



جامعة العربي - التبسي - تبسة

كلية العلوم الاقتصادية، و العلوم التجارية، وعلوم التسيير

قسم: العلوم التجارية

الرقم التسلسلي...../ 2022

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي (ل م د)

الفرع: علوم تجارية

التخصص: تسويق خدمي

المذكرة موسومة بـ:

تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية باستخدام منهجية التحليل متعدد المعايير EVAMIX

دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد الشبوكي بالشرية

إشراف الأستاذ:

- طارق فارس

من إعداد:

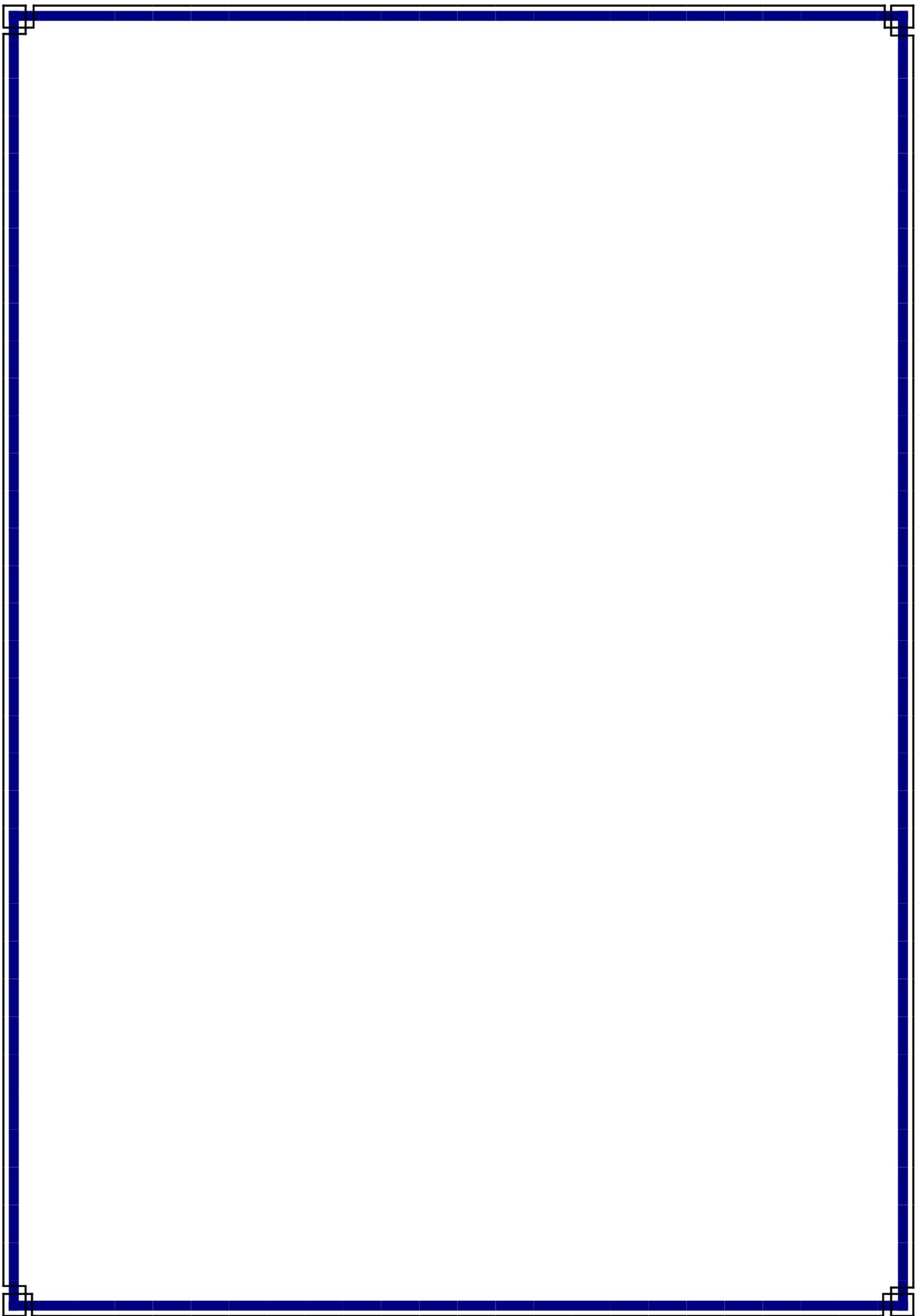
- إشراق سعيدان

- نادية ملاك

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
أمال عبيدي	أستاذ مساعد (أ)	رئيسا
طارق فارس	أستاذ محاضر (أ)	مشرفا ومقررا
عبد السلام زايدي	أستاذ مساعد (أ)	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022/2021





جامعة العربي - التبسي - تبسة

كلية العلوم الاقتصادية، و العلوم التجارية، وعلوم التسيير

قسم: العلوم التجارية

الرقم التسلسلي...../ 2022

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي (ل م د)

الفرع: علوم تجارية

التخصص: تسويق خدمي

المذكرة موسومة بـ:

تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية باستخدام منهجية التحليل متعدد المعايير EVAMIX

دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد الشبوكي بالشرية

إشراف الأستاذ:

- طارق فارس

من إعداد:

- إشراق سعيدان

- نادية ملاك

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
أمال عبيدي	أستاذ مساعد (أ)	رئيسا
طارق فارس	أستاذ محاضر (أ)	مشرفا ومقررا
عبد السلام زايدي	أستاذ مساعد (أ)	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022/2021

الإهداء

إلى الوالدين حفظهما الله والإخوة و الأخوات الأعزاء

إلى كل الزملاء والزميلات

إلى كل من عرفني ولم اعرفه أو دعا لي بظهر غيب، أو ساندني ولو بالكلمة الطيبة

إلى بلد الشهداء والعلماء الجزائر

إشراق

نادية

شكر و عرفان

- نشكر الله العلى القدير الذب أنعم علينا بنعمة العقل والدين والقائل في محكم التنزيل «لئن شكرتم لأزيدنكم (سورة إبراهيم الآية 07).

- وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم «من صنع إليكم معروفا فكافؤوه، فإن لم تجدوا ما تكافؤه به فادعوا له حتى تروا أنكم كافتتموه» (رواه أبو داود).

- وواجب الاعتراف بالجميل يدعوننا ونحن ننهي إعداد هذا البحث أن نتوجه بأسمى عبارات الشكر والعرفان والتقدير للأساتذة الأفاضل الذين تلقينا منهم العلم والمعرفة والتوجيه طيلة مشوارنا الدراسي، ونخص بالذكر أستاذنا الفاضل طارق فارس ، الذي قبل الإشراف على هذا البحث بصدر رحب، ولم يبخل علينا بإرشاداته وملاحظاته القيمة وخبرته في الميدان، التي كان لها الأثر الفعال لإنجاز هذا الجهد المتواضع كما أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من مدوا يد العون والمساعدة ولو بكلمة طيبة لإخراج هذه المذكرة.

ملخص

تقدم هذه الدراسة مفاهيم أساسية لجودة الخدمات الصحية، كما تبرز الدور الكبير الذي تلعبه طرق التحليل متعدد المعايير في تبسيط الصعوبة التي تتميز بها غالبا عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بشكل جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية، وقد تم تدعيم هذه الدراسة بدراسة حالة بأحد المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية (هي مستشفى محمد الشبوكي الشريعة) بحيث تبرز كيفية تطبيق منهجية التحليل متعدد المعايير Evamix لترتيب مصالح المستشفى من حيث مستوى الجودة.

الكلمات المفتاحية: الخدمات - الخدمات الصحية - Evamix - المؤسسات الصحية.

Résumé:

Cette étude présente les concepts de base de la qualité des services de santé et souligne le rôle important joué par les méthodes d'analyse multistandardes dans la simplification de la difficulté souvent caractérisée par le processus de prise de décision concernant la qualité des services de santé fournis dans les établissements hospitaliers publics, et a été soutenue par une étude de cas d'un hôpital public algérien (Hôpital Mohamed Shebouki Chéria) pour mettre en évidence comment appliquer la méthodologie d'analyse multistandard Evamix pour organiser les intérêts de l'hôpital en termes de qualité.

Les Mots-clés:

Service, Service de Santé, Établissements de santé, Evamix.



قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
	الإهداء
	كلمة شكر وعرfan
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	قائمة الملاحق
أ - ز	مقدمة عامة
الفصل الأول: مدخل إلى الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية	
10	تمهيد
19 - 11	المبحث الأول: مفاهيم عامة للخدمة
14 - 11	المطلب الأول: تعريف الخدمة وأهميتها
15 - 14	المطلب الثاني: خصائص الخدمة
19 - 16	المطلب الثالث: تصنيف الخدمات والفروق الجوهرية بينها وبين السلع
33 - 20	المبحث الثاني: ماهية الخدمات الصحية
23 - 20	المطلب الأول: تعريف الخدمات الصحية وخصائصها
30 - 23	المطلب الثاني: المزيج التسويقي للخدمات الصحية
33 - 30	المطلب الثالث: تحليل دورة حياة الخدمات الصحية
40 - 34	المبحث الثالث: دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية
36 - 34	المطلب الأول: طبيعة المؤسسات الصحية
38 - 36	المطلب الثاني: تصنيف المؤسسات الصحية
40 - 38	المطلب الثالث: دراسة مكانة وأهمية التسويق في المؤسسات الصحية
41	خلاصة
الفصل الثاني: آلية تطبيق منهجية التحليل متعدد المعايير Evamix	
43	تمهيد
56 - 44	المبحث الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية
46 - 44	المطلب الأول: تعريف جودة الخدمة الصحية

48 - 47	المطلب الثاني: أهمية وأهداف جودة الخدمة الصحية
56 - 48	المطلب الثالث: أبعاد و معايير جودة الخدمة الصحية ومداخل قياسها
62 - 56	المبحث الثاني: أسلوب servQual لقياس جودة الخدمة الصحية
60 - 57	المطلب الأول: نموذج الفجوة
62 - 60	المطلب الثاني: قياس جودة الخدمة الصحية باعتماد نموذج servQual
62	المطلب الثالث: مبررات استخدام servQual
69 - 63	المبحث الثالث: المقارنة متعددة المعايير Evamix
64 - 63	المطلب الأول: تقديم المقارنة متعددة المعايير
64	المطلب الثاني: تعريف المقارنة متعددة المعايير
69 - 64	المطلب الثالث: مراحل المقارنة متعددة المعايير Evamix
70	خلاصة
الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي	
72	تمهيد
74 - 73	المبحث الأول: نظرة عامة حول المؤسسة الصحية محل الدراسة
75 - 74	المطلب الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي
76 - 74	المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة
77	المطلب الثالث: أهداف المؤسسة الاستشفائية محمد الشبوكي
89 - 78	المبحث الثاني: تطبيق المقارنة متعددة المعايير Evamix لقياس مستوى الجودة في المؤسسة الصحية
79 - 78	المطلب الأول: طريقة البحث واستخلاص البيانات
86 - 79	المطلب الثاني: دراسة المشكلة
88 - 86	المطلب الثالث: تحديد أسبقية المصالح من حيث مستوى جودة الخدمة الصحية بالاعتماد على طريقة Evamix.
89	خلاصة الفصل
96 - 91	الخاتمة
105 - 98	قائمة المراجع
125 - 107	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
18	الفروق الجوهرية بين السلع والخدمات	01
52 - 51	معايير جودة الخدمة الصحية	02
80	مقياس الأهمية لساعاتي	03
82 - 81	البيانات الشخصية للمستجوبين	04
83 - 82	الوسط الحسابي لكل المصالح	05
86 - 85	نتائج التقابل	06
86	المصفوفة غير الموزونة للمعايير	07
87	المصفوفة الموزونة للمعايير	08

قائمة الأبحاث

الصفحة	العنوان	الرقم
24	المزيج التسويقي للخدمات الصحية.	01
30	دورة حياة الخدمة الصحية.	02
56	نموذج لتقييم جودة الخدمة الصحية.	03
59	نماذج الفجوة بين الخدمة الفعلية والمتوقعة.	04
76	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي	05
78	ملخص طريقة EVAMIX	06
84	التصور النظري للدراسة	07
84	مصفوفة الهيمنة حسب برنامج Super decision	08
85	معامل التناقض للمعايير حسب البرنامج	09

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
107	اللجنة المحكمة للاستبيان	01
111 - 108	الاستبيان	02
113 - 112	اتفاقية التربص	03
114	مقرر التوجيه الداخلي سعيدان إشراق للمؤسسة حل الدراسة	04
115	مقرر التوجيه الداخلي ملاك نادية للمؤسسة محل الدراسة	05
124 - 116	جداول التكرارات والمتوسطات الحسابية لكل مصلحة	06
125	التعريف بالبرنامج super decison V3.1	07



مقدمة عامة:

تعتبر الخدمات الصحية واحدة من أبرز وأهم الخدمات التي أصبح الفرد في المجتمع يبحث عنها، ويريدها بدرجة معينة من التميز والإتقان لحاجته الماسة لها، وهذا راجع بالدرجة الأولى لعدة أسباب والمرتبطة أساسا بكثرة وتنوع وغموض الأمراض العضوية والنفسية التي يتعرض لها ويعاني منها في الوقت المعاصر.

وبالمقابل حتمت هذه الحاجة الملحة لهذا النوع من الخدمات اهتماما متزايدا من قبل المؤسسات والهيئات الصحية سواء على المستوى المحلي أو الدولي.

إن الزبون طالب الخدمة أصبح متطلبا ويلح بشدة على أن تكون الخدمة الصحية المقدمة ذات مستوى عال من الجودة وبدرجة معينة من الإتقان، وقد أيقنت المؤسسات الصحية أنه لا أهمية لخدماتها ما لم تتمكن من تصنيف جوانب الجودة فيها خاصة وأن المريض أصبح لا يقبل بالمستويات المتدنية للخدمة الصحية المقدمة. هذا ما حتم على متخذي القرار في المؤسسات الصحية إيجاد الوسائل والسبل وتبني مختلف الطرق العلمية التي تساعد في تقييم وتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة، ومن بين الأساليب التي عالجت مشكل الجودة في تقديم الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية منهجية التحليل متعدد المعايير **Evamix** لترتيب مصالح المؤسسة الصحية من حيث مستوى الجودة.

إشكالية الدراسة:

انطلاقا مما أسلف ذكره، تتبلور معالم إشكالية هذه الدراسة و التي نطرحها في التساؤل الرئيسي التالي:

كيف تتم عملية تقييم جودة الخدمة الصحية وفق منهجية التحليل متعدد المعايير EVAMIX بالمؤسسات الصحية ؟ وما هو واقع ذلك في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة؟

ولإحاطة ببحوثات الإشكالية نطرح جملة من الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما المقصود بالخدمات الصحية ؟ و هل يتم تسويقها للمريض طالب الخدمة يشبه تسويقها للخدمات الأخرى؟

2. ما هي النماذج المعتمدة في تقييم جودة الخدمة الصحية؟ و أيها يمكن تطبيقه في الواقع العملي؟

3. ما هي المعايير التي يمكن اعتمادها في قياس جودة الخدمات الصحية في مستشفى محمد الشبوكي بالشرية؟

4. هل يوجد تباين في جودة الخدمات الصحية المقدمة ضمن مصالح المؤسسة الاستشفائية محمد الشبوكي؟

فرضيات الدراسة:

للإجابة عن التساؤلات المطروحة نقترح الفرضيات التالية :

1. المقصود بالخدمة الصحية هي مجموعة الخدمات التشخيصية و العلاجية و التأهيلية التي تقدم على مستوى الأقسام المخول لها بذلك، أما تسويق الخدمات الصحية للمريض فهو يختلف عن تسويقها للعملاء في الخدمات الأخرى.
2. من النماذج المعتمدة في تقييم جودة الخدمة الصحية نموذج الفجوة **ServQual** و نموذج الأداء الفعلي **Servperf** و نموذج التحليل متعدد المعايير **Evamix**. و ما يمكن اعتماده في الواقع العملي هو منهجية التحليل متعدد المعايير **Evamix** لتعدد مزايا وفعاليتها.
3. المعايير التي يمكن اعتمادها في قياس جودة الخدمات الصحية في مستشفى محمد الشبوكي بالشرية هي الملموسية، الاعتمادية، الأمان، التعاطف، الضمان.
4. لا يوجد تباين في جودة الخدمات الصحية المقدمة ضمن مصالح المؤسسة الاستشفائية محمد الشبوكي.

أهمية الدراسة:

- ◆ تكتسي هذه الدراسة أهمية كبيرة لتناولها طريقة حديثة و غير مستهلكة في القطاع الصحي خاصة والمؤسسات الخدماتية والصناعية عامة. وهي طريقة التحليل متعدد المعايير **EVAMIX** والتي يغفل عنها الجميع رغم تسهيلها لاتخاذ القرارات المتشعبة لدى متخذي القرار.
- ◆ ربط طريقة التحليل متعدد المعايير **EVAMIX** بالمجال الصحي والذي يتعلق مباشرة بصحة الفرد، وحساسية اتخاذ القرارات في هذا المجال، وهي الطريقة الغير مستهلكة في الجزائر وخاصة في المجال الصحي.

أهداف الدراسة:

ترمي هذه الدراسة إلى جملة من الأهداف نسطرها كالتالي:

- ◆ إلقاء الضوء على حال المستشفيات العمومية وواقع الخدمات الصحية المقدمة فيها.
- ◆ التعرف على طريقة التحليل متعدد المعايير وتعريفها لمتخذي القرار لتسهيل اتخاذ القرارات وحل المشاكل المتعلقة بجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية.
- ◆ التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في مستشفى محمد الشبوكي الشريعة ومدى قبول المرضى لجودة هذه الخدمات.

أسباب اختيار الموضوع:

تعددت الأسباب التي أدت بنا لتناول هذا البحث والتي منها موضوعية وأخرى ذاتية، نجلها فيما يلي:

دوافع موضوعية:

- ◆ عزوف الباحثين والطلبة عن اقتحام مجال الصحة، لصعوبة وحساسية مواضيعه المتشعبة والمتشابكة.
- ◆ محاولة التميز بطرح موضوع الصحة، وربطه بخيط حديث وهو طريقة التحليل متعدد المعايير.
- ◆ محاولة التميز بطرح موضوع جديد ومتميز مرتبط بمجال حساس وهو الصحة.
- ◆ محاولة لفت انتباه متخذي القرار خاصة في المجال الصحي لوجود طرق وأساليب جديدة لتسهيل اتخاذ القرارات ومحاولة تطبيقها في المؤسسات الاستشفائية وكذا تعميمها في المؤسسات الصناعية والتجارية.

دوافع ذاتية:

- ◆ محاولة التميز بموضوع غير مستهلك وغير معروف لدى الكثير من أفراد الأسرة الجامعية من باحثين وطلاب.
- ◆ الميول الشخصي للبحث وحب الاستطلاع والتعرف على مثل هكذا مواضيع جديدة بحكم التخصص.

حدود الدراسة:

بحثنا ينطوي تحت غطاء الجودة في القطاع الصحي، ودراستنا تنطبق على واقع المؤسسات الصحية التي اخترنا منها مؤسسة محمد الشبوكي الصحية بالشريعة ولاية تبسة لا جراء الدراسة التطبيقية والميدانية التي امتدت من 01 فيفري إلى غاية 30 من نفس الشهر أي شهرا كاملا، بغرض جمع المعلومات وتحليلها.

صعوبات الدراسة:

واجهنا أثناء بحثنا العديد من المشاكل والتي أشعرتنا أحيانا بالإحباط وأحيانا بالتخوف من عدم إكمال المذكرة في وقتها. ونسطر هذه المشاكل والصعوبات والعثرات في النقاط التالية:

- ◆ صعوبة إيجاد مراجع متعلقة ببحثنا، أولا عدم توفرها في الكلية وثانيا ندرتها في الانترنت خاصة المتعلقة بمجال الصحة ووجودها باللغات الأجنبية.
- ◆ استهلاك الكثير من الوقت خاصة أثناء الترجمة من لغة إلى أخرى لتوفير معلومات عن الموضوع بطريقة صحيحة وباللغة العربية.
- ◆ عدم وجود أشخاص متمكنين من برنامج **Super Decision** والذي صعب علينا مهمة إتمام الجزء التطبيقي مما اضطر بنا إلى استعمال البرنامج بأنفسنا، ليس من الصعوبة في ذلك، لكن كانت لنا معرفة جديدة به وتكوين خبرة عنه، وتوفقنا في ذلك بفضل الله.

المنهج المتبع و أدوات الدراسة

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي للإلمام بجوانب موضوع: تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية بالاعتماد على منهجية التحليل متعدد المعايير **evamix** و بغرض إسقاط الدراسة على واقع المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية اعتمدنا على منهج دراسة الحالة.

وبغرض إتمام عملية الدراسة تم الاستعانة بمجموعة من الأدوات اللازمة، والمناسبة لكل مرحلة من مراحل الدراسة، حيث تم الاستعانة بمجموعة من المراجع والوثائق المكتوبة (كتب، مذكرات، مجلات...) هذا في الدراسة النظرية، أما الدراسة الميدانية فقد تم الاعتماد فيها على الوثائق الإدارية والقوانين الداخلية للمؤسسة، الاستبانة التي تم توزيعها على المرضى بمختلف المصالح بالمؤسسة الصحية محمد الشبوكي الشريعة، أما عرض هذه البيانات والمعلومات وتحليلها وتلخيصها تم عن طريق استخدام الطرق الرياضية كما استعنا بالبرنامج المتخصص **Super Decision** الاحصائي.

الدراسات السابقة:

1. دراسة Vijay Maniknav Assesment, et al

هدفت الدراسة إلى إيضاح دور طريقة التحليل متعدد المعايير **Evamix** في تقييم البدائل ذات بيانات مختلفة (نوعية وكمية) من أجل اختيار مواد أولية لتطبيق هندسة معينة لخزان مبرد لنقل النيتروجين حيث السائل في بيئة غنية بالأكسجين وذات درجة حرارة مرتفعة والمفاضلة بين مواد ضمن أربعة معايير للاختيار (الصلابة، درجة القطع، التكلفة، ومقاومة التآكل).

وبينت الدراسة أن **Evamix** هي طريقة بسيطة وشفافة في تصنيف البدائل والرسم التفسيري لها، وهي تسمح بتحديد أي خطأ ارتكب خلال عملية الحساب وإمكانية تصحيحه من أجل اتخاذ القرار السليم هي طريقة دقيقة ولها القدرة على حل المشاكل المعقدة لصنع القرارات المتعلقة باختيار البديل المناسب الذي يحتوي على معايير نوعية وكمية.

وخلصت الدراسة أن **Evamix** هي طريقة سهلة لتقييم البدائل واختيار أحسنها من خلال استخدامها لنماذج رياضية منفصلة للتعامل مع البيانات النوعية والكمية لمصفوفة القرارات وهذا ما يجعل إمكانية فقدان المعلومات ضئيل جدا وهي طريقة مرنة وسهلة الفهم والتطبيق.

2. دراسة Maria Rita Pinto et al

هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية طريقة **Evamix** في تصنيف بدائل إعادة تصميم مبنى تراثي من بين عدة خيار القادرة على الحفاظ على أداء المبنى وتحسينه مع الحفاظ على الهوية التراثية له ودور هذه الطريقة في ترتيب البدائل المتاحة التي تربط بين فكرة تحويل وتصميم المبنى وبين فكرة الحفاظ على القيمة التراثية له واستمرارها.

وبينت الدراسة مساهمة طريقة **Evamix** في معالجة مصفوفة التقييم وقدرة هذه الطريقة على إجراء تقييم جيد لأهداف المشروع من خلال البيانات الكيفية المتوفرة عنه كما تسمح هذه الطريقة بالتنبؤ بنتائج التحول وهي أداة فعالة في عملية صنع القرار حيث تمكن من التحقق من الآثار الناتجة عن كل بديل. وخلصت الدراسة أن طريقة **Evamix** تعطي حلول منطقية لمتخذ القرار في ظل وجود العديد من البدائل وترتيبها ملائما بعيدا عن التعسف والميول الذاتي لمتخذ القرار.

3. دراسة Mokwena

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة خدمات التعليم بمقاطعات جنوب افريقيا، وقد تم استخدام طريقة Evamix في ترتيب المقاطعات من الأفضل إلى الأسوأ بالاعتماد على معايير نفقات التعليم والنقل المدرسي وكذا نصيب الفرد من الاستثمار في التعليم.

وبينت الدراسة أهمية Evamix كطريقة رياضية في تقييم جودة الخدمات التعليمية المقدمة في كل مقاطعة والموازنة بين المدارس النموذجية والحكومية ومراعاة جوانب الاختلاف بينهما.

وخلصت الدراسة إلى أن Evamix هي طريقة مثلى لتقييم بدائل ذات معايير نوعية وكمية وذلك لسهولة تطبيقها والقدرة على إضافة الأوزان لكل بديل من أجل تحديد الأفضل من بينها.

4. دراسة Dorota Gorecka, Eva Chojnacka

هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية تطبيق طريقة Evamix في تصنيف المنظمات غير الربحية (منظمات المصلحة العامة) في بولندا من أجل تقييمها على أساس فعاليتها وسمعتها، بهدف حصول الحكومة على نظرة شاملة على المؤسسات التي يمكن أن توكل إليها مهام معينة.

وبينت الدراسة إلى أن طريقة Evamix مكنت من تقييم منظمات المصلحة العامة بطريقة منطقية وترتيب مناسب لها من أحسن منظمة إلى أسوأها، وذلك من أجل خلق موثوقية وثقة في هذه المنظمات بهدف الحصول على التبرع والدعم المناسب قبل الحكومة والشعب.

وخلصت الدراسة إلى أن تطبيق Evamix يمكن من اتخاذ القرارات الذكية والموثوقة، حيث تساعد المنظمات غير الربحية في السيطرة على عملياتها بشكل أكثر فعالية، ويمكن للسلطات أيضا استخدامها من أجل معرفة المنظمات التي ينبغي تمويلها.

5. دراسة Esra Aytac Adali

هدفت الدراسة إلى معالجة مشكلة خدمة المريض بمستشفى خاص وكيفية المفاضلة بين المرضى، حيث تم الاعتماد على طريقة Evamix من أجل ترتيب المرشحين على أساس المعرفة والقدرة المتوفرة في المترشح وصفاته الشخصية.

وبينت الدراسة أن **Evamix** هي الطريقة الأنجح في المفاضلة بين البدائل المتاحة واختيار البديل الأحسن من بينها، وذلك بعد ترتيبها منطقياً وترتيباً مناسباً لمتخذ القرار.

وخلصت الدراسة أن **Evamix** هي طريقة مناسبة لتقديم المعايير التي تحتوي على بيانات نوعية على خلاف الطرق الرياضية الأخرى.

هيكل الدراسة:

محاولة منا للإجابة على الإشكالية المطروحة والوصول إلى الأهداف المرجوة، تم تقسيم هذه الدراسة إلى ثلاث فصول فصلين نظريين يحوي كل منهما ثلاث مباحث، كل مبحث يحتوي ثلاث مطالب وفصل أخير تطبيقي.

الفصل النظري الأول: يهدف إلى تحديد المفاهيم المتعلقة بالخدمات الصحية والمؤسسات الصحية، من حيث مفاهيم عامة للخدمة، ثم ماهية الخدمات الصحية وصولاً إلى الدراسة التحليلية للمؤسسات الصحية وهو المبحث الأخير للفصل الأول.

أما الفصل النظري الثاني: فقد تطرقنا من خلاله إلى أبعاد جودة الخدمة الصحية وأساليب قياسها والمقارنة متعددة المعايير، حيث تم تقسيمه كالتالي: المبحث الأول، ماهية جودة الخدمات الصحية. والمبحث الثاني، أساليب قياس جودة الخدمة الصحية. أما المبحث الثالث فقد تم فيه التطرق إلى المقارنة متعددة المعايير **EVAMIX**.

أما الفصل الثالث وهو التطبيقي فسنحاول فيه إسقاط ما سنراه في الجانب النظري على واقع المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي بالشرية ولاية تبسة، وسيحتوي المباحث التالية، المبحث الأول تم تخصيصه لتقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي بالشرية، أما المبحث الثاني فقد تم من خلاله تطبيق المقارنة متعددة المعايير **EVAMIX** لقياس مستوى جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية ومحاولة ترتيب مصالحتها على أساس مجموعة من المعايير المعتمدة.



تمهيد:

أصبحت الخدمات اليوم تكتسي أهمية خاصة وهي في طريقها لتصبح جزءاً لا يتجزأ من الاقتصاديات المتطورة، وأضحت المؤسسات على اختلاف أنواعها وشتى تخصصاتها منفتحة على جمهور الزبائن لتأمين الخدمات التي يحتاجونها حتى أصبح هناك نمو سريع ومتزايد في الخدمات وصار من الممكن القول بأننا نعيش في ظل ما يعرف "بمجتمع الخدمات" وما حصل من نمو وتطور وانعكس بشكل واضح على الخدمات الصحية وطرق تقديمها.

والمؤسسات المعنية بتقديمها أصبحت مسؤولة على توفير هذه الخدمات وفق المعايير المحددة والمتفق عليها عالمياً وذلك كحد أدنى مما يعرف بحقوق المريض، كما أنها تعني أن الخدمة الصحية الجيدة هي التي تنظر للزبون المريض على أن له حاجات جسمانية ومادية كما له حاجات عاطفية وأحاسيس ومشاعر، وبالتالي فالخدمة الصحية أبعد وأشمل من التعامل مع المريض فقط بل تشمل عناصر أخرى كالتوعية الصحية والتأهيل الطبي.

ولعل اهتمام المؤسسات الصحية بإدارة الخدمات وتقديمها، فرض عليها تطبيق المفاهيم والأساليب التسويقية، حتى تصبح أكثر معرفة وتحسناً لاحتياجات الجمهور وزبائنهم ومتطلباتهم وهي تواجه في هذا السياق جملة من التحديات فرضتها عليها البيئة بشقيها الداخلي والخارجي.

نسعى من خلال هذا الفصل إلى مناقشة ثلاث مباحث، المبحث الأول وخصص لتناول مفاهيم الخدمة من حيث التعريف بها وأهميتها وخصائصها والتداخل التسويقي بينها وبين السلع، أما المبحث الثاني فكان للخدمات الصحية من مفهومها إلى مزيجها التسويقي إلى دورة حياتها، أما المبحث الثالث فقد خصص للمؤسسات الصحية من تعريف وخصائص وأهداف إلى تصنيفها.

المبحث الأول: مفاهيم عامة للخدمة

تتميز الخدمات بالتنوع والتعدد فضلا عن صعوبة تحديدها فيما إذا كانت ملموسة أو غير ملموسة، وكذا إشراكها مع السلع والملموسة في كثير من المتضمنات، ما يجعل تسويقها أمرا صعبا.

سنركز في هذا المبحث على الخدمات من زاوية المفهوم والخصائص ومختلف التصنيفات التي وضعها الباحثون، إضافة إلى تحليل التداخل والاختلاف بين تسويق السلع والخدمات.

المطلب الأول: مفهوم الخدمة وأهميتها

على الرغم من تداول مصطلح الخدمة منذ فترة ليست بالقصيرة، إلا أنه لا يوجد تعريف واضح ودقيق مقارنة بمفاهيم التصنيع المتخصصة، وهو ما يضع المؤسسات الخدمية في موقف محرج يصعب مه رسم مختلف السياسات والاستراتيجيات، فماذا تعني الخدمة كمفهوم لمقدم الخدمة وللمستفيد منها؟

أولا: تعريف الخدمات:

باستعراض الكتابات التي تعرضت لتعريف الخدمة نجد أنها ركزت على عدة جوانب كما يلي:

• تعريف gean lapeyre: «الخدمة هي ذلك النشاط الذي يشكل قيمة اقتصادية بالاستجابة لحاجات ورغبات الزبون دون أن يتطلب ذلك إنتاج شيء ملموس»¹

• تعريف موردرك: «هي النشاط الاقتصادي الذي يستهدف توليد المنافع الزمنية والمكانية»².

ما يعاب على هذا التعريف أنه ينطبق على المنتجات بصفة عامة سواء أكانت سلعا أو خدمات، إذ أن كلاهما يستهدف توليد المنافع.

• تعريف Christopher love lock: «الخدمة نشاطات اقتصادية تعمل على خلق القيمة وهي في نفس الوقت تقدم منفعة للمستهلكين، وذلك في الزمان ولمكان الذي يحددهما ويرغب فيهما طالب الخدمة»¹.

