

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي التبسي - تبسة



كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم: العلوم التجارية الرقم التسلسلي:/ 2019

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

دفعة: 2019

الميدان: علوم اقتصادية، علوم تجارية وعلوم التسيير

الشعبة: علوم تجارية

التخصص: تسويق الخدمات

العنوان:

تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح - تبسة -

تحت إشراف الأستاذ:

د. يحي دريس

من إعداد الطالبتين:

- زينب نـار

- زكية بن الصغير

نوقشت أمام اللجنة المكونة من الأساتذة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
رابح بالنور	أستاذ محاضر قسم - ب -	رئيسا
يحي دريس	أستاذ محاضر قسم - أ -	مشرفا ومقررا
مصطفى جعوان	أستاذ مساعد قسم - أ -	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2019/2018

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

الحمد والشكر لله عز وجل حمدا كثيرا طيبا مباركا

نخص بالشكر الأستاذ المشرف الدكتور "يحيى دريس"

على توجيهاته القيمة التي لم يبخل بها علينا

كما نتقدم بجزيل الشكر إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة

على فضلهم بقبول مناقشة هذه المذكرة وإثرائها بمقترحاتهم

شكر موصول إلى جميع موظفي المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح

وعلى رأسهم السيد المدير

جزيل الشكر إلى زملاء العمل الذين ساهموا في إنجاز هذه المذكرة

شكرا جزيلا لكل من ساعدنا في إنجاز هذه المذكرة من قريب أو من بعيد



فهرس المحتويات



فهرس المواضيع

رقم الصفحة	الموضوع
	شكر وتقدير
I	فهرس المحتويات
II	فهرس المواضيع
V	فهرس الجداول
VII	فهرس الأشكال
أ - و	مقدمة
01	الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية
02	تمهيد
03	المبحث الأول: مفاهيم عامة حول المؤسسات الصحية
03	المطلب الأول: مفهوم المؤسسات الصحية
05	المطلب الثاني: تصنيف المؤسسات الصحية
09	المطلب الثالث: وظائف المؤسسات الصحية
11	المبحث الثاني: مفاهيم عامة حول الخدمات الصحية
11	المطلب الأول: مفهوم الخدمة
13	المطلب الثاني: مفهوم الخدمة الصحية
14	المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية
16	المبحث الثالث: مفاهيم عامة لجودة الخدمات الصحية
16	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية
20	المطلب الثاني: أهداف جودة الخدمات الصحية
21	المطلب الثالث: العناصر المؤثرة في جودة الخدمات الصحية
23	خلاصة

24	الفصل الثاني: مقاييس جودة الخدمات الصحية
25	تمهيد
26	المبحث الأول: مقاييس جودة الخدمات الصحية
26	المطلب الأول: قياس جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى
31	المطلب الثاني: قياس الجودة المهنية
33	المطلب الثالث: قياس جودة الإدارة
35	المبحث الثاني: : المعايير والمؤشرات المحددة لجودة الخدمة
35	المطلب الأول: صعوبة قياس جودة الخدمات الصحية
36	المطلب الثاني: المعايير المحددة لجودة الخدمات الصحية
40	المطلب الثالث: مؤشرات قياس جودة الخدمات الصحية
42	المبحث الثالث: المدخل الحديث لقياس جودة الخدمات الصحية
42	المطلب الأول: مدخل التحسين المستمر
46	المطلب الثاني: القياس المقارن
47	المطلب الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
49	خلاصة
50	الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح -تبسة-
51	تمهيد
52	المبحث الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح
52	المطلب الأول: أنواع المؤسسات الصحية بولاية تبسة
54	المطلب الثاني: التعريف بالمؤسسة
56	المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي للمؤسسة
59	المبحث الثاني: دراسة مؤشرات الجودة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح

59	المطلب الأول: الهياكل الصحية المكونة للمؤسسة
60	المطلب الثاني: استخدام مؤشرات القياس لتقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة
62	المطلب الثالث: تقييم نتائج المؤشرات
65	المبحث الثالث: تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح من منظور المرضى
65	المطلب الأول: أسلوب جمع البيانات وأدوات التحليل الإحصائي
67	المطلب الثاني: المعالجة الإحصائية
80	المطلب الثالث: اختبار الفرضيات، عرض النتائج وتفسيرها
91	خلاصة
92	خاتمة
96	البيبلوغرافيا
100	الملاحق
114	قائمة المصطلحات

فهرس الجداول

رقم الصفحة	العنوان	الرقم
39	معايير الجودة للخدمات الصحية	01
66	نتائج اختبار ألفا كرونيباخ	02
68	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	03
68	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	04
69	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	05
69	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الدخل الشهري	06
70	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة المدنية	07
70	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مكان الإقامة	08
71	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الموسمية	09
73	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاعتمادية	10
74	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاستجابة	11
76	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الأمان	12
77	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار التعاطف	13
79	توزيع إجابات أفراد عينة تبعا لدرجة الرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية	14
80	تقييم جودة الخدمة الصحية من ناحية كل معيار من معايير التقييم	15
81	نتائج اختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة	16
82	تحليل العلاقة بين المعايير الخمسة لجودة الخدمة الصحية والرضا الكلي لأفراد عينة الدراسة	17
84	الفوارق بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقا لمتغير الجنس	18
85	الفوارق بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقا لمتغير السن	19

86	الفوارق بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقاً لمتغير المستوى التعليمي	20
87	الفوارق بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الدخل الشهري	21
88	الفوارق بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقاً لمتغير الحالة المدنية	22
89	الفوارق بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقاً لمتغير مكان الإقامة	23

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	العنوان	الرقم
20	نمذج الفجوة	01
44	نمذج الأداء المتميز	02
58	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية عاليا صالح	03
72	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الملموسية	04
74	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الاعتمادية	05
75	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الاستجابة	06
77	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الأمان	07
78	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار التعاطف	08
79	التمثيل البياني لإجابات أفراد عينة الدراسة تبعا لدرجة الرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية	09



مقدمة



تعد الخدمات الصحية هدفا من أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية خاصة بعد أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948، والذي اعتبر الصحة حقا أساسيا لجميع الأفراد والشعوب، وبذلك أصبحت عملية توفير الخدمات الصحية المتطورة مسؤولية أساسية لا بد أن توفرها كل الدول لمواطنيها، وإذا كان هذا هو موقع الصحة بالنسبة للعالم أجمع فإنه يحتل في الجزائر مكانة أكثر تميزا حيث تؤكد على المواطن باعتباره هدفا ووسيلة.

ولعل الخدمات الصحية هي واحدة من أبرز الخدمات التي أصبح الانسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياسا لما كان عليه في مراحل سابقة، ويتجلى ذلك في أسباب عديدة ومختلفة يمثل عامل التطور والتسارع في الاكتشافات أبرز سماتها وما يقابله بذات الوقت من تنوع وغموض في الأمراض، لذا فإن المؤسسات الصحية أصبحت تواجه جملة من القيود الداخلية والخارجية ممثلة في الارتفاع المتزايد في تكاليف المعدات والأجهزة الطبية وغياب المعايير والمقاييس الصريحة والموضوعية لتقييم كفاءة وفعالية الأداء، إلى جانب زيادة الاهتمام بجودة الخدمات المقدمة لتحقيق الميزة التنافسية.

ومع نمو حجم المنافسة بين المؤسسات الصحية من جهة، وتزايد وعي واهتمام المريض بالحصول على الخدمات الصحية التي تلي حاجياته وتحقق رغباته من جهة أخرى، ظهرت رهانات جديدة أمام هذه المؤسسات في كيفية الحصول والحفاظ على رضا المريض، والتي اعتبرت الدافع وراء الاهتمام بجودة خدماتها والتميز في خدمة زبائنها، والاهتمام بجودة الخدمات الصحية ليس موضوعا جديدا بحد ذاته، ولكن الجديد في هذا الموضوع يكمن في عملية استخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق برامج إدارة الجودة، وكذلك في وضع المعايير الملائمة لتقويم مستويات الأداء.

ولما كانت الخدمات الصحية تقدم للمواطنين مجانا في الجزائر، فإن عنصر المنافسة يختفي في المؤسسات العمومية التي تتولى تقديم الخدمات الصحية إلى حد كبير، الأمر الذي يؤدي إلى عدم الاهتمام بالتعرف على آراء المرضى وعدم الاكتراث برضاهم، وعليه فإن الدراسة تسعى لتبني مقياس الجودة المهنية ومقياس الأداء الفعلي لقياس وتقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الإستشفائية وقد خصصنا بالدراسة مؤسسة عاليا صالح.

1- مشكلة البحث

تنطلق مشكلة البحث من تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى بالمؤسسات العمومية مقابل تنامي وعي المرضى وإدراكهم لحقوقهم في الحصول على جودة عالية من الخدمات الصحية، لذا تم صياغة مشكلة البحث بالشكل التالي:

ماهي آليات تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية عاليا صالح

تبسة؟

ويهدف توضيح أبعاد المشكلة البحثية مطرح الأسئلة التالية:

- ✓ ماهي المعايير التي يمكن من خلالها تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية؟
- ✓ هل يمكن الاعتماد على الإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة؟
- ✓ ما هو مستوى الرضا والقبول الذي تحظى به الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة العمومية الإستشفائية عاليا صالح لدى المرضى؟
- ✓ هل توجد علاقة بين اتجاهات المرضى نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية؟
- ✓ هل توجد علاقة بين رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم والمتغيرات الشخصية؟

2- فرضيات البحث

بناء على التساؤلات المطروحة تم وضع الفرضية الرئيسية التالية:

الاعتماد على عملية القياس يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح.

وتنبثق منها الفرضيات التالية:

- ✓ الإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة تساهم في تقييم جودة الخدمات الصحية؛
- ✓ يقيم المرضى الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييما غير ايجابي؛
- إضافة إلى فرضيات الدراسة الإحصائية التالية:
- ✓ توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية؛
- ✓ توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى نحو معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية.

3- أهمية البحث

تبرز أهمية البحث في:

- ✓ تأشير مستوى الجودة من خلال أبعاد ومؤشرات رئيسية تم الاعتماد عليها كأساس في القياس؛
- ✓ اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا المتحقق من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والرضا؛
- ✓ يمكن اعتباره خطوة مبدئية لبحث المؤسسات الصحية العمومية على الاهتمام بجودة الخدمات الصحية.

4- أهداف البحث

يهدف هذا البحث إلى:

- ✓ معرفة مدى اهتمام المؤسسات العمومية بموضوع جودة الخدمات الصحية؛
- ✓ تقييم مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية العمومية.
- ✓ التعرف على تقييم المرضى لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم؛
- ✓ تحديد أهم المعايير التي يوليها المريض أهمية عالية، لمساعدة المؤسسة على كسب رضاه؛
- ✓ تقليص حجم الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة للوصول إلى الجودة؛
- ✓ الكشف عن الأساليب الملائمة لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية.

5- أسباب اختيار الموضوع

تتلخص أسباب اختيار الموضوع في:

- ✓ أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع لما لها من تأثير على العنصر البشري، والذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج؛
- ✓ أهمية تقييم الجودة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة؛
- ✓ أسباب ذاتية تتمثل في البحث عن سبب تدني الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية وتوجه الأفراد إلى المؤسسات الصحية الخاصة أو السفر لتلقي العلاج بالخارج رغم التكاليف والمجهودات المبذولة.

6- منهجية البحث

اعتمدت طريقة البحث على المنهج الوصفي في جمع البيانات والمعلومات، أما في الجانب التطبيقي فقد تم اعتماد الأسلوب الإحصائي لحساب وتحليل المؤشرات كما تم الاعتماد على استبيان للتعرف على تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى ودرجة رضاهم وتم معالجة البيانات عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)

7- مجال البحث

يمكن تحديد مجال البحث من خلال:

- ✓ الحدود العلمية: اقتصرت الدراسة على أساليب تقييم جودة الخدمات الصحية؛
- ✓ الحدود المكانية: طبقت الدراسة في المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح بتبسة؛
- ✓ الحدود الزمانية: تمت الدراسة خلال الفترة الحالية.

8- الدراسات السابقة

حظي موضوع جودة الخدمات الصحية بالعديد من الدراسات نذكر منها:

- ✓ دراسة **نجاحة صغيرو** سنة 2011-2012 بجامعة باتنة بالجزائر، بعنوان "تقييم جودة الخدمات الصحية"، حيث أجرت دراسة ميدانية بأربع مصحات طبية جراحية بولاية باتنة تهدف إلى تقييم جودة الخدمات الصحية بالقطاع الخاص، وتوصلت إلى أن المرضى يقيمون جودة الخدمات المقدمة بهذه المصحات تقييما ايجابيا.
- ✓ دراسة **عتيق عائشة** سنة 2011-2012 بجامعة تلمسان بالجزائر، بعنوان "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية"، حيث أجرت دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تهدف إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية بهذه المؤسسة ومدى تأثيرها على رضا المريض، وتوصلت إلى أن المرضى راضون على الأبعاد الأربعة لجودة الخدمة (الإعتمادية، الإستجابة، الضمان والتعاطف) إلا أنهم غير راضين على بعد الملموسية بالمؤسسة.
- ✓ دراسة **قدور باي آمنة** سنة 2017-2018 بجامعة مستغانم بالجزائر، بعنوان "جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا المريض"، حيث أجرت دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية شيعيفارا بولاية مستغانم، تهدف إلى دراسة جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة ومدى تأثيرها على رضا المريض، وتوصلت إلى أن المرضى راضون على بعدي الإستجابة والتعاطف إلا أنهم غير راضين على أبعاد الإعتمادية، الضمان والملموسية بالمؤسسة.
- ✓ دراسة **وفاء علي سلطان** سنة 2012 بجامعة البصرة بالعراق، بعنوان "أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين"، حيث أجرت دراسة ميدانية في مجموعة من المستشفيات الأهلية بالبصرة، تهدف إلى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة في هذه المستشفيات من خلال قياس أبعاد جودة الخدمات باستخدام استبيان لقياس رضا المرضى، وتوصلت إلى توفر أبعاد الجودة في بعض المستشفيات المدروسة.
- ✓ دراسة **محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر** سنة 2015 بالسودان، بعنوان "قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية من وجهة نظر المرضى والمراجعين"، حيث أجريت الدراسة على مجموعة من المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، تهدف إلى قياس مستوى جودة الخدمات الصحية فيها باستخدام استبيان، وتوصلت الدراسة إلى أن المستشفيات الحكومية بالسودان لا تتوفر على الموارد المادية والبشرية اللازمة لتقديم خدمات صحية ذات جودة.

9- خطة البحث

تناول البحث فصلين نظريين وآخر تطبيقي بالإضافة إلى المقدمة والخاتمة؛ حيث تعرض الفصل الأول إلى المؤسسات الصحية باعتبارها المكان الرئيسي لتقديم الخدمات الصحية للنهوض بالواقع الصحي نحو الأحسن، وإبراز مختلف الخصائص التي تميزها عن باقي المؤسسات الخدمية بالإضافة إلى مختلف التصنيفات والوظائف من علاج ورعاية ووقاية وتدريب للعاملين والقيام بالبحوث الطبية والإجتماعية، كما تعرض إلى مفهوم الخدمة بصفة عامة والخدمة الصحية بصفة خاصة بإبراز مختلف الخصائص التي تميزها، وفي المبحث الأخير تناول مفاهيم عامة لجودة الخدمة الصحية باعتبارها أسلوب لتحديد مستوى الأداء وتحسينه باستمرار مبرزاً أهميتها وأهدافها والعناصر المؤثرة فيها.

أما الفصل الثاني فقد تعرض إلى دراسة مقاييس جودة الخدمات الصحية باعتبارها أداة لتقييم الجودة بالمؤسسات الصحية باستخدام مختلف المعايير والمؤشرات مبرزاً الصعوبات التي تواجه عملية القياس بالمؤسسات الصحية نظراً لعدم وجود معايير كمية واضحة يمكن الإعتماد عليها، كما تعرض إلى مداخل تحسين الجودة الذي يعد مدخلاً حديثاً لتقييم الجودة باستخدام القياس المقارن وإدارة الجودة الشاملة.

وفي الفصل الأخير الدراسة الميدانية التي خصت المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح في محاولة لتقييم جودة خدماتها من وجهة نظر المؤسسة والمرضى حيث تناول المؤسسات الصحية بالولاية مع التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح من خلال هيكلها التنظيمي والوظيفي، ثم دراسة مؤشرات القياس والمعالجة الإحصائية للاستبيان.



الفصل الأول

الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية



تمهيد

تولي المجتمعات الحديثة جودة الخدمات الصحية اهتماما كبيرا وذلك لارتباطها بصحة وحياة الإنسان، وقد تبلور هذا الاهتمام بإنشاء مؤسسات صحية في مواقع تجمعات السكان بأشكالها المختلفة لتوفير الخدمات الصحية المناسبة في الوقت المناسب، وطالما كانت المؤسسات الصحية تعمل في بيئة ديناميكية وهادفة إلى البقاء والاستمرار لبلوغ ما خطط له من أهداف، فإن تعاملها مع المرضى وبمختلف شرائحهم وفتاتهم ومناطق تواجدهم يمثل الركن الرئيسي في بلوغ أهدافها، ولا شك أن ذلك لا يتم دون العمل على أسس علمية دقيقة تتوافق مع دقة وحساسية العمل المؤدى والمسؤولية الكبيرة التي يتحملها العاملون في هذا المجال، ألا وهو تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

وتسعى الدول من وراء كل هذا الاهتمام الذي توليه للمؤسسات الصحية، للإرتقاء بمستوى الخدمات الصحية ولزيادة الوعي بالممارسة الصحيحة لها للحصول على رضا المرضى وتحقيق الأهداف والسياسات والخطط العامة للتنمية، وسنحاول من خلال هذا الفصل التطرق لبعض المفاهيم المرتبطة بالموضوع والمتعلقة بـ:

- ✓ المؤسسات الصحية: تعريفها، خصائصها، تصنيفاتها ووظائفها؛
- ✓ الخدمات: تعريفها وخصائصها، والخدمات الصحية: تعريفها، خصائصها ودورة حياتها؛
- ✓ جودة الخدمات الصحية: مفهومها، أهدافها والعناصر المؤثرة فيها.

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول المؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية من أهم المنشآت في وقتنا الحالي سواء كانت مستشفيات، عيادات، مستوصفات أو مراكز صحية عامة أو خاصة، حيث انتقل مفهوم هذه المؤسسات من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتبارها مؤسسات منتجة للصحة، من خلال تحويل المريض غير المنتج إلى مواطن سليم يضيف بجهده إلى الإنتاج القومي، والذي نتج عنه توسع في مفهوم ووظائف هذه المؤسسات.

المطلب الأول: مفهوم المؤسسات الصحية

ساهم التطور التكنولوجي والعلمي وارتفاع مستوى التعليم وزيادة أعداد الكليات في الاختصاصات الطبية في تخرج أعداد كبيرة من الأطباء، مما ساهم في زيادة عدد المؤسسات الصحية العام والخاصة والتي أصبحت قادرة على التعامل مع أعداد كبيرة من المرضى وأنواع مختلفة من الأمراض، كخدمات الجراحة والعناية المركزة والولادة والعناية طويلة المدى وهناك مختبرات تحليل ومختبرات أشعة وغيرها.

1- تعريف المؤسسات الصحية

وردت عدة تعريفات للمؤسسات الصحية نذكر منها:

- ✓ "المؤسسة الصحية هي الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية للمرضى"¹؛
- ✓ كما عرفت بأنها "إحدى المؤسسات الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن"²؛
- ✓ وتعرف أيضا بأنها "مكان لعلاج المرضى وتأهيلهم وتكون مجهزة بعيادات للأطباء، غرف للعمليات، غرف للإنعاش وغرف للمرضى، إضافة إلى وجود عيادات خارجية لاستقبال المرضى غير المقيمين وفيها المختبرات، أقسام الأشعة، أقسام الطوارئ، ويعمل فيها أطباء وممرضون"³؛
- ✓ كما تعرف بأنها "كل مؤسسة تنشط في المجالات الصحية والرعاية الصحية العامة والمتخصصة وإدارة الرعاية الصحية والخدمات المساندة مثل المستشفيات، مراكز إعادة التأهيل، مراكز الرعاية الصحية، دار المسنين، مستشفى الأمراض العقلية"؛
- ✓ وتعرف أيضا بأنها "مركز خدمي مختص بتقديم خدمة متكاملة، وهي عبارة عن مجموعة من التخصصات والمهن الطبية وغير الطبية والخدمات والأدوية والمواد التي تنظم بنمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرقبين وإشباع حاجاتهم واستمرار المؤسسة"¹؛

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2005، ص21

² نفس المرجع، ص21

³ وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2011، ص23

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

✓ أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفتها من المنظور الوظيفي بأنها "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي لجميع أفراد المجتمع، كما أنها مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي وكذلك مركزاً للأبحاث الطبية والاجتماعية، فضلاً عن كونه مركزاً لإعادة تأهيل المرضى الراقدين وكذلك المراجعين".²

وبذلك فإن المؤسسات الصحية عبارة عن تركيب اجتماعي إنساني يهدف للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن، ويتكون من ثلاث عناصر أساسية أفراد وجماعات تحتاج إلى خدمات صحية، أفراد أو مهنيون متخصصون بميادين صحية متنوعة، ومنظمات اجتماعية إنسانية تنظم أسلوب تقديم الخدمة الصحية، أسلوب التمويل والشراء للخدمات، تقنين وتشريع الخدمات، التخطيط والتنسيق، رسم الأهداف والسعي المتواصل لتحسين الخدمات ومراقبة ذلك.

2- خصائص المؤسسات الصحية

- هناك عدة خصائص تميز نشاط المؤسسات الصحية عن غيرها من المؤسسات الأخرى، منها:
- ✓ تعدد أسعار الخدمة الواحدة ففي الوقت الذي قد تقدم فيه خدمة معينة مجاناً لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة قد تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تقدم بمقابل يساوي كلفة الخدمة أو بمقابل يزيد عنها لفئة مختلفة، كما قد تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل فقد تحصل قيمتها نقداً أو بالأجل، أو وفقاً لتعاقدات بين المؤسسة الصحية وجهات عمل معينة؛
 - ✓ تعدد أهداف المؤسسات الصحية؛
 - ✓ تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلاً من أسلوب الإدارة بالأهداف وذلك لأن متطلبات العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل؛
 - ✓ يغلب الطابع العاطفي أحياناً في اتخاذ القرار في المؤسسات الصحية؛
 - ✓ تتعامل المؤسسات الصحية في صراع مع مشكلة الحياة والموت وهذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة، كما أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص وقليل ما يتحمل الخطأ؛
 - ✓ يعتمد نشاط المؤسسات الصحية أساساً على كفاءة ومهارة العنصر البشري حيث يركز المرضى على كفاءة ومهارة الأطباء والمرضى في تمييز نشاط مؤسسة عن أخرى؛
 - ✓ الخدمة المستمرة والدائمة (على مدار الساعة)؛

¹ آلاء نبيل عبد الرزاق، استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2011، ص 287

² ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 23

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

- ✓ صعوبة تقييم الخدمات الطبية المقدمة بحيث يصعب إيجاد قيم كمية للخدمات التي تقدمها المؤسسة¹؛
- ✓ وجود أكثر من خط للسلطة فالأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية ممثلا بالجهاز الإداري، والثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على السلطة، أما النوع الآخر من السلطة هو السلطة النقابية التي لها ثقل تمثيلي مما يسمح بأن يكون لها موقع تفاوضي قوي؛
- ✓ التعقيد في تركيب المؤسسة الصحية بسبب كثرة أعداد وأنواع المهن والوظائف؛
- ✓ كثرة القوانين والأنظمة والتعليمات التي تطبقها المؤسسة أثناء تأدية العمل.²

المطلب الثاني: تصنيف المؤسسات الصحية

في بعض الأحيان يكون من الصعب إيجاد تصنيف وتقسيم محدد لبعض المنظمات التي تمارس أنشطة ذات علاقة عامة بالمجتمع وتتعدد مهامها وأنشطتها، وهو ما ينطبق إلى حد كبير على المؤسسات الصحية، التي يمكن أن نقسمها إلى:

- ✓ مؤسسات غير منتجة للخدمة الصحية تتمثل في وزارة الصحة ومديريات الصحة وكل الهيئات الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية؛
- ✓ مؤسسات منتجة للخدمة الصحية كالمستشفيات والعيادات ومراكز العلاج وبشكل عام يمكن تصنيفها إلى:

1- التصنيف على أساس الملكية والتبعية الإدارية

تعد الملكية أساسا مهما في الرقابة والسيطرة على عمليات وسياسات المؤسسات الصحية والتي تقسم إلى:³

1-1- المؤسسات الصحية العمومية

وهي المؤسسات التي تتبع الحكومة من حيث الإدارة والتمويل والإشراف، وغالبا ما تتبع وزارة الصحة، وهي مؤسسات لا تهدف إلى الربح وتأخذ عدة أشكال:

¹ دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة 2014، ص ص 5-6

² Bouadi sonia, **le projet d'établissement hospitalier**, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de magister en sciences économique, université mouloud mammeri de tizi-ouzou, 2014, pp 40-44

³ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 27

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

1-1-1-1 المؤسسات الإستشفائية العامة

ويقوم هذا النوع بتقديم خدمات لجميع الأفراد بالمجان أو مقابل رسوم رمزية، وتمتاز بـكبر حجمها وتضم مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة، وتمثل النسبة الأكبر من حيث عدد المستشفيات ومقدار تأثيرها على الجمهور وحجم تعاملها اليومي.

1-1-1-2 المؤسسات العمومية الخاصة بفئات معينة

تتميز هذه المؤسسات بأنها تابعة لوزارة محددة أو هيئة عامة وتقتصر على تقديم الخدمات للعاملين في هذه الجهات وأسرههم كالمستشفيات العسكرية، مستشفيات الشرطة.

1-1-1-3 المؤسسات العمومية المتخصصة

حيث تخصص هذه المؤسسات في تشخيص ومعالجة حالات مرضية معينة، كالمستشفيات المتخصصة في أمراض السرطان والعيادات المتخصصة في علاج الأمراض الصدرية.

1-1-1-4 الوحدات العلاجية والمستوصفات

تعتبر مؤسسات صغيرة الحجم إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، وتنتشر عادة في القرى والمناطق الريفية، وتقتصر الخدمة فيها غالباً على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المؤسسات الأخرى.

1-1-1-5 المؤسسات الجامعية

هي نوع من المستشفيات التي تلحق بالجامعات أو كليات الطب في المناطق المتواجدة بها، وتقدم بها نفس خدمات المؤسسات العامة، كما تحتوي على بعض الأقسام التعليمية لممارسة التدريب العملي للطلاب. تعتبر المستشفيات العامة لما يتوفر لها من إمكانات فنية وتكنولوجية وبشرية ضخمة ومتخصصة من أهم المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الطبية، كما تعتبر الأولى من حيث تكلفة الإنشاء والتجهيز والتشغيل مما يترتب عليها القيام بدور هام في مجال تقديم الخدمات الصحية بمفهومها الواسع والصحيح وعدم اقتصار دورها على تقديم خدمات التشخيص والعلاج.

1-1-2 المؤسسات الصحية الخاصة

تسعى هذه المؤسسات غالباً لتحقيق الربح بالدرجة الأولى وتكون مملوكة (لأفراد، هيئات، جمعيات دينية أو خيرية، شركات خاصة) تتم إدارتها وفقاً لنمط إدارة الأعمال في القطاع الخاص، وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة، وتأخذ عدة أشكال منها:

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

1-2-1- مؤسّسات صحّية بأسماء أصحابها

حيث يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء، وتقدم خدماتها في مجال تخصصهم بمقابل يتم تحديده والاتفاق عليه حسب الخدمة المطلوبة من المرضى، ويعتمد هذا النوع من المؤسسات بالدرجة الأولى على خبرة، مهارة وسمعة أصحابها، وكذا جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

1-2-2- مؤسّسات الجمعيات غير الحكومية

كالجمعيات الدينية والخيرية تعمل هذه المؤسسات تحت ظل ملكية مؤسسات خيرية في الغالب ويتم تمويلها عن طريق الهبات والتبرعات من أفراد المجتمع أو الجمعيات الخيرية أو شركات التأمين ومؤسسات الضمان الإجتماعي، تقدم خدماتها لمختلف الفئات مقابل رسوم محدودة نسبياً، وتغطي مصاريفها من تلك الأطراف ولا يتم تحميلها على المريض، فهي لا تسعى للربح وقد تقدم خدمات عامة أو متخصصة.

1-2-3- مؤسّسات صحّية استثمارية

وهي التي يملكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة ليسوا بالضرورة أطباء، تهدف بالدرجة الأولى إلى تحقيق الربح فضلاً عن تحقيق الهدف الرئيسي الذي أنشئت لأجله، يتحمل المريض كافة تكاليف العلاج وغالباً تكون الأسعار فيه مرتفعة قياساً بالأنواع الأخرى منسوبة إلى نوعية الخدمة الصحية المقدمة وخصوصيتها وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية وغالباً ما تأخذ شكل شركات المساهمة أو ذات المسؤولية المحدودة.

2- التصنيف على أساس طبيعة المنتج النهائي

تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى:¹

1-2-1- مؤسّسات الخدمات الصحية

وهي مختلف المؤسسات التي تقدم منتجات نهائية تتمثل في خدمات صحية لاملموسة، كالمستشفيات والعيادات الطبية ومخابر التحاليل الطبية، وتنقسم بدورها إلى:

1-1-2- المؤسسات الصحية العلاجية

مثل المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية.

2-1-2- المؤسسات الصحية الوقائية

كمراكز الأمومة والطفولة والصحة المدرسية.... الخ

¹ آلاء نبيل عبد الرزاق، مرجع سابق، ص ص 9-10

2-2- مؤسسات السلع الصحية

وهي مختلف المؤسسات الصحية التي يتمثل منتجها النهائي في سلع صحية ملموسة كالصيدليات ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية.

3- التصنيف على أساس الموقع والسعة السريرية

يعد تصنيف المؤسسات الصحية حسب السعة السريرية تصنيف نسبي و عام يختلف من دولة إلى أخرى ويمكن تصنيفها حسب هذا المعيار إلى:¹

3-1- المراكز الاستشفائية الجهوية (CHR)

وتحتوي هذه المؤسسات عادة على جميع الخدمات وتكون عادة مستشفيات جامعية ذات طاقة سريرية إستيعابية كبيرة.

