



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المركز الجامعي عبد الحفيظ بالصوف ميلة

معهد العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم: العلوم الاقتصادية و التجارية

ميدان: علوم اقتصادية والتسيير وعلوم تجارية

الشعبة: علوم تجارية

التخصص: تسويق

المرجع : / 2015

مذكرة بعنوان:

تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الإستشفائية العمومية

دراسة حالة: عينة من المؤسسات الإستشفائية العمومية على مستوى ولاية ميلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في العلوم التجارية (ل.م.د)

تخصص: " تسويق "

إشراف الأستاذ:

رين ربيع

إعداد الطلبة:

- بخبخ جهيدة
- بوالصيود مريم
- نغيش نجاة

السنة الجامعية: 2014 / 2015

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اللهم انفعنا بما علمتنا ويسر لنا سبيل العلم يا رب علمنا أن نحب الناس كلهم، وعلمنا أن نحاسب أنفسنا قبل أن نحاسب غيرنا، علمنا أن التسامح هو أكبر مراتب القوة، وأن الانتقام هو أول مظاهر العنف.
يا رب لا تجعلنا نصاب بالغرور إذا نجحنا، ولا باليأس إذا أخفقنا بل فكرنا دائما أن للإخفاق هو التجربة التي

يا رب إذا أعطيتنا نجاحا فلا تأخذ تواضعنا

وإذا أعطيتنا تواضعا فلا تأخذ اعتز

إذا أسأنا يا رب إلى الناس فامنحنا شجاعة الاعتذار، وإذا أساء الناس إلينا فامنحنا شجاعة العفو.

أمين يا رب العالمين

سورة الفلق

انطلاقاً من قوله سبحانه وتعالى: بسم الله الرحمن الرحيم:

﴿ وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ ﴾ (سورة إبراهيم الآية: 7).

وقول رسول الله صلى الله عليه وسلم « لا يشكر الله من لا يشكر الناس »

الحمد والشكر لله رب العالمين كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه على ما أنعم علينا من نعم لا تحصى منها توفيقه إيانا لإنجاز هذا العمل، وندعوا الله أن يتقبله منا قبولاً حسناً وأن ينفعنا وينفع المسلمين به.

يشرفنا ويسعدنا أن نتقدم بخالص الشكر والامتنان والتقدير للمشرف الكريم حفظه الله ورعاه لتفضله بالإشراف على هذه المذكرة الأستاذ الفاضل:

" قرأين الربيع "

كما نتقدم بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان لكل الأساتذة خاصة الأستاذ بوسالم أبوبكر، غيثي عبد العالي، هولي فرحات.

وتحيات تقدير واحترام للأستاذ " بوشفة عبد المالك "

وشكراً

الأهداء

علاء هدا

بسم الله الرحمن الرحيم

"وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون" سورة التوبة الآية-8-

أهدي عملي وثمره جهدي بعد الحمد لله الواحد الأحد على توفيقه ونعمته علي إلى أعلى ما في الوجود إلى من ظللوني بشجرة الإيمان وعلماني العطاء دون انتظار إلى من قال فيهما الرحمان: "وبالوالدين إحسانا" إلى حبيبة قلبي ونور حياتي ومنبع أمني أمي الغالية "جميلة" إلى من أتى بي لدنيا القدر إلى من شقى لأكبر إلى من باسمه أعتز وأفخر تحية ملؤها عطرًا وعبرًا إلى والدي العزيز... "محمد" أطال الله عمرهما، إلى من كانوا سندي ورفاقي لأسير في الدنيا وأنظر إلى من صانوا الأمانة من أهلهم وكل منهم ما قصر إلى أخي باديس وزوجته سارة، إلى أخي العزيز جلول، وأخي الصغير خالد أتمنى لهم التوفيق، إلى توائم الروح وزهرات حياتي إلى اللواتي معهن أكون أنا وبدونهن أكون لا شيء أختي صليحة وزوجها وولديها البرعمين يحيى وأيوب، إلى أختي سليمة وزوجها إلى الزهرات: وسيلة، لبنى، شروق والريحانة الصغيرة "هدى" أحبهم من كبيرهم إلى الأصغر، إلى كل من علمني حرفًا أو اثنين أو أكثر.

إلى من تطلع لنجاحي بنظرات الأمل، في نهاية مشواري أشكرك جزيل الشكر، إلى رفيق دربي وتوأم روحي زوجي الحبيب "مراد" حفظه الله وأطال في عمره، إلى كل الأهل والأقارب وإلى كل زميلاتي وصديقاتي، لكل من كان بصحبتني يفتخر كلا باسمه لعلي أنسى أحداً أو أقصر، إلى من ساهم في انجاز هذا البحث بعمل أو دعاء قريبًا كان أو بعيد.

أساتذتي امرأة كانت أو رجل على رأسهم أستاذي في الابتدائي وأستاذي المشرف على هذه المذكرة، إلى كل من هم في قلبي ولم يسعهم قلبي.

وأخيرا عسى أن أكون قد وفيت ودعائي أن تسير أمتي بعلمنا هذا نحو الأفضل.

جميلة
جميلة

إهداء:

اللهم لا تجعلنا نصاب بالغرور إذا نجحنا ولا باليأس إذا أخفقنا وذكرنا أن الإخفاق هو التجربة.

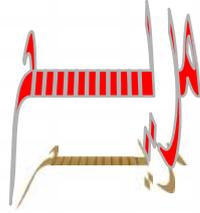
نشكر الله ونحمده هو الوحيد المعين الجميل في الوجود أن يجد المرء يعينه على عتبة التخرج بعد سنين الجد والاجتهاد ولكن الأجل هو تقاسمنا لانجاز هذا العمل بحلوه ومره.

أهدي عملي هذا إلى من تحت قدميها الجنة، إلى من تتحني لها المشاعر عند قدومها أمي الغالية إلى أبي العزيز الغالي وسندي في الحياة وإلى جميع أخواتي الأعزاء.

إلى جميع من أحبهم قلبي أصدقائي.

وأخيرا وليس آخرا إلى أستاذة الشرف.

وأخيرا إلى من لم يذكرهم قلبي ولهم مكانة في قلبي.



إهداء:

أهدي ثمرة جهدي إلى خالقي وموجهي إلى طريق الصواب إلى أحلى ما في الوجود إلى من استقيت منهم دروس الحياة في أي لحظة من لحظات عمري إلى من سقوني من ينابيع الفضيلة إلى من قال فيهما الرحمان "وبالوالدين إحساناً".

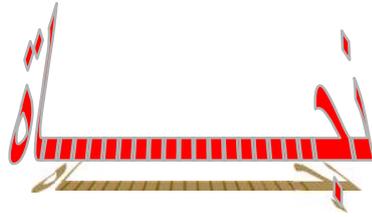
أمي الحنون التي سهرت علي الليلي لأجل راحتي وسعادتي، إلى التي احترقت لتضيء طريقي وكان لدعواتها النور الذي يهديني أمي الحبيبة يميناً.

إلى الذي أخذت منه قيم الإنسانية إلى مثلي الأعلى، إلى الذي كان زادي وعمادي في الحياة إلى الذي كرس وقته وشغله وراحته لخدمتي "أبي العزيز سعيد".

إلى أجمل ما أهداني القدر إخواني الأعزاء:

إلى هاني وزوجته نورة وابنهما الكتكتوت معتر باالله، إلى أخي الصغير والمدلل "مولود"، إلى أخي ورفيق دربي أنا في هذه الحياة بدونك لا شيء، معك أكون أنا وبدونك أكون لا شيء ، في نهاية مشواري أريد أن أشكرك على موافقتك النبيلة إلى من تطلعت لنجاحي بنظرات الأمل أخي الحبيب " كمال"، وإلى زوجته مريم. إلى الورود التي أزهرت حياتي ورشتها بارق المشاعر أخواتي، نبيلة وزوجها كمال وولديها الذين تحلو بهما الحياة، إسلام وإياد إلى توائم الروح وزهرات حياتي إلي أختي الحبيبة سمية والعزيزة صبيحة إلى جدتي وعماتي وعمي وخالتي وأولادهم: بوبكر، بشرى، علي، مسعودة، أيوب، سارة، وائل، إلى توائم الروح ورفيقات الدرب وحبيبات القلب صديقاتي العزيزات، جهيدة، صبرينة، كنزة، إيمان، مريم، رقية، سهام، نورة، كما أتقدم بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان إلى الأستاذ "قرين الربيع" فجزاه الله خير الجزاء.

إلى من هم في القلب ولم يذكرهم القلم إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي.



فَالْمُحْسِنِينَ
وَالْمُحْسِنَاتِ

I.....	دعاء.....
II.....	شكر و عرفان.....
III.....	الإهداء.....
IV.....	فهرس الأشكال.....
V.....	فهرس الجداول.....
VI.....	فهرس الملاحق.....
VII.....	ملخص.....
أ-ج.....	مقدمة.....

فهرس المحتويات

الفصل الأول: مدخل إلى جودة الخدمة

2	تمهيد:
3	المبحث الأول: ماهية الجودة.....
3	المطلب الأول: نشأة وتطور الجودة.....
5	المطلب الثاني: مفهوم الجودة.....
11	المطلب الثالث: أبعاد الجودة.....
13.....	المبحث الثاني: ماهية الخدمة.....
13	المطلب الأول: مفهوم الخدمة.....
17	المطلب الثاني: مستويات الخدمات.....
22	المطلب الثالث: تصنيفات الخدمة.....
25.....	المبحث الثالث: تقييم الجودة في المؤسسات الخدمية.....
25	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة.....

29	المطلب الثاني: نماذج جودة الخدمة Service Quality Models
34	المطلب الثالث: تقييم جودة الخدمة
40	خلاصة الفصل الأول:
	الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية
42	تمهيد:
43	المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية
43	المطلب الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية
50	المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية
53	المطلب الثالث: مستويات وأنواع الخدمات الصحية
57	المبحث الثاني: تقييم الجودة في الخدمات الصحية
57	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية
61	المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية والعناصر المؤثرة في تحقيقها
65	المطلب الثالث: مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية
71	المطلب الرابع: متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية
73	خلاصة الفصل الثاني:
	الفصل الثالث: دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية
	ميلة
75	تمهيد:
76	المبحث الأول: وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية
76	المطلب الأول: مراحل تطور المؤسسات الصحية الجزائرية
80	المطلب الثاني: المؤسسات الصحية في الجزائر
83	المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والمعالجة الإحصائية
84	المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية

96	المطلب الثاني: المعالجة الإحصائية، اختيار الفرضيات، تحليل النتائج وتفسيرها
107	خلاصة الفصل الثالث:
109	خاتمة
114-112	قائمة المراجع
129-116	الملاحق

فهرس الأشكال

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
9	أهداف الجودة	01
18	زهرة الخدمة	02
26	مفهوم جودة الخدمة	03
27	مربع الجودة	04
31	نموذج الفجوات التقليدي	05
33	نموذج الفجوات لجودة الخدمة المطور	06
39	ادراكات الزبون لجودة وإشباع أو رضا الزبون	07
54	حزمة منافع الخدمة الصحية	08
64	نموذج تكاملي لجودة الخدمة الصحية	09
68	نموذج الفجوة للخدمات الصحية	10
88	توزيع أفراد العينة على أساس متغير الجنس	11
89	توزيع أفراد العينة على أساس متغير الفئة العمرية	12
90	توزيع أفراد العينة على أساس متغير الحالة العائلية	13
91	توزيع أفراد العينة على أساس متغير المستوى التعليمي	14
92	توزيع أفراد العينة على أساس متغير مستوى الدخل	15
93	توزيع أفراد العينة على أساس سبب القدوم للمشفى	16
94	توزيع أفراد العينة على أساس تكرار القدوم للمشفى	17
95	توزيع أفراد العينة حسب المكوث بالمشفى	18
97	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة حسب معيار الاعتمادية	19
98	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة حسب معيار الملموسية	20
100	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة حسب معيار الاستجابة	21
102	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة حسب معيار الأمان	22
103	التمثيل البياني لتقييم أفراد عينة الدراسة حسب معيار التعاطف	23

فخرنا الطاهر

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
16	بعض المشكلات الناتجة عن خصائص الخدمة وطرق معالجتها	01
78	عدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985-1989	02
86	عدد الاستثمارات الموزعة في كل مشفى.	03
87	توزيع أفراد عينة الدراسة على أساس متغير الجنس.	04
88	توزيع أفراد عينة الدراسة على أساس متغير العمر.	05
89	توزيع أفراد عينة الدراسة على أساس متغير الحالة العائلية.	06
90	توزيع أفراد عينة الدراسة على أساس متغير المستوى التعليمي.	07
91	توزيع أفراد عينة الدراسة على أساس متغير الدخل.	08
93	توزيع أفراد عينة الدراسة على أساس سبب القدوم للمشفى.	09
94	توزيع أفراد عينة الدراسة على أساس تكرار القدوم للمشفى.	10
95	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب القدوم للمشفى.	11
96	تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الاعتمادية.	12
97	تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الملموسية.	13
99	تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الاستجابة.	14
101	تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الأمان.	15
102	تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار التعاطف.	16
104	نتائج تحليل الارتباط لمعرفة العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة ومستوى الدخل	17
105	نتائج تحليل الارتباط لمعرفة العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية	18
105	معامل الارتباط لأبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية	19
106	نتائج تحليل أثر العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية	20

فطرس الملائق

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
119-116	إستبيان في صورته الأولىة	1
123-120	إستبيان في صورته النهائية	2
123	قائمة أسماء الأساتذة المحكمين للإستبيان	3
123	ثبات الأداة (كرونباخ ألفا)	4
125-124	التكرارات والنسب المئوية الخاصة بالمحور الأول من الاستبيان	5
126-125	التكرارات والنسب المئوية الخاصة بالمحور الثاني من الاستبيان	6
127	المتوساطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمرتكات جودة الخدمة	7
128	معامل الارتباط لأبعاد جودة الخدمة ومستوى الدخل	8
128	معامل تأثير وقيمة المعنوية لمستوى الدخل وأبعاد جودة الخدمة	9
129	معامل الارتباط لأبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية	10
129	معامل التأثير وقيمة المعنوية لأبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية	11

ملخص

ملخص:

إن قطاع الخدمات الصحية يمثل أحد العوامل الأساسية في تحقيق التنمية الاجتماعية لكونه يهتم بتقديم خدمات لأعلى مورد من موارد الدولة وهو الإنسان باعتباره الوسيلة الأولى لتحقيق التنمية في شتى المجالات، حيث أن الإنسان المريض لا يمكنه أن يخطط أو يعمل أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى تحل مشاكله الصحية، يهدف هذا البحث إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية ميلة، وذلك بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم إعداد استبانة وتوزيعها على عينة مكونة من 60 مريض في المؤسسات العمومية الاستشفائية بميلة، وتم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية في برنامج الخدمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لعرض وتحليل نتائج الدراسة وتم اختيار الفرضيات الموضوعية.

مقدمة

مقدمة

شهد القطاع الصحي في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات، حيث أصبح موضوع جودة الخدمة الصحية محل اهتمام عالمي متزايد، سعيا من المؤسسات الاستشفائية بتقديم خدماتها الصحية بجودة عالية، فقطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أولت اهتماما من طرف الحكومات والمنظمات الدولية، حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948، هدفها أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن، وفي أواخر الثمانينات من القرن الماضي تم إدخال مفهوم الجودة في الرعاية الصحية، إذا استحدث علم "ضمان الجودة في الرعاية الصحية" والذي تطور نحو عدة مفاهيم منها إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، التطوير المستمر للجودة وتحسين أداء النظم الصحية، وذلك من أجل تطوير وتطبيق مناهج صحية للتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية من خلال تحديد المشكلات وطرق حلها، وضمان رضا المرضى ومقدمو الخدمات الصحية على حد سواء.

لقد أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية مطلباً أساسياً تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجيهات منظمة الصحة العالمية، والجزائر من بين الدول التي تسعى لتحسين وتطوير قطاع الصحة، من خلال الصلاحيات التي تباشرها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة.

إشكالية البحث:

على ضوء ما سبق عرضه في هذا المدخل تكمل إشكالية البحث في التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية؟

ولمعالجة وتحليل هذه الإشكالية تقوم بطرح والإجابة على الأسئلة الفرعية التالية :

- ما مفهوم الخدمات الصحية؟
- ما هي أبعاد جودة الخدمات الصحية؟
- كيف يتم تقييم الجودة في المؤسسات الصحية؟

فرضيات الدراسة:

يتطلب تحليل الإشكالية محل الدراسة اختبار صحة مجموعة من الفرضيات هي:

الفرضية الرئيسية: يقيم مرضى المؤسسات الاستشفائية العمومية الخدمات المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييماً متوسطاً.

الفرضيات الفرعية:

- تعزى جودة الخدمة الصحية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 إلى عامل الدخل.
- لا توجد علاقة بين الفئة العمرية وأبعاد جودة الخدمة الصحية عند مستوى الدلالة 0.05.

أسباب اختيار الموضوع:

- الوضع الذي نعيشه حالياً قادنا إلى تساؤلات متعددة حول معرفة الواقع الصحي وحالة المستشفيات التي تعاني والتسبب الذي ينعكس سلباً على المواطن بالدرجة الأولى، من خلال عدم تلبية حاجته واشتداد سوء حالته الصحية، إضافة إلى العجز المالي الذي يثقل كاهله في حالة لجوءه إلى القطاع الخاص.
- الأهمية البالغة لقطاع الجودة الصحية في تحقيق الرفاهية للمجتمعات.

أهمية الموضوع:

تتمثل أهمية الموضوع في تبيين أهمية القطاع الصحي والخدمات التي يقدمها وضرورة تطويرها وتحسين جودتها باعتبارها مرتبطة بالفرد الذي يعد الركيزة الأساسية للتنمية والبناء في أي بلد.

أهداف الموضوع:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق بعض الأهداف تتمثل فيما يلي:

- عرض واقع القطاع الصحي بولاية ميلة.
- التعرف على الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى.
- معرفة مدى قيام المؤسسات الاستشفائية العمومية في ولاية ميلة بتقييم جودة خدماته الصحية ومحاولة وضع المقترحات وتقديم توصيات.

المنهج المتبع:

يعد المنهج مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها البحث بغية تحقيق أهداف بحثه، وقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وتم بناء الجانب النظري على البيانات من المصادر الثانوية تمثلت في الكتب العربية والأجنبية، الرسائل والأطروحات الجامعية، أما في الجانب التطبيقي فقد تم الاعتماد على

المقابلة الشخصية والاستبيان ووزع تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الصحية العمومية بميلة من وجهة نظر المرضى وتم معالجة البيانات عن طريق الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

هيكل الدراسة:

لمعالجة الإشكالية المطروحة، قمنا بتقسيم هذا البحث إلى ثلاثة فصول، تطرقنا في الأول منها إلى مدخل لجودة الخدمة تضمن ماهية الجودة والخدمة في تقييم جودة الخدمة في المؤسسات الخدمية، وذلك من خلال ذكر مفهوم جودة الخدمة في المؤسسات الخدمية والمعايير الذي يعتمد عليها في تقييم الخدمة من حيث الجودة، وفي الأخير قمنا بإضافة نماذج تقييم جودة الخدمة.

أما في الفصل الثاني نتناول جودة الخدمات الصحية بدءا بماهية الخدمات الصحية تضمن مفاهيم حول الخدمات الصحية، خصائصها ومستوياتها، تم تقييم الجودة في الخدمات الصحية الذي نتطرق فيه إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية، أبعاد جودة الخدمات الصحية ومداخل تقييمها، ثم إلى متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية.

في الفصل الثالث نتطرق إلى دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بميلة، حيث تضمن المبحث الأول وضعية المؤسسات الصحية في الجزائر، وتضمن المبحث الثاني الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية ومعالجة الإحصائية للبيانات بعدها تحليل وتفسير النتائج المتحصل عليها.

الفصل الأول:

مدخل إلى جودة الخدمة

الفصل الأول: مدخل إلى جودة الخدمة

تمهيد:

تلعب جودة الخدمة دورا مهما في تصميم الخدمة وتسويقها حيث أنها ذات أهمية لكل من مقدمي الخدمات والمستهلكين، وقد ازداد إدراك المؤسسات الخدمية لأهمية دور تطبيق مفهوم الجودة في الخدمات المقدمة لتحقيق الميزة التنافسية، كما أصبح المستفيدون من الخدمات أيضا أكثر إدراكا واهتماما بجودة الخدمة كونها تؤثر مباشرة على طلب الخدمة، وباعتبارها أيضا وسيلة لصنع المكانة التنافسية للمؤسسة الخدمية مقارنة مع المؤسسات المنافسة لما ف السوق، وتعد توقعات وحاجات المستهلكين عوامل مهمة في تقييم جودة الخدمة، إلا أن تقييمها يعتبر أمرا صعبا بالنسبة إلى المؤسسات الخدمية.

وسنتناول في هذا الفصل ماهية الجودة والخدمة، وكيفية تقييم جودة الخدمة في المؤسسات الخدمية.

المبحث الأول: ماهية الجودة

تعد الجودة في العصر الحالي إحدى وسائل التنافسية، حيث تحتل الجودة إدارة وأهدافا موقعا مهما في توجهات ونشاطات المؤسسات المختلفة، ويرجع تزايد الاهتمام بالجودة إلى التغيرات السريعة والمتنوعة في البيئة الاقتصادية العالمية، والتغير في استجابات المستفيدين والتحول التكنولوجية المتلاحقة وغيرها من العوامل، وسنتناول في هذا المبحث، نشأة وتطور الجودة، مفهوم الجودة، أهميتها، وأهدافها.

المطلب الأول: نشأة وتطور الجودة

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

وتنسب أقدم الاهتمامات بالجودة إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد في الحضارة البابلية إبان حكم أشهر ملوكها " حمورابي " فقوانينه المشهورة تضمنت قانونا يخص التجارة أوجب على من يقدم ما هو غير جيدا وناقص القيمة في المنتجات التي يتاجر بها، القيام بإصلاح العيب، كما تشير الوقائع التاريخية في القرن الخامس عشر قبل الميلاد إلى تأكيد الفراعنة المصريين على الجودة في بناء ودهن جدران المعابد المصرية القديمة، واشترط الالتزام بالجودة في تشييد الأهرامات، كما نلمس تأكيد الجودة في الإسلام منذ ظهوره، حيث كان الرسول صلى الله عليه وسلم يحث على الاهتمام بالجودة في العمل¹.

في القرن العشرين بدأ التركيز على مفهوم الجودة في اليابان ثم انتشر في أمريكا ثم باقي دول العالم.

وخلاصة لما سبق فقد مر مفهوم الجودة بخمسة مراحل تتداخل مع بعضها من الناحية الفعلية، ففي الوقت الذي ستستمر فيه بعض المؤسسات في اعتماد عملية الفحص، تبقى مؤسسات أخرى تعمل بضبط الجودة وتتمثل هذه المراحل فيما يلي²:

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

² محفوظ أحفظ جودة، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، دار وائل، الأردن، 2006، ص: 25.

أولاً: مرحلة الفحص

شهدت الفترة بين عامي (1920-1946م) مفهوم متطور للجودة حيث كانت تحليلات الجودة تركز فقط على فحص المنتجات، وما هو عدد المنتجات التي تخضع للفحص، وتتضمن عملية الفحص الأنشطة المتعلقة بقياس واختبار وتفتيش المنتج وتحديد مدى مطابقة المنتج للمواصفات الفنية الموضوعية، وبالتالي المنتجات غير المطابقة للمواصفات فإنها إما أن تتلف أو يعاد العمل عليها، أو يتم بيعها بأسعار أقل، كما أن عملية الفحص تركز فقط على اكتشاف الأخطاء ولكنها لا تقوم بصنعها من الأساس.

ثانياً: مرحلة ضبط الجودة أو السيطرة على الجودة إحصائياً:

تمتد هذه المرحلة ما بين عامي (1946-1960م)، ظهرت ضبط الجودة باستخدام أساليب إحصائية خاصة بالعينات فخلال الحرب العالمية تصاعدت وتائر الإنتاج، ولم يعد الفحص 100 مناسباً، لذلك بدأ انتشار السيطرة على الجودة، ويشمل ضبط الجودة كافة النشاطات والأساليب الإحصائية التي تتضمن المحافظة على موضوعات المنتج، وبالتالي فإن ضبط الجودة يشمل التأكد من أن تصميم المنتج يطابق المواصفات المحددة والتأكد من المنتج، الإنتاج، وما بعد الإنتاج متوافق أيضاً مع المواصفات وبناء على ذلك امتدت عملية ضبط الجودة لتشمل التصميم والأداء باستخدام أساليب إحصائية حديثة لمراقبة الجودة، ووفقاً لهذا المفهوم فإن ضبط الجودة أو السيطرة على الجودة يعتبر مرحلة متطورة من الفحص فيما يتعلق بتطور الأساليب المستخدمة.

ثالثاً: مرحلة تأكيد الجودة:

بدأ التفكير في مفهوم تأكيد الجودة سنة (1956م)، ثم تطور بعد ذلك ليأخذ أبعاده كأسلوب فعال في مجال الرقابة على الجودة، ويقوم هذا المفهوم على فلسفة مفادها أن الوصول إلى مستوى متقدم من الجودة وتحقيق إنتاج دون أخطاء يتطلب رقابة شاملة على كافة العمليات، وذلك من مرحلة تصميم المنتج حتى وصوله إلى المستهلك، وهذا يعني وجوب تضافر جهود مشتركة من قبل جميع الإدارات المعنية بتنفيذ هذه المراحل وبناء على ذلك فإن أسلوب تفكير الإدارة ينبغي أن يتغير ليطور فلسفة رقابية تعتمد على الوقاية بدلاً من الفحص واكتشاف الأخطاء بعد فوات الأوان وتحقيقاً لشعار الإنتاج بدون أخطاء تبين تأكيد الجودة استخدام ثلاث أنواع من الرقابة هي:

- الرقابة الوقائية: وتعني تنفيذ العمل أولاً بأول لاكتشاف الأخطاء قبل وقوعها والعمل على منع حدوثها؛
- الرقابة المرحلية: وتعني فحص المنتج بعد انتهاء كل مرحلة تصنيع للتأكد من مستوى الجودة، بحيث لا ينتقل منتج تحت الصنع من مرحلة لأخرى إلا بعد الفحص والتأكد من جودته؛

- الرقابة البعدية: وتعني التأكد من جودة المنتج بعد الانتهاء من تصنيعه، وقبل انتقاله للمستهلك وذلك ضمانا لخلوه من الأخطاء أو العيوب.

رابعاً: مرحلة إدارة الجودة الإستراتيجية:

ظهر هذا المفهوم على الجودة ما بين (1970-1980م)، وكان بسبب دخول التجارة العالمية في حالة منافسة شديدة للحصول على أكبر حصة سوقية حيث حددت المحاور الرئيسية لإستراتيجية الجودة فيما يلي¹:

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

خامساً: مرحلة إدارة الجودة الشاملة:

خلال الثمانينات من القرن الماضي توسعت فكرة مشاركة العاملين كافة في المؤسسة للسيطرة على الجودة، وأطلق على هذا المنظور اسم إدارة الجودة الشاملة الذي عرف على أنه الاتفاق على هيكل عمل موثق للمؤسسة ككل بصورة إجراءات فنية وإدارية فعالة متكاملة، وتوجيه الأعمال المتناسقة للأفراد والماكينات والمعلومات الخاصة بالمؤسسة بأفضل الطرق العلمية، لضمان رضا المستهلك على الجودة².

حيث يتضمن هذا المفهوم جودة العمليات بالإضافة إلى جودة المنتج، ويركز على العمل الجماعي وتشجيع مشاركة العاملين واندماجهم، بالإضافة إلى التركيز على المستهلكين ومشاركة الموردين³.

المطلب الثاني: مفهوم الجودة

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

¹ يوسف حبيب الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 69.

² المرجع نفسه، ص: 70.

³ محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 27.

أولاً: تعريف الجودة

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

- **الجودة لغة:** تعني الجيد أي نقيض الرديء، وتعرف كلمة جودة باللاتينية بأنها كلمة مشتقة من كلمة "qualities" ويقصد به طبيعة الشيء ودرجة صلاحه¹؛

- اعتبرها قاموس **oxford** درجة التميز أو الأفضلية بحيث تستعمل بالإشارة إلى ما هو ممتاز ويراها البعض متحققة في المنتجات المرتفعة الأسعار، لكن اهتمامنا بالجودة هنا ينصرف إلى استعمال الأفراد لها، بل إلى معناها ومدلولها العلمي في نقل المعرفة الإدارية، حيث جاءت التعاريف الرسمية للجودة على لسان بعض المنظمات الدولية كما يلي:

تعريف المنظمة العالمية للمعايير ISO : " الجودة هي قدرة مجموعة من المميزات الجوهرية على إشباع الحاجات".

تعريف الجمعية الأمريكية للتقنين AFNOR: " هي قدرة مجموعة من الخصائص والمميزات الجوهرية على إرضاء المتطلبات المعلنة أو الضمنية لمجموعة من العملاء"².

تعريف جمعية ضبط الجودة الأمريكية ASQC: "هي الهيئة أو الخصائص الكلية للسلعة أو الخدمة التي تعكس قدرتها على تلبية حاجيات صريحة وضمنية"³.

يعرف JURAN الجودة أنها: " مدى ملائمة المنتج للاستعمال فالمعيار الأساسي للحكم على جودة المنتج هو هل المنتج ملائم للاستعمال أو غير ملائم بغض النظر عن وضع وحالة المنتج"⁴.

كما عرف مركز التجارة الدولي الجودة من خلال التركيز على أربعة نقاط⁵:

- التركيز على المنتج؛

¹ يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص: 55-56.

² Danle Duret, Mourice plet, **Qualité en production**, de ISO 9000 à six syma 2^{ème} Edition, d'organisation, paris, 2002, p: 21.

³ رعد عبد الله الطائي وعيسى ققادة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر، عمان، الأردن، 2009، ص:

⁴ محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 19.

⁵ يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص: 58-60.

- التركيز على المستهلك؛

- التركيز على التصنيع، بحث تكون خصائص المنتج مطابقة للمواصفات المطلوبة؛

- التركيز على القيمة المضافة، وفق سعر المنتج والمتطلبات التي يرغب فيها المستهلك.

كما عرف الباحث (Deming 1986): "إرضاء حاجيات العميل الحالية والمستقبلية".

إن معظم التعاريف التي تناولت الجودة، قد أشارت إلى النقاط التالية¹:

- الجودة تشمل تلبية احتياجات الزبائن أو تخطيها؛

- تطبيق الجودة على المنتجات والناس والعمليات والبيئات المختلفة؛

- الجودة حالة متغيرة بالاستمرار فما يعتبر جودة اليوم قد لا يكون كذلك غدا.

وبوضع هذه العناصر معا يمكن الوصول إلى التعريف الشامل التالي:

"الجودة هي الإيفاء بمتطلبات واحتياجات الزبون من حيث المواصفات المطلوبة للمنتج"، وقد حدد المهتمون بالعلوم الإدارية الأبعاد للفكرة للجودة والمتمثلة في²:

- الأداء (Performance): وتعني قدرة المنتج على أداء ما يتوقع أن يؤديه.

- المطابقة (Canfirmité): أي مدى التطابق بين المواصفات المعلنة والمواصفات الحقيقية للمنتج.

- المظهر (Features): الخصائص الغير أساسية للمنتج.

- الموثوقية (Reliability): احتمال استمرار على المنتج بكفاءة دون عطل خلال فترة زمنية وطول تلك الفترة.

- المتانة (Durability): وهي مدة الاستخدام قبل الاحتياج للإصلاح بما في ذلك تصحيح أداء المنتج.

- القابلية للخدمة (Serviceability): تعني مدى إمكانية إصلاح المنتج من حيث الصعوبة وارتفاع الكلفة.

¹ رعد عبد الله الطائي وعيسى قداد، مرجع سبق ذكره، ص: 29.

² يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 71-72.

- الحماية (Desthetics): حيث ينبغي أن يبدو المنتج جذابا وذو جمالية¹.

ثانيا: أهمية الجودة

تعد الجودة أداة فعالة لتطبيق التحسين المستمر لجميع أوجه النظام في أية مؤسسة وذلك من خلال تحقق التحسين المستمر في النشاطات والعمليات الداخلية، ويمكن تناول الأهمية كما يلي²:

1. **سمعة المؤسسة:** تستمد المؤسسة شهرتها من مستوى جودة منتجاتها، ويتضح ذلك من خلال العلاقات التي تربط المؤسسة مع المجهزين و خبرة العاملين ومحاولة تقديم منتجات تلبي رغبات و حاجات زبائن المؤسسة.

2. **المسؤولية القانونية للجودة:** تزداد باستمرار عدد المحاكمات التي تتولى النظر والحكم في قضايا مؤسسات تقوم بتصميم منتجات أو تقديم خدمات غير جيدة في إنتاجها أو توزيعها لذا فكل مؤسسة تكون مسئولة عن كل ضرر يصيب الزبون من جراء استخدامه لهذه المنتجات.