¹ Gean lapeyr. **Garantir des Services**, les Editions D'organisation, Paris 2005 p8.

² ناجي معلا، رائف توفيق، **أصول التسويق**، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الثالثة، 2005، ص 160.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

ويقر love lock ذاته بأن هذا التعريف يعطي للخدمة أبعادها ومضامينها الحقيقية، بل يعتبر مجرد مؤشر يمكن اللجوء إليه للتمييز بين السلعة والخدمة.

- تعريف الجمعية الأمريكية للتسويق **AMA**: «الخدمات منتجات غير ملموسة، يتم تبادلها من المنتج إلى المستهلك، ولا يتم نقلها أو تخزينها، وهي تقريبا تفنى بسرعة، ويصعب في الغالب تحديدها أو معرفتها لأنها تظهر للوجود في نفس الوقت الذي يتم شراؤها واستهلاكها، فهي تكون من عناصر غير ملموسة متلازمة وغالبا ما تتضمن مشاركة الزبون بطريقة هامة، حيث لا يتم نقل ملكيتها وليس لها لقب أو صفة».²

نلاحظ أن الجمعية الأمريكية قد ألمت بكل خصائص الخدمات وقدمت تعريفا شاملا ووافيا لكل ما تتضمنه الخدمة.

- أما رائد المدرسة الحديثة للتسويق **Philippe kotler** فعرفها على أنها: «أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف لطرف آخر يكون في جوهره غير ملموس، ولا يترتب عنه أي نقل للملكية، وأن انتاجه قد يرتبط بمنتج مادي أو لا يكون».³

يؤكد **kotler** في هذا التعريف على الجانب غير الملموس في الخدمة، وأنها لا تتم إلا بوجود فعل وطلب من طرف، وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي.

أما **shostack** والتي ميزت بين الخدمة الجوهر، والعناصر المحيطة بهذا الجوهر فنقول: «أن هذا التمييز هو أساس يمكن اعتماده لتعريف الخدمة، فالجوهر في عرض الخدمة هو عبارة عن المخرجات الضرورية مؤسسة الخدمة والتي تستهدف تقديم منافع محسوسة يتطلع إليها المستهلكون».⁴

¹ Christopher Love lock, et autres, **Marketing des services**, Editions, France, 5eme Edition, 2004, p9

² نظام موسى سويدان، شفيق ابراهيم حداد، **التسويق مفاهيم معاصرة**، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن طبعة محكمة، 2006، ص 226.

³ Philippe kotler, et autres, **Marketing Management**, Publie Ennio, Paris, 11eme, Edition, 2003, p 462.

⁴ محمود جاسم الصميدعي، إيهاب علي القرم، **الأسس العلمية للتسويق الحديث**، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، طبعة محكمة، 2006، ص 226.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

تكمّن أهمية تعريف **shostack** للخدمة أنها تفارقها مع السلع المادية، فإذا كانت الجوانب غير المحسوسة هي الغالبة أو السائدة أكثر من كونها لعة والعكس صحيح.

من جملة التعاريف السابقة يتضح ما يلي:

- الخدمة في أغلبها غير ملموسة، بل مدركة من خلال المنفعة التي تقدمها للمستفيد.
- قد ترتبط بمنتج ملموس وقد لا تكون، وتتألف من جوهر تدعمه خدمات تكميلية.
- لا يمكن تملكها، وإنما الاستفادة من عرضها.

ثانياً: أهمية الخدمة

من أبرز ما ميز العقود الثالث للقرن الماضي، النمو الهائل للقطاع الخدمي، وذلك في ظل اقتصاديات الصناعة المتطورة في العام، هذا ما أدى إلى ظهور خدمات جديدة بصورة مستمرة، تختلف عن الخدمات التقليدية وتغطي دنبا كبيرا من متطلبات الحياة اليومية¹، كما أصبح هذا القطاع محورا أساسيا في تشكيل القطاعات الاقتصادية المختلفة وموردا هاما لدخل الدولة لاسيما في الدول المتطورة، إذ يوجد فيما بيدوا ارتباطا وثيقا بين مستوى النمو الاقتصادي كما ارتفعت نسبة العاملين فيه، وخير دليل على ذلك بلدان الاتحاد الأوروبي، إذ يساهم قطاع الخدمات في المملكة العربية المتحدة مثلا ما نسبته 74% من إجمالي الناتج القومي و71% في فرنسا. والجدير بالذكر أن نمو قطاع الخدمات والمؤسسات المتخصصة في تقديم الخدمات يمتد ليشمل خدمة القطاعات الاقتصادية الأخرى بجانب خدمة العملاء من المستهلكين النهائيين². ولا ننس أن تقدم العديد من الجوانب الحيوية في الحياة كان على حساب المستهلكين، فما ينفقه على العلاج الطبي والتعليم وغيرها من الخدمات في معظم المجتمعات قد يصل إلى خمس مجموع الإنفاق، والسبب في هذا يعود إلى ارتفاع تكاليف الخدمات بشكل مميز وواضح³، ونلاحظ في السنوات الأخيرة أن الاتجاه نحو تقليل الإنفاق على السلع الاستهلاكية قد شهد زيادات متواترة تقابلها زيادات في الإنفاق على جوانب أخرى في الحياة العادية اتى تأخذ شكل خدمات.

¹ أحمد الرمحي، ثابت البكري، تسويق الخدمات المالية، أترك للنشر والتوزيع، الشارقة، الطبعة الأولى، 2008، ص 76.

² محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2002، ص 341.

³ أبي سعد الديوهجي، المفهوم الحديث لإدارة التسويق، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص 362.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

واليوم على الرغم من وجود بعض المعتقدات المترسبة من الماضي، والتي مؤداها أن قطاع الخدمات قطاع اقتصادي "أدنى مرتبة وأقل شأنًا"، إلا أن عواقبه الاقتصادية المباشرة وغير المباشرة تحظى باهتمام كبير، وفي مقال هام نشر مؤخرًا حول المؤسسة المتمحورة حول الخدمة، اعتبرت الخدمات القوة الدافعة وراء كل خلق للقيمة في الاقتصاد، هذا فضلًا عن الدور الحيوي لها في خلق القيمة الاستعمالية للسلع، لذا على المؤسسات باختلاف أنواعها أن تأخذ في الاعتبار الصحة الخدمية المنتشرة في العالم وأن تدرس الفرص التسويقية التي تتيحها.

المطلب الثاني: خصائص الخدمات

تتفرد الخدمات بالمقارنة مع السلع بعدد من الصفات والخصائص المتفق عليها من قبل الباحثين على أهمها:

1. **عدم الملموسية:** أبرز ما يميز الخدمة عن السلعة أنها غير ملموسة¹، فلا يمكن الإحساس بها أو تقدير قيمتها بالحواس المادية، فهي بذلك تجريد يتعذر اختبارها قبل الحصول عليها، بل هي أبعد من أن ينتج أو تحضر ثم تستهلك، يترتب عن هذه الخاصية:²
 - صعوبة تقييم الخدمات المنافسة بهدف التمييز بينها قبل الحصول عليها.
 - ارتباط الحصول عليها بعنصر المخاطرة، كعدم الرضا عندها بعد تجربتها.
 - يعتبر سعرها عند الحصول عليها معيارًا لجودتها.
 - بما أنها غير ملموسة، فإن مقدرة مسوقها على استخدام الأساليب التقليدية في الرقابة على الجودة تكون ضئيلة، لذا وجدت أساليب مبتكرة لقياس جودة الخدمات.
2. **التلازمية:** لا يمكن الفصل بوضوح بين إنتاج الخدمات واستهلاكها، لأنها يحدثان على العموم في وقت واحد وفي المكان ذاته كما هو الحال في الخدمات الشخصية والعلاج الطبي، وتشير هذه الخاصية إلى ظاهرة تزامن إنتاج واستهلاك الخدمة، ويطلق كل من Norman وGronros على هذه اللحظة بمصطلح "اللحظة الحقيقية للخدمة التي يمكن أن يقدمها المنتج للزبون، يترتب على هذه الخاصية ما يلي:³

¹ Philippe kotler, et autres, **Marketing Management**, 11eme, edition, op-cit, p 456.

² ريتشارد نورمان، **إدارة الخدمات**، ترجمة عمر الملاح، دار العبيكان للنشر والتوزيع، الرياض، الطبعة الأولى، 2005، ص 53.

³ محمد المصري، **إدارة التسويق والأنشطة الخدمية**، الدار الجامعية، الاسكندرية، بدون طبعة، 2001، ص 166.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

• يصبح الزبون منتجا مشاركا للخدمة وعميلا مشاركا مع غيره من الزبائن، فهي ليست له بمفرده.

• أي تغيير في خصائص الخدمة المتفق عليها بين المنتج والزبون يعني انعدام قيمة الخدمة ومنفعتها.

3. **التباين:** تتصف الخدمة بعدم التجانس وصعوبة التتميط وتعتبر هذه الخاصية عما يعرف بظاهرة عدم ثبات أو اتساق الأداء الخدمي، ونعني بهذه الخاصية البالغة الصعوبة، عد القدر في كثير من الحالات على تتميط الخدمات، خاصة تلك التي يعتمد تقديمها على الإنسان بشكل كبير وواضح، هذا يعني ببساطة أنه يصعب على مورد الخدمة أن يتعهد بأن تكون خدماته متماثلة أو متجانسة على الدوام وبالتالي فهو لا يستطيع ضمان مستوى جودة معين لها ويصبح من الصعوبة بمكان على طرفي التعامل التنبؤ بما سيكون عليه الخدمات قبل تقديمها، هذا وتوجد دائما اختلافات ولو سطحية من زبون لآخر لذلك سنجد:¹

- اختلاف الخدمة بين المؤسسات الخدمية التي تعم في نفس المجال.
- اختلاف الخدمة المقدمة من نفس الموظف من وقت لآخر حسب الحالة النفسية والذهنية والصحية والروح المعنوية، عبء العمل وهي التي يطلق عليها بالعوامل الحرجة للأداء .
- درجة الخطأ ستكون أكبر عليها من السلع الملموسة.

4. **الفنائية:** إذ لا يتوفر مخزون من الخدمات المقدمة، بل إن تقديمها يرتبط ارتباطا وثيقا بعامل الزمن²، فهي تنتج وتستهلك في آن واحد³، وكلما زادت درجة اللاملموسية انخفضت فرصة تخزينها، وبالتالي فإن انصراف الزبون دون حصوله على الخدمة والتي يطلق عليها بالخدمة الغير مستخدمة⁴ كعدوله عن ركوب القطار، يعني فرصة بيعية ضائعة، وتعكس هذه الخاصية ما يعرف بمعضلة الطاقة الخدمية التي تشير إلى أن الطلب على الخدمات عموما غير موزع بالتساوي عبر الفترات الزمنية المختلفة يترتب على هذا:

¹ طارق طه، **التسويق بالانترنت والتجارة الالكترونية**، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2008، ص 303.

² محمد سالم الشموط، شوقي اجي الشموط، **إدارة سلسلة التوريد وعلاقات الموردين - مدخل إداري**، -، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص 101.

³ تيسير العجارمة، **التسويق المصرفي**، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة لأولى، 2005، ص 22.

⁴ طارق طه، **التسويق بالانترنت والتجارة الالكترونية**، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2008، ص 301.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

- ضرورة العناية الفائقة بإدارة الطلب على الخدمة (محاولة جدولة تقلبات الطلب على الخدمة).
- أهمية الاستخدام المكثف لاستراتيجيات المزيج الترويجي لتحقيق الانتظام في الطلب على الخدمة.
- 5. **عدم تملك الخدمة:** إلى فترة قريبة انحصرت خصائص الخدمات في الصفات الأربع الوارد ذكرها، لكن الباحثين أضافوا هذه الخاصية انطلاقاً من كون الخدمة ينتفع بها¹ ولا تنتقل ملكيتها من المنتج إلى المستهلك عند الاتفاق ويترتب على هذه الخاصية:
 - تصيح قناة التوزيع المباشرة أكثر استخداماً.
 - يتحول الوسيط إلى دور المشارك في إنتاج الخدمة بدلاً من دوره كناقل فقط.

المطلب الثالث: تصنيفات الخدمة ودراسة التداخل بين التسويقي بينها وبين السلع

في الواقع العملي الميداني يصعب بالفعل التمييز بشكل مطلق بين الخدمات والسلع وهذا يعود لحقيقة أنه عندما تتم عملية شراء سلعة ما، فإن هذه العملية تتضمن في الغالب عنصر خدمة يكون مرافقاً للسلعة ونفس الشيء ينطبق على شراء الخدمة، حيث أن تقديم الخدمة يتم من خلال شيء ملموس يكون مرتبطاً بها، كما تتضمن أيضاً عناصر ملموسة ترافق وتكمل الخدمة غير الملموسة لهذا خضعت الخدمة للعديد من التصنيفات.

أولاً: تصنيفات الخدمة

1. **التصنيف الأول:** يتم على أساسه اعتماد المعايير التالية:

أ- **من حيث الاعتمادية:** تتنوع الخدمات على أساس اعتمادها على المعدات أو على الأفراد كما تتنوع الخدمات التي تعتمد على الأفراد حسب أدائها من قبل محترفين أو مهنيين، وهنا يصبح طلب الخدمة يتأثر بالشخص الذي يتولى تقديمها.²

¹ بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، التسويق أسس ومفاهيم معاصرة، دار البازوري للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2006، ص 220.

² قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في مجال الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2006، ص (74-76).

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

ب- من حيث مشاركة الزبون/ المستفيد: تتطلب بعض الخدمات حضور الزبون للحصول على الخدمة اللائقة مثل العمليات الجراحية، بينما لا تتطلب أخرى مشاركة الزبون طول الوقت للحصول عليها.¹

ت- من حيث نوع الحاجة: حيث تتباين فيما إذا كانت تحقق حاجات شخصية (خدمات فردية مثلا) أو حاجات غير فردية (حاجات الأعمال)، فالأطباء مثلا يصفون تسعيرة الفحوصات الطبية للأفراد المرضى بشكل يختلف عن فحوصات المشتركين في التأمين الصحي.

ث- من حيث دوافع مقدم الخدمة: حيث يمكن تصنيفها إلى:²

- خدمات تقدم بدافع الربح: مثل المؤسسات الخاصة كالمستشفيات والمدارس والجامعات.
- خدمات لا تقدم بدافع الربح: مثل الخدمات المقدمة من الدولة كالتعليم والعلاج الصحي.

2. التصنيف الثاني: ويتم وفق المعايير التالية:

أ- حسب درجة كثافة وقوة العمل وهي:³

- خدمات تعتمد على قدرة عمل كثيفة ومن أمثلتها: خدمات رعاية الأطفال وخدمات التدريب.
- خدمات تعتمد على المستلزمات والمعدات المادية مثل: خدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية.

ب- حسب نوع الزبون: حيث يمكن تصنيفها إلى:⁴

- خدمات شخصية: تقدم لإشباع حاجات شخصية صرفه مثل السياحة.
- خدمات المنشآت: التي تقدم لتلبية حاجات مؤسسات الأعمال مثل خدمات الاستشارات الإدارية.

ج- حسب درجة الاتصال بالمستفيد:⁵

- خدمات ذات اتصال شخصي عال: خدمات الطبيب والمحامي وخدمات النقل.
- خدمات ذات اتصال شخصي منخفض: الخدمات البريدية.

¹ محمود الصميدعي، إيهاب القرم، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2007، ص 191.

² بشير عباس العلاق، محمد جاسم الصميدعي، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، ص 393.

³ قاسم علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2006، ص 76.

⁴ المرجع أعلاه، ص 76.

⁵ حميد الطائي، بشير العلاق، تسويق الخدمات، مدخل استراتيجي وظيفي تطبيقي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2009، ص 37.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

- خدمات ذات اتصال متوسط: خدمات المسرح وخدمات مطاعم الوجبات السريعة.
- ح- حسب الخبرة المطلوبة في أداء الخدمات: وتنقسم إلى مهنية مثل خدمت الأطباء والمحامين والخبراء أو غير مهنية.

3. التصنيف الثالث: يقوم على اعتبار الخدمة بمثابة عملية موجهة حسب الآتي:¹

- أ- خدمات معالجة الناس: وتحصل عندما يطلب المستفيد خدمة تتألف عملياتها من إجراءات ملموسة تكون موجهة إلى المستفيد كشخص مادي ولهذا فإن الخدمة تتطلب حضور المستفيد شخصياً.
- ب- خدمات معالجة الممتلكات: وذلك عندما يطلب المستفيد من مزود الخدمة أن يقوم بإجراءات أو أعمال أو خدمات غير موجهة إليه شخصياً وإنما إلى ممتلكاته المادية مثل السكن والصيانة.
- ت- خدمات المثير العقلي: وتتضمن مجموعة من الخدمات المؤلفة من إجراءات أو أعمال غير محسوسة موجهة إلى عقول المستفيدين وأذهانهم وهو يتطلب المشاركة الذهنية للمستفيدين خلال عملية تقديم الخدمة، كما يتطلب هذا النوع من الخدمات كشرط أن يكون المستفيد على استعداد للتفاعل مع الخدمة ذهنياً وعاطفياً (دون الحاجة إلى حضوره المادي).

ثانياً : دراسة التداخل التسويقي بين الخدمات والسلع

يمكن تفهم طبيعة الخدمات من خلال تحليل العلاقة بينها وبين السلع المادية²، لكن بداية من الضروري تحديد أهم الفروق بينهما من خلال الجدول الموالي:

¹ محمد الصميدعي، إيهاب علي القرم، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2007، ص (194-195).

² محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2002، ص 393.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

الجدول (01): الفروق الجوهرية بين السلع والخدمات.

الخدمات	السلع
الخدمات غالبا تكون غير ملموسة لأنها عبارة عن أنشطة وجهود لا يمكن تملكها وتكمن قيمة الخدمة أو جوهر المنفعة المترتبة على الخدمة في التجربة التي يعيشها الزبون، ولا تتضمن عادة نقل أو تحويل الملكية.	السلع أشياء ملموسة، وقيمة السلعة تكمن في حقيقة أنه يمكن تملكها أي أنه يحدث نوع من نقل الملكية للمشتري.
الخدمات غير قابلة لتخزين فإلطاقه الغير مستعملة في مجال الخدمات لا يمكن تخزينها أو تحويلها إلى وقت آخر، فالمقاعد الشاغرة بالطائرة تتلاشى فرصة الاستفادة منها بمجرد اقلاع الطائرة.	السلع يمكن تخزين الفائض منها في وقت ما، حتى يكون الطلب عليها في وقت لاحق.
الخدمات لا يمكن فصلها عن الشخص مقدم الخدمة إذ لا يمكن فصل الطبيب عن الخدمة التي يقدمها للمريض، فالشخص مقدم الخدمة ينتج ويوزع الخدمة في نفس الوقت.	تخضع السلعة لمواصفات معينة وهناك انفصال بين المنتج والمستهلك ويتم الاتصال بينهما عن طريق الوسطاء وبالتالي فهناك فاصل زمني بين الإنتاج والاستهلاك، يتم خلال هذا الفاصل نقل وتخزين بين السلع.
الخدمات تختلف في الجودة بمرور الوقت ولذلك لا يكن ضمان النمطية في جودة الخدمة بسبب اعتماد الخدمة على مقدمها، وكذلك اشتراك الشخص متلقي الخدمة من خلال تشخيص احتياجاته.	يمكن إحداث قدر كبير من النمطية في السلع وبالتالي يمكن إنتاج السلع على نطاق واسع واستخدام أساليب الرقابة على الجودة بسهولة.

المصدر: عوض بدير حداد، تسويق الخدمات المصرفية، دار البيان للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، 2008، ص (49-50).

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

يظهر من خلال الجدول الفروق الجوهرية بين الخدمات والسلع المادية، انطلاقاً من هذا أكد Philip kotler أنه توجد خمسة أنواع من العروض من العروض يمكن أن تقدمها المؤسسة كما يلي:¹

1. سلع ملموسة بحتة: حيث يتضمن العرض في هذا سلعا ملموسة بشكل تام، ولا ترافقها أي خدمة.
2. سلع ملموسة مصحوبة بخدمات: ويتضمن هذا العرض سلعا ملموسة يصاحبها نوع أو أكثر من الخدمات لتحفيز وزيادة رغبة الزبون، فينبغي مثلا على المؤسسة المصنعة للسيارات أن ترفق منتجاتها بخدمات مضافة كإدخال التكنولوجيا التي تجعل المنتج أكثر تطورا مع مراعاة أنه كلما كانت السلع معقدة من الناحية الفنية كأجهزة الحواسيب، كلما زادت أهمية الخدمات المصاحبة لها.
3. الهجين: (تداخل السلع والخدمات)، والذي يشكل آلة مشتركة ومتساوية بين الخدمة والسلعة كما هو الحال في مطاعم الوجبات السريعة.
4. خدمة في المقام الأول تصاحبها سلع أخرى مكملة: حيث يتضمن العرض الأساسي خدمة مصحوبة بسلع أو خدمات مساعدة، مثال ذلك خدمة الطيران، إذ يشتري الزبائن خدمة النقل بالدرجة الأولى، ودون تملك شيء ملموس مقابل ما دفعوه ومع ذلك يمكنهم الاستفادة من بعض الأشياء الملموسة والخدمات الثانوية المرافقة لها.²
5. الخدمة البحتة: وهي التي لا تتطلب أي جانب مادي فيها، (بشكل أساسي وتام) مثل العلاج النفسي والعناية بالأطفال.

¹ ثامر ياسر البكري، التسويق أسس ومفاهيم معاصرة، دار البازوري للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2006، ص 218.

² عوض بدير حداد، تسويق الخدمات المصرفية، البيان للطباعة والنشر، جامعة قناة السويس، الطبعة الأولى، 2008، ص 50.

المبحث الثاني: ماهية الخدمات الصحية

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية سواء كانت بشرية مالية أو تقنية للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية.

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

ينطبق مفهوم الخدمة بشكل عام على مفهوم الخدمة الصحية، لكن خصوصية هذه الأخيرة في كونها ترتبط بأعلى كائن على وجه الأرض يجعلها تنفرد بأهمية خاصة سنوضحها بعد استعراض تعريفها.

أولاً: تعريف الخدمات الصحية

• تعرف الخدمة الصحية على أنها: "المنفعة أو مجموعة المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل".¹

يشير هذا التعريف إلى أن الخدمة تتلخص في جملة المنافع المقدمة للمستفيد والتي تخلق لديه حالة من الصحة والسلامة المكتملة.

• كما تعرف على أنها: "الخدمات الشخصية العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية، والنفسية الأم العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية".²

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

¹ المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2002، ص 87.

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات-المفاهيم والتطبيقات - بحوث ودراسات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر الجديدة، القاهرة، 2003 ص ص 8،9.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

إلا أن هناك من تحدث عن لمنتج الصحي، وقسمه إلى سلع صحية¹ وخدمات صحية. فالسلع الصحية تشمل الأدوية والأجهزة والمعدات الطبية وتنقسم إلى:

- سلع استهلاكية صحية: هي التي تشتري من قبل المستهلك النهائي كالأدوية ومقتنيات الأطباء.
- السلع الإنتاجية الصحية: وهي التي تدخل أو تساعد في إنتاج سلع أخرى مثل المواد الأولية.

أما الخدمات الصحية فق حدد Russ أن بيعها لا يقترن ببيع منتجات أخرى ويجد بأن نتائج الخدمة تتطلب استعمال سلع ملموسة لكنها سلع مساعدة في إنتاج وتقديم الخدمة ولا تنتقل ملكيتها وإنما الذي يباع هو النشاط أو الجهد، إذ أن إجراء عملية جراحية ورفود المريض في المستشفى يجعله يحصل على خدمة الجراحة وخدمة الإيواء بهدف الحصول على الرعاية الصحية الملائمة والشفاء من مرض ما وسوف يدفع ثمن الخدمة ويغادر دون امتلاك السرير أو أدوات الجراحة لذلك تعرف الخدمة الصحية على أنها: " مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين باستخدام سلع مساعدة ولكن لا تحول ملكية السلع لمساعدة المستفيد من الخدمة"². ويمكن أن تصنف الخدمات الصحية بناء على التعاريف السابقة إلى:

1. خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد: وتتعلق بالتشخيص والعلاج وتؤدي عبر أقسام مثل قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال، قسم العلاج الطبيعي (المعالجة الفيزيائية) قسم الإسعاف والطوارئ، بالإضافة إلى قسم التخدير والإنعاش، العيادات الخارجية وقسم الأشعة وغيرها.

2. خدمات طبية مساعدة: تشتمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المشفى ويندرج ضمنها خدمات التمريض **Nursing Services** وخدمات الصيدلة **Pharmacy**.

3. الرعاية الصحية: تهدف الرعاية الصحية إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي لأفراد والجماعات وترتبط بالجوانب الجسدية والنفسية والذهنية والاجتماعية كافة، ومن المفيد الإشارة إلى أن هناك خطأ شائع بين الناس وحتى بين الأطباء والمهنيين في حقل الصحة، وهو الخلط بين مفهومي المعالجة

¹ بالتصرف عن: ردينة عثمان يوسف، **التسويق الصحي والاجتماعي**، دار المناهج لنشر والتوزيع، الأردن، بدون طبعة، 2008، ص(92 - 95).

² محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، **إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي ومشفى الباسل**، مجلة جامعة تشرين لدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27 العدد الثاني، 2005، ص (9-10).

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

الطبية **Curing** والرعاية الصحية **Caring** حيث ينظر إليهما على أنهما متطابقتان، إلا أن ذلك خطأ، لأن المعالجة الطبية ما هي إلا فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت المعالجة هي التي تتعامل مع المرض، فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حتى وقوع المرض بل تعمل على منع حدوثه بوسائل عديدة، وإذا ما حدث المرض تتدخل لمعالجته، ولا ينتهي عمل الرعاية الصحية عند هذه الحد، ففي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده، بل يتطلب مرحلة التأهيل المريض بعد إجراء العمل والعلاج.

- يمكننا إضافة قسم آخر لا يمكن إهماله إطلاقاً، يتعلق بصحة المجتمع أو ما يسمى بالخدمات الصحية البيئية، وترتبط بالحماية من الأدوية والأمراض المعدية، التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات، وهي خدمات وقائية نقيه من الأمراض كاللقاحات وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، إضافة الخدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

كما يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب طبيعتها وميادينها إلى ثلاثة أنواع رئيسية وتحتوي بدورها أنواعاً من التخصصات هي:¹

- الخدمات الباطنية: سواء كانت وقائية أو علاجية مثل الطب العام، طب الأطفال.
- الخدمات الجراحية أو الطب الجراحي: مثل جراحة العيون.
- الخدمات الطبية المساعدة: مثل الخدمات التمريضية.

ثانياً: خصائص الخدمات الصحية

لا تختلف خصائص الخدمات الصحية عن خصائص الخدمات بشكل عام، هي كما حددها **Bannett**²:

- الخدمات الصحية منتجات غير ملموسة: هذا ما يتطلبه مهارة في الاتصال بين مقدم الخدمة والمستفيد والحاجة إلى هذه المهرة سوف تملئ على المؤسسة الصحية سياسة توصيل الخدمات بشكل مباشر لتحقيق الاتصال الفعال.

¹ عبد المهدي بواغنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية- مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية-، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2004، ص- ص 90-91.

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 170.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

- غير قابلة للانفصال: إذ أن الجراح لا يقوم بالعملية ال بوجود المريض.
 - عد التماثل (التباين): لأنها تعتمد على مهارة أداء وسلوك مقدم الخدمة وعلى الزمان والمكان والمعلومات التي يقدمها المريض، ويلعب المستفيد دورا مهما هنا إذ أنه يختلف من حيث المزاج والسلوك ومستوى التفاعل والاستجابة.
 - تلاشي الخدمة الصحية: سواء تمت الاستفادة منها أو لا.
 - عدم انتقال الخدمة الملكية: لكن مع ذلك يمكن للمريض تحقيق انتقال ملكية بعض السلع المساعدة كالحبوب، الحقن، أو التضميد.
- ويمكن أن نلخص بعض الخصائص الإضافية التي تتميز بها الخدمات الصحية، تتمثل في:¹
1. أن طالبوا الخدمات الصحية يختلفون عن طالبي الخدمات الأخرى كونهم أقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة وأساليب العلاج المطلوبة، وكيفية إشباعها لحاجاتهم، فالحاجة والطلب على الخدمة يتأثران بالمستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للمستفيدين من الخدمة.
 2. لا يعرف المريض أساليب ومراحل العلاج المختلفة التي تعد من اختصاص طبيبه، فهو وحده من يحدد ويقرر الفعالية والكفاءة لتلك الأساليب.
 3. الحاجة والطلب على الخدمة الصحية يختلف منظورها من جانب المريض والطبيب. ففي الوقت الذي يرى فيه المريض أن التوقف عن العلاج يعد بداية التحسن في صحته، فإن الطبيب يرى عكس ذلك.
 4. تذبذب الطلب على الخدمات الصحية وعد استقراره، هذا استنادا للظروف البيئية والكوارث والحروب، إذ يتميز مثلا موسم الشتاء بارتفاع الطلب على الخدمة الصحية بسبب أعراض الزكام.
 5. نظرا لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان، فانه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارة المؤسسات الصحية أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في الخدمات الأخرى على عملها، فقد يتعارض أحيانا مع الرسالة التي أوجدت من أجلها.

المطلب الثاني: المزيج التسويقي الخدمي

يرى Philip kotler أن المزيج التسويقي هو التسويق ذاته، بل بشكل أدق هو على أرض الواقع "الاستراتيجية التسويقية الشاملة" "total marketing".

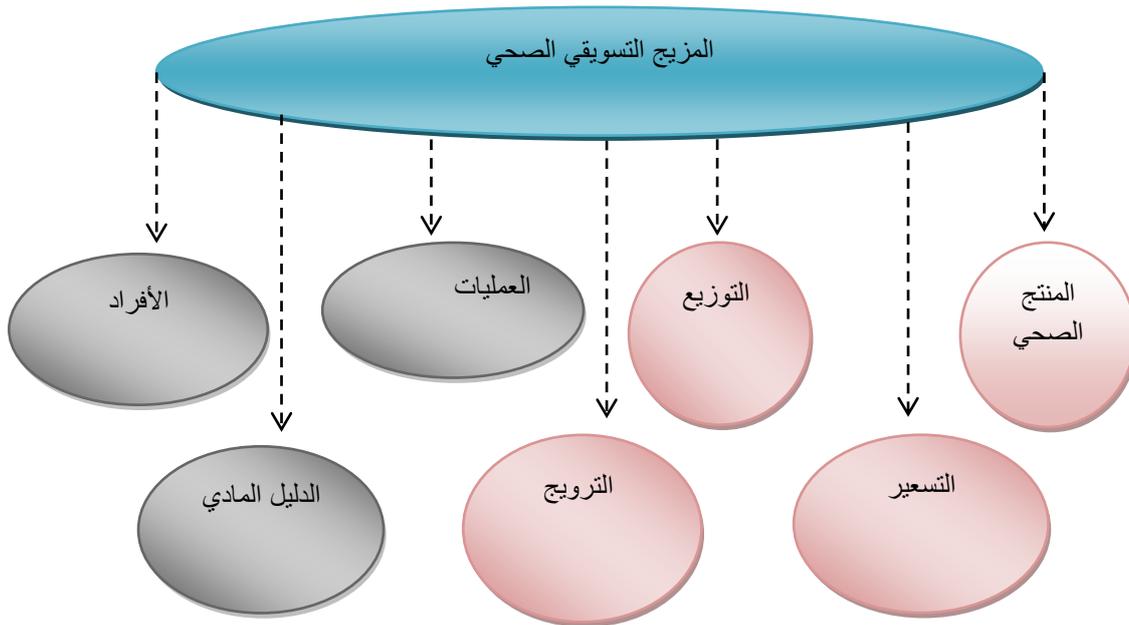
¹ فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، الطبعة الأولى، 2002، ص 184.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

يعرف المزيج التسويقي على أنه: «مجموع الأنشطة المتكاملة والمتراصة التي تعتمد على بعضها البعض بغرض أداء الوظيفة التسويقية على النحو المخطط لها»¹. وسبب كون الخدمة غير ملموسة فإن المزيج التسويقي لها يمتاز بصعوبة أكبر مما هو عليه بالنسبة للمنتجات المادية الملموسة، حيث تتسجم الناصر القياسية الأربعة لتشكل المزيج التسويقي لكل من الخدمات والمنتجات الملموسة مع اختلاف التطبيق²، غير أن Borden أوضح أن عناصر المزيج التسويقي تصلح لقطاع الصناعي فقط، وهو ما ذهبت إلى تأكيده Sally Dibly عندما أشارت إلى إمكانية إضافة عناصر أخرى للمزيج التسويقي³، لتزيد من سعة نطاقه وتتسجم مع الخصائص المميزة للخدمات.