3-2- المراكز الإستشفائية (CH)

تقوم بتقديم خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات في منطقتها وتتوقف سعتها السريرية على الاحتياجات الصحية للأفراد ويمكن أن تتراوح بين 100 إلى 300 سرير

3-3- المستشفيات المحلية

وهي المؤسسات التي تقدم خدماتها لتجمعات سكانية قليلة لا تتجاوز سعتها السريرية 100 سرير ويستخدم المستشفى كذلك بهدف تدريب الأطباء المقيمين والمرضات والقابلات وباقي المهن الطبية المساعدة كما يساهم في أنشطة الرعاية الصحية الأولية في ميادين الاختصاصات الطبية المختلفة.

3-4- المراكز الصحية

تقوم بفحص المرضى وتقديم المعالجة اللازمة لهم، وتحويل إلى المستشفى من يحتاجون للإدخال وتهدف المراكز الصحية إلى تخفيف المعاناة على المرضى المحولين لأطباء الاختصاص بدل التوجه إلى المستشفى، كما يساهم في تخفيف الضغط على المستشفيات كي تتوفر لمعالجة مرضاهم المقيمين.

4- التصنيف حسب معيار جودة الخدمة المقدمة

وتصنف المؤسسات حسب هذا المعيار إلى:

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، الطبعة الخامسة، 2014، ص 124

4-1- مؤسسات معتمدة

وهي المؤسسات التي تعترف بما بعض الهيئات العلمية المتخصصة، حيث تمثل للشروط والضوابط التي تكفل قيامها بأداء خدماتها الصحية بمستوى أفضل.

4-2- مؤسسات غير معتمدة

وهي المؤسسات التي لا تمثل لأي شروط أو ضوابط من قبل الهيئات العلمية المتخصصة.

وهناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية نذكر منها:¹

✓ **الربحية:** فهناك مؤسسات تسعى إلى تحقيق الربح ومؤسسات لا تسعى لتحقيق الربح هدفها فقط البقاء والاستمرار؛

✓ **الجنس والعمر:** فهناك مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب الجنس كمستشفى أمراض النساء والتوليد أو العمر كمستشفى الأطفال.

ومن أجل الدقة في تصنيف المؤسسات الصحية لابد من مراعاة أخذ المعايير معاً، فالمؤسسات العامة أو المتخصصة يمكن أن تتبع في ملكيتها الدولة أو القطاع الخاص كما قد تكون مخصصة لفئة معينة أو لا، وقد تكون للإقامة الطويلة أو القصيرة.

المطلب الثالث: وظائف المؤسسات الصحية

يعتقد الكثيرون أن وظائف المؤسسات الصحية تقتصر على تقديم العلاج والدواء فقط، لكن الحقيقة أن هذه المؤسسات لديها وظائف متعددة تختلف باختلاف أنواع المؤسسات الصحية وأنواع الخدمات التي تقدمها والفئة المستهدفة، وتتمثل أهم هذه الوظائف في:²

1- تقديم الرعاية الطبية والصحية

تعد وظيفة رعاية المرضى والمصابين الوظيفة الأساسية للمؤسسات الصحية وتتمثل في الخدمات التشخيصية، العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية، والتي تركز حولها كافة الأنشطة والمهام التي تقوم بها المؤسسة فهناك وظائف أخرى عديدة وعلى درجة كبيرة من الأهمية والتي يمكن حصرها في:

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص ص 31-32

² فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص ص 108-120

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

الخدمات الفندقية وذلك بتوفير إقامة مناسبة لكافة المرضى، الخدمات التقنية التي تجمع الوسائل التكنولوجية الثقيلة الخاصة بخدمات التشخيص والعلاج (مخابر التحاليل وأقسام الأشعة)، الخدمات الإدارية المتمثلة في عمليات التوجيه، التنسيق والرقابة.

2- وقاية المجتمع من الأمراض

بالرغم من أن المؤسسات الصحية وجدت أصلاً لتقديم الخدمات العلاجية للمرضى إلا أن دورها الوقائي جزء من أخلاقياتها للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقها كمؤسسات اجتماعية ويمكن تصنيف الخدمات الوقائية على ثلاث مستويات:

- ✓ أولية: يجري تخطيطها لوقاية الأفراد من الأمراض كحملات التطعيم ومكافحة الحشرات؛
- ✓ ثانوية: تركز على الكشف المبكر عن المرض وعلاجه كحملات المسح الصحي لمجموعة معينة؛
- ✓ من الدرجة الثالثة: وهي خدمات متخصصة تقوم على مجهودات فريق متخصص وتهدف إلى إعادة تأهيل المرضى وضحايا الحوادث وتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية.

3- التعليم والتدريب

تعتبر المؤسسة الصحية المكان الأنسب والأمثل للتدريب العملي للأطباء والمرضى عندما تتوفر له من إمكانيات فنية وبشرية وأجهزة ومعدات لا تتوفر في غيرها من المؤسسات، ومن ناحية أخرى فالتطور في التقنيات والعلوم الطبية يفرض التدريب المستمر للأطباء والمرضى بعد التخرج وينطبق ذلك على كافة المهنيين والفنيين الصحيين العاملين في الميدان الصحي كالأخصائيين الاجتماعيين وأخصائيي التغذية وفنيي المختبرات والأشعة والعلاج الطبيعي.

4- البحوث الطبية والاجتماعية

تساهم المؤسسات الصحية من خلال المعامل والمختبرات وما تحتويه من تجهيزات، وسجلات طبية، وحالات مرضية متنوعة، وعناصر بشرية متخصصة في توفير الحيز المطلوب والمناسب لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية التي تساعد على تقدم العلوم الطبية وتطوير الوسائل والأساليب العلاجية.

المبحث الثاني: مفاهيم عامة حول الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية عنصرا مهما لإحداث التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم، لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته، ومن هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين وتسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها، والعمل على تطوير المؤسسات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنيات الطبية والخبرات العلمية والإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات، إيماننا بأهمية الصحة كخطوة أولى في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات.

المطلب الأول: مفهوم الخدمة

يكون من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، والخدمات لا تبتعد عن هذا المضمون كثيرا، لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة إلا أن كل واحد منها يمكن أن يعطي اتجاهها محددًا وإن كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم في بعض الأحيان.

01- تعريف الخدمة

قبل التعرض للخدمة الصحية يجب تقديم مفاهيم خاصة بالخدمة عموما، و في هذا السياق يمكن تقديم التعاريف التالية:¹

- ✓ عرفت الخدمة بأنها "كل نشاط يخلق قيمة ويعطي إضافة إيجابية للعميل في وقت ومكان محدد ويحدث تغيير إيجابي مرغوب لهذا العميل"؛
- ✓ أما كوتلر فقد عرف الخدمة على أنها: "أي فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما إلى طرف آخر، ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك، وأن إنتاجه قد يكون مرتبط بإنتاج مادي أو قد لا يكون"؛
- ✓ وفي الأخير يمكن تقديم تعريف جمعية التسويق الأمريكية للخدمات الذي ركز على خصائص الخدمة، فالخدمة هي: "منتجات غير ملموسة يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستعمل ولا يتم نقلها أو تخزينها وهي تقريبا تبنى بسرعة".

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن الخدمة هي نشاط أو منفعة يتم الحصول عليها وتكون غير ملموسة، ولا ينتج عنها تملك مثل ما هو الحال بالنسبة للمنتجات المادية من سلع وبضائع، وهذا يعني إمكانية الانتفاع بها لتلبية حاجة ما، أي تحقيق الرضا دون تملكها.

¹ رقاد صليحة، تقييم جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات شهادة الماجستير في العلوم التجارية، جامعة الحاج لخضر

2- خصائص الخدمة

يمكن تحديد الخصائص الأساسية التي تجعل الخدمات تتميز عن السلع والمتمثلة في:¹

2-1- اللاملموسية

تعني هذه الخاصية أن الخدمات لا يمكن اختبارها، مشاهدتها، لمسها أو سماعها قبل أن تتم عملية شرائها وخصوصا لذلك الشخص الذي لا يمتلك تجربة سابقة في الخدمة المطلوبة، وعليه تكون مهمة مقدم الخدمة جعلها ملموسة بطريقة أو أكثر وهذا ما يطلق عليه الدليل المادي الذي يعطي للعملاء دليلا على جودة الخدمة المقدمة.

2-2- التلازمية

وهي عبارة عن درجة الإرتباط بين الخدمة ذاتها ومقدمها وتكون أعلى بكثير في الخدمات مقارنة بالسلع المادية وتشير خاصية التلازمية إلى وجود علاقة مباشرة بين مقدم الخدمة والمستفيد فغالبا ما يتطلب الأمر حضور المستفيد من الخدمة عند تقديمها، كما يترتب على خاصية التلازمية ضرورة مساهمة أو مشاركة المستفيد في إنتاجها، وهذه الأخيرة تعد خاصية أساسية للكثير من الخدمات.

2-3- التباين وعدم التجانس

يختلف تقديم الخدمة من شخص لآخر خاصة إذا تعلق الأمر بخدمات تعتمد بالدرجة الأولى على التدخل الإنساني فيكون من الصعب على المستفيد من الخدمة المقارنة بين نفس الخدمات المعروضة قبل شرائها، كما يكون أيضا من الصعب على مقدم الخدمة إنتاج نفس الخدمة وبنفس الصفات في الوقت والمكان نفسه بالإضافة إلى أن الخدمات تقدم في أماكن عديدة ومن طرف أشخاص مختلفون في نفس المؤسسة أو من مؤسسة لأخرى وبالتالي فإن النمطية في إنتاج الخدمات تعد أمرا صعبا عكس السلع المادية التي تكو في غالب الأحيان نمطية.

2-4- الهلاك (عدم القابلية للتخزين)

بما أن الخدمة نشاط غير ملموس وبالتالي لا يمكن خزنها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، وأنها لا تتجاوز زمنيا الطلب المتحقق عليها وخصوصا إذا كان الطلب متقلبا أو غير مستقر للخدمات التي يطلبها الأفراد كخدمات النقل والسياحة والعلاج .

2-5- عدم التملك

¹. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص ص 57-58

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

ونعني بذلك أن الخدمة يمكن الانتفاع منها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها، كما هو الحال في استخدام سيارة الأجرة ، والهاتف العمومي والفندق والرقود في المستشفى، كلها حالات تمثل انتفاع الشخص من هذه الخدمات مقابل ما يدفعه من نقد، إلا أنه لا يحق له امتلاك الجوانب المادية التي تنتج عنها الخدمة.

المطلب الثاني: مفهوم الخدمات الصحية

إن تعريف الخدمات الصحية لا يختلف كثيرا عن تعريف الخدمة بصفة عامة لأن جميع الخدمات متماثلة من حيث الخصائص والمضمون.

1- تعريف الخدمات الصحية

- وردت عدة تعاريف للخدمة الصحية، حيث اختلفت باختلاف آراء الباحثين والكتاب ومن بينها:
- ✓ تعرف الخدمة الصحية على أنها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أو إرشادا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"¹
 - ✓ كما تعرف الخدمة الصحية على أنها: "مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين وباستخدام سلع مساعدة ولكن لا تحول ملكيتها إلى المستفيد من الخدمة"²؛
 - ✓ كما تعرف الخدمة الصحية بأنها: "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات والأجهزة الطبية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية"؛
 - ✓ كما تعرف أيضا بأنها: "مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الإجتماعية وغيرهان بشكل غير مباشر بحيث تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية، الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب"؛
 - وانطلاقا من التعاريف السابقة يمكن أن نعرف الخدمات الصحية على أنها الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي لجميع أفراد المجتمع سواء كانت تشخيصا أو تدخلا طبيا أو وقائيا مقابل ثمن معين أو دون مقابل.

2- خصائص الخدمات الصحية

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص 168

² ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 98

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

إضافة إلى الخصائص التي تميز الخدمات بصفة عامة، فهناك مجموعة من الخصائص أخرى تميز الخدمات الصحية عن باقي الخدمات:¹

- ✓ تتميز بكونها عامة للجمهور، وتسعى إلى تحقيق منفعة عامة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة؛
- ✓ تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة؛ فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه؛
- ✓ تتأثر الخدمات الصحية بصفة خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص؛
- ✓ تكون قوة القرار في المؤسسات بيد شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المؤسسات الصحية بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء؛
- ✓ تذبذب الطلب على الخدمات الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، مما يستوجب الاستعداد المبكر وحشد الطاقات الإدارية والفنية لإنتاج الخدمة الصحية لطالبيها وعدم إمكانية التأخر والاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في المهمة الإنسانية للمؤسسة الصحية، فعلى سبيل المثال في موسم الشتاء نجد طلبا عاليا على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام، وفي فترة أخرى بالأخص في فصل الصيف يكثر الطلب على الأدوية واللقاحات الخاصة بالأوبئة؛
- ✓ غير قابلة للتأجيل لأن غالبيتها تتطلب السرعة في التقدم، فالإصابة بمرض معين يقتضي سرعة علاجه للقضاء عليه عند ظهور الأعراض، ويترتب على هذه الخاصية بعض الأبعاد المرتبطة بتحقيق حماية المستفيد منها وهي:
- البعد المكاني: والذي يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد وبمعنى آخر ضرورة إتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة؛
- البعد الزمني: والذي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها فيه سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية فتأجيلها تترتب عليه أضرار بالغة؛
- ✓ كثافة عنصر العمل في صناعتها حيث تعتمد على عقول وأيدي الطبيب المعالج والفني والإداري.

المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية

يمكن أن نصنف الخدمات الصحية إلى ثلاث مجموعات أساسية هي:²

¹ وليد يوسف الصالح، مرجع سابق، ص 56

² أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، كلية الإقتصاد وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2009، ص ص 39-41

1- خدمات علاجية

وهي خدمات موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات سواء على مستوى المصالح الإستشفائية أو العيادات الخارجية، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحليل وتشمل:

1-1- خدمات الرعاية الخارجية

وهي خدمات التشخيص والعلاج التي لا تشمل أي رعاية ايوائية للمرضى تقدم في العيادات الخارجية وقاعات العلاج... الخ

1-2- خدمات الرعاية الداخلية

وهي الخدمات الصحية الاستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة بالمستشفى.

1-3- خدمات إعادة التأهيل والرعاية الصحية طويلة الأمد

تشمل إعادة تأهيل المرضى المصابين بأمراض مزمنة ومصابي الحوادث ويتطلب ذلك فترة زمنية طويلة، تقدم هذه الخدمات من خلال مراكز التأهيل المتخصصة أو الرعاية التأهيلية المنزلية.

2- خدمات وقائية

تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في:

- ✓ حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة؛
- ✓ الإشراف المباشر على حماية الأمومة والطفولة مع التركيز على برامج التحصين؛
- ✓ الترشيد الصحي وتوعية الأفراد بالمشكلات الصحية وكيفية الاستفادة المثلى من برامج الخدمات الصحية؛
- ✓ الإحصاءات الحيوية والصحية والأبحاث العلمية في المجال الصحي؛
- ✓ القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة كتوفير المياه الصالحة للشرب وحماية البيئة من التلوث؛
- ✓ حملات التلقيح والتطعيم، وخدمات التشخيص المبكر لبعض الأمراض.

3- خدمات إنتاجية

وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات، كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

المبحث الثالث: مفاهيم عامة لجودة الخدمات الصحية

تحتل الجودة موقعا مهما في توجهات ونشاطات المؤسسات المختلفة، ويرجع تزايد الاهتمام بالجودة إلى التغيرات السريعة والمتنوعة في البيئة الاقتصادية العالمية، والتغير في رغبات المستفيدين، والتحول التكنولوجي المتلاحقة وغيرها من العوامل، وتعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة لأنها تهتم بتقديم خدمات لأعلى ما تملكه المجتمعات وهو الإنسان.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

ليس هناك مفهوم محدد لجودة الخدمة حيث يركز معظم الباحثون على إدراك العميل لجودة المنتج أو الخدمة ودرجة مطابقتها لتوقعاته، فإذا حصل على خدمة أدنى مما كان يتوقعه فقد اهتمامه بالمؤسسة، وإذا اتفقت الخدمة مع توقعاته أو فاقته فسوف يقبل على تكرار التعامل مع المؤسسة فعرفت على أنها " تكامل جهودات كافة الأنشطة والأقسام والتي من خلالها يتم إنتاج خدمة تلبي توقعات العملاء"، ويربط البعض تعريف الجودة بالقيمة التي يحصل عليها العميل، والقيمة قد تعبر عن المنفعة التي يحصل عليها مقابل السعر والتكلفة التي يتحملها، كما يرى البعض أن جودة الخدمة لا تتعلق فقط بالقيمة التي يحصل عليها العميل مقابل السعر ولكن تتعلق بالاستخدام الأمثل للموارد من قبل المؤسسة الخدمية للوفاء باحتياجات كافة العملاء.¹

ومن هذا المنطلق يجب النظر إلى جودة الخدمة على أنها مسؤولية الجميع، وهذا ما يتطلب تصميم إستراتيجية طويلة المدى تركز أساسا على:

- ✓ إدراك الإدارة لتوقعات العملاء، وإدراك العملاء لمستوى الخدمة المقدمة؛
- ✓ وضع خطة إستراتيجية تقوم على رؤية واضحة توجه نحو التغلب على أي فجوة في الأداء، ويكون هدفها تقديم خدمة ترضي بشكل كبير احتياجات العملاء داخل وخارج المؤسسة، وذلك بتلبية توقعاتهم المعبر عنها؛
- ✓ مشاركة العاملين في تشخيص وتحليل وحل المشاكل، وتقديم الاقتراحات وذلك في إطار فرق العمل أو فرق الجودة؛
- ✓ خلق ثقافة تنظيمية ترسخ التزام الجميع بالجودة والعمل على إرضاء العميل، وذلك من خلال تبني سياسة التحسين المستمر لجميع جوانب العمل.

¹ سوسن شاكر مجاهد ومحمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة والتعليم، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007،

1- تعريف جودة الخدمة الصحية

إن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية ليس سهلاً لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لأراء مختلفة منها رأي الطبيب والمريض وإدارة المستشفى فلكل من هؤلاء رأيها الخاص وهي آراء لا تعكس بالضرورة اتجاهاتها متماثلاً.¹

✓ فمن وجهات النظر المتعددة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية تحتل وجهة نظر المريض أهمية بالغة حيث إن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة أعلى لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى ولبت احتياجاتهم وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع"²؛

✓ كما تعرف بأنها "تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات المرضى"³؛

✓ كذلك تعرف بأنها "تقدم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر إرضاءً للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة ايجابية نحو الرعاية الصحية المقدمة"⁴؛

✓ أما المنظمة العالمية للصحة فقد عرفت على أنها "التماشي مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، حيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"⁴؛

✓ أما الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعروفة باسمها المختصر (جاكو) فقد عرفت بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة للخدمة محددة أو إجراء أو تشخيص أو أي مشكلة طبية"⁵.

¹ فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2014 ص145

² تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 199

³ عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، 2012، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان ص 88

⁴ عتيق عائشة، نفس المرجع، ص 89

⁵ خالد بن السعيد، مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد 1، نوفمبر 1954، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ص 12

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن جودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، أما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.

2- التطور التاريخي لجودة الخدمة الصحية

تعتبر الممرضة البريطانية (فلورنس نايتنجيل) أول من استخدم مفهوم الجودة في مجال الطب حيث أدخلت فكرة قياس الأداء وتحسين العمليات والتي ساهمت بشكل كبير في خفض معدل الوفيات بين الجنود الجرحى خلال حرب القرم، الأمر الذي يعتبر منطلقاً مهماً في ضمان جودة الخدمات الصحية والاعتراف بها.¹

أما في العصر الحديث، فقد أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الخدمة الطبية، من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية والإعداد والالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج، هذا وقد شكلت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى، اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات عام 1952، والتي تسمى في الوقت الحاضر "اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية (JCAH)، حيث تابعت حركة تحسين الجودة وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المؤسسات الصحية.²

وقد تتابعت جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها المؤسسات العمومية والخاصة والجمعيات المهنية، وقد يكون أهم أعمال هذه الحركة فكرة معايير الجودة أو ضمان الجودة في سنوات السبعينات والثمانينات ميلادية، فیری الباحثون أن برامج ضمان الجودة قامت على مبدئين أساسيين هما:

✓ إجراءات المراقبة أصبحت تعمل بصفة روتينية؛

✓ وجود نموذج لتنفيذ العمل يخضع لمبدأ المطابقة مع معايير موضوعة مسبقاً، وضمن الجودة يعني احترام هذا التطابق.

إن تطور مفاهيم الجودة عبر مراحل زمنية مختلفة، ما هو إلا دليل على صعوبة بلورة قاعدة علمية ومنهجية محددة المعالم للجودة في المجال الصحي، وأصبح الاتجاه السائد في الوقت الحالي هو الاهتمام المتزايد بإشراك المريض في إنتاج هذه الأخيرة والمساهمة في تحسين جودتها، وذلك يستلزم إقناعه بجدية إشكالية جودة الخدمة الصحية، وأن لها

¹ حنان الأحمدی، تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض، مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة، المجلد

الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000، ص 116

² ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 24

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

نتائج إيجابية حقيقية فضلا على زيادة الاهتمام بالاستهلاك الصحي حيث أصبحت معظم المؤسسات الصحية تخضع لمنطق مزدوج:

- ✓ منطق التحكم في النفقات الصحية استجابة لمتطلبات الجهات الممولة وشركات التأمين؛
- ✓ منطق تحسين الجودة استجابة لمعايير منظمات الاعتماد والتأهيل، فضلا عن متطلبات المرضى الذين أصبحوا يلجؤون للقضاء في حالات الخطأ الطبي والتعرض للأخطار داخل المؤسسة.

3- أهمية الجودة في الخدمة الصحية

تبرز أهمية الجودة في الخدمات الصحية فمن خلال:¹

- ✓ ارتباط الخدمة الصحية إلى حد كبير مع الجودة حتى أصبح من الضروري اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والجودة وهذا الأمر قاد إلى اعتماد مقياس أطلق عليه تسمية مقياس الفجوة وهو عبارة عن سلسلة من المقاييس المتكاملة والمتراصة لمعرفة رأي المستهلك بما يتوقعه من أداء في الخدمة المقدمة له من منتجها ووفقا لعدد من الخصائص وبعبارة أخرى فإن هذا المقياس المتعدد الأبعاد يقوم على أساس معرفة الفجوة بين ما يدركه المستهلك من الخدمة وما يتوقعه وبالتالي فإنه لا يمكن تحليل تسويق الخدمة الصحية دون اختبار الجودة فيها؛
- ✓ للجودة أبعاد رئيسية يتم اعتمادها كأساس في القياس لتأشير مستوى الجودة، وتتمثل هذه الأبعاد في: الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد (الثقة)، التعاطف، الملموسية؛
- ✓ تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشر مهم في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة له من قبل المستشفى أو أي مؤسسة صحية أخرى، كما تؤثر مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض من تلك الخدمة؛
- ✓ الجودة في الخدمة الصحية تخضع للتحسين المستمر من خلال إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى، هادفة إلى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء بمعنى التوسع في مستوى جودة الخدمات التي يتوقعها المرضى من الخدمة الطبية والسريية المقدمة لهم وبكافة جوانبها الأخرى أما التكاملية فهي كون المستشفى نظام مكون من أنظمة فرعية يعتمد بعضها على البعض الآخر، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى، وعلى سبيل المثال فإن الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها الطبية السريية من دون وجود تكامل مع الهيئة التمريضية أو الخدمات الساندة الأخرى كالمختبر، الأشعة، الصيدلية... الخ

¹ سيد أحمد الحاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر

المطلب الثاني: أهداف جودة الخدمة الصحية

هناك عدة أهداف عامة يمكن أن تعد القاسم المشترك بين مختلف المؤسسات الصحية، ومن بينها الأهداف التالية:¹

- ✓ وضع الضوابط وإعداد المعايير وتحديد الإجراءات التي تكفل الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى؛
- ✓ تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المريض وزيادة ولائه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لها؛
- ✓ تحقيق الربحية إذ يعتبر الهدف الثاني بعد تقديم الرعاية الصحية وخاصة في المستشفيات الخاصة، وان كان تحقيق الربح من خلال الإنسانية وعلاج المرضى وإنقاذ المصابين يبدو غريبا إلا أن هناك مجموعة من المستشفيات في الأساس هي شركات ومشروعات فردية تسعى لتحقيق الربح وذلك من أجل البقاء والاستمرارية والتوسع، كما نجد أيضا أن المستشفيات العامة قد تسعى للربح من خلال تخصيص بعض الأقسام للعلاج بأجر وتقديم بعض الخدمات التشخيصية بأجر رمزي وذلك من أجل زيادة دخلها وتدعيم القدرة المالية؛
- ✓ تعد معرفة آراء وانطباعات المرضى وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها؛
- ✓ تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها؛
- ✓ تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المرضى الهدف الأساسي من تطبيق الجودة؛
- ✓ تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية إذ تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم الجودة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين كما يساهم تطبيق الجودة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية؛
- ✓ زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات العملاء؛
- ✓ زيادة قوس التنافس بين المنشآت الصحية المشابهة.

¹ سيد أحمد الحاج عيسى، مرجع سابق، ص ص 75-76

المطلب الثالث: العناصر المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

إن تقديم خدمة صحية عالية الجودة يعد من الأمور الصعبة جدا خاصة إذا كان المستفيدون منها متباينو الإدراك، فالمرضى اللذين سبق لهم أن تعاملوا مع المؤسسات الصحية قد لاحظوا أشكالا مختلفة من التباين في مستوى الخدمة، إلا أن ذلك لا يمنع إدارة التسويق في المؤسسات أن تتبع وتدرس العناصر الرئيسية التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة، وتمثل هذه العناصر في:¹

1- تحليل توقعات الزبون

إن منتجو الخدمات الصحية بحاجة إلى فهم توقعات الزبائن عند تصميمهم للخدمة الصحية، إن لم يكن هذا التصميم يفوق التوقع أساسا، لأنه الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية في الخدمة المقدمة والمرضى يمكنهم أن يحققوا إدراكهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين عدد من المستويات المختلفة للجودة:

1-1- الجودة المتوقعة

وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها.

1-2- الجودة الفعلية

وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتادت المؤسسة الصحية أن تقدم بها الخدمة الصحية للمرضى.

1-3- الجودة المدركة

وهي مستوى الجودة المحسوس من قبل الزبون انطلاقا من رغباته الخاصة، وهو تعبير عن درجة رضاه، وتعتبر أكثر أهمية من الجودة المقدمة في مجال رضا الزبون.

1-4- الجودة القياسية

ذلك المستوى من جودة الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المؤسسة.

¹ بديسي فهيمة، زيوش بلال، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، العدد 7

2- تحديد جودة الخدمات

حالما تفهم إدارة المؤسسة حاجات المرضى فإنه يجب أن تضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبط بأداء العاملين فيها وبمستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

3- أداء العاملين

عندما تضع إدارة المستشفى المعايير النوعية للخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الطاقم الطبي والفني في المستشفى، فإنها بالمقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للطاقم الطبي والتمريضي والخدمي المتصل بالمرضى بأن أدائهم سيكون بالمستوى المناسب والمطلوب، ولا شك بأن نظام التقييم للرواتب والحوافز الذي يستخدم في المستشفى يلعب دورا كبيرا في أداء العاملين، إن العمل بروح الفرد الواحد، الجهد المبذول تجاه المرضى، اللطف والأدب في الرد على استفسارات المرضى، الاستجابة السريعة لطلبات المرضى وتنفيذها وغيرها، لها أثر مضاف في تحديد مستوى التقييم والحوافز الممنوحة للعاملين ودون أن تخضع لاجتهادات شخصية.

4- إدارة توقعات الخدمة

إن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المستشفى والترويج والإعلان في خارجها، ويكون من الضروري على إدارة المستشفى ألا تقدم وعودا لا تستطيع تحقيقها نظرا لضخامتها أو عدم تجانسها مع قدراتها في التنفيذ أو الضعف في التدريب أو الكفاءة اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك، وهذا سينعكس بالتالي على عدم رضا المستفيد عن الخدمة الصحية المتوقع حصولها.

خلاصة

في هذا الفصل تم التركيز على مختلف الجوانب النظرية في جودة الخدمات الصحية فقد تعرفنا في البداية على المؤسسات الصحية وخصائصها وبعض تصنيفاتها، ثم تعرفنا على الخدمات بصفة عامة وخصائصها والخدمات الصحية بصفة خاصة وخصائصها ودورة حياتها، وفي الأخير تعرفنا على جودة الخدمات الصحية من خلال وجهة نظر مختلف الأطراف المتعاملة مع المؤسسة الصحية وأهميتها وأهدافها وكذلك على مختلف العناصر المؤثرة فيها. ونخلص إلى القول بأنه نظرا لاختلاف حجم العمل ومزيج الحالات التي يمكن أن ترد إلى المؤسسة الصحية في أي وقت، ونظرا لأن الخدمات الصحية هي خدمات فردية أكثر منها نمطية، ونظرا لأن غالبية الأنشطة فيها لا يمكن مكنتها وتنميطها أو تخطيطها بشكل مسبق كما هو الحال في المؤسسات الصناعية، فلا بد للمؤسسات الصحية أن تعتمد بشكل كبير على العنصر البشري للقيام بالتعديلات اليومية والتأقلم مع الأوضاع اليومية المتغيرة. ولذلك سنحاول من خلال الفصل الثاني الإحاطة أكثر بمختلف الجوانب النظرية لجودة الخدمات الصحية بالتعرض إلى مختلف مقاييس الجودة لتقييم باعتبارها أداة لتقييم مستوى الخدمات المقدمة باستخدام مجموعة من الأبعاد والمؤشرات، كما سنتعرض إلى مداخل تحسين الجودة الذي يعد مدخلا حديثا لتقييم الجودة باستخدام القياس المقارن وإدارة الجودة الشاملة.



