وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

عنوان المذكرة :

جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي الجزائري
المؤسسة العمومية الإستشفائية بعين بوسيف آنموذجا

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التسيير

التخصص: إدارة الأعمال

من إعداد الطالبان:
دراعي عيسى
سياحي سمير

الأستاذ المشرف:
د.شكرين محمد

السنة الجامعية:
2020/2019


بسم الله الرحمن الرحيم

بسم الله الرحمان}

الرحيم{

نَرْفَعُ دَرَجاتٍ مَنْ....."

نَشَاءُ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ

عِلِيمْ....."

(سورة يوسف/الآية 76)

الإهداء

إلى من قال فيهما ربي عز وجل:

" واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا "

إلى من حملتني ووضعتني وكانت سندي في الوجود وتولتني بالحب والرعاية إلى مفتاح الصبر علــى الشدائد والسراج المنيـر فــي حياتي الغالية " أمي " وحسبي لفظ أمي.

إلـى أحلى كلمة يرددها لساني إلى أجمل كائن عرفته عيوني إلى أنقى وأقوى حب أحس بـه قلبي جدي رحمه الله.

إلى الذي رباني على الفضيلة و الأخلاق وتحمل عبء الحياة، قدوتي و مثلي الأعلى أبي العزيز حفظه الله

إلى من يرون في نجاحي فخرا لهم ولا ننسى بالذكر خالي العزيز .

أسأل الله سبحانه وتعالى أن يطيل في عمرهما علــى الطاعة وأن يمتعهما بالصحة والعافية وأن يجعل عاقبتهمـا جنة عرضـها السمـاوات والأرض

وأن يكتب أجر هذا العمل في ميزان حسناتهما يوم العرض على رب العالمين.

إلى الشموع التي أضاءت لي مشواري إخوتي وأخواتي الأعزاء حفظهم الله

إلــى كل مـن وقف معي فـي لحظات الصعاب وساعدني ولـو بكلمة طيبة

إلى كل من أحب لـي النجاح والخير في دراستي، إلى كل من أملك له مكانة في قلبي.

إلــى الذي قاسمني عبء هذا العمل المتواضع عيسى .

إلــى كل الأصدقاء بدون استثناء.

إلــى كل من يعرف سمير سياحي

سمير

الشكر

"رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ التِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَ عَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَ أَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينْ"

شكرا للبارئ الخالق الذي وهبنا نعمتي العقل و الصحة لإتمام هذا العمل بفضله سبحانه و تعالى

وصلاة وسلاما دائمين على الحبيب "محمد" صلى الله عليه و سلم، أدى الأمانة و بلغ الرسالة و جاهد في الله حق جهاده

إلى الأستاذ المشرف شكرين محمد

إلى كل عمال المؤسسة العمومية الإستشفائية بعين بوسيف وعلى رأسهم المدير الفرعي للموارد البشرية عمراوي يوسف الذي لم يبخل علينا بمعلوماته القيمة

الإهداء

إلى من ارتبط رضا الله برضاهما و قال فيهما الله عز وجل

"و اخفض لهما جناح الذل من الرحمة و قل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا "

إلى من تغمرني بعطفها و حنانها، من جعل الله الجنة تحت أقدامها أغلى ما أملك في الوجود أمي الحنون حفظها الله

إلى الذي رباني على الفضيلة و الأخلاق وتحمل عبء الحياة، قدوتي و مثلي الأعلى أبي العزيز حفظه الله

إلى من يرون في نجاحي فخرا لهم :

إلى إخواني و إلى الأخوات الغاليات و إلى براعم العائلة

إلى كل طلبة سنة ثانية ماستر دفعة 2020/2019، خاصة تخصص إدارة الأعمال

و أتمنى لهم التوفيق في مساراتهم الحياتية والمهنية

إلى كل من سعتهم ذاكرتي و لم تسعهم مذكرتي

إلى الصديق الغالي والأخ سمير

عيسى

الفهرس

تشكرات

إهداء

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

مقدمة

عامة.....أ

الفصل الأول :مدخل إلى جودة الخدمة..... 3

المبحث الأول :ماهية الخدمة 3

المطلب الأول :مفهوم الخدمة.....3

الفرع الأول :تعريف الخدمة 3

الفرع الثاني :خصائص الخدمة 4

المطلب الثاني :مستويات الخدمة.....8

المطلب الثالث :تصنيفات الخدمة 13

الفرع الأول :تصنيف الخدمة حسب نوع السوق 13

الفرع الثاني :تصنيف الخدمة حسب درجة كثافة قوة العمل 13

الفرع الثالث :تصنيف الخدمة حسب درجة الاتصال بالمستهلك.....13

المبحث الثاني :ماهية الجودة..... 15

المطلب الأول :نشأة وتطور الجودة.....15

المطلب الثاني :مفهوم الجودة 18

الفرع الأول :تعريف الجودة..... 18

الفرع الثاني :أهمية الجودة..... 21

الفرع الثالث :جوانب الجودة.....21

المطلب الثالث :أبعاد الجودة..... 23

المبحث الثالث :تقييم الجودة في المؤسسات الخدمية 26

المطلب الأول :مفهوم جودة الخدمة.....26

الفرع الأول :تعريف جودة الخدمة 26
الفرع الثاني :أبعاد جودة الخدمة 29
الفرع الثالث :أهمية جودة الخدمة..... 29
المطلب الثاني :تقييم جودة الخدمة..... 30
المطلب الثالث : نماذج تقييم جودة الخدمة 33
الفرع الأول :من وجهة نظر المستهلك 33
الفرع الثاني :حسب قدرات المؤسسة الخدمية 38
الفرع الثالث :تقييم جودة الخدمة من المنظور الشامل 39
الفصل الثاني :الجودة في المؤسسات الصحيّة.....43
المبحث الأول :ماهية الخدمات الصحيّة.....44
المطلب الأول :مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحيّة.....44
الفرع الأول :مفهوم الصحة.....44
الفرع الثاني :الرعاية الصحيّة والرعاية الطبيّة.....46
الفرع الثالث :تعريف الخدمات الصحيّة.....50
المطلب الثاني :خصائص الخدمات الصحيّة.....51
المطلب الثالث :مستويات وأنواع الخدمات الصحيّة.....56
الفرع الأول :مستويات الخدمة الصحيّة.....56
الفرع الثاني :أنواع الخدمات الصحيّة.....58
المبحث الثاني :تقييم الجودة في الخدمات الصحيّة.....60
المطلب الأول :مفهوم جودة الخدمات الصحيّة.....60
الفرع الأول :تعريف جودة الخدمات الصحيّة.....60
الفرع الثاني :أهمية الجودة في الخدمات الصحيّة.....63
الفرع الثالث :ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحيّة.....64
المطلب الثاني :أبعاد جودة الخدمات الصحيّة والعناصر المؤثرة في تحقيقها...65
الفرع الأول :أبعاد جودة الخدمات الصحيّة.....65
الفرع الثاني :العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحيّة.....67

المطلب الثالث :مداخل تقييم جودة الخدمات الصحيّة 70

المطلب الرابع: متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحيّة.....78

الفصل الثالث: تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف

تمهيد الفصل.....81

المبحث الأول:تقديم المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف.....81

المطلب الأول: نشأة المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف.....81

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي والموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف83

المبحث الثاني: تحليل نتائج الدراسة الميدانية.....88

المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية.....88

المطلب الثاني: تحليل نتائج الاستبيان.....89

خلاصة الفصل..... 106

الخاتمة العامة.....

قائمة المراجع.....

مقدمة

تعد التنمية من أحد أهم الأهداف التي تسعى دول العالم لتحقيقها , فهي أساس تقدم المجتمعات ومقياس لرفاهيتها, وعند الحديث عن التنمية لا بد من الإشارة إلى الإنسان, فهو أساس تحقيقها بمختلف مجالاتها بما فيها الاقتصادية؛ ولن يتحقق ذلك إلا إذا توفرت له المتطلبات اللازمة والصحة أول تلك المتطلبات؛ فقطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أوليت اهتماما كبيرا من طرف الحكومات والمنظمات الدولية؛ حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948: هدفها أن تبلغ جميع الشعوب أكبر مستوى صحي ممكن؛ وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي , فإنه ليس الجانب الوحيد منه حيث أنّ هذا الهدف ينقسم إلى شقين؛ الأول منهما يتمثل في الحد قدر الإمكان من الفوارق الممكنة بين الأفراد في تسهيل حصولهم على الرعاية الصحيّة؛ وهو ما يصطلح عليه بالعدالة الصحيْة؛ والشق الثاني منه هو بلوغ أفضل مستوى صحي وهو ما يصطلح عليه بالجودة في الصحة؛ إذ في أواخر الثمانينات من القرن الماضي تم إدخال مفهوم الجودة في الرعاية الصحيّة؛ إذ استحدث علم ضمان الجودة في الرعاية الصحيّة ؛ والذي تطور نحو عدة مفاهيم منها إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحيّة؛ التطوير المستمر للجودة وتحسين أداء النظم الصحية...الخ , وذلك من أجل تطوير وتطبيق مناهج صحيّة للتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحيّة من خلال تحديد المشكلات وطرق حلها , وضمان رضا المستهلكين (المرضى) ومقدمو الخدمات الصحيّة على حد سواء .

لقد أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحيّة مطلبا أساسيا تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية, والجزائر من بين الدول التي تسعى لتحسين وتطوير قطاع الصحة. من خلال الإصلاحات التي تباشرها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحيّة المقدمة, و انطلاقا من ذلك جاء هذا البحث ليسلط الضوء على موضوع تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة في الجزائر.

الإشكالية:

تم إجراء هذا البحث ليجيب على الإشكالية التالية:

-ما مدى جودة الخدمات الصحيّة المقدمة في المؤسسات الصحيّة العمومية في الجزائر, المؤسسة العمومية الإستشفائية بعين بوسيف آنموذجا.

تحت هذه الإشكالية تندرج مجموعة من الأسئلة الفرعية

1- ماالمقصود بجودة الخدمات ؟

2-كيف يتم تقييم الجودة في المؤسسات الصحيّة؟

3-ما مدى قيام المؤسسة الإستشفائية العمومية بعين بوسيف بتقييم جودة خدماتها؟ومامستوى هذه الخدمات ؟

وكمحاولة للإجابة على هذه التساؤلات من خلال قراءة الأولية عن الموضوع قدمنا الفرضيات التالية :

-الحصول على أكبروأفضل قدر من الخدمة مع التفاني والإخلاص فيها

-يتم تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة بالاعتماد على مدى توفرها على

الإمكانيات المادية والبشرية (أجهزة ومعدات طبيّة؛ أطباء...الخ).

-تقوم المؤسسة الإستشفائية العمومية بعين بوسيف بتقييم جودة خدماتها الصحيّة على مستويات محدودة.

-يرى معظم المرضى أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الإستشفائية العمومية بعين بوسيف متوسط .

أهداف الدراسة

نسعى من خلال هذا البحث الوصول إلى جملة من الأهداف نذكرها فيما يلي:

عرض واقع قطاع الصحة في الجزائر عامة

معرفة مدى قيام المؤسسات الإستشفائية العمومية في الجزائر بتقييم جودة خدماتها الصحيّة المقدمة.

الوقوف على ظروف عمل أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي ومعرفة اقتراحاتهم لتحسين جودة الخدمات الصحيّة المقدمة.

تسليط الضوء على واقع جودة الخدمات الصحيّة المقدمة في المؤسسات الإستشفائية العمومية في الجزائر, حسب تقييم المستهلكين (المرضى) , ومعرفة اقتراحاتهم لتحسين مستوياتها.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة من خلال تناولها لمفهوم جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة من المنظور الشامل , الذي يجمع بين وجهة نظر المستهلك (المريض) والإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة الصحيّة؛ مع التركيز أكثر على وجهة النظر الأولى , وضرورة قيام المؤسسات الصحيّة بتقييم جودة خدماتها المقدمة بالإضافة إلى ضرورة أخذ اقتراحات كل من أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي في تحقيق الجودة , والعمل على كشف المشاكل التي تحول دون تقديمهم لخدمات صحيّة ذات جودة.

أسباب اختيار الموضوع :

تتمثل أسباب اختيار الموضوع فيما يلي :

الأهمية البالغة لقطاع الصحة في تحقيق التنمية والرفاهية للمجتمعات خاصة وهو متعلق بصحة الأفراد الذين يعتبرون أهم مورد ..

واقع قطاع الصحة في الجزائر حسب ما يتم نشره عبر وسائل الإعلام , وحسب المؤشرات الصحيّة في الجزائر التي تنشر من خلال بعض التقارير الدولية, والتي تدل على وجود مشكل في هذا القطاع الحساس, يستلزم تسليط الضوء عليه.

سلسلة الإضرابات المستمرة التي باشرها عمال قطاع الصحة من أطباء وشبه طبيين: تدعوا إلى النظر لظروف عملهم والعراقيل التي تواجههم خصوصا وهم أهم مقدمي الخدمات الصحيّة, باعتبارهم يمثلون جانب مهم من جوانب تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية .

هيكل البحث:

قسمنا هذا البحث إلى فصلين , تطرقنا في الأول منها إلى مدخل جودة الخدمة , حيث تطرقنا فيه إلى ماهية الخدمة والجودة , ثم إلى تقييم جودة الخدمة , من خلال ذكر مفهوم جودة الخدمة والمعايير التي يعتمد عليها المستهلك في تقييمه للخدمة من حيث جودتها , وفي الأخير أدرجنا نماذج تقييم جودة الخدمة.

أما في الفصل الثاني نتناول الجودة في المؤسسات الصحيّة: بدءا بمفاهيم حول الخدمات الصحيّة الذي نتطرق فيه إلى مفهوم الخدمات الصحيّة , خصائصها وأنواعها , ثم تقييم الجودة في المؤسسات الصحيّة الذي نتطرق فيه إلى مفهوم جودة الخدمات الصحيّة, أبعاد جودة الخدمات الصحيّة , ثم مداخل تقييم الجودة في المؤسسات الصحيّة.

الحدود الزمانية : بغية الإحاطة بإشكالية البحث والوصول إلى إستنتاجات عملية تثبت أو تنفي صحة الفرضيات ،فقد شملت دراستنا الفترة الممتدة مابين (05/01 إلى 2020/05/20)

الحدود المكانية : إقتصر المجال المكاني الذي إخترناه للقيام بالدراسة الميدانية على المؤسسة العمومية الإستشفائية

منهج البحث و أسلوب الدراسة :

يعد المنهج مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق أهداف بحثه , وسعيا منا لتحقيق أهداف الدراسة السابقة لذكره فقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي , وبعض الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات؛ وتم إجراء هذه الدراسة بالاعتماد على:

بناء الجانب النظري للدراسة:

من أجل إعطاء نظرة واضحة عن موضوع الدراسة تم بناء الجانب النظري بالاعتماد على البيانات من المصادر الثانوية , وهي المصادر التي تساعدنا على تكوين خلفية علمية متكاملة تمس مختلف جوانب الموضوع المدروس , تمثلت هذه المصادر في ما يلي :

الكتب العربية والأجنبية.

الرسائل والأطروحات الجامعية.

التقارير الدولية والمحلية.

الدراسات السابقة :

لقد تم التطرق لهذا الموضوع من طرف عد من الباحثين الذين تناولوه بالدراسة من جوانب مختلفة, نذكر بعضها فيما يلي :

دراسة عدمان مريزق : " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة العمومية" , أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير من جامعة الجزائر 2008-2009 كما أجرى دراسة حالة على بعض المؤسسات الصحيّة العمومية بالجزائر العاصمة , تناول الموضوع تحت إشكالية ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة العمومية بالجزائر العاصمة ,إذ ركز في دراسته على مفهوم الجودة من منظور المستفيد , كما وقف عند معوقات تقديم خدمات الصحيّة ذات جودة محاولا معرفة أسبابها وسبل علاجها كما تناول ضرورة قياس التكاليف المترتبة عن غياب الجودة في المؤسسات الصحيّة.

دراسة أدم غازي العتيبي : "مقارنة جودة الخدمة الصحيّة للمرضى في غرف التنويم في المستشفيات العامة والخاصة في دولة الكويت" نشرت في مجلة العلوم الاقتصادي والإدارية , المجلد الثامن عشر' العدد الثاني , قسم الإدارة العامة , كلية العلوم الإدارية جامعة الكويت, ديسمبر 2002, وهي دراسة ميدانية هدف من خلالها الباحث إلى مقارنة جودة الخدمة الصحيّة بين المؤسسات الإستشفائية العامة والخاصة للمرضى شملت خمسة مؤسسات صحيّة عامة وأربعة مؤسسات صحيّة خاصة , كشف من خلالها على وجود فروق في مستويات الرضا عن جودة الخدمة الصحيّة بين المؤسسات الصحيّة العامة والخاصة.

دراسة أسامة الفراج :"تقييم جودة خدمات الرعاية الصحيّة في المؤسسات الصحيّة للتعليم العالي في سوريا من وجهة نظر المرضى " , نشرت هذه الدراسة في مجلة جامعة دمشق اللعلوم الاقتصادية والقانونية؛ المجلد خمسة وعشرون, العدد الثاني 2009: قام خلالها البحث بتقديم استبيان بهدف معرفة مستوى جودة الرعاية الصحيّة المقدمة في المؤسسات الصحية التعليمية السورية للمرضى من وجهة نظرهم , في أربعة مؤسسات صحيّة تعليمية في سوريا, أراد من خلالها الباحث إيجاد مقياس لقياس مفهوم رضا المرضى بشكل كمي فيها.

دراسة أكرم أحمد طويل» آلاء حسيب الجليلي» رياض جميل وهاب :" إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحيّة؛ دراسة ميدانية لمجموعة مختارة من المؤسسات الصحية في العراق" كلية الإدارة والاقتصاد, جامعة الموصل بالعراق , 2009-2008: ألقت هذه الدراسة الضوء حول إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحيّة في مجموعة مختارة من مستشفيات إحدى محافظات العراق, أراد الباحثون معرفة مدى امتلاك العاملون في المؤسسات الصحيّة قيد البحث معرفة واضحة لمفهوم وأبعاد جودة الخدمات الصحيّة: ومدى توفر أبعاد جودة الخدمات الصحيّة في المؤسسات الصحيّة قيد البحث, توصل بعد الدراسة إلى وجود تباين في توفر أبعاد جودة الخدمات الصحيّة في المؤسسات الصحية المدروسة

المبحث الأول: ماهية الخدمة

تعد الخدمة ذات أهمية و دور كبيرين لدى الأفراد سواء كانت معنوية أو حقيقية، مما زاد من درجة الاهتمام بها من طرف المؤسسات الخدمية، إلا أنه يعتري تعريفها وخصائصها نوع من الغموض، وسنتعرض في هذا المبحث إلى تعريف الخدمة، خصائصها، مستوياتها تصنيفاتها .

المطلب الأول: مفهوم الخدمة

سنتناول فيما يلي تعريف الخدمة وخصائصها.

الفرع الأول: تعريف الخدمة

لقد أظهرت أدبيات التسويق العديد من التعريفات للخدمة، إلا أنه سيتم نكر بعضها مع التركيز على الخصائص المشتركة لهذه التعريفات، في محاولة لوضع تعريف محدد يشمل كافة هذه الخصائص.

التعريف الأول: عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمة على أنها: النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة.[1]

من خلال هذا التعريف نجد أن الخدمة لا تشمل فقط النشاطات التي تعرض للبيع، أي الخدمات الصرفة بل هناك خدمة مرتبطة بالسلع.

التعريف الثاني: عرفت الخدمة على أنها:" أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة، ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طرق التفاعل بين المستهلك ومقدمي الخدمة "[2]

ركز هذا التعريف على خاصية لاملموسية الخدمة، و أن تلقي الخدمة من مقدمها لا يحدث بالضرورة عن طرق التفاعل بينه وبين المستهلك.

التعريف الثالث: عرف كوتلر الخدمة على أنها: " أي نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر، ونكون في الأساس غير ملموسة، ولا ينتج عنها أية ملكية، وإن إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي ملموس أو لا يكون .[(1)]

[1]- بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي،" تسويق الخدمات"، دار زهران لنشر والتوزيع، الأردن، 2007 ،ص32.

[2]هاني حامد الضمور، "تسويق الخدمات"، ط3 ،دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن ، 2005 ،ص18.

- [(1)]بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص32

تناول **كوتلر** الخدمة بإبراز خصائصها من حيث عدم ملموسيتها، عدم ملكيتها و أن إنتاجها و تقديمها قد يرتبط بمنتج مادي.

التعريف الرابع: تعرف الخدمة كذلك على أنها:" عملية إنتاج منفعة غير ملموسة بالدرجة الأساس، إما بحد ذاتها أو كعنصر جوهري من المنتج الملموس، حيث يتم من خلال أي شكل من أشكال التبادل إشباع حاجة أو رغبة لدى المستهلك.[2]

كما تناول هذا التعريف أيضا خاصية عدم ملموسية الخدمة، كخدمة بحد ذاتها أو باعتبارها جوهر أو أساس منتج مادي، يتم تقديمها للمستهلك على أساس عملية التبادل بينه وبين مقدم الخدمة لإشباع حاجاته و رغباته.

التعريف الخامس: تعرف الخدمة كذلك أنها: " منتجات غير ملموسة، تهدف أساسا إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك وتحقق له المنفعة ".[3]

التعريف السادس: تعرف الخدمة كذلك أنها: " تتضمن كل الأنشطة الاقتصادية التي مخرجاتها ليست منتجات مادية، وهي بشكل عام تستهلك عند وقت إنتاجها، وتقدم قيمة مضافة، وهي بشكل أساسي غير ملموسة. [4]

أضاف هذا التعريف لخاصية اللاملموسية للخدمة، خاصية نزامن وقت الإنتاج والاستهلاك كما أنها تقدم قيمة مضافة للمستهلك.

من خلال هذه التعاريف يمكن أن نقدم تعريف شامل للخدمة على أنها نشاطات أو منافع غير ملموسة قد تربط بسلعة مادية ملموسة، يقدمها طرف ما (مقدم الخدمة) إلى طرف آخر (المستهلك) من خلال عملية التبادل بينهما، لإشباع حاجات ورغبات المستهلك،
كما لا ينتج عنها نقل للملكية وغالبا ما تستهلك وقت إنتاجها .

الفرع الثاني: خصائص الخدمة

للخدمات خصائص تميزها عن غيرها من المنتجات الملموسة ، والتي تعكس صفات

و طبيعة الخدمات، ومن هذه الخصائص نجد ما يلي:

1. **اللاملموسية (اللامادية):** تمثل هذه الخاصية حقيقة الخدمة لكونها لا ترى ولا يمكن لمسها قبل الإقدام على شرائها، وهي بذلك تختلف عن المنتجات السلعية التي يمكن

---

[2]-المرجع نفسه ، ص32

[3] -زاكي خليل المساعد،" تسويق الخدمات و تطبيقاته "، دار المناهج لمنشر والتوزيع، الأردن ، 2006 ،ص35.

[4]-هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص18.

للمستهلك اختيارها بشيء من التمعن بسبب خصائصها المادية. [1] والمستهلك قد يحصل على شيء مادي ملموس ليمثل الخدمة، لكن في النهاية فإن شراء الخدمة هو شراء شيء غير ملموس [2]، ومستوى اللاملموسية مستمد من ثلاثة مصادر رئيسية تتمثل في [3]:

السلع المادية المتضمنة في العرض الخدمي والتي يستهلكها المستهلك (الطعام في المطعم)،البيئة المادية التي تحدث فيها عملية إنتاج واستهلاك الخدمة (مبنى المطعم) الأدلة المادية الملموسة على أداء الخدمة (كمشاهدة الطهاة وهم يقومون بإعداد الطعام).

2. **التلازمية (عدم الانفصال):** وتعني التلازمية درجة الترابط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى تقديمها، ويترتب على ذلك في كثير من الخدمات ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها،[4]أي تزامن العرض والطلب [5].

ويرتقب على خاصية التلازمية للخدمة ما يلي:

- وجود علاقة مباشرة بين المؤسسة الخدمية والمستهلك، وتعتبر هذه الخاصية مشتركة بين جميع الخدمات وإن كانت خدمات لا تتطلب بالضرورة حضور المستهلك شخصيا، مثل الخدمات الموجهة إلى ممتلكات المستهلك.
- كما يترتب على هذه الخاصية ضرورة مساهمة أو مشاركة مستهلك الخدمة في إنتاجها وعلى هذا الأساس، المؤسسة الخدمية لا تستطيع أن تنتج أو تبيع خدماتها بالشكل المطلوب ما لم يساهم المستهلك في عمليات الإنتاج بشكل أو بآخر حسب طبيعة الخدمة التي يريد الانتفاع بها.
- زيادة درجة الولاء، أي أن المستهلك يصر على الخدمة من شخص معين أو مجموعة أشخاص معينين، أو مؤسسة معينة.

3. **عدم التماثل أو عدم التجانس**: وتعني هذه الخاصية الصعوبة البالغة أو عدم القدرة في كثير من الحالات على تنميط الخدمات، وخاصة تلك التي يعتمد تقديمها على الإنسان بشكل كبير.

4. **القابلية التلاشي (فناء الخدمة):** تعكس هذه الخاصية أن الخدمات لا يمكن تخزينها

---

[1]-زاكي خليل المساعد، مرجع سبق ذكره، ص41

[2]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص24 .

[3]- بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، "مبادئ تسويق الخدمات"، مجموعة النيل العربية، مصر 2009 ،ص45 .

[4]- بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره، ص43، بتصرف

[5]- Grey Audigier, "Marketing et action commerciale", 5eme edition, Gualino éditeur, France, 2007,p158.

بهدف البيع أو الاستخدام اللاحق للمنتجات[3]، فكلما زادت درجة اللاملموسية للخدمة انخفضت فرصة تخزينها وهذا ما يجعل تكلفة التخزين منخفضة نسبيا أو كليا في المؤسسات الخدمية، وهذا ما يمكن النظر إليه كنتيجة إيجابية لخاصية الفنائية، لكن في الوقت ذاته تعقد الأمور فيما يخص مواجهة تقلبات الطلب[4]

5. **عدم الملكية**: لا يتوفر في بيع الخدمات عنصر نقل الملكية كما هو الحال في بيع المنتجات الملموسة [5]،وذلك لأن المستهلك له الحق فقط في استعمال الخدمة لفترة

معينة، دون أن يمتلكها، فالدفع يكون بهدف الاستعمال أو الاستئجار للشيء فحسب، بينما في حالة شراء السلعة المستهلك له حق التصرف بها. [1]

إن لعدم القدرة على امتلاك الخدمة أثار على تصميم قنوات التوزيع، فالتاجر لا يستطيع اكتساب حق الملكية، كما هو الحال مع السلع، وبدلا من ذلك تكون طرق التوزيع المباشر أكثر شيوعا في الحالات التي يستعان بها بوسطاء يشتركون عموما في الإنتاج مع مقدم الخدمة. [2]

6. **تذبذب الطلب**: يتميز الطلب على بعض الخدمات بالتذبذب وعدم الاستقرار، فهو لا يتغير عبر فصول السنة فحسب، بل يتغير أيضا من يوم إلى آخر من أيام الأسبوع، وحتى من ساعة إلى أخر فالسفر إلى المنتجعات مثلا يتقلص في فصل الشتاء. [3]

---

[3]- زاكي خليل المساعد، مرجع سبق ذكره، ص47.

[4]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص31-32 (بتصرف)

[5]- زاكي خليل المساعد، مرجع سبق ذكره، ص48.

[1]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص32.

[2]- بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص55.

[3]- بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره،ص45

الجدول (1): بعض المشكلات الناتجة عن خصائص الخدمة وطرق معالجتها

الخصائص	المشكلات	بعض طرق معالجتها
اللاملموسية	-صعوبة توفير عينات. -وجود قيود كثيرة على عنصر الترويج في المزيج التسويقي. -صعوبة تحديدالسعروالجودة مقدما.	- التركيز على الفوائد. -زيادة إضفاء الملموسية للخدمة. -استخدام التوصية الشخصية. كمدخل لبيع الخدمة . -تطوير الشهر.
التلازمية	- تتطلب تواجد مقدم الخدمة. -البيع المباشر.	-التدريب على العمل في مجموعات. _ تحسين أنظمة تقديم الخدمات.
عدم التماثل	-صعوبة التأكد من الجودة.	-تدريب أكبر عدد من مقدمي الخدمات الأكفاء -الحرص على اختيار الموظفين الأكفاء - توفير مراقبة مستمرة.
القابلية للتلاشي	-لا يمكن تخزين الخدمة. -مشكل التذبذب في الطلب.	لمحاولة المستمرة لإيجاد توافق سن العرض والطلب كتخفيض الأسعار في حالة انخفاض الطلب أو استخدام نظام الحجوزات.

المصدر: هاني حامد الضمور، مصدر تم ذكره , ص 33.

المطلب الثاني: مستويات الخدمة

فيما يتعلق بالمنتج بصفة عامة، فرق كوتلر وآخرون بين ثلاث مستويات مختلفة للمنتج: [1]

- **المنتج الأساسي أو المحوري (الجوهر):** ويمثل الحاجة التي يشبعها المنتج.
- **المنتج المادي الملموس:** حيث يتاح المنتج الأساسي للمستهلكين في صور مادية، التي يعبر عنها من خلال خصائص المنتج وتعبئته و تغليفه ، واسم العلامة التجارية وكذا مستوى الجودة.
- **المنتج المعزز**: وهو عبارة عن المنتج المادي الملموس، مضافا إليه خدمات و مزايا يتم تضمينها لإشباع حاجات إضافية لدى المستهلك، كخدمات ما بعد البيع، الضمان.

ورغم أن هذا التحليل ينطبق على المنتجات بوجه عام، إلا أن عدد من الكتاب رأوا بأنه خاصيتي عدم قابلية الفصل (التلازمية) و اللاملموسية، تجعل تطبيق المستويات العامة الثلاثة للمنتجات ذات معنى أقل بالنسبة للخدمات، وبدلا من ذلك قدموا مستويين للخدمة هما: [2]

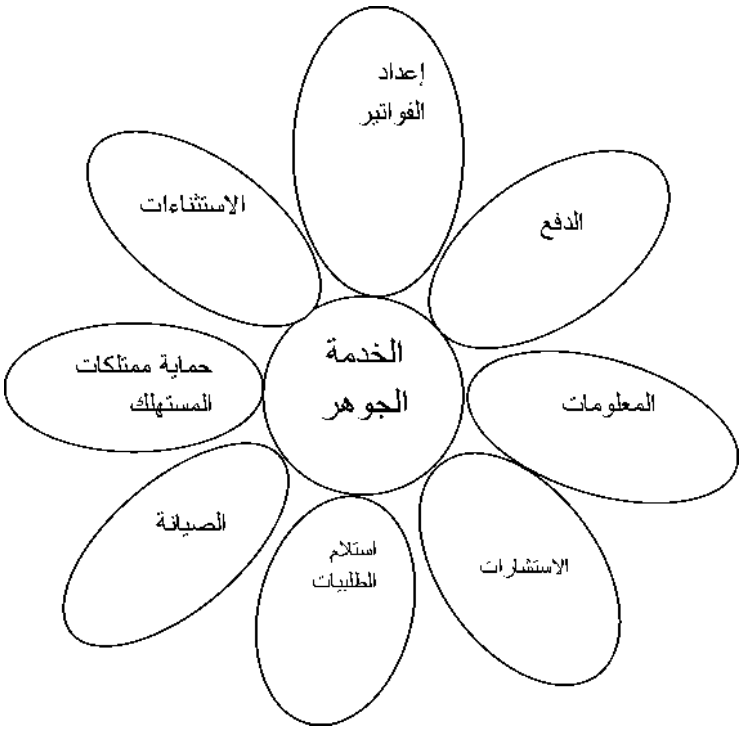
- **الخدمة الأساسية أو الجوهرية**: وتمثل المنفعة الأساسية التي يرغب المستهلك الحصول عليها لإشباع حاجاته ورغباته.
- **الخدمة الثانوية (الداعمة أو التكميلية):** وتمثل مستويين للمنتج المادي والمنتج المعزز، وتتمثل في ثماني مجموعات هي: المعلومات، تقديم الاستشارة، استلام الطلبات والضيافة، حماية ممتلكات المستهلك، الاستثناءات، إعداد الفواتير، الدفع.

ويطلق على مستويات الخدمات بزهور الخدمة، والشكل رقم (1) يوضح ذلك:

[1]- بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 72.

[2]- المرجع نفسه، ص73-74 (بتصرف).

الشكل (1): زهرة الخدمة



المصدر: بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، ص75

يوضع الشكل ثماني مجموعات من الخدمات التكميلية موزعة على أوراق الزهرة التي تحيط بقلبها الني يرمز إلى الخدمة الجوهر، كما تجدر الإشارة إلى أنه ليس من الضروري أن تكون دائما هذه الخدمات التكميلية كلها ضمن خدمة ما، فطبيعة الخدمة تساعد في تحديد الخدمات التكميلية التي ينبغي تقديمها لتعزيز قيمة الخدمة وتحقيق النجاح للمؤسسة الخدمية المعنية.

وغالبا ما تلجأ المؤسسات الخدمية إلى وضع الخدمات التكميلية في مجموعات، سعيا وراء اختبار المجموعات التي تتناسب مع حاجات المستهلكين للخدمة، كما أن وضع الخدمات التكميلية في مجموعات متجانسة يساهم في: [1]

- ✓ تمكين المؤسسة الخدمية من تركيزجهودها فيما يخص المزيج التسويقي على المجموعة المفضلة أو المرغوبة من طرف المستهلكين.

[1]- المرجع نفسه، ص73 (بتصرف).

- ✓ تمكين المؤسسة الخدمية من مقارنة خدماتها التكميلية بتلك التي يعرضها المنافسون .
- ✓ معرفة ردود فعل المستهلكين بخصوص كل مجموعة من مجموعات الخدمات التكميلية، والاستفادة من ردود الفعل هذه في تعديل أو تغيير أو إلغاء المجموعات عند الضرورة.

وعلى الرغم من وجود عشرات التصنيفات للخدمات التكميلية، إلا أن معظم هذه الخدمات تصنف وفق ثماني مجموعات رئيسية هي: [1]

1. **المعلومات**: لكي يحصل المستهلك على قيمة حقيقية أو فائدة مرجوة من الخدمة المقدمة، فإنه يحتاج إلى معلومات عن هذه الخدمة، فالمستهلكون المحتملون غالبا ما يبحثون عن معلومات حول الخدمات التي تلبي احتياجاتهم، قد تتعلق بطرق الحصول على الخدمة، وشروط شرائها وغيرها من المعلومات المفيدة، وعليه تسعى المؤسسات الخدمية إلى العمل على توفير أكبر قدر ممكن من المعلومات المتعلقة بالخدمات التي تقدمها، ذات الصلة بنشاطاتها الخدمية في محاولة لاستقطاب المستهلكين وتكوين ولائهم لها.
ومن الوسائل المعتمدة لتزويد المستهلك بالمعلومات، إنشاء مركز معلومات متخصصة، إطلاق حملات إعلانية، إصدار منشورات، المشاركة في المعارض والمؤتمرات، أو الإجابة على الاستفسارات عبر الهاتف أو الإنترنت...الخ.
2. **تقديم الاستشارات:** نقدم الاستشارة في الغالب بناء على طلب المستهلك لحل مشكلة ما، أو انتهاج أسلوب معين، وذلك في ضوء معطيات معينة أو في ظل ظروف معينة.
إن الاستشارة تتضمن حوار يستهدف الوقوف على احتياجات المستهلك، بهدف وضع حل أو اقترح أسلوب لمعالجة المشكلة المحددة التي تواجهه.
إن الاستشارة الفاعلة تتطلب أن يكون مقدم الاستشارة ملما إلماما دقيقا بالوضع القائم للمستهلك، ويحبذ كغيره أن تكون لدى المستشار معلومات خلفية عن المستهلك قبل تقديم أو اقترح أي حل.

