

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة

ميدان: العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

فرع: علوم التسيير

تخصص: تسيير عمومي



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم : علوم التسيير

رقم:

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي

إعداد الطلبة:

فتحي مجناح

محمد قنفود

تحت عنوان

تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية من

وجهة نظر المريض

دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية المسيلة (الزهرابي)

لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	أستاذ محاضر أ	بركاتي حسين
مشرفا و مقررا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	أستاذ محاضر أ	تمار توفيق
مناقشا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	أستاذ محاضر ب	قرواط يونس

السنة الجامعية: 2019/2018



شكر وتقدير

قبل كل شيء ، نحمد الله عزّ وجل الذي أنعمنا بنعمة العلم و وفقنا إلى بلوغنا هذه الدرجة و نقول " :اللهم لك الحمد حتى ترضى ، ولك الحمد إذا رضيت ، ولك الحمد بعد الرضى. "

نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل و بالأخص إلى الأستاذ المشرف الدكتور " تمار توفيق " على توجيهاته القيمة و الإرشادات الصائبة التي لم ييخل بها علينا.

كما نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول الاشتراك في مناقشة هذا البحث المتواضع وتقييمه. وإلى كل من بذل معنا جهدا ووفر لنا وقتا, و نصح لنا قولاً , نسال الله أن يجزيهم عنا خير الجزاء.



بسم الله الرحمن الرحيم" : قل اعملوا فسيري الله عملكم ورسوله والمؤمنين"

صدق الله العظيم

أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

الوالدين حفظهما الله.

إلى أفراد العائلة الكبيرة والصغيرة .

إلى جميع الاصدقاء.

إلى كل من أحب الله و أحب الجزائر.

إلى كل من يسع إلى طلب العلم.

محمد قنفود

فتحي مجناح

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر وتقدير
	الإهداء
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
أ-هـ	مقدمة
الفصل الأول: الإطار النظري لتقييم جودة الخدمة الصحية	
07	تمهيد
08	المبحث الأول: ماهية الخدمة الصحية
08	المطلب الأول: مفهوم الخدمة الصحية
10	المطلب الثاني: خصائص الخدمة الصحية
12	المطلب الثالث: أنواع الخدمة الصحية
17	المبحث الثاني: جودة الخدمة الصحية
17	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية
18	المطلب الثاني: أهداف وأشكال جودة الخدمة الصحية
20	المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمة الصحية
24	المبحث الثالث: أساليب تقييم جودة الخدمة الصحية
24	المطلب الأول: لوحة القيادة وبطاقة الأداء المتوازن
28	المطلب الثاني: أسلوب التحليل التطويقي للبيانات DEA
34	المطلب الثالث: نموذج تقييم الخدمات الصحية SERVQUAL
40	خلاصة
الفصل الثاني: واقع النظام الصحي في الجزائر	
42	تمهيد
43	المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية في الجزائر
43	المطلب الأول: تعريف المنظومة الصحية

43	المطلب الثاني:مكونات المنظومة الصحية
45	المطلب الثالث:التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر
50	المبحث الثاني:تنظيم النظام الصحي بالجزائر وهياكله
50	المطلب الأول:تنظيم المنظومة الصحية
51	المطلب الثاني:الهياكل والمؤسسات بالمنظومة الصحية
53	المبحث الثالث:دوافع وأهداف التغير في المنظومة الصحية الجزائرية
53	المطلب الأول:دوافع وأسباب التغير
54	المطلب الثاني:أهداف التغير
56	خلاصة
الفصل التطبيقي:دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية المسيلة (الزهرابي)	
58	تمهيد
59	المبحث الأول:عموميات حول المؤسسة محل الدراسة
59	المطلب الأول:بطاقة تعريفية للمؤسسة
59	المطلب الثاني:التغطية الصحية وتعداد المستخدمين بالمؤسسة
61	المطلب الثالث:المصالح الإستشفائية بالمؤسسة والهيكل التنظيمي لها
64	المبحث الثاني:الدراسة المنهجية للموضوع
64	المطلب الأول:أدوات جمع البيانات
65	المطلب الثاني:مجتمع وعينة الدراسة
66	المبحث الثالث:تحليل نتائج الدراسة
66	المطلب الأول:الصدق والثبات لأداة الدراسة
67	المطلب الثاني:عرض وتحليل المتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة
73	المطلب الثالث:اختبار توزيع بيانات أفراد العينة والأدوات الإحصائية المستخدمة في الدراسة
93	خلاصة
95	خاتمة
99	قائمة المراجع والمصادر
105	الملاحق
	الملخص

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يبين نسبة التغطية الصحية للمستشفى	60
02	يبين تعداد المستخدمين بالمؤسسة محل الدراسة	60
03	يمثل معامل ألفا كرونباخ لعبارات الاستبيان	66
04	يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	67
05	يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	68
06	يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير مستوى التعليمي	69
07	يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة الإقامة	70
08	يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة الدخول	71
09	يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الإقامة سابقا	72
10	يمثل اختبار طبيعة التوزيع	74
11	يبين الادوات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات الاستبيان والاختبار الفرضيات	75
12	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الملموسية	77
13	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الاعتمادية	79
14	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الاستجابة	81
15	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الأمان	82
16	نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر التعاطف	83
17	ترتيب أهمية متغيرات الدراسة بالمؤسسة محل الدراسة	85
18	يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية العامة	86
19	يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 01	87
20	يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 02	88
21	يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 03	89
22	يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 04	90
23	يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 05	91

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
24	لوحة القيادة حسب "Michel Leroy"	01
29	التطويق بالتوجه المخرجي	02
39	نموذج جودة الخدمة	03
63	الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة	04
67	يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس	05
68	يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير السن	06
69	يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	07
70	يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير مدة الإقامة	08
71	يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة الدخول	09
72	يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير الإقامة سابقا	10

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
105	استبيان الدراسة	01
109	نتائج الدراسة	02

مقدمة

مقدمة

تعد التنمية من أحد أهم الأهداف التي تسعى دول العالم لتحقيقها، فهي أساس تقدم المجتمعات ومقياس لرفاهيتها، وعند الحديث عن التنمية لا بد من الإشارة إلى الإنسان، فهو أساس تحقيقها بمختلف مجالاتها، بما فيها الاقتصادية، ولن يتحقق ذلك إلا إذا توفرت له المتطلبات اللازمة، والصحة أول تلك المتطلبات، فقطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أوليت اهتماما كبيرا من طرف الحكومات والمنظمات الدولية، حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948، هدفها أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن، وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس الجانب الوحيد منه، حيث أنّ هذا الهدف ينقسم إلى شقين، الأول منهما يتمثل في الحد قدر الإمكان من الفوارق الممكنة بين هذا الأفراد في تسهيل حصولهم على الرعاية الصحية، وهو ما يصطلح عليه بالعدالة الصحية، والشق الثاني منه هو بلوغ أفضل مستوى صحي وهو ما يصطلح عليه بالجودة في الصحة، إذ في أواخر الثمانينات من القرن الماضي تم إدخال مفهوم الجودة في الرعاية الصحية، إذ استحدث علم "ضمان الجودة في الرعاية الصحية"، والذي تطور نحو عدة مفاهيم منها إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، التطوير المستمر للجودة وتحسين أداء النظم الصحية... الخ، وذلك من أجل تطوير وتطبيق مناهج صحيّة للتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية من خلال تحديد المشكلات وطرق حلها، وضمان رضا المستهلكين (المرضى) ومقدموا الخدمات الصحية على حد سواء. لقد أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية مطلباً أساسياً تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية، والجزائر من بين الدول التي تسعى لتحسين وتطوير قطاع الصحة، من خلال الإصلاحات التي تباشرها و وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة، وانطلاقاً من ذلك جاء هذا البحث ليُسلط الضوء على موضوع تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية في الجزائر.

ومن خلال ما سبق يمكن طرح الإشكالية التالية:

ما هو مستوى الخدمة الصحية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر المريض؟

وللإجابة على هذه الإشكالية نقوم بطرح التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مفهوم الخدمة الصحية ؟

- ماهي معايير جودة الخدمة الصحية ؟

- ماهي الاساليب المستخدمة في قياس جودة الخدمة الصحية ؟

- ما تقييم المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الإستشفائية الزهراوي من خلال الأبعاد المعتمدة في هذا الإطار؟

فرضيات البحث:

الفرضية العامة: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الإستشفائية (الزهراوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.

الفرضية الفرعية الأولى: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الملموسية في المؤسسة العمومية الإستشفائية (الزهراوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى

الفرضية الفرعية الثانية: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاعتمادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهراوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى

الفرضية الفرعية الثالثة: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاستجابة في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهراوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى

الفرضية الفرعية الرابعة: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الأمان في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهراوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.

الفرضية الفرعية الخامسة: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر التعاطف في المؤسسة العمومية الإستشفائية (الزهراوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى

أسباب اختيار الموضوع:

باعتبار أن المريض هو المحدد الأساسي لجودة الخدمة العمومية الصحية، ورضاه يتوقف على تقديمها بما يسد حاجياته، لهذا ارتأينا التركيز على هذا الموضوع للأسباب التالية:

- أهمية القطاع العام نظرا لارتباطه بالمواطن العامل البناء لتقدم الدول.

- أهمية الخدمات الصحية مما أوجب التحسيس بأنه قطاع هام لا بد من احترامه وتسييره بكفاءة وفعالية والعمل على تقديم خدماته بجودة عالية ومحاولة اللحاق بركب الدول المتقدمة.

- قياس جودة الخدمة الصحية يؤدي إلى كشف الثغرات في هذا المجال، وبالتالي العمل على إصلاح هذا النقص.

- توعية الجهات المعنية بالنظر في نوعية الخدمات الصحية وهذا لنيل رضا المستفيد من الخدمة من خلال إشباع رغباته وسد حاجياته.

- إضافة إلى معرفة دور تقييم الخدمات المقدمة في تحسين هذه الخدمات.

- التطرق إلى مختلف أساليب قياس جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض.

أهمية الدراسة:

- 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.
- أيضا فهم دور الجودة في تحقيق رضا المواطن من خلال التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية للمرضى ومدى توافقها وتطابقها مع احتياجاتهم.
- بالإضافة إلى العمل على محاولة مواكبة دولنا لما يشهده العالم من تقدم في مجال القطاع العمومي بصفة عامة والمجال الصحي بصفة خاصة.

أهداف الدراسة:

- الإحاطة بمختلف المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة الصحية.
- الإحاطة بالأساليب المستخدمة في قياس جودة الخدمة الصحية.
- الإحاطة بأبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض.
- إسقاط هاته الأبعاد على المؤسسة محل الدراسة بهدف اكتشاف الفجوات الموجودة في تقديم الخدمة الصحية على مستوى هاته المؤسسة.
- إضافة إلى إبراز مدى حاجة المؤسسات الصحية لتبني مدخل الجودة في خدماتها.

المنهج المستخدم:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي في الإجابة على إشكاليات الدراسة واختبار الفرضيات، حيث تم الرجوع في الجانب النظري إلى مصادر المعلومات الثانوية من كتب ومجلات ومقالات التي جاء بها المفكرون والباحثون في حقل مبادئ الخدمة العمومية عموما و جودة الخدمة الصحية خصوصا، وتم الاعتماد في الجانب التطبيقي على الاستبيان بهدف التعرف على تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي) بالمسيلة من وجهة نظر المرضى، وتم معالجة البيانات عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss)

حدود الدراسة:

تحددت هذه الدراسة بالمجالات التالية:
المجال البشري: اقتصر المجال البشري لهذه الدراسة على المستفيدين من خدمات المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المسيلة (الزهرابي).
المجال المكاني: اقتصر المجال المكاني لهذه الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المسيلة (الزهرابي).

المجال الزمني: طبقت هذه الدراسة خلال شهري أبريل وماي من العام الدراسي 2018-2019

هيكل الدراسة:

قسمنا هذا البحث إلى ثلاث فصول حيث جاء الفصل الأول تحت عنوان الإطار النظري لتقييم جودة الخدمة الصحية الذي تناول مختلف مضامين جودة الخدمة الصحية والذي اعتمدنا عليه كمدخل لموضوع الدراسة اما الفصل الثاني فجاء بعنوان واقع النظام الصحي في الجزائر الذي تضمن المنظومة الصحية في الجزائر حيث تطرقنا للنظام الصحي في الجزائر وهياكله بالإضافة الى دوافع واهداف التغير في المنظومة الصحية في الجزائر

أما الفصل التطبيقي فتناول لمحة حول المؤسسة موضوع الدراسة والدراسة المنهجية المتبعة، وحاولنا من خلال تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المسيلة (الزهاوي)، وذلك من خلال تحميل الاستبيان الموجه لمستفيدين من خدمات هذه المؤسسة

الدراسات السابقة:

- دراسة عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة (2008)

تهدف هذه الدراسة الى معرفة واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:

- 1- المريض ليس راض عن بعض جوانب تقديم الخدمة، والمتمثلة أساسا في نظام التغذية، النظافة، التكفل من قبل أفراد الطاقم شبه الطبي، وغيرها، في حين هو راضي عن التكفل الطبي، عن درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة.
- 2- ان أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل، بالإضافة إلى عدم وضوح المهام وضعف التأطير.

-تتمثل العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة في قلة الوسائل، قلة التكوين ونقص التنظيم. ركزت هذه الدراسة على التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر، ومما يؤخذ عليها أنها لم توضح أهمية تطبيق نظم وبرامج الجودة في معالجة أسباب تدني مستوى الجودة والأداء في هذه المؤسسات إضافة إلى أنها تجاهلت معايير نظم اعتماد المؤسسات الصحية.

- دراسة وله عائشة، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص: تسويق، تحت عنوان أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون، مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، وقد عالجت الاشكالية التالية: ما مدى أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون؟ وما مدى انعكاس هذا الطرح على مرضى مستشفى عين طاية؟ وقد توصلت إلى أن مستشفى عين طاية يولي اهتماما خاصا للخدمة الصحية وجودتها باعتبارها المعيار الأهم لرضا الزبون.

دراسة عتيق عائشة، مذكرة مقدمة لنيل شياذة الماجستير، تخصص تسويق دولي، تحت عنوان: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية السعيدة، وقد عالج إشكالية ما واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية؟ وما مدى تأثيرها على رضا المريض؟ وقد توصلت الدراسة إلى، رضا المريض على بعد كل من الاعتمادية والاستجابة والأمان وكذا التعاطف، وعدم رضاهم على البعد المادي (الملموسية) وذلك لانعدام عامل النظافة وعدم توفر الأجهزة الطبية الحديثة، وكذا عدم استفادة المرضى من الأدوية.

- دراسة صفاء محمد هادي الجزائري وعلي غباش محمد وبشرى عبد الله شنتيت (2011) قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية -دراسة تطبيقية في مستشفى (الفيحاء العام -البصرة

تعد جودة الخدمة من المجالات الأكثر أهميه في قطاع الخدمات الصحية، ان البحث في مستوى جودة الخدمات عامة، والخدمات الصحية خاصة، يقوم على أسلوب البحث العلمي الذي جرى عن طريق استخدام مقياس جودة الخدمة، SERVQUAL المكون من خمسة إبعاد رئيسية هي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد، التعاطف، فضلا عن استمارة الاستبانة المكونة من 22متغير فرعي ترتبط بالأبعاد الرئيسة المشار إليها والتي تترجم مظاهر جودة الخدمة، وذلك لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الفيحاء العام.

توصلت الدراسة الى ان هناك ضعف واضح في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، فضلا عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث لك متغير من المتغيرات الرئيسة.

- دراسة بوعنان نور الدين، مذكرة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير، تخصص تسويق، بعنوان جودة الخدمات وأثرها على رضا العملاء، دراسة حالة ميدانية في المؤسسة المينائية لسكيكدة، وعالجت الإشكالية التالية: ما مدى تأثير جودة الخدمة المينائية في تحقيق رضا العميل، وقد توصلت الدراسة إلى أن عملاء المؤسسة المينائية لسكيكدة يقيمون جودة الخدمات المقدمة تقييما سلبيا في أغلب مظاهرها.

الفصل الأول

الإطار النظري لتقييم

جودة الخدمة الصحية

تمهيد

تعتبر الخدمات الصحية من أهم متطلبات الإنسان فهي تتعلق بحالته الصحية وعافيته، ومن هنا احتلت الخدمات الصحية مكانة بارزة في اهتمامات الجميع ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان بل أيضا لزيادة قدرته على البناء والتنمية، وهي في هذا المعنى تمثل أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، وهي إن كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية...

وسنحاول من خلال هذا الفصل أن نبين المقصود بالخدمات الصحية وبكل الجوانب المتعلقة بها، وذلك من خلال ثلاث مباحث:

نخصص المبحث الأول إلي مفهوم الخدمة و الخدمة الصحية كما نحاول أيضا من خلال هذا المبحث استعراض خصائص الخدمة الصحية وأنواع الخدمة الصحية.

وكمبحث ثاني تناول فيه مفهوم جودة الخدمة الصحية والأهداف التي تسعى إليها بالإضافة إلى أشكال جودة الخدمة الصحية وسيتم التطرق إلى أبعاد جودة الخدمة الصحية .

أما المبحث الثالث سنتطرق من خلاله إلي طرق وأساليب تقييم الخدمة الصحية.

المبحث الأول: ماهية الخدمة الصحية

تمثل الخدمة الصحية أهمية بالغة بالنسبة للدولة أو المجتمع بصورة عامة وبالنسبة للفرد بصورة خاصة، وذلك لما لها من تأثير على حياة الفرد وعافيته، وسنحاول من خلال هذا المبحث أن نبين أهم المفاهيم المرتبطة بمجال الخدمات الصحية.

المطلب الأول: مفهوم الخدمة الصحية

الفرع الأول: مفهوم الخدمة

إن الحديث عن مختلف الخدمات ومنها الخدمة الصحية يعني أننا نتعامل مع أشياء غير ملموسة لا يمكن تملكها أو حيازتها عند شرائها، بل يمكن الحصول على منافعها وفوائدها، وفي هذا المعنى اختلفت وجهات النظر هناك حول تعريف الخدمة، ومن بين التعاريف نذكر ما يلي:

عرفت الخدمة على أنها " أنشطة أو فعاليات غير ملموسة، ونسبية سريعة الزوال، أو أنها نشاط وأداء يحدث من خلال عملية تفاعل تهدف لتلبية توقعات العملاء وإرضائهم مع عدم نقل الملكية".¹ كما يمكن تعريف الخدمات بأنها: عبارة عن تصرفات أو أنشطة أو أداء يقدم إلى طرف آخر، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عنها نقل ملكية أي شيء، كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطاً أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموس.²

وتعرف أيضاً الخدمة بأنها: "كل نشاط يخلق قيمة ويعطي إضافة إيجابية للعميل في وقت ومكان محدد ويحدث تغيير إيجابي مرغوب لهذا العميل".³

حتى تحقق المؤسسة تميز وتحسينا في مستوى الخدمات التي تقدمها، وجب عليها ضمان مجموعة من العناصر، نوجز أهمها فيما يلي:⁴

- التميز في أداء الكوادر البشرية العاملة في المؤسسة الخدمية.
- توفير المكان الملائم لأداء الخدمة.
- إعلام الجمهور ومحاولة توعيتهم بمحتوى الخدمة، هدفها ومختلف الجوانب المتعلقة بها.
- تجهيز مرافق وأماكن تقديم الخدمة بما يضمن سهولة وصولها وسلاستها.
- مواكبة التكنولوجيا والتزود بالأنظمة المعلوماتية والبرامج التي تمكن من توفير الدقة، ربح الوقت وتوفير الجهد البشري.
- توفير الأجهزة الفنية المساعدة لاحتياجات العمل وقربها من أماكن تأدية الخدمة.
- توفير آليات تمكن من التعامل الإيجابي مع شكاوي مراجعي الخدمة.
- تجنب الإجراءات البيروقراطية.

1 - سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار العشري، مصر، 2008، ص40.

2 - عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999، ص48.

3 - Jochen Wiertz et autre: Marketing de services, 6eme édition, Peason éducation, France; 2009; P12.

4 - سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص42.

وبالنسبة للصحة، فإنها تعرف على أنها: " قدرة الأعضاء الجسمانية والعقلية للفرد من أداء الدور المنوط بها ¹ .

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

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

الفرع الثاني: مفهوم الخدمة الصحية

الخدمات الصحية مطلب أساسي لكل إنسان، تسعى جميع المجتمعات إلى توفيرها مهما اختلفت أنظمتها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول التزود بالإمكانات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء تعلق الأمر بالموارد البشرية أو التقنية أو المالية، وهذا للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية.

وتعرف الخدمة الصحية على أنها: "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية. ³

كما تعرف الخدمات الصحية بأنها: " العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصيا أو إرشاديا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول أو انتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل".

وتعرف أيضا بأنها : "مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الاجتماعية وغيرها بشكل غير مباشر بحيث تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طرق توفير الدعم لقدرته البيئية، الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب. ⁴

¹ - تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص23.

² - ابراهيم طلعت، "التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية" دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2009، ص11.

³ - محمد محمد ابراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة اسيوط، القاهرة ديسمبر 1983، ص23.

⁴ - الاء نبيل عبد الرزاق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية(حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90 ، 2011 ص281.

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن الخدمات الصحية هي تلك الخدمات التي يوفرها القطاع الصحي للمجتمع بأسره، سواء كانت هذه الخدمات وقائية توجيهية أو علاجية استشفائية عامة أو متخصصة بهدف حماية الوضعية الصحية وتحسينها للفرد والمجتمع.

ويجب علينا هنا الإشارة إلى ضرورة التفرقة بين مصطلحين يندرجان ضمن الخدمات الصحية وهما الرعاية الطبية والرعاية الصحية، بحيث:¹

- **الرعاية الطبية:** ويقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية مثل الخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، وما يتعلق بالخدمات الطبية المتخصصة والخدمات الطبية المكملة كالفحوص المخبرية والتحاليل الطبية، الطوارئ، العيادات الخارجية، الإسعاف التمريض، الخدمات الصيدلانية والغذائية وغيرها.
- أما الرعاية الصحية فيقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع بأسره بهدف توفير الصحة للجميع كحملات تنظيم الأسرة، رعاية الأمومة والطفولة، الوقاية من الأمراض المتوطنة، التطعيم ضد الأمراض المعدية ورعاية المسنين وغيرها.

المطلب الثاني: خصائص الخدمة الصحية

لا تختلف هذه الخصائص عن الخصائص السابقة للخدمات حيث تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية إلى خصوصية تلك الخدمات، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به إلى المستفيدين، ويمكن تحديد الخصائص كالآتي:

- **عدم ملموسية الخدمة الصحية**
في المؤسسات الصحية لا يتضح تماما ما الذي دفع المريض قيمته، فأولا بما أن عملية الشفاء تقتضي بعض الوقت، وتتبلور آراء المرضى حول جودة الرعاية التي تلقوها طول هذا الوقت، وثانيا لا يمكن اختبار الرعاية قبل الاقتناع بتلقيها.

- التلازم (تزامن الإنتاج والاستهلاك)

كون هذه المؤسسات قطاعا خدميا فإنها تنتج الخدمة وتستهلك في آن واحد ويعكس هذا أن الخدمة الصحية ليست منتجا يركب ويخزن ثم يباع فيما بعد، ومن سلبيات هذا التزامن في الإنتاج والاستهلاك التحدي الذي يشكله ضبط الجودة، أو ضمان فعالية الخدمة، وبسبب خاصية التزامن أيضا لا يمكن استرجاع خدمة قدمت بجودة متدنية واستبدالها حتى لو تم تصحيح العملية التي أنتجتها وقدمت بجودة عالية لمرضى آخرين.

¹ - تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 24.

- عدم قابلية الخدمة الصحية للتخزين
- تصمم المؤسسات الصحية خدماتها لتقدمها بقدرة وإمكانية معينة في فترة زمنية محددة وإذا لم تستخدم هذه الطاقة في فترة محددة ستهدر هذه الخدمة.
- مشاركة المريض في إجراءات الخدمة
- يعد المرضى الذين يتلقون الرعاية مدخلات الخدمة، أما حالاتهم بعد التشخيص والعلاج فهي المخرجات، ومن ثم يتفاعل المريض والمؤسسة الصحية من خلال تقديم الرعاية¹.
- الاختلاف والتباين
- تتصف الخدمات الصحية بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة وداء سلوك مقدم الخدمة والزمان والمكان وعلى المعلومات التي يقدمها المريض له، فالمريض يختلف أيضاً من حيث السلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل.²
- تعد الخصائص السابقة خصائص مشتركة بين الخدمات الصحية و باقي الخدمات، لكن هناك مجموعة من الخصائص تميز الخدمات الصحية عن باقي الخدمات هي:³
- تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة، تهدف لتحقيق منفعة عامة موجّهة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها، سواء كانوا أفراداً أو منظمات أو هيئات أخرى.
- الخدمات الصحية لا ترتبط بشيء مادي يمكن تعويضه أو إعادة شرؤه بل هي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه لذلك فهي تستوجب أن تكون على درجة عالية من الجودة.
- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المنظمات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها ونوع الخدمات التي تقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك.
- في منظمات الأعمال بشكل عام تكون سلطة اتخاذ القرار لدى شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون قمة هرم الإداري العليا للمنظمة، بينما في المنظمات الصحية تكون سلطة اتخاذ القرار موزعة بين مجموعتين إلى حد ما هما: المجموعة الإدارية ومجموعة الأطباء.
- معظم المبالغ التي تنفق من إدارة المستشفيات وخاصة ما هو متعلق بالخدمات الصحية المقدمة للمواطنين يتم تحويلها من طرف ثالث (الدولة، شركات التأمين أو مؤسسات خيرية...) وبالتالي فإن ما

1 - يشار أوزجان: الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية (تقنيات وتطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008، ص ص: 31-30

2 - محمود جاسم الصميدعي وريدنة عثمان يوسف: تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص 101.

3 - محمد محمد إبراهيم، مرجع سابق، ص 35.

يدفعه المريض لا يساوي حقيقة المنافع الطبية التي حصل عليها، وهذا ما يجعله أقل حساسية اتجاه الأسعار التي يدفعها مثل ما هو الحال في الخدمات الأخرى.

- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من الخدمات الصحية، إذ أن الخدمات الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه (هناك حالات استثنائية مثل الطب عن بعد).

- نظر لكون الخدمات الصحية مرتبطة بعافية الإنسان وحياته، فإنه يكون من الصعب في كثير من الأحيان على إدارة المستشفى أن تعتمد المعايير نفسها وخاصة الاقتصادية المطبقة على غير الخدمة الصحية، لأن ذلك تتعارض مع رسالة المنظمة الصحية.

- نظر لتذبذب الطلب على الخدمات الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة فإن الأمر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية لطالبيها، إذ لا يمكن التأخر أو التعذر عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك خطر على حياة الجمهور وإخفاق.