الفصل الثاني

قياس جودة الخدمات الصحية



تمهيد

بعد التطرق إلى مفهوم الجودة والعناصر المؤثرة فيها نجد أن المؤسسات الصحية تحتاج إلى أداة تستطيع على أساسها الحكم على فعالية الأنشطة والعمليات اللازمة لتحقيق الأهداف المنشودة والتوصل إلى ما قد يكون هناك من تباين بين النتائج المستهدفة وبين النتائج التي تحققت فعلا وهذه الأداة هي المعيار، ومقارنة المحقق بالمستهدف على أساس المعايير المحددة مسبقا هي عملية القياس، فقد أصبح موضوع تقييم جودة الخدمات الصحية من المسائل الشائكة والمعقدة، لكن هذا التعقيد لا يمنع من استخدام مختلف الأساليب والطرق التي من شأنها أن تساهم في عملية تطوير واعتماد معايير لتقييم الجودة.

ونظر لأن الخدمات الصحية كباقي الخدمات قد يصعب قياسها من أجل معرفة موطن الخلل والنقص في الجودة وبهدف كسب رضا وثقة المريض بالدرجة الأولى وذلك لاعتباره الحكم الأساسي على جودة الخدمات المقدمة، ومن أجل وصول المؤسسة لمستوى الجودة المرجوة من قبل المريض يتم السعي لتحسين وتعديل الخدمات المقدمة وذلك بإتباع العديد من الإستراتيجيات والطرق العلمية التي يمكن أن تلجأ إليها المؤسسات الصحية .

ولذا فإن توافر مقياس للجودة يتسم بالدقة والموضوعية يعتبر أمرا ضروريا لتقييم الأداء وتحليل الانحرافات عن المعايير الموضوعية ومن ثم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين الجودة في الأجل القصير والطويل على حد سواء، بمعنى أن عملية قياس الجودة تتيح العديد من المزايا للمؤسسات الصحية لعل أهمها:

- ✓ معرفة ما يحتاجه المرضى وما إذا كانت الإجراءات التي تتخذها المؤسسة ملائمة بالنسبة لهم أم لا؛
- ✓ معرفة الأفراد ذوي معدلات الأداء المرتفع وذوي الأداء المنخفض وذلك حتى يتسنى للمؤسسة مكافأة المتميز أو دفع الآخرين لتحسين أدائهم؛
- ✓ كذلك فإن قياس الأداء الفعلي وفق معيار محدد سلفا يساعد في تقييم جودة الخدمات والتعرف على الأسباب التي تحول دون الوصول إلى هذا المعيار، في حالة نقص النتائج المحققة فعلا عن النتائج المرجوة، وبناء على ذلك يتم اتخاذ قرارات التغيير أو التطوير اللازمة لحسن استخدام الموارد المتاحة وتحقيق أقصى عائد للخدمة بأقل تكلفة؛
- ✓ تحديد ما هو جيد وما هو سيء فيما يخص كل من المؤسسة الصحية والمرضى مما يساعد على الوصول إلى التوازن بين مصالح كل من الطرفين وتحقيق التحسين المستمر.

المبحث الأول: قياس جودة الخدمات الصحية

من الصعوبات الكبيرة التي يواجهها المرضى هو تقييمهم للخدمة لكونها غير ملموسة، ومع ذلك فإن الخدمات ومنها الصحية تمتلك بدلا من ذلك مواصفات جودة تجريبية أو موثوقية تعتمد على التجربة والخبرة كالرضا، السعادة، السرور، الحزن وهي مواصفات يمكن تقييمها فقط من خلال الشراء أو الاستهلاك كما في تداوي وتضميد الجروح، قلع الأسنان، جبر كسور العظام، والأمر يتسع لما هو ابعد من ذلك عندما ترتبط أو تعتمد مواصفات الجودة على الثقة والمصادقية، فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها كما هو مثلا في التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة والمستندة على جهاز الكمبيوتر.

المطلب الأول: مقاييس جودة الخدمة من منظور المرضى

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة ولا سبيل لتجاهلها، ولكن عند اختيار المقاييس يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع المتغيرات التي سوف تقيسها، وفيما يلي أهم المقاييس من منظور المرضى:

1- مقياس عدد الشكاوى

تمثل الشكاوى التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة إحدى الطرق السهلة والبسيطة التي تعبر على أن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى أو ما يقدم للمرضى من خدمات لا يتناسب مع إدراكهم والمستوى الذي يريدون الحصول عليه، ويمكن هذا المقياس المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث مشاكل وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات لمرضاها.¹

وعلى الرغم من أن هذه الطريقة تتميز بالسهولة في إعطاء مؤشر نحو إدراك المريض للخدمة إلا أن هناك بعض الانتقادات التي توجه لها أهمها:²

- ✓ أن عدد الشكاوى يعتمد على مدى سهولة تقدم المرضى بشكواهم، فعدم وجود شكاوى لا يعني بالضرورة رضا المريض، فيمكن أن يرجع ذلك إلى نقص الشجاعة لدى المريض للقيام بذلك أو عدم معرفة الطريقة للقيام بذلك، أو توفير الجهد والوقت؛
- ✓ عدد قليل من المرضى سوف يتقدمون بالشكاوى؛
- ✓ هذه الطريقة لا تعكس الأسباب الرئيسية وراء شكوى المريض؛

¹ عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 79

² توفيق محمد عبد المحسن، قياس الجودة والقياس المقارن، دار الفكر العربي مكتبة النهضة المصرية، 2003-2004، ص 55 - 56

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

✓ التركيز على تجنب الشكاوى قد يدفع مقدم الخدمة إلى التركيز على منعها دون بذل الجهد لزيادة رضا المرضى.

ولكن بالرغم من الانتقادات السابقة يمكن القول أن هذا المقياس يعتبر هاما للخدمة التي تقدم دون المستوى، إذ يعتبر بعض المسؤولين كل شكوى يقدمها المريض ينبغي أن تتحول إلى ميزة تنافسية، وهذا يتطلب تعاملًا جيدًا مع الشكاوى واستفادة حقيقية منها.

2- مقياس الفجوة

إن المحور الأساسي في قياس جودة الخدمة الصحية هو الفجوة بين توقعات المريض حول جودة الخدمة المقدمة وإدراكاتهم لمستوى الأداء الفعلي للخدمة، ولكن هذه الفجوة تعتمد على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وتسويقها وتقديمها، أي بالإضافة إلى فجوة الإدراكات / التوقعات للمرضى هناك أربع فجوات أخرى تتلخص فيما يلي:¹

2-1- الفجوة الأولى: بين توقعات المريض وإدراك الإدارة لتلك التوقعات

وتنتج 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، ولكن قد يكون الأمر بشكل آخر أي أن المرضى يرغبون في الحصول على عناية أفضل من الممرضات.

2-2- الفجوة الثانية: بين إدراكات الإدارة لتوقعات المرضى والمواصفات المحددة لجودة الخدمة

وتنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل وبين إدراكات الإدارة لتوقعات المرضى، بمعنى أنه حتى لو كانت حاجات المرضى المتوقعة ورغباتهم معروفة للإدارة، فإنه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بالموارد المالية أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة، ربما تدرك إدارة المستشفى وبصورة صحيحة رغبات المرضى ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة كما هو في قيام الإدارة بإخبار الطاقم التمريضي بضرورة اتخاذ الإجراء السريع في تقديم الخدمة الصحية للمرضى، إلا أنها لا تضع مقاييس معيارية لذلك الإجراء.

2-3- الفجوة الثالثة: بين مواصفات جودة الخدمة وتسليم الخدمة

تظهر بسبب كون 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 يرجع بدوره إلى ضعف القدرة

¹ Philip Kotler, **marketing management**, 8th ed, prentice- hall international Ink, 1997, p345

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

والرغبة لدى هؤلاء العاملين، فقد يكون الأفراد القائمين على خدمة المريض غير مدربين بصورة صحيحة، أو غير قادرين أو غير راغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة، كما هو مثلا في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كافٍ ومن ثم إنجاز الخدمة بسرعة.

2-4- الفجوة الرابعة: بين تسليم الخدمة والاتصالات الخارجية للمرضى حول تسليم الخدمة

وتنتج عن الخلل في مصداقية المؤسسة الصحية، بمعنى أن الوعود التي تقدمها المؤسسة حول مستوى الخدمة من خلال اتصالاتها الخارجية بالمرضى تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة ومواصفاتها بالفعل، وتتمثل في الاختلاف والتباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقا وعبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المؤسسة والمرضى، مثل الاتفاق بين المريض وإدارة المؤسسة في حصوله على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمستشفى يجد العكس.

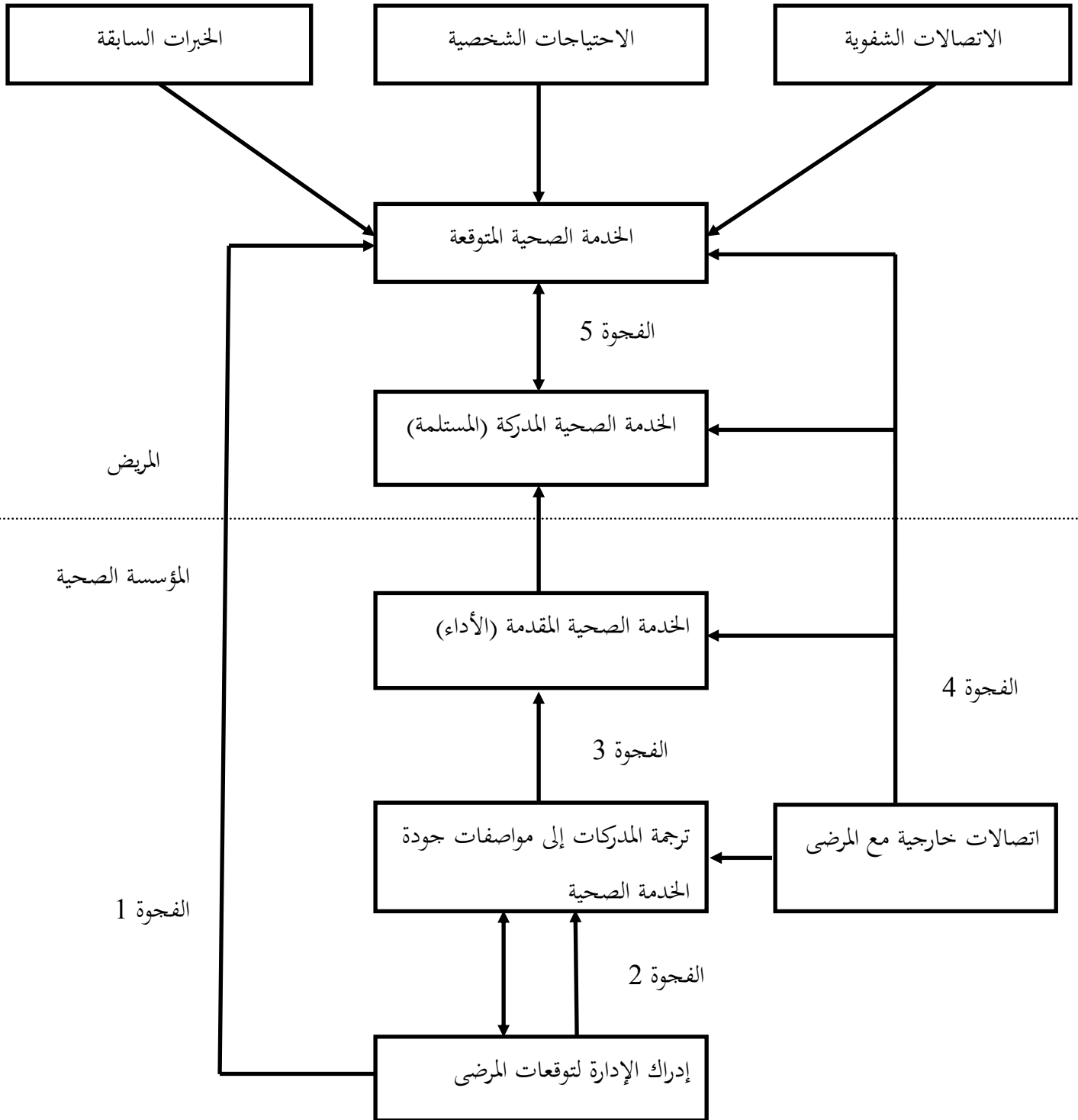
2-5- الفجوة الخامسة: بين توقعات المريض (الخدمة المتوقعة) والخدمة المدركة (الفعالية)

تمثل الإدراكات/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 إدراك المريض للأداء الفعلي للخدمة في سياق ما يمكن أن يتوقعه، وهذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة كما هو في محاولة الطبيب في الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه، ولكن المريض يفسر ذلك بأن هنالك شيء ما في حالته الصحية.

إن الفجوة الخامسة هي الفجوة الوحيدة التي يتلمسها المريض على أساس كون الفجوات الأخرى تحدث داخل المستشفى وجزء من تصميم وصياغة الجودة للخدمة الصحية المقدمة، إلا أنها جميعا تسهم في إظهار الفجوة الخامسة.

والشكل التالي يوضح هذه الفجوات:

شكل رقم (01): نموذج الفجوة



المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية،

عمان، الأردن، 2009، ص 218

3- مقياس الرضا

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

إلا أن بعض المؤسسات الصحية ترفض أخذ هذا المقياس بعين الاعتبار عند تحديد جودة خدماتها، لأنها تعتبر التباين في تقييم المرضى للجودة تعكس خصائص المستجيب بدلا من أن تعكس الاختلافات في جودة الخدمة، فهي تؤكد على أنه يمكن أن يكون المريض الذي حصل على فحص غير ملائم أو تشخيص خاطئ أو علاج غير كاف ونتيجة أقل إيجابية مما كان يمكن أن يحدث مع علاج ذو جودة أفضل راض، كما لا يمكنه تقييم الجودة للأسباب التالية:¹

- ✓ غياب المعرفة والثقافة الطبية لدى المريض؛
- ✓ تأثر المرضى بالعديد من العوامل غير الطبية؛
- ✓ خوف المرضى من الإدلاء بمعلومات حقيقية قد تؤثر على علاقتهم بالأطباء؛
- ✓ عدم قدرة المرضى على قياس عناصر الكفاءة في منظومة توصيل الخدمات الصحية.

4- مقياس الأداء الفعلي

يعرف هذا النموذج باسم SERVPERF ويرتبط بإدراك المريض للأداء الفعلي للخدمة المقدمة ويعرف على أنه تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة. جاء هذا النموذج نتيجة للانتقادات التي وجهت لمقياس الفجوة في تقييم جودة الخدمة، ويركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة المقدمة، أي التركيز على جانب الإدراكات الخاصة بالمريض فقط ذلك أن جودة الخدمة يمكن الحكم عليها بشكل مباشر من خلال اتجاهات المرضى، ويمكن التعبير عنها بالمعادلة التالية: **جودة الخدمة = الأداء** وتتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية:²

- ✓ في غياب خبرة المريض السابقة في التعامل مع المؤسسة فإن توقعاته حول الخدمة تحدد بصورة أولية لمستوى تقييمه لجودتها؛
- ✓ بناء على خبرة المريض السابقة المتراكمة كنتيجة لتكرار التعامل مع المؤسسة، فإن عدم رضاه عن مستوى الخدمة المقدمة يقوده إلى مراجعة المستوى الأول للجودة؛

¹ صلاح محمود ذياب وعمايد الملا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، دار الفكر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2013، ص 178

² ناجي معلا، قياس جودة الخدمات المصرفية، مجلة العلوم الإدارية، المجلد 25، العدد 2، جوان 1998، ص 362

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

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

5- مقياس العميل الموجه بالقيمة

حيث نجد أن القيمة التي تقدمها المؤسسة الصحية للمريض تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب، والثمن الذي يجب أن يدفعه للحصول على هذه الخدمات من جهة أخرى، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمة المدركة قياسا بالسعر كلما زادت القيمة المقدمة للمرضى وكلما زاد إقبالهم على الشراء، وعندما يزيد السعر المطلوب عن المنفعة فإن القيمة المدركة للخدمات المقدمة تصبح دون المستوى وقد تدفع المريض إلى عدم التعامل مع المؤسسة أو التحول إلى مؤسسة أخرى تقدم قيمة أفضل، فتوفر هذا المقياس في المؤسسة الصحية يدفعها إلى تركيز جهودها لتقديم خدمة متميزة لعملائها بأقل تكلفة ممكنة.¹

المطلب الثاني: قياس الجودة المهنية

يرى الكثير من الباحثين أن تقييم جودة الخدمة من منظور الزبون يمثل جزءا من برنامج متكامل للجودة ففي بعض الأحيان قد يكون المريض راض عن مستوى الجودة التي تقدم له، إلا أن تحقيق هذا الرضا لم يتم من خلال الاستغلال الأمثل للموارد من قبل إدارة المؤسسات، لذا فإن قياس جودة الخدمات الصحية في هذه الحالة يجب أن يتضمن بالإضافة إلى مقاييس رضا المرضى، مقاييس الجودة المهنية والإدارة .

تتعلق مقاييس الجودة المهنية بمدى صحة أساليب وإجراءات تقديم الخدمة للوفاء باحتياجات المرضى إذ لا يكفي أن يكون العميل راضيا عن مستوى الخدمة التي يتلقاها في النهاية ، بل يجب أن يكون راضيا أيضا عن الأسلوب الذي تم وفقه تأدية الخدمة وهنا يفرق بين ثلاثة أنواع من مقاييس الجودة المهنية:²

1- قياس الجودة بدلالة المدخلات

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

ويبقى أهمها كفاءة مقدمي الخدمة والتي تنعكس من خلال المؤشرات التالية:

¹ توفيق محمد عبد المحسن، مرجع سابق، ص 72

² قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 105

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

✓ الوقت المستغرق في تقديم الخدمة؛

✓ معدل الأخطاء؛

✓ وقت الانتظار؛

✓ توافر العدد الكافي لمقدمي الخدمة؛

✓ الاستجابة السريعة لشكاوي ومقترحات المرضى.

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

✓ اختلاف وجهات النظر حول الأبعاد والعناصر الخاصة بجودة الخدمة؛

✓ عدم التمكن من تحديد مقياس كمي لقياس الأبعاد والعناصر المتعلقة بالجودة؛

✓ الاهتمام بالجانب النظري فقط وإهمال الجانب التطبيقي العملي.

2- قياس الجودة بدلالة العمليات

يهتم هذا المقياس بجودة العمليات أو بمراحل تقديم الخدمة الصحية ويركز على عمليات التصحيح ومنع وقوع الأخطاء خلال المراحل المختلفة لتقديم الخدمة، كما يحتوي على مؤشرات ومعايير توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة، كي يتم تصنيف الخدمات كخدمات جيدة.

فبالرغم من توفر بعض الجوانب المنطقية لهذا الأسلوب في القياس إلا أنه لا يعتبر دقيقا في تصميم وقياس وتقييم جودة الخدمة مقارنة مع الأساليب الأخرى، كونه يركز على عمليات الخدمة الصحية بدلا من أبعادها الكمية.

3- قياس الجودة بدلالة المخرجات

يتم قياس جودة المخرجات باستخدام مقاييس النتائج النهائية بوصفها أفضل وسيلة لقياس جودة العنصر البشري من خلال مجموعة من الطرق الآتية:

✓ القياس المقارن أين يتم إجراء مقارنات كمية بين الأداء المستهدف والأداء الفعلي بغرض اكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلا؛

✓ استقصاء رضا المرضى بخصوص الخدمة المقدمة؛

✓ استقصاء العاملين في المؤسسة لتحديد مشاكل ومعوقات أداء الخدمة؛

ويعتبر قياس جودة المخرجات من خلال استقصاء العاملين والمرضى هو أفضل مقياس موضوعي لتقييم جودة الخدمات الصحية في هذا الصدد، حيث يوفر هذا المدخل فرصا لجعل جودة العنصر البشري أكثر قابلية للقياس ثم تحدي المشاكل والسلبيات التي تعوق دون تحديد الأداء المنشود.

المطلب الثالث: قياس جودة الإدارة

وتتعلق بالاستخدام الأمثل للموارد من قبل الإدارة وتقديم الخدمة بدون أخطاء وبأقل تكلفة للوفاء باحتياجات كافة المرضى وذلك من خلال:¹

- ✓ تحديد العناصر الأساسية التي تحقق إشباع احتياجات المريض وتقديمها بمستوى أعلى مما كان يتوقعه؛
- ✓ تجنب المشاكل التي تسبب التأخير في أداء العمليات؛
- ✓ زيادة الإنتاجية مع تخفيض التكلفة في الوقت نفسه.

وغالبا ما تقاس جودة الإدارة من خلال تكلفة نقص الجودة والتي تتضمن جميع التكاليف المرتبطة بعدم الالتزام بالجودة وأهمها:

- ✓ تكاليف التقييم: وهي التكاليف المتعلقة باختبار المدخلات اللازمة لإنتاج الخدمة الصحية بجودة عالية؛
- ✓ تكاليف المنع: وهي التكاليف اللازمة لمنع حدوث عيوب أو أخطاء في الخدمة الصحية سواء كان ذلك من خلال مراحل الإنتاج أو في المرحلة النهائية؛
- ✓ تكاليف الفشل الداخلي: وهي التكاليف المتعلقة بإعادة التشغيل نتيجة لاكتشاف عيوب في الخدمة الصحية قبل تقديمها للمرضى؛
- ✓ تكاليف الفشل الخارجي: وهي التكاليف التي تحدث نتيجة لاكتشاف عيوب بالخدمة الصحية بعد تقديمها للمرضى.

ويلاحظ أن هذه التكاليف سوف تختفي في حالة عدم وجود أخطاء.

كما أن جودة الإدارة يمكن أن تقاس من خلال معيار عائد الجودة فهناك علاقة طردية بين ما تنفقه المؤسسة على تحسين جودة خدماتها وبين زيادة إقبال المرضى على التعامل معها وزيادة الإيرادات المحققة من وراء ذلك في الوقت نفسه.

كذلك يمكن استخدام بطاقة الأهداف المتوازنة لقياس جودة الخدمات باعتبار أنها تتكون من مقاييس الأداء المستهدف (مالية وغير مالية) والنتائج المحققة والتي تبين أداء المؤسسة وقدرتها على الوفاء بالتزاماتها تجاه العاملين والموردين والمساهمين.

يعتبر استخدام بطاقة الأهداف المتوازنة أحد أدوات الإدارة الإستراتيجية الحديثة التي تساعد الإدارة العليا في:

- ✓ تحديد ونشر الرؤية المستقبلية داخل المؤسسة الصحية؛
- ✓ ربط مقاييس الأداء بمراحل و أهداف الإستراتيجية؛
- ✓ التخطيط وتحديد الأهداف وكيفية تحقيقها؛

¹ توفيق محمد عبد المحسن، مرجع سابق، ص ص 144-148

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

✓ توفير معلومات مرتدة لتحديث واستمرارية الإستراتيجية.

وخلاصة لما سبق فإن قياس جودة الإدارة يمكن أن يساعد في تقليل التكاليف، تحسين الإنتاجية، فضلا عن تحسين الجودة المهنية وفي الوقت نفسه تحقيق الجودة من منظور المريض، وهذا ما قاد العديد من الباحثين والقائمين على إدارة المؤسسات الصحية للترويج لقياس الجودة ضمن برنامج متكامل للجودة الشاملة.

المبحث الثاني: المعايير والمؤشرات المحددة لجودة الخدمة

إن ضبط جودة الخدمة الصحية قصد التحكم فيها وجعل عملية تحقيقها ممكنة بما يتماشى ومتطلبات المرضى، يتطلب من القائمين على شؤون المؤسسات الصحية من عمال، عمال شبه طبيين، أطباء ومسيرين الإمام بتلك الجوانب أو الأبعاد المحددة لجودة الخدمة التي يعملون على تقديمها، وكذلك ببعض المؤشرات التي يمكن لهم من خلالها الاستدلال على مستوى جودة الخدمة التي يقدمونها لمن يطلبها.

المطلب الأول: صعوبة قياس جودة الخدمات الصحية

كانت المؤسسات الخدمية تعتمد على المقاييس المستخدمة في مجال الإنتاج، إلا أنه خلال السنوات القليلة الماضية بدأت هذه المؤسسات في تطوير بعض طرق القياس الأكثر مناسبة لظروفها وعلى الرغم من ذلك لا تزال عملية القياس غاية في الصعوبة ومن أهم الصعوبات التي تواجهها المؤسسات الصحية لقياس الجودة:¹

- ✓ لا يمكن وضع معايير ثابتة لقياس جودة الخدمات وتعميمها على جميع المؤسسات الخدمية، بل هناك حاجة ماسة أن تقوم المؤسسات الصحية بتطوير المقاييس المناسبة لقياس جودة الخدمة المقدمة في ضوء الظروف التي تعمل من خلالها على أن تتطلب هذه المقاييس تحقيق نوع من التوازن بين أهداف المرضى ومقدم الخدمة والمؤسسة في الوقت نفسه أي أن القياس يجب أن يتم بناء على رضا المريض، ورضا الموظفين وتوافر الآلات والمعدات والأدوية، وعدد الخدمات المقدمة ونوعيتها، حسب معايير محددة تم استخدامها مسبقاً والتأكد من جدواها وصدقها وثباتها في قياس الجودة؛
- ✓ في الخدمات الصحية لا يستطيع المريض أن يعرف طبيعة هذه الخدمة قبل اتخاذ قرار الشراء علاوة على أنها تتسم ببعض الجوانب المهنية والإجرائية التي لا يصعب على الشخص العادي فقط تقييمها بل على الشخص المتخصص في الوقت نفسه؛
- ✓ يلعب العنصر البشري دوراً هاماً في إنتاج الخدمة الصحية وهنا تعتمد جودة الخدمة على أفراد موجهين بالمهام أكثر من توجههم باحتياجات المرضى؛
- ✓ تعتمد على درجة مشاركة المريض في عملية إنتاج الخدمة، لذا فالمؤسسة الصحية في أمس الحاجة إلى معلومات دقيقة من المرضى للتعرف على احتياجات كل فرد منهم ومحاولة الوفاء بها ولكن عدم وعي البعض قد يحول دون ذلك، وهنا يتطلب الأمر توافر مهارات محددة في مقدمي الخدمة تمكنهم من التعرف على احتياجات المستفيدين من الخدمة بدقة علاوة على ضرورة تنوع أساليب القياس وبما يتلاءم مع ظروف كل فرد على حدا وهذا من شأنه أن يجعل توافر مقياس ثابت لجودة الخدمة أمراً صعباً؛
- ✓ صعوبة تحديد مكونات المدخلات والمخرجات بالمؤسسات الصحية.

¹ توفيق محمد عبد المحسن، مرجع سابق، ص 49-52

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

ونخلص إلى أنه رغم الصعوبات التي تواجه هذه المؤسسات والتي تتمثل في تقديم خدمة غير ملموسة، تتأثر الجودة المدركة للخدمات الصحية بأداء مقدم الخدمة الذي يحدد بدرجة كبيرة جودتها باعتبارها خدمة كثيفة العمل فحكم المريض على الجودة يتضمن حكمه على الأداء، وبما أن هذه المؤسسات تتعامل مع كافة الجمهور بمختلف شرائحه وفئاته فهناك حاجة ماسة لوجود مقاييس نمطية وموضوعية لتقييم جودة خدماتها حتى تستطيع تأدية دورها في ظل المتغيرات الجديدة في بيئة الأعمال التنافسية، إلا أن هذا لا يمنع في الوقت نفسه من وضع معايير مشتركة يمكن تطبيقها في المؤسسات الصحية قد تساعد على تفادي بعض المشاكل وتكون بمثابة العناصر الأساسية لتحقيق الحد الأدنى من الجودة في هذه المؤسسات.

المطلب الثاني: المعايير المحددة لجودة الخدمات الصحية

مثل ما هو الحال بالنسبة لمفهوم الجودة، عموماً وجود الخدمات الصحية على وجه الخصوص، لا يوجد اتفاق بين الباحثين والمهتمين حول المعايير أو الأبعاد التي تحدد مستوى الخدمة التي تقدمها المؤسسات الصحية حيث يرى البعض أن ودة الخدمة لها ثلاث أبعاد:

- ✓ الجودة المادية الملموسة: وتتمثل في ما يحصل عليه المريض، المعبر عنه بالرضا؛
- ✓ الجودة التفاعلية: وتتمثل في الأداء الممثل بالعمليات المنجزة قصد انتاج وتقديم الخدمة؛
- ✓ جودة المؤسسة الصحية: والتي تتعلق بالصورة التي يرسمها المريض في ذهنه عن المؤسسة.

1- المعايير الأساسية لجودة الخدمة الصحية

توصل بعض الباحثين إلى تحديد عشرة معايير أساسية لجودة الخدمة الصحية تتمثل في:¹

1-1- الإعتمادية

وتعني القدرة على إنجاز الخدمة بدقة مثل ماتم تحديدها، وتقديمها بالشكل الصحيح من أول مرة، أي العمل على تقليص مجال الخطأ.

1-2- الإستجابة

وتشير إلى سرعة الإستجابة في تقديم الخدمة لمن يطلبها أو يحتاجها.

1-3- كفاءة مقدمي الخدمة

وتعني الكفاءات والقدرات التي يمتلكها مقدم الخدمة والتي تضمن تقديمها بشكل متميز.

¹ وفاء علي سلطان، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين، مجلة دورية لكلية الإدارة والاقتصاد، البصرة، المجلد 5، العدد 10،

1-4- القدرة على الوصول

ويشير هذا البعد إلى سهولة الوصول إلى مقدمي الخدمة.

1-5- الإتصال

وتعني تبادل المعلومات بين مختلف الأقسام والمصالح المقدمة للخدمة وكذا بين الأفراد العاملين بها من جهة، وبينهم وبين المرضى والمتعاملين الخارجيين من جهة أخرى.

1-6- المجاملة

تتمثل في حسن المعاملة.

1-7- المصدقية

وتعني توفر درجة عالية من الثقة في مقدمي الخدمات الصحية.

1-8- الأمان

ويشير هذا البعد إلى إلمام العاملين بالمؤسسة الصحية بالمهام والوظائف الموكلة لهم وبشكل يمكنهم من تقديم خدمة خالية من أي مخاطر.

1-9- العناية والرعاية

أي بذل كافة الجهود لإشعار المرضى بالإهتمام.

1-10- الجوانب البشرية والمادية الملموسة

ويتمثل هذا البعد في كفاءة وفعالية التجهيزات، المواد، وسائل الإتصال، والأفراد العاملين بالمؤسسة الصحية.

