



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة باتنة 1

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية

المستفي

دراسة ميدانية على مجموعة من المستشفيات الجزائرية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم التجارية، شعبة تسويق

تحت إشراف
أ.د. زينة مقري

من إعداد
جمعة الطيب

الصفة	الجامعة الأصلية	الرتبة	الإسم واللقب
رئيسا	جامعة باتنة 1	أستاذة	أ.د. سامية حول
مقررا	جامعة باتنة 1	أستاذة	أ.د. زينة مقري
عضوا	جامعة باتنة 1	أستاذة	أ.د. نعيمة يجياوي
عضوا	جامعة سطيف	أستاذ	أ.د. الشريف بقة
عضوا	جامعة سطيف	أستاذ محاضر	د. فارس هباش
عضوا	جامعة المسيلة	أستاذ محاضر	د. مراد شريف

السنة الجامعية: 2016/2015

كلمة شكر وعرافان

الحمد لله من قبل ومن بعد حمدا كثيرا مباركا.

الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه هو وحده المتفرد لجزيل العطاء لكرمه.

أحمده واشكره واثنى عليه لا أحصي ثناء كما أثنى هو على نفسه.

الحمد لله الذي أعانني على إنجاز هذا العمل ويسر لي سبل إتمامه ويعود له الفضل

الكامل.

أتقدم، في هذا المقام، بأسمى آيات الشكر والعرافان للأستاذة المشرفة الدكتورة زكية مقري

على توجيهاتها القيمة ونصائحها النفيسة التي كانت لنا خير سند في هذا البحث.

كما أتوجه بالشكر الجزيل لأعضاء اللجنة المناقشة كل بأسمه على قبول مناقشة وإثراء

موضوع البحث.

ولا أنسى أن أتوجه بالشكر الجزيل إلى إدارات وعمال مستشفيات ولاية باتنة ومدرية

الصحة والسكان على تعاونهم معنا، وأخص بالذكر السيد يسين بجلول.

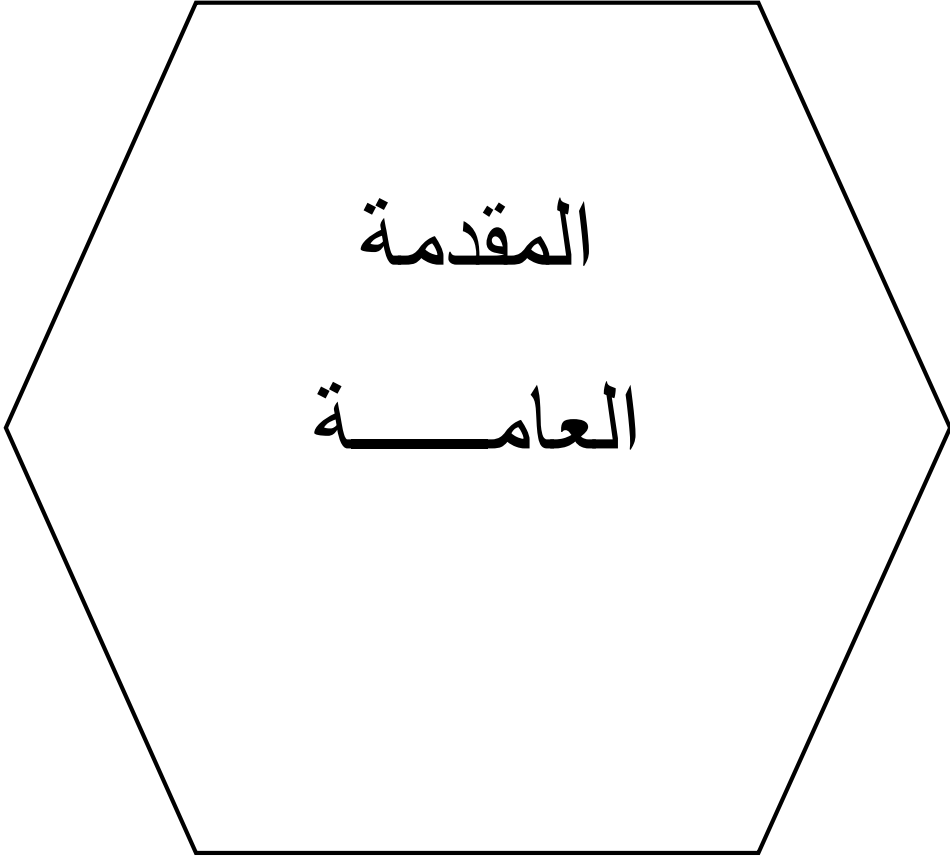
وإلى كل من ساهم من بعيد أو من قريب في إنجاز هذا البحث.

الفهرس

الصفحة	قائمة المحتويات
	المقدمة العامة
3	1. مشكلة البحث
5	2. فرضيات البحث
5	3. منهجية البحث
6	4. أهداف البحث
6	5. أهمية البحث
7	6. مبررات البحث
8	7. حدود البحث
9	8- هيكل البحث
10	9- النموذج الشامل للبحث
11	11. الدراسات السابقة
	الجزء النظري: الإطار النظري لإدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية ودراسة سلوك المستهلك
17	المقدمة
18	الفصل الأول: إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية، وأهم المداخل الإدارية لتحسينها
19	مقدمة
20	المبحث الأول: إشكالية الجودة المدركة للخدمات ومختلف نماذج قياسها
20	المطلب الأول: عموميات حول الجودة في الخدمات
34	المطلب الثاني: الجودة في الخدمة الصحية وأبعادها
44	المطلب الثالث: مقاييس جودة الخدمات الصحية
56	المبحث الثاني: مدخل إدارة الجودة الشاملة لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية
56	المطلب الأول: تطبيق الجودة الشاملة في إدارة المؤسسات الصحية
62	المطلب الثاني: مبادئ وآليات تطبيق إدارة الجودة الشاملة للتأثير على الجودة المدركة للخدمة
70	المطلب الثالث: فوائد وصعوبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
74	المبحث الثالث: مدخل إدارة التسويق لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية
74	المطلب الأول: تطبيق التسويق في المنظمات الصحية
89	المطلب الثاني: آليات تطبيق التسويق لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية
107	المطلب الثالث: فوائد وصعوبات تطبيق التسويق في المنظمات الصحية
112	خلاصة الفصل الأول
114	الفصل الثاني: فهم سلوك المستهلك والسعي لتحقيق رضاه
115	مقدمة
116	المبحث الأول: دراسة سلوك المستهلك
116	المطلب الأول: سلوك المستهلك الصحي والعوامل المؤثرة فيه

126	المطلب الثاني: المنطلقات التسويقية لدراسة سلوك المستهلك ومراحل شراء الخدمة الصحية
133	المبحث الثاني: أساسيات في رضا الزبون (المستفيد) والرضا الوظيفي
134	المطلب الأول: عموميات عن رضا المستفيد (المريض) وأهم خصائصه
138	المطلب الثاني: نماذج قياس رضا الزبون وأهم محدداته
146	المطلب الثالث: الرضا الوظيفي وعلاقته برضا الزبون
158	المبحث الثالث: القيمة المدركة وعلاقتها بالجودة المدركة ورضا الزبون
159	: مفهوم القيمة وعناصرها
165	: نماذج قيمة الزبون
169	: تحليل العلاقة بين " - قيمة "
175	
176	خاتمة الجزء النظري
	الجزء التطبيقي: إدارة الجودة المدركة لتحقيق رضا المستفيد في المستشفيات الجزائرية في ظل واقع المنظومة الصحية
178	مقدمة
179	الفصل الثالث: دراسة وصفية للمنظومة الصحية الجزائرية
180	المقدمة
181	المبحث الأول: الإطار التشريعي للمنظومة الصحية الجزائرية
181	المطلب الأول: التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر
186	المطلب الثاني: المنظومة الصحية الجزائرية الحديثة
190	المطلب الثالث: مؤشرات العلاج في المنظومة الصحية الجزائرية
202	المبحث الثاني: تمويل وتقييم أداء المنظومة الصحية في الجزائر
202	المطلب الأول: تمويل المنظومة الصحية في الجزائر
213	المطلب الثاني: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر
228	المبحث الثالث: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
228	المطلب الأول: مبادئ وأهداف إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
234	المطلب الثاني: ملفات إصلاح المنظومة الصحية وأهم معوقاتها
242	خلاصة الفصل الثالث
243	الفصل الرابع: الدراسة الميدانية لأثر إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد في المستشفيات الجزائرية
244	مقدمة
245	المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة وأساليب التحليل الإحصائي المستخدمة
245	المطلب الأول: الإطار المنهجي للدراسة
253	المطلب الثاني: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة
257	المبحث الثاني: الدراسة الميدانية لأثر إدارة الجودة الشاملة على الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين.
258	المطلب الأول: أداة الدراسة

266	المطلب الثاني: تقييم متغيرات الدراسة في المستشفيات عينة الدراسة
275	المطلب الثالث: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى الخاصة بالدراسة الأولى
286	المبحث الثالث: الدراسة الميدانية لأثر الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد
286	المطلب الأول: أداة الدراسة
293	المطلب الثاني: تقييم متغيرات الدراسة في المستشفيات عينة الدراسة
303	المطلب الثالث: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية الخاصة بالمرضى
314	المبحث الرابع: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة
314	المطلب الأول: الإجابة على أسئلة الدراسة
322	المطلب الثاني: مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة والدراسات السابقة
329	المطلب الثالث: الإجابة على التساؤل الرئيسي للدراسة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الرئيسية والدراسات السابقة
334	خلاصة الفصل الرابع
335	خاتمة الجزء التطبيقي
336	الخاتمة العامة
344	المراجع
358	قائمة الأشكال
359	قائمة الجداول
361	قائمة الملاحق



المقدمة

العامّة

تسعى كافة المجتمعات إلى بناء التقدم وتحقيق التنمية والرخاء لأبنائها. ويعد القطاع الصحي من القطاعات المهمة في المجتمع، سيما أنه يتكفل بأحد أهم أولويات الإنسان ألا وهو الصحة. ومن هنا تبدو أهمية القطاع الصحي لما يقوم به من وظائف ومسؤوليات أهمها المحافظة على الإنسان، والنهوض به عن طريق تقديم الخدمات الأولية والعلاجية والوقائية والطبية ومنع حدوث الأمراض ومكافحتها. ولا شك أن الأوبئة التي تنتشر عبر العالم من حين إلى آخر دون إمكانية التحكم في انتقالها، على الرغم من التطور العلمي والتكنولوجي والإمكانيات الضخمة التي تركزها حكومات ومؤسسات الدول المتقدمة بشكل خاص، تبرز بعدا آخر من أبعاد الصحة ومدى ارتباطها بالتنمية الوطنية الشاملة.

إن المنظومة الصحية بشكل عام تعمل في بيئة ديناميكية، وتملك المنظمات الصحية أهدافا رئيسية متعلقة بالجانب الإنساني والاقتصادي والتنظيمي. ولعل أحد مشكلات المستشفيات والعيادات، بوصفها منظمات صحية، أن ما يحتاج إليه (علاج) المريض من المستشفى هو عادة شيء معقول يختصر في نوعية رعاية جيدة، في حين أن بحوث التسويق أظهرت في السنين الماضية بأن مرضى المستشفيات يرغبون ويتمنون أمنيات متنوعة غير مرتبطة بالحاجة المعقولة التي هي جودة رعاية جيدة، فهم يريدون فضلا عن العلاج إبتسامة الفريق الطبي، وعطف الممرضات وخيارات عريضة في وجباتهم الغذائية وغير ذلك.

إن المجتمعات المتحضرة تعتبر الإدارة من العناصر المهمة المساعدة في قيام المستشفيات بأدوارها، وذلك يحتاج إلى الرؤية المتميزة في خلق التوازن بين استخدام الموارد البشرية والمادية. فالمسؤولية التي تقع على الإدارة كبيرة خاصة إذا كان الأمر يتعلق بتقديم خدمات مميزة من وجهة نظر المستهلك.

لقد أصبحت الجودة من أهم القضايا التي تهتم بها الإدارة العليا للمنظمة مهما كانت نوعية نشاطها وحجمها، فهي تسعى دوما لرفع مستوى أدائها من حيث عمليات تقديم الخدمة حتى تصل إلى درجة التميز، وذلك باستخدام العديد من الأساليب والأدوات التي تمتلكها لتحسين مستوى جودة خدماتها، والتي يقصد من ورائها توفير الخدمات التي تشبع الرغبات الكاملة لزبائننا، سواء الداخليين (العاملين باختلاف مستوياتهم الوظيفية) أو الخارجيين (الزبائن) وذلك عن طريق تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم المعلنة وغير المعلنة.

فإذا كانت فلسفة إدارة الجودة الشاملة تركز على إرضاء الزبون، فضلا على إتقان العمل من البداية إلى النهاية بأقل أخطاء وتكاليف ممكنة، فإن ذلك لن يتأتى لها إلا من خلال تحقق الرضا الوظيفي للعاملين باعتباره عنصرا أساسيا وجوهريا في جودة الخدمات الصحية المقدمة. كما أنه وعلى الرغم من التأخر النسبي في تبني ممارسات تسويقية باعتماد أنشطة إدارية رسمية حتى بداية السبعينيات التي لم يسجل فيها أي حضور لإدارة التسويق في أي منظمة صحية في العالم، إلا أنه مع بداية الثمانينيات أصبحت الإدارة التسويقية في المؤسسات الطبية مهمة وجوهريا من أجل بقاء المؤسسة الطبية أولا وتطوير الخدمات ثانيا. خاصة أن المؤسسات الصحية اليوم تشهد جملة من التغيرات من أبرزها ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية، الاعتماد المتزايد على التقنية الطبية المتطورة والمتغيرة بشكل سريع، إضافة إلى زيادة الضوابط الخارجية التي تمارسها جهات التمويل والترخيص والاعتماد بهدف تخفيض التكلفة وتحسين الجودة. كما تشهد هذه المنظمات تغييرا ملحوظا في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية المتمثل في الرغبة في المشاركة في حيثيات الرعاية الصحية والمطالبة بتحسين جودتها.

وبالرجوع والتأمل في وضعية القطاع الصحي بالجزائر نجد بأنه يتميز باقترابه من وضعية الدول النامية والمتمثلة في الأمراض المتنقلة والأمراض المزمنة كالسرطان والسكري والأمراض التنفسية. ولكن، ومن خلال ما تشير إليه بعض الإحصائيات والمؤشرات التي تنشر من حين لآخر في وسائل الإعلام، يلاحظ بعض التحسن في وضعية القطاع الصحي والديموغرافية بالجزائر مقارنة عما كانت عليه في سنوات ماضية.

1. مشكلة البحث:

تبرز مشكلة هذا البحث من واقع افتراض إمكانية التحكم بالجودة المدركة في المستشفيات وهو أمر يصعب تجسيده، خاصة أن هذا المفهوم هو مفهوم نسبي سواء تعلق الأمر بإدراكه من طرف المرضى أو من طرف العاملين. فإذا تم التسليم بأن المستشفيات تعتبر من القطاعات الخدمية النشطة والحيوية، ويتوجب عليها العمل في ظل التحديات الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية وحتى الإنسانية والقانونية المفروضة عليها، ففي ذات الوقت فإن العرض الطبي يطرح مخرجات عليها مواكبة التطورات الحاصلة في مجال الصحة والعلاج والخدمات الطبية من جهة، ومواجهة زيادة الطلب وتزايد متطلبات المرضى والعاملين من جهة أخرى، في ظل مراقبة الهيآت الدولية وإشراف الهيآت المحلية المتخصصة دون المساس بإنسانية المرضى.

وعليه، سيكون طرح مسألة التحكم في "الجودة المدركة" من خلال "إدارتها" أساس توحيد الرؤى لمعالجة مختلف الإشكالات ومجابهة هذه التحديات. ولذلك، برزت أهمية قياس أبعاد الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين والمرضى. هذا ما استوجب على إدارة المستشفى التنسيق بين تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة والتسويق في المستشفيات، من أجل تتبع ودراسة تلك العناصر الرئيسية التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمة الصحية المدركة ومن ثم على رضا المريض.

وعلى ضوء الطرح السابق، سيحاول هذا البحث الإجابة على السؤال الآتي:

كيف يتم إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية من أجل تحقيق رضا المستفيد منها في المستشفيات الجزائرية؟

وباعتبار الإدارة مفهوم داخلي للمنظمة، والجودة المدركة مفهوم ذو شقين: أحدهما يخص إدراك العاملين والآخر يتعلق بالزبون وهو خارج المنظمة. لذلك، ارتأت الباحثة اللجوء إلى تقسيم مشكلة الدراسة إلى جزأين. يقيم الجزء الأول الجانب الإداري وأثره على الجودة المدركة من طرف العامل ويهتم به العاملين، ويقيم الثاني الجودة المدركة للخدمة الصحية لتحقيق رضا المريض ويهتم به المرضى. وتكون حلقة الوصل بين الجزأين هو الجودة المدركة باعتبار أن العامل الراضي (نتاج عملية إدارية ناجحة) يسلم خدمة ذات جودة. ويمثل ذلك تقريب اتجاهات العاملين واتجاهات المرضى حول الجودة المدركة للخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة.

وللوصول إلى عمق هذا السؤال سيتم طرح عدة تساؤلات فرعية ستكون محل اهتمام الباحثة في هذا العمل منها:

- ما هي أهم المداخل الإدارية المناسبة لإدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية للتأثير على رضا المستفيد؟
- ما هي وضعية المنظومة الصحية في الجزائر؟
- هل تؤثر إدارة الجودة الشاملة على الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين من خلال الرضا الوظيفي في المستشفيات الجزائرية؟
- هل تؤثر الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المريض من خلال القيمة المدركة في المستشفيات الجزائرية؟
- ما مدى وجود فروق بين اتجاهات العاملين نحو إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية المدركة تعزى للمتغيرات الشخصية؟

- ما مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى نحو للقيمة المدركة ورضا المريض وجودة الخدمة الصحية المدركة تعزى للمتغيرات الشخصية؟

2. فرضيات البحث:

من أجل معالجة الأسئلة السابقة تم وضع فرضية كلية للبحث وعدة فرضيات فرعية سيتم اختبار مدى صلاحيتها من عدمه من خلال البحث. ومحتوى الفرضية الكلية هو:

تؤثر إدارة الجودة المدركة وبشكل معنوي على رضا المستفيد في المستشفيات الجزائرية

تم تجزئة هذه الفرضية إلى قسمين أساسيين يتفقان مع شقي مشكلة الدراسة من حيث تقييم العاملين والمرضى. وبالشكل الذي يجعل أن إدارة الجودة الشاملة تحقق رضا العامل، وهذا الأخير سيعمل على تقديم خدمة ذات جودة ومن ثم سيتحقق رضا المريض. وهذه الفرضيات الرئيسية هي كما يلي:

- H_1 : يوجد تأثير معنوي لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة من خلال الرضا الوظيفي للعاملين في المستشفيات محل الدراسة.
 - H_2 : يوجد تأثير معنوي لجودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المريض من خلال القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.
- وسيتم اختبار كل فرضية على أربع مراحل عبر أربع فرضيات فرعية أخرى.

3. منهجية البحث:

تم الاعتماد في هذا البحث على المنهج الكمي الذي يحاول تفسير العلاقات السببية بين متغيرات الدراسة، وعلى الطريقة الاستقرائية التي تنتقل من دراسة عينة من المنظمات الصحية لتعميم نتائجها على جميع المنظمات الصحية في الجزائر. وذلك باستخدام الطريقة العلمية المتمثلة في صياغة أسئلة البحث من خلال إشكالية الدراسة، ومن ثم طرح فرضيات لهذه الأسئلة لاختبار مدى صحتها من عدمه.

وللوقوف على أهمية إدارة الجودة المدركة للخدمات الصحية في تحقيق رضا المريض سيتم سحب عينة من أفراد مجتمع الدراسة، وسيكون الاعتماد في ذلك، على توزيع استبيان على المرضى المقيمين بالمستشفيات محل الدراسة، وتوزيع استبيان آخر على العاملين (أطباء، ممرضين، إداريين، مستخدمين) بالمستشفيات محل الدراسة، ولتحليل وتفسير النتائج المتحصل عليها سيتم استخدام أساليب التحليل الإحصائية المختلفة.

وللوصول إلى هدف البحث سيتم الاعتماد على المراجع المتاحة سواء كانت باللغة العربية أو الانجليزية أو الفرنسية فضلا عن المعلومات المتوفرة من المقالات والمجلات والمواقع عبر شبكة الانترنت.

4. أهداف البحث

أصبح من الضروري إجراء عملية تقييم قصد التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الجزائرية. فقد أصبح موضوع تطبيق إدارة الجودة الشاملة الموضوع الأكثر استحوادا واهتماما في العقد الأخير بالنسبة لمنظمات الأعمال ولا تعتبر المنظمات الصحية استثناء من ذلك. كما أصبح المستفيدون أكثر إدراكا واهتماما بالجودة، وهذا ما جعل القرارات التسويقية الأساسية تركز على جودة منتج الخدمة أكثر من أي شيء آخر.

وضمن هذا السياق، فإن هذا البحث يهدف إلى:

- تشخيص واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الجزائرية، والذي يفيد في معرفة حقيقة تقييم المستفيدين لجودة الخدمات المقدمة لهم.
- تأكيد الطرح الذي يقضي بضرورة البحث عن أساليب ووسائل جديدة تؤدي إلى رفع مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.
- معرفة واقع الأداء في المستشفيات محل الدراسة بالمقارنة مع متطلبات إدارة الجودة الشاملة.
- الكشف عن العلاقة التي تربط إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية برضا المريض.
- الكشف عن العلاقة الموجودة بين الرضا الوظيفي للعمال وجودة الخدمة الصحية المدركة .
- الكشف عن العلاقة الموجودة بين إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي للعمال.
- الكشف عن العلاقة الموجودة بين جودة الخدمة الصحية المدركة والقيمة المدركة ورضا المريض.
- توفير قاعدة معلومات تساعد الإدارة في قياس جودة ما تقدمه من خدمات صحية، وتحديد أهم العوامل التي يوليها المستفيد أهمية نسبية عالية عند تقييمهم لجودة تلك الخدمات.
- التوصل إلى مجموعة من النتائج وتقديم بعض التوصيات من أجل النهوض بهذا القطاع الحيوي والفعال.

5. أهمية البحث

تأتي أهمية هذا البحث من الدور الذي تقوم به إدارة الجودة الشاملة وإدارة التسويق في المنظمات الصحية، لإنجاح عملها وتحقيق أهدافها، وذلك بالتركيز على المستهلك من أجل تحقيق رضاه. وهذا من

خلال تقديم الخدمات في أحسن صورها وضمان جودتها. هذا الخيار الذي أهمل في كامل الدراسات ومن مختلف الجهات المسؤولة فيما يخص هذا الجانب على الرغم من أنه المعنى الأول به. ولذلك ستظهر أهمية هذا البحث من خلال تسليط الضوء على هذا القطاع الحيوي في حياة الفرد، باعتبار أن المنظمات الصحية في بلادنا تعاني من عدم القدرة على تقديم خدمات صحية بالجودة المرضية للمستهلك، وذلك لعوامل عديدة كنقص الموارد وسوء استغلال الموجود منها، وزيادة الطلب على الخدمات الصحية وعدم القدرة على التجاوب معه. بالإضافة إلى ذلك تعاني الخدمة الصحية من انخفاض القدرة المعرفية والفنية والرضا لدى مقدمي الخدمة، والثقافة الاجتماعية والحالة الاقتصادية. هذا من جهة، ومن جهة أخرى التحديات الكبيرة التي تواجهها إدارة المستشفيات كالتغير في البيئة والتغير في التركيبة العمرية للسكان، والتطورات التقنية والتكنولوجية بالإضافة إلى زيادة وتباين توقعات المرضى والجمهور. هذا كله يتطلب قدرات خاصة من قبل مقدمي هذه الخدمات حتى يتسنى له تحقيق الرضا للمستفيد من خلال جودة الخدمات المقدمة. ولكي يتحقق ذلك لا بد أولاً من تحقيق الرضا لدى العاملين في المنظمة والذي يؤدي بدوره إلى زيادة كفاءة استخدامهم للموارد المتاحة، بل والبحث عن خيارات جديدة أقل تكلفة تساهم في زيادة جودة الخدمات المقدمة.

إن أهمية هذا البحث أيضاً يكمن في معرفة النقاط الأساسية التي يبحث عنها المستفيد ويفضل تواجدها في المنظمات الصحية، حتى تتمكن هذه الأخيرة من توفيرها وتقديمها. إضافة إلى مساعدة المنظمات الصحية في كيفية تصميم ووضع برامج تطويرية لتوجيهها للزبائن، وذلك من خلال معرفة درجات الرضا لدى الزبائن والعمل على تنميتها وتطويرها. كذلك توفير قاعدة بيانات تساعد المنظمات الصحية الحصول على المعلومة في أقصر وقت ممكن من أجل تصحيح الأخطاء والتجاوزات واتخاذ القرارات المناسبة. فهذه المعلومات تعتبر مدخلاً لتطوير وتحسين جودة ما تقدمه من خدمات.

6. مبررات البحث

إن مرد الخوض في هذا الموضوع الاهتمام المتزايد بموضوع الجودة من طرف المنظمات الصناعية والخدمية على حد سواء، والتي زاد الاهتمام بها خلال العقدين الماضيين على المستوى العام والخاص، وأخذت ممارستها تزداد بشكل تلقائي، وأصبح هناك نموذج للجودة تستطيع من خلالها المنظمات من تحسين أدائها وفعاليتها التنظيمية من خلال استثمار جهود العاملين في المنظمة، ومحاولته التطوير المستمر لجميع العمليات والمهام وتركيزه على رضا الزبون وحاجاته وتوقعاته.

وباعتبار الصحة هي أعلى سلعة يمتلكها الإنسان، كان لا بد الاهتمام بجودة الخدمات الصحية التي يتلقاها. وما لفت نظر الباحثة لتحليل ومعالجة هذا الموضوع الوضعية غير السليمة لبعض

المستشفيات الصحية الجزائرية، كغياب الاهتمام بهذه المواضيع. ويرجع السبب في ذلك إلى حداثة التسويق الصحي وإدارة الجودة بالنسبة للقطاع الصحي الجزائري، فضلا عن قلة وندرة الدراسات التي عالجت حالة القطاعات الصحية في الجزائر مقارنة بالدول العربية. كل ذلك سائد في ظل حركية واسعة النطاق شهدتها هذا القطاع على كل الأصعدة الطبية منها والتكنولوجية وحتى التنافسية، بالإضافة إلى تصاعد أصوات الهيئات الاجتماعية الدولية منها والمحلية المطالبة برفع الغبن على المواطن وحقه في الحد الأدنى من شروط السلامة الصحية. وإن كانت الحكومة الجزائرية أدرجت جملة من الإصلاحات مثل إصدار قوانين وتشريعات، فهي جاءت قصد تكييف المنظومة الصحية مع التوجه نحو اقتصاد السوق، واستجابة لمطالب السلك الطبي عبر عدة إضرابات وطنية.

وتجدر الإشارة أيضا إلى ميول الباحثة لمتابعة تطور هذا القطاع، وتأتي هذه الدراسة كامتداد لموضوع مذكرة الماجستير الذي توصلت فيه الباحثة لإيجاد علاقة بين عناصر المزيج التسويقي الصحي ورضا المريض، بالإضافة إلى تحديد الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي الصحي المؤثرة على رضا المريض المقيم بمستشفى بانتة الجامعي، وذلك باختلاف العوامل الديموغرافية ومدة الإقامة في المستشفى. كما تسعى الباحثة أن يكون هذا البحث محاولة لربط البحوث الجامعية بمتطلبات التنمية، وهو الأمر الذي يعد مطلبا للكثير من الجهات.

7. حدود البحث:

إن حدود البحث تدرجت من الكل إلى الجزء، بحسب طبيعة الدراسة ومشكلتها والهدف المراد الوصول إليه. فمن أجل التعرف على واقع المنظومة الصحية في الجزائر، إستهدفت الدراسة كل القطاع الصحي على المستوى الوطني مع استعمال المؤشرات ذات العلاقة بالتوصيف والتقييم. وإمتدت فترة الدراسة لأجل ذلك من 2008 إلى 2012، وهي الفترة التي توفرت فيها أغلب المعطيات وكانت كافية لتحديد وتيرة التطور في أغلب المؤشرات المعتمدة. ومن أجل الإجابة على السؤال الرئيسي للدراسة استهدفت الدراسة مجتمع جزئي من المجتمع الكلي المحدد بمجموع المستشفيات العمومية في الجزائر. هذا الجزء هو مجتمع الدراسة الذي يمكن التعرف عليه، وهو مجموع المستشفيات في ولاية بانتة. بهدف الخروج بنتائج على المستوى الجزئي وتعميمها على الكل. وتعذر على الباحثة سحب العينة من المجتمع الكلي لعدة اعتبارات يتم إيجازها فيما يلي:

- كبر حجم المجتمع من المستشفيات العمومية في الجزائر؛
- اتساع المجال الجغرافي لتموقع هذه المستشفيات؛
- المسح الشامل مكلف ويحتاج إلى كثير من الوقت؛

- صعوبة الولوج إلى هذه المستشفيات إلا باستعمال علاقات خاصة.

وبعد رصد عدة دراسات سابقة في مستشفيات مختلفة من ولايات الوطن، تم التوصل إلى نتيجة مهمة مفادها شمولية القوانين المركزية المطبقة في القطاع الصحي الجزائري، وعدم وجود خصوصية لمنطقة على أخرى، عدا بعض الخصوصيات مثل الكثافة السكانية وهو أمر يمكن تداركه بالاختلافات الموجودة بين دوائر ولاية باتنة. وشمل مجتمع ولاية باتنة على اثني عشر (12) مستشفى. مع العلم أنه تم التركيز على المؤسسات العمومية الاستشفائية دون المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لأن الأولى للاستشفاء والثانية للعلاج والاستشارة والوقاية.

وعليه، اعتمدت المستشفيات الموجودة في ولاية باتنة بوصفها مجتمع الدراسة الذي يمكن التعرف عليه، والذي يمكن إعتباره كافيا لتمثيل المجتمع الكلي من منطلق تجانس وتشابه طبيعة عمل المستشفيات من نفس الفئة وبموجب خضوعها لنفس النظام المركزي ونفس الإطار التشريعي. وقد تم إنشاء الخريطة الصحية لولاية باتنة بموجب المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007م المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية. وذلك في إطار سياسة إصلاح المستشفيات التي انتهجتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي تهدف إلى تقريب العلاج من المواطن. وقد تزودت ولاية باتنة بالعديد من الهياكل والبنى التحتية انطلاقا من سنة 2005 إلى غاية سنة 2011، مما سمح لها بتعويض جزء كبير من النقص الذي كانت تعانيه في الفترات السابقة، كما أن الكثافة سكانية للولاية مرتفعة تفوق المليون نسمة، والتي يتركز أغلبها في المناطق الحضرية بنسبة تفوق 69%، بينما عدد سكان الأرياف منخفض ويقدر بحوالي 13%.

8- هيكل البحث:

ومن أجل الإلمام بمشكلة البحث وتجسيد اختبار الفروض، تم تقسيم البحث إلى جزئين جزء نظري وجزء تطبيقي وكل جزء يشمل فصلين، إلى جانب المقدمة العامة والخاتمة العامة.

الجزء النظري: سيتناول فصلين كما يلي:

سيركز الفصل الأول على إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية، وأهم المداخل الإدارية لتحسينها من خلال البدء بفهم إشكالية الجودة المدركة للخدمات ومختلف نماذج قياسها. ثم التركيز على أول مدخل لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية وهو مدخل إدارة الجودة الشاملة في المبحث الثاني. أما المبحث الثاني سيتناول المدخل الثاني لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية وهو مدخل إدارة التسويق.

أما الفصل الثاني سيهتم بتوضيح سلوك المستهلك جوهر العملية التسويقية والسعي لتحقيق رضاه من خلال دراسة سلوك المستهلك ومعرفة أهم العوامل المؤثرة فيه. ثم يتم الانتقال لدراسة أساسيات الرضا بالنسبة للزبون الداخلي والخارجي من أجل تحديد العلاقة بينهما. أما المبحث الثالث فيركز على واحدة من محددات الرضا وهي القيمة المدركة التي تسبق الرضا، وذلك بالتعرف على أهم نماذجها ثم تحليل علاقتها بالجودة والرضا من خلال عناصر المثلث "جودة- قيمة- رضا".

الجزء التطبيقي: ويعتبر محاولة لتكييف الجانب النظري على الواقع العملي لتقديم الخدمات الصحية والوقوف على مستوى جودتها في المستشفيات محل الدراسة، وذلك من خلال فصلين كما يلي:

يتناول الفصل الثالث عرضا عاما للمنظومة الصحية الجزائرية، بداية بالتطور التاريخي لها وصولا للمنظومة الصحية الجزائرية الحديثة، وأهم مؤشرات العلاج فيها. وسيتناول المبحث الثاني تمويل وتقييم أداء المنظومة الصحية في الجزائر، وصولا إلى إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر من خلال المبحث الثالث.

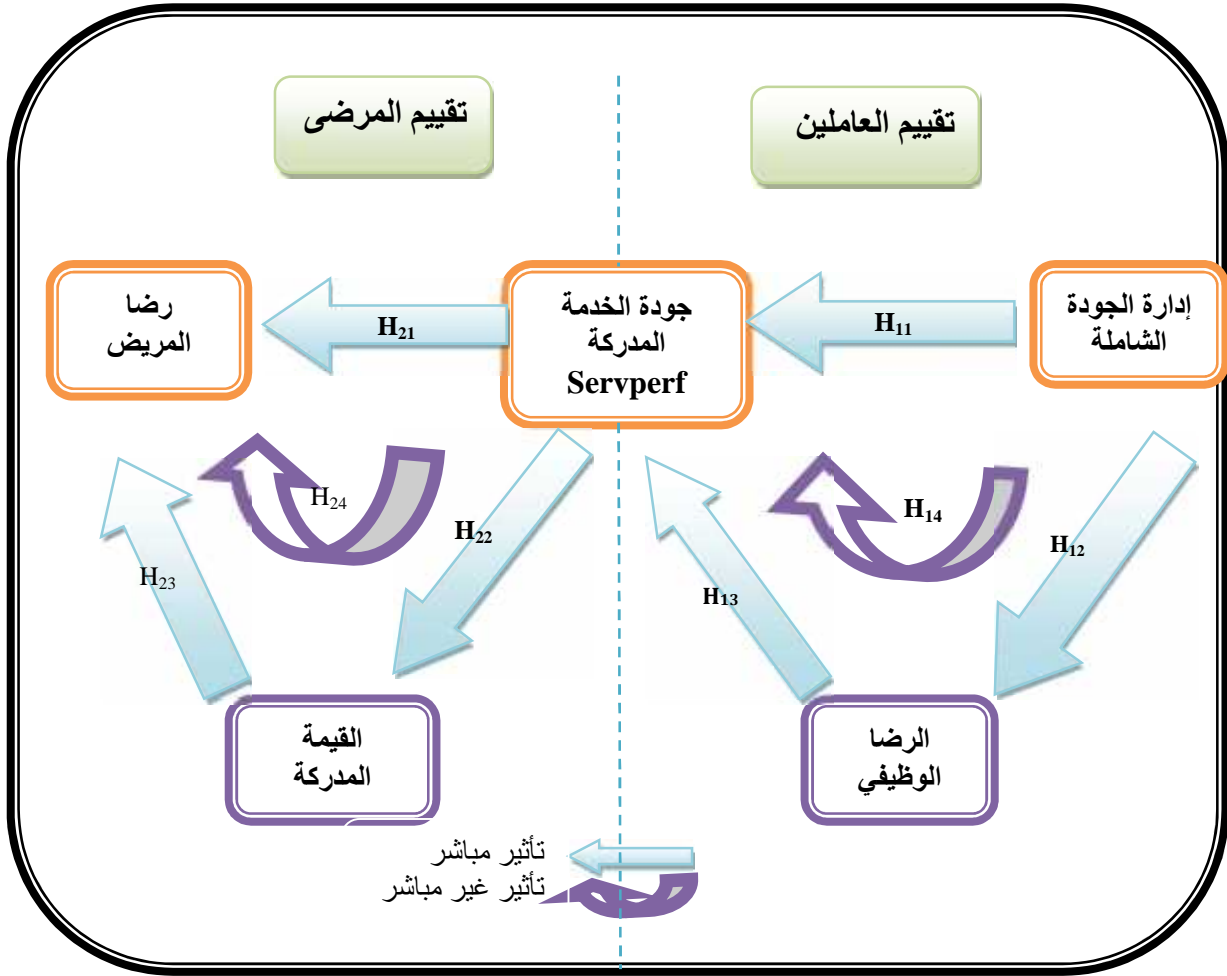
أما الفصل الرابع فيتناول الدراسة الميدانية في المستشفيات محل الدراسة، حيث اهتم المبحث الأول بتوضيح الإطار المنهجي للدراسة وأساليب التحليل الإحصائي المستخدمة. ويتناول المبحث الثاني الدراسة الميدانية الخاصة بالعاملين في المستشفيات محل الدراسة، وسيتم توضيح أداة الدراسة والنموذج الجزئي الأول للدراسة، ثم تقييم متغيرات الدراسة في المستشفيات محل الدراسة الخاصة بعينة العاملين ثم الحصول على نتائج اختبار فرضيات الدراسة. ونفس الخطوات بالنسبة لعينة المرضى في المبحث الثالث. أما المبحث الرابع فسيتم من خلاله مناقشة وتحليل نتائج الفرضيات وأسئلة الدراسة ككل.

وفي الخاتمة سيتم عرض أهم النتائج المتوصل إليها من مشاكل ونقائص ومن ثم تقديم مجموعة من الاقتراحات الممكنة من أجل النهوض بهذا القطاع الحيوي.

9- النموذج الكلي للبحث

تقترح الباحثة النموذج أدناه كنموذج كلي للبحث، وباعتبار أن مشكلة الدراسة ذات شقين سيتم تجزئة هذا النموذج في الفصل الرابع من البحث إلى نموذجين جزئيين تبعا للفرضيات المعتمدة. وقد تم الاستعانة في بناء هذا النموذج على عدة دراسات يتم توضيحها في متن البحث.

الشكل رقم 01: نموذج الدراسة



المصدر: من إعداد الطالبة

11. الدراسات السابقة

توجد العديد من الدراسات التي تناولت متغيرات هذا البحث، وتجدر الإشارة إلى وجود دراسات أخرى عربية وأجنبية لم تذكر هنا تفادياً للتكرار، وقد تم الاستدلال بها في هذا البحث عند تفسير نتائج إختبار الفرضيات.

- دراسة (معاني بله حمد، 2004)، بعنوان: أثر تطبيق مفهوم الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي دراسة حالة مصنع البزيانوس للمياه الغازية، تبحث هذه الدراسة في إدارة الجودة الشاملة وأثرها على الرضا الوظيفي بالتركيز على مصنع البزيانوس للمياه الغازية. اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي في دراسة الحالة موضع البحث باختيار عينة عشوائية طبقية وقد بلغ حجم العينة 60 فرداً من إدارة عليا وموظفين وعمال.

توصلت الدراسة إلى ضرورة اقتناع وموافقة الإدارة العليا بأهمية إدارية الجودة الشاملة كما تتطلب هذه الإدارة إشراك كل من الإدارة العليا والموظفين في بذل جهود فعالة من أجل ترقية الأداء. أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة تطبيقاً شاملاً يؤدي إلى الرضا الوظيفي للعاملين. أيضاً هنالك تطور واضح في العملية الإنتاجية بالمصنع حيث أن هنالك تكنولوجيا مستخدمة في عملية الإنتاج وذلك ناتج من الجهد المبذول من قبل الإدارة لتطوير وترقية الأداء بالإضافة إلى أن هنالك اهتمام كبير من جانب الإدارة بالناحية الإعلانية لتسويق منتجاتها .

أسفرت نتائج الدراسة أن زيادة الحوافز تساعد في زيادة الكمية المنتجة، كما أظهرت الدراسة عدم اهتمام إدارة المصنع بتدريب العاملين بالرغم من أن هذا التدريب جزء من متطلبات إدارة الجودة الشاملة ويساعد الموظفين في إتقان عملهم والتميز فيه.¹

- دراسة (أبو عياد ودرأويش، 2015) بعنوان "الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية". وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية من وجهة نظر الموظفين والموظفات. وقد كان مستوى الرضا الوظيفي في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية بشكل عام عالي على جميع محاور الدراسة، وأن هناك علاقة طردية بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية حيث أنه كلما كان هناك رضا عن العمل ينعكس بشكل إيجابي على جودة الخدمة الصحية.²

- دراسة (هيفاء بنت فؤاد مختار، 2003)، والتي جاءت تحت عنوان " دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة"، تتركز مشكلة الدراسة في التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً بمستشفى الملك فهد العام من جهة، ومن جهة أخرى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً وجودة الخدمة الطبية المتوقعة.³

وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق جوهرية بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً وجودة الخدمة الطبية المتوقعة في كافة المتغيرات ما عدا متغير المعلومات

¹ - معاني بله حمد، اثر تطبيق مفهوم الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي دراسة حالة مصنع البزيانوس للمياه الغازية، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية الدراسات العليا، 2004.

² - رائد أحمد أبو عيد وعبد القادر درأويش، فضل عيدة، الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية، جامعة القدس المفتوحة، الخليل، 2015.

³ - هيفاء بنت فؤاد مختار، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية : دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة، بحث مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الملك عبدالعزيز، 2003 .

والإتصالات وتقنياتها، وعدم وجود فروق جوهرية بين كل من إتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة المقدمة فعلياً في كافة المتغيرات ماعدا متغير المعلومات والإتصالات وتقنياتها و متغير المبنى وتجهيزاته والتسهيلات، عدم وجود اختلاف في إتجاهات رؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً باختلاف خصائصهم الديموغرافية.

- دراسة (صلاح الهيتي، 2007) حول "جودة الخدمة في القطاع العام باستخدام مدخل (SERVPERF) دراسة ميدانية في المستشفيات العامة (جنوب الأردن)"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى استخدام مقياس للأداء الفعلي في قياس إتجاهات المرضى والعاملين نحو جودة خدمات المستشفيات العاملة في جنوب الأردن، بالإضافة إلى معرفة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأبعاد الجودة - الأداء الفعلي المدرك - على مقياس الدراسة.

أظهرت نتائج الدراسة بأن مستوى إجابات المرضى كانت أعلى بالمقارنة مع مستوى إجابات العاملين، وعلى أبعاد الدراسة كافة، وكانت المعاملات الإحصائية لأبعاد الجودة الستة لمقياس SERVPERF وبخاصة المتوسط الحسابي تميل لصالح المرضى على مقياس الدراسة، وكذلك أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه مختلفة القوة بين أبعاد الجودة، وكانت لصالح المرضى، ووجدت فروق تعزى لمتغير الانتماء الوظيفي والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية. وقدمت الدراسة عددا من التوصيات من بينها ضرورة قيام إدارات المستشفيات العامة بتبني برامج محددة لتطوير جودة الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية.⁴

- دراسة (Talluru, 2003) تحت عنوان "Patient Satisfaction:A comparative stad"⁵، توصلت الدراسة إلى أن المريض يتوقع من خلال أقامته في المستشفى ثلاثة أمور أساسية في الخدمة المقدمة له، وهي العلاج والراحة والرعاية، وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل التالية تؤثر على رضا المريض عن الخدمات الصحية المقدمة له في المستشفيات، وهي:

- سرعة الاستجابة وتعني تقديم الخدمة الصحية في أسرع وقت عند حاجة المريض إليها؛
- الموثوقية وتعني قدرة المستشفى على تقديم خدماتها بإتقان ودقة؛
- سلوك العاملين بالمستشفى وتعني امتلاك الكوادر العاملة في المستشفى لللباقة والتعامل اللائق والاحترام للمريض؛
- المظهر المادي للمستشفى من حيث المعدات والأجهزة؛

⁴ - صلاح الهيتي، جودة الخدمة في القطاع العام باستخدام مدخل (SERVPERF) دراسة ميدانية في المستشفيات العامة (جنوب الأردن)، مجلة الباحث الجامعي، جامعة الحديدة، (2007)، ص ص.351-352.

⁵ - S.Talluru, G. Prasad, Patient Satisfaction: A comparative study, *Journal of the Academy of Hospital Administration*, (2003).

- الإهتمام ويعني أن يبدي العاملون التعاطف والتفهم للمرضى كل على حدة.

دراسة (Fottler et al, 2006) بعنوان "comparing hospital staff and Patient perceptions of customer service : a pilot study utilizing survey and Focus group data" ينطلق هدف هذه الدراسة من أن قياس رضا المرضى هو أمر حاسم لدعم خدمة المستهلك والميزة التنافسية في صناعة العناية الصحية حيث توجد مداخل متعددة لذلك القياس. أجريت هذه الدراسة في عدة مستشفيات أمريكية تركزت على مقارنة ومقابلة ادراكات المرضى والعاملين لخدمة المستهلك (المريض) باستخدام كل من بيانات المسح وجماعة التركيز Focus group. تشير نتائجها بأن هناك درجة عالية من الارتباط بين ادراكات المرضى والعاملين لخدمة المستهلك وأن العاملين ومجموعات فرعية من المرضى زودوا معلومات مكملة تتعلق بإدراكات المرضى لخبرة الخدمة المقدمة، وكانت لإدراكات العاملين لخصائص الخدمة آثار سلبية مما لدى المرضى. كذلك فإن نتائج جماعة التركيز وفرت معلومات مكملة لنتائج المسح فيما يتعلق بتفاصيل أكبر ومعلومات ملائمة أكثر للأغراض الإدارية. تقترح الدراسة بتنوع مصادر البيانات وعدم الاقتصار على مسح المستهلك، وأن العاملين ومجموعات فرعية من المرضى زودوا معلومات مكملة تتعلق بإدراكات المرضى لخبرة الخدمة المقدمة. وتقترح الدراسة بأن تنوع مصادر البيانات وعدم الاقتصار على مسح المرضى يدعم استخدام معلومات خدمة المستهلك (المريض)، وأن إجراء دراسة أخرى لإثبات هذه النتائج من شأنه توفير أماكنه الجمع بين الصحة، والمعولية، وكفاءة الكلفة لمعلومات خدمة المستهلك.⁶

ما يميز هذه الدراسة عن غيرها

لأجل تبيان أهم ما يميز هذه الدراسة من حيث المحتوى والربط بين المتغيرات، والمنهج والأدوات المستخدمة عن الدراسات السابقة يمكن إبراز ما يلي:

لوحظ وجود العديد من الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة بشكل منفرد من خلال الدراسة والتحليل على عينة واحدة، وذلك بغية معرفة اتجاهات المستجوبين سواء كانوا زبائن داخليين أو خارجيين مثل: جودة الخدمة، إدارة الجودة الشاملة، الرضا الوظيفي، رضا الزبون. غير أن الباحثة ركزت على الدراسات التي تربط على الأقل بين متغيرين، وقد وجدت العديد من الدراسات. وقد تم اختيار الدراسات على أساسين: الأول مدى ارتباطها بموضوع الدراسة، والثاني أن تكون في نفس المجال (الخدمات الصحية). غير أن الدراسات التي تتناول ثلاث متغيرات من الدراسة (من أجل تحديد التأثيرات

⁶ - Fottler, Myron D & et al, "comparing hospital staff and Patient perceptions of customer service: a pilot study utilizing survey and Focus group data", **health service management research**, Vol.19. No.1, (2006), pp.52-66.

المباشرة وغير المباشرة بين المتغيرات) فهي قليلة جدا، وان وجدت فهي تدرس عينة واحدة من اجل ربط متغيرها.

وعليه، وبناء على ما سبق تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، فيما يلي:

- معظم الدراسات السابقة قد تكون في بيئة يتوفر فيها تطبيق المفاهيم والمقاييس الحديثة للجودة، في حين أن مجتمع الدراسة لا يتوفر على ذلك، مما يعني انه تم إسقاط المفاهيم النظرية على الواقع العملي من أجل معرفة واقع جودة الأداء في المستشفيات مع متطلبات إدارة الجودة، والبحث عن كيفية الوصول لرضا المستفيد.
- جمعت هذه الدراسة بين ثلاث متغيرات في كل شق من الدراسة كما يلي:
الشق الأول: شمل إدارة الجودة الشاملة، الرضا الوظيفي، جودة الخدمة المدركة من طرف العامل. وقد تم بناء نموذج جزئي أول لتوضيح التأثيرات المباشرة وغير المباشرة.
الشق الثاني: شمل جودة الخدمة المدركة من طرف المرضى، القيمة المدركة، رضا المريض.
وقد تم بناء نموذج جزئي ثاني لتوضيح التأثيرات المباشرة وغير المباشرة.
- هذه أول دراسة، حسب علم الباحثة، استطاعت الربط بين إدارة الجودة (التي تهتم بها إدارة المنظمة) ورضا المستفيد (خارج المنظمة)، وذلك بالاعتماد على مدخل إدارة الشاملة ومدخل إدارة التسويق في مجال الخدمات الصحية.
- من أجل حل مشكلة البحث إستلزم الأمر دراسة عينتين (العاملين والمرضى) ومحاولة إيجاد علاقة تربط بينهما. ولا يتم ذلك بواسطة عينة واحدة كما جاء في بعض الدراسات التي ربطت إدارة الجودة الشاملة برضا العميل من وجهة نظر العاملين فقط، كدراسة (الصفار وماجدة، 2008).
- استطاعت هذه الدراسة معرفة التأثيرات المباشرة بين متغيرات الدراسة في كل جزء من الدراسة قبل تشكيل النموذج الجزئي، والتأثيرات المباشرة وغير المباشرة بعد تشكيل النموذج.

الجزء النظري

الإطار النظري لإدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية ودراسة سلوك المستهلك

تم تقسيمه إلى:

الفصل الأول: إدارة الجودة المدركة للخدمة
الصحية وأهم المداخل الإدارية لتحسينها
الفصل الثاني: فهم سلوك المستهلك والسعي
لتحقيق لرضاه

المقدمة:

برزت إدارة الجودة خلال السنوات الماضية خاصة في مجال التصنيع وفي القطاع الخاص. وبدأ تأثيرها يتزايد في منظمات الخدمات وذلك بجذب المستهلكين والاحتفاظ بهم من خلال برامج مصممة لجعل رضا المستفيد أهم الاتجاهات التسويقية انتشارا. وإذا كانت جذور هذا الاتجاه تعود إلى مفهوم خدمة المستهلك الذي تبلور خلال القرن التاسع عشر، فقد ظهرت منظمات في القطاع العام تبنت مبادئ إدارة واستخدام الجودة بضمها منظور التوجه نحو خدمة المستهلك، واستخدام رقابة الجودة والسعي لضمان المساواة.

وبما أن الجودة المدركة هي مسألة نسبية تبعا لما يدركه الفرد سواء كان عاملا منتجا للخدمة أو مستفيدا من الخدمة. وعليه، يصعب تحديد المداخل الإدارية الموجهة إلى إدارة الجودة المدركة والتي تهدف إلى إرضاء مقدم الخدمة أولا، ثم إرضاء المستفيدين من الخدمات ثانيا. فما هي المداخل الإدارية الأكثر صلاحية لتحقيق الهدفين معا؟

وهذا ما سيتم تغطيته في هذا الجزء من خلال تسليط الضوء على إشكالية الجودة المدركة للخدمات، والتركيز على أهم المداخل الإدارية لتحسينها من خلال الفصل الأول، أما الفصل الثاني فسيركز على فهم سلوك المستهلك من أجل تحقيق رضاه.

الفصل الأول

إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية وأهم المداخل الإدارية لتحسينها

تم تقسيمه إلى:

البحث الأول: إشكالية الجودة المدركة للخدمات
ومختلف نماذج قياسها

المبحث الثاني: مدخل إدارة الجودة الشاملة
لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية

المبحث الثالث: مدخل إدارة التسويق لتحسين
الجودة المدركة للخدمة الصحية

تواجه المنظمات، باختلاف إنتمائها إلى القطاعين العام والخاص، موجة من التحديات والتغيرات على المستويين المحلي والعالمي. وعلى غرار ذلك عرف سلوك المستهلك تغيرا واضحا، حيث أصبح أكثر وعيا في استهلاكه وفي القدرة على انتقاء الخدمة الأفضل بعد اعتماده للجودة كمعيار لاختيار المنتج أو الخدمة. كما أن التحول الذي تشهده المنظمات من تزايد الاهتمام بمتطلبات الزبون من حيث الوفرة في جميع المناطق الجغرافية وعلى كل المستويات الاجتماعية. وقد إمتد ذلك إلى الخدمات العامة. أن هذا النوع من الخدمات تتكفل به الدولة وقد عرف أيضا تطورا واضحا، فبعد أن أصبحت اغلب الخدمات التي تقدمها أجهزة الدولة المختلفة متوفرة للمستهلك، انتقل الاهتمام إلى مستوى جودة أداء تلك الخدمات، حيث أصبح المستهلك يتطلع إلى خدمات أرفع في المستوى والجودة.

إن مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها أمر في غاية الأهمية، فعلى الرغم من أنه لا توجد وصفة إدارية محددة تمكن المنظمات في القطاعين العام والخاص من مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها، إلا أنه يمكن أخذ عدة مداخل إدارية تساعد على مواجهة هذه التحديات، ومن ثم تحسين الجودة المدركة للخدمة بالنسبة للمستهلك. ومن بين المداخل ذات التأثير القوي يمكن التركيز على مدخل إدارة الجودة الشاملة، ومدخل إدارة التسويق لتحسين مستوى جودة الخدمة المدركة.

والمنظمات الصحية، بوصفها تقدم خدمات عامة، ذات طابع إنساني شمولي يمس جميع فئات المجتمع، تعتبر من أكثر المنظمات حاجة إلى تطبيق هذه المداخل الإدارية. فهي الأكثر حساسية للجودة سيما أن عدم الإلتزام بتقديم خدمة ذات جودة في المؤسسات الصحية العمومية في البلدان النامية وعدم تلبية الطلبات المتزايدة عليها بسبب نقص الإمكانيات والخبرة من جهة، وهجرة الكفاءات البشرية والافتقار لمسيرين أكفاء من جهة أخرى أصبحت السمات المميزة لهذه المنظمات.

في هذا الإطار جاء هذا الفصل ليستعرض الطرح السابق من خلال ثلاث مباحث، يعتبر المبحث الأول مؤشر انطلاقة للخوض في إشكالية جودة الخدمات من خلال التعرض للجودة المدركة للخدمة، وأهم نماذج قياسها. وسوف يهتم المبحث الثاني بمدخل إدارة الجودة الشاملة لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال عرض مختلف آليات تطبيقها. في حين سيهتم المبحث الثالث بالمدخل التسويقي كوسيلة لإرضاء المستهلك من خلال تحسين الجودة المدركة للخدمة.

المبحث الأول: إشكالية الجودة المدركة للخدمات ومختلف نماذج قياسها

تأخذ جودة الخدمات حيزاً مهماً في تصميم الخدمات وتقديمها، فهي ذات أهمية كبيرة بالنسبة لكل من مقدم الخدمة ومستهلكها. وقد حث الباحثون على تحديد أبعاد تميز جودة الخدمات عن جودة السلع المادية، مما صعب مهمة إيجاد مقياس موحد لتحديد مفهوم الجودة المدركة للخدمة وأصبحت مفهوم نسبي. ونتج عن ذلك اختلاف مقاييس الجودة المدركة للخدمة.

وفي المجال الصحي، أخذت الجودة منحى أكثر جدية نظراً لتعلقها بصحة الإنسان، وتتكامل الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العامل ومن المستفيد في تصميم الخدمة وتقديمها.

المطلب الأول: عموميات حول الجودة في الخدمات

من أجل تحديد مفهوم للجودة المدركة للخدمة وتبنيه في هذا البحث، ينبغي التعرف على مفهوم الجودة وتطورها التاريخي، لإدراك تميز المفهومين، ومن ثم التعرف على أهميتها وتحديد أبعادها.

1. ماهية الجودة

لقد تعددت وتباينت التعاريف الخاصة بالجودة، مما صعب إيجاد تعريف شامل لها، بسبب تعدد جوانبها. وعليه، تم تصنيفها إلى عدة اتجاهات، هي:

الاتجاه الأول: مفهوم الجودة من وجهة نظر المنتج: ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى الجودة من منطلق جودة التصميم، وجودة الأداء، وجودة الإنتاج (جودة المطابقة). فالجودة هي مدى مطابقة الخدمة أو المنتج للمواصفات المحددة له، مما يدل على أنه يمكن تحديد مواقع الخطأ بسهولة وإصلاحه أو تفاديه قبل تقديمه للزبون. ويمكن أن يندرج ضمن هذا الاتجاه عدة تعاريف منها:

يعرف كروسبي (Crosby) الجودة "بأنها المطابقة مع المتطلبات"¹. يشير هذا التعريف إلى أن الجودة تنشأ من خلال الأنشطة الوقائية وليس من الأنشطة التصحيحية، بمعنى الاهتمام بالوقاية من الأخطاء قبل وقوعها. ويعتبر كروسبي أن درجة تحقيق الجودة يمكن قياسها من خلال تكاليف عدم المطابقة، فكلما انخفضت هذه التكاليف كلما كانت درجة الجودة عالية والعكس صحيح. يلاحظ على تعريف كروسبي أنه

¹ - P.B.Crosby, **quality is Free: The Art of Making Quality Certain** (New York: McGraw-Hill Book Company, 1979), P.12.

ركز على المتطلبات الواجب توفرها في المنتج. وعليه، فإن مستوى الجودة يقاس بدرجة تحقيق تلك المتطلبات وبذلك فهو يركز بشكل أساسي على عملية التصميم.

أما بالنسبة لفيجنباوم (Feigenbaum) فيرى أن الجودة هي "المجموع الكلي لخصائص المنتج التي تلبي حاجات المستهلك".¹ ويلاحظ على هذا التعريف تركيزه على الخصائص الإجمالية للمنتج، فضلا عن التركيز على مجموع النشاطات الأخرى داخل المنظمة.

كما عرفت كل من الجمعية الأمريكية لمراقبة الجودة (A.S.Q.C) والمنظمة الأوروبية لمراقبة الجودة (E.O.Q.C) الجودة بأنها "المجموع الكلي للخصائص والمزايا التي تؤثر في قدرة المنتج على تلبية الاحتياجات المتوخاة منها".² وقد اهتم هذا التعريف بالخصائص والمزايا التي تجعل السلعة أو الخدمة قادرة على إشباع الحاجات المتوخاة منها. وعليه، فإن الجودة مرتبطة بمدى توفر هذه الخصائص والمزايا ومدى موضوعيتها وامكانية قياسها وهي بعيدة عن الحكم الشخصي أو الذاتي. ومن ثم، فإن هذا التعريف عملي ويمكن من خلاله تحديد الجودة وقياسها ميدانيا.

أما المنظمة الدولية للتقييس (ISO) فتعرف الجودة "بأنها الدرجة التي تشبع فيها الحاجات والتوقعات الظاهرية والضمنية من خلال جملة من الخصائص الرئيسية المحددة سابقا".³ ركز هذا التعريف على حاجات وتوقعات الزائن التي يجب إشباعها من خلال مجموعة من الخصائص التي يجب تحديدها مسبقا، والتي يجب تضمينها في السلعة أو الخدمة، أي أن الجودة هي مدى المطابقة مع الخصائص.

الاتجاه الثاني: مفهوم الجودة من وجهة نظر الزبون: يعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن الجودة هي مدى ملاءمة المنتج أو الخدمة للغرض الذي أنتجت من أجله محققة بذلك قيمة له (تحقيق الغرض منه بالسعر الذي يرغب في دفعه)، حيث تتداخل الجودة والقيمة بشكل وثيق جداً في ذهن المستهلك باعتباره الحكم النهائي على قيمة أي عملية تبادل، فالجودة والقيمة في ما يراهما ويحددهما العميل الذي يقوم بعملية التقييم على أساس المقارنة مع جودة الخدمات التي يقدمها الآخرون وقيمتها.⁴

ويمكن أن يندرج ضمن هذا الاتجاه عدة تعاريف منها :

¹ – A.V.Feigenbaum, **Total Quality Control**, 3rd ed. (New York: McGraw-Hill Book Company, 1991), P.5.

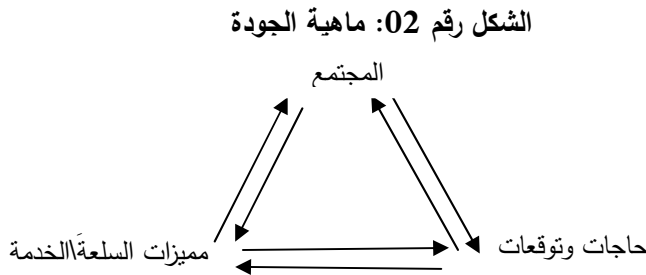
² – J. B. Dilworth, **Operations Management**, 2nd ed. (New York: McGraw-Hill Book Company, 1996), P.609.

³ – ISO,ISO 9000:2000, Quality Management Systems: Fundamental and Vocabulary , p.7.

⁴ – بشير العلق، المؤتمر العربي الثاني في الإدارة، "قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية"، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، (2001)، ص.182.

- يعرف جوران (Juran) الجودة "بأنها الملاءمة للإستخدام أي مدى ملاءمة المنتج للإستخدام أو الإستعمال من طرف الزبون".¹ يلاحظ أن هذا التعريف ركز على مدى ملاءمة المنتج للإستخدام من طرف الزبون، فكلما كان المنتج ملائماً للإستخدام بالنسبة للزبون كلما كان ذو جودة عالية.
- ويعرف كل من كوهن وبرانند (Cohen&Brand) الجودة "بأنها الدرجة التي يثمن فيها الزبون المنتج أو الخدمة، والتي يتناسب فيها المنتج مع إستخداماته".² قد ذهب هذا التعريف في نفس الاتجاه من حيث اهتمامه بالزبون وحكمه. ولذلك، فإن تحديد الجودة وتحقيقها يتطلب دراسة قيم وتوقعات الزبون.
- أما ديمينغ (Deming) فقد عرف الجودة "بأنها التوافق مع احتياجات المستهلك ومتطلباته مهما كانت، وبأنها تعني أيضاً التحسين المستمر في جميع النشاطات والتخفيض المستمر للخسائر والتكاليف".³ وقد أضاف الباحث هنا مسألة التحسين المستمر في العمليات مما يؤدي إلى تقليل التكاليف محققاً بذلك قيمة للزبون. فمن الضروري قياس تفضيلات المستهلكين بشكل دائم، حيث يمثل كل واحد من هذه التفضيلات عاملاً متغيراً يمكن قياسه واستخدامه بشكل مستمر من أجل تحسين عملية اتخاذ القرار.

الاتجاه الثالث: مفهوم الجودة من المنظور الاجتماعي: يمكن اعتبار هذا الاتجاه الأكثر شمولية، إذ ارتقى إلى المنظور الاجتماعي على المستوى الكلي من خلال تعريف المهندس الياباني توتشي (Taguchi) الذي أعطى تعريفاً مغايراً مفاده أن "الجودة تعبر عن مقدار الخسارة التي يمكن تفاديها، والتي يسببها المنتج للمجتمع بعد تسليمه، وتتضمن هذه الخسارة الفشل في تلبية توقعات الزبون، والتأثيرات الجانبية على المجتمع كالتلوث والضجيج وغيرها".⁴ إن الجودة حسب هذا التعريف لا تمس المستهلك فقط بل المجتمع بأسره، فالجودة هنا هي إشباع حاجات الزبون، وتقليل الآثار الجانبية التي يحدثها المنتج على المجتمع. ويمكن توضيح مدلول الجودة من هذا الجانب في الشكل التالي:



المصدر: لعلى بوكميش، إدارة الجودة الشاملة أيزو 9000 (عمان: دار الراجحة للنشر، 2010)، ص. 24.

¹ - J. M. Juran, **Juran on Quality by design** (New York: The Free Press, 1992), PP. 5-12.

² - S. Cohen and R. Brand, **Total Quality Management in Government: A pratical Guide for The Real World** (san Francisco: Jossey-Bass Publisher, 1993), pp. 56-59.

³ - E. Deming and M. Walton, **The Deming Management Method** (New York: Dodd Mead,1986), P.26.

⁴ - محمد عبد الوهاب العزاوي، أنظمة إدارة الجودة والبيئة ISO 14000 ، ISO 9000 (عمان: دار وائل للنشر، 2002)، ص. 19.

وإزاء هذا التنوع في تعريف الجودة، قام ديفيد جارفين (David Garvin) بحصر التعاريف المختلفة في خمسة مداخل، وتتمثل في:¹

- مدخل الامتياز: أي أن الجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز، فهي مفهوم مطلق يعبر عن أعلى مستويات التفوق والكمال، والأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم للتمييز بين الجودة العالية والمنخفضة عن طريق استخدام المعايير التي تميز بين النوعين من الجودة.
- مدخل المنتج: أي أن الجودة هي خصائص وكميات يمكن قياسها وتحديد كميتها، فهي تمثل بالنسبة للمنتج مستوى احتوائه على خاصية أو عنصر ما من العناصر المكونة له.
- مدخل الزبون: ويقصد بالجودة قدرة أداء المنتج للاستخدام وفقا للمواصفات التي تحقق رضا الزبون وتشبع رغباته، فعندا يكون المنتج ذو جودة عالية تكون درجة الرضا عالية فحسب جارفين فإن هذا المدخل يربط بين الجودة والرضا.
- مدخل التصنيع: وتعني الجودة مطابقة مواصفات التصميم للمنتج أو الخدمة، وأن يتم أنتاجها بطريقة صحيحة من أول مرة. من أجل الزيادة في إنتاجية المنظمة والسيطرة على التكاليف.
- مدخل القيمة: وفقا لهذا المدخل فإن الجودة تقاس على أساس التكلفة والسعر. وعليه، فإن المنتج الجيد هو الذي يحقق المواصفات بتكلفة معقولة.

على الرغم من أنه ليس هناك تعريف شامل وموحد متفق عليه من أجل تعريف الجودة، إلا أن هناك عددا كبيرا من أوجه التشابه التي يمكن استخلاصها من التعاريف المختلفة السابقة:

- الجودة تتطوي على مطابقة أو تعدي توقعات الزبائن؛
- تنطبق الجودة على السلع، الخدمات، العمليات، الأشخاص القائمين على العمليات وعلى البيئة؛
- الجودة مسألة نسبية، فهي تختلف باختلاف حاجات الأفراد ومطالبهم وتوقعاتهم وأذواقهم وبذلك فهي تخضع للحكم الشخصي للأفراد، غير انه يمكن الاعتماد على الخصائص الموضوعية التي تتضمنها السلعة أو الخدمة ذاتها؛
- الجودة في حالة تغير مستمر (ما يكون ذو جودة عالية اليوم لن يكون كذلك غدا).

¹ - قاسم نابف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وتطبيقات وعمليات، ط1 (عمان: دار الشروق، 2006)، ص ص. 26-27.

2. التطور التاريخي للجودة

يبدو جليا مما تقدم أن تعاريف الجودة كلها تعطينا رؤية للكيفية التي يمكن من خلالها جعل المنتج أو الخدمة تحظى برضا العميل. وهكذا، فإن تطور مفهوم الجودة وبلورة أفكاره وصولا إلى فلسفة إدارة الجودة الشاملة لم يأت دفعة واحدة بل استلزم ردها من الزمن وكان نتيجة لإضافات علمية كبيرة على المستويين الفكري والتطبيقي. وتميز أغلب الأدبيات الإدارية بين أربع مراحل تاريخية لتطور الجودة، إذ توجت المرحلة الأخيرة بإدارة الجودة الشاملة وذلك من خلال ما يلي:

أ. **مرحلة فحص الجودة:** تميز تحليل الجودة في هذه المرحلة أي بداية القرن العشرين على فحص الجودة فقط، وهو نظام مستعمل لاكتشاف الأخطاء الناجمة عن عدم مطابقة المنتج للمعايير الفنية الموضوعة. فقد تميزت هذه المرحلة بوفرة الإنتاج نتيجة ظهور الثورة الصناعية والذي قابله الطلب المتزايد على المنتجات الصناعية. واقتربت هذه الفترة بمرحلة التسيير العلمي للعمل " تاييلور" الذي كان يهدف إلى الرفع من مستوى الكفاءة الإنتاجية داخل المصنع عن طريق التخصص والنمطية وتنشيط العمل، وتقييم العمل الذي يسمح بالاستغلال الأمثل لليد العاملة المتوفرة وغير المؤهلة كأحسن طريقة من أجل زيادة الإنتاج وبأقل تكلفة.¹ وفي هذه المرحلة انقسمت وظيفة الجودة بين العامل الذي يقوم بالإنتاج والمفتش الذي يقوم بفحص المنتجات بغرض التقليل من الإنتاج المعيب وفصل المنتجات المعيبة عن المنتج النهائي، مستخدمة في ذلك أجهزة التفتيش والاختيار ومعامل الاختبارات.

ب. **مرحلة مراقبة الجودة:** تشمل مراقبة الجودة كافة النشاطات والأساليب الإحصائية التي تضمن المحافظة على ضبط مواصفات المنتج والتي ظهرت منذ مطلع العشرينيات من القرن الماضي واستمرت إلى غاية الخمسينيات منه. ويقصد بالمراقبة الإحصائية للجودة تطبيق الطرق الرياضية والإحصائية والطرق الخاصة بنظرية الاحتمالات لتقدير حدود الانحراف عن المقاييس النموذجية ومراقبتها.² وترجع الجذور التاريخية للمدخل الإحصائي لمراقبة الجودة إلى شركة واسترن إلكترونيك (Wester Electric) عندما تم تحويل قسم التفتيش إلى مخابر بيل تلفون (Bell Telephone Laboratories) سنة 1920. وإن أول الأساليب الإحصائية في مجال ضبط الجودة كان على يد العالم الإحصائي ولتر شيوارت (Walter Shewhart) الذي يعد من أهم مؤسسي ومطوري نظرية ضبط الجودة الإحصائية، حيث قام بتحليل العديد من العمليات في معامل شركة بيل للهواتف. ولقد طور هو وعلماء آخرون أمثال هارولد دوج (Harold Dodge) وجورج ادوارد (George Edward) وآخرون نظريات وطرق جديدة للتفتيش من أجل الوصول إلى تحقيق الجودة

¹ - الهواري السيد، الإدارة-الأصول والأسس العلمية (مصر: مكتبة عين شمس الكبرى، 1996)، ص.11.

² - ه. جوهانستون وأ.ب. روبرتسون، معجم مصطلحات الإدارة، ترجمة نبيه غطاس (بيروت: مكتبة لبنان، 1972)، ص.135.

وتحسينها من بينها خرائط المراقبة، وطرقه العينات ووسائل التحليل الاقتصادي والتي وضعت الأساس لنشاط ضمان الجودة الحديث.¹

ج. **مرحلة ضمان (تأكيد) الجودة:** تركز هذه المرحلة على توجيه كافة الجهود للوقاية من حدوث الأخطاء، وهي تعتمد على منع وقوع الخطأ منذ البداية أصلاً بدلاً من عملية التفتيش التي تأتي بعد الانتهاء من إنتاج المنتج، حيث استمرت هذه المرحلة إلى غاية الثمانينات من القرن الماضي. إن تأكيد الجودة لا تهتم فقط بالمنتج، بل تهتم أيضاً بالموارد التي تساهم في العملية الإنتاجية، كالمواد الأولية، التجهيزات، واليد العاملة.² وكان ذلك بهدف تحسين مستوى الجودة وتلبية احتياجات المستهلك.³ كما تقوم أيضاً بتقويم فعالية نظام الجودة بصفة مستمرة لاكتشاف مواطن القصور وتلاقيها. وتحتاج عملية ضمان الجودة إلى استخدام تقنيات تدقيق الجودة (audit) في هذا المضمار والتي صممت لتقديم دليل واضح وحقيقي يبين تكامل عمليات الإنتاج من خلال الفحص المستقل، وكنظام داخلي لتدقيق فعالية عمل النظام، وذلك باكتشاف الأخطاء والعيوب وتحسينها واعتبرت ركائز أساسية لدورة تحسين تنظيم الإنتاج، وأن ضمان الجودة يمكن تطبيقها في كل وظائف المؤسسة كالتسويق والمالية.⁴

ولقد إزداد الاهتمام بالشهادات الخاصة بأنظمة تأكيد الجودة كمقاييس الأيزو سلسلة 9000 كمعيار دولي لضمان الجودة، وذلك بتطبيق المواصفات ISO 9001 و ISO 9002 و ISO 9003 والتي جاءت لتكريس مفهوم ضمان الجودة سواء في التصميم أو الإنتاج أو الخدمات.⁵

د. **مرحلة إدارة الجودة الشاملة:** تطور هذا المفهوم للجودة بعد عام 1980 وما زال مستمر إلى يومنا هذا، وجاء كحوصلة للمراحل السابقة له، وعلى وجه الخصوص مرحلة تأكيد الجودة، لأن المنظمات بدأت تعترف بان التحسين لا يمكن أن يكتمل دون وجود اهتمام معتبر بجودة الممارسات الإدارية المستخدمة يوميا. فقد بدأ المدراء يدركون أن الطرق المستخدمة في الاستماع للزبائن وفي تطوير علاقات طويلة المدى معهم ومكافأة وتدريب الموظفين وتصميم وتسليم المنتجات والتصرف كقادة في منظماتهم هي التي تقود بشكل حقيقي إلى الجودة والى رضا الزبائن وتحقيق النتائج، أي أنهم أدركوا أن جودة الإدارة مهمة شأنها شأن إدارة الجودة.⁶ وبذلك فإن المفهوم التطبيقي للجودة اتسع ليشمل جميع عناصر المنظمة وجعل الجودة مسؤولية

1 – J. R. Evans and J. W. Dean, **Total Quality: Management, Organization and Strategy** (États-Unis: South- Western Publishing Company, 2003), pp.9-10.

2 – G. Dominique et autres, **L'entreprise**, 2emeed (Paris: éditeur Gaëtan Morin, 2000), p.289.

3 – دال بسترفيلد، **الرقابة على الجودة**، ترجمة سرور علي إبراهيم سرور (المملكة العربية السعودية: المكتبة الأكاديمية، 1995)، ص.27.

4- P. James, **Total Quality Management**, 1st ed (London: Prentice Hall, 1996), p.46.

5 – لعلى بوكميش، **إدارة الجودة الشاملة أيزو 9000** (عمان: دار الزبارة للنشر، 2010)، ص.35.

6 – Evans, and Dean, op.cit., p.8.

جميع العاملين فيها، تطور هذا المفهوم وعرف شعبية كبيرة خلال الثمانينات وبداية التسعينات من القرن العشرين.

إن نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة أدى إلى تبنيها من طرف المنظمة الدولية للتقييس ISO في الإصدار الجديد لعائلة إيزو 9000 لسنة 2000. وبذلك انتقلت هذه المواصفات من فلسفة ضمان الجودة إلى فلسفة إدارة الجودة الشاملة.¹ ومما تجدر الإشارة إليه أن إدارة الجودة الشاملة تتطلب تغيير بيئة العمل إلى بيئة عمل جماعي وتعاوني، والتأكيد على التحسين المستمر وتطوير الخطط والتصاميم والعمليات الإنتاجية والخدمية، والتركيز على رغبات الزبائن وتوقعاتهم.

3. من جودة الخدمة إلى الجودة المدركة للخدمة:

إن طبيعة موضوع هذا البحث الذي يهتم بجودة الخدمات الصحية، يثير مسألة مدى خصوصية جودة الخدمة، إذ تعد الخدمات منتجات ذات منافع لا يمكن إدراكها حسيًا مما يعني صعوبة تحديد معايير قياسية لقياس جودتها. ولم يعد العميل مجرد مستلم سلبي للخدمة بل له تطلعات وتوقعات. كما أصبح أكثر وعيًا لجودة الخدمات التي يحصل عليها. وتشير الدراسات إلى أنه حتى الآن لم يتمكن الباحثون من وضع تعريف نهائي ومتفق عليه لجودة الخدمة. وبالنسبة للباحثان جوران وجريان (Juran & Gryan)، فإن جودة الخدمة للعميل تعني تلبية طلباته واحتياجاته.² فجودة الخدمة حسبها هي تحقيق رغبات العميل. ويعتقد الباحثان أن المنظمة تقوم بتصميم وتسليم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة على أن تؤدي بشكل أفضل في المرة التالية وأن تتمتع بمزايا تنافسية مقارنة بالخدمة التي تقدمها المنظمات المشابهة.³ وعرفت جودة الخدمة أيضًا على أنها تلك الجودة التي تشتمل على البعد الإجرائي والبعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمة. أما الجانب الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون (بمواقفهم وسلوكهم اللفظي) مع العملاء.⁴ وهي أيضًا جودة الخدمات المقدمة سواء كانت المتوقعة أو المدركة أي التي يتوقعها العملاء أو يدركونها في الواقع الفعلي، وهي المحدد الرئيسي لرضا العميل أو عدم رضاه حيث يعتبر في الوقت نفسه من الأولويات الرئيسية التي تريد تعزيز

¹ - بوكميش، مرجع سابق، ص.36.

² - J. Juran and M. Gryan, **quality planning and analysis** (New York: Megaw-hill-Inc,1993)

³ - وفق السيد الإمام، "محددات جودة الخدمة الصحية وأثرها على رضا العملاء في المستشفيات الجامعية"، المجلة المصرية للدراسات التجارية، المجلد.27، العدد.4، (2003).

⁴ - مأمون الدراكة وطارق شبلي، **الجودة في المنظمات الحديثة** (عمان: دار صفاء للنشر، 2002)، ص.18.

مستوى الجودة في خدماتها".¹ ويضاف إلى هذه التعاريف تعريف جودة الخدمة من خلال الأبعاد الثلاثة الخاصة بالخدمات:²

- البعد التقني والذي يتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا لمشكلة معينة؛
- البعد الوظيفي أي الكيفية التي تتم فيها عملية نقل الجودة الفنية إلى العميل وتمثل ذلك التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة والعميل الذي يستخدم الخدمة؛
- الإمكانيات المادية وهي المكان الذي تؤدي فيه الخدمة.

من خلال التعاريف السابقة يمكن استنتاج أن جودة الخدمة تتعلق بذلك التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة، فهناك تباين بين ما يراه المستفيدون على مصدر رضاهم وبين ما يراه مقدم الخدمة انه مصدر ذلك الرضا. فعندما يقوم مقدم الخدمة بوضع تقييم للخدمة التي يقدمها، عليه أن يضع خطة متجددة لتحسين الجودة، مستمدة من الخبرات والمهارات المتراكمة لديه ووفق تقييم الموقف الحالي وفي ضوء خلق قيم جديدة في التنظيم بالتعلم والتدريب، وصياغة الربط بين سياسة التحسين والأهداف، وتحديد خطة الأفعال والإجراءات. وذلك يعني ما يجب القيام به وفق التعليمات والقواعد المصاغة، وتنفيذ النتائج باعتبارها خطة قد شارك مقدم الخدمة في صياغتها وقد قام بتحديد معايير الجودة حسب قناعاته، ومن خلال تقييمه للنتائج يتم التأكيد على الاستمرارية.³

أما من وجهة نظر العميل، فإنه يرى جودة الخدمة من خلال مقارنته بين ما يتوقعه والأداء الفعلي للخدمة. وهي وجهة النظر الخارجية التي تركز على جودة الخدمة المدركة من قبل المستفيد، وعندما يكون التسويق الخدمي محلاً للتطبيق فالميل يتجه نحو تبني مفهوم جودة الخدمة الذي يكمن في ما يدركه المستفيد ومقدم الخدمة على حد سواء. والأكثر من ذلك، فإن جودة الخدمة يفترض أن تقاس بمقاييس ترتبط بهذه الإدراكات وتعتبر عنها.⁴

وعليه، يمكن التمييز بين مجموعة من المستويات للجودة في الخدمات، وهي:⁵

¹ - مأمون الدراركة وآخرون، إدارة الجودة الشاملة (عمان: دار صفاء للنشر، 2001)، ص.143.

² - هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط 2 (عمان: دار وائل للنشر، 2005)، ص.437.

³ - G. Jonathan, "HMOs get Medicare Marketing Guidelines", *Journal of Modern Health Care*, (1997), p.23.

⁴ - ناجي ذيب معل، "قياس جودة الخدمات المصرفية التي تقدمها المصارف التجارية في الأردن"، مجلة دراسات، العلوم الإدارية، المجلد.25، العدد.2، (1998)، ص.36.

⁵ -p. Kotler and T.Ronald, *Marketing Management*, (USA: Prentice-Hall,1989), pp. 473-474; et

سعيد محمد المصري، إدارة التسويق والأنشطة الخدمية (الإسكندرية: دار الجامعية، 2002)، ص.168.

- **الجودة المتوقعة:** وتتمثل في الجودة التي يرى المستفيدون وجوب وجودها، وفي هذا المستوى من الصعب تحديده إذ يختلف باختلاف خصائص المستفيدين وحاجاتهم وباختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المنظمة.
- **الجودة المدركة:** من قبل مقدم الخدمة والتي يراها مناسبة وتختلف باختلاف فلسفة المنظمة الخدمية وإمكاناتها والكادر المتخصص. ويقصد بها أيضا الجودة التي يدركها الزبون عند قيامه بالمقارنة بين الجودة المتوقعة والجودة المجربة، فإذا كانت الجودة المتوقعة أكبر من المجربة أو الفعلية تكون الجودة المدركة منخفضة، بينما تكون الجودة المدركة مرتفعة عندما يتقابل مستوى الجودة المجربة مع الجودة المتوقعة أو يكون أعلى منها.
- **الجودة القياسية:** المحددة بالموصفات النوعية للخدمة، ويظهر هذا النوع من الجودة تطابقا شبه كامل بين حاجة المستفيد وإدراكات الإدارة، وغالبا ما يظهر هذا النوع في الإنتاج الذي يمكن قياس مواصفاته والذي يصعب الخروج عن مواصفاته القياسية.
- **الجودة الفعلية:** التي تؤدي أو تقدم بموجبها الخدمة وتمثل الواقع الفعلي للخدمة، والذي يعبر عن الجودة ضمن الواقع التجريب عند تقديم الخدمة.

بعد استعراض مستويات جودة الخدمة، تجدر الإشارة إلى انه سيتم التركيز في هذا البحث على الجودة المدركة لأنها جوهر التحول في مفهوم الجودة، إذ أن الجودة أصبحت مفهوم نسبي لا ينظر لها بمنظور مقاييس معيارية، بل تختلف حسب الزاوية التي ينظر منها. كل حسب نظام الإدراك لديه والارتباطات المتكونة لديه عن السلعة أو الخدمة.

إن بداية الاهتمام بموضوع الجودة المدركة للخدمة تعود حسب فورر (Furrer) وشركائه لثمانينات القرن الماضي.¹ حيث عرف Zeithmal الجودة المدركة من وجهة نظر العميل بأنها حكم العميل بدرجة التمييز والتفوق المنسوبة إلى جوهر وخاصة الشيء.² وأشار غرونرووس (Gronroos) إلى أن جودة الخدمة المدركة تمثل نتيجة ما يحصل عليه العميل. أما با راسيرمان وزملاؤه (Parassuraman et al) فعرفوها بأنها الجودة التي يدركها العملاء والنتيجة عن مقارنة توقعاتهم للخدمات التي سيحصلون عليها مع إدراكاتهم لأداء مزود الخدمة، حيث تمثل التوقعات حاجات العملاء ورغباتهم التي تمثل شعورهم حول ما يجب أن

¹ - F. Olivier and S. Pierre "The dynamics and evolution of the service marketing literature 1993-2003", **Service Business**, No1, (2007), pp.93-117.

² - C. Derbaix, **Customer Economic** (paris: Afnor,2000), p.520.

يقدمه مزود الخدمة. في حين أن الإدراكات تتعلق بتقييم العملاء لمزود الخدمة وقد بلوروا نموذج جودة الخدمة (servqual) الذي يسلط الضوء على المتطلبات الأساسية لتقييم جودة الخدمة.¹

غير أن كرونا وتيلور (Cronin & Taylor) فقد اقترحا استخدام مقياس Servperf (مقياس الأداء الفعلي) كمقياس أفضل لجودة الخدمة المدركة، ويعتبر نموذجا معدلا من سابقه، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للعميل على اعتبار أن جودة الخدمة المدركة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات.² تزامن هذا الاهتمام مع الانطلاقة الحقيقية لعلم تسويق الخدمات، الذي ظهرت طلائعه في الخمسينات، حين كان كتاب هذا الاختصاص يناضلون لإثبات وجودهم، وإثبات تميز الخدمة عن المنتج المادي بخصائصها اللاملموسية، التزامن، واللامنطية.

إن الاهتمام الكبير بالجودة والجودة المدركة ليس بالأمر المستغرب، فهي محدد من محددات التكلفة والربح واستمرار وتوسع المؤسسة، أي أنها محدد لنجاح أو فشل مشروع المؤسسة نفسها، منذ التسعينيات أثبتت دراسات عدة العلاقة بين الجودة المدركة وعدد من المؤشرات المهمة لأي مؤسسة مثل: الربحية، التكلفة، الرضا، الولاء، الحصة السوقية، الحفاظ على الزبائن والحديث الإيجابي عن المؤسسة.³

4. أهمية جودة الخدمة:

لا يزال موضوع جودة الخدمة يلقي اهتماما متزايدا بالنسبة للمؤسسات التي تهدف إلى تحقيق النجاح والاستقرار لتحسين الجودة. ففي مجال المنتجات السلعية يمكن استخدام التخطيط في الإنتاج، وتصنيف المنتجات بانتظار العملاء أما في مجال الخدمات، فإن العملاء والموظفين يتعاملون معا من أجل خلق الخدمة وتقديمها على أعلى مستوى. وقد تأخذ أهمية الجودة في تقديم الخدمة مكانتها من عدة اعتبارات، منها:⁴

¹ - A.Parasuraman, V.Zeithaml, L. Berry, "A conceptual model of service quality and its implications for future research". **Journal of Marketing**, Vol. 49, (1985), pp .41-50.

² - J. Cronin and S.Tylor," Measuring Service Quality: a Re-examination & Extension", **Journal of Marketing**, Vol.56, No.7, (1992), p.51.

³ - B. Francis, "Servqual; Review, Critique, Research Agenda", **European Journal of Marketing**, Vol. 30, No.1, (1996), PP. 8-32.

⁴ - الداركة وزملاؤه، مرجع سابق، ص.151.

- نمو مجال الخدمة: قد إزداد عدد المؤسسات التي تقوم بتقديم الخدمات، فمثلا نصف المؤسسات الأمريكية يتعلق نشاطها بتقديم الخدمات إلى جانب ذلك فالمؤسسات الخدمائية مازالت في نمو متزايد ومستمر.
- إزداد المنافسة: إن تزايد عدد المؤسسات الخدمية سوف يؤدي إلى وجود منافسة شديدة بينها. لذلك، فإن الإعتماد على جودة الخدمة سوف يعطي لهذه المؤسسات مزايا تنافسية عديدة.
- فهم العملاء: إن العملاء يريدون معاملة جيدة ويكرهون التعامل مع المؤسسات التي تركز على الخدمة، فلا يكفي تقديم خدمة ذات جودة وسعر معقول دون توفير المعاملة الجيدة والفهم الأكبر للعملاء.
- المدلول الإقتصادي لجودة الخدمة: أصبحت المؤسسات الخدمية في الوقت الحالي تركز على توسيع حصتها السوقية لذلك لا يجب على المؤسسات السعي من أجل إجتذاب عملاء جدد، ولكن يجب كذلك المحافظة على العملاء الحاليين، ولتحقيق ذلك لابد من الإهتمام أكثر بمستوى جودة الخدمة.

5. أبعاد جودة الخدمة

لقد تعرضت معظم الكتابات التي تناولت موضوع جودة الخدمة إلى الأبعاد التي يبني على أساسها العملاء توقعاتهم، وبالتالي حكمهم على جودة الخدمات المقدمة إليهم. غير أنها لم تتفق فيما بينها حول ماهية تلك الأبعاد أو العناصر الأساسية التي يتكون منها كل بعد، وفيما يلي سنورد أهمها:

- أ- في سنة 1982 وضع كل من (J.Lehtinen and U.Lehtinen) ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة تتمثل في:¹
 - الجودة المادية (Physical Quality): والتي تضم المظاهر المادية للخدمة، مثل التجهيزات والمباني؛
 - جودة المنظمة (Corporate Quality): والتي تتعلق بصورة المنظمة لدى العملاء؛
 - الجودة التفاعلية (Interactive Quality): وتكون نتيجة التفاعل بين موظفي الواجهة والعملاء.
- بالإضافة إلى التفاعل فيما بين العملاء، كما ميز نفس الباحثين بين الجودة المرتبطة بعملية تقديم الخدمة والجودة المرتبطة بمخرجات الخدمة.

¹ - Parasuraman, Zeithaml and Berry, (1985), op. cit., P.43.

- ب- وفي سنة 1984 رأى (Grönroos) أن لجودة الخدمة الأبعاد التالية:¹
- الجودة الفنية (Technical Quality) : تعني ما يحصل عليه العميل وما يتم تقديمه له فعلا، ويمكن قياسها بشكل موضوعي عن طريق العميل كأبي بعد فني للمنتج؛
 - الجودة الوظيفية (Functional Quality): تعني الطريقة والكيفية التي تم بها تقديم الخدمة للعميل، وبالتالي فمن الصعب تقديرها بطريقة موضوعية كما هو الحال في الجودة الفنية؛
 - الصورة الذهنية للمنظمة (Corporate Image): تعكس انطباعات العملاء عن المنظمة، والتي تتوقف بالدرجة الأولى على الجودة الفنية والجودة الوظيفية بالإضافة إلى عناصر أخرى أقل أهمية تتمثل في عوامل خارجية تضم العادات، الإيديولوجيات، والكلمة المنقولة، وعوامل داخلية تضم أنشطة التسويق التقليدية كالإشهار، التسعير والعلاقات العامة.
- ج- وفي دراسة أجراها (Parasuraman et al.) في 1985 كمحاولة من أجل وضع مقياس لجودة الخدمة، واعتمادا على المقابلات التي أجروها مع أربعة أنواع مختلفة من مؤسسات تقديم الخدمة هي خدمات التجزئة المصرفية، السمسرة في الأوراق المالية، بطاقات الائتمان، وصيانة وإصلاح المنتجات.
- توصلت الدراسة إلى عشرة أبعاد لجودة الخدمة تتمثل فيما يلي:²
- الاعتمادية (Reliability): وتتمثل في ثبات الأداء وقدرة المنظمة على تقديم الخدمة التي وعدت بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، بالإضافة إلى أداء الخدمة بطريقة صحيحة من أول مرة، ويضم هذا البعد الدقة في الحسابات والحفاظ على السجلات صحيحة؛ تقديم الخدمة في المواعيد المحددة؛
 - الاستجابة (Responsiveness): تتعلق بمدى رغبة واستعداد مقدمي الخدمة لتقديم خدمة فورية للعملاء وتشمل الاستجابة الفورية لاحتياجات العملاء والرد الفوري على استفسارات العملاء أو شكاويهم، تقديم خدمات فورية؛
 - الكفاءة (Competence): وهي امتلاك المهارات والمعارف المطلوبة لتقديم الخدمة وتتضمن معارف ومهارات موظفي الواجهة؛ معارف ومهارات موظفي الجهاز التنظيمي؛ بالإضافة إلى قدرة المنظمة على إنجاز بحوث مختلفة من أجل تقديم خدمات أفضل؛

¹ - C. Grönroos, "A Service Quality Model and its Marketing Implications", *European Journal of Marketing*, Vol.18, No.04, (1984), pp.38-39.

² - Parasuraman, Zeithaml and Berry, (1985), op.cit., p.47.

- الوصول إلى الخدمة (Access): ويتعلق الأمر بالقرب المكاني وسهولة الاتصال بمقدم الخدمة، وهو يضم سهولة الوصول إلى الخدمة، مدة الانتظار من أجل الحصول على الخدمة، ملائمة أوقات العمل وملائمة مكان تقديم الخدمة؛
- المجاملة (Courtesy): ويشمل مراعاة ظروف العملاء والتعاطف معهم؛ حسن مظهر موظفي المكاتب الأمامية، واحترام وصدقة موظفي المكاتب الأمامية للعملاء؛
- الاتصال (Communication): يركز هذا البعد على أن يعمل موظفو المنظمة لجعل العملاء على علم دوماً بخصائص الخدمة وكيفية الحصول عليها عن طريق مخاطبتهم باللغة التي يستطيعون فهمها، وتعديل هذه اللغة حسب مستوى كل عميل وذلك بزيادة مستوى التعقيد مع الزبون المثقف والتحدث ببساطة ووضوح مع الأقل تثقيفاً، بالإضافة إلى الإنصات لهم من أجل الحصول على المعلومات المرتردة، ويتضمن هذا البعد شرح الخدمة نفسها للعملاء، توضيح تكلفة الخدمة، توضيح المفاضلة بين الخدمة والتكلفة، طمأنة العميل على إمكانية حل مشكلة ما؛
- المصداقية (Credibility): تعني جعل خدمة العميل من أهم أولويات المنظمة، وهي تتضمن الثقة في اسم المنظمة؛ والثقة في سمعة المنظمة؛ وفي الخصائص الشخصية لموظفي المكاتب الأمامية؛
- الأمان (Security): ويعني الخلو من الخطر، المخاطرة والشك ويتضمن الأمان المادي والأمن المالي، والمحافظة على سرية تعاملات العميل مع المنظمة؛
- فهم ومعرفة العميل (Understanding/Knowing the customer): يركز هذا البعد على بذل جهد من أجل فهم حاجات العميل عن طريق معرفة حاجاته بدقة؛ وتقديم اهتمام فردي لكل عميل؛ ومعرفة العملاء الدائمين للمنظمة؛
- الجوانب المادية الملموسة (Tangibles): تشير إلى الدلائل المادية التابعة لمنظمة الخدمة، ويشمل هذا مظهر الموظفين في منظمة الخدمة والتسهيلات المادية، والأدوات والتجهيزات المستخدمة في تقديم الخدمة.

د- وفي دراسة لاحقة لنفس الباحثين عام 1988 توصلوا إلى إمكانية دمج الأبعاد العشرة السابقة الذكر في خمسة أبعاد. وقاموا بضم كل من أبعاد الاتصال، المصداقية، الأمان، الكفاءة، المجاملة في بعد واحد أطلقوا عليه إسم التعاطف. ودمجوا بعدي فهم/معرفة العميل وإمكانية الحصول على الخدمة في بعد الأمان. فيما بقيت أبعاد الجوانب المادية الملموسة، الاعتمادية، والاستجابة على حالها، كما يلي:¹

¹ - A. Parasuraman, V. Zeithaml and L. Berry, "Servqual : A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, Vol.64, No.1, (1988), P. 23.

- الجوانب المادية الملموسة (Tangibles): تشمل التسهيلات المادية، التجهيزات ومظهر الموظفين؛
 - الاعتمادية (Reliability): تعني قدرة المنظمة على تقديم الخدمة التي وعدت بها بشكل دقيق، ويمكن من الاعتماد عليها؛
 - الاستجابة (Responsiveness): تعني الرغبة في مساعدة العملاء وتقديم خدمة فورية لهم؛
 - الأمان (Security): يعني معرفة ومعاملة العاملين وقدرتهم على جعل العميل يحس بالثقة والأمان؛
 - التعاطف (Empathy): يعني مستوى العناية والاهتمام الشخصي الذي تقدمه المنظمة لعملائها.
- هـ - وفي سنة 2007 رأى كل من (Dagger and Sweeney) أن الأبعاد المكونة لجودة الخدمة هي سبعة أبعاد تتمثل يلي:¹
- التفاعل (Interaction): يتعلق هذا البعد بتعاطف، فهم ومستوى العناية الذي يوليه مقدم الخدمة للعملاء بالإضافة إلى قدرته على الاتصال بهم؛
 - مخرجات الخدمة (Outcome): يتمثل هذا البعد في ماذا تحقق كنتيجة لتقديم الخدمة؛
 - الخبرة (Expertise): تشير إلى كفاءة و معرفة مقدم الخدمة، ومهاراته في التشخيص والمعالجة والعناية بالعميل؛
 - الجو السائد عند تقديم الخدمة (Atmosphere): يعبر هذا البعد عن العناصر الموجودة في محيط تقديم الخدمة، والتي تؤثر على إدخال البهجة إلى جو تقديم الخدمة؛
 - الجوانب المادية الملموسة (Tangibles): تتعلق بالعناصر المادية الموجودة في محيط تقديم الخدمة؛
 - التوقيت المناسب (Timeliness): ويعبر عن مدى وجود الخدمة في متناول يد العميل، وسهولة حصوله عليها؛
 - العملية (Operation): وتعبّر عن الإجراءات الإدارية والعمليات المتضمنة في العملية العامة لتقديم الخدمة.

يلاحظ مما سبق أن هناك إختلاف في وجهات النظر من حيث الأبعاد المكونة لجودة الخدمة، وهو ما أدى إلى ظهور نماذج مختلفة لقياسها، سيتم التطرق إليها لاحقاً في مقاييس جودة الخدمة.

¹ - S.T. Dagger, and J.C. Sweeney, "Service Quality Attribute Weights: How do Novice and Longer-term Customers Construct Service Quality Perceptions ?", **Journal of Service Research**, Vol.10, No.1, (2007), PP. 37-38.

المطلب الثاني: الجودة في الخدمة الصحية وأبعادها

إن التحديد الدقيق لمفهوم الجودة في الخدمات الصحية قد يكون صعباً، وذلك بسبب الطبيعة المرنة والمتغيرة لها، وتعدد الاختصاصات الطبية والمهنية، واختلاف الممارسات السريرية بين القطاعات المختلفة، واختلاف وتعقد الحالات المرضية لدى المستفيدين، ولكن التركيز عليها كان حثيثاً نظراً لأهميتها. ولذلك سيتم في هذا المطلب تحديد مختلف الاتجاهات لتحديد هذا المفهوم، بالإضافة إلى التطور التاريخي لها وتحديد أبعادها.

1. مفهوم جودة الخدمة الصحية:

يعتبر مفهوم جودة الخدمة الصحية من المفاهيم الغامضة التي يصعب إيجاد تعريف لها وقياسها بدقة. فليس هناك اتفاق عام بين المهتمين بهذا الموضوع على تعريف معياري موحد ومقبول، حيث ينظر كل منهم إلى هذا المفهوم من زاوية معينة. وبالتالي، يتعامل معه ويركز فيه على نقاط قد يختلف فيها مع غيره.¹ حيث يمكن تصنيفها كما يلي:

- **الاتجاه الأول:** وجهة نظر الطبيب والإدارة والمريض: يعرض هذا الاتجاه جودة الخدمة من المنظور الطبي والمهني، تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعتها الخدمة الصحية المقدمة، فالجودة من وجهة نظر الأطباء قد تعني توافر أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية وتقديمه لمرضاهم.² أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة. أما من وجهة نظر المريض وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.³ كما يرى المرضى جودة الخدمات الصحية بأنها اهتمام العاملين ولطفهم مع المرضى ومهارة الطبيب في تشخيص الحالة وعلاجها.⁴ وقد جاء تعريفها أيضاً على أنها تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها بما هو متوقع.⁵

¹ - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية (عمان: دار إثراء للنشر والتوزيع، 2008)، ص. 83.

² - فريد نصيرات وهاني الضمور، "مدى التشابه والتباين بين المرضى والإداريين حول مكونات جودة الخدمات الاستشفائية: دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع الخاص"، مجلة الملك سعود، المجلد 12، العدد 1، (2000)، ص. 47.

³ - عبود على السكري وآخرون، "تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي"، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاجتماعية، مجلد 11، العدد 3، (2009)، ص. 5.

⁴ - بن سعيد خالد بن عبد العزيز، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي (الرياض: العبيكان للطباعة والنشر، 1997)، ص. 40.

⁵ - تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية (عمان: دار البازوري، 2005)، ص. 212.

- **الإتجاه الثاني:** المنظور الفني والانساني: يقسم هذا الإتجاه جودة الخدمة الصحية إلى محورين، محور فني ومحور إنساني. يتضمن المحور الفني تطبيق العلوم والتقنية الطبية الصحية في التشخيص والعلاج، بينما يتضمن المحور الإنساني تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والاحترام وتقديم المعلومات اللازمة له.¹ كما تعرف كذلك على أنها تطبيق العلوم والتقانات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطرة. وعلى هذا أساس، فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد.²

- **الإتجاه الثالث:** المنظور الاجتماعي: يرتقي هذا الإتجاه إلى مستوى أكثر شمولية إذ يبرز المنظور الاجتماعي على المستوى الكلي الذي يعطي الجانب الصحي أهمية بالغة في تحديد المستوى المعيشي والاجتماعي لأفراد مجتمع ما بالإضافة إلى المستوى التعليمي. فمن هذا المنظور يمكن القول، بأن جودة الخدمة الصحية هي تعبير عن مسؤولية الوحدة الصحية كمنتج اتجاه حقوق المرضى. ويشير هذا التعريف في مضمونه إلى المسؤولية الاجتماعية التي تضطلع بها الوحدة الصحية والتي أيا كان شكلها ومهامها، وكمنتج للخدمة الصحية المقدمة للمجتمع وبما يفي بتحقيق التزاماتها تجاه المرضى ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية.³ أما تعريف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية للجودة فيعتبر أنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"⁴، ويتضح من هذا التعريف أن الجودة تحدد على أساس الالتزام بالمعايير المهنية، وتقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقاً، ويهدف التحسين والتطوير المستمر.

في ضوء ما سبق يمكن القول بأن برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير آلية للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير. هذا يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات

¹ - حنان عبد الرحيم الأحمدى، "التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية"، مجلة الإدارة العامة، مجلد 40، العدد 3، (2000)، ص. 45.

² - أبي سعيد الديوجي ومحمد عبد الله عادل، "النوعية والجودة في الخدمات: دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة"، مجلة تنمية الراقدين، العدد 73، (2003)، ص. 15.

³ - مجد عارف العساف، اتجاهات المراجعين نحو جودة خدمات العيادات الخارجية في المستشفيات العامة والخاصة، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، (2006)، ص. 42.

⁴ - عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات- مفاهيم وتطبيقات- (مصر: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003)، ص. 187.

المرضى وغيرهم على نحو نظامي وموضوعي، يسهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية.

2. تطور مفهوم الجودة في المجال الصحي

يعتبر دونابيديان (Donabedian) (1919-2000) من المساهمين الأوائل في تعزيز استعمال مقاييس الأداء لتقييم وتحسين جودة الخدمة الصحية. وهو معروف جدا بسبب صياغته لنموذج قياس جودة الخدمة الصحية باعتبارها نظام. وإذا كانت النظم بشكل عام تقسم إلى ثلاث مكونات، هي: المدخلات، العملية والمخرجات، فإن دونابيديان قد وصف جودة الخدمة الصحية بأنها نظام ذو ثلاث مكونات هي: البنية structure، والعملية process، والنتيجة outcome¹. حيث حدد هذا النموذج إطارا لأكثر نشاطات قياس وتحسين الجودة المعاصرة، ويتكون هذا النموذج من:²

- مقاييس ومؤشرات البنية: هي التي تقيم قابلية النظام على توفير الجودة في الخدمات (هل العناصر الصحيحة في مكانها المناسب لتكون قادرة على توفير الجودة في الخدمات؟). ومن الأمثلة على ذلك الخدمات التخصصية، إحصاء المرضى، الحوافز المالية، إحصائيات مؤسسات العناية الصحية، المواقع الجغرافية، ساعات العمل، عدد أسرة التنويم بالنسبة لسكان المنطقة.

- مقاييس ومؤشرات العمليات: تعطي المعلومة عن كيفية توفير الخدمات (هل تجرى الإجراءات الملائمة للأشخاص المعنيين في الوقت المناسب؟). ومن أمثلتها الفحص، التقييم، التشخيص، التنقيف، التحويل والتخريج، وتنسيق الرعاية.

- مقاييس ومؤشرات النتائج: تقيس نتائج الأداء أو عدمه فيما يتعلق بأي عملية أو وظيفة (هل النتائج جيدة كما يجب أن تكون؟). ومن الأمثلة على ذلك رضا المريض والموظف، نسبة المصاريف للدخل، والإنتاجية ونسبة الوفيات، والمؤثرات السلبية للدواء، والأعراض، وعدد المرضى المعالجين بصورة ناجحة.

وبمقارنة نموذج دونابيديان لنظام الجودة الصحية وتاريخ الجودة في الخدمات الصحية، يمكن القول أن الجودة انتقلت من أحد مكونات النظام إلى آخر.

¹ - نقلا عن مريزق محمد عدمان، مداخل في الإدارة الصحية (عمان: دار الرؤية، 2011)، ص. 51.

² - خالد مصطفى أبو عزيزة، العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الأردني، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، (2010)، ص. 29.

ففي السنوات (1850-1910) كانت الجودة تركز على النتيجة، وهذا ما كان يميز عصر فلورانس نايتنغل (Florence Nightingale, 1854)، هي ممرضة بريطانية كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات. وقد استعملت التحليل الإحصائي بشكل مكثف في جمع الوثائق وتحليل وعرض الإحصائيات المتعلقة بالرعاية الطبية والصحة العامة. كما كانت أول من نادى بتنظيم التحقيق المتعلق بعمليات وإجراءات الرعاية الصحية والتي قد تكون مرتبطة بالنتائج المتغيرة.

غير أن تطبيق الجودة في نطاق الصحة بالمعنى الحديث لم يبدأ إلا أثناء الحرب العالمية الأولى حين طورت أكاديمية الجراحين الأمريكيين معايير محددة للعناية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية وأنشأت لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية سنة 1952، تلك اللجنة التي أعيد تسميتها لاحقاً باسم اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية. وقد ساهم إيرنيست جودمان بتأسيس ما يعرف اليوم بإدارة نتائج رعاية المريض، كما كان أول من أسس مراجعة الإصابات والوفيات وذلك لتعقب نتائج المريض، وتعقب الخلل السريري الذي يمكن تفاديه مستقبلاً.¹ كما ساعد جودمان أيضاً في قيادة تأسيس الكلية الأمريكية للجراحين وبرامجها لوضع معايير المستشفيات، هذا البرنامج الذي انبثقت عنه لاحقاً الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية.

وفي سنة 1970 بدء العمل بالتدقيق الطبي، وظهر في سنة 1987م مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية. وحتى وقت قريب كانت برامج الجودة تستخدم في المستشفيات في الدول المتقدمة، وكانت تعتمد على معايير الرعاية التي طورتها منظمات اعتماد المؤسسات الصحية. وفي الثمانينيات انتقلت هذه البرامج إلى الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة وأوروبا. ومما ساعد على إدخال المعايير للرعاية الطبية هو أدلة العمل والمعايير التي طورتها منظمة الصحة العالمية للحد من انتشار مرض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة وخاصة عند الأطفال. وبعد عام 1985م بدأت منظمة الصحة العالمية بمشاريع كثيرة أخرى مثل مشروع بحوث عمليات الرعاية الصحية الأساسية باستخدام تحليل النظم وتقييم المرافق الصحية لتقييم جودة الرعاية الصحية.²

وهكذا ساعد مفهوم الاعتماد تطور عملية الجودة، مع التركيز على العناصر البنوية وعلى المعايير ذات الصلة بالبنية. وتم إنشاء العديد من المنظمات المهنية لتوجيه الأنشطة المهنية في دائرة اختصاص كل منها نحو اتخاذ معايير معينة وبعض الدلائل الإرشادية لرصد الامتثال لتلك المعايير. غير انه لم يتم حتى

¹ - نقلا عن أبو عزيزة، مرجع سابق، ص. 27.

² - نفس المرجع، ص. 28.

السبعينات من القرن العشرين تحويل الاهتمام من المعايير المتعلقة بالبنية إلى المعايير المتعلقة بالعملية، واعتمدت بعض الدلائل الإرشادية لهذا الغرض. وفي الولايات المتحدة الأمريكية طلبت الحكومة من القطاع الخاص المساعدة على إقامة منظمات للمراجعة من قبل الزملاء من أجل وضع معايير للعملية أو الرعاية وبثها ورصدها. وقد استغرقت حقبة أنشطة الجودة المتعلقة بالعملية طوال عقد السبعينات واستمرت زمنا طويلا في عقد الثمانينات، حتى إذا حلت أواخر الثمانينات اخذ قطاع الرعاية الصحية يبحث عن طرق بديلة لقياس الجودة وتطويرها. وهكذا بدا اتجاه الاهتمام يتحول مرة أخرى من المعايير المتعلقة بالعملية إلى المعايير المتعلقة بالنتيجة.¹ وقد عزز من هذا الاتجاه بعض المبادرات، مثل مبادرات التحسين المستمر للجودة، وتحسين الجودة الشاملة، وتحسين الأداء.

3. العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية، وتتمثل هذه العناصر في:

أ- تحليل توقعات المريض: تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقاً على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة. ويمكن للمرضى أن يحققوا ادراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للجودة، وهي:²

- الجودة المتوقعة: وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى.
 - الجودة المدركة: وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى، أي تصور المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له.
 - الجودة القياسية: ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى.
 - الجودة الفعلية: وهي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.
- ب- تحديد جودة الخدمات: عندما يفهم المستشفى حاجات المرضى فإنه يجب أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة. وهذا التوصيف

¹ - عدمان، مرجع سابق، ص. 53.

² - البكري، مرجع سابق، ص. 78.

عادة ما يكون مرتبطاً مع أداء العاملين في المستشفى ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

ج- أداء العاملين: عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى، فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب. ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها. وهنا يكون من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعوداً لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان.¹

4. أبعاد جودة الخدمات الصحية

تأخذ الخدمة الصحية عشر أبعاد رئيسية، وهي نفس الأبعاد التي حددت من قبل كل من (Berry, Zeithmal, parasuraman) عام 1985، الاعتمادية، الاستجابة، الجدارة، الوصول للخدمة، اللياقة والكمية، الاتصال، المصداقية، السلامة والأمان، درجة فهم مورد الخدمة للمستفيد، الأشياء الملموسة. واختصرت في عام 1988 إلى خمسة أبعاد موسعة لجودة الخدمة ويمكن تطبيقها في أية منظمة خدمية منها الصحية، ونظراً لإعتمادها في هذا البحث آثرت الباحثة تفصيلها في الآتي:

أ- **بعد الاعتمادية:** يرى كرونا وتاييلور (Cronin & taylor) بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة (الطبيب، المحلل، الممرض وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن تقديمه بدرجة عالية من الدقة والصحة.² وأوضح لوفلوك (lovelock) بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الوفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات.³ وأكد غونكالفز (Goncalves) بأن الاعتمادية تعني قدرة مجهزة الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه.⁴ وبين الشميمري بأن الاعتمادية هي القدرة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد وبالذقة المطلوبة ومدى الوفاء بالالتزامات.⁵ ويرى سلاك (Slack) بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلاً عن تسليم نتائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين

¹ - منير جاسم السامرائي، تسعير الخدمات الصحية بالتركيز على خدمات طب الأسنان، بحث دبلوم عالي لإدارة المستشفيات، كلية الإدارة والاقتصاد جامعة بغداد، العراق، (2000)، ص.23.

² - J. Cronin and S.Taylor, op. cit., p.51.

³ -C. Lovelock, **Service Marketing**, 3rd ed (New York: prentice- Hall, international Edition 1996), p.465.

⁴ -K.P. goncalves, **Services Marketing Strategic Approach**, (New Jersey: prentice -Hall 1998), p.61.

⁵ -أحمد عبد الرحمن الشميمري، "جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية"، مجلة الإدارة العامة، المجلد.41، العدد.2، (2001)، ص.281.

حسب المواعيد المحددة، وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن.¹ وأوضح ستيفنسون (Stevenson) بأن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية وبمطابقة وبدقة عالية.² وبين شايخ وربني (Shaikh & Rabbani) بأن الاعتمادية في الخدمات الصحية يمكن التعبير عنها حل أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة فضلا عن إعطاء الحلول المطلوبة.³ وبين البكري بأن المعولية في الخدمة الصحية تعني القدرة على الأداء في إنجاز ما تم تحديده مسبقا وبشكل دقيق ويمثل هذا البعد (32%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى. وأن من معايير التقييم لبعد الاعتمادية دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، والمواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.⁴ وذكر شايخ (shaikh) أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد من الخدمة وفقا لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة.⁵ وأوضح إفس وكوليبي (Evans & Colier) بأن الاعتمادية تعني قابلية أداء الخدمة الصحية بموثوقية ودقة عالية.⁶

فمن خلال ما سبق، يتضح أن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقييم وأداء الخدمة بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظمة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة وبدقة عالية يمكن الاعتماد عليها، فضلا عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساس وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والأخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج، وكذلك ثقة المستفيد بأن حساباته المالية سليمة عند مغادرة المنظمة الصحية (المستشفى).

ب- **بعد الاستجابة:** يرى لوفلوك (Lovellock) بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم.⁷ وأوضح ديوب، وعطية بأن الاستجابة في مجال الخدمات الصحية

¹ – N. Slack and S. Chambers and R. Johnston, **Operation Management** (New york: Prentice– Hill, 2004) ,pp.49–50.

² –w. Stevenson, **Operation Management** (New York: McGraw–Hill,2005), p.387.

³ –B.T. Shaikh and F. Rabbani, "Health Management Information System: A tool to gauge patient satisfaction & Quality of Care", **Eastem Mediterranean Health**, Vol.11, No. 1–2. (2005), p.195.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16532688> (consulté le 22–08–2014)

⁴ – البكري، مرجع سابق، ص ص. 212–231.

⁵ –, B. T. Shaikh, "Quality of Health Care: An absolute for Patient Satisfaction", **Journal of View Point**, Vol. 55, No.11, (2005), p.515. http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=969 (consulté le 12–03–2013)

⁶ – j.R Evans and D.A .Collier, **operation management** (Boston:Thomson South Western, 2007), p.78.

⁷ –Lovellock, op.cit.,p.456.

تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها.¹ وبين شايخ (Shaikh) أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم وخلفيتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم وغير مزعج.²

وأكد حامد بأن الاستجابة في مجال الخدمة الصحية تشمل المتغيرات التالية: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي، وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤ منها.³ وذكر البكري بان الاستجابة تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض)، ويمثل هذا البعد (22%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى.⁴ كما أكد شايخ وربني (Shaikh & Rabbani) بان الاستجابة تعني قيام العاملين في المستشفى بتقديم عناية سريعة للمريض اعتمادا على احتياجاته للعناية وبأقصر وقت ممكن.⁵ وعرف المحياوي الاستجابة هي القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للمريض من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة. فمثلا ما هو استعداد ورغبة المنظمة في تقديم المساعدة للمريض أو حل مشاكله المحددة.⁶

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

ج- بعد الضمان: أشار محمود والعلاق إلى أن هذا البعد هو العهد ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم، وقدرتهم على استلهاث الثقة والائتمان.⁷ أما البكري فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد

¹ - محمد عباس ديوب وهاني رمضان عطية، "إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس"، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد.27، العدد.2، (2005)، ص. 124.

² -Shaikh, op.cit., p.515.

³ - حامد، سعيد شعبان، "أثر التسويق الداخلي كمدخل لإدارة الموارد البشرية على مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي بالقاهرة الكبرى"، (2002)، ص.20. www.faculty.ksu.edu.sa

⁴ - البكري، مرجع سابق، ص.212-231.

⁵ -Shaikh and Rabbani, op.cit., p.195.

⁶ - المحياوي، مرجع سابق، ص.94.

⁷ - أحمد محمود وبشير العلاق، "العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة بالإدراك ورضا المستفيد (دراسة تحليلية)"، مجلة اريد للبحوث والدراسات، المجلد.3، العدد.2، (2001)، ص.42.

بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة. ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى. ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين.¹ وبين شايخ وربني (Shaikh & Rabbani) أن الضمان يتضمن العناصر التالية: المستشفى جديرة بالثقة والاعتماد، الطبيب مؤهل وكفؤ، العاملون في المستشفى يتمتعون بالكياسة واللفظ.² وبين رشود بأن الضمان يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الحفاظ على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة.³ وأطلق علوان تسمية توكيد الجودة على بعد ضمان الجودة إذ يرى أن مرحلة توكيد الجودة تؤكد على كل الأنشطة المخططة أو النظامية المهمة لمطابقة وضمن الجودة وفق احتياجات المستفيد، وأن هذه الأنشطة مستمرة وأساسها منع وقوع الخطأ عند تقديم الخدمة للمستفيد.⁴

مما تقدم يمكن القول بأن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على جودة الخدمة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، مرضيين وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة.

د- **التعاطف:** يرى كل من باراسيرامان وزملاؤه (Parasuraman, et.al) بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات التالية: اهتمام العاملين في المستشفى بالمستفيدين اهتماماً شخصياً، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملائمة ساعات عمل المنظمة لتتناسب جميع المستفيدين، حرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين.⁵ ويرى محمود والعلاق بأن التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة في الزمان والمكان، الاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد.⁶ وأشار زيتمال وزملاؤه (Zeithmal, et.al) بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته.⁷ وأوضح شايخ (shaikh) أن بعد التعاطف

¹ - البكري، مرجع سابق، ص ص 212-231.

² - Shaikh and Rabbani, op.cit., p.195.

³ - عبد الله بن صالح رشود، قياس جودة الخدمة بالمصارف التجارية السعودية: دراسة مسحية لأراء عملاء مصرف الراجحي بمدينة الرياض، مذكرة ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية، (2008)، ص 54.

⁴ - قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001:2000 (عمان: دار الثقافة، 2005)، ص 28.

⁵ - A. Parasuraman, V. Zeithaml and L. Berry, (1988), op. cit., pp.12-14.

⁶ - محمود والعلاق، مرجع سابق، ص 42.

⁷ - V. Zeithmal and M. Britner, **service Marketing Integrating Customer, Focus across the Firm** (New York: McGraw-Hill, International Edition, 2003), pp.28-31.

التعاطف " الجوانب النفسية" يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المقدمة للمرضى، مناداته باسمه، وإبداء صفة الانتباه تجاه المرضى.¹ كما يرى البكري أن التعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى. ومن معايير التقييم لهذا البعد الاهتمام الشخصي بالمرضى، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ.² وأوضح شبيخ وريني (Shaikh & rabbani) بأن عناصر التعاطف هي: العاملون في المستشفى يتمتعون باللفظ والكياسة، الطبيب ينادي المريض باسمه، إعطاء الانتباه الشخصي للمريض.³ وأشار إدريس إدريس أن التعاطف يقصد به وضع مصلحة المستفيد في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين، وتوفير العناية الشخصية لكل منهم، والشعور بالتعاطف مع طالب الخدمة عند تعرض لمشكلة ما، واحترام عادات وتقاليد المستفيدين.⁴

وعليه، يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي الخدمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها. ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللياقة واللفظ والكياسة والسرية والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيد منها، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية.

هـ - **بعد الملموسية:** أشار زيتمال وبرايتر (Zeithmal & Britner) إلى أن الجوانب المتعلقة بلموسية الخدمة هي المباني وتقانة المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك.⁵ وأوضح شبيخ وريني (Shaikh & rabbani) أن الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية يتضمن العناصر التالية: مكاتب الأطباء نظيفة، العاملون في المستشفى يستخدمون الوسائل أو الوسائل القياسية ن والوصفات الطبية يجب أن تكون سهلة الفهم.⁶ وبين ديوب وعطية بأن تقييم الخدمة الصحية من قبل المستفيد غالبا ما يتم بناء على التسهيلات المادية مثل الأجهزة والتقانات، المظهر الداخلي للمستشفى المظهر الشخصي للعاملين.⁷ وأوضح البكري أن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، ويمثل هذا البعد (11%) كأهمية نسبية قياسا بالأبعاد الأخرى،

¹ - Shaikh, op.cit., p.515.

² - البكري، مرجع سابق، ص. 212.

³ - Shaikh and Rabbani, op.cit., p.195.

⁴ - ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم (الإسكندرية: الدار الجامعية، 2006)، ص. 296.

⁵ - Zeithmal and Britner, op.cit., pp.28-31

⁶ - Shaikh and Rabbani, op.cit., p.195

⁷ - ديوب وعطية، مرجع سابق، ص. 124.

ومن معايير التقييم لهذا البعد : الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، وأماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.¹ وأكد إدريس بأن المقصود بالجوانب الملموسة حداثة وجاذبية المباني والتصميم الداخلي والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات المادية المستخدمة في إنتاج الخدمة، والأثاث والديكور، ومظهر العاملين في مواقع الخدمة.² وأشار العلي بأن الملموسية تشمل على الحقائق والمعطيات المادية والمرافق التي يستخدمها المريض.³ وأكد شايخ (shaikh) أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية وأخيرا الوصفة الطبية ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى.⁴

بناء على ما سبق، فإن بعد الملموسية يشير إلى التسهيلات المادية التي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها، ونمط التقانة وحداثة الأجهزة والأدوات الصحية، ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميمي والتنظيم الداخلي لها.

وعليه، يمكن الإستنتاج أن الدراسات أثبتت أنه على الرغم من النظر إلى الأبعاد الخمسة على أنها ضرورية إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من زبون لآخر، ومن منظمة لأخرى. إلا أن بعد الاعتمادية يظل في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم عنصر أو بعد يعكس جودة الخدمة، بغض النظر عن طبيعة الخدمة.

المطلب الثالث: مقاييس جودة الخدمات الصحية

إذا كان بإمكان الباحثين والممارسين تحديد وقياس الجودة في مجال السلع المادية (على أساس خصائصها القابلة للقياس كالطول، الوزن، الصلابة)، فإنهم لا يزالون يواجهون صعوبة في تعريف وقياس الجودة في مجال الخدمات نظرا لكون الخدمة أداء أكثر منها شيئا تدركه الحواس. فقد رأى باراسيرامان وزيتمال وبيري في سنة 1985 أن الخدمات أكثر صعوبة للتقييم والقياس بالمقارنة مع السلع المادية، وذلك بسبب خصائصها المميزة، خاصة فيما يتعلق بصفات البحث، التجربة والاعتقاد، فإذا كان ما تقدمه مؤسسة ما لزيائنها يحتوي على صفات البحث فهو سهل التقييم، أما صفات التجربة صعب التقييم، في حين صفات

¹ - البكري، مرجع سابق، ص. 212.

² - إدريس، مرجع سابق، ص. 294.

³ - عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة (عمان: دار المسيرة، 2008)، ص. 309.

⁴ - Shaikh, op.cit.,p.515.

الاعتقاد. أصعب للتقييم. وبما أن الخدمات غنية بصفات التجربة والاعتقاد. وفقيرة من حيث صفات البحث فهذا ما يجعل عملية القياس صعبة.¹ ومن أهم ما توصلت إليه هذه البحوث تحديد عدة مداخل من أجل قياس جودة الخدمة وجودة الخدمة الصحية بشكل خاص يمكن ذكر ما يلي:

1. **المدخل الهيكلي:** يتضمن هذا المدخل استخدام الموارد من أجل قياس جودة الخدمة الصحية على أساس مؤهلات منجمي ومقدمي الخدمة الصحية، بالإضافة إلى المعدات والأجهزة المتوفرة وأسلوب تنظيمها وإدارتها.²

يعد هذا المدخل من أسهل المداخل بالنسبة لإدارة المستشفى لسهولة توفر المعلومات المطلوبة للتقييم، حيث يمكن الحصول عليها من سجلات المستشفى أو حتى من الملاحظة البسيطة. ويقوم هذا المدخل على افتراض أنه كلما توفر هيكل جيد للرعاية فإن العمليات الملائمة ستتبع الهيكل، كما أن النتائج ستكون جيدة. غير أن ما أخذ على هذا المدخل أنه ليس بالضرورة أن وجود الهيكل الجيد يؤدي بالضرورة إلى تقديم جودة عالية، وهذا نتيجة إهمال العناصر الأخرى.

2. **مدخل العمليات:** يقوم على الأنشطة والخدمات التي يتم تقديمها للمريض وهي تشكل محتوى الخدمة كعملية، بالإضافة إلى تسلسل هذه الأنشطة ومدى تنسيقها.³ حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمرضى من خلال تحديد قائمة مسبقة بالعناصر التي يعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء تقديم الخدمة الصحية كما هي موثقة في السجلات الطبية، ويقوم هذا المدخل على افتراض أن العمليات الصحيحة يتوقع أن تؤدي إلى نتائج نهائية جيدة، ويؤخذ على هذا المدخل تحديده لقائمة الأنشطة والإجراءات التي تشكل الخدمة الصحية دون مراعاة شدة المرض ونتائج الفحوصات المختلفة.

3- **مدخل النتيجة النهائية:** النتيجة النهائية هي التغيرات الصافية التي تحدث للمستوى الصحي للفرد أو للمجتمع، ويتميز هذا المقياس بالصدق الظاهري غير أن هناك عوامل أخرى تؤثر على المستوى الصحي (عوامل البيئة والوراثة...)⁴ ويستعمل هذا المدخل كلا من مؤشرات الوضع الصحي العام ومؤشرات الوضع الصحي الخاص بمرض محدد، وهذه المؤشرات يمكن أن تركز على إدراك المريض لمستوى صحته أو على الرأي المهني للأطباء.

5- A. Parasuraman, V. Zeithaml and L. Berry, (1988), op. cit., P. 48.

² - فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات (الشارقة: مكتبة الجامعة، 2008)، ص. 389.

³ - نفس المرجع، ص. 390.

⁴ - نفس المرجع، ص. 391.

ولا بد أن نوضح هنا أن الإهتمام بقياس النتائج دون مناظرة العمليات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة، ولذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة السابقة، وذلك حسب الهدف من القياسات، فقياس النتائج يستخدم غالبا بغرض تقييم الأداء، بينما قياس العمليات والهيكل يستخدم بغرض تحسين وضبط العمليات.

4. مدخل العملاء لقياس جودة الخدمة الصحية: يقوم على قياس جودة الخدمة وفق إدراكات العميل. ومن الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمة وفق هذا المدخل ما يلي:

أ. **مقياس عدد الشكاوي:** يقيس عدد الشكاوي التي يتقدم بها العملاء خلال فترة زمنية محددة، وهذه الشكاوي تعبر عن مستوى جودة الخدمة المقدمة سواء كانت هذه الخدمات دون المستوى أو أنها لا تتناسب مع إدراكات العميل والمستوى الذي يودون الحصول عليه. ويمكن هذا المقياس من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل وتحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة.¹

ويجب الإشارة إلى أن المؤسسات التي يكون لديها توجه بالعميل تتجاوب بشدة مع شكاوي عملائها، بل وتذهب إلى أبعد من ذلك، إذ أنها تحاول البحث عن شكاوي، لأن عدم وجود شكاوي من العملاء لا يعني بالضرورة وجود مستوى عالي من رضا العملاء، وذلك أن الوسائل المتبعة لإعطاء العملاء فرص تثبيت رضاهم عن الخدمة قد لا تكون كافية، كما أنه ينبغي الأخذ بعين الاعتبار ما يسمى بالأغلبية الصامتة من العملاء والذين ليسوا على استعداد لتقديم أي شكوى مهما كانت الظروف.² وينقسم العملاء من حيث الشكاوي إلى عدة أنواع أهمها:³

- العميل الصامت: بشكل عام هذا النوع من العملاء لا يشتكي بغض النظر عن معاناته من الأخطاء، وينبغي العمل على إغرائه من أجل تقديم الشكوى.
- العميل دائم الشكوى: يشكو دائما بحق أو بدون حق، ولا يكون راضيا أبدا عن الخدمة، وهناك دائما من وجهة نظره أخطاء.
- العميل الموضوع: هذا العميل لا يشكو إلا إذا كان هناك مبررا لشكواه، فهو يهتم بالنتائج وحل المشاكل ولا تهمة الأعدار.

¹ - المحياوي، مرجع سابق، ص.97.

² - أحمد جودة محفوظ، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، ط2 (عمان: دار وائل، 2006)، ص ص.97-98.

³ - نفس المرجع، ص ص. 78 - 79.

- العميل المستقل: يهدف إلى الحصول على مزايا إضافية من تقديم شكواه، فهدفه الرئيسي ليس حل المشاكل.

ب. **مقياس الرضا:** وهو أكثر المقاييس استخداماً لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات.¹ عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف عن طبيعة شعور الزبائن حول الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف فيها. وذلك يكون بعد جمع المعلومات عن المريض. وهناك طرق عديدة لجمع المعلومات منها: المقابلة والاستمارة والملاحظة، إلا إن الاستمارة تعتبر من أهم الأدوات المستخدمة في قياس مستوى رضا المرضى.² وقد يتحقق الرضا لدى المريض الخارج من المستشفى بعد تلقيه العلاج الطبي المناسب وقد لا يتحقق لذلك المريض المصاب بمرض مستعصم مهما كان الاهتمام والرعاية التي بذلت من أجله، ومع ذلك يجب أن يقوم مقدم الخدمة بالالتزام بالمعايير والأبعاد النوعية التي من شأنها أن تحقق الرضا أو حتى الحد الأدنى من الرضا لدى المرضى، ويتضمن ذلك اهتماماً ورعاية لاحتياجات المريض ورغباته من اللحظة الأولى لدخوله المستشفى واستقباله، مروراً بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات واستيفاء الرسوم ورعاية الطاقم التمريضي له، فضلاً عن نوعية الخدمات الفندقية المقدمة، وانتهاءً بإجراءات تصفية حسابات المريض والأمانات، وإعطائه التعليمات والإرشادات الصحية وخروجه من المستشفى.

وعليه، فإن جوهر الجودة يتمثل هنا في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافقها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض، وهذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا ويمكن التعبير عن هذه العلاقة بالآتي:³

الرضا الإدراك - التوقع

فدرجة الرضا تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة، وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة.

ج. **قياس القيمة:** تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها مؤسسة الخدمة الصحية للمرضى تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة للمريض والتكلفة للحصول على هذه الخدمات.

¹ - المحياوي، المرجع السابق، ص. 98.

² - محفوظ جودة، مرجع سابق، ص. 82.

³ - البكري، مرجع سابق، ص. 215.

فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات الصحية المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للمرضى، وكلما زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات والعكس صحيح. وبالتالي، فإنه من واجب المؤسسة الصحية اتخاذ الخطوات الكفيلة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول على الخدمة. ولا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع المؤسسة الصحية إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للمرضى بأقل تكلفة ممكنة.

د. مقياس Servqual ومقياس Servperf

تم إقتراح هذين المقياسين بهدف تحسين مستوى الخدمات المقدمة للمستهلكين بما في ذلك الخدمات العامة، وتعتمد بشكل أساسي على مسوح رضا المستهلك، حيث تربط إدراكات المستهلكين لاستلام الخدمة وتوقع جودة هذه الخدمة. وتكمن أهمية هذه المسوح في أنها بمثابة تغذية راجعة من المستهلكين وهي مفيدة جدا في تحديد ما إذا كانت صورة الخدمة بحاجة إلى تحسين أم لا. إن توقعات المستهلكين تتحدد من خلال حاجاتهم الشخصية والخبرة السابقة لدى مقدمي الخدمة أنفسهم وكذلك من خلال الاتصالات الشفهية والخارجية التي يجريها مقدمي الخدمة وآخرين غيرهم.

د.1. مقياس Servqual

على الرغم من تعدد مداخل قياس وتقييم جودة الخدمات، إلا أنه يمكن تقسيمها إلى مدرستين أساسيتين هما:

- مدرسة غرونروز (Gronroos) التي تعرف جودة الخدمة بمكونين اثنين هما الجودة الوظيفية والجودة التقنية، وجودة الخدمة بالنسبة لهذه المدرسة تتحدد بالإجابة على سؤالين، كيف تقدم الخدمة؟ وما قيمة ما يقدم فعلا؟¹

- مدرسة باراسيرامان وزيثمال وبيري (parasuraman, Zeithmal & Berry) التي بنت فكرة مقياس الجودة على أنها تقييم من المستخدم يقارن فيه بين توقعاته وبين الأداء الفعلي حسب ما يراه، أو هي بتعبير آخر الأداء بالمستوى الذي يتوقعه العملاء.²

¹ - Gronroos, (1984), op. cit., pp. 36-44.

² - D. L. Foster, **Marketing Hospitality: Sales and marketing for Hotels, Motels, and Resorts** (New York: School Publishing Company McGraw Hill, 1992), p.10.

