت إلى التعرف على مستوى الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية من وجهة نظر الزبون	أكثر المعايير تأثيرا على الرضا الكلي للجودة الصحية هما معياري	وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة ركزت على التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ومدى توافقها مع احتياجاتهم ورغباتهم

<p>وتحسين هذه الخدمات والعمل على إرضاء المستفيدين منها، وقد أفادت دراستنا في أنها شملت تحليلا للعلاقة بين رضا الزبون وجودة الخدمة.</p>	<p>الملموسية والتعاطف</p>	<p>(المرضى)، من أجل تحسينها والعمل على إرضاء المستفيدين منها</p>				
<p>وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون هذه الدراسة ركزت على اخذ اقتراحات الطاقم الطبي وشبه طبي في تحقيق الجودة، وقد أفادت دراستنا في التعرف على المشكل الأساسي الذي يعرقل عملية تقديم خدمات ذات جودة عالية</p>	<p>يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من خدمات الأطباء، وخدمات الممرضين وخدمات الأقسام الأخرى، بالاعتماد على مجموعة من المداخل بينها مدخل رضا المستفيد</p>	<p>عرض واقع الصحة في الجزائر عامة وفي ولاية البويرة بشكل خاص</p>	<p>2011-2012، بجامعة البويرة</p>	<p>خامت سعديا وعجو نورة</p>	<p>تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر</p>	<p>الدراسة الرابعة</p>
<p>وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون هذه الدراسة ركزت على دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين وتطوير جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية، وقد أفادت دراستنا من خلال أنها كشفت وبيّنت لنا معنى جودة الخدمات الصحية كما عرضت لنا واقع الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية</p>	<p>تعد الجودة وسيلة تنافسية هامة، تطور مفهومها عبر عدة مراحل بدءا من مرحلة الفحص، ثم ضبط الجودة إلى مرحلة تأكيد الجودة، وأخيرا مرحلة إدارة الجودة الشاملة</p>	<p>هدفت هذه الدراسة إلى تعرف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية</p>	<p>2017 - 2018 بجامعة سعديا</p>	<p>توهامي سهام</p>	<p>إدارة الجودة الشاملة في الجزائر تقييم أداء جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالجزائر</p>	<p>الدراسة الخامسة</p>
<p>وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون هذه الدراسة ركزت على تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون والتعرف على أبعاد</p>	<p>اختلاف رضا الزبائن باختلاف أعمارهم</p>	<p>تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للزبون</p>	<p>2018-2019، بجامعة بسكرة</p>	<p>شاذلي إبراهيم</p>	<p>تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون</p>	<p>الدراسة السادسة</p>

<p>جودة، وقد أفادت دراستنا من خلال أنها كشفت لنا واقع جودة الخدمات الصحية في العيادة المتعددة الخدمات</p>	<p>فالكبار أكثر رضا من اقل عمرا</p>					
<p>وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون أنها ركزت على دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية وقد أفادت دراستنا من خلال أنها كشفت وسلطت الضوء على واقع الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة وهو نفس المكان الذي سنقوم بإجراء دراستنا الميدانية فيه</p>	<p>الأسعار المقدمة للاستفادة من الخدمات الصحية منخفضة مقارنة بالتكاليف الخدمات</p>	<p>هدفت إلى التعرف على ماهية التمويل الصحي والخدمات الصحية والكشف عن التدابير الإصلاحات الصحية، كما تحليل العلاقة بين التمويل الصحي وجودة الخدمات الصحية المقدمة</p>	<p>2018-، 2019، بجامعة قالمة</p>	<p>بن جامع سناء ومخالفية لبنة</p>	<p>دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية</p>	<p>الدراسة السابعة</p>
<p>وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون أن هذه الدراسة ركزت على دور الجودة في تحقيق رضا المواطن وقد أفادت دراستنا من خلال أنها كشفت لنا أبعاد جودة الخدمات الصحية وإسقاط هذه الأبعاد على المؤسسة الاستشفائية كشفت لنا الفجوات الموجودة في تقديم الخدمات الصحية.</p>	<p>المريض هو محدد الأساسي للحكم على جودة خدمات القطاع العام بمختلف حقوله</p>	<p>هدفت الدراسة إلى الإحاطة بمختلف المفاهيم المتعلقة بجودة الصحية، كما الإحاطة بأبعاد جودة الخدمة الصحية</p>	<p>2018-، 2019، بجامعة مسيلة</p>	<p>فتحي مجناح ومحمد قنفود</p>	<p>تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية من وجهة نظر المريض</p>	<p>الدراسة الثامنة</p>
<p>ترتبط هذه الدراسة بدراستنا في أنها ركزت على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات وبهذا فهي مدعمة لدراستنا من خلال النتائج التي توصلت إليها وخاصة إبراز مراتب أبعاد جودة الخدمات الصحية حيث احتل بعد التعاطف المرتبة الأولى ثم الضمان ثم الاستجابة.</p>	<p>أظهرت الدراسة انه فعلا هناك علاقة بين مؤشرات جودة الخدمة الصحية ومستوى</p>	<p>هدفت إلى معرفة مستوى رضا المرضى وتحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى.</p>	<p>2018-، 2019، غزة</p>	<p>بلال جمال محمد الجدي</p>	<p>أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظة غزة</p>	<p>الدراسة التاسعة</p>

