



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة-



كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية

الموضوع

أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات
الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية
دراسة حالة: عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية

رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية
تخصص : اقتصاد وتسيير المؤسسة

الأستاذ المشرف

أ/د تومي ميلود

إعداد الطالبة

قشي حبيبة

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا

مشرفا

ممتحنا

ممتحنا

ممتحنا

ممتحنا

جامعة بسكرة

جامعة بسكرة

جامعة بسكرة

جامعة المسيلة

جامعة المسيلة

جامعة باتنة

• د. بن عبيد فريد

• أ.د تومي ميلود

• أ.د رحمان آمال

• د. بلعباس رابح

• د. سنوسي علي

• د. بوقنة سليم

السنة الجامعية: 2019-2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله، والمؤمنون وستردون إلى عالم

الغيب والشهادة فسينبئكم بما كنتم تعملون" (التوبة آية 105)

صدق الله العظيم

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة أثر أسلوب التوجه بالمريض-الزبون على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الإستشفائية الجزائرية، ومن أجل ذلك تم إجراء دراسة على مستوى أربع مؤسسات إستشفائية جزائرية، استهدفت عينتين هما: العينة الأولى عينة مقدمي الخدمات الصحية من أطباء، ممرضين وإداريين، والعينة الثانية وهي عينة المرضى المستفيدين من هذه الخدمات الصحية، اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت الاستبيان كأداة للدراسة، حيث شملت الدراسة على فرضيتان صفريتان، وتوصلت إلى جملة من النتائج أهمها:

- ضعف مستوى التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- يوجد تأثير للتوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- يوجد تأثير للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.

الكلمات المفتاحية:

التوجه بالمريض-الزبون، جودة الخدمات الصحية، المؤسسة الاستشفائية.

Résumé :

Cette étude a pour objectif de déterminer l'impact de la méthode d'orientation du patient-client sur l'amélioration de la qualité des services sanitaires dans les établissements de santé en Algérie. A cet effet, une étude pratique visant deux catégories au niveau de quatre établissements de santé a été entreprise. La première catégorie est composée de prestataires de services sanitaires (médecins, infirmiers et administrateurs) et la deuxième catégorie est composée de malades bénéficiant de ses prestations. L'étude a adopté la méthode descriptive et analytique et elle a utilisé le questionnaire comme moyen pour sa réalisation. Les résultats obtenus par la présente étude sont les suivants :

- Faiblesse du niveau de l'orientation du patient-client dans les quatre établissements de santé en question ;
- Présence d'effet de l'orientation du patient-client comportemental sur l'amélioration de la qualité des services sanitaires dans les établissements de santé en question;
- Présence d'effet de l'orientation du patient-client culturel sur l'amélioration de la qualité des services sanitaires dans les établissements de santé en question.

Mots clés : la méthode d'orientation du patient-client, la qualité des services de santé et les établissements de santé en Algérie.

Abstract:

The objective of this study is to investigate the effect of patient-client orientation on improving the quality of health services in hospitals in Algeria. and For this purpose, a study was conducted on four Algerian hospitals targeting two samples.

the first sample, is the sample of health services providers from doctors, nurses and administrators. And The second sample of patients benefiting from these health services. This study implemented the descriptive analytical approach and used the questionnaire as a tool for the study. The study included two null hypotheses, and reached a number of resultats are:

The low level of patient-client orientation in the Algerian hospitals studied.

The existence of an effect between the behavioral orientation of the patient-client and the improvement of health services in the Algerian hospitals studied.

The existence of an effect between the cultural orientation of the patient-client and the improvement of health services in the Algerian hospitals studied.

Passwords:

Patient-client orientation, quality of health services, hospital institutions.

شكر ونفك

الحمد والشكر لله الذي بتوفيقه تتم الأعمال شكراً خالصاً يليق بجلاله وعظيم سلطانه
اعترافاً بالفضل وتقديراً للجميل،
لا يسعنا ونحن ننتهي من إعداد هذا العمل إلا أن نتوجه بجزيل شكرنا وامتناننا
إلى: الدكتور ميلود تومي .
لقبوله الإشراف على هذا العمل ولما قدمه من توجيه وإرشاد ومتابعة... جزاها الله عنا
خيراً.
كما نتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد
لإنجاز هذا العمل.
وأتقدم بأسمى عبارات الشكر والعرفان للأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة الموقرة
الذين قبلوا وتحملوا عنااء قراءة ومناقشة هذا العمل.

إِهْدَاء

إلى أمي وأبي حفظهما الله ورعاهما

إلى إخوتي وأخواتي

إلى ابنتي قرّة عيني

إلى كل من له فضل علي بعد الله عزوجل

أهدي هذا العمل المتواضع والذي أسأل الله أن يكون خالصا لوجهه الكريم

فهرس المحتويات

مقدمة

أ- ك

الفصل الأول: الأسس النظرية لأسلوب التوجه بالمريض-الزبون

- 13 تمهيد
- 14 المبحث الأول: الاطار النظري للتوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية
- 14 المطلب الأول: مفهوم التوجه بالسوق
- 20 المطلب الثاني: مفهوم وأبعاد التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية
- 22 المطلب الثالث: نموذج (*Fr. bilien(2001)* لقياس التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية
- 25 المبحث الثاني: مفهوم التوجه بالزبون
- 25 المطلب الأول: تعريف وقياس التوجه بالزبون
- 29 المطلب الثاني: خصائص المؤسسات المتوجهة بالزبون
- 31 المبحث الثالث: مفهوم التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية
- 31 المطلب الأول: مفهوم المريض-الزبون ودوره في إنتاج وتقديم الخدمات الصحية
- 35 المطلب الثاني: تعريف التوجه بالمريض-الزبون
- 36 المطلب الثالث: إدارة علاقات المريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية
- 39 خلاصة الفصل الأول

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية

- 41 تمهيد
- 42 المبحث الأول: ماهية المؤسسات الاستشفائية
- 42 المطلب الأول: ماهية النظم الصحية
- 45 المطلب الثاني: المؤسسات الاستشفائية
- 48 المطلب الثالث: وظائف المؤسسات الاستشفائية
- 51 المطلب الرابع: عرض لبعض مؤشرات العلاج في المنظومة الصحية الجزائرية
- 55 المبحث الثاني: مفهوم الخدمات الصحية
- 55 المطلب الأول: تعريف الخدمة وخصائصها
- 57 المطلب الثاني: تعريف الخدمات الصحية وخصائصها
- 60 المطلب الثالث: مفهوم إنتاج الخدمات الصحية
- 62 المبحث الثالث: الجودة في المؤسسات الاستشفائية
- 62 المطلب الأول: تعريف الجودة
- 63 المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية

63	المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية
65	المبحث الرابع: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية وتوجهاتها المعاصرة
65	المطلب الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة
67	المطلب الثاني: أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية
69	المطلب الثالث: مفهوم ستة سيجما وتطبيقها في القطاع الصحي
72	خلاصة الفصل الثاني

الفصل الثالث: أثر أسلوب التوجه بالمريض-الزبون على تحسين جودة الخدمات الصحية

74	تمهيد
75	المبحث الأول: تحسين جودة الخدمات الصحية
76	المطلب الأول: مفهوم التحسين المستمر للجودة
77	المطلب الثاني: أهداف التحسين المستمر
77	المطلب الثالث: عناصر التحسين المستمر في المؤسسات الاستشفائية
80	المطلب الرابع: مراحل تطبيق التحسين المستمر
81	المبحث الثاني: تقييم وقياس جودة الخدمات الصحية
82	المطلب الأول: متطلبات تقييم جودة الخدمات الصحية
82	المطلب الثاني: نموذج دونايديان لتقييم جودة الخدمات الصحية
85	المطلب الثالث: نماذج قياس جودة الخدمة الصحية
89	المبحث الثالث: آليات التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية
89	المطلب الأول: التحسين المستمر وفق عجلة ديمغ
94	المطلب الثاني: نموذج سيجما ستة لتحسين جودة الخدمات الصحية
96	المطلب الثالث: دور الاعتماد في تحسين جودة الخدمات الصحية
100	المبحث الرابع: أسلوب التوجه بالمريض-الزبون لتحسين جودة الخدمات الصحية
101	خلاصة الفصل الثالث

الفصل الرابع: واقع أسلوب التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية وأثره على تحسين جودة الخدمات الصحية

103	تمهيد:
104	المبحث الأول: تحليل واقع التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة
104	المطلب الأول: التعريف بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة
112	المطلب الثاني: واقع التوجه بالمريض-الزبون ضمن إصلاحات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
117	المطلب الثالث: واقع التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة
118	المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

118	المطلب الأول: محددات ونموذج الدراسة
120	المطلب الثاني: مجتمع الدراسة
123	المطلب الثالث: أسلوب جمع البيانات
125	المبحث الثالث: وصف وتحليل توزيع عينة الدراسة
125	المطلب الأول: عرض وتحليل نتائج الاستمارة الأولى
134	المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الاستمارة الثانية
147	خلاصة الفصل الرابع
149	الخاتمة
157	المراجع
166	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور نسبة التغطية الصحية بوحدات العلاج القاعدية في الجزائر خلال الفترة 2011-2016	51
02	البنية الأساسية للمنشآت القاعدية العمومية والخاصة في الجزائر خلال الفترة 2011-2016	52
03	تطور عدد الممارسين حسب نوع القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة 2011-2016	53
04	تطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل في الجزائر للفترة من 2011-2016	54
05	نسبة الممارسين إلى عدد السكان في الجزائر للفترة من 2011-2016	54
06	مستويات Sigma والعيوب والمردود عند كل مستوى	69
07	تعداد المصالح الطبية والأسرة بالمركز الاستشفائي الجامعي بسطيف	105
08	تعداد المصالح الاستشفائية والأسرة المشغلة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية - رزيق البشير -	110
09	أنشطة التوأمة خلال الفترة 2014-2015	115
10	عينة المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	121
11	نتائج اختبار ثبات أداة الدراسة (الاتساق الداخلي لمحاور الاستبيان)	123
12	الخصائص الشخصية لمبحوثي عينة الاستمارة الأولى	126
13	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب ومستوى الممارسة الكلي للتوجه بالمريض-الزبون السلوكي وجودة الخدمات الصحية والأبعاد الفرعية المكونة لها	128
14	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	130
15	نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد لقياس أثر أبعاد التوجه بالمريض-الزبون السلوكي (توليد المعلومات، تبادل المعلومات، سرعة الاستجابة) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	132
16	الخصائص الشخصية لمبحوثي عينة الاستمارة الثانية	131
17	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب ومستوى الممارسة الكلي للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي وأبعاد جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	135
18	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	137
19	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	139
20	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	140
21	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	142

143	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين بعد الأمان في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	22
145	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة	23

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
17	العناصر الأساسية في السوق	01
22-21	أبعاد التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية	02
23	نموذج التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية	03
27-26	مداخل تعريف التوجه بالزبون	04
28	نموذج <i>Deshpande, Farley & Webster 1993</i> لقياس التوجه بالزبون	05
33	تفاعلات المريض-الزبون أثناء إنتاج الخدمة الصحية	06
49	دالة إنتاج الصحة لثلاثة أنواع من المرض	07
61	نظام إنتاج الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية	08
79	نموذج خطوات التحسين المستمر للجودة	09
83	بعض معايير تقييم الجودة حسب (<i>Donabedian, A</i>)	10
89	المراحل السبعة لدائرة التحسين المستمر للجودة	11
91	الروابط بين إدارة العمليات ودائرة (<i>PDCA</i>) ومكان المؤشرات في هذا النموذج	12
93	عملية التخدير	13
114	التوأمة بين مستشفيات الشمال وولايات الجنوب	14
119	أتمودج الفرضي للدراسة	15
122	حجم العينة	16

مقدمة:

ضمن المسعى الشامل للمنظومة الصحية العالمية والعربية نحو التنمية والتطور الاجتماعي وراحة المواطنين، وضمن التغيرات العميقة التي مست كافة نشاطات الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ومتطلبات التنظيم الدولي في مجال الصحة، وكذا التطورات المتزايدة ذات الصلة بالتقدم التكنولوجي والعلمي في مجال الطب، كان لابد على مختلف الأنظمة الصحية في العالم مسايرة هذه المستجدات لأجل الارتقاء بصحة مواطنيها.

لهذا دعت منظمات حماية الصحة في العالم وعلى رأسها المنظمة العالمية للصحة، إلى الإصلاحات المستمرة للأنظمة الصحية لأجل ضمان التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية بمختلف الأساليب الإدارية والتنظيمية، حيث أعلنت منظمة الصحة العالمية عن "شبكة تحسين جودة الرعاية الصحية في المرافق الصحية"، تهدف من خلالها إلى مساعدة البلدان على تحسين جودة الرعاية الصحية واحترام حقوق ملتزمي الخدمات الصحية وكرامتهم؛ حيث تنامي الوعي العالمي بأن الرعاية العالية الجودة هي أساس الحفاظ على حياة المرضى. لذلك تسعى كل دول العالم بما فيها البلدان العربية لوضع آليات لتحسين جودة الرعاية الصحية، بهدف تقديم خدمات صحية عالية الجودة، من خلال محاولة إجراء جملة من الإصلاحات تقوم على معايير معتمدة عالميا للارتقاء بصحة المواطن وتحقيق رضا المرضى.

ويعتبر أسلوب التوجه بالمرضى -المستفيد من الخدمات الصحية- من أهم دعائم القطاع الصحي لأي دولة لتجسيد معايير الجودة العالمية، حيث أثبتت العديد من الدراسات النظرية والميدانية لعدد من الباحثين في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا (Kumar, Raji, Lonial et Gupta (1995)، Subramian et Yauger (1997)، Fr. Bielen (2001)، أن هناك علاقة قوية بين توجه المؤسسة الاستشفائية نحو المرضى وتحسن أدائها. حيث أن تركيز الجهود البحثية على زبائن المؤسسة الاستشفائية (المرضى)، يعطيها معلومات عن حاجات ورغبات المرضى، ويساعدها على قياس مدى رضاهم وأيضا تقديم معلومات عن جودة الخدمات التي تقدمها لهم.

وبهذا حقق التوجه نحو المريض -الزبون، كأحد أهم أبعاد التوجه بالسوق، نجاحا كبيرا في المؤسسات الاستشفائية، بالنظر إلى النتائج التي حققها من خلال زيادة الربحية وتحسين الجودة بالمواصفات التي يطلبها المريض -الزبون، وبهذا أصبح أسلوب التوجه بالمريض يمثل تحدا كبيرا لمسيرى المؤسسات الاستشفائية من خلال كيفية جمع المعلومات عن حاجات ورغبات المرضى وقياس مستوى رضاهم.

الإشكالية:

في مسعى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لمواكبة التوجُّه العالمي نحو التحسين المستمر وتطوير الخدمات الصحية، لبلوغ أعلى مستوى ممكن من جودة الرعاية الصحية، وتحقيق رضا متلقي الخدمة ومقدّمها، على حدّ سواء، في جميع المرافق الصحية، قامت الوزارة بعدد من الإصلاحات بداية من سنة 2013، مسّت مجالات التسيير والتنظيم وتصبّ معظمها في التكفل بالمرضى وتحسين مستوى استقباهم ومعالجتهم في المؤسسات الاستشفائية.

حيث تبين مع عملية المراقبة والتقييم لمختلف الهياكل الصحية، وجود حالة من الاستياء التي يشعر بها غالبية مرضى المؤسسات الاستشفائية، بسبب ضعف ما يقدم إليهم من خدمات، وعدم قدرة الإدارة الاستشفائية على اتخاذ الإجراءات اللازمة نحو التحسين والتطوير لمعالجة شكاوهم وضمان عدم تكرارها. انطلاقاً مما سبق ورغبة منا في التعرف على واقع التوجه بالمرضى في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بها، وعن كيفية تطبيق أسلوب التوجه بالمرضى-الزبون لتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، يمكن صياغة إشكالية الدراسة على النحو التالي:

ما هو أثر أسلوب التوجه بالمرضى- الزبون على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية؟

لمعالجة وتحليل هذه الاشكالية، نقوم بطرح الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما مستوى التوجه نحو المريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية؟
2. هل يوجد تأثير لأسلوب التوجه بالمرضى-الزبون ببعديه (السلوكي والثقافي) على تحسين جودة الخدمات الصحية؟
3. ماهي الإجراءات الإصلاحية المتبعة في القطاع الصحي الجزائري لأجل تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى؟

فرضيات الدراسة: كإجابة مبدئية على الأسئلة الفرعية السابقة نضع الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسية الأولى: "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده التوجه بالمرضى-الزبون السلوكي على تحسين جودة الخدمات الصحية"، وتتفرع منها الفرضيات التالية:

- ✓ "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده توليد المعلومات على تحسين جودة الخدمات الصحية".
- ✓ "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده تبادل المعلومات على تحسين جودة الخدمات الصحية".
- ✓ "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده سرعة الاستجابة على تحسين جودة الخدمات الصحية".

الفرضية الرئيسية الثانية: "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين جودة الخدمات الصحية"، وتتفرع منها الفرضيات التالية:

- ✓ "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الملموسية".
- ✓ "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاعتمادية".
- ✓ "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاستجابة".
- ✓ "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد التعاطف".
- ✓ "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لبعده التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الأمان".

مبررات اختيار موضوع الدراسة:

من أهم الأسباب التي دفعتنا إلى اختيار ودراسة هذا الموضوع ما يلي:

1. الأهمية المتميزة للتوجه بالمريض لتحسين جودة الخدمات الصحية، باعتباره المنتج والمقدم المشترك للخدمات الصحية، وبأنه مصدر الأداء الجيد للمؤسسات الاستشفائية لما يفرضه من متابعة ومراقبة مستمرة لمختلف الانحرافات واختلالات العمل.
2. الطابع المميز لمختلف المؤسسات الاستشفائية الجزائرية (العمومية منها أو الخاصة) بضعف جودة خدماتها، الأمر الذي دفعنا إلى دراسة إسهامات ونتائج الباحثين المهتمين بتحسين جودة الخدمات الصحية، ولفت الانتباه إليها.
3. قلة الدراسات النظرية والميدانية التي تناولت بعمق إشكالية تأثير أسلوب التوجه بالمريض على تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية خاصة الجزائرية، والأمر يعود في نظرنا إلى الصعوبة الملازمة لهذا النوع من الدراسات المرتبطة بالكشف عن حاجات المرضى من جهة ومحاولة مطابقتها مع خصائص الخدمة الصحية كمنتج لا ملموس من جهة أخرى، وهو ما جعلنا نلجأ إلى القيام بهذا البحث النظري الميداني بغية تشجيع هذا النوع من البحوث وإتاحة مقاربات نظرية لاختبار مدى صحتها ضمن حقل تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية.

أهمية الموضوع: تبرز الأهمية العلمية والفائدة العملية من القيام بهذا البحث، فيما يلي:

1. يعتبر هذا البحث مساهمة علمية في بناء الإطار النظري لإشكالية تأثير أسلوب التوجه بالمريض على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، وتحليل مدى أهمية تحليل حاجات المرضى والاهتمام بالجودة المدركة من قبل المريض-الزبون في تحسين جودة الخدمات الصحية التي تعكس مستوى أداء هذا النوع من المؤسسات.

2. يمكن لهذا البحث أن يساهم في تحسيس متخذي القرار في المؤسسات الاستشفائية من أطباء، ممرضين، وإداريين بأهمية الاعتماد على آليات تحسين جودة الخدمات الصحية.
3. محاولة اقتراح أسلوب التوجه بالمريض- الزبون كنموذج تسيير حديث يمكن المؤسسة الاستشفائية من كسب رهان الهدف النبيل الذي تسعى لأجله (تحسين الحالة الصحية للمريض) وفي نفس الوقت الحصول على شهادة *ISO 9001:2000*.

أهداف الدراسة: نسعى من خلال قيامنا بهذه الدراسة العلمية إلى تحقيق جملة أهداف أهمها:

1. التعرف على أثر أسلوب التوجه بالمريض-الزبون على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.
2. التعرف على واقع التوجه بالمريض في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
3. تقديم توصيات لمتخذي القرار في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية في ضوء النتائج المتوصل إليها.

المنهج المستخدم في الدراسة: من أجل الدراسة المعمقة والتحليل الشامل لمختلف العناصر والمتغيرات المؤثرة في مفردات البحث الساعي إلى تبيان أثر أسلوب التوجه بالمريض على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، وبهدف اختبار صحة الفرضيات المقترحة استخدمنا في بحثنا **المنهج الوصفي التحليلي** لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة، **ومنهج دراسة حالة** الذي يمكن من التعمق في فهم مختلف جوانب الموضوع وكشف أبعاده، وذلك بالاطلاع على واقع التوجه بالمريض بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة من خلال الزيارات الميدانية، الملاحظة، المقابلة، والاستبيان، ومحاولة المساهمة بنتائج البحث الميداني لتحسين جودة خدمات هذه المؤسسات، وهذا ما يجسد في نظرنا أحد الدوافع دراسة هذا الموضوع المتمثل في إخراج البحث العلمي من المحيط الداخلي للجامعة الى الميدان العملي.

الدراسات السابقة: تتمثل الدراسات السابقة والتي لها علاقة بالدراسة في:

1. دراسة " *McDermott, D. R., Franzak, F. J., & Little, M. W* "، والتي حملت عنوان " *Does Marketing Relate to hospital Profitability?*"، والتي نشرت في *Journal of Health Care Marketing*, 13(2)، 1993.
- تم التوصل في هذه الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين التوجه بالسوق وأداء المؤسسات الاستشفائية الأمريكية، حيث تم من خلال استخدام مقياس كل من *Kohli and Jaworski (1993)* و *Narver and Slater (1990)*، التوصل إلى ثلاثة أبعاد للتوجه بالسوق في المستشفيات، وهي: توليد المعلومات، الترابط بين الوظائف، والاستجابة التنظيمية.

2. دراسة " *Raju, P. S., Lionial, S. C. & Gupta, Y. P.* ، والتي حملت عنوان " *Market Performance in the Hospital Industry Orientation and Health Care Marketing*, 15(4) ، 1995.

إختبرت هذه الدراسة العلاقة بين التوجه بالسوق والأداء في الصناعة الاستشفائية الأمريكية، باستعمال قاعدة معطيات لـ 175 مستشفى أمريكي، توصلت هذه الدراسة لوجود علاقة ايجابية قوية بين التوجه بالسوق والأداء.

3. دراسة " *Kumar, K., Subramanian, R., & Yauger, C.* ، والتي حملت عنوان " *Examining the Market Orientation – Performance Relationship: A Context – Specific Study.* والتي نشرت في *Journal of Management*, 24(2) ، 1998.

الهدف من هذه الدراسة هو فهم قياس التوجه بالسوق في المستشفيات واختبار العلاقة بين التوجه بالسوق والأداء في صناعة الرعاية الصحية، حيث تم التوصل الى النتائج الآتية:

- تم باستخدام مقياس *Narver and Slater (1990)* في قياس التوجه نحو السوق، حيث تم التوصل الى الأبعاد التالية: التوجه بالزبون (المريض)، التوجه بالمنافس، الترابط بين الوظائف، التركيز على الأمد الطويل، و التأكيد على البقاء ونمو الأرباح.
- وجود علاقة ايجابية قوية بين التوجه بالسوق والأداء في المستشفى.

4. دراسة " *Fr. Bielen* " وكانت في إطار الحصول على شهادة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، الاجتماعية والسياسية، 2001، بجامعة *catholique de Louvain* ، والموسومة بـ " *Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée a la gestion hospitalière.* "

انطلاق الباحث في قياسه للتوجه بالسوق في المستشفيات من نموذج الباحث *Lambin (1994)* و *Lambin et Chumpitaz (1996)* ، وتوصل الى النتائج الآتية:

- توجد علاقة ايجابية بين التوجه بالسوق والأداء الاجتماعي للمستشفى (الجودة المدركة، رضا المرضى، والولاء)؛
- تتمثل أبعاد التوجه بالسوق في المستشفيات البلجيكية في: الدعم الاستشفائي الداخلي، التوجه بالمريض، البيئة الخارجية، التوجه بالواصل، التوجه بالزبون الداخلي (الفريق الصحي)، التنسيق بين مختلف الوظائف.

5. دراسة " *Subhash C. Lonial & P. S. Raju* "، والتي حملت عنوان " *The Impact of Environmental Uncertainty on the Market Orientation – Performance Relationship: Journal of Economic and Social* "، والتي نشرت في *Research 3(1)*، 2001.

توصلت الدراسة الى مجموعة من النتائج:

- تحديد ابعاد التوجه بالسوق في المستشفيات الأمريكية بالاعتماد على نموذج *Kohli and Jaworski (1993)*، والمتمثلة في: توليد المعلومات، رضا الزبون، الاستجابة للزبون، والاستجابة للمنافسة.
- التوجه بالسوق له اثر قوي على الأداء في المستشفيات.
- العلاقة بين التوجه بالسوق والأداء تكون قوية أكثر في المستشفيات العاملة في بيئة عدم التأكد.
- المستشفيات العاملة في البيئة العالية عدم التأكد يظهر التركيز أكثر على بعد الاستجابة للمنافسة مقارنة بالأبعاد الثلاثة الأخرى.

6. دراسة " *عدمان مريزق* "، وكانت في إطار الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير سنة 2008/2007 بجامعة الجزائر، والموسومة بـ *واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة*.

إنطلقت هذه الدراسة من الإشكالية الآتية: ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة؟

توصلت الدراسة الى جملة من النتائج من بينها:

من خلال الدراسة الميدانية، تمكن الباحث من حصر جملة من المشاكل، باختلاف وجهات النظر، كما يلي:
وجهة نظر المرضى:

. عدم تكفل الطاقم شبه الطبي بالمرضى بشكل كاف على مستوى كل المؤسسات الصحية.

. طول مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة.

. عدم رفاهية الأسرة ونظافة الغرف.

. طول مواعيد إجراء العمليات الجراحية.

. عدم جودة الأكل المقدم.

وجهة نظر الطاقم شبه الطبي:

. قلة فرص التكوين المستمر.

. عدم ملائمة التكوين لاحتياجات المتكويين.

. ضعف التأطير.

- . عدم وضوح نسي للمهام.
- . عدم الرضا عن ظروف العمل.
- . انخفاض مستوى النظافة.
- وجهة نظر الطاقم الطبي:
- . قلة إمكانيات التكوين المستمر.
- . قلة توافر وسائل العمل.
- . قلة التنظيم.
- . انخفاض مستوى الأجر.
- . رداءة مستوى النظافة.
- . وجود التهابات مكتسبة في المستشفى.
- . شكل نقص النظافة السبب الأول في وجود الالتهابات المكتسبة في المستشفى.
- . ضعف التوعية بمشروع الإصلاح.

7. دراسة "حببية قشي" وكانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير سنة 2008/2007 بجامعة بسكرة، والموسومة بـ "آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية".

انطلقت هذه الدراسة من الإشكالية الآتية: ماهي آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية؟

تأتي أهمية هذه الدراسة في الكشف عن واقع التوجه التسويقي لدى المؤسسات الصحية الجزائرية. توصلت الدراسة إلى أن:

- المؤسسات الصحية تمارس السياسات التسويقية كباقي المؤسسات الاقتصادية الأخرى بهدف تنشيط تبادل منتجاتها مع عملائها؛ إلا أن هناك عوائق تحول دون ذلك ترجع بالأساس الى القوانين والمراسيم التنفيذية التي تسنها السلطات الوصية وقوانين أخلاقيات مهنة الطب.

8. أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2009/2008.

انطلقت هذه الدراسة من الإشكالية الآتية: "إلى أي مدى يمكن اعتبار الإصلاحات المراد تطبيقها في قطاع الصحة بصفة عامة وعل المستشفيات بصفة خاصة، هي تطبيق وإرساء لمبادئ وأسس التسويق الخدمي في هذا القطاع؟"، كم أرجع الطالب أهمية هذه الدراسة إلى أهمية التسويق الخدمي في القطاع الصحي وضرورة

العمل بقواعده كأحد الوسائل الفعالة، لمواجهة المنافسة ورفع التحديات، وتم التوصل إلى جملة من النتائج
نوجزها فيما يلي:

النظام الصحي في الجزائر يواجه عدة قيود تحد من فعالية وأداء الخدمات الصحية المقدمة والتي تعود لعدة أسباب منها:

- تقديم خدمات علاجية بطرق عشوائية، وتكرار الانقطاعات من حين لآخر في تقديم الخدمات ؛
- عدم التحكم في النفقات الصحية غير المبرر لها ؛
- نظرا للتزايد المستمر في الطلب على العلاج وخاصة العلاج المتخصص والذي يعود لعدم التوزيع العقلاني للأطباء الأخصائيين ؛
- غياب ثقافة الاتصال سواء بين المريض والطبيب أو بين المريض والطاقم الشبه الطبي، أو بين الطاقم الطبي والشبه الطبي.
- يمكن إجمال الطرق والمؤشرات الممكن استعمالها لتقييم الأداء في المستشفيات في أربع مجموعات رئيسية، وهي تتعلق بتقييم أداء الموارد البشرية لمعرفة أداء كل من الطاقم الطبي والشبه الطبي... الخ، أما المؤشرات المتعلقة بتقييم أداء الموارد المادية المتاحة للمؤسسات الصحية بالإضافة إلى تقييم الموارد المالية المتوفرة لديها والتي تعتبر محدودة وفق النظام المعمول به في القطاع الصحي العمومي، كما أن هناك مؤشرات تتعلق بتقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية والتي من خلالها تتمكن من معرفة معدل الإصابات بالمرض... الخ، ومؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال تقييم معدل الوفيات خلال السنة.

9. دراسة "جمعة الطيب" وكانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير في العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير سنة 2009/2008 بجامعة باتنة، والموسومة بـ "مساهمة لتطبيق التسويق على الخدمات الصحية".

إنطلقت هذه الدراسة من الإشكالية الآتية: ماهو دور وأهمية التسويق في تحسين مستوى الخدمة الصحية؟

توصلت الدراسة إلى أن:

- هناك علاقة ايجابية بين عناصر المزيج التسويق الصحي ورضا المريض غير أن قوة هذه العلاقة تختلف من عامل لآخر، حيث أن هذه العلاقة مقبولة بالنسبة لجميع العوامل باستثناء عامل الترويج الذي أثر سلبا على رضا المريض.

- ضعف في تطبيق مختلف السياسات التسويقية في المستشفى الجامعي بباتنة.

10. دراسة "نجاة العامري" وكانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير ، سنة 2009/2008 بجامعة سكيكدة، والموسومة بـ "تسويق الخدمات الصحية".

إنطلقت هذه الدراسة من الاشكالية الآتية: إلى أي مدى يمكن تطبيق التسويق في المنظمات الصحية؟ وما هو الدور الذي يلعبه من أجل تطوير وتحسين الخدمة الصحية؟ ركزت هذه الدراسة على تبيان واقع التسويق في المؤسسات الصحية الجزائرية، وتوصلت الى مجموعة من النتائج من بينها:

- ان المؤسسات الصحية الجزائرية ما زالت في مرحلة التوجه بالمنتج إلا أن التغيرات التي تشهدها السوق الصحية الجزائرية تفرض على المؤسسات الصحية الخاصة تبني المفهوم الحديث للتسويق.
- يعود تأثير المؤسسات الصحية الجزائرية في تبني التسويق الصحي وعدم تحمسها إلى تطبيقه لعدة أسباب يمكن ذكرها فيما يلي:
- ضعف المنافسة على مستوى سوق الخدمات الصحية الجزائرية،
- غياب الوعي الصحي لدى الجمهور.

11. دراسة "دليلة بوزناد"، وكانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير في العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير سنة 2012/2011 بجامعة الجزائر، والموسومة بـ "ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة حالة قطاع الصحة في الجزائر).

إنطلقت هذه الدراسة من الاشكالية الآتية: كيف يمكن تفعيل التوجه التسويقي في المؤسسات الصحية العمومية من أجل تحسين جودة الخدمات المقدمة؟ خلصت الدراسة إلى نتائج عديدة أبرزها:

- وجود عوائق جوهرية في تطبيق المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر لمختلف مكونات التوجه التسويقي، حيث أظهرت الدراسة أن المؤسسات الصحية العمومية لا تزال تعتمد على التوجه بالإنتاج في تقديم خدماتها.
- وجود صعوبة في الانتقال من التوجه بالإنتاج في تسيير هذه المؤسسات إلى التوجه التسويقي الفعّال بسبب خصائص تقديم الخدمة الصحية العمومية، والتي تؤثر بدورها على سلوك المستفيدين من هذه الخدمات مما يجعل الطلب على هذه الخدمات يتجاوز العرض بشكل كبير، ويعتبر هذا السبب من أهم العوائق التي تحول دون الانتقال من التوجه بالإنتاج إلى التوجه التسويقي الفعّال.
- كما بينت الدراسة وجود علاقة بين تطبيقات التسويق الحديث وبين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية.

12. دراسة " عبد الإله سيف الدين غازي ساعاتي وشاكر تركي أمين "، والتي حملت عنوان "أثر التوجه نحو السوق على الأداء الكلي لمستشفيات القطاع الخاص في المملكة العربية السعودية"،

والتي نشرت في مجلة الباحث، مجلة علمية سنوية تصدرها جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2012.

الهدف من هذه الدراسة التعرف على أهمية مفهوم التوجه نحو السوق، ودرجة تبني مستشفيات القطاع الخاص السعودية لهذا المفهوم، وأهمية هذا المفهوم في إكسابها ميزة تنافسية تمكنها من مواجهة المنافسة الحادة من مستشفيات القطاع العام، وأثر ذلك على تحسن الأداء الكلي لمستشفيات القطاع الخاص والمتمثل في زيادة حصتها السوقية ونمو أرباحها.

توصلت الدراسة إلى أهمية هذا المفهوم بالنسبة لمستشفيات القطاع الخاص، حيث اختلفت الأهمية النسبية لكل عنصر من عناصر هذا المفهوم حسب درجة مساهمته في تحسين الأداء الكلي لكل منها. أوصت الدراسة بضرورة ابتكار متغيرات جديدة لمفهوم التوجه نحو السوق، وإعادة النظر في سياسات التسعير المعتمدة لإضافة ميزة تنافسية أخرى من حيث السعر.

13. دراسة سامي صابر عبد الله "تشخيص واقع مكونات التوجه السوقي في المنظمات الخدمية"، مجلة

العلوم الإنسانية لجامعة زاخو، كلية الإدارة والاقتصاد، مجلد 5، العدد 4، العراق، ديسمبر 2017.

إنطلقت هذه الدراسة من الاشكالية الآتية: هل تعتمد المستشفيات قيد البحث النهج التسويقي الذي يركز على التوجه بالسوق؟ وتوصلت إلى النتائج الآتية:

- تتوفر لدى المستشفيات المبحوثة مستوى جيد من الإدراك بأبعاد التوجه السوقي.
- كشفت نتائج التحليل عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات المبحوثين حول أبعاد التوجه السوقي (التوجه نحو الزبون، التوجه نحو المنافسين، التنسيق بين المستويات الوظيفية) باختلاف (الجنس، العمر، المنصب الوظيفي، عدد سنوات الخدمة، التحصيل الدراسي).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لإجابات المبحوثين حول البعد الثاني المتمثل بالتنسيق بين المستويات الوظيفية مع الجنس والعمر على التوالي.
- كشف ترتيب أبعاد التوجه السوقي بحسب درجة توافرها أو أهميتها لدى مديري المستشفيات المبحوثة (التنسيق بين المستويات الوظيفية، التوجه نحو الزبون، التوجه نحو المنافس) على التوالي.
- إن الزبون هو أساس لبناء أي توجه سوقي لذا ينبغي للمستشفيات المبحوثة الاهتمام بالزبائن من خلال تشكيل إداري يختص باستلام وتحليل ودراسة الشكاوي والمقترحات التي يتقدم بها الزبائن وإدراك وفهم حاجاتهم ورغباتهم من أجل الإفادة منها في تطوير الخدمات وفقا لما يراه الزبون.

مساهمة الدراسة:

يتجلى من خلال العرض السابق، أن هذه الدراسة تتميز بكونها تركز على مفهوم التوجه بالمريض - الزبون كأحد أبعاد التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية، كما وقفت عند المزج بين المدخل الثقافي والسلوكي لقياس التوجه بالمريض-الزبون. بالإضافة إلى ذلك تتميز الدراسة بكونها تحاول إيجاد أثر أسلوب التوجه بالمريض-الزبون على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.

حدود الدراسة:

تقتصر الدراسة على أربع مؤسسات إستشفائية جزائرية بكل من ولايتي سطيف والمسيلة، متمثلة في المؤسسة الاستشفائية العمومية بولاية المسيلة والمؤسسة العمومية بولاية بوسعادة، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "سليمان عميرات"، والمركز الاستشفائي الجامعي بولاية سطيف. وذلك من شهر ماي إلى شهر ديسمبر من سنة 2017، حيث تم زيارة المؤسسات محل الدراسة لجمع البيانات المختلفة حول مجتمع الدراسة، وإجراء مقابلات مع بعض المبحوثين لاستكمال الجوانب التي لا يمكن تغطيتها عن طريق الاستبيان الموزع.

تنظيم الدراسة:

في إطار الإلمام بجوانب الدراسة تم التطرق إلى أربعة فصول، نتناول في الفصل الأول الأسس النظرية لأسلوب التوجه بالمريض-الزبون، بالتعرض للإطار النظري للتوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية، ومفهوم التوجه بالزبون ونماذج قياسه، بالإضافة إلى مفهوم التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية. بينما يتضمن الفصل الثاني جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، وذلك بعرض ماهية المؤسسات الاستشفائية، ومفهوم الخدمات الصحية، والجودة في المؤسسات الاستشفائية، وإدارة الجودة الشاملة وتوجهاتها المعاصرة.

ويتعرض الفصل الثالث لأثر أسلوب التوجه بالمريض-الزبون على تحسين جودة الخدمات الصحية، من خلال التطرق لمفهوم تحسين جودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى تقييم وقياس جودة الخدمات الصحية، وآليات التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية، ومنها أسلوب التوجه بالمريض-الزبون.

أما الفصل الرابع فاهتم بدراسة واقع أسلوب التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية وأثره على تحسين جودة الخدمات الصحية، من خلال تحليل واقع التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، بالإضافة إلى الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، ووصف وتحليل توزيع عينة الدراسة.

الفصل الأول

الأسس النظرية لأسلوب التوجه
بالمريض - الزبون -

تمهيد:

أعتبر النشاط التسويقي في مؤسسات القطاع الصحي لسنوات عديدة ثانوي وغير أساسي، وذلك لعدد من الأسباب أهمها: خصوصية سوق الخدمات الصحية، عدم توافر المعلومات « *Asymétrie de l'information* » ، الجانب الأخلاقي الذي يعتبر التسويق منافيا لأخلاقيات مهنة الطب، بالإضافة إلى الجانب القانوني الذي يحد من ممارسة بعض أنشطة التسويق كالدعاية والتحكم في الأسعار. ولكن ومع بداية سنوات الثمانينات بدأ الاعتراف بأهمية التسويق في المؤسسات الاستشفائية لعدد من الأسباب الرئيسية أهمها: التوجه نحو الزبون (المريض) " *L'orientation vers le client* ."

فما المقصود بأسلوب التوجه بالمريض-الزبون؟

المبحث الأول: الإطار النظري للتوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية

يعتبر المفهوم التسويقي "*Le concept Marketing*" فلسفة تجارية، هدفها إرضاء حاجات المستهلكين بهدف تعظيم ربح المؤسسة على المدى الطويل. وتعتبر أعمال كل من (Levitt، Drucker 1954) أساس فلسفة التسويق، حيث يعتبر Drucker أن التسويق يكون أكثر إتساعاً من البيع؛ بحيث لا يمكن اعتباره نشاطاً معزولاً (حيادي) بل هو مجموعة من الأنشطة المؤسسة من وجهة نظر الزبون، أما Levitt فيعتبر التسويق عملية كاملة تتكامل فيها كل جهود المؤسسة لأجل الكشف، خلق، إيجاد وإرضاء حاجات الزبائن، أما Keith فيرى أن كل مؤسسة تمر بمراحل متتابعة هي: التوجه بالانتاج *L'orientation - production*، التوجه بالمنتج *L'orientation - produit* والتوجه بالبيع *L'orientation - vente*، قبل بلوغ التوجه بالتسويق *L'orientation - marketing*.¹

برز التوجه السوقي في دراستين نشرتا في نفس السنة قبل ما يزيد على عقد من الزمان. قبل ذلك تم استخدام مصطلحات مختلفة في الأدبيات التسويقية لتعكس مفهوم التسويق، مثل التركيز السوقي، الاتجاه السوقي والتوجه للعميل بعد عام 1999 أصبح التوجه السوقي مصطلحاً مقبولاً بشكل واسع ليشير بشكل محدد لتطبيق مفهوم التسويق، وتمتد ممارسته إلى مختلف القطاعات الاقتصادية بما في ذلك مؤسسات القطاع الصحي.

المطلب الأول: مفهوم التوجه بالسوق

يمثل التوجه بالسوق *Orientation- marché* حقبة جديدة للفكر التسويقي؛ الذي مرّ عبر عدد من المراحل أهمها: المفهوم الإنتاجي، المفهوم البيعي، المفهوم التسويقي، وأخيراً التوجه نحو السوق: والذي يعبر عن عملية التطبيق الفعلي لفلسفة المفهوم التسويقي، بعبارة أخرى انه انعكاس لفلسفة المفهوم التسويقي على أرض الواقع؛² فلقد اهتمت الكتب التسويقية بالترقية بين المفهوم التسويقي كفلسفة ومرشد لعمل المؤسسات، وبين مفهوم التوجه بالسوق كتطبيق لتلك الفلسفة، وقد انتقد المفهوم التسويقي لمحدودية قدرته على تقديم قيمة عملية لنوع الأنشطة التي يمكن أن تترجم الفلسفة إلى واقع عملي، لذلك تم اقتراح استخدام مفهوم أو مصطلح التوجه بالسوق بدلا من التوجه التسويقي.³

¹ Olivier FURRER, *Orientation – client et services autour des produits informatiques*, thèse pour obtenir le grade de docteurs, faculté de droit et des sciences économiques, université de Neuchatel, Neuchatel, 1997, P 38.

² أمين خليل أمين السعدي، "العلاقة بين التوجه نحو السوق والأداء في القطاع المصرفي الأردني"، مذكرة ماجستير غير منشورة في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة اليرموك، الأردن، 2000، ص 34.

³ نبيلة سعدياني، "نظام المعلومات التسويقية والتوجه السوقي"، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة باتنة، الجزائر، 2009/2008، ص 18.

أولاً: تعريف التوجه بالسوق: اعتبرت البحوث المنشورة في عام 1990 من قبل كل من جاورسكي وكوهلي (Jaworski et Kohli 1990) وسلاتر ونارفر (Slater et Narver 1990)، الأساس في وضع تعريف لمفهوم التوجه نحو السوق؛ والتي كان لها السبق في تقديم تعريفين مختلفين وفي نفس الوقت متكاملين، كل تعريف ينطلق من مدخل خاص كمايلي:

— المدخل السلوكي *L'approche comportementale*: استنادا إلى العديد من الدراسات الميدانية التي أجراها كل من (Jaworski et Kohli 1990) في الولايات المتحدة الأمريكية على مئات الإطارات المسيرة للشركات، عرفا التوجه بالسوق على أنه: "إنتاج من طرف المنظمة للمعلومات حول الحاجات الحالية والمستقبلية للزبائن، ثم نشر هذه المعلومات في الأقسام المختلفة للمنظمة، ثم استجابة المنظمة على هذه المعلومات".¹

— المدخل الثقافي *L'approche culturelle*: أما بالنسبة لكل من (Slater et Narver 1990) فقد قدما تعريفا مختلفا عن سابقيهما، على أساس أن التوجه بالسوق هو "سمة ثقافية للمنظمة" بمعنى أن التوجه بالسوق هو: "الثقافة التنظيمية التي تخرض السلوكيات الضرورية لأجل خلق قيمة عليا للزبائن".² حيث ووفقا لهذا المدخل فإن التوجه بالسوق يتكون من ثلاث مكونات هي: التوجه نحو الزبون، التوجه نحو المنافسين والتنسيق بين مختلف الأقسام في المؤسسة،* وقرارين إثنين هما: التركيز على الأمد الطويل والربحية.³

من خلال ماسبق، نلاحظ وجود تكامل بين هذين التعريفين فبينما يرى المدخل السلوكي بان التوجه بالسوق في المؤسسة، عبارة عن ثلاث أنواع من السلوكيات:⁴

- توليد المعلومات على الحاجات الحالية والمستقبلية للزبائن؛
- نشر هذه المعلومات في مختلف الأقسام في المؤسسة؛
- استجابة المؤسسة لهذه المعلومات.

¹ Ajay K. Kohli & Bernard J. Jaworski, *Market Orientation : The construct, research propositions, and managerial implications*, Journal of Marketing, vol 54, April 1990, P 6.

² David Gotteland et autres, *L'orientation marché : synthèse et nouvelles directions théoriques*, Recherche et applications en Marketing, Vol 22, 2007, P47.

* لقد تم حديثا إضافة ثلاث مكونات أخرى وهي: التوجه التكنولوجي، التوجه بالموزع، التوجه بالموارد؛ حيث أصبح الحديث عن التوجه نحو إجمالي السوق أو ما يطلق عليه " *Orientation parties prenantes* ".

³ John C. Narver & Stanley F. Slater, "the effect of a market orientation on business profitability", journal of marketing, October 1990, P 21.

⁴ Corinne ROCHETTE-LADOUCEUR et François CASSIERE, « *Quelle orientation marché pour les PME-PMI ?* », 5^e Congrès international de l'académie de l'entrepreneuriat, France, P 04.

(أطلع عليه يوم: www.entrepreneuriat.com/fileadmin/user_upload/5eme_congres/francois_Cassiere_ppt.pdf)

(2013/12/25)

فان التوجه بالسوق حسب المدخل الثقافي يتشكل من ثلاثة عوامل مترابطة بقوة فيما بينها، وهي: "التوجه بالزبون، التوجه بالمنافسين والتنسيق بين الوظائف؛ حيث أن التوجه بالزبون والتوجه بالمنافسين يشتمل على كل الأنشطة لأجل اكتساب المعلومات حول الزبائن والمنافسين في السوق المستهدف، ومن ثم نشر هذه المعلومات عبر كل المؤسسة، أما فيما يتعلق بالترابط فيما بين الوظائف، فيعني التنسيق بين الجهود الإجمالية للمؤسسة لأجل خلق قيمة أعلى للزبائن".¹

وقد ركزت كل دراسة من الدراستين على الزبون كعنصر جوهري لتعريف التوجه السوقي، فكلاهما يشتمل على توجه خارجي، وكل منهما يقر بأهمية الاستجابة للزبائن، وكلاهما يدرك بان التوجه السوقي أكثر من التركيز على الزبون فقط.²

وما تجدر الإشارة إليه هنا، أنه وبناء على دراسة عدد من الباحثين المهتمين بالتوجه نحو السوق، فلقد تم إضافة ثلاث مداخل أخرى تتمثل في: المدخل النظامي، مدخل الموارد والكفاءات والمدخل العلائقي، إلا أن استعمالها قليل جداً باعتبار أن أغلبية الأعمال المنجزة على التوجه بالسوق تأسست على المدخل السلوكي والمدخل الثقافي.