وقد أصبحت أعمالهم يشار إليها باختصار (PZB) قاعدة لأعمال عديدة. الاستجاب الذي صممه الكتاب الثلاثة يستند إلى عدد من الدراسات الكمية في عدد من القطاعات الخدمية. يتكون هذا المقياس من مجموعتين، كل مجموعة تضم (22) عبارة، تهدف المجموعة الأولى إلى قياس توقعات العملاء لخدمة المنشأة، بينما تهدف المجموعة الثانية إلى قياس اتجاهات العملاء نحو أداء المنشأة، يختصرها زيتمال وزملاؤه (Zeithmal et al) في التوصية التالية: "كن لائق المظهر ومنظما، تجاوب مع الزبائن، كن موحيا بالطمأنينة، كن مجاملا، وأكثر من أي شئ آخر كن موثوقا به- أوف بما تعد".¹

لقد حدد كل من (PZB) عام 1985 عشرة أبعاد رئيسية لقياس جودة الخدمة، كما سبق ذكرها في المطلب السابق، وفي عام 1988 اختصرت الأبعاد العشرة إلى خمسة أبعاد موسعة لجودة الخدمة، ويمكن تطبيقها في أية منظمة خدمية، وأطلق عليه نموذج جودة الخدمة (Servqual) وبطرح الفرق بين الإجابات (الأداء-التوقعات) يتم تحديد الفجوة للأبعاد الخمسة من المقياس.

لقد كان الهدف الأساسي لتطوير مقياس Servqual محاولة لتوفير أداة قياس للجودة يمكن استخدامها عبر نطاق واسع من الخدمات والصناعات، وقد طبقت لفترة من الزمن في عدد محدود من منظمات القطاع الخاص. ولقد استمرت في حقبة التسعينات من القرن الماضي تطورات أخرى لمقياس Servqual في ضوء كل من النتائج التجريبية والمناقشات النظرية الأخرى.² في هذا الإطار يوضح نموذج جودة الخدمة المقدم من طرف (PZB) مجموعة من الانحرافات التي يجب مراعاتها في جودة الخدمة. ويوضح الشكل الموالي نموذج Servqual.

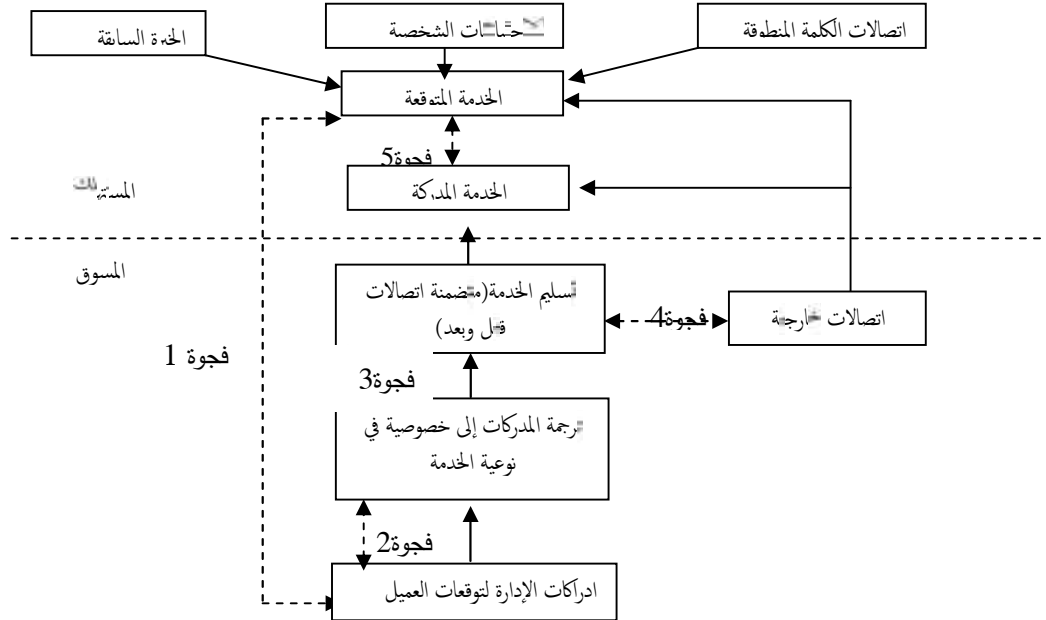
إن النموذج المذكور أسفله لا يوفر فقط إمكانية قياس آراء المستهلك عن جودة الخدمة إنما يوفر أيضا أداة قياس لتوقعاتهم فيما يجب أن تكون عليه جودة الخدمة، وبالتالي يوفر إمكانية البحث في الفجوة (Gap) بين توقعات وإدراكات المستهلك. وتكمن الأهمية الإحصائية للفجوة بين التوقعات والإدراكات في أي بعد بأن تكون نقطة بداية للبحث بكيفية تحسين جودة الخدمة. ولذلك تعتبر الفجوة الخامسة المحصلة النهائية لجميع الفجوات، إذ يتم على أساسها الحكم على جودة الخدمة ككل. أما عن أسباب حدوث هذه الفجوة فإنها تنتج إذا ظهرت إحدى الفجوات السابقة أو جميعها كفجوة الفهم (الإدراك)، أو فجوة التصميم، أو فجوة التسليم، أو

¹ - A. Parasuraman, V.Zeithaml and L. Berry, **Delivering Service Quality: balancing Customer Perceptions and Expectation** (New York: the Free Press, 1990), p.37.

² - الهيثي، مرجع سابق، ص.334.

فجوة الاتصالات وتنطوي تلك الفجوات على (عدم معرفة حاجات المستهلكين، الاختيار السيئ لتصاميم الخدمة، الفشل في تسليم الخدمة، عدم الوفاء بالتعهدات).¹

شكل رقم 03: نموذج الخدمة- الجودة للفجوات الخمسة



Source: A. Parasuraman & V. Zeithaml & L. Berry, "A conceptual model of service quality and its implications for future research", *Journal of Marketing*, (1985), Vol.49, pp .41-50.

إن ظهور أي فجوة يعني أن الخدمة لم تقد بما يقابل توقعات العملاء، وحتى تتمكن المنظمة من سد هذه الفجوة فإنه يتوجب عليها أن تسد جميع الفجوات.

وفي دراسة أخرى لنفس الباحثين سنة 1991 لتتقيح وإعادة تقييم نموذج جودة الخدمة، فقد قام PZB (parasuraman, Zeithmal & Berry) بتغييرات وإضافات على المقياس لزيادة إعماديته وتمثل هذه التغييرات والإضافات فيما يلي:²

- "أول تغيير كان في مصطلح "يجب" (Should)، والتي يرى الباحثون أنها تساهم في رفع توقعات العملاء بصورة غير واقعية، فقاموا بتغييرها بمصطلح "سوف" (Will) مع تغيير صياغة العبارة؛

¹ - نفس المرجع، ص. 235.

² - A. Parasuraman and V. Zeithaml & L. Berry, "Refinement and Reassessment of the Servqual Scale", *Journal of Retailing*, Vol. 67, No.4, (1991), PP. 422-424.

- إعادة صياغة العبارات من الصياغة السلبية إلى الصياغة الإيجابية و ذلك بسبب المشاكل التي نتجت عن الصياغة السلبية للعبارات؛
- استبدال عبارتين من عبارات المقياس الأصلي بعبارتين جديدتين، عبارة تخص بعد الجوانب الملموسة وعبارة تخص بعد الأمان؛
- استبدال طريقة استخراج الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة، والتي كانت تستخرج بطريقة غير مباشرة من نتائج تحليل الانحدار. إلى طريقة مباشرة على أساس الأوزان وهي مفيدة هنا خاصة عند قياس الجودة الكلية للخدمة وهو ما يعرف بنموذج جودة الخدمة المرجح (Weighted Servqual) حيث يتم حساب جودة الخدمة وفقا للمعادلة التالية:

- SERVQUAL جودة الخدمة = الأداء - التوقعات.

- weighted SERVQUAL جودة الخدمة = الأهمية (الأداء - التوقعات)

وعلى هذا الأساس فقد قاموا بإضافة جزء لاستبيان جودة الخدمة يطلبون فيه من العميل أن يقوم بتوزيع 100 نقطة على أبعاد جودة الخدمة الخمسة، حسب أهميتها بالنسبة له.

لاشك أن عدم إدراك العميل (المريض) لجودة الخدمة الصحية كميزة نسبية يعني وجود فجوة، لا تظهر الفجوات إلا بوجود طرفين سواء كانا متناقضين أو متفقين إلى حد ما، فإن الفجوة تظهر بمداهم الواسع أو المحدد. ومتى ما شعرت الإدارة بوجود مثل هذه الفجوات، فإنه يتوجب عليها معالجتها أو حتى محاولة تقليص الفجوة. والجدول رقم (01) يبين بعض التفاصيل التي من شأنها تقليص الفجوات داخل المستشفى.

الجدول رقم 01: وصف لتقليص فجوة جودة الخدمة الصحية.

التفاصيل		
...	تحليل تحسين الفهم وتقليل	بين الرأسية بين حقيقي.
بين الطرفين المستويات بينهما.	الصحية	يتوقع تحقيق فهم -زيادة وتحسين -تحسين -تحويل
وجهة الصحية	هي حيال معايير	وجهة
جيدة. صحية جيدة.	صحية تقديم	قيادة المرؤوسين زيادة مهاراته والأساليب الجديدة تكنولوجيا جديدة للتعويض
نه يمكن قياسها معايير	نه يمكن قياسها معايير	تدريب - - - التحديد
والواقعية التنفيذ لمواجهة	والواقعية التنفيذ لمواجهة	لأهداف الصحية
وهو يجب	كبير تحقيق النوعية	يقومون به توضيح وإفهام عالية الاهتمام.
الصحية.	التغذية العكسية. تحقيق أهداف الصحية	الجميع يفهمون ويتقبلون الأهداف القيام بقياس والإداريين
الصحية	التغذية العكسية. تحقيق أهداف الصحية	يتوافق المعايير الصحية الصحية
تحقيق رضا المريض.	يؤدونه منهم.	توضيح والمهام العاملين زيادة مهارة العاملين التدريب الفنية لزيادة مهارة العاملين تطوير أساليب وإشراكهم
الصحية	القيام	الجديدة بتقديم الصحية، عليه:
إطلاقها للجمهور. لتعزيز النفسية	الترويجية الترويجية	تطوير الترويجية الصحية الجديدة. التسويقي
الصحية	التسويق	تحسين العاملين مصادقية
الصحية	يمكن تحقيقه الصحية	وكونه يعكس حقيقة إشراكهم يمكن تحقيقه -التحديد الدقيق -تقديم مستويات

المصدر: تامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية، (عمان: دار اليازوري، 2005) ، ص ص 219 - 222.

د.2: مقياس (Servperf) والانتقادات الموجهة لـ (servqual)

على الرغم من الدور الذي يلعبه مقياس servqual في تحديد جودة الخدمة، وشمول أبعاد المقياس على محورين أساسيين هما الجوانب الفنية والتنظيمية، والجوانب السلوكية المكملة لجودة الخدمة، وعلى الرغم من التفتيحات التي أضافوها لجعل المقياس معتمداً وصادقاً لقياس جودة الخدمة، إلا أن بعض الباحثين حاولوا التشكيك في طريقة القياس الخاصة للوصول إلى الفجوة بين توقعات الجمهور لجودة الخدمة وإدراكاتهم للأداء الفعلي للخدمة التي يحصلون عليها.

لا تزال هناك تحفظات متعلقة بموضوع القياس بسبب اعتماده مفهوم الفجوة، إذ يرى بعض الباحثين مثل Cronin & Taylor، أن مقياس servqual يقيس في الحقيقة رضا الزبون وليس الجودة. فمفهوم الرضا هو مفهوم يختلف عن الجودة من حيث الطبيعة ومن حيث الاستقرار. فالرضا هو شعور ذاتي عن مدى تحقق توقعات الزبون بشأن عملية خدمة محددة، ومكافئتها أو تفوقها على التضحية المقدمة مقابلها، فهو مفهوم وجداني وعارض ومنقلب أكثر من الشعور بالجودة، فالرضا يرتبط بعملية الخدمة أكثر منه بمقدم الخدمة. بينما الجودة معرفية وتنسم بقدر من الثبات لكونها تتضمن تقييماً على مدى أوسع وتخص مقدم الخدمة كما تخص عملية الخدمة نفسها. فالعديد من الدراسات تستخدم servqual لقياس الرضا، وهذا يجعل من غير الواضح ما إذا كان المقياس يقيس الجودة المدركة أم الرضا.¹

كما توجد تحفظات تتعلق باستخدام مفهوم الفجوة بين التوقع والإدراك، لأن استخدام هذا النموذج يتطلب قياس التوقعات مع الإدراكات ومن ثم حساب الفرق بين المتغيرتين، إما من خلال متوسطيهما أو الفرق بين البنود. استخدام التوقعات يفترض أن للزبائن توقعات واضحة عن الخدمة وهذا قد لا يكون في كل الحالات،² مثلاً عندما يكون مقدم الخدمة أو الخدمة نفسها جديدة على المستخدم، أو تكون عملية الخدمة ونتيجتها غير ظاهرة للمستخدم في لحظتها.

وردت أيضاً انتقادات على مقياس servqual من حيث أنه يهمل ناتج الخدمة (Quality outcome) في دراسة لريشارد وألاوي (Richard and Allaway)،³ حيث قام هذان الباحثان بتجربة مقياس servqual موسع ليشمل مكونات جانب العملية والناتج. وقد شمل المقياس الذي استخدمناه إضافة إلى الـ 11 بنداً servqual

¹ – J. Cronin and S. Taylor, (1992), op. cit., pp.55–68.

² – O. William, et al. "Conceptualization of a meaning-based research approach for tourism service experiences", **Tourism Management**, Vol.27, (2006), pp.34–41.

³ – M. D. Richard and A.W Allaway, "Service quality attributes and choice behavior", **Journal of Service Marketing**, Vol.7, No.1, (1993), pp. 59–68.

المعدلة لتتناسب خدمة المطاعم السريعة، ست بنود عن ناتج الخدمة أي عن جودة الذوق ونوعية المحتويات.... وجدت الدراسة أن بنود مقياس servqual الاثنتين وعشرون فسرت 45 بالمائة من خيار المستهلك، بينما فسر مجمل المقياس 71.5 بالمائة. الفرق بين النسبتين وجد دالا إحصائيا، وهو ما بين أن المقياس الذي يتضمن جانب الناتج والعملية له قدرة تنبؤية أكبر من الذي يتضمن أحد الجانبين دون الآخر.

هذا النقاش قاد إلى أفضلية تجنب استخدام مفهوم الفجوة وبالتالي مفهوم التوقعات، والاكتفاء بقياس الجودة المدركة. ولعل كرونين وتايلور (Cronin & Taylor) هما أبرز من انتقد اتخاذ التوقعات معيارا لقياس الجودة مقترحين قياس الجودة من خلال الأداء وحده. واقترحا استخدام مقياس Servperf (مقياس الأداء الفعلي) كمقياس أفضل لجودة الخدمة المدركة. ويعتبر نموذجا معدلا من سابقه، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للعميل على اعتبار أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات حيث أن الجودة تساوي الأداء. يقصد بالجودة هنا الجودة المدركة، ويقصد بالأداء الأداء الفعلي الذي يدركه الزبون، وهو نفسه المفهوم الذي يقيسه مقياس servqual مع التوقعات. غير أن نموذج Servperf لا يعتمد على التوقعات في حساب الجودة المدركة.¹

إقترح كرونين وتايلور (Cronin & Taylor) نموذجهما البديل في مقالة لهما سنة 1994، شملت قطاعات خدمية مختلفة متعددة.² أظهرت هذه الدراسة أفضلية نموذج الأداء وقدرته على تحسس التباين في إدراك الزبائن لجودة الخدمة. الطريقة العملية للقياس في هذا النموذج هي استخدام نفس أداة servqual، لكن مع الاستغناء عن البنود الإثنتين وعشرين التي تقيس التوقعات. لا شك أن هذا يسمح بتسهيل معتبر لعملية القياس. لذا، فإنه ينصح باستخدام هذا المقياس في العديد من المجالات نظرا لتميزه بالسهولة في التطبيق والبساطة في القياس. وبناء عليه، تم تبني مقياس Servperf واستخدامه في عدد من مجالات الخدمة وفي بيئات مختلفة.

كما يعد تيز (Teas) من أشهر منتقدي نموذج الفجوة، ويرى أن تعريف الجودة على أساس الفرق بين التوقعات والادراكات (الفجوة الخامسة) هو مكنم الضعف الأساسي في نموذج بيرري وزملائه.³ وقد تبين عدم دقة طريقة الفجوة في القياس من خلال وجود عدة طرق للحصول على نفس العلامة للجودة. وأكد أيضا على تعدد تفسيرات المستجوبين لمفهوم التوقعات، مقترحا تجاوز الإشكال من خلال مفهومي الأداء المقيم

¹ - J. Cronin and S. Taylor, (1992), op. cit., p.51

² - J. Cronin and S. Taylor, "Servperf Versus Servqual: Reconciling Performance-based and Perception-minus-expectations Measurement of Service Quality", **Journal of Marketing**, Vol.58, No.1, (1994), pp. 125-131.

³ - R. Kenneth. Teas, "Expectations, Performance Evaluation and Consumers Perceptions of Quality", **Journal of Marketing**, Vol.57, No.10, (1993), pp.18-34.

(evaluated performance) والجودة المعيارية (normed quality). وقد توصل إلى أن زيادة الفجوة (إدراك-توقع) لا يعني بالضرورة زيادة الجودة المدركة، فهو قد ينتج عن انخفاض التوقعات. فالزبائن الدائمين يميلون مع الوقت إلى تعديل توقعاتهم للخدمة متأثرين بإدراكهم لواقع هذه الأخيرة، وهذا يؤثر على المصادقية النظرية للنموذج.

خفف بيرري وزملاؤه فيما بعد من أهمية تحفظات تيز وكرونين وتيلور (1993) مقترحين نموذجهم المزيج المتمثل في صياغة تحاول استيعاب الحالات المختلفة التي ذكرها تيز عبر إدخال مفهوم "الجودة المثالية"¹، وهي نقطة مهمة متعلقة بنموذج الخدمة ألا وهي توقعات العملاء. وتم ذلك في دراسة لفهم طبيعة و محددات توقعات العملاء حول الخدمة، حيث ساهمت هذه الدراسة في وضعهم لمصطلح منطقة التحمل (Zone of Tolerance) والتي تمثل المنطقة التي تقع بين نوعين من توقعات العميل، الخدمة المرغوب فيها (Desired Service) والخدمة المناسبة (Adequate Service)، يطلق على هذا البديل الآن مقياس الأعمدة الثلاث، حيث يعطي المستجوب علامة عن كل من الأعمدة الثلاث لكل بند معا.

إعتبر تيز فيما بعد هذا البديل أكثر تعقيدا وأقل عمومية ولا يحل جميع الإشكالات المطروحة، مشيرا إلى التعريفات المتعددة التي أعطاها فريق بيرري وزملاؤه في مقالاتهم لمفهوم التوقعات كدليل على غموضه (حاجات الزبون، ما يريده الزبون، ما يجب على المؤسسة أن تحققه)².

كما أن دراسة كروانا وأيون (Caruana & Ewing) التي اختبرا فيها طريقة الأعمدة الثلاث التي تعمل على توضيح مفهوم التوقعات للمستجوب لم تجد دليل عملي على أن هذا الأخير يميز فعلا بين الجودة المرغوبة والحد الأدنى للتوقع وعند مقارنة هذه الطريقة مع طريقة العمودين (توقعات إدراكات) والعمود الواحد (الإدراكات)، أظهرت أن طريقة الإدراكات كانت الأمثل، ما يجدد الشكوك حول استخدام مفهوم التوقعات.³

¹ - J. Cronin and S. Taylor, (1992), op. cit., pp.55-68.

² - R. Kenneth. Teas, "Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality, an Assessment of a Reassessment", **Journal of Marketing**, Vol.58, No.7, (1994), pp.132-139.

³ - A.Caruana and M.Ewing and B.Ramaseshan "Assessment of the Three-Column Format SERVQUAL: An Experimental Approach". **Journal of Business Research**, New York, Vol. 49, (2000), pp. 57-65.

المبحث الثاني: مدخل إدارة الجودة الشاملة لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية

شهدت سنوات العقد الأخير من القرن الماضي العديد من التطبيقات لنظم إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات تقديم الخدمات، ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى تطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد، وأنها الهدف الرئيسي للمنظمة. وعليه، فقد حظيت مؤسسات تقديم الخدمات الصحية كغيرها من منظمات الخدمة باهتمام العديد من الباحثين في مجال إدارة الجودة سواء من جانب دراسة إمكانية وضع مقياس محدد لجودة الخدمة أو بالتطبيق الكامل لنظم إدارة الجودة الشاملة.¹ إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية يستلزم بعض المتطلبات التي تسبق البدء بتطبيق هذا البرنامج حتى يمكن إعداد الكوادر البشرية من الأطباء والاختصاصيين والطاقم التمريضي وكذلك الفنيين والعاملين في المختبرات وغيرهم على قبول الفكرة ومن ثم السعي نحو تحقيقها بفعالية، وحصر نتائجها المرغوبة.

المطلب الأول: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا يختلف عما قدمه خبراء الجودة أمثال ديمينغ، جورانن كروزبي وايشيكاو، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية.

1. إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية تركز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء والاختلافات مسبقاً. وتعرف أيضاً على أنها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر.² يتضح من هذا التعريف بأن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية هي أسلوب لتحسين فاعلية العمل بشكل عام، وأنها طريقة للتنظيم تشمل المؤسسة بأكملها، وفي ذلك جميع الأنشطة والعاملين على كل المستويات.

كما تعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها الإستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تمكن الأفراد جميعهم المهنيون وهم

¹ - محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم (القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002)، ص. 50.

² - حنان الأحمدى، مرجع سابق، ص. 414.

الأطباء وكوادر التمريض والفنيون والمرضى على حد سواء من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة، بالشكل الذي يخفض التكاليف، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية.¹ وضح هذا التعريف أن إدارة الجودة الشاملة تساهم في بناء استراتيجيات التركيز على المريض وتطبيق برامج التخطيط الفعالة، بالإضافة إلى تنفيذ البرامج التدريبية الضرورية لكافة الأفراد العاملين في المؤسسة الصحية.

وتعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها عملية ذاتية شاملة متسلسلة لضمان التحسين المستمر في جودة الخدمات وبما يتناسب مع حاجة كل مواطن وسهولة الحصول عليها.² كما عرفت أيضا على أنها فلسفة واسعة وعريضة في كيفية جعل مجاميع مختلفة من الأفراد تجتمع معا لإنجاز غرض عام، وتسمح لهم فهم طبيعة وأهمية ما يقدمونه من خدمات، وأن يضعوا طاقاتهم وإمكانياتهم في تحقيق التحسين المستمر، ولهذا يطلق على إدارة الجودة الشاملة المعرفة المعمقة أو معرفة التحسين.³

وقد وضع الدكتور دونالد بيرويك (Donald Berwick) من أجل تطبيق إدارة الجودة الشاملة المفاهيم والمبادئ التالية:⁴

- ضرورة استعمال وسائل تحسين الجودة في المجالات الصحية، لأن استخدام هذه الوسائل يؤدي إلى التركيز على مشكلة معينة في النظام الصحي وليس على النظام بأكمله؛
- أهمية تشكيل الفرق المشتركة في جميع المستويات والوظائف المتداخلة لتحسين جودة الخدمة مما يساعد على فهم العلاقات المتداخلة والمتشابكة بين العمليات؛
- ضرورة استخدام البيانات المتوفرة في المؤسسات الصحية لتحسين جودة الرقابة الصحية وهذه البيانات يمكن تحليلها بطرق جديدة، والاستفادة منها في عملية التحسين؛
- استعمال الطرق الجديدة للتحسين، التي تتبع مفاهيم جديدة هي: العمل الجماعي، التجارب العلمية، التحليلات العلمية والاحتمالات، بدلا من المفاهيم القديمة كالتفتيش، المراقبة، اللوم والحوافز؛
- إن تدني مستوى الجودة عملية مكلفة في مجال الصحة (تكلفة الهدر، الإعادة، الخدمات الكثيرة التعقيد في الإجراءات وكثرة الأوامر) كما في مجال الصناعة؛

¹ - عبد الستار العلي، مرجع سابق، ص ص. 300-301.

² - حنان محمود مخيبر، إدارة المستشفيات (دمشق: المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، 2010)، ص. 115.

³ - سعد علي العنزي، الإدارة الصحية (عمان: دار اليازوري للنشر، 2009)، ص. 238.

⁴ - وفيق حلمي الآغا، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، "الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني"، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، (26 نيسان، 2006)، ص. 16.

- إن دور الأطباء في مجال التحسين مهم جداً، بالرغم من كثرة انشغالاتهم، لأن باستطاعتهم تعطيل جهود تحسين الجودة؛
- التدريب على الأمور الهامة التي يجب الإنتباه إليها أثناء عملية التحسين، وهذا يشمل جميع العاملين في القطاع الصحي بما في ذلك المديرين؛
- الإهتمام المبكر بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة على تدعيم الخدمات السريرية، والتي تعطي نتائج سريعة وواضحة وتشجع على الإستمرار وحل المشاكل السريرية المعقدة؛
- المؤسسات الصحية بحاجة إلى تعريف أوسع وأشمل للجودة؛
- مصير برامج تحسين الجودة في المؤسسات الصحية يقع على كاهل الإدارة العليا، كما هو الحال في المؤسسات الأخرى غير الصحية.

إنطلاقاً مما سبق، فإن إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية تعتمد على التزام الإدارة العليا، والتي تقوم بدور قيادي لتنسيق وتوحيد جهود التحسين المستمر للجودة ضمن إستراتيجية واسعة تغطي كل المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية، وتهدف إلى تعظيم رضا المريض.

2. مراحل ومتطلبات تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

على الرغم من وجود العديد من النماذج والمداخل النظرية لتطبيق نظام الجودة الشاملة، ورغم تعدد هذه النماذج واختلاف مراحلها ومكوناتها ومنهجيات وآليات تطبيقها العملي، إلا أنها تدور حول نفس المبادئ والأفكار، وفي هذا السياق يمكن توضيح مراحل تطبيق نظام الجودة الشاملة بالمستشفيات من خلال العناصر والمتطلبات الأساسية التالية :

أ. الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة:

إن الإعداد والتهيئة لبرنامج إدارة الجودة الشاملة هي المرحلة التي تسبق بناء النظام حيث تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية الإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها. ورغم غياب معايير محددة لهذه المرحلة إلا أن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من

غايات.¹ فهذه المرحلة هي الحجر الأساس لبناء النظام وهو ما يتطلب الجدية والمشاركة الفعالة للجهات المعنية بذلك في المستشفى.

ب . ثقافة الجودة الشاملة:

نشر ثقافة الجودة في وسط كافة العاملين بالمستشفى يزيد من أهمية فرص التحسن والتطوير في نظم وأساليب العمل وجودة الخدمات الطبية والفنية والإدارية، باعتبار أن الجودة الشاملة هي ذاتها ثقافة عامة تقوم على الاقتناع والرغبة في تغيير النظم والإجراءات والسلوكيات. ومن أهم الأساليب التي يمكن الاستعانة بها في تغيير وتطوير ثقافة العاملين بالمستشفى ما يلي:²

- نشر الإعلانات والملصقات الخاصة بمفاهيم الجودة في لوحات الإعلانات ومختلف مراكز العمل؛
- تنظيم حلقات نقاشية وندوات يتم فيها إيضاح مفاهيم الجودة الشاملة ومبادئها وأساليبها وأدواتها من خلال أمثلة عملية لوحدات العمل بالمستشفى؛
- عرض الأفلام والشرائح المصورة عن تجارب المستشفيات المماثلة ذات الأداء المتميز سواء على المستوى المحلي أو العالمي؛
- إعداد نشرات إخبارية دورية تتضمن معلومات عن إدارة الجودة الشاملة وتجارب متميزة لتطبيقاتها؛
- توفير بعض المراجع والمقالات المعدة بلغة يسهل فهمها عن ممارسات الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية.

ج. تكوين فريق عمل للجودة:

تعتبر فرق العمل النواة الأساسية لتطبيق ونجاح إدارة الجودة الشاملة، وفي هذا الإطار يرى كل من دين وياون (Dean & Bowen) أن فرق العمل وروح العمل الجماعي تعتبر أفضل وسيلة لتحقيق التحسين المستمر في أداء العمليات.³ وتختلف المسميات التي تطلق على هذا الفريق من فريق الجودة إلى مجلس الجودة إلى وحدة الجودة أو إدارة الجودة وغير ذلك من المسميات، وأياً كان المسمى المستخدم فإن هذا الفريق يجب أن يضم مدير المستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والطبية المساعدة والإدارية. ومن المقترح أن يتولى هذا الفريق في بداية عمله عدة مهام منها:

¹ - مخيمر والطعامنة، مرجع سابق، ص.200.

² - نفس المرجع، ص.202-203.

³ - J.Dean and D.Bowen, "Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice Through Theory of Management", **Academy of Management Review**, Vol.19 ,No.3, p.392.

• وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى، مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء، فالجودة مسؤولية الجميع، والتركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية، كما يجب التركيز على نظم و إجراءات وأساليب العمل والنتائج المحققة في آن واحد.¹

ويتولى فريق أو مجلس الجودة فيما بعد القيام بمراقبة جودة الخدمة المقدمة في جميع مجالات العمل بالمستشفى، كما يتم وضع نظام متكامل لمراجعة وتوثيق الخدمات المقدمة والتعرف على مدى ملائمتها لاحتياجات المرضى والعاملين بالمستشفى والمتعاملين معها، بالإضافة إلى اتخاذ الإجراءات اللازمة للتأكد من أن العمليات والإجراءات التنظيمية بالمستشفى تطابق المواصفات أو المعايير القياسية والمهنية المحلية والعالمية. كما يحرص هذا الفريق على وضع آلية للاتصال الفعال يمكن من خلالها تلقي شكاوى العملاء وتحليلها، كما يكون لها الدور البارز في تقديم المشورة والمعاونة في تنفيذ وتنسيق أنشطة الجودة بين مختلف أقسام المستشفى، وفي الأخير إعداد تقارير دورية لتقييم نتائج التنفيذ والمشكلات التي تعترضه وتقديم المقترحات المناسبة بشأنه.²

• تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها. كما يجب قبلها تدريب أعضاء الفريق على أساليب العمل الجماعي واتخاذ القرارات الجماعية.³

• التخطيط لأنشطة الجودة، ويمكن تعريفه بأنه الجهد الذي يبذل من أجل تحقيق أهداف الجودة من خلال تحديد الموارد الأساسية والأفراد والإجراءات اللازمة لإنجاز هذه الأهداف، والتخطيط من هذا المنطلق هو التفكير الذي يسبق العمل، ومن أهم عناصر التخطيط لأنشطة الجودة بالمستشفيات:

- تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها التي تمثل نقطة البدء في التخطيط لأنشطة الجودة، وتصاغ الأهداف على ثلاث مستويات، وهي: مستوى المستشفى ككل وتمثل النتائج الكلية المراد تحقيقها ويضع هذه الأهداف مجلس الإدارة الذي يضم الإدارة العليا للمستشفى وتكون هذه الأهداف طويلة الأجل وغير محددة النهاية. ثم المستوى الثاني ممثلاً في الأهداف التكتيكية التي تصاغ على مستوى الأقسام ووحدات العمل بالمستشفى، وتكون متوسطة الأجل وتمثل الوسائل التي من خلالها تتحقق

¹ - مخيمر، الطعمنة، مرجع سابق، ص. 204.

² - نفس المرجع، ص. 205.

³ - محمد توفيق ماضي، مرجع سابق، ص. 34.

الأهداف الكلية، وأخيرا تأتي الأهداف التشغيلية التي تصاغ على مستوى فرق العمل والأفراد وتكون أكثر تحديدا من سابقتها.¹

- صياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة، تمثل السياسات أدوات مانعة لحدوث المشاكل أو الوقوع في الأخطاء وهي تساعد في رفع كفاءة وفعالية التشغيل في المستشفى، وإيضاح توجهات المستشفيات لعملائها الداخليين والخارجيين، إن التنسيق والتكامل بين مختلف أقسام المستشفى يساهم في تطوير قدرات العاملين، حيث تسمح السياسات بقدر من حرية التصرف في اتخاذ القرار.²

- الإجراءات أو أسلوب أداء العمل، فهي التي توجه الأفعال والتصرفات وسلوكيات أداء العمل،

كما أن إمداد أعضاء الفريق بالسلطة والسيطرة اللازمة على وظائفهم وتشجيعهم على حل المشكلات التي تواجههم واتخاذ القرارات يساعد في تحسين هذه الإجراءات.³ وترجع أهمية إجراءات العمل بمختلف أنشطة المستشفى في رفع كفاءة الأداء عن طريق تحديد طريقة قياسية لتنفيذ مختلف المهام والأنشطة، والتوفير في تكاليف التدريب ووقت أداء العمل، وتحديد التسلسل الزمني وتوقيت أداء مختلف الأعمال والأنشطة مما يساعد في اكتشاف المعوقات، بالإضافة إلى تحديد أنواع وكميات الموارد اللازمة لتحقيق الأهداف ومصادر توفيرها، كما تشمل أيضا إعداد الموازنات وتخصيص الموارد بين الأنشطة المختلفة حسب الأولويات الموضوعة لها.

● البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها، وتمثل هذه المرحلة بداية المبادرات الجادة في تطوير نظم وأساليب العمل وإحداث التغييرات اللازمة لتحقيق الجودة الشاملة.⁴ ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى كما ونوعا، بالإضافة إلى تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية، وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي من ناحية أخرى، كما يجب تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات اللازمة لتلقى وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين والزائرين. أيضا تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على التقدم بأرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات، بالإضافة إلى إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد، وتهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين، وتصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية وحلقات

¹ - مخيمر والطعامنة، مرجع سابق، ص ص. 206-207.

² - نفس المرجع، ص ص. 207-208.

³ - و. شميدت و ج. فيجن، مدير الجودة الشاملة، ترجمة: محمود مرسي (الرياض: دار الآفاق الإبداعية للنشر والإعلام، 1997)، ص.37.

⁴ - مخيمر، الطعامنة، مرجع سابق، ص ص. 209-211.

المناقشة بناء على دراسة علمية للاحتياجات التدريبية بالمستشفى. كما أن صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها عن مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها أمر ضروري، بالإضافة إلى تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية. وتصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل.

المطلب الثاني: مبادئ وآليات تطبيق إدارة الجودة الشاملة للتأثير على الجودة المدركة للخدمة

إن مبادئ وآليات تطبيق إدارة الجودة الشاملة متعددة ومختلفة، ومجال تطبيقها على المنظمات الهادفة للربح والمنظمات غير الهادفة للربح لا يختلف؛ لأن هدفها في الحالتين هو التأثير على الجودة المدركة للخدمة ومن ثم رضا العميل. وباعتبار المستشفيات سواء خاصة أو حكومية واحدة من هذه المنظمات فهي تخضع لنفس الآليات عند التطبيق.

1. التركيز على العميل:

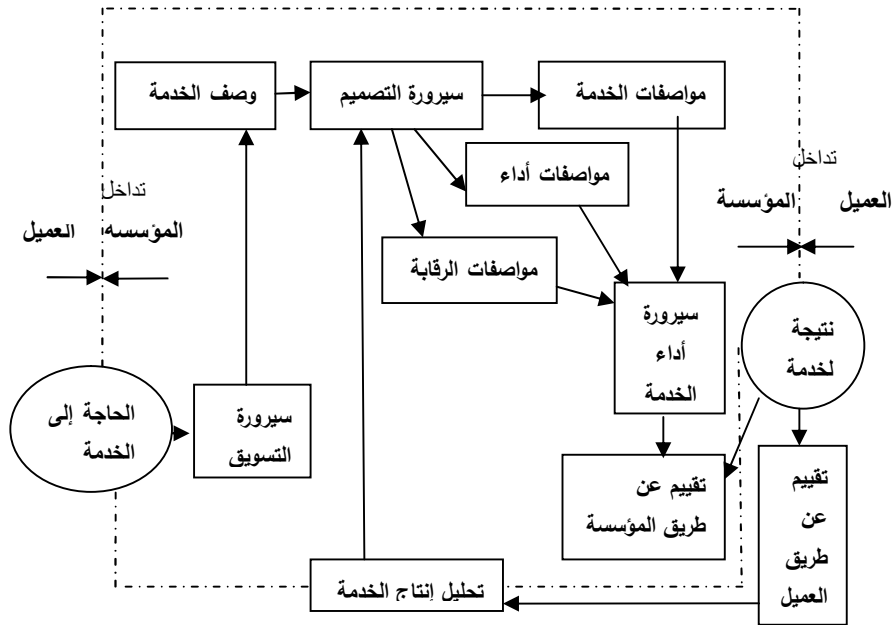
يشمل مصطلح العميل في إدارة الجودة الشاملة كلا من العميل الداخلي والعميل الخارجي. ويقصد بالعميل الخارجي ذلك الفرد الذي تتمحور حوله كافة الأنشطة والجهود من أجل تحقيق رغباته، وتحفيزه على اقتناء المنتج، أما العميل الداخلي فيمثل الأفراد العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة للمؤسسة. وقد أشارت منظمة الجودة البريطانية العملاء بشمولية أكبر، حيث عرفت العملاء بأنهم المستثمرون والموظفون وأصحاب المصالح والموردون والمجتمع بأسره وأي شخص له علاقة معينة بالمؤسسة. ولذلك، ينبغي على المؤسسة أن تضع في حساباتها الأنشطة التي من شأنها أن تحقق للعميل جودة عالية تنسجم مع ضرورة تعزيز الثقة بينه وبين المؤسسة.¹

أ. تحقيق التميز في العلاقة مع العميل الخارجي:

يعتبر التميز في العلاقة مع العميل ركيزة أساسية بالنسبة للمؤسسات الخدمية لتطوير خدماتها وتعزيز جودة خدماتها، فتواصل العلاقة مع العميل تمثل عملية تحسين مستمر لجودة الخدمة عن طريق تقييم العميل للنتيجة المتحصل عليها من جهة والتقييم الداخلي الذي تقوم به المؤسسة لضمان توافق مواصفات الخدمة مع متطلبات العميل. ويمكن توضيح ذلك من خلال الشكل التالي:

¹ - كاظم حمود خضير، إدارة الجودة الشاملة، ط 2 (عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة، 2005)، ص.99.

الشكل رقم 04: حلقة تحسين جودة الخدمة



Source : B. Forman, Du manuel qualité au manuel de management. l'outil Strategique (Paris: Afnor, 2001), p.94 .

يحدث اتصال بين المؤسسة والعميل من خلال عملية التسويق لمعرفة حاجاته ورغباته. ويتم ترجمتها إلى المواصفات التي على أساسها يتم تحديد خصائص الخدمة ومواصفات الرقابة على جودتها قبل تقديمها. ويعد ضبط هذه المواصفات، يتم أداء الخدمة (التداخل بين العميل والمؤسسة)، ومن ثم تتم عملية التقييم على المستويين الداخلي والخارجي وإستغلال نتائج التقييم في إعادة تصميم الخدمة ومواصفات أداءها وإستغلالها في ضبط سيرورة الأداء. وعليه، يمكن القول أن التميز في العلاقة مع العميل هي لغرض تفعيل عملية تحسين الجودة.

يتطلب أيضا جعل العلاقة مع العميل شخصية، وهذا يعتمد بشكل أساسي على الاتصال بالعميل، أي أن توظف المؤسسة الموظف المناسب والخاص بكل عميل حتى تضمن استمرارية العلاقة من خلال التعرف عليه أكثر وعلى إحتياجاته. وتستعمل هذه الطريقة خاصة مع العملاء الأكثر تعاملًا مع المؤسسة، إلى جانب العملاء الذين تراهم المؤسسة مهمين في التعامل معها، فعلى المؤسسة أن تختار أعوان تجاريين مكلفين بالتعرف على العملاء وخدمتهم بما يعرف بـ "محفظة العملاء" ويتم ذلك حسب نوع العملاء وطريقة التعامل معهم، بالإضافة إلى ذلك يمكنها الاستعانة بوسائل الاتصال والإعلام لأنها تعطي فرصة أكبر لجعل العلاقة مع العملاء شخصية، مثل استعمال موقع المؤسسة على الإنترنت من أجل التعرف على سلوك كل

عميل وتحديد رغباته، وحتى تخلق المؤسسة الولاء لدى عملاءها يتطلب منها تسطير برنامج لزيادة الولاء وإنشاء نوادي خاصة بالعملاء المفضلين لديها.¹

وبالنسبة للقطاع الصحي، فإن التركيز على المرضى يعد من المتطلبات الأساسية لإدارة جودة الخدمات الصحية، وأن رضا المريض على جودة الخدمات المقدمة له سيؤثر على بقاء المؤسسات الصحية وأن زيادة رضا المريض على الخدمات يقود إلى الاحتفاظ به. أن التركيز على المرضى واعتماد احتياجاتهم ورغباتهم بوصفها مؤشرات لاتجاهات المراكز الصحية والعمل على تلبيتها من المتطلبات الأساسية لإمكانية تطبيق إدارة جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية.²

ب. التركيز على مقابلة احتياجات العاملين (العميل الداخلي):

يشتمل التركيز على مقابلة احتياجات العاملين من خلال تنشيط الموارد البشرية التي تعتبر من أهم الركائز فيما يتعلق بالجودة في مجال الخدمات، وتكمن أهميتها في طبيعة الخدمة في حد ذاتها، وخاصة اللاملموسية للخدمة تجعل مقدمي الخدمة في قلب الاتصال مع العملاء، كذلك عدم مراقبة الخدمة قبل تقديمها (عدم القابلية للتخزين) يجعل الاتصال مع العملاء بما يعرف " لحظة الحقيقة " لأن الاتصال مع العميل يعتمد بشكل كبير على كفاءة العاملين وسلوكياتهم تجاه العميل. إن مكانة الموارد البشرية في جودة الخدمات مهمة جدا وهي مرتبطة مباشرة بالعلاقة التفاعلية " عميل - مقدم الخدمة " ثم تبدأ هذه العلاقة تقوى وتتمو أكثر، ويزيد اعتمادها على الخبرة، لذلك فالموارد البشرية عامل مهم للتحكم في جودة الخدمة.³

ويقول جيمس بيركز (James Bakers) مدير الموارد البشرية لشركة Federal Express "نحن نؤمن بأنه إذا اعتنينا بموظفينا فلا بد أن يعتنوا بخدمة زبائننا الذين يشكلون مصدر أرباحنا وضمانا لمستقبلنا".⁴ وترى المؤسسات خاصة المتصفة منها بالجودة أن جميع موظفيها يشكلون سلسلة متصلة يعتمد كل منها على الآخر لتقديم خدمة متميزة والتي تصل في الأخير للعميل النهائي، وهذه السلسلة مكونة من الموظفين يكون كل منه عميلا ثم موردا ثم عميلا ثم موردا إلى أن تصل الخدمة للعميل النهائي. ولا بد أن تتوفر مجموعة من السمات عند العاملين التي تجعل التعامل مع العملاء أكثر فاعلية منها:⁵

– صفات ذهنية وأهمها قوة الملاحظة والذكاء وسعة الخيال والمرونة في التفكير؛

¹ – J. M. Momin , **satisfaction and Quality** (Paris: Afnor,2001), P.166-167.

² – عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات (الأردن: الوراق للنشر والتوزيع، 2013)، ص.97.

³ – Momin ,op.cit., pp.153-155.

⁴ – جبل غريقن، طرق كسب الزبائن (الرياض: العبيكان، 2001)، ص.128.

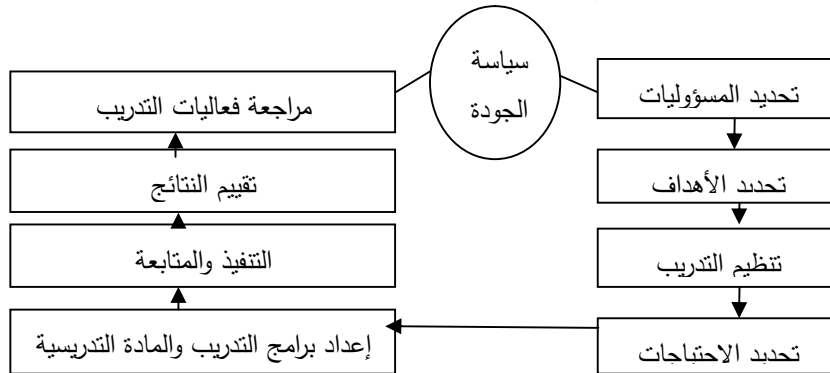
⁵ – كاظم حمود خضير ، إدارة الجودة وخدمة العملاء(عمان: دار المسيرة، 2002)، ص.205.

- صفات مظهرية وأكثرها أهمية الهدام والنشاط والثقة؛
- صفات إنسانية كحب الناس وتفهمهم والحماس والولاء للمنظمة واللباقة والتعاون؛
- صفات خلقية كالأمانة والشجاعة والمبادرة، الاجتهاد، الطموح، ضبط النفس والإتقان؛
- صفات ترتبط بالنضج كالقدوة الحسنة وتحمل المسؤولية وتقبل النقد أو الثناء.

إن عملية تحسين وتطوير الجودة فيما يخص الموارد البشرية تركز على تدريب وتحفيز العاملين وتطوير الكفاءات. فحتى تحقق المؤسسة أهدافها يجب أولاً أن تحدد الوسائل الضرورية لذلك، خاصة احتياجاتها من الكفاءات، لأن تطوير أنشطة المؤسسة يجب أن يصاحبه تكيف الكفاءات مع هذه التغيرات، كما ويعتبر التدريب احد العناصر الأساسية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة الذي يساهم بذلك، وحتى يكون التدريب فعال وله دور رئيسي يجب أن يكون مخططاً ويسعى إلى تحقيق أهداف محددة، كما أن التدريب على الجودة يجب أن يكون عملية مستمرة ومستقلة.¹ إن نموذج إدارة الجودة الشاملة يتطلب من الجهاز الإداري بذل المستطاع لتدريب وتعليم جميع العاملين على العمل، وإعادة تدريبهم على المهارات الجديدة التي تتطلبها الأجهزة والمواد والخدمات الجديدة وهكذا يستطيع العامل المشاركة في الفرق المختلفة والتأقلم مع الإجراءات المختلفة لأداء العمل.²

والتدريب على الجودة يمكن النظر إليه في شكل دائرة كما هو موضح بالشكل رقم (04) والتي تتكون عناصره مما يلي:

الشكل رقم 05: التدريب على الجودة



المصدر: عبد المحسن توفيق، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات، مدخل إدارة الجودة الشاملة (القاهرة، دار النهضة العربية، 1995)، ص.199.

¹ - عمر وصفي عقيلي، مدخل إلى المنهجية المتكاملة للإدارة الجودة الشاملة (وجهة نظر) (الأردن: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، 2009)، ص. 106.

² - سالم سعيد القحطاني، "إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في القطاع الحكومي"، مجلة الإدارة العامة، (1993)، العدد 78، ص. 12.

إن تأكيد دور التدريب كجزء أساسي في سياسة الجودة بالمنظمة، يوجب تحديد المسؤوليات والأهداف التي تريد المنظمة تحقيقها، ويكون ذلك عن طريق تنظيم التدريب حسب احتياجات العاملين، وإعداد وتجهيز البرامج التدريبية وأدواتها، وبعد تنفيذ البرنامج العملي تكون المتابعة وتقييم النتائج لتكون هناك مراجعة مدى فعالية هذه البرامج التدريبية.¹

كما أن نجاح إدارة الجودة الشاملة يعتمد بشكل كبير على مساهمة الأفراد في المنظمة لأنها حصيلة جهود هؤلاء الأفراد، لذلك ولكي تدفع العاملين لتقديم ما لديهم من التزامات وأفكار وبناءة والتغلب على مقاومة التغيير لديهم، وإثارة القدرة الإبداعية لهم واكتشاف المشكلات قبل حدوثها وإيجاد الحلول المناسبة والفعالة لها لا بد من تحفيزهم وتشجيعهم على المساهمة لتحسين الجودة وذلك عن طريق تمكينهم من إجراء التغييرات المناسبة واتخاذ القرارات اللازمة لإعطائهم الفرصة للإبداع وابتكار طرق وأساليب عمل حديثة من تجربتهم وخبراتهم في مجالات عملهم.²

2. مشاركة العاملين:

من الضروري النظر إلى الهيكل التنظيمي للمنظمة على أنه مكون من فرق عمل. فالإدارات والأقسام جميعها فرق عمل ولتفاعل هذه الفرق مع بعضها البعض وتعمل بشكل متعاون ومنسق لا بد من كسر الحواجز الإدارية التي تشملها الهياكل التقليدية.³ وعليه، يمكن القول أن شعار المنظمة في تطبيق هذه المنهجية هو تبني سياسة دمج العاملين والتي تؤكد على إشراكهم في كل شيء، ومن هذا المنطلق نجد أن إدارة الجودة الشاملة بحاجة ماسة إلى أن تنتهج مبدأ ديمقراطية الإدارة في كافة المجالات التي تقدم على مبدأ مشاركة العاملين.

ويركز نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية التعاون بين مختلف المستويات الإدارية في المنظمة بدلا من المنافسة بينهم، حيث من خلال هذا التعاون تستطيع الأقسام معرفة احتياجات الأقسام الأخرى من موارد مالية وفنية وغيرها من المستلزمات المختلفة التي تساعد على دعم عملية التحسين المستمر للمنظمة كما أن احد الأسباب الرئيسية للنجاح الياباني يكمن في تطبيقهم مبدأ التعاون الجماعي بدلا من التنافس، وقد اشتهر اليابانيون بذلك من خلال استخدام أسلوب حلقات الجودة.⁴ وتعد مشاركة كل فرد في العمل الجماعي من أهم النشاطات التي يجب التركيز عليها حيث يساعد على زيادة الولاء والانتماء للمنظمة حيث نرى أن نظام إدارة

¹ - عبد المحسن توفيق، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات، مدخل إدارة الجودة الشاملة، ط1 (القاهرة: دار النهضة العربية، 1998)، ص. 140.

² - عبد الله بن موسى الخلف، "الثالث التميز، تحسين الجودة وتخفيض التكلفة وزيادة الإنتاجية"، الإدارة العامة، المجلد 37، العدد 1، (1997)، ص. 129.

³ - عقيلي، مرجع سابق، ص. 124.

⁴ - خالد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، ط1 (الرياض: مطبعة العبيكان، 1998)، ص. 95.

الجودة الشاملة يقدم أساسا على مبدأ اللامركزية وهذا يكمن في تشجيع الأفراد للقيام بالعمل الجماعي من أجل تحقيق الأهداف منها:¹

- الاستفادة من المواهب الفردية المتاحة وتوظيف أكبر قدر ممكن من الطاقات العقلية ودمجها في بوتقة العمل الجماعي وهذا يتيح لجميع العاملين بكافة مستوياتهم، بذل محاولات جادة لتحسين إنتاجيتهم من خلال صياغة وتصميم هياكل عمل جديدة ومرنة تساعد على حل المشكلات وتذليل الصعوبات وتحسين إجراءات العمل والعمليات الإنتاجية مما يسهم في الحصول على مستوى عال من رضا العملاء.
- عند السماح للعاملين بالمشاركة في تعميم عمليات ونظم العمل يمكن للإدارة حينئذ أن تركز اهتمامها على التعامل مع المحيط العام للمنظمة ورسالتها العامة.

ونرى أن الهدف الأساسي لمشاركة العاملين هو شعورهم بالانتماء للمنظمة من أجل تحقيق الأهداف التي تنمي اهتمامات العاملين بالمنظمة ابتداء من الأجور وانتهاء بتحقيق الذات وهذا ما يؤديه مدخل إدارة الجودة الشاملة.

3. التزام القيادة العليا:

يتوقف نجاح إدارة الجودة الشاملة وتطبيق منهجيتها على مدى قناعة وإيمان الجهات العليا في المنظمة بفوائدها وضرورتها من أجل تحقيق التحسين المستمر في الجودة وإيجاد مركز تنافسي جيد للمنظمة في السوق، هذه القناعة يجب أن تترجم على شكل دعم ومؤازرة قوية على اعتبار أن منهجية إدارة الجودة الشاملة الجديدة وتطبيقها قرار استراتيجي يحسن مستقبل المنظمة ولا تملك أي جهة فيها صلاحية اتخاذه سواها، فمن غير المتوقع توفير متطلبات التطبيق وتوفير الحماسة لدى جميع العاملين بمختلف فئاتهم لهذا التطبيق، وكذلك قناعة الإدارة العليا ودعمها ومؤازرتها للنظام الجديد، فهي التي تملك زمام الأمور وتملك القدرة على تغيير الفلسفة القديمة التي تسير عليها المنظمة، ويتجسد الدعم والمؤازرة بالإعلان عن تطبيق النظام الجديد أمام جميع المستويات الإدارية ومدى أهمية تغيير الفلسفة والنظام القديمين وإشعار الجميع بمدى حماسها لهما، وتخصيص الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة للتطبيق.²

كما أن الإدارة العليا عليها القيام بدور قيادي من خلال تنسيق الجهود وتوحيدها لتحقيق أهداف المنظمة ويكون التطوير والتنفيذ مهمة العاملين خلال فرق العمل على اعتبار أنهم أقدر بأعمالهم ولكي تتجح وتحقق

¹ - نفس المرجع، ص 98.

² - عقيلي، مرجع سابق، ص 111.

الإدارة نجاحاتها لا بد أن يبدأ التطبيق في قمة الهرم التنظيمي ثم ينحدر إلى المستويات الدنيا.¹ فالتزام الإدارة العليا يعتبر العمود الفقري والركيزة الأساسية لتحقيق إدارة الجودة الشاملة وبدون الإدارة العليا يصعب تحقيقها كما أن الموارد التي خصصت لهذا الغرض تذهب سدى.

4. اتخاذ القرارات بناء على المعلومات :

لا بد أن تمتاز المؤسسات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة بقرارات مبنية على حقائق وبيانات صحيحة، وليس مجرد اقتراحات أو توقعات مبنية على أساس الرأي الشخصي، وخاصة أن المؤسسات تواجه تغيرات متسارعة في العلم والتكنولوجيا والمنافسة، إذ لا بد من تقليل حالات عدم التأكد، وذلك بالإعتماد على الأساليب الكمية المعدة لهذا الغرض مثل شجرة القرارات وغيرها، ومن الممكن أيضا استخدام نظام المعلومات الإدارية والحاسوبية في هذا المجال، وذلك لمساعدة المديرين في تشخيص نقاط القوة والضعف، الفرص والتهديدات.²

وعليه، فإن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة يسمح باتخاذ القرارات استنادا إلى المعلومات، إذ يتم تبني المفهوم العملي لحل المشاكل بالتركيز على قاعدة بيانات دقيقة، أي وجود نظام لإدخال وتخزين واسترجاع المعلومات يساعد على اتخاذ القرارات والقيام بالتحليل الدوري للأوضاع حتى يمكن تحقيق التطوير المستمر.

وتتنطبق هذه المبادئ على أي مؤسسة بصورة عامة، حيث أنها تشكل في مجموعها العوامل الرئيسية التي تحدد نجاح برنامج إدارة الجودة الشاملة، وعلى الرغم من عمومية هذه المبادئ في معظم البرامج التي تعنى بتحسين الجودة، إلا أن مجرد تبنيها لا يضمن النجاح، لأنه إذا لم يتم تنفيذها بشكل صحيح فإنها قد تتسبب في خلق نوع من الخلط والإرباك. وفي حين تبدو هذه الأسس بديهية، إلا أن العديد من المؤسسات وجدت صعوبة في تنفيذها، بسبب ما يتطلبه ذلك من جهد، واستغراق للوقت، وعدم تركيز في كثير من الأحيان على المحور الذي تدور حوله الجودة، وجدير بالملاحظة أنه لا يمكن لطريقة بمفردها أن تحوي جميع مفاتيح النجاح للجودة، كما أنه لا توجد قاعدة ثابتة صالحة للتطبيق لكل حالات المؤسسة وثقافتها، لذلك فإن نجاح أو فشل برامج إدارة الجودة الشاملة يتحقق عن طريق تظافر عوامل مختلفة، كثقافة

¹ - عبد الله الخلف، مرجع سابق، ص.74.

² - مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حبيب الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك : منهج كمي، ط1(عمان: الوراق للنشر والتوزيع، 2004)، ص.368.

المؤسسات التي تؤدي بدورها إلى تحقيق الجودة الشاملة، والبنية التحتية المناسبة للجودة، ومدى استعداد النظام لذلك.

5. التحسين المستمر للجودة في الخدمات:

تتطلب الجودة الشاملة إجراء عمليات تحسين مستمرة لكافة عناصرها باعتبار أن التحسين عملية شاملة لجميع إدارات وأقسام وأنشطة المنظمة، التي تركز على جهود كافة العاملين فيها لا لتصحيح الأخطاء ولكن للقضاء عليها تماما، وهذا بدوره يتطلب تحديد الهدف من إجراء التحسين، وتحديد المتطلبات المادية والبشرية للتحسين على أن تكون على هيئة خطة عمل. بالإضافة إلى توفير الدعم الدائم والمستمر من قبل الإدارة العليا، وتشكيل لجنة عليا للتنسيق بين عمليات التحسين، وتحديد سلطاتها ومسؤولياتها. أيضا جعل قنوات الاتصال مفتوحة أمام جميع العاملين في مجال التحسين، و التحفيز الدائم والمستمر للعنصر البشري.¹

إن الاهتمام بمفهوم التحسين المستمر للجودة في القطاع الصحي بدأ في الولايات المتحدة الأمريكية في نهاية الثمانينات، وذلك مع بدأ المشروع القومي لإيجاد نموذج لتحسين الجودة الصحية وتم توثيق نتائج هذا المشروع في كتاب "شفاء الرعاية الصحية: استراتيجيات جديدة لتحسين الجودة". وتزايد هذا الاهتمام حتى أن الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية قامت بتغيير منهجها المعتمد على مفهوم توكيد الجودة إلى منهج جديد يعتمد على مفهوم التحسين المستمر للجودة، وبذلك أصبح من المعايير الأساسية لاعتماد المستشفيات وجود آلية محددة للتحسين المستمر وقياس وتوثيق النتائج بما يتفق ومبادئ التحسين المستمر. وقد اشترطت الهيئة أن يتم تطبيق هذا المفهوم مع نهاية عام 1995م، الأمر الذي مثل دافعا للمنظمات الصحية للإسراع بتبني هذا المفهوم. وقد تم توثيق التوجه نحو التحسين المستمر في أحد الإصدارات الهامة للهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية المعروف بـ"أجندة التغيير".²

وهناك عدة خصائص تميز التحسين المستمر، منها:³

– رؤية الإدارة لأنماط ومعايير الأداء فهي في حالة التحسين المستمر في موقف تحدي مستمر لأن هناك هدف الوصول بها إلى مستويات أفضل دائماً فلا يوجد مستوى أمثل يراد الوصول إليه. وهذه العملية

¹ - محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقة الحصول على شهادة الايزو (الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، 2006)، ص. 144.

² - D. Berwick, "A primer on Leading the Improvement of Systems", **British Medical Journal**, Vol.312, No.9, (1996), pp. 619-622.

³ - إيمان مصطفى كامل، استخدام أساليب التحسين المستمر لتحقيق جودة عمليات التشغيل، رسالة دكتوراه في إدارة الأعمال كلية التجارة، جامعة عين شمس، (2003) ، ص.56.

- لا تتطلب بالضرورة ظهور تكنولوجيا جديدة أو نظريات حديثة ولكن هذا التحدي يأتي من الأفراد، فمن خلال أفكارهم البناءة التي يطرحونها من خلال فرق العمل يكون هناك دائماً فرصة لتحسين الأداء بشرط أن تعطي الإدارة لهم الثقة والتدريب والحافز؛
- روية الإدارة لدور قوة العمالة في مجهودات التحسين التي تختلف عن الرؤية التقليدية التي تعتبر قوة العمالة مورداً لا بد من الاستفادة منه وليست تكلفة لا بد من العمل على الإقلال منها يهتم التحسين المستمر بالبحث عن جذور المشكلات وذلك من أجل منع تكرارها والقضاء على أسبابها نهائياً؛
 - تكون الاتصالات في التحسين المستمر في جميع الاتجاهات دون حواجز؛
 - أسلوب العمل على حل المشكلات يكون جماعياً من خلال فرق العمل وذلك للاستفادة من القدرات الإبداعية الجماعية لكل أفراد المنظمة؛
 - يهتم التحسين المستمر بعمل فحص وتحليل دقيقين لبيئة العمل حيث هناك تطلع مستمر لتحقيق التميز؛
 - يتعامل التحسين المستمر مع ما هو قائم وهو في ذلك يختلف عن الابتكار العلمي والذي يتطلب تحولاً تكنولوجياً أو نظرياً جديدة؛
 - ينظر التحسين المستمر للجودة على أنها مسؤولية جميع الأفراد وليس قسماً بالتحديد، وينظر إلى النظام كمسبب للمشكلات ولا يلقي باللوم على العاملين.

المطلب الثالث: فوائد وصعوبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

على الرغم من أن إدارة الجودة الشاملة حظيت باهتمام بالغ في أدبيات الإدارة والدراسات المهمة بهذا المجال، استطاعت أن تحتفظ بهذا البريق لفترة طويلة محققة بذلك فوائد معتبرة، إلا أن الدراسات التي تناولت الفكرة لم تخلو من تجارب فشل متعددة وجهت الاهتمام إلى بحث معوقات وصعوبات نجاحها، وعدم تحقيقها للنتائج المتوقعة. كالدراسات التي تناولت المستشفيات العامة أو الخاصة.

1. فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

تواجه المستشفيات تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الطبية، وتحديات جودة هذه الخدمات، لاسيما وأن هذه المستشفيات تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت. إن إدارة الجودة الشاملة تحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق وجودة متكاملة في العمليات

والخدمة المقدمة للمرضى والمراجعين للمستشفيات. ويمكن تلخيص أهم فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فيما يلي:¹

- إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف إلى تحقيق مستوى رفيع من جودة الخدمة المقدمة في ظل الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية وترشيد النفقات والاستخدام، وفي مقابل ذلك التقليل والحد من التكاليف التي لا لزوم لها؛
- إن تطبيق هذا الأسلوب الإداري يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بمستوى عال ومقبول لدى المرضى والمراجعين والمجتمع، مما يحقق درجة عالية من رضا المرضى والمراجعين عن الخدمة الصحية نفسها وعن المؤسسة والإدارة التي تقوم على تقديم هذه الخدمات؛
- إن العمل الجماعي وروح الفريق يرفع معنويات العاملين في المؤسسة الصحية وبالتالي يولد لديهم شعور بأهميتهم ودورهم في اتخاذ القرار وإنجاز الأهداف العامة للمستشفى، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضاءهم؛
- إن إدارة الجودة الشاملة تقوم على أساس العمل الجماعي وعمل الفريق الواحد والتعاون، وعليه فإن نجاح المؤسسة الصحية أو فشلها يكون نتيجة لجهد جماعي وكذلك المسؤولية تكون جماعية، هذه الأخيرة تخلق نوع من التعاون والتنسيق بين أعضاء الفريق الطبي والعاملين في المستشفى وكذلك بين جميع المستويات الإدارية؛
- زيادة القدرة التنافسية لدى المؤسسات الصحية في حالة وجود أكثر من مؤسسة في نفس المجال. كما توجد بعض الفوائد المرتبطة بالجوانب الطبية التي حققتها بعض المنظمات الطبية نتيجة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهي تشمل:²

أ. تبسيط الإجراءات: فقد تمكن مستشفى جامعة ميتشيجن (University of Michigan Hospital) من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته (500.000) دولار أمريكي سنويا نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.

ب. تحسين الإجراءات: تمكن مستشفى وست باس فيري (West Paces Ferry) تقليص معدل العمليات القيصرية والبالغ (22%) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (10%) وذلك باستخدام أسلوب المقارنات المرجعية (Benchmarking)، حيث تم اختيار مستشفيات الدانمارك والتي تبلغ فيها نسبة

¹ - صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية (عمان: دار الفكر، 2010)، ص.76.

² - حنان الأحمدى، مرجع سابق.

الولادات القيصرية 5 % لتكون معياراً لعملية التحسين ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء.

ج. كفاءة التشغيل: تعتبر من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم الجودة الشاملة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر والتكرار في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين. وقد تمكن مستشفى سنترال دوبيج في ولاية إلينوي الأمريكية من توفير (73.000) دولار أمريكي سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل. وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى لوثرن جنرال في ولاية إلينوي تم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية الباهظة الثمن والناج عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام وقد كان يكلف المستشفى حوالي (120.000) دولار أمريكي سنوياً.

د. القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية: إن اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، له انعكاسات بالغة على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية. ففي أربع مستشفيات تابعة لمركز إنترماونتن (Intermountain) وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحاً تابعين للمركز. فقد تراوحت مدة العملية الجراحية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلى (45) غرام، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين (2.7) إلى (4.9) أيام، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين والمكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.

2. صعوبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ليس بالأمر السهل وذلك لوجود أو احتمالية وجود بعض الصعوبات التي يمكن أن تكون حائلاً أمام تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية ومن هذه الصعوبات على سبيل المثال لا على سبيل الحصر ما يلي:¹

- إن تقديم الخدمات الطبية والتمريضية للمرضى والمراجعين أمر في غاية الصعوبة، ويتطلب ذلك تداخل في القوانين والتعليمات أحياناً الأمر الذي قد يصعب تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛

¹ - صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص ص. 76-77.

- عدم التزام أو قدرة الإدارة العليا على تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المستشفى، وأحيانا طبيعة الهيكل التنظيمي تقف حائلا أمام التطبيق؛
- صعوبة تطبيق قرارات وأنظمة موحدة على جميع العاملين في المؤسسة الصحية مع اختلاف مهنتهم ووظائفهم ومستوياتهم الإدارية؛
- الفهم الخاطئ أحيانا لأسلوب إدارة الجودة الشاملة لأسباب مختلفة أو تعارض رغبات الإدارة مع هذا الأسلوب الإداري؛
- أسباب أخرى متباينة وخاصة تحكمها طبيعة المؤسسة ونمط الإدارة المتبع داخل تلك المؤسسات؛
- التركيز على المريض وتعني التركيز على احتياجات المريض، حيث تعتبر الأساس في العملية المحورية للنشاطات داخل المؤسسة الصحية.

3. متطلبات مقترحة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

حتى يتم تطبيق هذا الأسلوب الإداري فإنه من الممكن الأخذ بهذه المتطلبات من أجل إنجاز تطبيق هذا الأسلوب، كما يلي:¹

- دعم إدارة المستشفى والإدارة العليا أو مجلس الإدارة تطبيق هذا الأسلوب في المستشفى، وهذا الدعم يشمل الالتزام والمتابعة والقناعة بان هذا الأسلوب سوف يحقق أهداف المستشفى؛
- نشر ثقافة إدارة الجودة الشاملة بين جميع المرضى والأطباء والعاملين في المستشفى وفي جميع المستويات الإدارية. ويبدأ بالتمهيد لهذا الأسلوب والإعلان عنه قبل التطبيق من خلال الإعلانات والتوعية وتعزيز الثقة بهذا الأسلوب وبالطبع فان على إدارة المستشفى القيام بلعب هذا الدور بطريقة مباشرة أو غير مباشرة؛
- توحيد النشاطات المتجانسة في المستشفى، الأمر الذي قد يؤدي إلى رفع جودة الخدمة ومستواها وتقلل من التكاليف أحيانا؛
- المتابعة بشكل دائم وشامل وذلك من خلال إيجاد وحدات إدارية داخل المستشفى ويفضل ارتباط هذه الوحدات الإدارية بالإدارة العليا؛
- إعتناء سياسة الباب المفتوح ومشاركة العاملين خاصة الأطباء والممرضين في اتخاذ القرارات، وتحديد النشاطات المتجانسة وحل المشاكل وكافة الأمور التي تزيد من ولاء وانتماء هؤلاء للمستشفى؛

¹ - مخيمر والطعامنة، مرجع سابق، ص ص. 222-231.

- العمل بروح الفريق وتعديل الاتجاهات للموظفين بما يتلاءم مع تطبيق مبادئ واستراتيجيات إدارة الجودة الشاملة بهدف الوصول إلى الأهداف العامة للمستشفى؛
- الانفتاح على المجتمع المحلي ومشاركة الجميع في المستشفى بالنسبة للمسائل المرتبطة بالمجتمع والبيئة.

المبحث الثالث: مدخل إدارة التسويق لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية

ثمة إفتراض بأن ممارسة الأعمال الرابحة في عالم الألفية الثالثة يجعل المنظمات أمام اختيارين: إما أن تتغير أو تختفي. ولذلك كان لزاما على المنظمات الصحية أن تحسن جودة خدماتها المقدمة، سواء تعلق الأمر بالمستشفيات العامة لأجل الحفاظ على المستوى المقبول والجيد من الصحة العامة، أو المستشفيات الخاصة من أجل اكتساب مزايا تنافسية، وهو لا يتنافى مع أهداف المستشفيات العامة لان استعمال آليات اقتصاد السوق في الخدمات العامة كالصحة يضيف لها المصداقية والموثوقية.

هذا ما أوجب إدماج النشاط التسويقي في مستشفياتنا، بهدف تحسين مستوى جودة المنتج الصحي بكل مكوناته، أي المنتج الطبي والكوادر العاملة من الأطباء والمرضى، والهياكل الطبية والتجهيزات المرفقة بها. خاصة وان هذا المفهوم سجل غيابه في المنظمات الخاصة فكيف بالعامية، طالما أن التسويق اعتبر دائما لصيقا بالمنظمات الهادفة للربح. إن تطبيق التسويق على المنظمات الصحية يساعد في تحقيق أهدافها وتزويدها بالمرونة اللازمة في بيئة متغيرة من خلال أسواقها بصورة أكثر فعالية، من أجل تحسين مستوى وجودة توزيع الخدمات الصحية.

ومن أهم المداخل التسويقية ذات العلاقة بالجودة المدركة والخدمة الصحية العمومية يمكن ذكر: التسويق الاستراتيجي والتكتيكي، التسويق الداخلي، تسويق الخدمة العمومية والتسويق العكسي.

المطلب الأول: تطبيق التسويق في المنظمات الصحية

واجه تطبيق التسويق في المنظمات الصحية صعوبات أكثر من المنظمات الأخرى، وذلك نتيجة لطبيعة الخدمة في هذه المنظمات التي يغلب عليها الطابع الإنساني. وسيتناول هذا المطلب كيفية تطبيق التسويق في المنظمات الصحية من خلال التسويق الاستراتيجي والتسويقي التكتيكي.

1. التسويق الاستراتيجي وعلاقته بالجودة المدركة للخدمة الصحية

تعرض معنى التسويق لسوء فهم كبير من قبل مديري المنظمات الصحية، فكان ينظر إليه كصورة موسعة للعلاقات العامة، وهذا ما كان معمولاً به عندما كان يعرف التسويق الصحي على أنه البيع والإعلان والترويج للخدمات الصحية، في حين أن البيع ما هو إلا قمة صغيرة لجبل التسويق الكبير.¹ إن التسويق يعتمد أساساً على تقديم القيم وتبادلها مع الأطراف المختلفة لتسهيل عملية التعاون بينهم. فرجال التسويق يعرفون كيف يبحثون ويفهمون حاجات الطرف الآخر لتصميم قيمة لملاقاة هذه الحاجات، والاتصال لتقديمها بفعالية وجودة عالية وفي الوقت والمكان المناسبين.²

وقد لخص كوتلر عملية إدارة التسويق في خمس خطوات أساسية يمكن عرضها كما يلي:³

R → STP → MM → I → C

حيث تعني الحروف :

R: Research البحوث أي بحوث السوق؛

STP: التجزئة Segmentation والاستهداف Targeting وتثبيت صورة المنتج في أذهان العملاء
؛Positioning

MM: مزيج التسويق Marketing Mix ومعروف بطريقة شائعة بـ 4Ps وهي المنتج Product والسعر Price
والموقع Place والترويج Promotion؛

I: التنفيذ Implementation؛

C: الرقابة Control أي الحصول على التغذية الراجعة وتقييم النتائج ومراجعة وتطوير إستراتيجية تجزئة
واستهداف السوق والمزيج التسويقي.

وسيتم التفصيل في هذه الخطوات كما يلي:

1.1 نظام المعلومات التسويقية

يتفحص أدبيات التسويق يلاحظ وجود رأيان، يفصل الرأي الأول بين بحوث التسويق ونظم المعلومات التسويقية في توفير المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات.⁴ أما الاتجاه الثاني فيرى أن بحوث

¹ – P. Kotler and N. Clarke Poberta, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987), p.4.

² – المصري، مرجع سابق، ص.182.

³ – فيليب كوتلر، كوتلر يتحدث عن التسويق، ترجمة فيصل عبد الله بابكر (المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير، 2004)، ص.38.

⁴ – زهير ثابت وألفيا حسين، التسويق الفعال (القاهرة: جامعة عين شمس، 2006)، ص.99.

التسويق تتدرج ضمن مكونات نظام المعلومات التسويقية،¹ بحيث تقوم بتزويد مديري التسويق بالمعلومات التي تمكنهم من اتخاذ قرارات رشيدة، كما تعتبر بحوث التسويق من المصادر الأساسية لجمع البيانات وتحليلها واستخلاص النتائج بما يساعد على اتخاذ القرارات الموضوعية والمناسبة.²

وأن الأمر يبرز بخصوصية مختلفة لنظم المعلومات التسويقية وإجراء البحوث التسويقية في المستشفيات من خلال تفاعلها مع متغيرات سلوكية واجتماعية بالغة التعقيد والتغير المستمر والسريع. مما دعت الحاجة بشكل واضح لأن تستخدم إدارة التسويق ما يساعدها من أساليب مختلفة في حصولها على تلك البيانات والمعلومات، لكي تكون قراراتها المتخذة حيال الخدمات الصحية التي تقدمها أكثر فاعلية وكفاءة.

1.1.1. تعريف وأهمية نظام المعلومات التسويقي

إن أصل فكرة نظام المعلومات التسويقي من الجانب التسويقي (MKIS) Marketing Information System ترجع إلى عام 1960 عندما تم تقديم جوهر هذه الفكرة انطلاقاً من ضرورة الاعتماد على نظام دقيق لجمع البيانات ومعالجتها وتحليلها لتقديمها لمتخذي القرار.³ ويمكن تحديد عدد من المؤشرات لتبيان أهمية نظام المعلومات التسويقي في عمل المستشفى كالثورة الكبيرة في المعلومات والبيانات التي يشهدها العالم عامة، مما يتطلب التكيف والتوافق معها خاصة في الجديد من الابتكارات الطبية المتعددة سواء أكانت العلاجية أو التشخيصية أو الدوائية، وانتقال عمل المستشفيات وأنشطتها العلاجية من النطاق المحلي إلى النطاق الدولي. بالإضافة إلى ذلك، فإن إدارة المستشفى تستطيع من أن تحقق سيطرة ورقابة أفضل على خططها التسويقية وذلك من خلال استلام نظام المعلومات التسويقي وبشكل مبكر وتقديم التحذيرات الخاصة بالمشكلات التي يحتمل أن تقع بها المستشفى والعمل على تلافيها قبل حدوثها، وهي أحد أوجه الجودة المدركة. كما أن المستشفى ملزمة بتقديم المعلومات الكافية والصادقة والتي من شأنها أن تعينهم في اتخاذ قرار الشراء للخدمة الصحية أو التعامل مع المستشفى من جانب. وكونها تحد من عمليات التضليل التي قد يتعرض لها عبر وسائل الترويج والإعلان المختلفة، بالإضافة إلى زيادة درجة الموثوقية والاعتمادية على المعلومات المتحصلة من خلال الأنظمة والبرمجيات الحديثة في نظم الاتصال المعتمدة ما بين المنظمات الصحية المختلفة، والتي من شأنها أن تسهل من نجاح تقديم الخدمة بجودة وفاعلية أفضل للمرضى والمراجعين للمستشفى.⁴

1 - عبد السلام أبو قحف، التسويق: وجهة نظر معاصرة (الإسكندرية: مكتبة الإشعاع الفنية، 2001)، ص.16.

2 - ثابت عبد الرحمن إدريس وجمال الدين محمد المرسي، التسويق المعاصر (الإسكندرية: دار الجامعة، 2005)، ص.148.

3 - البكري، مرجع سابق، ص. 84.

4 - نفس المرجع، ص ص. 85-86.

نخلص مما سبق إلى القول أن إدارة التسويق في المستشفى تتجمع لديها ومن خلال العمل اليومي كم كبير من البيانات. كما أن هذه البيانات تصبح عرضة للإهمال والضياع والتأخر إن لم يكن النظام قادر على تخزينها واسترجاعها للاستفادة منها عند الضرورة. مما يسرع من عملية تقديم الخدمة للمريض وكل هذه العمليات تؤثر على مختلف أبعاد الجودة المدركة.

2.1.1. مكونات نظام المعلومات التسويقي الصحي

إن الأداة التي يستطيع بها مدراء المستشفيات استخدامها في تحقيق مهامهم هو اعتمادهم على نظام المعلومات التسويقي والمكون من نظام السجلات الداخلية وفيه يتم تسجيل بيانات المرضى. ونظام الاستخبارات التسويقي وهي التي تزود المستشفى بالمعلومات ذات العلاقة مع الحالات الطارئة التي تحصل في السوق. ونظام دعم القرارات الذي يعتبر مرشد ودليل واضح لمتخذي القرار في المستشفى، وأخيرا نظام بحوث السوق وهي بحوث تخصصية لدراسة الحالات التي يتعاملون معها باتجاه اتخاذ القرار المناسب حيالها.

من الضروري بمكان أن يصمم البحث التسويقي بشكل دقيق وعناية واضحة للحصول على نتائج تتوافق مع الهدف الذي يراد منه. إلا أن ما يلاحظ بالاتجاه المقابل وفي عدد من الدراسات التي أجريت على المستشفيات وجد بأن ما ينفق من مبالغ على إجراء البحوث التسويقية لا يتجاوز 1% من ميزانية التسويق في المنظمات الصحية. إلا أن هذه النسبة بدأت في الازدياد وفي مراحل لاحقة نظرا للأهمية الكبيرة والمتزايدة لبحوث التسويق في المستشفيات.¹ ولإجرائه يجب تحديد نطاق الطلب وذلك باكتشاف المشكلة والقيام بتعريفها وتحديدها، ثم تحديد أهداف البحث وأفضل تعبيراً عن الأهداف هو التعبير عنها في صورة فروض محكمة وقابلة للاختبار. ثم تحديد المنهجية وهي الطريقة التي سيتم بواسطتها جمع البيانات المطلوبة للإجابة على التساؤلات أو لإختبار الفروض. و أخيرا إجراءات التنفيذ ويتم في المرحلة التنفيذية تجميع البيانات (عن طريق المقابلات الشخصية أو الهاتف أو البريد، أو عن طريق التجارب العملية أو الحقلية أو عن طريق الملاحظة الشخصية...) وتنظيمها وتبويبها ثم تخضع للتحليل والتفسير، ليتم إعداد التقرير النهائي الذي يبين الطرق المستخدمة ونتائج الدراسة والاستنتاجات والتوصيات.

2.1. بحوث التسويق الصحي

1.2.1. المجالات الرئيسية في بحوث التسويق الصحي

وتشمل الاستخدامات التي يمكن تطبيقها لإجراء البحوث التسويقية في المجال الصحي، والتي قد

¹ - Kotler and Clarke, op.cit., p.166.

تختلف نسبيا عن المجالات المعتمدة في منظمات الأعمال، من أبرز المجالات المستخدمة هي:¹

- رضا المريض: يعد هذا المجال من أكثرها استخداما في الحصول على المعلومات التي تحتاجها إدارة المستشفى، ولا تنحصر هذه المعلومات في معرفة قناعة ورضا المرضى بالخدمات الصحية المقدمة لهم فحسب، بل في مدى استعدادهم ورغبتهم في الحصول على خدمات صحية جديدة وبنوعية أفضل ليتم التخطيط لها. فضلا عن اعتبار ذلك مؤشر لمدى اهتمام المستشفى براحة المرضى والرعاية الصحية المقدمة لهم.

ويمكن إجراء هذه المسوح البحثية أثناء إقامة المرضى في المستشفى، أو قبل خروجهم وبعد تلقيهم العلاج المطلوب. كما يمكن أن تنفذ حسب طبيعة الحالة المراد بحثها ولمرة واحدة، أو أن تجرى بشكل دوري. وهذا النوع من البحوث لا يحتاج إلى تحليل معقد ومعمق ويمكن أن يتم من قبل الفريق التسويقي أو الإداري في المستشفى والمتدرب على ذلك أساسا.

- احتياجات الأطباء: لكون الأطباء هم الشريحة الأكثر تأثيرا في تقديم وإنجاح الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، فيكون من المناسب أن تجرى عليهم الاستقصاءات والبحوث الدورية المستمرة. للكشف عن احتياجاتهم ووجهات نظرهم في الكيفية التي تقدم بها الخدمة الصحية، وما يمكن اعتماده لتطوير ذلك الأداء الطبي المناسب. وهذه المعلومات المتحصل عليها واستمرارية متابعتها يجعل الأطباء يشعرون باعتراز إلى أن إدارة المستشفى تدعمهم فيما يبذلونه من جهود لتقديم الخدمة والعناية الصحية بنوعية أفضل، والتي ترقى إلى سمعة ومكانة المستشفى.

- آراء العاملين: ويقصد بهم كافة الأطراف الأخرى من منتجي الخدمة الصحية (العاملين في المستشفى من غير الأطباء، حيث أنهم يشتركون بصورة مباشرة أو غير مباشرة في إنتاج وتقديم الخدمة بالجودة المناسبة. لذلك يكون من الضروري بمكان أن تتم معرفة آرائهم ووجهات نظرهم في الكيفية والصورة التي يتم تقديم الخدمة الصحية فيها، وما يمكن أن تكون عليها مستقبلا. وهؤلاء يمكن أن يقدموا أفكارا ومعلومات مناسبة تساعد على تطوير الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، كما أنها تشعرهم بمقدار إيمانهم ومشاركتهم في عملية صنع القرار المتخذ من قبل إدارة المستشفى.

- صورة (مكانة) المستشفى: وتتمثل في المكانة الذهنية التي تحتلها لدى المجتمع، وذلك من خلال تاريخها الطويل والأعمال الإنسانية التي أسهمت بها، وما قدمته من خدمات طبية. لذلك فإن إدارة

¹ - البكري، مرجع سابق، ص 105-107.

المستشفى لا ترغب في التخلي عن هذه السمعة، ولهذا تجري البحوث التي تستطيع من خلالها استقصاء آراء المجتمع بما تقدمه وما تحظى به من مكانة لديهم. وقد نمت هذه المسألة في السنوات الأخيرة لسببين، يتمثل الأول في زيادة حدة المنافسة ما بين المستشفيات من جهة، وتمتع المستهلك بحقوق وحماية وحرية للاختيار والتعبير عما يقدم له من جهة أخرى. والسبب الثاني هو التطور الفكري الحاصل لدى المستهلك وزيادة إدراكه لمستوى جودة الخدمة المقدمة له، وما يفترض الحصول عليه.

- تطوير الخدمة: على المستشفيات أن تواكب حالة التطور الحاصل في المجال الطبي لكي تستمر وتبقى قائمة على تقديم خدماتها للجمهور. لذلك يكون من المناسب أن تجرى البحوث والدراسات حول المجالات التي يمكن من خلالها إجراء تطوير الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، سواء كان ذلك من جوهر الخدمة ذاتها، أو ما يرافقها من خطوات لاحقة قد تنعكس سلباً على جودة الخدمة وسلامة تقديمها.

- الحصة السوقية والطلب: وتنصب هذه البحوث على الجوانب الاقتصادية والكفاءة التشغيلية للمستشفى، وبما يعزز من قدرتها في الأداء المستقبلي. ويتمثل ذلك بقياس حصتها أو مشاركتها في السوق قياساً إلى أقوى المنافسين من المستشفيات الأخرى، كما يمكن من خلال هذا النوع من البحث قياس مستوى الطلب على الخدمات الصحية المقدمة بوقتها الحاضر أو مستقبلاً، لكي يتم اخذ الاستعدادات اللازمة للتوسع إن دعت الضرورة لذلك.

2.2.1. التجزئة، الاستهداف وتثبيت الصورة الذهنية في السوق الصحي

أ- التجزئة في السوق الصحي

يمكن تعريف تجزئة السوق على أنها "العمليات المتعلقة بتجميع الأفراد على أساس الحاجات المتشابهة وتتخذ شكلاً عقودياً متمثلة بتلك الأجزاء من السوق".¹ كما عرفت بشكل أوسع على أنها "تلك الأسواق التي تتضمن في أجزائها على أكثر من مشتري ويختلفون فيما بينهم من حيث الاحتياجات، الموارد، المواقف في الشراء، والتجارب التسويقية... وأياً من هذه المتغيرات يتمثل بعملية تجزئة السوق".² وبالتالي، فإن المنظمة الصحية لا يمكن أن تتعامل مع السوق على أنه سوق شامل ومتجانس ولا توجد ضرورة لعملية التجزئة لكونهم متشابهين في الحاجات والخصائص، كتقديم خدمات التداوي، الكشف الطبي، استقبال المرضى... الخ. كما يمكن أخذ بعين الاعتبار مؤشر العمر أو الدخل كأساس في التمييز ما بين الأجزاء، ونتيجة لهذه الاختلافات فإن الأداء سوف يختلف تبعاً للتفضيلات التي يرغبها أجزاء السوق المستهدف.

¹ - E.J. McCarthy and W. Perreault, **Basic Marketing**, 11th ed (Richard D Irwin, 1993), p.11. cited by. 146. ص. مرجع سابق، البكري

² - P. Kotler, **Marketing Management**, 8th ed (New Jersey: Prentice- Hall, 1994), p.265.

وبحسب القطاعات السوقية المتحصل عليها تتباين الخصائص المنتظرة من طرف الزبائن وتوقعاتهم طالما أن كل جزء سوف يعبر عن حاجات ورغبات متشابهة، في حين تتباين الحاجات بين الأجزاء والأمر نفسه ينطبق على الجودة المدركة لكل جزء سوقي.

ب- الاستهداف في السوق الصحي

يعرف (Peter Bennett,1988) " السوق المستهدف بأنه تجزئة خاصة تشبع حاجة ذلك السوق أو بأنه يمثل جماعات من المشترين تسعى المنظمة إلى خدمتهم"¹. فتتجه المنظمات إلى تحديد حالة التمايز بين مختلف الأجزاء في السوق، ليتم اختيار واحد أو أكثر من جزء لهذه الأسواق.

توجد عدة نماذج لاختيار السوق المستهدف، كالتركيز على جزء من السوق، ويعتمد هذا الأسلوب من قبل المستشفيات الصغيرة والحديثة في التكوين إلى حد ما، والاختيار التخصصي الذي يعتمد من قبل المستشفى في اختيارها لأكثر من جزء سوقي متخصص للتعامل معه، ونموذج تخصصية الخدمة، ونموذج تخصصية السوق، وتغطية السوق الكامل.² أما الجزء الثاني من تحديد السوق الصحي المستهدف فيتمثل في اختيار واعتماد الاستراتيجيات التسويقية المناسبة للدخول إلى تلك الأسواق كإستراتيجية التسويق الشامل(غير المتميزة) وتعني توجه المستشفى وفق مزيج تسويقي موحد لمواجهة احتياجات وطلبات جميع المستفيدين من خدماتها. وإستراتيجية التسويق المركز، وإستراتيجية التسويق المميز.³

يتم اعتماد هذه الاستراتيجيات من قبل إدارة المستشفى على حسب حجم الموارد المتاحة لها، وحسب خصوصية الخدمة الصحية المقدمة للأسواق المستهدفة، واختيارها الدقيق والواضح لذلك الجزء المناسب في السوق. فضلا عن عوامل أخرى تتبع أو ترتبط بخصوصية المستشفى وملكيته وتوجهها الإستراتيجي، حتى تستفيد هذه الأسواق المستهدفة من الخدمات بجودة عالية.

وإذا تم أخذ مثال على ذلك، نجد الفروق بين المستشفيات الحكومية التي لا تهدف للربح والمستشفيات الخاصة فيما يتعلق باعتبارات السوق المستهدف، كما ما يلي:⁴

¹ - نقلا عن تيسير العجارمة، التسويق المصرفي (عمان: دار ومكتبة الحامد، 2004)، ص.86.

² - للمزيد من المعلومات يمكن الاطلاع على:

P. Kotler, **Marketing Management**, 9th ed (New Jersey: Prentice Hall, 1997), p.270.

³ - للمزيد من المعلومات عن هذه الاستراتيجيات يمكن الاطلاع على البكري، مرجع سابق، ص ص.162-163.

⁴ - فوزي مذكور. مرجع سابق، ص ص. 181-182.

- تتعرض المستشفيات التي لا تهدف للربح إلى ضغوط لاتخاذ استراتيجيات معينة، فقد تكون مطالبة أو خاضعة لضغوط البحث عن خدمة أكبر عدد ممكن من الأفراد لإعطاء فرص متساوية أمام جميع الأفراد، أو مطالبة بتوزيع الخدمات الصحية بعدالة. وعلى ذلك، فالمشكلة التي تواجه هذه المستشفيات هي تحديد متوسط أعداد الأفراد المستخدمين للخدمة، و إشباع القطاعات المختلفة من الأفراد.

- إن المستشفيات التي لا تهدف للربح لا تنافس المستشفيات الخاصة، لأن كل منها له قطاع تسويقي ولذلك نجدهما لا يتنافسان بل كل منهما تكمل أو تتم مجهودات الأخرى.

- أن المستشفيات الخاصة تعمل عادة على إعطاء أولوية لتطوير وتنمية قطاعات السوق التي تعتبر أكثر استجابة لمدخلات معينة، أما المستشفيات التي لا تهدف للربح تواجه بمشكلة فريدة وهي أن الأسواق المستهدفة لا تستجيب. أو أن المتلقين للخدمة معارضين تماما لتلقي الخدمة، فقد تكون الخدمة المستهدفة الإرشاد نحو تخطيط الأسرة، أو زيادة الإقبال على استخدام الأمصال واللقاحات ضد الأمراض، أو محاربة تعاطي المخدرات و شرب الكحوليات.

ومهما تكن الإستراتيجية المعتمدة في الاستهداف فإن المستشفيات ستعمل على تلبية الأسواق التي تستطيع الوصول إلى مستويات مقبولة من الجودة ولن تغامر مع أجزاء تفتقد فيها إلى هذه الأجزاء. ومحاولة تلجأ المستشفيات التي لا تهدف للربح إلى الأسواق التي لا تستجيب. وهنا تلجأ إلى أقل القطاعات مقاومة أو التركيز على أكثر القطاعات مقاومة، ويتوقف الأمر على الموارد المالية المتاحة، وحالة الصحة العامة واعتبارات الرفاهية... الخ. المهم هي التحديد والتشخيص الدقيق للمشكلة ثم تحديد الإمكانيات، وبعدها يتم تحديد العقبات التي تواجهها كالقيود المتعلقة بضعف عناصر المزيج التسويقي، وأخرى متعلقة بالنواحي الاجتماعية والظروف الشخصية لجمهور المتعاطين، بالإضافة إلى القيود العادية الخارجية والمتعلقة بالنواحي المادية للأماكن المخدومة.

ج- التموقع/ تثبيت الصورة الذهنية في الوسط الصحي

لاشك أن المعايير المعتمدة في التجزئة تؤثر على الاستهداف وهي بدورها تؤثر على التموقع. وبالتالي، فإن النجاح لا يقف عند التجزئة والاستهداف، بل تعتمد على كيفية تحديد التموقع أو كيفية تثبيت صورة المنتج في أذهان المستهلكين Positioning Product، والذي يمكن تعريفه بأنه عبارة عن عملية تصميم

وإعادة تصميم السلعة أو المزيج التسويقي المرتبط بها للحصول على موقع معين في ذهن المستهلك المستهدف.¹ ويقترح Alice Tybout and Brian Sternthal أسلوبين وهما: التموّج المبني

على التنافس والتموّج القائم على الهدف.² ثم يصلان إلى أن هذين الأسلوبين متكاملين ويشكلان معادلة القيمة. كلتا الطريقتين تتعلّقان بكيفية ربط منافع المنتج بأهداف المستهلكين، لكنهما تختلفان في مدى التركيز على التنافس مقابل التركيز على أهداف المستهلكين. ويتكامل المفهومين يفترض أن يتمّ التموّج على أساس قيمة المنتج أو الخدمة وهي تلك العلاقة بين جودة المنتج وسعره. ولا يقصد من ذلك العلاقة الرياضية بل المفهوم الضمني لها. بالإضافة إلى مقترحات بورتر حول البدائل التنافسية الثلاثة التي تقترض توصيل القيمة من خلال منتج مميز أو منتج أقلّ سعراً أو العميل ذي الحاجات المتقدّرة.³ لكن هذه الصورة تبقى واسعة وهي تعبر عن تموّج المؤسسة ككل في ذهن المستهلك. لذلك يقترح كوتلر الاعتماد على أحد الأساليب التالية في تثبيت الصورة الذهنية بالاعتماد على: الصفة المميزة، الفائدة، الاستعمال، المستعمل، المنافس، الفئة، الجودة/السعر.⁴ ومنه يتضح أن الجودة هي إحدى الأساليب المعتمدة في التموّج وتثبيت صورة المنتج في أذهان المستهلكين.

إن المجال الصحي يتميز بمجموعة من المزايا، منها ما يرتبط بأجهزة الفحص والتشخيص والمعالجة ودرجة حداتها وفعاليتها، وأخرى مرتبطة بالعنصر البشري مثل الأطباء وخبراتهم ومؤهلاتهم في عمليات المعالجة لهذا المستشفى بالمقارنة مع المنافسين، وأخرى عن درجة ملاءمة الأسعار المطلوبة من المنظمة الصحية مع الخدمات المقدمة فيها مقارنة بالمنظمات الأخرى له، بالإضافة إلى المزايا المرتبطة بالخدمات الترفيهية ودرجة توفرها على المهارات اللازمة، ناهيك عن التصميم الخارجي والداخلي للمستشفى واسم وموقع المستشفى.⁵ وبذلك تستطيع المؤسسات الصحية تحديد مكانتها التي تمكنها من التعرف على وضعها في ذهن المستهلك للخدمة الصحية.

2. التسويق التكتيكي (المزيج التسويقي الصحي) وعلاقته بالجودة المدركة للخدمة الصحية

إن المزيج التسويقي هو الأداة التسويقية والسياسة المستعملة لتنفيذ الخطة التسويقية، أي طرح المنتجات أو الخدمات إلى السوق. ولهذا، فإن الدارسين بحثوا عن تصنيف يسهل أمر رؤية الغابة بين

¹ أبو بكر بعيرة، التسويق ودوره (A. Ries and J.Trout, **Positioning: The Battle for your Mind** (New York: Warner Books). Cited by في التنمية (بنغازي: منشورات جامعة قاريونس، 1993)، ص.58.

² بريان ستيرنثال وأليس م، تايبوت، التجزئة والاستهداف، ترجمة إبراهيم يحي الشهابي (الرياض: دار العبيكان، 2002)، ص.37.

³ فيليب كوتلر، كوتلر يتحدث عن التسويق، ترجمة فيصل عبد الله بابكر (الرياض: مكتبة جرير، 2004)، ص.65.

⁴ نفس المرجع، ص.68-69.

⁵ محمد إبراهيم عبيدات، التسويق الصحي والدوائي (عمان: دار وائل للنشر، 2006)، ص.46.

الأشجار، ونظرا لما تتصف به الخدمات بشكل عام والخدمات الصحية بشكل خاص من خصائص لا يمكن للمزيج التسويقي التقليدي المتمثل في المنتج، التسعير، التوزيع والترويج (التسويق الخارجي) من استيعابها، حيث أن هذه الخصائص الخاصة بالخدمات الصحية تضيف صعوبات متعددة. وهذا ما أوجب إضافة عنصر العمليات (التسويق التفاعلي)، والأفراد (التسويق الداخلي) للعناصر السابقة للمزيج التسويقي لتجعله قادرا على الإيفاء بمتطلبات هذه الخدمات وتقديمها بكفاءة وجودة عالية، ونظرا لأهمية العنصرين الأخيرين سوف نتطرق لهما بالتفصيل في المطلب الثاني.

1.2. مفهوم المنتج الصحي

معظم المنتجات التي تقدمها المستشفى هي خدمات أو برامج خدمة اجتماعية لخلق التأثير الإيجابي لدى المجتمع في التفاعل مع الحالات الصحية التي يجب أن تسود. كما هو الحال في خدمات التشخيص والعلاج الطبي، خدمات التعليم الصحي، البرامج التدريبية... الخ، وهي خدمات يقدمها المستشفى للمجتمع جوهرها غير ملموس. وبذلك يمكن تعريف المنتج (الخدمة) في المستشفى بأنها العلاج المقدم للمرضى سواء تشخيصيا أو إرشادا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل.¹

ونظرا للتباين الحاصل في التخصص الوظيفي أو الطبي للمستشفيات، فإن مزيج المنتج لديها سوف يختلف أيضا، ويمكن تعريف مزيج المنتج بأنه "مجموع خطوط المنتجات (الخدمات الصحية) التي يقدمها المستشفى وجعلها بشكل متاح أمام المستهلكين (المرضى)".² فما هو عليه في المستشفيات العامة غير مماثل للمستشفيات التخصصية، إذ يلاحظ مثلا بأن الخدمات الطبية في المستشفيات التعليمية يمكن أن تنحصر في ثلاث خطوط للمنتجات هي التعليم، البحث، العناية بالمرضى. كما يعد المستشفى الجامعي مجالا واسعا للأطباء للقيام بالأبحاث والدراسات، فضلا عن القيام بالعناية بالمرضى عن طريق تقديم الخدمات الطبية التشخيصية والعلاجية والتأهيلية للمرضى. إن هذه الاختلافات وغيرها ما بين المستشفيات يقود إلى القول بأن مزيج المنتج الخاص بها مختلف عن غيرها.

وبالنظر إلى الاكتشافات العلمية الحديثة في مجال الطب والتكنولوجيا، لا شك أن تكون هناك خدمات طبية جديدة وذات جودة عالية تتوافق مع سلسلة التغيرات التنافسية الحاصلة في السوق. وهذا ما يستوجب اعتماد إستراتيجية واحدة أو أكثر حيال المنتجات الجديدة من خلال تنويع الخدمات أي إضافة خدمات

¹ - البكري، مرجع سابق، ص.168.

² - Kotler and Clarke, op.cit., p.328

صحية جديدة إلى الخدمات الحالية التي يقوم المستشفى بتقديمها، كخدمات التشخيص المقدمة مثل جهاز Scanner أو جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي. أو إضافة أجهزة المختبرات الطبية الحديثة التي تساعد في الحصول على أدق النتائج وبأسرع وقت. أو تقديم خدمات الصحة المنزلية للأشخاص الذين يتم إخراجهم من المستشفى ولأشخاص الذين هم بحاجة إلى متابعة حالتهم الصحية، بالإضافة إلى خدمات طب التأهيل لمعالجة الإعاقات الحركية والسمعية وإقامة أقسام للعلاج الطبيعي.

أما إستراتيجية تشكيل الخدمات في المجال الصحي فيعني إضافة شكل جديد من الخدمات الصحية على الأشكال الحالية المقدمة، ويمكن أن يشمل على إضافة أشكال للخدمات المقدمة كخدمات الطب النووي إلى خدمات الأشعة التشخيصية وذلك لمعالجة بعض الأمراض السرطانية، وإضافة بعض أنواع الجراحة الدقيقة كجراحة القلب والدماع إلى الجراحة العامة في المستشفى بعد دراسة المستلزمات الحقيقية من موارد بشرية ومالية وتكنولوجية في تقديم تلك الخدمات. أما إستراتيجية تطوير المنتجات في مجال الخدمات الصحية يرتبط بأسلوب مواجهة الأمراض والتعامل معها لذا تضاف مزايا جديدة للخدمات الصحية سواء في الشكل أو في المضمون للخدمة وذلك للاستفادة من التكنولوجيا الطبية في المجال الصحي، وعلى المستشفى أن يأخذ بالحسبان عند تطويره لخدماته المستوى الثقافي للمجتمع ومدى التقبل الاجتماعي لها. كما هو الحال في مسألة معالجة العقم عند النساء باستعمال أطفال الأنابيب.¹

إن الخدمات غالباً ما تطرح من دون أن تختبر أو تصمم بشكل صحيح. غير أنه هناك جهود لتصميم الخدمات مثل الخرائط الانسيابية Flowchart التي تبين تقديم الخدمة ليس من منظور مقدمها ولكن من منظور الزبون. وهذه تساعد بالطبع في زيادة درجة رضا وقبول المستهلك للخدمة لأنها صممت بناء على ما يناسبه من وجهة نظره أي بناء على فهم منطق الزبون. ومن الأمثلة على ذلك التطوير في خدمات التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة في التشخيص، كذلك تطوير خدمات التحليلات الطبية (المختبرات) باستعمال الأجهزة الحديثة، كل ذلك يعطي نتائج دقيقة ذات جودة عالية.

2.2. سياسة التسعير للمنتجات الصحية

يعتبر التسعير من المشاكل الحساسة التي تواجه الإدارة في المنظمات التي لا تهدف إلى الربح، لذلك فالغرض الأساسي من تسعير تلك المنتجات هو محاولة تغطية التكلفة أو جزء منها. كما يجب أن يساهم السعر المحدد لمنتج أو مجموعة من المنتجات في تحقيق أهداف المنظمة التسويقية بإيصال خدماتها إلى

البكري، مرجع سابق، ص. 175. cited by . 175- R. Jonathons, **Health Care Management** (Health Professional Press, 1994), p.738.

كافة الجماهير التي هي بحاجة إليها بأقل التكاليف وتحقيق أهداف الجمهور من تمكينه من الحصول على أفضل الخدمات التي تشبع حاجاته.

ف نجد أن المستشفيات الحكومية التي لا تهدف للربح تعمل وفق أسس غير مالية، حيث أن الأموال تتحدد بواسطة المتبرع أو المساهم، وقد تقوم بعضا من هذه المستشفيات بتحديد أسعارها على أسس التوجه بالتكلفة أو التوجه بالأهداف الاجتماعية. و يمكن لهذه المستشفيات تأدية الخدمات الصحية لأكبر عدد ممكن من المستفيدين من خلال ترشيد الإنفاق من خلال ما يلي:¹

- ضرورة تعاون أعضاء الهيئة الطبية في تحديد الاختبارات المعنوية المطلوبة للمريض بما يمنع التكرار وعدم إجراء اختبارات معملية قد لا تخدم عمليات التشخيص و العلاج اللازمة للمريض؛
- العناية بمتابعة و تقديم حالة المريض بالمستشفى بما يحقق خروجه المبكر من المستشفى، مما يوفر تكلفة الإقامة والأشغال للمستشفى؛
- تحسين أنظمة الجدولة بالمستشفى. فيمكن جدولة الطلب الجراحي من خلال نظام الجدولة لتاريخ محدد قادم بعد أخذ عبء العمل الجراحي اليومي، ونظام الجدولة الزمني، ونظام الجدولة لتاريخ محدد قادم مع أخذ قيود متعددة؛
- ضرورة جدولة خدمات التمريض بالمستشفى، و لا شك أن نظم الجدولة سوف تسهم في تقليل فترات انتظار المرضى وانتظار خطة الخدمات الصحية وتوازنها مع الوارد المتاحة مما يؤدي إلى رفع كفاءة الخدمات الصحية للمستشفى و أيضا تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة.

وهكذا، فإن السعر يهيم المنظمة الصحية كما يهيم المنظمات الأخرى، فهو من القرارات المهمة التي تتخذها المنظمة. وعليه، ينبغي أن لا ينظر إلى السعر في المنظمات الصحية نظرة ضيقة باعتباره يمثل فقط التكاليف المادية المباشرة التي يتحملها المستفيد، بل يجب أن ينظر إليه بشمولية أكبر باعتبار أن هناك عناصر أخرى للتكاليف منها:²

- تكلفة الفرصة البديلة وهي تكلفة الوقت الذي ينفقه المستفيد في سبيل الحصول على الخدمة ، الذي كان من الممكن استثماره في بدائل أخرى كالوقت الذي يستغرقه المريض في انتظار دوره لمقابلة الطبيب لإجراء الفحص لتشخيص مرضه.

¹ - D. C. Goddington et al, "Strategies For Survival in The Hospital Industry", **Harvard Business Review**, (May - June,1985), P. 134.

² - زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات الصحية (عمان: دار حامد للنشر، 1998)، ص.129.

- تكلفة الجهد الذي يبذله المستفيد في الحصول على الخدمة كمراجعة أقسام مختلفة بين العيادات للحصول على الخدمة الطبية.
- التكلفة النفسية المرتبطة بالحصول على الخدمة، ويمثل الجهد النفسي الكبير الذي يبذله المريض في الحصول على الخدمة نتيجة الانتظار أو المعاملة غير الإنسانية التي يعامل بها من قبل موظفي الاستعلامات قبل أن يعرض على الطبيب.

معنى ذلك أن التكلفة المادية المباشرة ليست العنصر الوحيد الذي يجب أن يؤخذ في الاعتبار. فقد ظهر في بعض الدراسات أن عددا كبيرا من المرضى لا يفضلون المستشفيات الحكومية على الرغم من أنها تقدم خدمة طبية جيدة ومجانا، وذلك بسبب الجهد الكبير الذي يبذله المريض في الحصول على الخدمة في هذه المنظمات وذلك من خلال مروره على عدة جهات.¹ ولضمان نجاح البرنامج الصحي لابد من القيام بتحليل كاف لكل من الجهد والوقت الذي يبذله المستفيد للحصول على الخدمة، بمعنى آخر تحليل أبعاد الجودة المتمثلة في الملموسية عند تحديد موقع تقديم الخدمة والاستجابة عند تحديد إجراءات الحصول على الخدمة بما يجعل تكلفة هذين العنصرين أقل ما يمكن بالنسبة للمستفيد من الخدمة الصحية.

3.2. سياسة الترويج في الوسط الصحي

يتمثل الترويج في كونه عنصر المواجهة الذي تتفاعل من خلاله المنظمة مع المجتمع لكي توصل ما ترغبه من معلومات ورسائل إلى الآخرين باتجاه تحقيق الهدف الذي تسعى إليه. فقد عرف الترويج من خلال المنظور الصحي على أنه "توجيه المستفيد وإقناعه وحثه على الخدمات التي من شأنها أن تعيده إلى حالته الطبيعية ووقايته من احتمال إصابته بأي مؤثر صحي يغير من طبيعته وسلوكه".² كما عرف بأنه "الطريقة التي يطلع بها المستشفى أفراد المجتمع على الخدمات الصحية التي يقدمها عبر الوسائل المباشرة وغير المباشرة".³ فهو يشير إلى استخدام وسائل الاتصال المباشرة وغير المباشرة لتعريف وتذكير وإقناع الأسواق المستهدفة بالخدمات الصحية والعلاجية والتشخيصية منها والوقائية وذلك لتشجيع الإقبال عليها. ومن عناصر المزيج الترويجي الصحي، ما يلي:

أ. الإعلان: يعتبر الإعلان أحد أبرز العناصر المكونة للمزيج الترويجي. إلا أن مستشفياتنا تستخدمه في التعريف بخدماتها على نطاق ضيق وبصورة محدودة، هذا وان جميع الإعلانات تأخذ الشكل الإخباري الذي

¹ - رفاعي محمد رفاعي، " المدخل التسويقي كعلاج لمشكلة تخطيط الأسرة"، مجلة الإدارة العربية، المجلد 3، العدد 2، (نيسان 1989)، ص 41.

² - خليل المساعد، مرجع سابق، ص ص. 154 - 158.

³ - نقلا عن البكري، مرجع سابق، ص 241.

يعتبر من وجهة النظر التسويقية نشرا وليس إعلانا. هذا وينبغي أن تكون الرسالة الإعلانية متصلة بالخصائص المميزة لعملية الاستفادة من الخدمة، أما الإعلان عن الخدمات التي تتميز برتابة الإقبال عليها فمن الصواب أن يكون التكرار في الإعلان موجها للتأكيد على الثقة وإمكانية الاعتماد على الخدمة. وتتمثل أغراض الإعلان عن الخدمات الصحية في نشر الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع، و التعليم الصحي، وكذلك التركيز على بعض المشاكل الصحية مثل التدخين، وضغط الدم المرتفع والإجهاد. وتعتبر الإعلانات التي تسعى للترغيب أو الإقناع في هذه الحالة ذات فائدة قليلة ما لم يكن الإعلان عن خدمات وقائية، بالإضافة إلى التعرف على وجهات نظر المستفيدين من الخدمة، ومثال ذلك الموقف الذي يواجهه المعلنون عن خدمات المصحات، والترويج عن النفس، وخدمات التأمين الصحي وغيرها من خدمات التسهيلات.¹

ونظرا لكون الخدمة منتج غير ملموس فإن الإعلان عنها ليس بالأمر الهين، كما ينبغي أن تكون الإعلانات الإقناعية صحيحة لأن الإعلانات الموثوق بها تخلق الصلة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها، وهي بذلك تعمل على تأكيد بعد من أبعاد الجودة هو الاعتمادية والموثوقية.

ب. البيع الشخصي: من أهم عناصر المزيج الترويجي البيع الشخصي أو المحادثة الشفهية على اعتبار أن الكلمة الصادرة من الفم هي أهم وأقوى طرق الاتصال وأكثرها فاعلية في تسويق الخدمات الصحية، لكونها عملية اتصال مباشرة بين المستشفى أو الطبيب والمريض، بهدف تشجيعه أو معاونته على تحقيق الاختيار الدقيق للخدمة الصحية التي يحتاجها. وعليه، يمكن تعريف البيع الشخصي في المجال الصحي على أنه "التقديم الشخصي والشفهي للخدمة الصحية أو الفكرة بهدف دفع المستهلك المرتقب نحو الاقتناع بها ومن ثم الإقدام على شرائها".²

يمكن أن يكون الطبيب أو الفريق التمريضي، أو الفريق الفني أو الإداري في المستشفى رجل البيع للخدمات الصحية. وقد يصل الأمر إلى أن يكون المرضى أنفسهم والذين سبقوا وأن تعالجوا في المستشفى هم رجال البيع نتيجة لتلمسهم الحقيقي للنتائج الايجابية التي حصلوا عليها من العلاج والرعاية. فيقومون بنقل تلك المعلومات والنتائج إلى الآخرين عبر محادثة شفوية أو وسائل اتصال مختلفة (مثلا تقديم الشكر غير الصحف والتلفزيون إلى الفريق الطبي المعالج للمريض)، وهي بذلك تؤثر على جودة الخدمة المتوقعة بالنسبة للمريض. كما يمكن أن تخصص المنظمة بعض موظفيها مثل المرشدين الصحيين للتعامل مع المستفيدين من خدماتها والمتبرعين والمساهمين للمستشفى.³

¹ - زكي خيل المساعد، لتسويق في المنظمات التي لا تهدف للربح، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، مصر، (1982)، ص.172.

² - البكري، مرجع سابق، ص.249.

³ - المساعد خليل، مرجع سابق، ص.179.

ج. **التثقيف:** هو أوجه النشاط التسويقي غير الإعلان و البيع الشخصي و النشر التي تهدف إلى إثارة اهتمام المستهلك الأخير أو المشتري الصناعي أو الموزع للسلعة أو الخدمة وإقناعه بشرائها. وفي مجال المستشفيات يمكن استخدام التثقيف من خلال تقديم حوافز سواء مادية أو معنوية للمتبرعين بدمائهم أو إعطاء جوائز رمزية أو شهادات تقديرية للمتبرعين أو المساهمين بالأموال والجهود للمستشفيات التي لا تهدف إلى الربح أو استخدام الأحداث الوطنية أو الرياضية أو الثقافية لحث المتبرعين على التبرع بالدم أو المال أو المواد كذلك يمكن عقد الندوات و المؤتمرات و المعارض الصحية المختلفة على مدار السنة.¹

د. **العلاقات العامة:** من أهداف التسويق في المنظمات الصحية هو تنمية علاقات وثيقة بينها وبين الجماهير، فيجب خلق علاقات جيدة بين كل من المستخدمين والأطباء والمرضى والجماهير الذين تتعامل معهم المنظمة. حيث ينبغي لإدارة التسويق إيجاد حملات وثيقة بممثلي وسائل التوعية لتحسين التغطية الإعلامية لنشاطات المنظمة الصحية وبرامجها. وبالتالي يمكن القول بان العلاقات العامة تقوم على تبادل الآراء وتحليل الاتجاهات للرأي العام سالكة بذلك اتجاهين، من المستشفى إلى المجتمع وذلك من أجل إعلامهم بحقيقة عمل المستشفى وما تقدم من خدمات صحية مختلفة، ومتوخية بذلك الصدق والأمانة والواقعية لعرض الحالة وعبر استخدامها لوسائل الاتصال المتاحة. والثاني من المجتمع إلى المستشفى حيث يتم نقل وجهات نظر المجتمع بكل عناصره ذات العلاقة مع المستشفى تجاه نشاطها وفعاليتها التي تقوم بها خدمة للمجتمع.² وبذلك، يتم تقليص الفجوات التي تكون بين إدارة المستشفى والمستهلكون للخدمات الصحية، ومن ثم تقديم خدمات ذات جودة عالية يتحقق معها رضا المريض.

4.2. سياسة التوزيع للخدمات الصحية

يستخدم في الغالب من قبل المسوقون مصطلح التوزيع للإشارة إلى ما يمكن استخدامه أو التفاعل معه من منشآت أو أفراد لإيصال المنتج إلى السوق. ولكن تبرز الحالة بخصوصية واضحة في الخدمات وتحديدًا في الخدمات الصحية بشكل أوسع، وذلك لأنها لا تأخذ هذا المنحى التقليدي في التعامل مع تقديم الخدمة، حيث أنها تحتوي على أبعاد ومسارات مختلفة كلياً عما هو في بقية الخدمات الأخرى.

وباعتبار المستشفى منتج للخدمة الصحية وكونه منظمة اجتماعية هادفة بذات الوقت، فإنه سيكون أمامها ثلاث خيارات تتعلق بقرار توزيع الخدمة الصحية، وذلك من خلال الوصول المادي عبر المنافذ التوزيعية الصحية المعروفة، وكذلك موقعها الجغرافي بالنسبة للمريض، كما أن التسهيلات المتواجدة من

¹ - محمود صادق بازرعة، إدارة التسويق (القاهرة: دار النهضة العربية، 1987)، ص.305.

² - محمد جودت ناصر، الدعاية والإعلان والعلاقات العامة (عمان: المجدلوي، 1998)، ص.171-175.

تصميم مباني المستشفى وصالات الانتظار وساحات وقوف السيارات والمظهر الخارجي وغيرها، تضيف بعدا مضافا لتحقيق رضا المريض أو الزائر عن الخدمة الصحية المقدمة، وتكسب الخدمة ذاتها صفة الملموسية التي يستطيع من خلالها إدراك جودتها وتميزها عن غيرها. أما الوصول المعلوماتي فيكون عبر قنوات التوزيع التي تطول أو تقصر تبعا لحالة المريض لصحية. في حين الوصول الزمني فهو مرتبط بالوقت كطول فترة انتظار المريض وعدد الساعات الكافية لتجهيز الخدمة للمريض، ولا شك أن هذا العامل الزمني له أثر نفسي مهم على المريض وتحديد مدى شعوره في الارتياح أو الضجر من الانتظار.¹ لذلك بدأت بعض المواقع الصحية في توفير بعض الأشياء التي من شأنها أن تشغل وقت المريض أثناء فترة الانتظار كعرض أشرطة الفيديو على التلفاز... الخ.

المطلب الثاني: آليات تطبيق التسويق لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية

تتفرد الخدمة العمومية عن باقي الخدمات الأخرى، والخدمة الصحية من الخدمات العمومية، ولذلك فإن تحسين الجودة المدركة لهذه الخدمة يتطلب عدة آليات منها التسويق الداخلي، والتسويق العمومي، والتسويق العكسي، وهذا ما سيتناوله هذا المطلب.

1- التسويق الداخلي ودوره في تحسين الجودة المدركة

يعتبر التسويق الداخلي من أنواع التسويق التي تبرز أهميتها في المؤسسات الخدمية، حيث أن عمليات التبادل التي تتم بين المنظمة والزبون والتي ركز عليها التسويق من الناحية التقليدية لا تكفي لوحدها بل لا بد من الاهتمام بالعاملون، لأن الدور الذي يلعبه العاملين في تحديد مستوى الجودة ومدى رضا الزبون عن العرض التسويقي قد وجه الأنظار إلى شكل آخر من التبادل، وهو ما يمكن أن يتم بين المنظمة والعامل. لذا ظهر مفهوم تسويقي حديث يهتم بالعاملين سمي بالتسويق الداخلي.

1.1- مفهوم التسويق الداخلي

ظهر هذا المفهوم في بداية الخمسينيات بواسطة مديري الجودة اليابانية، وهو ينظر للأنشطة التي يؤديها العاملين على أنها منتجات داخلية. وأن المنظمة يجب أن تركز على اهتمامات العاملين وتحاول إشباعها من خلال الأنشطة التي يؤديها لكي تضمن قوى عاملة ذات كفاءة عالية وكذلك إشباع حاجات

¹ - Kotler and Clarke, op.cit., pp.382-389.

العميل الخارجي.¹ على الرغم من أن موضوع التسويق الداخلي هو من المواضيع التسويقية، إلا أن تركيزه على العاملين ورضاهم وعلى جودة الخدمات المقدمة إليهم أدى إلى تأثره بالاتجاهات الخاصة بتسويق الخدمات وإدارة الموارد البشرية وكذلك إدارة الجودة، وسوف نلمس هذه الاتجاهات من تعاريف التسويق الداخلي. ففكرة التسويق الداخلي تقوم على أن الأفراد داخل المنظمة يجب أن يبذلوا جهودهم من أجل زيادة كفاءة وفعالية أنشطة التسويق الخارجي الخاص بها.² كما أنه يشير إلى تصميم السياسات والبرامج الموجهة إلى العاملين بالمنظمة (العملاء الداخليين)، بهدف تحقيق مستويات عالية من الرضا لديهم، والذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى الارتقاء بمستوى جودة الخدمة المقدمة للعملاء الخارجيين.³ أي أن الاعتراف بأهمية دور العاملين في تسويق الخدمة يستوجب من الإدارة النظر إليهم على أنهم يمثلون السوق الأول للمنظمة، وأن وظائفهم تمثل منتجات داخلية لها، والتي يجب تصميمها وتطويرها بما يتفق وحاجاتهم ورغباتهم ومن ثم زيادة درجة رضاهم، وتتطوي سياسات التسويق الداخلي وبرامجه على بعض الأنشطة المخططة والموجهة للعاملين بها والخاصة بالتنمية والتدريب والمكافأة، والعلاقات بين العاملين والاتصالات ووضوح الأدوار.

وقد عرف التسويق الداخلي على أنه العمل الذي تقوم به المنظمة لتدريب و تحفيز زبائنها الداخليين، وعلى الأخص أولئك الموظفين الذين يحتكون مع الزبائن بشكل مباشر، ودعم الخدمة من أجل العمل كفريق لتحقيق رضا وإشباع الزبائن.⁴ هذه المقاربة تظهر أن التسويق الداخلي شكل من أشكال إدارة الموارد البشرية أي أن المنظمة تهدف إلى تحقيق رضا الزبائن الخارجيين من خلال تقديم خدمات ذات جودة عالية. فجودة الخدمة المقدمة ترتبط بشكل قوي بمدى توفر المعلومات المرتجعة المقدمة من الموظفين إلى الإدارة بخصوص متطلبات وحاجات الزبائن، وبالخبرة المتراكمة للإدارة والموظفين ومدى ملائمتها لخصائص الخدمة كما يحتاجها الزبائن في القطاع الخدمي، ومرتبطة أيضا بالتشجيع الممنوح للموظفين لتقديم الخدمات بالمستوى المرغوب به، وكذلك تلقيهم الدعم من الموظفين الآخرين، بالإضافة إلى توفير المعلومات بشكل دائم للموظفين بمحتوى ومضمون الاتصالات الخارجية مع الزبائن وتمكينهم من إبداء وجهة نظرهم.⁵

¹ – J. Cooper and John J. Cronin, "Internal Marketing : A Competitive Strategy for The Long – Term Care Industry", *Journal of Business Research* , Vol.48, No.1, (2000), pp. 117-181.

² – A. Payne, *The Essence of Services Marketing*, (New York: Prentice– Hall, 2005) , p.235.

³ – C. Lovelock and J. Wirtz , *Service Marketing: People, Technology ,Strategy* (UK: Pearson Prentice– Hall, 2006), P.56.

⁴ – نظام موسى السويدان وعبد المجيد البراوري، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية (الأردن: دار حامد للتوزيع والنشر، 2008)، ص57.

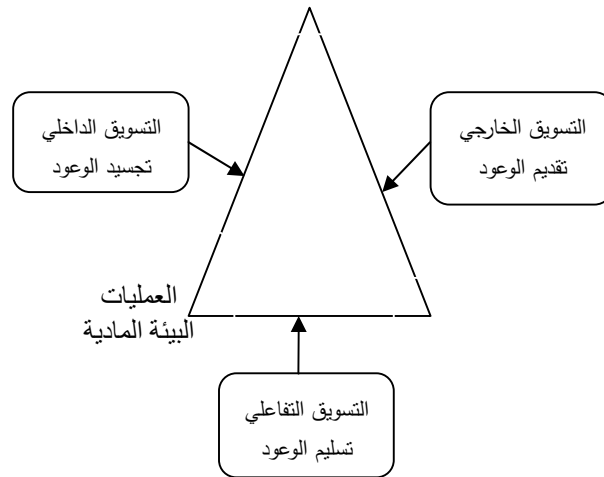
⁵ – نفس المرجع، ص56.

2.1- التسويق الداخلي ومثلث تسويق الخدمة

يرتكز مفهوم مثلث تسويق الخدمة على درجة أو مدى تطابق أداء وتسليم الخدمة مع الوعود أو التزامات التي تقطعها المنظمة على نفسها بشأن توريد خدمات معينة، ويكون ذلك من خلال جهود التسويق الخارجي الذي يعمل على جذب الزبائن من خلال الوعود التي تقدمها المنظمة، أما التسويق الداخلي يعمل على تهيئة وإعداد الأفراد العاملين وتوفير البيئة والمناخ الملائمين من أجل تسليم الخدمات للزبائن بما يوافق الوعود وتلبية احتياجات وتوقعات الزبائن، حيث يكون التسويق الداخلي هنا أحد الركائز التي تقلل مخاطر عدم التطابق بين الوعود والالتزام بها.

أ- **الوفاء بالوعد عند تقديم الخدمة:** توضح النتائج التي توصل إليها كل من (ZITHMAL, BERY , (PARASURMAN أن الوفاء بالوعد تقع في قلب الخدمة الممتازة ويعتبرها معظم الزبائن الخاصية الرئيسية لجودة الخدمة، ويمثل عدم الوفاء بالوعد عند تقديم الخدمة الطريقة الأكثر أهمية في فشل منظمات الخدمات مع عملائها.¹ فالمنظمات التي تحقق النجاح هي التي تضع نصب أعينها الزبون أولاً ثم تقوم بالعمليات والأنشطة اللازمة لتلبية احتياجات ورغبات الزبائن في الأسواق المستهدفة، من خلال تشجيع كل العاملين على المساهمة في تقديم خدمات تطابق أو تفوق متطلبات وتوقعات الزبائن. ويمكن توضيح علاقة المنظمة بالعاملين من خلال مثلث تسويق الخدمة كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم 06: مثلث تسويق الخدمة



Source: P. Kotler, **Marketing Management**, 9th ed (New Jersey: Prentice Hall, 1997), p.435.

¹ - جاي ككاندا مبولي، كوني موك، بيفيرلي سباركس، إدارة جودة الخدمة في الضيافة والسياحة، ووقت الفراغ، ترجمة سرور علي إبراهيم (الرياض: دار المريخ، 2007)، ص. 331.

ويشير الشكل أعلاه إلى أن بث الوعود يكون من خلال التسويق الخارجي بمختلف قنوات الاتصال ويتأثر بمظهر الأفراد وتصميم وشكل البناية وبمحيط تقديم الخدمة، ويشدد على أن الأمر المهم هو أن تكون الوعود صادقة وحقيقية.¹ وعليه فالوفاء بالوعد يعني درجة التطابق بين التسويق الخارجي والداخلي.

كما أن تصورات الزبائن بما في ذلك الجودة المدركة تتأثر بشكل مباشر بالتسويق الخارجي الذي يقوم بتقديم الوعود التي تجذب الزبائن للإقبال على خدمات المنظمة. غير أن الرهان الأساسي ليس فقط جذب الزبائن، ولكن توفير الظروف المناسبة داخل المنظمة التي تسهم في إرضاء الزبائن وتجسيد الوعود على أرض الواقع، ويكون ذلك بواسطة التسويق التفاعلي الذي يكون بين الزبون والعاملين. كما أن تصورات الزبون تتأثر بشكل غير مباشر بالتسويق الموجه نحو العاملين وهو التسويق الداخلي. إن التسويق الداخلي يقوم بدعم كل من التسويق التفاعلي والخارجي من خلال تهيئة العاملين لأداء الوظيفة الجيدة بالتفاعل مع الزبائن، لذلك تم التأكيد على أهمية الأفراد في نجاح العلاقات التسويقية، فنجاح هذه العلاقات يؤثر بشكل كبير على مواقف العاملين وأدائهم والتزامهم.²

ب- جودة الخدمة الداخلية: تزداد أهمية التسويق الداخلي بكونه أحد الأسباب المؤدية إلى تحقيق رضا العاملين والزبائن في المؤسسات الخدمية. كما أن الوصول إلى الزبائن وكسب رضاهم إنما يتم من خلال تحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة لهم في جميع العلاقات التسويقية (تسويق داخلي، تسويق خارجي، تسويق تفاعلي).³ وعندما يتكلم معظم الباحثون حول موظف راض يساوي زبون راض فهي إشارة ضمنية على أن مستوى الجودة الخارجية مرتبط ونتاج عن مستوى الجودة الداخلية، التي تتعلق بطبيعة التبادل الداخلي، وبقوانين السوق الداخلي، الزبون الداخلي والتسويق الداخلي.

فالجودة الداخلية تركز على أن أهم قاعدة وهي الاحتفاظ بالزبائن من خلال تقديم خدمة بجودة عالية، وأن الخدمة هي نتيجة أداء الأفراد والموظفون. ولذلك، فإن تسليم خدمة بجودة عالية مرتبط بجودة أداء الموظفين.⁴ ويوافق هذا المعنى ريتشارد نورمان حين يقول أن سعي المنظمة إلى تقديم خدمات بجودة عالية يجب أن ينطبق على جميع الذين يعملون لحسابها بما في ذلك موظفيها.⁵ وهذا يعني أن تكون المواقف ومعايير الجودة المطلوبة أثناء تسليم الخدمة منسجمة مع التوجهات السائدة داخل المنظمة وهذا ما أطلق عليه حلقة الخدمة الداخلية الفعالة، والشكل الموالي يوضح هذه الحلقة:

¹ - D. Jober, **Principles and practice of Marketing**, 4th ed (UK: Mc Graw-hill education, 2004), P.802.

² - G. L. Caster and P. Reynolds , **Marketing Management** (USA: McGraw . Hill , Inc, 1999), p.287.

³ - P. Kotler, (1997), op.cit., p.436.

⁴ - D. Jober, op, cit., p.801.

⁵ - ريتشارد نورمان، إدارة الخدمات ، ترجمة عمرو الملاح (الرياض: مكتبة العبيكان، 2000)، ص.132.

الشكل رقم 07: حلقة الخدمة الداخلية



المصدر: ريتشارد نورمان، إدارة الخدمات، ترجمة عمرو الملاح (الرياض: مكتبة العبيكان، 2000) ص.185 .

إذا كانت المنظمة قادرة على استقطاب الموظفين والمحافظة عليهم يتوجب عليها أن تغرس في أذهانهم فهما لرسالتها وأهدافها وكذلك حاجات ورغبات زبائنهم. ولا شك أن النتيجة هي تطوير دائم لجودة الخدمات المقدمة من قبل هؤلاء الموظفين، بالإضافة إلى أنه إذا كان الموظفين المسؤولين عن تقديم الخدمات متحمسين بتقديم نفس المستوى من الجودة لزملائهم في الإدارات المختلفة كما لو أنهم زبائن من الخارج، فإن ذلك سيزيد من رفع الروح المعنوية لجميع الموظفين من خلال التطوير المستمر لجودة الخدمات المقدمة.¹

وحتى تكون برامج الجودة الداخلية فعالة يجب على المنظمة أن تقدم رؤية حقيقية حول الغرض المطلوب من الأعمال والمهام الواجب انجازها وخاصة من طرف عمال الخط الأمامي. وفضلا عن ذلك عليها أيضا توفير التدريب الكافي لتمكين العاملين من تأدية ادوار الخدمة الخاصة بهم، وتوضيح أن العمل كفرق ومجموعات متناسقة ومتكاملة وملتزمة هي الطريقة الأفضل لكسب الزبائن والحفاظ على ولائهم. كما أن توفير حرية حقيقة للعاملين بحل مشاكل الزبائن، ودعاية الإنجازات المتميزة، ومكافأة أصحابها والتعامل مع العاملين على أساس أنهم زبائن حقيقيين، سيزيد حتما من فعالية برامج الجودة الداخلية.²

ج- إدارة توقعات الزبائن والعوامل المؤثرة عليه: لكل منا توقعاته الشخصية التي يرسمها عن الشيء المفضل له. ولكن في المقابل هناك ما يؤثر جنبا إلى جنب مع التوقعات من العوامل الخارجية كالعوامل الشخصية التي تشير إلى المطالب الشخصية للعميل التي قد تتحدد وتتأثر بالسمات الشخصية والتقنية والاجتماعية، كأن يرى المستفيد ضرورة أن يرتدي القائمون على الخدمة زيا موحدا، وهل هذا الشيء مهما

¹ - سويدان والبروراي، مرجع سابق، ص.56.

² - جوفري سوتار، جودة الخدمة رضا العمال والقيمة، دراسات العلاقات في إدارة جودة الخدمة في السياحة والضيافة، ترجمة سرور علي إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص.160 .

وحيوي في رأيه أو لا. بالإضافة إلى البدائل المتاحة للخدمة والخبرة السابقة له وتعني مدى تعرض العميل من قبل لنفس الخدمة ودرجة معرفته بطبيعتها بعد التجربة. وتلعب الأحاديث والأقوال الشخصية التي تأتي من أفراد مثل الأصدقاء أو الخبراء دورا مهما في رسم توقعات الزبون حول خدمة معينة. أما الوعود المصرح بها من طرف المنظمة بشأن خدماتها عبر أدوات الترويج والاتصال مثل البيع الشخصي والإعلانات التجارية، تجعل الزبون يكون انطباعات وتوقعات عن جودة الخدمات المقدمة.¹

إذن فالزبون يبني توقعاته بناء على عوامل معينة ويتخذ قراراته انطلاقا من تجربته للخدمة. ونظرا لأهمية الدور الذي تلعبه توقعات الزبائن بالنسبة للخدمة والحكم على جودتها، فإنه يتعين على المنظمة استخدام بحوث التسويق من أجل معرفة احتياجات وتوقعات الزبون حول الخدمة وبناء عليه تستطيع المنظمة بث وتقديم وعود توافق متطلبات الزبائن، وفي نفس الوقت تستطيع الوفاء بها وهذا ما ينعكس إيجابا على سمعة المنظمة.

وتستطيع منظمة الخدمات إدارة توقعات الزبائن بشكل يسمح برفع مصداقيتها وتحسين سمعتها من خلال الالتزام بالوعد التي تقطعها على نفسها وذلك بالتركيز على النقاط التالية:²

- التأكد من أن الوعود واقعية: يجب على المنظمة أن لا تعط وعودا خيالية ومفرطة؛ لأن المغالاة في الوعود قد يقلل من ثقة الزبون في المنظمة، وخاصة عندما لا تقدر على الوفاء بها أو تحقيقها للزبون. وعليه، يتوجب على المنظمة تقديم وعود تلائم احتياجات ومتطلبات الزبون، وأن تكون صادقة في وعودها. وحتى يمكن ضمان توافق أداء الخدمة الفعلي مع الوعود المقدمة من طرف المنظمة، لا بد من التعرف على ردة الفعل تجاه أي حملة ترويجية أو إعلانية قبل القيام بها سواء للموظفين أو الزبائن. ويكون الهدف من هذا الأمر التأكد من صحة الوعود التي ينتظر أن تطلقها هذه الحملة، فضلا عن القيام بفحص الخدمة والتعرف على العناصر والمميزات الرئيسية فيها التي يمكن أن تركز عليها الجهود التسويقية لجذب الزبائن. ويضاف إلى ذلك القيام ببحوث دورية تهدف إلى تقييم تأثير المزيج التسويقي للمنظمة على مستويات توقعات الزبائن مثل التعرف على تأثير الأسعار على هذه المستويات.