	الأداء المطلوب غير أن قوة هذه العلاقة يختلف تأثيرها من مؤشر لآخر					
--	--	--	--	--	--	--

التعقيب على المقاربات المفسرة للدراسة

المقاربات النظرية المفسرة للجودة	
التعقيب	اسم المقاربة
<p>هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال انه لتحقيق أعلى جودة في أداء الخدمات الصحية داخل المؤسسة الصحية، يجب أن يكون هناك تركيز على عملية التدريب والتعليم المستمرين وكذلك إزالة العوائق والحواجز بين العاملين كل هذا يسمح بتحقيق أداء جيد لهم وهذا بدوره يؤثر على الخدمات الصحية التي يقدمونها للمرضى، وعليه فان الجودة في أداء الخدمات الصحية مرتبطت بالعاملين والإدارة معا.</p>	نظرية إدوارد ديمينج
<p>هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أن الجودة في المؤسسات عامة وفي المؤسسة الصحية خاصة، هي عملية أساسية يجب أن تعمل على تطبيقها الإدارة المتمثلة في المشرف على كل مصلحة في المؤسسة الصحية، والجودة لا تأتي من فراغ يجب أن يكون هناك تخطيط من طرف الإدارة لتحقيق جودة الخدمات الصحية التي تقدمها للمرضى والعمل على تحسينها إذا تطلب الأمر.</p>	نظرية جوزيف جوران
<p>هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من حيث أن جودة الخدمات الصحية تقوم على مبادئ كما حددها مالكوم بالدريج، من خلال التركيز على المستفيد الذي يعد الركيزة الأساسية لنجاح أي مؤسسة صحية من خلال إرضاء المريض وتقديم خدمات ذات جودة عالية له.</p>	نظرية مالكوم بالدريج
<p>هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أنه لتحقيق جودة الخدمة الصحية يجب أن تتوفر مجموعة من العناصر، وفي مقدمتها التركيز على فكرة الصناعة بلا عيوب، ويعني ذلك لتحقيق الجودة يجب أن يكون مستوى صفر من العيوب والإل لن نستطيع تحقيق هذا الهدف، فالجودة يجب أن تستند على ركائز</p>	نظرية فيليب كروسبي