ثانياً: قياس التوجه بالسوق: قبل التطرق إلى نماذج قياس التوجه بالسوق، كان لابد من تحديد مكونات السوق الذي تعمل فيه المؤسسة:

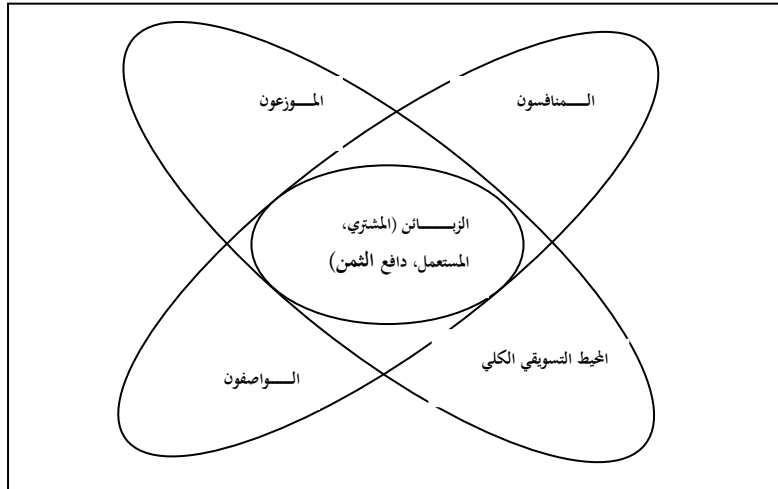
1. مكونات السوق: يأخذ التوجه بالسوق بعين الاعتبار كل الأطراف التي تتدخل من قريب أو بعيد، والتي تؤثر في القرار الشرائي للزبون الذي يكون جزء من السوق في مفهومه الواسع. فحسب نموذج *Jean-Jacques Lambin et autres* الموضح في الشكل رقم (01)، ففي الحالة العامة يوجد خمسة فاعلين في السوق يجب أخذهم بعين الاعتبار وهم: الزبون المباشر و/أو النهائي، الزبون الموزع، المنافس، الزبون الواسف والمحيط التسويقي الكلي. حيث أن كل مكون من مكونات السوق يمتلك مجموعة من المؤشرات تساهم في قياس التوجه نحو السوق.³

¹ Olivier FURRER, *Op ;Cit*, P40.

² همام سمير ملكي وهاني حامد الضمور، "التوجه السوقي وعلاقته بالأداء التسويقي لدى مكاتب السياحة العاملة في مدينة عمان"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 5، العدد 1، كلية الأعمال، الجامعة الأردنية، عمان، 2009، ص ص 74، 75.

³ *Jean-Jacques LAMBIN et autres, Marketing stratégique et opérationnel (Du marketing à l'orientation marché)*, 6^e édition, DUNOD, Paris, 2005, P 38.

الشكل رقم (01): العناصر الأساسية في السوق



المصدر: *Jean-Jacques LAMBIN et autres, Marketing stratégique et opérationnel (Du marketing à l'orientation marché), 6^e édition, DUNOD, Paris, 2005, P 38.*

2. النماذج الرئيسية لقياس التوجه بالسوق: أهم المقاييس التي استخدمت لقياس التوجه السوقي تتمثل في: نموذج "MARKOR" (Jaworski، Kohli و Kumar 1993)، نموذج "MKTOR" (Narver، Slater 1990)، سلم (Gray 1998)، سلم (Lado، Olivares و Rivera 1998)، سلم (Deshpande و Farley 1996). سنتطرق هنا لنموذج "MARKOR" (Jaworski، Kohli و Kumar 1993) ونموذج "MKTOR" (Slater، Narver 1990):

أ. نموذج "MARKOR" (Jaworski، Kohli و Kumar 1993): يعتمد هذا النموذج على سلم ليكارت بخمس خيارات: "غير موافق بشدة"، "غير موافق"، "محايد"، "موافق" و "موافق بشدة"، مع ثلاثة أبعاد للتوجه بالسوق: بعد توليد المعلومات ويقاس بعشر مؤشرات، بعد نشر المعلومات ويقاس بثماني مؤشرات وبعد الاستجابة ويقاس بأربعة عشر مؤشر¹ ويمكن توضيح هذه المؤشرات كالآتي:²

البعد الأول: توليد المعلومات: يمكن قياس هذا البعد من خلال العناصر الآتية:

- مقابلة الزبائن لتحديد الاحتياجات من السلع والخدمات.
- الاهتمام بعمل أبحاث السوق بصفة دورية.
- التعرف على تفضيلات الزبائن لمنتجات وخدمات المؤسسة.

¹ Ajay K.KOHLI et autres, *MARKOR : A Measure of Market Orientation*, Journal of Marketing Research, Vol 30, American marketing association, 1993, P 476.

² درمان سليمان صادق، "قياس أبعاد التوجه السوقي"، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، كلية الإدارة والاقتصاد، العدد الحادي والعشرون، جامعة الموصل، الجمهورية العراقية، ص ص 101، 102.

- التقييم المستمر لجودة السلع والخدمات.
- تقييم زبائن المؤسسة بصفة دورية، مرة واحدة على الأقل سنويا.
- تحديد احتياجات الزبائن من الشركات والأفراد من الخدمات التي تقدمها المؤسسة.

البعد الثاني: تبادل المعلومات: يقاس هذا البعد من خلال العناصر التالية:

- تقابل الإدارات المختلفة داخل المؤسسة لمناقشة اتجاهات وتطورات السوق.
- مناقشة العاملين داخل المؤسسة لاحتياجات الزبائن المستقبلية مع بقية الإدارات الأخرى.
- علم الإدارات المختلفة بأي تغييرات تحدث لكبار الزبائن خلال فترة صغيرة.
- نشر المعلومات الخاصة بمستوى رضا الزبائن عن المؤسسة لكل الإدارات.
- سرعة تبادل المعلومات التي تتوفر عن المؤسسات المنافسة بين الإدارات.

البعد الثالث: سرعة الاستجابة: يقاس هذا البعد من خلال العناصر التالية:

- الاستجابة المناسبة للتغيرات في الأسعار التي تحدثها المؤسسات المنافسة.
- تبادل المعلومات الخاصة بتغير احتياجات الزبائن من خدمات المؤسسة.
- المتابعة المستمرة لضمان تطوير المنتجات بما يتناسب مع احتياجات الزبائن.
- عقد الاجتماعات بوضع خطط للاستجابة للتغيرات التي تحدث في مجال الصناعة.
- الرد الفوري على الحملات الدعائية التي تقوم بها المؤسسات المنافسة.
- التنسيق الجيد بين أنشطة الإدارات المختلفة على مستوى المؤسسة.
- الاهتمام والإنصات لشكاوي الزبائن.
- متابعة تنفيذ الخطط التسويقية حتى تتمكن المؤسسة من تنفيذها في الوقت المحدد.

- استجابة الإدارات المختلفة لرغبة الزبائن بتعديل أو تطوير سلع وخدمات المؤسسة.

من أهم مميزات هذا المقياس أنه يسمح بقياس درجة التوجه بالسوق بدلا من تحديد عما إذا كانت المؤسسة تتبع أو لا تتبع التوجه بالسوق. وبمعنى آخر فهذا المقياس متعدد الأبعاد وليس أحادي البعد مما يتيح للباحثين فرصة قياس التوجه بالسوق في عدة مجالات تنظيمية. ويعكس هذا المقياس الخصائص الأساسية لمفهوم التوجه بالسوق كما تم عرضها أعلاه، وبالإضافة إلى ذلك فإن هذا المقياس يتيح للمؤسسة دراسة الأنشطة الرئيسية التي يجب التركيز عليها حتى يمكن الحكم على مدى التوجه بالسوق للمؤسسة موضع الدراسة. كذلك يتيح لنا هذا المقياس أهم المجالات والأنشطة الإدارية التي يمكن أن يحدث فيها التطوير التنظيمي لتحقيق التوجه بالسوق. فعلى سبيل المثال إذا ما أوضحت نتائج الدراسة أن عملية توليد أو تبادل المعلومات ضعيفة لدى إحدى الشركات فإن الجهود الإدارية يجب أن توجه لتقوية وتطوير تلك العملية. ومن الطبيعي أن مثل هذه العلاقة بين مجال القياس والجهود التنظيمية لتنمية وتطوير المجالات التنظيمية المختلفة للتوجه بالسوق يمكن أن تزيد من القيمة العلمية والعملية لهذا المقياس.¹

ب. نموذج "MKTOR" (Slater, Narver, 1990):² يقاس التوجه بالسوق وفق هذا النموذج

بسلم ليكارت بسبع نقاط، حيث يشير الرقم 1 إلى عدم التزام وحدة الأعمال بالتطبيق المطلق للتوجه بالسوق والرقم 7 إلى الالتزام به بدرجة كبيرة، وذلك من خلال خمسة أبعاد:

- التوجه بالزبون: ويقاس بستة مؤشرات؛
- التوجه بالمنافس: ويقاس بأربعة مؤشرات؛
- التنسيق بين الوظائف: ويقاس بخمسة مؤشرات؛
- الأفق طويل المدى: ويقاس بثلاثة مؤشرات؛
- الربحية: وتقاس بثلاثة مؤشرات.

ويمكن توضيح قياس التوجه بالزبون وفق هذا النموذج من خلال العناصر الآتية:³

- إلتزام الزبائن.
- خلق القيمة المضافة للزبون.
- فهم حاجات الزبائن.
- أهداف رضا الزبون.

¹ شريف حمزاوي وبلكبير بومدين، التوجه نحو السوق كمتطلب أساسي لخلق الابداع والابتكار في المؤسسات، الملتقى الدولي حول: الابداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب، الجزائر، يومي 13/12 ماي 2010.

² Ramendra Singh et Abrahan Kohy, « Salesperson's customer orientation : A reconceptualization and a new definition », Research and publications, INDIAN Institute of management, INDIA, 2008, P 35, 36.

³ Idem, P 36.

- قياس رضا الزبائن.

- خدمات ما بعد البيع.

هناك جدل حول كيفية قياس التوجه السوقي، فالبعض يرى قياسه من وجهة نظر المؤسسة بينما يرى البعض قياسه من وجهة نظر الزبون. وقد اعتمدت غالبية النماذج التي تقيس التوجه السوقي نقطة البداية من المؤسسة نفسها للحكم على مستوى التوجه السوقي، على الرغم من أن ديشباندا وآخرين (1999 *et al* Deshpande) يرون أن الحكم الصحيح يجب أن يكون من العاملين بالمؤسسة والزبائن.¹

المطلب الثاني: مفهوم وأبعاد التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية

بحسب الدراسات السابقة فإنه يمكننا القول، بأن مفهوم التوجه بالسوق في القطاع الصحي لا يختلف عنه في القطاعات الاقتصادية الأخرى، حيث تبني المهتمون بتحديد مفهوم وأبعاد التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية انطلاقاً من المدخلين السابقين (المدخل السلوكي أو المدخل الثقافي).

أولاً: مفهوم التوجه بالسوق في المؤسسة الاستشفائية: عرف (1996) *J. Lévy* التوجه بالسوق في الخدمات على أنه: "المجموعة القيم، السياسات والسلوكيات التي تمنح القدرة التنظيمية على توليد ونشر المعارف وفهم السوق وتطوير ووضع استجابات موفقة".² وعليه يتكون مفهوم التوجه نحو السوق في المؤسسات الاستشفائية من ثلاثة عناصر سلوكية (التوجه نحو الزبائن من المرضى والمراجعين، توجه المنافس، والتنسيق بين العوامل الوظيفية المختلفة)، حيث يتضمن كل من هذه العناصر توليد المعلومات الاستخباراتية وتوزيعها على أقسام المؤسسة الاستشفائية المختلفة، ثم اتخاذ الإجراءات الإدارية الضرورية، واعتماد الباحثون على منهجين أساسيين في دراسة التوجه نحو السوق في المؤسسات الاستشفائية؛ يتكون المنهج الأول من ثلاثة عناصر أساسية وهي: أن تقوم المؤسسة الاستشفائية بتوليد معلومات حول احتياجات الزبائن من المرضى والمراجعين وتوزيع هذه المعلومات على أقسام المؤسسة الاستشفائية ومن ثم العمل على تبني سياسة تسويق، وإستجابية المؤسسة الاستشفائية نحو المعلومات التي تم جمعها، ويعتمد المنهج الثاني على عناصر أساسية أيضاً ولكن ضمن إطار مفاهيمي مختلف، وهذه العناصر هي: توجه الزبون حيث يعكس هذا العنصر النشاطات الضرورية من أجل

¹ هام سمير ملكي وهاني حامد الضمور، مرجع سابق، ص 74.

² Bouchra ESSLIMANI, L'orientation client du personnel en contact avec la clientèle : Définition et déterminants

(أطلع عليه يوم: 2013/01/15) https://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/05/85/50/doc/note_429.doc

الحصول وجمع المعلومات حول الزبائن من المرضى والمراجعين والتوجه نحو المنافس وهذا يعني أن تقوم المنظمة بتكرس جهودها من أجل جمع المعلومات حول المنافسين في السوق والتنسيق بين العوامل الوظيفية المختلفة.¹ ويرتكز التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية على ثلاثة ركائز، هي:²

- التوجه نحو المستفيد- المريض،
- إستعمال أدوات الإدارة التسويقية في المؤسسة الاستشفائية،
- رضا المستفيد-المريض في المدى الطويل.

ثانيا: أبعاد التوجه بالسوق في المؤسسة الاستشفائية: ظهر مفهوم التوجه بالسوق في أدبيات التسيير الاستشفائي حديثا وذلك في بعض الدراسات الأمريكية في بداية سنوات التسعينيات، تلتها بعد ذلك دراسات في مختلف دول العالم، ويوضح الشكل التالي أهم هذه الدراسات وأبعاد التوجه بالسوق التي تم التوصل إليها:

الشكل رقم (02): أبعاد التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية

المفهوم المستعمل	المقياس	بيئة الدراسة	أبعاد التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية
دراسة: <i>McDermott, Franzak et Little (1993)</i>	<i>MARKOR & MKTOR</i>	و.م.أ	- توليد المعلومات، - الترابط بين الوظائف، - الاستجابة التنظيمية.
دراسة: <i>Raji, Lonial et Gupta (1995)</i>	<i>" MARKOR (Kohli) Jaworski (1993 Kumar و</i>	و.م.أ	- توليد المعلومات، - رضا المريض، - الاستجابة للمرضى، - الاستجابة للمنافس.
دراسة: <i>Kumar, Subramian et Yauger (1997)</i>	<i>" MKTOR " (Narver) " (1990Slater</i>	و.م.أ	- التوجه بالمريض، - التوجه بالمنافس، - التنسيق بين الوظائف، - التركيز طويل الأمد، - الاستمرارية والربحية.
دراسة: <i>Wood et al (2000)</i>	<i>" MARKOR (Kohli) Jaworski (1993 Kumar و</i>	و.م.أ	- تبادل المعلومات، - نشر المعلومات، - الاستجابة للمعلومات.

¹ عبد الإله سيف الدين غازي ساعات وشاكر تركي أمين، *أثر التوجه نحو السوق على الأداء الكلي لمستشفيات القطاع الخاص في المملكة العربية السعودية*، مجلة الباحث، العدد 10، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2012، ص 345، 346.

² Djamel Eddine LAOUISSET, *Stratégie de marketing management hospitalier*, Editions HOUMA, Alger, 2009, P 13.

<ul style="list-style-type: none"> - الدعم الاستشفائي الداخلي، - التوجه بالمريض والأقارب، - البيئة الخارجية، - التوجه بالوصف، - الفريق الصحي (التوجه بالزبون الداخلي)، - التنسيق بين مختلف الوظائف. 	بلجيكا	Lambin (1994, 1996) و Lambin et Chumpitaz 2000	التوجه بالسوق	دراسة: Fr. Bielen (2001)
<ul style="list-style-type: none"> - التوجه نحو المريض (الزبون). - التوجه نحو المنافس. - التنسيق بين المستويات الوظيفية. - الاستجابة. - توليد وإنتاج المعلومات. - توزيع المعلومات. 	المملكة العربية السعودية	مستشفيات القطاع الخاص في محافظة جدة	التوجه بالسوق	دراسة: عبد الإله شكري غازي ساعات وشاكر تركي أمين (2012)

المصدر: بالاعتماد على:

1. Agueda Esteban et autres, « *Market orientation in service* », European journal of Marketing, Vol 36, 2002, PP 1008-1011 ;
2. Fr. Bielen, « *Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée a la gestion hospitalière* », thèse de doctorat, faculté des sciences économiques, sociale et politiques, Université catholique de Louvain, 2001, P406.

3. عبد الإله سيف الدين غازي ساعات وشاكر تركي أمين، أثر التوجه نحو السوق على الأداء الكلي لمستشفيات القطاع

الخاص في المملكة العربية السعودية"، مجلة الباحث، العدد 10، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2012، ص 345، 346.

4. P.S. Raji et Subhash C.Lonial, "The impact of quality context and Market Orientation on organizational performance in a service environment", journal of service research, Sage Publications, volume 4, November 2001, P 146.

المطلب الثالث: نموذج (Fr. Bielen 2001) لقياس التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية

نموذج (Fr. Bielen 2001) لقياس التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية هو نموذج تم استنباطه من نموذج الباحث (Lambin 1994, 1996) و (Lambin et Chumpitaz 2000) الموضح سابقا، وتم تأسيسه وفقا لمجموعة من المحددات نذكر منها ما يلي:¹

1. البيئة الصحية - الكلية "L'Environnement macro - sanitaire": تتمثل في العوامل الصحية،

القانونية، الاقتصادية، الجيوغرافية، السوسيوولوجية،..... للمؤسسة الاستشفائية؛

2. أبعاد التوجه بالسوق: تتمثل في:

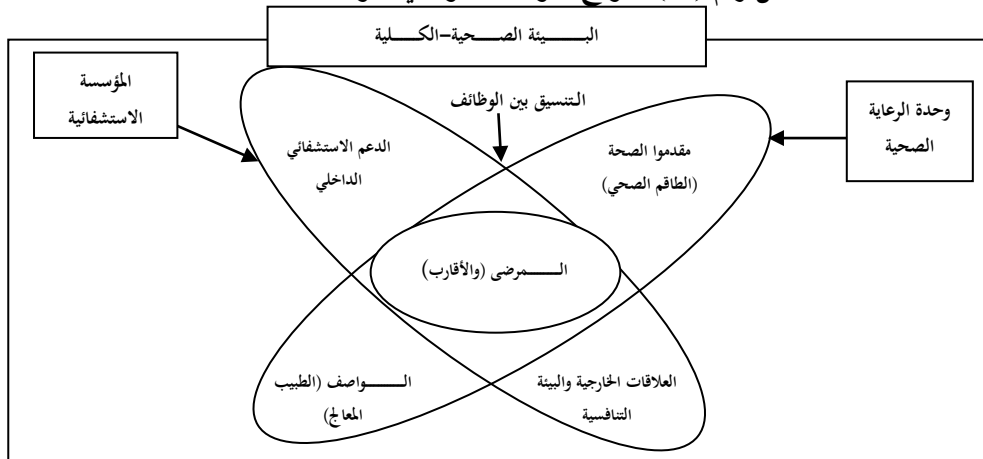
- الدعم الاستشفائي الداخلي؛
- التوجه بالمريض (والأقارب)؛
- البيئة الخارجية؛

¹ حبيبة قشي، "التوجه بالسوق L'Orientation - Marché: التوجه الجديد للتسويق في المؤسسات الصحية"، أبحاث إقتصادية وإدارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، العدد الثامن عشر، جامعة محمد خيضر، بسكرة، ديسمبر 2015، ص 141-143.

- التوجه بالواصف؛
- الفريق الصحي (التوجه بالزبون الداخلي)؛
- التنسيق بين مختلف الوظائف.

3. الاستناد إلى مستويين اثنين من التحليل هما: مستوى المؤسسة الاستشفائية " *Le niveau stratégique* " ومستوى وحدات الرعاية الصحية " *Le niveau opérationnel* " (وذلك بالنظر إلى الاستقلالية الذاتية للوحدات الصحية *Les unités de soins* عن المستوى الاستراتيجي للمؤسسة الاستشفائية). وعليه وحسبما هو موضح في الشكل رقم (03) فإن المستوى الاستراتيجي "المؤسسة الاستشفائية" يتكون من أبعاد التوجه بالسوق الآتية: الدعم الاستشفائي الداخلي، التوجه بالمريض (والأقارب)، البيئة الخارجية والتنسيق بين الوظائف، أما على مستوى وحدات الرعاية الصحية فإن أبعاد التوجه بالسوق تكون ممثلة في: التوجه بالواصف، الفريق الصحي والتوجه بالمريض.

الشكل رقم (03): نموذج التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية



المصدر: Fr. Bielen, « *Orientation-patient et qualité perçue du service* :

analyse marketing appliquée a la gestion hospitalière », thèse de doctorat, faculté des sciences économiques, sociale et politiques, Université catholique de Louvain, 2001, P 406.

وفقا لما سبق تتمثل أبعاد التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية في الآتي:¹

1. **الدعم الاستشفائي الداخلي " *Support hospitalier interne* "**: يقتضي هذا البعد تطوير أنشطة تستجيب للحاجات الخاصة لزبائن المؤسسة الاستشفائية الداخليين أو الخارجيين، وتقديم دعم مادي ولوجيستيكي لإنجاز الخدمات الصحية؛
2. **البيئة الخارجية " *Environnement externe* "**: تشمل البيئة الخارجية على تحليل العلاقات والتأثيرات الخارجية، بالإضافة إلى الأخذ بعين الاعتبار المنافسة الإجمالية في القطاع الاستشفائي، كما

¹ حبيبة قشي، "التوجه بالسوق *L'Orientation - Marché*: التوجه الجديد للتسويق في المؤسسات الصحية"، مرجع سابق، ص 143.

يقتضي هذا البعد معرفة ومراقبة تطور البيئة من أجل اكتشاف فرص وتهديدات السوق في الوقت المناسب، مهما يكن المستوى: اجتماعي، اقتصادي، صحي، تكنولوجي، سياسي، ديموغرافي، ثقافي،.....، بالإضافة إلى دراسة نقاط قوة وضعف المنافسين؛

3. التوجه بالمريض (والأقارب) "*Orientation-patient (et proches)*": يمتلك هذا البعد مستويين

اثنين للتحليل: الأول خاص بالمؤسسة الاستشفائية والثاني خاص بوحدات الرعاية الصحية داخلها:

— التوجه بالمريض في منظور المؤسسة الاستشفائية: يقتضي الأمر هنا تحليل رأي المريض والأقارب وضم مستويات رضاهم إلى تقييم أنشطة المستشفى، والأخذ بعين الاعتبار لملاحظاتهم وشكواهم والعمل على إرضائهم من قبل كل الأعوان العاملين في المستشفى.

— التوجه بالمريض في منظور وحدات الرعاية الصحية: يقتضي الأمر هنا إعداد وخلق منتجات أو خدمات مولدة لمنافع عليا للمرضى وكذلك أقاربهم، والعمل على قياس رضاهم ومعالجة شكواهم؛

4. الفريق الصحي "*Equipe sanitaire*": هذا البعد يقتضي التعاون كفريق لأعوان وحدات الرعاية الصحية من أجل الوصول لرضا المرضى وأقاربهم.

5. التوجه بالواصف "*Orientation-prescripteur*": هذا البعد يقتضي معاملة كل واصف (الأطباء المعالجين) للخدمات كزبون للمؤسسة الاستشفائية، وبالتالي القيام بتلبية حاجاته الخاصة.

6. التنسيق بين الوظائف والتداخل الاستشفائي "*Coordination interfonctionnelle et intra-*

hospitalière": يقتضي هذا البعد نشر المعلومات على السوق والخيارات الإستراتيجية الكبرى للمؤسسة الاستشفائية على كل مستوياتها، وهو ما يقتضي أيضا المساهمة الفعالة لكل وظائف المؤسسة في تحليل حاجات ومشاكل الزبائن الخارجيين (المرضى، الأقارب، الزائرين، الواصفين). ويأخذ هذا البعد موقعه في مستوى وسطي بين المؤسسة الاستشفائية إجمالا ووحدات الرعاية الصحية المكونة له. كما هو موضح في الشكل رقم (03) السابق.

المبحث الثاني: مفهوم التوجه بالزبون

يعرف التوجه بالزبون على أنه "الحالة الذهنية التي تحكم العلاقات بين المؤسسة وزبائنها"¹، ويعود هذا المفهوم إلى *Peter Drucker* عام 1954 عندما قال بأن: "الزبون يجب أن يكون في صميم التفكير الإداري"، وحسب *Drucker* فإن التوجه بالزبون ليس مجرد وظيفة (مثل وظيفة الإنتاج، التمويل، والموارد البشرية)، ولكنها فلسفة الإدارة الحقيقية للاسترشاد بها في المؤسسة بأكملها.² وجوهر هذه الفلسفة التسويقية يقوم على فكرة تقديم المنتج المناسب للزبون بدلا من إيجاد الزبون المناسب لمنتج المؤسسة.³

المطلب الأول: تعريف وقياس التوجه الزبون

يرى البعض من الكتاب أمثال (*Shapiro 1988*) أن التوجه بالزبون هو مرادف للتوجه بالسوق، في المقابل يرى كلا من (*Kohli et Jaworski 1990*) و (*Narver et Slater 1990*) أن التوجه بالسوق يكون أوسع من التوجه بالزبون، حيث أن السوق يتكون من: الزبائن، الموزعين، المنافسين وأعوان التأثير المتعددة (الاستشاريين، الجمعيات المهنية، شركات التأمين،... الخ). ويعتبر كلا من (*Narver et Slater 1990*) أول من استخدم مصطلح التوجه بالزبون في المؤسسة، وذلك من خلال التعريف المقدم للتوجه بالسوق، والذي يرى بان التوجه بالسوق يتكون من ثلاث أبعاد أساسية هي: التوجه بالزبون، التوجه بالمنافسة، والترابط بين الوظائف.

أولاً: تعريف التوجه بالزبون: يعرف الزبون على أنه: "المستخدم النهائي لخدمات المؤسسة، وتتأثر قراراته بعوامل داخلية مثل الشخصية والمعتقدات والأساليب والدوافع والذاكرة، وبموامل خارجية مثل الموارد وتأثيرات العائلة وجماعات التفضيل والأصدقاء، وقد يكون الزبائن أفراداً أو منظمات".⁴ ونميز بين نوعين من الزبائن هما:⁵

1. **الزبون الداخلي:** ويشمل الأفراد العاملين في جميع الإدارات والأقسام والشعب، الذين يتعاملون مع بعضهم البعض لإنجاز الأعمال.
2. **الزبون الخارجي:** هو ذلك الفرد (المستهلك) الذي تتمحور حوله كافة الأنشطة والجهود من أجل تحقيق رغباته وتحفيزه في اقتناء السلعة أو الخدمة التي تنتجها المؤسسة.

¹ الشريف بقة وسمر دومي، "التوجه السوقي للمؤسسة الاقتصادية الجزائرية بين الضرورة والاختيار"، مجلة الباحث، عدد 12، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2013، ص 48.

² نفس المرجع، ص 48.

³ احسان دهب جلاب، "نحو جامعات محلية متوجهة نحو الزبون"، الباهر مجلة فصلية محكمة تعنى بالأبحاث والدراسات العلمية، جامعة بابل، جمهورية العراق، 2014، ص 21.

⁴ يوسف حجيم سلطان الطائي وهاشم فوزي دباس العبادي، إدارة علاقات الزبون، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص ص 59، 60.

⁵ نفس المرجع، ص 60.

وفي مجال إعطاء تعريف محدد للتوجه بالزبون تم حصر إسهامات الباحثين في ثلاثة مداخل هي: المدخل الثقافي "L'approche Culturelle"، المدخل الاستراتيجي "L'approche Stratégique" والمدخل المعلوماتي "L'approche Informationnelle". وذلك وفق ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم (04): مداخل تعريف التوجه بالزبون.

الباحثين	الخصائص/ الأبعاد	مفهوم التوجه بالزبون	نوع المدخل
<p>- Shapiro 1988</p> <p>- Kohli et Jaworski 1990</p> <p>- Ruekert 1992</p>	<p>- انتاج المعلومات على الحاجات الحالية والمستقبلية للزبائن.</p> <p>- نشر هذه المعلومات في الأقسام المختلفة للمؤسسة.</p> <p>- استخدام هذه المعلومات من أجل الاستجابة للزبائن.</p>	<p>• "درجة حصول المؤسسة واستعمال المعلومات عن الزبائن لتطوير الاستراتيجية التي ستستجيب لحاجات ورغبات الزبائن " Ruekert 1992</p> <p>• "التوجه بالزبون يمثل الدرجة التي تكون عندها معلومات الزبون مجمعة ومستخدمة من قبل وحدة الأعمال" Kohli et Jaworski 1990</p>	المدخل المعلوماتي
<p>- Shapiro 1988</p> <p>- Balakrishnan 1996</p>	<p>- استخدام المعلومات المستقبلية على الزبائن لأجل وضع استراتيجيات تتجه لإرضاء الزبائن.</p> <p>- الاستراتيجية المتمحورة على الزبون تعكس التناسق بين الوظائف في داخل المؤسسة في هذا المستوى.</p> <p>- تحليل حاجات ورغبات الزبائن يساهم في اختيار عناصر المزيج التسويقي للشركة.</p>	<p>• "نشر المعلومات عن الزبائن في كل المؤسسة، لتشكيل استراتيجيات طويلة المدى لإرضاء حاجات السوق" Shapiro 1988</p> <p>• "التوجه بالزبون هو درجة تحليل المؤسسة لحاجات ورغبات زبائنهم قبل تطوير مزيجها التسويقي وبالمساواة جودة تفاعلاتها مع زبائنهم من خلال وضع مزيجها التسويقي" Balakrishnan 1996</p>	المدخل الاستراتيجي

<p>- Narver et Slater 1990 - Deshpande et al 1993 - Farley 1998.</p>	<p>- التوجه بالزبون حالة ذهنية وثقافة في المؤسسة. - التوجه بالزبون هو توجه لكل الأقسام وكل الأفراد العاملين لإرضاء حاجات الزبائن في كل عملية لإتخاذ القرارات وفي مستوى كل تفاعل معهم.</p>	<p>• "التوجه بالزبون هو مجموعة المعتقدات التي تضع مصالح الزبون أولاً، دون إستبعاد أصحاب المصالح الآخرين مثل: الملاك، المدراء، العمال، لأجل تنمية ربحية المؤسسة على الأمد الطويل" Deshpande et al 1993 • "التوجه بالزبون يتعلق باقتناء المعلومات على الزبون بالفهم المتواصل لسلسلة قيمته وبالكشف عن حاجاته الظاهرة أو الكامنة" Narver et Slater 1990</p>	<p>المدخل الثقافي</p>
--	---	---	-----------------------

المصدر: ZOUAOUI FEKHTA, « *Le role medateur des technologies d'information sur la relation orientation client – performance de l'entreprise* »

www.marketing-trends-congress.com/archives/2005/Materiali/Paper/Fr/ZOUAOUI.pdf

(أطلع عليه يوم: 2014/3/5)

من خلال مداخل التعريف بالتوجه بالزبون السابقة، يمكن القول بأن هناك تكامل فيما بينها، وبالتالي يمكن القول بان التوجه بالزبون حالة ذهنية وثقافة في المؤسسة تستند على إنتاج المعلومات حول الحاجات الحالية والمستقبلية للزبائن وتوزيعها على مختلف أقسام المؤسسة من أجل الاستجابة للزبائن، وهذا ما يستلزم وضع إستراتيجية تتجه نحو إرضاء الزبائن.

وعليه فالسياسات المتجهة بالزبون هي السياسات التي تقوم على توجيه كل وسائل المؤسسة نحو كشف توقعات الزبون وإرضاء هذه التوقعات، من خلال عدد من المراحل، هي:¹

- الكشف عن حاجات وتوقعات الزبائن (من خلال وضع وسائل وإجراءات البحث والاستقصاء)،
- التنظيم الداخلي للمؤسسة لأجل ترجمة هذه التوقعات في منتجات أو خدمات (من خلال وضع مقاييس ومعايير للرضا)،
- متابعة رضا الزبون (من خلال وضع إجراءات الاستقصاء، ومؤشرات جدول القيادة للمتابعة)،

¹Gaëlle PETITPRES et Rose SOURANG, « *les entreprises françaises et l'orientation client* », Logistique & Management, Vol 2, n⁰², 1994, P P 3-4.

- تصحيح نقاط العجز (من خلال وضع إجراءات لاكتشاف وتصحيح نقاط العجز).

ثانيا: نماذج قياس التوجه بالزبون: إن أهم المقاييس التي أستخدمت لقياس التوجه بالزبون تلك المتعلقة بأعمال: *Narver & Slater 1990*، *Brown et al 2002*، *Deshpande, Farley*، *Webster 1993*.¹ كما استخدمت العديد من الدراسات نموذج (*Kohli et Jaworski 1990*) لقياس التوجه بالزبون من خلال ثلاثة أبعاد هي: توليد المعلومات، تبادل المعلومات وسرعة الاستجابة.

وستنطلق هنا الى نموذج *Deshpande, Farley & Webster 1993* لقياس التوجه بالزبون: يعتمد هذا النموذج على سلم ليكارت بخمسة نقاط، وفق ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم (05): نموذج *Deshpande, Farley & Webster 1993* لقياس التوجه بالزبون

سلم الاجابة					العبارة
موافق بشدة 5	موافق 4	محايد 3	غير موافق 2	غير موافق بشدة 1	
					الهدف الرئيسي لمؤسستنا هو تحقيق رضا الزبائن.
					نقوم باستمرار بمتابعة مدى الالتزام بتلبية حاجات الزبائن.
					نقوم بجمع معلومات حول نجاح أو فشل العلاقة مع الزبون عبر كامل وظائف المؤسسة.
					إستراتيجيتنا فيما يخص الميزة التنافسية تركز على مدى فهم حاجات الزبون.
					نقوم بقياس رضا الزبون بشكل منتظم ومتكرر.
					لدينا تدابير منتظمة فيما يخص خدمة الزبون.
					نركز على زبائننا أكثر من منافسينا.
					نحن على قناعة أن سبب تواجد المؤسسة أساسا هو خدمة الزبون.
					نقوم بدراسات استطلاعية مرة كل سنة على الأقل لتقييم نوعية منتجاتنا وخدماتنا.
					يتم نشر البيانات المتعلقة برضا الزبون عبر كامل مستويات المؤسسة بشكل منتظم.

المصدر: نبيلة سعيداني، "نظام المعلومات التسويقية والتوجه السوقي"، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم

الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة باتنة، الجزائر، 2009/2008، ص 31.

¹ Ramendra Singh, Abraham Koshy, Op, Cit, P 35.

المطلب الثاني: خصائص المؤسسات المتوجهة بالزبون

نشير فيما يلي لبعض الممارسات التي تميز المؤسسات المتجهة بالزبون:¹

1. زيادة الاهتمام برضا الزبائن الخارجيين والجودة والقيمة، فالمبرر الأساسي لوجود المؤسسة هو إشباع حاجات هذا الأخير، وتحقيق رضاه هو ضمان لاستمراريتها مما يترتب على ذلك وجود ولاء للمؤسسة.
2. زيادة الاهتمام بالمحافظة على علاقة طويلة الأجل مع الزبائن كما أن منتجاتها يجب أن تكون طبقا لحاجاته.
3. زيادة الاهتمام بالأسواق فيجب على المؤسسة أن تفكر عالميا وان تتصرف محليا أيضا بشكل جيد، فاحد مفاتيح النجاح هو دراسة الأسواق وخصائص الزبائن فيها وتكييف منتجات المؤسسة مع خصائصهم ورغباتهم وحاجاتهم.
4. زيادة الاهتمام بالتسويق الالكتروني، لان التسويق المستقبلي يعتمد أساسا على الاتصال بالزبون الخارجي شخصيا بواسطة الاتصالات المباشرة ووسائلها الحديثة.
5. زيادة الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية، أي الأسواق والسلع الخالية من التلوث والتي تحافظ على البيئة، حيث تحرص معظم المؤسسات على إنتاج سلع لا تضر بالبيئة وتقديم قيمة للزبون الخارجي، وهذا يؤدي إلى تحسين الصورة الذهنية عن المؤسسة.
6. الاهتمام بالجودة الشاملة.

وفيما يلي خصائص المؤسسات المتجهة بالزبون وفق نموذج (*Goetsch and Davis 1997*)، نذكر منها مايلي:²

- الرؤية لمكثرة على الزبائن، ولاء القادة في هذه المؤسسات لهذه الرؤية، وإشاعة أجواء المناخ التنظيمي المهتم بتلبية رغبات الزبائن واحتياجاتهم.
- التناغم مع الزبائن، من حيث:
 - إعطاء الزبون دورا استشاريا في عملية البيع.
 - معرفة الأفراد لخصائص المنتج لا سيما تلك التي تسهم في خلق القيمة للزبون.
 - الاهتمام بالتغذية العكسية من الزبائن والإفادة منها في عملية تطوير المنتج.
- استعمال معلومات الزبائن: يمكن للمؤسسة الاستفادة من المعلومات المرتدة من الزبائن عبر إحدى الطرائق الآتية:

¹ مسعود كيسرى، "مسؤولية العميل الداخلي في إرضاء العميل الخارجي"، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 07، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة المسيلة، الجزائر، 2012، ص 224.

² إحسان دهب جلاب، مرجع سابق، ص ص 26-28.

- معرفة الأفراد جميعاً للكيفية التي يُعرف بها الزبون الجودة.
- فسح المجال أمام الأفراد جميعاً لمقابلة الزبائن.
- معرفة الأفراد للزبون الحقيقي للمؤسسة.
- فهم الإدارة والأفراد لما يريد الزبائن وماهية توقعاتهم.
- الوصول إلى الزبائن: المؤسسات المتوجهة نحو الزبون لا تجلس وتنتظر زبائنها للحصول منهم على المعلومات المطلوبة، بل يتوجب عليها القيام بالآتي:
 - تسهيل أداء الزبائن للأعمال.
 - السعي لحل مشكلات الزبائن كلها.
 - فسح المجال أمام الزبائن لطرح مشكلاتهم.
- التحسين المستمر للمنتج والعملية: تعمل المؤسسات المتوجهة نحو الزبون ما بوسعها لتحسين منتجاتها وعملياتها. وهذا المدخل يمكن أن يتحقق من خلال الآتي:
 - تعاون المجموعات الوظيفية الداخلية للوصول إلى الأهداف المشتركة.
 - دراسة التطبيقات الأفضل لأداء الأعمال وتبنيها.
 - تقليص دورة البحث والتطوير.
 - حل المشكلات حال حدوثها أو العلم بها.
 - المباشرة بتنفيذ الأفكار الإبداعية والاستفادة منها في ميدان الواقع.

المبحث الثالث: مفهوم التوجه بالمريض - الزبون في المؤسسات الاستشفائية

يمثل التوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية طريقة للتنظيم وفلسفة للتسيير تركز على المريض، وتسمح بتحسين جودة الخدمات الصحية وتحقيق رضا وولاء المرضى، وذلك من خلال قيام المؤسسة الاستشفائية بتوليد معلومات حول احتياجات المرضى والمرافقين وتوزيع هذه المعلومات على أقسامها ومن ثم العمل على تبني سياسة تسويق، وإستراتيجية نحو المعلومات التي تم جمعها، ويتكون من ثلاثة أبعاد، هي: التوجه بالمريض-الزبون حيث يعكس هذا العنصر النشاطات الضرورية من اجل الحصول وجمع المعلومات حول المرضى والتوجه نحو المنافس والتنسيق بين العوامل الوظيفية المختلفة.

المطلب الأول: مفهوم المريض-الزبون ودوره في إنتاج وتقديم الخدمات الصحية

يعتبر المريض أو ما يطلق عليه في مجال تسويق الخدمات الصحية بالمريض- المستخدم- الزبون (*Le patient- usager- client*)، المستفيد الأساسي من إنتاج الخدمات الصحية، والمنتج المشترك لهذه الخدمات.

أولاً: تعريف المريض-الزبون: يمثل المريض المستفيد النهائي من خدمات المؤسسات الاستشفائية، ونميز بين فئتين من المرضى:¹

1. الخارجيون: وهم المرضى الذين لا يحتاجون إلى إدخال إلى المؤسسة الاستشفائية، ولكنهم بحاجة إلى عناية ومتابعة طبية في العيادات الخارجية كععض الأمراض الحادة، حالات الطوارئ والحالات البسيطة. ويتلقى المريض في هذه العيادات خدمات طبية، ترميضية وخدمات طبية مساعدة كصور الأشعة والتحليل المخبرية، بالإضافة إلى خدمات التشخيص الصحي والتطعيم.
 2. الداخليون: وهم المرضى الذين يحتاجون إلى عناية سريرية لمدة زمنية تزيد عن 24 ساعة. فبعض هؤلاء المرضى يحتاجون إلى إقامة داخل المؤسسة الاستشفائية كحالات الجراحة العامة، حالات الكسور والأمراض المزمنة. هذه الفئة تحتاج إلى خدمات أخرى مكملية لخدمات العناية الطبية كالإطعام، النظافة، خدمات اجتماعية ونفسية وغيرها من الخدمات الأخرى.
- ومن منظور الإدارة بالجودة الشاملة، يمكن تقسيم المرضى-الزبائن في مجال الرعاية الصحية إلى مجموعتين²:

¹ محفوظ جبار وإلياس بومعارف، دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات العمومية الجزائرية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 05، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة المسيلة، الجزائر، 2011، ص 30.

² جمعية التنمية الصحية والبيئية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، مصر، 2005، ص 142.

1. زبائن خارجيون: وهم يتعاملون مع الخدمة الصحية ولكنهم من خارج المؤسسة الاستشفائية مثل المرضى والأسر والأفراد وكذلك من يدفع نفقات الخدمة الصحية مثل التأمين الصحي والتقانات المهنية والشركات وغيرهم.
2. زبائن داخليون: أي من داخل المؤسسة الاستشفائية، ويتأثر عملهم بجودة العمل بالمؤسسة الاستشفائية مثل أفراد الفريق الصحي والعاملين بالصيدلية والمعامل والأشعة وغيرهم، أي أن العاملين بالمؤسسة الاستشفائية يعتبرون زبائن بعضهم لبعض حيث أن تلبية احتياجات وتوقعات الزبون الخارجي تتطلب أولاً تلبية احتياجات وتوقعات الزبون الداخلي ومثال ذلك: عند كتابة وصفة دواء مريض منوم بالمستشفى فإن ممرضة القسم تعتبر عميلاً داخلياً للصيدلية ولها احتياجات يجب تلبيتها مثل صرف الدواء في الوقت المناسب وبالجرعة الصحيحة والشكل المطلوب ولكي تتم تلبية احتياجات المريض (الزبون الخارجي) لا بد أولاً من تلبية احتياجات الزبون الداخلي (الممرضة).

ثانياً: دور المريض-الزبون في إنتاج وتقديم الخدمات الصحية: يقوم المريض-الزبون بعدد من الأدوار تتمثل في:

1. المريض كمنتج مشترك للخدمة الصحية (Co-producteur): وهذا ما ذهب إليه "توفلر *Toffler*" (1980) عندما استحدث مصطلحاً يصف فيه هذا الدور وهو "*PROSUMER*" (مشتق من كلمتي المنتج *PROducer* والمستخدم *conSUMER*) كنتيجة لتبلور ظاهرة التكامل بين الإنتاج والاستهلاك،¹ حيث يتموقع مكان الزبون في الإنتاج المشترك للخدمة الصحية في مستويين اثنين، أولهما بصفته البناء المشترك للخدمة (*Co-constructeur*)، وثانيهما بصفته المورد أو المادة الأولية للخدمة (*ressources- matière première*).²
2. المريض كمستفيد من الخدمة الصحية: يعتبر المريض - المستخدم - الزبون كمستفيد فعال من خدمات المؤسسة الصحية (*un bénéficiaire actif*)؛ حيث كان هذا الدور في الماضي غير موجود من حيث اعتبار المريض كمستعمل راضخ (*un utilisateur assujetti*)، ليتم اعتباره اليوم كمنتج مشترك (*Coproducteur*) أو مقدم مشترك (*Coprestataire*)، لينتقل بذلك المريض - المستخدم - الزبون من مجرد مستهلك للخدمة الصحية إلى المشاركة في إنتاجها،³
3. المريض كمؤثر على الزبائن الآخرين الموجودين في بيئة إنتاج وتقديم الخدمة الصحية: فالزبائن الذين تتم خدمتهم في مكان مشترك داخل المؤسسة الاستشفائية مثلاً يؤثرون على بعضهم البعض بالسلب أو

¹ سعيد محمد المصري، إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية (المفاهيم والاستراتيجيات)، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002/2001، ص 44.

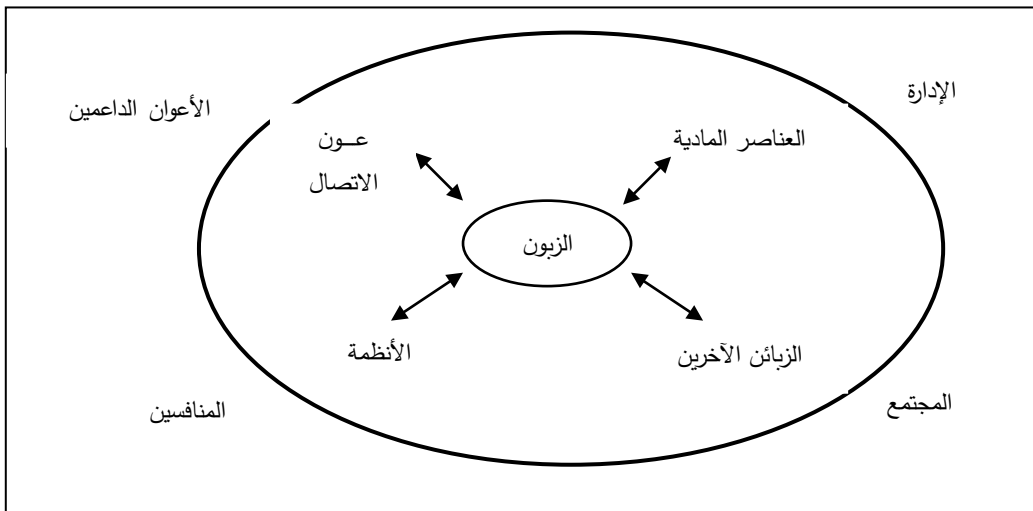
² Nathalie S.TEISSIER et Isabelle SAUVIAT, *Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client*, séminaire de recherche du RECEMAP, université de Rouen, (26 et 27 octobre 2001), P 10.

http://www.unice.fr/recemap/contenurevue/articles/revue_recemap5.SAMPIERISAUVIAT.pdf. (31/05/2014)

³ *Ibid*, P 9.

- بالإيجاب، وبالتالي التأثير على جودة الخدمة الصحية المقدمة؛ وهذا ما يظهر في التفاعلات التي تقام مع الزبون أثناء إنتاجه واستفادته من الخدمة، والمتمثلة في أربعة تفاعلات أساسية:¹
- تفاعلات مع عون الاتصال؛
 - تفاعلات مع الزبائن الآخرين (في غرفة الانتظار مثلا)؛
 - تفاعلات مع العناصر المادية لتقديم الخدمة (خلال استعمال الآلات مثلا)؛
 - تفاعلات مع النظام؛ بمعنى تصور الخدمة وإجراءات تقديمها.
- وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم (06): تفاعلات المريض-الزبون أثناء إنتاج الخدمة الصحية



المصدر: Eric VOGLER, *Management stratégique des services*, DUNOD, Paris, 2004, P 64.

كما يلاحظ من هذا الشكل أن هناك تفاعلات أخرى تحدث خارج حدود دائرة تفاعل الزبون، كالمنافسين، أعوان الدعم (*Le personnel en base arrière*)، إدارة المؤسسة المقدمة للخدمة، وحتى المجتمع في أغلب الأحيان، حيث يمثلون إطارا لدائرة تفاعل الزبون من خلال تأثيرهم غير المباشر عليه.²

ثالثا: نماذج استخدام الخدمات الصحية: تشير الدراسات المختلفة إلى أن المريض عندما يتخذ قرارا بزيارة مرفق صحي معين من أجل المعالجة أو طلب المشورة الصحية فإن سلوك البحث عن العلاج يتأثر بمجموعة من العوامل الظاهرة والباطنة والتي تستند على مجموعة من النماذج الفكرية ظهرت في الفكر الصحي منذ بداية السبعينات، والتي تحاول التعرف على مجموعة العوامل المحفزة أو المعوقة لاستخدام الخدمات الصحية، ومن أشهر النماذج في التراث الأدبي الصحي هما النموذجين السلوكي (*The Behavioural Model*) بقيادة كل

¹ Eric VOGLER, *Management stratégique des services*, DUNOD, Paris, 2004, P 64.