3. **استلام الطلبيات**: في حال استقرار رأي المستهلك على شراء الخدمة، فإن الخطوة التالية هي استعداد مقدم الخدمة لإبرام الصفقة، بمعنى استلام طلبية المستهلك ومعالجتها بغية توفيرها له في المكان والزمان المحددين .
و تتضمن عملية استلام الطلبيات عدة أمور مثل قبول الطلب نفسه وتمثل الحجوزات، ومن ضمنها تحديد المواعيد نوعا خاصا من خدمة استلام الطلبيات، حيث أن هذه

[1]- المرجع نفسه، ص 76 – 79 (بتصرف).

الحجوزات تؤهل المستهلك للحصول على وحدة محددة من الخدمة، مثال: الحصول على مقعد في طائرة.

4. **الضيافة (رعاية المستهلك):** حيث أن بعض الخدمات تتطلب من المستهلكين البقاء في مكان تقديم الخدمة لحين إتمام عملية تزويدهم بالخدمة المطلوبة، ولهذا نجد أن المؤسسات الخدمية الناجحة تحاول التعامل مع المستهلكين كضيوف، خصوصا في الحالة التي يكون مكوث هؤلاء المستهلكين في موقع تقديم الخدمة طويل نسبيا.
إن الضيافة تعكس سعادة اللقاء بالمستهلكين الجدد، والترحيب بالمستهلكين القدامى عند عودتهم ثانية إلى المؤسسة الخدمية، وتكمن قيمة الضيافة باعتبارها خدمة تكميلية مبنية على الاتصال وجها لوجه، وفي بعض الحالات تبدأ الضيافة وتنتهي من خلال نقل المستهلكين من و إلى موقع الخدمة، وفي كثير من الحالات أيضا تأخذ شكل تقديم الأطعمة والمشروبات ووسائل الترفيه ...الخ.

5. **حماية ممتلكات المستهلك :** عندما يقوم المستهلكون بزيارة موقع تقديم الخدمة، فإنهم غالبا ما يطلبون المساعدة في الحفاظ على ممتلكاتهم، فكثير من المستهلكين قد لا يأتون إلى موقع الخدمة ما لم توفر لهم المؤسسة الخدمية المعنية بعض التسهيلات الخاصة بحماية ممتلكاتهم (مثل توفير مواقع مأمونة لإيواء سياراتهم، والاحتفاظ بأموال ممتلكات النزلاء في الفنادق ، رعاية أطفال المستهلكين خلال عملية تقديم الخدمة).

6. **الاستثناءات** : وهي من الخدمات التكميلية، لا تقع في نطاق الخدمات الاعتيادية المتعارف عليها، وهي خدمات استثنائية وخاصة تقدم للمستهلكين في ظروف غير اعتيادية، وغالبا ما تستجيب المؤسسات الخدمية لهذا النوع من الطلبات، خصوصا عندما يكون الظرف ملائما (في الظروف الاستثنائية مثلا، عندما يطلب المستهلك ذلك بإلحاح بطريقة معينة).

وعليه تقوم المؤسسات الخدمية غالبا بالاحتياط لمثل هذه الطلبات الاستثنائية من خلال إدراجها في برامجها وخططها.

وتوجب ذلك في عدة أنواع من الاستثناءات نذكر أبرزها وهي:

1) **طلبات خاصة:** أحيانا تقوم المؤسسات الخدمية بتقديم خدمات غير نمطية،أو خدمات مفصلة حسب رغبة العميل حصرا، أو تسهيلات غير معتادة ضمن البرامج المقرر، مثال ذلك: توفير مقاعد خاصة بالمعاقين في المسارح، المطاعم....الخ، أو الاهتمام بالمشاكل الخاصة بالمستهلكين والتي لا تقع ضمن التخصص الدقيق للمؤسسة

الخدمية، كتوفير خدمات الوعظ الديني في المدارس...الخ .

2) **حل المشاكل:** قد تخفق المؤسسة في تقديم خدماتها إلى المستهلكين، أو أن تقدم هذه الخدمات لكن بصور لا ترضى المستهلك، الأمر الذي يتطلب من المؤسسة معالجة الموقف، من خلال حل المشكلة القائمة، والتي غالبا ما تكون غير متوقعة، وفي حالات أخرى قد يجد المستهلك صعوبة في الاستفادة من الخدمة، فتقوم المؤسسة بمعالجة ذلك من خلال إسداء النصيحة أو توجيه المستهلك بالاتجاه الصحيح الذي يمكنه من الاستفادة من الخدمة موضع المشكلة.

3) **معالجة الشكاوي، المقترحات و التشكرات** : إن هذه العملية تتطلب توافر إجراءات محددة شكل واضح، حيث أن شكاوي المستهلكين وكذلك مقترحاتهم تتطلب استجابة سريعة من قبل المؤسسة الخدمية، أما التشكرات فهي تحتاج أيضا إلى استجابة من المؤسسة الخدمية، بما يشعر المستهلك باهتمام المؤسسة بملاحظاته الايجابية.

4) **المرتجعات:** على المؤسسة الخدمية أن تتوقع قيام بعض المستهلكين بطلب تعويض أو رد اعتبار نتيجة عدم الرضا عن الخدمة المقدمة.

7. **إعداد الفواتير**: إن جميع المؤسسات الخدمية تعد الفواتير للمستهلكين (باستثناء الخدمات التي تقدم بالمجان)، وغالبا ما تكون عملية إعداد الفواتير ذات طابع روتيني فالفواتير ينبغي أن تكون دقيقة وصحيحة ومطابقة لقيمة الخدمة المقدمة، و إلا أصابت المستهلك حالة من عدم الرضا، كما أن إعداد الفواتير بالسرعة لازمة خصوصا في حالة انتظار المستهلك لاستلامها ودفعها، ولتسرع عملية إعداد الفواتير، فإن المؤسسات الخدمية دأبت على إدخال تقنيات متطورة لضمان سرعة ودقة إعداد الفواتير. والأهم في عملية إعداد الفواتير أن تسمح هده الفواتير للمستهلك الإطلاع عليها والاقتناع بها، فمن حقه أن يدققها ويتأكد من صحتها قبل تسديدها.
8. **الدفع:** في معظم الحالات فإن استلام الفاتورة يترتب عليه إجراء الدفع من قبل المستهلك، ويكون الدفع من خلال بطاقات الائتمان، فيتوسط البنك أو البريد وغيرها من الوسائل التي توفر على المستهلك مشقة الذهاب إلى المؤسسة الخدمية لتسديد الفواتير

المطلب الثالث: تصنيفات الخدمة

توجد عدة تصنيفات للخدمة وفق عدة معايير، منها ما يلي : [1]

[1]- بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره،ص 46 – 47

الفرع الأول: تصنيفات الخدمة حسب نوع السوق

وهناك نوعان:

- **خدمات استهلاكية**: وهي الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات شخصية ، مثل الخدمات السياحية والصحية، وخدمات النقل والاتصالات.
- **خدمات الأعمال:** وهي الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات المؤسسات، كما هو الحال في الاستشارات الإدارية والخدمات المحاسبية وصيانة المباني.

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

الفرع الثاني: تصنيف الخدمة حسب درجة كثافة قوة العمل

وهناك نوعان:

- **خدمات تعتمد على قوة عمل كثيفة،** من أمثلتها**:** خدمات تربية ورعاية الأطفال.
- **خدمات تعتمد على المستلزمات المادية،** من أمثلتها**:** خدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية، خدمات النقل...الخ .

الفرع الثالث: تصنيف الخدمة حسب درجة الاتصال بالمستهلك

وهناك ثلاثة أنواع

- **خدمات ذات اتصال شخصي عالي**: مثل خدمات الطبيب والمحامي ...الخ.
- **خدمات ذات اتصال شخصي منخفض**: مثل خدمات البريد، خدمات الصراف الآلي...الخ.
- **خدمات ذات اتصال شخصي متوسط:** مثل خدمات المطاعم .
- وهناك تصنيفات أخرى منها ما يلي: [1]

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

- **خدمات خاصة:** مثل خدمات الحماية الشخصية التي نقدم لبعض الأشخاص، وخدمات الحراسة.
- **خدمات سهلة المنال**: وهي الخدمات التي يحصل عليها المستهلك بسهولة شديدة مثل خدمات النقل وخدمات المطاعم.

[1]- عبد الجبار منديل، "أسس التسويق الحديث"، دار الثقافة لمنشر والتوزيع، الأردن ، 2002 ،ص269.

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

- **خدمات مقدمة لأغراض الربح**: مثل الخدمات المصرفية...الخ.
- **خدمات لا تهدف إلى الربح**: مثل التعليم المجاني، والخدمات الصحية المجانية.

بالإضافة إلى معايير تصنيف الخدمات التالية: [2]

3) **تصنيف الخدمة من حيث الاعتمادية**: حيث تنوع الخدمات على أساس اعتمادها على المعدات مثل خدمات غسل السيارات آليا، أو اعتمادها على الأفراد مثل خدمات تنظيف الشبابيك.

4) **تصنيف الخدمة من حيث مشاركة المستهلك:** حيث تتطلب بعض الخدمات حضور المستهلك و مشاركته للحصول على الخدمة، مثل العمليات الجراحية أو السفر بينما لا تتطلب خدمات أخرى مشاركة المستهلك أو حضور طوال الوقت مثل تصليح السيارات.

5) **تصنيف الخدمة باعتبارها عملية موجهة** حسب التالي :

- **خدمات معالجة الناس**: وتحصل عندما يطلب المستهلك خدمة تتألف عملياتها من إجراءات ملموسة تكون موجهة إلى المستهلك كشخص مادي، وعليه فإن الخدمة تتطلب حضور المستهلك شخصيا لكي يحصل على الخدمة، من أمثلتها خدمات الطبيب الموجهة للمريض شخصيا، خدمات السفر...الخ .
- **خدمات معالجة الممتلكات:** وتحدث عندما يطلب المستهلك من مقدم الخدمة أن يقوم بإجراءات أو أعمال أو خدمات غير موجهة إليه شخصيا، ولما تكون موجهة إلى ممتلكاته المادية، مثل صيانة السيارات.
- **خدمات المحفز العقلي:** وهي تضمن مجموعة من الخدمات المؤلفة من إجراءات أو أعمال غير محسوسة، موجهة إلى عقول المستهلكين و أذهانهم، ولهذا فإن الخدمة تتطلب المشاركة الذهنية للمستهلك خلال عملية تقديم الخدمة، وليس شرطا الحضور المادي له، مثل الترفيه، خدمات الإذاعة والتلفزيون...الخ.
- **خدمات معالجة المعلومات**: وهي تتألف من إجراءات أو أعمال غير محسوسة موجهة لممتلكات المستهلكين أو لموجوداتهم غير المحسوسة، مثل معالجة البيانات والمعلومات، والخدمات القانونية، البحوث، المحاسبة. . .الخ .

[2]-حميد الطائي وآخرون، "الأسس العلمية لتسويق الحديث"، دار اليازوري ، الأردن ، 2007 ،ص ص: 191-194.

المبحث الثاني: ماهية الجودة

تعد الجودة في العصر الحالي إحدى وسائل التنافسية، التي تستخدمها المؤسسات لجنب المستهلكين وتحقيق التفوق في المنافسة، وقد اتجه الاهتمام بها إلى أن جعلها مسؤولية مختلف الأطراف في المؤسسة من مدراء وعاملين، وسنتناول في هذا المبحث: نشأة وتطور الجودة، مفهوم الجودة من تعريفها وجوانبها وأهميتها، لنتطرق في المطلب الموالي إلى أبعاد الجودة.

المطلب الأول: نشأة وتطور الجودة

إن الواقع الاستراتيجي والمتقدم الذي مضت به الجودة في المؤسسات المعاصر، وما رافقته من مفاهيم وصيغ للتعامل مع الجودة لم يكن ابتكارا، بل له جذور في القدم، وتطور من خلال العديد من المرحل التاريخية.

وتنسب أقدم الاهتمامات بالجودة إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد في الحضارة البابلية إبان حكم أشهر ملوكها حمورابي فقوانينه المشهورة تضمنت قانونا يخص التجار أوجب على من يقدم ما هو غير جيد أو ناقص القيمة في المنتجات التي يتاجر بها، القيام بإصلاح العيب، كما تشير الوقائع التاريخية في القرن الخامس عشر قبل الميلادإلى تأكيد الفراعنة المصرين على الجودة في بناء ودهان جدران المعابد المصرية القديمة واشترط الالتزام بالجودة في تشييد الأهرامات، كما نلمس تأكيد الجودة في الإسلام منذ ظهوره، حيث كان الرسول صلى الله عليه وسلم يحث على الاهتمام بالجودة في العمل. (1)

وفي القرن العشرين بدأ التركيز على مفهوم الجودة في اليابان، ثم انتشر بعضها في أمريكا والدول الأوروبية ثم باقي الدول العالم .

إجمالا فقد مر مفهوم الجودة بخمسة مراحل، كما تجدر الإشارة إلى أن مراحل التطور هذه تتداخل مع بعضها من الناحية الفعالية، فعلى سبيل المثال في الوقت الذي تستثمر فيه بعض المؤسسات في اعتماد عملية الفحص، تبقى مؤسسات أخرى تعمل بضبط الجودة، وسنتناول فيما يلي هذه المرحل:

1. مرحلة الفحص:

شهدت الفترة بين 1920-1946 مفهوم متطور للجودة [1]، حيث كانت تحليلات الجودة تركز. فقط على فحص المنتج، وكان القرار الرئيسي السائد في تلك الحقبة هو القرار

[1]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، "نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية"، دار اليازوري، الأردن ، 2009 ،ص ص:61-62.

[1]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 65.

الخاص بتحديد متى يتم فحص المنتجات وما هو عدد المنتجات التي تخضع للفحص، وتتضمن عملية الفحص الأنشطة المتعلقة بقياس واختبار و تفتيش المنتج وتحديد مدى مطابقة المنتج للمواصفات الفنية الموضوعية، وبالتالي فإن المنتجات المطابقة للمواصفات الفنية يمكن تسليمها إلى المستهلك أما المنتجات غير المطابقة للمواصفات فإنها إما أن تتلف أو يعاد العمل عليها ، أو يتم بيعها بأسعار أقل، كما أن عملية الفحص تركز فقط على اكتشاف الأخطاء ولكنها لا تقوم بمنعها من الأساس. [2]

2. مرحلة ضبط الجودة أو السيطرة على الجودة إحصائيا :

تمتد هذه المرحلة ما بين 1946-1960 ظهرت خلالها تطبيقات ضبط الجودة باستخدام أساليب إحصائية خاصة بالعينات، فخلال الحرب العالمية، تصاعدت وتيرة الإنتاج ولم يعد الفحص 100% مناسبا، لذلك بدأ انتشار السيطرة على الجودة[3]، ويشمل ضبط الجودة كافة النشاطات والأساليب الإحصائية التي تتضمن المحافظة على مواصفات المنتج، وبالتالي ضبط الجودة يشمل التأكد من أن تصميم المنتج يطابق المواصفات المحددة، للتأكد من المنتج، وما بعد الإنتاج متوافق أيضا مع المواصفات، وبناءا على ذلك امتدت عملية ضبط الجودة لتشمل التصميم والأداء باستخدام أساليب إحصائية حديثة لمراقبة الجودة، ووفقا لهذا المفهوم فإن ضبط الجودة أو السيطرة عليها يعتبر مرحلة متطورة من الفحص فيما يتعلق بتطور الأساليب المستخدمة . [4]

3. مرحلة تأكيد الجودة:

بدأ التفكير في مفهوم تأكيد الجودة سنة 1956، ثم تطور بعد ذلك ليأخذ أبعاده كأسلوب فعال في مجال الرعاية على الجودة، ويقوم هذا المفهوم على فلسفة مفادها أن الوصول إلى مستوى متقدم من الجودة وتحقيق إنتاج دون أخطاء يتطلب رعاية شاملة على كافة العمليات، وذلك من مرحلة تصميم المنتج حتى وصوله إلى المستهلك، وهذا يعني وجوب تظافر جهود مشتركة من قبل جميع الإدارات المعنية بتنفيذ هذه المراحل، [1]

وبناءا على ذلك فإن أسلوب تفكير الإدارة ينبغي أن يتغير ليطور فلسفة رقابية تعتمد على الوقاية بدلا من الفحص واكتشاف الأخطاء بعد فوات الأوان، [2]

---

[2]- محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص25.

[3]-يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 66 (بتصرف)

[4]-محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص26.

[1]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 66 (بتصرف

[2]- محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص25.

وتحقيقا لشعار الإنتاج بدون أخطاء يتبنى تأكيد الجودة استخدام ثلاث أنواع من الرقابة هي: (3)

- ❖ الرقابة الوقائية: وتعني تنفيذ العمل أولا بأول، لاكتشاف الأخطاء قبل وقوعها والعمل على منع حدوثها.
- ❖ لرقابة المرحلية: وتعني فحصر المنتج بعد انتهاء كل مرحلة تصنيع للتأكد من مستوى الجودة، بحيث لا ينتقل منتج تحت الصنع من مرحلة لأخرى إلا بعد فحصه والتأكد من جودته.
- ❖ الرقابة البعدية: وتعني التأكد من جودة المنتج بعد الانتهاء من تصنيعه، وقبل انتقاله للمستهلك وذلك ضمانا لخلوه من الأخطاء أو العيوب.

4. مرحلة إدارة الجودة الإستراتيجية:

ظهر هذا المفهوم عن الجودة ما بين 1970-1980، وكان بسبب دخول التجار العالمية في حالة منافسة شديدة للحصول على أكبر حصة سوقية، حيث حددت المحاور الرئيسية الإستراتيجية الجودة فيما يلي [4]

- ▪ إرضاء المستهلك وتلبية ما يطلبه ويتوقعه، فتحديد الجودة يكون من قبل المستهلك.
- ▪ الجودة مسؤولية الجميع من قمة الهرم التنظيمي حتى قاعدته فالجودة عملية متكاملة لا يمكن تجزئتها.
- ▪ المطلوب تحقيق الجودة في كل شيء (الأنظمة،الثقافة التنظيمية، الهيكل التنظيمي، أساليب و إجراءات العمل...الخ.

5. مرحلة إدارة الجودة الشاملة:

خلال الثمانيات من القرن الماضي، توسعت فكرة مشاركة العاملين كافة في المؤسسة للسيطرة على الجودة، وأطلق على هذا المنظور اسم إدارة الجودة الشاملة الذي عرف على أنه الاتفاق على هيكل عمل موثق للمؤسسة ككل بصور إجراءات فنية وإدارية فعالة متكاملة، وتوجيه الأعمال المتناسقة لأفراد و الماكينات والمعلومات الخاصة بالمؤسسة بأفضل الطرق عملية، لضمان رضا المستهلك على الجودة . [1] حيث يتضمن هذا المفهوم

[4]- المرجع نفسه، ص 69 (بتصرف).

[1]- المرجع نفسه، ص 70.

جودة العمليات بالإضافة إلى جودة المنتج، ويركز على العمل الجماعي وتشجيع شراكة العاملين واندماجهم، بالإضافة إلى التركيز على المستهلكين و مشاركة الموردين . [2]

المطلب الثاني: مفهوم الجودة

يعد سلاح الجودة أحد أهم المرتكزات التنافسية التي على المؤسسات إتباعها، وسنتطرق فيما يلي إلى مفهوم الجودة بإعطاء مجموعة تعاريف عنها، وأهمية الاهتمام بها بالنسبة للمؤسسة ، ثم ذكر جوانبها .

الفرع الأول : تعريف الجودة

لقد جرت محاولات عديدة في تقديم تعريف للجودة وكانت كل من التعاريف التي نتجت عن هذه المجالات ، تتولى إبراز صفة معينة تقوم بالتمحور حولها، وبصرف النظر عن الاختلافات التي أبرزها تلك المجالات إلا أن هناك بعض التعريفات التي فرضت نفسها على الفكر الإداري و ذلك ما اتصفت به من موضوعية وتعبير دقيق عن مفهوم الجودة، ونذكر منها ما يلي:

- ❖ الجودة لغة: تعني الجيد أي نقيض الرديء، وتعرف كلمة الجودة باللاتينية بأنها كلمة مشتقة من كلمة qualities ويقصد به طبيعة الشيء ودرجة صلاحه. [3]
- ❖ يعرف juran الجودة أنها: " مدى ملائمة المنتج للاستعمال، فالمعيار الأساسي للحكم على جودة المنتج هو هل المنتج ملائم للاستعمال أو غير ملائم بفض النظر عن وضع وحالة المنتج. [4]
- ❖ عرفتها الجمعية الأمريكية لضبط الجودة أنها: " مجموعة الخصائص والصفات الخاصة بالمنتج التي تؤثر قابليتها على إرضاء المستهلك المحددة والواضحة والضمنية، ونشير الحاجات الضمنية إلى رضا المستهلك" . [5]

  حيث ربط هذا التعريف الجودة بصفات وخصائص المنتج ومدى قدرتها على إرضاء المستهلك.

- ❖ كما عرفت الجودة كذلك أنها:مدى المطابقة مع المتطلبات [1]، فكلما كانت مواصفات المنتج مطابقة لمتطلبات المستهلك كلما كان هذا المنتج ذو جودة عالية.

---

[2]- محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص27.

[3]-يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 55-56

[4]-محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص19.

[5]- مهدي السامرائي، "إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي"، دار جرير ، الأردن ، 2007 ،ص 28.

[1]-محفوظ أحمد جودة ,مرجع سبق ذكره ,ص 19

❖ يعرف معهد الجودة الفدرالي الأمريكي الجودة أنها: "أداء العمل الصحيح بشكل صحيح من المرة الأولى مع الاعتماد على تقييم المستهلك في معرفة مدى تحسن الأداء ". [2]

ركز هذا التعريف على اعتبار الجودة مرتبطة بالأداء، فأداء العمل الصحيح من المرة الأولى هو أمان الجودة، وأعتبر أن تقييم الأداء يكون من طرف المستهلك.

❖ وتعرف المنظمة الدولية للمعايير الجودة أنها:" الخصائص الكلية لكيان (نشاط أو عملية أو منتج أو نظام أو فرد أو مزيج منها) التي تنعكس في قدرته على إنتاج حاجات صريحة أو ضمنية " . [3]

أعطى هذا التعريف مفهوم أوسع للجودة فاعتبرها خصائص تعكس قدرة شيء ما على إشباع حاجات المستهلك، بغض النظر إلى ماهية هذا الشيء، سواء كان نشاط أو منتج أو نظام أو مزيج من ذلك.

❖ كما عرف مركز التجارة الدولي الجودة من خلال التركيز على أربع نقاط: [4]

1. التركيز على المنتج.
2. التركيز على المستهلك.
3. التركيز على التصنيع، بحيث تكون خصائص المنتج مطابقة للمواصفات المطلوبة.
4. التركيز على القيمة المضافة، وفق سعر المنتج والمتطلبات التي يرغب فيها المستهلك.

كما تم إعطاء تعريفات للجودة وفق مداخل مختلفة نذكرها فيما يلي: [5]

- **الجودة من مدخل درجة التفضيل:**

تعني الجودة لمعظم المستهلكين تفضيل، وتعتبر مرادفا للرفاهية والتميز، وهذه من الصعب قياسها، فمثلا تعد سيارة مرسيدس سيارة الجودة، وعليه تعتبر جودة المنتجات متاحة فقط للقادرين على الدفع.

- **الجودة من مدخل المطابقة لاستعمال:**

وتعرف بأنها المواءمة للاستعمال، وذلك لأهمية الجودة في التصميم والإنتاجية من حيث المستلزمات الضرورية للعمل، بما يحقق الأمان للعاملين عند انجازهم أعمالهم

---

[2]- مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص28

[3]- رعد عبد الله الطائي , عيسى قدارة ،" إدارة الجودة الشاملة "، دار اليازوري، الأردن , 2008 ،ص29

[4]- مهدي السامرائي , مرجع سبق ذكره ,ص28

[5]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 58-60

بالإضافة إلى مشاركة المستهلك في وضع متطلبات جودة المنتجات التي يحصل عليها،

وبهذا الصدد السعر وموعد التسليم وسهولة صيانة المنتج أو تقديم الخدمة عناصر مهمة تؤثر على المستهلك في اختيار للمنتج .

- **الجودة من مدخل المطابقة مع المتطلبات**:

تحقيق الجودة يتم إذا كان المنتج يشبع كل المتطلبات المحددة من طرف المستهلكين سواء حددت في عقد الشراء أو بموجب المواصفات المعلنة، أو حددت بموجب قانون.

- **الجودة من مدخل التركيز على المستهلك**:

بفضل التطورات التي تشهدها أنظمة الإنتاج والتطور التكنولوجي انعكست آثارها على أذواق المستهلكين، مما أدى إلى أن أصبح تعريف الجودة هو مجموعة الخصائص الشمولية في المنتجات المؤثر في تلبية حاجات المستهلك الظاهرية والضمنية فالمتطلبات الظاهرية هي التي يرغب المستهلك في ملاحظتها في المنتجات، فضلا عن تمسكه بالمنافع المتحققة لاستخدام المنتج بما يلبي حاجاته الضمنية.

ومن الملاحظ أن هذا التعريف الأخير أعطى تعريفات عديدة للجودة وفق مداخل مختلفة ، فكان ملما بالجوانب الحديثة للجودة، أي التركيز على المستهلك، ومدى مطابقة المنتج للمواصفات المحددة بالإضافة للمطابقة للاستعمال و مشاركة المستهلك في وضع متطلبات الجودة، كما اعتبر أولا أنه ؛ الجودة تفضيل حسب رغبة المستهلك، وهو نفس الاتجاه الذي انتهجته هيئة المواصفات البريطانية في تعريفها للجودة حيث اعتبرتها: " مجموعة صفات وملامح وخواص المنتج بما يرضي ويشبع ويرضي الاحتياجات الضرورية."

وعليه نجد أن كل التعريفات تقريبا ركزت على اعتبار الجودة مجموعة الصفات والخصائص في المنتج المطابقة للمواصفات المحددة مسبقا والتي ترضي المستهلك وتشبع حاجاته رغباته.

الفرع الثاني: أهمية الجودة:

تنبؤات الجودة أهمية إستراتيجية سواء على مستوى المؤسسة أو على مستوى المجتمع و تتمثل هذه الأهمية فيما يلي: [1]

[1]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 73-74

1) **تحقيق** الشهر للمؤسسة**:** تستمد المؤسسة شهرة من مستوى الجودة الذي تنتج به منتجاتها، فهذا يضفي عليها السمعة الحسنة والانتشار الواسع لمنتجاتها، ويترب على فشل المؤسسة في إعطاء الاهتمام الكافي للجودة إلى الإساءة إلى سمعة المؤسسة وفقدانها لعدد من المستهلكين لمنتجاتها.
2) **تحقيق المسؤولية القانونية على المنتج**: إن المؤسسات التي تقوم بتصميم منتجات معينة ونتاجها، تكون مسئولة قانونا عن كل أذى يحصل نتيجة استخدام هذا المنتج، وعليه لابد من أن تنتج منتجات خالية من العيوب والأخطاء قدر الإمكان لتجنب المساءلة القانونية.
3) **خفض التكاليف وزيادة الحصة السوقية**: حيث أن تحقيق الجودة والتحسين المستمر لها يؤدي إلى جذب أكبر عدد من المستهلكين، ومن ثم زيادة الحصة السوقية، كما يؤدي ذلك إلى تخفيض التكاليف ومن ثم زيادة ربحية المؤسسة.

بالإضافة إلى النقاط السابقة، يمكن ذكر: تحسين الإنتاجية وتقليل الهدر في الموارد كمزايا هامة لمؤسسة حال اهتمامها بالجودة وتطبيقاتها. [2]

الفرع الثالث: جوانب الجودة

إن تعاريف الجودة المشار إليها سابقا ركزت كل منها على جانب من جوانب الجودة، فهناك تعريفات ركزت على جودة المطابقة، وهو المنطلق الذي ينطلق منه القائم بعملية الصنع، بينما يبرز تعريف آخر على جودة الأداء وهو المنطلق الذي ينطلق منه القائم بالتسويق الذي يهتم بوجهة نظر المستهلك، و يركز من يعمل في الهندسة على جودة التصميم وما يرتبط بها من مواصفات، والاتجاه الحديث هو المفهوم التكاملي للجودة الذي يجمع بين الجوانب الثلاثة السابقة الذكر للتأثير المتبادل فيما بينها، الذي ينعكس في محصلته النهائية على ما يستلمه المستهلك .

و تتمثل جوانب الجودة فيما يلي:

أ. **جودة التصميم:**

تشير جودة التصميم إلى الخصائص المحددة للمنتج بكلفة معينة لقطاع سوقي معين وهي مقياس لمدى حسن ملائمة التصميم للمتطلبات أو الخصائص المتفق عليها، وهم جانب في التصميم الذي يؤثر في مستوى الجودة هو المواصفات، وهي نوعان:

- **مواصفات وظيفية**: وتتعلق بالكيفية التي يعمل بها المنتج ويؤدي الوظيفة التي يطلب

[2]- عواطف إبراهيم الحداد، "إدارة الجودة الشاملة "، دار الفكر، الأردن ، 2009 ،ص2

لأجلها.

- **مواصفات المنتج:** وتتعلق بكيفية صنع المنتج.

وتساهم كل من إدارة التسويق والإنتاج والعمليات والهندسة و المالية...الخ، في تحديد خصائص المنتج، وتذهب الاتجاهات الحديثة إلى إشراك الموردين في هذه العملية،

أما اليوم فإن التصميم في المؤسسات الناجحة ينطلق من استطلاع رغبات وتوقعات المستهلكين.

إن مستوى جودة التصميم يجب أن يحقق على الأقل الحد الأدنى من حاجات ورغبات المستهلك وبأقل تكلفة ممكنة. [1]

ب. جودة المطابقة:

تشير جودة المطابقة إلى إمكانية تحقيق ما يرغب به المستهلك وتنفيذه، وهي تمثل تحديا لأنه يتطلب الاستخدام الصحيح والمتطور لتكنولوجيا الإنتاج،[2]أي أنها تشير إلى مدى مطابقة المنتج الفعلي لمتطلبات وخصائص التصميم، فهي تعبير عن مدى تحقيق مستوى جودة التصميم في المنتج الفعلي، وتعتمد المؤسسات العديد من الأساليب للسيطرة على جودة المطابقة تتمثل في منع الأخطاء، و إيجادها وكشفها ثم إصلاحها وتحليل الأسباب واتخاذ الإجراءات السريعة، حيث تسعى المؤسسات لتحقيق جودة المطابقة للتصميم دون الزيادة في الكلفة المحددة للمنتج بموجب التصميم. [3]

ت. جودة الأداء:

وتعني قدرة المنتج على تحقيق الغرض الذي صنع من أجله، في ظل ظروف عمل معينة من خلال مدة زمنية محددة وتوجيه المستهلك إلى كيفية استخدامه بالشكل المناسب[1]، وهي تعبير عن درجة رضا المستهلك عن المنتج عند استعماله بعد الشراء، وتعتبر جودة الأداء دالة لكل من جودة التصميم وجودة المطابقة، ومن هنا فإن توفير التغذية العكسية بين جوانب الجودة الثلاث أمر ضروريا، فقد ينتج عن جودة الأداء المدركة لدى المستهلكين بروز الحاجة إلى التعديل والتطوير في مستوى جودة التصميم وجودة المطابقة أو كلاهما[2].

---

[1]- رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة , مرجع سبق ذكره , ص 33

[2]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 72 (بتصرف)

[3]- رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة , مرجع سبق ذكره , ص 35

[1]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 72

[2]- رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة , مرجع سبق ذكره , ص 36

كما لابد من الإشارة إلى أن هذه الجوانب تكون مترابطة ومتكاملة لتعطي المفهوم الشامل للجودة.

المطلب الثالث: أبعاد الجودة

في كثير من الأحيان تعتبر الجودة مقياسا للدقة، ولكن في الحقيقة هي أكثر من ذلك، فعلى الرغم من أن الدقة أو ما يطلق عليه انعدام العيوب أو العيوب الصفرية، شيء هام و ضروري في كل منتج يقدم، إلا أن هناك أبعاد أخرى للجودة لا تقل أهمية عن الدقة، ويمكن حصرها فيما يلي:

1. الأداء:

يشير هذا البعد إلى الخصائص الأساسية في المنتج، حيث تعتبر الدقة أهم أبعاد الأداء لما يترتب عليها من نتائج،[3] فمثلا يمكن أن نقيس على ذلك مدى الحاجة إلى الدقة الكاملة في التحاليل الطبية والتي سيتوقف على نتائجها الوصفات الطبية اللازمة .[4]

2. المعولية:

وتشير إلى الاتساق والثبات في الأداء، حيث يجب أن تكون هناك درجة من الاعتمادية و الثقة في أداء المنتج،[5] كما يعكس هذا البعد احتمالية فشل المنتج، فكلما كانت درجة الموثوقية والمتانة عاليتين كلما قلت احتمالية فشل المنتج، وتعتبر المعولية البعد الأساسي للجودة الذي يركز عليه المستهلك.[1]

3.الاكتمال: ويتعلق هذا البعد بكل المتطلبات أو المكونات أو المحتويات التي يحتوي عليها المنتج،بمعنى إذا كان منتج معين يتكون من عدد من الأجزاء أو من مزيج معين من المواد، فإن عدم توافر كافة أجزائه أو عدم اشتماله على كافة المواد المكونة له يعتبر عدم اكتمال لذلك المنتج.[2]

4.المطابقة:

حيث أن في بعض الأحيان نجد أن المنتج أنتج بدقة واكتمال ومع ذلك يكون لا يتماشى مع المواصفات المحددة له، والمعايير الموضوعة له، وهنا يتعين أن يكون من الضروري توافر المستندات والوثائق المحددة للمواصفات التي يتطلب توافرها في

---

[3]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 77

[4]- فريد عبد الفتاح زين الدين،" تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل"، المكتبة القومية، مصر،2002, ص 194

[5]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 77

[1]- قاسم نايف علوان المحياوي، "إدارة الجودة في الخدمات"، دار الشروق لمنشر والتوزيع، الأردن، 2006 ،ص 34.

[2]- فريد عبد الفتاح زين الدين، مرجع سبق ذكره، ص 190.

المنتج، بشكل كامل ودقيق لكافة الإجراءات والمكونات التي يتكون منها المنتج، ومع ذلك وبالرغم من توافر بيانات كافية ودقيقة عن نماذج المواصفات الموضوعة، إلا أن المنتج قد يكون أنتج على شكل خاطئ ومخالف للمواصفات الموضوعة، وهنا تظهر مشكلة عدم مطابقة المنتج للمواصفات الموضوعة، فالمستهلك قد يرفض المنتج ما لأنه غير مطابق من حيث التصميم أو الشكل الذي اتفق عليه مع المؤسسة ،[3]

وعليه تعني المطابقة مدى تحقيق المنتج للمواصفات المحددة مسبقا وهذا يمكن قياسه بنسبة فشل المنتج في مواجهة المعايير المحددة، وبذلك يمكن تحديد الحاجة إلى إعادة العمل أو التصليح. [4]

5.الجمالية :

يقصد بالجمالية المعايير الذوقية للمستهلكين حول المنتجات، المتمثلة في المظهر الخارجي الذي يعكس مدى شعور الأفراد اتجاه منتج معين أو تشكيلة من المنتجات، وتتضمن متغيرات عديدة كالصوت، الذوق والرائحة،[5] كما تشير إلى الهيئة الخارجية للمنتج والشعور الذي يثار لدى المستهلك، وغالبا ما يكون هذا البعد شخصي، فالنواحي الجمالية تختلف من الشخص لأخر وفقا لنواحي نفسية. [1]

6.تقديم الخدمة:

هذا البعد يعكس مدى سرعة توفر خدمات الصيانة، فمثلا سيارات مرسيدس تقدم خدماتها خلال أربعة وعشرين ساعة (24 ساعة)، وتقاس سرعة الخدمة في توفر قطع الغيار، وخدمات ما بعد البيع وكفاءتها، ومتوسط زمن الصيانة أو الإصلاح،[2]كما تعني حسن تصرفا القائم بعملية التصليح وسرعته. [3]

7.قدرة التحسس بالجودة:

وهي صور المنتج المرسومة في تصور المستهلك، فالعديد من المنتجات يمكن الحكم عليها من خلال الأسماء المتميز لها أو العلامة الخاصة بكل منتج.