3. **حماية الزبون:** تطبيق الجودة في أنشطة المؤسسة ووضع مواصفات قياسية محددة تساهم في حماية الزبون من الغش التجاري ويعزز الثقة في منتجات المؤسسة، وعندما يكون مستوى الجودة منخفضا يؤدي إلى إحجام الزبون عن طلب منتجات المؤسسة، إذ أن عدم رضا الزبون هو فشل المنتج الذي يقوم بشرائه من القيام بالوظيفة التي يتوقعها الزبون منه وبسبب انخفاض الجودة وعدم جودة المواصفات الموضوعة ظهرت جماعات حماية الزبون لحمايته وإرشاده إلى أفضل المنتجات والأكثر جودة وأمانا.

4. **التكاليف وحصة السوق:** تنفيذ الجودة المطلوبة لجميع عمليات ومراحل الإنتاج من شأنه أن يتيح الفرص لاكتشاف الأخطاء، وتلاقيها لتجنب كلفة إضافية.

5. **المنافسة العالمية:** فالتغيرات السياسية والاقتصادية ستؤثر في كيفية وتوقيت تبادل المنتجات إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي، في عصر المعلومات والعولمة، وتكتسب الجودة أهمية متميزة إذ تسعى كل المؤسسة والمجتمع إلى تحقيقها بهدف التمكين من المنافسة العالمية وتحسين الاقتصاد بشكل عام، والحصول على موطئ قدم في السوق العالمية.

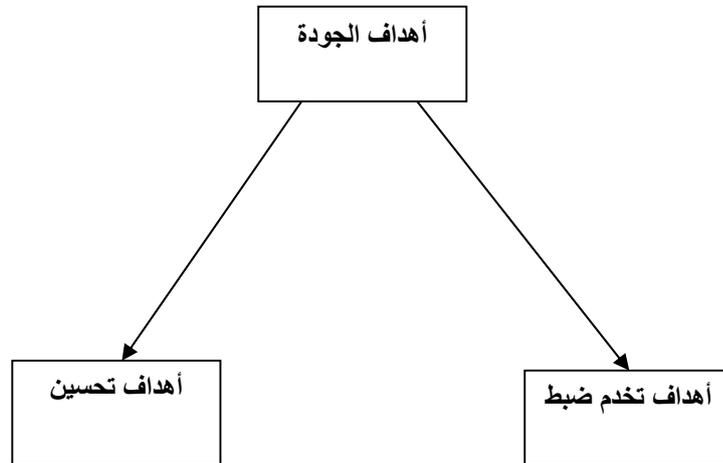
¹ رعد عبد الله الطائي، مرجع سبق ذكره، ص: 36.

² قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 2000-2001، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص:

ثالثاً: أهداف الجودة

بشكل عام هناك نوعان من أهداف الجودة والشكل التالي يبين أهداف الجودة¹:

الشكل رقم (1): أهداف الجودة



المصدر: محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الايزو.

يبين الشكل رقم (01) أهداف الجودة وهي:

- **أهداف تخدم ضبط الجودة:** وهي تتعلق بالمعايير التي ترغب المؤسسة في المحافظة عليها وتصاغ على مستوى المؤسسة ككل وذلك باستخدام معايير تتعلق بصفات مميزة مثل: الأمان وإرضاء الزبائن؛
- **أهداف تحسين الجودة:** وهي غالباً ما تنحصر في الحد من الأخطاء وتطوير منتجات ترضي حاجات الزبائن بفعالية أكبر.

رابعاً: جوانب الجودة

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

¹ محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الايزو، الطبعة الأولى، مؤسسة حورس للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2006، ص: 90.

و تتمثل جوانب الجودة فيما يلي:

1. جودة التصميم: تشير جودة التصميم إلى الخصائص المحددة للمنتج بكلفة معينة لقطاع سوقي معين وهي

مقياس لمدى حسن ملائمة التصميم الذي يؤثر في مستوى الجودة هو المواصفات، وهي نوعان:

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

- **مواصفات المنتج:** وتتعلق بكيفية صنع المنتج¹.

إن مستوى جودة التصميم يجب أن يحقق على الأقل الحد الأدنى من حاجات ورغبات المستهلك و بأقل تكلفة ممكنة.

2. جودة المطابقة: تشير جودة المطابقة إلى إمكانية تدقيق ما يرغب به المستهلك وتنفيذه وهي تمثل تحدياً

لأنه يتطلب الاستخدام الصحيح والمتطور لتكنولوجيا الإنتاج.

أي أنها تشير إلى مدى مطابقة المنتج الفعلي، وتعتمد المؤسسات العديد من الأساليب للسيطرة على جودة المطابقة تتمثل في منع الأخطاء، وإيجادها وكشفها ثم إصلاحها وتحليل الأسباب واتخاذ الإجراءات السريعة، حيث تسعى المؤسسات لتحقيق جودة المطابقة للتصميم دون الزيادة في الكلفة المحددة للمنتج بموجب التصميم².

3. جودة الأداء: وتعني قدرة المنتج على تحقيق الغرض الذي صنع من أجله في ظل ظروف عمل معين من

خلال مدة زمنية محددة وتوجيه المستهلك إلى كيفية استخدامه بالشكل المناسب³، وهي تعبير عن درجة رضا المستهلك عن المنتج عند استعماله بعد الشراء، وتعتبر جودة الأداء لكل من جودة التصميم وجودة المطابقة ومن هنا فإن توفير التغذية العكسية بين جوانب الجودة الثلاث أمراً ضرورياً فقد ينتج عن جودة الأداء المدركة لدى المستهلك بروز الحاجة إلى التعديل والتطوير في مستوى جودة التصميم وجودة المطابقة أو كلاهما⁴.

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

¹ رعد عبد الله وعيسى قدارة، مرجع سبق ذكره، ص: 33.

² المرجع نفسه، ص: 35.

³ يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 72.

⁴ رعد عبد الله وعيسى قدارة، مرجع سبق ذكره، ص: 36.

المطلب الثالث: أبعاد الجودة

توجد أبعاد ومفردات لقياس الجودة ويمكن تحديد الأبعاد الشائعة منها على النحو التالي¹:

- الأداء **Performance**: يشير هذا البعد إلى الخصائص الأساس في المنتج؛
- الهيئة **Features**: وهي الخصائص المكملة للخصائص الرئيسية والتي تضيف قيمة الجودة المنتج مثل توافر السيطرة **Control** للتحكم عن بعد في جهاز التلفزيون؛
- المعولية **(Reliability)**: وتشير إلى الاتساق، والثبات في الأداء يجب أن تكون هناك درجة من الاعتمادية والثقة في أداء المنتج وعدم تكرار الأعطال وأن يكون جاهزا وقت الطلب؛
- المطابقة **(Conformance)**: تمثل درجة تطابق المنتج مع مواصفات التصميم؛
- المتانة **(Durability)**: تشير إلى معدل العمر الاقتصادي للمنتج قبل الاستهلاك أو الاستبدال؛
- الجمالية **Aesthetics**: تشير إلى الهيئة الخارجية للمنتج والشعور الذي تثيره لدى المستهلك؛
- التقمص العاطفي **Empathy**: تعبر عن درجة تمكن المجهز من فهم الحاجات البشرية للزبون وتحديدتها وتلبية تلك الحاجات في المنتج؛
- الاحترافية **Professionalism**: يقصد بها احتراف المهنة وقدرة المجهز على تقديم منتج خالي من العيوب، ودعم الزبون (خدمات بعد البيع)؛
- السلامة **Safety**: تعني ضالة مقدار الضرر أو الأذى الذي يمكن أن يسببه المنتج إلى الزبون في أثناء الاستخدام أو بعده، أو انعدام ذلك المقدار؛
- إمكانية تقديم الخدمة **Serviceability**: تعني سهولة التصليح وسرعته وحسن تصرف القائم بعملية التصليح وكفاءته؛
- الإدراك **Perception**: تعني قدرة الزبون على إدراك ما يراه في المنتج اعتمادا على خبراته السابقة وسمعة الشركة؛
- الكمال **Faultless**: تعني درجة خلو المنتج من العيوب.

¹ يوسف حجيم الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 77.

أما **Philp Crosby**: فقد تناول الجودة من أبعاد أخرى هي¹:

- تعني الجودة مطابقة متطلبات **Requirement** وأن المتطلبات المطلوبة لا بد من أن تكون محددة بوضوح مما يجعل أي فرد من العاملين يتوقع ما هو مطلوب منه؛
- تأتي الجودة من الوقاية، وإن الوقاية نتيجة التدريب والالتزام والضبط والقيادة؛
- معيار أداء الجودة هو " المعيب الصغرى" **Zero Defects** وعليه لا بد من عدم تحديد أي مسامحات للأخطاء؛
- قياس الجودة يعني سعر عدم المطابقة، وقد تناول **Crosby** في كتابه "الجودة الحرة" في عام 1979 **Quality Free** الجودة، وعرفها بأنها السلعة أو الخدمة المتحررة من العيوب" حيث دعي إلى تحقيق المعيب الصغرى " بزيادة على ذلك أبعاد أخرى للجودة انصبت على مفهوم المنتج الذي يحقق توقعات الزبون الذي من خلاله يتم التوجه نحو جزأين رئيسيين للجودة وكما أشار إليها:
- ✓ **جودة التصميم (Design Quality):** وهي تعني نية المصمم على احتواء خصائص محددة في المنتج أو استثنائها؛
- ✓ **جودة الانسجام (Adaptation Quality):** يعبر عن الدرجة التي يحدث فيها الانسجام بين السلعة والخدمة مع تحقيق نية المصمم وهذه الأخيرة تتأثر بعدة عوامل منها²:
 - قدرة المعدات المستخدمة في إنتاج السلعة؛
 - تدريب العاملين ومهاراتهم؛
 - الدرجة التي ينطبق بها التصميم مع الإنتاج؛
 - درجة مراقبة التصميم لتحقيق الانسجام؛
 - دافعية العاملين.

¹ يوسف حجيم الطائي وآخرون مرجع سبق ذكره، ص: 78.

² المرجع نفسه، ص: 79.

المبحث الثاني: ماهية الخدمة

تعد الخدمة الطريقة العلمية لخدمة الإنسان لما لها من أهمية كبيرة في حل مشكلاته وتنمية قدراته وهذا ما زاد من درجة الاهتمام بها من طرف المؤسسات الخدمية، وسنتعرض في هذا المبحث إلى تعريف الخدمة، خصائصها، مستوياتها، وتصنيفاتها

المطلب الأول: مفهوم الخدمة

سنتناول فيها ما يلي: تعريف الخدمة وخصائصها، أهمية وأهداف الخدمة.

أولاً: تعريف الخدمة

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

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

إلا أن هذا التعريف يتسم بكونه ضعيفا فضلا عن عدم تمييزه بصورة كافية بين السلعة والخدمة.

التعريف الثاني: عرف Bull الخدمة على أنها: "عبارة عن الأنشطة أو المنافع التي تعرض للبيع أو يرتبط تقديمها بالسلع المباعة"².

التعريف الثالث: عرفت الخدمة على أنها: "أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة، ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك ومقدمي الخدمة"³.

ركز هذا التعريف على خاصية غير ملموسة الخدمة وأن تلقي الخدمة من مقدمها لا يحدث بالضرورة عن طريق التفاعل بينه وبين المستهلك.

¹ حميد عبد النبي الطائي وبشير عباس العلق، تسويق الخدمات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص: 33.

² محمود جاسم الصميدعي وردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2010، ص: 22.

³ هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص: 18.

التعريف الرابع: عرف كوتلر وأمسترونغ الخدمة على أنها: "أي نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر، وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عليها أية ملكية، فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطاً بمنتج مادي أو لا يكون"¹.

تناول كوتلر وأمسترونغ الخدمة بإبراز خصائصها من حيث عدم ملموسيتها، عدم ملكيتها وأن إنتاجها وتقديمها قد يرتبط بمنتج مادي.

التعريف الخامس: تعرف الخدمة كذلك على أنها: "عملية إنتاج منفعة غير ملموسة بالدرجة الأساس، إما بحد ذاتها أو كعنصر جوهري من منتج ملموس، حيث يتم من خلال لأي شكل من أشكال التبادل إشباع حاجة أو رغبة لدى المستهلك"².

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

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

ثانياً: خصائص الخدمة

للخدمات خصائص تميزها عن غيرها من المنتجات الملموسة، والتي تعكس صفات وطبيعة الخدمات، ومن هذه الخصائص نجد ما يلي:

1. اللاملموسية أو اللامادية Intangibility: تعني بأنه من غير الممكن اختباراً، مشاهدتها، لمسها، سماعها، قبل أن تتم عملية شرائها، وخصوصاً لذلك المستهلك الذي لا يملك تجربة سابقة عن الخدمة المقصودة³.

ومستوى اللاملموسية مستمد من ثلاث مصادر رئيسية تتمثل في: السلع المادية المتضمنة في العرض الخدمي والتي يستهلكها المستهلك (الطعام في المطعم)، البيئة المادية التي تحدث فيها عملية إنتاج

¹ حميد عبد النبي الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 34.

² المرجع نفسه، ص: 34.

³ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، بدون سنة، ص: 23.

واستهلاك الخدمة (مبنى الخدمة)، الأدلة المادية الملموسة على أداء الخدمة (كمشاهدة الطهاة وهم يقومون بإعداد الطعام)¹.

2. **التلازمية Inseparability**: أي عدم الانفصال: ترتبط الخدمة عموما بعملية الاستهلاك المباشر لها حيث أن المنتج يمكن أن يمر بمراحل التصنيع والخزن والبيع.....ليتم استهلاكه في مرحلة أخيرة، بينما الخدمة تمثل حالة استهلاك مرتبطة مع وقت إنتاجها **At the same time**، أي أنها تنتج وتباع للاستهلاك أو الانتفاع منها في ذات الوقت كما هو الحال في الخدمات الشخصية المقدمة، أو العلاج الطبي، وعموما فإن الخدمات لا يمكن أن تمنح شخصيا أو تخول إلى غير منتجها لأنها متلازمة معه².

3. **عدم التماثل أو عدم التجانس أو التباين Heterogeneity**: وتعني هذه الخاصية الصعوبة البالغة أو عدم القدرة في كثير من الحالات على تمييز الخدمات، وخاصة تلك التي يعتمد تقديمها على الإنسان بشكل كبير³.

4. **تلاشي الخدمة (فناء الخدمة) Perishability**: بما أن الخدمة تمثل فعل أو تصرف فإنها تتلاشى وتنتهي سواء أن تم الاستفادة منها أو عدم الاستفادة منها، وذلك لعدم إمكانية تخزينها والاستفادة منها لحين وقوع الطلب عليها⁴.

5. **عدم الملكية No ownership**: إن عدم انتقال الملكية يمثل خاصية تتميز بها الخدمات مقارنة بالسلع المادية فبالنسبة للسلع المادية يمكن للمشتري أن يستخدم السلعة بشكل كامل ويستطيع تخزينها وبيعها لاحقا، أما بالنسبة للخدمة فالمستفيد قادر فقط على الحصول على الخدمة واستخدامها شخصيا لوقت محدد في كثير من الأحيان (مثل تأجير غرف الفندق أو السفر على الطائرة) وأن ما يدفعه المستفيد يكون اعتياديا لقاء المنفعة المباشرة التي يحصل عليها من الخدمة التي قدمت إليه⁵.

والجدول رقم (1) يعطي ملخص لخصائص الخدمات وما تتضمنه المشكلات وبعض الطرق التسويقية لمعالجة هذه المشكلات:

¹ بالمر أريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، **مبادئ تسويق الخدمات**، مجموعة النيل العربية، مصر، 2009، ص: 45.

² ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص: 23.

³ بشير العلاق وحميد النبي الطاعي، مرجع سبق ذكره، ص: 45.

⁴ محمود جاسم الصميدعي وردينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص: 40.

⁵ المرجع نفسه، ص: 41.

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

الخصائص	المشكلات	بعض طرق معالجتها
اللاملموسية التلازمية	<ul style="list-style-type: none"> - صعوبة توفير عينات. - وجود قيود كثيرة على عنصر الترويج في المزيج التسويقي. - صعوبة تحديد السعر والجودة مقدما. - استخدام السعر كمؤشر للجودة. - صعوبة تقييم الخدمات المنافسة. - تتطلب تواجد مقدم الخدمة. - البيع المباشر. 	<ul style="list-style-type: none"> - التركيز على الفوائد. - زيادة إضفاء الملموسية للخدمة. - استخدام التوصية الشخصية كمدخل لبيع الخدمة. - تطوير الشهرة. - التدريب على العمل في مجموعات. - تحسين أنظمة تقديم الخدمات.
عدم التماثل	<ul style="list-style-type: none"> - صعوبة التأكد من الجودة. 	<ul style="list-style-type: none"> - تدريب أكبر عدد من مقدمي الخدمات الأكفاء. - الحرص على اختيار الموظفين الأكفاء. - توفير مراقبة مستمرة.
القابلية للتلاشي	<ul style="list-style-type: none"> - لا يمكن تخزين الخدمة. - مشكل التذبذب في الطلب. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاولة المستمرة لإيجاد توافق بين العرض والطلب كتخفيض الأسعار في حالة انخفاض الطلب أو استخدام نظام الحجوزات.

المصدر: حاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط02، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص: 33.

ثالثا: أهمية الخدمة

إن أهمية الخدمات يستمد من تزايد الطلب على نتيجة العوامل التالية¹:

- ظهور منتجات جديدة ارتبطت بها خدمات كثيرة تيسر من الأداء الوظيفي لها، مثل: خدمات الكمبيوتر، وسائل الاتصالات،...إلخ؛
- ارتفاع الدخل الفردي للكثير من أفراد المجتمع، وما ترتب عليه من تزايد درجات الرفاهية لهذه الفئات، ومن ثم استخدام أنواع معينة من الخدمات المتميزة، مثل: خدمات التنظيف الآلي للملابس؛

¹ زاهر عبد الرحيم، تسويق الخدمات، دار الرابحة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011، ص: 42.

- تزايد التعقيد والتنوع في قطاع الخدمات المقدمة، دفع الكثير من المنشآت إلى البحث عن شركة متخصصة أو توظيف أخصائيين لأداء تلك الخدمات.

رابعاً: أهداف الخدمة

للخدمة عدة أهداف تتمثل فيما يلي¹:

- تشجيع روح المبادرة الفردية في إيصال المعلومات التي من شأنها وقاية المجتمع من أية أضرار بمصلحته العامة؛
- أهمية الإحساس الذاتي بمسئوليتنا جميعاً في توفير بيئة مستقبلية آمنة لأبنائنا؛
- اشتراك كافة المواطنين المقيمين في عملية الحفاظ على أمن المجتمع واستقراره؛
- توفير قناة اتصال سهلة وسريعة وفعالة وآمنة؛
- توعية الجمهور بأهمية المعلومات، وعدم التقليل من شأن أية ملاحظة أو معلومة صغيرة؛
- إيضاح الدور الإيجابي للمعلومات التي يقدمها الجمهور وأهميتها في التقليل من المخاطر وحماية المجتمع؛
- العمل معاً يدا بيد في المحافظة على استمرار الأمان والاستقرار الذي ينعم به.

المطلب الثاني: مستويات الخدمات

فيما يتعلق بالمنتج بصفة عامة، فرق كوتلر وآخرون بين ثلاث مستويات مختلفة للمنتج²:

المستوى الأول: المنتج الأساسي أو المحوري (الجوهري): ويمثل الحاجة التي يشبعها المنتج.

المستوى الثاني: المنتج المادي الملموس: حيث يتاح المنتج الأساسي للمستهلكين في صورة مادية، التي يعبر عنها من خلال خصائص المنتج وتعبئته وتغليفه، واسم العلامة التجارية وكذا مستوى الجودة.

المستوى الثالث: المنتج المعزز: وهو عبارة عن المنتج المادي الملموس، مضاف إليه خدمات ومزايا يتم تضمينها لإشباع حاجات إضافية لدى المستهلك للخدمات ما بعد البيع، الضمان.

¹ زاهر عبد الرحيم، مرجع سبق ذكره، ص ص: 42-43.

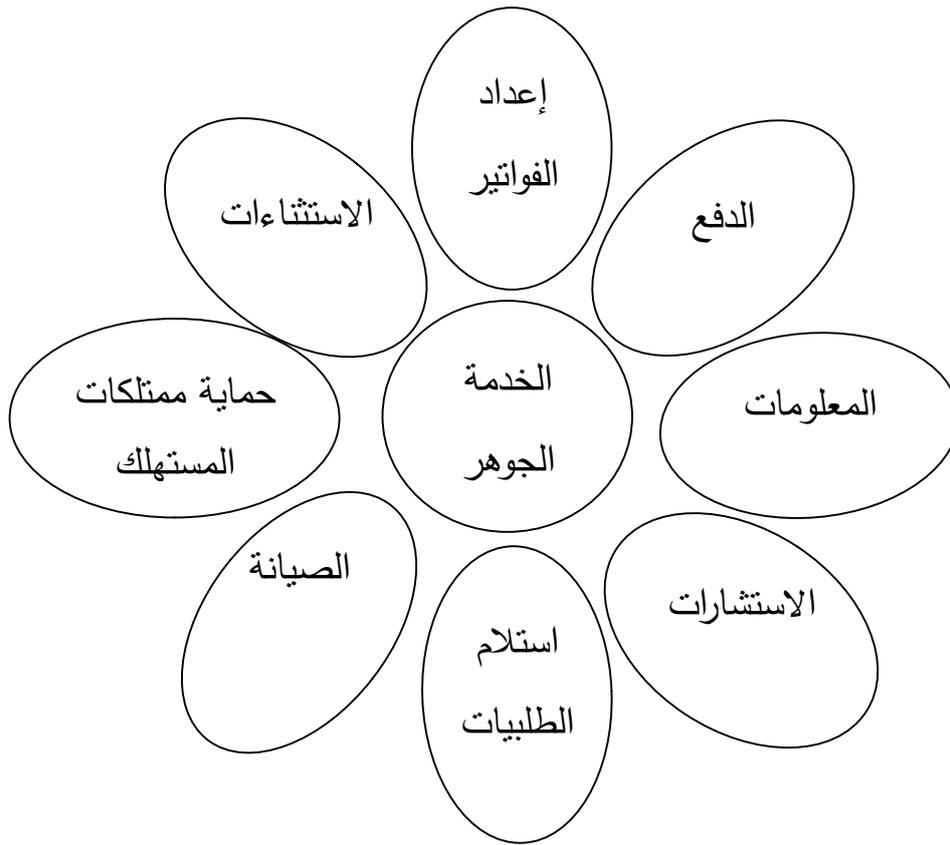
² بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 72.

ورغم أن هذا التحليل ينطبق على المنتجات بشكل عام إلا أن عدد من الكتاب رأوا بأن خاصيتي عدم قابلية الفصل (التلازمية) واللاملموسية، تجعل تطبيق المستويات العامة الثلاثة للمنتجات ذات معنى أقل بالنسبة للخدمات، وبدلاً من ذلك قدموا مستويين للخدمة هما¹:

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

ويطلق على مستويات الخدمات بزهرة الخدمة، والشكل رقم (2) يوضح ذلك:

الشكل رقم (2): زهرة الخدمة



المصدر: بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص: 75.

¹ بالمر أدريان، مرجع سبق ذكره، ص ص: 73-74.

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

وغالبا ما تلجأ المؤسسات الخدمية إلى وضع خدمات تكميلية في مجموعات سعيا وراء اختبار المجموعات التي تتناسب مع حاجات المستهلكين للخدمة، كما أن وضع الخدمات التكميلية في مجموعات متجانسة يساهم في¹:

- تمكين المؤسسة الخدمية من تركيز جهودها فيما يخص المزيج التسويقي على المجموعة المفضلة أو المرغوبة من طرف المستهلكين؛
 - تمكين المؤسسة الخدمية من مقارنة خدماتها التكميلية بتلك التي يعرضها المنافسون؛
 - معرفة ردود فعل المستهلكين بخصوص كل مجموعة من مجموعات الخدمات التكميلية، والاستفادة من ردود الفعل هذه في تعديل أو تغيير أو إلغاء المجموعات عند الضرورة.
- وبالرغم من وجود عشرات التصنيفات للخدمات التكميلية، إلا أن معظم هذه الخدمات تصنف وفق ثماني مجموعات رئيسية هي²:

أولاً: المعلومات:

لكي يحصل المستهلك على قيمة حقيقية مرجوة من الخدمة المقدمة، فإنه يحتاج إلى معلومات عن هذه الخدمة، فالمستهلكون المحتملون غالبا ما يبحثون عن معلومات حول الخدمات التي تلبي احتياجاتهم، قد تتعلق بطرق الحصول على الخدمة، وشروط شرائها وغيرها من المعلومات المفيدة، وعليه تسعى المؤسسات الخدمية إلى العمل على توفير أكبر قدر ممكن من المعلومات المتعلقة بالخدمات التي تقدمها، ذات الصلة بنشاطاتها الخدمية في محاولة لاستقطاب المستهلكين وتكوين ولائهم لها.

ومن الوسائل المعتمدة لتزويد المستهلك بالمعلومات، إنشاء مراكز معلومات متخصصة، إطلاق حملات إعلانية، إصدار منشورات، المشاركة في المعارض والمؤتمرات، أو الإجابة على الاستفسارات عبر الهاتف أو الانترنت... الخ.

¹ بالمر أديان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 73.

² المرجع نفسه، ص ص: 79-79.

ثانيا: تقديم الاستشارات:

تقدم الاستشارة في الغالب بناء على طلب المستهلك لحل مشكلة ما، أو انتهاج أسلوب معين، وذلك في ضوء معطيات معينة أو في ظل ظروف معينة.

وتتضمن الاستشارة حوار يستهدف الوقوف على احتياجات المستهلك، يهدف وضع حل أو اقتراح أسلوب لمعالجة المشكلة المحددة التي تواجهه.

إن الاستشارة الفعالة تتطلب أن يكون مقدم الاستشارة ملما تماما دقيقا بالوضع القائم للمستهلك، أو يحبذ كثيرا أن تكون لذا المستشار معلومات خلفية عن المستهلك قبل تقديم أو اقتراح أو حل.

ثالثا: استلام الطلبات

حال استقرار رأي المستهلك على شراء الخدمة، فإن الخطوة التالية هي استعداد مقدم الخدمة لإبرام الصفقة، بمعنى استلام طلبه المستهلك ومعالجتها بغية توفيرها له في المكان والزمان المحددين.

وتتضمن عملية استلام الطلبات عدة أمور مثل: قبول الطلب نفسه وتمثل الحجوزات، ومن ضمنها: تحديد المواعيد نوعا خاصا من خدمة استلام الطلبات، حيث أن هذه الحجوزات تؤهل المستهلك للحصول على وحدة محددة من الخدمة، مثال الحصول على مقعد في الطائرة.

رابعا: الضيافة (رعاية المستهلك):

حيث أن بعض الخدمات تتطلب من المستهلكين البقاء في مكان تقديم الخدمة لحين إتمام عملية تزويده بالخدمة المطلوبة ولهذا نجد أن المؤسسات الخدمية الناجمة تحاول التعامل مع المستهلكين كضيوف. خصوصا في الحالة التي يكون مكوث هؤلاء المستهلكين في موقع تقديم الخدمة طويلا نسبيا.

خامسا: حماية ممتلكات المستهلك

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

سادسا: الاستثناءات

وهي من الخدمات التكميلية، لا تقع في نطاق الخدمات الاعتيادية المتعارف عليها، وهي خدمات استثنائية وخاصة تقدم للمستهلكين في ظروف غير اعتيادية، وغالبا ما تستجيب المؤسسات الخدمية لهذا النوع

من الطلبات، خصوصا عندما يكون الظرف ملائم (في الظروف الاستثنائية مثلا، عندما يطلب المستهلك ذلك بإلحاح لظرف معين)، وعليه تقوم المؤسسات الخدمية غالبا بالاحتياط لمثل هذه الطلبات الاستثنائية من خلال إدراجها في برامجها وخططها.

هو للاستثناءات عدة أبرزها:

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

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

3. معالجة الشكاوي، المقترحات والتشكرات: إن هذه العملية تتطلب توافر إجراءات محددة بشكل واضح، حيث أن شكاوي المستهلكين وكذلك مقترحاتهم تتطلب استجابة سريعة من قبل المؤسسة الخدمية لما يشعر المستهلك باهتمام المؤسسة بملاحظاته الايجابية.

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

سابعا: إعداد الفواتير

إن جميع المؤسسات الخدمية تعد فواتير للمستهلكين (باستثناء الخدمات التي تقدم بالمجان)، وغالبا ما تكون عملية إعداد الفواتير ذات طابع روتيني فالفواتير ينبغي أن تكون دقيقة وصحيحة ومطابقة لقيمة الخدمة المقدمة، وإلا أصابت المستهلك حالة من عدم الرضا، كما أن إعداد الفواتير بالسرعة اللازمة خصوصا في حالة انتظار المستهلك لاستلامها ودفعها، وتسريع عملية إعداد الفواتير فإن المؤسسات الخدمية عملت على إدخال تقنيات متطورة تضمن سرعة ودقة إعداد الفواتير.

والأهم في عملية إعداد الفواتير أن تسمح هذه الفواتير للمستهلك الاطلاع عليها والإقناع بها فمن حقه أن يدققها ويتأكد من صحتها قبل تسديدها.

ثامنا: الدفع

في معظم الحالات فإن استلام الفاتورة يترتب عليه إجراء الدفع من قبل المستهلك، ويكون الدفع من خلال بطاقات الائتمان، توسط البنك أو البريد وغيرها من الوسائل التي توفره على المستهلك مشقة الذهاب إلى المؤسسة الخدمية لتسديد الفواتير.

المطلب الثالث: تصنيفات الخدمة

هناك عدة تصنيفات للخدمة وفق عدة معايير، تختلف في التسمية إلا أن جوهرها ومضمونها واحد وهي:

أولاً: التصنيف الأول:

حيث يتم الاعتماد على أساسه على المعايير التالية¹:

1. **من حيث الاعتمادية:** حيث تتنوع الخدمات على أساس اعتمادها إما على المعدات (مثل خدمات غسيل السيارات) أو اعتمادها على الأفراد (مثل خدمات تنظيف الشبائيك)، كما تتنوع الخدمات التي تعتمد على الأفراد حسب أدائها من قبل عمال ماهرين أو غير ماهرين، أو من قبل محترفين، أو مهنيين.
2. **من حيث مشاركة الزبون أو المستفيد:** حيث تتطلب بعض الخدمات حضور الزبون ومشاركته للحصول على الخدمة اللاتقة (مثل العمليات الجراحية أو السفر)، بينما لا تتطلب خدمات أخرى مشاركة الزبون أو حضوره طوال الوقت للحصول على الخدمة (مثل تصليح السيارات).
3. **من حيث نوع الحاجة:** حيث تتباين الخدمات فيما إذا كانت تحقق حاجة شخصية (خدمات فردية مثلاً) أو حاجة غير فردية (حاجات الأعمال مثلاً) فالأطباء مثلاً يصفون تسعيرة الفحوصات الطبية للأفراد (المرضى المراجعين) بشكل يختلف عن فحوصات منتسبي الشركات أو المشتركين في التأمين الصحي كما أن مؤسسات الخدمة تضع برامج تسويقية مختلفة لكل من الأفراد (خدمات شخصية)، والأسواق التجارية (خدمات تجارية عامة).
4. **من حيث أهداف مزودي الخدمة:** حيث تتباين أهداف مزودي الخدمات (الربحية أو غير الربحية مثلاً)، أو من حيث الملكية (الخاصة أو العامة)، فالبرامج التسويقية لمستشفى خاص تختلف عن تلك التي يطبقها مستشفى حكومي أو مستشفى خيرى خاص (غير ربحي).

¹ حميد عبد النبي الطائي وآخرون، **التسويق الحديث**، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص ص: 213-214.

ثانيا: التصنيف الثاني:

ويتم وفق المعايير التالية¹:

1. حسب نوع السوق (أو حسب الزبون/المستفيد): وهي كالاتي:

أ- **خدمات استهلاكية:** وهي الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات شخصية صرفة أو بحتة مثل الخدمات السياحية والصحية، وخدمات النقل والاتصالات، وخدمات الحلاقة والتجميل، ولهذا سميت هذه الخدمات بالخدمات الشخصية.

ب- **خدمات أعمال:** وهي الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات منظمات الأعمال كما هو الحال في الاستشارات الإدارية، والخدمات المالية والمحاسبية، وصيانة المباني والمكائن والمعدات، وهناك خدمات يتم بيعها لكل من المستهلكين النهائيين والمستخدمين الصناعيين ولكن بأساليب وسياسات تسويقية مختلفة ومتباينة، وهذا هو الأسلوب المتبع في بيع السلع لكلا النوعين من هؤلاء العملاء. فالحصول مثلا على الطلبات لتنظيف السجاد بأسلوب البيع الشخصي يكون عملية اقتصادية في حالة التعامل مع منظمات، بينما لا يكون كذلك في حالة التعامل مع مالك أو مستأجر شقة.