- التأكيد على عامل الثقة في تقديم الخدمة: إن تقديم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة يمكن الزبائن من الاعتماد على المنظمة ويزيد من درجة تميزها عن المنافسين، وهذا الأمر يتطلب التدريب على أداء الخدمات بشكل صحيح من أول مرة.

¹ - الضمور، مرجع سابق، ص.454.

² - نفس المرجع، ص.455.

- الاتصال الدائم مع الزبائن: يساعد الاتصال الدائم مع الزبائن المنظمة على فهم توقعاتهم واحتياجاتهم، ويمكنها من شرح طبيعة خدماتها وعمليات تسليمها وهذا ما يجنب المنظمة العديد من المشاكل المحتمل التعرض لها عند تقديم الخدمة.

2- التسويق العمومي ودوره في تحسين الجودة المدركة للخدمة

إن خروج التسويق إلى دائرة أوسع من الوظائف (الجارية والمستقبلية) ومن الأدوار (على مستوى الفرد والمنظمة والمجتمع) ومن حقل التطبيق (الاجتماعي والسياسي والعمومي والبيئي) جعله يرقى إلى إمكانية تطبيقه على الخدمات العمومية التي فشلت البيروقراطية في تسييرها. وأصبح من الممكن الحصول على نتائج إيجابية في صالح تنمية هذا القطاع ورفع مستوى جودة خدماته.

أ- ماهية الخدمات العمومية

قد تعجز آلية السوق التي تتألف من العرض والطلب من استيعاب بعض أنواع السلع أو الخدمات، إما بسبب طبيعة السلعة أو الخدمة، وإما بسبب التصور الفكري أو الديني السائد. فالسلع العامة أو السلع الاستهلاكية الجماعية تتصف ببعض الخصائص التي تجعل من الصعب إشباعها بكفاءة عن طريق ميكانيكية السوق الحرة. ومن أهم خصائصها: عدم المنافسة في الاستهلاك، أي أن استهلاك فرد لها لا يقلل من القدر المتاح منها للآخرين مثل خدمة الدفاع أو بناء سد، عدم القابلية للاستبعاد وهو ما يعني عدم استبعاد الأفراد الذين لا يدفعون مقابلًا للاستفادة من هذه الخدمة، كما أن التكلفة الحدية لتقديم الخدمة العامة لشخص إضافي تساوي صفر. وبالرغم من إطلاق مصطلح السلع العامة عليها فقد لا يكون لها كيان مادي ملموس وإنما غالباً ما تكون خدمة. وهناك بعض الخبائث العامة Public Bads التي تتصف بنفس خصائص السلع العامة ولذا تقتضي تدخل الدولة للحماية منها ومن أمثلتها تلوث البيئة.¹

وعليه، فإن تعريف الخدمة العمومية حسب خبراء الإدارة العامة هي عبارة على الحاجات الضرورية لحفظ حياة الإنسان وتأمين رفاهيته، والتي يجب توفيرها بالنسبة لغالبية الشعب والالتزام في منهج توفيرها على أن تكون مصلحة الغالبية من المجتمع هي المحرك الأساسي لكل سياسة في شؤون الخدمات، بهدف رفع مستوى المعيشة للمواطنين.² ومن أهم أمثلة الخدمات العامة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة والسلامة العامة.

¹ - عبد القادر محمد عبد القادر عطية، اتجاهات حديثة في التنمية (الإسكندرية: الدار الجامعية، 2000)، ص ص. 197-300.

² - D. Chavez, **Beyond the Market: The Future of Public Services**, Public Services Yearbook , 2005, p.6.

ب- مبادئ تقديم الخدمة العمومية

تتشترك الخدمات العمومية عند تقديمها باستمرارية الخدمة؛ أي يجب أن تتوفر مهما كان الثمن ومهما تغيرت الظروف ولا يمكن أن تغلق أبوابها، كذلك المساواة في الحصول على الخدمة لكل المواطنين، والمساواة في معاملة الخدمة العامة لكل المواطنين، وأيضا حيادية الخدمة العامة وهو امتداد لمبدأ المساواة. ويفرض هذا المبدأ على الموظفين العموميين أن لا يخضع مستخدمو الخدمة إلى أي تفرقة مبنية على آرائهم السياسية، اختياراتهم الفلسفية أو معتقداتهم الدينية، كذلك التحول أو التكيف أي أن للسلطة العامة إمكانية وواجب تعديل تنظيم أو تشغيل الخدمة لتتكيف مع الاحتياجات الجديدة. إن تطبيق هذا المبدأ لا يتم دون إثارة المشاكل من ناحية أن اتجاه التغيير يمكن أن يتيح المجال للجدل خاصة حين تذكر مسائل متعلقة بالربحية، ومن ناحية أخرى فإن تنفيذ هذه التعديلات لا يسهل فرضه عند مواجهة بعض ردود الفعل النفاية.

ج- خصوصية قرار تبني الخدمة العمومية:

إن قرار تبني خدمة عمومية خاضع لعملية معقدة، هذه الظاهرة هي نتيجة لخصوصية معايير اختيار المستعمل للخدمة العمومية، فعادة المستعمل يركز في اختياره للخدمة العمومية على معايير متعددة ومتنوعة، وقد ينتظر المستعمل من الخدمة العمومية أمرين:¹

- أنه ينتظر تقريبا أكثر من قبل الإدارة، ولكن في غالب الأحيان هذا التقارب لا يكون سهل التحقيق. من ناحية نظرا لتعدد واختلاف حاجات وتوقعات الزبائن التي يمكن تصنيفها إلى الحاجة إلى الخدمة، الحاجة إلى النصح، الحاجة إلى وسيلة تسييرية، الحاجة إلى الحصول على الاعتبار. ومن هنا، فإن الإدارة يجب أن تخلق خدمات مضمونة تقنيا، ولكن أيضا مرضية في جانبها البسيكولوجي. ومن ناحية أخرى فإن صعوبة هذا التقارب ترجع بنسبة كبيرة إلى الطبيعة ذاتها للإنتاج العمومي للخدمات، باعتباره إنتاجا يعرض على أساس إجباري يجب الخضوع إليه عفويا دون تفكير نظرا لانعدام الاختيار مثل الحاجة لسحب دفتر الصكوك البريدية، شراء طابع بريدي وغيرها. هذه الحالة تشبه إلى حد بعيد صورة النقل الحضري الجماعي التي هي مرتبطة بعقدة أن هذه الخدمة لا نستعملها لأجل الرغبة ولكن لأجل الضرورة.²

¹ - M. Zollinger ,Marketing Bancaire-vers une banque du 3^{eme} type (Paris: Dunod, 1985), P.47.

² - F. Mispelblon, "le secret des services: Les clients, acteurs autant qu'objets de travail", *Revue française du Marketing*, N° 34, (1991), p. 26.

- المستعمل ينتظر من إدارة الخدمات العمومية قبولاً متزايداً وبساطة وتسهيلاً في الإجراءات، فهو لا يريد أن يبقى معزولاً بسبب تعقد الإجراءات وعدم ملائمة الهياكل. ومن هنا يجب على التسويق العمومي أن يحدد المؤشرات التي بواسطتها يحكم المستهلك على جودة وحسن سير إدارة الخدمة العمومية، هذه المؤشرات تخص مواقيت الافتتاح المناسبة والاستقبال الأمثل للجمهور، ونوعية الخدمة المفضلة بالإضافة إلى كفاءة وترحاب الموظفين، وقرب المصلحة، وشهرة وأناقاة المظهر الخارجي للمصلحة.

وكمثال على ذلك في مجال النقل بدأت تبرز توجهات تهتم بنوعية الخدمة. فالمختصين أصبحوا يركزون على الحيوية في الميتر، وعلى الاستقبال وعلى المعاملة الحسنة للمسافرين. إنهم أصبحوا ينظرون إلى النقل من زاوية أخرى وينظريات أخرى، مختلفة تماماً عن النظرة من زاوية التقني، وهنا نكون في فهم آخر للمسافر، المسافر في الماضي كان يهتم بالسرعة وبالجدية في النقل، أما الآن فإنه يرغب أكثر في أن يحصل على الإعلام الجيد، على الاستقبال الحسن، وعلى أشكال أخرى من الرفاهية أثناء النقل.

إذن فالتسويق العمومي بعد تحليله لرغبات الزبائن بأكملها، يعمل على تحديد مستويات الرضا الممكن أن يتوصل إليها، لأنه من غير الممكن الاستجابة لكل حيث تكون التكلفة ربما تتجاوز الفائدة العمومية المرجوة. ولأجل أن نعد تسويق جيد وفعال للخدمات العمومية فمن الضروري الأخذ بعين الاعتبار السلوك المتميز لهذا المستعمل الذي بمشاركته في إنتاج الخدمة سيؤثر حتماً على الجودة النهائية لها.

د- الدور التنموي للتسويق في تحسين الخدمات العمومية

تتعدد القطاعات التي تشكل محور الخدمات العمومية مثل التعليم والصحة والبيئة وغيرها. وفي محاولة لربط واقع هذه الخدمات في الدول النامية وعلاقتها بالتنمية، في ظل الظروف التي تعرفها من سوء التسيير والبيروقراطية وعدم ارتباطها بالسوق من حيث الكم والكيف وعدم العدالة في توزيعها والاستفادة منها، تبرز ضرورة الملحة لتطبيق التسويق بمفهومه الحديث، ووضع استراتيجيات تنموية صحيحة تستخدم فيها آلية التسويق كأحد آليات السوق الحرة والمنافسة التي لا يقتصر استخدامها في المجالات الربحية.

وبتسليط الضوء على أهم مقومات التنمية المتمثلة في التعليم، تشير نتائج العديد من الدراسات التي استخدمت لدراسات علاقات مختلفة بين التعليم والتنمية أن التعليم هو ثاني أهم عنصر يؤثر في النمو الاقتصادي بعد التقدم التكنولوجي، كما اتضح أن التعليم العالي قد لا يؤدي إلى تحقيق التنمية في بعض الحالات. ويحدث هذا إذا كانت محتويات التعليم العالي لا تخدم أغراض التنمية، أو إذا كانت نوعية التعليم نفسه متردية بحيث لا يستطيع الخريجون بمستواهم العلمي المنخفض أن يفيديوا التنمية. أو عندما يتم تخريج

عناصر من التعليم العالي أكثر مما هو مطلوب في الواقع مما يترتب عليه زيادة البطالة دون أي زيادة حقيقية في الناتج.¹

أما عن الوضع في الدول النامية وخاصة العربية منها، فإن مؤشر تطور رأس المال البشري يؤكد أن معدلات الأمية ما زالت مرتفعة ومستوى المهارات مقاسا بمتوسط سنوات التعليم لدى القوى العاملة يعتبر من أقل المستويات في العالم النامي. كما يتضح أن الدول العربية تعطي أهمية أكبر لكم على حساب الكيف. وقد نتج عن ذلك تدن في نوعية التعليم، وتكمن أهم مؤشرات في انتشار ظاهرة الدروس الخصوصية وتواضع نتائج الدول العربية في المناظرات الدولية للعلوم. وكل هذا لا يخدم أغراض التنافسية والقدرة على اقتحام الأسواق الدولية في المستقبل. ومن بين المؤشرات الإضافية على تدهور نوعية التعليم، ضعف علاقته بسوق العمل وتدني العائد على هذا التعليم وارتفاع معدلات البطالة مما يدل على إنتاج المهارات دون إمكانية استيعابها في السوق.²

وبالنظر إلى الخدمات الصحية التي يمكن أن تؤدي من القطاع العام والخاص على حد سواء، دون التنازل كلية لهذا النشاط للقطاع الخاص لأن هناك حد أدنى من الرعاية الصحية التي يجب أن تكون من اختصاص الدولة، وتدخل الخدمات الصحية أساسا ضمن أنشطة الدولة، وذلك ضمانا لتحقيق التوازن الاقتصادي والاجتماعي بين الأفراد في المجتمع.³

وتأسيسا على ما سبق، فإن الصحة تعد حاجة عامة تشبع الحاجات الجماعية وتحقق منفعتها، وإن كان هذا لا يمنع من كونها حاجة خاصة تشبع احتياجات الفرد الذاتية وتقوم الدولة بأدائها أساسا ويعاونها النشاط الخاص التطوعي. وهناك مجموعة من المتغيرات الاقتصادية المؤثرة في البيئة الاقتصادية للخدمات الصحية مثل معدلات الفائدة على القروض ومعدلات البطالة ونوع المنافسة والانفتاح الاقتصادي.⁴ وعلى الرغم من أن فترة السبعينيات من القرن الماضي شهدت نموا واضحا في السيطرة على الأمراض البوائية في الدول النامية، إلا أن تردي الحالة الصحية ما زال هو المصير المحتمل لأغلب سكان هذا العالم سيما في الدول النامية. ومن البديهي القول أن التغيرات الأساسية المتعلقة بتحسين الأحوال الصحية تتعلق بضرورة إجراء تغييرات شاملة لرفع المستوى المادي لحياة السكان، وتحسين الظروف المعيشية، وإنشاء المؤسسات

1 - عطية، المرجع السابق، ص ص. 85-86.

2 - تقرير التنافسية العربية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2003؛ ولمزيد من المعلومات حول الحقائق الواردة هنا يمكن الرجوع إلى المؤسسة العربية لضمان الاستثمار التي تعني بشؤون الاستثمار والتجارة في الدول العربية، الكويت، 2005. ص ص. 82-83.

3 - فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية (القاهرة: أتراك للنشر، 1998)، ص ص. 197-198.

4 - نفس المرجع، ص 199.

الصحية، بالإضافة إلى نشر الثقافة الصحية حتى يتمكن السكان من الإسهام بوعي وإرادة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وتعتبر البيئة أحد الجوانب المهمشة في المخططات التنموية التقليدية، وأهم مظاهر الفشل عدم مقدرة السوق على أخذ الآثار الجانبية في الاعتبار عند تخصيص الموارد، إذ أنه يوجه إلى السلع الملوثة للبيئة موارد أكثر مما ينبغي. وتعتبر حماية البيئة من أهم الموضوعات التي حظيت باهتمام واسع في الآونة الأخيرة خاصة لارتباطه بمصطلح التنمية المستدامة. وإذا كانت هذه الأخيرة تهتم باحتياجات الأجيال القادمة على نفس الأهمية التي تهتم بها الأجيال الحاضرة، لكن ذلك لا يعني ألا تستخدم الموارد القابلة للنفاد حالياً وإنما يعني ضرورة تنمية مصادر بديلة ونظيفة للطاقة لتحل محل المصادر القابلة للنضوب وتعوض الأجيال المقبلة، مثل الطاقة الشمسية أو الطاقة النووية الآمنة.

ولا شك أن حماية البيئة تعتبر استعمال جماعي ويجب أن تضطلع بها أدوار حكومية لكي تواجه التصحر وتدمير الغابات والإسراف في استخدام المياه والضجيج والزحام إلى غير ذلك من مظاهر التدهور البيئي الذي يمارس أثراً سلبياً على التنمية. وفي نفس الإطار يجب أن تعمل المؤسسات الإنتاجية على تبني السلع البيئية التي يستفيد منها الأفراد والجماعات. ويفترض أن تقوم هذه المؤسسات بتحويل تكاليف التلوث من تكاليف خارجية إلى تكاليف داخلية يتحملها المتسبب فيها،¹ وهي تحتاج إلى تنمية وعي بيئي لدى المستهلكين يميزون بين السلع غير البيئية والسلع الصديقة للبيئة.

3- التسويق العكسي ودوره في تحسين الجودة المدركة للخدمة

يعد التسويق العكسي عملية تسويقية ولكن في الاتجاه المعاكس، وينصب في الغالب على عناصر المزيج التسويقي أو بعضها، إذ يحاول رجال التسويق تقليل الطلب على المنتج عندما يكون الطلب عليه أكبر وأعظم من قدراتهم الإنتاجية، وبذلك يخفض الطلب على المنتج بشكل دائم أو مؤقت. وهنا تعمل إستراتيجية التسويق العكسي لأجل رفع الأسعار أو تخفيض وتقليل نشاطات الترويج، أو خفض منافع ذلك المنتج، أو التقليل من تكاليف التوزيع، إن التسويق العكسي لا يهدف إلى تحطيم الطلب ولكن يعمل على تقليله وجعله بمستوى القدرات الإنتاجية للمنظمة.

¹ - عطية، المرجع السابق، ص. 183.

1.3- مفهوم التسويق العكسي:

بدأ مفهوم التسويق العكسي يتبلور منذ السبعينيات من القرن الماضي على اثر زيادة الطلب على منتجات معينة في الوقت الذي لا تستطيع المنظمة تجهيزها أو تلبيةها. فهو وسيلة لتقليل أو تحديد الطلب على استهلاك سلعة أو منتج معين. فقد عرف التسويق العكسي على أنه محاولة لتقليل عزيمه الزبائن عموما أو نوع معين من الزبائن لاستهلاك منتج معين بشكل مؤقت أو بشكل دائم.¹ وعرف أيضا على انه إعاقة استهلاك أو استعمال منتج أو خدمة معينة.² نلاحظ من خلال التعريفين أنه ركز على الحد من الاستهلاك لمنتج أو خدمة بشكل دائم أو مؤقت بالنسبة للزبائن ككل أو فئة معينة.

ونجد في تعريف آخر أنه جزء من التسويق الاجتماعي وفلسفته تركز على أن يكون له فوائد صحية أفضل للمجتمع، بكونه أداة لتخفيض استهلاك منتج ما بشكل دائم أو مؤقت.³ وقد ركز هذا التعريف على وجهة النظر الاجتماعية له. ويعرف أيضا بأنه استعمال التقنيات التسويقية لإقناع المستهلكين بتغيير سلوكهم وعاداتهم فيما يتعلق بمنتجات وخدمات معينة.⁴ كما أن التسويق العكسي يمكن أن يكون بديلا للريح عندما يتم المفاضلة في تحسينات المنتج من دون تكلفة عالية ومؤثرة.⁵

كما أعتبر التسويق العكسي الفعال على أنه إستراتيجية يستخدم كمحاولة للحد والتقليل من الطلب لكي يضاها العرض، فضلا على انه يمكن أن يستهدف السوق بأكمله أو قطاعات معينة منه، يستطيع المسوق أن يجد من خلاله استراتيجيات تقنية (إرشادية)، أو أخرى قصيرة الأمد عندما تحدث تطورات مؤقتة لا تتفع معها المحاولات طويلة الأمد.⁶

أما في مجال الخدمات الصحية فقد عرف كوتلر وكلاارك (1987) مفهوم التسويق العكسي في الرعاية الصحية بأنه إيجاد السبل للحد من الطلب من خلال استخدام عدة خطوات كرفع الأسعار، والحد من الترقية،

¹ - S. Beeton and I. Pinge, "Casting the Holiday Dice: Demarketing Gambling to Encourage Local Tourism", **Current Issues in Tourism journal**, Vol. 6, No. 4, (2003), p.313.

² - R.S. Moore, "The Sociological Impact of Attitudes Toward Smoking: Secondary Effects of the Demarketing of Smoking", **The Journal of Social Psychology**, Vol.145, No.6, (2005), pp.703-718.

³ - N. Udupa and Others, "Demarketing Of Injurious Consumption: An Indian Scenario", **pharmaceutical Review**, vol.5, No.4, (2007), pp.10-12.

⁴ - A. Wall, "Government "demarketing" as viewed by its target audience", **Marketing Intelligence & Planning**, Vol. 25, No.2, (2007), pp.123-135 .

⁵ - S. Netherlands, "Demarketing as a differentiation strategy", **journal of marketing letters**, Vol.4, No.1, (2007), p.57.

⁶ -درمان سليمان صادق، 'دور وسائل التسويق العكسي (Demarketing) في منع أو تقنين استخدام المنتجات -دراسة استطلاعية لآراء عينة من المدخنين في مدينة الموصل"، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة دهوك، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، العدد 24، (2008)، ص.5.

التوزيع، والخدمة. كما عرف على أن له جاذبية خاصة في الرعاية الصحية أين يوجد تفاوت كبير في الدخل الناتج عن أداء نفس الخدمة لفئات مختلفة من العملاء.¹

من خلال استعراض التعاريف السابقة يتبين لنا أن الباحثين أجمعوا على أن التسويق العكسي ينصب على تحجيم الطلب على منتج معين (سلع /خدمات) بشكل دائم أو مؤقت. ويمكن القول بأن التسويق لا يخرج عن محاولة إثناء المستهلكين عامة أو فئات خاصة منهم إما مؤقتا أو بشكل دائم عن استهلاك منتج ما، كما أن هذا الأسلوب يمكن تطبيقه في القطاع الخاص أو العام على حد سواء، ولا يجب تنفيذه بصفة سرية (غير معلنة) كتسويق مجرد في الجانب المعاكس، حيث أن المزيج التسويقي لمنتج ما يمكن أن يستخدم لتخفيض الطلب إذا ما طبق التسويق العكسي بشكل كفاء وهذا الأمر يحتاج إلى أفراد ذوي كفاءة عالية وخبرة مهنية عند التنفيذ. وتلجأ إليه المنظمات عندما لا تقوى على التجاوب مع الطلب المتزايد على منتجاتها في فترة من الفترات وفي نفس الوقت لها الرغبة في الاحتفاظ بعملائها الذين لديهم ولاء لها فقط. فالتسويق العكسي يشمل المنتج، الأسعار، المكان، وسياسات الترويج التي تستعمل للحد من الطلب. وبذلك يعتبر التسويق العكسي مكون من المكونات المكملة للتسويق العام، ويجب أن يوضح بمفهوم واسع جدا بدلا من وجهة النظر المحدودة، وتحتاج الإدارة التسويقية إلى أن تكون أكثر معرفة بمجالات عناصر المزيج التسويقي بما له علاقة بتغيرات البيئة التسويقية من التجهيز المفرط إلى الطلب الفائض.

2.3- أنواع التسويق العكسي:

يوجد للتسويق العكسي عدة أنواع هي:²

أ- **التسويق العكسي العام:** يستخدم ذلك عندما يكون الطلب على المنتج (سلعة او خدمة) عالي جدا، حيث يعمل التسويق العكسي على تخفيض الطلب إلى مستوى مقبول أو ربما يتجاوز الطلب قدرة المنظمة على التجهيز المحتمل لعدة أسباب منها:

- **النقص المؤقت في المنتجات وعدم قدرة المنظمة على توفير الطلب،** وقد تم استخدام خطوات مختلفة لتشجيع الحد من الاستهلاك كالتقليل من نفقات الترويج للبيع، قطع وقت البيع لتلك السلع، وزيادة الأسعار ومعايير أخرى للبيع لصالح شركة التسويق، وأخيرا تقليل نوعية المنتج أو المحتوى والذي قد يؤدي إلى تسويق عكسي بشكل بشكل بطيء. كما أن إدارة التسويق تحتاج إلى تطوير خطة جيدة

¹ - S. D. Cappel, A. Phillips, C. R. Phillips, Proceedings of the Society of Business, Industry and Economics, (SOBIE) Annual Meetings, "Strategic Demarketing of Healthcare Service", Florida, 2011, April 12 – 15.

² - P.Kotler and S.J. Levy, "Demarketing, yes, demarketing", **Harvard Business Review**, Vol.79, No .6, (1971), pp.74-80.

وموثوقة يعتمد عليها توزيع المنتج، كأن تكون قادرة على توزيع المنتجات من وضع الأول يخدم أولاً بان يستلم الزبائن حصصهم طبقاً لطلباتهم، وان تخصص الإدارة التجهيز باتجاه الزبون المفضل فقط أو أن تضع الشركة الطلب على المنتج على أساس أعلى مزاد. وعلى كل، فإن سياسات التخصيص مهمة على مستوى الإدارة العليا فيما يتعلق لاختيارها البدائل المختلفة.

- وجود شعبية متزايدة على المنتج، حيث يلجأ إلى التسويق العكسي لتقليل الطلب المتزايد، خصوصاً بالنسبة للمنتجين الذين لا يرغبون في مواكبة الطلب المتزايد على المنتج لمحدودية قدراتهم.
- الحاجة إلى التخلص (إزالة) منتج من السوق وتشجيع الزبائن على قبول بديل عنه مع الاحتفاظ بسمعة الشركة واستمرار ولاء الزبائن لها.

ب- **التسويق العكسي الانتقائي:** يهتم هذا النوع من التسويق من تقليل الطلب ضمن أجزاء معينة من السوق ولدى فئات معينة من الزبائن، وهذا النوع من التسويق العكسي قد يسبب مشاكل فريدة من نوعها فالمخاطر من تخفيض الطلب الزائد سيلحق الضرر بعلاقات الزبون طويلة الأجل، ونتيجة لذلك سيبتل تأثير التسويق على منتجات أخرى أي يكون هناك توازن صعب غير محسوب بين التسويق والتسويق العكسي على السلع أو الخدمات.¹ عادة بالنسبة للتسويق العكسي الانتقائي لا يكون للشركة خيار رفض حقوق المبيعات. ونتيجة لذلك تحاول الشركات إيجاد طرق للحد من الطلب من قبل الزبائن غير المرغوب فيهم، ويمكن أن تمارس هذه الطريقة في تلك الحالة التي تسوق فيها إلى مجموعة واحدة معينة من القطاعات.

وبالنسبة للمنظمات الصحية الهادفة للربح في الدول الغربية فإنها تقوم بالتسويق العكسي الانتقائي لخدماتها الصحية للمرضى الذين هم أكثر عرضة للمرض، أو الذين يفتقرون إلى تغطية تأمين مناسبة. وان تسوق خدماتها تسويقاً عكسياً انتقائياً من خلال إنكارها تأمين بعض أنواع الخدمات الصحية، بالإضافة إلى التسويق العكسي لخدمات الصحة العقلية جراء الخسائر التي تتكبدها من علاج طبقات المرضى ذوي تغطية التأمين المنخفض أو غير المؤمنين.²

ج- **التسويق العكسي الظاهري:** يستدل على التسويق العكسي الظاهري (مزعوم/ غير حقيقي) من اسمه، حيث يتظاهر المنتج بإهباط الطلب في حين هدفه عكس ذلك. فالزبائن يزداد إقبالهم على المنتج كلما كان من الصعب الحصول عليه، كقيام متعهد الحفلات الموسيقية بالترويج لحفلة على اعتبار أن جميع التذاكر قد

¹ - أحمد حسن ميسر ومصطفى صالح نجيب، 'إمكانية تطبيق استراتيجيات التسويق العكسي في ترشيد استهلاك الكهرباء'، بحث في إقليم كردستان العراق - حالة محافظة دهوك، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد. 8، العدد. 24، (2012)، ص. 130.

² - Cappel, Phillips, Phillips, op, cit.,

نفذت ولم يبق سوى القليل منها، في حين الهدف الحقيقي منها هو التشجيع لشراء أكبر عدد ممكن من التذاكر. وهنا لابد من التفريق بين التسويق العكسي والتسويق المضاد فهذا الأخير يعمل على تخفيض الطلب ولكن في مواضع معينة حيث يكون المنتج غير مأمون أو غير مفيد في الأصل.¹ أما التسويق العكسي فهدفه هو تخفيض الطلب على منتج ليس فيه أي خطأ أو عيب.

3.3- استراتيجيات التسويق العكسي:

عادة ما يتضمن التسويق العكسي تغييرا في توجهات التسويق، حيث ركزت التغييرات الأخيرة في بيئة العمل الاهتمام على مجموعة واسعة من مهام التسويق والتي تشمل تلك المهام المتعلقة بتقليل الطلب الفائض أو التسويق العكسي.² يحتاج المسوقون أن يدمجوا التغييرات في بيئة العمل، الذي يشمل إستراتيجية المنتج الفعال، إستراتيجية التسعير والتوزيع والترويج. باعتبار أن التسويق عرف ومنذ مدة طويلة على انه الإدارة المتغيرة فيما يتعلق بفرصة التقويم في السوق، فضلا عن اندماج التغيير في إجراءات القرار في المنظمة.

أما بالنسبة للتسويق العكسي فان المؤسسة بحاجة إلى أن تفهم المزيد عن نتائج عملها فيما يتعلق بالزبائن، وعلى كل فان المؤسسات التي تعتمد منتجاتهم بشكل كبير على الطلب المشتق فإنهم بحاجة لأن يكونوا على دراية أكبر بالمشاكل والاتجاهات في السوق النهائي.

ولتطوير إستراتيجية بديلة فإن مسؤولية المسوقين هي تأمين بدائل ممكنة من خلال التقويم أي تقييم اتجاهات التجهيز واتجاهات الأسعار والانسجام الفني وقبول نوعية المنتج، والمدة الزمنية لتحقيق التغيير وكلفة التغيير. كذلك على الباحثين أن يكونوا أكثر وعيا فيما يتعلق بقدرتهم على تقويم السلوك القادم والحاجة إلى الاستمرار في ملاحظة مفهوم الاتجاه والذي يعطي إمكانيات مفيدة خلال أوقات العرض الفائض.

إن استراتيجيات التسويق هي استراتيجيات متغيرة بسبب عوامل عدة منها ندرة الموارد ومشكلة التضخم وارتفاع التكلفة في كل مرافق العمل. وعليه فالتسويق العكسي يصبح أمر اعتياديا فضلا على أن الحكومات تضع ضغطا أكبر على المسوقين. فغالبا ما يشار إلى استراتيجيات التسويق العكسي على أنها ردة فعل للنقص الحقيقي أو المتوقع في المواد الخام. ولكي يواجه العرض فانه على المسوق أن يعمل على تقنين وترشيد الطلب، إن ترشيد الطلب يعني أن يقوم المسوق بنشر كمية محدودة من المنتج في السوق. وعند

¹ – M. Inness and Others, "Demarketing Tobacco Through Price Changes and Consumer Attempts Quit Smoking", *Journal of Business Ethics*, Vol.77, No.4, (2007), pp.405-406.

² –.Kotler and , Levy, op, cit.,

تقليل الطلب تبذل محاولات حثيثة لتخفيض الطلب الإجمالي على المنتج. وعليه يمكن أن تجمع استراتيجيات التسويق العكسي على أساس درجة تقليل الطلب أو السيطرة عليه، كما يلي:¹

أ- **تسويق عكسي سلبي:** ويطبق في حالة كون المستهلك ليس بحاجة إلى استخدام المنتج ولكنه في الوقت نفسه لا يزال متوفراً لأولئك المستهلكين غير المقتنعين باستراتيجيات التسويق العكسي. وهدف هذه الإستراتيجية هو تثقيف المستهلك بالآثار السلبية للمنتج على المجتمع وعلى اقتصاد البيئة. كما يهدف إلى جعل المؤسسة مسؤولة اجتماعياً، وإذا كانت الإستراتيجية ناجحة فإن الضغط سيقبل على الشركة.

ويمكن أن يكون برنامج تثقيف المستهلك فعالاً من خلال التسويق العكسي إذا كانت فئة المستهلكين تقبل البرنامج التثقيفي وتكون قابلة لتغيير سلوكها، كما يجب أن يمتلك البرنامج قاعدة لها اتجاه أو ميل لكي يكون فعال ويلقى نجاحاً أكثر إذا تم بالاتصال مع محاولات التسويق العكسي الأخرى، كما لا يجب النظر إلى هذه الإستراتيجية على أنها قصيرة الأجل.

ب- **تسويق عكسي فعال:** ويعمل على استخدام مزيج السوق لترشيد وتقليل أو تحديد الطلب في كل أو عدد من قطاعات السوق. ويستخدم كمحاولة للحد من الطلب لكي يضاها العرض. ويمكن أن يستهدف القطاع كله، أو قطاعات معينة. ويمكن للمسوق أن يجد استراتيجيات ترشيدية و أخرى قصيرة الأمد عندما تحدث تطورات مؤقتة لا تنفع معها المحاولات طويلة الأجل، وقد استخدمت هذه الإستراتيجية من قبل الشركات الكيماوية، ومؤسسات الكهرباء والمياه.

ج- **تسويق عكسي كامل:** ويستعمل من أجل وقف مبيعات المنتج. ويكون ذلك عندما يشعر المسوق بأن المنتج لم يعد ذا فائدة من استخدامه، وإن المستهلك غير مطلوب منه شراءه، أو قد يكون بسبب ضغوط خارجية كدعوة حكومة مثلاً أن هذه المنتجات غير ملائمة للسوق، أو أن يتم سحب المنتج من السوق من خلال حملات ترويجية بأن يعاد المنتج إلى الباعة. وهنا تكون مشكلة التكلفة عند تنفيذ هذا البرنامج التسويقي وتشمل مبالغ إعادة المنتج وكلفة الفرصة بالإضافة إلى الصورة الذهنية للمؤسسة.

وقد عرض Samli & Yavas استراتيجيات التسويق العكسي وتطبيقها، وهي كما يلي:

¹ - درمان سليمان ، مرجع سابق، ص ص. 11-13.

الجدول رقم 02: استراتيجيات التسويق العكسي وتطبيقها

مناطق التطبيق			استراتيجيات التسويق العكسي
الطلب المفرط	حماية الطاقة	نقص المنتجات	
-	-	+	عقد اتفاقيات
+	-	-	تحديد التوزيع
+	-	+	تخفيض قوة المبيعات
+	+	+	رفع الأسعار
-	+	+	تخصيص التجهيز
-	+	+	مراقبة المنتجات الجديدة

- يعني غير قابل للتطبيق

+ يعني قابل للتطبيق

Source : Samli, A.C. and Yavas, U, "Reverse technology transfer: Demarketing lessons formless developed countries". In A. Cocks Samli (ed.) Technology Transfer, Geographic, Economic, Cultural and Technical Dimensions (1985), pp. 133-142.

في حالة لجوء أي جهة لاستراتيجيات التسويق العكسي فإن عليها تطبيقه بأسلوب تدريجي مدروس، وذلك حرصاً على مركز المنظمة في السوق وفي مواجهة المنافسين، فقد يستغل المنافسين هذا الوضع لصالحهم ولكن عند استخدام هذه الوسائل يجب أولاً معرفة الآثار التي تنجم عن تطبيقها على المستهلكين، عموماً. وأهم وسائل التسويق العكسي وأبرزها فرض أسعار أعلى، استخدام إعلانات مضادة، وضع قيود على بعض الإعلانات، تحديد أماكن البيع، النشرات التحذيرية، البدائل الأقل خطراً أو الأنسب، التقليل من الخصومات على المنتجات. وتلجأ المنظمات إلى هذه الوسائل من أجل تحقيق عدة أهداف كتقليل الطلب بصفة دائمة أو مؤقتة، وتغيير الطلب بمعنى تحويل الطلب إلى المنتج البديل، وليس هذا تدمير للطلب لأنه يتم من خلاله تحويل نوعية الطلب فقط إلى ذات العملاء، وليس تدمير الطلب بخسارة العملاء.

4.3- استراتيجيات التسويق العكسي المقترحة في مجال الخدمة الصحية

إن وضع إستراتيجيات التسويق العكسي تختلف باختلاف مجال تطبيقه، وغالباً ما يتميز الطلب على الخدمات الصحية العمومية بالإرتفاع، ومن أجل تعديلها مع العرض سيساهم هذا البحث بهذه الاستراتيجيات بهدف رفع مستوى الصحة العامة والخدمات الصحية، ومن ثم تقليل الطلب على الخدمات الصحية.

أ- إستراتيجية ترشيد العلاقة مع المستشفيات

يمكن ترشيد العلاقة مع المستشفى من خلال تخفيض التعامل المباشر مع المستشفى. وعليه، فإن سياسة العلاج المنزلي سياسة تهدف إلى تقريب الصحة من المواطن وتخفيف الطلب على المؤسسات الصحية، خاصة في المناطق النائية، وتتكون من فرق طبية متكاملة تهتم بتغطية العلاج المنزلي. ففي الجزائر تشير التعليمات الوزارية، إلى أن العلاج المنزلي يسمح بتقديم العلاج لكبار السن والمصابين بأمراض

مزمنة ممن يتعذر عليهم التنقل إلى المستشفيات، خاصة أن المحيط العائلي يساهم في تحسين الحالة المرضية للمريض ويساهم في شفائه، عندما يجد المريض محيطاً عائلياً حسناً ويجد من يقوم بخدمته، فإنه يفضل بقاءه في ذلك الجو، مما يساهم في تحسين حالته بسرعة.¹ وعليه، فإن نظام العلاج المنزلي يسمح بتقليل تكاليف علاج الأمراض وتوفير الأسرة في المستشفيات، وهذه خطوة إيجابية لتخفيف الضغط على المستشفيات، ومن ثم تخفيف الطلب على الخدمة الصحية. كما هو الحال في فرنسا حيث يوجد شركتان كبيرتان تملكهما الدولة تتوليان موضوع الرعاية الصحية المنزلية مما يحقق للدولة الفرنسية تخفيضات كبيرة في فاتورة الاستشفاء.²

ب- إستراتيجية تعزيز الخدمات الصحية الأولية واعتماد لائحة الأدوية الأساسية

تقوم أغلب وزارات الصحة في البلدان العربية بتنفيذ برنامج الرعاية الصحية الأولية كإستراتيجية لتوفير الصحة للجميع من خلال تقديم الدعم التقني والدواء الأساسي بينما تلتزم المراكز بالبرمجة الشاملة للخدمات الصحية الأولية بما فيها التلقيح، الصحة الإنجابية، الإرشاد الصحي، صحة الفم والأسنان والالتزام بالأدوية الأساسية الجينية. إن ما يميز الخدمات الصحية الأولية هو الكلفة المتواضعة المترتبة على الدولة إضافة إلى مساهمة رمزية للمواطن، يقابلها مردود كبير من حيث التحسن الملموس للمؤشرات الصحية والانخفاض الملحوظ في التكاليف الملقاة على عاتق الأسر.³

ج- اقتراح قوانين جديدة بين الوزارات تتعلق بالرقابة الصحية

إن صحة المواطنين لا ترتبط فقط بالدواء والخدمات الصحية بل تتعلق وبشكل أساسي بسلامة المحيط والغذاء والمياه وغيرها من السلع. وغالباً ما يشار إلى تشابك وتضارب الصلاحيات بين الوزارات كإحدى أهم أسباب ضعف الرقابة على هذه السلع، هذا ما يستوجب إيجاد مشاريع قوانين جديدة واضحة الرؤية تضعها كل وزارة تتعلق بمهمتها الأساسية على ضوء التطور التكنولوجي في مختلف القطاعات، وسهولة وسرعة انتقال الأشخاص والسلع في عالمنا الحديث.⁴

¹ - التعلية الوزارية رقم 136 الصادرة في ديسمبر 2015، المنظمة للعلاج المنزلي والمشجعة له بهدف تقريب الصحة من المواطن.

² - كامل مهنا، أنظمة الحماية الصحية: علاقة الضمان بالمستشفيات وسبل تخفيض كلفة الاستشفاء، وإصلاح النظام الصحي، تجمع الهيئات الأهلية التطوعية في لبنان، ص.5. نقلا عن:

www.amel.org.lb/.../Summaryofhealthprotectionsyste

³ - كامل مهنا، دراسات حول السياسات الصحية والفقير في العالم العربي، البنك الدولي-برنامج الم المتحدة الإنمائي-المركز اللبناني للدراسات-بيروت نيسان، 2002

⁴ - وليد عمار، التوجهات الإستراتيجية للنظام الصحي في لبنان، ص.10. نقلا من الموقع

www.moph.gov.lb/Publications/.../HealthStrategy.pdf

إن دور وزارة الصحة لا يمكن إلا أن يكون مكملاً لدور الإدارات الأخرى المعنية في مختلف القطاعات ولا يتضارب معها. هذه الرؤية تؤكد مسؤولية الوزارة في الحفاظ على السلامة العامة وتضعها بنفس الوقت بمنأى عن عملية تجاذب الصلاحيات التي ترافق عادة مناقشة مشاريع القوانين المتعلقة بالرقابة. ولا بد أن تشمل الإستراتيجية الوطنية للصحة صياغة النصوص التي تتناسب مع هذه الرؤية، إضافة إلى تعزيز الصلاحيات والإمكانات الرقابية لوزارة الصحة وغيرها من الوزارات المعنية.

د- إستراتيجية مكافحة الأمراض غير المتنتقلة

تحتل الأمراض غير المتنتقلة كأمراض القلب والسكري والسمنة والسرطان الصدارة، وتتشارك جميع هذه الأمراض في نفس عوامل الخطورة مع التدخين والأنماط الغذائية المشبعة بالدهون والسكريات وقلة الحركة. الأمر الذي يستوجب توعية المواطنين على هذه المخاطر وإرشادهم بغية تغيير سلوكهم، وإيلاء تلاميذ المدارس اهتماماً خاصاً، مع التأكيد على دور الإعلام في هذا المجال. ويكون ذلك بواسطة:¹

- الحملات الوطنية السنوية للكشف المبكر على سرطان الثدي، وكذلك الحملة السنوية للتوعية ومكافحة الانسداد الرئوي، التي يمكن تعميمها لتطال أمراض القلب والشرابين والسمنة وما شابه. كما لا بد من الإرشاد الصحي عبر الندوات في القرى والمدارس والمراكز الصحية.
- قانون الحد من مضار التدخين: أن مكافحة التدخين تعتبر المداخلة الأكثر فعالية والأقل كلفة لمكافحة الأمراض غير المتنتقلة، وذلك من خلال صياغة الآليات الفعالة لتنفيذه.
- برنامج الأدوية للأمراض المزمنة: يعتبر هذا البرنامج حجر الزاوية لمكافحة الأمراض غير المتنتقلة ويمكن البناء عليه بإتجاهين: الأول، عبر القيام بحملات للكشف المبكر لهذه الأمراض من خلال مراكز الخدمات الصحية الأولية بهدف إدخال المرضى في البرنامج وتقديم الدواء عند التشخيص في مراحل المرض الأولى. والاتجاه الثاني، هو صياغة البروتوكولات العلاجية وتدريب الأطباء والعاملين الصحيين عليها بما في ذلك اعتماد معايير وآليات للإحالة إلى الإستشفاء ومتابعتها بعد مغادرة المستشفى

المطلب الثالث: فوائد وصعوبات تطبيق التسويق في المنظمات الصحية

قبل التطرق إلى فوائد وصعوبات تطبيق التسويق في المنظمات الصحية، لا بد من معرفة أسباب معوقات تطوير أداء الخدمات الصحية في المنظمات الصحية، كما يلي:

¹ - نفس المرجع ، ص.17.

1- معوقات تطوير أداء الخدمات الصحية

من أهم المعوقات التي يعاني منها قطاع الخدمات الصحية، منها ما يرتبط بعدم كفاءة وعدالة نظام توزيع الخدمات الصحية على جميع أفراد المجتمع، وعدم كفاءة نظام التأمين الصحي، بالإضافة إلى المعوقات المرتبطة بتمويل الوحدات الصحية، وذلك كما يلي:¹

أ- المعوقات المرتبطة بمستوى الخدمات الصحية: تعاني العديد من دول العالم من مشكلات تتعلق بتدهور مستويات الخدمة الصحية المقدمة أهمها انخفاض مستوى نظم الرعاية الصحية المتخصصة مثل أقسام الطوارئ، و تدهور مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأصحاب الأمراض الخطيرة، بالإضافة إلى طول فترة الانتظار حتى يتلقى المريض الخدمة خاصة العمليات الجراحية.

ب- المعوقات المرتبطة بتمويل الوحدات الصحية: وتتمثل المعوقات التمويلية في ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، حيث أن ارتفاعها هذه التكاليف يؤدي إلى زيادة الإنفاق على الصحة. ويرجع ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية إلى ارتفاع تكلفة المعدات الطبية الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج، بالإضافة إلى تكاليف إنتاج الدواء. هذا من جهة ومن جهة أخرى انخفاض حجم الموارد المخصصة للرعاية الصحية، وكذا عدم وجود حوافز مالية تحفز العاملين في قطاع الخدمات الصحية على تحسين جودة وكفاءة خدمات الرعاية الصحية خاصة في المستشفيات الحكومية.

ج- المعوقات المرتبطة بالجهات المقدمة للخدمة، وتتمثل في انخفاض كفاءة نظم إدارة المستشفيات العامة، وانخفاض المهارات الإدارية بسبب افتقارهم للمهارات الإدارية المطلوبة، أو بسبب الانشغال بممارسة الطب عن القيام بالأعمال الإدارية. وباعتبار الموارد البشرية أحد المكونات الرئيسية لقطاع الخدمات الصحية، فانخفاض أعداد العاملين في هيئة التمريض، وعدم الاهتمام بتطبيق مفهوم التعليم والتدريب المستمر للعاملين في مجال تقديم الخدمات الصحية، بالإضافة إلى غياب التنسيق بين الجهات المسؤولة عن رسم السياسات والخطط الصحية من جهة والمؤسسات التعليمية والجامعات من جهة أخرى كل ذلك يعوق تطوير أداء الخدمة الصحية. بالإضافة إلى انخفاض كفاءة نظام التأمين الصحي، ويعود ذلك إلى اقتصار دور المؤسسات التأمينية على الوساطة المالية بين المؤمن عليهم والجهات المقدمة للخدمات الصحية، وكذا إلى نقص الموارد المالية المتاحة، بالإضافة إلى ارتفاع التكاليف الإدارية لمؤسسات التأمين الصحي.

¹ - على عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، مجلة جسر التنمية، العدد. 22 (أكتوبر 2003) نقلا عن الموقع: www.Arab-api.org.

د- المعوقات المرتبطة بنظام إدارة الخدمات الصحية تتمثل في عدم كفاءة نظم الإدارة نتيجة زيادة المركزية في إدارة قطاع الخدمات الصحية، والتي تؤدي إلى اتخاذ القرارات المتعلقة بالقطاع الصحي من خلال المستويات الإدارية العليا، إضافة إلى غياب التنسيق بين الوحدات الصحية المسؤولة عن تقديم الخدمات الطبية على مختلف المستويات القومية والإقليمية. كما أن ضعف نظم الرقابة والمتابعة، وعدم كفاءتها يؤدي إلى عدة نتائج من أهمها تفشي الفساد والرشوة، ضعف الرقابة على الصحة وغياب الشفافية والمسائلة الإدارية والمالية على توزيع الموارد المالية بين الاستخدامات المختلفة لقطاع الصحة، بالإضافة إلى عدم توافر نظام دقيق للمعلومات الطبية ومعايير للرقابة على أداء الوحدات الصحية المختلفة.

2. فوائد تطبيق التسويق في المنظمات الصحية

المنظمات الصحية اليوم بحاجة إلى مداخل فاعلة في إدارتها، والتسويق هو احد هذه الأدوات التي تجعل هذه المنظمات تحقق أهدافها بصورة أكثر كفاءة وبأقل تكلفة ممكنة. كما يعتبر التسويق بالنسبة للمنظمة الوظيفية التي يستطيع من خلالها إدارة العلاقة مع المرضى، وتنظيم سبل الاتصال المناسبة. وعليه، تبرز أهمية التسويق من خلال الفوائد والمزايا المتحققة من استخدامه، ومن أبرزها، ما يلي:

- تحسين الرضا في السوق المستهدف: تعمل بعض المستشفيات في بيئة يكون فيها الطلب على الخدمة الصحية أكثر من العرض. وان مثل هذه المستشفيات تفتقد الدافعية لإرضاء أسواقها وربما تقوم بتقديم خدمات غير مرضية، قد يتقبلها المرضى إذا لم يجدوا البديل. في حين أن التسويق وفي كل الأحوال يشدد على أهمية قياس رضا الزبون، وتلبية حاجات ورغبات المرضى، ويتجه نحو تقديم تحسينا مستمرا في خدمة الزبائن ورضاهم. ومن ثم تحسين صورة المستشفى وجعلها في وضع متميز ولائق في السوق الصحي. فبإدخال مفهوم التسويق في عمل المستشفيات فان ذلك يجعلها تتجه كليا بأفكارها نحو جميع الأفراد.¹

- تحسين كفاءة الأنشطة التسويقية وجذب واستغلال الموارد التسويقية: يركز التسويق أساسا على نمط الإدارة العقلانية والتنسيق من اجل تطوير المنتج والتسعير والاتصالات والتوزيع. وبسبب أن مخرجات المستشفيات تتأثر بكل الأنشطة المباشرة وغير المباشرة المرتبطة بالخدمة الصحية، فان التسويق يجهز الإدارة بمدخل علمي يجعلها تنفذ الحد الأعلى من الكفاءة والفاعلية في الأنشطة

¹ - P. Kotler and N. Clarke, **Marketing for Health Care Organizations** (New Jersey, Prentice Hall, 1987), pp.26-27.

نقلا عن : البكري، مرجع سابق، ص.344.

- التسويقية فضلا عن التنسيق المستمر فيما بينها، وذلك بغرض جذب الموارد المختلفة المتميزة كالأطباء، الكادر التمريضي، المستخدمين، المعلومات، الأموال، دعم المجتمع... الخ.¹
- يعمل التسويق الصحي على تنمية الوعي الصحي والتثقيف الطبي لدى المستفيدين من الخدمات الصحية.²
 - التغيير في طبيعة العلاقة بين المريض والطبيب، حيث أصبح المريض أكثر تأثيرا وإسهاما في القرارات المتخذة حيال الخدمات الصحية المقدمة، من حيث الخيارات المتعلقة في الكيفية والمكان وماهية الخدمات المقدمة. وعليه فإن التسويق وعبر أنشطته المختلفة يستطيع أن يمد من أواصر العلاقة بين الطبيب والمرضى وزيادة الوعي والإدراك عبر المعلومات المقدمة لهم عن الخدمات الصحية البديلة التي يمكن تقديمها.³
 - يعمل التسويق الصحي على تحديد السوق المستهدف ومن هم المستفيدون الحاليون والمرتقبون الذين تقدم لهم الخدمات الصحية المختلفة، بما يتلائم ومشاكلهم الصحية وأمراض البيئة المحيط.⁴
 - زيادة الاهتمام بالوقاية الصحية: فيما لا يزال اغلب المرضى يبحثون عن الخدمات الصحية على أساس أنها خدمات علاجية، إلا أنه عن طريق اعتماد التسويق تستطيع إدارة المستشفى من زيادة الخدمات الوقائية المقدمة للمرضى. وهذا من شأنه أن يقلل من عدد الحالات المرضية التي يستقبلها المستشفى. وبالتالي يقلل التكلفة الكلية المترتبة على العلاج الصحي نتيجة زيادة الوعي الصحي والوقاية من الأمراض.⁵

3. صعوبات تطبيق التسويق في المنظمات الصحية

على الرغم من أن التسويق ممكن أن يكون عنصرا حيويا لأي منظمة صحية، وواحد من الأدوات الضرورية التي تستخدمها إدارات المستشفيات كمدخل فاعل لمواجهة تحدياتها، إلا أن ذلك لا ينجح إلا إذا تم التخطيط لها بعناية ومن ثم التنفيذ. وهناك عدد من الأسباب التي تؤدي إلى فشل إدارة التسويق في المستشفيات منها:

¹ - Ibid.

² - مذكور، مرجع سابق، ص. 3.

³ - J. Duncan, P. Ginter, L. Swayne, **Hand Book of Health Care Management** (New York: Blackwell Publisher Inc, 1998), p.259.

⁴ - طلال بن عابد الأحمد، مرجع سابق، ص. 299.

⁵ - Duncan, et al, op. cit, p.260.

- عدم استناد برامج التسويق إلى تخطيط تسويقي رسمي تتم صياغته من أفراد متخصصين بهذا المجال.¹ حيث أن التخطيط له أهمية بالغة في برنامج التسويق باعتبار التسويق عملية إدارية (التحليل، التخطيط، التنفيذ والرقابة)، إذ يتم في هذه المرحلة تحديد أهداف التسويق بصورة واضحة، وان تكون قابلة للقياس والتنفيذ، وان تتكامل مع الأهداف العامة للمنظمة الصحية.
- عدم امتلاك البرامج التسويقية للدعم الكافي من مجلس إدارة المستشفى، وذلك بسبب انه لا يزال البعض متخوف من التسويق لأنه يبدو ظاهريا بأنه يمثل صراع مع المعايير والأعراف الاجتماعية للأخلاق المهنية لمهنة الطب. فضلا على أن الإنسان عادة ما يقاوم كل شيء جديد وغير معروف وفقا لمبدأ الارتياح للمألوف والخوف من المجهول. بالإضافة إلى ضغوط إدارة المستشفى، حيث أن دور التوجه التسويقي ينصب نحو تحقيق رضا الزبون وتحسين نتائج الأعمال، ولكن إدارة المستشفى يركز عملها على تخفيض التكاليف، دون مراعاة جدية لتحقيق رضا الزبون لكونه يتعارض مع تخفيض التكاليف في رأيهم، مما يخلق صراعا وظيفيا بين إدارة المستشفى وإدارة التسويق.²
- عدم إهتمام المسؤولين في إدارة المستشفيات بوظيفة التسويق بصفة عامة حيث أن إهتمامهم يتركز على تقديم العلاج ومشكلاته التشغيلية؛ لاعتقادهم أن الخدمات العلاجية هي المشكل الأساسي الذي يواجه المستشفى، وان الإنتاج اقل من الطلب، لذلك فلا مبرر من وجود أي دور للتسويق في تلك المستشفيات، وهذا يعني أن التوجه يتم بالإنتاج وليس بالتسويق.³ بالإضافة إلى الإخفاق في إيصال خطط التسويق إلى كل العاملين في المستشفى؛ لأن التسويق وظيفة يقوم بها كل العاملين في المستشفى وليست مقتصرة على إدارة التسويق.

¹ - C.C. Robert & C.E. Bec, **marketing in small and Rural Hospitals**, 1st ed, (American Hospital Publishing, 1989), p.14.

² - Kotler and Clarke, op. cit., p.2.

³ - البكري، مرجع سابق، ص.344.

خلاصة الفصل الأول

تحتل الجودة إدارة وأهدافا موقعا مهما في توجهات ونشاطات المنظمات المختلفة. ويرجع تزايد الاهتمام بالجودة إلى التغيرات السريعة والمتنوعة في البيئة الاقتصادية العالمية، والتغير في استجابات المستفيدين، والتحول التكنولوجية المتلاحقة وغيرها من العوامل. حيث أصبحت الجودة تعني أساسا رضا العملاء عن السلعة أو الخدمة المقدمة، وهي بذلك تصبح وظيفة ومسؤولية وعمل كل فرد في المؤسسة بصرف النظر عن موقعه وطبيعة عمله.

ومن خلال ما تقدم في الفصل ينبغي التأكيد على أن هذا الموضوع لا يزال يلقي المزيد من الاهتمام والخصوصية من جانب المؤسسات الصحية لما لذلك من تأثير كبير على حياة الأفراد والمجتمعات. وقد تبين جليا أن ذلك لن يتأتى من مدخل إداري واحد ولكن من عدة مداخل، فمن أجل تبسيط الإجراءات وتحسينها، وتحقيق كفاءة التشغيل، والقضاء على اختلافات الممارسات العيادية، والحد من تكرار العمليات تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة. بشرط توفر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على حد سواء، وتوفير الرغبة الأكيدة على ضرورة الارتقاء بالمؤسسة الصحية، وان تستند الإدارة العليا على نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ هذه المفاهيم الجديدة.

وبالمثل فإن المدخل التسويقي يبحث دوما عن سبل رضا المستهلك (المريض)، ويبقى تحسين الجودة المدركة للخدمة من أحسن هذه السبل. ويتاح ذلك من خلال التسويق الاستراتيجي للخدمة الصحية، الذي يشمل بحوث السوق والتجزئة، والاستهداف والتوقع في ذهن المستهلك (المريض)، وصولا إلى المزيج التسويقي الذي يمثل التسويق الخارجي؛ وذلك بهدف تحسين جودة المنتج الصحي بكل مكوناته. لكن عملية التبادل بين المنظمة الصحية والمريض لا تكف، بل لابد من الاهتمام بالعاملين الذين لهم الدور الأكبر في تحديد مستوى الجودة ومدى رضا المريض، من خلال بذلهم جهود أكبر من أجل زيادة كفاءة وفعالية أنشطة التسويق الخارجي. انه التسويق الداخلي الذي يشير إلى تصميم السياسات والبرامج الموجهة للعاملين بالمنظمة بهدف تحقيق مستويات عالية من الرضا لديهم، والذي بدوره يؤدي إلى الارتقاء بمستوى جودة الخدمة المقدمة للمرضى.

ويهدف تقليل أو تحديد الطلب على بعض الخدمات كالخدمات الصحية التي غالبا ما يكون فيها الطلب أكثر من العرض مما يسبب انخفاض مستوى جودة تقديمها. تكون الحاجة ملحة للتسويق العكسي من خلال استخدام استراتيجيات إرشادية وتقنيية، وذلك بإقناع المستهلكين بتغيير سلوكهم وعاداتهم فيما يخص منتجات أو خدمات معينة بشكل دائم أو مؤقت. كالتوعية ضد سوء التعامل مع البيئة والحد من التلوث والأضرار العامة. وحملات التحذير والامتناع عن مجموعة من المنتجات التي تضر بصحة الأفراد والمجتمع

مثل التدخين والمخدرات والخمور، أو المتعلقة بتعديل السلوكيات كالتحرش كجزء من برامج التسويق الخاصة بالمفاهيم الإجتماعية. وحملات التطعيم والتعامل مع الأوبئة والأمراض في المواسم التي يكثر فيها الطلب على الخدمات الصحية، بالإضافة إلى تشكيل وحدة الاستشفاء المنزلي كخطوة لتخفيف الضغط على المؤسسات الصحية.

إن أهمية التسويق جعله يرتقي إلى إمكانية تطبيقه على الخدمات العمومية التي فشلت البيروقراطية في تسييرها. وهذا بعد خروج التسويق إلى دائرة أوسع من الوظائف والأدوار وحقل التطبيق، مما سهل تنمية هذا القطاع ورفع مستوى جودته، كالخدمات الصحية في المؤسسات العمومية.

الفصل الثاني فهم سلوك المستهلك والسعي لتحقيق لرضاه

تم تقسيمه إلى:

البحث الأول: دراسة سلوك المستهلك
البحث الثاني: أساسيات في رضا الزبون
(المستفيد) والرضا الوظيفي
البحث الثالث: القيمة المدركة وعلاقتها بالجودة
المدركة ورضا الزبون

يعتبر رضا المستهلك من وجهة النظر التسويقية من أهم المؤشرات التي تدل على نجاح المنظمة في التعامل مع مستهلكيها وقدرتها على إشباع حاجاتهم ورتباتهم. فقد أصبحت الجودة وتحقيق رضا المستهلك هاجساً للمؤسسات الخدمية ومنها الصحية، حيث أصبح رضا المستهلك محور اهتمامها. ولا يتأتى لها ذلك إلا من خلال تحليل سلوك المستهلك الذي يعتبر المدخل الناجح لعملية التسويق في تحديد احتياجات المستهلك غير المشبعة. فالمستهلك يتحول إلى زبون من خلال متابعة المنظمة لعملية إرضائه.

ولا يجب الاقتصار على تحديد رضا الزبون باعتباره مجرد رد فعل اتجاه القيمة المتحصل عليها، ولكن يجب الانتقال إلى دراسة وقياس القيمة المحصلة لدى الزبون. كما أن تحقيق رضا الزبون الداخلي يساهم في تحقيق رضا الزبون الخارجي. حيث أن رضا العاملين وارتياحهم في عملهم، سوف يؤدي إلى التأثير على مستوى أداء أعمالهم وزيادة مستوى الكفاءة لديهم، مما ينعكس على جودة ما يقدموه الزبائن مما يساهم في تحقيق رضاهم.

سيتناول هذا الفصل الطرح السابق من خلال ثلاث مباحث، تناول المبحث الأول دراسة سلوك المستهلك من خلال تحليله، وفهم سلوك المستهلك الصحي وأهم العوامل المؤثرة فيه، ثم التعرف على المنطلقات التسويقية لدراسة سلوك المستهلك ومراحل شراء الخدمة الصحية. أما المبحث الثاني فقد ركز على رضا الزبون (المستفيد) والرضا الوظيفي من خلال تحديد مفهوم الرضا عموماً ورضا المريض خصوصاً، ثم معرفة أهم نماذج قياس رضا الزبون وأهم محدداته، كما تم الطرق إلى مفهوم الرضا الوظيفي وطرق قياسه وأهم مدخلاته. أما المبحث الثالث فقد ركز على القيمة المدركة لدى الزبون وعلاقتها بالجودة والرضا على حد سواء، فتم تحديد مفهوم القيمة وعناصرها ثم أهم نماذج قيمة الزبون، ثم علاقتها بكل من الجودة والرضا.

المبحث الأول: دراسة سلوك المستهلك

أصبح من البديهي القول أن معظم معرفتنا عن المستهلكين تقوم على السلع المادية. ومؤخرا بدأت محاولات لفهم كيف تؤثر خصائص الخدمات على سلوك المستهلك، باعتبار أن المستهلك هو لب العملية التسويقية، هذا ما أوجب دراسة تحليلية لسلوكه. فالمستهلك يتأثر بالعديد من العوامل والضغوط، مما جعل عملية التنبؤ بسلوكه من المسائل البالغة التعقيد بسبب تداخل وتشابك هذه العوامل فيما بينها. وقد أوجب ذلك إجراء بحوث تسويقية مكثفة لهذا السلوك، حيث تنطوي هذه البحوث أساسا على جمع المعلومات بواسطة نظام المعلومات التسويقي، ثم تحليل وتفسير هذه المعلومات للوصول إلى حلول لمعالجة هذه المشاكل. وباعتبار الخدمات الصحية هي صناعة خدمية ومن ثم، فإن فهم كيفية تفاعل المستهلكون مع الخدمات الأخرى سوف يفيد في هذا المجال. وقد جاء هذا المبحث بدراسة تفصيلية لسلوك المريض باعتبار الرعاية الصحية مجال فريد له مميزاته الخاصة. فالمستهلكون يختارون ما إذا كانوا سيصبحون مستهلكون لهذه الخدمة أم لا، وعند نقطة ما يحتاج الأفراد بشكل حتمي إلى الرعاية الصحية في شكل علاج أو وقاية.

المطلب الأول: سلوك المستهلك الصحي والعوامل المؤثرة فيه

يعد سلوك المستهلك سلوكا إنسانيا يتأثر بمجمل العوامل والضغوط التي تؤثر على الفرد سواء كانت هذه العوامل والضغوط اقتصادية، اجتماعية أو نفسية. وتعتبر عملية التنبؤ بسلوك المستهلك من المسائل البالغة التعقيد بسبب تداخل وتشابك هذه العوامل فيما بينها. لذلك سنهتم بتحليل هذا السلوك واهم العوامل المؤثرة فيه، وذلك كما يلي:

1. تحليل سلوك المستهلك

يعد المستهلك نقطة البداية التي تسبق الإنتاج وتوجهه باستمرار طبقا للمفهوم التسويقي الحديث الذي يهدف إلى تحقيق احتياجات المستهلك ورغباته، بحيث يكون ذلك هو الهدف الرئيسي الذي تسعى المنظمة لتحقيقه والذي ينبغي أن تأخذه في الحسبان عند إعداد خططها.¹ فتحليل سلوك المستهلك يعتبر المدخل الناجح لعملية التسويق في تحدي احتياجاته غير المشبعة، باعتبار أن مفهوم التسويق باختصار هو البحث عن حاجات المستهلك وإشباعها.

وقد يجد تحليل سلوك المستهلك جذوره في النظرية الاقتصادية، إذ استند التحليل الاقتصادي على العقلانية باعتبارها أساس سلوك المستهلك ويفترض حينئذ بالمستهلك إجراء ترتيب سلمي لحاجاته، ويجب أن يتبع سلوكه هذا التدرج في إشباع الحاجات. غير أن دراسات سلوك المستهلك عبر نظريات التحليل

¹ - بازرع، مرجع سابق، ص. 150.

النفسي قد ساهمت أيضا في تطوير تحليل وتفسير السلوك الإنساني. وهي تعيد السلوك الإنساني إلى الدوافع المدفونة لديه أو لدوافع لا يدركها ولكنها مؤثرة على سلوكه في نفس الوقت، لذا يتطلب تحليل سلوك الفرد تحديد كل من الدوافع المدركة وغير المدركة ومن هنا برزت نظريات ودراسات الدوافع، وقد اعتمدت في التسويق أمثال نظرية ماسلو وهارزبارغ.¹

ومن أبرز الأعمال التي كان لها استعمالات واسعة من قبل رجال التسويق في فهم سلوك المستهلك هي إسهامات نظرية الشخصية ونظرية التعلم. إذ أكدت نظريات الشخصية على أن نمط السلوك راجع إلى نمط رد الفعل أو الاستجابات المستقرة والمتوقعة من الفرد والتي تميزه عن غيره من خلال طريقة إدراكه وأفعاله وتفاعله مع البيئة المحيطة به. أما نظرية التعلم فتركز على أن هناك عامل خارجي (إعلان) أو داخلي يحرك الفرد نحو اتخاذ سلوك (استجابة) معين. وقد استعملت هذه النظرية في بناء ولاء المستهلك لعلامة أو صنف معين من المنتجات.²

ويبرز سلوك المستهلك أكثر خصوصية في تلك المنظمات التي وجدت أصلا لخدمة المستهلك. ويتجلى ذلك واضحا في المنظمات الصحية وتحديدا في المستشفيات التي وجدت أصلا لخدمته من كل الجوانب الصحية التي يكون بحاجة إليها. لذلك فقد جندت المستشفيات كل طاقاتها المعلنه والكامنة، حيال القيام بالاستجابة لطلبات المرضى عند الحاجة لأية خدمة تشخيصية أو علاجية أو وقائية. لذلك فالمستشفى تحاول جاهدة أن توفر بيئة خاصة من شأنها تسهيل وتشجيع المستهلكين على شراء الخدمة الصحية والإقدام عليها بما هو متحقق من ملموسية واضحة في تقديمها؛ بالإضافة إلى المحيط الاجتماعي وما تمثله من الخصائص والتفاعلات التي يبديها الأصدقاء، الأقارب الفريق الطبي في لحظة الإقدام على شراء الخدمة الصحية مما قد يؤثر سلبا أو إيجابا على السلوك الشرائي المتوقع. كما أن للبعد الزمني تأثيرا كبيرا على قرار الشراء، إذ أن مقدار الوقت المتاح للتعرف على المنتج أو الخدمة الصحية المقدمة للمرضى عامل مهم في تحقيق المعرفة الكافية عن تلك الخدمة. فضلا عن ذلك، فإن توقيت تقديم الخدمة صباحا أو مساء، أو من خلال أحد أيام الأسبوع... لها أثر بالغ في قرار المريض لشراء الخدمة الطبية من عدمه. بالإضافة إلى مزاج المريض، حيث أنه يتعرض إلى حالات القلق، الغضب، الخوف، الإجهاد.. الخ. وجميع

¹ - خلال الستينيات تمكن فريدريك هارزبارغ ورفاقه من استنباط نظرية ثنائية العوامل بعد دراسة حول الحاجات الإنسانية. وقاموا باستجابات 200 فرد بين محاسب ومهندس في مؤسسة كبيرة لصناعة الأصباغ، وطلبوا منهم وصف الجوانب الخاصة بوظائفهم التي تحقق لهم الشعور بالارتياح والرضا، وتلك التي تجعلهم يشعرون بعدم الرضا. للاطلاع أكثر، انظر:

F. Herzberg and B. Mausner and R. Paterson and D. Capwell, "Job Attitudes", **Review of Research and Opinion**, 1957, Psychological Services of Pittsburgh.

² - أيمن علي عمر، قراءات في سلوك المستهلك (الإسكندرية: الدار الجامعية، 2006)، ص ص. 77-79.

هذه الحالات من شأنها أن تؤثر على رغبة المريض في استقبال المعلومات الصحية أو البحث عنها، أو تقييمها بالشكل الصحيح والدقيق، وبالتالي تأثيرها على السلوك الشرائي واتخاذها لقرار الشراء.¹

2- مفهوم سلوك المستهلك الصحي

تعددت المفاهيم حول سلوك المستهلك فمنها من يعرفه أنه "ذلك التصرف الذي يبرزه المستهلك في البحث عن شراء أو استخدام المنتجات أو الأفكار أو الخبرات التي يتوقع أنها ستشبع رغباته وتلبي حاجاته وهذا حسب إمكانياته الشرائية المتاحة".² وهو كذلك "تلك العملية المرتبطة بقيام فرد ما أو جماعة من الأفراد باختيار، وشراء واستخدام والتخلص من منتج ما، أو خدمة ما بما في ذلك عملية اتخاذ القرارات التي تسبق وتحدد هذه التصرفات".³ فسلوك المستهلك من هذا المنظور هو تلك العملية الصادرة عن الفرد الذي يقوم باستهلاك منتج ما بهدف إشباع رغباته وتلبية حاجاته التي تنشأ نتيجة لتنبه ما.

هناك من يعتبر سلوك المستهلك بمثابة نظام تفاعلي فيه مجموعة من الأنظمة الفرعية والتي تتمثل بشكل أساسي في الدوافع، الإدراك، الشخصية، التعلم والاتجاهات إضافة إلى تفاعلها مع البيئة المحيطة بالشكل الذي يقود إلى تكوين الصورة، الموقف، القرار... الخ.⁴ ويعرف أيضا "الأفعال والتصرفات المباشرة للأفراد للحصول على سلعة أو خدمة والتي تتضمن اتخاذ قرارات الشراء".⁵

أما سلوك المستهلك الصحي فيعرف على أنه "التصرف الذي يصدر من المستفيد بهدف الحصول على الخدمة الصحية عند الحاجة إليها".⁶ أعتبر هذا التعريف سلوك المستهلك الصحي مجرد تصرف نابع من نفسية المستفيد لكنه أغفل مسألة جوهرية تتعلق بطبيعة هذا التصرف والقرارات التي تسبقه وتحدده. وبذلك يمكن أن نفهم أن سلوك المريض هو كل التصرفات التي تصدر من المريض عند حصوله على الخدمات الصحية بعد اتخاذ قرار الشراء. وعلى اعتبار أن المريض هو الطرف النهائي الذي يكون في تماس مباشر مع الخدمة الصحية، فإن اتخاذ لقرار التعامل هو تعبير عن سلوكه الشرائي الذي يتأثر بعدد من الجوانب الملموسة وغير الملموسة المتمثلة في:⁷

¹ W. Pride and O. Ferrell , **Marketing**, 2nd ed (New York: Houghton Mifflin, 2000), p.201.

² - محمد إبراهيم عبيدات، **سلوك المستهلك (مدخل استراتيجي)**، ط4 (عمان: دار وائل للنشر، 2004)، ص.13.

³ - فريد الصحن وإسماعيل السيد، **التسويق (الإسكندرية: الدار الجامعية، 2001)**، ص.145.

⁴ - عنابي بن عيسى، **سلوك المستهلك (عوامل التأثير البيئية)**، الجزء الثاني (الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2003)، ص.65.

⁵ - زاهر عبد الرحيم عاطف، **مفاهيم تسويقية حديثة (عمان: دار الراية للنشر والتوزيع، 2009)**، ص.253.

⁶ - خليل المساعد، (1998)، ص.43.

⁷ - البكري، مرجع سابق، ص.62-63.

أ- المحيط الاجتماعي: تمثل في الخصائص والتفاعلات التي يبيدها الأصدقاء والأقارب في لحظة الإقدام على شراء الخدمة الصحية مما قد يؤثر سلباً أو إيجاباً على السلوك الشرائي المتوقع.

ب- البعد الزمني: يؤثر عامل الزمن بشكل كبير على قرار وسلوك الشراء فمقدار الوقت المتاح للتعرف على الخدمة المقدمة للمرضى عامل مهم في تحسين المعرفة الكافية عن تلك الخدمة، كما أن توقيت تقديم الخدمة له أثر في شراء الخدمة بالنسبة للمريض.

ج- سبب الشراء: يعتبر هذا العنصر مهم إلى حد كبير للزبائن (المرضى) وعائلاتهم لأن شراء السلعة قابل للتأجيل أو البحث عنها في مكان آخر، لكن إذا تعلق الأمر بالخدمة الصحية، فإنها تستوجب المعالجة و إتخاذ القرار المناسب للتعامل معها.

د- مزاج المريض: حيث يتعرض المريض لحالات من القلق، الخوف من شأنها أن تؤثر على رغبته في إستقبال المعلومة الصحية والبحث عنها أو تقييمها بالشكل الصحيح.

هـ- أثر البيئة المحيطة على سلوك المستهلك: حاولت عدة دراسات التحقق من دور بيئة الخدمة وأثرها على إدراك المستهلكين؛ أصبحت التأثيرات البيئية الثرية (التصميم المادي، الرائحة، الصوت، نشاط مقدمي الخدمة... الخ) مربكة للغاية حتى من الصعب فصل تأثير البيئة من قضايا خدمية أخرى، وبالنسبة إلى المستهلك الرعاية الصحية، تكون بيئة الخدمة هامة من حيث تصميمها والظروف المحيطة بها و محتواها المادي، وهي كما يلي:¹

- التصميم: هذا يمكن أن يتضمن ترتيب المقاعد، ومناطق الدخول والانتظار، وحجم وشكل الأثاث، وضوح مسارات العملية، مثل الملصقات، وسهولة الوصول للاماكن، الخ. على سبيل المثال، الأخصائي الذي يجلس وراء مكتب هو أكثر إثارة للرهبة من الذي يجلس بجانب المريض.
- الظروف المحيطة: هذه تتضمن المحيط المادي مثل درجة الحرارة والرطوبة وكذلك الإضاءة واللون والصوت، والرائحة. ويمتلك المستهلكون توقعات بأن المستشفيات ستكون جيدة للإضاءة، ونظيفة، ولامعة حيث أنهم ينفرون من المكان الرديء، أو غير المريح، أو البارد.
- المحتوى: هذا المظهر يمكن أن يتضمن ما إذا كان المكان يحتوي أجهزة معقدة أم لا، وما إذا كان يحتوي أثاثاً مكتئباً أو أسرة متحركة، وما إذا كان معقماً أو وسخاً. والمستهلكون يدركون بان بعض الأجهزة المعقدة قد تكون ضرورية من اجل العلاج، ولكن نقص فهمهم للتفاصيل التقنية يعني أنهم يخافون كثيراً من الأجهزة ولا يرتاحون عند مواجهة الأشياء التي لا يفهمونها.

¹ - أ. لايبين وم. فشبكر وج. هوق وأ.سميث، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، ترجمة صلاح محمود ذياب وعابد المعلا (الأردن: دار الفكر، 2013)، ص.145.

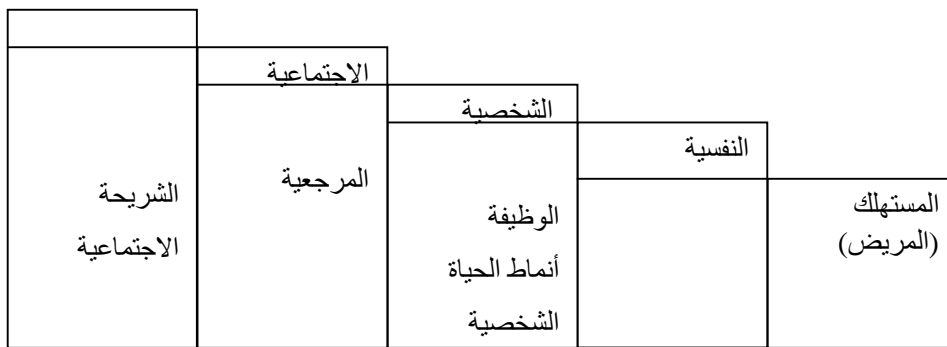
قد لا تؤثر هذه العوامل مباشرة في الخدمة أو احتمالية "الشفاء"، ولكنها تعطي انطباعا خاطئا ومن ثم تؤثر على إدراك المستهلك للخدمة التي يحصل عليها. ويمكن وضع فاصل بين المجال الذي يهيمن عليه المستهلك مثل حجات الانتظار، والمجال الذي يهيمن عليه الموظف أو الأماكن "ما وراء الستار"، والتي لا يدخل المريض إليها أو يدخلها فقط في ظروف خاصة في صحبة احد الأخصائيين، ومجال التبادل الذي يحدث فيه التفاعل الرئيسي بين المريض وأخصائي الرعاية الصحية، كل هذه المجالات سيكون لها نقطة تركيز مختلفة من حيث التصميم والمحيط والمحتوى.

3. العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمستهلك

يعد سلوك المستهلك سلوكا إنسانيا يتأثر بمجمل العوامل والضغوط التي تؤثر على الفرد سواء كانت هذه العوامل والضغوط اقتصادية، اجتماعية أو نفسية. وتعتبر عملية التنبؤ بسلوك المستهلك من المسائل البالغة التعقيد بسبب تداخل وتشابك هذه العوامل فيما بينها.

وبقدر تعلق الأمر بالمرضى مع المنظمات الصحية والمستشفى، فإنهم يتأثرون أيضا بذات العوامل المؤثرة في الشراء التقليدي. إلا أن الاختلاف حتما سيكون تبعا لطبيعة الحالة الصحية المطلوب تجاوزها من قبل المريض، ودرجة خطورتها على حياته. ولكن الحديث هنا يتعلق بخصوصية الجوانب السلوكية التي تفقد المرضى للتعامل مع الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمات العاملة في مجال الصحة والطب. ويمكن توضيح هذه العوامل من خلال هذا الشكل:

شكل رقم 08: العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك (المريض)



Source: P. Kotler, **Marketing Management**, 9th ed (New Jersey: Prentice Hall International, Inc, 1997), p.173.

1.3. العوامل الثقافية:

هي مجموع العوامل التي يعبر من خلالها الفرد عن أسلوبه في التعامل مع المفردات اليومية اتساقا مع التراكم المعرفي المتحقق لديه عبر تجاربه الإنسانية وما حققته من تعميق فكري. ويكون تعريفها بشكل مختصر على أنها " تراكم معرفي وقيمي لمقاصد ومفاهيم يستخدمها المجتمع للتعامل مع البيئة التي يعيش فيها ويتم تناقلها من جيل لآخر".¹ وأصبحت بالتالي معيارا شخصيا للتعامل مع الآخرين، وعلى سبيل المثال أصبحت من الثقافات العامة للفرد الأوربي قيامه بعمليات الفحص الدوري السنوي أو نصف السنوي للتأكد من سلامته الصحية.

كما تدخل ضمن العوامل الثقافية الشريحة الاجتماعية المختلفة في جوانب عديدة، كأن يعتمد هذا الاختلاف أو التفاوت على مستوى الدخل، التعلم، مكان الإقامة، المهنة... الخ كأساس في التمايز ما بين الشرائح في المجتمع. وعليه، يمكن تعريف الجوانب الثقافية على أنها " التجانس النسبي للأقسام أو الأجزاء في المجتمع والمرتبة بشكل هرمي يشترك أعضاؤها بقيم واهتمامات مشتركة وسلوك متشابه".² وتستطيع المنظمات الصحية من هذا التصنيف تحديد التصرف أو التوجه للتعامل السلوكي مع الأفراد على وفق الشرائح المختلفة. ويقترب هذا الأمر إلى حد كبير من موضوع تجزئة السوق، إذ لا يمكن التعامل مع المجتمع على أنه متجانس، بل لابد أن تكون هناك اختلافات قائمة بين أجزائه. فمثلا مخاطبة الشريحة الاجتماعية ذات الخصائص الأقل تحضرا ثقافيا واجتماعيا، يختلف تماما عما هو عليه في المجتمع المتحضر، ويعتمد ذلك في كيفية التعامل مع الإرشاد الطبي، أو التعامل مع الأمراض وطريقة المراجعة الطبية... الخ.

2.3. العوامل الاجتماعية:

يتأثر الفرد بالعديد من العوامل الاجتماعية التي تمثل بمجملها مجموعة العلاقات التي تربطه بأفراد آخرين يتعايش ويتفاعل معهم باستمرار ويتأثر بهم بذات الوقت، على اعتبار الجماعة هي " شخصين أو أكثر قد يحدث بينهم نوع من أنواع التبادل أو التفاعل لتحقيق أهداف فردية أو مشتركة لهم جميعا".³ هذه العوامل في الجماعات المرجعية كمجموع الأصدقاء، جماعات العمل، الجيران، النقابات والجمعيات. تمتلك تأثير مباشر وغير مباشر على اتجاهات الأفراد وسلوكهم، بالإضافة للعائلة باعتبارها المجموعة الأولى التي يتصل بها الفرد ويؤثر ويتأثر بها عند إتخاذها قرار معين يتعلق بصحته. كما تلعب المكانة الاجتماعية دور

¹ – Pride and Ferrell , op.cit., p.211.

² – Kotler, (1997), op.cit., p.173.

³ – عبيدات، مرجع سابق، ص. 222.

مهم في التأثير على الآخرين، على سبيل المثال عند القيام بحملات التبرع بالدم، فإن الفرد سيقدم ويسارع قبل غيره في التبرع تبعاً لمكانته بين الآخرين .

3.3. العوامل الشخصية:

يمكن تعريف الشخصية أنها "جملة المعطيات البيولوجية الفطرية، الأهواء والدوافع والرغبات والغرائز لفرد ما وجملة الاتجاهات المكتسبة بفضل التجربة"¹. ويعتبر العمر هو أكثر المؤثرات أهمية بالنسبة للسلوك الشرائي للمستهلك الصحي، حيث كلما ازداد العمر زاد الاعتماد على الذات في اتخاذ قرار الشراء للخدمة الصحية. كما أن الأنظمة والقوانين الطبية تشترط موافقة رب العائلة على إجراء العمليات الجراحية لمن كان دون السن القانوني (18 سنة). ويكون الأمر بحالة معكوسة لمن هم في مرحلة الشيخوخة والكهولة، بالإضافة لنمط الحياة التي يمكن إرجاعه إلى معيشة الفرد في المجتمع المحيط به، والأنشطة المختلفة التي يقوم بها وإهتماماته وآراءه. وعليه، فإن على المسوقين البحث في العلاقة القائمة بين الخدمات الصحية المقدمة، وأنماط الحياة للمجاميع المستهدفة من الجمهور. كما أن الشخصية تعد أحد أهم المؤثرات في تقييم سلوك الفرد، ومدى حسن التصرف من عدمه، وهي تتأثر بالسمات المميزة للفرد وما اكتسبه من خبرة خلال حياته والمؤثرات الخارجية المحيطة به. ويقدر تعلق الأمر بالسلوك الشرائي للخدمة الصحية يتضح بان تمتع الفرد أو المريض بتلك الشخصية المميزة والواضحة تمكنه من حسن اختياره للطبيب أو المستشفى، ويستطيع التمييز ما بين الخدمات المتشابهة المقدمة من أطراف صحية مختلفة.

4.3. العوامل النفسية:

يتأثر المريض إلى حد كبير بعدد من العوامل النفسية كالتحفيز الذي يعرف على أنه "شيء خارجي يؤثر على سلوك الفرد باتجاه بلوغ الأهداف المقصودة"². وهو بذلك تعبير عن رغبات أو احتياجات وتمنيات غير محققة يحاول الفرد العمل على إشباعها، وخير نموذج يمكن أن يعتمد للتفسير هو نموذج ماسلو للحاجات. يمثل الجانب الصحي المرحلة الثانية من الحاجات في السلم. وبعد أن يشبع الفرد حاجته من المأكل والملبس والسكن، فهو بحاجة لتحقيق الأمن والاستقرار. ويتمثل الجزء الأعظم من هذا الجانب في السلامة الصحية، إذ أن الحاجة للخدمة الصحية هي مسألة أساسية لكنها تمتد أيضاً صعوداً إلى قمة السلم عندما يرغب الفرد في السفر للمنتجات السياحية، أو البحث خدمات العلاج الطبيعي... الخ. كما أن لعامل الإدراك الذي يعرف على أنه "العملية التي يقوم بها الفرد في إختيار وتنظيم وتفسير مدخلاته عن المعلومات لتحديد الصورة الشاملة لعالمه المحيط به"³. أهمية كبيرة حيث يستطيع المريض من خلاله أن

¹ - عنابي بن عيسى، مرجع سابق، ص. 169.

² - O.C Ferrell and H. Geoffrey, **Business A Changing World**, 2nd ed (Chicago: Irwin,1993), p. 286.

³ - P. Kotler, (1997), Op.cit., p.195.

يدرك حقيقة الإعلانات عن الخدمة الصحية المقدمة في وسائل الإعلان، أو ما يعرضه الأطباء أمام عياداتهم الخاصة من معلومات عن الشهادات، التخصصات الطبية التي يحملونها، وفيما إذا كانت حقيقة أو مبالغ في تصويرها وعرضها وتعدادها.

بالإضافة للتعلم الذي يمثل مجموعة المتغيرات الحاصلة في سلوك الفرد الناجمة عن تراكم الخبرات السابقة لديه، كما أنه يتوقف على عدد من العوامل منها درجة النضج لدى الفرد، الرغبة في التعلم، القدرة والدافعية للتعلم، الاستعداد الذهني... الخ. فالمرضى أيضا يستطيعون التعلم من خلال تفاعلهم مع الأطباء والمرضى وذوي الخبرة الطبية في تحديد ما هو ما هو مضر بالصحة وما هو مفيد، ومتى وكيف يمكن استشارة الطبيب، وما هي الأدوية المسموح تناولها.

وسيتناول ذلك بتفصيل أكثر، كما يلي:

1.4.3. دافعية المستهلك:

يعرف الدافع على أنه "القوة المحركة الكامنة في الأفراد التي تدفعهم للسلوك باتجاه معين، وتتولد هذه القوة الدافعة نتيجة تلاقي أو انسجام المنبهات التي يتعرض لها الأفراد مع الحاجات الكامنة لديهم، والتي تؤدي إلى حالات من التوتر.¹ إن جذور الدافعية لدى المستهلك للحصول على معلومات طبية يمكن وصفها بأنها الحاجة للبقاء، الذي يعتمد على النظرية النفسية. ومن ثم عندما يواجه بعض الأفراد موقفا يدركون فيه أن لديهم مشكلة صحية، يكون هناك مستهلكون معينون تتكون لديهم دافعية لطلب المساعدة والمعلومات عن حالته الصحية. حيث انه بالنسبة للكثيرين هناك تعقيد بالمعلومات الطبية الأمر الذي يقودهم لوضع ثقتهم في نصيحة الطبيب. ومن الممكن تحديد ثلاث مجموعات من المستهلكين من حيث الأساس الذي يتفاعلون به مع الخدمة الصحية وهم:²

- المستهلكون السلبيون: يرضون بالعلاجي الحالي أو المعلومات الحالية التي يقدمها الطبيب، وهم لا يميلون للبحث عن مصادر بديلة للمعلومات وعادة ما تكون لديهم علاقات جيدة مع متخصص لحتهم الصحية الحالية.
- المستهلكون الايجابيون: ليسوا راضيين بشكل تام عن علاجهم أو عن المعلومات المقدمة لهم. إنهم يسعون بنشاط إلى البحث عن معلومات داخل المنظومة الصحية، ويرغبون بالتحكم في رعايتهم الصحية بالتعبير عن رأيهم، كما يقومون بمناقشة خبراتهم مع المرضى الآخرين داخل سياق

¹ - عبيدات، (2004)، مرجع سابق، ص 76.

² - لاين وفشكر وسميث، مرجع سابق، ص 165.

منظومتهم الصحية الحالية. وليس من المحتمل أن يذهبوا خارج منظومتهم الصحية للحصول على المعلومات.

- المستهلكون مرتفعو المشاركة: ليسوا راضيين عن علاجهم أو المعلومات المقدمة. إنهم سيبحثون بنشاط عن المعلومات ويتحكمون في رعايتهم الصحية بالتعبير عن آراءهم. وهم أكثر المرضى عدوانية، وهم مستعدون للعمل خارج منظومتهم الصحية والبحث عن آراء خارجية للحصول على المعلومات واتخاذها وسيلة للمقارنة بين المنظومات الصحية.

2.4.3. التعلم:

يعرف التعلم بأنه "كل الإجراءات التي يتم بواسطتها إما تعديل أنماط سلوكية حالية، أو تطوير أنماط أخرى جديدة في مجال التعليم".¹ أي أن المعلومات التي يحصل عليها الفرد في محاولة للبحث عن منتجات أكثر إشباعا لحاجاته ورغباته، سوف تساهم في تحديد نوعية سلوكياتهم الايجابية أو السلبية، والمقارنة بين التصرف السابقة والحالية، وبالتالي محاولة الحصول على الأفضل دائما، ويعرف أيضا "التعلم هو المتغيرات في سلوك الفرد نحو الاستجابة تحت تأثير خبراته أو ملاحظاته للأنشطة التسويقية".² ويدل هذا التعريف أن الفرد كلما اكتسب خبرة وتجربة اكبر كلما أدى إلى تغيير في سلوكه وتصرفاته نتيجة لهذه التجارب والخبرة، ويبني المستهلكون توارخ التعليم التي تقوم على خبراتهم ومعارفهم التوقعات التي تحدد استجاباتهم للمواقف الجديدة.

3.4.3. التوقعات:

في التعامل مع أية خدمة هناك عدد من الافتراضات أو التوقعات، وبيان كل ما سيحدث وكيف سيحدث أي كيف يكون توقعات المرضى كمستهلكين حول الخدمات الصحية. والتوقع هو اعتقاد حول ما سيحدث على أساس تاريخ التعلم الفردي. وقد تم تحديد عدد من الأنواع المختلفة للتوقعات تتضمن التوقعات المثالية، وهي ما يعتقد المستهلك أنه يجب أن يحدث، والتوقعات المعيارية Normative هي ما يعتقد المستهلك انه سوف يحدث "فعليا". أما التوقعات المستحقة Deserved وهي ما يعتقد المستهلك انه "يستحسن" أن يحدث. وحيث أن الخدمات مكونة من حزم من الفوائد ، فان هذه التوقعات ترتبط بكل أجزاء المواجهة الخدمية، وللتبسيط يمكن تقسيمها إلى عملية Process ونواتج Outcome كيف ستحدث المواجهة وما الذي سيحدث.³

¹ - ريار محمد الشمران، عبد الغفور عبد الله عبد السلام، مبادئ التسويق، ط1 (الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع، 1999)، ص. 77.

² - الصميدعي وردينة، سلوك المستهلك، مرجع سابق، ص. 143.

³ - C.Gronroos, *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*, 2nd ed (London: Wiley, 2001).

وعند إستعراض التوقعات كمؤثر على سلوك الاستهلاك، فانه من الضروري فهم كيف يتم تكوين التوقعات. وحتى اليوم كانت الكثير من الدراسات في هذا المجال تركز على التعليم الداخلي للمستهلك، ودور الخبرة على السلوك المستقبلي. وما لم يتم استعراضه هو التعلم الخارجي؛ أي ما يتعلمه المستهلكون من وسائل الإعلام العامة، وبالأخص الأكثر قوة من بين وسائل الإعلام -التلفزيون- في تحديد ما يتوقعه المستهلك من مقدمي الخدمة.

أ. دور التلفزيون في تشكيل توقعات المستهلك:

من الواضح أن برامج التلفزيون المتعلقة بالمهن الطبية والصحية قد كان لها دائما جاذبية شديدة. من البرامج المبكرة مثل Dr Kidler و Dr Finlay's Casebook في خمسينيات القرن العشرين إلى البرامج الحالية مثل Cardiac Arrest, Peak Practice, Casualty, Dangerfield، كان لهذه البرامج الطبية شعبية كبيرة حيث أن عشرة ملايين مشاهد يتابعون برنامج Casualty بانتظام. ومن ناحية البرامج الحقائقية، فهناك سلاسل مثل The Pulse، و Making Babies مخصصة بالكامل للأمور الطبية، بينما تقوم قنوات الوثائقية مثل Panorama بتقديم برامج صحية وطبية بانتظام. ونتيجة لذلك من المحتمل أن نسبة كبيرة من الناس سوف يشاهدون عند لحظة ما برامج ذات موضوع أو تركيز طبي. هذا التعلق بالبرامج الطبية والذي لا يعكس كثيرا واقع العلاج الطبي هو أمر يقلق الأطباء. حيث أن متطلبات الدراما والتلفزة الجيدة تغطي على الحقيقة. والمناقشة الحالية لا تتعلق بصدق البرامج الفردية من حيث الممارسة الطبية، ولكن بالأثر الذي تمتلكه هذه المشاهد لتلك الأنواع من البرامج على توقعات المشاهدين لكل من أبعاد الخدمة والشفاء في الخدمات الطبية التي يستقبلونها عندما يلعبون دور المريض.¹ إن هذه الأمور تثير قضايا إدارية هامة فيما يتعلق بإدارة المواجهة الخدمية، وبالأخص إدارة ما يمكن وصفه بمرحلة ما قبل المواجهة. وتشمل ما قبل المواجهة مع المستهلك كلا من الوعي وعدم الوعي لجمع المعلومات. وقد يتصف عدم الوعي باكتساب المعلومات المتعلقة بطبيعة الخدمات، والتي يتم جمعها على مدار الحياة اليومية. هذا النوع من التعليم البديلي هام في فهم رد فعل المستهلكين على تقديم الخدمة الصحية. وقد تمكنت الثورة المعلوماتية بأمكان الانترنت بوضع المستهلك في مكانة جديدة تماما، والتي من المحتمل أنها تغير طبيعة هذه المواجهة الخدمية.

ب. الانترنت منح سلطة للمستهلك:

إن ثورة المعلومات التي أحدثتها الانترنت من حيث إمكانية وصول المستخدم للمعلومات التقنية المتخصصة، والتي كانت من قبل حكرا على المتخصصين، غيرت بشكل أساسي عدم تناسق المعلومات

¹ - لاين وفشبر وسميث، مرجع سابق، ص. 160.

التي كانت سمات ملائمة لتوصيل الخدمات التخصصية.¹ إن سلطة الأخصائي في مواجهة الخدمية كانت تقوم على وجود عدم التوازن في المعرفة والخبرة بين الأخصائي ومستخدم الخدمة الصحية. والانترنت باتساع معلوماته يمتلك القدرة على تقويم عدم التناسق بالمعلومات وتمكين المستهلكين من تحدي الهيمنة الراسخة لمتخصصي الخدمة، وذلك من خلال مدى التفاعل بين المستهلك والمجتمعات عبر توفير منتديات مناقشة افتراضية.

هذا ما طرح تحديات أساسية بالنسبة لتقديم الخدمات الصحية على مستويين، أولاً على المستوى الاستراتيجي، وهو إدارة التوقع والطلب على مستوى المنظومة ككل، يظهر هذا التحدي في السلطة المتزايدة لمجموعات ضغط المستهلكين والشفافية المتزايدة لمنظومات الرعاية الصحية، مما يتسبب في وضع متطلبات مخصصة فردياً بشكل غير مسبوق على عائق منظومات الرعاية الصحية الحكومية. ومع ذلك، فإن اثر هذا التحدي يكون أكثر ظهوراً وحدة عند مستوى التفاعل بين المستهلك والأخصائي. ثانياً، على المستوى العملي، وهو إدارة مواجاة الخدمية الفردية، أي بين المتخصصين والمستهلكين هذا الأخير الذي أصبحت قدرته على الوصول إلى المعلومات تشبه تلك المتاحة للمتخصص مما غير صيغة وآلية المواجهة الخدمية، حيث أن دور الأخصائي داخل المواجهة الخدمية قد تحول من كونه مقدم المعلومات الوحيد ومنتخب القرار، إلى كونه احد أعضاء المشورة التي يستطيع المستهلك الوصول إليها خلال مواجهات خدمية موازية.² ولفهم هذا التحول من المهم وضع اثر الانترنت كمصدر معلومات داخل السياق الأوسع للفلسفة الاستهلاكية المتصاعدة في الخدمات التخصصية والتي تنشأ من الاتجاهين الاجتماعي والاقتصادي والسياسي. وعليه، فإن الانترنت كمصدر معلوماتي يمكن النظر إليه على انه يسهل تفعيل السلوك الاستهلاكي الكامن في الخدمات التخصصية.

المطلب الثاني: المنطلقات التسويقية لدراسة سلوك المستهلك ومراحل شراء الخدمة الصحية

لقد عرف مجال دراسة سلوك المستهلك تنوعاً وثراء بعد فترة من الركود بسبب اعتمادها الكلي على نتائج علم النفس. ومع تطور المشاريع الإنتاجية كما ونوعاً لمواجهة متطلبات السوق وبروز تقنيات التسويق المتطورة في بحوث التسويق، أصبحت الدراسات المتعلقة بالمستهلك تشكل محور العملية التسويقية ونقطة انطلاقها. مما استوجب معرفة المنطلقات التسويقية لدراسة سلوك المستهلك لتحديد مراحل الشراء لديه.

¹ نقلا عن نفس المرجع، ص. 163. A. Jadad, "Promoting Partnership: Challenges for the internet Age", 1998, BMJ, 319: 761

² - نفس المرجع، ص. 169.

1. المنطلقات التسويقية لدراسة سلوك المستهلك

إن دراسة سلوك المستهلك في السنوات الأخيرة تدور حول فكرة مفادها الانتقال بالمفهوم التسويقي الحديث من مرحلة الاهتمام بالإنتاج ومشكلاته إلى الاهتمام بالمستهلك ورغباته. والمتصفح للأدب التسويقي يلاحظ تركيز التسويق على ثلاث منطلقات في محاولة فهم سلوك المستهلك.

يهتم الجانب الأول بأهم المعلومات التي يجب جمعها حول المستهلكين، وهي في الواقع معلومات أولية تصف مجموعة من الخصائص الخارجية للمستهلكين مثل عددهم وتوزيعهم الجغرافي وتوزيعهم وفقا لمعايير أخرى كالجنس والعمر ومستوى التكوين والنشاط المهني، بالإضافة إلى معلومات خاصة بسلوك الاستهلاك والاستعمال مثل من يستهلك وأين ومتى وماذا يستهلك ولأي استعمال وكيف وكم يستهلك وأي وسائل الاتصال الأكثر تداولاً.

ويركز الجانب الثاني على مواقف المستهلكين، وتظهر أهمية هذا الجانب بالنسبة لرجل التسويق عندما يكون ملزماً بمعرفة ليس فقط ما يفعله المستهلك (سلوك فعلي)، بل ما يفكر به (سلوك ذهني).¹ ويمكن تلخيصه بأنه تلك المعارف والاعتقادات والآراء والمشاعر التي يظهرها فرد معين تجاه شيء أو موضوع معين. ويمكن القول أيضاً أن المواقف في حقل سلوك المستهلك هي تلك الميول الناتجة عن التعلم أو الخبرات السابقة التي تجعل الفرد يتصرف بطريقة ايجابية أو سلبية ثابتة نسبياً نحو شيء معين.² ومن الضروري الإشارة إلى أن كلمة موقف ليست مرادفة للسلوك، لكنها قد تعكس تقييماً ايجابياً أو سلبياً لموضوع معين يراد الاتجاه نحوه. وهنا يميز التسويقيين بين ثلاث أبعاد للمواقف. يطلق على الأول منها البعد المعرفي ويبنى بالاعتماد على مدى شهرة وصورة المنتج والمعارف المتوفرة عن الشيء أو الموضوع المعني.³ ويطلق على الثاني البعد التأثيري وذلك بالنظر إلى العواطف والمشاعر المتكونة لدى المستهلك وهي تمثل التقييم الكلي للفرد نحو المنتج أو الخدمة.⁴ أما البعد الثالث فهو البعد الإرادي ويهتم بالرغبة لدى الفرد للقيام بفعل محدد، وحسب بعض التفسيرات فإن المكون الإرادي قد يتضمن السلوك الفعلي نفسه.⁵

أما الجانب الثالث فيهتم بعمليات الاختيار التي يقوم بها المستهلكون. وتشمل هذه العمليات بدورها على مجموعة من عوامل التي يمكن حصرها في خمس عوامل أساسية، هي:⁶ حوافز الشراء، معايير الاختيار، درجة الارتباط بالنسبة للمنتج، درجة تدارس الشراء، مصادر المعلومات والنصائح التي يلجأ إليها

¹ – J. Lendrevie, D. Lindon , **Mercator**, (Paris: Dalloz, 2000), p.71.

² – عبيدات، (2004)، مرجع سابق، ص، 216.

³ – J. Lambin, R. Chumpitaz, **Marketing Strategique et Operationnel: du marketing à l'orientation marché**, 5^{ème} ed (Paris: Dunod, 2002), pp. 89-90.

⁴ – Ibid.

⁵ – Ibid

⁶ – Lendrevie & Lindon , op cit., p.77.

المستهلكون. يندرج تحت العامل الأول كل محفزات الشراء والحدود أو الكوابح التي تحول دون شراء منتج معين. ويمكن أن تصنف ضمن ثلاث فروع هي: المحفزات ذات طابع المتعة أو الرفاهية، ومحفزات ذات طابع العقلانية أو المنفعة وأخيرا المحفزات الأخلاقية. أما بالنسبة لمعايير الاختيار فانه غالبا ما تنطبق مع المحفزات أو يؤخذ جزء من المحفزات الأكثر تأثيرا.¹ ويظهر العامل الثالث مدى الأهمية التي يعطيها المستهلك للقرار الذي سيأخذه بشأن منتج معين، والى أي مدى يكون المستهلك معني بعملية الشراء. وهو بذلك يقيم أن القرار ذو أهمية كبيرة بالنسبة إليه، سواء أخطأ أم أصاب، وقد تشمل درجة الارتباط البعد التأثيري والبعد الإدراكي معا؛ لان الكثير من القرارات تؤخذ في إطار الإدراك والتأثر في ذات الوقت.² وقد تأخذ وضعية دائمة أو مؤقتة. ويركز مجموعة من الباحثين على خمس مصادر للارتباط، فقد تعود درجة الارتباط إلى مدى أهمية المنتج أو بما يعنيه للمستهلك، ويرجع العامل الثاني للمتعة أو القيمة الذاتية للمنتج. وقد يكون الارتباط في اتجاه مغاير عندما يتعلق الأمر بالخوف من النتائج السلبية عند اتخاذ القرار الخطأ أو الخطر المرافق للمنتج.³ وتعتبر درجة تدارس قرار الشراء قريبة من الارتباط ولكنها تختلف عنها؛ لأنها تهتم بمدى كثافة مرحلة التفكير التي تسبق الشراء. وبذلك يتم التمييز بين ثلاث أنماط شرائية، وهي: الشراء المدروس أو العقلاني، الشراء الاندفاعي والذي يتم بدون تفكير، والشراء الأوتوماتيكي أو الروتيني.⁴ وعندما يحتاج القرار إلى تفكير ودراسة فانه يتطلب توفير مجموعة من المعلومات التي تفيد اتخاذ قرار الشراء أو العدول عنه، وبذلك يتوجب أن يعمل رجل التسويق على معرفة المصادر التي يولها المستهلك اهتمامه وتؤثر في قراراته.

2. مراحل عملية شراء الخدمة الصحية

تعتبر عملية الشراء عملية ديناميكية تتكون من مجموعة من الخطوات والتأثيرات التي يمر بها المستهلك لاتخاذ قرار الشراء، وإن معظم النظريات التي اهتمت بدراسة وتفسير عملية اتخاذ القرارات الشرائية تقوم على أساس اعتبار الشراء عملية حل مشكلة حيث تختلف صعوبة حل المشكلة حسب نوع

¹ - أمين عبد العزيز حسن، استراتيجيات التسويق في القرن الحادي والعشرون (القاهرة: دار قباء، 2001)، ص. 126.

² - A. Dayan et al, **Manuel de gestion**, 2^{eme} ed (Paris: Ellipses, 2004), p. 261.

³ - يعتبر الخطر الذي يدركه المستهلك متعدد الجوانب، فهناك خطر وظيفي، وخطر اقتصادي، وخطر مادي، وخطر ضياع الوقت وأيضاً خطر اجتماعي، وهناك من يضيف الخطر النفسي. وقد يترتب على ذلك عدة أنماط سلوكية تقاديا للخطر، كان يبحث عن المعلومات قبل الشراء، أو ان يكلف شخص آخر بالشراء، ا وان لا يشتري سوى العلامات المعروفة، ا وان يشتري السلع ذات السعر الأعلى، ا وان لا يشتري عندما يكون تقديره للخطر كبير جدا. انظر:

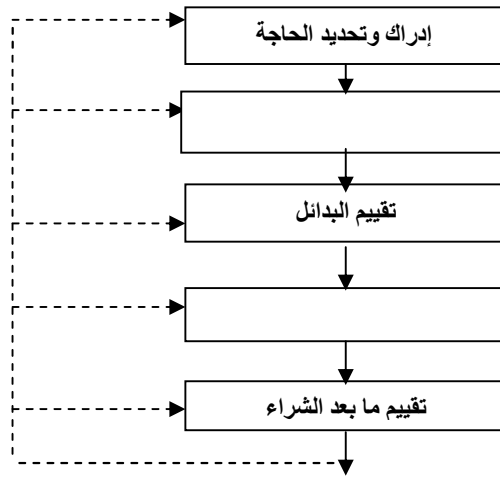
- M. Solomon, **Customer behavior: Buying, Having, and Being**, 5th ed (New Jersey: Prentice Hall, 2002), p.267.

⁴ - T. Proctor, **Marketing Management: Integrating Theory and Practice** (N Y: International Thomson Publishing Company, 1996), cited by ص 179. مرجع سابق، ص

المنتج ومنه يمكن القول أن عملية اتخاذ قرار الشراء هي "عبارة عن مجموعة من المراحل التي يسلكها المستهلك من أجل حل مشكلة تتعلق بتلبية حاجة تخصه".¹

وبشكل أبسط، فإن قرار الشراء "هو عملية المفاضلة بين البدائل أي عملية اختيار أفضل بديل الذي يلبي حاجة الفرد بشكل أفضل".² مع الاعتراف بأن هناك عدد من المؤثرات في السلوك، تقوم فكرة قرار الشراء على تسلسل من المهام التي يتم وصفها بأنها تمارين لحل المشكلة. والمشكلة توصف بأنها نتيجة مرغوبة حيث لا بد أن يقوم المستهلك بتقييم مكونات البيئة من أجل بناء مسار للحدث لإنجاز النتيجة المرغوبة. هذا السلوك لحل المشكلة يشمل عددا من المراحل المتميزة، كما يوضحه الشكل التالي:

شكل رقم 09: مراحل عملية الشراء لدى المستهلك



Source: G. Lancaster, L. Massingham, **Essentials of Marketing**, 2nded (England: McGraw- Hill, 1993), p 69.

تبدأ عملية اتخاذ القرار الشرائي بالتعرف على الحاجات غير المشبعة عند التعرض لمنبهات داخلية كالجوع والعطش، أو خارجية كالإعلانات، وتظهر المشكلة عندما يشعر المستهلك بوجود فارق بين الموقف الأمثل والموقف الفعلي الذي يوجد فيه في وقت محدد.³ هذه المرحلة توصف كعملية ميكانيكية ذات حساسية شديدة للخبرة التي يمر به المستهلك عندما يدرك حالته الراهنة مقارنة بحالته المثالية. وبمصطلحات الرعاية الصحية يتجسد ذلك في إدراك بأن الحالة الراهنة بها مشكلة، تسمى بغرض التبسيط مرض، وأنه عن طريق زيارة أخصائي الرعاية الصحية، غالبا ما يقدم الطبيب شكلا من النصيحة أو العلاج كحل لهذه المشكلة. ومن ناحية أخرى، قد يدرك المستهلك أن أسلوب معيشته أو عاداته تمتلك أثرا ضارا على صحته وأنه من أجل تحسين حاله هناك حاجة لتغييرات في حالته الراهنة. غير أن ذلك لا يعني بانه

¹ - J. Lendrevie et autres, **Mercator**, 7^{em} ed (Paris: Dalloz, 2003), p.167

² - D.Darpy , P. Volle , **comportement du consommateur :concept et outil** (Paris: Dunod, 2003), p. 260.

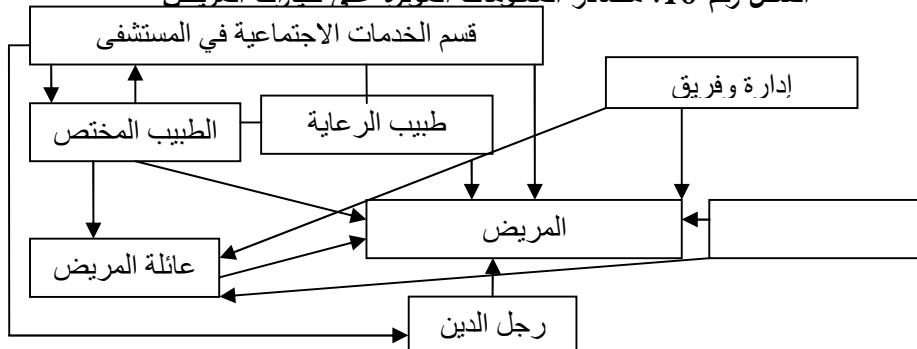
³ - إسماعيل السيد، مبادئ التسويق (الإسكندرية: الدار الجامعية للنشر والتوزيع، 1998)، ص. 128.

سيغير من سلوكه بالضرورة؛ لأن الإدراك لا يعني أن كل الحاجات سيتم ترجمتها إلى سلوك موجه الهدف. أي أن المستهلك قد يدرك وجود حاجة لأكل خمس وحدات من الفاكهة والخضروات يوميا، ولكن ليس هناك دافع ملح لديه لفعل أي شيء حيال ذلك. وبدلا من ذلك، فإن المستهلك قد يقلق من أعراض معينة ولكنه لا يفعل شيئا بخصوصها لأي سبب كان. وأن إدراك الحاجة يمكن أن يؤثر في التعليم والمعلومات، وكذلك بالمحفزات الأكثر ظهورا.¹

ويبدأ في المرحلة الثانية بالبحث عن المعلومات وذلك بفرض أن المريض قد حدد حاجته للعلاج وان الأمر يستوجب مراجعة مصدر طبي لتشخيص الحالة ومعالجتها. عندها يبدأ بجمع المعلومات فضلا عما لديه من معلومات، سواء أكانت شخصية أو مسموعة من الآخرين. ومن المفيد الإشارة هنا إلى أن حجم المعلومات وطبيعتها تتناسب مع درجة الخطورة والأهمية للحالة الصحية المطلوب معالجتها. فمصادر المعلومات يمكن أن تكون كالآتي:²

- مصادر شخصية لا يقوم بها مسوقون، تتمثل في الغالب بالعائلة، الأصدقاء، الجيران؛
 - مصادر شخصية يقوم بها مسوقون، وتتمثل بالبيع الشخصي للخدمات الطبية، أو ممثلي الشركات كما هم في مصانع الأدوية، أو منتجي الأجهزة الطبية... الخ؛
 - مصادر غير شخصية يقوم بها مسوقون، وتتمثل بوسائل الاتصال العامة، جمعيات حماية البيئة والتلوث، وجمعيات حقوق المستهلك؛
 - مصادر غير شخصية يقوم بها مسوقون، وتتمثل بالإعلانات ووسائل الترويج المختلفة التي تمارس من قبل المستشفيات أو المنظمات الصحية.
- يوضح الشكل الآتي المصادر المختلفة التي يمكن أن يحصل من خلالها المريض على المعلومات التي تخص حالته الصحية.

الشكل رقم 10: مصادر المعلومات المؤثرة علميا لخيارات المريض



Source: P.Kotler and R.N.Clarke, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987), p. 265.

¹ - لاين وسميث، ترجمة ذياب والمعلم، مرجع سابق، ص. 135.

² - البكري، مرجع سابق، ص. 74.

يشير الشكل رقم (10) في مضمونه إلى تعدد المصادر التي يحصل من خلالها المريض على المعلومات سواء كانت القريبة أو البعيدة منه. وبطبيعة الحال، فإن المريض لا يهتم فقط بتعددية المصادر التي يحصل عليها من خلال المعلومات، بل أيضا في القيمة المتحققة للمعلومة من كل مصدر يمكن أن يتعامل معه. لنصل إلى تقييم البدائل والخيارات أمام المرضى، فقد ازدادت البدائل نتيجة للتطور الكبير في مجال الطب والرعاية الصحية وتعدد الأطراف والجهات المقدمة للخدمة الصحية على سبيل المثال، عند مواجهة مجموعة من الأعراض قد يقرر المستهلك أن يقوم بعلاج نفسه، أو طلب نصيحة من معالج بديل، أو تغيير نظامه الغذائي أو أسلوب حياته، أو زيارة طبيب أو أي متخصص في الرعاية الصحية، وهذا يتطلب موازنة للمعلومات التي يمتلكها المستهلك عن الأعراض، وخبراته السابقة، ومعرفته بذاته وثقته بنفسه، وتوجهاته نحو العلاجات التقليدية والتكميلية، ومدى توفرها للعلاجات والخدمات. ويتضمن ذلك أيضا مقارنة لمقدمي الخدمة المختلفين، والقيود الثقافية والتنظيمية للمنظومة والتي تعني أن إدراك الحاجة والبحث عن المعلومات لا يؤديان إلى قرارات حول مقدم الخدمة. فهذه القرارات يتم اتخاذها عادة على أساس يختلف عن ما يتم في القرارات الخدمية الأخرى.

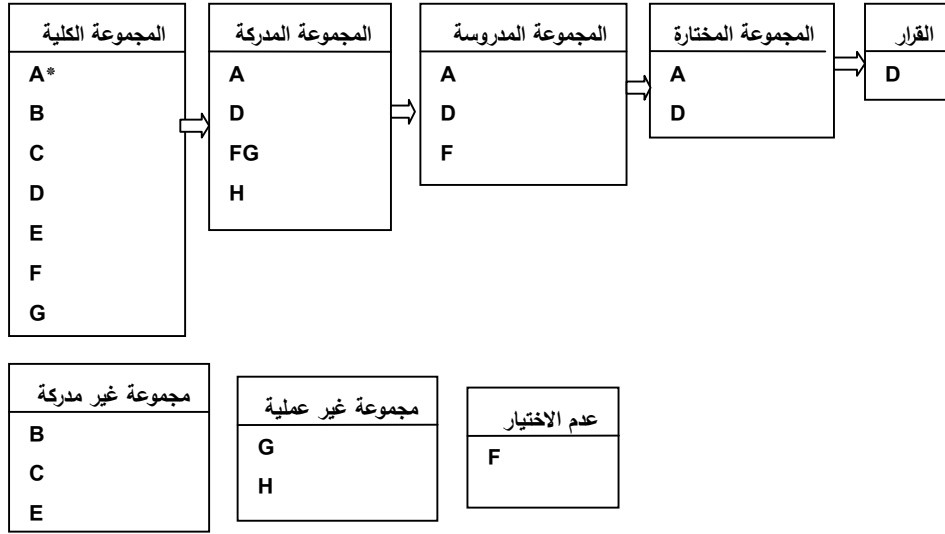
وعليه، فإن المرضى يمرون بمرحلة مهمة قبل اتخاذهم لقرار الشراء وهو تقييمهم للبدائل المتاحة أمامهم، حيث أن المستهلك عموما بعد حصوله على المعلومات الضرورية يبدأ في حذف المنتجات التي هو مخير بينها الواحدة تلوى الأخرى، حيث تعتمد عملية المفاضلة بين البدائل على مدى توفر المعلومات اللازمة عن المنتج أو الخدمة. وتتم عملية المفاضلة بين البدائل من خلال ثلاثة خطوات، هي:¹

- الخطوة الأولى: تحدد فيها معايير التقييم أي الخصائص المحددة لقرار الشراء.
- الخطوة الثانية: تحدد فيها أهمية كل عامل فبالرغم من أن السعر معيار أساسي لمعظم المستهلكين إلا أن أصحاب الدخل المرتفع مثلا يعتبرونه عاملا ثانويا.
- الخطوة الثالثة: هذه الخطوة تركز على قيمة المنتج بالنسبة للمستهلك في حد ذاته فقد يستخدم اثنين من المستهلكين نفس المعايير بنفس الأوزان إلا أن كلا منهما يختلف في رأيه عن الآخر.

ويهدف تجاوز المرضى المخاطر المحتملة قدر المستطاع، لما يمكن أن يتعرضوا إليه إذا ما كان القرار المتخذ خاطئ، ولا سيما أن الأمر متعلق بصحتهم وسلامتهم. فإن المريض سوف يركز على بدائل معينة (خيارات مدركة) وبلغى بدائل أخرى (خيارات غير مدركة)، كما يوضحه الشكل رقم (11) حيث يختار مجموعة من الخيارات الأولية وينتقل إلى البدائل التي تتوافق مع حالته وخصوصيته. وهكذا وصولا إلى البديل المناسب أو القرار المناسب الذي يراه متوافق معه والمتمثل بالخدمة (D).

¹ - عائشة مصطفى الميناوي، سلوك المستهلك، ط2 (مصر: مكتبة عين الشمس، 1998)، ص ص. 35-36.

الشكل رقم 11: مجاميع البدائل المتعاقبة في قرار المريض

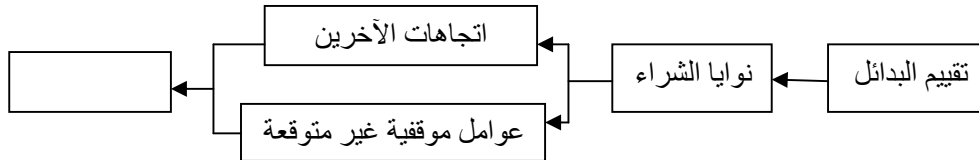


*كل حرف يعني خدمة طبية أو جهة مقدمة للخدمة

Source: P.Kotler, N. R. Clarke, **Marketing for Health Care Organization** (New Jersey: Prentice Hall, 1987), p 268.

وفي مرحلة ما قبل الأخيرة يصل المريض لاتخاذ قرار شراء الخدمة الصحية، الذي يتأثر من جهة باتجاهات الآخرين المتمثلة بمقدار القوة التأثيرية التي يمارسها الآخرون على المستهلك عند نيته في اتخاذ قرار الشراء، وقد تكون هذه التأثيرات ايجابية أو سلبية؛ ومن جهة أخرى هناك العوامل الموقفية غير المتوقعة التي تتمثل في الظروف والحالات المفاجئة التي تحصل عند تحقيق النية في الشراء.¹ فالمستهلك يشكل نية الشراء على أساس عدة عوامل مثل دخل الأسرة، السعر المتوقع، المنافع المتوقعة، الضمانات وغيرها. وعندما يكون المستهلك جاهز للشراء فإن ظهور مثل هذه العوامل الموقفية غير المتوقعة قد تؤدي إلى تغيير الشراء، كأن يكون ظهور حاجة جديدة أكثر إلحاحا من الحاجة التي تم البحث عنها أولاً، أو السلوك غير المناسب في إدارة المنظمة أدى إلى التوقف عن اتخاذ قرار الشراء. ولذلك، فإن التفضيلات أو حتى النية في الشراء لا تنتج دائما شراء فعلي، فهي تمثل مؤشرات ذات مصداقية للسلوك الشرائي. كما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم 12: إتخاذ قرار الشراء



Source : P. kotler, et autres, **Marketing Management**, 13^{eme} ed (France: Pearson education, 2009), p.227.

¹ – M. Fliser, **le Comportement du Consommateur**, (Paris: édition Dalloz), p.39.

وفي الأخير يأتي سلوك ما بعد الشراء، حيث أن مسار الشراء والعلاقة بين المؤسسة والمريض لا تتوقف بمجرد حصوله على الخدمة، بل يجب أن تستمر، فالانطباع الإيجابي المتحقق لديه عن الخدمة المقدمة وطريقة تقديمها ستساهم في إستمرار العلاقة وزيادة ولاء المريض، لكن في المقابل فإن عدم تطابق توقعات الزبون مع الأداء الفعلي للخدمة يحدث له شعورا بعدم الرضا.¹

وهناك نقطة لا تقل أهمية عما سبق ذكره هي إحتمال تعرض الزبون إلى ما يطلق عليه علماء النفس بالتناقض المعرفي، ويقصد بها تلك الحالة التي يشعر الزبون أنه قام بشراء خدمة معينة مع توافر خدمات قد تكون أفضل وكان من الممكن له شراءها.² ويرجع إستخدام هذا مصطلح إلى حدوث تناقض بين ما يعرفه الزبون من خدمات كانت متاحة وبين المعلومات والمعرفة التي لقيها بعد الشراء، وهنا يبدأ بإدراك خسارته لمنافع كان من الممكن الحصول عليها. هذا من شأنه أن يقود إلى حالة عدم الرضا لكن هذه المرة بسبب التناقض الذي حدث له نتيجة مقارنته بين الخدمة المشتراة والبدائل الأخرى.

المبحث الثاني: أساسيات في رضا الزبون (المستفيد) والرضا الوظيفي

إن المنظمة المهتمة بالزبائن والمستفيدين من خدماتها تسعى إلى إيجاد درجة عالية من الرضا لمتلقي خدماتها. يعتبر قياس الرضا كمحصلة نهائية للزبائن الحاليين أو الجدد هو في حقيقة الأمر تعبير عن نجاح المنظمة في تلبية حاجات هؤلاء الزبائن بطرق مقنعة.

إن رضا المرضى عن الخدمة الصحية يحتل موقعا هاما في مجال الصحة العامة، كونه إشارة ومقياس هام تقاس به كفاءة العمل والأداء داخل المستشفى، ومدى تمكن العاملين والموظفين والمستشفى بشكل عام. وقد أكدت الدراسات الحديثة أن رضا المرضى يرتبط ارتباطا وثيقا بجودة الخدمة الصحية الطبية أكثر من ارتباطها بالأداء الطبي عند الأطباء. ولتحقيق ذلك، لابد من الاهتمام بمقدمي الخدمات من عمال وموظفين وكوادر، والعمل على تحقيق الرضا الوظيفي لهم. ولعل من أسباب كثرة البحوث والدراسات في موضوع الرضا الوظيفي هو الاعتقاد السائد بأنه كلما كان للفرد درجة رضا مرتفعة تجاه عمله يزداد حماسه وإقباله على العمل ومن ثم يرتفع مستوى أدائه.

¹ -P. kotler et autres, **Marketing Management**, 13^{eme} ed (France: Pearson education, 2009), p.228.

² - محمد عبد العظيم أبو النجا، إدارة التسويق -مدخل معاصر- (الإسكندرية: الدار الجامعية، 2008)، ص.237.

المطلب الأول: عموميات عن رضا المستفيد (المريض) وأهم خصائصه

تسعى العديد من المنظمات للتعرف على مدى رضا مستهلكيها؛ لأنه يعد أساس لنمو المنظمة واستمرار عملها على المدى الطويل. ولذلك يجب على المنظمة أن تدع مستهلكيها يعبرون عن آرائهم تجاه منتجات المنظمة وأدائها بشكل عام، إذ أن الرضا لا يمثل رد فعل المستهلكين فقط وإنما يمثل رد فعل المجتمع ككل اتجاه المنظمة. وفي المجال الصحي يتعلق مفهوم الرضا بالنتائج السريرية أو بالعلاقة بين المريض والأطر الطبية والتمريضية أو بالتوقيت المناسب لإجراء المداخلة الطبية أو بتقديم التشخيص المناسب أو بالخصائص الفندقية... الخ. وهو بذلك يرتبط بخصائص خارجية نوعية أو كمية للخدمات الصحية.

1. المفهوم العام للرضا:

توجد العديد من التعاريف لمصطلح الرضا، وإن أغلبية الباحثين حالياً يعتبرون الرضا كبناء معرفي وشعوري. توضح هذه التعاريف القبول الواسع للنماذج المعرفية في تكوين الرضا وخاصة نموذج "عدم-تأكد التوقعات" المقترح من طرف Oliver. وقد بدأ بعض الباحثين يهتمون بدراسة وفهم أثر العناصر الشعورية أو العاطفية في تحديد رضا الزبائن، وذلك نتيجة التغيرات التي عرفها مجال التسويق الذي انتقل من تسويق المعاملات إلى تسويق العلاقات.¹ وفيما يلي مجموعة من التعاريف لمصطلح الرضا، نذكر منها:

حسب Howard و Fheth الرضا هو الإنطباع بالمكافأة أو عدم المكافأة لقاء التضحيات التي يتحملها الزبون عند الشراء.² أما تعريف Zeithimal et Coll فيعرفانه على أنه الحكم على جودة المنتج الناتج عن مقارنة بين توقعات العميل للخدمة والأداء.³ أما التعريف الذي أتى به Hunt، الذي يُعتبر من الرواد الباحثين في هذا المجال، فيرى أن الرضا هو "التقييم المستمد من تجربة معينة، والتي من المفروض أن تكون على الأقل حسب ما كان ينتظره الزبون".⁴ ويعرف أيضاً على أنه "مستوى من إحساس الفرد الناتج عن المقارنة بين الأداء المدرك وتوقعاته".⁵ كما يعرف بأنه "إدراك الزبون لمستوى إجابة المعاملات

¹ - R. L. Oliver, "Cognitive, Affective, and Attribute of the Satisfaction Response", **Journal of consumer research**, Vol 20, (1993), p.420, <http://www.uta.edu/faculty/ricarme/MARK%205342/Articles/Oliver%201993.pdf>

² -D. Ray, **Musurer et developper la satisfaction des clients**, 2^{eme} tirage (paris: edition d'organisation, 2001) , P. 22 .

³ - M. Zollinger et E. Lamarque, **Marketing et stratégie de la banque**, 3^{eme} ed (Paris: édition, Dunod, 1999), P. 73.

⁴ - C. Derbaix, J. brée, **comportement du consommateur** (paris: édition economica, 2000), P.505.

⁵ - محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق (مصر: الدار الجامعية ، 2002)، ص. 71 .

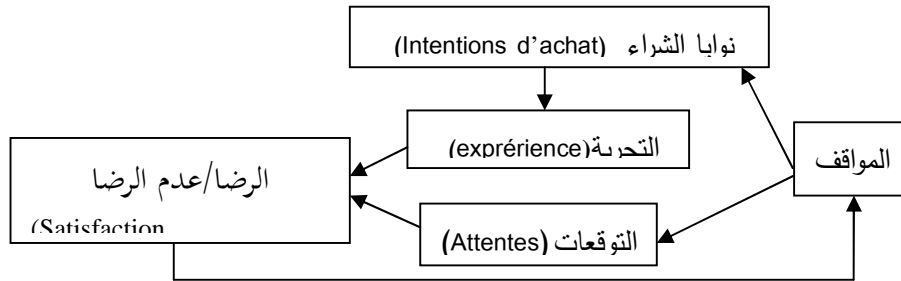
لحاجاته وتوقعات".¹ وقد اتفق كل من Kotler و Gopal بان "رضا الزبون يعبر عن شعور شخصي بالبهجة أو بخيبة الأمل ناتج عن موازنة أداء المنتج مع توقعات الزبون".²

وقد أشارت دراسة Hamburg إلى كيفية التوصل إلى الدور المدرك والمؤثر للوصول إلى رضا الزبائن ، من خلال دراسة موضوعية لديناميكية العلاقات مع الزبائن ومساعدة الإدارة العليا على التحكم فيها وضبطها. كما تظهر التنوع في رضا العملاء وارتباطه بالخبرة والممارسة التطبيقية، وأشارت كذلك أن رضا الزبائن يختلف من وقت لآخر وغير ثابت، والتحكم في رضا الزبائن أفضل ما يكون في مرحله

الأولى المبكرة وقد يزداد أو يقل بعد فترة، والتحكم في العناصر المؤثرة في رضاهم يتوقف على كم المعلومات المتوفرة.³

أما بالنسبة لـ Oliver، فإن "الرضا هو عملية تقييم للمفاجأة المرتبطة بالمنتج / أو تجربة استهلاكية ما، فهي في أساسها حالة نفسية موجزة نواجهها في حالة شعورنا بخيبة أمل بالنسبة للتوقعات مقترنة بالمشاعر المسبقة قبل تجربة الاستهلاك. إضافة إلى ذلك يفترض بأن المفاجأة الناتجة من هذا التقييم تكون لفترة محدودة، وهكذا يتحول الرضا بسرعة إلى موقف عام تجاه شراء منتج جديد".⁴ وهذا ما يوضحه الشكل الموالي:

الشكل رقم 13: نموذج الرضا لـ Oliver



Source: R. L. Oliver, 1980, Cité par J. Lendrevie, & D. Lindon, **Mercator**, 7^{eme} ed (Paris: editions Dalloz, 2003), p.912.

¹ – J.M. Monin , **La satisfaction qualité dans les services** (Paris: AFNOR, 2001), P.108.

² – P. Kotler, **Marketing Management**, 9th ed (U S A: Prentice Hall inc, 1997), p.40. and R. Gopal, **marketing Management, Text,Cases** (New Delhi: Vikas publishing House, 2000), p. 52.

³ – C. Homburg and w. D. hoyer, "The role of cognition and affect in the formation of customer satisfaction Adynamic perspective", 2006. Cited by 46, مجلة المحاسبة والإدارة والتأمين، مجلد 46، عطا الفت، "تسويق العلاقات مع العملاء بالتطبيق على متاجر الأقسام والفروع"، العدد 69، ص 273.

⁴ – Oliver, 1980, op. cit., p.463.

كما أن العواطف الإيجابية التي تتكون لدى الزبون اتجاه خدمة أو منتج معين تمثل نوع من الرضا العاطفي لديه، وهو ما يصب في مصلحة الخدمة ومقدمها، ويعزز نوعية العلاقة ويساهم في تقويتها، أما العواطف السلبية فلها انعكاس قوي على درجة الرضا العاطفي مقارنة بالعواطف الإيجابية، فهي قد تؤدي إلى تناقصه مع تكرار تجربة استهلاك سيئة، ولا ترقى لتوقعات الزبون وقد تصل في النهاية إلى إلغاء عنصر الرضا ضمن العلاقة مما يهدد استمراريتها.¹ وتشير دراسة لـ Tronvoll أن الزبون الذي لديه انطباع شعوري إيجابي اتجاه الخدمة عموماً يعد أكثر رغبة في رفع مستوى الالتزام الموجود في العلاقة بينهما، والعكس صحيح بالنسبة للانطباعات الشعورية السلبية. وأكدت هذه الدراسة على أن للشعور السلبي عند تشكله تأثيراً أكبر على حكم تجربة الخدمة من تأثير الشعور الإيجابي.² الأمر الذي ينعكس على ولاء العميل وسلوكه.

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن الرضا عبارة عن شعور عاطفي وإحساس نفسي يعبر عن الفرق بين أداء السلعة أو الخدمة المدركة وتوقعات الزبون.

2- خصائص الرضا: يتميز الرضا بعدة خصائص تميزه عن غيره، وتتمثل فيما يلي:³

- **الرضا ذاتي:** إن الذاتية تخص نظرة الزبون، وهي الوحيدة التي يمكن أخذها بعين الاعتبار فيما يخص موضوع الرضا. فالزبون لا يحكم على جودة الخدمة بواقعية وموضوعية، فهو يحكم على جودة الخدمة من خلال ما يتوقعه من الخدمة. وعليه، فإن الزبون الذي يرى بأن الخدمة المقدمة أحسن من الخدمات المنافسة، يراها زبون آخر بأنها أقل جودة من الخدمات الموجودة في السوق. ومن هنا تظهر أهمية الانتقال من النظرة الداخلية التي تركز على (الجودة - المطابقة)، إلى النظرة الخارجية التي تعتمد على (الجودة - الرضا). ومن ثم، فإن المؤسسة يجب أن لا تقدم خدمات وفق مواصفات ومعايير محددة وإنما تنتج وفق ما يتوقعه ويحتاجه الزبون.

إن الخاصية الذاتية للرضا تجعل العناصر المعنوية للخدمة ملموسة، ما ينتج عنه ضرورة وجود عناصر مادية خاصة بالأنشطة الخدمية، حتى نجعل جودة الخدمة مرئية، وذلك من أجل إظهار الرضا الخفي لدى العميل.

¹ - A. Wong, "The role of emotional satisfaction in service encounters", **Managing Service Quality**, Vol.14, No.5, (2004), p.365.

² - B. Trouvill, "Negative emotions and their effect on customer complaint behaviour", **Journal of service Management**, vol.22, No.1, (2011), pp. 111-134.

³ - Vue : - Ray, op.cit., pp.24-30 .
- Monin, op.cit., pp.111-112.