كما تعني قدرة المستهلك على إدراك ما يراه في المنتج اعتمادا على خبرته السابقة وسمعة المؤسسة .

---

[3]- المرجع نفسه، ص196 (بتصرف)

[4]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 34

[5]- المرجع نفسه ص 34

[1]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 77

[2]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 35

[3]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 78

8.العمر الافتراضي للمنتج:

هو عدد سنوات استخدام المنتج وفقا للمواصفات التشغيلية قبل ضعفا أدائه وفقدانه الخواص المطلوبة.

أي أنها تشير إلى العمر الاقتصادي للمنتج قبل الاستهلاك أو الاستبدال.

9.الاحترافية :

ويقصد بها احتراف المهنة، وقدر المؤسسة على تقديم منتج خال من العيوب، (خدمات ما بعد البيع

10.السلامة :

وتعني ضآلة مقدار الضرر أو الأذى الذي يمكن أن يسببه المنتج للمستهلك أثناء الاستخدام أو بعده أو انعدام ذلك المقدار. [1]

11.الخصائص الثانوية للمنتج:

وهي الخصائص غير الأساسية التي تضاف إلى المنتج، حسب الرغبة أو الطلب الذي يقدمه المستهلك.

المبحث الثالث: تقييم الجودة في المؤسسات الخدمية

تلعب جودة الخدمة دورا مهما في تصميم الخدمة وتسويقها، حيث أنها ذات أهمية لكل من مقدمي الخدمة والمستهلكين، وقد ازداد إدراك المؤسسات الخدمية لأهمية ودور تطبيق مفهوم الجودة لتحقيق الميزة التنافسية، فقد أصبح موضع تطبيق الجودة الموضوع الأكثر استحواذا واهتماما من طرفا المؤسسات الخدمية، كما أصبح المستهلك أيضا أكثر إدراكا واهتماما بالجودة، لكن يبقى موضع تقييم جودة الخدمة أمر صعبا بالنسبة للمؤسسات الخدمية.

وسنتناول في هذا المبحث: مفهوم جودة الخدمة الذي نتطرق فيه إلى تعريفها، أبعادها وأهميتها، ثم تقييم جودة الخدمة، وفي الأخير نتناول نماذج تقييم جودة الخدمة.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة

في ظل شدة المنافسة وسرعة التغيير في رغبات واحتياجات المستهلكين، تسعى المؤسسات الخدمية للتطوير المستمر في أدائها لتحقيق التميز والبقاء من خلال جودة خدماتها. ونتطرق فيما

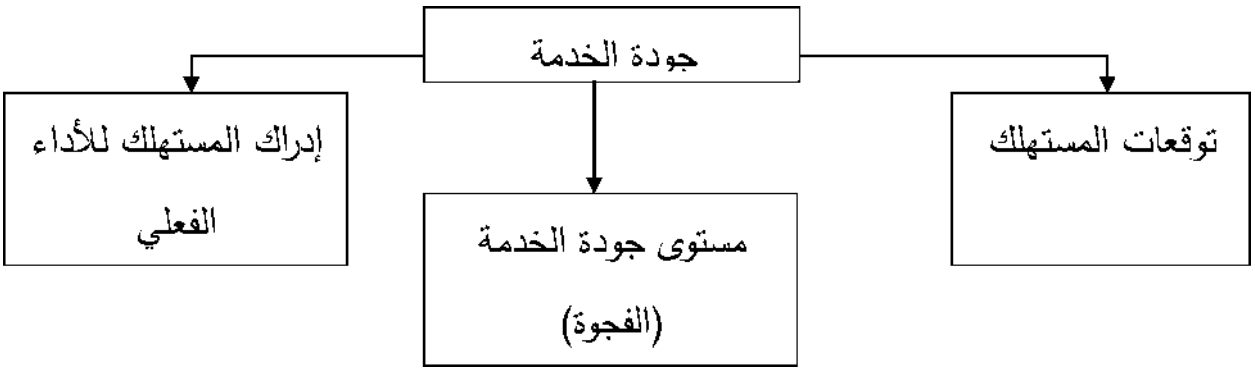
[1]- يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 78

يلي إلى تعريف جودة الخدمة وأبعادها.

الفرع الأول: تعريف جودة الخدمة

ليس من السهل إعطاء تعريف واحد ودقيق لجودة الخدمة، وذلك راجع إلى الخصائص العامة المميز للخدمات قياسا بالسلع المادية، وتميل أغلب التعاريف الحديثة للجودة إلى أنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المستهلكين، وذلك وفق الشكل رقم (2) :

الشكل (2) : مفهوم جودة الخدمة



المصدر: المرجع نفسه، ص90.

يتضح من الشكل رقم (2) أن مفهوم جودة الخدمة هو الفرق بين توقعات المستهلك و إدراكه للأداء الفعلي، وهو الذي يحدد مستوى جودة الخدمة، أو ما يطلق عليه بالفجوة.

ويمكن التعبير عن ذلك رياضيا كما يلي: [1]

جودة الخدمة = توقعات المستهلك - إدراك المستهلك للأداء الفعلي .

وفي ضوء هذه المعادلة يمكن ذكر ثلاثة مستويات للخدمة حسب جودتها هي:

- الخدمة العادية: وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتساوى إدراك المستهلك لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها.
- الخدمة الرديئة: وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.

[1]- المرجع نفسه، ص90.

- الخدمة المتميزة: وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يفوق أو يتجاوز الأداء الفعلي للخدمة توقعات المستهلكين بالنسبة لها.

ويمكن تعريفا جودة الخدمة بالنسبة للمستهلك على أنها:" قياس مدى تطابق مستوى جودة الخدمة المقدمة مع توقعاته، فتقديم خدمة ذات جودة يعني في النهاية أن تكون الخدمة متوافقة مع توقعات المستهلكين " [2]

و نتيجة لذلك يحكم المستهلكون على جودة الخدمة طبقا لمدى ارتقاء الخدمة المقدمة إلى توقعاتهم المبدئية , فالخدمة التي يحكم عليها بأنها ذات مستوى غير جيد بالدرجة كافية يمكن أن تعتبر ذات جودة عالية عند مقارنتها بتوقعات بسيطة , و أنها على جودة متدنية عند تقييمها بتوقعات كبيرة . [1]

وتعرف جودة الخدمة كذلك أنها:" قدرة السلعة أو الخدمة على إرضاء حاجات المستهلكين". [2]

كما تؤثر خصائص الخدمة على جودتها من خلال: [3]

- خاصية اللاملموسية في العديد من الخدمات تعني انه من الصعب قياس وتقييم جودة الخدمة .
- خاصية التلازمية بين الخدمة ومقدمها، تظهر أهمية دور المستهلكين في عملية المبادلة وتأثرهم على مستويات الجودة.
- خاصية عدم التجانس في طبيعة الخدمة يعني بأن الخدمة لا يمكن إعادة إنتاجها وعادة تقديمها بنفس الدقة، و أنها دائما متغيرة إلى حد ما، مما يؤثر على جودة الخدمة.
- خاصية التلاشي للخدمة تؤدي إلى اختلاف حكم المستهلكين على جودة الخدمة.

وبصفة عامة يمكن حصر التعريفات المقدمة في مجال جودة الخدمة في ثلاث مجموعات أساسية هي: [4]

أ. مجموعة تعاريف تحاول أن تركز على جودة الخدمة، تحتوي في طياتها خصائص الخدمة وبالتالي تقوم بتقسيمها إلى مجموعة من أبعاد الجودة.

ب. مجموعة تعاريف قامت بالتركيز على عملية أداء الخدمة ذاتها، فالجودة أو عدم الجودة

---

[2]- بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره،ص 257

[1]- بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 538.

[2]-Claude Demeure, "Marketing", 6eme édition, DUNOD, France, 2008, P 143.

[3]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص 503

[4]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 91

تعرف بأنها مدى وجود فجوات بين المؤسسة الخدمية وجمهورا، وتسعى المؤسسات دائما إلى تحقيق الجودة وسد هذه الفجوات.

مجموعة تعاريف موجهة للمستهلك، وتركز بشكل عام على أن الهدف النهائي هو إرضاء المستهلك .

من خلال ما سبق يمكن القول أن جودة الخدمة هي مدى تطابق توقعات المستهلكين مع مستويات الخدمة المقدمة

الفرع الثاني: أبعاد جودة الخدمة

تتمثل أبعاد جودة الخدمة فيما يلي: [1]

أ. البعد الفني: والذي يتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا لحل مشكلة معينة.
ب. البعد الوظيفي: ويشير إلى الكيفية التي تتم فيها عملية نقل الجودة الفنية إلى المستهلكين، تمثل ذلك التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة و المستهلك.
ت. الإمكانيات المادية: وهي المكان الذي تؤدى فيه الخدمة.

كما أنه هناك من يرى أن الجودة في مجال الخدمات تتجسد في ثلاث أبعاد أساسية لا تختلف كثير عن الأبعاد السابقة الذكر وهي كالتالي: [2]

أ. الجودة المادية: وتتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة.
ب. جودة المؤسسة : وتتعلق بصور المؤسسة الخدمية والانطباع الذهني عنها.
ت. الجودة التفاعلية : وتمثل نتاج عمليات الخدمة.

وهناك تصنيف آخر يميز بين جودة العمليات التي يحكم عليها المستهلك أثناء تأدية الخدمة، وبين جودة المخرجات التي يحكم عليها المستهلك بعد الأداء الفعلي للخدمة.

الفرع الثالث: أهمية جودة الخدمة

لجودة الخدمة أهمية كبير. بالنسبة للمؤسسات التي تهدف إلى تحقيق النجاح والاستقرار ففي مجال الخدمات المستهلكون والموظفون يتعاونون معا من أجل إنتاج الخدمة وتقديمها،وعليه على المؤسسات الاهتمام بالموظفين والمستهلكين معا. وتكمن أهمية الجودة فيما يلي :

[1]- المرجع نفسه ص 91
[2]- المرجع نفسه ص 92-93

1. نمو مجال الخدمة: حيث ازداد عدد المؤسسات التي نقوم بتقديم الخدمات، وهي في نمو مستمر.
2. ازدياد المنافسة: إن تزيد عدد المؤسسات الخدمية يؤدي إلى وجود منافسة شديدة بينها، لذلك فإن الاعتماد على جودة الخدمة سوف يعطي لهذه المؤسسات مزايا تنافسية عديدة .
3. هم المستهلكين: إن المستهلكين يريدون معاملة جيدة، فلا يكفي تقديم خدمة ذات جودة وسعر معقول، دون توفير المعاملة الجيدة وفهم المستهلك.

المطلب الثاني: تقييم جودة الخدمة

إن ما يجعل تقييم جودة الخدمة أمر صعبا هي الاختلافات بين المؤسسات الخدمية، أي أنه لا يوجد هناك مجموعة واحدة من العوامل التي يمكن اعتبارها كمعايير محددة لتقييم جودة الخدمة، فالخدمات الترفيهية والخدمات المالية والتعليمية والخدمات الصحية يحكم عليها جميعا من خلال معايير عديدة ومتنوعة، وينظر عادة إلى تقييم جودة الخدمة من وجهتي نظر، إحداهما داخلية تعبر عن موقف الإدارة ومدى التزامها بالمواصفات التي صممت الخدمة على أساسها أما وجهة النظر الخارجية، فتركز على جودة الخدمة المدركة من طرفا المستهلك، وعلى اعتبار المفهوم التسويقي الحديث الذي يركز على التوجه بالمستهلك بمعرفة حاجاته، فإن تقييم الجودة يقوم على أساس مدى إدراك المستهلك للأداء الفعلي للخدمة أي جودة الخدمة المدركة، وسنذكر فيما يلي الأسباب التي تجعل تقييم جودة الخدمة من الأحسن أن يكون من وجهة نظر المستهلك. (1)

1. قد لا يكون لدى المؤسسة معرفة بالمعايير والمؤشرات التي يحددها المستهلكون لاختيار الخدمة، ونوايا الشراء لديهم، أو حتى الأهمية النسبية التي يولونها لكل معيار في تقييم جودة الخدمة المقلمة.

قد تخطئ إدارة المؤسسة في معرفة الأساليب التي يدلك من خلالها المستهلك الأداء الفعلي للخدمة.

2. قد لا نعرف المؤسسة الخدمية بحقيقة أن حاجات المستهلكين و توقعاتهم تطور استجابة للتطور في الخدمات المقدمة من المؤسسة نفسها، أو من طرفا مؤسسات منافسة، وهو ما يجعلها تعتقد أن-ج ما تقدمه يعتبر مناسبا للمستهلك.
3. قد لا تستطيع المؤسسة نظر لنقص إمكانياتها تحديد حاجات المستهلكين، ومعرفة توقعاتهم أو تقييم مستوى الرضا لديهم، وبالتالي عدم القدر على تحديد مستوى الجودة

[1]- بوعنان نور الدين،" جودة الخدمة وأثرها على رضا العملاء "، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول عمى شهادة الماجستير تخصص عموم التسيير فرع التسويق ، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة ، 2006-2007 ،ص 70.

في خدماتها.

لكل الأسباب السابقة الذكر تعتبر المعايير الوحيدة التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة هي تلك التي يحددها المستهلك بنفسه، حيث تم تحديد مجموعة من المعايير يلجأ إليها المستهلك للحكم على جودة الخدمة المقدمة إليه تتمثل فيما يلي:

1. الاعتمادية: وتعني الاتساق في الأداء ونجاز الخدمة الموعودة بشكل دقيق،[2]حيث تعني قدرة مقدم الخدمة على أداء الخدمة التي وعد بها بشكل يمكن من الاعتماد عليها وبدرجة عالية من الصحة والدقة، فالمستهلك يتوقع أن تقدم له الخدمة بصفة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والأداء تماما مثلما تم وعده،[1] فمثلا قد يسأل المستهلك إذ كان بإمكانه الاطمئنان بأنه هاتفه النقال سوف يكون بأيدي فني ماهر، وأن تتم الصيانة في الوقت المحدد.
2. مدى توفر الخدمة من حيث الزمان والمكان:

ونشير إلى إمكانية توفر الخدمة في المكان والزمان المطلوبين من قبل المستهلكين، فكثير منهم يقيمون جودة الخدمة وفق هذا المعيار، بالإضافة إلى ذلك فإن سهولة الوصول إلى الخدمة تعد معيار مهما في جودة الخدمة لأنها تعني الملائمة والراحة بالنسبة للمستهلك. [2]

وعلى المؤسسة محاولة الإجابة على الأسئلة التالية لمعرفة مدى أهميتها من وجهة نظر المستهلكين وهي: [3]

- هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يرده المستهلك؟
- هل الخدمة متوفر في المكان الذي يرغبه المستهلك ؟
- هل سيحصل المستهلك على الخدمة متى طلبها؟
- كم من الوقت ينتظر المستهلك للحصول على الخدمة؟
- هل من السهل الوصول إلى مكان بقديم الخدمة؟

3. الأمان:

ويعكس ذلك بالدرجة الأولى خلو المعاملات مع المؤسسة الخدمية من الشك والمخاطر،[4]أي أنها تستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة، ومن يقوم بتقديمها، أي يتعلق بمدى المخاطر المدركة لنتائج تلقي الخدمة من

---

[2]- المرجع نفسه ص 94

[1]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص 444 .

[2]- بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره،ص 208

[3]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص 444 .

[4]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 94

هذه المؤسسة أومن مقدمها أو كلاهما، ومثال ذلك درجة الأمان المتربة على قيام المستهلك باستئجار شقة في فندق ما. [5]

4. المصداقية:

وتعني مدى الالتزام بالمواعيد. التي تقدمها المؤسسة الخدمية للمستهلكين فيما يخصى الخدمات المقدمة وتحسينها، مما يترب عليه ثقة متبادلة،[1] كما أنها تعني درجة الثقة بمقدم الخدمة ومدى التزامه بوعوده، [2]ومثال ذلك مدى محافظة مكتب محامي ما على أسرار موكليه.

5. درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات المستهلك:

تعكس الجهد المبذول للتعرف على احتياجات المستهلك، وتقديم الخدمة في ضوء تلك المعرفة، كما يتضمن هذا الجانب توفر الاهتمام الشخصي بالمستهلك وسهولة التعرف عليه, [3] بالإضافة إلى حجم الوقت والجهد الذي يحتاجه مقدم الخدمة لكي يفهم مشاكل المستهلك ومدى إمكانية فهم مقدم الخدمة للمتطلبات الخاصة ولفريدة للمستهلك. [4]

6. الاستجابة:

وهي القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للمستهلكين، من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة، فمثلا ما مدى استعداد ورغبة المؤسسة في تقديم المساعدة للمستهلك وحل مشاكله المحددة، ومدى قدرة واستعداد ورغبة الإدارة في لقاء مستهلك له مشكلة ما. [5]

7. الكفاءة والجدارة:

وتتعلق بكفاءة وجدار القائمين على تقديم الخدمات، من حيث المهارات والقدرات التحليلية والمعرفة التي تمكنهم من أداء مهامهم بالشكل الأمثل، وفي حالة التعامل مع مقدم الخدمة لأول مرة، فإن المستهلك عادة ما يلجأ إلى مثل هذه المعايير والشهادات العلمية ومصادرها والخبرات العلمية، فقد يفصل بعض المستهلكون تلقي خدماتهم من مصادر معتمدة ورسمية. [6]

---

[5]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص 444 .

[1]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 94

[2]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص 445 .

[3]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 95

[4]- بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره،ص 209

[5]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 95

[6]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص 445 .

8. الجوانب الملموسة:

وهي الدليل المادي للخدمة، كالمرفق والتسهيلات المادية (الآلات والمعدات والأفراد ووسائل الاتصال وملابس مقدمي الخدمة)، وكافة عناصر البيئة المادية التي تقدم الخدمة من خلالها أو التي ترشد المستهلك إلى الخدمة. [1]

9. الاتصال:

وهو يتعلق بقدر مقدم الخدمة على شح خصائص الخدمة للمستهلك، والدور الذي يجب عليه أن يقوم به للحصول على الخدمة المطلوبة، ومثال ذلك مدى معرفة المستهلك بما يجب عليه القيام به بشكل كامل، ومدى معرفة بالأضرار التي يمكن أن تلحق به إذا لم يلتزم بما هو مطلوب منه، وعن أي مشاكل يمكن أن تحدث عند تقديم الخدمة وكيف يمكن تجنبها، ومدى التأكد من أن المستهلك قد فهم ما طلب منه. [2]

10. اللباقة :

وتعني أن يكون مقدم الخدمة على قدر من الاحترام والآداب ون يتسم بالعاملة الودية مع المستهلكين، فهذا الجانب يشير إلى الصداقة والاحترام والود بين مقدم الخدمة والمستهلك. [3]

إن هذه المعايير التي يعتمد عليها المستهلك في تقييمه لجودة الخدمة ليس بالضرورة أن تكون مستقلة عن بعضها البعض، حيث أن بعض هذه المعايير متداخلة مع بعضها البعض وقد تكون أحيانا متكاملة، كما أن نظرة المستهلك لمدى أهميتها تختلف من شخص إلى آخر، لأن البعد الخاص بالاعتمادية حسب كوتلر يظل في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم عنصر يعكس جودة الخدمة بغض النظر عن طبيعتها. [4]

المطلب الثالث : نماذج تقييم جودة الخدمة

نتناول عدد من الباحثين نماذج تقييم جودة الخدمة في ثلاث مداخل، حيث منهم من يرى أن تقييم جودة الخدمة يكون من وجهة نظر المستهلك فقط، في حين يرى البعض الآخر أن قدرت

[1]- بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره،ص 209

[2]- هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص 446 .

[3]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 95

[4]- المرجع نفسه ص 96

المؤسسة الخدمية وإمكانياتها العامل الأهم لتقييم جودة الخدمة، بينما قدم آخرون نموذج شامل جمع بين وجهتي النظر السابقة، وسنتطرق إلى هذه النماذج فيما يلي:

الفرع الأول: من وجهة نظر المستهلك

إن عملية تقييم جودة الخدمة من وجهة نظر المستهلك تتم وفق نموذجين ، يعتمد كلاهما بشكل أساسي على مجموعة من المعايير القابلة للتعديل والتكييف حسب نوع الخدمة المرد تقييمها، وهما نموذج الفجوة ونموذج الاتجاه، بالإضافة إلى مقياس عدد الشكاوي، وسنتطرق إلى نلك فيما يلي:

1. نموذج الفجوة:

ينسب هنا المدخل إلى (parsuramant , berry , zeithaml) 1985، وهو النى يسعد إلى توقعات المستهلكين لمستوى الخدمة، ;وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة بالفعل ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات و الإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد الخدمة الممثلة لأبعاد جودة الخدمة المشار إليها سابقا. [1]

وعليه نجد أن مستوى جودة الخدمة يقاس بمدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة فعلا للمستهلك وبين ما يتوقعه

وعليه نجد أن مستوى جودة الخدمة يقاس بمدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة فعلا للمستهلك وبين ما يتوقعه بشأنها.فهذا النموذج يقوم على معادلة أساسية ذات طرفين هما الإدراكات و التوقعات، ويمكن التعبير عتها بما يلي: [2]

جودة الخدمة = التوقعات - الإدراكات .

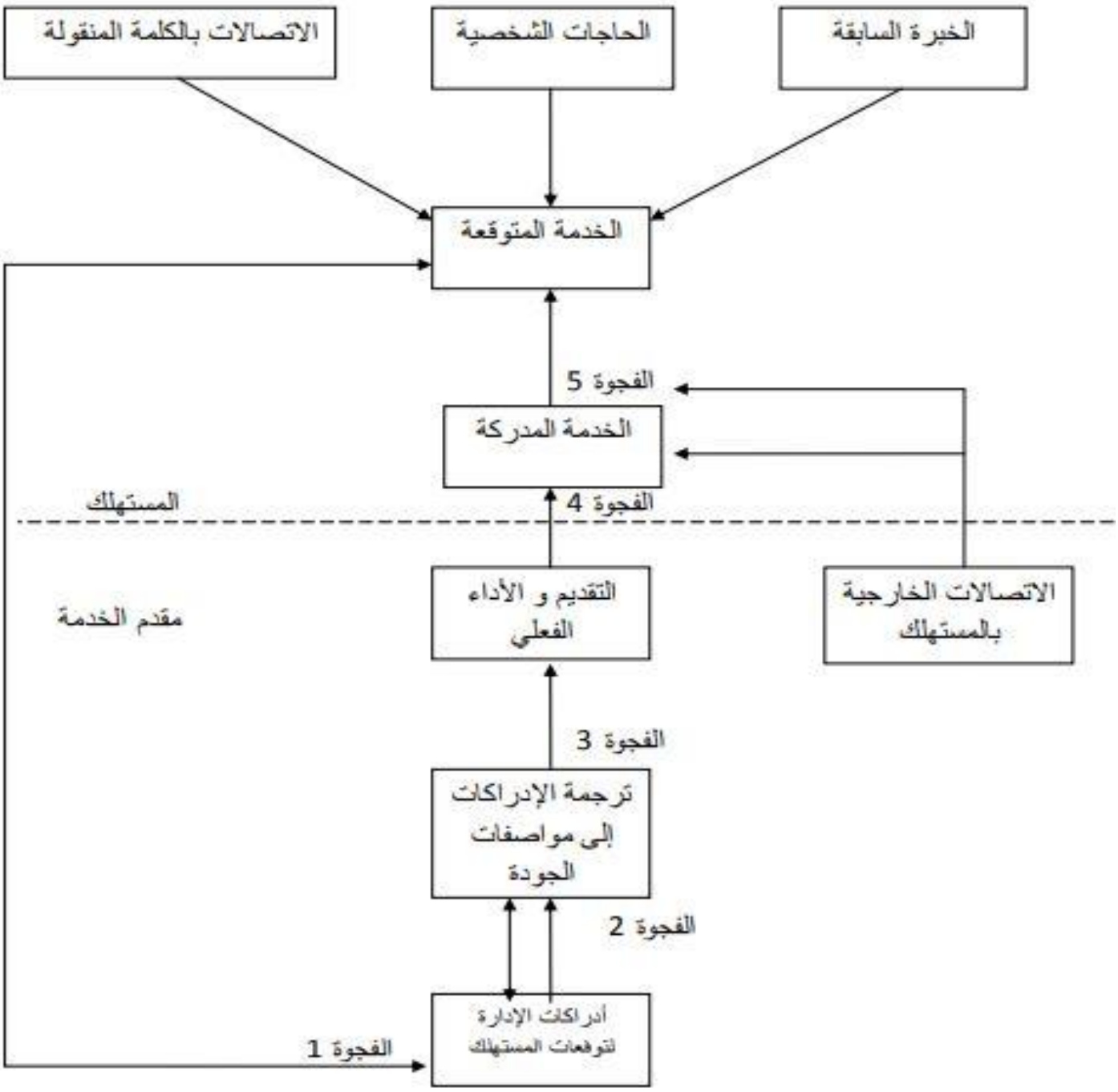
وذلك لقياس الخدمة فجوات هامة تتعلق بكل من المؤسسة الخدمية، والمستهلك والاثنين معا كما يبين الشكل رقم (3)

[1]- المرجع نفسه ص 98

[2]- المرجع نفسه ص 98

الشكل رقم (3) : نموذج الفجوة لتقييم جودة الخدمة

المصدر : محمد عبد العظيم أبو النجاة، التسويق المتقدمة ، الدار الجامعية، مصر،2008، ص113.



- الفجوة رقم (1) :

وتنتج عن الاختلاف بين ما يرغبه المستهلك، وما تعتقد إدارة المؤسسة الخدمية انه رغبة المستهلك، أي نتيجة النقص في فهم أو سوء تفسير حاجات ورغبات المستهلك، وتزداد هذه الحالة في تلك المؤسسات التي لا تقوم باستكشاف رضا المستهلك، لذلك فإن أهم خطوة لعد هذه الفجوة هي بقاء المؤسسة قريبة من المستهلك، وقيامها ببحوث للتعرف على حاجاته وقياس مدى رضاه عن الخدمات التي تقدمها،للاطلاع التام بخصائص الخدمة الأكثر أهمية بالنسبة للمستهلك، ومختلف الأولويات المطلوبة من قبله. [3]

- **الفجوة رقم (2) :**

تنتج عن الاختلاف بين ما تعتقد إدارة المؤسسة الخدمية أنها رغبة المستهلك و بين ما تقوم المؤسسة بأدائه فعليا, ويلاحظ أن هذه الفجوة ما هي إلا نتاج لعدم قدرة إدارة على ترجمة حاجات المستهلك إلى نظم جيدة لتقديم الخدمة، ويعود سبب ذلك إلى قيود قد تتعلق بموارد المؤسسة، وعدم قدرتها على تبني فلسفة الجودة في الخدمة. [6] أي أنها غير قادر على توجيه إمكانياتها لحل المشكلة.

- **الفجوة رقم (3) :**

وهي الفجوة بين المواصفات والشروط الموضوعة لجودة الخدمة، وبين المواصفات الفعلية التي تحققت أثناء تقديم الخدمة،[7]وذلك بسب تدني مستوى الأداء والمهارات الخاصة بمقدمي الخدمة، وعدم القيام بتدريبهم تدريبا فعالا، ونقص الحماس والدافعية لديهم ولسد هذه الفجوة يجب تدريب الموظفين حتى يتمكنوا من تحقيق التعامل الايجابي مع المستهلكين وتشجيعهم على العمل كفريق واحد. [9]

- **الفجوة رقم (4) :**

وهي الفجوة بين ما تقدمه المؤسسة بالفعل من خدمات و بين ما تخبر به المستهلك عنها، لذلك يطلق عليها "فجوة الاتصال " , وقد ينطوي ذلك على استخدام حملات إعلانية خادعة أو مظللة تعمل على إعطاء المستهلك وعود أكبر مما يمكن أن تقدمه من خدمات، وهذا يشير إلى وجود خلل في المصداقية والثقة في المؤسسة الخدمية، ولسد هذه الفجوة تحتاج المؤسسة إلى خلق توقعات واقعية لدى المستهلك، من خلال الاعتماد على اتصالات صادقة ودقيقة عن ما تستطيع تقديمه فعلا من خدمات.

---

[3]- بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي، مرجع سبق ذكره،ص 262

[6]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 99

[7]- محمد عبد العظيم ، مرجع سبق ذكره ،ص 114.

[9]- محمد عبد العظيم ، مرجع سبق ذكره ،ص 115.

- **الفجوة رقم (5) :**

هي الفجوة بين الخدمة التي حصل عليها المستهلك بالفعل، وبين الخدمة التي كان يرغب في الحصول عليها.[4] أي هي الفرق بين الخدمة المدركة و الخدمة المتوقعة.

2. **نموذج الاتجاه:**

ظهر هذا النموذج سنة 1992، نتيجة للدراسات التي قام بها كل من (tayler et cronin) وتعرف الجودة في إطار هذا النموذج مفهوم اتجاهي يرتبط بادراك المستهلك لأداء الفعلي للخدمة المقدمة ، ويعرف الاتجاه أنه تقويم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة، حيث يقوم نموذج الاتجاه على أساس رفض فكرة نموذج الفجوة في تقييم جودة الخدمة، ويركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة، أي التركيز على جانب الإدراكات الخاصة بالمستهلك فقط، ذلك أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات، وهي دالة الإدراكات المستهلكين السابقة وخبرتهم وتجارب تعاملهم مع المؤسسة ، ومستوى الرضا على الأداء الحالي للخدمة ، فالرضا حسب هذا النموذج يعتبر **عا**ملا وسيطا بين الإدراكات السابقة للخدمة والأداء الحالي لها، وضمن هذا الإطار تتم عملية تقييم جودة الخدمة من طرف المستهلك، وفي هذا الصدد يرى أحد الباحثون أن التجربة الأولى نحو الخدمة تعتبر دالة لتوقعات المستهلك من الخدمة المسبقة حولها، بتعبير آخر فالمستهلك يقيم الخدمة على أساس خبرته السابقة، وإذا ما انعدمت هذه الخبر فانه يعتمد بشكل أساسي على توقعاته خلال مرحلة ما قبل الشراء، وإن توقعاته المستقبلية حول الخدمة هي دالة لعملية تقييمه لأداءه الحالي. [5]

بمعنى أن الاتجاه أو موقف المستهلك من الخدمة يتكيف طبقا لمستوى الرضا لديه الذي يكون قد حققه خلال تعامله مع المؤسسة.

وتتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية: [1]

- في غياب خبرة المستهلك السابقة في التعامل مع المؤسسة، فإن توقعاته حول الخدمة تحدد بصورة أولية مستوى تقييمه لجودتها.
- بناءا على خبر المستهلك السابقة المتراكمة كنتيجة لتكرر التعامل مع المؤسسة، فإن عدم رضاه عن مستوى الخدمة المقدمة يقوده إلى مرجعة مستوى الجودة.
- إن الخبرات المتعاقبة مع المؤسسة ستقود إلى مرجعات إدراكية أخرى لمستوى الجودة، و بالتالي فإن تقييم المستهلك لمستوى الخدمة يكون محصلة لكل عمليات

[4]- المرجع نفسه ص 115

[5]- بوعنان نور الدين ، مرجع سبق ذكره، ص 362.

[1]- المرجع نفسه ص 362

التعديل الإدراكي التي يقوم بها فيما يتعلق بجودة الخدمة ، وهكذا فإن رضا المستهلك عن مستوى الأداء الفعلي للخدمة له أثر مساعد في تشكيل إدراكات المستهلك للجودة.

وعليه نجد أن نموذج الاتجاه لتقييم جودة الخدمة، الذي رفض نموذج الفجوة، يركز على إدراكات وتجارب وخبرت سابقة للمستهلك في تعامله مع المؤسسة الخدمية، التي يبني على أساسها مدى رضاه على الخدمة المقدمة ، وبالتالي يقيم مستوى جودتها **بالاعتماد** على **معايير** التقييم سابقة النكر (اللباقة، الاعتمادية والاستجابة ...الخ)، أي أن تقييم جودة الخدمة هي تراكمية طويلة الأجل نسبيا.

3. **مقياس عدد الشكاوي :**

وتمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها المستهلك، خلال فتر زمنية معينة مقياسا هاما لتقييم مستوى جودة الخدمة المقدمة، وهو ما يمكن المؤسسات الخدمية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، وتحسين مستوى جودة ما نقدمه من خدمات. [2]

الفرع الثاني: حسب قدرات المؤسسة الخدمية

يتناول هذا المنظور مدى قدر المؤسسة الخدمية على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة، وفي هذا الإطار يمكن التمييز بين مداخل تقييم جودة الخدمة التالية: [3]

1) تقييم جودة الخدمة بدلالة المدخلات :

يستند أصحاب هذا المدخل إلى فكر مفادها أن **بإمكان اعتبار** المدخلات والمواد جوهر الخدمة وجودتها، فإذا ما توفر للمؤسسة الخدمية البناء المناسب بتجهيزاته ومعداته والعاملين الأكفاء والأدوات، والنظم المساعدة الكافية، فضلا عن الأهداف المحددة الواضحة، كانت الخدمة مميزة دون شك.

ويعتقد البعض أن تزيد معدل التكلفة لكل مستهلك يكفل جودة المدخلات، التي تكفل بدورها جودة الخدمة ككل، ومن هنا يقيمون الجودة بدلالة تكلفة المدخلات.

لكن ورغم أهمية **عناصر** المدخلات في جودة الخدمة، إلا أنها لا تعد كافية في حد ذاتها لضمان الجودة، فهناك عوامل أخرى مكملة، فليس المهم توافر المدخلات أو الموارد الجيدة فقط، و في كيفية استغلالها عمليا.

[2]- قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره ,ص 98

[3]- المرجع نفسه ص 106-108

2) تقييم جودة الخدمة بدلالة العمليات :

يركز هذا المقياس على جودة العمليات أو المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة، وان كان أصحاب هذا المدخل لم يقفلوا كلية المدخلات خاصة عند تتبعهم لعلاقات السبب و التأثر .

وينطوي هذا المدخل على مجموعة من المؤشرات والمعايير التي نوضح النسب المقبولة لكافة عناصر وأنشطة الخدمات المقدمة، والتي يجب أن تستوفيها لكي يتم اعتبار هذه الخدمات جيدة.

3) تقييم جودة الخدمة بدلالة المخرجات:

وهو من المقاييس التي تتعلق بالنتائج النهائية، حيث ينظر إليها على أنها الانجاز أو عدم الإنجاز للنتائج التي يسعى إليها المستهلك، ويتم تقييم جودة الخدمة من خلال قياس جودة المخرجات بالاعتماد على الطرق التالية :

- ❖ إجراء مقارنات بين توقعات المستهلك والأداء الفعلي، بغرض اكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلا.
- ❖ استقصاء رضا المستهلك بخصوص الخدمة المقدمة .
- ❖ استقصاء العاملين في المؤسسة الخدمية للوقوف على كافة المشاكل والمعوقات التي حالت دون تحقيق الأداء المرغوب.