ويتكون المزيج التسويقي الصحي من العناصر الرئيسية التي تستخدمها المؤسسة في دعم وتقوية مركزها في اسوق الصحي، وفي إشباع احتياجات الزبائن من المرضى وعامة المجتمع، تتمثل هذه العناصر في: الخدمة، التسعير، التوزيع، الترويج، الدلائل المادية، الأفراد، العمليات، والإجراءات.

الشكل (1): المزيج التسويقي للخدمات الصحية



¹ حميد الطائي، بشير العلق، تسويق الخدمات - مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2009، ص 403.

² هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الرابعة، 208، ص 31.

³ محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2002، ص 403.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

المصدر: ردينة عثمان، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، بدون طبعة، 2008، ص 91.

1. الخدمة: تعتبر الدمة منتجا غير مادي، يحتوي ي مضمونه عملا أو أداء لا يمكن امتلاكه، ما يعني أن الخدمة لا بد أن تقدم دون خطأ حتى تحظى برضا المستفيد وهذا ما يبرز في الخدمة الصحية أكثر من أي مجال آخر، ولا تقتصر المؤسسات الصحية على تقديم خدمة وحيدة بل مجموعة من الخدمات تشكل ما يعرف بمزيج الخدمات الصحية، ومن أبرز القرارات المتعلقة بهذا المزيج:¹
 - الاتساع: أي عدد خطوط الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية مثل الخدمات الجراحية، الخدمات التمريضية.
 - العمق: أي عدد الخدمات داخل خط الخدمات مثلا مؤسسة تقدم خدمات جراحية، قد تقدم جراحة القلب.
 - الارتباط: أي درجة الارتباط القائم بين الخدمات.
 - إدخال خدمة جديدة: ويرتبط إدخال خدمة جديدة بمجموعة من القرارات:
 - التنوع: تقديم خدمات جراحية مرتبطة بالعيادات الخارجية.
 - تشكيل الخدمات: بمعنى إضافة شكل جديد على الأشكال الحالية كتقديم خدمات الأشعة.
 - تطوير الخدمات: إضافة مزايا جديدة شكلا ومضمونا عن طريق الاستفادة من التقنية الطبية.
- وهناك بعض القرارات المتعلقة بمزيج الخدمات في المؤسسات الصحية التي لا تهدف للربح كدراسة الحاجات الصحية للمجتمع، وتقديم خدمات متلائمة معها، القيام بحملات نوعية صحية لإبعاد الأفراد عن بعض العادات.

2. التسعير: تتباين مسميات السعر في قطاع الخدمات لحد كبير (القيمة، العمولة، الفائدة، الحساب،...)
- مما يدل على اختلاف الظروف والبيئات والمؤثرات المحيطة بقرار التسعير من مجال لآخر، ولا ينبغي أن ينظر إلى السعر نظرة طبيعية باعتباره يمثل التكاليف المادية التي يتحملها المستفيد للحصول على المنتج، بل ينظر إليه نظرة شمولية باعتبار أن هناك عناصر أخرى للتكاليف تؤثر في السعر من

¹ محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية، بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، العدد الثاني، 2005، ص-ص (10-11) .

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

أمثلتها تكلفة الجهد العضلي والذهني المبذول¹، ولما كانت الخدمات تتصف بتعقيدات تتعلق بطبيعة وجودة الخدمة المقدمة وكذا صعوبة تقييمها على أساس ملموس² أوجدت العديد من الطرق المستخدمة في تسعير الخدمات الصحية وهي:

أ- التسعير على أساس التكلفة: وتتوافق مع المؤسسات غير الهادفة للربح إلا أن أنها محدودة الاستخدام.³

ب- التسعير على أساس المنافسة: بحيث يكون السعر إما معادلاً أو أعلى أو أقل من أسار المنافسين ومما يجب أخذه بعين الاعتبار منذ تحديد السعر، العوامل المؤثرة عليه كالتكلفة، المنافسة، المزيج التسويقي، الموردون، العرض، والطلب، وتدخّل الدولة، وفيما يتعلق بالمؤسسات الصحية غير الهادفة للربح فهي تعمل وفق أسس غير مالية أو الأموال تتحدد بواسطة الدولة أو المتبرع.⁴

ت- التسعير الإلزامي: ويكون على الخدمات التي تحدد سعرها الحكومة وتعمل على توفيرها أو تشرف على اتصالها للزبون.⁵

و نؤكد على ان السعر يعتبر من الأمور المعقدة جدا في المزيج التسويقي للخدمات الصحية، وذلك للاعتبارات التالية:⁶

- يضع المرضى المستفيدون قيودا معقدة على الأسعار التي تتقاضاها المؤسسات الصحية كرسوم أو ثمن للخدمة الصحية المقدمة وتتضح هذه القيود من خلال الحملات التي يطلقها المرضى وذويهم والصحافة ووسائل الإعلام على ارتفاع أسعار العلاج.
- قد تتدخل الحكومات من خلال وزارات الصحة ونقابات الأطباء لتحديد أسعار الكشف والعلاج ودعم بعض الأدوية الاستراتيجية.
- لا يعرف المستفيد ثمن الخدمة الصحية قبل أدائها. كما لا يختار في حالات معينة الخدمة المقدمة له، فهذا من اختصاص الطبيب المعالج.

¹ المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج، عمان، الطبعة الأولى، 2006، ص 80.

² Lindon Denis, jallet fredric, le Marketing du nod, paris, 5eme, édition, 2005, p425.

³ فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الجزائر، الطبعة الأولى، 2009، ص 384.

⁴ محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، مرجع سابق ذكره، ص 14.

⁵ فريد كورتل، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 349.

⁶ محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة التسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، مرجع سبق ذكره، ص 12.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

- جودة الخدمة الصحية غير محددة المعالم، وتتأثر بالكثير من الأمور المعقدة ومن ثم فتحديد السعر تعثره عوامل تناقض كثيرة.

3. التوزيع: يقوم مفهوم التوزيع للخدمات الصحية في قطاع الصحة على تحديد المواقع الجغرافية التي

تقدم فيها الخدمات ويمكن أن نحدد مفهومين بالنسبة لمنافذ التوزيع في الخدمات الصحية هما¹:

أ- التوزيع الجغرافي في أماكن ومواقع جغرافية منتشرة.

ب- التوزيع الجغرافي الداخلي أي داخل المؤسسة الصحية.

فيما يتعلق بالنوع الأول نجد أنه محكوم باعتبارات عديدة منها:

- المسؤولية القانونية الملقاة على عاتق الدولة اتجاه الأفراد، ترتب عليها نشر الوحدات الصحية المتخصصة في مختلف المناطق والأحياء.

- القطاع الصحي الخاص تحكمه اعتبارات عديدة عند اختيار الموقع أهمها حافز الربح، درجة الأمان، حجم السكان ودرجة الاستقرار خاصة بالنسبة للمؤسسات الاستثمارية العالمية.

- أما فيما يتعلق بالنوع الثاني وهو التوزيع الداخلي للخدمات الصحية فهو ما نلمسه في كثير من المؤسسات الصحية ويعني تنظيم المكان وتقسيمه إلى مواقع محددة مثل اختيار الأماكن الخارجية من المؤسسة كعيادات خارجية بهدف منع الازدحام داخل المشفى، وتقليص بعض إجراءات الخدمة الصحية لتجنب الضغط الداخلي، وتشمل:

• يمكن أن يتم التقسيم على أساس المواقع الداخلية كغرف إقامة المرضى، غرف العناية المركزة، غرف العمليات الجراحية.

• يمكن أن يتم التقسيم الجغرافي على أساس التخصص في أداء الخدمات الصحية مثل مؤسسات صحية متخصصة في أمراض القلب، الصدر، الحوادث.

• يمكن أن يكون التقسيم هيكلي مثل المؤسسات الحكومية المركزية (الكبيرة والصغيرة) ومؤسسات التأمين الصحي.

4. الترويج: ويطلق عليه أحيانا بالتوعية الصحية أو التوجيه الصحي، ويقصد به كل الاتصال الإقناعي

النابع من مقدم الخدمة والموجهة نحو المستفيد وتتطلب التوعية الصحية للاعتماد على فكرة تلقى

¹ سيد حامد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية - مراجع إدارة الأعمال - مطبعة العشري، جامعة

قناة السويس، مصر، بدون طبعة، 2008، ص 473.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

ترحبيا لدى المستفيد من الخدمة، ومن أبرز عناصر المزيج الترويجي التي حددها Kotler والتي يمكن اعتمادها في المجال الصحي، ما يلي¹:

- **الإعلان:** بأنواعه (الإعلامي، إقناعي، إذاعي، إرشادي، تذكيري)، وسائله المطبوعة (الصحف، المجلات، البريد)، المسموعة (الإذاعة والراديو).
- **البيع الشخصي:** ويعطي تعبيراً آخر وهو الاتصال الشخصي الناتج عن خصائص الخدمات الصحية وضرورة وجود الزبون وجها لوجه مع مقدم الخدمة.
- **تنشيط المبيعات:** وتستخدم في المؤسسات الصحية عموماً والمستشفيات خصوصاً كوسيلة لتنشيط اقبال الزبائن الحاليين والمرتبين (كتوزيع كتب للمشفى).
- **النشر:** يعتمد لإثارة الطلب على الخدمات الصحية كالتقارير الصحفية.
- **العلاقات العامة:** التي تسعى إلى تحسين مناخ تقديم خدمات المشفى وقد تكون داخلية أو خارجية.

لكن غالباً ما تعتمد المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح على الدعاية بشكل كبير حيث ترى هذه المؤسسات أن الزبون ينظر في الغالب إلى الدعاية على أنها أكثر موضوعية من الإعلان، وتتأثر فعالية وسائل الاتصال في مجا الخدمات الصحية ليس بكثرة الإعلانات، ولكن بالاختيار الجيد للوسيلة المناسبة بالإضافة إلى الأفراد المرضى قد يتوجهون مضطرين إلى إحدى المستشفيات بناء على توجيهات الأطباء المعالجين، وعموماً يمكن القول أن فعالية المزيج الترويجي تتوقف على الاعتبارات والعوامل التالية²:

- أ- طبيعة ونوع السوق المستهدفة، وخصائص ومواصفات المستفيدين الحاليين والمرتبين.
- ب- ميزانية المزيج الترويجي وتكلفة وسيلة الإعلان أو الاتصال.
- ت- درجة الثقة في وكالة الإعلان التي تتولى تصميم الحملات والرسائل الإعلانية.
- ث- درجة تعاطف ومساندة ودعم المجتمع المحلي للمؤسسات الصحية.
- ج- طبيعة العلاقة السائدة بين القطاع الخاص والعام وحجم التنافس بينهما.

5. الدلائل المادية: هي البيئة التي تنتج فيها الخدمة وتقدم للزبون مثل سعة وموقع المؤسسة الصحية، التصميم الداخلي والديكورات والإضاءة وهي الأمور التي تزيد من ثقة المرضى بنوعية وأهمية

¹ عبد العزيز أبو نبع، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 233.

² بالتصرف عن سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، - مرجع إدارة الأعمال-، مرجع سبق ذكره، ص 484.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات¹، وتكمن أهمية الدلائل المادية الملموسة في أنها تضيف قيمة لخدمة الزبون وتسهل عملية الخدمة بتقديم المعلومات من خلال الرموز واللافتات للإرشاد والتنقيف بالإضافة إلى بناء التصور الذهني المطلوب لدى الزبون بالتأثير في إدراكه، لتكوين تقييم يقلل من مستوى المخاطرة في قرار الشراء لدى الزبائن المحتملين غير القادرين على الحكم عليها قبل استهلاكها، ولقد حدد (Palmeret Adriam) أهمها فيما يلي²:

أ- موقع المؤسسة الصحية: في أن تكون مرتفعة نسبيا عما يجاورها من أبنية، وبالقرب من المؤسسات الصحية.

ب- النظافة: تعد البيئة النظيفة عنصرا يساهم في التأكيد للزبون المحتمل على ان يتخذ قرار الشراء.

ت- حجم المؤسسة: كبيرة أو صغيرة والذي يتحدد بعدد الأسرة فيكون صغيرا عندما يتراوح عدد أسرته ما بين (50 - 100)، متوسط بين (100 - 300 سرير)، وكبيرا بين (300 - 600).

ث- نوع المؤسسة الصحية: متخصصة، عامة، حكومية، أو مختلطة، مدة العلاج والرقود طويلة أو قصيرة.

ج- تقنيات الأجهزة الطبية: وقد شهدت تطورا سريعا انعكس ايجابيا على أداء هذه المؤسسات كتطور أجهزة العاج بالأشعة والليزر شرط تحقق التوازن بين الموارد المتاحة والحاجة الفعلية لها نظرا لارتفاع أثمانها كلف صيانتها.

6. الأفراد: (الأشخاص المعنيين بتقديم الخدمات الصحية): يطلق عليهم بالأطراف المشاركة وهم وهم الأفراد العاملين في المؤسسة الذين يشتركون في أداء الخدمة وتقديمها للزبون، وقد يكونون الزبون أحد هذه الأطراف لتدخله في تحديد شكل وخصائص الخدمة وفقا لحاجته، الذي لا يمكن فصله عنها، كما أن الأطباء والممرضين ودرجة تأهيلهم قد ترفع أو تخفض بشكل كبير من نوعية المدركات الحسية للمرضى³، وهذا ما ذهب اليه (Dowidson) عندما أكد على أن: " السر الكامن وراء نجاح المؤسسات الخدمية"⁴ هو الإقرار كلنا بأن ذوي الاتصال الشخصي المباشر بالعملاء هم الجزء الذي

¹ محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبابة، التسويق الصحي والدوائي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2006، ص25.

² فريد كورتل، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 359.

³ محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبابة، التسويق الصحي والدوائي، مرجع سبق ذكره، ص 25.

⁴ حميد الطائي، بشير العلق، تسويق الخدمات - مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، ص93.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

يشكل عنصر الناس في المؤسسة الخدمية". ويختلف مقدم الخدمة باختلاف طبيعة وخصائص وشروط الخدمة المطلوبة وهم الطبيب، المساعدون الفنيون، موظفي الإدارة.¹

7. **العمليات والإجراءات:** يقصد بها الكيفية التي يتم من خلالها تقديم الخدمة الصحية من حيث المراقبة المناسبة لأحوال المرضى داخل المؤسسات²، كما تشمل السرعة والدقة والعدالة في الحجز، ومعاملة المرضى بطريقة ودية ويساعد تصميم وإدارة العمليات والإجراءات في المؤسسة الصحية في³ :

- تحقيق جودة الخدمة المقدمة بتقليل وقت انتظار الزبون والكلفة.
- يولد الانطباع الأول لدى المراجع لحظة دخوله المؤسسة.
- جذب زبائن محتملين وكسب رضا المحتملين والحاليين وضمان ولائهم للمؤسسة.
- تحقيق الكفاءة والفعالية للمؤسسة باعتماد التخطيط والتدقيق وبمراعاة مطابقة المعايير المحددة وعدم تجاوزها.

وتتمثل عناصر العمليات والإجراءات في:

- أ- الترتيب الداخلي: التسهيلات (المعدات، والتقنيات)، والوحدات العلاجية والتشخيصية بما يحقق درجة إثبات عالية في العمل وتقليص حالات الاختناق.
- ب- نظام المعلومات الصحية: ومعاييرها الأساسي أن تكون مناسبة لاسيما تلك التي يعلق المختصون أهمية كبيرة عليها وأن تحث باستمرارها بما يساعد في حل مشاكل المستفيدين وتساعد الإدارة في اتخاذ القرارات باختيار المعلومات التي يتوقع منها أن تحقق أقصى قيمة وبأقل الأخطاء.

المطلب الثالث: تحليل دورة حياة الخدمة الصحية

من الصعب تماماً أن يبقى المنتج بخصائصه الرئيسية وطريقة تسويقه قائمة بذات الصورة على مدار الوقت، بسبب التغيرات الحاصلة في البيئة العامة (مكانية، اقتصادية، تكنولوجية، وثقافية...) فضلاً عن التغيرات الحاصلة في بيئة السوق (المشتركون، المنافسون، الوسطاء، المجهزون) والتي تنعكس جميعه

¹ فريد كورنيل، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 356.

² محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنة، التسويق الصحي والدوائي، مرجع سبق ذكره، ص 356.

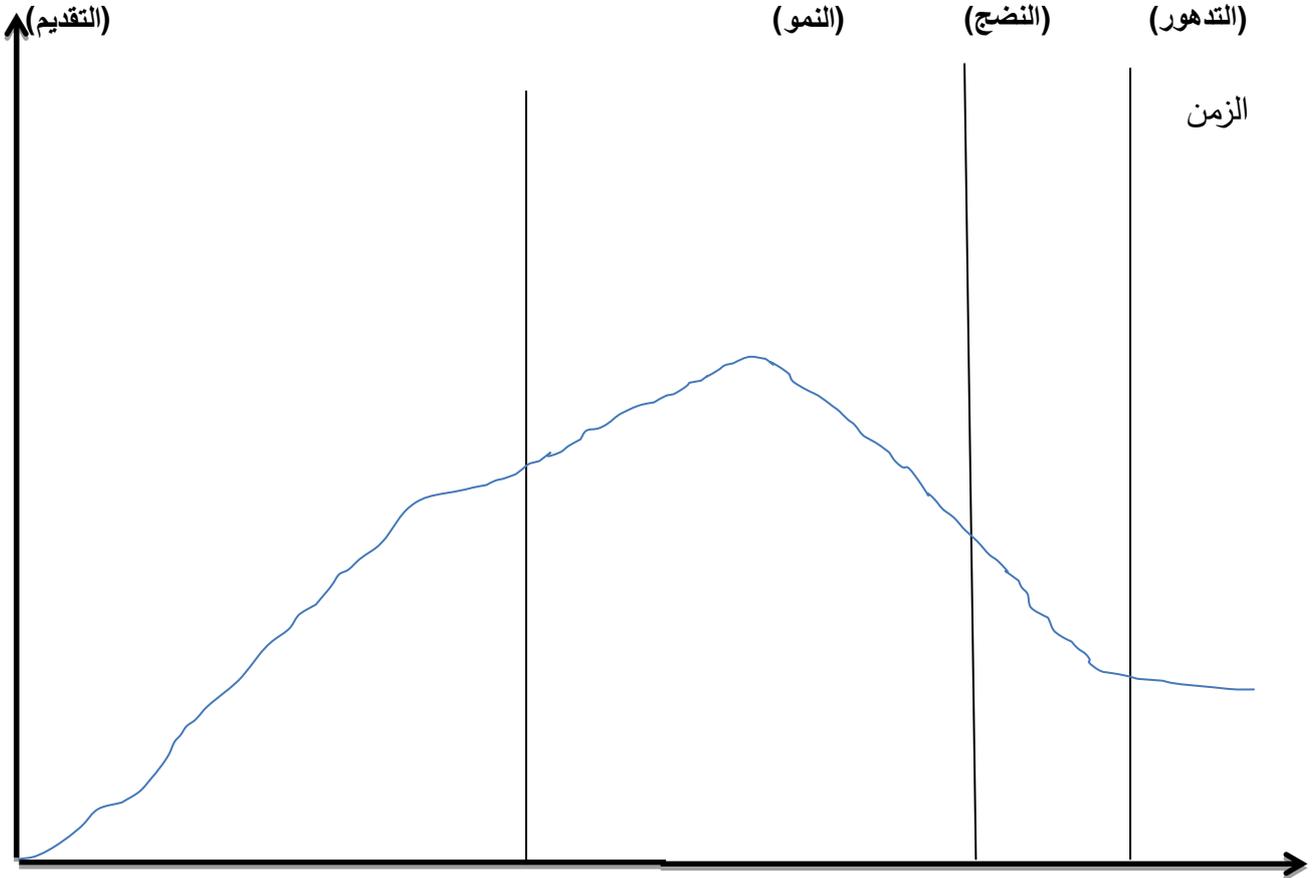
³ فريد كورنيل، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص (357-359).

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

على استراتيجية المنتج في السوق بذات الخصائص، هذا ما يصطلح عليه بدورة حياة المنتج¹، وكأي منتج آخر الخدمة الصحية بأربع مراحل تمثل دورة حياتها.

المبيعات

الشكل(02): دورة حياة الخدمة الصحية



المصدر: محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27 العدد الثاني، 2005، ص 11.

أ - مرحلة التقديم:

تبدأ هذه المرحلة بعرض الخدمة الصحية لأول مرة في السوق، وقد يكون هذا التقديم في سوق واحد أو أكثر مستغرقاً فترة من الزمن وغالباً ما تكون إيرادات الخدمة في هذه المرحلة في حالة انخفاض، ويؤدي هذا الانخفاض إلى²:

¹ بالتصرف عن ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 189.

² محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، مرجع سبق ذكره، ص 12.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

- التأخر في جعل الخدمة متاحة أمام الزبائن من خلال المنافذ التوزيعية.
- عدم وجود معلومات كافية عن الخدمة الصحية.

ولا تحصل الكثير من الخدمات الصحية الجديدة على درجة قبول كبير من طرف الزبائن وهنا تظهر ميزة الخدمة، التي تقلل من درجة المخاطرة المصاحبة لمرحلة التقديم¹ إلا أن كلفة الخدمة الصحية المرتفعة تحول دون تمكن الكثير من شرائها، ومن السمات البارزة لهذه المرحلة ارتفاع كلف الإنتاج والتوزيع فضلا عن الترويج الذي يتطلب إعداد برامج متنوعة ومختلفة للوصول الى:

- اختيار الزبائن من المرضى المحتملين عن الخدمة الجديدة الغير معروفة لديهم،
- عرض الخدمة بأسعار منخفضة نسبيا لخلق الطلب الأولي عليها.
- القيام بحملة إعلانية منظمة ومدروسة.

ب- مرحلة النمو:

تتسم هذه المرحلة غالبا بارتفاع الأرباح وزيادة حدة المنافسة، فالمنتج (الخدمة) اذا ما نال رضا السوق فان المبيعات سوف تبدأ بالارتفاع التدريجي، وذلك عندما يبدأ المرضى بتبني هذا المنتج يعقبهم آخرون يكونون أقل اندفاعا في الغالب لتبني الشراء، لكونهم يرغبون في مشاهدة غيرهم أثناء تجربة المنتج، وخلال هذه الفترة التي تمثل المرحلة الأجدى اقتصاديا تعمل المؤسسة على إطالة عمر هذه المرحلة في نمو مستمر وتحقق عوائد متزايدة ويتم هذا من خلال:

- السعي لتطوير الخدمة المقدمة بما يفضي عليها خصائص جديدة،
- البحث عن قنوات جديدة تقدم من خلالها الخدمة الصحية، سواء أكان في مراكز الرعاية الأولية أو المؤسسات الأخرى، أو حتى العيادات الخاصة.
- خلق قناعة وتأثير ترويجي أوسع باتجاه الإقدام على شراء الخدمة لكن اشتداد المنافسة ودخول منافسين جدد سعيا وراء التقليد أو الحصول على نجاحات متشابهة يجعل الخدمة في وضع يقودها للانتقال إلى مرحلة أخرى إذا ما زادت حدة المنافسة.²

¹ محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، مرجع سبق ذكره، ص 408.

² بالتصرف عن ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 192.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

ت- **مرحلة النضج:** تعتبر هذه المرحلة أطول مرحلة في دورة حياة الخدمة الصحية، إذ تسعى إدارة التسويق في المؤسسة الصحية للتعامل مع هذه المرحلة والدخول اليها رغم ما تحمله في طياتها من تحديات كبيرة، حيث تشهد خدماتها مناقشة شديدة من قبل الخدمات الأخرى المشابهة أو البديلة المقدمة من قبل المؤسسات المنافسة، وهنا يبدأ مستوى الخدمات بالانخفاض ببطء¹، قياسا بالمرحلة السابقة لذلك على المؤسسة التفكير جديا في كيفية إبقاء الخدمة الصحية أطول من فترة ممكنة شريطة أن يكون بقاء ناجحا وأن تتمكن بذات الوقت من استثمار الجوانب الموجبة في المنافسة من خلال:

- إدخال بعض التعديلات على الخدمة الصحية.
- تقديمها بسعر أقل جراء القدرة على تخفيض التكاليف بسبب ارتفاع منحنى الخبرة وتراكمها.
- النمطية العالية في الإنتاج وما يصاحبها من انخفاض في التكاليف التسويقية.
- إضافة خدمات مجانية واستخدام أسلوب الإعلان الإقناعي.

ث- **مرحلة الانحدار:**

هي آخر مرحلة من دورة حياة الخدمة الصحية وتؤول في نهايتها إلى خروج الخدمة من السوق، حيث تبدأ ملامح هذه المرحلة بالانخفاض الشديد في مستوى المبيعات وارتفاع مطرد في التكاليف وهو ما ينعكس سلبا على الإيرادات النهائية المنخفضة، كما أن هناك سببا آخر يتمثل في التطور التكنولوجي الذي يؤدي إلى إفراز منتجات وخدمات صحية جديدة منافسة تكون سببا آخر في بروز هذه المرحلة وهنا ستكون إدارة المؤسسة أمام:

- التطوير الجزئي أو الكلي للخدمة والتحسين في مستوى جودتها فنيا ووظيفتها.
- مراجعة برنامجها الإنتاجي.
- إسقاط الخدمة من مزيج الخدمات وهذا ما قد يضعف من مكانة وقوة المؤسسة في السوق.

وخلاصة لما تم تناوله يمكن أن نحدد الافتراضات التالية المتعلقة بدورة حياة الخدمة الصحية:

- للخدمة الصحية دورة حياة قد تكون طويلة أو قصيرة وهي أشبه بدورة حياة الإنسان منذ ولدته إلى وفاته.

¹ محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، مرجع سبق ذكره، ص 409.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

- السرعة التي تتحرك بها الخدمة الصحية عبر جميع مراحل حياتها الأربعة تختلف من خدمة إلى أخرى.
- لا يشترط أن تمر الخدمة الصحية بالمراحل الأربعة، فقد تنتهي عند أي مرحلة مبكرة منها.
- متطلبات المزيج التسويقي للخدمة الصحية تختلف باختلاف الأسواق التي تتعامل معها.

المبحث الثالث: دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية

لقد تطورت طريقة وأسلوب الخدمات الصحية، من كونها علاقة ثنائية مباشرة بين اثنين هما الطبيب والمريض. إلى علاقة اتصال ثلاثي بين أطراف ثلاثة هم المريض، الطبيب والمؤسسة الصحية. هذه العلاقة التي تضخمت عن اختصاصات عديدة، وأصبح من الممكن تقديم خدمات صحية أوسع وأشمل لأعداد كبيرة من أفراد المجتمع. وفقا لهذا انتشرت المؤسسات والمراكز الصحية وأضحت الدول تخصص لها نسبة ملفتة من ميزانيتها ما جعلها ظاهرة، وكيانها ضخم يستحق إدارة متخصصة ومتطورة بهدف الاستغلال والاستخدام الأمثل لمواردها.

المطلب الأول: طبيعة المؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية عاملا مشتركا بين جميع المجتمعات، إذ يتعامل الجميع معها بهدف الحصول على خدمة صحية لائقة.

أولاً: مفهوم المؤسسة الصحية

يتباين مفهوم المؤسسة الصحية تبعاً لأطراف المتعاملة معها، وبالتالي فكل طرف سيعرفها وفق العلاقة القائمة بينهما، لكننا تجنبنا لهذا التباين سنعرفها وفق المنظور الوظيفي.

- المؤسسة الصحية هي: "مجموعة المختصين والمهن الطبية وغير الطبية والمدخلات المادية التي تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرقبين وإشباع حاجاتهم واستمرار المنظمة الصحية".¹
- كما عرفت على أنها: "تركيب اجتماعي، إنساني، يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة وتتكون من أفراد مهنيين ومختصين بميادين صحية وطبية متنوعة يقدمون خدمات الرعاية الصحية".²

¹ محمد ربحان، خدمة الرعاية الصحية- المؤتمر العربي الثالث بعنوان: - الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الشارقة، من 5 إلى 7 كانون الأول، 2004، ص 34.

² محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات والوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2007، ص 14.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

كما تتنوع أهدافها وفقا لمعيار تصنيفها، فمؤسسات العصر الحديث أصبحت مميزة في كل شيء من حيث الإدارة، التنظيم والخدمات والأهداف.¹ لكنها تشترك في الوظائف التي أهمها:

- الوظيفة العلاجية: وهي أساس وجود المؤسسة الصحية وتشمل كل ما يتعلق بالرعاية الطبية للمرضى والمصابين سواء تم ذلك في الأقسام الداخلية أو الخارجية أو في العيادات الخارجية.
- الوظيفة الوقائية: وتتم من خلال مساهمة المؤسسة الصحية في الوقاية من الأمراض ومنع انتشار حدوثها والتبليغ عن الخدمات المعدية كما تساهم في تثقيف الجمهور ونوعيته إعلاميا لاكتشاف الأمراض وطرق الوقاية منها.
- وظيفة الإيواء (مساعدة)²: تتمثل هذه الوظيفة في خدمات الإيواء الموجهة للمرضى وتندرج تحتها خدمات الغرف والوجبات الغذائية والاستقبال.
- الوظائف الإدارية والمالية: وتندرج ضمنها الوظائف الإدارية التقليدية مثل وظيفة العلاقات العامة، المحاسبة، التمويل، شؤون الموارد البشرية.

ثانيا: طبيعة وخصائص المؤسسات الصحية

تعمل المؤسسات الصحية ضمن ما يعرف بإطار المعايير الأخلاقية المقبولة³، لذلك يتميز نشاطها بالعديد من السمات والخصائص لعل أهمها:

1. صعوبة قياس وتقويم مخرجات أنشطتها: شأنها شأن سائر الأنشطة الخدمية التي تتميز بصعوبة إيجاد مقاييس قيمة لقياس جودة الخدمة وهو الأمر ذاته الذي يؤدي إلى صعوبة احتساب تكلفة الخدمة نفسها.
2. الاعتماد على العنصر البشري وكفاءة وخبرة القائمين: حيث يتعاطم در المهارات والكفاءات البشرية في الخدمة الصحية، والذي يؤثر مباشرة على حياة المريض وتتوقف عليه إيرادات وأرباح المؤسسة.

¹ غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، سلسلة إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران، عمان، الأردن، بدون طبعة، 2008، ص 7.

² محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات والوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2007، ص 20.

³ مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، لا توجد طبعة، 2006، ص

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

3. ضخامة حجم الاستثمارات في الأصول الثابتة: بالرغم من أن ظاهرة ضخامة الاستثمارات تكاد تكون في معظم المؤسسات الخدمية، إلا أنها أكثر وضوحا في المؤسسات الصحية، حيث الأجهزة والمعدات الطبية ذات القيمة المرتفعة من ناحية، فضلا عن التكنولوجيا المتطورة والمستمرة التي تؤدي إلى تقادم الأجهزة والأحداث والأكثر تطورا والأعلى كلفة مما أدى إلى ضخامة الاستثمارات في الأصول.

4. تأثير نشاط المؤسسات بالمتغيرات البيئية المحيطة: سواء أكانت متغيرات اجتماعية، حيث ينعكس المستوى الثقافي وعادات وسلوكيات الافراد في المجتمع المحيط بالمؤسسة على الحاجه الصحيه لهم والمستوى الصحي السائد بهم أو اقتصادية، إذ تتأثر المؤسسة بالبيئة المحيطة بها من حيث الأجور، تكلفة المستلزمات الصحية ونوعيتها، أو سياسية بما قد يصدر من قوانين وقرارات سياسية تلزمها بتأدية خدمات صحية معينة مثل التأمين الصحي، أو تنفيذ برامج صحية معينة مثل حملات التطعيم.