المطلب الثالث: أنواع الخدمة الصحية

الفرع الأول: أنواع الخدمة

توجد عدة تصنيفات للخدمة وفق عدة معايير، منها مايلي¹ :

1- تصنيف الخدمة حسب نوع السوق:

وهناك نوعان:

أ- خدمات استهلاكية: وهي الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات شخصية صرفة، مثل الخدمات السياحية والصحية، وخدمات النقل والاتصالات.

ب- خدمات الأعمال: وهي الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات المؤسسات، كما هو الحال في الاستشارات الإدارية والخدمات المحاسبية وصيانة المباني.

وهناك خدمات يتم بيعها لكل من المستهلك النهائي والمؤسسات، ولكن بأساليب وسياسات تسويقية متباينة.

2- تصنيف الخدمة حسب درجة كثافة قوة العمل:

وهناك نوعان:

¹ - بشير العلاق، حمد عبد النبي الطائي، "تسويق الخدمات" دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص 46-47.

أ - خدمات تعتمد على قوة عمل كثيفة، من أمثلتها: خدمات تربية ورعاية الأطفال.

ب - خدمات تعتمد على المستلزمات المادية، من أمثلتها: خدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية، خدمات النقل... الخ.

3- تصنيف الخدمة حسب درجة الاتصال بالمستهلك

وهناك ثلاث أنواع:

أ - خدمات ذات اتصال شخصي عالي: مثل خدمات الطبيب والمحامي... الخ.

ب- خدمات ذات اتصال شخصي منخفض: مثل خدمات البريد، خدمات الصراف الآلي... الخ.

ج - خدمات ذات اتصال شخصي متوسط: مثل خدمات المطاعم.

وهناك تصنيفات أخرى منها ما يلي :¹

1- تصنيف الخدمة من وجهة النظر التسويقية: وهناك نوعان:

أ - خدمات خاصة: مثل خدمات الحماية الشخصية التي تقدم لبعض الأشخاص، وخدمات الحراسة.

ب - خدمات سهلة المنال: وهي الخدمات التي يحصل عليها المستهلك بسهولة شديدة مثل خدمات النقل وخدمات المطاعم.

2- تصنيف الخدمة حسب دوافع مقدم الخدمة: وفيها نوعان:

أ - خدمات مقدمة لأغراض الربح: مثل الخدمات المصرفية... الخ.

ب- خدمات لا تهدف إلى الربح: مثل التعليم المجاني، والخدمات الصحية المجانية.

بالإضافة إلى معايير تصنيف الخدمات التالية :²

1- تصنيف الخدمة من حيث الاعتمادية: حيث تتنوع الخدمات على أساس اعتمادها على المعدات مثل

خدمات غسل السيارات آلياً، أو اعتمادها على الأفراد مثل خدمات تنظيف الشبائيك.

2- تصنيف الخدمة من حيث مشاركة المستهلك: حيث تتطلب بعض الخدمات حضور المستهلك

ومشاركته للحصول على الخدمة، مثل العمليات الجراحية أو السفر بينما لا تتطلب خدمات أخرى مشاركة

المستهلك أو حضوره طوال الوقت مثل تصليح السيارات.

1 - عبد الجبار مندبل، "أسس التسويق الحديث"، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن 2002، ص 269.
2 - حميد الطائي وآخرون، "الأسس العلمية للتسويق الحديث"، دار اليازوري، الأردن، 2007، ص 191-194.

3- تصنيف الخدمة باعتبارها عملية موجهة حسب التالي:

أ - خدمات معالجة الناس: وتحصل عندما يطلب المستهلك خدمة تتألف عملياتها من إجراءات ملموسة تكون موجهة إلى المستهلك كشخص مادي، وعليه فإن الخدمة تتطلب حضور المستهلك شخصيا لكي يحصل على الخدمة، من أمثلتها خدمات الطبيب الموجهة للمريض شخصيا، خدمات السفر... الخ.

ب - خدمات معالجة الممتلكات: وتحدث عندما يطلب المستهلك من مقدم الخدمة أن يقوم بإجراءات أو أعمال أو خدمات غير موجهة إليه شخصيا، وإنما تكون موجهة إلى ممتلكاته المادية، مثل صيانة السيارات.

ت - خدمات المحفز العقلي: وهي تضمن مجموعة من الخدمات المؤلفة من إجراءات أو أعمال غير محسوسة، موجهة إلى عقول المستهلكين وأذهانهم، ولهذا فإن الخدمة تتطلب المشاركة الذهنية للمستهلك خلال عملية تقديم الخدمة، وليس شرطا الحضور المادي له، مثل الترفيه، خدمات الإذاعة والتلفزيون... الخ.

ث - خدمات معالجة المعلومات: وهي تتألف من إجراءات أو أعمال غير محسوسة موجهة لممتلكات المستهلكين أو لموجوداتهم غير المحسوسة، مثل معالجة البيانات والمعلومات، والخدمات القانونية، البحوث، المحاسبة... الخ.

الفرع الثاني: أنواع الخدمة الصحية

تصنف الخدمات الصحية إلى عدة أنواع حسب معايير مختلفة مثل طبيعة الجهة القائمة على تقديم الخدمات الصحية أو طبيعة المتلقي لهذه الخدمات، وفيما يلي سنحاول إيجاز أهم أنواع الخدمات الصحية:

1- الخدمة الصحية التعليمية

ويقصد بذلك اكتساب المؤهل العلمي الذي يرخص لممارسة هذه المهنة النبيلة، إذ يعتبر متلقي الخدمة هنا شخص سليما يتمثل في طلبة الكليات والجامعات سواء تعلق ذلك بطلبة الطب، أو التكوين الشبه طبي ويمكن حتى إضافة المؤهلات العلمية الإدارية المتخصصة في تسيير المرافق الصحية. وفضلا عن التكوين العلمي البيداغوجي يمكننا إضافة التكوينات المهنية والدورية، الرسكالات والتربصات التي يخضع لها عمال وموظفو القطاع بغض النظر عن مهامهم ووظائفهم وذلك بغرض تنمية المهارات والخبرات واكتساب تقنيات جديدة تتوافق مع مستجدات المهنة مما يؤدي في الأخير إلى تحسين الأداء وتقديم خدمات صحية بمستوى مقبول من الجودة.¹

¹ - سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التتظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا العدد السابع، الشلف، الجزائر، 2011 ص: 289-304.

2- الخدمة الصحية المهنية

وهي الخدمات الصحية الموجهة للقطاع المهني، أو ما يعرف بطب العمل، وفي إطار هذا النوع من الخدمات الصحية قد تلجأ بعض المنظمات سواء كانت خاصة أو عمومية إلى إنشاء مراكز أو أقسام صحية تابعة لها للتكفل بوضعية موظفيها وذويهم أو أنها تقوم بالتعاقد مباشرة مع منظمات صحية موجودة ومستقلة بغية تقديم لها أو تقديم خدمات صحية لمصلحة موظفي المنظمة.¹

3- الخدمة الصحية الصيدلانية

ويتعلق هذا المستوى باستقبال المريض وتوفير الدواء اللازم لحالته المرضية، ويكون ذلك من طرف طبيب صيدلي مختص يقوم بالإشراف على المرضى، توعيتهم وتوجيههم بغض النظر عن تقديم الدواء. وتخضع هذه الخدمة دوماً رغم الانتشار الواضح للقطاع الخاص فيها إلى وصاية ورقابة الدولة من خلال هيئاتها التي تتون عنها مثل مديرية الصحة.²

4- خدمات التأهيل والرعاية الصحية

وتتمثل في الخدمات الصحية الموجهة لتأهيل المرضى والمصابين جراء الحوادث، ويشرف على هذا النوع من الخدمات الصحية أقسام متواجدة على مستوى المنظمات الصحية، حتى أننا نجد بعض المنظمات الصحية المختصة في تقديم هذا النوع من الخدمات الصحية دون سواه، ومن أمثلة ذلك يمكن أن نذكر المركز الصحي العسكري بمدينة البليدة (الجزائر) لإعادة تأهيل المصابين.³

5- خدمات الصحة الرياضية

الخدمات الصحية الموجهة للرياضيين، وقد يشمل هذا النوع من الخدمات الصحية خدمات علاجية من مختلف الإصابات الناجمة عن ممارسة النشاط الرياضي كما يشمل أيضاً مختلف برامج الحميات، تحديد الغذاء، مراقبة نشاط الأعضاء الجسمانية أو الوقاية والامتناع عن العادات الممنوعة والضارة كالمنشطات، التدخين والإدمان.⁴

6- الطب عن بعد (الطب الإلكتروني)

نظرا لحدثة هذا النوع من الخدمات الصحية، ونظرا لما يمكن أن يقدمه هذا من مزايا في سبيل تحسين الوضعية العامة لصحة المجتمع ارتأينا أن نتناوله بقدر من الإسهام من خلال هذا النوع. انطلقت فكرة الطب الاتصالي في الستينات عندما بدأت وكالة الفضاء الأمريكية (ناسا) بدراسة التغيرات الفسيولوجية لرواد الفضاء خلال رحلاتهم الفضائية، وقد أثبت العلماء العاملون في هذه الوكالة إمكانية

1 - حسين ذنون علي البياتي و المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، المنهل للطباعة والنشر، دون بلد نشر، 2009، ص 57.

2 - كامل وديع المرشد، في إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للعلوم الإدارية، مصر، 2001، ص 66.

3 - حسين ذنون علي البياتي، مرجع سابق، ص 60.

4 - كامل وديع، مرجع سابق، ص 66.

مراقبة الوظائف الفسيولوجية كضغط الدم وسرعة ضربات القلب وحرارة الجسم بواسطة الأطباء على الأرض كما أظهرت بعض التجارب المبكرة الأخرى إمكانية إجراء التشخيص عن بعد ونقل البيانات الطبية مع الحفاظ على النوعية والتفاصيل.¹ ويشير مصطلح ممارسة الطب عن بعد إلى استخدام تقنيات الاتصال عن بعد لإجراء التشخيصات الطبية ومعالجة المرضى ورعايتهم .
ومن هنا يمكن تعريف الطب عن بعد (Telemedicine) على أنه " ممارسة الطب عن بعد بواسطة وسائل الاتصال الحديثة".²

وقد اتسع الاهتمام النمط من الخدمات الصحية نظرا لأهميته البالغة في تحسين النظام الصحي بصورة عامة ومستوى الخدمات الصحية وطريقة تقديمها بصورة خاصة، وعلى العموم يمكن إيجاز أهمية الطب الإلكتروني في النقاط التالية:

- تزيد من تحسين الرعاية الصحية.
- تخفيض التكلفة.
- تعزيز التعاون الطبي في تقاسم المعلومات والخبرات المتخصصة.
- تسهل الاستعانة بمختصين أجانب.
- يجمع بين السرعة وسهولة الاستخدام وفعالية التقنيات اللاسلكية وأنظمة الاتصال.
- وقد اعتمدت العديد من المنظمات الصحية للطب عن بعد والصحة الإلكترونية بهدف تحقيق النقاط السابق ذكرها بالإضافة إلى تحسين الاتصالات بين المراكز الصحية البعيدة والمستشفيات الواقعة في المناطق الحضرية والنائية، وعلى العموم فإن هذا المستوى المتقدم من الخدمات الصحية يهدف إلى:³
- تحسين التقنية والخبرة الصحية.
- مساعدة الأطباء قليلين الخبرة في عملية التشخيص.
- توفير مرفق للتدريب للمجموعة الطبية في المناطق البعيدة أو الدول التي تكون قليلة الخبرة في الطب.
- توفير خدمة طبية متقدمة في حالات الطوارئ.
- الحد من تكاليف الخدمات الصحية عن طريق تحسين عملية توجيه المريض.
- تخفيض تكاليف نقل المرضى إلى أطباء استشاريين في أوروبا مثلا.
- زيادة استخدام خدمات الاستشارة.
- تيسير التعاون بين المستشفيات في مجال توفير الرعاية الطبية.
- الحد من عزلة العاملين الطبيين في المناطق المختلفة والبعيدة.
- تبادل الخبرة وما وصلت إليه الدراسات والبحوث الطبية والصيدلانية.

1 - الدجاني سعيد، لحم هدية، مقدمة في فن التمريض، الطبعة الأولى، دار الاندلس للطباعة والنشر، بيروت، 1984، ص52.

2 - Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, la télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation, institut de santé économiques, septembre 2010, p.3. économique de Montréal, collection

3 - الدجاني سعيد، لحم هدية، مرجع سابق، ص55.

- تقديم دورات تدريبية للعاملين التقنيين والعاملين في المجال الطبي والشبه الطبي. وتتمثل أهم أنواع الخدمات الصحية التي يقدمها الطب عن بعد في التشخيص التليفوني، العيادات الافتراضية والخدمات الطبية عن بعد.

المبحث الثاني: جودة الخدمة الصحية

تختلف الجودة حسب دور كل فرد في المؤسسة الصحية فبالنسبة للفنيين من أطباء وممرضين ومهنيين تكون الجودة هي تطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية أما للإداريين فهي تقديم أفضل مستوى من الخدمات الإدارية ومن هنا يأتي دور إدارة الجودة وهو تحقيق أقصى توازن ممكن بين الفنيين والإداريين بما يصب في صالح الخدمات العلاجية للمريض.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية

يبين "خسروف" بأن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتجيل" والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب "القرم" وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات.¹

ويؤكد "نصيرات" على أن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب.

وبصدد مفهوم جودة الخدمات الصحية يبين (Ellis and Whitngton) بأن جودة الخدمة الصحية تعني مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد من القدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المرتادين إلى المنظمات الصحية.

أوضح (Kotler and Armstrong) بأن جودة الخدمة 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 تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات. وأشار (Nakijima) إلى أن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر. وتعرف منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية بأنها "التماسي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع

¹ - مؤيد عبد الحسين الفضل، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، الطبعة الأولى، مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 256.

وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، والاعاقة وسوء التغذية".¹ إذ يعتبر العمل على ضمان جودة الخدمة الصحية أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم.

وأكد "دونا بيديان" بأن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد.

كما تعرف جودة الخدمات الصحية بأنها " : مقدار ما تحققه المنظمة الصحية من الأمان لكل من مقدمي الخدمة ومستلميها".²

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

المطلب الثاني: أهداف وأشكال جودة الخدمة الصحية

الفرع الأول: أشكال جودة الخدمة الصحية

يمكن تقديم جودة الخدمات الصحية من خلال ثلاث أشكال؛ وهي:³

1- الجودة التي يمكن قياسها **Measurable quality**: وتتمثل في:

أ- الجودة التي تتطابق مع المعايير التي تأخذ شكل أدلة العمل الإكلينيكية.

ب - التوصل إلى معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها الوحدة للمنتفع.

ج - المعايير المطبقة في هذا المجال هي الأدلة على التفوق.

2- الجودة التي يمكن تقديرها **Appreciative quality**: وتتمثل في:

أ - إدراك وتقدير التفوق فيما وراء الحد الأدنى للمعايير والمقاييس.

1 - طاهير حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004، ص11.

2 - سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العملية للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص233.

3 - طاهير حسين، مرجع سابق، ص13.

ب - تتطلب الحكم من ذوي المهارات والخبرات من الأطباء الممارسين للمهنة والأشخاص ذوي الحساسية والاهتمام.

ج - أن نعتمد على مجالس مراجعة الأداء في الحكم من خلال الفنيين من نفس التخصص لتحديد إذا كان التدخل العلاجي للطبيب مع المريض قد تم بصورة جيدة أملا.

3- الجودة التي يمكن إدراكها **Perceptive quality**: ويمكن إيجازها في:

أ- درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة أو المراقب للرعاية الصحية.

ب- تكون مبنية بدرجة أكثر على درجة العناية والرعاية التي يوليها الأطباء والمرضات وباقي العاملين أكثر من توفير بيئة

مناسبة أو المنافسة التي تعتمد على التكنولوجيا.

الفرع الثاني: أهداف جودة الخدمة الصحية

لجودة الخدمة الصحية مجموعة من الأهداف نذكر منها ما يلي:¹

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضي المستفيد (المرضى) وزيادة ولائه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة.
- كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد.
- تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج .

¹ - مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص268.

المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمة الصحية

يتفق عدد من الباحثين في مجال جودة الخدمة الصحية على أن أبعادها هي¹: الاستجابة، والاعتمادية، والضمان، والملموسية، والتعاطف.

1- بعد الاستجابة Responsive Ness:

يرى "Lovell" بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم. وذكر "Ming, et.al" أن الاستجابة تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة. فالاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها. وبين "Shaikh" أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج.²

وتشمل الاستجابة في الخدمات الصحية مجموعة من المتغيرات منها: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي، وأخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها.

ومن خلال هذه المتغيرات يمكننا استخلاص معايير تقييم بعد الاستجابة كالاتي: تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها.

2 - بعد الاعتمادية Reliability:

يرى "Cronin & Tylor" بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، الممرض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلا عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة. وأوضح "Lovell" بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات. وأكد "Goncalves" بأن الاعتمادية تعني قدرة جهاز الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ويرى "Slack, et.al" بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين

1 - قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 270.

2 - مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص 270.

(المرضى) فضلا عن تسليم نتائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن، أما "Stevenson" فيرى بأن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية وبمطابقة وبدقة عالية¹. ولتقييم الاعتمادية في المنظمة الصحية نستخدم عدة معايير منها: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية؛ وذكر "Shaikh" أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقا لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة. وفي ضوء ما تقدم نرى بأن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظمة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها، فضلا عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساس وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والأخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج.

3 - بعد الضمان Assurance:

أشار "Shaikh" بأن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكوادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم؛ كما أكد بأن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين (مقدمي الخدمة) وقابليتهم لنشر روح الثقة والصدق، وأيضا تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزبائن.

وبين "Shaikh & Rabbani" بأن الضمان يتضمن العناصر الآتية: المستشفى جديرة بالثقة والاعتماد، الطبيب مؤهل وكفاء، العاملين بالمستشفى يتمتعون بالكياسة واللطف².

ومن هنا يمكن القول بأن الضمان يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخص وصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة. أو أن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به: تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلا عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة.

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

1 - قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص152.

2 - طاهير حسين، مرجع سابق، ص16.

4 - بعد الملموسية Tangibles:

ذكر "Chia-Ming, et.al" أن الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال. وأشار "Zeithmal and Britner" إلى أن الجوانب المتعلقة بلموسية الخدمة هي المباني وقنوات المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك.¹

وأوضح "Shahril" أن الملموسية تعني مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصالات. كما بين "Shaikh" أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيرا الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى. ومن هنا يمكن القول بأن المقصود بالجوانب الملموسة حداثة وجاذبية المباني والتصميم الداخلي والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات المادية المستخدمة في إنتاج الخدمة، والأثاث والديكور، ومظهر العاملين في مواقع الخدمة.²

وأوضح "Shaikh" بأن بعد الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية يتضمن العناصر الآتية: مكاتب الأطباء نظيفة، العاملين في المستشفى يستخدمون الوسائل أو الآلات القياسية، والوصفات الطبية (أدوية ومستلزمات طبية) يجب أن تكون سهلة الفهم.

ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.

وبالتالي نجد أن الملموسية تشير إلى التسهيلات المادية التي 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، وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها.

5 - بعد التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy:

عرف "Shahril" التعاطف بأنه: الحرص "الانتباه" والعناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها. وأوضح "Shaikh" أن بعد التعاطف (الجوانب النفسية) يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المعطاة للمرضى، ومناداته باسمه، وإبداء صفة الانتباه تجاه المرضى. أما

1 - قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 155.

2 - مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص 276.

"Maher" فيرى بأن التعاطف يشير إلى : "الانتباه والرعاية الشخصية أو الفردية التي تقدمها المنظمة الصحية إلى زبائنها .ومنه فالتعاطف يعني:"درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد"

وبين "Chia-Ming" بأن التعاطف يثير الانتباه (الحذر أو الحرص) والعناية الشخصية المقدمة من قبل المنظمة الى الزبائن .وأشار "Zeithaml" بأن النقص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته.

ويشير التعاطف 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.

إذ يرى "Parasuraman" بأن بعد النقص العاطفي يشتمل على المتغيرات الآتية :اهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين اهتماما شخصيا، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملائمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين، وحرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين، والدراية الكافية باحتياجاتهم.¹

كما أوضح "Shaikh and Rabbani" بأن عناصر التعاطف هي :العاملين في المستشفى يتمتعون باللفظ والكياسة، الطبيب ينادي المريض باسمه، إعطاء الانتباه الشخصي للمريض.² ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي :اهتمام شخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ.

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

المبحث الثالث :أساليب تقييم جودة الخدمة الصحية

نظرا للتطورات الكثيرة التي آلت إليها المنظومة الصحية بصورة عامة والخدمات الصحية بصورة خاصة، وذلك في مختلف المجالات المهنية، التقنية والتجهيزاتية وحتى المفاهيمية من خلال الانتقال من تعريف الرعاية علاج المريض في مكان تقديم الخدمة إلى ضمان صحة الإنسان في مكان معيشته وعمله وفي البيئة التي يوجد فيها، أصبح من الضروري وضع أساليب تقييم تسمح بمعرفة مستوى الخدمات

¹ - K. Ishikawa, Manuel Pratique de Gestion, AFNOR, Paris, P. 10.

² - قاسم نايف علوان المحياوي,مرجع سابق,ص160.

الصحية المقدمة للمستفيد منها وبالتالي محاولة كشف مكان الخلل واختيار أنسب السبل الكفيلة بتحسينها.

المطلب الأول: لوحة القيادة وبطاقة الأداء المتوازن

تعد لوحة القيادة وكذا بطاقة الأداء المتوازن أسلوبين من أبرز طرق مراقبة التسيير والذين يساهمان في تقييم الخدمات الصحية، لذلك سنوضح كلاهما على حدى كما يلي:

الفرع الأول: ماهية لوحة القيادة

لوحة القيادة هي مجموعة من المؤشرات المرتبة في نظام متابعة من طرف نفس الفريق أو نفس المسؤول للمساعدة على اتخاذ القرار، التنسيق ومراقبة نشاطات قسم معين، وهي أداة اتصال واتخاذ قرار تسمح لمراقب التسيير بجذب اهتمام المسؤول حول النقاط الرئيسية لإدارة و تسيير وظيفته وتحسين أدائها.¹ لوحات القيادة هي أداة مرنة تسمح بعرض، بشكل سريع وبسيط وديناميكي، مجموعة من مؤشرات الأداء المنتقاة من طرف المؤسسة على أساس أهدافها، فهي إذن وسيلة لتجميع المعلومة المهمة التي يحتاجها المسير لاتخاذ القرار المناسب، وعادة ما يقارن جدول قيادة التسيير بجدول قيادة السيارة هذا الأخير الذي يعطينا من خلال نظرة خاطفة كل المعلومات اللازمة عن تشغيل السيارة ويقودنا في الاتجاه الصحيح. عند تصميم لوحة القيادة فإننا نقوم عموماً بتحديد النتائج المسطرة (الأهداف) حتى تكون معيار لتقييم الأداء، ومن ثم نعمل على قياس النتائج المحققة ومقارنتها مع ما تم تحديده واستخلاص الانحرافات الايجابية والسلبية، دون نسيان تفويض السلطات وتحديد المسؤوليات. ويمثل (الشكل رقم 01) نموذجاً مقترحاً للوحة القيادة.

الشكل رقم (01): لوحة القيادة حسب "Michel Leroy"

البرنامج المتبقي تنفيذ	أهداف نهاية السنة	النتيجة المحتملة بلوغها في نهاية السنة	التحقيقات الخاصة بالسنة السابقة	التصميم الأساسي			المؤشرات
				الانحرافات	الأهداف	التحقيقات	

المصدر: Claude Alazard et Sabine Sépari, contrôle de gestion, Dunod, Paris, 5ème édition, 2001, p p. 590-591

يوضح الشكل السابق محتوى لوحة القيادة حسب نموذج "Michel Leroy" الذي يعمل على مراقبة بعض المؤشرات التي يتم تحديدها وتحديد نتائجها المستهدفة ثم تتبع النتائج المحققة واستخلاص الانحرافات ومقارنتها مع النتائج السابقة بغية دعم نقاط القوة وتصحيح نقاط الخلل والضعف. وتتميز لوحات القيادة بقابليتها لأخذ عدة أشكال، نذكر منها ما يلي:²

¹ Claude Alazard et Sabine Sépari, contrôle de gestion, Dunod, Paris, 5ème édition, 2001, p p. 590-591

² www.centrepatronalist.qc.ca Consulter le:05/07/2014.

- الجداول: تتميز الجداول بكونها تظهر مباشرة وفوريا القيم والانحرافات (بالنسب والقيم) بالنسبة للتنبؤات أو بالنسبة لأي معيار مرجعي آخر (سنة سابقة، المنافسة...), غير أن لها عيوباً تتمثل في أنها لا تهتم ببعض التطورات التي تتوالى خلال أشهر، كما أنها لا تمكن من إجراء مقارنات بين عدة ظواهر مترابطة.
 - المخططات البيانية: تمتلك التمثيلات البيانية بعض الامتيازات مقارنة بالجدول، من أهمها تسهيلها لفهم الظواهر المختلفة وتوضيحها للتغيرات والانحرافات.
 - الإشارات أو الرموز: وهي تمثيلات معينة مثل الأسهم أو إشارات ملونة تظهر حالة المؤشر (تنبؤ بوجود انحراف من خلال اللون الأحمر مثلاً إذا كان غير ملائم، واللون الأخضر إذا كان ملائماً). وتسمح هذه الرموز بالتركيز على المستعجل والضروري.
 - ويمكن أن نلخص مراحل استعمال أو تشغيل هذه لوحة القيادة كما يلي: حساب الانحرافات وتحليلها، ترجمة أسباب الانحرافات ووضع النشاطات التصحيحية.
 - وعلى العموم تعتبر لوحة القيادة من أهم الأساليب الفعالة التي تستخدمها المنظمات الصحية في تقييم مستوى خدماتها، إذ أنها تعتبر:¹
 - جزء من النظام الرقابي في المنظمة.
 - تزود المنظمة بالمعطيات اللازمة للتسيير والمتعلقة بالوضعية الحالية كما يساعدها على التقدير المسبق للأحداث ويمكنها من التفاعل والتكيف مع متطلبات المستعمل والمحيط.
 - أداة مساعدة على اتخاذ القرار في الوقت المناسب وبشكل جماعي.
 - هي وسيلة للحوار والاتصال، وكذلك لإدارة الأزمات في المنظمة.
- الفرع الثاني: تقييم وقياس أداء مقدمي الخدمة الصحية**
- نظام تقييم أداء الموارد البشرية هو نظام رسمي تصممه إدارة الموارد البشرية في المنظمة ويشتمل على مجموعة من القواعد العلمية التي وفقها تتم عملية تقييم الأداء سواء كانوا رؤساء أو مرؤوسين أو فرق عمل. وتكمن أهمية قياس الأداء الموارد البشرية فيما يلي:²
- تمكين المنظمة من تقييم المشرفين والمدراء ومدى فاعليتهم في تنمية وتطوير أعضاء الفريق الذين يعملون تحت إشرافهم.
 - تزويد المنظمات بمؤشرات عن أداء وأوضاع العاملين مشكلاتهم.
 - تمكين العاملين من معرفة نقاط ضعفهم وقوتهم في أعمالهم.
 - العمل على تقادي وتقليص جوانب القصور والضعف.