² *Ibid*, P 64.

من *Newman* و *Andersen* عام 1973، ونموذج القناعات الصحية (*Health Blief Model*) بزعامة *Rosenstock*، عام: 1966¹

1. **النموذج السلوكي:** قدم *Andersen* وزميله *Newman* عام 1973 نموذجهما النظري الذي يوضح أهمية مجموعة من المتغيرات التي يمكن أن تفسر سلوك المرضى عند البحث عن الخدمة الصحية، وعليه فإن المريض في عملية بحثه عن الرعاية الصحية يتأثر بمجموعة العوامل المهيئة (*Predisposing*) والمتعلقة بخصائص بيئة المريض في حد ذاته كالجنس والعمر والمجال الزمني والمكاني وغيرها، إضافة إلى عوامل التمكين (*Enabling*) التي تسمح للمريض بتلقي الرعاية الصحية المطلوبة كمعدلات الدخل الشهري ودرجة التعليم والوعي الصحي والتغطية التأمينية والقدرة على الانتقال للمرفق الصحي وسهولة الوصول للخدمة الطبية ومدى توافر الخدمات الصحية، أما العامل الثالث والذي يعرف بعامل الحاجة (*Health Need*) فيتعلق بالحالة الصحية أو المزاجية للأفراد وشدة المرض وحجم الإعاقة وتقدير المريض أو ذويه للحالة المرضية.

2. **نموذج القناعات الصحية:** حيث يفترض النموذج أن سلوك مفاضلة الأفراد بين مختلف مرافق الخدمات الصحية والطلب عليها يتوقف على التقييم المنطقي الذي يقوم به الأفراد حسب تصورهم، حيث لخص *Rosenstock* سنة 1988 مجموعة العوامل التي يتأثر بها النموذج تتعلق بمدى اعتقاد الفرد لسوء حالته الصحية والفوائد المتوقعة من زيارته للمرفق الصحي وصعوبات الوصول أو تكلفة هذا المرفق مقارنة بمدى تحمله لعوارض المرض أو الإعاقة.

كما أنه بالإضافة إلى النموذجين السابقين توجد نماذج أخرى تم تطبيقها في الدراسات الصحية كمحاولة لتفسير سلوك المفاضلة والإقبال على المرافق الصحية نذكر منها النموذج الاقتصادي (*Economic Model*) والنموذج الاجتماعي الديموغرافي أو النموذج التنظيمي وغيرها، وبغض النظر عن مسميات هذه النماذج أو العوامل المدرجة ضمنها فإنها تشير بالرغم من تباينها إلى إبراز أهمية المتغيرات الشخصية كمحدد أساسي في توجيه سلوك الأفراد عند استخدام الخدمات الصحية².

¹ عبد القادر دربال وأحلام زواوية، "إستراتيجية تجسيد معايير اعتماد الجودة العالمية للمرافق الصحية ودورها في تحسين خدمات منشآت الصحة العمومية بالجزائر: قراءة في معايير اللجنة الدولية"، الملتقى الدولي الخامس حول "التنمية المستدامة: الصحة، التضامن، الأقاليم"، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير وكلية الطب، جامعة فرحات عباس سطيف 1، الجزائر، يومي 3/2 فيفري 2014.

² نفس المرجع.

المطلب الثاني: تعريف التوجه بالمريض - الزبون

يقتضى التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسة الاستشفائية تحليل رأي المريض والأقارب، والأخذ بعين الاعتبار ملاحظاتهم وشكواهم والعمل على إرضائهم من قبل كل الأعوان العاملين في المؤسسة الاستشفائية. ومنه يعرف التوجه بالمريض - الزبون، على أنه: "قيام المؤسسة الاستشفائية بالنشاطات الضرورية من أجل الحصول وجمع المعلومات حول الزبائن من المرضى والمراجعين"،¹ من خلال: "تحليل رأي المريض والأقارب وضم مستويات رضاهم إلى تقييم أنشطة المؤسسة الاستشفائية، والأخذ بعين الاعتبار ملاحظاتهم وشكواهم والعمل على إرضائهم من قبل كل الأفراد العاملين بالمؤسسة الاستشفائية، من أجل خلق منافع عليا للمرضى وكذلك أقاربهم"².

وبناء على ما سبق، يتم قياس التوجه بالمريض - الزبون، من خلال مدخلين هما:

أولاً: المدخل الثقافي: الذي يقيس التوجه بالمريض-الزبون من خلال العناصر الآتية:³

- القياس بصفة منتظمة درجة رضا/ عدم رضا المرضى.
- تحليل كل الملاحظات والشكاوي الموجهة من قبل المرضى للمؤسسة الاستشفائية.
- المتابعة الدائمة لتطور حاجات المرضى الحاليين والمستقبليين.
- معرفة عملية اتخاذ قرار استشفاء المرضى (المرض + اختيار المؤسسة الاستشفائية).
- تنظيم استقبال الزوار وفقاً لحاجاتهم (الوقت، المكان...).
- تطوير بصورة مستمرة تصورات جديدة أو أنشطة جديدة أو خدمات مخصصة للاستجابة لحاجات المرضى الحاليين والمستقبليين.
- الهدف من الرضا الكامل للمرضى يكون معروف ومقسم بين مجموع الأفراد العاملين بالمؤسسة الاستشفائية.

ثانياً: المدخل السلوكي: ويتم فيه قياس التوجه بالمريض - الزبون من خلال ثلاثة سلوكيات تنظيمية (حسب ما

أشار إليه كل من "Kohli & Joworski 1990": "إنتاج المعلومات حول الحاجيات الحالية والمستقبلية للزبائن، نشر هذه المعلومات في الأقسام المختلفة للمؤسسة واستعمال هذه المعلومات من أجل الاستجابة للزبائن"⁴، ومنه يمكن قياس التوجه بالمريض - الزبون من خلال الأبعاد الآتية:

- **البعد الأول: توليد المعلومات:** ويقصد به تجميع وتقييم المعلومات التي تعكس احتياجات وتفضيلات المرضى.

¹ عبد الإله سيف الدين غازي ساعاتي وشاكر تركي أمين، مرجع سابق، ص 346.

²Fr. Bielen, Op, Cit, PP 23, 24.

³ Ibid; PP 24, 25.

⁴ مسعود كيسرى، مرجع سابق، ص 224.

- البعد الثاني: تبادل المعلومات: تعكس عملية تبادل المعلومات مدى فعالية المؤسسة الاستشفائية في إحداث التكامل بين الإدارات التنظيمية المختلفة، وينصب الاهتمام في هذا المجال على مدى قدرة المستشفى على توزيع وتبادل المعلومات رأسياً وأفقياً.
- البعد الثالث: سرعة الاستجابة: ويعكس هذا البعد مدى قدرة المؤسسة الاستشفائية على وضع الخطط والبرامج اللازمة للاستجابة لرغبات واحتياجات المرضى والتي يتم تحديدها من خلال عملية توليد المعلومات.

من خلال ما سبق فإن التوجه بالمريض-الزبون يتكون من بعدين متكاملين، هما: البعد الثقافي ويتم قياسه باستخدام نموذج "Narver، Slater 1990"، والبعد السلوكي ويتم قياسه من خلال نموذج "Kohli & Joworski 1990".

المطلب الثالث: إدارة علاقات المريض - الزبون في المؤسسات الاستشفائية

ظهرت إدارة علاقات الزبائن (CRM) حديثاً كحل إستراتيجي لمشاكل الأعمال الحديثة، وهي مستندة على فلسفة أعمال بأن كل أنشطة الأعمال يجب أن تدور حول الزبائن، يعد نظام إدارة العلاقة مع الزبون تطبيقاً عملياً للتسويق بالعلاقات، والذي ظهر للوجود بسبب المنافسة الشديدة في الأسواق، والتنوع الكبير من المنتجات والخدمات المتوفرة أمام الزبائن بشكل ميسر، وتنافسية سعرية عالية، الأمر الذي أجبر المؤسسات على البحث عن الزبائن المرغبين.

أولاً: تعريف إدارة علاقات الزبون CRM: تعرف إدارة علاقات الزبون CRM بأنها: "القدرة على الحوار المستمر مع الزبائن باستعمال تشكيلة من الوسائل المختلفة التي تعمل على البقاء باتصال دائم مع الزبون"¹، حيث تتمثل CRM في: "إستراتيجية الأعمال التي تتضمن تركيز معارف المؤسسة وعملياتها وهيكلها التنظيمي حول الزبائن لضمان استمرارهم مع المؤسسة"².

إن ظهور إدارة علاقات الزبون كان مسألة ضرورية نتيجة للتطورات التكنولوجية والاتصالات وما أحرزته من وسائل اتصال حديثة والإلكترونية (شبكة الانترنت)، أدت إلى إحداث تغير جوهري في توجهات المؤسسة كان أساسها تبني فلسفة تسويقية جديدة جوهرها إقامة علاقات زبون متطورة وطويلة الأمد.

إن هذا التوجه يسعى لتحقيق أفضل درجة من التوافق والانسجام والتفاعل بين توجهات المؤسسة وطموحات الزبائن من خلال إقامة علاقة مباشرة مبنية على الفهم الصحيح والعميق لاحتياجات وتفضيلات الزبائن.

¹ يوسف حجيم سلطان الطائي وهاشم فوزي دباس العبادي، مرجع سابق، ص 197.

² محمود جاسم الصميدعي وردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2010، ص 132.

ثانياً: نماذج إدارة علاقات المريض - الزبون في المؤسسة الاستشفائية: تتميز المؤسسات الاستشفائية المتوجهة نحو إدارة العلاقة مع الزبون بعدد من الخصائص أوردها المهتمين بهذا الشأن كل حسب وجهة نظره، والآتي نموذجين من نماذج النجاح حول تحقيق هدف الطب وهدف الزبون في المجال الصحي والتعليم الطبي:¹

1. نموذج برنامج **C.O.S (Customer Oriented Selling)**: والقائم على تصميم برنامج أو نظام خاص لإدارة العلاقة مع الزبون، من خلال التركيز على الخطوات التالية:

- أ. توضيح المقدمات للزبون عن المفهوم (عرض المفهوم، برنامج التوجه نحو الزبون، فناعة الزبون).
- ب. التركيز على أسس التعامل والتوجه مع الزبون: من خلال وصف منظور الزبون (مواقفه، أهدافه، اهتماماته) والتعرف على توجهاته ومراجعتها باستمرار ووضع آلية للإصغاء الجيد لمقترحاته وشكاويه واستشارته ببعض القضايا ذات الالتحام الشديد بينه وبين المؤسسة.
- ج. تصميم آلية جديدة في التعامل السليم مع الزبون وفق هذا المفهوم؛ وذلك من خلال:
 - الانفتاح بالاتصالات مع الزبون وبشتى الوسائل المتاحة.
 - تحديد أهداف ومواقف الزبون.
 - تقديم النصائح بشأن أهداف التعامل مع المفهوم وتوعية الطرفين.
 - الإيفاء بالالتزامات المبرمة مع الزبون.

2. نموذج مركز **E.G للأنظمة الطبية**: أكد هذا النموذج أن المستوى العالي لجودة العناية الصحية في المؤسسات الاستشفائية يتم من خلال الأمور الآتية:

- أ. فتح سجل خاص بتأشير الحوادث والأخطاء الطبية الوشيكة التي تحدث من قبل الفريق الطبي من أجل سلامة المرضى أي للتأكد من مدى التزام الممرضات وفرق العناية بتطبيق المعايير الصحية.
- ب. تدريب المرضى على (الألفة) من خلال تطوير علاقاتهم بالأطباء أو فريق العمل الطبي الذي سيقوم بمعالجتهم وإجراء العملية الجراحية وتهيئتهم قبل الدخول إلى صالة العمليات أو إلى الأجهزة الحديثة كجهاز الرنين المغناطيسي لمنع حدوث حالات الرعب والخوف وتقليلها لديهم وتوفير الراحة والاستعداد النفسي المطلوب الذي إن لم يحصل ستتحرف نتيجة الجودة الطبية وستصل إلى نتائج غير مرغوبة.

ج. العمل بمفهوم (المرضى المطلعون) أي توعية كل مريض بضرورة أن يوثق أدويته التي تعاطاها خلال مدة مرضه بقائمة يطلعها على الأطباء عند الزيارات التي يقوم بها إلى الأطباء المختلفين ليعرفوا الجرعات

¹ هاني فاضل الشاوي، تأثير نموذج إدارة العلاقة مع الزبون في تحسين جودة الأداء الصحي (دراسة استطلاعية في مستشفيات البصرة)، دراسات ادارية، المجلد 3، العدد 6، كانون الأول 2010، ص ص 93-97.

والمضادات والتناقضات في الوظائف الدوائية لتحاشي الأخطاء الطبية، لأن المريض المحاط بالمعلومات يعد مصدراً ثميناً للمعلومات.

د. استخدام نظام صرف الكتروني للأدوية في أثناء دخول المريض للمؤسسة الاستشفائية يطلق عليه نظام تتبع الأدوية الطبية الإلكتروني، من وضع الوصفة الطبية التي يكتبها الطبيب للمريض بالحاسوب ليقوم بتحديد التحذيرات الطبية كافة من استعمال الدواء ومضاعفاته وتفاعلاته الكيميائية الضارة مع بعض الأدوية المعطاة للمريض وتقييم الوصف الطبي العام للأطباء.

هـ. تزويد المريض بطوق الكتروني في معصمه يبين أوقات وجرعات الدواء ويبحث نداء لإستدعاء الأطباء في حالة عدم قدرة المريض على الكلام أو الحركة.

و. تعيين مرافق اجتماعي من العائلة أو الأصدقاء لمساندة وتأييد المريض في أثناء مدة رقوده بالمؤسسة الاستشفائية ليحل محله بالتكلم عن تطور حالته المرضية.

ز. على الأطباء والمرضات وأعضاء فريق العناية الطبية بالمؤسسة الاستشفائية كافة تكرار التعليمات الخاصة بالدواء والعلاج على أسمع المريض أكثر من مرة واستيعاب حالة المريض المتوترة ومشاكل القلق وعدم صفاء وسلامة الذهن في الحالات المرضية والتعامل بعطف كبير معه وليس بمتطلبات الواجب الوظيفي فقط.

خلاصة الفصل الأول:

خلاصة لما سبق يمكن القول بأن التوجه بالسوق في المؤسسة الاستشفائية هو توجه نحو زبائنها (المريض) ومنافسيها، والتنسيق الداخلي بين إدارتها، ويمثل الثقافة الأكثر فعالية التي تولد السلوكيات الضرورية لإيجاد قيمة أعلى للمريض، وبالتالي تحقيق مستويات عالية للأداء، ويتضمن كل من التوجه بالزبائن (المريض) ، التوجه بالمنافسين والتنسيق الداخلي بين مختلف أقسام المؤسسة الاستشفائية.

وعليه فإن أسلوب التوجه بالمريض-الزبون عبارة عن ثقافة تنظيمية، يعمل على إشباع احتياجات ورغبات المرضى من خلال توليد معلومات مكثفة حول المريض ونشرها بين كافة الأقسام التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية، والاستجابة لهذه المعلومات من خلال تقديم خدمات صحية ذات قيمة عالية للمريض-الزبون.

الفصل الثاني

جودة الخدمات الصحية في المؤسسات

الاستشفائية الجزائرية

تمهيد:

لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والإصابات ومواجهة أخطارها، يقوم كل مجتمع بإنشاء نظام صحي لتقديم الخدمات الصحية الوقائية، العلاجية والتأهيلية، لكل أفراد المجتمع، ويختلف هذا النظام من مجتمع إلى آخر ومن بلد لآخر حسب البيئة المحيطة به.

وتعدّ الجودة من المتطلبات الأساسية الحديثة التي يجب توافرها في الخدمات الصحية التي تقدمها الأنظمة الصحية، من خلال مؤسساتها الاستشفائية من أجل تلبية احتياجات ورغبات المستفيدين من خدماتها، مما يفرض عليها منح الأهمية اللازمة لهذا المفهوم وذلك من خلال استيعاب وفهم معنى الجودة وتعميمه على جميع أفراد المؤسسة الاستشفائية مع محاولة تحقيقه.

وهذا ما يدفعنا إلى معرفة مدى توافر هذا المفهوم في الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات

الاستشفائية الجزائرية؟

المبحث الأول: ماهية المؤسسات الاستشفائية

تعتبر المؤسسة الاستشفائية تنظيم على جانب كبير من التعقيد، فالتكنولوجيا المتقدمة جنبا إلى جنب مع الممارسات الطبية المختلفة، وبالموازاة مع ذلك فإن التركيبة البشرية للمؤسسة الاستشفائية بشكل عام مختلفة، بحيث نجد أعداد كبيرة من المهنيين ممثلين في الأسلاك الطبية وشبه الطبية والإدارية والمهنية، وكنيجة لذلك أصبحت المؤسسات الاستشفائية بمثابة هياكل إدارية وتنظيمية متميزة من جهة، وأنظمة نفسية - إجتماعية - فريدة من نوعها من جهة أخرى.

المطلب الأول: ماهية النظم الصحية

من أجل تحسين مستوى صحة أفراد المجتمع والاستجابة لتوقعاتهم، وضمان الحماية المالية لهم من التكاليف المترتبة على الأمراض، كان لا بد من توفر نظام صحي. ولكن قبل التطرق إلى ماهية النظم الصحية، نتعرف أولاً على مفهوم الصحة:

أولاً: مفهوم الصحة: اهتم الاقتصاديون الأوائل باقتصاديات الصحة، فقد عرف "ألفرد مارشال Alfred Marshal" سنة 1977 في كتابه "مبادئ الاقتصاد" الصحة بأنها: "القوة الجسدية (Physical) والقوة العقلية (Mental) والقوة المعنوية أو النفسية (Moral) للفرد"¹، وحسب منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة هي: "حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان"².

وعليه فمفهوم الصحة أوسع من مجرد غياب المرض، بل هي حالة نسبية من التوازن أو السوية الجسمانية والنفسية والاجتماعية والمقدرة على العمل، وهذا ما يقودنا إلى استنتاج ما يلي:³

- للصحة ثلاثة أبعاد مترابطة مع بعضها البعض، وهي الجانب البدني، النفسي والاجتماعي، حيث أن انتقاص أي عنصر من هذه العناصر ينتج عنه عدم اكتمال الصحة؛

- نسبية الصحة، فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا، حيث للصحة عدة مستويات تقسم بالنسبية المطلقة ومن ثم يصعب تحديدها وقياسها قياسا دقيقا ومحددا، وتتمثل هذه المستويات في الأتي:

○ الصحة المثالية: هي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية

والاجتماعية، أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً

بكافة الجوانب الصحية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية تسعى

لتحقيقه، وان كان صعب المنال؛

¹ علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2010/2009، ص 46.

² نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر، الجزائر، 2008، ص 59.

³ عبد المهدي بوعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 30.

- الصحة الايجابية: هي حالة يستطيع الفرد فيها والمجتمع مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية؛
 - الصحة المتوسطة: أي أن الفرد لا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين ولكن بصفة عامة لا تظهر عليه الطاقة الايجابية؛
 - مستوى الاحتضار: هو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية، وتسوء الحالة من وقت لآخر ومعه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية.
- الصحة لا تعني الخلو من المرض فقط.

ثانيا: مفهوم النظم الصحية ومكوناتها: إن كلمة نظام تعني مجموعة من الأجزاء المترابطة والهادفة لتحقيق غرض معين. والصحة العامة باعتبارها نظاما، فإن أجزاء هذا النظام تهدف إلى تحسين صحة المجتمع. والنظام الصحي هو نظام جد معقد لاحتوائه العديد من الأجزاء والفعاليات، فبالإضافة إلى المرضى (الذين يعتبرون هدف النظام الصحي)، نجد الأسر، المجتمعات، المدارس ومؤسسات التكوين، المؤسسات الاستشفائية، القطاعات الصحية، السلطات العمومية، شركات إنتاج الأدوية، هيئات التمويل، مؤسسات اقتصادية، هيئات سياسية، جمعيات مدنية وغيرها من المنظمات الأخرى التي تلعب دورا مهما ومحوريا في تحسين الصحة.

1. تعريف النظام الصحي: يعرف (Milton Irwin Roemer) النظام الصحي بأنه "توليفة من الموارد، التنظيم، التمويل والإدارة والتي تساهم في تقديم الخدمات الصحية للسكان"¹، وتعرف منظمة الصحة العالمية النظام الصحي بأنه: "النظام الذي يتكون من كل المؤسسات والمنظمات والمعاهد والمراكز الصحية والمصادر المادية والبشرية التي تهدف في المقام الأول إلى أقصى درجات الحفاظ على صحة الإنسان، ولاشك أن الوصول إلى هذا الهدف المنشود يتطلب توفر العناصر البشرية والدعم المادي الكافي، ووسائل اتصال حديثة تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية للجميع بالوقت المناسب وبتكلفة مادية تتناسب مع دخل الأفراد ومستواهم المعيشي"². ولقد حددت المنظمة الأركان الستة للنظام الصحي كالتالي:³
- النظام الصحي الجيد يوفر الخدمة الصحية الفعالة والأمنة عن طريق أكفاء لمن يحتاجها بتكلفة مادية قليلة وذلك لحماية الأفراد والمجتمعات من المخاطر الصحية.

¹ إلياس بومعروف وحسين بورغدة، "محددات الصحة في الجزائر للفترة الممتدة من 2000 إلى 2010"، الملتقى الدولي الخامس حول "التنمية المستدامة: الصحة، التضامن، الأقاليم"، مرجع سابق.

² محمد الغيبين، "النظام الصحي حسب معايير منظمة الصحة العالمية"، المجلة العلمية السعودية لجودة الأداء وإدارة المخاطر في المنشآت الصحية، العدد الرابع، السنة الأولى، الجمعية العلمية السعودية لجودة الأداء وإدارة المخاطر في المنشآت الصحية، الرياض، 2011، ص 35.

³ نفس المرجع، ص 35.

- أن يتميز العاملون بالقطاع الصحي بالإنتاجية وروح المبادرة والمهنية العالية للوصول إلى أفضل النتائج العلاجية.
- توفر نظام معلومات صحي فعال ومتطور يتضمن تحليل النتائج ووضع السياسات الصحية باستخدام المعلومات الدقيقة والصحيحة، ويجب أن يتوافق نظام المعلومات الصحي مع التحديات الصحية الكبيرة ويكون قادرًا على مواجهه الأولويات الاجتماعية والصحية.
- العدل والمساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية التي تضمن الحد الأدنى من الجودة والتنوعية.
- القدرة على إيجاد مداخل مالية ومصادر دعم حكومي وغير حكومي، وأن يكون له القدرة على المحافظة على الحد الأدنى من احتياجاته المالية، ويجب أن تكون له القدرة على الحماية من أي أزمات أو كوارث مالية.
- أن يتميز مسؤولو النظام الصحي بالشخصية القيادية والتفكير الاستراتيجي العميق، والقدرة على وضع خطط وسياسات صحية ناجحة وبرؤية ثابتة للمستقبل.

2. مكونات النظم الصحية: انطلاقاً من التعريف السابق للنظم الصحية، يتكون النظام الصحي من ثلاثة مكونات أساسية هي:¹

- أ. الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية، وهو ما يرمز إليه بالعنصر الشخصي؛ هذا المكون أو العنصر يمثل الأشخاص والعائلات الذين يوماً ما في حياتهم سيحتاجون للخدمات الصحية التي تتوفر لهم في المؤسسات والمنشآت الصحية؛
- ب. المكون المهني والفني، وهذا يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها، ومن أمثلة هؤلاء: الطبيب البشري، طبيب الأسنان، الممرضات والصيدالة... الخ؛
- ج. المكون الاجتماعي، وهذا يتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع، والدولة والشعب، والذين كل منهم يقوم بدوره أو بعمل أو أعمال معينة، حتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الأعمال التي يتحملونها تشمل: تنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تمويل شراء الخدمات، تشريع وتحسين مستوى الرعاية الصحية، استقطاب وحشد وجمع التمويل اللازم وتوزيعه أو تخصيصه، وكذلك تخطيط وتنسيق العلاقات والفعاليات.

¹ عبد المهدي بوعنة، مرجع سابق، ص 41.

المطلب الثاني: المؤسسات الاستشفائية

تعتبر المؤسسات الاستشفائية من بين أحد أهم مكونات النظم الصحية، من حيث تقديم خدمات صحية متنوعة؛ طبية، جراحية ووقائية، فضلا على أنها أصبحت تشكل اليوم منظمات أعمال كبيرة.

أولا: مفهوم وطبيعة المؤسسة الاستشفائية

1. مفهوم المؤسسة الاستشفائية: تعرف المؤسسة الاستشفائية على أنها: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وكذلك تدريب العاملين الصحيين والقيام ببحوث اجتماعية حيوية"¹، وذلك من خلال: "مجموعة من المتخصصين والمهنيين الطبيين وغير الطبيين والمدخلات المادية التي تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرتبين وإشباع حاجاتهم"². وعليه فالمؤسسة الاستشفائية هي: "بناء تنظيمي خاص يحتوي على مجموعة كبيرة من الكوادر البشرية بمختلف التخصصات الطبية وغير الطبية والتكنولوجيا المختلفة بهدف تقديم خدمات طبية بمختلف المستويات الأولية والثانوية والتخصصية والتأهيلية للمرضى على أسرة الشفاء وكذلك متابعة المرضى الخارجين للوصول معهم الى أفضل مستوى من الصحة"³.

2. طبيعة المؤسسة الاستشفائية: تعتبر المؤسسة الاستشفائية كتنظيم أو بناء وكـ *Structure complexe*"، وذلك راجع للأسباب التالية:⁴

أ. تعدد الأنشطة والمهنة "Multi-activités et Multi-métiers": وهذا ما يمكن ملاحظته من خلال الوحدات والأنشطة المختلفة الموجودة بالمؤسسة الاستشفائية (الاستشارات الطبية، الفندقية- الايواء، النقل... الخ)، حيث نميز بين خمس وحدات أو قطاعات مختلفة:

- الاستشارات الطبية: تكون في المكتب الأمامي للمؤسسة الاستشفائية، وتمثل مكان التقاء وتفاعل بين المستفيدين (الطالبين للاستشارة) والمؤسسة الاستشفائية بالإضافة إلى أنها مكان للخدمات الإستعجالية، تتميز بقلّة تركيزها على التكنولوجيا، وصعوبة فصلها عن الخدمات السريرية؛

- الخدمات السريرية: تؤمّن إيواء المرضى، وتكون في نفس الوقت مكان لعمل الأعوان الصحيين (التشخيصات الطبية، الرعاية الصحية التمريضية... الخ) وغير الصحيين

¹ منظمة الصحة العالمية، ادارة المستشفيات (سلسلة التقارير الطبية رقم 395)، جنيف، 1980، ص 6.

² فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2007، ص 205.

³ صلاح ذياب، ادارة الخدمات الصحية، مطابع الدستور التجارية، عمان، 1995، ص ص 8،9.

⁴ حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، الجزائر، 2008، ص ص 19، 20.

- (الصيانة، الإطعام... الخ) ومكان للتفاعل مع العائلات، تتميز بانخفاض استخدام التجهيزات التقنية باستثناء ما يتعلق بوحدة الرعاية الصحية المركزية؛
- مجموع التجهيزات التقنية: وهي عبارة عن تجمع للوسائل التكنولوجية الكبيرة المستخدمة في التشخيص والعلاج (قسم الأشعة، قسم البيولوجيا، قسم الجراحة...)، والتي تنجز نشاطها التقني على أساس الخدمات السريرية والاستشارات الطبية؛
 - القطاع اللوجستي: يتكون من كل الخدمات الداعمة لنشاط المؤسسة الاستشفائية خصوصا ما تعلق منها بإيواء المرضى، الإطعام، النقل... الخ؛
 - القطاع الإداري: يجمع وحدات التوجيه، التنسيق والمراقبة وكذلك وحدات إدارة الوسائل (الإدارة العامة، الخدمات المالية، إدارة الأفراد، إدارة الخدمات الإعلامية...).

هذا التعدد في الأنشطة ترتب عليه تعدد في المهن، حيث نجد الأفراد الطبيين وشبه الطبيين (الأطباء، الجراحين، القابلات، المخدرين والممرضين... الخ)، والأفراد غير الطبيين (التقنيين، الإداريين، المهندسين والمحاسبين... الخ).

ب. تفاعل المؤسسة الاستشفائية كتنظيم مع وكب بيئي ذو أبعاد متباينة، اقتصادية، سياسية، اجتماعية، وثقافية، حيث يعتبر هذا التفاعل ضروري لاستمرار نشاطها.

وتفاعل مختلف الأنشطة والمهن داخل المؤسسة الاستشفائية يتم تحقيق مجموعة من الأهداف في مقدمتها تقديم خدمة الرعاية الصحية للمرضى، تعليم وتدريب العاملين في التخصصات المختلفة الموجودة بها لاكتساب مهارات جديدة، إجراء مختلف البحوث الطبية (مثل البحوث الإكلينيكية في المخبر)، والبحوث الإدارية (مثل البحوث المالية والبحوث الخاصة بالعاملين والبحوث السلوكية)، بالإضافة إلى هدف وقاية المجتمع من الأمراض، وأخيرا هدف الربحية الذي يعد الهدف الثاني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة بعد هدف تقديم الرعاية الصحية.

ثانيا: أنواع المؤسسات الاستشفائية: حسب معيار الملكية والتبعية الإدارية، يمكن وبإيجاز تحديد أهم أنواع المؤسسات الاستشفائية:¹

¹ عبد العزيز مجيمر ومحمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص 33.

1. المؤسسات الاستشفائية العمومية: وهي المؤسسات التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية المختلفة من وزارات وهيئات عامة وفق نظم ولوائح حكومية تحكم سير وإجراءات العمل بها، وتأخذ هذه المؤسسات عددا من الأشكال أهمها:

- المؤسسات الاستشفائية العامة: تقدم خدماتها لجميع فئات المواطنين بالمجان أو مقابل رسوم رمزية تحددتها اللوائح المنظمة لها، حيث يكون الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع، تضم بداخلها مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة لتشخيص ومعالجة الحالات المرضية المختلفة؛

- المؤسسات الاستشفائية الخاصة بفئات معينة: تتبع وزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية، تقتصر في تقديم خدماتها على العاملين في هذه الجهات وأسراهم، ومن أمثلتها المؤسسات الاستشفائية العسكرية؛

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: تتميز بتشخيص ومعالجة حالات مرضية معينة، ومن أمثلتها المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في أمراض السرطان، أمراض العيون... الخ؛

- المؤسسات الاستشفائية الجامعية: وهي مؤسسات عمومية من حيث الملكية أما إداريا فهي تتبع الجامعات أو كليات الطب، وتقدم نفس خدمات المؤسسات الاستشفائية العامة أو المتخصصة، كما أنها قد تحتوي على بعض الأقسام التعليمية التي يمكن من خلالها ممارسة التدريب العملي لدارسي العلوم الطبية.

2. المؤسسات الاستشفائية الخاصة: تختلف عن المؤسسات الاستشفائية العمومية في أنها تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو خيرية أو شركات خاصة، تتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة، وتأخذ هي الأخرى عدد من الأشكال من بينها:

- مؤسسات استشفائية بأسماء أصحابها: تدار من قبل الأطباء المالكين لها، وتقدم خدماتها في مجال تخصص أصحابها مقابل أتعاب أو أجور يتم تحديدها والاتفاق عليها حسب الخدمة المطلوبة للمريض؛

- مستشفيات الجمعيات غير الحكومية: وهي مؤسسات استشفائية يتم إنشائها بواسطة جمعيات غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والخيرية من خلال التبرعات والهبات والهدايا، وتقدم خدماتها لمختلف

فئات المواطنين مقابل رسوم محدودة نسبيا تستخدم في تغطية النفقات المتعلقة بتطوير خدمات هذه المؤسسات وتشغيلها.

- مؤسسات استشفائية استثمارية: تقدم خدمات متخصصة في مجالات طبية محددة، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية والحالات المرضية المتنوعة طبقا لحجمها ونوعية التجهيزات والتخصصات التي تحتويها، وغالبا ما تأخذ هذه المؤسسات شكل شركات مساهمة أو ذات مسؤولية محدودة، وقد يشارك فيها بعض الأطباء بخصص تأسيسا جنبا إلى جنب مع غيرهم من المساهمين الذين لا صلة لهم بمهنة الطب كمستثمرين عاديين.

المطلب الثالث: وظائف المؤسسات الاستشفائية

بالرغم من أن وظيفة رعاية المرضى ومصابي الحوادث هي الوظيفة الأولى والأساسية للمؤسسة الاستشفائية، والتي تتركز حولها كافة الأنشطة والمهام التي تقوم بها المؤسسة الاستشفائية لأداء هذه الوظيفة على أكمل وجه، إلا أن هناك وظائف أخرى عديدة وعلى درجة كبيرة من الأهمية يفترض بالمؤسسة الاستشفائية القيام بها، وهي:

1. الرعاية الطبية والصحية: يقصد بالرعاية الطبية: "الخدمات التشخيصية والعلاجية، التأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة، وما يرتبط بهذه الخدمات من فحوصات مخبرية، خدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية"¹، حيث تعتبر الرعاية الطبية والصحية الوظيفة التي تحظى بالاهتمام الأكبر في جميع مؤسسات الخدمات الصحية الخاصة منها أو العامة.

وتعتبر الخدمات الصحية كمدخلات لإنتاج الصحة؛ فحسب تشارلز فيليب "Charles Phelps" 1995، "فان المؤسسات الاستشفائية هي مؤسسات إنتاجية ناتجها النهائي "الصحة" باستخدام عوامل إنتاج هي "الخدمات الصحية"، وهذا ما عبر عنه في دالة إنتاج الصحة على الشكل التالي:²

$$S_t = g(m_t)$$

حيث أن:

¹ عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمانة، مرجع سابق، ص 8.

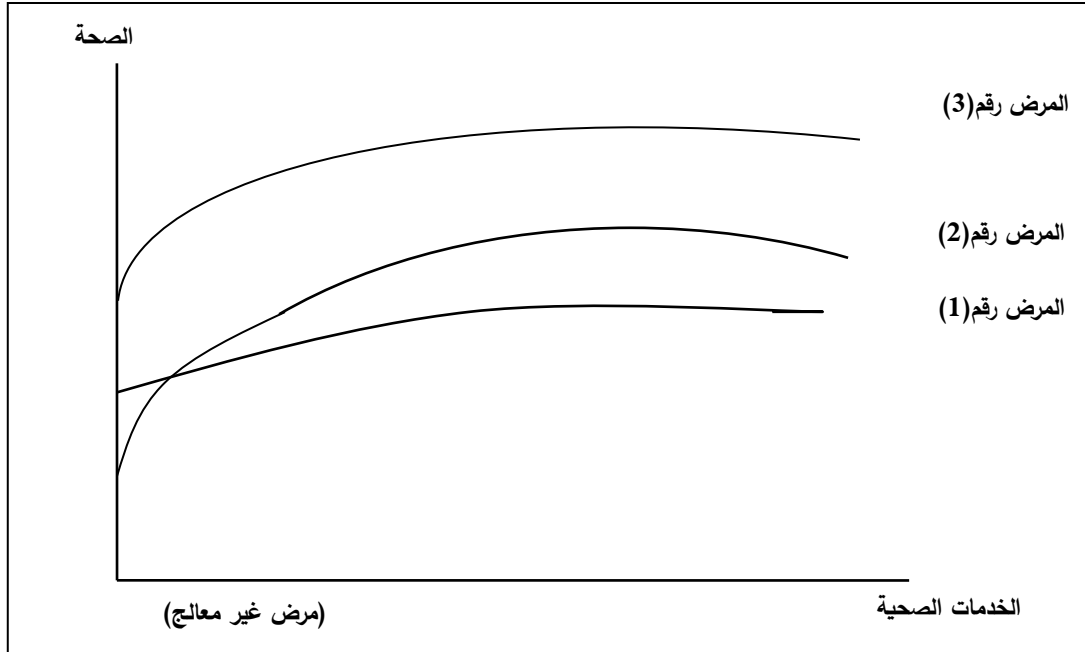
² F. DJELLAL et autres, *L'hôpital innovateur (de l'innovation médicale à l'innovation de service)*, Masson éditeur, Paris, 2004, P 11.

S: ناتج عملية الإنتاج وهو الصحة "Santé".

M: الرعاية الطبية "Soins médicaux".

حيث انه كلما زادت الخدمات الصحية زادت الصحة للأفراد، فحسبما هو موضح في الشكل رقم (07) هناك علاقة طردية بين "الصحة" و"الرعاية الطبية"، بحيث أنه كلما زاد تقديم الخدمات الصحية زادت الصحة للأفراد.

الشكل رقم (07): دالة إنتاج الصحة لثلاثة أنواع من المرض



المصدر: F. DJELLAL et autres, *L'hôpital innovateur (de l'innovation médicale à l'innovation de service)*, Masson éditeur, Paris, 2004, P 12.

توصف الخدمات الطبية هنا بأنها عبارة عن نشاط موحد التركيب (*une activité homogène*) يتضمن متغيرات عديدة: رأس المال (الأسرة، أجهزة التشخيص والعلاج، قاعات العمليات الجراحية...)، التجهيزات (أغطية الأسرة، الأدوية، الخ...)، مختلف أنواع العمال (الممرضين، الأطباء، مساعدي الأطباء، الإطارات الإدارية... الخ)، بالإضافة إلى المرضى باعتبارهم مساهمين في النشاط الصحي من خلال الاشتراك في الإنتاج "Co-production"، أما ناتج عملية الإنتاج "الصحة" فلا يمكن اعتباره موحد التركيب أين تعتبر المستشفيات والعيادات الطبية كورشات متعددة المهام تنتج تشكيلة من المنتجات المتنوعة كل واحد منها يُخصص لمريض محدد.¹

2. **التعليم والتدريب:** تمثل المؤسسات الاستشفائية مراكز تدريب عملية للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين، حيث تنمي معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها والأدوية المناسبة لها، كما أنها

¹ F. DJELLAL, *OP. Cit*, P 12.

- تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، من اجل تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها.¹
3. **البحوث الطبية والاجتماعية:** تساهم المؤسسات الاستشفائية من خلال ما تحتويه من مخابر وأجهزة وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة، وكوادر بشرية متخصصة مهنية، في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج وتطوير مهارات الأفراد وأساليب العمل.²
4. **توفير الخدمات الصحية الوقائية:** تنفرد المؤسسات الاستشفائية العمومية بممارسة هذه الوظيفة من خلال تقديم بعض الخدمات الوقائية كحملات التطعيم ضد مرض معين، الوقاية من الأمراض المعدية، رعاية الأمومة والطفولة.
5. **الخدمات الممتدة إلى المنزل:** يمكن للمستشفى إدارة وتنظيم برامج الرعاية الممتدة إلى المنزل وخاصة للمرضى كبار السن الذين يعانون من أمراض مزمنة تتطلب وقتا طويلا من العلاج والتي لا تتطلب حضور المريض للمستشفى، حيث يمكن رعاية مثل هؤلاء المرضى والإشراف عليهم من قبل الممرضات المتخصصة وخدمات الطبيب العام في منازلهم. ولهذا النوع من الخدمات فوائد اقتصادية واجتماعية للمستشفى والمجتمع ككل، حيث تعتبر ذات تكلفة أقل بكثير من تكلفة الرعاية في المستشفى، إضافة إلى توفير أسرة المستشفى للحالات المرضية التي تحتاج للرعاية الاستشفائية.³

المطلب الرابع: عرض لبعض مؤشرات العلاج في المنظومة الصحية الجزائرية

¹ عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمانة، مرجع سابق، ص ص 9، 10.

² نفس المرجع، ص 10.

³ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط 2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 121.

سيتم في هذا المطلب عرض لبعض مؤشرات العلاج في المنظومة الصحية الجزائرية خلال مرحلة الإصلاحات، لتقييم مدى التوجه نحو رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

أولاً: تطور وحدات العلاج القاعدية في الجزائر: من أجل تعزيز الصحة وإصلاح أوجه التفاوت في الوضع الصحي ورفع قدرة استيعاب المرضى، عرفت الهياكل الصحية الجزائرية عدة تطورات، إلى أن بلغت في السنوات الأخيرة مستويات معتبرة يمكن توضيحها في الجدول التالي:

الجدول رقم (01): تطور نسب التغطية الصحية بوحدات العلاج القاعدية في الجزائر خلال الفترة 2011 - 2016

2016		2015		2014		2013		2012		2011		
عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	
38407	200	38305	200	38015	196	37769	194	37545	193	37442	192	المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)
1324	09	960	09	926	05	876	05	849	05	709	04	المؤسسات الاستشفائية (EH)
12910	15	13050	15	12862	14	12500	14	12312	14	12171	14	المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)
818	01	810	01	806	01	764	01	759	01	710	01	المؤسسة الاستشفائية الجامعية (EHU)
11725	75	11637	75	11499	71	11298	68	10863	66	10816	63	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)
.....	123	.....	114	.....	97	.....	107	.....	105	.....	101	المصحات الخاصة للطب والجراحة

المصدر: Office national des statistiques, *l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition : 2016, Alger, www.ons.dz P 25, 26.(20/01/2018)*

يتضح من خلال الجدول أنه وفي ظرف ست سنوات، أي من سنة 2011 إلى غاية 2016، سجلت زيادة في عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية بكل أنواعها والمصحات الخاصة للطب والجراحة.

كما يلاحظ أن عدد الأسرة في المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) انتقل من 37442 سرير سنة 2011 إلى 38407 سرير سنة 2016، في حين أن عدد الأسرة في المراكز والمؤسسات الاستشفائية الجامعية قد ارتفع بين سنتي 2011 و2015 من 12171 إلى 13050 سرير في المراكز الاستشفائية الجامعية، 612 إلى 818 سرير في المؤسسة الاستشفائية الجامعية سنة 2016، بينما ارتفع عدد الأسرة في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة من 10816 إلى 11725 سرير سنة 2016، ويعود الارتفاع إلى زيادة عدد الهياكل المنجزة، حيث تعزز القطاع خلال هذه المدة الزمنية بـ11 مؤسسة استشفائية متخصصة.

أما فيما يخص المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والعيادات الطبية الخاصة، يمكن عرض الجدول التالي:

الجدول رقم (02): البنية الأساسية للمنشآت القاعدية العمومية والخاصة في الجزائر خلال الفترة 2011-2016

2016		2015		2014		2013		2012		2011		المنشآت القاعدية الصحية العمومية
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
-	273	-	271	-	271	-	271	-	271	-	271	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، تجمع:
4075	1684	3889	1659	3735	1637	3539	1615	3314	1601	3331	1551	- العيادات المتعددة الخدمات
-	5875	-	5762	-	5726	-	5634	-	5545	-	5491	- قاعات العلاج
3142	416	3175	415	3209	416	3167	412	2996	409	3099	437	- دور الولادة العمومية
-	630	-	627	-	622	-	619	-	627	-	621	المراكز الطبية الاجتماعية
-	11140	-	108615	-	10700	-	10438	-	10058	-	9690	الصيدليات
-	10260	-	9962	-	9794	-	9520	-	9135	-	8760	منها الخاصة
2016		2015		2014		2013		2012		2011		المنشآت الخاصة
-	9042	-	8352	-	7742	-	7226	-	6776	-	6457	عيادة طبيب مختص
-	7298	-	6910	-	6654	-	6482	-	6335	-	6334	عيادة طبيب عام
-	6514	-	6144	-	5928	-	5587	-	5368	-	5249	عيادات طب الأسنان
-	709	-	600	-	512	-	446	-	426	-	402	عيادة جماعية

المصدر: Office national des statistiques, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition : 2016, Alger, www.ons.dz P 25, 26. (20/01/2018)

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، إرتفاع في عدد العيادات المتعددة الخدمات، حيث قدرت سنة 2011 بـ 1551 عيادة بـ 3331 سرير، لترتفع الى 1684 عيادة بمعدل 4075 سرير في سنة 2016، وهذا يدخل في إطار تعزيز الصحة الجوارية ضمن إصلاحات وزارة الصحة والسكان وإصلاحات المستشفيات. كما يتضح من الجدول، أن الهياكل الصحية الخاصة إجمالاً في تزايد مستمر.

ثانيا: تطور الموارد البشرية: وذلك من خلال عرض تطور مختلف الممارسين الطبيين والشبه طبيين:

1. تطور الممارسين الطبيين: يمكن عرض تطور عدد الممارسين الطبيين حسب نوع القطاع الصحي كالآتي:

الجدول رقم (03): تطور عدد الممارسين حسب نوع القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة 2011-2016

السنة	الأطباء		جراحو الأسنان		الصيدلة		الإجمالي	
	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص
2011	45108	14510	6696	5396	824	8764	52628	28670
2012	48212	15322	6981	5441	994	9177	56187	29940
2013	50325	15911	7195	5587	1018	9520	58538	31018
2014	52306	16770	7240	5928	1284	9794	60830	32492
2015	54953	18478	7261	6384	1501	9974	63715	34836
2016	55158	19779	7014	6733	1695	10193	63867	36705

المصدر: Office national des statistiques, *l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition* : 2016, Alger, www.ons.dz P 25, 26.(20/01/2018)

يتجلى من الجدول أعلاه أن عدد الأطباء العامون هم أكثر عدد في القطاع العام عنه في القطاع الخاص، حيث يشهد الأطباء العامون إرتفاعا كبيرا وتدرجيا بدءا من سنة 2011. في حين جراحو الأسنان، يتوزعون تقريبا بالتساوي بين القطاع العام والقطاع الخاص. أما الصيدلة الخواص، فهم يشكلون أغلبية ساحقة.

2. تطور الممارسين الشبه الطبيين: نستطيع عرض تطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): تطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل في الجزائر للفترة من 2011-2016

السنوات	حاصلين على شهادة دولة	مؤهلين	مساعدين شبه الطبيين	الإجمالي
2011	73083	19845	15950	108878
2012	77688	19897	20005	117590
2013	83503	15917	23924	123344
2014	88478	8275	25050	121803
2015	90939	6698	25821	123458
2016	87575	4070	35720	127365

المصدر: Office national des statistiques, *l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition : 2016, Alger, www.ons.dz P 25, 26.(20/01/2018)*

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن هناك ارتفاع مستمر في صنف الحاصلين على شهادة دولة من 2011 إلى 2015، حيث ارتفع من 73083 سنة 2011 إلى 90939 سنة 2015، لينخفض إلى 87575 في سنة 2016، في حين يلاحظ إنخفاض تدريجي في عدد المؤهلين من سنة 2011 إلى سنة 2016. بينما سجل ارتفاع كبير جدا للمساعدين شبه الطبيين. وهذا نتيجة تدعيم التكوين شبه الطبي. حيث قدّر عدد المتخرجين من مدارس التكوين شبه الطبي للفترة من 2006 إلى 2015 حوالي 59773 ممرض، ويتوقع للفترة 2015 إلى 2020 تخرج حوالي 30643 ممرض.¹ ويوضح الجدول الآتي التغطية الصحية للممارسين الطبيين نسبة إلى عدد السكان في الجزائر خلال الفترة من 2011 إلى 2016:

الجدول رقم (05): نسب الممارسين إلى عدد السكان في الجزائر للفترة من 2011-2016

2016	2015	2014	2013	2012	2011		عدد السكان لكل:
545	544	566	578	590	616	1 طبيب	
2971	2929	2970	2996	3018	3036	1 جراح أسنان	
3435	3483	3531	3634	3686	3829	1 صيدلي	
466	439	442	459	483	502	1 مهندس دولة	
10033	5966	4727	2406	1884	1850	1 ممرض مؤهل	
1143	1548	1561	1601	1874	2302	1 مساعد شبه طبي	

المصدر: Office national des statistiques, *l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition : 2016, Alger, www.ons.dz P 25, 26.(20/01/2018)*

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه، أنه ونتيجة للزيادة المستمرة في عدد الأطباء وأطباء الأسنان والصيادلة، زادت نسبة تغطية الأطباء والصيادلة للسكان، حيث بلغ عدد الأطباء سنة 2011 ما

¹ Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, **les réformes en santé : évolution et perspectives**, Alger, Décembre 2015, P 45. (www.sante.gov.dz) (25/06/2016)

يعادل 59618 طبيب بمعدل طبيب واحد لكل 616 فرد بدلا من 545 فرد سنة 2016، أما لجراحي الأسنان فقد بلغت التغطية بمعدل طبيب واحد لكل 2971 فرد سنة 2016 بدلا من طبيب واحد لكل 3036 فرد سنة 2011.