بالإضافة للخصائص السابقة ذكرها يتصف نشاط المؤسسات الصحية لا سيما الحكومية منها بتعدد أسعار الخدمة الواحدة، في الوقت الذي تقدم فيه خدمة معينة مجانا لفئة من المرضى، فان نفس الخدمة تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل، فقد تحصل قيمتها نقدا أو بالأجل أو وفقا لتعاقدات طويلة الأجل تتم بين المؤسسة وجهات عمل معينة، بحيث تقدم المؤسسة الخدمة لعاملين بهذه الجهات على أن تحصل قيمة هذه الخدمات بعد ذلك وفقا لشروط التعاقد.

المطلب الثاني: تصنيف المؤسسات الصحية

بالرغم من تعدد الآراء حول تقسيمات المؤسسة الصحية إلا أنها تصب في مجملها على خدمة المريض سواء كانت حكومية أو غير حكومية، عامة أو خاصة.

حيث يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية:

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

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

كما تعددت تصنيفات المؤسسات المنتجة للخدمات الصحية، نظرا لتعدد التعريفات التي تناولتها من جهة، وتعدد الأنشطة التي تقوم بها من جهة أخرى، يمكن تقسيمها حسب المعايير التالية:¹

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

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

■ المؤسسات الحكومية العامة: تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها، تضم أكثر من قسم وتخصص لخدمة جميع فئات المجتمع بالمجال أو مقابل دفع رسوم رمزية.

■ المؤسسات الحكومية التخصصية: تتخصص هذه المؤسسات في تشخيص وعلاج حالات مرضية معينة، على سبيل المثال العيادات المتخصصة في علاج الأمراض الصدرية.

■ المستوصفات والوحدات العلاجية: هي مؤسسات صغيرة الحجم، تقتصر الخدمة فيها على إجراء الكشف الطبي، ووصف العلاج للمرضى بالمجان أو مقابل رسوم محدودة.

■ المستشفيات الجامعية: هي نوع من المستشفيات التي تلحق بكليات الطب تقدم نفس وخدمات المؤسسات العامة، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية من أجل ممارسة التدريب العملي لطلاب الكلية.

■ المؤسسات الخاصة: تختلف المؤسسات الخاصة عن الحكومية في أنها تكون ملك الأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقا لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح، من أهم أنواعها:

- مؤسسات بأسماء أصحابها: تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء وأساتذة، يتولى هؤلاء إدارتها وتقديم الخدمات في مجال تخصصهم، وذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى، هذا النوع من المؤسسات يعتمد بالدرجة الأولى على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها، وكذا جودة ما يقدمونه من خدمات صحية لمرضاهم.

- مؤسسات الجمعيات الغير حكومية: يقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والخيرية عن طريق الهيئات والتبرعات التي يحصل عليها، قد تأخذ شكل المؤسسات العامة أو

¹ سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الشروق للنشر والتوزيع، القاهرة، 2007، بدون طبعة، ص

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

المؤسسات التخصصية وذلك من حيث خدماتها التشخيصية والعلاجية، ولا تسعى إلى تحقيق الربح انا إلى تقديم خدمات صحية بالمجان أو بأسعار رمزية.

- مؤسسات صحية استثمارية: يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات التي تقدمها، تأخذ شكل شركات المساهمة أو ذات المسؤولية المحدودة، وتكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة.

2. **التصنيف حسب الموقع والسعة السريرية:** تنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع:

- مؤسسات مركزية: التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة، تقع في ضواحي المدن، وتختلف سعتها السريرية بين مؤسسة والأخرى في منطقة ما، وتتوقف على الاحتياجات الصحية للأفراد.
- مؤسسات المناطق الإقليمية: والتي تقوم بتقديم خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى في منطقة ما، هذا وتتوقف سعتها السريرية على الاحتياجات الصحية للأفراد.
- مؤسسات محلية صغيرة: التي تقدم خدماتها لتجمعات سكنية صغيرة، ولا تزيد سعتها السريرية عن 100 سرير.

3. **التصنيف حسب معيار جودة الخدمة الصحية المقدمة:** تنقسم المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار الى:

- المؤسسات المعتمدة: هي تلك التي تعترف بها بعض الهيئات العلمية التخصصية، حيث تمتثل للشروط والضوابط التي تكفل قيامها بأداء خدماتها الصحية بمستوى أفضل.
- المؤسسات الغير معتمدة: هي التي لا تمتثل لأي شروط أو ضوابط من قبل الهيئات المتخصصة.
- 4. **التصنيف حسب معيار التخصص:** تصنف المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار الى:
- مؤسسات عامة: تجمع بين أكثر من تخصص وقسم، وتخدم مناطق واسعة من السكان.
- مؤسسات متخصصة: تتخصص في علاج نوع واحد من الأمراض مثل مستشفى الأمراض الصدرية.

وهناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية نذكر منها:¹

- الربحية: مؤسسات تسعى إلى تحقيق الربح ومؤسسات لا تسعى إلى تحقيق الربح.
- مدة اقامة المريض: مؤسسات ذات إقامة قصيرة ومؤسسات ذات إقامة طويلة.
- الجنس: مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب جنس المريض مثل مستشفى أمراض النساء.

¹ ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 59-60.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

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

المطلب الثالث: دراسة مكانة وأهمية التسويق في المؤسسات الصحية

ينظر للتسويق على أنه همزة وصل بين المؤسسة وبيئتها الخارجية، إذ يعمل على نقلها من حالة الجمود إلى القدرة على التجاوب مع رغبات الزبائن، آخذا بعين الاعتبار التغيرات المستقرة في البيئة الخارجية. فالتسويق يعمل على تحقيق رسالة المؤسسة وبالتالي استمرارها وبقاؤها، ومع زيادة المنافسة تزايدت العناية برفع كفاءة التسويق، لذا فالاستفادة من الأدوات والاستراتيجيات التسويقية سوف يضحى أمرا حيويا لا غنى عنه إذا ما أرادت أن تحقق أهدافها بكفاءة وفعالية.

أولا: أسباب تأخر المفاهيم التسويقية في المؤسسات الخدمية

يبدو أن التسويق قد تطور حديثا في المجال الخدمي، بدليل تأخر المؤسسات الخدمية في تطبيقه مقارنة مع المؤسسات الاقتصادية¹، وهذا راجع لجملة من العوامل لعل أهمها حسب (Wastan1982) ما يلي:

1. مغالاة مدراء هذه المؤسسات: للاعتقاد بأن الخدمات التي يقدمونها لجمهور هي موضع رغبة كبيرة كما هو حال بعض المؤسسات التي تعتقد أنها تقدم أفضل التسهيلات الصحية لكنها في النهاية تقوم على مبدأ التقييم الذاتي لخدماتها دون أخذ اعتبار لتقييم الزبون.
2. الخلط بين المفاهيم التسويقية فيما يتعلق بقطاع الخدمات: فالاختلاف في تحديد مفهوم الخدمة نفسه مازال قائما.
3. ضخامة المشاكل التسويقية: حيث تعتبر المشاكل التسويقية للخدمات أكثر تعقيدا من مثيلاتها في قطاع السلع المادية ومرد هذا، الطبيعة الغير ملموسة للخدمة التي يصعب معها الوصول إلى الزبون وإقناعه بقرار الشراء.

وحق بداية السبعينات لم يكن لدى أي مؤسسة صحية سواء ربحية أو غير ربحية قسم للتسويق يرأسه مدير يتولى مهام الأنشطة التسويقية التكتيكية والاستراتيجية بل لم تشتمل أي خريطة تنظيمية تقليدية بالمؤسسات على وظيفة التسويق، فكان يتولى التسعير مسؤول مالي يهتم أساسا باعتبارات التكاليف

¹ هناء عبد الحليم سعيد، إدارة التسويق، مركز كومبيوتر، كلية الصيدلة، القاهرة، بدون طبعة، 2005، ص 277.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

والتفاوض مع الموردين والتعامل مع الهيئات التأمينية، في حين تولت مجموعة تخطيطية مهمة التوسع إلا أنها ركزت معظم اهتماماتها على زيادة وتنمية الإمكانيات الطبية، في منتصف السبعينات بدأت بعض المؤسسات تدرك أهمية بعض الوظائف التسويقية، لكنها لم توحيها معا لتكون قسما للتسويق كما أنشأ البعض مناه قسما لتلقي الشكاوى واقتراحات المرضى، في حين بقي التسعير على عاتق قسم الإدارة المالية، وبالتالي لم يكن هناك مدير للتسويق يعمل على لفت النظر للقضايا التسويقية الإستراتيجية¹.

إن تردد وعدم إقبال المؤسسات الصحية على تطبيق التسويق يكون راجع لعدم معرفة ماذا يعني التسويق؟ ما هي أهدافه وأهميته بالنسبة للمؤسسات الخدمية؟ وكيف يمكن تطبيقه؟ وما هي معوقاته؟ وكيف يمكن التغلب عليها؟ إذ أنه من خلال سؤال تم توجيهه إلى عينة من مديري المؤسسات الصحية وهو " ماذا يتبادر إلى ذهنك عندما تسمع كلمة التسويق؟" كانت الإجابات متباينة في هذا الشأن فهناك من أشار إلى أنه يعني البيع، والبعض اعتبره إعلانا في حين أكد البعض الآخر أن حاجته للتسويق نابعة من كون المؤسسات الصحية المنافسة تطبق المفاهيم التسويقية، بمعنى أن ظروف المنافسة تتطلب تطبيقه².

إن التسويق في المؤسسات الصحية يعني ماذا يرغب الزبون (المريض) وما هي حاجاته وكيف يمكن إشباع هذه الحاجات بأفضل الطرق في ضوء الإمكانيات البشرية والمادية والفنية المتاحة، ومن خلال التحليل الفعلي للسوق المحتمل يمكن التعرف على حاجات ورغبات المرضى.

ثانيا: أهمية التسويق للخدمات الصحية

يعتبر التسويق وظيفة هامة لجميع المؤسسات التي تقدم خدمات ولها زبائن وتبرز أهمية في المجال الصحي في:

- حرية المريض في الاختيار بين المؤسسات الصحية.
- زيادة حدة التنافس بين المؤسسات الصحية إما لاجتذاب أمهر الأطباء أو لتطبيق أحدث منتجات التكنولوجيا الطبية لمواجهة حالات المرضى.

¹ محمد محمود مصطفى، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، بدون طبعة، 2010، ص 317.

² سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية - مراجع إدارة الأعمال - مرجع سبق ذكره، ص 340.

الفصل الأول: مدخل الى الخدمات و المؤسسات الصحية

- انخفاض درجة رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المؤداة في المؤسسات بصفة عامة والحكومية بصفة خاصة.
- يعمل التسويق على تحديد السوق المستهدف أي المستفيدين الحاليين والمرتبين مع إمكانية اختراق الأسواق الحالية أو إضافة أسواق جديدة أو كليهما معا.
- ان التسويق يمكن من التنبؤ بالطلب ويساعد في التحديد الأمثل للطاقات والتسهيلات اللازمة ويمكن من إشباع حاجات ورغبات الأفراد.
- تتبع أهمية التسويق من فشل المؤسسات الصحية في ادارة وظائفها التسويقية بفعالية وهذا يعني إضافة تكاليف اقتصادية واجتماعية، كما أن المئات من المؤسسات غالبا ما نجدها لا تعمل بكفاءة، فهناك الأسرة الشاغرة والمرضى الذين يحتاجون للرعاية ولا يحصلون عليها، مما يعني ضياع موارد هذه المؤسسات وجعلها تذهب نحو المصروفات الإدارية وليس نحو الأسواق المستهدفة وتحقيق خسائر اقتصادية واجتماعية على حد سواء¹.

¹ فريد كورنيل، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 313.

خلاصة:

تتفرد الخدمات بجملة من الخصائص التي تميزها عن السلع الملموسة، تتمثل في خاصية التلازم بين الخدمة ومقدمها، عدم التجانس، إذ لا يمكن إعادة إنتاجها وتقديمها بنفس الدقة، فهي متغيرة دائما إلى حد ما وصفة الهلامية التي تؤدي إلى عدم رضا الزبون. إذ لا يلبي طلبه بالإضافة إلى عدم ملموسيتها وهو ما ينتج عنه صعوبة في قياس وتقييم جودتها.

ولما كانت الخدمات الصحية هي العلاج المقدم للمرضى سواء كان علاجاً أو تشخيصاً أو تداخلاً بينهما يحقق في النهاية القبول للمريض. فإنها تتطوي على أهمية كبيرة نابعة من أهمية الخدمات في حد ذاتها، فهي لا تختلف في مضمونها عن الخدمات الأخرى، لكنها تكتسي خصوصية، لذلك من الصعوبة في الكثير من الأحيان على المؤسسات الصحية اعتماد ذات المعايير والمفاهيم المطبقة في الخدمات الأخرى. لأن ذلك قد يتعارض مع الأهداف التي اختطتها، كما أن ارتباطها بحياة الإنسان وشفاءه، وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه يجعلها تتفرد بخصائص ومميزات تزيد من تعقيد وصعوبة تقديمها.

وإذا ما نظرنا إلى المزيج التسويقي لهذه الخدمات دور بارز في الحياة الاقتصادية، فلم يعد نشاطها مقتصر على مجرد تقديم الخدمة العلاجية فحسب، وإنما امتد إلى الناحية الوقائية وإلى المشاركة في البرامج التي تكفل التوعية والاهتمام بالنواحي الصحية.

الفصل الثاني



تمهيد

تواجه المؤسسات الصحية في العصر الحديث ضغوطا وتحديات تؤثر على استقرارها وأدائها لدورها لذا أصبحت الحاجة إلى تحسين جوانب المؤسسة، ومن هنا أصبح للجودة اهتماما متزايدا في الآونة الأخيرة من حيث محاولة إيجاد أسس موضوعية في استخدام معايير جديدة تعزز قيمة الخدمات التي تقدمها، وقد برز هذا المفهوم نتيجة للتطورات الحديثة في عالم المؤسسات المختلفة بهدف تقنين أسلوب ملها وتحديد قدرتها على تحقيق المهام والمسؤوليات الوكيلة لها. وهذا ما حتم على متخذي القرار في المؤسسات الصحية إيجاد الوسائل والسبل وتبني مختف الطرق العملية التي تساعد في تقييم وتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة. ومن بين الأساليب التي عالجت مشكل الجودة في المؤسسة الصحية منهجية التحليل متعدد المعايير **Evamix** لترتيب مصالح المؤسسة الصحية من حيث مستوى الجودة.

وقد قسم هذا الفصل إلى ثلاث مباحث على النحو التالي: تناول المبحث الأول ماهية جودة الخدمة الصحية، والمبحث الثاني أساليب قياس جودة الخدمة الصحية، أما المبحث الثالث فقد تناول المقاربة متعددة المعايير **Evamix**.

المبحث الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية

إن الوصول إلى مستويات عالية من الجودة في الخدمات الصحية تعتبر أهم المسؤوليات المباشرة لمقدمي الخدمات وقد كانت أعمال لجودة في السابق عبارة عن تطبيق بعض الإجراءات مثل التأكد من مدى الالتزام بقيم الممارسة المهنية ومراجعة الرعاية المقدمة، أما اليوم أصبح الاهتمام والتركيز على فهم العوامل التي تؤدي إلى تحسين الجودة، لكن هذه الأخيرة أصبحت تطرح مشكلات كثيرة أهمها فهم توقعات وحاجات الزبائن من مسؤولية جودة الخدمة الصحية وهو ما يجعل قياسها أكثر صعوبة.

المطلب الأول: تعريف جودة الخدمات الصحية

قبل تقديم التعريف التي تشير إلى الخدمة الصحية من الضروري الإشارة لأهم المحطات التاريخية لجودة في المجال الصحي:

إن المتتبع لفكرة الرعاية الصحية سيلاحظ أن الاهتمام بهذه الفكرة قدم الرعاية الصحية نسها لكن الجديد في هذا الموضوع يكمن في عملية استخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق برامج إدارة الجودة ووضع المعايير الملائمة لتقويم مستويات الأداء وهو ما تطمح إليه المؤسسات الصحية، وقد ظهرت الجودة في المجال الصحي في الحضارة الغربية أولاً كما يلي¹:

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

في سنة (1860): قامت البريطانية "فلورنس ناي تحيل" بإعداد دراسة تعد من أقدم الدراسات العلمية واشتمل برنامجها الإصلاحي لتحسين الجودة على النظافة والصحة العامة وتحسين نظم التغذية ووضع أسس تنظيمية للإجراءات اليومية للمستشفى.

وفي منتصف التسعينات : حدث تغير نموذجي في التفكير والتطبيق العملي كان من بعض أسبابه تأثير النجاح الذي حققته اليابان في تطبيق مبادئ Deming في إدارة الجودة، فتشكلت هيئة مشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية والتي قامت بإصدار كتيب سنة 1953 عن معايير اعتماد المستشفيات، إذ

¹ بالتصرف عن: خالد بن سعد عبد العزيز سعيد، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات على القطاع الصحي، العبيكان للنشر والطباعة، المملكة العربية السعودية، بدون طبعة، 2007، ص (10_14).

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

أصبحت ضرورة مراقبة الجودة حاجة ملحة في المستشفيات بالنظر إلى الوضعيات الحرجة التي كانت تعرفها.¹

وفي سنة 1984: تبنت الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات الإجازة (الاعتمادية) لتطوير الجودة وملائمة أساليب تقديم ومراقبة الرعاية الصحية.

وفي سنة 1992: قامت الهيئة الأمريكية المشتركة بتعديل مسمى الجودة النوعية إلى مسمى تحسين الجودة وتقويمها ومن خلال هذه المحاولات تمت إضافة معايير لتشمل الجانب الإداري والقيادي بدلا من التركيز على خدمات الرعاية الصحية فقط.

من خلال استعراض هذه المحطات التاريخية يمكن التأكد أن أفكار ومفاهيم الجودة في القطاع الصحي قامت على أساس الدعائم التي أرساها الخبراء المختصون في مجال التصنيع، حيث تم استنباط الأفكار وتطوير الطرق والأساليب لتلائم مكونات الخدمات الصحية، وفيما يلي نستعرض جملة من التعاريف لجودة الخدمات الصحية:

- عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية على أنها: «درجة الالتزام بالمعايير المتعرف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة».²
- ويعرفها **sulek et al 1995** على أنها: «تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة في الخدمة الصحية المقدمة وما يمكن أن يفرض (يزيد) عنها قياسا بما يتوقعه».³

يعتبر هذان التعريفان أكثر انسجاما من التوجه الاستراتيجي لإدارة المؤسسة الصحية في تعاملها مع المريض على اعتبار أنها لم تسعى لتقديم خدمات بهذا المستوى من الجودة إن لم تكن هادفة إلى توطيد الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمات الصحية قياسا بما كان عليه في مرحلة سابقة.¹

¹ M. Hubinon, **Management des unités de soin de l'analyse systématique de la qualité**, de Boeck et larcier, Bruxelles 1998, p52.

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات) - بحوث ودراسات** - المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر الجديدة، القاهرة، 2003، ص 187.

³ ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 199.

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

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

بعد هذا العرض نصل لنقطة مهمة وهي أن الجودة في الخدمات الصحية تعد عملية غاية في التعقيد لأن العديد من أوجه الخدمة وتبدو غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها وعلى هذا فغن أي محاولة للتعريف ستعكس وجهة نظر الشخص والقائم بالتعريف.

• **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة.

• **الجودة من منظور المستفيد (الزبون):** قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي التركيز على فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى حاجة ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك.²

• **الجودة من الناحية الإدارية:** وتعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة مقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء.

وتبقى هناك وجهة نظر أخرى للجودة، هي وجهة النظر السياسية أو وجهة نظر القيادة والإدارة العليا بالدولة، وغالبا ما ينطق القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي، وحين تضع القيادة العليا ثقتها في النظام الصحي والمؤسسات الصحية، فإنها تضع لها هدفا لا يخرج في الغالب عن إطار تحقيق الرضا للمواطن بتقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة له وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي ومؤسساته

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 199.

² محمد عبد الله الحازم، نظرة عامة في معنى جودة الخدمة الصحية، www.alryadh.com.consulter، 24/01/2022

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم استراتيجيات من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور.

المطلب الثاني: أهمية وأهداف جودة الخدمة الصحية

إن تحقيق الجودة في الخدمة المقدمة من طرف المؤسسة الصحية يعطيها ميزة خاصة نظرا لأهمية هذه الأخيرة والأهداف التي تسعى لتحقيقها.

أولاً: أهمية جودة الخدمات الصحية:

تكتسي جودة الخدمات الصحية أهمية كبيرة من خلال:

- تساعد برمج الجودة على تشجيع العاملين في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتهم على زيادة إنتاجيتهم وحثهم على تقديم الأفضل.¹
- تعد جودة الخدمة الصحية مؤشرا مهما في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المستفيد عن الخدمات الصحية المقدمة له.
- تميز الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الصحية عن بقية المؤسسات الصحية الأخرى.²
- جودة الخدمات الصحية تخضع للتحسين المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية، هادفة إلى تحسين الشمولية والتكاملية في الأداء.
- الحد من البيروقراطية وزيادة مردودية المستخدمين وانخفاض حجم المصاريف والنفقات.

ثانياً: أهداف جودة الخدمة الصحية:

لجودة الخدمات الصحية العديد من الأهداف لعل أهمها ما يلي:³

- ◆ ضمان الصحة البدنية والنفسية للمرضى.
- ◆ تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية من شأنه تحقيق رضا المريض وزيادة تمسكه بالمراكز الصحية والذي سيصح فيما بعد وسيلة دعائية فاعلة.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في مجال الخدمات الصحية. - مفاهيم، عمليات،

تطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2006، ص118.

² ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص201.

³ عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات الصحية، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016، ص101.

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

- ◆ تعد معرفة آراء وانطباعات المرضى وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للخدمات الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- ◆ تطوير قنوات الاتصال وتحسينها بين المرضى ومقدمي الخدمات الصحية.
- ◆ تمكين المراكز الصحية من الاستثمار والنمو وتأدية مهامها بفاعلية وكفاءة عالية.
- ◆ زيادة القوة التنافسية بين المؤسسات الصحية المتشابهة.¹
- ◆ تحسين معنويات العاملين، فالمؤسسة الصحية هي التي تعزز ثقة العاملين لديها وتشعرهم بفاعليتهم مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.
- ◆ زيادة الطلب على مختلف الخدمات الصحية المقدمة من خلال تطوير أداء العامل والسعي لكسب رضا المستفيد.

المطلب الثالث: أبعاد ومعايير جودة الخدمة الصحية ومداخل قياسها

لقد تعرضت بعض الكتابات في مجال صناعة الخدمات للمكونات أو الأبعاد التي تشتمل عليها جودة الخدمة، بما فيها الخدمات الصحية، إلا أنها لم تتفق فيما بينها حول ماهية تلك الأبعاد على وجه التحديد.

أولاً: أبعاد جودة الخدمة الصحية

قدم عدد من الباحثين مجموعة أبعاد تستخدم كدلائل للجودة تتناول توجهاتها في المجال الصحي:

يرى (Swand)² أن لجودة الخدمة الصحية بعدين أساسيين هما:

- الجودة المادية الملموسة: التي يتعرض لها الزبون أو المستفيد حال حصوله على الخدمة.
- الجودة التفاعلية: وتمثل أداء عملية الخدمة ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع الزبائن أو المستفيدين.

أما (Gronowos) فقد ميز بين نوعين من أبعاد الجودة هما الجودة الفنية والجودة الوظيفية.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في مجال الخدمات، - مفاهيم، عمليات، تطبيقات -، مرجع سبق ذكره، ص

² في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، ص 9. TQM أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة

- **الجودة الفنية (Technical Quality):** هي ما يتم تقديمه للزبون فعلا ويتصل بالحاجة الأساسية التي يسعى لإشباعها.
- **الجودة الوظيفية (Functional Quality):** هي درجة جودة الطريقة التي تقدم بها تقديم الخدمة.¹

وقد أطلق (Lethinen)² على الجودة الفنية اصطلاح جودة المخرجات التي عادة ما يتم تقييمها بعد حصول على الخدمة. أما الجودة الوظيفية فهي الجودة العملية والتي عادة ما يتم تقييمها أثناء تقديم الخدمة.

هناك من أضاف بعدا ثالثا لا يقل أهمية عن البعدين السابقين، هو الانطباع الذهني الذي يعتبر ناتج تقييم الزبائن لكل من الجودة الفنية والوظيفية، أو هو الذي يعكس انطباعات الزبائن عن مؤسسة الخدمة.³ ويمكن القول أن ك هذه الأبعاد وان اختلفت مسمياتها من باحث هي أبعاد متناسقة يكمل بعضها البعض وينبغي على إدارة المؤسسة الصحية صياغة وتنفيذ خطط الكفيلة بتكريس وتحقيق كل بعد من الأبعاد درجة عالية من الفاعلية.

ثانيا: معايير جودة الخدمة الصحية

أكد الباحثون على أن لجودة الخدمة معايير متعددة، وكل مستفيد يركز على حزمة منها عندما يعمل على تقييم جودة الخدمة المقدمة له، وبينما يرى (Philip kotler) أن لجودة الخدمة خمسة أبعاد متمثلة في الضمان، الاعتمادية، الاعتناق، الاستجابة، التجسيد المادي، يؤكد (Christopher Lovelock) أن هناك عشرة معايير وفيما يلي ايضاحات مختصرة لدلالات كل معيار:⁴

1. الكفاية (الكفاءة): معنى ذلك أن يتصف مقدمو الخدمة بالكفاءة التامة بضمان أداء الخدمة على أحسن وجه (هنا ينبغي أن تحرص الإدارة على توفير اكار الفني الذي يمتلك معرفة علمية وقيم أخلاقية تتسجم مع أهداف المؤسسة).

¹ محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في مجالى الصحة والتعليم، المنظمة العربية للدراسات، الإسكندرية، 2006، ص17.

² محمد سمير أحمد، الجودة الشاملة وتحقيق الرقابة في البنوك التجارية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص 69.

³ Christopher Lovelock, j.witz, Marketing des services, Pearson education, France, 5eme edition, 2004, p431.

⁴ بالتصرف عن: سوسن شاكر، محمد عواد الزيادات، الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي لمؤسسات التعليم العام الجامعي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص 28.

2. **الاعتمادية:** تشير إلى قدرة مورد الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، فالمستفيد يتطلع إلى مورد الخدمة بأن يقدم له خدمة دقيقة من حيث الوقت والانجاز.
3. **المجاملة (اللياقة):** أي حسن معاملة الزبائن، إذ ينبغي أن يسود في المؤسسة الصحية جو من الاحترام المتبادل والتعامل الحسن الذي يستند على الأسس الأخلاقية والتنظيمية.
- عن تحقيق هذا المعيار من معايير الجودة يتطلب توفير درجة عالية من الولاء لدى الجميع من العاملين في المؤسسة.
4. **الاستجابة (Responsiveness):** وتشير إلى سرعة استجابة مقدمي لخدمة لاحتياجات المستفيد والاستجابة السريعة والعالية لا تقتصر على عناصر البيئة الخارجية، بل ينبغي التركيز على الاستجابة لمتطلبات البيئة الداخلية أيضا.
5. **فهم الزبائن (Under standing Customers):** يتحقق من خلال التركيز على فهم المستفيد وإدراك حاجاته ربما يجهل المستفيد الحاجات الصحية الحقيقية والحالية والمستقبلية، ويتأثر فقط برغبة الأهل والأصدقاء، وهنا يبرز دور المؤسسة الصحية في التأثير على المريض.
6. **المصداقية (Credibility):** مصداقية المؤسسة الصحية تعتبر أهم معيار في تحقيق الجودة ويقصد بها قدرتها على الوفاء بالتزاماتها وتعهداتها للزبون وتبرز هذه المصداقية في مدى تحقيق ما وعدت به في إعاناتها ومختلف وسائل الاتصال.¹
7. **الأمان (Security):** هل أن الخدمة خالية من المخاطر والشك.² إذ أن الزبون يميل إلى تفضيل المؤسسة التي توفر له درجة أفضل من الأمان.
8. **إمكانية وسهولة الحصول على الخدمة (Accessibility):** ويتحقق هذا المعيار من خلال اختيار موقع المؤسسة حيث يمكن وصول المستفيد إليها ببسر وسهولة.
9. **الاتصال (Communication):** الاتصال بداية هو « فن استخدام المعلومة من قبل المرسل لغرض إيصالها إلى عقل الطرف الآخر وهو المستلم لإحداث استجابة »³.و يعتبر الاتصال من الأبعاد التي تنصب في تحقيق الجودة، إذ يتيح فرصة المناقشة والتحليل وفهم ادراك المستفيد بما يتعلق

¹ بالتصرف عن: المرجع السابق، ص 29.

² حميد الطائي، بشير العلق، تسويق الخدمات، مدخل استراتيجي، وظيفي تطبيقي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2009، ص 244.

³ ثامر ياسر البكري، الاتصالات التسويقية والترويج، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2006، ص34.

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

بمشكلاته ومقترحاته، وتوفير التغذية العكسية التي تساهم في تحسين وتطوير عملية الخدمة الصحية.

10. الملموسية (Tangibles): غالبا ما يتم تقييم جودة الخدمة من قبل المستفيد في ضوء مظهر التسهيلات المادية مثل المعدات والأجهزة.

بعد استعراض معايير جودة الخدمة، نطرح سؤالا على درجة عالية من الأهمية وهو كيف يمكن للمؤسسة الصحية مراعاة هذه المعايير وتحقيقها في خدماتها؟

إن على المؤسسة السعي لدراسة وتحليل جميع المعايير، وترى ما يناسبها أكثر ما يهتم ويركز عليه الزبون وتأخذ به، وتكون بذلك قد وضعت يدا على بداية المسار، وما يجب التأكيد عليه أن هذه المعايير ليست مستقلة عن بعضها البعض بل إنها متداخلة فيما بينها، وقد تكون أحيانا مكاملة لبعضها لهذا قامت الدراسات اللاحقة بتلخيص هذه المعايير العشر ضمن خمسة معايير، أطلق عليها "نموذج جودة الخدمة"¹ و في ما يلي إسقاط لمفهوم هذه المعايير على الخدمة الصحية.

الجدول (02): معايير جودة الخدمة الصحية.

البعد	معايير التقييم	الأمثلة
المعولية	دقة السجلات المعتمدة في إدارة المؤسسة. صحة القوائم المالية. المواعيد الدقيقة في الإجراءات.	ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة . لديه ثقة بأن حياته بين أيدي آمنة.
الاستجابة	تقديم خدمات علاجية فورية. استجابة لنداءات الطارئ الخارجية. العمل على مدار ساعات اليوم.	وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. غرفة العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات.

¹ هوارى معراج، جودة الخدمات البنكية وتأثيرها على رضا الزبائن، المؤتمر الثاني بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات، كلية الاقتصاد والتسيير والعلوم التجارية، الأردن، 26-27 نيسان، 2006، ص9.

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

<p>المعاملة الطيبة للمرضى من قبل الأطباء. تدريب ومهارة عالية في الأداء.</p>	<p>سمعة ومكانة المؤسسة العالية. المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء. الصفات الشخصية للعاملين.</p>	<p>التأكيد</p>
<p>النظر للمريض بأنه على حق.</p>	<p>اهتمام شخصي بالمريض. الإصغاء الكامل لشكوى المريض. تلبية حاجات الزبون بروح من الود واللفظ.</p>	<p>الحياسة</p>
<p>نظافة العيادات. نوعية الطعام المقدم للمقيمين في المؤسسة.</p>	<p>الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج. المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة. أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.</p>	<p>الملموسية</p>

المصدر: بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 213.

ثالثاً: مداخل قياس جودة الخدمة الصحية

تعرضت عملية قياس جودة الخدمة في السنوات الأخيرة إلى جدال كبير من خلال العديد من البحوث والدراسات المتخصصة في هذا المجال وذلك بغرض البحث عن النموذج المناسب للقياس من خلال الأبعاد والعناصر المعبرة عن جودة السلع مازالت العملية في قطاع الخدمات الصحية غاية في الصعوبة بسبب النمطية في طبيعتها والتي قد تعزز في بعض الحالات منها:¹

◆ انخفاض في مستوى التنافس في سوق الخدمات، خاصة الخدمات الصحية.