<p>أساسية تخص العاملين من جهة كالتعليم والتدريب المستمر لهم، وإرضاء المرضى من جهة ثانية.</p>	
<p>هذه النظرية تركز على الجودة كمطلب أساسي داخل أي منظمة مهما كان نوعها، دون إغفال المؤسسة الصحية الذي يعد معيار الجودة ركن أساسي فيها، يجب أن يتمتع به جميع المستويات في الهيكل التنظيمي، كما أن هذه النظرية تركز على أن العميل هو العنصر الأساسي ووضعه رأيه في الاعتبار لتحقيق أداء متميز للخدمات الصحية المقدمة لهم.</p>	<p>نظرية كورو أشيكاوا</p>
<p>المقاربات النظرية المفسرة للخدمات الصحية</p>	
<p>هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أن لتحقيق الخدمات الصحية يجب أن تتوفر على ثلاثة عناصر لإنتاج الخدمة أو ما يسمى بتمثلت الخدمات (مقدم الخدمة، مستقبل الخدمة، موضوع الخدمة).</p>	<p>إنتاج الخدمة الصحية حسب تمثلت الخدمات</p>
<p>هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أنه لإنتاج خدمات صحية يجب الاعتماد على أكثر من عناصر أساسية ولا يمكن أن يكون لأي عنصر أهمية دون وجود الآخر أي علاقة مترابطة، ويأتي في مقدمتها الزبون كعنصر أساسي لإنتاج الخدمة الصحية.</p>	<p>إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج Langeard and Eiglier</p>
<p>هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال أنه لتحقيق جودة الخدمات الصحية يحتاج إلى محيط مهياً ومنظم بشكل صحيح، للحصول على أحسن نتيجة لتقديم خدمات جيدة، وتقوم على ثلاثة مستويات: مدخلات، عمليات، نتائج.</p>	<p>نموذج دونبديان</p>
<p>هذه النظرية تفسر موضوع الدراسة من خلال معالجة المدة المستغرقة من أجل تقديم الخدمة، وما ينتج عن طولها إلى ظاهرة الانتظار على مستوى العيادة أو المستشفى، والعمل على تحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى وذلك باقتراح بعض الأساليب المتعلقة بعملية تقديم الخدمة أو بالموارد البشرية (مقدمي الخدمة).</p>	<p>نظرية صفوف الانتظار لتحسين الخدمات الصحية</p>

الجنس

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
ذكر	43	61,4	61,4	61,4
أنثى	27	38,6	38,6	100,0
Total	70	100,0	100,0	

السن

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
أقل من 18 سنة	5	7,1	7,1	7,1
من 19 سنة إلى 25 سنة	7	10,0	10,0	17,1
من 26 سنة إلى 35 سنة	12	17,1	17,1	34,3
من 36 سنة إلى 45 سنة	24	34,3	34,3	68,6
أكثر من 45 سنة	22	31,4	31,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

المستوى التعليمي

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
أمي	5	7,1	7,1	7,1
ابتدائي	17	24,3	24,3	31,4
متوسط	28	40,0	40,0	71,4
ثانوي	8	11,4	11,4	82,9
جامعي	12	17,1	17,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

مكان الإقامة

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
خارج الولاية	30	42,9	42,9	42,9
داخل الولاية	40	57,1	57,1	100,0
المجموع	70	100,0	100,0	

مدة الفحص

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	48	68,6	68,6	68,6
لا	22	31,4	31,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

تواجد الإعلانات واللوحات والإرشادات

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	50	71,4	71,4	71,4
Valide لا	20	28,6	28,6	100,0
Total	70	100,0	100,0	

نوع المرض

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
حوادث العمل	30	42,9	42,9	42,9
الأمراض المزمنة	23	32,9	32,9	75,7
Valide تنسّم غذائي	8	11,4	11,4	87,1
كسور	5	7,1	7,1	94,3
أمراض أخرى	4	5,7	5,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	

الإقامة بالمستشفى

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	51	72,9	72,9	72,9
Valide لا	19	27,1	27,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

رأي المرضى حول تجهيزات الغرف داخل المستشفى

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
كافية	10	14,3	14,3	14,3
Valide كافية نوعا ما	30	42,9	42,9	57,1
غير كافية	30	42,9	42,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

تناول الطعام داخل المستشفى

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	7	10,0	10,0	10,0
لا	63	90,0	90,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

نوع الأطباء

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
مختصين	19	27,1	27,1	27,1
عاميين	33	47,1	47,1	74,3
متدربين	18	25,7	25,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	

مهارة وتركيز الأطباء

التكرار المتجمع	النسب المحسوبة	النسب	العدد	
54,3	54,3	54,3	38	نعم
100,0	45,7	45,7	32	لا
	100,0	100,0	70	Total

التجهيزات الطبية

التكرار المتجمع	النسب المحسوبة	النسب	العدد	
24,3	24,3	24,3	17	التحاليل الطبية
35,7	11,4	11,4	8	الأشعة
100,0	64,3	64,3	45	العلاج اليومي (حامل السيروم، أكسجين ...)
	100,0	100,0	70	Total

اهتمام المستشفى بمشاكل المتعلقة بحالة المرضى

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	12	17,1	17,1	17,1
Valide لا	58	82,9	82,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