أما بالنسبة للممرضين الحاصلين على شهادة مهندس دولة، فنتيجة للارتفاع المستمر في عددهم والذي بلغ سنة 2016 ما يعادل 87575 ممرض، بمعدل ممرض واحد لكل 466 فرد بدلا من 502 فرد سنة 2011، أما للممرضين المؤهلين فقد بلغت التغطية بمعدل ممرض مؤهل واحد لكل 10033 فرد سنة 2016 بدلا من ممرض مؤهل واحد لكل 1850 فرد سنة 2011، وهذا نتيجة للانخفاض الكبير في عدد الممرضين المؤهلين. أدى تعزيز القطاع بهذا الكم من الهياكل الصحية إلى تراجع محسوس في الأمراض المتنقلة والقضاء على بعضها نهائيا، وكذا انخفاض الوفيات بصفة عامة ولدى الأمهات الحوامل والأطفال بوجه أخص بنسبة 5% سنويا.

المبحث الثاني: مفهوم الخدمات الصحية

تحتوي المؤسسة الاستشفائية مثل بقية المؤسسات الخدمية الأخرى، على نظام لإنتاج الخدمات الصحية، أو ما يطلق عليه "*Système de servuction*"، تتفاعل فيه مجموعة من الأطراف الفاعلة من أجل تقديم خدمات صحية بالجودة المطلوبة، تتمثل في: المريض (*Le Client*)، السدليل المادي (*Le Support physique*)، أعوان الاتصال (*Le personnel en contact*)، الخدمة الصحية (*Le service*)، نظام التنظيم الداخلي (*Le Système d'organisation interne*) وباقي المرضى في المؤسسة الاستشفائية.

المطلب الأول: تعريف الخدمة وخصائصها

تقدم المؤسسة الاستشفائية تشكيلة متنوعة من الخدمات، فبالإضافة إلى الخدمات الصحية فهي تقدم الخدمات الإدارية، الفندقية، التغذية،...، لذلك كان لا بد هنا أن نستعرض مفهوم الخدمة وأهم الخصائص المميزة لها.

أولاً: تعريف الخدمة: تعرف الخدمة على أنها: "منتجات غير ملموسة تهدف أساسا إلى إشباع حاجات ورغبات الزبون وتحقيق له المنفعة"¹، وهذا ما ذهب إليه كل من كوتلر وأرمسترونج " *KOTLER et ARMSTRONG*" في تعريفهما للخدمة على اعتبارها: "نشاط أو منفعة غير ملموسة يستطيع أن يقدمها

¹ زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2003، ص 39.

طرف (وهو منتجها) إلى طرف آخر (وهو الزبون الذي تقدم إليه ليستخدمها في إشباع حاجة غير مشبعة)، دون أن يترتب على ذلك نقل للملكية من المنتج إلى الزبون"¹.

ما يلاحظ على هذين التعريفين تركيزهما على خاصية اللاملموسية للخدمة باعتبارها الخاصية الأساسية التي تميز الخدمة عن المنتج المادي.

غير أن جرونروز "GRONROOS" أضاف أن الخدمة هي: "نشاط أو سلسلة الأنشطة ذات الطبيعة غير الملموسة، والتي تنجز عادة بالتفاعل بين الزبون وعون الاتصال المقدم للخدمة والمستعملة أو لا للموارد أو الدعم المادي و/أو الأساليب التي تقدم كحلول لمشاكل الزبون"².

وعليه فالخدمة هي نشاط غير ملموس هدفه تحقيق منفعة للمستفيد، من خلال تفاعل ثلاثة عناصر أساسية هي الزبون (*Le client*) "المستفيد من الخدمة والمشارك في إنتاجها"، عون الاتصال (*Le personnel*) "مقدم الخدمة"، والدعم المادي (*Le support physique*) "كافة الاستثمارات الموجودة أو المعنية بالخدمة والمستخدمة في تقديمها".

ثانياً: خصائص الخدمة: نستعرض هنا أبرز الخصائص التي تتميز بها الخدمات، وذلك انطلاقاً من المفاهيم المقدمة للخدمة:

أ. خاصية اللاملموسية (*L'intangibilité*): يقصد باللاملموسية أن المستفيد لا يمكن له رؤية، لمس، أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع إلى صعوبة تصور الخدمة ذهنياً كما يؤدي في الغالب إلى معرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقاً³، ولهذا يعتبر قرار شراء الخدمة أصعب من قرار شراء السلعة، ولتلافي هذه الصعوبة يتطلب الأمر تطوير الصورة الملموسة عن الخدمات، كأن توضح المنافع التي سيحصل عليها المستفيد جراء استخدامه للخدمة (كما في إعلانات الفنادق والمطاعم ودور السينما... الخ)، بالإضافة إلى استخدام مجموعة من العوامل التي تساعد في إضفاء جوانب ملموسة على الخدمة مثل الموقع، المعدات، وسائل الاتصال الفعالة، والبيئة المادية.⁴

ب. خاصية التلازمية أو عدم الانفصال (*L'inséparabilité*): التلازمية عبارة عن مفهوم يتكون من بعدين؛ البعد الأول التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك، فبينما نجد أن السلع المادية متناوبة إنتاج، عرض في السوق ثم استهلاك، نجد أن الخدمة تباع أولاً ثم تنتج وتستهلك في نفس اللحظة، أما البعد الثاني للتلازمية، فهو أن المستهلك لا يمكن فصله في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة، وتختلف درجة التفاعل بين المستهلك ومقدم الخدمة، حيث نجد في الخدمات الطبية مثلاً مشاركة

¹ سعيد محمد المصري، مرجع سابق، ص 165.

² D.MICHEL et autres, *Marketing Industriel (stratégies et mise en œuvre)*, Economica, 2^e édition, Paris, 2000, P 372.

³ *Ibid*, P373.

⁴ حميد الطائي وآخرون، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار البازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 199.

كبيرة للمريض في إنتاج الخدمة على عكس بعض الخدمات التي تتطلب مشاركة أقل للمستفيد كخدمات تنظيف الملابس، في حين نجد هناك خدمات كالتعاملات التجارية البنكية (دفع الفواتير، شراء وبيع السندات...) والتأمينات والتي أصبحت تقدم خدماتها بطرق الكترونية دون اللقاء مع أي مستهلك.¹

ج. خاصية عدم التجانس في المخرجات (L'hétérogénéité): تتميز الخدمات بخاصية التباين أو عدم التجانس لأنها تعتمد على مهارة وكفاءة مقدمها وزمان ومكان تقديمها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادا على ظروف معينة، وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا مما يجعل من غير الممكن تنميط خدماتهم، إذ أن كل "وحدة" من الخدمة تختلف عن باقي الوحدات في نفس الخدمة وهذا ما يدفع المستفيد منها إلى التحدث مع الآخرين قبل اختيار الجهة التي سيتعامل معها للحصول على الخدمة المطلوبة.²

د. خاصية الفئائية أو عدم القابلية للتخزين (La périssabilité): تتميز الخدمة بعدم قابليتها للتخزين طالما أنها غير ملموسة، كما يتطلب أدائها وجود البائع والمشتري في نفس الوقت، ومن ثم فهي تفتى بمجرد إنتاجها، ويترتب عن ذلك أن الطاقة غير المستغلة من الخدمة تعتبر إيراد مفقود إلى الأبد، فالمقاعد الشاغرة في رحلة الطيران لا يمكن تخزينها، وتعتبر كإيراد فقد إلى الأبد.³

المطلب الثاني: تعريف الخدمات الصحية وخصائصها

لا يخرج تعريف وخصائص الخدمات الصحية عن نطاق تعريف وخصائص الخدمة، إلى أن هناك بعض الخصوصيات تتميز بها عن غيرها من الخدمات الأخرى، نستعرضها في ما يلي:

أولا: تعريف الخدمات الصحية: لتحديد دقيق لمفهوم الخدمات الصحية، ارتأينا هنا أن نميز بين مستويين للتعريف؛ أولا على المستوى الكلي "القطاع الصحي"، وثانيا على المستوى الجزئي "المؤسسات الاستشفائية". فعلى المستوى الكلي: تعرف الخدمة الصحية على أنها: "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 الطبية والأجهزة التمريضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية"⁴، حيث تتمثل الخدمات الصحية في كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من

¹ D. PETTIGREW et autres, *Le Marketing*, MC Graw-Hill, Québec, Canada, 2003, PP 11-17.

² حميد الطائي وآخرون، مرجع سابق، ص ص 200، 201.

³ محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الاسكندرية، 1996، ص 356.

⁴ مريزق عدمان، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه غير منشورة في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008/2007، ص 21.

خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة، وعليه تصنف الخدمات الصحية في هذا المستوى إلى ثلاث مجموعات أساسية هي:¹

- خدمات علاجية: موجهة للفرد وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء)، أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية) بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحليل، إلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.

- خدمات وقائية: تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة، ومثال على ذلك الرقابة الصحية على الواردات.

- خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

أما إذا نظرنا إلى تعريف الخدمات الصحية على مستوى المؤسسات الاستشفائية فهي تتمثل في: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"²، فهي عبارة إذا عن: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل"³. وعليه تمثل كل من الخدمات الوقائية (حملات التوعية والتطعيم)، والخدمات العلاجية (الفحص والتشخيص، الجراحة بمختلف أنواعها...) الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية.

ثانياً: خصائص الخدمات الصحية: بعد تحديدنا لمفهوم الخدمات الصحية، يمكن القول بأن خصائصها في الغالب لا تخرج عن نطاق الخدمات بصفة عامة، كاللاملموسية، عدم انفصال الخدمة الصحية عن المستفيد منها، الهلامية... الخ، إلا أنه وبالنظر إلى ناتج الخدمات الصحية "الصحة" الذي يعد مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، فانه توجد خصائص أخرى تنفرد بها تتمثل في:

- تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية أي أنها تقدم لشخص واحد، حيث أن:⁴

○ لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية؛

¹ مريزق عدمان، مرجع سابق، ص 21.

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 168.

³ زكي خليل المساعد، مرجع سابق، ص 87.

⁴ فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، 1986، ص 198.

- الطبيب لا يستطيع أن يعالج أكثر من مريض واحد في وقت واحد وبنفس تخصصه، إلا أن هناك خدمات ليست شخصية، أي لا تقدم لشخص واحد وانما تقدم للعديد من الأشخاص في آن واحد مثل حملات التوعية من مرض معين، فالذي يحدث هو أن توجه الحملة الى كل أفراد المجتمع في آن واحد.
- الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين على سبيل المثال يقتضي سرعة علاجه للقضاء عليه عند ظهور الأعراض، ويترتب على هذه الخاصية بعض الأبعاد المرتبطة بتحقيق حماية المستفيد منها وهي:¹
 - البعد المكاني: والذي يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، بمعنى 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 علاجية أو وقائية فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة.
- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع، ويهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة فان الأمر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج وتقديم الخدمة الصحية لطالبيها، اذ لا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن ذلك يعني إخفاقا في مهمتها الإنسانية وواجباتها التي أنيطت بها.
- معظم المبالغ التي تنفق على الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين يتم تحويلها من طرف ثالث "الدولة، مؤسسات التأمين... الخ"، وبالتالي فان ما يدفعه المريض لا يساوي حقيقة المنافع الطبية التي حصل عليها، الأمر الذي يجعل المريض أقل حساسية تجاه الأسعار لما هو عليه في الخدمات الأخرى وسعيهم للحصول على نوعية عالية من الخدمة الصحية. وهذا الأمر بلا شك ينعكس على طبيعة العمل الإداري الذي يستوجب الموازنة بين المبالغ المقدمة لهذه المؤسسات، وحقيقة الخدمة الطبية المقدمة التي يجب أن تقدم إلى محتاجيها الحقيقيين.²
- يتميز تقديم الخدمات الصحية بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه، وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه لذلك فان معيارية الأداء للخدمة الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية واضحة.

¹ مريزق عدمان، مرجع سابق، ص 22 .

² علي سنوسي، مرجع سابق، ص 38.

المطلب الثالث: مفهوم إنتاج الخدمات الصحية

حسب ما ذهب إليه "Eiglier" و "Langeard"، في تعريفهما لنظام إنتاج الخدمات على أنه: "نظام التنظيم والتنسيق لجميع العناصر المادية والبشرية الضرورية لتحقيق تقديم خدمة تحتوي على خصائص تجارية ومستويات جودة محددة مسبقاً"¹ وتحديداهما للعناصر المكونة له، فإن نظام إنتاج الخدمات الصحية يتكون من العناصر التالية:²

- المريض - الزبون (Le Client): يعتبر عنصراً ضرورياً في نظام إنتاج الخدمة الصحية لأن من دونه لا يكون هناك مبرراً لوجودها؛
 - الدليل المادي (Le Support physique): ويشتمل على اللوازم الضرورية لإنتاج الخدمة الصحية والتي تنقسم إلى نوعين: الآلات والأجهزة الضرورية لإنتاج الخدمة والبيئة المادية التي تنتج فيها الخدمة؛
 - أعوان الاتصال (Le personnel en contact): وهم الموظفون الذين لهم اتصال مباشر بالزبون - المريض؛
 - الخدمة الصحية (Le service): وهي نتيجة التفاعل بين العناصر الثلاثة السابقة الذكر، هذه النتيجة تشكل المنفعة التي تلبي حاجة المريض؛
 - نظام التنظيم الداخلي (Le Système d'organisation interne): يعتبر الدليل المادي وأعوان الاتصال الجزء المرئي في المؤسسة الاستشفائية، أما نظام التنظيم الداخلي فيمثل الجزء غير المرئي للزبون - المريض، والذي يتكون من كل الوظائف التقليدية للمؤسسة (المالية، الموارد البشرية... الخ) والتي يكون لها أثر مباشر على الدليل المادي وأعوان الاتصال؛
 - باقي المرضى: لا تتعامل المؤسسات الاستشفائية مع فرد واحد وإنما توجه خدماتها إلى عدد كبير من المرضى، مما يؤدي إلى ظهور تأثير بين المرضى والخدمات الصحية المقدمة لهم.
- حيث ميز "Eiglier" و "Langeard" بين سبعة عناصر أساسية تشكل نظام إنتاج الخدمات:
- ثلاثة عناصر تنتمي إلى المؤسسة الخدمية؛ نظام التنظيم الداخلي، الدعم المادي، أعوان الاتصال؛
 - عنصران ينتميان إلى السوق؛ الزبون "أ" والزبون "ب"؛

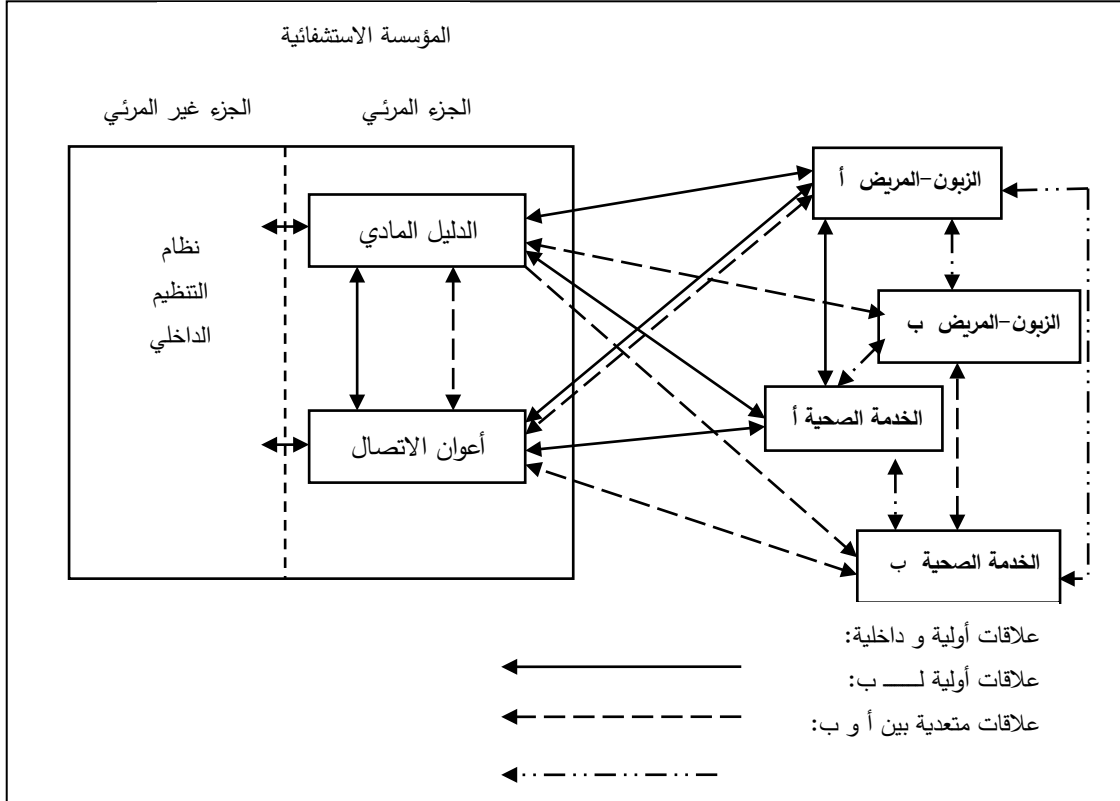
¹ P.EIGLIER et E.LANGEARD, *Servuction (le Marketing des services)*, Ediscience international, cinquième tirage, Paris, 1994, P 18.

² *Ibid*, P 18.

- عنصران هما نتيجة تفاعل الزبون "أ" والزبون "ب" مع خدمات المؤسسة (الخدمة أ والخدمة ب).

من خلال ما سبق يمكن توضيح نظام إنتاج الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (08): نظام إنتاج الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية



المصدر: P.EIGLIER et E.LANGEARD, *Servuction (le Marketing des services)*, Ediscience international, cinquième tirage, Paris, 1994, P 18

المبحث الثالث: الجودة في المؤسسات الاستشفائية

كما رأينا سابقا تقدم المؤسسات الاستشفائية تشكيلة متنوعة من الخدمات تصب مختلفها في تحقيق الخدمة النهائية للمريض لأجل ضمان الصحة الجيدة له، وعليه كان لتقديم مختلف هذه الخدمات بالجودة المطلوبة متطلب أساسي لتحقيق الرسالة النبيلة للمؤسسات الصحية.

المطلب الأول: تعريف الجودة

نظرا لتعدد وتباين التعاريف المقدمة للجودة، ارتأينا عرض تعاريف أبرز رواد الجودة مثل: "أرماند فيجنبوم *Armand Feigenbaum*"، "فيليب كروسي *Philp Crosby*"، "إدوارد ديمينج *Edwards Deming*" و"جوزيف جوران *Joseph Juran*": فيعرفها: "أرماند فيجنبوم *Armand Feigenbaum*" بأنها الرضا التام للعميل، ويشترط "فيليب كروسي *Philp Crosby*" في الجودة المطابقة مع المتطلبات، أما "إدوارد ديمينج *Edwards Deming*" فيرى أنها درجة متوقعة من التناسق والاعتماد تناسب السوق بتكلفة منخفضة، ويدعو "جوزيف جوران *Joseph Juran*" إلى دقة الاستخدام حسب ما يراه المستفيد باعتباره الحكم النهائي¹.

وهذا ما يقودنا الى القول بأن الجودة مفهوم نسبي ينظر إليه من زوايا متعددة، ووفقا للأتي:²

- الجهة المصنعة والمنتجة تنظر للجودة أنها المطابقة مع المواصفات، وجودة التصميم؛
- من وجهة نظر الزبون/ المستخدم/المستفيد، الجودة تعني الملائمة للاستخدام؛
- من وجهة نظر المجتمع، الجودة تعني تحقيق الرفاهية والإسعاد والعدالة في ضمان توفير منتجات خالية من العيوب ولا تلحق ضررا بالمستفيد والمجتمع؛
- بالنسبة للنخبة من المهتمين الجودة تعني التميز.

وهناك إجماع بين الباحثين والمفكرين الذين تناولوا موضوع الجودة على أن الزبون أو المستفيد يعتبر المحور الأساسي لأنشطة الجودة ويشمل ذلك المستفيد الداخلي والمستفيد الخارجي، فتحقيق رغبات المستفيدين يعتبر الأولوية الأولى في نشاطات الجودة الهادفة إلى التحسين المستمر والتطوير والذي يتحقق من خلال الاتصال بالمستفيدين للاطلاع عن كثب على حاجاتهم ورغباتهم والتعرف عليها.

¹ نزار عبد المجيد البرواري وحسن عبد الله باشوية، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص 138.

² نفس المرجع، ص ص 141، 142.

المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمات الصحية

يمكن تعريف جودة الخدمات الصحية بأنها الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة، ضمن إطار اقتصادي معين، وموازنة للمخاطر بالفوائد، وبما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة، ومن التعاريف الشائعة لجودة الخدمات الصحية، ما يلي:

- دونابيديان (*Donabedian*) الجودة تعني: "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد"¹،
- منظمة الصحة العالمية: تعرف الجودة على أنها "المسعى الذي يسمح بضمان تناسق عمليات التشخيص والعلاج لكل مريض للوصول إلى أفضل النتائج الصحية تماشياً مع العلوم الطبية الحديثة، بأقل تكلفة وأقل مخاطر، وعلاقات جيدة تكسب رضا المريض داخل المؤسسة الصحية"².
- المعهد الطبي الأمريكي: يعرف جودة الخدمات الصحية على أنها "مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من أجل: الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع، وموائمة هذه النتائج مع الإمكانيات والمعرفة الحديثة"³.
- أما الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية، فتعرف جودة الخدمات الصحية بأنها: "درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص مشكلة طبية معينة"⁴.

المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية

ينظر لأبعاد جودة الخدمة الصحية على أنها أداة لقياس الجودة المدركة للخدمة في المؤسسة الاستشفائية، هذه الأبعاد هي:⁵

1. الجوانب الملموسة: وتشمل المتغيرات الآتية:

- جاذبية المباني والتسهيلات المادية.
- التصميم والتنظيم الداخلي للمباني.
- حداثة المعدات والأجهزة الطبية ومسائرتها للتكنولوجيا.

¹ عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض، 1425 هـ، ص 40.

² Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, « *Le cout de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital* », juillet 2004, France, P23. www.anaes.fr (تم الاطلاع عليه يوم: 2013/12/10)

³ *Ibid*, P 23.

⁴ عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سابق، ص 60.

⁵ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص ص 174، 175.

- مظهر الأطباء والعاملين.
- 2. الاعتمادية: وتشمل المتغيرات الآتية:
 - الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.
 - الدقة وعدم الخطأ في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
 - توافر التخصصات المختلفة.
 - الثقة في الأطباء والأخصائيين والمرضى.
 - الحرص على حل مشكلات المريض.
 - الاحتفاظ بالسجلات والملفات الطبية الدقيقة.
- 3. الاستجابة: وتشمل المتغيرات الآتية:
 - السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
 - الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
 - الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.
 - الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي.
 - إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤ منها.
- 4. الأمان: ويشمل المتغيرات الآتية:
 - الشعور بالأمان في التعامل.
 - المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.
 - الأدب وحسن الخلق لدى العاملين.
 - استمرارية متابعة حالة المريض.
 - سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
 - دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.
- 5. التعاطف: ويشمل المتغيرات الآتية:
 - تفهم احتياجات المريض.
 - وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
 - ملاءمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة.
 - العناية الشخصية بكل مريض.
 - تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.
 - الروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض (الجانب النفسي والاجتماعي).

- هناك مبادئ بسيطة يمكن من خلالها الحكم على جودة الخدمات العلاجية في المؤسسات الاستشفائية، فعلى سبيل المثال¹:
- التقليل من الاختلافات في الممارسة الصحية وتقليل الأخطاء الطبية يدل على الجودة.
 - قصر أوقات الانتظار بين المواعيد وقصر الانتظار يدل على جودة النظام.
 - انطباع ورأى المريض عن النظام الصحي يدل على مدى جودة النظام.
 - توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المجتمع بشكل متوازن، الأطفال والنساء وكبار السن وأصحاب الإعاقات وذوي الأمراض المزمنة والشباب وغيرهم، يدل على جودة النظام الصحي.
 - الالتزام بالمعايير والأخلاقيات الصحية والإدارية دليل آخر على جودة النظام.
 - وجود معايير ونظم واضحة تحكم النظام الصحي تدل على جودته.
 - توفر الخدمة الصحية الفعالة في الوقت والمكان المناسب للمريض دليل على مدى جودة النظام الصحي.

المبحث الرابع: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية وتوجهاتها المعاصرة

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في القطاعات الصحية ويستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ وجوران وكروسبي، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها القطاع الصحي. ومن أهم التطورات التي ظهرت ضمن مفاهيم إدارة الجودة الشاملة مصطلح "سطة سيجما"، الذي يعمل على تقليل معدل الأخطاء بدرجة عالية.

المطلب الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة

يُعرف معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي إدارة الجودة الشاملة بأنها "نظام إداري استراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا الزبون، وإن تطبيقه يحتم مشاركة جميع المديرين والموظفين، ويستلزم استخدام الطرق الكمية لتحسين العملية الإدارية بشكل مستمر".²

وقد تم تطوير مفهوم إدارة الجودة الشاملة من قبل أخصائيي الجودة اليابانيين مثل "ايشيكاوا وتاغوشي"، ومن قبل علماء غربيين تأثروا بمدرسة العلاقات الإنسانية ونظرياتها مثل "ديمنج وجوران وكروسبي"، حيث تم التركيز في هذا النمط الإداري على مشاركة جميع العاملين في عملية التحسين ضمن إطار تعاون

¹ نجم العزاوي وباسمة جازع جاسم، "أثر إدارة التخطيط الالكترونية في تحسين جودة الرعاية التمريضية"، المؤتمر العلمي الدولي التاسع (الوضع الاقتصادي العربي وخيارات المستقبل)، جامعة الزرقاء الأهلية، الأردن، 24-25 أبريل/ نيسان، 2013.

² عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سابق، ص 59.

متكامل بين أفراد المؤسسة.

وضع "د. دونالدو بيروديك *Dr. BERWICK Donald*" عشرة نقاط استوحاها من نظريات الرواد في الجودة الصناعية (جوران، كروسبي، ايشيكاوا) لتناسب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية:¹

- المؤسسات الاستشفائية بحاجة إلى تعريف أوسع وأشمل للجودة من المؤسسات الإنتاجية.
- الإدارة العليا في المؤسسة الاستشفائية هي المحرك الرئيسي لتطبيق الجودة.
- الاستفادة من البيانات الكثيرة المتوفرة في المؤسسات الاستشفائية وتطوير عملية جمع البيانات لتطوير العمل.
- إن استخدام أدوات ووسائل تحسين الأداء مثل المعايير والتدقيق ووضع لوائح الفحص والاطلاع على التجارب العملية والتحليل العلمي للعمل أساسى لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية.
- لفرق العمل دور هام عند البدء بتطبيق هذا النظام الإداري من أجل فهم العلاقات بين العمليات وتوضيح التغيرات اللازمة لتبسيط الإجراءات وتحقيق الهدف من العمل بأبسط طريقة ممكنة.
- تساعد وسائل تحسين الجودة في مجال الخدمات الصحية على تحديد المشكلات مما يمكن فريق العمل على تحليل العمليات وفهمها وهذا يؤدي إلى أداء أفضل.
- ضرورة إشراك الأطباء في عملية التحسين رغم انشغالهم في عملهم التخصصي لأهمية دورهم المباشر في تقديم الخدمة الصحية.
- عدم إهمال التكلفة الناتجة عن تدني مستوى الجودة أو غيابها (المهدر، إعادة العمل، عدم الموثوقية، تعقيد الإجراءات، تداخل المهام) والتركيز على الوفرة الناتجة عن تطبيق برنامج النوعية للجودة.
- التأكيد على أهمية التدريب لكافة مستويات العاملين بما في ذلك المديرين وفرق العمل.
- الاهتمام بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة بشكل متزامن مع التحسين في الأمور الأخرى.

وعليه تعرف إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنها: "صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية بعد أن يؤخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها"²، حيث تعبر عن: "الإستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الاستشفائية إلى تحقيق التغيرات في خصائص والصفات التي تجعل الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض والفنيون والمرضى على حد سواء) من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة

¹ عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سابق، ص 60، 61.

² أديب برهوم وآخرون، "أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي"، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (29)، العدد 2، 2007، ص 211.

بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والزبائن الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية.¹

يتضح من خلال التعريفين السابقين أن مصطلح إدارة الجودة الشاملة يستند على مفهومين هما الشمولية والتكاملية؛ فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية، أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض، ولكل نظام فرعي برامجها الخاصة، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكتملة لبعضها البعض، ولا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى. وعلى سبيل المثال لا يستطيع الطاقم الطبي ممارسة وظائفه دون وجود تكامل مع الطاقم شبه الطبي والخدمات المساعدة كالصيدلية والمخابر ومصالح الأشعة.²

المطلب الثاني: أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية

تحقق المؤسسات الاستشفائية بعض الفوائد نتيجة تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتي يمكن أن نعرضها فيما يلي:³

- **تبسيط الإجراءات:** يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة "ميتشجن" (*of Michigan University Hospital*) من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته (500.000) دولار أمريكي سنويا نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.
- **تحسين الإجراءات:** يهدف نموذج إدارة الجودة الشاملة، إلى السعي الدؤوب لتقصي فرص التحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى "وست باس فيري" (*West Paces Ferry*) من تقليص معدل العمليات القيصرية والبالغ (22%) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (10%) باستخدام أسلوب المقارنات المرجعية (*Benchmarking*)، حيث تم اختيار مستشفيات الدانمارك والتي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية (5%) لتكون معيارا لعملية التحسين، ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء. كذلك تمكن مستشفى جامعة "ميتشجن" من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة (30%) نتيجة لتحسين جدولة استخدامها.

¹ عبد الستار العلي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، الأردن، 2008، ص ص 300، 301.

² مريزق عدمان، مرجع سابق، ص 40.

³ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سابق، ص ص 180-183.

- **كفاءة التشغيل:** تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين. وقد تمكن مستشفى "سنترال دوبيج" في ولاية "إلينوى" الأمريكية من توفير 73000 دولار أمريكي سنويا بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل. وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى "لوثرن جنرال" في ولاية "إلينوى" ثم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية الباهظة الثمن والنتائج عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام، وقد كان يكلف المستشفى حوالي 120.000 دولار أمريكي سنويا.
- **القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية (العيادية):** من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الاستشفائية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما لذلك من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية. وفي أربعة مستشفيات تابعة لمركز "إنترماونتن" وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحا تابعين للمركز: تراوحت مدة العملية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلى (45) غراما، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين (2,7) إلى (4,9) يوميا، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين المكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات، ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية، وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.
- **الحد من تكرار العمليات:** يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار، وما له من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء. وفي دراسة أجريت في مستشفى "هنري فورد" وجد أن (25٪) من مسحات عنق الرحم تتم إعادتها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل. وكان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج. وقد تم القضاء على المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم، تحقق بعضها نتائج أفضل من غيرها.

المطلب الثالث: مفهوم ستة سيجما وتطبيقها في القطاع الصحي

من أهم التطورات التي ظهرت ضمن مفاهيم إدارة الجودة الشاملة مصطلح "ستة سيجما"، الذي يشكل طريقة مبدعة وإستراتيجية تستخدم جنبا إلى جنب مع أدوات الجودة الشاملة الأخرى لرفع مستوى الجودة وتحسين عمليات الإنتاج.

هنا برزت ضرورة أهمية إدخال هذا المفهوم في المؤسسات الاستشفائية خاصة وأنها تقدم خدمات صحية مرتبطة بحياة المرضى ولا يقبل فيها بحدوث أي خطأ طبي قد يؤدي إلى عواقب سيئة كحالات العجز الكلي أو الوفاة.

أولاً: مفهوم ستة سيجما: قبل التعرف على مفهوم ستة سيجما، لا بد أن نتعرف أولاً على مفهوم "سيجما Sigma":

1. **سيجما "Sigma" σ :** هو الحرف الثامن عشر في الأبجدية الإغريقية، وقد استخدم الإحصائيون هذا الحرف للدلالة على الانحراف المعياري، والذي يعد طريقة إحصائية ومؤشراً لوصف الانحراف أو التباين أو التشتت¹، إن جذور " σ " باعتبارها معياراً لقياس الانحراف يمكن إرجاعها إلى "Carl Frederick Gauss (1777-1855)" والذي استحدث مفهوم المنحنى الطبيعي².

أما عن العدد ستة "6"، فهو يرمز إلى مستوى من مستويات "Sigma"، حيث يوجد عدة مستويات لـ Sigma كما هو موضح في الجدول رقم (06)، حيث كلما ازداد العدد المرافق لـ Sigma دل ذلك على زيادة في مستوى الجودة وانخفاض نسبة العيوب في المنتج والعكس صحيح، هذا وتوجد قطاعات معينة تستخدم ثمانية سيجما "Eight Sigma" بدلا من "Six Sigma" مثل قطاع الخطوط الجوية وقطاع طب وجراحة العيون.

الجدول رقم (06): مستويات Sigma والعيوب والمردود عند كل مستوى

مستويات Sigma	العيوب/مليون فرصة	المردود %
1	691.462	68.27%
2	308.538	95.45%
3	66.807	99.73%
4	6.21	99.9937%
5	233	99.99942%
6	3.4	99.999998%

المصدر: نضال حلمي السلامة، إمكانية استخدام ستة لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي، مذكرة ماجستير غير منشورة في إدارة الأعمال، جامعة عمان العربية، كلية الدراسات الادارية والمالية العليا، الأردن، 2007، ص 31.

¹ عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 139.

² ميسر إبراهيم أحمد الجبوري وعمر علي اسماعيل، المفهوم الإحصائي لتقانة six sigma وعلاقته بأنشطة تحسين العمليات، تنمية الرافدين، كلية الإدارة والاقتصاد، العدد 93، مجلد 31، جامعة الموصل، 2009، ص 128.

2. تعريف ستة سيجما: تعرف ستة سيجما على أنها: "منهجية لحل المشاكل حيث تقوم بتقليل التكلفة وزيادة رضا المستهلك من خلال تقليل العيوب والأخطاء في المنتجات"¹، وبالتالي فهي: "استراتيجية لتحسين الأداء عن طريق البحث عن الأخطاء وأسبابها من خلال التركيز على المخرجات التي تمثل الأكثر أهمية والحصيلة النهائية للمستهلك"².

أما في القطاع الصحي فقد عرف منهج ستة سيجما على أنه: "عملية تحليل العمليات الفنية لرفع مستوى جودة الرعاية الصحية والخدمات بما يتوافق مع متطلبات المريض"³، كما عرف منهج ستة سيجما في القطاع الصحي على أنه: "عملية إحصائية منتظمة لكشف ومعالجة العيوب في الأداء وذلك باستخدام منهجية ستة سيجما لتخفيض الاختناقات السريرية والآلية التي تؤدي إلى إطالة الوقت والتكاليف العالية والنتائج السيئة"⁴.

عموماً إن الفكرة المحورية في فلسفة تقانة 6σ هي السعي نحو تخفيض الاختلاف في العمليات إلى أدنى مستوياته، لترفع الجودة بدورها إلى أعلى مستوى ممكن، وتتميز فلسفتها عن نظم الجودة الأخرى في أنها تبحث عن التباين في العمليات لكي تحدد مصدره وتتغلب عليه، في حين تتعامل النظم الأخرى مع المتوسطات التي تخفي التباين إذ تعكس القيمة في المتوسط، ومن ثم لا تكشف الفروق والتباينات بسهولة.⁵

ثانياً: تطبيق ستة سيجما في المجال الصحي: تتميز الخدمات الصحية بالدقة لذلك فإن حدوث أي خطأ في تقديم الخدمة قد يؤدي بحياة المريض، لذلك فإن تطبيق الستة سيجما في المؤسسات الاستشفائية سيؤدي إلى تقليل معدل الأخطاء بدرجة عالية، وتعتبر مؤسسة "Health Corpotation Commonwealth" من أوائل منظمات الرعاية الصحية التي طبقت ستة سيجما، وكان ذلك عام 1998 في قسم الأشعة وبمساعدة شركة "جينرال الكترينك"، وبعد ذلك تبعتها مجموعة "ماونتن كارمل الصحية Mount Carmel Health" التي تمتلك

¹ عبد الناصر نور وآخرون، "استخدام منهج ستة سيجما six sigma في ضبط جودة التدقيق الداخلي"، المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر "ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة"، كلية الاقتصاد والعلوم الادارية، جامعة الزيتونة الاردنية، الأردن، 23-26 افريل 2012، ص 257.

² نفس المرجع، ص 257.

³ نفس المرجع، ص 257.

⁴ نضال حلمي السلامة، إمكانية استخدام ستة سيجما لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي، مذكرة ماجستير غير منشورة في إدارة الأعمال، جامعة عمان العربية، كلية الدراسات الادارية والمالية العليا، الأردن، 2007، ص 31.

⁵ ميسر إبراهيم أحمد الجبوري وعمر علي اسماعيل، مرجع سابق، ص 137.

ثلاثة مستشفيات وعدد موظفيها 7300 موظف وتعتبر هذه المجموعة من أوائل الشركات التي طبقت ستة سيجما في كامل المنظمة.¹

وتتمثل فوائد تطبيق ستة سيجما في القطاع الصحي في ما يلي:²

- تخفيض الأخطاء الطبية،
- تخفيض الأخطاء في الأدوية الخطرة جدا،
- تخفيض الأخطاء الإدارية،
- تحسين وقت طلبات الصيدلية،
- تخفيض معدل الدوران الوظيفي،
- رفع الطاقة الإنتاجية لغرف العمليات،
- تخفيض مدة إقامة المريض في المستشفى،
- تخفيض فقدان أفلام الرنين المغناطيسي،
- تخفيض وقت انتظار مرضى الطوارئ.

¹ نضال حلمي السلامة، مرجع سابق، ص 33.

² سمير خليل ابراهيم جوادة، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، مذكرة ماجستير غير منشورة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2011، ص ص 83-85.

خلاصة الفصل الثاني:

تعد الجودة مطلب أساسي يجب توافره عند تقديم الخدمات الصحية، حيث لا بد من ضمان توفر الجودة بمختلف أبعادها (الاستجابة، الاعتمادية، الأمان، التعاطف، الملموسية). ومن خلال عرضنا لمختلف مؤشرات العلاج في القطاع الصحي الجزائري، تبين أنه ومع بداية الإصلاحات منذ سنة 2013، عملت الوزارة الوصية على الزيادة في عدد المؤسسات الاستشفائية وتزويدها بالموارد البشرية المؤهلة والمكونة من أطباء وممرضين... الخ إلا أنه ومع أن إشكال القطاع الصحي الجزائري يتمثل في سوء التنظيم والتسيير، فإن الرقي بصحة المواطن تستلزم مع هذه الهياكل الصحية، إدخال أساليب التسيير الحديثة كأسلوب التوجه بالمريض، الإدارة بالجودة الشاملة.....، والتي تضع المريض ضمن الاهتمامات الأولى في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.

الفصل الثالث

أثر أسلوب التوجه بالمريض - الزبون - على
تحسين جودة الخدمات الصحية

تمهيد:

في السنوات الأخيرة شدّت ثقافة التوجه بالمريض-الزبون اهتمام عدد من الأكاديميين والممارسين في قطاع الخدمات الصحية، لما لها من تأثير إيجابي على جودة الخدمات الصحية، فقد بينت دراسات ميدانية عديدة أن الرفع من مستوى توجه المؤسسة الاستشفائية بالمريض يؤدي إلى تحسن كبير في جودة خدماتها الصحية.

ولأجل معرفة كيفية تحسين جودة الخدمات الصحية وفق أسلوب التوجه بالمريض-الزبون، وضعت مجموعة من آليات التحسين المستمر من بينها: التحسين وفق عجلة ديمنغ، نموذج ستة سيجما، معايير الاعتماد... الخ. وسنحاول في هذا الفصل تبيان كيفية العمل بهذه الآليات.

المبحث الأول: تحسين جودة الخدمات الصحية

ينظر إلى تحسين الجودة في ضوء التغير المستمر في عوامل البيئة وحاجات وتوقعات الزبون من زاوية التحسين المستمر للجودة، لأن التحسين التقليدي للجودة يرتبط بمرحلته، وبالتالي قد يكون تحسيننا مرحلياً، وربما قد يفقد هذه الصفة في مرحلة لاحقة.¹

بدأ الاهتمام بمفهوم التحسين المستمر للجودة في القطاع الصحي في الولايات المتحدة في نهاية الثمانينات الميلادية، وذلك مع بدء المشروع القومي لإيجاد نموذج لتحسين جودة الرعاية الصحية الذي ترعّمه (Berwick et al)، وتم توثيق نتائج هذا المشروع في كتاب "شفاء الرعاية الصحية: استراتيجيات جديدة لتحسين الجودة". وتزايد هذا الاهتمام حتى إن الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية قامت في العام 1992 بتغيير منهجها المعتمد على مفهوم توكيد الجودة إلى منهج يعتمد على مفهوم التحسين المستمر للجودة، وبذلك أصبح من المعايير الأساسية لاعتماد المستشفيات وجود آلية محددة للتحسين المستمر وقياس وتوثيق النتائج بما يتفق ومبادئ التحسين المستمر. وقد اشترطت الهيئة أن يتم تطبيق هذا المفهوم مع نهاية العام 1995، الأمر الذي مثل دافعا للمنظمات الصحية للإسراع بتبني هذا المفهوم.²

وقد تم توثيق التوجيه نحو مفهوم التحسين المستمر في أحد الإصدارات الهامة للهيئة المشتركة لإعتماد المؤسسات الصحية المعروف بـ "أجندة التغير"، الذي تؤكد فيه الهيئة على ضرورة الالتزام بالعناصر الآتية:³

1. التركيز على الجودة: توجه المؤسسة ككل نحو الجودة مع وجود مشاركة فعالة من القيادة في دفعها وتحسينها.
2. الزبائن: الاهتمام باحتياجات الزبائن، وجمع المعلومات منهم في الداخل والخارج، والحوار المشترك بين الزبائن والموردين.
3. العمليات: وصف العمليات الإكلينيكية والإدارية، وإتباع مدخل النظم، والاستفادة من الفرق المتعددة الاختصاص.
4. القياس: استخدام المعلومات وفهم الاختلافات وتقصي الأسباب.
5. التحسين: وهو التزام باستمرار جهود التحسين.

¹ ندى عبد القادر و خليل ابراهيم عيسى، "دور الادارة العليا في التحسين المستمر للجودة"، مجلة العلوم الاقتصادية، العدد 25، المجلد 7، جامعة البصرة، تشرين الثاني، 2009، ص 69.

² أحمد شجاع السعيد، تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت، مذكرة ماجستير غير منشورة في الإدارة، كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، 2007، ص 44.

³ نفس المرجع، ص 45.

المطلب الأول: مفهوم التحسين المستمر للجودة

يعرف التحسين المستمر بأنه: "فلسفة تسعى إلى تحسين جميع العمليات التي تتطلبها تقديم خدمة للزبون، وبشكل مستمر، ولضمان توافقها مع حاجات ورغبات وتوقعات الزبون، وأن تكون هناك جهود مبدولة لإحداث تغييرات وتعديلات لإستمرار هذا التوافق الذي يعطي ميزة التنافس"¹، ويقصد بالعمليات في هذا المجال: "العمليات التي يمكن أن تتحسن في النهاية، نتيجة لمعرفة العاملين وإدراكهم للمتغيرات التي قد تطرأ عليها"²، ويتحقق ذلك من خلال:³

- تخفيض وتجنب الأخطاء قبل وقوعها،
- تحديد المشاكل بدقة ووضع الأساليب اللازمة لحلها،
- تحديث الانحرافات التي تحدث أثناء تقديم الخدمة.

يتضح مما تقدم أن التحسين المستمر هو إمكانية تطوير مستوى الجودة باستمرار لتكون متوافقة مع توقعات الزبائن، إذ أن التحسين ينبغي أن يكون باتجاهين الأول هو تحسين الخدمات، أما الثاني يتضمن تحسين العمليات.

ويعتبر أول من استخدم فكرة التحسين المستمر العالم الياباني "ماسكاي أماي *Imai Massaki*" من خلال مصطلح (*Kaizen*)، حيث تعني "*KAI*" التغيير التدريجي أما "*ZEN*" فتعني الزيادة الطفيفة. وتستلزم منهجية التحسين المستمر بعدين هما:⁴

1. الجانب الاجرائي المتمثل بسلسلة الخطوات أو الفعاليات للقيام بعملية التحسين، ومن أمثلتها دورة *PDCA* (خطط، جرب، افحص، نفذ).
2. مجموعة المبادئ المرشدة، وتمثل الأساسية منها في:

- المبدأ الأول: التركيز على الزبون: أي أن الهدف من عمليات التحسين المختلفة ينصب على تلبية توقعات ورغبات الزبون أو ما يفوقها (لكل من الزبون الخارجي أو الداخلي) وبصورة أفضل دائماً.
- المبدأ الثاني: فهم العملية: أي فهم كيفية تدفق وجريان عملية (نشاط) معينة، وكيف يتحدد الأداء والمخرجات لها، وما هي مدخلاتها. وقد يتطلب الأمر دراسة وفحص عمليات المورد (الداخلي أو الخارجي) لفهم تدفق العملية كاملة، وصولاً

¹ قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص ص 203، 204.

² ندى عبد القادر وخليل ابراهيم عيسى، مرجع سابق، ص 69.

³ قاسم نايف علوان المحيوي، مرجع سابق، ص 204.

⁴ رعد عبد الله الطائي وعيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص ص 195، 196.

لتحسينها بحل مشكلة معينة أو إزالة الاختناقات أو تقليل الهدر أو التلف وغير ذلك.

■ المبدأ الثالث: التزام كل العاملين بتحسين الجودة: أي أن يقوم كل فرد من الإدارة العليا وحتى أدنى مستوى من العمال في أداء أدوارهم ومساهماتهم في تحسين الجودة.

المطلب الثاني: أهداف التحسين المستمر

يمكن تحديد أهم أهداف عملية التحسين كالاتي¹:

- إدخال التحسينات اللازمة والمستمرة على عملية أو عمليات تقديم الخدمة في ضوء البيانات المتجددة وتغير حاجات الزبون واحتياجات السوق والمجتمع المحيط بالمؤسسة الخدمية.
- تحقيق الأداء المتميز للمؤسسة من خلال تقليل الأخطاء، وتحديد المشاكل بدقة وتقليل الانحرافات في تقديم خدمة للزبون من الجودة أو الوقت والكلفة المطلوبة.
- خلق مناخ عمل ملائم لتقديم الخدمة تسوده العلاقات المستمرة والحرّة بين الإدارة العليا والعاملين في المؤسسة، من خلال تحفيزهم للمشاركة في تحديد المشاكل التي تواجه عملهم والعمل على تحسينها بشكل مستمر.
- يهدف التحسين المستمر للعملية إلى جعل المؤسسة قوة دافعة نحو الأمام ولها القدرة على المنافسة، ويتحقق هذا الهدف إذا فهم جميع الأفراد العاملين ماذا تعني التحسينات المستمرة في عملهم، وما هو مقدار الجهد المطلوب الذي يجب أن يبذلوه للوصول إلى ما هو محدد ومخطط لهم، وأن يدركوا أن الفشل في تحقيق ذلك يقود إلى وجود زبائن غير راضين.