¹ -Caroline. Selmer , Concevoir le Tableau de Bord , Edition Dunod , Paris 1998 , p6.

² - Caroline Selmer, construire et défendre son budget (outils, méthodes et comportements), Dunod, Paris, 2001, p. 193.

- أسلوب تتبعه المنظمات لاستخدام الموضوعية والعدالة في التعامل مع موظفيها بإتباع معايير واقعية ومقاييس محددة.
- يشكل فرصة للعاملين لتدارك أخطائهم والعمل على تجنبها وتنمية مهاراتهم و تحقيق ما يصبون إليه من ترقية والحصول على مكافآت وتعويضات مجزية.
- يفيد في رفع الروح المعنوية للعاملين وتوطيد الصلات والعلاقات بين الرئيس والمرؤوس.
- يفيد في خفض معدل الدوران الوظيفي والسلبيات في سلوك العاملين من غياب وإهمال وعدم الحماس للعمل.
- يسهم في الكشف عن الكفاءات الكامنة غير المستغلة للعاملين.
- يسهم في تعديل معايير الأداء وزيادة أداء العاملين والمنظمة بشكل عام.
- يسهم في رسم خطة القوى العاملة للمنظمة وما تتطلبه من تنمية وتدريب وتوفير المكافآت والحوافز للعاملين.

الفرع الثالث: لوحة قيادة مقدمي الخدمة الصحية

- لوحة القيادة هي أداة تقييمية، مساعدة على اتخاذ القرار وتعرض مجموعة من المعلومات المنظمة المتعلقة بالأفراد والجماعات في المؤسسة، وهي تشكل وثيقة تقييمية هامة في نظم المعلومات الداعمة لاتخاذ القرار. ويجب أن تستجيب لوحة قيادة الموارد البشرية لعدة التزامات منها:
- المصداقية: المتغيرات يجب أن تحدد بدقة، كذلك الأمر بالنسبة لطرق الحساب.
 - الوضوح: يجب أن ترتب المعلومة وفق أهميتها وتلخص في تقارير بيانية.
 - الآنية: بعض المعلومات تفقد قيمتها بشكل سريع والبقية بشكل بطيء.
 - المرونة: شكله يجب أن يتكيف مع تغير الأولويات لدى المستعملين.
- وتتمثل أهمية جدول قيادة الموارد البشرية في المهام الوظيفية المنوطة به، فهو يؤدي ثلاث وظائف أساسية وهي:¹
- القياس الداخلي الذي يمكن من متابعة المتغيرات الاجتماعية وفقا لمسؤوليات مختلف القادة في المؤسسة، تتعلق هذه القياسات: بعدد العمال، الأجور، التوظيف، زمن العمل، السلوكات...
- الرصد: أي ملاحظة التطورات الاجتماعية الداخلية و الخارجية التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب قيادة وتوجيه الموارد البشرية في المؤسسة.
 - التقدير المسبق: لما يمكن أن يحدث داخل أو خارج المؤسسة، فبفضل لوحة القيادة يمكن إعداد سيناريوهات حول تطور عدد العمال المرتقب أو تطور الكفاءات كما يمكنها أيضا دراسة سوق العمل، وسلوك الأجراء ومختلف التطورات التنظيمية.

¹ -www.discussion.com, Consulter le: 05/ 07/ 2014.

أما بالنسبة لدورية لوحة (جدول) قيادة الموارد البشرية فيعتبر الجدول الشهري المنزلق الأكثر ملائمة وتناسبا، أما إذا رغبتنا في متابعة أهداف استراتيجية بعيدة المدى تتعلق بالمواد البشرية فيمكن اللجوء للوحة قيادة تعد على أساس سنوي.¹

الفرع الرابع: بطاقة الأداء المتوازن وقياس أداء مقدمي الخدمات الصحية

طرحت بطاقة قياس الأداء المتوازن بواسطة روبرت كابلان وديفيد نورتن ونوقشت لأول مرة في جامعة هارفارد عام 1992، وتعتمد هذه البطاقة على الرؤية والأهداف الاستراتيجية، التي يتم ترجمتها إلى نظام لقياس الأداء، ينعكس بدوره في صورة اهتمام وتوجه استراتيجي عام، يسعى كل فرد في المنظمة إلى تحقيقه.²

وقد عرض كل من (كابلان ونورتن) نموذجا للوحة القيادة أين تكون فيه المؤشرات الموجودة على المستوى التنفيذي متلائمة مع الاستراتيجية، هذه المجموعة من المؤشرات يجب أن تتضمن توازنا وتناسقا بين مختلف المحاور المدروسة (الرهانات الاستراتيجية للمؤسسة)، لوحة القيادة هذه لها بعد مستقبلي فهي لا تبحث فقط في إدراك الأداء المستهدف وإنما أيضا تدرس عوامل النجاح الأساسية الموافقة لأفضل أداء مستقبلي.

وتتبع بطاقة الأداء المتوازن من فكرة متعددة الأبعاد للأداء الكلي حيث تسمح بتحقيق التوازن بين الأهداف الطويلة الأجل والميزة الفورية للنشاطات على المستوى التنفيذي، إذ تقسم بطاقة الأداء المتوازن الأداء وفق أربعة محاور أساسية هي:

- المحور المالي: تحسين الأداء المالي للمؤسسة هو هدف دائم (نمو حجم رقم الأعمال، تحسين المردودية، تخفيض التكاليف....)
- محور الزبائن: إذ أن نمو المؤسسة واستمراريتها مرتبط برضا زبائنها عن أدائها، وهنا نتكلم عن مؤسسة تقدم خدمة الصحة وبالتالي فإن رضا الزبون يعتبر أولوية لا يمكن إهمالها.
- محور الأنظمة الداخلية: حيث يتم قياس فعالية الأنظمة الداخلية للمؤسسة من أجل ضمان فعاليتها، ومن أهمها نظام التجديد (البحوث، عدد براءات الاختراع، عدد المنتجات الجديدة...)، كما أن خدمة ما بعد البيع أيضا من الأنظمة المهمة فترات النقاهة والعناية بعد العلاجية.
- محور التعلم التنظيمي (النمو والتعلم): يتعلق هذا المحور بالوسائل التي تستعمل لبلوغ الأهداف الاستراتيجية، إذ ترتبط مركبات هذا المحور بكل ما يتعلق بالمستخدم (إنتاجية العمل، دوران العمل، التحفيز..)، وبالنظام المعلوماتي الذي يجب أن يسهل التعلم التنظيمي، كما يركز هذا المحور على نشر المعرفة داخل المؤسسة.

1 - عمروصفي عقيلي، إدارة الموارد البشرية، بعداستراتيجي، دار وائل للنشر، والتوزيع، الأردن، 2007، ص 15.
2 - المرجع نفسه، ص 19.

بالنسبة لكل محور من هذه المحاور الأربعة يتم تحديد الأهداف وإظهارها من خلال المؤشرات مع قيمها المستهدفة ودمج المبادرات من أجل التعديل مع الأهداف الاستراتيجية، الانسجام الكلي بين المحاور الأربعة يعرض نموذجاً لقياس أداء المؤسسة من خلال رؤية عرضية لنشاطاتها من أجل تنسيق الاستراتيجية مع الأنظمة التنفيذية.

الفرع الخامس: قياس الأداء على مستوى محور التعلم التنظيمي (القياسات المتعلقة بالموارد البشرية)
عند قياس هذا المنظور يجب الاعتماد على مقاييس مثل: كم الموارد المنفقة على التطوير أو التدريب بدلا من النتائج، خاصة في المؤسسة الصحية التي تكون الأولوية للمخرجات بدرجة أكبر من المدخلات التي يمكن التغاضي عن حجمها إذا كانت النتائج مقنعة ومرضية.

وتهتم المقاييس في مجال التعلم والنمو بتوصيل استراتيجية المنشأة إلى الأفراد العاملين بها، وقد يتمثل التطوير في توسيع دائرة قدراتنا، أو أداء عمليات تجريبية في مجالات عمل جديدة، أو تغيير التنظيم أو نظام الرقابة الإدارية.¹

إن تقييم أداء الموظفين هو مراجعة لما أنجزوه بالاعتماد على وصفهم الوظيفي ومعايير عملهم، كما يوفر تقييم الأداء معلومات عن المهارات التي يحتاجونها للقيام بمهامهم على أكمل وجه، فمن خلال التقييم وبناء على نتائجه تتخذ القرارات بمكافأة المجتهدين ومعاقبة المقصرين.

ويعتبر تقييم أداء مقدمي الخدمات الصحية بالنسبة للمنظمة الصحية بالغ الأهمية، إذ لا يمكن لهذه الأخيرة أن ترفع من مستوى كفاءتها وفعاليتها إلى من خلال الحصول على مورد بشري فعال وكفء يتعلم ويعلم حتى يتمكن من تطوير عمل المنظمة وتخطيط الأهداف المستقبلية لها والعمل على تحقيقها.

المطلب الثاني: أسلوب التحليل التطويقي للبيانات DEA

على الرغم من الاهتمام الكبير بقياس الأداء في مجال الخدمة الصحية، إلا أنه من أهم التحديات التي تواجه الباحثين هو إيجاد الطريقة الأكثر ملاءمة لتحديد مؤشرات الأداء المناسب وقياس جوانب جودة الخدمة الصحية، وهذا ما يوفره أسلوب التحليل التطويقي للبيانات (أسلوب تحليل مغلف البيانات) DEA لما يوفره من ميزات سوف نتطرق لها لاحقا.

الفرع الأول: مفهوم أسلوب التحليل التطويقي للبيانات

يعود فضل بناء أسلوب DEA إلى Charnes-Cooper-Rhodes تقدير الكفاءة الفنية للمدارس التي تشمل مجموعة من المدخلات ومجموعة من المخرجات بدون توفر معلومات عن أسعارها.²

¹ - Jean René Edighoffer, précis de gestion d'entreprise, édition Nathan, France, 2001, p. 106.

² - الشعبي، خالد بن منصور، استخدام أسلوب مغلف البيانات في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الإدارية بالتطبيق على الصناعات الكيماوية والمنتجات البلاستيكية بمحافظة جدة بالمملكة، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية، السعودية، 2004، ص 316.

استخدام مدخلاتها المتاحة، ويتم حساب كفاءة هذه الأخيرة بالمقارنة مع الحدود الكفؤة، كأن نحسب كفاءة الوحدة A عن طريق قسمة الشعاع \rightarrow_{OA} على الشعاع \rightarrow_{OE} فتكون النتيجة 0.75، هذا ما يعني أن الوحدة A يمكنها أن تزيد من مخرجاتها بنسبة % 25 دون المساس بالمدخلات، وهكذا يتم قياس وتحسين الكفاءة بالنسبة ل C و D.

ويسمى أسلوب DEA المنشأة المراد قياس كفاءتها بوحدة اتخاذ القرار (DMU) الوحدة A في الحالة السابقة، وبشكل عام DMU كل كيان مسؤول عن تحويل المدخلات إلى مخرجات (عناصر النظام الصحي في موضوع بحثنا ومن ثم النظام الصحي ككل)، بحيث يمكن تقييم أداء في المجال التيسيري، فال DMU هي كل وحدة تملك درجة معينة من الحرية في اتخاذ القرار. ويمكن أن تتضمن: البنوك، أقسام المخازن، الأسواق المركزية، الشركات، المستشفيات، الجامعات... إلخ¹

ويصنف أسلوب DEA كأحسن وسيلة للمقارنة المرجعية (Benchmark) نظرا لتميزه ب:²

- عدم الحاجة الى وضع أي فرضيات (صيغة رياضية) للدالة التي تربط بين المتغيرات التابعة (المخرجات) والمتغيرات المستقلة (المدخلات).
- يمكن استعمال هذا الأسلوب في قياس الكفاءة الداخلية أو الخارجية.
- يمكن استعمال الأسلوب للتعامل مع المتغيرات الكمية كما يمكن أيضا استعماله للتعامل مع المتغيرات النوعية (الوصفية).
- تحديد أحسن الوحدات النظرية بالنسبة للوحدات غير الكفؤة، بالاعتماد على مدخلات ومخرجات متعددة.

- لا يتطلب قياس الكفاءة بهذا الأسلوب توفر معلومات عن أسعار المدخلات أو المخرجات.
- لا يتطلب أن تكون المدخلات والمخرجات من نفس وحدة القياس.
- التركيز على كل وحدات اتخاذ القرار وليس على متوسط العينة.
- ليس هناك تقييد في استعمال شكل معين من أشكال دوال الإنتاج.
- يرضي معايير العدالة الصارمة في التقييم النسبي لكل وحدة قرار.

الفرع الثاني: أهم نماذج اسلوب التحليل التطويقي للبيانات

يستخدم الأسلوب عدة نماذج نذكر من بينها ما يلي:

¹ -W. W. Cooper, L. M. Seiford, Kaoru Tone, *Data Envelopment Analysis*, 2nd ed. Springer Science et¹ Business Media, USA. 2007. p. 22.

² - A. Manzoni, S.M.N. Islam, *Performance Measurement in Corporate Governance*, Physica-Verlag² Heidelberg, 2009,p. 98.

- 1- نموذج "Constant Return to Scale" CCR: وهو النموذج الأساسي ويعرف بنموذج عوائد الحجم الثابتة، يتميز بتسهيل عملية المقارنة وهو النموذج الأكثر استعمالاً.¹
- 2- نموذج "Babker- Charnes- Cooper" BCC: يعطي هذا النموذج تقديراً للكفاءة الفنية بموجب حجم العمليات المعمول به في الوحدة لتقديم خدماته للمستفيدين وقت إجراء القياس، أي أنه يعطي الكفاءة المرتبطة بحجم معين من العمليات. كما يحدد النموذج أيضاً إمكانية وجود نسبة عائد متغير سواء كان ذلك بالزيادة أو النقصان على كمية خدمات الوحدات غير الكفؤة الناتج عن تغير كمية مدخلاته وصولاً إلى حد الكفاءة، أي أن هذا النموذج يتمتع بخاصية العائد المتغير على كمية الخدمات، لذا فهو يعرف أيضاً بنموذج VRS عوائد الحجم المتغيرة "Return To Scale Variable".²
- 3- النموذج اللوغاريتمي "Multiplicative Model": وينسب هذا النموذج إلى كل من "شارنز"، "كوبر"، "سيفورد" و"ستنز"، ويقوم أساساً على اللوغاريتم الخطي وتفسير الانتاجية على طريقة Cobb-Douglas.³
- 4- النموذج التجميعي "Additive Model": ينسب هذا النموذج إلى كل من "شارنز"، "كوبر"، "جولاني"، "سيفورد" و"ستنز"، ويعتمد هذا النموذج في تفسيره للكفاءة على "أمثلية باريتو" كما وردت في شرح "كوبمانز".
- الفرع الثالث: مبدأ عمل أسلوب DEA
- 1- الصيغة الكسرية لأسلوب DEA: كمبدأ يجب أن تكون الكفاءة الجيدة تمثل المدخلات الأقل والمخرجات الأكبر، وليس من الضروري أن تتطابق وحدات القياس سواء في المدخلات أو المخرجات (قيم نقدية، عدد أشخاص، أمتار،... إلخ).
- وتتم الصياغة الرياضية لنموذج CCR والذي يفترض بأن الوحدات المقيمة تعمل في ظل فرضية اقتصاديات الحجم الثابتة (CRS) على النحو التالي:

$$Max \theta_{\pi} = \frac{\sum_{r=1}^S u_r y_r \pi}{\sum_{i=1}^m v_i x_i \pi}$$

1 - باهر رمزي، أسماء محمد، تحليل مغلف البيانات، استخدام البرمجة الخطية في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الإدارية، 1996، ص 317.

2 - الشعبي، خالد بن منصور، مرجع سابق، ص 330.

3 - باهر رمزي، أسماء محمد، مرجع سابق، ص 321.

S.C

$$0 \leq \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \leq 1 \quad j = 1, \dots, n(1)$$

$$r = 1, \dots, s$$

$$u_r v_i \geq 0 \quad i = 1, \dots, m$$

بحيث تمثل:

z: عدد وحدات اتخاذ القرار (DMU) التي يتم مقارنتها ببعضها البعض في أسلوب (DEA).

DMUj: وحدة اتخاذ القرار رقم j .

θ : مؤشر الكفاءة للوحدة تحت التقييم بأسلوب (DEA).

y_{rj} : قيمة المخرج r المنتج من قبل وحدة إتخاذ القرار j .

x_{ij} : قيمة المدخل i المستعمل من قبل وحدة إتخاذ القرار j .

r : عدد المخرجات المنتجة من قبل كل وحدة اتخاذ قرار (DMU).

i : عدد المدخلات المستعملة من قبل كل وحدة اتخاذ قرار (DMU).

u_r : المعامل أو الوزن المخصص من قبل (DEA) للمخرج r ليبلغ درجة الكفاءة (100 %).

v_i : المعامل أو الوزن المخصص من قبل (DEA) للمدخل i ليبلغ درجة الكفاءة (100 %).

وتكون دالة الهدف المذكورة في الصيغة الرياضية (1) تهدف إلى تعظيم مؤشر الكفاءة θ بالنسبة لوحدة إتخاذ القرار π تحت قيد أن أي وحدة قرار ذات مجموعة المعاملات u و v المقيمة مع بقيت الوحدات يجب أن لا تفوق أي وحدة قرار القيمة 1 (100%)، التي تعني الكفاءة الكاملة.

إذا كانت قيمة θ لوحدة إتخاذ القرار المقيمة DMU_{π} أقل من (100 %) تعني بأن هذه الوحدة غير كفؤة، أي توجد وحدة أخرى من هذه المجموعة من وحدات اتخاذ القرار المقيمة تستخدم أقل أو نفس ما تستخدمه وحدة القرار هذه غير الكفؤة ولكن بإنتاج أكبر¹، أما إذا كانت DMU_{π} كفؤة فإنها تشكل مع وحدات أخرى كفؤة الحدود الكفؤة للوحدات الأخرى غير الكفؤة².

ويتم كتابة المسألة كما في الصيغة الرياضية (1) لإيجاد مؤشر الكفاءة لكل وحدة قرار.

-الصيغة الخطية لأسلوب DEA: لكن استعمال دالة الهدف ككسر سوف يعطينا مالا نهاية من الحلول، لذلك نكتفي بوضع المخرجات التي يجب تعظيمها في دالة الهدف وتحويل مقام دالة الهدف السابقة كقيد يساوي القيمة 1 ، وهو ما تم تمثيله بالصيغة التالية:³

¹ - H. Sherman David, Zhu Joe, Op. Cit., p. 63.

² - W. W. Cooper, L. M. Seiford, Kaoru Tone, Op. Cit., p. 24-25.

³ - Othman Joumady, Efficacité Et Productivité Des Banques Au Maroc Durant La Période De Libéralisation Financière: 1990-1996, 17èmes Journées Internationales d'Economie Monétaire Et Bancaire, Lisbonne, Portugal, 7-9 Juin 2000, p. 14.

$$Max \theta_{\pi} = \sum_{r=1}^s u_r y_{r\pi}$$

S.C.

$$\sum_{i=1}^m v_i x_{i\pi} = 1 \quad i = 1, \dots, m \quad (2)$$

$$\sum_{r=1}^s u_r y_{rj} \leq \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} \quad r = 1, \dots, s$$

$$u_r, v_i \geq 0 \quad j = 1, \dots$$

2-الصيغة الثنائية: ويلعب البرنامج الثنائي دور جد مهم في أسلوب DEA بحيث يعوض المعامل λ كل من المعاملات

u و v ¹ وعندما يحول البرنامج إلى صيغة الثنائية يصبح كما يلي:

$$Min \theta_{\pi}$$

S.C.

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j x_{ij} \leq \theta x_{i\pi} \quad i = 1, 2, \dots, m; \quad (a)$$

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j y_{rj} \geq y_{r\pi} \quad r = 1, 2, \dots, s; \quad (b)$$

$$\lambda_j \geq 0 \quad j = 1, 2, \dots, n; \quad (c)$$

يقوم برنامج الثنائية بتدنية قيمة θ تحت القيود التالية (a) أن تكون القيم المرجحة لمدخلات الوحدات الأخرى أقل أو يساوي قيم مدخلات الوحدة المراد قياس كفاءتها (π), (b) أن تكون القيم المرجحة لمخرجات الوحدات الأخرى أكبر أو يساوي قيم مخرجات الوحدة المراد قياس كفاءتها (π), (c) تعبر λ عن قيمة أو المعامل المضروب في المدخلات أو المخرجات للوحدات غير الكفؤة لتصبح وحدات كفؤة (100%).²

-المخرجات غير المرغوبة: وتقتصر هذه المخرجات في بعض الجوانب كالمجال البيئي، والتي يجب على أسلوب DEA التفاعل مع المعطيات التي يفرزها، حيث منهجيا تتعامل DEA مع مدخلات يجب تخفيضها ومخرجات يجب زيادتها، لكن وكما ذكر كوبمان³ سنة 1951 أن مسار الإنتاج يمكن أن يولد كذلك مخرجات غير مرغوبة، ويمكن أن تتمثل هذه الأخيرة في الجانب الإيكولوجي (التأثيرات الضارة على البيئة)، كانبعاث الغازات الملوثة في الهواء والماء، النفايات، المعادن السامة، كما لا تقتصر المخرجات غير المرغوبة فقط على الجانب البيئي.⁴

¹ - R. Ramanathan, An Introduction To Data Envelopment Analysis: A Tool For Performance Measurement, 1st ed. Sage Publications, California, USA, 2003, p. 48.

² -H. Sherman David, Zhu Joe, Ibid, p. 69-70.

³ - تجالينغ كوبم (Tjalling C. Koopmans) اقتصادي هولندي، حائز على جائزة نوبل في الاقتصاد سنة 1975، له مساهمات في دالة الإنتاج وتطبيقها على المستوى الكلي.

⁴ - Mauro Coli, Eugenia Nissi, Agnese Rapposelli, Monitoring Environmental Efficiency: An Application To Italian Provinces, Environmental Modelling & Software, 2011, p. 39.

وكذلك الأمر بالنسبة لبعض المدخلات فلا بد من زيادتها لتحسن الكفاءة كما هو الحال بالنسبة للنفقات المسترجعة فزيادتها تدل على كفاءة الشركة في استرجاع نفقاتها.¹

المطلب الثالث: نموذج تقييم الخدمات الصحية SERVQUAL

من بين أساليب قياس وتقييم الخدمات الصحية نجد أسلوب SERVQUAL الذي يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكاتهم الفعلية لها، ومن ثم تحديد مدى التطابق بين المستويين (المتوقع والمدرک) وتحليل الفجوة بينهما باستخدام الأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية.

الفرع الأول: مفهوم نموذج SERVQUAL

نموذج (التوقعات / الإدراكات) أو نموذج تحليل الفجوة هو نموذج مستخدم لتقييم مستوى الخدمات من حيث الجودة من خلال تقييم الفجوة الموجودة بين ما يتوقعه المرضى وبين ما يدركونه من خدمات صحية، غير أن هذه الفجوة تعتمد بدورها على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمات الصحية وتقديمها.²

الفرع الثاني: ابعاد نموذج SERVQUAL

يعتمد نموذج SERVQUAL على أبعاد الخدمات الصحية المستخلصة من الدراسات التي قام بها الباحثون ، ، Zeithaml Berry و Parasurman, ففي سنة 1985 وفي دراسة بعنوان المقاييس الكمية لقياس جودة الخدمة، تمكن الباحثون من تحديد 10 أبعاد أساسية لقياس جودة الخدمة وهي الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الكفاءة، الكياسة، المصادقية، الأمان، فهم الزبون، الاتصال وإيصال الخدمة، وفي دراسة لاحقة لنفس الباحثين سنة 1988 بعنوان المقاييس الكمية لقياس جودة الخدمة: تم اختصار أبعاد قياس جودة الخدمة من 10 إلى 05 أبعاد هي الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد أو الثقة وأخيرا التعاطف.³

1- بعد الملموسية Tangibles

ذكر " Chia-Ming " أن الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال، وأشار "Zeithmal and Britner" إلى أن الجوانب المتعلقة بملموسية الخدمة هي المباني وقنوات المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك.⁴ وأوضح "Shahril" أن الملموسية تعني مظهر التسهيلات والمعدات

¹ - Joe Zhu, Wade D. Cook, Modeling Data Irregularities and Structural Complexities In Data Envelopment Analysis, Springer Science et Business Media, New York, USA, 2007, p. 104.

² - Sungchul, Y & Hyunsuk, S. "Ensuring IT consulting SERVQUAL and user satisfaction: A modified measurement tool". Information Systems Frontiersm, 2004, p. 86.

³ - Brown, F & Jacqueline, L, A study in organizational change: The attitude of personal toward TQM³ implementation in state department of education". Dissertation Abstract International, 2003, pp. 125-126.

⁴ - قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 155.

المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصالات. كما بين "Shaikh" أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيرا الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى.

وبالتالي نجد أن الملموسية تشير إلى التسهيلات المادية التي 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، وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها.¹

ومن معايير التقييم لهذا البعد نجد: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.

2- بعد الاعتمادية Reliability

يرى "Cronin & Tylor" بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، الممرض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلا عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة. وأوضح "Lovellock" بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات. وأكد "Goncalves" بأن الاعتمادية تعني قدرة مجهر الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ويرى "Slack" بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلا عن تسليم نتائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن، أما "Stevenson" فيرى بأن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية وبمطابقة وبدقة عالية.² ولتقييم الاعتمادية في المنظمة الصحية نستخدم عدة معايير منها: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية، وذكر "Shaikh" أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقا لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة.

وفي ضوء ما تقدم نرى بأن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظ الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها، فضلا عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حل مشكلات

1 - مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص 276 .

2 - قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 152 .

المريض مما يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساس وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والأخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج.

3- بعد الاستجابة Responsiveness

يرى "Lovell" بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم . وذكر "Ming" أن الاستجابة تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة . فالاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها . وبين "Shaikh" أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج.¹ وتشمل الاستجابة في الخدمات الصحية مجموعة من المتغيرات منها: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي، وأخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها.

ومن خلال هذه المتغيرات يمكننا استخلاص معايير تقييم بعد الاستجابة كالاتي: تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم.

4- بعد الثقة (الضمان) Assurance

أشار "Shaikh" بأن الضمان في مجال الخدمات الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكوادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم ، كما أكد بأن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين (مقدمي الخدمة) وقابليتهم لإشاعة أو نشر روح الثقة والصدق، وأيضا تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزيائن . وبين "Shaikh & Rabban" بأن الضمان يتضمن العناصر الآتية: المستشفى جديرة بالثقة والاعتماد، الطبيب مؤهل وكفاء، العاملين بالمستشفى يتمتعون بالكيافة واللفظ.²

1 - مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص 270 .