- **الرضا نسبي:** إن التوقع هو الذي يحدد نسبة الرضا بالنسبة للعميل، ففي حالة زبونين يستعملان نفس الخدمة في نفس الشروط يمكن أن يكون رأيهما حولها مختلفا تماما لأن توقعاتهما الأساسية نحو الخدمة مختلفة، فالمهم ليس أن تكون الأحسن، ولكن يجب أن تكون الأكثر توافق مع توقعات الزبائن. وهذا ما يفسر أن الخدمات الأحسن ليست هي الأكثر مبيعا. من هنا يمكن أن نفهم بشكل أفضل الدور المهم لتقسيم السوق في مجال التسويق، وذلك بهدف تحديد التوقعات المتجانسة للزبائن من أجل تقديم خدمات تتوافق مع هذه التوقعات.

- **الرضا تطوري:** إن خاصية التطور بالنسبة للرضا يرتبط بالتطور في مستوى التوقع من جهة، ومستوى الأداء المدرك من جهة أخرى. فمع مرور الزمن يمكن لتوقعات الزبون أن تعرف تطورا نتيجة لظهور خدمات جديدة أو تطور المعايير الخاصة بالخدمات المقدمة، وذلك بسبب زيادة المنافسة، ونفس الشيء بالنسبة لإدراك الزبون لجودة الخدمة الذي يمكن أن يعرف هو أيضا تطورا خلال عملية تقديم الخدمة. إن قياس رضا الزبون أصبح يتبع نظام يتوافق مع هذه التطورات.

3- رضا المريض وأسباب الاهتمام بقياسه:

بين Asadi و Tamburini أن رضا المرضى يشير إلى مدى إدراك الفرد بالمقارنة مع ما لديه من توقعات.¹ ويرى Williams و Newman أن توقعات المريض حول الرعاية الصحية تعد المسبب الرئيسي لرضائه.² كما يعتقد أن رضا المرضى يشير إلى حكم النسبية الناجمة من التصورات مقارنة مع الحالة الصحية الحالية.³ وقد حدد Calnan أن رضا المرضى تعتبر ظاهرة معقدة، وينتج عن التفاعل بين أهداف المرضى في الحصول على الرعاية الصحية في كل حالة، وبين مستوى وطبيعة تجربتهم السابقة مع الخدمات الصحية والاجتماعية والأيدولوجية السياسية التي يستند عليها النظام الصحي في المستشفى.⁴ فرضا المريض يعبر عن موقف شخصي نحو تجربته مع المؤسسة الصحية التي يتعامل معها، وهو يتضمن كلا من الجوانب المعرفية والعاطفية المرتبطة بالتجارب السابقة.

¹ - M. AsadiLari, M. Tamburini, D. Gray, "Patients, needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model", **Health and Quality of Life Outcomes**, Vol 2, No 32, (2004),

² -S.Williams, S. Newman, "Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction", **Family Practice**, Vol.12, No.2, (1995), pp.193-201.

³ - S. Wright, "Health satisfaction: a detailed test of the multiple discrepancies", **Social Indicators Research**, Vol.17, (1985), pp.299-313.

⁴ - M.Calnan, "Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care", **Social Science & Medicine**, Vol.27, No.9, (1988), pp.927-933.

ويؤكد Baker أن هناك اهتمام متزايد نحو موضوع رضا المرضى ويعتبر واحداً من المؤشرات الأساسية لقياس جودة الرعاية الصحية.¹ ويؤكد Radwan وآخرون أيضاً أن تقييمات المرضى تساعد الكادر التمريضي على التعلم تجاه إنجازاتهم الناجحة منها والفاشلة، وتقييم أنفسهم للاستجابة أكثر لحاجات ومتطلبات المرضى.² ويبين Fitzpatrick أن هناك ثلاثة أسباب رئيسية للاهتمام برضا المرضى من قبل الكوادر التمريضية، وهي:³

- أن هناك أدلة مقنعة أن الرضا يعتبر مقياساً مهم جداً، إذ أن مؤشر رضا المرضى يعبر عن جودة خدمة الرعاية الصحية المقدمة. وفي حالة عدم الرضا فإن المريض يقوم بتغيير مكان استلام الخدمة.
- أن رضا المرضى يعتبر مؤشر مهم ومفيد أخذ بالتزايد في تقييم الاتصالات والمعلومات المتداولة بين الطبيب والمريض وهو ما يعطي الثقة والطمأنينة للمريض.
- يمكن استخدام التغذية العكسية الراجعة من المرضى بشكل نظامي للاختيار ما بين البدائل المتاحة لتوفير مستوى عالٍ من جودة الرعاية الصحية.

ويحدد Lutz & Bowers أسباب الاهتمام بقياس رضا المرضى، فيما يلي:⁴

- الاتجاه العام نحو الاهتمام وبشكل شمولي لاحتياجات ومتطلبات المرضى؛
- زيادة التكاليف التي تتحملها المؤسسات الصحية وبشكل مضطرب؛
- التركيز على تحسين نتائج الرعاية الصحية وإجراءاتها؛
- زيادة إمكانية وصول المريض للمعلومات عن حالته الصحية والخيارات المتاحة.

المطلب الثاني: نماذج قياس رضا الزبون وأهم محدداته

على الرغم من تغير واختلاف مستويات الرضا بين الزبائن إلا أنها تنشأ نتيجة توفر معايير ومواصفات يحددها الزبون وعلى المؤسسة أن تعمل على تحقيقها وتوفيرها في منتجاتها أو خدماتها وأسلوب تقديمها للزبون وأداءها الإجمالي بشكل عام، ولهذا الغرض اهتم عدة باحثين باقتراح وتحديد ودراسة عدة

¹ - R. Baker, "Audit and standards in new general practice", **British Medical Journal**, Vol.303, (1991), pp.332-334.

² - M. Radwan, I. Al-EisaAl-Mutar, M. Al-Terkit, "Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services at Capital Health Region", **Journal of Family Medicine**, Vol.3, (2005), Kuwait, Middle East.

³ - R. Fitzpatrick, "Surveys of patient satisfaction 1: important general considerations", **British Medical Journal**, Vol.302, (1991), p.887.

⁴ - B. Lutz and B. Bowers, "Patient-Centered Care: Understanding Its Interpretation and Implementation in Health Care", **Scholarly inquiry for nursing practice**, Vol.14, No.2, (2000), p.165.

متغيرات وعناصر من شأنها أن تساهم في بناء رضا الزبائن. وسنتطرق في هذا المطلب للتعرف على بعض هذه النماذج.

1- نماذج محددات رضا الزبون:

توجد العديد من النماذج المشكلة لرضا الزبون، مشكلة بذلك محددات الرضا. فكانت أول هذه النماذج نموذج (Oliver, 1980) المعروف بـ "عدم تأكد التوقعات" حيث أدمج كل من الأداء المدرك والتوقعات وعدم تأكد التوقعات. وبخلاف هذه المقاربة التي هيمنت على الدراسات حول الرضا إلى غاية الثمانينات، فإن العديد من الدراسات تشهد على تأثير المحددات العاطفية على الرضا. كما توجد عدة نماذج مقترحة أو معدلة تساعد في تشكيل محددات رضا الزبون. مثل نموذج Crosby and Stephens (1987)، Parasuraman, Berry and Zeithaml (1994) (1994)، و Zeithaml and Bitner (2001)، و Siddiqi.K.O (2011)، Moutte (2007)، و Raza M et al (2012)، وسنستعرض بعض هذه النماذج، وذلك بهدف الإطلاع على طبيعة هذه المتغيرات ومدى فعاليتها ودورها لأخذها بعين الاعتبار في نموذج الدراسة.

1.1 - النموذج المعرفي (القاعدي، الموسع): عرف هذا النموذج شكلين، هما:

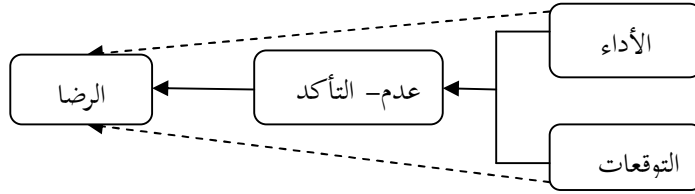
أ- النموذج المعرفي القاعدي: حسب (Oliver, 1980) فإن الرضا هو نتيجة التوقعات السابقة وأيضا الفارق بين أداء المنتج والتوقعات، إن نموذج "عدم-التأكد" المقترح من طرف نفس الباحث يسلّم بأن الرضا هو نتيجة مقارنة بين التوقعات السابقة والأداء المدرك للمنتج أو الخدمة، هذا النموذج ينطوي على ثلاثة مضامين أساسية، هي: ¹

- 1- التوقعات السابقة للمستهلك ذات الصلة بالمنتج أو الخدمة؛
- 2- الحكم المقدم عن أداء المنتج أو الخدمة خلال تجربة الاستهلاك؛
- 3- عدم-التأكد (الإيجابي أو السلبي أو المحايد) للمنتج أو الخدمة خلال تجربة الاستهلاك.

وهذا ما يوضحه الشكل الموالي:

¹ - R. Ladhari, " La satisfaction du consommateur, ses déterminants et ses conséquences ", *Revue de l'Université de Moncton*, 2005, Vol. 36, No 2, p. 173, <http://id.erudit.org/iderudit/014503ar>. (consulté le 23-07-2013)

الشكل رقم 14: النموذج الأصلي و المعدل لـ "عدم-التأكد"



Source: cited by J.Moutte, "La satisfaction du client dans la restauration traditionnelle de luxe: une perspective consommateur", faculté d'Economie Appliquée au CEROG (IAE d'Aix-en-Provence) – Université Aix-Marseille III, 2003, p. 9.

<http://www.cirmap-fea.org/fichiers/satisfaction-clt.pdf>. (consulté le 13-07-2013)

حسب هذا النموذج يشكل الزبائن توقعاتهم حول المنتج أو الخدمة قبل عملية الشراء و/أو الاستهلاك، ثم يلاحظ أداء هذه الأخيرة خلال استهلاكها (حكم مأخوذ حول الأداء)، فيقارن الأداء المدرك مع التوقعات التي كان ينتظرها. وفي الأخير يتشكل لدى الزبون إدراك "تأكيد أو إبطال التوقعات" (استكشاف "أحسن من/ أقل من"). علما أن التأكيد أو الإبطال يمكن أن تكون له نتائج مختلفة، فيكون عدم الرضا عندما يكون الأداء المدرك دون التوقعات، وفي الحالة العكسية ينجم عنه الرضا. أما عندما الأداء المدرك يساوي التوقعات ينجم عنه عدم الاكتراث .

غير أنه وجد العديد من الباحثين الذين انتقصوا استعمال التوقعات فقط كمعيار للمقارنة، واقترحوا متغيرات أخرى كالرغبات أو معايير ترتكز على العلامات التجارية والمنتجات أو القيم أو المثالية.¹

ب- النموذج المعرفي الموسع ("عدم-التأكد" كمتغير وسيط)

لقد أكدت العديد من الدراسات الأثر المباشر للتوقعات و / أو الأداء المدرك على الرضا (و هذا ما تشير إليه الخطوط المتقطعة للشكل السابق). فبالنسبة للتوقعات، فقد بينت بعض الدراسات بأنه كلما زادت التوقعات كلما زاد الرضا (أي بمعنى أن هناك علاقة خطية موجبة)، بينما بين بعض الباحثين الأثر السلبي المباشر للتوقعات على الرضا. كما أن بعض الدراسات لم تستبعد بأن "عدم-التأكد" يمكن أن تشترك مع التوقعات والأداء لتفسير الرضا وذلك من خلال أن هناك أثر غير مباشر عن طريق "عدم-التأكد" وأثر مباشر للتوقعات على الرضا.²

¹ -Ibid, p.177.

² -G. Shelly , S. K. Lakhwinder, "Customer satisfaction, its antecedents and linkage between employee satisfaction and customer satisfaction: A study", **Asian Journal of Business and Management Sciences**, Vol.1, No.1, (2011), p.131. www.ajbms.org, http://www.ajbms.org/articlepdf/ajbms_2011_1127.pdf.(09-12-2013)

2.1- المحددات العاطفية والرضا

قام الباحث Westbrook في سنة (1980) بالإشارة إلى النقص الذي تميز به نموذج "إبطال أو تأكيد التوقعات" (النموذج المعرفي) كونه يفتقر إلى الخاصية الشعورية التي من شأنها التأثير على رضا الزبون. لهذا السبب قام الباحث بإدماج بعض المتغيرات ذات طبيعة شعورية خلال الدراسة التي قام بها حول السيارات والأحذية الرياضية. تكونت هذه المتغيرات من المزاج، تفاؤل/تشاؤم، الرضا اتجاه الحياة، استياء (عدم الرضا) معمم، استعملت هذه المتغيرات لتوسيع القدرة التفسيرية للنماذج المشكلة للرضا.¹ وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن المتغيرات الشعورية التي تم قياسها تتغير على حسب نوع المنتج المحلل (مثلاً: هناك بعض المتغيرات الشعورية التي أثرت على الرضا بالسيارات بينما الأحذية الرياضية فقط نموذج "إبطال أو تأكيد" الذي أثر فيها). وبذلك ثبتت عملياً الفرضية التي تشير بأن إدماج الاستجابات العاطفية تسمح بتحسين القدرة التفسيرية لمتغير الرضا، وأن الاستجابات العاطفية تكتسب عن طريق استهلاك المنتج أو الخدمة.

فبدأ الباحثون بعدها يدمجون تدريجياً الاستجابات العاطفية في نماذج تكوين الرضا، حيث تكون مفهومين للاستجابات العاطفية في الأدبيات حول الرضا. المفهوم الأول سلم يسلمون بالآثار الموازية و المستقلة لـ "عدم-التأكد التوقعات" و " الاستجابات العاطفية "على الرضا ، أما المفهوم الثاني فسلم بالتتابع المعرفي أي (عدم- التأكد التوقعات أو الأداء المدرك) (يؤدي إلى الاستجابات العاطفية، وهذه الأخيرة تؤدي إلى الرضا.² وبغض النظر عن طبيعة المنتجات المدروسة (الدائمة أو غير دائمة والنفعية أو المحققة للمتعة)، فإن البحوث الحالية تضع كأولوية لأثر الاستجابات العاطفية على الرضا.

3.1- نموذج المؤشر الأمريكي لرضا الزبون (ACSI)

يعتبر النموذج الأمريكي لرضا الزبون أن الرضا يكون نتيجة لثلاث عناصر هي: الجودة المدركة، التوقعات والقيمة المدركة.³ ويفترض هذا النموذج أن الرضا هو عملية مرحلية إلى تحقيق الولاء.⁴ غير أن التكرار الشرائي لعلامة تجارية يمكن اعتباره ولاء بحكم العادة. ويمكن توضيح هذا النموذج من خلال الشكل الموالي:

¹ -R. A. Westbrook, R. L. Oliver, "The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction", *Journal of Consumer Research*, Vol.18, No.1, (1991), p.86.

http://www.geocities.ws/matthew_lau2002/Downloads/Westbrook_satisfaction.pdf.(15-12-2013)

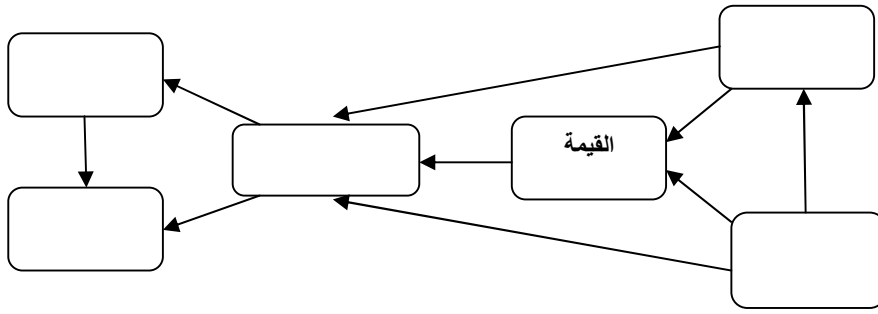
² - Ibid.

* - American Customer Satisfaction Index

³ - T. Vavra, *Improving your Measurement of Customer Satisfaction* (New York: Quality Press, 1997), pp.24-25.

⁴ - Ibid

الشكل رقم 15: نموذج المؤشر الأمريكي لرضا الزبون (ACSI)



Source: C. Jaesung & B. Everitt. Bryant, "The American Customer Satisfaction Index", *journal of marketing*, Vol.60, P.8.

يعتبر الرضا المجمع متغير خفي لا يمكن قياسه مباشرة إلا من خلال المحددات الثلاثة التي سبق الإشارة إليها، وهي:¹

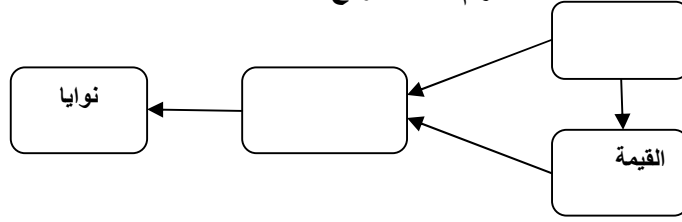
- المحدد الأول للرضا العام هو الجودة المدركة: وتستخدم لتقييم التجارب الاستهلاكية الحديثة في السوق والتي ينبغي أن تؤثر ايجابيا ومباشرة على الرضا العام.
- المحدد الثاني هو توقعات المستهلك: وتعكس التنبؤ الذي يكونه المستهلك على قدرة المورد على تقديم المنتج الذي يلبي توقعاته. أنها تأخذ بعين الاعتبار التجارب السابقة للمستهلك مع المنتج.
- المحدد الثالث القيمة المدركة: تمثل مستوى الجودة المدركة للسعر الذي يقدم (تكاليف الشراء + تكاليف أخرى)، هذا الدليل يعتبر مهم للمؤشرات الكلية على مستوى السوق لأنه يسمح بمقارنة المنتجات ذات الأسعار المنخفضة والمنتجات المرتفعة الثمن. وبالتالي يسمح بمقارنة المؤسسات فيما بينها بل حتى القطاعات. يمكننا أن نتوقع وجود علاقة ايجابية بين القيمة المدركة والرضا الكلي.

4.1- نموذج Raza et al (2012)

إقترح الباحثون نموذجا لتشكيل رضا الزبون بناء على كل من "جودة الخدمة" و"القيمة المدركة"، إضافة إلى دور هذه العناصر الثلاثة وتأثيرها على "نوايا الشراء" لدى الزبون، حسب الشكل التالي:

¹ - A. Jouandeu, Contribution à la modélisation de la satisfaction client par la logique floue, Thèse de Doctorat, l'INSA de Lyon, 2004, pp.41-42. <http://theses.insa-lyon.fr/publication/2004ISAL0063/these.pdf>. (23-11-2013)

الشكل رقم 16: نموذج Raza et al



Source: M.Raza, A. Siddiquei, M. Hayat "Relationship Between service quality, perceived value, satisfaction and revisit intention in hotel industry", *Interdisciplinary Journal of contemporary research in business*, (2012), Vol.4, No.8, p.792.

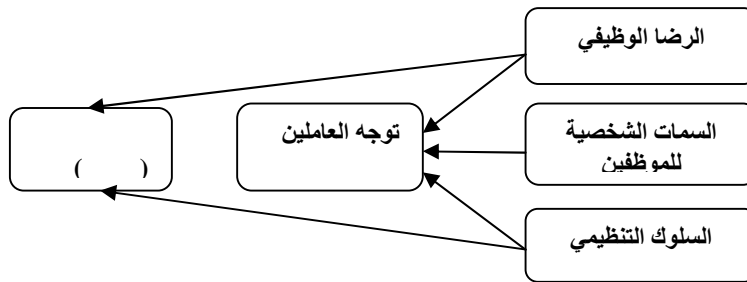
أسفرت نتائج هذا النموذج إلى أن رضا الزبون يتأثر بشكل إيجابي مع كل من " جودة الخدمة" و"القيمة المدركة" الأمر الذي يساهم في تحفيز وتعزيز نوايا الشراء لدى الزبون.¹ إلا أنه إذا أدرك الزبون خدمة أقل فإن هذا ينعكس سلبيا على القيمة المدركة من طرفه والتي تؤثر بدورها بشكل سلبي على رضا الزبون وبالتالي نوايا إعادة الشراء لديه وعليه تم قبول كل الفرضيات المقترحة على الرغم من اختلاف درجة معنويتها.

5.1 - نموذج Moutte (2007)

يهدف هذا النموذج إلى تحديد العناصر التي تسمح للموظفين بإرضاء الزبائن حيث تصب كل هذه

العناصر إلى الربط بين كل من رضا الموظفين وسماتهم الشخصية والتزامهم بعامل توجيه وتعزيز رضا الزبون في نهاية الأمر، وذلك أثناء عمليات التبادل بشكل مباشر وغير مباشر (اتصال/زبون)، حسب الشكل الموالي:

الشكل رقم 17: نموذج Moutte



Source: J. Moutte, "L'impact du personnel en contact avec la clientèle sur la satisfaction du client : Proposition d'un modèle conceptuel", Aix-Marseille III, 2007, p.19. www.cirmap-fea.org/fichiers/moutte-janvier-2007.pdf (17-08-2012)

¹ - M.Raza, A. Siddiquei, M. Hayat "Relationship Between service quality, perceived value, satisfaction and revisit intention in hotel industry", *Interdisciplinary Journal of contemporary research in business*, 2012, Vol.4, No.8, p.797.

فقد أكد النموذج وجود تأثير إيجابي للمتغيرات المتصلة بالموظفين على أن لها قوة تفسيرية كبيرة في توجيه الزبائن من جهة ومساهمتها في تشكيل عنصر رضا الزبائن أثناء التعامل.¹

2. تحليل محددات الرضا

سيتم تحليل محددات الرضا حسب Oliver والتي تتمثل في ثلاثة أبعاد هي: التوقعات، الأداء، التأكيد أو إبطال التوقعات" (المطابقة/عدم المطابقة). على اعتبار أن محددات النماذج الأخرى سيتم التطرق لها بالتفصيل في هذه الدراسة.

أ. التوقعات:

يمكن الإتفاق بصفة عامة على أن التوقعات ما هي إلا إحتتمالات يشكلها الزبون وهي خاصة بظهور أحداث معينة سواء كانت سلبية أو إيجابية وقد أوضحت الدراسات أن الزبائن قد يلجؤون إلى إستخدام أنواع مختلفة من التوقعات عند قيامهم بتكوين رأي معين عن مستوى أداء خدمة ما مقدما.² لذلك تتحدد الجوانب الأساسية للتوقع الذي يكونه الزبون عن الخدمة كما يلي:

- توقعات عن خصائص الخدمة (الجودة المتوقعة): هي الخصائص الموجودة في الخدمة ذاتها والتي يرى الزبون أنها تحقق له مجموعة من المنافع.³
- توقعات عن المنافع أو التكاليف الإجتماعية: وتتعلق المنافع الاجتماعية التي يمكن للزبون تحصيلها من اقتنائه للمنتج بصورة المنتج أو صورة العلامة.⁴ وما يمكن أن يمنحه للزبون من اثر ايجابي اجتماعي، بمعنى ردة فعل الآخرين (الإيجابية/السلبية) إتجاه الزبون نتيجة إقتناؤه للخدمة.
- توقعات عن تكاليف الخدمة: هي توقعات عن التكاليف والسعر الذي يجد الزبون نفسه ملزما بدفعه للحصول على المنتج، والسعر هنا لا يتضمن مبلغا فقط بل كل جهد مادي أو معنوي يبذله في سبيل الحصول على الخدمة بما في ذلك المعلومات التي يجمعها وحتى الآثار النفسية والمعنوية التي يتحملها.

¹ - J. Moutte, "L'impact du personnel en contact avec la clientèle sur la satisfaction du client : Proposition d'un modèle conceptuel", Aix-Marseille III, 2007, p.20.

www.cirmap-fea.org/fichiers/moutte-janvier-2007.pdf (17-08-2012)

² - سامي أحمد محمد مراد، دور تحريرا ثقافية تحرير تجارة الخدمات الدولية في رفع كفاءة أداء الخدمات المصرفية، ط1 (القاهرة: المكتب العربي للمعارف، 2005)، ص.160 .

³ - الصحن، (2002)، مرجع سابق ، ص.64.

⁴ - Kotler, Dubois, op.cit., p. 67.

لقد عرض Pitte و Woodside ثلاث أنواع من التوقعات:¹

- التوقع التنبؤي: وهو يوضح معتقدات العميل عن الخصائص التي يتوقع وجودها في المنتج.
- التوقع المعياري: يركز على المستويات المثالية التي يجب أن يكون عليها أداء المنتج.
- التوقع المقارن: يمثل معتقدات العميل حول أداء منتج أو علامة معينة بالمقارنة بمنتجات أو علامات أخرى.

يعتبر التوقع المعياري هو أنسب محددات الرضا لأنه ينتج عنه رد فعل تقييمي يأتي بعد الاستخدام وهنا ينتج إحساسا ايجابيا (الرضا) أو إحساسا سلبيا (عدم الرضا).

ب. الأداء المدرك:

يعبر الأداء المدرك عن مستوى الأداء أو الصورة الذي يحصل عليه فعلا الزبون نتيجة إستعماله وإستهلاكه للمنتج، وتقيم اعتمادا على المعلومات التراكمية التي يكونها من خبرته السابقة من الاستهلاك الفعلي للسلعة أو لسلع وخدمات مماثلة. من ناحية أخرى تكمن أهمية الأداء المدرك في كونه معيارا للمقارنة بينه وبين التوقعات، حيث يقوم الزبون بإستخدام خدمة معينة وإدراك مدى الإشباع الذي حصل عليه وبناء عليه يتم تقييم عدم المطابقة.

ج. المطابقة/عدم المطابقة (تأكيد أو إبطال التوقعات):

وتعرف المطابقة على أنها " مستوي من إحساس فرد الناتج عن مقارنة بين أداء المنتج المدرك وبين توقعات هذا الفرد".² تنتج المطابقة عندما يتساوى الأداء المدرك (الإشباع الذي حصل عليه الزبون) مع نظيره المتوقع أما، عدم المطابقة فيعبر عن درجة إنحراف أداء الخدمة عن المستوى المتوقع الذي يسبق عملية شراء الخدمة. وتكون أحيانا موجبة أي مرغوب فيها عندما يتفوق الأداء الفعلي عن التوقعات، وسالبة أي غير مرغوب فيها عندما ينخفض مستوى الأداء عن التوقعات.

ويمكن الوصول إلى المطابقة أو عدم المطابقة من خلال:³

- الأسلوب الجبري: حيث تمثل المطابقة أو عدم المطابقة دالة حسابية للأداء والتوقعات يتم الحصول عليها من خلال تكوين توقعات قبل الاستهلاك، وملاحظة أداء المنتج، ومقارنة الأداء بالتوقعات ثم تكوين إدراكات حول عدم المطابقة، ثم التوفيق بينهما لتكوين الآراء حول الرضا.

¹ -G. rock, M. José -ledoux, **Le service de la clientele** (Paris: edition ERPI, 2006), p.32.

² - محمد فريد الصحن، إدارة التسويق في بيئة الانترنت (الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة، 2007)، ص. 122.

³ - C. Derbaix, J. Brée, **comportement Du consommateur** (paris: Economica, 2000), P.509.

- الأسلوب المباشر: يتمثل في سؤال مباشر يوجه للزبون حول مدى المطابقة أو عدم المطابقة جودة المنتج أو الخدمة للتوقعات.
- المعايير المعتمدة على الخبرة للرضا أو عدم الرضا: إن المدخل المبني على التوقعات محدود الاستعمال، فالتوقعات لا تمثل المعيار الوحيد للمقارنة؛ لأن معيار المقارنة مرتبط أيضا بالمعارف السابقة للزبون، حيث تعد الخبرة السابقة من محددات الرضا، كما أنها ناتجة عن الاستخدام الشخصي للمنتج أو من المشاعر السلبية أو الايجابية لزبائن آخرين حول المنتج أو العلاقة أو الجهود التسويقية التي تبذلها المنظمة.

المطلب الثالث: الرضا الوظيفي وعلاقته برضا الزبون

حظي مفهوم الرضا الوظيفي باهتمام العديد من الباحثين لأهميته الكبيرة في عمل المنظمات الإدارية المختلفة، وتتبع هذه الأهمية من الطبيعة الخاصة للعنصر البشري الذي يتكون من الانفعالات والمشاعر بالإضافة إلى اثر الرضا على العديد من مؤشرات أداء المنظمة مثل الغياب وترك الخدمة والانتظام في العمل... كما انه يساهم في زيادة الكفاءة والفعالية. إن وجود نظام إداري قادر على تحديد احتياجات ودوافع العاملين وإشباعها يؤدي إلى مستوى من الرضا للعاملين يساهم في زيادة الاستقرار لديهم وبالتالي تحقيق الأهداف المنشودة.

1. مفهوم الرضا الوظيفي

حاول الباحثون تحديد مفهوم واضح للرضا الوظيفي إلا انه لم يتم الاتفاق على تعريف محدد للرضا، ويعود ذلك إلى تعدد الكتابات وتناوله من قبل الكثير من الباحثين من مختلف المجالات والاختصاصات، ومن ثم تم تعريفه من قبل كل شخص حسب اختصاصه، ومن الجانب الذي يدرس به الرضا الوظيفي. لذلك تعددت تلك التعاريف وتتنوع معها طرق قياسها.

فمن جهة، عرف بأنه مجموعة من الآراء والمعتقدات والمشاعر حول العمل الذي يقوم به الفرد.¹ كما أنه يشير إلى المدى الذي يحب به الفرد عمله وبأنه عاطفة أو رد فعل عاطفي تجاه المظاهر المختلفة من العمل.² وبأنه الشعور الايجابي نحو نتائج تقييم الفرد لمميزات عمله.³

¹ - محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي (الإسكندرية، الدار الجامعية الجديدة، 2003)، ص.193.

² - R. Kreitner and A. Kinicki, **organizational behavior**, 8 ed (USA: McGraw-Hill, 2008), P.170.

³ - S. Robbins, **organizational behavior** (USA: prentice-hall, 2007) , P.79.

إن هذه التعاريف تشترك في أن الرضا الوظيفي هو عبارة عن مشاعر، وأحاسيس داخلية تتعكس على سلوك العاملين، ويتأثر الرضا الوظيفي بما يحيط بالعامل من ظروف نفسية واقتصادية واجتماعية.

ومن جهة أخرى فقد عرف الرضا الوظيفي بأنه عبارة عن مجموعة من الاتجاهات التي يحملها العاملين نحو وظائفهم في المنظمة.¹ وانه الإشباع المتحقق لدى الأفراد من جراء قيامهم بأداء أعمالهم المناطة بهم بكفاءة عالية.² وهو أيضا وجهة نظر الأفراد العاملين نحو قبولهم واستحسانهم للعمل الذي يزاولونه، فقبول الأفراد لعملهم يولد لديهم مشاعر الرضاء عنه.³ كما يعبر عن مدى ما يحصل عليه الفرد من ثمرات نتيجة الجهد الذي يبذله من اجل تأمين حاجاته المادية والمعنوية.⁴

إن التعاريف السابقة تبين أن الرضا الوظيفي يدل على مدى كفاءة الإدارة في إشباع حاجات العاملين ومدى توفيرها للحوافز والدوافع الايجابية لحث العاملين على العمل، وهو المعيار الأساس للعلاقات الإنسانية داخل المنظمة.

كما عرف الرضا الوظيفي انه عبارة عن مشاعر العاملين تجاه أعمالهم وانه ينتج عن إدراكهم لما تقدمه الوظيفة لهم، ولما ينبغي أن يحصلوا عليه من وظائفهم، كما انه محصلة للاتجاهات الخاصة نحو مختلف العناصر المتعلقة بالعمل في المنشأة.⁵ إن هذا التعريف يبين أن الرضا الوظيفي ينتج عن مقارنة توقعات الفرد لعمله عند انضمامه له والوضع الحالي الذي وجده، وتعتمد المقارنة على أمور متعددة منها:⁶

- سياسات وإجراءات المنظمة مثل نظام الأجور والترقيات؛
- الأشخاص الذين يعمل معهم داخل العمل سواء على مستوى الرؤساء أو المرؤوسين أو الزملاء؛
- طبيعة العمل نفسه والظروف التي يتم فيها العمل.

كما أن العوامل الشخصية لها تأثير كبير على الرضا الوظيفي، فنجد أن بعض الجماعات أكثر رضا من غيرها وذلك تبعا لعدة عوامل كالعمر، فنجد أن كبار السن يكونون أكثر رضا من صغار السن، إذ انه كلما زاد الفرد في السن كلما زاد رضاه؛ لأن صغار السن تكون طموحاتهم مرتفعة وعالية وحاجاتهم كبيرة يطمحون لإشباعها؛ لذلك يكونون اقل رضا من كبار السن الذين يصبحون أكثر قناعة وواقعية وتنخفض طموحاتهم لذلك يزداد رضاهم عن أعمالهم. إلا أن بعض الدراسات خالفت هذا الرأي من حيث أن الرضا

¹- جمال الدين محمد المرسي وثابت عبد الرحمان إدريس، السلوك التنظيمي (الإسكندرية: الدار الجامعية،2005)، ص.294.

²- شوقي ناجي جواد وآخرون، دراسات خاصة في إدارة الأعمال (عمان: الأهلية للنشر والتوزيع، 2006)، ص.269.

³- سهيلة محمد عباس وعلي حسين علي، إدارة الموارد البشرية (عمان: دار وائل للنشر، 2007) ، ص.177.

⁴- عبد اللطيف عبد اللطيف، العلوم السلوكية في التطبيق الإداري (دمشق: جامعة دمشق، 2001)، ص.110.

⁵- مصطفى نجيب شاويش، إدارة الموارد البشرية (الأردن: الشروق، 2005)، ص.110.

⁶- بسيوني محمد البرادعي، تنمية مهارات تخطيط الموارد البشرية (مصر: ايتراك للنشر والتوزيع، 2005)، ص.58.

الوظيفي لكبار السن يستمر لمدة (5) سنوات قبل سن التقاعد وبعدها يظهر عدم الرضا. كما أن المتعلمون أقل رضا من غير المتعلمين وذلك لأن أصحاب العلم يكونون أكثر طموحا لنيل المناصب ومن ثم يقل رضاهم عن أعمالهم. لكن بالمقابل عندما يسبب زيادة مستوى التعلم الضمان والاستقرار واحتلال مناصب أعلى يزداد رضاه، ويصبح أعلى من الأقل علما. أيضا النساء أقل رضا من الرجال وذلك لأن فرصهم في النمو والتقدم محدودة؛ إلا أن هذه العلاقة غير ثابتة نظرا لأنها تخضع لدرجة التمييز بين الجنسين من قبل الإدارة، وتكون خاضعة في أثناء تقييم الأداء للتقييم الاجتماعية والتصورات القائلة بان الرجل أفضل أداء من المرأة وليس على أساس الخبرة والأداء الفعلي.¹

ويلاحظ مما سبق بأنه يصعب التحكم بالعوامل الشخصية لتحقيق الرضا الوظيفي لذلك سيتم دراسة اثر عوامل وظروف العمل التي تساعد الإدارة على تحقيق الرضا الوظيفي والتي تتمثل في الأجر والترقية وطبيعة وظروف العمل وعلاقات العمل السائدة. إلا انه يمكن الاستفادة من العوامل الشخصية عند الاختيار والتعيين.

خلاصة القول أن الرضا الوظيفي يعبر عن مجموعة المشاعر والاتجاهات، ورد فعل يكونه الفرد تجاه عمله والذي ينتج عن مقارنة الفرد لما قدمته الوظيفة له ولما كان يتوقع أن يحصل عليه من عمله. كما انه مقياس يشير إلى كفاءة الإدارة وسعيها لإشباع حاجات ورغبات الأفراد لديها وكيفية التعامل معهم. ورد الفعل هذا المتمثل بالرضا الوظيفي يختلف من شخص إلى آخر تبعا لمجموعة من العوامل الشخصية. إذ أن الرضا الوظيفي غالبا يعد موضوع شخصي، وذلك لاختلاف الطبيعة البشرية، وتعدد الحاجات والدوافع واختلافها من شخص إلى آخر.

2- طرق قياس الرضا الوظيفي

إن معرفة اتجاهات الأفراد نحو العمل ليست بالعملية السهلة لأنه من الصعب معرفة حقيقة تلك الاتجاهات بدقة من خلال الملاحظة واستنتاجها بدقة من خلال سلوك الفرد، فإلى حد كبير يعتمد قياس الرضا عن العمل على ما يذكره الفرد وعادة لا يفصح أو لا يستطيع الإفصاح بصورة صادقة عما بداخله، ويمكن حصر الأساليب المستخدمة في الوقت الحاضر في أسلوبين، وتشير الأبحاث العلمية إلى وجود طريقتين أساسيتين لقياس الرضا الوظيفي هما الطريقة المباشرة والطريقة غير المباشرة.²

¹ شاويش، مرجع سابق، ص. 113.

² - J. Legres, D. Pemartin , *pratique des relations humaines dans l'entreprise* (Paris: Editions d'Organisation, 1981), p.71.

2-1- الطريقة المباشرة في قياس الرضا الوظيفي

تقوم الطريقة المباشرة على تصميم قائمة استقصاء تتضمن أسئلة توجه للموارد البشرية بالمؤسسة، وهذا من أجل الحصول على تقرير مباشر منها عن درجة رضاها الوظيفي. ونميز هنا بين طريقتين رئيسيتين تستعملان في تحديد محتوى أسئلة قوائم الاستقصاء، وهما:¹

2-1-1- طريقة تقسيم الحاجات:

وفق طريقة تقسيم الحاجات الإنسانية الذي قدمه ماسلو (السيولوجية، حاجات الأمن، الحاجات الاجتماعية، حاجات التقدير والاحترام، حاجات تحقيق الذات)، تصمم الأسئلة بطريقة تسمح للموارد البشرية بالتعبير عن مدى ما تتيحه لهم وظائفهم من إشباع لهذه الحاجات المختلفة.

2-1-2- طريقة تقسيم عناصر الرضا الوظيفي:

وفق طريقة تقسيم عناصر الرضا الوظيفي يتم تقديم قائمة من الأسئلة تغطي مختلف عناصر الرضا الوظيفي من أجر، ترقية، محتوى العمل، جماعات العمل، الإشراف، ظروف العمل المادية.² وقد بذل الباحثون والمنظرون في السلوك التنظيمي جهود كبيرة من أجل تطوير بعض المقاييس تكون أكثر صدق وثبات، وسنتعرض لأهم الطرق الرئيسية المستخدمة في قياس الرضا نذكر منها:³

أ- المقاييس الرتيبة والاستبيانات ذات المقاييس المقننة:

وهي من أكثر الطرق المستخدمة لقياس الرضا الوظيفي بإستعمال قوائم الاستقصاء ومن أهم المقاييس المستعملة، الآتي:

- الاستبانة الوصفية للوظيفة (JDI): وتقيس معدلات الرضا لخمس جوانب مختلفة للوظيفة وهي: الوظيفة نفسها، الأجر، فرص الترقية، الإشراف، الزملاء، وضمن كل بعد من هذه الأبعاد قائمة بكلمات أو جمل قصيرة، على العامل أو الموظف أن يحدد ما إذا كانت العبارة تصف الوظيفة أم لا باستخدام إجابات من نوع الإثبات أو النفي أو عدم المعرفة.

¹ عاشور، مرجع سابق، ص ص. 407-408.

² عبد الرحمان محمد العيسوي، الإدارة في عصر العولمة (الإسكندرية: دار الفكر الجامعي، 2007)، ص. 185.

³ راوية حسن، مرجع سابق، ص. 198.

- استبانة مينسوتا لقياس الرضا الوظيفي (MSQ): Minnesota Satisfaction Questionnaire وهو مقياس شائع الاستخدام حيث يعبر الفرد عن مدى رضاه من عدمه، حول بعض الجوانب المتعلقة بالوظيفة مثل: الأجر، الترقية، كفاءة الإشراف، أما مقياس التقدير فيتراوح بين راضي جدا إلى غير راضي جدا. ويشمل هذا المقياس مجموعة من العناصر، وهي:¹ استخدام المهارات، الانجازات الشخصية، النشاط، التقدم، السلطة، سياسات وممارسات المنظمة، الراتب، زملاء العمل، العلاقات والجو السائد بين الزملاء، الإبداع، الاستقلالية، القيمة الأخلاقية، الامتثال أو الاعتراف، المسؤولية، الأمن، العمل الاجتماعي، الحالة الاجتماعية، الإشراف الإنساني، الإشراف الفني، التنوع، ظروف العمل.
- مقياس الرضا عن الأجر (PSQ): وهو يهتم بالحالات النفسية اتجاه العوامل المختلفة لجوانب أنظمة الأجور ويتم الإجابة عليه في مقياس متدرج من خمسة مستويات.

ب- أسلوب الأحداث الحرجة:

هو أسلوب يعرف بطريقة القصة لهيرزبرج يتم من خلاله قياس وتقييم الرضا الوظيفي لدى الأفراد، حيث يطلب من الأفراد أن يصف بعض الأحداث المرتبطة بعمله، والتي حققت له الرضا أو عدمه، ثم يتم اختبار وفحص الإجابات لاكتشاف عوامل أو مسببات الرضا أو عدمه، فمثلا إذا ذكر العديد من الأفراد مواقف في العمل تعرضوا فيها لمعاملة سيئة من المشرف أو يمتد دون المسرف لمعاملته الطيبة يظهر أن نمط الإشراف يلعب دورا هاما في الرضا الوظيفي لدى الأفراد.

ج- المقابلات الشخصية:

وهي تتضمن مقابلة الأفراد بصفة شخصية وجها لوجه حيث يمكن للفرد أن يفصح عن بعض الأمور والاتجاهات التي لا يمكن الحصول عليها من قوائم الاستقصاء وبالتالي التعرف على الأسباب التي تكون وراء الرضا أو عدم رضا العاملين، وتكون أكثر فاعلية في المنظمات الصغيرة، وخاصة إذا تم التخطيط لها من قبل مختصين في المقابلات الشخصية، وتقل فعاليتها في المنظمات الكبيرة لأن الأفراد في الغالب يخشون الإفصاح على أمور قد تضر بمصالحهم خاصة إذا تعارضت تلك الأمور مع توجهات ومصالح المنظمة.²

¹- J. Moutte , La relation personnel en contact-client :une relation donnant-donnant ?une approche exploratoire , pp.04-05. <http://g.ebooks-gratuit.org/documents/pdf/518419-satisfaction-de-la-clientelle.html>

²- راوية حسن، مرجع سابق، ص 198.

2-2- الطريقة غير المباشرة في قياس الرضا الوظيفي:

يعتمد قياس إتجاه العاملين ورضاهم في الطريقة غير المباشرة على حساب العديد من معدلات نواتج العمل نذكر من أهمها معدل دوران العمل، معدل التغيب عن العمل ومعدل الإنتاج المرفوض، ومعدل الحوادث في العمل، وكذلك معدل الشكاوي. وفيما يلي شرح أهم هذه المعدلات:¹

أ- معدل دوران العمل: يقدر معدل دوران العمل في مؤسسة ما بعدد تاركي العمل باختيارهم مقسوما على متوسط عدد الموارد البشرية في تلك المؤسسة خلال فترة ما. ووفق منظور الطريقة غير المباشرة فإنه في الحالة التي يكون فيها معدل دوران العمل مرتفع (أكثر 5%) فإن ذلك يعتبر كمؤشر عن عدم الرضا والعكس صحيح.

ب- معدل التغيب عن العمل: ويقدر بعدد ساعات التغيب عن العمل مقسوم على عدد ساعات العمل الكلية. ويمكن حساب هذا المعدل في فترات متباينة تحددها المؤسسة (كل شهر، كل سنة...الخ). وفي الحالة التي تكون فيها معدلات التغيب مرتفعة (أكثر 5%) فإن ذلك يعتبر كمؤشر عن عدم الرضا، والعكس صحيح.

ج- معدل الإنتاج المرفوض: يقدر بنسبة عدد الوحدات المرفوضة لسوء جودتها بالنسبة لعدد الوحدات المنتجة. وفي الحالة التي تكون فيها معدلات الإنتاج المرفوض مرتفعة (أكثر 5%) فإن ذلك يعتبر كمؤشر عن عدم الرضا.

من المسلم به أن الرضا الوظيفي له أهمية كبيرة حيث يعتبر في الأغلب مقياسا لمدى فاعلية الأداء والجودة. فإذا كان رضا الأفراد الكلي مرتفعا، فإن ذلك يؤدي إلى نتائج مرغوب فيها تضاهي تلك التي تتويها المنظمة عندما تقوم برفع أجور عمالها أو بتطبيق برامج للمكافآت التشجيعية أو نظام الخدمات. ومن ناحية أخرى، فإن عدم الرضا الوظيفي يسهم في التغيب عن العمل وإلى كثرة حوادث العمل والتأخر عنه وترك العاملين للمؤسسات التي يعملون بها والانتقال إلى مؤسسات أخرى. ويؤدي إلى تفاقم المشكلات العمالية وزيادة شكاوى العمال من أوضاع العمل وتوجيههم لإنشاء اتحادات عمالية للدفاع عن مصالحهم، كما أنه يتولد عن عدم الرضا مناخ تنظيمي غير صحي.²

¹ - عكاشة، مرجع سابق، ص 115-117.

² - أحمد السيد كردي، التنمية الإدارية تنمية الرضا الوظيفي"، منتدى طريق النجاح والتفوق، الموقع الإلكتروني

3- العلاقة بين الرضا الوظيفي ورضا الزبون

أكد معظم الباحثين على وجود علاقة بين الرضا الوظيفي ورضا الزبون. ولكن لفهم هذه العلاقة لا بد من التطرق وفهم النموذج العام لعلاقة عمال الواجهة في الخدمات والزبائن، وقبل ذلك سنتطرق لأهمية المورد البشري بالنسبة للمنظمة الخدمية.

3-1- أهمية المورد البشري في المنظمة الخدمية:

تتضح أهمية الأفراد العاملين في المنظمة الخدمية بشكل تلقائي، حيث أن العاملين في أي منظمة خدمية لهم دور كبير ومؤثر في تقييم جودة الخدمات الداخلية حيث يعتبر بعض الباحثين أن الزبون الداخلي هو قاضي نهائي على جودة الخدمة المقدمة.¹ باعتبار أن نجاح هذه المنظمات يعود بشكل مباشرة إلى اختيار وتدريب وتحفيز هؤلاء الأفراد؛ لأن المورد البشري هو الذي يعمل على تفعيل واستثمار باقي الموارد المادية والتقنية الأخرى في المنظمة وأن نجاح المنظمة يعتمد بالدرجة الأولى على نوعية مواردها البشرية، لذلك يمكن اعتبارهم أعظم الأصول لدى المؤسسة لأنهم الأكثر مساهمة بالحفاظ على الزبائن والقائمون على تنفيذ الخدمات بشكل مميز، ما يولد لدى المنظمة الخدمية ميزة تنافسية عن المنظمات الأخرى.² وعليه، كان من الضروري أن توجه المنظمة جميع جهودها في سبيل تطوير وتنمية هذا المورد من أجل الوصول به إلى حد الامتياز.

بشكل عام لكي تساهم الموارد البشرية في نجاح وتفوق المنظمة يجب أن تتوفر فيها الصفات التالية:³

- أن تكون نادرة أي غير متاحة للمنافسين، بمعنى أن يتوفر للمنظمة موارد بشرية نادرة المهارات والقدرات ولا يمكن للمنافسين الحصول على مثلها، كأن تتوفر لدى هذه الموارد البشرية القدرة على الابتكار والإبداع وقبول التحديات والمهام الصعبة والقدرة على التعامل مع تقنيات مختلفة؛
- أن يكون لديهم الإخلاص والولاء للمنظمة والالتزام والرقابة الذاتية؛
- أن تكون الموارد البشرية قادرة على إنتاج القيم "Valeur" من خلال تنظيم غير المسبوق "sans précédent" وتكامل المهارات والخبرات ومن خلال القدرات العالية على العمل في فريق؛
- أن يمتلكوا الدوافع العالية التي تتسجم مع المستويات الراقية للأداء كالدوافع وإثبات الذات والتقدم المهني؛

¹ - M.Jun and S.Cai, "Examining the relationships between internal service quality and its dimensions, and internal customer satisfaction", **Total Quality Management**, Vol. 21, No.2, (2010), pp.205-223.

² - العجارمة، تيسير، التسويق المصرفي (عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2005)، ص. 308.

³ - علي السلمي، إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية (القاهرة: دار غريب للنشر والطباعة، 2001)، ص. 113.

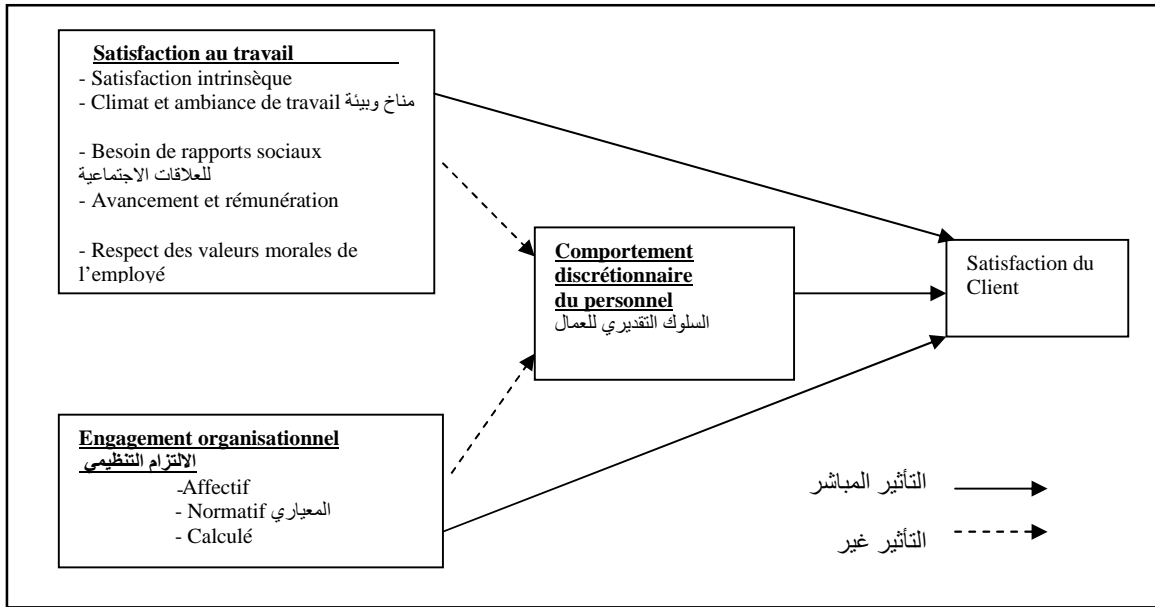
- يصعب على المنافسين تقليدها، سواء بالتدريب والتأهيل، ولعل أهم ما يذكر في هذا هي الموارد البشرية اليابانية كنوع من الموارد التي يصعب تقليدها، إذ تعرف على أنها مرتبطة بالمؤسسات التي تعمل فيها ارتباطاً وثيقاً يعبر عنه بفكرة التوظيف الدائم، فتعتبر هذه الحالة فريدة من نوعها لا تكرر بسهولة في غير المؤسسات اليابانية.

وعلى هذا الأساس أعلنت العديد من المنظمات أن مواردها البشرية تميزها عن منافسيها، حيث أن مواردها البشرية تمتلك قيمة إستراتيجية خاصة، من ذوي القابليات المهنية والفنية المميزة، لذلك تسعى إلى جذب هؤلاء والاحتفاظ بهم، وجعلهم يستمرون في المنظمة كمتنافسين مع نظرائهم في المنظمات الأخرى.

3-2- نموذج العلاقة بين عمال الواجهة في الخدمات والزيائن:

من اجل فهم العلاقة بين رضا العاملين ورضا الزبون، لا بد أولاً من فهم نموذج العلاقة الذي يجمع بين عمال الواجهة في الخدمات والزيائن. هذا النموذج يشرح نوعين من الآثار وهي: الآثار المباشرة والآثار غير المباشرة بين عمال الواجهة والزيائن، ويلخصها الشكل رقم (18):

شكل رقم 18: نموذج الآثار المباشرة وغير المباشرة للعلاقة بين عمال الواجهة في الخدمات والزيائن



Source: J. Moutte, 2ème Journée de Recherche IRIS sur le thème de la relation client dans les activités de service, "Le management du personnel en contact dans les services : levier d'amélioration de la satisfaction des clients", IAE Lyon, (15 mars 2007), P. 21.

3-2-1- الآثار المباشرة للعلاقة عامل-زبون:

إن علاقة عمال الواجهة بالزبائن تظهر ثلاث أنواع من الآثار المباشرة، تشمل آثار كل من الرضا في العمل، والالتزام التنظيمي والسلوك التقديري للعمال على رضا الزبون. ويمكن تبيانها في الآتي:¹

أ- الرضا في العمل ورضا الزبون:

إن العاملين في المؤسسات الخدمية يلعبون دوراً حاسماً في التأثير على درجة رضا الزبائن، مما يحتم على المؤسسات الخدمية العمل المتواصل في تهيئة أفرادها العاملين وتطويرهم ليكونوا على درجة عالية من التفهم والمعرفة العميقة لحاجات الزبائن ورغباتهم والعمل على كسب رضاهم عن الخدمة المقدمة. من هنا جاءت أهمية الرضا الوظيفي للعاملين خاصة في المنظمات الخدمية؛ لأن الرضا الوظيفي يولد الإخلاص الذي يؤدي إلى تقديم أفضل الخدمات للزبائن، فالزبائن يقيمون جودة الخدمات من خلال التفاعل المباشر مع العاملين، هذه العلاقة تظهر مستوى مواهب العاملين ورضاهم.

وبناءً عليه، يعتبر الرضا في العمل مصطلح جوهرية في فهم الاتجاهات والمواقف في العمل. وعادة يدرس الرضا الوظيفي باعتباره المتغير المفسر ل: الفعالية التنظيمية، الأداء، الإضرابات، مقاومة التغيير. وبالمقابل تؤكد نتائج دراسات حديثة في مجال التسويق أن الرضا الوظيفي لعمال الواجهة له تأثير إيجابي على جودة الخدمة المدركة وعلى رضا الزبون. وهناك دراسات تؤكد وجود ارتباط بين زيادة رضا العاملين وبين تحسين نوعية المنتج وبين رضا الزبائن، وذلك بسبب وجود ارتباط بين جودة الخدمة ورضا العاملين والاحتفاظ بالزبائن.²

ب- الالتزام التنظيمي للعمال ورضا الزبون:

بالإضافة إلى رضا العمل يعتبر الالتزام الوظيفي من بين المصطلحات المفتاحية في دراسة العلاقة عامل - مؤسسة ويتم تعريف الالتزام التنظيمي بأنه "الحالة النفسية التي لها تأثير على قرار البقاء عضواً في المنظمة".³ ويمكن القول بأن الالتزام التنظيمي هو طبيعة الارتباط بين الموظف والمنظمة، ومدى تعلقه

¹ - Moutte, J., 2ème Journée de Recherche IRIS sur le thème de la relation client dans les activités de service, "Le management du personnel en contact dans les services : levier d'amélioration de la satisfaction des clients", IAE Lyon,(15 mars 2007), pp. 09-10.

² - H. Kuei, "Internal Service Quality- An Empirical Assessment", *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol.16, (1999), pp.783-791.

³ - خير الدين موسى أحمد ومحمود أحمد النجار ، "أثر البيئة الداخلية على الالتزام التنظيمي في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في المملكة الأردنية الهاشمية"، *مجلة جامعة الملك فيصل (المملكة العربية السعودية)*، (2012)، ص.13.

بها وأثر هذا الارتباط علي كفاءة وفاعلية المنظمة، وهو مدى التوافق بين أهداف الموظف وأهداف المنظمة، ويعني مدى ولاء وانتماء الموظف للمنظمة و مدى الحفاظ علي استمراريتها وتقديمها

تختلف صور التزام الأفراد تجاه المنظمات باختلاف القوة الباعثة والمحركة له -وعلى العموم -تشير الأدبيات إلى أن هناك أبعاداً مختلفة للالتزام التنظيمي وليس بعداً واحداً، ورغم اتفاق غالبية الباحثين في هذا المجال على تعدد أبعاد الالتزام، إلا أنهم يختلفون في تحديد هذه الأبعاد وتشمل: الالتزام العاطفي Affective Commitment، الالتزام المعياري Normative Commitment، الالتزام المستمر Continuance Commitment¹.

ج- السلوك التقديري لعمال الواجهة ورضا الزبون:

إن السلوك التقديري هو مفتاح الفعالية التنظيمية، وهذا السلوك يغطي السلوك الذي يتمناه ويطلبه المسؤولون دون القدرة للوصول إليه. وورد تحت تسميات مختلفة مثل: سلوك موجه بالزبون، مواطنة

تنظيمية، سبق اجتماعي. وفي إطار خصوصية عمال الواجهة المتفاعلين مع الزبائن فإنه مطلوب منهم سلوك موجه بالزبون، أو سلوك تنظيمي مواطن، أو سلوك سبق الاجتماعي.²

ج.1- سلوك موجه بالزبون:

عرف وايتس وساكس (Saxe & Weitz) السلوك الموجه بالزبون بالدرجة التي يطبق بها البائعون مفهوم التسويق في محاولتهم لمساعدة الزبائن في قرارات الشراء من أجل إرضائهم بكيفية أفضل.³ ويعتبر هذان الباحثان أن البائع الموجه بالزبون يتخذ القرارات لزيادة رضا الزبون على المدى الطويل ويتحاشى كل سلوك يؤدي إلى عدم رضا الزبون. وقد أشارت بعض الدراسات أن البيع الموجه بالزبون يتميز ب:⁴

- الرغبة في مساعدة الزبون على الحصول على الرضا من خلال قرارات الشراء التي يتخذها؛
- مساعدة الزبائن في تقييم حاجاتهم؛
- عرض المنتجات التي تلبى حاجاتهم؛
- وصف المنتجات بدقة وواقعية؛
- تفادي التكتيكات المخادعة للتأثير على الزبون؛

¹ - نفس المرجع، ص.ص.13-14.

² -Moutte, op. cit., pp. 13-18.

³ -R.Saxe , B.A. Weitz, "The SOCO Scale: A Measure of the Customer Orientation-Selling Orientation of Salespeople", *Journal of Marketing Research*, Vol.19, (1982), pp.343-351.

⁴ - Ibid.

– تفادي استعمال قوة الضغط .

ويرى الباحثان أن مستوى مرتفع من التوجه بالزبون عند البائع يعكس قدرته على مساعدة زبائنه بمعنى الالتزام بالسلوك يعمل على رفع رضا الزبون، وقام هذان الباحثان بتطوير سلم للتوجه بالزبون (SOCO (Sales Orientation–Customer Orientation)، وهو الأكثر استعمالاً.

ج.2- السلوك التنظيمي المواطن:

السلوك التنظيمي المواطن هو فكرة عرفت اهتمام منذ ثلاثين سنة الأخيرة على الرغم أنه لم يشتهر سوى قريباً ويعرف على أنه: سلوك فردي من النمط التقديري غير معرف مباشرة ولا ضمناً من طرف النظام الرسمي للمكافآت ويساهم في السير الحسن للمنظمة، وحسب سميث وأوقن وآخرون (Smith, Organ et al) سنة 1983 فإن هذا السلوك يتضمن بعدين:¹

– الدور الخارجي الذي يعكس محبة الغير؛

– الدور الداخلي ويعكس أهمية الضمير المهني نحو المنظمة.

وفي عام 1994 عرف Organ السلوك التنظيمي المواطن أنه ذلك السلوك التقديري الذي يساهم عموماً في نجاح المؤسسة ويقسم هذا السلوك إلى 5 فئات وهي: حب الغير، المهنية، روح الجماعة، اللطف، المواطنة.² وتضيف دراسات وأبحاث حديثة أبعاد أخرى لتصبح سبعة أبعاد مثل: ولاء العمال وتنمية الأفراد.

ج.3- سلوك السبق – الاجتماعي :

إن هذا السلوك يرجع إلى سلوك التعاون بين الأفراد داخل المنظمة وهذا السلوك هو جزء من الدور التنظيمي للعامل وهو مريح للعمال الموجه لهم. وقد درس براون وبتنكوت (Bettencourt & Brown) هذا السلوك بالنسبة لعمال الواجهة في الخدمات وخلص إلى ثلاث أنماط من هذا النوع بإمكانها أن تكون مريحة للمنظمة:³

– **الدور الخارجي:** وهو يخص المبادرة لدى الأفراد، وهو معني بالسلوك التقديري للأفراد في الواجهة أثناء تقديم الخدمة التي تتجاوز الدور الرسمي المطلوب منهم.

¹ – C.A. Smith, D.W. Organ, J.P. Near, "Organizational citizenship behavior ; its nature and antecedents", **Journal of Applied Psychology**, Vol.68, (1983), pp. 655–663.

² – D.W. Organ, "Personality and organizational citizenship behaviour", **Journal of Management**, Vol.20, (1994), pp. 465–478.

³ – L. A. Bettencourt, S. W. Brown, "Contact Employees : Relationships Among Workplace Fairness, Job Satisfaction and Prosocial Service Behaviors", **Journal of Retailing**, Vol. 73, No.1, (1997), pp. 39–61.

- الدور المعين أو الموصوف: وهو السلوك المنتظر من العامل في مواجهته للزبون، فالعامل يتبع المعايير الظاهرة أو الضمنية لعمله، وهذا الدور مرتبط بدرجة توصيف المنصب وبصيغ تقييم الأداء، وتصف بعض الدراسات أن حسن المعاملة واللباقة تدخل في إطار هذا السلوك.
- التعاون: ويمثل درجة تعاون العامل مع فريق العمل لانجاز المهام.

3-2-2- الآثار غير المباشرة للعلاقة بين عمال الواجهة والربائ:

إضافة إلى الآثار المباشرة المؤثرة على رضا الزبون، هناك آثار غير مباشرة لكل من الرضا في العمل والالتزام التنظيمي على رضا الزبون بواسطة الدور الوسيط للسلوك التقديري لعمال الواجهة الموجه للزبون. وبالتالي ندرس تأثير الرضا في العمل والالتزام التنظيمي على السلوك التقديري لعمال الواجهة كما يلي:¹

أ- الرضا في العمل والسلوك التقديري لعمال الواجهة:

حسب شواكا (Schwepker) فإن العلاقة بين الرضا في العمل والسلوك الموجه بالزبون للعمال غير واضحة. فهذان المصطلحان مرتبطان إيجابيا ولكن من الصعب تحديد اتجاه أو معنى العلاقة.² فبعض الباحثون يعتقدون أن الرضا في العمل هو نتيجة للتوجه بالزبون أمثال هاريس وآخرون (Harris et al.) ودفن وزملاؤه (Donavan et al).³ وآخرون يعتقدون أن التوجه بالزبون للأفراد متأثر بالرضا في العمل.⁴ أي أن التوجه بالزبون جاء نتيجة الرضا في العمل باعتبار الاهتمام بالزبون من نواتج الرضا الوظيفي.

وقد توصلت دراسة كل من أوقن وراين (Organ & Ryan) ودراسة بودزاكوف وزملاؤه (Podsakoff et al) إلى أن الرضا في العمل له اثر ايجابي على السلوك التقديري المواطن.⁵ وأكد أيضا بنتكوت

¹ - Moutte, op. cit., pp. 19-21.

² - C.H. Schwepker, "Customer-oriented selling: A review, extension, and directions for future research", **Journal of Personal Selling & Sales Management**, Vol. 23, No.2, (2003), pp.151-171.

³ -, E.G. Hariss, J.C. Mowen, et T.J. Brown, " Re-examining Salesperson Goal Orientations: personality Influencers, Customer Orientation, and Work Satisfaction", **Journal of the Academy of Marketing Science**, Vol.33, (2005), pp.19-36; D. T. Donovan, T.J. Brown, J.C. Mowen, "Internal Benefits of Service-Worker Customer Orientation: Job Satisfaction, Commitment, and Organizational Citizenship Behaviors ", **Journal of Marketing**, Vol.68, (2004), pp.128-146.

⁴ -, K. D. Hoffman and T.N. Ingram, "Creating Customer-Oriented Employees: The Case in Home Health Care", **Journal of Health Care Marketing**, vol.11, No.2, (1991), pp. 24-32; C.E. Pettijohn and L.S. Pettijohn, and A.J. Taylor, "The Influence of Salesperson Skill, Motivation, and Training on the Practice of Customer-Oriented Selling", **Psychology et Marketing**, Vol.19, (2002), pp.743-57.

⁵ - D.W. Organ, K.Ryan, "A meta-analytic review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behaviour", **Personnel Psychology**, Vol. 48, (1995), pp. 775-802 ; P.M. Podsakoff, S.B. MacKenzie, W.H. Bommer, "A

وبراون (Bettencourt & Brown) وجود العلاقة الايجابية بين الرضا في العمل والسلوك التقديري الاجتماعي لعمال الواجهة.¹

ب- الالتزام التنظيمي والسلوك التقديري لعمال الواجهة:

تؤكد الأدبيات إلى حد الآن أنه كلما كان العاملين ملتزمين إتجاه منظماتهم كلما كان لهم سلوك موجه بالزبون.² حيث أن إلتزام العاملين، يعني أنهم سيعملون على تحقيق أهداف المنظمة المتمثلة أساسا في تحقيق رضا الزبون، وذلك لن يتم إلا بسلوكهم الموجه بالزبون. أما بالنسبة للسلوك التنظيمي المواطن فقلة من الباحثين من تناول العلاقة بين الإلتزام الوظيفي وأبعاده. وفي دراسة لـ بنر وريوك (Rioux & Penner) أكدوا أن محبة الغير وروح الجماعة متأثرة بالالتزام التنظيمي.³ كما يعتقد أن السلوك التقديري يكون أكثر حيوية عندما يمتلك العمال التزام عاطفي قوي تجاه المنظمة حسب ترامبلي (Tremblay et.al).⁴

المبحث الثالث: القيمة المدركة وعلاقتها بالجودة المدركة ورضا الزبون

يعتمد بقاء منظمات الأعمال ونجاحها في الوقت الحاضر على ما تقدمه لزيائنها من قيمة، وذلك في إطار علاقة التعامل المباشر بينها وبين الزبون من جهة، وما تقدمه من منتجات في أثناء عملية التبادل من جهة ثانية. والحصول على قيمة من وجهة نظر الزبون هو هدف أساسي ومحوري ومهم لعملية الشراء في كل الصفقات التبادلية الناجحة. وبصرف النظر عن الأهمية الواضحة للقيمة من وجهة نظر الزبون، فإنها ذات أهمية كبيرة بالنسبة للباحثين في مجال التسويق كونها قد تغير اتجاه الرضا وعدم الرضا. ولقد نوقشت أهمية الجودة المدركة ورضا الزبون على نطاق واسع في الأدبيات، ولكن مؤخرا فقط بدأ يركز الباحثون في مجال التسويق على دور القيمة لدى الزبون كمتغير وسيط بين الجودة المدركة والرضا، وذلك للمساعدة على تفسير تكرار سلوك الشراء وعلاقة الإلتزام.

meta-analysis of the relationships between Kerr and Jermier's substitutes for leadership and employee job attitudes, role perception, and performance", **Journal of Applied Psychology**, Vol. 81, (1996), pp. 380-399

¹ - Bettencourt et Brown, op. cit.,

² - A.W. Joshi and S. Randall, «The indirect effects of organizational controls on salesperson performance and customer orientation», **Journal of Business Research**, Vol. 54,(2001), pp. 1-9; S.W. Kelley, "Developing customer orientation among service employees", **Journal of the Academy of Marketing Science**, Vol. 20, (1992), pp. 27-36..

³ - S. Rioux and L. Penner, "The causes of organizational citizenship behavior: a motivational analysis", **Journal of Applied Psychology**, Vol. 86, (2001), pp. 1306-1314.

⁴ - M.Tremblay and P.Guay and G. Simard, "L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires : l'influence des pratiques de gestion des ressources humaines », **Actes du 11ème Congrès de l'AGRH**, Paris. 2000.

المطلب الأول: مفهوم القيمة وعناصرها

يسعى الإنسان دوما لتلبية حاجاته ورغباته التي تحدد سلوكه وتصرفاته، الأمر الذي يجعله مستعدا للتضحية بشيء من موارده وممتلكاته لتحقيق اكبر إشباع لتلك الحاجات مقابل أن تكون تكاليف الحصول عليها اقل ما يمكن، أي يبحث على ما تكون قيمته عالية من وجهة نظره. وهذا ما سيتم التطرق إليه في هذا المطلب من خلال تحديد مفهوم القيمة - الزبون واهم عناصرها.

1- مفهوم القيمة

يعد مفهوم القيمة من المفاهيم المهمة والحديثة نسبيا في أدبيات التسويق المعاصر الذي يعتبر التسويق الوظيفة التي تهتم بخلق قيمة الزبون، فقد حظي تكوين قيمة الزبون باهتمام الإدارة في التسعينات، باعتبار قيمة الزبون هي مخرج العمليات التي تبدأ مع تثبيت استراتيجيات الأعمال وفهم عميق لحاجات الزبائن.¹ فنشأة القيمة- الزبون تعود إلى فترة الانتقال من شعار "الزبون هو الملك" إلى توظيف العلم في تحديد الرغبات الحقيقية للزبون والقيمة المضافة له، وهذا يعود في جزء كبير منه إلى حركة تطور الجودة وعلى وجه الخصوص إلى توظيف معايير رضا الزبون في المقاصد الأساسية لشعارات الجودة.²

وقد اهتم المسؤولون على الجودة بوظائف وخصائص المنتجات أو الخدمات، وقد كانت المفاجأة لديهم كبيرة عندما بينت لهم الأبحاث أن إرضاء الزبائن لا يقتصر على مواصفات المنتجات أو الخدمات بل قد يشمل سرعة رد فعل الموردين أو مواقف البائعين، دقة الفاتورة، الخدمة بعد البيع... الخ.³ وإذا كان الواقع قد اكتشف مضاعفة وتعميق تحريات إرضاء الزبون، فإن ما يعاب على هذه التحريات اهتمامها بإرضاء الزبون من منظور المكاسب أو النتائج الإيجابية (الأرباح) التي يتحصل عليها، غير أن الحقيقة أن الزبون يبحث فعلا عن أكبر إشباع أي أكبر المكاسب لكن ليس بأي ثمن؛ لأنه في مقابل ذلك فإنه سوف يتحمل بعض التضحيات والتي يوجد من بينها السعر حتما. وحسب هذا الرأي، فإن مرد هذا الاهتمام بالنتائج أن التحريات من جانب التضحيات رغم أهميتها تعد موضوعا شديدا حساسية مقارنة بالمكاسب.⁴

¹ - D. W. Gravens, **Strategic Management** (USA: McGraw-Hill, 2000), P. 14.

² - J. Brillman, **les meilleures pratiques de management (au coeur de la performance)**, 3^{eme} éd, (Paris: edition organisation , 2001), p. 91.

³ - N. Octave and j. Arregle and D,Yves, **introduction au management de la valeur** (Paris: Edition Dunod , 2001), p.76.

⁴ - جمال خنشور، " أثر القيمة - الزبون والمفاهيم المحاذية لها على مردودية المؤسسة"، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر، العدد10، (2006)، ص 380.

وبناء عليه، فإن أغلب الباحثين يعرفون القيمة- الزبون على أساس العلاقة بين المكاسب (الأرباح) والتضحيات (الأعباء).

فنجد أن القيمة- الزبون تعرف بأنها عملية المبادلة التي يجريها الزبون بين المنافع التي يحصل عليها من السلعة أو الخدمة، وكلفة الحصول عليها. وتشمل المنافع كلا من المنتج نفسه وخدمات الإسناد، والأطراف المشتركة في عملية الشراء والوقت والجهد المبذولين للحصول على المنتج، والمخاطر المدركة.¹ وعرفها كوتلر وArmstrong (Kotler & Armstrong) بأنها الفرق بين قيمة الزبون الإجمالية وكلفة الزبون الإجمالية.² وبذلك يسعى الزبون إلى جني أقصى المنافع مقابل التضحيات التي يقدمها للحصول على المنتج، على أساس التقدير والمبادلة التي يجريها لتحقيق ذلك.

إن سبب حصول الزبائن على مكاسب وتحملهم لتضحيات متباينة طبقاً لتفضيلاتهم الخاصة، تنعكس مباشرة على الأهداف النهائية لشراء المنتج. ويمكن تفسير هذا الفهم بتحديد سلسلة المستويات المتعاقبة في علاقة الزبون بالمنتجات أو الخدمات خلال تحصيله للقيمة، وقد خلصت هذه المستويات طبقاً لنظرية وسائل- مقاصد إلى ثلاث مستويات متعاقبة، وهي:³ خصائص المنتج، النتائج المترتبة عن استخدامه، القيمة أو الهدف النهائي للشراء. وبذلك فالزبائن ليسوا متجانسين مادام تحصيلهم للقيمة من نفس المنتج تكون حتماً بصورة متباينة، وهذا ما يضيف الذاتية والنسبية والتطورية على تحصيل القيمة.

وهناك إتجاهان في هذا الإطار لتحديد قيمة الزبون:

الإتجاه الأول: يحدد قيمة الزبون بوصفها نسبة المنافع المدركة لكلف الملكية الكلية.⁴ إذ تستخدم تكلفة الملكية مفهوماً أوسع من السعر، وتشمل التكلفة المشتركة، مثل تكلفة نقل المخزون وتكلفة الصيانة وتكلفة الإدارة. وتقاس قيمة الزبون بنسبة المنافع المدركة للتضحيات المدركة، وينظر إلى مفهوم التضحيات المدركة على أنها تشمل التكلفة النقدية وغير النقدية التي يتحملها الزبون.⁵ وبذلك يمكن التعبير عنها وفق المعادلة التالية:

$$\frac{\text{المنافع}}{\text{التضحيات}} = \text{القيمة المدركة}$$

¹ - D. W. Cravens, **Strategic Marketing**, 6th ed (USA: McGraw-Hill, 2000), p p.14-15.

² - P. Kotler and G. Armstrong, **Principle Marketing**, 8th ed (Printice-Hill, Inc, 1999), p.554.

³ - Octave and Arregle and Yves, op.cit, p. 35.

⁴ - C. Martin, "From Brand Values to Customer Value", **Journal of Marketing Practice: Applied Marketing Science**, (1996), Vol.2, No.1, pp.55-66.

⁵ - M.Saliba, and C. M. Fisher, "Managing Customer Value: A Framework Allows Organization to Achieve and Sustain Competitive Advantage", **Quality Progress**, Vol.33, No.6, (2000), pp. 63-68.

الاتجاه الثاني: يعبر عن القيمة بأنها "الفرق بين منافع الزبون المدركة وتضحيتها المدركة".¹ وبذلك يمكن التعبير عنها وفق المعادلة التالية:

$$\text{القيمة المدركة} = \text{منافع الزبون المدركة} - \text{تضحيات الزبون المدركة}$$

إن النتائج المترتبة على الاتجاهين تبين أنه عندما تكون قيمة الزبون نسبة المنافع للتضحيات، فإن زيادة النسبة بالتساوي في كل من البسط والمقام لن يؤدي إلى حدوث تغيير في القيمة المدركة. بخلاف الاتجاه الثاني لتحديد قيمة الزبون، فإن الزيادة المتماثلة ستغير فعلا في القيمة المدركة للزبون.²

كما يمكن تعريف القيمة-الزبون من خلال عدة جهات، كما يلي:

فمن جهة فقد وضع زينامل (Zeithaml) أربعة مفاهيم للقيمة عند الزبون، فقد عرف القيمة بوصفها السعر الأقل، كما عرفها بأنها أي شيء يرغب به الزبون-خدمة أو منتج-، وهي الجودة التي يستلمها الزبون، وهي أيضا ما يحصل عليه الزبون مقابل ما يدفع.³ إلا أن بعض الباحثين يقيمون قيمة الزبون بشكل أولي على أنها تبادلية بين السعر والجودة، وإن هذا الاعتقاد نشأ من ملاحظتهم للأسواق. وظهر في نهاية الثمانينات وبداية التسعينات أن السعر والجودة يقودان شراء الزبون. فقد ارتبط مفهوم قيمة الزبون بين الجودة والسعر، إذ تمثل قيمة الزبون كمية المنتج المرتبط بالسعر أو الجودة الفنية لمواد وخصائص المنتج، أو هي الجودة العالية المرتبطة بزيادة الحصة السوقية والقابلية للربحية وزيادة رضا الزبائن والمساهمين على حد سواء.⁴ وبذلك تتجسد قيمة الزبون في الجودة الكلية المرتبطة بالسعر التي يستلمها الزبون، والتي تمثل مرتكزا في تفضيله المنتج مقابل السعر والتكلفة غير النقدية الأخرى التي يتحملها إزاء ذلك.

أما وجهة النظر الأخرى فهي التي أشار إليها وودراف (Woodruff) في أن المميزات العامة لتعريف قيمة الزبون ترتبط باستخدام المنتج، وتركيزها على إدراك الزبون والتبادل المشترك بين منفعة الزبون وتضحيتها، وبذلك توصف قيمة الزبون بأنها "تفضيلات الزبون المدركة وتقييمه لخصائص المنتج، ومعالم الأداء، ونتائج الاستخدام الذي يسهل تحقيق أهداف الزبون وأغراضه."⁵ يركز هذا التعريف على الفهم والإدراك بأن المنتجات هي وسائل لتحقيق أهداف الزبون، لأنها تخلق قيمة للزبون، لا عن طريق خصائص

¹ - kotler and Armstrong, op, cit., pp.545-546.

² - R. Brennan, "Does Political Marketing Need The Concept of Customer Value?", 2004, University Business School, UK. [www.mubs.mdx.ac.uk./Research/Discussion-papers/marketing/pdf.\(12-11-2013\)](http://www.mubs.mdx.ac.uk./Research/Discussion-papers/marketing/pdf.(12-11-2013))

³ -T. Duman, "A Model of Preceived Value for Leisure Travel products", **European Journal of Marketing**, Vol. 32, No.11, (2002), p. 4.

⁴ - B. Donath, "The Customer Value Imperative", **Institute of the Study of Business Markets**, Vol.8, No.1, (1998), pp. 1-2.

⁵ - R. B. Woodruff, "Customer Value: The Next Source for Competitive Advantage", **Journal of the Academy of Marketing Science**, Vol.25, No.2, (1997), pp.139-154.

المنتج فحسب، وإنما من خلال النتائج الناشئة عن حالات الاستخدام، أي أن وجهة النظر هذه تعتمد على إدراك مستوى نتائج المبادلة بين المنافع التي يجنيها والتضحيات التي يتكبدها.

ومن وجهة نظر المنظمة فتصفها بأنها "القيمة الناتجة من مساهمات الزبون في الأرباح القابلة للتوزيع، وأن قيمة الزبون تساوي قيمة المنظمة".¹ أي مقدار ما يمثله ويحققه الزبون من قيمة للمنظمة، تلك القيمة التي تأخذ بالحسبان تأثير العلاقة طويلة الأمد بين المنظمة وزبونها.² يتضح مما سبق أهمية علاقة الزبون بالمنظمة لخلق القيمة والمساهمة في تحقيقها إلى الدرجة التي تعد فيها قيمة الزبون مساوية لقيمة المنظمة.

يلاحظ من خلال ما سبق أن قيمة الزبون تتحدد من العلاقة بين الحاجات التي يدركها الزبون والسلعة التي تحقق إشباع تلك الحاجات لكل سلعة أو خدمة قيمة، وأن المدى الذي تلبى به حاجات الزبون تعكس قيمتها. وتستمد عناصر الإنتاج قيمتها من المنفعة التي أسهمت في تكوينها، أي أن عناصر الإنتاج تستمد قيمتها من قيمة السلعة التي تنتجها.

أ. غير أنه ظهرت في الآونة الأخيرة مقاربة جديدة عرفت قبولا عام وانتشار واسعا لمفهوم القيمة المدركة كمصطلح متعدد الأبعاد، تتيح لنا هذه المقاربة التغلب على بعض المشاكل التي عرفت المقاربة التقليدية للقيمة المدركة التي تركز خاصة على المنافع الاقتصادية، هذه المقاربة تركز من جهة على أن إدراك القيمة المدركة كمتغير معرفي تعتبر نسبية، حيث أنه من الضروري إدماج العنصر العاطفي، ومن جهة أخرى لا يمكن التركيز فقط على مفهوم القيمة المدركة كمقارنة بين "المتحصل عليه" و "الممنوح"، حيث ينبغي إدخال أيضا المتغيرات العاطفية ضمن المعادلة، فالمنافع العاطفية يمكنها التأثير أيضا على الاختيار بين البدائل.³ وبذلك تعتبر القيمة المدركة متغير ديناميكي و التي هي أيضا نتيجة تجربة استهلاكية، وعليه فإنه يجب إدراج التفاعلات الذاتية أو العاطفية التي تتولد عند عملية الاستهلاك، حيث ترتبط

¹ – A. F. Giffin, "Managing Customer Value for Customer Satisfaction, New Markets and Profit Enhancement", International Insurance Society, 2002, Singapore, www.iisonline.org/singapore/Giffin.pdf. (15-07-2014)

² – A. Payne, S.Holt, and P.Frow, "Integrating Employee, Customer and Shareholder Value Through An Enterprise Performance Model: An Opportunity for Financial Services", **International Journal of Bank Marketing**, Vol.18, No.6, (2000), pp.258-273.

³ – J. C. Sweeney and G. N. Soutar, "Consumer perceived value: the development of a multiple item scale", **Journal of Retailing**, Vol.77, No. 2, (2001), pp203-220. Cité par J. Tamsamani et al, L'impact des dimensions du produit sur la valeur perçue globale, Faculté d'Administration Université de Sherbrooke (Qc) Canada, 2007. P. 90. <http://ojs.acadiau.ca/index.php/ASAC/article/view/1036/895>.(11-10-2014)

هذه التفاعلات (الخوف والغضب والرغبة) والتي تتولد لحظة القيام بالصفقة أو عملية التبادل.

2- عناصر قيمة الزبون

إن عناصر قيمة الزبون تضم كل من قيمة الزبون الإجمالية وعناصر تكلفة الزبون الإجمالية، وهي كما يلي:

2-1- قيمة الزبون الإجمالية:

وهي حزمة من منافع الزبون التي يحصل عليها من المنتج أو الخدمة، وهذه المنفعة تضم قيمة المنتج وقيمة الخدمة والقيمة الشخصية وقيمة المكانة الذهنية، وهي كما يلي:¹

أ. قيمة المنتج: ويقصد به الخصائص المادية للمنتج نفسه. ويمكن أن يتضمن الأداء وهو مستوى الخصائص الابتدائية للمنتج مثل السرعة والدقة، والمعولية وهي احتمالية أن يكون للزائن مشاكل مع المنتج، والمطابقة تمثل درجة تتطابق تصميمات المنتج وخصائص العمليات للمواصفات المتوقعة، أما المتانة فهي تمثل عمر العمل المتوقع للمنتج، وبالنسبة للجانب الجمالي فيمثل سهولة خدمة المنتج.

ب. قيمة الخدمة: أصبحت الخدمة التي تعزز المنتج ذات أهمية متزايدة للتميز، ومن مجالات التميز: سهولة طلب المنتج من قبل الزبون، السرعة والكفاءة في التسليم حيث أن الزبون يدفع أكثر للخدمات المعول عليها، كما أن خدمات ما بعد البيع كجودة الصيانة والدعم اللاحق لها أثر كبير في قيمة الخدمة، والضمان الشامل أيضا يمكن أن يقلل من مخاطر الشراء المدركة.

ج. القيمة الشخصية: أصبح أفراد المنظمة مصدرا مهما لتحقيق التميز، وبشكل خاص في التسويق الموجه نحو الخدمة والجودة العالية للخدمات الشخصية. هذه الأخيرة صعبة التقليد من قبل المنافسين لأنها تعتمد على ثقافة المنظمة ومهارات الإدارة في تمكين العاملين وتحفيز كادر الخط الأول. وعليه، هناك عدة خصائص للأفراد الذين يضيفون قيمة من خلال الخدمة الشخصية كالاحترافية أي التدريب المستمر من أجل إكتساب المهارات والمعرفة، بالإضافة إلى الكياسة والمجاملة في التعامل مع العملاء، كما أن الاعتمادية شرط أساسي فالكادر الطبي يجب أن يكون

1 - P. kotler, **Principle Marketing, Analysis, Planning implementation and control** (New Delhi: Printice-Hill of India, 1997), p.38.

موثوقا به. والمعولية أيضا حيث أن الزبون يرغب بدقة وثبات الخدمة. كما أن المثابرة تجعل الزبون يرغب في التعامل مع كادر يؤمن بأنه قادر على التغلب على أصعب المعوقات العملية.

د. قيمة المكانة الذهنية: المكانة الذهنية هي طريقة ملائمة للإشارة إلى مجموعة متألّفة من المكافأة النفسية التي يستلمها الزبون من الشراء، وتبرز المكانة الذهنية من خلال الرسالة الإعلانية أو من خلال التعبئة.

2-2- تكلفة الزبون الإجمالية:

الجانب الآخر للقيمة هو جانب التضحيات، وقد أطلق كوتلر (Kotler) عليها تكلفة الزبون الإجمالية، ويمكن تقسيمه إلى تكلفة نقدية والمقصود بها السعر النقدي، وغير نقدية تتضمن تكلفة الوقت والمجهود والتكلفة النفسية. وقد لا يدفع الزبون السعر النقدي فقط، ولكن يدفع سعرا غير نقدي لشراء واستهلاك السلع والخدمات.¹ إلا أن التضحية الأكثر وضوحا هي السعر.

أ- التكلفة النقدية: عرف كوتلر وArmstrong (Kotler&Armstrong) السعر بأنه كمية النقود للمنتج أو الخدمة.² يلاحظ من هذا التعريف أن السعر هو المبلغ المدفوع في الخدمة أو السلعة. كما يعرف برايد (Pride) السعر بأنه "القيمة المتبادلة للمنتجات في التبادل التسويقي".³ إن هذا التعريف ركز على أن السعر هو نتيجة للتبادل، وبه تتحدد القيمة التبادلية التي يشار إليها بالسعر. بذلك يلاحظ أن التعريف انتقل إلى تفسير أكثر تعمقا ليعرف السعر من زاوية عملية المبادلة، أي مبادلة القيم بالمنافع. لأن مجموع القيم هي مجموع التكاليف التي يتحملها الزبون في سبيل الحصول على السلعة أو الخدمة، ويشير إلى ما يحصل عليه الزبون من منافع جراء تحمله لهذه التكلفة.

ب- التكلفة غير النقدية: تشمل تكلفة الوقت باعتبار أن الوقت هو أثن شيء. وعليه، تعد تكلفة الوقت أعلى من تكلفة النقود، ويظهر هذا عند الزبائن الذين لا يريدون أن يكون لديهم وقت ضائع، وتكلفة المجهود الذي يقوم به الزبون للحصول على المنتج أو الخدمة، إذ أن المجهود اليومي والفعلي هو تكلفة يدفعها الزبون، وأخيرا التكلفة النفسية التي تتضمن التعامل مع أفراد جدد، ومن ثم الحاجة لفهم الإجراءات الجديدة والمجهود المبذول من أجل التكيف مع الأشياء والحاجات الجديدة.

وعليه، يمكن تلخيص ما سبق في أن الزبون يهتم أولا بتحديد أي منتج أو خدمة تمتلك أعلى قيمة مدركة بالنسبة للخصائص المهمة للزبون، فيهتم الزبائن بخصائص مثل الأداء، المتانة، المعولية. ويقوم

¹ -Duman, op.cit., p.57.

² - kotler, Armstrong, op.cit.,p 302.

³ - W.Pride, and O.C. Ferrell, **Marketing** (Etats- Unis: Houghton Mifflin, 2000), p. 516.

الزبائن بتقييم الخدمة المرافقة مثل التدريب والصيانة في المقام الثاني. ويعطي الزبائن اهتمامهم الثالث لموظفي المنظمة ومدى استجابتهم. وأخيرا يقيم الزبائن المكانة الذهنية. تسهم هذه العناصر في تحديد إدراك الزبائن للقيمة. ويهتم الزبائن بالتكلفة الإجمالية التي تظم بالإضافة إلى التكلفة النقدية تكلفة أخرى هي تكلفة وقت الشراء، وتكلفة المجهود والتكلفة النفسية. ويقوم الزبون بتقييم تلك التكاليف مع التكلفة النقدية لكي يكون صورة عن تكلفة الزبون الإجمالية. وبعد حسابها يبدأ الزبون بالتفكير فيما إذا كانت تكلفة الزبون الإجمالية مرتفعة جدا مقارنة بقيمة الزبون الإجمالية، لأن الزبون سيشتري من المنظمة التي تترك أنها تقدم أعلى قيمة مستلمة.¹

المطلب الثاني: نماذج قيمة الزبون

تختلف مكونات قيمة الزبون بحسب اختلاف النماذج التي أسهم بها مجموعة من الباحثين، وسنتناول في هذا المطلب بعض النماذج، كما يلي:

1. نموذج قيمة الزبون لـ Kotler

تحدد قيمة الزبون وفقا لهذا النموذج عن طريق الفرق بين قيمة الزبون الكلية Total Customer Value الناجمة عن امتلاك واستعمال المنتج وكلفة الزبون الكلية Total Customer Cost التي تعكس تكلفة الحصول على المنتج. وتمثل قيمة الزبون الكلية قيمة المنتج، قيمة الخدمة، التصور والقيمة الشخصية التي تعكس مدى استجابة وتفاعل العمال في المنظمة، في حين تشير تكلفة الزبون الكلية إلى التكلفة النقدية وتكلفة الوقت، وتكلفة المجهود البدني، والتكلفة النفسية.²

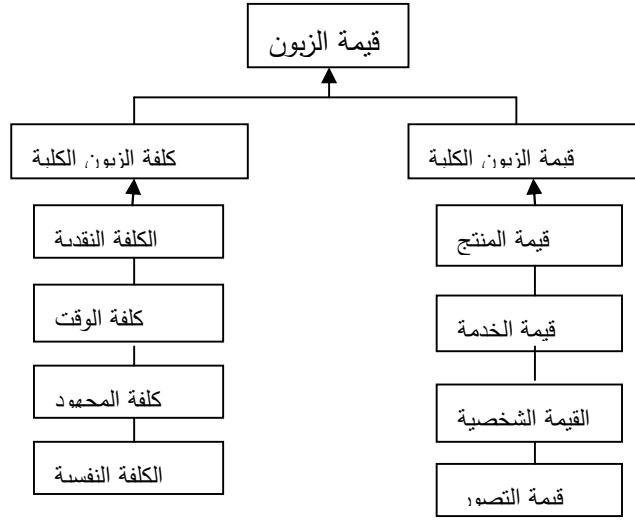
ويقوم الزبون بتقييم منتجات المنافسين التي تقدم أعلى قيمة مدركة بالنسبة للخصائص المهمة للزبون. إذ يهتم بخصائص جودة المنتج إلى جانب الخدمات المقدمة والمرافقة للمنتج، كما يهتم بمستوى استجابة ومعرفة العمال في المنظمة، فضلا عن تقييمه التصور. إن هذه المصادر الأربعة تساهم في تحديد إدراك الزبون للمنتج الذي يحقق أعلى قيمة كلية. من جانب آخر يقوم الزبون بتقييم التكلفة الكلية التي تشمل إلى جانب التكلفة النقدية تكاليف أخرى كتكلفة وقت الشراء، وتكلفة المجهود البدني، والتكلفة النفسية من أجل الحصول على المنتج. ويقيم تلك التكلفة مجتمعة بغية تكوين صورة عن تكلفة الزبون الكلية.³ وذلك حسب الشكل الموالي:

¹ - علاء فرحان طالب وأميرة الجنابي، إدارة المعرفة (الأردن: دار صفاء للنشر، 2009)، ص. 124.

² - P, Kotler and G, Armstrong, **Principle of Marketing** (USA: Prentice-Hall, Inc, 1999), pp. 545-546.

³ - P, Kotler, **Marketing management** (USA: Pearson Education, 2003), p.60.

الشكل رقم 19: قيمة الزبون المسلمة



Source: P, Kotler, **Marketing management** (USA: Pearson Education, 2003), p. 60.

يقارن الزبون بعد ذلك التكلفة الكلية مع قيمة الزبون الكلية لإدراك المنتج الذي يقدم المنتج أعلى قيمة مسلمة. لذلك تسعى المنظمة الناجحة إلى تحقيق هذا الهدف عن طريق تحسين عرضها المقدم وفق ما يلي:¹

- زيادة قيمة الزبون الكلية من خلال تحسين المنتج، الخدمة المقدمة، الملاك العامل، وفوائد التصور للزبون؛
- تقليل التكلفة غير النقدية للزبون من خلال تقليل وقت الشراء والمجهود البدني؛
- تقليل التكلفة النقدية للمنتج المتمثلة بالسعر.

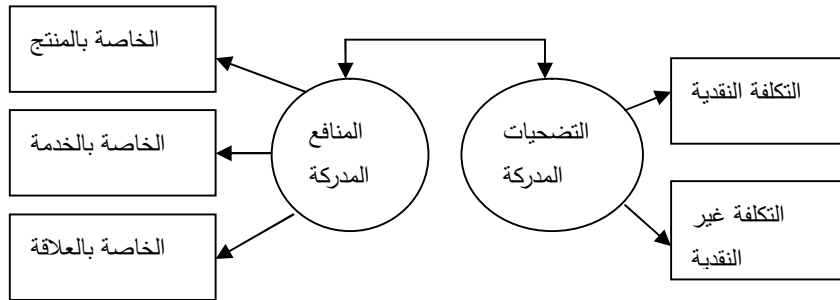
مما تقدم تبرز شمولية هذا النموذج عاكسة وجهة النظر التسويقية، من حيث تحديد القيم المكونة لقيمة الزبون الكلية، والتكلفة النقدية وغير النقدية المكونة لتكلفة الزبون الكلية، لخلق قيمة الزبون التي تمثل مدركات المنافع المسلمة.

¹ - Ibid.

2. نموذج قيمة الزبون المدركة لـ Lappierre

يركز هذا النموذج على تطوير القيمة الكلية على أساس المقارنة بين منافع الزبون المدركة Customer Perceived Benefits وتضحيات الزبون المدركة Customer Perceived Sacrifices. إذ ترتبط المنافع المدركة بالمنتج والخدمة المقدمة وكذلك العلاقة، في حين تعكس التضحيات المدركة التكلفة الكلية النقدية وغير النقدية التي يدفعها ويتحملها الزبون لإتمام صفقته مع المنظمة.

الشكل رقم 20: القيمة المدركة الكلية



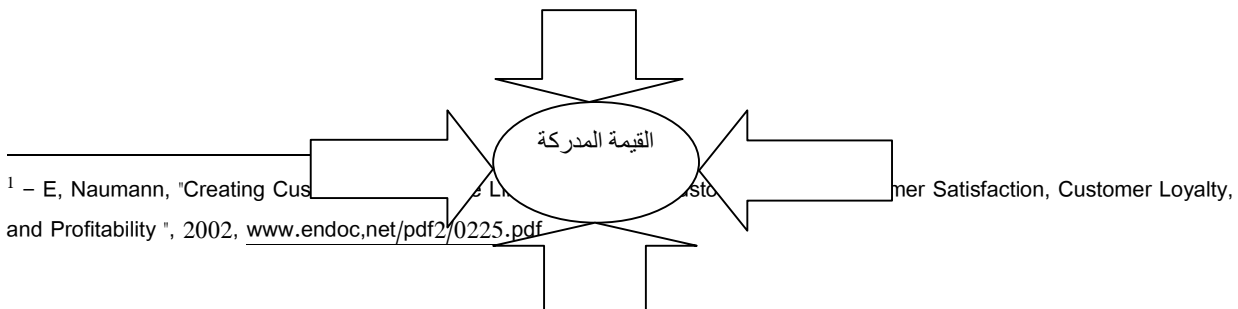
Source: J. Lappierre, "Customer- Perceived Value in Industrial Context", **Journal of Business and Industrial Marketing**, Vol.15, No.2, (2000), P.129.

يلاحظ أن هذا النموذج استطاع التمييز بين عناصر المنافع والتضحيات المدركة بوصفها مكونات قيمة الزبون المدركة.

3. نموذج قيمة الزبون المدركة لـ Naumann

إن مكونات قيمة الزبون وفق وجهة نظر نومان (Naumann) تتمثل في جودة المنتج وجودة الخدمة والسعر والتصور. وتتكامل إستراتيجية المنظمة والأداء في المساحة التي تعبر عن إدراك الزبون لقيمة المعروض. إذ يقارن الزبون في بيئة الأعمال بين القيم المدركة للعروض التنافسية، وتحظى المنظمة بالفوز النهائي عند تمكنها من تسليم القيمة الأفضل Best Value من وجهة نظر الزبون. ويضيف عنصر آخر لقيمة الزبون المدركة وهو العلاقة بين الزبون والمنظمة، وبإمكانه التطور بمرور الوقت وبشكل طبيعي ليحتل أهمية كبيرة ضمن إستراتيجية المنظمة.¹ وذلك حسب الشكل الموالي:

الشكل رقم 21: مكونات قيمة الزبون المدركة



¹ - E, Naumann, "Creating Customer Loyalty Through Customer Satisfaction, Customer Loyalty, and Profitability", 2002, www.endoc.net/pdf2/0225.pdf

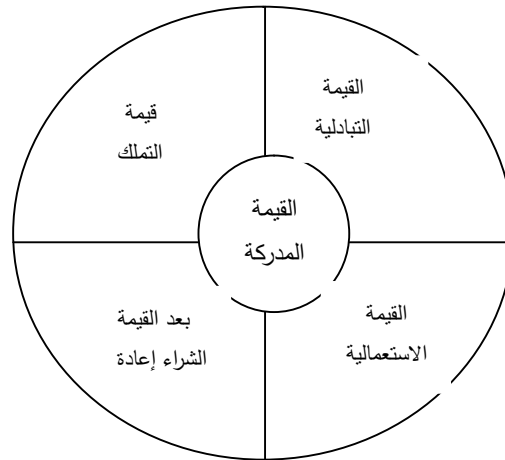
Source: E, Naumann, "Creating Customer Value: The Linkage between Customer Value, Customer Satisfaction, Customer Loyalty, and Profitability ", 2002, www.endoc.net/pdf2/0225.pdf

يتضح من خلال هذا النموذج تحقق إدراك الزبون للقيمة من خلال مجموعة عناصر محددة، ويساعد في تحديد موجّهات القيمة Drivers of Value في تحديد العناصر الأكثر تأثير في إدراك الزبون للقيمة.

4. نموذج قيمة الزبون لـ Parasuraman & Grewal

إمتداداً للمقاربة التقليدية، فإن الإسهام الرئيسي الذي قدّمه أصحاب هذه المقاربة يكمن في الاهتمام الكبير الذي قدموه للقيمة الناتجة عن إعادة الشراء. وبشكل أدقّ لقد حدّد هؤلاء الباحثين أربعة أشكال من القيمة المدركة الممكنة.¹ حسب الشكل الموالي:

الشكل رقم 22: الأشكال الأربعة للقيمة المدركة



Source: A. Parasuraman & D. Grewal, "The Impact of Technology on the Quality-Value-Loyalty Chain: A Research Agenda", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.28, No.1, (2000), p.170.

تظهر القيمة المدركة في هذه الحالة كبنية ديناميكية، والتي من خلالها يمكن أن تتطور الأوجه المبينة في الشكل أعلاه عبر الوقت، وهكذا إذا أمكن للقيم التبادلية وقيم التملك أن تسيطر لحظة الشراء

¹ - A. Parasuraman and D. Grewal, "The Impact of Technology on the Quality-Value-Loyalty Chain: A Research Agenda", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 28, No. 01, (2000), p.170.

مباشرة، فإن القيم الإستعمالية وقيم إعادة الشراء يمكن بدورها أن تصبح بارزة في المراحل الأخيرة من استهلاك منتج أو خدمة.

5. نموذج قيمة الزبون لـ Amraoui

شملت هذه المقارنة أبعاد خاصة للقيمة المدركة، حيث أخذت القيمة المدركة ثلاثة أبعاد: القيمة الاقتصادية والقيمة الاجتماعية والقيمة العاطفية. فمن خلال هذه المكونات الثلاثة للقيمة طوّرت هذه الباحثة أداة قياس تطبق على مختلف المنتجات التي تتميز بالديمومة. وتبعا للتحقيقات التي قامت بها لاحظت بأن القيمة العاطفية تمثل بعدا خاصا للقيمة المدركة (حيث أن هذه الأخيرة تتأثر بالبعدين الآخرين للقيمة) وتمثل أفضل مؤشر لنوايا الشراء للمستهلكين.¹ والجدول الموالي يعرف مختلف أبعاد القيمة كما جاء في هذه المقارنة.

الجدول رقم 03: القيمة من وجهة نظر Amraoui

أبعاد القيمة	التعريف
القيمة الاقتصادية (العلاقة بين الجودة والسعر)	إنها تجمع بين قيمة التملك والقيمة التبادلية، ويرتكز هذا البعد على السعر المدرك ويناسب عملية التقييم من الناحية النقدية وتملك المنتج. إنها مرتبطة مباشرة بانطباق المستهلك لدفع سعر معقول و الإحساس بأنه قام بصفقة جيدة.
القيمة الاجتماعية	إنها تتناسب الكيفية التي يمكن لأطراف آخرين تقييم عملية شراء منتج ما، وأيضا طبيعة الصورة التي يفكر المستهلك إعطائها لنفسه، عندما يقرر الحصول على عرض خاص.
القيمة العاطفية	إنها تترجم السرور الذي يشعر به المستهلك على اثر شراء المنتج و رغبته في الشراء.

Source: L.Amraoui, Les effets du prix, de l'image du point de vente et du capital de marque sur la valeur perçue des produits, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université des Sciences Sociales de Toulouse, 2005. Cité par A. Rivière, (2007), op, cit, p.38.

يمكن القول من خلال هذه الخلاصة أن القيمة المدركة من وجهة نظر المستهلك، تعتبر مفهوم ثري ولها وجهات نظر متعددة ولكن يبقى هناك دائما بعض التعقيد في الجانب المفاهيمي، ويمكن تفسير ذلك جزئيا أنه من الخصائص الجوهرية لهذا العنصر.

¹ – L.Amraoui, Les effets du prix, de l'image du point de vente et du capital de marque sur la valeur perçue des produits, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université des Sciences Sociales de Toulouse, 2005. Cité par A. Rivière, "La valeur perçue d'un offert en marketing: vers une clarification conceptuelle"; **CERMAT-IAE de tours**, vol. 20, No. 07, (2007), pp. 9-14.

المطلب الثالث: تحليل العلاقة بين عناصر المثلث "جودة- قيمة- رضا"

لقد أُعتبر أثر الجودة على الرضا عنصر مهم في إطار تفسير الرضا، ولكن لا يمثل المتغير الوحيد المستقل. ولذلك أصبح إدماج أثر القيمة المدركة من طرف المستهلك عنصر جديد لتفسير الرضا. وهذا ما سيتم توضيحه من خلال معرفة علاقات وتفاعلات عناصر المثلث "جودة- قيمة- رضا"، كما يلي:

1. العلاقة بين الجودة المدركة والرضا بتطبيقها على الخدمة الصحية

إن تحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون- المريض -لا تخرج في إطارها عن مضمون العلاقة بين جودة أي خدمة ورضا الزبون عنها، لكن الفارق الوحيد يكمن في أن الخدمة الصحية هي الخدمة الوحيدة التي لا تقبل الخطأ، فالخطأ فيها يعني الموت أو الإعاقة الدائمة. ومن هنا كانت الجودة الضمانة الأساسية والمهمة لرضا المرضى.

إن الباحثين في هذا المجال ما زالوا غير متفقين على أرضية مشتركة بخصوص مفهومي أو مصطلحي الرضا والجودة، ولا يملك هؤلاء رؤية واضحة ودقيقة حول طبيعة الخدمة وماهية وكيفية الترابط، أو العلاقة الترابطية والتداخلية بين جودة الخدمة والرضا. فقد كشف استعراض المراجع أن المصطلحان يستخدمان بالتبادل في أغلب الأحيان مما يتسبب في نوع من الخلط بينما. وهناك حاجة إلى التمييز بينهما وحسب كرونا وتاييلور (Cronin and Taylor) "هذا التمييز مهم لكل من المديرين والباحثين على حد سواء لأن موفري الخدمة يحتاجون أن يعرفوا إذا كان يجب أن يكون هدفهم رضا المستهلكين بأدائهم، أو بتسليمهم أقصى مستوى مدرك لجودة الخدمة".¹

وحسب لوفلوك وآخرون (Loveloock , patterson and Walker) يكون التمييز مهم، حيث يعتمد الرضا على التجربة -فيجب أن تجرب الخدمة لتتضح بدرجة من الرضا أو عدم الرضا-. ومن ناحية أخرى لا تعتمد جودة الخدمة المدركة على التجربة، فتنشكّل جودة الخدمة المدركة عبر مواجهة خدمات متعددة.² وبذلك يظهر التمييز بينهما، إلا أنهما مفهومان مرتبطان يمكن استخدامهما في تقييم حالة خدمة محددة، أو مواقف شاملة تجاه مواجهة الخدمة. إلا أن جودة الخدمة تختلف عن الرضا في أنها تقييم إدراكي، وخواصه موضوعية تستخدم في تقييم الجودة. بينما يمكن أن ينتج الرضا من أي جهة للتقييم، سواء كان مرتبطاً بالجودة أم لا، فتكون إدراكات جودة الخدمة مرتبطة بخواص الجودة، أو أبعادها بصفة خاصة.

¹ - J. Cronin, and S.A. Taylor, "Measuring Service Quality: A Re-examination and Extention", **Journal of marketing**, Vol. 56, (July,1992), p. 56.

² - C.H. Loveloock, p.G Patterson, and R.H. Walker , **Service Marketing** (Sydney: Prentice Hall) Cited by جاي ككاندا مبولي وأخرون، تعريب سرور على إبراهيم سرور، إدارة جودة الخدمة في الضيافة والسياحة ووقت الفراغ (الرياض: دار المريخ للنشر 2007)، ص. 239.

أما باتسون (Bateson) فقد ميز ما بين جودة الخدمة ورضا المستفيد، حيث ذكر أن الجودة هي موقف (Attitude) يكونه المستفيد من خلال تقييمه لعرض الخدمة، وأن هذا الموقف غالباً ما يكون مبنياً أو مستنداً على سلسلة من خبرات تقييمية سابقة. وعليه، فإن الجودة هي أقل ديناميكية قياساً إلى الرضا، أما الرضا فهو عبارة عن الناتج النهائي للتقييم الذي يجريه المستفيد لعملية تبادل معينة.¹

مثال ذلك، إذا وجد المستفيد أن عدداً من المستشفيات الخاصة في المنطقة تقدم خدمات ذات جودة عالية جداً، فإن تقييمه الشامل لجودة الخدمة التي تقدمها المستشفى التي يتعامل معها، سيكون مستنداً على أساس ما تقدمه المستشفيات الأخرى من الخدمات. فالمستفيد هنا يكون مطلعاً على جودة خدمات هذه المستشفيات، ولن يقبل بخدمة طبية أقل مما تقدمه هذه المستشفيات. وبعبارة أخرى، فإن المستفيد يتوقع أن يحصل من المستشفى الذي يتعامل معها على خدمة متساوية أو أفضل من تلك المقدمة من قبل المستشفيات الأخرى.²

أما اندرسون (Anderson) وفي محاولة منه للتمييز بين رضا الزبون وجودة الخدمة إستخدم مفهومين إثنيين لرضا الزبون:³

- رضا الزبون المستند على تبادل تجاري محدد: فمستوى الرضا المتوقع من عملية التبادل هذه سيتحدد على ضوء مستوى توقعات الزبون السابقة مع المستشفى مثلاً والناتج النهائي للخدمة العالية نسبياً. فإذا كانت النتائج الفعلية للخدمة تفوق ما كان متوقفاً فإنه سيكون راض عن الخدمة.
- رضا الزبون المستند على تبادلات تراكمية: يستند هذا المفهوم إلى ما يسمى بإجمالي خبرة شراء وإستهلاك خدمة عبر فترة زمنية. واستناداً لذلك يعد هذا المفهوم مؤشراً مهماً لتقييم أداء مورد الخدمة في الماضي والحاضر والمستقبل.

وإذا ما تم إعتبار الجودة تستند في تقييمها على حكم شامل لكل الخدمات التي يقدمها مورد الخدمة، فإن علينا الإقرار بوجود إختلاف بين الرضا التراكمي للزبون وجودة الخدمة المدركة، وذلك للأسباب التالية:

- يحتاج الزبون إلى خبرة مع الخدمة كي يحدد الرضا بينما يمكن إدراك الجودة من دون خبرة فعلية؛
- يعتمد رضا الزبون على القيمة عندما تكون القيمة مركبة من السعر والجودة. وعليه، فإن الرضا هو الذي يعتمد على السعر وليست الجودة.
- أن الجودة ترتبط بالإدراكات الحالية بينما يستند الرضا على الخبرات السابقة.

¹ - J. E Bateson. **Managing Services Marketing: Text and Readings**, 2nd ed (London: The Dryden Press, 1992), p. 331.

² - بشير العلاق وحفيد الطائي، **تسويق الخدمات: مدخل استراتيجي ووظيفي** (الأرن: دار العقل، 1999)، ص.265.

³ الطائي والعبادي، مرجع سابق، ص.242.

ورغم جهود الباحثين للتمييز بين المصطلحين، إلا أن لا يزال يدور نقاش حاد بينهم حول أيهما يسبق الآخر، رضا المستفيد أم جودة الخدمة؟ ويبدو أن النقاش لم يحسم بعد إلا أننا نجد من الضروري تسليط الضوء على جانب من هذا النقاش.

إن نوايا الشراء لدى المستفيد ترتبط بشكل أو ثقل مع مستوى الرضا قياساً إلى إدراكات جودة الخدمة. وعليه، فإن الإدارة مطالبة بأن تبذل جهوداً أكبر وتصب اهتماماً أكثر على عناصر الرضا الأخرى، مثل السعر ومدى توفير الخدمة، بالمقارنة مع الجودة العالية. بمعنى أن لا تهتم بالجودة على حساب هذه العناصر الأخرى الأكثر أهمية¹.

ويتفق مع هذا الرأي معظم الباحثين المهتمين بدراسة العلاقات بين الربحية، والجودة والرضا، حيث يؤكد هؤلاء الباحثون على أن رضا المستفيد يعود إلى جودة الخدمة².

2. العلاقة بين القيمة المدركة والرضا

إن القيمة المدركة كما سبق التطرق لها هي نتيجة أو فائدة يجنيها المستهلك من عملية التبادل بالنسبة إلى التكاليف التي أنفقها (السعر وتكاليف الشراء الأخرى)، فهي حسب كوتلر (Kotler) "الفرق بين المنافع الإجمالية والتكلفة الكلية"³. فهي بمثابة حكم مقارن من طرف الزبون بناء على ما قدمه وما حصل عليه، الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى تحقق الرضا لديه أو عدمه. ويعرف روبرت (Roberts) الرضا على أنه "انطباع ناتج عن درجة مطابقة أو عدم مطابقة الأداء المدرك للخدمة مع توقعات العميل"⁴. ومنه، فالرضا ينشأ عن مقارنة ادراكات الأداء الفعلي للمنتج بعد استخدامه بتوقعات مسبقة عنه. فالزبون عادة ما يحتاج إلى المنتج الذي يوفر له أعظم قيمة، وبمجرد حصوله عليها يتولد لديه إحساس أو شعور بالرضا⁵.

وقد أثبتت البحوث التجريبية بكل وضوح أن المستهلكين الذين يدركون قيمة المال الذي أنفقوه، أكثر رضا من أولئك الذين لا يدركونه. لقد كانت العلاقة بين الرضا والقيمة المدركة موضوع نقاش على مستوى أدبيات تسويق الخدمات، إلى حد اعتبار الرضا يتوقف على القيمة المدركة. ونجد البعض يذهبون إلى غاية

¹ – R. C. Lewis, B. Booms, "The marketing aspects of service quality", AMA Proceeding, **American Marketing Association Chicago**, (1983), pp. 99-104.

² – Bateson, op. cit.,

³ – Kotler et Dubois, 2000, op.cit., p.67.

⁴ – V. Van, L. Roberts and V. Tonder, « Customer satisfaction, trust and commitment as predictors of customer loyalty within an optometric practice environment", **Southern African Business Review**, Vo.16, No.3, (2012), p84.

⁵ – Kotler et Dubois, 2000, op.cit.,

تفسير نوايا الشراء المستقبلية من خلال هذه الفكرة، معتبرين أن الرجوع إلى نفس المورد يعكس حقيقة الاعتقاد الضمني للزبون بأنه تلقى قيمة مقابل المال الذي يدفعه. ولذلك نجد في هذا المعنى أن كل من (Levesque & Daugall) وجهوا بحوثهم لتحديد الأثر المزدوج للقيمة والجودة على رضا المستهلك. فقد خصت تجاربهم أربع أنواع من الخدمات (طبيب الأسنان وعامل في مطعم، ومصفف الشعر وخدمة السيارات) من خلال إيجاد علاقة مباشرة بين القيمة المدركة والرضا.¹

وبالتالي استنتجوا بأن القيمة المدركة تعتبر أيضا محددا هاما بالنسبة للرضا، وأن آثار القيمة تتجاوز تلك التي تخص الجودة في جانبها العقلاني بالنسبة للأربعة أنواع من الخدمات التي تمت دراستها، وأن الجودة لا تكفي وحدها من أجل وضع استراتيجية فعّالة. وأشار أيضا إلى تأثير القيمة على حساسية الزبون للسعر، بالفعل كلما كانت القيمة المدركة مهمة بالنسبة للرضا بقدر ما يزداد تأثير تغير السعر على نوايا الشراء في المستقبل.

لا ينبغي أن يهمل أهل الاختصاص مثل هذا المتغير في محاولاتهم لتحسين رضا زبائنهم لأنها تؤثر عليه مباشرة، ولكن يجب أخذ خصوصيات كل منتج أو خدمة لأنه ما يبدو فعالا في حالة ما قد لا يكون في حالة أخرى. وقد ذهب كل من كوتلر وديبوا (Kotler & Dubois) إلى حد اعتبار أنه قرار إختيار المستهلك يركز أساسا على معيار القيمة.² وبهذا، فإن الزبون يختار المنتج أو الخدمة الذي يمكنه من الحصول على حد أقصى من القيمة، في حدود جهوده والمعلومات المتعلقة به والتنقل ودخله، فهو يسعى إلى تعظيم هذه القيمة، وعندما يوفر المنتج الذي اشتراه فعلا القيمة التي يتوقعها ينشأ الرضا لديه.

3. العلاقة بين الجودة المدركة والقيمة المدركة

بداية يمكن اعتبار الجودة المدركة إشعار سابق للقيمة المدركة التي يبحث عنها الزبون في منتج معين. وبمقابلة الجودة المدركة مع التكاليف المتحملة في سبيل تحقيقها أو بصورة أشمل بمقارنة المكاسب (الأرباح) بالتضحيات (الأعباء) ننقل من الجودة المدركة إلى القيمة المدركة. وعليه، فإن

1 – G.H.G. McDougall and T.Levesque, "Customer Satisfaction with Services: Putting Perceived Value into the Equation",

The Journal of Services Marketing, Vol. 14, No.5, (2000), pp. 392–410. Cité par R.Fernández and M. Bonillo, "The concept of perceived value: a systematic review of the research, marketing Theory", Vol. 7, No. 4, (2007), p.434.

[http://mtq.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/4/427.\(10-09-2012\)](http://mtq.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/4/427.(10-09-2012))

2 – P.Kotler and B.Dubois, " Satisfaire la clientèle à travers la qualité, le service et la valeur", **Revue Française du Marketing**, No.144, (1993), p. 37.

الجودة تولد القيمة بتحقيقها الإشباع للزبون. وبذلك، فالجودة تتحقق بالمؤسسة وتعكس أدائها الداخلي، أما القيمة -الزبون فهي تتحقق في السوق وتعكس إشباع الزبون ومن ثم فهي تمثل أداة تنافسياتها.¹

فقد ذكر كوردا (Snoj & Korda) أن كل من الجودة المدركة للخدمة والقيمة المدركة تلعب دورا هاما في الصناعات التي تتضمن تدخل الزبون بشكل كبير، مثل صناعة الخدمات البنكية. لذلك من المهم تحديد آلية بناء كل منها والتركيز على الجوانب التي تلقى اهتماما لدى المستهلك،² حيث يتم إدراك العميل البنكي للقيمة من خلال مقارنته ما بين جودة الخدمة المدركة والتكاليف المدركة. وتنشأ هذه الأخيرة أيضا من خلال المقارنة بين التكاليف النقدية والغير النقدية المدركة والتي أقدم العميل على التضحية بها من أجل الحصول على الخدمة المقصودة. فإن تناسبت الجودة مع التكاليف المدركة أو تجاوزتها رفع ذلك من القيمة التي يدركها العميل وينعكس ذلك على سلوكه الشرائي بالإيجاب. أما إذا تجاوزت التكاليف المدركة الجودة المدركة للخدمة البنكية خفض ذلك من القيمة المدركة وحد ذلك من السلوك الشرائي للعميل البنكي.

وفي هذا الصدد أيضا يرى ريفيار (Riviere) أن مفهوم الجودة والقيمة المدركة تكون في بعض الأحيان متداخلة، ولكن غالبا ما تكون الجودة المدركة في الدراسات "كمسبب مباشر للقيمة المدركة" وهو ما اتفق عليه معظم الباحثين أمثال 2003 Monroe و 1991, Drew and Bolton و 2000 Cronin; et Grewal et al وآخرون. وتؤكد نفس هذه الدراسات على أن الجودة المدركة تعد السبب الأساسي والرئيسي للقيمة المدركة وتشكل مع التضحيات المدركة واحدة من بين السوابق الأساسية.³ كما أن الزبون يقوم في الغالب بمقارنة جودة المنتج من خلال ملاحظة مواصفاته، وفي هذا الإطار تعتبر الجودة من سوابق القيمة. وتتميز هذه الأخيرة بخاصية نسبية كون أنها تخضع للمنافع المدركة من الاستهلاك، وأيضاً إلى التكاليف المدركة التي يتحملها الزبون خلال خطوات الشراء، بحيث أنها تلعب في الكثير من الأحيان دور المتغير الوسط بين الجودة المدركة من الشيء (منتج أو خدمة) ورضا الزبون.⁴

مما سبق يمكن القول أن هذا هو السبب الذي جعلها من المتغيرات التي لا يجب أن يستهان بها عند دراسة الرضا. ويرى فورنال (Fornell) أيضا أن الجودة المدركة تتأثر ايجابيا بالمواصفات التي يتمتع بها المنتج أو الخدمة وبالسعر المتعلق بها، وتؤثر بدورها على القيمة المدركة بحيث أنها كلما كانت الجودة

¹ – D. Ray, **La satisfaction clients** (Paris: Edition organisation, 2001), P. 20.

² –A.P. Korda and B. Snój, "Development, validity and reliability of perceived service quality in retail banking and its relations hips with the perceived value and customer satisfaction ", **managing global transitions**, Vol.8, No.2, (2010), p.188.

³ –A .Rivière, op. cit., p.16.

⁴ – P. Aurier, Y. Evrard, et G.N'goal, " Comprendre et mesurer la valeur du point de vue du consommateur ", **Recherche et Application en Marketing**, Vol.19, No.3, (2004), pp. 1-20. Voir : www.AFM.fr.

المدركة قوية كلما كانت القيمة المدركة هي الأخرى قوية، لكن بشرط أن تكون التضحية المدركة منخفضة.¹ وهو بذلك يؤكد في هذا السياق على تأثير الجودة المدركة و القيمة المدركة على رضا الزبون.

خلاصة الفصل الثاني

زادت الحاجة لدراسة سلوك المستهلك في السنوات الأخيرة بصفة خاصة نظرا للتقدم الفني والتكنولوجي الحديث، ونظرا لفشل الكثير من السلع والخدمات التي تنتج سنويا في تحقيق أهدافها، لأنها لم تعد تناسب حاجات ورغبات المستهلكين. وأصبح ما يميز أي منظمة عن أخرى درجة تبني الأفكار التسويقية من خلال اعتبار المستهلك جوهر وأساس المنظمة، وبالتالي على المنظمة البحث والعمل على إرضاء حاجاته ورغباته، ومنه برزت أهمية دراسة سلوك المستهلك، من أجل محاولة فهم كل العوامل المؤثرة فيه بهدف التحكم فيها وتوجيهها.

إن قياس الرضا كمحصلة نهائية للزبائن الحاليين أو الجدد هو في حقيقة الأمر تعبير عن نجاح المنظمة في تلبية حاجات هؤلاء الزبائن بطرق مقنعة مستجيبة لمؤثراتهم التي اعتمدها في الحكم على العلاقة التبادلية بينهم وبين المنظمة من خلال منتجاتها وخدماتها. وإذا كانت المؤسسات قد تعودت نسبيا على قياس رضا زبائنهم فإنها لا تزال بعيدة كل البعد عن ممارسة منتظمة لدراسة القيمة لدى الزبون، كما نعلم أنه لا يكفي إطلاقا الإقتصار على إرضاء الزبون فقط على اعتبار أن ذلك هو مجرد عملية رد فعل الزبون تجاه القيمة المحصلة لديه من عرض خاص ومحدد، بل يجب الانتقال إلى دراسة وقياس القيمة المحصلة لدى الزبون لأنها تذهب إلا حد وصف طبيعة العلاقة بين المنتج والزبون، فالدراسات المرتبطة بالقيمة توضح ما يجب أن تقوم به المؤسسة تجاه زبائنهم، وتساعد على التعرف على مصادر القيمة للزبون.

كما أصبح من الوسائل المهمة لتحقيق رضا العملاء هو تحقيق الرضا الوظيفي للعمال، حيث أن الإدارة في المنظمات المتقدمة تعمل على تنمية العلاقات بين المنظمة والعمال لضمان استمرار القوى العاملة بها وضمان رضاهم الوظيفي وخاصة ذوي المهارات والكفاءات العالية. وتعمل أيضا على إيجاد وتنمية الدوافع لديهم لبذل المزيد من الجهد في الأداء، لأن ذلك يؤدي إلى زيادة كبيرة في مستوى جودة العمل وبالتالي جودة الخدمة التي يقدمها هؤلاء العمال للعملاء، مما يساهم في تحقيق الرضا لديهم.

¹ – G.Marion, et autres, **Marketing et mode d'emploi** (Paris: édition d'Organisation, 1998), p.297.

خاتمة الجزء الأول

خلص الجزء الأول، النظري، من هذه الدراسة إلى أن جودة الخدمات ذات أهمية كبيرة بالنسبة لكل من مقدم الخدمة ومستهلكها، خاصة في القطاع الصحي. وبالنظر إلى سعي الممارسين لقياس مستوى الجودة لإتاحة فرص التحسين، كان الخروج بمقياس موحد صعب وذلك راجع بالأساس إلى صعوبة تحديد مفهوم الجودة المدركة للخدمة. كما أن الجودة لم تعد إنتاج سلعة أو خدمة أفضل من نظيراتها المتاحة، وإنما تعني أساسا إرضاء الزبائن عن السلعة أو الخدمة المقدمة. وبذلك أصبح كل فرد في المنظمة معني بهذا الأمر. وهذا لن يتأتى من مدخل إداري واحد، ولكن بتكامل عدة مداخل.

وباعتبار أن مدخل إدارة الجودة الشاملة يتطلب التغيير في طريقة وأسلوب العاملين من خلال إشراكهم والاستمرار في تحسين العمل والتركيز على الزبون، فإنه المدخل الأنسب- كما تقترحه هذه الدراسة- لتحقيق رضا الزبون الداخلي (العامل) بالرغم أنه لا يغفل رضا الزبون الخارجي. فضلا عن ذلك يحتاج هذا المدخل إلى التكامل مع مدخل إداري آخر هو أقرب من الزبون الخارجي، ألا وهو مدخل إدارة التسويق فهو الذي يبحث عن رضا المستهلك من خلال التسويق الاستراتيجي ثم التسويقي التكتيكي (المزيج التسويقي)، وهو في ذلك يعتمد على عدة آليات كالتسويق الداخلي والعكسي والعمومي.

إن تحقيق رضا الزبون هو الهدف الذي تسعى إليه جميع المنظمات، فهو في الحقيقة تعبير على نجاحها. ولن يتأتى لها ذلك إلا بعد دراسة سلوك المستهلك ومعرفة أهم العوامل المؤثرة فيه، وصولا إلى معرفة وقياس القيمة المدركة المحصلة لديه باعتبارها من أهم محددات الرضا.

الجزء التطبيقية

إدارة الجودة المدركة لتحقيق رضا المستفيد في المستشفيات الجزائرية في ظل واقع المنظومة الصحية

تم تقسيمه إلى:

الفصل الثالث: وصف وتقييم أداء المنظومة الصحية
الجزائرية

الفصل الرابع: الدراسة الميدانية لأثر إدارة الجودة
المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد في
المستشفيات الجزائرية

مقدمة الجزء الثاني

لا شك أن الفرد هو المحرك الرئيسي والهدف الأساسي لأي سياسة تعتمدها الدولة. ولقد اهتمت كل الدول بصحة أفرادها ولكن بأساليب وأنظمة مختلفة وفقا لما تتوفر عليه من إمكانيات مادية وبشرية وتقنية. والجزائر بدورها كان للصحة وسلامة الأفراد نصيب في السياسة العامة وذلك بعد الاستقلال مباشرة. وبالرغم من الإجراءات المتبعة والإمكانيات المادية والبشرية التي سخرتها الدولة الجزائرية للنهوض بهذا القطاع، إلا أن الصحة لا تزال بعيدة كل البعد عن الأهداف المسطرة لتحسين الخدمات في هذا القطاع الحساس، فما هي أهم المبادرات المسجلة لتحسين وضعية هذا القطاع؟

ومن أجل الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الجزائرية، وفي ظل الظروف التي تعرفها المنظومة الصحية الجزائرية، ستحاول هذه الدراسة في هذا الجزء تبني نتائج الجزء النظري من خلال إتباع مدخلي إدارة الجودة الشاملة وإدارة التسويق من أجل تحقيق رضا العامل، والذي ينتظر أن يعمل على تقديم خدمة صحية ذات جودة هدفها الأساسي تحقيق رضا المستفيد (المرضى). فكيف سيتم الربط بينهما من خلال قياس الجودة المدركة من وجهة نظر العاملين والمرضى في ذات الوقت؟

الفصل الثالث

وصف وتقييم أداء المنظومة الصحية الجزائرية

تم تقسيمه إلى:

البحث الأول: الإطار التشريعي للمنظومة الصحية
الجزائرية

المبحث الثاني: تمويل وتقييم أداء المنظومة
الصحية في الجزائر

المبحث الثالث: إصلاح المنظومة الصحية في
الجزائر

شهد قطاع الصحة في الجزائر تطورات كبيرة تزامنت مع التطورات والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها المجتمع الجزائري بشكل عام. وقد كان من أولى الخطوات التي قامت بها الجهات الحكومية لتحقيق التنمية بهذا القطاع، محاولة القيام بالتغييرات الضرورية في المنظومة الصحية عبر تطبيق سياسات مبرمجة. أما من الناحية المادية فتظهر تنمية هذا القطاع من خلال مخصصاتها المالية من الميزانية العامة للدولة.

وقد عرفت الجزائر منذ بداية الثمانينيات تقدما ملحوظا ومستمر في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن. كما عرفت بعض المؤشرات الصحية تحسنا بشكل متسارع منذ بداية التسعينيات من القرن الماضي، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، وارتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة.

لكن على الرغم مما تنفقه الدولة على هذا القطاع الحساس في سبيل تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام، إلا أن الاستفادة من هذه الخدمات ما زال دون المستوى المطلوب. ولذا كان لابد من إعادة النظر في السياسة الصحية، بتبنى إصلاحات جديدة، كان الهدف منها إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد.

من هذا المنطلق جاء هذا الفصل ليعرض الوضع الراهن، وأهم التحديات التي تواجه قطاع الصحة في الجزائر. وذلك بمعالجته من خلال ثلاث مباحث، يتطرق المبحث الأول إلى الإطار التشريعي للمنظومة الصحية الجزائرية ومؤشرات العلاج فيها. والمبحث الثاني يهتم بتمويل وتقويم أداء المنظومة الصحية في الجزائر، أما المبحث الثالث فيعالج إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.

المبحث الأول: الإطار التشريعي للمنظومة الصحية الجزائرية

الصحة ليست حق أساسي فقط، وإنما هي كذلك مصدر أساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي والشخصي. وعلى أساس هذا المبدأ العام عمدت الجزائر إلى جعل مبدأ حق المواطنين في الرعاية الصحية أمر أساسي لا يمكن نكرانه أو تجاهله. فكان عليها تحديد الأولويات ومعرفة التحديات والرهانات عن طريق وضع سياسة وطنية صحية، تستطيع من خلالها المنظومة الصحية تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة، في ظل تميز هذه المنظومة بسيطرة القطاع العمومي الذي يعد الإطار الأساسي الذي يوفر العلاج.

سيحاول هذا المبحث تقديم النظام الصحي في الجزائر بهدف فهم خصائصه الرئيسية.

المطلب الأول: التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر

عرف النظام الصحي في الجزائر تطورا ملحوظا خلال حقبات زمنية متعاقبة. واتسمت كل مرحلة بوضع سياسات وطنية وبمجموعة من البرامج والأهداف، مع توفير الإمكانيات والوسائل المتاحة في كل فترة. وسيتناول هذا المطلب مختلف المراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر.

1- المرحلة الأولى: 1963-1973

بعد الاستقلال، كانت الجزائر تملك 500 طبيب (50% منهم جزائريون) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان، الذين بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن. وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز (180 لكل 1000)، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة، وانتشار الأمراض المتنتقلة؛ وكان انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية السبب الرئيسي للوفيات.¹ ومن أجل مواجهة هذه الوضعية في ظل الموارد المحدودة، عملت الدولة الجزائرية على وضع عدة برامج صحية، من أجل حماية طبقة السكان المحرومين، كما يلي:²

- تم في سنة 1964 إنشاء المعهد الوطني للصحة العامة، وإنشاء الإدارة العامة التي تهدف إلى تحقيق دراسات العمل والبحوث الصحية العامة اللازمة لتطوير البرامج الصحية وتعزيز الصحة.
- كانت سنة 1965 بداية تطبيق البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا والسل، وتنفيذها كان بدعم من منظمة الصحة العالمية.

¹ M.chaouch, développement du Système National de Santé : Stratégies et perspectives, " le gestionnaire ", revue

élaborée par l'école nationale de la Santé publique, No.5, juin 2001, p.p.4-5.

² - Ibid.

- في سنة 1966 كان صدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالة.
- وفي سنة 1969 صدر أمر التطعيم الإجباري والمجاني، وخلق الصيدلية المركزية (PCA) بهدف ضمان احتكار وإنتاج وتوزيع المنتجات الصيدلانية.
- عرفت سنة 1972 التطعيم الشامل ضد الشلل عن طريق الفم.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم، حيث أنه في سنة 1966 بلغ عدد المستشفيات 163 بسعة 39418 سرير، و256 مركز صحي، و364 طبيب و20000 شبه طبي وحوالي 19000 مستخدم إداري، وشهدت سنة 1972 زيادة في عدد السكان حيث وصل إلى 15.6 مليون نسمة، وزيادة في عدد الأطباء بلغ 1425 طبيب، وتم إنشاء ما يسمى بالقطاع الصحي حيث بلغ عددها 1.143¹ وما يميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقااعات العلاج مقارنة بسنة 1962.

2- المرحلة الثانية: 1974-1989

عرفت بداية هذه المرحلة تأمين النفط مما أدى إلى تحسين عائدات الدولة كثيرا، فسمح لها بإطلاق برنامج واسع للتنمية من خلال الثروات الصناعية الثقافية والزراعية. وفي مجال الصحة تميزت هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية بعدة أمور هي: ²

- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974، مما سمح بتعميم الحصول على الصحة من طرف المواطنين.³ وبالموازاة مع هذا تم توحيد النظام الوطني للصحة وتطبيقه، وتحويل التعاضديات الفلاحية إلى مصالح الصحة، بالإضافة إلى توحيد الميزانيات على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي بعمال الصحة من طرف الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة، وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي والتعاضديات إلى وزارة الصحة.
- في سنة 1975 تم البرمجة الصحية للبلاد، وكذا صياغة العديد من البرامج الصحية الوطنية كالبرمجة الصحية لصحة الأم والطفل.
- إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية، وكان من جهة تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.

¹ - Ecole National de la Sante Publique, le système de santé publique en Algérie, analyse et perspectives, Alger, Avril, 2008, p 5.

²- A. Saihi, "le système de santé publique en Algérie, Revue Gestions hospitalières ", **la revue des décideurs hospitaliers**, No.455, Avril 2006, p p. 241-242.

³- الجريدة الرسمية عدد104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1393هـ الموافق لـ 28 ديسمبر 1973م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974م المتعلقة بتأسيس الطب المجاني.