المطلب الثالث: عناصر التحسين المستمر في المؤسسات الاستشفائية

لا يوجد إطار موحد لتطبيق مفهوم التحسين المستمر، إلا أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والمفكرين في هذا المجال؛ لأن ذلك يتضمن توفير العناصر التالية: التزام القيادة، ثقافة الجودة، مشاركة العاملين، التركيز على الزبائن، التركيز على العملية والقياس والتحليل²:

1. التزام القيادة: قيادة مجهودات التحسين هي مسؤولية الإدارة العليا التي تقوم بإيجاد التوجه والجودة والتركيز على الزبون، وترسيخ قيم الجودة، ووضع أهدافها التي تتلائم واحتياجات الزبائن، ودمج هذه القيم والأهداف بجميع جوانب العمل في المؤسسة، ويتضمن دور القيادات التخطيط لتطبيق الجودة وإيجاد البيئة التنظيمية الملائمة لذلك، وإزالة الحواجز التقليدية بين مختلف الوحدات التنظيمية. وتمثل القيادات القدوة والمثل الأعلى للالتزام بمبادئ

¹ قاسم نايف علوان الحياوي، مرجع سابق، ص ص 206، 207.

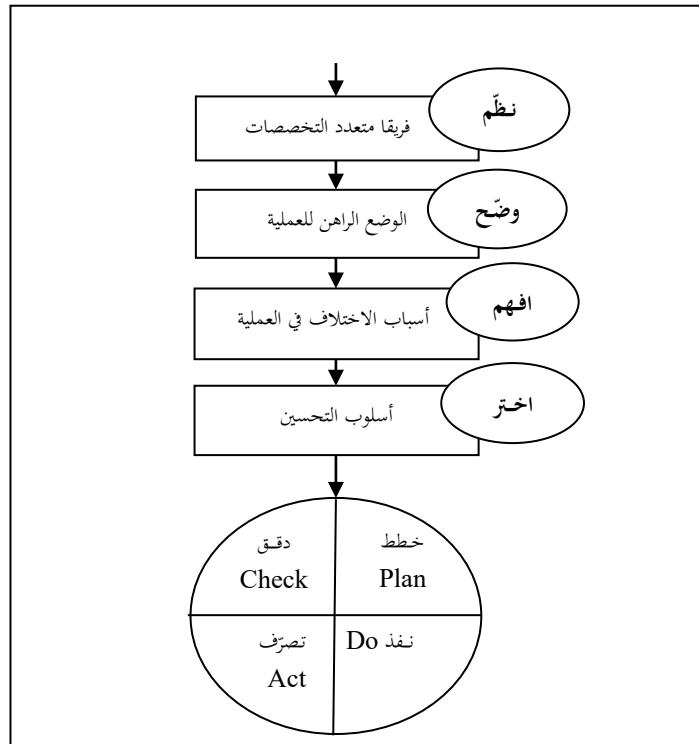
² أحمد شجاع السعيد، مرجع سابق، ص ص 45-49.

- وأهداف التحسين، لذا لا بد أن يكون لديها الإصرار على استمرار عملية التحسين، والقضاء على مقاومة العاملين للتغيير.
2. **ثقافة الجودة:** يتطلب تطبيق مفهوم التحسين المستمر تغيير الثقافة السائدة في المؤسسة، وتبني نظرة إيجابية للأفراد، والتركيز على العملية وعلى الزبائن، والعمل الجماعي ومشاركة العاملين من خلال إيجاد ثقافة الجودة. ووفقا لهذا المفهوم فإن عملية التحسين الفعالة هي تلك التي تبدأ من التخطيط للجودة بصياغة الأهداف والسياسات والإستراتيجيات ومن ثم توثيقها لتمثل أساس ثقافة الجودة ويجب أن تكون سياسة وأهداف المؤسسة واضحة لجميع العاملين بها، وأن يدرك كل منها دوره وتأثير العمل الذي يؤديه في تحقيق أهداف المؤسسة.
3. **مشاركة العاملين:** يعتمد نجاح أي مؤسسة على مستوى المعرفة والمهارة والدافعية لدى العاملين بها. وتهدف إدارة الجودة إلى تحقيق الاستفادة المثلى من القوى العاملة بالمؤسسة من خلال العمل الجماعي والمشاركة في صنع القرارات. وينطوي مفهوم مشاركة العاملين على منحهم الصلاحية بهدف السيطرة على نشاطاتهم واتخاذ القرارات المتعلقة بعملهم وتقدير إنجازاتهم. ولا يمكن تحقيق ذلك إلا بإزالة الحواجز التنظيمية، وتوحيد الأهداف، وإيجاد بيئة تنظيمية تركز على العمل الجماعي، وتشجع مشاركة العاملين في قرارات التحسين من خلال فرق العمل المشكلة لهذا الهدف. وينبغي أن يتوافر في البيئة التنظيمية الشعور بالثقة المتبادلة، وحرية التعبير عن الرأي.
4. **التركيز على الزبائن:** إن معرفة الزبائن، وتحديد احتياجاتهم، ومحاولة إرضائهم بتقديم الخدمات التي تطابق أو تفوق توقعاتهم، تعد إحدى المحاور الرئيسة لنظرية التحسين المستمر، والزبون في المؤسسات الاستشفائية -وفقا لهذه النظرية- هو جميع المستفيدين من خدمات المؤسسة في الداخل والخارج. ووفقا لهذا المفهوم فإن هناك فائدة كبيرة من التعرف على احتياجات العملاء في الخارج والداخل، ويعد فهم هذه الاحتياجات أساسا لتحسين الخدمة المقدمة، كما أن تحسين العلاقة مع الزبائن في الداخل ينعكس إيجابا على الزبائن في الخارج.
5. **التركيز على العملية:** يركز مفهوم التحسين المستمر للجودة على أن أفضل السبل لتحسين المخرجات وتحقيق أهداف المؤسسة هو تحسين العمليات ورفع كفاءتها "أداء العمل الصحيح بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى وفي كل مرة"، كما ترى أن الانحرافات في مستوى جودة المخرجات ليست نتيجة لقصور العاملين وإنما نتيجة خلل في العمليات أو أنظمة العمل. والتركيز على العملية يتطلب محاولة فهمها والتعرف على خصائصها من خلال نظام مستمر لجمع المعلومات، وتحديد مواطن الضعف وأسباب وجود اختلافات الأداء لتحسينها. وذلك

من خلال: تبسيط إجراءاتها ومنع تكرار أداؤها ورفع كفاءتها (الحد من هدر الموارد)، والقضاء على الأخطاء والاختلافات في الطريقة.

وقد طورت المنظمة الأمريكية للمستشفيات في العام (1992) صيغة جديدة لنموذج (شوهارت) تعرف بـ (Focus - PDCA)، ويقتضي الأخذ بعمليات منظمة ومستمرة لضمان عدم توقف دورة الجودة، ويتضمن هذا النموذج عدة خطوات للتحسين المستمر كما هو موضح بالشكل رقم (09) التالي:

الشكل رقم (09): نموذج خطوات التحسين المستمر للجودة



المصدر: أحمد شجاع السعيد، تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت، مذكرة ماجستير غير منشورة في الإدارة، كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، 2007، ص 48.

ويعد هذا النموذج واحدا من أهم نماذج التحسين المستمر، وربما أكثرها استخداما في بعض المؤسسات الاستشفائية في مختلف أنحاء العالم.

6. القياس والتحليل: يركز مفهوم التحسين المستمر على مبدأ "الإدارة بالحقائق" المتضمن جمع البيانات بصفة دورية ومستمرة عن الجوانب الرئيسة من نشاط المؤسسة، واستخدام مجموعة من الأدوات التحليلية المساعدة على اتخاذ القرارات الموضوعية للقضاء على الانحرافات والأخطاء وسوء الاستخدام. ويتم تحليل المعلومات باستخدام الأدوات التحليلية التي تقدمها

هذه النظرية كالرسوم البيانية والإحصائيات المساعدة على اتخاذ قرارات التحسين. وتشجع استخدام أسلوب المعايير المتضمن إيجاد نموذج مثالي تقتدي به المؤسسة في مختلف عملياتها، قد يكون مؤسسة أخرى أو جهة خارجية تسعى المؤسسة للاحتذاء بها أو التفوق عليها.

المطلب الرابع: مراحل تطبيق التحسين المستمر

تتمثل مراحل تطبيق التحسين المستمر في الآتي:¹

المرحلة الأولى: تحديد المشاكل التي تعيق الأداء الجيد للعمليات والتي تزيد من نسبة الأخطاء.

المرحلة الثانية: تحويل هذه المشاكل إلى فرص للتحسين، ووضع أولويات التحسين.

المرحلة الثالثة: توثيق النظام الحالي للعمليات المطلوب تحسينها.

المرحلة الرابعة: تكوين فريق عمل للتحسين.

المرحلة الخامسة: اختيار عملية لتحسينها وتعريفها بشكل واضح وتام.

المرحلة السادسة: قيام فريق التحسين بتحليل هذه العملية، ومعرفة المشاكل التي تواجهها ومحاولة تحديد أسبابها، وجمع ودراسة البيانات المتعلقة بهذه الأسباب.

المرحلة السابعة: اقتراح بدائل التحسين ودراسة تكلفة كل بديل، ثم اختيار الأفضل.

المرحلة الثامنة: اختيار الأسلوب المقترح لحل المشاكل ووضع برنامج التنفيذ.

المرحلة التاسعة: بعدها يتم متابعة وتقييم الأداء بعد عملية التحسين، وتكرار عملية التحسين الناجحة مع عمليات أخرى في المنظمة والتي تؤدي إلى الأداء المتميز.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 219.

المبحث الثاني: تقييم وقياس جودة الخدمات الصحية

تعتبر جودة الرعاية الطبية كمفهوم من أعقد المفاهيم سواء من حيث التعريف أو القياس ويعتبر تحديد وتعريف دونابيديان (Donabedian 1980) لمكونات جودة الرعاية الطبية ومداخل قياسها جزءاً لا يتجزأ من معظم محاولات تعريف وقياس الجودة كمفهوم، وقد حدد دونابيديان ثلاثة مكونات للجودة وهي: المكونات الفنية، المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية والمكونات البيئية والهيكلية وتشير المكونات الفنية إلى درجة حسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية لأغراض تشخيص ومعالجة المشاكل الصحية. وتشير المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية للجودة إلى الاستجابة لحاجات وتوقعات المرضى والمعاملة الودية والاهتمام من جانب منتجي ومقدمي خدمات الرعاية الطبية عند تعاملهم وتفاعلهم مع المرضى. كما تشير المكونات البيئية للرعاية إلى البيئة الكلية التي يتم ضمنها إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الطبية ويتضمن ذلك جاذبية المؤسسة الاستشفائية ومدة توفر مستلزمات الراحة والاطمئنان للمرضى في هذه المؤسسة، والخصائص الهيكلية والتنظيمية لها.¹

ولضمان جودة الرعاية الطبية، تركز غالبية المؤسسات الاستشفائية الحديثة في الممارسة على عدة أمور هامة تتضمن ما يلي:²

1. تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الطبية.
2. التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمة الطبية مثل رقابة وضبط العدوى وانتقال الأمراض داخل المؤسسة الاستشفائية وتبني سياسة محددة وجيدة للأدوية والعقاقير في المؤسسة وذلك من خلال لجان متخصصة فنية هي لجنة التحكم بالعدوى ولجنة الصيدلة.
3. تقييم ورقابة جودة الرعاية الطبية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي ومراجعة الاستخدام.
4. التركيز على تصميم برامج التعليم الطبي والتمريض المستمر على ضوء الاحتياجات التعليمية والتدريبية التي تكشف عنها دراسات التدقيق الطبي ومراجعة الاستخدام.

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2014، ص 396.

² نفس المرجع، ص 400.

المطلب الأول: متطلبات تقييم جودة الخدمات الصحية

يعرف تقييم جودة الخدمات الصحية " *Evaluation de la qualité des soins* " بأنه: "نشاط مشكل ومنظم، مخصص لتحديد المشاكل أثناء تقديم الرعاية الصحية، وصياغة الإجراءات التصحيحية بشكل مستمر، من أجل ضمان لكل مشكلة جديدة إجراء تصحيحية فعلية"¹.

تقترح الجمعية الأمريكية لإعتماد المستشفيات عددا من المتطلبات الدقيقة للنظام المقبول لتقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية وهذه المتطلبات هي:²

1. يجب أن يكون النظام هادفا وموضوعيا وثابتا وهنا لا بد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها.
2. يجب أن يكون نظام التقييم كفؤا وخاصة من حيث توفير وقت الطبيب وهنا لا بد من استخدام غير الأطباء للمهام التي تستهلك وقتا كبيرا ولا تتطلب تقويما أو حكما إكلينيكيا.
3. يجب أن يكون التقييم موثقا بحيث يتم تدوين كل القرارات الهامة كتابة وتوقيعها من قبل الطبيب المسؤول.
4. أن يكون التقييم صحيحا من الناحية الإكلينيكية. وعلى ذلك لا بد من إخضاع كافة المعايير الإكلينيكية المستعملة للتبرير الطبي أو يجب أن تكون مبررة.
5. يجب أن يكون النظام مرنا بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير إذا ما توفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي.

المطلب الثاني: نموذج دونابيديان لتقييم جودة الخدمات الصحية

في أول مقال له سنة 1966 المعنون بـ—(*Evaluating the quality of care*)، أحدث (*Donabedian , A*) فقرة نوعية في مجال جودة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية. هذا الإطار الجديد لا يعتمد فقط على مخرجات المؤسسة الاستشفائية لوحدها (جودة الخدمات الصحية المقدمة) وإنما يأخذ بعين الاعتبار العوامل المتعلقة بالهيكل والعمليات التي يمكن أن تحدث تميزا للمؤسسة الاستشفائية. حتى وإن كانت مساهمات هذا الباحث ركز على جودة الخدمات الصحية والتي تعتبر من أنواع القدرة التنافسية حسب (*Porter. M*)، إلا أن المعايير التي استخدمها تدخل في إطار العوامل التي تعطي للمؤسسة الاستشفائية قدرة تنافسية.³

ومن أجل تحديد أبعاد الجودة، قام (*Donabedian , A*) بانجاز سبر آراء مس المرضى والفتة المهنية. وقد توصل الى النتائج المبينة في الشكل التالي:

الشكل رقم (10): بعض معايير تقييم الجودة حسب (*Donabedian , A*)

¹ Centre de coordination de la lute contre les les infections nosocomiales, « *Amelioration de la qualité en hygiène hospitalière* », service épidémiologie et hygiène hospitalière, P 5.

² فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 401.

³ إلياس بومعراف، القدرة التنافسية للمنظمة الاستشفائية: المفهوم والأبعاد، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد 10، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2010، ص 161.

معايير الأداء الخاصة بالمهنيين	معايير الأداء الاصابة بالمرضى
إدارة العلاقات بين الأفراد المسؤولية المهنية، التحسيس البيكولوجي، تربية المريض	سلوك المهنيين إعطاء المعلومات، اتخاذ الإجراءات الوقائية، متابعة العلاج، الاحترام
سهولة الدخول، الاستمرارية، التنسيق جاهزية المهنيين، درجة اهتمام الفئة المهنية المتابعة	الاستجابة المستشفى، العلاج، المهنيين، الإدارة
	الاستمرارية - الراحة استمرارية العلاج، استمرارية المهني، الراحة
الجانب التقني (الطبي) معايير تقييم خاصة بكل أديبة طبية	سهولة الدخول تكلفة العلاج، التكفل على مستوى الاستعجلات، نظام تسديد تكاليف الخدمات، التأمين الاجتماعي

المصدر: إلياس بومعروف، القدرة التنافسية للمنظمة الاستشفائية: المفهوم والأبعاد، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد 10، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2010، ص 162.

توصل (A, Donabedian) حسب هذه الدراسة إلى أن معايير جودة الخدمات الصحية جد متعددة ومختلفة حسب نظرة كل فرد للمؤسسة الاستشفائية، حيث يقول "إن هناك العديد من الصعوبات تكثف عملية التعريف بالجودة... إلى حد أن تعريف الجودة يعتمد على حرية كل فرد". وعليه لا يمكن قياس مباشرة جودة الخدمات الصحية، ولكن يمكن إعطاء بعض المعايير الفرعية التي تساعد في عملية التقييم¹. وحسب الدراسة، اقترح (A, Donabedian) ثلاثة مداخل لقياس جودة الرعاية الطبية وهي المدخل الهيكلي ومدخل العملية ومدخل النتيجة النهائية، كما اعترف بأهمية رضا المرضى كمقياس للجودة:²

1. **المدخل الهيكلي:** ويتضمن استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الاستشفائية مثل عدد وفئات، ومؤهلات منتجي ومقدمي خدمات الرعاية الطبية، والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة، وأسلوب تنظيمها وإدارتها. ويعتبر مدخل القياس هذا جذابا وميسرا للإداريين بسبب سهولة توفير المعلومات المطلوبة للتقييم من سجلات المؤسسة أو من خلال الملاحظة البسيطة. ويستند مدخل القياس هذا على افتراض أساسي وهو (إذا كان هيكل الرعاية جيدا فإن العمليات الملائمة سوف تتبع الهيكل، كما أن النتائج ستكون جيدة).

2. **مدخل العملية:** ويشير هذا المدخل كما عرفه دونابديان إلى الأنشطة والخدمات التي تم تقديمها للمريض، وقد طور بروك ووليمز وديفس هذا المفهوم وفصلوا بين النواحي الفنية للرعاية والمهارات المرتبطة بالشخصية في التعامل والتفاعل مع المرضى أو ما يسمى فن

¹ إلياس بومعروف، القدرة التنافسية للمنظمة الاستشفائية: المفهوم والأبعاد، مرجع سابق، ص 162.

² فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 397-399.

الرعاية. ويعتبر هذا المدخل لقياس الجودة من المداخل الأكثر استعمالاً لسهولة تحديد المقاييس العملية بالمقارنة مع المقاييس النتيجة النهائية حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمرضى، ويقوم هذا المدخل على تحديد قائمة مسبقة بالعناصر التي يعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء رعاية المرضى كما هي موثقة في السجلات الطبية للمرضى. والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المدخل هو (إذا كانت العمليات صحيحة فيتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة) ويؤخذ على هذا المدخل استعماله لما يسمى القائمة المحددة للأنشطة والإجراءات التي تشكل الرعاية الجيدة دون الأخذ بالاعتبار شدة المرض ونتائج الفحوصات المخبرية والتشخيصية الأخرى. ووجود أو غياب الأعراض المرضية، وبالتالي فإن هذا المدخل قد لا يعتبر الوسيلة الملائمة لقياس عملية الرعاية. كما أن الدراسات والأبحاث التي أشارت إلى وجود علاقة قوية بين عملية الرعاية والنتائج النهائية للرعاية هي قليلة جداً.

3. **مدخل النتيجة النهائية:** حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات الصافية التي تحدث للمستوى الصحي الفردي أو المجتمعي الآن ومستقبلاً كنتيجة لخدمات الرعاية الطبية. وهذه المقاييس لها جاذبية بسبب الصدق الظاهري لها. وحقيقة الأمر أن هنالك عوامل كثيرة تؤثر على المستوى الصحي بجانب الرعاية الطبية كعوامل البيئة والوراثة والقيم والسلوك. ويستعمل هذا المدخل مجموعتين من مقاييس المخرجات وهي مؤشرات الوضع الصحي العام ومؤشرات الوضع الصحي الخاص بمرض محدد. ومن الأمثلة على المجموعة الأولى من المقاييس تحسن الأداء الجسدي المادي للشخص، والأداء العاطفي والأداء الاجتماعي. ومواقف المرضى والتغير في السلوك المرتبط بالصحة، وهذه المقاييس يمكن أن تركز على إدراك الشخص (المريض) لمستوى صحته أو على الرأي المهني (الأطباء).

4. **مدخل رضا المرضى لقياس الجودة:** هنالك الكثير من الدراسات والأبحاث التي تناولت تقويم الجودة باستعمال مقياس رضا المرضى حيث يمكن لهذا المقياس أن يعكس النتيجة النهائية للرعاية والعمليات والأنشطة وهيكلية الرعاية معاً. ويندرج تحت هذا المدخل معظم دراسات وأبحاث تسويق الخدمات الصحية حيث ركزت على الرضا المدرك من قبل المرضى حول ما يقدم لهم من خدمات.

حيث أكد (A , Donabedian) على درجة ارتباط العوامل الثلاثة: الهياكل، العمليات والنتائج النهائية مع جودة الخدمات الصحية. لذا فقد ركز اهتمامه على تقييم العوامل التي لها علاقة مع الجودة بدلاً من التركيز على تقييم الجودة في حد ذاتها لأنها صعبة التقييم. لذا أصبحت معايير الجودة هي الهياكل الملائمة

(*Good Structures*)، العمليات الملائمة (*Good Procedures*) والنتائج الملائمة (*Good Results*). فكلية ملائم تضمن جودة وقدرة تنافسية ملائمة. فمعيار الهياكل يؤثر على جودة الخدمة الصحية من حيث أنه يحسن من عملية التكفل بالمريض، أما معيار العمليات فيمثل مختلف الممارسات المهنية للأطباء والمرضى، في حين نجد أن معيار النتائج النهائية يعكس التغير في حالة المريض. بمعنى أن جودة الخدمات الصحية للمؤسسة الاستشفائية لا تقاس فقط بحجم الخدمات الصحية التي تقدمها، وإنما بقيمة هذه الخدمات من وجهة نظر الزبون (المريض)، أو كما يسميها (*Porter, M*) بخلق القيمة (*Value Creation*) ذلك أن قيمة الخدمات الصحية تتمثل في تحسين الحالة الصحية للمريض (جودة الخدمة الصحية حسب *Donabedian, A*).¹

المطلب الثالث: نماذج قياس جودة الخدمات الصحية

القياس الدقيق لجودة الخدمة عملية معقدة بسبب طبيعة الخدمة نفسها؛ كمنتج غير مادي وغير نمطي، كذلك قصر تجربة القطاع الخدمي في القياس؛ فهي تعود لمنتصف الستينات، بينما تمتد التجربة الصناعية في القياس ومراقبة الجودة على الأقل إلى المدرسة التaylorية.²

تؤكد أهمية قياس الجودة المدركة أكثر في الخدمات، فالخدمة كمنتج غير ثابت الجودة ويتضمن أبعاد ذاتية غير مستقرة مرتبطة بشخصيات الزبائن وتجاربهم السابقة، ما جعل الباحثين في جودة الخدمة يركزون على الجودة المدركة للخدمة أكثر من الجودة الموضوعية. أما المنتج المادي يستخدم الزبون عدة مؤشرات محسوسة ظاهرة (كاللون، الملمس، الرائحة، الصلابة، الوزن)...؛ لكن أمام الخدمة، لا يوجد هذا الكم من المؤشرات الظاهرة، إلا ما يظهر من تجهيزات ومظاهر مادية وتسهيلات في مركز الخدمة أو مظهر العاملين.³

إن قياس الجودة في الخدمات الصحية يتطلب أولاً تحديد حاجات ورغبات المريض-الزبون.

أولاً: مفهوم حاجات ورغبات المريض: تشير الحاجة للخدمة الصحية إلى الحد الأدنى من الخدمات الصحية الضرورية لضمان حياة مرضية للفرد، أما الرغبة فهي مجموعة الخدمات التي يرغب بها ويطلبها الفرد كمتطلبات لما يعتبره الحياة المثلى.⁴ وجدير بالذكر هنا أن الخدمة الصحية وعلى خلاف السلع والخدمات الأخرى لا تستهلك رغبة فيها وإنما لدفع ضرر أكبر.

تصنف الحاجة في مجال الخدمات الصحية إلى ثلاثة أنواع كما يلي:⁵

¹ الياس بومعروف، القدرة التنافسية للمنظمة الاستشفائية: المفهوم والأبعاد، مرجع سابق، ص ص 162، 163.

² صالح بوعبد الله، قياس أبعاد جودة الخدمة: دراسة تطبيقية على بريد الجزائر، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد 10، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2010، ص 90.

³ صالح بوعبد الله، نماذج وطرق قياس جودة الخدمة: دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر أطروحة دكتوراه غير منشورة في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف 1، الجزائر، 2013/2014، ص 51.

⁴ فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2014، ص 90.

⁵ فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، مرجع سابق، ص ص 94، 95.

1. **الحاجة النظرية:** وهي غير مدركة طبيًا حيث من غير الممكن التكهن أو معرفة ماهية الأنماط المرضية التي قد تظهر مستقبلاً والتي لا نعرف عنها شيئاً الآن.
2. **الحاجات الصحية القابلة للكشف طبيًا:** وهي الحاجات المعترف بها من قبل الأطباء كحاجات صحية وتقسّم إلى قسمين:
 - الحاجات المحددة إكلينيكيًا: مرحلة ظهور الأعراض؛
 - الحاجات الصحية غير الظاهرة: مرحلة ما قبل ظهور الأعراض.
3. **الحاجات المحسوسة:** وهي الحاجات المدركة من قبل المريض أو الفرد نتيجة لظهور الأعراض المرضية وتعتبر مشاكل طبية، وتقسّم الحاجة المحسوسة إلى قسمين:
 - **الحاجات غير المنفذة:** أي التي لا تذهب إلى الطبيب و/أو يتم تجاهلها من قبل الفرد وتبلغ 90% من مجموع الحاجات المحسوسة وهي نتيجة عدة عوامل من بينها: التعليم، القدرة المالية، تكلفة الوقت والسفر.... الخ؛
 - **الحاجات المنفذة:** أي التي تذهب إلى الطبيب وتبلغ 10% من الحاجات المحسوسة وجدير بالذكر أن 40-60% من هذه الحالات هي طبيعية، ويتأثر قرار الفرد في الشروع بطلب الخدمة بإدراكه لما يلي:
 - القابلية للإصابة بمرض ما كما يتصورها الفرد نفسه.
 - خطورة الحالة كما يتصورها الفرد نفسه.
 - فاعلية المعالجة كما يتصورها الفرد.

ثانياً: نماذج قياس جودة الخدمات الصحية: قياس جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون، يتطلب تحديد مفهوم جودة الخدمة المدركة وتحديد أبعادها ومن ثم تطوير أدوات عملية لقياسها. أغلب الدراسات في هذا المجال انطلقت من كتابات الثلاثي "باراسورامون، بيرري وزيثامل"، ونموذجهم الشهير *Servqual*، وكذا مقياس *Servperf* لكرونين وتايلور". المقياسين يعتمدان على بنية من خمسة أبعاد، ويرى أصحاب النموذجين أنها صالحة، مع تعديلات محدودة، لتلائم كل القطاعات الخدمية ومختلف البيئات الاقتصادية. لكن العديد من الدراسات أكدت ضرورة تكييف المقياس مع واقع كل قطاع خدمي، ومع البيئة الثقافية والاقتصادية، وأكثر ما يتوجب تكييفه في المقياس هو أبعاد الجودة.¹

1. **نموذج سيرفكوال:** بدأت أبحاث الثلاثي الأمريكي بيرري، زيثامل وباراسورامون " *Berry L, Zeithaml V, Parasuraman*" بدراسة مشهورة سنة 1985 لقياس جودة الخدمة، التي قدموا من خلالها مقياس *Servqual*، والذي يتكون من خمسة أبعاد لقياس جودة الخدمة هي:

¹ صالح بوعبد الله، قياس أبعاد جودة الخدمة: دراسة تطبيقية على بريد الجزائر، مرجع سابق، ص 90.

الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف، حيث يتكون هذا المقياس من مجموعتين كل مجموع تضم (22) عبارة، تهدف المجموعة الأولى لقياس توقعات الزبائن للخدمة المؤسسة، بينما تهدف المجموعة الثانية إلى قياس اتجاهات الزبائن نحو أداء المؤسسة. وذلك من خلال العلاقة الآتية:¹

$$\boxed{\text{الجودة} = \text{الإدراكات} - \text{التوقعات}}$$

الجودة حسب نموذج الفجوة تتحدد إذن بدرجة واتجاه الفرق بين الأداء الفعلي للخدمة حسب إدراك الزبون، وبين ما يتوقعه تبعاً لحاجاته، وتجاربه السابقة، وما ينمى لسمعه من تجارب الآخرين.

وبعد تعرض هذا المقياس للعديد من الانتقادات قدم *Berry L, Zeithaml V, 1988* "Parasuraman" تنقيح لهذا المقياس وذلك بإضافة الأهمية النسبية للأبعاد الخمسة للزبائن وذلك لوزن جودة الخدمة في كل بعد من الأبعاد الخمسة للمقياس وذلك لتحقيق دقة أكبر، وبذلك أصبح مقياس الجودة المقترح من قبل معتمداً وصادقاً لقياس جودة الخدمة.² حيث تم الوصول إلى خمس فجوات، هي كالتالي:³

الفجوة رقم (01): بين توقعات المرضى لجودة الخدمة وإدراك إدارة المؤسسة الاستشفائية لهذه الجودة، وتنشأ هذه الفجوة من إدراكات الإدارة غير الدقيقة لتوقعات المرضى والسبب في ذلك قد يعود إلى ضعف الإدارة في التركيز على المرضى والسوق أو ضعف الاتصالات الصاعدة لنقل المعلومات الضرورية من المرضى إلى الإدارة أو بسبب زيادة عدد المستويات الإدارية.

الفجوة رقم (02): بين مواصفات جودة الخدمة وإدراك إدارة المؤسسة الاستشفائية لتوقعات المرضى، بمعنى أنه لو كانت حاجات المرضى المتوقعة و رغباتهم معروفة للإدارة، فإنه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بموارد المنظمة أو التنظيم، أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة.

الفجوة رقم (03): بين إدراك إدارة المؤسسة الاستشفائية لمواصفات جودة الخدمة الصحية ومواصفات الخدمة المقدمة فعلياً، وتنتج هذه الفجوة بسبب صعوبة وضع معايير موحدة لتوحيد الأداء وتقديم الخدمة الصحية، أو ضعف مستوى المهارات لدى القائمين على أداء الخدمة بمستوى معين بسبب ضعف الدعم الكافي لموظفي الخط الأول.

¹ عامر علي حسين وأميرة هاتف الجنابي، "التوجه نحو الزبون وولائه - تحقيق تجريبي لدور الوسيط لإدراك جودة الخدمة"، (05/01/2016) www.uokufa.edu.iq/journals/index.php/ghjec/article/view/1705

² نفس المرجع.

³ جناة بوقجاني وهاني حامد الضمور، "أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى"، مؤتمراً للبحوث والدراسات، المجلد السابع والعشرون، العدد الثالث، 2012، ص ص 78، 79.

الفجوة رقم (04): بين الاتصال الخارجي مع المرضى عن مستوى الخدمة الصحية وبين مواصفات الخدمة المقدمة فعليا، إذ أن توقعات المرضى تعتمد على الاتصالات الخارجية للمؤسسة الاستشفائية المقدم للخدمة الصحية، فالتوقعات الواقعية تبني إدراك إيجابي أكبر لجودة الخدمة.

الفجوة رقم (05): بين توقعات المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة وبين إدراكاتهم للخدمة المقدمة فعليا، ويعتمد نشوء هذه الفجوة على حجم وتوجه الفجوات الأربعة السابقة والتي لها تأثير في طريقة تسليم الخدمة، ووجود الفجوات الأربع السابقة يقود إلى نشوء الفجوة الخامسة.

2. **نموذج سيرفبارف:** لعل كرونين وتايلور "*Cronin, J. J., & Taylor, S. (1992)*" هما أبرز من انتقد اتخاذ التوقعات معيارا لقياس الجودة، مقترحين قياس الجودة من خلال الأداء وحده. حسب هذا النموذج:

$$\boxed{\text{الجودة} = \text{الأداء}}$$

يقصد بالجودة هنا، الجودة المدركة، ويقصد بالأداء الأداء الفعلي الذي يدركه الزبون، وهو نفسه المفهوم الذي يقيسه مقياس سيرفكوال مع التوقعات، لكن نموذج سيرفبارف لا يعتمد على التوقعات في حساب الجودة المدركة.

الطريقة العملية للقياس في هذا النموذج هي استخدام نفس أداة سيرفكوال، لكن مع الاستغناء عن البنود الإثني عشر وعشرين التي تقيس التوقعات.

اقترح كرونين وتايلور نموذجهم البديل في مقالة لهما سنة 1994، شملت قطاعات خدمية مختلفة متعددة. أظهرت هذه الدراسة أفضلية نموذج الأداء وقدرته على تحسس التباين في إدراك الزبائن لجودة الخدمة.¹

بصفة عامة يؤيد كثير من الباحثين حجة الفريق الأمريكي (*BZP 1994*) بأن مقياس سيرفكوال أكثر غنى من حيث المعلومات المستخلصة وأفيد للمسير في تشخيص مواقع القوة والنقص، لأنه يظهر ما إذا كانت العلامات المتدنية ناتجة عن توقعات عالية أم عن أداء ضعيف. لكن مقياس الأداء سيرفبارف أقدر على تفسير التباين في مقياس الجودة المدركة وأكثر عملائية، كونه يتجنب المفهوم المعقد للتوقعات والنقائص العملية المترتبة عن مفهوم الفجوة.²

المبحث الثالث: آليات التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية

¹ صالح بوعبد الله، نماذج وطرق قياس جودة الخدمة: دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر، مرجع سابق، ص 68.

² نفس المرجع، ص 68.

من أجل خلق قيمة مضافة لزبائن المؤسسة الاستشفائية، لا بد من التوجه بالمريض-الزبون وذلك من خلال تبني مجموعة من آليات التحسين، من بينها التحسين المستمر وفق عجلة ديمينغ، نموذج سيجما ستة، ومعايير الاعتماد لتحسين جودة الخدمات الصحية.

المطلب الأول: التحسين المستمر وفق عجلة ديمينغ

يعتبر التحسين المستمر للجودة (*L'Amélioration continue de la qualité*) الآلية الكفيلة بتحسين العمليات باعتبارها تمس مختلف مراحل عملية تقديم الخدمة الصحية، من خلال الاكتشاف المبكر لنقاط الخلل والعمل على تصحيحها باستخدام دائرة ديمينغ (*PDCA*).

أولاً: مفهوم دائرة ديمينغ (عجلة الجودة): وُضِعَ مبدأ التحسين المستمر للجودة في عام 1951 من قبل ويليام ديمينغ "W. Deming"، على شكل دائرة *PDCA* (خطط "Plan"، افعل "Do"، افحص "Check"، تصرف "Act") أو ما يعرف بعجلة الجودة، والتي يتم العمل من خلالها عن طريق تقسيم عملية التحسين المستمر للجودة إلى أربعة مراحل متسلسلة، وسبعة خطوات أساسية تسمح وفق ديمينغ بزيادة وتعظيم الوقاية لأجل تخفيض الحاجة للتصحيح. وتتضح مختلف هذه المراحل في الشكل التالي:

الشكل رقم (11): المراحل السبعة لدائرة التحسين المستمر للجودة

خطط (<i>Plan</i>)	- اختيار الموضوع: تحديد المشكل، - ملاحظة الوضع الحالي: اختيار وتحليل المعطيات، - تحليل الأسباب: إيجاد الأسباب الأساسية، - اقتراح التحسينات.
افعل (<i>Do</i>)	- تطبيق التحسينات.
افحص (<i>Check</i>)	- تأمين الفعالية وتحديد الانجازات.
تصرف (<i>Act</i>)	- الموافقة على العمليات الجديدة، قياس وإعطاء المتابعة.

المصدر: Claude VILCOT et Hervé LECLLET, *Indicateurs qualité en santé*, 2^e édition, AFNOR, 2006, P 21.

ثانياً: تحسين العمليات باستخدام دائرة ديمينغ: لتحسين العمليات وفق هذه الآلية، يقتضي الأمر إحداث تغييرات في المجالات التالية:

- تقليل الاختلافات في متغيرات العمليات وخصائص التقديم المؤثرة على الجودة.
- التقليل من الأنشطة بدون قيمة مضافة داخل العمليات.
- اختصار العمليات.

وبتطبيق نموذج دائرة (*PDCA*) في تحسين العمليات، فإنه ينتج:

- قبل بداية العملية: تأمين النتيجة الممكن بلوغها، وذلك يكون بقياس مؤشرات البناء.*
 - في نهاية انجاز العملية: تقييم بلوغ الهدف المحقق وتقدير مدى مساهمته في إرضاء الزبائن، وذلك يكون بقياس مؤشرات العملية** والمؤشرات الحارسة***.
 - بعد تنفيذ العملية: تقييم ضرورة التحسينات، وهذا يكون بقياس مؤشرات النتائج**** ومؤشرات الرضا*****.
 - بعد مراجعة العملية: قياس فعالية التغييرات.
- وهذا ما يتجلى من الشكل التالي:

الشكل رقم (12): الروابط بين إدارة العمليات ودائرة (PDCA) ومكان المؤشرات في هذا النموذج

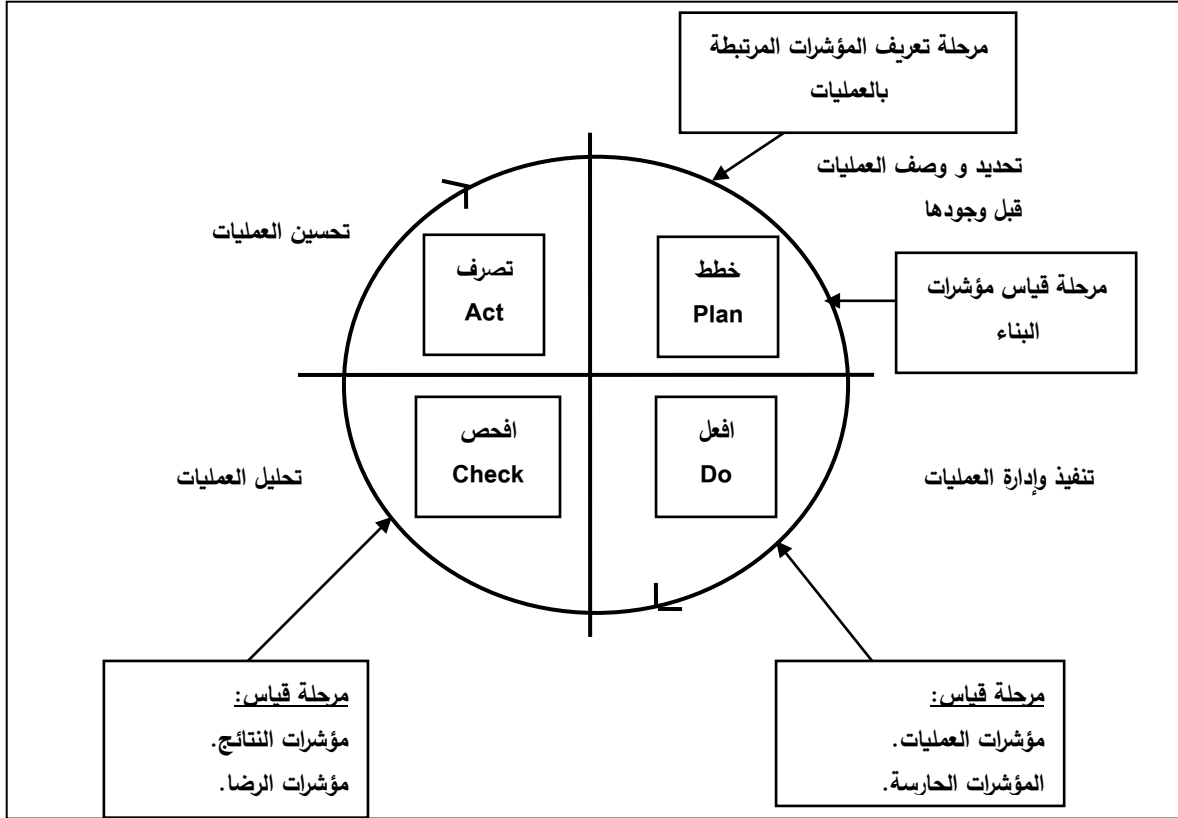
* تقيس مؤشرات البناء الوسائل والموارد المستعملة من قبل المؤسسة الصحية لأجل تقديم الخدمات الصحية التي تستجيب للأهداف المحددة (عدد الأفراد المؤهلين، عدد الغرف الفردية، عدد الأسرة بارتفاع متغير... الخ).

** تقيس مؤشرات العملية الأنشطة التي تسمح ببلوغ الأهداف.

*** تقيس المؤشرات الحارسة ظاهرة أو حادث ما وتحلل بعرق أسباب الانحراف وإجراء التصحيح بسرعة، يستطيع أن يكون هذا المؤشر مؤشر البناء أو العملية أو مؤشر النتيجة.

**** تقيس مؤشرات النتائج بلوغ الهدف المحدد.

***** تقيس مؤشرات الرضا مستوى الجودة المدركة من قبل الزبون (المريض، الطبيب المعالج، المؤسسة الممونة، الوصاية... الخ).



المصدر: Claude VILCOT et Hervé LECLET, *Indicateurs*, AFNOR, 2006, P 21.

qualité en santé, 2^e édition, AFNOR, 2006, P 21.

ثالثا: تحسين عملية التخدير (*Processus anesthésique*) باستخدام أسلوب التحسين المستمر للجودة: لوضع أسلوب التحسين المستمر للجودة في عملية التخدير مثلا، فانه يتم تقسيم هذه العملية تقسيما يتطابق والواقع الملاحظ في المؤسسة الصحية، حيث يسمح بتحديد المراحل المختلفة لهذه العملية وتحديد نقاط الضعف التي من الممكن أن تعرقل قيامها.

وعليه يستند التحسين المستمر لعملية التخدير إلى:¹

– التحكم في التنظيم: وذلك من خلال:

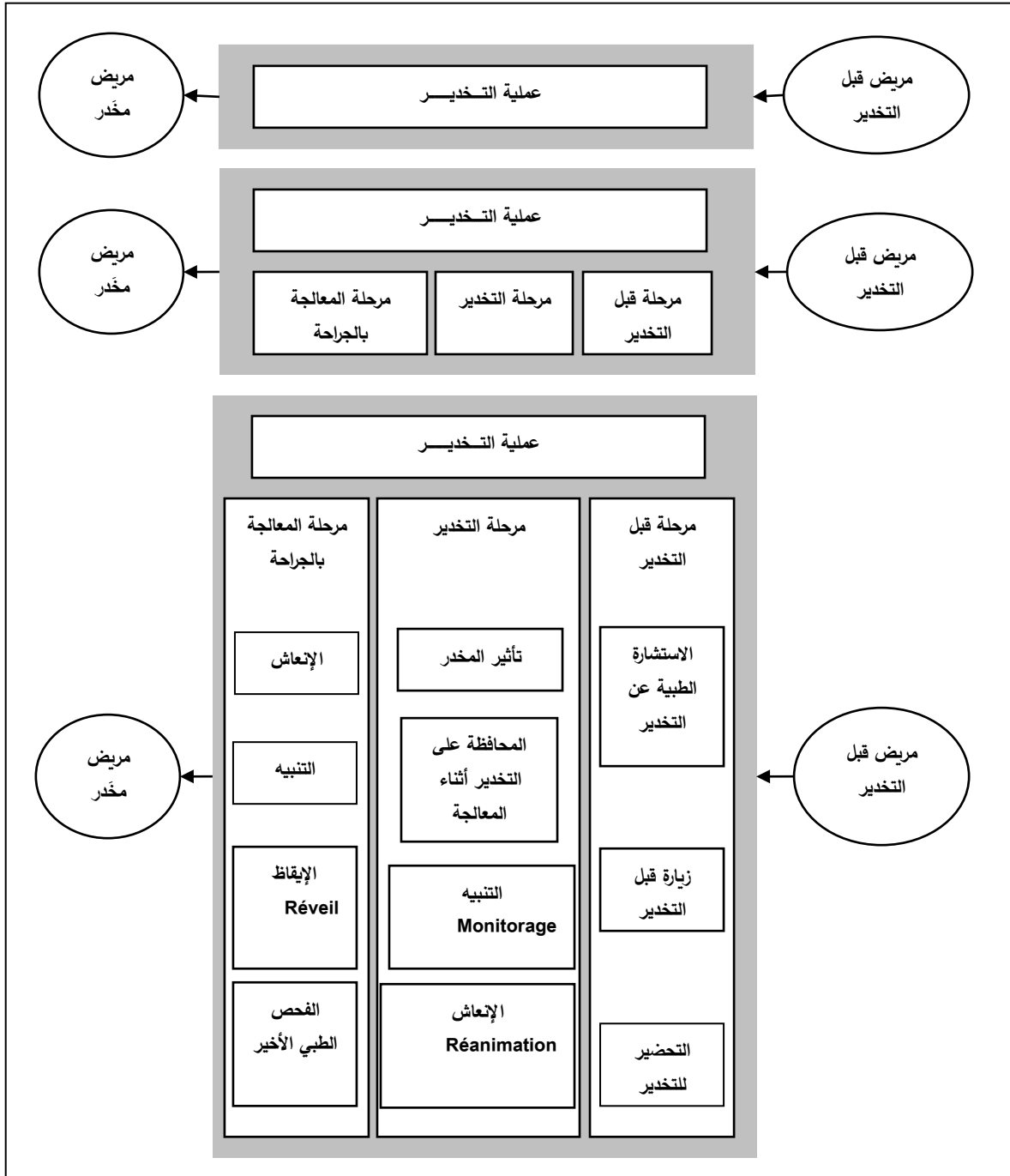
- الاستشارة الطبية قبل التخدير؛
- الزيارة قبل التخدير في الساعات التي تسبق المعالجة بالجراحة؛
- تخطيط الأنشطة العملية، لتحضير برنامج عمليائي يكون العمل فيه تعاوني بين الجراحين، المخدرين، الإطارات التمريضية لقسم أو مصلحة الجراحة؛
- تيسير نقل المرضى من قسم الجراحة إلى قاعة المراقبة.

– تحكم التقنيين: من خلال:

¹ Hervé LETEURTRE et autres, *la qualité hospitalière*, Berger-Levrault, Paris, 1999, PP 343-344.

- الاستخدام المتطابق للأجهزة والمعدات الطبية، والصيانة المنتظمة من قبل تقنيين متخصصين؛
 - نشاط الجراحة (جودة خدمات الجراحين).
 - التحكم في الإعلام و الاتصال: من خلال:
 - الإعلام بملف التخدير لكل مريض؛
 - وجود وسيلة اتصال سريعة بين قسم الجراحة وقاعة الإيقاظ؛
 - النقل الشفهي والكتابي للمعطيات المتعلقة بالمريض بين قسم الجراحة وقاعة الإيقاظ.
 - التحكم في صحة الأمكنة.
 - التحكم في المورد البشري: من خلال:
 - المطابقة المستمرة للأفراد (الطبيب والممرض) والأنشطة المنجزة؛
 - تقييم وتكوين (أولي ومتواصل) للأفراد.
- وهذا ما يتجلى في الشكل الموالي:

الشكل رقم (13): عملية التخدير



المصدر: G .MAGUERRE et Y .DERENNE, "Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé: principes méthodologiques", Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé, ANDEM, Paris, Octobre 1996, P 25.

المطلب الثاني: نموذج سيجما ستة لتحسين جودة الخدمات الصحية

يعرف منهج سيجما ستة *Six Sigma* في القطاع الصحي بأنه: "عملية إحصائية منتظمة لكشف ومعالجة العيوب في الأداء لتخفيض الاختناقات السريرية والآلية". وذلك لرفع مستوى جودة الرعاية الصحية والخدمات بما يتوافق مع متطلبات المريض.