2. حسب درجة كثافة قوة العمل: وهي كالاتي:

أ- **خدمات تعتمد على قوة عمل كثيفة:** ومن أمثلتها خدمات الحلاقة والتجميل، الديكور، خدمات تربية ورعاية الأطفال، خدمات البناء، وخدمات التدريس، والخدمات التي يقدمها الطبيب في عيادته وغيرها.

ب- **خدمات تعتمد على المستلزمات والمعدات المادية:** ومن أمثلتها خدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية، وخدمات النقل العام، خدمات الطعام، وخدمات الصراف الآلي، وخدمات غسل السيارات آليا، وخدمات النقل الجوي، وغيرها.

3. حسب درجة الاتصال بالمستفيد: وهي كالاتي:

أ- **خدمات ذات اتصال شخصي عالي:** مثل خدمات الطبيب، والمحامي، وخدمات السكن، خدمات النقل الجوي، وخدمات الرعاية الصحية الشخصية المباشرة وغيرها.

ب- **خدمات ذات اتصال شخصي منخفض:** مثل خدمات الصراف الآلي، وخدمات التسوق عبر الانترنت، والخدمات الاليكترونية بمختلف أنواعها، وغيرها.

¹ حميد عبد النبي الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص: 214-215.

ج- خدمات ذات اتصال شخصي متوسط(معتدل): مثل خدمات مطاعم الوجبات السريعة، خدمات المسرح وغيرها.

4. حسب الخبرة المطلوبة في أداء الخدمات: وهي كما يلي:

أ- خدمات مهنية:مثل: خدمات الأطباء، المحامين، والمستشارين الإداريين، والصناعيين، والخبراء، وذوي المهارات البدنية والذهنية وغيرها.

ب-خدمات غير مهنية: مثل خدمات حراسة العمارات، والفلاحة حدائق وغيرها.

ثالثا: التصنيف الثالث:

ويعتمد على اعتبار الخدمة بمثابة عملية موجهة حسب الآتي:

1. خدمات معالجة الناس(People processing services): وتحصل عندما يطلب المستفيد الخدمة

تتألف عملياتها من إجراءات ملموسة تكون إلى المستفيد كشخص مادي، وعليه فإن الخدمة تتطلب حضور المستفيد شخصيا لكي يحصل على الخدمة. من أمثلتها خدمات الطبيب الموجهة للمريض شخصيا، وخدمات السفر التي تتطلب حضور المسافر للانتفاع بخدمة السفر.

2. خدمات معالجة الممتلكات (services possession processing): وتحدث عندما يطلب المستفيد من

مزود الخدمة أن يقوم بإجراءات أو أعمال أو خدمات غير موجهة إليه شخصيا وإنما تكون موجهة إلى ممتلكاته المادية، مثل صيانة السيارة، أو المسكن أو أي شيء مادي آخر، وفي هذه الحالة، فإن الأمر لا يتطلب مشاركة المستفيد بشكل مباشر في عملية إنتاج أو تقديم الخدمة.

3. خدمات المثير العلمي(Mental stimulus processing services): وهي تتضمن مجموعة من

الخدمات المؤلفة من إجراءات أو أعمال غير محسوسة موجهة إلى عقول المستفيدين وأذهانهم، وهذا فإن الخدمة تتطلب المشاركة الذهنية للمستفيدين خلال عملية تقديم الخدمة. وبالإمكان تقديم مثل هذه الخدمات من خلال القنوات الالكترونية، إن فاعلية هذا النوع من الخدمات تتطلب كشرط أن يكون المستفيد على استعداد للتفاعل مع الخدمة ذهنيا أو عاطفيا وليس بالضرورة أن يكون المستفيد حاضرا بشكل مادي للحصول على الخدمة، فالأمر قد يتطلب منه أن يكون حاضرا بذهنه وعقله ومشاعره من خلال التواصل أو التعامل مع المعلومات ومن أمثلتها خدمات الترفيه والتدريس والخدمات الدينية، وخدمات الإذاعة والتلفزيون، وغيرها.

4. خدمات معالجة المعلومات (Information processing services): وهي تتألف من إجراءات أو أعمال غير محسوسة موجهة لممتلكات المستفيدين أو لموجوداتهم غير المحسوسة مثل معالجة البيانات والمعلومات، والخدمات القانونية، والبحوث، المحاسبة، وغيرها.

المبحث الثالث: تقييم الجودة في المؤسسات الخدمية

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

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

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة

التعريف الأول: التوافق مع الرغبة¹.

التعريف الثاني: تعرف الجودة على أنها ذلك الفرق الذي يفصل العمل عن الخدمة والجودة التي يحس بها بعد استعماله للخدمة، أو بعد تقديمها له².

التعريف الثالث: جودة الخدمة "تعتبر المقياس للدرجة التي يرقى إليها مستوى الخدمة، لتقابل توقعات العملاء، إذن هي مدى تطابق توقعات الزبائن مع الخدمة المقدمة فعلا من قبل مقدم الخدمة"³.

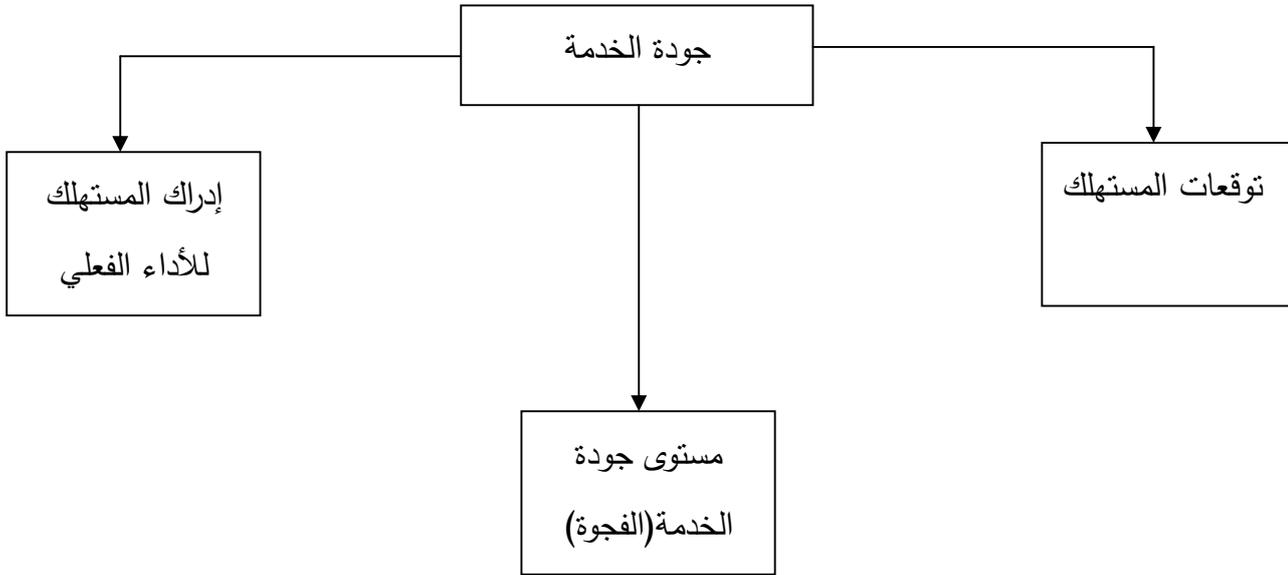
وتميل أغلب التعاريف الحديثة للجودة إلى أنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المستهلكين، وذلك وفق الشكل رقم(03):

¹ بريش عبد القادر، جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية والبنوك، مجلة الاقتصاديات شمال إفريقيا، العدد 3، الجزائر، ص: 253.

² G toquer, M. longbois, marketing des services, op cit, p: 45.

³ قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو، دار الثقافة، ليبيا، 2005، ص: 125.

الشكل رقم(3): مفهوم جودة الخدمة



المصدر: المرجع نفسه، ص 90.

يتضح من الشكل رقم(03) أن مفهوم جودة الخدمة هو الفرق بين توقعات المستهلك وإدراكه للأداء الفعلي، وهو الذي يحدد مستوى جودة الخدمة أو ما يطلق عليه بالفجوة، ويمكن التمييز عن ذلك رياضياً كما يلي¹:

جودة الخدمة N توقعات المستهلك - إدراك المستهلك للأداء الفعلي

في ضوء هذه المعادلة يمكن ذكر ثلاث مستويات للخدمة حسب جودتها هي:

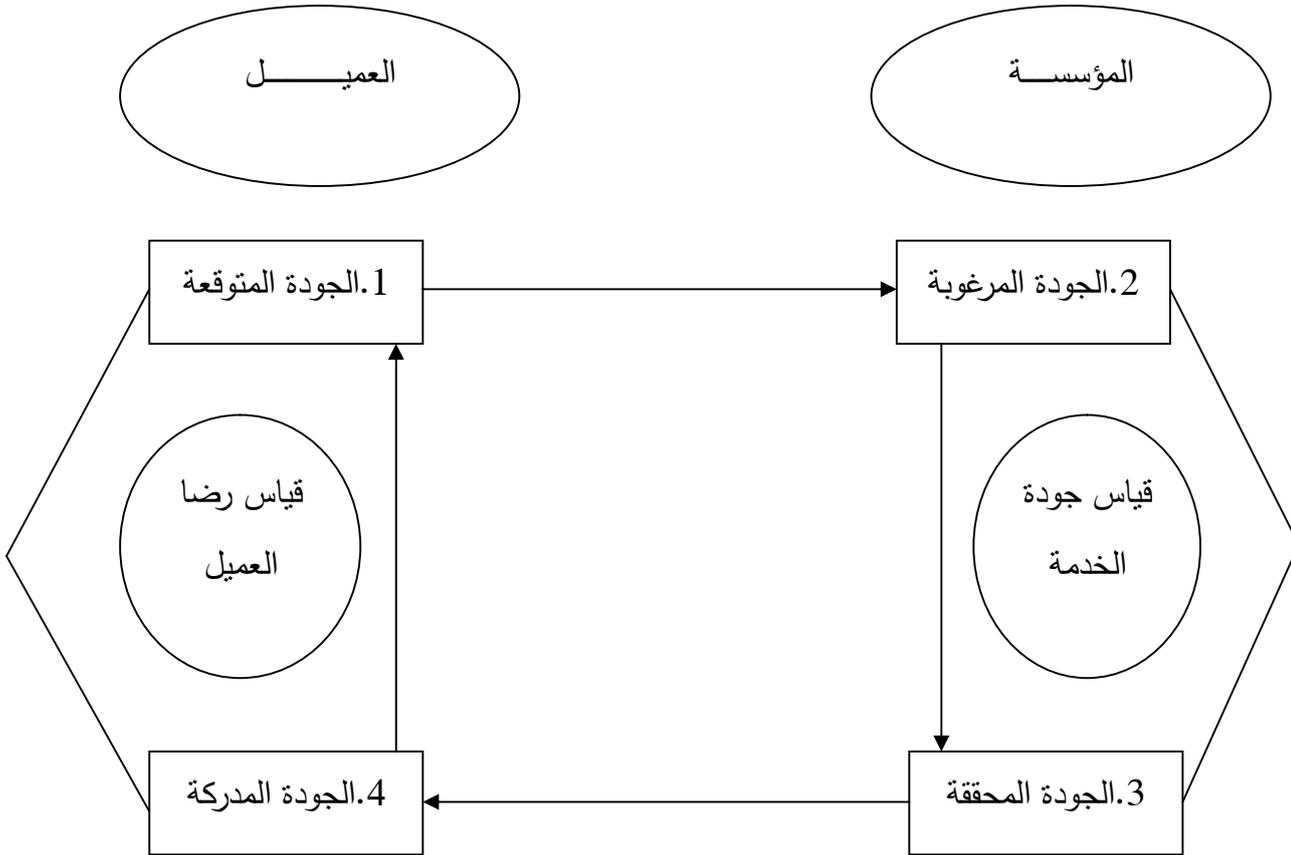
- **الخدمة العادية:** وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتساوى إدراك المستهلك لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها.
- **الخدمة الرديئة:** وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.
- **الخدمة المتميزة:** وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يفوق أو يتجاوز الأداء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

¹ قاسم نايف علوان، مرجع سبق ذكره، ص ص: 90-91.

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

2. دورة حياة جودة الخدمة

الشكل رقم (4): مربع الجودة



Source: Laurent Harmel, Qualité et Engagements de source, Afnor, 2003, P: 12.

من خلال هذا الشكل يمكننا تحديد أربعة مراحل لدورة حياة جودة الخدمة، وهي¹:

- **المرحلة الأولى:** تسعى المؤسسة خلال هذه المرحلة إلى معرفة توقعات عملائها وأسباب عدم رضاهم وذلك من خلال إجراء بحوث تسويقية.
- **المرحلة الثانية:** تقوم المؤسسة بدراسات لمنافسيها، ولمواردها المتاحة حتى تتمكن من تحديد الجودة المرغوبة.

¹ Laurent Harmel, qualité et engagements de service, Afnor, 2003, p: 12.

– المرحلة الثالثة: بعد تحديد الجودة المرغوبة تهتم المؤسسة بتحديد المعايير التي تتبعها والتي تساعد على تحقيق جودة الخدمة.

– المرحلة الرابعة: تهتم المؤسسة بالجودة المدركة من قبل العميل، حتى تتمكن من قياس مستوى الرضا لديه انطلاقاً من مقارنتها للجودة المتوقعة قبل تقديم الخدمة، وتعتبر هذه الدراسة مصدر لمعرفة التوقعات الجديدة للعملاء.

3. أبعاد جودة الخدمة: تتمثل أبعاد جودة الخدمة فيما يلي:

البعد الأول: البعد الفني: والذي يتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا لحل مشكلة معينة.

البعد الثاني: البعد الوظيفي: ويشير إلى الكيفية التي تتم فيها عملية نقل الجودة الفنية إلى المستهلكين، وتمثل ذلك التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة والمستهلك.

البعد الثالث: الإمكانيات المادية: وهي المكان التي تؤدي فيه الخدمة كما أن هناك من يرى أن الجودة في مجال الخدمات تتجسد في ثلاث أبعاد أساسية لا تختلف كثيراً عن الأبعاد السابقة الذكر وهي كالآتي¹:

– **الجودة المادية:** وتتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة.

– **جودة المؤسسة:** وتتعلق بصورة المؤسسة الخدمية والانطباع الذهني عنها.

– **الجودة التفاعلية:** وتمثل نتائج عمليات الخدمة.

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

4. **أهمية جودة الخدمة:** لجودة الخدمة أهمية كبيرة بالنسبة للمؤسسات التي تهدف إلى تحقيق النجاح والاستقرار في مجال الخدمات المستهلكون والموظفون يتعاونون مع من أجل إنتاج الخدمة وتقديمها، وعليه فعلى المؤسسات الاهتمام بالموظفين والمستهلكين معاً.

وتكمن أهمية جودة الخدمة فيما يلي²:

أ. **الرؤيا الإستراتيجية:** تتكون لدى منظمات الخدمة الراقية تصورات دقيقة وواضحة حول طبيعة زبائنها واحتياجاتهم الفعلية مما يجعلها تربه ولائهم الدائم. إن مثل هذا التصور أو الرؤيا ضروري وأساسي

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشرق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص: 95.

² محمود جاسم الصميدعي وربيعة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص: 95.

للمنظمات إذا ما أرادت خلق ولاء للزبائن الذين يتعاملون معها، وأن هذه الرؤيا يجب أن تتحول إلى اتجاهها ونهجها استراتيجيا للعمل به.

ب. **التزام الإدارة العليا والعاملين بمفهوم الجودة:** إن إحدى سمات المنظمات الخدمية التي تميزها هو التزامها الكامل بنوعية وجودة خدماتها، حيث تبحث إدارتها ليس فقط عن الأداء الحالي وإنما كيفية أداء الخدمة بشكل أفضل وبواقع معدل كل شهر ويتم التخلص من كل شيء لا ينطبق عليه المواصفات التي لا تتسجم مع طموحات المستفيد وإدارة المنظمة الخدمية.

ج. **وضع قياسيات عليا للجودة:** ضرورة أن تقوم المنظمات الخدمية بوضع قياسيات محددة لنوعية وجودة الخدمة المقدمة، ويتم في كل فترة اختيارها عن طريق إجراء البحوث واستقصاء آراء زبائنها من أجل تعديل تلك القياسيات بما يتناسب مع التطورات الفنية والتكنولوجية التي يشهدها العالم في مجال العمل في القطاع الخدمي بشكل عام.

د. **وضع أنظمة لمراقبة أداء الخدمة:** إن المنظمات الخدمية المتميزة تتابع باستمرار أداء خدماتها وخدمات منافسيها وتستخدم عدد من الوسائل لقياس الأداء اعتمادا على آراء الزبائن والمقترحات والشكاوي وفرق مراقبة الخدمة، وتقوم المنظمات الخدمية بإرسال بطاقات معينة إلى منازل زبائنها لمعرفة مستوى أداء خدمات العاملين فيها.

هـ. **أنظمة إرضاء المشتكين من الزبائن:** إن أحد المؤشرات الأساسية لتمييز المنظمة الخدمية هو قدرتها على الاستجابة وبسرعة لشكاوي زبائنها ومعالجتها بشكل يخلق حالة الرضا لديهم، ويولد لديهم الشعور بأن هناك من يهتم بهم وبرغباتهم وهذا سوف يعزز العلاقات العامة بين العاملين في المنظمة والزبائن.

و. **إرضاء العاملين والزبائن في آن واحد:** إلى جانب ما تقدمه المنظمات الخدمية المتميزة من خدمات لزبائنها في مجال تطوير جودة ونوعية الخدمة فإنها أيضا تقدم أداء تسويقيا داخليا لمساعدة العاملين ومكافئة أدائهم الجيد نظرا لإيمانها بأن علاقة المنظمة الخدمية بالعاملين تنعكس سلبا أو إيجابا على علاقتهم بالزبون.

المطلب الثاني: نماذج جودة الخدمة (Service Quality Models)

في الواقع أن هناك نموذجين لقياس جودة الخدمة المقدمة، ويستند كلا النموذجين على مقدار الفجوة ما بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة، وسنتطرق إلى هذه النماذج فيما يلي:

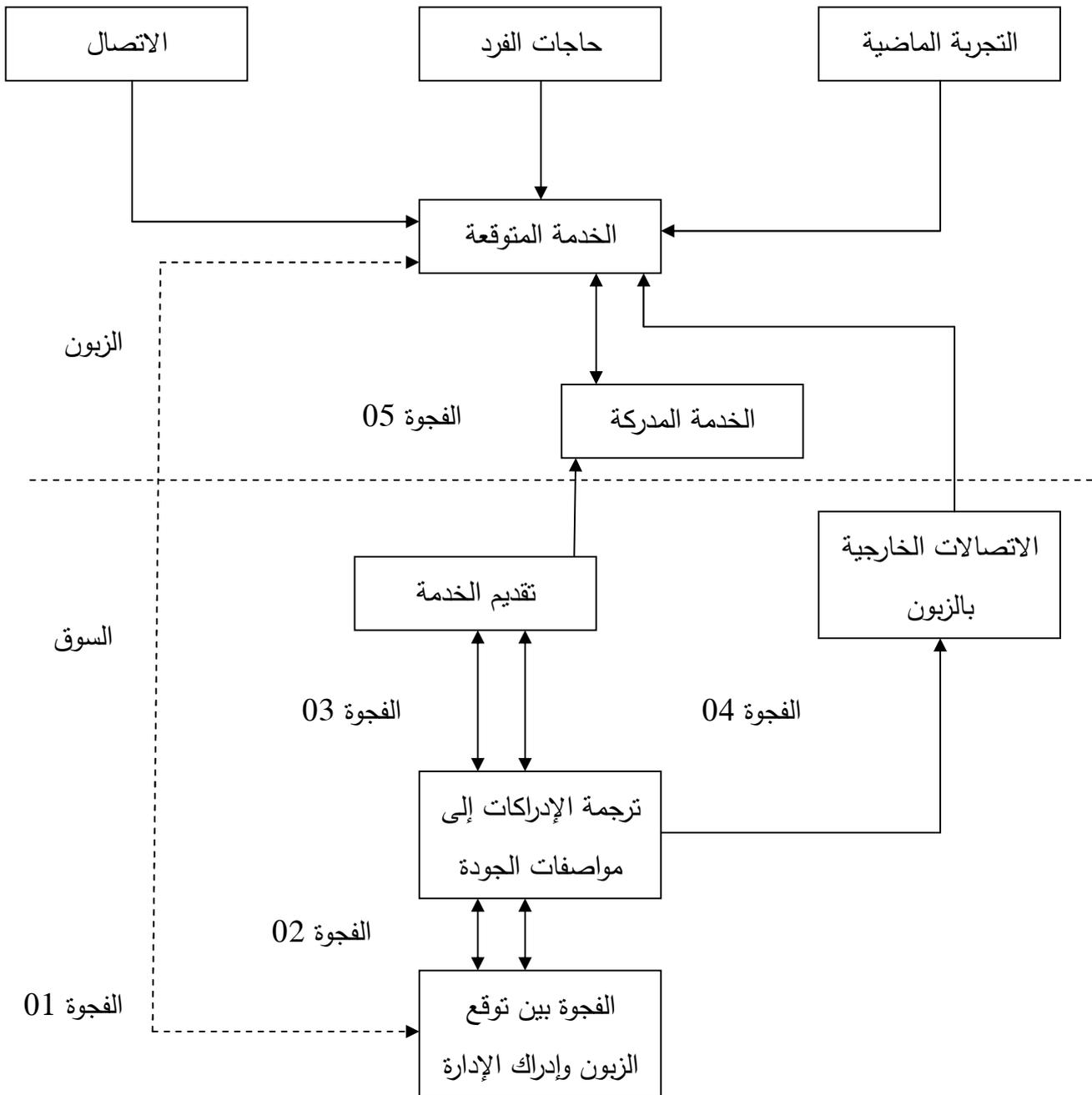
أولاً: نموذج الفجوات التقليدي:

ينتسب هذا النموذج إلى كل من (Parasurman, Zeithmal and Berry, 1985, P-P: 41-51) والذي أطلق على نموذج الفجوات (Gap Model)، ويستند إلى مقدار الفجوة ما بين ما يتوقعه الزبون لجودة الخدمة والجودة الفعلية المدركة من قبلهم¹، ويتضمن خمسة فجوات كما هو موضح بالشكل رقم (5).

1. **الفجوة ما بين توقعات الزبون وتصور الإدارة:** فالإدارة قد لا تمتلك التصور الصحيح كما يريده الزبائن، فقد تفكر إدارة المستشفى بأن المرضى يريدون طعاماً أفضل إلا أنهم يضمنون أكثر بمدى استجابة الممرضين.
2. **الفجوة بين تصور الإدارة وميزان جودة الخدمة:** فقد يكون لدى الإدارة تصور صحيح لرغبات الزبائن إلا أنها لا تضع قياساً لأداء معين فقط، فقد تطلب إدارة المستشفى من الممرضات تقديم خدمات سريعة دون تحديد نوع هذه الخدمات أو عددها من الناحية الكمية مما يغلق فجوة في مجال تقديمها.
3. **الفجوة بين خصائص جودة الخدمة وتقديمها:** حيث يمكن للعاملين أن يتلقوا تدريباً محدداً وأن يقوموا بأعمال تفوق طاقاتهم أو أنهم غير قادرين أو غير راغبين في تحقيق ما هو مطلوب منهم، أو قد يعترضون على قياسات معينة كالاستماع للزبائن بشكل مطول مما يضعف من تقديم الخدمة بالشكل المطلوب والنوعية المطلوبة.
4. **الفجوة بين القيام بالخدمة والاتصالات الخارجية:** حيث تتأثر توقعات الزبائن بالتصريحات التي يدلي بها ممثلو الشركات وإعلانها، فإذا ظهر في إحدى كراسات مستشفى معين، وجود غرف جميلة وعند وصول المريض يكتشف أن الإعلان كأن مبالغ فيه بذلك فإن الاتصال الخارجي قد شوه ما كان الزبون يتوقعه.
5. **الفجوة بين الخدمة المتصورة والخدمة المتوقعة:** حيث تظهر الفجوة عندما يقيس الزبون الأداء بطريقة مختلفة ولا تكون نوعية الخدمة كما كان يتصور فإن يستمر الطبيب على زيارة المريض ورعايته إلا أن المريض يفسر تكرار الزيارة لأغراض أخرى أو أن هناك خطأ في العلاج يدعو الطبيب لتكرار زيارته والشكل التالي يبين ذلك:

¹ محمود جاسم الصميدعي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 100-101.

الشكل رقم (05): نموذج الفجوات التقليدي



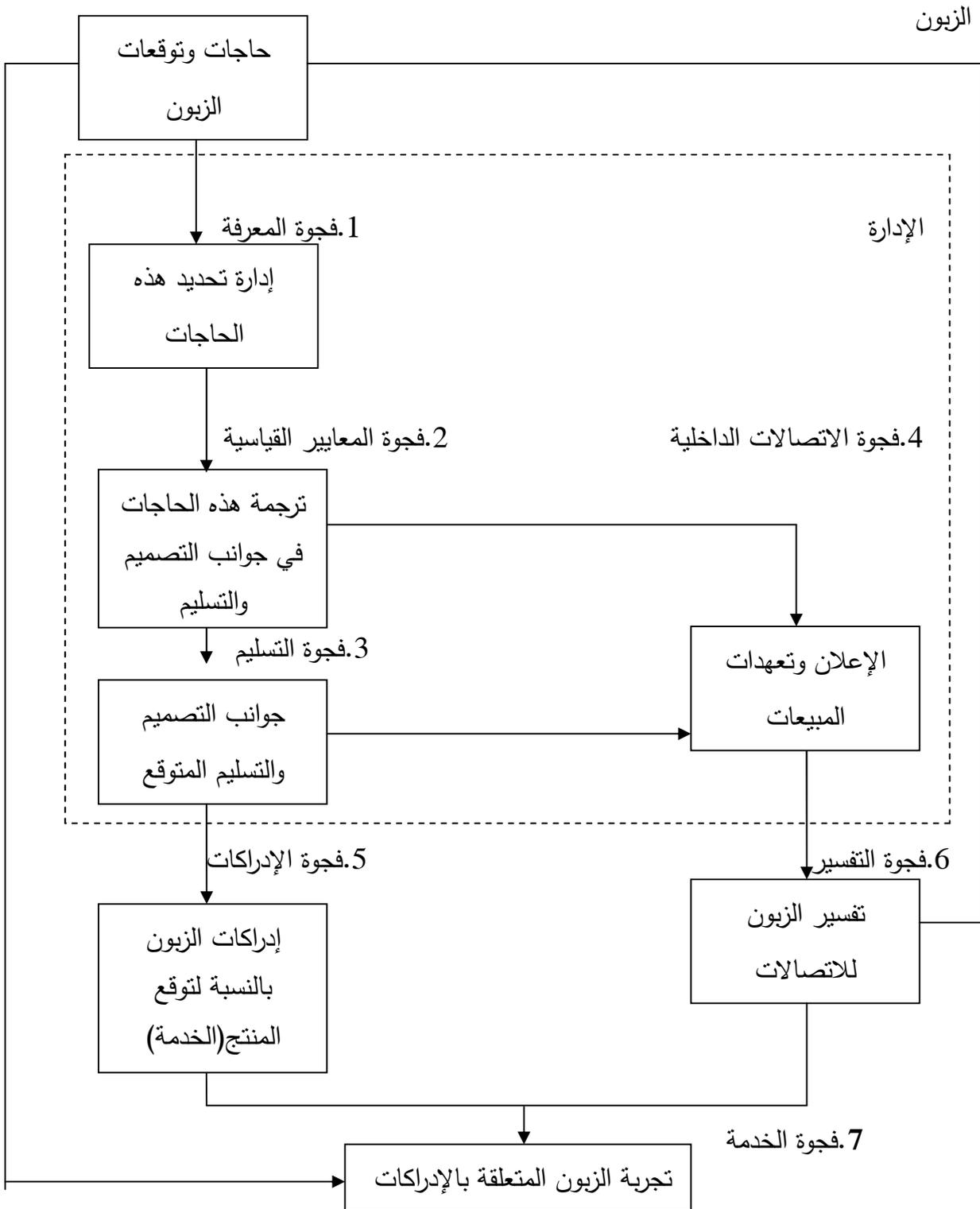
المصدر: محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص: 103.

ثانياً: نموذج الفجوات المطور

ويتضمن ما يلي:

1. **فجوة المعرفة (The Knowledge Gap):** تمثل الاختلاف بين ما يعتمد مجهزو الخدمات حول ما يتوقع أن يصل عليه المستفيد من الخدمات وحاجاته وتوقعاته الفعلية.
 2. **فجوة المعايير القياسية (The Stanotarots Gap):** تمثل الاختلاف بين إدراك الإدارة لتوقعات الزبون ومعايير الجودة المعتمدة لتسليم الخدمة.
 3. **فجوة التسليم (The Delivery Gap):** تمثل الاختلاف بين المعايير المحددة لتسليم الخدمة والأداء الفعلي لمجهز الخدمة ضمن هذه المعايير.
 4. **فجوة الاتصالات الداخلية (Internal Communications Gap):** تمثل الاختلاف بين ما تعلن المنظمة الخدمة عن جدارة خدماتها وتميزها وبين ما يعتقد المجهزون (رجال البيع) حول جدارة الخدمة ومستوى الجودة وما تستطيع المنظمة فعلاً أن تقدمه.
 5. **فجوة الإدراك (The Perceptions Gap):** الاختلاف بين ما يسلم فعلاً وما يدركون الزبائن بأنهم استلموا (لأن الزبائن غير قادرين على تقييم نوعية الخدمة بدقة).
 6. **فجوة التفسير (Interprétation Gap):** الاختلاف بين جهود الاتصال من قبل مجهزين الخدمة (قبل تسليم الخدمة) والوعود التي تقطع، وما يعتمد الزبائن بأنهم وعدوا بأن يحصلوا عليه.
 7. **فجوة الخدمة (The service Gap):** الاختلاف بين ما يتوقعون الزبائن أن يحصلوا عليه وإدراكهم للخدمة المستلمة.
- إن الفجوة الأولى والخامسة والسادسة والسابعة تمثل فجوات خارجية ما بين الزبون والمنظمة. أما الفجوات الثانية، الثالثة، والرابعة، تمثل فجوات داخلية ما بين الوظائف والإدارات في المنظمة.
- والشكل رقم (6) يوضح ذلك:

الشكل رقم(6): نموذج الفجوات لجودة الخدمة المطور



المصدر: محمود جاسم الصميدعي وآخرون، تسويق الخدمات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2013،

ص: 105.

المطلب الثالث: تقييم جودة الخدمة

إن ما يجعل تقييم جودة الخدمة أمرا صعبا هي الاختلافات بين المؤسسات الخدمية، أي أنه لا يوجد هناك مجموعة واحدة من العوامل التي يمكن اعتبارها كمعايير محددة لتقييم جودة الخدمة، فالخدمات الترفيهية والخدمات المالية والتعليمية والخدمات الصحية يحكم عليها جميعا من خلال معايير عديدة ومتنوعة، وينظر عادة إلى تقييم جودة الخدمة من وجهتي نظر إحداهما داخلية تعبر عن موقف الإدارة ومدى التزامها بالموصفات التي صممت الخدمة على أساسها أما وجهة النظر الخارجية، فتتركز على جودة الخدمة المدركة من طرف المستهلك، وعلى اعتبار المفهوم التسويقي الحديث الذي يركز على التوجه بالمستهلك لمعرفة حاجاته، فإن تقييم الجودة يقوم على أساس مدى إدراك المستهلك للأداء الفعلي للخدمة أي جودة الخدمة المدركة، وسنذكر فيما يلي الأسباب التي تجعل تقييم جودة الخدمة من الأحسن أن يكون من وجهة نظر المستهلك¹:

- قد لا يكون لدى المؤسسة معرفة بالمعايير والمؤشرات التي يحددها المستهلكون لاختيار الخدمة، ونوايا الشراء لديهم، أو حتى الأهمية النسبية التي يولونها لكل معيار في تقييم جودة الخدمة المقدمة؛
- قد تخطئ إدارة المؤسسة في معرفة الأساليب التي يدرك من خلالها المستهلك الأداء الفعلي للخدمة؛
- قد لا تعرف المؤسسة الخدمية بحقيقة أن حاجات المستهلكين وتوقعاتهم تتطور استجابة للتطور في خدمات المقدمة من المؤسسة نفسها، أو من طرف مؤسسات منافسة، وهو ما يجعلها تعتقد أن ما تقدمه يعتبر مناسباً للمستهلك؛
- قد لا تستطيع المؤسسة نظرا لنقص إمكانياتها تحديد حاجات المستهلكين، ومعرفة توقعاتهم أو تقييم مستوى الرضا لديهم، وبالتالي عدم القدرة على تحديد مستوى الجودة في خدماتها.
- لكل الأسباب السابقة الذكر تعتبر المعايير الوحيدة التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة هي التي يحددها المستهلك بنفسه حيث تم تحديد مجموعة من المعايير يلجأ إليها المستهلك للحكم على جودة الخدمة المقدمة إليه.