2- المعايير الأساسية لجودة الخدمة الصحية حسب كوتلر Kotler

وفي دراسة أجراها كوتلر بخصوص موضوع معايير الجودة في المؤسسات الصحية، بينت النتائج بأن المرضى عادة ما يعتمدون في تقييمهم لجودة الخدمة على خمسة معايير فقط وقد اعتبرها أساسية إلا أنها تتفاوت في الأهمية لذلك قام بدمج هذه المعايير العشرة في خمسة معايير فقط هي:¹

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

1- الاعتمادية

تعرف الاعتمادية بأنها القدرة على الأداء في ما تم تحديده مسبقا بشكل موثوق ودقيق، بمعنى درجة الاعتماد على مورد الخدمة ودقة إنجازها للخدمة المطلوبة، أي التسليم حسب الوعد وهذا البعد الأكثر ثباتا من الأبعاد الخمسة ويكون الأكثر أهمية في تحديد إدراكات جودة الخدمة عند الزبائن، ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى حسب كوتلر.

2- الاستجابة

تعرف الاستجابة بأنها وجود إرادة لمساعدة الزبائن وتزويدهم فورا بالخدمة، بمعنى سرعة الانجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مورد الخدمة، أي وجود الرغبة في المساعدة، ويركز هذا البعد على الجملة واللفظ، والأصل في التعامل مع طلبات الزبون من الأسئلة، الشكاوي، المشاكل، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة حسب كوتلر.

3- الأمان (الثقة)

يعرف التوكيد على أنه بمعرفة المستخدمين والجدارة والكياسة، الأمان، المصدقية والقدرة على خلق وكسب الثقة ويشير إلى معلومات وكياسة القائمين على تقديم الخدمة، وقدرتهم على استلهم الثقة والأمان، ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية في الجودة حسب كوتلر.

4- التعاطف

ويعرف على أساس أن جوهر التفاعل العاطفي هو الوصول للزبون من خلال علاقة شخصية، وبان الزبون هو فريد خاص، فالزبون يرغب بأن يشعر بأنه مفهوم على نحو جيد ومهم، ويشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطريقة إنسانية راقية، ومعاملة الزبائن كأفراد وبشكل شخصي، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة حسب كوتلر.

5- الملموسية

وتعرف الملموسية بوصفها مظهرها خارجيا للتسهيلات المادية والمستلزمات والأشخاص ومواد الاتصال، وهي تشمل العناصر المادية للخدمة (المقاعد، الأضواء، الكراسي، المعدات، الآلات، المباني، ملابس العاملين) وكافة عناصر البيئة المادية، وهي تصوير الخدمة ماديا، ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية في الجودة حسب كوتلر. إن هناك من يرى أن المعايير الخمسة لا تساهم كلها بنفس الطريقة في توضيح وتفسير الاختلاف والتباين في جودة الخدمة الشاملة، وتعد الاعتمادية من أكثر المسوقات حساسية ودقة، أما الملموسية فتمثل أدنى المسوقات حساسية.

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

والجدول الموالي يظهر المعايير الخمسة وما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد عند التطبيق في مجال تقديم الخدمات الصحية.¹

جدول رقم (01) معايير الجودة للخدمات الصحية

المعيار	معايير التقييم	الأمثلة
الاعتمادية	- دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى. - صحة القوائم المالية. - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.	- ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى. - له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة.
الاستجابة	- تقديم خدمات علاجية فورية. - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. - العمل على مدار ساعات اليوم.	- وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. - صالة العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات.
الضمان	- سمعة و مكانة المستشفى عالية - المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والفريق الطبي - الصفات الشخصية للعاملين .	- المعاملة الطبية من قبل الأطباء . - تدريب ومهارة عالية في الأداء.
الملموسية	- الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج. - المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة. - أماكن الانتظار و الاستقبال المناسبة.	- نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر تخصصي. - جودة الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى.
التعاطف	- اهتمام شخصي بالمريض. - الإصغاء الكامل لشكوى المريض. - تلبية حاجات الزبون بروح من الود واللفظ.	- الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض. - النظر للمريض بأنه دائماً على حق.

المصدر: تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،

2009، ص 213

¹ تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 213

المطلب الثالث: مؤشرات قياس جودة الخدمات الصحية

إن عملية تقييم الأداء مرتبطة بتقييم النتائج المحققة وبالنواحي الوظيفية المتصلة بكفاءة وفعالية استخدام الموارد المتاحة سواء كانت بشرية أو مادية، بغرض تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة وبما هو متوفر من موارد، وعادة ما تتم العملية في ضوء عدد من المؤشرات لقياس الأداء كميًا.

ما يجب أن تتميز به المؤشرات عموماً، هو أن تكون ممكنة التحديد وقابلة للقياس، كما يجب أن تكون واضحة بحيث يسهل فهمها، وفعالية المؤشرات تعتمد بشكل كبير على متطلبات واحتياجات المريض من جهة والمؤسسة الصحية من جهة ثانية، وهذه المؤشرات تبنى أساساً على الأهداف المتوخى تحقيقها وعلى الرسالة التي حددت من قبل القائمين على شؤون المؤسسة الصحية، أما فيما يتعلق بالمجالات التي تستخدم فيها المؤشرات فتتمثل أساساً في:¹

1- مؤشرات البنية الأساسية أو الهيكلية

وتتمثل في المؤشرات التي تقيس مدخلات العمليات من موارد بشرية ومادية ومالية لازمة لتقديم الخدمة الصحية، وهنا يمكن ذكر المؤشرات التالية:

1-1 مؤشرات لقياس أداء الموارد البشرية

ويتمثل هذا المؤشر بعدد من الوظائف التي تشكل التخصصات العامة في القطاع الصحي (الأطباء، الشبه طبيون، الإداريون وغيرهم) وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

1-1-1 المؤشرات الخاصة بالأطباء

ويمكن اعتماد المؤشرات أو المقاييس التالية:

- ✓ عملية لكل طبيب = عدد العمليات الجراحية خلال السنة / عدد الأطباء الجراحين خلال السنة؛
- ✓ مراجع لكل طبيب = عدد المراجعين للعيادة الخارجية / عدد الأطباء؛
- ✓ نسبة الأطباء المقيمين لإجمالي الأطباء = عدد الأطباء المقيمين / العدد الكلي للأطباء؛
- ✓ نسبة الأطباء الأخصائيين لإجمالي الأطباء = عدد الأطباء الأخصائيين / العدد الكلي للأطباء.

1-1-2 المؤشرات الخاصة بالشبه طبيين

ويمكن اعتماد المؤشرات التالية:

1- مريزق محمد عدنان، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراجحة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2012، ص ص 28 - 33

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

- ✓ ممرضة لكل طبيب = عدد الممرضات / العدد الكلي للأطباء؛
- ✓ ممرضة لكل مريض = عدد الممرضات / عدد المرضى الراقدين بالمستشفى؛
- ✓ سرير لكل ممرضة = عدد الأسرة بالمستشفى / عدد الممرضات.

1-1-3- المؤشرات الخاصة بالمهن الصحية الأخرى والإداريين

ويمكن استخدام المؤشرات التالية:

- ✓ نسبة الإداريين = عدد المستخدمين الإداريين / العدد الكلي لمستخدمي المؤسسة.

1-2- مؤشرات قياس الأداء للموارد المادية

ويمكن استخدام بعض المؤشرات مثل:

- ✓ مريض مسعف لكل سيارة إسعاف = عدد المرضى المسعفين / عدد سيارات الإسعاف؛
- ✓ عدد الأيام التي يخلو فيها السرير من المرضى = (عدد الأسرة بالمستشفى X 360 يوم) - عدد أيام البقاء بالمستشفى / العدد الكلي للمرضى الموجودين بالمستشفى؛
- وهو المؤشر الذي يقيس مدى كفاءة استغلال أسرة المؤسسة الإستشفائية خلال مدة زمنية معينة؛
- ✓ مريض راقد في السرير خلال فترة معينة = عدد المرضى الراقدين بالمستشفى / عدد الأسرة المهيأة للرقود؛
- ✓ نسبة الأجهزة الطبية العاطلة = عدد الأجهزة الطبية العاطلة / العدد الكلي للأجهزة الطبية.

1-3- مؤشرات قياس الأداء للموارد المالية

ويمكن استخدام المؤشرات التالية:

- ✓ نصيب كل مريض من تكلفة الأدوية = تكلفة الأدوية المستخدمة / العدد الكلي للمرضى؛
- ✓ تكلفة كل حالة = مجموع تكاليف الفحص المخبري أو الأشعة / مجموع حالات الفحص المخبري أو الأشعة؛
- ✓ نسبة مصاريف الصيانة = مصاريف الصيانة الفعلية / المبلغ الإجمالي المخصص للصيانة.

2- مؤشرات النشاط والعمليات

تستخدم هذه المؤشرات لقياس مدى جودة أو تميز النشاط أو العمليات التي أنجزت لتقديم خدمة أو رعاية صحية، وفي هذا المجال يمكن استخدام المؤشرات التالية:

- ✓ معدل بقاء المريض = العدد الإجمالي لأيام الرقود بالمستشفى / عدد الراقدين بالمستشفى؛
- ✓ متوسط أيام الإنتظار = فترة انتظار المريض لإجراء عملية جراحية / عدد المنتظرين؛
- ✓ نسبة الشكاوي للمراجعين = عدد الشكاوي / عدد المراجعين؛
- ✓ نسبة الشكاوي للطواقم الطبي = عدد الشكاوي / عدد الأطباء؛

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

✓ نسبة المطابقة = عدد العمليات المنجزة وفق المعايير المطبقة / مجموع العمليات.

3- مؤشرات النتائج أو المخرجات

وتقيس ما حدث وما لم يحدث كنتيجة للعمليات، وفي هذا الإطار هناك مؤشرات خاصة بالنتائج المرحلية مثل عملية التكفل بالمرضى وهنا يمكن استخدام المؤشرات التالية:

✓ نسبة الوفيات بالمستشفى = عدد الوفيات بين المرضى الراقدين بالمستشفى / عدد الراقدين بالمستشفى؛

✓ نسبة تلوث غرف العمليات = عدد إصابات تلوث غرف العمليات / عدد غرف العمليات؛

✓ نسبة الإدخال غير المبرمج = عدد الإدخال غير المبرمج للمرضى / عدد سكان المنطقة التابعة للقطاع الصحي.

4- مؤشرات تقييم جودة الخدمة الوقائية والرعاية الصحية الأولية

ويمكن استخدام عدد من المؤشرات نذكر منها:

✓ معدل الإصابات بالأمراض السارية = عدد الإصابات بمرض معين / عدد سكان المنطقة التابعة للقطاع الصحي؛

✓ نسبة الأطفال الملقحين = عدد الأطفال الملقحين / عدد أطفال المنطقة التابعة للقطاع الصحي الواجب تلقيحهم؛

✓ نسبة تنفيذ الفحوصات = عدد الفحوصات المخبرية لمياه الشرب والمواد الغذائية / العدد المخطط للفحص.

5- مؤشرات تقييم أداء نشاط البحث العلمي

ويمكن استخدام عدد من المؤشرات نذكر منها ما يلي: ¹

✓ بحث لكل طبيب = عدد البحوث المنجزة من قبل الأطباء / عدد الأطباء بالمستشفى؛

✓ نسبة الإنجاز للندوات = عدد الندوات الطبية والعلمية المنجزة / عدد الندوات المبرمجة؛

✓ نسبة الاكتشافات = عدد الاكتشافات العلمية المحققة في المجال الطبي / العدد المخطط للاكتشافات الطبية.

وبطبيعة الحال فإن الاستخدام الفعلي والفعال لمثل هذه المؤشرات أو مؤشرات أخرى يعتمد بدرجة كبيرة على رغبة إدارة المؤسسة الصحية في معرفة مستوى الجودة والعمل على الاستفادة من النتائج المتوصل إليها من خلال المقياس المعتمد، وذلك باتخاذ قرارات موضوعها تحسين الجودة.

المبحث الثالث: مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية

¹ بديسي فهيمة، زويوش بلال، مرجع سابق، ص 153

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

ركزنا في المبحث السابق على أهم المقاييس الشائعة والمباشرة لقياس جودة الخدمات الصحية من منظور العميل والإدارة في الوقت نفسه والذي يصفه بعض الباحثين بالمدخل التقليدي لقياس جودة الخدمات الصحية، وفي هذا المبحث سيتم التركيز على أهم المداغل المعتمدة للتأكد من استمرارية تحسين الجودة في المدى الطويل وكيفية قياس هذا التحسين بشكل متكامل، ويعتبر القياس المقارن أهم المداغل المعتمدة في تحقيق التحسين المستمر لمستوى جودة الخدمات.

المطلب الأول: مدخل التحسين المستمر

على الرغم من تعدد العوامل التي يمكن الاعتماد عليها لقياس الجودة ضمن برنامج متكامل للتحسين المستمر لدى العديد من الباحثين إلا أنه يلاحظ وجود بعض العوامل الأساسية التي تمثل القاسم المشترك بينهم والتي يمكن الاعتماد عليها لقياس التحسين المستمر للجودة وأهمها:¹

✓ وجود قيادة واعية بأهمية الجودة؛

✓ التوجه باحتياجات العميل الخارجي والداخلي؛

✓ الرؤية المشتركة؛

✓ التركيز على العمليات؛

✓ العمل الجماعي؛

✓ التدريب على الجودة؛

✓ قياس جودة التحسين المستمر.

وفي مجال الخدمات الصحية غالباً ما يتم الاعتماد على الأبعاد التالية لقياس مدى تبني المؤسسات الصحية لبرنامج التحسين المستمر للجودة:²

✓ مدى الوعي بخطوات برنامج التحسين المستمر؛

✓ التزام الإدارة بعملية التحسين؛

✓ تحديد قائمة بمجالات التحسين؛

✓ تحديد الهدف من عملية التحسين؛

✓ تحديد المسؤول عن اتخاذ القرار في الفريق؛

✓ تحديد تدفق العمليات؛

✓ تحليل احتياجات المرضى الحاليين؛

¹ مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص ص 16-17

² توفيق محمد عبد المحسن، مرجع سابق، ص ص 157 - 158

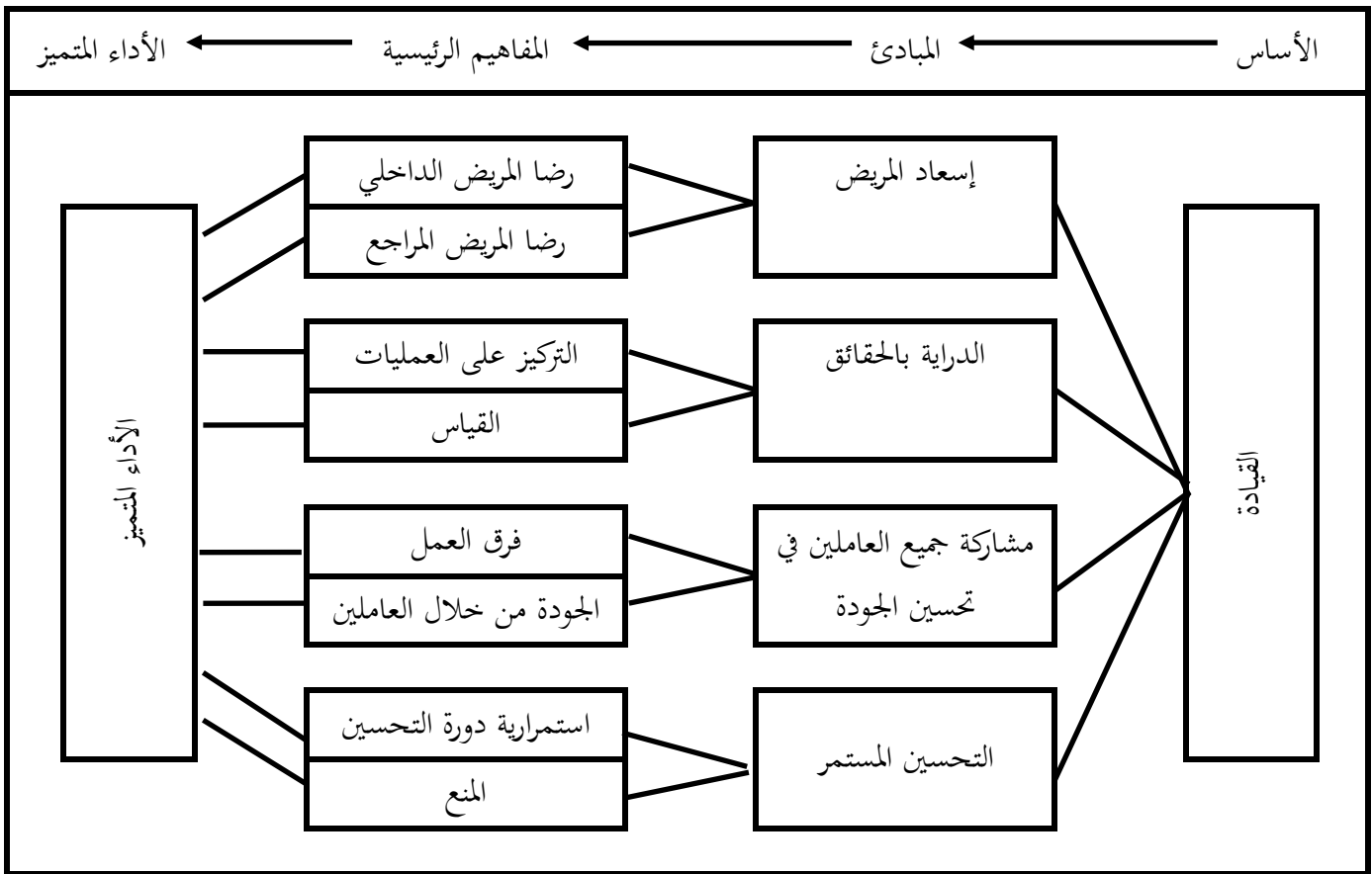
الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

- ✓ تحديد المشكلات المحتملة وأسبابها؛
- ✓ توافر مقاييس سابقة لمنع هذه الأخطاء؛
- ✓ تصميم نظام للرقابة؛
- ✓ تطبيق النظام الجديد؛
- ✓ تقييم أداء النظام الجديد؛
- ✓ تحديد فرص التحسين.

وكل هذه الخطوات لا يمكن أن تتحقق إلا من خلال حسن اختيار أفراد ومشرفين أكفاء وتدريبهم وتحفيزهم لإجراء عملية التحسين.

والشكل التالي يوضح نموذج مفاهيمي متكامل لتحقيق التميز في الأداء والذي يستند على أربعة مبادئ أساسية كما هو موضح بالشكل التالي:

شكل رقم (02) نموذج الأداء المتميز



المصدر: توفيق محمد عبد المحسن، قياس الجودة والقياس المقارن، دار الفكر العربي مكتبة النهضة المصرية، القاهرة

مصر، 2003-2004 ص 169

✓ إسعاد المريض: ويعني تقديم خدمة ذات مستوى أعلى من رضا المريض؛

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

- ✓ **الدراية بالحقائق:** وتعني معرفة مستوى الأداء الحالي للخدمات من وجهة نظر المرضى والعاملين حتى يتم اتخاذ القرارات الإدارية بناء على الحقائق باعتبارها أولى خطوات التحسين؛
 - ✓ **مشاركة الجميع في الجودة:** بمعنى جميع العاملين بالمؤسسة الصحية سواء الطاقم الطبي أو التمريضي أو الإداري؛
 - ✓ **التحسين المستمر:** استمرار البحث والتطوير واستعمال التقنيات الحديثة في أداء العمليات المختلفة؛ كما يستند كل مبدأ من المبادئ السابقة على مفهومين فرعيين:
 - ✓ **رضا العميل الخارجي:** من خلال إجراء البحوث لتحديد احتياجات المرضى وقياس الأداء وفقاً لهذه الاحتياجات؛
 - ✓ **رضا العميل الداخلي:** من خلال إجراء البحوث لقياس درجة الرضا عن العميل الداخلي باعتبار أن الخدمة المقدمة للمرضى تعتمد على الجودة المقدمة من العميل الداخلي؛
 - ✓ **التركيز على العمليات:** وتعني تحسين كافة العمليات داخل المؤسسة من خلال دراسة كل عملية بشكل تفصيلي ومنع أي خطأ فيها، أي أن هذا المدخل يعتمد على منع الأخطاء بدلاً من اكتشافها بعد وقوعها؛
 - ✓ **القياس:** فتوافر مقياس للجودة لدى المؤسسة الصحية يعتبر أول مرحلة لتحقيق التحسين المنشود، ومثل هذا المقياس يجب أن يركز على إشباع احتياجات العاملين والمرضى في الوقت نفسه؛
 - ✓ **العمل الجماعي:** العمل الجماعي وروح الفريق هما أفضل وسيلة لتحقيق التحسين المستمر لأداء العمليات المختلفة، وهنا يجب أن يتم العمل الجماعي على كافة المستويات والإدارات المختلفة بالمؤسسة ككل؛
 - ✓ **الجودة من خلال العاملين:** حيث ينصب اهتمام المديرين داخل المؤسسة على التأكد من توافر كافة الإمكانيات والمناخ المناسب للعاملين لتحقيق الجودة؛
 - ✓ **استمرارية دورة التحسين:** فمن خلال تحديد احتياجات العميل الداخلي والخارجي تستطيع المؤسسة تحديد أي المجالات يمكن تحسينها بشكل خلاق؛
 - ✓ **المنع:** ويعني منع الأخطاء قبل حدوثها، فحذف أي خطأ في المؤسسة أولاً بأول يساعد على انتشار ثقافة التحسين داخلها بمرور الوقت.
- وطبقاً لهذا النموذج تتمثل مهمة الإدارة بالدرجة الأولى في إسعاد المرضى من خلال إجراء التحسينات المستمرة في كافة العمليات بناءً على الحقائق ومشاركة الجميع في تحسين الجودة مما يؤدي إلى تحقيق التميز للمؤسسة.

المطلب الثاني: القياس المقارن

إذا كان الهدف من قياس الجودة ضمن برنامج متكامل هو التحسين المستمر للجودة من خلال تحديد نواحي القصور وتحديد سبل تحسينها فإن القياس المقارن بالأفضل يحقق أهم أهداف الإدارة وهو تحسين الجودة، حيث أن المقارنة التي تتم في عملية القياس المقارن غالباً ما يكون هدفها هو اكتشاف أوجه القصور قياساً بالأداء المتميز في تقديم الخدمة ويرى العديد من الباحثين أن القياس المقارن يعتبر أهم وأقوى الأساليب التي يمكن أن تعتمد عليها المؤسسات الخدمية في قياس وتحسين جودة خدماتها.

كما يؤكد الباحثون في دراستهم في قطاع الخدمات الصحية أن تحسين الجودة يمكن قياسه بسهولة من خلال إجراء مقارنات كمية يمكن الحصول عليها من نظام المعلومات بالمؤسسة الصحية مثل وقت انتظار المرضى للتسجيل، عدد الشكاوي، معدل الأخطاء في تسوية الفواتير، فلا شك أن معالجة هذه القضايا تؤدي إلى زيادة رضا المرضى وزيادة الإيرادات فضلاً عن تدعيم العلاقة مع المستفيدين من خدماتها.

فالقياس المقارن عبارة عن عملية قياس منظمة ومستمرة تعتمد عليه المؤسسة الصحية في تحقيق الأداء المتميز والتفوق على المنافسين، وهذا من خلال المقارنة المستمرة لمؤشرات الأداء الرئيسية مع المؤسسات الرائدة بأي مكان في العالم بهدف الحصول على معلومات يمكن أن تساعد في اتخاذ ما تراه من إجراءات للتحسين وتبني أفضل الممارسات، حيث يتضمن الآتي:¹

- ✓ مقارنة المؤسسة الصحية وأنشطتها الداخلية مع أفضل المؤسسات بغض النظر عن نوع الخدمة أو الدولة؛
- ✓ مقارنة أداء العمليات المختلفة بالمؤسسة الصحية مع العمليات المتميزة في المؤسسات الشبيهة بهدف الوصول إلى أفضل قيمة؛
- ✓ مقارنة مراحل الخدمة الصحية المقدمة من المؤسسة بالخدمات الصحية التي يقدمها أفضل المنافسين؛
- ✓ مقارنة أنواع مختلفة من أساليب تحسين الأداء لاختيار الأسلوب ذو القيمة الأفضل والمناسب للتطبيق؛
- ✓ تحديد الاتجاهات المستقبلية للأداء الأفضل والمبادرة بالاستجابة والتكيف مع هذه الاتجاهات؛
- ✓ مقابلة احتياجات العميل بشكل يفوق توقعاته.

وتتلخص أهمية تطبيق أسلوب القياس المقارن بالمؤسسات الصحية في النقاط الرئيسية التالية:

- ✓ يساعد المؤسسة الصحية في تحديد نقاط القوة والضعف بها في كافة المجالات، وأهمها الجوانب المتعلقة بخدمة المرضى، الجودة، فرق العمل، الاتصالات مع الموردين، المجالات التي تخضع للتطور التكنولوجي السريع والإجراءات التي تتبعها المؤسسة الصحية وتكون التكلفة فيها مرتفعة؛

¹ نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2012، ص

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

- ✓ يمثل نقطة البداية التي تبدأ بها عملية التطوير حيث يتيح للمؤسسة الصحية فرص التعلم من الآخرين وتقليل التكلفة ودرجة المخاطر التي يمكن أن تواجهها، وبالتالي توفير الكثير من الوقت والجهد والأموال نتيجة لتجنب الأخطاء التي وقعت فيها المؤسسات الأخرى؛
- ✓ يساعد المؤسسة الصحية لتبقي على قيمة المنافسة بملاحظة الخبرات الجارية والتطويرات والتغيرات التي تحدث خارج بيئة العمل؛
- ✓ الاستخدام الأمثل للمعلومات المتحصل عليها من عملية القياس يمكن أن تساعد المؤسسة في وضع خطة لتحسين الأداء؛
- ✓ يمكن المؤسسة الصحية من تحسين مستوى الرضا لدى الشركاء الأربعة في الجودة وهم المرضى، العاملون بالمؤسسة، أصحاب رأس المال والمساهمون، المجتمع؛
- ✓ يساعد على التنبؤ بالمستقبل والتخطيط في الأجل الطويل.

المطلب الثالث: إدارة الجودة الشاملة للخدمات الصحية

تأتي الجودة في مقدمة الإهتمامات الاستراتيجية للمؤسسات الصحية ويرجع ذلك إلى التقدم العلمي والتكنولوجي المتلاحق وتزايد حدة المنافسة بين المؤسسات الصحية، ويتجاوز مفهوم الجودة معناه التقليدي أي جودة الخدمة ليشتمل جودة المؤسسة بهدف تحسين وتطوير العمليات والأداء، وتقليل التكاليف والتحكم في الوقت، وتحقيق رغبات المرضى ومتطلبات السوق، والعمل بروح الفريق وتقوية الانتماء وهذه جميعها يمكن تلخيصها في نقطتين أساسيتين وهما المطابقة للمواصفات وإشباع وتحقيق متطلبات المرضى.

هذه المتغيرات، وأهمها شدة المنافسة وزيادة حاجات ورغبات المريض الذي لم يعد يقبل بخدمات صحية منخفضة أو متوسطة الجودة، فرضت تحديات كثيرة على المؤسسات الصحية، وبالتالي لم يصبح أمامها سوى العمل على تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحقيق متطلبات المرضى انطلاقاً من مبدأ أساسي وهو التفوق على حاجاتهم ورغباتهم.

لقد انتهجت معظم المؤسسات الصحية منهج إدارة الجودة الشاملة والذي يعد مدخل واسع التنظيم يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر للجودة في كل العمليات الخاصة بالخدمة الصحية التي تقوم بها، فإدارة الجودة الشاملة هي أفضل ضمان للحفاظ على المرضى، وهي أقوى دفاع لها ضد المنافسين والسبيل المناسب لإدامة النمو والتطور، فضلاً عن الاستمرار في فرصة الحصول على إيرادات أفضل.

ومن المفيد الإشارة إلى المبادئ أو المفاهيم الرئيسية التي تقوم عليها إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية:

1

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ص ص 226 - 228

الفصل الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية

- ✓ نجاح المؤسسة الصحية يمكن أن يتحقق من خلال فهم وإرضاء حاجات المرضى والعمل على تنفيذها؛
 - ✓ قيادة الجودة تكون من مسؤولية الإدارة العليا؛
 - ✓ النتائج الإحصائية مع البيانات الحقيقية تكون أساس مهم في تجاوز المشكلات وتحقيق التحسين المستمر؛
 - ✓ جميع الوظائف وفي كل المستويات ضمن المؤسسة الصحية يجب أن تركز على إجراء التحسين المستمر لتحقيق الأهداف العامة؛
 - ✓ تجاوز المشكلات وتطوير العمليات يتحقق من خلال التفاعل المشترك بين الوظائف وتكوين فرق العمل؛
 - ✓ التعليم المستمر والتدريب مسؤولية كل شخص في المؤسسة الصحية.
- وهذه المبادئ والمفاهيم أصبحت جزء أساس من استراتيجيات عمل إدارات المؤسسات الصحية المختلفة لأنها تمثل أساس مهم للتطور والسمعة والقوة في السوق، فالجودة الشاملة للخدمات الصحية هي بمثابة مفتاح تقييم الإبداع وإرضاء المرضى، وهي واجب يومي يتم تنفيذه ويتأثر ذلك من خلال مايلي:¹
- ✓ التحديد الصحيح لاحتياجات المرضى؛
 - ✓ نقل توقعات ورغبات المرضى بشكل صحيح لمقدمي الخدمة الصحية؛
 - ✓ التأكد من كون طلبات المرضى قد تم تحقيقها بالكامل وبالوقت المناسب؛
 - ✓ التأكد من كون المرضى قد تلقوا التعليمات اللازمة والإرشادات بخصوص العلاج؛
 - ✓ يجب أن تكون إدارة التسويق على صلة دائمة بالمرضى بعد إيصال الخدمة لهم والتأكد من رضاهم عنها؛
 - ✓ جمع واستقصاء آراء المرضى حول تحسين الخدمات قياسا بما هو عليه في السابق.

¹ مريزق محمد عدمان، مرجع سابق، ص ص 65-67

خلاصة

نظرا لأهمية الجودة فقد قامت المؤسسات الصحية وعلى اختلاف أشكالها بإيجاد قسم مختص ضمن هيكلها التنظيمي يهدف إلى تحقيق التنسيق والتكامل ما بين الأقسام الأخرى في المؤسسة في مجال تحقيق الجودة، وأن يحدد كل قسم مسؤوليته تجاه ذلك الجزء المتعلق بالجودة للخدمة المقدمة وبما يتفق مع المواصفات المحددة للوصول إلى الهدف المسطر في تحقيق حاجات المستهلك ورضاه عن الخدمة الصحية المقدمة له.