ويستند منهج سيجما ستة على دعامتين أساسيتين هما:¹

1. صوت الزبون "Voice of customer (VOC)": أي تسليم الزبون خدمة خالية من العيوب، ويهدف صوت الزبون إلى بلورة المواصفات الحرجة للجودة، وتمثل خطوات جمع بيانات (VOC) في:

- تحديد الزبائن الرئيسيين؛
- طرح الأسئلة عليهم بعدة وسائل؛
- تحليل إجابات الزبائن وتحديد قائمة بالمتطلبات والمواصفات الرئيسية التي يطلبونها؛
- ترجمة متطلبات الزبائن إلى سمات في الخدمة.

2. خصائص الجودة الحرجة: أي الربط بين المشاكل والمنافع من وجهة نظر الزبون من جانب، والعمليات الداخلية في المؤسسة من جانب آخر، ثم الشروع بتحسين العمليات لتعظيم المنافع وتقليل المشاكل (العيوب) في الخدمات المقدمة للزبون.

أولاً: نموذج ديميك *DMAIC* للتحسين المستمر للجودة: إن الهدف الرئيس من منهج سيجما ستة *Six Sigma* هو تخفيض الاختلافات في العمليات والخدمات باستخدام نموذج *DMAIC* والذي يمثل الأحرف الأولى من خمس مراحل أساسية (التعريف، القياس، التحليل، التحسين، السيطرة)، تهدف هذه المراحل إلى الكشف عن أي تباين في العمليات عن معاييرها المحددة وهي مستمدة من دائرة *Diming* (خطط، اعمل، تحقق، نفذ)²، حيث تتمثل مراحل *DMAIC* في الآتي:³

1. **تعريف المشكلة (Define)**: وذلك من خلال تحديد أين تكمن المشكلة وما هي العوامل المتعلقة بالجودة ذات العلاقة، وكذلك التعريف بأهداف المشروع الخاضع للتحسين والعمليات الحالية المطبقة.

2. **قياس الأداء (Measure)**: من خلال الحصول على معلومات موثوق منها، وليس الاعتماد فقط على أفكار واعتقادات الموظفين أو حتى الزبائن، وهذه الخطوة من أهم الخطوات التي

¹ نزار عبد المجيد البرواري وحسن عبد الله باشيو، مرجع سابق، ص 358.

² عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 195.

³ نزار عبد المجيد البرواري وحسن عبد الله باشيو، مرجع سابق، ص 365، 366.

تتميز بها هذه الطريقة عن كثير من وسائل الجودة مثل إدارة الجودة الشاملة لأن الثقة في مجال العمل يجب أن تعطى للحقائق والمعلومات وليس للعواطف والتخيلات.

3. **تحليل الأسباب (Analyze):** بعد التعرف على مستوى الأداء في مجال المشكلة يجب القيام بالعمل على الوصول إلى الأسباب الجذرية للمشكلة من خلال التحليل الإحصائي ومقارنة المعلومات وتحليلها.

4. **تطوير الحلول (Improve):** بعد أن يتم تحليل المشكلة يتم البدء باقتراح الحلول الممكنة ومن المهم ملاحظة أن يكون الموظفون العاملون على هذه المشكلة جزء من الفريق الذي يعمل على إيجاد الحلول. كما يمكن إدخال الزبائن كجزء من فريق العمل لإيجاد أفضل الحلول المناسبة لمواجهة المشكلة محل البحث.

5. **التحكم والضبط (Control):** التأكد من أن الحلول في الخطوة السابقة سوف يتم بالفعل تطبيقها وتفعيلها، والتأكد من أن كل الأجواء المحيطة ستكون متوفرة من أجل استدامة الحل وأن لا تعود المشكلة للظهور من جديد لضمان عدم حصول انحرافات عن الأهداف المنشودة لتلك العمليات واحتمال تحقق العيوب.

ثانياً: آلية تطبيق سيجما ستة في المجال الصحي: يتم تطبيق هذه التقنية عبر مجموعة من الخطوات ووفقاً للآتي:¹

– **الخطوة الأولى:** نشر الوعي عن الجودة داخل المؤسسة الاستشفائية، ومراقبة تطبيق المعايير المطلوبة في أقسام المؤسسة الاستشفائية المختلفة، ومراقبة تفعيل اللجان المختلفة في المؤسسة الاستشفائية ذات العلاقة بالجودة (لجنة مكافحة العدوى، لجنة السجلات الطبية، لجنة السلامة العامة والوقاية من المخاطر...) مع متابعة وتوثيق نتائج مؤشرات ضبط الجودة للأقسام المختلفة.

– **الخطوة الثانية:** دراسة إجراءات فتح واستخراج وتداول وحفظ الملفات الطبية واقتراح ما يلزم بشأن ضمان تنفيذها بسهولة ويسر ثم متابعة قيام الأقسام بمراجعة المحتوى الفني لملفات المرضى.

– **الخطوة الثالثة:** الوقاية من المخاطر عبر دراسة المعلومات المتعلقة بحالات الحوادث والإصابات بين المرضى والمراجعين والعاملين بالأقسام والمواقع المختلفة والتعرف على أسبابها والعوامل ذات العلاقة بحدوثها.

¹ نزار عبد المجيد البرواري ولحسن عبد الله باشيو، مرجع سابق، ص ص 393-398.

- **الخطوة الرابعة:** يتم خلالها مراجعة التقارير الواردة من جميع الأقسام عن جميع حالات الوفيات التي تحدث بالأقسام المختلفة وللتأكد من كافة الإجراءات المتخذة للرعاية وفقاً للإمكانات المتاحة والتوصية بما يلزم بشأن إجراءات الرعاية مع دراسات التقارير التي يقدمها قسم السجلات الطبية والإحصاء عن معدلات الوفيات بالأقسام المختلفة وتسجيلها.
- **الخطوة الخامسة:** منع العدوى وحصرها، ويتم تشكيل هذه اللجنة من رئيس للفريق طبيب مؤهل ومشاركين من الأقسام التالية (الباطنية، الجراحة، المختبرات، العمليات، التخدير والسجلات الطبية، التمريض، الصيدلة، الطب الوقائي) عبر مراجعة وتطبيق ومتابعة سياسات وإجراءات طرق منع العدوى.
- **الخطوة السادسة:** تطوير أخلاقيات المهنة وأنظمتها عبر التوجهات المستمدة من القيم والمبادئ وتعني بكيفية التصرف اللائق أثناء ممارسة المهنة وأنظمتها وهي القواعد والتشريعات التي تنظم عمل الممارسين ويترتب على انتهاكها عقوبات فهي إذا نوع من القوانين. والتركيز على الصفات التي يجب أن يتحلى بها الطبيب من إخلاص وصدق وأمانة ونزاهة ومكارم الأخلاق والتواضع واحترام الآخرين والصبر والعطف.

المطلب الثالث: دور الاعتماد في تحسين جودة الخدمات الصحية

تسعى المؤسسات الاستشفائية في مختلف أنحاء العالم للحصول على الاعتمادية وبشكل اختياري لتحقيق عدد من الأهداف تتلخص في تطوير جودة الخدمات الصحية المقدمة وتعزيز سلامة وأمن المرضى بالإضافة إلى تعزيز الموقف التسويقي للمؤسسة الاستشفائية، وفعلياً فإن السبب الرئيسي الذي لأجله تلجأ المؤسسات الاستشفائية للحصول على الاعتماد هو تسويق خدماتها عالمياً في سوق السياحة العلاجية بالاستناد إلى تحقيقها التميز المشهود له من قبل هيئة اعتماد ذات مصداقية ومعترف بها عالمياً.¹

أولاً: مفهوم الاعتماد: يعبر الاعتماد عن العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الاستشفائية، وتحدد فيما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وضعت للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها، وهذه المعايير تحقق أفضل ما يمكن الوصول إليه، إذ أن اعتماد المؤسسة يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى.²

¹ وفاء نايل عطاالله كرادشة، تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في الأردن، مذكرة ماجستير غير منشورة في غدارة الأعمال، قسم إدارة أعمال، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2012، ص ص 36، 37.

² وفاء نايل عطاالله كرادشة، مرجع سابق، ص 38.

ويعرف اعتماد المؤسسات الاستشفائية على أنه: "عملية متكاملة تتضمن مجموعة من الخطوات التي يتم بواسطتها تقييم المؤسسة الاستشفائية لمعرفة ما إذا كان يحقق مجموعة من المعايير والأسس التي صممت لتطوير جودة الأمان من خلال الرعاية الصحية المقدمة، ويتم هذا التقييم عادة من قبل جهة وطنية محايدة، مستقلة، وليست تابعة للمؤسسة الاستشفائية"¹، حيث يمثل الاعتماد: "إعلان رسمي مشهر أو برنامج تقييمي يسمح بتحقيق جودة مؤسسة الرعاية الصحية في إطار تطبيق معايير الجودة العالمية، وهو بذلك عملية تقييم تقوم بها هيئة تقييم خارجية مستقلة لتقدير مدى توافق المؤسسة الاستشفائية مع المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل هيئة الاعتماد، والهدف الأساسي للاعتماد هو تطوير أنظمة وإجراءات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية."²

ثانياً: تأثير معايير الاعتماد على تحسين جودة الخدمات الصحية:³

1. سهولة الوصول إلى الخدمة وإستمرارية الرعاية الصحية: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:
 - زيادة فرصة الاستفادة من الخدمة (المريض) في الحصول على خدمة متكاملة يحقق بعدين هامين من الجودة وهما سهولة ويسر الوصول إلى الخدمة وإستمراريتها.
 - تنسيق الخدمات بما يتناسب مع حالة المريض يحقق بعدين هامين من الجودة وهما الكفاءة والفعالية.
 - جعل المريض في بؤرة الاهتمام يحقق بعد هام من الجودة وهو احترام وتقدير المريض.
2. حقوق المريض وأسرته: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:
 - احترام وتقدير المريض وأسرته يعتبر بعد أساسي وهام من أبعاد جودة الخدمات الصحية.
 - تعليم وثقيف المريض والأسرة فيما يتعلق بالحالة والرعاية الصحية المطلوبة يزيد من فرص تحسين نتائج العلاج.
 - جعل المريض في بؤرة الاهتمام يحقق بعد هام من الجودة وسهولة الوصول وتقدير المريض.
3. تقييم حالة المريض: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:
 - تطبيق الطرق الصحيحة في التشخيص والتقييم يؤدي إلى تحقيق بعدين هامين هما الفاعلية والملائمة.

¹ عبد القادر دربال وأحلام زواوية، مرجع سابق.

² نفس المرجع.

³ وفاء نايل عطالله كرادشة، مرجع سابق، ص ص 39، 45.

- باختيار فريق من مقدمي الخدمة ذات المهارة العالية يتحقق بعد القدرة على تقديم الخدمات بكفاءة عالية.
- جعل المريض في بؤرة الاهتمام يحقق بعدد هامين من الجودة هما سهولة الوصول إلى الخدمة واحترام وتقدير المريض.

4. رعاية المرضى: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:

- تقديم الرعاية الصحية الصحيحة في الوقت الصحيح يزيد من الفاعلية ويقلل المخاطر وتزيد من فرص تحسين نتائج الرعاية الصحية وكلها هامة لجودة الرعاية الصحية.
- وجود خطة لرعاية المريض يحقق الإستمرارية وكفاءة الخدمات.
- التأكيد على توثيق كل خطوة من خطوات تقديم الرعاية الصحية ونتائجها عنصر أساسي لقياس الجودة حيث يعتبر السجل الطبي المصدر الرئيسي لفرق تحسين الأداء وفرق المراجعة التي تمثل نتائجها حجر الزاوية لنظام الجودة بالمؤسسة الاستشفائية.

5. إعلام وتعليم المريض وأسرته: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:

- ثبت أنه بتعليم المريض وإعلامه عن حالته وعن خطة العلاج وفهمه وتطبيقه للتعليمات تزيد فرص تحسين نتائج العلاج وتقل فترة الإقامة بالمؤسسة الاستشفائية والمضاعفات في كثير من الأعراض الجانبية.
- إعلام المريض وأسرته وتعليمه يحقق بعد احترام المريض وتقديره ويعتبر إعطائه حق من حقوقه وفي هذا تطبيق لقواعد الجودة.
- فهم المريض لطبيعة المرض وطرق العلاج يزيد من فعالية وكفاءة الرعاية الصحية وهما بعدان هامين للجودة.

6. التحسين المستمر للجودة وتحقيق الأمان للمرضى: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:

- مراقبة العمليات يؤدي إلى اكتشاف مبكر للمشكلات الأمر الذي يدعو إلى التصدي لها وحلها قبل أن تستفحل وتؤثر على نتائج العلاج وقناعة المرضى.
- مشاركة القيادات في عملية تحسين الجودة يضمن نجاحها وإستمراريتها.
- ترسيخ مفاهيم تحسين الأداء يعتبر أفضل ضمان للوصول إلى الإلتزام الكامل بالمعايير الأمر الذي ينعكس على جودة الخدمات وقناعة المستفيدين بها.
- تطبيق نظم الجودة والتحسين المستمر يقلل المخاطر ويزيد الأمان للمرضى ويقلل فرص خسارة المؤسسات الاستشفائية في دفع تعويضات وتكلفة عالية لشركات التأمين.

7. التحكم في العدوى ومنعها: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:
- تحسين فرص نتائج العلاج مع توفير الأمان للمرضى والعاملين مع تقليل مخاطر التعرض للأمراض والمضاعفات الناتجة عن العدوى.
8. القيادة والتوجيه والإدارة: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:
- تصبح عمليات التحسين المستمر جزءاً من الممارسات الإدارية الأساسية بالمؤسسة.
 - تتحمل القيادات مسؤولية متابعة ومراقبة تحسين الأداء بصفة مستمرة.
 - تلتزم القيادات بتوفير الموارد المطلوبة لتحسين الجودة حيث لا يمكن إجراء تغيير دون هذه الموارد.
 - يعتبر مجلس الإدارة هو المسؤول الأول أمام المجتمع عن جودة الخدمات.
9. إدارة المنشآت الصحية: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:
- توفير الأمان أثناء وجود المريض وأسرته داخل المؤسسة الاستشفائية عنصراً هاماً من عناصر الجودة حيث تزيد الثقة في قدرة النظام الصحي على تحقيق الشفاء وتقليل فرص حدوث مضاعفات أو إصابات.
 - التخطيط لمنع المخاطر يقلل الضرر ويقلل فرص حدوث مشكلات صحية غير متوقعة قد يترتب عنها دفع تعويضات مكلفة الأمر الذي يزيد الكفاءة ويوفر موارد المؤسسة الاستشفائية.
 - ضمان صيانة الأجهزة الطبية يضمن صحة عملها ودقتها في التشخيص والعلاج.
10. مؤهلات تعليم مقدمي الخدمات: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:
- ضمان أن مقدمي الخدمة لديهم المعلومات والمهارات اللازمة لتأدية المهام الموكلة إليهم وهو بعد هام لتحقيق الجودة.
 - متابعة الأداء ومراقبته بهدف التحسين ضماناً للتحسين المستمر في جودة الخدمات.
 - يعتبر الاختيار الصحيح لمقدمي الخدمة وتعليمهم وتدريبهم من أهم عناصر تحقيق الأمان أثناء تقديم الخدمة.
11. إدارة المعلومات: بتطبيق هذه المعايير تتحسن الجودة عن طريق:
- توافر المعلومة الصحيحة في الوقت الصحيح يضمن الكفاءة والفاعلية والملائمة.

- توفير المعلومات بين المؤسسات الاستشفائية يضمن الإستمرارية ويقلل التكرار والفاقد من الخدمات.
- عدم السماح بالاطلاع على معلومات المريض لمن لا يخصهم الأمر يوفر إحترام وتقدير المريض ويحافظ على حقوقه.

المطلب الرابع: أسلوب التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسة الاستشفائية لتحسين جودة

الخدمات الصحية

أثبتت أغلبية الدراسات الميدانية حول دراسة الأثر بين التوجه بالزبون وأداء المؤسسة الاقتصادية، أن هناك أثر إيجابي بينهما، حيث أن التوجه بالزبون يسمح للمؤسسة بأن تكون أكثر أداء من منافسيها وبلوغ أفضل النتائج متقدمة اتجاهات السوق ومطورة لإستراتيجية منتجات وخدمات جديدة تستجيب وحاجات ومتطلبات الزبائن، بالإضافة إلى أن التوجه بالزبون يسمح أيضا بأفضل توقع في السوق وبالتالي أفضل أداء للمؤسسة. وعموما فإن المؤسسة المتوجهة بالزبون تكون أكثر كفاءة في تقديم مستويات عالية لجودة الخدمات، والرضا الجيد للزبائن.¹

وفي مجال الخدمات الصحية، أثبتت الدراسات الميدانية أن هناك أثر إيجابي للتوجه بالسوق في المؤسسات الاستشفائية على مؤشرات الأداء الاجتماعي، ممثلة في الجودة المدركة للخدمة الصحية، رضا ووفاء المريض-الزبون.²

ومن خلال دراسة ميدانية لكل من "*Wan-I Lee et autres*" حول العلاقة بين كل من التوجه بالمريض-الزبون وجودة الخدمة الطبية وقيمة الخدمة ورضا المريض، اتضح بأن هناك علاقة إيجابية بين التوجه بالمريض-الزبون وجودة الخدمة الطبية؛ بحيث أنه عند وضع المريض في مقدمة اهتمامات المؤسسة الاستشفائية "المريض أولا"، فإنه سيتم تقديم خدمات بأفضل جودة للمريض، مما يساعد على خلق قيمة إيجابية للمريض، وبالتالي رضا المريض.³

خلاصة الفصل الثالث:

¹ Sanja Pekovic et Sylvie Rolland, « *L'impact de l'orientation client sur la performance des entreprises françaises* », Recherche et Applications en Marketing, Vol 27, n° 4, 2012, P 14, 15.

² Fr. Bilien, *Op ;Cit*, P 423.

³ Wan-I Lee et autres, « *The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction : the case of a medical center in southern Taiwan* », African Journal of Business Management, Vol. 4(4), China , April 2010 , P 457.

تعد الإدارة بالعمليات في المؤسسات الاستشفائية من المفاهيم الإدارية الحديثة، التي تقوم على التوجه بالمريض-الزبون في كل مراحل تقديم الخدمات الصحية، وهو ما يساعد على التشخيص الدقيق لحاجات ورغبات وتوقعات المريض، وبالتالي القدرة على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وكما اتضح سابقا فإن مختلف آليات تحسين جودة الخدمات الصحية تعتمد على منهج الإدارة بالعمليات، مثل عجلة ديمنغ، نموذج ستة سيجما والاعتماد، حيث يعتبر مدخل الإدارة بالعمليات كمكمل لأسلوب التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية.

كما أثبتت أغلبية الدراسات النظرية والميدانية العلاقة الإيجابية بين التوجه بالمريض-الزبون وتحسين جودة الخدمات الصحية؛ بحيث أنه عند وضع المريض في مقدمة اهتمامات المؤسسة الاستشفائية "المريض أولا"، فإنه سيتم تقديم خدمات بأفضل جودة للمريض، مما يساعد على خلق قيمة إيجابية للمريض، وبالتالي رضا المريض.

الفصل الرابع

واقع أسلوب التوجه بالمريض-الزبون-
في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية
وأثره على تحسين جودة الخدمات الصحية

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الجزء النظري من هذه الدراسة إلى مختلف المفاهيم المتعلقة بأسلوب التوجه بالمريض-الزبون وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، وكذلك إلى مختلف آليات تحسين جودة الخدمات الصحية، يأتي هذا الفصل إلى دراسة واقع وأثر التوجه بالمريض على تحسين جودة الخدمات الصحية لدى عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.

فما هو مستوى التوجه بالمريض في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية؟ وهل هناك تأثير لأسلوب

التوجه بالمريض-الزبون على تحسين جودة الخدمات الصحية؟

المبحث الأول: تحليل واقع التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

يتضمن هذا المبحث تحليل لواقع التوجه بالمريض-الزبون في أربع مؤسسات استشفائية جزائرية، بالإضافة إلى تحليل واقع التوجه بالمريض-الزبون ضمن إصلاحات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

تتضمن دراستنا عينة مكونة من أربع مؤسسات استشفائية، لوكز الاستشفائي الجامعي سعادنة عبد النور بولاية سطيف، والمؤسسة العمومية الاستشفائية -الزهاوي- بولاية المسيلة والمؤسسة العمومية الاستشفائية -رزيق بشير- بولاية المسيلة، والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة -سليمان عميرات- بولاية المسيلة.

أولاً: المركز الاستشفائي الجامعي -سعادنة عبد النور- بولاية سطيف:

1. نشأة المركز الاستشفائي الجامعي -سعادنة عبد النور- بولاية سطيف: أنشأ لوكز الاستشفائي

الجامعي بسطيف سنة 1934، وكان عبارة عن مستشفى عمومي بطاقة استيعابية 200 سرير لحوالي 200 ألف ساكن بالولاية آنذاك، ثم تم تحويله إلى مستشفى جهوي ثم إلى قطاع صحي، فقطاع صحي جامعي حيث استحدث بالمرسوم التنفيذي رقم 86-300 الموافق لـ 16 ديسمبر 1986 إلى وكز استشفائي جامعي في سنة 1986 لتعداد سكاني ناهز المليون و500 ألف نسمة لمجمل إحصائيات¹ 2005.

يتألف لوكز الاستشفائي الجامعي من أربعة هياكل صحية تضم أكثر من 1800 مستخدم²:

- المستشفى لوكزي (سعادنة عبد النور) بمساحة تقدر بـ 57150 متر مربع، وقدرة استيعاب لحوالي 502 سرير تقني،
- مستشفى الأم والطفل (خرشي مسعودة) بمساحة تقدر بـ 22400 متر مربع، وطاقة استيعاب تضم 253 سرير تقني في خدمة الأمهات والأطفال،

¹ مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بولاية سطيف، على الموقع:

(أطلع عليه يوم: 2017/03/15) www.dsp-setif.dz/index.php/fr/chu/presentation

² نفس المرجع.

- وحدة الأنف والأذن والحنجرة بمساحة 880 متر مربع، بطاقة استيعاب 83 سرير تقني،
 - الطب الشرعي والعقلي وطب العمل بمساحة 1425 متر مربع.
- ويضم لوكز الاستشفائي الجامعي مصالح صحية تتوزع على مختلف الهياكل الأربعة، تتنوع بين الاختصاصات الطبية اللازمة لعلاج المواطنين، تتوزع حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (07): تعداد المصالح الطبية والأسرة بالمركز الاستشفائي الجامعي بسطيف

عدد الأسرة	المصالح الطبية
72	الطب الداخلي
38	أمراض القلب
20	أمراض الدم
89	الأمراض الصدرية والتنفسية
37	الأمراض المعدية
20	أمراض الكلى وتصفية الدم
31	الإنعاش الطبي
10	الاستعجالات الطبية
10	الاستعجالات الجراحية
109	الجراحة العامة
49	جراحة العظام
62	جراحة الأعصاب
-	مصلحة الأشعة
-	مركز حقن الدم
-	المخبر المركزي
-	مساعدات طبية استعجالية
547	المجموع

المصدر: احصائيات مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بولاية سطيف سنة 2017.

www.dsp-setif.dz/index.php/fr/chu/presentation

2. تنظيم المركز الاستشفائي الجامعي (سعادنة عبد النور) ونشاطه:¹ يخضع المركز الاستشفائي الجامعي (سعادنة عبد النور) إلى المرسوم رقم 467/97 المؤرخ في 02 شعبان 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر 1997 والذي يحدد قواعد انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وبموجب ذلك فان لمركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية الاستقلال المالي المكلف بالصحة، الوصاية الإدارية، و ممارسة الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصايا البيداغوجية. ويكلف للمركز الاستشفائي الجامعي بمهام التشخيص والعلاج والوقاية والدراسة والتكوين والبحث، كما تشرف عليه الإدارة العامة من ناحية التسيير والسهر على تطبيق القوانين والحرص على كيان المركز، يدير المركز مجلس اداري بقيادة المدير العام مزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي

➤ مجلس إدارة :حسب المادة 13 من المرسوم التنفيذي 97-466 المؤرخ في 02-12-1997 والذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، يتكون مجلس الإدارة من:

- ممثل الوزير المكلف بالصحة رئيسا،
- ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي،
- ممثل إدارة المالية،
- ممثل التأمينات الاقتصادية،
- ممثل هيئات الضمان الاجتماعي،
- ممثل المجلس الشعبي للبلدية مقر المركز الاستشفائي،
- ممثل المجلس الشعبي للولاية مقر المركز الاستشفائي الجامعي،
- ممثل الأخصائيين الاستشفائيين الجامعيين ينتخبه زملائه،
- ممثل المستخدمين الطبيين ينتخبه زملائه،
- ممثل المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملائه،
- ممثل جمعيات المنتفعين،
- ممثل العمال ينتخب في جمعية عامة،
- رئيس المجلس العلمي للمركز الاستشفائي الجامعي.

¹ بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف مصلحة المصالح الصحية بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية سطيف.

يشارك المدير العام للمركز الإستشفائي الجامعي في مداولات مجلس الإدارة بصوت استشاري ويولى أمانة المجلس .

➤ **المجلس العلمي** مكلف بإصدار آراء لا سيما فيما يتعلق بـ :

- إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية.
- مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها.
- برامج الصحة والسكان.
- برامج التظاهرات العلمية والتقنية.
- إنشاء المؤسسات الطبية وإغائها.
- الاتفاقيات الخاصة بالتكوين والبحث في علوم الطب.

➤ **المجلس الطبي** مكون من:

- رؤساء المصالح والفروع الصحية،
- جراحي الأسنان،
- شبه طبي منتخب من طرف زملائه.

وتتمثل ابرز مهام لمراكز الاستشفائي الجامعي (سعادنة عبد النور) بسطيف :

- حماية صحة المواطن وتطوير النشاط الوقائي.
- حماية الأمومة والطفولة عن طريق وحدات الكشف والمتابعة.
- القيام بكل نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج للسكان.
- متابعة الصحة المدرسية.

ثانيا: المؤسسة العمومية الاستشفائية -الزهاوي- بولاية المسيلة:

1. نشأة المؤسسة العمومية الاستشفائية -الزهاوي-¹: تم انشاء القطاع الصحي بالمسيلة

بموجب القرار رقم 310 المؤرخ في 14/07/1981 المتضمن انشاء القطاع الصحي بالمسيلة.

وبموجب المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 05/09/1981 المتضمن انشاء القطاعات الصحية تنظيمها

وسيرها الذي حول القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية ذات طابع إداري.

¹ بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف المديرية الفرعية للمصالح الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية -الزهاوي-.

وبموجب المرسوم 140-07 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تنظيمها وسيرها، حيث تم بموجبه تحويلها من قطاع صحي إلى مؤسسة عمومية استشفائية. تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة بالشمال الشرقي لمدينة المسيلة، بمساحة اجمالية 38200 متر مربع.

2. تنظيم المؤسسة العمومية الاستشفائية -الزهاوي-:

يخضع التنظيم الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة لأحكام القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 2009 /12 /20 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، حيث:¹

- تسير من طرف مدير وأربع نواب لأربع مديريات فرعية هي كالتالي:
- المديرية الفرعية للموارد البشرية،
- المديرية الفرعية للمالية والوسائل،
- المديرية الفرعية للمصالح الصحية،
- المديرية الفرعية لصيانة الأجهزة الطبية والتجهيزات المرافقة.

توفر المؤسسة على 19 مصلحة استشفائية وتقنية بسعة 309 سرير بموجب القرار الوزاري رقم 93 المؤرخ في 28 أوت 2013 المتضمن انشاء المصالح والوحدات التابعة لها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية.

3. الموارد البشرية: تضم المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة 636 موظف موزعين على الرتب

التالية:

- العمال المهنيون: 105 عامل مهني.
- العمال المتعاقدون: 72 متعاقد.
- الشبه طبيون: 310 شبه طبي.
- الاداريون: 52 موظف.
- الممارسون الاخصائيون: 37 ممارس اخصائي.
- الممارسون العامون: 60 ممارس عام.

¹ بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف المديرية الفرعية للمصالح الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية -الزهاوي-..

ثالثا: المؤسسة العمومية الاستشفائية -رزيق البشير- بولاية المسيلة:

1. نشأة المؤسسة العمومية الاستشفائية -رزيق البشير- بولاية المسيلة: المؤسسة العمومية

الاستشفائية بلدية بوسعادة هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشئت وفق المرسوم رقم 7-140 المؤرخ في 19 / 05 / 2007 المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

المهام الأساسية للمؤسسة الاستشفائية ببوسعادة:

- ضمان العلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي،
- ضمان تقديم الإسعافات الأولية وبرمجتها،
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية الخاصة بترقية صحة المواطن،
- ضمان تكوين ورسكلة الموظفين في جميع الأسلاك، وإعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية.

2. الموارد البشرية: تضم المؤسسة العمومية الاستشفائية ببوسعادة 527 موظف موزعين على

الرتب التالية:

- العمال المهنيون: 11 عامل مهني.
 - العمال المتعاقدون: 80 متعاقد.
 - الشبه طبيون: 299 شبه طبي.
 - الاداريون: 56 موظف.
 - الممارسون الاخصائيون: 33 ممارس اخصائي.
 - الممارسون العامون: 48 ممارس عام.
- حيث تتوفر على 07 مصالح طبية، 03 مصالح للجراحة، و 01 مصلحة للاستعجلات الطبية والجراحية.

الجدول رقم (08): تعداد المصالح الاستشفائية والأسرة المشغلة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية -رزيق البشير-

عدد الأسرة المشغلة	المصالح الاستشفائية
76	الطب الداخلي
60	الجراحة العامة
40	طب الأطفال
12	مصلحة حديثي الولادة
20	مصلحة أمراض النساء
40	مصلحة الأمومة
08	مصلحة الإنعاش
256	المجموع

المصدر: بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف المديرية الفرعية للموارد البشرية بالمؤسسة العمومية

الاستشفائية -رزيق البشير-

3. تنظيم المؤسسة العمومية الاستشفائية ببوسعادة: تضم أربع مديريات فرعية تتوزع كآتي:¹

■ المديرية الفرعية للموارد البشرية: وعلى رأسها مدير فرعي، تحتوي على مكاتب:

○ مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات،

○ مكتب التكوين.

■ المديرية الفرعية للمالية والوسائل: وعلى رأسها مدير فرعي، تحتوي على 03 مكاتب:

○ مكتب الميزانية والمحاسبة،

○ مكتب الصفقات العمومية،

○ مكتب الوسائل العامة والمصالح.

■ المديرية الفرعية للمصالح الصحية: وعلى رأسها مدير فرعي، تحتوي على 03 مكاتب:

○ مكتب القبول،

○ مكتب التعاقد وحساب التكاليف،

○ مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها.

¹ بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف المديرية الفرعية للموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية -رزيق البشير-

- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة: وتتكون من مكاتبين:
 - مكتب صيانة التجهيزات الطبية،
 - مكتب صيانة التجهيزات المرافقة.

رابعا: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة -سليمان عميرات- بولاية المسيلة-:

1. نشأة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة -سليمان عميرات- بولاية المسيلة: تقع المؤسسة

الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء والتوليد -سليمان عميرات- في وكر مدينة المسيلة، فتحت

أبوها في 06 أوت 1992 بـ 64 سرير كمؤسسة استشفائية للتوليد.

وبموجب القرار الوزاري رقم 08/62 المؤرخ في 2008/02/24، تم تحويلها إلى مؤسسة استشفائية

متخصصة في طب النساء والتوليد، بطاقة تقنية 104 سرير موزعة على 03 مصالح طبية:

- مصلحة أمراض النساء والتوليد بـ 50 سرير؛
- مصلحة طب الأطفال بـ 42 سرير،
- مصلحة جراحة الأطفال بـ 12 سرير.

وبموجب القرار الوزاري رقم 95 المؤرخ في 2013/09/02، تم التعديل في عدد المصالح الطبية الموجودة

في هذه المؤسسات الاستشفائية، حيث أصبحت تحتوي على مصلحتين فقط هما: مصلحة أمراض

النساء والتوليد بـ 50 سرير تقني، ومصلحة طب الأطفال بـ 20 سرير تقني.

2. الموارد البشرية: تضم المؤسسة الاستشفائية المتخصصة -سليمان عميرات- 327 موظف موزعين

على الرتب التالية:¹

- العمال المهنيون: 39 عامل مهني.
- العمال المتعاقدون: 44 متعاقد.
- الشبه طبيون: 165 شبه طبي.
- الاداريون: 45 موظف.
- الممارسون الاخصائيون: 00 ممارس اخصائي.

¹ بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية والمنشآت القاعدية والتجهيزات بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة -سليمان عميرات-.

■ الممارسون العامون: 34 ممارس عام.

3. تنظيم المؤسسة الاستشفائية المتخصصة -سليمان عميرات-: تحتوي المؤسسة الاستشفائية

المتخصصة -سليمان عميرات- على 03 مديريات فرعية، تتوزع كآتي:

● المديرية الفرعية للإدارة والوسائل: وتضم:

- مكتب تسيير الموارد البشرية.
- مكتب الميزانية والمحاسبة.
- مكتب التكاليف الصحية.

● المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية والمنشآت القاعدية والتجهيزات:

- مكتب المصالح الاقتصادية.
- مكتب المنشآت القاعدية والتجهيزات والصيانة.

● المديرية الفرعية للنشاطات الصحية:

- مكتب تنظيم نشاطات العلاج وتقييمها.
- مكتب الاستقبال والتوجيه والنشاطات الاجتماعية العلاجية.
- مكتب دخول المرضى.

المطلب الثاني: واقع التوجه بالمريض-الزبون ضمن إصلاحات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

بالنظر إلى ما يعانيه قطاع الخدمات الصحية من مشاكل وإختلالات، وحالة عدم الرضى في أوساط السلطات العمومية والمواطنين ومهنيي الصحة على حد سواء، تم وضع خطة طريق "*la feuille de route*" تهدف إلى إصلاح القطاع وتحقيق نقلة نوعية على المدى القصير لن تتجاوز ستة أشهر في حال تكاثف جميع الجهود وتطبيق التعليمات والقوانين بحذافيرها، حيث أكد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أن بوادر الإصلاحات بدأت تلوح في الأفق وعلى جميع الأصعدة والمجالات، حيث ذكر بأن الحصيلة الأولية لسنة 2015 أظهرت بأن مجال الإنعاش الطبي قد تطور بشكل ملحوظ، بعد وصول عدد الأسرة الحديثة والمجهزة إلى 893 سرير بعد أن كان عددها لا يتجاوز 200 سرير والرقم مرشح للإرتفاع إلى أزيد من 1200 سرير¹.

¹ بوضياف من قسنطينة: مؤسسات الصحة العمومية تعاني من سوء التسيير والعبادات الخاصة غير خاضعة للرقابة. على الموقع: <http://www.annasronline.com> (أطلع عليه يوم: 2015/09/13).

فمن خلال اللقاءات الجهوية التي جمعت الوزير بإطارات قطاع الصحة والتي أقيمت في كل من وهران، قسنطينة، عنابة والجزائر العاصمة خلال شهر سبتمبر، نوفمبر وديسمبر لسنة 2015، تم تشخيص المشاكل والاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر:¹

- سوء التسيير للمؤسسات الصحية،
- افتقاد مصالح الاستعجال لأدنى الوسائل والتجهيزات الضرورية،
- التدخل المفرط للجهات الوصية في تسيير المستشفيات وابتعادها عن المهام المنوطة بها،
- عدم نجاعة القوانين وملائمة القوانين الأساسية التي لم تكن مطبقة في الأساس وحالة الغليان والاحتجاجات الروتينية للشكاء الاجتماعيين،
- غياب تام لشبكة فعالة على مستوى وزارة الصحة تتكفل بمرضى القلب والشرابين،
- تسجيل عجز فظيع في مجال الانعاش الطبي وتوقف شبه كلي لعمليات زرع الأعضاء والأنسجة،
- التكفل الطبي في مجال العلاج المتخصص بمناطق الجنوب والهضاب العليا يكاد يكون معدوما،
- أغلبية الأجهزة الطبية عبر جميع مناطق الوطن مهترئة وقديمة إن وجدت.
- ونظرا لغياب الحوار في معالجة الملفات العالقة، كلها عوامل أدت إلى تشكل حالة من عدم الرضى في أوساط المواطنين وموظفي القطاع أثرت على أداء وفعالية المنظومة الصحية.
- وعليه شملت خارطة الطريق مجموعة من الاصلاحات نذكر من بينها:²
- ملف 24 نقطة،
- خطط العمل الثلاث (P 03): حيث تمثل الخطة الأولى خطة عمل لتسوية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة، أما الخطة الثاني فهي خطة عمل للتصفية المالية فيما يخص ديون الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور بالجزائر العاصمة، في حين تمثل الخطة الثالثة خطة عمل لتسهيل الحصول على فحوصات طبية متخصصة، بالخصوص في طب أمراض النساء والتوليد والجراحة العامة.³
- مشروع المؤسسة،
- جدول القيادة ومؤشرات التسيير،

¹ Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, **synthèse des décisions prises et instructions données par Monsieur le Ministre lors des rencontres régionales d'évaluation**, (Constantine, Oran, Annaba, Alger), Algéria, 2015 . (www.sante.gov.dz) (25/06/2016)

² Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, **les réformes en santé : évolution et perspectives**, Op ;cit, P 84, 85.

³ مذكرة رقم 121، المؤرخة في 20 أبريل 2014، المتعلقة بتطبيق خطط العمل الثلاث.

- تسيير الموارد البشرية،
- تسيير الأدوية،
- العلاج بالمنزل والاستشفاء بالمنزل: يتمثل نشاط العلاج في المنزل في تقديم علاجات بناء على وصفة طبية وفي مقر إقامتهم للأشخاص المسنين والأشخاص المعوقين والأشخاص المصابين بمرض طويل المدة، والأشخاص الذين يعانون من أمراض حادة أو مزمنة بما في ذلك الرعاية التلطيفية.¹
- الطب عن بعد "Télémedecine"،
- تسيير الاستعجالات الطبية -الجراحية،
- مراقبة أنشطة القطاع الخاص،
- مراجعة الخريطة الصحية،
- وضع مخطط مكافحة السرطان،
- الاعتماد الرسمي لإتفاقيات التوأمة بين مستشفيات الشمال وولايات الجنوب والمضاب العليا كوسيلة لتغطية العجز المسجل في بعض الخدمات الطبية المتخصصة. ويوضح الشكل الآتي مثال على ذلك:

الشكل رقم (14): التوأمة بين مستشفيات الشمال وولايات الجنوب

المؤسسة المستفيدة	المؤسسة المكونة
EPH غرداية، EPH إيليزي، EPH ورقلة، EPH أدرار.	CHU بني مسوس
EPH ورقلة، EPH تمنراست، EPH بسكرة.	CHU مصطفى باشا
EPH أولاد جلال (بسكرة)	EHS بن عكنون
EPH الحكيم سعدان (بسكرة)	EPH روية

المصدر: *Ministere de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Axes prioritaires : bilan et perspectives, rencontre régionale Alger et Sud, 6 et 7 Décembre 2015, P 5*
(www.sante.gov.dz) (25/06/2016)

ونلاحظ من خلال الجدول الآتي التطور الكبير لأنشطة التوأمة خلال سنة 2015، وذلك بالنظر لتشجيع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لهذا النوع الأنشطة لأجل تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة:

¹ قرار رقم 120 المؤرخ في 19 أوت 2015، المتضمن تنظيم العلاج في المنزل في إطار خاص.

الجدول رقم (09): أنشطة التوأمة خلال الفترة 2014-2015

الملاحظات	2015	2014	
	201	72	عدد المهام
أكثر من 1520 جلسات المعالجة الكيميائية	21291	10050	الاستشارات الطبية المتخصصة
	3655	501	العمليات الجراحية

المصدر: . Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, **Activité de jumelage.** (12/03/2017). (www.sante.gov.dz)

وفيما يلي توضيح لكيفية تطبيق بنود خارطة الطريق من خلال ملف **24 نقطة "les 24 points"**، والذي دخل حيز التنفيذ بداية من 2013 على مستوى مختلف المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، والذي يتضمن التعليمات الآتية:¹

1. بخصوص التنسيق والمتابعة للنشاطات داخل المؤسسة:

(1) عقد الاجتماعات الدورية مع المدراء الفرعيين ورؤساء المصالح ورئيس مجلس الأطباء،

(2) وضع البطاقة التقنية للمؤسسة الاستشفائية،

2. بخصوص الاستقبال والتوجيه للوافدين للمؤسسة وشروط الإقامة والتكفل بالمرضى:

(3) ضمان الإصغاء الجيد للمواطنين والإجابة على جميع انشغالاتهم من خلال فتح

سجل خاص بالشكاوى والتظلمات المواطنين لتدوين جميع الانشغالات والرد عنها

كتابيا، بالإضافة إلى وضع سجل الاقتراحات على مستوى الاستقبال والتوجيه،

(4) وضع لوحات خاصة بالإشهار داخل وخارج المصالح لإعلام الوافدين للمؤسسة

بقوائم العمال المناوبين،

(5) تنظيم الزيارات للمرضى،

(6) تنظيم الاستعجالات الطبية الجراحية تجاه الجماهير والتكفل الفوري بالاستعجالات،

(7) ضمان الاستقبال والتوجيه للوافدين من قبل متخصصي في الصحة وليس عن طريق

أعوان الأمن،

(8) تسهيل الإجراءات الإدارية للتكفل بالمرضى،

¹Ministere de la santé de la population et de la reforme hospitalière, **Instructions dans le cadre de la réhabilitation du service public de la sante (24 points)**, Alger, 11 Novembre 2013. (www.sante.gov.dz) (25/06/2016)

3. بخصوص تحسين نظافة المحيط الاستشفائي:

- (9) تجديد المطبخ حسب شروط النظافة اللازمة ووضع آليات للمراقبة الدائمة
- لنظافة المنشآت (الهياكل) والتجهيزات والمستخدمين والوجبات،
- (10) إعادة تهيئة حضيرة السيارات لضمان سلامة وسير وكبات المؤسسة،
- (11) ضمان الانارة العمومية داخل وخارج محيط المؤسسة،
- (12) إمكانية خلق مساحات خضراء وصيانتها داخل محيط المؤسسة،

4. بخصوص توفير المواد الصيدلانية:

- (13) تحديد مدى توفر المؤسسة على مختلف الأدوية اللازمة،
- (14) ضمان الطلبات الخاصة بالأدوية واللقاحات والأمصال في الوقت المطلوب لدى مصالح

IPA و PCH،

- (15) تخطيط احتياجات المؤسسة والمصالح الخاصة بالأدوية،

5. بخصوص شروط وظروف العمل ومراتب الموظفين:

- (16) ضمان لباس العمل والبطاقة المهنية،
- (17) الحرص على احترام مواقيت العمل الرسمية،
- (18) ضمان وتسوية دائمة لمراتب المستخدمين الدائمين والمتعاقدين،
- (19) ضمان التطبيق الصارم للنشاطات المكتملة،
- (20) ضمان المحافظة الدائمة للسجلات الرسمية،
- (21) ضمان أمن وسلامة المهنيين الصحيين،

6. تطوير المعلومات بالنسبة للمؤسسة:

- (22) تطوير المعلومات والبحث وجلب المعلومات من خلال التزود بشبكة الأنترنت،

7. بخصوص الحوار الاجتماعي:

- (23) ضمان الحوار الدائم مع الشركاء الاجتماعيين،
- (24) إنشاء قنوات المعلومات والاتصالات مع الشركاء الاجتماعيين.

المطلب الثالث: واقع التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

من خلال الزيارة الميدانية للمؤسسات الاستشفائية العمومية، ومن خلال الملاحظة والمقابلة التي جرت مع رؤساء مديريات المصالح الصحية للمؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة، تم الخروج بجملته من الملاحظات التي تبين مستوى توجه المؤسسات الاستشفائية نحو المريض-الزبون وجودة الخدمات الصحية، هذه الملاحظات نذكرها في الآتي:

■ التنظيم الإداري للمؤسسات الاستشفائية العمومية، ويتميز بـ:

- ✓ مجلس إدارة جامد لا يكرس الفعالية المطلوبة في التحولات الاستراتيجية للمؤسسة،
- ✓ تسيير مركزي سلمي يعفي المرؤوسين من المسؤولية في اتخاذ القرارات،
- ✓ عدم وجود تنسيق بين المديريات الفرعية، المصالح، والوحدات،
- ✓ سلبية التسيير (المحسوبة، اللامبالاة، والتهاون في العمل).

■ الموارد البشرية: وتتميز بـ:

- ✓ الشبه الطبيون يحتلون النسبة الأكبر من مجموع الموظفين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية، في حين يعتبر تعداد الأطباء الأخصائيين ضئيل لا يرقى إلى تلبية الحاجات الصحية للمواطنين، وهذا ما لمسناه في المؤسسة الاستشفائية المختصة للتوليد -سليمان عميرات- بولاية المسيلة، حيث تفتقر لطبيب مختص في أمراض النساء والتوليد.
- ✓ الأطباء العامون أيضا تعدادهم يعرف نقصا كبيرا مقابل الفئات المستهدفة من المواطنين في النطاق الصحي الذي تغطيه المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة، حيث لاحظنا أن 60% من الأطباء العامون في المؤسسة الاستشفائية العمومية -الزهاوي- بولاية المسيلة، يغطي الاستعجالات الطبية فقط.
- ✓ نقص التأهيل لكل من سلك الشبه طبيين والاداريين، وهذا نتيجة عدم فعالية مخطط التكوين والتكوين المستمر للكفاءات.

■ بالإضافة لـ:

- ✓ ضعف قنوات الاتصال الداخلي، والاصغاء لآراء ومقترحات المرضى،
- ✓ تجهيزات طبية قديمة ومهترئة،

✓ غياب النظافة الاستشفائية.

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

يناقش هذا المبحث الإطار المنهجي للدراسة، فيتناول محددات الدراسة، ونموذجها الفرضي، بالإضافة إلى التعرف على مجتمع الدراسة المستهدف من وراء هذا البحث، واختيار عينة الدراسة وتقديم أداة جمع البيانات وتجهيزها.