¹ هوارى معراج، جودة الخدمة البنكية وتأثيراتها على رضا الزبائن، المؤتمر العلمي الثاني بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، 26-27 نيسان، 2006، ص96

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

- ◆ صعوبة قياس جودة الخدمة، إذ ان مستواها يختلف من وجهة نظر الزبون والإد وبالتالي صعوبة الوصول إلى مفهوم موحد لقياس الجودة.
- ◆ تتوقف جودة الخدمة على تحديد احتياجات كل زبون ومحاولة الوفاء بها، لكن عدم وعي بعض الزبائن قد يحول دون ذلك.
- ◆ عملية الحكم على جودة الخدمات يتم وفق الأسلوب الذي تؤدي به وفق معايير تتعلق بالخدمات ومكوناتها.

في هذا السياق أوجدت طرق متعددة لقياس جودة الخدمات الصحية، نوضح أهمها:

أولاً: قياس جودة الخدمة الصحية من منظور الزبائن

يمكن التفريق بين خمسة طرق أساسية من منظور الزبائن هي:

1. **مقياس عدد الشكاوى (complaintes measure):** يمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً يعبر على أن الخدمات المقدمة دون المستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا تتناسب مع إدراكهم لها والمستوى الذي يريدون الحصول عليه، هذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل وتحسين جودة ما تقدمه من خدمات.

2. **مقياس الرضا (satisfaction measure):** هو أكثر المقاييس استخدام القياس اتجاهات الزبائن نحو جودة الأسئلة التي تكتشف للمؤسسة طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها وبشكل يمكن هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية الجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.

3. **مقياس الفجوة:¹** قام (Parasurman) عقب دراسة استطلاعية أجراها مع العديد من مؤسسات تقديم الخدمة في 1985 بأمريكا في محاولة لوضع مقياس لجودة الخدمة يتسم بالصدق والثبات اعتماداً على المقابلات المعمقة مع مجموعة من زبائن هذه المؤسسات، أمكن التوصل إلى خمسة محددات أساسية تستخدم في قياس جودة الخدمة وهي: الجانب الملموس من تقديم الخدمة الاعتمادية، الاستجابة السريعة، الثقة في التعامل، التعاطف، وتقديمها في شكل مقياس عام أطلق

¹. بالتصرف عن: أحمد بن عيشاوي إدارة الجودة الشاملة TQM في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، ص9.

عليه اسم **Servqual** يتم استخدام المقياس مرتين الأولى قبل حصول الزبون على الخدمة لقياس ما يسمى بالجودة المتوقعة أما الثانية فهي مستوى الجودة المدركة والتي يتم فيها قياسها بعد حصول الزبون على الخدمة، حيث يتم بعد ذلك مقارنة المتوقع بالمدرك لتحديد ما يسمى بالفجوات **Gaps** والتي تعبر عن درجة رضا الزبون عن الخدمة المقدمة بأبعادها وعناصرها المختلفة ووفقا لهذا المقياس توجد هناك خمس فجوات¹ يتم تحليلها.

4. مقياس الأداء الفعلي (نموذج الاتجاه): يعرف نموذج الاتجاه باسم **Servpref** ظهر سنة (1992) نتيجة الدراسات التي قام بها كل من **Taylor و Cronin**، وتعتبر الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاهيا يرتبط بادراك المستفيد للأداء الفعلي للخدمة، ويقوم على طريقة بسيطة في قياس جودة الخدمة من خلال استبعاد التوقعات في القياس والتركيز فقط على إدراكات المستفيد (الأداء الفعلي).

5. مقياس القيمة: تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة لخدمة الزبائن تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانبي الزبون والتكلفة للحصول على هذه الخدمات فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة كلما زادت قيمة الخدمة المقدمة للزبائن فكلما زاد اقبالهم على هذه الخدمات والعكس صحيح، وبالتالي من واجب مؤسسة الخدمة اتخاذ الخطوات الكفيلة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول على الخدمة ولا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للزبائن بأقل تكلفة ممكنة.

ثانيا: قياس جودة المهنية (Measuring Professional Quality):

يرى الكثير من الباحثين أن تقييم الجودة من منظور الزبون يمثل جزءا من برنامج جودة الخدمة لذلك فإن مقاييس الجودة المهنية تقدم على فكرة مفادها أن المؤسسات قادرة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من

¹ هاني حامد الضمور، **تسويق الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص505.

خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة ومن هنا يمكن التمييز بين ثلاث أنواع مختلفة من المقاييس هي:¹

1. **قياس الجودة بدلالة المدخلات:** بمعنى اعتبار المدخلات أو الموارد جوهر الخدمة وجودتها وإذا ما توافر للمؤسسة البناء المناسب بتجهيزاته ومعداته والقوانين والنظم المساعدة والأهداف المحددة الواضحة، إذا توفر للخدمة كل هذا كانت الخدمة مميزة فعلا، وعلى الرغم من منطوية هذا المدخل والترحيب به من قبل الباحثين في دعم الجهود المبذولة للتوصل إلى نموذج مناسب لقياس جودة الخدمة، إلا أنه يبقى ناقصا، فعناصر المدخلات في جودة الخدمة لا تعد كافية في حد ذاتها لضمان الجودة، إذ هناك عوامل أخرى مكملة مثل طرق تناول المدخلات والتفاعلات فيما بينها.
2. **قياس الجودة بدلالة العمليات:** يركز هذا المقياس على جودة العمليات أو المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة وينطوي على مجموعة من المؤشرات أو المعايير التي توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة التي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر ليتم تصنيف هذه الخدمات كخدمات جيدة ولا يعتبر هذا المقياس دقيقا وان كان له بعض الجوانب المنطقية لأنه يركز على عمليات الخدمة بدلا من التركيز على الأبعاد الكمية التي يمكن قياسها لهذه الخدمة.
3. **قياس الجودة بدلالة المخرجات:** وهو مقياس يتعلق بالنتائج لهذه الخدمة، والتي يمكن قياسها من خلال:

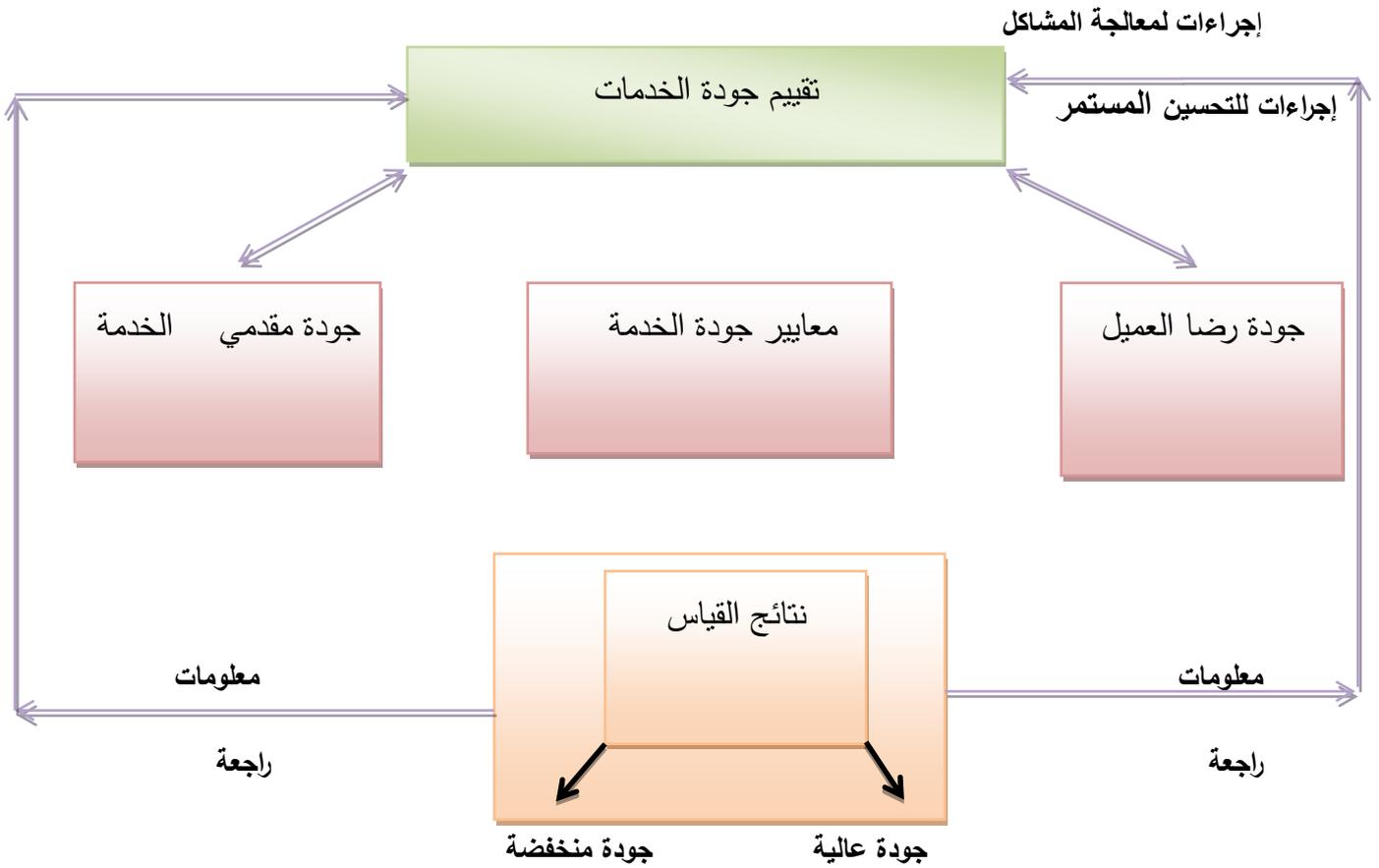
- ✓ **القياس المقارن:** وهو إجراء مقارنات كمية بين المستهدف والأداء الفعلي لاكتشاف جوانب اضعف ومحاولة تلاقيها.
- ✓ **استقصاء رضا المستفيدين** بخصوص الخدمات المقدمة.
- ✓ **استقصاء العاملين** في المؤسسة للوقوف على المشاكل التي حالت دون تحقيق الأداء المنشود.

ثالثا: قياس الجودة من المنظور الشامل

إن كل المقاييس السابق ذكرها في قياس الجودة يغلب عليها الطابع الجزئي، هذا ما أدى إلى ضرورة إبراز المعالجة الشاملة في قياس جودة الخدمة والشكل الموالي يصور لنا نموذجا لتقييم جودة الخدمة من المنظور الشامل

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم، عمليات، تطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص (105-107).

الشكل 03: نموذج لتقييم جودة الخدمة.



المصدر: قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة جودة في الخدمات، مفاهيم، عمليات، تطبيقات، دار الشرق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2005، ص108.

يصور لنا هذا الشكل نموذجاً شاملاً للتقييم حيث يأخذ في الحسبان وجهة نظر الزبون ومقدم الخدمة معا كما أن هذا النموذج بمثابة نظام له مدخلات وعملية معالجة ومخرجات تمثل في الأصل نتائج القياس (جودة عالية أو جودة منخفضة).

المبحث الثاني: أساليب قياس جودة الخدمة الصحية

هناك العديد من الأساليب والمناهج المتعددة والمطورة في قياس جودة الخدمة الصحية والتي يمكن من خلالها قياس جودة الخدمة الصحية للمريض، ويبدأ هذا المدخل من الفرضية القائمة على أن جودة الخدمة تتحدد بصورة قاطعة في الفرق بين التوقعات الخاصة بالمريض وإدراكه للخدمة المقدمة

المطلب الأول: نموذج الفجوة

إن المحور الأساسي في قياس جودة الخدمة عند هي الفجوة بين ادراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة

وتوقعاته حول جودة الخدمة، ولكن الفرق يعتمد على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وتسويقها وتقديمها. ¹إضافة إلى فجوة التوقعات الخاصة بالعملاء هناك خمسة فجوات أخرى:.

– الفجوة الأولى: توقعات المريض وادراك الإدارة لهذه التوقعات: **Between patient expectation and management perception of those expectation**

تنتج عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين إدراك إدارة المستشفى لتوقعات المرضى، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبات المرضى المتوقعة، إذ ربما تفكر إدارة المستشفى بأن المريض يرغب في الحصول على طعام أفضل، غير أن الأمر قد يكون بشكل آخر، أي أن المرضى قد يكونون بصدد البحث على عناية أفضل من قبل الممرضات على سبيل المثال.

– الفجوة الثانية: بين إدراك الإدارة لتوقعات المرضى ومواصفات جودة الخدمة: **Between management perceptions of patients expectation, and service Quality specification**

وتنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل وبين إدراك الإدارة لتوقعات المرضى، أي بمعنى أنه حتى لو كانت حاجات المرضى المتوقعة ورغباتهم معروفة لدى الإدارة فإنه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بالموارد المالية، وأحياناً تكون هذه الإدارة عاجزة تماماً على تبني فلسفة الجودة.

– الفجوة الثالثة: بين مواصفات جودة الخدمة وتسليم الخدمة: **Between service Quality specifications and service delivery**

تظهر لكون مواصفات الخدمة المقدمة بالفعل لا تتطابق مع ما تدركه الإدارة بخصوص هذه المواصفات، وقد يرجع ذلك إلى تدني مستوى مهارة القائمين على أداء الخدمة والذي يؤدي إلى ضعف القدرة والرغبة لدى هؤلاء العاملين.

¹ Kotler Philip, **Marketing Management**, 8th Edition, Prentice Hall International INC,2015,p354.

فمن المحتمل أن يكون الأفراد القائلين على خدمة المريض غير مؤهلين بما فيه الكفاية حتى يتمكنوا من التكفل الصحيح بالمرضى، أو أنهم غير مدربين بصورة صحيحة أو غير قادرين، أو حتى غير راغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة، كما هو مثلا في ضرورة الاصغاء للمريض بشكل كاف، ومن ثم انجاز الخدمة بسرعة.

– الفجوة الرابعة: بين تسليم الخدمة والاتصالات الخارجية للمرضى: Between service delivery and external communication to patients delivery

وتنتج عن الخلل في مصداقية منظمة الخدمة، بمعنى أن الوعود التي تقدمها المنظمة حول مستوى الخدمة خلال عملية الاتصال بالمرضى، تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة ومواصفاتها الفعلية.

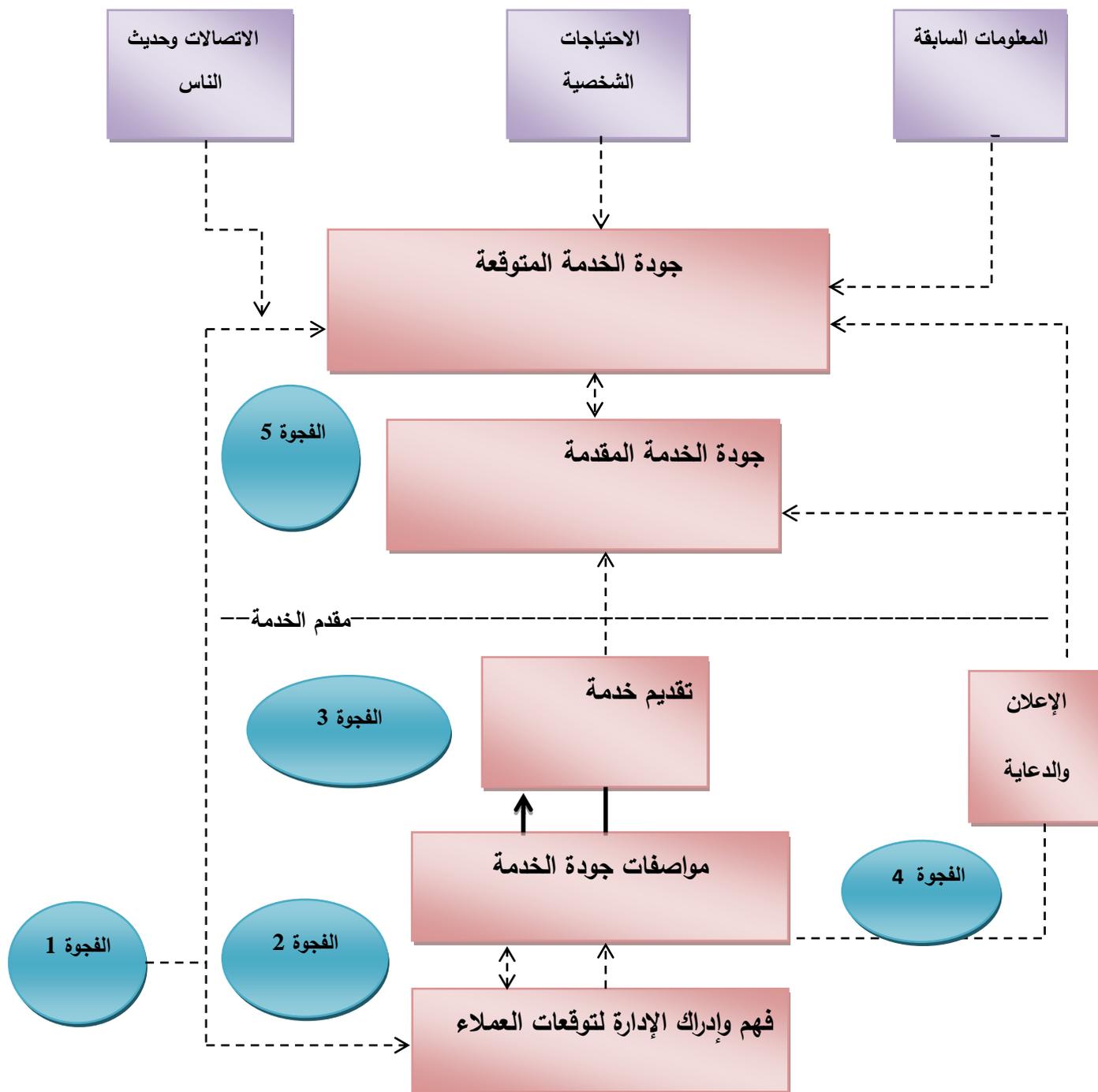
تتمثل هذه الفجوة بالاختلاف والتباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقا وعبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المستشفى والمرضى، كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المستشفى في حصوله على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرّة مريحة، غير أنه وبمجرد وصوله للمستشفى يجد العكس من ذلك.

– الفجوة الخامسة: بين توقعات المريض (الخدمة المتوقعة) والخدمة المدركة الفعلية: Between patient expectation and perceived service

تمثل الإدراك (الفعلي/التوقعات)، حيث أن جودة الخدمة هي إحدى العوامل التي تعادل أو تفوق توقعات المريض، فالتقويم الشخصي لجودة الخدمة على أنها عالية أو منخفضة يعتمد على كيفية ادراك المريض للأداء الفعلي للخدمة في سياق ما يمكن أن يتوقعوه، وهذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة، وهذه الفجوة الأخيرة هي الوحيدة التي يلتبسها المريض على أساس كون الفجوات الأخرى تحدث داخل المستشفى كجزء من تصميم وصياغة الجودة لخدمة الصحية المقدمة. إلا أنها جميعا تسهم في إظهار الفجوة.

لقد حظيت كل من الفجوة الأولى والخامسة باهتمام الباحثين والمهتمين بقياس جودة الخدمة، حيث تم تطبيقها على الكثير من الخدمات مثل الخدمات المصرفية، النقل الجوي، التعليم، الخدمات السريعة، الخدمة الصحية، الخدمة الهندسية الاستشارية، خدمة التنظيف، إلى جانب مراكز المعلومات، والشكل البياني أدناه يوضح هذه الفجوات.

الشكل (04): نماذج الفجوة بين الخدمة الفعلية والمتوقعة



source: Zeithmal et all. Delivering Quality Service Balancing Customer perception and Expectations, New York, the free Paris, 1990, p,46.

ووفقا لهذا النموذج نلخص ما سبق كما يلي:

الفجوة (1) : وتمثل الاختلاف بين توقعات العملاء، وإدراك هذه التوقعات.

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

الفجوة (2): عبارة عن فجوة بين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء، ومواصفات الخدمة التي تم تصميمها وفقا لذلك.

الفجوة (3): عبارة عن الفجوة بين مواصفات الخدمة وبين الخدمة المقدمة فعلا.

الفجوة (4): عبارة عن الفجوة بين الخدمة المقدمة، وبين ما وعدت به الإدارة إعلاميا أو من خلال إعلاناتها.

الفجوة (5): عبارة عن الاختلافات أو الانحرافات في جودة الخدمة المقدمة للعميل عن الخدمة المتوقعة.

المطلب الثاني: قياس جودة الخدمة الصحية باعتماد نموذج servQual

فضلا عن ما سبق تشير الدراسات إلى أن هناك أسلوبين لقياس جودة الخدمة الصحية:¹

- **الأسلوب الأول:** يعود هذا النهج أو الأسلوب إلى Parasurman et al² وهو الذي يستند على توقعات العملاء مستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة (مدى التطابق) بين هذه التوقعات والإدراك، ويتم ذلك باستخدام الأبعاد العشرة الممثلة لمظاهر جودة الخدمة:
 - **الفورية (Access):** أو سهولة الوصول إلى خدمة في الموقع والوقت المناسبين دون الحاجة إلى الانتظار طويلا؛
 - **الاتصالات (Communication):** أو دقة وصف الخدمة باللغة التي يفهمها العميل؛
 - **المقدرة (Competence):** امتلاك العاملين للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة؛
 - **المصداقية/الثقة (Credibility):** حيث ينظر العاملون في المنظمة إلى العميل بوصفه جدير بالثقة؛
 - **الاعتمادية (Reability):** حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها؛
 - **الاستجابة (Responsivités):** حيث يستجيب العاملون بسرعة وبشكل فعال لطلبات المرضى ومشاكلهم؛

¹ Cronin, j., and Taylor, S. Measuring service Quality, A RE- examination and extension, journal of marketing, vol. 56, No 4, 2002, p 55.

² Parasurman, A, Zeithmal, V. A. and Berry ,L, L,. A Conceptual model of service quality and its implications for future Research , journal of marketing 49, (fall), 2005, p (41-50)

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

- التجسيد (Tangibles): ويركز هذا العنصر على الجانب الملموس من الخدمة، كالأجهزة والأدوات التي تستخدم في تأديتها.
- الأمان (Security): بمعنى أن تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة والشك؛
- المجاملة (Courtesy): بمعنى التعامل مع العميل بصدقة واحترام وتقدير؛
- فهم ومعرفة العميل (Understanding/knowning): هي أن يبذل العاملون جهدا لتفهم احتياجات العميل ومنحهم اهتماما شخصيا.

وفي دراسة لاحقة تمكن "Parasurman" من دمج الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد فقط، هي النواحي المادية الملموسة في الخدمة، الاعتمادية، الاستجابية، التوكيد (الثقة)، التعاطف، كما احتوت هذه الأبعاد على اثني وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد.¹

من الملاحظ أن هذه الأبعاد الخمسة من وجهة نظر الباحثين، هي أبعاد عامة يعتمد عليها العميل في قياس جودة الخدمة، وأطلق هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة اسم مقياس الفجوة، وهذه الفجوات تحدث كلما حدث اختلاف بين توقعات العميل وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات.²

- أما الأسلوب الثاني: لقياس جودة الخدمة فيسمى مقياس الأداء الفعلي Servpref و يعتبر هذا الأسلوب الأول، ويستند إلى التقييم المباشر للأساليب والعمليات المصاحبة لأداء الخدمة بمعنى أنه يعتمد على قياس أداء الخدمة³ باعتبارها شكلا من أشكال الاتجاهات نحو الأداء الفعلي للجودة والمتمثلة بالأبعاد الخمسة المحددة في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابية، الثقة (التوكيد)، التعاطف كما تتضمن هذه الأبعاد على 22 عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لهذه الأبعاد.⁴
- أسلوب السير فكوال "ServQual": إن أكبر سبب وراء عدم قيام المنظمة بإرضاء العميل بصورة متميزة هو أنه ليس لديها معلومات كافية عن متى يقومون بإرضاء العميل، وقد يعجزون عن ذلك

¹Edris Thabet A, and Mona R. Al Ghais, **Education service Quality as perceived by Kuwaiticonsumer: An application of the Servpref scale**, middle east business review, university of London, vol. I, No. I, 2006, p26.

² Peter smith, **total quality management International concepts and Arab application 6th conference an training and management**, Cairo, 2003, p22.

³ Cauchick Miguel P,A. and Salomi, **G.E, A review of models for assessing service quality**, product vol. 14, No, 1, 2004, p, 12.

⁴ Cronin, j., and Taylor, **S. Measuring service Quality, A RE- examination and extension,journal of marketing** , vol. 56, No 4, 2002, p 57.

ويمكن العلاج في المعلومات المرتدة، وبالتالي فإنه لا يكفي مجرد ايمان المنظمة بأهمية تقديم خدمة ذات جودة متميزة وإنما يتطلب سعي لإدارة إلى:

- قياس ومعرفة توقعات العملاء عن الخدمة المطلوبة؛
- دراسة شكاوى ومقترحات العملاء؛
- دراسة أسباب تدني الخدمة عن مستوى توقع العميل؛
- اتخاذ الأساليب المناسبة لتطوير جودة الخدمة؛

وأسلوب السير فكوال (ServQual) هو أداة ووسيلة لقياس الفرق بين توقعات العملاء عن الخدمة والأداء الفعلي، ولقد صمم النموذج من افتراض مؤداه أن مستوى جودة الخدمة التي يحصل عليها العميل، يمكن تحديدها من خلال الفجوة بين توقعاتهم عن جودة الخدمة وبين جودة الخدمة التي تم الحصول عليها فعلا، وكذلك قياس أهمية كل بعد من الأبعاد المكونة لجودة الخدمة.

ولقد استقطب (ServQual) كثيرا من الاهتمام والاستخدام منذ أن تم تصميمه من قبل وزملاؤه في عام 1985 والتطوير عليه حتى 1998، وقد بني على خمسة أبعاد تمثل معايير تقييم العميل لجودة الخدمة.

المطلب الثالث: مبررات استخدام ServQual

تعد أداة ServQual حديثة النشأة وتستخدم على نطاق واسع لقياس مستويات تقديم الجمهور للخدمات المقدمة لهم من حيث الجودة، وقد استخدمت هذه الأداة من طرف أداء عدد كبير من الباحثين في المؤسسات الخدمية عموما، كالمستشفيات، والوزارات، وغيرها من القطاعات ذات النفع العام وذلك كون أن الوسائل الأخرى والمستخدمه في قياس جودة الخدمات، سواء تلك الوسائل المباشرة أو غير المباشرة والتي لا تتصف بالشمولية.¹

¹Hellriegel, Don and others, **Management**, 8th ed, south western college publishing Cincinnati, Ohio, 2007, p 25.

المبحث الثالث: المقاربة متعددة المعايير

يعد اختيار أفضل بديل من بين البدائل المتعددة مهمة صعبة لصناع القرار في العديد من المحطات، وسنستكشف في هذا المبحث قابلية تطبيق وقدرة طريقة الترتيب الأعلى المعروفة باسم طريقة التقييم البيانات المختلطة (Evamix) جنبا إلى جنب مع عملية التسلسل الهرمي التحليلي (AHP) لاختيار البديل الصحيح.

المطلب الأول: تقديم المقاربة متعددة المعايير

تعتبر المقاربة متعددة المعايير أداة فعالة في يد صناع القرارات المتشعبة التي تواجههم والتي تشمل على عدة معايير للتقييم كمية أو نوعية أو كلاهما، كما تكون في الغالب ذات طبيعة متعددة ومختلفة عن بعضها البعض.

أولاً: تعريف المقاربة متعددة المعايير:

يمكن أن نعرف المقاربة متعددة المعايير لاتخاذ القرار، بأنها مختلف الاجراءات والطرق والأدوات التي تسمح في الأخير بحل المشكل المطروح، وهذا بالأخذ في الاعتبار عدة معايير قد تكون متناقضة أحيانا، حيث أنه قبل ظهور الطرق متعددة المعايير، مشاكل اتخاذ القرار كانت في اغالب تعتمد على معيا واحد أو دالة هدف، تعظم من الأرباح أو تقلل من التكاليف، ولكن في الحقيقة أن المشاكل الاقتصادية لا تعتمد على هدف واحد فقط، بل تتعداه إلى أكثر، لذا كان من الأنسب اللجوء إلى طرق تشمل عدة جوانب وعدة قيود وهي الطرق متعددة المعايير.¹

ثانياً: مستويات المقاربة متعددة المعايير:

اقترح B-Roy الخطوط العريضة لمنهجية نمذجة المشكل القراري متعدد المعايير، والذي يتضمن أربع مستويات أساسية والتي نوجهها كما يلي:

- **المستوى الأول:** الهدف من القرار، تحديد الإجراءات المحتملة للبدائل A وتحديد المعايير.

¹ Jose Figueira, Salvatore Greco, Matthias, Ehrgott, **Multiple Criteria decision analysis, State of the Art Surveys**, Created in the United states of America, Bosten, 2005, p 298.

- المستوى الثاني: النمذجة المتسقة للمعايير، حيث أن هذه المعايير لا تخفض دالة القيمة، وتكون شاملة للمشكل القراري وغير زائدة عن الحاجة.
- المستوى الثالث: تطوير نموذج التفضيل العام، بتجميع التفضيلات الحديثة بالنسبة للمعايير.
- المستوى الرابع: مساعدة القرار أو دعم القرار، استنادا على نتائج المستوى الثالث وبيان المشكلة للمستوى الأول.

المطلب الثاني: تعريف المقاربة متعددة المعايير (EVAMIX)

تعد طريقة تقييم البيانات المختلطة (EVAMIX) طريقة مباشرة لا لبس فيها لمعالجة البيانات المختلطة (النوعية والكمية) لتسجيل وترتيب مجموعة البيانات المتاحة جنبا إلى جنب مع عملية التسلسل الهرمي التحليلي.

أولا: تعريف المقاربة متعددة المعايير (EVAMIX):

[Voogd 1983] " مقارنة (EVAMIX) هي طريقة مصممة للتعامل مع تأثير مصفوفة E مكونة من عناصر (eij)، مع (i=1,2,...,I) تمثل بدائل، و (j=1,2,...,J) مجموعة معلومات حو معيار التقييم".¹ و تستند هذه الطريقة على مبدأ تحليل المعلومات التي لديها كل من الخصائص الكمية والنوعية وتعتبر هي الأخرى شكل عام من تحليل التوافق إلا أنها تقسم المؤشرات إلى نوعين معايير كمية أو نوعية (O(ordinal)، C(cardinal)، الفرق بين خيارين محتملين يمكن التعبير عنه بطريقة مختصرة من خلال مقياسين للسيطرة في المعايير الكيفية ونتيجة السيطرة على الكمية.²

المطلب الثالث: مراحل المقاربة متعددة المعايير (EVAMIX):

تمكن المنهجية المقترحة في هذا السياق صانع القرار من ترتيب البدائل من الأفضل إلى الأحسن إلى الأردأ، هذه الطريقة قادرة على التعامل مع أي مات وبدائل عديدة من خلال خطوات رياضية فعالة.

¹ Veera P. Darji , Ravipudi V. Rao, Application of AHP/ Method for Decision Making in the Industriel Environment, American journal of opperations Research, 2013, 3, 542-569. https://file.scrip.org/pdf/ajor-2013_1119_1713_2863.pdf.

² Merlina N. anadalecio, multi. criteria decision models for management of tropical coastal fisheries a review. INRA, EDP science agron sustain, Der, 30(2010) 557- 580 p 568 www.Agronomy-journal.org

أولاً: نهج المقاربة متعددة المعايير الكامل

الغرض من دمج AHP هو توفير ناقل للأوزان وهو يعبر ع الأهمية النسبية للبدائل وتساعد طريقة التحليل الهرمي في هيكلية التسلسل الهرمي للسمات والبدائل للتقييم. وهو يوفر تقييماً لصانعي القرار عن طريق المقارنات الزوجية ويتم حساب أولويات السمات والبدائل بواسطة المتجه الذاتي الأقصى، وأخيراً يتم تجميع أولويات البدائل حسب المعايير في تدابير تركيبية للتوصل إلى مجموعة من التصنيفات للبدائل.

¹ Voogd تم إنشاء طريقة المقاربة متعددة المعايير بشكل أساسي من قبل ودعا إليها لاحقاً مارتلو ماتارازو². حادثة الطريقة أنها تتعامل مع البيانات المختلطة النوعية والكمية.