أولاً: معايير جودة الخدمة

هناك عدة معايير لتقييم جودة الخدمة تتمثل فيما يلي²:

¹ بوعنان نور الدين، *جودة الخدمة وأثرها على رضا العملاء*، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في علوم التسويق، تخصص تسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2006-2007، ص: 70.

² هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص: 444-446.

1. **الاعتمادية:** وتعني الاتساق في الأداء وانجاز الخدمة الموعودة بشكل دقيق¹، حيث تعني قدرة مقدم الخدمة على أداء الخدمة التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها وبدرجة عالية من الصحة والدقة، فالمستهلك يتوقع أن تقدم له الخدمة بصفة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والأداء تماما مثلما تم وعده، فمثلا قد يسأل المستهلك إذا كان بإمكانه الاطمئنان بأن هاتفه النقال سوف يكون بأيدي فني ماهر، وأن تتم الصيانة في الوقت المحدد.

2. **مدى توفر الخدمة من حيث الزمان والمكان:** وتشير إلى إمكانية توفر الخدمة في المكان والزمان المطلوبين من قبل المستهلكين، فكثير منهم يقيمون جودة الخدمة وفق هذا المعيار، بالإضافة إلى ذلك فإن سهولة الحصول على الخدمة، تعد معيار مهما في جودة الخدمة لأنها تعني الملائمة والراحة بالنسبة للمستهلك².

و على المؤسسة محاولة الإجابة على الأسئلة التالية لمعرفة مدى أهميتها من وجهة نظر المستهلكين وهي:

- هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يريده المستهلك؟
- هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغبه المستهلك؟
- هل سيحصل المستهلك على الخدمة متى طلبها؟
- كم من الوقت ينتظر المستهلك للحصول على الخدمة؟
- هل من السهل الوصول إلى مكان تقديم الخدمة؟

3. **الأمان:** ويعكس ذلك بالدرجة الأولى خلو المعاملات مع المؤسسة الخدمية من الشك والمخاطر.

4. **المصداقية:** وتعني مدى الالتزام بالمواعيد التي تقدمها المؤسسة الخدمية للمستهلكين فيما يخص الخدمات المقدمة وتحسينها، مما يترتب عليه ثقة متبادلة.

5. **درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات المستهلك:** تعكس الجهد المبذول للتعرف على احتياجات المستهلك، وتقديم الخدمة في ضوء تلك المعرفة، كما يتضمن هذا الجانب توفر الاهتمام الشخصي بالمستهلك وسهولة التعرف عليه.

¹ بوعنان نور الدين، مرجع سبق ذكره، ص: 24.

² بشير الفلاق وحميد عبد النبي، مرجع سبق ذكره، ص: 208.

6. **الاستجابة:** وهي القدرة على تلبية الحاجيات الجديدة أو الطارئة للمستهلكين من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة، فمثلا ما مدى استعداد ورغبة المؤسسة في تقديم المساعدة للمستهلك وحل مشاكله المحددة ومدى قدرة واستعداد ورغبة الإدارة في لقاء مستهلك له مشكلة ما¹.

7. **الكفاءة والجدارة:** وتتعلق بكفاءة وجدارة القائمين على تقديم الخدمات من حيث المهارات والقدرات التحليلية والمعرفة التي تمكنهم من أداء مهامهم بالشكل الأمثل، وفي حالة التعامل مع مقدم الخدمة لأول مرة، فإن المستهلك عادة ما يلجأ إلى مثل هذه المعايير والشهادات ومصادرات والخبرات العلمية، فقد يفصل بعض المستهلكين تلقى خدماتهم من مصادر معتمدة ورسمية.

8. **الاتصال:** وهو يتعلق بقدرة مقدم الخدمة على شرح خصائص الخدمة للمستهلك، والدور الذي يجب عليه القيام به بشكل كامل ومدى معرفته بالأضرار التي يمكن أن تلحق به إذا لم يلزم بما هو مطلوب منه، وعن أي مشاكل يمكن أن تحدث عند تقديم الخدمة وكيف يمكن تجنبها، ومدى التأكد من أن المستهلك وفهم ما طلب منه.

9. **الجوانب الملموسة:** هي الدليل المادي للخدمة، كالمرافق والتسهيلات المادية

(الآلات والمعدات والأفراد ووسائل الاتصال وملابس مقدمي الخدمة)، وكافة عناصر البيئة المادية التي تقدم الخدمة من خلالها أو التي ترشد المستهلك إلى الخدمة.

10. **اللباقة:** وتعني أن يكون مقدم الخدمة على قدر من الاحترام والآداب وأن يتسم بالمعاملة الودية مع المستهلكين، فهذا الجانب يشير إلى الصداقة والاحترام والود بين مقدم الخدمة والمستهلك².

إن هذه المعايير التي يعتمد عليها المستهلك في تقييمه لجودة الخدمة ليس بالضرورة أن تكون مستقلة عن بعضها البعض، حيث أن بعض هذه المعايير متداخلة مع بعضها البعض، حيث أن بعض هذه المعايير متداخلة مع بعضها البعض وقد تكون أحيانا متكاملة، كما أن نظرة المستهلك لمدى أهميتها تختلف من شخص لآخر، لأن البعد الخاص بالاعتمادية حسب كوتلر يظل في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم عنصر يعكس جودة الخدمة بغض النظر عن طبيعتها³.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص: 95.

² المرجع نفسه، ص: 95.

³ المرجع نفسه، ص: 95.

ثانيا: مراقبة جودة الخدمة

هناك العديد من التقنيات التي يمكن استخدامها في مراقبة جودة الخدمة، وهذه التقنيات يمكن حصرها بثلاث أنواع¹:

- تحليل الأداء الداخلي (Anternal Performance Analysis).
- تحليل إشباع الزبون (Customer Satisfaction Analysis).
- بحوث السوق الخاصة (Specialist Mark Research).

1. تحليل الأداء الداخلي: إن تحليل الأداء الداخلي يجب أن يشمل جميع العاملين بالمنظمة من أجل قياس نجاح التخطيط المعد من قبل المنظمة الخدمية، ولكن ليس من الضروري أن يرتبط ذلك بالجودة فقط. إن جودة الخدمة يجب أن تستخدم تحليل الأداء الداخلي من أجل قياس الجودة القياسية (المعيارية) المنجزة على الواقع. إن هذه الخطة يجب أن تأخذ وبسرعة لرد الفعل اتجاه جودة الخدمة المقدمة. مؤشرات المبيعات وبيانات التقارير الداخلية والتي لا تكون تخص مباشرة أساس الجودة، بل يجب أن توضح مدى مراقبة جودة الخدمة المقدمة. إن الزبون يحتفظ بمعايير أو مستويات تمثل الحكم على جودة الأداء، إن جميع العاملين في مختلف المستويات داخل المنظمة الخدمية يجب أن يشملوا في إجراءات المراقبة على جودة الخدمة، وهذا ما يساعد على تحديد وحل كافة مشاكل الجودة للخدمة. بالإضافة إلى أن بحوث السوق الداخلية يجب أن تستمر لكي تضمن عدم حدوث فجوات في جودة الخدمة مستقبلا، لذلك فإن جميع العاملين يجب أن يعملوا معا من أجل تعظيم جودة الخدمة من خلال الأداء الأفضل لجميع العاملين كلا حسب موقعه واختصاصه في المنظمة الخدمية.

2. تحليل إشباع الزبون: إن الإشباع يمثل الحالة التي يحصل فيها المستهلك على ما يريد من منافع أو فوائد لدى شرائه سلع أو خدمات، وهذا يتم من خلال الحكم على هذه السلع أو الخدمة بأنها تقدم مستوى مرضي من العائد(المنافع) التي ينتظرها هذا المستهلك من خلال إدراكه وتوقعاته، ولذلك فإن مصطلح الإدراكات (Perceptions) يعتبر ملازما أو مرتبطا لمصطلح التوقعات (Expectations)، والسبب لأن التوقعات غير ثابتة بل هي متحركة (Dynamic)، بنفس الوقت فإن التقييم يختلف من وقت لآخر ومن شخص لآخر ومن ثقافة لثقافة أخرى حيث يعتبر أن الخدمة ذات جودة أو تشبع وترضي الزبائن اليوم قد تكون مختلفة في المستقبل ولا تحقق له الإشباع المطلوب، إن الجودة والإشباع والرضا

¹ محمد جاسم الصميدعي وريينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص: 96.

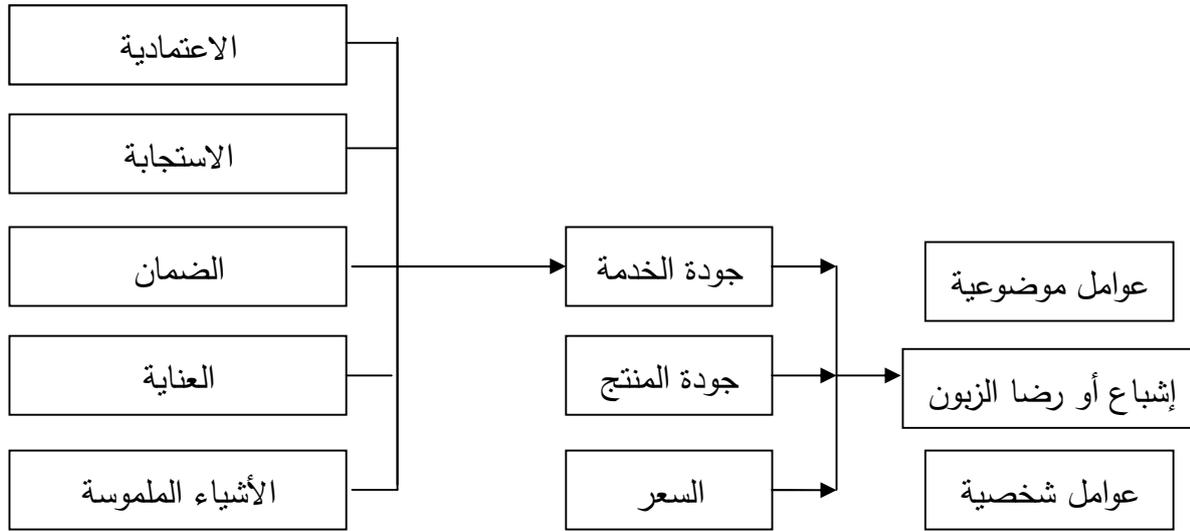
تستند على مدى إدراكات الزبائن للخدمة. إن الزبون يستلم الخدمات وبالواقع فإنه يستلم جودة الخدمة كيف تشبعه وترضيه، وهذا مرتبط بالتجارب والخبرة لدى هؤلاء الزبائن.

إن الزبائن يتجهون بالنهاية إلى الجودة، الإشباع والرضا. إن مستوى إدراك وتجربة خبرة الزبائن تعتبر مفصل مهم وأداء لمسألة تقييم جودة الخدمة، لذلك فإن الخدمة إذ لم تحقق توقعات الزبون فإن الخدمة ليست ذات جودة عالية مثل ما كان يتوقع، وأن الأساس في التقييم لجودة أو عدم جودة هذه الخدمة أم تلك، يستند إلى الفرق بين الجودة المدركة والجودة المتوقعة، فإن الفرق لصالح الجودة المدركة فإن هذه الخدمة ترضي الزبون وبالتالي تحقق له ما كان يتأمل به من هذه الخدمة، بعبارة أخرى فإن هذه الخدمة تتمتع بجودة عالية حسب وجهة هذا الزبون، أما إذا كانت النتيجة لصالح الجودة المتوقعة فإنها تعكس عدم الإشباع ومن ثم عدم الرضا، وهذا يعني أن حكم هذا الزبون على هذه الخدمة بأنها ذات جودة وطئة ومنخفضة ليس كما كان يتوقع لتوضيح ذلك فنفترض أن أحد كان أحد الأفراد يشكو من ألم معين وأراد الذهاب إلى أحد الأطباء ذو الاختصاص وكان يتوقع منه التشخيص الصحيح وتم العلاج الناجح ولكن ما حدث أن هذا الطبيب لم يكون تشخيص مرضه بشكل دقيق وبالتالي فإن العلاج الذي أعطاه هذا الطبيب لم يكون ذا فعالية في الشفاء التام، لذلك فإن هذا الفرد سوف ينظر إلى مقدم هذه الخدمة (الطبيب) وما قدمه من فحص وعلاج ليس كما كان يتوقع بل هو أقل بكثير مما كان يتوقع، وعليه فإن إدراكه للجودة المقدمة فعلا كان أقل من توقعاته، الأمر الذي لا يحقق له الإشباع والرضا المطلوبين، بالنتيجة فإن الحكم على هذه الخدمة وفقا لتجربة هذا الفرد أنها ذات جودة منخفضة أي أن الخدمة ليست بالجودة التي كان يتأمل بها أو يطمح للحصول عليها.

كما سبق وأن أشرنا أن للخدمة عدة أبعاد أو سمات، فإن أحد الطرق لقياس إدراكات الزبون للجودة ورضاه أو إشباعه يمكن أن يتم من خلال تلك السمات الخمسة، وهذا يعني تقييم الزبون لمدى جودة الخدمة من خلال نظرة تكاملية لهذه السمات (المحطة النهائية) وليس بالاعتماد فقط على بعد واحد أو بعدين للحكم والتقييم بهذا الصدد قدم كل من (Zeithanal et Bither, 200) نموذجا بسيطا يربط بين إدراكات الزبون للجودة وإشباع ورضا هذا الزبون، كما موضح في الشكل التالي¹:

¹ محمد جاسم الصميدعي وريينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص ص: 97-99.

الشكل رقم (07): إدراكات الزبون للجودة وإشباع أو رضا الزبون



المصدر: محمد جاسم الصميدعي وردينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص : 97.

3. **بحوث السوق الخاصة:** هذا النوع من البحوث يتضمن العديد من التقنيات، ولكن الأكثر شيوعاً هو طريقة أو تقنية ما تسمى المتسوق السري أو المخفي، إن هذه الطريقة تقيد في بحوث السوق، وفقاً لهذه الطريقة فإن القائد بالبحث يقوم بزيارة فروع مقدمة الخدمة باعتباره زبون اعتيادي، بذلك فإنه يستطيع أن يرى جميع العاملين في الموقع الذي يتواجد فيه وكذلك الزبائن، وكيف يقول هؤلاء العاملين بأعمالهم، كيف يقدمون خدماتهم للزبائن، أسلوب التقديم، مستوى التفاعل مع الزبائن، طريقة الاتصال، الاهتمام بالزبون, كيف يتم الحوار بينهما، قدرة مقدم الخدمة على الاستجابة لطلبات الزبائن... الخ، من المعايير التي يتم من خلالها قياس مستوى جودة الخدمة المقدمة. أن هذه الطريقة تستخدم بكثرة في القطاع المصرفي والمؤسسات العقارية، المؤسسات الصحية الكبيرة، المطاعم الكبرى ذات الفروع المتعددة.

أما الطريقة الأخرى فهي تقنية الملاحظة أو المشاهدة وهي تستخدم لمعرفة مدى تطبيق العاملين لمعايير الجودة القياسية (المعياري)، وهذا يتم من خلال ملاحظة سلوك القائمين على تقديم الخدمة من ناحية تطبيق المعايير الموضوعية بجودة الخدمة أم لا، وتستخدم كثيراً في قطاع الفنادق، القطاع الصحي...، إن ملاحظة سلوك الزبائن والعاملين يساعد كثيراً على التغلب على المشاكل التي تواجه الخدمة وجودتها، إن المقترحات التي تقدم بعد انتهاء الملاحظة تضع الحلول للمشاكل التي تواجه عدم تطبيق معايير الجودة المعيارية.

خلاصة الفصل الأول:

تناولنا في هذا الفصل مدخل إلى جودة الخدمة، والتي تعني مدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة وتوقعات المستهلكين، يتم تقييمها من وجهة نظرهم بالاعتماد على مجموعة من المعايير (الاعتمادية، الأمان، المصداقية...الخ)، وقد قدمت عدة نماذج لتقييم جودة الخدمة، فهناك من اعتبر أن التقييم يقوم على نموذج الفجوات التقليدي، بينما اعتبر آخرون أن تقييم جودة الخدمة يقوم على نموذج الفجوات المطور.

الفصل الثاني:

جودة الخدمات الصحية

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية

تمهيد:

تسعى المنظمات الحديثة إلى تحقيق جودة خدماتها وعملياتها وتضعها كهدف أساسي في ظل عالم سريع التغير يسوده التنافس الشديد في تقديم الخدمات والسلع بصورة أفضل، في ظل المنافسة العالمية الشديدة للمنظمات على اختلاف أنواعها لكسب حصة أكبر من الأسواق.

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

المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية

تعد الصحة حجر الزاوية لبناء المجتمعات، فهي من بين أهم مجالات التنمية التي تسعى من خلالها الدول إلى تحقيق التقدم والرفي في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الاقتصادي لذلك فهي تولى أهمية كبرى بالمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها.

وسنتطرق في هذا المبحث إلى مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية وخصائصها ثم نتعرض إلى مستوياتها وأنواعها.

المطلب الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية

نتطرق في هذا العنصر إلى بعض المفاهيم ذات الصلة بمفهوم الخدمات الصحية كالصحة، الرعاية الصحية والرعاية الطبية.

أولاً: مفهوم الصحة

يختلف مفهوم الصحة باختلاف الأفراد والمؤسسات الصحية التي تتبنى هذا المفهوم، وكذلك يختلف مع مرور الزمن والتطور العلمي والتكنولوجي، ومن مجمل تعريف الصحة أنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل المسببة للأمراض والتي يتعرض لها الجسم، وقد يشمل مفهوم الصحة إطالة العمر ومنع الأمراض والسيطرة عليها"¹.

وقد وضعت منظمة الصحة العالمية مفهوم للصحة، حيث حددت أن الصحة: "حالة الرفاهية الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد الخلو من الأمراض والسيطرة على مسببات المرض"².

كما أن هناك من اعتبر الصحة تشخيص وعلاج المجتمع³.

هذا الاختلاف في التعاريف جعل منظمة الصحة العالمية تعطي مفهوماً أشمل عن الصحة واعتبرتها أنها: "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض والعجز"⁴.

فحسب هذا التعريف تعد الصحة أشمل من أن تكون معالجة المرض، فهي تمتد لتشمل صحة الجسم، وصحة العقل أو ما يسمى بالصحة النفسية والتي تعني "العلاج الوقائي للاضطرابات العقلية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الفرد وصحة المجتمع والبيئة وهي حالة توفر المواطن البيئي السليم

¹ صلاح محمود ديات، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2010، ص: 168.

² المرجع نفسه، ص: 168.

³ أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005، ص: 13.

⁴ الصحة العالمية عن موقع: www.who.int/featres/fadfiles/menta/health/ar/.

والمستقر للكائنات الحية، وعلى رأسها الإنسان بحيث يستطيع أن يعيش حياته بشكل سليم ويحافظ على بيئة سليمة¹. إذ لا بد من أن ينظر إلى الصحة من مجال أبعد من أن تكون مجرد رعاية طبيب لمريض، كما لا يجب أن تكون المجتمعات صحية عياديا فقط، ولكن يجب أن تشعر بالصحة جسميا، واجتماعيا².

1. الصحة العامة:

تتكون من كلمتين وإحداهما هدف عام وهو الصحة، وثانيهما أفراد المجتمع، وهذا يؤكد على ضرورة تحقيق أعلى مستوى صحي لهم، فالصحة العامة تحتوي على الصحة الشخصية والصحة البيئية، والصحة الاجتماعية ومكافحة الأمراض المعدية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر للأمراض، مع تعليم أفراد المجتمع وتنقيتهم على كيفية تطوير الحياة الصحية، وذلك بمجهودات منظمة وفي المجتمع، من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة، تنفرح الصحة العامة إلى³:

- **الصحة الوقائية:** وتهدف إلى منع حدوث الأمراض، والحد من انتشارها.

- **الصحة العلاجية:** وتهدف إلى علاج المرضى وإخراجهم من الحالة المرضية التي يشكون منها إلى الحالة الطبيعية، عن طريق التشخيص وتقرير العلاج المناسب للحالة، وصولا إلى الهدف الاسمي وهو تخفيف الآلام وإنهاء الأعراض المرضية.

- **الصحة المهنية:** متعلقة بصحة العاملين في المهن المختلفة:

وعند الحديث عن الصحة، لا بد من التطرق إلى مفهومين الطب والمرض، فالطب هو تشخيص وعلاج الفرد⁴، أما المرض فهو حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا، مما يؤثر عليه وعلى شخصيته⁵.

من خلال ما سبق نجد أن الصحة هي القوة والسلامة الجسمية والعقلية، النفسية للفرد والسلامة الاجتماعية المتمثلة في السكن، التعليم، الغذاء، مستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة... الخ، والمرض هو الإنقاص من حالة السلامة الصحية للفرد.

¹ صلاح حسن الدهراوي، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل، الأردن، 2005، ص ص: 126-129.

² نظام موسى سويدان وعبد المجيد البروراي، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار حامد، الأردن، 2009، ص: 233 (بتصرف).

³ أحمد محمد بدح وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص: 13-19.

⁴ المرجع نفسه، ص: 13.

⁵ عصماني سفيان، دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها (المرضى)، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على

شهادة الماجستير في علوم التسويق، تخصص تسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2005-2006، ص: 23.

2. مستويات الصحة:

الصحة حالة نسبية، فكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفي مدرج قياس الصحة، فالطرف الأول هو الصحة المثالية، والطرف الآخر هو انعدام الصحة، وهناك درجات متفاوتة من الصحة بين الطرفين، وعلى ذلك تكون مستويات الصحة كما يلي¹:

- **الصحة المثالية:** هي درجة التكامل والمثالية الجسمية والنفسية والاجتماعية.

- **الصحة الإيجابية:** وفيها تتوفر طاقات ايجابية تمكن الفرد من مواجهة المشاكل والمؤثرات الجسمية والنفسية والاجتماعية، دون ظهور أية أمراض أو علامات مرضية ملموسة.

- **السلامة المتوسطة:** لا تتوفر فيها طاقات ايجابية من الصحة، ولذلك عند التعرض لأي مؤشرات ضارة يسقط الفرد في المرض.

- **المرض غير الظاهر:** وهنا لا يشكو المريض من أعراض وعلامات واضحة، ولكن يمكن اكتشاف المرض بفحوصات مخبرية وشعاعية خاصة.

- **المرض الظاهر:** وهنا يشكو المريض من أعراض وعلامات يحس بها.

ثانيا: الرعاية الصحية والرعاية الطبية

1. الرعاية الصحية:

يشمل مفهوم الرعاية الصحية بالإضافة إلى الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، مفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع، فهي تشمل أنشطة رعاية المريض، الرعاية الطبية وإعادة التأهيل الاجتماعي، حيث تركز على جودة الحياة بصفة عامة².

أي أنها مجموعة الإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع أفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي لهم والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها³.

¹ أحمد محمد بدع وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص: 13-14.

² عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص: 35.

³ عصماني سفيان، مرجع سبق ذكره، ص: 37.

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

– **مستوى الرعاية الصحية الذاتية:** وهو المستوي الذي يتحمل فيه الفرد والعائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويتوقف هذا المستوي على مستواهم الثقافي والاجتماعي.

– **مستوي الرعاية الصحية الأولية:** وتعرف على أنها الخدمات الصحية الشاملة والأساسية المسيرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، بمشاركة الأفراد، بتكاليف يمكن توفيرها وهي جزء من النظام الصحي للبلد، ويتمثل هذا المستوي أوسع المستويات الخدمية الصحية، يتم تقديم الرعاية الصحية الأولية في المؤسسات الصحية (مستوصفات، عيادات قروية، عيادات الأمومة والطفولة.....الخ)، وهناك تسعة عناصر تمثل الخدمات الصحية التي تحقق هذا المستوي، وهي (رعاية الأم والطفل، طب الأطفال والصحة المدرسية، مكافحة الأمراض السارية، صحة البيئة وتحسينها، صحة الإنسان والوقاية العلاجية، صحة العيون والإرشاد والتنقيف الصحي، الفحص السريري والمعالجة الدوائية، الفحص السريري والمداخلة الجراحية البسيطة).

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

– **مستوى الخدمات الصحية المتطورة التخصصية:** وهي الخدمات الصحية التي ليس من المستطاع تقديمها في المستوى الثاني والثالث، وهي خدمات متخصصة في مجال الطب والجراحة، تكون معقد والجراحة، تكون معقدة كجراحة القلب والدماغ.

– **الرعاية الطبية:** يصب تركيز الرعاية الطبية على التشخيص المبكر، وإعادة التأهيل الطبيعي، وذلك عند الحاجة، فهي تركز على المرض وطرق علاجه، كما يمكن القول أنها: " الخدمات التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، من تقديم العلاج والغذاء، الدواء والمعاملة الحسنة، وبالتالي هي تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم

للعلاج، والغذاء الجيد والملائم لحالته وحسن معاملته من طرف القوى الطبية، لمساعدته على استعادة صحته، وتصنف الرعاية الطبية إلى قسمين رئيسيين هما¹:

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

وتختلف الرعاية الصحية عن الطبية كون الطبية فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت الرعاية الطبية هي التي تعمل مع المرضى فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حدوث المرض، بل تعمل على منع حدوثه وإذا حدث تعمل على معالجته، والفرق كذلك يتمثل في أن خدمات الرعاية الطبية موجهة لفرد واحد، بينما الرعاية الصحية موجهة للمجتمع بصفة عامة، قصد رفع مستواهم الصحي، أو مقاومة انتشار الأمراض بينهم، وعليه فإن أي خدمة صحية موجهة إلى فرد معين بصفة مباشرة تعتبر من خدمات الرعاية الطبية حتى ولو كانت خدمة وقائية، وكمثال على ذلك، قد يتوجه شخص ما مصاب بمرض معين إلى مؤسسة صحية ليعالج هذا المرض، فإن الخدمة الصحية المقدمة له تدخل في نطاق الرعاية الطبية، أما إذا ما قامت وزارة الصحة بعملية لتوعية الأفراد بخطورة نفس المرض و كيفية الوقاية منه، فإن هذه الخدمة تدخل ضمن إطار الرعاية الصحية للمجتمع، ولا تقصر الرعاية الطبية على تقديم خدمات علاجية فقط وإنما تقدم خدمات وقائية هامة فالطبيب الذي يعالج هذا الشخص المريض، يمكن أن يقدم له نصائح وقائية لتجنب تفاقم وتطور المرض أو حتى نصائح عن أمراض أخرى. فهي خدمات طبية ما دام المقصود بها فرد بذاته.

ثالثاً: تعريف الخدمات الصحية

تعتبر الخدمة الصحية سلعة اقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى، ولكنها تتميز بمجموعة من الخصائص التي تؤثر في الطلب عليها.

- تعرف الخدمة الصحية بأنها "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين ووقايتهم من الأمراض المعدية².

¹ عدمان مريزوق، مرجع سبق ذكره، ص: 35-38. (بتصرف)

² محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر، 1983، ص: 23.

- في حين يفضل " فوزي مذكور " استعمال لفظ المنتج الصحي بدل الخدمة الصحية، ويعرف الأول بأنه " مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة والتي تحقق إشباعاً وإرضاءً معيناً للمستفيد"¹.

- عرفت الخدمة الصحية على أنها: " أوجه النشاط غير الملموسة التي تقدم للمستهلك (المريض)، والتي تهدف أساساً إلى إشباع حاجاته ورغباته، أي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المستهلك (المريض)، والتحرر من المرض والسعي نحو السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية... إلخ، ويتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية، سواء كانت عامة أو خاصة"².

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

رابعاً: أهمية الخدمات الصحية (الطبية) Importance of health services

هدفت جميع دول العالم إلى تحقيق مستوى متقدم من الصحة للمواطنين الذين يعيشون في تلك الدول، ولتحقيق ذلك الهدف عقدت الندوات والمؤتمرات والتي كان من أهمها مؤتمر الماتا عام 1978، وركز هذا المؤتمر على أن الرعاية الصحية الأولية أمر ضروري باعتبارها المحور الرئيسي للنظام الصحي، وجزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتحتاج الرعاية الصحية إلى عملية إدارية ناجحة من أجل تحقيق أقصى ما يمكن من الصحة للمواطنين وبما يتناسب مع الموارد الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في تلك الدولة ويجب أن تشترك القطاعات المختلفة في العملية الإدارية للقطاع الصحي.

كما أن الاهتمام بالموضوع الصحي في السنوات القليلة الماضية قد زاد وبشكل كبير وذلك للأسباب التالية³:

- أن الصحة الجيدة تمثل الطرف المثالي لتمتع الناس بحياتهم والموضوع الوحيد الذي يجلب اهتمام جميع الناس.

- أن الخدمات الصحية من أكبر وأعدد الصناعات حالياً بسبب:

¹ فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998، ص: 198.
² زاكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص: 291.
³ صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (منظور شامل)، دار الفكر، عمان، 2011، ص: 27-28.

- ✓ ارتفاع تكاليفها.
- ✓ ازدياد ربحيتها.
- ✓ كثرة أعداد العاملين في القطاع الصحي.
- ✓ تنوع المهن والوظائف العاملة في القطاع الصحي.
- ✓ كثرة المحتاجين إلى الخدمات الصحية.
- أن موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة.
- احتياج الخدمات الطبية لأرقى وأثمن وأعقد أنواع التكنولوجيا.

خامسا: أهداف المؤسسة الصحية Objectif of the hospital

توجد عدة أهداف للمؤسسة الصحية (المستشفى والمركز الصحي) تختلف باختلاف القطاع الذي تتبع إليه تلك المؤسسة، (قطاع خاص أو قطاع حكومي)، وحتى ضمن القطاع الواحد تختلف باختلاف نوعية الخدمة المقدمة وتختلف الأهداف أيضا باختلاف العديد من العوامل، ويغض النظر عن هذه الاختلافات فإن الأهداف العامة للمؤسسة الصحية هي¹:

- توفير أقصى ما يمكن من خدمات طبية، وتمريضية للمصابين من أجل شفائه.
- تدريب وتعليم العاملين في المجالات الطبية والتمريضية والمهن الطبية المساندة.
- توفير أقصى ما يمكن من الخدمات الطبية وخدمات الرعاية الصحية الأولية.
- إجراء البحوث والدراسات الحيوية بمختلف جوانب الصحة.
- تحقيق نسبة من الأرباح لمؤسسات القطاع الخاص، والتركيز على تقديم الخدمة دون النظر للتكاليف لمؤسسات وقطاع العام.
- أهداف أخرى خاصة بالمؤسسة الصحية تتسم بالخصوصية.

¹ صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص: 30.

المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية

تتمتع الخدمات الصحية على غرار باقي الخدمات بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الملموسة.

أولاً: الخصائص العامة للخدمات الصحية: تتمثل في اللاملموسية أي عدم إمكانية مشاهدتها أو لمسها، وتلازميتها، وتعني درجة الترابط بين الخدمة الصحية ذاتها ومقدمها، عدم التماثل، أي عدم قدرة الطبيب على تقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام، والفناء والتلاشي، أي عدم القدرة على تخزين الخدمة الصحية لمدة من الزمن، وعدم التملك، إضافة إلى خصائص أخرى تتمثل فيما يلي¹:

1. قلة التنمية والتوحيد للخدمة الصحية: صناعة الخدمة الصحية تتجه حيث يتواجد الناس، ونظراً

لاختلاف طبيعة الناس وأمراضهم وحالاتهم النفسية فإن الخدمة تتنوع من فرد لآخر، وكذلك نفس الشيء بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة فإنها تتنوع من باختلاف الأمراض والتخصصات، فالخدمات الصحية مثل الخدمات العلاجية، هي خدمات فردية، يعني أنها تقدم لكل فرد على حدى في مجالات تخصص معينة.

2. التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية: يؤدي عدم تجانس الخدمة وتباينها من فرد لآخر طبقاً لحاجاته

الشخصية، والذي يؤدي إلى تفاوتات مخرجات المنظمة الخدمية الواحدة، وكذلك تباين الخدمات التي يقدمها العاملين بمنظمة الخدمة من وقت لآخر إضافة لذلك فإن صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات تكون نتيجة لما يتميز به هذا الطلب من عدم ثبات وعدم استقرار فقد يحدث الطلب مرة واحدة في العام أو لفترة زمنية قصيرة خلال العام أو في مواسم معينة (مصل زيادة الإصابة بنزلات البرد في الشتاء، انتشار بعض الأوبئة الأخرى في الصيف)، كما قد يتنوع الطلب خلال الشهر أو الأسبوع الواحد وحتى في اليوم الواحد.

والجدير بالإشارة انه نتيجة هذه الخاصية، وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فإن الأمر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية لطالبيها.

3. الخدمة الصحية منتج غير ملموس: الأمر الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر قوي وفعال بين

مقدم الخدمة (المنظمة الصحية) والمستفيد منها، حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات.

¹ مريزق محمد عدمان، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية، عمان، الأردن، 2011، ص ص: 37-39.

وتملي هذه الخاصية على الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية والمشرقة عليها ضرورة التأكد بصفة مستمرة عن طريق أساليبها الخاصة من تحقيق هذا الاتصال لتضمن تحقيق خدمة فعالة للمستفيدين من خدماتها، حيث لا يمكن فصل مقدم الخدمة الصحية عن المستفيد منها.