التزام المستشفى بالتواريخ المحددة لإجراء الفحوص الطبية

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	30	42,9	42,9	42,9
Valide لا	40	57,1	57,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

التصميم الداخلي لتسهيل الاتصال

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	20	28,6	28,6	28,6
Valide لا	50	71,4	71,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

إجراءات العمل داخل المستشفى

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	35	50,0	50,0	50,0
Valide لا	35	50,0	50,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

المظهر الخارجي للمستشفى

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	39	55,7	55,7	55,7
Valide لا	31	44,3	44,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

هل تثق في مستوى الخدمات التي يقدمها المستشفى؟

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	19	27,1	27,1	27,1
لا	51	72,9	72,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

هل أنت راض عن جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى؟

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	8	11,4	11,4	11,4
لا	62	88,6	88,6	100,0
Total	70	100,0	100,0	

هل تعرضت لأخطاء طبية عند تلقيك الفحص أو التشخيص أو العلاج؟

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	33	47,1	47,1	47,1
لا	37	52,9	52,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

هل يتسم سلوك الأطباء والمرضين بحسن المعاملة مع المرضى؟

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	35	50,0	50,0	50,0
لا	35	50,0	50,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

هل يحرص المستشفى على تقديم الخدمة الصحية بشكل جيد في المقام الأول؟

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	35	50,0	50,0	50,0
لا	35	50,0	50,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

من خلال تعاملك مع مستشفى الحكيم عقبي سابقاً وحالياً، هل ترى تحسن في الخدمات المقدمة؟

	العدد	النسب	النسب المحسوبة	التكرار المتجمع
نعم	20	28,6	28,6	28,6
لا	50	71,4	71,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

ملحة عن مستشفى الحكيم عقي:

تقتصر دراستنا على المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقي ، هذه المؤسسة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 104/07 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن تنظيم وتسيير المؤسسات العمومية والاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بعدما كان القطاع الصحي يغطي ما يقارب حوالي 259035 نسمة وذلك يتمثل في تغطية طبية ل 12 بلدية ويحتوي على مستشفيات ذات سعة تبلغ 263 سرير تقنيا، 414 سرير منظم موزعة على 29 مصلحة استشفائية ، زيادة على ذلك المستشفى النهاري و0 مجمعات صحية متعددة الخدمات و26 قاعة علاج و6 وحدات للطب المدرسي ، و10 مخابر و5 قاعات للعمليات الجراحية ومركز لحقن الدم .

وفي 2008/01/01 أصبحت المراكز القاعدية والمجمعات والصحية المتعددة الخدمات بعضها تابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بواد زناتي، هذا بعدما كان الاشراف عليها من قبل القطاع الصحي قائمة سابقا. وأصبح الهيكل التنظيمي كما يلي وهذا وفقا للمرسوم التنفيذي 81/242:

○ وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات:

● 48 مديرية ولائية للصحة (قائمة)

✓ القطاع الصحي قائمة

✓ القطاع الصحي واد زناتي

✓ القطاع الصحي عين العربي

✓ القطاع الصحي بوشقوف

وكل قطاع من هذه القطاعات يتكون من هيكل اداري

○ القطاع الصحي قائمة:

1. المديرية العامة:

● مديرية الشؤون الاقتصادية والهيكل والتجهيزات:

الملاحق

✓ مصلحة المحاسبة

✓ مصلحة الجرد

✓ مصلحة الميزانية (المالية)

• مديرية النشاطات الصحية :

✓ مكتب الدخول

✓ مكتب الاستقبال والتوجيه

✓ مكتب تقييم العلاج

✓ مكتب الوقاية وعلم الأوبئة

✓ التكلفة العلاجية

• مديرية الموارد البشرية:

✓ مصلحة المستخدمين

✓ مصلحة المنشآت والتجهيز

✓ مصلحة تكلفة العلاج

• المديرية الفرعية للعتاد وصيانة العتاد الطبي:

(انظر الشكل الثاني في الملاحق)

2 . الهيكل التنظيمي لاقسام ومصالح مستشفى الحكيم عقي :

• الطابق الأرضي:

✓ مصلحة الدخول ومصلحة الاستقبال والتوجيه

✓ مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية (16 سرير)

✓ الإدارة

✓ مصلحة الصيدلة

✓ المخبر (المخبر المركزي ، مخبر الاستعجالات ، مخبر حقن الدم)