ومن أجل قياس جودة الخدمات الصحية، وجد مدخل تقليدي ومدخل حديث شمل المدخل التقليدي قياس الجودة من منظور المرضى ومن منظور الإدارة، إلا أن المدخل الحديث رأى أنه من غير المعقول توجيه الاهتمام فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات والهيكل، ولكن في كل مؤسسة الخدمة الصحية.

ويهدف تحقيق جملة من المزايا تتمثل أساسا في تبسيط الإجراءات وتحسينها، تحقيق كفاءة التشغيل، تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتي يمكن تحديد إطار تطبيقها في ثلاث مراحل أساسية هي: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة، نشر ثقافة الجودة الشاملة، وتكوين فريق الجودة.

وبعد تعرضنا لمختلف الجوانب النظرية لجودة الخدمات الصحية وطرق قياسها في الفصلين السابقين سنحاول في الفصل القادم استخدام هذه الطرق لقياس وتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية عاليا صالح باستخدام مؤشرات الأداء، كما سنقوم بمحاولة تقييمها من وجهة نظر المرضى بتوزيع استبيان على المرضى المقيمين بالمؤسسة يحتوي على مجموعة من الأسئلة التي تبرز درجة رضا المريض عن الخدمة المقدمة.



الفصل الثالث

قياس جودة الخدمات الصحية
بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عليا صالِح

خاتمة



تمهيد

نظرا لتدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى بالمؤسسات العمومية بالجزائر مقابل تنامي وعي المرضى وإدراكهم لحقوقهم في الحصول على جودة عالية من الخدمات الصحية بحيث أن هذا الإدراك يؤثر في المفاضلة بين المؤسسات الصحية مما يؤدي إما إلى عدم حصولهم على قدر من الرعاية الصحية الجيدة، أو عزوف الكثير عن العلاج في المؤسسات العمومية أو السفر إلى الخارج لتلقي العلاج رغم الاهتمام الذي أولته الجزائر منذ استقلالها لحفظ وترقية الصحة العمومية لمواطنيها، ولوضع البرامج الكفيلة بتحقيق هذا الهدف من خلال الأغلفة المالية المهمة المخصصة لقطاع الصحة وبرامج تطوير وإصلاح الهياكل الصحية، التي تعتبر وجود المؤسسات العمومية الاستشفائية أحد أهم الإنجازات للارتقاء بالصحة العمومية في الجزائر، كان لابد للمؤسسات الصحية بإيجاد قسم مختص ضمن هيكلها التنظيمي يهدف إلى تقييم جودة خدماتها، مما يوفر لها المعلومات عن نقاط القوة التي يجب تنميتها ومراكز الضعف التي يجب معرفة أسبابها ومحاولة معالجتها لكي تتمكن من كسب رضا زبائنها والارتقاء بمستوى أدائها.

لذا وبعد استعراض الجانب النظري من هذه الدراسة سنحاول من خلال الجانب التطبيقي تقييم جودة الخدمات المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح بولاية تبسة، والتي تعتبر أحد أقدم مؤسسات الصحة العمومية في الولاية، لما تقوم به من نشاطات صحية ووقائية، وبما تتمتع به من اختصاصات طبية، من خلال دراسة مؤشرات الأداء بالمؤسسة وتوزيع استبيان على المرضى المقيمين لتحديد درجة الرضا عن الخدمات المقدمة.

المبحث الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح

أنشئت المؤسسة العمومية للصحة في ولاية تبسة سنة 1918 وكانت مستشفى عسكرية إلى غاية الاستقلال وتختص في الأمراض والأوبئة المنتشرة لاسيما منها المعدية وقد جمعت بين العديد من الفروع من بينها أمراض السل والأمراض الجلدية والأمراض العقلية، وفي سنة 1974 أنشئ مستشفى خالد بن عبد العزيز، إذ كان يشمل العديد من المصالح من بينها مصلحة الولادة، الجراحة العامة للرجال، مصلحة طب الأطفال وكذا الطب الباطني للنساء والرجال وقسم الاستعجالات، وفي سنة 1990 دشنت العيادة الجراحية عاليا صالح وكانت مخصصة للجراحة فقط.

المطلب الأول: أنواع المؤسسات الصحية بولاية تبسة

يتقاسم القطاع الصحي العمومي والخاص تغطية الطلب على الخدمات الصحية على مستوى ولاية تبسة من خلال تقديم خدماتها الطبية والجراحية عبر عدد من المؤسسات الصحية لتعداد سكاني يبلغ 768.188 نسمة نهاية 2018.¹

1- المؤسسات الصحية بالقطاع العام

يغطي القطاع الصحي العمومي بالولاية أكبر عدد من السكان لما تتوفر عليه المؤسسات الصحية التابعة لهذا القطاع من امكانيات مادية وبشرية ومالية ضخمة يصعب توفرها بالقطاع الخاص ويشمل:

1-1- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل خالد بن عبد العزيز -تبسة-

وهي المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الوحيدة على مستوى الولاية تتوفر على 166 سرير، أنشئت سنة 1974 كقطاع صحي، ثم حولت إلى مؤسسة استشفائية متخصصة في الأمومة والطفولة سنة 2009

1-2- المؤسسات العمومية الإستشفائية

وتوجد سبع (07) مؤسسات على مستوى الولاية موزعة كالتالي: عاليا صالح تبسة (85 سرير)، بوقرة بولعراس بكارية (141 سرير)، تيجاني هدام بئر العاتر (112 سرير)، محمد شبوكي الشريعة (128 سرير)، 120 سرير العوينات (102)، بوغرارة فؤاد ونزة (83 سرير)، هوام علي مرسط (86 سرير) بمجموع 737 سرير و25 قاعة عمليات.

تضم هذه المؤسسات: 01 استعجالات طبية جراحية و01 مصلحة المساعدة الطبية الإستعجالية و01 عيادة طب وجراحة الأسنان بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح، وحدة طب الأورام بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بوقرة بولعراس بكارية، 05 وحدات لتصفية الدم، 08 مصالح المخبر، 08 مصالح الأشعة و07 مراكز وبنوك حقن الدم.

¹ وثائق مقدمة من مديرية الصحة والسكان -تبسة-

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

1-3- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

وتوجد ست (06) مؤسسات على مستوى الولاية موزعة كالتالي: تبسة، بئر العاتر، الشريعة، العوينات، ونزة ونقرين، وتضم 19 قسم للأشعة، 30 قسم للمخبر.

1-4- العيادات متعددة الخدمات

يبلغ عدد العيادات المتعددة الخدمات 41 عيادة موزعة عبر بلديات الولاية (بمجموع 110 سرير) بالإضافة إلى 07 عيادات لا تزال في طور الانجاز، وتضم على 07 دور للولادة المدججة.

1-5- قاعات العلاج

يبلغ عدد قاعات العلاج بالولاية 129 قاعة علاج موزعة على مختلف بلديات الولاية.

1-6- وحدات الكشف والمتابعة

تتوفر الولاية على 29 وحدة كشف ومتابعة بالولاية منها 03 وحدات بالمهاكل الصحية و26 وحدة متواجدة على مستوى المؤسسات التربوية موزعة كالتالي: تبسة (10)، الشريعة (05)، بئر العاتر (03)، العوينات (03)، الونزة (04)، نقرين (01).

إضافة إلى ذلك تتوفر الولاية على 07 مراكز وسيطة للصحة العقلية، 01 مركز وسيط لعلاج المدمنين، 07 دور لمرضى السكري.

2- المؤسسات الصحية بالقطاع الخاص

يعتبر القطاع الصحي الخاص عاملا مكملا ومساعدًا لتقديم الخدمات الصحية وضمان التكفل الشامل بالمرضى، حيث يشتمل على ما يلي:

2-1- العيادات الطبية المتخصصة

يبلغ عدد العيادات الطبية المتخصصة بالولاية 94 عيادة بما فيها 18 عيادة فتحت خلال 2018، و04 عيادات فتحت منذ بداية سنة 2019.

2-2- العيادات الطبية العامة

يبلغ عدد العيادات الطبية العامة بالولاية 175 عيادة بما فيها 15 عيادة فتحت خلال 2018، و04 عيادات فتحت منذ بداية سنة 2019.

2-3- عيادات جراحة الأسنان

يبلغ عدد عيادات جراحة الأسنان بالولاية 111 عيادة عامة و08 متخصصة.

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

2-4- المصحات الطبية الجراحية

يبلغ عدد المصحات الطبية الجراحية مصحتان (02) بالإضافة إلى 02 في طور الإنجاز.

2-5- عيادات طب وجراحة العيون

يبلغ عدد عيادات طب وجراحة العيون عيادتان (02) بالإضافة إلى واحدة (01) في طور الإنجاز.

2-6- عيادات الأشعة

يبلغ عدد عيادات الأشعة بالولاية 05 عيادات.

2-7- قاعات العلاج

يبلغ عدد قاعات العلاج التابعة للقطاع الخاص 06 قاعات.

2-8- عيادات إعادة التأهيل الوظيفي

يبلغ عدد عيادات إعادة التأهيل الوظيفي بالولاية 09 عيادات.

بالإضافة إلى هذه المؤسسات الخاصة هناك مركزين لتصفية الدم بسعة 30 سرير، مخبر للتشريح الطبي، 05 مخابر التحليل الطبية منها 03 لتحليل الدم، 15 مؤسسة نقل صحي إضافة إلى 03 طور الفتح، ومركز للتشخيص الطبي.

المطلب الثاني: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح

نشأت المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح قانونيا بموجب مرسوم تنفيذي¹، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي كما هو منصوص عليه في المرسوم التنفيذي رقم 140/07 (المادة 2)، وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء، وتغطي حوالي 322.568 نسمة موزعة على سكان بلدية تبسة (233.309 نسمة) والبلديات المجاورة (الماء الأبيض 13.450 نسمة)، الكويف (20.359 نسمة)، بكارية (11.863 نسمة)، الحمامات (24.034 نسمة) الحويجبات (5.598 نسمة)، بولخاف الدير (5.583 نسمة)، بئر الذهب (8.372 نسمة)، وتتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان خاصة في التخصصات القاعدية (الجراحة، جراحة العظام والإنعاش)²

¹ المرسوم التنفيذي رقم 61/08 المؤرخ في 24 فيفري 2008 يعدل ويتم قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيورها

² وثائق مقدمة من مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، مصلحة التنمية البشرية والنشاط الاجتماعي والاقتصادي.

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

يسيرها مجلس إدارة ويديرها مدير، ومزودة بهيئة استشارية تدعى " المجلس الطبي"¹.
يضم مجلس الإدارة مايلي:²

✓ ممثل عن الوالي، رئيسا؛

✓ ممثل عن إدارة المالية؛

✓ ممثل عن التأمينات الاقتصادية؛

✓ ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي؛

✓ ممثل عن المجلس الشعبي الولائي؛

✓ ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة؛

✓ ممثل عن المستخدمين الطبيين، ينتخبه نظراؤه؛

✓ ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين، ينتخبه نظراؤه؛

✓ ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة؛

✓ ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة؛

✓ رئيس المجلس الطبي؛

✓ ويحضر مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية مداورات مجلس الإدارة برأي استشاري ويتولى أمانته.

يعين أعضاء مجلس الإدارة لعهددة ثلاث سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي بناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعة لها.³

يضم المجلس الطبي مايلي:⁴

✓ مسؤولو المصالح الطبية؛

✓ الصيدلي المسؤول عن الصيدلية؛

✓ جراح أسنان؛

✓ شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبة في سلك شبه الطبي؛

✓ ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الإقتضاء.

ينتخب المجلس الطبي من بين أعضائه رئيسا ونائب رئيس لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد.

¹ المادة 10 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها

² المادة 11 من نفس المرسوم التنفيذي

³ المادة 12 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها

⁴ المادة 25 من نفس المرسوم التنفيذي

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

يكلف المجلس الطبي بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها ويقترح كل التدابير التي من شأنها تحسين وتنظيم المؤسسة وسيرها لاسيما مصالح العلاج والوقاية.

المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح

يتكون الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح من:

1- المدير

يعين المدير بقرار من الوزير المكلف بالصحة ويقوم بإدارة شؤون المؤسسة وتسييرها بالاستغلال الأمثل والعقلاني لكل الموارد خاصة البشرية وكذا ضمان التسيير العام للإدارة من خلال توجيه ومراقبة نشاطات المؤسسة والاتصال المباشر بالهيئات العليا وإعداد برامج الميزانية وإعداد مشروع التنظيم والقوانين الداخلية للمؤسسة ويساعده في ذلك مدراء المديرية الفرعية¹، ويلحق بمكتب المدير مكتبين:

1-1- مكتب الاتصال

يتمثل دوره في التنسيق بين مختلف أقسام المؤسسة، والإشراف على جميع الاتصالات بين الوحدات التنظيمية؛

1-2- مكتب التنظيم العام

يقوم بمراقبة ومتابعة سير النظام العام والعمل على تطبيقه وتقييم مدى تناسبه مع الأهداف المرجوة منه؛

2- المديرية الفرعية

يقوم المديرية الفرعية بمساعدة المدير في تسيير المؤسسة، وتتمثل هذه المديرية الفرعية في:

2-1- المديرية الفرعية للمالية والوسائل

تسهر على التطبيق الصارم لأعمال التسيير من خلال تسجيل جميع العمليات المالية الخاصة بالمؤسسة وتصحيح النقائص الموجودة في الميزانية، وتضم ثلاث مكاتب هي:

✓ مكتب الميزانية والمحاسبة مكلف بالعقود التي تبرم بين الإدارة والممولين وفقا للسياسة الوطنية في إعداد هذه الصفقات وإبرامها وتنفيذها؛

✓ مكتب الصفقات العمومية يقوم بتنظيم الاستشارات والصفقات الخاصة بالمؤسسة والقيام بكل خطواتها؛

✓ مكتب الوسائل العامة والهيكل توكل له مهمة الحفاظ على الوسائل العامة الخاصة بالمؤسسة وصيانتها في حالة التلف.

¹ المواد 19، 20 و 21 من نفس المرسوم التنفيذي

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

2-2- المديرية الفرعية للموارد البشرية

- تتم بإدارة وتسيير الموارد البشرية والاهتمام بكل ما يخص المستخدمين مهما كانت درجتهم وتشرف على مكاتبين هما:
- ✓ مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات تتمثل أهم مهامه في إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية، متابعة وترقية الموظفين، متابعة التعيين في المناصب العليا، إعداد مختلف المقررات والمحاضر التنصيب... الخ
 - ✓ مكتب التكوين يتكفل بإعداد وتنفيذ المخطط السنوي للتكوين وفقا للتنظيم المعمول به.

2-3- المديرية الفرعية للمصالح الصحية

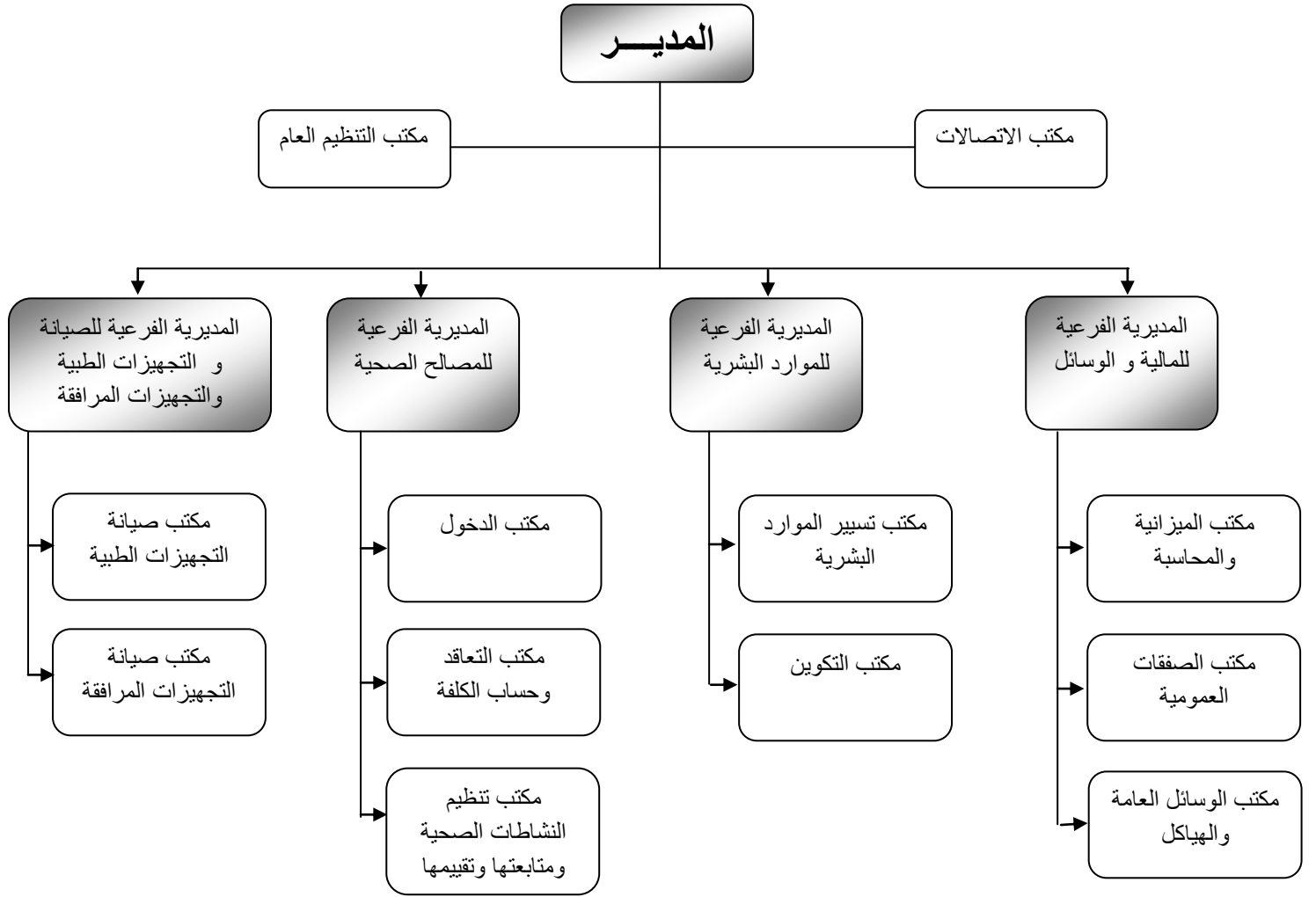
- مهمتها الإشراف على تنظيم وسير المناوبة الطبية، الإدارية وفرق شبه الطبي، والتنسيق بين مختلف المصالح الاستشفائية، الإدارية والتقنية، متابعة أشغال اللجان التي لها علاقة بالأنشطة الصحية، وتشرف على ثلاث مكاتب:
- ✓ مكتب القبول يقوم هذا المكتب بمعظم الخدمات الإدارية الضرورية للمريض بحيث تكمن مهمته الأساسية في تسجيل حركة المريض من دخول وخروج وإقامة؛
 - ✓ مكتب التعاقد وحساب التكاليف يهتم بمتابعة جميع النفقات الخاصة بالمرضى فيما يخص الأدوية والأكل والإيواء؛
 - ✓ مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها يقوم بتهيئة البرامج الخاصة بأوقات العمل للسلك الطبي والإداري، إضافة إلى تقسيم النشاطات الصحية.

2-4- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة

- مسؤولة عن كل أعمال صيانة التجهيزات الطبية والمرافقة كأدوات الجراحة وسيارات الإسعاف ووسائل التدفئة، تحضير مشاريع العقود الخاصة بالصيانة، وتشرف على مكاتبين:
- ✓ مكتب صيانة التجهيزات الطبية مكلف بوضع برنامج خاص لمراقبة ومتابعة التجهيزات الطبية وصيانتها وإعداد تقارير بهذا الخصوص؛
 - ✓ مكتب صيانة التجهيزات المرافقة مكلف بوضع برنامج خاص لمراقبة ومتابعة التجهيزات المرافقة وصيانتها وإعداد تقارير بهذا الخصوص.

شكل رقم (03) الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-



المصدر: المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح -تبسة-

- مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها -

المبحث الثاني: دراسة مؤشرات القياس بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح

نظرا لموقع المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح في مركز الولاية ولكبر حجم السكان المنتفعين بخدماتها فهي تحتل مكانة هامة في التكفل الاجتماعي بالمواطن والمحافظة على صحته وسلامته وذلك قصد تلبية حاجياته بتوفير الرعاية الصحية الكاملة له، لذا نجد أن فعالية المؤشرات تعتمد بشكل كبير على متطلبات واحتياجات المريض من جهة والمؤسسة الصحية من جهة ثانية ولقياس مستوى الأداء بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح قمنا بحساب بعض المؤشرات التي يمكن اعتمادها لقياس الجودة المتوصل لها في حدود البيانات والمعلومات المتحصل عليها.

المطلب الأول: الهياكل الصحية المكونة للمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح على اعتبارها مرفق ذو هيكل للتشخيص والاستشفاء والعلاج، وهي بذلك تحتوي على هيكلية صحية تتكفل بصفة كاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان وتمثل هذه الهياكل في:¹

1- الاستعجالات الطبية والجراحية بوطرفة يوسف

وتتكون من المصالح التالية:

- ✓ مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية؛
- ✓ مصلحة الانعاش والتخدير؛
- ✓ مصلحة المخبر؛
- ✓ مصلحة الأشعة المركزية؛
- ✓ مصلحة علم الأوبئة؛
- ✓ مصلحة تصفية الدم.

2- العيادة الجراحية عاليا صالح

وتتكون من المصالح التالية:

- ✓ مصلحة الجراحة العامة تتكون من أربع وحدات: جراحة عامة، جراحة المسالك البولية، جراحة الأعصاب، جراحة الأطفال؛
- ✓ مصلحة جراحة العظام والرضوض تتكون من وحدتين وحدة استشفاء للرجال ووحدة استشفاء للنساء؛
- ✓ مصلحة الطب الشرعي؛
- ✓ مصلحة الصيدلية (خمسة مخازن)؛

¹ وثائق مقدمة من مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح -تيسة-

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

- ✓ مصلحة المخبر؛
- ✓ مصلحة الأشعة؛
- ✓ مصلحة حقن الدم؛
- ✓ مصلحة طب وجراحة الأذن والأنف وجراحة الفك والوجه؛
- ✓ عنبر الجراحة.

3- عيادة طب وجراحة الأسنان راشدي محمد

وهي هيكل فرعي مقره في سكانسكا يضم عدة أقسام لطب وجراحة الأسنان عامة ومتخصصة في خمسة تخصصات متمثلة في:

- ✓ تقويم الأسنان وعظام الفكين (ODF) Orthopédie dento-facial
- ✓ جراحة ترقيعية Prothèse
- ✓ جراحة الفم والأسنان Chirurgie buccale et endodontie
- ✓ علاج أمراض اللثة Parodontie
- ✓ علاج أمراض الفم Pathologie

4- وحدة المساعدة الطبية المستعجلة (SAMU)

وهي وحدة تدخل مستعجل مقرها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تبسة

المطلب الثاني: استخدام مؤشرات القياس لتقييم جودة الخدمة بالمؤسسة

تحتاج المؤسسة إلى مؤشرات معينة لقياس ومعرفة مستوى الجودة المحققة، وأغلب هذه المؤشرات أعدت ضمن ظروف العمل المثالية يتطلب تحقيقها القدرة على استغلال الموارد المتاحة ووجود كادر متخصص يقوم بمراقبة تطبيق هذه المؤشرات وتقع عليه مسؤولية تحديد الانحرافات الناتجة عن تطبيق المؤشرات وإيجاد الحلول المناسبة لها.

1- مؤشرات البنية الأساسية أو الهيكلية

إن المقاييس الهيكلية ترتبط بالأفراد والتسهيلات المقدمة ولاستخدام هذا المدخل كمؤشر للجودة نفترض أن الخدمة الأفضل يتم تقديمها عندما يكون مقدم الخدمة مؤهل وعلى مستوى عالي، وتكون التجهيزات المادية ممتازة والهيكل التنظيمي جيد والأموال متاحة، وتلجأ المؤسسات الصحية غالباً إلى قياس العمليات والهيكلية بغرض تحسين وضبط العمليات ويشترط في هذه المؤشرات أن تكون دقيقة وواضحة وتشمل:

1-1- مؤشرات أداء الموارد البشرية

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

ويتمثل هذا المؤشر بعدد من الوظائف التي تشكل التخصصات العامة في القطاع الصحي (الأطباء، الشبه طبيون، الإداريون وغيرهم) وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

1-1-1- المؤشرات الخاصة بالأطباء

- ✓ عدد العمليات لكل طبيب: 103,22 (3716/36)
- ✓ عدد المراجعين إلى الأطباء: 3651,46 (167967/46)
- ✓ نسبة الأطباء الأخصائيين: 38% (38/100)

1-1-2- المؤشرات الخاصة بالشبه طبيين

- ✓ عدد الممرضين إلى الأطباء: 1,96 (196/100)
- ✓ عدد المرضى إلى الممرضين: 26 (5097/196)
- ✓ عدد الممرضين إلى الأسرة: 2,3 (196/85)

1-1-3- المؤشرات الخاصة بالمهنة الصحية الأخرى والإداريين

- ✓ نسبة الإداريين بالمؤسسة: 10,77% (81/752)

1-2- مؤشرات أداء الموارد المادية

- ✓ عدد المرضى المسعفين لكل سيارة إسعاف: 216,33 (2596/12)
- ✓ عدد الأيام التي يخلو فيها السرير من المرضى: 160,52 يوم (17381 / 85) (365×85)
- ✓ معدل دوران السرير: 59,96 مريض (5097/85)
- ✓ نسبة الأجهزة الطبية العاطلة: 15,29% (170/26)

1-3- مؤشرات أداء الموارد المالية

- ✓ نصيب كل مريض من تكلفة الأدوية: 2029,33 دج (304373770,69/149987)
- ✓ تكلفة كل حالة من الفحص المخبري والأشعة: 73,19 دج (13880029,51/189643)
- ✓ نسبة التكاليف المخصصة للأدوية: 197,06% (304373770,69/154457586,00)
- ✓ نسبة مصاريف الصيانة: 196,59% (3798891,22/1932362,00)

1-4- مؤشرات النشاط والعمليات

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تيسة-

غالبا ما تستخدم المؤسسات الصحية مقاييس البنية الهيكلية والعمليات بغرض تحسين وضبط العمليات، في حين تستخدم مقاييس النتائج بغرض تقييم الأداء ومن بين مؤشرات العمليات وجدنا:

- ✓ معدل المكوث للإستشفاء: 3,41 يوم (17381/5097)
- ✓ نسبة الشكاوى: 2,18% (1152/52893)

2- مؤشرات النتائج أو المخرجات

يعتبر هذا المقياس مثالي في تقييمه للجودة إلا أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة العمليات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة ولذا يجب اختيار مجموعة من المقاييس التي تغطي الأنواع الثلاثة من المخرجات.

- ✓ نسبة تلوث غرف العمليات 00%
- ✓ نسبة التلف في قناني الدم: 10,51% (453/4309)
- ✓ نسبة العمليات الغير مبرمجة: 56,19% (2088/3716)
- ✓ نسبة الوفيات: 4,35% (222/5097)

المطلب الثالث: تقييم نتائج المؤشرات

بعد تحليل مختلف المؤشرات توصلنا إلى النتائج التالية:

1- مؤشرات البنية الأساسية أو الهيكلية

إن عناصر البنية الهيكلية ليست متساوية الأثر في علاقتها بالجودة، فتوقع وجود خصائص هيكلية جيدة يعني أن الخدمة ذات جودة هو نتيجة واردة وليست أكيدة، ولذا فإن هذا المدخل بمفرده غير كاف كمؤشر للجودة.

1-1- مؤشرات أداء الموارد البشرية

عند القيام بحساب مؤشرات أداء الموارد البشرية وجدنا:

1-1-1- المؤشرات الخاصة بالأطباء

من خلال تحليل المؤشرات الخاصة بالأطباء وجدنا أن عدد المراجعين حوالي 3651 مراجع لكل طبيب سنويا أي تقريبا 10 مراجعين يوميا لكل طبيب ويعتبر هذا العدد مقبول لتقدم خدمة صحية ذات جودة عالية، كما أن نسبة الأطباء الأخصائيين 38% تعتبر مقبولة لتلبية حاجيات المرضى في مختلف الاختصاصات على الرغم من غياب تغطية صحية في بعض الاختصاصات لعدم وجود أخصائيين كما هو الحال في الطب الشرعي، طب الأذن والأنف والحنجرة (ORL)، طب العيون وهي المشكلة التي يعاني منها سكان المنطقة خاصة ذوي الدخل المحدود الذين لا يستطيعون التوجه إلى القطاع الخاص، كما سجلت المؤسسة نقصا واضحا في الأطباء وذلك بسبب استقالة

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

العديد منهم أو طلبهم التحويل إلى ولاياتهم الأصلية الأمر الذي أثر سلبا على عملية التغطية الطبية خاصة على مستوى مصالح الاستعجالات.

1-1-2- المؤشرات الخاصة بالشبه طبيين

من خلال دراستنا للمؤشرات الخاصة بالشبه طبيين تبين أن عدد المرضى يعتبر كاف بالمؤسسة حيث وجدنا حوالي ممرضان لكل طبيب وأكثر من ممرضان لكل سرير فهذا العدد كفيلا بأن تكون الخدمة المقدمة من طرف هذا الطاقم ذات جودة عالية نظرا لانخفاض الضغط فمن بين 5097 مريض نجد أن كل ممرض يقوم بتقديم الخدمة لحوالي 26 مريض فقط خلال السنة.

1-1-3- المؤشرات الخاصة بالمهن الصحية الأخرى والإداريين

بما أن الخدمة الصحية تحتاج للطواقم الطبي والتمريضي أكثر من الطاقم الإداري، تعتبر نسبة 10% من الإداريين كافية لتنظيم وتسيير المؤسسة ومراقبة جودة الخدمة المقدمة.

1-2- مؤشرات أداء الموارد المادية

بالنسبة للموارد المادية نجد أن عدد سيارات الإسعاف يعتبر مقبول بالنسبة لعدد المرضى المسعفين فقد وجدنا أن كل سيارة تقوم بإسعاف حوالي 216 مريض في السنة أي أقل من مريض واحد يوميا وهذا كفيلا بتلبية احتياجات المرضى.