4. **الخدمة الصحية سلعة عامة:** تخضع السلعة العامة للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية وتتميز هذه السلع بأنها حساسة للجمهور وقد حدد كل من "ماسجريف" Musgrave و "بوسطن" Boston سنة 1976 خاصيتين للسلع الهامة أو الخدمات العامة: أولاهما حالة المنافسة، ثانيهما الإقصاء أو الابتعاد.

والخاصية الأولى تعني ببساطة أن الفرد عندما يستهلك سلعة أو خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع شخص آخر، فمثلا عندما يستهلك المرض الخدمة الطبية في ساحة التشغيل في العادة الخارجية، فإن ذلك قد أوقف فرصة ممثلة في الوقت الذي استغرقه الفرد الآخر المنتظر للخدمة باعتبار أن الطلب مستمر عن وحدة الخدمة، أما الخاصية الثانية هي خاصية الإقصاء، وهو احتمال فني لإقصاء البعض من فوائد الخدمة، ولاحظ ذلك في سلع الجمهور في احتمال إقصاء بعض المستفيدين عندما تكون التكاليف مرتفعة.

5. **الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل:** تتطلب في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين على سبيل المثال يقتضي سرعة علاجه للقضاء عليه عند ظهور الأعراض، ويترتب على هذه الخاصية بعض الأبعاد المرتبطة بتحقيق المستفيد منها وهي:

– **البعد المكاني:** ويقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد.

– **البعد الزمني:** ويقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها فيه.

ثانيا: الخصائص التي تنصرف إلى جانب الطلب:

وتتمثل هذه الخصائص في:

1. **الخدمات الصحية خدمات جماعية:** فالخدمات الجماعية هي تلك التي تقدم منافع لكل أفراد المجتمع وليس للفرد الواحد الذي يستفيد منها، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية إذ أن تحسين صحة الفرد لا يفده وحده فقط، ولكنه يفيد أسرته وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بآثار الانتشار الخارجية الموجبة للخدمات الصحية، ولهذا يكون من المفيد اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات.

2. **الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق:** حيث يطلق اصطلاحا الطلب المشتق عادة على المنتجات التي لا تطلب الاستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي، وكذا فإن الطلب على هذه المنتجات يعتمد على المنتجات التي تساعد على إنتاجها، فإذا اعتبرنا الخدمات الصحية مدخلات لإنتاج الصحة يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة ككل.

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

4. **الخصائص التي تتصرف إلى جانب العرض:** تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي، حيث تؤثر القوانين الحكومية على عمل المؤسسات الصحية، ويتعلق الأمر بتحديد منهج عملها والقواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية، كما يلاحظ امتلاك الحكومات لأغلب المؤسسات الصحية.

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

6. **كثافة استخدام عنصر العمل:** حيث يواجه المستهلك (المريض) عددا من فئات الهيئة الطبية المختلفة أثناء تواجده في المؤسسة الصحية، فيتعامل مع الأطباء، الممرضين والموظفين والإداريين.

كما أن تقديم الخدمات الصحية بشكل كافي بمستوى جودة عالية من أهم الخصائص الصحية، أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية¹:

- **الكفاية الكمية:** والتي تعني توفير الخدمات الصحية بحجم كافي يتناسب مع عدد الأفراد وهذا يشمل:

✓ توفير عدد كافي من الموارد البشرية الطبية (أطباء، ممرضين، فنيين، مختبرات، وغيرهم من المساهمين).

¹ طلعت الدمرداش، إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، مكتبة المدينة، مصر، 2000، ص ص: 39-40.

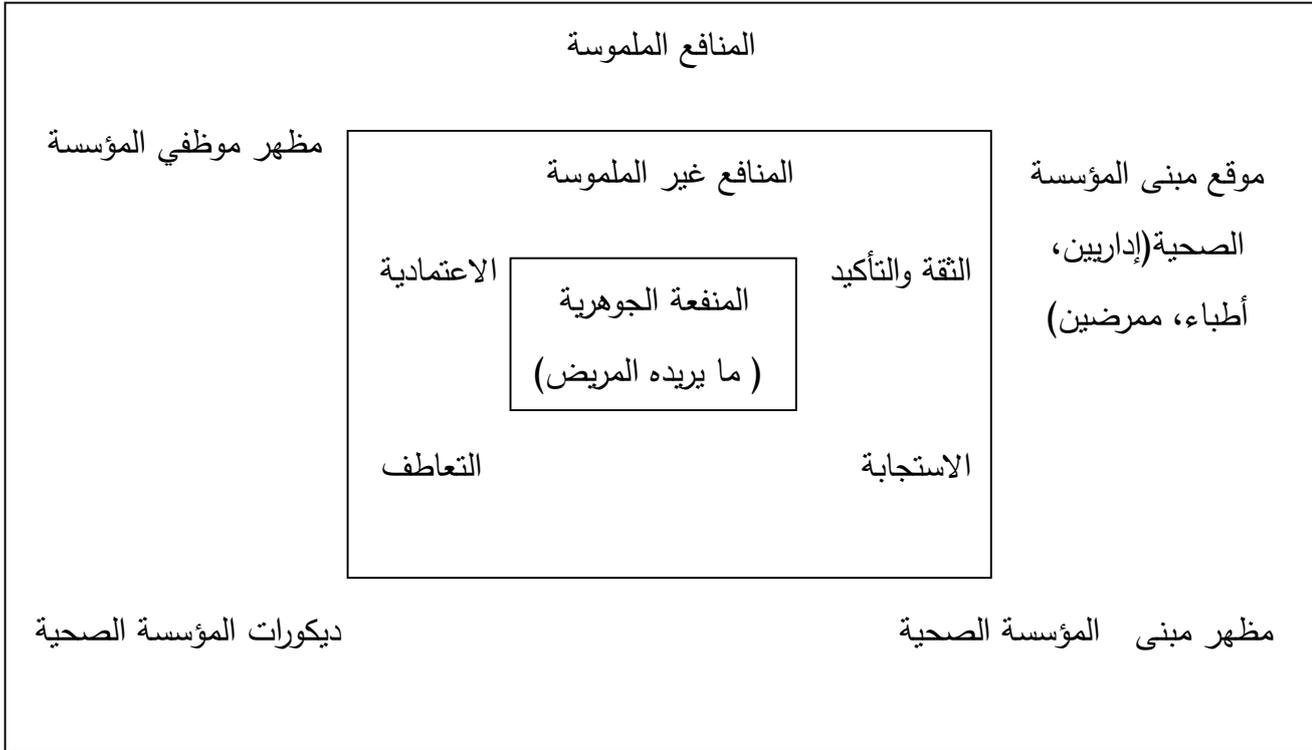
- ✓ توفير عدد كافي من المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية (مستشفيات ومختبرات.....إلخ)، على أن يكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف المناطق.
- ✓ توفير الخدمات الصحية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة توفير أعضاء الفريق الطبي مدة أربعة وعشرين ساعة.
- ✓ توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع، لتعريفهم بوسائل الرعاية الصحية والخدمات التي تقدمها.
- ✓ يجب وضع النظم المالية والادارية الكفيلة بتوفير الخدمات الصحية للأفراد والسعي لتأمين الصحي الشامل لكافة الأفراد.
- **الكفاية النوعية:** لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد وأعضاء الفرق الطبية والمؤسسات الصحية فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف ريفية المستوى للعمل الصحي، وهذا يشمل:
 - ✓ وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل عضو من أعضاء الفريق الطبي، والمعدات والأجهزة، ووسائل التشخيص والعلاج، كما يجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان طبيا أو ممرضا أو مؤسسة صحية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الصحية إلا إذا توفرت فيها هذه المعايير.
 - ✓ العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفرق الطبية، سواء كان طبيا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا، وهذا من خلال وضع برامج علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على إحداهن الاكتشافات الطبية.

المطلب الثالث: مستويات وأنواع الخدمات الصحية

أولاً: مستويات الخدمة الصحية

- تقوم المؤسسات الصحية بتقديم مجموعة من المنافع للمستهلكين (المرضى) تتضمن تسليم الخدمة الجوهر أو الخدمة الأساسية، إضافة إلي العديد من الخدمات الأخرى التي ترتبط بأنشطتها والتي تسمى بالخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهر، ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها بزهره الخدمة الصحية.
- كما أن هناك من يرى أن مستويات الخدمة الصحية تكون في ثلاث مستويات هي: المنفعة الجوهر، المنافع غير الملموسة والمنافع الملموسة، ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها حزمة منافع الخدمة الصحية. والشكل رقم (8) يوضح ذلك.

الشكل رقم (8): حزمة منافع الخدمة الصحية



المصدر: نظام موسى سويدان، إدارة التسوق في المنظمات غير الربحية، دار حامد الأردن، 2009، ص: 243.

تتمثل هذه المستويات فيما يلي¹:

- أ. المنفعة الجوهرية: وهي الحصيلة التي يريدها المستهلك (المريض) من الخدمات الصحية التي يتلقاها.
- ب. المنافع الغير ملموسة: وتعبر عن نوعية التفاعل الذي يحدث بين المستهلك (المريض) وطاقم المؤسسة الصحية (أطباء، ممرضين... الخ).
- ج. المنافع الملموسة: وتتمثل في الأجهزة التكنولوجية المستخدمة، توفر وسائل الراحة، توفر الموظفين لرعاية المستهلكين (المرضى)، مبنى المؤسسة الصحية ومظهرها وموقعها... إلخ.

¹ نظام موسى سويدان وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 243-244.

ثانياً: أنواع الخدمات الصحية

هناك عدة أنواع للخدمات الصحية تدخل ضمن تصنيفات مختلفة، نذكر منها ما يلي¹:

1. حسب وظائفها: تصنف الخدمات الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى ثلاث مجموعات أساسية هي خدمات علاجية، وقائية، إنتاجية نذكرها فيما يلي:

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

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

ج. خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال للقاحات، كما تشمل إنتاج الأدوية، العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

2. حسب الخدمات الساندة: تصنف الخدمات الصحية إلى²:

أ. خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد: وتتعلق بتشخيص العلاج وتؤدي عبر الأقسام الآتية:

قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال، قسم التوليد، وأمراض النساء، قسم أمراض الرأس، قسم العلاج الطبيعي (المعالجة الفيزيائية)، قسم التخدير، قسم الإنعاش وقسم الإسعاف والطوارئ قسم المختبر وقسم الأشعة.

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

ج. الرعاية الصحية: تهدف إلى تعزيز المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية، والعقلية، والذهنية والاجتماعية كافة.

د. الخدمات الصحية والبيئية أو صحة المجتمع: وترتبط بالأوبئة، الأمراض المعدية والتدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد وأنشطة المؤسسات وهي خدمات صحية وقائية تقي الفرد

¹ زكي خليل المساعد، مرجع سبق ذكره، ص: 294-295.

² عصماني سفيان، مرجع سبق ذكره، ص: 42.

من الأمراض كاللقاحات، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، خدمات مكافحة الحشرات الضارة، إضافة إلى خدمات الإعلان ونشر الوعي الصحي.

3. حسب مستويات الخدمات الصحية: تصنف الخدمات الصحية حسب مستوياتها إلى¹:

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

ب. **الخدمات المساعدة:** وتشمل الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية عند إقامة المريض المبيت، الغذاء، الخدمات التي تؤديها الآلات والأدوات المستخدمة في تسهيل عملية التشخيص العلاج، بالإضافة إلى الوسائل المستخدمة في خدمات الوقاية.

4. حسب المستفيدين من الخدمات الصحية: يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب هذا المعيار إلى خدمات فردية وخدمات جماعية²:

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

ب. **خدمات جماعية أو منظمة:** هي تلك الخدمات التي يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون إلى مؤسسة واحدة، مثل: الخدمات التي تقدمها المؤسسات لعمالها، سواء عن طرق تعيين طبيب في تلك المؤسسة أو التعاقد مع أطباء ومؤسسات صحية لمعالجة عمال تلك المؤسسة وفق اتفاق معين.

¹ عصماني سفيان، مرجع سبق ذكره، ص: 41.

² المرجع نفسه، ص: 41.

المبحث الثاني: تقييم الجودة في الخدمات الصحية

تلعب جودة الخدمات الصحية دورا مهما في تصميم الخدمات الصحية وتقييمها، فهي ذات أهمية كبيرة لكل من مقدمها (المؤسسات الصحية) ومستهلكيها (المرضى)، نظرا لتعلقها بصحة الإنسان، كما أن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية بشكل مستمر يضمن نجاح المؤسسة الصحية على المدى الطويل، رغم أن هناك من يرى أن الجودة العالية تحتاج إلى وقت أكبر وتكاليف أكثر، مهارات بشرية متنوعة، مستلزمات طبية أفضل وإدارة فعالة، إلا أن الجودة العالية يمكن أن تؤدي في النهاية إلى تخفيض التكاليف نظرا للخسائر التي تتحملها المؤسسات الصحية جراء أداء أقل جودة، وقد تبلور هذا الاهتمام بجودة الخدمات الصحية بقيام الباحثين في هذا المجال بتحديد أبعادها وهذه الأبعاد تعد بمثابة مؤشرا لتقييم مستوى جودة الخدمات الصحية وسنتطرق في هذا المبحث إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية، أبعادها، العناصر المؤثرة في تحقيقها، ثم نتناول مختلف المداخل في تقييمها، لنختم بذكر متطلبات تقييمها في المؤسسات الصحية.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

لقد أصبح موضوع جودة الخدمات الصحية من المواضيع الأكثر طرحا واهتماما من قبل الباحثين والإداريين والمستهلكين (المرضى)، وذلك للأسباب التالية¹:

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

¹ هيوكوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، المكتبة الوطنية، المملكة العربية السعودية، ص: 19.

أولاً: تعريف جودة الخدمات الصحية

تعتبر جودة الخدمات الصحية كمفهوم من أعقد المفاهيم سواء من حيث التعريف أو التقييم، فهناك من يري أنها تحقيق الحد الأقصى من النتائج الايجابية، التي تتعلق بمستوى الخدمات الصحية المقدمة¹.

ومن بين المحاولات التي قدمت أيضا في إعطاء مفهوم لجودة الخدمات الصحية، التعريف الذي قدمه (Donabedion, 1980) الذي حدد فيه ثلاث مكونات لجودة الخدمات الصحية وهي²:

– **المكونات الفنية/الرعاية الفنية:** والتي تعني درجة حسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية لأغراض تشخيص ومعالجة المشاكل الصحية.

– **المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية/فن الرعاية:** وتشير إلى الاستجابة لحاجات وتوقعات المستهلكين (المرضى)، المعاملة الودية، والاهتمام من قبل مقدمي الخدمات الصحية عند تعاملهم وتفاعلهم مع المستهلكين.

– **المكونات البيئية والهيكلية:** وتشير إلى البيئة الكلية التي يتم ضمنها تقديم الخدمات الصحية، ويتضمن ذلك جاذبية المؤسسة الصحية، مدى توفر مستلزمات الراحة والاطمئنان للمستهلكين (المرضى)، في هذه المؤسسة، والخصائص الهيكلية والتنظيمية لها.

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

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

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

² فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص: 388.

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

وهو نفس الاتجاه الذي ذهب إليه تعريف آخر قدم عن جودة الخدمات الصحية التي اعتبرها التجاوب المستمر مع حاجات المستهلك (المريض) ومتطلباته¹.

معرفة حاجات ومتطلبات المستهلك (المريض) والعمل على تلبيتها، يحقق التجاوب المستمر من قبل مقدمي الخدمات الصحية مع حاجات ورغبات المستهلكين (المرضى).

كما عرفت جودة الخدمات الصحية على أنها تلك الدرجة التي يراها المستهلك (المريض) في الخدمة الصحية المقدمة له، وما يمكن أن ينتج عنها قياساً بما كان متوقعاً².

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

وفي تعريف ذا منظور اجتماعي، يمكن القول أن " الجودة في الخدمات الصحية تعبير عن مسؤولية المؤسسة الصحية كمقدم للخدمات الصحية اتجاه حقوق المستهلكين (المرضى) " ³ فهذا التعرف يشير في مضمونه إلى المسؤولية الاجتماعية التي تسعى إليها المؤسسات الصحية، باعتبارها مقدم الخدمات الصحية للمجتمع، بما يحقق التزامها اتجاه المستهلكين (المرضى)، ورعايتهم والحفظ على سلامتهم الصحية.

رغم ما قدم من مفاهيم حول جودة الخدمات الصحية، فإنها كمفهوم واسع ومعقد، تعني أشياء مختلفة للأطراف المتعددة المشاركة في تقديم الخدمات الصحية وتمويلها واستهلاكها، فقد تعني لشراء المؤسسات الصحية توظيف أفضل العناصر البشرية والتسهيلات (أبنية وأجهزة ومعدات) لتقديم الخدمة الصحية، وقد تعني الجودة الصحية للمستهلكين (المرضى) تلقي خدمات صحية سريعة تتصف بالمودة والاحترام والشعور بأنهم محور الاهتمام والتركيز من قبل مقدمي هذه الخدمات، كما أن جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء قد تعني توفير وتقديم أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية لخدمة مرضاهم، كما قد تنظر الجهات

¹ هيوكوش، ترجمة طلال بن عابد الأحمدى، مرجع سبق ذكره، ص: 18.

² المرجع نفسه، ص: 199.

³ ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص: 199.

الممولة للخدمات الصحية على أنها تقليل التكلفة بينما قد ينظر المختصون في التسويق إلى جودة الخدمات الصحية من حيث الاستجابة لتوقعات ورغبات المستهلكين (المرضى)¹.

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

ثانياً: أهمية جودة الخدمات الصحية

يعد الاهتمام المتزايد بالجودة في الخدمات الصحية مؤخرًا مؤشرًا على أهميتها في القطاع الصحي، والذي يعتبر أكثر القطاعات احتياجًا لاستخدام مثل هذه الأساليب، وذلك لأهمية هذا القطاع وكثرة المستفيدين منه والعمل على إرضائهم، وتتمثل هذه الأهمية فيما يلي²:

- تساعد برامج الجودة على تشجيع العاملين في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتها على زيادة إنتاجيتهم، وحثهم على تقديم الأفضل.
 - تمكن إدارة المؤسسة الصحية من التعرف على احتياجات المستهلكين (المرضى)، والعمل على تحقيقها مما يؤدي إلى تحسين سمعة المؤسسة الصحية.
 - تساعد في التركيز على المشاكل التي تؤثر على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، مما يؤدي إلى التوصل إلى طريقة منسقة ومتكاملة، لتحديد المشاكل ومن ثم تسهيل الإجراءات اللازمة قبل أن تصبح المشاكل بالدرجة التي لا يمكن التعامل معها.
- ويمكن إضافة عناصر أخرى لأهمية الجودة في الخدمات الصحية، تتمثل فيما يلي³:
- تمييز الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الصحية عن المؤسسات الصحية الأخرى.

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار إتراء، الأردن، 2008، ص ص: 388-389.

² عصماني سفيان، مرجع سبق ذكره، ص ص: 118-119.

³ ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص ص: 201-202.

– تعد جودة الخدمة الصحية مؤشرا مهما في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المستهلك (المريض) عن الخدمات الصحية المقدمة له.

– تساعد على التحسين المستمر، إذا ما كانت عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية، فجودة الخدمات الصحية تحقق الشمولية والتكاملية في الأداء فالشمولية تعني التوسع في مستوى الخدمات الصحية التي يتوقعها المستهلكين (المرضى) من الخدمات الصحية المقدمة لهم، بينما التكاملية تعني كون المؤسسة الصحية نظام مكون من أنظمة فرعية يعتمد بعضها على البعض الآخر، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى، فعلى سبيل المثال الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها الطبية السريرية من دون وجود التكامل مع الهيئة التمريضية، أو الخدمات المساعدة الأخرى كالمختبر والأشعة.

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية والعناصر المؤثرة في تحقيقها

سنتطرق ف هذا المطلب إلى أبعاد جودة الخدمات الصحية، ثم نذكر بعدها العناصر التي تؤثر على تحقيق الجودة في الخدمات الصحية.

أولاً: أبعاد جودة الخدمات الصحية

ينظر إلى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر داخلية وأخرى خارجية، حيث تقوم وجهة النظر الأولى على أساس الالتزام بالموصفات الدقيقة التي تكن الخدمة الصحية قد صممتها على أساسها، وهي وجهة نظر تعبر عن موقف المؤسسة الصحية، أما وجهة النظر الخارجية فهي تستند إلى المفهوم الحديث للتسويق، الذي يقوم على أساس أن المؤسسة الصحية يجب أن تكون موجهة بالمستهلك (المريض)، وبالتالي فهي تركز على جودة الخدمة الصحية المدركة من قبله إذ يجب أن تقيم بمعايير ترتبط بإدراك المستهلك (المريض) وتعبير عنه، وعلى هذا الأساس فإن الحكم الحقيقي على جودة الخدمات الصحية هو المستهلك (المريض) وليس المؤسسة الصحية، فنجاح هذه الأخيرة أصبح يعتمد بدرجة كبيرة على مدى لمحددات الجودة في الخدمات الصحية التي يدركها المستهلك (المريض)، وسنتناول هذه الأبعاد فيما يلي¹:

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

ويشمل هذا البعد المهارات المتعلقة بالخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاج وتقديم المشورة الصحية والإشراف والتدريب وحل المشاكل.

¹ فريد كورتل، مرجع سبق ذكره، ص ص: 362-363.

2. سهولة الوصول والحصول على الخدمات الصحية: أي أن الخدمة الصحية يجب أن لا يحدها عائق، وأن يكون الوصول إليها سهلاً، وأن تكون قريبة من المستهلكين (المرضى)، ومتوفرة في الزمان والمكان المناسبين.
3. الإمكانيات المادية: والمتمثلة في المعدات والأجهزة ومختلف التسهيلات المادية داخل المؤسسة الصحية وموقعها ومظهرها الخارجي.
4. الفعالية والكفاءة: فالفعالية تعني إمكانية تقديم الخدمة الصحية للحصول على النتائج المرجوة: أي أن هذا البعد يهتم بأن تتم إجراءات تقديمها بطريقة صحيحة، أما الكفاءة تعني تقديم الخدمات الصحية الضرورية والمناسبة والتخلص من الأنشطة التي تقدم بطريقة خاطئة، أي أن يتم تقديم أفضل الخدمات الصحية في ظل الموارد المتاحة.
5. الأمان والسلامة: أي تقليل المخاطر لأبعد الحدود، ويشمل ذلك مقدم الخدمة الصحية والمستهلك (المريض)، وأن يشعر الفرد بأنه دائماً تحت مظلة من الرعاية الطبية، وتعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية، سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة الصحية أو المستهلكين (المرضى).
6. الاستمرارية: أي تقديم الخدمات الصحية على أساس الاستمرارية دون توقف أو انقطاع، وأن يحصل عليها المستهلك (المريض) مباشرة عند الحاجة، فغاب الاستمرارية قد يضعف تأثير فعالية وكفاءة الخدمة الصحية، ويقال من ضمان الجودة وأن توفر السجلات الصحية التي تسهل لمقدم الخدمة الصحية والتعرف على التاريخ الصحي للمستهلك (المريض).
7. الاستجابة: التي تتعلق برغبات وجدية مقدمي الخدمات الصحية أثناء تقديمهم لها، كتقديم خدمات علاجية فورية، الاستجابة لنداءات الطوارئ الخارجية والعمل على مدار ساعات اليوم.
8. الاعتمادية: هي تعبر عن درجة ثقة المستهلك (المريض) في المؤسسة الصحية، ومدى اعتماد عليها في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقع الحصول عليها، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة الصحية على الوفاء بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات.
9. العلاقة بين الأفراد (الاتصال): ويعني التفاعل بين مقدمي الخدمات الصحية والمستهلكين (المرضى) بحيث تكون العلاقة جيدة بما في ذلك التجاوب والتعاطف وحسن الاستماع، والاحترام المتبادل، بما في ذلك إقامة الاتصال مع المستهلك (المريض)، وتوصيل المعلومات الضرورية له باستمرار.

10. العدالة: وتعني تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية لمختلف فئات المجتمع¹.

وحسب كوتلر (kotler) فإن المستهلكين (المرضى) يقيمون جودة الخدمات الصحية المقدمة بالاعتماد على خمسة معايير، تتمثل في المعولية وتعني القدرة على الأداء وانجاز ما تم تحديده مسبقا وبشكل دقيق، وأعطى هذا البعد 32% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى.

الاستجابة وتعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة الصحية للمستهلك (المريض)، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة. بالإضافة إلى التأكيد وهي السمات التي يتسم بها العاملون في المؤسسة الصحية، من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمات الصحية، ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية، وبعد اللطف الذي يمثل 16 % كأهمية نسبية، ويعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستهلكين(المرضى) وأخيرا بعد الملموسية الذي يتمثل في القدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ويمثل 16 % كأهمية نسبية.

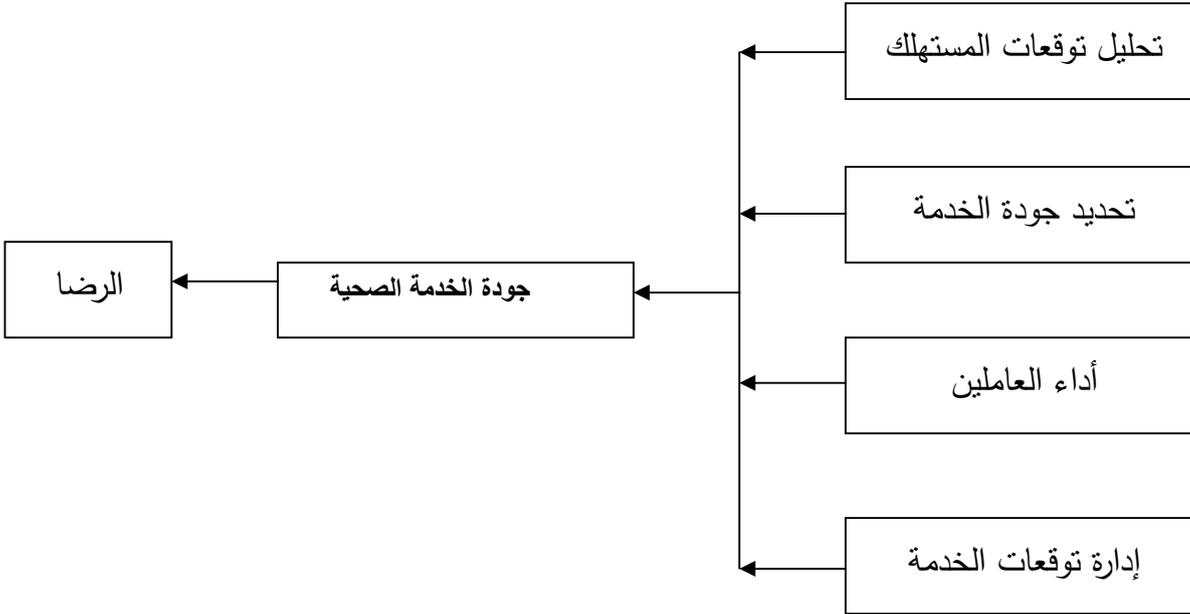
من خلال ما سبق يتبين أن جودة الخدمات الصحية لها جانبين، جانب فني يتعلق بتطبيق العلم والتقنية الطبية، وجانب إنساني يتعلق بمقدمي الخدمات الصحية وتعاملهم مع المستهلكين (المرضى)، والعمل على إشباع و تلبية حاجاتهم ومتطلباتهم.

ثانيا: العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية

إن تقديم خدمة صحية عالية الجودة من الأمور الصحية جدا، خاصة إذا كان مستهلكوها (المرضى) متبايني الإدراك، فالمرضى الذين سبق لهم أن تعاملوا مع المؤسسة الصحية قد لاحظوا أشكال مختلفة بين التباين في مستوى الخدمة الصحية المقدمة، كما هو مثلا في تأخر تجهيز قاعدة العمليات أو ضعف الخدمات الفندقية، صفوف الانتظار الطويلة، نفاذ أو محدودية الأدوية...إلخ ومن الواضح أنه من الصعب على المؤسسات الصحية تضمن تقديم خدمات صحية بجودة تصل إلى 100% على مدار الوقت، لذلك على إدارة المؤسسات الصحية العمل على تتبع ودراسة العناصر الرئيسية التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة والشكل رقم(9) يمثل هذه العناصر.

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص: 212.

الشكل رقم (9): نموذج تكميلي لجودة الخدمة الصحية



المصدر: ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن، بدون سنة النشر. ص: 203.

تتمثل هذه العناصر فيما يلي:

1. **تحليل توقعات المستهلكين (المرضى):** مقدّموا الخدمات الصحية (المؤسسات الصحية)، بحاجة إلى فهم توقعات المستهلكين (المرضى) عند تصميمهم للخدمات الصحية، إن لم يكن هذا التصميم يفوق التوقع أساساً، لأنه الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية في الخدمة المقدمة والمستهلكين (المرضى) يمكنهم أن يحققوا إدراكهم للخدمة المقدمة من خلال التميز بين عدد من المستويات المختلفة للجودة وهي:

- **الجودة المتوقعة:** وهي تلك الدرجة من الجودة في الخدمة الصحية التي يرى مستهلكوها وجوب وجودها ويصعب تحديد هذا المستوى من الجودة .
- **الجودة المدركة:** هي الجودة في الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة الصحية، والتي ترى أنها مناسبة للحالة الصحية للمستهلك (المرضى) وتختلف وباختلاف وإمكانيات وقدرات المؤسسات الصحية.
- **الجودة القياسية:** هي ذلك المستوى في جودة الخدمة الصحية المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة للخدمة الصحية.

– **الجودة الفعلية:** وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتمدت المؤسسات الصحية أن تقدم بها الخدمات الصحية إلى المستهلكين (المرضى).

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

3. **أداء العاملين:** عندما تضع إدارة المؤسسة الصحية معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام بتنفيذها من قبل الطاقم الطبي والفني في المؤسسة الصحية، فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للطاقم الطبي والفني المتصل بالمستهلك (المرضى)، ولا شك أن ضمان تحقيق الأداء الجيد يرتبط بعملية تدريبهم بصورة كافية لفهم كيفية قيامهم بالعمل وتفاعلهم الصحيح مع المستهلكين (المرضى) والعمل بروح الفريق الواحد اللطيف والأدب في الرد على استفسارات المستهلكين (المرضى) وتقديم المعلومات المناسبة للإدارة في كل الحالات التي يتعاملون معها باتجاه تطوير مستوى الأداء نحو الأفضل للارتقاء بدرجة جودة الخدمة الصحية المقدمة.

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

المطلب الثالث: مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية

لا تستطيع المؤسسات الصحية تقييم أدائها من خلال استخدام الأدوات والمقاييس المالية التقليدية التي تعتمد عليها مؤسسات الأعمال، مما أدى إلى ضرورة استخدام مداخل مختلفة عن تلك التي يتم اعتمادها بصفة عامة في المؤسسات الهادفة للربح¹.

فقد تم الاتفاق على أن العنصر العام في جودة الخدمة الصحية هو أنها تعتمد على إدراك المستهلك (المرضى)، وعلى المؤسسات الصحية أن تبحث في تحسين جودة الخدمات الصحية التي تتلاءم مع توقعات المستهلكين (المرضى) وتلبي حاجاتهم وهي التي تتفق مع توقعاته وتسعى المؤسسات الصحية إلى تلبية تلك

¹ محمد عبد العظيم أبو النجا، مرجع سبق ذكره، ص: 137.

التوقعات وذلك عن طريق التعرف على المعايير التي يلجأ إليها المستهلكون (المرضى) للحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم وعلى إمكانية تلبية هذه التوقعات.

وقد حدد أربعة مداخل لتقييم جودة الخدمة الصحية وعي المدخل الهيكلية، مدخل العمليات ومدخل النتيجة النهائية كما اعترف بأهمية رضا المستهلكين (المرضى) كعامل مهم لتقييم جودة الخدمة الصحية، وسنذكر هذه المحاور فيما يلي¹:

1. المدخل الهيكلية: أي مدى تناسب هيكل القوة العاملة في المؤسسات الصحية مع الخدمات الصحية المطلوبة للمستهلكين (المرضى)، ويتضمن استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية كعدد وفئات ومؤهلات مقدمي الخدمات الصحية، كما يعتبر هذا المدخل مفضلاً لدى الإداريين بسبب سهولة توفير المعلومات المطلوبة للتقييم في سجلات المؤسسة أو من خلال الملاحظة البسيطة.

2. مدخل العمليات: وتعني دراسة الرعاية الطبية الكلية للمرضى عن طريق ما حصلوا عليه من خدمات صحية مباشرة بالمؤسسة الصحية، وتتابع خطوات وإجراءات الرعاية الطبية التي حصل عليها المريض.

والافتراض الأساسي التي يقوم عليه هذا المدخل هو إذا كانت العمليات صحيحة فتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة.