- إنشاء القطاع الصحي في سنة 1979،* الذي اعتبر حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، والذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية.
- إصدار قانون الصحة في 16 فيفري 1985م الذي ينص على حماية وتعزيز الصحة.*
- نشر أول الإحصاءات الصحية من قبل إدارة التخطيط بانتظام في سنة 1989 حتى عام 2004، وبعدها أصبح أقل انتظاما.

ولقد تميزت هذه المرحلة كذلك بـ:

- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن.
- تشييد 13 مركزا استشفائيا جامعيا مكلف بثلاثة أدوار هي: العلاج، التكوين، والبحث.

أما على مستوى المؤشرات الصحية، فسجل في هذه المرحلة تراجع لمعدلات الوفاة خاصة وفيات الأطفال، وهذا راجع لتحسن مستوى معيشة السكان من جهة، وإلى وضع البرامج الوطنية للصحة حيز التطبيق (محاربة مرض السل، سوء التغذية، وفاة الأطفال، البرنامج الموسع للتطعيم...) من جهة أخرى. بالإضافة إلى ذلك عرفت هذه المرحلة القيام بمجموعة من النشاطات هدفها التحكم في الخصوبة وتدعيم الانتقال الديموغرافي، كما لوحظ تراجع في بعض الأمراض المتقلة، وانتقل أمل الحياة من 50 سنة في سنة 1962م إلى 65 سنة 1986.

*- القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي، وتتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات والتابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

*- قانون الصحة 1985م هو القانون المعمول به حاليا وقد عدل وكمل ست (06) مرات كما يلي:

- قانون رقم 88-15 بتاريخ 3 ماي 1988م، معدل ومكمل لقانون 85-05 الذي ينص على حماية وتعزيز الصحة.
- قانون رقم 90-17 بتاريخ 31 جويلية 1990م، معدل ومكمل لقانون 85-05 الذي ينص على حماية وتعزيز الصحة.
- قانون رقم 98-09 بتاريخ 19 أوت 1998م، معدل ومكمل لقانون 85-05 الذي ينص على حماية وتعزيز الصحة.
- الأمر رقم 06-07 بتاريخ 15 جويلية 2006م، معدل ومكمل لقانون 85-05 الذي ينص على حماية وتعزيز الصحة.
- قانون رقم 06-16 بتاريخ 14 نوفمبر 2006م، الموافق على الأمر رقم 06-07 بتاريخ 15 جويلية 2006م المعدل والمكمل لقانون 85-05 الذي ينص على حماية وتعزيز الصحة.
- قانون رقم 08-13 بتاريخ 20 جويلية 2008م، معدل ومكمل لقانون 85-05 الذي ينص على حماية وتعزيز الصحة.

لمزيد من المعلومات انظر:

-Mohamed Ould-Kada, Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé, Textes réunis et classes, Décembre 2010, pp.12-36.

3- المرحلة الثالثة: 1990-2004

شهدت هذه الفترة انخفاض حاد لأسعار البترول، مما فرض على الجزائر التوجه للاستفادة من القروض قصيرة الأجل بمعدلات فائدة كبيرة. وترتب على ذلك تأجيل أو إلغاء العديد من البرامج. كما تميزت هذه المرحلة بارتفاع نصيب الأسر في تمويل القطاع في حين انخفض التمويل الحكومي لها. وشهدت هذه المرحلة أيضا نقصا حادا في الأدوية واضطرابات في وضع البرامج الوقائية الوطنية، مما أدى إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن. وترجم هذا الأخير بما يلي:¹

- 1- مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع فيه في الثمانينيات، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة. على المستوى المؤسسي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى المرصد الجهوي للصحة. لكن لم تتمكن الجهوية الصحية من الاستجابة للمهام التي أسندت لها، نظرا لكون إطارها القانوني والتنظيمي حد من صلاحياتها في بعض التوجيهات.
- 2- تشكيل أول لجنة مكلفة بالتعاقد في 10 أبريل 1995م، وذلك تبعا لتوصيات المجلس الوزاري المنعقد في 21 مارس 1995م، وتتكون هذه اللجنة من وزارة الصحة والسكان، وزارة العمل والحماية الاجتماعية، وزارة المالية، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CNAS)، مسيري المؤسسات العمومية للصحة، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية.
- 3- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:
 - المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP)* في سنة 1993: مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق، بما في ذلك الكيماوية منها؛
 - الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH)* في سنة 1994: مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية، بالإضافة إلى إقامة معهد باستور بالجزائر؛

¹ M.chaouch, op. cit, p.6.

* - Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques.

* - Pharmacie Centrale des Hôpitaux.

- إنشاء الوكالة الوطنية لتنمية البحوث الصحية بموجب المرسوم التنفيذي 95-40 المؤرخ بـ 28 جانفي 1995، بالإضافة إلى الوكالة الوطنية للدم (ANS)* المكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم، وإنشاء الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS)* المكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال؛
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية وبقظة العتاد (CNPM)* المكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية؛
- تثبيت المركز الوطني لإصلاح المستشفيات والذي انطلق في العمل بداية من سنة 2003.
- 3- أما ما تعلق بالتغطية من حيث الهياكل الصحية خلال هذه الفترة فقد تمركز جهود القطاع على مستوى الهياكل الصحية ذات التكلفة الأقل كقاعات العلاج والمراكز الصحية. كما شهدت هذه المرحلة تطورا في عدد الأطباء والصيدالدة. وقد سمح معدل النمو الذي عرفته الجزائر في هذه الفترة بخلق طلب متزايد على العلاج مما انعكس على عدم فاعلية هذا النظام.¹

4- المرحلة الرابعة من 2005 إلى الآن

تزامنت بداية هذه الفترة مع وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق، وهدفت إلى تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي والمستمر... الخ. وكان ذلك من خلال اتخاذ جملة من التدابير التنظيمية من أهمها:

- في سنة 2007 تم إعادة تنظيم القطاعات الصحية (SS)* لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)*، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)*، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفيات والمؤسسات الصحية من المواطن.² أصبحت المنظومة الصحية الجزائرية خلال هذه الفترة تحتوي على مجموعة معتبرة من المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الاستشفائي العمومي وكذا الخاص. كما يلاحظ تزايد عدد العيادات الإستشفائية الخاصة بشكل سريع، ومن بين التأثيرات السلبية للقطاع الصحي الخاص على العمومي هو انتقال الكفاءات الطبية خاصة المتخصصين نحو القطاع الصحي الخاص بحثا عن ظروف أحسن للعمل،

* - Agence Nationale du Sang.

* - Agence Nationale de Documentation de la Santé

* - Centre National de Pharmacovigilance et Matériovigilance

¹ - على دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة تلمسان، 2010، ص. 37.

* - Secteur de la santé

* - Établissements Publics Hospitaliers

* - Etablissements Publics de Santé de Proximité

² - المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الأولى 1428هـ، الموافق لـ 20 ماي 2007، ص.10.

مما أثر على جودة الرعاية الصحية في القطاع العمومي وصعوبة التحكم في مختلف الإصلاحات المتعلقة بهذا القطاع بشكل عام.

- في سنة 2008 تم تعديل القانون 85-05 بتاريخ 20 جوان وإنشاء الوكالة الوطنية للأدوية.
- في سنة 2009 تم إصدار المرسوم التنفيذي 09-396 بتاريخ 24 نوفمبر الذي يشجع على إنتاج وتوفير المنتجات الصيدلانية الجينية المصنعة محليا.
- في سنة 2010 تم تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد، وقد أتمت اللجنة أعمالها في الآجال المحددة أي جانفي 2011، وبالموازاة مع ذلك تشكلت عدة لجان لإعادة النظر في الوقاية والتعليم الشبه الطبي ولجنة لوضع خارطة صحية للدولة، ولكن كل هذه اللجان تشكلت دون أن يتطلع عليها الرأي العام ودون أن تشارك فيها هيئات المجتمع المدني، وهو ما يعارض ديموقراطية مناقشة مشروع قانون الصحة على الرغم من توصيات المنظمات العالمية وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية، مما حال دون إتمام هذا المشروع.

المطلب الثاني: المنظومة الصحية الجزائرية الحديثة

بعد عرض تطور النظام الصحي الجزائري، سيهتم هذا المطلب بتنظيمه العام، ويتميز النظام الصحي الجزائري بتنظيم هرمي قائم على ثلاث مستويات، وهي يلي:

1- المستوى المركزي (الوطني): وتشمل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التي تخضع للمراسيم التالية:

- المرسوم الرئاسي رقم 149 المؤرخ في 28 ماي 2010 المتضمن تعيين أعضاء الحكومة لتكليفهم بشغل مهام بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.¹
- المرسوم التنفيذي رقم 428 المؤرخ في 07 نوفمبر 2005 المعدل للمرسوم التنفيذي رقم 150-2000 المؤرخ في 28 جوان 2000 والذي يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.²
- المرسوم التنفيذي رقم 96 - 66 المؤرخ في 27 جانفي 1999 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان.³

¹- الجريدة الرسمية العدد 36، الصادر بتاريخ 16 جمادى الثانية 1431هـ، الموافق لـ 30 ماي 2010م، ص.5.

²- الجريدة الرسمية العدد 73، الصادر بتاريخ 07 شوال 1427هـ، الموافق لـ 9 نوفمبر 2005م، ص.10.

³- الجريدة الرسمية العدد 08، الصادر بتاريخ 11 رمضان 1416هـ، الموافق لـ 31 جانفي 1996م، ص.3.

- كما وتشتمل الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وهي تحت سلطة الوزير، على ما يأتي:¹
- الأمين العام: ويساعده مديرا دراسات، ويلحق به مكتب البريد والمكتب الوزاري للأمن الداخلي في المؤسسة؛
 - رئيس الديوان: ويساعده ثمانية مكلفين بالدراسات والتخليص وخمسة ملحقين بالديوان؛
 - المفتشية العامة: ويحدد تنظيمها وسيرها بمرسوم تنفيذي؛
 - ثمانية مديريات: وكل مديرية تضم ثلاث (03) إلى أربع (04) مديريات فرعية (وتشمل: مديرية المصالح الصحية، مديرية الوقاية، مديرية الصيدلة، مديرية السكان، مديرية التخطيط والتنمية، مديرية التنظيم والوثائق، مديرية الموارد البشرية، مديرية المالية والوسائل).
- كما توجد كذلك إحدى عشر (11) مؤسسة وهيئة تحت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ومسيرة من طرف مجالس الإدارة.

2- المستوى الجهوي: يوجد على هذا المستوى:

2-1- المناطق الصحية:

- وعددها خمس (05) مناطق صحية، تضم مجالس جهوية صحية وهي عبارة عن هيئات مكلفة بالتنسيق والإسناد، تتميز بكونها هيئة استشارية غير ملزمة في قراراتها، وهي كما يلي: المنطقة الصحية للشرق (14 ولاية)، المنطقة الصحية للوسط (11 ولاية)، المنطقة الصحية للغرب (11 ولاية)، المنطقة الصحية للجنوب الشرقي (07 ولايات)، المنطقة الصحية للجنوب الغربي (05 ولايات)*.

¹ - سلمان حبيب الشمري، سيد احمد حاج عيسى، "تقييم فعالية المنظومة الصحية الجزائرية الحديث"، مجلة التاج الصحية، معهد التطوير والتأهيل الطبي، الإمارات العربية المتحدة، العدد. 06، 2010، ص.117.

* - أنشأت المنطقة الجهوية بموجب المرسوم رقم 97-262 المؤرخ 9 ربيع الأول 1418هـ، الموافق لـ 14 جويلية 1997م، تتكون من عدة ولايات، تسير من طرف المجلس الجهوي للصحة، ومهمة هذا المجلس تتمحور خصوصا في ضمان وبصورة عقلانية وناجعة، حماية وترقية صحة المواطنين، وهناك خمسة مناطق صحية جهوية وهي: الجزائر، قسنطينة، وهران، ورقلة وبشار.

- المنطقة الصحية "الوسط" وتشمل الولايات التالية: الجزائر، البلدة، بومرداس، تيزية، تيزي وزو، بجاية، البويرة، المدية، الجلفة، برج بوعريش، وعين الدفلة.

- المنطقة الصحية "الشرق" وتضم: الولايات التالية: قسنطينة، قالمة، عنابة، سكيكدة، الطارف، تبسة، خنشلة، ميله، سوق أهراس، أم البواقي، سطيف، جيجل باتنة، والمسيلا.

- المنطقة الصحية "غرب" وتضم: وهران، غليزان، معسكر، عين تيموشنت، سيدي بلعباس، تلمسان، سعيدة، مستغانم، تيسمسيلت، تيارت، والشلف.

- المنطقة الصحية "الجنوب الشرقي" وتضم الولايات التالية: ورقلة، غرداية، إليزي، تمنراست، الوادي، والأغواط.

- المنطقة الصحية "الجنوب الغربي" وتضم الولايات التالية: بشار، تندوف، أدرار، النعامة، والبيض. (الجريدة الرسمية، العدد. 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418هـ، الموافق لـ 16 يوليو 1997م، ص.14).

2.2. مديرية الصحة والسكان للولاية (DSP):^٥

تتوفر على مستوى كل ولاية مديرية، وهي بذلك 48 مديرية موزعة على كامل الوطن، تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997.¹ ويحدد هذا المرسوم القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها.

3.2. منشآت عمومية أخرى: من بين هذه المنشآت:

أ. مخابر النظافة (Laboratoires d'hygiène): يوجد مخبر على مستوى كل ولاية، وعليه فعددها الكلي 48 مخبر على مستوى التراب الوطني.

ب. مدارس التكوين الشبه الطبي (EFPM):^٦ يوجد 09 مدارس للتكوين الشبه طبي، 24 معهد للتكوين العالي المتخصص في مجال شبه الطبي و03 معاهد عليا لتكوين القابلات. وكل هذه الهيئات مكلفة بتقديم التكوين الأولي والمستمر لفئة الشبه طبي (الممرضين لكل التخصصات، القابلات، الطب النفسي، التخدير، العلاج الطبيعي... الخ).

ج. الوكالات الصيدلانية العمومية (APP):^٧ يتواجد عبر القطر الوطني حوالي 1000 وكالة صيدلانية عمومية.

3- المستوى المحلي:

هناك عدد لا يستهان به من المرافق الصحية العمومية موزعة عبر كامل، وهي كالتالي:

1.3- المؤسسات الإستشفائية الجامعية (EHU):^{*}

تتوفر مؤسسة إستشفائية جامعية واحدة بوهـران أنشأت بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003، المتضمن إنشاء المؤسسة الإستشفائية الجامعية بوهـران وتنظيمها وتسييرها.²

2.3- المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU):^{*}

عدها على المستوى الوطني خمسة عشر (15) مركز استشفائيا جامعيًا، ثلاثة عشر (13) منها تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم

^٥ - Direction de la Santé et de la Population

¹ - الجريدة الرسمية العدد 47، الصادر بتاريخ 11 ربيع الأول 1418هـ، الموافق لـ 16 جويلية 1997م، ص.12.

^٦ - Ecole de formation paramédicale

^٧ - Agences Pharmaceutiques Publiques

* - Etablissement Hospitalo Universitaire

² - الجريدة الرسمية العدد 48، الصادر بتاريخ 14 جمادى الثانية 1424هـ، الموافق لـ 13 أوت 2003م، ص.6.

* - Centre Hospitalo Universitaire..

وتشغيل المراكز الاستشفائية الجامعية.¹ فيما يخضع المركز الاستشفائي الجامعي ببجاية إلى المرسوم التنفيذي رقم 09-319 المؤرخ في 06 أكتوبر 2009. كما يخضع المركز الاستشفائي الجامعي للدويرة إلى المرسوم التنفيذي رقم 14-361 المؤرخ في 15 ديسمبر 2014. وبذلك يكون مكمل للقائمة السالفة الذكر في المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997.

3.3- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS):*

كان عددها سنة 2005، 32 مؤسسة إستشفائية متخصصة، ثم ارتفع العدد إلى 36 مؤسسة سنة 2006 ، ثم بلغ 54 مؤسسة سنة 2007، ليصل إلى 68 مؤسسة إستشفائية متخصصة سنة 2008. ثم إلى 74 مؤسسة إستشفائية متخصصة في سنة 2013. ليصل في سنة 2014 إلى 77 مؤسسة إستشفائية متخصصة. وكل هذه المؤسسات الإستشفائية المتخصصة جاءت متممة لقائمة المستشفيات الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997،² المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.

4.3- المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):

في إطار الخريطة الصحية تم إعادة هيكلة وتنظيم القطاع الصحي، حيث وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، أصبح القطاع الصحي يتكون من:³

- 200 مؤسسة عمومية إستشفائية، بعد إضافة المؤسسة العمومية الاستشفائية لأدرار في سنة 2015.
- 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (تجمع العيادات، المراكز الصحية وقاعات العلاج).

كيانان إداريان مستقلان في تسييرهما، الأولى للاستشفاء والثانية للأنشطة العلاجية، الاستشارات والوقاية. بالإضافة إلى إثنان من المشاريع قيد الدراسة، وبذلك يصبح المجموع 273 مؤسسة.

5.3. المؤسسات الإستشفائية (EH):*

وهي مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. وتوضع هذه المؤسسات تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، وعددها (05) مؤسسات إستشفائية: المؤسسة الإستشفائية

¹ - الجريدة الرسمية العدد 81، الصادر بتاريخ 10 شعبان 1418هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر 1997م، ص 19.

* - Etablissements Hospitaliers Spécialisés

² - الجريدة الرسمية العدد 81، مرجع سابق، ص 19.

³ - الجريدة الرسمية العدد 33، مرجع سابق.

* - Etablissements Hospitaliers

لعين تيموشنت (240 سرير)¹، المؤسسة الإستشفائية لسكيكدة (240 سرير)²، المؤسسة الإستشفائية لعين الترك، ولاية وهران (240 سرير)³، المؤسسة الإستشفائية لعين آزال، ولاية سطيف (140 سرير)⁴، المؤسسة الإستشفائية لديدوش موراد ولاية قسنطينة (240 سرير)⁵.

المطلب الثالث: عرض هياكل العلاج (البشرية والمادية) في المنظومة الصحية الجزائرية

يعتبر عرض العلاج في الجزائر مضمونا أساسا من طرف القطاع العام بمراكزه الاستشفائية ومؤسساته الاستشفائية المتخصصة وقطاعاته الصحية. بما تحتويه هذه الهياكل من طاقات بشرية ومادية ومالية، إلى ضمان الرعاية الصحية لـ 40 مليون نسمة.⁶ ومن بين أهم المؤشرات المعتمدة في التعريف بالمنظومة الصحية يمكن استعراض تطور الموارد البشرية والهياكل الصحية.

1. تطور الموارد البشرية الصحية

من أهم ما يجب التركيز عليه في تقديم أفضل الخدمات الصحية هي الاهتمام بالعنصر البشري المنتمي للقطاع، سواء تعلق الأمر بتأهيلهم أو تكوينهم وفق متطلبات ومعايير تضمن تقديم خدمات ذات جودة عالية للمواطنين. وفي ما يلي سيتم عرض تطور عدد الممارسين الطبيين، وتطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل، وتطور تشكيلة الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في القطاع الصحي الجزائري، كما يلي:

1.1. تطور عدد الممارسين الطبيين حسب الهيكل الصحي:

تشير المعطيات الإحصائية المتوفرة إلى أن تطور عدد الممارسين الطبيين حسب القطاع على المستوى الوطني في الفترة 2008-2012، كان كما يلي:

¹ - المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 30 نوفمبر 2006، الجريدة الرسمية العدد 78، الصادر بتاريخ 2 ذو القعدة 1426 هـ، الموافق لـ 4 ديسمبر 2005م، ص4.

² - المرسوم التنفيذي رقم 06-143 المؤرخ في 26 افريل 2006، الجريدة الرسمية العدد 27، الصادر بتاريخ 27 ربيع الاول 1427 هـ، الموافق لـ 26 افريل 2006م، ص6.

³ - المرسوم التنفيذي رقم 06-384 المؤرخ في 28 اكتوبر 2006، الجريدة الرسمية العدد 70، الصادر بتاريخ 31 شوال 1427 هـ، الموافق لـ 5 نوفمبر 2006م، ص3.

⁴ - المرسوم التنفيذي رقم 06-422 المؤرخ في 22 نوفمبر 2006، الجريدة الرسمية العدد 75، الصادر بتاريخ 5 ذو القعدة 1427 هـ، الموافق لـ 26 نوفمبر 2006م، ص22.

⁵ - المرسوم التنفيذي رقم 07-209 المؤرخ في 1 جويلية 2007، الجريدة الرسمية العدد 44، الصادر بتاريخ 23 جمادى 1428 هـ، الموافق لـ 8 جويلية 2007م، ص6.

⁶ - DEMOGRAPHIE ALGERIENNE, 2014, Site web: <http://www.Ons.dz>

جدول رقم 03: تطور عدد الممارسين الطبيين في الجزائر خلال الفترة 2008-2012.

(الوحدة: طبيب، صيدلي)

القطاع الخاص	القطاع العام	مؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP	لمستشفى العام EPH & EH	المستشفيات الاستشفائية المتخصصة EHS	لمؤسسات والمرکز لاشتشفائية الجامعية EHU & CHU	الهيكل السنة والتخصص
6645	6653	894	4934	725	1000	2008
7032	7339	913	4358	845	1223	2009
7491	8248	936	4928	923	1461	2010
7650	9457	1217	5377	1157	1706	2011
8864	10162	1378	5528	1283	1973	2012
6548	16164	11083	3944	430	707	2008
6598	18475	12474	4579	570	852	2009
6764	20667	13417	5691	631	928	2010
6860	22140	14179	6221	679	1061	2011
6868	23516	15118	5718	774	1090	2012
4803	5619	5271	222	44	82	2008
5017	5886	5514	242	46	84	2009
5223	6491	5796	563	44	88	2010
5196	6737	6061	536	42	98	2011
5444	7035	6296	593	49	97	2012
7513	481	178	188	57	58	2008
7882	595	217	226	85	76	2009
8329	624	294	124	76	103	2010
8764	624	300	129	85	110	2011
9177	950	394	330	110	129	2012

Source:- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires, Année 2008, Année 2009, Année 2012,
- Office National des Statistiques - Alger - Annuaire Statistique de l'Algérie : Résultats 2010 - 2012, 2014, Vol.3.

من خلال الجدول رقم (03) يتبين لنا الارتفاع الحاصل في عدد الأطباء الأخصائيين بمختلف هياكل المنظومة الصحية العمومية وكذا القطاع الصحي الخاص، حيث قدر عددهم بـ 10162 طبيب مختص سنة 2012 مقارنة بـ 6653 طبيب مختص سنة 2008 أي بزيادة قدرها 52.74% خلال 05 سنوات. فيما وصل عددهم في القطاع الخاص إلى 8864 طبيب مختص سنة 2012، بعد أن كان عددهم لا يتجاوز 6645 طبيب مختص سنة 2008 أي بزيادة قدرها 33.39%. كما يلاحظ التقارب النسبي في عدد أطباء جراحة الأسنان بين القطاعين العام والخاص في السنوات الثلاثة الأولى، ثم يظهر الفارق النسبي في السنتين الموالتين حيث كان العدد أكبر في القطاع العام منه في القطاع الخاص.

ويلاحظ أيضا إرتفاع عدد الأطباء العاميين خلال هذه الفترة (2008-2012) بـ 45.48% للقطاع العام و 4.88% بالنسبة للقطاع الخاص، ومرد الارتفاع الكبير لعدد الأطباء العاميين في القطاع الحكومي

إرتفاع عدد المتخرجين سنويا من معاهد الطب بالجامعات. كما أن الصيادلة الخواص يشكلون حسب الإحصائيات الأغلبية الساحقة مقارنة بصيادلة القطاع العام.

والجدير بالإشارة هو أن الزيادات المسجلة عموما في عدد الممارسين الطبيين كان نتيجة ارتفاع عدد العيادات والمستشفيات الخاصة التي تلعب دورا مهما في المساهمة الفعلية في الخدمات الصحية. إلى جانب هجرة المورد البشري الصحي من القطاع الحكومي إلى الخاص رغبة في الحصول على العائد المادي الجيد. وبالرغم من أن المنظومة الصحية العمومية تمثل عصب الخدمات الصحية في البلاد، إلا أن ذلك لا يبلغ الدور الفاعل للقطاع الخاص الذي يقدم خدمات صحية متعددة ومتقدمة.

ومن أجل التفصيل أكثر للنتائج السابقة سيتم عرض تطور نسب التغطية الصحية لعدد الممارسين الطبيين في الجدول التالي:

جدول رقم 04: تطور نسب التغطية الصحية لعدد الممارسين الطبيين في الجزائر (عام+خاص).

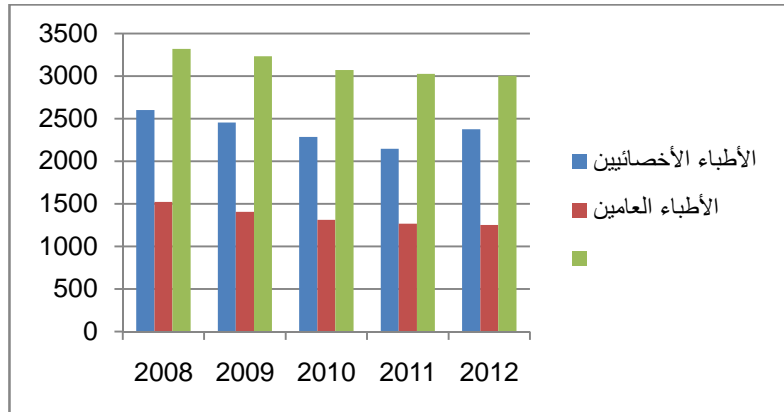
السنة	سكان بالآلاف	نسبة التغطية (عدد السكان/طبيب أو صيدلي)		
		لبياء الأخصائيين	طبائ العامين	اطباء جراحة الأسنان
2008	34591	2601	1523	3319
2009	35268	2454	1406	3234
2010	35978	2285	1311	3071
2011	36717	2146	1266	3026
2012	37495	2377	1251	3005

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (03)

ولتبيان وتيرة النمو تم تمثيل تطور نسب التغطية الصحية لعدد الممارسين الطبيين في الجزائر من خلال

الشكل الموالي:

شكل رقم 23: تطور نسب التغطية الصحية لعدد الممارسين الطبيين في الجزائر (عام+خاص).



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (04)

يلاحظ من الشكل أن أحسن تغطية كانت للأطباء العامين خاصة في سنة 2012، حيث عرفت تغطية الأطباء العامين بالنسبة لعدد السكان تطورا إيجابيا وبشكل تدريجي خلال 5 سنوات. ثم تليها نسبة تغطية الأطباء الأخصائيين التي شهدت تحسنا تدريجيا أيضا ما بين سنة 2008 وسنة 2011، وذلك لأن

نسبة الزيادة في السكان (6.14%) أقل من نسبة الزيادة في عدد الأطباء الأخصائيين (28.64%)، لتتراجع نسبة التغطية في سنة 2012. كما عرفت نسبة تغطية أطباء الأسنان والصيدالة بالنسبة إلى عدد السكان تحسنا معتبرا خلال السنوات الخمس.

ومن أجل معرفة مدى كفاية القوى العاملة الصحية في القطاع الصحي الجزائري تعذر على الباحثة إيجاد معايير للمقارنة فتم اللجوء إلى بعض التقديرات التي تضعها منظمة الصحة العالمية، حيث تعتبر أن البلدان التي لديها أقل من 23 عاملا في الرعاية الصحية (ما بين طبيب وممرض وقابلة) لكل 10000 نسمة من السكان لن تتمكن على الأرجح من تحقيق معدلات التغطية الوافية بالتدخلات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية حسب أولويات المرامي الإنمائية للألفية.¹ إستنادا إلى ذلك ومن أجل معرفة وضعية التغطية في الجزائر خلال هذه الفترة يجب أولا الانتقال إلى تغطية الطاقم الشبه الطبي.

وقد جاءت الإحصاءات الصحية العالمية لمنظمة الصحة لسنة 2009 أنه يوجد في العالم 13 طبيب لكل 10000 نسمة، مع وجود تفاوت كبير بين البلدان وبعضها وبين الأقاليم وبعضها. ففي الإقليم الإفريقي لا يوجد سوى طبيبين لكل 10000 نسمة مقابل 32 طبيب لكل 10000 نسمة في الإقليم الأوروبي.

وعلى العموم فقد جاء في تقرير المنظمة حول القوى العاملة الصحية في العالم، أن الجزائر في الفترة الممتدة من 2000 إلى 2007 كان لديها 35368 طبيب أي بمعدل 11 طبيب لكل 10000 ساكن، و9553 طبيب أسنان أي بمعدل 3 أطباء لكل 10000 ساكن، وهي تغطية ضعيفة مقارنة بالدول العربية المجاورة مثل مصر التي تملك 179900 طبيب (24 طبيب/10000 نسمة) و25170 طبيب أسنان (3 أطباء/10000)، أو تونس التي تملك 13330 طبيب (13 طبيب/10000) و2352 طبيب أسنان (3 أطباء/10000). أما الدول الغربية مثل أستراليا فهي تملك 47875 طبيب (25 طبيب/10000) و21296 طبيب أسنان (11 طبيب/10000). أما فرنسا فهي تملك 297277 طبيب (34 طبيب/10000) و41374 طبيب أسنان (7 أطباء/10000).

وبمقارنة مستويات التغطية في الجزائر بالمعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية تعتبر تغطيتها متوسطة بالنسبة للأطباء (11 طبيب/10000)، ومنتدنية بالنسبة لأطباء الأسنان (أدنى حد 16 طبيب/10000).² وعموما فإن نسبة الأطباء إلى عدد السكان في الجزائر لا تزال متدنية.

¹ منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009. نقلا من الموقع:

www.who.int/gho/.../world_health_statistics/AR_WHS09_Full.pdf

² نفس المرجع.

2.1. تطور عدد الطاقم شبه الطبي

يمثل الطاقم شبه طبي الركيزة الثانية في الموارد البشرية المتاحة للنظام الصحي. ويمكن التعرف على تطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل بما توفر من معلومات، كما يلي:

جدول رقم 05: تطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل في الجزائر خلال الفترة 2008-2012.

(الوحدة: شبه طبي)

القطاع العام	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP	المستشفى العام EPH& EH	المستشفيات الاستشفائية المتخصصة EHS	المؤسسات والمراكز الاستشفائية الجامعية CHU& EHU	الهيكل والمؤهل السنة
63226	21028	25681	6011	10506	2008
66227	22128	26500	6735	10864	2009
70519	-	-	-	-	2010
73083	-	-	-	-	2011
76640	27216	29362	7699	12363	2012
20461	9933	8040	906	1557	2008
20465	10098	7819	966	1582	2009
20610	-	-	-	-	2010
19845	-	-	-	-	2011
19298	9731	7122	837	1708	2012
10071	5305	3060	602	1104	2008
11081	5853	3263	768	1197	2009
13172	-	-	-	-	2010
15950	-	-	-	-	2011
19750	10294	5820	1392	2244	2012

Source: Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires, Année 2008, Année 2009, Année 2012.

- Office National des Statistiques - Alger - Annuaire Statistique de l'Algérie : Résultats 2010 - 2012, 2014, Vol.3.

يتضح من خلال الجدول رقم (05) تطور عدد الممارسين شبه الطبيين بمختلف هياكل المنظومة الصحية الجزائرية العمومية. يلاحظ وجود ارتفاع على المستوى الكمي والنوعي للمورد البشري شبه طبي حيث بلغ عددهم الإجمالي سنة 2012 بمختلف المؤهلات 115688 بعد أن كان عددهم لا يتجاوز 93758 سنة 2008 أي بزيادة قدرها 23.39% وذلك خلال خمس سنوات، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى التزايد الكبير لعدد المؤسسات الصحية العمومية خلال الفترة (2005-2011). فقد سجل ارتفاع مستمر في صنف الحاصلين على شهادة دولة، في حين يلاحظ ارتفاع في عدد المؤهلين ما بين 2008 و2010، ليعاود الانخفاض بعد ذلك في 2011 و2012. بينما سجل ارتفاع معتبر للمساعدين شبه الطبيين خلال خمس سنوات، أي ما بين 2008 و2012.

وللتفصيل أكثر لنتائج الجدول رقم (05) سيتم عرض تطور نسب التغطية الصحية لعدد شبه الطبيين في الجدول التالي:

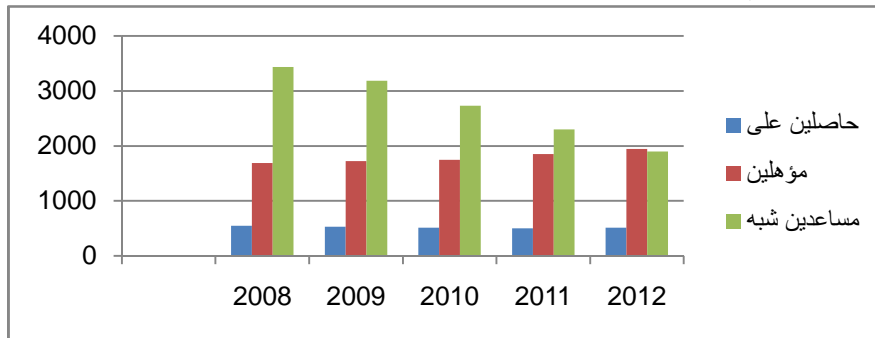
جدول رقم 06: تطور نسب التغطية الصحية لعدد شبه الطبيين حسب التأهيل

السنة	السكان بالآلاف	نسبة التغطية (عدد السكان / 1 شبه طبي)		
		حاصلين على شهادة الدولة	مؤهلين	مساعدين شبه الطبيين
2008	34591	547	1690	3434
2009	35268	532	1723	3183
2010	35978	510	1745	2731
2011	36717	502	1850	2302
2012	37495	513	1942	1898

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (05).

ويمكن تمثيل تطور نسب التغطية الصحية لعدد شبه الطبيين في الجزائر من خلال الشكل الموالي:

شكل رقم 24: تطور نسب التغطية الصحية لعدد شبه الطبيين حسب التأهيل



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (06).

يتضح من خلال الشكل رقم (24) أن التحسن الايجابي لنسب التغطية كان من نصيب الحاصلين على شهادة الدولة وذلك خلال فترة خمس سنوات وهي الأعلى تغطية نسبة إلى بقية الفئات، تليها نسبة تغطية المؤهلين التي عرفت إرتفاعا تدريجيا مما يؤثر سلبا على الخدمات الصحية المقدمة إلى سنة 2012. أما تغطية المساعدين شبه طبيين فقد عرفت انخفاضا تدريجيا خلال السنوات الخمس وهذا الأمر إيجابي، لتصل إلى أفضل تغطية في سنة 2012.

وباستعمال نفس المعايير المعتمدة سابقا عن مدى كفاية نسبة التغطية في السلك الطبي، والمقدر بـ 23 عامل في الرعاية الصحية (ما بين طبيب وممرض وقابلة/10000 ساكن). وعليه، تم جمع جميع الأطباء ما عدا الصيادلة (17996)، كما تم جمع جميع أنواع الشبه طبي (93758) فجاءت نسب التغطية خلال سنة 2008 بـ 5 أطباء لكل 10000 ساكن، و 26 شبه طبي لكل 10000 ساكن. ثم بجمع السلكين نجد 31 عاملا. وهذه القيمة الأخيرة أكبر من 23 عاملا في الرعاية الصحية (ما بين طبيب وممرض وقابلة) لكل 10000 نسمة من السكان. وبنفس الطريقة يتم حساب بقية السنوات والنتيجة موضحة في الجدول رقم (07).

جدول رقم 07: نسبة التغطية للأطباء وشبه الطبي خلال الفترة 2008-2012

المجموع	شبه طبي/10000 ساكن	طبيب/10000 ساكن	معدل التغطية السنوات
31	26	5	2008
32	27	5	2009
33	28	5	2010
34	29	5	2011
35	30	5	2012

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على النتائج السابقة

وعلى العموم يمكن القول أن الجزائر استطاعت تحقيق معدلات تغطية مقبولة مقارنة بمعيار 23 عامل لكل 10000 ساكن خلال فترة الدراسة.

وقد جاءت الإحصاءات الصحية العالمية لمنظمة الصحة لسنة 2009 أنه يوجد في العالم 28 ممرض ممرضة قابلة لكل 10000 نسمة، ويتراوح هذا العدد بين حد أدنى قدره 11 لكل 10000 في الإقليم الإفريقي وحد أعلى قدره 79 لكل 10000 في الإقليم الأوروبي. وحسب تقرير المنظمة حول القوى العاملة الصحية في العالم، أن الجزائر في الفترة الممتدة من 2000 إلى 2007 كان لديها 69749 عامل في التمريض والقابلة أي بمعدل تغطية 22 ممرض لكل 10000 ساكن، وهي تغطية ضعيفة مقارنة بالدول العربية المجاورة مثل مصر التي تملك 248010 عامل في التمريض والقابلة (34 ممرض / 10000 نسمة)، أو تونس التي تملك 28537 عامل في التمريض والقابلة (29 ممرض / 10000). وفي الدول الغربية مثل أستراليا فهي تملك 187837 عامل في التمريض والقابلة (97 ممرض / 10000)، أما فرنسا فهي تملك 486006 عامل في التمريض والقابلة (80 ممرض / 10000). وإذا ما قورنت الجزائر بالمعايير التي وضعتها المنظمة تعتبر تغطيتها متدنية بالنسبة للعاملين في التمريض والقابلة (أدنى حد 19 ممرض/10000).¹

3.1. تطور عدد الإداريين والتقنيين وعمال الخدمات

لاشك أن فئة الإداريين والتقنيين وعمال الخدمات تكمل عمل الفئات السابقة، ويمكن إبراز تطور تشكيلة الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات حسب ما توفر من بيانات في الجدول التالي:

¹ - نفس المرجع.

جدول رقم 08: تطور تشكيلة الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في قطاع الصحة الجزائر خلال الفترة 2008-2012. (الوحدة: إداري، تقني, عامل)

القطاع العام	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP	المستشفى العام EPH & EH	المستشفيات الاستشفائية المتخصصة EHS	المؤسسات والمراكز الاستشفائية الجامعية CHU & EHU	الهياكل والمؤهل السنة	
13293	3676	5646	1515	2456	2008	الإداريين
14053	3997	5900	1676	2480	2009	
15776	-	-	-	-	2010	
17118	-	-	-	-	2011	
17744	5872	6933	2057	2882	2012	
3397	769	1602	394	632	2008	التقنيين
3723	939	1691	449	644	2009	
4018	-	-	-	-	2010	
4441	-	-	-	-	2011	
4772	1333	2107	583	749	2012	
39863	11395	15386	4755	8327	2008	الخدمات
41640	13215	15166	4947	8312	2009	
43389	-	-	-	-	2010	
41038	-	-	-	-	2011	
40952	14303	13589	4460	8600	2012	

Source: Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires, Année 2008, Année 2009, Année 2012; - Office National des Statistiques - Alger - Annuaire Statistique de l'Algérie : Résultats 2010 - 2012, 2014, Vol.3.

يتبين من الجدول رقم (08) المتعلق بتطور المستخدمين الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات حسب الهيكل بالقطاع الصحي الجزائري العمومي خلال الفترة (2008-2012) ، أن عدد الإداريين قد عرف تزايداً مستمراً، وبلغت نسبة الزيادة 33.48% وذلك بمقارنة سنة 2008 بسنة 2012. كما سجل عدد التقنيين زيادة معتبرة خلال فترة الدراسة والتي تقدر بـ 40.47%. في حين عرف عدد عمال الخدمات زيادة في الثلاث سنوات الأولى (2008-2010) بنسبة تقدر بـ 8.84%، ثم انخفض تدريجياً ابتداء من سنة 2011.

والجدول الموالي يبين تطور نسب التغطية الصحية لعدد المستخدمين الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات، كما يلي:

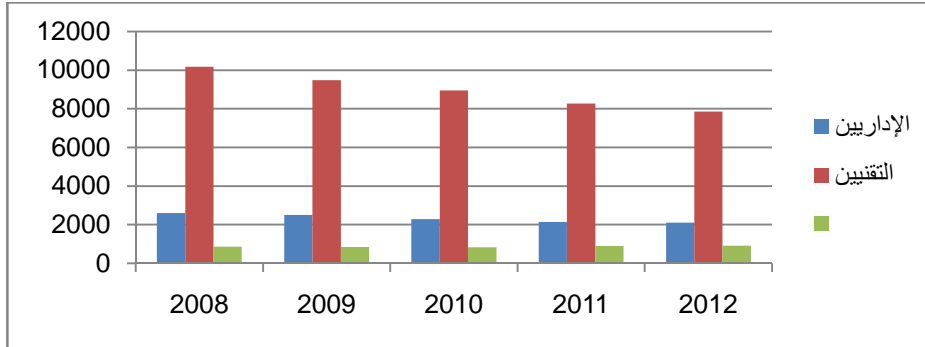
الجدول رقم 09: تطور نسب التغطية الصحية الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في قطاع الصحة الجزائر خلال الفترة 2008-2012.

السنة	السكان بالآلاف	التغطية (عدد السكان/ عامل)		
		الإداريين	التقنيين	الخدمات
2008	34591	2602	10182	867
2009	35268	2509	9473	846
2010	35978	2280	8954	829
2011	36717	2144	8267	894
2012	37495	2113	7857	915

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (08).

يتم توضيح تطور نسبة التغطية أكثر من خلال الشكل رقم (25):

شكل رقم 25: تطور نسبة التغطية الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في قطاع الصحة الجزائر



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (09).

إن الشكل رقم (25) يبين أن أعلى تغطية كانت لعمال الخدمات وذلك لمدة خمس سنوات، خاصة في سنة 2010، تليها نسبة تغطية الإداريين التي عرفت تحسنا تدريجيا إلى غاية سنة 2012. أما تغطية العمال التقنيين فكانت ضعيفة على مدى خمس سنوات، ومع ذلك فقد عرفت تحسنا تدريجيا ضعيف خلال السنوات الخمس، وترجع هذا التحسن في التغطية نتيجة زيادة عدد العاملين لزيادة عدد المؤسسات الصحية العمومية خلال هذه الفترة.

2. الهياكل الصحية (الموارد المادية)

تعتبر الهياكل الصحية من أهم الركائز للنهوض بالقطاع الصحي في الجزائر، وهي الجزء المكمل للمورد البشري الصحي من أجل تغطية صحية تتكفل بالاحتياجات الوطنية، وهذا ما سيتم التطرق له من خلال عرض تطور عدد وحدات العلاج القاعدية، وعدد أسرة الهياكل العمومية الاستشفائية خلال الفترة 2008-2012 ونسب التغطية الصحية لها، كما توضحه الجداول التالية:

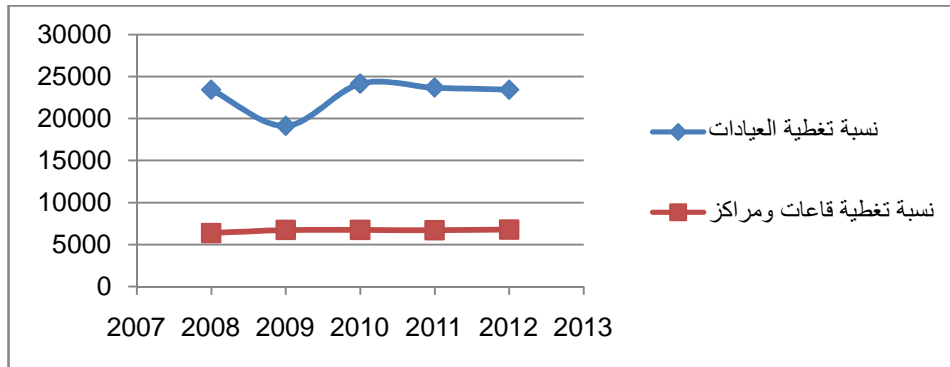
جدول رقم 10: تطور عدد وحدات العلاج القاعدية ونسب تغطيتها الصحية في الجزائر.

السنة	السكان (بالآلاف)	عيادة متعددة الخدمات	التغطية (عدد السكان/عيادة)	مركز صحي+ قاعة علاج	التغطية (عدد السكان/مركز)
2008	34591	1477	23420	5455	6341
2009	35268	1845	19115	5258	6707
2010	35978	1491	24130	5350	6724
2011	36717	1551	23673	5491	6687
2012	37495	1601	23420	5545	6762

Source :Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la Population, Situation Démographique et Sanitaire, Juillet 2014, p.19, (données 2000 – 2014).

يوضح الجدول أن عدد العيادات متعددة الخدمات زادت من سنة 2008 إلى 2009 بنسبة 24.91% وانخفضت بنفس النسبة تقريبا في السنة الموالية لها، ليزيد عددها بشكل تدريجي بنسبة 7.37% خلال السنوات الثلاث الأخيرة. أما المراكز الصحية وقاعات العلاج فقد عرفت انخفاض في عددها في سنة 2009 حيث بلغت 5258 مركز صحي وقاعة علاج، ليرتفع عددها بشكل تدريجي إلى 5545 في سنة 2012.

شكل رقم 26: نسبة تغطية وحدات العلاج القاعدية في الجزائر



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (10).

يلاحظ من الشكل البياني أن قاعات ومراكز العلاج لها نسبة تغطية واسعة بالنسبة لعدد السكان خلال السنوات الخمس، وخاصة في سنة 2008، باعتبارها أولى بوابات سلسلة العلاج، حيث أنها تركز على الوقاية والعلاج الأولي لشريحة كبيرة من السكان. وهذا ما يوضح تمركز جهود القطاع على مستوى الهياكل الصحية ذات التكلفة الأقل. أما نسبة تغطية العيادات متعددة الخدمات فقد شهدت انخفاض كبير في سنة 2008 لتسجل بعدها ارتفاع مميز في سنة 2009 نتيجة الزيادة المعتبرة في هذه الهياكل، لتتخفف بعدها خلال الفترة 2010-2012.

وفيما يتعلق بعدد أسرة الهياكل العمومية الاستشفائية. فعلى الرغم من استعمال عدد أسرة المستشفيات للدلالة على مدى توافر خدمات العيادات الداخلية، إلا أنه لا توجد قاعدة عالمية لنسبة أسرة المستشفيات

إلى مجموع السكان. ففي الإقليم الأوروبي يتوفر 63 سرير لكل 10000 نسمة، مقابل 10 أسرة لكل 10000 نسمة في الإقليم الإفريقي.¹

وسيتم إدراج عدد أسرة الهياكل العمومية الاستشفائية خلال الفترة 2008-2012 ونسب التغطية الصحية لها من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 11: تطور عدد الأسرة ونسب التغطية الصحية في الهياكل العمومية الاستشفائية

السنة	المستشفى العام (EPH/EH)	نسبة التغطية	المؤسسات الاستشفائية الجامعية (EHU)	نسبة التغطية	المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)	نسبة التغطية	المستشفيات المتخصصة (EHS)	نسبة التغطية
2008	33716	1026	600	57652	12815	2699	9932	3483
2009	33665	1048	608	58007	13042	2704	10475	3367
2010	35218	1022	679	52987	12501	2878	10824	3324
2011	34724	1057	709	51787	12881	2850	10816	3395
2012	34705	1080	759	49401	12312	3045	10863	3452

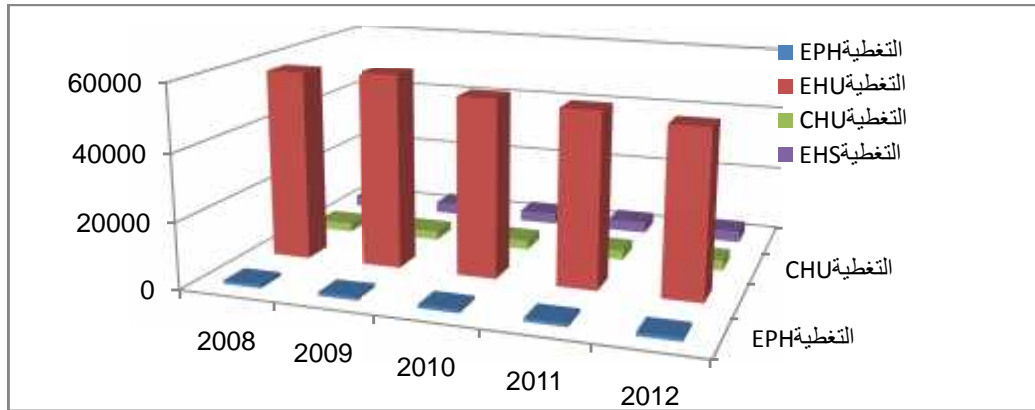
Source :Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la Population, Situation Démographique et Sanitaire, Juillet 2014, p.21, (données 2000 – 2014).

يتضح من الجدول زيادة عدد أسرة المستشفيات العامة (EH\EPH) والمستشفيات الاستشفائية المتخصصة (EHS) كانت بنسب ضئيلة هي على التوالي: 2.93% و 9.37%. أما عدد أسرة المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) فقد انخفضت في سنة 2012 بنسبة تقدر بـ 4.08%. وهذا ما يشير إلى أن مستوى التغطية الصحية مازال بعيدا عن الاحتياجات الوطنية بسبب قدم التجهيزات والبنى التحتية ونقص الأسرة في المجال الصحي وعدم توافق نظام الخريطة الصحية والاحتياجات المطروحة؛ لأن الارتفاع المتزايد في عدد السكان في الجزائر لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية. والشكل رقم (27) يوضح ذلك أكثر:

إن أول مؤشر منخفض يظهر في الشكل هو نسبة تغطية المؤسسات الاستشفائية الجامعية (EHU) وهذا أمر طبيعي باعتبارها مؤسسة واحدة في وهران. وعلى العكس تمام بالنسبة لنسبة تغطية المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) التي تشهد تغطية واسعة خلال خمس سنوات، ثم المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) التي تعرف هي الأخرى تغطية معتبرة بالنسبة لعدد السكان مع المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) في نفس المستوى تقريبا خلال الخمس سنوات. وذلك من أجل لتحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية ومجانية العلاج.

¹ - نفس المرجع.

شكل رقم 27: تطور عدد الأسرة ونسب التغطية الصحية في الهياكل العمومية الاستشفائية



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (11).

أما في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة بين 2010-2014 المصادق عليه من طرف مجلس الوزراء المنعقد يوم 24 ماي 2010، استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي قدر بـ 619 مليار دج خصص هذا المبلغ لإنجاز 172 مستشفى و 45 مركبا متخصصا في الصحة و 377 عيادة متعددة الإختصاصات، و 1000 قاعة علاج، و 24 مدرسة للتكوين الشبه طبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين.¹

وتصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن البرنامج الخماسي 2010-2014 حسب الأولويات التي تستهدف التقليل من الفوارق الصحية بين الولايات من خلال ضمان العلاج المتخصص عن طريق إنجاز معاهد ومستشفيات أو مؤسسات إستشفائية متخصصة، وهيكل جوارية متخصصة حسبما جاء في برنامج العمل لوزارة الصحة والإسكان وإصلاح المستشفيات للفترة الممتدة بين 2009-2010. كما شمل البرنامج الخماسي تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية مع العلم أنه من الضروري توفير 254 عيادة متعددة التخصصات و 34800 سرير في أفق 2015. وتجدر الإشارة إلى أن هياكل إستشفائية متعددة موزعة عبر الوطن سيما 15 مركز إستشفائي جامعي ومؤسسة إستشفائية جامعية واحدة و 5 مؤسسات إستشفائية و 77 مؤسسة إستشفائية متخصصة و 200 مؤسسة عمومية إستشفائية، وهذا خلال سنة 2015.

من جهة أخرى، فإن القطاع الخاص برز بشكل لافت للانتباه في المسار الصحي حيث قدرت هياكله سنة 2009 بـ 1108 عيادة إستشفائية خاصة، 25230 مؤسسة إستشفائية خاصة، و 16 مدرسة تكوين شبه طبي خاصة. وفي سنة 2012 بلغت هياكله بـ 1516 عيادة إستشفائية خاصة، و 31538 مؤسسة

¹ - الشمري، حاج عيسى، مرجع سابق، ص. 119.

إستشفائية خاصة.¹ كل هذا يبرز تأثر القطاع الصحي الخاص بالاتجاهات والتحولت العالمية والتي يمكن إرجاعها إلى إدراك القطاع الصحي بأن المرضى هم مستهلكون يؤثر فيهم إستخدام وتوظيف التكنولوجيا الصحية المعاصرة والحديثة؛ بالإضافة إلى التحول نحو المنافسة في السوق الصحي وإصلاح القطاع الصحي أيضا.

المبحث الثاني: تمويل وتقييم أداء المنظومة الصحية في الجزائر

إن نقص الموارد المتاحة لتمويل الإنفاق على الصحة يمثل أهم التحديات التي تحول دون تطوير قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، خاصة في ظل الارتفاع المطرد في تكاليف تقديم الخدمات الصحية، وغياب نظام فعال لتقويم أداء النظام الصحي.

في هذا الإطار، جاء هذا المبحث ليكشف النقاب عن موضوع تمويل الإنفاق على الصحة. بالإضافة إلى ذلك سيتم تقييم أداء المنظومة الصحية في الجزائر من خلال مجموعة من المؤشرات ممثلة في معدل الوفيات، توقع الحياة عند الولادة، وغيرها وهي المؤشرات المعتمدة من طرف المنظمة العالمية للصحة. وذلك بهدف القضاء على الأمراض والأوبئة، ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا.

المطلب الأول: تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

قبل التطرق إلى موضوع تمويل النظام الصحي في الجزائر، وتطور ميزانية الصحة وما يرتبط بذلك، ينبغي تسليط الضوء على مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر منذ 1963 إلى غاية سنة 2015، مع العلم أن الفترة الممتدة من 2003 إلى 2005 تعذر فيها الحصول على المعطيات.

1. مصادر التمويل في الجزائر من 1963 إلى سنة 2015

1.1. مصادر التمويل خلال الفترة 1963-1973:

ورثت الجزائر غداة الاستقلال وضعية مزرية في شتى المجالات بما في ذلك مجال الصحة، حيث تميزت هذه المرحلة بهجرة العديد من الإطارات ذوي الأصل الأوروبي، الذين كانوا يمثلون العمود الفقري للنظام الصحي، مقابل عجز في الإطارات الصحية الجزائرية. وقد أدى ذلك إلى التعجيل باتخاذ القرارات لا سيما تلك التي تتعلق بالصحة العمومية. وعلى هذا الأساس كان للنظام الصحي المتبع آنذاك عدة انعكاسات

¹ - Office National des Statistiques - Alger - Annuaire Statistique de l'Algérie : Résultats 2010 - 2012, 2014, Vol.3.

على الصحة العمومية بصفة عامة، وعلى طرق تمويله بصفة خاصة، حيث شهدت هذه المرحلة ثلاثة مصادر أساسية للتمويل، وهي:

أ. المساهمة العمومية: تشمل مساهمة الدولة والجماعات المحلية، حيث تقدر بـ 60% من مجموع النفقات على الصحة، والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا، وتخصص لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لهم مداخيل، حيث كان يتعين عليهم إحضار بطاقات المصدرة من طرف المصالح البلدية لكي يستفيدوا من العلاج، بحيث كانت النفقات المحققة من جراء معالجة هذه الفئة تمول على النحو التالي:¹

- 85% من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة؛

- 15% من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية (8% لحساب الدوائر و7% لحساب البلديات).

ب. مساهمة الضمان الاجتماعي: تخص مساهمة الضمان الاجتماعي التكفل بالمؤمنين وذوي الحقوق، وتقدر بنسبة 30% من مجموع نفقات الصحة.

ج. مساهمة بعض الفئات من المرضى: تأتي هذه المساهمة من طرف الأشخاص ذوي المهن الحرة والذين لا يخضعون لأي نظام تأمين، فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من طرف الهياكل الصحية العمومية يقوم المريض بدفع نفقاته مباشرة عند مغادرة الهيكلة الصحية التي قدمت له العلاج، إلا أن هذه المشاركة كانت ضعيفة جدا مقارنة بالفئات السالفة الذكر، حيث مثلت نسبة 10% من إجمال نفقات الصحة فقط.²

2.1. مصادر التمويل خلال الفترة 1974-2002:

تقرر إرساء مبدأ الطب المجاني على مستوى القطاع العمومي بموجب الأمر رقم 65-73 في 1973/02/28، والذي ادخل حيز التنفيذ ابتداء من 1974/01/01، وهذا ما أدى إلى حدوث تغيير هيكلي على مستوى النظام الصحي الوطني بصفة عامة ومصادر تمويله بصفة خاصة، حيث أصبح يتشكل مما يلي:³

- قطاع عمومي للصحة، ويضم أساسا القطاعات الصحية، إلى أن ظهرت المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية سنة 1986. وأصبح يطلق فيما بعد على مجموع هذه الهياكل مصطلح "المؤسسات الصحية".

¹ M.Lamri, Dossier de la Contractualisation, "Le Gestionnaire", Revue semestrielle élaborée par Ecole National de Santé Publique, juillet 1998, p.24.

² أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، 2000-2001، ص.152.

³ عبد القادر قزولي، الصحة والأزمة الاقتصادية في الجزائر، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج، فرع تسيير الموارد البشرية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2003، ص.17.

- قطاع شبه عمومي، ويضم المراكز الطبية الاجتماعية التي تختص في تقديم العلاج للعمال الأجراء وعائلاتهم، إلا أنه تم دمج إداريا إلى القطاعات الصحية سنة 1980، وتم التخلي عنه تماما سنة 1984.

- قطاع خاص، ويشمل قاعات العلاج الخاصة بجراحة الأسنان، الصيدليات، ومخابر التحاليل والأشعة، عيادات ومراكز خاصة بتخصصات مختلفة.

والجدير بالإيماء أنه مع تبني مجانية العلاج على مستوى قطاع الصحة العمومي، تم إستبدال "السعر اليومي" بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية، والتي تحدد بموجب قرار مشترك بين الوزارة المكلفة بالصحة ووزارة المالية؛ وتقدم سنويا في إطار قانون المالية، تتضمن مختلف مصادر التمويل الرئيسية مجتمعة في فرع الإيرادات. كما يتم تحديد أوجه النفقة الوطنية للصحة.

ويمكن إبراز مختلف مصادر التمويل خلال الفترة (1974-1988) حسب (الملحق رقم 01)، حيث تبين أن هذه الفترة تميزت بوجود أربعة مصادر رئيسية للتمويل هي: الدولة، الضمان الاجتماعي، العائلات، مصادر أخرى (الجماعات المحلية والمراكز الطبية الاجتماعية). كما يلاحظ أن كل من نسبة مساهمة الدولة، العائلات، الجماعات المحلية، والمراكز الاجتماعية بالنسبة للنفقة الوطنية للصحة شهدت انخفاضا على العموم بعد الخمس سنوات الأولى من إقرار مبدأ مجانية العلاج، ليستمر الوضع كذلك إلى غاية سنة 1988. ويمكن إرجاع ذلك إلى أنه نسبة الزيادة في النفقة الوطنية للصحة بوتيرة أسرع منها بالنسبة لهذه المساهمات- المذكورة سابقا- ونخص بالذكر سنة 1988 أين عرفت مساهمة الدولة في تمويل النفقة الوطنية للصحة انخفاضا مذهلا يقدر بنسبة 98.12% مقارنة بنسبة 1987، وذلك نتيجة الأثر الرجعي للانخفاض الشديد لأسعار البترول في الأسواق العالمية في سنة 1986، الأمر الذي فتح المجال أمام بوادر أزمة اقتصادية ساهمت بتقليص الموارد المالية للدولة على وجه الخصوص.

بينما تحقق الحالة العكسية بالنسبة لمساهمة صندوق الضمان الاجتماعي بالنسبة للنفقة الوطنية للصحة، حيث عرفت هذه النسبة ارتفاعا مستمرا على العموم منذ إقرار مبدأ مجانية العلاج، وذلك نتيجة الزيادة في النفقة الوطنية للصحة بوتيرة أبطأ منها بالنسبة لمساهمة صندوق الضمان الاجتماعي.

أما مصادر التمويل في الفترة الممتدة من 1989 إلى 2002، فيمكن عرضها في الجدول رقم (12):

يتبين من الجدول رقم (12) أن هذه الفترة شهدت وجود ثلاثة مصادر رئيسية للتمويل هي: الدولة، الضمان الاجتماعي، العائلات، وآخرون يتمثلون أساسا في التعاضديات، المؤسسات الاقتصادية، قطاع الصحة الخاص، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الإجراء والتعاون الدولي.

الجدول 12: مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر خلال الفترة 1989-2002.

الوحدة: 10³ دج

2002	2000	1996	1994	1992	1989	البيان
57368050	43842845	23400000	20720000	13030000	3364000	مساهمة الدولة (1)
32.92	28.18	24.34	34.55	23.4	16.85	=(4)/(1)
76830000	68770000	42700000	22250000	17037000	*11987000	مساهمة CNAS (2)
44.1	44.2	44.43	37.05	30.6	60.06	%=(4)/(2)
40039869	42987551	30000000	17000000	12600000	4608000	مساهمة العائلات وآخرون (3)
22.98	27.63	31.21	28.34	22.62	23.09	%=(4)/(3)
174237919	155600396	96100000	59970000	55697000	19959000	المجموع (4)

Source:

¹ F.Z.Oufriha, Système de santé et population en Algérie, op.cit, p.129 (données 1989-1996).² Comptes nationaux de la santé de l'Algérie, élaborés par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Mai 2003, p.24 (donnée 2000 et 2002).

يلاحظ أن مساهمة الدولة سنة 1989، والتي قدرت بـ 16.85% من حصة النفقة الوطنية للصحة إنخفضت مقارنة بمساهمة الصندوق الوطني للتأمين على حوادث العمل CNASAT، والتي بلغت 60.06% بالنسبة للنفقة الوطنية للصحة. ويرجع هذا الإرتفاع إلى أن هذا الصندوق كان يضم العديد من الأنظمة الفرعية، والتي أصبحت تحت اسم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية CNAS سنة 1992 (معدا النظام الخاص بالدفاع وموظفو البحر CSSM والنظام الخاص بغير العاملين CAVNOS).

وعلى العموم، شهدت مساهمة الدولة من حصة النفقة الوطنية للصحة ارتفاعا خلال الفترة المولوية الممتدة من سنة 1992 إلى غاية 2002، إلا أن هذه المساهمة تبقى أقل من نظيرتها بالنسبة لـ CNAS خلال نفس الفترة. ولا شك أن ذلك كان نتيجة الوضعية المالية المترتبة عن إرساء مبدأ مجانية العلاج، حيث تحملت الدولة تكاليف كبيرة على عاتقها، لهذا كان لزاما عليها تخفيف هذا العبء الثقيل بتفعيل دور CNAS، على أن يتحمل الحصة الكبرى من حجم النفقة الوطنية للصحة. أما فيما يخص مساهمة العائلات والمصادر الأخرى تبقى ثابتة نسبيا خلال الفترة (1989-2002) بمتوسط يقدر بـ 25.98%، ويمكن إرجاع ذلك إلى ثبوت التسعيرات الاستشفائية خلال هذه الفترة سواء تعلق الأمر بالطب العام، الطب الخاص أو تسعيرة المكوث في المستشفى.

قبل الانتقال إلى الفترة الممتدة من 2006 إلى 2015 نشير إلى تعذر الحصول على المعلومات الخاصة بالفترة 2003 إلى 2005.

* الجدير بالذكر أن مساهمة الضمان الاجتماعي في سنة 1989 تشمل مساهمة CNASAT وليس مساهمة CNAS.

3.1. مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر خلال الفترة 2006-2015

تتمثل مصادر تمويل النفقة الصحية في المنظومة الصحية الجزائرية الموضحة في الجدول الموالي خلال الفترة الممتدة من 2006-2010 في: مساهمات الدولة؛ مساهمة الـ CNAS مصادر أخرى متمثلة في التعاضديات الاجتماعية، المؤسسات الاقتصادية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء والمؤسسات الخارجية.

جدول رقم 13: مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة خلال الفترة 2006-2010
الوحدة: 10³ دج

2010	2009	2008	2007	2006	البيان
197.232.583	173.220.480	151.471.267	106.660.946	73.468.310	الدولة مساهمة
83.40	81.52	78.12	74.10	65.97	الدولة مساهمة %
38.000.000	38.000.000	38.000.000	35.000.000	35.000.000	الـ CNAS مساهمة
16.06	17.88	19.59	24.31	31.42	الـ CNAS مساهمة %
1.243.520	1.243.520	4.419.520	2.277.080	2.893.520	أخرى مصادر
0.54	0.6	2.29	1.59	2.61	أخرى م. مساهمة %
236.476.103	212.464.000	193.890.787	143.938.026	111.361.830	المجموع

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، التقارير السنوية لتطور مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة العمومية الفترة 2006-2010، مديرية المالية والوسائل، المديرية الفرعية للميزانية والمحاسبة.

إن مساهمة الدولة المقدره بنسبة % 83.40 سنة 2010 تعد أكبر مصدر ممول للنفقات الوطنية للصحة. ففي الفترة الممتدة من 2006 إلى 2010 ارتفعت نسبة مساهمة الدولة في التمويل بـ 17.43% وهذا ما يبين أن الجزائر سجلت تقدما ملحوظا في مجال التكفل بالجانب الصحي مقارنة بما كان مسجلا من قبل في هذا الجانب. كما يعكس ذلك نية الدولة في النهوض بالقطاع والمساهمة في تحقيق التنمية الصحية المستدامة. فميزانية الدولة تتكفل بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والعلاج المقدم للمعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا.

أما فيما يخص مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي، فقد شهدت انخفاضا في نسبة مساهمتها في التمويل بـ 15.36%. إن هذا التمويل يطبق على أساس المعلومات المتعلقة بالمؤمن لهم اجتماعيا المتكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية، وذلك في إطار العلاقات التعاقدية التي تربط بين الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

كما تجدر الإشارة إلى أنه في سنة 2010 كان من المفترض تعميم النظام الاجتماعي التعاقدى (Système Social de Contractualisation) على كافة المرافق الصحية العامة.* حيث أن إدخال نظام التعاقد هذا هو من أجل السيطرة على أموال التأمينات الاجتماعية بشكل أكبر، وبناء الشفافية والسرعة في إدارة ملف المؤمن عليه.¹

أما مصادر التمويل في الفترة الممتدة من 2011 إلى 2015، فيمكن عرضها في الجدول التالي:
جدول رقم 14: مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة خلال الفترة 2011-2015

الوحدة: 10³ دج

2015	2014	2013	2012	2011	البيان
315898086	313525878	308411172	360340296	363948093	مساهمة الدولة
79.73	74.42	82.50	82.59	89.09	%
65219092	57818524	49629410	48129410	38000000	مساهمة CNAS
16.46	13;72	13.28	11.03	9.30	%
1100000	1100000	1100000	1100000	1100000	مصادر أخرى
0.28	0.26	0.29	0.25	0.27	%
14000000	48842060	14660000	26700000	5442320	رصيد السنوات السابقة
3.53	11.59	3.92	6.12	1.33	%
396217178	421286462	373800582	436269706	408490413	المجموع

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، التقارير السنوية لتطور مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة العمومية الفترة 2011-2015، مديرية المالية والوسائل، المديرية الفرعية للميزانية والمحاسبة.

إن مساهمة الدولة في تمويل النفقة الوطنية للصحة خلال الفترة الممتدة من 2011-2015 سجلت انخفاضا تدريجيا قدر بـ 9.36%. باعتبار أن مساهمة الدولة تعد أكبر مصدر ممول للنفقات الوطنية للصحة. وهذا عكس ما كان مسجلا في الفترة الممتدة من 2006 إلى 2010 الذي ارتفعت فيه نسبة مساهمة الدولة في التمويل بـ 17.43%، وهذا يشير إلى الانخفاض الملحوظ في مجال التكفل بالجانب الصحي مقارنة بما كان مسجلا من قبل.

أما فيما يخص مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي، فيلاحظ ارتفاع نسبة مساهمتها في تمويل النفقة الوطنية للصحة حيث سجلت نسبة زيادة تقدر بـ 7.16% خلال الفترة الممتدة من 2011-2015. وهذا عكس ما كان مسجلا في الفترة 2006-2010. وهي تخصص في ميزانية القطاعات الصحية والمؤسسات الإستشفائية المختصة بما فيها المراكز الإستشفائية الجامعية لتغطية الأعباء الصحية ماليا لصالح المؤمنین الاجتماعيين.

* في قانون المالية لسنة 1993 تمت الإشارة إلى أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة بالتكفل بالوقاية والبحث وبالمعوزين، أما باقي العلاج فيكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي، هذا الأخير -النظام أو النهج التعاقدى- الذي يشرع في عملية تجريبه بداية سنة 1997م، للوصول إلى النتائج النهائية التي سوف تطبق بحلول سنة 2000م، ولكن الدراسة لم تتوصل إلى غايتها.

لمزيد من المعلومات، انظر:

- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1 (الجزائر: دار كتامة للكتاب، 2008)، ص.152.

¹ - عدنان مريزق، مرجع سابق، ص ص 184-196.

2. نفقات الصحة في الجزائر

بعد التطرق إلى مصادر التمويل الصحي في الجزائر، سنعرض تطور نفقات الصحة بالنسبة لإجمالي النفقات العامة، وقد حاولنا التركيز على فترة الدراسة والسنوات الأخيرة حسب ما توفر لنا من معلومات، خاصة أن المعطيات المتوفرة حول تطور نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر كانت خلال الفترة 2015-2008.

1.2. تطور نفقات الصحة في الجزائر بالنسبة لإجمالي النفقات العامة للدولة

إن العلاقة بين ميزانية قطاع الصحة والميزانية العامة للدولة تمثل المجهود النسبي لهذه الأخيرة في دعم هذا القطاع مقارنة بمجهوداتها بباقي القطاعات الأخرى كالزراعة والتعليم والصناعة إلى غير ذلك من مشاريع الدولة التي تتطلب إنفاقا عاما. بمعنى حجم الأولويات التي تعطيها الدولة لهذا القطاع من مجموع القطاعات التي تمولها.

والجدول الموالي يبين حصص نفقات قطاع الصحة من إجمالي النفقات العامة للدولة خلال فترة الدراسة (2012-2008).

جدول رقم 15: تطور نفقات قطاع الصحة نسبة إلى إجمالي النفقات العامة خلال الفترة

الوحدة: مليون دج

2012-2008

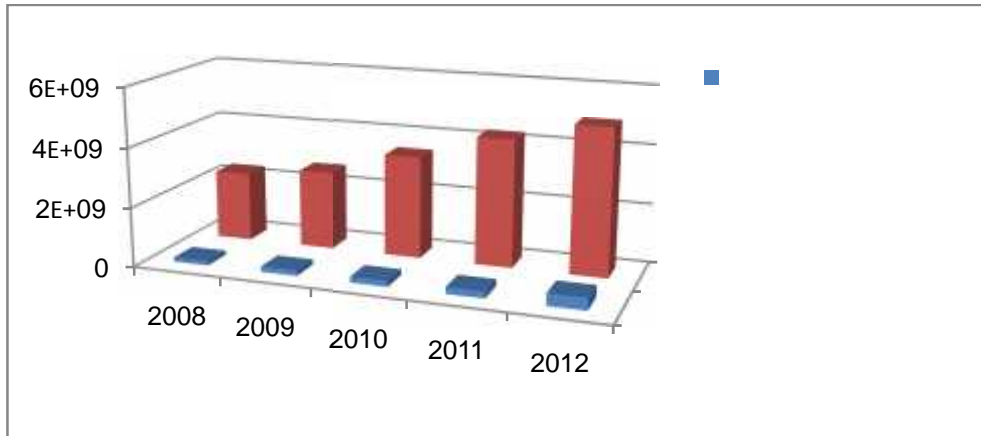
السنة	نفقات القطاع العام	نفقات القطاع العام على الصحة	النسبة المئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة
2008	2363188196	151.471.267	6.40
2009	2661257650	173.220.480	6.50
2010	3445999823	197.232.583	5.72
2011	4291181180	363948093	8.48
2012	4925110475	360340296	7.31

المصدر: بالاعتماد على قانون المالية للسنوات 2012-2008 من الموقع:

<http://www.dgpp-mf.gov.dz/index.php/lois-de-finances>

ويمكن تمثيل البيانات السابقة في الشكل البياني التالي:

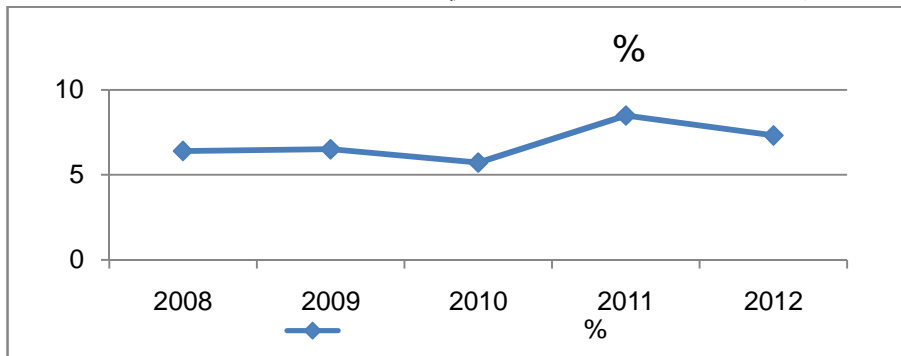
الشكل رقم 28: تطور نفقات قطاع الصحة نسب إلى إجمالي النفقات العامة خلال الفترة 2008-2012



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (15)

ويمكن تمثيل تطور نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة خلال الفترة 2008-2012 من خلال الشكل رقم (29).

الشكل رقم 29: تطور نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة خلال الفترة 2008-2012



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (15)

من خلال الجدول والتمثيل البياني يلاحظ نوع من التذبذب في حصة القطاع الصحي من إجمالي النفقات العامة، وذلك راجع إلى أولويات السياسات المتبعة من طرف الحكومة في إطار تحقيق أهداف التنمية المسطرة. كما يلاحظ انخفاض في الميزانية المخصصة للصحة، خلال الفترة الممتدة من 2008-2010 رغم أن الطلب على العلاج لم يتوقف عن الزيادة. مما أدى إلى زيادة الصعوبات التي تواجه المنشآت الصحية من أجل ضمان عناية أفضل للمرضى. ولا شك أن ذلك إنعكس على جودة الخدمات المقدمة. وفي سنة 2011 ازدادت نسبة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي حيث بلغت 8.48% لتتخفف بعدها تدريجيا حتى سنة 2015 بنسبة 6.35%¹. إن النقص الموازناتي يساهم في زيادة ثقل دين

¹ - بالاعتماد على قانون المالية للسنوات 2008-2015 من الموقع:

المنشآت الصحية، مما يؤثر على كفاية الصيانة بسبب عدم وجود تجديد ملموس في الوسائل المادية، والتي تعرضت للتقادم نتيجة نقص قطع الغيار، والاستعمال الزائد وغياب سياسة صيانة واضحة المعالم.

2.2. تطور نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2008-2012.

عرفت نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر عدة تغيرات خلال الفترة 2008-2012، كما

يوضحه الجدول الموالي:

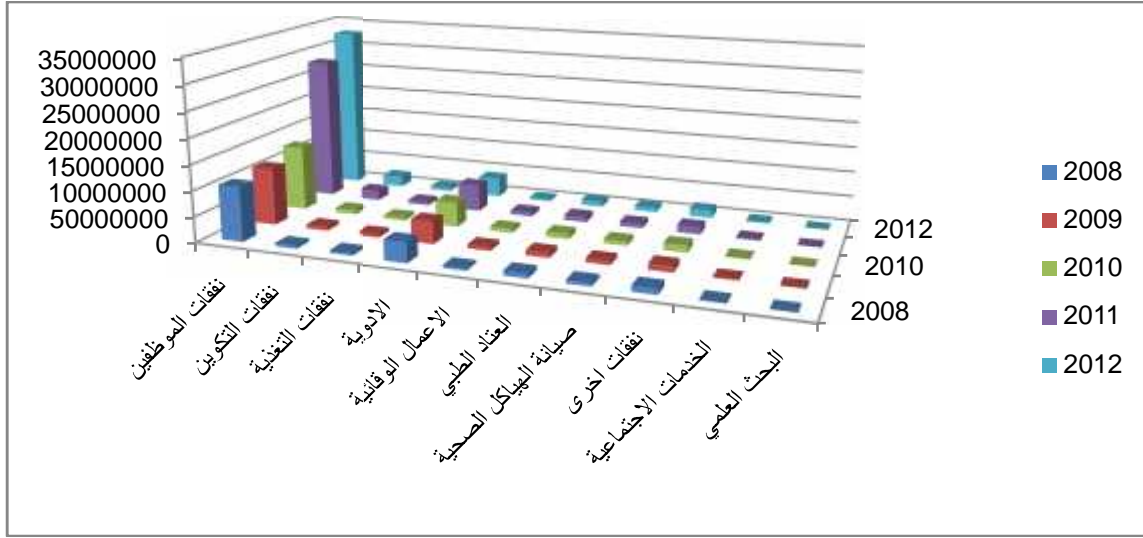
جدول رقم 16: تطور نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2008-2012. الوحدة: 10^3 دج

البيان	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%
نفقات الموظفين	10681691	55.0	11257800	52.9	12777310	54.9	28190409	54.3	32608042	74.7
نفقات التكوين	6000000	3.09	8000000	3.76	8550000	3.61	19628000	3.61	21868280	5.01
نفقات التغذية	5605470	2.89	6530000	3.07	7104000	3.07	7500000	3.07	7475000	1.7
نفقات الأدوية	40341000	20.8	44498000	20.9	49268000	20.8	53210320	20.8	38780000	8.88
نفقات الأعمال الوقائية	5268800	2.71	8000000	3.76	8200000	3.76	8600000	3.76	4400000	1.01
نفقات العتاد الطبي	9467300	4.88	10000000	4.7	10500000	4.44	11000000	4.44	10500000	2.4
صيانة الهياكل الصحية	7216800	3.72	8500000	4	8925000	3.77	9372000	3.77	8900000	2.04
نفقات اخرى	11404500	5.15	12500000	5.88	13750000	5.81	14662000	5.81	15516000	3.55
نفقات الخدمات الاجتماعية	1720000	0.88	1808000	0.85	2356000	0.99	2564000	0.99	2700000	0.61
نفقات البحث العلمي	50000	0.02	50000	0.02	50000	0.02	50000	0.02	50000	0.01
المجموع	19389078		21246400		23647610		40849041		43626970	

المصدر: تم أعداد الجدول بالاعتماد على وثائق المديرية الفرعية للميزانية والمحاسبة التابعة لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

ويمكن تمثيل تطور نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر، من خلال الشكل التالي:

شكل رقم 30: تطور نفقات التشغيل للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2008-2012.



المصدر: بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (16)

من خلال الجدول رقم (16) والتمثيل البياني يتبين أن ميزانية التشغيل للمؤسسات الصحية العمومية قد تطورت بنسبة 55.55% خلال السنوات الخمس (2008-2012)، هذا ما يؤكد الدعم الذي تمنحه الدولة لهذا القطاع من أجل النهوض به، غير أنها انخفضت من سنة 2012 إلى سنة 2015 بنسبة 10.30% (انظر الملحق رقم (02)). كما يتضح من خلال الجدول والشكل أن نفقات الموظفين تستحوذ وحدها على أعلى نسبة في كل سنة، وقد بلغت أعلى قيمة لها في سنتي 2011 و2012 بنسبة 74.74% و69% على التوالي. وذلك راجع إلى الزيادات المعتبرة في مرتبات مستخدمي مؤسسات الصحة العمومية من جهة وإلى زيادة عدد الموظفين من جهة أخرى، وهذا يظهر جليا في سنة 2012 التي شهدت زيادة في عدد الممارسين الطبيين.

تليها مباشرة نفقات الأدوية إذ خصص لها قيمة معتبرة لا تقل عن 20.9% في سنة 2009، إذ تم إنشاء الوكالة الوطنية للأدوية في سنة 2008، وإنتاج وتوفير المنتجات الصيدلانية الجنيصة المصنعة محليا في سنة 2009. وسجلت أدنى قيمة لها في سنة 2012 بنسبة 8.88%، لتعرف ارتفاعا في السنوات الأخيرة خاصة سنة 2014 بنسبة لا تقل عن 14% (انظر الملحق رقم ()). إذ تميزت هذه السنة بوفرة جميع أنواع الأدوية واللقاحات والأمصال، سواء على مستوى مؤسسات القطاع العمومي أو الوكالات الصيدلانية الخاصة، وذلك من خلال مراجعة الإجراءات واعتماد إستراتيجية جديدة تضمن السيولة المالية لكل من

الصيدلة المركزية للمستشفيات ومعهد باستور، مما مكنها من دفع مستحققاتها داخل وخارج الوطن، وهذا حسب تصريح وزير الصحة.¹ أما نفقات البحث العلمي فقد بقيت ثابتة.

ثم نفقات التكوين التي شهدت إرتفاع تدريجي في السنوات الخمس، وبالأخص في سنة 2012 حيث بلغت نسبة 5.01%، وذلك نظرا لأهمية العنصر البشري في هذا القطاع حيث شرعت الوزارة حسب ما أكده الوزير في تنفيذ برنامج مكثف يشمل تكوين 15000 مساعد في التمريض لضمان سير مرافق الصحة الجوارية، والبدء في تكوين أطباء عامين لمدة سنتين في عدة تخصصات طبية، وتكوين التقنيين في صيانة الأجهزة الطبية.² لتشهد انخفاضا في السنوات التي تليها، حيث بلغت نسبة 2.12% في سنة 2015. أما نفقات العتاد الطبي فقد عرفت ارتفاعا خلال السنوات الثلاث الأولى خاصة سنة 2008 وسنة 2009 بنسبة 4.88% و 4.7% على التوالي والتي كانت توجه أساسا للتكفل باقتناء الأدوات الطبية الضرورية لتسيير المؤسسات الصحية، خاصة بعد زيادة عدد العيادات متعددة الخدمات بنسبة 24.91% بين سنتي 2008 و 2009 م.

كما يلاحظ ارتفاع في نفقات الوقاية ابتداء من سنة 2008 ارتفاعا تدريجيا إلى أن بلغت أعلى قيمة لها في سنة 2010 بنسبة 4.22%، ويرجع ذلك إلى مكافحة مختلف الأمراض خاصة الأمراض المراقبة عن طريق التطعيم فالحصبة مثلا عرفت انخفاض شديد في سنة 2010 بنسبة 54%، وكذلك الخناق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال التي تم القضاء عليها خلال هذه الفترة، بالإضافة إلى الحمى المالطية التي عرفت ارتفاع كبير في سنة 2010، كما أن مرض السل سجل أعلى قيمة له في سنة 2008 بـ 19375 حالة، ثم انخفضت هذه النفقات تدريجيا بعد تحسن الوضعية الصحية في السنوات التي تليها.

أما النفقات الأخرى فقد شهدت ارتفاعا في السنوات الثلاث الأولى لضمان السير الحسن للمرافق والمنشآت الصحية، ثم سجلت انخفاض في السنوات الأخيرة. وشهدت نفقات صيانة الهياكل الصحية ونفقات التغذية زيادة تدريجية خلال السنوات الثلاث الأولى بشكل أتوماتيكي وذلك نتيجة زيادة الطلب على الخدمات الصحية، ثم بدأت في الانخفاض التدريجي. ويلاحظ أيضا تطور تدريجي لنفقات الخدمات الاجتماعية بسبب تطور شبكة الأجور والتعويضات الخاصة بموظفي الصحة خاصة في سنة 2015.

فرغم الميزانية المعتبرة لتحسين الخدمات الصحية للمواطن الجزائري إلا أن الخلل في السياسة الصحية في الجزائر يكمن في التسيير، حيث أن أغلب النفقات توجه للتجهيزات على حساب تكوين وتأهيل الموارد

¹ - تكنولوجيا
² - عبد الملك بوضياف، وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

حصيلة 2015 <http://www.aps.dz/ar/sante-science-2015> :
<http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20150406/36173.html>

البشرية، مما انعكس سلبا على مستوى جودة الخدمات الصحية في الجزائر. أما فيما يتعلق بالقطاع الخاص، فإن نفقات الخدمات المقدمة فيه تقع بشكل كبير على عاتق المريض، وحتى المستفيدين من التأمين على المرض لا يعوضون إلا بمعدل قليل جدا مقارنة بالمبالغ المدفوعة.¹

ويبقى قطاع الصحة في الجزائر صعب الولوج بالنسبة للقطاع الخاص، بسبب تطوره السريع وغير المراقب منذ التسعينات،* وهذا ما يبرر تبني إصلاحات تخص على سبيل المثال التسعيرات، وهيكل الأفعال الطبية وغيرها.

المطلب الثاني: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر

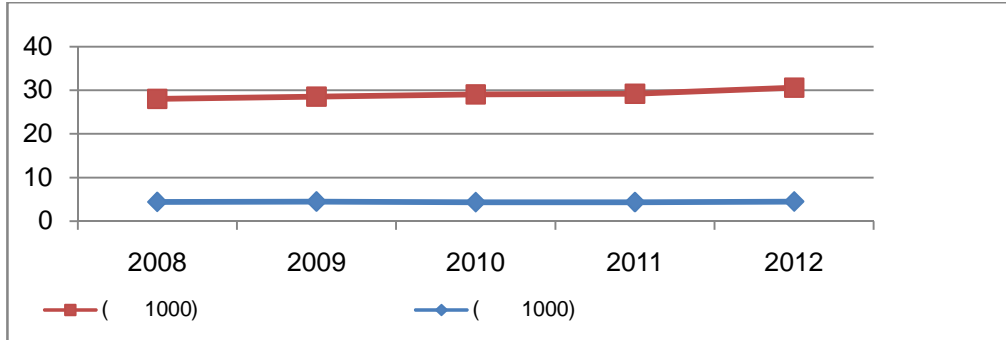
سيتم تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر انطلاقا من المؤشرات التي حددتها منظمة الصحة العالمية سنة 2000، والمتمثلة أساسا في معدلات الوفاة والعمر المتوقع ومعدلات انتشار الأمراض.

أولا: معدلات الوفاة، الولادة ومعدل النمو الطبيعي:

إن الوقوف على تطور معدل النمو الطبيعي في الجزائر يكون انطلاقا من حساب معدل الولادة الإجمالي ومعدل الوفاة الإجمالي، كما يوضحه الجدول من الملحق رقم (03)،² والذي تم تمثيله بيانيا في الشكل رقم (31)، كما يلي:

شكل رقم 31: تطور معدل الولادة، الوفاة والنمو الطبيعي في الجزائر

خلال الفترة الممتدة من 2008 إلى 2012



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول من الملحق رقم (03)

يلاحظ من الشكل رقم (31) أن معدل الولادات عرف ارتفاعا تدريجيا خلال السنوات الخمس، حيث كانت الزيادة خلال هذه الفترة بمعدل 2.46 ولادة لكل 1000 ساكن. وقد ارتبطت هذه الزيادة في الولادات بتحسّن الوضعية الصحية للسكان نتيجة تزايد عدد المؤسسات الصحية العمومية، وإنشاء الوكالة الوطنية

¹ La Santé- des Algériennes et des Algériens, Décembre 2004, op.cit, p.102.

* فتح المجال للقطاع الخاص انطلاقا من المرسوم التنفيذي 88-204 بتاريخ 18 أكتوبر 1988، الذي ينظم ظروف فتح وتشغيل العيادات الخاصة.

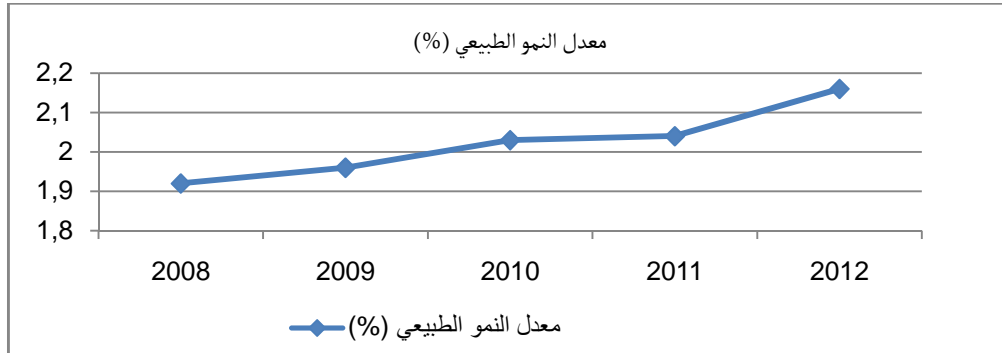
² - Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la Population, Situation Démographique et Sanitaire, Juillet 2014, p .7, (données 2000 - 2014).

للأدوية في نفس الفترة (2008)، وتوفير الأدوية الجنسية المصنعة محليا (2009)، بالإضافة إلى سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط وتنظيم العلاج. كما ارتبط أيضا بزيادة عدد الأخصائيين في القطاع العام والخاص خلال هذه الفترة (2008-2012)، وارتفاع عدد الأطباء العاملين خاصة في القطاع العام نتيجة ارتفاع عدد المتخرجين، بالإضافة إلى الارتفاع الكمي والنوعي للمورد البشري الشبه الطبي خاصة في سنة 2012 (115688) مقارنة بسنة 2008 (93758) أي بزيادة قدرها 23.39% خلال السنوات الخمس.

كما ارتبطت هذه الزيادة في المواليد بزيادة مساهمة الدولة على النفقات الصحية خاصة في سنة 2010 (83.40%) وهي بذلك أكبر ممول للنفقات الوطنية للصحة، حيث ارتفعت هذه المساهمة بـ 17.43% من سنة 2006 إلى سنة 2010 أين سجلت الجزائر تقدما ملحوظا في مجال التكفل بالجانب الصحي مقارنة بالسنوات السابقة.

ويمكن توضيح ذلك أكثر حسب معدل النمو الطبيعي من خلال الشكل التالي:

شكل رقم 32 : تطور معدل النمو الطبيعي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2008 إلى 2012



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول من الملحق رقم (03)

بالمقابل لما سبق من معطيات أدت تلك التطورات إلى ارتفاع مستمر في معدلات النمو الطبيعي من 1.92% سنة 2008 إلى أعلى معدل بـ 2.16% سنة 2012، وذلك نتيجة التذبذب الطفيف بين الانخفاض والارتفاع في معدل الوفيات الإجمالي خلال الفترة (2008-2012). وهذا يعبر عن تحسن الوضعية الصحية في هذه الفترة إذا ما قورنت بمعدل النمو الطبيعي في السنوات السابقة حسب ما جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية أن معدل النمو الطبيعي للفترة 1997 إلى 2007 هو 1.5%، مقارنة مثلا بمعدل النمو الطبيعي لتونس وأستراليا (1.1%) لنفس الفترة.¹

¹ - منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، مرجع سابق.

ثانيا: معدلات وفيات الأمهات والأطفال الرضع

شهد معدل وفاة الأطفال الرضع في الجزائر ومعدل وفيات الأمهات انخفاض محسوس خلال الفترة 2003-2013، كما توضحه الجداول التالية:

جدول رقم 17: تطور وفاة الأطفال الرضع في الجزائر خلال الفترة 2008-2012.

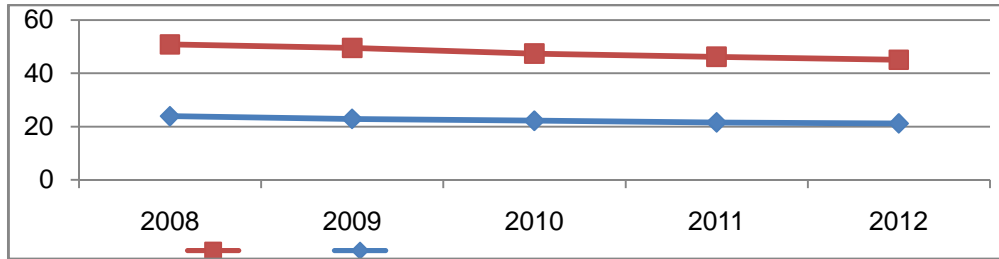
الوحدة: 1000 مولود حي

السنة	عدد الوفيات الرضع	معدل وفيات الرضع بالألف	
		ذكور	إناث
2008	20834	26.9	23.9
2009	21055	26.6	22.9
2010	21046	25.2	22.2
2011	21021	24.6	21.6
2012	22103	23.9	21.2

Source :Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la Population, Situation Démographique et Sanitaire, Juillet 2014, p.11, (données 2000 – 2014).

وفي ما يلي التمثيل البياني لمعدل وفيات الرضع، كما يلي:

شكل رقم 33: تطور معدل وفاة الأطفال الرضع في الجزائر خلال الفترة 2008-2012.



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (17)

كما تشير الإحصائيات المسجلة في الفترة (2008-2012) المتعلقة بتطور معدلات الوفاة لدى المواليد الجدد إلى تراجع المعدلات بمقدار 2.6 بالألف، حيث انخفضت معدلات الوفاة لدى الأطفال الرضع من 25.2 حالة وفاة في 1000 ولادة حية سنة 2008 إلى 22.6 حالة وفاة في 1000 ولادة حية سنة 2012. وحسب الجنس، فإن سلسلة الإحصائيات حول الفترة (2008-2012) تشير إلى الحالة المشجعة والايجابية للإناث.

كما تشير الإحصائيات المسجلة في الفترة (2003-2007) المتعلقة بتطور معدلات الوفاة لدى المواليد الجدد إلى تراجع المعدلات بمقدار 6.3 بالألف، حيث انخفضت معدلات الوفاة لدى الأطفال الرضع من 32.5 حالة وفاة في 2003 إلى 26.2 حالة وفاة في 1000 ولادة حية سنة 2007. وحسب الجنس، فإن سلسلة الإحصائيات تشير إلى الحالة المشجعة والايجابية للإناث.

وحسب المعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية حسب ما جاء في التقرير السنوي العالمي لسنة 2009، فإن الجزائر تكون قد سجلت مستوى متوسط للوفيات (مستوى أدنى بمعدل 1000/1 مولود حي، مستوى أعلى 66/1000 مولود حي، مستوى متوسط 14/1000 مولود حي). وإذا ما قارنا معدلات الوفيات في الجزائر لسنة 2007 بباقي الدول في العالم نجد مثلا مصر (22/1000 مولود حي)، البحرين (4/1000 مولود حي)، استراليا (3/1000 مولود حي)، ألمانيا (3/1000 مولود حي)، اليابان (1/1000 مولود حي).¹ وقد أقرت منظمة الصحة العالمية أنه في الفترة الممتدة بين 2000 و2012 انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من 75 الى 48 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية، ومع ذلك فقد توفي 6.6 مليون طفل في سنة 2012.²

أما معدل وفيات الأمهات فهو حسب ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم 18: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال 1999-2012.

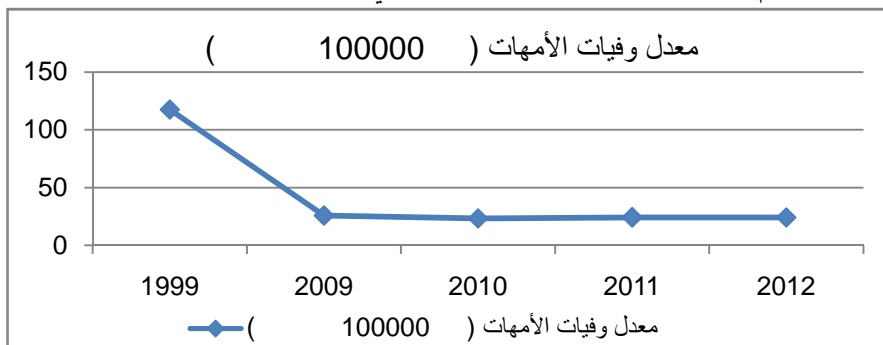
الوحدة: 100000 مولود حي

السنة	معدل وفيات الأمهات (لكل 100000 مولود حي)
1999	117.4
2009	25.7
2010	23.3
2011	24.2
2012	24.1

Source :Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la Population, Situation Démographique et Sanitaire, Juillet 2014, p.12, (données 2000 – 2014).

ويمكن توضيح البيانات السابقة بيانيا في الشكل رقم (34) كما يلي:

شكل رقم 34: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال 1999-2012



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (18)

¹ - نفس المرجع.

² - Organisation Mondiale de la santé, statistiques sanitaires mondiales 2014, une masse d'informations sur la santé publique mondiale.

وإذا دققنا النظر في تطور معدل وفاة الأمهات خلال العشر سنوات الأولى، فنجد أنه انخفض تقريبا بـ 91.7% من سنة 1999 (117 حالة وفاة لكل 100.000 مولود حي) إلى سنة 2009 (25.7 حالة وفاة لكل 100.000 مولود حي). أما الثلاث سنوات الأخيرة فقد ترتجع بـ 1.6%. ويرجع هذا الانخفاض إلى تراجع معدل الخصوبة إلى جانب التحسن العام بالتكفل بالنساء الحوامل.

كما يمكن ذكر بعض الحقائق فيما يتعلق بالوفاة عند الأمهات، كما يلي:¹ لقد أكد بحث سنة 1999 بعض الفروقات (الانحرافات) ما بين المناطق، حيث قدر معدل وفاة الأمهات بـ 84 لكل 100.000 مولود حي في الوسط الشمالي للوطن، و 210 في المنطقة الجنوبية الشرقية. ويتراوح معدل وفاة الأمهات ما بين 17 إلى 235 لكل 100.000 مولود حي في مختلف الولايات؛ بالإضافة إلى ذلك تواجه الأمهات الحوامل ثلاث مرات أكثر خطر الوفاة جراء الحمل أو الولادة باختلاف وجودها (في الشمال أو الجنوب)؛

كما أثبتت نتائج البحث السابق أن 19% من النساء المتوفيات يبلغ سنهن 40 سنة وما فوق و 45% يبلغ سنهن 35 فما فوق. بالإضافة إلى ذلك أكد البحث أن عدم كفاية متابعة الحمل يعتبر من أسباب الوفاة، حيث أن 35.1% من النساء المتوفيات لم يستفدن من أي زيارة طبية قبل الولادة؛ تعتبر الأسباب المتكررة للوفاة، أسباب كلاسيكية مثل النزيف، المضاعفات المرتبطة بارتفاع الضغط الشرياني والالتهابات. كما يعتبر انقطاع الطمث السبب الرابع لوفاة الأمهات في الجزائر.

ثالثا: توقع الحياة عند الولادة:

يمكن عرض تطور توقع الحياة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 2008-2012 في الجدول التالي:

جدول رقم 19: توقع الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 2008-2012.

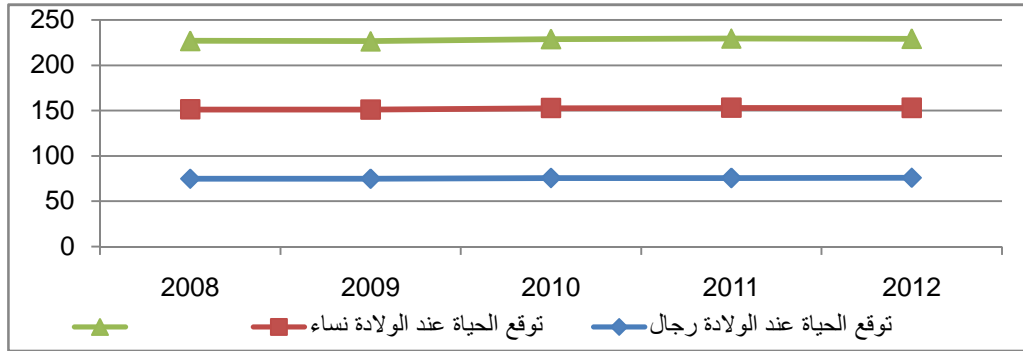
السنة	توقع الحياة عند الولادة رجا	توقع الحياة عند الولادة نسا	الإجمالي
2008	74.8	76.4	75.6
2009	74.7	76.3	75.5
2010	75.6	77.0	76.3
2011	75.6	77.4	76.5
2012	75.8	77.1	76.4

Source :Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la Population, Situation Démographique et Sanitaire, 2014, p.13, (données 2000 – 2014)

ويمكن تمثيل نتائج الجدول في الشكل الموالي:

¹– Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens en 2001, Rapport annule, édition ANEP, 7 avril 2002, p.23.

شكل رقم 35: توقع الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 2008-2012



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (19)

إن معدل الأمل في الحياة المتوقع عند الولادة يعد من بين المؤشرات العاكسة للوضع الصحية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، فبعمر 76.4 سنة في سنة 2012، قد حقق هذا المعدل زيادة بـ 0.8 سنة بالمقارنة بسنة 2008. هذه الزيادة المكتسبة خلال هذه الفترة جاءت بشكل متماثل بين الرجال والنساء (سنة واحدة و 0.7 سنة على التوالي). ويرجع هذا المستوى المرتفع نسبيا في معدلات الأمل في الحياة عند الولادة يرجع أساسا إلى الانخفاض في نسبة الوفيات وتحسن الظروف المعيشية.

وبقيمة هذا المؤشر صنفت الجزائر حسب التقرير السنوي حول التنمية البشرية لسنة 2013 ضمن الدول ذات النمو البشري المرتفع بالمقارنة مع بعض البلدان الأخرى. ففي سنة 2012 و 2013 احتلت الجزائر المرتبة 93 عالميا لتتقدم بذلك بـ 10 مراتب سنة 2014 وتحتل المرتبة 83 عالميا، وهي بذلك حسب التقرير تتقدم مصر التي تحتل المرتبة 108 والمغرب الذي يحتل المرتبة 126.¹

ولكن إذا قورن معدل العمر المتوقع في الجزائر ببعض الدول لعام 2013 يلاحظ فارق بارز بين الجزائر واليابان التي تعتبر من أفضل دول العالم في هذا المؤشر، فقد بلغ هذا المؤشر في اليابان 83.6 سنة. وهذا يوضح الفرق بين الدول المتقدمة والنامية. أما عند مقارنة المعدل مع بعض الدول العربية نجد أيضا فارقا ولكنه طفيف، فمثلا بلغ المعدل المتوقع في قطر 78.4 سنة. أما بالمقارنة بمعظم الدول الإفريقية نجد الجزائر هي من تسجل أحسن النتائج.²

وحسب تقرير الإحصاءات الصحية العالمية لعام 2014 الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية، فإن الناس في كل مكان يعيشون حياة أطول. ويظهر التقرير بأن البلدان ذات الدخل المنخفض أحرزت تقدما كبيرا، وزاد متوسط العمر المتوقع بمقدار 9 سنوات ما بين 1990-2012. وتمثل ليبيريا أعلى ست دول

¹ Rapport sur le développement humain 2014, 2015, Publié par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), sur le lien: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-summary-fr.pdf>, p.179, consulté le 03\01\2016

² -Ibid.

حيث شهدت زيادة متوسط العمر المتوقع منذ 20 عاما (من 42 سنة في عام 1990 إلى 62 سنة في عام 2012)، تليها أثيوبيا (45-64 عاما)، جزر المالديف (58-77 عاما)، وكمبوديا (54-72 عاما)، وتيمور الشرقية (50-66 سنة) ورواندا (48 إلى 65 سنة).¹

كما جاء في التقرير أن النساء يعشن أطول من الرجال. والفجوة أكبر بين الذكور والإناث في متوسط العمر المتوقع، فهو أعلى في البلدان ذات الدخل المرتفع حيث يعيش فيها النساء ست سنوات أطول من الرجال. أما في البلدان ذات الدخل المنخفض، فالفرق هو ثلاث سنوات. وتأتي اليابان في المرتبة الأولى في العالم، حيث تعيش النساء إلى 87 عاما، ومن ثم تليها إسبانيا وسويسرا وسنغافورة. وكان العمر المتوقع للإناث في جميع الدول العشر الأولى هو 84 سنة أو أكثر. ومتوسط العمر المتوقع بين الرجال هو 80 عاما أو أكثر في تسع دول، مع عمر متوقع أطول للذكور في أيسلندا وسويسرا.²

رابعا: الوضعية الوبائية

يمكن تصنيف الأمراض في الجزائر إلى مجموعات رئيسية تتمثل أساسا في:

1. الأمراض المتقلبة: ويمكن تصنيفها إلى مايلي:

أ. الأمراض المراقبة عن طريق التطعيم:

تتمثل الأمراض المراقبة عن طريق التطعيم في الخناق (Diphthérie)، الكزاز (Tétanos)، السعال الديكي (Coqueluche)، والشلل (Poliomyélite) و الحصبة (Rougeole).

الجدول رقم 20: التطور السنوي لحالات الحصبة خلال الفترة 2008-2012

السنة	لدفثيريا(الخناق) Diphthérie	الكزاز Tétanos	السعال الديكي Coqueluche	شلل الأطفال Poliomyélite	الحصبة Rougeole
عدد الحالات المسجلة حسب نوع المرض					
2008	0	9	80	0	1106
2009	0	4	9	0	1104
2010	2	3	2	3	507
2011	0	2	2	3	463
2012	0	5	35	0	360

Source: Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention, Révisé en mai 2015

-Institute National de Santé Publique, Relevé Epidémiologique Annuel, Situation Epidémiologique de l'année 2008, sur la base des cas Déclares A L' I .N.S.P, Vol.9, No.5.

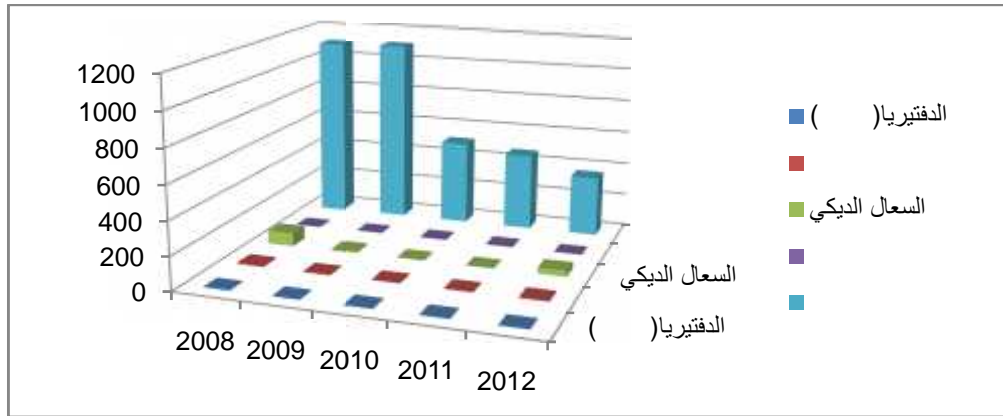
ويمكن تمثيل تطور عدد الحالات في الشكل الموالي:

¹ - الإحصاءات الصحية العالمية، 2014. نقلا من الموقع:

<http://www.un.org/arabic/news/story.asp?NewsID=21109#.V0NKdOT-fK8>

² - Ibid.

شكل رقم 36: التطور السنوي لحالات الحصبة خلال الفترة 2008-2012



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (20)

الجدير بالإشارة حسب ما توضحه الأرقام والشكل رقم (36) فإن الحصبة Rougeole تمثل أكبر حالات الأمراض المراقبة عن طريق التطعيم، خلال الفترة 2008-2012. حيث سجلت انخفاضا كبيرا بين سنة 2009 و 2010، وذلك بنسبة 54.08%. ثم استمرت في الانخفاض التدريجي خلال الفترة 2010-2012 بنسبة تقدر بـ 28.99%. لتتخف بشكل كبير مرة أخرى في سنة 2014 بنسبة تقدر بـ 96.11%¹. هذا وقد أشار تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2009، أن نسبة التغطية باللقاحات ضد الحصبة في الجزائر بلغ 92% وفي تونس بلغ 98%، وفي مصر بلغ 97%، وفي المغرب بلغ 95%، وذلك ابتداء من سنة 2007.²

كما يلاحظ أن السعال الديكي Coqueluche قد انخفض بنسبة 88.75% بين سنة 2008 و 2009 ليرتفع سنة 2012 بـ 74.28%. أما الخناق Diphtérie، الكزاز Tétanos، وشلل الأطفال Poliomyélite تم القضاء عليها بصورة كبيرة خلال هذه الفترة، مما يشير التقدم المحرز في التطعيم ضد هذه الأمراض.

ب. الأمراض المتنقلة عن طريق المياه:

تتمثل الأمراض المتنقلة عن طريق المياه في الملاريا Paludisme، وحمى التيفويد Fièvre typhoïde، والزحار * Dysenteries، وهذا حسب ما يوضحه الجدول التالي خلال الفترة 2008-2012:

¹ - Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention, Révisé en mai 2015.

² - منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، مرجع سابق.

* - الزحار هو نوع من العدوى التي يمكن تسبب الإسهال الحاد جدا.

جدول رقم 21: التطور السنوي لحالات الأمراض المتنقلة عن طريق المياه

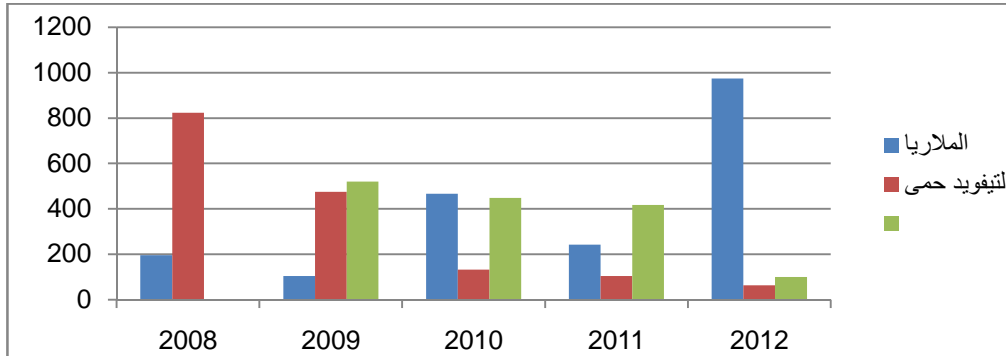
السنة	المالريا Paludisme	حمى التيفويد Fièvre typhoïde	الزحار Dysenteries
عدد الحالات المسجلة حسب نوع المرض			
2008	196	823	1155
2009	104	475	521
2010	467	133	449
2011	242	105	418
2012	974	64	100

Source: Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention, Révisé en mai 2015.

-Institute National de Santé Publique, Relevé Epidémiologique Annuel, Situation Epidémiologique de l'année 2008, sur la base des cas Déclares A L' I .N.S.P, Vol.9, No.5.

ويمكن تمثيل المعطيات السابقة من خلال الشكل التالي خلال الفترة 2008-2012:

شكل رقم 37: التطور السنوي لحالات الأمراض المتنقلة عن طريق المياه



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (21)

تؤثر الأمراض المتنقلة عبر المياه على معدل الأمراض بصورة متكررة، لذلك فإن التقدم المحرز في محاربة ومراقبة هذه الأمراض قلص من نسبة الإصابات. فقد ارتفعت نسبة الإصابة بالمالريا Paludisme في سنة 2010 إلى 467 حالة لتتخفف في السنة التي تليها، ثم ارتفعت إلى أعلى قيمة لها في سنة 2012 بـ 974 حالة لتتخفف في سنة 2014 بـ 76.48%. كما أن الإصابة بالزحار Dysenterie عرفت أكثر حالات الإصابة في سنة 2008 بـ 1155 أي بمعدل 3.34 حالة لكل 100000 ساكن. ثم انخفض في سنة 2009 بنسبة 54.89% انخفاض تدريجي بسيط خلال الفترة 2009-2011. أما الفترة بين 2011 و2012 سجلت انخفاض معتبر قدر بـ 76.07% واستمر هذا الانخفاض إلى غاية سنة 2014. أما حمى التيفويد Fièvre typhoïde فقد سجلت أعلى الإصابات بها في سنة 2008 بـ 823 حالة لتتخفف

في سنة 2009 بنسبة 42.28 %، لتستمر في الانخفاض في سنة 2010 بنسبة تقدر بـ 72%، بعدها يكون انخفاضها تدريجي بسيط إلى سنة 2014.¹

هذا وقد أشار تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2009، أن نسبة إيجاد المصادر المحسنة لمياه الشرب بلغت في الجزائر 85%، وفي قطر 100%، وفي مصر 98%، وفي تونس 94%، وفي المغرب 83%.²

ج. الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوان:

يمكن عرض الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوان، والتي تنقسم إلى ثلاث مجموعات، في الجدول التالي خلال الفترة 2008-2012:

جدول رقم 22: تطور حالات الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوان في الجزائر

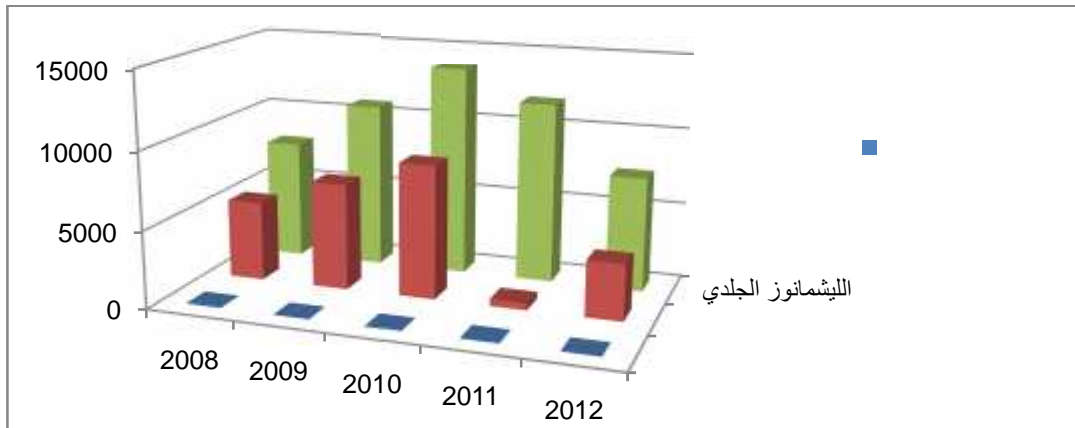
الليشمانوز الجلدي Leishmanioses	الحمى المالطية Brucellose	داء الكلب البشري Rage humaine	السنة
عدد الحالات المسجلة حسب نوع المرض			
7800	5167	27	2008
10778	6913	9	2009
13683	8652	8	2010
11749	445	15	2011
7418	3635	10	2012

Source: Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention, Révisé en mai 2015.

-Institute National de Santé Publique, Relevé Epidémiologique Annuel, Situation Epidémiologique de l'année 2008, sur la base des cas Déclares A L' I .N.S.P, Vol.9, No.5.

ويمكن تمثيل معطيات الجدول السابق من خلال الشكل التالي خلال الفترة 2008-2012:

شكل رقم 38: تطور حالات الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوان في الجزائر



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (22)

¹ – Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention, Révisé en mai 2015.

² – منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، مرجع سابق.

يتضح من الجدول والشكل أن عدد الحمى المالطية Brucellose قد شهد انخفاضا شديدا في سنتي 2011 و 2013، بينما سجل أعلى ارتفاع له في سنة 2010 بـ 8652 حالة مع الليشمانوز الجلدي Leishmanioses الذي بلغ 8652 حالة، لينخفض بعدها تدريجيا إلى أن بلغ 2698 حالة في سنة 2014 أي انخفض بنسبة 37.63%. أما مرض الكلب Rage humaine فان حالاته تعد على الأصابع حيث بلغ أقصى قيمة له بـ 27 حالة سنة 2008، لينخفض إلى 10 حالات في سنة 2012، ثم ينخفض إلى حالة واحدة سنة 2014.¹

د. الأمراض المعدية الأخرى:

تتمثل الأمراض المعدية الأخرى في السل Tuberculose، والتهاب السحايا Meningite، والتهاب الكبد الفيروسي Hépatites virales، كما يوضحه الجدول التالي خلال الفترة 2008-2012:

جدول رقم 23: تطور حالات الأمراض المعدية الأخرى في الجزائر

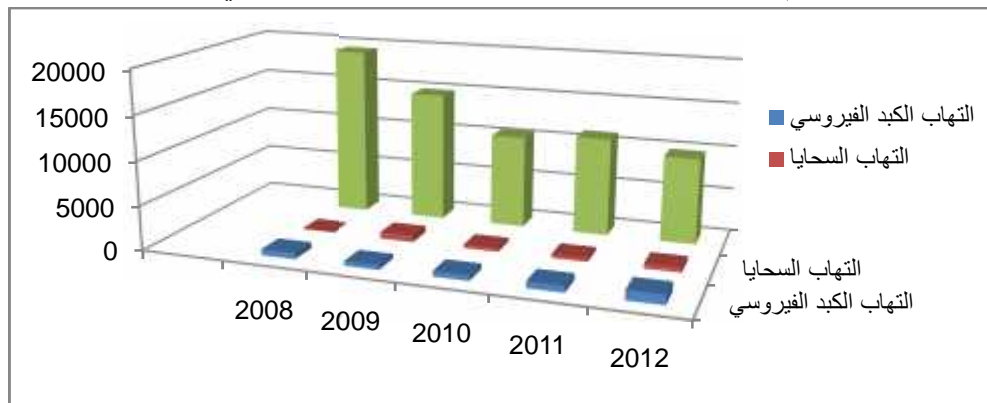
السنة	التهاب الكبد الفيروسي Hépatites virales	التهاب السحايا meningite	السل Tuberculose
عدد الحالات المسجلة حسب نوع المرض			
2008	691	103	19375
2009	527	745	14843
2010	617	414	10575
2011	751	445	11186
2012	1089	560	9802

Source: Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention, Révisé en mai 2015.

-Institute National de Santé Publique, Relevé Epidémiologique Annuel, Situation Epidémiologique de l'année 2008, sur la base des cas Déclares A L' I .N.S.P, Vol. No.5.09,

والشكل الموالي يوضح تطور حالات الأمراض المعدية الأخرى في الجزائر:

شكل رقم 39: تطور حالات الأمراض المعدية الأخرى في الجزائر



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (23)

¹ -Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention, Révisé en mai 2015.

يعتبر مرض السل Tuberculose من الأمراض الأكثر شيوعا في الجزائر والذي يهدد حياة العشرات من الأطفال، نتيجة سوء التغذية لعدد كبير من العائلات وذلك بسبب الفقر، وهو من الأمراض المتنقلة التي استعصى القضاء عليها، حيث بقيت النسبة مرتفعة خلال الفترة 2008-2012 مسجلة أعلى الإصابات في سنة 2008 حيث بلغت 19375 حالة لتتخف بشكل تدريجي إلى 5371 حالة في سنة 2014 أي انخفضت بنسبة 63.81%. كما سجل ارتفاع تدريجي في عدد إصابات التهاب الكبد الفيروسي Hépatites virales في السنوات الثلاث الأولى، ليسجل ارتفاعا معتبرا في سنة 2012 بنسبة تقدر بـ 31% وبقي في نفس المستوى تقريبا إلى غاية 2014. أما التهاب السحايا meningite فقد عرف انخفاض في عدد الإصابات سنة 2008 لترتفع في السنة 2009 بنسبة 86.17%، لتتخف بشكل تدريجي وضعيف خلال السنوات الموالية لتصل إلى 476 حالة في سنة 2014.¹

هـ. الأمراض المتنقلة جنسيا

يصنف برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، الجزائر كبلد ذو انتشار وبائي منخفض، حيث أنه منذ اكتشاف هذا المرض في الجزائر سنة 1985 وإلى غاية 31 ديسمبر 2008 تم تسجيل 897 إصابة بالسيدا و3495 شخص حامل للفيروس، حسب إحصائيات المخبر الوطني المرجعي Laboratoire National de Référence (LNR). فيما جاءت الإحصائيات المضبوطة إلى غاية 31 مارس 2011 وذلك منذ 1985 أن عدد المصابين في الجزائر بمرض فقدان المناعة (SIDA) بلغ 1198 حالة مؤكدة، إلى جانب تسجيل 5087 حامل للفيروس بتسجيل 50 حالة إصابة جديدة كل سنة.²

كما أكد نفس المخبر (LNR) أن العدد التراكمي للحالات المؤكدة من 1985 إلى 31 ديسمبر 2012 وصلت إلى 6144 شخص حامل للفيروس، و1365 إصابة بالسيدا. كما أظهر التشخيص الجديد تراجع بطيء في السنوات الأخيرة من 70 إلى 60 للعام الواحد. وتعتبر عدد حالات إصابة النساء تقريبا الثلث، وفي السنوات الأخيرة حصلت النساء على 50% من الحالات. أما عدد حالات الأطفال الأقل من 15 سنة فقد سجلت ارتفاعا طفيفا لأكثر من 3%.³

¹ – Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention, Révisé en mai 2015.

² – Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention Comité National de Lutte contre les IST/VIH/Sida, **Plan National Stratégique de Lutte Contre les IST/VIH/Sida 2008-2012**, p 19.

³ – Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction Générale de la Prévention Et de la Promotion de la Santé, **Plan National Stratégique de Lutte Contre les IST/VIH/Sida 2013-2015**, p 11.

ويرتفع معدل انتشار العدوى بفيروس نقص المناعة البشري في الإقليم الإفريقي إلى أعلى المستويات، لأن ثلثي العدد الإجمالي للمصابين بهذا المرض في العالم، وهم 33 مليون نسمة يعيش في هذا الإقليم.¹

و. الأمراض غير المتنتقلة:

تأتي الأمراض غير المتنتقلة في صدارة الأمراض المزمنة في الجزائر، مثل السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية والسرطانات وأمراض الرئة المزمنة. فعلى الرغم من تحسن صحة السكان والتطور الذي عرفه المجتمع الجزائري في شتى المجالات الاجتماعية والاقتصادية، صاحبه تغير في خريطة الأمراض. بعد أن كانت الأمراض المعدية (المتنتقلة) هي السائدة، ومن خلال السياسات المتبعة من طرف الدولة تم السيطرة على هذا النوع من الأمراض وتم القضاء على أغلبها من خلال سياسات اللقاحات لتجد الدولة نفسها في مواجهة نوع آخر من الأمراض تتمثل في الأمراض المزمنة والتي ساهمت مجموعة من الظروف في انتشارها لعل أهمها:

تحسن الوضع الاقتصادي للفرد الجزائري والذي أدى بدوره إلى تغير في نمط الاستهلاك وفي نمط الغذاء، ضف إلى ذلك قلة النشاط الرياضي و تفشي ظاهرة التدخين. وقد بذلت الجزائر جهودا كبيرة لمكافحة هذا النوع من الأمراض والحد من انتشارها من خلال المسوح المتعددة التي قامت بها وزارة الصحة بنفسها أو من خلال الهيئات المتعاقدة معها كالديوان الوطني للإحصائيات، أو المعهد الوطني للصحة العمومية. وفي ظل الالتزامات الدولية للجزائر وحرصا منها على حماية وترقية الصحة لدى جميع المواطنين، فإن الحكومة الجزائرية وضمن برنامجها 2013-2014 جعلت مكافحة الأمراض المزمنة كأولوية وطنية.²

فحسب تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2013 فإن معدل انتشار مرض السكري للبالغين من العمر 25 سنة فما فوق فقد بلغ حوالي 9 % لدى الذكور و9.3 % لدى الإناث حسب تقارير سنة 2008.³ كما أنه يصيب حوالي 10% من سكان العالم البالغين، وتصل النسبة إلى ثلث السكان في بعض جزر المحيط الهادي؛ والسكري غير المضبوط دوائياً من المسببات الرئيسية للعمى والقصور الكلوي وأمراض القلب.⁴

¹ - الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، مرجع سابق.

² - Lutte contre les maladies non transmissibles ، séminaire sur l'élaboration d'un plan d'action 13/06/2013

www.lemagreb.dz.com 21/04/2014 ، 21h00

³ - OMS; Statistique sanitaire ، 2013 GENEVE، P.109.

⁴ - الإحصاءات الصحية العالمية، 2012. نقلا من الموقع:

كما أن مختلف الدراسات التي أجريت بالجزائر بين سنة 1998 و2013 أثبتت أن معدل الإصابة بداء السكري Diabète قد ارتفع من 8 بالمائة إلى 16 بالمائة¹ كما أنه ومنذ 10 سنوات أصبح السرطان cancer أكبر مشكل في الصحة العمومية في الجزائر، بمعدل تأثير أكثر من 130 حالة جديدة لكل 100000 ساكن. كما تسجل كل عام أكثر من 55000 حالة جديدة من السرطان. يسجل سرطان الثدي Le cancer du sein أكثر من 54 حالة جديدة لكل 100000 امرأة. ووجد أن أكثر من 11000 حالة جديدة سنويا تكون معظمها في مرحلة متقدمة² والذي يمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة، وتعود هذه الوفاة المرتفعة إلى التشخيص المتأخر، والتكفل الصعب والمكلف.

ويمكن توزيع الوفاة حسب نوع المرض من خلال المعطيات المتوفرة للسنوات 2007، 2008، 2012، 2013، كما يلي:

جدول رقم 24: توزيع الوفاة حسب نوع المرض خلال السنوات 2007، 2008، 2012، 2013.

%	2013	%	2012	%	2008	%	2007	مختلف الأمراض
5.2	3312	5.6	3469	5	2836	4.6	2307	أمراض الغدد الصماء Maladies endocriniennes
2.8	1772	2.9	1771	2.8	1586	2.8	1440	أمراض معدية وطفيلية Les maladies infectieuses
6.3	3957	5.6	3481	4.9	2794	5.5	2779	أمراض الجهاز التنفسي Les maladies respiratoires
3.2	2049	3.5	2154	2.7	1556	2.5	1270	أمراض الجهاز الهضمي Maladies de l'appareil digestif
9.7	6147	9.3	5751	8.1	4646	8.4	4236	الأورام tumeurs
4.3	2729	4.3	2690	3.5	1975	3.5	1784	العيوب الخلقية les malformations congénitales
21.6	13621	22.6	14051	19.7	11227	19.8	10008	أمراض القلب والأوعية الدموية Les maladies cardiovasculaires
1.4	909	1.5	957	1.4	804	1.2	609	اضطرابات الجهاز العصبي Affections du système nerveux
1.3	790	1.3	816	0.9	532	0.9	446	أمراض جهاز نقل الدم Maladies des organes hématopoiétiques
0.1	92	0.2	120	0.2	125	0.2	76	أمراض الحمل والولادة Les maladies de la grossesse et de l'accouchement
15.4	9700	15.9	9858	17.2	9824	19.1	9640	أمراض فترة ما حول الولادة Affections la periode périnable
2.8	1759	2.8	1708	2.5	1451	2.5	1268	أمراض الجهاز التناسلي البولي Maladies de l'appareil génito urinaire
0.2	122	0.2	150	0.2	102	0.2	78	الأمراض الجلدية Maladies de la peau
0.1	41	0.1	48	0.1	59	0.2	78	أمراض الجهاز المفصلي Maladies du système ostéo articulaire
0.0	23	0.0	23	0.0	23	0.2	76	اضطرابات النفسية troubles mentaux
-	47023	-	47047	-	39540	-	36095	الإجمالي

Source: Ministère de la Santé de la population et de la reforme Hospitalière, Institut National de sante Publique, Causes médicales de Deces-Algerie, années : 2007-2008, année 2013, mai 2015, p.6.

¹ - <http://www.aps.dz/ar/sante-science-tech/8660>, 17 تشرين 1/أكتوبر 2014

² - Info Santé: Bulletin d'information de Santé Publique- Publication éditée par l'Institut National de Santé Publique, Decembre 2015, No.11.

إن تقسيم أسباب الوفيات حسب نوع المرض كما في الجدول رقم (24) يبين أن أمراض القلب والأوعية الدموية Les maladies cardiovasculaires تحتل المرتبة الأولى دائما ففي العامين 2007 و2008 جاءت بنسب 19.8% و19.7% على التوالي لترتفع النسبة في سنتي 2012 و2013 وذلك بنسبة 22.6% و21.6% على التوالي، مما يشير إلى مدى إنتشار هذا المرض في بلادنا. كما وتعتبر أمراض القلب السبب الأول للوفيات في العالم حيث قدر عدد الوفيات بسبب أمراض القلب بـ 17.3 مليون شخص، أي بنسبة 30% من الوفيات المسجلة في العالم لسنة 2008 و80% مسجلة في الدول ذات الدخل المتوسط أو الضعيف لكلا الجنسين، وفي حدود 2030 حوالي 23.6 مليون شخص سيموتون بسبب أمراض القلب، حسب توقعات منظمة الصحة العالمية وستبقى أمراض القلب السبب الأول للوفيات في العالم.¹ ويمكن الوقاية من أمراض القلب عن طريق مكافحة الأسباب المتمثلة في: التدخين، سوء التغذية، السمنة، انعدام النشاط البدني، الضغط الدموي و السكري.

ثم أمراض قبل الولادة Affections la periode périnable التي عرفت انخفاضا بين سنتي 2007 و2008 بنسبة 1.9%، ثم استمرت عدد الوفيات في الانخفاض بنسبة 1.3% في سنتي 2012 و2013 وهذا يشير إلى التحكم النسبي في انتشار هذه الأمراض والاهتمام بصحة الأم. تليها مباشرة الوفيات بسبب الأورام tumeurs التي سجلت انخفاضا طفيف بين سنتي 2007 و2008 بنسبة تقدر بـ 0.3% أما بين سنتي 2012 و2013 فقد ارتفعت بنسبة 0.4% مما يدل على مدى زيادة انتشارها في الآونة الأخيرة حيث تبقى الأسباب مجهولة، كما تعتبر أمراض الجهاز التنفسي Les maladies respiratoires من أسباب الوفيات في الجزائر، حيث شهدت ارتفاعا مستمرا خاصة بين سنوات 2008 و2012 و2013 بنسبة 0.7%. ونفس الشيء بالنسبة لأمراض الغدد الصماء Maladies endocrinienne التي شهدت ارتفاعا مستمرا بنسبة 0.6% بين سنتي 2008 و2012 ثم انخفض بنسبة 0.4% في سنة 2013. لتأتي في مرتبة واحدة الأمراض المعدية والطفيلية Les maladies infectieuses خلال سنتي 2007 و2008 وأمراض الجهاز الهضمي Maladies de l'appareil digestif خلال سنتي 2012 و2013. ويبقى ترتبت باقي الأمراض الأخرى بنسب مختلفة. كما توجد أسباب خارجية للوفيات تقدر بـ 6.3%، أما الأسباب غير المعروفة فتقدر بـ 19.3%.

هذا وسجل الديوان الوطني للإحصائيات ONS نسبة الوفيات بـ 45.34% سنة 2013، وهي موزعة كما يلي: 33% من الوفيات من الوسط، 32% من الوفيات من الشرق، 21.6% من الوفيات

¹ – Sanchez et autre ، environnement collaboratif d' adaptation pour le télédiagnostic des problèmes vasculaires ، publié dans ubimob 2012، 8ème journées francophones، mobilité et ubiquité ، France، 2012، P.02.

من الغرب، 9.5% من الوفيات من الجنوب الشرقي، و3.6% من الوفيات من الجنوب الغربي.¹

وعلى العموم، تسبب الأمراض غير السارية ثلثي الوفيات عالمياً، ورغم التصور بأنها مصير سكان الدول الغنية، إلا أن 80% من الوفيات بهذه الأمراض تحدث في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وفي أفريقيا يتزايد انتشار هذه الأمراض نتيجة التدخين وقلة النشاط البدني والتحول إلى النمط الغربي في العادات القوتية، ويتوقع أن تسبق الوفيات بسبب الأمراض غير السارية تلك التي تسببها الأمراض السارية الرئيسية بحلول سنة 2020.²

المبحث الثالث: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

إن عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر هي سياسة عمومية وطنية، إتخذتها السلطات العمومية في سبيل تحسين وتطوير قطاع الصحة وتقريب هياكله ومؤسساته الصحية من المواطن الجزائري، بهدف التكفل بالصحة العامة للسكان من خلال إتخاذ مبدأ الوقاية خير من العلاج، ولذلك كان لزاما التعرف على مبادئ وأهداف إصلاح هذه المنظومة، وأهم معوقات تطبيق هذا الإصلاح، والعمل على إيجاد السياسات الملائمة للتخفيف من تزايد الإنفاق على الصحة.

المطلب الأول: مبادئ وأهداف إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

إن إصلاح النظام الصحي الذي بات من الضروري تصحيح مساره الذي حاد عن أهدافه الحقيقية في توفير خدمات صحية جيدة يتطلع لها كل مواطن جزائري. وعليه، فقد جاءت في هذا الإطار الجلسات الوطنية التي إنعقدت أيام 26-27-28 ماي 1998 م بقصر الأمم بالجزائر العاصمة والتي تم فيها وضع "ميثاق الصحة" كإشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الإقتصادية والإجتماعية العميقة التي تعرفها البلاد. ويهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي لعملية الإصلاح.

¹ – Ministère de la Santé de la population et de la reforme Hospitalière, Institut National de sante Publique, Causes medicales de Deces–Algerie, annee 2013, mai 2015, p.2

² – الإحصاءات الصحية العالمية، 2012، مرجع سابق.