أما بالنسبة لعدد الأسرة فقد وجدنا أن السرير الواحد يخلو من المرضى لمدة 155 يوما تقريبا في السنة وبالتالي نلاحظ نقصا في كفاءة استغلال الأسرة، في حين أن معدل دوران السرير الواحد يصل إلى 60 مريض سنويا أي أن السرير الواحد يخدم 60 مريضا سنويا.

كذلك بالنسبة لنسبة الأجهزة المعطلة فقد بلغت 15,29% من إجمالي الأجهزة الطبية وتعتبر نسبة معتبرة إلا أنه لا يمكننا الاعتماد على هذا المؤشر لأن عطل هذه الأجهزة مؤقت وليس دائم، فمكتب الصيانة بالمؤسسة يقوم بتصليح الأجهزة مباشرة بعد تعطلها.

1-3- مؤشرات أداء الموارد المالية

بالنسبة للموارد المالية للمؤسسة فالميزانية التي تخصصها الدولة محدودة جدا ولا تلي احتياجات المرضى من تكاليف الأدوية والأشعة والفحص المخبري وحتى مصاريف الصيانة فقد وجدنا أن نسبة التكاليف المخصصة للأدوية تمثل 197,06% أي أن المؤسسة تحتاج تقريبا إلى ضعف المبلغ المخصص لها، كذلك الحال بالنسبة لنسبة مصاريف الصيانة للأجهزة الطبية التي تمثل 196,59% لذا تبقى المؤسسة تعاني من ضعف في الموارد المالية، كما أنها تفتقر لبعض التجهيزات الطبية المهمة من بينها جهاز للتخلص من النفايات الطبية التي تشكل خطرا على الفرد والمجتمع والبيئة، لذا فإن عدم القدرة على مواجهة التكاليف سيساعد في تدني مستوى الخدمة المقدمة إذ نجد مثلا أن نصيب

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

الفرد الواحد من تكاليف الفحص المخبري والأشعة حوالي 73 دج، ومن التكاليف المخصصة للأدوية حوالي 2029 دج

2- مؤشرات النشاط والعمليات

نلاحظ من خلال مؤشرات النشاط والعمليات أن معدل المكوث للاستشفاء يعتبر منخفضا مما يدل نظريا على كفاءة الأقسام العلاجية داخل المؤسسة، بالرغم من أن المؤسسة تضم قسما لجراحة العظام وهذا النوع من الأقسام يكون فيها معدل المكوث مرتفعا.

أما مؤشر نسبة الشكاوى فقد وجدنا أنه لا يعبر بشكل دقيق عن مستوى الجودة لأن ما لحظناه هو عدم وجود سجل لتدوين الشكاوى بالإضافة إلى أن عدد الشكاوى المتحصل عليها هي فقط العرائض المكتوبة أما العدد الفعلي لها غير محدد فالشكاوى الشفهية لا يتم تسجيلها وهي أكبر بكثير من المكتوبة.

3- مؤشرات النتائج أو المخرجات

بالنسبة لمؤشرات النتائج فقد لاحظنا عدم تلوث غرف العمليات، أما نسبة العمليات الغير مبرمجة فهي 56,19% من اجمالي العمليات الشيء الذي يمكنه التأثير بشكل سلبي على جودة الخدمة المقدمة، وهذا يعكس الطابع الاستعجالي للخدمات التي تقدمها المؤسسة، كذلك فإن نسبة التلف في قناني الدم لا تعتبر كبيرة فهي تمثل 10,51% لأن جزء من هذه النسبة يرجع سبب تلفها إلى نهاية الصلاحية. أما نسبة الوفيات تعتبر منخفضة فهي تمثل 4,35% من اجمالي الراقدين بالمؤسسة وأغلبها بقسم التخدير والإنعاش.

وإجمالا لما سبق نستنتج أن المؤسسة الإستشفائية عاليا صالح تقوم بتقديم خدمات ذات جودة متوسطة على الرغم من ضعف الإمكانيات المادية والمالية التي توفرها الدولة.

المبحث الثالث: تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية عاليا صالح من منظور المرضى

إن عملية تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية عاليا صالح تعتمد بالدرجة الأولى على رضا المرضى، وللتعرف على تقييمهم لمستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسة يجب التوجه إلى المرضى المقيمين للإجابة على الاستبيان الذي يحتوي على عبارات توضح مدى ادراكهم لجودة الخدمة.

المطلب الأول: أسلوب جمع البيانات و أدوات التحليل الاحصائي

1- أسلوب جمع البيانات

باعتبار الاستبيان من أكثر الأساليب استعمالا في جمع البيانات، تم تصميم استمارة بحث موجهة إلى المرضى المقيمين الذين يتم علاجهم في المؤسسة الاستشفائية العمومية عاليا صالح، قصد التعرف على تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، وتم صياغة عبارات الاستمارة وفقا لأسلوب الأداء الفعلي للخدمة، الذي تم اختياره من بين الأساليب الأخرى للأسباب التالية:

- ✓ سهولة الاستخدام؛ حيث يتم اعداد استمارة واحدة تحدد إدراكات الزبون لجودة الخدمة المقدمة فعلا؛
- ✓ البساطة من حيث القياس والتحليل؛
- ✓ لا يتطلب وقتا طويلا للإجابة على عباراته؛
- ✓ درجة المصدقية والواقعية كبيرة.

وقد تم عرض الاستمارة على الأستاذ المشرف، وتم تزويده بأهداف البحث وفرضياته للاستشارة بها، وقد أبدى اقتراحه الذي على أساسه استقرت على وضعها النهائي الذي تم توزيعه على العينة المبحوثة.

تم اختيار عينة عشوائية من المرضى المقيمين في المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح، حيث تم توزيع 100 استمارة، استرجعت منها 91 استمارة.

تتكون استمارة البحث من صفحة التقديم، إضافة الى ثلاثة أقسام رئيسية:

الجزء الأول: يحتوي على خمسة وعشرون عبارة تعكس المعايير الخمسة الرئيسية والمتمثلة في: الملموسية الإعتمادية، الإستجابة، الأمان والتعاطف، تقوم هذه العبارات بتحديد إدراكات أفراد عينة الدراسة (المرضى) لمستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة، وزعت هذه العبارات كالاتي:

- ✓ العبارة من 1 إلى 7 تشير إلى بعد الملموسية،
- ✓ العبارة من 8 إلى 11 تشير إلى بعد الاعتمادية؛
- ✓ العبارة من 12 إلى 15 تشير إلى بعد الاستجابة؛

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

✓ العبارة من 16 إلى 20 تشير إلى بعد الأمان؛

✓ العبارة من 20 إلى 25 تشير إلى بعد التعاطف.

الجزء الثاني: يحتوي على معلومات متعلقة بالخصائص الديمغرافية والشخصية لعينة الدراسة (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة)

الجزء الثالث: يتعلق بتحديد درجة رضا المرضى عن الجودة الصحية المقدمة لهم، هذا من منطلق أن رضا المريض عن مستوى جودة الخدمة المقدمة له تعد بمثابة تقييم نهائي لجودة الخدمة الفعلية.

تم الاعتماد على مقياس ليكرت لقياس متغيرات الجزأين الأول والثالث، والذي يتكون من خمس درجات تتراوح بين 1 و5، حيث تشير الدرجة 1 إلى الموافقة المطلقة/ رضا كبير جدا، 2 إلى الموافقة/ رضا كبير، 3 إلى الحياد/ رضا متوسط، 4 عدم الموافقة/ رضا منخفض، 5 عدم الموافقة المطلقة/ رضا منخفض جدا.

كما تم تقسيم السلم إلى ثلاثة مجالات لتحديد درجة التقييم، كما يلي:

✓ من 1 إلى أقل من 2.5 يمثل درجة الموافقة والرضا عالية جدا؛

✓ من 2.5 إلى أقل من 3.5 يمثل درجة الموافقة والرضا متوسطة؛

✓ من 3.5 إلى 5 يمثل درجة الموافقة والرضا منخفضة جدا.

وتم الاستعانة باختبار ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات أداة القياس، وتكون القيمة المتحصل عليها ذات دلالة إحصائية إذا كانت أعلى من القيمة التي تقبل عندها درجة الاعتمادية البالغة 60 %، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (02) : نتائج اختبار ألفا كرونباخ

الرقم	المعيار	معامل ألفا كرونباخ
1	الملموسية	0.717
2	الاعتمادية	0.636
3	الاستجابة	0.643
4	الأمان	0.647
5	التعاطف	0.645
	جميع المعايير	0.862

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على برنامج SPSS

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن نسبة معامل ألفا كرونباخ جيدة أكبر من 60%، لكل من المعايير التالية: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف حيث قدرت ب: 71.7%، 63.6%، 64.3%، 64.7% و 64.5% على التوالي، وكانت قيمة ألفا كرونباخ لجميع المعايير 86.2%، وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عالية، تشير إلى وجود ترابط بين عبارات الاستمارة، وإلى إمكانية الحصول على نفس النتائج فيما لو تكرر القياس في ظل أوضاع مختلفة ومع مرور الوقت.

2- أدوات التحليل الإحصائي

تم الاعتماد في معالجة البيانات على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتم توظيف الأدوات الإحصائية التالية:

- ✓ التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة؛
- ✓ المتوسطات الحسابية لتحليل البيانات المتعلقة بتقييم أفراد عينة الدراسة لمعايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية المقدمة، إضافة إلى تقييم الخدمات المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير التقييم الخمسة؛
- ✓ الانحرافات المعيارية لقياس درجة تشتت قيم استجابة أفراد العينة عن المتوسط الحسابي؛
- ✓ تحليل الانحدار الخطي المتعدد، لتحديد نوع العلاقة وقوتها بين المتغيرات المستقلة التي تمثل معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة، والمتغير التابع والمتمثل في الرضا الكلي لأفراد عينة الدراسة، وهذا بتحليل كل من:
 - ✓ معيار تضخم التباين (VIF) Variance Inflation Factor؛
 - ✓ اختبار تحليل التباين الأحادي - فيشر - واختبار (T) للمقارنات الثنائية؛
 - ✓ معامل الارتباط الكلي المتعدد بين (الرضا ومعايير الجودة الخمسة) ومعاملات الارتباط الجزئية (بين الرضا وكل معيار على حدى).

المطلب الثاني: المعالجة الإحصائية

1- وصف خصائص عينة الدراسة

لقد تم استخدام القسم الثاني لتوضيح الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد عينة الدراسة، والمتمثلة في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة

1-1- الجنس

يوضح الجدول أدناه توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

جدول رقم (03): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

النسبة المئوية (%)	التكرارات	الجنس
50.5	46	ذكر
49.5	45	أنثى
100	91	المجموع

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يلاحظ من خلال الجدول رقم (03) أن النسبة المئوية لأفراد العينة متقاربة، حيث بلغ عدد الذكور 46 وبنسبة مقدارها 50.5%، في حين بلغ عدد أفراد العينة من الإناث 45 فردا وبنسبة مقدارها 49.5%.

1-2- السن

يوضح الجدول أدناه توزيع أفراد العينة حسب متغير السن :

جدول رقم (04): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

النسبة المئوية (%)	التكرارات	الفئة العمرية
6.6	06	أقل من 20 سنة
37.4	34	21 - 40 سنة
49.5	45	41 - 60 سنة
6.6	06	أكثر من 60 سنة
100	91	المجموع

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يلاحظ من الجدول رقم (04) أن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة، حيث بلغ عددهم 45 فردا، بنسبة مئوية تقدر بـ: 49.5% وهو ما يعني انتساب أكثرهم إلى فئة الكهول، ثم تليها الفئة العمرية من 21 إلى 40 سنة، والبالغ عددهم 34 فردا بنسبة 37.4%، كما بلغ عدد أفراد الشيوخ (أكثر من 60 سنة) والمراهقين (أقل من 21 سنة) 06 أفراد وبنسبة متساوية 6.6%.

1-3- المستوى التعليمي

يوضح الجدول أدناه توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي:

جدول رقم (05): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

النسبة المئوية (%)	التكرارات	المستوى التعليمي
5.5	05	أمي
11	10	إبتدائي
27.5	25	متوسط
25.3	23	ثانوي
30.8	28	جامعي
100	91	المجموع

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من خلال الجدول رقم (05) أن أعلى نسبة من أفراد العينة من فئة الجامعيين، حيث بلغ عددهم 28 فردا بنسبة مئوية تقدر بـ 30.8 %، ثم تليها فئتي المستوى المتوسط والثانوي بنسبة 25 % و 23 % على التوالي، وقد سهل ذلك في فهمهم لمحاور الاستبيان مما أضفى على إجاباتهم مستوى كبير من المصداقية والدقة، بينما بلغت نسبة الأفراد الأميين وذوي مستوى التعليم الإبتدائي 5.5 % و 11 % على التوالي.

1-4- الدخل الشهري

يوضح الجدول أدناه توزيع أفراد العينة حسب دخلهم الشهري:

جدول رقم (06): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الدخل الشهري

النسبة المئوية (%)	التكرارات	الدخل الشهري
18.7	17	أقل من 15000 دج
27.5	25	15000 - 30000 دج
41.8	38	30000 - 45000 دج
12.1	11	أكثر من 45000 دج
100	91	المجموع

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يلاحظ من خلال الجدول رقم (06) أن أكبر نسبة من أفراد العينة ذات دخل شهري يتراوح بين 30000 و 45000 دج ، حيث بلغت 41.8 %، تليها مباشرة الفئة ذات الدخل الشهري الذي يتراوح بين 15000 و 30000 دج بنسبة 27.5 %، ثم الفئة ذات الدخل الشهري الأقل من 15000 دج بنسبة 18.7 %، ونسبة 12.1 % لذوي الدخل الأكثر من 45000 دج.

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

1-5- الحالة المدنية

يوضح الجدول أدناه توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية:

جدول رقم (07): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة المدنية

الحالة المدنية	التكرارات	النسبة المئوية (%)
مسؤول عن أسرة	64	70.3
غير مسؤول عن أسرة	27	29.7
المجموع	91	100

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من خلال الجدول رقم (07) أن غالبية أفراد العينة مسؤولين عن أسر، حيث بلغ عددهم 64 فردا بنسبة بلغت 70.3 %، في حين بلغ عدد الأفراد الغير مسؤولين عن أسرة 27 فردا بنسبة مئوية تقدر بـ 29.7 %.

1-6- مكان الإقامة

يوضح الجدول أدناه توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة:

جدول رقم (08): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مكان الإقامة

مكان الإقامة	التكرارات	النسبة المئوية (%)
المدينة	63	69.2
الريف	28	30.8
المجموع	91	100

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

نلاحظ من خلال التوزيع الظاهر في الجدول رقم (08) أن غالبية أفراد العينة يقيمون في المدينة، بنسبة 69.2 %، في حين بلغت نسبة أفراد العينة المقيمين في الريف 30.8 %.

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

2- التحليل الوصفي لإجابات أفراد العينة

2-1- تحليل البيانات المتعلقة بتقييم رضى المرضى لمعايير جودة الخدمة الصحية

نستعرض فيما يلي إجابات أفراد عينة الدراسة (المرضى) حول عبارات نموذج الأداء الفعلي، حسب كل معيار من المعايير الخمسة لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم.

2-1-1- الملموسية

يوضح الجدول أدناه اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار الملموسية:

جدول رقم (09): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الملموسية

درجة الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات					العبارة	ترتيب
			غير موافق	إطلاقا	غير موافق	محايد	موافق		
متوسطة	1.003	3.45	2	64	3	17	5	المظهر الخارجي للمؤسسة يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة.	1
ضعيفة	0.890	3.63	8	58	8	17	-	تتوفر المؤسسة على تصميم داخلي منظم ويسهل الاتصال مع مقدمي الخدمات.	2
ضعيفة	0.909	3.66	10	57	7	17	-	توفر المؤسسة غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة.	3
عالية	0.729	2.19	3	4	4	76	4	تمتاز الخدمات الكهربائية بالاستمرارية وعدم الانقطاع	4
متوسطة	1.108	3.20	6	42	13	24	6	تجري تلبية حاجات المريض من الأدوية بشكل متواصل.	5
ضعيفة	0.671	3.71	3	66	16	5	1	يعتني العاملون والأطباء بمظهرهم الخارجي.	6
ضعيفة	0.447	4.00	8	76	6	1	-	يمتاز الغذاء داخل المؤسسة بالجودة العالية	7
	0.516	3.405	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

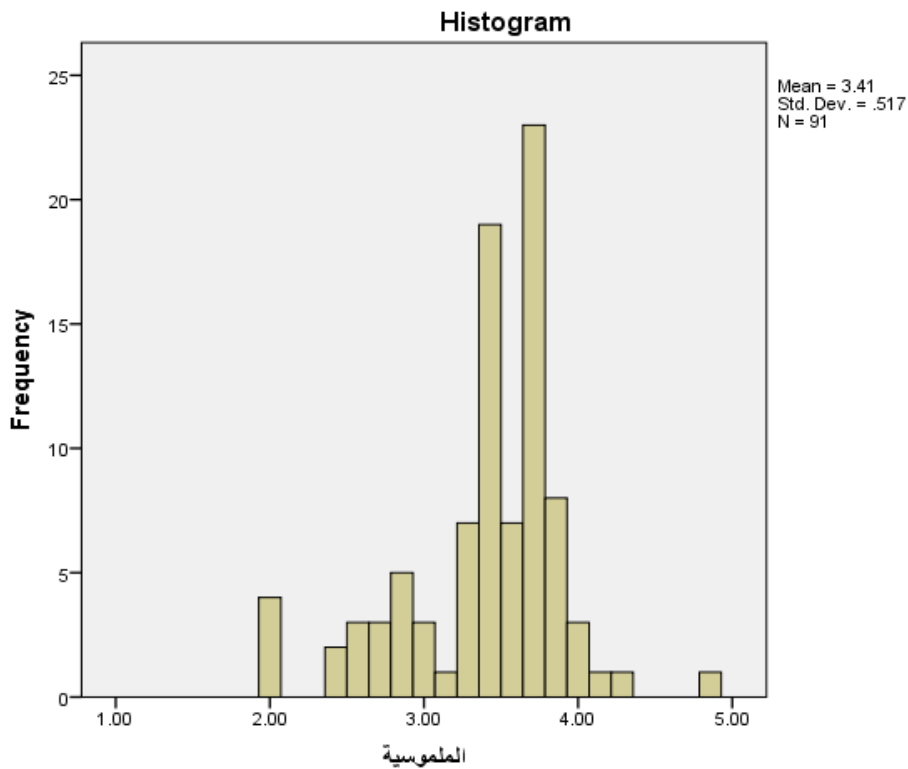
نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو الفقرات (1،2،3،4،5،6،7) كانت ضمن الموافقة المتوسطة، وكان أعلى متوسط حسابي للفقرة السابعة، المتعلقة بالغذاء وجودته الذي بلغ 4.00

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

وانحراف معياري قدر ب 0.447، تليها الفقرة السادسة المتمثلة في اعتناء العاملين والأطباء بمظهرهم الخارجي بمتوسط حسابي 3.71 وانحراف معياري 0.674، أما أدنى متوسط حسابي فقدر ب 2.19 وهو المتعلق بالفقرة الرابعة الخاصة باستمرارية التيار الكهربائي وعدم انقطاعه، تليها الفقرة الخامسة بمتوسط حسابي قدره 3.20 وانحراف معياري 1.108.

أما بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر ب 3.405 مما يعكس درجة موافقة متوسطة على جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة من ناحية معيار الملموسية، كما يدل عليه تدني الانحراف المعياري العام الذي قدر ب 0.516، ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (09) بالشكل التالي:

شكل رقم (04): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الملموسية



المصدر: تم إعداد الشكل بناءً على نتائج الجدول رقم (09)

2-1-2- الاعتمادية

يوضح الجدول أدناه اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار الاعتمادية

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

جدول رقم (10): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاعتمادية

الدرجة الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات					العبارة	الرقم
			غير موافق	إطلاقا	غير موافق	محايد	موافق		
منخفضة	0.684	3.73	3	69	10	9	-	الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة	1
منخفضة	0.689	3.95	14	63	9	5	-	لا توجد أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج	2
منخفضة	0.494	3.98	7	78	3	3	-	تتوفر المؤسسة على تخصصات مختلفة	3
منخفضة	0.674	3.83	11	64	11	5	-	ثقة في الأطباء و الأخصائيين في المؤسسة	4
	0.443	3.884	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						

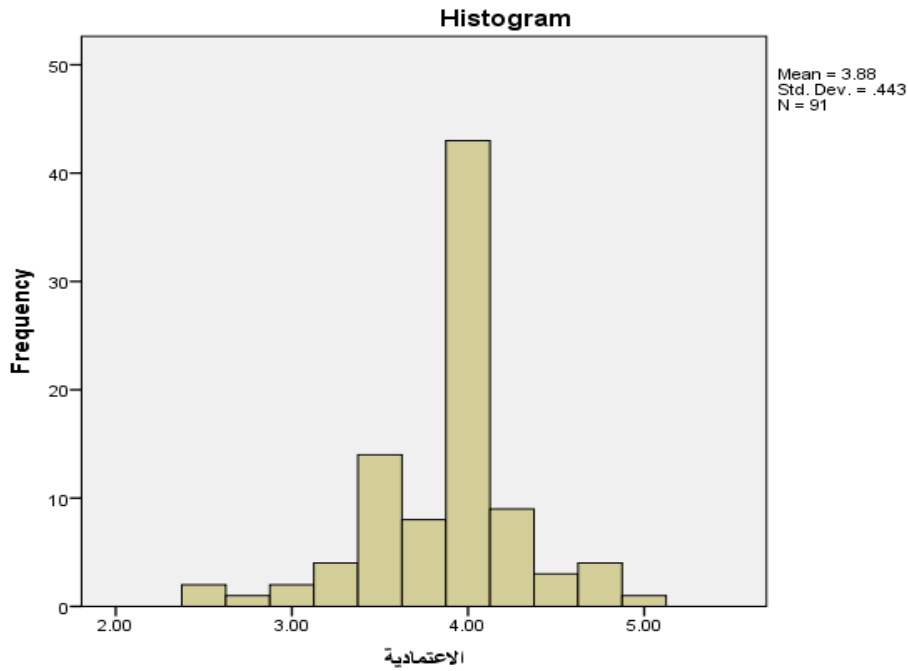
المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتبين من الجدول رقم (10) أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل الفقرات المتعلقة بمعيار الاعتمادية (1،2،3،4) كانت ضمن عدم الموافقة، وكان أعلى متوسط حسابي للفقرة الثالثة وهي توفر المؤسسة على تخصصات مختلفة الذي بلغ 3.98 وانحراف معياري قدر بـ 0.494، أما أدنى متوسط حسابي فقدر بـ 3.73 وانحراف معياري يساوي 0.684، وهو المتعلق بالفقرة الأولى الخاصة بإلتزام العاملين بالمؤسسة بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة، يليها المتوسط الخاص بالفقرة الرابعة، والتي تعلق بثقة أفراد العينة في الأطباء والأخصائيين في المؤسسة، الذي قدر بـ 3.83 وانحراف معياري يساوي 0.674.

أما بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر بـ 3.884، مما يعكس درجة موافقة ضعيفة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة من ناحية معيار الاعتمادية، حسب أغلب أفراد عينة الدراسة كما يدل عليه تدني الانحراف المعياري الذي قدر بـ 0.443، ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (10) بالشكل التالي:

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

شكل رقم (05): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الاعتمادية



المصدر: تم إعداد الشكل بناءً على نتائج الجدول رقم (10)

2-1-3- الاستجابة

يوضح الجدول أدناه اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار الاستجابة

جدول رقم (11) : تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاستجابة

الرقم	العبارة	التكرارات					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً			
1	إخبار المريض عن حالته الصحية أولاً بأول	-	9	10	70	2	3.71	0.671	منخفضة
2	الاستعداد الدائم للعاملين في المصحة لمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى	-	5	9	64	13	3.93	0.680	منخفضة
3	سرعة الرد على شكاوى واستفسارات المرضى	-	3	3	78	7	3.98	0.494	منخفضة
4	تغطي المؤسسة احتياجات المرضى على مدار الساعة	-	5	10	65	11	3.90	0.668	منخفضة
							3.881	0.439	

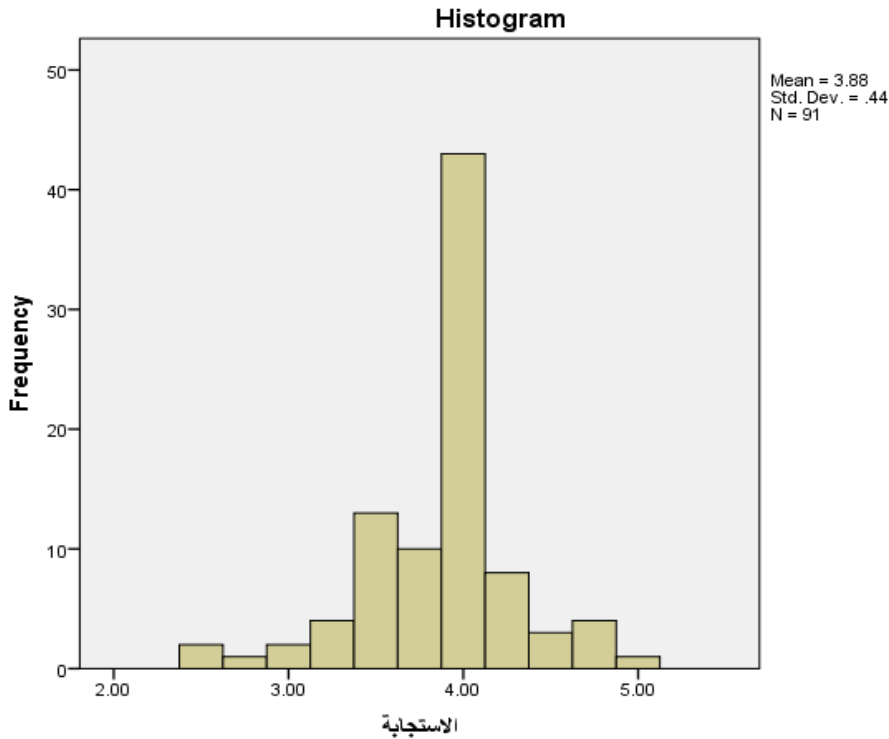
المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

يشير الجدول رقم (11) أن اتجاهات أفراد العينة نحو الفقرات (1،2،3،4) كانت ضمن عدم الموافقة، وكان أعلى متوسط للفقرة الثالثة الخاصة بسرعة الرد على شكاوى واستفسارات المرضى، والذي قدر بـ 3.98 وانحراف معياري يساوي 0.494، يليه المتوسط الحسابي للفقرة الثانية 3.93 ثم الفقرتين الرابعة، فالأولى حيث بلغت قيمتهما 3.90 و 3.71 على التوالي بانحراف معياري 0.668 و 0.671 على التوالي.

بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر بـ 3.881 وانحراف معياري يساوي 0.439، مما يعكس درجة موافقة ضعيفة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة من ناحية معيار الاستجابة، ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (11) بالشكل التالي:

شكل رقم (06): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الاستجابة



المصدر: تم إعداد الشكل بناءً على نتائج الجدول رقم (11)

4-1-2- الأمان

يوضح الجدول أدناه اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار الأمان

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

جدول رقم (12): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الأمان

درجة الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات					العبارة	الرقم
			غير موافق	اطلاقا	غير موافق	محايد	موافق		
منخفضة	0.619	3.84	4	75	5	7	-	تشعر بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين	1
منخفضة	0.524	4.05	13	72	4	2	-	يظهر العاملون في المؤسسة الاهتمام الصادق لحل مشاكل المرضى	2
منخفضة	0.822	3.65	5	64	7	15	-	يتمتع العاملون و الأطباء في المؤسسة بمهارة عالية	3
منخفضة	0.692	3.86	8	70	5	8	-	استمرارية متابعة حالة المريض الصحية	4
منخفضة	0.643	3.75	1	75	6	9	-	هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض	5
	0.450	3.828	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						

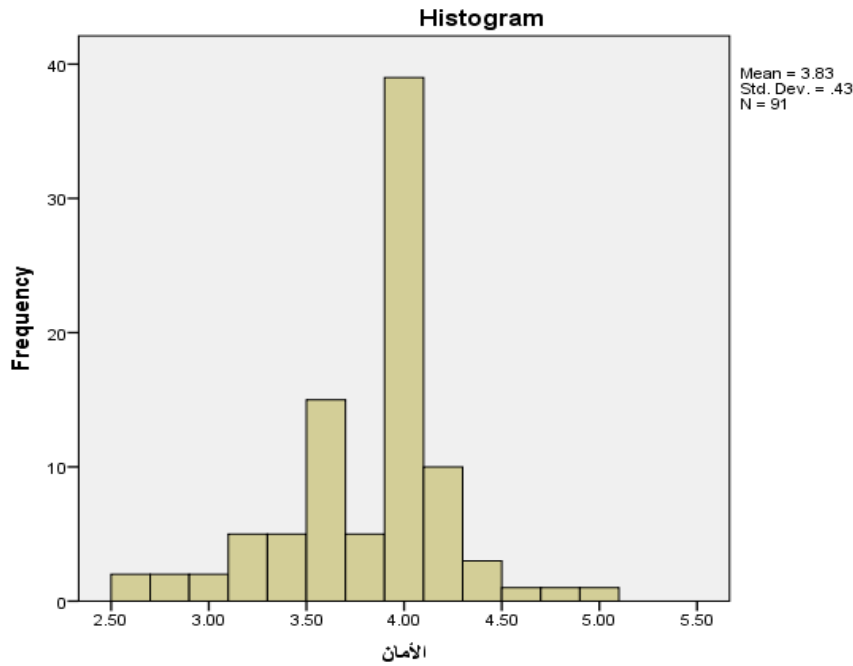
المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتبين من خلال الجدول رقم (12) أن اتجاهات المرضى نحو جميع الفقرات المتعلقة بمعيار الأمان، تقع ضمن مجال عدم الموافقة وبلغ أكبر متوسط حسابي 4.05 والمتعلق بمدى صدق اهتمام العاملين في حل مشاكل المرضى، في حين بلغ أدنى متوسط حسابي 3.65 والمتعلق بمهارات العاملين والأطباء في حين تقاربت المتوسطات الحسابية للفقرات المتبقية (1،4،5)، وهي على التوالي 3.84 ، 3.86 ، 3.75 ، وانحرافات معيارية قدرت بـ 0.619 ، 0.692 ، 0.643 على التوالي.

بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر بـ 3.828 مما يعكس درجة موافقة منخفضة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة من ناحية بعد الأمان، وبأغلبية أفراد عينة الدراسة كما يدل على ذلك أيضا تدني الانحراف المعياري الذي قدر بـ 0.450، ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (12) بالشكل التالي:

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تيسة-

شكل رقم (07): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار الأمان



المصدر: تم إعداد الشكل بناء على نتائج الجدول رقم (12)

2-1-5- التعاطف

يوضح الجدول أدناه اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار التعاطف

جدول رقم (13) : تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار التعاطف

درجة الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات					العبارة	الرقم
			غير موافق	اطلاقا	غير موافق	محايد	موافق		
منخفضة	0.589	3.82	2	78	4	7	-	يتم تقدير ظروف المريض والتعاطف معه	1
منخفضة	0.623	3.97	11	71	4	5	-	وجود الروح المرحة و الصداقة في التعامل مع المريض	2
منخفضة	0.477	3.92	4	79	5	3	-	يتم الإصغاء والاهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين	3
منخفضة	0.601	3.92	8	73	5	5	-	تتم محادثة المريض باللغة واللهجة التي يفهمها	4
منخفضة	0.666	4.02	16	66	4	5	-	تتم العناية الشخصية بكل مريض في المؤسسة	5
	0.382	3.931	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري العام						

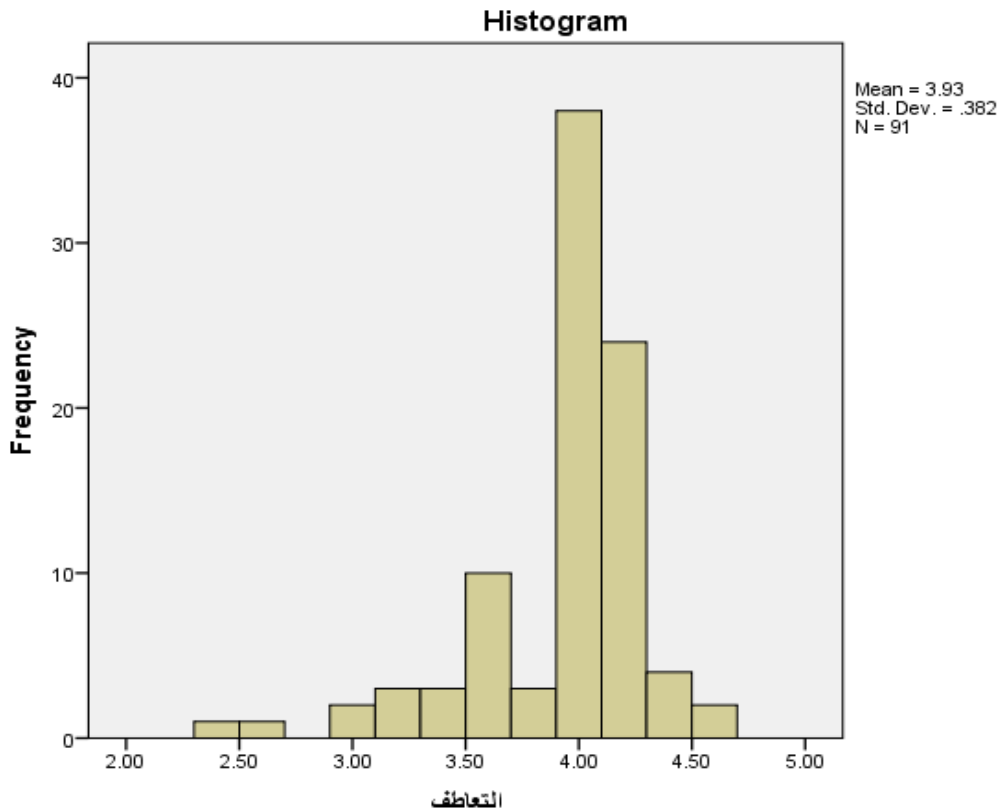
المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

نلاحظ من الجدول رقم (13) أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل الفقرات المتعلقة بمقياس التعاطف (4,3,2,1,5) كانت ضمن عدم الموافقة، وكان أعلى متوسط حسابي للفقرة الخامسة والمتعلقة بالعناية الشخصية للمرضى في المؤسسة الذي بلغ 4.02 وانحراف معياري قدر ب 0.666، أما أدنى متوسط حسابي فقدر ب 3.82 وانحراف معياري يساوي 0.589، وهو المتعلق بالفقرة الأولى الخاصة بتقدير ظروف المريض والتعاطف معه، في حين تساوى المتوسطان الحسابيان للفقرتين الثالثة والرابعة وقدرتا ب 3.92 وانحراف معياري 0.477 و 0.601 على التوالي.

بالنسبة للمتوسط الحسابي العام فقد قدر ب 3.931 ما يعكس درجة موافقة منخفضة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة من ناحية معيار التعاطف يدل عليه تدني الانحراف المعياري الذي قدر ب 0.382، ويمكن تمثيل الجدول رقم (13) بالشكل التالي:

شكل رقم (08): التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة لمعيار التعاطف



المصدر: تم إعداد الشكل بناءً على نتائج الجدول رقم (13)

2-2- تحليل البيانات المتعلقة برضا المرضى عن الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة

يظهر الجدول أدناه توزيع إجابات أفراد العينة حسب درجة رضاهم عن الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسة:

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

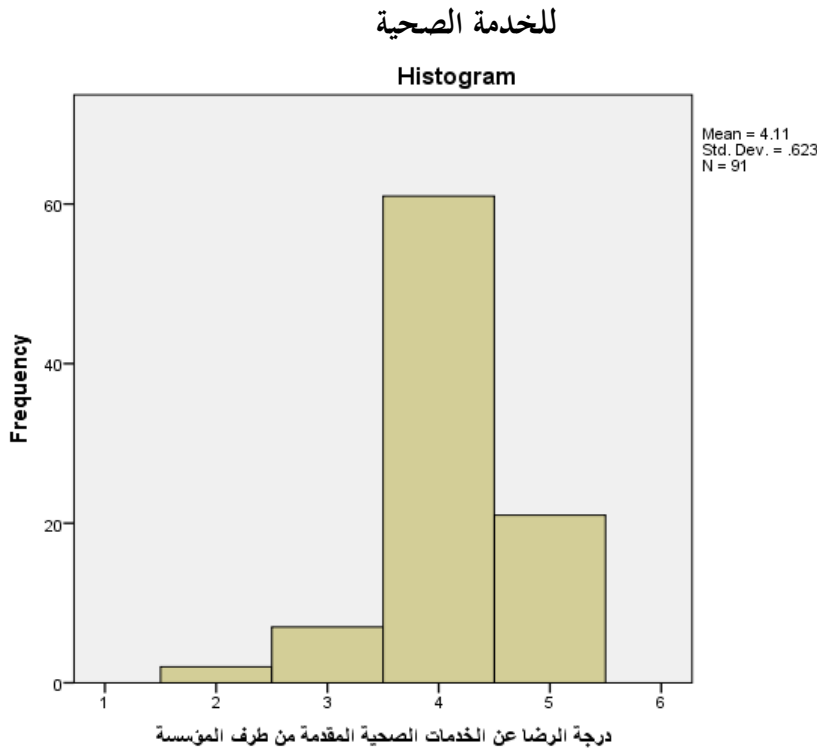
جدول رقم (14) : توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة تبعا لدرجة الرضا عن الجودة الكلية للخدمة الصحية

درجة الرضا	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع	منخفضة جدا	منخفضة	متوسطة	كبيرة	كبيرة جدا	
ضعيفة	0.623	4.11	91	21	61	7	2	-	التكرارات
			100	23.1	67	7.7	2.2	-	النسب المئوية

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الاستبيان

من خلال الجدول رقم (14) نلاحظ أن 67% من أفراد عينة الدراسة كانت درجة رضاهم عن جودة الخدمة الصحية الكلية المقدمة من طرف المؤسسة منخفضة، في حين أن 23.1% من أفراد العينة كانت درجة رضاهم منخفضة جدا، وعليه فإن درجة رضا المرضى عن الجودة الكلية للخدمة الصحية تعتبر منخفضة ويستدل على ذلك بالمتوسط الحسابي الذي قدر بـ 4.11 وهو ضمن المدى [3,5-5]، وبإجماع أفراد عينة الدراسة كما يدل عليه تدني الانحراف المعياري الذي قدر بـ 0.623، ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (14) بالشكل التالي:

شكل رقم (09): التمثيل البياني لإجابات أفراد عينة الدراسة تبعا لدرجة الرضا عن الجودة الكلية



المصدر: تم إعداد الشكل بناء على نتائج الجدول رقم (14)

المطلب الثالث: اختبار الفرضيات، عرض النتائج وتفسيرها

1- اختبار الفرضيات

1-1- الفرضية الأولى

لا يقيم أفراد عينة الدراسة (المرضى) الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية معايير جودة الخدمة، تقييما إيجابيا.

لاختبار هذه الفرضية، تم الاعتماد على المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية ونسب الموافقة لكل معيار من المعايير الخمسة لتقييم جودة الخدمة الصحية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (15): تقييم جودة الخدمة الصحية من ناحية كل معيار من معايير التقييم

المعيار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة	درجة الموافقة
الملموسية	3.40	0.516	27.16	ضعيفة
الاعتمادية	3.87	0.443	6.04	ضعيفة
الاستجابة	3.88	0.439	6.04	ضعيفة
الأمان	3.83	0.450	9.01	ضعيفة
التعاطف	3.93	0.382	5.49	ضعيفة

المصدر: أعد الجدول بالاعتماد على نتائج الجداول رقم (09,10,11,12,13)

يوضح الجدول رقم (15) أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة تقع ضمن مجال عدم الموافقة نحو جميع معايير التقييم، وكان معيار التعاطف أكثرهم سلبية بوسط حسابي قدره 3.93 وانحراف معياري يساوي 0.382 ونسبة موافقة قدرها 5.49 %، ثم يليه معيار الاستجابة بوسط حسابي يقدر بـ 3.88 وانحراف معياري يساوي 0.439 ونسبة موافقة 6.4 %، مساوية لنسبة الموافقة في معيار الاعتمادية الذي بلغ متوسطه الحسابي 3.87 وانحرافه المعياري 0.443، ثم يأتي معيار الأمان فالملموسية بمتوسط حسابي قدره 3.83 و 3.40 على التوالي وانحراف معياري 0.516 و 0.450 وبلغت نسبة الموافقة بهما 9.01 % و 27.6 %، مما يبين أن أفراد عينة الدراسة غير راضية على جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية كل المعايير.

وعليه نستخلص أن الفرضية الأولى صحيحة، أفراد عينة الدراسة (المرضى) يقيمون الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية معايير جودة الخدمة، تقييما سلبيا.

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

1-2- الفرضية الثانية

H_a : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية.

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية.

لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على تحليل الانحدار الخطي المتعدد، الذي يهدف إلى تحليل العلاقة بين أكثر من متغيرين (تحليل العلاقة بين خمسة متغيرات مستقلة ومتغير تابع)، باستخدام المعادلة التالية:

$$Y_i = B_0 + B_1X_{i1} + B_2X_{i2} + B_3X_{i3} + B_4X_{i4} + B_5X_{i5} + e_i$$

حيث: $i=1,2,3,4,5,\dots,91$

Y_i = متغير تابع يمثل الرضا الكلي لجودة الخدمة الصحية؛

B_0 = المستوى المتوسط للرضا الكلي لجودة الخدمة الصحية عندما تكون المتغيرات المستقلة معدومة؛

B_j , $j=1,2,3,4,5$ = قيم معاملات معادلة الانحدار، وهي تحدد العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع؛

X_{ij} = عبارة عن متغيرات مستقلة، تتمثل في الموسمية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف؛

e_i = حد تشويشي عشوائي، يفترض بأنه يتوزع توزيع طبيعي بمتوسط حسابي معدوم وتباين ثابت.

وقبل استظهار النتائج، يجب أولاً اختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة، وهذا بالاعتماد على معامل تضخم

التباين (Variance Inflation Factor (VIF)، حيث إذا ازدادت قيمته عن 5 فذلك يدل على وجود تداخل بين المتغيرات المستقلة في تأثيرها على المتغير التابع.

والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار:

جدول رقم (16): نتائج اختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة

الرقم	المتغير	معامل تضخم التباين VIF
1	الموسمية	2.192
2	الاعتمادية	1.583
3	الاستجابة	1.609
4	الأمان	1.500
5	التعاطف	1.413

المصدر: تم إعداد الجدول اعتماداً على برنامج SPSS

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تيسة-

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) أن معامل تضخم التباين VIF أقل من 5 لكل المتغيرات، وبالتالي يمكننا القول بأنه لا يوجد تداخل بين المتغيرات المستقلة الخمسة.

ولأجل تحليل مدلولية الانحدار الخطي المتعدد قمنا بحساب كل من:

✓ معاملات الانحدار B_0 و B_j ؛

✓ اختبار فيشر F؛

✓ اختبار (T) للمقارنات الثنائية؛

✓ معامل الارتباط الكلي المتعدد بين الرضا وكل معايير الجودة كل على حدى.

والجدول التالي، يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (17) تحليل العلاقة بين المعايير الخمسة لجودة الخدمة الصحية والرضا الكلي لأفراد عينة الدراسة

المعيار	معامل الارتباط	قيمة F	قيمة T	القيمة الاحتمالية sig	قيمة المعاملات B_j
الملموسية	0.398	16.751	4.093	0.000	0.480
الاعتمادية	0.318	10.036	3.168	0.020	0.447
الاستجابة	0.322	10.237	3.205	0.020	0.445
الأمان	0.536	35.259	5.997	0.000	0.771
التعاطف	0.695	83.140	9.118	0.000	1.133
معامل الارتباط الكلي	0.736				$B_0 = -1.740$
اختبار فيشر F		18.868			

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على برنامج SPSS

يحدد أثر اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية عن الرضا الكلي، بالمعادلة التالية:

$$Y = -1.740 + 0.480 \text{ الملموسية} + 0.447 \text{ الاعتمادية} + 0.445 \text{ الاستجابة} + 0.771 \text{ الأمان} + 1.133 \text{ التعاطف}$$

وهي تمثل معادلة خط الانحدار المتعدد

بلغت قيمة معامل الارتباط الكلي 0.736، مما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المعايير الخمسة للجودة الصحية والرضا الكلي،

توضح معاملات الارتباط الجزئية، درجة تأثير الرضا الكلي بكل معيار من المعايير الخمسة، حيث قدرت بـ 0.398 للملموسية، 0.318 للاعتمادية، 0.322 للاستجابة، 0.536 للأمان و 0.695 للتعاطف.

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

أكثر المعايير تأثيرا على الرضا الكلي للجودة الصحية هو معيار التعاطف ثم معيار الأمان، حيث بلغت قيمة T لكل منهما ب 9.111 و 5.997 على التوالي، كما يدل ارتفاع قيمة F لهذين المعيارين على عمق تأثير أفراد عينة الدراسة بهما مقارنة مع باقي المعايير.

تقدر القيمة الاحصائية F ب 18.868، وهي أكبر من قيمتها الجدولية التي تساوي 2.76 عند مستوى معنوية 0.05، أما القيمة الاحتمالية فتساوي 0.000 وهي أقل من المستوى المعتمد.

على ضوء النتائج السابقة، فإننا نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية.

1-3- الفرضية الثالثة

H_a : توجد فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة).

H_0 : لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة).

1-3-1- اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس

للتحقق من وجود فوارق دالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير الجنس، نستخدم اختبار (T) للمقارنات الثنائية.

والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

جدول رقم (18): الفوارق بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقا لتغير الجنس

قيمة T		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	المعيار
مستوى الدلالة	القيمة					
غير دالة	1.408	0.611	3.490	46	ذكر	الملموسية
		0.971	3.310	45	أنثى	
غير دالة	-0.841	0.603	3.852	46	ذكر	الاعتمادية
		0.669	3.917	45	أنثى	
غير دالة	-0.843	0.593	3.850	46	ذكر	الاستجابة
		0.665	3.910	45	أنثى	
غير دالة	1.582	0.600	3.818	46	ذكر	الأمان
		0.706	3.838	45	أنثى	
غير دالة	1.918	0.548	3.974	46	ذكر	التعاطف
		0.619	3.890	45	أنثى	

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على برنامج SPSS

لم يظهر الجدول رقم (18) وجود فوارق دالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05، حيث جاءت قيم (T) المحسوبة أقل من قيم (T) الجدولة، وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير الجنس.

1-3-2- اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير السن

نستخدم تحليل التباين ANOVA لاختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار المتحصل عليها

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تيسة-

جدول رقم (19): الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقا لمتغير السن

قيمة F		متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين	المعيار
مستوى الدلالة	القيمة					
غير دالة	1.246	0.984	2.952	3	بين المجموعات	الملموسية
		0.710	22.618	87	داخل المجموعات	
غير دالة	0.987	0.342	1.027	3	بين المجموعات	الاعتمادية
		0.412	35.901	87	داخل المجموعات	
غير دالة	0.962	0.323	0.971	3	بين المجموعات	الاستجابة
		0.403	35.088	87	داخل المجموعات	
غير دالة	1.245	0.531	1.454	3	بين المجموعات	الأمان
		0.442	38.472	87	داخل المجموعات	
غير دالة	0.979	0.359	1.347	3	بين المجموعات	التعاطف
		0.353	30.715	87	داخل المجموعات	

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على برنامج SPSS

يتبين من خلال الجدول رقم (19) أنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، لكون قيم (F) المحسوبة أقل من قيم (F) الجدولة التي تساوي 2.76 انطلاقا من درجة حرية 87/3 على التوالي، هذا يقودنا الى قبول الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير السن.

1-3-3- اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي

نستخدم تحليل التباين ANOVA لاختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار المتحصل عليها:

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تيسة-

جدول رقم (20): الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقا لمتغير المستوى التعليمي

قيمة F		متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين	المعيار
مستوى الدلالة	القيمة					
غير دالة	1.693	1.543	6.173	4	بين المجموعات	الملموسية
		0.680	58.555	86	داخل المجموعات	
غير دالة	1.128	0.450	1.801	4	بين المجموعات	الاعتمادية
		0.408	35.127	86	داخل المجموعات	
غير دالة	1.143	0.444	1.797	4	بين المجموعات	الاستجابة
		0.398	34.281	86	داخل المجموعات	
غير دالة	0.915	0.366	1.464	4	بين المجموعات	الأمان
		0.449	38.601	86	داخل المجموعات	
غير دالة	1.422	0.500	2.000	4	بين المجموعات	التعاطف
		0.398	29.792	86	داخل المجموعات	

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على برنامج SPSS

يتبين من خلال الجدول رقم (20) أنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، لكون قيم (F) المحسوبة أقل من قيم (F) الجدولة التي تساوي 2.71 انطلاقا من درجة حرية 86/4 على التوالي، هذا يقودنا الى قبول الفرضية الصفرية H_0 التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

1-3-4- اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير الدخل الشهري

نستخدم تحليل التباين ANOVA لاختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار المتحصل عليها:

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

جدول رقم (21): الفوارق بين اتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقا لمتغير الدخل الشهري

قيمة F		متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين	المعيار
مستوى الدلالة	القيمة					
غير دالة	1.479	0.887	2.661	3	بين المجموعات	الملموسية
		0.713	62.067	87	داخل المجموعات	
غير دالة	0.481	0.213	0.365	3	بين المجموعات	الاعتمادية
		0.417	36.288	87	داخل المجموعات	
غير دالة	1.555	0.239	0.718	3	بين المجموعات	الاستجابة
		0.406	35.342	87	داخل المجموعات	
غير دالة	1.307	0.566	1.699	3	بين المجموعات	الأمان
		0.441	38.366	87	داخل المجموعات	
غير دالة	2.470	0.602	1.807	3	بين المجموعات	التعاطف
		0.344	29.985	87	داخل المجموعات	

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على برنامج SPSS

من خلال الجدول رقم (21) يتبين أنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية، لكون قيم (F) المحسوبة أقل من قيم (F) الجدولة التي تساوي 2.76 انطلاقا من درجة حرية 87/3 على التوالي، هذا يقودنا الى قبول الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير الدخل الشهري.

1-3-5- اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير الحالة المدنية

للتحقق من وجود فوارق دالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير الحالة المدنية، نستخدم اختبار (T) للمقارنات الثنائية، والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

جدول رقم (22): الفوارق بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقا لمتغير الحالة المدنية

قيمة T		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	المعيار
مستوى الدلالة	القيمة					
غير دالة	0.919	0.715	3.450	64	مسؤول عن أسرة	الملموسية
		0.980	3.280	27	غير مسؤول عن أسرة	
غير دالة	0.760	0.602	3.910	64	مسؤول عن أسرة	الاعتمادية
		0.698	3.800	27	غير مسؤول عن أسرة	
غير دالة	0.744	0.598	3.910	64	مسؤول عن أسرة	الاستجابة
		0.682	3.805	27	غير مسؤول عن أسرة	
غير دالة	1.039	0.622	3.878	64	مسؤول عن أسرة	الأمان
		0.681	3.712	27	غير مسؤول عن أسرة	
غير دالة	0.381	0.618	3.938	64	مسؤول عن أسرة	التعاطف
		0.521	3.912	27	غير مسؤول عن أسرة	

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على برنامج SPSS

لم يظهر الجدول رقم (22) وجود فوارق دالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05، حيث جاءت قيم (T) المحسوبة أقل من قيم (T) الجدولة، وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير الحالة المدنية.

1-3-6- اختبار وجود فوارق دالة إحصائية تعزى إلى متغير مكان الإقامة

للتحقق من وجود فوارق دالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير مكان الإقامة، نستخدم اختبار (T) للمقارنات الثنائية، والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

جدول رقم (23): الفوارق بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية وفقا لمتغير مكان الإقامة

قيمة T		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	المعيار
مستوى الدلالة	القيمة					
غير دالة	1.174	0.782	3.471	63	المدينة	الملموسية
		0.879	3.254	28	الريف	
غير دالة	1.205	0.630	3.935	63	المدينة	الاعتمادية
		0.618	3.768	28	الريف	
غير دالة	1.190	0.626	3.930	63	المدينة	الاستجابة
		0.603	3.767	28	الريف	
غير دالة	0.581	0.647	3.854	63	المدينة	الأمان
		0.675	3.770	28	الريف	
غير دالة	0.178	0.608	3.940	63	المدينة	التعاطف
		0.515	3.914	28	الريف	

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على برنامج SPSS

يتبين من خلال الجدول رقم (23) عدم وجود فوارق دالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05، حيث جاءت قيم (T) المحسوبة أقل من قيم (T) الجدولة التي تساوي 1.98 انطلاقا من درجة حرية، وهذا يقودنا إلى قبول الفرضية الصفرية H_0 ، التي تنص على عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى متغير مكان الإقامة. على ضوء النتائج السابقة، يتضح بأنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين اتجاهات عينة الدراسة نحو معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة)

2- عرض النتائج وتفسيرها

تم التوصل من خلال الدراسة الميدانية التي خصت بها المؤسسة الاستشفائية العمومية عاليا صالح بولاية تبسة الى النتائج التالية:

الفصل الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية عاليا صالح -تبسة-

1-2- نتائج مستمدة من وصف خصائص العينة:

- ✓ تقارب جنسي (بين الاناث والذكور) من حيث العدد، حيث بلغت نسبهم 50.5% و 49.5% وهذا راجع لعدم وجود أقسام خاصة بجنس معين بحذ ذاته يغلب جنس على آخر؛
- ✓ انتساب نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة إلى فئة الكهول تقدر بـ 49.5%، حيث تتراوح أعمارهم بين 41 و 60 سنة؛
- ✓ جمعت الدراسة بين مرضى ذوي مستويات تعليمية مختلفة بنسب متباينة؛
- ✓ جمعت الدراسة مرضى ذوي دخل شهري مختلف وأكبر نسبة كانت للأفراد الذين يتقاضون دخل متوسط يتراوح بين 30000 و 45000 دج، حيث بلغت 41.8% وهو ما يفسر توجه المرضى الى المؤسسات الاستشفائية العمومية طلبا للخدمة المجانية بغض النظر عن جودة الخدمة المقدمة؛
- ✓ نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة والبالغة 69.2% مسؤولون عن أسرة؛
- ✓ نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة والبالغة 69.2% مقيمون بالمدينة؛

2-2- نتائج مستمدة من تحليل نتائج اجابات أفراد عينة الدراسة:

- ✓ درجة موافقة ضعيفة لأفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة من ناحية معايير التقييم الخمسة، وعدم وجود رضا عن الجودة الكلية وبالتالي كان تقييمهم سلبيا؛
- ✓ لا يوجد من بين العناصر ما يدل على وجود جودة في الخدمة الصحية المقدمة؛
- ✓ تؤثر الجودة المدركة للخدمة الصحية المقدمة بمعاييرها على رضا أفراد عينة الدراسة؛
- ✓ أكثر المعايير تأثيرا على الرضا الكلي للجودة الصحية هما معياري الاستجابة والتعاطف، غير أن تأثيرهما الكبير كان سلبيا لا إيجابيا؛
- ✓ لا تؤثر المتغيرات الديمغرافية المتمثلة في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة على اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير التقييم الخمسة.

خلاصة

تم في هذا الفصل، التعرف على مستوى جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح بتبسة، من خلال حساب مؤشرات الأداء التي يمكننا من خلالها الإستدلال على مستوى جودة الخدمات التي تقدمها، ومن ناحية كل معيار من المعايير الخمسة المعتمدة في قياس جودة الخدمة وهي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف.

وقد تم الاعتماد على تقييم عينة من المرضى المقيمين بالمؤسسة بمختلف تخصصاتها، من خلال تطبيق أسلوب الأداء الفعلي للخدمة الصحية، حيث وزعت 100 استمارة على المرضى، أستلم منها 91 استمارة والتي مثلت حجم عينة الدراسة، وقد تم اختيار المرضى بطريقة عرضية، وفي الأخير تمت معالجة البيانات على برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، بتوظيف التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة، المتوسطات الحسابية لتحليل البيانات المتعلقة بتقييم أفراد عينة الدراسة لمعايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية المقدمة، إضافة إلى تقييم الخدمات المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير التقييم الخمسة، الانحرافات المعيارية لقياس درجة تشتت قيم استجابة أفراد العينة عن المتوسط الحسابي، تحليل الانحدار الخطي المتعدد، لتحديد نوع العلاقة وقوتها بين المتغيرات المستقلة التي تمثل معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة، والمتغير التابع والمتمثل في الرضا الكلي لأفراد عينة الدراسة.



خاتمة



تعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة لأنها تقوم بتقديم خدمات لأعلى ما تملكه المجتمعات وهو الإنسان، وتختلف جودة الخدمات الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، فهي من المنظور الطبي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية، أما من منظور المستفيد فتتركز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، في حين تعني من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة لتقديم خدمة متميزة، لذا فإن المؤسسات الصحية بحاجة إلى مؤشرات محددة لمعرفة مستوى الجودة المتحقق وبطبيعة الحال فإن استعمال هذه المؤشرات يعتمد على الرغبة الحقيقية للمؤسسة في الاستفادة من النتائج المتحققة من القياس وبالتالي لا يمكنها الاعتماد على قياس الجودة المهنية دون الاهتمام بآراء المرضى واتجاهاتهم.

فقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة ولا سبيل إلى تجاهلها، ولكن عند اختيار المقاييس يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع المقاييس وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها، ومن أجل إنجاح هذا النهج لا بد من توافر الاقتناع من طرف الإدارة العليا للمؤسسة والعاملين على حد سواء، وأن تستند الإدارة العليا على نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ المفاهيم الجديدة للجودة.

ومن خلال هذه الدراسة، التي حاولنا فيها التعرف على آليات تقييم جودة الخدمات الصحية التي يمكن تطبيقها في المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح اتضح أن نجاح هذه المؤسسة في تدعيم وزيادة قدراتها التنافسية في محيط يمتاز بالتغير، يفرض عليها تحسين مستوى خدماتها، لذا لا بد لها من التعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى من أجل تحسينها اعتمادا على مؤشرات الأداء، وإدراكات المرضى للجودة المعبر عنها بالمعايير الخمسة (الإعتمادية، الملموسية، الإستجابة، الأمان، التعاطف)، حيث توصلنا إلى:

✓ صحة الفرضية الرئيسية إذ وجدنا أن الإعتماد على عملية القياس يساعد في التعرف على نقاط القوة التي يمكن أن تستغلها المؤسسة لكسب رضا المرضى ونقاط الضعف التي ستتمكن من معالجتها وبالتالي تحسين جودة الخدمات المقدمة؛

✓ صحة الفرضية الأولى حيث اتضح أن المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح على الرغم من حيازتها لعدد معتبر من مقدمي الخدمات إلا أنها لازالت تعاني من نقص بعض الأخصائيين، إضافة إلى افتقارها لبعض التجهيزات الطبية المتطورة والموارد المالية الكافية كما تبين عدم كفاءة استغلال الموارد المادية للمؤسسة الأمر الذي ساهم في تدني مستوى الخدمة.

أما المعالجة الاحصائية للبيانات المتعلقة بالإستيبيان، والتي تمت عن طريق برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، فقد أثبتت:

✓ صحة الفرضية الثانية؛ حيث اتضح أن أفراد عينة الدراسة (المرضى) لا يقيمون الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة، تقييما إيجابيا؛

- ✓ صحة الفرضية الثالثة؛ حيث تبين وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية والرضا عن الجودة الكلية؛
- ✓ عدم صحة الفرضية الرابعة؛ حيث تبين عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية تعزى إلى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة المدنية ومكان الإقامة).