المطلب الأول: محددات ونموذج الدراسة

عند قيامنا بهذه الدراسة وضعنا بعض الحدود لها، وقمنا كذلك بوضع نموذج فرضي للدراسة وذلك كما يلي:

أولاً: محددات الدراسة: أجريت هذه الدراسة في ظل المحددات التالية:

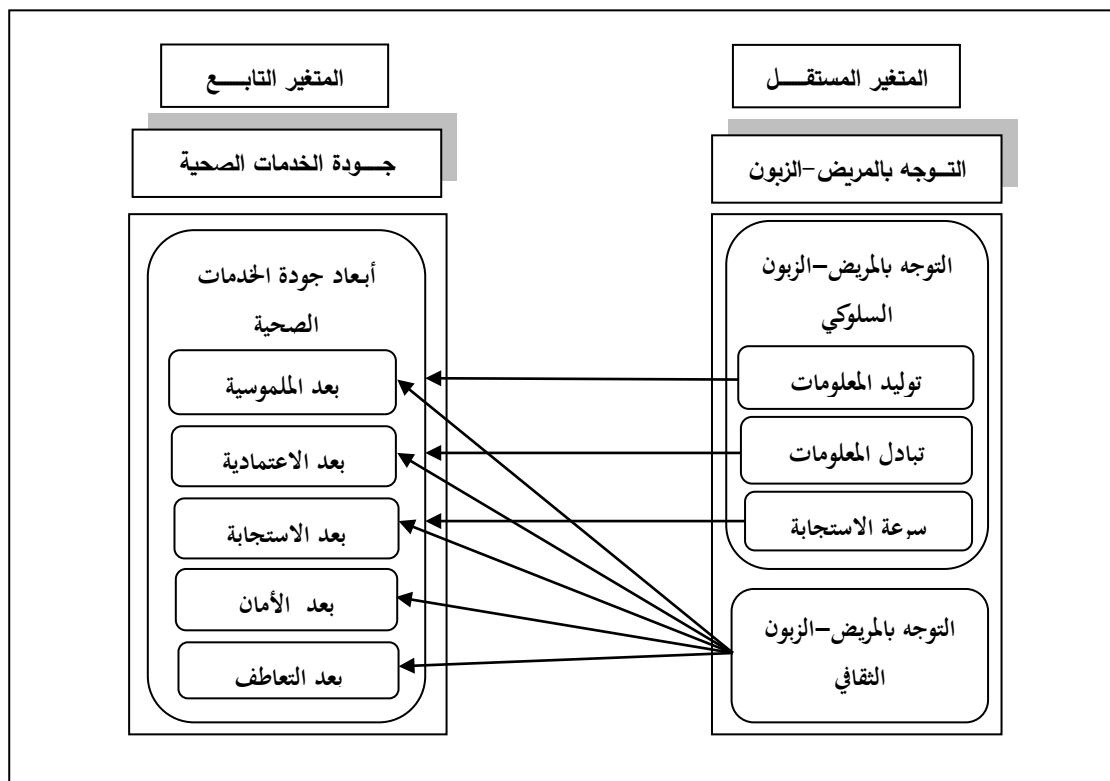
1. تتمثل الحدود المفاهيمية للدراسة في إقتصارها على دراسة واقع التوجه بالمريض (الزبون) في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، وأثره على تحسين جودة الخدمات الصحية.
2. اقتصرت الدراسة على المؤسسات الاستشفائية الجزائرية في كل من (ولاية المسيلة وولاية سطيف)، وتم اختيارها لسهولة توزيع الاستبيان، نظرا للتعاون الذي أبدته لنا الجهات المسؤولة في هذه المؤسسات.
3. شملت هذه الدراسة معرفة آراء الإداريين والأطباء والشبه الطبيين، وهذا باعتبار أن التوجه بالمريض (الزبون)، أسلوب إداري يشمل مختلف العاملين في المؤسسة الاستشفائية.
4. تم الاعتماد في هذه الدراسة على أداة أساسية متمثلة في الاستبيان والذي تم تصميمه من طرف الباحثة، بالاعتماد على الجانب النظري والدراسات السابقة.
5. هذه الدراسة استكشافية بطبيعتها، فهي تهدف إلى معرفة مستوى التوجه بالمريض لدى المسؤولين على تقديم الخدمات الصحية، كما تهدف إلى المساهمة في التعريف بأهمية التوجه بالمريض لتحسين جودة الخدمات الصحية.

ثانياً: نموذج الفرضي للدراسة: إن الهدف الأساسي من أغلب الدراسات هو تحديد العلاقات التي تربط بين مجموعة من المتغيرات، هذه الأخيرة التي تقسم إلى أنواع عدة، أهمها المتغيرات التابعة والمتغيرات المستقلة؛ فالمتغيرات التابعة هي التي تحظى باهتمام كبير من قبل الباحث الذي يهدف بالأساس إلى شرحها وتفسير آليات حدوثها، أما المتغيرات المستقلة فهي التي تمارس تأثير إيجابي أو سلبي على المتغير التابع.

ويقصد بنموذج الدراسة إعطاء تصور واضح للمتغيرات المكونة للبحث، وهذا ما يوضحه الشكل

التالي:

الشكل رقم (15): نموذج الفرضي للدراسة



المصدر: من إعداد الطالبة

يتكون نموذج الدراسة من المتغيرات التالية:

- المتغير المستقل: التوجه بالمريض-الزبون، وينقسم إلى البعدين التاليين: التوجه بالمريض-الزبون السلوكي والتوجه بالمريض-الزبون الثقافي.
- المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية، وتنقسم إلى الأبعاد التالية: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف.

المطلب الثاني: مجتمع الدراسة

نظرا لصعوبة واستحالة دراسة جميع مفردات مجتمع البحث موضوع الاهتمام، وذلك لكبر حجمه وانتشاره الجغرافي -لأن المؤسسات الاستشفائية منتشرة عبر كامل التراب الوطني- إلى جانب القيود الخاصة بالوقت والتكلفة، كان لزاما علينا الاعتماد على أسلوب العينات لجمع البيانات الأولية المطلوبة.

أولا: تحديد أسلوب المعاينة: يعتبر أسلوب المعاينة في جمع وعرض وتحليل البيانات الإحصائية الأنسب لهذه الدراسة الميدانية، لأنه الأكثر ملائمة مع معايير الحاجة إلى البيانات المناسبة في الوقت وبالتكلفة الملائمتين. وعليه سنقوم في الفقرات التالية بتحديد المجتمع الإحصائي المعني بالدراسة وكذا اختيار العينة التي سيجرى عليها الاستبيان.

1. تحديد مجتمع الدراسة: قبل اختيار العينة وحجمها يتوجب تحديد مجتمع الدراسة، هذا الأخير يعرف على أنه: "جميع المفردات التي تمثل الظاهرة موضوع البحث، وتتشرك في صفة معينة أو أكثر، والتي يكون جمع البيانات حولها مطلوبا، أي أنه مجموعة وحدات إحصائية تشترك في خاصية أو عدة خصائص".

وبالتالي فإن مجتمع الدراسة في بحثنا هو: "جميع المؤسسات الاستشفائية العمومية ذات الطابع الاستشفائي المتواجدة على مستوى التراب الجزائري، إلا أن صعوبة الوصول إلى كل مفردات هذا المجتمع المتواجدة في كل الولايات الجزائرية، جعلتنا نركز في دراستنا على ولايتين من ولايات الوطن، وهي ولاية مسيلة وولاية سطيف كعينة عشوائية، واعتبرنا مقدمو الخدمات الصحية من إداريين أطباء وشبه طبيين، بالإضافة إلى المستفيدين من هذه الخدمات وهم المرضى، هم أفراد المجتمع الإحصائي المعني بالدراسة.

2. المؤسسات الاستشفائية المكونة لمجتمع الدراسة: يتكون المجتمع الإحصائي المقصود بالدراسة في هذه الأطروحة من عدد من المؤسسات الاستشفائية الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (10): عينة المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

الرقم	المؤسسة الاستشفائية	عدد الإداريين	عدد الأطباء	عدد الممرضين	عدد الأسرة
	المؤسسة العمومية الاستشفائية EPH				
01	المؤسسة العمومية الاستشفائية - الزهراوي-	52	97	310	308
02	المؤسسة العمومية الاستشفائية - بوسعادة-	56	81	299	309
	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة EHS				
03	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للتوليد - سليمان عميرات- المسيلة	45	34	165	70
	المركز الاستشفائي الجامعي CHU				
04	المركز الاستشفائي الجامعي سعادنة عبد النور بولاية سطيف	419	882	1029	850
	المجموع	572	1094	1803	1537

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على المعلومات المقدمة من مصلحة المديرية الفرعية للمصالح الصحية للمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

3. تحديد حجم العينة: من خلال الجدول السابق قمنا باختيار عشوائيا 04 مؤسسات استشفائية جزائرية، وبعد ذلك قمنا بالاعتماد أسلوب المعاينة الاحتمالية العشوائية الطبقيّة التناسبية من أجل تحديد سحب وحدات مجتمع الدراسة، ولتحديد حجم العينة قمنا بتطبيق معادلة ستيفن ثامبسون

كالتالي:

$$n = \left[\frac{N \times p(1-p)}{\left[N - 1 \times \left(d^2 \div z^2 \right) \right] + p(1-p)} \right]$$

حيث أن:

N: حجم المجتمع ويساوي 5006.

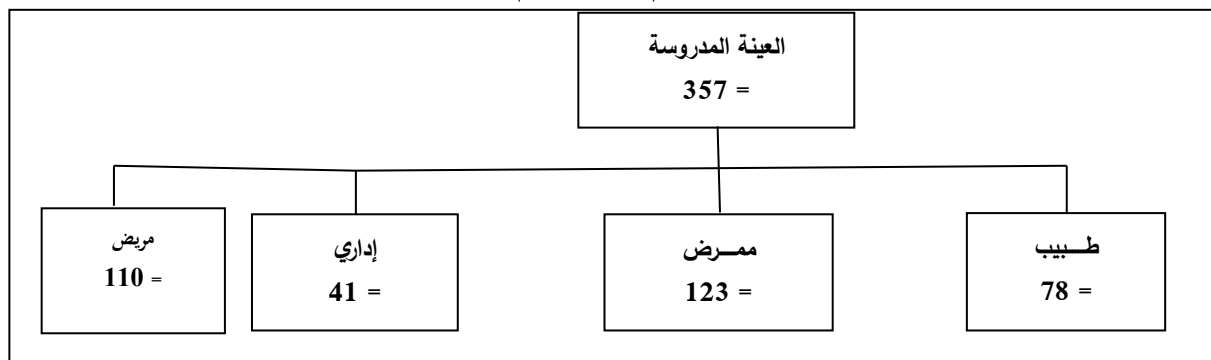
Z: الدرجة المعيارية لمستوى الدلالة 0.95 وتساوي 1.96.

D: نسبة الخطأ وتساوي 0.05.

P: نسبة توفر الخاصية والمحايدة وتساوي 0.50.

من خلال تطبيق المعادلة أعلاه اتضح أن نسبة تمثيل العينة للمجتمع تساوي 7.13%

الشكل رقم (16): حجم العينة



المصدر: من إعداد الطالبة

ثانيا: إخضاع الاستبيان لاختبارات الصدق والثبات: صدق الاستبيان يعني أن أداة الدراسة صالحة لقياس ما أعدت من أجله، وأن إستمارة الاستبيان شاملة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل، بالإضافة إلى وضوح فقراتها ومفرداتها لكل من يستخدمها، أما الثبات فيعني أن الاستبيان يعطي نفس النتائج إذا أعيد تطبيقه على نفس العينة، وفي نفس الظروف ومن أجل التحقق من صدق، وثبات الاستبيان المدرج في هذه الأطروحة قمنا بالاختبارات التالية:

1. صدق أداة الدراسة: من أجل التحقق من الصدق الظاهري لمحتوى الاستبيان، تم عرضه في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص كما يظهره الملحق رقم (01)، بهدف الوقوف على آرائهم وملاحظاتهم وتقديرهم لمدى صلاحية فقرات الاستبيان وملائمتها للمحاور المقترحة للدراسة. وفي ضوء ملاحظات المحكمين المختصين ومقترحاتهم، تم تعديل الصياغة اللغوية لبعض الفقرات، وحذف عدد من الفقرات لتكرارها وعدم ملائمتها لموضوع المحاور المدروسة، وإضافة فقرات أخرى مع دمج الفقرات المتشابهة مع بعضها، وفي الأخير تحصلنا على استبيان شامل لمجموعة من العناصر المراد دراستها والتي يمكن أن توجه إلى الفئة المستهدفة.
2. ثبات أداة الدراسة: من أجل التأكد من ثبات الاستبيان، تم القيام باختبار مدى الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، حيث تم اختبار مدى الاعتمادية على أداة جمع البيانات باستخدام معامل الثبات "كرونباخ ألفا"، حيث استخدم البرنامج الإحصائي "SPSS" في حساب معامل الاتساق الداخلي لكل محور من محاور الاستبيان، كما يوضحه الجدول الآتي:

الجدول رقم (11): نتائج اختبار ثبات أداة الدراسة (الاتساق الداخلي لمحاو الاستبيان)

معامل كرونباخ ألفا	عدد العبارات	محاو الدراسة
0.912	20	التوجه بالمريض-الزبون السلوكي
0.640	5	التوجه بالمريض-الزبون الثقافي
0.954	24	جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول أن معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ (*Alpha Cronbach*) لمتغيرات الاستبيان (التوجه بالمريض-الزبون السلوكي، التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، جودة الخدمات الصحية)، كانت جيدة وتدل على ثبات الاستبيان وقوة اتساقه الداخلي، حيث بلغت قيمة ألفا لمتغيرات الاستبيان على التوالي: 91.2%، 64.0%، 95.4%.

المطلب الثالث: أسلوب جمع البيانات

تم جمع البيانات المطلوبة للدراسة عن طريق قائمة الاستبيان، فبعد صياغتها ووضع أسئلتها والالتزام بآراء ونصائح المحكمين، تم القيام بدراسة إستطلاعية لبعض المؤسسات الاستشفائية، وهذا بعرض اختبار قائمة الاستبيان في ظروف مشابهة تماما لظروف جمع البيانات من عينة الدراسة، وذلك من خلال عينة إختبارية تقدر بـ(30) مفردة، وفي ظل هذا الاختبار تم القيام بمقابلة شخصية مع أفراد العينة المختارة، حيث طلب منهم الإجابة على الأسئلة التي تحتويها قائمة الاستبيان، مع إبلاغهم مسبقا بأن الهدف من ذلك هو اختبار قائمة الاستبيان، وقد مكن هذا الاختبار من معرفة ردود أفعال المستقصى منهم حول الجوانب التالية:

- التأكد من أن الأسئلة مفهومة وتسير في الاتجاه المرغوب للحصول على إجابات مقبولة.
- التأكد من مدى توافق العبارات والمصطلحات المستخدمة على مستوى إدراك المستقصى منهم.
- تقدير الوقت الذي يحتمل أن يستغرقه الاستبيان، والوقوف على أسباب رفض المستجوب التعاون مع الباحثة في إعطاء البيانات المطلوبة.
- الحصول على انتقادات تتعلق بالقائمة وترتيب الأسئلة.

أولاً: أسئلة الأداة: قصد قياس متغيرات الدراسة، تم توزيع نوعين من الاستمارة:

1. الاستمارة الأولى: موجهة لموظفي المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة من إداريين، أطباء وشبه الطبيين، وتنقسم إلى قسمين:
 - القسم الأول: معلومات عامة،

■ القسم الثاني: يضم: 44 سؤالاً مقسمة بين 20 سؤالاً لقياس بعد التوجه بالمريض-الزبون السلوكي من خلال ثلاثة أبعاد (توليد المعلومات، تبادل المعلومات، سرعة الاستجابة)، و24 سؤالاً لقياس أبعاد جودة الخدمات الصحية.

2. الاستمارة الثانية: موجهة لمرضى (زبائن) المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، وتنقسم إلى قسمين:

- القسم الأول: معلومات عامة،
- القسم الثاني: يضم 29 سؤالاً مقسمة بين 05 أسئلة لقياس التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، و24 سؤالاً لقياس مختلف أبعاد جودة الخدمات الصحية.

ثانياً: مقاييس البحث:

بالنسبة للمقياس الأول الخاص بمتغير التوجه بالمريض (الزبون) الثقافي، فقد تم استعمال المقياس الخاص بالتوجه نحو الزبون الثقافي المعد من قبل (Narver & Slater, 1990)، والذي يضم ست فقرات، بالإضافة إلى المقياس الخاص بالتوجه نحو الزبون السلوكي المعد من قبل (Kohli & Jaworski, 1990) والذي يضم 22 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي: بعد توليد المعلومات، بعد تبادل المعلومات وبعد سرعة الاستجابة. وقد تم تكييف هذان المقياسان ليتلائما مع بيئة القطاع الصحي في الجزائر.

أما بالنسبة للمتغير الثاني الخاص بأبعاد جودة الخدمة الصحية فقد تم الاعتماد على الأبعاد المقترحة من قبل (Parasuraman et al 1988) وفق مقياس (Cromin & Taylor 1992). ومن الجدير بالذكر أن جميع هذه المقاييس تم إعدادها على أساس مقياس (Likert) الخماسي، إذ أن (1=غير موافق بشدة، و5= موافق بشدة).

ثالثاً: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة:

لتحقيق أهداف البحث وتحليل البيانات التي تم تجميعها اعتمدنا على مجموعة من الأساليب الإحصائية، وهذا بالاستعانة بحزمة البرامج التطبيقية الإحصائية في مجال العلوم الاجتماعية SPSS، تتمثل هذه الأساليب الإحصائية في الآتي:

1. التكرارات والنسب المئوية: للتعرف التفصيلي على الصفات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة من أجل تحليلها.
2. المتوسط الحسابي المرجح: وذلك لمعرفة اتجاهات أفراد الدراسة نحو كل فقرة أو بعد، مع العلم أنه يساعد في ترتيب الفقرات حسب أعلى متوسط مرجح.
3. الانحراف المعياري: وذلك بغية التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة نحو كل فقرة، ويلاحظ أيضاً أن الانحراف المعياري يوضح أيضاً التشتت في استجابات أفراد الدراسة، فكلما اقتربت

- قيمته من الصفر، فهذا يعني تركيز الإجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمته تساوي الواحد أو أكبر، فذلك يعني عدم تركيز الإجابات وتشتتها.
4. معامل الثبات (كرونباخ ألفا): للتأكد من الاتساق الداخلي لعبارات الاستقصاء، حيث يأخذ هذا المعامل قيمة بين الصفر والواحد، وكلما اقترب من الواحد فهذا يعني ثباتا أكبر للدراسة.
5. تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد: وذلك لتحديد تأثير وشكل العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع وأي عناصر المتغير المستقل هي أكثر تأثيرا من غيرها على المتغير التابع: ويعتمد تحليل الانحدار الخطي على قياس المعلمات التالية:
- R^2 لتحديد ما يفسره المتغير المستقل من المتغير التابع.
 - T لتحديد درجة تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع.
 - F لتحديد جودة توفيق النموذج.

المبحث الثالث: وصف وتحليل توزيع عينة الدراسة

نتناول في هذا المبحث عرضا لنتائج أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها، وقد تم استخدام بعض مقاييس الإحصاء الوصفي كالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعامل الارتباط لمعرفة العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتحليل الانحدار المتعدد لاختبار فرضيات الدراسة لاختبار أثر المتغير المستقل على المتغير التابع.

المطلب الأول: عرض وتحليل نتائج الاستمارة الأولى

أولاً: خصائص مبحوثي عينة الدراسة: جاءت الخصائص الشخصية للمبحوثين كما في الجدول رقم (12)، والذي يوضح الخصائص، العمر، التخصص الوظيفي، المؤهل الدراسي والخبرة، والتي سنوضحها كالتالي:

الجدول رقم (12): الخصائص الشخصية لمبحوثي عينة الاستمارة الأولى

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	100	41.3%
	أنثى	142	58.7%
	المجموع	242	100%
العمر	من 20 الى 24 سنة	43	17.8%
	من 25 الى 29 سنة	50	20.7%
	من 30 الى 34 سنة	54	21.1%
	من 35 الى 39 سنة	62	25.6%
	أكثر من 40 سنة	36	14.9%
	المجموع	242	100%
التخصص الوظيفي	طبيب	78	32.2%
	إداري	41	16.9%
	ممرض	123	50.8%
	المجموع	242	100%
المؤهل الدراسي	دكتوراه	21	8.7%
	ماجستير	18	7.4%
	مؤهل جامعي	83	34.3%
	شبه طبي	115	47.5%
	بكالوريا	5	2.1%
	المجموع	242	100%
الخبرة	أقل من 4 سنوات	109	45.0%
	من 5 الى 9 سنوات	82	33.9%
	من 10 الى 14 سنة	25	10.3%
	من 15 الى 19 سنة	10	4.1%
	من 20 الى 24 سنة	6	2.5%
	من 25 الى 29 سنة	8	3.3%
	أكثر من 30 سنة	2	0.8%
	المجموع	242	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

1. **الجنس:** أظهرت نتائج الجدول رقم (12)، فيما يتعلق بالجنس، أن النسبة الأكثر لمبحوثي الدراسة تغلب عليها فئة الأناث بنسبة (58.7%) بينما تمثل فئة الذكور ما نسبته (41.3%)، وذلك بالنظر الى طبيعة العمل في المؤسسات الاستشفائية الذي يركز على جنس الاناث.
2. **العمر:** أظهرت نتائج الدراسة أن الفئة العمرية (35-39) هي الغالبة وبنسبة 25.6% تليها الفئة العمرية (30-34) بنسبة 21.1%، تليها الفئة العمرية (25-29) بنسبة 20.7%، والنسبة الأقل كانت للفئة العمرية أكثر من 40 سنة بنسبة 14.9%، نظرا لأن الفئة الغالبة هي فئة الشبه الطيبين بـ123 ممرض وكلها فئة شبانية.
3. **التخصص الوظيفي:** تشير نتائج الجدول رقم (12) الى أن النسبة الأكبر في العينة المدروسة هي فئة الممرضين بنسبة 50.8%، أما الأطباء فبلغت نسبة 32.2%، أما نسبة الإداريين فبلغت 16.9%، وقد تم اختيار هذا التقسيم باعتبار أن فئة الممرضين والأطباء يمثلون المكتب الأممي للمستشفى والأكثر تفاعلا مع المرضى.
4. **المؤهل الدراسي:** تبين نتائج الجدول رقم (12) أن النبة الأكبر لأفراد عينة الدراسة هي الفئة الحاصلة على دبلوم التكوين الشبه الطبي بنسبة 47.5%، تليها نسبة الحاصلين على مؤهل جامعي بنسبة 34.3%، تليها نسبة الحاصلين على الدكتوراه والماجستير بنسبة 8.7% و7.4% على التوالي.
5. **الخبرة:** من حيث توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة، فقد تبين أن ما نسبته 45% من المستجوبين هم من يملكون خبرة أقل من 4 سنوات تليها نسبة 33.9% ممن يملكون خبرة ما بين 5 الى 9 سنوات تليها نسبة 10.3% ممن يملكون خبرة ما بين 10 الى 14 سنة، وأقل نسبة كانت للمستجوبين الذين تتراوح مدة الخبرة لديهم أكثر من 30 سنة.

ثانيا: تحليل إجابات المبحوثين حول متغيرات الدراسة: يتناول هذا الجزء نتائج التحليل الاحصائي للبيانات والمعلومات وفق المقاييس الإحصائية الوصفية كالوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية لمتغيرات الدراسة، وذلك بهدف الإجابة على أسئلة الدراسة.

1. **قياس مستوى الممارسة الكلي للتوجه بالمريض-الزبون السلوكي والأبعاد الفرعية المكونة له:** يبين الجدول رقم (13) أن المتوسط الحسابي الكلي لمستوى التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة قد بلغ (3.4048) بانحراف معياري (0.62119)، ومعبرا عن مستوى ممارسة متوسط، فيما حقق بعد تبادل المعلومات أعلى متوسط حسابي بلغ (3.5179) ومعبرا عن مستوى ممارسة متوسط، كما يلاحظ من الجدول أن المتوسطات الحسابية لمستوى التوجه بالمريض-

الزبون بأبعاده المختلفة كانت متوسطة، مما يشير الى أن إستجابات عينة الدراسة كانت متوسطة تجاه ممارسة التوجه بالمريض-الزبون السلوكي في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

جدول رقم (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب ومستوى الممارسة الكلي للتوجه بالمريض-الزبون السلوكي وجودة الخدمات الصحية والأبعاد الفرعية المكونة لهما

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الممارسة
المحور الأول: قياس التوجه بالمريض-الزبون السلوكي					
1	توليد المعلومات	3.4038	0.67086	2	متوسط
2	تبادل المعلومات	3.5179	0.62464	1	متوسط
3	سرعة الاستجابة	3.2928	0.79754	3	متوسط
	المجموع	3.4048	0.62119		متوسط
المحور الثاني: جودة الخدمات الصحية					
1	بعد الملموسية	3.8151	0.58743	4	مرتفع
2	بعد الاعتمادية	3.9702	0.58055	3	مرتفع
3	بعد الاستجابة	3.4636	0.79003	5	متوسط
4	بعد الأمان	4.0355	0.49249	1	مرتفع
5	بعد التعاطف	3.9802	0.63841	2	مرتفع
	المجموع	3.8529	0.55512		مرتفع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

2. قياس مستوى الممارسة الكلي لجودة الخدمات الصحية والأبعاد الفرعية المكونة له: يتضح من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي الكلي لجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة قد بلغ (3.8529) بانحراف معياري (0.55512)، ومعبرا عن مستوى ممارسة مرتفع، وقد حقق بعد الأمان أعلى متوسط حسابي بلغ (4.0355) حيث يعكس مستوى ممارسة مرتفع، فيما حقق بعد الاستجابة أدنى متوسط حسابي بلغ (3.4636) حيث يعكس مستوى ممارسة متوسط.

كما يلاحظ من الجدول أن المتوسطات الحسابية لمستوى جودة الخدمات الصحية بأبعاده المختلفة كانت معظمها مرتفعة، مما يشير الى ان إستجابات عينة الدراسة كانت إيجابية وبدرجة كبيرة نوعا ما تجاه ممارسة جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

ثالثا: إختبار فرضيات الدراسة: تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (*Simple linear regression*) وذلك لاختبار فرضيات الدراسة الرئيسية بهدف التحقق من مدى وجود علاقة تأثيرية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

أما الفرضيات الفرعية المنبثقة عن فرضيات الدراسة الرئيسية فقد تم اختبارها باستخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (*Multiple linear regression*) وذلك بهدف التحقق من مدى وجود علاقة تأثيرية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون بدلالة أبعاده كمتغيرات مستقلة مع كل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية كمتغير تابع للمؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

1. اختبار فرضية الدراسة الرئيسية الثانية:

الفرضية العدمية (H_0): "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون السلوكي وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

الفرضية البديلة (H_a): "يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون السلوكي وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

لاختبار صحة الفرضية الرئيسية الثانية من عدم صحتها، تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين جودة الخدمات الصحية، والجدول رقم (14) يبين ذلك:

جدول رقم (14): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

المتغير المستقل	معامل الانحدار (β)	قيمة (T) المحسوبة	الدلالة الإحصائية (Sig)
الثابت (β_0)	1.403	11.851	0.000
التوجه بالمريض-الزبون السلوكي	0.719	21.025	0.000
قيمة (F) المحسوبة		442.052	
معنوية (F)		0.000	
معامل الارتباط البسيط (R)		0.805	
معامل التفسير (R^2)		0.648	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (14)، ما يأتي:

- ثبوت صلاحية نموذج الانحدار الخطي البسيط، إن ما يؤيد ذلك قيمة (F) المحسوبة وبالبالغة (442.052) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ونظرا لثبوت صلاحية النموذج يمكن اختبار أثر التوجه بالمريض-الزبون السلوكي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.
- تشير قيمة معامل الارتباط البسيط (R) البالغة (0.805) بأنه توجد علاقة قوية جدا وإيجابية (طردية) وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، بين التوجه بالمريض-الزبون السلوكي وتحسين جودة الخدمات الصحية، وهذا يعني أن زيادة الاهتمام بالتوجه بالمريض-الزبون السلوكي سيؤدي وبالالتجاه نفسه إلى تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.
- ثبوت معنوية معامل الانحدار (β) لمتغير التوجه بالمريض-الزبون السلوكي، وعليه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، للتوجه بالمريض-الزبون السلوكي في تحسين جودة الخدمات الصحية، إن ما يؤيد ذلك قيمة (T) المحسوبة وبالبالغة (21.025) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وفي ضوء النتائج السابقة سيتم رفض الفرضية العدمية (H_0) وقبول الفرضية البديلة (H_a) التي تنص " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون السلوكي وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

- تشير قيمة معامل التفسير (R^2) البالغة (0.648) بأن متغير التوجه بالمريض-الزبون السلوكي يفسر ما نسبته (64.8%) من التغيرات التي تطرأ على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، أما النسبة المتبقية فانها تعزى إلى متغيرات أخرى لم تدخل في نموذج الانحدار الخطي البسيط.

بناء على ما سبق يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي البسيط كالتالي:

$$\text{جودة الخدمات الصحية} = 1.403 + 0.719 \text{ التوجه بالمريض-الزبون السلوكي}$$

2. اختبار الفرضيات الفرعية: توجد ثلاث فرضيات فرعية للفرضية الرئيسية الثانية:

- الفرضية الفرعية الأولى: "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين بعد توليد المعلومات وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة"
- الفرضية الفرعية الثانية: "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين بعد تبادل المعلومات وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة"
- الفرضية الفرعية الثالثة: "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين بعد سرعة الاستجابة وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة"
- لاختبار صحة الفرضيات الفرعية من عدم صحتها، تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي المتعدد، لقياس أثر أبعاد التوجه بالمريض-الزبون السلوكي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، والجدول رقم (15) يوضح ذلك:

جدول رقم (15): نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد، لقياس أثر أبعاد التوجه بالمريض-الزبون (توليد المعلومات، تبادل المعلومات، سرعة الاستجابة) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

المتغير المستقل	معاملات الانحدار (β)	قيمة (T) المحسوبة	الدلالة الإحصائية (Sig)
الثابت (β_0)	1.175	9.335	0.000
بعد توليد المعلومات	0.227	4.812	0.000
بعد تبادل المعلومات	0.444	9.746	0.000
بعد سرعة الاستجابة	0.104	2.413	0.017
قيمة (F) المحسوبة		167.283	
معنوية (F)		0.000	
معامل الارتباط المتعدد (R)		0.824	
معامل التفسير (R^2)		0.678	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (15)، ما يأتي:

- ثبوت صلاحية نموذج الانحدار الخطي المتعدد، إن ما يؤيد ذلك قيمة (F) المحسوبة وبالبالغة (167.283) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ونظرا لثبوت صلاحية النموذج يمكن اختبار أثر أبعاد التوجه بالمريض-الزبون السلوكي المتمثلة في (توليد المعلومات، تبادل المعلومات، سرعة الاستجابة) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- تشير قيمة معامل الارتباط المتعدد (R) البالغة (0.824) بأنه توجد علاقة قوية وإيجابية (طردية) وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، بين المتغير التابع جودة الخدمات الصحية وكل بعد من أبعاد التوجه بالمريض-الزبون السلوكي، وهذا يعني أن زيادة الاهتمام في أي بعد من أبعاد التوجه بالمريض-الزبون السلوكي، سيؤدي وبالاتجاه نفسه إلى تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- ثبوت معنوية معاملات الانحدار (β) للأبعاد الثلاثة للمتغير المستقل التوجه بالمريض-الزبون السلوكي، وعليه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، للأبعاد (توليد المعلومات، تبادل المعلومات، سرعة الاستجابة) في تحسين جودة الخدمات الصحية، إن ما يؤيد ذلك قيمة (T)

المحسوبة لهذه الأبعاد والبالغة (4.812، 9.746، 2.413) على التوالي، وكذلك إن قيم الدلالة الإحصائية (Sig) للأبعاد الثلاثة أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وفي ضوء النتائج السابقة سيتم رفض الفرضيات العدمية (H_0) وقبول الفرضيات البديلة (H_a) التي تنص على:

✓ **الفرضية الفرعية الأولى:** " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين بعد توليد المعلومات وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

✓ **الفرضية الفرعية الثانية:** " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين بعد تبادل المعلومات وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

✓ **الفرضية الفرعية الثالثة:** " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين بعد سرعة الاستجابة وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

● تشير قيمة معامل التفسير (R^2) البالغة (0.678) بأن أبعاد التوجه بالمريض-الزبون السلوكي تفسر ما نسبته (67.8%) من التغيرات التي تطرأ على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، أما النسبة المتبقية فانها تعزى إلى متغيرات أخرى لم تدخل في نموذج الانحدار الخطي المتعدد.

بناء على ما سبق يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي المتعدد كالاتي:

جودة الخدمات الصحية =	1.175 +	0.227 توليد المعلومات +	0.444 تبادل المعلومات +	0.104 سرعة
-----------------------	---------	-------------------------	-------------------------	------------

الاستجابة.

المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الاستمارة الثانية

أولاً: خصائص مبحوثي عينة الدراسة: جاءت الخصائص الشخصية للمبحوثين كما في الجدول رقم (16)، والذي يوضح الخصائص الديمغرافية من حيث: الجنس، العمر، سبب الدخول الى المؤسسة الاستشفائية، عدد مرات الدخول لنفس المستشفى، مدة المكوث في المستشفى، والتي سنوضحها كالآتي:

1. **الجنس:** أظهرت نتائج الجدول رقم (16) فيما يتعلق بالجنس أن النسبة الأكبر لمبحوثي الدراسة تغلب عليها فئة الاناث بنسبة (56.4%)، بينما تمثل نسبة الذكور (43.6%).
2. **العمر:** أظهرت نتائج الدراسة أن الفئة العمرية (35-39) هي الفئة الغالبة وبنسبة (39.1%)، تليها الفئة العمرية (أكثر من 40 سنة) بنسبة 21.8%، تليها الفئة العمرية (30-34) بنسبة 17.3%، والنسبة الأقل كانت الفئة العمرية (20-24) بنسبة 6.4%.
3. **سبب الدخول الى المؤسسة الاستشفائية:** تشير نتائج الجدول رقم (16)، أن سبب دخول عينة المبحوثين من المرضى الى المؤسسة الاستشفائية تعود بنسبة أكبر الى إجراء عملية جراحية بنسبة 56.4%، أما لأجل تلقي العلاج فكانت نسبة 43.6%، وهذا راجع لإختيار فئة المرضى الماكثين بالمستشفى لأجل تقييم أبعاد جودة الخدمات الصحية.
4. **عدد مرات الدخول لنفس المؤسسة الاستشفائية:** أظهرت نتائج الدراسة أن ما نسبته 65.5% من عينة المبحوثين من المرضى، تلقوا العلاج أكثر من مرة في نفس المستشفى، أما ما نسبته 34.5%، فتلقوا العلاج مرة واحدة، وهذا راجع لأنه لإجراء عملية جراحية بالمستشفى لا بد من زيارات عديدة ومنتظمة من أجل تلقي العلاج.
5. **مدة المكوث بالمؤسسة الاستشفائية:** أظهرت نتائج الجدول رقم (16)، أن العينة المبحوثة من المرضى مدة مكوثها في المستشفى لتلقي العلاج كانت أقل من 5 أيام وبنسبة 60.9%، تليها مدة من 6 الى 9 أيام بنسبة 21.8%، أما النسبة الأقل فكانت 3.6% لمدة أكثر من 20 يوم، وهو ما يفسر قصر مدة تلقي العلاج داخل المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

الجدول رقم (16): الخصائص الشخصية لمبحوثي عينة المرضى

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	48	43.6%
	أنثى	62	56.4%
	المجموع	110	100%
العمر	من 20 الى 24 سنة	7	6.4%
	من 25 الى 29 سنة	17	15.5%
	من 30 الى 34 سنة	19	17.3%
	من 35 الى 39 سنة	43	39.1%
	أكثر من 40 سنة	24	21.8%
	المجموع	110	100%
سبب الدخول الى المستشفى	إجراء عملية جراحية	62	56.4%
	تلقي العلاج	48	43.6%
	المجموع	110	100%
عدد مرات الدخول لنفس المستشفى	مرة واحدة	38	34.5%
	أكثر من مرة	72	65.5%
	المجموع	110	100%
مدة المكوث في المستشفى	أقل من 5 أيام	67	60.9%
	من 6 الى 9 أيام	24	21.8%
	من 10 إلى 14 يوم	8	7.3%
	من 15 إلى 20 يوم	7	6.4%
	أكثر من 20 يوم	4	3.6%
	المجموع	110	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

ثانيا: تحليل إجابات المبحوثين حول متغيرات الدراسة: يتناول هذا الجزء نتائج التحليل الإحصائي للبيانات والمعلومات وفق المقاييس الإحصائية الوصفية كالوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية لمتغيرات الدراسة، وذلك بهدف الإجابة على أسئلة الدراسة.

ويظهر الجدول رقم (17) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والترتيب والأهمية النسبية لمتغيري الدراسة التابع والمستقل.

الجدول رقم (17): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب ومستوى الممارسة الكلي للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي وأبعاد جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الممارسة
المحور الأول: قياس التوجه بالمريض-الزبون الثقافي					
1	التوجه بالمريض-الزبون الثقافي	2.2164	0.74840	-	منخفض
	المجموع	2.2164	0.74840		منخفض
المحور الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية					
1	بعد الملموسية	2.9250	0.85573	3	متوسط
2	بعد الاعتمادية	3.0364	0.76922	2	متوسط
3	بعد الاستجابة	2.0618	0.74821	5	منخفض
4	بعد الأمان	3.5909	0.76405	1	متوسط
5	بعد التعاطف	2.8182	0.82375	4	متوسط
	المجموع	2.8750	0.61307		متوسط

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

1. قياس مستوى الممارسة الكلي للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي: يبين الجدول رقم (17) أن المتوسط الحسابي الكلي لمستوى التوجه بالمريض-الزبون الثقافي في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة قد بلغ (2.2164) بانحراف معياري (0.74840)، ومعبرا عن مستوى ممارسة منخفض، مما يشير إلى أن استجابات عينة الدراسة من المرضى كانت منخفضة تجاه ممارسة التوجه بالمريض-الزبون الثقافي في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
2. قياس مستوى الممارسة الكلي لجودة الخدمات الصحية والأبعاد الفرعية المكونة لها: يتضح من خلال الجدول رقم (17) أعلاه أن المتوسط الحسابي الكلي لجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة قد بلغ (2.8750) بانحراف معياري (0.61307)، ومعبر عن مستوى ممارسة متوسط، وقد حقق بعد الأمان أعلى متوسط حسابي بلغ (3.5909) ومعبر عن مستوى ممارسة متوسط، فيما حقق بعد الاستجابة أدنى متوسط حسابي بلغ (2.0618) ومعبر عن مستوى ممارسة منخفض، كما يلاحظ أن المتوسطات الحسابية لمستوى أبعاد جودة الخدمات الصحية كانت معظمها متوسطة، مما يشير إلى أن استجابات عينة الدراسة كانت متوسطة اتجاه أبعاد جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.

ثالثا: اختبار فرضيات الدراسة:

1. إختبار الفرضية الرئيسية الثالثة:

الفرضية العدمية (H_0): "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وأبعاد جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

الفرضية البديلة (H_a): "يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وأبعاد جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

لاختبار صحة الفرضية الرئيسية الثانية من عدم صحتها، تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين أبعاد جودة الخدمات الصحية، والجدول رقم (18) يبين ذلك:

جدول رقم (18): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

المتغير المستقل	معامل الانحدار (β)	قيمة (T) المحسوبة	الدلالة الإحصائية (Sig)
الثابت (β_0)	1.670	12.113	0.000
التوجه بالمريض-الزبون الثقافي	0.544	9.225	0.000
قيمة (F) المحسوبة		85.095	
معنوية (F)		0.000	
معامل الارتباط البسيط (R)		0.664	
معامل التفسير (R^2)		0.441	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (18)، ما يأتي:

- ثبوت صلاحية نموذج الانحدار الخطي البسيط، إن ما يؤيد ذلك قيمة (F) المحسوبة والبالغة (85.095) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ونظرا لثبوت صلاحية النموذج يمكن اختبار أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.

- تشير قيمة معامل الارتباط البسيط (R) البالغة (0.664) بأنه توجد علاقة إيجابية (طردية) وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين جودة الخدمات الصحية، وهذا يعني أن زيادة الاهتمام بتغيير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيؤدي وبالالتجاه نفسه إلى تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- ثبوت معنوية معامل الانحدار (β) لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، وعليه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي في تحسين جودة الخدمات الصحية، إن ما يؤيد ذلك قيمة (T) المحسوبة والبالغة (9.225) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وفي ضوء النتائج السابقة سيتم رفض الفرضية العدمية (H_0) وقبول الفرضية البديلة (H_a) التي تنص " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".
- تشير قيمة معامل التفسير (R^2) البالغة (0.441) بأن متغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي يفسر ما نسبته (44.1%) من التغيرات التي تطرأ على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، أما النسبة المتبقية فانها تعزى إلى متغيرات أخرى لم تدخل في نموذج الانحدار الخطي البسيط.

بناء على ما سبق يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي البسيط كالتالي:

$$\text{جودة الخدمات الصحية} = 1.670 + 0.544 \text{ التوجه بالمريض-الزبون الثقافي.}$$

2. إختبار الفرضية الفرعية الأولى:

- الفرضية العدمية (H_0): " لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".
- لاختبار صحة الفرضية الفرعية الأولى من عدم صحتها، تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الملموسية، والجدول رقم (19) يبين ذلك:

جدول رقم (19): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

المتغير المستقل	معامل الانحدار (β)	قيمة (T) المحسوبة	الدلالة الإحصائية (Sig)
الثابت (β_0)	1.577	7.239	0.000
التوجه بالمريض-الزبون الثقافي	0.608	6.529	0.000
قيمة (F) المحسوبة		42.626	
معنوية (F)		0.000	
معامل الارتباط البسيط (R)		0.532	
معامل التفسير (R^2)		0.283	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (19)، ما يأتي:

- ثبوت صلاحية نموذج الانحدار الخطي البسيط، إن ما يؤيد ذلك قيمة (F) المحسوبة وبالبالغة (42.626) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ونظرا لثبوت صلاحية النموذج يمكن اختبار أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- تشير قيمة معامل الارتباط البسيط (R) البالغة (0.532) بأنه توجد علاقة إيجابية (طردية) وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الملموسية، وهذا يعني أن زيادة الاهتمام بتغيير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيؤدي وبالالتجاه نفسه إلى تحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- ثبوت معنوية معامل الانحدار (β) لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، وعليه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي في تحسين بعد الملموسية، إن ما يؤيد ذلك قيمة (T) المحسوبة وبالبالغة (6.529) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وفي ضوء النتائج السابقة سيتم رفض الفرضية العدمية (H_0) وقبول الفرضية البديلة (H_a) التي تنص " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".
- تشير قيمة معامل التفسير (R^2) البالغة (0.283) بأن متغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي يفسر ما نسبته (28.3%) من التغيرات التي تطرأ على تحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية

محل الدراسة، أما النسبة المتبقية فانها تعزى إلى متغيرات أخرى لم تدخل في نموذج الانحدار الخطي البسيط.

بناء على ما سبق يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي البسيط كالآتي:

$$\text{بعد الملموسية} = 1.577 + 0.608 \text{ التوجه بالمريض-الزبون الثقافي.}$$

3. اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

الفرضية العدمية (H_0): "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

لاختبار صحة الفرضية الفرعية الثانية من عدم صحتها، تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاعتمادية، والجدول رقم (20) يبين ذلك:

جدول رقم (20): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

المتغير المستقل	معامل الانحدار (β)	قيمة (T) المحسوبة	الدلالة الإحصائية (Sig)
الثابت (β_0)	1.807	9.282	0.000
التوجه بالمريض-الزبون الثقافي	0.555	6.659	0.000
قيمة (F) المحسوبة		44.346	
معنوية (F)		0.000	
معامل الارتباط البسيط (R)		0.540	
معامل التفسير (R^2)		0.291	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (20)، ما يأتي:

- ثبوت صلاحية نموذج الانحدار الخطي البسيط، إن ما يؤيد ذلك قيمة (F) المحسوبة وبالبالغة (44.346) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ونظرا لثبوت صلاحية النموذج يمكن اختبار أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- تشير قيمة معامل الارتباط البسيط (R) البالغة (0.540) بأنه توجد علاقة إيجابية (طردية) وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد

الاعتمادية، وهذا يعني أن زيادة الاهتمام بمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيؤدي وبالالتجاه نفسه إلى تحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.

● ثبوت معنوية معامل الانحدار (β) لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، وعليه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي في تحسين بعد الاعتمادية، إن ما يؤكد ذلك قيمة (T) المحسوبة والبالغة (6.659) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وفي ضوء النتائج السابقة سيتم رفض الفرضية العدمية (H_0) وقبول الفرضية البديلة (H_a) التي تنص " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

● تشير قيمة معامل التفسير (R^2) البالغة (0.291) بأن متغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي يفسر ما نسبته (29.1%) من التغيرات التي تطرأ على تحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، أما النسبة المتبقية فانها تعزى إلى متغيرات أخرى لم تدخل في نموذج الانحدار الخطي البسيط.

بناء على ما سبق يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي البسيط كالتالي:

$$\text{بعد الاعتمادية} = 1.807 + 0.555 \text{ التوجه بالمريض-الزبون الثقافي.}$$

4. إختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

الفرضية العدمية (H_0): " لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".
لاختبار صحة الفرضية الفرعية الثالثة من عدم صحتها، تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاستجابة، والجدول رقم (21) يبين ذلك:

جدول رقم (21): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة

المتغير المستقل	معامل الانحدار (β)	قيمة (T) المحسوبة	الدلالة الإحصائية (Sig)
الثابت (β_0)	0.392	2.649	0.009
التوجه بالمريض-الزبون الثقافي	0.754	11.922	0.000
قيمة (F) المحسوبة		142.131	
معنوية (F)		0.000	
معامل الارتباط البسيط (R)		0.754	
معامل التفسير (R^2)		0.568	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (21)، ما يأتي:

- ثبوت صلاحية نموذج الانحدار الخطي البسيط، إن ما يؤيد ذلك قيمة (F) المحسوبة وبالبالغة (142.131) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ونظرا لثبوت صلاحية النموذج يمكن اختبار أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- تشير قيمة معامل الارتباط البسيط (R) البالغة (0.754) بأنه توجد علاقة إيجابية (طردية) وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الاستجابة، وهذا يعني أن زيادة الاهتمام بمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيؤدي وبالالتجاه نفسه إلى تحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- ثبوت معنوية معامل الانحدار (β) لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، وعليه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي في تحسين بعد الاستجابة، إن ما يؤيد ذلك قيمة (T) المحسوبة وبالبالغة (11.922) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وفي ضوء النتائج السابقة سيتم رفض الفرضية العدمية (H_0) وقبول الفرضية البديلة (H_a) التي تنص " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

- تشير قيمة معامل التفسير (R^2) البالغة (0.568) بأن متغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي يفسر ما نسبته (56.8%) من التغيرات التي تطرأ على تحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، أما النسبة المتبقية فانها تعزى إلى متغيرات أخرى لم تدخل في نموذج الانحدار الخطي البسيط.

بناء على ما سبق يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي البسيط كالتالي:

$$\text{بعد الاستجابة} = 0.392 + 0.754 \text{ التوجه بالمريض-الزبون الثقافي.}$$

5. إختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

- الفرضية العدمية (H_0): "لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الامان في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".
- لاختبار صحة الفرضية الفرعية الرابعة من عدم صحتها، تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الامان، والجدول رقم (22) يبين ذلك:

جدول رقم (22): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الامان في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة

المتغير المستقل	معامل الانحدار (β)	قيمة (T) المحسوبة	الدلالة الإحصائية (Sig)
الثابت (β_0)	2.664	12.713	0.000
التوجه بالمريض-الزبون الثقافي	0.418	4.668	0.000
قيمة (F) المحسوبة		21.787	
معنوية (F)		0.000	
معامل الارتباط البسيط (R)		0.410	
معامل التفسير (R^2)		0.168	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (22)، ما يأتي:

- ثبوت صلاحية نموذج الانحدار الخطي البسيط، إن ما يؤيد ذلك قيمة (F) المحسوبة وبالبالغة (21.787) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ونظرا لثبوت صلاحية النموذج يمكن اختبار أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد الامان في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.

- تشير قيمة معامل الارتباط البسيط (R) البالغة (0.410) بأنه توجد علاقة إيجابية (طردية) وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الامان، وهذا يعني أن زيادة الاهتمام بمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيؤدي وبالاجتهاد نفسه إلى تحسين بعد الامان في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
- ثبوت معنوية معامل الانحدار (β) لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، وعليه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي في تحسين بعد الامان، إن ما يؤيد ذلك قيمة (T) المحسوبة والبالغة (4.668) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وفي ضوء النتائج السابقة سيتم رفض الفرضية العدمية (H_0) وقبول الفرضية البديلة (H_a) التي تنص " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الامان في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".
- تشير قيمة معامل التفسير (R^2) البالغة (0.168) بأن متغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي يفسر ما نسبته (16.8%) من التغيرات التي تطرأ على تحسين بعد الامان في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، أما النسبة المتبقية فانها تعزى إلى متغيرات أخرى لم تدخل في نموذج الانحدار الخطي البسيط.