3. مدخل النتيجة النهائية: وذلك من خلال مجموعة من المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمستهلكين (المرضى) الناتجة عن أداء عمليات الرعاية الصحية، كمعدلات الوفاة، معدلات المواليد، معدلات النجاح في العمليات الجراحية، حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات التي تحدث للمستوى الصحي الفردي أو المجتمعي حالياً ومستقبلاً كنتيجة للخدمات الصحية وترتكز هذه المقاييس على إدراك المستهلك (المريض) لمستوى صحته أو على الرأي المهني².

4. مدخل رضا المستهلكين (المرضى) لتقييم الجودة: تلعب توقعات المستهلك (المريض)، دوراً حيوياً في الحكم على جودة الخدمات الصحية المقدمة فهم يقيمونها مقارنة ما حصلوا عليه بما كان متوقعاً أو الجودة مرغوب فيها.

كما أن هناك الكثير من الأبحاث والدراسات التي تناولت تقييم الجودة في الخدمات الصحية باستعمال المستهلك (المريض) حيث يمكن لهذا المقياس أن يعكس النتيجة النهائية للرعاية الطبية والعمليات

¹ فوزي مذكور، مرجع سبق ذكره، ص: 206.

² فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص: 390-391.

وأنشطة الرعاية معاً، فقد يتحقق الرضا لدى المستهلك (المريض) الخارج من المؤسسة الصحية بعد تلقيه العلاج الطبي المناسب، ولكن قد لا يتحقق الرضا لذلك المستهلك (المريض) المصاب لمرض مستعصي مهما كان الاهتمام والرعاية الطبية التي بذلت من أجله مع هذا لا ينبغي وجوب أن يقوم مقدم الخدمة بالالتزام بمعايير وأبعاد الجودة في الخدمة الصحية التي من شأنها أن فإن تحقق الرضا.

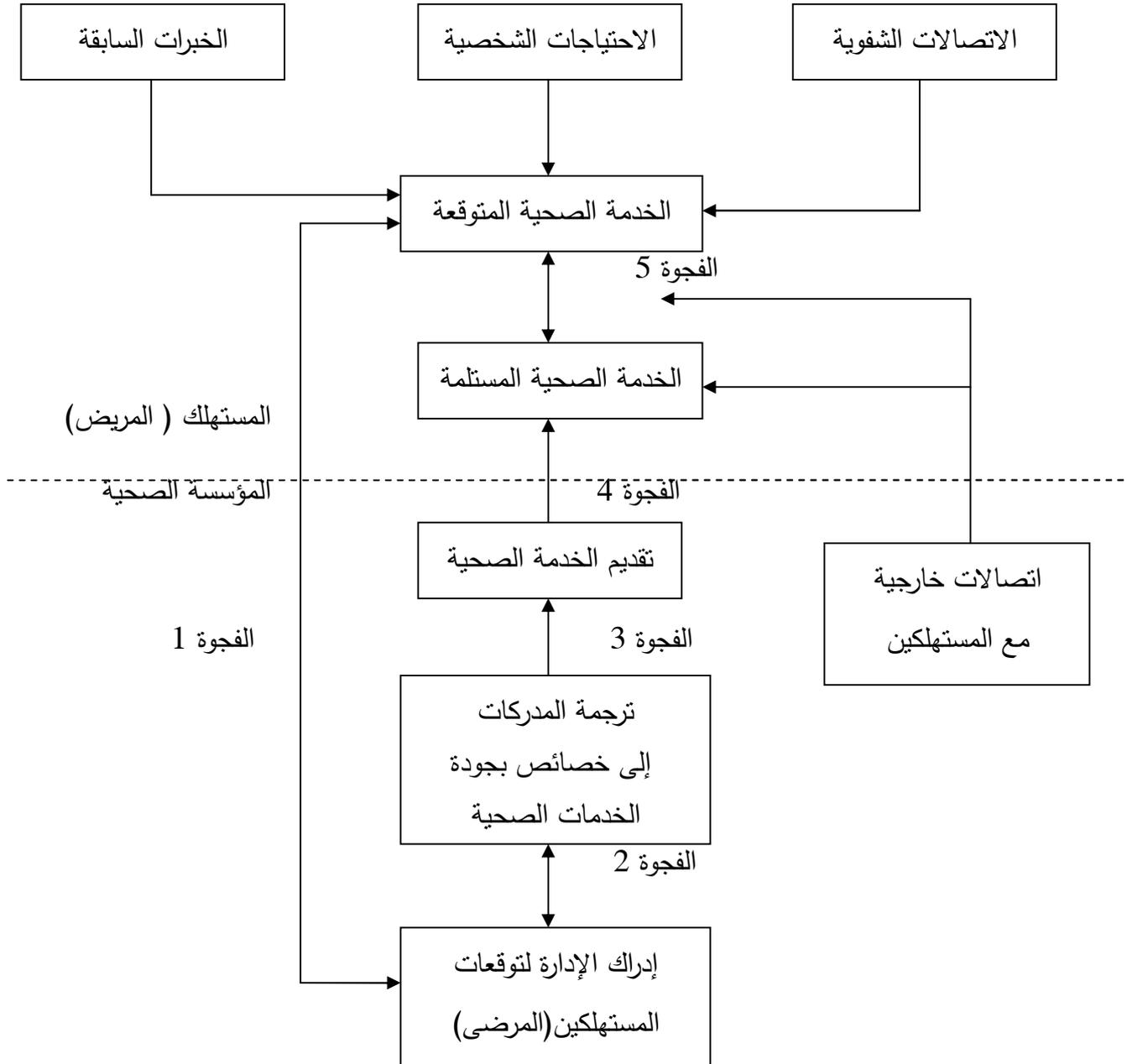
وعليه فإن جوهر جودة الخدمات الصحية يتمثل في مقابلة الاحتياجات ومتطلبات المستهلكين (المرضى) من الخدمة الصحية المقدمة لهم والتي يستوجب توافرها، وهذا التوافق يرتبط مع القيمة التي يتدسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا، ويمكن التعبير عن ذلك من خلال العلاقة التالية¹:

فدرجة الرضا المتحققة عن الخدمة الصحية المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المستهلك (المريض) من الخدمة وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة الصحية، ولا شك أن لعملية الاتصال التي تتم بين المؤسسة الصحية والمجتمع لها أثر كبير في خلق ذلك التوقع وخلق صورة لدى المستهلك (المريض) عن الخدمة الصحية.

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

¹ فوزي مذکور، مرجع سبق ذكره، ص: 206.

الشكل رقم(10): نموذج الفجوة للخدمات الصحية



المصدر: تامر ياسر البكري، تسوق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن، بدون سنة نشر، ص 218.

وتتمثل هذه الفجوات فيما يلي¹:

1. **الفجوة بين توقع المستهلك (المريض) وإدراك الإدارة:** تحصل الفجوة عندما لا تدرك إدارة المؤسسة الصحية بصورة صحيحة ما يرغبه المستهلك (المريض)، إذ ربما تفكر الإدارة، المستهلك (المريض) يرغب في الحصول على طعام أفضل ولكن قد يكون الأمر بشكل لأخر، إذ أن المريض قد يرغب في الحصول على عناية أكبر من الممرضين، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال العمل على تحقيق فهم أفضل لتوقعات المستهلكين (المرضى) من خلال البحوث، تحليل شكاوي...إلخ.
2. **الفجوة بين إدراك الإدارة وجودة الخدمة الصحية المعيارية:** فقد تدرك إدارة المؤسسة الصحية وبصورة صحيحة رغبات المستهلك (المريض) ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة، كأن تقوم بإخبار الطاقم التمريضي بضرورة اتخاذ الإجراء السريع لتقديم الخدمة الصحية للمستهلك (المريض) إلا أنها لا تضع معايير لذلك الإجراء يتم تقليص هذه الفجوة من خلال تحديد معايير دقيقة لجودة الخدمات الصحية وتأكد من أن إدارة المؤسسة الصحية ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي وجهة نظر المستهلكين.
3. **الفجوة بين جودة الخدمة الصحية المعيارية وتقديم الخدمة الصحية:** قد يكون مقدم الخدمة الصحية للمريض غير مدرب أو غير راغب في الأداء، بما يوازى المقاييس المعيارية المحددة، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعية.
4. **الفجوة بين الخدمة الصحية المقدمة والاتصالات الخارجية:** وتتمثل في اختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المستهلكين (المرضى) وما تم الاتفاق عليه مسبقاً عبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المؤسسة الصحية والمستهلكين (المرضى) كما هو الحال في الاتفاق بين المستهلكين (المرضى) وإدارة المؤسسة الصحية في الحصول على غرفة نظيفة وأنيقة...إلخ وتم تقليص هذه الفجوة من خلال التأكد من كون الخدمات الصحية المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه.
5. **الفجوة بين الخدمة الصحية المستلمة والخدمة الصحية المتوقعة:** هذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المستهلك (المريض) على الخدمة الصحية المتوقعة، ومن الممكن أن يلاحظ من الشكل فإن الفجوة 5 هي الوحيدة التي يتلمسها المستهلك (المريض) على أساس أن الفجوة الأخرى تحدث داخل المؤسسة الصحية، وكجزء من تصميم وصياغة الجودة للخدمة الصحية المقدمة إلا أنها جميعاً تساهم في إظهار الفجوة (5).

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص: 215-216.

كما لا بد من الإشارة إلى أن الفجوة تحصل بين وجود طرفين، وتعمل إدارة المؤسسة الصحية قدر المستطاع على تقليص سعة الفجوة كلما كان ذلك ممكناً.

وهناك من يرى أن تقييم جودة الخدمات الصحية، من الأحسن أن يكون حسب الخدمات الصحية المقدمة، وذلك من خلال تقييم جودة خدمات الأطباء، تقييم جودة خدمات التمريض وتقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى (المخبر، الصيدلية،...) وسنذكرها فيما يلي¹:

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

أ. **التدفق الطبي:** هو عبارة عن دراسة تاريخية أو إستراتيجية للملفات الطبية للمستهلكين (المرضى) المخرجين من المؤسسة الصحية، المعرف على مدى جودة الخدمات الصحية التي تلقاها هؤلاء المستهلكين (المرضى) أثناء تواجدهم في المؤسسة الصحية.

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

ج. **مراجعة الاستخدام:** وذلك أثناء إقامة المستهلك (المرضى) في المؤسسة الصحية، يستخدم لمراجعة استخدام الأسرة وهياكل وخدمات المؤسسات والكشف عن استخدامات غير الضرورية و ذلك لترشيد هذا الاستخدام.

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

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

أ. **أساليب تقييم غير رسمية:** وهي الأكثر استعمالاً حيث تعتمد إدارة المؤسسات الصحية على ملاحظات وتقييم الأطباء للخدمات التمريضية بصفتهن الجهة الأكثر احتكاكاً بالمرضى والأقرب على الحكم على

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، 2008، ص ص: 233-242.

جودة الخدمات التمريضية المقدمة من الناحية الفنية والتي تعلق بعملية إدارة معالجة المستهلك (المريض).

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

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

المطلب الرابع: متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية

تعمل المؤسسات الصحية على اعتماد الجودة في تقديم خدماتها الصحية ولضمانها تركز غالبية المؤسسات الصحية في ممارستها على عدة أمور هامة تتضمن ما يلي¹:

- تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الصحية.
- التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية مثل رقابة وضبط العدوى وانتقال الأمراض داخل المؤسسة الصحية وتبني سياسة محددة وجيدة للأدوية فيها، ذلك من طرف لجنة التحكم بالعدوى ولجنة الصيدلة.
- تقييم ومراقبة لجنة الخدمات الصحية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي ومراجعة الاستخدام والتي وظيفتها تقليل مدة الإقامة وترشيد استعمال الموارد.

تقوم معظم المؤسسات الصحية بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة من خلال إنشاء مجلس جودة مركزي، أو لجنة مراقبة جودة الخدمات الصحية، لكن هذه الطريقة لا تجد حالياً التأييد نظراً لاختلاف الخدمات الصحية من تخصص لآخر، فمن غير الملائم أن يقوم بتقييم جودة الخدمات الصحية في تخصص معين أطباء من تخصص آخر غير ذي صلة، يكونون منظمين في اللجنة وبدلاً

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص ص: 392-393.

من ذلك فإنه أكثر ملائمة أن يتم إجراء مناقشات للإحصائيات كعدد الوفايات والمواليد الجدد في اجتماعات مجدولة ينخرط فيها أخصائيو كل على حسب تخصصه، ولهذا السبب أصبح من الواجب أن يتم التقييم لجودة الخدمات الصحية محررا من الإجراءات الإدارية.

من أجل ذلك تقترح الجمعية الأمريكية لاعتماد المؤسسات الصحية عدد من المتطلبات الدقيقة للنظام المقبول لتقييم الخدمات في المؤسسات الصحية، هذه المتطلبات هي¹:

- يجب أن يكون النظام هادفا وموضوعيا، وهنا لا بد من وضع معايير مناسبة كوسيلة للقياس عليها.
- يجب أن يكون نظام التقييم كفؤ وخاصة من خلال توفير وقت الطبيب وهنا لا بد من استخدام غير الأطباء للمهام التي تستهلك وقتا كبيرا ولا تتطلب تقويما.
- يجب أن يكون القويم موثقا بحيث يتم تدوين كل القرارات الهامة كتابة وتوقيعات من قبل الطبيب المسؤول.
- يجب أن يكون النظام مرنا بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن معايير إذا ما توفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي.
- يجب أن ينتج التقييم عن إجراء تصحيحي، فلا بد أن يسفر القويم عن إجراء منطقي يتناسب مع الانحراف سواء كان ذلك الإجراء برنامج تعليمي وتدريبى بإشراف مباشر من الطبيب، أو إيقاف الجراء والعقوبات وما إلى ذلك من إجراءات تصحيحية.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص ص: 293-294.

خلاصة الفصل الثاني:

تناولنا في هذا الفصل جودة الخدمات الصحية، حيث تطرقنا خلاله إلى مفاهيم حول الخدمات الصحية، التي تعتبر مجموعة الخدمات العلاجية أو الاستشفائية، أو الشخصية التي تقدمها المؤسسات الصحية للأفراد، بهدف تحقيق حاجاتهم الصحية، والتي تنقسم إلى علاجية، خدمات وقائية وخدمات إنتاجية، ثم تطرقنا إلى الجودة في الخدمات الصحية التي تعتبر نتاج مجموعة من المكونات الفنية أو ما يسمى بالرعاية الفنية والمكونات المرتبطة بالعلاقة الشخصية أو ما يصطلح عليه بفن الرعاية، وفي الأخير تناولنا مداخل تقييم الجودة في المؤسسات الصحية، والمتمثل في مدخل رضا المستهلكين (المرضى)، مدخل عمليات وخطوات الرعاية الطبية، ومدى تتبعها وتناسقها بالإضافة إلى مدخل النتيجة النهائية، من خلال المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمستهلكين (المرضى) الناتجة عن أداء عمليات الرعاية الصحية.

الفصل الثالث:

دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات

الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية ميلة

الفصل الثالث: دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات

الاستشفائية العمومية بولاية ميلة

تمهيد:

بعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصلين الأولين سنحاول من خلال هذا الفصل تناول الجانب التطبيقي لهذا الموضوع حيث تم اختيار المؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية ميلة لتكون محل الدراسة وتم تقسيم هذا الفصل إلى مبحثين.

المبحث الأول: وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية

تعرف المؤسسات الصحية في الجزائر العديد من الإصلاحات من أجل تحسين فاعليتها وجعلها أكثر تنافسية خصوصا مع ما يشهده قطاع الخدمات الصحية في فتح لفرص الاستثمار للقطاع الخاص.

وعليه سنتطرق في هذا المبحث إلى وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية من خلال استعراض مراحل تطورها وأنواع المؤسسات الصحية في الجزائر عامة وبولاية ميلة خاصة.

المطلب الأول: مراحل تطور المؤسسات الصحية الجزائرية

مرت المؤسسات الصحية في الجزائر بالعديد من المراحل نوجزها فيما يلي¹:

- مرحلة تسيير الأزمات الصحية (1962 _ 1974).
- مرحلة مجانية العلاج (1974 _ 1980).
- مرحلة السياسة الصحية الجديدة (1980 _ 1995).
- مرحلة إصلاح المؤسسات الصحية (1995 _ 2005).
- مرحلة مواصلة إصلاح المؤسسات الصحية (ما بعد 2005).

أولاً: المرحلة الأولى: تسيير الأزمات الصحية (1962 _ 1974)

ورثت الجزائر بعد الاستقلال وضعا صحيا متأزما سواء من حيث قلة عدد الهياكل الصحية المتواجدة آنذاك وما تبعه من نذرة كبيرة في الموارد البشرية المؤهلة، أو من حيث الوضع الصحي المزري للمواطنين الذي كان نتيجة الفقر المدقع وسوء التغذية، وكذا الانتشار الواسع للأمراض والأوبئة... إلخ ويمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في:

- هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين الذي بلغ عددهم 2200 طبيب و 2700 ممرض وممرضة؛
- حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الطاقم الطبي المؤهل؛
- النقص الكبير في الموارد الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية؛
- سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية.

¹ نجاة صغير، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، قسم علوم تسيير، جامعة باتنة، الجزائر، 2001، ص: 68.

- محدودية المرافق الصحية والمستخدمين فيها وتمركزها في المناطق والمدن الكبرى كالجزائر، وهران وقسنطينة.

وفي هذه الفترة لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيب منهم 285 جزائريا فقط. وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن و 264 صيدليا، أي صيدلي فقط لكل 52323 نسمة أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة.

وهذه الوضعية الصحية الصعبة دفعت الجزائر أُنذاك إلى القيام بعدد من الإصلاحات على المؤسسات الصحية. من خلال استعانتها بإطارات من بعض الدول الأجنبية كبلغاريا، رومانيا، روسيا وإرسالها للعديد من الأطباء للتكوين بالخارج ومع بداية السبعينيات وخاصة في الفترة الممتدة بين 1970_1973 عرفت المؤسسات الصحية الجزائرية تطورا ملحوظا تجسد في ارتفاع عدد الأطباء الذي بلغ 1425 طبيب وكذا عدد المستشفيات والمراكز الصحية الذي بلغ 163 و 588 على التوالي مما ساهم في التوعية الصحية للمواطن وينبغي الإشارة إلى نقطة هامة في السياسة الصحية الجزائرية تتمثل في صدور قانون المجاني سنة 1973 وإنشاء القطاع الصحي في بداية تنفيذ الطب المجاني سنة 1974.

ثانيا: المرحلة الثانية: مجانية العلاج (1974 - 1980)

تميزت هذه المرحلة بتطبيق قانون الطب المجاني على كامل القطاعات الصحية سنة 1974، حيث وصف بالمكسب لأنه سمح بتوفير العلاج لكل أبناء الوطن بالقطاع العمومي دون تمييز إضافة إلى صدور الميثاق الوطني سنة 1976 وما نتج عنه من ضرورة توسيع الهياكل الصحية ومضاعفة بناء المستشفيات والمراكز الصحية والمخابر إلى جانب تكوين الأطباء وعمل الصحة بهذا تم الوصول إلى توفير طبيب لكل 2000 ساكن. مع تطوير الاهتمام والرعاية بالأمومة والطفولة. كما تميزت بالمركزية المفترضة في التسيير، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير إضافة إلى غياب متخصصين في التسيير الصحي انعكس سلبا على القدرة في حل مشاكل الصحة للمواطنين، هجرة هياكل العلاج القاعدية واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية التي ينبغي أن تقدم العلاج المتخصص كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا مع تدهور نوعية العلاج.

وفيما يتعلق بأهداف التنمية الصحية أثناء هذه المرحلة كانت تركز على:

- تحديد إستراتيجية وطنية تضمن توزيع فرص العلاج على أفراد المجتمع.
- تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على العلاج (ديمقراطية العلاج).

ثالثا: المرحلة الثالثة: السياسة الصحية الجديدة (1980 - 1995)

كانت هذه الفترة عبارة عن تقييم للسياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر، ومن ضمنها الساسة الصحية حيث عملت الحكومة الجزائرية على وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل¹.

تميزت كذلك هذه المرحلة بإنشاء عدد كبير من الهياكل الصحية خاصة المستشفيات العامة والعيادات متعددة الخدمات والمراكز الصحية، وتم أيضا انجاز 18 مركزا استشفائيا جامعا أسندت لها مهمة العلاج والتكوين والبحث كما عرفت بروز العديد من الكفاءات الوطنية في العلوم الطبية من خلال مشاركتها في الملتقيات والمؤتمرات العالمية رفيعة المستوى وهي مرحلة شهدت كذلك ميلاد القطاع الخاص الذي لعب دورا مكثرا للقطاع العام في التكفل بصحة المواطنين.

ويمكن تلخيص عدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين (1985 - 1989) في الجدول الموالي:

الجدول رقم (2): عدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين (1985 - 1989)

السنوات	1985	1986	1989
عدد المؤسسات الصحية	211	238	261
عدد الأسر	49315	54147	55265
قاعات متعددة الخدمات	319	359	433
مراكز صحية	669	1025	1089
قاعات العلاج	2454	2574	2693

المصدر: نجاة صغيرو، تقسيم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، الجزائر، 2012، ص 71.

نلاحظ من الجدول السابق ما يلي:

التطور الايجابي للمؤسسات الصحية خلال فترة ما بين (985 - 1989).

أكبر عدد من المؤسسات الصحية تتمثل في المراكز الصحية يلي ذلك قاعات متعددة الخدمات وأخيرا المستشفيات.

¹ عتيق عائشة، جودة الخدمة الصحية في مؤسسة عمومية جزائرية، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، الجزائر 2012، ص:

كما تميزت هذه المرحلة بما يلي¹:

إشارة قانون المالية سنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث عن المعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي.

مساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي.

رابعا: المرحلة الرابعة: إصلاح المؤسسات الصحية (1995 - 2003)

الارتفاع المفرط في نفقات الصحة الناتجة عن تطبيق سياسة العلاج المجاني والتدهور التدريجي لجودة الخدمات الصحية المقدمة عوامل دفعت الوزارة الوصية إلى²: إنشاء عدد من المؤسسات الوطنية من بينها المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ومعهد باستور الجزائري الذي يعتبر مخبرا مرجعيا لخبراء المنظمة العالمية الصحية في مجال علم الأوبئة ومراقبة مقاومة الجراثيم للمضادات الحيوية وجاءت مؤسسات صحية أخرى دعمت القطاع على غرار الصيدلية المركزية للمستشفيات التي أسدت لها مهمة تموين المؤسسات الصحية العمومية بالمواد الصيدلانية بجانب الوكالة الوطنية للدم التي أوكلت لها مهمة وضع سياسة وطنية لهذه المادة الحيوية.

خامسا: المرحلة الخامسة: مواصلة إصلاح المؤسسات الصحية (ما بعد 2005)

تميزت هذه المرحلة بداية تجسيد النظام التقاعدي للعلاج في المستشفيات وذلك عبر مراحل تدريجية حتى تم تطبيقها بصفة نهائية في أواخر سنة 2009 بالإضافة إلى إعادة هيكلة الخارطة الصحية التي كان معمول لها قبل سنة 2007 بصدر المرسوم التنفيذي رقم (7-140) المؤرخ في (19 ماي 2007) الهادفة إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وسيرها وتم تطبيقها ابتداء من 1 جانفي 2008³.

ورغم التغيرات والتطورات التي شهدتها المؤسسة الصحية الجزائرية منذ الاستقلال سواء من حيث عدد العاملين أو الهياكل، إلا أنها تعرف صعوبات حالت دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها أو التي تسعى إليها خاصة في ظل المستجدات الحالية كالعولمة ومنافسة القطاع الخاص، وحسب منظمة الصحة العالمية فإن النقائص التي تعاني منها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية فتنتمثل فيما يلي⁴:

¹ عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص: 130.

² لويزة شاوشوة، يوم برلماني حول النظام الصحي الوطني وتطوره منذ استقلال الجزائر، 2012.

³ نجاة صغير، مرجع سبق ذكره، ص: 73.

⁴ المرجع نفسه، ص: 76.

- عدم تنظيم المصالح الصحية، فبالرغم من عددها المعتبر لا تستجيب الهياكل الصحية العمومية إلا جزئيا للطلب الصحي، حيث يعرف التكفل بالأمراض نقصا متزايدا.
- التوزيع السيئ لمهنيي الصحية، حيث تشهد المنطقة الجنوبية تغطية سيئة بخصوص الأطباء المختصين فضلا عن اتجاه هؤلاء إلى المؤسسات الخاصة.
- تقديم خدمات صحية ذات جودة منخفضة بسبب عدم تأهيل المورد البشري (الطبي والتمريضي) وعدم توافق التجهيزات الطبية الموجودة مع ما يعرفه المجال الصحي من التطورات.
- عدم رضا الطاقم الطبي والتمريضي بسبب غياب التحفيز وانخفاض الأجور.
- ارتفاع التقل التمويل الذي تسببه المؤسسات الصحية على كامل ميزانية الدولة.

المطلب الثاني: المؤسسات الصحية في الجزائر

أولا: أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر

يتكون النظام الصحي الجزائري من القطاع العمومي والقطاع الخاص، حيث تتدخل الوزارة الوصية بتسيير وتحسين العلاج في القطاع العمومي، وتعمل على مراقبة شروط الممارسات الطبية في القطاع الخاص.

1. المؤسسات الصحية العمومية: يمكن التمييز بين العديد من أنواع المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر نذكرها فيما يلي:

أ- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة:

وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتتكون من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة تتكفل بما يلي: مرض معين، مرض أصاب جهازا عضويا معينا أو عضو معين ويذكر في تسمية المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الاختصاص الموافق للنشاطات المنكفل بها، أما عن مهام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة فتتمثل في¹:

- تطبيق البرامج الوطنية الجهوية والمحلية للصحة.
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.
- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي.

¹ مزبوة بلقاسم، السلطة والرضا الوظيفي، مذكرة ماجستير غير منشورة، تخصص تنمية وتسيير الموارد البشرية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة سكيكدة، الجزائر، 2009، ص: 25.

ب- القطاع الصحي:

وهو عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي يقوم بنفس المهام الموكلة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالإضافة إلى ما يلي¹:

- تنظيم توزيع الإسعافات وبرمجتها.
- ضمان النشاطات المتعلقة بالصحة التناسبية والتخطيط العائلي.
- المساهمة في ترقية المحيط وحمايته في مجالات الوقاية، النظافة، الصحة، ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- وتشكل القطاعات الصحية من:
- مؤسسات عمومية استشفائية (EPH).
- وحدات صحية قاعدية تتمثل في العيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية وقاعات العلاج.

ج- المركز الإستشفائي الجامعي:

وهو عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي ويتكفل بما يلي:

- في ميدان الصحة:
- ضمان نشاطات التشخيص، العلاج، الاستشفاء، والاستجالات الطبية الجراحية والوقائية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان.
- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية، النظافة، الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- في ميدان التكوين:
- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب.

¹ نجاة صغيرو مرجع سبق ذكره، ص: 76.

المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة، إعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

- في ميدان البحث:

- القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة.
- تنظيم مؤتمرات، ندوات، أيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج، التكوين، البحث في علوم الصحة.

2. المؤسسات الصحية الخاصة:

يعتبر القطاع الخاص في النشاط الصحي أحد مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر، فيما كان النشاط الخاص مقتصرًا على عيادات الفحص والتشخيص، ثم إضافة هيكل جديد هو العيادات الاستشفائية التي تمارس فيها الأنشطة الطبية والجراحية بما فيها أمراض النساء والتوليد وكذا الاستكشاف.

بحيث يحتوي القطاع الإستشفائي الخاص حاليا على حوالي 450 عيادة خاصة تنتوع بين العيادات الطبية الجراحية والعيادات الطبية موزعة على كامل الولايات الجزائرية، فمنذ فتح قطاع الصحة للخواص سنة 1988 (المرسوم التنفيذي 88 - 204) لوحظ نموذج واضح للمؤسسات الخاصة بمختلف أشكالها.

لكن الجزائر لا تتوفر على مستشفيات خاصة كبرى بحجم المستشفيات الجامعية رغم أن القوانين السارية لا تمنع أيا خاص أو رجل مال من أهل الاختصاص من بنائها وبإمكان أي قادم أو راغب في الاستثمار في قطاع الطب أن يقدم على خطوة كهذه، لكن تجربة العيادات الخاصة لم تكن مشجعة حسب وزير القطاع، حيث هناك ممارسات واكبت هذه التجربة لا يمكن وصفها إلا بالمخزية دون ان يعني هذا عدم وجود تجارب ناجحة ومحترمة في عدد من الولايات وإن كانت قليلة، وقد أعد تقرير مفصل عن واقع العيادات الخاصة أنجز بإخضاع حوالي ثلاثمائة عيادة خاصة لتحقيقات ميدانية كشفت العديد من العيوب وعلى ضوء هذا التقرير تم إغلاق ثلاث عيادات وتوجيه سبعة وأربعين توبخا لأخرى وستة وعشرين إنذارا للعيادات المماثلة.

وفي الأخير نخلص إلى أن المستشفيات العمومية هي الركيزة الأساسية التي يعتمد عليها المواطن للحصول على خدماته الصحية إلى أن تتوفر الثقافة عند الخواص، والتي تسمح بإنشاء مستشفيات بالحجم المتوفر عند القطاع العمومي.

ثانيا: القطاع الصحي العمومي في ولاية ميلة

ينقسم القطاع الصحي العمومي والخاص تغطية الطلب على الخدمات الصحية على مستوى ولاية ميلة من خلال تقديم خدماتها الطبية عبر عدد من المؤسسات الصحية والتي نجعلها فيما يلي:

- خمسة مؤسسات عمومية استشفائية متواجدة بالمناطق التالية: اثنان بميلة، واحدة بشلغوم العيد، واحدة بفرجيوة، واحد بوادي العثمانية.

- مؤسسة استشفائية مختصة واحدة في الأمراض العقلية بوادي العثمانية.

- خمسة مؤسسات عمومية للصحة الجوارية موزعة على كل من: ميلة، فرجيوة، شلغوم العيد، عين البيضاء أحريش.

كما سجل قطاع الصحة بولاية ميلة مجموعة من الهياكل الصحية الجديدة دخلت حيز الخدمة ساعدت على تخفيف الضغط على هذه الهياكل وتوفير رفاهية أكبر للمريض بالإضافة إلى تحسين ظروف الاستقبال للمواطنين.

نذكر من بين الهياكل المستشفى الجديد بشلغوم العيد الذي دخل حيز الخدمة في سنة 2011 مما سمح بتجميع الخدمات التي كانت موزعة على ثلاثة هياكل صحية غير خاضعة للمقاييس المعمول بها ولا توفر ظروف الإقامة الاستشفائية الملائمة، في هذا المجال فغن الهياكل الجديدة التي فتحت خلال سنة 2012 هي كالاتي:

- فتح دار للداء السكري على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فرجيوة، هذه الهيكلة خارجية تسمح لضمان أحسن متابعة المريض المصاب بهذا الداء المزمن المنتشر.

- وضع 03 قاعات علاج في الخدمة: 01 على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميلة (مشنة قرمودة) ببلدية زغاية والثانية على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين البيضاء احريش (مشنة غريرة) بلدية عين البيضاء احريش والأخرى (بمشنة الكاف) بلدية العياضي برياس.

- فتح عيادة متعددة الخدمات بن معمر على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميلة.

- فتح المركز البيداغوجي لمعالجة الإدمان بوادي العثمانية.

- فتح الأشعة على مستوى المؤسسة الاستشفائية طوبال ميلة.

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والمعالجة الإحصائية

سنعرض من خلال هذا المبحث أهم الإجراءات المنهجية المعتمدة في تطبيق الدراسات الميدانية والمعالجة الإحصائية مع تحليل النتائج وتفسيرها.

المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية

يعد من الضروري تقديم نظرة عن المنهج المتبع في جمع البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة، لذلك سنعرض فيما يلي لأدوات جمع البيانات، مجتمع الدراسة، وأسلوب تحليل البيانات ومنهج دراسة حالة باستخدام أداة الاستبيان.

أولاً: الحدود المكانية والحدود الزمانية

- **الحدود المكانية:** يتمثل المجال المكاني الذي تم اختياره لإجراء بحثنا هذا في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية ميلة.
- **الحدود الزمنية:** أما المجال الزمني للبحث فقد استغرق مدة شهر لانجاز هذه الدراسة.

ثانياً: أدوات الدراسة

- تقتضي أهداف الدراسة وما تطرحه من تساؤلات ضرورة الاستعانة بأدوات لجمع البيانات الأولية، لذلك اعتمدت الدراسة الميدانية على:
- **الاستبيان:** لقد تم استخدام استمارة الاستبيان لجمع البيانات اللازمة لتقييم ومعرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات محل الدراسة.
 - **الملاحظة:** اعتمدنا عليها لجمع المعلومات الخاصة بالاستمارة الموجهة للمرضى في المؤسسات محل الدراسة.

ثالثاً: تصميم الاستبيان

تم الاعتماد على استمارة لتقييم جودة الخدمات الصحية في دراسة سابقة لنيل شهادة ماجستير بجامعة باتنة.