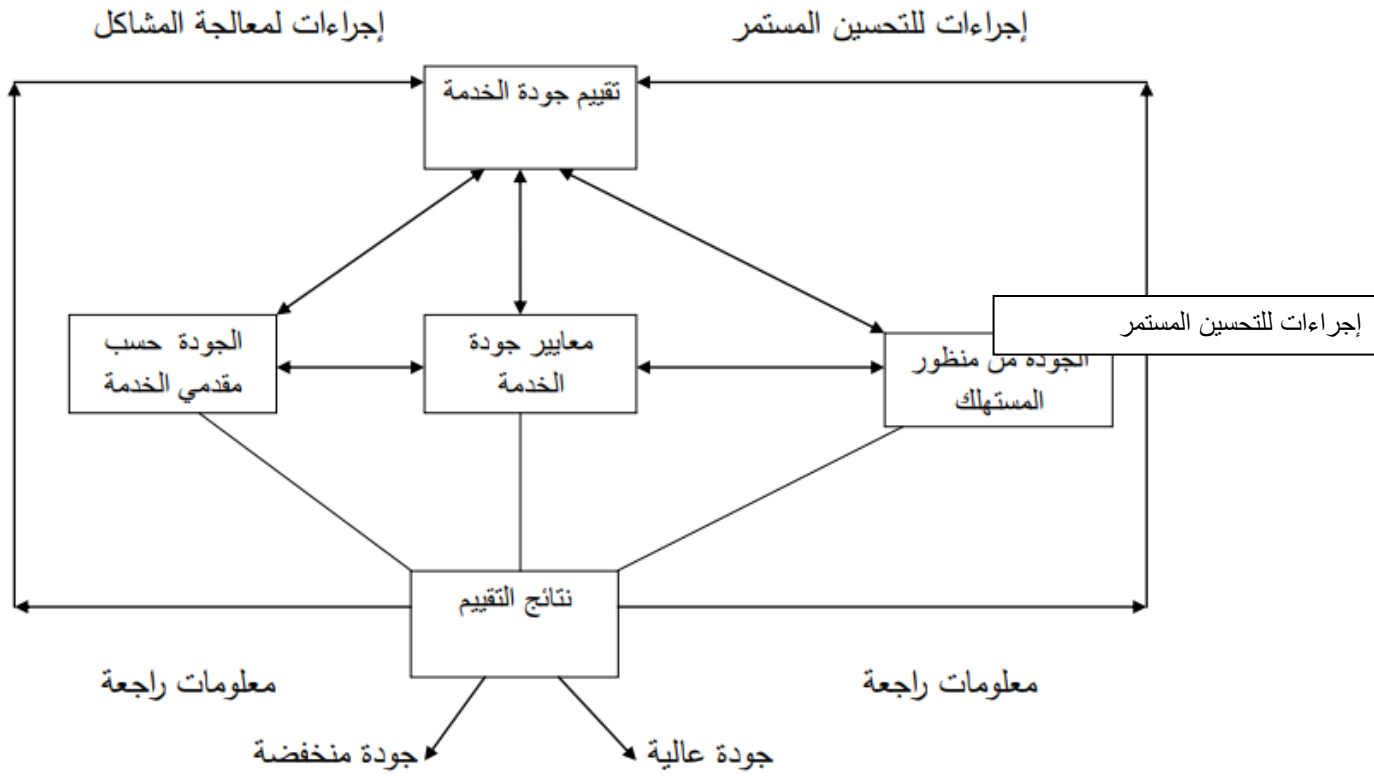
الفرع الثالث: تقييم جودة الخدمة من المنظور الشامل

رغم ما أسهمت به المداخل السابقة من تقدم في تقييم جودة الخدمة، إلا أن جميعها يغلب عليها الطابع الجزئي، وقد أدت هذه المداخل الجزئية إلى إبراز ضرورة المعالجة الشاملة في تقييم جودة الخدمة، [1] و الشكل رقم (4) يمثل نموذجا شاملا لتقييم جودة الخدمة من وجهة نظر المستهلك ومقدم الخدمة (المؤسسة الخدمية).

يتضح من الشكل (4) أن تقييم جودة الخدمة حسب النموذج الشامل، يكون من وجهة نظر المستهلك ومقدمي الخدمة، وذلك بالاعتماد على مجموعة من المعايير(اللباقة، المصداقية والاتصال. . .الخ.) التي تكون نتائجه إما جودة عالية أو منخفضة، هذه النتائج تعتبر معلومات راجعة.

[1]- [2]- قاسم نايف علوان المحياوي ص 108.

الشكل رقم (4) : النموذج الشامل لتقييم جودة الخدمة



خلاصة الفصل :

تناولنا في هذا الفصل مدخل إلى جودة الخدمة، والتي تعني مدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة وتوقعات المستهلكين، يتم تقييمها من وجهة نظرهم بالاعتماد على مجموعة من المعايير (الاعتمادية، الأمان، المصداقية...الخ)، وقد قدمت عدة نماذج لتقييم جودة الخدمة، فهناك من اعتبر أن التقييم يكون من وجهة نظر المستهلك، بينما اعتبر آخرون أن تقييم جودة الخدمة يكون بناءا على إمكانيات المؤسسة الخدمية، في حين قدم نموذج شامل يعتبر عملية تقييم الجودة في الخدمات تكون من وجهة نظر المستهلك ومقدم الخدمة معا.

تمهيد:

مما لا شك فيه أن التنمية باختلاف مجالاتها، اقتصادية كانت أو اجتماعية هي هدف أساسي تسعى لتحقيقه كل دول العالم، وعند الحديث عن التنمية تظهر جليا مكانة الصحة في إحداثها، باعتبار الصحة قطاعا مهما من قطاعات التنمية، فهي المسؤولة عن حماية الإنسان من الأمراض والوقاية منها، مما يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة وزيادة الإنتاجية، من هنا كان الاهتمام العالمي بتطوير المؤسسات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية، والخبرات العلمية والإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات في شتى المجالات، كالطب والمعالجة والوقاية وكذا صحة البيئة، والعمل على تقديم أحسن الخدمات الصحية، وفضلها للأفراد، كما تم إدخال الجودة في الخدمات الصحية كآلية حديثة لتحقيق الصحة في المجتمع، والتي تعتبر حق أساسي لجميع الشعوب، ووسيلة هامة لبناء الفرد القادر على الإسهام في التنمية وخدمة مجتمعه في كافة المجالات.

وسنتناول في هذا الفصل الجودة في المؤسسات الصحية، بدءا بمبحث حول ماهية الخدمات الصحية والذي تطرقنا فيه إلى مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية، فمن ثم مبحث حول تقييم الجودة في المؤسسات الصحية، الذي تطرقنا فيه إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية، أبعاد جودة الخدمات الصحية والعناصر المؤثرة في تحقيقها، ثم مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية، لنتطرق في الأخير إلى متطلبات تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية.

المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية

تعد الصحة حجر الزاوية لبناء المجتمعات، فهي من بين أهم مجالات التنمية التي تسعى من خلالها الدول إلى تحقيق التقدم والرقي في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الاقتصادي، لذلك فهي تولي أهمية كبرى بالمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها. وسنتطرق في هذا المبحث إلى مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية وخصائصها، ثم نتعرض إلى مستوياتها وأنواعها.

المطلب الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية

الفرع الأول: مفهوم الصحة

لقد كان ينظر إلى الصحة على أنها:" علاج للمرضى، فإذا ما توسع مفهومها لا يتجاوز أن تكون وقاية من الأمراض."[1]

يعد هذا المفهوم ضيقا لمصطلح الصحة، بحيث اقتصر على اعتبارها أنها علاج المرضى والوقاية من الأمراض، شأنه شأن التعريف الذي قدمه مجموعة من الأطباء والعاملين في قطاع الصحة الذي اعتبر الخدمة الصحية أنها تعني :"غياب المرض الظاهر وخلو الفرد من العجز و العلل"[2]

فحسب هذا التعريف يعتبر الفرد صحيحا إذا ما خلا من العلة وبر من المرضى الظاهر فقط، وهذا ما جعل البعض يعتبر هذا المفهوم ناقصا كونه جعل للصحة دور سلبيا لمجرد أنها علاج للمرض، كما أن هناك من اعتبر الصحة تشخيص وعلاج المجتمع.[3]

هذا الاختلاف في التعاريف جعل العلماء يعطون مفهوما أشمل عن الصحة واعتبروها أنها:" حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض والعجز

فحسب هذا التعريف تعد الصحة أشمل من أن تكون معالجة المرض، فهي تمتد لتشمل صحة الجسم، وصحة العقل أو ما يسمى بالصحة النفسية. والتي تعني " العلاج الوقائي للاضطرابات العقلية مع القدر على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الفرد "[5]. وصحة المجتمع والبيئة وهي حالة توفر الموطن البيئي السليم والمستقر للكائنات الحية، وعلى رأسها الإنسان بحيث يستطيع أن يعيش حياته بشكل سليم ويحافظ على بيئة سليمة, [6]

إذ لابد من أن ينظر إلى الصحة من مجال أبعد من أن تكون مجرد رعاية طبيب لمريض، كما

---

[1]- عصمان سفيان، "دور التسويق في نظام الخدمات الصحّية من وجهة نظر المستفيدين منها المرضى " مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير، تخصص علوم تسيير، فرع التسوّق، جامعة محمد بوضياف، المسّلة، 2005 23. -ص، 2006

[2]– المرجع نفسه , ص 24

[3]- أحمد محمد بدح وآخرون، "الثقافة الصحية "، دار وائل، الأردن ،2005 ،ص13

[5]- صالح حسن الدهراوي ، "مبادئ الصحة النفسية،" دار وائل، الأردن، 2005 ،ص26.

[6]- المرجع نفسه ص 129

لا يجب أن تكون المجتمعات صحية عياديا فقط، ولكن يجب أن نشعر بالصحة جسميا، واجتماعيا. [1]

والصحة الجيدة مفهوم أوسع من مجرد غياب المرض أو عدم التوازن، تنتج من أكثرمن مجرد الخدمة الصحية الفعالة و الكفؤة . [2]

وقد اعتبرت منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة، أنها العنصر الأساسي لمعافاة الفرد والتنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة. [3]

- **الصحة العامة:**

تتكون من كلمتين إحداهما هدف عام وهو الصحة، وثانيهما أفرد المجتمع، وهذا يؤكد على ضرورة تحقيق أعلى مستوى صحي لهم، فالصحة العامة تحتوي على الصحة الشخصية وصحة البيئة، والصحة الاجتماعية ومكافحة الأمراض المعدية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر للأمراض، مع تعليم أفرد المجتمع وتثقيفهم على كيفية تطوير الحياة الصحية، وذلك بمجهودات منظمة في المجتمع، من أجل الوقاية من الأمراض و ترقية الصحة, [4] وهناك من يرى أن الصحة العامة هي الخدمات الصحية التي تمول من طرف القطاع العام. [5]

تتفرع الصحة العامة إلى: [6]

- **الصحة الوقائية:** وتهدف إلى منع حدوث الأمراض، والحد من انتشارها.
- **الصحة العلاجية:** وتهدف إلى علاج المرضى وإخراجهم من الحالة المرضية التي يشكون منها إلى الحالة الطبيعية، عن طريق التشخيص وتقرير العلاج المناسب للحالة، وصولا إلى الهدف الأسمى وهو تخفيف الآلام و إنهاء الأعراض المرضية.
- **الصحة المهنية:** متعلقة بصحة العاملين في المهن المختلفة.

وعند الحديث عن الصحة، لابد من التطرق إلى مفهومي الطب والمرض، فالطب هو تشخيص وعلاج الفرد،[1] أما المرضى فهو حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد

---

[1]- نظام موسى سويدان، عبد المجّد البرواري، "إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية"،دار حامد، الأردن، 2009 ،ص 233 (بتصرف)

[2]- طلعت الدمرداش إبراهيم ، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، ط 2 ،مكتبة المدينة ، مصر، 2000 ،ص 18.

[3]- الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية :
www.who.int/whr/2010/ar/

[4]- أحمد محمد بدح وآخرون، مراجع سبق ذكره، ص 13(،بتصرف.)

[5]- عصمان سفيان ، مرجع سبق ذكره، ص 24.

[6]- أحمد محمد بدح وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 18-19(،بتصرف.)

[1]- المرجع نفسه ص 13

جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا، مما يؤثر عليه وعلى شخصيته.[2]
من خلال ما سبق نجد أن الصحة هي القوة والعلامة الجسمية والعقلية، النفسية للفرد والسلامة الاجتماعية المتمثلة في السكن، التعليم، الغذاء، مستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة...الخ، والمرض هو الإنقاص من حالة العلامة الصحية للفرد، التي نرجع أسبابها للعناصر السابقة.

- **مستويات الصحة:**

الصحة حالة نسبية، فكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفي مدرج قياس الصحة، فالطرف الأول هو الصحة المثالية، والطرف الآخر هو انعدام الصحة، وهناك درجات متفاوتة من الصحة بين الطرفين، وعلى ذلك تكون مستويات الصحة كما يلي: [3]

- **الصحة المثالية:** وهي درجة التكامل والمثالية الجسمية والنفسية والاجتماعية.
- **الصحة الايجابية:** وفيها تتوفر طاقات إيجابية تمكن الفرد من مواجهة المشاكل والمؤثرات الجسمية والنفسية والاجتماعية، دون ظهور أية أمراض أو علامات مرضية ملموسة.
- **السلامة المتوسطة:** لا تتوفر فيها طاقات إيجابية من الصحة , و لذلك عند التعرض لأي مؤشرات ضارة يسقط الفرد في المرض .
- **المرض غير الظاهر:** وهنا يشكو المريض من أعراض و علامات واضحة ,ولكن يمكن اكتشاف المرض بفحوصات مخبرية و إشعاعية خاصة .
- **المرض الظاهر :** و هنا يشكو المريض من أعراض وعلامات يحس بها.
- **مستوى الاحتضار:** في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية عند المريض إلى حد خطير يصعب معها أن يستعيد صحته.

الفرع الثاني: الرعاية الصحية والرعاية الطبية

1. **الرعاية الصحية**: يشمل مفهوم الرعاية الصحية بالإضافة إلى تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، مفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع،[1] فهي تشمل أنشطة رعاية المريض، الرعاية الطبية وإعادة التأهيل

[2]- عصمان سفيان ، مرجع سبق ذكره، ص 26.

[3]- أحمد محمد بدح وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 13-14

[1]- عصمان سفيان ، مرجع سبق ذكره، ص 24.

الاجتماعي، حيث تركز على جودة الحياة بصفة عامة. [2]

أي أنها مجموعة الإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع أفراد المجتمع، بهدف رفع المستوى الصحي لهم والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها. [3]

أي أن نظام صحي يتضمن أربعة مستويات في الرعاية الصحية، وهذا من أجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع بالمستوى الكمي والنوعي الذي تتطلبه الحياة، ويمكن ذكرها كما يلي:

- **مستوى الرعاية الصحية الذاتية**: وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد والعائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها، التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويتوقف هذا المستوى على مستواهم الثقافي والاجتماعي.
- **مستوى الرعاية الصحية الأولية**: وتعرف على أنها الخدمات الصحية الشاملة والأساسية الميسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، بمشاركة الأفراد، بتكاليف يمكن توفيرها وهي جزء من النظام الصحي للبلد، ويمثل هذا المستوى أوسع المستويات الخدمية الصحية، يتم تقديم الرعاية الصحية الأولية في المؤسسات الصحية (مستوصفات، عيادات قروية، عيادات الأمومة والطفولة...الخ)، وهناك تسعة عناصر تمثل الخدمات الصحية التي تحقق هذا المستوى، وهي(رعاية الأم والطفل، طب الأطفال والصحة المدرسية، مكافحة الأمراض السارية، صحة البيئة وتحسينها، صحة الإنسان والوقاية العلاجية، صحة العيون والإرشاد و التثقيف الصحي، الفحص السريري والمعالجة الدوائية، الفحص السريري والمداخلة الجراحية البسيطة).

- **مستوى الرعاية الصحية المتخصصة:** عند عجز المستوى الثاني في مواجهة بعض الحالات فإنه يوجه مباشر إلى مستوى الرعاية الصحية المتخصصة، من أجل تقديم نوع معين من الخدمات الصحية المتخصصة، كالجراحة وأمراض القلب والأمراض النفسية، ويشمل هذا المستوى على أخصائيين في الفروع المختلفة، يحال إليهم المرضى للمشورة والعلاج، الخدمات الصحية في هذا المستوى تقدم في المؤسسات الصحية من مستشفيات وعيادات متخصصة.
- **مستوى الخدمات الصحية المتطورة التخصصية:** وهي الخدمات الصحية التي ليس بالمستطاع

[2]- عدمان مريزق، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحّية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحّية في الجزائر العاصمة"، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008،ص 35.

[3]- عصمان سفيان ، مرجع سبق ذكره، ص 37.

تقديمها في المستوى الثاني والثالث، وهي خدمات متخصصة في مجال الطب والجراحة، تكون معقدة كجراحة القلب والدماغ.

2. **الرعاية الطبية:** ينصب تركيز الرعاية الطبية على التشخيص المبكر، وعادة التأهيل الطبيعي، وذلك عند الحاجة، فهي ركز على المرضى وطرق علاجه, [1] كما يمكن القول أنها:"الخدمات التي يؤديها فرد من الفرق الطبي إلى فرد من المجتمع، من تقديم العلاج والغذاء، الدواء والمعاملة الحسنة، وبالتالي هي تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه وإلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية، وتقديم الدواء اللازم للعلاج، والغذاء الجيد والملائم لحالته وحسن معاملته من طرف الفرقة الطبية، لمساعدته على استعادة صحته. [2]

نصنف الرعاية الطبية إلى قسمين هما:[3]

- **رعاية طبية مباشرة:** هي الخدمات التي يقوم بها الطبيب بنفسه، مثل تشخيص المريض وعلاجه.
- **رعاية طبية غير مباشرة:** وهي الخدمات الصحية التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي غير الطبيب، ونشمل خدمات التمريض وخدمات التحاليل المخبرية، وصور الأشعة، وخدمات حفظ السجلات الطبية، والشؤون المالية والإدارية المتعلقة بالخدمات الصحية.

ولا يجب الخلط بين مفهوم الرعاية الصحية والرعاية الطبية، فهذه الأخيرة فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت الرعاية الطبية هي التي تعمل مع المرضى فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حدوث المرض، بل تعمل على منع حدوثه، وإذا ما حدث تعمل على معالجته، وفي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده، وما تتطلبه مرحلة التأهيل للمريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج.[4]

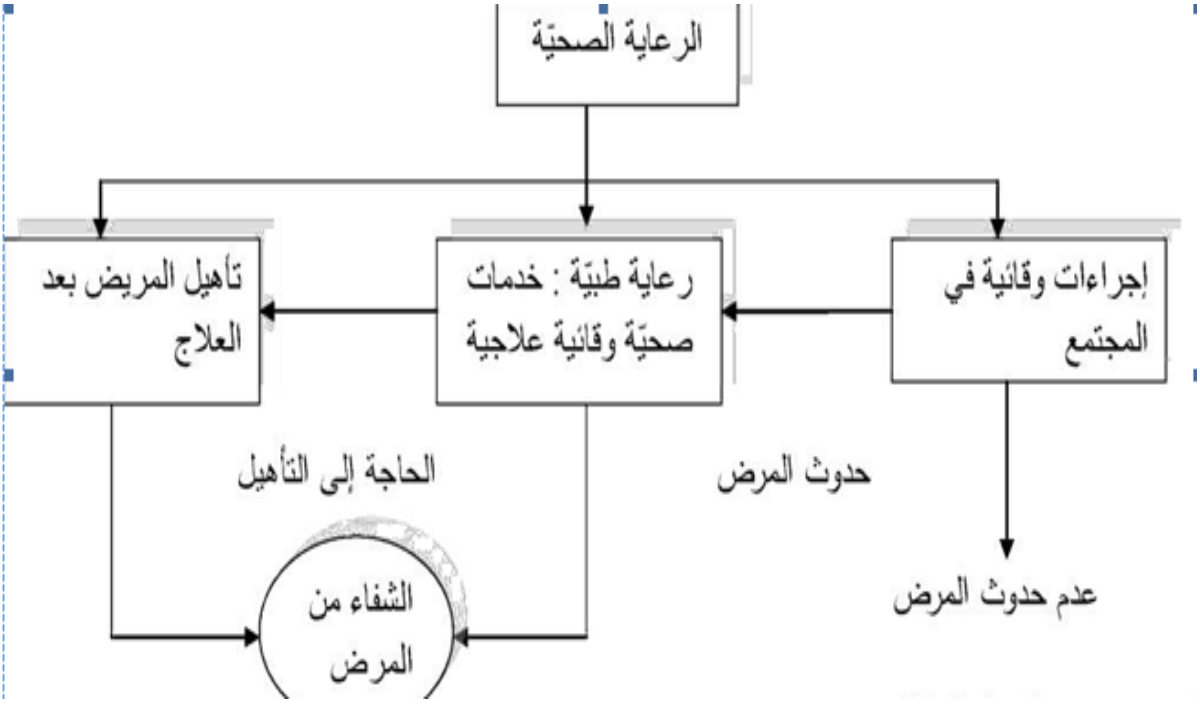
وبناءا عليه يمكن أن نضع الشكل التوضيحي رقم(5) عن الفرق والعلاقة بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية:

[1]- عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره،ص 35 . (بتصرف)

[2]- عصمان سفيان ، مرجع سبق ذكره، ص 38.(بتصرف)

[3]- المرجع نفسه ص 41

[4]- فريد كورتل، "تسويق الخدمات" ، كنوز المعرفة للنشر، الأردن ، 2008 ،ص 319.



الشكل رقم (5): العلاقة بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية

خلال ما سبق نجد أن الفرق بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية، يتمثل في أن خدمات الرعاية الطبية موجهة لفرد واحد، بينما الرعاية الصحية موجهة للمجتمع بصفة عامة، قصد رفع مستواهم الصحي، أو مقاومة انتشار الأمراض بينهم، وعليه فإن أي خدمة صحية موجهة إلى فرد معين بصفة مباشرة تعتبر من خدمات الرعاية الطبية حتى ولو كانت خدمة وقائية، وكمثال على ذلك، قد يتوجه شخص ما مصاب بمرض معين إلى مؤسسة صحية ليعالج هذا المرض، فإن الخدمة الصحية المقدمة له تدخل في نطاق الرعاية الطبية، أما إذا ما قامت وزارة الصحة بحملة لتوعية الأفراد بخطورة نفس المرض وكيفية الوقاية منه، فإن هذه الخدمة تدخل ضمن إطار الرعاية الصحية للمجتمع، ولا تقتصر الرعاية الطبية على تقديم خدمات علاجية فقط وإنما تقدم خدمات وقائية هامة، فالطبيب الذي يعالج هذا الشخص المريض، يمكن أن يقدم له نصائح وقائية لتجنب تفاقم وتطور المرض، أو حتى نصائح عن أمراض أخرى، فهي خدمات طبية مادام المقصود بها فرد بذاته.

الفرع الثالث: تعريف الخدمات الصحية

يعد مفهوم الخدمة الصحية نابع أساسا من المفهوم العام للخدمات، ذلك أن الخدمة تتمثل في كونها تتصف بخصائص عديدة تنفرد بها عن السلعة، فمفهوم الخدمة يكمن في أنها منتج غير ملموس يقدم منافع للمستهلك نتيجة استخدام جهد بشري أو آلي، و لا ينتج عن تلك المنافع حيازة شيء مادي ملموس، وبناءا على ذلك أعطيت عدة تعاريف للخدمة الصحية نذكر منها ما يلي: عرفت الخدمة الصحية على أنها:**"**أوجه النشاط غير ملموسة التي نقدم للمستهلك (المريض)، والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته، أي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المستهلك (المريض)، والتحرر من المرض والسعي نحو العلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية...الخ، يتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية، سواء كانت عامة أو خاصة.[1]

اعتبر هذا التعريف الخدمات الصحية نشاط غير ملموس، تقدم من طرف المؤسسات الصحية التي قد تكون عامة أو خاصة. إلى المستهلك (المريض) لإشباع حاجاته من تحسين لصحته أو شفائه من المرض، واعتبر الخدمات الصحية وسيلة للوصول إلى سلامه الجسمانية والعقلية والاجتماعية.

كما يمكن تعريف 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 و الأجهزة الطبية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض.[2]

تناول هذا التعريف الخدمات الصحية بمفهوم واسع، مصنفا إياها إلى ثلاث مجموعات (خدمات علاجية، خدمات وقائية، خدمات إنتاجية)، هدفها رفع المستوى الصحي للأفراد باعتبارها خدمات يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة.

تعرف الخدمة الصحية كذلك على أنها:"الخدمات العلاجية أو الإستشفائية، أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في مركزه الصحي الخاص، أو في مؤسسة صحية عمومية، أو العناية التمريضية التي يقدمها طاقم التمريض، أو التحاليل المخبرية التشخيصية التي يقدمها فنيو المختبر لشخص ما، أو لعدة أشخاص، غير أن الرعاية الطبية (الخدمات الصحية) قد تقدم رعاية صحية وقائية، كأن يقدم الطبيب المعالج لشخص ما معلومات حول مرض ما وطرق انتشاره،

[1]- زاكي خليل المساعد ، مرجع سبق ذكره، ص 291 . (بتصرف)

[2]- عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره،ص 19

وكيفية الوقاية منه، لتجنب الوقوع فيه مستقبلا، وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية".[1]

من خلال هذا التعريف نجد أن الخدمات الصحية تكون إما خدمات علاجية، أو استشفائية أو تشخيصية أي أنها تشمل كل الخدمات الصحية التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، وتتضمن فحوص المريض وتشخيص مرضه، تقديم الدواء اللازم لعلاجه والغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن معاملة القوى العاملة الطبية له، لمساعدته على استعادة صحته ومعالجة أية مشكلة تعترض راحته النفسية والجسمية داخل المؤسسة الصحية.

وهناك من استخدم مصطلح المنتج الصحي للتعبير عن الخدمة الصحية، واعتبره: "مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة وغير الملموسة، التي تحقق إشباع وإرضاء معين للمستهلك(المريض)، ومن أمثلة ذلك الخدمات الوقائية، خدمات الفحص والتشخيص، خدمات الجراحة والعلاج...الخ.[2]

ولكن باعتبار عدم الملموسية الصفة الغالبة على الخدمات الصحية، وأن الهدف الأساسي الذي يرغب المستهلك (المريض) في الحصول عليه(الشفاء، الفحص...الخ)، يفضل استخدام مصطلح الخدمة الصحية .

المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية

تتمتع الخدمات الصحية على غرار باقي الخدمات بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الملموسة، تتمثل في اللاملموسية أي عدم إمكانية مشاهدتها أو لمسها، وتلازميتها وتعني درجة الترابط بين الخدمة الصحية ذاتها ومقدمها، عدم التماثل، أي عدم قدرة الطبيب على تقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام، والفناء والتلاشي، أي عدم القدر على تخزين الخدمة الصحية لمدة من الزمن، وعدم التملك.

إضافة إلى الخصائص السابقة، يمكن أن نخص الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص التالية :

- عدم تجانس الخدمات الصحية: توجه الخدمات الصحية إلى عدد من الأفراد، يختلفون في طبيعتهم ومرضهم وخصائصهم النفسية، فالخدمة الصحية تتنوع من فرد إلى آخر

[1]- عصمان سفيان ، مرجع سبق ذكره، ص 24.

[2]- مدكور فوزي،" تسويق الخدمات الصحّية"، التراك للنشر و التوزيع ، مصر، 1998 ،ص198.

وحتى بالنسبة للفرد الواحد.[1]

- عدم القدرة على التنبؤ بالطلب: لا يمكن التنبؤ وبأي درجة من الدقة ما سيكون عليه الطلب على الخدمة الصحية، فقد تظهر حالات فيروسية، حوادث خطير، كوارث طبيعية أو صراعات مسلحة تجعل التخطيط شيء يصعب تحقيقه.[2]
- اللاملموسية الخدمة الصحية: وهذا ما يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر بين مقدم الخدمة (الطاقم الطبي)، والمستهلك(المريض) حتى تتحقق الاستفادة الكلية من هذه الخدمات.
- عدم التوافق بين توقعات المستهلك (المريض) والخدمة الصحية المقدمة له، فقد يضع مريض معين توقعات حول ما يحصل عليه من خدمة صحية، ولكن الجانب الجسدي والنفسي أي مميزات النفسية، تعتبر خارج نطاق تحكم الطبيب، كما لها تأثير على نتيجة الخدمة الصحية المقدمة، فإن نفسية المريض تحدد كيف يتم استيعابها.
- الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين يقتضي سرعة علاجه عند ظهور الأعراض، ويترتب على هذه الخاصية بعدين أساسيين هما:

أ. 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.

ب. البعد الزماني: والدي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها (عند ظهور الحاجة إليها)، سواء كانت خدمات علاجية، أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرر بالغة .

إضافة إلى الخصائص السابقة، يمكن أن نذكر الخصائص التالية للخدمات الصحية:[6]

- تتميز الخدمات الصحية أنها خدمات عامة أي موجهة إلى كافة أفراد المجتمع، الهدف من تقديمها هو تحقيق منفعة عامة لمختلف المستهلكين (المرضى).

[1]- عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره،ص 20

[2]- نظام موسى سويدان، مرجع سبق ذكره، ص240.

[6]- فريد كورتل،، مرجع سبق ذكره،ص 315-317

- تتميز الخدمات الصحية بكونها يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة، فهي مرتبطة بحياة الفرد وشفائه.
- في مؤسسات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتنوع قوة القرار في المؤسسة الصحية بين الإدارة ومجموعة الأطباء.
- صعوبة تحديد وتقييم جودة الخدمات الصحية.
- تتكون الخدمة الصحية من عناصر يكمل بعضها البعض.
- تستهلك الخدمات الصحية وقت إنتاجها، إذ لا تظهر الخدمة الصحية إلا عند حضور المستهلك (المريض) عندها يمكن أن يقوم الطبيب بتقديم الخدمة الصحية له.
- مساهمة المستهلك (المريض) في عملية تقديم الخدمة الصحية.

كما يمكن ذكر الخصائص الاقتصادية للخدمة الصحية فيما يلي: وذلك من خلال التطرق إلى الخصائص المتعلقة بجانب العرض والطلب على الخدمات الصحية.

أ. **الخصائص التي تقتصر على جانب الطلب على الخدمات الصحية:**

- الخدمات الصحية خدمات جماعية: فالخدمات الجماعية هي تلك التي تقدم منافع لكل أفرد المجتمع وليس للفرد الواحد الذي يستفيد منها، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية إذ أن تحسين صحة الفرد لا يفيده وحده فقط، ولكنه يفيد أسرته وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بآثار الانتشارات الخارجية الموجبة للخدمات الصحية، ولهذا يكون من المفيد اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات.[1]
- الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق: حيث يطلق مصطلح الطلب المشتق عادة على المنتجات التي لا تطلب للاستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي، وكذا فإن الطلب على هذه المنتجات يعتمد على المنتجات التي تساعد على إنتاجها، فإذا اعتبرنا الخدمات الصحية مدخلات لإنتاج الصحة يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة ككل.[1]

[1]- عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره،ص 22

[1]- مدكور فوزي، مرجع سبق ذكره، ص 189.

- الخدمات الصحية تمثل ضغطا بالنسبة للمستهلك (المريض): حيث يعد تلقي الخدمة الصحية من طرق المستهلك (المريض) أمرا ضروريا لتخليصه من آلام مرض معين حيث أن دخول المريض إلى غرفة العمليات لإجراء جراحة، قد يكون أمر غير مستحب ولكنه ضروري لتخليصه من آلامه واستعادته لصحته.[2]

ب. الخصائص التي تتعلق بجانب العرض:

- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي: حيث تؤثر القوانين الحكومية على عمل المؤسسات الصحية، ويتعلق الأمر بتحديد منهج عملها والقواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية، كما يلاحظ امتلاك الحكومات لأغلب المؤسسات الصحية.[3]

- انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير: حيث يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل للقصير، وذلك لأن بناء المؤسسات الصحية وتجهيزها، بالإضافة إلى تكوين الأطباء والمهنيين يحتاج إلى سنوات عديدة، ومن ثم فإن العرض غير المرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير، وعليه هذا ما يجعل عرض الخدمات الصحية غير مرن في الأجل القصير.[4]

- كثافة استخدام عنصر العمل: حيث يواجه المستهلك (المريض) عددا من فئات الهيئة الطبية المختلفة أثناء تواجده في المؤسسة الصحية، فيتعامل مع الأطباء، الممرضين والموظفين و الإداريين...الخ.[5]

كما أن تقديم الخدمات الصحية بشكل كافي بمستوى جودة عالية من أهم خصائص الخدمات الصحية، أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية:[6]

- **الكفاية الكمية:** والتي تعني توفير الخدمات الصحية بحجم كافي يتناسب مع عدد الأفراد وهذا يشمل :
  - توفير عدد كافي من الموارد البشرية الطبية (أطباء، ممرضين، فنيي مختبرات،

[2]- عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره،ص 23.

[3]- فريد كورتل،، مرجع سبق ذكره،ص 315 بتصرف

[4]- عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره،ص 23.

[5]- نظام موسى سويدان ، مرجع سبق ذكره، ص 240

[6]- طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص : 39-40.

وغيرهم من المساعدين).

- توفير عدد كافي من المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية (مستشفيات ومختبرات. ..الخ)، على أن يكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف المناطق.
- توفير الخدمات الصحية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة توفر أعضاء الفريق الطبي مدة أربعة وعشرين ساعة.
- توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفرد المجتمع، لتعريفهم بوسائل الرعاية الصحية والخدمات التي تقدمها.
- يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات الصحية للأفراد والسعي لتأمين الصحي الشامل لكافة الأفراد.

- **الكفاية النوعية:** لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد وأعضاء الفرق الطبية والمؤسسات الصحية فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الصحي، وهذا يشمل:
  - وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل عضو من أعضاء الفرق الطبي، والمعدات والأجهزة، ووسائل التشخيص والعلاج، كما يجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان سواء كان طبيبا أو ممرضا أو مؤسسة صحية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الصحية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير.
  - العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفرق الطبية، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا، وهذا من خلال وضع برامج علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية.

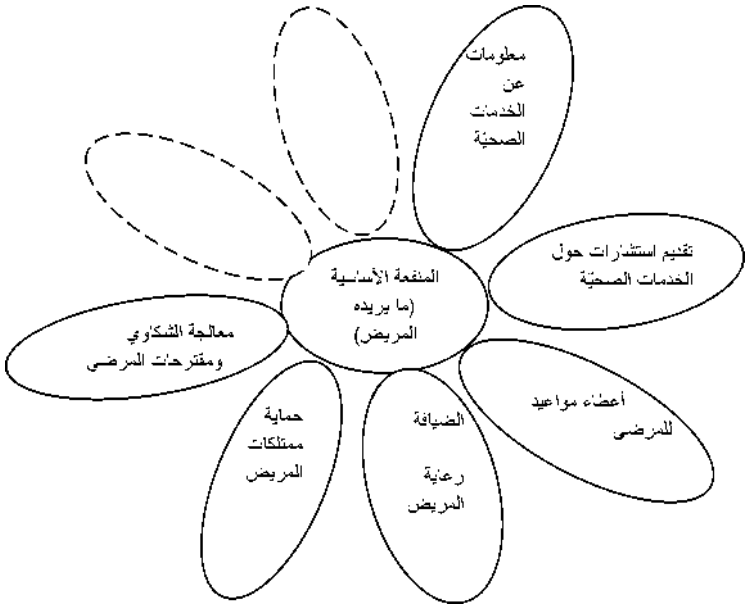
المطلب الثالث: مستويات وأنواع الخدمات الصحية

سنتطرق في هذا المطلب إلى مستويات الخدمة الصحية، ومختلف التصنيفات التي قدمت عنها.

الفرع الأول: مستويات الخدمة الصحية

تقوم المؤسسات الصحية بتقديم مجموعة من المنافع للمستهلكين (المرضى) تتضمن تسليم الخدمة الجوهر أو الخدمة الأساسية، إضافة إلى العديد من الخدمات الأخرى التي ترتبط بأنشطتها والتي تسمى بالخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهر، ومجمع هذه الخدمات يطلق عليها جوهر الخدمة الصحية .