بناء على ما سبق يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي البسيط كالاتي:

$$\text{بعد الامان} = 2.664 + 0.418 \text{ التوجه بالمريض-الزبون الثقافي.}$$

6. إختبار الفرضية الفرعية الخامسة:

الفرضية العدمية (H_0): " لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".
 لاختبار صحة الفرضية الفرعية الخامسة من عدم صحتها، تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد التعاطف، والجدول رقم (23) يبين ذلك:

جدول رقم (23): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط، لقياس أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة

المتغير المستقل	معامل الانحدار (β)	قيمة (T) المحسوبة	الدلالة الإحصائية (Sig)
الثابت (β_0)	0.971	6.002	0.000
التوجه بالمريض-الزبون الثقافي	0.834	12.050	0.000
قيمة (F) المحسوبة		145.206	
معنوية (F)		0.000	
معامل الارتباط البسيط (R)		0.757	
معامل التفسير (R^2)		0.573	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

- يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (23)، ما يأتي:
- ثبوت صلاحية نموذج الانحدار الخطي البسيط، إن ما يؤيد ذلك قيمة (F) المحسوبة وبالبالغة (145.206) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ونظرا لثبوت صلاحية النموذج يمكن اختبار أثر التوجه بالمريض-الزبون الثقافي على تحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
 - تشير قيمة معامل الارتباط البسيط (R) البالغة (0.757) بأنه توجد علاقة إيجابية (طردية) وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد التعاطف، وهذا يعني أن زيادة الاهتمام بمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيؤدي وبالتجاه نفسه إلى تحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.
 - ثبوت معنوية معامل الانحدار (β) لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي، وعليه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، للتوجه بالمريض-الزبون الثقافي في تحسين بعد التعاطف، إن ما يؤيد ذلك قيمة (T) المحسوبة وبالبالغة (12.050) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وفي ضوء النتائج السابقة سيتم رفض الفرضية العدمية (H_0) وقبول الفرضية البديلة (H_a) التي تنص " يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين

التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة".

- تشير قيمة معامل التفسير (R^2) البالغة (0.573) بأن متغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي يفسر ما نسبته (57.3%) من التغيرات التي تطرأ على تحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، أما النسبة المتبقية فانها تعزى إلى متغيرات أخرى لم تدخل في نموذج الانحدار الخطي البسيط.

بناء على ما سبق يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي البسيط كآتي:

بعد التعاطف =	+ 0.971	+ 0.834	التوجه بالمريض-الزبون الثقافي.
---------------	---------	---------	--------------------------------

خلاصة الفصل الرابع:

من خلال الدراسة الميدانية لواقع التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة وأثره على تحسين جودة الخدمات الصحية، تم الخروج بجملة من النتائج:

— تحبظ قطاع الخدمات الصحية في العديد من المشاكل أبرزها سوء التسيير والتنظيم سواء قبل أو بعد الإصلاحات.

— ضعف مستوى التوجه بالمريض-الزبون وهذا راجع بالأساس إلى ارتفاع الطلب على العرض من جهة ومجانبة العلاج في المؤسسات الاستشفائية العمومية.

— كما بينت الدراسة الميدانية وجود أثر للتوجه بالمريض-الزبون على تحسين جودة لخدمات الصحية، حيث من خلال الدراسة الإحصائية تبين مايلي:

● يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون السلوكي وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

● يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين بعد توليد المعلومات وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

● يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين بعد تبادل المعلومات وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

● يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين بعد سرعة الاستجابة وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

● يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

● يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

● وجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

● يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الامان في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.
- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية موضوع الدراسة.

لقد كان لظهور اقتصاد الصحة في ستينات القرن الماضي أثر كبير على التحول في مسار المؤسسات الاستشفائية، فمن خلال تطبيق مبادئ علم الاقتصاد على هذا النوع من المؤسسات وظهر ما يعرف بالمناجمنت الاستشفائي، ظهرت ممارسات إدارية جديدة في المؤسسة الاستشفائية لعل أهمها التسويق للخدمات الصحية.

يقوم التسويق الصحي على فكرة التبادل الإرادي والطوعي للخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية كمنتج لهذه الخدمات والمريض كمستفيد منها، هذا الفرع الجديد من فروع التسويق وإن كان يتبنى قواعد ونظريات التسويق الخدمي إلا أنه يختلف عنه في الأهداف، حيث يهدف بالأساس إلى زيادة جودة الخدمات الصحية المقدمة بهدف تحسين وترقية الصحة العمومية.

وباعتبار الناتج النهائي من تقديم خدمات المؤسسات الاستشفائية يتمثل في "الصحة" وما يرتبط بهذا الناتج من معايير للجودة يجب مراعاتها، فان الباحثين والمهتمين بتحسين جودة الخدمات الصحية، عملوا على إدخال أساليب تحسين الجودة في قطاع الخدمات الصحية بهدف الرقي بصحة المستفيدين منها. ومن بين أساليب تحسين جودة الخدمات الصحية التي تم التركيز عليها في هذه الدراسة، هو أسلوب التوجه بالمريض-الزبون-، وكانت النتائج التي تم التوصل إليها مدرجة كما يلي:

أولاً: النتائج:

أ. نتائج الدراسة النظرية:

■ يتكون مفهوم التوجه نحو السوق في المؤسسات الاستشفائية من ثلاثة عناصر سلوكية (التوجه نحو المرضى، توجه المنافس، والتنسيق بين العوامل الوظيفية المختلفة)، حيث يتضمن كل من هذه العناصر توليد المعلومات الاستخباراتية وتوزيعها على أقسام المستشفى المختلفة، ثم اتخاذ الإجراءات الإدارية الضرورية، واعتمد الباحثون على منهجين أساسيين في دراسة التوجه نحو السوق في المؤسسات الاستشفائية؛ يتكون المنهج الأول من ثلاثة عناصر أساسية وهي: أن تقوم المؤسسة الاستشفائية بتوليد معلومات حول احتياجات المرضى وتوزيع هذه المعلومات على أقسام المستشفى ومن ثم العمل على تبني سياسة تسويق، وإستجابة المستشفى نحو المعلومات التي تم جمعها، ويعتمد المنهج الثاني على عناصر أساسية أيضا ولكن ضمن إطار مفاهيمي مختلف، وهذه العناصر هي: توجه المريض حيث يعكس هذا العنصر النشاطات الضرورية من اجل الحصول وجمع المعلومات حول المرضى والتوجه نحو المنافس وهذا يعني أن تقوم المؤسسة الاستشفائية بتكريس جهودها من أجل جمع المعلومات حول المنافسين في السوق والتنسيق بين العوامل الوظيفية المختلفة.

- يعرف التوجه بالمريض- الزبون، على أنه: "قيام المؤسسة الاستشفائية بالنشاطات الضرورية من أجل الحصول وجمع المعلومات حول الزبائن من المرضى والمراجعين"، من خلال: "تحليل رأي المريض والأقارب وضم مستويات رضاهم إلى تقييم أنشطة المستشفى، والأخذ بعين الاعتبار لملاحظاتهم وشكواهم والعمل على إرضائهم من قبل كل الأفراد العاملين بالمؤسسة الاستشفائية، من أجل خلق منافع عليا للمرضى وكذلك أقاربهم".
- يمكن قياس التوجه بالمريض- الزبون من خلال الأبعاد الآتية:

● **البعد الأول: توليد المعلومات:** ويقصد به تجميع وتقييم المعلومات التي تعكس احتياجات وتفضيلات المرضى.

● **البعد الثاني: تبادل المعلومات:** تعكس عملية تبادل المعلومات مدى فعالية المؤسسة الاستشفائية في إحداث التكامل بين الإدارات التنظيمية المختلفة، وينصب الاهتمام في هذا المجال على مدى قدرة المستشفى على توزيع وتبادل المعلومات رأسياً وأفقياً.

● **البعد الثالث: سرعة الاستجابة:** ويعكس هذا البعد مدى قدرة المؤسسة الاستشفائية على وضع الخطط والبرامج اللازمة للاستجابة لرغبات واحتياجات المرضى والتي يتم تحديدها من خلال عملية توليد المعلومات.

- أثبتت الدراسات الميدانية في كل من الولايات المتحدة الأمريكية ودول أوروبا وجود أثر إيجابي بين التوجه بالمريض- الزبون وجودة الخدمات الصحية؛ بحيث أنه عند وضع المريض في مقدمة اهتمامات المستشفى "المريض أولاً"، فإنه سيتم تقديم خدمات بأفضل جودة للمريض، مما يساعد على خلق قيمة إيجابية للمريض، وبالتالي رضا المريض.

■ من خلال عرضنا لبعض مؤشرات العلاج في المنظومة الصحية في الجزائر، اتضح بأنه:

- في ظرف ست سنوات، أي من سنة 2011 إلى غاية 2016، سجلت زيادة في عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية بكل أنواعها والمصحات الخاصة للطب والجراحة. حيث انتقل عدد الأسرة في المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) من 37442 سرير سنة 2011 إلى 38407 سرير سنة 2016، في حين أن عدد الأسرة في المراكز والمؤسسات الاستشفائية الجامعية قد ارتفع بين سنتي 2011 و2015 من 12171 إلى 13050 سرير في المراكز الاستشفائية الجامعية، 612 إلى 818 سرير في المؤسسة الاستشفائية الجامعية سنة 2016، بينما ارتفع عدد الأسرة في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة من 10816 إلى 11725 سرير سنة 2016، ويعود الارتفاع إلى زيادة عدد الهياكل المنجزة، حيث تعزز القطاع خلال هذه المدة الزمنية بـ 11 مؤسسة استشفائية متخصصة.

- إرتفاع في عدد العيادات المتعددة الخدمات، حيث قدرت سنة 2011 بـ 1551 عيادة بـ 3331 سرير، لترتفع الى 1684 عيادة بمعدل 4075 سرير في سنة 2016، وهذا يدخل في إطار تعزيز الصحة الجوارية ضمن إصلاحات وزارة الصحة والسكان وإصلاحات المستشفيات.
- الارتفاع المستمر في صنف الحاصلين على شهادة دولة من 2011 إلى 2015، حيث ارتفع من 73083 سنة 2011 إلى 90939 سنة 2015 ، لينخفض إلى 87575 في سنة 2016، في حين يلاحظ إنخفاض تدريجي في عدد المؤهلين من سنة 2011 إلى سنة 2016. بينما سجل ارتفاع كبير جدا للمساعدين شبه الطبيين. وهذا نتيجة تدعيم التكوين شبه الطبي. حيث قدر عدد المتخرجين من مدارس التكوين شبه الطبي للفترة من 2006 إلى 2015 حوالي 59773 ممرض، ويتوقع للفترة 2015 إلى 2020 تخرج حوالي 30643 ممرض.

ب. نتائج الدراسة الميدانية:

■ النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

✓ في ضوء نتائج إجابات المرضى عينة الدراسة، تبين مايلي: هناك قصور من قبل المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة اتجاه مرضاها بخصوص التركيز والتأكيد على معرفة حاجاتهم وتوقعاتهم عن جودة الخدمة المقدمة لهم، إذ لا تبادر هذه المؤسسات الاستشفائية إلى تقييم مستوى رضا مرضاها ولا تحاول أن تقيم جودة خدماتها الصحية من خلالها، ولا يبدو أنها تضع المريض-الزبون في مقدمة أولوياتها أو تأخذ بالنظر تفهم حاجاتهم. حيث تشير استجابات عينة الدراسة من المرضى إلى مستوى منخفض من التوجه بالمريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة.

✓ في ضوء نتائج إجابات مقدمي الخدمات الصحية من أطباء وممرضين وإداريين عينة الدراسة، تبين مايلي: ظهرت النتائج الخاصة بقياس مستوى توجه الأفراد مقدمي الخدمات الصحية نحو المريض-الزبون في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة متوسطة، مما يعني بأن المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة تقوم بتطبيق أبعاد التوجه بالمريض-الزبون بدرجة (متوسط) من وجهة نظر أفراد العينة محل الدراسة.

■ النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: لأجل تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، قامت

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بجملة من الإصلاحات، من بينها:

✓ ملف 24 نقطة،

✓ خطط العمل الثلاث (P 03): حيث تمثل الخطة الأولى خطة عمل لتسوية أوضاع

الحياة المهنية لمهنيي الصحة، أما الخطة الثاني فهي خطة عمل للتصفيه المالية فيما يخص ديون الصيدلية لوكزبية للمستشفيات ومعهد باستور بالجزائر العاصمة، في حين

تمثل الخطة الثالثة خطة عمل لتسهيل الحصول على فحوصات طبية متخصصة،
بالخصوص في طب أمراض النساء والتوليد والجراحة العامة.

- ✓ مشروع المؤسسة،
- ✓ جدول القيادة ومؤشرات التسيير،
- ✓ تسيير الموارد البشرية،
- ✓ تسيير الأدوية،
- ✓ العلاج بالمنزل والاستشفاء بالمنزل،
- ✓ الطب عن بعد "Télémédecine"،
- ✓ تسيير الاستعجالات الطبية - الجراحية،
- ✓ مراقبة أنشطة القطاع الخاص،
- ✓ مراجعة الخريطة الصحية،
- ✓ وضع مخطط مكافحة السرطان.

ج. نتائج اختبار الفرضيات:

■ نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية:

○ أظهرت نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى، بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون السلوكي وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، ويتضح من النتيجة السابقة بأن زيادة إدراك أفراد عينة الدراسة واهتمامهم بالتوجه بالمريض-الزبون السلوكي، سيساهم بشكل كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، إن ما يؤيد ذلك قيمة معامل الانحدار لمتغير التوجه بالمريض-الزبون السلوكي (قوة تأثيره) (β) والبالغ (0.719).

○ من جهة ثانية أظهرت نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية، بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لأبعاد التوجه بالمريض-الزبون السلوكي (المتتملة في توليد المعلوماتن تبادل المعلومات وسرعة الاستجابة) وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، ويتضح من النتيجة السابقة بأن زيادة إدراك أفراد عينة الدراسة واهتمامهم بأبعاد التوجه بالمريض-الزبون السلوكي، سيساهم بشكل كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، ونود الإشارة هنا بأن بعد (تبادل المعلومات) هو الأكثر تأثير على تحسين جودة الخدمات

الصحية مقارنة بقيمة الأبعاد، إن ما يؤيد ذلك قيمة معامل الانحدار للبعد المذكور (قوة تأثيره) (β) والبالغ (0.444).

■ نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة:

○ أظهرت نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية، بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، ويتضح من النتيجة السابقة بأن زيادة إدراك أفراد عينة الدراسة واهتمامهم بالتوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيساهم بشكل كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، إن ما يؤيد ذلك قيمة معامل الانحدار لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي (قوة تأثيره) (β) والبالغ (0.544).

○ من جهة أخرى أظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى المنبثقة عن الفرضية الرئيسية الثالثة بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، ويتضح من النتيجة السابقة بأن زيادة إدراك أفراد عينة الدراسة واهتمامهم بالتوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيساهم بشكل كبير في تحسين بعد الملموسية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، إن ما يؤيد ذلك قيمة معامل الانحدار لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي (قوة تأثيره) (β) والبالغ (0.608).

○ أظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية المنبثقة عن الفرضية الرئيسية الثالثة بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، ويتضح من النتيجة السابقة بأن زيادة إدراك أفراد عينة الدراسة واهتمامهم بالتوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيساهم بشكل كبير في تحسين بعد الاعتمادية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، إن ما يؤيد ذلك قيمة معامل الانحدار لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي (قوة تأثيره) (β) والبالغ (0.555).

○ أظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة المنبثقة عن الفرضية الرئيسية الثالثة بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، ويتضح من النتيجة السابقة بأن زيادة إدراك أفراد عينة الدراسة واهتمامهم بالتوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيساهم بشكل كبير في تحسين بعد الاستجابة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية

محل الدراسة، إن ما يؤيد ذلك قيمة معامل الانحدار لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي (قوة تأثيره) (β) والبالغ (0.754).

○ أظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة المنبثقة عن الفرضية الرئيسية الثالثة بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد الامان في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، ويتضح من النتيجة السابقة بأن زيادة إدراك أفراد عينة الدراسة واهتمامهم بالتوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيساهم بشكل كبير في تحسين بعد الامان في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، إن ما يؤيد ذلك قيمة معامل الانحدار لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي (قوة تأثيره) (β) والبالغ (0.418).

○ أظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الخامسة المنبثقة عن الفرضية الرئيسية الثالثة بأنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) ما بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي وتحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، ويتضح من النتيجة السابقة بأن زيادة إدراك أفراد عينة الدراسة واهتمامهم بالتوجه بالمريض-الزبون الثقافي، سيساهم بشكل كبير في تحسين بعد التعاطف في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة، إن ما يؤيد ذلك قيمة معامل الانحدار لمتغير التوجه بالمريض-الزبون الثقافي (قوة تأثيره) (β) والبالغ (0.834).

ثانيا: التوصيات: في ضوء النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة، نوصي بما يأتي:

1. ضرورة اهتمام المؤسسات الاستشفائية الجزائرية بأبعاد التوجه بالمريض-الزبون (توليد المعلومات، تبادل المعلومات، سرعة الاستجابة)، لما لها من تأثير في تحسين جودة الخدمات الصحية وذلك من خلال:
 - الحرص على التقييم المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وذلك من خلال استطلاع آراء المرضى حول جودة خدماتها الصحية.
 - تشجيع العاملين في المستويات التنظيمية المختلفة على خدمة المرضى.
 - ضرورة إعداد ونشر المعلومات الخاصة بمستوى رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة بين كل الإدارات والمصالح الطبية المختلفة في المؤسسة الاستشفائية.
 - استقبال وتبادل المعلومات بين مختلف الأقسام والعاملين في المؤسسة الاستشفائية بشكل مستمر.
 - تنظيم اجتماعات دورية بين الإدارات والمصالح الطبية المختلفة بشكل دوري.
 - الأخذ بعين الاعتبار لآراء المرضى عند تطوير خدمات جديدة في المؤسسة الاستشفائية.
 - زيادة الاهتمام والانصات لشكاوي المرضى.

2. نشر ثقافة الجودة بين العاملين في المؤسسة الاستشفائية، وإجراء دورات تدريبية للكوادر الطبية والإدارية والشبه طبية.
3. سعي المؤسسات الاستشفائية إلى التركيز على تفهم حاجات المرضى وتوقعاتهم اتجاه جودة الخدمة واتجاه تحقيق الالتزام العالي معهم.
4. ضرورة اهتمام المستشفيات العمومية بمتطلبات المريض والعمل على تلبيتها بشكل فعال.
5. حث إدارة المؤسسة الاستشفائية على تبني توجهات علمية حديثة وأساليب إدارية متطورة والسعي نحو تطبيقها من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية.
6. دعم المؤسسات الصحية بالتقنيات المعلوماتية المتطورة (البرامج والأنظمة) والدعم المادي والبشري المؤهل علميا للرفع من مستويات الجودة الصحية بما يتماشى مع متطلبات مستهلك هذه الخدمات سواء كان مريضا أو مواطنا يتطلع للحصول على الرعاية الصحية بالمستوى المقبول.

آفاق البحث:

- تحليل العلاقة بين التوجه بالمريض-الزبون الثقافي والسلوكي وأثرها على أداء المؤسسات الصحية.
- أثر تطبيق معايير الاعتماد على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- واقع التوجه بالمريض-الزبون ضمن قانون الصحة الجديدة.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

I. الكتب:

1. بواعنة عبد المهدي، ادارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
2. البكري ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
3. البرواري نزار عبد المجيد وباشوية لحسن عبد الله، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2011.
4. جمعية التنمية الصحية والبيئية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات والنظم الصحية، مصر، 2005.
5. حاروش نور الدين، الادارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012.
6. حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر، الجزائر، 2008.
7. الطائي حميد وآخرون، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
8. الطائي يوسف حجيم سلطان والعبادي هاشم فوزي دباس، إدارة علاقات الزبون، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
9. الطائي رعد عبد الله وقداة عيسى، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
10. مذكور فوزي، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، 1998.
11. منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات (سلسلة التقارير الطبية رقم 395)، جنيف، 1980.
12. المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2003.
13. المصري سعيد محمد، إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية (المفاهيم والاستراتيجيات)، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2002/2001.
14. محييمر عبد العزيز والطعامنة محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الادارية، القاهرة، 2003.
15. النجار فريد، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2007.
16. نياز عبد العزيز بن حبيب الله، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض، 1425 هـ.
17. نصيرات فريد توفيق، إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2014.
18. نصيرات فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط 2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.

19. نصيرات فريد توفيق، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2014.
20. عبد الله عادل محمد، إدارة جودة الخدمات، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.
21. علوان الحياوي قاسم نايف، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
22. العلي عبد الستار، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، الأردن، 2008.
23. الصحن محمد فريد، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الاسكندرية، 1996.
24. الصميدعي محمود جاسم و يوسف ردينة عثمان، تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2010.
25. ذياب صلاح، إدارة الخدمات الصحية، مطابع الدستور التجارية، عمان، 1995.

II. الرسائل والأطروحات:

1. بوعبد الله صالح، نماذج وطرق قياس جودة الخدمة: دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف 1، الجزائر، 2014/2013.
2. جوادة سمير خليل ابراهيم، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، مذكرة ماجستير غير منشورة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2011.
3. نايل عطالله كرادشة وفاء، تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في الأردن، مذكرة ماجستير غير منشورة في غدارة الأعمال، قسم إدارة أعمال، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2012.
4. السلايمة نضال حلمي، إمكانية استخدام سيجم ستة لتحسين الأداء الصحي في المركز العربي الطبي، مذكرة ماجستير غير منشورة في إدارة الأعمال، جامعة عمان العربية، كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، الأردن، 2007.
5. سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2010/2009.
6. السعدي أمين خليل أمين، "العلاقة بين التوجه نحو السوق والأداء في القطاع المصرفي الأردني"، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة اليرموك، الأردن، 2000.
7. سعيداني نبيلة، "نظام المعلومات التسويقية والتوجه السوقي"، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة باتنة، الجزائر، 2009/2008.

8. السعيدى أحمد شجاع، تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت، مذكرة ماجستير غير منشورة في الإدارة، كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، 2007.
9. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه غير منشورة في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007.
10. قشي حبيبة، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، الجزائر، 2008.

III. المقالات:

1. بومعراف إلياس، القدرة التنافسية للمنظمة الاستشفائية: المفهوم والأبعاد، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد 10، 2010.
2. بوعبد الله صالح، قياس أبعاد جودة الخدمة: دراسة تطبيقية على بريد الجزائر، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد 10، 2010.
3. بوقجاني جناة والضمور هاني حامد، "أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى"، مؤتمة للبحوث والدراسات، المجلد السابع والعشرون العدد الثالث، 2012.
4. بقة الشريف ودومي سمراء، "التوجه السوقي للمؤسسة الاقتصادية الجزائرية بين الضرورة والاختيار"، مجلة الباحث، عدد 12، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2013.
5. بهوم أديب وآخرون، "أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي"، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (29)، العدد 2، 2007.
6. جبار محفوظ وبومعراف إلياس، دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات العمومية الجزائرية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 05، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة المسيلة، الجزائر، 2011.
7. الجبوري ميسر إبراهيم أحمد واسماعيل عمر علي، المفهوم الإحصائي لتقانة six sigma وعلاقته بأنشطة تحسين العمليات، تنمية الرافدين، كلية الإدارة والاقتصاد، العدد 93، مجلد 31، جامعة الموصل، 2009.
8. دهش جلاب إحسان، "نحو جامعات محلية متوجهة نحو الزبون"، الباهر مجلة فصلية محكمة تعنى بالأبحاث والدراسات العلمية، جامعة بابل، جمهورية العراق، 2014.

9. درمان سليمان صادق، "قياس أبعاد التوجه السوقي"، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، كلية الإدارة والاقتصاد، العدد الحادي والعشرون، جامعة الموصل، الجمهورية العراقية.
10. كيسرى مسعود، مسؤولية العميل الداخلي في إرضاء العميل الخارجي، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 07، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة المسيلة، الجزائر، 2012.
11. ملكي همام سمير والضمور هاني حامد، "التوجه السوقي وعلاقته بالأداء التسويقي لدى مكاتب السياحة العاملة في مدينة عمان"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 5، العدد 1، كلية الأعمال، الجامعة الأردنية، عمان، 2009.
12. عبد القادر ندى و عيسى خليل ابراهيم، "دور الادارة العليا في التحسين المستمر للجودة"، مجلة العلوم الاقتصادية، العدد 25، المجلد 7، جامعة البصرة، تشرين الثاني، 2009.
13. قشي حبيبة، "التوجه بالسوق *L'Orientation- Marché*: التوجه الجديد للتسويق في المؤسسات الصحية"، أبحاث إقتصادية وإدارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، العدد الثامن عشر، جامعة محمد خيضر، بسكرة، ديسمبر 2015
14. الشاوي هاني فاضل، تأثير نموذج إدارة العلاقة مع الزبون في تحسين جودة الأداء الصحي (دراسة استطلاعية في مستشفيات البصرة)، دراسات ادارية، المجلد 3، العدد 6، كانون الأول 2010.
15. غازي ساعات عبد الإله سيف الدين وتكي أمين شاكرا، أثر التوجه نحو السوق على الأداء الكلي لمستشفيات القطاع الخاص في المملكة العربية السعودية"، مجلة الباحث، العدد 10، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2012.
16. الغبين محمد، "النظام الصحي حسب معايير منظمة الصحة العالمية"، المجلة العلمية السعودية لجودة الأداء وإدارة المخاطر في المنشآت الصحية، العدد الرابع، السنة الأولى، الجمعية العلمية السعودية لجودة الأداء وإدارة المخاطر في المنشآت الصحية، الرياض، 2011.

IV. المؤتمرات والملتقيات:

1. بومعراف إلياس وبورغدة حسين، "محددات الصحة في الجزائر للفترة الممتدة من 2000 إلى 2010"، الملتقى الدولي الخامس حول "التنمية المستدامة: الصحة، التضامن، الأقاليم"، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير وكلية الطب، جامعة فرحات عباس سطيف 1، الجزائر، يومي 3/2 فيفري 2014.
2. دربال عبد القادر وزواوية أحلام، "استراتيجية تجسيد معايير اعتماد الجودة العالمية للمرافق الصحية ودورها في تحسين خدمات منشآت الصحة العمومية بالجزائر: قراءة في معايير اللجنة الدولية المشتركة

- لاعتقاد المستشفيات"، الملتقى الدولي الخامس حول: "التنمية المستدامة؛ الصحة - التضامن - الأقاليم"، جامعة سطيف، الجزائر، 3/2 فيفري 2014.
3. حمزاوي شريف وبلكبير بومدين، التوجه نحو السوق كمتطلب أساسي لخلق الابداع والابتكار في المؤسسات، الملتقى الدولي حول: الابداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب، البلدة، الجزائر، يومي 13/12 ماي 2010.
4. نور عبد الناصر وآخرون، "استخدام منهج سيجماستة six sigma في ضبط جودة التدقيق الداخلي"، المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر "ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة"، كلية الاقتصاد والعلوم الادارية، جامعة الزيتونة الاردنية، الأردن، 23-26 افريل 2012.
5. العزاوي نجم وجازع جاسم باسم، "أثر إدارة التخطيط الالكترونية في تحسين جودة الرعاية التمريضية"، المؤتمر العلمي الدولي التاسع (الوضع الاقتصادي العربي وخيارات المستقبل)، جامعة الزرقاء الأهلية، 24-25 أبريل/ نيسان، 2013.

V. القرارات والمراسيم والقوانين:

1. مذكرة رقم 121، المؤرخة في 20 أبريل 2014، المتعلقة بتطبيق خطط العمل الثلاث.
2. قرار رقم 120 المؤرخ في 19 أوت 2015، المتضمن تنظيم العلاج في المنزل في إطار خاص.

VI. مراجع أخرى:

1. احصائيات مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بولاية سطيف سنة 2017.
2. بوضياف من قسنطينة: مؤسسات الصحة العمومية تعاني من سوء التسيير والعيادات الخاصة غير خاضعة للرقابة. على الموقع: <http://www.annasronline.com> (أطلع عليه يوم: 2015/09/13).
3. علي حسين عامر وهاتف الجنابي أميرة، "التوجه نحو الزبون وولائه - تحقيق تجريبي لدور الوسيط لإدراك جودة الخدمة"، www.uokufa.edu.iq/journals/index.php/ghjec/article/view/1705 (05/01/2016)

المراجع باللغة الأجنبية

.I الكتب:

1. DJELLAL .F et autres, **L'hôpital innovateur (de l'innovation médicale à l'innovation de service)**, Masson éditeur, Paris, 2004.
2. EIGLIER P. et E.LANGEARD, **Servuction (le Marketing des services)**, Ediscience international, cinquième tirage, Paris, 1994.
3. LAMBIN Jean-Jacques et autres, **Marketing stratégique et opérationnel (Du marketing à l'orientation marché)**, 6^e édition, DUNOD, Paris, 2005.
4. LAOUISSET Djamel Eddine, **Stratégie de marketing management hospitalier**, Editions HOUMA, Alger, 2009.
5. LETEURTRE Hervé et autres, **la qualité hospitalière**, Berger-Levrault, Paris, 1999.
6. MICHEL .D et autres, **Marketing Industriel (stratégies et mise en œuvre)**, Economica, 2^e édition, Paris, 2000.
7. PETTIGREW .D et autres, **Le Marketing**, MC Graw-Hill, Québec, Canada, 2003.
8. VOGLER Eric, **Management stratégique des services**, DUNOD, Paris, 2004.
9. VILCOT Claude et Hervé Lecllet, **Indicateurs qualité en santé**, 2^e édition, AFNOR, 2006.

.II الرسائل والأطروحات:

1. BIELEN .Fr, « **Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée a la gestion hospitalière** », thèse de doctorat, faculté des sciences économiques, sociale et politiques, Université catholique de Louvain, 2001.
2. FURRER Olivier, **Orietation – client et services autour des produits informatiques**, thèse pour obtenir le grade de docteurs, faculté de droit et des sciences économiques, université de Neuchatel, Neuchatel, 1997.

.III المقالات:

1. Agueda Esteban et autres, « **Market orientation in service** », *European journal of Marketing*, Vol 36, 2002.
2. Centre de coordination de la lutte contre les les infections nosocomiales, « **Amelioration de la qualité en hygiene hospitalière** », service epidémiologie et hygiène hospitalière.
3. Gotteland David et autres, **L'orientation marché : synthèse et nouvelles directions théoriques**, *Recherche et applications en Marketing*, Vol 22, 2007.
4. Kohli. Ajay K & Bernard J. Jaworski, **Market Orientation : The construct, research propositions, and managerial implications**, *Journal of Marketing*, vol 54, April 1990.
5. KOHLI Ajay K et autres, **MARKOR : A Measure of Market Orientation**, *Journal of Marketing Research*, Vol 30, American marketing association, 1993.

6. Lee Wan-I et autres, « *The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction : the case of a medical center in southern Taiwan* », *African Journal of Business Management*, Vol. 4(4), China , April 2010 .
7. MAGUERRE .G et Y .DERENNE, “*Mise en place d’un programme d’amélioration de la qualité dans un établissement de santé: principes méthodologiques*”, Agence national d’accréditation et d’évaluation en santé, ANDEM, Paris, Octobre 1996.
8. Narver .John C & Stanley F. Slater, “*the effect of a market orientation on business profitability*”, *journal of marketing*, October 1990.
9. Pekovic Sanja et Sylvie Rolland, « *L’impact de l’orientation client sur la performance des entreprises françaises* », Recherche et Applications en Marketing, Vol 27, n^o 4, 2012.
10. PETITPRES Gaelle et Rose SOURANG, « *les entreprises françaises et l’orientation client* », *Logistique & Management*, Vol 2, n^o2, 1994
11. Raji P.S. et Subhash C.Lonial, “*The impact of quality context and Market Orientation on organizational performance in a service environment*”, *journal of service research*, Sage Publications, volume 4, November 2001.
12. Singh Ramendra et Abrahan Kohy, « *Salesperson’s customer orientation : A reconceptualization and a new definition* », *Research and publications, INDIAN Institute of management, INDIA, 2008.*

IV. مراجع أخرى:

1. Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé, « *Le cout de la qualité et de la non-qualité à l’hôpital* », juillet 2004, France, P23. www.anaes.fr (تم الاطلاع عليه يوم: 2013/12/10)
2. ESSLIMANI Bouchra, *L’orientation client du personnel en contact avec la clientèle : Définition et déterminants* https://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/05/85/50/doc/note_429.doc (2013/01/15)
3. Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, *les réformes en santé : évolution et perspectives*, Alger, Décembre 2015, P 45. (www.sante.gov.dz) (25/06/2016).
4. Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, *synthèse des décisions prises et instructions données par Monsieur le Ministre lors des rencontres régionales d’évaluation*, (Constantine, Oran, Annaba, Alger), Algéria, 2015 . (www.sante.gov.dz) (25/06/2016).
5. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, *Axes prioritaires : bilan et perspectives, rencontre régionale Alger et Sud*, 6 et 7 Décembre 2015. (www.sante.gov.dz) (25/06/2016).
6. Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, *Activité de jumelage*. (www.sante.gov.dz) (12/03/2017).
7. Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, *Instructions dans le cadre de la réhabilitation du service public de la sante (24 points)*, Alger, 11 Novembre 2013. (www.sante.gov.dz) (25/06/2016).

8. *Nathalie S. TEISSIER et Isabelle SAUVIAT, Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client, séminaire de recherche du RECEMAP, université de Rouen, (26 et 27 octobre 2001).*

http://www.unice.fr/recemap/contenurevue/articles/revue_recemap5.SAMPIERISAUVIAT.pdf
(31/05/2014)

9. *Office national des statistiques, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011-2013, N° 44, édition : 2014, Alger, www.ons.dz (20/01/2015)*

10. *ROCHETTE-LADOUCEUR Corinne et François CASSIERE, « Quelle orientation marché pour les PME-PMI ? », 5^e Congrès international de l'académie de l'entrepreneuriat, France.*

[www.entrepreneuriat.com/fileadmin/user_upload/5eme_congres/francois_Cassiere ppt.pdf](http://www.entrepreneuriat.com/fileadmin/user_upload/5eme_congres/francois_Cassiere_ppt.pdf)
(أطلع عليه يوم: 2013/12/25)

11. *ZOUAOUI FEKHTA, « Le role medateur des technologies d'information sur la relation orientation client – performance de l'entreprise »*

www.marketing-trends-congress.com/archives/2005/Materiali/Paper/Fr/ZOUAOUI.pdf

الملحق رقم (01): قائمة المحكمين

مكان العمل	أسماء المحكمين
جامعة المسيلة	د. بلعباس رابح
جامعة المسيلة	د. سنوسي علي
جامعة المسيلة	د. بلعجوز حسين
جامعة المسيلة	د. بوعبد الله الصالح
جامعة بسكرة	د. فالتة اليمين
جامعة سطيف	د. بومعروف الياس

تحية طيبة ، وبعد

تقوم الباحثة بإجراء دراسة ميدانية حول أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الإستشفائية الجزائرية. في إطار نيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية، أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي. وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير على حسن تعاونكم

ملاحظة : عند الإجابة على أسئلة الاستبيان، الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المناسبة.

المحور الأول: معلومات عامة:

1. إسم المؤسسة الاستشفائية: 1- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة - سليمان عميرات- ()
2- المؤسسة الاستشفائية العمومية - بوسعادة- ()
3- المركز الاستشفائي الجامعي - سطيف- ()
4- المؤسسة الاستشفائية العمومية - المسيلة- ()
2. الجنس: 1- ذكر () 2- أنثى ()
3. العمر:
1- [20 سنة - 24 سنة] () 2- [25 سنة - 29 سنة] ()
3- [30 سنة - 34 سنة] () 4- [35 سنة - 39 سنة] () 5- أكثر من 40 سنة ()
4. سبب الدخول إلى المؤسسة الاستشفائية: 1 - إجراء عملية جراحية () 2- تلقي العلاج ()
5. عدد مرات الدخول لنفس المؤسسة الاستشفائية: 1- مرة واحدة () 2- أكثر من مرة ()
6. مدة المكوث في المؤسسة الاستشفائية:
1- 5 أيام فأقل () 2- [6 أيام - 10 أيام] ()
3- [11 يوم - 15 يوم] () 4- [16 يوم - 20 يوم] ()
5- 20 يوم فأكثر ()

المحور الثاني: التوجه بالمريض-الزبون الثقافي:

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة (1)	غير موافق (2)	محايد (3)	موافق (4)	موافق بشدة (5)
01	يتفهم الأطباء والطاقم الشبه طبي احتياجي					
02	تحافظ المؤسسة الاستشفائية على مستوى عالي من الالتزام معي					
03	تراقب المؤسسة الاستشفائية بانتظام مستوى رضاي					
04	تشجع المؤسسة الاستشفائية على الملاحظات والشكاوي من قبل المرضى بخصوص خدماتها					
05	تعمل المؤسسة الاستشفائية على إطلاعي بالتغيرات التي تؤثر على الخدمات الصحية المقدمة لي					

المحور الثالث: جودة الخدمات الصحية:

✓ فيما يلي مجموعة العبارات التي تتطلب من سيادتكم وضع علامة (X) أمام الإجابات التي تعبر عن وجهة نظر سيادتكم.

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة (1)	غير موافق (2)	محايد (3)	موافق (4)	موافق بشدة (5)
بعد الملموسية						
06	تتوفر المؤسسة الاستشفائية على تجهيزات طبية ذات تكنولوجيا عالية حديثة تستخدم حاليا.					
07	يبدو العاملون في المؤسسة الاستشفائية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.					
08	طبيعة مرافق المؤسسة الاستشفائية (صالات المرضى، قاعات الانتظار، ومكاتب الأطباء)، جذابة وتتوافق مع طبيعة العمل ونوع الخدمة المقدمة.					
09	يوجد تطبيق صارم للقواعد والأنظمة مثل: ممنوع التدخين، التزام الهدوء، احترام مواعيد الزيارة.					
بعد الاعتمادية						
10	يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالانضباط في تقديم الخدمات الصحية في وقتها.					
11	يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالمواعيد ومختلف الوعود التي تقدم للمرضى.					

					تتوفر المؤسسة الاستشفائية على سجلات وأجهزة كمبيوتر تمكنها من متابعة الحالة الصحية لمرضاها حتى بعد انتهاء فترة علاجهم.	12
					المؤسسة الاستشفائية متوفرة على التخصصات المختلفة.	13
					يمتاز عمل الأطباء بالدقة في تشخيص الحالة المرضية.	14
بعد الاستجابة						
					يحرص الطاقم العامل بالمؤسسة الاستشفائية على إعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم.	15
					يحق للمريض طلب خدمة طبيبه المعالج عند الحاجة وفي أي لحظة.	16
					يتجاوب العاملون في المؤسسة الاستشفائية فوراً مع طلبات المرضى.	17
					تتفاعل إدارة المؤسسة الاستشفائية بالإيجاب مع شكاوي المرضى.	18
					يهتم الطاقم العامل بالمؤسسة الاستشفائية بمعرفة رأي المرضى عند مغادرتهم المؤسسة.	19
بعد الأمان						
					يملك الأطباء المعرفة اللازمة للإجابة على استفسارات المرضى.	20
					يشعر المريض بالثقة والأمان عند تعامله مع الأطباء.	21
					يشعر المريض بالثقة والأمان عند تعامله مع الممرضين.	22
					هناك اهتمام مستمر بالمرضى من قبل الأطباء والممرضين.	23
					تتمتع المؤسسة الاستشفائية بسمعة جيدة في أوساط المرضى.	24
بعد التعاطف						
					تقدم للمريض المعلومات اللازمة عن الإجراءات المتبعة أثناء فترة العلاج.	25
					توفر للمريض المعلومات الوافية عن حالته الصحية.	26
					يتفهم العاملون ظروف واحتياجات المريض ويتعاطفون معه.	27
					تضع الإدارة والعاملين مصلحة المريض في مقدمة الاهتمامات.	28
					يتعامل الممرضون مع المرضى بلباقة واحترام.	29

تحية طيبة ، وبعد

تقوم الباحثة بإجراء دراسة ميدانية حول أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الإستشفائية الجزائرية. لنيل درجة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية.

أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير على حسن تعاونكم

ملاحظة : عند الإجابة على أسئلة الاستبيان، الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المناسبة .

المحور الأول: معلومات عامة:

1. إسم المؤسسة الاستشفائية: 1- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة - سليمان عميرات- ()
2- المؤسسة الاستشفائية العمومية -بوسعادة- ()
3- المركز الاستشفائي الجامعي - سطيف- ()
4- المؤسسة الاستشفائية العمومية - المسيلة- ()
2. الجنس: 1- ذكر () 2- أنثى ()
3. العمر:
1- [20 سنة-24 سنة] () 2- [25 سنة - 29 سنة] ()
3- [30 سنة - 34 سنة] () 4- [35 سنة- 39 سنة] () 5- أكثر من 40 سنة ()
4. التخصص الوظيفي: 1- طبيب () 2- إداري () 3- ممرض ()
5. المؤهل الدراسي:
1- دكتوراه () 2- ماجستير () 3- مؤهل جامعي ()
4- دبلوم التكوين الشبه طبي () 5- بكالوريا ()
6. الخبرة:
1- [0 سنة-5 سنوات] () 2- [6سنوات - 10سنوات] ()
3- [11 سنة - 15 سنة] () 4- [16 سنة- 20 سنة] ()
5- [21 سنة - 25 سنة] () 6- [26 سنة- 30 سنة] ()
7- أكثر من 30 سنة ()

✓ فيما يلي مجموعة العبارات التي تتطلب من سيادتكم وضع علامة (X) أمام الإجابات التي تعبر عن وجهة نظر سيادتكم.

المحور الثاني: قياس التوجه بالمريض - الزبون السلوكي:

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة (1)	غير موافق (2)	غير متأكد (3)	موافق (4)	موافق بشدة (5)
البعء الأول: توليد المعلومات						
01	الأطباء والطاقم الشبه طبي أكثر وعيا وتفهما لاحتياجات المرضى					
02	تسعى المؤسسة الاستشفائية إلى التعرف على تفضيلات المرضى لخدماتها					
03	تحرص المؤسسة الاستشفائية على التقييم المستمر لجودة الخدمات الصحية					
04	تقوم المؤسسة الاستشفائية على الأقل مرة واحدة في السنة باستطلاع آراء المرضى حول جودة خدماته					
05	تشارك المؤسسة الاستشفائية في عملية التوأمة بين المستشفيات لتحسين جودة خدماتها					
06	تتخذ المؤسسة الاستشفائية قراراتها بناء على نظام المعلومات الخاص بها					
07	تعمل المؤسسة الاستشفائية على بناء والاحتفاظ بقاعدة بيانات قيمة					
البعء الثاني: تبادل المعلومات						
08	تنظم المؤسسة الاستشفائية اجتماعات دورية بين الإدارات والمصالح الطبية المختلفة بشكل دوري					
09	يعمل العاملين في المستويات التنظيمية المختلفة على خدمة المرضى					
10	تقوم إدارة المؤسسة الاستشفائية بنشر المعلومات الخاصة بمستوى رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لكل الإدارات والمصالح الطبية المختلفة					
11	تشجع المؤسسة الاستشفائية على التعاون بين مختلف الإدارات والمصالح الطبية بشكل مستمر					
12	تطبق المؤسسة الاستشفائية عملية استقبال وتبادل المعلومات بين مختلف الأقسام والعاملين بها بشكل مستمر					
13	تزود المؤسسة الاستشفائية العاملين لديها بالتقارير الدورية عن إنجازاتها					
البعء الثالث: سرعة الاستجابة						
14	تأخذ المؤسسة الاستشفائية بالاعتبار آراء المرضى عند تطوير خدمات					

					جديدة
					تعمل المؤسسة الاستشفائية على تبادل المعلومات الخاصة بتغيير احتياجات المرضى من خدماتها
					تقوم المؤسسة الاستشفائية بالمتابعة المستمرة لضمان تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى
					تحرص المؤسسة الاستشفائية على عقد الاجتماعات الدورية بوضع خطط للاستجابة للتغيرات التي تحدث في مجال تطور العلوم الطبية
					تحرص المؤسسة الاستشفائية على التنسيق الجيد بين مختلف أنشطة المصالح الطبية الموجودة بها
					تسعى المؤسسة الاستشفائية إلى الاهتمام والإنصات لشكاوي المرضى
					تحرص المؤسسة الاستشفائية على استجابة الإدارات والمصالح الطبية المختلفة لرغبات المرضى بتعديل أو تطوير الخدمات المقدمة

المحور الثالث: جودة الخدمات الصحية:

الرقم	العبرة	غير موافق بشدة (1)	غير موافق (2)	محايد (3)	موافق (4)	موافق بشدة (5)
بعد الموسمية						
21	تتوفر المؤسسة الاستشفائية على تجهيزات طبية ذات تكنولوجيا عالية حديثة تستخدم حاليا.					
22	يبدو العاملون في المؤسسة الاستشفائية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر.					
23	طبيعة مرافق المؤسسة الاستشفائية (صالات المرضى، قاعات الانتظار، ومكاتب الأطباء)، جذابة وتتوافق مع طبيعة العمل ونوع الخدمة المقدمة.					
24	يوجد تطبيق صارم للقواعد والأنظمة مثل: ممنوع التدخين، التزام الهدوء، احترام مواعيد الزيارة.					
بعد الاعتمادية						
25	يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالانضباط في تقديم الخدمات الصحية في وقتها.					
26	يلتزم العاملون في المؤسسة الاستشفائية بالمواعيد ومختلف الوعود					

					التي تقدم للمرضى.	
					تتوفر المؤسسة الاستشفائية على سجلات وأجهزة كمبيوتر تمكنها من متابعة الحالة الصحية لمرضاها حتى بعد انتهاء فترة علاجهم.	27
					المؤسسة الاستشفائية متوفرة على التخصصات المختلفة.	28
					يمتاز عمل الأطباء بالدقة في تشخيص الحالة المرضية.	29
بعد الاستجابة						
					يحرص الطاقم العامل بالمؤسسة الاستشفائية على إعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم.	30
					يحق للمريض طلب خدمة طبيبه المعالج عند الحاجة وفي أي لحظة.	31
					يتجاوب العاملون في المؤسسة الاستشفائية فوراً مع طلبات المرضى.	32
					تتفاعل إدارة المؤسسة الاستشفائية بالإيجاب مع شكاوي المرضى.	33
					يهتم الطاقم العمل بالمؤسسة الاستشفائية بمعرفة رأي المرضى عند مغادرتهم المؤسسة.	34
بعد الأمان						
					يملك الأطباء المعرفة اللازمة للإجابة على استفسارات المرضى.	35
					يشعر المريض بالثقة والأمان عند تعامله مع الأطباء.	36
					يشعر المريض بالثقة والأمان عند تعامله مع الممرضين.	37
					هناك اهتمام مستمر بالمرضى من قبل الأطباء والممرضين.	38
					تتمتع المؤسسة الاستشفائية بسمعة جيدة في أوساط المرضى.	39
بعد التعاطف						
					تقدم للمريض المعلومات اللازمة عن الإجراءات المتبعة أثناء فترة العلاج.	40
					توفر للمريض المعلومات الوافية عن حالته الصحية.	41
					يتفهم العاملون ظروف واحتياجات المريض ويتعاطفون معه.	42
					تضع الإدارة والعاملين مصلحة المريض في مقدمة الاهتمامات.	43
					يتعامل الممرضون مع المرضى بلباقة واحترام.	44