2 - طاهير حسين، مرجع سابق، ص 16 .

ومن هنا يمكن القول بأن الضمان يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة .أو أن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمات الصحية يقصد به" :تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلا عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة .

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

5- بعد التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy

عرف "Shahril" التعاطف بأنه :الحرص" الانتباه "والعناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها، وأوضح "Shaikh" أن بعد التعاطف (الجوانب النفسية) يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المعطاة للمرضى، ومناداته باسمه، وإبداء صفة الانتباه تجاه المرضى .أما "Maher" فيرى بأن التعاطف يشير إلى :الانتباه والرعاية الشخصية أو الفردية التي تقدمها المنظمة الصحية إلى زبائنها .ومنه فالتعاطف يعني" :درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد.¹ وبين "Chia-Ming" بأن التعاطف يثير الانتباه (الحذر أو الحرص) والعناية الشخصية المقدمة من قبل المنظمة الى الزبائن .وأشار "Zeithaml" بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته.²

ويشير التعاطف 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 .إذ يرى "Parasuraman" بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات الآتية :اهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين اهتماما شخصيا، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملاءمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين، وحرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين، والدراية الكافية باحتياجاتهم.³

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها .ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والكياسة والسرية والنهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى)، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية،

¹ - K. Ishikawa, Manuel Pratique de Gestion, AFNOR, Paris, 2013, P. 9.

² - قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 159 .

³ - K. Ishikawa, Ibid, P. 10.

فضلا عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف. ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: اهتمام شخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف.

الفرع الثالث: مبدأ عمل نموذج SERVQUAL

توجد خمس فجوات يتم تحليلها ضمن هذا النموذج، والتي نوجزها كما يلي:

الفجوة رقم (01): وتنتج عن الإختلاف بين ما يرغبه المرضى وما تعتقده الإدارة أنه رغبة المرضى¹. نتيجة القياس: في حالة وجود فجوة سلبية فإن هذا يشير إلى عجز الإدارة عن معرفة وتقهم احتياجات ورغبات المرضى من خلال توقعاتهم والعكس صحيح.

الفجوة رقم (02): وتنتج عن الإختلاف بين ما تعتقده الإدارة أنها رغبة المريض وبين ما تقوم المنظمة بأدائه من الناحية الفعلية.

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

الفجوة رقم (03): وتظهر بسبب الاختلاف بين المواصفات المحددة للجودة وبين مستوى الأداء الفعلي. نتيجة القياس: في حالة وجود فجوة سلبية فإن هذا يعني أن هناك اختلافا بين مواصفات الخدمة المقدمة للمرضى وبين ما تدركه الإدارة، وذلك بسبب تدني مستوى الأداء والمهارات الخاصة بمقدمي الخدمة أو عدم وجود الدافعية لهم لتقديم الخدمة وفقا للمواصفات المخططة والعكس صحيح.

الفجوة رقم (04): وتنتج عن الاختلاف بين الخدمة المؤداة وما يتم الترويج عنه بخصوص الخدمة. نتيجة القياس: في حالة وجود فجوة سلبية فإن هذا يشير إلى وجود خلل في المصادقية والثقة في منظمة الخدمة، والعكس صحيح.

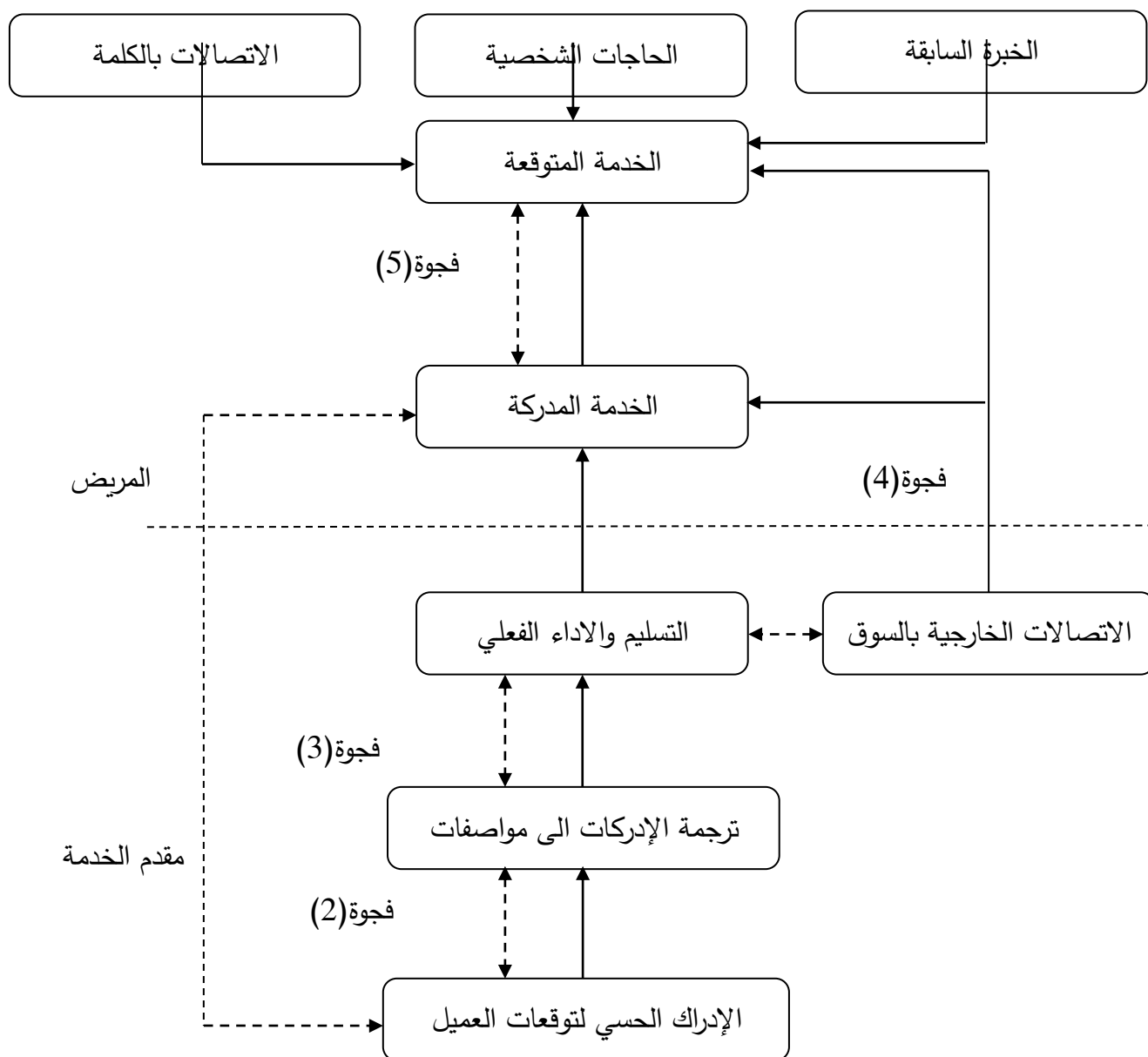
الفجوة رقم (05): هي نتاج واحدة أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة وتمثل الفرق بين الخدمة المدركة والخدمة الفعلية.

نتيجة القياس: في حالة وجود فجوة سلبية فإن هذا يؤدي إلى عدم رضا المرضى والمجتمع عن الخدمة المقدمة، واحتمالات التذمر والشكوى وتكوين الانطباعات السيئة عن منظمات الخدمة.

والرسم التالي يشرح الفجوات الخمس التي تم ذكرها

الشكل (03): نموذج جودة الخدمة

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



فجوة (1)

المصدر: هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط6، دار وائل للنشر، عمان، الاردن، 2015، ص506

خلاصة

لا شك أن الخدمات الصحية تعتبر من أهم الخدمات التي تهتم فرد، المجتمع والدولة بصورة عامة لما لهذه الخدمة من أهمية في توفير حالة من الأمان والاستقرار لفرد عند دراية بقدرته على الوقاية من الأخطار والعلاج عند المرض، بالإضافة إلى كون هذه الخدمة تمثل نقطة انطلاق في مسيرة التنمية والبناء والاستقرار الاجتماعي إذا ما أحسن توجيهها وإدارتها وتواصلت على أسس علمية صحيحة وتخطيط سليم.

ويعد تقديم الخدمات الصحية من أقدم المهن التي عرفتها البشرية، فهي قبل أن تصل إلى المستوى المتطور الذي نعرفه اليوم كانت في أول الأمر عند المجتمعات البدائية تعتمد على السحر والشعوذة وأراء المنجمين ثم بدأت ترتقي شيئاً في شيئاً بالتخلي على كل ما هو إيديولوجي والتوجه إلى العقلانية واعتماد المبادئ العلمية؛ فأصبح البشر اليوم قادرين على تشخيص الأغلبية الساحقة من الأمراض مع معالجة أغلبها بل تطور الأمر إلى البحث في كيفية تقديم هذه الخدمة بأحسن الطرق وأسلس السبل.

غير أن ذلك لن يتحقق بالضرورة إلى من خلال إنتاج هذه الخدمة وإدارة صناعتها بطريقة علمية وفعالة مبنية على الأسس الإدارية صحيحة من تخطيط، تنسيق، تنظيم، تمويل وتسويق مع مراعاة خصوصية الخدمة الصحية ومساسها بحياة الإنسان وعافيته؛ ولهذا وجب على كل الدول العمل على تأمين نظام صحي فعال قادر على توفير ما يلقي رضا المرضى واستحسانهم مع التركيز على آليات تمويل هذا النظام والعمل الدائم على إصلاحه وإصلاح نماذج التأمين الصحي المطبقة باعتباره المورد الأساسي لتمويل الخدمة الصحية.

هذا ما حاولنا أن نبينه خلال الفصل الأول، إذ عملنا على الإحاطة بكل المفاهيم النظرية المتعلقة بالخدمة والخدمة الصحية؛ أما خلال الفصل الثاني فسنحاول التطرق لماهية المنظومة الصحية الجزائرية و ذلك بتعريفها و التطور التاريخي لها و مختلف الهياكل الصحية المتواجدة بها مع استعراض التنظيم النظام الصحي بالجزائر و هياكله وأيضاً دوافع التغيير في المنظومة الصحية الجزائرية.

الفصل الثاني

واقع النظام الصحي في

الجزائر

تمهيد:

إن التطور العلمي السريع في كافة فروع الطب و العلوم الصحية و التخصصات الدقيقة أدى إلى تغير جوهري في مفهوم الصحة و العلاج وأصبحت تكلفة الخدمات من أبرز القضايا الصحية التي تتطلب تدخلا حاسما من قبل الجهات المسؤولة، و باعتبار أن السياسة الصحية الوطنية هي تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحديد الأهداف و الاتجاهات الرئيسية لبلوغ الأهداف فلا بد أن تكون مناسبة لاحتياجات الاجتماعية و الأحوال الاقتصادية للجزائر، و أن تكون أيضا جزءا من السياسة العامة للتممية الوطنية.

في هذا الفصل سنحاول تشخيص واقع الخدمات الصحية بالمنظومة الصحية الجزائرية و معرفة مختلف نقاط القوة و الضعف و كيف تسعى الدولة إلى زيادة الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع و الاهتمام بالخدمات الصحية، و تحول التركيز عند تقديم الخدمة الصحية من الكم إلى الكيف مع السعي الجاد لتحسين جودة الخدمات المقدمة في مختلف المؤسسات الصحية و من هنا ظهرت الحاجة الملحة إلى ضرورة تقويم أداء لها عن طريق استخدام مجموعة من المؤشرات العالمية و التي على ضوءها يتم الحكم على مدى نجاحها أو فشلها في تقديم خدماتها.

حيث قسمنا هذا الفصل الذي جاء بعنوان: " واقع النظام الصحي في الجزائر " إلى ثلاثة مباحث:

- المبحث الأول و قد حاولنا التطرق لماهية المنظومة الصحية الجزائرية و ذلك بتعريفها و التطور التاريخي لها .
- أما فيما يخص المبحث الثاني فقد تناولنا من خلاله تنظيم النظام الصحي بالجزائر و مختلف الهياكل الصحية المتواجدة بها.
- المبحث الأخير في هذا الفصل تناولنا فيه دوافع وأهداف التغير في المنظومة الصحية في الجزائر.

المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية في الجزائر

قبل التطرق للمنظومة الصحية في الجزائر و تطورها و مختلف العناصر المكونة لها يجب أن نقف أولا على مفهوم المنظومة الصحية.

المطلب الأول : تعريف المنظومة الصحية

يتم تعريف المنظومة الصحية بالاعتماد على النظرة التحليلية التي تعتبر المنظومة على أنها نموذج يسمح بتحليل مجموعة عناصر مستقلة ليس لها معنى إلا في مجملها، هناك عدة تعريف للمنظومة الصحية نذكر أهمها:

المنظومة الصحية عبارة عن مجموعة العناصر المتناسقة و المهيكلة بهدف الوقاية، الترقية الصحية و توزيع العلاج على جميع أفراد المجتمع يمكن القول أنها منظومة معقدة تسهم في الحماية، الإطعام و تحسين الوضع الصحي للأفراد مما يسمح لهم بالعمل، التفاعل، الاتصال...¹ يعرف "J.F. NYS" المنظومة الصحية على أنها: "مجموع نشاطات مرتبة فيما بينها، لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية و الاجتماعية الأخرى، التي تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين و التي تنشط داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلتا تجانس و استقرار زمني".²

كذلك هي عبارة عن أسلوب عمل و إجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما، بتوفير أساليب عمل و طرق و إجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات و المناطق الصحية لتحقيق الأهداف المسطرة.³

وعرفت المنظمة العالمية للصحة على أنها: مجموع الموارد و المنظمات و الأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية، و النشاط الصحي عبارة عن مجهود يكون هدفه الأساسي حماية و تحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في إطار متعدد القطاعات".⁴ مما سبق يتضح لنا إن الفهم الجيد للمنظومة الصحية و أهدافها، يتطلب منا معرفة مختلف النشاطات التي تحتويها حيث بتحديد هدف كل نشاط ثم بتنسيق هذه الأهداف نصل إلى الهدف الرئيسي للمنظومة الصحية.

المطلب الثاني : مكونات المنظومة الصحية

تعتبر الخدمات الصحية مخرجات المنظومة الصحية و الهدف الذي تسعى إليه، حيث تقدم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة لتلبية الحاجات الصحية و الحفاظ عليها و تعزيزها، و حتى نتحصل على هذه المخرجات لابد من توفر مجموعة من المدخلات التي تعتبر مكونات المنظومة

¹- Brahim Brahamia, Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé, OCDE-Europe de l'est Maghreb, Bahaeddine, éditions, Constantine, Algérie, 2010, p 73.

²- J.F. NYS, la santé consommation ou investissement, Edition Economica, Paris, 1981, p 18.

³ - صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، منظور شامل، دار الفكر، عمان، 2009، ص 52.

⁴-OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant, Genève 2000, p 8.

الصحية، بالإضافة إلى الأنشطة التي تساعد على تحويل هذه المدخلات إلى مخرجات في شكل خدمات صحية، و فيما يلي مجموع العناصر المكونة للمنظومة الصحية:

الموارد البشرية:

تتطلب الخدمات الصحية وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الممارسين العامين، الخاصين و الاستشاريين في جميع مجالات الطب، بالإضافة إلى الهيئة التمريضية و الطبية المساعدة كالصيادلة ومخصي مختبرات الأشعة، التخدير و الإنعاش، الرقابة الصحية، التأهيل و العلاج الطبيعي... الخ، كذلك الموارد البشرية الإدارية و المحاسبية و العاملين في مجال الصيانة و الخدمات، و يجب أن تتميز هذه الموارد البشرية بمستوى عال من الخبرة و الكفاءة و التعاون، لينعكس ذلك على جودة الخدمة الصحية.

الموارد المالية:

تتنوع مصادر التمويل الصحي، فالسلطات العمومية تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول كمكافحة الأمراض المعدية، مراقبة الجوانب المهمة في سلامة البيئة و الإشراف على برامج رعاية الأمومة و الطفولة وبرامج التطعيم، إلا أن زيادة التكاليف و الطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دون الزيادة في الإنفاق الحكومي عليها دفع بعض الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات حسب توجهاتها و مستوى تطورها، نذكر أهمها: التمويل عن طريق اشتراكات التأمين الاجتماعي، التمويل عن طريق الضرائب، التمويل من خلال التأمين الخاص.

الأجهزة و المعدات: تعتبر من العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية، حيث أن توفير الأجهزة و المعدات و الآلات المتطورة و المزودة بتقنيات التكنولوجيا الحديثة تساعد على تشخيص الأمراض بدقة و علاجها و زيادة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

المباني و الهياكل المستخدمة: تشمل العيادات، المراكز الطبية، المستشفيات، الصيدليات، المستوصفات و المختبرات، على أن تكون مصممة بشكل يساعد على تقديم الخدمات الصحية و في ظروف بيئية مناسبة كأن تضم غرف المرضى، الحمامات، الممرات، محطات التمريض و مخازن الأدوية و غيرها، حيث تتوفر على التهوية، الإنارة، التدفئة، النظافة، و أماكن الانتظار و الراحة... الخ.

المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية: هم جميع المستفيدين من الخدمات الطبية و الرعاية الصحية، و رغم أنه من الصعب تلبيتها بشكل كامل إلا أنه يجب تلبية أكبر قدر منها، فبقدر تعدد حاجات المرضى و متطلباتهم تتعدد و تتنوع المستويات الخاصة بالخدمات.

البحوث و تراكم المعارف: تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية و الاختراعات بهدف تحسين العلاج و مكافحة الأمراض، كما تساهم في تخفيض التكاليف الصحية من

خلال التشخيص المبكر لبعض الأمراض و اعتماد المريض على نفسه في أخذ بعض العلاجات لسهولتها
مثل: إير الأنسولين...¹

المطلب الثالث : التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر
منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر، و قد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين
حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب أي بمعدل طبيب
واحد لكل 100.000 ساكن متركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا
يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة و ليست لديها شهادات و كذا انعدام للطاقم الإداري المسير.²
مرحلة ما قبل الاستقلال:

كانت وضعية الصحة العمومية في الجزائر قبل الاستقلال مزرية جدا، حيث كان الشعب
الجزائري يعاني من الفقر و الحرمان و ظروف المعيشية السيئة المخصصة لأغلبية الجزائريين من طرف
المستعمر ما أدى إلى أوضاع كارثية انتشرت فيها مختلف الأمراض الوبائية و المعدية مثل: الملاريا،
السل، الكوليرا، التيفوئيد، و الإسهال، أما نسبة الوفيات عند الأطفال فكانت من أعلى النسب في العالم،
حيث لم يتمكن سوى القلة القليلة من المواطنين في الحصول على العلاج العام أو حتى الخاص، إذ كان
الأطباء و المستشفيات متركزة في المدن أي الكثافة الاستعمارية أما المناطق الريفية ذات الأغلبية فهي
تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي و الأعشاب الطبية لأنها تفتقر لأدنى المراكز الصحية.³
غداة الاستقلال كان وجوبا على الحكومة الفتية أن تعمل على تغيير هذا الوضع، فكان عليها
تحديد الأولويات و معرفة التحديات و الرهانات، عن طريق وضع سياسة وطنية صحية تهدف من خلالها
إلى القضاء على الأمراض و الأوبئة، ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا، و كذا
بناء الهياكل و تكوين الإطار الطبي و الشبه الطبية و الإدارية.

و عليه يمكن تقسيم هذه الفترة إلى عدة مراحل أساسية، نبين من خلالها مدى حرص الحكومة
الجزائرية على تطوير المنظومة الصحية و جعلها تتماشى و احتياجات السكان إلى الرعاية الصحية، و
هذا من خلال وضع سياسات وطنية بمجموعة من البرامج و الأهداف القصيرة و المتوسطة و الطويلة
المدى، مع توفير الإمكانيات و الوسائل المتاحة في تلك الفترة.

المرحلة من سنة 1962 إلى سنة 1965:

ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية صحية لا يرثى لها نتيجة الظروف الاجتماعية و الاقتصادية
وسوء التغذية و قلة النظافة و نقص التآطير خاصة في الميدان الطبي، بالإضافة إلى نقص التغطية
الصحية ما أدى إلى خلق فوارق اجتماعية و جهوية كبيرة، بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية و

¹-BrahimBrahamia, op.cit, p 66.

²-حوالف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه، جامعة
أبو بكر بالقائد، تلمسان، 2009-2010، ص 133.

³- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر و التوزيع، الجزائر، 2009، ص 132.

البشرية، هناك المعوقات القانونية بحيث أن إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة و 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، و هو 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 و ما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962 إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، و كان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البناءات و الهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، و من جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة و المعدية.

ولهذا يمكن القول أن السياسة الصحية للجزائر بعد الاستقلال ارتكزت على شطرين أساسيين هما: من جانب العمل على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية و مكافحة ظاهرة وفيات الأطفال من خلال تعميم العلاج الوقائي، كالتلقيح و نظافة المحيط و حماية الأمومة و الطفولة و النظافة المدرسية و طلب العمل، و من جانب آخر بناء الهياكل الصحية و تكوين الإطارات الطبية و الشبه الطبية و الإدارية و الحصول على التجهيزات و توفير التمويل الصحي و الطبي.

المرحلة من سنة 1965 إلى سنة 1979:

تميزت هذه المرحلة بجانبين أساسيين هما محاولة إرساء العلاج الأولي و المجاني من خلال توفير ومضاعفة قاعات العلاج و المراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو كل حي.¹ فتعميم خدمات الوقاية و العلاج 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 و الريفية، إذ نجد تمركز الموارد البشرية الطبية و الشبه الطبية و الهياكل القاعدية في المدن الكبيرة و غيابها تقريبا في المناطق الريفية و الشبه الريفية، هذه الأخيرة التي لا تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للتمريض.

و من جانب آخر كان قرار مجانية الطب المتعلقة بإنشاء قانون الطب المجاني خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي و توحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية و الاقتصادية للأفراد، و ذلك بتسخير كافة الوسائل و الإجراءات لحماية الصحة و ترقيتها في البلد، و تعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني.

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

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، ومنذ 1975 شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، و هكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، و 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 المحيط و الأمن في العمل.
- المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن و تحسين وظيفتها، في مجال الهياكل الصحية و تحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة بـ 60% من مجموع النفقات و 30% من طرف الضمان الاجتماعي، و الباقية 10% من طرف السكان أو الأسر، بحيث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها، و تضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة AMG الطبية المجانية و ما يقدم كالتقادم لهذه المرحلة التاريخية هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها، و انعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام أن لنا تسميته بنظام، بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان و في 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.

المرحلة من سنة 1979 إلى 1995:

تمثل هذه الفترة التاريخية مرحلة تقييم السياسات التنموية بما فيها السياسة الصحية، التي عملت الوصاية على تحديد معالمها المستقبلية و الخطوط الرئيسية الواجب اتباعها.

و قد عرفت هذه المرحلة بمرحلة إصلاح القطاع الصحي، و كانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه و تحقيق و تمويل الاستثمارات الصحية، و قد حدث انعطاف مهم في اتجاهات السياسة الصحية، إذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية قدرا من التقدم في المجال الصحي.

و كانت من أهم الاهتمامات خلال هذه الفترة العمل على التنقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف، من خلال وحدات العلاج التي تم إقامتها هناك، و اعتمد في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة من أجل تبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع، مع ضرورة دعم المؤسسة الصحية.¹

واصلت دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته و ذلك في مرحلتي الثمانينات و بداية التسعينات، و ما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 و هي المراكز الاستشفائية الجامعية، و كذا المنشور الوزاري سنة 1985 و المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء و الإطعام في الوسط الاستشفائي، بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة

1- نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 137.

1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية و البحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية و هيئات الضمان الاجتماعي.

المرحلة من سنة 1996 إلى 2007:

رغم الإيجابيات التي حققها النظام الصحي المطبق في الجزائر خلال الفترة السابقة إلا أن هناك العديد من التحديات التي كان على القطاع مواجهتها، فمثلا مجانية العلاج و الارتفاع المفرط في النفقات الصحية بالإضافة إلى تدهور جودة الخدمات الصحية... كل هذا شكل عائقا حقيقيا للنظام الصحي بالجزائر وفرض انتهاج سياسة إصلاحية ورؤية استراتيجية ترفع من فعالية أداء القطاع و كفاءته.¹ أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005، فقد عرفت بعض التحسن و الدليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر و المقدرة بـ 9.10% من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، و السبب في ذلك عدم وجود سياسة استراتيجية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء و التفاوت فيما يخص الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف و النتائج.

المرحلة من سنة 2007 إلى سنة 2018 :

تتميز هذه المرحلة بمواصلة إصلاح النظام الصحي بالجزائر، إذ تمثل هذه الفترة امتدادا للمرحلة السابقة، و يمكن إيجاز بعض أهم معالمها في ما يلي:²

- البداية التدريجية في تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات و تطبيقه بصورة نهائية خلال سنة 2009؛
- صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 و الذي أدى إلى إعادة هيكلة الخارطة الصحية المعمول بها قبل سنة 2007 و تطبيق الهيكلة الجديدة ابتداء من 01 جانفي 2008 التي تحول و تصنف جميع الهياكل و المؤسسات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية (EPH) و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP)؛
- وضع برنامج "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" المقدر بتكلفة 2000 مليار دينار جزائري و المخطط للفترة من سنة 2009 إلى سنة 2025.

من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة و القطاعات الصحية و المراكز الاستشفائية الجامعية، و في سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص

¹-Ministère de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire nationale, Algérie, novembre 1981, p 2.

²-Ministère de la santé et de la population, Ibid, p 3.

و هي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج و تقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن.

و كانت سنة 2012 سنة للمكتسبات حيث يجمع المتتبعون للقطاع الصحي على تحقيق قفزة متميزة من حيث الكم و النوع بفضل الاهتمام الطبي أولته الدولة غير أن لا تزال هناك اختلالات تعتري مجال الصحة حسب آراء المختصين.

و في سنة 2018 تضمن العدد الأخير للجريدة الرسمية القانون الجديد تحت رقم : 11/18 مؤرخ في : 18 شوال عام 1439 الموافق لـ 02 يوليو 2018 المتعلق بالصحة الذي يحتوي على 450 مادة سلطت الضوء على الحق في الصحة كحق من الحقوق الأساسية ، بالإضافة إلى تنظيم المنظومة الصحية وعصرنة تسييرها لتكون في مستوى تطلعت المجتمع .¹

وقد أعطى القانون الجديد أهمية خاصة بالجوانب الوقائية ، لاسيما منها الأمراض غير المتنقلة التي شهدت ارتفاعا كبيرا خلال السنوات الأخيرة ، نظرا للتغيرات التي طرأت على سلوكيات الفردية والنمط المعيشي للمجتمع ، بالإضافة إلى إعطاء كفاية خاصة لصحة الأم و الطفل و الأشخاص المسنين و المراهقين و المعوقين و المدنيين مع ترقية الصحة الغذائية و النشاط الرياضي .