الشكل رقم (6): مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية)



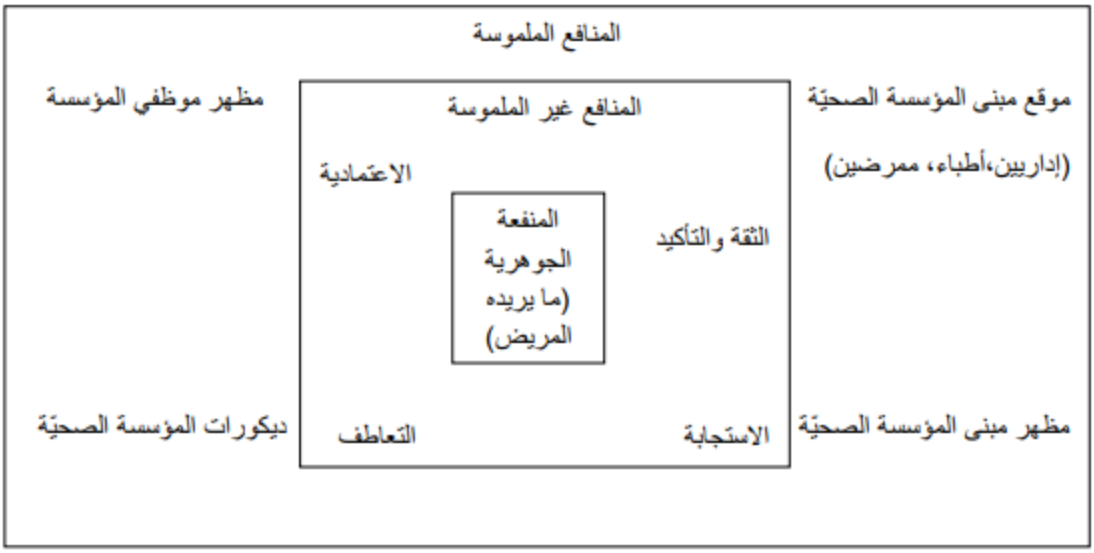
المصدر:: بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، ص75.

من خلال الشكل نجد أن هناك مستويين للخدمة الصحية،المستوى الأول يمثل الخدمة الأساسية والتي تعني جوهر الخدمة الصحية أي ما يريده المستهلك (المريض)، أما المستوى الثاني يمثل الخدمات الصحية الثانوية ، وهي مجموعة من الخدمات التكميلية التي نقدمها المؤسسات الصحية تكون مرفقة للخدمة الجوهر، وهي تختلف من مؤسسة صحية إلى أخرى، فمثلا قد

نجد مؤسسة صحية تقدم معلومات عن الخدمات الصحية وكيفية الحصول عليها، إعطاء مواعيد للمستهلكين (المرضى)، الضيافة ورعاية المستهلكين (المرضى)، حماية ممتلكاتهم، معالجة شكاويهم و مقترحاتهم وتقديم استشارات حول الخدمات الصحية بناءا على حاجات المستهلكين (المرضى) ...الخ.(*)

كما أن هناك من يرى أن مستويات الخدمة الصحية تكون في ثلاث مستويات هي المنفعة الجوهر، المنافع غير الملموسة والمنافع الملموسة ، ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها حزمة منافع الخدمة الصحية، والشكل رقم (7) يوضح ذلك.

شكل (7): حزمة منافع الخدمة الصحية



المصدر: نظام موسى سويدان، مرجع سبق ذكره، ص 243.

تتمثل هذه المستويات فيما يلي: (1)

- المنفعة الجوهر: وهي الحصيلة التي يرجوها المستهلك (المريض) من الخدمات الصحية التي يتلقاها.
- المنافع غير الملموسة: وتعبر عن نوعية التفاعل الذي يحدث بين المستهلك (المريض) وطاقم المؤسسة الصحية (أطباء، ممرضين...الخ).

*- أنظر مستويات الخدمة، الفصل الأول.

1- - المرجع نفسه، ص :243-244.

- المنافع الملموسة: وتتمثل في الأجهزة التكنولوجية المستخدمة، توفر وسائل الراحة، توفر الموظفين لرعاية المستهلكين (المرضى)، مبنى المؤسسة الصحية و مظهرها وموقعها...الخ.

الفرع الثاني: أنواع الخدمات الصحية

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

1. حسب وظائفها:

تصنفا الخدمات الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى ثلاثة مجموعات أساسية هي خدمات علاجية، وقائية، إنتاجية نذكرها فيما يلي: [2]

أ. **خدمات علاجية:** موجهة للفرد تربط بجميع الخدمات الصحية لمختلف التخصصات، على مستوى المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة، التحاليل إلى جانب خدمات التغذية والنظافة، وخدمات الإدارة وغيرها.

ب. **خدمات وقائية:** تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة.

ت. **خدمات إنتاجية:** وتتضمن إنتاج الأمصال، اللقاحات، كما تتضمن إنتاج الأدوية، العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

2. كما تصنف الخدمات الصحية كذلك إلى : [1]

أ. **خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد:** وتتعلق بتشخيص العلاج وتؤدى عبر الأقسام الآتية: قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال، قسم التوليد ومرض النساء، قسم أمرض الرأس، قسم العلاج الطبيعي(المعالجة الفيزيائية)، قسم التخدير ، الإنعاش وقسم الإسعاف والطوارئ، قسم المختبر وقسم الأشعة.

ب. **خدمات صحية مساعدة:** تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المؤسسة الصحية (المستشفى)، ويندح ضمنها خدمات التمريض، خدمات الصيدلة.

ت. **الرعاية الصحية:** تهدف إلى تعزيز المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب

[2]- عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره،ص 20 .

[1]- فريد كورتل،، مرجع سبق ذكره،ص318 – 319

الجسدية والنفسية والعقلية، والذهنية، والاجتماعية كافة.

ث. **الخدمات الصحية البيئية (صحة المجتمع):** وترتبط بالحماية من الأوبئة، الأمراض المعدية والتدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد وأنشطة المؤسسات، وهي خدمات صحية وقائية تقي الفرد من الأمراض كاللقاحات، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، خدمات مكافحة الحشرات الضارة، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

3. حسب مستويات الخدمات الصحية:

تصنف الخدمات الصحية حسب مستوياتها إلى:[2]

أ. **الخدمات الأساسية:** وتشمل الخدمات الوقائية والعمليات الجراحية والعلاج، وأقسام الطوارئ، بنك الدم، العلاج الطبيعي، الصيدلة، رعاية الأطفال المبتسرين (الأطفال المولودون قبل الوقت)، وعلاج الجهاز التنفسي، العناية المركزة، التصوير بالأشعة الإلكترونية، الخدمات النفسية للطوارئ، خدمات إعادة التأهيل، خدمات اجتماعية، العلاج المهني، العلاج بالأشعة وقسم جراحة القلب والإنعاش، زراعة الأعضاء خدمات التدريب والتعليم الصحي...الخ.

ب. الخدمات المساعدة: وتشمل الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية عند إقامة المريض كالمبيت والغذاء، والخدمات التي تؤديها الآلات والأدوات المستخدمة في تسهيل عملية التشخيص والعلاج،

بالإضافة إلى الوسائل المستخدمة في خدمات الوقاية.

4. حسب المستفيدين من الخدمات الصحية: يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب هذا المعيار إلى خدمات فردية وخدمات جماعية:[1]

أ. **خدمات فردية:** وهي تلك الخدمات التي يستفيد منها شخص واحد دون أن تكون له علاقة بأي جهة أو مؤسسة صحية معينة، كأن يتوجه شخص مريض إلى إحدى المؤسسات الصحية للحصول على المعالجة.

ب. **خدمات جماعية أو منظمة:** هي تلك الخدمات التي يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون إلى مؤسسة واحدة، مثل الخدمات التي نقدمها المؤسسات لعمالها، سواء

[2]- زاكي خليل المساعد ، مرجع سبق ذكره، ص 294-295 .

[1]- عصمان سفيان ، مرجع سبق ذكره، ص 41.

عن طريق تعيين طبيب في تلك المؤسسة أو التعاقد مع أطباء ومؤسسات صحية لمعالجة عمال تلك المؤسسة وفق اتفاق معين.

المبحث الثاني: تقييم الجودة في الخدمات الصحية

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

لقد أصبح موضوع جودة الخدمات الصحية من المواضيع الأكثر طرحا واهتماما من قبل الباحثين و الإداريين والمستهلكين (المرضى)، وذلك للأسباب التالية:[1]

- التصاعد المستمر لتكلفة إنتاج الخدمات الصحية، وبالتالي تصاعد السعر المدفع لقاء هذه الخدمات، مما سيجعل موضع تقييم الجودة والتأكد منها محل اهتمام متزايد من قبل الأطراف الدافعة لهذه التكلفة (غالبا ما تكون جهات حكومية).
- تنامي درجة وعي المستهلكين (المرضى)، وإدراكهم لحقوقهم وتزيد مستوى توقعهم لما يمكن أن نقدمه الخدمات الصحية.
- إن الخلل والأخطاء في جودة الخدمات الصحية غير مقبول، إذ تتعدى آثار الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي، وضرورة التطلع إلى ممارسة طبية خالية من العيوب.

الفرع الأول: تعريف جودة الخدمات الصحية

حيث تعتبر جودة الخدمات الصحية كمفهوم من أعقد المفاهيم، سواء من حيث التعريف أو التقييم، فهناك من يرى أنها تحقيق الحد الأقصى من النتائج الإيجابية التي تتعلق بمستوى الخدمات الصحية المقدمة.[1]

ومن بين المحاولات التي قدمت أيضا في إعطاء مفهوم لجودة الخدمات الصحية، التعريف الذي قدمه (donabidion, 1980) الذي حدد فيه ثلاث مكونات لجودة الخدمات الصحية وهي:[2]

[1]- فريد توفيق نصيرات ، " إدارة المستشفيات"، دار إثراء، الأردن ، 2008 ،ص 384.

[1]- هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمدي،" تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحّية وضمان استمرار الالتزام بها"، المكتبة الوطنية، المملكة العربية السعودية ، ص 19..

[2]- فريد توفيق نصيرات ، " إدارة المستشفيات"، مرجع سبق ذكره، ص 388.

- المكونات الفنية (الرعاية الفنية): و التي تعني درجة حسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية لأغراض تشخيص ومعالجة المشاكل الصحية.
- المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية (فن الرعاية): وتشير إلى الاستجابة لحاجات وتوقعات المستهلكين (المرضى)، المعاملة الودية، و الاهتمام من قبل مقدمي الخدمات الصحية عند تعاملهم وتفاعلهم مع المستهلكين (المرضى).
- المكونات البيئية والهيكلية: ونشير إلى البيئة الكلية التي يتم ضمنها تقديم الخدمات الصحية، ويتضمن ذلك جاذبية المؤسسة الصحية، مدى توفر مستلزمات الراحة والاطمئنان للمستهلكين (المرضى)، في هذه المؤسسة، والخصائص الهيكلية و التنظيمية لها.

من خلال هذا التعريف، نجد أنه اعتبر الجودة في الخدمات الصحية هي نتاج مجموعة من المكونات (مكونات جودة الخدمات الصحية)، ترتبط أساسا بحسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية من أجل تشخيص ومعالجة الأمراض، بالإضافة إلى معرفة حاجات وتوقعات المستهلكين (المرضى)، وتلبيتها دون إغفال عامل المعاملة الودية والاهتمام بهم من قبل مقدمي الخدمات الصحية، سواء كانوا أطباء أو ممرضين أو إداريين أو فنيي مختبر، وحسن تفاعلهم مع المستهلكين، وفي الأخير أكد التعريف أن من بين مكونات جودة الخدمات الصحية البيئة الكلية التي يتم فيها تقديم هذه الخدمات الصحية، وهي متعلقة بكل ما من شأنه توفير الراحة للمستهلكين(المرضى)، بدءا بالأشياء المادية (مبنى المؤسسة الصحية، التكنولوجيا المستخدمة...الخ.) إلى الهيكل التنظيمي المتبع.

في حين اعتبر آخرون أن جودة الخدمات الصحية هي تعظيم رضا المستهلك (المريض)، أولا وأخيرا بغض النظر عن ما إذا كانت المؤسسات الصحية قد حققت الربح أو الخسارة في تطبيقها لأنظمة وفعاليات الخدمات الصحية.[1]

حيث اعتبر هذا التعريف أن تعظيم الرضا لدى المستهلك (المريض)، هو أساس جودة الخدمات الصحية الهدف الأول لها، بغض النظر عن ما إذا كانت المؤسسات الصحية التي تقدم هذه الخدمات قد حققت ربحا أو خسارة نتيجة لذلك، فرضا المستهلك (المريض) هو الهدف الأسمى لها هو تحقيق الجودة في خدماتها الصحية.

وهو نفس الاتجاه الذي ذهب إليه تعريف آخر قدم عن جودة الخدمات الصحية، الذي اعتبرها

[1]- عبد الستار العلي ،" تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة"، دار المسّرة، الأردن، 2008 ،ص 301.

التجاوب المستمر مع حاجات المستهلك (المريض) ومتطلباته.[2]

فمعرفة حاجات ومتطلبات المستهلك (المريض) والعمل على تلبيتها، يحقق التجاوب المستمر من قبل مقدمي الخدمات الصحية مع حاجات ورغبات المستهلكين (المرضى). كما عرفت جودة الخدمات الصحية على أنها تلك الدرجة التي يراها المستهلك (المريض) في الخدمة الصحية المقدمة له، وما يمكن أن ينتج عنها قياسا بما كان متوقعا. [3]

ركز. هذا التعريف على اعتبار الجودة في الخدمات الصحية تكون من وجهة نظر المريض وبناءا على توقعاته.

وفي نفس السياق مع شيء من الشمولية، قدم تعريف آخر لجودة الخدمات الصحية معتبر إياها المدخل الذي يقوي ويعزز الرضا لدى جميع الأطراف في المؤسسة الصحية، من أطباء وممرضين، إداريين ومستهلكين (مرضى)، وكل المساهمين في تقديم الخدمات الصحية بصورة أفضل.[4]

فحسب هذا التعريف، تعتبر جودة الخدمات الصحية أشمل من أن تكون أو تقتصر على رضا المستهلكين (المرضى) ، وتعظيم ذلك من خلال العمل على معرفة حاجاتهم ومتطلباتهم والسعي نحو تلبيتها، من خلال العوامل الفنية والبيئية والهيكلية و العلاقات الشخصية السابقة النكر، فهي تتعدى ذلك لتصل إلى رضا جميع الأطراف في المؤسسات الصحية من أطباء وممرضين و إداريين وكل المساهمين في تقديم الخدمات الصحية.

وفي تعريف ذا منظور اجتماعي، يمكن القول أن الجودة في الخدمات الصحية تعبير عن مسؤولية المؤسسة الصحية كمقدم للخدمات الصحية اتجاه حقوق المستهلكين (المرضى).[1]

فهذا التعريف يشير في مضمونه إلى المسؤولية الاجتماعية التي تسعى إليها المؤسسات الصحية، باعتبارها مقدم الخدمات الصحية للمجتمع، بما يحقق التزامها اتجاه المستهلكين (المرضى)، ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية.

ورغم ما قدم من مفاهيم حول جودة الخدمات الصحية، فإنها كمفهوم واسع و معقد ، تعني أشياء مختلفة للأطراف المتعددة المشاركة في تقديم الخدمات الصحية وتمويلها واستهلاكها،

---

[2]- هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمدي, مرجع سبق ذكره، ص 301

[3]- المرجع نفسه، ص 199.

[4]- عبد الستار العلي, مرجع سبق ذكره، ص 302

[1]- ثامر ياسر البكري،" تسويق الخدمات الصحّية"، دار اليازوري، الأردن ، مجهول سنة النشر ، ص 199.

فقد تعني لمدراء المؤسسات الصحية توظيف أفضل العناصر البشرية والتسهيلات (أبنية وأجهزة ومعدات) لتقديم الخدمة الصحية، وقد تعني الجودة الصحية للمستهلكين (المرضى) تلقي خدمات صحية سريعة تتصف بالمودة والاحترام والشعير بأنهم محور الاهتمام والتركيز من قبل مقدمي هذه الخدمات، كما أن جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء قد تعني توفير وتقديم أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية لخدمة مرضاهم، كما قد تنظر الجهات الممولة للخدمات الصحية على أنها تقليل التكلفة بينما قد ينظر المختصون في التسويق إلى جودة الخدمات الصحية من حيث الاستجابة لتوقعات ورغبات المستهلكين (المرضى) [2]

من خلال ما سبق يمكن القول أن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من الإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية للمستهلكين (المرضى)، بما من شأنه معرفة حاجاتهم ومتطلباتهم والعمل على إشباعها من طرف مقدمي هذه الخدمات (أطباء، ممرضين وفنيي مختبر، إداريين...الخ) الذين يستخدمون مهاراتهم وخبرتهم العملية والغنية وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم، بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل تكلفة ممكنة، وهذا ما يعني أن جودة الخدمات الصحية هي أسلوب لدراسة عمليات تقديم الخدمات الصحية، وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات ومتطلبات المستهلكين (المرضى)

الفرع الثاني: أهمية الجودة في الخدمات الصحية

يعد الاهتمام المتزايد بالجودة في الخدمات الصحية مؤخر مؤشر على أهميتها في القطاع الصحي، والذي يعتبر من أكثر القطاعات احتياجا لاستخدام مثل هذه الأساليب، وذلك لأهمية هذا القطاع و كثرة المستفيدين منه والعمل على إرضائهم، وتتمثل هذه الأهمية فيما يلي:[1]

- تساعد برامج الجودة على تشجيع العاملين في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتهم على زيادة إنتاجيتهم، وحثهم على تقديم الأفضل.
- تمكن إدارة المؤسسة الصحية من التعرف على احتياجات المستهلكين(المرضى)، والعمل على تحقيقها مما يؤدي إلى تحسين سمعة المؤسسة الصحية.

[2]- فريد توفيق نصيرات ، مرجع سبق ذكره، ص :388-389.

[1]- عصمان سفيان ، مرجع سبق ذكره، ص 118-119

- تساعد في التركيز على المشاكل التي تؤثر على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، مما يؤدي إلى التوصل إلى طريقة منسقة ومتكاملة، لتحديد المشاكل ومن ثم تسهيل الإجراءات اللازمة قبل أن نصبح المشاكل بالدرجة التي لا يمكن التعامل معها.

ويمكن إضافة عناصر أخرى لأهمية الجودة ي الخدمات الصحية، تتمثل فيما يلي:[2]

- تمييز الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الصحية عن المؤسسات الصحية الأخرى.
- تعد جودة الخدمة الصحية مؤشر مهما في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المستهلك (المريض) عن الخدمات الصحية المقدمة له.
- تساعد على التحسين المستمر، إذا ما كانت عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية، فجودة الخدمات الصحية تحقق الشمولية والتكاملية في الأداء فالشمولية تعني التوسع في مستوى الخدمات الصحية التي يتوقعها المستهلكون (المرضى) من الخدمات الصحية المقدمة لهم، بينما التكاملية تعني كون المؤسسة الصحية نظام مكون من أنظمة فرعية تعتمد بعضها على البعض الآخر، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى، فعلى سبيل المثال الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها الطبية السريرية من دون وجود التكامل مع الهيئة التمريضية، أو الخدمات المساعدة الأخرى كالمختبر والأشعة.

الفرع الثالث: ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية

هناك مجموعة من العوامل تعتبر ضوابط عامة تحدد جودة الخدمات الصحية، تتمثل هذه الضوابط فيما يلي:[1]

1. الإجازة: عادة ما يجاز المهنيون الصحيون كأفراد لمزاولة مهنة ما، من أطباء وممرضين من طرف القوانين والتشريعات، مما يسمح لهم الدخول للمهن وضمان السلوك حسب الأخلاقيات والمعايير المعتمدة، والنقطة الأهم في نظام الإجازات أنه يقوم على افترض أن الشخص المؤهل للإجازة سوف يقدم خدمات صحية جيدة ولمدة زمنية طويلة، ومع ذلك فإن الدراسات تشير إلى اختلافات كبير في الجودة، وهذا ما

[2]- ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 201-202

[1]- فريد توفيق نصيرات ، مرجع سبق ذكره، ص :385-387.

يبين أن نظام الإجازة قليل المصداقية فيما يتعلق بضمان الأداء الجيد.

كما أن هناك اتجاه بتعديل هذا النظام وإدخال ما يسمى بنظام الإجازة المؤسسي، حيث تصبح المؤسسة الصحية مسؤولة عن كفاءة الأفراد الذين تستخدمهم.

2. **الاعتماد:** وهو من المداخل الشائعة لضمان الجودة، تقيم المؤسسات الصحية على أساس الهيكل المادي للمؤسسة، والهيكل التنظيمي، ومؤهلات العاملين في المؤسسة الصحية، فهذا النظام يعمل على أساس أنه إذا تحققت المعايير المادية والتنظيمية، فإن الخدمات الصحية المقدمة تكون جيدة.
3. **الشهادات:** ويضم هذا المدخل خصائص من المدخلين السابقين، وعند تطبيقه على الأفراد يتم استعمال المعايير التالية: الخبرة، التعليم ونتائج الامتحانات، فهذه المعايير تحدد أهلية الأفراد مقدمي الخدمات الصحية.

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية والعناصر المؤثرة في تحقيقها

الفرع الأول: أبعاد جودة الخدمات الصحية

ينظر إلى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر داخلية وأخرى خارجية، حيث تقوم وجهة النظر الأولى على أساس الالتزام بالمواصفات الدقيقة التي تكون الخدمة الصحية قد صممته على أساسها، وهي وجهة نظر تعبر عن موقف المؤسسة الصحية، أما وجهة النظر الخارجية فهي تستند إلى المفهوم الحديث للتسويق، الذي يقوم على أساس أن المؤسسة الصحية يجب أن تكون موجهة بالمستهلك (المريض)، وبالتالي فهي تركز. على جودة الخدمة الصحية المدركة من قبله، إذ يجب أن تقيم بمعايير ترتبط بإدراك المستهلك (المريض)، وتعبر عنه، وعلى هذا الأساس فإن الحكم الحقيقي على جودة الخدمات الصحية هو المستهلك (المريض) وليس المؤسسة الصحية, فنجاح هذه الأخيرة أصبح يعتمد بدرجة كبير على مدى استجابتها لمحددات الجودة في الخدمات

الصحية التي يدركها المستهلك (المريض)، وسنتناول هذه الأبعاد فيما يلي:[1]

1. **التمكن الفني:** ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدمو الخدمة ومساعديهم بالدقة المطلوبة وبصفة مستمرة، بما يشبع رغبات المستهلكين (المرضى).

ويشمل هذا البعد المهارات المتعلقة بالخدمات الوقائية، والتشخيصية والعلاج، وتقديم

[1]- فريد كورتل،، مرجع سبق ذكره،ص 362-363

المشورة الصحية والإشراف والتدرب وحل المشاكل.

2. **سهولة الوصول والحصول على الخدمات الصحية:** أي أن الخدمة الصحية يجب أن لا يحدها عائق وأن يكون الوصول إليها سهلا، وأن تكون قريبة من المستهلكين (المرضى)، ومتوفر في الزمان والمكان المناسبين.

3. **الإمكانيات المادية:** والمتمثلة في المعدات والأجهزة ومختلف التسهيلات المادية داخل المؤسسة الصحية، وموقعها ومظهرها الخارجي.

4. **الفعالية والكفاءة:** فالفعالية تعني إمكانية تقديم الخدمة الصحية للحصول على النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم بأن تتم إجراءات تقديمها بطريقة صحيحة، أما الكفاءة تعني تقديم الخدمات الصحية الضرورية والمناسبة والتخلص من الأنشطة التي تقدم بطريقة خاطئة.

5.الأمان و السلامة : وتعني بذلك تحسين الأداء ويشمل ذلك مقدم الخدمة الصحية والمستهلك (المريض)، وإن يشعر الفرد بأنه دائما تحت مظلة من الرعاية الطبية، وتعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى، والمضاعفات الجانبية، سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة الصحية أوالحاصلين عليها .

6.الاستمرارية: أي مناولة الخدمات الصحية على أساس مبدأ الاستمرارية دون توقف أو انقطاع، وأن يحصل عليها المستهلك (المريض) مباشر عند الحاجة، فغياب الاستمرارية قد يضعف تأثير فعالية وكفاءة الخدمة الصحية، ويقلل من ضمان الجودة وأن تتوفر السجلات الصحية التي تسهل لمقدم الخدمة الصحية التعرف على التاريخ الصحي للمستهلك (المريض).

7.الاستجابة : والتي تتعلق برغبات وجدية مقدمي الخدمات الصحية أثناء تقديمهم لها، كتقديم خدمات علاجية فورية، الاستجابة لنداءات الطوارئ الخارجية والعمل على مدار ساعات اليوم.

8.الاعتمادية : وهي تعبر عن درجة ثقة المستهلك (المريض) في المؤسسة الصحية،

ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقع الحصول عليها، ويعكس هذا العنصر مدى قدر المؤسسة الصحية على الوفاء بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات.

9.العلاقات بين الأفراد (الاتصال): ويعني التفاعل بين مقدمي الخدمات الصحية والمستهلكين (المرضى)، بحيث تكون العلاقة جيدة بما في ذلك التجاوب والتعاطف وحسن الاستماع

والاحترام المتبادل ، بما في ذلك إدامة الاتصال مع المستهلك (المريض)، وتوصيل المعلومات الضرورية له باستمرار.

10. **العدالة:** وتعني تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية لمخلف فئات المجتمع.

وحسب kotler فإن المستهلكين (المرضى) يقيمون جودة الخدمات الصحية المقدمة بالاعتماد على خمسة معايير، تتمثل في المعولية وتعني القدر على الأداء و إنجاز ما تم تحديده مسبقا وبشكل دقيق،وأعطى هذا البعد32 % كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى، الاستجابة وتعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة الصحية للمستهلك (المريض)، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة، بالإضافة إلى التأكيد وهي السمات التي يتسم بها العاملون في المؤسسة الصحية، من معرفة وقدر و ثقة في تقديم الخدمات الصحية، ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية، وبعد اللطف الذي يمثل 16% كأهمية نسبية، ويعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستهلكين (المرضى)، وأخير بعد الملموسية الذي يتمثل في القدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد، وتمثل 16% كأهمية نسبية.[1]

من خلال ما سبق يتبين أن جودة الخدمات الصحية لها جانبين، جانب فني يتعلق بتطبيق العلم والتقنية الطبية، وجانب إنساني يتعلق بمقدمي الخدمات الصحية وتعاملهم مع المستهلكين (المرضى)، والعمل على إشباع وتلبية حاجاتهم ومتطلباتهم.

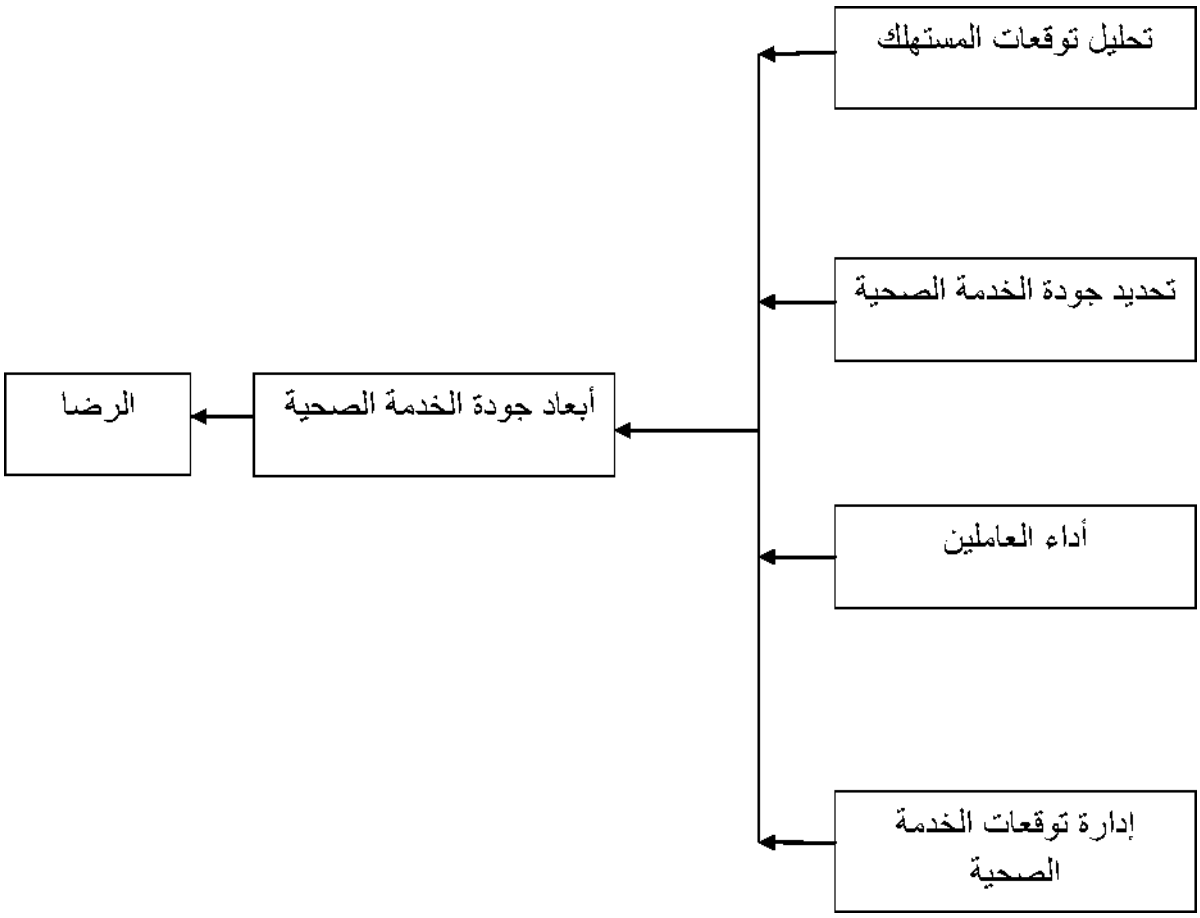
الفرع الثاني: العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية

إن تقديم خدمة صحية عالية الجودة يعد من الأمور الصعبة جدا، خاصة إذا كان مستهلكوها (المرضى) متباينين الإدراك، فالمرضى الذين سبق لهم أن تعاملوا مع المؤسسة الصحية قد

[1]- ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 212

لاحظوا أشكال مختلفة من التباين في مستوى الخدمة الصحية المقدمة، كما هو مثلا في تأخر تجهيز قاعة العمليات أو ضعف الخدمات الفندقية ، صفوف الانتظار الطويلة، نفاذ أو محدودية الأدوية ..الخ، ومن الواضح أنه من الصعب على المؤسسات الصحية أن تضمن تقديم خدمات صحية بجودة تصل إلى100% على مدار الوقت، نظر لتعدد المتغيرات البيئية المحيطة بها، والتي من شأنها أن تؤثر سلبا على ذلك الأداء، لذلك على إدارة المؤسسات الصحية العمل على تتبع ودراسة العناصر الرئيسية، التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة، والشكل رقم (8) يمثل هذه العناصر .

الجودة في المؤسسات الصحية الشكل رقم (8): نموذج تكاملي لجودة الخدمة الصحية



المصدر: ثامر ياسر البكري، مصدر سبق ذكره، ص 203.

تتمثل هذه العناصر فيما يلي:

1. **تحليل توقعات المستهلكين (المرضى):** مقدمو الخدمات الصحية (المؤسسات الصحية) بحاجة إلى فهم توقعات المستهلكين (المرضى) عند تصميمهم للخدمات الصحية، إن لم

يكن هذا التصميم يفوق التوقع أساسا، لأنه الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية في الخدمة الصحية المقدمة، والمستهلكين (المرضى) يمكنهم أن يحققوا إدراكهم للخدمة الصحية المقدمة من خلال التمييز بين عدد من المستويات المختلفة للجودة وهي:

- الجودة المتوقعة: هي تلك الدرجة من الجودة في الخدمة الصحية التي يرى مستهلكوها وجوب وجودها ويصعب تحديد هذا المستوى من الجودة، إذ يختلف باختلاف خصائص المستهلكين (المرضى) وحاجاتهم وحالاتهم العلاجية.
- الجودة المدركة: هي الجودة في الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة الصحية، والتي ترى أنها مناسبة للحالة الصحية للمستهلك (المريض)، وتختلف باختلاف إمكانيات وقدرات المؤسسات الصحية.

- الجودة القياسية: هي ذلك المستوى في جودة الخدمة الصحية المقدمة، والتي تتطابق مع المواصفات المحددة للخدمة الصحية.

- الجودة الفعلية: وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتادت المؤسسات الصحية أن تقدم بها الخدمات الصحية إلى المستهلين (المرضى).

2. **تحديد جودة الخدمات الصحية:** حالما تفهم المؤسسة الصحية حاجات المستهلكين (المرضى)، فإنه يجب أن تضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبط مع أداء العاملين في المؤسسة الصحية بمستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في تقديم الخدمة الصحية.

3. **أداء العاملين :** عندما تضع إدارة المؤسسة الصحية معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الطاقم الطبي والفني في المؤسسة الصحية، فإنها بالمقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للطاقم الطبي والفني المتصل بالمستهلكين (المرضى)، ولاشك من أن ضمان تحقيق الأداء الجيد يربط بعملية تدريبهم بصورة كافية لفهم كيفية قيامهم بالعمل، وتفاعلهم الصحيح مع المستهلكين (المرضى) والعمل بروح الفريق الواحد،

اللطف والأدب في الرد على استفسارات المستهلكين (المرضى)، وتقديم المعلومات المناسبة للإدارة في كل الحالات التي يتعاملون معها باتجاه تطوير مستوى الأداء نحو الأفضل، للارتقاء بدرجة جودة الخدمة الصحية المقدمة

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

المطلب الثالث: مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية

لا تستطيع المؤسسات الصحية تقييم أدائها من خلال استخدام الأدوات والمقاييس المالية التقليدية التي تعتمد عليها مؤسسات الأعمال، مما أدى إلى ضرورة استخدام مداخل مختلفة عن تلك التي يتم اعتمادها بصفة عامة في المؤسسات الهادفة للربح.[1]

فقد تم الاتفاق على أن العنصر العام في جودة الخدمة الصحية هو أنها تعتمد على إدراك

المستهلك (المريض)، وعلى المؤسسات الصحية أن تبحث في تحسين جودة الخدمات الصحية التي تتلاءم مع توقعات المستهلكين (المرضى) وتلبي حاجاتهم، فالخدمة الجيدة من وجهة نظر المستهلك (المريض) هي التي تتفق مع توقعاته، وتسعى المؤسسات الصحية إلى تلبية دلك التوقعات عن طريق التعرف على المعايير التي يلجأ إليها المستهلكون (المرضى) للحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة إليهم، وعلى إمكانية تلبية هذه التوقعات.[2]

وقد حدد (donabedion.1980) أربعة مداخل لتقييم جودة الخدمات الصحية، وهي المدخل الهيكلي، مدخل العمليات، ومدخل النتيجة النهائية، كما اعترف بأهمية رضا المستهلكين (المرضى) كعامل مهم لتقييم جودة الخدمة الصحية، وسنذكر هذه المداخل فيما يلي:

1) **المدخل الهيكلي:** أي مدى تناسب هيكل القوة العاملة في المؤسسات الصحية مع الخدمات الصحية المطلوبة للمستهلكين (المرضى)،[3] ويتضمن استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة مؤسسة الصحية، مثل عدد وفئات ومؤهلات مقدمي

[1]- محمد عبد العظيم أبو النجا، مرجع سبق ذكره، ص 137.