✓ مصلحة الأشعة (اشعة مركزية ، الماسح الطبي)

• الطابق الأول :

- مصلحة امراض النساء والتوليد : تتكون من مصلحة امراض النساء والنسل (16 سرير) ، فيه 18 عامل (ممرضات ومساعدات تمريض وقابلتين) ، 9 أطباء
- مصلحة الولادة: تحتوي على 40 سرير ويضم 4 وحدات
- وحدة ما بعد الولادة ووحدة الحمل الخطير وقاعة الولادة ووحدة الولادة القيصرية : والتي تحتوي على 30 عامل و3 اطباء مختصين واخصائيين نفسانيين ومساعدتين اجتماعيتين و8 مساعدات التمريض والباقي قابلات

• الطابق الثاني:

- مصلحة الجراحة العامة نساء ورجال (64 سرير) مختص نفسي

• الطابق الثالث:

- مصلحة الطب العام ونساء ورجال(64 سرير)

• الطابق الرابع:

- جراحة وتقويم العظام نساء ورجال (32 سرير) مختص نفسي

- مصلحة امراض العيون (16 سرير)

- مصلحة امراض الانف والحنجرة والاذن (16 سرير)

رئيس المصلحة :

- التعريف برئيس المصلحة :

هو المسؤول عن مهمة تنظيم سير المصلحة في ظل الاحترام المسؤولية الطبية لكل ممارس ، كذلك يعتبر المدبر

لموارد القسم او المصلحة وتنسيق الأنشطة المهنية والتقييم الدوري لجودة العلاجات والخدمات وهو المسؤول عن

الملاحق

احترام قواعد النظافة داخل المصلحة ويعتبر المشرف على تعيين المستخدمين الإداريين والتقنيين واعوان خدمات في

المؤسسة

○ مهامه:

- ✓ تنظيم سير المصلحة في ظل احترام المسؤولية الطبية
- ✓ المسؤول عن النظافة داخل المصلحة
- ✓ تنظيم أوقات العمل للموظفين داخل المصلحة
- ✓ تنسيق الأنشطة
- ✓ الحرص على حضور الموارد البشرية داخل المصلحة واعداد لوائح الحراسة

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى إبراز واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر-لولاية قلمة-وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي والتحليل الإحصائي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على الاستمارة والتي وزعت على عينة عشوائية بسيطة قدر حجمها ب 70 مريض وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- الخدمة الصحية المقدمة لا بد أن تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي يمكن تعويضه أو شرائه.
 - فقدان الثقة من قبل المرضى في مستوى الخدمات المقدمة في المستشفى.
 - إن الوسيلة الوحيدة لاسترجاع ثقة المرضى المفقودة هو العمل على تحقيق الجودة في الخدمات الصحية.
- الكلمات المفتاحية: الجودة، الخدمات، الخدمات الصحية، جودة الخدمات الصحية.

Abstract

This study aimed to highlight the reality of the quality of health services in Algeria – in the Wilayat of Guelma – and in our study we relied on the descriptive approach and statistical analysis, and to achieve the objectives of the study, the form were relied on, which was distributed on a simple random sample of 70 diseased the study found the following results

- The health service provided must be characterized by being of a high degree of quality because it is related to human life and recovery and not with anything material that can be replaced or purchased.
- Loss of confidence by patients in the level of services provided in the hospital.
- The only way to regain the lost confidence of patients is to work towards achieving quality in health services.

Key words: quality, services, health services, quality of health services.

Résumé

Cette étude visait à mettre en évidence la réalité de la qualité des services de santé en Algérie - dans la Wilayat de Guelma – et dans notre étude nous sommes appuyés sur l'approche descriptive et l'analyse statistique, et pour atteindre les objectifs de l'étude, la forme ont été utilisés, qui ont été répartis sur un échantillon aléatoire simple de 70 malade. L'étude a trouvé les résultats suivants :

- Le service de santé fourni doit être caractérisé par un haut degré de qualité car il est lié à la vie humaine et au rétablissement et non à quelque chose de matériel pouvant être remplacé ou acheté.
- Perte de confiance des patients dans le niveau des services fournis à l'Hôpital.
- La seule façon de regagner la confiance perdue des patients est de travailler à la qualité des services de santé.

Mots clés: qualité, prestations de service, services de santé, qualité des services de santé.