ومن بين المستجدات الأخرى التي جاد بها القانون إنشاء خارطة صحية تتماشى وخصوصية كل منطقة قصد التحكم في الأمراض المنتشرة ورصد الأموال اللازمة لمكافحتها مع إجراء تحقيقات جهوية ووطنية تساعد أصحاب القرار.

وقد حافظ القانون الجديد علي الخدمة المدنية، حيث أشارت في المادة 196 منه إلي أن الدولة تضمن الوسائل المادية وتضع التدابير التحفيزية الضرورية لممارسة النشاط الخاضع للخدمة المدنية ، لاسيما بولايات الجنوب والهضاب العليا.²

كما أولي النص القانوني الجديد الأهمية اللازمة للقطاع الصيدلاني الذي عرف تطورا ملحوظا بعد خوض القطاع الخاص الاستثمار في إنتاج الأدوية محليا حيث خصص أزيد من 50 مادة لتسيير وصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية و المخابر البيولوجية.

وفيما يتعلق بالأخلاقيات و الأدبيات الطبية ، فقد وضع القانون تنظيما جديدا لنزع و زرع الأعضاء و الأنسجة و الخلايا البشرية وذلك من خلال إنشاء وكالة وطنية لزراع الأعضاء تكلف بهذه المهمة، كما قنن الأحكام الخاصة بالمساعدة الطبية علي الإنجاب ومنع منعا باتا التداول لغاية البحث العلمي والتبرع والبيع وكل الأشكال الأخرى .

كما جاء القانون رقم 18-111 المؤرخ في 02 جويلية 2018 و الذي أدى إلى إعادة هيكلة خارطة الصحية المعمول بها سنة 2007 والرجوع إلي الخريطة الصحية القديمة(القطاع الصحي) وذلك من خلال المادة 298 والتي تم من خلاله إلغاء المؤسسات الجوارية و المؤسسات الاستشفائية وأصبحت

1 - الجريدة الرسمية رقم 11/18 المؤرخة في : 18 شوال عام 1439 الموافق لـ 02 يوليو 2018، ص
2 - الجريدة الرسمية

تتمثل مختلف المؤسسة لعمومية للصحة كماليلي: المركز الإستشفائي الجامعي (CHU) و المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للصحة (EHS) و المقاطعة الصحية (SS) و مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة, وفي حين انتظار صدور تنظيمات ومراسيم تفصيلية تحدد كفاءات إنشاء هذه المؤسسات ومهامها وتنظيمها و تسييرها وكذا معايير تصنيفها ,وجاءت المادة 297 منه والتي عرفت المؤسسة علي أنها مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص وذات طابع صحي تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي في حين كانت في السابق تعرف علي انها ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية, كما نجد المادة 301 من القانون 11/18 والتي يتم من خلالها تحويل المؤسسة نشاطاتها الممونة للحصة على أساس عقود الناجعة ,ونجد أن المشرع الجزائري وحسب المادة 302 قد أخضع المؤسسة العمومية للصحة في مجال تسيير المالي و المحاسبي لما يلي: المحاسبة العمومية بالنسبة لنفقات المستخدمين اما النفقات الأخرى ستسند من محاسبة المؤسسة الى عون محاسبة يعينه الوزير المكلف.

و على العموم, و رغم مختلف التطورات و الإنجازات الإيجابية التي حققها النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى تاريخنا هذا, إلا أن هناك العديد من الصعوبات حالت دون تجسيد النظام لمجموعة من أهدافه, التي يبقى السبيل الأساسي لبلوغها هو تغيير التصرفات التسييرية في القطاع حسب رأينا, فالمشكل في الجزائر ليس مشكل موارد مالية أو إمكانات أو حتى كفاءات تقنية بشرية بقدر ما هو مشكل تنظيمي و تسييري.

المبحث الثاني: تنظيم النظام الصحي بالجزائر و هياكله

بعد عرض التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري من خلال المراحل التي مر بها, سوف نتناول تنظيم العام ومختلف هياكله.

المطلب الأول : تنظيم المنظومة الصحية

تشمل المنظومة الصحية الجزائرية ثلاثة مستويات أساسية هي:¹

1- المستوى المركزي:

تشمل الوزارة عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم و منسقة عن طريق الأمين العام, إضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية و أخرى قطاعية, تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة و السكان, حيث تقوم هذه اللجان بالفحص, كما أنها تلعب في الغالب دور مهم في تنمية و متابعة و تقييم البرامج الوطنية للصحة, و في المقابل توجد عشر هيئات تحت وصاية الوزارة و مسيرة من طرف مجالس الإدارة.

2- المستوى الجهوي:

من أجل تحقيق التناسب بين عرض العلاج و احتياجات السكان, وضمان مبدأ المساواة و العدالة في مجال الاستفادة من العلاج, أسست الجهوية الصحية سنة 1995 و يعتبر المجلس الجهوي للصحة

1 - أمير جيلالي, مرجع سابق, ص 178.

هيئة تتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص، مكلفة بتدعيم التشاور بني المتدخلين و المجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية، اتخاذ القرار، و على الخصوص تخصيص الموارد و على المستوى القانوني و الوظيفي، يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومات الصحية.

توجد خمس مناطق صحية منطقة الوسط تضم 11 ولاية، ومنطقة الشرق تضم 14 ولاية، أما منطقة الغرب فهي تضم 11 ولاية، و منطقة الجنوب تنقسم إلى قسمين: منطقة الجنوب الشرقي التي تضم 07 ولايات، و منطقة الجنوب الغربي تضم 05 ولايات.

و الجدير بالإشارة إلى المستوى الجهوي يبقى افتراضي، حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة، و تبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني.

3- المستوى الولائي:

بما أن الجزائر تنقسم إداريا إلى 48 ولاية فكل منها مديرية للصحة و السكان طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية و تشغيل مديرية الصحة و السكان و الوارد بالجريدة الرسمية رقم 47 تتمثل مهامها في جمع و تحليل المعلومات الصحية، ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي و تقييمها فمديرية الصحة و السكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت و الهياكل الصحية، كما تمارس وصايتها و مراقبتها على هياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية، صيدليات، مخابر التحاليل و الأشعة، عيادات خاصة) إلى جانب المنشآت الصحية العمومية المتمثلة في:

- المنشآت الصحية المتخصصة (EHS).
- القطاعات الصحية (SS).
- المراكز الاستشفائية (CHU).

المطلب الثاني : الهياكل و المؤسسات بالمنظومة الصحية

تقوم الوزارة الوصية بالإشراف و تسيير القطاع الصحي في الجزائر الذي يتكون من مكونين هما القطاع الصحي العام و القطاع الصحي الخاص (يخضع للمراقبة و شروط الممارسة التي تفرضها الوزارة الوصية)، مع الإشارة إلى هيمنة القطاع العام على الخدمات الصحية في الجزائر.

المؤسسات الصحية العمومية:

تقسم الخريطة الصحية المعاد هيكلته من خلال المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهياكل و المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر إلى ما يلي:

- المركز الاستشفائي الجامعي (CHU): هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية

المعنوية و الاستقلال المالي، بناء على اقتراح مشترك بين وزير الصحة ووزير التعليم العالي و

البحث العلمي يصدر مرسوم تنفيذي يرخص بإنشاء مركز استشفائي جامعي تتمثل مهامه الأساسية في تغطية الاحتياجات الصحية و التكوينية بالإضافة إلى ميدان البحث العلمي و الأعمال الدراسية.¹

• **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS):** هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، توضع تحت وصاية والي الولاية، تتميز بتكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره، و بالإضافة إلى ذلك فهي تقوم ب:² تنفيذ نشاطات الوقاية، التشخيص و العلاج، إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية و المحلية للصحة، المشاركة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة و تحسين مستوياتهم.

• **المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH):** هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي تخضع لوصاية والي، تتكون من هياكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي، تعمل على تغطية سكان بلدية واحدة أو عدة بلديات، و تتمثل مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالاحتياجات الصحية للسكان من خلال³: ضمان تنظيم و برمجة و توزيع العلاج، التشخيص، و إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية الصحية، ضمان حفظ الصحة و النظافة، مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية، تجديد معارف مستخدمي الصحة و العمل على تحسين مستواهم.

• **المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):** قانونيا لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات علاج، و تتمثل مهامها في⁴: تشخيص و العلاج الجوارية، الفحوصات الخاصة بالطب العام، الفحوصات الخاصة بالطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية و التخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان.

¹ - أنشأت المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب القانون رقم 74-100 الصادر بتاريخ 13/06/1973.

² - تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 الذي أسس لتشكيل المستشفيات الاستشفائية المتخصصة EHS.

³ - تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، و الذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH وحددت مهام هذه المؤسسات في المادة 04 من هذا المرسوم.

⁴ - تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، و الذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP.

• **العيادة متعددة الخدمات (Polyclinique):** وتتمثل المهام الأساسية لها في¹: تقديم مختلف الخدمات الصحية و الاستعجالية و الفحوصات العامة المتخصصة، الإشراف الفني و الإداري على المراكز الصحية البلدية، تقوم بالوساطة بين المركز الصحي (Centre de Santé) والمستشفى، مع الإشارة أنه منذ سنة 2007 تم إلغاء المراكز الصحية و تحويلها إلى عيادات متعددة الخدمات.

المؤسسات الصحية الخاصة:

في السابق كان نشاط القطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية مقتصرًا على عيادات الفحص و التشخيص، تم إضافة هياكل جديدة هي العيادات الاستشفائية ذات الأنشطة الطبية و الجراحية بما في ذلك أمراض النساء و التوليد و عيادات الفحص الطبي و العلاج و عيادات جراحة الأسنان و الصيدليات بالإضافة إلى مخابر التحليل الطبية و مخابر النظارات و الأجهزة الاصطناعية الطبية. وقد اشترط المشرع الجزائري في إطار ممارسة الخواص لنشاطات مرتبطة بتقديم الخدمات الصحية على أن تستغل هذه العيادات عن طريق طبيب/ مجموعة أطباء من ذوي الاختصاص أو عن طريق جمعيات و تعاضديات لا تهدف إلى الربح.

و الجدير بالذكر هو أنه رغم وجود ما يمنع ذلك، إلا أن الجزائر لا تحتوي على مستشفيات ضخمة خاصة في شكل المراكز الاستشفائية الجامعية، فرغم أن القانون الجزائري يرخّص لأي مستثمر له المؤهل، القدرة و الرغبة في القيام بمثل هذا التوظيف المالي².

المبحث الثالث : دوافع وأهداف التغيير في المنظومة الصحية الجزائرية

تتميز المنظومة العمومية للصحة ببعض الاختلالات، الشيء الذي أدى إلى إعادة التفكير في تنظيمها، و سيتم إبراز خلفيات التغيير في المنظومة العمومية للصحة من خلال التعرض إلى العناصر الآتية:³

المطلب الأول : دوافع وأسباب التغيير

من بين أهم دوافع التغيير في المنظومة العمومية للصحة نذكر:

• تكريس القطاع الصحي لأهم موارده لصالح المستشفى أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية و العلاجات القاعدية و الذي نجم عنه سلبيات تتمثل فيما يلي:

¹- بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، تم إلغاء المراكز الصحية Centre de Santé لتحول إلى قاعات متعددة الخدمات Polyclinique أو إلى قطاعات علاج Salle de Soins.

²- Le système de santé en Algérie, défis nationaux et enjeux partagés, les notes IPMED, études et analyses, Tirage N°13, Avril 2012, p 43.

³- عدنان مريزق، عدنان محمد، "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية"، ملتقى دولي الإبداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة البلية، الجزائر، 2010، ص ص 11-13.

- اتجاه المواطن بالدرجة الأولى للمستشفى العام الذي وجد نفسه يؤمن خدمات العيادة الخدمات.
- تركيز الطلب على العلاجات أكثر خصوصية مثل (الأورام، جراحة القلب و الأوعية طب العيون) في بعض المستشفيات.
- اكتظاظ المستشفيات الجامعية و المتخصصة.
- اللجوء إلى العلاج في الخارج بالرغم من أنه عرض تناقصا خلال السنوات الأخيرة.
- اختلال في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف جهات الوطن، حيث أن الجزائر العاصمة تستحوذ على نسبة 55% من المؤسسات العمومية للصحة، و الشرق على نسبة 22%، و الغرب على نسبة 20% في حين منطقتي الجنوب الشرقي و الغربي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي 2% و 1% على التوالي.
- إن الاختلال لم يقتصر فقط على التمييز في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بل شمل أيضا عدم التوازن في توزيع الكفاءات الوطنية، حيث أن معظمها متمركزة في الشمال و بالخصوص في وسط البلاد بنسبة 55% تاركة المناطق الأخرى منكوبة خاصة الجنوبية منها.

المطلب الثاني : أهداف التغيير

يتمثل الهدف الرئيسي في تقريب الخدمات الصحية من المواطن و لتحقيق هذا الهدف تم اتخاذ الإجراءات التالية:

- تحقيق العلاجات المتخصصة والدقيقة يكون بقرار من الطبيب المسؤول عن الهيكل الاستشفائي.
- تحقيق أفضل تغطية للهيكل الاستشفائي في المناطق الداخلية و الجنوبية للوطن.
- إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المتخصصة و ذات المستوى العالي.
- تأطير الأطباء للطب العام و المتخصص.
- تقريب الهياكل خارج الاستشفائية التي تهتم بالوقاية و العلاج القاعدي من المواطن.
- إحالة المريض من الهياكل خارج الاستشفائية إلى المستشفى يكون بقرار من الطبيب العام أو من الطبيب المختص.

أثر المرسوم التنفيذي الصادر بـ ماي 2007، بلغ عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية 192 مؤسسة، و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بـ 271 مؤسسة.

و تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية Etablissement publique de santé proximité من عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغييرات بهدف إعادة تكيفهما وامتطلبات الخريطة الصحية الجديدة.

قاعدة العلاج: تتمثل قاعدة العلاج الوحدة الطبية الأقرب من المواطن، باعتبارها المعلم الأساسي للصحة العمومية، أين يتم فيها تلقي العلاجات القاعدية أو الأولية.

و لتسهيل المواطن من الحصول على هذه الخدمات الصحية، يجب تكثيف شبكة قاعات العلاج، بحيث يتم تجهيز على الأقل قاعة علاج واحدة في كل حي في الوسط الحضري و كذلك في الأحياء القروية و الريفية.

يمكن توضيح المهام التي تقوم بها قاعة العلاج في النقاط أدناه:

- تأمين فحوصات الطب العام و ذلك بالتواجد الدائم لطبيب عام و ممرض.
- ضمان تواجد قاعدة للعلاجات العامة كتغيير الضمادات، الحقن.
- ضمان وظائف الوقاية الآتية.

و يهدف ضمان المناوبة المستمرة للطبيب و المساعد، تم تحسيس البلديات بضرورة توفير إقامتين سكنيتين لكل واحد منهما.

عيادة متخصصة الخدمات:

تمثل العيادة متعددة الخدمات الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية، و هي مرتبطة إداريا بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، و يمكن أن تكون في نفس الوقت المقر التقني الإداري لها. باعتبارها العيادة متعددة الخدمات وحدة خارج الاستشفائية يجب عليها تنظيم وضمان الوظائف الموالية:

- وظائف الطب العام؛
- وظائف طب الأسنان؛
- الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية و تشمل:
 - الجراحة العامة؛
 - الطب الداخلي؛
 - التوليد؛
 - طب الأطفال.

مهما كان مصدر التغيير التنظيمي المقرر، فعلى المؤسسة أن تنمي قدراتها للاستجابة للتغيرات الخارجية و الداخلية، و بهدف تغيير تنظيم المؤسسات الصحية في إطار التحسين يجب إيجاد وسائل لتوحيد أصحاب المصلحة حول مشروع التغيير، و قيادتهم و حشدهم بصورة كبيرة و مستمرة من أجل إدامة التغيير في سياق التحسين المستمر.

خلاصة

تحتل عملية تقييم الأداء اهتماما كبيرا لدى القائمين على إدارة المنظمات الصحية لما لها من تأثير على النتائج النهائية لأعمالها، كما تحتاج هذه المنظمات إلى مؤشرات معينة لقياس وتقييم مستوى الأداء المتحقق بهدف معرف مستوى التقدم الحاصل في أعمالها ويشترط في هذه المؤشرات أن تكون واضحة ودقيقة.

كما سعت الجزائر لتحسين مستوى خدماتها الصحية من خلال انتهاج سياسات إصلاح كثيرة، غير أن الخلل في السياسة الصحية بالجزائر يكمن في التسيير، حيث أغلب النفقات توجه للتجهيزات على حساب التكوين وتأهيل الموارد البشرية، ما انعكس سلبا على مستوى الرعاية الصحية في الجزائر.

الفصل التّطبيقي

دراسة ميدانية في المؤسسة

العمومية الإستشفائية لولاية

المسيلة "الزهرابي"

تمهيد

تعتبر المؤسسة الاستشفائية من العناصر المهمة والحساسة في المجتمع، وذلك نظرا للدور الفعال والكبير الذي تلعبه في حماية الصحة، كونها تهدف بالدرجة الأولى إلى تقديم الخدمات الصحية للإنسان. وبعد تحديد الإطار النظري العام لموضوع الدراسة، سنحاول من خلال هذا الفصل تناول الجانب التطبيقي له، حيث تم تطبيق الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المسيلة (الزهاوي) بالاعتماد على الاستمارة كأداة لجمع المعلومات.

تم تقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث هي كالآتي:

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسة محل الدراسة.

المبحث الثاني: الدراسة المنهجية للموضوع.

المبحث الثالث: تحميل نتائج الدراسة.

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسة محل الدراسة**المطلب الأول: بطاقة تعريفية للمؤسسة**

تعد المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة (الزهرراوي) أحد أقطاب حماية الصحة بالولاية، والتي تعد محل الدراسة التطبيقية لموضوع البحث، تم إنشاؤها بموجب القرار رقم 310 الصادر بتاريخ 14-07-1981 المتضمن انشاء القطاع الصحي بالمسيلة بموجب المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 05-09-1981 المتضمن إنشاء القطاعات الصحية تنظيمها وسيرها، الذي حول القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية ذات طابع إداري.

وبموجب المرسوم 07-140 المؤرخ في 19-05-2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، تم تحويلها من قطاع صحي إلى مؤسسة عمومية استشفائية .

تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة (الزهرراوي) طريق برج بوعريريج الجهة الشمالية لمدينة المسيلة، وقد سجلت في لائحة الممتلكات الوطنية تحت رقم: 2800114046، وتبلغ مساحة إجمالية تقدر ب: 38200م² منها 7148م² مساحة مبنية، وتبلغ المساحة غير المبنية 31052م² تتكون من أربع طوابق، تمتلك بنى تحتية تتمثل في: 380 مكتب 07مواقع سكنية و06 مواقع مختلفة .

المطلب الثاني: التغطية الصحية وتعداد المستخدمين بالمؤسسة**أولا: التغطية الصحية**

توفر المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة تغطية للخدمات الصحية ل: 489856 ساكن بكثافة تقدر ب: 118 شخص في كلم² أي ما يعادل 06 بلديات.

والجدول التالي يوضح نسبة التغطية الصحية لممستشفى:

جدول رقم (01) يبين نسبة التغطية الصحية للمستشفى.

-نسبة التغطية الصحية للطب العام.	-طبيب واحد لكل 10649 مواطن.
-نسبة التغطية الصحية للطب المتخصص	-طبيب لكل 12246 ساكن.
- نسبة التغطية للطب النفسي	-طبيب لكل 122464 مواطن .
-نسبة التغطية شبه الطبي	-شبه طبي واحد لكل 1392 مواطن.
- نسبة التغطية للأسرة الاستشفائية	-سرير واحد لكل 1585 ساكن.

المصدر : المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المسيلة

ثانيا :تعداد المستخدمين

تتوفر المؤسسة على :664 مستخدم موزعين على الأسلاك كالتالي :

جدول رقم (02) يبين تعداد المستخدمين بالمؤسسة محل الدراسة.

الأسلاك	المجموع	الرتبة	المجموع
سلك الممارسين الأخصائيين	40	ممارس الطبيب الأخصائي	40
سلك نفسياني عيادي للصحة العمومية	04	نفساني عيادي للصحة العمومية	04
سلك الأطباء العامون في الصحة العمومية	50	طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية	11
		طبيب عام في الصحة العمومية	35
		صيدلي عام في الصحة العمومية	04
سلك الشبه طبي في الصحة العمومية	352	بيولوجي في الصحة العمومية	15
		أعوان التخدير	11
		مساعد تلميذ رئيسي للصحة العمومية	34
		مساعد تلميذ للصحة العمومية	93
		ممرض ممتاز للصحة العمومية	04
		ممرض متخصص في الصحة العمومية	48
		ممرض في الصحة العمومية	56
		ممرض حاصل على شهادة الدولة	24
		ممرض مؤهل	08
		مختص في التغذية	02
		مختص في العلاج الفيزيائي	07

13	مشغل أجهزة التصوير الطبي		
25	مخبري متخصص في الصحة العمومية		
02	محضر في الصيدلة		
10	مساعد طبي في الصحة العمومية		
14	إطارات	44	الأسلاك المشتركة
30	تأطير		
05	مهندس في الإعلال الألي	16	سلك التقنيون
01	مساعد مهندس في الإعلال الألي		
07	تقني سامي في الإعلال الألي		
03	تقني في الإعلال الألي		
103	عامل مهني	158	سلك العمال المهنيين
17	سائق		
09	عون خدمة		
08	عون وقاية		
21	حارس		

المصدر: المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المسيلة.

المطلب الثالث: المصالح الاستشفائية بالمؤسسة والهيكل التنظيمي لها.

أولا: تنظيم المصالح الاستشفائية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية

لقد نظمت السلطة الوصية أو الوزارة المصالح الاستشفائية الخاصة بكل مؤسسة استشفائية وقد جاء القرار الوزاري رقم 2656 المؤرخ في 24-12-2007 المتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة لها، الذي حدد مجموع المصالح بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة ب 15 مصلحة منها 07 مصالح استشفائية 08 مصالح غير استشفائية و30 وحدة و 309 سرير:

- 1 - مصلحة التشريح الباطني (مصلحة تقنية غير استشفائية) به وحدتين:
 - الوحدة 01: خاصة بأمراض النساء .
 - الوحدة 02: خاصة بالامراض الداخلية.
- 2 - مصلحة الجراحة العامة: بها 03 وحدات :
 - الوحدة 01: جراحة الرجال .
 - الوحدة 02: جراحة الأطفال.
 - الوحدة 03: جراحة النساء .

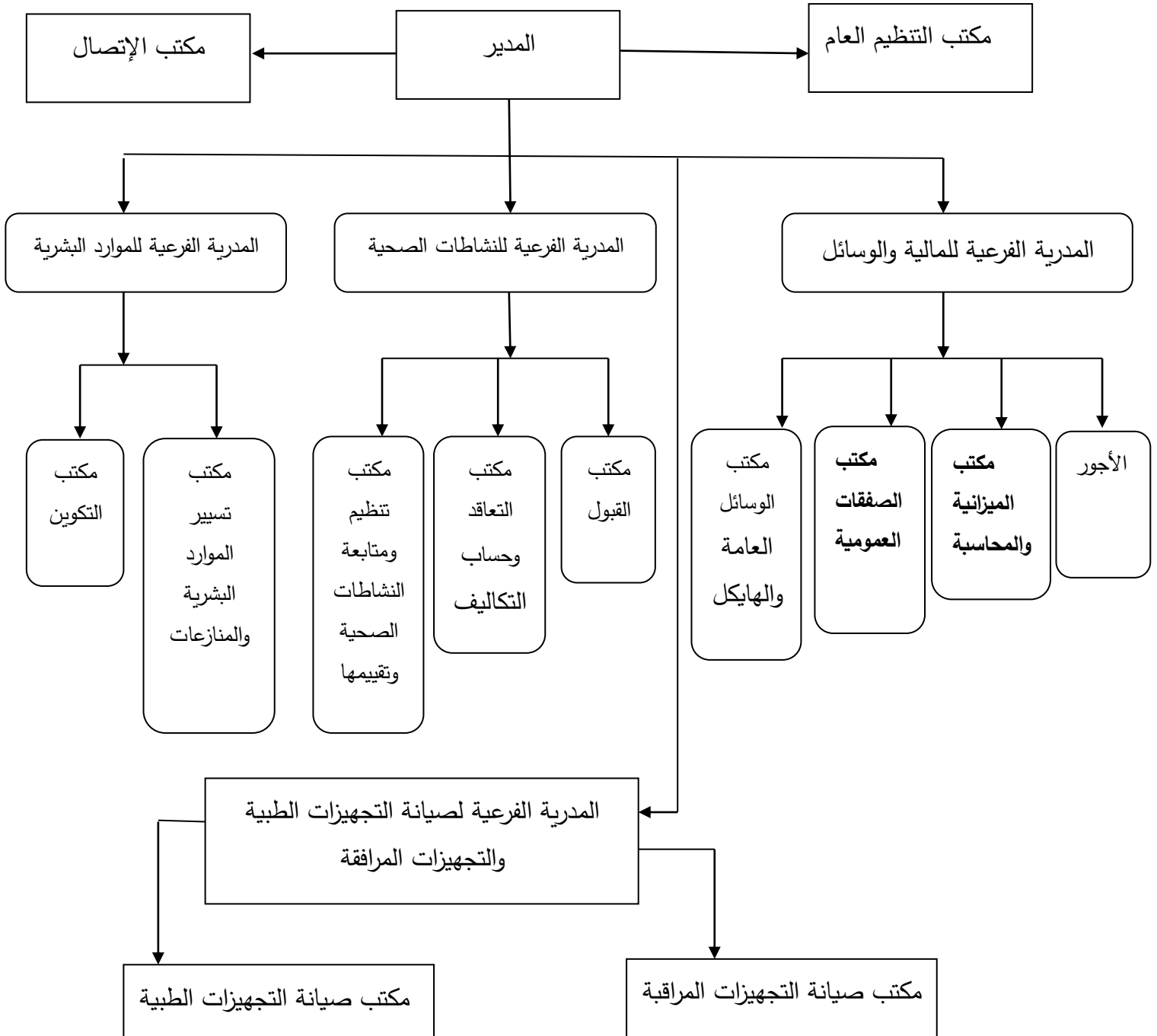
- 3- مصلحة علم الأوبئة: غير استشفائية بوحدين:
- الوحدة 01: وحدة المعلومات الصحية .
- الوحدة 02: وحدة النظافة الاستشفائية.
- 4- مصلحة الأشعة المركزية :بهاوحدتين:
- الوحدة 01: وحدة الاشعة الاستشفائية.
- الوحدة 02: وحدة السكانير .
- 5-مصلحة المخبر المركزي :بوحدين:
- الوحدة 01: وحدة الميكروبيولوجيا .
- الوحدة 02: البيوكيمياء .
- 6 - مصلحة الأمراض المعدية :مصلحة استشفائية بها وحدتين:
- الوحدة 01: وحدة الاستشفاء رجال .
- الوحدة 02: وحدة الاستشفاء نساء .
- 7 - مصلحة الطب الداخلي:به وحدتين:
- الوحدة 01: وحدة الاستشفاء رجال .
- الوحدة 02: وحدة الاستشفاء نساء .
- 8- مصلحة الأورام: بهاوحدتين:
- الوحدة 01: وحدة الاستشفاء رجال .
- الوحدة 02: وحدة الاستشفاء نساء .
- 9- مصلحة تصفية الكلى: بهاوحدتين:
- الوحدة 01: وحدة الاستشفاء رجال .
- الوحدة 02: وحدة الاستشفاء نساء .
- 10 - مصلحة الطب الشرعي :بها وحدة واحدة:
- الوحدة 01 :وحدة غير استشفائية :مصلحة الخبرة الطبية القضائية
- 11- مصلحة طب العيون : بوحدين:
- الوحدة 01: وحدة الاستشفاء . -الوحدة 02: وحدة الفحص والاستكشاف.
- 12-مصلحة الأذن والأنف والحنجرة :بوحدين:
- الوحدة 01: وحدة الاستشفاء - الوحدة 02: وحدة الفحص والاستكشاف.
- 13 - الصيدلية :بها وحدتين:
- الوحدة 01 : تسيير الموارد الصيدلانية -الوحدة 02: وحدة توزيع الموارد الصيدلانية.
- 14 - مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية:بها ثلاث وحدات:
- الوحدة 01: وحدة الاستقبال والفحص.
- الوحدة 02: وحدة الملاحظة.
- الوحدة 03:العمليات الجراحية.