1- نتائج البحث

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ✓ عدم اعتماد المؤسسة محل الدراسة على أساليب القياس لمعرفة مستوى الخدمات المقدمة؛
- ✓ غياب معيار التعاطف وعدم الاهتمام بانشغالات المرضى أدى إلى عدم رضاهم على جميع الخدمات المقدمة؛
- ✓ بالرغم من توفر المؤسسة على موارد بشرية مقبولة إلا أن المرضى غير راضين عن الخدمة نتيجة عدم استجابة مقدمي الخدمات للمريض بالإضافة إلى انعدام ثقة المرضى في المهارات الطبية والتمريضية؛
- ✓ الموارد المالية التي تخصصها الدولة للمؤسسة غير كافية لتقديم خدمة ذات جودة عالية؛
- ✓ عدم توفر المؤسسة على بعض الأجهزة والمعدات الضرورية لتحسين جودة الخدمة؛
- ✓ عدد كبير من المرضى غير راضين عن الخدمات من خلال النقص الواضح في عامل النظافة؛
- ✓ مصالح الاستعجالات بالمؤسسة تقوم بتقديم الخدمات الاستعجالية في الوقت المناسب عموماً؛
- ✓ تواجد المدير في مختلف المصالح لمراقبة النشاط باستمرار؛
- ✓ نقص التغطية الطبية بالمؤسسة خاصة على مستوى مصالح الاستعجالات بسبب استقالة بعض الأطباء أو طلبهم التحويل إلى ولاياتهم الأصلية؛
- ✓ عدم الاهتمام بآراء وشكاوى المرضى الأمر الذي تجلّى في عدم وجود سجل للشكاوى.

2- توصيات البحث

بناءً على ما تم التوصل إليه من نتائج في الدراسة الميدانية يمكن تقديم التوصيات التالية:

- ✓ الاعتماد على أساليب القياس لتقييم جودة الخدمات المقدمة بالمؤسسة، قصد تحسينها وتطويرها؛
- ✓ تعزيز الثقة في المهارات الطبية والتمريضية من خلال برامج التدريب والتكوين المتواصل لمقدمي الخدمة؛
- ✓ استقطاب الأطباء بتوفير عدد من السكنات الوظيفية اللائقة، بالإضافة إلى إشراك القطاع الخاص لإبرام اتفاقيات مع المؤسسة؛
- ✓ التعرف على احتياجات المرضى لتحديد مواصفات الخدمة المقدمة؛

- ✓ تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة بما يلائم التطور الحاصل في ميدان الخدمات الصحية؛
- ✓ تخصيص موارد مالية أكبر لتوفير الموارد المادية التي تحتاجها المؤسسة لتقديم خدمات ذات جودة عالية؛
- ✓ زيادة الاهتمام بنظافة الغرف والتجهيزات لكسب رضا المرضى؛
- ✓ التركيز على جانب التعاطف والاستجابة في التعامل مع المرضى لتحقيق الرضا.

3- أفاق البحث

من خلال هذه الدراسة يمكن التوصل لوجود بعض المواضيع ذات العلاقة التي يمكن التطرق إليها مستقبلا وعليه نقتراح:

- ✓ انعكاس معيار التعاطف في الخدمات الصحية على الجودة؛
- ✓ تأثير التسعير في الخدمات الصحية على الجودة؛
- ✓ أثر الإنفاق في الخدمات الصحية على الجودة.



سید غوث افغان



❖ المراجع باللغة العربية

أولاً: الكتب:

- 1- توفيق محمد عبد المحسن، قياس الجودة والقياس المقارن، دار الفكر العربي مكتبة النهضة المصرية، القاهرة مصر، 2004
- 2- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية 2005
- 3- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009
- 4- ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008
- 5- سوسن شاكر مجاهد ومحمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة والتعليم، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007
- 6- صلاح محمود ذياب وعمايد الملا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، دار الفكر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى 2013
- 7- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن الطبعة الخامسة، 2014
- 8- فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2014
- 9- قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006
- 10- مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2008
- 11- مريزق محمد عدمان، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى 2012
- 12- وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2011

ثانياً: أطروحات الدكتوراه

- 1- سيد أحمد الحاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2012
- 2- أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه كلية الإقتصاد وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2009

ثالثا: رسائل الماجستير

- 1- دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2014
- 2- رقاد صليحة، تقييم جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات شهادة الماجستير في العلوم التجارية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2008
- 3- عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2012
- 4- نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات شهادة الماجستير في علوم التسيير جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2012

رابعا: المقالات العلمية

- 1- آلاء نبيل عبد الرزاق، استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية، مجلة الإدارة والإقتصاد، العراق، العدد 90، 2011
- 2- آلاء حبيب الجليلي، أكرم أحمد الطويل، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، العراق
- 3- بديسي فهيمة، زيوش بلال، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، العدد 7، 2011
- 4- حنان الأحمدى، تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض، مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000
- 5- خالد بن السعيد، مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد 1، نوفمبر 1954، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت
- 6- صفاء محمد هادي الجزائري وآخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، البصرة، 2010
- 7- ناجي معلا، قياس جودة الخدمات المصرفية، مجلة العلوم الإدارية، المجلد 25، العدد 2، جوان 1998
- 8- وفاء علي سلطان، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين، مجلة دورية لكلية الإدارة والإقتصاد، البصرة، المجلد 5، العدد 10، 2012/09/10

خامسا: المراسيم

1- المرسوم التنفيذي رقم 61/08 المؤرخ في 24 فيفري 2008 يعدل ويتمم قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

❖ المراجع باللغات الأجنبية

- 1- Bouadi sonia, **le projet d'établissement hospitalier**, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de magister en sciences économique, université mouloud mammeri de tizi-ouzou
- 2- jocelyn HUSSER, **le management stratégique de la qualité hospitalière par l'encadrement intermédiaire**, conférence internationale de management stratégique, genève, annecy, 13-16 juin 2006
- 3- philip Kotler, **marketing management**, 8th ed, prentice- hall international Ink, 1997



الملاحق



❖ III – Troisième Partie.

1. Activités

1-1-Activités Des Services Hospitaliers.

Services	Unités	RST		Nbre de lits		Admissions	Nbre de journées d'hospitalisation	DMS	Taux D'occupation Des Lits	Coefficient de Rotation	Nbre de décès	Taux de décès %
		31/12		Tech	Org							
Chirurgie Générale	Homme	05	24	15		956	3442	3,570	62,867	64,266	15	1,569
	Femme	05	23	15		870	3365	3,850	61,461	58,266	16	1,839
	Neuro	04	04	04		388	1600	4,102	109,589	97,500	00	00
	Uro	00	04	04		00	00	0,000	0,000	0,000	00	00
Orthopédie	Homme	03	20	07		1050	2542	2,414	99,491	150,428	03	0,285
	Femme	01	10	04		593	1332	2,242	91,232	148,500	02	0,337
Anesthésie et réanimation	H + F	08	10	10		593	3835	5,413	105,068	59,800	186	37,254
	Homme	00	10	06		155	386	2,474	17,625	26,000	00	00
Urg. chirurgicales	Femme	00	06	07		125	279	2,232	10,919	17,857	00	00
	Homme	00	10	05		220	341	1,550	18,684	44,000	00	00
Urg. orthopédiques	Femme	00	07	08		147	259	1,750	8,869	18,500	00	00
	H + F	00	00	00		00	00	00	00	00	00	00
Médecine légale	H + F	00	12	00		00	00	00	00	00	00	00
O R L	H + F	00	00	00		00	00	00	00	00	00	00
Ophthalmologie	H + F	00	00	00		00	00	00	00	00	00	00
Total	10	26	140	85		5097	17381	3,581	66,337	5,741	222	5,739

N.B :

* L'hospitalisation au niveau de service de médecine légale ne s'effectue pas, mais le nombre d'autopsie est de : 173.

* Le service d'Ophthalmologie n'est pas fonctionnel par manque de médecin spécialiste.

1-2 Activités des Urgences.

E.P.H Alia Salihi Tébessa	Nbre de lits d'observation Total		Admission (-24h)	coefficient De rotation	Consultations		Soins				Activités dentaires			Nbre de décès	dont Arrivés détréés
	Tch	Org			Spécialisé	Général	Pansement	Injection	Soins en plâtre	Autres TRT	Consultation Général	Soins	Extraction		
			23077	2307,7	38309	97050	25140	28638	4963	76618	8327	865	934	202	99
Total	12	10													

1-3 Activités du Bloc Opératoire.

Etablissements	Spécialités	Nbre des actes opératoires dans le cadre du programme	Nbre des actes opératoires dans le cadre des urgences	Nbre de décès	Taux de décès
E.P.H Alia Salah Tébessa	Chirurgie générale	342	1079	00	00%
	Orthopédie	658	748	00	00%
	Urologie	116	26	00	00%
	Neurochirurgie	124	103	00	00%
	Maxilo faciale	64	86	00	00%
	ORL	282	13	00	00%
	Chirurgie cardio-vasculaire	42	33	00	00%
Total		1628	2088	00	00%

1-4- Activités Dhémodialyse.											
Etablissement Alia Salah Tébessa	Nbre Généralistes fonctionnels		Nbre de générateurs		Nbre De lits	Malades pris En Charge		Malades En instance	Nbre De Séance de dialyse	Nbre de décès	Taux de décès
	En pauve	En réserve	Proposés à la réforme	IRC		IRA					
	22	05	00	04	22	107	360	06	16903	00	00

1-5- Activités De Stomatologie.										
E.P.H Alia Salah Tébessa	Fonctionnaires dentaires		Consultation		Ortho- Dento- Faciale	Trauma .et Chirurgie	Nombre de Soins	Nombre D'extractions	Prothèses dentaires	
	M	P	Spécialisée	Générale						
	07	91	7028	17146	00	1472	1901	4351	183	

1-6- Activités De Structure De Transfusion Sanguine												
E.P.H Alia Salah Tébessa	Candidats Aux dons	Donneurs Prélevés	Donneurs Contre indiqués	Donneurs Réguliers	Donneurs Occasionnels	Donneurs Contre - partie	Poches de sang distribuées		Stock Initial	Sang Périmé	Poches perdus	Stock Restant
							Hospitaliers	Extra Hospitaliers				
							3248	1878	1370	172	115	1591
3699	2288	1411	00	2288	00	00	3783					
Total	6947	4166	2781	172	2403	1591						

• NB : (*) Les commandes des CPS augmentent les taux des CP et des Poches périmés, le volume insuffisant (aspect coagulé, malaisé), défaut de sonde, prélevement non conforme et la sérologie positive augmentent les Poches perdus.

1-7- Activités de Radiologie et d'exploration Fonctionnelle.

E.P.H Alia Salah Tébessa	Activités de radiologies (1)							Activités d'Exploration fonctionnelles (2)			Total		
	RX	LIV	Panoramique	Scanner (TDM)	Echo graphie	Mammo- graphie	Autres	Endoscopie	Examens Electriques		(1)	(2)	Total (D + (2))
									E.C.G	Autres			
	37297	00	00	1121	1594	00	00	00	7533	00	40012	7533	47545
Total													

1-8- Activités De Laboratoire.

E.P.H Alia Salah Tébessa	Analyse Médicale	Nombre D'examens Effectuées		Observation
	Biochimie	70897	/	/
	Hémobiologie	34600	/	/
	Bactério - Virologie	00	/	/
	Immuno - Sérologie	27128	/	/
	Chimie des urines	9473	/	/
Total		142098		

1-9- Activités Du SAMU.

<i>Interventions SAMU</i>				
<i>Nature</i>	<i>< 15 ans</i>		<i>≥ 15 ans</i>	
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
<i>Primaire</i>	09	49	997	1027
<i>Secondaire</i>	05	19	210	208
<i>Tertiaire</i>	08	09	29	26

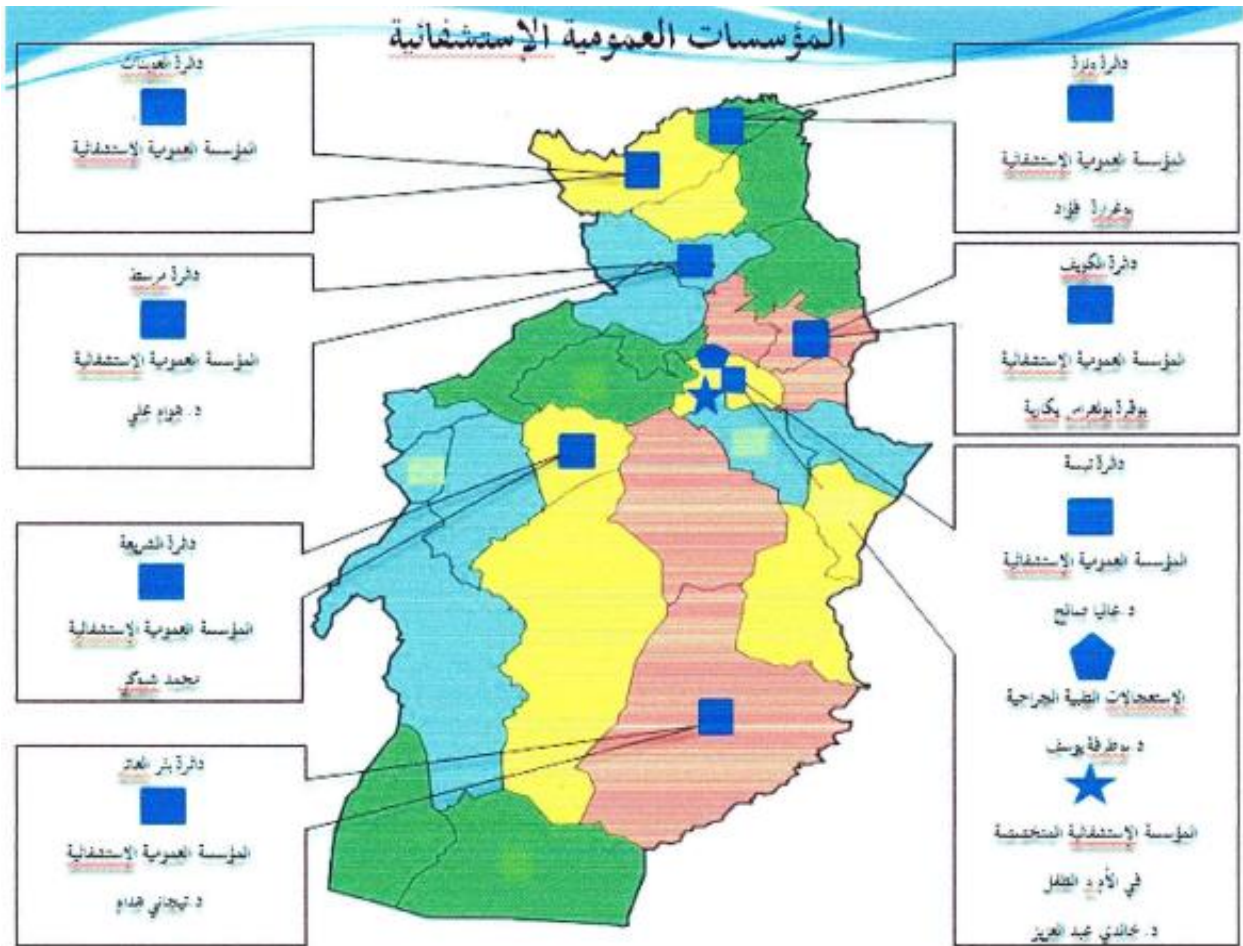
- *F* : Féminin = 1258.
- *M* : Masculin = 1338

1 - المياكل الصحية

• القطاع العام:

• المؤسسات الاستشفائية:

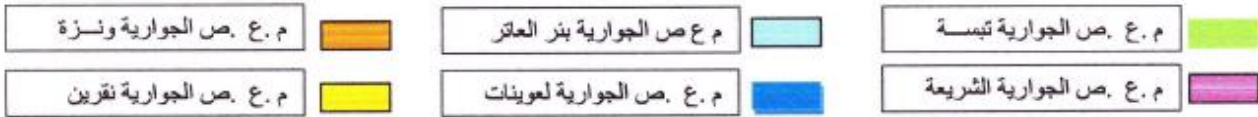
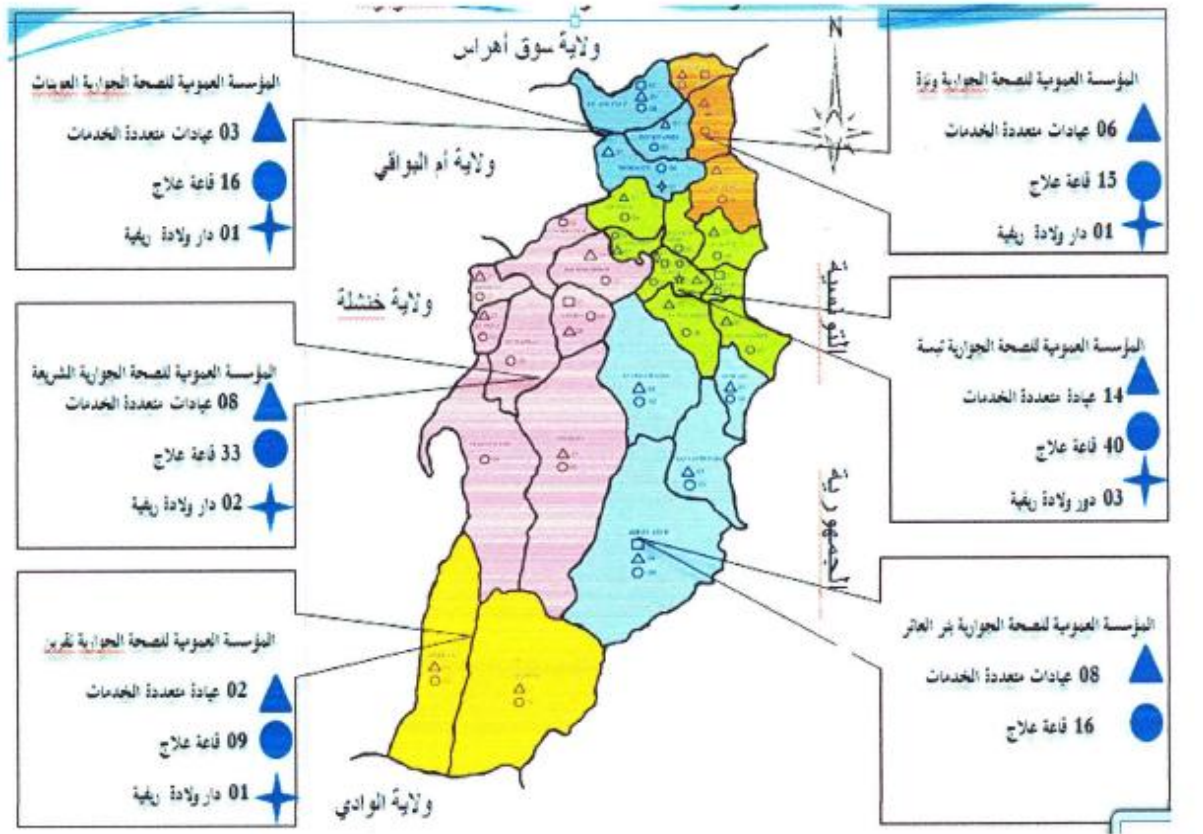
- ❖ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم و الطفل خالدني عبد العزيز (تبسة)01
- ❖ المؤسسات الاستشفائية (عليا صالح ، بكارية ، الشريعة ، بئر العامر ، لعوينات ، وتزة ، مرسط)07
- ❖ الاستعمالات الطبية الجراحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية عليا صالح 01
- ❖ عدد الأسرة..... 1262تقنية + 240 سرير في طور الإنجاز
- ❖ مصلحة المساعدة الطبية الإستعجالية (SAMU).....01
- ❖ عيادة طب و جراحة الأسنان 01
- ❖ وحدة طب الأورام بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بكارية 01
- ❖ مصالغ وحدات تصفية الدم.....05 عدد أجهزة التصفية 101 بمعدل 04 مرضى لكل جهاز
- ❖ قاعات العمليات.....25
- ❖ مصالغ المخبر.....08
- ❖ مصالغ الأشعة.....08
- ❖ مراكز و بنوك حثن الدم الولائية.....07



توزيع المؤسسات العمومية الإستشفائية عبر الولاية

• مؤسسات الصحة الجوارية :

- ❖ المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (تبسة ، الشريعة ، بئر العاتر، لعوينات، ونزة ، تقرين).....06
- ❖ العيادات متعددة الخدمات.....41 + 07 في طور الإنجاز
- ❖ قاعات العلاج.....129
- ❖ نقاط المناوبة 24/24 ساعة (الإستعجالات الطبية).....16
- ❖ دور الولادة المدججة (بالعيادة متعددة الخدمات).....08 منهم 02 مغلقة
- ❖ عدد الأسرة (بالعيادات متعددة الخدمات).....110
- ❖ أقسام الأشعة.....19
- ❖ أقسام المخبر.....30
- ❖ وحدات الكشف و المتابعة.....29 منها 03 بالهيكل الصحية
- ❖ المراكز الوسيطة للصحة العقلية.....07
- ❖ المركز الوسيط لعلاج المدمنين (الجوارية تبسة)01
- ❖ مراكز حماية الأمومة و الطفولة47
- ❖ دور مرضى السكري07



توزيع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية عبر الولاية

• هياكل أخرى :

- ❖ المعاهد الوطنية للتكوين العالي للشبه طبي.....01
- + أقسام ملحقة للتكوين الشبه الطبي 06
- ❖ المخبر الولائي للنظافة (الجوارية تبسة) 01

• القطاع الخاص:

يعتبر القطاع الصحي الخاص عاملا مكملا و مساعدا لتقديم الخدمات الصحية وضمان التكفل الشامل بالمرضى، حيث يشتمل على مايلي :

- ❖ العيادات الطبية المتخصصة.....94 بما فيها 18 فتحت خلال 2018 و 04 خلال 2019
- ❖ العيادات الطبية العامة..... 175 بما فيها 15 فتحت خلال 2018 و 04 خلال 2019
- ❖ عيادات جراحة الاسنان.....111 + 08 متخصصة
- ❖ المصحات الطبية الجراحية.....02 و 02 في طور الإنجاز
- ❖ عيادات طب و جراحة العيون.....02 و 01 في طور الإنجاز
- ❖ الصيدالة.....178 + 01 في انتظار الفتح
- ❖ موزعي الأدوية بالجملة.....05
- ❖ عيادات الأشعة.....05
- ❖ نظاراتي.....27
- ❖ قاعات العلاج.....06
- ❖ عيادات إعادة التأهيل الوظيفي.....09
- ❖ مراكز تصفية الدم.....02 بسعة 30 سرير
- ❖ مخبر للتشريح الطبي 01
- ❖ مخابر التحاليل الطبية 05 (منها 03 لتحليل الدم) + 01 طور الفتح
- ❖ مؤسسات النقل الصحي.....15 إضافة لـ 03 مؤسسات طور الفتح
- ❖ القابلات 04
- ❖ علم الأورثوفوني 04
- ❖ المختصين في علم النفس 06
- ❖ مركز للتشخيص الطبي 01
- ❖ تركيب الرمامات السمعية الاصطناعية 01
- ❖ مدرسة للتكوين الشبه طبي 01

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة العربي التيسري - تيسرة -
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم التجارية

استمارة استبيان مقدمة ضمن متطلبات تيل شهادة ماستير
تخصص تسويق خدمي

تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح
تيسرة -

في إطار تحضير مذكرة ماستير ومن أجل تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح، قمنا بإعداد هذا الاستبيان والغرض منه هو الحصول على البيانات التي تخدم البحث العلمي، والذي يعتمد على مدى مساهمتكم ومساعدتكم في الإجابة بكل موضوعية على جميع الأسئلة بوضع علامة (x) على الإجابة المختارة.

مع العلم أن إجاباتكم ستكون محل عناية وسرية كاملتين، ولن نستخدم إلا لغرض البحث العلمي ولكم منا كل الشكر والتقدير على مساهمتكم القيمة.

إشراف الأستاذ:

- دريس يحي

إعداد الطالبان:

- نار زينب

- بن الصغير زكية

القسم الأول: آراء المرضى حول جودة الخدمة المقدمة من طرف المؤسسة



الرقم	العبارة	درجة الموافقة			
		موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق
					غير موافق إطلاقاً
معيّار المعلوماتية					
1	المظهر الخارجي للمؤسسة يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة				
2	تتوفر المؤسسة على تصميم داخلي منظم يسهل الاتصال بمقدمي الخدمة				
3	تتوفر المؤسسة على غرف مريحة، نظيفة، مضاءة وداقة				
4	تمتاز الخدمات الكهربية بالاستمرارية وعدم الانقطاع				
5	تجري تلبية حاجات المريض من الأدوية بشكل متواصل				
6	يجتني العاملون والأطباء بمظهرهم الخارجي				
7	يمتاز الغذاء داخل المؤسسة بالجودة العالية				
معيّار الاعتمادية					
1	الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة				
2	عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج				
3	تتوفر المؤسسة على تخصصات مختلفة				
4	توجد ثقة في الأطباء والأخصائيين في المؤسسة				
معيّار الاستجابة					
1	إخبار المريض عن حالته الصحية أولاً بأول				
2	الاستعداد الدائم للعاملين في المؤسسة لمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى				
3	سرعة الرد على شكاوي واستفسرات المرضى				
4	تغطي المؤسسة احتياجات المرضى على مدار الساعة				
معيّار الأمان					
1	الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع الإطارات الصحية				
2	يظهر العاملون في المؤسسة الاهتمام الصادق لحل مشكل المرضى				
3	يتمتع العاملون والأطباء في المؤسسة بمهارة عالية				
4	استمرارية متابعة حالة المريض الصحية				
5	هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض				
معيّار التعاطف					
1	يتم تقدير ظروف المريض والتعاطف معه				
2	وجود الروح المرحية والصدقة في التعامل مع المريض				
3	يتم الإصغاء والاهتمام بانتشغالات المريض من قبل العاملين				
4	تتم محادثة المريض بلغة واللهجة التي يعرفها				
5	تتم العناية الشخصية بكل مريض في المؤسسة				

القياس الثاني: معلومات شخصية عن المريض

الجنس:

ذكر أنثى

السن:

أقل من 20 سنة بين 21 - 40 سنة بين 41 - 60 سنة أكثر من 60 سنة

المستوى التعليمي:

دون مستوى ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

الدخل الشهري:

أقل من 15000 دج بين 15000 - 3000 دج
 بين 3000 - 45000 دج أكثر من 45000 دج

الحالة المدنية:

مسؤول عن أسرة غير مسؤول عن أسرة

مكان الإقامة:

المدينة الريف

القياس الثالث: تحديد درجة رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة

- درجة الرضا كبيرة جدا
 درجة الرضا كبيرة
 درجة الرضا متوسطة
 درجة الرضا منخفضة
 درجة الرضا منخفضة جدا



قائمة المصطلحات



قائمة المصطلحات

français	English	العربية
Etablissements De santé	Health Care institutions	المؤسسات الصحية
Service	Service	الخدمة
Services de santé	Health services	الخدمة الصحية
Patients	Patients	المرضى
Intangibilité	Intangibility	اللاملموسية
Inséparabilité	Inseparability	التلازمية
Hétérogénéité	Heterogeneity	التباين
Périssabilité	Perishability	الهلاك
Manque de propriété	Lack of ownership	عدم التملك
Services curatifs	Curatives services	خدمات علاجية
Services préventifs	Preventives services	خدمات وقائية
Soins de santé	Health care	الرعاية الصحية
Qualité des services de santé	health services quality	جودة الخدمات الصحية
Qualité attendue	Expected quality	الجودة المتوقعة
Qualité perçue	Perceived quality	الجودة المدركة
Qualité standard	Standard quality	الجودة القياسية
Qualité reconnue	Recognised quality	الجودة الفعلية
Fiabilité	Reliability	الاعتمادية
Réactivité	Responsiveness	الاستجابة
sécurité	Security	الأمان
Empathie	Empathy	التعاطف
Tangibilité	Tangibility	الملموسية
Compétence	Competence	كفاءة مقدم الخدمة

قائمة المصطلحات

Accès	Access	الوصول
Courtoisie	Courtesy	الجمالة
Communication	Communication	الإتصال
Crédibilité	Credibility	المصداقية
Satisfaction de patient	Patient satisfaction	رضا المريض
Mesure	Measurement	قياس
Evaluation	Assessment	تقييم
Mesure de plaintes	Complains measure	مقياس عدد الشكاوى
Measure de satisfaction	Satisfaction measure	مقياس الرضا
Mesure SERVQUAL	SERVQUAL measure	مقياس الفجوة
Mesure SERVPERF	SERVPERF measure	مقياس الأداء الفعلي
Mesure de valeur	User-value quality measure	مقياس القيمة
Qualité professionnelle	Professional quality measure	مقياس الجودة المهنية
Mesure de la qualité de gestion	Management quality measure	مقياس جودة الإدارة
Amélioration continue	Continuous improvement	التحسين المستمر
Benchmarking	Benchmarking	القياس المقارن
Management par la qualité totale	Total quality management	إدارة الجودة الشاملة
Etablissement public hospitalier	public Health institution	المؤسسة العمومية الاستشفائية

ملخص الدراسة

لقد أصبح التعامل مع مفهوم الجودة والاهتمام بها عند تقديم الخدمة ضرورة ملحة في المؤسسات الصحية العمومية خاصة مع فتح الباب أمام القطاع الخاص للإستثمار في المجال الصحي، حيث أصبح هناك إدراكا تاما لدى المرضى لمستويات جودة الخدمة الصحية الواجب توفرها، ولذلك يعد قياس جودة الخدمات الصحية أحد المداخل الأساسية لتحسين وتطوير الجودة، على الرغم من التباين الموجود في تحديد الكيفية التي يتم بها القياس. وفي هذا السياق جاءت هذه الدراسة لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة باستخدام معايير الجودة المتمثلة في الملموسية، الإعتمادية، الإستجابة، الأمان والتعاطف، ومؤشرات الأداء المتمثلة في المؤشرات الهيكلية ومؤشرات العمليات والنواتج، حيث تم التوصل إلى تدني مستوى الخدمات المقدمة بالمؤسسة لعدة أسباب تم تلخيصها في النتائج، كما تم تقديم مجموعة من التوصيات التي من شأنها تحسين وتطوير الجودة بالمؤسسة.

الكلمات المفتاحية: المؤسسات الصحية، الخدمات الصحية، الجودة، رضا المريض.

Abstract

Dealing with the concept of quality and giving it enough attention while proving services in public health institutions has become an urgent necessity, especially with the emergence of private sectors investment in health fields, which led to the increase, among the patients, of general awareness of service quality levels to be provided. Therefore, quality measurement is one of the main approaches to improving and developing quality, despite the differences in determining how to measure.

In this context, this study was carried out to evaluate the quality of health services using the quality criteria of tangibility, reliability, responsiveness, security and empathy, and performance indicators presented as structural indicators, process and output indicators. Which led us to a low level of the services provided in the institutions for several reasons that have been summarized in the results section. A set of recommendations was also presented to improve the quality within the institutions.

Keywords : health care institutions, health services, quality, patient, satisfaction.