ولقد إحتوى ميثاق الصحة على المبادئ الأساسية التالية للسياسة الصحية:¹

- الإستفادة من مجانية العلاج والعدالة الإجتماعية، والإنصاف والتضامن الوطني الإجتماعي يشكلون المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان.

- إن حماية الصحة وترقيتها تسعى على وجه الخصوص للحد من اللامساواة، وهذا يتطلب مبدئيا إعداد وتنفيذ إستراتيجيات وسياسات ملائمة في مجال السكن، والتشغيل وتطهير الوسط وحماية المحيط وتحسين التغذية، وكذا نشاطات صحية تستهدف الفئات الضعيفة بالدرجة الأولى، بما فيها الفئات الوسطى. كما أكد هذا الميثاق على إعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة، ووحدية المنظومة الصحية. وذلك من خلال دمج كافة المتدخلين بصفة منسجمة، كالقطاع العمومي والشبه العمومي والقطاع الخاص. وتتطلب نجاعة المصالح الصحية مراجعة الإطار التنظيمي وإعداد وتنفيذ إستراتيجيات ملائمة وإعادة الإعتبار للموارد البشرية والمادية وإزالة الفوارق الجهوية، وذلك من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة، وتكريس التعددية القطاعية، علما بأن مشكل الصحة ليس مشكلة وزارة الصحة فقط، وترقية نظام ناجع للإعلام وكذا التكوين المتواصل والإتصال.

أما المنطقة الجهوية، فهي وحدة جغرافية صحية تتكون من عدة ولايات تسير من طرف المجلس الجهوي للصحة، ومهمة هذا المجلس تتمحور خصوصا في ضمان وبصورة عقلانية وناجعة حماية وترقية صحة المواطنين.² إن التعددية القطاعية تشكل محورا إستراتيجيا، كما أن حماية الصحة وترقيتها لا تخص قطاع الصحة لوحده، إذ تستوجب شروطا وموارد ضرورية كالإستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن والتشغيل، وحماية المحيط. كما يجب أن تكون هذه التعددية القطاعية في كل المستويات المحلية، والجهوية والوطنية. وتجدر الإشارة إلى وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الإعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل وغيرها.

وفي إطار التعاون بين الجزائر والمنظمة العالمية للصحة، تم تسطير برنامج في سنة 2005 يخص التعاون في مجال قطاع الصحة. والهدف من هذا التعاون هو محاربة وفيات الأمومة ووفيات الأطفال، والتكفل بصحة السكان من خلال المساواة في الحصول على العلاج خاصة ما يتعلق بالعلاج الأولي في المراكز الصحية.³ وقد تمثلت الأهداف الرئيسية لميثاق الصحة حول مايلي:⁴

¹ - ميثاق الصحة، وزارة الصحة والسكان، الجزائر: الجلسات الوطنية للصحة 26-28 ماي 1998 م، ص.5.

² - الجريدة الرسمية، العدد. 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418 هـ الموافق ل 16 يوليو 1997م، ص. 14.

³ - O.M.S ,Bureau regional pour L Afrique, **Algérie: plan de travail 2002-2003**, nevenbre2001, p.1.

⁴ - حاروش، مرجع سابق، ص ص. 165-166.

- الإلتزام المؤقت لصالح الوقاية، لا سيما في مجال صحة الأم والطفل، وصحة الشباب، والصحة العقلية، بالإضافة إلى الصحة في الأوساط الخاصة، والأمراض المزمنة، والحوادث والإعاقات؛
- تطوير علاج الصحة القاعدية، مثل إعادة الإعتبار للمراكز الصحية وقاعات العلاج، وتزويدها بالوسائل والمعدات الطبية والموارد البشرية، للتكفل بالعلاج القاعدي والأولي وذلك للتخفيف من الضغوطات التي تعرفها المراكز الإستشفائية الجامعية، والتي أصبحت تلعب دور المراكز الصحية وقاعات العلاج، أي تقديم العلاج من الدرجة الأولى، وهي الحالة التي أصبح يتميز بها النظام الصحي الجزائري، فهذا الإختلال في التنظيم أدى إلى تدني الخدمات الصحية الموجهة إلى السكان؛
- تحسين مؤشرات صحة السكان، وتزويد السكان بالمياه الصالحة للشرب وحماية المحيط ومعالجة المياه القذرة وغيرها؛
- التخفيض من المخاطر المرتبطة بمحيط غير مناسب كالتلوث، ومحاربة الآفات الإجتماعية.
- التحكم في التكاليف وتخفيض التبعية بفضل تدعيم وتطوير صناعة وطنية في مجال التجهيزات والمواد الصيدلانية؛
- إعادة تأكيد مبدأ مجانية العلاج في إطار قانوني مجدد.

1- المبادئ الأساسية لتنظيم المنظومة الصحية:

- تمحورت المبادئ الأساسية لتنظيم المنظومة الصحية حسب الميثاق على ما يلي:¹
- تكييف الإطار التنظيمي مع التحولات الإقتصادية والإجتماعية التي تعرفها البلاد، حيث أن هذه التحولات كانت تفرض على السلطات العمومية العمل على تجديد وترقية قطاع الصحة بصفة عامة، وإعادة تنظيم وتحيين الأطر التنظيمية والقانونية التي تحكم المنظومة الصحية في الجزائر، بحيث تجعلها تتماشى والتطورات والتحولات التي أصبحت تميز تنظيم العلاقات الإقتصادية والإجتماعية والسياسية في المجتمع الجزائري؛
- المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوديته، وهذا تأكيدا لما جاء به قانون 1973 الخاص بجمانية العلاج لكافة السكان دون تمييز جهوي أو طبقي، لأن مردودية هياكل قطاع الصحة العمومي أصبحت في تدهور مستمر، لذلك وجب على السلطات العمومية العمل على المحافظة على هذه الهياكل؛
- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية؛
- إقامة جسور بين القطاع العمومي والشبه العمومي والقطاع الخاص؛
- تكييف القوانين الأساسية للمؤسسات العمومية للصحة مع خصوصيات مهامها؛

¹ ميثاق الصحة، وزارة الصحة والسكان، المرجع السابق، ص.7.

- تطوير وتدعيم السند القانوني للمنظمة الصحية؛
- خلق وظائف التقييم ومراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المنشودة؛
- تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي؛
- ترتيب وتوزيع العلاجات والإستعجلات الطبية الجراحية في إطار خريطة صحية؛
- تطوير صيغ بدائل لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع؛
- تشجيع تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات والمواد الصيدلانية وضمان توفير المواد الضرورية؛
- تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية، وأمن حقن الدم؛
- إعادة تقويم التجهيزات التقنية؛
- تحسين الظروف والوضعية الإجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة، ووضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص بالتنسيق مع الهيئات المعنية؛
- إنشاء مجلس وطني للصحة.

2- الأهداف العامة

وتشمل الأهداف العامة الخاصة بإصلاح المنظومة الصحية لسنة 2009، والخاصة بمشروع قانون الصحة لسنة 2014.

2-1- الأهداف العامة الخاصة بإصلاح المنظومة الصحية لسنة 2009، وهي:¹

- تحسين قدرات المنظومة الصحية من خلال:
- تحديث الخريطة الصحية الهادفة إلى التوزيع العقلاني والعاقل للموارد، في إطار توحيد المنظومة الصحية، التي تعمل على إدماج مجموع المتدخلين بشكل متماسك ولا سيما القطاع الخاص.
- ضمان الحصول على العلاج عبر ربوع البلاد، عن طريق تعيين الأطباء الأخصائيين في المؤسسات الواقعة داخل البلاد على سبيل الأولوية، مدعوماً بمراجعة الخدمة المدنية مراجعة ملائمة، وإعادة تأهيل وتعزيز منشآت الصحة الجوارية، والفرق الطبية المتنقلة وتحسين التجهيزات وصيانتها.
- مواصلة إجراءات إصلاح المستشفيات.
- تطوير الصحة الوقائية من خلال:
- تعزيز وسائل مصالحي وخدمات علم الأوبئة، والوحدات الصحية الأساسية من أجل إعادة تأهيل شبكة المراقبة الصحية وخدمات العلاج الأولي؛

¹ - مجلس الأمة، برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة، مجلة الفكر البرلماني، الصادرة بالجزائر، العدد 6، جويلية، 2004، ص.65.

- مواصلة حملات التطعيم وتحسيس المواطنين، وبصورة خاصة في الوسط المدرسي؛
- تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي؛
- برامج تحسيس وتربية تشمل مخاطر الأمراض المتنقلة.

تحسين العلاج الإستشفائي من خلال:

- ترتيب مستويات العلاج الذي يسمح بتحقيق تغطية طبية وصحية أساسية أو تخصصية محسنة، وفي هذا الإطار تقدم ضرائب علاج عالية المستوى ضمن مؤسسات الصحة على أساس توافقات علاجية تبادر بها لجان طبية تم إعتماؤها في ندوات وطنية.

إصلاح المستشفيات من خلال:

- تحسين ظروف إستقبال المرضى وإقامتهم، ودوام أعمال الرعاية الصحية الإستشفائية؛
- دعم ترتيب التكفل بالإستعجالات الطبية الجراحية؛
- تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة، خاصة الخدمات المختصة في الأمراض التي تستوجب التحويل إلى الخارج؛
- البحث عن بدائل للإستشفاء، والعلاج المتنقل والمقدم في المنزل؛
- إدخال المحاسبة التحليلية في تسيير المستشفيات؛
- تعزيز قدرات تقييم النشاط والأداء؛
- مراجعة الإطار القانوني لمؤسسات الصحة.

إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية من خلال:

- إخضاع العلاقات بين مؤسسات الصحة وهيئات الضمان الإجتماعي إلى التعاقد؛
- إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة؛
- تحديث مدونة تسعير الأعمال الطبية.

لن يكون هناك إصلاح حقيقي للمنظومة الصحية دون رسم سياسة عامة وطنية للأدوية. وعليه، فقد تم مراجعة السياسة المتعلقة بالأدوية، وذلك بتشجيع الأدوية الأساسية والجينية، وفي هذا الإطار تم وضع الأهداف العامة التالية:

- ضمان نوعية المنتجات الدوائية ومراقبتها عن طريق تعزيز عمليات التفتيش؛
- ترشيد الإنفاق بفضل ترويج إستخدام الأدوية الجينية، وجعل التعويض تبعا للخدمة الطبية المقدمة؛
- تطوير التكوين في مجال تسيير المستشفيات، والصيدلة الصناعية.

- أما فيما يخص الموارد البشرية فشملت الأهداف التالية:
- تنفيذ سياسة الموازنة بين المقبلين على التكوين والإحتياجات الضرورية؛
- تعميم التكوين المتواصل؛
- تنفيذ تدابير محفزة تجلب المحترفين قصد تحسين الأداء؛
- تنظيم وتطوير البحث في مجال الصحة.

2-2- الأهداف العامة الخاصة بمشروع قانون الصحة لسنة 2014

إن الإشكالية الأساسية المطروحة اليوم بخصوص هذا القطاع، هي قدرته في الوقت الحالي على تلبية حاجيات الصحة التي تزداد باستمرار وسبل تكيف هذه الحاجيات بالتطور التكنولوجي الذي يعرفه القطاع، بحيث يكون هدفه الأول هو الدفع بتحسين الخدمة الصحية العمومية لتصل إلى نظيرتها في باقي دول العالم،

لقد كشفت الجهات الوصية أن جلسات الصحة تتضمن تقرير مشروع قانون الصحة لسنة 2014، الذي يشمل تقسيم الأقاليم الاستشفائية من خلال اجتماع كبير لجميع هياكل الصحة، ومن جميع ولايات الوطن. من أجل إعادة النظر وتجديد القانون الخاص بالصحة في الجزائر الذي أضى ضرورة حتمية نظرا لما يشهده القانون الجاري الصادر سنة 1985* من نقائص في العمل الميداني وللمتغيرات التي يعيشها المجتمع الجزائري، يشمل هذا المشروع لقانون الصحة عدة نقاط منها إعادة رسم الخريطة الصحية وتقسيمها إلى مقاطعات وأقاليم صحية، مما سيفعل الصحة الجوارية ويخفف الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية، وهذا راجع إلى ثقة المواطن الجزائري في خبرة الأطباء في القطاع العمومي، كما أدت الجهات الوصية أنها قامت باستحداث توأمة مع بعض المستشفيات الجامعية من الولايات الداخلية للوطن على غرار المستشفى الجامعي للأغواط والجلفة مع المستشفيات الجامعية بالعاصمة¹.

هذا وقد أكدت الجهات الوصية على ضرورة خلق مقاطعات صحية، وغرس ثقافة صحية جوارية من شأنها توثيق العلاقة بين المستشفيات الكبيرة والجامعية، والمؤسسات الجوارية مما يتيح خدمة أفضل واستغلالا أمثل للموارد البشرية والمادية. وأن الهدف من هذه الخارطة الصحية الجديدة هو تحديد مسار رحلة علاج المريض. وهو أيضا القانون الذي يقحم القطاع الخاص للعمل جنبا إلى جنب مع المؤسسات الصحية العمومية.

* قانون الصحة 1985 هو القانون الوحيد المطبق في الجزائر منذ الاستقلال إلى اليوم، وكل ما استحدثت بعد هذا التاريخ هو عبارة عن تعديلات مكملة لهذا القانون، وقد عدل وكمل ست مرات، آخرها كان بتاريخ 20 جويلية 2008.

¹ - نقلا عن الموقع في 21/01/2014 <http://elraaed.com/ara/watan/39304>

كما أكدت الجهة الوصية أن قانون الصحة 2014م يحافظ على مجانية العلاج بالجزائر الذي يكفله الدستور.¹ وأنه يضع نهاية للنشاط التكميلي، الذي يسمح للأطباء وللجراحين بممارسة مهنتهم في المرافق الصحية العامة والخاصة في نفس الوقت، وهو ما يعتبر وراء الانحرافات في القطاع الصحي، حيث أن هذا النشاط تسبب في خفض تواجد مهنيي الصحة في المستشفيات، كما أنه أصل ظاهرة تحويل المرضى إلى القطاع الخاص، وقوائم الانتظار الطويلة للمرضى الذين ينتظرون للحصول على الرعاية.

إن المنظومة الصحية الحالية تتضمن أكثر من 470 مادة، وهو ما يوصف بالأمر الجيد الذي من شأنه إثراء هذا المجال بالشكل المطلوب.² لأن قانون الصحة الجديد الذي انبثق عن توصيات جلسات المهنيين يتضمن 480 مادة قابلة للزيادة و09 أبواب. وقد جاء بعد دراسة ميدانية منذ 2013 للتعرف على واقع الصحة على المستوى الوطني. وتم التوصل إلى أن القطاع يعاني من عنصرين أساسيين وهما التسيير والتنظيم، مما ترتب عنهما منظومة صحية جديدة تركز على التقييم والمتابعة وكذلك التقييم.³ ولكن قانون الصحة 2014 يبقى مجرد مشروع لقانون لم يرى النور في الواقع العملي إلى غاية كتابة هذه الأسطر.*

ومشروع قانون الصحة لا يمكن اعتباره بمثابة سياسة صحية، لأنه في السياسة الصحية تلتزم الدولة بتحديد هذه السياسة، أي أنها تنص على هذا الالتزام عن طريق نصوص الدستور، وتجسده من خلال وضع سياسة صحية تستجيب للمشكلات الصحية التي يعاني منها السكان. وهذا ما لا نجده في مشروع قانون الصحة، أي أن مشروع قانون الصحة لا يحدد الخطوط العريضة للسياسة الصحية، بل هو مجموعة من القواعد القانونية لتنظيم عمل النظام الصحي أو ما يمكن أن نسميه مجمل هياكل الصحة العمومية.⁴

المطلب الثاني: ملفات إصلاح المنظومة الصحية وأهم معوقاتها

يعتبر النظام الصحي الحلقة الرئيسية في عملية التنمية الشاملة، لما له من دور فعال في ربط كل القطاعات الحيوية الإقتصادية منها والإجتماعية، بحيث لا يمكن أن تكون هناك تنمية في قطاع ما دون القطاعات الأخرى، ونظراً لما أصبح يعاني منه النظام الصحي في الجزائر من مشاكل حقيقية أصبح من

¹ - نفس المرجع.

² - نفس المرجع.

³ - نقلا عن الموقع في 07/04/2015 - 11:09

<http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20150407/36219.html>

*- وهذا ما تم التصريح به بعد إجراء مقابلة مع مسؤول مديرية المالية والمراقبة في المركز الاستشفائي الجامعي باتنة، ورئيس مصلحة الموارد البشرية في مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة، وهذا في شهر مارس 2016.

⁴ - Abdelkrim Soulaïmene, la loi de sante publique en Algerie et en France, **sante publique**, 2004, Vol. 16, No.04, p.640.

الضروري بـمكان الوقوف على ملفات إصلاح المنظومة الصحية، وأهم المعوقات التي تحول دون إصلاح هذه المنظومة الصحية.

1 - ملفات الإصلاح المنظومة الصحية

لقد أورد التقرير* التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، كما ركز هذا المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي:¹

أ. ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:

تمحور هذا الملف حول دراسة كـيفيات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائي الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي.

وتم التعرض بشكل واف إلى كـيفيات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

ب. ملف الهياكل الاستشفائية:

ركز هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة؛
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي؛
- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص؛
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع اخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار؛
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها؛
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

ج. ملف الموارد البشرية:

إهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيةهم في المسار المهني وتكوينهم،

* تم إثراء هذا التقرير باستغلال مساهمات الاجتماعات الجهوية الاثني عشرة التي نظمت بين 10 و 17 ديسمبر 2002، والتي سبقتها عدة لقاءات ولاتية حضرها عدد من أعضاء المجلس. وسجلت أعمال هذه الاجتماعات في الموقع: <http://www.reformaster@santé.dz>

¹ - Les 6 dossiers de la reforme hospitalière

حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

د. ملف الموارد المادية:

يرتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل. والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتعين الأطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

هـ. ملف التمويل:

إهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

و. ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذي يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا، والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

2- معوقات إصلاح المنظومة الصحية

تتمثل معوقات إصلاح المنظومة الصحية في العراقيل والإختلالات التي أصبح يتخبط فيها تنظيمه، وأصبح غير قادر على ضمان فعالية الخدمات الإستشفائية وتتمثل هذه الإختلالات فيما يلي:

أ- إختلالات متعلقة بالتنظيم:

إن المؤسسة الإستشفائية مؤسسة ذات طابع إداري تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري الذي لا يعطي مرونة في تسيير المرفق الصحي، أين العلاقات الهيكلية واضحة، في حين أن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، فنجد تعدد أجهزة التدخل على عدة مستويات مما جعل الوصاية ثقيلة فهي تشكل في غالب الأحيان إمتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة. من جهة خضوع شبه التام للإدارة المركزية الوصية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها، ومن جهة أخرى خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية تسيير الوسائل المخولة لها من قبل التشريع، والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة وهذا بالرغم من تمتعها بإستقلالية قانونية تكفلها مختلف النصوص القانونية والتنظيمية الخاصة بها من خلال تمتعها بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي ومن هذه الإختلالات ما يلي:¹

- غياب التحفيز بالنسبة للموظفين أدى إلى ركود نشاطهم في ظل غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص، فتسيير مساهم المهني منظم بقانون قائم على الفكر الإداري المرتكز على منطق التنظيم الإداري المرتبط بأسس بيروقراطية.

- إن التوزيع السيئ للمصالح عبر الوطن أثر على مردودية هذه المصالح، حيث نجد في المناطق كثيفة السكان نقصا في الهياكل الصحية على عكس مناطق أخرى يوجد فيها هياكل ضخمة بينها الكثافة السكانية قليلة.² ولمعرفة ذلك نعتمد على نسب التغطية الصحية السريرية عبر الولايات والدوائر، فنجد عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال 1 طبيب لكل 800 ساكن يقابله 1 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب 1 ، فبينما يتمركز الأطباء في الجزائر العاصمة بمعدل 1 طبيب لكل 318 نسمة، يوجد في أدرار 1 طبيب لكل 2103 نسمة، أي 50 ٪ من الأطباء موجودين في منطقة الوسط في حين أن 1 \ 6 من المؤسسات العمومية للصحة لا تتوفر على طبيب مختص.

- قلة التجهيزات وعدم صلاحيتها في أغلب الأحيان وعدم تجانس حظيرتها وعجز في صيانتها بسبب قدمها أو عدم توفر قطع الغيار الخاصة بها، إذ في أغلب الأحيان يتم إستيراد الأجهزة من دول وشركات مختلفة قد لا يكون لها ممثلون على المستوى الوطني.

¹ - حميدة بن حليلة، الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر: النظام التعاقد، إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، أبريل 2006 ، ص.5.

² - حاروش، مرجع سابق، ص.159.

- نفاذ المواد الصيدلانية الأساسية، حيث أن الصيدلية المركزية للمستشفيات التي لها إحتكار لم تعد قادرة على سد كل الإحتياجات.
- غياب مراجعة مدونة الأعمال و النشاطات الطبية و غياب إجماع على مقاييس ممارسة طبية جيدة و معممة.
- غياب المتابعة المؤسساتية للمريض في حالة الإستشفاء طويل المدى و بعد خروجه كذلك.
- نقص النجاعة والنوعية في الخدمات العلاجية المقدمة للمستعملين (طول الإنتظار للحصول على موعد الإستشفاء و ظروف الإقامة غير المشجعة و غير المقبولة من طرف المرضى).
- ضعف تقييم النشاطات الطبية بسبب عدم وجود الوسائل كاللجان المتخصصة في هذا المجال وعدم تقبل فكرة التقييم من الممارسين.

ب- إختلالات متعلقة التسيير:

تتمثل في عدم وجود ارتباط بين الإطارات الفنية أو التقنية المتمثلة في السلك الطبي والشبه التمريضي، والطاقت الإداري من خلال ضعف تسيير المراكز الصحية. الأمر الذي أثر على عدم قيام المنظومة الصحية بدورها نتيجة عدم التنسيق بين مختلف المهام الموكلة لكل عنصر من عناصر النظام، وبالتالي إنعكس سلبا على مردود القطاع الصحي. كذلك يمكن القول أن ظاهرة غياب الوعي المهني لدى لهذه الفئة اثر على مردود القطاع، بينما يتصف الطاقم الإداري بالضعف في التسيير الإداري وذلك لعدم وجود تكوين مختص في تسيير الوحدات الصحية، بالرغم من البرامج التكوينية التي بادرت بها المؤسسة الوطنية للصحة العمومية، كدورات التكوين المتواصل في الإدارة العامة¹، وإدارة الموارد البشرية، وتسيير المصالح الاقتصادية والمحاسبة التحليلية، وغيرها، التي توجه إلى إطارات المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى انطلاقة تكوين ما بعد التدرج المتخصص في إدارة أعمال المنظمات الصحية.

لكن ما يميز هذا التكوين هو عدم مشاركة الأطباء فيه، رغم أن شروط الالتحاق بالتكوين لا تخص الأطباء، ومع ذلك كان بإمكانهم أن يشاركوا في هذا التكوين (بعد إجراء مسابقة الدخول)، هذا ما يؤكد أن العديد من الأطباء لم يعطوا بعد أهمية لتسيير المؤسسات الاستشفائية، بالرغم من تعقيد هذا التسيير الإداري. والأمر لا يخص الجزائر فقط، فنجد في فرنسا مثلا أنه بداية من 1989م تم وضع إجراء جديد يتمثل في تكوين مديري المستشفيات وقد تابعت هذا التكوين عدة دفعات ولم يشارك أي طبيب فيها، حيث غلبت عليها الفروع القانونية والإدارية، وكذا الممرضين. أما من حيث البرامج والمواد المدرجة في التكوين فهي: قانون

¹ - المرسوم التنفيذي رقم 96-92 المؤرخ في 14 شوال 1416هـ الموافق لـ 03 مارس 1996، المتعلق بتكوين الموظفين وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم. الجريدة الرسمية، العدد 16، الصادرة بتاريخ 17 شوال 1416هـ الموافق لـ 6 مارس 1996م، ص.5.

المستشفيات، المحاسبة والمالية، اقتصاد الصحة، تسيير الموارد البشرية تحليل مقارنة الأنظمة الصحية، الإستراتيجية والتخطيط والاتصال والصحة العمومية... وغيرها.¹

كما يوجد تداخل في المهام بين مكونات النظام الصحي علما أن لكل عنصر دوره المحدد، حيث أن المراكز الصحية تختص في تقديم الفحوص الأولية، بينما المستشفيات كمرحلة أخيرة تهتم بالعلاجات المختصة أو الحالات المستعجلة، لكن المشكلة تكمن في وجود أقسام خاصة بالعلاجات الأولية في المستشفيات مما يؤدي إلى الازدحام والفوضى وسوء تقديم خدمات ذات نوعية مقبولة. كما يوجد مشكل في البيروقراطية فيما يخص المواعيد والتحليل، فمن غير المعقول أن ينتظر المريض خمسة (05) أو ستة (06) أشهر من أجل إجراء عملية جراحية.

إن النظام الصحي في الجزائر يعتمد على الطب الوقائي، لكن ما ينفق في هذا المجال لا يمثل سوى 5% من الميزانية. وعلى العكس، فإن الأدوية تمثل 13% من الميزانية، وهذا ما أدى إلى بروز ظاهرة التبذير في العلاج واستهلاك الأدوية، علما بأن العديد من المواطنين لا يملكون دفاتر صحية. كما أن غياب التوزيع العادل والعقلاني للأطباء خاصة في المناطق النائية والمحرومة، بالإضافة إلى عدم تماشي البرامج التعليمية في مجال تكوين الأطباء مع السياسة الصحية، فهذه الأخيرة محورها الأساسي هو الوقاية، في حين أن تكوين الأطباء يركز على العلاج وليس الوقاية من جهة، وعدم الاهتمام بالأخلاقيات العلمية والمهنية من جهة ثانية.² بالإضافة إلى ضرورة تكوين الكادر الطبي في مجال ترشيد النفقات الصحية خاصة بعد بروز المشكلات التمويلية التي أثقلت كاهل الدولة.

كما يلاحظ عدم وجود تناسق وتكامل بين وزارة الصحة والهيئات الأخرى المعنية بالشؤون الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والدينية، وذلك من أجل وضع برامج وقائية وعلاجية وأخلاقية،³ ودينية؛ لأن مشكلة الصحة ليست مشكلة وزارة الصحة فقط بل تهتم المجتمع ككل.

¹ - S. Gerard, La formation des Directeurs d'hôpital, Radiologie d'une réforme, **Gestion Hospitalière**, Paris, No 333, 1994, pp.132-133.

² - المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 05 محرم 1413 هـ الموافق لـ 06 يوليو 1992، المتضمن مدونة أخلاقيات مهنة الطب. الجريدة الرسمية، العدد 16، الصادرة بتاريخ 07 محرم 1413 هـ الموافق لـ 08 يوليو 1992م.

³ - من أجل بقاء مهنة ممارسة العمل الطبي في إطاره الأخلاقي، تم تشكيل المجلس الوطني لأخلاقيات علوم الصحة وتنظيمه وعمله، حيث يتكون هذا المجلس من ممثل الوزير المكلف بالدفاع الوطنيين وممثل وزير العدل، وممثل وزير الصحة، وممثل وزير العمل والحماية الاجتماعية والتكوين المهني، وممثل وزير التعليم العالي والبحث العلمي، بالإضافة إلى (9) تسعة أساتذة من العلوم الطبية، و(3) ثلاثة ممارسين طبيين، وممثل المجلس الإسلامي الأعلى، ومثل المجلس الوطني لأخلاقيات الطب، لمزيد من المعلومات انظر:

ج.د.ش. المرسوم التنفيذي رقم 96-122 المؤرخ في 18 ذي القعدة 1416 هـ الموافق لـ 06 أبريل 1996، المتضمن تشكيل المجلس الوطني لأخلاقيات علوم الصحة وتنظيمه وعمله. الجريدة الرسمية، العدد 22، الصادرة بتاريخ 22 ذي القعدة 1416 هـ الموافق لـ 10 أبريل 1996م، ص. 13.

ج- الإختلالات المتعلقة بالقطاع الخاص والعام:

إن التعايش بين القطاع العمومي والقطاع الخاص ينمو في أذهان مستعملو قطاع الصحة بصفة عامة، فالقطاع الخاص له مكانة مهمة ضمن مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، إذ نجد في كل الولايات العيادات الخاصة تعمل بصفة منتظمة، تنافس الهياكل الإستشفائية العمومية بل وتمتص قدراتها البشرية وكفاءاتها الطبية وتتافسها في نوعية الخدمات المقدمة، فهذه الإزدواجية خلقت مشكلة عدم توازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف و أساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص، والتي تهدف في معظم الأحيان إلى أهداف تجارية بحتة وتستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة.

هذه الإزدواجية شكلت خطراً على المستشفيات العمومية التي من خلالها أصبح المستشفى يلعب دور المساعد الإجتماعي، وبالتالي يجب إعادة النظر في مبدأ المساواة في العلاج، إذ يجب الإشارة إلى أن العيادات الخاصة تنشط وتتطور في العلاجات ذات المردودية والربحية كالجراحة والتوليد وفي المناطق ذات الكثافة السكانية العالية، الشيء الذي أدى إلى جذب إطارات القطاع العام مما جعلها تنافس هذا الأخير. فرغم التطور الحاصل في القطاع الخاص إلا أنه يعاني من العديد من الإختلالات ومنها:¹

- . غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة.
- . عدم إحترام دفتر الشروط الخاص بهذه المؤسسات.
- . غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية.
- . غياب إحترام مدونة النشاطات والأسعار الطبية رغم أنها تبقى محل نقاش.
- . غياب التعاون والتكامل بين القطاع الخاص والقطاع العمومي للصحة.
- . غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي والنشاطات الوقائية.

كل هذه الإختلالات التي تجسدها هذه الوضعية للمنظومة الصحية بالجزائر تستلزم حتماً إصلاح جذري للمستشفيات بصفة خاصة وللمنظومة الصحية الوطنية بصفة عامة لأن مجرد نية التغيير لا تمكننا من تدارك هذه المشاكل والمعوقات.

¹ - بن حليلة، مرجع سابق.

د- إختلالات متعلقة بالتمويل:

إن الخدمات الصحية تعد من أعلى الخدمات تكلفة، لذلك يقولون أن الصحة ليس لها ثمن لكن لها تكلفة، على أصحاب القرار حسابها بدقة دون الإخلال بمبدأ العدالة والمساواة.¹ والقطاع الصحي العمومي في الجزائر يعاني من عدة إختلالات تعزى إلى نقص الوسائل المالية الأمر الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية لمواجهة طلب هو في تزايد مستمر على العلاج، بالإضافة إلى العديد من الإختلالات الأخرى التي تدخل في هذا الإطار، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي:²

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية؛
- ميزانيات المستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها؛
- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية، وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وغير حقيقية؛
- مديونية ثقيلة.

فوضعية المؤسسات العمومية للصحة في ظل هذا النظام المعتمد للميزانية، تتميز بوضعية اللاتسيير، وهو ما يفسر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة الإستشفائية، وفقدان مصداقيتها، إذ تتزايد مرة وتتنخفض مرة أخرى.

¹ - أحمد عوف عبد الرحمن، أوقاف الرعاية الصحية في المجتمع الإسلامي، ط1 (الدوحة: وافية الشيخ علي بن عبد الله آل ثاني للمعلومات والدراسات، 2007)، ص.64.

² - Centre for administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, Assistance sociales dans la région Méditerranéenne Algérie.

<http://www.unpan1.un.org/intraddoc/groups/public/documents/CAIMED/unpan018927.pdf>

خلاصة الفصل الثالث

منذ إحلال الدولة للطب المجاني في الجزائر، وضعت الدولة كل الوسائل من أجل تلبية الاحتياجات في المجال الصحي، وهذا من أجل تحقيق الأهداف المسطرة من طرف وزارة الصحة، وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية نسبية بالنظر إلى إيجابية المؤشرات الصحية المسجلة، إلا أن هذه النتائج لا يجب أن تخفي جملة من النقائص التي لا تزال تعانيها منظومتنا الصحية والتي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهتها مستقبلا في ظل التحولات الديموغرافية وتغير خارطة المرض.

فعلى الرغم من التحسن في الحالة الصحية للسكان في الجزائر بسبب انخفاض معدل الوفيات وتحسن الظروف المعيشية، فإن ذلك لا يغطي الارتفاع المتزايد للأمراض المختلفة في المجتمع الجزائري. فمعدل الأمل في الحياة يعكس فقط متوسط عدد السنوات التي يعيشها الفرد ولا يظهر طبيعة الأمراض التي يعيشها مجتمع ما. فقد شهدت الجزائر نقلة في ما يخص طبيعة المرض خاصة بالنسبة للأمراض المتنقلة بفعل سوء شروط النظافة العامة، وارتفاع في معدل الأمراض غير المتنقلة كالأمراض القلبية، والسرطان والسكري، وحوادث المرور والعمل، والأمراض العقلية.

إن النظام الصحي الجيد قبل كل شيء هو ذلك النظام الذي يساهم في تحسين مستوى الصحة للسكان فهو لا يكتف فقط بالحفاظ أو تحسين متوسط المستوى الصحي للمجتمع في الوقت الذي يوجد فيه ارتفاع في نسبة الفوارق بين السكان في مجال الحصول على الخدمات الصحية. فهدف تحسين الصحة متعلقة بالجودة والتي تمثل أحسن مستوى صحي؛ و بالعدالة في توزيع الصحة والتي تمثل أقصى درجة في تقليص الفوارق بين الأفراد والجماعات في مجال الحصول على الخدمات الصحية.

لذلك، فإن إصلاح المنظومة الصحية أصبح أكثر من ضروري في الوقت الراهن، وهذا راجع لعدم استجابتها بالقدر الكافي للمتطلبات المتنامية للسكان، وكذا في ظل ضعف الفعالية وهو ما يجعل السلطات الجزائرية تفتتح بحتمية تسريع إصلاح صحي عميق يقوم على تقريب الصحة من المواطن، وترتيب مستويات العلاج مع إعادة التركيز على الوقاية وتحسين جودة الخدمات التي طالما اشتكى المواطن الجزائري من رداءتها.

الفصل

الرابع

الدراسة الميدانية لأثر إدارة
الجودة المدركة للخدمة الصحية
على رضا المستفيد في
المستشفيات الجزائرية

تم تقسيمه إلى:

البحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة وأساليب

التحليل الإحصائي المستخدمة

المبحث الثاني: الدراسة الميدانية الخاصة بالعاملين

في المستشفيات الجزائرية

المبحث الثالث: الدراسة الميدانية الخاصة بالمرضى

في المستشفيات الجزائرية

المبحث الرابع: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

يجب أن نشير في بداية هذه الدراسة أن المستشفيات محل الدراسة الميدانية والمستشفيات الجزائرية عموماً لا تطبق بصورة معلنة مفهوم إدارة الجودة الشاملة، ولا بمقاييس جودة الخدمة الصحية. ولذلك فإن غرض الدراسة الميدانية هو إسقاط متطلبات ومبادئ إدارة الجودة الشاملة، وأبعاد الجودة المدركة للخدمة الصحية على المستشفيات محل الدراسة؛ وذلك من أجل معرفة واقع جودة الأداء في هذه المستشفيات بالمقارنة مع متطلبات ومبادئ إدارة الجودة الشاملة، ومقارنة بمقاييس جودة الخدمة الصحية.

إن تقديم خدمة صحية عالية الجودة من الأمور الصعبة جداً، وبخاصة إذا ما كان المستفيدين منها متباينين الإدراك. فالمرضى الذين سبق لهم أن تعاملوا مع المستشفيات قد لاحظوا أشكالاً مختلفة من تباين في مستوى الخدمة. ومن الواضح بأنه من الصعب على المنظمات الخدمية، ولا سيما المستشفيات، أن تضمن تقديم خدمات صحية بجودة عالية على مدار الوقت نظراً لتعدد المتغيرات البيئية المحيطة بها، والتي من شأنها أن تؤثر سلباً على ذلك الأداء.

تحتل الجودة أهمية متميزة في الفلسفة الإدارية المعاصرة، وتعتبر برامج إدارة الجودة الشاملة الأكثر نجاحاً هي التي تهتم بتحديد الجودة من منظور الزبون الخارجي، والتي تستند إلى المفهوم الحديث للتسويق الذي يقوم على أساس أن المؤسسة الخدمية يجب أن تكون موجهة بالزبائن، وبالتالي فهي تركز على جودة الخدمة المدركة من قبل الزبون الخارجي من أجل تحقيق رضاه. كما أنها تركز على جودة الخدمة من وجهة النظر الداخلية، التي يكون أساسها هو تحقيق الرضا الوظيفي للعاملين فيها، خاصة في القطاع الصحي لما له من أهمية تنعكس على جودة الخدمة المقدمة؛ بسبب وجود الضغوط الكبيرة على الكادر البشري في القطاع الصحي أثناء تأدية العمل، والأثر السلبي الذي تخلفه على الصحة النفسية والجسمية مما يؤدي بدوره إلى قصور في أداء الخدمة.

يتناول هذا الفصل الطرح السابق من خلال أربعة مباحث. يعد المبحث الأول الإطار المنهجي للدراسة ويشمل منهجية الدراسة وأساليب التحليل الإحصائي المستخدمة. أما المبحث الثاني فهو عبارة الدراسة الميدانية لأثر إدارة الجودة الشاملة على الجودة المدركة للخدمة الصحية من وجهة نظر العاملين، وفيه شرح لأداة الدراسة، ثم تقييم متغيرات الدراسة وفي الأخير اختبار فرضيات الدراسة، وبنفس الطريقة تمت المعالجة في المبحث الثالث لأثر الجودة المدركة للخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى على رضا المريض. أما المبحث الرابع فجاء من أجل تحليل وتفسير نتائج الدراسة.

المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة وأساليب التحليل الإحصائي المستخدمة

سيتم من خلال هذا المبحث صياغة المنهجية المعتمدة في الدراسة الميدانية، من أجل شرح كيفية تأثير إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد (المريض) في المستشفيات محل الدراسة. وتفصيل ذلك سيكون من خلال مطلب يتناول الإطار المنهجي للدراسة وآخر يهتم بأساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة.

المطلب الأول: الإطار المنهجي للدراسة

يتضمن الإطار المنهجي للدراسة التعرف على المنهجية المتبعة في الدراسة، ومصادر جمع المعلومات والأداة المستخدمة، فضلا عن تحديد مجتمع وعينة الدراسة.

1. منهجية الدراسة

لن تستطيع أي دراسة علمية الوصول إلى هدفها بدقة، وموضوعية دون أن تستخدم مجموعة من القواعد العامة التي يسترشد بها الباحث للوصول إلى هدفه الصحيح بأسلوب علمي يضمن له دقة النتائج وسلامتها، وهذا هو مفهوم المنهج. وهو نفس ما ذهب إليه عبد الهادي الجوهري، إذ يعرف المنهج على أنه "الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة مشكلة أو مشاكل، أو بمعنى آخر فإنه يشير إلى أسلوب التفكير المنظم والكيفية التي يصل بها الباحث إلى أهدافه¹. والمنهج يسمح بتحريك مختلف عناصر البحث (الإطار النظري، الإشكالية، التحليل، والنتائج)، ويمكن الباحث من انجاز الدراسة بجهد أقل وفي وقت أقصر. ويتضمن المنهج شكلين هما: المنهج النظري والمنهجي، حيث يشمل المنهج النظري الطريقة الاستقرائية أو الطريقة الاستنتاجية (theoretical and methodological approach)، بينما يشمل المنهج الكمي أو المنهج الكيفي (inductive or deductive)². وقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الكمي والطريقة الاستقرائية، باستخدام الطريقة العلمية المتمثلة في صياغة أسئلة البحث من خلال إشكالية الدراسة، ومن ثم طرح فرضيات لهذه الأسئلة لاختبار مدى صحتها من عدمه، وفيما يلي تفصيل للمنهج المستخدم:

- **المنهج الاستقرائي:** يعتمد على جمع الأدلة الكافية التي تساعد الباحث على إصدار التعميمات، وتبدأ هذه العملية بملاحظة الجزئيات ثم تعميم النتائج إلى الحالة العامة أو الظاهرة العامة³. أي أن هذا المنهج استخدمه الباحثون ليتحققوا من صدق المعرفة الجزئية بالاعتماد على الملاحظة والتجربة الحسية. فنتيجة

¹ - عبد الهادي الجوهري، دراسات في علم الاجتماع السياسي (القاهرة: مكتبة نهضة الشرق، 1988)، ص.25.

² - W. Zikmund, **Business Research Methods** (New York: Harcourt Brace Jovanovich, 2003).

³ - احمد حسن الرفاعي، **مناهج البحث العلمي: تطبيقات إدارية واقتصادية**، ط7 (عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2014)، ص.83.

لتكرار حصول الباحث على نفس النتائج، فإنه يتمكن من تكوين تعميمات ونتائج عامة.¹ والاستقراء قائم على أساس تعداد كل الحالات والأفراد، وعلى هذا الأساس قسم الاستقراء إلى استقراء كامل واستقراء ناقص.² وخلاصة القول، فإن الاستقراء الناقص هو الأساس المنهجي الذي يستند إليه العلم لأنه يقوم على التعميم الذي يستهدف كشف المجهول، كما يساعد في عملية التنبؤ في مستقبل الظاهرة والأحداث.

- **المنهج الكمي:** تسمح البحوث الكمية للباحث من تعريف ودمج نفسه ضمن مشكلة الدراسة، وعادة ما يتمشى المنهج الكمي مع المقاربة الواقعية التي تقودنا إلى النظر إلى العالم على أنه تراكم للحقائق القابلة للقياس والملاحظة، والذي يعتمد عادة على الطرق التجريبية والقياسات الكمية لاختبار مدى إمكانية تعميم نتائج الفرضيات على المجتمع، كما أنه عادة ما يركز على تحليل العلاقات السببية بين المتغيرات. ويحاول المنهج الكمي تحديد الظواهر وجعلها قابلة للقياس وتقسيمها إلى أصناف عامة يمكن استخدامها في دراسة كل المواضيع أو الوضعيات المشابهة.³

ومن أجل إعطاء فكرة عن المنهج المتبع في الدراسة الميدانية بشكل إجمالي، يجب توضيح بعض جزئيات مشكلة الدراسة وحيثيات تقسيمها أو تجزئتها بما يمكن من الحصول على نتائج مرضية وتخدم أهداف الدراسة، وباستخدام ما هو متاح من أدوات ومقاييس التحليل.

تحاول هذه الدراسة معرفة أثر إدارة الجودة المدركة على رضا المستفيد أي المريض. لقد أثارت مسألة العينة المستهدفة جدلاً كبيراً لدى الباحثة، خاصة بعد الاطلاع على دراسات ذات علاقة بالموضوع. وأساس ذلك أن الإدارة هي مفهوم داخلي للمؤسسة أما الجودة المدركة (المقصود بها في مشكلة الدراسة الجودة المدركة لدى الزبون) فهي مفهوم يتعلق بالزبون أو المستفيد وهو خارج المؤسسة. فإذا تم استهداف العاملين سيكون تقييمهم جيد للجانب الإداري أما تقييمهم لما يدركه الزبون فهو غير دقيق. ونفس الشيء إذا استهدف المريض، فإن تقييمه للجودة المدركة جيد ولكن تقييمه لتفاصيل إدارة الجودة غير ممكن.

¹ - الاستقراء الكامل، هو استقراء يقيني يقوم على ملاحظة جميع المفردات الخاصة بالظاهرة لإصدار الحكم الكلي على مفردات الظاهرة، وهذا النوع عرضة للخطأ، ففي حالة اختلاف حالة أو جزئية معينة تكون النتيجة فشل الحكم الكلي وقد امن الفكر الأرسطي بالاستقراء الكامل وأكد على قيمته المطلقة من الناحية المنطقية، واتخذ منه الأساس لكل المقاييس والبراهين واحتفظ بوصفه دليلاً منطقياً مؤكداً. إلا أن الاستقراء الكامل لا يمكن استخدامه للاستدلال على القضايا الكلية في العلوم استخداماً منطقياً، على أساس مبدأ عدم التناقض، لأن النتيجة فيها تأتي دائماً أكبر من المقدمات نظراً لاستيعاب النتيجة لأفراد المستقبل والأفراد الممكنة التي لم يشملها الاستقراء. ويعتبر البعض الاستقراء الكامل استنباطاً لأنه لا يسير من الخاص إلى العام، بل النتيجة تحيى فيه مساوية لمقدمتها. والاستقراء الناقص، هو استقراء غير يقيني، يستند فيه الباحث على دراسة بعض النماذج والكشف عن القواعد العامة التي تحكمها، والتي على ضوءها يتنبأ بما يمكن أن يحدث للحالات الأخرى المماثلة والتي لم يتناولها، أي أن الباحث ينتقل من الحالات المعلومة إلى الحالات المجهولة. لذا فالواجب اختيار عينة ممثلة للمجتمع أو الظاهرة العامة موضع البحث، وربما تكون هذه أهم محددات الأسلوب الاستقرائي، فغالبا لا تتوافر للباحث فرصة اختيار عينة يستطيع عن طريقها التعميم على الظاهرة العامة. لمزيد من المعلومات انظر:

- ع. الواصل، " البحث العلمي خطواته ومراحله، أساليبه ومناهجه، أدواته ووسائله، أصول كتابته"، مطبوعة علمية، شعبة الاجتماعيات، إدارة الإشراف التربوي والتدريب، إدارة التعليم في محافظة عنيزة، وزارة المعارف، المملكة العربية السعودية. ص.32.

² - احمد حسن الرفاعي، مرجع سابق، (1999)، ص ص.84-85.

³ - A. Brayman, "The Debate About Quantitative and Qualitative Research : A Question of Method or Epistemology?", **The British Journal of Sociology**, Vol. 35, No. 1, (1984), P.82.

وعليه، كان الحل الذي ارتأت الباحثة اللجوء إليه هو تقسيم المشكلة إلى جزأين، أحدها يقيم الجانب الإداري ويهتم به العاملين، والثاني يقيم الجودة المدركة للزبون ورضاه ويكون من منظور المرضى.

وامتدادا لما سبق، فقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الكمي كونها تحاول تفسير العلاقة السببية بين إدارة الجودة الشاملة (متغير مستقل) والجودة المدركة للخدمة الصحية (متغير تابع) بالنسبة للعاملين من جهة، وكذلك تفسير العلاقة السببية بين الجودة المدركة للخدمة الصحية (متغير مستقل) ورضا المريض (متغير تابع) من جهة ثانية، للوصول في الأخير إلى إيجاد علاقة سببية بين إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية (متغير مستقل) ورضا المريض (متغير تابع)، وذلك باستعمال متغيرات وسيطة في العلاقتين وسيتم تبيان ذلك لاحقا.

2. مصادر وأداة جمع بيانات الدراسة

أ. مصادر البيانات

يمكن أن تكون مصادر البيانات أولية، وهي تلك التي يمكن اعتمادها كمصادر موثوق بصحتها وعدم الشك فيها كالمخطوطات والخطب والرسائل واليوميات، والدراسات الميدانية، والكتب التي تصف أحداثا أو موضوعات شاهدها مؤلفوها عن كتب، والقرارات الصادرة عن الندوات والمؤتمرات، ونتائج التجارب العلمية والإحصاءات التي تصدرها الدوائر المختصة والوزارات والمؤسسات.¹ وقد يستخدم الباحث أيضا المقابلات أو الاستبيان لجمع البيانات الأولية.² كما يمكن أن تكون المصادر الثانوية وهي كتب استنقت بياناتها ومعلوماتها من مصادر ثانوية، أو بالاعتماد على المقالات ورسائل التخرج.³

وفي الدراسة الحالية تم الاعتماد بدرجة كبيرة على المقالات التي اهتمت بالعلاقة بين المفاهيم التالية: إدارة الجودة الشاملة، الرضا الوظيفي، جودة الخدمة الصحية، القيمة المدركة، رضا المريض، ومناهج البحث العلمي في العلوم الإدارية. وتم الاعتماد أيضا على كل من الوثائق والكتب والمقالات لجمع المعلومات الثانوية، إضافة إلى كل من المقابلات والاستبيان لجمع البيانات الأولية.

¹ - الواصل، مرجع سابق، ص.45.

² - U.Sekaran, **Research Methods for Business a Skill Building Approach**, 4th ed (New York: John Wiley & Sons, Inc, 2004), p. 53.

³ - الواصل، مرجع سابق، ص.49.

ب. أدوات جمع البيانات:

يمكن استخدام عدة أدوات لجمع البيانات الأولية مثل الاستبيان، المقابلات، الملاحظة، والوثائق الرسمية. واستخدمت هذه الدراسة في إطارها التطبيقي الاستبيان بدرجة أولى لجمع البيانات الأولية نظرا لطبيعة الدراسة، بالإضافة إلى خصائص مجتمع الدراسة (العاملين) والذين يعرف عنهم الانشغال الدائم بسبب كثرة المسؤوليات حيث من الصعب إجراء مقابلات مطولة معهم أو حتى ملاحظة تصرفاتهم. وبالنسبة لمجتمع المرضى فكان الاستبيان هو أيضا الأنسب لجمع أكبر عدد من الإجابات. وتم الاعتماد على المقابلات ولكن بصورة ضيقة جدا من أجل تدعيم نتائج تحليل الاستبيان.

وللتعريف بالأداة، يمكن القول أن الاستبانة هي عبارة عن صياغة مجموعة من الأسئلة معدة مسبقا ليقوم المستجيب بتسجيل إجابته عليها باختبار أحد البدائل المحددة، وتعتبر وسيلة فعالة لجمع البيانات عندما يكون الباحث على معرفة بالمطلوب وبكيفية قياس المرغوب في دراسته. ويجب التركيز عند تصميم الاستبيان على ثلاثة مجالات هي: صياغة ألفاظ الأسئلة، تصنيف المتغيرات وقياسها وترميزها بعد الحصول على إجابات المستقيمين، بالإضافة إلى الشكل العام للاستبيان.¹

يحتوي الاستبيان المستخدم في هذه الدراسة على مجموعة أسئلة مغلقة، وتم تقسيم الاستبيان إلى جزأين: جزء يتعلق بالأسئلة الشخصية حسب العينة المستجوبة (مرضى- عاملين) من حيث الجنس، العمر، المستوى التعليمي،.... وكانت بدائل الإجابة تتبع السلم الرقمي أو الرتبي، بينما تضمن الثاني عبارات حول متغيرات الدراسة. وقد شملت الإستبانة الموجهة للعاملين عبارات حول: إدارة الجودة الشاملة، الرضا الوظيفي وجودة الخدمة المدركة. وبالنسبة للإستبانة الموجهة للمرضى فصيغت العبارات لتشمل جودة الخدمة المدركة، القيمة المدركة ورضا المريض. وكانت بدائل الإجابة تتبع السلم الفئوي (أنظر الملحق رقم (4، 13)).

يعتبر التوزيع الشخصي للاستبانة أفضل وسيلة لجمع البيانات، حيث يكون للباحث القدرة على جمع أكبر قدر من الإجابات في فترة زمنية أقل، كما يمكن توضيح أي استفسار عن الاستبيان. وهو ما تم اعتماده

¹ - ويمكن توضيح ذلك كما يلي :

- مبادئ صياغة الألفاظ وتشمل: لغة وألفاظ الاستبيان إذ يجب مراعاة مستوى فهم المستجيب واستخدام المصطلحات المرتبطة بثقافة وقيم المجتمع، كما أنه من المهم إدراج بعض الأسئلة ذات الصياغة السلبية لتخفيض ميل المستجيب إلى الإجابة دون التفكير، والابتعاد عن الأسئلة المركبة، والأسئلة الغامضة والأسئلة التي تعتمد على القدرة على التذكر، والأسئلة المصاغة بطريقة تقود إلى إجابة معينة، والأسئلة المشحونة بالعواطف أو المعارضة للرأي العام. كما يجب مراعاة تتابع الأسئلة بصورة تقود المستجيب من سؤال له طبيعة عامة إلى الأسئلة ذات طابع خاص ومن أسئلة سهلة إلى أسئلة متدرجة في الصعوبة.

-مبادئ القياس: هناك عدة قوانين وتعليمات يجب إتباعها للتأكد من أن ألفاظ الاستبيان منخفضة التحيز ومن بين هذه المقاييس الصلاحية والثبات.

-المظهر العام: إذ يجب مراعاة مقدمة للاستبيان جيدة تكشف بوضوح عن هوية الباحث والهدف من البحث وإيجاد بعض الروابط بين المستجيبين وتحفيزهم للإجابة وتأكيد سرية المعلومات ثم الشكر، كما يجب تنظيم الأسئلة وإعطاء التعليمات والتوجيهات وضمان عدم إرهاق المستجيب من حيث الجهد والوقت. ولمزيد من المعلومات، انظر:

في هذه الدراسة، حيث جمعت البيانات من خلال الاستبيان الذي تم توزيعه بشكل مباشر على العاملين والمرضى في المستشفيات محل الدراسة.

3. مجتمع وعينة الدراسة

من العوامل الأساسية التي يجب على أي باحث تحديدها قبل البدء في دراسته هو حصر مجتمع البحث، الذي هو عبارة عن مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر المحددة مسبقاً، تجمعها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى، والتي يجري عليها البحث والتقصي. وعليه، يمكن القول أن مجتمع الدراسة يتكون من جميع المفردات التي تشكل مشكلة الدراسة، وقد يختلف عددهم أو حجمهم حسب هدفها ودرجة دقتها.

بالنسبة لهذه الدراسة فمجتمع الدراسة الكلي يتألف من جميع المستشفيات الجزائرية العامة والمسجلة لدى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2015 والبالغ عددها حسب الهياكل الإستشفائية كما يلي: مؤسسة إستشفائية جامعية واحدة (EHU)، 15 مركز استشفائي جامعي (CHU)، 200 مؤسسة عمومية إستشفائية (EPH)، 77 مؤسسة إستشفائية متخصصة (EHS)، 5 مؤسسات استشفائية (EH).

ونظراً لشساعة مجتمع الدراسة الكلي وصعوبة حصره والتعرف عليه، تلجأ الباحثة إلى مجتمع الدراسة الذي يمكن التعرف عليه، وهو المجتمع الذي يمكن الوصول إليه وبحوي أشكالاً مختلفة من الهيئات الاستشفائية فضلاً عن تمثيله لعناصر المجتمع الكلي الأخرى من حيث تجانس الظروف التنظيمية السائدة والإطار التشريعي بموجب المركزية التي تحكم القطاع الصحي الجزائري. ويشمل مجتمع الدراسة الذي يمكن التعرف عليه مجموع المستشفيات في ولاية باتنة، وهي (12) مؤسسة موزعة كما يلي: مركز استشفائي جامعي واحد (CHU)، (09) مؤسسات عمومية استشفائية (EPH)، مؤسستان استشفائيتان متخصصتان (EHS).

وتأسيساً على ما سبق، تم سحب عينة من مجتمع الدراسة الذي يمكن التعرف عليه. ويمكن القول أن عينة الدراسة هي جزء من مجتمع الدراسة، يقوم الباحث بإجراء الدراسة عليها، ومن ثم يقوم بتعميم النتائج المحصل عليها على كافة مجتمع الدراسة. وقد حاولت الباحثة الالتزام بشرط أن تكون العينة ممثلة لمجتمع الدراسة أحسن تمثيل، حيث يخضع اختيارها منهجياً إلى شروط عدة وبطرق مختلفة حسب هدف الدراسة وظروف إجرائها.

جدول رقم 25: مجتمع الدراسة الذي يمكن التعرف عليه
(مستشفيات ولاية باتنة وسعتها من حيث الأسرة والعاملين)

تصنيف المستشفى	إسم المستشفى	عدد الأسرة	عدد الأطباء	وشبه الأطباء	عدد الإداريين والمستخدمين والتقنيين
CHU(01)	المركز الإستشفائي الجامعي	635	224	905	415
(09)	المؤسسة الإستشفائية العمومية باتنة	168	77	192	132
	المؤسسة الإستشفائية العمومية عين التوتة	188	65	204	69
	المؤسسة الإستشفائية العمومية نقاوس	268	50	213	87
	المؤسسة الإستشفائية العمومية اريس 1	138	54	153	62
	المؤسسة الإستشفائية العمومية اريس 2	114	28	125	31
	المؤسسة الإستشفائية العمومية مروانة (علي النمر)	150	42	118	59
	المؤسسة الإستشفائية العمومية مروانة (زيزة مسيكة)	112	23	93	63
	المؤسسة الإستشفائية العمومية بريكة (محمد بوضياف)	156	38	171	109
	المؤسسة الإستشفائية العمومية بريكة (سليمان عميرات)	140	32	91	81
(02)	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة باتنة	194	56	181	80
	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة المعذر	75	20	64	33
EHS					
12	المجموع	2338	709	2510	1221
			4440		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

– Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Direction des études et de la planification, annuaire statistique 2014, et Direction de la santé et de la population.

وعن نوع العينة المعتمدة، وحسب مشكلة الدراسة والفرضيات التي يتطلب اختبار مدى صحتها من عدمه، تم اعتماد عينتين من نفس مجتمع الدراسة ولكن لصنفين مختلفين هما: العاملون والمرضى المقيمون في المستشفيات محل الدراسة. وقد شملت الدراسة (12) مستشفى موجود بنطاق ولاية باتنة كما هو موضح في الجدول رقم (25).

وقد اعتمدت الدراسة على أسلوب المعاينة الاحتمالية العشوائية بالنسبة لعينة المرضى. أما بالنسبة لعينة العاملين في المستشفيات محل الدراسة، فقد تم اعتماد أسلوب المعاينة الاحتمالية العشوائية التطبيقية من أجل سحب العينة. ومرد ذلك تعدد فئات العاملين (أطباء، شبه أطباء، إداريين ومستخدمين). ومن ثم تم تحديد حجم العينة المناسب عند حد احتمالي معلوم ووفق نسبة الخطأ التي تم اختيارها. وسيتم توضيح ذلك حسب الجدول رقم (26):

جدول رقم 26: تحديد فئات العاملين في المستشفيات محل الدراسة
(أطباء، شبه أطباء، إداريين ومستخدمين)

النسبة المئوية من حجم العينة %	النسبة المئوية حسب الفئات من مجتمع الدراسة %	التكرار حسب الفئات من عينة الدراسة	التكرار حسب الفئات من مجتمع الدراسة	التكرار الفئات
12.8	5.78	41	709	طبيب
44.1	5.61	141	2510	ممرض
43.1	11.30	138	1221	إداري ومستخدم
100	7.20	320	4440	المجموع

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج الجدول رقم (25)

يوضح الجدول رقم (26)، أن النسبة المئوية حسب الفئات من مجتمع الدراسة مقبولة بالنسبة للتكرارات حسب الفئات من مجتمع الدراسة، وأن الفئة الغالبة حسب الفئات من مجتمع الدراسة هي فئة الإداريين والمستخدمين.

لقد خاض العديد من الباحثين في كيفية تحديد حجم العينة، وبعد تقصي عديد من الطرق المعتمدة واستشارة بعض المختصين، انتهت الباحثة إلى أن أهم قانون طبق في ذلك، هو كما يلي:

1. تحديد حجم العينة بدون أخذ مجتمع البحث في الاعتبار، ويتم ذلك باستخدام المعادلة التالية:¹

$$n = \frac{t^2 p (1 - p)}{d^2}$$

حيث أن:

- n: حجم العينة المطلوبة.
- t: عدد الوحدات المعيارية وهي 1.96 + لمستوى ثقة 95%.
- P: نسبة عدد المفردات التي يتوافر فيها الخصائص موضوع البحث وهي 50%.
- d: حدود الخطأ وهي 5% لمستوى ثقة 95%.

بافتراض أن الدراسة تسعى أن تكون على ثقة 95% من أن خصائص العينة تمثل خصائص المجتمع فسيتم تحديد حجم العينة كما يلي:

¹ - Sekaran, op.cit., P. 400.

$$\text{حجم العينة المطلوبة} = \frac{0.50 \times 0.50 \times (1.96)^2}{(0.05)^2} = 385 \text{ مفردة}$$

2. تحديد حجم العينة بأخذ حجم مجتمع البحث في الاعتبار ويتم ذلك حسب المعادلة التالية :

$$n^* = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

حيث أن:

- n^* : حجم العينة المطلوبة والمعدلة لحجم مجتمع البحث.

- n : حجم العينة غير المعدلة بحجم مجتمع البحث.

- N : حجم مجتمع البحث.

وفي إطار ما تم ذكره في تحديد حجم العينة أشار وارييس Waris إلى أن على الباحث أن يختار حجم العينة الذي يعطي البيانات الكافية للإجابة على أسئلة الدراسة، والقاعدة العامة في اختيار حجم العينة هو استهداف أكبر حجم ممكن.¹

غير أن الحجم الكبير للعينة وحده غير كاف بل قد يوقع الباحث في خطأ قبول النتائج في حين كان يجب رفضها لأن حجم العينة يجب أن يتلاءم مع كل من درجة الدقة والثقة ومدى تباين المجتمع. فإذا كان حجم المجتمع منخفض التباين فذلك يعني أننا لسنا بحاجة إلى مجتمع كبير، وعموما يتم تحديد حجم العينة، كما يلي:²

1. أحجام العينة من 30 إلى أقل من 500 مناسبة لكثير من البحوث.
2. عند تقسيم العينات إلى أجزاء من العينات (ذكور/إناث، مستوى تعليمي... الخ)، فإنه من الضروري أن يكون الحد الأدنى لحجم العينة لكل فئة 30 وحدة.
3. في بحوث المتغيرات المتعددة (بما في ذلك تحليل الانحدار المتعدد)، يجب أن يكون حجم العينة عدة أضعاف (يفضل 10 أضعاف أو أكثر) من عدد المتغيرات في الدراسة.
4. لبحوث التجارب البسيطة التي تتمتع بتحكم كبير يمكن تحقيق النجاح في البحث بعينة صغيرة يتراوح حجمها ما بين 10 إلى 20 مفردة.

¹ – R.G. Waris, An examination of organizational culture, employee attitudes, and organizational citizenship behaviors: A path analysis approach, Unpublished thesis Submitted impartial Fulfillment of the Requirement For the Degree of Doctor of Philosophy, University of Missouri–Kansa Cit, (2005), P.87.

² – Sekaran, op. cit., p. 389.

وتقترح هذه الدراسة لتحديد حجم العينة المناسب عند حد احتمالي معلوم ووفق نسبة الخطأ التي تم اختيارها وظفت المعادلة التالية:

$$n^* = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

حيث أن $n = 385$ مفردة

وعليه، فإن حساب حجم العينة المختارة بالنسبة للكادر الطبي والمستخدمين، هو كما يلي:

حيث أن مجتمع الدراسة للعاملين $N=4440$

$$n^* = \frac{385}{1 + \frac{385}{4440}}$$

ومنه، فإن حجم العينة للكادر الطبي $n^* = 354$.

وينفس الطريقة بالنسبة لحساب حجم العينة بالنسبة للمرضى، فهو كما يلي:

باعتبار أن مجتمع الدراسة للمرضى $N= 2338$

ومنه، فإن حجم عينة المرضى هو: $n^* = 330$

وللوصول إلى 354 مفردة، تم توزيع 500 استبياناً على الطاقم الطبي والمستخدمين في المستشفيات عينة الدراسة (مرضى، أطباء، إداريون، عمال). إسترجعت منها 355 استبانة أي بنسبة استرجاع بلغت تقريباً 71 %، تم حذف منها 35 استبانة بسبب عدم إكمال الإجابة على بعض الأسئلة فيها، وكانت 320 استبانة صالحة للتحليل.

أما بالنسبة للمرضى فقد وزعت 450 استبانة استرجعت منها 337 استبانة أي بنسبة استرجاع بلغت تقريباً 74.88%، تم حذف 27 استبانة منها بسبب عدم إكمال الإجابة على بعض الأسئلة فيها. وبالتالي كان عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل هي 310 استبانة.

المطلب الثاني: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة

لتحقيق أهداف البحث وتحليل البيانات التي تم تجميعها كان الاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية وهذا بالاستعانة بحزمة البرامج التطبيقية الإحصائية في مجال العلوم الاجتماعية والمعروفة بـ SPSS 20 (Statistical Package for Social Science)، وأيضاً برنامج AMOS 20 (Analysis of Moment Structures).

1. المعالجة الإحصائية

للإجابة عن أسئلة البحث واختبار صحة فرضياتها تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتحليلي، وهي:

1.1. مقاييس التحليل الإحصائي الوصفي

- أ . التكرارات والنسب المئوية: للتعرف التفصيلي على الصفات الشخصية والوظيفية لأفراد عينتي الدراسة من أجل تحليلهما.
- ب . المتوسط الحسابي المرجح: وذلك لمعرفة اتجاهات أفراد الدراسة نحو كل فقرة أو بعد، مع العلم أنه يساعد في ترتيب العبارات حسب أعلى متوسط مرجح¹.
- ج . الانحراف المعياري: وذلك بغية التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة نحو كل فقرة، ويلاحظ أيضا أن الانحراف المعياري يوضح أيضا التشتت في استجابات أفراد الدراسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر، فهذا يعني تركيز الإجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمته تساوي الواحد أو أكبر، فذلك يعني عدم تركيز الإجابات وتشتتها.²

2.1. المقاييس الإحصائية التحليلية:

- أ. معامل الثبات (كرونباخ ألفا): يقيس درجة الثبات الداخلي للمقياس، حيث يأخذ هذا المعامل قيمة بين الصفر والواحد، وكلما اقترب من الواحد فهذا يعني ثباتا أكبر للدراسة.³ وهناك قاعدة عامة للتعامل مع هذا المعامل مفادها الآتي:⁴
 - إذا كان معامل كرونباخ ألفا أقل من (0.6) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات ضعيف، الأمر الذي يلزم إعادة النظر في بناء أداة الدراسة .
 - إذا كان معامل كرونباخ ألفا يتراوح بين (0.6- 0.7) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات مقبول.
 - إذا كان معامل كرونباخ ألفا يتراوح بين (0.7 - 0.8) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات جيد.
 - إذا كان معامل كرونباخ ألفا أكبر من (0.80) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات ممتاز .
- ب. الارتباط: إذا أراد الباحث معرفة طبيعة واتجاه العلاقة وقوتها بين متغيرين، تستخدم عادة مصفوفة معامل ارتباط بيرسون Pearson في حالة المتغيرات غير الاسمية، وتتراوح قيمته بين 1 و-1، ولكن قيمة

¹ - محمد شامل فهمي، الإحصاء بلا معاناة: المفاهيم والتطبيقات باستخدام spss (الرياض: معهد الإدارة العامة، 2005)، ص. 186.

² - امتثال حسن عبد الرزاق وآخرون، مبادئ الإحصاء الوصفي (الاسكندرية: الدار الجامعية، 2002)، ص. 115.

³ - عز عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام (spss) (جدة: خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، 2008)، ص. 536.

⁴ - اوما سيكاران، طرق البحث في الإدارة: مدخل بناء المهارات البحثية، ترجمة اسماعيل علي بسيوني وآخرون (الرياض: المنشورات العلمية لجامعة الملك سعود، 1998)، ص. 445.

المعامل لا تكف، بل أن الباحث بحاجة لمعرفة قوة الارتباط (أو أن هذا الارتباط حدث بالصدفة)، لذلك يتم الاطلاع على مستوى المعنوية حيث حدد أن 0.05 يعتبر مستوى مقبولاً في العلوم الاجتماعية بصفة عامة. ولا يعني وجود ارتباط أنه تم التأكد من أن متغير X كان سبب في متغير Y، ولكن وجود ارتباط يعني أن المتغيران لهما علاقة مع بعضهما فقط، في حين إذا أراد الباحث قياس المتغيرين اسميين فإنه يتم حساب R^2 كما أو اختبار فيشر ذو الاحتمالات الدقيقة.¹

ج. تحليل الانحدار المتعدد Multiple Regression Analysis: لتحديد تأثير وشكل العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع وأي عناصر المتغير المستقل هي أكثر تأثيراً من غيرها على المتغير التابع ويعتمد تحليل الانحدار الخطي على قياس المعلمات التالية:

R^2 . لتحديد نسبة ما يفسره المتغير المستقل من المتغير التابع.

T. لتحديد درجة تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع.

F. لتحديد جودة توفيق النموذج.

د. اختبار معامل تضخم التباين (Variance Inflation Factor) (VIF)، واختبار التباين المسموح (Tolerance) للتأكد من عدم تواجد ارتباط عال بين المتغيرات المستقلة.

هـ. اختبار معامل الالتواء (Skewness) ومعامل التفرطح kurtosis وذلك للتأكد من أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

و. اختبار جوهرية الفروق بين متوسطات عدد من المجموعات (اختبار ANOVA): ويوضح ما إذا كان هناك فرق معنوي بين المتوسطات الخاصة بأكثر من مجموعتين حيث يبين ما إذا كان هناك اختلافاً معنوياً أو لا، ولكنه لا يوضح أين يوجد الفرق. لذلك يتم إجراء اختبارات أخرى مكملة لاكتشاف موقع فروق المتوسط مثل اختبار tudent-Newman-Keul's واختبار Tukey واختبار Duncan Multiple Range واختبار Scheffe وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على Compare Mean لمعرفة موقع الفروق في المتوسطات.

ز. للإجابة على أسئلة الدراسة الخاصة بافتراض وجود متغير وسيط بين المتغير المستقل والمتغير التابع، قامت الباحثة بمراجعة الأساليب الإحصائية التي يمكن استخدامها لاختبار أثر المتغير الوسيط بهدف اختبار الأسلوب الأكثر ملائمة من الناحية العلمية لاستخدامه في البحث الحالي. تبين أن أحسن أسلوب يمكن استخدامه يعتمد على الانحدار المتعدد على ثلاث مراحل، وهي:

- المرحلة الأولى: ويتم فيها قياس أثر المتغير المستقل على المتغير الوسيط؛

- المرحلة الثانية: ويتم قياس أثر المتغير المستقل على المتغير التابع؛

¹ - Sekaran, op. cit., pp. 406-409.

- المرحلة الثالثة: ويتم فيها إدخال المتغير الوسيط في نموذج الانحدار المتعدد مع المتغير المستقل لقياس أثر الوساطة التي يقوم بها المتغير الوسيط على العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع.

ويلاحظ أن تأثير المتغير الوسيط على العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع لن يتحقق إلا بوجود تأثير جوهري للمتغير المستقل على المتغير الوسيط ذاته ثم وجود تأثير جوهري للمتغير المستقل على المتغير التابع .

وأخيرا، فإنه عند دخول المتغير الوسيط في نموذج الانحدار فإن تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع إما أن يختفي ويزول أو ينخفض. وفي المقابل، فإن القوة التفسيرية للنموذج تزداد.

إن التحليل السابق يمكن استخدامه من خلال الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، وبعد الدراسة أكثر في الموضوع توصلت الباحثة إلى أنه يمكن الاعتماد على عدة ملحقات للبرنامج المستخدم لتحليل المتغير الوسيط ومن بين هذه الملحقات الاعتماد على برنامج AMOS (تحليل الهيكل اللحظي) من خلال نمذجة المعادلات الهيكلية (SEM) structural equation modeling، وذلك بهدف اختبار العلاقات بين المتغيرات الملاحظة وغير الملاحظة من أجل الاختبار السريع للمتغير الوسيط حيث يقدم نتيجة الأثر غير المباشر. وعليه، فالباحثة قامت بتحليل البيانات التي تم جمعها من خلال الاستبيان باستخدام كل من حزمة SPSS وبرنامج AMOS .

2. الطريقة المستخدمة للقياس

جاءت فقرات الاستبيان المخصصة لأبعاد ومؤشرات متغيرات الدراسة (المستقل، الوسيط والتابع) في العينتين مغلقة ومصممة وفقا لمقياس ليكرت الخماسي الذي يعد الأنسب لمثل هذه الدراسات.¹ وقد كانت الخيارات المتاحة أمام كل عبارة كما يلي: غير موافق تماما، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة. وفي تصميم الاستبيان استعملت الدراسة مقياس SERVPERF لقياس جودة الخدمات المدركة بالنسبة لعينة العاملين وعينة المرضى أيضا من مستشفيات محل الدراسة. كما استخدم مقياس MSQ عند قياس محور الرضا الوظيفي.

ومن أجل تحديد الاتجاه أعطيت لاحتمالات الإجابات الخمسة السابقة أوزان محددة كما هو موضح في الجدول الآتي:

¹ - لمزيد من المعلومات أنظر:

عز عبد الفتاح، مرجع سابق، ص.537.

جدول رقم 27: الأوزان المعطاة لخيارات الإجابة في قائمة الاستبيان.

الأوزان	1	2	3	4	5
الرأي	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة

المصدر: عز عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام (spss) (جدة: خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، 2008)، ص. 540.

وعند حساب المتوسط الحسابي المرجح، يحدد الاتجاه حسب قيم المتوسط المرجح، كما هو موضح في هذا الجدول:

جدول رقم 28: المتوسطات المرجحة والتقييم الموافق لها

المتوسط المرجح	1- 1.79	0.80-2.59	2.60-3.39	3.40-4.19	4.20-5
التقييم	ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	جيد	جيد جدا

المصدر: عز عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام (spss) (جدة: خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، 2008)، ص. 540.

أما قوة الارتباط فيمكن تحديدها من خلال مقياس معامل الارتباط، كما في الجدول التالي:

جدول رقم 29: مقياس معامل الارتباط

المقياس	0.3 - 0	0.3-0.5	0.5-0.7	0.7-0.9	0.9-1
قوة الارتباط	لا يوجد ارتباط	ارتباط ضعيف	ارتباط متوسط	ارتباط قوي	ارتباط قوي جدا

المصدر: وليد عبد الرحمن خالد الفراء، تحليل بيانات الاستبيان باستخدام برنامج spss، الندوة العالمية للشباب الإسلامي، إدارة البرامج والشؤون الخارجية، 2009، ص. 30.

المبحث الثاني: الدراسة الميدانية لأثر إدارة الجودة الشاملة على الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين

يهتم هذا المبحث بالإجابة على جزء من مشكلة الدراسة، وتحديدًا في دراسة أثر إدارة الجودة على الجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال دراسة أثر إدارة الجودة على الرضا الوظيفي، ثم دراسة أثر الرضا الوظيفي على الجودة المدركة للخدمة الصحية. وعليه، سوف يهتم باختبار الفرضيات المقابلة لذلك. ومن ثم فإن العينة المستهدفة هنا هي العاملين في المستشفيات بولاية باتنة.

المطلب الأول: أداة الدراسة

بناء على طبيعة البيانات التي يراد جمعها، وعلى المنهج المتبع في الدراسة، والوقت المسموح به، والإمكانيات المادية المتاحة، وجدنا أن الأداة الأكثر ملاءمة لتحقيق أهداف هذه الدراسة هي قائمة الاستقصاء (الاستبانة).

1. بناء أداة الدراسة

بنيت هذه الاستبانة تبعا للأسئلة الموضوعية في مقدمة البحث وفرضياته، وقد استلزم الإجابة على مدى اثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة من طرف العاملين باعتماد متغير وسيط وهو الرضا الوظيفي.

تم تحديد أبعاد المتغير المستقل (إدارة الجودة الشاملة) وأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمة الصحية)، وأبعاد المتغير الوسيط (الرضا الوظيفي). وتحقيقا لهذا الغرض حددت المجالات الرئيسية لمختلف المتغيرات، وقد استند تحديد هذه المجالات إلى مراجعة العديد من الدراسات والأبحاث العلمية ذات الصلة بالموضوع، واستقرت العملية على ما يلي:

أ. مؤشرات المتغير المستقل (إدارة الجودة الشاملة): وتمثل مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وهي أربعة: التزام الإدارة العليا، التركيز على العميل، التحسين المستمر ومشاركة العاملين. بالرغم من وجود مبادئ أخرى، إلا أن هناك إجماع لدى العديد من الباحثين والمختصين في مجال إدارة الجودة الشاملة على هذه المبادئ، أمثال: (J.Bank , 2000)¹، (Haar & Spell, 2006)²، (Deam & Bowen 1994)³، (جودة، 2006)⁴. والعديد من هذه الدراسات تناولت هذه المؤشرات في الخدمات الصحية.

ب. أبعاد المتغير الوسيط (الرضا الوظيفي): تمثلت في ثلاث مؤشرات رئيسية: التقدم والأجر، كفاءة الإشراف، ظروف العمل. وقد تم اختيار هذه المؤشرات من المقاييس الرتيبة والاستبيانات ذات المقاييس المقننة والتي منها استبانة مينيسوتا لقياس الرضا الوظيفي (MSQ) Minnesota Satisfaction Questionnaire، من دراسة (بن صالح الحيدر وعمر بن طالب، 2010)⁵.

¹ - J. Bank, **The essence if Total Quality Management** , 2nded (England: Pearson education limited, edindurg Gate,2000)

² - J. Haar and C.Spell, European and Mediterranean conference on inform, "Predicting Total Quality Management in New Zealand: The mode rating effect of organizational size", (2006).

³ - J. Deam and D. Bowen, "Management theory and Total Quality: Improving research and practice through theory development", **Academy of Management Review**, Vol.19, (1994), pp.392-481.

⁴ - محفوظ احمد جودة، ادارة الجودة الشاملة : مفاهيم وتطبيقات (عمان: دار وائل للنشر، 2006)، ص.22.

⁵ . عبد المحسن بن صالح الحيدر، إبراهيم عمر بن طالب، "الرضا الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي في مدينة الرياض"، الرياض، معهد الادارة العامة، 2005 .

ج. أبعاد المتغير التابع (جودة الخدمة الصحية المدركة): والتي تمثلت في خمس أبعاد رئيسية، وهي: الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان والتعاطف، والتي حددها (Parasuraman et al., 1988)، وتوجد عدة دراسات تناولت هذه الأبعاد في الخدمات الصحية.

وتكونت قائمة الاستقصاء من الأجزاء التالية:

- الجزء الأول: ويشمل البيانات الشخصية عن أفراد العينة ممثلة في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الوظيفة، عدد سنوات الخبرة بالمستشفى (الأقدمية).
- الجزء الثاني: وقد ركز على المقاييس الخاصة بالمتغير المستقل (إدارة الجودة الشاملة)، شمل أربعة مؤشرات (التزام الإدارة العليا، التركيز على العميل، التحسين المستمر، مشاركة العاملين). تم وضع عبارات لكل منها، كما يلي:

جدول رقم 30: توزيع العبارات على مؤشرات إدارة الجودة الشاملة

رقم العبارات	مؤشرات المتغير المستقل	
4-1	التزام الإدارة العليا	01
7-5	التركيز على العميل	02
11-8	التحسين المستمر	03
15-12	مشاركة العاملين	04

المصدر: من إعداد الطالبة

- الجزء الثالث: اهتم بمقاييس المتغير الوسيط (الرضا الوظيفي)، وتناول ثلاث مؤشرات (التقدم والأجر، كفاءة الإشراف، ظروف العمل). وبموجب ذلك تم وضع أسئلة لكل منها. كما يلي:

جدول رقم 31: توزيع العبارات على مؤشرات الرضا الوظيفي

رقم العبارات	مؤشرات المتغير الوسيط	
19-16	التقدم والأجر	01
22-20	كفاءة الإشراف	02
25-23	ظروف العمل	03

المصدر: من إعداد الطالبة

- الجزء الرابع: ركز على المقاييس الخاصة بالمتغير التابع (جودة الخدمة الصحية المدركة)، والذي تمثل في خمس أبعاد رئيسية (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، تمثلت أسئلة كل منها، كما يلي:

جدول رقم 32: توزيع العبارات على مؤشرات جودة الخدمة الصحية المدركة

رقم العبارات	مؤشرات المتغير المستقل	
29-26	الاعتمادية	01
32-30	الملموسية	02
35-33	الاستجابة	03
39-36	الأمان	04
43-40	التعاطف	05

المصدر: من إعداد الطالبة

2. صدق قائمة الاستقصاء

يقصد بصدق قائمة الاستقصاء التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه.¹ كما يقصد بالصدق "شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح عباراتها ومفرداتها من ناحية ثانية بحيث تكون مفهومة لكل أفراد عينة الدراسة".² وقد تم التأكد من صدق قائمة الاستبيان من خلال:

أ. الصدق الظاهري "صدق المحكمين":

عرضت قائمة الاستقصاء، بما تضمنت من أبعاد وعبارات على مجموعة من المحكمين تم اختيارهم من ذوي الخبرة والعلم والكفاءة من الأساتذة في مجال العلوم الإدارية، وطلب من المحكمين إبداء رأيهم في عبارات قائمة الاستبيان من حيث:

- مدى سلامة وصحة الصياغة اللغوية لعبارات أداة الاستقصاء؛
- شمولية العبارات ومناسبتها لمجالات الدراسة؛
- مدى انتماء الفقرة للبعد الذي تندرج تحته؛
- أي ملاحظات أو تعديلات أخرى يرونها مناسبة.

وفي ضوء التوجيهات التي أبداها المحكمون، أدرجت التعديلات التي اتفق عليها أغلب المحكمين لقائمة الاستقصاء سواء بتعديل الصياغة أو حذف بعض العبارات أو إضافة عبارات جديدة. وبذلك تكونت قائمة الاستقصاء النهائية من (43) فقرة موزعة على متغيرات الدراسة.

¹ - محمد صالح العساف، المدخل الى البحث في العلوم السلوكية (الرياض: العبيكان للطباعة والتوزيع، 1995)، ص. 429.

² - ذوقان عبيدات وآخرون، البحث العلمي: مفهومة، أدواته وأساليبه (عمان: دار الفكر، 2001)، ص. 179.

ب . صدق الاتساق الداخلي لقائمة الاستبيان:

بعد التأكد من الصدق الظاهري لقائمة الاستبيان، لابد من التأكد من اختبار الصدق البنائي أو الاتساق الداخلي لقائمة الاستبيان. ومن أهم الطرق لذلك هو حساب درجة ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لجميع عبارات البعد الذي تنتمي إليه، وبالنسبة لجميع عبارات المتغير ككل. ومن أجل القيام بهذا الاختبار تم حساب معامل ارتباط بيرسون، كما في الجدول رقم (33):

يتضح من الجدول رقم (33) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لجميع عبارات متغير إدارة الجودة الشاملة متوسطة عموماً باستثناء العبارتين 13 و 14 كانت بدرجة ارتباط قوية ضمن مؤشر مشاركة العاملين، وان جميع العبارات دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$). أما بالنسبة لمعاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لجميع عبارات مؤشرات إدارة الجودة الشاملة، فقد كانت جميع معاملات الارتباط قوية عند مؤشر التزام الإدارة العليا ومشاركة العاملين، أما باقي المؤشرات فكانت بين قوية ومتوسطة، وان جميع العبارات دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$).

وبالعودة لمتغير الرضا الوظيفي، فقد جاءت معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لجميع عباراته بين متوسطة وضعيفة وتراوحت بين (0.638) في حدها الأعلى أمام الفقرة رقم (16)، وبين (0.423) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (22). أما بالنسبة لمؤشراتهما فقد اشترك مؤشر التقدم والأجر ومؤشر ظروف العمل في معاملات الارتباط قوية ومتوسطة، أما مؤشر كفاءة الإشراف فكانت جميع معاملات الارتباط بها متوسطة، وجميع العبارات دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$).

جدول رقم 33: معاملات الارتباط بين درجات عبارات المتغيرات مع الدرجة الكلية لكل متغير

المتغيرات	المتغير	المتغير لكل	متغيرات الدراسة
التزام الإدارة العليا	0.797**	01	الرضا الوظيفي
	0.606	02	
	0.621	03	
	0.506	04	
	0.634	05	
	0.690	06	
	0.447	07	
	0.691	08	
	0.477	09	
	0.611	10	
	0.530	11	
	0.621	12	
	0.779	13	
	0.704	14	
	0.694	15	
التحسين المستمر	0.638**	16	الصحة
	0.626**	17	
	0.523**	18	
	0.574**	19	
	0.464**	20	
	0.513**	21	
	0.423**	22	
	0.436**	23	
	0.544**	24	
	0.547**	25	
الاعتمادية	0.628**	26	الصحة
	0.557**	27	
	0.594**	28	
	0.660**	29	
	0.829**	30	
	0.818**	31	
	0.727**	32	
	0.555**	33	
الملموسية	0.616**	34	الصحة
	0.606**	35	
	0.565**	36	
	0.637**	37	
	0.601**	38	
	0.620**	39	
	0.693**	40	
	0.558**	41	
	0.635**	42	
	0.565**	43	

** ذات دلالة حصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

وجاءت معاملات الارتباط الخاصة بمتغير جودة الخدمة الصحية المدركة من طرف العاملين بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لجميع عباراته بين متوسطة وقوية، وتراوح بين (0.829) في حدها الأعلى

أمام الفقرة رقم (30)، وبين (0.555) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (33). أما بالنسبة لأبعادها فقد اشترك بعد الاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف في معاملات ارتباط قوية، وكانت معاملات الارتباط لبعدها الملموسية بين قوية (0.718) وضعيفة في حدها الأدنى (0.448)، وجميع العبارات دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$).

3. ثبات أداة الدراسة

يقيس معامل الثبات (Cronbach–Alpha) مدى استقرار أداة الدراسة وعدم تناقضها، حيث يوضح ما إذا كانت قائمة الاستبيان ستعطي نفس النتائج باحتمال مساوي لقيمة المعامل المحسوب في حالة ما إذا تم إعادة توزيعها على نفس أفراد العينة.¹ وفقاً لإجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم (32) فرداً. وباستخدام معامل كرونباخ-ألفا لكل بعد من أبعاد الدراسة كانت قيم معامل الثبات كما يبينها الجدول الآتي:

جدول رقم 34: قيم معامل الثبات لكل بعد ولكل متغير في الدراسة

معامل الثبات	فقرات قائمة الاستقصاء	أبعاد متغيرات الدراسة	متغيرات الدراسة
0.887	04-01	التزام الإدارة العليا	إدارة الجودة الشاملة
0.648	07-05	التركيز على العميل	
0.792	11-08	التحسين المستمر	
0.903	15-12	مشاركة العاملين	
0.815	15-01	متغير إدارة الجودة الشاملة	
0.871	19-16	التقدم والأجر	الرضا الوظيفي
0.651	22-20	كفاءة الإشراف	
0.803	25-23	ظروف العمل	
0.706	25-16	متغير الرضا الوظيفي	
0.833	29-26	الاعتمادية	جودة الخدمة الصحية
0.685	32-30	الملموسية	
0.810	35-33	الاستجابة	
0.932	39-36	الأمان	
0.908	43-40	التعاطف	
0.864	43-26	متغير جودة الخدمة الصحية	
0.862		الإجمالي	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول رقم (34) أن أعلى قيمة لمعامل الثبات لمتغير جودة الخدمة الصحية المدركة، حيث بلغ (0.86)، والذي سجل فيه بعد التعاطف والأمان معامل ثبات ممتاز عكس بعد الملموسية (0.68)

¹ - عز عبد الفتاح واخرون، مرجع سابق، ص. 560.

وهو معامل ثبات مقبول. ثم متغير إدارة الجودة الشاملة الذي بلغ (0.81)، مسجلا معامل ثبات ممتاز لمؤشر مشاركة العاملين (0.90) وأقل قيمة ثبات لمؤشر التركيز على العميل حيث بلغ (0.64). أما معامل ثبات متغير الرضا الوظيفي فقد بلغ (0.70)، وكانت أقل قيمة لمعامل الثبات لمؤشر كفاءة الإشراف الذي بلغ (0.65) وهو مقبول. وكان المؤشر الكلي ذو معامل ثبات ممتاز حيث بلغ (0.862).

4. الارتباط الذاتي

نعني بالارتباط الذاتي Multicollinearity وجود ارتباط عال بين المتغيرات المستقلة، لأن وجود هذه المشكلة تؤثر على كيفية شرح العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع. ويمكن معرفة ما إذا كان هناك مشكل في الارتباط الذاتي بين المتغيرات المستقلة عن طريق معامل التضخم والتباين variance inflation factors (VIFs) بحيث يجب أن تكون قيمته أقل من 10 وفترات السماح Tolerances يجب أن تكون قيمتها أكبر من (0.1).¹ والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم 35 : اختبار معامل التضخم والتباين المسموح به

Tolerances	VIF	أبعاد المتغير المستقل والوسيط
.740	1.352	التزام الإدارة العليا
.537	1.862	التركيز على العميل
.390	2.562	التحسين المستمر
.391	2.555	مشاركة العاملين
.477	2.096	التقدم والأجر
.484	2.066	كفاءة الإشراف
.464	2.154	ظروف العمل

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

لا توجد مشاكل الارتباط الذاتي حسب ما يوضحه الجدول (35)، حيث أن المتغيرات المستقلة ليس بينها ارتباط، لأن قيم معامل التضخم لأبعاد المتغير المستقل إدارة الجودة الشاملة كانت محصورة بين 2.562 و 1.352 وهي أقل من 10. أما قيم التباين فكانت محصورة بين 0.740 و 0.390 وهي أكبر من 0.1 وهذا مقبول. أما بالنسبة لأبعاد المتغير المستقل الرضا الوظيفي فقد كانت 2.096 و 2.154 وهي أقل من 10. وقيمة التباين محصورة بين 0.484 و 0.464 وهي أكبر من 0.1 وهذا مقبول.

5. ملاءمة نموذج الدراسة

¹ – J.Neter, W.William and H.K.Michael, **Applied Linear Statistical Models: Regression, Analysis of Variance, and Experimental Designs**, 2nd ed (Homewood: Richard D. Irwin, Inc ,1985).

للتأكد من ملائمة نموذج الدراسة الذي يجمع المتغير المستقل بالتابع مع وجود متغير وسيط، تم إجراء تحليل معامل التأكد CFA باستخدام برنامج AMOS بغرض التقييم التجريبي للبناءات المتنبأة، حيث أن معامل التأكد في معادلة نمذجة البناء SEM يسمح للباحث من مراقبة المؤشرات الخاصة بكل بعد. والجدول رقم (36) يقدم مجموعة من مؤشرات صحة الموائمة (goodness-of-fit) لتقييم درجة تفسير النموذج للبيانات الملاحظة، حيث تم الاعتماد على ثمانية مقاييس شائعة لاختبار ملائمة النموذج، وبمقارنة كل قيم مؤشرات الملائمة مع القيم المقترح مطابقتها تم التأكد من الملائمة الجيدة لنموذج الدراسة.

جدول رقم 36: مؤشرات قياس ملائمة النموذج

قيم المؤشرات	القيم المقترحة	مؤشرات الملاءمة
1.72	3.00	مربع كاي/درجة الحرية Chi-square/degree of freedom (2/df)
0.90	0.90	صحة الملاءمة Goodness of fit (GFI)
0.84	0.80	صحة الملاءمة المعدلة Adjusted goodness of fit (AGFI)
0.90	0.90	مؤشر الملاءمة الطبيعي Normed fit index (NFI)
0.95	0.90	مؤشر الملاءمة المقارن Comparative fit index (CFI)
0.95	0.90	مؤشر الملاءمة المتزايد Incremental Fit Index (IFI)
0.93	0.90	مؤشر توكر لويس Tucker-Lewis index (TLI)
0.078	0.05 to 0.08	الجزر التربيعي لمتوسط الأخطاء التقريبية (RMSEA) Root mean square error of approximation

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال AMOS، وكذلك:

H. Bian, **Structural Equation Modeling With AMOS** (Office for faculty Excellence Fall, 2011), p.33.

يشير الجدول أعلاه إلى أن نتائج حسن مطابقة النموذج، وذلك للتأكد من سلامة وصحة تقديرات التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية في النموذج، حيث تم استخدام مجموعة من المؤشرات أهمها النسبة بين قيم كاي مربع X^2 و درجات الحرية df . فإذا كانت هذه النسبة أقل من 3، دل ذلك على قبول النموذج. ولكن إذا كانت أقل من 2، فذلك يدل على أن النموذج المقترح مطابق تماماً للنموذج المفترض لبيانات العينة وهي في هذه الدراسة ($X^2/df=1.72$). كذلك مؤشر ملاءمة جودة التوفيق للنموذج ($GFI=0.90$) الذي يعطي مؤشراً على مدى تناسب التباين مع عينة الدراسة، وكلما اقترب من الواحد الصحيح دل على حسن ملائمة الجودة، أما بالنسبة لمؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) وهو من مؤشرات جودة المطابقة، فإذا ساوت قيمته 0.05 فأقل دل ذلك على أن النموذج يطابق تماماً البيانات، وإذا كانت القيمة محصورة بين 0.05 و 0.08 دل على أن النموذج يطابق بدرجة كبيرة بيانات العينة أما إذا زادت قيمته عن 0.08 فببطل رفض النموذج. وفي هذه الدراسة بلغ 0.07. وكانت قيمة مؤشر صحة الملاءمة المعدلة ($AGFI=0.84$)، وهو مؤشر معدل لـ (GFI) من خلال الأخذ بالاعتبار عدد المتغيرات التنبؤية في

النموذج. أما مؤشر المواءمة المقارن (CFI=0.95) فهو يقترب من الواحد وهذا جيد. كذلك مؤشر ملاءمة الجودة المعياري (NFI=0.90) كلما اقترب من الواحد كان جيد.

المطلب الثاني: تقييم متغيرات الدراسة في المستشفيات عينة الدراسة

سيتم من خلال هذا المطلب تقييم متغيرات الدراسة في المستشفيات عينة الدراسة، حيث سيتم وصف عينة الدراسة، ثم اختبار مدى التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة. كما سيتم عرض نتائج اتجاهات أفراد العينة نحو متغيرات الدراسة، وأخيرا إيجاد الفروق في متغيرات الدراسة وفقا للمتغيرات الشخصية حسب إجابات العاملين في المستشفيات محل الدراسة.

1. وصف عينة الدراسة

يبين الجدول رقم (37) المعلومات العامة حول عينة الدراسة، حيث يظهر التكرارات والنسب المئوية حسب الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الوظيفة والاقدمية في الخدمة.

جدول رقم 37: التكرارات والنسب المئوية المتعلقة بالعاملين

النسبة المئوية	التكرار	القياس	
33.13	106	ذكر	الجنس
66.87	214	أنثى	
32.5	104	أقل من 30 سنة	العمر
38.43	123	من 30-39	
23.13	74	من 40-49	
5.94	19	أكثر من 50 سنة	
2.8	9	أقل من ثانوي	المستوى التعليمي
21.3	68	ثانوي	
61.9	198	جامعي	
14.1	45	دراسات عليا	
12.8	41	طبيب	الوظيفة
44.1	141	ممرض	
38.6	124	إداري	
4.4	14	عامل	
39.1	125	أقل من 5 سنوات	الأقدمية في الخدمة
30.3	97	من 5-10 سنوات	
19.7	63	من 11-20 سنة	
10.9	35	أكثر من 20 سنة	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

تبين نتائج الجدول (37) أن توزيع عينة الدراسة حسب الجنس هو 66.87% بالنسبة للإناث أي بتكرار 214 و 33.13% بالنسبة للذكور أي بتكرار 106، وهو الضعف تقريبا. ويظهر ذلك خاصة في السلك التمريضي والإداري. أما توزيع العاملين حسب العمر فقد شكلت الفئة العمرية من 30-39 سنة أكبر فئة، أي بنسبة 38.43% وتكرار 123 وشملت هي الأخرى أكبر عدد من السلك التمريضي والإداري والمستوى الجامعي. ثم الفئة العمرية الأقل من 30 سنة بنسبة 32.5%. أما اصغر فئة فكانت لأكثر من 50 سنة بنسبة 5.94%. (انظر الملحق رقم)

أما المستوى التعليمي فقد شكل المستوى الجامعي أكبر فئة بنسبة 61.9% بتكرار 198 وهذا أمر طبيعي في مجال الصحة ثم المستوى الثانوي ثم الدراسات العليا بنسبة 14.1%. بالنسبة للوظيفة شكل السلك الشبه الطبي أكبر نسبة 44.1% بتكرار 141 وذلك نتيجة لطبيعة الخدمة الصحية، ونتيجة لتعاونهم معنا في ملاءمة الاستمارة، أما الأطباء فشكّلوا نسبة 12.8%، والسلك الإداري مثل نسبة 38.6%.

وبالنسبة لتوزيع العاملين حسب الأقدمية في الخدمة فقد شكلت الفئة الأقل من 5 سنوات خدمة أكبر فئة أي بنسبة 39.1% وتكرار 125. وذلك راجع لحاجة هذا القطاع للعنصر البشري خاصة السلك التمريضي، حيث بلغ عددهم في هذه الفئة 55 ممرض وممرضة، و42 إداري، و25 طبيب. ثم الفئة التي خدمت في القطاع الصحي من 5 إلى 10 سنوات بنسبة 30.3% وتكرار 97 أين تعادل بها عدد الممرضين والإداريين بعدد 45 لكل فئة. أما أقل فئة فكانت لأكثر من 20 سنة خدمة بنسبة 10.9% (انظر الملحق رقم).

2. التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

قبل اختبار فرضيات الدراسة على الباحث أن يتأكد ما إذا كانت متغيرات الدراسة تتبع التوزيع اللاتواء skewness ومعامل التقلطح kurtosis، حيث ترى بعض الدراسات الإحصائية أن skewness يجب أن يكون محصور بين 1- و1، و kurtosis بين 3- و3، إضافة إلى أن أحد الشروط الهامة التي تعتمد عليها الاختبارات المعلمية هي أن تكون البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.¹

¹ Q.Cao and S.Dowlatshahi; "The impact of alignment between virtual enterprise and information technology on business performance in an agile manufacturing environment", *Journal of Operations Management*, No.23, (2005), p.542.

جدول رقم 38: التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

kurtosis	skew	المتغيرات	
-0.540	-0.257	التزام الإدارة العليا	المتغير المستقل
-0.520	-0.163	التركيز على العميل	
-0.446	-0.123	التحسين المستمر	
-0.872	-0.013	مشاركة العاملين	
-1.139	-0.345	الاعتمادية	المتغير التابع
-0.813	0.390	الاستجابة	
-0.899	0.296	التعاطف	
-0.696	0.593	الأمان	المتغير الوسيط
-1.044	-0.624	الملموسية	
-1.141	0.093	التقدم والأجر	
-1.000	0.367	كفاءة الإشراف	
-1.351	-0.114	ظروف العمل	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال AMOS

حسب الجدول رقم (38)، فإن كل أبعاد متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي حيث كانت قيم skewness تتراوح بين 0.593 و -0.624. وقيم kurtosis تتراوح بين -0.446 و -1.351، وهذا ما يسمح للباحثة بمتابعة تحليل نموذج الدراسة الخاص بالعاملين باستخدام أدوات التحليل المناسبة.

3. عرض نتائج اتجاهات أفراد العينة نحو متغيرات الدراسة في المستشفيات محل الدراسة

3.1. اتجاهات أفراد العينة نحو مؤشرات إدارة الجودة الشاملة:

يوضح الجدول رقم (39) تقييم مؤشرات إدارة الجودة الشاملة من طرف العاملين في المستشفيات محل الدراسة، وجاءت النتائج على النحو الآتي:

جدول رقم 39: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات إدارة الجودة الشاملة

مؤشرات الدراسة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
التزام الإدارة العليا	1	2.9625	0.9934	متوسط
التركيز على العميل	2	2.8333	0.8895	متوسط
مشاركة العاملين	3	2.6750	0.7514	متوسط
التحسين المستمر	4	2.5458	0.9370	ضعيف
إدارة الجودة الشاملة		2.7530	0.7230	متوسط

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول رقم (39) مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية من وجهة نظر العاملين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لمتغير إدارة الجودة الشاملة إجمالاً (2.75) وانحراف معياري (0.72). وهي قيمة إيجابية بتقييم متوسط تشير إلى إتفاق المستجوبين على أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية لا يرق إلى المستويات المطلوبة، وأعطت العينة المبحوثة الأولوية للالتزام الإدارة العليا بمتوسط حسابي (2.96) وانحراف معياري (0.72)، وهذا يشير إلى التزام الإدارة العليا بنشر هذه الثقافة، وقد حضى مبدأ التركيز على العميل بالمرتبة الثانية وذلك بمتوسط حسابي متوسط (2.83) وانحراف معياري (0.88). وحتى وإن كان تقدير الإدارة لهذا الجانب متوسط فهو شيء إيجابي في ظل شيوع عدم اهتمام المستشفيات العمومية الجزائرية بهذا الجانب، وهذا يدل على تزايد الوعي العام في الفترة الأخيرة بأهمية ورضا العميل (المريض). أما مؤشر مشاركة العاملين فقد بلغ متوسطه الحسابي (2.67) بتقييم متوسط أيضاً. غير أن مؤشر التحسين المستمر جاء بتقييم ضعيف بمتوسط حسابي (2.545) وانحراف معياري (0.93). مما يدل على عدم إدراك الإدارة لهذه الآلية باعتبار نتائجها تظهر في المدى البعيد، ولكن يجب التركيز عليها خاصة في المؤسسات الخدمية التي تشهد كثافة رأس مال بشري مقابل المالي والتكنولوجي.

2.3 - اتجاهات أفراد العينة نحو مؤشرات الرضا الوظيفي

يوضح الجدول رقم (41) تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى العاملين في المستشفيات محل الدراسة.

جدول رقم 41: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات الرضا الوظيفي

مؤشرات الدراسة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
كفاءة الإشراف	1	2.77	1.235	متوسط
التقدم والأجر	3	2.42	1.185	ضعيف
ظروف العمل	2	2.65	1.135	متوسط
الرضا الوظيفي		2.61	1.043	متوسط

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول (41) أن المتوسط الحسابي لمتغير الرضا الوظيفي بلغ (2.61) بانحراف معياري (1.04)، وهي قيمة إيجابية بتقييم متوسط تشير إلى إجماع المستجوبين على أن العامل في المستشفيات محل الدراسة لا يزال ينتظر مستويات أعلى من الرضا يتوجب على الإدارة الانتباه لها والسعي لتحقيق رضاهم. وقد أعطت العينة المبحوثة الأولوية لكفاءة الإشراف بمتوسط حسابي (2.77) وانحراف معياري (1.23)، مما يدل على وجود بيئة عمل مشجعة ومساعدة على نقل المعارف والمهارات المكتسبة ووضوح في التعليمات التي تصدر من الإدارة. ثم ظروف العمل الذي جاء في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي متوسط (2.65) وانحراف معياري (1.13)، مما يؤكد أن ظروف العمل تساعد على التقدم والتطور في العمل ومن ثم الزيادة في الأجر. غير أن التقدم والأجر جاء بتقدير أقل في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.42)

وانحراف معياري (1.18) وهذا يعتبر أهم مشكل خاصة بالنسبة للسلك التمريضي باعتبار أن الأجر غير كاف والقانون الداخلي الخاص بالترقيات غير عادل، وهو ما يبرر لجوء هذه الفئات للإضرابات على المستوى الوطني لتحسين وضعهم الوظيفي.

3.3- اتجاهات أفراد العينة نحو أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة

يوضح الجدول رقم (40) تقييم أبعاد جودة الخدمة الصحية من طرف العاملين في المستشفيات محل الدراسة.

جدول رقم 40: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد جودة الخدمة الصحية

مؤشرات الدراسة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
الإعتمادية	2	3.6117	.74741	جيد
الملموسية	4	3.2745	.55415	متوسط
الاستجابة	3	3.4867	.73814	جيد
الأمان	5	3.1941	.95402	متوسط
التعاطف	1	3.7438	.85301	جيد
جودة الخدمة		3.4622	.53753	جيد

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

إن تقييم مؤشر جودة الخدمة المدركة من طرف العاملين كان جيد، حيث كان متوسطه الحسابي (3.46) وانحرافه المعياري (0.53). وقد احتل بعد التعاطف المرتبة الأولى بتقييم جيد لعينة الدراسة بمتوسط حسابي (3.74) وانحراف معياري (0.85) وهذا راجع إلى طبيعة وخصوصية هذه الخدمة التي تحتاج إلى هذا البعد أثناء التعامل، ثم بعد الاعتمادية بمتوسط حسابي (3.61) وانحراف معياري (0.74) مما يعني التزام الكادر الطبي بتقديم الخدمة في الوقت المناسب، وتوفر المستشفيات على كافة التخصصات، يليها بعد الاستجابة. أما باقي الأبعاد فقد كان تقييمها متوسط، مما يستوجب زيادة الاهتمام بها كالأمان والملموسية، ونقص فعالية هذا الأخير سوف يؤثر على تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة في هذه المستشفيات.

4. اختبار الفروق بين متغيرات الدراسة الخاصة بالعاملين نسبة للمتغيرات الشخصية

بعد التطرق إلى متغيرات الدراسة بالنسبة للعاملين في المستشفيات محل الدراسة، سيتم دراسة الفروق في إجابات أفراد المجتمع وفق المتغيرات الشخصية، إضافة إلى تقييم متغيرات الدراسة حسب كل متغير شخصي. يعرض الجدول الموالي الفروق في متغيرات الدراسة حسب الجنس:

جدول رقم 42: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للجنس

	قيمة F		درجة الحرية		
.000	19.2 8	9.379 .486	1	9.379	بين المجموعات
			318	154.649	
			319	164.028	
.000	13.1 5	13.606 1.035	1	13.606	بين المجموعات
			318	329.005	
			319	342.611	
.000	12.9 7	9.557 .737	1	9.557	بين المجموعات
			318	234.288	
			319	243.845	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

أظهرت النتائج حسب الجدول (42) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لجميع متغيرات الدراسة تعزى للجنس حيث كان مستوى الدلالة 0.000 بالنسبة لجميع المتغيرات، أي أن هناك اختلاف في وجهات نظر العمال والعاملات في المستشفى من أطباء، ممرضين، إداريين، وعمال فيما يتعلق بإدارة الجودة الشاملة في المستشفى والرضا الوظيفي ومستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى.

وفيما يلي سيتم التفصيل في هذه الفروق إذ يعرض الجدول الآتي المتوسط الحسابي لكل متغيرات الدراسة حسب الجنس:

جدول رقم 43: المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب الجنس

	الرضا الوظيفي		
2.8887	2.8774	3.0142	
.75547	1.10824	.78520	الانحراف المعياري
2.5215	2.4393	2.6504	
.90476	.96911	.64971	الانحراف المعياري

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لإدارة الجودة الشاملة أعلى حسب وجهة نظر العاملين الذكور إذ بلغ 3.01 مقارنة بالعاملات الإناث الذي بلغ 2.65، وهذا يشير إلى عدم اتفاق العاملين الذكور والإناث حول مستوى تطبيق إدارة المستشفيات لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالرغم أن تقييمها يدخل ضمن مجال التقييم المتوسط. وقد انعكس ذلك على اختلافهم بالنسبة للرضا الوظيفي حيث جاء تقييم العاملين الذكور بمتوسط حسابي 2.87 ضمن مجال رضا متوسط مقابل 2.4393 للعاملات الإناث ضمن مجال رضا ضعيف مما يستوجب على المستشفيات بحث أسباب عدم رضا العاملات وحل مشاكلهم. وكذلك بالنسبة لتقييمهم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حيث كان جاء تقييم العاملين الذكور بمتوسط حسابي 2.88 بتقييم متوسط مقابل 2.52 للعاملات بتقييم ضعيف. وعليه فإن العاملين الذكور عموماً أعلى

موافقة بالنسبة لجميع المتغيرات مقارنة بالعاملات مما يظهر وجود إمكانيات كبيرة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل العاملات من خلال تناول مشاكلهن بجدية.

يعرض الجدول رقم (44) الفروق في متغيرات الدراسة حسب العمر :

جدول رقم 44: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للعمر

	قيمة F		درجة الحرية		
.058	2.523	1.279	3	3.837	بين المجموعات
		.507	316	160.191	
			319	164.028	
.605	.617	.665	3	1.995	بين المجموعات
		1.078	316	340.616	
			319	342.611	الوظيفي
.885	.216	.166	3	.499	بين المجموعات
		.770	316	243.345	
			319	243.845	

المصدر: تم إعداد الجدول الاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من الجدول (44) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لكل متغيرات الدراسة تعزى لعمر العاملين في المستشفى، حيث كان مستوى الدلالة بالنسبة لجميع المتغيرات أكبر من 0.05 وكان على الترتيب 0.058، 0.605، 0.885، وهذا يدل على أن سن العاملين في المستشفى لم يؤثر ولم يغير رأي العاملين حول مدى تطبيق إدارة المستشفيات لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، ومن ثم مدى تحقق الرضا الوظيفي بالنسبة لهم، وصولاً إلى تحقيق جودة عند تقديم الخدمة.

ويعرض الجدول رقم (45) الفروق في متغيرات الدراسة حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم 45: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للمستوى التعليمي

	قيمة F		درجة الحرية		المستوى التعليمي
.113	2.005	1.022	3	3.065	بين المجموعات
		.509	316	160.964	
			319	164.028	
.431	.921	.990	3	2.970	بين المجموعات
		1.075	316	339.641	
			319	342.611	الوظيفي
.483	.820	.628	3	1.884	بين المجموعات
		.766	316	241.960	
			319	243.845	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول (45) الخاص بتحديد الفروق في متغيرات الدراسة التي تعزى للمستوى التعليمي للعاملين في المستشفى، انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لكل متغيرات الدراسة، حيث كان مستوى الدلالة بالنسبة لجميع المتغيرات أكبر من 0.05 وكان على الترتيب 0.113، 0.431، 0.483، وهذا يدل

على أن المستوى التعليمي للعاملين في المستشفى لم يؤثر ولم يغير رأي العاملين حول مدى تطبيق إدارة المستشفيات لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، ومن ثم مدى تحقق الرضا الوظيفي بالنسبة لهم، وكذلك مدى تحقيق الجودة عند تقديم الخدمة. يعرض الجدول رقم (46) الفروق في متغيرات الدراسة حسب الوظيفة:

جدول رقم 46: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للوظيفة

الوظيفة		درجة الحرية	قيمة F		
بين المجموعات		3	2.115	6.346	.006
		316	.499	157.683	
		319		164.028	
الوظيفي	بين المجموعات	3	1.779	5.337	.174
		316	1.067	337.273	
		319		342.611	
بين المجموعات		3	2.713	8.140	.013
		316	.746	235.705	
		319	2.115	243.845	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

من خلال الجدول (46) نجد أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للرضا الوظيفي بالنسبة للعاملين تعزى للوظيفة، فالذكور والإناث متفقون في آرائهم عن مدى الرضا الوظيفي. بينما أظهرت نتائج الجدول انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لكل من إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة تعزى للوظيفة حيث كان مستوى الدلالة على الترتيب 0.006 و 0.013، أي أن هناك اختلاف في وجهات نظر العاملين فيما يتعلق بإدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة المقدمة للمرضى. وفيما يلي سيتم التفصيل في هذه الفروق إذ يعرض الجدول الآتي المتوسط الحسابي لكل متغيرات الدراسة حسب الوظيفة.

جدول رقم 47: المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب الوظيفة

الوظيفة		الرضا الوظيفي	
طبيب	الانحراف المعياري	2.5772	2.5564
		.75181	.68548
	الانحراف المعياري	2.4984	2.6855
		.66626	.56410
	الانحراف المعياري	2.8170	2.9229
		1.05789	.82924
	الانحراف المعياري	2.6857	2.6250
	.37387	.56560	.51713

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول أعلاه أن الفرق بين العاملين في تقييمهم لإدارة الجودة الشاملة يوضح أن تقييم الإداريين كان الأعلى بمتوسط حسابي 2.92، مقارنة بالمرضى والعاملين الذين بلغ المتوسط الحسابي لديهم 2.68 و 2.62 على التوالي، وهذا أمر وارد نتيجة صلة الإداريين بالإدارة مقارنة بالعمال والمرضى، أما الأطباء فهم الأقل تقديرا لتطبيق المستشفيات لمؤشرات TQM خاصة أن تقييمهم جاء ضمن مجال

ضعيف. وهذا الرأي مهم جدا كونهم الفئة التي تقدم الخدمة الأساسية. أما بالنسبة لجودة الخدمات المقدمة فان نتائج الجدول تبين أن هناك فروق بين متوسطات إجابات فئة الإداريين والعمال بمتوسط حسابي 2.81 و 2.68 على التوالي، مقارنة بفئة الأطباء والممرضين بمتوسط حسابي 2.46 و 2.49 على التوالي وهو تقييم ضعيف، مقابل الإداريين والعمال الذي جاء تقييمهم متوسط. وعليه، فإن الإداريين والعمال عموما أعلى موافقة بالنسبة لجميع المتغيرات مقارنة بالأطباء والممرضين.

الجدول التالي يعرض الفروق حسب الأقدمية:

جدول رقم 48: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للأقدمية

القيمة F	الحرية	الأقدمية		
		بين المجموعات	الرضا الوظيفي	
.035	2.913	1.471	3	4.414
		.505	316	159.614
			319	164.028
.096	2.131	2.265	3	6.795
		1.063	316	335.816
			319	342.611
.441	.902	.690	3	2.070
		.765	316	241.775
			319	243.845

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

إن الجدول (48) يبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للرضا الوظيفي وجودة الخدمة المقدمة بالنسبة للعاملين تعزى للأقدمية، فجميع العاملين متفقون في آرائهم عن مدى الرضا الوظيفي وجودة الخدمة المقدمة. بينما أظهرت نتائج الجدول انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة تعزى للأقدمية حيث كان مستوى الدلالة 0.035، أي أن هناك اختلاف في وجهات نظر العاملين فيما يتعلق بإدارة الجودة الشاملة. وفيما يلي سيتم التفصيل في هذه الفروق إذ يعرض الجدول الآتي المتوسط الحسابي لكل متغيرات الدراسة حسب الأقدمية.

جدول رقم 49: المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب الأقدمية

الأقدمية	الرضا الوظيفي	الانحراف المعياري
5	2.7280	2.5520
	.85436	1.04135
10- 5	2.6351	2.7869
	.87131	.97205
20- 11	2.5111	2.3915
	.88993	.97190
20	2.6000	2.4857
	.92800	1.23760

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول رقم (49) أن المتوسط الحسابي لإدارة الجودة الشاملة أعلى حسب وجهة نظر العاملين الأقل من 5 سنوات خدمة بتقييم متوسط إذ بلغ 2.89، وكذلك بالنسبة للعاملين من 5 إلى 10 سنوات خدمة والعاملين ذوي الإقدمية الأكثر من 20 سنة خدمة بمتوسط حسابي 2.7616 و 2.6804 على التوالي، مقارنة بتقييم العاملين من 11 إلى 20 سنة خدمة حيث جاء تقييمهم ضعيف بمتوسط حسابي 2.5863، فكان التقييم لصالح العاملين الأقل من 10 سنوات خدمة. وعليه، فإن العاملين الأقل من 10 سنوات خدمة عموماً أعلى موافقة بالنسبة لمتغير إدارة الجودة الشاملة.

المطلب الثالث: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى الخاصة بالدراسة الأولى

سيتم من خلال هذا المطلب اختبار الفرضية الرئيسية الأولى وفرضياتها الجزئية الأربع الخاصة بالعاملين في المستشفيات محل الدراسة، والتي بدورها تنقسم إلى فرضيات فرعية.

1. فرضيات الدراسة الأولى

من أجل معالجة الجزء الأول من مشكلة الدراسة، والذي يتناول وجهة نظر العاملين وضعت الفرضية التالية:

- H_1 : يوجد تأثير معنوي لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة من خلال الرضا الوظيفي للعاملين في المستشفيات محل الدراسة.

ويتم اختبار هذه الفرضية على أربع مراحل عبر أربع فرضيات فرعية أخرى، وهي:

• H_{11} : يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

ويتفرع عنها أربع فرضيات جزئية:

- H_{111} : يوجد أثر معنوي للالتزام الإدارة العليا على جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

- H_{112} : يوجد أثر معنوي للتركيز على العميل على جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

- H_{113} : يوجد أثر معنوي للتحسين المستمر على جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

- H_{114} : يوجد أثر معنوي لمشاركة العاملين على جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

• **H₁₂**: يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي في المستشفيات محل الدراسة. ويتفرع عنها أربع فرضيات جزئية:

- **H₁₂₁**: يوجد أثر معنوي للالتزام الإدارة العليا على الرضا الوظيفي في المستشفيات محل الدراسة.

- **H₁₂₂**: يوجد أثر معنوي للتركيز على العميل على الرضا الوظيفي في المستشفيات محل الدراسة.

- **H₁₂₃**: يوجد أثر معنوي للتحسين المستمر على الرضا الوظيفي في المستشفيات محل الدراسة.

- **H₁₂₄**: يوجد أثر معنوي لمشاركة العاملين على الرضا الوظيفي في المستشفيات محل الدراسة.

• **H₁₃**: يوجد أثر معنوي مباشر للرضا الوظيفي على وجود الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

ويتفرع عنها ثلاث فرضيات جزئية:

- **H₁₃₁**: يوجد أثر معنوي للتقدم والأجر على جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

- **H₁₃₂**: يوجد أثر معنوي لكفاءة الإشراف على جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

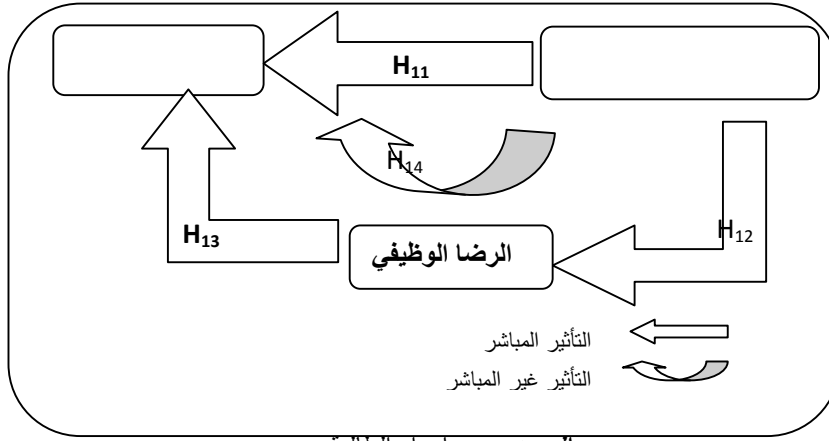
- **H₁₃₃**: يوجد أثر معنوي لظروف العمل على جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

• **H₁₄**: يوجد تأثير ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة بوجود الرضا الوظيفي كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.

2. نموذج جزئي أول للدراسة

لمعالجة هذا الجزء من مشكلة الدراسة واختبار فرضياتها تطلب بناء نموذج جزئي مستنبط من النموذج الشامل الذي تم إستعراضه في مقدمة البحث، والذي يتكون من ثلاث متغيرات مرتبطة مع بعضها البعض وهي إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي وجودة الخدمة المقدمة كما يدركها العاملون، حيث يقترح النموذج وجود اثر مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي وعلى جودة الخدمة المقدمة. وكذلك وجود اثر مباشر للرضا الوظيفي على جودة الخدمة المقدمة، بينما يوجد اثر غير مباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط.

شكل رقم 40: النموذج الجزئي الأول للدراسة



3. اختبار فرضيات الدراسة الأولى

محتوى الفرضية الرئيسية الأولى هو:

- H_1 : يوجد تأثير معنوي لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة من خلال الرضا الوظيفي للعاملين في المستشفيات محل الدراسة.

1.3. اختبار الفرضية الأولى وفرضياتها الفرعية

أ. اختبار الفرضية الأولى (H_{11})

من أجل اختبار الفرضية الرئيسية الأولى نحتاج إلى وضع فرضيتين هما: فرضية العدم والفرضية البديلة، على اعتبار أن فرضية العدم خاضعة للاختبار، أي أنها قد تكون غير صحيحة، مما يتطلب وضع الفرضية البديلة.

H_{10} : لا يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

H_{11} : يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

قبل التعرف على الأثر المعنوي المباشر لابد أولاً من تحليل علاقة الارتباط بين إدارة الجودة الشاملة ومبادئها وجودة الخدمة الصحية، حسب ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم 50: معامل ارتباط بيرسون بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية

مستوى المعنوية			
0.000		0.504	التزام الإدارة العليا
0.000		0.700	التركيز على العميل
0.000	ضعيف	0.461	التحسين المستمر
0.000		0.607	مشاركة العاملين
0.000		0.690	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه توجد علاقة ارتباط ايجابية متوسطة بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة المدركة حيث بلغت (0.69) وهي معنوية. ويتضح أيضا أن معامل الارتباط لمؤشر التركيز على العميل جاء في المرتبة الأولى حيث بلغت قيمته (0.70)، ثم مؤشر مشاركة العاملين بقيمة (0.60)، يليه مؤشر التزام الإدارة العليا بقيمة (0.50)، وفي الأخير جاء مؤشر التحسين المستمر بمعامل ارتباط قيمته (0.46).

ومن هنا يمكن اختبار قدرة النموذج على التفسير، من خلال استخدام كل من معامل الارتباط (R) ومعامل التحديد (R^2)، ثم اختبار معنوية هذه النتائج باستخدام تحليل تباين الانحدار ANOVA والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم 51: تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار _T_

المعنوية (F)	قيمة F	R ²	R	لمعنوية (T)	T	BETA	الخطأ المعياري	
							B	
-	-	-	-	.096	1.67	-	.137	.22
0.000	331.9	.511	.715	.000	18.2	.715	.048	.87

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ أن قيمة معامل التحديد (R^2) بلغت (0.511) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر معا ما نسبته 51% من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمة)، أما النسبة المتبقية من فتعود إلى عوامل أخرى غير مدروسة. ومن أجل اختبار معنوية هذه النتيجة نجد قيمة F تقدر بـ (331.92) وهي معنوية لأن قيمة بلغت (0.000) أي أقل من 0.05، وهذا ما يؤكد معنوية علاقة الارتباط الطردية بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة المقدمة.

ومن أجل تحديد علاقة التأثير فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية هذا التأثير، فالجدول أعلاه يوضح بأن قيمة معامل الانحدار بالنسبة لإدارة الجودة الشاملة بلغت (0.87) وقيمة T المقابلة لهذه الأخيرة (18.21) وهي معنوية إحصائيا، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية المحسوب (SIG) القيمة (0,000) وهي أقل من قيمة مستوى المعنوية المعتمد (0.05). وعليه، ترفض الفرضية الرئيسية الصفرية وتقبل

الفرضية الرئيسية البديلة القائمة على وجود تأثير ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المدركة من طرف العاملين.

ب. اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الأولى

ومن أجل اختبار الفرضيات الفرعية فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية كل معلمة من معلمات النموذج على حدى، وذلك عند مستوى معنوية 5% = ، وهي موضحة في هذا الجدول:

جدول رقم 52: اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لاختبار _T_

مستوى المعنوية (SIG)	T	BETA	الخطأ المعياري		
			B		
.496	.681		.138	.194	
.000	4.236	.182	.039	.167	التزام الإدارة العليا
.000	8.753	.519	.069	.603	التركيز على العميل
.553	.594	.030	.049	.029	التحسين المستمر
.011	2.546	.151	.054	.138	مشاركة العاملين

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

لغرض التعرف على أثر كل مؤشر من مؤشرات إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال استخدام الانحدار المتعدد، فقد بينت نتائج التحليل الأثر المعنوي لكل من التزام الإدارة العليا والتركيز على العميل ومشاركة العاملين. في حين لم تثبت معنوية بعد التحسين المستمر؛ لأن مستوى المعنوية فيها أكبر من 0.05. أي أن هذه الدراسة بينت أن جميع مؤشرات إدارة الجودة الشاملة أثرت على جودة الخدمة المقدمة من طرف العاملين باستثناء مؤشر التحسين المستمر فإن تأثيره غير دال إحصائياً.

2.3. اختبار الفرضية الثانية وفرضياتها الفرعية

أ. اختبار الفرضية الثانية (H₁₂)

H₁₀ : لا يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي في المستشفيات محل الدراسة.
H₁₂ : يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي في المستشفيات محل الدراسة.
قبل التعرف على الأثر المعنوي المباشر لابد أولاً من تحليل علاقة الارتباط بين إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي.

جدول رقم 53: معاملات ارتباط بيرسون بين إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي

مستوى المعنوية			
000	ضعيف	.446	التزام الإدارة العليا
000		.675	التركيز على العميل
000	ضعيف	.399	التحسين المستمر
000		.617	مشاركة العاملين
000		.652	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ من الجدول (53) أنه توجد علاقة ارتباط ايجابية متوسطة بين مؤشرات إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي حيث بلغت (0.65) وهي معنوية عند مستوى (0.05). غير أن معامل الارتباط الضعيف سجل عند مؤشر التزام الإدارة العليا ومؤشر التحسين المستمر الذي كان معامل ارتباطه هو الأضعف (0.39).

وبنفس الطريقة يتم اختبار قدرة النموذج على التفسير، من خلال استخدام كل من معامل الارتباط (R) ومعامل التحديد (R^2)، ثم اختبار معنوية هذه النتائج باستخدام تحليل تباين الانحدار ANOVA كما يلي:

جدول رقم 54: تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار _T_

المعنوية (F)	قيمة F	R^2	R	لمعنوية (T)	T	BETA		
							خطأ معياري	B
-	-	-	-	.519	-.64	-	.172	-.11
0.000	263.32	.453	.673	.000	16.2	.673	.060	.973

المصدر: بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمة معامل التحديد (R^2) بلغت (0.453) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر معا ما نسبته 45.3% من التباين في المتغير التابع (الرضا الوظيفي)، أما النسبة المتبقية فتعود إلى عوامل أخرى غير مدروسة. ومن أجل اختبار معنوية هذه النتيجة نجد قيمة F تقدر بـ (263.32) و هي معنوية لأن قيمة بلغت (0.000)، أي أقل من 0.05. وهذا ما يؤكد معنوية علاقة الارتباط الطردية بين إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي.

ومن أجل تحديد علاقة التأثير فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية هذا التأثير، حسب ما يوضحه الجدول أعلاه فإن قيمة معامل الانحدار بالنسبة لإدارة الجودة الشاملة بلغت (0.973) وقيمة T المقابلة لهذه الأخيرة (16.227) وهي معنوية إحصائيا، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية المحسوب (SIG) القيمة (0,000) وهي أقل من قيمة مستوى المعنوية المعتمد. وعليه، يتم رفض الفرضية الرئيسية الصفرية وقبول الفرضية الرئيسية البديلة القائمة على وجود تأثير ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي.

ب. اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الثانية

من أجل اختبار الفرضيات الفرعية فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية كل معلمة من معلمات النموذج على حدى، وذلك عند مستوى معنوية 5% = ، والجدول الموالي يوضح ذلك .

جدول رقم 55: اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لإختبار _T_

مستوى المعنوية (SIG)	T	BETA	الخطأ المعياري		
			B		
.224	-1.218		.166	-.202	
.000	5.026	.220	.048	.239	التزام الإدارة العليا
.000	8.182	.493	.083	.680	التركيز على العميل
.003	-2.967	-.153	.059	-.177	التحسين المستمر
.000	4.522	.272	.065	.295	مشاركة العاملين

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

ولغرض التعرف على أثر كل مؤشر من مؤشرات إدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي من خلال استخدام الانحدار المتعدد، فقد بينت نتائج التحليل الأثر المعنوي لكل المؤشرات على الرضا الوظيفي للعاملين، حيث كان مستوى المعنوية لديها أقل من 0.05، غير أن التأثير الأضعف كان لمؤشر التحسين المستمر أيضا.

3.3. اختبار الفرضية الثالثة وفرضياتها الفرعية

أ. اختبار الفرضية الثالثة (H_{13})

H_{10} : لا يوجد أثر معنوي مباشر الرضا الوظيفي على جودة الخدمة المقدمة في المستشفيات محل الدراسة.

H_{13} : يوجد أثر معنوي مباشر الرضا الوظيفي على جودة الخدمة المقدمة في المستشفيات محل الدراسة.

قبل التعرف على الأثر المعنوي المباشر لمتغيرات الدراسة لا بد أولا من تحليل علاقة الارتباط بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة، من خلال الجدول الآتي:

جدول رقم 56: معاملات ارتباط بيرسون بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية

مستوى المعنوية			مؤشرات الرضا الوظيفي
.000		.576	
.000		.663	
.000		.616	
.000		.704	الرضا الوظيفي

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول رقم (56) أنه توجد علاقة ارتباط ايجابية وقوية بين أبعاد الرضا الوظيفي وجودة الخدمة حيث بلغت (0.704) وهي معنوية، كما أن معاملات ارتباط مؤشرات كانت ايجابية ومتوسطة على العموم وهي معنوية.

أما عن اختبار قدرة النموذج على التفسير، من خلال استخدام كل من معامل الارتباط (R) ومعامل التحديد (R^2)، واختبار معنوية هذه النتائج باستخدام تحليل تباين الانحدار ANOVA فكان من خلال الجدول الموالي:

جدول رقم 57: تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار _T_

المعنوية (F)	قيمة F	R ²	R	لمعنوية (T)	T	BETA		
							لمعياري	B
-	-	-	-	.000	11.82		.093	1.09
.000	319.79	.501	.708	.000	17.88	.708	.033	.597

المصدر: بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمة معامل التحديد (R^2) بلغت (0.501) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر معا ما نسبته 50% من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمة)، أما النسبة المتبقية فتعود إلى عوامل أخرى غير مدروسة. ومن أجل اختبار معنوية هذه النتيجة نجد قيمة F تقدر بـ (319.793) وهي معنوية. وهذا ما يؤكد معنوية علاقة الارتباط الطردية والقوية بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة المدركة.

ومن أجل تحديد علاقة التأثير فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية هذا التأثير، والجدول أعلاه يوضح أن قيمة معامل الانحدار بالنسبة للرضا الوظيفي بلغت (0.597) وقيمة T المقابلة لهذه الأخيرة (17.88) وهي معنوية إحصائيا. وعليه، ترفض الفرضية الرئيسية الصفرية ونقبل الفرضية الرئيسية البديلة القائمة على وجود تأثير ذو دلالة معنوية للرضا الوظيفي على جودة الخدمة.

ب. اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الثالثة

ومن أجل اختبار الفرضيات الفرعية فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية كل معلمة من معاملات النموذج على حدى، وذلك عند مستوى معنوية 5% = ، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم 58: اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لإختبار _T_

مستوى المعنوية (SIG)	T	BETA		
			الخطأ المعياري	B
.000	12.095		.092	1.114
.019	2.357	.133	.040	.095
.000	7.508	.422	.043	.319
.000	4.398	.252	.043	.191

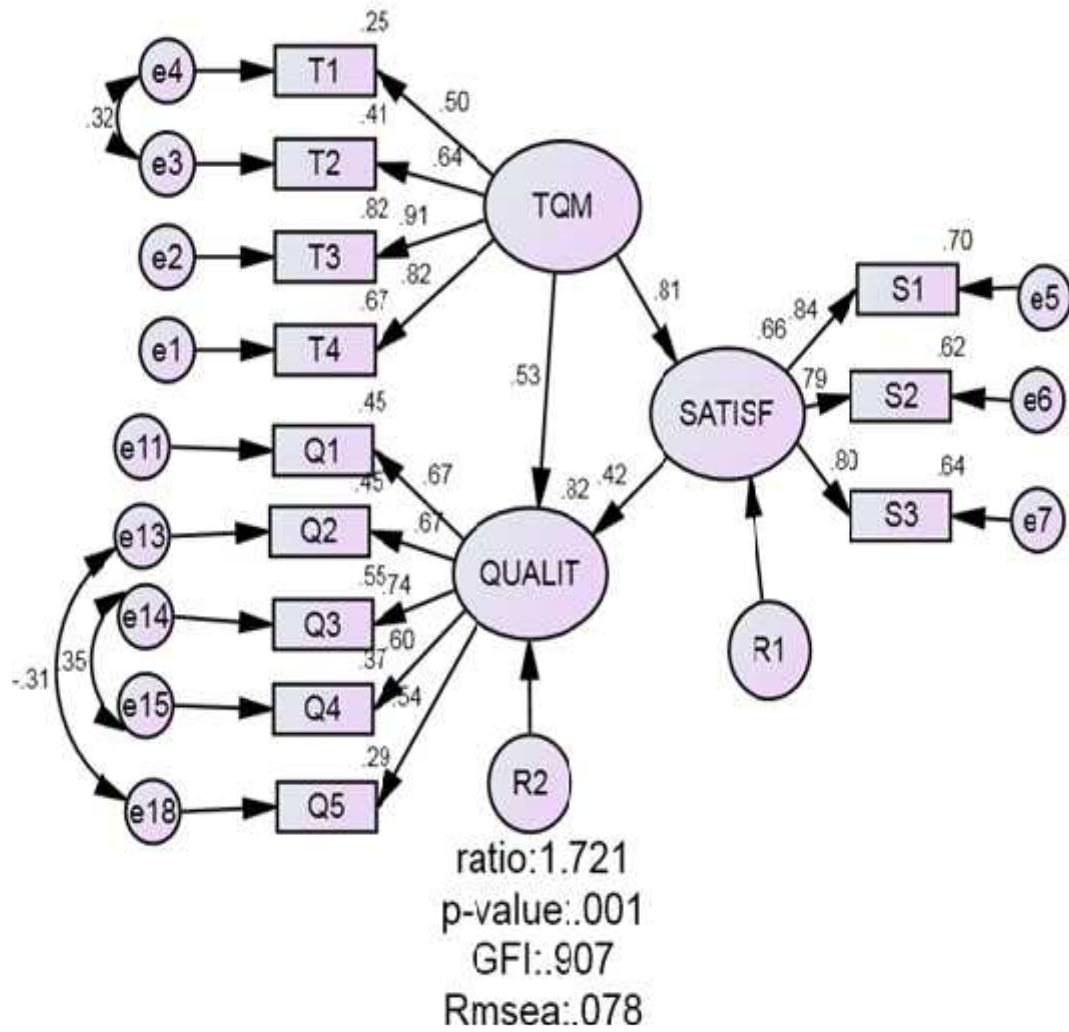
المصدر: بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

ومن أجل التعرف على أثر كل بعد من أبعاد الرضا الوظيفي على جودة الخدمة من خلال استخدام الانحدار المتعدد، فقد بينت نتائج التحليل الأثر المعنوي لكل مؤشرات الرضا الوظيفي على جودة الخدمة حيث كان مستوى المعنوية لديها جميعا أقل من 5%. وعليه، فإن جميع مؤشرات الرضا الوظيفي تؤثر على جودة الخدمة المقدمة.