يتكون استبيان البحث من صفحة التقديم بالإضافة إلى محورين رئيسيين هما كالتالي:

- **المحور الأول:** عبارة عن معلومات شخصية حول عينة المرضى المستجوبين بالمؤسسات محل الدراسة.
- **المحور الثاني:** يخص تحديد إدراكات أفراد العينة الدراسية (المرضى) لمستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة. حيث يحتوي على 20 عبارة تعكس

المعايير الخمسة الرئيسية لتقييم جودة الخدمات والمتمثلة في: الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، ووزعت هذه العبارات كالتالي:

- العبارة من 1 إلى 4 تشير إلى بعد الاعتمادية.
- العبارة من 5 إلى 7 تشير إلى بعد الملموسية.
- العبارة من 8 إلى 12 تشير إلى بعد الاستجابة.
- العبارة من 13 إلى 16 تشير إلى بعد الأمان.
- العبارة من 17 إلى 20 تشير إلى بعد التعاطف.

وقد تم تقييم أجزاء الاستمارة باستخدام مقياس ليكرت باعتماده أسس التقييم التي تسمح لنا بقياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى والذي يتكون من خمسة درجات تتراوح بين 1 و5، حيث تشير الدرجة 1 إلى عدم الموافقة تماما، 2 إلى عدم الموافقة، 3 إلى الحياد، 4 إلى الموافقة، 5 إلى الموافقة تماما.

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

- من 1 إلى 1.6 يمثل درجة الموافقة المنخفضة.
- من 2.6 إلى 3.4 يمثل درجة الموافقة المتوسطة.
- من 3.4 إلى 5 تمثل درجة الموافقة المرتفعة.

رابعاً: اختبار الاستمارة

تم اختيار صدق الاستمارة عن طريق عرضها على ثلاث محكمين من ذوي الاختصاص، لإبداء رأيهم وملاحظاتهم حولها، ولمعرفة ما مدى ملائمة عبارات الاستمارة لأغراض البحث وكذلك حول مدى سلامة الصياغة والمحتوى، والتي تم أخذها بعين الاعتبار، والتي على أساسها استقرت على وضعها النهائي والملحق رقم (2) يوضح ذلك.

خامسا: معدل الردود

تم توزيع 60 استمارة استبيان على المرضى في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، تم استرجاعها كلها أي بمعدل رد قدره 100% أما عدد الإجابات الصالحة للتحليل فكانت كلها صالحة أي بمعدل 100%.

سادسا: أساليب تحليل البيانات

من أجل دراسة وتحليل نتائج الاستبيان الموزعة على المرضى في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة تم الاستعانة ببرمجة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية على استخدام الأدوات التالية:

- التكرارات والنسب المئوية لإظهار نسب إجابات مفردات عينة الدراسة.
- المتوسطات الحسابية لمعرفة درجة موافقة المستجوبين على أسئلة الاستبيان.
- استخدام الانحراف المعياري لقياس درجة تشتت قيم إجابات المرضى عن وسطها الحسابي.

سابعا: مجتمع وعينة البحث

تم الاعتماد على الطريقة العشوائية البسيطة لاستبيان، حيث توجهنا إلى المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة لمقابلة المرضى، حيث بلغ حجم العينة 60 مستجوب، والجدول التالي يبين عدد الاستبيانات الموزعة في كل مشفى.

الجدول رقم (3): عدد الاستبيانات الموزعة في كل مشفى

مكان المشفى	عدد الاستبيانات الموزعة	المؤسسات العمومية الاستشفائية
ميلة	16	الإخوة مغلاوي
ميلة	10	بن طوبال
فرجيو	14	محمد مداحي
باينان	20	لعور عمار

المصدر: من إعداد الطلبة.

ثامنا: وصف خصائص أفراد عينة الدراسة.

نتطرق في هذا الجزء إلى تحليل البيانات التي تم التوصل إليها من خلال البرنامج الإحصائي (SPSS)، ثم نقوم بمناقشتها وتحليلها. وبعدها سيتم التطرق إلى اختيار الفرضيات ومعرفة مدى ثباتها من عدمها من خلال النتائج المحصلة.

1. تحليل نتائج المحور الأول

تضمن الاستبيان خمسة أسئلة حول البيانات العامة لعينة الدراسة هي: الجنس، الفئة العمرية، الحالة العائلية، العمر، الدخل.

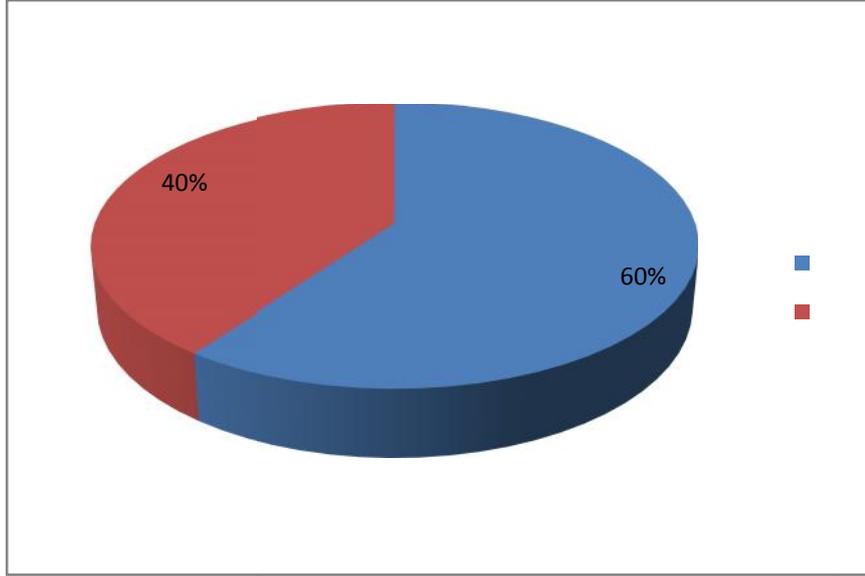
أ- تحليل العينة على أساس الجنس: وهي التعرف على عدد الإناث وعدد الذكور المرضى بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بميلة، وتحلل استنادا للبيانات الواردة في الجدول:

الجدول رقم (4): توزيع أفراد العينة على أساس متغير الجنس

المتغير	الفئات	التكرارات	النسبة
الجنس	ذكر	24	%40
	أنثى	36	%60
المجموع	/	60	%100

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

الشكل رقم (11): توزيع أفراد العينة على أساس متغير الجنس



المصدر: من إعداد الطلبة.

من خلال الجدول رقم (4) والشكل رقم (11)، نلاحظ أن أغلبية المرضى إناث بمجموع 36 مريض أي ما يعادل 60% من عينة الدراسة، وفي المرضى ذكور بمجموع 24 مريض أي ما يعادل نسبة 40% من عينة الدراسة.

ب- تحليل العينة على أساس العمر:

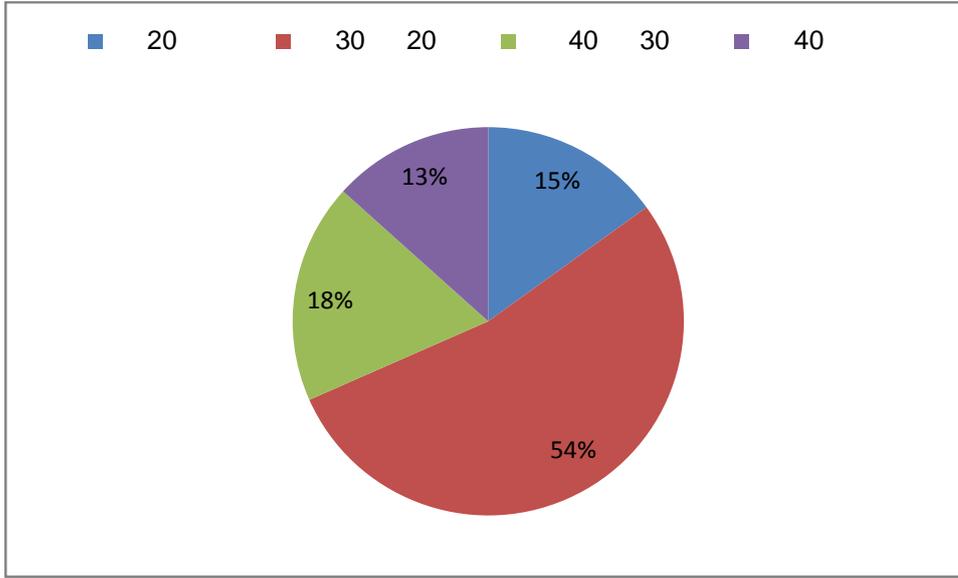
أي تحديد فئات العمر التي ينتمي إليها كل مريض كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (5): توزيع أفراد العينة الدراسة حسب متغير العمر

المتغير	الفئات العمرية	التكرارات	النسبة
العمر	أقل من 20 سنة	09	15%
	من 20 إلى 30 سنة	32	53.3%
	من 30 إلى 40 سنة	11	18.3%
	أكثر من 40 سنة	08	13.3%
	المجموع	60	100%

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

الشكل رقم (12): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة العمرية



المصدر: من إعداد الطلبة

من خلال الجدول رقم (5) والشكل رقم (12)، نلاحظ أن النسبة الكبيرة للفئة المتراوح أعمارها من 20 سنة إلى 30 سنة بنسبة 53.3% ثم تليها نسبة 18.3% ممن تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 40 سنة، ونسبة 15% لأقل من 20 سنة أما النسبة المتبقية 13.3% للذين تفوق أعمارهم 40 سنة.

ج- تحليل العينة على أساس متغير الحالة العائلية:

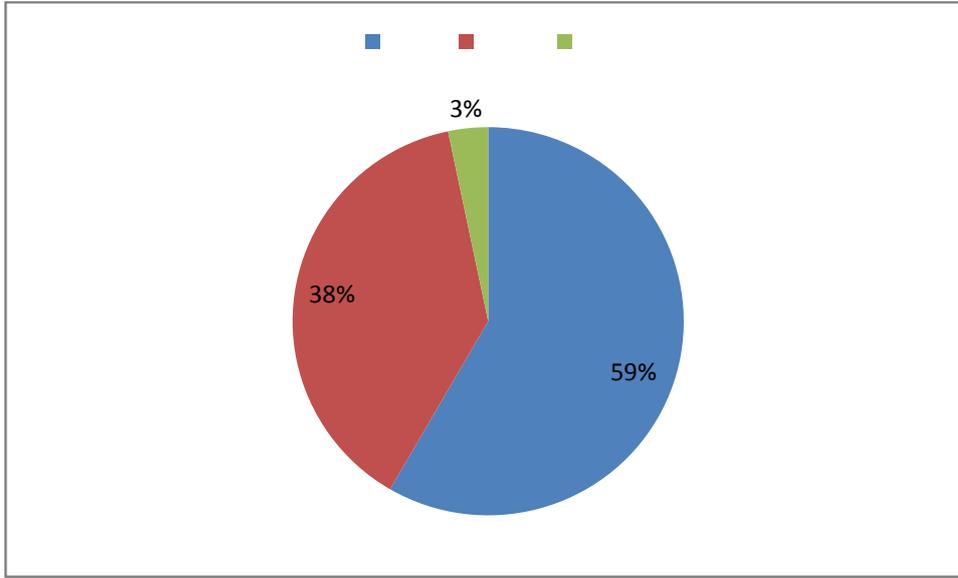
أي تحديد الحالة العائلية التي يتصف بها كل مريض كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (6): توزيع أفراد عينة الدراسة على أساس متغير الحالة العائلية

النسبة	التكرار	
58.3%	35	أعزب
38.3%	23	متزوج
0%	0	مطلق
3.3%	2	أرمل
100%	60	المجموع

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

الشكل رقم (13): توزيع أفراد العينة على أساس متغير الحالة العائلية



المصدر: من إعداد الطلبة.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (6) والشكل رقم (13) لمتغير الحالة العائلية كانت الأغلبية لحالة أعزب بنسبة 58.3%، ثم يليه حالة متزوج بنسبة 38.3%، أما النسبة المتبقية 3.3% فكانت لحالة أرمل.

د- تحليل العينة على أساس متغير المستوى التعليمي:

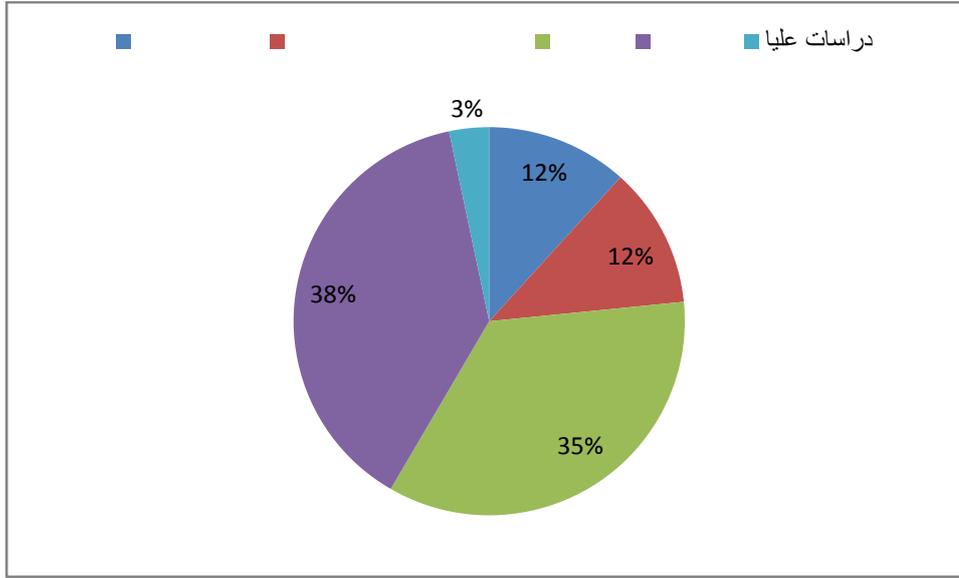
يعتبر مؤشر المستوى التعليمي مهما جدا للتحليل في موضوع الدراسة والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (7): توزيع أفراد عينة الدراسة على أساس المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	
11.7%	7	دون مستوى
11.7%	7	مستوى ابتدائي أو متوسط
35%	21	ثانوي
38.3%	23	جامعي
3.3%	2	دراسات عليا
100%	60	المجموع

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

الشكل رقم (14): توزيع أفراد العينة على أساس متغير المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطلبة.

من خلال الجدول رقم (7) والشكل رقم (14) لمتغير المستوى التعليمي نلاحظ أن الأغلبية كانت للمستوى الجامعي بنسبة 38.3%، ثم تليها نسبة 35% للمستوى الثانوي، أما بالنسبة للمستوى الابتدائي والمتوسط وكذلك دون المستوى فقط كانت لديهم نفس النسبة بـ 11.7% بينما تحصل أصحاب مستوى الدراسات العليا على نسبة 3.3%.

هـ- تحليل العينة على أساس متغير الدخل:

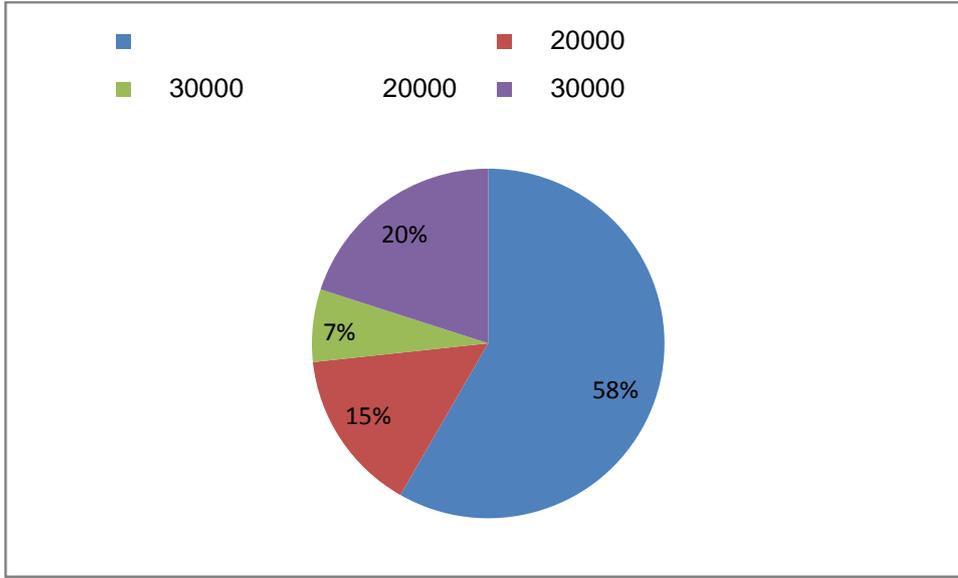
تحديد قيمة الخل لكل فرد من أفراد العينة كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (8): توزيع أفراد العينة على أساس متغير مستوى الدخل

النسبة المئوية	التكرارات	
58.3%	35	بدون دخل
15%	9	أقل من 20000 دج
6.7%	4	من 20000 دج إلى أقل من 30000 دج
20%	12	أكثر من 30000 دج
100%	60	المجموع

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

الشكل رقم (15): توزيع أفراد العينة على أساس متغير مستوى الدخل



المصدر: من إعداد الطلبة.

من خلال الجدول رقم (8) والشكل رقم (15) نلاحظ أن أغلبية المرضى بدون دخل بنسبة 58.3%، ثم تليها نسبة 20% للمرضى الذين يفوق مستوى دخلهم عن 30000 دج، أما النسبة 15% فالفئة التي يقل دخلها عن 20000 دج، وأخيرا النسبة 6.7% فدخلها يتراوح من 20000 دج إلى أقل من 30000 دج.

2. تحليل نتائج المحور الثاني

تضمن المحور الثاني من الاستبيان ثلاث أسئلة حول ماهية الخدمة المقدمة تمثلت في سبب القدوم، تكرار القدوم، المكوث في المشفى.

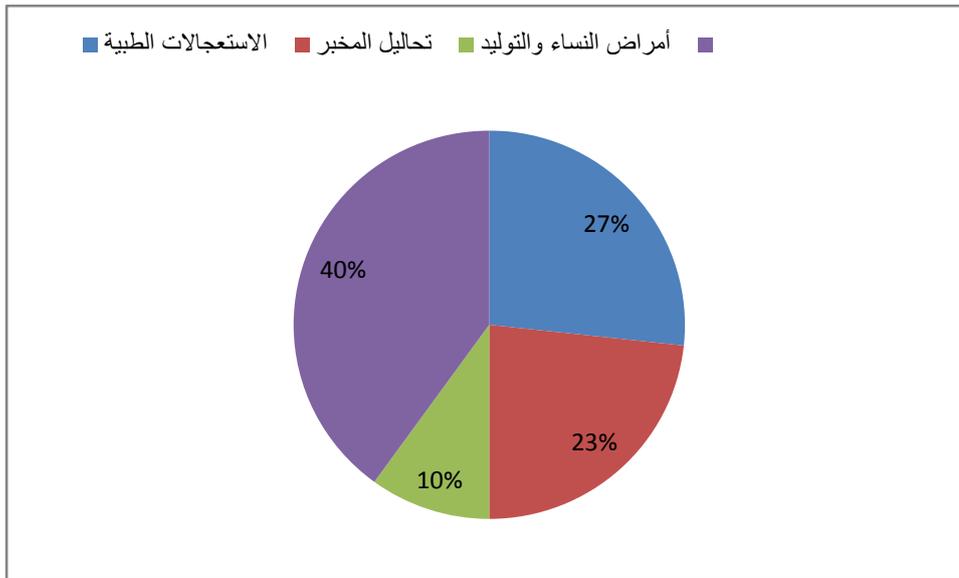
أ- تحليل أفراد العينة على أساس نسبة القدوم إلى المشفى: أي معرفة سبب قدوم المرضى، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (9): توزيع أفراد العينة على أساس سبب القدوم إلى المشفى

النسبة المئوية	التكرار	
26.7%	16	الاستعجالات الطبية
23.3%	14	تحاليل المخبر
10%	6	أمراض النساء والتوليد
40%	24	قسم الفحوصات العامة
100%	60	المجموع

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

الشكل رقم (16): توزيع أفراد العينة على أساس سبب القدوم إلى المشفى



المصدر: من إعداد الطلبة.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (9) والشكل رقم (16) أن أغلبية المرضى يعالجون في قسم الفحوصات العامة بنسبة 40%، أما الاستعجالات الطبية فكانت نسبتها 20.7%، فيما تحصلت تحاليل المخبر على نسبة 23% ونسبة 10% لأمراض النساء والتوليد.

ب- تحليل أفراد العينة حسب تكرار القدوم للمشفى:

يمثل الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب تكرار قدومهم للمشفى.

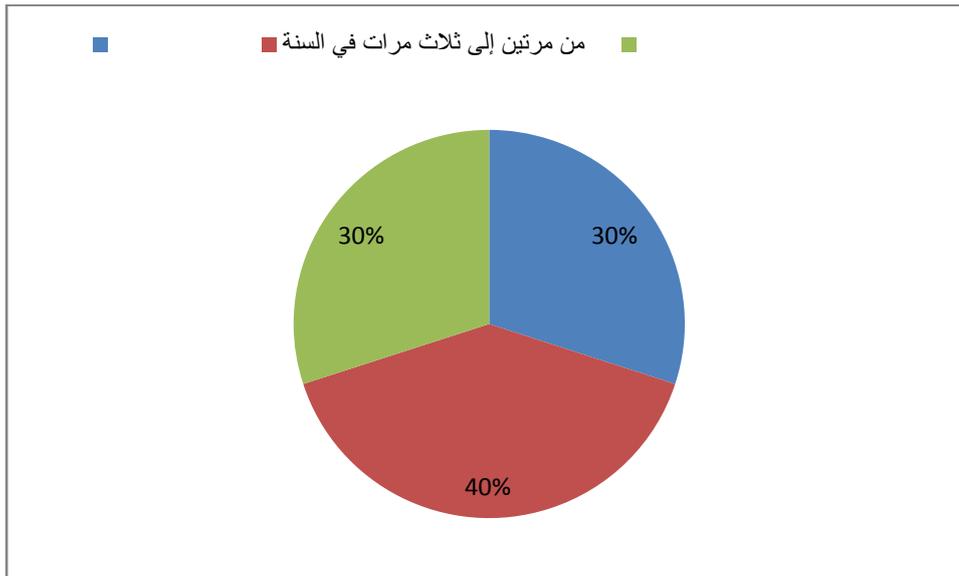
الجدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب تكرار القدوم للمشفى

النسبة المئوية	التكرار	
30%	18	مرة في السنة
40%	24	من مرتين إلى ثلاث مرات في السنة
30%	18	أكثر من ثلاث مرات في السنة
100%	60	المجموع

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يوضح الجدول رقم (17) أن أغلب أفراد العينة كان تكرار قدومهم من مرتين إلى ثلاث مرات في السنة بنسبة 40%، أما بالنسبة لمرة في السنة وأكثر من ثلاث مرات في السنة فكانت نسبة تكرار قدومهم 30%.

الشكل رقم (17): توزيع أفراد العينة حسب تكرار القدوم إلى المشفى



المصدر: من إعداد الطلبة.

ج- تحليل أفراد العينة حسب المكوث في المشفى:

يبين الجدول (18) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المكوث في المشفى.

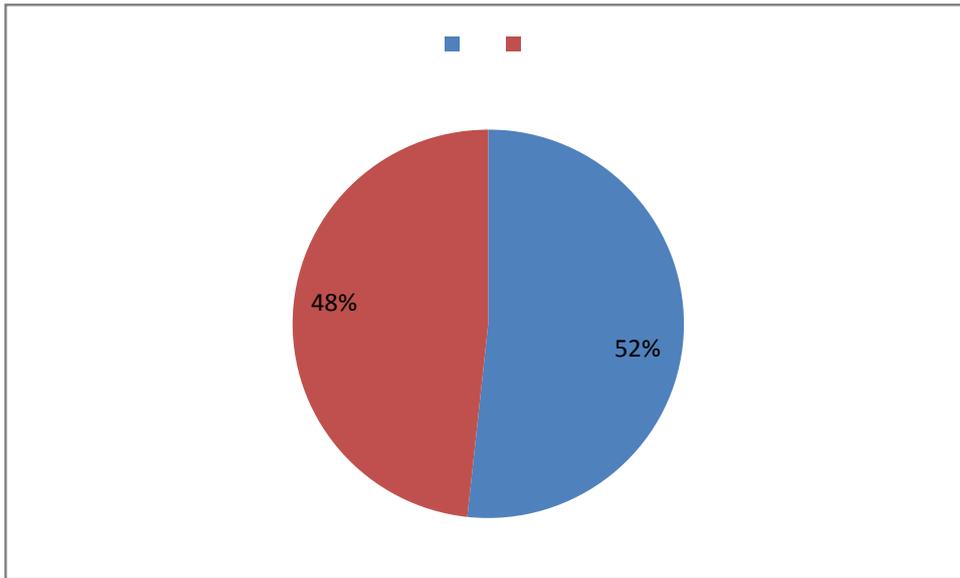
الجدول رقم(11): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المكوث بالمشفى

النسبة	التكرار	
%51.7	31	نعم
%48.3	29	لا
%100	60	المجموع

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ أن عدد الأفراد الماكثين في المشفى هو 31 أي ما يعادل %51.7 أما بالنسبة للأفراد الذين لم يمكثوا في المشفى هو 29 فرد أي نسبته %48.3.

الشكل رقم (18): توزيع أفراد العينة حسب المكوث في المشفى



المصدر: من إعداد الطلبة.

المطلب الثاني: المعالجة الإحصائية، اختبار الفرضيات، تحليل النتائج وتفسيرها

أولاً: تحليل البيانات المتعلقة بتقييم المرضى لمعايير جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم.

1. الاعتمادية:

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

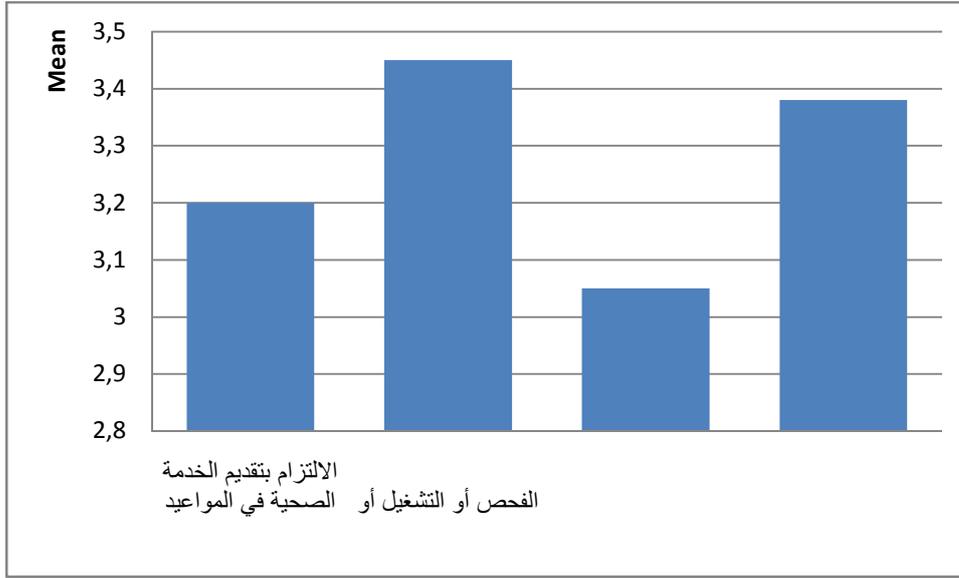
الجدول رقم (12): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاعتمادية

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة	3.20	0.70	متوسطة
2	عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج	3.45	0.999	مرتفعة
3	تتوفر المشفى على تخصصات مختلفة	3.05	1.126	متوسطة
4	توجد ثقة في الأطباء في المشفى	3.38	1.09	متوسطة
	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3.27	0.9787	متوسطة

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يتضح من خلال الجدول أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل العبارات المتعلقة بمعيار الاعتمادية كانت ضمن مجال الموافقة المتوسطة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة حيث كان المتوسط الحسابي للجزء الأول وهي الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة وبلغ 3.19 مع تسجيل انحراف معياري قدر بـ 0.70 أما أدنى متوسط حسابي فكان 3.05 والمتعلق بالجزء الثالث الخاص بتوفر المشفى على تخصصات مختلفة، وانحراف معياري قدر بـ 1.126 ، 1.09 على التوالي، بشكل عام هناك تقييم إيجابي لأفراد عينة البحث لمعيار الاعتمادية حيث سجلنا متوسط حسابي عام بمقدار 3.27 وهو يعكس درجة موافقة متوسطة، ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (12) حسب الشكل التالي:

الشكل رقم (19): تقييم جودة الخدمة الصحية من ناحية معيار الاعتمادية



المصدر: من إعداد الطلبة.

2. الملموسية:

يوضح الجدول رقم (13) اتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية معيار الملموسية.

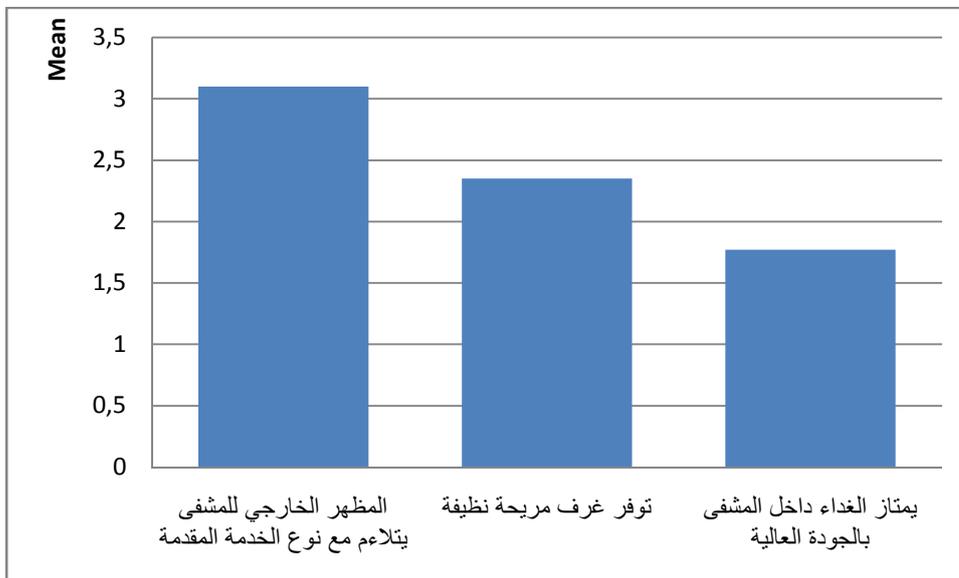
الجدول رقم (13): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الملموسية

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	المظهر الخارجي للمشفى يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة	3.10	1.160	متوسطة
2	توفر غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة	2.35	1.191	منخفضة
3	يمتاز الغذاء داخل المشفى بالجودة العالية	1.77	0.890	منخفضة
	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	2.406	1.08	منخفضة

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو أغلب العبارات المتعلقة بمعيار الملموسية كانت ضمن الموافقة المتوسطة لجودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسات محل الدراسة، وكان أعلى متوسط للجزء الأول الخاص بالمظهر الخارجي للمشفى يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة والذي قدر بـ 3.10 وانحراف معياري يساوي 1.160، أما بالنسبة للجزء الثاني والثالث فقد كانت درجة الموافقة منخفضة، المتوسط الحسابي قدر بـ 2.35 و 1.77 وانحراف معياري يساوي 1.191 و 0.890 والذي يبين انه عدم توفر غرف مريحة نظيفة، مضاعة ودافئة وعدم وجود غذاء داخل المشفى لا يتميز بالجودة العالية. بشكل عام هناك تقييم سلبي لأفراد عينة البحث لمعيار الملموسية حيث سجلنا متوسط حسابي عام بمقدار 2.406 وهو يعكس درجة موافقة المتوسطة، يمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (13) حسب الشكل التالي:

الشكل رقم (20): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الملموسية



المصدر: من إعداد الطلبة.