من وجهة نظر إجرائية، طريقة المقاربة متعددة المعايير تتكون من سبع خطوات، تبدأ بتحديد أزواج فريدة (معيار إلى معيار) من البدائل. من درجة السيطرة الزوجية ويتم حساب كل من البدائل مثل الاختلاف في النتيجة التي حصل عليها أصحاب الأداء العالي للمقارنة مع البديل الأقل أداءً. يتم بعد ذلك توقيع المجموع المرجح لدرجات الهيمنة على كل بديل.

ثانياً : مراحل المقاربة متعددة المعايير EVAMIX

– **الخطوة الأولى:** يتم تحديد مجموعة من الأهداف. بعد ذلك يتم سرد العديد من السمات والبدائل للتطبيق المحدد، باستخدام هذه المعلومات، قم بإنشاء مصفوفة بيانات بحجم $(m \times n)$ حيث n هو عدد البدائل و m هو عدد السمات النسبية المختارة لمشكلة التحديد.

الخطوة التالية هي التمييز بين المعايير الترتيبية والأساسية من مصفوفة القرار.

تعطى السمات للأفضلية اللغوية، يمكن تحويلها إلى رقمها الهش المقابل كما اقترحها تشن وهوانغ³.

¹ H.voogd, Multiple Evaluation With Mixed Qualitative and Quantitative Data," **Environment and Planing Bulletin**", vd. 9, No.2,1982, pp.221_ 236.

*H.voogd, " **Multicriteria Evaluation for Urban and Regional Planing**, "pion, London, 1983.

² J. M. Maryland B. Matarazzo, " **others Outranking approaches**,"In: F.j.Salvatore and G. M. ethrogott, EDS., Multiple Criteria Decision Analysis: State of the Art Surveys, slinger, New York, 2005, pp. 197_ 262.

³ S. J. Chen and C. L. Hwang, " **Fuzzy Multiple Attribute. Decision Making- Methods and Application**", Lecture Notes in Economies and Mathematical System, slinger, New York, 1992..

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

– الخطوة الثانية: يتم ادخال مجموعة البيانات في حدود 0-1 باستخدام إجراء التطبيع الخطي، ويتم ترجيح السمات المفيدة وغير المفيدة بمعادلات مختلفة.

• للحصول على سمات مفيدة، قم بتطبيع مصفوفة القرار باستخدام المعادلة التالية:

$$1r_{ij} = \left[x_{ij} - \min(x_{ij}) \right] / [\max(x_{ij}) - \min(x_{ij})] (i = 1, 2, \dots, m; j = 1, 2, \dots, n)$$

• بالنسبة للسمات الغير مفيدة، يمكن إعادة كتابة المعادلة أعلاه على النحو التالي:

$$2r_{ij} = [\max(x_{ij}) - (x_{ij})] / [\max(x_{ij}) - \min(x_{ij})] (i = 1, 2, \dots, m; j = 1, 2, \dots, n)$$

وقال (1) و(2) في مصفوفة القرار العادي، فان القيمة القصوى ستكون دائما 1 والحد الأدنى

قيمة تساوي 0.

– الخطوة الثالثة: حساب الفروق التقييمية للبدل في كل معيار ترتيبى وأساسى فيما يتعلق بالبدائل الأخرى.

تتضمن هذه الخطوة حساب الاختلافات في قيم المعايير بين البدائل المختلفة من حيث الزوج. يتم إجراء المقارنة بناء على عملية التسلسل الهرمي التحليلي AHP.¹ تؤدي طريقة تقسيم البيانات العامة إلى تسلسل هرمي للبيانات الفرعية، والتي يسهل تقييمها. ويمكن أخذ هذه المقارنات من القياسات الفعلية أو من مقياس أساسى يعكس القوة النسبية للتفضيلات التي قدمها فيشرنر². ودافع عنها تورستون³.

في طريقة المقارنة الزوجية، يتم عرض السمات والبدائل في أزواج من الضروري تقييم البدائل الفردية. يتم دائما تعيين السمة مقارنة بها في القيمة 1، وبالتالي فان الادخالات القطرية الرئيسية لمصفوفة المقارنة الزوجية هي كلها 1. تتوافق الأرقام (3 و5 و7 و9) مع الأحكام اللفظية " أهمية معتدلة"

¹ P. Chatterjee, V. M. Athawale and S. Chakraborty, " **Material Selection Using Complex proportional Assesment and Evaluation of Mixed Data Methods .**" Materialand Design, Vol, 32, No. 2, 2011, pp. 851_ 860.

² T. L. Saaty, " the analytic hierarchy process, "**Me Graw Hill, New York, 1980.**
T. L. Saaty, "fundamental of Decision Making and priority Theory with Ago, RWS publication, Pittsburg, 2000.

³ S. Xu, " **Referencess en the Analytic Hierarchy process,** " Institue of Systems Engineering, Tianjin in University, Tianjin, 1986..

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

و "أهمية قوية" و"أهمية قوية جدا" و"أهمية مطلقة" مع (2 و 6 و 4 و 8) للتسمية بين هذه القيم. يتم إصدار أحكام باستخدام مقياس أساسي من AHP.

- دع $A = [a_{ij}]$ للجميع، $(i, j = 1, 2, \dots, n)$ تشير إلى مصفوفة مقارنة زوجية مربعة، كل ادخال في المصفوفة A موجب ($a_{ij} > 0$) ومتبادل $(a_{ij} = 1/a_{ji}, \forall i = 1, 2, j, \dots, n)$. باستخدام طريقة الوسط الهندسي، يتم حساب الأوزان باتباع الخطوات.
- أوجد الوزن الطبيعي النسبي كل الأوزان بالوسائل الهندسية للصفوف في المصفوفة. $A = [a_{ij}]$ وتقدم في المصفوفة A_1 .
- حساب المصفوفات A_2, A_3 ، حيث: $A_2 = A \times A_1$ و $A_3 = A_2 \setminus A_1$ حيث:

$$A_1 = [W_1, W_2, \dots, W_j]^T$$

- أوجد القيمة الذاتية القصوى التي هي متوسط المصفوفة A_3 .
 - حساب مؤشر الاتساق $CI = (\lambda_{max} - m) / (m - 1)$.
 - كلما كانت قيمة CI أصغر، كلما كان الانحراف أصغر من الاتساق.
 - الحصول على الفهرس العشوائي (RI) لعدد السمات المستخدمة في اتخاذ القرار.
 - حساب نسبة الاتساق $CR = CI / RI$.
- الخطوة الرابعة: حساب درجات الهيمنة لكل زوج بديل لجميع المعايير الترتيبية باستخدام المعادلات:

$$a_{ii'} = \left[\sum_{j \in C} \{w_j s_{gn}\} (r_{ij} - r_{i'j}) \right]^c$$

$$s_{gn}(r_{ij} - r_{i'j}) = \begin{cases} +1 & \text{if } r_{ij} > r_{i'j} \\ 0 & \text{if } r_{ij} = r_{i'j} \\ -1 & \text{if } r_{ij} < r_{i'j} \end{cases} \text{ حيث:}$$

$$y_{ii'} = \left[\sum_{j \in C} \{w_j s_{gn}(r_{ij} - r_{i'j})\} \right]^c$$

يشير الرمز C إلى معلمة قياس تعسفية، حيث أي عدد فردي موجب تعسفي، مثل 1، 3، 5، ... يمكن اختيارها C و O هما مجموعتا المعايير الترتيبية والكاردينالية على التوالي، و $y_{ii'}$ و $a_{ii'}$ هما درجات

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

الهيمنة للزوج البديل، (i, i') فيما يتعلق بالمعايير الترتيبية والكاردينالية على التوالي. من أجل الاتساق يتم استخدام نفس قيمة معلمة القياس c في (2) و(3).

من المفترض أن قيمة c للتقييم النوعي $a_{ii'}$ تؤخذ مساوية ل 1 . ومن الواضح أن جميع الدرجات الوحدة ينبغي أن يكون لها نفس الاتجاه، أي ان الدرجات " الأعلى " ينبغي أن تتطوي على تفضيل " كبير " . تجدر الإشارة إلى أن الدرجات الثانية $y_{ii'}$ من المعايير الكمية يجب أن تمثل أيضا " كلما كان ذلك أعلى، كان ذلك أفضل ".

– **الخطوة الخامسة:** بما أن $a_{ii'}$ و $y_{ii'}$ سيكون لهما وحدات قياس مختلفة، فمن الضروري توحيد المعايير في نفس الوحدة. يمكن كتابة درجات الهيمنة الموحدة على النحو التالي:

$$. s_{ii'} = h(a_{ii'}) \text{ و } d_{ii'} = h(y_{ii'})$$

حيث تمثل h دالة توحيد يمكن الحصول على درجات الهيمنة الموحدة باستخدام ثلاثة نهج مختلفة، وهي: (أ) تقنية الجمع الامتصاصي، (ب) تقنية الفاصل الزمني المتحول المطروح، (ج) تقنية الفاصل الإضافي، يتم حساب النتيجة الترتيبية الموحدة $s_{ii'}$ ودرجة الهيمنة الأساسية $d_{ii'}$ للزوج البديل، i, i' باستخدام تقنية الفاصل الإضافي بواسطة المعادلات التالية:

$$1. s_{ii'} = \left(\frac{a_{ii'} - a^-}{a^+ - a^-} \right) \text{ درجة الهيمنة الترتيبية الموحدة.}$$

حيث: $a^+ (a^-)$ أعلى (أدنى) درجة هيمنة ترتيبية للزوج البديل (i, i') .

$$2. s_{ii'} = \left(\frac{a_{ii'} - a^-}{a^+ - a^-} \right) \text{ درجة هيمنة الكاردينال الموحدة.}$$

حيث: $a^+ (a^-)$ أعلى (أدنى) درجة هيمنة أساسية للزوج البديل (i, i') .

– **الخطوة السادسة:** لنفترض أن الأوزان w_j لها خصائص كمية، مقياس الهيمنة الكلي $D_{ii'}$ لكل زوج

$$1. D_{ii'} = w_o s_{ii'} + w_c d_{ii'} \text{ من البدائل } (i, i') \text{ هو:}$$

¹ S. Hay kowicz and A. Higgins, " Acomparaison of Multiple criteria Analysis Techniqua for Water Resources Management," European Journal of operation Research, Vol. 184, No. , 2008, pp,255_ 265.

² E, S. Chung and K.S. Lee, " Identification of spatial Ranking of Hydrological Vulnerability Using Multi-criteria Decision Making Techniques: Case study of Korea." Water Resource Management, Vol. 23, No.12, 2009, pp.2395- 2416.

الفصل الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها و المقاربة متعددة المعايير Evamix

حيث w_o هو مجموع الأوزان للمعايير الترتيبية $(w_o) = \sum_{j \in e} w_j$ و w_c هو مجموع الأوزان للمعايير الأساسية

لمجموعة معينة من السمات والأوزان. $(w_c) = \sum_{j \in c} w_j$ تعكس درجة الهيمنة الإجمالية، هذه الدرجة التي يهيمن بها البديل على البديل

بشكل عام يمكن اعتبار مقياس دالة k لدرجات التقييم التأسيسية: $d_{ii'} = k(s_i, s_{ii'})$ يمثل هذا التعبير مشكلة مقارنة زوجية معروفة هنا لكل زوج $d_{ii'} = dii' = 1$.

– **الخطوة السابعة:** حساب درجة التقييم. i^{th} . يتم حساب درجة التقييم للبديل الأول i^{th} ، الذي يعطي الأفضلية النهائية للبدايل المرشحة (s_i) . أعلى درجة للتقييم وأفضلها هو أداء البدايل. أفضل بديل هو البديل الذي يحتوي على أعلى قيمة لدرجة التقييم.

$$\text{درجة التقييم: } (s_i) = \sum_{i'} \left(\frac{d_{ii'}}{d_{ii'}} \right)^{-1} \cdot 2$$

¹ L. Ustinovichius, E.K. Zavadskas and V. Podvezko, " **Application of a Quantitative Multiple Criteria Decision Making (MCDM) Approach to the analysis of Investments in Construction.**" Control and Cybernetics, Vol. 36, No. 1, 2007, pp. 251_ 268..

² I. Jeffreys, " **the Use of compensatory and Non- compensatory Multi- creteria Analysis for Small Forestry**", Small- Seale Forest École Manage Policy, NEW YORK, Vol. 3, No. 1, 2004, pp. 99- 117.

خلاصة:

تناولنا في هذ الفصل جودة الخدمات الصحية، حيث عرجنا إلى جودة الخدمات الصحية والتي تعرضنا فيها إلى الجودة وأهميتها بمفهومها البسيط ثم انتقلنا لجودة الخدمات الصحية، والذي بدأناه تعريف ضيق لجودة الخدمة وبعدها سعينا لتسليط الضوء على جودة الخدمة الصحية وما تشمله من أهمي أهداف وأبعاد وطرق قياسها.

وأبرزنا في الأخير بعض الدراسات التي تطرقت لمنهجية Evamix لتقييم مشاكل ذات مؤشرات نوعية أو كمية أو كلاهما معا نظرا لكون هذه الطريقة أبسط الطرق الرياضية التي تعطي ترتيبا تصاعديا للخيارات المتاحة مما يسمح بتقديم أحسن تقييم لها.

الفصل الثالث

تمهيد:

استخلصنا في دراستنا النظرية أن جودة الخدمة الصحية لا تقوم فقط على وجود طاقم طبي كفؤ أو اقتناء معدات حديثة أو المنظر العصري للمؤسسة الصحية، وإنما تقوم على الالتزام بالمعايير الصحية المقدمة للمرضى لما يترتب عنها من نتائج مرتبطة بتوفير وسائل الراحة لهم.

لذا نقترح طريقة **EVAMIX** من أجل المساعدة على ترتيب مصالح المؤسسة حسب ما تقتضيه الحاجة إلى ذلك.

وحتى لا تبقى هذه الفكرة في إطارها النظري، سنحاول إسقاطها على المؤسسة محل الدراسة، هي المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي بالشريعة، واستطلاع انطباعات وآراء جمهور المرضى المتعاملين معها، ولا شك أن وجهة نظر المرضى تجاه الخدمة الصحية المقدمة لهم تعد رافدا قويا لتقصي النواحي الايجابية والسلبية في خدمات المستشفى.

ولتحقيق ذلك جاء الفصل في مبحثين، تناول في مبحثه الأول دراسة مستقضية للمؤسسة محل الدراسة من خلال التعريف بها وبهيكلها التنظيمي، ثم يعرض المبحث الثاني الدراسة الميدانية ويبلور النتائج النهائية.

المبحث الأول: نظرة عامة حول المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي

قبل الخوض في غمار بحثنا كان لابد لنا من وقفة على المؤسسة المعنية بالدراسة وهي المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي بالشرية ولاية تبسة، لذلك سنركز خلال هذا المبحث على تقديم عام للمؤسسة العمومية وهيكلها التنظيمي مروراً بأهداف هذه المؤسسة.

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي أحد أهم المكاسب الصحية للولاية عامة وبلدية الشريعة وسكانها خاصة.

أولاً: التعريف بالمؤسسة

تعرف على أنها منشأة من منشآت الدولة، دورها استشفائي لإيواء المرضى وتقديم خدمات صحية لهم على مستوى كل المصالح الداخلية، وتم إنشاؤه كمستشفى سنة 1981، وكان آنذاك كقاعة ولادة يتسع ل 12 سرير، وفي 1987 تم تسليم هيكل من هيئة الضمان الاجتماعي وأجريت عليه عدة توسيعات وترميمات وأصبح يتسع ل 90 سرير، وفي سنة 2005 تم انجاز جناح آخر، وبهذا الانجاز أصبح مستشفى الشريعة يتسع ل 150 سرير مصنف في القائمة (ب).

بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم: 07/140 المؤرخ في : 2007/05/19 المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

ثانياً: المديرية المسيرة للمؤسسة الصحية محمد الشبوكي

تسير المؤسسة العمومية الاستشفائية من طرف أربع مصالح إدارية وهي كالتالي:

- ❖ المديرية الفرعية للمصالح الصحية.
- ❖ المديرية الفرعية للموارد البشرية.
- ❖ المديرية الفرعية للمالية والوسائل.
- ❖ المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة.

الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي

حيث يسهر على صحة المريض طاقم طبي وشبه طبي يوفر الرعاية اللازمة للمرضى الذين يقصدون المؤسسة وهذا تماشياً مع السير الحسن للمؤسسة والحفاظ على سمعتها سواء داخل أو خارج الوطن، أما فيما يخص الجانب الإداري لهذه المؤسسة التي تضم كما سبق الذكر أربع مصالح تعمل يومياً على مدى الأسبوع.

ثالثاً: الإمكانيات المادية للمؤسسة

إن المخول الوحيد للمؤسسة هو ميزانيتها وهي كافية على العموم لتغطية احتياجات ومتطلبات المؤسسة من أدوية، عتاد طبي، ومختلف التجهيزات الخاصة بالمؤسسة والوجبات الغذائية المعدة للمرضى.

رابعاً: المجال البشري:

تتمثل في تعداد الموظفين والعمال بمختلف رتبهم، وأسلاكهم، وهي إمكانيات متوسطة، حيث تتوفر على التعداد كالاتي:

- الأطباء: 07.
- الأسلاك الشبه طبيين: 295.
- القابلات: 14.
- الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش: 13.
- البيولوجيون: 07.
- النفسانيين العياديين: 05.
- الإداريين: 65.
- العمال المهنيين: 108.

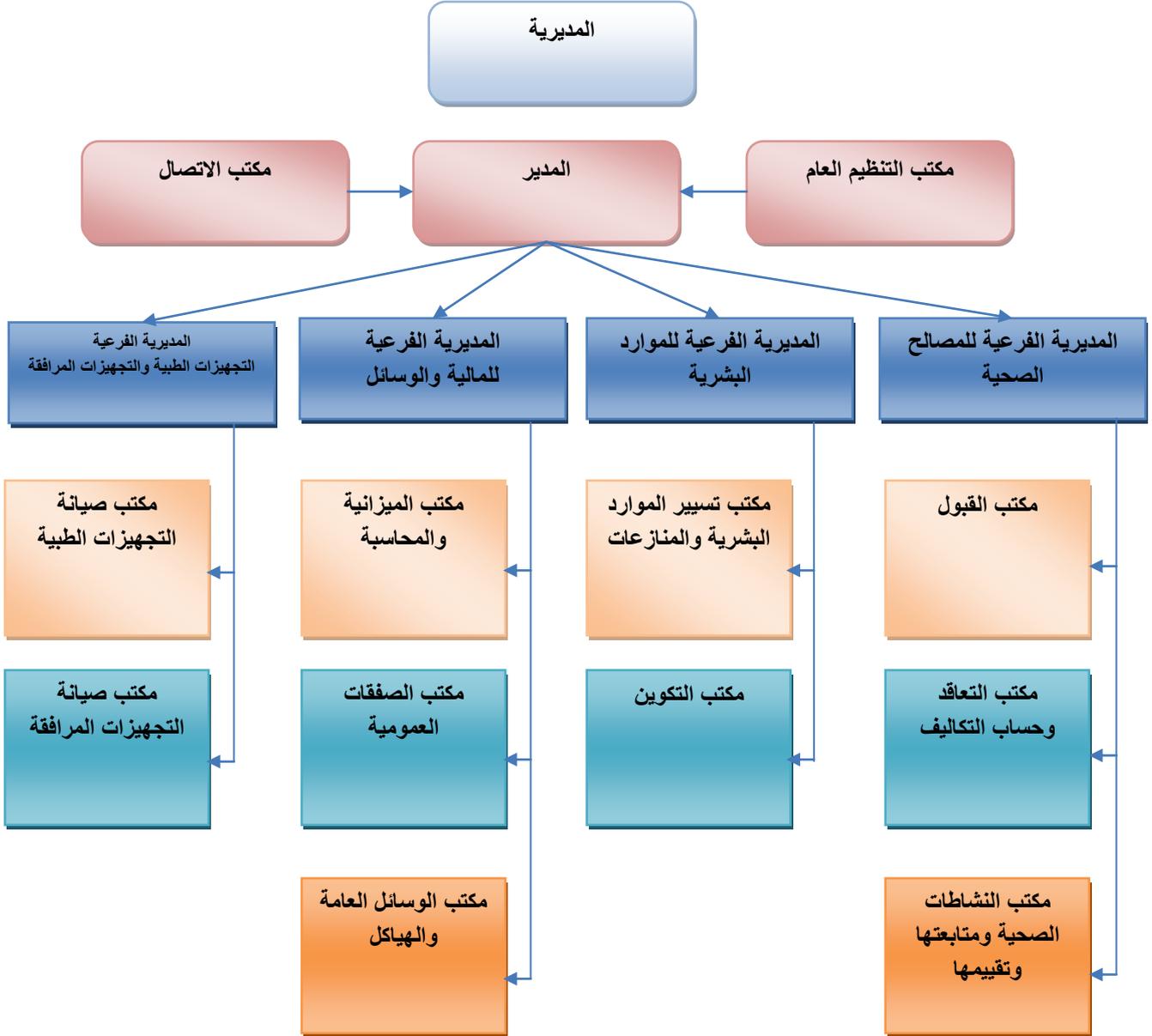
المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة

تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي من:

1. مجلس الإدارة: يتكون من الوالي المنتدب أو ممثله، أستاذ في الطب، المدير، ممثل إداري، ممثل شبه طبي، ممثل عن صندوق التأمينات.

2. الإدارة: يديرها مدير وثلاثة مدراء نائبين.
3. المديرية: وتتكون من مكتب المدير، مكتب التنظيم العام، ومكتب الاتصال.
- أ - المديرية الفرعية للمصالح الصحية: وتتكون من ثلاثة مكاتب:
- ◆ مكتب القبول.
 - ◆ مكتب التعاقد وحساب التكاليف.
 - ◆ مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها.
- ب - المديرية الفرعية للموارد البشرية: تتكون من مكاتبين:
- ◆ مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات.
 - ◆ مكتب التكوين.
- ت - المديرية الفرعية للمالية والوسائل: تتكون من ثلاثة مكاتب:
- ◆ مكتب الميزانية والمحاسبة.
 - ◆ مكتب الصفقات العمومية.
 - ◆ مكتب الوسائل العامة والهيكل.
- ث - المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة: تتكون من مكاتبين:
- ◆ مكتب صيانة التجهيزات الطبية.
 - ◆ مكتب صيانة التجهيزات المرافقة.

الشكل (01): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي



المصدر: وثائق المؤسسة لسنة 2021

المطلب الثالث: أهداف المؤسسة الاستشفائية

للمؤسسة الصحية سواء عامة أو خاصة أهداف، منها الداخلية والخارجية وحتى الأهداف العامة، والمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي فهي ككل المؤسسات الأخرى تحاول تحقيق مجموعة من الأهداف والتي سيشرحها هذا المطلب .

✓ **الأهداف الداخلية (العناية بالمريض داخل المؤسسة):** من الأهداف التي تسعى لها المؤسسة بالدرجة الأولى تقديم أعلى الخدمات لمواطن، وذلك بالتكفل بالمريض داخل المصالح والعناية بهم، وتقديم الرعاية القصوى لهذا الأخير من خلال لحظة دخوله للمستشفى إلى غاية خروجه، وتوفير الجو المناسب له، والسهر على راحته.

✓ **الأهداف الخارجية (تطبيق البرامج الوطنية للصحة):** من الأهداف التي تركز عليها المؤسسة هي تطبيق البرامج بمختلف لوائحها والتي تصدر عن الوزارة المعنية بتقديم الخدمات المختلفة للمواطن، كاللقاح لفئة الطفولة في مواعيدها المحددة، طبقا للمنظومة الصحية الوطنية مع ضمان الخدمة الأدنى للشريحة المعنية.

✓ **الأهداف العامة (التوعية العامة بين جميع الشرائح):** أما عن الأهداف العامة للمؤسسة كالتوعية العامة بين شرائح المواطنين، وذلك بتنظيم أيام دراسية وتحسيسية وإشراك مؤسسات أخرى واستدعاء هيئات وشخصيات معتبرة، والهدف المنشود تجنب العديد من الخدمات الأساسية التي تقدمها المؤسسة للمريض وذلك بالتنسيق مع إدارات ومؤسسات أخرى محلية وغير محلية مثل الشرطة والحماية المدنية والبلدية والدائرة وهذا العمل المشترك يشكل هدف عام.

المبحث الثاني: تطبيق المقاربة متعددة المعايير EVAMIX لقياس مستوى الجودة في المؤسسات الصحية

من أجل تطبيق الجانب النظري على المجال العلمي ولتثبيت فرضيات الدراسة كان من الضروري أن نقوم بدراسة ميدانية في المؤسسة الصحية محمد الشبوكي

المطلب الأول: طريقة البحث واستخلاص البيانات

طريقة تقييم البيانات المختلطة (EVAMIX: Evaluation Mixed DATA) ، التي تم تقديمها في عام 1982 بواسطة Voogd، مع مقاربتين مختلفتين تمامًا للكمية والنوعية مستقلة عن بعضها البعض، تساعد طريقة EVAMIX بشكل كبير الخبراء ومديري المنظمات على الوصول إلى الحل بسرعة وكفاءة، أيضا هذه الطريقة لديها القدرة على تحويل الصفات النوعية إلى صفات كمية دون ضياع للمعلومات. ومن مميزات هذه الطريقة: (1)

• إنها إحدى طرق البديلة عن الطرق الأخرى.

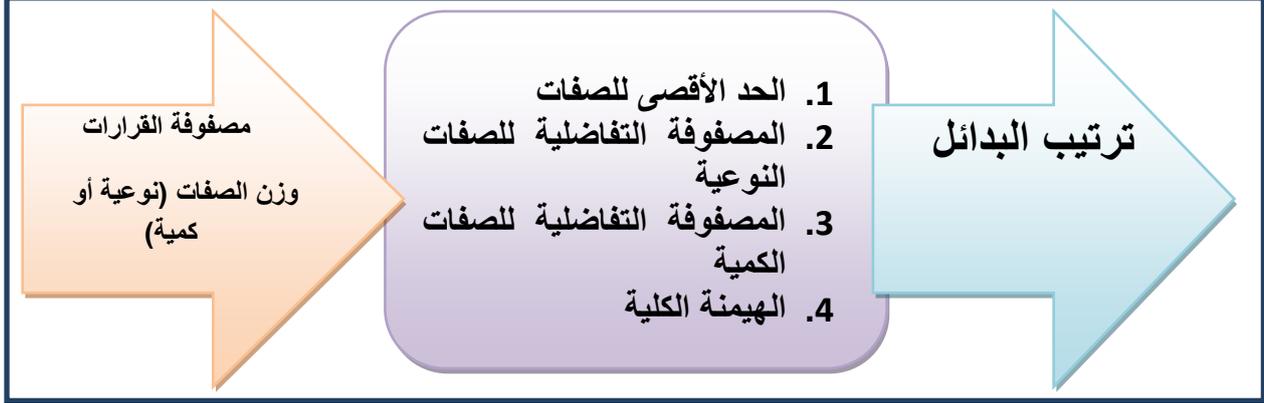
• السمات (الخصائص أو الصفات) مستقلة عن بعضها البعض كما ونوعاً.

• ليس من الضروري تحويل الصفات النوعية إلى الكمية.

وبالنسبة للخاصية الأخيرة والتي لا تشترط طريقة EVAMIX تحويل الصفات النوعية إلى كمية، هي ما جعل هذه الطريقة تصل بالخبراء إلى الحل بسرعة ونلخص خطواتها في الشكل التالي:

¹ -A. Alinezhad and J. Khalili, New Methods and Applications in Multiple Attribute Decision Making (MADM), International Series in Operations Research & Management Science 277, Springer Nature Switzerland AG.2019, P: 59.

شكل 02: ملخص طريقة EVAMIX



Source: A. Alinezhad and J. Khalili, **New Methods and Applications in Multiple Attribute Decision Making (MADM)**, International Series in Operations Research & Management Science 277, Springer Nature Switzerland AG 2019, P: 65.

يتم التعبير عن معلومات الإدخال الخاصة بـ EVAMIX باستخدام مصفوفة البدائل والسمات وهي كالآتي:

نعرض كذلك شكل مصفوف القرار العامة التي تخص الصفة i والبدائل j الموافقة له:

$$x = \begin{bmatrix} r_{11} & \dots & \dots & \dots & r_{1n} \\ r_{i1} & \dots & \dots & \dots & \dots \\ r_{m1} & \dots & r_{ij} & \dots & \dots \\ & \dots & \dots & \dots & \dots \\ & r_{mj} & \dots & \dots & r_{mn} \end{bmatrix}; i = 1, \dots, m, j = 1, \dots, n$$

نعبر بالتالي على أوزان هذه الصفات بالمقادير التالية: $[w_{11} \ w_{22} \ \dots \ \dots \ w_{ij}]$

الهيمنة الكلية (مصفوفة الهيمنة)

تعرف مصفوفة الهيمنة بالمعادلة التالية:⁽¹⁾

$$D_{ij} = w_0 \delta_{ij} + w_c d_{ij}; \quad i, j \in \{1, \dots, \dots, m\}$$

حيث:

¹- Saaty, T.L. **Decision making with the analytic hierarchy process**. Int. J. Services Sciences, Vol. 1, No. 1, 2008, P: 83.

$$s_i = \left[\sum \frac{D_{ji}}{D_{ij}} \right]^{-1}, \quad i, j \in \{1 \dots \dots \dots; m\}$$

المعادلة الأخيرة تمكننا من ترتيب البدائل حسب قيمة S_i .⁽¹⁾

المطلب الثاني: دراسة المشكلة:

أولاً: المشكل المطروح في المؤسسة

إن الدور الكبير الذي تلعبه المؤسسة الصحية محمد الشبوكي في تلبية متطلبات المرضى، حتم عليها مراعاة جودة الخدمة المقدمة لمرضاهم من خلال توفير الجو الملائم والأماكن المتناسية داخل المستشفى، ومحاولة منا لتقييم مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة سنحاول تطبيق المقاربة متعددة المعايير متمثلة في طريقة Evamix

ومحاولة منا لدراسة ترتيب وإعطاء الأولوية للجودة سنحاول تطبيق مقاربة EVAMIX لترتيب المصالح حسب مستوى الجودة اعتماداً على جملة من المعايير المستعملة في عملية التقييم.

نقدم المقدار التالي:

$$RC = \frac{CI}{RI(n)}$$

لحساب معامل التقارب العشوائي (عكس معامل التناقض)، حسب (Saaty) يأخذ المعامل القيم الموجودة في الجدول التالي:⁽²⁾

الجدول(01): مقياس الأهمية لساعاتي

N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RI	0	0	0.58	0.9	1.12	1.24	1.32	1.41	1.45	1.49

RC، هو معامل التفاوت وهو تعبير كمي يعرّف من قبل (Saaty)، كالاتي:

¹ -Ibid, P: 97.

² -Saaty, R.W. **The AHP—what it is and how it is used**. Math. Model. New york, 1987, P 9- 161.

$$RC \left(\text{المعايير مصفوفة} \right) = \frac{0.0336}{0.58} = 0.05 \Rightarrow 5\%$$

ملاحظة: على غرار (Saaty) هناك من الباحثين والدارسين الذين يقبلون بقيمة تصل إلى 10% لهذا المعامل في أبحاثهم، وخاصة الأبحاث التي تعتمد على صفات مختلفة ومعايير مختلفة نوعية وكمية بالإضافة إلى حجم كبير من المستجوبين، وهذا النموذج يكون أكثر تعقيداً من النموذج الذي نحن بصدد تمثيله.

1. معايير الدراسة:

معايير الدراسة كلها نوعية (Cardinals) بالتالي النموذج الذي نتبعه في ما بعد بالنسبة للبرنامج Super decision هو المعيار الكمي والمقدم في مصفوفة Saaty سابقاً، والمعايير المختارة في دراستنا هي كالآتي:

أ- الاعتمادية

ب- الاستجابة

ج- الضمان

د- الملموسية

هـ- الملموسية

2. تحديد عينة الدراسة

معايير الدراسة هي معايير نوعية غير قابلة للقياس الكمي ويعبر عنها غالباً بمستوى الأهمية. ولتحديد مؤشرات هذه الدراسة بطريقة أكاديمية ارتأينا أن نعتمد على طريقة الاستقصاء لعينة عشوائية مكونة من 103 مريضاً، باعتبار حجم المجتمع 140¹، تم توزيع 100 استمارة، 80 منها صالحة و 20 استمارة تالفة أي غير قابلة للمعالجة الإحصائية.