[2]- فريد كورتل،، مرجع سبق ذكره،ص 363

[3]- مدكور فوزي، مرجع سبق ذكره، ص 206.

الخدمات الصحية، والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفر، وأسلوب تنظيمها و إدارتها ، كما يعتبر هذا المدخل مفضلا لدى الإداريين بسبب سهولة توفير المعلومات المطلوبة للتقييم من سجلات المؤسسة أو من خلال الملاحظة البسيطة، ويستند هذا المدخل على افتراض أساسي وهو أنه إذا كان هيكل الرعاية الطبية جيدا، فإن العمليات الملائمة سوف تتبع الهيكل كما أن النتائج تكون جيدة.[1]

2) **مدخل العمليات:** وتعني دراسة الرعاية الطبية الكلية للمرضى عن طريق ما حصلوا عليه من خدمات صحية مباشرة بالمؤسسة الصحية، وتتابع خطوات وإجراءات الرعاية الطبية التي حصل عليها المريض، سواء في قسم التحاليل أو الأشعة أو الفحوص و الإرشادات والتوجيهات.[2]

أي أنه يشير إلى الأنشطة والخدمات الصحية التي تم تقديمها للمستهلكين (المرضى)، أو ما يسمى بمحتوى الرعاية الطبية، ويتضمن ذلك تسلسل الأنشطة وتنسيقها، وقد تم الفصل بين النواحي الفنية للرعاية والمهارات المرتبطة بالشخصية في التعامل والتفاعل مع المستهلكين (المرضى)، أو ما يسمى بفن الرعاية.

ويعتبر هذا المدخل لتقييم الجودة من المداخل الأكثر استعمالا بسهولة تحديد المقاييس العملية بالمقارنة مع مقاييس النتيجة النهائية، حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمستهلكين (المرضى)، ويقوم هذا المدخل على تحديد قائمة مسبقة للعناصر التي يعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء رعاية المستهلكين (المرضى)، كما هي موثقة في السجلات الطبية لهم، والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المدخل هو إذا كانت العمليات صحيحة فيتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة .[3]

3) **مدخل النتيجة النهائية:** وذلك من خلال مجموعة من المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمستهلكين (المرضى)، الناتجة عن أداء عمليات الرعاية الطبية، مثل: معدلات الوفاة، معدلات المواليد أو أوزان الأطفال، معدلات النجاح في العمليات الجراحية،[4]حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات التي تحدث للمستوى الصحي الفردي أو المجتمعي حاليا ومستقبلا، كنتيجة للخدمات الصحية، وترتكز هذه المقاييس على إدراك

[1]- فريد توفيق نصيرات ، مرجع سبق ذكره، ص : 389.

[2]- مدكور فوزي، مرجع سبق ذكره، ص 189.

[3]- فريد توفيق نصيرات ، مرجع سبق ذكره، ص : 390.

[4]- مدكور فوزي، مرجع سبق ذكره، ص 205.

المستهلك (المريض) لمستوى صحته، أو على الرأي المهني (الأطباء).[5]

4) **مدخل رضا المستهلكين (المرضى) لتقييم الجودة:** تلعب توقعات المستهلك (المريض) دور حيويا في الحكم على جودة الخدمات الصحية المقدمة، فالمستهلكون (المرضى) يقيمون جودة الخدمات الصحية بمقارنة ما حصلوا عليه بما كان متوقعا أو مرغوبا فيه.[1]

كما أن هناك الكثير من الدراسات والأبحاث التي تناولت تقييم الجودة في الخدمات الصحية باستعمال مقياس رضا المستهلكين (المرضى)، حيث يمكن لهذا المقياس أن يعكس النتيجة النهائية للرعاية الطبية والعمليات وأنشطة الرعاية معا، فقد يتحقق الرضا لدى المستهلك (المريض) الخارج من المؤسسة الصحية بعد تلقيه العلاج الطبي المناسب، ولكن قد لا يتحقق الرضا لذلك المستهلك (المريض) المصاب بمرض مستعصي مهما كان الاهتمام والرعاية الطبية التي بذلت من أجله، مع ذلك هذا لا ينفي وجوب أن يقوم مقدم الخدمة بالالتزام بمعايير وأبعاد الجودة في الخدمة الصحية التي من شأنها أن تحقق الرضا، أو الحد الأدنى من الرضا لدى المستهلك (المريض)، وذلك يتضمن اهتماما و رعاية لحاجاته ورغباته منذ اللحظة الأولى لدخوله المؤسسة الصحية، واستقباله مرورا بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات ورعاية الطاقم التمريضي له، فضلا عن نوعية الخدمات الفندقية المقدمة، وانتهاء بإعطاء التعليمات والإرشادات الصحية، وخروجه من المؤسسة الصحية، وعليه فإن جوهر جودة الخدمات الصحية يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المستهلكين (المرضى) من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافقها مع توقعاته، وهذا التوافق يربط مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا ومكن التعبير عن ذلك من خلال العلاقة التالية: الرضا ⪅الإدراك ـــ التوقع.

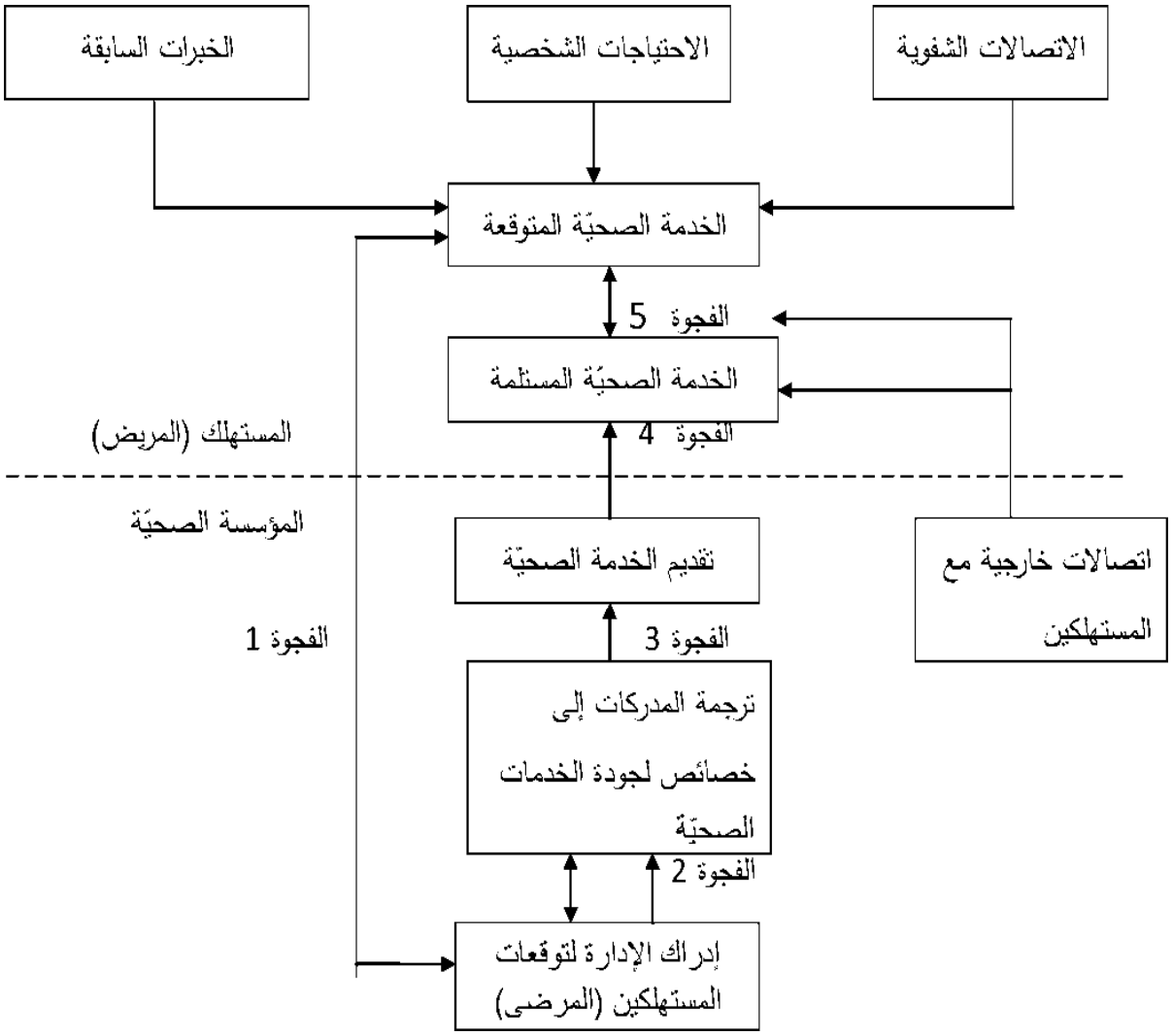
فدرجة الرضا المتحققة، عن الخدمة الصحية المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المستهلك (المريض) من الخدمة، وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة الصحية، ولاشك من أن لعملية الاتصال التي تتم بين المؤسسة الصحية والمجتمع لها أثر كبير في خلق ذلك التوقع، وخلق صور لدى المستهلك (المريض) عن الخدمة الصحية، ولابد من الإشارة بأن الرضا لدى المستهلك (المريض) هو حالة نسبية تختلف من مستهلك لآخر، وعلى

[5]- فريد توفيق نصيرات ، مرجع سبق ذكره، ص : 390-391 .
[1]- مذكور فوزي، مرجع سبق ذكره، ص 206.

ضوء المضامين التي تحتويها الخدمة الصحية من وجهة نظر مستهلكيها.[2]

أما من وجهة نظر المؤسسة الصحية، فإن جوهر جودة الخدمة الصحية لا ينحصر في حدود المطابقة للخدمة الصحية المقدمة مع المواصفات المحددة مسبقا، أو تقديمها بأقل تكلفة ممكنة بل امتدت إلى ما يحتاجه المستهلك (المريض) وما يتوقع أن يحصل عليه، وهذا يختلف من مؤسسة صحية لأخرى. وقد تم تحديد خمسة فجوات يمكن أن تقود لأن تكون سببا في عدم نجاح الخدمة الصحية المقدمة، والشكل رقم (9) يوضح هذه الفجوات.

الشكل رقم(9): نموذج الفجوة للخدمات الصحية



المصدر: ثامرياسر البكري تسويق الخدمات الصحية ص 203.

[2]- ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 215-216

تتمثل هذه الفجوات فيما يلي:[1]

1. **الفجوة بين توقع المستهلك (المريض) وإدراك الإدارة:** تحصل الفجوة عندما لا ندرك إدارة المؤسسة الصحية بصور صحيحة ما يرغبه المستهلك (المريض)، إذ ربما نفكر الإدارة بأن المستهلك (المريض) يرغب في الحصول على طعام أفضل، ولكن قد يكون الأمر بشكل آخر، إذ أن المريض قد يرغب في الحصول على عناية أكبر من الممرضين، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال العمل على تحقيق فهم أفضل لتوقعات المستهلكين (المرضى) من خلال البحوث، تحليل الشكاوي، زيادة التفاعل بين المدراء والمستهلكين (المرضى)...الخ.
2. **الفجوة بين إدراك الإدارة وجودة الخدمة الصحية المعيارية :** فقد تدرك إدارة المؤسسة الصحية و بصورة صحيحة رغبات المستهلك (المريض)، ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة، كأن تقوم إدارة المؤسسة الصحية بإخبار الطاقم التمريضي بضرورة اتخاذ الإجراء السريع لتقديم الخدمة الصحية للمستهلك (المريض)، إلا أنها لا تضع معايير لذلك الإجراء، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال تحديد المعايير الدقيقة لجودة الخدمات الصحية، والتأكد من أن إدارة المؤسسة الصحية ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي من وجهة نظر المستهلكين (المرضى)...الخ.
3. **الفجوة بين جودة الخدمة الصحية المعيارية وتقديم الخدمة الصحية:** قد يكون مقدم الخدمة الصحية للمريض غير مدرب أو غير قادر أو غيرراغب في الأداء، بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة، كما هو مثلا في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كاف ومن ثم إنجاز الخدمة الصحية بسرعة، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعة، وتوضيح الأدوار والمهام لكافة العاملين على تقديم الخدمات الصحية، وإن ما يؤدونه يصب في تحقيق رضا المستهلكين (المرضى).
4. **الفجوة بين الخدمة الصحية المقدمة والاتصالات الخارجية**: وتتمثل في الاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المستهلكين (المرضى) وما تم الاتفاق عليه مسبقا عبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المؤسسة الصحية والمستهلكين (المرضى)، كما هو الحال في الاتفاق بين المستهلك (المريض) وإدارة المؤسسة الصحية في حصوله على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال

[1]- المرجع نفسه ص 216-217

الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمؤسسة الصحية يجد العكس من ذلك أو دون الاتفاق المسبق بين الطرفين، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال التأكد من كون الخدمات الصحية المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه.

5. **الفجوة بين الخدمة الصحية المستلمة ولخدمة الصحية المتوقعة:** هذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المستهلك (المريض) على الخدمة الصحية المتوقعة، ومن الممكن أن يلاحظ من الشكل فإن الفجوة خمسة هي الوحيدة التي يتلمسها المستهلك (المريض) على أساس أن الفجوات الأخرى تحدث داخل المؤسسة الصحية، وكجزء من تصميم وصياغة الجودة للخدمة الصحية المقدمة إلا أنها جميعا تساهم في إظهار الفجوة 5.

كما لابد من الإشارة إلى أن الفجوة تحصل بين وجود طرفين، وتعمل إدارة المؤسسة الصحية قدر المستطاع على تقليص سعة الفجوة كلما كان ذلك ممكنا.
وهناك من يرى أن تقييم جودة الخدمات الصحية، من الأحسن أن يكون حسب الخدمات الصحية المقدمة، وذلك من خلال تقييم جودة خدمات الأطباء، تقييم جودة خدمات التمريض وتقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى (المخبر، الصيدلية...) وسنتذكرها فيما يلي[1] :

1. **تقييم جودة خدمات الأطباء:** وذلك من خلال قيام المؤسسات الصحية بمجموعة من الأنشطة تتمثل فيما يلي:

أ. **التدقيق الطبي:** وهو عبارة عن دراسة تاريخية أو استرجاعية للملفات الطبية للمستهلكين (المرضى) المتخرجين من المؤسسة الصحية، للتعرف على مدى جودة الخدمات الصحية التي تلقاها هؤلاء المستهلكون (المرضى) أثناء تواجدهم في المؤسسة الصحية.

ب. **مراجعة الزملاء:** وتعني قيام بعض الأطباء بمراجعة وتقييم جودة الخدمات الصحية التي يقدمها زملاؤهم، على أساس الدراسة الإستراتيجية للخدمات الصحية التي تم تقديمها للمستهلكين (المرضى)، بعد خروجهم من المؤسسة الصحية، وذلك بالاستناد إلى معايير توضع من قبل الأطباء أنفسهم.

ت. **مراجعة الاستخدام:** وذلك أثناء إقامة المستهلك (المريض) في المؤسسة الصحية، يستخدم لمراجعة الاستخدام الأسرة وهياكل وخدمات المؤسسة الصحية والكشف عن الاستخدامات غير الضرورية، وذلك لترشيد هذا الاستخدام.

[1]- فريد توفيق نصيرات ، "إدارة منظمات الرعاية الصحّية"، دار المسيرة، الأردن ، 2008 ،ص ص: 233-242(بتصرّف.)

ث. **لجنة الأنسجة:** تقوم بدراسة الأنسجة البشرية التي يتم إزالتها في العمليات الجراحية للكشف عن أية أنسجة طبيعية قد أزيلت بالخطأ.

يستند التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء إلى نوعين من المعايير، معايير يضعها الأطباء ومعايير واضحة ومحددة تستند إلى أسس علمية.

2. **تقييم جودة خدمات التمريض:** تعتمد المؤسسات الصحية على نوعين رئيسيين من أساليب تقييم جودة الخدمات التمريضية، وتتمثل فيما يلي:

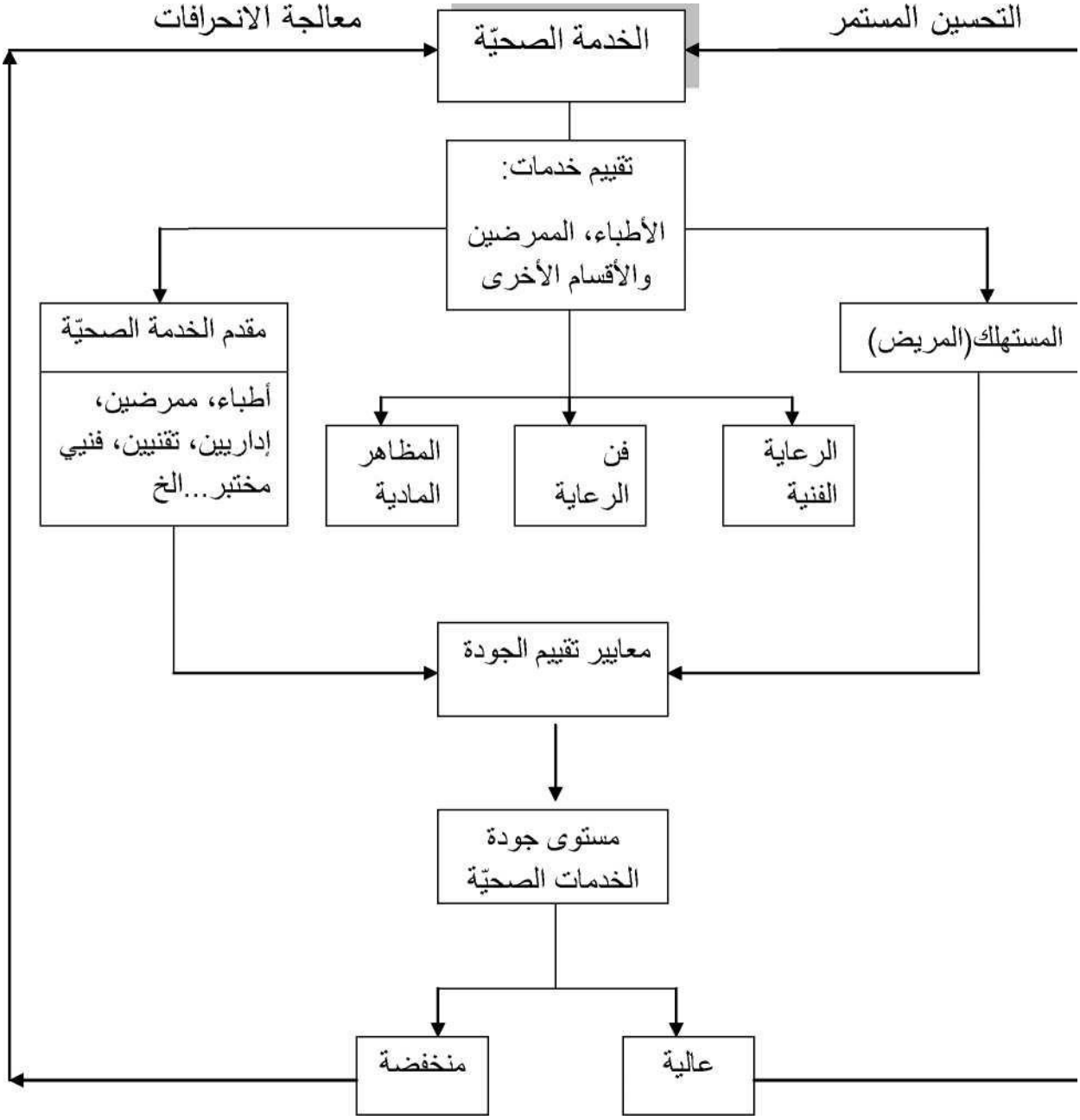
أ. **أساليب تقييم غير رسمية:** وهي الأكثر استعمالا، حيث تعتمد إدارة المؤسسات الصحية على ملاحظات تقييم الأطباء للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكا بالممرضين والمقدر على الحكم على جودة الخدمات التمريضية المقدمة من الناحية الفنية، والتي تتعلق بعملية إدارة ومعالجة المستهلك (المريض)، كإعطاء الأدوية حسب إرشادات الطبيب المعالج، وإتباع تعليماته لرعاية المستهلك (المريض)، كما قد تعتمد إدارة المؤسسة الصحية على استقصاء و دراسة أراء المستهلكين (المرضى) حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم وخدمات فن الرعاية.

ب. **أساليب التقييم الرسمية**: وتشمل هذه الأساليب مراجعة وتدقيق ملفات المستهلكين (المرضى) فيما يتعلق بالجانب التمريضي من الملف الطبي، تقوم بها لجنة تدقيق الخدمات التمريضية، أو من قبل ممرضين متخصصين داخل المؤسسة الصحية، أو من خلال التقارير اليومية التي يتم رفعها للإدارة من قبل الممرضين المسئولين في الأجنحة.

3. **تقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى:** وتشمل مقارنة الخدمات الصحية المقدمة من قبل كل قسم من المهام الأخرى في المؤسسة الصحية بالمقارنة مع المعايير المحددة، مثل دقة مواعيد تسليم الأدوية في الأجنحة الداخلية من قبل الصيدلية وانتظام هذه المواعيد ونظافة غرف المستهلكين (المرضى)، نظافة الممرات والقاعات، وصول وجبات الطعام إلى المستهلكين (المرضى) في المواعيد المحددة لها، نظافة الغسيل ومدى تعقيم المعدات...الخ.

وإذا ما أردنا تقديم نموذجا شاملا لتقييم جودة الخدمات الصحية، بناءا على ما تم طرحه من قبل، فسيتم ذلك في الشكل رقم (10).

الشكل رقم (10): النموذج الشامل لتقييم جودة الخدمات الصحية



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، ، ص 108، (بتصرف).

وعليه يتم تقييم جودة الخدمات الصحية حسب النموذج الشامل المقترح، من وجهة نظر المستهلكين (المرضى) ومقدميها، من أطباء وممرضين، تقنيين، إداريين، فنيي مختبر...الخ وذلك بناءا على أبعاد جودة الخدمات الصحية، والمتمثلة في: الرعاية الغنية التي تشير إلى مدى ملائمة أنشطة تشخيص ومعالجة المستهلكين (المرضى)، وفن الرعاية الذي يتمثل في أسلوب تقديم الخدمات الصحية، وطريقة التفاعل والتعامل بين مقدمي الخدمات ومستهلكيها (المرضى)، بالإضافة إلى المظاهر المادية داخل المؤسسة الصحية كالنظافة ومدى توفر الأجهزة الطبية...الخ، حيث يتم من خلال ذلك تقييم خدمات الأطباء والممرضين، بالإضافة إلى خدمات الأقسام الأخرى، كقسم الغذاء وقسم الصيدلة...الخ، وكنتيجة لعملية التقديم هاته يتم تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الصحية، فإذا ما كانت جودة عالية يتم العمل على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة، أما إذا كانت جودة منخفضة فيتم العمل على معالجة الانحرافات والاختلالات التي أدت إلى ذلك.

المطلب الرابع : متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية

تعمل المؤسسات الصحية على اعتماد الجودة في تقديم خدماتها الصحية، ولضمانها تركز غالبية المؤسسات الصحية في ممارستها على عدة أمور هامة تتضمن ما يلي:[1]

1. تقييم مؤهلات وخبرت الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الصحية.
2. تركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية مثل رعاية وضبط العدوى وانتقال الأمراض داخل المؤسسة الصحية، وتبنى سياسة محددة وجيدة للأدوية فيها، من خلال لجان متخصصة فنية، هي لجنة التحكم بالعدوى ولجنة الصيدلة.
3. تقييم ورقابة جودة الخدمات الصحية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي (يجرى هذا التدقيق مرة في الشهر على الأقل، يكون خاص بكل خدمة صحية، مثل الطب الباطني والجراحة، وهو عبارة عن مرجعة السجلات الطبية، يقوم بها الأطباء الزملاء لأعمال زملائهم بالاستناد إلى معايير توضع من قبل الأطباء أنفسهم، حيث يتم التركيز على النتائج النهائية)، ومراجعة الاستخدام والتي وظيفتها تقليل مدة الإقامة و ترشيد استعمال الموارد.

[1]- فريد توفيق نصيرات "إدارة منظمات الرعاية الصحّية"، مرجع سبق ذكره، ص :392-393.

تقوم معظم المؤسسات الصحية بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة من خلال إنشاء مجلس جودة مركزي، أو لجنة مراقبة جودة الخدمات الصحية، لكن هذه الطريقة لا تجد حاليا التأييد نظر لأن الخدمات الصحية تختلف من تخصص إلى آخر، فمن غير الملائم أن يقوم بتقييم جودة الخدمات الصحية في تخصص معين أطباء من تخصص آخر غير ذي صلة، يكونون منظمين في اللجنة، وبدلا من ذلك فإنه أكثر ملائمة أن يتم إجراء مناقشات للإحصائيات كعدد الوفيات، والمواليد الجدد، في اجتماعات مجدولة ينخرط فيها أخصائيون كل حسب تخصصه، ولهذا السبب أصبح من الواجب أن يتم التقييم لجودة الخدمات الصحية محررا من الإجراءات الإدارية، إذ أصبح تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال تدقيق الوفيات والمواليد الجدد، والموت للأمهات، ومراجعة السجلات الطبية على أساس الأقسام أحسن من أن يكون من خلال لجنة مركزية. [1]

من أجل ذلك تقترح الجمعية الأمريكية لاعتماد المؤسسات الصحية عدد من المتطلبات الدقيقة للنظام المقبول لتقييم الخدمات في المؤسسات الصحية هذه المتطلبات هي:[2]

- يجب أن يكون النظام هادفا و موضوعيا، وهنا لابد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها.
- يجب أن يكون نظام التقويم كفؤ وخاصة من حيث توفير وقت الطبيب، وهنا لابد من استخدام غير الأطباء للمهام التي تستهلك وقتا كبير ولا تتطلب تقويما.
- يجب أن يكون التقويم موثقا، بحيث يتم تدوين كل القرارات الهامة كتابة وتوقيعا من قبل الطبيب المسؤول.
- يجب أن يكون النظام مرنا بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير إذا ما توفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي.
- يجب أن ينتج التقويم عن إجراء تصحيحي، فلا بد من أن يسفر التقويم عن إجراء منطقي يتناسب مع الانحراف، سواء كان ذلك الإجراء برنامج تعليمي وتدريبي بإشراف مباشر من الطبيب، أو إيقاع الجزاء والعقوبات وما إلى ذلك من إجراءات تصحيحية.

[1]- سليم بطرس جلدة، "إدارة المستشفيات والمراكز الصحّية"،دار الشروق، الأردن ، 2007،ص ص: 141-142.

[2]- فريد توفيق نصيرات "إدارة منظمات الرعاية الصحّية"، مرجع سبق ذكره، ص :293-294.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل الجودة في المؤسسات الصحية، حيث تطرقنا خلاله إلى مفاهيم حول الخدمات الصحية، التي تعتبر مجموعة الخدمات العلاجية أو الإستشفائية، أو التشخيصية التي تقدمها المؤسسات الصحية للأفراد، بهدف تحقيق حاجاتهم الصحية، والتي تنقسم إلى خدمات علاجية، خدمات وقائية وخدمات إنتاجية، ثم تطرقنا إلى الجودة في الخدمات الصحية التي تعتبر نتاج مجموعة من المكونات الفنية أو ما يسمى بالرعاية الفنية والمكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية أو ما يصطلح عليه بفن الرعاية، إضافة إلى المكونات البيئية والهيكلية للمؤسسة الصحية بما يتوافق مع توقعات المستهلكين (المرضى)، وفي الأخير تناولنا مداخل تقييم الجودة في المؤسسات الصحية، والمتمثلة في مدخل رضا المستهلكين (المرضى)، مدخل عمليات وخطوات الرعاية الطبية ومدى تتابعها و تناسقها، بالإضافة إلى مدخل النتيجة النهائية، من خلال المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمستهلكين (المرضى) الناتجة عن أداء عمليات الرعاية الصحية .

تمهيد :

شاءت الأقدار أن يتصادف التربص الذي قمنا به في مستشفى عين بوسيف مع ظهور جائحة كورونا كوفيد 19 في الجزائر والذي كان له الدور الكبير في إثراء محتوى التربص التطبيقي الذي قمنا به كما ونوعا بالرغم من الصعاب والمخاطر التي واجهتنا خلاله وذلك نظرا لخطر الإصابة بالعدوى حيث أن مستشفى عين بوسيف كان بؤرة للفيروس حيث أنه في بعض الأيام تجاوز عدد المصابين المتواجدين في مصلحة العزل 20مريض

جائحة كوفيد19 التي تعود أول إصابة بها إلى شهر نوفمبر 2019 في مدينة ووهان الصينية إنتشر بشكل كبير في بقاع العالم وتسبب في آلاف الوفيات في جميع الفئات العمرية حيث تم تسجيل أول إصابة به في الجزائر في نهاية شهر فيفري 2020 لينتشر في جميع ولايات الوطن بعدها ،هذا الفيروس الذي يتميز بالعدوى الشديدة والذي ينتقل عن طريق التنفس وقطرات اللعاب كما يمكنه الصمود في الأسطح لمدة تتجاوز 3 أيام ،كما نثمن توفير مستشفى عين بوسيف كل مستلزمات الحماية للطواقم الطبية والمتربصين على حد سواء هذا ما كان له الدور الكبير في تسهيل التربص دون التعرض لخطر الإصابة للعدوى بالإضافة إلى توجيهات الطواقم الطبية وكيفيات الحماية والوقاية من خطر المرض سواء على المستوى الفردي أو العائلي أو حتى في المجتمع

المبحث الأول: ماهية المؤسسة العمومية الإستشفائية بعين بوسيف

المطلب الأول: تعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية

تأسس مستشفى عين بوسيف في 01 فيفري 1932 إبان الإستعمار الفرنسي حيث كان يسمى آنذاك " المستشفى المدني لمدينة عين بوسيف " والذي كان إداريا تابعا للمستشفى المركزي بالبليدة .

تخصص المستشفى في وظيفتي العلاج والوقاية ، ومباشرة بعد إندلاع ثورة التحرير ألحق تسيير المستشفى إلى مستشفى العسكري بالبليدة وعين أحد الضباط الفرنسيين "*Andrey L'onglé*" الذي كان مديرا وطبيبا للمستشفى ، وفي بداية سنة 1974 أقرت الدولة مجانية العلاج وأصبح المستشفى تابعا إداريا للقطاع الصحي بقصر البخاري .

وفي سنة 1982 أصبح القطاع الصحي بعين بوسيف يضم " مستشفى عين بوسيف ، المركز الصحي بعين بوسيف ، المركز الصحي بثلاثة الدوائر ، المركز الصحي بشلالة العذاورة " وهو ما ساعد على الوصاية على ميزانية مستقلة بإعتبارأن هذا القطاع الصحي صار ذو شخصية معنوية .

أما المصالح الموجودة آنذاك كانت " مصلحة الولادة ، طب الأطفال ، طب النساء ، طب الرجال " بمجموع 60 سريرا .

في سنة 1992 توسع حجم المؤسسة حيث بلغ 90 سريرا مع فتح مصلحة توليد ريفية جديدة بشلالة العذاورة وتتوفر على 10 أسرة .

وبفضل المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها

، تم تقسيم القطاع الصحي إلى مؤسستين إستشفائيتين إحداهما مؤسسة إستشفائية "*EPH*" والأخرى جوارية" *EPSP*" .

وعليه فإن المؤسسة العمومية الإستشفائية بعين بوسيف ، بإعتبارها مرفق عمومي يشرف على تقديم حاجيات أساسية والمتمثلة في الخدمات الصحية ، وكانت ولا تزال تعمل بجهد منقطع النظير وإبداع دائم ومتطور بما يناسب المتغيرات السكانية والصحية كما ونوعا لتتلاءم مع التطورات والتحديات الحاصلة والوصول إلى عناية طبية جيدة وفعالة بأقل تكاليف بما يضمن وضع المريض في إطار ممارسة حقه في الصحة والوقاية دون أن يجد أمامه أبسط العقبات

ولا يمكن للمؤسسة الوصول إلى هذه الأهداف ، إلا أذا إتبعت الأساليب الحديثة في التسيير ذات النجاعة الفائقة الإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة ، وهذا من أجل عدم الإقتصار على تقديم الخدمات الصحية التقليدية البسيطة بل ليمتد إلى ليصل إلى أدق من ذلك من خلال تقديم خدمات متخصصة ودقيقة و خدمات صحية جراحية تريح فئة كبيرة من المرضى التي كانت تعاني من العزلة وقلة الإمكانيات .

لذلك فقد إعتمدت الوزارة تبعا للمذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 والمتعلقة بمشروع المؤسسة أساليب وأدوات معاصر تمثل مرجعا تقييميا لكل التدابير الواجب إتخاذها كمؤسسات فاعلة في الميدان من أجل ضمان أحسن تكفل بالمريض من خلال تقديم أفضل الخدمات الصحية الإستشفائية .

ولهذا أرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية عين بوسيف كغيرها من المؤسسات الصحية تقديم مشروعها المتواضع والذي توضح من خلاله إستراتيجيتها المسطرة لسنة 2016، وتحاول من خلاله تطوير فعاليتها وتهدف إلى تحسين نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمواطن .

لجنة القيادة والتفكـــــير: تم على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية بعين بوسيف تكـــــوين لجنة والمسماة "لجـــنـــة الـــقـــيـــادة والـــتـــفكير" .

أعـــضـــاء الـــلـــجنـــة : كل الموظفين التابعين للمؤسسة الإستشفائية هم أعضاء فعالون في هذه اللجنة فنجاح مشروع المؤسسة وقف على مشاركتهم كافة ، حيث تم تقسيم هذه اللجنة إلى مستويات حسب دور كل موظف ، فهناك من يتمثل دورهم في :

التفكير والتخطيط.

المشاركة في الإقتراح و إبداء الرأي .

التأطير والمراقبة . - التنفيذ .

(أنظر الملحق رقم "01") .

مـــهـــام اللجنة :

وضع إستراتيجية فعالة من خلال البناء الحسن لمشروع المؤسسة .

تشخيص المحيط الخارجي والعوامل المؤثرة سواء سلبا أو إيجابا على المؤسسة .

تشخيص المحيط الداخلي من خلال تحديد نقاط قوة ونقاط ضعف المؤسسة بداية من أسفل هرم التسلسل الإداري.

تقسيم العمل وتحديد المهام المنوطة بكل فرد في المؤسسة ، كل حسب دوره.

تحديد الأهداف الواجب الوصول إليها من خلال هذا المشروع .

وضع خطة عمل تتماشى والأهداف المحددة أنفا .