4.3. اختبار الفرضية الرابعة (H₁₄)

- H₁₀: لا يوجد تأثير ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة بوجود الرضا الوظيفي كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.
 - H₁₄: يوجد تأثير ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة بوجود الرضا الوظيفي كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.
- من أجل معرفة الأثر غير المباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط، لابد من إدراج النموذج الذي يظهر الرضا الوظيفي كمتغير وسيط بواسطة برنامج AMOS، كما هو مبين في الشكل رقم (41):

الشكل رقم 41: النموذج الهيكلي للدراسة الأولى



المصدر: بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال AMOS

إن النموذج الهيكلي للدراسة باستخدام برنامج AMOS حسب الشكل رقم (41) يبين المسارات ونتائج التحليل للتأثيرات المعيارية المباشرة بين ثلاث متغيرات هي: المتغير المستقل إدارة الجودة الشاملة (TQM)، المتغير الوسيط الرضا الوظيفي (SATISF)، المتغير التابع جودة الخدمة (QUALIT)، ويلاحظ من خلال الأسهم ذات الاتجاه الواحد التي تبين علاقة التأثير المباشرة بين إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي أن قيمة معامل الانحدار هي (0.81)، وأن قيمة مربع الارتباط المتعدد (SMC) Squared Multiple Correlation هي 0.66 وهذا يعني أن مسار إدارة الجودة الشاملة يفسر (66%) من الاختلافات في الرضا الوظيفي، وبدوره الرضا الوظيفي له أثر مباشر على جودة الخدمة الصحية حيث بلغت قيمة معامل الانحدار 0.42. بينما قيمة معامل الانحدار للأثر المباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية فقد قدر بـ(0.53). وان قيمة مربع الارتباط المتعدد (SMC) هو 0.82، أي أن إدارة الجودة

الشاملة تفسر من خلال المتغير الوسيط الرضا الوظيفي (82%) تقريبا من الاختلافات في جودة الخدمة الصحية.

وبناء على ما سبق يمكن تفسير نتائج تحليل المسار في الجدول الموالي الذي يبين التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية لمتغيرات الدراسة.

جدول رقم 59: نتائج تحليل المسار وتقديرات التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية

sig	التأثيرات الكلية			التأثيرات غير المباشرة			التأثيرات المباشرة			/
		الوظيفي			الوظيفي			الوظيفي		
0.001	0.000	0.000	0.811	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.811	الوظيفي
	0.000	0.418	0.872	0.000	0.000	0.339	0.000	0.418	0.533	

المصدر: بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال AMOS

تبين النتائج الموضحة في الجدول أن المسار الوحيد في النموذج المقترح له تأثير كلي معياري مجزأ إلى تأثير مباشر وتأثير غير مباشر. ويمكن توضيح هذا الأخير المتمثل في الأثر غير المباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية، كما يلي:

1. اثر إدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي

يوجد اثر ايجابي مباشر معنوي لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي عند مستوى الدلالة 0.001. وعليه، فإن إدارة الجودة الشاملة المرتبطة بمؤشرات التزام الإدارة العليا، والتركيز على العميل، والتحسين المستمر ومشاركة العاملين تفسر الرضا الوظيفي بالنسبة للعاملين بنسبة 81.1%.

2. اثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمة الصحية

يوجد اثر ايجابي مباشر معنوي للرضا الوظيفي على جودة الخدمة الصحية عند مستوى الدلالة 0.001. وعليه، فإن الرضا الوظيفي المرتبط بالتقدم والأجر وكفاءة الاشراف وظروف العمل تفسر جودة الخدمة الصحية بنسبة 41.8%.

3. اثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية

يوجد اثر ايجابي مباشر معنوي لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية عند مستوى الدلالة 0.001، كما يوجد اثر غير مباشر معنوي لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية عند مستوى الدلالة 0.001، والأثر الكلي بين المتغيرين كان بنسبة تفسير 87.2% عند مستوى دلالة 0.001.

وعليه، فيمكن أن تفسر إدارة الجودة الشاملة المرتبطة بمؤشرات التزام الإدارة العليا، والتركيز على العميل، والتحسين المستمر ومشاركة العاملين جودة الخدمة الصحية في المستشفى بنسبة 87.2%، حيث

يمكن لتلك المؤشرات المساهمة مباشرة في تحقيق جودة الخدمة الصحية بنسبة 53.3%، وزيادة هذه المساهمة من خلال الرضا الوظيفي بنسبة 33.9%.

ومجمل القول، فإن الدور الذي يلعبه الرضا الوظيفي لدى العاملين واضح في زيادة تأثير إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى. وبناء على هذه النتيجة يمكن رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر معنوي لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة بوجود الرضا الوظيفي كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.

المبحث الثالث: الدراسة الميدانية لأثر الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد

يهتم هذا المبحث بدراسة اثر جودة الخدمة المدركة على رضا المستفيد (المريض)، وهو الشق الثاني من مشكلة الدراسة الذي يتناول وجهة نظر المرضى الذين يتموقعون خارج المؤسسة الصحية.

المطلب الأول: أداة الدراسة.

تم تصميم قائمة استبان معتمدين في ذلك على الدراسات التي تناولت الجودة المدركة للخدمة الصحية والقيمة المدركة، بالإضافة إلى الرضا عند المريض.

1. بناء أداة الدراسة:

من أجل ربط الجودة المدركة للخدمة الصحية ورضا المستفيد، اطلعت الباحثة على العديد من الأبحاث والدراسات ذات الصلة بالموضوع. وكان التوجه أكثر نحو الدراسات ذات التوجه التسويقي خاصة أن الأمر يتعلق برضا الزبون (المستفيد أو المريض). فاستقر الأمر على إدراج متغير وسيط وهو "القيمة المدركة" كمتغير مفصلي بين جودة الخدمة المدركة ورضا الزبون. ومن ثم، تم تحديد الأبعاد والمؤشرات الرئيسية لمتغيرات الدراسة المتمثلة في المتغير المستقل (جودة الخدمة الصحية) والمتغير التابع (رضا المريض)، والمتغير الوسيط (القيمة المدركة)، كما يلي:

أ. أبعاد المتغير المستقل (جودة الخدمة الصحية): تمثلت في خمس أبعاد رئيسية، وهي: الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان والتعاطف، والتي حددها (Parasuraman et al., 1988)، وتوجد عدة دراسات تناولت هذه الأبعاد في الخدمات الصحية، وتجدر الإشارة إلى أنه نفس المقياس المعتمد في الدراسة السابقة الخاصة بالعاملين.

ب. أبعاد المتغير الوسيط (القيمة المدركة): والتي تمثلت في مؤشرين هما: القيمة التبادلية، والقيمة الاستعمالية. وقد تم اقتباس عباراتها من دراسة (C.Parissier, 2002) التي كانت نتائجها مرضية، الشيء الذي يؤكد أهمية وصلاحيته هذه العبارات.¹

ج. أبعاد المتغير التابع (رضا المريض): والتي تمثلت في أربع مؤشرات، وهي: الرضا عن الخدمة الطبية، الرضا عن الخدمة التمريضية، الرضا عن الخدمة السلوكية والتنظيمية، الرضا عن الخدمة الفندقية، وقد تم اقتباس عباراتها من دراسة (أسامة الفراج، 2009)،² و دراسة (جاد الرب عطا، 2011).³

وتكونت قائمة الاستقصاء من الأجزاء التالية:

- الجزء الأول: ويشمل البيانات الشخصية عن أفراد العينة ممثلة في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، مدة الإقامة، عدد مرات الدخول إلى المستشفى.
- الجزء الثاني: وقد ركز على المقاييس الخاصة بالمتغير المستقل (جودة الخدمة الصحية المدركة من طرف المستفيد)، وشمل خمسة مؤشرات. تم وضع أسئلة لكل منها، كما يلي:

جدول رقم 60: توزيع العبارات على مؤشرات جودة الخدمة الصحية المدركة

رقم العبارات	مؤشرات المتغير المستقل	
04-01	الاعتمادية	01
08-05	الملموسية	02
12-09	الاستجابة	03
15-13	الأمان	04
19-19	والتعاطف	05

المصدر: من إعداد الطالبة

- الجزء الثالث: يركز على المقاييس الخاصة بالمتغير الوسيط (القيمة المدركة)، إذ تناول مؤشرين، كانت أسئلة كل منهما، كما يلي:

جدول رقم 61: توزيع العبارات على مؤشرات القيمة المدركة

رقم العبارات	مؤشرات المتغير الوسيط	
21-20	القيمة التبادلية	01
23-22	القيمة الاستعمالية	02

المصدر: من إعداد الطالبة

¹ - C.parissier, Actes de congrès International de l'association Francaise de Marketing, "les effets des couts monetaires et non monetaires sur la perception de la valeur par le consommateur", Lille, (2002), pp.535-554.

² - اسامة الفراج، "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى"، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد. 25، العدد. 02، (2009).

³ - الفت ابراهيم جاد الرب عطا، مدى فاعلية مقياس جودة الخدمة الصحية على رضا العميل الخارجي (المرضى)، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، (2011)، ص.326.

- الجزء الرابع: يركز على المقاييس الخاصة بالمتغير التابع (رضا المريض)، والذي تمثل في أربع مؤشرات رئيسية، تمثلت أسئلة كل منها، كما يلي:

جدول رقم 62: توزيع العبارات على مؤشرات رضا المريض

رقم العبارات	مؤشرات المتغير المستقل	
27-24	الرضا عن الخدمة الطبية	01
30-28	الرضا عن الخدمة التمريضية	02
32-31	الرضا عن الخدمة السلوكية والتنظيمية	03
34-33	الرضا عن الخدمة الفندقية	04

المصدر: من إعداد الطالبة

2. صدق أداة الدراسة:

أ. تم التأكد من صدق قائمة الاستبيان من خلال الصدق الظاهري وذلك بعرضها على نفس المحكمين في الاستبيان السابق. وقد أجريت التعديلات المطلوبة على الاستبيان. وبذلك تكونت قائمة الاستقصاء النهائية من (34) فقرة موزعة على متغيرات الدراسة.

ب. صدق الاتساق الداخلي لقائمة الاستبيان:

بعد التأكد من الصدق الظاهري لقائمة الاستبيان، لابد من التأكد من الاتساق الداخلي لقائمة الاستبيان، ومن أهم الطرق لذلك هو حساب درجة ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لجميع عبارات البعد الذي تنتمي إليه، وبالنسبة لجميع عبارات المتغير ككل. ومن أجل القيام بهذا الاختبار تم بحساب معامل الارتباط، كما يلي:

جدول رقم 63: معاملات الارتباط بين فقرات أبعاد لمتغيرات مع الدرجة الكلية لكل بعد وللمتغير ككل

للمتغير ككل	لبعد المتغير		أبعاد ومؤشرات المتغيرات	متغيرات الدراسة
0.608**	0.523**	01	الاعتمادية	الصحية
0.606**	0.627**	02		
0.745**	0.638**	03		
0.775**	0.640**	04		
0.542**	0.659**	05	المأموسية	
0.520**	0.746**	06		
0.552**	0.713**	07		
0.568**	0.660**	08		
0.682**	0.764**	09		
0.693**	0.821**	10		
0.724**	0.830**	11		
0.748**	0.836**	12		
0.782**	0.903**	13		
0.742**	0.932**	14		
0.702**	0.876**	15		
0.714**	0.680**	16		
0.657**	0.629**	17		
0.748**	0.651**	18		
0.767**	0.703**	19		
0.853**	0.715**	20	القيمة التبادلية	القيمة المدركة
0.842**	0.756**	21		
0.807**	0.684**	22	القيمة الاستعمالية	
0.873**	0.781**	23		
0.763**	0.894**	24	الطبية	رضا المريض
0.744**	0.912**	25		
0.747**	0.876**	26		
0.670**	0.747**	27		
0.655**	0.873**	28	التمريضية	
0.715**	0.844**	29		
0.660**	0.823**	30		
0.829**	0.889**	31	الرضا عن الخدمة السلوكية والتنظيمية	
0.818**	0.906**	32		
0.641**	0.847**	33	الرضا عن الخدمة الفندقية	
0.727**	0.847**	34		

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

ينتضح من الجدول رقم (63) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لجميع عبارات بعد الاعتمادية موجبة ومتوسطة وتراوحت بين (0.640) في حدها الأعلى أمام الفقرة رقم (04)، وبين (0.523) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (01)، وان جميع فقرات بعد الاعتمادية دالة إحصائيا عند

مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.01$). أما بالنسبة لبعد الملموسية والتعاطف فقد اختلفت معاملات الارتباط الموجبة بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية بين متوسطة وقوية وذلك من خلال العبارات (05,08) و(06,07) على التوالي بالنسبة لبعد الملموسية ومن خلال العبارات (16,17,18) و(19) بالنسبة لبعد التعاطف. وتميزت جميع عبارات بعد الاستجابة بمعاملات ارتباط موجبة وقوية. أما بعد الأمان فتميزت معاملات ارتباط عباراته بأنها قوية جدا وقوية من خلال العبارات (13,14) والعبارة (15) على التوالي. أما بالنسبة لمعاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لجميع عبارات متغير جودة الخدمة الصحية فهي موجبة متوسطة وقوية وتراوحت بين (0.782) في حدها الأعلى أمام الفقرة رقم (13)، وبين (0.520) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (06)، وان جميع العبارات دالة إحصائيا عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.01$) بالنسبة لكل بعد وبالنسبة للمتغير.

أما بالنسبة لأبعاد متغير القيمة المدركة، فإن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لجميع عبارات بعد القيمة التبادلية موجبة وقوية، في حين كانت معاملات ارتباط عبارات بعد القيمة الاستعمالية متوسطة عند العبارة (22) وقوية عند العبارة (23). ومعاملات ارتباط عبارات القيمة المدركة ككل كانت قوية بالنسبة لجميع العبارات، وجميع العبارات دالة إحصائيا عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.01$).

كما يتضح من الجدول أيضا أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لجميع عبارات أبعاد رضا المريض كانت موجبة وأغلبها قوية ما عدا العبارتين (25) و(32) في بعد الرضا عن الخدمة الطبية وبعد الرضا عن الخدمة السلوكية على التوالي فقد جاءت قوية جدا. أما معاملات ارتباط عبارات متغير رضا المريض ككل فكانت قوية ومتوسطة، وجميع العبارات دالة إحصائيا عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.01$).

3. ثبات أداة الدراسة

وفقا لإجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم (310) فردا، وباستخدام معامل كرونباخ-ألفا لكل بعد ولكل متغير من متغيرات الدراسة كانت قيم معامل الثبات، كما يبينها الجدول الموالي:

جدول رقم 64: قيم معامل الثبات لكل بعد ولكل متغير في الدراسة

متغيرات الدراسة	أبعاد متغيرات الدراسة	فترات قائمة الاستقصاء	معامل الثبات
جودة الخدمة الصحية	الاعتمادية	04-01	0.879
	الملموسية	08-05	0.697
	الاستجابة	12-09	0.869
	الأمان	15-13	0.888
	التعاطف	19-16	0.888
القيمة المدركة	متغير جودة الخدمة الصحية	19-01	0.946
	القيمة التبادلية	21-20	0.698
	القيمة الاستعمالية	23-22	0.717
	متغير القيمة المدركة	23-20	0.861
رضا المريض	الرضا عن الخدمة الطبية	27-24	0.881
	الرضا عن الخدمة التمريضية	30-28	0.803
	الرضا عن الخدمة السلوكية والتنظيمية	32-31	0.756
	الرضا عن الخدمة الفندقية	34-33	0.642
	متغير رضا المريض	34-24	0.909
	الإجمالي		0.903

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ من الجدول رقم (64) أن الدراسة تتمتع بثبات ممتاز حيث بلغ معامل الثبات (0.903). وأن أعلى قيمة لمعامل الثبات هو لمتغير جودة الخدمة الصحية حيث بلغ (0.946)، والذي سجل فيه بعد التعاطف والأمان أعلى معامل ثبات (0.888). ثم متغير رضا المريض الذي بلغ (0.909)، مسجلا أعلى معامل ثبات لبعده الرضا عن الخدمة الطبية الذي بلغ (0.881) وأقل قيمة ثبات لبعده الرضا عن الخدمة الفندقية حيث بلغ (0.642) وهو معدل مقبول. أما معامل ثبات متغير القيمة المدركة فقد بلغ (0.861)، وكانت أقل قيمة لمعامل الثبات لبعده القيمة التبادلية الذي بلغ (0.698) وهو معدل مقبول.

4. الارتباط الذاتي

إن الارتباط العال بين المتغيرات المستقلة يشير إلى وجود مشكلة تؤثر على كيفية شرح العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع. ويمكن معرفة ما إذا كان هناك مشكل في الارتباط الذاتي بين المتغيرات المستقلة عن طريق معامل التضخم والتباين VIF وفترات السماح Tolerances، كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم 65: اختبار معامل التضخم والتباين المسموح به

Tolerances	VIF	أبعاد المتغير المستقل والوسيط
.886	1.129	الاعتمادية
.478	2.094	الملموسية
.274	3.645	
.372	2.690	
.586	1.707	
.309	3.240	القيمة التبادلية
.309	3.240	القيمة الاستعمالية

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول (65) أنه لا توجد مشاكل الارتباط الذاتي، أي أن المتغيرات المستقلة ليس بينها ارتباط، لأن قيم معامل التضخم لأبعاد المتغير المستقل جودة الخدمة الصحية كانت محصورة بين 3.645 و 1.129 وهي أقل من 10. أما قيم التباين فكانت محصورة بين 0.886 و 0.274 وهي أكبر من 0.1 وهذا مقبول. أما بالنسبة لأبعاد المتغير المستقل القيمة المدركة فقد كانت نفسها بالنسبة للبعدين وهي 3.240 وهي أقل من 10. وقيمة التباين أيضا كانت نفسها 0.309 وهي أكبر من 0.1 وهذا مقبول.

5. ملاءمة النموذج

للتأكد من ملاءمة نموذج الدراسة الخاص بالمرضى، تم إجراء تحليل معامل التأكد CFA باستخدام برنامج AMOS بغرض التقييم التجريبي للبناءات المتبناة، حيث أن معامل التأكد في معادلة نمذجة البناء SEM يسمح للباحث من مراقبة المؤشرات الخاصة بكل بعد. والجدول التالي يقدم مجموعة من مؤشرات صحة الموائمة (goodness-of-fit) لتقييم درجة تفسير النموذج للبيانات الملاحظة، حيث تم الاعتماد على ثمانية مقاييس شائعة لاختبار ملائمة النموذج، وبمقارنة كل قيم مؤشرات الملائمة مع القيم المقترح مطابقتها تم التأكد من الملاءمة الجيدة لنموذج الدراسة.

جدول رقم 66: مؤشرات قياس ملائمة النموذج

قيم المؤشرات	القيم المقترحة	مؤشرات الملاءمة
2.094	3.00	مربع كاي/درجة الحرية Chi-square/degree of freedom (χ^2/df)
.904	0.90	صحة الملاءمة Goodness of fit (GFI)
.801	0.80	صحة الملاءمة المعدلة Adjusted goodness of fit (AGFI)
.916	0.90	مؤشر الملاءمة الطبيعي Normed fit index (NFI)
.953	0.90	مؤشر الملاءمة المقارن Comparative fit index (CFI)
.954	0.90	مؤشر الملاءمة المتزايد Incremental Fit Index (IFI)
.930	0.90	مؤشر توكر لويس Tucker-Lewis index (TLI)
.045	≤ 0.08	الجذر التربيعي لمتوسط البواقي (RMSR) Root Mean Square residual

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال AMOS، وكذلك

- H. Bian, **Structural Equation Modeling With AMOS**(Office for faculty Excellence Fall,2011), p.33.

يتبين من الجدول رقم (66) مجموعة من مؤشرات ونتائج حسن مطابقة النموذج الخاص بالمرضى، وذلك للتأكد من سلامة وصحة تقديرات التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية في النموذج، ومن أهم هذه المؤشرات النسبة بين قيم كاي مربع χ^2 و درجات الحرية df . وهي في هذه الدراسة ($\chi^2/df=2.094$) أقل من 3 ما يدل على قبول النموذج. كذلك مؤشر ملاءمة جودة التوفيق للنموذج ($GFI=.904$) وهو قريب من الواحد الصحيح مما يدل على حسن ملاءمة الجودة، أما مؤشر صحة الملائمة المعدلة ($AGFI=.801$) وهو مؤشر معدل ل(GFI) من خلال الأخذ بالاعتبار عدد المتغيرات التنبؤية في النموذج. أما مؤشر الملاءمة المقارن ($CFI=.953$) فهو يقترب من الواحد وهذا جيد، كذلك مؤشر ملاءمة الجودة المعياري جيد ($NFI=0.916$).

أما الجذر التربيعي لمتوسط البواقي ($RMSR$) وهو من مؤشرات جودة المطابقة، إذا كانت قيمته تساوي 0.05 أو أقل، دل ذلك على أن النموذج يطابق تماماً البيانات، وإذا كانت القيمة محصورة بين 0.05 و 0.08، دل على أن النموذج يطابق بدرجة كبيرة بيانات العينة، أما إذا زادت قيمته عن 0.08 فيتم رفض النموذج وقد بلغ في هذه الدراسة 0.045.

المطلب الثاني: تقييم متغيرات الدراسة في المستشفيات محل الدراسة

سيتم من خلال هذا المطلب تقييم متغيرات الدراسة في المستشفيات محل الدراسة، حيث سيتم وصف عينة الدراسة، ثم اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة. كما سيتم عرض نتائج اتجاهات أفراد العينة نحو متغيرات الدراسة، وأخيراً إيجاد الفروق في متغيرات الدراسة وفقاً للمتغيرات الشخصية حسب إجابات المرضى في المستشفيات محل الدراسة.

1. وصف عينة الدراسة

إن الإلمام بجوانب موضوع الدراسة يتطلب عرضاً تفصيلياً لأهم الخصائص الشخصية التي تتميز بها عينة الدراسة، من حيث التكرار والنسب المئوية حسب الجنس، العمر، المستوى التعليمي، مدة الإقامة، وتكرار الدخول إلى المستشفى.

جدول رقم 67: توزيع عينة الدراسة حسب المتغيرات الشخصية

النسبة	التكرار	القياس	
41.6	129	ذكر	الجنس
58.4	181	أنثى	
25.2	78	أقل من 20 سنة	العمر
12.3	38	من 21-30	
17.1	53	من 31-40	
15.8	49	من 41-50	
29.7	92	أكبر من 51 سنة	المستوى التعليمي
31.3	97	أمي	
32.6	101	ابتدائي	
31.6	98	ثانوي او متوسط	
4.5	14	جامعي	مدة الإقامة
36.8	114	أكثر من يوم	
57.4	178	أكثر من أسبوع	
5.8	18	أكثر من شهر	تكرار الدخول إلى المستشفى
54.5	169	مرة واحدة	
45.5	141	أكثر من مرة	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

ورد في الجدول (67) تفصيل لعينة الدراسة حسب الجنس حيث فاقت نسبة الإناث 58.4% بتكرار 181 مريضة في هذه الدراسة، بينما بلغت نسبة الذكور أكثر من 41.6% بتكرار 129 مريض، ورغم تفوق عدد المريضات إلا أن النسبتين متقاربتين نسبياً. كما ورد في الجدول توزيع المرضى حسب العمر حيث أظهرت النتائج أن الفئة أكبر من 51 سنة حصلت على أعلى نسبة 29.7% بتكرار 92 مريض. ويلاحظ أن عدد الذكور هي الغالبة حيث بلغ 59 مريض و33 مريضة، كما بلغت فئة الأقل من 20 سنة نسبة عالية قدرت بـ 25.2% بتكرار 78 مريض وقد سجل فيه أيضاً ارتفاع في عدد الذكور حيث بلغ 46 مريض مقارنة بالإناث 38 مريض. (انظر الملحق رقم (16)).

ومن حيث المستوى التعليمي يلاحظ من الجدول رقم (67) أن المستوى الابتدائي بلغ أعلى نسبة قدر بـ 32.6% بتكرار 101 مريض، وان نسبة الأميين هي الأخرى سجلت ارتفاع حيث بلغت 31.3% بتكرار

97 مريض، ويرجع ذلك من جهة إلى ارتفاع عدد كبار السن كما سبق شرحه حيث بلغ عددهم 54 مريض، ومن جهة أخرى إلى ارتفاع عدد الأطفال والرضع خصوصا في المستشفى حيث بلغ عددهم 32 مريض (انظر الملحق رقم (16)).

وبالنسبة لمدة الإقامة في المستشفى، فقد عرف المقيمين لأكثر من أسبوع أعلى نسبة قدرت بـ 47.4% بتكرار 178 مريض، أما المقيمين لأكثر من شهر فهي أضعف نسبة وبلغت 5.8%. وجاء عدد مرات دخول المستشفى بنسب متقاربة أي بـ 54.5% لمرة واحدة و 45.5% لأكثر من مرة. وما يلاحظ بالنسبة للمرضى الذين بلغ عدد دخولهم المستشفى أكثر من مرة، فإن عودتهم تكون غالبا بسبب نفس المرض، ومرد ذلك عدم إكمال مدة الإقامة الكافية للشفاء من المرض داخل المستشفى (نتيجة كثرة عدد المرضى خاصة قسم الأطفال في مواسم معينة) وتوجيههم لإكمال العلاج في المنزل والقيام بمراقبة طبية خارجية. غير أن تدهور حالتهم الصحية تضطربهم لدخول المستشفى مرة أخرى.

2. التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

لاشك أن اختبار فرضيات الدراسة تلزم الباحث التأكد مما إذا كانت متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي من خلال توزيع الالتواء skewness ومعامل التفرطح kurtosis. وقد تم تبيان ذلك من خلال هذا الجدول.

جدول رقم 68: التوزيع الطبيعي لأبعاد ومؤشرات الدراسة

المتغيرات	skewness	kurtosis	
الاعتمادية	-0.865	0.421	المتغير المستقل
الملموسية	-0.192	-0.767	
الاستجابة	-0.656	0.194	
الأمان	-0.850	0.027	
التعاطف	-0.820	0.339	
الرضا عن الخدمة الطبية	-0.372	1.830	المتغير التابع
الرضا عن الخدمة التمريضية	-0.090	0.816	
الرضا عن الخدمة التنظيمية	0.531	-0.677	
الرضا عن الخدمة الفندقية	0.734	-0.200	المتغير الوسيط
القيمة الاستعمالية	-0.603	-0.054	
القيمة التبادلية	-0.630	-0.132	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال AMOS

حسب الجدول رقم (68)، فإن كل أبعاد متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي حيث كانت قيم skewness تتراوح بين 0.734 و-0.865. وقيم kurtosis تتراوح بين 1.830 و-0.767، وهذا ما يسمح للباحثة بمتابعة تحليل نموذج الدراسة الخاص بالمرضى باستخدام أدوات التحليل المناسبة.

3. عرض نتائج اتجاهات أفراد العينة نحو متغيرات الدراسة في المستشفيات محل الدراسة
يتناول هذا المطلب تحليل متغيرات الدراسة في المستشفيات المدروسة حسب إجابات أفراد المجتمع
1.3. اتجاهات أفراد العينة نحو أبعاد جودة الخدمة الصحية:

يبين الجدول رقم (69) تقييم أبعاد الجودة المدركة بالنسبة للمرضى في المستشفيات محل الدراسة
جدول رقم 69: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد جودة الخدمة الصحية

التقييم	الانحراف المعياري			
جيد	1.26991	3.6523	3	الاعتمادية
جيد	.78490	3.6374	4	الملموسية
جيد	.92708	3.4839	5	
جيد	1.03271	3.6602	2	
جيد	1.36928	3.8361	1	
جيد	.81495	3.6540	-	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من الجدول أعلاه أن نتائج الدراسة الميدانية لاتجاهات وآراء المرضى في المستشفيات محل الدراسة تبين أن المتوسط الحسابي لمتغير جودة الخدمة الصحية إجمالاً يساوي (3.65) بانحراف معياري 0.814، ويعكس ذلك تقييمهم الجيد لجودة الخدمات المقدمة لهم.

كما بين الجدول أن المتوسطات الحسابية لأبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة وفقاً لنموذج الدراسة جاءت كلها بتقييم جيد. حيث احتل بعد التعاطف المركز الأول بمتوسط حسابي 3.83 وانحراف معياري قدره 1.36، وهذا يبين مدى تعاطف العاملين مع المرضى لطبيعة العلاقة بينهم، ولحالة المريض الصحية. يلي ذلك بعدي الأمان ثم الاعتمادية فالملموسية بمتوسط حسابي متقارب 3.66 و3.65 و3.63 على التوالي. يلي ذلك بعدي الأمان ثم الاعتمادية فالملموسية بمتوسط حسابي متقارب 3.66 و3.65 و3.63 على التوالي. وهذا دليل بأن المرضى يتقنون بالعاملين ويشعرون بالأمان عند تعاملهم معهم. وقد لوحظ توفر عامل ثقة المرضى بقدرات العاملين سواء ممرضين أو أطباء، بسبب وجود مصداقية في التعامل مع المرضى الذين تقدم لهم يد العون والمساعدة مقارنة بمستشفيات الولايات المجاورة. فضلاً عن توفر الجوانب الملموسة في المستشفيات بالشكل المعقول الذي يلي ويسهل أداء الخدمة الصحية. وجاء في المرتبة الخامسة درجة الاستجابة بالموافقة بمتوسط حسابي 3.63 وانحراف معياري 0.92 ليبين مدى الاستجابة والتفاعل مع حاجات المرضى من قبل العاملين.

2.3. اتجاهات أفراد العينة نحو مؤشرات رضا المريض

يبين الجدول الموالي تقييم مؤشرات الرضا عند المرضى في المستشفيات محل الدراسة:

جدول رقم 70: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات رضا المريض

التقييم	الانحراف المعياري			
جيد	.95657	3.9234	1	عن الخدمة الطبية
جيد	.91393	3.7516	2	الرضا عن الخدمة التمريضية
جيد	1.11039	3.4194	3	الرضا عن الخدمة التنظيمية
	1.09553	3.2419	4	
جيد	.85954	3.5841	-	رضا المريض

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول رقم (70) أن المتوسط الحسابي لمتغير رضا المرضى إجمالاً يساوي (3.58) بانحراف معياري 0.85، وهو ما بين أن نتائج تحليل رضا المريض كان تقييمها جيد. وذلك يعني أن المرضى راضون عن مستوى الخدمات الطبية المقدمة لهم، التي احتلت المرتبة الأولى بمتوسط حسابي 3.92 وانحراف معياري 0.95. ويرجع ذلك بالدرجة الأولى لمهارات مقدرة الأطباء المهنية حيث بلغ أعلى متوسط 4.03 بانحراف معياري 1.17، في حين كان تقديرهم بأدنى متوسط لجودة المعلومات التي زودهم الطبيب بها بمتوسط حسابي 3.81 وانحراف معياري 1.21. أما فيما يخص الخدمات التمريضية فقد جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي 3.75 وانحراف معياري 0.91 فقد تم تقدير المرضى لجميع العبارات بنفس المتوسط الحسابي تقريبا، وكان من أهمها كفاءة ومهارة الممرضين، كما سجلت الخدمات التنظيمية والسلوكية رضا المريض بمتوسط حسابي وانحراف معياري 1.11، حيث سجلت الخدمة السلوكية كالدعم الروحي والمعنوي من الطاقم الطبي التقدير الأعلى مقارنة بالخدمة التنظيمية. وقد عبر معظم المرضى بتقييم متوسط فيما يخص الخدمات الفندقية بمتوسط حسابي 3.24 وانحراف معياري 1.09، حيث أن التقدير الأعلى تركز على جودة الاهتمام بنظافة القسم عموماً والأدنى لجودة تأثيث الغرف (انظر الملحق رقم).

3.3. اتجاهات أفراد العينة نحو مؤشرات القيمة المدركة

يبين الجدول رقم (71) تقييم مؤشرات القيمة المدركة من طرف المرضى في المستشفيات محل الدراسة

جدول رقم 71: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات القيمة المدركة

التقييم	الانحراف المعياري			
جيد	.95085	3.5532	2	القيمة التبادلية
جيد	1.05579	3.6710	1	القيمة الاستعمالية
جيد	.96024	3.6121	-	القيمة المدركة الكلية

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

إن نتائج الدراسة الميدانية لاتجاهات وآراء المرضى في المستشفيات الجزائرية محل الدراسة حول القيمة المدركة حسب ما يوضحه الجدول رقم (71) تبين أن المتوسط الحسابي لمتغير القيمة المدركة إجمالاً يساوي 3.61 بانحراف معياري 0.96، وهو ما بين أن نتائج تحليل القيمة المدركة الكلية للمريض كانت جيدة.

وقد عرفت القيمة الاستعمالية تقدماً على القيمة التبادلية بمتوسط حسابي 3.67 وانحراف معياري 3.67، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى جودة الخدمة المقدمة مقارنة بسعرها حيث سجل متوسط حسابي 3.63 بانحراف معياري 1.02. أما القيمة التبادلية التي سجلت متوسط حسابي 3.55 وانحراف معياري 0.95، فقد سجلت فيها السمعة الجيدة للخدمات التي تقدمها المستشفى التقدير الأعلى بمتوسط حسابي 3.85 وانحراف معياري 1.06.

4. اختبار الفروق بين متغيرات الدراسة الخاصة بالمرضى نسبة للمتغيرات الشخصية

بعد تقييم متغيرات الدراسة من طرف المرضى في المستشفيات محل الدراسة، سيتم دراسة الفروق في إجابات أفراد المجتمع وفق المتغيرات الشخصية، إضافة إلى تقييم هذه المتغيرات حسب كل متغير شخصي. ويعرض الجدول الموالي الفروق في متغيرات الدراسة حسب الجنس:

جدول رقم 72: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للجنس

قيمة F	درجة الحرية	بين المجموعات	الصحية
.108	1 308 309	1.712 203.510 205.222	1.712 .661
.007	1 308 309	6.745 278.172 284.917	6.745 .903
.000	1 308 309	13.356 214.934 228.290	13.356 19.13 9 .698

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

من خلال الجدول (72) نجد انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لجودة الخدمة الصحية بالنسبة للمرضى تعزى للجنس، فالذكور والإناث متفقون في آرائهم عن مستوى جودة الخدمات الصحية التي يتلقونها. بينما أظهرت نتائج الجدول انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لكل من القيمة المدركة ورضا المريض تعزى للجنس حيث كان مستوى الدلالة على الترتيب 0.007 و 0.000، أي أن هناك اختلاف في وجهات نظر المرضى والمريضات فيما يتعلق بالقيمة المدركة للخدمة الصحية من حيث القيمة التبادلية والقيمة

الاستعمالية. كما يوجد اختلاف بين المرضى والمريضات عن مستوى الرضا المتحقق سواء ما تعلق بالخدمات الطبية أو التمريضية أو الفندقية أو السلوكية، وفيما يلي سيتم التفصيل في هذه الفروق إذ يعرض الجدول الآتي المتوسط الحسابي لكل متغيرات الدراسة حسب الجنس.

جدول رقم 73: المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب الجنس

رضا المريض	القيمة المد		
3.4088	3.4876	3.5912	
.83492	.90840	.80320	الانحراف المعياري
3.8299	3.7868	3.7420	
.83599	1.00638	.82625	الانحراف المعياري

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول أن المتوسط الحسابي للقيمة المدركة أعلى حسب وجهة نظر المريض إذ بلغ 3.74 مقارنة بالمرضى الذي بلغ 3.59، وهذا يشير إلى أن المرضى والمريضات غير متفقين حول القيمة المدركة التبادلية والاستعمالية التي تتشكل لديهم حول الخدمات الصحية. وكنتيجة لذلك نجد أن المتوسط الحسابي للرضا لدى المريضات أعلى إذ بلغ 3.82 مقارنة بالمرضى الذي بلغ 3.40 وهذا نتيجة الاختلاف في تشكل القيمة المدركة. وعليه، فإن المريضات عموماً أعلى موافقة في أغلب المتغيرات مقارنة بالمرضى الذكور. والجدول الموالي يعرض الفروق في متغيرات الدراسة حسب العمر:

جدول رقم 74: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للعمر

	قيمة F	درجة الحرية		
الصحية	.039	4	6.644	بين المجموعات
		305	198.579	
		309	205.222	
القيمة المدركة	.000	4	25.111	بين المجموعات
		305	259.806	
		309	284.917	
رضا المريض	.001	4	13.161	بين المجموعات
		305	215.129	
		309	228.290	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يبين الجدول (74) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لجميع متغيرات الدراسة تعزى للعمر، حيث كان مستوى الدلالة على الترتيب 0.039، 0.000، 0.001، أي أن هناك اختلاف في وجهات نظر المرضى حسب سنهم فيما يتعلق بجودة الخدمة التي يتلقونها والقيمة المدركة لديهم، وكذلك مدى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم.

والجدول رقم (75) يعرض هذه الفروق بالتفصيل من خلال المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب

العمر:

جدول 75: المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب العمر

رضا المريض	القيمة المدركة			
3.7553	3.6987	3.6397		20
.72739	.80113	.58936	الانحراف المعياري	
3.8624	4.0197	3.9207		21-30
.42161	.38283	.61108	المعياري	
3.6250	3.8585	3.7691		31-40
.85969	.85977	.53520	الانحراف المعياري	
3.5991	3.6480	3.6928		41 -50
.63832	.78216	.70836	الانحراف المعياري	
3.2923	3.2092	3.4690		51 "
1.09857	1.22770	1.14372	الانحراف المعياري	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يتضح من الجدول أعلاه أن هناك فروق بين متوسطات إجابات المرضى الذين سنهم ما بين 21 و 30 سنة والذين سنهم ما بين 31 و 40 سنة ومتوسط إجابات المرضى الذين سنهم ما بين 41 و 50 سنة والذين سنهم أكبر من 51 سنة، إذ بلغ المتوسط الحسابي للمتغير على التوالي 3.92 و 3.76 مقارنة بالفئة الذين سنهم ما بين 41 و 50 سنة والذين سنهم أكبر من 51 سنة حيث بلغ المتوسط الحسابي للمتغير على التوالي 3.69 و 3.46، وهذا يدل على أن المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 40 سنة هم الأكثر موافقة على مستوى جودة الخدمات الصحية. كما أن المتوسط الحسابي للقيمة المدركة أعلى لدى المرضى الذين يتراوح سنهم ما بين 21 و 30 سنة والذين يتراوح سنهم ما بين 31 و 40 سنة، حيث بلغ المتوسط الحسابي على التوالي 4.01 و 3.85 مقارنة بالمتوسط الحسابي للفئتين الذين يتراوح سنهم ما بين 41 و 50 سنة (3.64)، والذين يفوق سنهم 51 سنة (3.20)، وهذا يشير إلى أن الفارق كان لصالح المرضى الذين سنهم ما بين 21 و 30 سنة والذين سنهم ما بين 31 و 40 سنة. أما الفروق بين متوسطات إجابات المرضى بالنسبة للرضا عن الخدمات المقدمة فكانت لصالح الفئة الأقل من 30 سنة حيث بلغ المتوسط الحسابي للمتغير على التوالي 3.86 و 3.75 مقارنة بالفئة الأكبر من 40 سنة حيث بلغ المتوسط الحسابي للمتغير على التوالي 3.59 و 3.29. وعموما يلاحظ أن فئة الأقل من 40 سنة هم أكثر من قدم تقييما ايجابيا لمتغيرات الدراسة في المستشفيات محل الدراسة.

يعرض الجدول الموالي الفروق في متغيرات الدراسة حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم 76: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للمستوى التعليمي

	قيمة F	درجة الحرية			
الصحية	.004	4.583	2.942	3	8.825
			.642	306	196.397
				309	205.222
القيمة المدركة	.000	6.583	5.758	3	17.275
			.875	306	267.643
				309	284.917
رضا المريض	.001	5.433	3.848	3	11.545
			.708	306	216.745
				309	228.290

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ من الجدول أعلاه أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لكل متغيرات الدراسة تعزى للمستوى التعليمي حيث كان مستوى الدلالة على الترتيب 0.004، 0.000، 0.001، أي أن جميع المرضى وبمختلف مستوياتهم العلمية لا يتفقون في وجهة نظرهم اتجاه جودة الخدمة المقدمة والقيمة المدركة ومستوى الرضا عن الخدمات التي يتلقونها. وفيما يلي سيتم التفصيل في هذه الفروق، إذ يعرض الجدول التالي المتوسط الحسابي لكل متغيرات الدراسة حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم 77: المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب المستوى التعليمي

المريض	القيمة المدركة	المستوى التعليمي
3.4332	3.4845	3.5421
.92698	1.04820	.87652
3.6852	3.6064	3.6253
.69069	.84213	.65665
3.7253	3.8622	3.8630
.88833	.94099	.84218
2.9107	2.7857	3.1724
.87715	.64194	.90823

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يبين الجدول أن تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية أعلى من وجهة نظر المرضى ذوي المستوى المتوسط. وذلك، حسب الترتيب التالي: مستوى متوسط أو ثانوي (3.86)، المستوى الابتدائي (3.62)، وأمين ومنهم فئة الأطفال والرضع حيث أخذت إجابات مرافقيهم (3.54)، مقارنة بالمرضى ذوي المستوى الجامعي. وهذا يبين أن الفارق كان لصالح المستوى المتوسط. وكذلك فإن المتوسط الحسابي للقيمة المدركة كان أعلى بالنسبة للمستوى المتوسط أو الثانوي والمستوى الابتدائي مقارنة بالمستوى الجامعي. ونفس الشيء بالنسبة لرضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة، حي كان الفارق لصالح المستوى المتوسط أكثر من المستوى الجامعي. وعموما يلاحظ أن المرضى ذوي التعليم المتوسط هم أكثر من قدم تقييما ايجابيا لمتغيرات الدراسة في المستشفيات محل الدراسة.

يعرض الجدول رقم (78) الفروق في متغيرات الدراسة حسب مدة الإقامة:

جدول رقم 78: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى لمدة الإقامة

الصحة	بين المجموعات	درجة الحرية	قيمة F	قيمة F
الصحة	2	.278	.417	.659
	307	.667		
	309			
القيمة	2	.893	.969	.381
	307	.922		
	309			
رضا المريض	2	.669	.905	.406
	307	.739		
	309			

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ من أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لكل متغيرات الدراسة تعزى لمدة إقامة المريض في المستشفى، حيث كان مستوى الدلالة بالنسبة لجميع المتغيرات أكبر من 0.05 وكان على الترتيب 0.659، 0.381، 0.406، وهذا يدل على مدة إقامة المرضى في المستشفى سواء كان أكثر من يوم أو أكثر من أسبوع أو أكثر من شهر لم تؤثر ولم تغير رأي المريض حول مستوى جودة الخدمة المقدمة له، ومن ثم مستوى تشكل القيمة المدركة، وصولاً إلى اتفاق الجميع على مستوى الرضا المتحقق. يعرض الجدول الآتي الفروق في متغيرات الدراسة حسب عدد مرات دخول المستشفى:

جدول رقم 79: تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى لتكرار الدخول للمستشفى

الصحة	بين المجموعات	درجة الحرية	قيمة F	قيمة F
الصحة	1	7.651	11.927	.001
	308	.641		
	309			
القيمة المدركة	1	16.446	18.868	.000
	308	.872		
	309			
رضا المريض	1	7.546	10.528	.001
	308	.717		
	309			

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

من خلال الجدول (79) يتضح أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لجميع متغيرات الدراسة تعزى لتكرار الدخول المريض إلى المستشفى، حيث كان مستوى الدلالة على الترتيب 0.001، 0.000، 0.001، أي أن هناك اختلاف في وجهات نظر المرضى حسب عدد مرات الدخول إلى المستشفى فيما يتعلق بجودة الخدمة التي يتلقونها، والقيمة المدركة لديهم، وكذلك مدى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم. والجدول التالي يعرض هذه الفروق بالتفصيل من خلال المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب عدد مرات دخول المستشفى:

جدول رقم 80: المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب تكرار الدخول للمستشفى

رضا المريض	القيمة المدركة		
3.7266	3.8225	3.7975	
.89828	.91993	.83485	الانحراف المعياري
3.4133	3.3599	3.4820	
.78004	.94980	.75818	الانحراف المعياري

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول (80) أن المتوسط الحسابي لجودة الخدمة الصحية التي يتلقاها المريض أعلى من وجهة نظر المرضى الذين دخلوا للمستشفى مرة واحدة إذ بلغ 3.79، مقارنة بوجهة نظر المرضى الذين دخلوا للمستشفى أكثر من مرة حيث بلغ المتوسط الحسابي 3.48، كما أن المتوسط الحسابي للقيمة المدركة أعلى من وجهة نظر المرضى الذين دخلوا للمستشفى مرة واحدة إذ بلغ 3.82، مقارنة بوجهة نظر المرضى الذين دخلوا للمستشفى أكثر من مرة حيث بلغ المتوسط الحسابي 3.35، ونفس الشيء بالنسبة لمستوى رضا المرضى فقد الفارق لصالح المرضى الذين دخلوا للمستشفى مرة واحدة. وعليه، فإن المرضى الذين دخلوا للمستشفى مرة واحدة كان تقييمهم أعلى موافقة على جميع متغيرات الدراسة.

المطلب الثالث: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية الخاصة بالمرضى

سيتم من خلال هذا المطلب اختبار الفرضية الرئيسية الثانية وفرضياتها الجزئية الخاصة بالمرضى في المستشفيات محل الدراسة.

1. فرضيات الدراسة الثانية:

محتوى الفرضية الرئيسية الثانية:

- H_2 : يوجد تأثير معنوي لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض من خلال القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

ويتم اختبار هذه الفرضية على أربع مراحل عبر أربع فرضيات فرعية أخرى، وهي:

• H_{21} : يوجد أثر معنوي مباشر لجودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.

ويتفرع عنها خمس فرضيات جزئية:

- H_{211} : يوجد أثر معنوي لبعد الاعتمادية على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.

- H_{212} : يوجد أثر معنوي لبعد الملموسية على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.

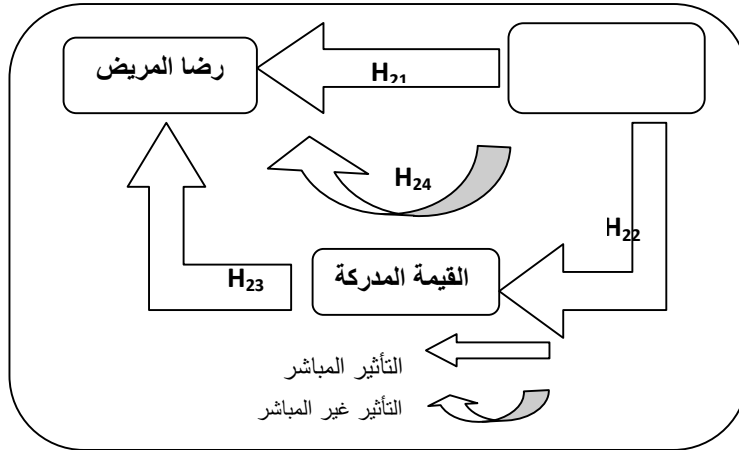
- H_{213} : يوجد أثر معنوي لبعد الاستجابة على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.

- H₂₁₄: يوجد أثر معنوي لبعده الأمان على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.
- H₂₁₅: يوجد أثر معنوي لبعده التعاطف على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.
- H₂₂: يوجد أثر معنوي مباشر لجودة الخدمة الصحية المدركة على القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.
ويتفرع عنها خمس فرضيات جزئية:
 - H₂₂₁: يوجد أثر معنوي لبعده الاعتمادية على القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.
 - H₂₂₂: يوجد أثر معنوي لبعده الملموسية على القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.
 - H₂₂₃: يوجد أثر معنوي لبعده الاستجابة على القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.
 - H₂₂₄: يوجد أثر معنوي لبعده الأمان على القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.
 - H₂₂₅: يوجد أثر معنوي لبعده التعاطف على القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.
- H₂₃: يوجد أثر معنوي مباشر للقيمة المدركة على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.
ويتفرع عنها فرضيتين جزئيتين:
 - H₂₃₁: يوجد أثر معنوي للقيمة التبادلية على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.
 - H₂₃₂: يوجد أثر معنوي للقيمة الاستعمالية على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.
- H₂₄: يوجد تأثير ذو دلالة معنوية لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض بوجود القيمة المدركة كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.

2. نموذج جزئي ثاني للدراسة:

لمعالجة مشكلة الدراسة واختبار فرضياتها تطلب بناء نموذج جزئي ثاني مستتبب أيضا من النموذج الكلي للدراسة يتكون من ثلاث متغيرات مرتبطة مع بعضها البعض وهي الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف المرضى، والقيمة المدركة ورضا المريض. حيث يقترح النموذج وجود أثر مباشر للجودة المدركة للخدمة الصحية على القيمة المدركة وعلى رضا المريض. وكذلك وجود اثر مباشر للقيمة المدركة على رضا المريض، بينما يوجد أثر غير مباشر للجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المريض من خلال القيمة المدركة كمتغير وسيط.

شكل رقم 42: النموذج الجزئي الثاني للدراسة



المصدر: من إعداد الباحثة

3. اختبار فرضيات الدراسة الثانية

محتوى الفرضية الرئيسية الثانية:

- ف2: يوجد تأثير معنوي لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض من خلال القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

1.3 اختبار الفرضية الأولى وفرضياتها الفرعية

أ. اختبار الفرضية الأولى (H₂₁)

من أجل اختبار الفرضية الرئيسية نحتاج إلى وضع فرضيتين هما: فرضية العدم والفرضية البديلة.

• H₀: لا يوجد أثر معنوي مباشر لجودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.

• H₂₁: يوجد أثر معنوي مباشر لجودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.

قبل التعرف على الأثر المعنوي المباشر لابد أولاً من تحليل علاقة الارتباط بين جودة الخدمة الصحية وأبعادها ورضا المريض، حسب ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم 81: معامل ارتباط بيرسون بين جودة الخدمة ورضا المريض

مستوى المعنوية			جودة الخدمة الصحية
0.000	ضعيف	0.455	الاعتمادية
0.000		0.602	الملموسية
0.000		0.652	
0.000		0.555	
0.000		0.717	
0.000		0.709	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ من الجدول أنه توجد علاقة ارتباط ايجابية وقوية بين جودة الخدمة الصحية ورضا المريض حيث بلغت 0.70 وهي معنوية. ويتضح أيضا أن بعد التعاطف هو الذي سجل أقوى ارتباط مع رضا المريض حيث بلغ 0.70 وهي معنوية. ثم سجلت بعد الاستجابة والملموسية والأمان ارتباطا متوسطا، أما بعد الاعتمادية فقد سجل ارتباطا طرديا ولكن ضعيفا.

ومن هنا يمكن اختبار قدرة النموذج على التفسير، من خلال استخدام كل من معامل الارتباط (R) ومعامل التحديد (R^2)، ثم اختبار معنوية هذه النتائج باستخدام تحليل تباين الانحدار ANOVA، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم 82: تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار T

المعنوية (F)	قيمة F	R ²	R	لمعنوية (T)	T	BETA		
							المعياري	B
-	-	-	-	.000	5.373	-	.159	.853
.000	310.82	.502	.709	.000	17.63	.709	.042	.747

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ أن قيمة معامل التحديد (R^2) بلغت (0.502) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر معا ما نسبته 50.2% من التباين في المتغير التابع (رضا المريض) أما النسبة المتبقية فتعود إلى عوامل أخرى غير مدروسة. ومن أجل اختبار معنوية هذه النتيجة نجد قيمة F تقدر بـ (310.82) وهي معنوية لأن قيمة بلغت (0.000) أي أقل من 0.05، وهذا ما يؤكد معنوية علاقة الارتباط القوية بين جودة الخدمة المقدمة ورضا المريض.

ومن أجل تحديد علاقة التأثير فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية هذا التأثير، فالجدول أعلاه يوضح بأن قيمة معامل الانحدار بالنسبة لجودة الخدمة الصحية بلغت (0.747) وقيمة T المقابلة لهذه الأخيرة (17.63) وهي معنوية إحصائيا، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية المحسوب (SIG) القيمة (0,000) وهي أقل من قيمة مستوى المعنوية المعتمد (0.05). عليه، ترفض الفرضية الرئيسية الصفرية

وتقبل الفرضية الرئيسية البديلة القائمة على وجود تأثير ذو دلالة معنوية لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض.

ب. اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الأولى

ومن أجل اختبار الفرضيات الفرعية فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية كل معلمة من معالم النموذج على حدى، وذلك عند مستوى معنوية 5% = ، والجدول الموالي يوضح ذلك .

جدول رقم 83: اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لإختبار _T_

مستوى المعنوية (SIG)	T	BETA			
			الخطأ المعياري	B	
.000	4.474		.163	.728	
.524	.638	.025	.025	.016	الاعتمادية
.000	4.362	.235	.059	.257	الملموسية
.741	.331	.023	.066	.022	
.000	7.787	.475	.051	.395	
.005	2.811	.137	.033	.092	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

لغرض التعرف على أثر كل بعد من أبعاد جودة الخدمة المقدمة على رضا المريض من خلال استخدام الانحدار المتعدد، فقد بينت نتائج التحليل الأثر المعنوي لكل من بعد الملموسية والأمان والتعاطف. في حين لم تثبت معنوية بقية الأبعاد (الاعتمادية، الاستجابة) لان مستوى المعنوية لديها أكبر من 0.05. أي أن بعد الملموسية والأمان والتعاطف هم من يؤثر فقط على رضا المريض.

3. 2. اختبار الفرضية الثانية وفرضياتها الفرعية

أ. اختبار الفرضية الثانية (H₂₂)

- H₀: لا يوجد أثر معنوي مباشر لجودة الخدمة الصحية المدركة على القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.
- H₂₂: يوجد أثر معنوي مباشر لجودة الخدمة الصحية المدركة على القيمة المدركة في المستشفيات محل الدراسة.

قبل التعرف على الأثر المعنوي المباشر لا بد أولاً من تحليل علاقة الارتباط بين جودة الخدمة الصحية المدركة والقيمة المدركة، كما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم 84: معاملات ارتباط بيرسون بين جودة الخدمة والقيمة المدركة

الصحية	معامل الارتباط مع القيمة	المعنوية
الاعتمادية	0.349	0.000
الملموسية	0.668	0.000
	0.771	0.000
	0.610	0.000
	0.802	0.000
	0.814	0.000

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

إن الجدول رقم (84) يوضح أنه توجد علاقة ارتباط إيجابية وقوية بين جودة الخدمة الصحية والقيمة المدركة حيث بلغت (0.81) وهي معنوية. كما أن معاملات ارتباط الأبعاد كانت قوية (التعاطف والاستجابة) ومتوسطة (الملموسية والأمان) ماعدا بعد الاعتمادية الذي كان معامل ارتباطه ايجابي ولكن ضعيف (0.349).

وبنفس الطريقة يتم اختبار قدرة النموذج على التفسير، من خلال استخدام كل من معامل الارتباط (R) ومعامل التحديد (R^2)، ثم اختبار معنوية هذه النتائج باستخدام تحليل تباين الانحدار ANOVA كما يلي:

جدول رقم 85: تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار _T_

المعنوية (F)	قيمة F	R ²	R	لمعنوية (T)	T	BETA	B	
							المعياري	
-	-	-	-	.109	1.609	-	.157	.253
0.000	479.214	.609	.780	.000	21.891	.780	.042	.919

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يبين الجدول أعلاه أن قيمة معامل التحديد (R^2) بلغت (0.609) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر معا ما نسبته 60.9% من التباين في المتغير التابع (القيمة المدركة) أما النسبة المتبقية فتعود إلى عوامل أخرى غير مدروسة. ومن أجل اختبار معنوية هذه النتيجة نجد قيمة F تقدر بـ (479.214) وهي معنوية لأن قيمة بلغت (0.000) أي أقل من 0.05، وهذا ما يؤكد معنوية علاقة الارتباط الطردية القوية بين جودة الخدمة الصحية المدركة والقيمة المدركة.

ومن أجل تحديد علاقة التأثير فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية هذا التأثير، حسب ما يوضحه الجدول رقم (85) فإن قيمة معامل الانحدار لجودة الخدمة بلغت (0.919) وقيمة T المقابلة لها (21.891) وهي معنوية إحصائيا. وعليه، ترفض الفرضية الرئيسية الصفرية وتقبل الفرضية الرئيسية البديلة القائمة على وجود تأثير ذو دلالة معنوية لجودة الخدمة الصحية على القيمة المدركة.

ب. اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الثانية

من أجل اختبار الفرضيات الفرعية فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية كل معلمة من معاملات النموذج على حدى، وذلك عند مستوى معنوية 5% = ، والجدول الموالي يوضح ذلك .

جدول رقم 86: اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لإختبار _T_

مستوى المعنوية (SIG)	T	BETA	الخطأ المعياري		
			B		
.164	1.397		.152	.212	
.083	1.737	.057	.023	.040	الاعتمادية
.003	3.027	.136	.055	.166	الملموسية
.006	2.752	.163	.061	.169	
.102	1.642	.067	.031	.050	
.000	10.793	.549	.047	.511	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

من أجل التعرف على أثر كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية على القيمة المدركة من خلال استخدام الانحدار المتعدد، فقد بينت نتائج التحليل الأثر المعنوي لكل الأبعاد ماعدا بعد الاعتمادية وبعد الأمان حيث كان مستوى المعنوية لدهما أكبر من 5%. وعليه، فإن كل من بعد الملموسية وبعد الاستجابة وبعد التعاطف يؤثرون على القيمة المدركة من طرف الزبون.

3.3. اختبار الفرضية الثالثة وفرضياتها الفرعية

أ. اختبار الفرضية الثالثة (H₂₃)

- H₀: لا يوجد أثر معنوي مباشر للقيمة المدركة على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.
 - H₂₃: يوجد أثر معنوي مباشر للقيمة المدركة على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.
- قبل التعرف على الأثر المعنوي المباشر لمتغيرات الدراسة لابد أولا من تحليل علاقة الارتباط بين القيمة المدركة ورضا المريض، من خلال الجدول رقم (87):

جدول رقم 87: معاملات ارتباط بيرسون بين القيمة المدركة ورضا المريض

المعنوية	رضا المريض	مؤشرات القيمة المدركة
000	قوية	القيمة التبادلية .727
000	قوية	القيمة الاستعمالية .784
000	قوية	القيمة المدركة الكلية .791

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يوضح الجدول أعلاه أنه توجد علاقة ارتباط إيجابية وقوية بين مؤشرات القيمة المدركة ورضا المريض حيث بلغت (0.791) وهي معنوية. كما أن معاملات ارتباط مؤشرات كانت كلها قوية ومعنوية.

أما عن اختبار قدرة النموذج على التفسير، فمن خلال استخدام كل من معامل الارتباط (R) ومعامل التحديد (R^2)، واختبار معنوية هذه النتائج باستخدام تحليل تباين الانحدار ANOVA فكان من خلال الجدول الموالي:

جدول رقم 88: تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار _T_

المعنوية (F)	قيمة F	R ²	R	لمعنوية (T)	T	BETA	B		القيمة
							المعياري		
-	-	-	-	.000	8.803		.117	1.027	
0.000	514.4	.626	.791 ^a	.000	22.682	.791	.031	.708	

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

يلاحظ من الجدول رقم (88) أن قيمة معامل التحديد (R^2) بلغت (0.626) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر معا ما نسبته 62.6% من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمة) أما النسبة المتبقية فتعود إلى عوامل أخرى غير مدروسة. ومن أجل اختبار معنوية هذه النتيجة نجد قيمة F تقدر بـ (514.48) وهي معنوية. وهذا ما يؤكد معنوية علاقة الارتباط القوية بين القيمة المدركة ورضا المريض.

ومن أجل تحديد علاقة التأثير تم اعتماد اختبار T، والجدول أعلاه يوضح بأن قيمة معامل الانحدار بالنسبة للرضا الوظيفي بلغت (0.708) وقيمة T المقابلة لهذه الأخيرة (22.68) وهي معنوية إحصائيا. وعليه، ترفض الفرضية الرئيسية الصفرية وتقبل الفرضية الرئيسية البديلة القائمة على وجود تأثير ذو دلالة معنوية للقيمة المدركة على رضا المريض.

ب. اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الثالثة

لاختبار الفرضيات الفرعية فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية كل معلمة من معاملات النموذج على حدى، وذلك عند مستوى معنوية 5% = ، والجدول الموالي يوضح ذلك .

الجدول رقم 89: اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لإختبار _T_

مستوى المعنوية (SIG)	T	BETA			
			الخطأ المعياري	B	
.000	9.115		.117	1.064	
.000	3.944	.246	.056	.222	القيمة التبادلية
.000	9.305	.579	.051	.472	القيمة الاستعمالية

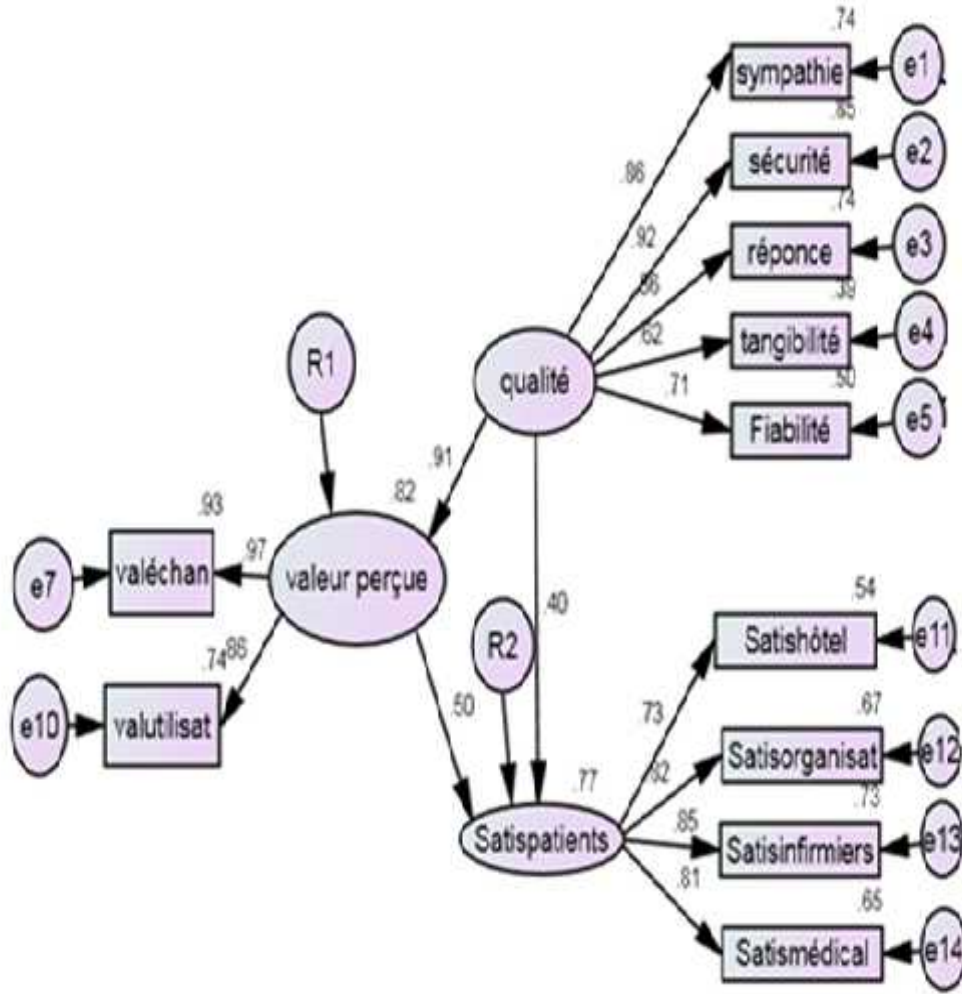
المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

ومن أجل التعرف على أثر كل مؤشر من مؤشرات القيمة المدركة على رضا المريض من خلال استخدام الانحدار المتعدد، فقد بينت نتائج التحليل الأثر المعنوي لكل المؤشرات على رضا المريض، وذلك عند مستوى معنوية 5% = .

4.3. اختبار الفرضية الرابعة (H₂₄)

- H₀: لا يوجد أثر ذو دلالة معنوية لجودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المريض بوجود القيمة المدركة كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.
 - H₂₄: يوجد أثر ذو دلالة معنوية لجودة الخدمة الصحية المقدمة على رضا المريض بوجود القيمة المدركة كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.
- من أجل معرفة الأثر غير المباشر لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض من خلال القيمة المدركة كمتغير وسيط عند مستوى الدلالة 0.001، لابد من إدراج النموذج الذي يظهر القيمة المدركة كمتغير وسيط بواسطة برنامج AMOS، كما هو مبين في الشكل الآتي:

الشكل رقم 43: النموذج الهيكلي للدراسة الثانية



المصدر: تم إعداد الشكل بالاعتماد على نتائج برنامج AMOS

إن النموذج الهيكلي للدراسة باستخدام برنامج AMOS حسب الشكل رقم (43) يبين المسارات ونتائج التحليل للتأثيرات المعيارية المباشرة بين ثلاث متغيرات هي: المتغير المستقل جودة الخدمة (qualité)، المتغير الوسيط القيمة المدركة (valeur perçue)، المتغير التابع رضا المريض (satispatients)، ويلاحظ من خلال الأسهم ذات الاتجاه الواحد التي تبين علاقة التأثير المباشرة بين جودة الخدمة الصحية والقيمة المدركة أن قيمة معامل الانحدار هي (0.91)، وأن قيمة مربع الارتباط المتعدد (SMC) Squared Multiple Correlation هي 0.82 وهذا يعني أن مسار جودة الخدمة الصحية يفسر (82%) من الاختلافات في القيمة المدركة، وبدورها القيمة المدركة لها أثر مباشر على رضا المريض حيث بلغت قيمة معامل الانحدار 0.50. بينما قيمة معامل الانحدار للأثر المباشر لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض فقد قدر بـ(0.40). وأن قيمة مربع الارتباط المتعدد (SMC) هو 0.77، أي أن جودة الخدمة الصحية تفسر من خلال المتغير الوسيط القيمة المدركة (77%) تقريبا من الاختلافات في رضا المريض.

وبناء على ما سبق يمكن تفسير نتائج تحليل المسار في الجدول رقم (90) الذي يبين التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية لمتغيرات الدراسة.

جدول رقم 90: نتائج تحليل المسار وتقديرات التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية

Sig	التأثيرات الكلية			التأثيرات غير المباشرة			التأثيرات المباشرة			/ القيمة
		القيمة			القيمة			القيمة		
0.001	0.000	0.000	0.905	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	.905	القيمة
	0.000	0.499	0.852	0.000	0.000	0.452	0.000	0.499	.400	المريض

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال AMOS

من خلال الجدول يمكن توضيح الأثر غير المباشر لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض، كما يلي:

1. اثر جودة الخدمة الصحية على القيمة المدركة
يوجد اثر ايجابي مباشر معنوي لجودة الخدمة الصحية على القيمة المدركة عند مستوى الدلالة 0.001. وعليه، فان جودة الخدمة المقدمة المرتبطة بمدى توفر الاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف والعناصر الملموسة تفسر القيمة المدركة بالنسبة للمريض بنسبة 90.5%.
 2. اثر القيمة المدركة على رضا المريض
يوجد اثر ايجابي مباشر ذو دلالة إحصائية للقيمة المدركة على رضا المريض عند مستوى الدلالة 0.001. وعليه، فالقيمة المدركة المرتبطة بالقيمة الاستعمالية والقيمة التبادلية تفسر رضا المريض بنسبة 49.9%.
 3. اثر جودة الخدمة الصحية على رضا المريض
يوجد اثر ايجابي مباشر معنوي لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض عند مستوى الدلالة 0.001، كما يوجد اثر غير مباشر معنوي لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض ، والأثر الكلي بين المتغيرين كان بنسبة تفسير 85.2% عند مستوى دلالة 0.001. وعليه، فيمكن أن تفسر جودة الخدمة الصحية المرتبطة بأبعاد الاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف والعناصر الملموسة في المستشفى رضا المريض بنسبة 85.2%، حيث يمكن لتلك الأبعاد من المساهمة مباشرة في تحقيق رضا المريض بنسبة 40%، وزيادة هذه المساهمة من خلال القيمة المدركة بنسبة 45.2%.
- وبذلك يتضح الدور الذي يلعبه تشكل القيمة المدركة للمريض في زيادة تأثير جودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة، وبناء على هذه النتيجة يمكن رفض الفرضية

العدمية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لجودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المريض بوجود القيمة المدركة كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.

المبحث الرابع: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

سيتم في هذا المبحث الإجابة على أسئلة الدراسة، ثم عرض نتائج الدراسة الميدانية الخاصة بالعاملين والمرضى وتفسيرها، وذلك من خلال تحليل نتائج الاستبيان، حيث سيتم الإجابة على فرضيات الدراسة وتفسيرها على ضوء الدراسات السابقة.

المطلب الأول: الإجابة على أسئلة الدراسة

سيهتم هذا المطلب بالإجابة على الأسئلة النظرية للدراسة، بالإضافة إلى الإجابة على تقييم العاملين والمرضى لمتغيرات الدراسة، وتوضيح الفروقات بين العاملين والمرضى في تقييمهم لمتغيرات الدراسة التي تعزى للعوامل الشخصية.

1. الإجابة على السؤال الخاص بالمدخل الإداري المتاحة لتحسين الجودة المدركة

بينت الدراسة في العديد من المواقع أن الجودة المدركة هي مسألة نسبية، حسب الزاوية التي ينظر إليها. وعندما تم تخصيص الدراسة للجودة المدركة للخدمات الصحية أصبح واضحاً أن وجهتي النظر التي يجب الاهتمام بهما هما وجهة نظر داخلية وهي ما يدركه مقدمي الخدمات (أطباء، ممرضين، إداريين)، ووجهة نظر خارجية وهي ما يدركه الزبائن أي المستفيدين من الخدمات. ومن خلال ذلك تبنت الدراسة مدخليين هما: مدخل إدارة الجودة الشاملة وهي تعالج وجهة النظر الداخلية وتعمل على تحسين جودة الخدمات المقدمة، ومدخل إدارة التسويق ويعالج وجهة النظر الخارجية، باعتبار أن التسويق أكثر الوظائف اقتراباً من الزبون ومن خلاله يتم التحكم في نظام الإدراك لديه ويتم تثبيت الصورة الذهنية لتحقيق إستراتيجية المؤسسة.

أثبتت نتائج الدراسات التطبيقية أن نجاح مبادرات إدارة الجودة الشاملة يتطلب التغيير في طريقة وأسلوب الموظفين في ترجمة عملهم. الأمر الذي يتوجب على المنظمات القائمة على أساس الجودة أن تكافح من أجل تحقيق الإتقان التام، وذلك من خلال الاستمرار في تحسين العمل. كما أن إشراك الموظفين وتمكينهم هو ما تستند عليه فلسفة الإدارة الحديثة اليوم. على أساس أن أهداف المنظمة تتحقق مع الآخرين ومن خلالهم. ويعد التركيز على الزبون ورضاه أولى أولويات إدارة الجودة الشاملة، وقد يعتبر البعض أن الزبون هو أهم أصول أي منظمة، وقد أكدت المواصفات الدولية للجودة (ISO 9000:2000) أن رضا الزبون هو أحد الأهداف الرئيسية لنظام إدارة الجودة. ويرتبط رضا الزبون الدائم بالضرورة بنجاح وتميز

المنظمة، وتعتبر برامج إدارة الجودة الشاملة الأكثر نجاحا هي التي تبدأ بتحديد الجودة من منظور الزبون، على أساس أن هناك نوعان من الزبائن، زبون خارجي هو الذي يشتري ويستخدم المنتج أو الخدمة، وزبون داخلي هو كل شخص يتواجد ضمن مرحلة من مراحل العملية أو النشاط ويعتبر زبونا للعملية السابقة التي تم انجازها، فهدف الموظف في هذا الشأن هو التأكد من أن الجودة تفي بتوقعات الشخص الذي يلي.

أما المدخل الثاني لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية، هو المدخل التسويقي الذي يبحث عن رضا المستهلك (المريض)، وذلك من خلال التسويق الاستراتيجي للخدمة الصحية، الذي يشمل بحوث السوق والتجزئة، والاستهداف والتموقع في ذهن المستهلك (المريض)، وصولا إلى المزيج التسويقي الذي يمثل التسويق الخارجي؛ وذلك بهدف تحسين جودة المنتج الصحي بكل مكوناته. ويمكن الاعتماد على بعض الآليات التسويقية مثل التسويق الداخلي، حيث يشير إلى تصميم السياسات والبرامج الموجهة للعاملين بالمنظمة بهدف تحقيق مستويات عالية من الرضا لديهم، والذي بدوره يؤدي إلى الارتقاء بمستوى جودة الخدمة المقدمة للمرضى. ويهدف تقليل أو تحديد الطلب على بعض الخدمات كالخدمات الصحية التي غالبا ما يكون فيها الطلب أكثر من العرض مما سبب انخفاض مستوى جودة تقديمها، تكون الحاجة ملحة للتسويق العكسي كآلية أخرى من آليات تطبيق التسويق لتحسين الجودة المدركة للخدمة الصحية، وذلك من خلال استخدام استراتيجيات إرشادية وتقنيية، كإقناع المستهلكين بتغيير سلوكهم وعاداتهم، والتوعية ضد سوء التعامل مع البيئة والحد من التلوث والأضرار العامة، وحملات التحذير والامتناع عن مجموعة من المنتجات التي تضر بصحة الأفراد والمجتمع مثل التدخين والمخدرات والخمور، أو المتعلقة بتعديل السلوكيات كالترش كجزء من برامج التسويق الخاصة بالمفاهيم الاجتماعية. إن أهمية التسويق جعلته يرتقي إلى إمكانية تطبيقه على الخدمات العمومية التي فشلت البيروقراطية في تسييرها. وهذا بعد خروج التسويق إلى دائرة أوسع من الوظائف والأدوار وحقل التطبيق، مما سهل تنمية هذا القطاع ورفع مستوى جودته، كالخدمات الصحية في المؤسسات العمومية.

2- الإجابة على السؤال الخاص بواقع المنظومة الصحية الجزائرية

من أجل تقصي واقع المنظومة الصحية في الجزائر، حاولت الباحثة وضعها في محاور أو مؤشرات حتى تستند النتائج إلى معلومات مهيكلة إلى حد ما، في ظل ندرة الإحصائيات والمعلومات من جهة وتضاربها من جهة أخرى، على الرغم من الحرص الشديد على تبني مصادر معلومات موثوقة ورسمية. كما حاولت الباحثة الالتزام بفترة دراسة من 2008-2012 حسب ما توفر من معلومات، من أجل مقارنة

المؤشرات ودراسة نسب تطورها خلال هذه الفترة. على العموم يلاحظ تحسن مختلف المؤشرات منذ الاستقلال إلى الآن، ويمكن التفصيل فيها كما يلي:

أ- على مستوى المؤشرات الصحية

أهم المؤشرات الصحية المعتمدة هو معدل الوفيات والولادات. فبعد الاستقلال وخلال الفترة (1963-1973) تميزت بمعدل وفيات مرتفع تجاوزت 180 حالة وفاة لكل 1000 ساكن، مما أدى إلى توقع الحياة لا يصل إلى 50 سنة. أما في الفترة (1974-1989) فقد تراجعت معدلات الوفاة خاصة الأطفال بسبب تحسن ظروف المعيشة والبرامج الوطنية للصحة (محاربة مرض السل، سوء التغذية، التطعيم، التحكم في الخصوبة...)؛ وارتفع أمل الحياة لينتقل من 50 سنة إلى 65 سنة في سنة 1986. أما الفترة الممتدة من (1990-2012)، فقد تزايد عدد السكان بوتيرة مرتفعة انعكس سلبا على فاعلية النظام، وارتفع معدل الولادات في 2003 بـ 20.36% إلى أعلى معدل 26.08% في سنة 2012. أما معدل الوفيات لم يتغير كثيرا من 4.55% في سنة 2003 إلى 4.53% في سنة 2012. أما معدل وفيات الرضع فقد تراجع بـ 9.9 بالألف حيث تراجع من 32.5 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية سنة 2003 إلى 25.2 حالة سنة 2008 ثم إلى 22.6 حالة وفاة سنة 2012، وقد كان معدل التراجع ايجابيا بالنسبة للإناث من الذكور. كما أن معدل الوفيات بالنسبة للأمهات انخفض بين 1999 و2009 تقريبا إلى 91.7%، وفي الفترة (2010-2012) تراجع بـ 1.6 ويرجع ذلك إلى تراجع معدل الخصوبة والتكفل الحسن بالأمهات.

وعليه، فإن توقع الحياة عند الولادة ارتفع إلى 76.4 سنة في سنة 2012 محققا بذلك زيادة تقدر بـ 0.8 سنة مقارنة بـ 2008 وبيزيادة تقدر بـ 2.5 سنة مقارنة بـ 2003. وقد كانت متماثلة بين الإناث والذكور.

ب- على مستوى الوضعية الوبائية

عرفت فترة بعد الاستقلال انتشار الأمراض المتقلة والمعدية بشكل كبير. ثم بدأت تتراجع تدريجيا خلال الفترة (1974-1989) نتيجة تطبيق مختلف البرامج الوطنية للصحة. فبالنسبة للأمراض المتقلة عن طريق التطعيم مثلا تعتبر الحصبة اكبر حالات الأمراض المراقبة خلال (2008-2014)، حيث سجلت انخفاضا كبيرا بين سنة 2009 و2010 قدر بـ 53.08% ثم استمر في الانخفاض التدريجي بـ 28.99% لينخفض بشكل كبير في سنة 2014 بنسبة 96.11%. كما يلاحظ أن الخناق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال تم القضاء عليها نهائيا خلال هذه الفترة، مما يدل على مستوى التقدم في المراقبة عن طريق التطعيم.

كما انخفضت نسبة الأمراض المتقلة عن طريق المياه كالمالريا التي انخفضت بـ 76.48% من 2012 إلى 2014 بعد أن بلغت أعلى قيمة لها في سنة 2012 تقدر بـ 974. كما أن الزحار سجل

انخفاض معتبر بين 2011 و2012 واستمر هذا الانخفاض إلى 2014، كما أن الحمى التيفوئيد سجلت أعلى انخفاض بين سنة 2009 و2010 بنسبة 72%.

أما عن الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان فقد سجلت الحمى المالطية انخفاض شديد في سنتي 2011 و2013 بعد أن سجلت أعلى ارتفاع في سنة 2010 مع الليشمانوز الجلدي.

إن الأمراض المعدية وعلى رأسها مرض السل من أكثر الأمراض شيوعا في الجزائر حيث سجلت أعلى الإصابات في 2009 ثم انخفضت بنسبة 63.81% في سنة 2014. أما التهاب الكبد الفيروسي فقد سجل ارتفاعا في 2012 وبقي بنفس المستوى إلى 2014. كما أن التهاب السحايا فقد سجل انخفاض تدريجي خلال هذه الفترة.

أما الأمراض غير المتنقلة فهي تحتل صدارة الأمراض المزمنة في الجزائر حيث عرف معدل الإصابة بالسكري ارتفاع من 8% إلى 16% خلال الفترة 1990 إلى 2013. كما اعتبر السرطان منذ 10 سنوات أكبر مشكل في الصحة العمومية بمعدل تأثير أكثر من 130 حالة جديدة لكل 100000 ساكن، ويسجل سرطان الثدي أكثر من 54 حالة جديدة لكل 100000 امرأة. وفي سنة 2011 سجلت الأمراض المتنقلة جنسيا 1198 حالة مؤكدة منذ 1985 إلى جانب 5087 حامل للفيروس أي بالتقريب إصابة 50 حالة كل سنة. كما اعتبر أهم سبب للوفيات في الجزائر خلال الفترة 2012 و2013 هي أمراض القلب والأوعية الدموية في المرتبة الأولى ثم أمراض ما قبل الولادة ثم نسبة الأورام ثم أمراض الجهاز التنفسي.

ج- على مستوى انتشار الهياكل الصحية

سجلت الفترة (1963-1973) عجز دائم من حيث الهياكل القاعدية، حيث أنه في سنة 1966 بلغ عدد المستشفيات 163 بسعة 39418 سرير، و256 مركز صحي، وتم إنشاء ما يسمى بالقطاع الصحي حيث بلغ عددها 143. وما يميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962. وفي الفترة (74-89) تم إنشاء القطاع الصحي في سنة 1979 والذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية، بالإضافة إلى انجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن. وتشيد 13 مركزا استشفائيا جامعيا. في الفترة 1990-2004 فقد تمركز جهود القطاع على مستوى الهياكل الصحية ذات التكلفة الأقل كقاعات العلاج والمراكز الصحية

تميزت الفترة بين (2005-2012) خاصة سنة 2007 بإعادة تنظيم القطاعات الصحية (SS) لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة (EPSP)، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص. خلال هذه الفترة أصبحت المنظومة الصحية الجزائرية تحتوي على

مجموعة معتبرة من مختلف المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الاستشفائي العمومي وكذا الخاص. كما يلاحظ تزايد عدد العيادات الإستشفائية الخاصة بشكل سريع،

وقد شهدت المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) نسبة تغطية واسعة خلال خمس سنوات، ثم المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) التي تعرف هي الأخرى تغطية معتبرة بالنسبة لعدد السكان مع المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) في نفس المستوى تقريبا خلال الخمس سنوات. وذلك من أجل لتحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية ومجانيتها العلاج. كما أن قاعات ومراكز العلاج لها نسبة تغطية واسعة بالنسبة لعدد السكان خلال السنوات الخمس، وخاصة في سنة 2008، باعتبارها أولى بوابات سلسلة العلاج، حيث أنها تركز على الوقاية والعلاج الأولي لشريحة كبيرة من السكان. وهذا ما يوضح تركز جهود القطاع على مستوى الهياكل الصحية ذات التكلفة الأقل. أما نسبة تغطية العيادات متعددة الخدمات فقد شهدت انخفاض كبير في سنة 2008 لتسجل بعدها ارتفاع مميز في سنة 2009 نتيجة الزيادة المعتبرة في هذه الهياكل، لتتخف بعدها خلال الفترة 2010-2012.

د- على مستوى انتشار الموارد البشرية

بعد الاستقلال كان هناك نقص حاد بالعنصر البشري المنتمي للقطاع، حيث سجل 364 طبيب و20000 شبه طبي وحوالي 19000 مستخدم إداري، وشهدت سنة 1972 زيادة في عدد السكان حيث وصل إلى 15.6 مليون نسمة، وزيادة في عدد الأطباء بلغ 1425 طبيب. ثم بدأ يتطور تدريجيا، وسجلت سنة 2012 أحسن تغطية للأطباء العاميين. تليها نسبة تغطية الأطباء الأخصائيين التي شهدت ارتفاعا تدريجيا ما بين سنة 2008 وسنة 2011، وذلك لان نسبة الزيادة في السكان (6.14%) اقل من نسبة الزيادة في عدد الأطباء الأخصائيين (28.64%)، لتعاود الانخفاض في سنة 2012. كما عرفت نسبة تغطية أطباء الأسنان والصيادلة بالنسبة إلى عدد السكان انخفاضا معتبرا خلال السنوات 2008 إلى 2012. والجدير بالذكر أن نسبة الأطباء إلى عدد السكان في الجزائر مازالت ضعيفة. أما الشبه طبيين فقد سجل الحاصلين على شهادة الدولة أعلى تغطية، تليها نسبة تغطية المؤهلين التي عرفت انخفاضا تدريجيا إلى سنة 2012. أما تغطية المساعدين شبه طبيين فقد عرفت ارتفاعا تدريجيا.

وقد عرف عدد الإداريين تزايدا مستمرا، وبلغت نسبة الزيادة 33.48% وذلك بمقارنة سنة 2008 بسنة 2012. كما سجل عدد التقنيين زيادة معتبرة خلال الفترة (2008-2012) والتي تقدر بـ 40.47%. في حين عرف عدد عمال الخدمات زيادة في الثلاث سنوات الأولى (2008-2010) بنسبة تقدر بـ 8.84%، ثم انخفض تدريجيا ابتداء من سنة 2011.

هـ- على مستوى انتشار الموارد المالية

تميزت مصادر تمويل القطاع الصحي الجزائري بالاعتماد على الدولة بشكل أساسي. فقبل سنة 1974 عرفت ثلاث مصادر لتمويل القطاع الصحي وهي: المساهمة العمومية (60% من مجموع النفقات على الصحة)، مساهمة الضمان الاجتماعي (30% من مجموع نفقات الصحة)، مساهمة بعض الفئات من المرضى (مثلت نسبة 10% من إجمال نفقات الصحة).

خلال الفترة 1974-2002، تقرر إرساء مبدأ الطب المجاني على مستوى القطاع العمومي، وتم استبدال "السعر اليومي" بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية. وخلال الفترة الممتدة من 2006-2010 كان التمويل من خلال مساهمات الدولة؛ مساهمة الـ CNAS مصادر أخرى متمثلة في التعاضديات الاجتماعية، المؤسسات الاقتصادية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء والمؤسسات الخارجية.

وعلى العموم، فإن مساهمة الدولة المقدرة بنسبة 83.40% سنة 2010 تعد أكبر مصدر ممول للنفقات الوطنية، أما فيما يخص مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي، فقد شهدت انخفاضا في نسبة مساهمتها. خلال الفترة الممتدة من 2011-2015 سجلت مساهمة الدولة في تمويل النفقة الوطنية للصحة انخفاضا تدريجيا، أما مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي، فيلاحظ ارتفاع نسبة مساهمتها في تمويل النفقة الوطنية للصحة حيث سجلت نسبة زيادة تقدر بـ 7.16%. وقد ازدادت نسبة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي حيث بلغت 8.22% في سنة 2012 لتتخفف بعدها تدريجيا حتى سنة 2015 بنسبة 0.54%.

3. الإجابة على الأسئلة الضمنية الخاصة بتقييم العاملين لمتغيرات الدراسة

تداول في الدراسة ثلاث أسئلة ضمنية اهتمت بالإجابة عنها الدراسة الموجهة للعاملين، ويمكن تلخيص الإجابة على الأسئلة على النحو الآتي:

أ. بالنسبة لتحليل واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات محل الدراسة، أكدت نتائج الدراسة أن تقييم تطبيقها كان متوسط، خاصة فيما يتعلق بالتزام الإدارة العليا، والتركيز على الزبون (المريض)، ومشاركة العاملين، غير أن التحسين المستمر كان تقييمه ضعيف. إن التزام الإدارة العليا يعمل على خلق الشعور القوي لدى العاملين بمسؤولية المستشفى نحو المجتمع، أما التركيز على العميل فهو مهم باعتبار رضا الزبون هو لب فلسفة إدارة الجودة الشاملة، كما يعتبر الزبون (المريض) معيار لقياس جودة الخدمات المقدمة، كما تقوم المستشفى بدراسة شكاوى المرضى، أما إشراك العاملين في عملية اتخاذ القرارات، وكذلك كيفية التعامل مع اقتراحاتهم لا تكون إلا بواسطة النقابة الخاصة بهم، أي أن

الإدارة لا تهتم كثيرا بتعزيز الثقة بينها وبين الموظفين. كما أن الإدارة العليا لا تهتم بتحسين المستمر، وهذا راجع لنقص الوعي بأهمية هذه الآلية لتحسين مستوى جودة الخدمة المقدمة، ولكبر حجم المورد البشري في هذه المؤسسات.

ب. أما عن تقييم العاملين لمستوى جودة الخدمات الصحية التي يقدمونها، فتشير النتائج إلى أن جميع العاملين أكدوا على تحسن مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى خاصة ما تعلق بمدى التعاطف في التعامل مع المرضى وسرعة الاستجابة لتلبية حاجيات المرضى، بالإضافة إلى درجة الاعتمادية التي تتمتع بها المستشفيات محل الدراسة، مقارنة بالعناصر الملموسة والأمان الذي لم يرق لمستوى بقية الأبعاد.

ج. وعن تقييم العاملين لرضاهم الوظيفي، فقد أكدت نتائج الدراسة على أن مستوى الرضا الوظيفي كان متوسط خاصة بالنسبة لكفاءة الإشراف وظروف العمل. غير أن العاملين محل الدراسة أكدوا على أن الأجور والتقدم والترقية في الوظيفة يعاني من عدة مشاكل أساسها القوانين غير العادلة. فالأجور متدنية مقارنة بالجهود المبذولة، والارتفاع في مستوى المعيشة، كما أنه لا يوجد أصلا نظام خاص بالمكافآت والحوافز لتقدير جهود المتميزين في العمل.

1. الإجابة على الأسئلة الضمنية المتعلقة بتقييم المرضى لمتغيرات الدراسة

اهتمت الدراسة أيضا بالإجابة على ثلاث أسئلة ضمنية أخرى، تمت الإجابة عنها من خلال الدراسة الموجهة للمستفيدين أو المرضى، ويمكن تلخيص الإجابة على الأسئلة على النحو الآتي:

أ. بالنسبة لتقييم المرضى لجودة الخدمات التي يتلقونها في المستشفيات محل الدراسة، بينت نتائج الدراسة اتفاق رأي المرضى حول مستوى جودة الخدمة المدركة بتقييم جيد على جميع أبعاد الجودة، خاصة بعد التعاطف الذي إحتمل الرتبة الأولى بالإضافة إلى بعد الأمان والاعتمادية مقارنة ببعد العناصر الملموسة وسرعة الاستجابة.

ب. وعن تقييمهم لمستوى الرضا عن نفس الخدمات التي يتلقونها، بينت الدراسة إرتفاع مستوى الرضا المتحقق، خاصة الرضا عن الخدمات الطبية والخدمات التمريضية، والخدمات التنظيمية، غير أن درجة رضاهم تقل عند الخدمات الفندقية في المستشفيات محل الدراسة.

ج. وبخصوص القيمة المدركة من طرف المرضى للخدمات الاستشفائية فهي جيدة، وقد عرفت القيمة الاستعمالية تقدما على القيمة التبادلية ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى مستوى جودة الخدمة الصحية مقارنة بسعرها.

5. الإجابة على الأسئلة الخاصة بوجود فروق بين العاملين في تقييمهم لمتغيرات الدراسة تعزى للمتغيرات الشخصية

توصلت الدراسة إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة تعزى للعمر والمستوى التعليمي، أي أن جميع الفئات العمرية والتعليمية للعاملين لم تختلف عند تقييمها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة. غير انه الدراسة أكدت أن إدارة الجودة الشاملة لها علاقة بجنس ووظيفة وعدد سنوات الخدمة للعاملين، حيث أن فئة الذكور كانت الأكثر استعدادا للتقييم الايجابي لمبادئ إدارة الجودة الشاملة مقارنة بالإناث. كما أن السلك الإداري والتمريضي هم الأكثر استعدادا لتبني هذه الثقافة وهي نتيجة منطقية. وان العاملين الأقل من عشر (10) سنوات خدمة أعطوا أهمية نسبية لمبادئ إدارة الجودة الشاملة.

وقد أكدت الدراسة أيضا انه لا توجد فروق في الرضا الوظيفي للعاملين في المستشفيات الجزائرية تعزى للمتغيرات الشخصية كالعمر والمستوى التعليمي، والوظيفة والاقدمية في الخدمة، في حين يختلف الرضا بين الجنسين، حيث وجد رضا وظيفي لدى الذكور أكثر من الإناث.

أما بالنسبة لمستوى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر العاملين، فإنه لا يوجد في تقييمها أي فروق تعزى للعمر والمستوى التعليمي وللأقدمية في الخدمة، ولكن يختلف تقييمها بالنسبة للجنس حيث كانت الأولوية للذكور في التقييم الايجابي مقارنة بالإناث، واختلف أيضا التقييم بالنسبة للوظيفة، حيث ظهرت الفروق في التقييم بين الإداريين والعمال من جهة والأطباء والمرضى من جهة أخرى لصالح الإداريين والعمال بالتقييم الايجابي.

2. الإجابة على الأسئلة الخاصة بوجود فروق بين المرضى في تقييمهم لمتغيرات الدراسة تعزى للمتغيرات الشخصية

توصلت الدراسة إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة لجودة الخدمة الصحية تعزى للجنس ومدة الإقامة، أي أن هناك اتفاق بين الجنسين في تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة. كما أن مدة إقامة المريض في المستشفى لم تغير آرائه حول مستوى جودة الخدمات في المستشفى. غير أن الدراسة أكدت أن جودة الخدمة الصحية لها علاقة بالعمر والمستوى التعليمي، وعدد مرات دخول المستشفى. فبالنسبة للعمر كان الفرق لصالح الفئة الأقل من 40 سنة والتي كانت الأكثر استعدادا للتقييم الايجابي لمستوى جودة الخدمات المقدمة. أما بالنسبة للمستوى التعليمي فقد كان الفرق لصالح المستوى المتوسط أو الثانوي والابتدائي مقارنة بالمستوى الجامعي الذي أعطى بعض التحفظات حول مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفى. أما ما يخص علاقة جودة الخدمة الصحية بتكرار دخول المرضى

للمستشفى، فقد كانت لصالح المرضى الذين دخلوا المستشفى للمرة الأولى حيث أبدوا تقييما إيجابيا لمستوى جودة الخدمة المقدمة .

وأكدت الدراسة الحالية أن القيمة المدركة التي تتشكل عند المرضى لها علاقة بالجنس، حيث أن الانطباع الإيجابي تشكل عند الإناث مقارنة بالذكور. كما أن لها علاقة بعمر المريض خاصة الأقل من 40 سنة الذين ادركوا القيمة الاستعمالية والتبادلية بصورة أكثر إيجابية، مقارنة بالفئات الأكبر من 40 سنة. أيضا كان للتشكل الإيجابي للقيمة المدركة علاقة بالمستوى التعليمي والذي كان لصالح المستوى المتوسط أو الثانوي والابتدائي مقارنة بالمستوى الجامعي. كما أن المرضى الذين دخلوا للمستشفى مرة واحدة كانوا الأكثر استعدادا للتشكل الإيجابي للقيمة المدركة لديهم.

المطلب الثاني: مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة والدراسات السابقة

يتضمن هذا المطلب مناقشة نتائج الفرضيتين الرئيسيتين للدراستين المتعلقتين بالعاملين والمرضى على التوالي، ومن ثم الإجابة على التساؤل الرئيسي على ضوء الدراسات السابقة وإثبات أو رفض الفرضية الكلية.

1. مناقشة النتائج في ضوء فرضية الدراسة الأولى الخاصة بالعاملين

ف1: يوجد تأثير معنوي لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة بوجود الرضا الوظيفي كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.

91: تلخيص نتائج اختبار وجود علاقات بين متغيرات الدراسة

تقييم الفرضية	الفرضيات الجزئية	الفرضيات الرئيسية
		العلاقة بين TQM
0.690;	التزام الإدارة العليا	بين إدارة (TQM)
0.504;	التركيز على العميل	
0.700;	التحسين المستمر	
0.461;	مشاركة العاملين	
0.607;		العلاقة بين TQM والرضا الوظيفي
0.652;	الإدارة العليا	الوظيفي
0.446;	التركيز على العميل	
0.675;	التحسين المستمر	
0.399;	مشاركة العاملين	
0.617;		العلاقة بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة المدركة
0.704;		
0.576;		
0.663;		
0.616;		

; ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05)

:

عبر الفرضية الرئيسية الأولى أثبتت الدراسة ارتباط متغيرات الدراسة الأولى الثلاث المخصصة للعاملين من خلال أربع علاقات، ثلاث منها موضحة في الجدول أعلاه، وهي على التوالي:

أ. أكدت الدراسة انه توجد علاقة ارتباط ايجابية وقوية (0.69) بين إدارة الجودة الشاملة والجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين وهي معنوية، وأن جميع مؤشرات لها علاقة ارتباط ايجابية أهمها مؤشر التركيز على العميل (0.70) وأضعفها ارتباطا بالجودة المدركة هو مؤشر التحسين المستمر.

كما أكدت نتائج الدراسة أنه يوجد تأثير مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين حيث كانت قيمة معامل الانحدار (0.87)، كما أن جميع مؤشرات لها تأثير معنوي على الجودة المدركة ماعدا مؤشر التحسين المستمر.

وهو ما يتفق مع دراسة (هيفاء بنت فؤاد مختار، 2003)، التي جاءت بعنوان "دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة".¹ وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق جوهرية بين كل من اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة المقدمة فعليا في كافة المتغيرات ماعدا متغير المعلومات والاتصالات وتقنياتها ومتغير المبنى وتجهيزاته والتسهيلات.

ويتفق أيضا مع دراسة (Elg et al, 2011)، بعنوان "الممارسات الإدارية للرعاية الصحية في السويد، وتحسين نوعية العمل: تحديات التنمية"، هدف هذه الدراسة التجريبي هو فحص التحديات التنموية للممارسات الإدارية في مؤسسات الرعاية الصحية السويدية وسبل تطويرها. وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك توجهات نحو زيادة الضغوط الخارجية على مديري الرعاية الصحية لتحسين نوعية العمل منها: قرارات الإدارة العليا، وضغوط المرضى، والقرارات التي يتخذها صناع القرار تؤثر بشكل متزايد في خيارات مديري الرعاية الصحية حول مجالات تركيز جهود التحسين، وقد حددت ثلاث مجالات، وهي: الرقابة وتحسين الممارسات، والمريض هو مركز التوجه.²

ب. أثبتت الدراسة أن قوة ارتباط إدارة الجودة الشاملة بالرضا الوظيفي كانت ايجابية ومتوسطة (0.65)، وكانت قوة ارتباط جميع مؤشرات ايجابية ومتوسطة باستثناء مؤشر التزام الإدارة العليا ومؤشر التحسين المستمر حيث كانت قوة الارتباط ضعيفة بالرضا الوظيفي، كما أكدت الدراسة أنه يوجد تأثير مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي حيث كانت قيمة معامل الانحدار (0.97)، وأكدت الدراسة

¹ - هيفاء بنت فؤاد مختار، مرجع سابق.

² - Elg, Mattias; et al, "Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends".

International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol.24, N.2, 2011, pp. 101-123.

أيضا على التأثير المعنوي لجميع مؤشرات إدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي غير أن التأثير الضعيف كان لمؤشر التحسين المستمر.

وتتفق مع دراسة (معاني بله حمد، 2004) بعنوان: "اثر تطبيق مفهوم الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي". تبحث هذه الدراسة في معرفة اثر إدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي بالتركيز على مصنع البزيانوس للمياه الغازية . وقد توصلت الدراسة الى أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة تطبيقا شاملا يؤدي إلى الرضا الوظيفي للعاملين.¹

ج. يوجد أثر معنوي مباشر للرضا الوظيفي على جودة الخدمة الصحية إن قوة ارتباط الرضا الوظيفي بجودة الخدمة المدركة للخدمة المقدمة كانت قوية (0.704)، كما كانت درجة ارتباط جميع مؤشرات الرضا الوظيفي بالجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العمال ايجابية ومتوسطة. وقد تبين أن للرضا الوظيفي تأثير على الجودة حيث كان معامل الانحدار (0.597)، وأن جميع مؤشرات الرضا الوظيفي تؤثر على الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين. فرغم التقييم الضعيف لمؤشر التقدم والأجر إلا أن له علاقة ارتباط وتأثير مقبول على جودة الخدمة المقدمة، وذلك راجع لطبيعة الخدمة الصحية التي يغلب عليها الطابع الإنساني.

وهو ما يتفق دراسة (Jun & Cai , 2010) "Examining the relationships between "internal service quality and its dimensions, and internal customer satisfaction" والتي اختبرت العلاقة بين جودة الخدمة بأبعادها وبين رضا الزبون الداخلي، وتوصلت الدراسة إلى أن رضا الزبون الداخلي دافع لإرضاء الزبون الخارجي، وان عامل التعاطف هو العامل الأكثر تأثيرا في تحقيق جودة الخدمة الداخلية وفي رضا الزبون الداخلي، بالإضافة إلى التعامل الودي والتحسين المستمر لعمل الفريق.²

وأیضا مع دراسة (Kuei. 1999) تحت عنوان "Examining the relationships between "internal service quality and its dimensions, and internal customer satisfaction" حيث بينت دراسته وجود ارتباط بين زيادة رضا العاملين وبين تحسين نوعية المنتج وبين زيادة رضا العملاء، وذلك بسبب وجود ارتباط ايجابي بين جودة الخدمة الداخلية ورضا العاملين والاحتفاظ بالعملاء.³

¹ - معاني بله حمد، مرجع سابق.

² - M. Jun, & S. Cai, "Examining the relationships between internal service quality and its dimensions, and internal customer satisfaction", **Total Quality Management**, Vol.21, No.2, (2010), PP. 205-223

³ - H. Ch. Kuei, "Internal Service Quality – An Empirical Assessment", **International Journal Of Quality & Reliability Management**, Vol .16, (1999), pp.783-791.

كما اتفقت النتائج أيضا مع دراسة (أبو عيد و دراويش، 2015) بعنوان "الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية". وقد توصلت الدراسة أن هناك علاقة طردية بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية حيث أنه كلما كان هناك رضا عن العمل ينعكس بشكل ايجابي على جودة الخدمة الصحية.¹

د. يوجد تأثير ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة على وجودة الخدمة الصحية من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط.

إنطلاقا من نتائج الجدول رقم (59) الصفحة (307) الذي يبين نتائج تحليل المسار وتقديرات التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والتأثيرات الكلية، تبين وجود أثر إيجابي مباشر معنوي لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة من طرف العاملين، كما وجد أثر غير مباشر معنوي لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المدركة عند مستوى الدلالة 0.001، والأثر الكلي بين المتغيرين كان بنسبة تفسير 87.2% عند مستوى دلالة 0.001.

وعليه، فيمكن أن تفسر إدارة الجودة الشاملة المرتبطة بمؤشرات التزام الإدارة العليا، والتركيز على العميل، والتحسين المستمر ومشاركة العاملين جودة الخدمة الصحية في المستشفى بنسبة 87.2%، حيث يمكن لتلك المؤشرات المساهمة مباشرة في تحقيق جودة الخدمة الصحية المدركة بنسبة 53.3%، وزيادة هذه المساهمة من خلال الرضا الوظيفي بنسبة 33.9%.

وقد جاءت نتائج هذه الفرضية إسقاطا لدراسة (الصفار وماجدة عبد اللطيف، 2008)، تحت عنوان "أثر تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة وفق منظور الزبون الداخلي والخارجي على الأداء التشغيلي للمنظمات التصنيعية".² هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة وفق منظور الزبون الداخلي والخارجي في الأداء التشغيلي للمنظمات التصنيعية، من خلال قياس مدى اهتمام إدارة المنظمه بالزبون الداخلي والخارجي وأثره على الأداء.

وقد توصلت الدراسة إلى التأثير الإيجابي الواضح لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة على تحسين الأداء التشغيلي مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدارة واستثمار رأس المال البشري وتحسين أداء العاملين (الزبون الداخلي) ودرجة الرضا الوظيفي لهم وبين الارتقاء بمستوى جودة المنتجات وانخفاض كلف

¹ - أبو عيد و دراويش، مرجع سابق.

² - أحمد عبد إسماعيل الصفار وماجدة عبد اللطيف محمد، أثر تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة وفق منظور الزبون الداخلي والخارجي على الأداء التشغيلي للمنظمات التصنيعية (حالة دراسية في شركة بتر للصناعات الهندسية في المملكة الأردنية الهاشمية)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 73، (2008)

الجودة، فضلا عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالزبون الداخلي والخارجي معا وارتفاع نسبة المبيعات وأرباح المنظمة.

ثانيا: مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرئيسية الثانية الخاصة بالمرضى

- ف2: يوجد تأثير معنوي لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض بوجود القيمة المدركة كمتغير وسيط في المستشفيات محل الدراسة.

جدول رقم 92: تلخيص نتائج اختبار وجود علاقات بين متغيرات الدراسة

تقييم الفرضية	الفرضيات الجزئية	الفرضيات الرئيسية
	توجد علاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا المريض	بين جودة الصحية ورضا المريض بوجود القيمة
0.709;	الاعتمادية	
0.455;	الملموسية	
0.602;		
0.652;		
0.555;		
0.717;		
0.814;	توجد علاقة بين جودة الخدمة الصحية والقيمة المدركة	الصحية ورضا المريض بوجود القيمة
0.349;	الاعتمادية	
0.668;	الملموسية	
0.771;		
0.610;		
0.802;		
0.791;	العلاقة بين القيمة المدركة ورضا المريض	العلاقة بين القيمة المدركة ورضا المريض
0.727;	القيمة التبادلية	
0.784;	القيمة الاستعمالية	

; ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05)

:

عبر الفرضية الرئيسية الثانية أثبتت الدراسة ارتباط متغيرات الدراسة الثانية الثلاث المخصصة للمرضى من خلال أربع علاقات، ثلاث منها موضحة في الجدول أعلاه، وهي على التوالي:

أ. تشير نتائج الدراسة أنه توجد علاقة ارتباط ايجابية وقوية (0.709) بين الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف المرضى ورضا المريض وهي معنوية، وأن جميع أبعادها لها علاقة ارتباط ايجابية أقوى بعد التعاطف (0.717) وأضعفها ارتباط برضا المريض هو بعد الاعتمادية (0.455)، وهذه الأبعاد مجتمعة تفسر معا ما نسبته 50.2% من التباين في رضا المريض. كما أكدت نتائج الدراسة أنه يوجد أثر معنوي للجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المريض حيث كانت قيمة معامل الانحدار (0.747) ، كما أن جميع أبعادها لها تأثير معنوي على رضا المريض باستثناء بعد الاعتمادية والاستجابة. وهذا يبين أنه رغم النقيص الجيد لبعدي الاعتمادية والاستجابة إلا أنها لم يحققا رضا المريض في المستشفيات محل الدراسة.

وقد اتفقت النتائج مع دراسة (Talluru et Prasad, 2003) التي جاءت بعنوان " Patient Satisfaction: A comparative study"،¹ وقد توصلت الدراسة إلى أن المريض يتوقع من خلال أقامته في المستشفى ثلاثة أمور أساسية في الخدمة المقدمة له وهي العلاج والراحة والرعاية.

كما اتفقت أيضا مع دراسة (وصفي وآخرون، 2007)² التي كانت بعنوان " قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك في المشافي الجامعية السورية ". وقد هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدركات العملاء لجودة الخدمة الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك في المشافي الجامعية السورية لمعرفة أي الأبعاد الجودة الصحية تحقق أكبر قدر ممكن من رضا المريض بالتركيز عليها وتفعيلها سعيا لتحقيق أعلى رضا ممكن، ولتحسين واقع الخدمة الطبية في المشافي السورية، وتوصلت الدراسة إلى النموذج الأمثل الذي يحقق أقصى رضا ممكن للمريض، وهو مزيج من ثلاث أبعاد هي: جوهر الخدمة ومصداقية الخدمة والتعاطف.

ب. أثبتت الدراسة أن قوة ارتباط الجودة المدركة للخدمة الصحية والقيمة المدركة كانت إيجابية وقوية (0.814)، وكانت قوة ارتباط جميع أبعادها إيجابية وقوية بالنسبة لبعدي الاستجابة والتعاطف ومتوسطة بالنسبة لبعدي الأمان والموسمية، أما بعد الاعتمادية فقد كانت درجة ارتباطه إيجابية ولكن ضعيفة مع القيمة المدركة، وهذه الأبعاد مجتمعة تفسر معا ما نسبته 60.9% من التباين في القيمة المدركة. كما أكدت الدراسة أنه يوجد أثر معنوي لجودة الخدمة الصحية على القيمة المدركة حيث كانت قيمة معامل الانحدار (0.919)، وبينت الدراسة أيضا التأثير المعنوي لجميع أبعاد جودة الخدمة الصحية على القيمة المدركة، باستثناء بعد الاعتمادية الذي كان ارتباطه ضعيف بالقيمة المدركة، وكذلك بعد الأمان الذي كان ارتباطه متوسط بالقيمة المدركة لكنه لم يشكل أي قيمة لدى المريض.

وهذا ما يتفق مع دراسة (عبد القادر أحمد، 2012)، وهي أطروحة دكتوراه بعنوان تحليل محددات ونواتج القيمة: دراسة تطبيقية على عملاء قطاع التليفون المحمول في مصر.³ توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج التي تتعلق باتجاهات عملاء خدمة الهاتف المحمول الخاضعة للدراسة بوجه عام، حيث توصلت الدراسة إلى أن جودة الخدمة المدركة تأتي في مقدمة العوامل التي تحظى بأهمية نسبية عالية كأحد محددات القيمة المدركة للعميل، يليها من حيث كونها من المحددات الرئيسية للقيمة المدركة للعميل والتي حظيت

¹ – Talluru, Prasad, op.,cit.

² – عمر وصفي وآخرون، قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك في المشافي الجامعية السورية، مجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد 47، 2007.

³ علي أحمد عبد القادر أحمد، تحليل محددات ونواتج القيمة: دراسة تطبيقية على عملاء قطاع التليفون المحمول في مصر، رسالة دكتوراه الفلسفة في العلوم التجارية، تخصص إدارة الأعمال، جامعة كفر الشيخ، (2012).

بأهمية نسبية أعلى من المتوسط جودة العلاقة، ثم المخاطر المدركة والتي حظيت بأهمية نسبية أقل من المتوسط، وأخيرا يأتي السعر المدرك في المرتبة الرابعة والذي حظي بأهمية نسبية أقل من المتوسط أيضا.

ج. إن درجة ارتباط القيمة المدركة برضا المريض كانت قوية (0.791)، كما كانت درجة ارتباط جميع مؤشرات القيمة المدركة برضا المريض ايجابية وقوية بدون استثناء، وهذه المؤشرات مجتمعة تفسر معا ما نسبته 62.6% من التباين في رضا المريض. كما بينت الدراسة أن للقيمة المدركة اثر معنوي على رضا المريض حيث كان معامل الانحدار (0.708)، وان جميع مؤشرات القيمة المدركة تؤثر على رضا المريض.

وهذا ما يتفق مع دراسة (الصباحي وآخرون، 2000) التي تحمل عنوان "An Examination of Percived Value Dmiensions in the hospitality Industry" وقد كانت هذه الدراسة حول أبعاد القيمة المدركة في خدمات الضيافة، فعلى الرغم من الأهمية الإستراتيجية لمفهوم القيمة المدركة فإنها لم تتلقى الاهتمام الكافي في خدمات الضيافة. وقد ناقشت هذه الدراسة سعر الخدمات والمنتجات المعروضة. وتبين أن تأثيرها ليس فقط على السلوك الاختياري للمستهلك في مرحلة ما قبل الشراء، ولكنها تؤثر أيضا على رضاهم وتوقعاتهم وإقبالهم والاستمرار على هذا السلوك، وإعادة السلوك ما بعد مرحلة الشراء.¹

د. يوجد تأثير ذو معنوية لجودة الخدمة الصحية على رضا المريض من خلال القيمة المدركة كمتغير وسيط.

إنطلاقا من نتائج الجدول رقم (90) الصفحة (338) الذي يبين نتائج تحليل المسار وتقديرات التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والتأثيرات الكلية، تبين وجود أثر إيجابي مباشر معنوي لجودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المريض عند مستوى الدلالة 0.001، كما يوجد أثر غير مباشر معنوي لجودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المريض، والأثر الكلي بين المتغيرين كان بنسبة تفسير 85.2% عند مستوى دلالة 0.001.

وعليه، فيمكن أن تفسر جودة الخدمة الصحية المدركة المرتبطة بأبعاد الاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف والعناصر الملموسة في المستشفى على رضا المريض بنسبة 85.2%، حيث يمكن لتلك الأبعاد من المساهمة مباشرة في تحقيق رضا المريض بنسبة 40%، وزيادة هذه المساهمة من خلال القيمة المدركة بنسبة 45.2%.

¹ – H. Al-sabbahy, y. Ekine, M. Riley, " An Examination of Percived Value Dmiensions in the hospitality Industry", (2000) .

<https://www.academia.edu/24840301/>

وكانت نتائج هذه الدراسة إسقاطا لدراسة (بثينة لقمان أحمد، 2007)¹، تحت عنوان "محددات ونتائج رضا الزبون عن الخدمات المصرفية"، حيث تناول الموضوع محددات رضا الزبون ونتائجه عن الخدمات المصرفية، وكيفية تحقيق رضا زبائن المصرف، حيث وضع نموذج افتراضي يعكس طبيعة العلاقة بين رضا الزبون وكل من توقعات الزبون والقيمة المدركة والجودة المدركة واعتمد البحث على التأثيرات المباشرة والتأثيرات غير المباشرة بين هذه المتغيرات من أجل تحقيق رضا الزبون. وكانت النتيجة أن تأثير معامل المسار المباشر لتوقعات الزبون على رضا الزبون أعلى من التأثير غير المباشر وكذلك الحال مع الجودة المدركة، عكس الحال مع القيمة المدركة.

المطلب الثالث: الإجابة على التساؤل الرئيسي للدراسة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الرئيسية والدراسات السابقة

للإجابة على التساؤل الرئيسي:

كيف يمكن أو تؤثر إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد (المريض)؟

لابد من الإجابة أولا على التساؤل التالي:

هل يوجد تقارب في اتجاهات أفراد العينتين (العاملين والمرضى) نحو أبعاد الجودة المدركة للخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة؟

وذلك يشمل ضمنا افتراض انه يوجد تقارب في اتجاهات أفراد العينتين (العاملين والمرضى) نحو أبعاد الجودة المدركة للخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة.

إن هذه الفرضية تعتمد على قياس الجودة المدركة للخدمة الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى في ذات الوقت، حيث يتيح ذلك للباحثة الانتقال من إدارة الجودة الشاملة إلى رضا المستفيد، باعتبار أن المستفيد ليس على اتصال مباشر بالإدارة، في حين أن العامل في اتصال مباشر بالإدارة، ونفس العامل هو من يقدم الخدمة للمستفيد (المريض).

وعليه، كان إدراج العاملين أداة وصل بين الإدارة والمرضى، وذلك لتفسير الحلقة المفقودة بين الإدارة والمستفيد (المريض). ولتفسير التسلسل المنطقي لنتائج الدراسة لابد من إدراج متغيرات وسيطة بالنسبة للعاملين (وقد اعتمد الرضا الوظيفي كمتغير وسيط بين إدارة الجودة الشاملة والجودة المدركة للخدمة

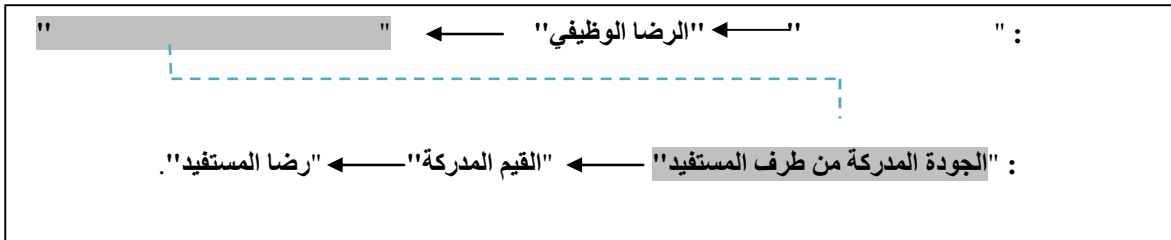
¹ - بثينة لقمان أحمد، محددات ونتائج رضا الزبون عن الخدمات المصرفية (دراسة تحليلية لعدد من فروع مصرفي الرشيد الراقدين في محافظة نينوى)، مجلة تنمية الراقدين، المجلد. 88، العدد. 29، (2007)، ص ص. 27-41.

الصحية)، وبالنسبة للمرضى (واعتمدت القيمة المدركة كمتغير وسيط بين الجودة المدركة للخدمة الصحية ورضا المستفيد)، وذلك بهدف تعزيز نتائج الدراسة.

فإذا كانت "إدارة" جودة الخدمة المدركة تؤدي إلى رضا المريض (المستفيد)، فإن هذه العلاقة تقع في مستويات وعبر عدة مراحل، وهي كما يلي:

- **المستوى الأول:** "إدارة الجودة الشاملة" تسعى إلى تحقيق "الرضا الوظيفي" ومن خلال ذلك يقدم العاملين "خدمة ذات جودة أي جودة خدمة مدركة من طرف العامل"، وهذا المستوى اهتمت به الدراسة الأولى الموجهة للعاملين وأجابت على الشق الأول من مشكلة الدراسة وهو كيف يمكن إدارة جودة الخدمة المدركة، وتم ذلك باستعمال مدخل إدارة الجودة الشاملة. غير أن ذلك لا يتجاوز ما يدركه العاملون فكيف نصل إلى ما يدركه الزبائن ومن ثم تحقيق رضاهم؟
- **المستوى الثاني:** "الجودة المدركة" من طرف المستفيد تزيد من "القيمة المدركة" لديه ومن ثم يتحقق "رضاه"، وهذا الشق من مشكلة الدراسة اهتمت به الدراسة الثانية الموجهة للمرضى من خلال استعمال المدخل التسويقي.

إذا تم ربط كل المراحل في تسلسل بين المستويين ستكون النتيجة كما يلي:



يلاحظ أن المتغير المشترك للربط بين العينتين (العاملين والمرضى) هو الجودة المدركة للخدمة الصحية، وذلك من أجل الانتقال من إدارة الجودة والتي تهتم بها إدارة المستشفى إلى رضا المريض (المستفيد الخارجي). فهل الجودة المدركة من طرف العامل تتفق مع الجودة المدركة من طرف المستفيد. وتجدر الإشارة إلى أن العينتين من المرضى والعاملين ينتمون إلى نفس المستشفيات محل الدراسة كما أن مقياس قياس جودة الخدمة المدركة هو نفسه المستعمل للعاملين وللمرضى أي بنفس الأسئلة.

يوضح الجدول التالي نتائج قياس اتجاهات العاملين والمرضى حول أبعاد الجودة المدركة للخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة.

جدول رقم 93: متوسطات أبعاد الجودة المدركة وتقييم اتجاهات أفراد العينتين

تقييم الاتجاه		الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		أبعاد الجودة المدركة
العاملين	المرضى	العاملين	المرضى	العاملين	المرضى	
جيد	جيد	.74	1.26	3.61	3.65	الإعتمادية
متوسط	جيد	.55	.78	3.27	3.63	الملموسية
جيد	جيد	.73	.92	3.48	3.48	الاستجابة
متوسط	جيد	.95	1.03	3.19	3.66	الأمان
جيد	جيد	.851	1.36	3.74	3.83	التعاطف
جيد	جيد	.53	.81	3.46	3.65	جودة الخدمة

المصدر: بالاعتماد على نتائج تحليل الاستبيان من خلال SPSS

تبين نتائج الجدول (95) وجود تقارب جيد في اتجاهات أفراد العينتين (العاملين والمرضى) حول أبعاد الجودة المدركة للخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة بتقييم جيد على المستوى الكلي. بينما تستثنى بعض الاختلاف على مستوى الأبعاد، مثل بعد العناصر الملموسة الذي جاء عند المرضى بتقييم جيد بمتوسط حسابي 3.63 وانحراف معياري 0.78 وعند العاملين بتقييم متوسط، وكذلك بعد الأمان الذي جاء بتقييم جيد عند المرضى وجاء عند العاملين بتقييم متوسط، ويرجع ذلك إلى تقييم الإطارات الطبية ذات التكوين التقني وهي أدرى بمستوى جودة التجهيزات المستعملة في التمريض لهذا تقيم مستواها بالمتوسط.

وعموما يوجد تقارب في المتوسطات الحسابية للبعدين عند المرضى والعاملين، ولتحديد الاتجاه بدقة بالنسبة لبعدها الملموسة وبعد الأمان نحسب متوسط المتوسط الحسابي للبعدين فنجد المتوسط الحسابي بالنسبة لبعدها الملموسة (3.45) باتجاه جيد، ونجده أيضا بالنسبة لبعدها الأمان (3.42) باتجاه جيد أيضا. وعليه، يمكن القول أن هناك اتفاق في آراء المرضى والعاملين في المستشفيات محل الدراسة حول مستوى الجودة المدركة للخدمة الصحية.

وقد اختارت الباحثة هذه الطريقة لأنها الأنسب لهذه الدراسة من أجل المقارنة بين اتجاهات العينتين (العاملين والمرضى)، حيث أن مقارنة المتوسطات الحسابية واختيار المتوسط الأكبر لصالح عينة معينة سواء مرضى أو عاملين لا يخدم هذه الدراسة بدرجة كبيرة، لأن هدف الدراسة هو الربط بين الإدارة والمستفيد من خلال توافق اتجاهات العاملين والمرضى حول تقييمهم لمستوى جودة الخدمات المقدمة. وفي نفس الوقت من غير المجدي حساب الفجوة بين ادراكات العاملين والمرضى حسب ما جاء في دراسة (صلاح نيا ب، 2012)¹، حيث اعتبر الجودة الفعلية تكون من وجهة نظر العامل والجودة المتوقعة تكون من وجهة نظر

¹ - صلاح محمود نيا ب، "قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين"، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد 01، (2012)، ص ص 69-104.

المريض. ثم حساب الفجوة بواسطة الفرق بين المتوسطين، لإيجاد الفرق بين الخدمة المقدمة فعلا والخدمة المتوقعة، واختيار المتوسط الأكبر لصالح عينة معينة .

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع كل من دراسة (Bouronta , Chitiris &Paravontis , 2009) والتي كانت بعنوان "The Relationship Between Internal And External Service Quality" وقد هدفت إلى دراسة العلاقة بين جودة الخدمة الداخلية والخارجية في قطاع المطاعم في اليونان، وتوصلت الدراسة إلى أن لعوامل جودة الخدمة الداخلية تأثير إيجابي مباشر على أبعاد جودة الخدمات الخارجية وعلى صورة المنظمة بشكل عام.¹ كما تتفق أيضا مع دراسة (صلاح الهيثي، 2007) حول "جودة الخدمة في القطاع العام باستخدام مدخل (SERVPERF) دراسة ميدانية في المستشفيات العامة (جنوب الأردن)"، حيث أظهرت نتائج الدراسة بأن مستوى إجابات المرضى كانت أعلى بالمقارنة مع مستوى إجابات العاملين، وكانت المعاملات الإحصائية لأبعاد الجودة الخمسة لمقياس SERVPERF تميل لصالح المرضى على مقياس الدراسة.²

وبالمقارنة مع دراسة (2004, Al-adham) بعنوان "Assessment of Perceived Health Care Service Quality at Palestinian Hospitals: A Model for Good Hospital Management Practice " التي هدف إلى تقصي إمكانية تطبيق نظام إداري خاص بالجودة، وكذلك البحث عن العوامل المؤثرة في مستوى الأداء للخدمات المقدمة، فإن نتائج الدراسة الحالية لا تتفق معها خاصة النتائج أظهرت وجود اختلافات ذات قيم إحصائية هامة فيما يتعلق بتقييم كل من العاملين والمرضى بمستوى الخدمات المقدمة في مختلف الأقسام العاملة ضمن المستشفى الواحد، وكذلك بين مختلف القطاعات الصحية والى ضعف ملحوظ في أداء غالبية الأقسام العاملة باستثناء الأقسام التابعة للمستشفيات الخاصة، وتقصير في جودة الخدمات الصحية في جميع قطاعات المستشفيات، وأخيرا أظهرت النتائج بأن معايير الجودة الشاملة لم تكن ضمن أولويات هذه المستشفيات باستثناء مستشفى رفديا.³

واختلفت أيضا مع دراسة (Fottler وآخريين 2006) " comparing hospital staff and Patient perceptions of customer service : a pilot study utilizing survey and Focus group data" أجريت هذه الدراسة في عدة مستشفيات أمريكية تركزت على مقارنة ومقابلة ادراكات

¹ - Bouranta, N., Chitiris, L. & Paravantis, J. (2009), "The Relationship Between Internal And External Service Quality " , *International Journal Of Contemporary Hospitality Management*, Vol .21, pp.275-293 .

² - صلاح الهيثي، جودة الخدمة في القطاع العام باستخدام مدخل (SERVPERF) دراسة ميدانية في المستشفيات العامة (جنوب الأردن)، مجلة الباحث الجامعي، جامعة الحديدة، (2007)، ص ص.351-352.

³ - Al-Adham, Majd, Assessment of Perceived Health Care Service Quality at Palestinian Hospitals: A Model for Good Hospital Management Practice (GHMP), Masteral theses in Public Health, at An-Najah National University, Nablus, Palestine. (2004).

المرضى والعاملين لخدمة المستهلك (المريض)، وتشير النتائج بأن هناك درجة عالية من الارتباط بين ادراكات المرضى والعاملين لخدمة.¹

وخلاصة القول يمكن الإجابة على التساؤل الرئيسي كما يلي:

تؤثر إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد، من خلال تأثير إدارة الجودة الشاملة الصحية على الجودة المدركة للخدمة المقدمة من طرف العاملين بنسبة 87.2% حيث يمكن لمؤشرات إدارة الجودة الشاملة (التزام الإدارة العليا، التركيز على العميل، التحسين المستمر، مشاركة العاملين) المساهمة مباشرة في تحقيق الجودة المدركة للخدمة بنسبة 53.3%، وزيادة هذه المساهمة من خلال الرضا الوظيفي بنسبة 33.9%. وبما أن هناك توافق بين اتجاهات المرضى والعاملين حول مستوى الجودة المدركة للخدمة الصحية، فإن تأثير هذه الأخيرة على رضا المريض كان بنسبة 85.2%، حيث يمكن لأبعاد جودة الخدمة الصحية (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) المساهمة مباشرة في تحقيق رضا المريض بنسبة 40% وزيادة هذه المساهمة من خلال تشكيل القيمة المدركة بنسبة 45.2%.

¹ – D. Fottler & et al, op., cit.

خلاصة الفصل الرابع

تم إجراء الدراسة الميدانية من خلال هذا الفصل لفهم كيفية تأثير إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد في المستشفيات الجزائرية بولاية باتنة.

حيث تم في هذا الفصل صياغة منهجية الدراسة، من خلال التأكد من أن الدراسة الحالية تتبع المنهج الكمي والطريقة الاستقرائية، واستخدمت الاستبيان كأداة لجمع البيانات من خلال اختيار عينة عشوائية من الموظفين والمرضى في المستشفيات محل الدراسة، كما تم توضيح كيفية قياس متغيرات الدراسة الخاصة بالعاملين، والتمثلة في إدارة الجودة الشاملة والتي تم قياسها من خلال أربعة أبعاد هي إلزام الإدارة العليا، التركيز على الزبون، التحسين المستمر، مشاركة العاملين؛ الرضا الوظيفي والذي تم قياسه من خلال ثلاثة مؤشرات تمثلت في التقدم والأجر، كفاءة الإشراف، وظروف العمل؛ الجودة المدركة للخدمة الصحية وتم قياسه من خلال أبعاد الجودة المتمثلة في الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان والتعاطف؛ وتم أيضا توضيح كيفية قياس متغيرات الدراسة الخاصة بالمرضى، والتمثلة في الجودة المدركة للخدمة الصحية وتم فيها اعتماد نفس المقياس السابق؛ القيمة المدركة وتم قياسها من خلال القيمة الاستعمالية والقيمة التبادلية؛ إضافة إلى رضا المستفيد والذي تم تقسيمه إلى أربعة مؤشرات هي: الرضا عن الخدمة الطبية، الرضا عن الخدمة التمريضية، والرضا عن الخدمة التنظيمية والفندقية. وبعد التأكد من ثبات وصدق أداة الدراسة، إضافة إلى ملائمة نموذج الدراسة.

تم اختبار الفرضيات، ثم الإجابة على أسئلة الدراسة وعرض وتحليل نتائج الدراسة، حيث تم تحليل نتائج الاستبيان بالاعتماد على برنامج AMOS و SPSS وتوصلت الدراسة إلى أن إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية تؤثر على رضا المستفيد، من خلال تأثير إدارة الجودة الشاملة الصحية على الجودة المدركة للخدمة المقدمة من طرف العاملين حيث يمكن لمؤشرات إدارة الجودة الشاملة المساهمة مباشرة في تحقيق الجودة المدركة للخدمة وزيادة هذه المساهمة من خلال الرضا الوظيفي. وبما أن هناك توافق بين اتجاهات المرضى والعاملين حول مستوى الجودة المدركة للخدمة الصحية، فإنه يمكن لأبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) المساهمة مباشرة في تحقيق رضا المريض، كما يمكنها زيادة هذه المساهمة من خلال تشكيل القيمة المدركة.

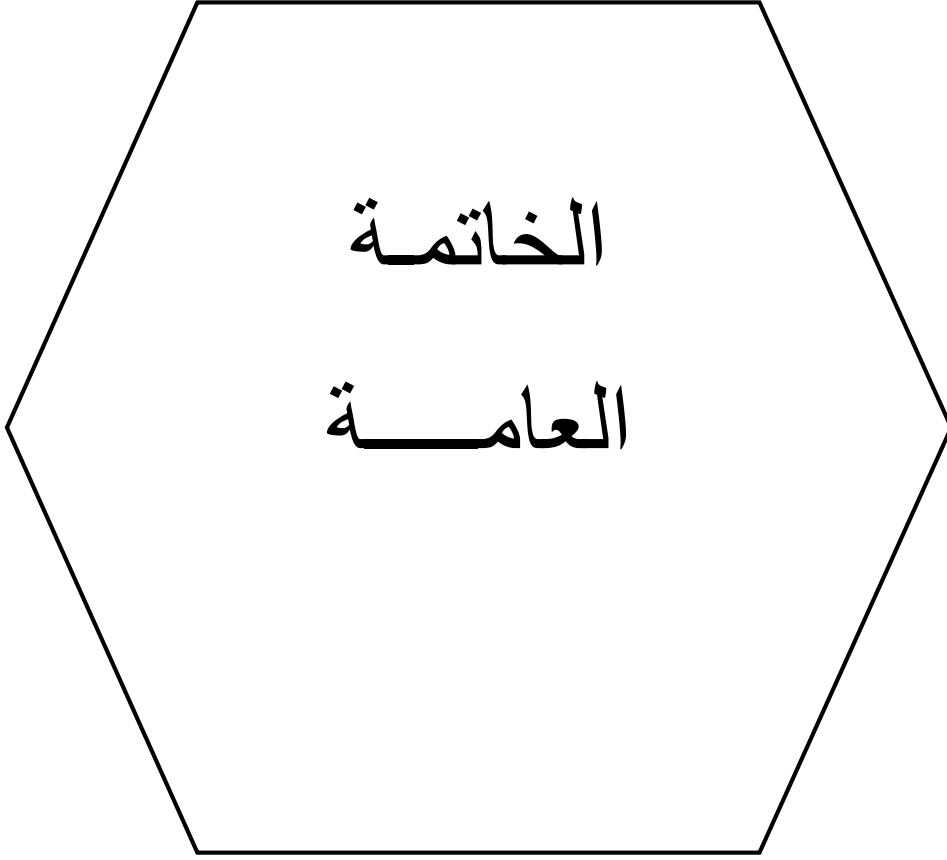
خاتمة الجزء التطبيقي

تمكنت الدراسة من خلال هذا الجزء رصد أهم محطات المنظومة الصحية الجزائرية، فقد ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية صحية يرثى لها. ولم يتم إنشاء وزارة الصحة كوزارة قائمة بذاتها إلا سنة 1965م، وكان قرار مجانية العلاج خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي، وتوحيد نظامه ككل. وبالرغم من مواجهة العديد من المشاكل كهجرة الأدمغة، وتمركز الاطارات في المدن الكبرى وقلة وثيرة التطور في التنمية البشرية، إلا أنها استطاعت أن تحقق بعض التقدم والتطور في القطاع الصحي. فقد عرفت الموارد المادية نوع من الاستقرار في الهيكل القاعدية وارتفاع في عدد العيادات متعددة الخدمات، وقد حدد دستور 1989 تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية، وأكد ذلك قانون المالية سنة 1993م في أن دور الدولة هو التكفل بالمعوزين والتكوين والبحث العلمي، أما باقي العلاجات فتكون عن طريق النهج التعاقدية.