¹ تم تحديد حجم العينة اعتماداً على جدول حجم العينة تحديد انظر:

Krejcie, R and morgan, D.(1970), Determining sample size for research activities
Educational and psychological Measurement, 30, p 607 - 610.

3. البيانات الشخصية

نقوم في يلي بعرض شامل للبيانات الشخصية (المتغيرات الصوصيوديمغرافية) لجميع المبحوثين من العينة المدروسة في جدول مركب واحد، من أجل التأكد من أهلية عينة الدراسة لهذا النوع من البحث.

جدول (02): يبين البيانات الشخصية للمستجوبين

المتغير	خيارات الإجابة	التكرار	النسبة المئوية
العمر	أقل من 25 سنة	17	21.25%
	من 25 إلى 35 سنة	19	23.75%
	من 35 إلى 45 سنة	21	26.25%
	أكبر من 45 سنة	23	28.75%
الجنس	ذكر	32	40.00%
	أنثى	48	60.00%
محل الإقامة	داخل بلدية الشريعة	59	73.75%
	خارج بلدية الشريعة	21	26.25%
المعالجة لأول مرة بالمستشفى	نعم	31	38.75%
	لا	49	61.25%

المصدر: من إعداد الطالبتين اعتمادا على معطيات الاستبيان

من خلال معطيات الجدول أعلاه، نلاحظ أنّ متغير العمر حصل على نسب متقاربة وموزعة تقريبا بالتساوي على جميع الفئات العمرية الموجودة في خيارات الإجابة، وهذا الأمر إيجابي ويدل على أنّ الإجابات المسترجعة تعود إلى كل الفئات دون إقصاء أي واحدة منها، أمّا بالنسبة لمتغير الجنس، نلاحظ أنّ نسبة الإناث مهيمنة بقسمة 60% وهي غير بعيدة عن نسبة الذكور التي قدرت بـ40%، بالتالي نستطيع القول بأنّ عينة الدراسة من خلال نسب هذا المتغير إيجابية، أيضا نلاحظ هيمنة لنسبة لمتغير مكان الإقامة، حيث قدرت نسبة المقيمين داخل بلدية الشريعة (وهو مقر المؤسسة محل الدراسة) بـ73%

الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي

مقارنة بـ 26.25% المقيم خارج البلدية، وهي نسبة مهمة تعود بالأفضلية على إجابات العينة التي تكون أكثر قيمة للسكان المحليين الذين يملكون دراية كافية على المؤسسة الاستشفائية أكثر من المقيمين خارج البلدية. والمتغير الأخير وهو عدد مرات العلاج بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة فكانت النسبة الكبير تعود للذين عالجوا أكثر من مرة بمقدار 61.25% وهذه أفضلية تدل على أنّ العينة المستجوبة لديها الخبرة الكافية عن هذه المؤسسة وتكون إجاباتهم ذات قيمة فعالة.

مما سبق ومن نتائج الجدول (النسب والتكرارات) نستنتج أنّ عينة الدراسة (وبالتالي مجتمع الدراسة) مناسب إلى حد كاف ويمكننا من الوثوق في إجاباتهم والاعتماد عليها لإتمام هذه الدراسة.

4. حساب معايير جودة الخدمة

جداول التكرارات والوسط الحسابي الأول والوسط الحسابي الإجمالي لكل مصلحة قيد الدراسة يمكن الاطلاع عليها في الملحق رقم 01، أما فيما يلي نعرض جدول الوسط الحسابي المرجح للمعايير النوعية لكل المصالح بالمؤسسة محل الدراسة:

جدول(03): الوسط الحسابي لكل المصالح

التعاطف	الملموسية	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	
1.88	2.88	2.5	3.05	2.8	قسم الطب الداخلي رجال
1.97	2.38	1.11	3.05	3.28	قسم الطب الداخلي نساء
3	2.35	3.1	2.65	2.25	قسم جراحة رجال
2.12	3.12	2.85	2.9	2.92	قسم جراحة نساء
2.7	3.57	2.42	3.07	3	قسم طب الأطفال

الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي

2.92	2.25	2.7	2.9	4.25	قسم الولادة
4.28	3.6	2.65	3.35	3.27	قسم تصفية الدم
3.15	3.5	3.9	3	0.79	قسم الاستعجالات

المصدر: من إعداد الطالبتين اعتمادا على معطيات الاستبيان

للحصول على نتائج دقيقة على أقصى حد نستعين ببرنامج 3.1 Super Decision⁽¹⁾ بالنسبة للخطوات التالية في دراستنا التطبيقية.

ثانيا: أوزان المعايير

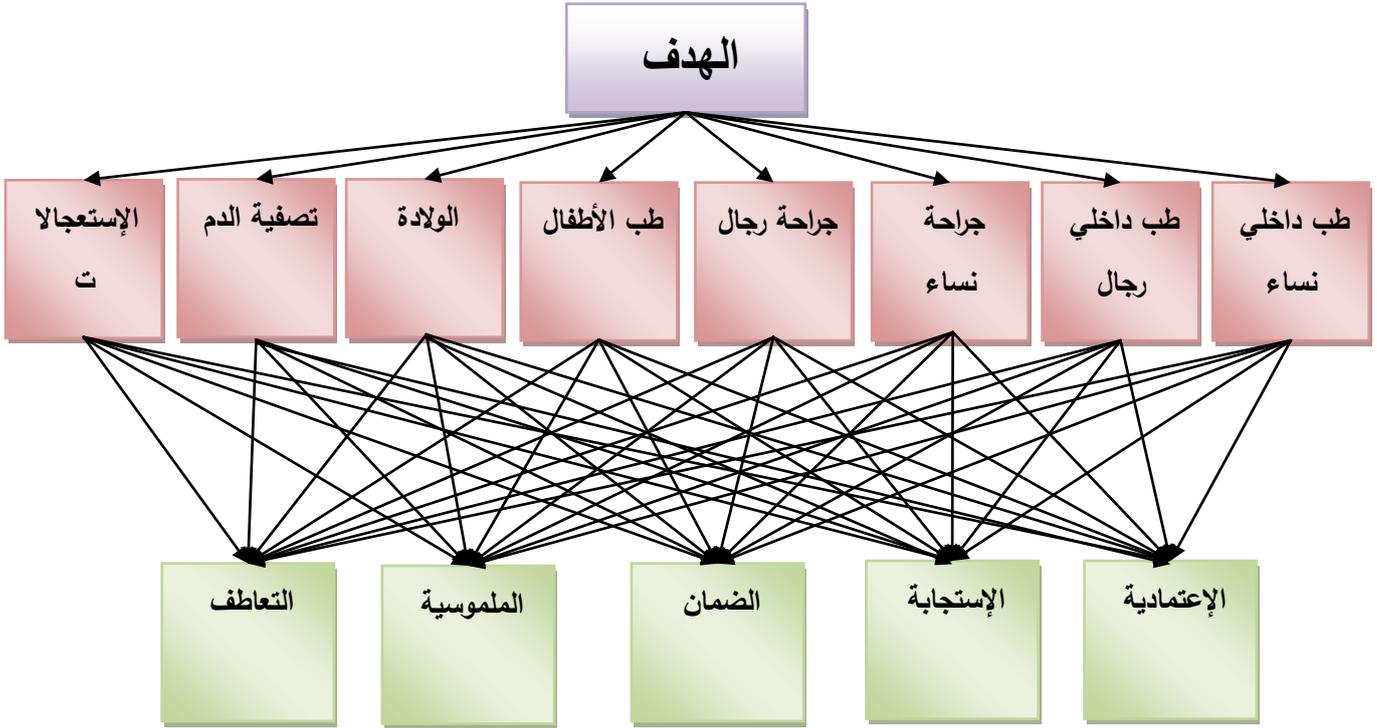
التصور النظري لمعايير الدراسة هي:

هناك نموذجان أساسيان يتبعهما الباحثون في الوصول إلى حلول للإشكاليات في أي منظمة، AHP و ANP، نموذج دراستنا يتبع نموذج AHP⁽²⁾، وبالنسبة إلى استخدامنا إلى هذا النموذج يجب أن ننبه إلى أن ترتيب البدال لا يتم مباشرة من خلال استخدامنا للبرنامج المخصص Super decision، بل قبل ذلك يعطينا البرنامج أهمية كل معيار أو بديل ومن خلال قيمة الأهمية الناتجة نقوم بترتيبها تنازليا، وقد قمنا بتمثيله في الشكل الموالي:

¹ - الملحق رقم 02.

² - Saaty, R. W. The AHP—Opt cite, P: 176.

الشكل (03): التصور النظري للدراسة



نعرض أيضا واعتماداً على ما سبق مصفوفة الهيمنة في الجدول التالي:

شكل(04): مصفوفة الهيمنة حسب برنامج Super decision

The screenshot shows the Super Decision software interface. The main window is titled 'Main Network: sdmod //'. The interface is divided into three main sections: '1. Choose', '2. Node comparisons with respect to الإستجابة', and '3. Results'. The '2. Node comparisons' section displays a comparison matrix for the 'الإستجابة' cluster. The matrix compares the cluster with itself and with other clusters: 'التعاطف', 'الضمان', and 'الملموسية'. The matrix shows the following values:

Cluster	التعاطف	الضمان	الملموسية
الإستجابة	1	2	3
التعاطف		4	2
الضمان			2

The '3. Results' section shows the inconsistency value of 0.04417 and a bar chart representing the results for each cluster:

Cluster	Value
الإعتمادية	0.14793
التعاطف	0.10633
الضمان	0.46124
الملموسية	0.28450

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج SUPER DECISION

الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي

يتم الحصول على قيم الجدول السابق من خلال مدخلات الاستبيان في البرنامج المخصص Super Decision، وإدخال أو تفريغ البيانات في البرنامج يتم بشكل غير مباشر أي أننا لا ندخل التكرارات مباشرة في البرنامج بل نعطيه قيم المتوسط الحسابي المرجع لكل سؤال. أيضا يجب الانتباه إلى معامل التناقض (incoherence)⁽¹⁾، وهو المبين في الشكل التالي:

شكل(05): معامل التناقض للمعايير حسب البرنامج

3. Results		
Normal		Hybrid
Inconsistency: 0.04417		
الإعتمادية		0.14793
التعاطف		0.10633
الضمان		0.46124
الملموسية		0.28450

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج SUPER DECISION

هذا المعامل يجب أن يكون أقل من 0.05 أي 5% وهو ما بيناه سابقا عن Saaty في الجزء الأول من طريقة EVAMIX.

الخطوة التالية نقوم بتطبيق مصفوف التقابل (Pairwise Matrix) مع اعتبار دائما المعايير النوعية المتخذة في دراستنا:

الجدول(04): نتائج التقابل

المعايير	الاعتمادية	الاستجابة	الضمان	الملموسية	التعاطف
طبيعة المعايير	نوعية (غير قابلة للقياس الكمي)				
قسم الطب الداخلي رجال	متوسطة	جيدة	متوسطة	متوسطة	ضعيفة

¹ - يمكننا أن نقرب مفهوم هذا المعامل إلى معامل ألفا كرونباخ الذي يعتمد في حسابات برنامج SPSS، وهذا المعامل يسمح لنا بمعرفة القيمة التي يكون فيها الاستبيان والبيانات المفردة يعتمد عليها ويطلق عليه أيضا معامل الاعتمادية (Readability).

الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي

ضعيفة	متوسطة	ضعيف	جيدة	جيدة	قسم الطب الداخلي نساء
جيدة	متوسطة	جيدة	متوسطة	متوسطة	قسم جراحة رجال
متوسطة	جيدة	متوسطة	متوسطة	متوسطة	قسم جراحة نساء
متوسطة	جيدة	متوسطة	جيدة	جيدة	قسم طب الأطفال
متوسطة	متوسطة	متوسطة	متوسطة	قوية	قسم الولادة
قوية	جيدة	متوسطة	جيدة	جيدة	قسم تصفية الدم
جيدة	جيدة	قوية	جيدة	ضعيف	قسم الاستجالات

المصدر: من إعداد الطالبتين إعتادا على معطيات الاستبيان

ملاحظة: (الوسط الحسابي المرجح في المعايير المتخذة يتراوح بين 2.01 و 3.02 بمعنى أنّ أي قيمة أقل من الحد الأدنى هي ضعيفة وأي قيمة أكبر من الحد الأقصى هي جيدة، والقيم المحصورة بينهما هي متوسطة).

المطلب الثالث: تحديد أسبقية المصالح من حيث مستوى الجودة بالاعتماد على طريقة evamix

استخراج مصفوفة غير الموزونة للمعايير النوعية:

من خلال البرنامج وبعد إتمام جميع المدخلات نتحصل على المصفوفة التالية حسب نموذج ومتغيرات دراستنا:

المصفوفة غير الموزونة:

الشكل (06): المصفوفة غير الموزونة للمعايير

A1	A2	A5	A3	A4	A6	A7
1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000
0.500000	0.500000	0.500000	0.500000	0.500000	0.500000	0.500000
0.500000	0.500000	0.500000	0.500000	0.500000	0.500000	0.500000
1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000
1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000
1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000
1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000	1.000000

الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج SUPER DECISION

يبين الجدول أعلاه ما يلي: العلاقة بين البدائل بعد ادخال البيانات مباشرة دون أي حساب، حيث أنه في هذه المرحلة لا نستطيع استنتاج أي علاقة بين البدائل بالتالي ننتقل إلى المرحلة الثانية من خلال اتباع الطريقة في البرنامج. أي نستخرج المصفوفة التي تليها.

استخراج المصفوفة الموزونة للمعايير النوعية:

الجدول(05): المصفوفة الموزونة للمعايير

Nodes	A1	A2	A5	A3	A4	A6	A7
A1	0.195247	0.218007	0.218007	0.175488	0.195019	0.326392	0.166667
A2	0.065857	0.053434	0.053434	0.042059	0.086987	0.065343	0.083333
A5	0.065857	0.053434	0.053434	0.042059	0.086987	0.065343	0.083333
A3	0.180589	0.213281	0.213281	0.235764	0.243689	0.089146	0.166667
A4	0.133439	0.203919	0.203919	0.321429	0.163853	0.152718	0.166667
A6	0.243639	0.090866	0.090866	0.032925	0.115235	0.168778	0.166667
A7	0.115372	0.167060	0.167060	0.150277	0.108230	0.132281	0.166667

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج SUPER DECISION

من خلال هذه المصفوفة نأخذ أعلى قيمة لكل عمود لتسهيل الاستنتاج (نفس الشيء إذا أخذنا متوسطات عناصر قطر المصفوفة مضروبة في 10^{-3} مع اختلاف بسيط في الفاصلة المئوية) ونتحصل على ما يلي:

الجدول(06): النتيجة النهائية

A7	A6	A5	A4	A3	A2	A1
0.166	0.326	0.213	0.243689	0.321	0.218	0.24339

يبين الجدول أعلاه النتائج النهائية لترتيب المصالح في المؤسسة محمد الشبوكي حسب المعطيات السابقة و هي كالآتي:

$$A6 > A1 > A4 > A2 > A5 > A3 > A7$$

الاستنتاج:

نستخرج من الجدول السابق والذي يبين الترتيب النهائي لمصالح المؤسسة الاستشفائية محمد الشبوكي من حيث مستوى الجودة أن المصلحة A6 وهي مصلحة الولادة هي الأفضل من بين المصالح

الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الشبوكي

الأخرى و أنها الأفضل في تطبيق جودة الخدمة الصحية المقدمة، يليها مصلحة الطب الداخلي رجال A1 من حيث تطبيقها للجودة، تليها مصلحة الجراحة نساء A4، ثم مصلحة الطب الداخلي نساء A2، ثم مصلحة طب الأطفال A5 و الذي تكاد الخدمة الصحية المقدمة فيه تنعدم من الجودة للعديد من الأسباب، أخيرا و ليس آخرها مصلحة قسم الجراحة رجال A3، أخيرا قسم تصفية الدم A7 و الذي فيه نسبة جودة الخدمة الصحية المقدمة تكاد تنعدم، أما بالنسبة لمصلحة الاستجالات A8 فقد كانت جودة الخدمات الصحية المقدمة فيه منعدمة تماما و دليل ذلك عدم ظهورها في البرنامج المستخدم لتقييم الجودة في المصالح.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل الى تعريف المؤسسة محل الدراسة و هيكلها التنظيمي و كذا التعريف بمختلف المصالح و المديرية المنطوية تحت ادارتها، خاصة و أن هذه المؤسسة تولي اهتماما بالغاً لنظرة المرضى الوافدين إليها، و تسعى الى تحقيق متطلباتهم و تلبية احتياجاتهم وذلك في حدود الامكانيات المادية و البشرية المتوفرة بها، و تحاول جاهدة تحقيق المستوى المطلوب من الجودة في الخدمات التي تقدمها.

من هنا تبلورت الفكرة بجعلها نموذج لدراستنا من خلال سعيها لمعرفة مستوى جودة الخدمات المقدمة من قبل المصالح التابعة لها للمرضى بالاعتماد على مجموعة من معايير الحكم على هذه جودة الخدمات الصحية المتمثلة في الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف، و الملموسية، و ذلك من خلال استقصاء رأي عدد من المرضى المقيمين أو الوافدين الى المؤسسة الصحية محمد الشبوكي.

وفي الأخير تم عرض النتائج المتوصل إليها بفضل المقاربة متعددة المعايير Evamix و التي سمحت بتقييم مصالح المؤسسة من الأحسن الى الأسوء و ذلك بالاعتماد على المعايير سألقة الذكر حسب مستوى الجودة المتوفر بها.



الخاتمة:

حاولنا من خلال هذه الدراسة المنطوية تحت الإشكالية: إلى مدى يمكن اعتماد منهجية التحليل متعدد المعايير Evamix في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العمومية؟ تحليل ومعالجة جودة الخدمة الصحية بمفهومها البسيط في الفصل النظري حيث اتضح لنا من خلاله أن نجاح المؤسسة الصحية في كسب ثقة وولاء المرضى مرهون بمستوى جودة الخدمة المقدمة من طرفها، أما في الجانب التطبيقي فحاولنا تسليط الضوء على تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمؤسسة الصحية محمد الشبوكي الشريعة، بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمة الصحية المعبر عنها ب: الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان، الملموسية، كما حاولنا من خلال هذه الدراسة التعرف على أهمية تطبيق طريقة التحليل متعدد المعايير لتقييم مشكل جودة الخدمات الصحية ودورها في ترتيب وتصنيف مصالح المؤسسة قيد الدراسة حسب المعايير المعتمدة.

وفي الأخير خرجنا بنتيجة مهمة والتي تؤكد الفرضيات التي انطلقنا منها في بداية الدراسة، والتي تساعد في دعم القرارات المتعلقة بمشكل جودة الخدمة في المؤسسة الصحية. ومن خلال ذلك تحصلنا على مجموعة من النتائج التي كانت أساس مجموعة من الاقتراحات للحد من النقائص التي تعاني منها المؤسسة الصحية.

نتائج الدراسة:

إن وصولنا لتأكيد أو رفض صحة الفرضيات التي بني عليها بحثنا كان على حساب جملة من النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة بشقيها النظري و التطبيقي و كانت كما يلي:

أولاً: نتائج الدراسة النظرية:

يمكن أن نوجز نتائج الدراسة النظرية في النقاط التالية:

- تتميز الخدمات عامة و الصحية خاصة بمميزات فريدة تتطلب مهارات و أساليب فريدة أيضا لتسويقها، في عالم صار لا يثق إلا بالأشياء التي يراها و يلمسها، ويحتفظ بها.

- تمارس المؤسسات الصحية الأنشطة التسويقية وهي غير مدركة لذلك، بدليل اعتماد كل مؤسسة لمزيج تسويقي صحي، يتكون من العناصر الرئيسية التي تستخدمها في دعم و تقوية مركزها التنافسي في السوق الصحي، وإشباع احتياجات الزبائن من المرضى وعامة المجتمع.
- إن أكبر مشكل يواجهه مقدمي الخدمات الصحية هو تطوير أو إيجاد إستراتيجية متقنة لإدارة الدليل المادي لتعزيز و تمييز الخدمات الصحية عبر خلق ميزات أو جوانب ملموسة كمساهمة الأجهزة و المكان و الناس و الرموز في تحقيق أهداف المؤسسة في مكان نظيف يعزز كفاءة أو أداء العاملين بسرعة ودقة فعالية دون أخطاء.
- العمل في المؤسسات الصحية غالبا ما يكون تحت ظل من الاضطراب النفسي و العاطفي، لكن هذا لا يعني بالطبع عدم وجود العقلانية في اتخاذ القرارات و إنما تسيطر أحيانا النواحي العاطفية والنفسية، كما تتعامل إدارة المؤسسات الصحية بخدمات لا يمكن تقديرها بثمن و بالتالي فتحدد قيمة المخرجات تزداد صعوبة وتزداد معها صعوبة نجاح إدارة المؤسسة الصحية التي لا تقبل الخطأ خاصة الحكومية منها.
- جودة الخدمة الصحية تخضع في العادة لرأي المريض، ويعتمد رأي المريض على مجموعة من المتغيرات أهمها، وقت الحصول على الخدمة، مكان تقديم الخدمة، درجة الاستفادة من الخدمة، واتجاهات المريض الشخصية.
- من أهداف الجودة تحسين العلاقات بين المستفيدين من الخدمة الصحية و مقدميها و بين العاملين أنفسهم و الذين يعتبرون زبائن المؤسسة الصحية الداخليين، إلى جانب تطوير قنوات الاتصال بينهم و الاهتمام بالتدريب و الإبداع في العمل بما يؤدي إلى توفر ظروف عمل أكثر راحة و طمأنينة تنعكس على أداء أفضل وتحسين الخدمات و جودتها.
- الجودة أصبحت مطلبا من مطالب المستفيدين من خدمات المؤسسات الصحية، خاصة بعد أن زاد وعيهم بأهمية التحسين المستمر لجودة الخدمة التي يحصلون عليها لتلبي أي تغيرات تطرأ في احتياجاتهم المتجددة و المعقدة، بما يقلل من شكاوهم ويزيد من ثقتهم في المؤسسات الصحية المسؤولة عن تلك الخدمات.

- الخطوة الأولى في العلاج هي معرفة شكوى و احتياج المريض، أما الهدف النهائي فهو معالجة أو التغلب على هذه الشكوى، و التفاصيل ما بين ذلك تعتبر مفيدة للمريض و أفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا الزبائن بطرق يمكن الاستدلال منها على مدى جودة الخدمة.
- يعتبر معيار الجودة أهم معيار يستند إليه الزبائن للمفاضلة بين المؤسسات الصحية بغض النظر عن السعر الذي أصبح المريض الجزائري يفضي الطرف عنه إذا تعلق الأمر بحالته الصحية.
- إن اتخاذ قرار الشراء لدى الزبون يتأثر بعدد من العوامل التي تحفز أو تحد من الإقدام على التعامل مع الخدمة، ويقدر تعلق الأمر بالزبائن المتعاملين مع المؤسسات الصحية فإنهم يتأثرون بذات العوامل المؤثرة في الشراء التقليدي للزبون.
- جودة خدمة الزبون ونجاحها مرتبط بمجموع النظم و الأساليب التي يستعملها العاملون لتقديم الخدمة الصحية بالاعتماد على المهارات و القدرات الشخصية في التعامل مع المستفيدين بصورة مميزة وجذابة وهذا ما يضمن استمرار العلاقات التفاعلية و التبادلية على المدى الطويل مما يكسبها ميزة تنافسية تضمن بقاء و استمرار المؤسسة وتعود عليها بالفائدة.
- يمثل نموذج الفجوات الخمس **servQual** التطبيق الافتراضي على أي مرفق من مرافق الخدمة، حيث يظهر واضحا أن هذا النموذج يسمح للإدارة بالقيام بالتقييم التحليلي لأسباب جودة الخدمة الصحية.
- إن الهدف من تقليص حجم الفجوات و العمل على غلقها من قبل الإدارة في المؤسسات الصحية هو الوصول إلى تقديم خدمة صحية بمستوى عالي يلبي طموح المرضى.
- ضرورة صياغة و تثبيت معايير الجودة و إبلاغها للعاملين في القطاع الصحي و افهامهم لها، فمن الضروري عند صياغة معايير الجودة أن تكون هذه المعايير مدونة تحريريا، وان يفهمها العاملون في منظمة الخدمة الصحية، و ان يمارسوها ميدانيا في اتصالهم مع المرضى وان تكون هذه المعايير ممثلة تمثيلا حقيقيا لتوقعات المرضى.
- إن طريقة الفجوات تظهر بوضوح الصعوبات في ضمان جودة الخدمة الصحية خاصة أن هناك خمسة مصادر للفجوات حسب ما يرى مطورو النموذج و التي امكن أن تؤدي أي ضعف جودة

الخدمة الصحية و القصور في تحقيقها، و تتعلق هذه الفجوات الخمس الهيكل من: منظمة الخدمة الصحية ، الزبون، والاثنين معا.

- كلما توافرت أبعاد جودة الخدمة الصحية كلما دل ذلك على ارتفاع مستوى جودة تلك الخدمات المقدمة، ذلك يجب التأكد من توافر هذه الأبعاد ذات الأثر المباشر على جودة الخدمة الصحية.
- ضرورة اعتماد الرؤية التكاملية التي تجمع بين مقدم الخدمة (منظمة الخدمة الصحية) التي تقوم بالدرجة الأولى على فهم نظام تقديم الخدمة و متطلباته و الاستجابة لها من أجل رفع كفاءة و استغلال نظام الخدمة، و برية الزبون(المريض) التي تقوم على نمط الخدمة حسب الطلب و على أساس استجابة مقدم الخدمة للاحتياجات الخاصة لكل زبون التي في الغالب لا تتماثل مع احتياجات الزبون الآخر حيث السمة الأساسية لهذه الرؤية هي التنوع.
- تعرضت عملية قياس جودة الخدمة الصحية إلى جدل كبير من خلال العديد من البحوث والدراسات المتخصصة في هذا المجال وأوجدت طرق متعددة لقياسها منها: القياس من منظور الزبائن بعدد الشكاوى ومقياس الرضا والفجوة...الخ، وبدلالة المدخلات والعمليات والمخرجات من منظور الجودة المهنية...الخ، وقد غلب على هذه الطرق الطابع الجزئي والذي أقر فيما بعد قياسها من المنظور الشامل. أما تقييم جودة الخدمة الصحية يكون من خلال واستنادا إلى معايير وأبعاد محددة هي الجوانب المادية الملموسة، الاستجابة، الأمان... الخ
- المقصود بالخدمة الصحية هي مجموعة الخدمات التشخيصية و العلاجية و التأهيلية التي تقدم على مستوى الأقسام المخول لها بذلك، أما تسويق الخدمات الصحية للمريض فهو يختلف عن تسويقها للعملاء في الخدمات الأخرى (و هو ما يثبت صحة الفرضية الأولى).
- من النماذج المعتمدة في تقييم جودة الخدمة الصحية نموذج الفجوة **ServQual** و نموذج الأداء الفعلي **Servperf** و نموذج التحليل متعدد المعايير **Evamix**. و ما يمكن اعتماده في الواقع العملي هو منهجية التحليل متعدد المعايير **Evamix** لتعدد مزايا وفعاليتها (وهو ما يثبت صحة الفرضية الثانية).

ثانيا: نتائج الدراسة التطبيقية:

توصلنا من خلال العمل المقدم إلى جملة من النتائج نوجزها فيما يلي:

- تباين مستوى الجودة بين مصالح المؤسسة الصحية، حيث رتبت تصاعديا حسب جودة الخدمة المقدمة من قبل كل مصلحة وذلك اعتمادا على وجهة نظر المرضى.
- ترتيب مصالح المؤسسة يختلف من مصلحة لأخرى وذلك راجع لطبيعة ونوعية الخدمة المقدمة من قبل الإدارة (أطباء، ممرضين، عمال النظافة، أعوان الأمن) للمرضى.
- أماكن الانتظار ومكاتب الأطباء لم تكن في المستوى المرجو من طرف المرضى.
- قلة الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية الموجودة، وان وجدت فهي معطلة.
- عدم ثقة المرضى في المهارات والخبرات الطبية الموجودة في المؤسسة الصحية.
- عدم توفر بعض الأجهزة الطبية لأنه لا يوجد من يحسن استعمالها.
- عدم وجود الكفاءات الكافية من الكوادر الطبية لتغطية احتياجات المرضى.
- المؤسسة الصحية محمد الشبوكي تفتقر لأدنى متطلبات المؤسسات الصحية.
- لا يولي مستشفى محمد الشبوكي اهتماما خاصا للخدمة الصحية وجودتها.
- الضغط الكبير الذي تعرفه المصالح الاستشفائية للمؤسسة خاصة مصلحة التوليد و أمراض النساء، هذا ما أدى الى سوء حكم التسيير على مستوى هذه المصلحة.
- افتقار مستشفى محمد الشبوكي الى العديد من المصالح المهمة طب القلب، طب العيون، قسم الحروق...، حيث تضطر لإرسال المرضى الى مؤسسات استشفائية مجاورة.
- اعتمادا على منهجية التحليل متعدد المعايير Evamix بينت هذه الدراسة أن جودة الخدمة الصحية المقدمة ضمن مصالح المؤسسة الصحية محمد الشبوكي تتباين حسب كل مصلحة حيث أن مصلحة الولادة كانت من أكبر المصالح المعتمدة لجودة الخدمة الصحية المقدمة فيها و هذا راجع لمدى حساسية هذه المصلحة، تليها مصلحة الطب الداخلي رجال ثم مصلحة الطب الداخلي للنساء تليها مصلحة طب الأطفال و التي تعاني من نقص الكوادر الطبية المختصة لهذا القسم مقابل العدد الكبير من المرضى المتواجدين في هذه المصلحة مما أدى الى انخفاض الجودة فيها، ثم مصلحة الجراحة رجال، و أخيرا قسم تصفية الدم.
- المعايير التي يمكن اعتمادها في قياس جودة الخدمات الصحية في مستشفى محمد الشبوكي بالشريعة هي الملموسية، الاعتمادية، الأمان، التعاطف، الضمان. (هو ما يثبت صحة الفرضية الثالثة).

- وضوح التباين المختلف في جودة الخدمات الصحية المقدمة ضمن مصالح المؤسسة الاستشفائية محمد الشبوكي (وهو ما يثبت خطأ الفرضية الرابعة).

الاقتراحات و التوصيات:

إن استخدام الطرق الرياضية لا يعد حلا سحريا يقدم للمؤسسة الصحية نتائج تأخذها إلى بر الأمان إنما تعتبر دعامة للمؤسسة الصحية تسمح لها برسم خطط مستقبلية تتوافق ورغبات مرضاها، من خلال ذلك سنقترح بعض الأفكار التي ينبغي على إدارة المؤسسة الصحية محمد الشبوكي أن تأخذها بعين الاعتبار لتحسين مستوى جودة الخدمات المقبلية من قبلها:

- محاولة تحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة بكل المصالح، فأغلبها به نقائص وجب القضاء عليها بالاعتماد على معايير الجودة.
- السعي لتوفير الأجهزة والمعدات الطبية الضرورية بالمؤسسة الصحية ومواكبة التكنولوجيا الحديثة.
- العمل على تقديم أفضل الخدمات الصحية للمرضى.
- السعي لمعرفة احتياجات المرضى ومحاولة تلبيتها.
- تخصيص ميزانية كافية لتغطية كل متطلبات المؤسسة الصحية (أجهزة ومعدات طبية، وأدوات ومستلزمات العلاج، تنويع الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى...).
- تكوين خبرات ومهارات قادرة على استعمال وتسيير أجهزة الحديثة لمسايرة التطور الحاصل في هذا القطاع.
- الترحيب بالشكاوي المقدمة من طرف الزبون و الاهتمام بمعالجتها، واعتبارها فرصة لاكتشاف الضعف ومباشرة الاجراءات التصحيحية، ليتحول الزبون المشتكى الى زبون وفي للمستشفى.
- تعزيز الوعي لدى الزبائن بتشجيع حملات التوعية، والبرامج الوقائية، محاولة توفير الحد الأدنى من التغطية الصحية.
- عدم التكامل بين القاع العام و القطاع الخاص، وسعي كل منهما الى الارتقاء على حساب الآخر و هو ما أوصل القطاع الصحي الجزائري لهذه الوضعية.
- الاهتمام بالمؤسسات الاستشفائية في المناطق البعيدة و المعزولة لتقليل الضغط على المستشفيات في المدن الكبيرة.