15 - مصلحة الإنعاش: بها وحدة واحدة:

-الوحدة 01: وحدة الإنعاش.

ثانيا :الهيكل التنظيمي للمؤسسة

الشكل رقم (04) :الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة



المصدر: المؤسسة العمومية الإيشفائية لولاية المسيلة (الزهاوي)

المبحث الثاني: الدراسة المنهجية للموضوع

المطلب الأول: أدوات جمع المعلومات

يتطلب إعداد أي دراسة جمع المعلومات التي تحيط بالموضوع وتصب في فحواه، ويمكن شرح مصادر هذه المعلومات فيما يلي:

أولا: المصادر الأولية

هي تلك المصادر التي تتواجد فيها البيانات بصفة أصلية، ويقوم الباحث هنا بجمع البيانات من تلك المصادر مستخدما أي من الأدوات التالية:

- الاستبيان

- المقابلة

- الملاحظة¹

ونظرا لطبيعة الدراسة التي تقيم الجودة من منظور المريض، تم الاعتماد على أداة الاستبيان وذلك بتوزيع 40 استمارة على المستفيدين استرجع منها 39 استمارة، حيث يوجد بها محور واحد تناول قياس جودة الخدمة الصحية وقد تم عرض الإستمارة على مجموعة من الأساتذة من أصحاب الخبرة والاختصاص، وقد أبدوا آرائهم واقتراحاتهم التي على أساسها استقرت الاستمارة على شكلها النهائي.

تتكون استمارة البحث من صفحة التقديم إضافة إلى المعلومات الشخصية، كما تضمن محور واحد شمل على العبارات من 1-24 المقسمة على أبعاد جودة الخدمة الصحية

ويمكن تعريف الاستبيان على أنه "إحدى الوسائل لجمع المعلومات عن مشكلة البحث ويكون الاستبيان على شكل أسئلة مختارة لتجيب عليها العينات المختارة"²

ويعرف أيضا " بأنه مجموعة من الأسئلة المصممة لجمع البيانات اللازمة عن المشكلة تحت الدراسة ، وهي أهم الوسائل الفعالة في جمع البيانات شريطة أن يكون الباحث على معرفة دقيقة بالبيانات المطلوب جمعها وبكيفية قياس المتغيرات المرغوب دراستها "³

ثانيا: المصادر الثانوية

"هي تلك المصادر التي تتواجد فيها البيانات مجمعة وجاهزة، ويقتصر دور الباحث هنا على تحليل تلك البيانات واستخلاص النتائج اللازمة لبحثه منها، وهذه البيانات قد تكون منشورة أو غير منشورة، وهي

1 - محمد عبد الفتاح الصيرفي، البحث العلمي (الدليل التطبيقي للباحث)، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2008، ص85.

2 - وجيه محجوب، أصول البحث العلمي ومناهجه، ط2، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2005، ص155.

3 - محمد عبد الفتاح الصيرفي، مرجع سابق، ص115.

تتضمن الكتب والمراجع والوثائق والسجلات الرسمية والمخططات والخرائط والإحصائيات الصادرة عن دائرة الإحصاء والبنوك المركزية والأسواق المالية"

المطلب الثاني : مجتمع وعينة الدراسة

أولاً: مجتمع الدراسة

يعرف المجتمع بأنه جميع الأفراد أو الأحداث أو الأشياء الذين يكونون موضوع مشكلة البحث" وعليه يمكن القول أن المجتمع الذي اختصت به الدراسة تضمن جميع المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المسيلة (الزهاوي)

ثانياً: عينة الدراسة

تعرف العينة على " أنها جزء من المجتمع الأصلي، يحتوي على بعض العناصر التي تم اختيارها منه بطريقة معينة وذلك بقصد دراسة خصائص المجتمع الأصلي" وقد تم الاعتماد في موضوع الدراسة على أسلوب العينة العشوائية في اختيار أفراد الدراسة ، أي تم توزيع الاستمارة على المستفيدين من خدمات هذه المؤسسة بطريقة عشوائية وليست مختارة. وعليه يمكن تعريف العينة العشوائية على أنها"العينة التي يختار فيها أفراد العينة بشكل عشوائي بحيث يعطى لكل فرد من المجتمع نفس الفرصة التي تعطى لغيره عند الاختبار "

المبحث الثالث: تحليل نتائج الدراسة

بعدما تمت صياغة الاستبيان في شكله الأولي لابد من إخضاعه لاختباري الصدق و الثبات.

المطلب الأول : الصدق و الثبات لأداة الدراسة

أولاً: صدق الاستبيان: يقصد بصدق الدراسة، أن تقيس عبارات الاستبيان ما وضعت لقياسه، وقمنا بالتأكد من صدق الاستبيان من خلال الصدق الظاهري للاستبيان (صدق المحكمين)

_ الصدق الظاهري :

ويقوم على فكرة مدي مناسبة عبارة الاستبيان لما يقيس و لمن يطلق عليهم و مدى علاقتها بالاستبيان ككل , ومن هذا المطلق تم عرض الاستبيان في صورته الأولية على عدد من المحكمين من ذوي الخبرة و الاختصاص لأخذ وجهات نظرهم و الاستفادة من آرائهم في تعديله و التحقيق من مدى ملائمة كل عبارة للمحور الذي تنتمي إليه , و مدى سلامة ودقة الصياغة اللغوية و العلمية بعبارات الاستبيان , و مدى شمول الاستبيان بمشكل الدراسة و تحقيق أهدافها , و في ضوء آراء السادة المحكمين تم إعادة صياغة بعض العبارات و إضافة عبارات أخرى لتحسين أداء الدراسة و هذا ما استقرت عليه الاستمارة في شكلها النهائي .

ثانياً : ثبات الاستبيان : يقصد بثبات الاستبيان , أنها تعطي نفس النتيجة لو تم إعادة توزيع الاستبيان أكثر من مرة , تحت نفس الظروف و الشروط , أو بعبارة أخرى إن ثبات الاستبيان يعني الاستقرار في نتائج الاستبيان وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة و قد تم التحقق من ثبات الاستبيان الدراسة من خلال معامل ألفا كرونباخ (ALPHA CRONBCH'S) كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (03): يمثل معامل ألفا كرونباخ لعبارات الاستبيان

محور الاستبيان	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات	النتيجة
قياس جودة الخدمة الصحية	0,952	24	ثابت
المصدر : من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24			

من الجدول المبين أعلاه نلاحظ أن معامل ألفا كرونباخ لمحور الاستبيان أكبر من 0,6 و هي معاملات مرتفعة لجميع عبارات الاستبيان , حيث بلغ 0,952 وهذا يدل على أن الدراسة ذات ثبات كبير مما يجعلنا على ثقة تامة بصحة الاستبيان و صلاحيته لتحليل و تفسير نتائج الدراسة و اختبار فرضيتها .

تجدر الإشارة إلى أن معامل ألفا كرونباخ تتراوح بين (0_1) ، و كلما اقترب من الواحد دل على وجود ثبات عالي و كلما اقترب من الصفر دل على عدم وجود ثبات ، و ان الحد الأدنى المتفق عليه لمعامل ألفا كرونباخ هو: 0,6 ، ومنه نستنتج أن الدراسة التي أعدناها لمعالجة المشكلة المطروحة هي صادقة و ثابتة في جميع فقراتها و هي جاهزة للتطبيق على عينة الدراسة الأصلية .

المطلب الثاني : عرض و تحليل المتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة

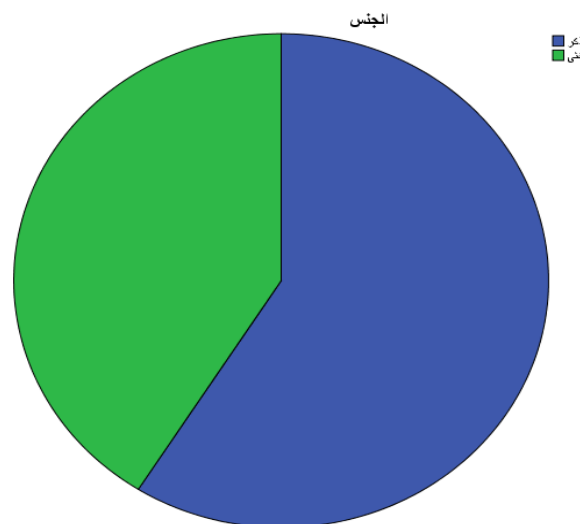
1- توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

جدول رقم (04): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة (%)
ذكور	23	59
إناث	16	41
المجموع	39	100

من الجدول نلاحظ أن نسبة 59 تمثل الذكور و نسبة 41 تمثل الإناث وقد تعكس هذه النسبة الفئة الأكثر ترددا على المستشفى هي الفئة الذكورية والشكل أدناه يوضح ذلك :

الشكل رقم (05) :يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس



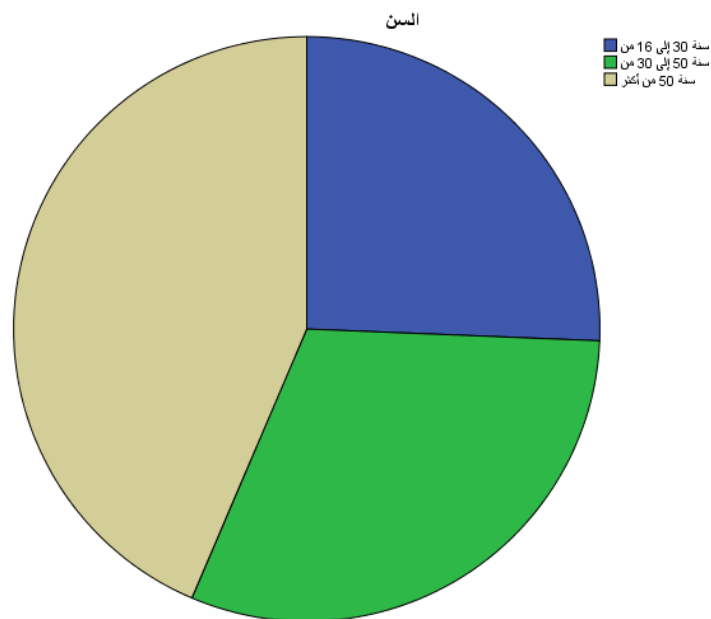
المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS V24

2- توزيع أفراد العينة حسب متغير السن :

جدول رقم (05) :يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

النسبة (%)	التكرارات	السن
25,6	10	من 16 إلى 30 سنة
30,8	12	من 30 إلى 50 سنة
43,6	17	أكثر من 50 سنة
100	39	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 25,6 تمثل الفئة العمرية من 16 إلى 30 سنة ونسبة 30,8 تمثل الفئة العمرية من 30 إلى 50 سنة ونسبة 43,6 تمثل الفئة العمرية أكثر من 50 سنة ومن خلال النسب النسبة الأخيرة هي الأكثر ترددا على المستشفى والشكل أدناه يوضح ذلك:

الشكل رقم (06) :يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير السن

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24

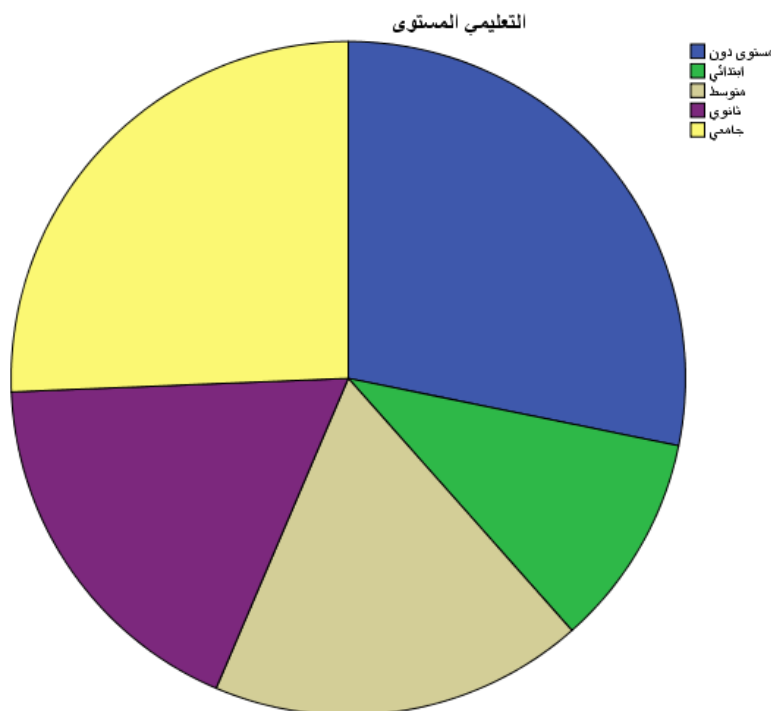
3- توزيع أفراد العينة حسب متغير مستوى التعليمي :

جدول رقم (06): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير مستوى التعليمي

النسبة (%)	التكرارات	مستوى التعليمي
28,2	11	دون مستوى
10,3	4	ابتدائي
17,9	7	متوسط
17,9	7	ثانوي
25,6	10	جامعي
100	39	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المستجوبين يتوزعون حسب متغير المستوى التعليمي الي النسب التالية : ما نسبته 28,2 لفئة دون المستوى و التي استحوذت على اكبر نسبة من العينة , و نسبة 10,3 لفئة المستوى الابتدائي و بلغة نسبة 17,9 لفئة مستوى متوسط , و نسبة 17,9 لفئة الثانوي أما فئة الجامعيين فبلغت 25,6 ومن خلال النسب الفئة دون مستوى هي الاكثر ترددا على المستشفى والشكل أدناه يوضح ذلك :

الشكل رقم (07) :يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24

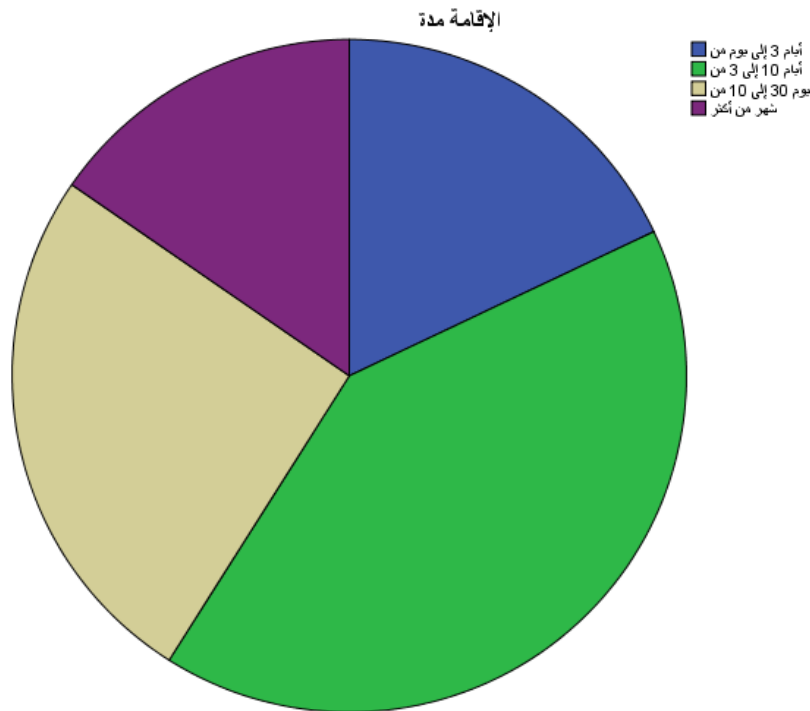
4- توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة الإقامة :

جدول رقم (07) :يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة الإقامة

النسبة (%)	التكرارات	مدة الإقامة
17,9	7	من يوم إلى 3 أيام
41,0	16	من 3 إلى 10 أيام
25,6	10	من 10 إلى 30 يوم
15,4	6	أكثر من شهر
100	39	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول و حسب متغير مدة الإقامة في المستشفى كانت النسب كالتالي : ما نسبته 41.0 للأشخاص الذين كانت مدة إقامتهم من 3 إلى 10 أيام ونسبة 25,6 كانت للأشخاص الذين كانت مدة إقامتهم من 10 إلى 30 يوم ونسبة 17,9 للأشخاص المقيمين من يوم إلى 3يوم ونسبة 15,4 كانت للأشخاص الذين كانت مدة إقامتهم أكثر من شهر ومدة الإقامة من 3 إلى 10 أيام هي الأكثر ترددا على المستشفى وهذا يعكس ان مؤشر المعلومات المستقاة من هذه الفئة ذات موثوقية في تقييم الخدمات الصحية لانهم عايشوها و الشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (08) :يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير مدة الإقامة



المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24

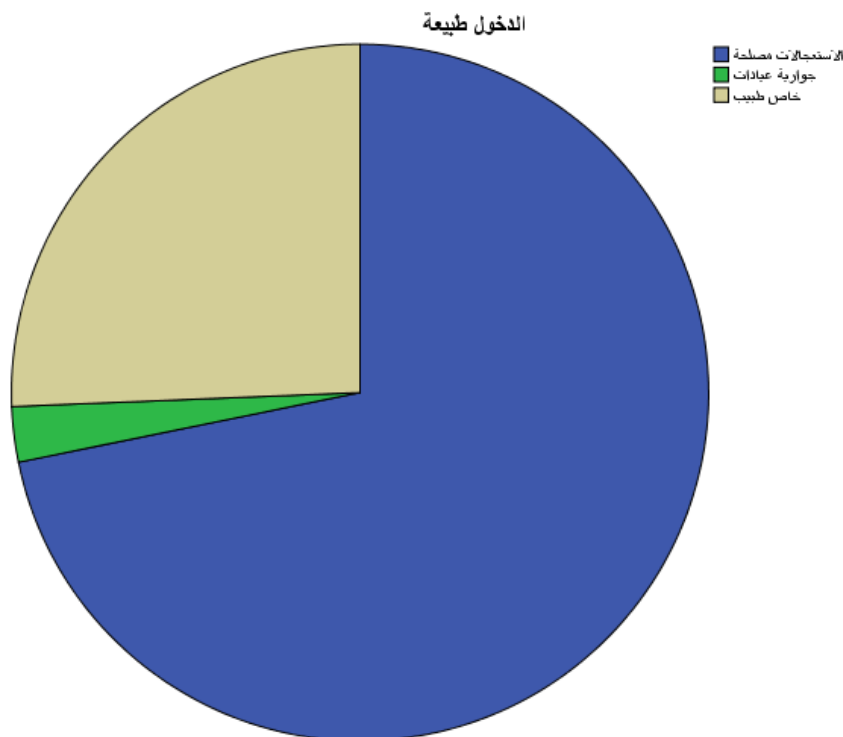
5- توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة الدخول :

جدول رقم (08) :يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة الدخول

النسبة (%)	التكرارات	طبيعة الدخول
71,8	28	مصلحة الاستعجالات
2,6	1	عيادات جواريه
25,6	10	طبيب خاص
100	39	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول و حسب متغير طبيعة الدخول للمستشفى كانت النسب كالتالي : ما نسبته 71,8 للأشخاص الذين كانت طبيعة دخولهم من مصلحة الاستعجالات ونسبة 25,6 كانت طبيعة دخولهم عن طريق طبيب خاص ونسبة 2,6 تمثل دخول المرضى عن طريق عيادات خاصة وطبيعة دخولهم من مصلحة الاستعجالات هي الاكثر طبيعة الدخول على المستشفى الشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (09) :يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة الدخول



المصدر : من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24

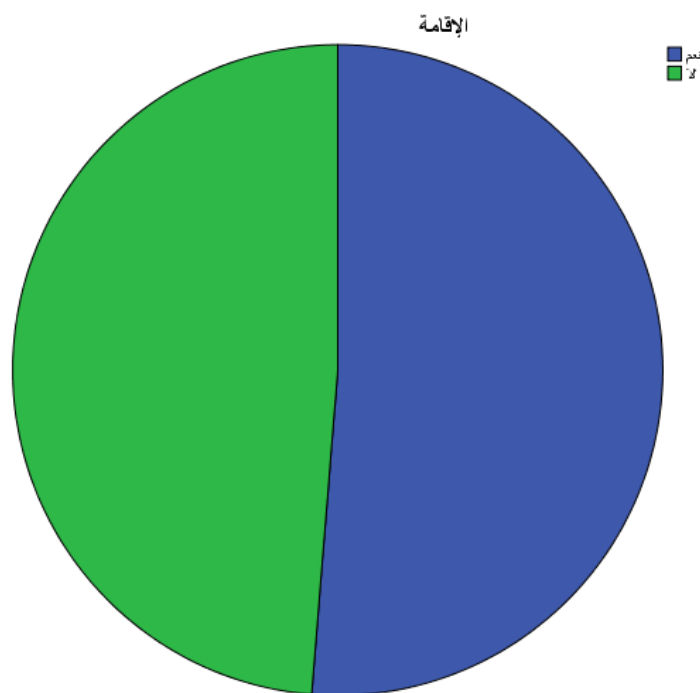
6- توزيع أفراد العينة حسب متغير الإقامة سابقا :

جدول رقم (09): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الإقامة سابقا

الإقامة	التكرارات	النسبة (%)
نعم	20	51,3
لا	19	48,7
المجموع	39	100

نلاحظ من خلال الجدول و حسب متغير الإقامة سابقا بالمستشفى كانت النسب كالتالي : ما نسبته 51,3 للأشخاص الذين كانت لهم إقامة سابقة بالمستشفى ونسبة 48,7 لم يسبق لهم الدخول إلى المستشفى ونسبة المقيمين سابقا هي الأكثر ترددا على المستشفى الشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (10): يمثل عرض بياني لتوزيع أفراد العينة حسب متغير الإقامة سابقا



المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24

المطلب الثالث : اختبار توزيع بيانات أفراد العينة والأدوات الإحصائية المستخدمة في الدراسة

يجب تحديد ما إذا كان بيانات أفراد العينة لإجاباتهم على المتغيرات الدراسة التي يتم دراستها تتبع التوزيع الطبيعي أم من التوزيعات الاحتمالية اخرى. وهناك عدة طرق إحصائية للكشف عن نوع التوزيع البيانات الاستبيان وهي (طريقة اختبار Kolmogorov-Smirnov، طريقة حساب معاملي الالتواء والتفطح وطريقة اختبار Shapiro-Wilk)

- كما أن اختبار Kolmogorov-Smirnov يستخدم إذا كان عدد العينة أكبر أو يساوي من 50، ويستخدم اختبار Shapiro-Wilk إذا كان عدد العينة اقل من 50
- وللتذكير نعلم أن هناك نوعان من الأساليب الإحصائية التي تستخدم في تحليل البيانات واختبار الفرضيات وهي:

- 01-أساليب إحصائية معلمية: وتستخدم في حالة البيانات التي توزيعها يتبع التوزيع الطبيعي.

- 02-أساليب إحصائية غير معلمية: وتستخدم في حالة البيانات التي توزيعها لا يتبع التوزيع الطبيعي

أولا : اختبار التوزيع الطبيعي بطريقة اختبار كولمجروف سيمرنوف Kolmogorov-Smirnov
لاختيار الأدوات الإحصائية المناسبة من أجل تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة و اختبار صحة الفرضيات , يجب أولا أن نتعرف على طبيعة توزيع البيانات العينة و هو اختبار ضروري في حالة اختبار الفرضيات . وعليه ومن أجل اختبار طبيعة توزيع نحتاج إلى وضع فرضيتين هما فرضية العدم و الفرضية البديلة , على اعتبار أن فرضية العدم خاضعة لاختبار أي أنها قد تكون غير صحيحة مما يتطلب وضع الفرضية البديلة :

H_0 : بيانات العينة تتبع التوزيع الطبيعي

H_1 : بيانات العينة لا تتبع التوزيع الطبيعي

ملاحظة: إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ أو (مستوى المعنوية sig) أكبر من 0,05 فإن البيانات تتبع توزيع طبيعي

جدول رقم (10) : يمثل اختبار طبيعة التوزيع

الأبعاد	درجة الحرية	مستوى الدلالة	النتيجة	طبيعة الاختبار
الملموسية	39	0,712	توزيع طبيعي	ستودينت
الاعتمادية	39	0,023	توزيع غير طبيعي	ولكسون
الاستجابة	39	0,001	توزيع غير طبيعي	ولكسون
الأمان	39	0,002	توزيع غير طبيعي	ولكسون
التعاطف	39	0,150	توزيع طبيعي	ستودينت
بعد جودة الخدمة الصحية		0,036	توزيع غير طبيعي	ولكسون

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24

من خلال الجدول أعلاه نجد وبما ان عدد افراد عينة الدراسة هو 39 فردا وهي اقل 50 فإننا نستدل ب نتائج اختبار Shapiro-Wilk تظهر أن مستوى المعنوية sig هي أقل من (0.05) وهذا بالنسبة لبيانات إجابات العينة على جميع عبارات المحور المتعلق بقياس مفهوم جودة الخدمات الصحية مما يدل على إتباع البيانات إجابات أفراد العينة للتوزيع غير الطبيعي, ومنه في دراستنا سنستخدم الأدوات الإحصائية اللا معلمية الوصفية والاستدلالية في تحليل إجابات وأراء أفراد العينة واختبار الفرضيات الدراسة وفيما يلي شرح للادوات الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

ثانيا: الأدوات الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تم إخضاع البيانات إلى عملية التحليل الإحصائي باستخدام برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS: V24) وتم الاعتماد على بعض الأساليب الاحصائية كمايلي:

جدول رقم (11) : يبين الادوات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات الاستبيان والاختبار الفرضيات

الأداة الإحصائية	وصفها
التكرار والنسبة % والرسوم البيانية	لوصف أفراد العينة الدراسة (البيانات الشخصية)
معامل ألفا كرونباخ	اختبار الثبات الاستبيان
معامل الارتباط بيرسون	ويستخدم لقياس اتجاه وقوة العلاقة بين المتغيرين ومن خلال قيمة معامل الارتباط يمكن إقرار أو عد إقرار وجود علاقة خطية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين وتم توظيفه في حساب الصدق الاستبيان
المتوسط الحسابي:	وهو متوسط مجموعة من القيم، أو مجموع القيم المدروسة مقسوم على عددها، وذلك بغية التعرف على متوسط إجابات المبحوثين حول الاستبيان ومقارنتها بالمتوسط الفرضي المقدر ب (03) لأن التنقيط يتراوح من (01) إلى (05)، والمتوسط يساعد في ترتيب العبارات حسب أعلى قيمة له.
الانحراف المعياري:	وذلك من أجل التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة اتجاه كل فقرة أو محور، ويوضح التشتت في استجابات أفراد الدراسة فكلما اقتربت قيمته من الصفر فهذا يعني تركيز الإجابات وعدم تشتتها، وبالتالي تكون النتائج أكثر مصداقية وجودة، كما أنه يفيد في ترتيب العبارات أو العبارات لصالح الأقل تشتتاً عند تساوي المتوسط الحسابي المرجح بينها.
اختبارات (one Sample t-test)	لمعرفة الدلالة الإحصائية (دال أو غير دال) في اختبار الفرضيات (الإحصاء الاستدلالي) ويفيد هذا الاختبار (oneSample t-test) في الكشف عن ما إذا كان هناك فرق جوهري (دال إحصائياً) بين المتوسط الحسابي \bar{X} لإجابات أفراد العينة و المتوسط الفرضي ($x=03$)
Tests of Normality	اختبار التوزيع الطبيعي (Shapiro-Wilk): لمعرفة نوع توزيع بيانات العينة .