كما عرفت العشرية الأخيرة تحسنا في الوضعية الصحية، حيث ارتفع معدل الولادات وتراجع معدل وفيات الأطفال بشكل ملحوظ، مما أدى إلى ارتفاع توقع الحياة عند الولادة. وذلك راجع إلى الانخفاض الكبير للأمراض المنتقلة عن طريق التطعيم والأمراض المعدية. أما الأمراض غير المنتقلة فهي ما تعاني منه المنظومة الصحية الحديثة. وذلك راجع أيضا إلى التحسن الملحوظ لنسبة تغطية المورد البشري الصحي، خاصة الأطباء العاميين والأخصائيين.

وفي الأخير يمكن القول أن المشكل الذي يعاني منه النظام الصحي العمومي في الجزائر لا يتعلق بالدفع المالي بالدرجة الأولى باعتبار أن الدولة أكبر مصدر ممول للنفقات الصحية، ولكن يعاني من مشكلة التسيير والتنظيم. والإصلاح يجب أن يركز على التقييم والمتابعة والتقويم.

أما عن نتائج الدراسة الميدانية لمجموعة المستشفيات محل الدراسة حول أثر إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد في المستشفيات الجزائرية. فقد أشارت النتائج في شقها الأول (الخاص بالعاملين)، أن إدارة الجودة الشاملة تسعى إلى تحقيق الرضا الوظيفي، ومن خلال ذلك يقدم العاملون خدمة ذات جودة. وكشفت الدراسة أنه يمكن لإدارة الجودة الشاملة وجميع مؤشرات المساهمة مباشرة في تحقيق الجودة المدركة للخدمة الصحية، ولكن يمكن زيادة هذه المساهمة والتأثير من خلال الرضا الوظيفي، ويتم ربط الشق الأول بالثاني من الدراسة (الخاص بالمرضى) من خلال وجود توافق بين اتجاهات المرضى والعاملين حول مستوى الجودة المدركة للخدمة الصحية. وعليه، فإن الجودة المدركة للخدمة الصحية وجميع أبعادها تستطيع المساهمة مباشرة في تحقيق رضا المريض، ولكن يمكنها زيادة هذه المساهمة من خلال تشكيل القيمة المدركة.



الخاتمة

العامّة

إن الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين أصبح هدفا عاما لأي دولة في خططها التنموية والاقتصادية، والذي أسهم في نقل المستشفيات من إطارها القديم المتمثل في كونها مجرد مكان يمارس فيه الطبيب مهنته ليأخذ إطارا أشمل في الكيفية التي تقدم بها الخدمة الصحية. فضلا عن تخطيط وتنفيذ برامج التطوير والبحث، إلى جانب وضع معايير للرقابة على جودة الخدمات المقدمة. ولما كان المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تساهم في تحقيق التنمية الاجتماعية، زاد الاهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات والإنفاق عليها، وقد يتم عن طريق القطاع الحكومي في بعض الدول، وعن طريق إسهام الهيئات والجمعيات الخيرية والقطاع الخاص في دول أخرى. وتعد المستشفيات الحكومية من أهم الأنواع انتشارا في عالم اليوم، وهي تلك المستشفيات التابعة للدولة "وزارة الصحة، وزارة الدفاع وغيرها من مؤسسات الدولة"، ويدخل تحت هذا التصنيف أيضا المستشفيات الجامعية التي تدار من قبل الجامعات الحكومية، ولما كانت الأموال التي تنفق في هذا المجال كبيرة، تعين الحرص على أن تكون الخدمة الطبية المقدمة ذات مستوى عال يتناسب مع النفقات.

إن أداء المنظمة وأنشطتها قد تتأثر وتتشكل نتيجة للقوى المحيطة بها، وإن نجاح أي منظمة يعتمد بشكل أساسي على قدرة إدارتها على تفسير وتحليل المتغيرات المحيطة ودقة الاستجابة لها، والعمل على تشخيصها لمعرفة ما يواجهها من فرص وتهديدات، والتعرف على محددات النجاح عند التعامل مع الزبائن من أجل كسب رضاهم.

إن الوضعية الصحية التي تمر بها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة، قد مر بعدة مراحل ومشاكل، الشيء الذي انعكس على عدم القدرة على حل مشاكل المواطنين الصحية. ويمكن إيجازها فيما يلي:

- إن الجزائر ورثت سنة 1962م وضعية صحية يرثى لها نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية وسوء التغذية وقلة النظافة، ونقص التأطير خاصة الميدان الطبي ونقص التغطية الصحية مما خلق فوارق اجتماعية جهوية كبيرة، بالإضافة إلى المعوقات الهيكلية والبشرية، يضاف لها المعوقات القانونية، حيث أن إنشاء وزارة الصحة كوزارة قائمة بذاتها لم يكن إلا في سنة 1965.
- كان قرار مجانية الطب المتعلق بإصدار قانون الطب المجاني، كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني.
- وبالرغم من عمر الاستقلال السياسي للجزائر إلا أنها استطاعت أن تحقق بعض التقدم والتطور في القطاع الصحي، وهذا من خلال تشجيع التنمية البشرية وتكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية، ولكن

- في المقابل واجهت عدة مشكلات أهمها: هجرة الأدمغة وخاصة الأطباء، وتمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى، وقلة وتيرة التطور في التنمية البشرية بحكم الحاجيات والتحديات محليا ودوليا.
- أما الموارد المادية فقد عرفت نوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، مع تسجيل ارتفاعا في عدد العيادات متعددة الخدمات. وإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية في سنة 1986. وفي نهاية الثمانينيات أتى دستور 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية. ويؤكد قانون المالية لسنة 1993 ان تدخل الدولة سيكون في الوقاية والتكفل بالمعوزين والتكوين والبحث في العلوم الطبية، أما باقي العلاجات تتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي عن طريق النهج التعاقدية الذي شرع في عملية تجريبه بداية من سنة 1997 لتطبيقه في سنة 2000، ولكن الدراسة لم تتوصل إلى غايتها.
- أما العشرية الأخيرة فقد تميزت بتحسين الوضعية الصحية، فقد ارتفع معدل الولادات من 20.36% في سنة 2003 مثلا إلى أعلى معدل 26.08% في سنة 2012. أما معدل الوفيات لم يتغير كثيرا من 4.55% في سنة 2003 إلى 4.53% في سنة 2012. ونفس الشيء بالنسبة لمعدل وفيات الرضع، حيث تراجع بـ 9.9 بالألف حيث تراجع من 32.5 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية سنة 2003 إلى 22.6 حالة وفاة سنة 2012، وقد كان معدل التراجع ايجابي بالنسبة للإناث من الذكور. كما أن معدل الوفيات بالنسبة للأمهات انخفض ويرجع ذلك إلى تراجع معدل الخصوبة والتكفل الحسن بالأمهات. وعليه، فإن توقع الحياة عند الولادة ارتفع إلى 76.4 سنة في سنة 2012 محققا بذلك زيادة تقدر بـ 0.8 سنة مقارنة بـ 2008 و بزيادة تقدر بـ 2.5 سنة مقارنة بـ 2003. وقد كانت متماثلة بين الإناث والذكور.
- على مستوى المؤشرات الوبائية شهدت أيضا انخفاضا كبيرا للأمراض المتنتقلة عن طريق التطعيم، والأمراض المعدية. أما الأمراض غير المتنتقلة فهي تحتل صدارة الأمراض المزمنة في الجزائر حيث عرف معدل الإصابة بالسكري ارتفاع من 8% إلى 16% خلال الفترة 1990 إلى 2013. كما اعتبر السرطان منذ 10 سنوات اكبر مشكل في الصحة العمومية بمعدل تأثير أكثر من 130 حالة جديدة لكل 100000 ساكن.
- على مستوى انتشار الهياكل الصحية، عرفت سنة 2007 إعادة تنظيم القطاعات الصحية (SS) لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة (EPSP)، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص. وعليه، فقد شهدت المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) نسبة تغطية واسعة، ثم المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) التي تعرف هي الأخرى تغطية معتبرة بالنسبة لعدد السكان مع المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) في

نفس المستوى تقريبا. وذلك من اجل لتحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية ومجانية العلاج.

كما أن قاعات ومراكز العلاج لها نسبة تغطية واسعة خاصة في سنة 2008، باعتبارها أولى بوابات سلسلة العلاج، حيث أنها تركز على الوقاية والعلاج الأولي لشريحة كبيرة من السكان. أما نسبة تغطية العيادات متعددة الخدمات فقد شهدت انخفاض كبير في سنة 2008 لتسجل بعدها ارتفاع مميز في سنة 2009 نتيجة الزيادة المعتبرة في هذه الهياكل.

- بالنسبة للمورد البشري، شهدت أيضا تحسنا ملحوظا سيما أن أحسن تغطية للأطباء العامين سجلت سنة 2012، ونفس المنوال عرفته نسبة تغطية الأطباء الأخصائيين وأطباء الأسنان والصيدالة. والجدير بالذكر أن نسبة الأطباء إلى عدد السكان في الجزائر مازالت ضعيفة. أما الشبه طبيين فقد سجل الحاصلين على شهادة الدولة أعلى تغطية، تليها نسبة تغطية المؤهلين التي عرفت انخفاض تدريجي إلى سنة 2012. أما تغطية المساعدين شبه طبيين فقد عرفت ارتفاع تدريجي. وقد عرف عدد الإداريين تزايدا مستمرا، كما سجل عدد التقنيين زيادة معتبرة. في حين عرف عدد عمال الخدمات زيادة في الثلاث سنوات الأولى (2008-2010) بنسبة تقدر بـ 8.84%، ثم انخفض تدريجيا ابتداء من سنة 2011.

- على مستوى توزيع الموارد المالية، بعد تقرر إرساء مبدأ الطب المجاني على مستوى القطاع العمومي، تم استبدال "السعر اليومي" بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية. وخلال الفترة الممتدة من 2006-2010 كان التمويل من خلال مساهمات الدولة؛ مساهمة الـ CNAS مصادر أخرى متمثلة في التعاضديات الاجتماعية، المؤسسات الاقتصادية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء والمؤسسات الخارجية. وتعد مساهمة الدولة أكبر مصدر ممول للنفقات الوطنية. وقد ازدادت نسبة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي حيث بلغت 8.22% في سنة 2012 لتتخفف بعدها تدريجيا حتى سنة 2015 بنسبة 0.54%.

يمكن القول إذن، أن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي العمومي ليست شكلية تتعلق بالدفع المالي، بل أعمق من ذلك. فهي تتعلق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة والبيئة التي تعيش فيها، أي مختلف العلاقات بين مكونات المحيط العام. فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية التي تعطي أكثر فعالية للنظام الصحي لتحسن مردودية الخدمات المقدمة اعتمادا على الجانب التسييري الرشيد. ومن أجل التكيف مع المستجدات المعاصرة، ينبغي على المؤسسات الصحية في الجزائر أن تعتمد مداخل إدارية معاصرة تسعى من خلالها إلى إرضاء مقامي الخدمات الصحية أولا ثم إرضاء المستفيدين من الخدمة الصحية ثانيا. ومن بين هذه المداخل إدارة الجودة الشاملة وإدارة

التسويق، اللذين يسمحان لها بتدراك الفجوات القائمة بالمقارنة مع مؤسسات صحية في دول متقدمة أو حتى في دول الجوار.

إن إدارة الجودة الشاملة توضح كيفية إدارة الجودة المدركة التي تسعى إلى تحقيق الرضا الوظيفي للعاملين، وهو الشق الأول من مشكلة الدراسة.

إن المرحلة الأخيرة التي مرت بها الجزائر تشهد اهتماما كبيرا على كافة المستويات فيما يتعلق بجودة الخدمة الصحية، ولعدم توافر نظام أساسي للجودة لدى المؤسسات الصحية يساعدها على التعرف على المشاكل وإيجاد الحلول لها وتوفير قاعدة بيانات تساهم في قياس ومتابعة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة ومدى تطورها، فإنه آن الأوان لوضع إستراتيجية شاملة لتطوير النظام الصحي من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة بحيث يكون هدفها تحديث معايير الجودة على المستوى الوطني تكون مبنية على الدراسات والبحوث التي تتناسب مع الموارد والمناخ والبيئة الجزائرية، والتركيز على آليات تطبيق نظام الجودة في الخدمات الصحية. بالإضافة إلى خلق مناخ داعم للجودة من قبل متخذي القرار ومقدمي الخدمة والمنتفعين بها في كل القطاعات العامة في تقديم الخدمات الصحية. وبناء كوادر بشرية في مجال إدارة الجودة الشاملة على كل المستويات لتنفيذ برامج الجودة ومشروعات التحسين المستمر في المنشآت الصحية المختلفة، بالإضافة إلى التعاون مع كل الجهات العاملة في قطاعات الصحة المختلفة في مجال إدارة الجودة الشاملة.

وتكون الرسالة هي تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في مستويات الخدمة الثلاثة (العلاجية، الوقائية، الاستشارية) في الجوانب الصحية والإدارية والتنقيفية والاجتماعية لتوائم احتياجات المجتمع وبرامج الإصلاح الصحي الشامل على المستوى الوطني وتعظيم كفاءة وفاعلية استخدام الموارد المتاحة.

إن كل ذلك لا يتجاوز ما يدركه العاملين في المنظمات الصحية، ولنصل إلى ما يدركه المستفيدون (المرضى) ومن ثم تحقيق رضاهم، يجب أن يكون من خلال الجودة المدركة من طرف المستفيد التي تزيد من القيمة المدركة لديه ومن ثم تحقيق رضاه. وهذا يمثل الشق الثاني من مشكلة الدراسة والذي يهتم به المدخل التسويقي الذي يعتبر أن رضا المستهلك هو محور الاهتمام. ولا يتأتى له ذلك إلا من خلال تحليل سلوك المستهلك الذي يعتبر المدخل الناجح لعملية التسويق في تحديد احتياجات المستهلك غير المشبعة. فالمستهلك يتحول إلى زبون من خلال متابعة المنظمة لعملية إرضائه.

ولا يجب الإقتصار على تحديد رضا الزبون (المرضى) باعتباره مجرد رد فعل اتجاه القيمة المتحصل عليها، ولكن يجب الانتقال إلى دراسة وقياس القيمة المحصلة لديه. كما أن تحقيق رضا الزبون الداخلي يساهم في تحقيق رضا الزبون الخارجي. حيث أن رضا العاملين وارتياحهم في عملهم

خاصة في المنظمات الصحية، سوف يؤدي إلى التأثير على مستوى أداء أعمالهم وزيادة مستوى الكفاءة لديهم، مما ينعكس على جودة ما يقدموه للزبائن مما يساهم في تحقيق رضاهم.

إن الدراسة الحالية قدمت نموذجا متكاملًا لأثر إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد (المريض)، فقد أُلتمت بأهم الممارسات التي يتطلبها محيط المنظمة الصحية ومناخ العمل فيها. فمن الجانب الإداري، ارتبطت الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين بمؤشرات إدارة الجودة الشاملة ارتباطًا قويًا باستثناء مؤشر التحسين المستمر الذي كانت درجة ارتباطه ضعيفة. هذا ما يؤكد التأثير المباشر لإدارة الجودة الشاملة وجميع مؤشرات على الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين باستثناء مؤشر التحسين المستمر.

كما أثرت إدارة الجودة الشاملة وجميع مؤشرات على الرضا الوظيفي تأثيرًا مباشرًا باستثناء التحسين المستمر الذي كان تأثيره ضعيفًا. وبدوره الرضا الوظيفي سجل ارتباطًا قويًا مع الجودة المدركة للخدمة الصحية، ومن ثم كان له تأثير مباشر على الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين. إن هذا النموذج لم يكتف بتحديد التأثيرات المباشرة على الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين، بل قدم تفسيرًا أدق لهذه العلاقة من خلال المتغير الوسيط (الرضا الوظيفي)، فقد أكدت الدراسة أن الرضا الوظيفي يزيد من مساهمة مؤشرات إدارة الجودة الشاملة في تحقيق الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف العاملين.

أما جانب المستفيد (المريض)، وللوصول إلى رضاه تم الاعتماد على قياس الجودة المدركة من وجهة نظر العاملين والمرضى في ذات الوقت، حيث أن التقارب في اتجاهات أفراد العينتين هو ما يتيح الانتقال من إدارة الجودة الشاملة إلى رضا المستفيد. باعتبار أن المستفيد ليس على اتصال مباشر بالإدارة في حين العامل في اتصال مباشر بالإدارة ونفس العامل من يقدم الخدمة للمستفيد.

وعلى هذا الأساس فقد ارتبط رضا المريض بقوة مع الجودة المدركة للخدمة الصحية من طرف المرضى بجميع أبعادها خاصة بعد التعاطف. وعليه، كان التأثير المباشر للجودة المدركة للخدمة الصحية بجميع أبعادها على رضا المريض باستثناء بعد الاعتمادية والاستجابة التي لم تؤثر على رضا المريض. كما ارتبطت الجودة المدركة للخدمة الصحية مع القيمة المدركة ارتباطًا قويًا نتيجة المنافع التي يتحصل عليها المستفيد سواء كانت تبادلية أو استعمالية. وعليه، فقد كان لها تأثير مباشر على القيمة المدركة باستثناء بعدي الاستجابة والأمان. وبدورها القيمة المدركة وجميع مؤشرات كان لها تأثير مباشر على رضا المريض حيث كانت درجة الارتباط بينهما قوية.

ولكن التفسير الأدق لهذه العلاقات يكون من خلال التأثير غير المباشر لجودة الخدمة المدركة للخدمة الصحية من طرف المرضى على رضا المريض من خلال القيمة المدركة، فقد أثبتت الدراسة أن القيمة المدركة تزيد من مساهمة وتأثير الجودة المدركة على رضا المريض.

وخلاصة القول يمكن الإجابة على إشكالية الدراسة كما يلي:

تؤثر إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد، من خلال تأثير إدارة الجودة الشاملة الصحية على الجودة المدركة للخدمة المقدمة من طرف العاملين بنسبة 87.2 % حيث يمكن لمؤشرات إدارة الجودة الشاملة المساهمة مباشرة في تحقيق الجودة المدركة للخدمة بنسبة 53.3%، وزيادة هذه المساهمة من خلال الرضا الوظيفي بنسبة 33.9%. وبما أن هناك توافق بين اتجاهات المرضى والعاملين حول مستوى الجودة المدركة للخدمة الصحية، فإن تأثير هذه الأخيرة على رضا المريض كان بنسبة 85.2%، حيث يمكن لأبعاد جودة الخدمة الصحية (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) المساهمة مباشرة في تحقيق رضا المريض بنسبة 40 % وزيادة هذه المساهمة من خلال تشكيل القيمة المدركة بنسبة 45.2%.

الاقتراحات

- انطلاقاً من النتائج السابق الإشارة إليها يمكن لهذه الدراسة أن تقدم جملة من التوصيات والاقتراحات، منها ما يلي:
- محاولة معرفة الخلل والنقص في مدى اعتماد المرضى على المستشفيات محل الدراسة، التي جاء تقييمها جيد بالنسبة للمرضى غير أنها لم تشكل أي قيمة لهم ومن ثم لم تتمكن من تحقيق رضاهم. بالإضافة إلى عدم رضا المرضى عن درجة الاستجابة رغم التقييم الجيد لها، كما أن بعد الأمان لم يستطع تشكيل أي قيمة لدى المريض.
 - العمل على زيادة وتحسين جودة العناصر الملموسة التي تقدمها المستشفيات محل الدراسة من أجهزة ومعدات طبية وهياكل صحية باعتبار العاملين في القطاع أكثر دراية بذلك.
 - تركيز الاهتمام على التحسين المستمر الذي تفتقده المستشفيات محل الدراسة، والذي أصبح أمر ضروري تفرضه مجموعة عوامل تستدعي الاهتمام بهذا الجانب، من خلال العمل على تدريب وتأهيل وتمكين العاملين. وعقد المزيد من الندوات والمؤتمرات لتوليد أفكار جديدة بشكل مستمر بحيث تسهم في عملية التحسين المستمر.
 - أن تقوم الإدارة بإيلاء اهتمام أكبر بالعاملين على اعتبار أنهم زبائن داخليون إنسجاماً مع فلسفة إدارة الجودة الشاملة، وذلك عن طريق تقدير جهودهم المتميزة والعمل على رفع مستوى أدائهم وتعزيز

- الثقة بينها وبينهم عن طريق العمل على تعديل القانون الداخلي الخاص بهم المتعلق بالأجور والترقيات.
- إن الوصول إلى مستوى عال من الجودة هو نتيجة تضافر جهود العاملين، لذا ينبغي ترسيخ وتعزيز مبدأ عمل الفريق الواحد خاصة في ظل طبيعة عمل المستشفيات، مما يتطلب فتح قنوات الاتصال أكثر بين الرئيس والمرؤوسين، بالإضافة إلى إشراك المستويات الإدارية الأخرى لضمان التعاون أكثر وإتاحة الفرصة لهم في صنع القرار وتفعيل طرق التحفيز المادية والمعنوية. خاصة الموجودين في مواجهة وخدمة المستفيدين، لأنهم على اتصال مباشر بهم، وأدائهم للأعمال المنوطة بهم على أكمل وجه يؤثر على سمعة المستشفى، وعلى الكلمة المنطوقة عنها والذي يؤثر بدوره مباشرة على أداء رسالتها.
- وضع مؤشرات للجودة تقاس عليها ما تم تنفيذه من أعمال من قبل الموظفين في كل قسم على حدى وللمستشفى بشكل عام، والعمل على إجراء تقييم دوري، ومنح الجوائز وشهادات التقدير لأفضل الأقسام المتقدمة في مجال الجودة.
- العمل على تجسيد مبادئ إدارة الجودة الشاملة لتكون أكثر انغماسا في الثقافة التنظيمية لدى المستشفيات بشكل محوري ولتكون سمة من سمات ثقافتها التنظيمية، وكأساس في إنجاح تطبيقها؛ لأن أداء الأعمال يعكس بصورة مباشرة لما يحمله العاملون من قيم ومعتقدات وأعراف.
- دعوة جميع الباحثين والمهتمين إلى القيام بالدراسات والأبحاث المعمقة التي تبحث في تقييم أثر إدارة الجودة على جودة الخدمة الصحية المقدمة، من أجل الوقوف على مستوى هذه الخدمات، ومحاولة تحسينها وتطويرها.
- توصي الباحثة بإجراء دراسات مستقبلية في نفس القطاع وفي قطاعات خدمية أخرى كدراسات مقارنة مع نتائج هذه الدراسة ومدى ظهور تباين في النتائج.

المراجع

البلوغرافيا

: باللغة العربية

1-

1. العظيم. (2008) التسويق - الإسكندرية: الجامعية.
2. (2001)، التسويق: وجهة نظر معاصرة. الإسكندرية: مكتبة الإشعاع الفنية.
3. إدريس، جمال الدين محمد. (2005)، التسويق المعاصر. الإسكندرية: الدار الجامعية.
4. إدريس، (2006) كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم. الإسكندرية: الجامعية.
5. بن عبد العزيز، بن سعيد خالد. (1997) : تطبيقات على القطاع الصحي. الرياض: العبيكان للطباعة والنشر.
6. بسترفيلد، دال، ترجمة سرور علي إبراهيم سرور. (1995) . المملكة العربية السعودية: المكتبة الأكاديمية.
7. بعيرة، أبو بكر. (1993)، التسويق ودوره في التنمية. : منشورات جامعة قاريونس.
8. بن سعيد، خالد عبد العزيز. (1998)، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي. الرياض: مطبعة العبيكان.
9. (1987)، إدارة التسويق. القاهرة: دار النهضة العربية.
10. عيسى، عذ . (2003) المستهلك (التأثير النفسية) 2 . : الجامعية ديوان .
11. بسيوني محمد. (2005)، تنمية مهارات تخطيط الموارد البشرية. : ابتراك للنشر والتوزيع.
12. تامر ياسر. (2005) تسويق الخدمات الصحية. : اليازوري.
13. بوكميش . (2010) إدارة الجودة الشاملة أيزو 9000. : دار اليازية للنشر.
14. ثابت، زهير وحسين، ألفيا. (2006)، التسويق الفعال. القاهرة: جامعة عين شمس.
15. (2006) . : الأهلية للنشر والتوزيع.
16. (2006) . : مفاهيم وتطبيقات. : .
17. الجوهري، عبد الهادي. (1988) دراسات في علم الاجتماع السياسي. القاهرة: مكتبة نهضة الشرق.
18. الدين. (2008) المستشفيات العمومية الجزائرية. : .
19. حسن، أمين عبد العزيز. (2001)، استراتيجيات التسويق في القرن الحادي والعشرون. القاهرة: .
20. خضير، كاظم . (2005) 3. : المسيرة .
21. (2002) . : الحديثة. : .
22. (2001) . : . : .
23. ذياب، صلاح محمود. (2010)، إدارة خدمات الرعاية الصحية. : .
24. (2014)، مناهج البحث العلمي: تطبيقات إدارية واقتصادية، 7. : دار وائل للنشر والتوزيع.
25. السويدان (2008) المجيد. التسويق غير الربحية. : للتوزيع
26. (2001) إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية. القاهرة: دار غريب للنشر والطباعة.
27. السيد، اسماعيل. (1998)، مبادئ التسويق. الإسكندرية: الدار الجامعية للنشر والتوزيع.
28. السيد، الهواري. (1996)، -الأصول والأسس العلمية. : مكتبة عين شمس الكبرى.
29. سيكران، اوما، ترجمة بسيوني، علي إسماعيل وآخرون. (1998) : مهارات البحثية. الرياض: المنشورات العلمية لجامعة الملك سعود.
30. شميدت، و و فيجن، ج، ترجمة: (1997)، مدير الجودة الشاملة. الرياض: دار الأفاق الإبداعية للنشر والإعلام.
31. شوايش، مصطفى نجيب. (2005)، إدارة الموارد البشرية. : .
32. ريباد (1999) التسويق. : والتوزيع.
33. فريد والسيد، إسماعيل. (2001)، التسويق. الإسكندرية: الجامعية.
34. فريد. (2002) التسويق. : الجامعية.
35. فريد. (2007) التسويق بينة الانترنت. الإسكندرية: الجديدة.
36. الصيرفي، (2006) طريقة شهادة الايزو. الإسكندرية: حورس الدولية والتوزيع.
37. هاني حامد. (2005) تسويق الخدمات، 2. : .
38. طالب، علاء فرحان والجنابي، أميرة. (2009) . : .

39. عدمان، مريزق محمد. (2011)، مداخل في الإدارة الصحية. دار الولاية.
40. علوان، قاسم نايف. (2005)، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 9001:2000. :
41. عبيدات، محمد إبراهيم. (2006)، التسويق الصحي والدوائي. :
42. عبيدات، محمد إبراهيم. (2004) المستهلك (استراتيجي) 4. :
43. عطية، عبد القادر محمد عبد القادر. (2000)، اتجاهات حديثة في التنمية. الإسكندرية: الدار الجامعية.
44. عمر، أيمن علي. (2006)، قراءات في سلوك المستهلك. الإسكندرية: الدار الجامعية.
45. (2013) . : الوراق للنشر والتوزيع .
46. عاطف، زاهر الرحيم. (2009) مفاهيم تسويقية حديثة. : الولاية والتوزيع.
47. عباس، سهيلة محمد وعلي، حسين علي. (2007)، إدارة الموارد البشرية. :
48. عبد اللطيف، عبد اللطيف. (2001)، العلوم السلوكية في التطبيق الإداري. :
49. (2007) . أوقاف الرعاية الصحية في المجتمع الإسلامي. : وقفية الشيخ علي بن عبد الله آل ثاني
50. الإسكندرية: الدار الجامعية. (2002) .
51. (2008) . : خوارزم العلمية للنشر والتوزيع. (spss).
52. عبيدات، (2001) . : مفهوم، أدوات وأساليبه. :
53. محمد عبد الوهاب. (2002) أنظمة إدارة الجودة والبيئة ISO 14000 ISO 9000, 1. :
54. (2008) . تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة. : دار المسيرة.
55. (2009) . الصحية. : اليازوري .
56. تيسير. (2004)، التسويق المصرفي. :
57. العيسوي، (2007) . الإسكندرية:
58. بشير حميد. (1999) تسويق : استراتيجي ووظيفي. :
59. (1995) . البحث في العلوم السلوكية. الرياض: العيبان للطباعة والتوزيع.
60. فهمي، محمد شامل. (2005) : المفاهيم والتطبيقات باستخدام spss. الرياض: معهد الإدارة العامة.
61. مؤيد الحسين يوسف حجيم. (2004) المستهلك المستهلك : منهج والتوزيع.
62. كوتلر، فيليب، ترجمة بابكر، فيصل عبد الله. (2004)، كوتلر يتحدث عن التسويق. المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.
63. لاين، أ وفشبر، م و هوق، ج وسميث، أ، ترجمة نيا، صلاح محمود والمعلا، عايد. (2013)، إدارة وتسويق الخدمات الصحية.
64. مخيبر، حنان محمود. (2010)، إدارة المستشفيات. : المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر.
65. ككاتدا وموك، كوني و سباركس، بيفيرلي، إبراهيم، سرور . (2007) . الضيافة والسياحة، ووقت الفراغ. الرياض: المريخ.
66. (2005) . تحريراً ثقافية تحرير الدولية المصرفية. القاهرة:
67. المحياوي، قاسم نايف علوان. (2006) :
68. سعيد محمد. (2002)، إدارة التسويق والأنشطة الخدمية. الإسكندرية: الدار الجامعية.
69. زكي خليل. (1998)، تسويق الخدمات الصحية. :
70. الميناوي (1998) . المستهلك، 2. : عين
71. جمال الدين محمد إدريس (2005)، السلوك التنظيمي. الإسكندرية: الدار الجامعية.
72. نصيرات فريد توفيق. (2008)، إدارة منظمات الرعاية الصحية. : دار إثراء للنشر والتوزيع .
73. (1998) . الدعاية والإعلان والعلاقات العامة. :
74. ريتشارد (2000) . الرياض: العيبان.

2- الدوريات

1. بثينة لقمان. "محددات ونتائج رضا الزبون عن الخدمات المصرفية (دراسة تحليلية لعدد من فروع مصرفي الرشيد الراقدين في محافظة نينوى)"، مجلة تنمية الراقدين 88. 29. (2007).
2. خير الدين موسى "أثر البيئة الداخلية على الالتزام التنظيمي في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في المملكة

- الأردنية الهاشمية"، مجلة جامعة الملك فيصل (المملكة العربية السعودية 2012).
3. حنان عبد الرحيم . "التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية" 40. 3. (2000).
 4. وفق السيد. "محددات جودة الخدمة الصحية وأثرها على رضا العملاء في المستشفيات الجامعية"، المجلة المصرية للدراسات التجارية، مجلد 27 4 (: 2003).
 5. "ثالث التميز، تحسين الجودة وتخفيض التكلفة وزيادة الإنتاجية" 37. 1. (1997).
 6. الديوجي أبي سعيد . "النوعية والجودة في الخدمات: دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات"، مجلة تنمية الرافدين 73 (2003).
 7. "تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي"، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاجتماعية 11. 3. (2009).
 8. الشميمري . "جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية" 41. 2. (2001).
 9. سلمان حبيب حاج عيسى سيد احمد. "تقييم فعالية المنظومة الصحية الجزائرية الحديث"، مجلة التاج الصحية، معهد التطوير والتأهيل الطبي، 06 (الإمارات العربية المتحدة، 2010).
 10. إسماعيل اللطيف. " تطبيق التشغيلي للمنظمات التصنيعية) دراسية الهندسية الأردنية الهاشمية" 73. (2008).
 11. "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة : نموذج لقياس"، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية 25 (: 2009).
 12. الهيتي . " (SERVPERF) ميدانية المستشفيات " الجديدة (2007) .
 13. " القيمة - والمفاهيم المحاذية لها مردودية " الإنسانية، خيضر ، 10. (2006).
 14. ديوب عطية هاني رمضان. "إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى"، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد 27. 2. (2005).
 15. ذياب . "قياس ابعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الاردنية م والموظفين"، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية والادارية، المجلد 20. 01. (2012).
 16. " المدخل التسويقي كعلاج لمشكلة تخطيط الأسرة"، مجلة الإدارة العربية، المجلد 3. 2. (نيسان 1989).
 17. سليمان. " التسويق (Demarketig) أو تقنين - استطلاعية عينة المدخنين مدينة " كلية دهوك العراقية الإدارية 24. (: 2008).
 18. الفت ابراهيم جاد الرب. " فاعلية مقياس جودة الخدمة الصحية على رضا العميل الخارجي ()"، المجلة العلمية (2011)
 19. "تسويق العلاقات مع العملاء بالتطبيق على متاجر الأقسام والفروع"، مجلة المحاسبة والإدارة والتأمين، مجلد 46 69.
 20. ناجي ذيب. "قياس جودة الخدمات المصرفية التي تقدمها المصارف التجارية في الأردن"، مجلة دراسات، العلوم الإدارية، 25 2 (1998).
 21. بشير. "العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة بالإدراك ورضا المستفيد (دراسة تحليلية)" 3. 2. (2001).
 22. ميسر حسن وصالح نجيب . "إمكانية تطبيق استراتيجيات التسويق ترشيد استهلاك الكهرباء" تكريت الإدارية والاقتصادية 8. 24. (: 2012).
 23. نصيرات فريد هاني. "مدى التشابه والتباين بين المرضى والإداريين حول مكونات جودة الخدمات الاستشفائية: تطبيقية على مستشفيات القطاع الخاص" 12 1 (2000).
 24. "قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك في المشافي الجامعية السورية"، مجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد 47 (2007).

1. أبو عيد، دراويش، عبد القادر وعيدة، (2015) " الوظيفي الصحية المستشفيات الحكومية الغربية"، جامعة القدس المفتوحة، الخليل.
2. حنان عبد الرحيم. (2000) "التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية" 40. 3. الرياض <http://nurses.mam9.com/t40-topic>
3. حليلة، حميدة. (2006) الإستشفائية : المدرسة الوطنية
4. جوهانستون، هورويرتسون، أ. (1972) ، ترجمة نبيه غطاس، مكتبة لبنان، بيروت.
5. سعيد شعبان. (2002) "أثر التسويق الداخلي كمدخل لإدارة الموارد البشرية على مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي بالقاهرة الكبرى"، www.faculty.ksu.edu.sa، الحيدر، عبد الم إبراهيم عمر. (2005) "الرضا الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي في مدينة الرياض" معهد الإدارة العامة، الرياض.
6. منير (2000) "تسعير الصحية بالتركيز" "المستشفيات، كلية
7. عمار، وليد التوجهات الإستراتيجية
8. (2003) "اقتصاديات الصحة"، مجلة جسر التنمية، العدد 22 www.moph.gov.lb/Publications/.../HealthStrategy.pdf.
api.org
9. عبد الوهاب، علي محمد وآخرون. (1996) "إدارة الموارد البشرية"، الأكاديمية العربية للعلوم والتكنولوجيا.
10. بشير. (2001) "قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية" المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة.
11. وليد عبد الرحمن خالد. (2009)، تحليل بيانات الاستبيان باستخدام spss، الندوة العالمية للشباب الإسلامي، إدارة البرامج والشؤون الخارجية.
12. كردي، أحمد السيد، التنمية الإدارية "تنمية الرضا الوظيفي"، منتدى طريق النجاح والتفوق، الموقع الإلكتروني Kenanonline.com/ahmed kordy/posts/127608
13. مهنا، كامل الحماية الصحية : بالمستشفيات وسبل تخفيض الهيئات الأهلية التطوعية
14. مهنا، كامل. (نيسان 2002) السياسات الصحية بيروت.
15. ماضي، محمد توفيق. (2002)، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة.
16. مخيمر، عبد العزيز والطعامنة، محمد. (2003) "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (مفاهيم وتطبيقات)"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية.
17. مختار، هيفاء (2003) الصحية : تطبيقات على اتجاهات الماجستير فهد كلية عبدالعزيز،
18. "خطوات ومراحل، أساليبه ومناهجه، أدواته ووسائله، كتابته" علمية، الاجتماعيات، والتدريب، التعليم عنيزة، العربية السعودية.
19. الإحصاءات الصحية العالمية، 2014. : <http://www.un.org/arabic/news/story.asp?NewsID=21109#.V0NKdOT-fk8>
20. الإحصاءات الصحية العالمية، 2012. : <https://ar.wikinews.org/wiki>
21. تقرير التنافسية العربية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2003؛ ولمزيد من المعلومات حول الحقائق الواردة هنا يمكن الرجوع إلى المؤسسة العربية لضمان الاستثمار التي تعني بشؤون الاستثمار والتجارة في الدول العربية، الكويت، 2005. 82-83.
22. قانون المالية للسنوات 2008-2012 : <http://www.dgpp-mf.gov.dz/index.php/lois-de-finances>
23. - - تكنولوجيا : <http://www.aps.dz/ar/sante-science2015> حويلة

-4-

1. أبو عزيزة . العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية في القط ماجستير في إدارة الأعمال غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، (2010).
2. تحليل ونواتج القيمة: دراسة تطبيقية على عملاء قطاع التليفون المحمول في مصر، رسالة الفلسفة في العلوم التجارية، تخصص الأعمال، جامعة كفر الشيخ، (2012).
3. جيلالي أمير. تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، (2001).
4. بله. تطبيق مفهوم والتكنولوجيا، كلية الوظيفي دراسة البزياتوس للمياه الغازية، رسالة ماجستير والعلوم التطبيقية، كلية العليا، (2004).
5. قياس جودة الخدمة بالمصارف التجارية السعودية: دراسة مسحية لآراء عملاء مصرف الراجحي بمدينة الرياض، مذكرة ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية، (2008).
6. (2006)، اتجاهات المراجعين نحو جودة خدمات العيادات الخارجية في المستشفيات العامة والخاصة، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
7. الصحة والأزمة الاقتصادية في الجزائر، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج، فرع تسيير الموارد البشرية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2003 .17.
8. إيمان . أساليب التحسين لتحقيق عمليات التشغيل، كلية عين (2003).
9. زكي خيل. التسويق في المنظمات التي لا تهدف للربح، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة الزقازيق ، مصر، (1982).
10. تقييم نفقات الصحة والتعليم ، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة تلمسان، 2010.

5. تقارير

1. التقارير السنوية تمويل الوطنية العمومية 2010-2006
2. التعليم الوزارية رقم 136 الصادرة في ديسمبر 2015، المنظمة للعلاج المنزلي والمشجعة له بهدف تقريب الصحة من المواطن.
3. الجريدة الرسمية عدد 104 65-73 03 1393 هـ الموافق لـ 28 ديسمبر 1973م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.
4. الجريدة الرسمية العدد 36، الصادر بتاريخ 16 جمادى الثانية 1431 هـ، الموافق لـ 30 2010 .5.
5. الجريدة الرسمية العدد 73، الصادر بتاريخ 07 1427 هـ، الموافق لـ 9 2005 .10.
6. الجريدة الرسمية العدد 08، الصادر بتاريخ 11 1416 هـ، الموافق لـ 31 1996 .3.
7. الجريدة الرسمية العدد 47، الصادر بتاريخ 11 ربيع الأول 1418 هـ، الموافق لـ 16 جويلية 1997 .12.
8. الجريدة الرسمية العدد 48، الصادر بتاريخ 14 جمادى الثانية 1424 هـ، الموافق لـ 13 2003 .6.
9. الجريدة الرسمية العدد 81، الصادر بتاريخ 10 1418 هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر 1997 .19.
10. الجريدة الرسمية العدد 36، الصادر بتاريخ 16 جمادى الثانية 1431 هـ، الموافق لـ 30 2010 .5.
11. الجريدة الرسمية، العدد 47 بتاريخ 11 ربيع 1418 هـ، الموافق لـ 16 يوليو 1997 .14.
12. المرسوم التنفيذي رقم 92-96 14 1416 هـ الموافق لـ 03 1996، المتعلق بتكوين الموظفين وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم. الجريدة الرسمية، العدد 16، الصادرة بتاريخ 17 1416 هـ الموافق لـ 6 1996 .5.
13. المرسوم التنفيذي رقم 92-276 05 1413 هـ الموافق لـ 06 يوليو 1992، المتضمن مدونة أخلاقيات مهنة الطب. الجريدة الرسمية، العدد 16، الصادرة بتاريخ 07 1413 هـ الموافق لـ 08 يوليو 1992 .
14. المرسوم التنفيذي رقم 07-140 19 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 3 1428 هـ، الموافق لـ 20 2007 .10.

15. التنفيذي 384-06 28 2006 ، الجريدة الرسمية العدد 70، الصادر بتاريخ 31 1427 هـ ،
5 2006 .3
16. التنفيذي 422-06 22 2006 ، الصادر بتاريخ 5 1427 هـ ،
26 2006 .22
17. التنفيذي 209-07 1 جويلية 2007 ، الجريدة الرسمية العدد 44، الصادر بتاريخ 23 1428 هـ ،
8 جويلية 2007 .6
18. التنفيذي 140-07 30 2006 ، الجريدة الرسمية العدد 78 تاريخ 2 1426 هـ ،
4 ديسمبر 2005 .4
19. التنفيذي 143-06 26 افريل 2006 ، الجريدة الرسمية العدد 27، الصادر بتاريخ 27 ربيع الاول 1427 هـ ،
26 افريل 2006 .6
20. 65. 2004 جويلية 2004 .6
21. مديرية المالية المديرية الفرعية للميزانية
22. ميثاق : الوطنية .
5. 1998 28-26

1. Brilman, J. (2001), les meilleures pratiques de management (au coeur de la performance), 3^{eme} éd. Paris: edition organization.
2. Cravens, D. W. (2000), Strategic Marketing, 6th ed. USA: McGraw-Hill.
3. Bateson, J. E. (1992), Managing Services Marketing: Text and Readings, 2nd ed. London: The Dryden Press.
4. Bank, J. (2000), The essence of Total Quality Management , 2nded. England: Pearson education limited.
5. Crosby, P.B. (1979), quality is Free: The Art of Making Quality Certain. New York: McGraw-Hill Book Company.
6. Cohen, S. & R. Brand. (1993), Total Quality Management in Government: A practical Guide for The Real World. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
7. Caster, G. L. & P. Reynolds. (1999), Marketing Management. USA: McGraw . Hill , Inc.
8. Derbaix, C & J. Brée. (2000) , comportement Du consommateur. paris: Economica.
9. Darpy, D & P. Volle. (2003), comportement du consommateur :concept et outil. Paris: Dunod.
10. Dayan et al. (2004), Manuel de gestion, 2^{eme} ed. Paris: Ellipses.
11. Duncan, J & P. Ginter , L.Swayne. (1998), Hand Book of Health Care Management. New York:Blackwell Publisher Inc.
12. Dilworth, J. B. (1996), Operations Management, 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.
13. Deming, E. & M. Walton. (1986), The Deming Management Method. New York: Dodd Mead.
14. Dominique, G. et autres. (2000), L'entreprise, 2ed. Paris: éditeur Gaétan Morin.
15. Derbaix, C. (2000), Customer Economic. paris: Afnor.
16. Evans, J. R., and J. W. Dean. (2003), Total Quality: Management, Organization and Strategy. États-Unis: South- Western Publishing Company.
17. Evans, j.R & D.A .Collier. (2007), operation management. Boston:Thomson South Western.
18. Ferrell, O.C & H. Geoffrey. (1993), Business A Changing World, 2nd ed. Chicago: Irwin.
19. Fliser, M., le Comportement du Consommateur. Paris: édition Dalloz .
20. Feigenbaum, A.V. (1991), Total Quality Control, 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Company
21. Foster,D.L. (1992), Marketing Hospitality: Sales and marketing for Hotels, Motels, and Resorts. New York: School Publishing Company McGraw Hill.
22. Gronroos, C. (2001), Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach, 2nd ed. London: Wiley.
23. Gravens, D. W. (2000), Strategic Management. USA: McGraw-Hill.
24. Gopal, R. (2000), marketing Management, Text,Cases. New Delhi: Vikas publishing House.
25. Goncalves, K.P. (1998), Services Marketing Strategic Approach. New Jersey: prentice -Hall.
26. James, P. (1996), Total Quality Management, london: Prentice Hall.
27. Juran, J. and M. Gryan. (1993), quality planning and analysis. New York: Megaw-hill-Inc.
28. Juran J. M. (1992), Juran on Quality by design. New York: The Free Press.
29. Jober, D. (2004), Principles and practice of Marketing, 4th ed. UK: Mc Graw-hill education.
30. Kotler, P. & R.N.Clarke; (1987), Marketing for Health Care Organization. N J: Prentice Hall.
31. Kotler, P. et autres. (2009), Marketing Management, 13^{eme} ed. France: Pearson education.
32. Kotler, P. (1997), Marketing Management, 9th ed. N J: Prentice Hall inc p.40.
33. Kotler, P. (1997), Principle Marketing, Analysis, Planning implementation and control. New Delhi: Printice-Hill of India.
34. Kotler, P, & G, Armstrong. (1999), Principe of Marketing. USA: Prentice-Hall, Inc.
35. Kotler, P. (2003), Marketing management. USA: Pearson Education.
36. Kotler, P & T.Ronald. (1989), Marketing Management. USA: Prentice-Hall.
37. Kotler, P. (1994), Marketing Management, 8th ed. New Jersey: Prentice- Hall.
38. Kreitner, R. & A. Kinicki. (2008), organizational behavior, 8th ed. USA: McGraw-Hill.

39. Legres, J & D. Pemartin. (1981), pratique des relations humaines dans l'entreprise. Paris: Editions d'Organisation.
40. Lendrevie, J & D. Lindon. (2000), Mercator. Paris: Dalloz.
41. Lambin, J & R. Chumpitaz. (2002), Marketing Strategique et Operationnel: du marketing à l'orientation marché, 5^{ème} ed. Paris: Dunod.
42. Lendrevie, J, et autres. (2003), Mercator, 7^{ème} ed. Paris: Dalloz.
43. Lovelock, C. & J. Wirtz. (2006), Service Marketing: People, Technology ,Strategy. UK: Pearson Prentice-Hall.
44. Lovelock, C. (1996), Service Marketing, 3rd ed. NY: prentice- Hall, international Edition.
45. Monin, J.M. (2001), La satisfaction qualité dans les services. Paris: AFNOR.
46. Neter, J& W.William and H.K.Michael. (1985), Applied Linear Statistical Models: Regression, Analysis of Variance, and Experimental Designs, 2nd ed. Homewood: Richard D. Irwin, Inc.
47. Octave, N. & j. Arregle & D,Yves. (2001), introduction au management de la valeur. Paris: Edition Dunod.
48. Parasuraman,& V.Zeithaml & L. Berry. (1990), Delivering Service Quality: balancing Customer Perceptions and Expectation. New York: the Free Press.
49. Payne, A. (2005), The Essence of Services Marketing. New York: Prentice- Hall.
50. Pride, W. & O. Ferrell.(2000), Marketing, 2nd ed. New York: Houghton Mifflin.
51. Robbins, S. (2007), organizational behavior. USA: prentice-hall.
52. Ray, D. (2001), La satisfaction clients. Paris: Edition organisation.
53. Ray, D. (2001), Musurer et developper la satisfaction des clients, 2^{ème} tirage. paris: edition d'organisation.
54. Rock, G& M. José –ledoux. (2006), Le service de la clientele. Paris: edition ERPI.
55. Sekaran, U. (2004), Research Methods for Business a Skill Building Approach, 4th ed. N Y: John Wiley & Sons, Inc.
56. Slack, N. & S. Chambers & R. Johnston. (2004), Operation Management. New york: Prentice- Hill.
57. Stevenson, w. (2005), Operation Management. New York: McGraw-Hill.
58. Solomon, M. (2002), Customer behavior: Buying, Having, and Being, 5th ed. New Jersey: Prentice Hall.
59. T. Vavra, Improving your Measurement of Customer Satisfaction (New York: Quality Press, 1997).
60. Zikmund, W. (2003), Business Research Methods. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
61. Zeithmal V. & M. Britner. (2003), service Marketing Integrating Customer, Focus across the Firm. New York: McGraw-Hill, International Edition.
62. Zollinger, M. (1985), Marketing Bancaire-vers une banque du 3^{ème} type. Paris: Dunod.
63. Zollinger, M. & E. Lamarque. (1999), Marketing et stratégie de la banque, 3^{ème} ed. Paris: édition, Dunod.

2- الدوريات

1. AsadiLari, M & M. Tamburini & D. Gray., "Patients, needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model", Health and Quality of Life Outcomes, Vol 2, No 32, (2004).
2. Baker, R., "Audit and standards in new general practice", British Medical Journal, Vol.303, (1991).
3. Bouranta, N & Chitiris, L. & Paravantis, J. (2009), "The Relationship Between Internal And External Service Quality", International Journal Of Contemporary Hospitality Management, Vol .21,
4. Beeton, S & I. Pinge., " Casting the Holiday Dice: Demarketing Gambling to Encourage Local Tourism", Current Issues in Tourism journal, Vol. 6, No. 4, (2003).
5. Bouranta, N & L.Chitiris & J.Paravantis., "The relationship Between Internal and External Service Quality ", International of Journal Of Contemporary HospitalityManagement, vol.21, (2009).
6. Bettencourt, L. A & S. W. Brown., "Contact Employees : Relationships Among Workplace Fairness, Job Satisfaction and Prosocial Service Behaviors", Journal of Retailing, Vol. 73, No.1, (1997).
7. Brayman, A., "The Debate About Quantitative and Qualitative Research : A Question of Method or Epistemology? ", The British Journal of Sociology, Vol. 35, No. 1, (1984).
8. Berwick, D., "A primer on Leading the Improvement of Systems", British Medical Journal, vol.312, No.9, (1996).
9. Cooper, J. & John J. Cronin., "Internal Marketing : A Competitive Strategy for The Long – Term Care Industry" , Journal of Business Research, Vol.48, No.1, (2000).
10. Calnan, M., "Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care", Social Science & Medicine, Vol.27, No.9, (1988).

11. Cronin J., & S.A. Taylor., "Measuring Service Quality: A Re-examination and Extension" ,*Journal of marketing*, Vol. 56, (July,1992).
12. Cao, Q & S.Dowlatshahi., "The impact of alignment between virtual enterprise and information technology on business performance in an agile manufacturing environment", *Journal of Operations Management*, No.23, (2005).
13. Chaouch, M., développement du Système National de Santé : Stratégies et perspectives, " le gestionnaire ", revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique, No.5, juin 2001.
14. Cronin, J & S.Taylor., " Measuring Service Quality: a Re-examination & Extension", *Journal of Marketing*, Vol.56, No.7, (1992).
15. Caruana, A. & M.Ewing & B.Ramaseshan., "Assessment of the Three-Column Format SERVQUAL: An Experimental Approach". *Journal of Business Research*, Vol. 49, (2000).
16. Cronin, J. & S. Taylor., "Servperf Versus Servqual: Reconciling Performance-based and Perception-minus-expectations Measurement of Service Quality". *Journal of Marketing*, Vol.58, No.1, (1994).
17. Dagger, S.T & J.C. Sweeney., "Service Quality Attribute Weights: How do Novice and Longer-term Customers Construct Service Quality Perceptions ?", *Journal of Service Research*, Vol.10, N°.1, (2007).
18. Dean, J & D.Bowen., "Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice Through Theory of Management", *Academy of Management Review*, Vol.19 ,No.3.
19. Donavan, D. T & T.J. Brown & J.C. Mowen., "Internal Benefits of Service-Worker Customer Orientation: Job Satisfaction, Commitment, and Organizational Citizenship Behaviors", *Journal of Marketing*, vol.68, (2004).
20. Duman, T., "A Model of Perceived Value for Leisure Travel products", *European Journal of Marketing*, Vol. 32, No.11, (2002).
21. Donath, B., "The Customer Value Imperative", *Institute of the Study of Business Markets*, Vol.8, No.1, (1998).
22. Deam, J. & D. Bowen., "Management theory and Total Quality: Improving research and practice through theory development", *Academy of Management Review*, Vol.19, (1994).
23. Fitzpatrick, R., "Surveys of patient satisfaction 1: important general considerations", *British Medical Journal*, Vol 302, (1991).
24. Fottler, M. D et al, "comparing hospital staff and Patient perceptions of customer service: a pilot study utilizing survey and Focus group data" , *health service management research*, Vol.19. No.1, (2006).
25. Francis, B., "Servqual; Review, Critique, Research Agenda", *European Journal of Marketing*, Vol. 30, no.1, (1996).
26. Grönroos, C., " A Service Quality Model and its Marketing Implications", *European Journal of Marketing*, Vol.18,No.4, (1984).
27. Hariss, E.G & J.C. Mowen & T.J. Brown., " Re-examining Salesperson Goal Orientations: personality Influencers, Customer Orientation, and Work Satisfaction", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 33, No.1, (2005).
28. Hoffman, K. D. & T.N. Ingram., "Creating Customer-Oriented Employees: The Case in Home Health Care", *Journal of Health Care Marketing*, Vol.11, No.2, (1991).
29. Inness, M. & Others., "Demarketing Tobacco Through Price Changes and Consumer Attempts Quit Smoking", *Journal of Business Ethics*, Vol.77, No.4, (2007).
30. Jun, M. & S.Cai., "Examining the relationships between internal service quality and its dimensions, and internal customer satisfaction", *Total Quality Management*, Vol. 21, No.2, (2010).
31. Joshi, A.W. & S. Randall., "The indirect effects of organizational controls on salesperson performance and customer orientation", *Journal of Business Research*, Vol. 54,(2001).
32. Jun, M & S. Cai., "Examining the relationships between internal service quality and its dimensions, and internal customer satisfaction", *Total Quality Management*, Vol.21, No.2, (2010).
33. Kuei, H. Ch., "Internal Service Quality – An Empirical Assessment", *International Journal Of Quality & Reliability Management*, Vol .16, (1999).
34. Kelley, S.W., "Developing customer orientation among service employees", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 20, (1992).

35. Kuei, H., "Internal Service Quality- An Empirical Assessment", *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol.16, (1999).
36. Kotler, P. and B.Dubois., " Satisfaire la clientèle à travers la qualité, le service et la valeur" *Revue Française du Marketing*, No.144–145, (1993).
37. Korda, A.P. & B. Snoj., "Development, validity and reliability of perceived service quality in retail banking and its relationships with perceived value and customer satisfaction ", *managing global transitions*, vol.8, No. 2, (2010).
38. Kotler, P. & S.J. Levy, "Demarketing, yes, demarketing", *Harvard Business Review*, Vol.79, No .6, (1971).
39. Kotler, P. & S.J. Levy, "Demarketing, yes, demarketing", *Harvard Business Review*, Vol.79, No .6, (1971).
40. Lutz, B & B. Bowers., "Patient-Centered Care: Understanding Its Interpretation and Implementation in Health Care", *Scholarly inquiry for nursing practice*, Vol.14, No.2, (2000).
41. Lapierre, J., "Customer- Perceived Value in Industrial Context", *Journal of Business and Industrial Marketing*, Vol.15, No.2, (2000).
42. Mispelblon, F., "le secret des services : Les clients, acteurs autant qu'objets de travail", *Revue française du Marketing*, N° 34, (1991).
43. Martin, C., "From Brand Values to Customer Value", *Journal of Marketing Practice: Applied Marketing Science*, Vol.2, No.1, (1996).
44. Moore, R.S., "The Sociological Impact of Attitudes Toward Smoking: Secondary Effects of the Demarketing of Smoking", *The Journal of Social Psychology*, Vol.145, No.6, (2005).
45. Netherlands, S., " Demarketing as a differentiation strategy", *journal of marketing letters*, Vol.4, No.1, (2007).
46. Olivier, F. & S. Pierre., "The dynamics and evolution of the service marketing literature1993–2003", *Service Business*, No1,(2007).
47. Organ, D.W., "Personality and organizational citizenship behaviour", *Journal of Management*, Vol. 20, (1994).
48. Organ, D.W & K.Ryan., "A meta-analytic review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behaviour", *Personnel Psychology*, Vol. 48, (1995).
49. Payne, A & S.Holt, & P.Frow., "Integrating Employee, Customer and Shareholder Value Through An Enterprise Performance Model: An Opportunity for Financial Services", *International Journal of Bank Marketing*, vol.18, No.6, (2000).
50. Parasuraman, A. & D. Grewal., "The Impact of Technology on the Quality-Value-Loyalty Chain: A Research Agenda", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.28, No.1, (2000).
51. Parasuraman, A & V.Zeithaml & L. Berry., "A conceptual model of service quality and its implications for future research". *Journal of Marketing*, Vol. 49, (1985).
52. Parasuraman, A & V.Zeithaml & L. Berry., "Servqual : A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, Vol.64, N°.1, (1988).
53. Parasuraman, A & V. Zeithaml & L. Berry., "Refinement and Reassessment of the Servqual Scale", *Journal of Retailing*, Vol. 67, N°.4, (1991).
54. Pettijohn, C.E. & L.S. Pettijohn, & A.J. Taylor., "The Influence of Salesperson Skill, Motivation, and Training on the Practice of Customer-Oriented Selling», *Psychology et Marketing*, Vol.19, (2002).
55. Podsakoff, P.M & S.B. MacKenzie & W.H. Bommer., "A meta-analysis of the relationships between Kerr and Jermier's substitutes for leadership and employee job attitudes, role perception, and performance", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 81, (1996).
56. Raza, M & A. Siddiquei & M. Hayat., "Relationship Between service quality, perceived value, satisfaction and revisit intention in hotel industry", *Interdisciplinary Journal of contemporary research in business*, Vol.4, No.8 (2012).
57. Richard, M. D. & A.W Allaway., "Service quality attributes and choice behavior", *Journal of Service Marketing*, Vol.7, No.1 (1993).
58. Radwan, M & I. Al-EisaAl-Mutar & M. Al-Terkit., "Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services at Capital Health Region", *Journal of Family Medicine*, Vol.3, (2005).
59. Rioux, S & L. Penner., "The causes of organizational citizenship behavior: a motivational analysis", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 86, (2001).

60. Saliba, M & C. M. Fisher., "Managing Customer Value: A Framework Allows Organization to Achieve and Sustain Competitive Advantage", *Quality Progress*, Vol 33, No 6, (2000).
61. Saxe, R & B.A. Weitz., "The SOCO Scale: A Measure of the Customer Orientation-Selling Orientation of Salespeople", *Journal of Marketing Research*, Vol.19, (1982).
62. Smith, C.A & D.W. Organ & J.P. Near., "Organizational citizenship behavior ; its nature and antecedents", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 68, (1983).
63. Schwepker, C.H., "Customer-oriented selling: A review, extension, and directions for future research", *Journal of Personal Selling & Sales Management*, Vol. 23, No2, (2003).
64. Saihi, J., "le système de santé publique en Algérie, *Revue Gestions hospitalières* ", la revue des décideurs hospitaliers, No.455, (Avril 2006).
65. Teas, R. Kenneth., "Expectations, Performance Evaluation and Consumers Perceptions of Quality", *Journal of Marketing*, Vol.57, No.10, (1993).
66. Teas, R.K., "Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality, an Assessment of a Reassessment", *Journal of Marketing*, Vol.58, No.7, (1994).
67. Trouvoll, B., "Negative emotions and their effect on customer complaint behaviour", *Journal of service Management*, vol.22, No.1, (2011).
68. Udupa, N & Others., "Demarketing Of Injurious Consumption: An Indian Scenario", *pharmaceutical Review*, vol.5, No.4, (2007).
69. Van, V & L. Roberts & V. Tonder., « Customer satisfaction, trust and commitment as predictors of customer loyalty within an optometric practice environment”, *Southern African Business Review* , Vo.16 , No.3, (2012).
70. Wall, A., " Government “demarketing” as viewed by its target audience", *Marketing Intelligence & Planning*, Vol. 25, No.2, (2007).
71. William, O et al., "Conceptualization of a meaning-based research approach for tourism service experiences", *Tourism Management*, Vol.27, (2006).
72. Wong, A., "The role of emotional satisfaction in service encounters", *Managing Service Quality*, Vol.14, No.5, (2004).
73. Williams, S & S. Newman., "Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction”, *Family Practice*, Vol.12, No.2, (1995).
74. Wright, S., "Health satisfaction: a detailed test of the multiple discrepancies”, *Social Indicators Research*, Vol.17, (1985).
75. Woodruff, R. B., "Customer Value: The Next Source for Competitive Advantage”, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.25, No.2, (1997).

: -3

1. Aurier, P & Y. Evrard & G.N'goala., " Comprendre et mesurer la valeur du point de vue du consommateur ", *Recherche et Application en Marketing*, Vol.19, No.3, (2004). Voir : www.AFM.fr.
2. Al-sabbahy, H & y. Ekine & M. Riley., " An Examination of Percieved Value Dmiensions in the hospitality Industry", (2000) . <https://www.academia.edu/24840301/>
3. Al-Adham, Majd, Assessment of Perceived Health Care Service Quality at Palestinian Hospitals: A Model for Good Hospital Management Practice (GHMP), Masteral theses in Public Health, at An-Najah National University, Nablus, Palestine. (2004).
4. Bian, H., Structural Equation Modeling With AMOS. Office for faculty Excellence Fall,(2011).
5. Brahmia, B., La formation continue « enjeux et stratégie », *Le Gestionnaire : Revue semestrielle élaborée par L'Ecole Nationale de Santé Publique*, Numéro spécial, N°11112875, juillet 1997.
6. Brennan, R., "Does Political Marketing Need The Concept of Customer Value?", *University Business School*, UK, (2004).
[www.mubs.mdx.ac.uk/Research/Discussion-papers/marketing/pdf.\(12-11-2013\)](http://www.mubs.mdx.ac.uk/Research/Discussion-papers/marketing/pdf.(12-11-2013))
7. Chavez, D., *Beyond the Market: The Future of Public Services*, *Public Services Yearbook* ,(2005).
8. Cappel, D & A. Phillips & C. R. Phillips., *Proceedings of the Society of Business, Industry and Economics*, (SOBIE) Annual Meetings, "Strategic Demarketing of Healthcare Service", Florida, (2011), April 12 – 15.

9. Fernández, R & M. Bonillo., "The concept of perceived value: a systematic review of the research, Marketing Theory", Vol. 7, No. 4, (2007), [http://mtg.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/4/427.\(10-09-2012\)](http://mtg.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/4/427.(10-09-2012))
10. Gerard, S., La formation des Directeurs d'hôpital, Radiologie d'une réforme, Gestion Hospitalière, Paris, No 333, (1994).
11. Giffin, F., "Managing Customer Value for Customer Satisfaction, New Markets and Profit Enhancement", International Insurance Society, Singapore, (2002). www.iisonline.org/singapore/Giffin.pdf.
12. Goddington, D. C. et al., "Strategies For Survival in The Hospital Industry", Harvard Business Review, (May – June, 1985),
13. Haar, J & C. Spell, European and Mediterranean conference on inform, "Predicting Total Quality Management in New Zealand: The mode rating effect of organizational size", (2006).
14. Jonathan, G., "HMOs get Medicare Marketing Guidelines", Journal of Modern Health Care,(1997).
15. Lewis, R. C & B. Booms, "The marketing aspects of service quality", AMA Proceeding, American Marketing Association Chicago, (1983).
16. Moutte, J., 2ème Journée de Recherche IRIS sur le thème de la relation client dans les activités de service, "Le management du personnel en contact dans les services : levier d'amélioration de la satisfaction des clients", IAE Lyon, (15 mars 2007).
17. Moutte, J., "L'impact du personnel en contact avec la clientèle sur la satisfaction du client: Proposition d'un modèle conceptuel", Aix-Marseille III, (2007).
18. www.cirmap-fea.org/fichiers/moutte-janvier-2007.pdf (17-08-2012)
19. Oliver, R. L., "Cognitive, Affective, and Attribute of the Satisfaction Response", Journal of consumer recherche, Vol 20, (1993).<http://www.uta.edu/faculty/richarme/MARK%205342/Articles/Oliver%201993.pdf>
20. Oufriha, F.Z., Système de santé et population en Algérie, édition ANP, Alger, (2002).
21. Parissier, C., Actes de congrès International de l'association Française de Marketing, "les effets des couts monétaires et non monétaires sur la perception de la valeur par le consommateur", Lille, (2002).
22. Robert, C.C. & C.E. Bec., marketing in small and Rural Hospitals, American Hospital Publishing, (1989).
23. Samli, A.C. & Yavas, U., "Reverse technology transfer: Demarketing lessons formless developed countries. In A. Cocks Samli (ed.) Technology Transfer, Geographic, Economic, Cultural and Technical Dimensions (1985).
24. Shelly, G & S. K. Lakhwinder., "Customer satisfaction, its antecedents and linkage between employee satisfaction and customer satisfaction: A study", Asian Journal of Business and Management Sciences, Vol.1, No.1, (2011).
25. www.ajbms.org, http://www.ajbms.org/articlepdf/ajbms_2011_1127.pdf. (09-12-2013)
26. Sanchez et autre., environnement collaboratif d' adaptation pour le télédiagnostic des problèmes vasculaires, publié dans ubimob, 8^{ème} journées francophones, mobilité et ubiquité, France, (2012).
27. Shaikh, B.T & F. Rabbani., "Health Management Information System: A tool to gauge patient satisfaction & Quality of Care", Eastem Mediterranean Health", Vol.11, No. 1-2. (2005). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16532688>
28. Shaikh, B. T., "Quality of Health Care: An absolute for Patient Satisfaction", Journal of View Point, Vol. 55, No.11, (2005). http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=969
29. Abdelkrim Soulaïmene, la loi de sante publique en Algerie et en France, sante publique, Vol. 16, No.04, (2004).
30. Tremblay, M & P.Guay & G. Simard., "L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires : l'influence des pratiques de gestion des ressources humaines", Actes du 11ème Congrès de l'AGRH, Paris, (2000).
31. Tamsamani, J. et al, L'impact des dimensions du produit sur la valeur perçue globale, Faculté d'Administration Université de Sherbrooke (Qc) Canada, (2007). [http://ojs.acadiau.ca/index.php/ASAC/article/view/1036/895.\(11-10-2014\)](http://ojs.acadiau.ca/index.php/ASAC/article/view/1036/895.(11-10-2014))
32. Talluru, S & G. Prasad., "Patient Satisfaction: A comparative stady", Journal of the Academy of Hospital Administration,(2003).

33. Westbrook, R. A & R. L. Oliver., "The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction", *Journal of Consumer Research*, Vol.18, No.1, (1991).
http://www.geocities.ws/matthew_lau2002/Downloads/Westbrook_satisfaction.pdf.(15-12-2013)
34. Waris, R.G., An examination of organizational culture, employee attitudes, and organizational citizenship behaviors: A path analysis approach, Unpublished thesis Submitted impartial Fulfillment of the Requirement For the Degree of Doctor of Philosophy, University of Missouri-Kansa Cit, (2005).
35. Centre for administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, Assistance sociales dans la région Méditerranéenne Algérie.
<http://www.unpan1.un.org/intraddoc/groups/public/documents/CAIMED/unpan018927.pdf>
36. Les 6 dossiers de la reforme hospitalière
<http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>
37. Lutte contre les maladies non transmissibles, séminaire sur l'élaboration d'un pland'action
www.lemagreb.dz.com (21/04/2014)

4- تقارير وثائق أخرى

1. Comptes nationaux de la santé de l'Algérie, élaborés par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Mai 2003 (donnée 2000 et 2002).
2. Direction des études et de la planification, annuaire statistique 2014.
3. Institut National de sante Publique, Causes medicales de Deces-Algerie, annees : 2007-2008, année 2013, mai 2015.
4. Institute National de Santé Publique, Relevé Epidémiologique Annuel, Situation Epidémiologique de l'annee 2008, sur la base des cas Déclares A L' I .N.S.P, Vol.9, No.5
5. Info Santé: Bulletin d'information de Santé Publique- Publication éditée par l'Institut National de Santé Publique, Decembre 2015, No.11.
6. ISO,ISO 9000:2000, Quality Management Systems: Fundamental and Vocabulary ,
7. la Santé des Algériennes et des Algériens en 2001, Rapport annule, édition ANEP, 7 avril 2002.
8. Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention Comité National de Lutte contre les IST/VIH/Sida, Plan National Stratégique de Lutte Contre les IST/VIH/Sida 2008-2012.
9. Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction Générale de la Prévention Et de la Promotion de la Santé, Plan National Stratégique de Lutte Contre les IST/VIH/Sida 2013-2015.
10. Ministère de la Santé de la population et de la reforme Hospitalière, Institut National de sante Publique, Causes medicales de Deces-Algerie, annees : 2007-2008, année 2013, mai 2015.
11. Ministère de la Santé de la population et de la reforme Hospitalière, Institut National de sante Publique, Causes medicales de Deces-Algerie, annee 2013, mai 2015.
12. Organisation Mondiale de la santé, statistiques sanitaires mondiales 2014, une masse d'informations sur la santé publique mondiale.
13. O.M.S ,Bireau regional pour L Afrique, Algérie: plan de travail 2002-2003, nevvembre 2001.

قائمة الأشكال

عناوين الأشكال	
11	01
22	02
50	03
63	04
65	05
91	06
93	07
120	08
129	09
130	10
132	11
132	12
135	13
140	14
142	15
143	16
143	17
153	18
166	19
167	20
167	21
168	22
192	23
195	24
198	25
199	26
201	27
209	28
209	29
211	30
213	31
214	32
215	33
216	34
218	35
220	36
221	37
222	38
223	39
277	40
284	41
305	42
312	43

قائمة الجداول

عناوين الجداول		
52	لتقليص الصحية	01
105	استراتيجيات التسويق العكسي وتطبيقها	02
191	تطور عدد الممارسين الطبيين في الجزائر خلال الفترة 2008-2012	03
192	تطور نسب التغطية الصحية لعدد الممارسين الطبيين في الجزائر (+)	04
194	تطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل في الجزائر	05
195	تطور نسب التغطية الصحية لعدد شبه الطبيين حسب التأهيل	06
196	نسبة التغطية للأطباء وشبه الطبي خلال الفترة 2008-	07
197	تطور تشكيلة الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في قطاع الصحة الجزائر	08
198	تطور نسب التغطية الصحية الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في قطاع الصحة	09
199	تطور عدد وحدات العلاج القاعدية ونسب تغطيتها الصحية في الجزائر	10
200	ونسب التغطية الصحية في الهياكل العمومية الاستشفائية	11
205	مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر خلال الفترة 1989-2002	12
206	تمويل الوطنية 2006-2010	13
207	تمويل الوطنية 2011-2015	14
208		15
210	تطور نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2008-2012	16
215	2008-2012	17
216	تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال 2003-2013	18
217	توقع الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 2003-2013	19
219	2008-2012	20
221	التطور السنوي لحالات الأمراض المتنقلة عن طريق المياه	21
222	تطور حالات الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان في الجزائر	22
223	تطور حالات الأمراض المعدية الأخرى في الجزائر	23
226	توزيع الوفاة حسب نوع المرض خلال السنوات 2007 2008 2012 2013	24
250	الذي يمكن التعرف عليه	25
251	تحديد فئات العاملين في المستشفيات محل الدراسة	26
257	لخيارات قائمة الاستبيان	27
257	والتقييم لها	28
257	مقياس معامل الارتباط	29
259	توزيع العبارات على مؤشرات إدارة الجودة الشاملة	30
259	توزيع العبارات على مؤشرات الرضا الوظيفي	31
260	توزيع العبارات على مؤشرات المتغير التابع جودة الخدمة الصحية	32
262	معاملات الارتباط بين درجات عبارات المتغيرات مع الدرجة الكلية لكل متغير	33
263	قيم معامل الثبات لكل بعد ولكل متغير في الدراسة	34
264	التضخم والتباين المسموح به	35
265	مؤشرات قياس ملائمة النموذج	36
266	التكرارات والنسب المئوية المتعلقة بالعاملين	37
268	التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة	38
268	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات إدارة الجودة الشاملة	39
269	الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات الرضا الوظيفي	40
270	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد جودة الخدمة الصحية	41
271	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للجنس	42
271	المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب الجنس	43
272	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للعمر	44

272	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للمستوى التعليمي	45
273	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للوظيفة	46
273	المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب الوظيفة	47
274	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للأقدمية	48
274	المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب الأقدمية	49
278	معامل ارتباط بيرسون بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية	50
278	تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار	51
279	اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لاختبار T	52
280	معاملات ارتباط بيرسون بين إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي	53
280	تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار T	54
281	اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لاختبار T	55
281	معاملات ارتباط بيرسون بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية	56
282	تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار T	57
283	اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لاختبار T	58
285	نتائج تحليل المسار وتقديرات التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية	59
287	توزيع العبارات على مؤشرات جودة الخدمة الصحية المدركة	60
287	توزيع العبارات على مؤشرات القيمة المدركة	61
288	توزيع العبارات على مؤشرات رضا المريض	62
289	بين أبعاد لمتغيرات الكلية بعد وللمتغير ككل	63
291	قيم معامل الثبات لكل بعد ولكل متغير في الدراسة	64
292	اختبار معامل التضخم والتباين المسموح به	65
293	مؤشرات قياس ملائمة النموذج	66
294	توزيع عينة الدراسة حسب المتغيرات الشخصية	67
295	التوزيع الطبيعي لأبعاد ومؤشرات الدراسة	68
296	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد جودة الخدمة الصحية	69
297	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات رضا المريض	70
297	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات القيمة المدركة	71
298	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للجنس	72
299	المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب الجنس	73
299	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للعمر	74
300	المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب العمر	75
301	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى للمستوى التعليمي	76
301	المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب المستوى التعليمي	77
302	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى لمدة الإقامة	78
302	تحليل ANOVA للفروق في متغيرات الدراسة تعزى لتكرار الدخول للمستشفى	79
303	المتوسط الحسابي لمتغيرات الدراسة حسب تكرار الدخول للمستشفى	80
306	معامل ارتباط بيرسون بين جودة الخدمة ورضا المريض	81
306	تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار T	82
307	اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لاختبار T	83
308	معاملات ارتباط بيرسون بين جودة الخدمة والقيمة المدركة	84
308	تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار T	85
309	اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لاختبار T	86
309	معاملات ارتباط بيرسون بين القيمة المدركة ورضا المريض	87
310	تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار T	88
311	اختبار معنوية معاملات الانحدار وفقا لاختبار T	89
313	نتائج تحليل المسار وتقديرات التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية	90
322	تلخيص نتائج اختبار وجود علاقات بين متغيرات الدراسة (العاملين)	91
326	تلخيص نتائج اختبار وجود علاقات بين متغيرات الدراسة ()	92
331	متوسطات أبعاد الجودة المدركة وتقييم اتجاهات أفراد العينتين	93

قائمة الملاحق

01	مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر 1974-1988
02	تطور نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2011-2015
03	حجم السكان، الولادة، الوفيات والنمو الطبيعي في الجزائر
04	الاستبيان الخاص بالعاملين
05	
06	المقياس
07	
08	نتائج وصف العينة
09	نتائج التوزيع الطبيعي
10	نتائج المتغيرات الديموغرافية
11	نتائج اختبار الفرضيات
12	نتائج تحليل المسار
13	الاستبيان الخاص
14	نتائج ثبات المقياس
15	
16	نتائج وصف العينة
17	نتائج التوزيع الطبيعي
18	نتائج المتغيرات الديموغرافية
19	
20	نتائج اختبار الفرضيات
21	نتائج تحليل المسار

الملاحق

01: مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر خلال الفترة 1974-1988. 10⁶ .

1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1980	1979	1974	البيان
65	3465	3024	2287	2389	3337	2664	2362	1790	1516	-	مساهمة الدولة (1)
034	20.41	19.93	17.9	20.82	33.5	31.05	27.5	24.4	24.8	75.6	%=(5)/(1)
11731	9646	8678	7163	6235	4011	3385	3006	2400	1788	-	مساهمة صندوق
61.14	56.83	57.19	56.17	54.33	4036	39.46	35.0	32.7	29.25	23.5	%=(5)/(2)
4111	3288	3163	2879	2600	2345	2359	1795	1591	1198	-	مساهمة العائلات (3)
21.42	19.73	20.85	22.58	22.66	23.5	27.03	20.9	21.6	19.6	-	%=(5)/(3)
3280	574	308	422	251	246	210	1416	1553	1610	-	مساهمة المصادر (4)
17.09	3.38	2.03	3.31	2.19	2.47	2.45	16.5	21.1	26.34	-	%=(5)/(4)
19187	16973	15173	12751	1145	9939	8578	8579	7334	6112	-	النفقة الوطنية (5)

Source: ¹ F.Z.Oufriha, Système de santé et population en Algérie, édition ANP, 2002, Alger, p110. (النفقة الوطنية للصحة).
² -Brahim. Brahmia, La formation continue « enjeux et stratégie », Le Gestionnaire : Revue semestrielle élaborée par L'Ecole Nationale de Santé Publique, Numéro spécial, N°11112875, juillet 1997, p.70.

02: تطور نفقات التسيير للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2011-2015. 10³

2015	2014	2013	2012	2011	البيان
278920678	294185562	257603302	326080426	281904093	نفقات الموظفين
8320000	10004630	18397280	21868280	19628000	نفقات التكوين
9200000	9001000	8100000	7475000	7500000	نفقات التغذية
50000000	58210900	41660000	38780000	53210320	نفقات الادوية
4900000	5611000	4900000	4400000	8600000	نفقات الأعمال الوقائية
13500000	12941000	12500000	10500000	11000000	
10800000	10911000	10290000	8900000	9372000	صيانة الهياكل الصحية
8326500	8171370	15300000	15516000	14662000	
7300000	7300000	5000000	2700000	2564000	نفقات الخدمات الاجتماعية
50000	50000	50000	50000	50000	
391317178	416386462	3738000582	436269706	408490413	

بالاعتماد على وثائق المديرية الفرعية للميزانية والمحاسبة التابعة لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

:

03: حجم السكان، الولادة، الوفاة والنمو الطبيعي في الجزائر
2003 2013.

(% معدل النمو الطبيعي)	(1000)	(1000)	
1.58	4.55	20.36	2003
1.63	4.36	20.67	2004
1.69	4.47	21.36	2005
1.78	4.30	22.07	2006
1.86	4.38	22.98	2007
1.92	4.42	23.62	2008
1.96	4.51	24.07	2009
2.03	4.37	24.68	2010
2.04	4.41	24.78	2011
2.16	4.53	26.08	2012
2.07	4.39	25.14	2013

Source :Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la Population, Situation Démographique et Sanitaire, Juillet 2014, p 7, (données 2000 – 2014)

04: الاستبيان الخاص بالعاملين

جامعة باتنة 01
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم التجارية

سيدي الفاضل، سيدي الفاضلة: تحية طيبة وبعد،
يسعدنا أن تكون هذه القائمة بين أيديكم، ونود إعلامكم بأننا بصدد إعداد دراسة ميدانية حول إدارة الجودة المبركة للخدمة الصحية ورضا المستفيد -دراسة ميدانية على مجموعة من المستشفيات الجزائرية-، في إطار متطلبات نيل درجة دكتوراه في التسويق، ولما كان لانطباعكم ورايكم أهمية ألغة في نجاح هذه الدراسة، نأمل أن تتكرموا فضلا بالإجابة على أسئلة هذا الاستقصاء. علما أن ما تدلون به من إجابات سيحاط بالسرية التامة ولن يستعمل في غير أغراض الدراسة وتوصياتها. كما نؤكد لكم عن عدم ذثر أسماؤكم في ورقة الاستقصاء.
نشكر لكم مسبقا حسن تعاونكم، ومساهمتمكم القيمة في إثراء هذه الدراسة.
يرجى التفضل بوضع علامة (X) في الاختيار الذي يتوافق مع رأيكم في كل محاور البحث

الجزء الأول: البيانات العامة

1. الجنس ذر أنثى

2. السن أقل من 20 سنة من 21 إلى 30 سنة

3. مستوى التعليم أقل من لثوي لثوي 51 فما فوق

4. الوظيفة طبيب ممرض إداري عاملي دراسات عليا

5. سنوات العمل أقل من 5 سنوات 5-10 سنوات 41-50 سنة 51 فما فوق

الجزء الثالث: هذه مجموعة من العبارات التي تقيس مؤشرات الرضا الوظيفي، ويرجى وضع علامة (X) في الخانة المناسبة

العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
16. أتناقض راتبيا يناسب مع حجم العمل الذي أقوم به					
17. طرق تقويم الأداء صحيحة وعادلة					
18. توجد عدالة في الحصول على الترفقات					
19. الحوافر الموجودة متنوعة وتلبي الاحتياجات					
20. أشعر باعتراف الرؤساء وتقديرهم لما أقوم به من عمل					
21. هناك تسميق كامل بين مختلف الأقسام في المستشفى					
22. هناك وضوح في التعليمات التي تصدر عن الإدارة					
23. ساعات العمل ومواعيد النوم مناسبة					
24. أشعر بالاستقرار والأمن الوظيفي في العمل					
25. يوجد تعاون بين الزملاء في العمل					

الجزء الثاني: هذه مجموعة من العبارات التي تقيس مؤشرات إدارة الجودة الشاملة، وريى وضع علامة (X) في الخانة المناسبة

العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	تأير موافق	تأير موافق بشدة
1. هناك تأيد دائم من الإدارة العليا على تحقيق معايير الجودة					
2. تعمل الإدارة العليا على خلق الشعور القوي لدى العاملين بمسؤولية المستشفى اتجاه المجتمع					
3. تقوم الإدارة العليا بحل المشاكل التي تواجه المرضى بشكل سريع					
4. تخصص الإدارة جزء من الميزانية لتحقيق الجودة					
5. يعتبر المريض معيار لقياس جودة الخدمات المقدمة					
6. يتم تبني برامج عملية لتحسين جودة الخدمات بناء على احتياجات المرضى وطلباتهم					
7. تقوم إدارة المستشفى بدراسة شكاوى المرضى					
8. يساهم الموظفون في خطط ونشطة التحسين المستمر					
9. يتم تقييم أداء المستشفى بشكل مستمر واتخاذ الإجراءات اللازمة للتحسين					
10. هناك تكوين في مجال جودة الخدمات					
11. يتم التشجيع في المستشفى على التعاون والعمل الجماعي					
12. يشارك العاملون في عملية اتخاذ القرارات					
13. تدرك الإدارة بأنه يجب الاهتمام بالموظفين					
14. يتم التعامل مع اقتراحات الموظفين بجدية					
15. توفر الإدارة البيئة المناسبة للموظفين من أجل بذل مجهود مضاعف					

الجزء الرابع: هذه مجموعة من العبارات التي تقيس جودة الخدمة الصحية، وريى وضع علامة (X) في الخانة المناسبة

العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	تأير موافق	تأير موافق بشدة
26. يتم تقديم الخدمة الصحية للمرضى في المواعيد المحددة					
27. يتم أداء الخدمة الصحية بشكل صحيح من أول مرة (عدم وجود أخطاء في الفحص، التشخيص، العلاج)					
28. يتوفر في المستشفى أنظمة توثيق وسجلات دقيقة عن المرضى					
29. يتم تقديم الخدمة الصحية بدرجة عالية من الثقة والموثوقية					
30. يوجد في المستشفى أجهزة ومعدات متطورة وحديثة					
31. يتوفر في المستشفى قاعات انتظار مناسبة					
32. يظهر مقدمي الخدمات المظهر النظيف واللائق					
33. يقوم المستشفى بتبسيط الإجراءات التي من شأنها تسهيل الخدمة للمرضى					
34. يوجد اهتمام من قبل الإدارة بمشاكل المرضى والتعاطف معهم					
35. هناك سرية في الرد على شكاوى واستفسارات المرضى					
36. يشعر المرضى بالأمان خلال تعاملهم مع المستشفى					
37. يثق المرضى بالأطباء والمرضون ويقدرتهم					
38. يساهم السلوك بالأدب وحسن الخلق أثناء التعامل مع الوافدين للمستشفى					
39. يتمتع العاملون في المستشفى بالخبرة والمهارة المناسبة للعناية بالمرضى الصحية المناسبة					
40. يقدر العاملون ظروف المرضى باهتمام تام					
41. يأخذ المستشفى العادات والتقاليد السائدة في المجتمع عند تقديمه للخدمة					
42. مصالحة المريض وصحته تعتبر من أولويات الإدارة في هذا المستشفى					
43. يرتبط العاملون بعلاقات طيبة مع المرضى					

Corrélations

		saire1	saire2	saire3	saire4	S1
saire1	Corrélation de Pearson	1	.837**	.278**	.401**	.827**
	Sig. (bilatérale)		.000	.003	.000	.000
	N	109	109	109	109	109
saire2	Corrélation de Pearson	.837**	1	.320**	.380**	.832**
	Sig. (bilatérale)	.000		.001	.000	.000
	N	109	109	109	109	109
saire3	Corrélation de Pearson	.278**	.320**	1	.627**	.692**
	Sig. (bilatérale)	.003	.001		.000	.000
	N	109	109	109	109	109
saire4	Corrélation de Pearson	.401**	.380**	.627**	1	.759**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000
	N	109	109	109	109	109
S1	Corrélation de Pearson	.827**	.832**	.692**	.759**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	109	109	109	109	109

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		surveillance1	surveillance2	surveillance3	surveillance4	S2
surveillance1	Corrélation de Pearson	1	.199*	-.103-	.238*	.612**
	Sig. (bilatérale)		.038	.285	.013	.000
	N	109	109	109	109	109
surveillance2	Corrélation de Pearson	.199*	1	.222*	.099	.588**
	Sig. (bilatérale)	.038		.020	.304	.000
	N	109	109	109	109	109
surveillance3	Corrélation de Pearson	-.103-	.222*	1	.040	.474**
	Sig. (bilatérale)	.285	.020		.679	.000
	N	109	109	109	109	109
surveillance4	Corrélation de Pearson	.238*	.099	.040	1	.637**
	Sig. (bilatérale)	.013	.304	.679		.000
	N	109	109	109	109	109
S2	Corrélation de Pearson	.612**	.588**	.474**	.637**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	109	109	109	109	109

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		conditi- trav1	conditi- trav2	conditi- trav3	conditi- trav4	S3
conditi- trav1	Corrélation de Pearson	1	.126	.140	.177	.536**
	Sig. (bilatérale)		.192	.147	.066	.000
	N	109	109	109	109	109
conditi- trav2	Corrélation de Pearson	.126	1	.315**	.489**	.727**
	Sig. (bilatérale)	.192		.001	.000	.000
	N	109	109	109	109	109
conditi- trav3	Corrélation de Pearson	.140	.315**	1	.356**	.658**
	Sig. (bilatérale)	.147	.001		.000	.000
	N	109	109	109	109	109
conditi- trav4	Corrélation de Pearson	.177	.489**	.356**	1	.762**
	Sig. (bilatérale)	.066	.000	.000		.000
	N	109	109	109	109	109
S3	Corrélation de Pearson	.536**	.727**	.658**	.762**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	109	109	109	109	109

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		Fiab1	Fiab2	Fiab3	Fiab4	Q1
Fiab1	Corrélation de Pearson	1	.443**	.290**	.423**	.716**
	Sig. (bilatérale)		.000	.005	.000	.000
	N	94	94	94	94	94
Fiab2	Corrélation de Pearson	.443**	1	.432**	.348**	.777**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.001	.000
	N	94	94	94	94	94
Fiab3	Corrélation de Pearson	.290**	.432**	1	.438**	.719**
	Sig. (bilatérale)	.005	.000		.000	.000
	N	94	94	94	94	94
Fiab4	Corrélation de Pearson	.423**	.348**	.438**	1	.744**
	Sig. (bilatérale)	.000	.001	.000		.000
	N	94	94	94	94	94
Q1	Corrélation de Pearson	.716**	.777**	.719**	.744**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	94	94	94	94	94

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		Tang1	Tang2	Tang3	Tang4	Q2
Tang1	Corrélation de Pearson	1	.714**	.118	.137	.391**
	Sig. (bilatérale)		.000	.256	.188	.000
	N	94	94	94	94	94
Tang2	Corrélation de Pearson	.714**	1	.062	.192	.448**
	Sig. (bilatérale)	.000		.552	.063	.000
	N	94	94	94	94	94
Tang3	Corrélation de Pearson	.118	.062	1	.328**	.583**
	Sig. (bilatérale)	.256	.552		.001	.000
	N	94	94	94	94	94
Tang4	Corrélation de Pearson	.137	.192	.328**	1	.718**
	Sig. (bilatérale)	.188	.063	.001		.000
	N	94	94	94	94	94
Q2	Corrélation de Pearson	.391**	.448**	.583**	.718**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	94	94	94	94	94

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		Rép1	Rép2	Rép3	Rép4	Q3
Rép1	Corrélation de Pearson	1	.461**	.289**	.308**	.701**
	Sig. (bilatérale)		.000	.005	.002	.000
	N	94	94	94	94	94
Rép2	Corrélation de Pearson	.461**	1	.214*	.153	.650**
	Sig. (bilatérale)	.000		.038	.142	.000
	N	94	94	94	94	94
Rép3	Corrélation de Pearson	.289**	.214*	1	.553**	.743**
	Sig. (bilatérale)	.005	.038		.000	.000
	N	94	94	94	94	94
Rép4	Corrélation de Pearson	.308**	.153	.553**	1	.724**
	Sig. (bilatérale)	.002	.142	.000		.000
	N	94	94	94	94	94
Q3	Corrélation de Pearson	.701**	.650**	.743**	.724**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	94	94	94	94	94

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		Séc1	Séc2	Séc3	Séc4	Q4
Séc1	Corrélation de Pearson	1	.682**	.565**	.518**	.805**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000
	N	94	94	94	94	94
Séc2	Corrélation de Pearson	.682**	1	.684**	.673**	.876**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000
	N	94	94	94	94	94
Séc3	Corrélation de Pearson	.565**	.684**	1	.874**	.899**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000
	N	94	94	94	94	94
Séc4	Corrélation de Pearson	.518**	.673**	.874**	1	.882**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000
	N	94	94	94	94	94
Q4	Corrélation de Pearson	.805**	.876**	.899**	.882**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	

N	94	94	94	94	94
---	----	----	----	----	----

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		SY1	SY2	SY3	SY4	Q5
SY1	Corrélation de Pearson	1	.720**	.496**	.504**	.795**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000
	N	94	94	94	93	94
SY2	Corrélation de Pearson	.720**	1	.476**	.581**	.827**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000
	N	94	94	94	93	94
SY3	Corrélation de Pearson	.496**	.476**	1	.733**	.829**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000
	N	94	94	94	93	94
SY4	Corrélation de Pearson	.504**	.581**	.733**	1	.865**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000
	N	93	93	93	93	93
Q5	Corrélation de Pearson	.795**	.827**	.829**	.865**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	94	94	94	93	94

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		GES1	GES2	GES3	GES4	العليا
GES1	Corrélation de Pearson	1	.562**	.526**	.467**	.797**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000
	N	320	320	320	320	320
GES2	Corrélation de Pearson	.562**	1	.562**	.464**	.804**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000
	N	320	320	320	320	320
GES3	Corrélation de Pearson	.526**	.562**	1	.543**	.815**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000
	N	320	320	320	320	320
GES4	Corrélation de Pearson	.467**	.464**	.543**	1	.784**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000
	N	320	320	320	320	320
T1	Corrélation de Pearson	.797**	.804**	.815**	.784**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	320	320	320	320	320

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		CLIENT1	CLIENT 2	CLIENT 3	CLIENT 4	T2
CLIENT1	Corrélation de Pearson	1	.275**	.054	.221**	.327**
	Sig. (bilatérale)		.000	.332	.000	.000
	N	320	320	320	320	320
CLIENT 2	Corrélation de Pearson	.275**	1	.222**	.327**	.755**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000
	N	320	320	320	320	320
CLIENT 3	Corrélation de Pearson	.054	.222**	1	.156**	.609**
	Sig. (bilatérale)	.332	.000		.005	.000
	N	320	320	320	320	320
CLIENT 4	Corrélation de Pearson	.221**	.327**	.156**	1	.595**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.005		.000
	N	320	320	320	320	320
T2	Corrélation de Pearson	.327**	.755**	.609**	.595**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	320	320	320	320	320

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		tqm	GES1	GES2	GES3	GES4
tqm	Corrélation de Pearson	1	.577**	.606**	.621**	.506**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000
	N	320	320	320	320	320
GES1	Corrélation de Pearson	.577**	1	.562**	.526**	.467**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000
	N	320	320	320	320	320
GES2	Corrélation de Pearson	.606**	.562**	1	.562**	.464**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000
	N	320	320	320	320	320
GES3	Corrélation de Pearson	.621**	.526**	.562**	1	.543**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000
	N	320	320	320	320	320
GES4	Corrélation de Pearson	.506**	.467**	.464**	.543**	1

Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
N	320	320	320	320	320

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		AMELIOR1	AMELIOR2	AMELIOR3	AMELIOR4	T3
AMELIOR1	Corrélation de Pearson	1	.332**	.524**	.376**	.816**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000
	N	320	320	320	320	320
AMELIOR2	Corrélation de Pearson	.332**	1	.303**	.145**	.611**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.010	.000
	N	320	320	320	320	320
AMELIOR3	Corrélation de Pearson	.524**	.303**	1	.201**	.758**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000
	N	320	320	320	320	320
AMELIOR4	Corrélation de Pearson	.376**	.145**	.201**	1	.596**
	Sig. (bilatérale)	.000	.010	.000		.000
	N	320	320	320	320	320
T3	Corrélation de Pearson	.816**	.611**	.758**	.596**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	320	320	320	320	320

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		PARTIC1	PARTIC 2	PARTIC 3	PARTIC 4	T4
PARTIC1	Corrélation de Pearson	1	.631**	.518**	.459**	.779**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000
	N	320	320	320	320	320
PARTIC 2	Corrélation de Pearson	.631**	1	.674**	.539**	.857**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000
	N	320	320	320	320	320
PARTIC 3	Corrélation de Pearson	.518**	.674**	1	.597**	.852**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000
	N	320	320	320	320	320
PARTIC 4	Corrélation de Pearson	.459**	.539**	.597**	1	.802**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000
	N	320	320	320	320	320
T4	Corrélation de Pearson	.779**	.857**	.852**	.802**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	
	N	320	320	320	320	320

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

:06

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.887	5

التزام الإدارة العليا_T1

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
GES1	11.8125	15.100	.671	.875
GES2	12.1875	15.121	.685	.872
GES3	12.0094	15.231	.706	.866
GES4	11.7406	14.827	.640	.885
T1	11.9375	14.554	1.000	.811

التزام الإدارة العليا_T1

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.648	4

التركيز على العميل_T2

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
CLIENT2	9.2953	4.000	.607	.442
CLIENT3	8.6484	5.182	.225	.728
CLIENT4	8.0141	5.131	.353	.628
T2	8.6969	4.431	.589	.474

التركيز على العميل_T2

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.792	5

T3_ التحسين المستمر

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
AMELIOR1	10.9711	8.455	.663	.721
AMELIOR2	9.7430	10.664	.412	.800
AMELIOR3	10.7148	8.755	.559	.762
AMELIOR4	11.4086	10.692	.384	.809
T3	10.7094	9.053	1.000	.654

T3_ التحسين المستمر

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.903	5

T4_ مشاركة العاملين

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
PARTIC1	10.4266	16.037	.661	.902
PARTIC2	10.2797	15.079	.771	.879
PARTIC3	10.2297	14.543	.754	.884
PARTIC4	10.1391	14.834	.670	.905
T4	10.2688	14.680	1.000	.839

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.815	4

tqm

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
T1	8.0992	5.198	.487	.840
T2	8.2289	4.768	.679	.747
T3	8.4062	5.212	.713	.743
T4	8.5164	4.472	.700	.736

tqm_

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.871	5

S1_

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
salaire1	10.4633	17.960	.703	.843
salaire2	10.5642	17.939	.712	.840
salaire3	10.6193	20.934	.534	.881
salaire4	10.4083	19.662	.618	.863
S1	10.5138	18.382	1.000	.785

S1_

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.651	4

S2_

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
surveillance1	7.6101	5.496	.402	.618
surveillance2	8.3165	7.206	.302	.661
surveillance4	7.5183	5.730	.360	.651
S2	7.8624	6.138	.905	.397

S2_

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.803	4

S3_

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
conditi- travl2	8.2729	7.210	.578	.777
conditi- travl3	8.0894	8.222	.476	.819
conditi- travl4	7.6032	6.950	.614	.758
S3	8.0367	7.721	.931	.656

S3_

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.706	10

satis_trav _ الرضا الوظيفي

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
salaire1	23.73	32.401	.569	.628
salaire2	23.83	33.010	.532	.636
salaire3	23.89	36.062	.411	.663
salaire4	23.68	34.998	.454	.654
surveillance1	23.59	36.911	.323	.679
surveillance2	24.29	38.376	.372	.672
surveillance4	23.50	40.475	.099	.718
conditi- travl2	24.02	38.222	.274	.686
conditi- travl3	23.83	39.917	.192	.698
conditi- travl4	23.35	37.340	.328	.677

satis_trav

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.833	5

Q1_ الاعتمادية

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Fiab1	14.2394	9.863	.557	.819
Fiab2	14.4096	8.606	.597	.817
Fiab3	14.5053	9.819	.559	.819
Fiab4	14.6330	9.333	.575	.816
Q1	14.4468	8.938	1.000	.721

Q1_ الاعتمادية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.685	4

Q2_ الملموسية

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Tang1	10.6255	5.164	.504	.603
Tang2	10.9234	4.435	.528	.578
Tang4	11.5511	4.352	.344	.756
Q2	11.6383	5.653	.731	.564

Q2_ الملموسية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.810	4

Q3_

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Rép1	9.6463	6.588	.455	.836
Rép3	10.6888	5.262	.615	.773
Rép4	10.5293	5.318	.617	.771
Q3	10.2021	5.711	.937	.657

Q3_

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.932	5

Q4_

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Séc1	12.6729	15.173	.688	.944
Séc2	12.8324	14.931	.804	.920
Séc3	12.7793	14.587	.838	.913
Séc4	12.8218	14.793	.811	.918
Q4	12.7766	14.562	1.000	.887

Q4_

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.908	5

Q5_

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
SY1	14.7769	12.820	.705	.901
SY2	14.8844	12.036	.720	.898
SY3	15.2715	11.654	.712	.902
SY4	15.1532	11.075	.768	.890
Q5	15.0215	11.565	1.000	.847

Q5_

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.864	18

qualit_

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Fiab1	60.3333	96.420	.615	.852
Fiab2	60.5161	95.839	.506	.856
Fiab3	60.5806	98.116	.522	.856
Fiab4	60.7312	98.633	.435	.859
Tang1	59.8602	101.665	.350	.862
Tang2	60.1613	98.811	.409	.860
Tang4	60.7957	104.730	.080	.877
Rép1	60.1075	98.858	.483	.857
Rép3	61.1398	97.991	.430	.859
Rép4	60.9785	96.586	.508	.856
Séc1	60.8387	95.289	.525	.855
Séc2	61.0000	97.109	.486	.857
Séc3	60.9462	95.378	.563	.853
Séc4	60.9892	96.076	.530	.855
SY1	60.1505	97.781	.570	.854
SY2	60.2581	95.259	.626	.851
SY3	60.6452	97.123	.482	.857
SY4	60.5269	94.969	.563	.853

qualit_

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	30	82.602	48	.001	1.721
Saturated model	78	.000	0		
Independence model	12	794.111	66	.000	12.032

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.060	.907	.848	.558
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.499	.292	.163	.247

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.896	.857	.954	.935	.952
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.078	.048	.106	.060
Independence model	.304	.286	.324	.000

:08 وصف العينة

Tableau croisé * الوظيفة

Effectif			Total
	الوظيفة	طبيب	
	43	81	124
الوظيفة	43	98	141
طبيب	14	0	14
	16	25	41
Total	106	214	320

Tableau croisé *

Effectif					Total
	30	30-39	40-49	50	
	0	9	61	34	104
30	4	28	80	11	123
30-39	5	20	49	0	74
40-49	0	11	8	0	19
50	9	68	198	45	320
Total					

Tableau croisé * الوظيفة

Effectif	الوظيفة				Total
	30	30-39	40-49	50	
	54	36	0	14	104
30	48	56	6	13	123
30-39	12	45	8	9	74
40-49	10	4	0	5	19
50	124	141	14	41	320
Total					

الأقدمية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
5	125	38.9	39.1	39.1
5-10	97	30.2	30.3	69.4
Valide 11-20	63	19.6	19.7	89.1
20	35	10.9	10.9	100.0
Total	320	99.7	100.0	
Manquante Système manquant	1	.3		
Total	321	100.0		

الوظيفة * الأقدمية * Tableau croisé

Effectif		الوظيفة				Total
					طبيب	
	5	55	42	3	25	125
الأقدمية	5-10	45	45	1	6	97
	11-20	8	40	10	5	63
	20	16	14	0	5	35
Total		124	141	14	41	320

التوزيع الطبيعي :09

Assessment of normality (Group number 1)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
T4	1.000	4.500	-.013	-.059	-.872	-1.950
T3	1.000	4.500	-.123	-.552	-.446	-.997
T2	1.000	4.500	-.163	-.730	-.520	-1.163
T1	1.000	5.000	-.257	-1.147	-.540	-1.207
Q1	1.000	5.000	-.345	-1.542	-1.139	-2.546
Q2	1.000	5.000	.390	1.745	-.813	-1.817
Q3	1.000	5.000	.296	1.323	-.899	-2.011
Q4	1.000	5.000	.593	2.650	-.696	-1.556
Q5	1.000	5.000	-.624	-2.789	-1.044	-2.334
S1	1.000	5.000	.093	.416	-1.141	-2.551
S2	1.000	5.000	.367	1.640	-1.000	-2.237
S3	1.000	5.000	-.114	-.510	-1.351	-3.020

المتغيرات الديموغرافية :10

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
tqm	Inter-groupes	9.379	1	9.379	19.286	.000
	Intra-groupes	154.649	318	.486		
	Total	164.028	319			
Satis_trav	Inter-groupes	13.606	1	13.606	13.151	.000
	Intra-groupes	329.005	318	1.035		
	Total	342.611	319			
qualit	Inter-groupes	9.557	1	9.557	12.972	.000
	Intra-groupes	234.288	318	.737		
	Total	243.845	319			

Tableau de bord

	tqm	satistrava	qualit	
Moyenne	3.0142	2.8774	2.8887	
Ecart-type	.78520	1.10824	.75547	
N	106	106	106	
Moyenne	2.6504	2.4393	2.5215	
Ecart-type	.64971	.96911	.90476	
N	214	214	214	
Moyenne	2.7709	2.5844	2.6431	
Total	Ecart-type	.71707	1.03635	.87430
N	320	320	320	

ONEWAY tqm satistrava qualit BY
/MISSING ANALYSIS.

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
tqm	Inter-groupes	3.837	3	1.279	2.523	.058
	Intra-groupes	160.191	316	.507		
	Total	164.028	319			
Satis_trav	Inter-groupes	1.995	3	.665	.617	.605
	Intra-groupes	340.616	316	1.078		
	Total	342.611	319			
qualit	Inter-groupes	.499	3	.166	.216	.885
	Intra-groupes	243.345	316	.770		
	Total	243.845	319			

ONEWAY tqm satistrava qualit BY التعلیمی
/MISSING ANALYSIS.

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
tqm	Inter-groupes	3.065	3	1.022	2.005	.113
	Intra-groupes	160.964	316	.509		
	Total	164.028	319			
Satis-trav	Inter-groupes	2.970	3	.990	.921	.431
	Intra-groupes	339.641	316	1.075		
	Total	342.611	319			
qualit	Inter-groupes	1.884	3	.628	.820	.483
	Intra-groupes	241.960	316	.766		
	Total	243.845	319			

ONEWAY tqm satistrava qualit BY الوظيفة
/MISSING ANALYSIS.

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
tqm	Inter-groupes	6.346	3	2.115	4.239	.006
	Intra-groupes	157.683	316	.499		
	Total	164.028	319			
Satis-trav	Inter-groupes	5.337	3	1.779	1.667	.174
	Intra-groupes	337.273	316	1.067		
	Total	342.611	319			
qualit	Inter-groupes	8.140	3	2.713	3.638	.013
	Intra-groupes	235.705	316	.746		
	Total	243.845	319			

Tableau de bord

الوظيفة		tqm	satistrava	qualit
	Moyenne	2.6855	2.4382	2.4984
	Ecart-type	.56410	.97796	.66626
	N	124	124	124
	Moyenne	2.9229	2.7210	2.8170
	Ecart-type	.82924	1.16471	1.05789
	N	141	141	141
	Moyenne	2.6250	2.5238	2.6857
	Ecart-type	.51713	.56560	.37387
	N	14	14	14
طبيب	Moyenne	2.5564	2.5772	2.4683
	Ecart-type	.68548	.79939	.75181
	N	41	41	41
Total	Moyenne	2.7709	2.5844	2.6431
	Ecart-type	.71707	1.03635	.87430
	N	320	320	320

ONEWAY tqm satistrava qualit BY الأقدمية
/MISSING ANALYSIS.

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
tqm	Inter-groupes	4.414	3	1.471	2.913	.035
	Intra-groupes	159.614	316	.505		
	Total	164.028	319			
Satis_trav	Inter-groupes	6.795	3	2.265	2.131	.096
	Intra-groupes	335.816	316	1.063		
	Total	342.611	319			
qualit	Inter-groupes	2.070	3	.690	.902	.441
	Intra-groupes	241.775	316	.765		

Total	243.845	319		
-------	---------	-----	--	--

Tableau de bord

الأقدمية		tqm	satisfra	qualit
5	Moyenne	2.8965	2.5520	2.7280
	Ecart-type	.74351	1.04135	.85436
	N	125	125	125
5-10	Moyenne	2.7616	2.7869	2.6351
	Ecart-type	.72306	.97205	.87131
	N	97	97	97
11-20	Moyenne	2.5863	2.3915	2.5111
	Ecart-type	.52127	.97190	.88993
	N	63	63	63
20	Moyenne	2.6804	2.4857	2.6000
	Ecart-type	.84068	1.23760	.92800
	N	35	35	35
Total	Moyenne	2.7709	2.5844	2.6431
	Ecart-type	.71707	1.03635	.87430
	N	320	320	320

الفرضيات :11

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.715 ^a	.511	.509	.61253

a. Valeurs prédites : (constantes), tqm

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	124.535	1	124.535	.000 ^b
	Résidu	119.310	318	.375	
	Total	243.845	319		

a. Variable dépendante : qualit

b. Valeurs prédites : (constantes), tqm

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
	A	Erreur standard	Bêta			Tolérance	VIF
1	(Constante)	.229	.137	1.671	.096	1.000	1.000
	tqm	.871	.048	.715	18.219		

a. Variable dépendante : qualit

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
	A	Erreur standard	Bêta			Tolérance	VIF
(Constante)	.194	.138		.681	.496		
T1	.167	.039	.182	4.236	.000	.740	1.352
1 T2	.603	.069	.519	8.753	.000	.390	2.562
T3	.029	.049	.030	.594	.553	.537	1.862
T4	.138	.054	.151	2.546	.011	.391	2.555

a. Variable dépendante : qualit

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.673 ^a	.453	.451	.76770

a. Valeurs prédites : (constantes), tqm

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	155.195	1	155.195	.000 ^b
	Résidu	187.416	318	.589	
	Total	342.611	319		

a. Variable dépendante : satis_trav

b. Valeurs prédites : (constantes), tqm

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	-.111-	.172		-.646-	.519
tqm	.973	.060	.673	16.227	.000

a. Variable dépendante : **satis_trav**Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	-.202	.166		-1.218	.224
1 T1	.239	.048	.220	5.026	.000
T2	.680	.083	.493	8.182	.000
T3	-.177	.059	-.153	-2.967	.003
T4	.295	.065	.272	4.522	.000

a. Variable dépendante : **satis_trav**Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
	A	Erreur standard	Bêta			Tolérance	VIF
(Constante)	1.114	.092		12.095	.000		
S1	.095	.040	.133	2.357	.019	.477	2.096
S2	.319	.043	.422	7.508	.000	.484	2.066
S3	.191	.043	.252	4.398	.000	.464	2.154

a. Variable dépendante : **qualit**

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.708 ^a	.501	.500	.61833

a. Valeurs prédites : (constantes), **satis_trav**ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	122.265	1	122.265	319.793	.000 ^b
	Résidu	121.580	318	.382		
	Total	243.845	319			

a. Variable dépendante : **qualit**b. Valeurs prédites : (constantes), **satis_trav**Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	1.099	.093		11.821	.000
Satis_trav	.597	.033	.708	17.883	.000

a. Variable dépendante : **qualit**

12: نتائج تحليل المسار

Standardized Direct Effects (Group number)

	TQM	SATISF	QUALIT
SATISF	.811	.000	.000
QUALIT	.533	.418	.000
Q1	.000	.000	.537
Q2	.000	.000	.673
Q3	.000	.000	.674
Q4	.000	.000	.742
Q5	.000	.000	.604
S1	.000	.801	.000
S2	.000	.788	.000
S3	.000	.836	.000
T1	.505	.000	.000
T2	.642	.000	.000
T3	.908	.000	.000
T4	.821	.000	.000

	TQM	SATISF	QUALIT
SATISF	.000	.000	.000
QUALIT	.339	.000	.000
Q1	.468	.225	.000
Q2	.587	.281	.000
Q3	.587	.282	.000
Q4	.647	.310	.000
Q5	.527	.252	.000
S1	.650	.000	.000
S2	.639	.000	.000
S3	.678	.000	.000
m1	.000	.000	.000
m2	.000	.000	.000
m3	.000	.000	.000
m4	.000	.000	.000

Standardized Indirect Effects (Group number)

جامعة أئنة 01
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم التجارية

سيدي الفاضل، سيدي الفاضلة: تحية طيبة وبعد،
يسعدنا أن تكون هذه القائمة بين أيديكم، ونود إعلامكم أننا بصدد إعداد دراسة ميدانية حول إدارة الجودة المدركة للخدمة الصحية ورضا المستفيد -دراسة ميدانية على مجموعة من المستشفيات الجزائرية-، في إطار متطلبات نيل درجة دكتوراه في التسويق، ولما كان لانطباعكم ورايكم أهمية الغة في نجاح هذه الدراسة، نأمل أن تتكرموا فضلا بالإجابة على أسئلة هذا الاستقصاء. علما أن ما تدلون به من إجابات سيحاط بالسرية التامة ولن يستخدم في غير أغراض الدراسة وتوصياتها. كما نؤكد لكم عن عدم ذثر أسمايكم في ورقة الاستقصاء.
نشكر لكم مسبقا حسن تعاونكم، ومساهمتمكم القيمة في إثراء هذه الدراسة.
يرجى التفضل بوضع علامة (X) في الاختيار الذي يتوافق مع رأيكم في كل محاور البحث

الجزء الأول: البيانات العامة

1. الجنس ذر أنثى
2. السن أقل من 20 سنة من 21 الى 30 سنة
3. مستوى التعليم أي ابتدائي 51 فما فوق متوسط أو أنوي جامعي
4. مدة الإقامة أكثر من يوم أكثر من أسبوع أكثر من شهر أكثر من مرة
5. عدد مرات الدخول إلى المستشفى مرة واحدة أكثر من مرة

الجزء الثاني: هذه مجموعة من العبارات التي تقيس جودة الخدمة المقدمة إليكم، ورجى وضع علامة (X) في الخانة المناسبة

العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1. يتم تقديم الخدمة الصحية للمرضى في المواعيد المحددة					
2. يتم أداء الخدمة الصحية بشكل صحيح من أول مرة (عدم وجود أخطاء في الفحص، التشخيص، العلاج)					
3. يتوفر في المستشفى أنظمة توثيق وسجلات دقيقة عن المرضى					
4. يتم تقديم الخدمة الصحية بدرجة عالية من الثقة والموثوقية					
5. موقع المستشفى ملائم و سهل الوصول إليه					
6. يوجد في المستشفى أجهزة ومعدات متطورة وحديثة					
7. يتوفر في المستشفى قاعات انتظار مناسبة					
8. يظهر مقدمي الخدمات بالمظهر النظيف واللائق					
9. يتم الاستجابة لاحتياجات المرضى من مقدمي الخدمة					
10. يقوم المستشفى بتبسيط الإجراءات التي من شأنها تسهيل خدمة المريض					
11. يوجد سرعة في الرد على شكاوى واستفسارات المرضى					
12. هناك استعداد دائم من مقدم الخدمة لمساعدة المريض					
13. يشعر المرضى بالأمان خلال تعاملهم مع المستشفى					
14. يسم السلوك بالأدب وحسن الخلق أثناء التعامل مع الوافدين للمستشفى					
15. يتمتع العاملون في المستشفى بالخبرة والمهارة المناسبة لعناية بالمرضى الصحية المناسبة					
16. يقدر العاملون ظروف المرضى اهتمام تام					
17. يأخذ المستشفى العادات والتقاليد السائدة في المجتمع عند تقديمه للخدمة					
18. مصالحة المريض و صحته تعتبر من أولويات الإدارة في هذا المستشفى					
19. يرتبط العاملون بعلاقات طيبة مع المرضى					

الجزء الثالث: هذه مجموعة من العبارات التي تقيس التقييم المدركة، وريحي وضع علامة (X) في الخانة المناسبة

العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
20. خدمات المستشفيات لها سمعة جيدة عند المواطنين					
21. يلتقي المريض اهتمام كبير بمجالته الصحية داخل المستشفى					
22. يقوم المريض بجميع التكاليف الطبية من داخل المستشفى					
23. الخدمة في المستشفى تتمتع بنوعية جيدة مقارنة بسعرها					

الجزء الرابع: مجموعة من العبارات التي تقيس مدى رضاكم عن الخدمات المقدمة إليكم، وريحي وضع علامة (X) في الخانة المناسبة.

العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
هل أنت راض عن:					
24. جودة المعلومات التي يزودك بها الطبيب					
25. أسلوب معاملة الطبيب لك					
26. كفاءة وسارة الأطباء					
27. نتيجة العلاج المقدمة لك في نهاية إقامتك في المستشفى					
28. لظهاب الذي تركه سلوك المرض اتجاهك					
29. كفاءة وسارة الممرضين					
30. مدى ارتباط الرعاية التمريضية بالرعاية الطبية					
31. الدعم المعنوي والروحي من الطاقم الطبي					
32. جودة تجهيزات مكان إقامة المراقبين					
33. جودة الخدمات والسهيلات بالمستشفى					
34. جودة تأهيت الغرف					

14: ثبات المقياس

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.879	4

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
fiabilité 1	11.3194	8.160	.694	.862
fiabilité 2	11.4097	7.725	.785	.828
fiabilité 3	11.4677	7.175	.745	.846
fiabilité 4	11.3839	8.088	.744	.844

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.697	4

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
tangibilité2	11.177419	6.703	.458	.647
tangibilité3	11.300000	5.829	.529	.603
tangibilité4	10.535484	7.065	.442	.656
tangibilité5	10.603226	6.997	.506	.621

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.869	4

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
réponse 1	10.4161	8.393	.628	.868
réponse 2	10.3226	7.546	.758	.817
réponse 4	10.6903	7.308	.760	.816
réponse 5	10.3774	7.537	.740	.825

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.888	3

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
sécurité 1	7.2645	4.473	.778	.844
sécurité 2	7.2387	4.247	.839	.789
sécurité 4	7.4581	4.793	.731	.884

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.888	4

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
sympathie1	10.7677	7.648	.777	.847
sympathie2	10.8968	7.666	.696	.879
sympathie3	10.5097	7.603	.723	.869
sympathie4	10.4452	7.620	.833	.828

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.758	5

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
fia1	14.5413	13.498	.344	.786
tan	14.7400	14.447	.633	.706
rep	14.8935	13.097	.728	.666
secu	14.6097	10.757	.548	.718
sym	14.7252	12.136	.575	.696

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.698	2

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.717	2

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.861	4

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.881	4

statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Satis médical1	11.7871	8.492	.808	.823
Satis médical2	11.8774	7.661	.823	.815
Satis médical3	11.6613	8.160	.764	.839
Satis médical4	11.7548	9.933	.590	.901

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.803	3

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Satis infirmiers1	7.4935	3.474	.697	.679
Satis infirmiers2	7.4968	3.668	.641	.739
Satis infirmiers3	7.5194	3.869	.610	.770

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.946	19

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Satis organisat1	3.0809	1.633	.610	.
Satis organisa2	3.7735	1.397	.610	.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.642	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément

Statistiques de total des éléments

		Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Satis l'hôtel2		1.754	.474	.
Satis l'hôtel3	3.4839	1.506	.474	.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.909	11

:15

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	29	77.465	37	.000	2.094
Saturated model	66	.000	0		
Independence model	11	920.035	55	.000	16.728

RMR, GFI

Model	RMSR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.045	.904	.801	.495
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.603	.201	.041	.168

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.916	.875	.954	.930	.953
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
يوم	114	36.7	36.8	36.8
Valide	178	57.2	57.4	94.2
شهر	18	5.8	5.8	100.0
Total	310	99.7	100.0	
Manquante	1	.3		
Total	311	100.0		

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	169	54.3	54.5	54.5
Total	141	45.3	45.5	100.0
Manquante	310	99.7	100.0	
Total	1	.3		
Total	311	100.0		

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
* التعليمي	310	99.7%	1	0.3%	311	100.0%

Tableau croisé * التعليمي

Effectif	Observations						Total
	20	21-30	31-40	41 -50	" 51 "		
التعليمي	32	0	2	9	54	97	
	39	7	19	21	15	101	
	7	27	32	19	13	98	
	0	4	0	0	10	14	
Total	78	38	53	49	92	310	

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
20	78	25.1	25.2	25.2
21-30	38	12.2	12.3	37.4
31-40	53	17.0	17.1	54.5
41 -50	49	15.8	15.8	70.3
" 51 "	92	29.6	29.7	100.0
Total	310	99.7	100.0	
Manquante	1	.3		
Total	311	100.0		

التعليمي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	97	31.2	31.3	31.3
	101	32.5	32.6	63.9
	98	31.5	31.6	95.5
	14	4.5	4.5	100.0
Total	310	99.7	100.0	
Manquante	1	.3		
Total	311	100.0		

Assessment of normality (Group number 1)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
Fiabilité	1.000	5.000	-.865	-3.406	.421	.829
tangibilité	1.000	5.000	-.192	-.757	-.767	-1.510
réponse	1.000	5.000	-.656	-2.583	.194	.382
sécurité	1.000	5.000	-.850	-3.348	.027	.053
sympathie	1.000	5.000	-.820	-3.228	.339	.667
Satismédical	1.000	5.000	-.372	-5.400	1.830	3.603
Satisinfirmiers	1.000	5.000	-.090	-4.290	.816	1.607
Satisorganisat	1.000	5.000	-.531	-2.089	-.677	-1.333
Satishôtel	1.000	5.000	-.734	-2.891	-.200	-.394
valutilisat	1.000	5.000	-.603	-2.375	-.054	-.106
valéchan	1.000	5.000	-.630	-2.481	-.132	-.261

18: نتائج المتغيرات الديموغرافية

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
qual	Inter-groupes	1.712	1	1.712	2.592	.108
	Intra-groupes	203.510	308	.661		
	Total	205.222	309			
val total	Inter-groupes	6.745	1	6.745	7.468	.007
	Intra-groupes	278.172	308	.903		
	Total	284.917	309			
satis	Inter-groupes	13.356	1	13.356	19.139	.000
	Intra-groupes	214.934	308	.698		
	Total	228.290	309			

Tableau de bord

		valtotal	satis	qual
Moyenne		3.4876	3.4088	3.5912
	Ecart-type	.90840	.83492	.80320
	N	181	181	181
Moyenne		3.7868	3.8299	3.7420
	Ecart-type	1.00638	.83599	.82625
	N	129	129	129
Total	Moyenne	3.6121	3.5841	3.6540
	Ecart-type	.96024	.85954	.81495
	N	310	310	310

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
qual	Inter-groupes	6.644	4	1.661	2.551	.039
	Intra-groupes	198.579	305	.651		
	Total	205.222	309			
val total	Inter-groupes	25.111	4	6.278	7.370	.000
	Intra-groupes	259.806	305	.852		
	Total	284.917	309			
satis	Inter-groupes	13.161	4	3.290	4.665	.001
	Intra-groupes	215.129	305	.705		
	Total	228.290	309			

Tableau de bord

		valtotal	satis	qual
20	Moyenne	3.6987	3.7553	3.6397
	Ecart-type	.80113	.72739	.58936
	N	78	78	78
21-30	Moyenne	4.0197	3.8624	3.9207
	Ecart-type	.38283	.42161	.61108
	N	38	38	38
31-40	Moyenne	3.8585	3.6250	3.7691
	Ecart-type	.85977	.85969	.53520
	N	53	53	53
41 -50	Moyenne	3.6480	3.5991	3.6928

	Ecart-type	.78216	.63832	.70836
	N	49	49	49
	Moyenne	3.2092	3.2923	3.4690
" 51 "	Ecart-type	1.22770	1.09857	1.14372
	N	92	92	92
	Moyenne	3.6121	3.5841	3.6540
Total	Ecart-type	.96024	.85954	.81495
	N	310	310	310

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
qual	Inter-groupes	8.825	3	2.942	4.583	.004
	Intra-groupes	196.397	306	.642		
	Total	205.222	309			
val total	Inter-groupes	17.275	3	5.758	6.583	.000
	Intra-groupes	267.643	306	.875		
	Total	284.917	309			
satis	Inter-groupes	11.545	3	3.848	5.433	.001
	Intra-groupes	216.745	306	.708		
	Total	228.290	309			

Tableau de bord

التطبيعي		valtotal	satis	qual
	Moyenne	3.4845	3.4332	3.5421
	Ecart-type	1.04820	.92698	.87652
	N	97	97	97
	Moyenne	3.6064	3.6852	3.6253
	Ecart-type	.84213	.69069	.65665
	N	101	101	101
	Moyenne	3.8622	3.7253	3.8630
	Ecart-type	.94099	.88833	.84218
	N	98	98	98
	Moyenne	2.7857	2.9107	3.1724
	Ecart-type	.64194	.87715	.90823
	N	14	14	14
	Moyenne	3.6121	3.5841	3.6540
Total	Ecart-type	.96024	.85954	.81495
	N	310	310	310

ONEWAY qual val_total satis BY
/MISSING ANALYSIS.

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
qual	Inter-groupes	.557	2	.278	.417	.659
	Intra-groupes	204.666	307	.667		
	Total	205.222	309			
val total	Inter-groupes	1.787	2	.893	.969	.381
	Intra-groupes	283.131	307	.922		
	Total	284.917	309			
satis	Inter-groupes	1.338	2	.669	.905	.406
	Intra-groupes	226.952	307	.739		
	Total	228.290	309			

ONEWAY qual val_total satis BY
/MISSING ANALYSIS.

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
qual	Inter-groupes	7.651	1	7.651	11.927	.001
	Intra-groupes	197.571	308	.641		
	Total	205.222	309			
val total	Inter-groupes	16.446	1	16.446	18.868	.000
	Intra-groupes	268.471	308	.872		
	Total	284.917	309			
satis	Inter-groupes	7.546	1	7.546	10.528	.001
	Intra-groupes	220.745	308	.717		
	Total	228.290	309			

Tableau de bord

		valtotal	satis	qual
	Moyenne	3.8225	3.7266	3.7975
	Ecart-type	.91993	.89828	.83485
	N	169	169	169
	Moyenne	3.3599	3.4133	3.4820
	Ecart-type	.94980	.78004	.75818
	N	141	141	141
	Moyenne	3.6121	3.5841	3.6540
Total	Ecart-type	.96024	.85954	.81495
	N	310	310	310

:19

Corrélations

		fia	tan	rep	sym	sec	qual	satis
fia	Corrélation de Pearson	1	.259**	.316**	.278**	.286**	.617**	.267**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
tan	Corrélation de Pearson	.259**	1	.717**	.502**	.579**	.746**	.602**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
rep	Corrélation de Pearson	.316**	.717**	1	.604**	.778**	.857**	.652**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
sym	Corrélation de Pearson	.278**	.502**	.604**	1	.588**	.788**	.555**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
sec	Corrélation de Pearson	.286**	.579**	.778**	.588**	1	.821**	.717**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
qual	Corrélation de Pearson	.617**	.746**	.857**	.788**	.821**	1	.709**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
satis	Corrélation de Pearson	.455**	.602**	.652**	.555**	.717**	.709**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	310	310	310	310	310	310	310

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		fia	tan	rep	sym	sec	qual	valtotal
fia	Corrélation de Pearson	1	.259**	.316**	.278**	.286**	.617**	.349**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
tan	Corrélation de Pearson	.259**	1	.717**	.502**	.579**	.746**	.668**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
rep	Corrélation de Pearson	.316**	.717**	1	.604**	.778**	.857**	.771**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
sym	Corrélation de Pearson	.278**	.502**	.604**	1	.588**	.788**	.610**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
sec	Corrélation de Pearson	.286**	.579**	.778**	.588**	1	.821**	.802**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
qual	Corrélation de Pearson	.617**	.746**	.857**	.788**	.821**	1	.814**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	310	310	310	310	310	310	310
valtotal	Corrélation de Pearson	.349**	.668**	.771**	.610**	.802**	.814**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	310	310	310	310	310	310	310

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		valéchan	valutilisation	valtotal	satis
valéchan	Corrélation de Pearson	1	.831**	.952**	.727**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000
valutilisation	N	310	310	310	310
	Corrélation de Pearson	.831**	1	.961**	.784**
valtotal	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000
	N	310	310	310	310
satis	Corrélation de Pearson	.952**	.961**	1	.791**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000
	N	310	310	310	310
	Corrélation de Pearson	.727**	.784**	.791**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000
	N	310	310	310	310

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

20: نتائج اختبار الفرضيات

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.709 ^a	.502	.501	.60738

a. Valeurs prédites : (constantes), qual

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	114.667	1	114.667	310.829	.000 ^b
	Résidu	113.623	308	.369		
	Total	228.290	309			

a. Variable dépendante : satis

b. Valeurs prédites : (constantes), qual

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	.853	.159		5.373	.000
	qual	.747	.042	.709	17.630	.000

a. Variable dépendante : satis

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
		A	Erreur standard	Bêta			Tolérance	VIF
1	(Constante)	.728	.163		4.474	.000		
	fia	.016	.025	.025	.638	.524	.886	1.129
	tan	.257	.059	.235	4.362	.000	.478	2.094
	rep	.022	.066	.023	.331	.741	.274	3.645
	sym	.092	.033	.137	2.811	.005	.586	1.707
	sec	.395	.051	.475	7.787	.000	.372	2.690

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.780 ^a	.609	.607	.60161

a. Valeurs prédites : (constantes), qual

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	173.442	1	173.442	479.214	.000 ^b
	Résidu	111.475	308	.362		
	Total	284.917	309			

a. Variable dépendante : valtotal

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	.253	.157		1.609	.109
qual	.919	.042	.780	21.891	.000

a. Variable dépendante : valtotal

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	.212	.152		1.397	.164
1 fia	.040	.023	.057	1.737	.083
tan	.166	.055	.136	3.027	.003
rep	.169	.061	.163	2.752	.006
sym	.511	.047	.549	10.793	.000
sec	.050	.031	.067	1.642	.102

a. Variable dépendante : valtotal

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.791 ^a	.626	.624	.52684

a. Valeurs prédites : (constantes), valtotal

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	142.801	1	142.801	514.481	.000 ^b
Résidu	85.489	308	.278		
Total	228.290	309			

a. Variable dépendante : satis

b. Valeurs prédites : (constantes), valtotal

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	1.027	.117		8.803	.000
valtotal	.708	.031	.791	22.682	.000

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
	A	Erreur standard	Bêta			Tolérance	VIF
(Constante)	1.064	.117		9.115	.000		
1 valéchan	.222	.056	.246	3.944	.000	.309	3.240
valutilisation	.472	.051	.579	9.305	.000	.309	3.240

a. Variable dépendante : satis

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)
Standardized Total Effects (Group number)

	qualität	Valeur perçue	Satispatients
Valeur perçue	.905	.000	.000
Satispatients	.852	.499	.000
valutlisat	.776	.858	.000
valéchan	.875	.967	.000
Fiabilité	.706	.000	.000
tangibilité	.625	.000	.000
réponce	.862	.000	.000
sécurité	.919	.000	.000
sympathie	.860	.000	.000
Satismédical	.687	.403	.807
Satisinfirmiers	.726	.425	.852
Satisorganisat	.695	.408	.816
Satishôtel	.626	.367	.734

Standardized Direct Effects (Group number)

	qualität	Valeur perçue	Satispatients
Valeur perçue	.905	.000	.000
Satispatients	.400	.499	.000
valutlisat	.000	.858	.000
valéchan	.000	.967	.000
Fiabilité	.706	.000	.000
tangibilité	.625	.000	.000
réponce	.862	.000	.000
sécurité	.919	.000	.000
sympathie	.860	.000	.000
Satismédical	.000	.000	.807
Satisinfirmiers	.000	.000	.852
Satisorganisat	.000	.000	.816
Satishôtel	.000	.000	.734

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	qualität	Valeur perçue	Satispatients
Valeur perçue	.000	.000	.000
Satispatients	.452	.000	.000
valutlisat	.776	.000	.000
valéchan	.875	.000	.000
Fiabilité	.000	.000	.000
tangibilité	.000	.000	.000
réponce	.000	.000	.000
sécurité	.000	.000	.000
sympathie	.000	.000	.000
Satismédical	.687	.403	.000
Satisinfirmiers	.726	.425	.000
Satisorganisat	.695	.408	.000
Satishôtel	.626	.367	.000

تحاول هذه الدراسة تقديم نموذج كلي متكامل لأثر الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد (المريض)، فهي تنطلق من تصور إمكانية التسويق لتحسين مستوى الجودة المدركة للخدمة الصحية، وذلك بالتركيز على المستهلك من أجل تحقيق رضاه.

استهدفت الدراسة عينتين هما: العاملين والمرضى لمجموعة من المستشفيات الجزائرية، وقد استخدمت الدراسة تحليل المسار من أجل تحديد الآثار المباشرة وغير المباشرة، حيث تؤثر إدارة للخدمة الصحية من طرف العاملين من خلال الرضا الوظيفي مة الصحية من طرف المريض على رضا المريض من كمتغير وسيط. خلال القيمة المدركة كمتغير وسيط. رضا المستفيد الخارجي تم الاعتماد على التقارب في اتجاهات أفراد العينتين عند قياس الجودة المدركة للخدمة الصحية. على نتائج الدراسة تم تقديم عدة اقتراحات.

الكلمات المفتاحية: إدارة الجودة الشاملة، الرضا الوظيفي، الجودة المدركة، الخدمة الصحية، رضا المريض، القيمة المدركة.

Abstract

This study attempts to provide an integrated holistic model of the impact of perceived quality management of health service on the beneficiary satisfaction (patient). It runs from the perception of the possibility of using modern management entrances consisting in total quality management and marketing management to improve the level of the health service perceived quality, by focusing on the consumer in order to achieve his satisfaction.

The study targeted two samples: workers and patients at some Algerian hospitals. The study used path analysis in order to determine the direct and indirect effects. Total quality management affects the perceived quality of health service by workers through job satisfaction as an intermediate variable. Moreover, the perceived quality of health service by the patient affects the patient's satisfaction through the perceived value as an intermediate variable. In order to move from the administrative side to the outside beneficiary satisfaction, it has been relying on the convergence in the trends of the two samples' individuals when measuring the perceived quality of health service. Based on the results of the study several proposals were presented.

Key-words: Total quality management, job satisfaction, perceived quality, health service, patient satisfaction, perceived value.