- توفير المعدات و الأجهزة الطبية الحديثة، اذ لا يتوفر مستشفى محمد الشبوكي على العديد من الأجهزة الطبية الأساسية التي تلبي احتياجات المرضى.

آفاق الدراسة:

نأمل أن يفتح هذا البحث مجالاً واسعاً لبحوث تتناول الموضوع من جوانب عدة أخرى، وتثري نقاط لم يسعنا المجال لذكرها، آمليين أن لا يتوقف البحث في المجال الصحي و أفاقه عند هذه المذكرة، ونقترح جملة من المواضيع، لعلها تجد صدا بين الباحثين:

- تقييم جودة الخدمات التعليمية في المؤسسات الجامعية بالاعتماد على منهجية التحليل متعدد المعايير EVAMIX.
- الاعتماد على منهجية التحليل متعدد المعايير EVAMIX في صناعة القرارات الاقتصادية.
- دراسة مقارنة بين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية و المستشفيات الخاصة بالاعتماد على منهجية التحليل متعدد المعايير EVAMIX .
- أثر تبني المستشفيات العمومية لمنهجية التحليل متعدد المعايير EVAMIX على الصورة الذهنية للعلامة التجارية.
- نحو استراتيجية متكاملة لترقية الخدمة الصحية في المستشفيات العمومية الجزائرية.

المرآة الجع



الكتب باللغة العربية:

1. العجارمة تيسير ، التسويق المصرفي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة لأولى، 2005
2. الديوهجي أبي سعد ، المفهوم الحديث لإدارة التسويق، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008
3. الرمحي أحمد ، البكري ثابت ، تسويق الخدمات المالية، أترك للنشر والتوزيع، الشارقة، الطبعة الأولى، 2008. بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري، التسويق أسس ومفاهيم معاصرة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2006
4. البكري ثامر ياسر ، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005.
5. عبد العزيز سعيد، بن سعد خالد ، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات على القطاع الصحي، العبيكان للنشر والطباعة، المملكة العربية السعودية، بدون طبعة، 2007.
6. يوسف ردينه عثمان ، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج لنشر والتوزيع، الأردن، بدون طبعة، 2008
7. شاكر سوسن ، الزيادات محمد عواد ، الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي لمؤسسات التعليم العام الجامعي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008.
8. العلاق بشير عباس ، الصميدعي محمد جاسم ، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى 2008.
9. البكري ثامر ياسر ، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
10. البكري ثامر ياسر ، الاتصالات التسويقية والترويج، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2006.
11. البكري ثامر ياسر ، التسويق أسس ومفاهيم معاصرة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2006.

قائمة المراجع

12. البكري ثامر ياسر ، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005.
13. الطائي حميد ، العلاق بشير ، تسويق الخدمات - مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي-، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2009.
14. عثمان ردينه ، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، بدون طبعة، 2008
15. نورمان ريتشارد ، إدارة الخدمات، ترجمة عمر الملاح، دار العبيكان للنشر والتوزيع، الرياض، الطبعة الأولى، 2005 .
16. جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الشروق للنشر والتوزيع، القاهرة، 2007، بدون طبعة
17. سيد جاد الرب حامد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية- مراجع إدارة الأعمال- مطبعة العشري، جامعة قناة السويس، مصر، بدون طبعة، 2008.
18. طه طارق ، التسويق بالإنترنت والتجارة الالكترونية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2008
19. طارق طه، التسويق بالإنترنت والتجارة الالكترونية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2008.
20. علوان المحياوي قاسم نايف ، إدارة الجودة في مجال الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2006.
21. عبد الله عادل محمد، إدارة جودة الخدمات الصحية، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016 .
22. أبو نبعه عبد العزيز، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2005.
23. مخيمر عبد العزيز ، الطعامنة محمد ، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات-المفاهيم والتطبيقات- بحوث ودراسات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر الجديدة، القاهرة، 2003.
24. بواغنة عبد المهدي ، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية-مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية-، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2004.

قائمة المراجع

25. حداد عوض بدير، تسويق الخدمات المصرفية، البيان للطباعة والنشر، جامعة قناة السويس، الطبعة الأولى، 2008.
26. أبو زيتون غازي فرحان ، خدمات الإيواء في المستشفيات، سلسلة إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران، عمان، الأردن، بدون طبعة.
27. كورنل فريد ، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الجزائر، الطبعة الأولى، 2009.
28. مذكور فوزي شعبان ، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، الطبعة الأولى، 2002.
29. المحياوي قاسم علوان ، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2006.
30. المحياوي قاسم علوان نايف ، إدارة الجودة في مجال الخدمات الصحية. - مفاهيم، عمليات، تطبيقات-، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية الأولى، 2006.
31. عبيدات محمد إبراهيم ، دبابنة جميل سمير ، التسويق الصحي والدوائي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2006.
32. الصميدعي محمد ، إيهاب علي القرم، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2007.
33. المصري محمد، إدارة التسويق والأنشطة الخدمية، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2001.
34. ماضي محمد توفيق، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في مجالي الصحة والتعليم، المنظمة العربية للدراسات، الإسكندرية، 2006.
35. ربحان محمد ، خدمة الرعاية الصحية- المؤتمر العربي الثالث بعنوان: - الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الشرقية، من 5 إلى 7 كانون الأول، 2004.
36. الشموط محمد سالم ، الشموط شوقي أجي، إدارة سلسلة التوريد وعلاقات الموردين - مدخل إداري- إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2008.
37. راضي محمد سامي، المحاسبة في المستشفيات والوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2007.

قائمة المراجع

38. أحمد محمد سمير، الجودة الشاملة وتحقيق الرقابة في البنوك التجارية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2009.
39. الصحن محمد فريد ، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون طبعة، 2002.
40. مصطفى محمد محمود ، التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، بدون طبعة، 2010.
41. الصميدعي محمود جاسم ، علي القرم إيهاب ، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، طبعة محكمة، 2006.
42. الصميدعي محمود جاسم ، بشير عباس العلاق، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2002.
43. زكي خليل المساعد ، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2002.
44. زكي خليل المساعد ، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج، عمان، الطبعة الأولى، 2006.
45. زهران مضر ، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، لا توجد طبعة، 2006.
46. معلا ناجي ، توفيق رائف ، أصول التسويق، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الثالثة، 2005. نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد، التسويق مفاهيم معاصرة، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن طبعة محكمة، 2006.
47. الضموهاني حامد ر، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الرابعة، 2008.
48. عبد الحليم سعيد هناء ، إدارة التسويق، مركز كومبيوتر، كلية الصيدلة، القاهرة، بدون طبعة، 2005.

المجلات والمقالات

1. بن عيشاوي أحمد ، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية TQM، مجلة الباحث، جامعة ورقلة.
2. ديوب محمد عباس ، عطية هنادي رمضان ، إدارة تسويق الخدمات الطبية، بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد 27، العدد الثاني، 2005.

المؤتمرات والتقارير

- معراج هوارى ، جودة الخدمات البنكية وتأثيرها على رضا الزبائن، المؤتمر الثاني بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات، كلية الاقتصاد والتسيير والعلوم التجارية، الأردن، 26-27 نيسان، 2006.

المواقع الالكترونية

- www.alryadh.com .

1. Gean Lapeyre. **Garantir des Services**, les Editions D'organisation, Paris 2005.
2. Christopher Love Locke, et autres, **Marketing des services**, Editions, France, 5eme Edition, 2004.
3. Philippe kotler, et autres, **Marketing Management**, Publie Ennio, Paris, 11eme, Edition, 2003.
4. Philippe kotler, et autres, **Marketing Management**, 11eme édition, op-cit.
5. Lindon Denis, jalette Frédéric, **le Marketing du nord**, paris, 5eme, édition, 2005.
6. M. Hu binon, **Management des unités de soin de l'analyse systématiques a l'évaluation de la qualité**, de Boeck et larcer, Bruxelles 1998.
7. Christopher Lovelock, j.witz, **Marketing des services**, Pearson éducation, France, 5eme édition, 2004.
8. Kotler Philip, **Marketing Management**, 8th Edition, Prentice Hall International INC, 2015.
9. Zeithmal et all. **Delivering Quality Service Balancing Customer perception and Expectations**, New York, the free Paris, 1990.
10. Cronin, j. and Taylor, S. **Measuring service Quality, A RE- examination and extension, journal of marketing**, vol. 56, No 4, 2002.
11. Parasurman, A, Zeithmal, V. A. and Berry, L, L. **A Conceptual model of service Quality and its implications for future Research**, journal of marketing 49, (fall), 2005.
12. Edris Thabet A, and Mona R. Al Ghais. **Education service Quality as perceived by Kuwaiti consumer: An application of the Servpref scale**, middle east business review, university of London, vol. I, No. I, 2006.
13. Peter Smith, **total quality management International concepts and Arab application 6th conference an training and management**, Cairo, 2003.
14. Cauchick Miguel P, A. and Salomi, G.E, **A review of models for assessing service quality**, Product vol. 14, No, 1, 2004.
15. Cronin, and Taylor, S. **Measuring service Quality, A RE- examination and extension, journal of marketing**, vol. 56, No 4, 2002.
16. Hellriegel, Don and others, **Management**, 8th ed, South western college publishing Cincinnati, Ohio, 2007.

17. Jose Figueira, Salvatore Greco, Matthias, Ehrgott, **Multiple Criteria decision analysis, State of the Art Surveys**, Created in the United states of America, Bosten, 2005.
18. Veera P. Darji, Ravipudi V. Rao, **Application of AHP/ Method for Decision Making in the Industriel Environment**, American journal of opperations Research, 2013, 3,542- 569.https://file.scrip.org/pdf/ajor-2013 1119 1713 2863.pdf.
19. Merlina N. anadalecio, multi. **Criteria decision models for management of tropical coastal fisheries a review**. INRA, EDP science agron sustain, Der, 30(2010) www.Agronomy-journal.org-
20. H.voogd, **Multiple Evaluation With Mixed Qualitative and Quantitative Data," Environment and Planning Bulletin"**, VD. 9, No.2, 1982.
*H.voogd, " **Multicreteria Evaluation for Urban and Regional Planning**, "pion, London, 1983.
21. J. M. Maryland B. Matarazzo, «**others Outranking approaches**,"In: F.j.Salvatore and G. M. ethrogott, EDS., **Multiple Criteria Decision Analysis: State of the Art Surveys**, slinger, New York, 2005.
22. S. J. Chen and C. L. Hwang, " **Fuzzy Multiple Attribute. Decision Making- Methods and Application"**, Lecture Notes in Economies and Mathematical System, slinger, New York, 1992.
23. R.V. Rao, " **Decision Making in Manufacturing Environment Using Graph Theory and Fuzzy Multiple Atribute Decision Making Methods**, " Springer series in Adva.
24. P. Chtterjee, V. M. Athawale and S. Chakraborty, " **Material Selection Using Complex propertional Assesment and Evaluation of Mixed Data Methods.**" Materialand Design, Vol, 32, No. 2, 2011nced Manufacturing, London, Vol. 2, 2013.
25. T. L. Saaty, «**the analytic hierarchy process**»,Me Graw Hill, New York,1980.
26. **T. L. Saaty**, "fundamental of Decision Making and priority Theory with Ago, RWS publication, Pittsburg, 2000.
27. S. Xu, " **Referencess en the Analytic Hierarchy process**, " Institue of Systems Engineering, Tianj in University, Tianjin, 1986.
28. G.T. Fechner, " **Elements of psychological**», Holt, Rinehart and Winston, New York, 1860.

29. L. L. Turnstone, "A Law of Comparative judgments". Psychological Review, Vol. 34, No. 4, 1927.
30. J. M. Martel and B. Matarazzo, " others Outranking Approches", In: F.J. Salvatore and G. M. Ehegott, Eds, Multiple Criteria Decision Analytic, State of the Art Surveys, Springer, New York, 2005.
31. P. Nijkamp, P. Riteveld H, voogd, " **Multicriteria Evaluation in physical Planing**, "North Holland, Amsterdam, 1990.
32. S. Hay kowiez and A. Higgins, " **A comparaison of Multiple Criteria Analysis Techniquea for Water Resources Management**," European Journal of operation Research, Vol. 184, No. , 2008.
33. E, S. Chung and K.S. Lee, " **Identification of spatial Ranking of Hydrological Vulnerability Using Multi-criteria Decision Making Techniques: Case study of Korea.**" Water Resource Management, Vol. 23, No.12, 2009.
34. L. Ustinovichius, E.K. Zavadskas and V. Podvezko, " **Application of a Quantitative Multiple Criteria Decision Making (MCDM) Approach to the analysis of Investments in Constraction.**" Control and Cybernetics, Vol. 36, No. 1.
35. 2007 I. Jeffrey, " **the Use of compensatory and Non- compensatory Multi- criteria Analysis for Small Forestry**", Small- Seale Forest École Man- age Policy, Vol. 3, No. 1, 2004.
36. Krejcie, R and morgan, D.(1970), Determining sample size for research activiti **Educational and psychological Measurement,30**

الملاحق

الملحق (1): اللجنة المحكمة للاستبيان



جامعة العربي التبسي - تبسة



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم التجارية

السنة الثانية ماستر

تخصص تسويق خدمي

اللجنة المحكمة للاستبيان

تم تحكيم الاستبيان من طرف الاساتذة التالي ذكر اسمائهم في الجدول الموالي

الامضاء	الاساتذة	الرقم
	د.حفناوي امال	1
	د.مساني صرية	2
	د.معاوة وفاء	3



الملحق (2): الاستبيان

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة - تبسة - تبسة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم: العلوم التجارية



استمارة استبيان:

تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية
باستخدام منهجية التحليل متعدد المعايير Evamix

دراسة حالة: مستشفى محمد الشبوكي الشريعة - تبسة.

مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم التجارية تخصص: تسويق خدمي

إشراف الدكتور
فارس طارق

من إعداد الطالبتين
- سعيدان إشراق
- ملاك نادية

أخي الكريم أختي الكريمة، تحية طيبة وبعد؛

في إطار تحضير لإعداد مذكرة تخرج ماستر على مستوى كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير تخصص: تسويق خدمي بجامعة العربي التبسي - تبسة، نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي نهدف من خلاله إلى معرفة آرائكم حول موضوع " تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية باستخدام منهجية التحليل متعدد المعايير Evamix ، دراسة حالة: مستشفى محمد الشبوكي الشريعة - تبسة.

لذا نرجو من سيادتكم تقديم المساعدة في إتمام هذه الدراسة من خلال الإجابة على الأسئلة بوضع علامة (X) أمام العبارة التي ترونها مناسبة. وللأمانة العلمية فان إجاباتكم ستعامل بشكل سري ولغايات البحث العلمي فقط.

تقبلوا منا فائق الشكر، الاحترام والتقدير على تعاونكم.

المحور الأول: المعلومات الشخصية

يرجى وضع علامة (X) أمام الإجابة المناسبة

1- الجنس

أنثى

ذكر

2- العمر

من 25 إلى 35 سنة

أقل من 25 سنة

أكثر من 45 سنة

من 35 إلى 45 سنة

3- محل الإقامة

خارج بلدية الشريعة

داخل بلدية الشريعة

4- هل تعالج لأول مرة بالمستشفى

لا

نعم

5- هل سبق لك أن عالجت في مستشفى آخر

لا

نعم

المحور الثاني: جودة الخدمات الصحية

الرجاء الإجابة على الأسئلة الآتية بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة:

الرقم	أسئلة الاستبيان	الدرجة			
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق بشدة
الاعتمادية					
01	تلتزم المؤسسة بتقديم خدماتها في المواعيد المحددة التي تم برمجتها				
02	تقدم المؤسسة خدماتها بطريقة صحيحة من المرة الأولى				
03	تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى				
04	هناك استجابة فورية لمشاكل واستفسارات المرضى				
الاستجابة					
05	تقدم المؤسسة معلومات دقيقة عن مواعيد تقديم الخدمة وتلتزم بها				
06	تقوم المؤسسة بتبسيط إجراءات العمل قدر الإمكان				
07	يبيدي العاملون بالمؤسسة الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى				
08	يتجاوب العاملون بالمؤسسة فوراً لطلبات المرضى رغم انشغالهم				

الملحق (3): اتفاقية التربص

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي التبسي تيسة

كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير

قسم : العلوم التجارية

الرقم: /ق.ع.ت.ك.ع.إق.ت.ع.ت.ج.ت/ 2021/2022

اتفاقية التربص

المادة الأولى:

هذه الاتفاقية تضبط علاقات جامعة تيسة ممثلة من طرف عميد كلية العلوم الاقتصادية ، والعلوم التجارية ، وعلوم التسيير

مع المؤسسة : إلى مستغاثية التسيير

مقرها في : التسيير تيسة

ممثلة من طرف : التسيير تيسة

الرتبة : التسيير تيسة

هذه الاتفاقية تهدف إلى تنظيم تربص تطبيقي للطلبة الآتية أسماؤهم :

1- التسيير تيسة

2- التسيير تيسة

3- التسيير تيسة

4- التسيير تيسة

وذلك طبقا للمرسوم رقم : 88-90 المؤرخ في 03/05/1988 القرار الوزاري المؤرخ في ماي 1989.

المادة الثانية:

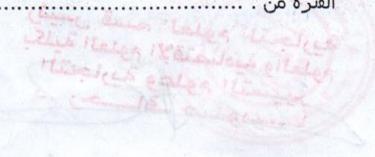
يهدف هذا التربص إلى ضمان تطبيق الدراسات المعطاة في القسم والمطابقة للبرنامج والمخططات التعليمية في تخصص الطلبة المعنيين.

التخصص: التسيير تيسة

المادة الثالثة :

التربص التطبيقي يجرى في :مصلحة

الفترة من : إلى :



المادة الرابعة :

برنامج التربص المعد من طرف الكلية مراقب عند تنفيذه من طرف جامعة تبسة والمؤسسة المعنية.

المادة الخامسة:

وعلى غرار ذلك تتكفل المؤسسة بتعيين عون أو أكثر يكلف بمتابعة تنفيذ التربص التطبيقي هؤلاء الأشخاص مكلفون أيضا بالحصول على المسابقات الضرورية للتنفيذ الأمثل للبرنامج وكل غياب للمتربص ينبغي أن يكون على استمارة السيرة الذاتية المسلمة من طرف الكلية .

المادة السادسة:

خلال التربص التطبيقي والمحدد بثلاثين يوما يتبع المتربص مجموع الموظفين في وجباته المحددة في النظام الداخلي وعليه يحسب على المؤسسة أن توضع للطلبة عند وصولهم لاماكن تربصهم مجموع التدابير المتعلقة بالنظام الداخلي في مجال الأمن والنظافة وتبين لم الأخطاء الممكنة.

المادة السابعة :

في حالة الإخلال بهذه القواعد فالمؤسسة لها الحق في إنهاء تربص الطالب بعد إعلام القسم عن طريق رسالة مسجلة ومؤمنة الوصول.

المادة الثامنة:

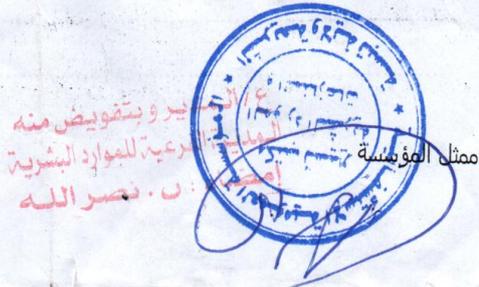
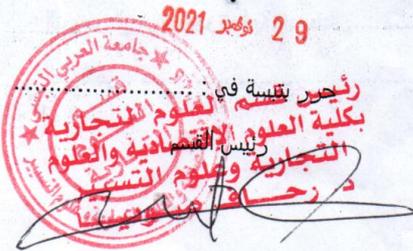
تأخذ المؤسسة كل التدابير لحماية المتربص ضد مجموع مخاطر حوادث العمل وتسهل بالخصوص على تنفيذ كل تدابير النظافة والأمن المتعلقة بمكان العمل المعين لتنفيذ التربص.

المادة التاسعة :

في حالة حادث ما على المتربصين بمكان التوجيه يجب على المؤسسة أن تلجأ إلى العلاج الضروري كما يجب أن ترسل تقريرا مفصلا مباشرة إلى القسم.

المادة العاشرة:

تتحمل المؤسسة التكفل بالطلبة في حدود إمكانياتها وحسب محمل الاتفاقية الموقعة بين الطرفين عند الوجود، وإلا فإن الطلبة يتكفلون بأنفسهم من ناحية النقل ، المسكن ، المطعم.



الملحق(4): مقرر التوجيه الداخلي سعيدان إشراق للمؤسسة محل الدراسة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان ولولاية تيسسة
مديرية الصحة والسكان لولاية تيسسة
المؤسسة العمومية الاستشفائية الشريفة
نيابية مديرية الموارد البشرية
رقم :/ص م س / م ع / ش م ا و / 22 .

مقرر توجيه داخلي

إن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية للشريعة
* بمقتضى الأمر رقم: 03/06 المؤرخ في: 2006/07/15 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية ،
* و بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم : 07- 304 المؤرخ في : 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة
2007 الذي يحدد الشبكة الاستدلالية لمرتبات الموظفين و نظام دفع رواتبهم ،
* و بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم : 99/90 المؤرخ في : 1990/03/27 المتعلق بسلطة التعيين والتسيير الإداري
لموظفي و أعوان الإدارات المركزية الولايات، البلديات وكذا المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري التابعة لها،
* و بمقتضى المرسوم رقم : 140/11 المؤرخ في : 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية
الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها،
* باعتبار أن السيد(ة): سعيدان اشراق . الرتبة : تسويق خدمات (متربصة)
* بناء على اتفاقية التربص الصادرة عن جامعة العربي التيسبي تيسسة.

يقدر

المادة الأولى: (ب) يوجه السيد (ة): سعيدان اشراق . الرتبة : تسويق خدمات (متربصة)

تاريخ: 2022/03/09 إلى غاية: 2022/03/09

سيدة سعيدان إشراق
تسويق خدمات



الملحق (5): مقرر التوجيه الداخلي ملاك نادبة للمؤسسة محل الدراسة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
مديرية الصحة والسكان لولاية تبسة
المؤسسة العمومية الاستشفائية الشريفة
نيابة مديرية الموارد البشرية
رقم : ... / م ص / م س / م ع / ش / م ا / و / 22 .

مقرر توجيه داخلي

إن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية للشريفة
* بمقتضى الأمر رقم: 03/06 المؤرخ في: 2006/07/15 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية ،
* و بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم : 07- 304 المؤرخ في : 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة
2007 الذي يحدد الشبكة الاستدلالية لمرتبات الموظفين و نظام دفع رواتبهم ،
* و بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم : 99/90 المؤرخ في : 1990/03/27 المتعلق بسلطة التعيين والتسيير الإداري
لموظفي و أعوان الإدارات المركزية الولايات ، البلديات وكذا المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري التابعة لها،
* و بمقتضى المرسوم رقم : 140/11 المؤرخ في : 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية
الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها،
* باعتبار أن السيد(ة): ملاك نادبة . الرتبة : تسويق خدمات (مترتبة)
* بناء على اتفاقية التريض الصادرة عن جامعة العربي التبسي تبسة.

مقرر

المادة الأولى: (ب) يوجه السيد (ة): ملاك نادبة الرتبة : تسويق خدمات (مترتبة)

سيدة ملاك نادبة
تسويق خدمات



ملحق (6): جداول التكرارات والمتوسطات الحسابية لكل مصلحة

المتوسط الحسابي الثاني	المتوسط الحسابي الأول	قسم الطب الداخلي رجال						رقم السؤال	
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة			
2.8	2.2	1	1	2	0	7	1	الاعتمادية	
	2.1	0	2	0	5	3	2		
	2.4	1	2	0	2	5	3		
	4.5	7	1	2	0	0	4		
3.05	1.5	5	2	1	2	0	1	الاستجابة	
	4.4	8	0	2	0	0	2		
	3.3	0	3	0	3	4	3		
	3	4	0	0	4	2	4		
2.5	2.2	1	0	4	2	3	1	الضمان	
	2.6	0	0	2	2	6	2		
	2.3	0	0	0	1	9	3		
	2.9	0	0	0	3	7	4		
2.88	2.8	3	2	4	1	0	1	المفوسمة	
	2.6	9	1	0	0	0	2		
	3.4	0	5	0	2	3	3		

	2.7	1	1	3	4	1	4	
1.88	2.2	8	2	0	0	0	1	التعاطف
	1.7	5	4	1	0	0	2	
	2.2	0	0	0	4	6	3	
	1.4	1	2	4	2	1	4	

المتوسط الحسابي الثاني	المتوسط الحسابي الأول	قسم الطب الداخلي نساء						رقم السؤال	
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة			
3.28	2.7	2	2	0	3	3	1	الاعتمادية	
	2.6	0	2	3	4	1	2		
	2.8	1	2	0	5	2	3		
	5	10	0	0	0	0	4		
3.05	1.5	0	1	0	2	7	1	الاستجابة	
	4.4	4	6	0	0	0	2		
	3.3	1	2	6	1	0	3		
	3	1	2	3	4	0	4		
11.1	2.6	0	5	2	3	0	1	الضمان	
	2.6	0	1	4	5	0	2		
	2.3	0	0	3	7	0	3		
	3.6	0	7	2	1	0	4		

2.38	2.8	0	1	6	3	0	1	اللموسة
	2.6	1	0	3	6	0	2	
	3.4	3	2	1	4	0	3	
	2.7	1	0	6	2	0	4	
1.97	2.2	0	0	3	6	1	1	التعاطف
	1.7	0	0	1	5	4	2	
	2.2	0	3	1	1	5	3	
	1.4	0	0	1	2	7	4	

المتوسط الحسابي الثاني	المتوسط الحسابي الأول	قسم جراحة الرجال					رقم السؤال	
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
2.25	1.3	0	0	0	3	7	1	الاعتمادية
	1.2	0	0	1	2	5	2	
	1	0	6	0	2	2	3	
	3.5	2	5	0	2	1	4	
2.65	2	0	1	2	4	2	1	الاستجابة
	2.5	1	1	3	2	3	2	
	2.9	4	1	0	0	5	3	
	3.2	7	0	0	3	1	4	
3.1	2.1	1	2	0	1	6	1	الضمان
	2.7	3	1	0	2	4	2	
	2.9	4	2	3	1	0	3	
	4.7	7	0	3	0	0	4	

2.35	3	1	4	0	2	3	1	الملموسة
	1.9	1	0	1	3	5	2	
	2.7	2	1	1	4	2	3	
	1.8	0	1	0	5	4	4	
3	3	0	5	0	2	3	1	التعاطف
	3.9	7	0	0	1	2	2	
	4.1	9	0	0	0	1	3	
	1	10	0	0	0	0	4	

المتوسط الحسابي الثاني	المتوسط الحسابي الأول	قسم جراحة النساء					رقم السؤال	
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
2.92	2.6	0	3	0	7	0	1	الاعتمادية
	4.4	4	6	0	0	0	2	
	3.7	3	4	0	3	0	3	
	1	10	0	0	0	0	4	
2.9	3	1	5	0	2	1	1	الاستجابة
	1.7	0	1	0	4	5	2	
	3.5	1	7	0	1	0	3	
	3.4	2	5	0	1	2	4	
2.85	4.3	5	3	2	0	0	1	الضمان
	2.9	5	2	0	3	0	2	
	2.6	0	5	0	1	4	3	

	1.6	0	0	3	0	7	4	
3.12	2.3	1	1	0	6	2	1	الملموسة
	4.3	7	1	1	0	1	2	
	2.1	1	2	0	1	6	3	
	3.8	4	2	3	0	1	4	
2.12	1.6	0	0	0	6	4	1	التعاطف
	3.5	2	5	0	2	1	2	
	1.6	0	1	0	3	6	3	
	1.8	1	0	2	2	3	4	

المتوسط الحسابي الثاني	المتوسط الحسابي الأول	قسم طب الأطفال					رقم السؤال	
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
3	2.6	0	3	0	7	0	1	الاعتمادية
	1	0	0	0	0	10	2	
	2.8	0	4	0	6	0	3	
	4.1	3	6	0	1	0	4	
3.07	2.9	2	2	0	5	1	1	الاستجابة
	2.3	1	1	0	6	2	2	
	4.8	9	0	1	0	0	3	
	2.3	2	1	0	2	5	4	
2.42	3.6	4	3	0	1	2	1	الضمان
	2.2	1	1	0	5	3	2	
	1.9	2	0	3	5	0	3	

	2	0	1	2	3	4	4	
3.75	4.5	5	5	0	0	0	1	الملموسة
	1.3	0	0	0	3	7	2	
	4.1	7	0	1	1	1	3	
	4.4	5	4	1	0	0	4	
2.7	1.1	0	0	1	3	2	1	التعاطف
	1.6	0	0	0	6	4	2	
	4.2	7	1	0	1	1	3	
	3.9	6	1	0	2	1	4	

المتوسط الحسابي الثاني	المتوسط الحسابي الأول	قسم الولادة					رقم السؤال	
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
4.25	4.2	4	4	2	0	0	1	الاعتمادية
	4.6	7	2	1	0	0	2	
	3.8	1	6	3	0	0	3	
	4.4	6	2	2	0	0	4	
2.9	2.1	0	1	4	0	5	1	الاستجابة
	3.6	4	2	1	2	1	2	
	2.5	1	3	0	3	3	3	
	3.4	2	5	0	1	2	4	
2.7	1.6	0	1	0	3	6	1	الضمان
	4.2	5	2	3	0	0	2	

	2.1	1	0	2	3	4	3	
	2.9	0	2	5	3	0	4	
2.25	2.5	2	1	0	4	3	1	الملموسة
	1.6	0	1	0	3	6	2	
	1	10	0	0	0	0	3	
	3.09	4	1	5	0	0	4	
2.92	4.3	6	2	0	2	1	1	التعاطف
	1	0	0	0	0	10	2	
	1.4	0	0	1	2	7	3	
	5	5	2	2	0	1	4	

المتوسط الحسابي الثاني	المتوسط الحسابي الأول	قسم تصفية الدم					رقم السؤال	
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
3.27	3.3	4	3	0	0	1	1	الاعتمادية
	1.2	0	0	0	2	8	2	
	4.4	4	6	0	0	0	3	
	4.2	5	2	3	0	0	4	
3.35	2	2	0	0	2	6	1	الاستجابة
	5	10	0	0	0	0	2	
	2	1	1	0	3	5	3	
	4.4	7	2	0	0	1	4	
2.65	2.2	5	0	0	2	3	1	الضمان
	2.8	3	1	1	1	4	2	

	1.9	1	1	0	2	6	3	
	3.7	6	2	0	2	0	4	
2.65	2.4	1	4	0	2	3	1	الملموسة
	3.5	2	5	0	2	1	2	
	4.8	8	2	0	0	0	3	
	3.7	2	5	1	2	0	4	
4.28	4.9	9	1	0	0	0	1	التعاطف
	4.5	7	2	0	1	0	2	
	3.8	4	2	2	2	0	3	
	3.5	1	6	0	3	0	4	

المتوسط الحسابي الثاني	المتوسط الحسابي الأول	قسم الاستجابات					رقم السؤال	
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة		
7.9	2.2	0	0	6	1	2	1	الاعتمادية
	2	0	0	3	5	1	2	
	1	10	0	0	0	0	3	
	2.7	3	1	0	2	4	4	
3	2.1	0	3	0	2	5	1	الاستجابة
	2.1	1	2	0	1	6	2	
	3.2	3	2	0	2	3	3	
	4.6	6	4	0	0	0	4	

3.9	3.3	3	2	0	5	0	1	الضمان
	6.4	3	7	0	0	0	2	
	3.4	1	2	1	5	1	3	
	2.5	2	5	1	0	2	4	
3.5	4.2	8	0	0	0	2	1	الطموسة
	2.1	0	1	0	8	1	2	
	5	10	0	0	0	0	3	
	2.7	3	1	0	2	4	4	
3.15	2.9	4	1	0	0	5	1	التعاطف
	3	0	6	0	2	2	2	
	2	0	1	2	4	2	3	
	4.7	7	3	0	0	0	4	

الملحق (7): التعريف بالبرنامج. Super decision V3.1



Decision Super هو برنامج تدريبي وتعليمي يستخدم طريقة AHP و ANP تم تطويره من قبل توماس ساعاتي (THOMAS SAATY)، (<http://www.superdecisions.com/about>).