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على الدراسات السابقة

المطلب الرابع: عرض و تحليل إجابات أفراد العينة حول متغيرات الدراسة و تحديد مستويات توفرها وأهميتها بالمؤسسة محل الدراسة

إعداد دليل الموافقة لتحليل إجابات أفراد العينة الدراسة على عبارات الاستبيان فإنه تم اعتماد على أدوات الإحصائية التالية: المدى، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري.

المدى: لتحديد مجالات ل مقياس لكرات الخماسي المستخدم في الاستبيان الدراسة حيث تم حساب المدى و يساوي = (أعلى درجة في مقياس - أدنى درجة في مقياس) = (5-1) = 4 وللحصول على طول الفئة للتنقل بين المجالات الموافقة نقوم بقسمة المدى على عدد درجات الموافقة وذلك على نحو التالي: طول الفئة = 4/5 = 0.8 وبإضافة هذه القيمة في كل مرة للحد الأدنى لدرجة الموافقة نحصل على الحد الأعلى لكل مجال مثلا : 1.80 = 0.8 + 1 فنحصل على مجال [1 - 1.80] وهو مجال موافقة بدرجة منخفضة جدا .

وهكذا مع كل مجالات الموافقة، وتفيد هذه العملية في التعرف على موقف المشترك لإجمالي أفراد العينة على كل عبارة وعلى كل محور حيث نحصل على المجالات كما يلي:

- إذا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي المرجح لدرجة الموافقة حول أي عبارة من عبارات الاستبيان ما بين [1 - 1.80] فإن هذا يعني أن درجة الموافقة تمثل درجة منخفضة جدا؛

- إذا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي المرجح لدرجة الموافقة حول أي عبارة من عبارات الاستبيان ما بين [1.80 - 2.60] فإن هذا يعني أن درجة الموافقة تمثل درجة منخفضة؛

- إذا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي المرجح لدرجة الموافقة حول أي عبارة من عبارات الاستبيان ما بين [2.60 - 3.40] فإن هذا يعني أن درجة الموافقة تمثل درجة متوسطة؛

- إذا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي المرجح لدرجة الموافقة حول أي عبارة من عبارات الاستبيان ما بين [3.40 - 4.20] فإن هذا يعني أن درجة الموافقة تمثل درجة عالية؛

- إذا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي المرجح لدرجة الموافقة حول أي عبارة من عبارات الاستبيان ما بين [4.20 - 5] فإن هذا يعني أن درجة الموافقة تمثل درجة عالية جدا

درجة الموافقة	مقياس لكرت	مجال المتوسط الحسابي	
درجة منخفضة جدا	غير موافق بشدة	من 01 إلى 1.80 درجة	[1 - 80.1]
درجة منخفضة	غير موافق	من 1.81 إلى 2.60 درجة	[1.80 - 60.2]
درجة متوسطة	موافق بدرجة أقل	من 2.61 إلى 3.40 درجة	[2.60 - 3.40]
درجة عالية	موافق	من 3.41 إلى 4.20 درجة	[3.40 - 20.4]
درجة عالية جدا	موافق بشدة	من 4.21 إلى 5 درجة	[4.20 - 5]

ترتيب العبارة من خلال أهميتها في المحور بالاعتماد على أكبر قيمة متوسط حسابي في المحور وعند تساوي المتوسط الحسابي بين عبارتين فإنه يأخذ بعين الاعتبار اقل قيمة للانحراف معياري بينهما.

أولاً: عرض وتحليل إجابات أفراد العينة على فقرات من الاستبيان الموجه للمرضى

والمترقب ب: ابعاد الجودة الخدمات الصحية

01- بالنسبة: مؤشر الملموسية

جدول رقم (12): نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الملموسية

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة	الترتيب
1	يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه.	3,87	0,894	عالية	02
2	يملك المستشفى معدات وتجهيزات حديثة.	3,03	0,959	متوسطة	06
3	مظهر الطاقم الطبي لائق وأنيق.	4,05	0,510	عالية	01
4	يضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة.	3,69	0,893	عالية	04
5	الممرات في المستشفى واسعة ومريحة مما يضمن نقل المرضى دون صعوبة	3,72	0,972	عالية	03
6	الغرفة التي تقيم بها نظيفة والأسرة ملائمة.	3,03	1,308	متوسطة	07
7	تتنم الوجبات الغذائية المقدمة بالجودة.	2,92	1,156	متوسطة	08
8	يوفر المستشفى كافة الأدوية التي يحتاجها المريض.	3,69	1,030	عالية	05
	بعد الملموسية	3,5	0,665	عالية	

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V23

من خلال الجدول المبين أعلاه نجد:

احتلت العبارة رقم (3): "مظهر الطاقم الطبي لائق وأنيق" المرتبة الأولى من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 4,05 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الملموسية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (1): "يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه" المرتبة الثانية من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,87 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الملموسية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (5): " الممرات في المستشفى واسعة ومريحة مما يضمن نقل المرضى دون صعوبة " المرتبة الثالثة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,72 وقيمة المتوسط الحسابي

العبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الملموسية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (04): " يضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة " المرتبة الرابعة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,69 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الملموسية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (08): " يوفر المستشفى كافة الأدوية التي يحتاجها المريض " المرتبة الخامسة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,69 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الملموسية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (02): " يمتلك المستشفى معدات وتجهيزات حديثة " المرتبة السادسة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,03 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 2.61 إلى 3.40 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الملموسية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة متوسط وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (06): " الغرفة التي تقيم بها نظيفة والأسرة ملائمة " المرتبة السابعة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,03 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 2.61 إلى 3.40 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الملموسية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة متوسط وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (7): " يمتلك المستشفى معدات وتجهيزات حديثة " المرتبة الثامنة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ : 2,92 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 2.61 إلى 3.40 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الملموسية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة متوسط وهذا من منظور المرضى.

وبصفة إجمالية: نجد المتوسط الحسابي الإجمالي لإجابات أفراد العينة على عبارات بعد الملموسية بلغ : 5,3 وبالانحراف معيار يبلغ (0,665) وهو أقل من الواحد مما يشير إلى تقارب آراء الأفراد وتمركزها حول قيمة المتوسط الحسابي العام للمحور والذي هو ضمن مجال موافقة عالية فهو محصور (من 3.41 الى 4.20 درجة) ومنه فإن اتجاهات أفراد العينة موافقون على أن مستوى الإجابة هي بدرجة عالية ضمن بعد الملموسية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة وهذا حسب وجهة نظرهم.

02- بالنسبة: مؤشر الاعتمادية

جدول رقم (13): نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الاعتمادية

الترتيب	مستوى الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبارة	الرقم
03	عالية	1,044	3,59	هل هناك سرعة من طرف الطاقم الطبي على حل مشكلات المريض.	9
04	عالية	1,121	3,51	تقدم لك شروحات كافية حول حالتك الصحية.	10
05	متوسطة	1,112	3,36	يتم إنجاز الخدمة بشكل صحيح من أول مرة.	11
01	عالية	0,767	3,87	هناك استمرارية في متابعة حالة المريض.	12
02	عالية	0,966	3,74	الالتزام بمواعيد تقديم الخدمة في الوقت المحدد.	13
	عالية	0,846	3,615	بعد الاعتمادية	

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V23

من خلال الجدول المبين أعلاه نجد:

احتلت العبارة رقم (12): " هناك استمرارية في متابعة حالة المريض " المرتبة الأولى من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ : 3,87 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الاعتمادية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (13) : " الالتزام بمواعيد تقديم الخدمة في الوقت المحدد " المرتبة الثانية من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ : 3,74 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الاعتمادية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (09) : " هل هناك سرعة من طرف الطاقم الطبي على حل مشكلات المريض " المرتبة الثالثة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ : 3,59 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الاعتمادية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (10) : " تقدم لك شروحات كافية حول حالتك الصحية " المرتبة الرابعة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ : 3,51 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الاعتمادية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (11) : " يتم إنجاز الخدمة بشكل صحيح من أول مرة " المرتبة الخامسة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ : 3,36 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 2,6 إلى 3,4 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الاعتمادية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة متوسطة وهذا من منظور المرضى.

وبصفة إجمالية: نجد المتوسط الحسابي الإجمالي لإجابات أفراد العينة على عبارات بعد الاعتمادية بلغ : 3,615 وبالانحراف معيار يبلغ (0,846) وهو أقل من الواحد مما يشير إلى تقارب آراء الأفراد وتمركزها حول قيمة المتوسط الحسابي العام للمحور والذي هو ضمن مجال موافقة عالية فهو محصور (من 3.41 إلى

4.20 درجة) ومنه فإن اتجاهات أفراد العينة موافقون على أن مستوى الإجابة هي بدرجة عالية ضمن بعد الاعتمادية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة وهذا حسب وجهة نظرهم.

3- بالنسبة: مؤشر الاستجابة

جدول رقم (14): نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الاستجابة

الترتيب	مستوى الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبرة	الرقم
02	عالية	1,097	3,51	يبسط المستشفى إجراءات العمل لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة.	14
01	عالية	0,910	3,74	هناك ضبط دقيق لميعاد تقديم الخدمة للمريض والانتهاؤ منها.	15
03	عالية	0,940	3,41	هناك استجابة فورية لاحتياجات واستفسارات المريض مهما كانت درجة الانشغال.	16
	عالية	0,940	3,55	بعد الاستجابة	

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V23

من خلال الجدول المبين أعلاه نجد:

احتلت العبارة رقم (15): " هناك ضبط دقيق لميعاد تقديم الخدمة للمريض والانتهاؤ منها " المرتبة الأولى من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,74 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الاستجابة لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (14): " يبسط المستشفى إجراءات العمل لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة " المرتبة الثانية من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,51 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الاستجابة لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (16): " هناك استجابة فورية لاحتياجات واستفسارات المريض مهما كانت درجة الانشغال " المرتبة الثالثة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,41 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات

(تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الاستجابة لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

وبصفة إجمالية: نجد المتوسط الحسابي الإجمالي لإجابات أفراد العينة على عبارات بعد الاستجابة بلغ : 55,3 وبالانحراف معيار يبلغ (0,940) وهو أقل من الواحد مما يشير إلى تقارب آراء الأفراد وتمركزها حول قيمة المتوسط الحسابي العام للمحور والذي هو ضمن مجال موافقة عالية فهو محصور (من 3.41 إلى 4.20 درجة) ومنه فإن اتجاهات أفراد العينة موافقون على أن مستوى الإجابة هي بدرجة عالية ضمن بعد الاستجابة لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة وهذا حسب وجهة نظرهم.

4- بالنسبة: مؤشر الأمان

جدول رقم (15): نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الأمان

الترتيب	مستوى الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبرة	الرقم
04	عالية	1,046	3,56	الثقة في قدرة الطاقم الطبي على تقديم الخدمة بشكل جيد.	17
03	عالية	0,885	3,82	الشعور بالأمان عند التعامل مع الطاقم الطبي.	18
02	عالية	0,923	3,87	يتسم سلوك الطاقم الطبي في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.	19
01	عالية	0,811	3,87	يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	20
	عالية	0,820	3,77	بعد الأمان	

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V23

من خلال الجدول المبين أعلاه نجد:

احتلت العبارة رقم (20): " يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى " المرتبة الأولى من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,87 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الأمان لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (19): " هناك استمرارية في متابعة حالة المريض " المرتبة الثانية من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,87 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا

المؤشر ضمن بعد الأمان لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (18) : " هناك استمرارية في متابعة حالة المريض " المرتبة الثالثة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,82 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الأمان لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (17) : " هناك استمرارية في متابعة حالة المريض " المرتبة الرابعة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,56 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة لـ لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد الأمان لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

وبصفة إجمالية: نجد المتوسط الحسابي الإجمالي لإجابات أفراد العينة على عبارات بعد الأمان بلغ : 3,77 وبالانحراف معيار يبلغ (0,820) وهو أقل من الواحد مما يشير إلى تقارب آراء الأفراد وتمركزها حول قيمة المتوسط الحسابي العام للمحور والذي هو ضمن مجال موافقة عالية فهو محصور (من 3.41 الى 4.20 درجة) ومنه فإن اتجاهات أفراد العينة موافقون على أن مستوى الإجابة هي بدرجة عالية ضمن بعد الامان لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة وهذا حسب وجهة نظرهم.

5- بالنسبة: مؤشر التعاطف

جدول رقم (16): نتائج تحليل إجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر التعاطف

الترتيب	مستوى الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبارة	الرقم
04	عالية	1,121	3,51	يولي الطبيب للمريض انتباها واهتماما فرديا.	21
02	عالية	0,887	3,72	هناك مراعاة لظروف المريض وتفهم إحتياجاته.	22
01	عالية	0,85	3,74	يتصف الطاقم الطبي بالروح المرحة والصدقا في التعامل مع المريض.	23
03	عالية	1,073	3,51	يوضح الطاقم الطبي في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.	24
	عالية	0,706	3,621	بعد التعاطف	

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V23

من خلال الجدول المبين أعلاه نجد:

احتلت العبارة رقم (23): " يتصف الطاقم الطبي بالروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض." المرتبة الأولى من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,74 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد التعاطف لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (22): " هناك مراعاة لظروف المريض وتفهم إحتياجاته " المرتبة الثانية من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,72 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد التعاطف لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (24): " يوضح الطاقم الطبي في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض " المرتبة الثالثة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,51 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد التعاطف لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

احتلت العبارة رقم (21): " يولي الطبيب للمريض انتباها واهتماما فرديا " المرتبة الرابعة من حيث أهميتها لدى أفراد عينة الدراسة بالمتوسط حسابي بلغ: 3,51 وقيمة المتوسط الحسابي للعبارة هي ضمن المجال الأهمية (من 3.41 إلى 4.20 درجة) وهذا يدل أن معظم اتجاهات (تقييم) أفراد العينة ل لأهمية وتوفر وتطبيق هذا المؤشر ضمن بعد التعاطف لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة هو بدرجة عالية وهذا من منظور المرضى.

وبصفة إجمالية: نجد المتوسط الحسابي الإجمالي لإجابات أفراد العينة على عبارات بعد التعاطف بلغ: 3,621 وبانحراف معيار يبلغ (0,706) وهو أقل من الواحد مما يشير إلى تقارب آراء الأفراد وتمركزها حول قيمة المتوسط الحسابي العام للمحور والذي هو ضمن مجال موافقة عالية فهو محصور (من 3.41 إلى

4.20 درجة) ومنه فإن اتجاهات أفراد العينة موافقون على أن مستوى الإجابة هي بدرجة عالية ضمن بعد التعاطف لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة وهذا حسب وجهة نظرهم.
ثانيا: تحديد أكثر الأبعاد جودة الخدمات الصحية توفرا في المؤسسة محل الدراسة

جدول رقم (17): ترتيب أهمية متغيرات الدراسة بالمؤسسة محل الدراسة

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة	الترتيب
01	الملموسية	3,50	0,665	عالية	05
02	الاعتمادية	3,615	0,846	عالية	03
03	الاستجابة	3,55	0,940	عالية	04
04	الأمان	3,77	0,820	عالية	01
05	التعاطف	3,621	0,706	عالية	02
	جودة الخدمات الصحية	3,58	0,76	عالية	

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان و مخرجات برنامج SPSS .V24

حسب آراء واتجاهات أفراد العينة المستجوبين توصلنا إلى ما يلي:
 بالنسبة لمؤشر الأمان فإنه احتل المرتبة الأولى من حيث تقيمه من منظور المرضى بالمؤسسة الاستشفائية الزهاوي المسيلة يليه متغير التعاطف في المرتبة الثانية يليه متغير الاعتمادية في المرتبة الثالثة يليه متغير الاستجابة في المرتبة الرابعة يليه متغير الملموسية في المرتبة الخامسة وهذا يعني أن الإجمالية لتقييمهم لجودة الخدمات بالمستشفى محل الدراسة حسب وجهة نظرهم هي عالية.

ثالثا: اختبار فرضيات الدراسة

01- اختبار الفرضية العامة:

نص الفرضية البحث: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الإستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى

من اجل اختبار هذه الفرضية يعاد صياغتها إحصائيا كمايلي:

نص الفرضية الإحصائية:

الفرضية الصفرية (H_0): لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ جودة الخدمات الصحية والمتوسط الفرضي (03)

الفرضية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ جودة الخدمات الصحية والمتوسط الفرضي (03)

جدول رقم(18): يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية العامة

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
3,59	0,10	0,000

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V 24

التحليل الإحصائي:

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن إجابات أفراد العينة حول مدى تقييم لأجمالي مؤشرات (الاعتمادية + الاستجابة+ التعاطف+ الملموسية+ الامان) المتعلقة بقياس جودة الخدمات الصحة في المؤسسة العمومية الإستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) حيث بلغ قيمة $\text{sig} = 0.000$ أقل من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي ل إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم ل جودة الخدمات الصحية والمتوسط الفرضي (03)

إستنتاج قرار قبول أو رفض فرضية البحث:

ومن النتائج أعلاه نجد أن اتجاهات وأراء المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة هي إيجابية نحو تقييمهم لأجمالي مؤشرات (الاعتمادية+ الاستجابة+ التعاطف+ الملموسة+ الأمان) المتعلقة بقياس جودة الخدمات الصحة في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) أي أنه معظم إجاباتهم ضمن مجال الموافقة في سلم لكارث (من درجة 3 الى 5 درجات) من وجهة نظرهم.

وهذا ما يدفع قبول الفرضية العامة والتي مفادها: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة)

01-02- اختبار الفرضية الفرعية: رقم 01

نص الفرضية البحث: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الملموسية في المؤسسة العمومية الإستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى من اجل اختبار هذه الفرضية يعاد صياغتها إحصائيا كمايلي:

نص الفرضية الإحصائية:

الفرضية الصفرية (H_0): لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي ل إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم ل مؤشر الملموسية والمتوسط الفرضي (03)

الفرضية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي ل إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم ل مؤشر الملموسية والمتوسط الفرضي (03)

جدول رقم (19) : يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 01

القرار	sig	درجة الحرية	T المحسوبة	Mean Difference \bar{X} الفرق بين $(\mu=3)$ و	Ecart type الانحراف المعياري	Moyenne المتوسط الحسابي	حجم العينة	الدلالة الإحصائية لإجابات افراد العينة على اجمالي عبارات مؤشر الملموسية
دال	0.000	38	4,694	0,5	0,665	3,5	39	

إذا كانت قيمة مستوى المعنوية (احتمال الخطأ) للاختبار (T-Test) (Significant) أقل من المستوى الدلالة المعتمد من طرفنا في الدراسة (0.05)، فان نتيجة إجابة المبحوثين دالة إحصائيا

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V 24 وبيانات الاستبيان

التحليل الاحصائي:

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن المتوسط الحسابي لـ لإجابات أفراد العينة حول مدى تقييمهم لـ مؤشر الملموسية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) بلغ $(\bar{x}=3,5)$ وهو أكبر من المتوسط الحسابي الفرضي $(X=3)$ والفرق بينهما هو موجب، حيث بلغ $(\bar{X} - 3) = 0,5$ وهو دال احصائيا لأن $T=4,694$ و باحتمال خطأ بلغ قيمة $\text{sig} = 0.000$ أقل من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نرفض الفرضية الاحصائية الصفرية ونقبل الفرضية الاحصائية البديلة (H_1) : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \geq 0.05)$ بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الملموسية والمتوسط الفرضي (03).

إستنتاج قرار قبول أو رفض فرضية البحث:

ومن النتائج أعلاه نجد أن اتجاهات وأراء المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة هي إيجابية نحو تقييمهم جودة الخدمات الصحة من جانب مؤشر الملموسية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) أي أنه معظم إجاباتهم ضمن مجال الموافقة في سلم ليكرت (من درجة 3 الى 5 درجات) من وجهة نظرهم. وهذا ما يدفع قبول الفرضية الفرعية رقم 01 والتي مفادها: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الملموسية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.

02-02-اختبار الفرضية الفرعية: رقم 02

نص الفرضية البحث: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاعتمادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى من اجل اختبار هذه الفرضية يعاد صياغتها إحصائيا كمايلي:

نص الفرضية الاحصائية:

الفرضية الصفرية (H_0): لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الاعتمادية والمتوسط الفرضي (03)

الفرضية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الاعتمادية والمتوسط الفرضي (03).

جدول رقم (20) : يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 02

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
3,615	0,846	0,000

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24 وبيانات الاستبيان

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن إجابات أفراد العينة حول مدى تقييمهم لـ مؤشر الاعتمادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) عند قيمة sig والذي بلغ $\text{sig} = 0.000$ أقل من مستوى الدلالة 05.0 ومنه نرفض الفرضية الاحصائية الصفرية ونقبل الفرضية الاحصائية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الاعتمادية والمتوسط الفرضي (03)

إستنتاج قرار قبول أو رفض فرضية البحث:

ومن النتائج أعلاه نجد أن اتجاهات وأراء المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة هي إيجابية نحو تقييمهم جودة الخدمات الصحة من جانب مؤشر الاعتمادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) أي أنه معظم إجاباتهم ضمن مجال الموافقة في سلم ليكرت (من درجة 3 الى 5 درجات) من وجهة نظرهم. وهذا ما يدفع قبول الفرضية الفرعية رقم 02 والتي مفادها: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاعتمادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى

03-2- اختبار الفرضية الفرعية: رقم 03

نص الفرضية البحث: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاستجابة في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى من اجل اختبار هذه الفرضية يعاد صياغتها إحصائيا كمايلي:

نص الفرضية الاحصائية:

الفرضية الصفرية (H_0): لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الاستجابة والمتوسط الفرضي (03)

الفرضية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الاستجابة والمتوسط الفرضي (03).

جدول رقم(21): يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 03

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
3,55	0,94	0,002

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن إجابات أفراد العينة حول مدى تقييمهم لـ مؤشر الاستجابة في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) عند قيمة sig والذي بلغ $\text{sig} = 0.002$ أقل من مستوى الدلالة 05.0 ومنه نرفض الفرضية الاحصائية الصفرية ونقبل الفرضية الاحصائية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الاستجابة والمتوسط الفرضي (03)

إستنتاج قرار قبول أو رفض فرضية البحث:

ومن النتائج أعلاه نجد أن اتجاهات وأراء المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة هي إيجابية نحو تقييمهم جودة الخدمات الصحة من جانب مؤشر الاستجابة في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) أي أنه معظم إجاباتهم ضمن مجال الموافقة في سلم ليكرت (من درجة 3 إلى 5 درجات) من وجهة نظرهم. وهذا ما يدفع قبول الفرضية الفرعية رقم 03 والتي مفادها: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاستجابة في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.

4_2_ اختبار الفرضية الفرعية: رقم 04

نص الفرضية البحث: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الأمان في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.
من اجل اختبار هذه الفرضية يعاد صياغتها إحصائيا كما يلي:

نص الفرضية الاحصائية:

الفرضية الصفرية (H_0): لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الأمان والمتوسط الفرضي (03)

الفرضية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الأمان والمتوسط الفرضي (03).

جدول رقم (22) : يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 04

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
3,77	0,82	0,000

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V24

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن إجابات أفراد العينة حول مدى تقييمهم لـ مؤشر الأمان في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) حسب قيمة sig والذي بلغ $0.000 = sig$ أقل من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نرفض الفرضية الاحصائية الصفرية ونقبل الفرضية الاحصائية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر الأمان والمتوسط الفرضي (03) إستنتاج قرار قبول أو رفض فرضية البحث:

ومن النتائج أعلاه نجد أن اتجاهات وأراء المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة هي إيجابية نحو تقييمهم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الأمان في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) أي أنه معظم إجاباتهم ضمن مجال الموافقة في سلم ليكرت (من درجة 3 الى 5 درجات) من وجهة نظرهم. وهذا ما يدفع قبول الفرضية الفرعية رقم 04 والتي مفادها: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الأمان في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى .

2-5- اختبار الفرضية الفرعية: رقم 05

نص الفرضية البحث: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر التعاطف في المؤسسة العمومية الإستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى من اجل اختبار هذه الفرضية يعاد صياغتها إحصائيا كمايلي:

نص الفرضية الإحصائية:

الفرضية الصفرية (H_0): لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر التعاطف والمتوسط الفرضي (03)

الفرضية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر التعاطف والمتوسط الفرضي (03)

جدول رقم (23) : يبين نتائج تحليل اختبار الفرضية 05

القرار	sig	درجة الحرية	T المحسوبة	Mean Difference \bar{X} الفرق بين ($\mu=3$) و	Ecart type الانحراف المعياري	Moyenne المتوسط الحسابي	حجم العينة	الدلالة الإحصائية لإجابات أفراد العينة
دال	0.000	38	5,494	0,62	0,700	3,62	39	على اجمالي عبارات مؤشر التعاطف
إذا كانت قيمة مستوى المعنوية (احتمال الخطأ) للاختبار (T-Test) (Significant) أقل من المستوى الدلالة المعتمد من طرفنا في الدراسة (0.05)، فإن نتيجة إجابة المبحوثين دالة إحصائياً								

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V 24

التحليل الاحصائي:

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن المتوسط الحسابي لـ إجابات أفراد العينة حول مدى تقييمهم لـ مؤشر التعاطف في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) بلغ ($\bar{x}=3,62$) وهو أكبر من المتوسط الحسابي الفرضي ($X=3$) والفرق بينهما هو موجب، حيث بلغ ($\bar{X} - 3$)=0,62 وهو دال احصائياً لأن $T=5,494$ و باحتمال خطأ بلغ قيمة $\text{sig} = 0.000$ أقل من مستوى الدلالة 0.05 ومنه نرفض الفرضية الاحصائية الصفرية ونقبل الفرضية الإحصائية البديلة (H_1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط الحسابي لـ إجابات المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حول تقييمهم لـ مؤشر التعاطف والمتوسط الفرضي (03).

إستنتاج قرار قبول أو رفض فرضية البحث:

ومن النتائج أعلاه نجد أن اتجاهات وأراء المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة هي إيجابية نحو تقييمهم جودة الخدمات الصحة من جانب مؤشر التعاطف في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) أي أنه معظم إجاباتهم ضمن مجال الموافقة في سلم ليكرت (من درجة 3 الى 5 درجات) من وجهة نظرهم وهذا ما يدفع قبول الفرضية الفرعية رقم 05 والتي مفادها: يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر التعاطف في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.

خلاصة

قد اقتصرَت الدراسة على 39 استمارة من أصل 40 موزعة بطريقة عشوائية، وبعد تفرغ استمارات البحث، بينت المعالجة الإحصائية للبيانات والتي تمت عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (spss) النتائج التالية:

- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاعتمادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الاستجابة في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الامان في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر الملموسية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر التعاطف في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهاوي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى.

خاتمة

خاتمة

تعتبر الجودة مبتغي يسعى ويطمح إليه المستفيد من خدمات القطاع العام، بما يحقق أو يفوق رغباته ومتطلباته، لاسيما قطاع الخدمات الصحية كونها مرتبطة بأعلى ما يملك الإنسان، الذي يعتبر ركيزة أساسية لتحقيق التنمية في مختلف مجالات المجتمع.

لذلك وجب على المؤسسات الاستشفائية العمل على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة للأفراد، بتطبيق معايير و اجراءات ونظم الجودة في تقديم خدماتها.

ومن خلال هذه الدراسة وبالاعتماد على الإطار النظري، تحتم على مؤسسات القطاع العام لاسيما تلك المختصة في تقديم الخدمات الصحية، أن تعمل على كسب رضا العملاء حول ماتقدمه من خدمات، ويتم ذلك من خلال التعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة للمواطن، وكذا فهم مواصفات الخدمة التي يرغب فيها، وذلك للعمل على تطويرها وتحسينها بما يلبي رغباته، ولدراسة هذا الموضوع طرحنا الإشكالية التالية

كيف يقيم المريض الخدمة العمومية الصحية جودة الخدمة المقدمة؟

ومن خلال الدراسة النظرية والتطبيقية للموضوع توصلنا إلى النتائج التالية:

النتائج النظرية:

- تعبر الخدمة العمومية عن تلك الخدمات التي تعد الدولة هي المسؤولة عن أدائها أو الخاضعة لرقابتها لكونها ضرورية لحفظ حياة الإنسان وتأمين رفايته.
- تعبر الخدمات الصحية عن خدمات العناية والتشخيص بالمؤسسات الصحية.
- يقيم المريض الخدمة الصحية الخدمات المقدمة من خلال بعد كل من الملموسية ، الاستجابية، الاعتمادية والأمان وكذا التعاطف التي من خلالها يحكم على جودة هذه الخدمات.
- يعتمد على قياس جودة الخدمة الصحية مجموعة من الأساليب منها، مقياس سارفكوال الذي يقيس التوافق بين الخدمة المقدمة والمتوقعة، إضافة إلى منهجية الانحرافات الستة الذي يهدف تحقيق أداء أفضل يتحسن بشكل دائم و الى الأبد، إضافة إلى مقياس كل من عدد الشكاوى، مقياس رضا المرضى، مقياس القيمة وكذا مقياس الأداء الفعلي.
- المريض هو المحدد الأساسي للحكم على جودة خدمات القطاع العام بمختلف حقوله.
- تعبر جودة الخدمة عن مدى التوافق بين جودة الخدمة المقدمة وتوقعات المستفيد.
- قياس جودة الخدمات يعتبر أداة هامة لدفع المقدمين للخدمات إلى تحسين أدائهم.
- الجودة في الخدمة الصحية تعني تحقيق أفضل النتائج للمريض من خلال العملية التشخيصية له.
- لكسب رضا المواطن وجب تصميم الخدمة المقدمة وفق توقعاته.

خاتمة

النتائج التطبيقية: من خلال الدراسة الميدانية توصلنا إلى النتائج التالية:

- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى وهذا يدل على وجود انطباع إيجابي من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة إليهم من طرف المستشفى.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر **الاعتمادية** في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى وهذا يدل على حرص الطاقم للمواعيد الدقيقة لخدماته المقدمة للمرضى وأن الطاقم الطبي والشبه الطبي يحرص على تقديم الخدمة الصحية في المقام الأول.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر **الاستجابة** في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى وهذا يؤشر على سرعة الانجاز للخدمة الطبية ومستوى المساعدة المقدمة للمريض.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر **الأمان** في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى وهذا يؤشر على ان الطاقم الطبي والشبه الطبي يتمتع بثقة عالية من قبل المريض .
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر **الملموسية** في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى لأن المريض راض عن الجوانب الملموسة مستدلا بذلك أن المصالح الاستشفائية مجهزة بأحدث الأجهزة الطبية، الأقسام الاستشفائية مرتبة ويسهل الوصول إليها، الممرات والطرق والمصاعد بالمؤسسة مريحة.
- يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من جانب مؤشر **التعاطف** في المؤسسة العمومية الاستشفائية (الزهرابي بالمسيلة) تقييم ايجابي من وجهة نظر المرضى وهذا مؤشر جيد على أن الطاقم الطبي والشبه الطبي يهتم المريض ورعايته بشكل خاص وحل مشاكله وتفهم احتياجاته.
- 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 تقييما إيجابيا وهذا ما يؤكد صحة فرضيات الدراسة.

التوصيات:

- على الفاعلين بإدارة المستشفى محل الدراسة العمل على تحسين خدماتها من خلال بعد كل من الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف، التي يقيم المريض عن طريقها جودة هذه الخدمات.
- 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.
- الخاصة بمفاهيم الجودة في تقديم الخدمة وتحسين سلوك التعامل مع المرضى.
- ضرورة ترسيخ ثقافة الجودة لدى الطواقم الطبية من خلال برامج توعوية.
- يجب أن يكون هناك نظام رقابي مستمر داخل المؤسسة الصحية لضمان حسن تقديم خدماتها.
- التعرف على متطلبات المواطن لتحديد مواصفات الخدمة الصحية المطلوبة.
- القيام بدراسات تبين متطلبات المرضى والبحث عن النقص الحاصل في الخدمات والعمل على معالجتها.
- تكريس مبدأ الوعي الصحي لدى المرضى من خلال التوعية وإقامة برامج وقاية من الإصابة بالأمراض وتبني قاعدة الوقاية خير من العلاج.
- وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال الصحي بين المستفيد من الخدمة الصحية ومقدميها.

أفاق الدراسة:

- دراسة حالة مقارنة بين جودة خدمات القطاع الصحي العمومي والقطاع الخاص.
- دراسة تقييم جودة الخدمة في قطاعات عمومية أخرى.
- ما مدى مساهمة تقييم جودة الخدمة الصحية في تطوير وتحسين أداء الخدمات المقدمة.
- تقييم جودة الخدمة الصحية من منظور مقدم الخدمة.

المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

I- الكتب

- 1- أوزجان يشار: الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية (تقنيات وتطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، مهد الادارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008.
- 2- باهر رمزي، أسماء محمد، تحليل مغلف البيانات، استخدام البرمجة الخطية في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الادارية، 1996.
- 3- بشير العلاق، حمد عبد النبي الطائي، "تسويق الخدمات" دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.
- 4- تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
- 5- تجالينغ كوبم (Tjalling C. Koopmans) اقتصادي هولندي، حائز على جائزة نوبل في الاقتصاد سنة 1975، له مساهمات في دالة الإنتاج وتطبيقها على المستوى الكلي.
- 6- الحداد عوض بدير، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة 1999.
- 7- حميد الطائي وآخرون، "الأسس العلمية للتسويق الحديث" دار اليازوردي، الأردن، 2007.
- 8- سعيد الدجاني، لحام هدية، مقدمة في فن التمريض، الطبعة الأولى، دار الأندلس للطباعة والنشر، بيروت، 1984.
- 9- سيد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار العشري، مصر، 2008.
- 10- صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، منظور شامل، دار الفكر، عمان، 2009.
- 11- طاهير حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004.
- 12- طلعت ابراهيم، "التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية" دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2009.
- 13- عبد الجبار منديل، "أسس التسويق الحديث"، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2002.
- 14- علي البياتي حسين ذنون و المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، المنهل للطباعة والنشر، دون بلد نشر، 2009.
- 15- علي العنزي سعد، الادارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009.

قائمة المراجع

- 16- عمروصفي عقيلي، ادارة الموارد البشرية، بعداستراتيجي، دار وائل للنشر، والتوزيع، الأردن، 2007 .
- 17-قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
- 18-كامل وديع المرشد، في إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للعلوم الادارية، مصر، 2001.
- 19-محمد عبد الفتاح الصيرفي، البحث العلمي (الدليل التطبيقي للباحث)، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2008.
- 20-محمد محمد ابراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة،العدد الرابع جامعة اسيوط، القاهرة ديسمبر 1983،ص23.
- 21-محمود جاسم الصميدعي وريدنة عثمان يوسف:تسويق الخدمات،دار المسيرة للنشر والتوزيع،عمان،الأردن،2010.
- 22-مؤيد عبد الحسين الفضل،إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك،الطبعة الاولى،مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان،2004.
- 23-نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر و التوزيع، الجزائر، 2009.
- 24-وجيه محجوب،أصول البحث العلمي ومناهجه،ط2،دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2005.

II- الدوريات

- 25-آلاء نبيل عبد الرزاق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2011.
- 26-سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا العدد السابع، الشلف، الجزائر، 2011.
- 27-الشعبي، خالد بن منصور، استخدام أسلوب مغلف البيانات في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الادارية بالتطبيق على الصناعات الكيماوية والمنتجات البلاستيكية بمحافظة جدة بالمملكة، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الادارية، السعودية، 2004.

III- القوانين والمراسيم

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

قائمة المراجع

- 29- الجريدة الرسمية رقم 11/18 المؤرخة في : 18 شوال عام 1439 الموافق لـ 02 يوليو 2018.
- 30- القانون رقم 74-100 الصادر بتاريخ 13/06/1973.
- 31- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006
- 32- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006.

IV- المذكرات والاطروحات:

- 33- حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بالقائد، تلمسان، 2009-2010.

V- الملتقيات:

- 34- عدمان مريزق، عدمان محمد، "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية"، ملتقى دولي الإبداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة البليدة، الجزائر، 2010، ص ص 11-13.

المراجع باللغة الأجنبية

I- الكتب:

- 35- A. Manzoni, S.M.N. Islam, Performance Measurement in Corporate Governance, Physica-Verlag Heidelberg, 2009.
- 36- Brahim Brahamia, Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé, OCDE-Europe de l'est Maghreb, Bahaeddine, éditions, Constantine, Algérie, 2010.
- 37- Caroline Selmer, construire et défendre son budget (outils, méthodes et comportements), Dunod, Paris, 2001.
- 38- Caroline. Selmer , Concevoir le Tableau de Bord , Edition Dunod , Paris 1998 .
- 39- Claude Alazard et Sabine Sépari, contrôle de gestion, Dunod, Paris, 5ème édition, 2001.
- 40- H. Sherman David. Zhu Joe, Service Productivity Management, Springer Science+Business Media, New York, USA, 2006.
- 41- Jean René Edighoffer, précis de gestion d'entreprise, édition Nathan, France, 2001.

- 42- Joe Zhu, Wade D. Cook, Modeling Data Irregularities and Structural Complexities In Data Envelopment Analysis, Springer Science et Business Media, New York, USA, 2007.
- 43- K. Ishikawa, Manuel Pratique de Gestion, AFNOR, Paris.
- 44- Mauro Coli, Eugenia Nissi, AgneseRapposelli, Monitoring Environmental Efficiency: An Application To Italian Provinces, Environmental Modelling& Software, 2011.
- 45- Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, la télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation, institute économique de Montréal, collection santé économiques, septembre 2010.
- 46- Othman Joumady, Efficacité Et Productivité Des Banques Au Maroc Durant La Période De Libéralisatio Financière: 1990-1996, 17èmes Journées Internationales d'Economie Monétaire Et Bancaire, Lisbonne, Portugal, 7-9 Juin 2000.
- 47- R. Ramanathan, An Introduction To Data Envelopment Analysis: A Tool For Performance Measurement, 1st ed. Sage Publications, California, USA, 2003.

II - التقارير:

- 48- Le système de santé en Algérie, défis nationaux et enjeux partagés, les notes IPMED, études et analyses, Tirage N°13, Avril 2012.
- 49- Ministère de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire nationale, Algérie, novembre 1981.
- 50- Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, la télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation, institute économique de Montréal, collection santé économiques, septembre 2010.
- 51- OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant, Genève 2000.

III - الدوريات والملتقيات:

- 52- Brown, F & Jacqueline, L, A study in organizational change: The attitude of personal toward TQM implementation in state department of education". Dissertation Abstract International, 2003.

قائمة المراجع

- 53- Sungchul, Y & Hyunsuk, S. "Ensuring IT consulting SERVQUAL and user satisfaction: A modified measurement tool". Information Systems Frontiersm, 2004.
- 54- Quey-Jen Yeh, The Application of Data Envelopment Analysis in Conjunction with Financial Ratios for Bank Performance Evaluation, Journal of the O. Research Society, Vol. 47. 8, Aug., 1996.
- 55- W. W. Cooper, L. M. Seiford, Kaoru Tone, Data Envelopment Analysis, 2end ed. Springer Science et Business Media, USA. 2007 .

IV - المواقع:

- 56- www.discussion.com, Consulter le: 05/ 07/ 2014

الملاحق

ملحق رقم 01

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية من وجهة نظر المريض
دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية المسيلة (الزهاوي)

استمارة الاستبيان

أخي المريض/ أختي المريضة
تحية طيبة

في إطار تحضير مذكرة ماستر تحت عنوان تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية من وجهة نظرالمريض دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية المسيلة (الزهاوي) . فلکم جزيل الشكر مسبقا على مساهمتكم القيمة وعلى مشاركتكم الفعالة في إثراء هذا الموضوع بأجوبتكم على أسئلة هذا الاستبيان ، ولأهمية رأيكم حول موضوع الدراسة يرجى التكرم بالإجابة على الأسئلة المرفقة بموضوعية ودقة علما أنه سيتم إستخدام هذه المعلومات لأغراض البحث العلمي فقط ونشكرکم لتعاونکم

الأستاذ المشرف

تمار التوفيق

الطالبة

فتحي مجناح

محمد قنفود

الاستبيان من الأول الجزء
المعلومات الشخصية والوظيفية

1 - الجنس:

ذكر أنثى

2- السن:

من 16 إلى 30 سنة من 30 إلى 50 سنة أكثر من 50 سنة

3- المستوى التعليمي:

دون مستوى ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

4- مدة الإقامة:

من يوم إلى 3 أيام من 3 إلى 10 يوم من 10 إلى 30 يوم أكثر من شهر

5- طبيعة الدخول:

مصلحة الاستعجال عيادات جواريه طبيب خاص

6- هل سبق لك الإقامة بمستشفيات أخرى:

لا نعم
 خاصة عامة

الاستبيان من الثاني الجزء
معاور الإستبيان

قياس جودة الخدمات الصحية						رقم العبارة
الاختيارات					مضمون العبارة	
غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
I - بعد الملموسية						
					01	يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه.
					02	يملك المستشفى معدات وتجهيزات حديثة.
					03	مظهر الطاقم الطبي لائق وأنيق.
					04	يضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة.
					05	المرات في المستشفى واسعة ومريحة مما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة.
					06	الغرفة التي تقيم بها نظيفة والأسرة ملائمة.
					07	تتسم الوجبات الغذائية المقدمة بالجودة.
					08	يوفر المستشفى كافة الأدوية التي يحتاجها المريض.
II - بعد الاعتمادية						
					09	هل هناك سرعة من طرف الطاقم الطبي على حل مشكلات المريض.
					10	تقدم لك شروحات كافية حول حالتك الصحية.
					11	يتم إنجاز الخدمة بشكل صحيح من أول مرة.
					12	هناك استمرارية في متابعة حالة المريض.
					13	الالتزام بمواعيد تقديم الخدمة في الوقت المحدد.
III - بعد الاستجابة						
					14	يبسط المستشفى إجراءات العمل لضمان السرعة

قائمة الملاحق

					والسهولة في تقديم الخدمة.	
					15 هناك ضبط دقيق لميعاد تقديم الخدمة للمريض والانتهاء منها.	
					16 هناك استجابة فورية لاحتياجات واستفسارات المريض مهما كانت درجة الانشغال.	
IV - بعد الأمان						
					17 الثقة في قدرة الطاقم الطبي على تقديم الخدمة بشكل جيد.	
					18 الشعور بالأمان عند التعامل مع الطاقم الطبي.	
					19 يتسم سلوك الطاقم الطبي في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.	
					20 يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمريض.	
V - بعد التعاطف						
					21 يولي الطبيب للمريض انتباها واهتماما فرديا.	
					22 هناك مراعاة لظروف المريض وتفهم إحتياجاته.	
					23 يتصف الطاقم الطبي بالروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض.	
					24 يوضح الطاقم الطبي في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض.	

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير

قائمة الملاحق

ملحق رقم 02: نتائج الدراسة

المستوى التعليمي

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide دون مستوى	11	28,2	28,2	28,2
ابتدائي	4	10,3	10,3	38,5
متوسط	7	17,9	17,9	56,4
ثانوي	7	17,9	17,9	74,4
جامعي	10	25,6	25,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

مدة الإقامة

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide من يوم إلى 3 أيام	7	17,9	17,9	17,9
من 3 إلى 10 أيام	16	41,0	41,0	59,0
من 10 إلى 30 يوم	10	25,6	25,6	84,6
أكثر من شهر	6	15,4	15,4	100,0
Total	39	100,0	100,0	

طبيعة الدخول

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide مصلحة الاستجالات	28	71,8	71,8	71,8
عيادات جوارية	1	2,6	2,6	74,4
طبيب خاص	10	25,6	25,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

الإقامة

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide نعم	20	51,3	51,3	51,3
لا	19	48,7	48,7	100,0
Total	39	100,0	100,0	

اختبار التوزيع الطبيعي

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
الملموسية	,123	39	,143	,980	39	,712
الاعتمادية	,159	39	,014	,933	39	,023
الاستجابة	,246	39	,000	,893	39	,001
الأمان	,187	39	,001	,897	39	,002
التعاطف	,124	39	,135	,958	39	,150

a. Correction de signification de Lilliefors

قائمة الملاحق

الثبات

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	38	97,4
	Exclue ^a	1	2,6
	Total	39	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,952	24

المتوسطات

Statistiques

		بموقع المستشفى يتمتع الوصول ويسهل ملائم إليه.	معدات المستشفى يمتلك حديثة وتجهيزات.	الطبي الطاقم مظهره. (واثيق لائق).	لوحات المستشفى يضع تسهيل إرشادية وعلامات الأقسام إلى الوصول المختلفة.	المستشفى في الممرات مما ومرحبة واسعة يضمن.	بها تقيم التي الغرفة ملائمة والأمره نظيفة.	الغذائية الوجبات تتسم بالجودة المقدمة.	كافة المستشفى يوفر يحتاجها التي الأدوية المريض.	الملموسية
N	Valide	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Moyenne	3,87	3,03	4,05	3,69	3,72	3,03	2,92	3,69	3,5000
	Ecart type	,894	,959	,510	,893	,972	1,308	1,156	1,030	,66516

Statistiques

		طرف من سرعة هناك هل حل على الطبي الطاقم المريض مشكلات.	كافية شروحات لك تقدم. الصحية حالتك حول.	بشكل الخدمة إنجاز يتم. مرة أول من صحيح.	متابعة في استمرارية هناك المريض حالة.	تقديم بمواعيد الالتزام. المحدد الوقت في الخدمة.	الاعتمادية
N	Valide	39	39	39	39	39	39
	Manquant	0	0	0	0	0	0
	Moyenne	3,59	3,51	3,36	3,87	3,74	3,6154
	Ecart type	1,044	1,121	1,112	,767	,966	,84652

Statistiques

		المستشفى يبسط لضمان العمل إجراءات في والسهولة السرعة. الخدمة تقديم.	لميعاد دقيق ضبط هناك للمريض الخدمة تقديم. منها والانتهاه.	فورية استجابة هناك واستفسارات لاحتياجات كانت مهما المريض الانشغال درجة.	الاستجابة
N	Valide	39	39	39	39
	Manquant	0	0	0	0
	Moyenne	3,51	3,74	3,41	3,5556
	Ecart type	1,097	,910	1,163	,94074

Statistiques

		الطاقم قدرة في الثقة تقديم على الطبي جيد بشكل الخدمة.	عند بالأمان الشعور الطاقم مع التعامل الطبي.	الطاقم سلوك يتسم المستشفى في الطبي المعاملة وحسن بالأدب المرضى مع.	على المستشفى يحافظ المعلومات سرية بالمريض الخاصة.	الأمان
N	Valide	39	39	39	38	39
	Manquant	0	0	0	1	0
	Moyenne	3,56	3,82	3,87	3,87	3,7756
	Ecart type	1,046	,885	,923	,811	,82077

قائمة الملاحق

Statistiques

		التعاطف	للمريض الطبيب يولي فرديا واهتماما انتباها	لظروف مراعاة هناك إحتياجه وتفهم المريض	الطبي الطاقم يتصف والصدافة المرحه بالروح المريض مع التعامل في	في الطبي الطاقم يوضح للمرضى المستشفى التي الصحية المشاكل يفهمها بطريقة منها يعانون المريض
N	Valide	39	39	39	39	39
	Manquant	0	0	0	0	0
Moyenne		3,6218	3,51	3,72	3,74	3,51
Ecart type		,70681	1,121	,887	,850	1,073

اختبار الفرضيات

الفرضية الأولى

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الملموسية	39	3,5000	,66516	,10651

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الملموسية	4,694	38	,000	,50000	,2844	,7156

الفرضية الثانية والثالثة والرابعة:

Tests statistiques^a

	Mean - الاعتمادية	Mean - الاستجابة	Mean - الأمان
Z	-3,874 ^b	-3,119 ^b	-4,228 ^b
Sig. asymptotique (bilatérale)	,000	,002	,000

a. Test de classement de Wilcoxon

b. Basée sur les rangs positifs.

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La médiane de الاعقلية est égale à 3,000.	Test de rang signé de Wilcoxon d'un seul échantillon	,000	Rejeter l'hypothèse nulle.
2	La médiane de الاستجابة est égale à 3,000.	Test de rang signé de Wilcoxon d'un seul échantillon	,002	Rejeter l'hypothèse nulle.
3	La médiane de الأمان est égale à 3,000.	Test de rang signé de Wilcoxon d'un seul échantillon	,000	Rejeter l'hypothèse nulle.
4	La médiane de الصحة الخسة جيدة est égale à 3,000.	Test de rang signé de Wilcoxon d'un seul échantillon	,000	Rejeter l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance est 05.

قائمة الملاحق

الفرضية الخامسة:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
التعاطف	39	3,6218	,70681	,11318

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
التعاطف	5,494	38	,000	,62179	,3927	,8509

الفرضية العامة:

	الصحية الخدمة جودة - Mean
Z	-4,328 ^b
Sig. asymptotique (bilatérale)	,000

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La médiane de الاعتمادية est égale à 3,000.	Test de rang signé de Wilcoxon d'un seul échantillon	,000	Rejeter l'hypothèse nulle.
2	La médiane de الاستجابة est égale à 3,000.	Test de rang signé de Wilcoxon d'un seul échantillon	,002	Rejeter l'hypothèse nulle.
3	La médiane de الأمان est égale à 3,000.	Test de rang signé de Wilcoxon d'un seul échantillon	,000	Rejeter l'hypothèse nulle.
4	La médiane de الصحية الخدمة جودة est égale à 3,000.	Test de rang signé de Wilcoxon d'un seul échantillon	,000	Rejeter l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance est 0,05.

الملخص

الخدمة ماهية إلى بالتطرق وذلك المسيلة، بولاية الصحية الخدمات واقع على التعرف إلى تهدف هذه الدراسة الآليات من مجموعة ، مع اقتراح (Servqual) نموذج باستخدام تقييمها وطرق أساليب ومختلف الصحية هذه الخدمات مستوى لتحسين.

خلال من الصحية الخدمات مستوى تقييم في يساهم (Servqual) نموذج أن الدراسة نتائج وبينت رضاهم، مستوى تعكس والتي المسيلة بولاية العمومية الاستشفائية المؤسسات افراد يركز عليها التي الأبعاد الخدمات هذه تسمح بتحسين التي الآليات أهم الى اضافة.

طرف من المقدمة الخدمات وفعالية كفاءة من شأنها رفع التي الآليات من مجموعة الدراسة قدمت وقد المقدمة الصحية الخدمات مستوى بتحسين والمتعلقة المسيلة بولاية العمومية المؤسسات الاستشفائية للمرضى.

, آليات (Servqual) نموذج الصحية، الخدمات مستوى تقييم الصحية، الخدمات :المفتاحية الكلمات ، لولاية المسيلة العمومية الصحية المؤسسات تحسين الخدمات الصحية،

Abstract

The aim of this study is to identify the reality of health services in the Wilaya of M'sila by addressing the nature of the health service and various methods and methods of evaluating them using the Servqual model, and proposing a set of mechanisms to improve the level of these services.

The results of the study showed that the Servqual model contributes to the evaluation of the level of health services through the dimensions that are focused on the members of the public hospitals in the state of Msila, which reflects their level of satisfaction, in addition to the most important mechanisms that allow to improve these services.

The study presented a number of mechanisms that would improve the efficiency and effectiveness of the services provided by public hospitals in the state of M'sila related to improving the level of health services provided to patients.

Keywords: Health services, Evaluation level healths services model (Servqual) Improvement mechanisms of health services, Public health institutions of the Wilaya of M'sila.