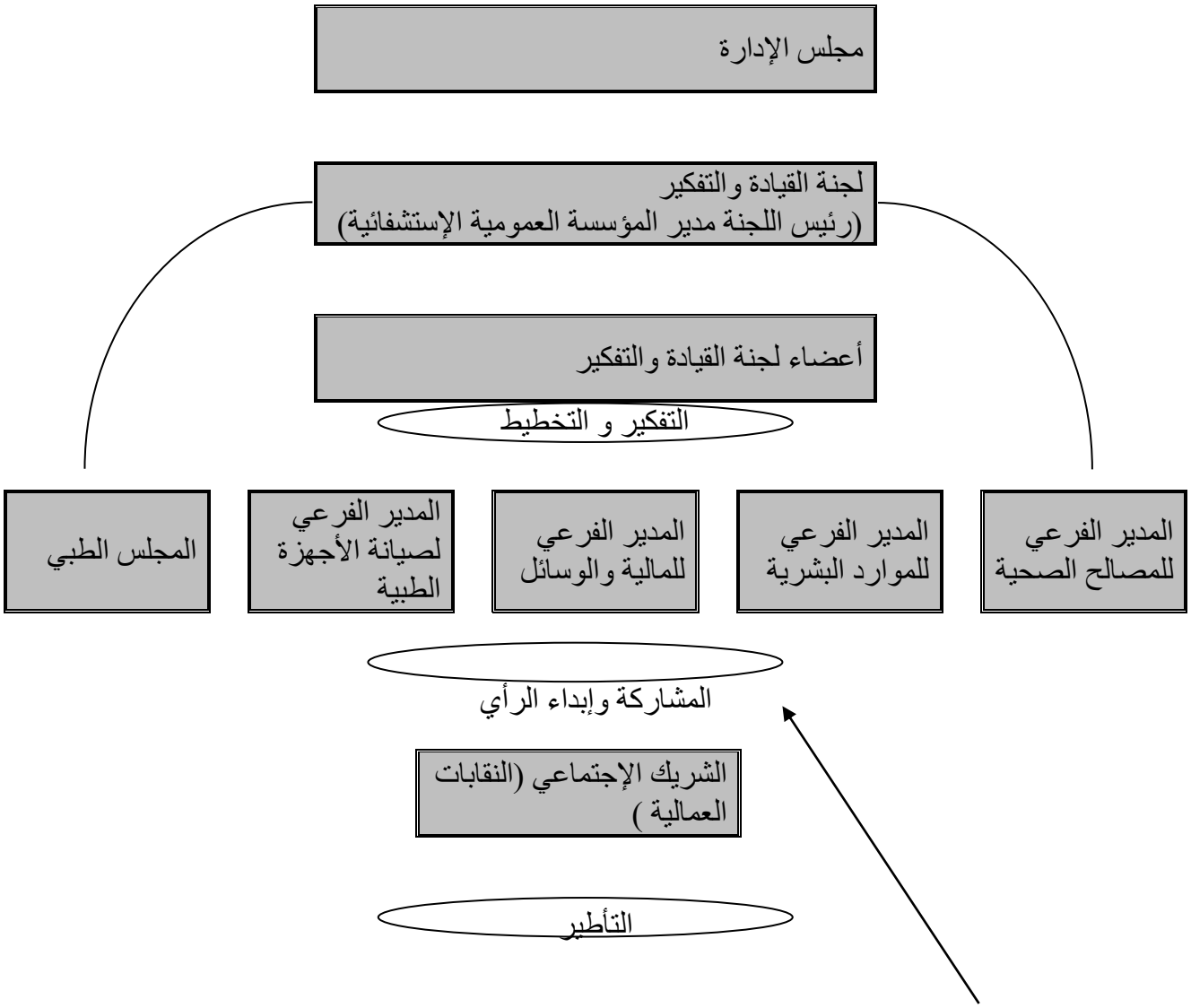
مراقبة وتأطير تطبيق المشروع .

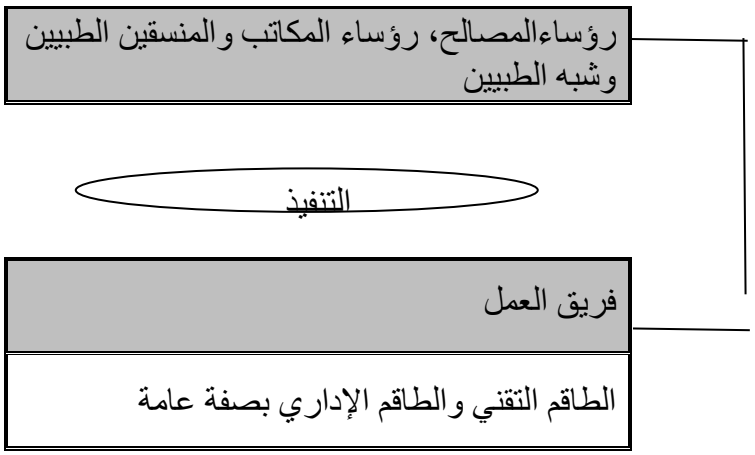
تقييم دوري لسير المشروع من خلال وضع لوحات قيادة متكونة من مؤشرات هاته الأخيرة تحدد لنا مدى نجاعة الخطة المتبعة وكذا الإنحرافات الواقعة .

إيجاد حلول للفوارق والإنحرافات الحاصلة لسير المشروع .

تقييم النتيجة النهائية لتطبيق المشروع .

المطلب الثاني : الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية بعين بوسيف





(الملحق رقم "01") :مستويات لجنة القيادة والتفكير .

الفرع الأول :تشخيص المؤسسة العمومية الإستشفائية عين بوسيف

تشخيص وتحليل المحيط العام (البيئة الخارجية):تحليل العوامل الخارجية المؤثرة في المؤسسة كالبيئة والكثافة السكانية لدائرة عين بوسيف .

مساحة دائرة عين بوسيف : 835,41 كم^2 .

الكثافة السكانية للدائرة: 49897 مواطن (حسب إحصائيات 2012)

موقع المؤسسة العمومية الإستشفائية عين بوسيف : وسط مدينة عين بوسيف .

البلديات التابعة لدائرة عين بوسيف :

(عين بوسيف ، الكاف لخضر ، سيدي دمد ، العوينات ، ولاد أمعرف) .

طابع البيئي والنمط المعيشي : يغلب الطابع الفلاحي في دائرة عين بوسيف ، وبما أن الطابع السائد هو الفلاحي فإن هذه المنطقة تمتاز بـــــــ(كثرة اللدغات العقربية ، كثرة العضات الحيوانية واللشمانيا....) .



(الملحق رقم "02") : دائرة عين بوسيف وبلدياتها .

الفرع الثاني : تشخيص وتحليل توجهات المؤسسة

إن توجهات مشروع المؤسسة العمومية الإستشفائية عين بوسيف هي نفسها توجهات السياسة الصحية للدولة من خلال تطبيق تعليمات السيد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والسيد مدير الصحة بالولاية .

هذه المقاربات تتضمن النقاط الهامة التالية :

تحسين وتوسيع الموارد .

عقلنة النفقات .

تحسين نوعية الرعاية الصحية .

تحليل داخلي للمؤسسة :

تم هذا التحليل عن طريق عقد عدة إجتماعات من طرف لجنة القيادة والتفكير ، حيث طرح المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب ورؤساء المصالح إنشغالاتهم ، حتى الشركاء الإجتماعيين والمتمثلين في النقابات تم إشراكهم في هذه الإجتماعات والتي بفضلها تم الخروج بحوصلة وهي كالتالي :

نـــقـــاط قـــــوة المؤسسة :

المصالح المتواجدة على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية عين بوسيف :

الطب الداخلي بسعة 30 سريرا .

طب الأطفال : 20 سرير .

مصلحة الولادة (عين بوسيف) : 17 سرير .

جناح العمليات الجراحية : 20 سرير .

مصلحة تصفية الدم (عين بوسيف) : 12 سرير .

مصلحة التأهيل الحركي والوظيفي .

مصلحة المخبر ، والأشعة .

(تم إفتتاح جناح العمليات الجراحية من طرف معالي الوزير يوم 2015/02/15) .

الموارد البشرية : تتوفر المؤسسة على طاقات بشرية كفأة وفعالة :

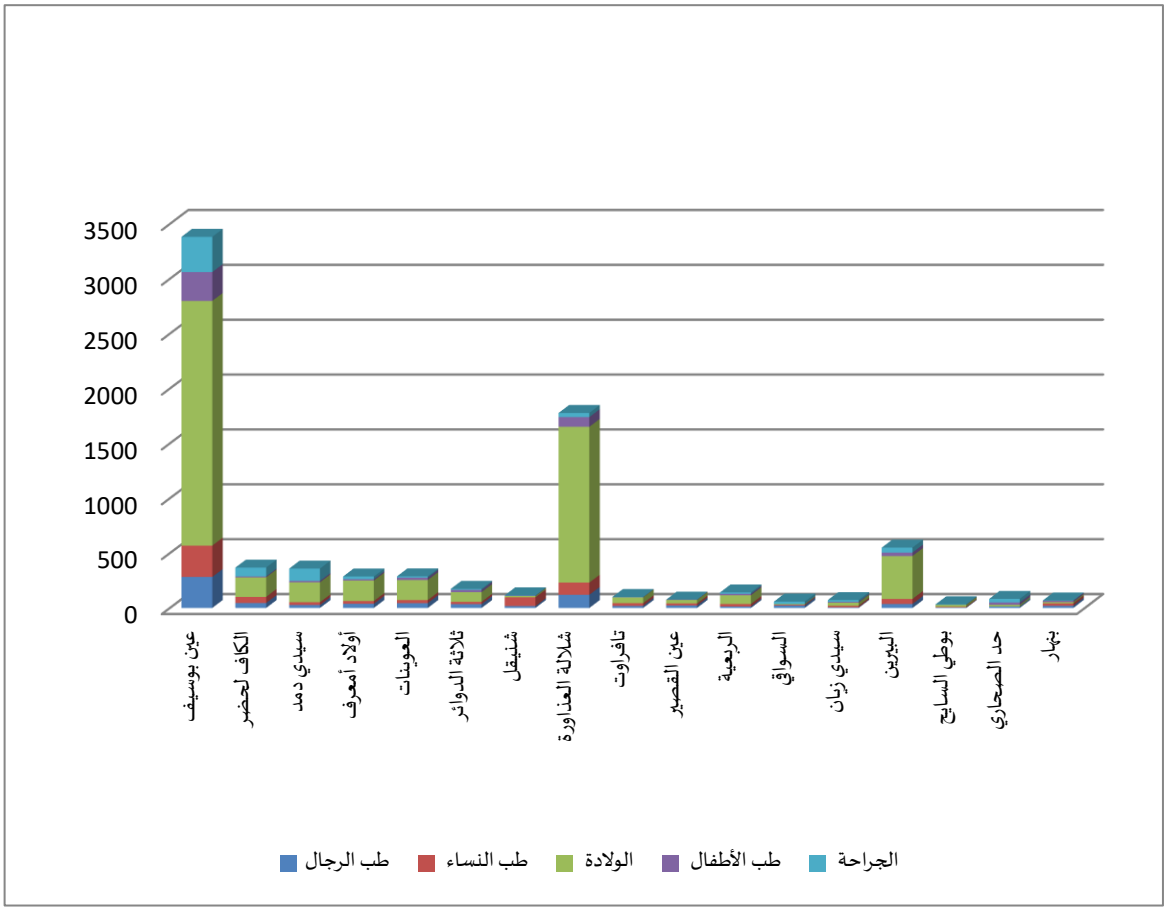
الموارد البشرية		العدد
الممارسين الأخصائيين المساعدين	ممارس أخصائي مساعد في الجراحة العامة	06
	ممارس أخصائي م. في أمراض القلب	01
	ممارس أخصائي م. في علم أمراض الدم	01
	ممارس أخصائي م. في طب الأطفال	04
	ممارس أخصائي م. علم الغدد الصماء	01
	ممارس أخصائي م. في أمراض الكلى	01
	ممارس أخصائي م. في البيولوجيا	02
	ممارس أخصائي م. في الطب الداخلي	01
	ممارس أخصائي م. في التأهيل الحركي والوظيفي	01
طبيب عـــــــــــــام		34
شبه طبيين		124
إداريين		62
آخرون		127

(الملحق رقم "03") : الموارد البشرية التابعة للمؤسسة .

التغطية الجيو-صحية: المؤسسة العمومية الإستشفائية بعين بوسيف تغطي كافة البلديات التابعة لها في جيو-صحيا بالإضافة إلى تغطيتها لبلديات خارج التغطية الجيو صحية ، كالتالي :

البلديات التي تحت التغطية الجيو-الصحية للمؤسسة	- عين بوسيف – الكاف لخضر – سيدي دمد - العوينات – أولاد أمعرف - شلالة العذاورة –شنيقل–تافراوت– عين القصير –ثلاثة الدوائر
البلديات المغطاة صحيا بالرغم من أنها خارج مجال التغطية الجيو-صحية	-الربعية – السواقي – سيدي زيان - البيرين – بوطي السايح - حد الصحاري – بنهار

(الملحق رقم "04") : البلديات التابعة للتغطية الجيو-صحية للمؤسسة .



(الملحق رقم "05") : تقسيم نشاطات المصالح حسب البلديات .

الرعاية الصحية المقدمة من طرف المؤسسة :

TOM "معدل إستغلال السرير" = 77,43 % .

DMS "متوسط الإقامة " = 3 .

CRL"معامل دوران السرير "= 78,32 %

عدد التدخلات الجراحية = 1237

نسبة التغطية الطبية = 07 أطباء لكل 10000 مواطن.

نسبة التغطية شبه الطبية = 25 ممرض لكل 10000 مواطن .

نسبة تغطية الأخصائيين = 03 مختصين لكل 10000 مواطن .

العلاج المنزلي :قامت المؤسسة بتسخير فريق يتكون من أطباء وشبه طبيين مع توفير وسائل النقل والمواد الطبية اللازمة لإنجاح هذه المهمة .

المبحث الثاني :دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية

المطلب الأول: منهجية الدراسة

يعد من الضروري تقديم نظرة عن المنهج المتبع في جمع البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة، لذلك سنعرض فيما يلي أدوات جمع البيانات، مجتمع الدراسة، وأسلوب تحليل البيانات.

1-أدوات جمع البيانات:

تقتضي أهداف الدراسة وما تطرحه من تساؤلات ضرورة الاستعانة بأدوات لجمع البيانات الأولية، لذلك اعتمدت الدراسة الميدانية على ما يلي:

أ .المقابلة:

بهدف معرفة مدى قيام المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف بتقييم جودة خدماتها الصحية، والطرق التي تتبعها في حال قيامها بذلك، قمنا بإجراء مقابلة مفتوحة مع المدير الفرعي للمصلحة الصحية، والتي تضمنت مجموعة من الأسئلة حول الموضوع.

ب . الاستبيان:

لقد تم استخدام استمارة الاستبيان لجمع البيانات حول ظروف عمل الطاقم الطبي وشبه الطبي، ومعرفة مختلف اقتراحاتهم لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية، بالإضافة إلى معرفة مستوى الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف من خلال آراء المستهلكين(المرضى)، من أجل كل ذلك ارتأينا تقديم قائمتي استبيان للأطراف التالية:

الطاقم الطبي وشبه الطبي :من أجل معرفة ظروف عملية ومدى توفر
الإمكانيات اللازمة لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسة
الاستشفائية العمومية بعين بوسيف، قدمنا قائمة استبيان للطاقم الطبي وشبه
الطبي تتضمن:

ولقد تم التأكد من محتوى قائمتي الاستبيان بعرضها على مجموعة من الأساتذة لتكوين قائمة استبيان أولية، عرضت هذه الأخيرة على عدد من المسؤولين في المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف، للاستفادة من آرائهم حول محتوى الاستبيان ليتم كمرحلة أخيرة لصياغة الاستبيان النهائي تجربة عدد من النسخ على عدد من أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، وعلى عدد من المرضى، ليتم الاستفادة من ملاحظاتهم والتأكد من وضوح العبارات
من أجله، ليتم في الأخير صياغة قائمتي الاستبيان النهائيتين.

2- مجتمع الدراسة:

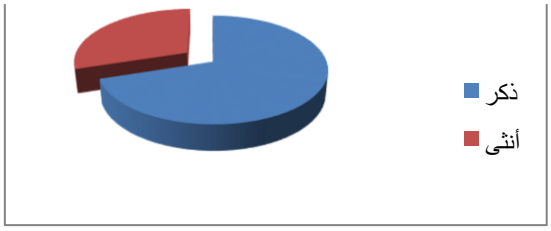
تمثل مجتمع الدراسة في أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف، حيث بلغ عدد الأطباء 52 طبيب، في حين بلغ أفراد الطاقم شبه الطبي 124- فرد، ولصغر حجم مجتمع الدراسة ومن أجل أن تكون الدراسة أدق، ارتأينا إجراء مسح شامل لأفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، لكن فترة المرض(كورونا) حالت دون وجود كامل أفراد الطاقم الطبي خلال فترة الدراسة، بالإضافة إلى عزوف عدد كبير عن الإجابة لأسباب مختلفة،
وضوح كل شيء ولا داعي لآراءهم، كما أرى البعض منهم الاكتفاء بآراء المرضى فقط، في حين لمسنا عند البعض الآخر تحسسهم من بعض الأسئلة، بالإضافة إلى عدم رد إستمارات الاستبيان من طرف معتبر من أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، لذلك تمت استعادت استمارة فقط.
بالإضافة إلى أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، تم تقديم استبيان إلى المرضى المقيمين في المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف للعلاج، خلال فترة الدراسة،

المطلب الثاني: تحليل نتائج الاستبيان :

- **تحليل نتائج الاستبيان**

الموجه للمستهلكين(المرضى) حول الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين بوسيف

الجدول :رقم 02 : الشكل رقم) 11(: توزيع أفراد المجتمع المدروس(المرضى) حسب الجنس:

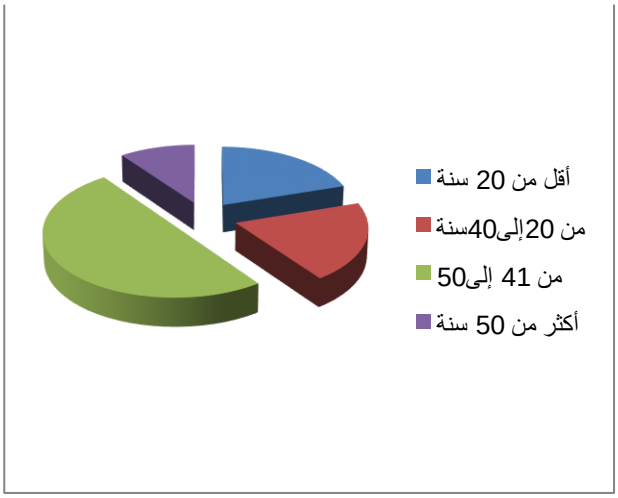


	ذكر	أنثى
العدد	14	6
النسبة %	70	30

المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

تمثل نسبة الذكور في المجتمع المدروس أعلى نسبة قدرت ب70% ، في حين قدرت نسبة الإناث ب 30

الجدول03: الشكل رقم 12: التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس(المرضى):



	أقل من 20 سنة	من 20إلى40سنة	من 41 إلى50	أكثر من 50سنة
العدد	4	4	10	2
النسبة %	20	20	50	10

المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

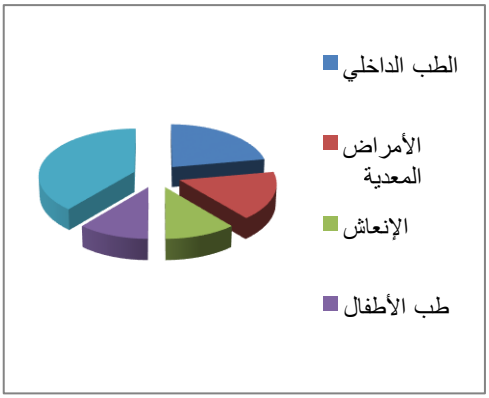
فيما يخص التوزيع العمري للمرضى، فقد بلغت نسبة الأفراد الذين أعمارهم بين 41و50سنة أعلى نسبة قدرت ب 50%،

في حين قدرت نسبة الذين تفوق أعمارهم 50سنة ب 10% ،أما الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 20سنة و بين 20و40سنة

فكانت بنسبتين متساويتين)20%)و سنوضح ذلك في الشكل:

الجدول :رقم 04 الشكل :رقم 13(توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب المصلحة المعالج بها:

	الطب الداخلي	الأمراض المعدية	الأمراض الصدرية	طب الأطفال	جراحة عامة
العدد	4	3	2	2	7
النسبة %	20	15	10	10	35

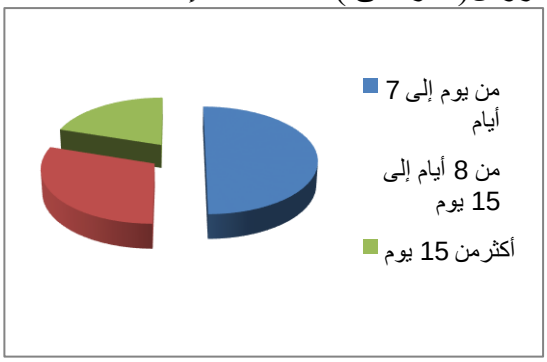


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

قد توزع المرضى بين مصالح المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف، حيث بلغت نسبة الأفراد المستجوبين في مصلحتي طب الأطفال و الإنعاش 10% ونسبة المرضى في مصلحة الطب الداخلي20% ، بينما بلغت نسبتهم في مصلحة الأمراض المعدية 25%، في حين بلغت نسبة المرضى المستجوبون في مصلحة الجراحة العامة 35%، وهي أعلى نسبة.

الجدول رقم05 ،الشكل رقم14 (: توزيع أفراد المجتمع المدروس(المرضى)حسب مدة الإقامة:

	من يوم إلى 7 أيام	من 8 أيام إلى 15 يوم	أكث رمن 15 يوم
العدد	10	6	4
النسبة %	50	30	20

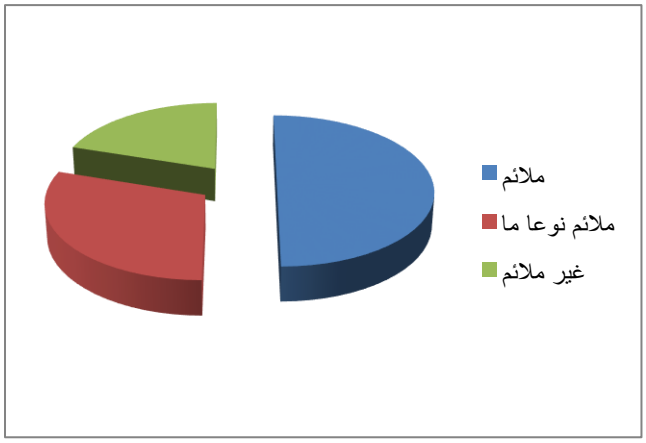


المصدر :من إعداد الطالبين الاعتماد على نتائج الاستبيان

وفيما يخص مدة إقامة المرضى في المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف، فقد كانت أعلى نسبة إقامة هي أقل من 7أيام قدرت ب50 %، تليها نسبة الأفراد الذين بلغت مدة إقامتهم بين 8أيام و 15يوما ب 30%، بينما قدرت نسبة الأفراد الذين تفوق مدة إقامتهم15 يوم ب20%و سنوضح ذلك في الشكل:

الجدول :رقم 06 ،الشكل رقم 15توزيع أفراد المجتمع المدروس) المرضى) حسب الموقع الجغرافي

	ملائم	ملائم نوعا ما	غير ملائم
العدد	10	6	4
النسبة %	50	30	20



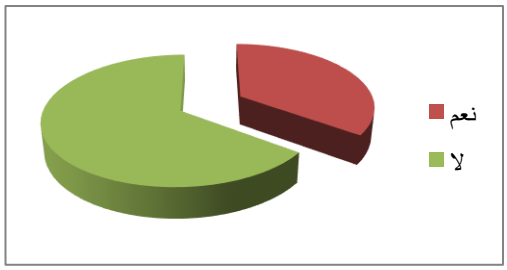
المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من خلال إجابات المرض ى في المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف، نجد أ ن نصف المرضى يرون أ ن الموقع الجغرافي للمؤسسة ملائم بنسبة قدرها50% ، في حين نجد أ ن30 %منهم يرون أ نه ملائم نوعا ما، بينما تر ى فئة قليلة منهم أن الموقع الجغرافي للمؤسسة غير ملائم بنسبة 20%.

الجد ول07 الشكل رقم 16(إجابات المرضى حول مدى توفر الإمكانيات اللازمة للمعالجة

في مؤسسة صحيّة خاصة،هل كنت ستختار إمكانية اختيار للمؤسسة الاستشفائية المؤسسة العمومية الإستشفائية بعين بوسيف للعلاج فيها؟

	نعم	لا
العدد	7	13
النسبة %	35	65

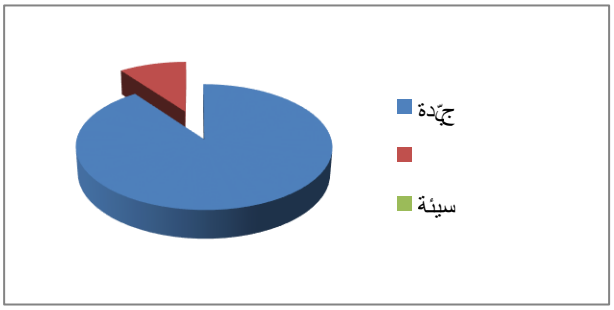


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجه 35% من المرض ى إلى أنهم سيختاروا المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بوسيف للعلاج في حال توفرت لديهم الإمكانيات اللازمة للعلاج في مؤسسة صحية خاصة، بنسبة قدر ها، بينما اتجه أغلب المرض ى إلى أنهم سيختارون العلاج في مؤسسة صحية خاصة في حال توفرت لديهم الإمكانيات اللازمة بنسبة قدرها65 %.

الجد ول رقم08 الشكل:رقم 17إجابات المرضى حول رأيهم في المؤسسة الإستشفائية بعين بوسيف ؟ كيفية الاستقبال عند دخولهم للمؤسسةالإستشفائية :

	جيّدة	متوسطة	سيئة
العدد	18	2	0
النسبة %	90	10	0

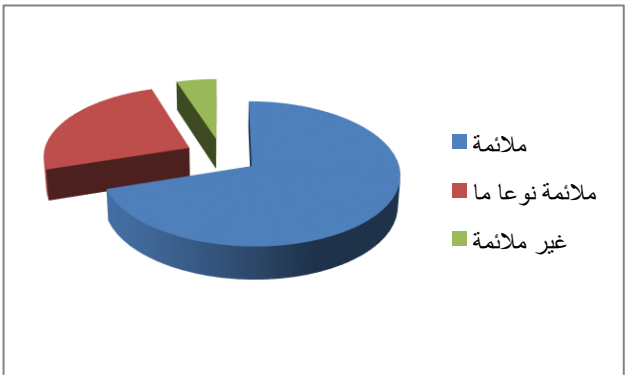


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

بخصوص المرض ى في كيفية الاستقبال عند دخولهم المؤسسة الاستشفائية العمومية بمستغانم، اتجهت أراء نسبة كبيرة منهم قدرها 90% إلى أن الاستقبال كان جيدا، بينما10% من المرضى رأوا أن الاستقبال كان متوسطا، في حين أن الذين رأوا أن استقبالهم يتم بشكل سيئ كانت منعدمة .

الجد ول رقم 09 الشكل:رقم 17:إجابات المرضى حو ل مدى ملاءمة قاعات الانتظار

	ملائمة	ملائمة نوعا ما	غير ملائمة
العدد	14	5	1
النسبة %	70	25	5



المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

أما فيما يخص إجابات المرضى حو ل مدى ملاءمة قاعات الانتظار، فقد اتجهت آراء أكثر من نصف المجتمع المدروس أ ن قاعات الانتظار ملائمة بنسبة قدرها 70%، بينما ير ى 25% منهم أ نها ملائمة نوعا ما، في حين ير ى 05%منهم أنها غير ملائمة.

الجد ول رقم 10 الشكل :رقم18إجابات المرض ى حو ل أو العلاج مدة الانتظار قبل تلقي الفحص أو العلاج

	طويلة	متوسطة	قصيرة
العدد	1	9	10
النسبة %	5	45	50

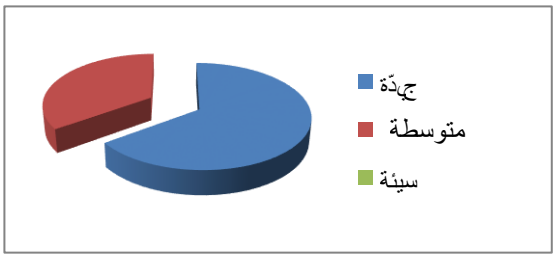


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

أما فيما يخص إجابات المرض ى حو ل مدة الانتظار قبل تلقي الفحص أو العلاج، فكانت أغلبية المرضى ترى أن مدة الانتظار قصيرة بنسبة قدرها 50%.بينما ير ى54 %منهم أ ن مدة الانتظار كانت متوسطة، في حين ير ى 5% منهم أ ن مدة الانتظار كانت طويلة.

الجد ول رقم11 ،الشكل رقم20إجابات المرضى حول مستوى التي يقيم بها المريض:نظافة الغرف التي يقيمو ن بها

	جيّدة	متوسطة	سيئة
العدد	13	7	0
النسبة %	65	35	0

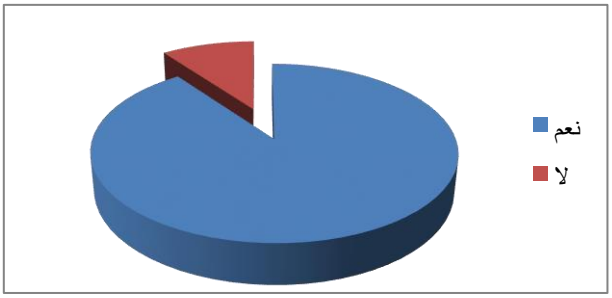


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

وفيما يخص مستو ى نظافة الغرف التي يقيم فيها المرضى، فقد اتجهت أغلب الإجابات إلى أنها جيدة بنسبة قدرها65 %، بينما يرى35%منهم أ ن نظافة الغرف متوسطة، في حين أن نسبة الذين يرون أنها سيئة فهي منعدمة % .

الجد ول رقم 12،الشكل رقم 21إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة الأطباء

	نعم	لا
العدد	18	2
النسبة %	90	10

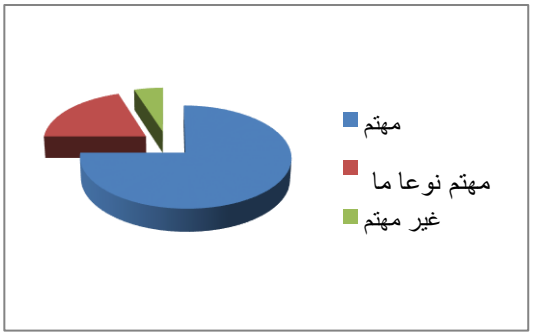


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

ير ى أغلب المرضى أنه من السهل مقابلة الأطباء بنسبة قدرها90%، في حين يرى 10%منهم أنه من الصعب مقابلة الأطباء

الجدول رقم 13 ،الشكل رقم 22 إجابات المرضى حول مدى الصحية للمريض اهتمام الطبيب المعالج بحالاتهم الصحية.

	مهتم	مهتم نوعا ما	غير مهتم
العدد	15	4	1
النسبة %	75	20	5

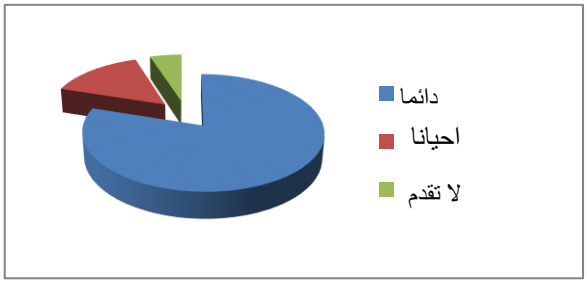


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

ير ى أغلب المرضى أ ن الأطباء المعالجين مهتمين بحالاتهم الصحية بنسبة قدرها75 % ،بينما ير ى 20% أ ن الطبيب المعالج مهتم نوعا ما بالحالة الصحية للمرضى، في حين اعتبر5% أ ن الطبيب المعالج غير مهتم بالحالة الصحية .

الجدول رقم 14 ،الشكل رقم 23 إجابات المرضى حو ل مدى عن الحالة الصحيّة للمريض كفاية الشروحات المقدمة لهم من طرف الطبيب المعالج حو ل حالاتهم الصحية:

	دائما	أحيانا	لا تقدم
العدد	16	3	1
النسبة %	80	15	5

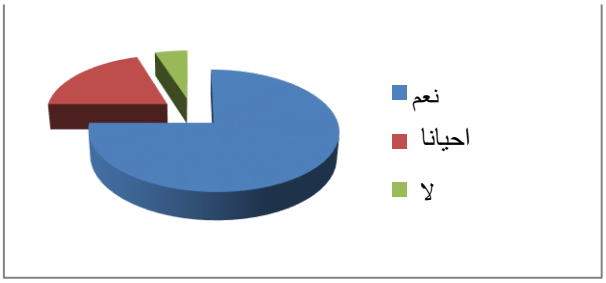


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجه أغلب أفراد المجتمع المدروس إلى اعتبار أ ن الطبيب المعالج يقدم لهم شروحات عن حالاتهم الصحية دائما بنسبة قدرها 80%، بينما رأى15% منهم أ ن الطبيب المعالج يقدم لهم الشروحات أحيانا، أما بالنسبة للمرضى الآخرين و الذين تقدر نسبتهم 5%أن الطبيب المعالج لا يقدم لهم شروحات عن حالاتهم الصحية

الجد ول رقم 15، الشكل رقم 24إجابات المرضى حو ل مدى مسارعة من طرف الممرضين عند الحاجة: الممرضين لخدمتهم عند الحاجة لذلك.

	نعم	أحيانا	لا
العدد	15	4	1
النسبة %	75	20	5

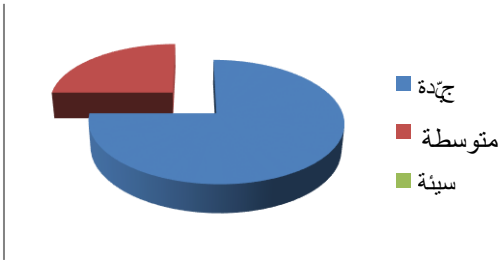


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

وعن مدى مسارعة الممرضين لخدمة المرضى عند حاجتهم للمساعدة أجاب أغلب المرضى أن الممرضين يسارعون لخدمتهم عند حاجتهم لذلك، بنسبة كبيرة قدرها57%، بينما أجاب 20% منهم أ ن الممرضين يسارعون أحيانا لخدمتهم ، في حين تر ى نسبة قليلة منهم أن الممرضين لا يسارعون لخدمتهم عند حاجتهم لذلك بنسبة قدرها 05%.

الجد ول رقم 16الشكل رقم 25إجابات المرضى حول معاملة الممرضين مع المريض :ولباقة الممرضين

	جيّدة	متوسطة	سيئة
العدد	15	5	0
النسبة%	75	25	0



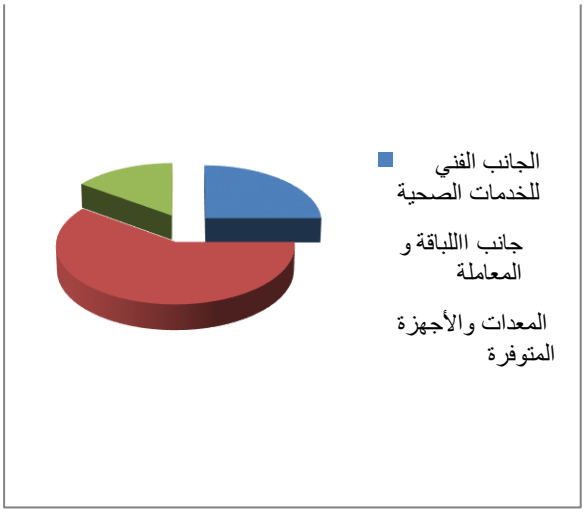
مع المريض

المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

فيما يخص إجابات المرضى حول لباقة ومعاملة الطاقم التمريض ي فقد اتجه أكثر من نصف أفراد المجتمع المدروس أ ن كانت جيدة، بنسبة قدرها57% ، بينما ير ى 02%منهم أ ن معاملة ولباقة الممرضين كانت متوسطة، في حين أن نسبة الذين يرون أنها سيئة فهي منعدمة .