3. الاستجابة:

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

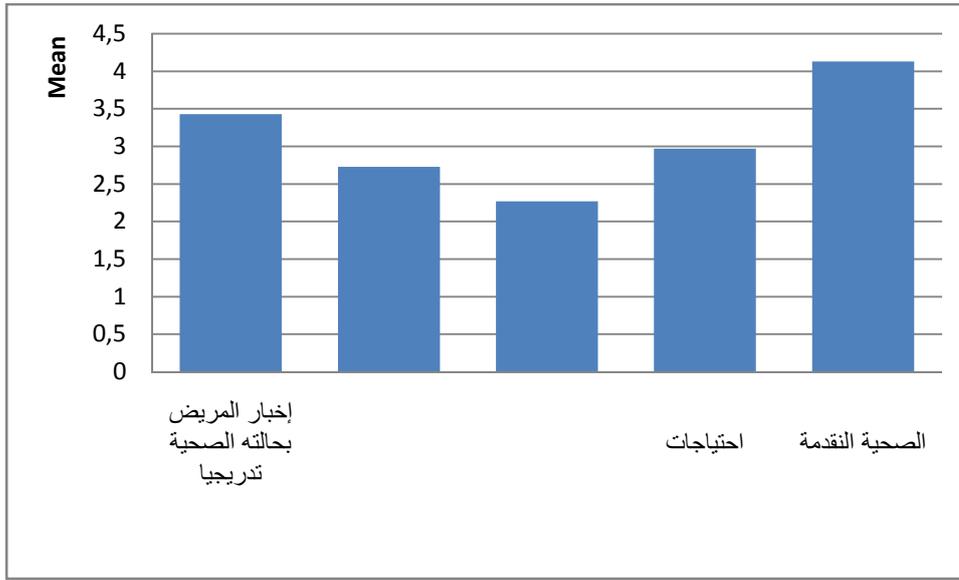
الجدول رقم (14): تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معيار الاستجابة

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	إخبار المريض بحالته الصحية تدريجيا	3.43	0.998	متوسطة
2	الاستعداد الدائم لمقدمي الخدمة في المصحة للمساعدة والاستجابة لطلب المرضى	2.73	1.039	متوسطة
3	سرعة الرد على الشكاوي واستفسارات المرضى	2.27	0.936	منخفضة
4	تغطي المشفى احتياجات المرضى على مدار الساعة	2.97	1.89	متوسطة
5	ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب	4.13	0.833	مرتفعة
	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3.106	1.139	متوسطة

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يشير الجدول على أن اتجاهات أفراد العينة نحو العبارات (1،2،4) كانت ضمن الموافقة المتوسطة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسات محل الدراسة وكان أعلى متوسط حسابي للجزء الخامس الخاص بثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب والذي قدر بـ 4.13، وانحراف معياري يساوي 0.833، أما الجزء الثالث وكان ضمن التقييم المنخفض بمتوسط حسابي يقدر بـ 2.73 ، 2.27 وانحراف معياري يساوي 1.039 ، 0.936، بشكل عام هناك تقييم متوسط لأفراد عينة البحث لمعيار الاستجابة حيث سجلنا متوسط حسابي عام بمقدار 3.106 وهو يعكس درجة الموافقة المتوسطة ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (14) حسب الشكل التالي:

الشكل رقم (21): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الاستجابة



المصدر: من إعداد الطلبة.

الأمان (الضمان):

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

(الضمان).

الجدول رقم (15): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الأمان (الضمان)

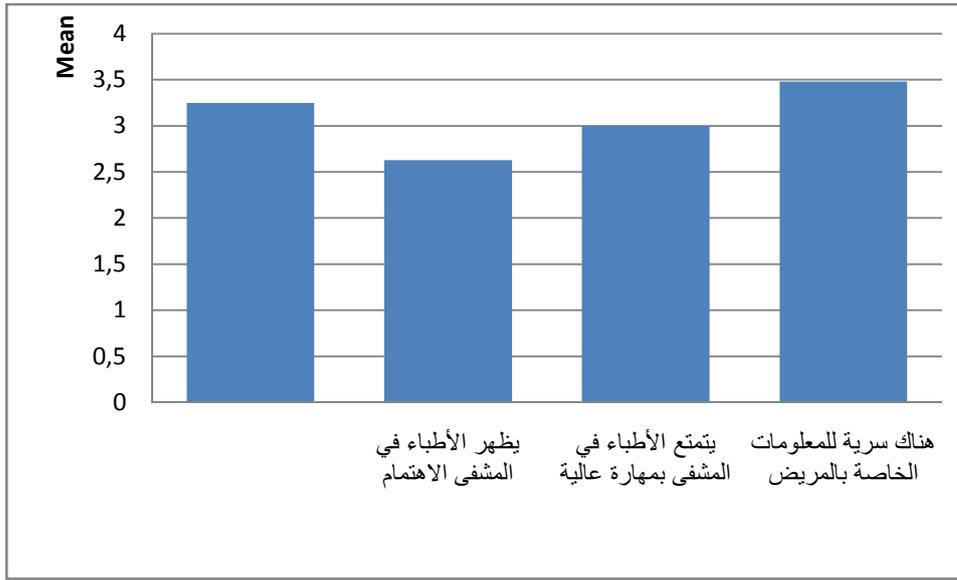
الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع الأطباء	3.25	1.20	متوسطة
2	يظهر الأطباء في المشفى الاهتمام الصادق لحل مشاكل المرضى	2.63	1.008	متوسطة
3	يتمتع الأطباء في المشفى بمهارة عالية	3.00	1.042	متوسطة
4	هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض	3.48	0.930	مرتفعة
	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام	3.09	1.046	متوسطة

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من الجدول أن اتجاهات أفراد العينة نحو العبارة 4 كانت ضمن الموافقة المرتفعة بمتوسط حسابي قدر بـ 3.48 وانحراف معياري بـ 0.93، أما فقرة العبارات (1،2،3) كانت ضمن التقييم المتوسط، المتوسطات الحسابية قدرت بـ 3.25، 2.63، 3 وانحرافات معيارية تساوي 1.2، 1.008، 1.042، وبشكل عام هناك تقييم متوسط لأفراد عينة البحث لمعيار الأمان حيث سجلنا متوسط حسابي بمقدار 3.09 وانحراف معياري 1.046.

ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (15) حسب الشكل رقم (22) كما يلي:

الشكل رقم (22): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الأمان (الضمان)



المصدر: من إعداد الطلبة.

4. التعاطف:

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

الجدول رقم (16): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار التعاطف

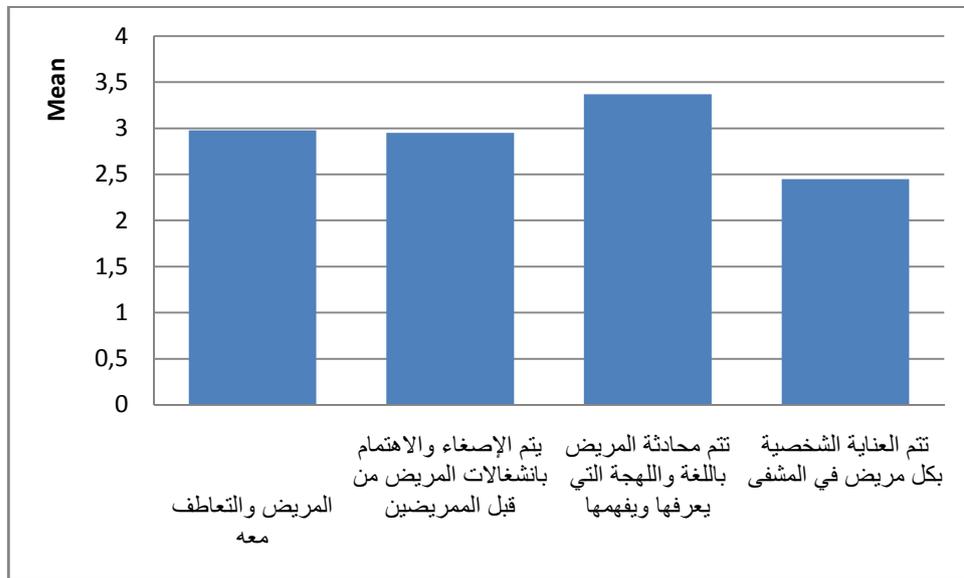
الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	وجود الروح المرحة والصدق في التعامل مع المريض والتعاطف معه	2.98	1.049	متوسطة
2	يتم الإصغاء والاهتمام بانشغالات المريض من قبل الممرضين	2.95	1.032	متوسطة
3	يتم محادثة المريض باللغة واللهجة التي يعرفها ويفهمها	3.37	1.193	متوسطة
4	تتم العناية الشخصية بكل مريض في المستشفى	2.45	0.999	منخفضة

متوسطة	1.068	2.94	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام
--------	-------	------	--

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل العبارات المتعلقة بمعيار التعاطف كانت ضمن الموافقة المتوسطة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسات محل الدراسة، وبلغ أكبر متوسط حسابي للجزء الثالث والمتعلق بمحادثة المريض باللغة واللهجة التي يعرفها ويفهمها الذي قدر بـ 3.37 وانحراف معياري قدر بـ 1.193، أما أدنى متوسط حسابي فقدر بـ 2.45 وانحراف معياري يساوي 0.999، وهو المتعلق بالجزء الرابع الخاص بالعناية الشخصية بكل مريض في المشفى، أما المتوسط الحسابي الخاص بالجزء الثاني فقد قدر بـ 2.95 وانحراف معياري قدر بـ 1.032 الخاص بالإصغاء والاهتمام بانشغالات المريض من قبل الممرضين، ويقترّب منه المتوسط الخاص بالجزء الأول وهو وجود الروح المرحّة والصدق في التعامل مع المريض والتعاطف معه الذي قدر بـ 2.98 وانحراف معياري يساوي 1.049، ويمكن تمثيل بيانات الجدول رقم (16) حسب الشكل التالي:

الشكل رقم (23): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار التعاطف



المصدر: من إعداد الطلبة.

ثانيا: اختبار الفرضيات

لاختبار الفرضيات نقوم باختبار فرضية رئيسية والمتمثلة في:

يقيم مرضى المؤسسات الاستشفائية العمومية الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييما متوسطا.

تتدرج عن هذه الفرضية الرئيسية الفرضيات الفرعية التالية:

1. اختبار الفرضية الفرعية الأولى: تعزى جودة الخدمة الصحية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 إلى عامل الدخل.

- من أجل اختبار الفرضية الأولى تم استخدام تحليل معامل الارتباط واختبار أثر عامل الدخل على أبعاد جودة الخدمة، والجدول التالي يوضح معامل الارتباط لأبعاد جودة الخدمة على مستوى الدخل.

الجدول رقم (17): معامل الارتباط لأبعاد جودة الخدمة ومستوى الدخل

الأبعاد	R	R ²	Sig
القيم	0.528	0.279	0.003

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17) أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين الدخل وأبعاد جودة الخدمة، حيث بلغ معامل الارتباط معنوية قدرها (0.528) وهي أكبر من (0.003) وتدلل على أن هناك أثر إيجابي ما بين المتغيرين.

- اختبار أثر عامل الدخل على أبعاد جودة الخدمة: لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على معامل التأثير Beta وقيمه المعنوية Sig وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (18): نتائج تحليل أثر العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة ومستوى الدخل

Modèle	Beta	t	Sig
الاعتمادية	-0.084	-0.633	0.530
الملموسية	0.002	0.012	0.991
الاستجابة	0.033	0.181	0.857
الأمان	0.622	3.674	0.001
التعاطف	-0.390	-2.696	0.009

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين أبعاد جودة الخدمة ومستوى الدخل.

لأن قيمة Sig لأبعاد جودة الخدمة (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة) أكبر من 0.05، ومنه نقول أن الفرضية صحيحة جزئياً.

2. اختبار الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد علاقة بين الفئة العمرية وأبعاد جودة الخدمة الصحية عند مستوى الدلالة 0,05.

من أجل اختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل الارتباط واختبار أثر عامل الفئة العمرية على أبعاد جودة الخدمة والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (19): معامل الارتباط لأبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية

الأبعاد	R	R ²	Sig
القيم	0.393	0.155	0.097

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من الجدول (19) أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين الفئة العمرية وأبعاد جودة الخدمة، حيث بلغ معامل الارتباط معنوية قدرها (0,393) وهي أكبر من (0,097) وتدل على أن هناك أثر بين المتغيرين.

اختبار أثر الفئة العمرية على أبعاد جودة الخدمة: لاختبار أثر الفئة العمرية على أبعاد جودة الخدمة تم الاعتماد على معامل التأثير Beta وقيمته المعنوية Sig وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (20): نتائج تحليل أثر العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية

Modèle	Beta	t	Sig
الاعتمادية	-0.019	-0.130	0.897
الملموسية	-0.083	0.554	0.582
الاستجابة	0.130	0.661	0.511
الأمان	0.372	2.03	0.047
التعاطف	-0.093	-0.593	0.555

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين أبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية.

3. اختبار الفرضية الرئيسية: يقيم مرضى المؤسسات الاستشفائية العمومية الخدمات المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييما متوسط.

لاختبار هذه الفرضية، تم الاعتماد على المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية ونسب الموافقة لكل معيار من المعايير الخمسة لتقييم جودة الخدمة الصحية وتوصلنا إلى النتائج التالية:

- تقييم أفراد عينة البحث لجودة الخدمة وفق معيار الاعتمادية، كان ايجابي بدرجة موافقة متوسطة.
- تقييم أفراد عينة البحث لجودة الخدمة وفق معيار الملموسية، كان ايجابي بدرجة موافقة منخفضة.
- تقييم أفراد عينة البحث لجودة الخدمة وفق معيار الاستجابة، كان ايجابي بدرجة موافقة متوسطة.
- تقييم أفراد عينة البحث لجودة الخدمة وفق معيار الأمان كان ايجابي وبدرجة موافقة متوسطة.
- تقييم أفراد عينة البحث لجودة الخدمة وفق معيار التعاطف كان ايجابي وبدرجة موافقة متوسط.

من خلال النتائج السابقة نستنتج صحة الفرضية الرئيسية.

خلاصة الفصل الثالث:

تم في هذا الفصل، اختيار فرضيات البحث والمتعلقة بمدى جودة الخدمات التي تقدسها المؤسسات الاستشفائية العمومية بمدينة ميلة من ناحية كل المعايير الخمسة المعتمدة في تقييم جودة الخدمة وهي: الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان والتعاطف، حيث بلغ حجم عينة الدراسة 60 مريض، وتم اختيارهم بطريقة عشوائية.

أفضت المعالجة الإحصائية للبيانات، والتي تمت عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) النتائج التي أكدت الفرضية الرئيسية حيث اتضح أن أفراد الدراسة (المرضى)، يقيمون الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييما متوسطا.

خاتمة

خاتمة

بات واضحا بأن عالمنا الذي نعيش فيه اليوم هو عالم الخدمات لكونه ارتبط بالكثير من مفردات الحياة اليومية للمواطن. ولعل الخدمة الصحية واحدة من أبرز الخدمات التي ازدادت الحاجة إليها عما سبق هذا ما أوجب أن يكون هناك اهتمام واضح ومتزايد من قبل المنظمات الصحية ولذلك سعت دول العالم بما فيها الجزائر إلى العمل على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة للأفراد، كما تم إدخال مفهوم الجودة في هذا القطاع لتحقيق مستويات عالية من الصحة. ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة لتجيب على الإشكالية التالية: ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر؟

وكمحاولة للإجابة على هذه الإشكالية وما يندرج تحتها من تساؤلات فرعية تم وضع الفرضيات التالية:

نصت الفرضية الأولى على أنه تعزى جودة الخدمة الصحية إلى عامل الدخل ولكن بعد معالجة الموضوع تبين أن هذه الفرضية صحيحة جزئيا حيث ثبتت صحتها من حيث معيار الاعتمادية والملموسية والاستجابة، أما بالنسبة لبعدي الأمان والتعاطف فقد ثبتت أنه لا تعزى جودة الخدمة الصحية إلى مستوى الدخل.

وتضمنت الفرضية الثانية عدم وجود علاقة بين الفئة العمومية وأبعاد جودة الخدمة الصحية، وقد تم إثبات هذه الفرضية من خلال الدراسة الميدانية بالنسبة لمعيار الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية والتعاطف، أما بالنسبة للأمان فقد تبين أنه توجد علاقة بين الفئة العمرية والأمان.

كما تضمنت الفرضية الرئيسية أن تقييم مرضى المؤسسات الاستشفائية العمومية للخدمات المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييم متوسط، ومن خلال الدراسة تثبت صحة الفرضية.

النتائج:

من خلال دراستنا لموضوع تقييم جودة الخدمات الصحية توصلنا إلى النتائج التالية:

- الخدمة نشاط أو منافع غير ملموسة قد ترتبط بشيء مادي ملموس يقدمها طرف ما (مقدم الخدمة) إلى طرف آخر (مستهلك الخدمة).
- تكون الجودة ضمن ثلاث جوانب: جودة التصميم، جودة المطابقة، جودة الأداء.
- تعبر جودة الخدمة عن مدى التطابق بين مستوى الجودة، الخدمة المقدمة وتوقعات المستهلك.
- قدمت عدة نماذج لتقييم جودة الخدمة.

-
- يقيم أفراد عينة الدراسة الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية كل معيار من معايير جودة الخدمة تقييماً متوسطاً.
 - أكبر نسبة من أفراد عينة الدراسة هي من جنس الإناث، ومن فئة الشباب.
 - اتضح لنا أن معظم المرضى غير راضين على الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسية، ويعزز ذلك النقص الواضح في عامل النظافة وعدم توفير غذاء مناسب ذو جودة عالية.

التوصيات:

- بناءً على ما توصل إليه البحث من نتائج في الدراسة الميدانية تم تقديم الاقتراحات التالية:
- الاستمرار في العناية بالمرضى وتلبية حاجاتهم بجودة عالية لنيل رضاهم.
- مواصلة التركيز على الجانب المادي الملموس لأنه أكثر وأول شيء يتأثر به المريض.
- الاهتمام بجودة الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى، كما يتناسب مع حالتهم الصحية، لأن الغذاء يعتبر جزء مهم في علاج الحالات المرضية المختلفة.
- تحسين مستوى النظافة الكلي للمؤسسات الاستشفائية.
- توفير الأمن الكافي في المؤسسات الاستشفائية.
- توفير العدد الكافي من الأطباء ذو تخصصات مختلفة حسب حاجات المرضى.

علمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية

1. الكتب

1. أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005.
2. بالمر أديان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مجموعة النيل العربية، مصر، 2009.
3. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، بدون سنة.
4. حميد عبد النبي الطائي وآخرون، التسويق الحديث، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.
5. حميد عبد النبي الطائي وبشير عباس العلق، تسويق الخدمات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.
6. زاكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
7. زاهر عبد الرحيم، تسويق الخدمات، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 20110.
8. صلاح حسن الدهراوي، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل، الأردن، 2005.
9. صلاح محمود ديات، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2010.
10. صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (منظور شامل)، دار الفكر، عمان، 2011.
11. طلعت الدمرداش، إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، مكتبة المدينة، مصر، 2000.
12. عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، الأردن، 2008.
13. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، 2008.

14. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998.
15. قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشرق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
16. قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو، دار الثقافة، ليبيا، 2005.
17. محفوظ أحفظ جودة، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، دار وائل، الأردن، 2006.
18. محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الإيزو، الطبعة الأولى، مؤسسة حورس للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2006.
19. محمود جاسم الصميدعي وريينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2010.
20. مريزق محمد عدمان، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية، عمان، الأردن، 2011.
21. نظام موسى سويدان وعبد المجيد البروراي، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار حامد، الأردن، 2009.
22. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
23. هيوكوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، المكتبة الوطنية، المملكة العربية السعودية.
24. يوسف حجيم الطائي وآخرون، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري، الأردن، 2009.
- II. **مذكرات جامعية:**
1. بوعدنان نور الدين، جودة الخدمة وأثرها على رضا العملاء، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص تسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2006-2007.
2. عتيق عائشة، جودة الخدمة الصحية في مؤسسة عمومية جزائرية، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، الجزائر، 2012.

3. عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008.
4. عصماني سفيان، دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها (المرضى)، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص تسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2005-2006.
5. مزينة بلقاسم، السلطة والرضا الوظيفي، مذكرة ماجستير غير منشورة، تخصص تنمية وتسيير الموارد البشرية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة سكيكدة، الجزائر، 2009.
6. نجات صغير، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، قسم علوم تسيير، جامعة باتنة، الجزائر، 2001.

III. المجالات:

1. بريش عبد القادر، جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية والبنوك، مجلة الاقتصاديات شمال إفريقيا، العدد 3، الجزائر.
2. محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر، 1983.

IV. المواقع الإلكترونية:

www.who.int/featres/fadfiles/menta/health/ar/

ثانيا: المراجع باللغة الفرنسية

1. Danle Duret, Mourice pllet, Qualité en production, de ISO 9000 à six syma 2^{eme} Edition, d'organisation, paris, 2002.
2. Laurent Harmel, qualité et engagements de service, Afnor, 2003.

الملاحق

الملحق رقم (01): إمتبيان في صورته الأولىة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المركز الجامعي -ميلة-

فرع: علوم تجارية

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية

تخصص: تسويق

إمتبيان حول:

تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الإستشفائية العمومية

تحت إشراف الأستاذ:

من إعداد الطالبات:

- قرين ربيع

- بختيار جهيدة.

- بوالصيود مريم.

- نغيش نجاهة.

أخي الكريم، أختي الكريمة...

تحية طيبة وبعد...

إن الهدف من هذا البحث هو تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الإستشفائية العمومية، والسعي لتحسينها، لذا نرجو منكم التفضل بالإجابة على الأسئلة التالية، ونعلمكم مسبقاً أن إجابتم نستخدمها لأغراض علمية فقط، وستحظى بالسرية، وشكراً على تعاونكم معنا، لكم دوام الصحة والعافية إنشاء الله.

ملاحظة: الرجاء وضع العلامة (x) في الخانة التي تراها مناسبة.

المحور الأول: المعلومات الشخصية

الجنس: ذكر أنثى

العمر: أقل من 20 سنة من 20 إلى أقل من 30 سنة

من 30 إلى أقل من 40 سنة أكثر من 40 سنة

الحالة العائلية:

أعزب متزوج مطلق أرمل

المستوى التعليمي:

دون مستوى مستوى ابتدائي أو متوسط ثانوي

جامعي دراسات عليا

الدخل:

بدون دخل أقل من 20000 دج

من 20000 دج إلى 30000 دج أكثر من 30000 دج

المحور الثاني: جودة الخدمة المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية: يرجى التكرم بالإجابة على الأسئلة التالية بتمعن بوضع الإشارة (x) في الخانة التي تتفق مع رأيك.

أولاً: ماهية الخدمة المقدمة

- سبب القيدوم: استعجالات طبية تحاليل مخبرية
- أمراض النساء والتوليد قسم الفحوصات العامة
- تكرار القيدوم: مرة في السنة من مرتين إلى ثلاث مرات في السنة
- أكثر من ثلاث مرات في السنة
- هل مكثت بالمشفى: نعم لا

ثانيا: مرتكزات جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى.

الرقم	العبارات	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
	ا. الإعتماذية: درجة الاعتماد على مقدم الخدمة ودقة إنجازها					
1	الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة					
2	عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج					
3	تتوفر المشفى على تخصصات مختلفة					
4	توجد ثقة في الأطباء والأخصائيين في المشفى					
	II. الملموسية: تشتمل على العناصر المادية للخدمة "المباني، الأجهزة والمعدات، المرافق الصحية، مظهر العاملين...الخ.					
5	المظهر الخارجي للمشفى يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة					
6	توفر غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة.					
7	يمتاز الغداء داخل المشفى بالجودة العالية					
	III. الإستجابة: سرعة الإنجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمرضى من قبل مقدم الخدمة.					
8	إخبار المريض بحالته الصحية تدريجيا.					
9	الاستعداد الدائم لمقدمي الخدمة في المصحة المساعدة والإستجابة لطلب المرضى.					
10	سرعة الرد على الشكاوي واستفسارات المرضى.					
11	تعطى المستشفى احتياجات المرضى على مدار الساعة.					
12	ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب					
	IV. الأمان (الضمان): معلومات القائمين على تقديم الخدمة وقدرتهم على كسب الثقة والائتمان.					
13	الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين.					
14	يظهر العاملون في المشفى الإهتمام الصادق لحل مشاكل المرضى.					
15	يتمتع العاملون والأطباء في المستشفى بمهارة عالية.					
16	هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض.					
	V. التعاطف: درجة العناية والرعاية بالمريض بشكل خاص والإهتمام بمشاكلهم والعمل على إيجاد حلول لها					

					وجود الروح المرحمة والصدق في التعامل مع المريض والتعاطف معه.	17
					يتم الإصغاء والإهتمام بانشغالات المريض من قبل العاملين.	18
					تتم محادثة المريض باللغة واللهجة التي يعرفها ويفهمها.	19
					تتم العناية الشخصية بكل مريض في المستشفى	20

الملحق رقم (2): إمتبيان في صورته النهائية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف -ميلة-

فرع: علوم تجارية

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية

تخصص: تسويق

إمتبيان حول:

تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الإستشفائية العمومية
دراسة عينة من المؤسسات الاستشفائية العمومية على مستوى ولاية ميلة

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ليسانس في العلوم التجارية

تخصص: " تسويق "

تحت إشراف الأستاذ:

إعداد الطالبات:

- قرين الربيع

- بخبخ جهيدة.

- بوالصيود مريم.

- نغيش نجاه.

أخي الكريم، أختي الكريمة...

تحية طيبة وبعد...

إن الهدف من هذا البحث هو تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الإستشفائية العمومية، والسعي لتحسينها، لذا نرجو منكم التفضل بالإجابة على الأسئلة التالية، ونعلمكم مسبقا أن إجاباتكم نستخدمها لأغراض علمية فقط، وستحظى بالسرية، وشكرا على تعاونكم معنا، لكم دوام الصحة والعافية إنشاء الله.

ملاحظة: الرجاء وضع العلامة (x) في الخانة التي تراها مناسبة.

المحور الأول: المعلومات الشخصية

الجنس: ذكر أنثى

العمر: أقل من 20 سنة من 20 إلى أقل من 30 سنة

من 30 إلى أقل من 40 سنة أكثر من 40 سنة

الحالة العائلية:

أعزب متزوج مطلق أرمل

المستوى التعليمي:

دون مستوى مستوى ابتدائي أو متوسط ثانوي

جامعي دراسات عليا

الدخل:

بدون دخل أقل من 20000 دج

من 20000 دج إلى 30000 دج أكثر من 30000 دج

المحور الثاني: جودة الخدمة المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية.

أولاً: ماهية الخدمة المقدمة

- سبب القدوم: استعجالات طبية تحاليل مخبرية
- أمراض النساء والتوليد قسم الفحوصات العامة
- تكرار القدوم: مرة في السنة من مرتين إلى ثلاث مرات في السنة
- أكثر من ثلاث مرات في السنة
- هل مكثت بالمشفى: نعم لا

ثانيا: مرتكزات جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى.

الرقم	العبارات	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
	V. الإعتماذية: درجة الاعتماد على مقدم الخدمة ودقة إنجازها					
1	الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة					
2	عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج					
3	تتوفر بالمشفى على تخصصات مختلفة					
4	توجد ثقة في الأطباء بالمشفى					
	V. الملموسية: تشتمل على العناصر المادية للخدمة "المباني، الأجهزة والمعدات، المرافق الصحية، مظهر العاملين...الخ.					
5	المظهر الخارجي للمشفى يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة					
6	توفر غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة.					
7	يمتاز الغداء داخل المشفى بالجودة العالية					
	VIII. الإستجابة: سرعة الإنجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمرضى من قبل مقدم الخدمة.					
8	إخبار المريض بحالته الصحية تدريجيا.					
9	الاستعداد الدائم لمقدمي الخدمة في المصحة المساعدة والإستجابة لطلب المرضى.					
10	سرعة الرد على الشكاوي واستفسارات المرضى.					
11	تعطى المستشفى احتياجات المرضى على مدار الساعة.					
12	ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب					
	IX. الأمان (الضمان): معلومات القائمين على تقديم الخدمة وقدرتهم على كسب الثقة والائتمان.					
13	الشعور بالأمان والثقة عند التعامل مع الأطباء.					
14	يظهر الأطباء بالمشفى الإهتمام الصادق لحل مشاكل المرضى.					
15	يتمتع الأطباء في المستشفى بمهارة عالية.					
16	هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض.					
	X. التعاطف: درجة العناية والرعاية بالمريض بشكل خاص والإهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها					

					وجود الروح المرحة والصدق في التعامل مع المريض والتعاطف معه.	17
					يتم الإصغاء والاهتمام بانشغالات المريض من قبل الممرضين	18
					تتم محادثة المريض باللغة واللهجة التي يعرفه ويفهمها	19
					تتم العناية الشخصية بكل مريض في المستشفى	20

الملحق رقم (03): قائمة أسماء الأساتذة المحكمين للإستبيان

العدد	أسماء الأساتذة المحكمين	بعض الملاحظات
01	غيشي عبد العالي	استبدال كلمة موافق جدا بموافق تماما
02	هولي فرحات	توحيد مصطلح المشفى في عبارات الاستبيان
03	ابو بكر بوسالم	- حذف بعض المصطلحات المتكررة. - إضافة بعض النقائص في واجهة الاستبيان.

المصدر: من إعداد الطلبة

الملحق رقم (04): ثبات الأداة (كرونباخ ألفا)

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.849	20

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

الملحق رقم (05): التكرارات والنسب المئوية الخاصة بالمحور الأول من الاستبيان

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	24	40.0	40.0	40.0
	36	60.0	60.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

الفئة العمرية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
20	9	15.0	15.0	15.0
30	20	32	53.3	68.3
40	30	11	18.3	86.7
40	8	13.3	13.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

الحالة العائلية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	35	58.3	58.3	58.3
	23	38.3	38.3	96.7
	2	3.3	3.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

المستوى التعليمي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	7	11.7	11.7	11.7
	7	11.7	11.7	23.3
	21	35.0	35.0	58.3
	23	38.3	38.3	96.7
دراسات عليا	2	3.3	3.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

الملحق رقم (06): التكرارات والنسب المئوية الخاصة بالمحور الثاني من الاستبيان

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	35	58.3	58.3	58.3
20000	9	15.0	15.0	73.3
Valide 30000 20000	4	6.7	6.7	80.0
30000	12	20.0	20.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
الاستعدادات الطبية	16	26.7	26.7	26.7
تحاليل المخبر	14	23.3	23.3	50.0
Valide امراض النساء والتوليد	6	10.0	10.0	60.0
	24	40.0	40.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	18	30.0	30.0	30.0
Valide من مرتين الى ثلاث مرات في السنة	24	40.0	40.0	70.0
	18	30.0	30.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	31	51.7	51.7	51.7
Valide	29	48.3	48.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

الملحق رقم (07): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمرتكزات جودة الخدمة

Statistiques

	الالتزامات بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة	عدم حدوث أخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج	تتوفر المشفى على تخصصات مختلفة	توجد ثقة في الأطباء في المشفى	المظهر الخارجي للمشفى يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة	توفر غرف مريحة ونظيفة مضاءة ودافئة	يمتاز الغذاء داخل المشفى بالجودة العالية	إخبار المريض بحالته الصحية تدرجياً	الاستعداد الدائم لمقدمي الخدمة في المصحة للمساعدة والإستجا بة لطلب المريض	سرعة الرد على الشكاوي واسئفسارات المريض	تغطي المشفى احتياجات المريض على مدار السنة	ثمن الخدمة الصحية المقدمة مناسب	الشعور بالأمان والتقنة عند التعامل مع العاملين	يظهر العاملون في المشفى الاهتمام الصادق لحل مشاكل المريض	يتمتع العاملون الأطباء في المشفى بمهارة عالية	هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض	وجود الروح المرحة والصدق في التعامل مع المريض والتعاطف معه	يتم الإصغاء والاهتمام بانثغالات المريض من قبل الممرضين	تتم محادثة المريض باللغة واللهجة التي يعرفها ويفهمها	تتم العناية الشخصية بكل مريض في المشفى
N valide	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Manquante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	2.90	3.45	3.05	3.38	3.10	2.35	1.77	3.43	2.73	2.27	2.97	4.13	3.25	2.63	3.00	3.48	2.98	2.95	3.37	2.45
Ecart type	1.053	0.999	1.126	1.091	1.160	1.191	0.890	0.998	1.0339	0.936	1.089	0.833	1.202	1.008	1.042	0.930	1.049	1.032	1.193	0.999

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

الملحق رقم (08): معامل الارتباط لأبعاد جودة الخدمة ومستوى الدخل

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.528 ^a	.279	.212	1.073

a. Valeurs prédites : (constantes), الملموسية, الإعتماضية, ,

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

الملحق رقم (09): معامل تأثير قيمة المعنوية لمستوى الدخل وأبعاد جودة الخدمة

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	1.008	.797		1.265	.211
الإعتماضية	-.042	.066	-.084	-.633	.530
الملموسية	.001	.083	.002	.012	.991
1	.014	.076	.033	.181	.857
	.295	.080	.622	3.674	.001
	-.177	.066	-.390	-2.696	.009

a. Variable dépendante :

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

الملحق رقم (10): معامل الارتباط لأبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.393 ^a	.155	.076	.854

a. Valeurs prédites : (constantes), , الملموسية, الإعتماضية ,

المصدر: مخرجات برنامج SPSS

الملحق رقم (11): معامل التأثير وقيمة المعنوية لأبعاد جودة الخدمة والفئة العمرية

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	1.143	.634		1.802	.077
الإعتماضية	-.007-	.053	-.019-	-.130-	.897
الملموسية	-.036-	.066	-.083-	-.554-	.582
1	.040	.060	.130	.661	.511
	.130	.064	.372	2.030	.047
	-.031-	.052	-.093-	-.593-	.555

a. Variable dépendante : العمرية

المصدر: مخرجات برنامج SPSS