الجد ول رقم 17 الشكل رقم 26إجابات المرضى حو ل ترتيبهم لجوانب حسب الأهمية بالنسبة لك الجودة حسب الأهمية بالنسبة لهم

	الجانب الفني للخدمات الصحية	جانب االلباقة و المعاملة	المعدات والأجهزة المتوفرة
العدد	5	12	3
النسبة %	25	60	15



المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

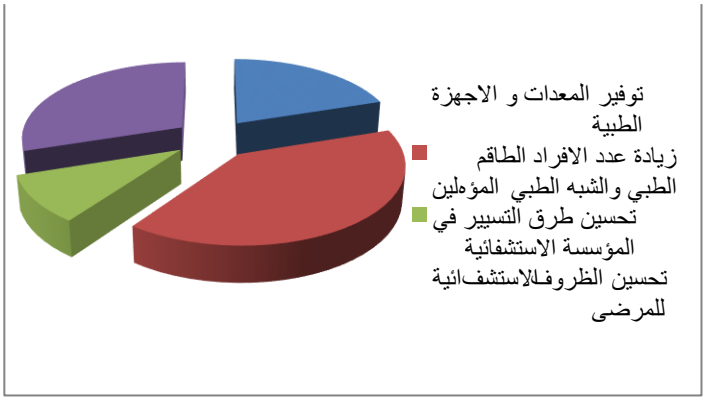
يرى أغلب المرضى أن جانب معاملة ولباقة الطاقم الطبي والتمريض ي هو الأهم، و ذلك بنسبة قدرها60% ، بينما نسبة الذين فضلوا الجانب الفني للخدمات الصحية قدرت ب25% ،بينما كانت نسبة الذين رأوا أن جانب توفر المعدات والأجهزة الطبية هو من له الأولوية و كانت نسبتهم 15%.

الجد ول رقم 18 :الاقتراحات المقدمة لتحسين جودة الخدمات الصحيّة في المؤسسة

	العدد	النسبة %
توفير المعدات و الاجهزة الطبية	4	20
زيادة عدد أفراد الطاقم الطبي والشبه الطبي المؤهلين	8	40
تحسين طرق التسيير في المؤسسة الاستشفائية	2	10
تحسين الظروف الاستشفائية للمرضى	6	30

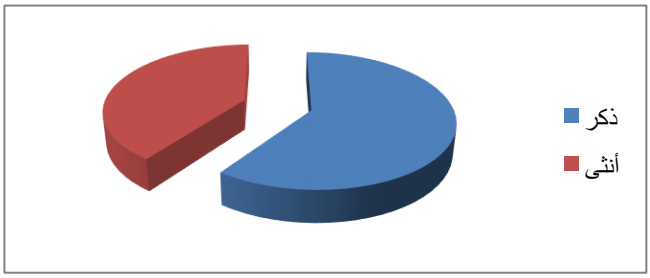
من بين الاقتراحات التي قدمها المرض ى نجد توفير المعدات و الأجهزة الطبية بنسبة 20%، كما اقترح10 % منهم تحسين طر ق تسيير المؤسسة الاستشفائية من أجل تحسين الجودة في الخدمات الصحية المقدمة،بينما اقترح 40%من أفراد المجتمع المدروس زيادة عدد أفراد الطاقم الطبي و شبه الطبي المؤهلين،أما نسبة الذين قدموا اقتراح تحسين الظروف الاستشفائية للمرضى قدرت ب 30% .

الشكل رقم 27اقتراحات المرضى حول تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة



المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

الجدول رقم 19الشكل رقم 28 توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب الجنس)

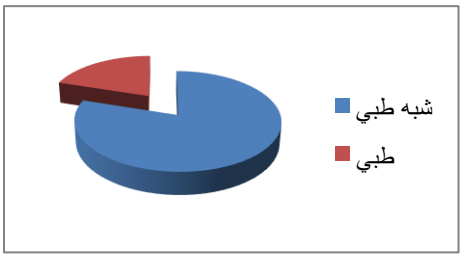


	ذكر	أنثى
العدد	12	8
النسبة %	60	40

المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

تمثل نسبة الذكو ر في المجتمع المدروس أعلى نسبة والتي تقد رب 60% ، ونسبة الإناث ب 40% .

الجدول رقم 20الجدول رقم 29توزيع المجتمع المدروس(الطاقم الطبي وشبه الطبي)حسب الرتبة



	شبه طبي	طبي
العدد	16	4
النسبة %	80	20

المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

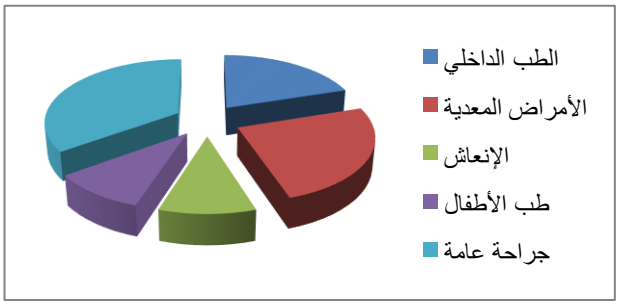
أما فيما يخص رتب أفراد المجتمع المدروس الذي تضمن الطاقم الطبي من أطباء عامين ومتخصصين، بالإضافة إلى الطاقم شبه الطبي حيث قدرت نسبة الطاقم الطبي ب20 %أما الطاقم شبه الطبي فنسبته80%

الجدول رقم 21 :المصلحة التي تعالج فيها

	الطب الداخلي	الأمراض المعدية	الأمراض الصدرية	طب الأطفال	جراحة عامة
العدد	4	5	2	2	7
النسبة %	20	25	10	10	35

تتمثل أعلى نسبة من أفراد المجتمع المدروس في مصلحة الجراحة العامة ب53% ، تليه مصلحة الأمراض المعدية بنسبة25 % ، ثم مصلحة الطب الداخلي ، ثم كل من مصلحة طب الأطفال و مصلحة الأمراض الصدرية بنسبتين متساويتين من مجموع أفراد المجتمع المدروس)10%) .

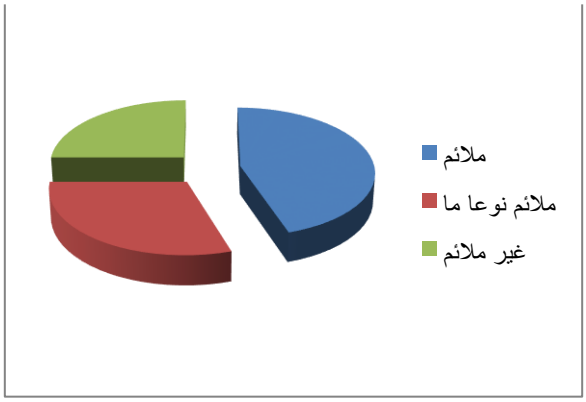
الشكل رقم30: توزيع مجتمع الدراسة(الطاقم الطبي وشبه الطبي)حسب المصالح الصحية:



المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

الجد ول رقم 22 الشكل رقم 31إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حو ل مدى ملاءمة الموقع الجغرافي للمؤسسة:

	ملائم	ملائم نوعا ما	غير ملائم
العدد	9	6	5
النسبة %	45	30	25

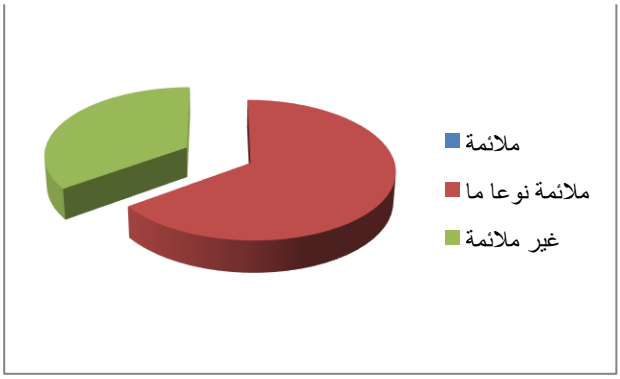


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من خلال إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبية للمؤسسة ، نجد أ ن أغلبية أفراد المجتمع المدروس يرون أ ن الموقع الجغرافي للمؤسسة ملائم بنسبة قدرت ب45% ،في حين تقدر نسبة الأفراد الذين يرون أ ن موقعها الجغرافي ملائم نوعا ما ب30 %،بينما تمثلت نسبة الأفراد الذين يرون أن الموقع الجغرافي للمؤسسة غير ملائم في25% .

الجد و ل رقم 23الشكل رقم 32إجابات عينة حول قاعات الانتظار

	ملائمة	ملائمة نوعا ما	غير ملائمة
العدد	0	13	7
النسبة %	0	65	35

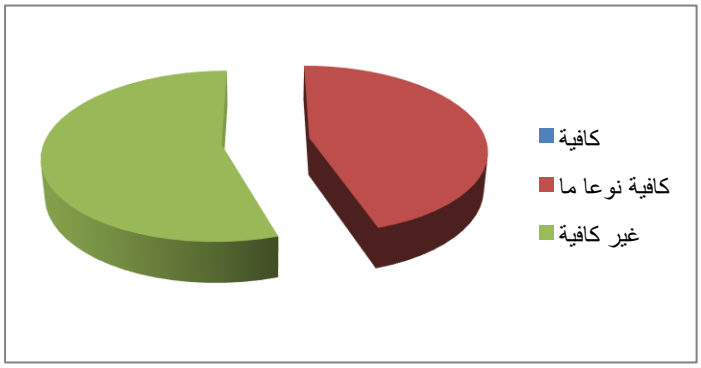


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

فيما يخص مدى ملاءمة قاعات الانتظار للاستقبالات، كانت معظم إجابات أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي أنها مقبولة بنسبة% 65 ، أي أكبر من نصف المجتمع المدروس، في حين قدرت نسبة الأفراد الذين يرون أ ن قاعات الانتظار سيئة من حيث ملاءمتها للاستقبالات ب35% ، بينما كانت نسبة الأفراد الذين يرون أ ن قاعات الانتظار جيدة منعدمة .

الجد و ل رقم 24 الشكل رقم 33إجابات الطاقم الطبي وشبه التجهيزات داخل غرف المرضى:الطبي حول مدى كفاية التجهيزات داخل غرف المرضى .

	كافية	كافية نوعا ما	غير كافية
العدد	0	9	11
النسبة %	0	45	55

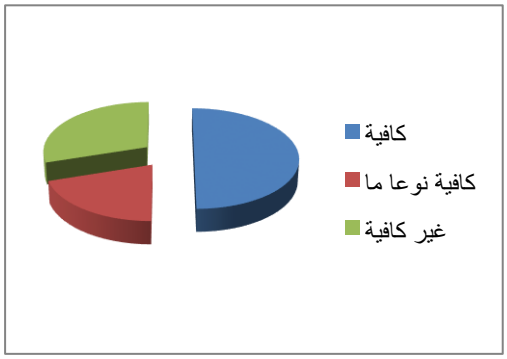


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

من ناحية مدى كفاية التجهيزات داخل غرف المرض ى، اعتبر أغلب أفراد الطاقم الطبي و شبه الطبي أنها غير كافية بنسبة قدرها55%، تليها مباشرة نسبة الذين يرون أ ن التجهيزات داخل غرف المرضى كافية نوعا ما ب 45%،في حين انعدمت نسبة الذين رأوا أن التجهيزات كافية.

الجد ول رقم 25 الشكل رقم 34إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي بأعداد المرضى حو ل مدى كفاية عدد الأطباء بالمقارنة بأعداد المرضى:

	كافية	كافية نوعا ما	غير كافية
العدد	10	4	6
النسبة %	50	20	30

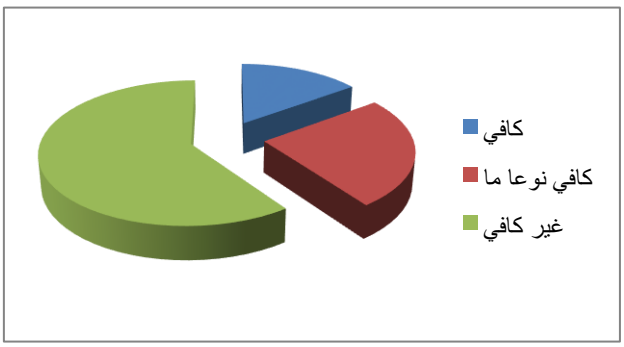


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

اتجهت أغلب إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي إلى اعتبار أ ن عدد الأطباء كافي بالمقارنة بأعداد المرض ى بنسبة قدرها50% ، في حين قدرت نسبة الذين يرون أ نه غير كافي ب30% ، بينما رأى 20%من الطاقم الطبي وشبه الطبي أ ن عدد الأطباء بالمقارنة بأعداد المرض ى كافي نوعا ما .

الجد و ل رقم 26 الشكل رقم 35 إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي بأعداد المرضى حو ل مدى كفاية عدد الممرضين بالمقارنة بأعداد المرضى

	كافي	كافي نوعا ما	غير كافي
العدد	3	5	12
النسبة %	15	25	60

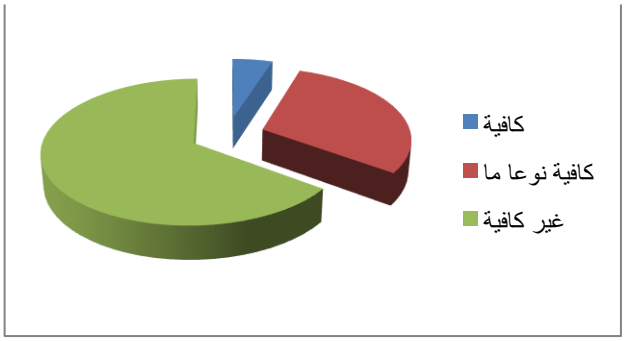


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

بالنسبة لإجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حو ل مدى كفاية عدد الممرضين بالمقارنة بأعداد المرضى، فقد اتجهت نسبة15% منهم إلى اعتبارها كافية،25% تر ى أ نها كافية نوعا ما، في حين أكثر من نصف المجتمع المدروس اعتب رها غير كافية بنسبة قدرت ب 60 %

الجدول رقم 27الشكل رقم 36 إجابات الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية من حيث العدد وشبه الطبي حول عدد الأجهزة والمعدات الطبية

	كافية	كافية نوعا ما	غير كافية
العدد	1	6	13
النسبة %	5	30	65

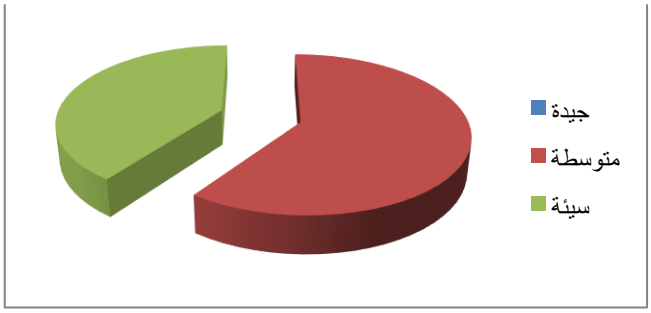


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

اتجه رأي 5%من أفراد المجتمع المدروس إلى كفاية عدد الأجهزة والمعدات الطبية في المؤسسة الاستشفائية العمومية، بينما رأت نسبة30 %منهم أنها كافية نوعا ما، في حين ير ى أغلب أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي أن الأجهزة والمعدات الطبية غير كافية بنسبة قدرها65%

الجدول رقم 28 الشكل رقم 37 إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية من حيث نوعية الأجهزة والمعدات الطبية

	جيدة	متوسطة	سيئة
العدد	0	12	8
النسبة %	0	60	40



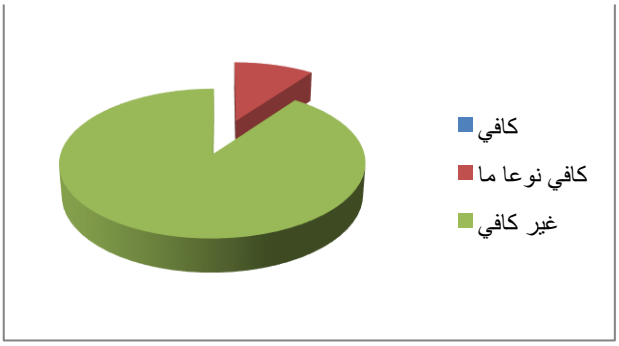
المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

من خلال إجابات المجتمع المدروس حو ل مستو ى نوعية الأجهزة والمعدات الطبية المتوفرة في المؤسسة الاستشفائية العمومية ، نجد أ ن اغلب أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي يرون أ نها متوسطة بنسبة قدرها 60%.

بينما نجد أ ن 40% منهم يرون أنها ذات نوعية سيئة، في حين انعدمت نسبة الذين رأوا أن نوعيتها جيدة .

الجدول رقم 29الشكل رقم 38 إجابات الطاقم الطبي المؤسسة المقارنة مع حاجات المرضى وشبه الطبي حول مدى كفاية سيارات الإسعاف بالمقارنة مع حاجات المرضى

	كافي	كافي نوعا ما	غير كافي
العدد	0	2	18
النسبة %	0	10	90

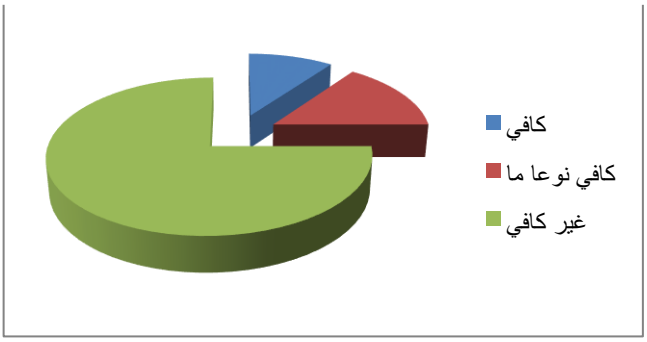


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

فيما يتعلق بإجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حو ل مدى كفاية سيارات الإسعاف مقارنة بحاجات المرضى، كانت معظم الإجابات أ نها غير كافية بنسبة قدرت ب90% ، تليها نسبة الذين يرون أنها كافية نوعا ما ب10 % ،في حين تنعدم نسبة الذين يرون أنها كافية.

الجدول رقم 30الشكل رقم 39إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى كفاية الأمن داخل المؤسسة

	كافي	كافي نوعا ما	غير كافي
العدد	2	3	15
النسبة %	10	15	75

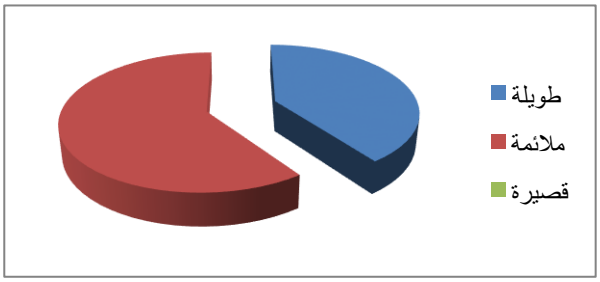


المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

قدرت نسبة الذين يرون أ ن الأمن متوفر في المؤسسة الاستشفائية العمومية ب10% ، حيث اعتبر 15% منهم أن الأمن كافي نوعا ما، في حين اتجه رأي أغلبهم إلى أ ن الأمن غير كافي في المؤسسة الاستشفائية، بنسبة قدرها 75% وهي نسبة عالية تمثل أكثر من نصف المجتمع المدروس.

الجدول رقم 31 ،الشكل رقم40 إجابات الطاقم الطبي داخل المؤسسة وشبه الطبي حول عدد ساعات العمل

	طويلة	ملائمة	قصيرة
العدد	8	12	0
النسبة %	40	60	0



المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

من خلال إجابات أفراد المجتمع المدروس نجد أ ن 40%منهم ير ى أ ن عدد ساعات العمل طويلة، بينما نسبة الذين يرون أن عدد ساعات العمل قصيرة فهي منعدمة. في حين اتجه رأي أكثر من نصف أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي المستجوبون إلى اعتبار أ ن عدد ساعات العمل ملائمة بنسبة 60% .

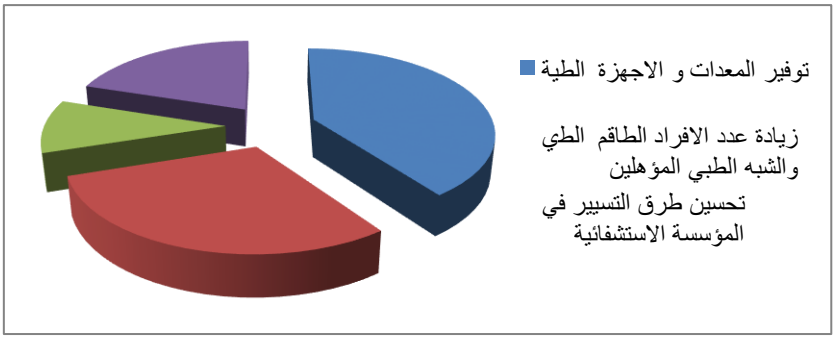
الجدول رقم 32 اقتراحات الطاقم الطبي و الشبه الطبي المقدمة لتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة

	العدد	النسبة %
توفير المعدات و الاجهزة الطبية	8	40
زيادة عدد الافراد الطاقم الطبي والشبه الطبي المؤهلين	6	30
تحسين طرق التسيير في المؤسسة الاستشفائية	2	10
تحسين الظروف الاستشفائية للمرض ى	4	20

المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان

بلغت نسبة الطاقم الطبي وشبه الطبي المستجوبين الذين اقترحوا توفير المعدات والأجهزة الطبية اللازمة لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية 40%، كما بلغت نسبة الذين يقترحو ن زيادة عدد أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي المؤهلين وتحسين ظروف عملهم30% لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة وذلك للنقص الكبير الذي تعاني منه هذه المؤسسة الاستشفائية ، في حين اقترح10 %من بين أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي تحسين طر ق تسيير المؤسسة الاستشفائية .أما نسبة اقتراح تحسين الظروف الاستشفائية للمرض ى بلغت 20%،كما من أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي.

الشكل رقم 41اقتراحات الطاقم الطبي وشبه الطبي لتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة



المصدر :من إعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تمكنا من التعرف و أخذ نظرة شاملة حول تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية من قبل المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية بصفة عامة و مستشفى كيروان عيسى بعين بوسيف بصفة خاصة ،و كذا كيفية تقييمها في حدود الحصول على رضا كل من العمل و المرضى.

كما أبرز هذا الفصل مختلف المعوقات التي تواجه الطاقم الطبي و شبه الطبي في مزاولة نشاطهم المهني مع الأخذ بعين الاعتبار اقتراحاتهم لتحسين ذلك.

- ✓ قبول الفرضية الأولى والثانية ذلك تبعا لأفراد عينة الدراسة الذين وقع تقييمهم على وجود جودة الخدمة الصحية
- ✓ رفض الفرضية الثالثة ما يدل على التأثير المتوسط لجودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الإستشفائية وهذا مايؤكد الجانب السلبي في النقص في التجهيزات الطبية وعدم توفر مختلف الأدوية .

الخاتمة العامة:

بات واضحا بأن عالمنا الذي نعيش فيه اليوم هو عالم الخدمات، لكونه ارتبط بالكثير من مفردات الحياة اليومية للمواطن، ولعل الخدمة الصحية واحد ضمن أبرز الخدمات التي ازدادت الحاجة إليها عما سبق، هذا ما اوجب أن يكون هناك إهتمام واضح ومتزايد من قبل المنظمات الصحية، ففي الآونة الأخيرة شهد القطاع الصحي اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات بتطبيق معايير وإجراءات نظم الجودة من منظور طبي على اساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطوارت العلمية، أما الجودة من منظور المستفيد فترتكز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية.

كما تسعى دول العالم بما فيها الجزائر إلى العمل على التحسن المستمر للخدمات الصحية

للأفراد، بإدخال مفهوم الجودة في هذا القطاع بتحقيق مستوى عالي من الصحة،

النتائج:

-تعبر جودة الخدمة عن مدى التطابق بين مستوى جودة الخدمة المقدمة وتوقعات المستهلك.

-تعتبر الخدمة الصحية مجموعة الخدمات العلاجية أو الإستشفائية التي تقدمها المؤسسات الصحية للأفراد بهدف تحقيق رغباتهم وحاجاتهم الصحية.

-تصنف الخدمات الصحية إلى عدة أصناف هي خدمات علاجية، وقائية، إنتاجية، هذا حسب وظائفها، أما حسب مستوياتها فتقسم إلى خدمات صحية أساسية وخدمات صحية مساعدة.

-يجب أن تصمم الخدمات الصحية وفقا لتوقعات المرضى، لأن هذا يعتبر الأساس في تطوير الخدمات.

-الإقتراحات:

-محاولة التعرف على حاجات ومتطلبات المريض لتحديد مواصفات الخدمة الصحية.

-الرفع من مستوى أداء العاملين من خلال تكثيف الدورات التكوينية، مع إقامة برامج تدريبية تساعد على تنمية مهاراتهم السلوكية في التعامل مع المريض.

-زيادة الاهتمام بأبعاد جودة الخدمة من إعتمادية استجابة و ضمان ، تعاطف وملموسية.

-تكوين لجان متخصصة بتقسيم خدمات مختلفة الأقسام والمصالح الصحية بالمستشفى.

-توفير الإمكانيات المالية الكافية للمؤسسة الإستشفائية لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة.

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصحفة
01	بعض المشكلات الناتجة عن خصائص الخدمة وطرق معالجتها	07
02	توزيع أفراد المجتمع المدروس(المرضى)	89
03	التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس(المرضى)	90
04	توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب المصلحة المعالج بها	90
05	توزيع أفراد المجتمع المدروس(المرضى)حسب مدة الإقامة	91
06	توزيع أفراد المجتمع المدروس) المرضى) حسب الموقع الجغرافي	91
07	إجابات المرضى حول مدى توفر الإمكانيات اللازمة للمعالجة في مؤسسة صحيّة خاصة	92
08	إجابات المرضى حول رأيهم في المؤسسة الإستشفائية بعين بوسيف	92
09	إجابات المرضى حو ل مدى ملاءمة قاعات الانتظار	93
10	إجابات المرضى حو ل أو العلاج مدة الانتظار قبل تلقي الفحص أو العلاج	93
11	إجابات المرضى حول مستوى التي يقيم بها المريض:نظافة الغرف التي يقيمو ن بها	94
12	إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة ا لأطباء	94
13	إجابات المرضى حول مدى الصحية للمريض اهتمام الطبيب المعالج بحالاتهم الصحية	95
14	إجابات المرضى حو ل مدى عن الحالة الصحيّة للمريض كفاية الشروحات المقدمة لهم من طرف الطبيب المعالج حو ل حالاتهم الصحية	95
15	إجابات المرضى حول مدى مسارعة من طرف الممرضين عند الحاجة الممرضين لخدمتهم عند الحاجة لذلك	96
16	إجابات المرضى حول معاملة الممرضين مع المريض :ولباقة الممرضين	96
17	إجابات المرضى حو ل ترتبهم لجوانب حسب الأهمية بالنسبة لك الجودة حسب الأهمية بالنسبة لهم	97
18	الاقتراحات المقدمة لتحسين جودة الخدمات الصحيّة في المؤسسة	97
19	توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب الجنس	98
20	توزيع المجتمع المدروس(الطاقم الطبي وشبه الطبي)حسب الرتبة	98
21	المصلحة التي تعالج فيها	99
22	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حو ل مدى ملاءمة الموقع الجغرافي للمؤسسة	99
23	إجابات عينة حول قاعات الانتظار	100
24	إجابات الطاقم الطبي وشبه التجهيزات داخل غرف المرضى الطبي حول مدى كفاية التجهيزات داخل غرف المرضى	100
25	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي بأعداد المرضى حو ل مدى كفاية عدد الأطباء بالمقارنة بأعداد المرضى	101
26	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي بأعداد المرضى حو ل مدى كفاية عدد الممرضين بالمقارنة بأعداد المرضى	101

27	إجابات الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية من حيث العدد وشبه الطبي حول عدد الأجهزة والمعدات الطبية	102
28	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية من حيث نوعية الأجهزة والمعدات الطبية	102
29	إجابات الطاقم الطبي المؤسسة المقارنة مع حاجات المرضى وشبه الطبي حول مدى كفاية سيارات الإسعاف بالمقارنة مع حاجات المرضى	103
30	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى كفاية الأمن داخل المؤسسة	103
31	إجابات الطاقم الطبي داخل المؤسسة وشبه الطبي حول عدد ساعات العمل	104
32	اقتراحات الطاقم الطبي و الشبه الطبي المقدمة لتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة	104

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصحفة
01	زهرة الخدمة	09
02	مفهوم جودة الخدمة	26
03	نموذج الفجوة لتقييم جودة الخدمة	34
04	النموذج الشامل لتقييم جودة الخدمة	39
05	العلاقة بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية	49
06	مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية)	56
07	حزمة منافع الخدمة الصحية	57
08	نموذج تكاملي لجودة الخدمة الصحية	68
09	نموذج الفجوة للخدمات الصحية	73
10	النموذج الشامل لتقييم جودة الخدمات الصحية	77
11	توزيع أفراد المجتمع المدروس(المرضى)	89
12	التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس(المرضى)	90
13	توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب المصلحة المعالج بها	90
14	توزيع أفراد المجتمع المدروس(المرضى)حسب مدة الإقامة	91
15	توزيع أفراد المجتمع المدروس) المرضى) حسب الموقع الجغرافي	91
16	إجابات المرضى حول مدى توفر الإمكانيات اللازمة للمعالجة في مؤسسة صحيّة خاصة	92
17	إجابات المرضى حول رأيهم في المؤسسة الإستشفائية بعين بوسيف	92
18	إجابات المرضى حو ل مدى ملاءمة قاعات الانتظار	93
19	إجابات المرضى حو ل أو العلاج مدة الانتظار قبل تلقي الفحص أو العلاج	93
20	إجابات المرضى حول مستوى التي يقيم بها المريض:نظافة الغرف التي يقيمو ن بها	94
21	إجابات المرضى حول مدى سهولة مقابلة ا لأطباء	94
22	إجابات المرضى حول مدى الصحية للمريض اهتمام الطبيب المعالج	95

	بحالاتهم الصحية	
23	إجابات المرضى حو ل مدى عن الحالة الصحيّة للمريض كفاية الشروحات المقدمة لهم من طرف الطبيب المعالج حو ل حالاتهم الصحية	**95**
24	إجابات المرضى حول مدى مسارعة من طرف الممرضين عند الحاجة الممرضين لخدمتهم عند الحاجة لذلك	**96**
25	إجابات المرضى حول معاملة الممرضين مع المريض :ولباقة الممرضين مع المرضى	**96**
26	إجابات المرضى حو ل ترتبهم لجوانب حسب الأهمية بالنسبة لك الجودة حسب الأهمية بالنسبة لهم	**97**
27	اقتراحات المرضى حول تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة	**98**
28	توزيع أفراد المجتمع المدروس حسب الجنس	**98**
29	توزيع المجتمع المدروس(الطاقم الطبي وشبه الطبي)حسب الرتبة	**98**
30	توزيع مجتمع الدراسة(الطاقم الطبي وشبه الطبي)حسب المصالح الصحية	**99**
31	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حو ل مدى ملاءمة الموقع الجغرافي للمؤسسة	**99**
32	إجابات عينة حول قاعات الانتظار	**100**
33	إجابات الطاقم الطبي وشبه التجهيزات داخل غرف المرضى الطبي حول مدى كفاية التجهيزات داخل غرف المرضى	**100**
34	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي بأعداد المرضى حو ل مدى كفاية عدد الأطباء بالمقارنة بأعداد المرضى	**101**
35	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي بأعداد المرضى حو ل مدى كفاية عدد الممرضين بالمقارنة بأعداد المرضى	**101**
36	إجابات الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية من حيث العدد وشبه الطبي حول عدد الأجهزة والمعدات الطبية	**102**
37	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية من حيث نوعية الأجهزة والمعدات الطبية	**102**
38	إجابات الطاقم الطبي المؤسسة المقارنة مع حاجات المرضى وشبه الطبي حول مدى كفاية سيارات الإسعاف بالمقارنة مع حاجات المرضى	**103**
39	إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول مدى كفاية الأمن داخل المؤسسة	**103**
40	إجابات الطاقم الطبي داخل المؤسسة وشبه الطبي حول عدد ساعات العمل	**104**
41	اقتراحات الطاقم الطبي وشبه الطبي لتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة	**105**

قائمة المراجع:

أ .قائمة الكتب باللغة العربية:

1. أ. حمد محمد بدح وآخرون،" **الثقافة الصحيّة"**، دار وائل، الأردن،2005.

2.بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون،**" مبادئ تسويق الخدمات"**، مجموعة النيل العربية، مصر،2009.

3.بشير العالق، حميد عبد النبي الطائي،**" تسويق الخدمات"**، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن،2008.

4. ثامر ياسر البكري،" **تسويق الخدمات الصحيّة"**، دار اليازوري، الأردن، مجهول سنة النشر.

5.حميد الطائي وآخرون،**" الأسس العلمية للتسويق الحديث"**، دار اليازوري، الأردن، 2007.

6. .رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة،**" إدارة الجودة الشاملة"**، دار اليازوري، الأردن، 2008

7.زكي خليل المساعد،**" تسويق الخدمات وتطبيقاته"**، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن،2008.

8. .سليم بطرس جلدة،" **إدارة المستشفيات والمراكز الصحيّة"**، دار الشروق، الأردن، 2008

9. .صالح حسن الدهراوي،**" مبادئ الصحة النفسية"**، دار وائل، الأردن،2005

10. طلعت الدمرداش إبراهيم،**"اقتصاديات الخدمات الصحيّة"**، ط2 ، مكتبة المدينة، مصر،2000.

11. عبد الجبار منديل،**"أسس التسويق الحديث"**، دار الثقافة لمنشر والتوزيع، الأردن، 2008.

12. عبد الستار العلي،**" تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة"**، دار المسيرة، الأردن، 2008.

13. .عواطف إبراهيم حداد،**"إدارة الجودة الشاملة"**، دار الفكر، الأردن،2008

14. .فريد توفيق نصيرات،**" إدارة المستشفيات"**، دار إثراء، الأردن،2008

15. فريد توفيق نصيرات،**" إدارة منظمات الرعاية الصحيّة"**، دار المسيرة، الأردن،

.2008
. 16فريد عبد الفتاح زين الدين،" **تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل"**، المكتبة القومية، مصر،2002.
. 17 .فريد ك ورتل،" **تسويق الخدمات"**، كنوز المعرفة للنشر، الأردن،2008
. 18قاسم نايف علوان المحياوي،" **إدارة الجودة في الخدمات"**، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن،2006.
. 19 .محفوظ أحمد جودة،" **إدارة الجودة الشاملة"**، ط2 ، دار وائل، الأردن،2006
. 20 .محمد عبد العظيم أبو النجا،" **التسويق المتقدم"**، الدار الجامعية، مصر،2008
. 21 .مدكور فوزي،" تسويق الخدمات الصحيّة"، إيتراك للنشر، مصر،1998
. 22مهدي السامرائي، "إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي"، دار جرير، الأردن.
. 23نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري،" إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية"، دار حامد، الأردن،2009.
. 24هاني حامد الظمور،" تسويق الخدمات"، ط3 ، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
. 25هيوكوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمدي،"تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحيّة وضمان إستمرار الإلتزام بها"، المكتبة الوطنية، المملكة العربية السعودية،2002.
. 26يوسف حجيم الطائي وآخرون،" نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية **والخدمية**"، دار اليازوري، الأردن،2007 .

الرسائل والأطروحات :

.1عدمان مريزق،" واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة"، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر،2007/2008 .
.2بوعنان نور الدين،" جودة الخدمة وأثرها على رضا العملاء"، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص علوم التسيير، فرع التسويق، 2007-.جامعة محمد بوضياف، المسيلة،2006

.3جمعة الطيب،" مساهمة لتطبيق التسويق على الخدمات الصحيّة"، دراسة حالة المستشفى الجامعي بباتنة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة الحاج لخضر، باتنة،2009/2008.

.4عصماني سفيان،" دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها(المرضى")، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير، تخصص علوم التسيير، فرع التسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2006/2005.